CINQUANTE-QUATRIÈME ANNÉE | N° 1 | DIMANCHE 3 JANVIER 1932

9496

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

# LE CONCOURS MÉDICAL

## ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

**ADMINISTRATION & PUBLICITÉ**
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France....................... 50 fr.
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)......... 30 fr.
Le Numéro................. 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

**CONSEIL DE DIRECTION**
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

**RÉDACTION**
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Cinquante-quatrième année — N° 1 — 3 Janvier 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Coutaud, d'Auterive, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 1. — Dr 46 ans, sér. énerg. rentrant colonies recherc. situat. médic. ou paraméd. France ou étranger.

No 2. — Normandie. Cause décès, bon poste seul méd. propharm. bien installé, maison 12 p. très bon état, grand jardin, long bail. Prix mod. Condit. intéress. S'ad. Mme Bousseau, à Morteaux-Coulibeuf (Calvados).

No 3. — Vendée. Dans ch.-lieu cant., reprise imméd. clientèle. Seule condit., belle maison à vendre ou à louer.

No 4. — Cause santé, poste stomatol. rég. riche, mise au courant si besoin. Installat. ultra-mod. dans vaste maison sup. avec jardin. Loyer 6.500 fr.

No 5. — Aisne. Très urgent, bon poste seul.Méd. génér. accouch. propharm. Reprise prod. pharmac.

No 6. — B nl. ..gréab. proche Paris. Méd. génér. avec pet. radio. Joli pavill., jardin. Indemn. 20.000 avec appar. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 7. — Paris. Client. choisie très importante,appartem. 5 p., bail. Condit. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 8. — Seine-et-Marne. Seul méd., gros produit,maison partic. très confort. Cession imméd. Condit.intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 9. — Seine-et-Marne. Très bonne client. à céder après décès. Urgent.

N° 10. — Dr 44 a., grande prat. méd. génér., cherche situat. stable dans labor. de spécialités, mais. santé, etc., ou reprendr. client. de ville d'eaux.

## Renseignements



## *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Association pour le développement des relations médicales** (A. D. R. M.). *Séance du 9 décembre 1931.* — Le Conseil fixe la date de l'Assemblée générale annuelle. Elle aura lieu le mardi 19 janvier à 17 heures, dans la salle du Conseil sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique. Le Doyen annonce que le Conseil de la Faculté a émis un avis favorable au sujet d'une invitation à faire au Professeur Radonicic. Une lettre du Dr Peck fait connaître que les membres de l'Inter-State Post-Graduate Assembly of North America viendront à Paris du 23 au 25 mai prochain. L'A. D. R. M. se chargera du programme de leur séjour.

Election de nouveaux membres : Dr Einhorn (de New-York) et Dr Fikret (de Stamboul).

— **Diplôme d'hygiène de l'Université de Nancy.** — L'enseignement spécial, d'une durée de six mois, comprenant : cours, travaux, et stages pratiques, commencera dans la première quinzaine de janvier 1932.

MM. les docteurs et étudiants en médecine à 16 inscriptions qui désireraient suivre cet enseignement sont priés de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy.

Pour tous renseignements s'adresser au directeur de l'Institut d'hygiène, 10, rue Lionnois, Nancy.

— **Hôpital Bichat**. *Service de consultations*. — Deux consultations, l'une de médecine générale (adultes), l'autre de médecine infantile, ouvriront le 15 janvier 1932, à l'annexe de l'hôpital Bichat (boulevard Ney).

Les médecins de ces deux consultations seront désignés, à la suite d'un concours sur titres, parmi les docteurs en médecine, de nationalité française, ayant accompli quatre années d'exercice en qualité d'interne des hôpitaux.

Les inscriptions, en vue de ce concours, seront reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé) jusqu'au 5 janvier 1932 inclusivement.

— **Internat en medecine des asiles de la Seine**. — Un concours s'ouvre annuellement au mois de mars pour sept à dix places d'internes dans les asiles de la Seine : Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Maison-Blanche, Perray-Vaucluse, Moisselles. L'hôpital Henri-Rousselle (centre de prophylaxie mentale) et l'infirmerie spéciale du dépôt recrutent aussi leurs internes dans ce centre.

Avantages : traitement, indemnités diverses, logement, nourriture. Débouchés : cadre des médecins aliénistes de l'Etat, clinicat des maladies mentales, postes d'assistants à l'hôpital Henri-Rousselle, etc.

Les épreuves se composent d'une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux et d'une triple épreuve de pathologie.

MM. Masquin, chef de clinique psychiatrique, et d'Heucqueville, interne à l'hôpital Henri-Rousselle, dirigent respectivement, depuis le 1er novembre, des conférences préparatoires à ces deux épreuves.

S'adresser : 1, rue Cabanis, 14e.

— **Société médicale de Monaco**. — La Société médicale de Monaco s'est réunie le 7 décembre à son siège social, château de Plaisance, sous la présidence du Dr Drugman, et a nommé son nouveau bureau.

Le Dr Marsan félicita le président sortant pour son élévation au grade de commandeur de la couronne d'Italie ; puis fit, avec le Dr Simon, une communication sur le fonctionnement du dispensaire antituberculeux de la Principauté. Après une seconde communication du Dr Barbatis, la Société constitua son Bureau pour 1932. Le nouveau Bureau est ainsi composé : président, Dr Drugman ; vice-présidents, Drs Pizard et Taxil ; trésorier, Dr Bosio ; secrétaire, Dr Grasset.

Les Docteurs Marsan et Barbatis ont été nommés vice-présidents honoraires, et le Dr Leymarie, membre honoraire, de la Société médicale de Monaco.

— **Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés**. (Siège social, 95, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe). — Le Conseil d'administration du Grou-

pement des Syndicats généraux de médecins spécialisés a élu son Bureau au cours de la séance du 17 décembre 1931 :

Président : Docteur Caillaud, oculiste ; vice-présidents : Docteur Marquis, chirurgien, Docteur Dubar, oto-rhino-laryngologiste ; secrétaire général : Docteur Herpin, stomatologiste ; secrétaire général adjoint : Docteur Moutard, électro-radiologiste ; trésorier : Docteur Fernet, dermatologiste.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Après concours, MM. les Docteurs Rousset, Savoye, Treppoz et Levrat sont nommés médecins du dispensaire général.

— **Hôpitaux de Rouen.** — Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 10 mars 1932 à l'hospice général. S'inscrire à la Direction des hospices avant le 15 février.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Duffard, Nancel-Pénard, Darmaillacq, Cornette de Saint-Cyr, Grenet, Vernet, Dutrémit, Ferran, Sentenac et Beaumont.

Internes provisoires : MM. Jaulain, Georget, de Boucaud, Coralle, Lumeau, Deprecq, Depierris.

— **Hôpitaux de Lille.** *Internat.* — Sont nommés internes titulaires : MM. Ledieu et Ledourneuf ; interne provisoire : M. Liber.

MM. Delezenne et Langrand, qui ont obtenu la moyenne nécessaire, sont proposés pour les fonctions d'internes dans les services de la Faculté.

*Externat.* — Sont nommés externes : MM. Bens, Delerne, Fournier, Becquet, Delfpoulle, Camus, Hermant et Aujoulat.

— **Naissance.** — Le Docteur José CHERFILS, et Madame, nous font part de la naissance de leur fils *Jean-Paul* (Boulogne-sur-Mer, 20 *bis*, rue Dumont-de-Courset, 9 décembre 1931.)

— **Légion d'honneur.** — M. le médecin général CADIOT, directeur du Service de Santé de la région de Paris, vient d'être promu Commandeur de la Légion d'honneur.

Nous lui adressons nos respectueuses félicitations.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

16 DÉCEMBRE

**Enseignement de la médecine**

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de Reims s'ouvrira le jeudi 23 juin 1932 à la Faculté de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

17 DÉCEMBRE

**Stations climatiques**

Par décret du 18 novembre 1931, la commune de Saint-Gingolph (Haute-Savoie) est érigée en station climatique.

18 DÉCEMBRE.

**Hygiène publique**

*Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental des services d'hygiène dans les Pyrénées-Orientales.*

Un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental des services d'hygiène publique, chargé en outre de la direction des services d'hygiène sociale et notamment du service du dispensaire, aura lieu à Perpignan le 15 janvier 1932.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-cinq au moins et de quarante-cinq ans au plus, munis du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un institut d'hygiène de faculté française. Ils devront avoir satisfait à la loi militaire. La limite d'âge ci-dessus est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires.

Les candidats devront établir leur demande sur papier timbré et l'adresser, avant le 12 janvier 1932, à M. le président du conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale à Perpignan, 2, rue de Petite-la-Monnaie, avec le dossier comportant les pièces ci-après :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de candidature devra être envoyée ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° Exposé des titres, travaux, états de services et références, notamment en phtisiologie, laryngologie et radiologie ;

7° Principales publications ;

8° Engagement formel, pour le cas où il serait nom-

mé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uniquement à ses fonctions ; de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat public ;

9° Engagement, en cas de nomination, de rester en fonction dans le département pendant une durée minimum de trois ans ;

10° Engagement, en cas de démission ou de nomination à un nouveau poste après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département des Pyrénées-Orientales pendant trois mois au minimum ;

11° Engagement de ne pas s'installer dans le département des Pyrénées-Orientales, en cas de cessation de fonctions, pendant une période de trois ans à dater de cette cessation.

Le registre portant inscription des candidatures sera irrévocablement clos le 12 janvier 1932.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions ci-dessus prendra son service à partir du 1er février 1932 et sera immédiatement titularisé.

Le traitement est fixé à 50.000 fr. par an, avec augmentation de 3.000 fr. tous les trois ans, jusqu'à concurrence de 62.000 fr. ; une indemnité annuelle de 20.000 fr. est en outre, prévue pour les frais de déplacement.

**Service de santé de la Marine militaire**

*Avis de concours pour le titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale.*

Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale pour la catégorie de chimie et de sciences physiques et naturelles aura lieu à Toulon, au début du mois d'octobre 1932, à une date qui sera fixée ultérieurement.

20 DÉCEMBRE

**Vaccination antidiphtérique**

*Loi du 18 décembre 1931 rendant obligatoire, dans les armées de terre et de mer, la vaccination antidiphtérique dans certaines circonstances épidémiologiques.*

Art. 1er. — La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine sera obligatoire dans les armées de terre et de mer suivant les modalités déterminées respectivement par le ministre de la guerre ou par le ministre de la marine, pour tout militaire ou marin reconnu réceptif (réaction de Schik) dans les garnisons, agglomérations, forces navales, bâtiments ou services, où la diphtérie se manifeste à l'état endémique ou sous forme épidémique.

Art. 2. — Dans la mesure du possible, la vaccination antidiphtérique et la vaccination antityphoïdique seront pratiquées simultanément.

**Service de santé militaire**

*Tableau de concours pour la Légion d'honneur.*

Sont inscrits au tableau de concours les réformés ou retraités pour blessure de guerre avec une invalidité inférieure à 65 pour 100 dont les noms suivent :

Pour officier : M. Sauvage, médecin capitaine honoraire.

Pour chevalier : M. Baudot, médecin lieutenant.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Participation des caisses au prix des appareils de prothèse dentaire.

13957. — M. le docteur L. J. Régis expose à M. le ministre du travail qu'un assuré, après s'être présenté devant la commission technique dentaire, se fait placer des bridges en or ; et lui demande ce que doit faire la caisse en pareil cas ; participer au remboursement d'appareils en métaux précieux, en les assimilant à des appareils de vulcanite, ou bien refuser toute participation en invoquant que rien n'est prévu pour les appareils en métaux précieux ni dans les tarifs de réassurance, ni sur les feuilles de prothèse dentaire délivrées aux assurés. (*Question du* 12 *novembre* 1931.)

*Réponse.* — La loi du 30 avril 1930, ayant subordonné la délivrance des appareils de prothèse dentaire à la décision préalable d'une commission technique, la caisse ne saurait être dispensée de toute participation si la décision de cette commission est favorable à la demande de l'intéressé. Mais, d'après les dispositions relatives aux appareils de prothèse dentaire annexées au règlement-type d'administration intérieure pour caisses primaires d'assurances sociales, le prix des appareils n'est remboursé que dans les limites du tarif de responsabilité de la caisse et sous réserve de la participation légale de l'assuré prévue à l'article 4, paragraphe 7, de la loi du 30 avril 1930. Or, ce tarif est établi, en ce qui concerne lesdits appareils, sur la base d'appareils exécutés en matière plastique ou en métal non précieux ; c'est donc sur cette base que doit être effectué le remboursement des appareils en or ou autre métal précieux.

(*J. O.*, 12 décembre 1931.)

### Prix des injections intra-veineuses d'arsénobenzol.

13958. — M. le docteur L.-J. Régis expose à M. le ministre du travail que les injections intra-veineuses d'arséno-benzol ont deux prix différents dans le tarif de réassurance : *a*) elles sont classées dans les PCN3, c'est-à-dire évaluées à 45 fr. ; *b*) elles sont classées aussi dans la nomenclature des spécialités, font partie de la catégorie I, et sont évaluées alors à 16 fr. ; et lui demande quel prix on doit adopter pour rembourser un assuré. (*Question du* 12 *novembre* 1931.)

*Réponse.* — La nouvelle nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités qui vient de paraître au *Journal officiel* ne comporte pas les injections intraveineuses d'arséno-benzol, lesquelles relèvent de la nomenclature de la pratique médicale courante où elles figurent avec le coefficient 3. (*J. O.*, 12 décembre 1931.)

**Paiement des primes d'allaitement en cas de changement de caisse.**

14043. — M. ANTONELLI expose à M. le ministre du travail : *a*) qu'une assurée a accouché au mois de juin ; *b*) que sa caisse lui a payé ses frais d'accouchement, 72 jours de demi-salaire, et les primes d'allaitement de juillet, août et septembre ; *c*) qu'elle a changé ensuite de caisse à dater du 1er juillet ; et lui demande à qui incombe le payement des primes d'allaitement des mois d'octobre, novembre, janvier, etc. (*Question du 12 novembre 1931*.)

*Réponse.* — Un assuré qui change de caisse pendant qu'il reçoit les prestations reste à la charge de l'ancienne caisse pour les prestations auxquelles il continue à avoir droit pour son état. Dans le cas envisagé, c'est donc à la caisse ancienne qu'incombe le payement de toutes les primes d'allaitement.

(*J. O.*, 12 décembre 1931.)

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

**Rechute. Soins médicaux. Refus d'honoraires**

Un de mes confrères soigne un blessé du travail jusqu'au 10 août dernier, pour section de plusieurs doigts. En octobre, rechute alors que la reprise du travail avait été autorisée.

Une demande d'attribution de rente, pour incapacité permanente partielle, est en instance devant le tribunal civil.

Le médecin donne ses soins pour cette rechute ; puis, envoie sa note à l'assurance qui la refuse, en soutenant que, dans aucun cas, après la consolidation de la blessure, l'assurance ne peut être tenue de payer les frais médicaux et pharmaceutiques.

Et notre confrère de soumettre le litige au Sou médical.

Pendant longtemps la jurisprudence a été assez hésitante, en ce qui concerne cette question de la rechute ou de l'aggravation. Elle s'oriente maintenant de la manière suivante.

Trois cas sont à considérer :

1° La rechute survient, alors que la consolidation n'est pas encore fixée ;

2° Elle survient entre la fixation de la consolidation et la détermination du taux de l'incapacité permanente partielle, si cette dernière existe ;

3° Elle se déclare lorsque la rente d'incapacité permanente partielle a été fixée par le tribunal civil.

Dans le premier cas, pas de difficultés : la consolidation n'a pas été déclarée par le médecin traitant. Par conséquent, même si le travail a été repris, le blessé a droit à son demi-salaire et partant aux frais médicaux et phar-

maceutiques, qui sont l'accessoire du demi-salaire.

Par consolidation de la blessure, il faut entendre le moment où le médecin déclare que l'état pathologique est devenu définitif et que soins médicaux ou autres sont absolument inutiles, et inefficaces pour améliorer le sort de la victime.

Il peut arriver que le praticien conseille la reprise du travail, tout en continuant ses soins au blessé, ou dans l'intention de voir si la reprise du travail habituel ne réveillera pas une rechute ou une complication, alors que le blessé semble apparemment être guéri.

Si, dans ces conditions, des difficultés surgissent, elles sont de la compétence du juge de paix du canton où a eu lieu l'accident. Il s'agit, non de la fixation d'une rente, mais de l'octroi d'un demi-salaire et du paiement des frais médicaux et pharmaceutiques.

2e cas : le médecin a signé le certificat de consolidation. Il n'y a pas d'invalidité permanente partielle : ou, au contraire, celle-ci existant, la rente n'est pas encore fixée par le président du tribunal civil.

Dans ces conditions, le certificat médical, décrivant la rechute, peut faire ressortir que la consolidation n'était qu'apparente, qu'elle n'était pas encore définitive et que, par conséquent, les soins médicaux doivent être repris, ainsi que l'interruption de travail.

Certaines décisions de jurisprudence admettent que s'il peut être démontré que la consolidation n'était qu'apparente, alors surtout que la rechute est survenue très près de la date primitivement fixée pour cette consolidation, il peut être alloué les frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi que le demi-salaire.

Disons cependant que la jurisprudence semble nettement s'orienter vers la définition suivante : il y a eu consolidation ; donc l'ouvrier ne peut plus avoir d'action que pendant trois années, en révision, même s'il n'y a pas d'attribution de rente.

L'ouvrier semble guéri, il a repris son travail, étant déclaré consolidé. Il rechute. Il introduit une demande en révision, non pas devant le juge de paix, mais devant le tribunal civil, en demandant l'attribution d'une rente.

Cessant son travail, cette rente doit être fixée, comme si l'incapacité était complète et permanente. Puis la nouvelle consolidation obtenue si à ce moment persiste un degré d'invalidité permanente, le quantum en sera apprécié après avis d'expert par le président du tribunal civil, en conciliation, et, si cette dernière ne peut se faire, par le tribunal civil.

3e cas : il y a eu fixation d'invalidité permanente de travail, partielle ou totale.

L'ouvrier peut, dans un délai de trois années, faire constater sa rechute et demander au tribunal civil un quantum de rente, qui sera successivement accordé, selon le degré d'incapacité provoqué par la rechute.

Puis, la guérison obtenue, on arrêtera, par expertise, le quantum définitif de la rente à allouer.

Que faire, pour le médecin traitant ?

Le principal débiteur est le blessé du travail. La loi du 9 avril 1898, en accordant au médecin l'action directe contre le patron, n'a pas entendu décharger la victime de ses obligations envers le médecin, qui lui a donné ses soins. Le législateur a simplement voulu donner à celui-ci une garantie supplémentaire, en sus de celle de droit commun, qu'il a contre l'ouvrier.

Comme celui-ci est souvent hors d'état de faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques, l'assurance est donnée au médecin que, si le malade ne paie pas, le patron paiera.

De la sorte, le médecin ne saurait refuser ses soins à un blessé du travail, sous le prétexte que cette victime ne le paie pas chaque fois comptant, ou que le praticien a des craintes sérieuses de ne jamais être payé.

Volontairement ou involontairement, le corps médical s'est habitué à profiter seulement de l'action directe contre le chef d'entreprise et, dans l'immense majorité des cas, on néglige le débiteur principal, l'ouvrier.

Dans ces cas difficiles, le véritable débiteur est celui qui a reçu des soins. A lui de payer le médecin, puis de se faire rembourser par son patron, s'il y a lieu, selon les prix indiqués au tarif ministériel des accidents du travail.

Cet ouvrier peut-il apporter la preuve que sa consolidation n'était qu'apparente et que malgré la reprise du travail, il n'était pas guéri ? C'est le juge de paix qui décidera du demi-salaire et du remboursement des frais médicaux.

Y a-t-il au contraire véritable consolidation, avec ou sans rente, pour l'invalidité permanente ? Seul le tribunal civil appréciera le cas et décidera du quantum provisoire, ou définitif d'une rente à allouer, pour révision du degré d'incapacité permanente préexistante et fixée.

Mais le médecin est souvent un conseiller : il lui répugne de réclamer ses honoraires au blessé, en déclarant à ce dernier de se débrouiller comme il le voudra pour se faire rembourser tout ou partie par son patron.

Alors intervient la question de fait, pour savoir si la rente n'ayant pas encore été fixée par le tribunal civil, on peut encore soutenir que la consolidation n'était qu'apparente.

Dr Paul Boudin.

*Voir la suite page LV-57*

*Le Conseil de Direction du « **Concours Médical** » adresse à tous ses amis et fidèles abonnés ses plus sympathiques souhaits de Nouvel An. Puisse, dans les temps troublés que nous vivons, 1932 ne pas se montrer défavorable aux légitimes intérêts du Corps médical ! Puissent nos confrères voir leur rude et utile labeur épargné par le Destin, et leurs efforts dans l'ordre moral aussi bien que matériel, couronnés de succès !*

# PROPOS DU JOUR

**Au seuil du Nouvel An. — La réalisation d'un rêve d'Orfila. — La Maison de retraite des médecins. — Une pensée aux victimes de la famille médicale et aux œuvres qui les assistent efficacement**

Personne n'ignore le singulier personnage que fut le Docteur Véron. Interne des hôpitaux, reçu le premier au concours, il fonda la *Revue de Paris* qu'il abandonna pour la Direction de l'Opéra ; celle-ci ne fut pour lui, soit dit en passant, sans profits, ni sans succès. Revenu plus tard au journalisme, il devint, à la fin de la Monarchie de Juillet et au début du second Empire, un personnage important par l'acquisition du *Constitutionnel*, qui fut le journal le plus influent de cette époque. Il le céda à Mirès contre une forte somme et termina sa vie en écrivant les *Mémoires d'un bourgeois de Paris*, riche mine de documents pour l'étude de la petite histoire du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle.

Le Dr Véron, bien qu'étant un de ces *Evadés de la Médecine* dont Cabanès s'est plu à faire revivre l'histoire, n'avait pas oublié qu'il était médecin ; il s'intéressait aux œuvres médicales de bienfaisance et fut un des premiers à adhérer à *l'Association générale des Médecins de la Seine*, lorsque la créa, il y a près d'un siècle, le doyen Orfila (en 1833).

Le regretté Dr Triboulet qui s'intéressa avec tant de dévouement à *la Maison du Médecin* dont il fut le vice-président, a découvert, citée dans *les Mémoires d'un bourgeois de Paris* du Dr Véron, une lettre d'Orfila où le projet d'une Maison de retraites pour les médecins est exposé avec une netteté singulière. Triboulet reproduisit *in extenso* cette lettre dans une conférence sur *la Maison du Médecin*, faite le 23 mai 1912 à la Société de l'Internat. Le document mérite d'être reproduit :

« Il est vrai, mon cher Monsieur, écrivait le doyen Orfila, il y a 80 ans environ, au Dr Véron, que depuis plusieurs années, je songe à fonder une honorable maison de retraite pour les vieux médecins infirmes, et pour tous ceux que la pauvreté n'aurait pas épargnés. Cette idée, j'espère bien la réaliser un jour, au nom de l'Association générale des médecins de la Seine dont vous faites partie ; mais malheureusement, notre Caisse n'est pas en état de supporter les frais assez considérables qu'exigera un pareil établissement. Dès que l'état de nos finances nous permettra d'agir, je mettrai mon projet à exécution en ouvrant une souscription à laquelle prendront part tous nos généreux confrères.

Dans mon opinion, il suffirait d'une somme de 80.000 francs pour acheter et meubler, à Chaillot ou à Passy, une maison convenable ; or, je connais déjà un souscripteur qui fournirait 10.000 francs ; je pense que le restant ne se ferait pas longtemps attendre. Il est si doux de faire le bien et de rehausser la dignité d'une profession comme la nôtre, que je n'hésite pas à affirmer que tous ceux de nos confrères que la fortune a favorisés s'empresseront de nous venir en aide.

Recevez, cher Monsieur, etc.

La mort ne permit pas à Orfila de réaliser son généreux projet. Il fallut attendre 1908 pour voir créer, par le Dr Courtault, la Société de la Maison du Médecin. Reconnue d'utilité publique en 1912, cette Société, munie de ressources suffisantes, grâce à quelques dons importants, put acquérir en Eure-et-Loir, le petit domaine de Brézolles et *la Maison du Médecin* devint une réalité. Mais ce n'était qu'un embryon ; pour voir le projet d'Orfila sortir du domaine des rêves, il faut arriver à notre époque.

Aujourd'hui, la Maison du Médecin confortablement installée au Château des Charmilles à Valenton, en Seine-et-Oise, à quelques kilomètres

de Paris, pourvue d'une infirmerie, est bien telle que la désirait Orfila. Une souscription ouverte, il y a moins d'un an, a permis de construire l'infirmerie sans toucher au capital. Nous n'oserions affirmer que, selon l'espoir d'Orfila, « *tous ceux de nos confrères que la fortune a favorisés se sont empressés de nous venir en aide* . »

Mais, ils peuvent réparer leur oubli, car la souscription n'est pas close. Si les frais de l'infirmerie sont, grâce aux subventions jointes au produit de la souscription, à peu près couverts, il reste encore un gros effort à faire pour entretenir et améliorer la Maison de Valenton. Nous signalions naguère la nécessité d'acquérir une concession au cimetière ; nous ajouterons aujourd'hui qu'un ascenseur devient indispensable. Il nous est pénible de voir plusieurs de nos pensionnaires octogénaires au cœur défaillant monter, essoufflés, au deuxième étage. Puis, une fois l'ascenseur construit, combien de petites améliorations viendront s'imposer à la vigilance du Conseil d'administration ?

C'est pour cela que la souscription reste ouverte. C'est pour cela qu'au seuil de la nouvelle année, nous tendons la main à tous nos amis, à tous nos confrères. Donnez tous, selon vos ressources, à *la Maison du Médecin* pour la rendre plus confortable, pour adoucir les derniers jours de vieux praticiens qui, victimes des vicissitudes de la vie, n'ont pu épargner suffisamment pour assurer seuls une paisible retraite à leurs derniers jours.

***

En fondant l'*Association Générale des Médecins de la Seine* qui, après un siècle, poursuit encore sa bienfaisante carrière, et rend de nombreux services au Corps médical de la région parisienne, en envisageant la création d'une Maison de retraite pour les vieux médecins, Orfila n'avait pas oublié les veuves et les orphelins du Corps médical. Certes, depuis Orfila, l'*Association générale des Médecins de France* et ses Sociétés locales ont fait et font de sérieux efforts pour les assister et, secondées par quelques généreux bienfaiteurs dont les noms sont sur toutes les lèvres, elles arrivent à atténuer les dures privations que la mort prématurée du praticien impose à sa pauvre famille. Mais ces secours sont toujours précaires et insuffisants. Aussi, rappellerons-nous à nos lecteurs l'existence de la *Société de Secours Mutuels et de Retraites des Femmes et Enfants de médecins.* (F.E.M.) Nous n'insisterons ni sur les avantages de cette Mutualité, ni sur les retraites que, dans un avenir plus ou moins lointain, elle pourra assurer à ses membres. Ce qui est le plus utile, à nos yeux, est sa Caisse de Secours, alimentée surtout par les bénéfices du *Bal de la Médecine*, et les efforts que font les membres de son bureau que préside notre vénéré maître, M. Siredey, pour venir efficacement en aide aux veuves et aux orphelins de médecins. Nous avons connu de malheureuses mères, des orphelines, sans ressources et désemparées, qui, grâce à l'intervention de la F. E. M., ont trouvé des situations leur permettant de gagner dignement et honnêtement leur vie ; nous avons sous la plume les noms de plus d'un étudiant et d'une étudiante que la mort de leurs pères mettait dans l'impossibilité de terminer leurs études, presque achevées. Grâce à la F. E. M., grâce aux cœurs généreux et dévoués de ceux qui la dirigent, qui ont su les assister de leurs deniers, et surtout leur procurer du travail, ils ont pu conquérir les diplômes rêvés et se faire la situation à laquelle les destinaient leurs parents. Ces efforts ont trouvé leur récompense dans le service *réellement efficace* rendu et dans la satisfaction qu'ont eue jusqu'ici les bienfaiteurs de n'avoir eu à faire ni à des indignes, ni à des ingrats. Aussi, croyons-nous devoir rappeler que, dans quelques semaines, le 8 février, aura lieu le *Bal de la Médecine* dont il faut assurer le succès pour permettre à la F. E.M. de continuer et de multiplier ses bienfaits (1).

J. NOIR.

---

SOUSCRIPTION DE LA MAISON DU MÉDECIN (5e liste). — Dr et Mme M. Cazin, 2e versement, 5.000 fr. ; Collectes faites au dîner amical « La Bidoche » (2), en faveur de la *Maison du médecin*, 1er versement, 730 fr. 2e versement, 1.335 fr., soit : 2.065 fr. ; Dr Périer, 1.000 fr. ; Mme Guyot, 500 fr. ; Dr Noir, 2e versement, 500 fr. ; Dr Bellencontre, 2e versement, 200 fr. ; Dr Cassiau, 200 fr. ; Syndicat des Médecins de Pithiviers, 200 fr. ; Dr Rougean, 155 fr. ; Dr Courémenos, 100 fr. ; Dr Favre, 100 fr. ; Dr Streletzki, 100 fr. ; Dr Serre, 75 fr. ; Dr Schwartzchild, 70 fr. ; Mme Boirin, 50 fr. ; Dr Jeanty, 50 fr. ; Dr Wolff, 50 fr. ; Dr Souesme, 40 fr. ; Dr Gabriault, 25 fr. ; « Igapharma », 20 fr. ; Dr Leterrier, 10 fr. ; Dr Reynaud, 10 fr. Total : 10.515 francs.

---

(1) Demander des cartes au Comité, Hôtel Chambron, 95, rue du Cherche-Midi.

(2) Ce dîner ne compte, parmi ses convives, qu'un nombre très restreint de médecins, aussi devons-nous être tout particulièrement reconnaissants à ces généreux souscripteurs.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### COMMENT LA CROYANCE EN LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ADULTES A-T-ELLE PRIS NAISSANCE ?

Par Auguste LUMIÈRE,

Correspondant de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

Les plus éminents cliniciens du XIX[e] siècle ne croyaient pas à la contagion de la tuberculose. L'opinion des médecins de cette époque est résumée dans une phrase profondément judicieuse que nous avons déjà citée, mais que nous ne saurions trop reproduire et qui figure dans le *Traité de pathologie interne,* de J. FRANCK : « Si nous réfléchissons que des centaines de « phtisiques ont expiré entre nos bras, que nous « avons approché des milliers de phtisiques sans « nulle précaution, que des garde-malades, dans « les hôpitaux, soignent jour et nuit des phti- « siques sans être plus exposés aux maladies « du poumon que le reste du monde, ne devient- « il pas hors de doute que la maladie dont il « s'agit n'est point contagieuse ? »

Les phtisiologues, le personnel hospitalier pouvant impunément demeurer en contact avec des tuberculeux, le plus élémentaire bon sens avait amené ces maîtres à affirmer que la maladie ne se transmettait pas par le contage.

Aux temps de Laënnec et de Franck, cette notion était admise sans conteste par le corps médical ; aucune objection ne lui était opposée.

On doit alors se demander quelles sont les raisons du singulier et total revirement qui s'est opéré dans l'esprit des médecins pour qu'ils aient affirmé par la suite l'inverse de ce qu'ils soutenaient auparavant, c'est-à-dire que la tuberculose ne se transmet que par contagion. C'est ce que nous nous proposons de rechercher.

Deux grands facteurs ont présidé à ce radical changement et ont surtout contribué à engendrer la conception contagionniste : une erreur fondamentale dans l'interprétation des expériences de laboratoire et les coïncidences des cas de tuberculose, chez des individus placés en milieu infecté, coïncidences dans lesquelles on a voulu voir des rapports de cause à effet, en négligeant les autres conditions susceptibles d'intervenir en dehors du contage, dans l'étiologie de leurs maladies.

#### 1° Les enseignements du laboratoire

L'opinion des phtisiologues du siècle dernier était le fruit de la seule observation clinique, observation qui était l'objet d'un soin et d'une minutie dont nos contemporains doivent avoir quelque peu perdu le souvenir. A ce moment, les pathologistes n'avaient d'autres ressources que ces investigations cliniques pour étayer leurs diagnostics ; aussi devaient-ils scruter les antécédents personnels et héréditaires de leurs malades, étudier l'évolution de l'affection dont ils étaient atteints, en préciser tous les symptômes et faire, en somme, œuvre d'observateur attentif et scrupuleux.

Le laboratoire a changé tout cela. Dans bien des cas, on n'a plus à se donner autant de peine : on envoie un échantillon de sang ou un prélèvement de liquide organique au laboratoire, on fait faire une radiographie et on attend les réponses fournies par ces examens.

Comme cela est plus simple !

Loin de nous l'intention de condamner ces merveilleux auxiliaires que sont le laboratoire et les rayons X ; ce serait une insigne injustice ; n'ont-ils pas, en effet, transformé l'art médical ? N'en ont-ils pas accru les possibilités dans des limites considérables ? N'ont-ils pas éclairé d'innombrables problèmes et rendu, en somme, en cinquante ans, plus de services à l'humanité que toutes les méthodes cliniques des millénaires passés réunis ?

C'est grâce aux laboratoires que la durée moyenne de la vie a été considérablement augmentée, grâce surtout à la victoire qu'ils ont remportée sur les épidémies qui décimaient les populations avant l'ère pastorienne.

Cette durée moyenne de la vie qui, d'après les auteurs latins, ne dépassait pas 18 ans sous les César et qui n'était encore que de 28 à 29 ans au début du siècle dernier, atteignait 46 ans en France en 1911 et dépasserait maintenant

50 ans, dans la plupart des contrées de l'Europe et de l'Amérique ! Cet accroissement est, pour la plus grande part, l'œuvre des laboratoires qui ont vaincu les effroyables épidémies de typhus, de peste, de choléra, de fièvre typhoïde et qui sont aussi à la base des principaux progrès de l'hygiène et de la médecine. Tout en reconnaissant leurs incomparables bienfaits, il n'en est pas moins vrai que les facilités qu'ils ont données aux médecins ont très souvent dispensé ces derniers de se livrer, par la suite, à ces investigations cliniques approfondies, autrefois obligatoires.

Il convient de déclarer impartialement, d'autre part, qu'à côté des immenses services que les laboratoires ont rendu à la science médicale, la généralisation hâtive des indications qu'ils ont fournies a parfois engagé les pathologistes sur de mauvaises routes et nous trouvons précisément un exemple de ce fait dans l'orientation imprimée à l'étiologie de la bacillose et dans la croyance en sa contagion qui est en grande partie la conséquence d'une extension abusive donnée aux conclusions tirées des expériences d'inoculations bacillaires pratiquées chez les animaux.

Le point de départ de la notion de contagion est, en effet, la mémorable expérience de VILLEMIN ; cet auteur, ayant pu inoculer une maladie tuberculeuse en injectant au lapin la matière caséeuse provenant de lésions humaines prélevées chez des phtisiques, formulait la conclusion suivante, dans une note présentée à l'Académie de médecine, le 5 décembre 1865 : « La tuberculose est une affection spécifique, sa cause réside dans un agent inoculable. Elle appartient donc à la classe des maladies *virulentes* et devra prendre place dans le cadre nosologique, à côté de la syphilis, mais plus près de la morve-farcin. »

Ce fut ensuite Robert KOCH qui, découvrant, en 1882, le bacille auquel son nom a été donné, contribua, dans la plus large mesure, à établir et à répandre la croyance en la contagion de la tuberculose. Il démontrait, à cette date, que « le bacille spécifique existe dans les crachats de tous les phtisiques, dans tous les produits tuberculeux provenant de l'homme et des animaux, dans les glandes scrofuleuses, dans les tumeurs blanches, dans la maladie spontanée comme dans la maladie expérimentale. »

« Désormais, concluait Robert Koch, nous n'avons plus affaire, dans la lutte contre le terrible fléau de la tuberculose, à quelque chose de vague et d'indéterminé ; nous sommes en présence d'un parasite visible et tangible, dont nous connaissons déjà en partie les conditions d'existence, conditions que nous pourrons encore étudier de plus près. Nous savons que ce parasite ne trouve ces conditions d'existence que dans le corps de l'homme et des animaux et qu'il ne peut se développer, comme le bacille du charbon, en dehors de l'économie animale, dans le milieu ambiant : c'est là une donnée très consolante au point de vue de la lutte contre la tuberculose. Il en résulte qu'il faut s'attacher avant tout à tarir les sources d'où dérivent l'infection. Une de ces sources, la principale certainement, est l'expectoration du phtisique qu'il faut s'appliquer à désinfecter et à rendre inoffensive ; ainsi on supprimera la plus grande partie du contage tuberculeux. »

Les déductions tirées des travaux de Villemin et de Koch sont critiquables en plusieurs points : les contacts pratiquement possibles avec les tuberculeux, contacts qui sont les facteurs du contage, ne peuvent être, en aucun cas, assimilés à des injections sous-cutanées de produits bacillaires. Rien ne nous autorise à affirmer que ce qui est réalisé par inoculation peut se produire dans la vie courante, dans la cohabitation avec les phtisiques, et les grands cliniciens du siècle dernier avaient précisément observé déjà que cette cohabitation est inopérante.

De plus, ce que l'on a omis de considérer, c'est que la maladie expérimentale de Villemin, que réalise l'inoculation, n'a de commun, avec la tuberculose humaine, que le microbe : l'invasion, la symptomatologie, l'évolution, les formes cliniques, les lésions, le pronostic, sont entièrement différents dans les deux cas.

L'inoculation aux cobayes ou aux lapins ou à tous autres animaux, quels qu'ils soient, quels que soient aussi leur sexe et leur âge, quelles que soient les doses administrées et les voies par lesquelles on en imprègne leur organisme, conduit invariablement à une maladie d'un type uniforme, qui évolue d'une façon continue, sans arrêt, et se termine par la mort dans des délais qui dépendent surtout des doses inoculées.

Or, la tuberculose humaine commune de l'adulte est une tout autre maladie, maladie à retardement, qui frappe principalement les individus à la fin de l'adolescence, qui affecte un invraisemblable polymorphisme, qui procède par poussées, avec des périodes de rémission, de régression, qui guérit même souvent, surtout dans ses formes chirurgicales. Elle intéresse, suivant les cas, la peau, les muqueuses, les séreuses, les ganglions, les os, les viscères, etc., avec d'infinies modalités et *tous ces caractères n'ont aucun point commun avec ceux de l'infection expérimentale.* Le bacille de Koch est donc absolument incapable de conférer à l'animal, après sa naissance, une maladie comparable à la tuberculose humaine commune de l'adulte.

Etant donné, d'autre part, que la maladie du type humain, avec toutes ses particularités symptomatiques, évolutives et lésionnelles, peut être provoquée chez les animaux, à la condition

de les infecter par le bacille *avant leur naissance*, à l'état embryonnaire, et que l'inoculation, non plus du bacille de Koch, mais du virus filtrant conduit à des affections scrofuloïdes rappelant les formes humaines de la bacillose ; étant donné encore que la contamination des nouveau-nés par le bacille acido-résistant, aussitôt après leur naissance, seule période de la vie où cette contamination est bien réelle, aboutit à une infection qui rappelle en tous points la tuberculose expérimentale d'inoculation post-natale ; nous pensons pouvoir conclure que la tuberculose commune de l'adulte a une origine pré-natale, héréditaire, qu'elle n'est point le fait d'une contamination par le bacille de Koch après la naissance et que ce bacille, aussi bien expérimentalement, chez les animaux, qu'accidentellement, chez les nouveau-nés, ne peut conférer, en dehors de la vie utérine, qu'une maladie fatale d'un type absolument différent.

C'est donc en confondant la maladie d'inoculation avec l'affection tuberculeuse humaine commune, héréditaire, et par suite d'une généralisation injustifiée, que la notion de contagion s'est installée dans les esprits.

**2° Les coïncidences**

Le nombre de cas de tuberculose confirmée ou latente qui existent sur notre globe est immense, puisqu'on estime que la maladie tue deux millions d'individus par an. La statistique du Ministère de l'Intérieur montre qu'en France, 85.000 personnes meurent annuellement de tuberculose, alors que la Commission permanente de la tuberculose estime que ce nombre doit dépasser 120.000. D'après Léon BERNARD, il y aurait 500.000 tuberculeux dans notre pays. Si nous nous en rapportons à ces données, on compterait un décès par tuberculose en France toutes les 4 minutes, et un décès toutes les 30 secondes dans le monde entier.

Suivant une statistique que nous avons dressée en collaboration avec le Dr VIGNE, la mortalité par tuberculose à Lyon, en 20 ans, de 1906 à 1925, représente un cinquième de la mortalité totale ; c'est-à-dire qu'en moyenne, un individu sur cinq doit succomber à l'affection.

Nous sommes donc en contact continuel avec des bacillaires. S'il se trouve qu'un sujet ait de fréquentes occasions d'être en relations avec un phtisique, à un moment donné, et qu'il vienne à être atteint à son tour, on ne manquera pas, en général, de prétendre qu'il a été contaminé, sans considérer qu'il a parfaitement la possibilité de faire une bacillose pour son propre compte et indépendamment de tout contage.

Mais comment prouver que l'une des étiologies intervient ici plutôt que l'autre ?

Deux moyens sont à notre disposition pour élucider le problème :

*a*) Le premier consiste à étudier, avec le plus grand soin, les antécédents héréditaires du malade soupçonné d'avoir été contaminé. Pour affirmer que la contagion est en cause, il faudra bien que nous trouvions des malades qui soient exempts d'hérédité bacillaire. Si ce sont les descendants de tuberculeux, et ces descendants seulement, qui deviennent eux-mêmes tuberculeux, nous serons bien obligé de conclure que c'est l'hérédité qui doit être incriminée, puisque les sujets issus de parents indemnes ne contractent nullement la maladie au contact des phtisiques.

Ce contrôle indispensable n'a jamais lieu, et ne peut être fait généralement par les médecins qui n'en ont ni le temps ni les possibilités ; il exige en effet des enquêtes sévères et minutieuses, comportant des examens cliniques et radiographiques des ascendants, enquêtes qui sont longues et occasionnent des dépenses qu'on ne peut imposer aux malades.

Ce sont ces investigations que nous avons poursuivies depuis quelques années et qui ont porté principalement sur les conjoints de tuberculeux, plus exposés que tous autres à la contamination.

Au cours de ces recherches, nous avons rencontré à chaque instant des époux vivant dans la promiscuité la plus complète, dans la malpropreté, couchant dans le même lit, l'un d'eux étant phtisique depuis des années et répandant ses bacilles autour de lui à profusion, crachant partout, dans un milieu où les mesures d'hygiène les plus élémentaires sont inconnues, et, dans de telles conditions optima de contagion, nous avons constaté que presque toujours l'autre conjoint demeurait indemne.

Quand le mari et la femme sont tous deux victimes de la maladie et que l'on a la possibilité de scruter les hérédités, on retrouve invariablement la trace de la bacillose chez les ascendants de celui qu'on pourrait croire contaminé.

Considérant les cas si fréquents de non transmission de l'infection, alors que tous les éléments les plus favorables au contage se trouvent réunis, étant donné d'autre part, que nous n'avons pu découvrir jusqu'ici aucune atteinte de bacillose chez des conjoints de phtisiques qui ne sont pas de souche tuberculeuse, nous sommes bien obligé d'estimer que la contagion conjugale n'existe pas, et nous sommes en cela parfaitement d'accord avec les auteurs qui se sont donné la peine d'étudier, avec toute la minutie nécessaire, l'hérédité de leurs malades, et notamment avec EMPIS qui, au Congrès de la tuberculose de 1893, déclarait que pendant plus de 50 ans de vie médicale active, il n'avait pu voir un cas de contagion maritale, à moins de faire entrer dans la statistique des malades héréditairement tuberculeux.

Les exemples de contagion conjugale, cités par d'autres auteurs et qui ont servi de point d'appui à la croyance en la contagiosité de la bacillose, ne correspondent jamais qu'à des observations superficielles, dans lesquelles aucune précaution n'a été prise pour éviter les erreurs d'interprétation ; aussi ces observations n'enregistrent-elles que de simples coïncidences.

C'est pour avoir fait gratuitement état de ces coïncidences que l'opinion médicale classique s'est orientée vers le contagionisme.

*b*) Nous avons imaginé un second moyen de savoir si des sujets quelconques, habitant avec des phtisiques et devenant eux-mêmes tuberculeux, ont été contaminés par ces derniers ou si la maladie est indépendante de tout contage. Ce moyen, d'une sûreté mathématique, est tiré du calcul des probabilités.

Prenons deux individus vivant en commun et dont l'un, phtisique, doit succomber à cette affection et dont l'autre est quelconque ; nous pourrons, d'après les seules lois du hasard et sans qu'aucun facteur étranger intervienne, déterminer, par le calcul, les chances que l'individu, tout d'abord indemne, aura de mourir aussi de la tuberculose, étant donné que nous connaissons le pourcentage de la mortalité générale par bacillose.

Si, en considérant des groupes de deux individus, dans les conditions ci-dessus indiquées, nous constatons que le nombre des doubles décès par tuberculose dépasse celui que prévoit le calcul des probabilités, nous serons autorisé à conclure qu'une autre condition que le hasard intervient dans la genèse de leur maladie bacillaire et notamment la contagion. Si, au contraire, les doubles décès n'excèdent pas les proportions prévues, on pourra affirmer que la contagion ne joue aucun rôle dans l'atteinte du second sujet.

Pour montrer d'une façon concrète les dispositifs de ce problème, supposons un lot d'un grand nombre de billes, 50.000, par exemple, composé de 40.000 billes blanches et 10.000 billes noires, ces dernières représentant les décès par tuberculose et les billes blanches les morts par toutes les autres causes, soit 1 décès par tuberculose sur 5 décès totaux, ce qui correspond à la proportion que nous avons trouvée à Lyon de 1906 à 1925. Mélangeons aussi parfaitement que possible ces billes, et prélevons au hasard, dans ce mélange des groupes de deux billes. Nous aurons ainsi des tirages de deux billes blanches, d'une bille blanche et une bille noire et de deux billes noires.

La fréquence relative des tirages de ces trois classes de répartition entre les blanches et les noires correspondra rigoureusement au nombre de cas dans lesquels la tuberculose ne sera fatale pour aucun des conjoints, pour un seul d'entre eux ou pour les deux réunis, abstraction faite de toute contagion et de toutes autres causes perturbatrices.

Or, nos tirages ont conduit aux rapports suivants : sur 100 tirages, on compte, en moyenne, 64 couples avec 2 billes blanches, 32 couples avec une bille blanche et une bille noire et 4 couples avec 2 billes noires. Ces proportions ne sont exactes que pour un très grand nombre de tirages et le calcul des probabilités les a entièrement confirmées, comme nous l'avons démontré dans nos publications antérieures (1).

Ce qui signifie que si nous prenons un très grand nombre de ménages ou de couples de deux personnes quelconques, nous devrons en compter 64 % dans lesquels aucun des deux conjoints ne succombera à la tuberculose, 32 % où l'un d'eux seulement sera victime de l'infection et 4 % où l'un et l'autre mourront de bacillose, si le hasard seul préside à cette distribution.

Remarquons en outre que dans 32 + 4, c'est-à-dire 36 % des cas où la tuberculose frappe ces couples, on doit trouver 4 cas où les deux conjoints succombent à la maladie, soit 11 %. Si donc l'un des époux meurt de bacillose, il y a 11 chances sur 100 pour que la même maladie soit fatale à l'autre et *cela en dehors de toute contagion*, et si cette proportion de 11 % n'est pas dépassée, nous pourrons affirmer de la façon la plus absolue que l'affection n'est pas contagieuse pour le conjoint.

D'après nos études personnelles, confirmées récemment par celles du Dr Rochette (2), cette proportion n'est nullement supérieure en réalité, mais il faut bien dire que les enquêtes poursuivies jusqu'ici dans ce sens portent sur un nombre de cas trop restreint.

Si l'on prend seulement quelques centaines de couples, le taux des doubles décès devra être tantôt plus fort et tantôt plus faible, la répartition n'étant pas régulière, ainsi que nos tirages de couples de billes l'ont prouvé ; ce n'est que sur un nombre de couples très élevé que la proportion de 11 % doit se vérifier.

Quoiqu'il en soit, les pourcentages relevés en clinique sur les quelque cinq cents ménages étudiés jusqu'ici étant notablement inférieurs à cette proportion de 11 %, la non contagion maritale semble bien certaine.

Mais il demeure avéré que les contagionnistes ont pris prétexte de ces 11 % de doubles décès pour affirmer la transmissibilité de la maladie d'un conjoint à l'autre ; ils ont omis de consi-

(1) Auguste Lumière. — Tuberculose, hérédité, contagion. 2e édition, p. 40, Desvignes, édit., Lyon, 1931.

(2) L. Rochette. — Tuberculose conjugale et contagion tuberculeuse. Hauteville, *Lompnès médical*, t. II, 1930, p. 37.

dérer qu'il y a une répartition inéluctable des cas de mort (comme des atteintes de l'affection), répartition qui joue en produisant forcément des coïncidences, et c'est une grave erreur de voir des rapports de cause à effet dans ces éventualités qui n'obéissent qu'aux lois mathématiques du hasard et des probabilités.

La croyance en la contagion de la tuberculose, chez l'adulte, est donc le résultat d'une interprétation abusive des expériences de laboratoire et de la confusion que les auteurs ont commise en voulant rapporter à des contacts avec les phtisiques la cause de certaines coïncidences qui se produisent inévitablement et régulièrement, en dehors de tout apport de germe extérieur ; l'insuffisance notoire des observations cliniques et des enquêtes sur l'hérédité favorisant cette confusion.

## DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS EN PRATIQUE OBSTÉTRICALE ET PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par MM.

P. Rudaux, et H. Montlaur,

Accoucheur, Professeur de la Maternité

Ancien chef de Laboratoire à Saint-Louis, Assistant de Syphiligraphie à la Maternité.

« Le syphilitique qui devient paralytique général, le syphilitique qui donne naissance à un enfant taré par la syphilis héréditaire, obligent la société à de lourdes dépenses d'assistance et nous ne pouvons pas plus rester insouciants devant cette constatation que nous n'avons le droit de rester indifférents devant la somme de misères individuelles dont souffrent les enfants hérédo-syphilitiques. » Cette phrase, extraite de la Préface écrite par le Dr Cavaillon pour ce Manuel, suffit à en montrer la portée sociale. Il constitue en outre une sorte de Bréviaire pour tout praticien curieux des méfaits de la syphilis obstétricale, des moyens de les reconnaître avec leur véritable signification, et de leur opposer le remède qui leur convient.

Parmi ces manifestations, il en est qui sont *certaines*, et méritent le nom de *Grands signes* ; d'autres sont *probables*; d'autres enfin *possibles* ou *douteuses* : celles-ci prennent le nom de *Petits signes.*

Des manifestations de signification insuffisante, au moment de leur constatation, n'en doivent pas moins être retenues comme aptes à servir un jour à poser un diagnostic.

Pour constituer un dossier complet et dresser un bilan familial, des enquêtes sont nécessaires. Elles ne sont pas toujours aisées, car il faut un doigté particulier pour éviter de jeter le soupçon dans l'esprit d'une gestante, concernant son mari ou ses parents. En tout état de cause, la clinique doit être considérée comme la voie la plus sûre vers un diagnostic que suivra un traitement opportun.

Les auteurs font bonne justice des lois de Colles-Baumès et Profeta, sur ces immunités dont jouiraient la mère, saine en apparence vis-à-vis de son enfant syphilitique, ou l'enfant sain vis-à-vie de sa mère contaminée. La vérité clinique, c'est que la femme qui accouche d'un enfant syphilitique est syphilitique, et que tout hérédo-syphilitique a été procréé par une mère elle-même syphilitique.

Quant aux unions consanguines, elles sont redoutables seulement quand les deux générateurs sont tarés, parce qu'elles multiplient les conséquences de ces tares accumulées.

Les auteurs indiquent comment on doit poursuivre le dépistage de la syphilis chez une femme enceinte en pratique urbaine, à la campagne, à l'hôpital. Puis, au cours de la grossesse, de l'accouchement, après l'accouchement.

Par ailleurs, la méthode consistera à mettre en œuvre l'examen général de la femme enceinte, l'enquête familiale et la sérologie.

Je publie ci-après le chapitre concernant la Prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Quant aux traitements, ils varient selon qu'il s'agit de traitements d'attaque ou de traitements des syphilis latentes et des syphilis héréditaires. Les arsénobenzènes, le sulfarsénol, le bismuth en font les frais, et aussi les traitements de substitution ou de complément dont le traitement mercuriel est le principal.

Ce Manuel de MM. Rudaux et Montlaur condense, en 130 pages, tout ce qui doit être familier au médecin des Rapports de la Syphilis avec la Génération. Il est fort bien édité, et joint ainsi l'agréable à l'utile pour prendre place, dans les bibliothèques médicales, parmi les ouvrages dont la consultation s'impose comme une utilité (1).

G. Duchesne.

(1) Chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (20 francs).

CHAPITRE PREMIER

**Prophylaxie de la syphilis héréditaire**

« Ce qu'il y a de plus redoutable dans toute la syphilis, ce par quoi la syphilis s'élève au rang d'un fléau pour l'humanité, c'est à coup sûr et sans contestation possible sa faculté de transmission héréditaire, c'est ce qu'on appelle son *hérédité* sous les diverses formes par lesquelles cette hérédité peut se transmettre ». Cette phrase du Professeur Fournier n'est-elle pas toujours d'une brûlante actualité ?

Nous connaissons aujourd'hui, plus qu'autrefois, les méfaits de la syphilis, nous savons la dépister dans ses manifestations les plus cachées et aussi beaucoup mieux la combattre. Le temps n'est plus où on se contentait de traiter les seules manifestations *affichantes* de la syphilis. Depuis une dizaine d'années, la lutte s'est organisée, coordonnée, des ligues ont été fondées, des groupements de bonne volonté ont travaillé à mettre la syphilis, cette « maladie honteuse » dont le nom ne pouvait même être prononcé, sur le plan des grands fléaux sociaux ouvertement combattus.

Nous pouvons juger maintenant, par les résultats acquis, de la valeur des « armes » nouvelles créées pour se défendre contre la spécificité.

Un des éléments les plus actifs dans la défense sociale contre la syphilis, qui vise tout particulièrement la *prophylaxie de la syphilis héréditaire*, est le *dispensaire de Maternité.*

Couvelaire et Marcel Pinard, les premiers en France, ont organisé à la clinique Baudelocque une consultation pour le traitement des femmes enceintes syphilitiques, dite « Consultation de prophylaxie des maladies héréditaires ».

A l'heure actuelle, la plupart des services d'accouchement de Paris et d'un grand nombre de villes de province ont annexé à leurs consultations un centre de traitement de la syphilis des procréateurs.

Le ministère de la Santé publique a subventionné, en 1930, 591 de ces consultations.

Les résultats se sont d'emblée montrés si probants qu'il n'est pas exagéré d'affirmer que *la véritable prophylaxie de la syphilis héréditaire réside dans le traitement de la femme enceinte.*

Nous en trouvons une preuve dans les chiffres relevés à la consultation antisyphilitique de la Maternité de Paris et que nous avons publiés en 1928 à la Conférence de la défense sociale contre la syphilis, tenue à Nancy.

RÉSULTATS

Pour 839 malades.

| | |
|---|---|
| *A*) Nombre de grossesses *avant traitement* | 1.450 |
| Enfants vivants | 528 |
| Avortements, accouchements prématurés, mort-nés, macérés ou non, enfants morts dans les premiers jours de la vie | 922 |

*Soit une mortalité fœtale et infantile de* 61,6 %.

| | |
|---|---|
| *B*) Nombre de grossesses *après traitement* | 156 (1) |
| Enfants vivants | 134 |
| Avortements, accouchements prématurés, mort-nés, macérés ou non, enfants morts dans les premiers jours de la vie | 22 |

*Soit une mortalité fœtale et infantile de* 14,1 %.

L'étude comparative de ces deux tableaux se passe de commentaires !

Nous trouvons une nouvelle preuve de la valeur de cette prophylaxie de la syphilis héréditaire par le traitement des femmes enceintes dans l'expérience poursuivie dans les pays scandinaves.

En Suède, Norvège, Danemark, il existe depuis vingt-cinq ans environ des asiles destinés à recueillir des nourrissons hérédo-syphilitiques abandonnés et des enfants entachés de syphilis et moralement abandonnés.

Pendant de longues années, ces établissements spéciaux, nommés asiles Welander, du nom de celui qui en fut le créateur, reçurent et traitèrent de nombreux pensionnaires que leur état interdisait de placer en nourrice.

Or, depuis que les femmes enceintes syphilitiques sont systématiquement traitées au cours de la gestation, le nombre de nourrissons présentant des signes de syphilis héréditaire floride a diminué ; parallèlement, le chiffre des abandons a été réduit dans de telles proportions que certains asiles sont restés inoccupés.

On a créé alors, dans ces derniers, des services pour une nouvelle catégorie de malades dits « en observation » : enfants en apparence sains, mais issus de mères syphilitiques ayant été traitées au cours de leur grossesse.

Une « Conférence de la syphilis héréditaire » a été organisée à Paris, en octobre 1925, par la Ligue nationale française contre le péril vénérien. Elle fut, en quelque sorte, en France, la première consécration officielle de la prophylaxie de la syphilis héréditaire.

La conférence de la syphilis héréditaire a émis les vœux suivants :

« 1° Que les moyens de lutte antisyphilitique actuellement en vigueur continuent a être soutenus, soient amplifiés et dotés de crédits plus importants ;

(1) Dans ce tableau ne figurent que les femmes ayant suivi régulièrement le traitement prescrit ; un grand nombre de malades, comme dans toutes les consultations, ont subi des traitements irréguliers ou insuffisants, elles ne sont pas comptées dans notre statistique.

2° Qu'il soit fait appel à la collaboration des syndicats médicaux pour le meilleur fonctionnement de cette organisation ;

3° Que l'enseignement technique des praticiens aux cours de perfectionnement et l'instruction des étudiants au cours d'un stage obligatoire et prolongé soient dirigés dans le sens de la prophylaxie de la syphilis acquise et de l'hérédo-syphilis : traitement actif des futurs géniteurs, de la femme en état de gestation, traitement ou surveillance prolongée de la descendance des syphilitiques ;

4° Que l'action des dispensaires soit renforcée par la collaboration d'assistantes sociales, sous le contrôle des médecins-chefs des dispensaires, en liaison constante avec les dispensaires d'hygiène sociale qui concourent à la lutte contre la mortalité infantile et contre la tuberculose. Le rôle de ces assistantes doit se borner à aider au dépistage de la syphilis et à la régularité des visites au dispensaire ou chez le médecin ;

5° Les maternités et les organismes de puériculture (consultations prénatales, consultations des mères nourrices et des nourrissons, maisons maternelles, etc.) doivent être organisées en vue de la lutte contre la syphilis héréditaire, soit par une liaison étroite avec les dispensaires antisyphilitiques pourvus d'un laboratoire de sérologie, soit par l'adjonction d'un dispensaire spécial.

Ce dispensaire de maternité fonctionnant avec la collaboration de l'accoucheur, du syphiligraphe et du pédiatre doit assurer la continuité de la surveillance et du traitement chez la mère et les enfants ;

6° Que l'éducation prophylactique du public en matière de syphilis soit poursuivie énergiquement dans tous les milieux sociaux ;

7° Que l'éducation sexuelle et antivénérienne soit réalisée dans les établissements d'instruction secondaire et supérieure, dans les formes susceptibles de ne pas porter outrage aux familles, ni aux jeunes auditeurs ;

8° Que les familles soient prévenues, au moment du mariage de leurs enfants, de l'intérêt qu'il y a à faire examiner les futurs époux par un médecin, de façon à s'assurer qu'il n'existe pas d'infection virulente susceptible de réagir sur la descendance. »

Enfin, l'Union internationale contre le péril vénérien, réunie en assemblée générale à Copenhague, en août 1930, « invite les Gouvernements, les pouvoirs publics et les associations de lutte antivénérienne à demander au corps médical de se baser, dans la conduite que tout médecin spécialisé ou non doit tenir en présence de malades atteints de syphilis, sur les règles primordiales suivantes :

9° Tâcher d'empêcher toute possibilité de transmission congénitale de la syphilis à ses descendants.

L'Union, à cet égard, insiste particulièrement sur le fait que la lutte contre la syphilis congénitale doit se poursuivre :

*a*) Par un dépistage systématique comprenant l'enquête familiale, les examens cliniques et sérologiques ;

*b*) Par le traitement non seulement des enfants reconnus atteints de syphilis congénitale, mais encore par le traitement suffisamment régulier et prolongé des géniteurs avant la procréation et de la *mère pendant la grossesse.* »

Devant la matérialité de ces faits, on ne peut que s'incliner.

*Il faut traiter la femme syphilitique en état de gestation* même, ajouterons-nous, si elle n'est que *suspecte* de syphilis.

P. RUDAUX et H. MONTLAUR.

## CE QU'IL FAUT SAVOIR DE LA RÉGULATION ENDOCRINIENNE DANS LE DÉVELOPPEMENT DU TRACTUS GÉNITAL

d'après M. SIMONNET (1)

La clinique nous a fait connaître l'influence, qu'exercent les glandes endocrines sur l'appareil génital de l'homme et de la femme ; on a décrit notamment un syndrome adiposo-génital.

Mais, en ces derniers temps, la physio-pathologie comparée est venue compléter d'une manière intéressante ce que déjà nous savions de façon bien imparfaite. Actuellement, la plupart de nos hypothèses se sont vérifiées ; des déductions nouvelles sont proches, et nous ne devons plus les ignorer.

Le développement des organes génitaux est, tout d'abord, soumis à l'influence *d'hormones, qui prennent naissance dans les glandes sexuelles elles-mêmes* : pour le mâle l'hormone testiculaire ; pour la femelle, la folliculine et la lutéine.

Ces hormones agissent directement sur les tissus, mais aussi par l'intermédiaire d'éléments nerveux, inclus dans les glandes elles-mêmes.

Chez la femelle, la folliculine procède à la ponte ovulaire ; la lutéine du corps jaune prépare la nidation dans l'utérus et assure le développement de l'œuf ; mais la lutéine ne peut agir séparément ; elle n'est d'aucune efficacité, sans l'effet préparant de la folliculine.

Chez des femelles, la folliculine injectée a pu augmenter considérablement le nombre des ovules, pondus dans les conditions normales. Elle a pu,

(1) M. SIMONNET, agrégé des Ecoles vétérinaires. — Les acquisitions récentes sur la régulation endocrinienne dans le développement du tractus génital. (*Société de Pathologie comparée*, 8 décembre 1931).

de même, malgré un état de gestation avancée, produire une nouvelle ponte ovulaire.

La lutéine, injectée à des femelles castrées, a ramené un état passager de menstruation. Cette hormone, abondamment sécrétée à l'époque de la menstruation, exercerait, d'autre part, une action inhibitrice sur la sécrétion de la folliculine, empêchant ainsi d'une manière temporaire son rôle dans la ponte ovulaire : d'où une explication possible de l'intermittence de ce phénomène de ponte.

La castration tardive, en supprimant la sexualité, ne détruit pas les caractères sexuels secondaires. Seule, une castration précoce empêche les caractères sexuels principaux et secondaide se manifester.

Peut-être faut-il ici faire intervenir l'influence des *hormones extra-génitales,* qui ont leur origine dans l'anté-hypophyse, comme aussi dans les régions cinéréennes.

On connaît, en effet, le rôle dévolu à ces hormones, soit dans le développement, soit dans le fonctionnement des organes génitaux, rôle qui s'exerce alternativement ou simultanément dans ces deux ordres d'idées.

D'autres glandes endocrines (thyroïde, etc). auraient aussi une influence sur le développement du tractus génital.

**Puberté et sénilité** — L'animal impubère présente des caractères de *puberté,* si on lui injecte des hormones sexuelles ; mais cette puberté ne dure qu'autant que l'action hormonique persiste ; elle n'est que transitoire : elle ne pourrait devenir définitive que si l'organisme présentait un degré de croissance suffisamment accentué.

Quant à la *sénilité,* elle résulte d'une hyposécrétion ou d'un manque de sécrétion des glandes endocrines sexuelles. On a essayé d'empêcher ou de retarder son apparition par des greffes d'ovaires ou de testicules. Si cette opération ne donne pas toujours les résultats espérés, il faudrait y voir la preuve d'une l'influence de l'anté-hypophyse, dont on ne saurait négliger les effets sur le développement du tractus génital.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Réflexions sur l'épilepsie et son traitement.

Le Dr Chavany rappelle que l'épilepsie, considérée par les anciens auteurs comme une affection purement névropathique, tend à se classer présentement parmi les maladies du système nerveux possédant un substratum anatomique Dans l'épilepsie symptomatique en rapport avec un traumatisme crânien, une syphilis ou une tumeur cérébrale, la lésion cérébrale est constante. Dans l'épilepsie, dite essentielle, on a souvent affaire à des lésions d'ordre cicatriciel ; mais il faut bien le dire, on trouve des cas, où les constatations nécropsiques sont absolument muettes.

Dans tous les cas, la lésion locale ne constitue qu'une prédisposition, et ne suffit pas à elle seule à expliquer les paroxysmes convulsifs. L'appoint du facteur toxique est indéniable sur l'apparition des crises comitiales : alcool et essences, régime trop copieux, une substance endogène convulsivante, favorisée par un certain taux d'alcalose sanguine. Le facteur neuro-endocrinien joue également un rôle considérable. Quoi qu'il en soit, les crises convulsives seraient, pour beaucoup d'auteurs, dues à un brusque déséquilibre vaso-moteur, amenant des perturbations cérébrales importantes.

Voici maintenant quelques points au sujet de l'étiologie et de la clinique de l'épilepsie. Tout d'abord, d'après l'auteur, on aurait beaucoup exagéré le rôle de l'hérédo-syphilis ; certes, la syphilis peut agir au même titre que les autres infections, mais il convient de ne retenir cette étiologie qu'en présence de stigmates cliniques nets, ou de réactions humorales positives ou douteuses. On ne doit pas oublier, d'autre part, que toutes les maladies infectieuses de l'enfance, même les plus banales, sont susceptibles, chez un sujet prédisposé, de déclencher une inflammation de l'encéphale, qui ne se traduira à la période aiguë de la maladie que par la fièvre, le délire et les convulsions, mais qui laissera, plus tard, comme trace de son passage, une séquelle indélébile sous forme de crises comitiales. Il est même possible que cette encéphalite trouve son origine au cours de la vie intra-utérine (accouchement long, pénible ; forceps).

Les premières crises peuvent se manifester dès le tout jeune âge ; on les qualifie alors de simples convulsions et on les range sous la rubrique commode de la spasmophilie ; souvent elles n'apparaissent que dans la seconde enfance ; dans un certain nombre de cas, ce n'est qu'à l'âge adulte que l'épilepsie essentielle se dévoile, et l'on est obligé de parler d'une « épilepsie essentielle »,

quand on ne peut mettre en évidence la cause des crises comitiales. D'ailleurs, l'épilepsie dans les tumeurs cérébrales s'enrichit en ce moment d'acquisitions nouvelles ; l'épilepsie, en ces cas, est localisée, bravais-jacksonienne ; généralisée, elle n'a aucune valeur localisatrice, en matière de tumeurs cérébrales, surtout si elle est précédée d'une recrudescence des maux de tête ; elle peut s'observer dans tous les cas où il existe de l'hypertension ventriculaire, que la tumeur soit corticale ou profonde.

Quant à l'authenticité de certaines crises comitiales, la plupart des phénomènes classiques de ces crises peuvent être reproduits par la volonté ; seule la pâleur du début de l'attaque, la mydriase de la période d'état, la présence momentanée d'un signe de Babinski constituent des signes organiques solides. D'autre part, la survenue des paroxysmes à la suite de contrariétés, la périodicité à date fixe (anniversaire d'un événement important), le peu d'influence que présente sur leur fréquence la médication gardénalique plaident en faveur de la crise nerveuse non comitiale.

On doit signaler, enfin, les manifestations de l'épilepsie, qui peuvent rester longtemps méconnues : vertiges, absences.

Parmi les troubles mentaux des épileptiques, on retiendra les troubles du caractère, l'irritabilité (qui font parfois la nécessité d'un internement, surtout s'il existe un appoint éthylique) ; les accès impulsifs ; la fugue ; les troubles délirants, avec amnésie.

Le *traitement* de l'épilepsie a été complètement transformé par l'emploi des dérivés de l'acide barbiturique. Le gardénal peut être considéré comme le médicament-roi de l'épilepsie ; on commencera par de faibles doses : de 0 gr. 03 chez l'enfant de 3 à 5 ans, jusqu'à 0 gr. 20 chez l'adulte. L'effet hypnotique est le premier à se manifester ; il faut en prévenir les malades, et savoir qu'au cours de la cure il s'estompera pour faire place à l'effet calmant. Il faut progressivement arriver assez vite à la dose efficace, qui fera disparaître les crises, ceci pour inspirer aussitôt confiance au malade. On augmente chaque semaine de 0,10 centigr (chez l'adulte) ; on peut ainsi atteindre 0 gr. 40 et même 0 gr. 50. Cette dose efficace trouvée, on s'y maintient pendant de longs mois , voire même des années, sans jamais cesser le médicament d'une manière brusque, car le gardénal n'est qu'un médicament suspenseur des crises. Lorsque l'amélioration est manifeste, on peut diminuer les doses avec une extrême prudence, et ménager dans la semaine 1, 2, 3 jours sans médicament. Le gardénal, dont l'effet calmant ne s'affaiblit pas à la longue, doit être prescrit par doses fractionnées (point important), dans le courant de la journée, autant que possible loin des repas, dans un peu d'eau ou mieux de tisane chaude.

Afin d'éviter certains phénomènes, dus à l'emploi du gardénal, surtout au début, (lourdeurs de tête, obnubilation cérébrale), on conseille certains produits correctifs, qui permettent d'employer des doses moindres pour obtenir une action identique : belladone, caféine, strychnine et chlorure de calcium (1 gr. par jour durant les premiers mois de traitement). Forcer légèrement les doses de gardénal chez les femmes au moment des règles (ainsi que trois jours avant, et trois jours après).

Puisque le gardénal influence moins les troubles psychiques que les crises, on essaiera, en cas d'insuccès, un autre dérivé barbiturique, le rutonal, employé à doses doubles de celles du gardénal. La médication borée (tartrate borico-potassique) ne doit être considérée que comme un adjuvant. Si le malade voit les crises cesser sous l'influence du gardénal, alors que s'accentuent les troubles du caractère, on prescrira les bromures, à doses alternativement croissantes et décroissantes ; mais la médication bromurée ne sera considérée que comme un pis-aller.

Le plus utile auxiliaire du traitement calmant est la cure hygiéno-diététique : vie très calme et très régulière ; balnéothérapie tiède ; régime déchloruré, sans alcool ; cures de jeûne par intervalles. Chez les femmes, on traitera énergiquement les perturbations menstruelles. La protéinothérapie (injections intraveineuses de vaccin T. A. B. en gouttes progressives dans de l'eau physiologique) peut obtenir des rémissions dans certains cas graves. (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juin 1931.)

### Sur l'hydramnios et l'oligo-amnios.

*Hydramnios.* — C'est l'augmentation du liquide amniotique ; mais il est difficile de dire quand l'hydramnios commence. Il ne faut parler d'hydramnios qu'à partir d'un litre. On trouve quelquefois trois ou quatre litres, très rarement plus.

Le plus habituellement, d'après le Dr Henri Vignes, l'hydramnios est une affection chronique. Dans la plupart des cas, l'excès de liquide ne détermine que peu ou pas de gêne, et il est découvert, parce qu'on a procédé à un examen méthodique. La hauteur utérine est plus grande qu'elle ne devrait l'être ; la tension intra-utérine est augmentée ; le fœtus n'est pas engagé ; l'hydramnios est une cause fréquente de non engagement, au même titre que l'insertion basse du placenta et que les viciations pelviennes.

Dans quelques cas, l'importance de l'hydramnios est plus grande et les symptômes sont plus accentués : douleurs dans les reins, œdème des membres inférieurs, gêne respiratoire, oligurie,

albuminurie. Avant de rapporter ces symptômes à l'albuminurie, il est bon d'éliminer les affections qui peuvent les déterminer.

Dans des cas très rares, la production du liquide est considérable, et les symptômes deviennent très vite alarmants ; on dit qu'il y a hydramnios aigu ; ceci s'observe habituellement vers le 4e ou le 5e mois. L'hydramnios progresse rapidement ; l'abdomen devient très volumineux. Il existe des phénomènes intenses de compression, et, en particulier, des douleurs vives ; de l'hyposystolie ou de l'asystolie peuvent apparaître ; la femme vomit ; elle s'amaigrit.

Exceptionnellement la mort peut survenir ; plus souvent la gestation est interrompue par avortement ou accouchement prématuré. Cet hydramnios aigu est très souvent lié à une gestation gémellaire.

L'accouchement est normal dans les formes modérées ; mais il marche mal, si l'hydramnios est accentué : la dilatation se fait mal ; il peut y avoir procidence du cordon, ou bien présentation par l'épaule, par le siège. Après l'accouchement, les hémorragies sont fréquentes, par le fait d'une déplétion trop brusque de l'utérus.

Le diagnostic se fait facilement d'ordinaire, par l'augmentation du volume utérin et par la tension permanente de l'utérus. Le principal diagnostic différentiel est celui du gros œuf ; il n'y a que de la fluctuation, pas de ballottement. Exceptionnellement il y a des cas très difficiles, où il faut diagnostiquer une tumeur (fibrome, kyste) sans gestation, ou une péritonite tuberculeuse d'avec un hydramnios, surtout si l'enfant est mort ; on cherchera soigneusement, patiemment, si la tumeur se contracte ; si oui, on a affaire à un utérus gravide.

La cause la plus fréquente de l'hydramnios est la syphilis de première génération, plus souvent encore syphilis de 2e génération ; il faut aussi noter la grossesse gémellaire, l'albuminurie, le diabète. Cependant, dans 40 % des cas, l'origine de l'hydramnios reste ignorée.

Le traitement pendant la grossesse consiste : 1° à prescrire le régime lacté ; 2° à faire une thérapeutique antisyphilitique ; 3° à employer l'iodure ou les injections d'huile iodée.

Dans les cas graves, mettant en danger la vie de la mère, il faut essayer d'évacuer une partie du liquide ; pour cela, on ponctionne l'œuf. La ponction peut se faire par la voie vaginale ; généralement, la femme entre en travail au bout de quelques heures.

La conduite à tenir pendant le travail consiste à attendre la dilatation complète, si cela est possible ; à ce moment, on fera la rupture de la poche des eaux, qu'il ne faut pas laisser se rompre seule. Dans certains cas, où la dilatation reste stationnaire, et où il faut incriminer une contracture, due à l'excès de la tension intra-utérine, on rompra la poche des eaux avant la dilatation complète ; le travail progressera de façon plus satisfaisante, à partir de ce moment.

*Oligo-amnios.* — La quantité de liquide est inférieure à 200 gr. Souvent l'oligo-amnios est méconnue. On peut la soupçonner dans la deuxième moitié de la grossesse. L'utérus est moins gros que normalement ; les mouvements du fœtus sont un peu douloureux ; il n'y a pas de ballottement. L'accouchement est lent ; les enfants sont souvent malformés. On a incriminé la syphilis, l'alcoolisme. (*Le Progrès médical*, 13 juin 1931.)

### Urémie musculaire.

Il y a intérêt à ne pas négliger dans la description des symptômes urémiques, les manifestations musculaires ; MM. Merklen et Gounelle le démontrent. Elles sont de diagnostic aisé et tirent leur intérêt de ce qu'elles accompagnent l'azotémie, qui semble bien en commander l'apparition. La clinique apprend à les distinguer en manifestations myocloniques et myotoniques. Ces deux manifestations peuvent s'associer.

Les auteurs se rallient à l'opinion, qui assigne à la rétention azotée, ou de substances connexes, le principal rôle dans la genèse de l'urémie musculaire myoclonique ou myotonique. (*La Médecine*, mars 1931.)

### Encéphalites aiguës infantiles.

Le Dr L. Babonneix rapporte quelques observations intéressantes d'encéphalites aiguës infantiles, et il communique à ce sujet un certain nombre de réflexions intéressantes.

Tout d'abord, il souligne la fréquence actuelle des encéphalites aiguës, le terme étant pris dans son sens le plus large. On peut dire, pratiquement, qu'elles étaient inconnues avant la guerre ; quant à l'encéphalite léthargique, elle était régulièrement méconnue (tumeur cérébrale, hérédo-syphilis, chorée molle ), et, bien souvent encore, le diagnostic se fait par exclusion.

D'autre part, la nature de ces infections reste encore inconnue ; peut-être leur origine serait-elle locale (sinus ?), parfois due au biotropisme.

Quant à la thérapeutique, si vraiment nombre d'hémiplégies infantiles, d'épilepsies, de troubles psychiques divers, dont surtout la diminution de l'intelligence et les modifications du caractère, surviennent brusquement, chez des sujets sains, non suspects d'hérédo-syphilis, venus au monde dans les meilleures conditions, à la suite d'un épisode encéphalique ou méningé, pourquoi ne pas faire de ceux-là la conséquence de celui-ci ? Pourquoi ne pas les traiter, dès le début, par les médications habituelles des infections à neuro-virus : salicylate de soude en injections intra-veineuses si possible, ou sinon par la bouche ? (*Gazette des Hôpitaux*, 6 juin 1931).

**Technique et résultats du traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie et l'électrothérapie.**

Le Professeur H. Bordier (de Lyon), ayant exposé en détails les considérations générales et techniques de ce traitement, estime qu'il est un devoir impérieux pour tout médecin de confier rapidement aux spécialistes ses malades, atteints de paralysie infantile.

De l'avis de nombreux médecins, français et étrangers, les résultats les plus remarquables sont obtenus sur les malades, dont le traitement est institué *immédiatement après le début* de la paralysie ; de bons résultats, mais non complets, ont été observés sur les malades soignés deux ou trois mois après la période fébrile. Certes, tous les malades soumis à un traitement immédiat ne sont pas guéris ; les cas où il existe, dès le début de la paralysie, une profonde destruction des cellules nerveuses, seront peu améliorés. Mais, s'il y a des cas où le traitement de Bordier ne réussit pas, il en existe par contre, d'autres avec réaction de dégénérescence totale, qui ont guéri après un traitement précoce et complet. Si les résultats ne sont pas constants dans tous les cas, il n'en est pas de même chez les malades présentant la réaction de dégénérescence partielle, car la plupart, pour ne pas dire tous, en retirent des résultats excellents (*Journal des Praticiens*, 18 juillet 1931.)

**L'ulcère du duodénum.**

Quoiqu'on ait dit, il faut abandonner le terme d'ulcère duodéno-pylorique, un ulcère, spécifie le Dr Noël Fiessinger est gastrique ou duodénal.

Dans l'ulcère duodénal, la symptomatologie se résume presque uniquement dans les douleurs, celles-ci ont une allure toute spéciale ; ce sont des douleurs tardives ; elles apparaissent entre cinq et six heures après le repas ; ce sont les plus tardives des douleurs de passage.

En effet, pour l'ulcère de l'estomac, et surtout pour l'ulcère de la petite courbure, la douleur est précoce ; elle commence deux à trois heures après le repas. Ces douleurs ont encore un autre caractère ; elles apparaissent à l'occasion de toutes les digestions ; elles sont bi- ou tri-quotidiennes, à horaire quasi-mathématique. Elles sont toujours intenses, et siègent dans la région sous-hépatique droite, comparables à une brûlure, une crampe, une pression. Elles irradient dans le dos à droite, dans l'épaule en arrière, rarement dans l'abdomen. Parfois, elles sont moins violentes ; c'est la faim douloureuse.

Les douleurs tardives sont toute la symptomatologie ; l'appétit est excellent ; les digestions bonnes ; il n'existe ni régurgitation, ni vomissements. En somme, l'estomac est silencieux.

Un autre caractère très spécial de ces douleurs réside dans le temps : elles surviennent par période de trois à six semaines, cèdent rapidement à quelques précautions de régime et à un traitement alcalin pour reparaître après une accalmie plus ou moins longue. A mesure que l'affection évolue, les périodes se rapprochent ; à la fin, le malade n'a plus guère de répit.

Des hémorragies peuvent s'observer ; mais elles sont de plus en plus rares, depuis que le diagnostic est plus précoce, que dès lors, le traitement enraie l'évolution de la maladie. Ces hémorragies sont le plus souvent abondantes, avec lipothymies ; le mélœna apparaît quelques minutes plus tard. L'hémorragie intestinale peut se reproduire et entraîner la mort.

Le seul signe physique est la douleur à la pression sur la région du duodénum ; en dehors et un peu en haut de l'ombilic, distincte de la douleur vésiculaire (plus haut située à la face inférieure du foie. Il ne faut pas ici pratiquer de tubage duodénal.

L'examen radiologique a une importance considérable pour le diagnostic, mais il faut des épreuves en séries. Parmi les signes directs, la « niche » est le plus important, souvent au niveau de la petite courbure. Les signes indirects sont les incisures et les encoches, pouvant engendrer des figures de trèfles, de gerbes ; le pylore est excentré. Du côté de l'estomac, on note de l'hyperkinésie gastrique avec évacuation rapide et attraction vers la droite.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, surtout que l'évolution clinique peut être anormale (formes latentes jusqu'à l'apparition d'une hémorragie ; formes ictériques, fébriles ; formes longues et cicatricielles aboutissant soit à la sténose duodénale sus-vatérienne, soit à la périduodénite sténosante.

Bref, pour faire le diagnostic d'ulcère duodénal il faut toujours y penser, soit en face de toute hémorragie intestinale profuse sans autre cause, soit en face des diverses douleurs abdominales.

Une fois l'affection reconnue, on ne s'attardera pas au traitement médical, en raison des risques de perforation et d'hémorragies, car l'ulcère du duodénum est essentiellement trompeur dans son évolution, et l'on doit se méfier de ses accalmies. Cette incertitude crée la principale, indication chirurgicale (gastro-entérostomie ou gastro-duodénostomie). (*Journal des Praticiens*, 4 juillet 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### La conférence de 1931, de Genève, sur les stupéfiants.

(M. J. Bougault. — *Académie de médecine* ; 17-11-1931.)

M. Bougault donne un compte rendu des délibérations de la Conférence internationale de Genève (juin-juillet 1931) pour la limitation de la fabrication des stupéfiants. Cette conférence, on le sait, est la troisième, les précédentes ayant eu lieu en 1925 (Genève) et 1912 (La Haye).

Les fabriques de stupéfiants doivent être munies d'une autorisation des gouvernements et fonctionner sous leur contrôle. Les quantités sortant des usines sont celles nécessaires à la consommation intérieure et à l'exportation. Des certificats d'importation sont délivrés, tenant compte des besoins, évalués d'avance par des Commissions spéciales, des pays importateurs.

Pour ce qui concerne les prescriptions médicales, quelques décisions de la conférence sont à considérer. La liste des drogues visées par la nouvelle convention a été augmentée de deux alcaloïdes, la codéine et la dionine, la préparation de ces dernières étant en corrélation avec celle de la morphine. Toutefois, la codéine et la dionine n'engendrant pas la toxicomanie, seuls la fabrication et le commerce en gros sont assujettis au contrôle, et le *statu quo* est maintenu, quant aux ordonnances et à la prescription aux malades. Les préparations contenant moins de 2 p. 1.000 de morphine ou moins de 1 p. 1.000 de cocaïne qui, aux termes du règlement de 1925, échappaient au contrôle, sont soumises par la nouvelle convention à une surveillance, quand elles sont faites dans un excipient inerte.

Plusieurs délégués avaient demandé la suppression de toute fabrication de l'héroïne. La délégation française s'y est opposée, et finalement les conditions de délivrance de ce médicament n'ont pas été modifiées.

Un autre amendement proposait l'application à toutes les préparations contenant un stupéfiant, et quelle qu'en soit la dose, des mesures appliquées aux doses élevées. Il en résultait, pour la prescription et la délivrance de quelques grammes d'élixir parégorique ou de quelques gouttes de laudanum, les mêmes formalités que pour 1 gramme de morphine. La délégation française fit remarquer qu'en instituant des mesures trop draconiennes on arrivait pratiquement à interdire l'usage de ces substances aux malades normaux, cependant aussi intéressants que les toxicomanes. La proposition fut retirée.

Remarquons que la conférence internationale de Genève pour la limitation de la fabrication des stupéfiants ne comptait que quelques médecins, un dixième environ seulement de ses membres, particularité assez singulière pour une assemblée qui avait à délibérer sur des médicaments aussi actifs et aussi utiles dans la pratique médicale courante.

### Transmission du choléra des poules par voie aérienne.

(M. Trillat. — *Académie de médecine* ; 10-11-1931.)

De nombreuses expériences, dit M. Trillat, ont montré qu'un air, dans des conditions déterminées d'humidification, de température et d'alimentation, ensemencé par certains germes contagieux, était capable de transmettre la maladie même à distance. L'auteur a vérifié de nouveau ces résultats en utilisant la *Pasteurella avicida*, le choléra des poules. D'une série d'expériences, faites avec l'aide de M. Straub et de M. Truche, il conclut que le choléra des poules peut se transmettre par l'air, surtout par l'air confiné. Peut-être est-ce là le principal mode de contagion de la pasteurellose ? Il en résulte, en pratique, la nécessité d'aérer largement les poulaillers pour les débarrasser de l'humidité et des produits gazeux de la respiration.

### Anatomie des tumeurs des centres nerveux.

(MM. G. Roussy et Ch. Oberling. — *Académie de médecine* ; 17-11-1931.)

Les tumeurs des centres nerveux offrent de nombreux aspects microscopiques (*gliomes*, formés de tissu névroglique, *tumeurs épendymo-choroïdiennes*, constituées par l'épendyme ou les plexus choroïdes, *ganglio-neuromes*, etc.). Les gliomes représentent le groupe le plus important des tumeurs cérébrales. MM. Roussy et Oberling estiment toutefois que la complexité de la classification des tumeurs des centres nerveux est peut-être moins grande qu'elle n'apparaît au premier abord et qu'en éliminant certains détails secondaires on peut arriver à distinguer quelques grandes formes importantes pour la thérapeutique.

### La thérapeutique « vaccinale » de la sclérose en plaques.

(MM. P. Lépine et P. Mollaret. — *Académie de médecine* ; 17-11-1931.)

Lors de l'annonce par Miss Chevassut de la culture du virus de la sclérose en plaques, des essais de thérapeutique vaccinale spécifique de cette affection avaient été entrepris, en particulier par Sir James Purves-Stewart.

Les recherches de divers auteurs, celles de MM. Lépine et Mollaret entre autres, ont montré que les

« cultures » de Miss Chevassut n'étaient que de simples floculats de matières protéiques, et qu'il fallait renoncer à l'idée d'une spécificité de « vaccins » dérivés de ces « cultures ». Cependant, on pouvait se demander si, à titre de protéinothérapie, une telle méthode de traitement n'aurait pas une certaine efficacité. MM. P. Lépine et P. Mollaret ont poursuivi, sur ce sujet, des recherches chez 15 malades des services de M. Guillain et de M. Crouzon, à la Salpêtrière. Le « vaccin » en question a été bien toléré, mais, au point de vue curatif, s'est montré totalement inefficace, aucun des malades n'ayant présenté d'amélioration appréciable.

Les auteurs concluent que, d'après leur expérience personnelle, la protéinothérapie de la sclérose en plaques par la méthode, dite vaccinale, de Miss Chevassut se montre inactive et ne légitime pas les espoirs qui avaient été fondés sur elle.

P. L.

**La réduction mécanique instantanée des fractures, sous le contrôle simultané du double écran, face et profil.**

(M. G. Pascalis. — *Soc. de médecine de Paris* ; 24-10-1931.)

L'auteur présente un film sur la réduction mécanique instantanée des fractures sous le contrôle simultané du double écran, face et profil. Cette méthode de traitement des fractures, basée sur une instrumentation de mécanique très moderne, permet d'obtenir instantanément la réduction et l'appareillage des pires fractures sous le contrôle radioscopique simultané de face et de profil, avec une simplicité et une sécurité jusqu'ici inconnues, qui en transforment radicalement le pronostic. La puissance du tracteur est telle qu'il a été possible de rompre des cals vicieux de jambe au quatrième jour, et de remettre sans opération les choses en place.

Cet appareillage a rendu, en dehors des fractures, les plus grands services dans un certain nombre d'opérations sanglantes : ostéosynthèses, verrouillage de hanche, et surtout vissage du col du fémur, où il a permis à l'auteur d'obtenir des résultats d'une précision remarquable.

**Diagnostic et appréciation de l'état du tissu cellulaire par l'étude comparée de la phénol-sulfone-phtaléine par voie intra-veineuse, intra-musculaire et sous-cutanée.**

(MM. Delort et P. Morisse. — *Société de médecine de Paris* ; 13-11-1931.)

Les expériences rapportées concernent des sujets, auxquels a été injecté 1 cmc. de phénol-sulfone-phtaléine à 0,06, successivement dans la veine, dans les muscles et sous la peau. Les chiffres obtenus permettent d'adopter ces conclusions, provisoires quoique déjà bien intéressantes :

*a*) Il existe une normale de 60 à 65 % pour l'injection intra-veineuse, de 40 à 50 % pour l'injection intra-musculaire, de 25 à 30 % pour l'injection sous-cutanée. L'écart constant entre l'intra-veineuse et la sous-cutanée est de 30 à 35 % ; il est de 15 % entre l'intra-musculaire et la sous-cutanée ;

*b*) L'injection intra-veineuse, comme l'injection intra-musculaire, reflète exactement l'*état du fonctionnement rénal*, la voie de transmission ne jouant pas pour changer le résultat ;

*c*) Toute variation relative dans l'épreuve par voie sous-cutanée traduit une variation dans l'état du tissu cellulaire.

**Le diagnostic bronchoscopique des cancers broncho-pulmonaires.**

(M. A. Soulas, présenté par M. Rist. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 23-10-1931.)

L'ensemble des symptômes cliniques, et surtout radiologiques, permet de faire le diagnostic des cancers pulmonaires avant la mort, et mieux, de le discuter avec grande vraisemblance. Mais, il est bien rare qu'il puisse être établi au stade de début ; il l'est généralement à la phase d'aggravation des symptômes, ou à celle de l'extension ganglionnaire et métastatique. Comment en serait-il autrement dans une affection aussi polymorphe, qui prend le masque de maladies thoraciques si variées, depuis la simple trachéo-bronchite jusqu'à la maladie de Hodgkin, l'anévrysme de la crosse de l'aorte, la syphilis trachéo-bronchique, les suppurations pulmonaires, et qui pose si souvent le vaste problème des ombres suspectes du poumon et du médiastin ?

Quelques observations de malades viennent montrer en cette matière le rôle de premier plan de la bronchoscopie. Cette épreuve ne doit pas remplacer cependant les examens clinique et radiographique ; elle doit leur succéder, les compléter, soit pour confirmer, soit pour établir le diagnostic précoce de cancer broncho-pulmonaire, cela d'autant mieux que le cancer pulmonaire est très souvent bronchique.

**Les ictères de l'acide phénylquinoléique carboxylique.**

(MM. E. Chabrol, Busson et J. Mennecier. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 23-10-1931.)

La phénylquinoléine carboxylée possède une action remarquable sur la sécrétion hépatique de la bile ; elle produit parfois des ictères ; mais on lui en attribue généralement plus qu'elle n'en mérite.

Bénignes ou graves, ces jaunisses évoquent, par leur mode de début, l'ictère catarrhal ou l'ictère infectieux. Sur 49 cas réunis par les auteurs, 16 observations correspondent au tableau anatomo-clinique de l'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie.

Mais, la crainte d'un ictère toxique ne doit pas faire abandonner un médicament très précieux dans le traitement de la goutte et des rhumatismes, aigus ou chroniques, voire même dans la cure des

ictères lithiasiques ou catarrhaux. Il importe seulement d'employer l'acide phényl-quinoléique carboxylique par voie buccale, à doses modérées et par intermittences.

G. F.

*Société de Médecine de Paris.*

**Présentation d'appareil. (bock-laveur à multiples usages).**

Le Dr Dartigues présente un appareil breveté sous le nom de Box-Bock, et réalisé par un vieil abonné du *Concours Médical*, membre de nos diverses œuvres, le Dr Dujardin (de Saint-Renan).

Cet instrument très peu encombrant, puisqu'il ne mesure que 0,37 sur 0,12 et 0,07 réunit les multiples fonctions de bock laveur, de trousse, de boîte à eau, de stérilisateur, de lavabo. Il ne comporte aucun organe extérieur ; deux couvercles interchangeables mettent son contenu à l'abri des poussières ; porte avec lui son tube de caoutchouc ; est à robinet réglable ; fonctionne debout sur un meuble ou suspendu par une poignée mobile et dissimulée. Sa capacité est de 2 litres 1/2 environ.

Ce bock-laveur à multiples usages, solide et élégant, peut donc avoir sa place marquée dans l'arsenal médico-chirurgical du praticien, de l'accoucheur, du chirurgien, aux armées, aux colonies, dans la marine. Il peut constituer l'unique appareillage des sages-femmes.

Le Dr Dartigues concluait sa présentation en ces termes : « Je vous propose de féliciter le Dr Dujardin (de Saint-Renan) de son ingéniosité et de la création de ce petit appareillage chirurgical, qui est une véritable petite synthèse métallique portative, qui rendra d'éminents services au praticien, par sa simplicité et l'économie de temps qu'il réalise ».

Notre confrère, membre de Sociétés d'inventeurs, s'est attelé depuis plusieurs années au désencombrement de l'arsenal médico-chirurgical du médecin praticien.

Il présente aujourd'hui sa première réalisation, fruit de longues expériences. Nous savons qu'il met la dernière main à la réalisation d'une trousse médicale, extensible, de grande capacité répondant aux besoins actuels de la profession.

---

## *Lille*

*Société médicale et anatomo-clinique.*

Séance du Mardi 20 octobre 1931.

**Quelques cas d'ostéosynthèse chez l'enfant, avec présentation de sujets et de radiographies.**

M. Billet présente trois enfants, auxquels il a pratiqué l'ostéosynthèse : deux fois pour fracture fermée de l'extrémité de l'humérus (fracture en T, avec gros déplacement du fragment inférieur), une autre fois pour fracture des deux os de l'avant bras au tiers inférieur. Plusieurs tentatives de réduction, par les moyens ordinaires, avaient échoué complètement.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'ostéosynthèse a des indications formelles : toute fracture, qu'on ne peut réduire, ou contenir, par les méthodes non sanglantes doit être traitée chirurgicalement.

L'auteur fait justice de toute une série d'objections faites à l'ostéosynthèse par ses adversaires et spécialement de la soi-disant intolérance de l'organisme ou du squelette vis-à-vis des corps étrangers métalliques.

Il fait aussi l'éloge de l'agrafe de Dujarier, qui se classe parmi les tout premiers matériels de l'ostéosynthèse, et que l'on a tendance à délaisser aujourd'hui. Il l'utilise couramment depuis bientôt 20 ans. Elle est particulièrement commode chez l'enfant. Il s'en est servi dans les trois cas qu'il présente et dont les résultats, tant anatomiques que fonctionnels, sont véritablement parfaits.

**Un cas d'ostéo-chondromatose du genou.**

MM. G. Vincent et J. Vincent (d'Armentières). — Homme de 64 ans, souffrant depuis 25 ans d'une arthrite chronique du genou. On lui enlève par arthrotomie onze corps étrangers, de formes diverses, dont la présence avait été constatée, au préalable, par la radiographie.

Il s'agit d'ostéochondromatose synoviale.

**Corps étranger dégluti par un enfant de 7 mois et rapidement évacué.**

M. A. David. — Il s'agit d'un bracelet-chaînette avec médaille, du poids de 5 gr., d'une longueur totale de 7 centim. 1/2, la chaîne étant double. Une radioscopie, faite une heure et demie après la déglutition, montra que le corps étranger était déjà dans l'intestin grêle. Aucun trouble consécutif. Expulsion sans incidents en 22 heures.

Les faits de ce genre sont assez fréquents et peu graves lorsqu'il s'agit de corps mousses. Il faut temporiser ; on ne devrait intervenir qu'au cas — bien hypothétique — d'une stagnation prolongée.

Les seuls éléments intéressants, en l'espèce, sont : l'âge de l'enfant : 7 mois, — et la rapidité du transit digestif : 22 heures.

**Diphtérie grave chez un vacciné, en période d'allergie.**

M. Reverchon. — Enfant de 8 ans, opérée d'amygdalectomie. Une semaine après, diphtérie laryngée, ayant nécessité deux tubages : expulsion de fausses membranes dans lesquelles on trouve du bacille long. Guérison après 200 cmc. de sérum.

L'enfant avait reçu, 17 jours avant l'opération, une première injection d'anatoxine de Ramon. L'auteur se demande qu'elle est, dans l'apparition de cette diphtérie laryngo-trachéale grave, la part de l'intervention et celle de la vaccination. Il conclut qu'il y

a lieu de surseoir à toute opération sur le pharynx en période de vaccination antidiphtérique, à cause d'une allergie possible.

**Un cas de délire alcoolique, traité par le sulfate de strychnine à forte dose et rapidement guéri.**

M. Guibout. — Homme de 59 ans, fortement alcoolique, pris brusquement le 29 juillet 1931, d'un délire hallucinatoire très accentué et presque continu. En 33 heures, le malade reçoit 24 milligrammes de strychnine, par voie hypodermique. Sédation rapide et guérison.

L'auteur insiste sur la promptitude d'action, et aussi sur le fait qu'il a pu cesser brusquement l'administration de la strychnine, sans aucune rechute. Le médicament lui paraît excellent pour le traitement des délires alcooliques.

## *Toulouse*

*Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie.*

**Sclérose en plaques à début cérébelleux aigu et transitoire.**

MM. Riser, Sol et Valatx présentent un cas de sclérose en plaques, observé chez une femme âgée de 36 ans, dont l'évolution a été marquée par trois étapes successives :

1° Une étape cérébelleuse pure, intéressant les 4 membres, survenue brusquement, ayant duré 6 à 7 semaines, sans troubles vestibulaires ni pyramidaux, avec lymphocytose très légère mais nette du liquide céphalo-rachidien.

2° Une amaurose classique transitoire ;

3° Un syndrome médullo-pyramidal classique survenu seulement huit mois après.

L'intérêt de cette observation réside dans l'apparition brusque d'un syndrome cérébelleux certain, intense, transitoire, sans signes vestibulaires, précédant la symptomatologie habituelle de la maladie.

**Parasitisme et tubage duodénal.**

MM. J.-P. Tourneux, Bounhoure et P. Fabre rapportent deux observations de malades, chez lesquelles le tubage duodénal permit de mettre en évidence le parasitisme intestinal.

La première concerne une femme de 37 ans, accusant des malaises mal déterminés et des douleurs sans caractères précis de la région stomacale. Le diagnostic était hésitant, car on pouvait, dans ce cas, songer à un ulcus, à une cholécystite ou même à une appendicite chronique.

Le tubage duodénal permit de mettre en évidence la cause des différents troubles observés, en amenant de nombreux ankylostomes du duodénum.

La deuxième observation se rapporte à une jeune fille de 18 ans, opérée il y a un an d'appendicite chronique, et qui se plaignait de douleurs gastriques mal déterminées. Dans ce cas, le tubage permit de diagnostiquer une lambliase vésiculaire.

**Erythème scarlatiniforme à la suite d'ingestion de stovarsol.**

MM. J.-P. Tourneux, P. Fabre et Gaudrat communiquent l'histoire d'une malade à laquelle on donna, pour une lambliase vésiculaire, du stovarsol en comprimés pendant deux jours.

Cette malade fit un érythème scarlatiniforme généralisé, coïncidant avec une angine à points blancs manifeste et une température de 39° pendant 3 à 4 jours.

Les auteurs discutent le diagnostic et rappellent les hypothèses émises par Lian.

**Rétrécissement mitral et électrocardiographie.**

M. P. Mériel, après avoir brièvement rappelé les difficultés de diagnostic de certains rétrécissements mitraux frustes et insisté sur les erreurs, que peuvent faire commettre certains renforcements présystoliques isolés, présente une série d'électrocardiogrammes recueillis chez différents malades, et note un certain parallélisme entre les modifications de l'onde auriculaire P (amplitude surtout) et le bruit présystolique.

**Accidents tétaniformes consécutifs à l'emploi du chlorure de sodium hypertonique.**

M. P. Fabre apporte trois observations de malades, ayant présenté des phénomènes convulsifs quelques minutes après une injection de sérum hypertonique.

Ces troubles, sans gravité, posent un problème physiologique délicat touchant à leur interprétation pathogénique. Ils semblent relever d'une crise alcalosique.

Peut-être pourra-t-on utiliser cette action convulsivante des solutions chlorurées pour l'étude clinique des épilepsies.

La bénignité des incidents est, de toute façon, telle que l'usage de cette thérapeutique ne doit tirer de ceux-ci nulle contre-indication.

J.-P. Tourneux.

*Société d'électro-radiologie du sud-ouest.*

La Société d'électro-radiologie du Sud-Ouest s'est réunie le 25 octobre dernier à Toulouse dans l'amphithéâtre du Centre du cancer, aimablement mis à la disposition de la Société par le Prof. Ducuing. Une trentaine d'adhérents y assistaient ainsi qu'un certain nombre de chirurgiens et de médecins toulousains, qui avaient bien voulu répondre à notre invitation.

Après quelques mots de bienvenue du Dr Ducuing et les remerciements du Président, le Prof. Rechou, le secrétaire général donna la liste des excusés, présenta les nouveaux candidats et eut le regret d'enregis-

trer trois démissions, celles des Drs Priolo, de Brive (qui vient d'avoir la douleur de perdre son fils), Pelletier, des Sables-d'Olonne, et Léon Verger, de Bordeaux.

Les candidats : Mme Mathey-Cornat, de Bordeaux, présentée par MM. Réchou et Labeau ; Dr Bobrie, de La Rochelle, présenté par MM. Chabaneix et Piissonneau ; Dr Fourcade, de Marmande, présenté par MM. Labeau et Lachapele ; Dr Viguerie, de Toulouse présenté par MM. Jacotot et Drouet ; Dr de Bertrand-Pibrac, présenté par MM. Jacotot et de Coste, sont élus à l'unanimité.

Sous la présidence du Dr Jacotot, vice-président, la séance de travail commence par la lecture du rapport des Dr Mathey-Cornat (Bordeaux) et Drouet (Toulouse) sur « *La Radiothérapie des Affections inflammatoires du bassin chez la femme* ».

Ce rapport, magistralement traité, accompagné d'intéressantes projections, a donné lieu à une discussion très serrée.

De nombreuses communications ont été ensuite présentées :

Dr Ducuing (Toulouse) : Fréquence des erreurs dans le diagnostic des fibromes utérins.

Drs. Ducuing, de Bertrand-Pibrac et Jacotot (Toulouse) : Un cas de scaphoïdite tarsienne.

Drs Nancel-Penard et Labeau (Bordeaux) : Disparition de la partie postérieure de la 8e côte droite par métastase osseuse chez une ancienne amputée du sein gauche. (présentation de clichés).

Dr Viguerie (Toulouse) : Un cas de paralysie du voile du palais post-diphtérique traité par la diathermie.

Drs Bernarbeigt et Drouet (Toulouse) : Association actino-chirurgicale dans le traitement des ostéites tuberculeuses de l'adulte.

Drs Drouet et Mériel (Toulouse) : La radiothérapie et la diathermie dans certaines manifestations de l'angine de poitrine.

Dr Drouet (Toulouse) : Réflexions sur un cas d'érythème induré de Bazin soigné par l'actinothérapie et guéri depuis 4 ans (projections de photographies).

Dr Constantin (Biarritz) : Présentation d'une ventouse diathermique.

M. Pecker (de la Compagnie générale de radiologie) : Le Générateur Tripharix et présentation de deux générateurs de courant galvanique.

M. Varay : présentation du Dosimètre de Hammer.

La prochaine réunion a été fixée au dimanche 17 janvier 1932, dans l'amphithéâtre du Centre du cancer, rue de Saint-Genès, à Bordeaux, à 9 h. 1/2 du matin.

Le rapport est confié à MM. Réchou et Guichard (Bordeaux) ; il aura trait à « l'examen du système urinaire par l'urosélectan ou ses homologues ».

*Le secrétaire général :*

Dr Roger Labeau.

# Les Congrès

## Journées médicales coloniales

Un sympathique correspondant nous signale les lacunes inexcusables de la communication du Dr Maurice Uzan sur *les coloniaux à Vals*.

M. Uzan cite quelques-unes des sources exploitées dans l'hydropole ardéchoise, oubliant les *Perles*, la *Favorite*, la *Reine*, universellement connues et dont l'exploitation se chiffre annuellement par plusieurs millions de bouteilles. M. Uzan, ajoute notre correspondant, est d'autant plus inexcusable qu'il exerce, en qualité de médecin consultant à Vals, et sait fort fort bien quelles en sont les diverses ressources hydrominérales.

Des communications aussi tendancieusement partiales perdent leur caractère scientifique et se révèlent comme des manifestations publicitaires d'un goût contestable.

N. D. L. R.

# Les Thèses

P. — Dr P. DUMANS. — **A propos d'un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse.** (Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1931.)

L'intoxication aiguë par le chlorate de potasse, sans être exceptionnelle, est rare. On en trouve mention surtout dans les travaux des auteurs étrangers, et il existe peu d'observations françaises récentes sur ce sujet.

Cliniquement, les signes de l'intoxication aiguë par le chlorate de potasse sont : une teinte ardoisée des téguments s'accompagnant souvent d'ictère ; une destruction massive des hématies avec hypertrophie de la rate et transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine ; des symptômes urinaires particuliers avec hyperazotémie. Le diagnostic d'intoxication par le chlorate de potasse sera confirmé par l'anamnèse et par la constatation, dans les trente-six premières heures, du chlorate de potasse dans les urines.

L'anatomie pathologique explique les symptômes cliniques en montrant les altérations du sang et les profondes lésions rénales.

La plupart des empoisonnements par le chlorate de potasse sont dus à des méprises thérapeutiques ; aussi y aurait-il intérêt à réduire, surtout chez les enfants, les prescriptions d'un médicament somme toute peu actif.

P. — Dr M. PÉRÈS. — **Traitement par la radiothérapie fonctionnelle sympathique des dysménorrhées et troubles associés.** (Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1931.)

De l'ensemble des faits présentés, on est autorisé à conclure que la méthode radiothérapique, étudiée par Gouin et Bienvenue sous le nom de radiothérapie fonctionnelle sympathique, trouve une de ses applications les plus intéressantes dans le traitement des dysménorrhées et des nombreux troubles qui peuvent leur faire cortège. Elle en constitue le traitement de choix, étant bien entendu qu'il ne s'agit pas de troubles dus à des lésions, la méthode étant purement fonctionnelle. Elle doit y être appliquée suivant deux de ses modes : radiothérapie axiale lombaire (champ principal splanchnique), ou radiothérapie régionale (carrefours vasculo-nerveux).

*a.* Dans les *troubles menstruels simples*, troubles du rythme (en plus ou en moins), troubles de la quantité (en plus ou en moins), ou symptômes subjectifs anormaux (règles douloureuses), on obtient presque toujours le retour à la normale par la seule irradiation du champ principal splanchnique.

*b.* Lorsqu'il existe des troubles associés, la seule irradiation du champ principal splanchnique peut parfois suffire. Il en est ainsi, bien souvent, pour les troubles digestifs (constipation ou diarrhée), pour certains eczémas surtout génitaux et pour les prurits vulvaires même diabétiques. Dans ce dernier cas, l'irradiation axiale lombaire paraît agir sur le métabolisme du sucre.

Certains des troubles associés sont rebelles à cette irradiation lombaire, et il faut y adjoindre l'irradiation des carrefours vasculo-nerveux appropriés. C'est presque toujours le cas pour les érythrocyanoses sus-malléolaires et pour certaines dermatoses.

P. — Dr R. MARC. — **Contribution à l'étude des labyrinthites aiguës au cours des otites aiguës** (*deux observations de labyrinthites à retardement*). (Marcel Vigné, éditeur, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1931.)

L'étude des deux observations montre qu'il existe des formes de labyrinthites à rémission.

De la première observation, il ressort que :

1° La complication labyrinthique a été due à des lésions d'ostéite diffuse et progressive ; 2° si le malade a présenté, dès le début, des réactions labyrinthiques, pour présenter à la fin une labyrinthite suppurée, les interventions de prudence (mastoïdectomie élargie, évidement pétro-mastoïdien), semblent avoir enrayé momentanément, sinon l'évolution des lésions, du moins leur gravité. La réaction méningitique a été légère. L'évolution a été favorable ; 3° l'acte chirurgical ne semble pas avoir enrayé définitivement les lésions, puisque après la trépanation du labyrinthe, est apparu un syndrome de Gradenigo ; 4° l'action locale du dakin est indiscutable ; mais, à moins d'une coïncidence étrange, on ne peut nier l'efficacité de la vaccinothérapie (le tétravaccin antipyogène d'action moins vive que le Propidon, a semblé préférable chez une malade dont la flore microbienne avait pu être modifiée au cours des différentes interventions).

De la deuxième observation, il ressort que, l'abstention opératoire, qui avait semblé logique au début, a été cependant regrettable. L'intervention qui a été pratiquée ultérieurement en présence de phénomènes suraigus avec méningite purulente confirmée avait, en effet, peu de chances de succès, même associée à la vaccination antipneumococcique.

P. — Dr R. SABATIER. — **Action de quelques médicaments sur la muqueuse urétrale et sur les suppurations chroniques de l'urètre.** (Librairie Médicale et Scientifique Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, (VIIe.)

Tous les médicaments expérimentés par l'auteur ont été employés en solution et à des doses thérapeutiques.

Le nitrate d'argent provoque : *a*) Sur *la muqueuse*

*urétrale* : des dépôts d'argent dans l'épithélium, dans le tissu sous-épithélial parfois et dans les glandes urétrales ; une infiltration de ce médicament dans l'épithélium et dans le tissus sous-épithélial ; une leucocytose et une desquamation proportionnelles à la concentration ; *b*) Sur les *suppurations urétrales* chroniques : une desquamation épithéliale et une sécrétion muqueuse qui débutent une heure après l'injection, augmentent progressivement jusqu'à la sixième heure, puis reviennent à l'état initial ; une leucocytose qui débute six heures après l'injection, puis revient le lendemain à l'état initial.

Le protargol provoque : *a*) Sur la *muqueuse urétrale* : des dépôts d'argent dans l'épithélium, dans le tissu sous-épithélial parfois et dans les glandes de Littré ; une desquamation légère del'épithélium ; une leucoctytose peu importante ; *b*) Sur les *suppurations urétrales* chroniques : une sécrétion muqueuse qui débute une heure après l'injection et qui à la sixième heure a notablement diminué ; une desquamation épithéliale et une leucocytose qui débutent ou augmentent six heures après l'injection.

L'argyrol provoque : *a*) Sur la *muqueuse urétrale* : une légère desquamation épithéliale ; une infiltration profonde de ce médicament ; *b*) Sur les *suppurations urétrales* chroniques : une leucocytose qui débute une heure après l'injection pour revenir le lendemain à l'état initial ; une sécrétion muqueuse qui suit la marche de la leucocytose ; une desquamation épithéliale.

Le permanganate de potasse provoque : *a*) Sur la *muqueuse urétrale* : une réaction séreuse ; un œdème de l'urètre ; *b*) Sur les *suppurations urétrales* chroniques : une leucocytose qui débute six heures après l'injection pour revenir le lendemain à l'état initial ; une desquamation épithéliale qui débute une heure après l'injection, atteint son maximum vers la sixième heure, puis revient le lendemain à l'état initial ; une diminution de la sécrétion muqueuse six heures après l'injection.

Le sulfate de zinc provoque sur les suppurations urétrales chroniques : une sécrétion muqueuse très abondante une heure après l'injection ; une augmentation du nombre des cellules épithéliales desquamées.

P. — Dr J.-R. Sicot. — **Contribution à l'étude des pseudarthroses de la rotule.** (Editions Raymond Lejeune et Cie, 1, rue Fernand-Labori, Paris, XVIIIe 1931.)

Les fractures de la rotule réunissent d'ordinaire, d'une façon pour ainsi dire schématique, les conditions nécessaires au développement d'une pseudarthrose. L'ostéosynthèse, appliquée systématiquement au traitement de ces fractures, fait que les pseudarthroses, fréquentes autrefois, sont devenues rares aujourd'hui. On en rencontre encore cependant : 10 % environ des fractures opérées ; la plupart des fractures avec déplacement non opérées.

Sans qu'on puisse, *a priori*, indiquer de règle générale, les pseudarthroses entraînent fréquemment un déficit fonctionnel important (limitation de l'extension, limitation aussi de la flexion). L'invalidité résultant peut atteindre 50 %.

De nombreuses méthodes de traitement ont été employées, entre autres : L'ostéosynthèse après avivement des fragments ; La greffe massive d'Albee ou greffe en marqueterie ; Les greffes ostéo-périostiques à la Delagénière ; Les procédés autoplastiques.

L'ostéosynthèse étant l'opération la plus simple, doit être d'abord tentée et l'expérience démontre qu'elle est souvent suffisante. Dans les cas difficiles, ceux dans lesquels, après cerclage ou suture, il reste, entre les fragments de valeur ostéogénique douteuse, un certain hiatus dû à un défaut de réduction ou à une perte de substance, il faut recourir aux greffes ostéo-périostiques. Cette méthode sera excellente dans le plus grand nombre des cas. Il se peut qu'une intervention sur le quadriceps se montre indispensable, lorsque l'hiatus interfragmentaire a gardé une trop grande importance. Il faut alors permettre l'abaissement du fragment rotulien supérieur. Toutes ces opérations peuvent, d'ailleurs, être réalisées en plusieurs temps successifs.

P. — Dr P. Goutallier. — **Contribution à l'étude des métrorragies après la ménopause sous la dépendance de lésions annexielles.** (Amédée Legrand, éditeurs, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1931.)

En présence de métrorragies survenant après la ménopause, il faut penser tout d'abord aux causes les plus fréquentes : le cancer du col de l'utérus, le cancer du cops utérin. Il faut savoir qu'il peut exister d'autres causes utérines : les métrites séniles, les métrites polypeuses. Enfin, il est nettement établi qu'une tumeur ovarienne, après la ménopause, peut être la cause de métrorragies simulant celles du cancer de l'utérus.

L'existence des métrorragies liées à des lésions annexielles est demontrée par des faits cliniques bien établis. La pathogénie de ces hémorragies reste obscure. Peut-être, d'après Moulonguet, pourrait-on poser l'hypothèse d'une action trophique, exercée par l'appareil nerveux compris dans le mésovaire et le méso-salpinx sur l'utérus sénile.

Le diagnostic ne peut se faire, avant l'opération, qu'après élimination des causes utérines par l'exploration endo-utérine (curetage, radiographie après lipiodol ou par la constatation de signes physiques de tumeur annexielle) ; sinon ce sera une découverte opératoire.

Le seul traitement à envisager est l'hystérectomie totale. La question de la radiothérapie post-opératoire se pose. Elle est à l'étude, et il semble d'ores et déjà qu'il y ait des tumeurs ovariennes *radiosensibles*, qu'il y a intérêt à irradier, et d'autres, *non radiosensibles*, pour lesquelles cette thérapeutique est illusoire.

Li. — Dr H. Desbonnets. — **Contribution à l'étude de la Hernie crurale prévasculaire.** (Imprimerie Douriez-Bataille, Lille, 1930.)

La hernie crurale prévasculaire est une variété rare de hernie crurale. Elle est définie par la présence du sac herniaire en avant des vaisseaux fémoraux et par les rapports de son pédicule : en avant, l'arcade crurale ; en dedans, le ligament de Gimbernat ; en dehors, la bandelette ilio-pectinée ; en arrière, les vaisseaux fémoraux. Sa production est favorisée par l'existence de malformations au niveau du fascia transversalis et de la gaine des vaisseaux. On la rencontre chez des sujets qui sont fatigués ou amaigris, ou chez des malades ayant subi un traumatisme de la région inguino-crurale.

Les signes cliniques, qui la caractérisent sont : les grandes dimensions de la tuméfaction herniaire et les rapports du pédicule avec les battements de l'artère fémorale.

Malgré les grandes dimensions de l'orifice de sortie, la hernie est exposée à l'étranglement. Et celui-ci se produit par coudure d'une anse herniée. Le diagnostic de cette variété de hernie crurale semble facile. Mais la hernie crurale prévasculaire est tellement rare, qu'on n'y pense pas.

La cure radicale de cette hernie présente de sérieuses difficultés en raison des rapports étroits entre le sac et les vaisseaux fémoraux. Il semble que la technique qui donne les meilleurs résultats soit l'opération par la voie inguinale.

---

### *Les livres qui viennent de paraître...*

Librairie agricole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris, VIe.

Hte. Babet-Charton, ancienne directrice de fromageries. — **Les bons fromages par tous et partout.** 2e *édition.* (Un vol. 12 × 19, 96 pages, 50 fig., couverture en couleurs. Prix : 6 fr. 60.)

Les Presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris, Ve.

Drs Terracol, Turchini et Harant. — **L'appareil cartilagineux en oto-rhino-laryngologie.** Monographie oto-rhino-laryngologique, n° 23. (Un vol. 216 p., 17 fig., analyses en allemand, anglais, espagnol, italien. Prix : 35 fr.)

## Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

Sanicle (Sanicula europoea), par H. Leriche. *Presse médicale*, n° 35, 2 mai 1931.

Sclérodermie (traitement par la parathyroïdectomie), par R. Leriche. Société de chirurgie, 29 avril 1931.

Secret médical, par J. Noir. *Concours médical*, nos 17 et 20, 26 avril et 17 mai 1931.

Sérum antitétanique. — *a*) Injection préventive non faite ; jugement de la Cour d'Alger, par P. Boudin. *Ibidem*, n° 30, 26 juillet 1931 ; *b*) Doit-il être injecté à tous les blessés ? : 1° par J. Camescasse. *Archives médico-chirurgicales de province*, n° 6, juin 1931 ; 2° par J. de Fourmestraux. *Ibidem*, nos 4, 6 et 7, avril, juin et juillet 1931.

Séquelles post-encéphaliques, par R. Cruchet. *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 655, 30 juillet 1931.

Stomatologie (centre de) réservé aux écoliers, par L. Régis. *Semaine dentaire*, n° 20, 17 mai 1931.

Syndicat médical (le cinquantième anniversaire de la fondation du premier), par J. Noir. *Concours médical*, n° 18 *bis*, 6 mai 1931.

Syndromes parathyroïdiens, par P. Sainton. *Paris-médical*, n° 18, 2 mai 1931.

Syphilis sans chancre, par L. Bizard. *Siècle médical*, n° 105, 25 juin 1931.

Thermalisme (le fait hydro-minéral), par R. Deguiral. *Pyrénées littoral*, n° 49, 30 mai 1931.

Thermo-climatisme, par Molinéry. *Concours médical*, n° 27, 5 juillet 1931.

Thromboses oblitérantes, par R. Leriche. Société de Chirurgie, 15 avril 1931.

Thyroïdothérapie ailleurs que dans le myxœdème, par P.-E. Morhardt. *Médecine pratique*, n° 6, 20 juin 1931.

Traumatismes du crane, par R. Leriche. *Presse médicale*, n° 51, 27 juin 1931.

Trota de Salerme (son traité des maladies des femmes,) par Albert Garrigues. *Association médicale*, n° 6, juin 1931 et *Nord médical*, n° 752, 15 juin 1931.

Tuberculose (son traitement), . — *a*) par G. Lemoine. *Revue moderne de médecins et de chirurgie*, n° 2, février 1931 ; *b*) par L. Moner. *Le Médecin français*, nos 10 et 11, 20 mai et 5 juin 1931.

Véron (Louis), par Molinéry. *Art médical*, n° 117, 15 mai 1931.

Vin (défense du), par R. Deguiral. *Pyrénées littoral*, n° 50, 30 juin 1931.

Vulgarisation de la médecine, par J. Noir. *Concours médical*, n° 24, 14 juin 1931.

Zoophilie et cancer, par Foveau de Courmelles. *Univers médical*, n° 4, avril 1931.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'AMITIÉ ET LA SYMBIOSE MÉDICALE FRANCO-BELGES

Professeur Emile FORGUE,

Membre honoraire de l'Académie royale de Bruxelles,
Membre correspondant de l'Institut

ALLOCUTION PRÉSIDENTIELLE PRONONCÉE AU BANQUET DE L'UMFIA

*donné le* 8 *décembre* 1931

*sous la présidence d'honneur* de S. E. M. le baron de GAIFFIER D'HESTROY, *Ambassadeur de Belgique.*

Excellence,

Mesdames, Messieurs,

Votre présence et votre présidence, Monsieur l'Ambassadeur, apportent, ce soir, à notre réunion médicale un haut éclat et une particulière signification. Pour employer un mot que la littérature et la politique ont mis à la mode, c'est *sous le signe de la Belgique* que nous voici assemblés, donc sous le symbole de l'honneur, de l'amitié irréprochablement fidèle, du respect de la foi jurée. Et j'ai l'importante mission de traduire, au nom de tous mes confrères, les sentiments qui, à l'occasion de cette rencontre, nous inspirent et nous émeuvent.

Ce grand honneur, je vous le dois, mon cher Dartigues. Par une courtoise attention, vous avez voulu, je pense, dans cette fête de l'Union latine, honorer en moi la plus vieille école médicale du Monde, qui, déjà au XIIe siècle, constituait un foyer de pensée latine, d'un rayonnement incomparable. Sept cents ans plus tard, c'est de notre cité, de notre place du Peyrou, aux lignes si pures, qu'est parti l'appel aux peuples latins, l'ode immortelle de Mistral : « O race latine, quand tu fleuris, la terre est en fleur... Tu es la race lumineuse qui vit d'enthousiasme et de joie... Tu es la main qui jette le grain. »

De cette présidence, dignité éphémère, je vais profiter, mon cher Dartigues, pour vous dire en quelle estime nous tenons tous votre ardeur de propagande, votre vertu d'enthousiasme, ce qui, dans la vie, est la qualité maîtresse, génératrice d'action et de progrès, l'élan de votre parole vibrante et colorée, l'abondance de vos idées dont vient de témoigner encore votre Parachirurgie, l'indépendance de votre caractère, l'ingéniosité de vos recherches techniques, et aussi votre constante bonne humeur qui double le charme de votre activité. Et, dans ce remerciement, j'associe votre distingué coadjuteur, le Docteur Molinéry, collaborateur dévoué, esprit de fine culture.

***

C'est, en vérité, Messieurs, dans l'actuel déséquilibre du monde, une valeur spirituelle et morale de premier plan, que l'amitié franco-belge. Elle a été forgée et durement trempée, par les épreuves de la guerre. Et tout concourt à la maintenir et à la fortifier : une affinité élective de nos cultures ; la conformité de nos aspirations vers un idéal de généreux humanisme ; une égale passion de la liberté et du droit ; l'interdépendance de nos intérêts économiques ; l'identité du risque possible et du devoir de défense ; enfin, la communauté de la langue, de cette langue française à laquelle l'un des vôtres, M. Jules Destrée, rendait récemment un si délicat hommage, langue véhiculaire, qui est un outil intellectuel de si parfaite précision, et, sûrement, le meilleur agent de liaison entre les esprits, par sa netteté limipide, par sa justesse d'adaptation à l'idée, par sa claire franchise.

De part et d'autre de notre commune frontière, simple ligne géographique, sans douanes intellectuelles, librement, la pensée circule, par de multiples anastomoses, avec un courant rapide et large, qui mêle totalement les idées et les œuvres, comme dans ces circulations conjointes que nous établissons expérimentalement, dans nos laboratoires, pour transfuser, entre deux organismes, les milieux intérieurs et le flux de la vie. Et ma comparaison est d'autant plus, justifiée que c'est à votre grand physiologiste,

Léon Frédericq, qu'est due la première réalisation de ces circulations croisées.

Dans tous les domaines, nous voyons, entre nos deux cultures, ces fortes prises de contact. En littérature, quelle floraison d'œuvres qui prennent, dans les lettres françaises, une place de premier rang et qui enrichissent le trésor commun de notre langue ! Rodenbach, Mœterlink, Verhœren : grandes figures représentatives de la littérature d'expression française, esprits de noble inspiration, écrivains de forme pure, dont le rayonnement est, chez nous, aussi grand que dans leur patrie d'origine ! Sans doute, nous n'ignorons pas que Flamands et Wallons se chicanent parfois pour des querelles linguistiques ; mais, vienne le péril, et le bloc belge unanimement se reforme ! Pouvons-nous oublier avec quelle générosité d'âme, quelle flamme ardente, le grand lyrique flamand, Verhœren, a trouvé, pour la défense de notre cause sacrée, les accents poétiques les plus émouvants, les plus hautement inspirés que la tourmente de la guerre ait suscités parmi les poètes de langue française ! ·

Mais, nulle part, cet accord intellectuel n'apparaît aussi fécond que dans les sciences biologiques. L'appoint que la pensée médicale contemporaine doit aux chercheurs belges, et qui est de premier rang, s'est incontestablement développé sous l'impulsion géniale de nos grands initiateurs, Pasteur et Claude Bernard. Or, les puissantes personnalités qui, dans les laboratoires de Belgique, sont à la tête de la recherche biologique, ont toujours loyalement reconnu et suivi cette direction maîtresse : Brachet, Frédericq, Henrijean, Bordet, dont les travaux sont à la base de toutes nos connaissances sur l'immunité humorale ! De cette fidélité à l'influence initiatrice de nos maîtres, laissez-moi vous rappeler cette piquante anecdote, empreinte de l'humour belge, que notre ami, le docteur Cheval, nous rapportait naguère : le professeur Heger venait d'assister à une conférence de Koch sur l'histoire de la bactériologie ; à Waldeyer qui s'extasiait sur la beauté de cet exposé, votre collègue répondit finement : « ce que j'admire en Koch, c'est qu'il ait pu parler de la bactériologie pendant deux heures sans prononcer une seule fois le nom de Pasteur ! »

Un nom, entre beaucoup, se présente à ma pensée : celui d'un grand ami, un peu rude, mais sûr, le Professeur Depage, auquel fut dévolu l'honneur insigne, unique, de présider, en 1920, notre Congrès français de chirurgie. Depage et son ambulance de la Panne ! Ce sont des souvenirs qui déjà s'estompent, dans les grises brumes de l'après-guerre ! Et, cependant, quelle fut l'activité opératoire, quel fut le rendement scientifique de ce centre de chirurgie, modèle d'organisation et d'ordre, où nous sommes allés faire échange d'idées et de méthodes, et dont une grande Reine était l'âme !

Et voici, encore, tout un ensemble d'œuvres par lesquelles se développe, entre nous, cette pleine symbiose, intellectuelle et morale. C'est à vous, chers confrères de Belgique, grâce à l'initiative et à la persévérance de Beckers et de Mayer, que nous devons l'institution des journées médicales : vous avez créé là une forme neuve de nos réunions ; c'est autre chose et mieux qu'un congrès ; cela n'en a pas l'étroite spécialisation ; c'est une école périodique de perfectionnement et d'instruction mutuelle, qui complète l'information trop tardive des livres ou trop sommaire des journaux, qui met le médecin au courant de toutes les nouveautés d'investigation et de traitement, qui s'élargit par l'exposé des grandes questions d'actualité et par la présentation des hommes en vedette, et qui a l'avantage de rapprocher, en contact direct, comme l'a remarqué justement Widal, les savants qui recherchent et les praticiens qui appliquent.

Vos journaux passent la frontière et sont lus à l'égal de nos périodiques les plus répandus : en particulier, le *Bruxelles médical*, qu'anime un intelligent triumvirat, m'apparaît comme un des plus importants organes de notre presse médicale, par la sûreté de son information, la valeur de ses travaux, le modernisme de ses initiatives.

Enfin, hors d'Europe même, se prolonge notre labeur associé. Ces jours-ci, s'achevait l'organisation de la grande voie aérienne qui, par-dessus la Méditerranée et le Sahara, va relier la Belgique et la France au cœur de l'Afrique centrale. Nous ne sommes plus seulement voisins sur la frontière du nord : nous avons, au Congo, un nouveau front d'action concertée, surtout d'action médicale ; par une récente convention sanitaire, nos services médicaux échangent leurs renseignements, associent leurs mesures prophylactiques, bloquent la contagion par des chaînes de postes. Devant nos deux civilisations, selon la parole autorisée de M. le Gouverneur général Olivier, se posent les graves problèmes d'une humanité qui s'éveille !

***

Puisse, dans l'avenir, cet exemple de parfaite collaboration entre nos deux pays devenir la règle de la coopération entre les peuples ! Je vais aborder, là, un terrain délicat et incertain : je le ferai, Monsieur l'Ambassadeur, avec discrétion, et dans des termes, je l'espère, conformes à l'orthodoxie diplomatique. Au reste, les diplomates ont à apprendre chez les biologistes : ils y peuvent trouver des lois à méditer, des comparaisons, des directives.

La leçon la plus forte qui nous est donnée par l'observation des phénomènes vitaux, n'est-elle

pas la synergie nécessaire entre les activités partielles qui composent la vie totale, la solidarité des organes et des fonctions ? Ah ! Si cette loi biologique était transposée dans le domaine politique, si les hommes prenaient la conscience profonde de leur solidarité, ils y trouveraient la base la plus solide pour la reconstruction de l'entente et de l'économie universelles, devant le risque de la ruine commune. Car, la guerre nous a fait sentir la caducité des meilleures choses humaines ; et, depuis le 25 août 1914, où, dans le brasier de Louvain, a flambé le trésor séculaire des livres, corps précieux des idées, nous connaissons que nos plus belles civilisations sont mortelles !

Par l'étude de la vie, nous savons, encore, que la Paix — qui est la santé et l'équilibre du monde — n'est point une solution de miracle, pas plus que la guérison d'un cas chronique n'est l'œuvre instantanée d'une formule. Il s'agit de réaliser cette « préparation intérieure » dont a parlé fort justement M. le Ministre Mario Roustan, c'est-à-dire de créer un état d'âme universel, une mentalité d'entr'aide, de sécurité réciproquement garantie, d'action concertée contre les fléaux communs ! Selon un mot curieux, très en vogue, c'est tout un « climat » moral à refaire ; et ce n'est pas, vous vous en rendez compte, simple ni prompte besogne.

Votre grand bactériologiste, qui se double d'un profond penseur, le Professeur Bordet, nous disait, aux Journées médicales de Paris, que « la France, grâce à sa force attractive et au charme prenant de sa culture, était appelée à jouer le rôle providentiel de centre de cristallisation ». Quelle juste fierté pour nous, Messieu s, si vous choisissez la France comme point de ralliement, et si son équilibre, son sens de la mesure, son génie lumineux réservent à notre Patrie cette éminente position !

***

Est-ce un rêve Messieurs, que nous faisons ? Nous pouvons être certains que non, quand nous voyons une Association comme la nôtre, où sont réunis des hommes d'étude et des hommes d'action, aboutir déjà, dans sa zone professionnelle, à une aussi remarquable réussite, à un semblable rapprochement d'esprits d'origine et de formation diverses. Il faut opérer par secteurs ; et, comme le disait Léon Bourgeois, faire de la besogne quotidienne, et progressive.

Entre vous et nous, chers amis belges, compagnons des bonnes et des mauvaises heures, l'union est ancienne et scellée par l'épreuve des souffrances communes, où votre pays nous est apparu dans toute sa noblesse morale, et où il ne nous a jamais semblé aussi grand que lorsqu'il était le plus diminué territorialement et réduit à un faible lambeau : ce n'était « aux bords bourbeux et sombres de l'Yser », ce n'était qu'un « bout de terre étroit », mais, qui, selon le mot émouvant de votre grand poète, « contenait encore et sa Reine et son Roi ! »

Mais tous nos frères latins, nos confrères de l'Italie, de l'Espagne, du Portugal, de Roumanie, du Canada de la Sud-Amérique, nous venons eux aussi, de les entendre prononcer, dans notre langue, les mêmes paroles que nous, inspirées par les mêmes idées ! A les voir, travaillant avec nous à l'œuvre commune, spontanément, sincèrement, avec une égale confiance, il apparaît bien qu'il y a là un groupement logique, moralement homogène, d'une parenté ethnique, rapproché dans un idéal d'élévation vers un état supérieur d'humanité, meilleure et pacifiée, de même que l'être humain poursuit de plus en plus son ascension vers la haute atmosphère et réussit, avec le Professeur belge Piccard, à pénétrer jusqu'aux altitudes inexplorées de la stratosphère ! « Sur tous les sommets, règne la paix » : c'est la grande parole de Gœthe.

Il s'agit, maintenant, pour nous médecins, d'étendre de proche en proche ce processus de reconstruction, d'élargir nos cadres, de convier tous les hommes de bonne volonté et de bonne foi à cette entente dans le travail scientifique. Car, selon la parole prophétique de Pasteur, « l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante ».

C'est dans ce sentiment, et avec ce grand espoir d'avenir, Messieurs, qu'au nom de nos confrères ici présents ou représentés, je lève ma coupe à la gloire de la Belgique et en l'honneur de ses augustes souverains, vers qui s'élèvent notre très respectueux hommage et nos actions de grâce. Je porte la santé de Son Excellence Monsieur l'Ambassadeur de Belgique, qui a apporté à notre réunion le magnifique appui de son autorité.

Je vous associe dans ce toast, Messieurs les Ambassadeurs, dont le concours si nombreux donne à notre réunion une magnifique autorité.

Je bois à vous, Mesdames, dont la grâce souriante a été la parure de cette fête.

Je lève mon verre en votre honneur, honorés Confrères, Collègues, membres des corps savants, qui groupez, ici, une élite mondiale qu'aucun autre milieu social ne saurait surpasser.

Enfin, je bois à la prospérité et à l'extension croissantes de notre association. Et, puisque le code télégraphique des abréviations alphabétiques, commode mais barbare, est passé dans le habitudes, je fais des vœux pour que l'U. M. F. I. A., notre devise aux cinq initiales, soit, dans la suite, débaptisée, qu'elle devienne l'U. M. U., c'est-à-dire l'union médicale universelle, et qu'ainsi elle prenne le rang d'un des éléments les plus efficaces de la Paix mondiale, de la sainte et douce Paix, que l'humanité, anxieuse, attend, après tant de détresses et de ruines.

# L'Actualité Professionnelle

## La séance inaugurale de l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats
## L'opinion du Professeur Pousson sur les spécialités médicales.

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux a débuté le vendredi 18 décembre. Il était 9 heures exactement quand le président Dibos, assisté des vices-présidents, Marquis et Vanverts, des secrétaires généraux Cibrie et Hilaire, du trésorier Caillaud, ayant pris place sur l'estrade, déclara la séance ouverte.

La salle était déjà garnie de la presque totalité des délégués des divers groupements parisiens et provinciaux.

Après leur avoir souhaité la bienvenue, et donné quelques conseils relatifs à la discipline des séances de travail, le président montra, dans la Société moderne, le Corps médical comme une minorité plus particulièrement éprouvée au sein d'un Etat de plus en plus envahisseur et absorbant. Nul plus que le médecin n'est bridé par les textes. C'est l'asservissement des élites au nombre, contre lequel il n'est de résistance possible que dans l'union absolue et unanime du Corps médical. La substitution d'une médecine industrialisée à la médecine traditionnelle n'est pas un mythe. Il faut compter avec elle et y répondre. A cet égard, deux solutions sont à envisager.

L'*opposition*, qui aboutit à l'ultimatum et à la guerre. Comme toute guerre, celle-ci se terminera par un traité de paix dont on ne peut prévoir les clauses. L'expérience nous apprend que le vainqueur n'est pas lui-même sans être cruellement atteint.

L'autre solution est la *collaboration* qui diminue les risques, mais comporte des concessions.

« Je ne suis pas l'homme des concessions, continue Dibos... » Mais, ajoute-t-il, je sais m'y résoudre s'il m'apparaît qu'elles sont un moindre mal que les conditions d'un mauvais traité de paix.

A cette heure, une offensive est déclenchée contre nous. Des négociations vont s'ouvrir Il faut que le Syndicalisme médical sache faire sentir sa force. Nulle dictature intérieure ne le menace. Il demeure maître absolu de ses destinées.

Après que le trésorier Caillaud eut exposé son compte rendu et que ses comptes eurent été approuvés, Cibrie prit la parole, et protesta dignement, mais énergiquement, contre les termes discourtois, et offensants, dont certains ordres du jour syndicaux furent rédigés contre lui-même.

Des ripostes se produisirent, violentes, excessives, sans mesure. Contraste évident avec le calme du secrétaire général. La solution de ce conflit fut le vote presque unanime d'un ordre du jour de compliments et de confiance envers Cibrie.

Le motif de cette escarmouche était le projet de convention adopté par le Bureau de la Confédération, à propos des Centres de recherches, mal nommés Centres de diagnostic, qui devait être discuté à l'Assemblée générale, et contre lequel des protestations nombreuses s'étaient élevées.

Les spécialistes ont cru voir, dans ce projet, une atteinte à leurs intérêts et ont manifesté leur mécontentement. Ils ont rallié à leur manière de voir un grand nombre de confrères qui considèrent que de tels Centres sont inutiles. Après de longues discussions passionnées, l'Assemblée fut d'accord pour reconnaître que la question n'était pas suffisamment étudiée, et qu'il fallait la renvoyer à une Commission compétente.

J'ai cherché à discerner les raisons de cette opposition. Il m'a paru que l'une des plus puissantes était celle-ci : « Les médecins seraient dépossédés de leur principale mission, celle d'examiner le malade et de formuler leur diagnostic, ce diagnostic devant être l'apanage des Centres envisagés ».

Spectateur, fortement intéressé, de cette première réunion, j'ai suivi attentivement les débats qui se déroulaient devant moi. Et il m'a paru qu'ils auraient pu être plus vivement menés, si l'Assemblée avait suivi les conseils de son président. Certaines interventions oratoires auraient eu tout à gagner à ne pas se produire. D'autres auraient été plus impressionnantes si elles avaient duré moins longtemps, et été moins violentes...

Je crois que c'est une caractéristiques des assemblées délibérantes, même composées de médecins, de ne pas abandonner une discussion sans avoir épuisé autant que possible le sujet. Aussi, de peur que tout n'ait pas été dit, voit-on de nombreuses interventions se produire à la tribune, qui ne sont pas toujours absolument justifiées.

N'importe ! Du bon travail a été fait. On le verra ci-après par le texte des ordres du jour votés.

Cette Assemblée générale a présenté une physionomie spéciale. Elle coïncidait avec la célébration du Cinquantenaire du syndicalisme, dont Noir a relate ici les détails. Ce qui s'en est dégagé, c'est une impression de force, de puissance. Le syndicalisme médical est de taille à lutter avec les puissances adverses qui menaceraient les destinées de la médecine française.

Les Pouvoirs publics comptent avec lui. Et l'on a vu, non sans une vive satisfaction, le Chef de l'Etat et le Gouvernement, représenté par deux ministres, prendre part à cette manifesta-

tion. Que les temps sont changés ! Que de progrès réalisés, depuis cinquante ans !

Réjouissons-nous en donc.

Mais rendons justice à qui le mérite. Si du bon travail a été fait, c'est que nombreux sont les bons ouvriers. Il en est un qui se détache en pleine lumière, et dont l'autorité s'est affirmée au cours de ces trois journées de discussions ininterrompues. C'est Paul Cibrie. J'ai entendu vanter ses qualités nombreuses, de divers côtés. Mais celles qui m'ont par-dessus tout frappé, ce sont sa grande courtoisie, son calme impressionnant, et sa dialectique serrée...

Sans doute ne recueille-t-il pas que des approbations. Mais ses adversaires les plus résolus ne pourront pas faire moins que de lui reconnaître une étoffe d'une qualité rare.

Tout en l'écoutant parler, je faisais un retour en arrière, et j'évoquais, pour moi-même, un de ses prédécesseurs, qui fut placé un jour au pinacle, et que les vicissitudes de la vie politico-professionnelle ont ramené dans le rang. De lui aussi, on pouvait ne pas partager toutes les idées. Et c'est bien parce qu'elles effrayèrent une majorité décidée, que Lafontaine dut renoncer au secrétariat général. Mais j'ai vu maintes fois la forme qu'il mettait à remplir sa fonction, sa courtoisie et son calme. Et je n'ai pu m'empêcher de faire un parallèle entre ces deux confrères, qui se trouvèrent un jour en opposition formelle, et qui ont au moins ces points communs aux hommes de bonne éducation.

Les destinées du Corps médical sont entre bonnes mains. Plaise aux Dieux qu'elles se poursuivent dans le respect des conditions qui ont permis jusqu'alors de qualifier la médecine de profession libérale !

G. Duchesne.

***

Les spécialistes tiennent désormais une place importante dans le Corps médical. La politique professionnelle doit tenir compte de leurs intérêts en médecine sociale tout particulièrement.

Sur leur utilité dans nos cadres professionnels, aucune contestation ne saurait s'élever. Peut-être pourrait-on regretter le nombre élevé auquel leur effectif est parvenu ! Et j'ai pu noter que la pléthore, dont on se plaint si volontiers, est due surtout à cet accroissement.

Il y a aussi un danger, dans l'excès de la spécialisation, c'est l'émiettement de la médecine qui en résulte , et un tel compartimentage, qu'il devient difficile de rencontrer, au moins chez les grands consultants, le médecin de médecine générale habile à effectuer la synthèse d'un état pathologique à manifestations multiples, et à établir la hiérarchie de ces manifestations. Quoiqu'il en soit, et pour justifier, s'il en était besoin, et définir le spécialiste, je ne saurais mieux faire que de citer ici l'opinion du vénérable Professeur Pousson, de Bordeaux, telle qu'il l'a exprimée à la cérémonie du Centenaire de Guyon, à l'Hôpital Necker.

Prenant la parole au nom des chirurgiens urologistes de province dans cette cérémonie, le professeur Pousson, après avoir rappelé que, « grâce à sa forte culture générale et à sa haute conception de l'honneur professionnel, Guyon a fait de la pratique des affections les voies urinaires naguère pleine de danger et déconsidérée, « une spécialité bienfaisante et respectée » a fait ressortir dans les termes suivants la nécessité actuelle des spécialités dans l'enseignement et la pratique des sciences médicales.

G. D.

« La spécialisation s'impose de nos jours en raison des connaissances encyclopédiques que devrait posséder tout praticien pour avoir des notions précises sur toutes les maladies et les traiter avec une égale compétence. *Non omnia possumus* disait déjà Virgile, et au dernier siècle, Peisse écrivait « la spécialisation est nécessaire au développement de toute science et de tout art. ....Elle est, en médecine, un signe de progrès pratique plutôt que de décadence ». Mais, ajouterai-je, il convient de ne pas effriter nos connaissances en menue poussière, et, comme le dit Auguste Comte, de nous mettre en garde contre « la prépondérance de l'esprit de détail sur l'esprit d'ensemble ». On pourrait, je crois, définir longuement la spécialisation : l'application de méthodes et de procédés particuliers à la recherche des signes et symptômes pouvant conduire au diagnostic des affections de certains appareils organiques et à leur traitement, sous l'égide des principes généraux de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. Le spécialiste, pourvu d'une forte instruction médicale, grâce aux moyens appropriés dont-il dispose et à la discipline particulière qu'il s'impose, acquiert plus de précision dans ses examens, plus de rectitude dans son jugement, plus de rapidité dans ses décisions, accroît ainsi sa puissance d'action contre la maladie et enrichit le patrimoine scientifique.

De toutes les spécialités ayant pris place dans l'enseignement et la pratiques, aucune plus que l'urologie n'a contribué aux progrès des sciences médicales. C'est qu'aucun appareil de l'organisme n'y est lié par une plus étroite solidarité physiologique que l'ensemble des organes urinaires dominés par le rein, dont le fonctionnement ré-

git la santé et le dérangement déclenche la maladie-.

Rappellerai-je les bénéfices qu'ont retirés de l'urologie, la biologie, la médecine, la chirurgie ? A la biologie, elle a offert un champ fructueux d'expériences pour l'étude des bactéries, à la pathologie générale par l'analyse des urines puisées à leur source même, elle a procuré les moyens de saisir sur le vif les phénomènes de la nutrition ; à la médecine par les troubles fonctionnels de la vessie elle a permis de surprendre à leur début certaines affections du système nerveux et par la mesure de la dépuration urinaire de déterminer le pronostic des néphrites et de nombreuses autres maladies en même temps qu'elle est devenue un guide pour leur thérapeutique, à la chirurgie enfin elle fournit des éléments précieux pour résoudre les délicates questions des indications opératoires et réduire au minimum les risques des interventions.

## CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

### Assemblée générale des 18, 19 et 20 décembre 1931

*Ordres du jour*

I

La Confédération des Syndicats médicaux français, après étude des vœux adoptés par les Etats généraux de la Mutualité, et connaissance prise de la campagne menée pour leur aboutissement intégral ;

Regrette de voir l'action du Comité central de la Mutualité compromettre les bonnes relations, existant actuellement dans la plupart des départements entre les associations mutualistes et les syndicats médicaux.

En l'absence de tout engagement de la Mutualité de respecter *toutes* les dispositions de la loi de 1930 en matière d'assurance-maladie,

Informe solennellement les Pouvoirs publics que la collaboration à la loi, loyalement apportée par le Corps médical, cesserait immédiatement, si des dispositions analogues à celles qui sont prévues par certaines propositions de lois venaient à être votées par le Parlement. Pareilles dispositions, en effet, retireraient en réalité une partie des garanties, ayant fait l'objet des accords sur lesquels est basée la collaboration des médecins à la loi. (*Adopté à l'unanimité.*)

II

(*Ordre du Jour présenté par le secrétaire général au nom du Bureau*).

Pour répondre à une attaque touchant la médecine sociale, l'Assemblée générale des Syndicats médicaux français tient à préciser qu'en matière d'actes de chirurgie ou de spécialité, les honoraires des médecins traitants, ne peuvent être que des honoraires d'aides, lorsque l'assistance est effectivement réalisée.

Le médecin praticien s'interdit de reecvoir des chirurgiens et spécialistes toute autre rémunération. (*Unanimité moins* UNE *voix.*)

III

L'Assemblée générale de la Confédération, réunie dans sa séance du 20 décembre,

Charge une Commission confédérale d'étudier sous tous ses aspects la question « des organisations de recherches en vue de l'établissement des diagnostics », et de mettre sur pied des projets de fonctionnement au point de vue technique.

Ces projets sont destinés à servir de base aux études des Syndicats départementaux, qui auraient éventuellement à créer des organisations de recherches soit par eux-mêmes, soit en collaboration. (*Adopté à l'unanimité moins* 6 *voix.*)

IV

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie,

Prend acte de la circulaire ministérielle du 5 septembre 1931 sur l'organisation de la médecine préventive prévue par la loi,

Confie à une commission confédérale spéciale l'étude des questions qu'elle soulève. (*Adopté à l'unanimité.*)

V

L'assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, dans sa séance du 18 décembre 1931,

Considérant qu'à maintes reprises les Syndicats médicaux se sont engagés SOLENNELLEMENT à n'accorder leur collaboration au fonctionnement de la loi des Assurances sociales, que SOUS RÉSERVE FORMELLE que seraient respectés les éléments d'une Charte qui est UN TOUT INDIVISIBLE,

DÉCIDE :

1° Les Syndicats ne peuvent, en conséquence, passer des conventions avec les Caisses QUE SUR DES BASES qui respectent INTÉGRALEMENT cet ENGAGEMENT D'HONNEUR,

2° à l'expiration des conventions en cours, la discipline syndicale oblige les Syndicats à se CONFORMER A CES DIRECTIVES. (*Adopté à l'unanimité.*)

VI

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, émet le vœu :

Que le régime spécial des soins médicaux et pharmaceutiques concédé aux inscrits maritimes par les dispositions en vigueur, soit encore amélioré, en accord avec le progrès social et doit :

1° Conserver aux marins tous les avantages acquis par leur action personnelle ou celle de leurs devanciers ;

2° Leur permettre de recevoir, au moins en France, ou dans les Colonies, les soins nécessaires suivant la chartre du Corps médical ;

— libre choix absolu ;

— possibilité de se libérer par paiement à l'acte médical ;

— contrôle, par médecins agréés, ou mieux par les organismes fonctionnant déjà pour les assurances sociales, à savoir les Syndicats médicaux. (*Adopté à l'unanimité.*)

VII

*Assurance-maladie*

L'Assemblée générale de la Confédération réunie le 18 décembre 1931,

Emet le vœu que, conformément à l'art. 6, § 2 de la loi, la limite des frais à supporter par la Caisse se rapporte exclusivement à l'hospitalisation, abstraction faite des honoraires médicaux. (*Adopté à l'unanimité moins une voix.*)

VIII

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français,

Pour commémorer le Cinquantenaire du Syndicalisme médical et pour honorer le premier Syndicat fondé en France et bien que le Syndicat départemental de Montaigu se soit fondu par discipline dans un Syndicat départemental,

Décide :

Le Syndicat de Montaigu (Vendée) continuera à figurer en tête des contrôles de la Confédération, à titre de syndicat honoraire. (*Adopté à l'unanimité.*)

IX

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux demande, de la façon la plus pressante, que la convention franco-suisse du 29 mai 1889 soit modifiée de telle sorte,

Qu'aucune commune française ne reste ouverte à un praticien suisse, à moins que le lieu d'installation véritable de ce praticien se trouve plus rapproché de ladite commune que le domicile de tout médecin français,

et inversement. (*Adopté à l'unanimité.*)

## LOI DES PENSIONS

### Mémoires d'honoraires médicaux. Prescription de deux ans

Section des Finances de la Guerre, de la Marine et des Colonies
—
N° 203.622
—
Pensions
*Question.*
M. Pinot, rapporteur

CONSEIL D'ETAT

*Extrait du registre des délibérations de la section.*

Séance du 10 mars 1931

AVIS
—

La section des Finances, de la Guerre, de la Marine et des Colonies du Conseil d'Etat, sur le renvoi qui lui a été fait par le ministre des Pensions, de la question de savoir dans quel délai les médecins, pharmaciens, chirurgiens, etc., sont tenus, à peine de déchéance, de présenter, pour l'application de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922, leurs mémoires en règlement d'honoraires.

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu l'article 2272 du Code civil, modifié par la loi du 30 novembre 1892, article 11 ;

Vu la loi du 29 janvier 1831, article 5 ;

Considérant que l'article 2272 § 5 du Code civil, modifié par la loi du 30 novembre 1892, article 11 dispose : « l'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens pour leurs visites, opérations et médicaments se prescrit par deux ans ».

Considérant que cette disposition a un caractère général et a, pour suite, pour effet d'éteindre à l'expiration d'un délai de deux ans l'action qu'elle vise, que le débiteur contre lequel cette action est dirigée soit un particulier ou qu'il soit l'Etat ;

Que si, à la vérité, la loi du 29 janvier 1931 a posé, en règle général, que les créances sur l'Etat se prescrivent par un délai de cinq années à partir de l'ouverture de l'exercice auquel s'appliquent les dites créances, ce texte ne saurait faire obstacle à ce que l'Etat invoque à son profit le bénéfice de textes instituant des prescriptions plus courtes lorsque ces textes s'appliquent à tous les débiteurs sans distinction ;

Est d'avis :

Que les mémoires en règlements d'honoraires établis pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 modifié par la loi du 21 juillet 1922, doivent à peine de déchéance, être présentés dans un

délai de deux ans à partir de l'expiration du trimestre auquel ils s'appliquent.

Signé : M. PINOT, rapporteur
Michel TARDIT, président.
et ROZ, secrétaire.

Pour extrait conforme :
*Le secrétaire de la section,*
ROZ.

**Commentaires**

Il ne faut pas confondre « avis » avec « arrêt ». Le Conseil d'Etat n'a pas été appelé à juger : une section donne son opinion sur une question qui lui est posée, et un arrêt ultérieur peut parfaitement être rendu en sens contraire.

Par conséquent, il ne faut accorder à l'avis ci-dessus qu'une importance relative. D'autant qu'il est rédigé en termes qui ne sont pas suffisamment précis, pour empêcher toute équivoque d'interprétation.

Somme toute, la situation juridique se pose, en fait, de la manière suivante.

Pour des motifs d'ordre divers, un médecin présente à la commission départementale de contrôle pour les pensionnés de guerre son mémoire d'honoraires, en y joignant les bulletins, qui font foi des actes médicaux, pour lesquels il réclame paiement.

Il a le grand tort d'avoir été ainsi négligent, en ne produisant pas son mémoire dans la quinzaine qui suit la fin du trimestre dans lequel les soins ont été donnés. Mais, peut-on lui opposer la prescription, parce que son mémoire de réclamation a plus de deux années de date ?

La prescription à court terme, instituée par l'article 2272 du code civil, modifié par l'article 11 de la loi du 30 novembre 1892, fait bénéficier le débiteur d'une présomption de paiement, lorsque le médecin créancier a laissé passer deux années sans réclamer ses honoraires.

Passé deux ans, le débiteur (le client) n'a plus besoin de conserver le reçu, que peut lui avoir donné le médecin : il affirme avoir payé, et cela suffit pour que la prescription puisse jouer automatiquement à son profit.

Le créancier (le médecin) peut cependant contester cette affirmation de libération de dette : il défère alors le serment à son débiteur, qui, devant le tribunal, doit jurer avoir payé.

S'il jure, l'action du médecin est éteinte, parce que prescrite ; mais si le client ergote, discute la note, son quantum et ne jure pas avoir payé, a prescription ne joue plus et le médecin a désormais trente années, pour recouvrer sa créance.

Or, en matière administrative, la commission départementale et le préfet peuvent opposer la prescription de deux ans, à un praticien qui adresse, en retard, ses mémoires d'honoraires, pour soins aux pensionnés de guerre.

Si la prescription est invoquée, sans autres motifs, il est impossible de déférer le serment à l'Etat débiteur, et par suite la prescription doit être admise.

Si, au contraire, le représentant de l'Etat, au reçu du mémoire d'honoraires du médecin, discute le fond même de la note, donnant ainsi la preuve que le praticien n'a pas été payé, alors la prescription ne peut plus jouer. Mais il ne faut pas oublier les termes de la loi du 29 janvier 1831, loi vieille de cent ans, qui institue en faveur de l'Etat une déchéance de cinq années pour éteindre les créances d'ordres divers.

De ceci, que devons-nous retenir ?

D'abord, il est inadmissible que certains praticiens soient assez négligents pour laisser traîner leurs notes d'honoraires, jusqu'au moment où elles sont atteintes par la prescription. Ces négligents risquent ainsi de se trouver forclos, parce qu'ils ont laissé traîner leurs recouvrements.

D'ailleurs, en matière d'accidents du travail, la cour de Cassation a maintes fois jugé que, passé un an, depuis la date de la cessation des soins, le médecin n'a plus le droit de réclamer ses honoraires. Tant pis pour lui.

En matière d'application de la loi du 31 mars 1919, la sanction n'est pas aussi rigoureuse. Cependant, comme le fait très justement remarquer le Dr Quidet, dans la *Presse Médicale*, cet avis du Conseil d'Etat, publié d'une manière assez inattendue, atteint brutalement certains praticiens, qui croyaient pouvoir présenter leurs notes avant que le délai de cinq années ne soit passé, qui éteindrait, par déchéance, leurs créances envers l'Etat.

Donc, que nos confrères facilitent le travail de leurs confrères, membres des commissions départementales, chargés de vérifier les mémoires trimestriels, pour soins donnés aux réformés de guerre. C'est un acte de bonne confraternité vis-à-vis de ceux qui, au nom de la loi, certifient le bien-fondé des demandes d'honoraires médicaux.

Mais si, en dehors de la simple négligence, un praticien s'est trouvé, pour des motifs graves et sérieux, dans l'impossibilité de présenter ses mémoires avant deux années (et moins de cinq ans), s'il se voyait opposer la prescription, il s'adresserait à la Ligue médicale de défense individuelle, dite « Sou Médical », dont il fait certainement partie et on verrait de quelle manière défendre ses intérêts, même devant le Conseil d'Etat.

Quant aux confrères, qui régulièrement, comme ils le doivent, adressent leurs mémoires, dans la quinzaine qui suit la fin de chaque trimestre, l'avis du Conseil d'Etat ne les touche pas et les laisse parfaitement indifférents, puisqu'ils sont dans la régularité.

Dr Paul BOUDIN.

## JURISPRUDENCE

### Honoraires. — Prescription. — Responsabilité professionnelle

TRIBUNAL DE PAIX DE MALAKOFF

4 *Décembre* 1930

(Archives du Sou Médical)

1° *La prescription à court terme (article 2272 C. civ.) n'est pas opposable à un médecin par un client, lorsque ce dernier reconnaît, même tacitement qu'il n'a pas acquitté sa dette.*

2° *Ne pouvant trancher des questions d'ordre scientifique et médical, les juges ne peuvent déclarer la responsabilité médicale engagée qu'au cas de faute évidente, c'est-à-dire de négligence, ou d'imprudence grave, lourde.*

Attendu que S. a fait opposition au jugement de défaut rendu contre lui le vingt huit août 1930 le condamnant à payer 1.690 francs au Docteur Durand pour soins donnés en 1926-1927.

Attendu que l'opposition est régulière en la forme,

Attendu que S. fait valoir dans son opposition que la créance invoquée contre lui est prescrite (article 2272 du Code Civil).

Attendu que subsidiairement S. demande 10.000 francs à titre de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle.

Attendu qu'en réponse au moyen de prescription du défendeur, il est versé aux débats par le Docteur Durand une lettre sans date dans laquelle S. déclare que *pour la somme qu'il doit*, ce n'est pas lui qui doit payer et de s'adresser à Monsieur P.

Attendu que le sieur P. auquel il a été fait part de la réclamation du Docteur Durand contre S. a répondu le 2 juin 1930 que Monsieur S. entendait contester la note du Docteur.

Attendu que dans l'instance actuelle la constestation à laquelle faisait allusion Monsieur P. est soulevée sous la forme de la demande reconventionnelle en dix mille francs d'indemnité.

Attendu que dans ces conditions, il résulte des moyens de défense auxquels le débiteur a recours, qu'il avoue ne pas avoir payé les seize cent quatre vingt dix francs.

Attendu que son aveu le rend irrecevable à se prévaloir de l'article 2272, la prescription édictée par cet article reposant sur une présomption de paiement détruite par la preuve contraire qui résulte de l'aveu du débiteur.

Attendu que, d'après l'article 2275, ceux auxquels les courtes prescriptions sont opposées peuvent déférer le serment à ceux qui les opposent sur la question de savoir si la chose a été réellement payée.

Attendu que s'il n'est question, dans l'article 2275, que du serment pour détruire la présomption de paiement, la jurisprudence admet que l'aveu même tacite a le même effet que le serment (Cassation 31 octobre 1894-D. 1894, 1536 ; S. 1895-1-29).

Attendu que la présomption de paiement étant renversée dans la cause, par l'aveu de non paiement, le moyen principal de la défense se trouve dénué de fondement.

Attendu que le moyen subsidiaire, qui consiste dans la demande reconventionnelle en dix mille francs de dommages, pour responsabilité professionnelle, ne saurait être accueilli.

Attendu que pour faire reconnaître que le Docteur Duraud a commis des fautes professionnelles, génératrices de dommages-intérêts, S. se borne à demander une expertise sans préciser les faits qui devraient être soumis à l'expertise.

Attendu qu'il est de principe que les Juges ne peuvent trancher des questions d'ordre scientifique et médical, qu'ils ne peuvent se prononcer sur l'opportunité des actes médicaux, ni sur leur mode d'exécution et qu'ils ne peuvent déclarer la responsabilité médicale engagée qu'au cas de faute évidente, c'est-à-dire de négligence ou d'imprudence grave, lourde.

Attendu qu'une demande d'expertise, pour établir la responsabilité médicale, est par suite inadmissible, lorsqu'elle n'est pas précédée d'une articulation précise des faits qui auraient constitué les négligences ou imprudences graves, lourdes.

Par ces motifs

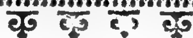
Recevons en la forme l'opposition de S. au jugement du 28 août 1930.

Au fond

Disons que l'opposition est injuste et mal fondée.

Ordonnons que le jugement du vingt-huit août dix-neuf cent trente sorte son plein et entier effet.

Condamnons S. aux entiers dépens.



## MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

### Assemblée générale ordinaire

22 *novembre* 1931.

M. le Dr Maurat, *président*, entouré des membres du Conseil d'Administration et de M. Fleury, actuaire, ouvre la séance à quinze heures et demie.

Il constate que la convocation pour la présente Assemblée générale a été faite dans le n° 44 du *Concours Médical* (1er novembre 1931), que le rapport du secrétaire général a été publié dans le n° 42 (18 octobre), que celui du Trésorier a été publié dans le n° 40 (4 octobre), qu'enfin un tirage à part de ces documents a été envoyé aux sociétaires, qui ne sont pas abonnés au *Concours Médical.*

Les formalités statutaires ayant été remplies, il déclare que l'Assemblée gnérale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

Le Président rappelle que, conformément aux statuts, M. Fleury, actuaire, a procédé à l'inventaire de la Société au 31 décembre 1930. Il prie M. Fleury de bien vouloir donner à l'Assemblée générale lecture de son rapport.

M. Fleury donne lecture de ce rapport :

Monsieur le Président,

Vous m'avez chargé d'étudier la situation des différentes combinaisons de la Mutualité familiale du Corps médical français.

Cet examen a été fait à la date du 31 décembre 1930. Il consiste essentiellement dans le calcul des réserves mathématiques, c'est-à-dire des réserves que l'Association doit posséder pour être aussi sûre que possible de pouvoir, dans l'avenir, faire face à ses engagements et dans la comparaison des réserves mathématiques avec l'actif de l'Association.

Les réserves mathématiques ont été évaluées, en général, d'après les mêmes bases que lors de l'inventaire précédent (31 décembre 1925), sauf une modification mentionnée plus loin dans le but de renforcer les réserves mathématiques de la combinaison B.

#### PREMIÈRE SECTION : **Indemnité maladie.**

*Combinaisons B* et 1/2 *B.*

L'effectif est de 184 membres. L'actif de cette combinaison, évalué au prix d'achat, est de 216.510 francs.

Vu les aléas de cette combinaison, où les adhérents restent sans condition d'âge, il m'a paru prudent de calculer les réserves mathématiques sur les bases de 50 % plus élevées que celles qui avaient été adoptées jusqu'ici. Ce n'est pas une mesure entièrement nouvelle car, en 1922, les cotisations avaient été augmentées de 50 %. La mesure prise actuellement n'es que le complément de celle qui avait été prise alors.

Les réserves mathématiques se montent à 217.079 francs, pour ainsi dire égales à l'actif.

La situation est donc satisfaisante, et il est permis de penser que la Combinaison B se suffira avec le maintien des cotisations à leur tarif actuel.

*Combinaisons MA réunies.*

L'effectif est de 1.211 adhérents. Le calcul des réserves, fait sur les mêmes bases que fin 1925, donne 774.130 francs.

L'actif, au prix d'achat des valeurs des différentes combinasisons MA, est de 1.631.554 francs. Il y a donc cette fois un excédent considérable et ces combinaisons ont accumulé des réserves supplémentaires, qui permettent d'envisager l'avenir en toute confiance.

Vous vous rappelez qu'en 1922 les résultats étaient très différents, et que l'on avait été conduit à majorer les cotisations de 15 %. L'effet de cette majoration est pour une bonne part dans l'excédent actuel. Les réserves mathématiques ont été calculées, en comptant seulement pour l'avenir sur des cotisations non majorées ; autrement dit, c'est en ne tenant pas compte de la majoration de la cotisation que l'on constate plus de 800.000 francs d'excédent.

Si cette situation se maintient, on pourra peut-être envisager pour l'avenir une légère réduction des cotisations.

Si l'on compare l'actif au prix d'achat des diverses combinaisons maladie (MA et B), total 1.848.065 francs, à la valeur de cet actif au cours de la Bourse du 31 décembre 1930, soit 2.148.663 fr. il y a encore une différence de 300.000 fr. qui constitue, non pas peut-être une réserve supplémentaire, mais dans tous les cas une sécurité contre les fluctuations des cours de la Bourse.

Les heureux résultats, ci-dessus relatés, doivent encourager à la fois la recherche de nouveaux adhérents et le passage des adhérents des combinaisons à faibles indemnités (dix ou vingt francs) aux combinaisons plus substantielles (40 ou 50 fr. par jour). Ceci, bien entendu, sous réserve du maintien des règles médicales actuellement en vigueur pour l'admission.

#### TROISIÈME SECTION : **Pensions des veuves.**

*Combinaison V.*

La combinaison V, qui assure une rente à la veuve du médecin adhérent, continue à ne pas se développer

comme elle le mériterait. Elle ne comprend au 31 décembre 1930 que 62 membres actifs, cinq veuves et deux mineurs pensionnés. Le nombre des veuves n'a pas augmenté depuis 1925, aussi la combinaison se présente-t-elle bien, avec des réserves mathématiques se montant à 145.108 fr., contre un avoir au prix d'achat de 350.145 fr. et au cours de la Bourse de 416.110 francs.

Une propagande pour cette combinaison pourrait donc être faite et même s'accompagner de la possibilité d'assurer des pensions plus élevées, par exemple 1.800 fr. en augmentant proportionnellement les cotisations par application des tarifs actuels.

DEUXIÈME SECTION : **Pensions de retraite.**

*Combinaison P. Retraite à 60 ans.*

L'effectif est de 262 membres actifs et 13 pensionnés. Les réserves mathématiques se montent à 1.201.245 fr., tandis que l'actif au prix d'achat est de 1.493.742 fr. La situation est donc aussi très satisfaisante avec un excédent de 292.497 fr.

*Combinaison R. Retraite à 65 ans.*

L'effectif est de 265 membres actifs et 22 pensionnés. Les réserves mathématiques se montent à 1.208.885 fr. contre un actif, au cours d'achat, de 1.544.675 fr., soit un excédent de 335.790 francs.

La situation du fonds d'assurances de retraites est par conséquent excellente ; elle permet d'envisager sans crainte l'extension des services des combinaisons P. et R. à des montants de retraites plus élevés (3.600 ou même 4.800 fr.), moyennant majoration proportionnelle des cotisations par application des tarif actuels.

En résumé, les constatations, faites par l'inventaire fin 1930, sont des plus satisfaisantes partout. La combinaison B elle-même a maintenu ses réserves bien pleines et toutes les autres combinaisons ont des excédents importants. De plus, tandis que l'ensemble des valeurs de la Mutualité familiale se présentait, fin 1925, avec une petite moins value, il existe maintenant une plus value dont le total atteint 746.496 francs.

La situation de la Mutualité familiale au 31 décembre 1930 peut être qualifiée de brillante.

(*Applaudissements.*)

Le Président donne la parole au Secrétaire général pour la lecture de son rapport.

*Voir ce rapport dans le numéro du* 18 *octobre, page* 3165.

Le Président donne la parole au Trésorier pour la lecture de son rapport sur l'exercice 1930.

*Voir ce rapport dans le numéro du* 4 *octobre, page* 3027.

Le Président donne la parole au Dr Boëlle pour la lecture du rapport des Commissaires aux comptes.

M. le Dr Boëlle donne lecture du rapport suivant :

Mes chers Confrères,

Conformément au mandat qui nous avait été confié par l'Assemblée générale de l'an dernier, nous avons procédé à l'examen de la Comptabilité du trésorier.

Or, la vérification minutieuse à laquelle nous nous sommes livrés, nous permet de vous donner l'assurance que les comptes sont parfaitement tenus, et présentent une clarté remarquable.

Aussi nous vous proposons de les adopter et d'exprimer nos remerciements et notre reconnaissance à notre vaillant et infatigable trésorier, en souhaitant qu'il nous fasse bénéficier longtemps encore de son inappréciable expérience.

(*Applaudissements*).

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1930

Elle est votée à l'unanimité.

M. le Président Maurat demande à l'Assemblée de réunir dans un même geste de remerciements M. Gassot, trésorier ; M. Mignon, secrétaire général, et M. Fleury, notre actuaire si dévoué. (*Applaudissements.*)

L'ordre du jour appelle l'élection pour six années de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Maurat, Noir, Boudin, Fischer et M. Mignon, sortants et rééligibles.

Par acclamations sont réélus :

MM. A. Maurat, *président* ;
J. Noir, *vice-président* ;
P. Boudin, *secrétaire des séances* ;
G. Fischer,
M. Mignon, membres.

L'ordre du jour appelle l'élection pour deux années de trois Commissaires aux comptes, en remplacement de MM. Carbonell, Leclerc-Montmoyen et Dupont sortants et non rééligibles.

Sont élus :

MM. Rigal, de Paris ;
Fraikin, de Neuilly ;
Chevallier, de Saint-Cloud.

L'ordre du jour appelle également l'élection pour une année d'un commissaire aux comptes en remplacement de M. Pétriaux, sortant de la Société par âge au 31 décembre 1931.

L'Assemblée élit M. le Dr Choussaud, de Paris.

L'ordre du jour appelle la nomination de qua-

tre membres du Conseil d'Arbitrage pour l'année 1931.

L'Assemblée élit MM. les docteurs Arago, de Paris ; Leulier, du Vésinet ; Haton, de Paris ; et Garrigues, de Paris.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

*Le Secrétaire,* P. Boudin. *Le Président,* A. Maurat.

## Assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale extraordinaire a suivi immédiatement l'Assemblée ordinaire.

M. Maurat, *président*, expose que la convocation a été faite, avec indication de l'ordre du jour, dans le n° 44 du *Concours Médical* (1er novembre 1931), et que cette convocation a été adressée aux sociétaires non abonnés au journal.

Il demande à l'Assemblée de bien vouloir désigner deux assesseurs.

Sont désignés : MM. les Docteurs Rigal et Lacroix.

Le Bureau se complète par la désignation de M. le Dr Boudin comme secrétaire.

L'Assemblée générale extraordinaire est ainsi régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

L'ordre du jour appelle la modification des articles 39, 40, 45, 46, 59 et 69 des statuts.

Le Président expose que, pour les quatre premiers, il ne s'agit que d'une modification de rédaction, destinée à simplifier les comptes, et dont le principe avait été admis l'an dernier.

Pour les articles 59 et 69, il s'agit de porter le maximum des pensions de retraite à 4.800 francs et celui des pensions aux veuves à 1.800 francs.

Personne ne demandant la parole, le Président donne lecture pour chacun des articles de l'ancienne rédaction et de la rédaction nouvelle proposée.

*Ancienne rédaction.*

Art. 39. — La Caisse offre à ses adhérents deux combinaisons :

1° La combinaison MA, qui donne une indemnité quotidienne de 10 francs par jour et une indemnité mensuelle de 100 francs.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 50 ans.

2° La combinaison MAD, qui donne une indemnité quotidienne de 20 francs et une indemnité mensuelle de 200 francs.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 45 ans.

L'entrée aux deux combinaisons à la fois permet d'avoir l'indemnité quotidienne de 30 fr. et l'indemnité mensuelle de 300 francs.

Ces deux combinaisons types peuvent être cumulées et doublées de façon à assurer :

Soit une indemnité quotidienne de 30 francs et mensuelle de 300 francs, par le cumul de la combinaison MAD avec la combinaison MA ;

Soit une indemnité quotidienne de 40 francs et mensuelle de 400 francs, par le doublement de la combinaison MAD :

Soit, enfin, une indemnité quotidienne de 50 francs et mensuelle de 500 francs, par le cumul de la combinaison MA avec la combinaison MAD doublée (1).

(1) Ces différentes modalités se trouvent résumées par le tableau suivant :
10 fr. par jour et 100 fr. par mois : combinaison MA.
20 fr. par jour et 200 fr. par mois : combinaison MAD.
30 fr. par jour et 300 fr. par mois : combinaisons MA + MAD.
40 fr. par jour et 400 fr. par mois : combinaison $MAD^2$.
50 fr. par jour et 500 fr. par mois : combinaison MA + $MAD^2$.

*Nouvelle rédaction.*

La Caisse offre à ses adhérents cinq combinaisons :

1° La combinaison MA, qui donne une indemnité journalière de 10 francs et mensuelle de cent francs ;

2° La combinaison $MA^2$, qui donne 20 francs par jour et 200 francs par mois ;

3° La combinaison $MA^3$, qui donne 30 francs par jour et 300 francs par mois ;

4° La combinaison $MA^4$, qui donne 40 francs par jour et 400 fr. par mois.

5° La combinaison $MA^5$, qui donne 50 francs par jour et 500 francs par mois.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 50 ans pour MA, et à 45 ans pour les autres combinaisons.

La rédaction nouvelle mise aux voix est adoptée.

ARTICLE 40.

Un seul examen médical est exigé pour les combinaisons assurant 10 fr. ou 20 fr. par jour (MA ou MAD).

Deux examens de deux confrères différents sont exigés pour les combinaisons assurant 30 fr., 40 fr., ou 50 fr. par jour (MA + MAD ; MAD$^2$ MA + MAD$^2$).

Un seul examen est exigé pour les combinaisons assurant 10 fr. ou 20 francs par jour (MA et MA$^2$).

Deux examens de deux confrères différents sont exigés pour les autres combinaisons.

La rédaction nouvelle mise aux voix est adoptée.

ARTICLE 45.

ART. 45. — Une combinaison 1 /2 MAD a été ouverte pour les membres actuels de la combinaison MA, auxquels elle est exclusivement réservée.

Il a été accordé à ces sociétaires un délai d'une année (jusqu'au 31 décembre 1922) pour s'y faire inscrire. Passé ce délai, la combinaison 1 /2 MAD a été fermée comme recrutement.

Les sociétaires de 1 /2 MAD sont soumis, pour leur admission, aux mêmes règles que les sociétaires de MAD, mais ils ne payent qu'une demi-cotisation pour ne recevoir qu'une demi-indemnité qui s'ajoute à celle que leur donne la combinaison MA.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 50 ans.

Les membres inscrits à la fois aux anciennes combinaisons MA et 1 /2 MAD sont versés à la combinaison MA$^2$, les membres inscrits à la fois à MA et MAD sont versés à MA $^3$.

Les membres inscrits à MAD$^2$ sont versés à MA$^4$.

Les membres inscrits à la fois à MA et MAD$^2$ sont versés à MA$^5$.

La redaction nouvelle mise aux voix est adoptée.

ARTICLE 46.

ART. 46. — Tout passage d'une combinaison à l'autre est interdit.

Tout membre peut passer à une combinaison donnant une indemnité supérieure, s'il a conservé une bonne santé et s'il n'a pas dépassé la limite d'âge de 45 ans.

Il doit subir un nouvel examen médical.

La cotisation annuelle, qu'il aura à payer, est celle de la combinaison nouvelle à son âge actuel, moins la différence existant entre la cotisation dans la combinaison ancienne à son âge actuel et la même cotisation à son âge d'entrée.

La rédaction nouvelle mise aux voix est adoptée.

ARTICLE 59.

ART. 59. — Dans ces diverses combinaisons, la part de pension est de cent vingt francs.

Le sociétaire peut souscrire le nombre de parts, qui lui convient, sans cependant que ce nombre puisse dépasser 20 parts (soit 2.400 fr. de pension).

..........................................

Le sociétaire peut souscrire le nombre de parts qui lui convient sans cependant que ce nombre puisse dépasse 40 parts (4.800 fr. de pension).

ARTICLE 69.

ART. 69. — Tout membre admis à la caisse paye :

1° Pour l'examen médical un droit d'entrée fixé par l'Assemblée générale.

..........................................

2° Une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée (*voir le tableau annexé*).

Les âges sont ceux que les intéressés atteignent dans l'année de l'admission.

La part type de la pension est de 120 francs. Tout sociétaire peut souscrire le nombre de parts, qui lui convient, sans cependant que ce nombre puisse dépasser dix parts, soit 1.200 fr. de pension.

La part type de la pension est de 120 francs. Tout sociétaire peut souscrire le nombre de parts, qui lui convient, sans cependant que ce nombre puisse dépasser 15 parts (1.800 fr. de pension).

Les rédactions nouvelles des articles 59 et 69 sont successivement mises aux voix et adoptées.

Le Président met aux voix l'ensemble des modifications qui viennent d'être adoptées. Il est adopté à l'unanimité.

L'Assemblée générale extraordinaire donne pleins pouvoirs à M. le Dr Vimont, vice-président, pour faire le dépôt légal des modifications, statutaires qui viennent d'être adoptées.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

*Les Assesseurs* :
M. RIGAL, P. LACROIX.

*Le Président*,
A. MAURAT,

*Le Secrétaire*,
P. BOUDIN.

## A L'UMFIA

## Le Dîner d'automne en l'honneur de la médecine belge

Depuis environ 10 ans, l'UMFIA devenue Union médicale latine donne chaque année au printemps et à l'automne, un dîner en l'honneur de l'une des vingt-neuf nations qui font partie de son groupement.

Nous avons successivement fêté l'Argentine, l'Uruguay, la Colombie, le Brésil, l'Italie, le Canada. Présentement c'est la Belgique, les médecins et la science médicale belge qui sont à l'honneur. Vingt ambassadeurs, ministres plénipotentiaires, chargés d'affaires ou attachés de légations représentent vingt nations différentes. Dix autres encore nous ont adressé leurs excuses et leurs regrets. C'est bien toute l'Union latine qui le 8 Décembre, pour la première fois, était rassemblée dans les Salons du Palais d'Orsay, pour fêter la médecine belge.

Dans l'assistance nous avons reconnu : Mme et S. E. le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Bruxelles à Paris ; Mme et S. E. le comte Manzoni, ambassadeur de Rome à Paris ; M. le ministre Ojeela, conseiller à l'ambassade d'Espagne de Paris ; Mme et S. E. l'Honorable Philippe Roy, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Canada en France ; S. E. Da Souza Dantas, ambassadeur du Brésil à Paris ; M. le Consul général Bastin, représentant le Luxembourg ; S. E. Guani, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de l'Uruguay ; S. E. Armando da Gama Ochoa, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Lisbonne à Paris ; S. E. le général Vasquez Cobo, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Colombie ; Mme et S. E. Caballero de Bedoya, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Paraguay ; Mme et S. E. Garcia Calderon, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Pérou; Mme et S. E. Vallenilla Lanz, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Venezuela en France ; Mme et S. E. Anunategui, plénipotentiaire du Chili ; S. E. de Cespèdes, plénipotentiaire de Cuba ; M. Alberto Moreno Ganas, chargé d'affaires de Costa Rica ; Alberto Fernandez Gergolas, attaché d'ambassade de la République Argentine; Dr Alfonso Preciado, du Panama ; Dr Godoy, consul du Salvador ; Mme et M. Jean Cruppi, ancien ministre ; M. Daniel Baqué, chef de cabinet de M. le Sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au Tourisme, sous-directeur de l'Office national du tourisme ; MM. les députés Caujole et Molinié ; Mme et M. le Professeur Forgue, de la Faculté de Montpellier, président de dîner ; M. le Professeur Nicolau, de la Faculté du droit de Bucarest, représentant du Gouvernement roumain.

Parmi les personnalités belges, nous devons citer : les Prof. J. Bordet, directeur de l'Institut Pasteur ; Prof. Dustin, de Bruxelles ; Dr Crousse, de Bruxelles ; Prof. Henrijean, Prof. Brouha, de Liége ; Pr Lemaire, de Louvain ; M. le Dr Voncken et Dr Rosenthal, président et trésorier de l'Association de la Presse médicale belge ; Dr Beckers, administrateur du *Bru-*

*xelles médical* ; Dr Léopold Mayer, rédacteur en chef ; Dr Brouha, fils ; Dr Delchef, rédacteur en chef du *Scalpel* ; Dr Jacques, de Bruxelles ; Dr Marchal, d'Anvers ; une délégation de la Cité universitaire belge de Paris ; Dr Amy, de Bruxelles ; Beerens, de Gand ; Hermans, de Bruxelles ; Jacquin, de Liége ; Dr Kestens, de Louvain ; Dr Capart, de Bruxelles ; Dr Lambeau, de Bruxelles ; Matton, de Bruxelles ; Dr Van Bogaert, de Bruxelles ; Dr Watters, de Bruxelles ; Dr Korkin, de Liége ; Dr Dupuis, de Bruxelles ; le Prof. Favreau de Strasbourg : le Prof. Pautrier ; de Tours : le Prof. Lapeyre ; MM. les Professeurs agrégés : Le Lorier, Donzelot, Desmarets, Harvier, Lardennois, René Moreau, Basset ; médecins des hôpitaux de Paris : Drs Crouzon, Trémollières, Weissenbach, Joltrain, Gaudard d'Allaines, Baballian, de Douhet, Mollaret ; le Prof. Louis Roule, du Muséum d'histoire naturelle ; MM. les Médecins Inspecteurs généraux Rouvillois, directeur du Val-de-Grâce ; Boyé directeur du Service de santé des colonies ; Emily ; le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France et le Dr Thierry, secrétaire général ; le Dr Buizard, secrétaire général de la Société des chirurgiens de Paris ; le Dr Decourt, président de la Société internationale des médecins.

Ont pris successivement la parole : le Dr Molinéry, secrétaire général de l'Union médicale latine et rédacteur en chef de la *Revue de l'Umfia* ; le Dr Dartigues, président-fondateur de l'Union médicale latine ; le Dr Voncken, président de l'Association de la Presse médicale belge ; M. Baillière, président du Cercle de la librairie, au nom de la Presse médicale française ; le Dr Beckers, délégué général de l'Union médicale latine en Belgique ; le Prof. Nicolau, professeur à la Faculté de droit de Roumanie, au nom du Gouvernement roumain ; le Prof. Bordet, au nom de l'Institut Pasteur de Bruxelles ; le Prof. Forgue, de Montpellier, membre de l'Académie de médecine, président médical du dîner, au nom de la médecine et des médecins de France (1) ; S. E. le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique en France.

***

Cette fête, qui a été des plus brillantes, est due à l'organisation des fondateurs de l'Umfia ou Union médicale latine, les Docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente, Gaullieur-L'Hardy, Molinéry et Dausset, qui ont été fort applaudis.

*Allocution du Dr Molinéry.*

Excellence,

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Il faut que vous ayez beaucoup d'indulgence pour votre secrétaire général, pour que, chaque année, depuis que nous avons créé, à l'Union médicale latine, nos dîners de Printemps et nos dîners d'automne, vous l'écoutiez, sans impatience, développer le même thème.

Chaque année, le secrétaire général vous donne la genèse de nos réceptions...

Or, il y a de cela cinq ans, j'en appelle aux souvenirs de MM. Mayer et Beckers, nos amis belges nous faisaient les honneurs des Floralies de Gand. Et comme nous admirions les plus belles fleurs du monde nous caressâmes, est-ce par association d'idées, le projet de réunir, à Paris, sous l'égide de la Nation belge, les plus belles nations qui soient sous les cieux.

Voilà pourquoi, ce soir, sous la fière devise du « Roi, de la Loi, et de la Liberté », vingt des trente peuples qui constituent le foyer rayonnant de l'Union médicale latine, sont par vous, si noblement représentés.

M. le Sénateur Hugues Le Roux nous disait tenir de M. Balfour le jugement suivant : « Une des raisons pour lesquelles nous autres, Anglais, nous nous entendons si difficilement avec les Américains, est que nous parlons la même langue ».

Nous autres, Latins, continue M. Leroux, nous ne sommes point tout à fait logés à la même enseigne.

Chacun de nous s'est taillé dans la toge romaine un vêtement à sa taille et à son caractère. Mais si l'on monte d'Italie en Espagne par notre Provence, c'est une chose admirable de noter comment, à travers les langues littéraires, aujourd'hui défuntes, des dialectes que soutiennent encore des efforts de poésie, des patois que l'homme de la terre parle, des accents dont tout le monde est contaminé, on s'achemine, sans secousse, d'un idiome à l'autre, comme si l'on gravissait une échelle dont pas un échelon ne manque. Et si, s'élevant des mots aux sentiments les plus généraux, aux idées les plus répandues, celles qui touchent à l'amour et à l'honneur, on cherche, par exemple, dans le trésor des chansons populaires, les traces effectives de cette consanguinité, on est émerveillé de la trouver si persistante et si chaude.

Messieurs, n'êtes-vous pas ce soir, la preuve vivante, tangible de cette consanguinité ?

***

Suivant la tradition, l'Umfia, cette année, n'a manqué ni à l'appel du devoir, ni à l'appel de l'honneur.

Quatre membres de l'Umfia, trois maîtres de la grande école de Paris, le quatrième de la belle école d'Angers, ont été élus Professeurs par leurs pairs : ce sont les Professeurs : MM. Noël Fiessinger, Laignel-Lavastine, Fernand Lemaître et Charles Martin. Ils ont revêtu la robe rouge, rehaussée d'hermine, qui, si elle leur donne le droit envié et redoutable d'enseigner, leur confère aussi l'honneur magnifique de servir, officiellement, comme le voulait le XVIIe siècle, « l'éminente dignité de nos Seigneurs, les malades pauvres ».

Les honneurs répondirent aussi à l'appel des services rendus : M. le Professeur Gosset, membre de l'Académie de médecine, recevait du Gouvernement

(1) Voir ci-devant, page 34 la brillante allocution de M. le professeur E. Forgue en l'honneur de l'amitié et de la symbiose médicale franco-belges.

de S. M. le roi d'Italie et des mains de son éminent ambassadeur, son Excellence le comte Manzoni, les insignes de grand officier de sa couronne, tandis que, en France, M. le Professeur Nicolle, de Tunis, et M. le Dr Charles Devraigne se voyaient promus au grade de commandeur dans l'Ordre de la Légion d'honneur ; M. le Professeur Bardier, M. Daniel Baqué, chef de cabinet de notre sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics, MM. les Dr Gares et Gardette, au grade d'officier, et en Espagne, le Professeur Maranon, au grade de Chevalier du même ordre. Je m'excuse de ne point tous les citer.

En Belgique, M. le Professeur Mayer, rédacteur en chef du *Bruxelles médical* et secrétaire général de la Société internationale de chirurgie, vient d'être élu, à l'unanimité, membre d'honneur de la société polonaise de chirurgie.

Enfin, notre tout jeune camarade belge, Lucien Brouha, fils de l'éminent maître de l'école de Liége, doit vous être signalé parmi les plus brillants lauréats de notre Association.

***

Sans vouloir jeter un voile de deuil sur cette magnifique assemblée, réunie pour une fête, je manquerais à tous mes devoirs si je ne rendais un dernier et public hommage à la mémoire de celui qui, pendant dix années, fut notre secrétaire général adjoint : j'ai nommé le Dr Berry. Notre ami s'en est allé après d'indicibles souffrances, stoïquement supportées. Il avait été pour nous le plus précieux et le plus loyal des collaborateurs. Mais nos regrets seraient plus vifs si nous n'avions songé, pour lui succéder, à notre vieil ami, notre distingué camarade, le Dr Dausset, celui que le Professeur Gilbert a choisi pour créer à l'Hôtel-Dieu de Paris, un service de physicothérapie, dont la renommée s'étend bien au delà de nos frontières. Dausset, clinicien, journaliste, homme d'action, latin, en un mot, est prêt à combattre le bon combat pour la perennite de l'Union médicale latine.

Je vous devrais la liste de nombreux excusés, ministres, professeurs, amis de notre association : qu'ils me pardonnent de ne les point citer.

Permettez seulement que j'appelle votre attention sur le petit bout de papier, qu'une bonne et aimable, et charitable fée a prié l'Umfia de placer, discrètement, à côté de votre couvert.

Si Victor Hugo était là, vous savez quel vibrant appel il lancerait dans nos fêtes d'hiver. Mais le Comité de secours aux familles médicales, représenté par Madame Jayle, dont le dévouement à nos œuvres médico-sociales n'est jamais en défaut, nous prie de prendre note de la date « du bal de charité de la médecine française », et cela sera toute mon excuse d'avoir dépassé d'une minute, le temps qui m'était imparti par le Dr Dartigues, le plus impitoyable des présidents.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*On ne prise plus que des mômeries, on ne veut plus entendre que des cris indécents...*

(Guiraut Riquier)

DXV. — M. Constantin Weyer, **Champlain**. Un vol. 12 × 19 avec illustrations hors texte, reproduisant gravures de l'époque et une carte de la Nouvelle-France. Collection des Grandes Figures Coloniales. *Editions Plon* Paris 1931, 15 fr.

Ainsi chantait *déjà* Riquier, un des troubadours, dont je vous entretiendrai plus bas ! Je ne sais ce qu'ajoutaient les critiques du temps : ils ne disposaient pas encore d chroniques, et l'écho de leurs doléances probables n'est pas venu jusqu'à nous. Ceux d'aujourd'hui semblent enfin écœurés de cette vague de pornographie, qui a déferlé après guerre jusque dans quelques bons livres et la faveur, avec laquelle ils accueillent maintenant et présentent ce renouveau sensé de l'équilibre psychique est peut-être le prélude discret de l'assagissement, que nous souhaitons. Monsieur Constantin-Weyer est un des bons écrivains, qui ne s'était pas départi de cette mesure dont la rareté, il y a quelques années se, faisait singulièrement sentir. Et son nouveau livre, s'ajoute posément aux récits salubres, qu'il avait déjà consacrés à ce Canada dont il avait fait sa seconde patrie et qu'il a prestigieusement évoqué dans son *Epopée canadienne* (1). On sent qu'il a écrit avec joie, tant son style a d'allant, cette histoire de la fondation coloniale de la Nouvelle-France. Et le ton de certaines pages évoque aussi celui d'un touchant hommage de reconnaissance, tant il met d'application à nous présenter le rôle de Champlain, son adresse politique, sa ténacité d'organisateur et la justesse de ses concepts économiques. Telle était (d'un point de vue particulier à noter ici) la sagacité de ses observations, qu'il pense avant les médecins à combattre le scorbut ou *mal de terre* par l'ingestion d'aliments frais. Il ne parle pas avec éloquence de vitamines cristallisées, mais guérit ainsi ses compagnons d'aventure ! Les Indiens de

(1) *Vers l'Ouest* ; *La Bourrasque* ; *Manitoba* ; *Cinq éclats de silex* ; *Un homme se penche sur son passé* (Prix Goncourt 1928) ; tous, chez Rieder ; et *Clairière* chez Stock. Je vous ai présenté ce dernier livre en son temps.

leur côté combattaient cette affection, efficacement, avec de la tisane d'épinette. La part anecdotique du livre est aussi très largement pourvue.

DXVI — Emmanuel BERL. **Le Bourgeois et l'Amour.** Quatrième volume des Essais de la N. R. F. Un vol. 12 × 19 tiré à 2270 ex. numérotés. *Editions de la N. R. F.* Paris, 1931, 18 fr.

Si le médecin de Montpellier, qui avait écrit à Berl lors de la publication de son premier roman, a l'occasion de parcourir ces nouvelles pages, il va lui vomir à nouveau sa réprobation. Le bourgeois qui doit être, qui était plutôt, le fondement social de la troisième République, est bien durement traité. Et je le vois, après lecture, auréolé d'une colère cramoisie contre ce polisson (dira-t-il), qui ridiculise les descendants de Monsieur Prudhomme. Berl blague à froid, mais le cocasse primesautier de ses maximes et de ses déductions cache, en réalité, une très fine satire d'observation contemporaine, agressive, crue, cinglante, comme le rais brusque d'un sunlight sur les sournoises turpitudes de mains honorables fourrageant dans l'ombre.

DXVII, — André BERRY. **Florilège des Troubadours,** établi avec une préface, une traduction et des notes. Un vol. 14 × 23 de 484 pages de la Collection *Curiosités françaises* publiées sous la direction de Fernand Fleuret. *Editions Firmin-Didot,* Paris, 1931.

Il reste, malgré l'érudite préface de Monsieur Berry, bien du mystère autour du mouvement littéraire des troubadours, précurseurs de la Renaissance. La langue romane d'oc, qui est la leur, se prêtait à merveille avec sa richesse, son éclat, son harmonie à ces jeux subtils d'une prosodie d'une prodigieuse souplesse, régie par les *Leys d'Amor,* et se ramifiant en chanson, tanson, jeu-parti, ballade, pastourelle, aube, chant de croisade, sirventès, etc... De Marcabrun dit Pain-Perdu à Riquier le désabusé, s'écoule une période bénie pour cette forme vigoureuse du classicisme, français. Une place spéciale est marquée à Guillaume de Poitiers, qui précède de loin (vers 1100) les manifestations de cette pléiade et qui, par nombre des caractères de son inspiration, s'apparente dans un autre ordre d'idées à Villon. Les pièces, choisies par Monsieur Berry, le sont avec une agréable variété, et la tradu tion a su conserver au texte à peu près tout ce qu'il était possible de sauver de sa naïveté, de ses finesses. Il n'y est fait que discrète mention de quatre *bas-bleu* : quand je vous le disais qu'il s'agissait d'une époque bénie ! Louange en passant est dispensée aux jongleurs, qui étaient interprètes et colporteurs de ces poèmes souvent chantés, et passe aussi la joyeuse figure rabelaisienne du Moine de Montaudon.

DXVIII. — A. ANDRA. — **Les Herbes Hautes.** Poèmes. Un vol. 14 × 19 tiré à 500 ex. numérotés sur Alfa. Préface d'Henri Clouard. *Editions du Divan,* Paris, 1931.

Courts poèmes, où l'ombre de Maurice de Guérin pourrait retrouver toute la douceur des jardins morts du Cayla, où une simplicité très pure déroule des rythmes bien cadencés, sans heurt, sans recherche, d'une émouvante résignation, qui les courbe sous le souffle de Dieu comme sous la chanson du vent ploient toutes à la fois dans un murmure de prière les herbes hautes de juin.

DXIX. — Armand PRAVIEL. — **La Tragédie de « La Méduse ».** Un vol. 12 × 19 de la Collection Le Sphinx. *Editions de la Nouvelle-Revue Critique,* Paris, 1931, 12 fr.

Monsieur Praviel conte, après l'histoire du procès Fualdès (1), la sombre aventure qui parachéva le naufrage de la Méduse, transport de troupes, commandé par un marin inexpé imenté, et qui se jeta sur le banc d'Arguin. Son récit détaillé, établi sur documents des Archives de la Marine, est rédigé avec un sens dramatique soutenu. On conçoit le retentissement que dut avoir cet affreux désastre, qui conduisit quelques rescapés à l'horreur de l'anthropophagie, et que Monsieur Praviel évoque dans un style sobre d'historien impartial.

DXX. — Jeanne GALZY. — **Les Démons de la Solitude.** Roman. Un vol. 12 × 19 de la Collection des Prosateurs français contemporains. *Editions Rieder,* Paris, 1931, 15 fr.

Madame Galzy s'est tirée avec élégance d'un bien scabreux complexe sentimental. Elle a eu la sagesse de ne pas nommer Freud, d'estomper dans une obscurité relative les précisions qu'elle nous laisse pressentir et de faire des passions insolites qu'elle traite un tableau correct, aussi voilé que possible. Des tâtonnements physiques de l'adolescence, de l'éveil des sens, des ardeurs de cette solitude épandue autour d'un grand domaine du vignoble montpelliérain, elle esquisse, plus encore qu'elle ne dessine, les redoutables recroisements. Son livre reste moral par la pureté de ses intentions, la délicatesse des dégradés psychiques, par cette étrange résonnance de méditations et d'actes de forcenés sous le calme apparent de vies creuses et ternes. C'est une juste reproduction de quelques méandres du labyrinthe sentimental, où se débattent en province tant d'hypocrites placidités.

(1) L'Assassinat de Monsieur Fualdès. Préface de Marcel Prévost. (*Editions Perrin*).

DXXI.— KLABUND. **Borgia.** Roman d'une famille. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion,* Paris, 1931, 12 fr.

Ceci est très spécifiquement allemand, grandiose, kolossal, sadiquement carnavalesque et, par places, macabrement tudesque. Entre deux saucisses et trois chopes de bière, cela doit chatouiller prodigieusement les Gretchen rosiment sentimentales et les nudistes pudibondes. Il y est question accessoirement de soldats français, de rois de *France,* qui font surtout figures de goujats ou de crétins, de médecins *injectant* (nous sommes au 15e siècle !) du sang suivant la technique *actuelle* de l'hémothérapie.

Il paraît que le fond historique est moins malmené. Pratiquement, cela ressemble à une fort libre interprétation romancée d'onirisme érotologique de piètre qualité.

**Varia** ***

Le numéro de décembre du *Divan* donne la fin de la première version du *Parfum des Iles Borromées,* et la pitoyable annonce qu'il ne paraîtra plus avec la même régularité. Souhaitons que cette intermittence ne soit que passagère.

* Le numéro de novembre de la *Revue des Visages,* est consacré à Binet-Valmer, dont l'activité littéraire (résumée dans l'article de tête par Louis Bertrand de l'Académie française) suffit à étoffer sympathiquement tout le contenu du numéro.

**Tableau d'Honneur*****

Pour la future « Année Critique » de Bernard Grasset :

« *Vos pages nous permettent de mordre à pleines dents dans les fruits du plein air. Le jus de la lumière coule en nous.*

*Je saisis vos images au vol et je les tiens, chaudes et frémissantes, dans la main. Elles sont la plus noble partie de votre art ; elles enfoncent en nous les épingles du plaisir.*

*Un livre de vous est toujours pour moi un émouvant souvenir et une pleine allégresse.* »

Ce bouquet d'allègres métaphores que j'ai cueilli dans une *très grande* revue.

12 décembre 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Syndicat professionnel des Médecins du Médoc

### I

*Cinquantenaire du Syndicat*

Le Docteur Dupeux, de Listrac, frappé il y a cinquante ans, de la différence qui existait entre la position aisée des habitants du Médoc et celle, si précaire, de ses médecins, en rechercha la cause. Il s'aperçut vite que le manque d'entente entre les confrères entretenait seul ce fâcheux contraste. Aussi prit-il l'initiative de créer la Chambre syndicale des Médecins du Médoc, s'inspirant de l'idée du vaillant confrère, le docteur Cézilly, qui avait fondé le *Concours Médical,* destiné à la formation des Syndicats médicaux.

La première réunion eut lieu à la Mairie de Pauillac, le 28 novembre 1881, pour élire le Bureau et arrêter les Statuts du Syndicat ; 24 médecins signèrent le registre des délibérations.

Le Syndicat du Médoc a célébré à Pauillac, le 29 novembre 1931, le cinquantième anniversaire de sa création par un banquet servi, à 12 h. 30, à l'Hôtel-de-France et d'Angleterre et présidé par M. le docteur Dibos, Président de la Confédération des Syndicats médicaux français. Les mets et les vins furent parfaits, les convives satisfaits.

Etaient présents : les Docteurs Dibos, Oraison, président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Gironde ; Legros, président du Syndicat des médecins bordelais ; Castaing, président du Syndicat suburbain ; Cloupet, président du Syndicat de Libourne ; Jude, président du Syndicat de la Réole ; Rabère et Got, membres honoraires, et 14 membres actifs.

S'étaient excusés : les Docteurs Noir, Bellencontre, président de l'Association générale des Médecins de France ; Rousseau Saint-Philippe, président de l'Association locale de la Gironde ; Sigalas, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux ; Chavannaz, professeur à la Faculté et membre honoraire ; Labat, président du Syndicat de Bazas ; Doche, président du Syndicat d'Arcachon, etc.

A la fin du repas, le Docteur Meignié, président du Syndicat, et le Docteur Dibos ont dit des choses très intéressantes et tous les assistants ont signé le vieux registre ; l'un d'eux y a inscrit ce quatrain :

O Médoc
Terre d'Or
Qu'ils sont bons tes vins
Si fins !

Après cela, visite du Château Lafite, grand cru fameux, où s'est faite la séparation.

Le Syndicat du Médoc a regretté vivement l'absence d'un représentant du *Concours médical*; il remercie les docteurs Noir et Duchesne de leurs aimables lettres, et exprime au Conseil de Direction son sentiment d'affection, qui le lie depuis sa naissance à l'organe des Praticiens.

Dr GRANVAL,
Membre du *Concours*, du « Sou » et de la Mutualité Familiale.

II

*Assemblée générale du* 29 *novembre* 1931

I. — On nous reproche les abus de congés de maladies et de prescriptions pharmaceutiques aux assurés sociaux ; leurs auteurs s'exposent aux sanctions prévues par la loi. Les renseignements confidentiels peuvent être donnés par le médecin traitant au médecin contrôleur de la Caisse, qui s'est engagé à garder le secret professionnel (sauf opposition du malade).

II. — Promesse avait été faite au Corps médical que le chiffre de la patente serait basé, désormais, sur les locaux professionnels, mais la réalisation est retardée *sine die.* La Confédération agira auprès des parlementaires pour obtenir la réforme de cet impôt injuste.

III. — La Fédération des œuvres antituberculeuses ayant demandé à la Fédération des Syndicats médicaux l'institution d'un contrôle pour le diagnostic et l'invalidité des malades, le Dr Oraison a répondu que le médecin traitant devra être présent au dispensaire ou au domicile du médecin contrôleur, et celui-ci ne fera pas de thérapeutique. La proposition sera étudiée.

IV. — Les Drs Aucheille et Grabey ont quitté le Médoc. Les Drs Robin, de Blanquefort ; de Latouche, de Ludan ; Gibiat, du Verdon sont élus membres actifs du Syndicat. Le Dr Jousset, de Macau, est élu assesseur et médecin contrôleur des Caisses d'A. S., en remplacement du Dr Aucheille, démissionnaire. Les membres du bureau sortant sont réélus pour 1932.

V. — Le tarif nouveau de l'A. M. G. sera appliqué le 1er janvier 1932 et celui des accidents du travail le 15 février 1932. Ils seront identiques.

VI. — Le banquet du cinquantenaire a été parfait : menu exquis, vins excellents, discours des présidents Meignié et Dibos très applaudis ; convives satisfaits. Les absents ont eu tort.

*Le secrétaire,*
Dr GRANVAL.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Leçons du dimanche sur des sujets d'actualité médicale* à l'Amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 1/2.

PROGRAMME. — Dimanche 10 janvier 1932, Professeur H. HARTMANN, directeur du Centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu : Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de l'estomac. — Dimanche 17 janvier 1932, Docteur HALBRON, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les artérites pulmonaires. — Dimanche 24 janvier 1932, Professeur CUNÉO, professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu : Les opérations sur les diverticules du duodénum. — Dimanche 31 janvier 1932, Docteur SAINTON, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les états intersexuels. — Dimanche 7 février 1932, Docteur CHABROL, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : Le traitement des anémies spléniques. — Dimanche 14 février 1932, Docteur VERNE, agrégé : Les cultures des tissus. — Dimanche 21 février 1932, Professeur Paul CARNOT, professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu : La gastrophotographie. — Dimanche 28 février 1932, Professeur A. BAUDOUIN, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les paralysies post-séro-thérapiques. — Dimanche 6 mars 1932, Dr STÉVENIN, médecin de l'Hôtel-Dieu : Le diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. — Dimanche 13 mars 1932, Docteur HARVIER, agrégé, médecin de l'hôpital Beaujon : Les immuno-transfusions. — Dimanche 20 mars 1932, Docteur Henri BÉNARD, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité : Sinus carotidien et pression sanguine.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin** (47, rue du Faubourg-Saint-Jacques, XIVe. Professeur : M. ACHARD.) — *Conférences de Clinique médicale pratique.* — M. Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à la Clinique médicale Cochin (Amphithéâtre Dieulafoy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 10 janvier 1932. Elle aura pour sujet : Les pleurésies chyliformes.

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : M. COUVELAIRE ; Agrégé : M. PORTES ; Assistant : M. LACOMME.) — I. SERVICES CLINIQUES avec l'assistance de MM. le Docteur Marcel Pi-

NARD, médecin des hôpitaux ; LAENNEC, chef de clinique ; GIRAND, chef de laboratoire ; POWILEWICZ, SÉGUY, DIGONNET, Mme ANCHEL-BACH, anciens chefs de clinique ; LAPORTE, attaché médical ; FRANÇOIS, chef de clinique adjoint ; MIMIN et LEBLANC, aides de clinique.

1° *Service des consultations*. (Policlinique Valancourt, 125, boulevard de Port-Royal) : Femmes en état de gestation : tous les jours, de 8 à 18 heures. — Mères nourrices et nourrissons : les mardis et jeudis, à 14 heures ; les samedis, à 9 heures. — Gynécologie : les mardis, à 9 heures et samedis, à 14 heures. — Stérilité : les mercredis, à 10 heures. — Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons) : les lundis et mercredis, à 14 heures ; les vendredis, à 9 heures.

2° *Service intérieur* (Maternité Baudelocque, 121 boulevard de Port-Royal) : tous les jours, à 9 h. 30 , Visite des femmes et des enfants hospitalisés ; les mardis à 14 h. 30 et samedis , à 10 heures : Opérations.

II. ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — M. le Professeur COUVELAIRE, le lundi, à 11 heures : Discussion d'observations cliniques ; le vendredi, à 11 heures : Présentation de malades. — M. PORTES, le mardi, à 14 h. 30 : Technique opératoire. — M. Marcel PINARD, le mercredi, à 15 heures : Dispensaire antisyphilitique. — MM. POWILEWICZ et LACOMME, le samedi, à 11 heures : Puériculture et pathologie du nouveau-né.

III. MUSÉE HENRI VARNIER. — Les collections d'anatomie obstétricale normale et pathologique peuvent être étudiées par les élèves et les médecins, les lundis, de 14 à 16 heures.

IV. COURS COMPLÉMENTAIRES. — 1° Cours supérieurs : Stage clinique. Pathologie obstétricale. Opérations obstétricales : Vacances de Pâques. Première quinzaine de septembre. — 2° Cours de pratique obstétricale d'une durée de deux semaines. Deux séries : 1re série du 1er février au 31 mars. 2e série du 1er au 31 octobre

Des affiches spéciales indiqueront en temps utile les horaires, les programmes et les conditions de ces cours complémentaires.

— **Clinique des maladies du système nerveux** (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Durant l'année scolaire 1931-1932 des conférences neurologiques sur des sujets d'actualité seront faites à l'Amphithéâtre de la Clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 1 /2, aux dates suivantes : Vendredi 29 janvier 1932, Docteur Clovis VINCENT : Les méningites séreuses. — Vendredi 26 février 1932, Docteur J. LHERMITTE : Les syndromes pseudo-bulbaires. — Vendredi 18 mars 1932, Docteur L. van BOGAERT : Les encéphalites des maladies éruptives. — Vendredi 8 avril 1932, Docteur R. GARCIN : Les phénomènes crampoïdes au cours de l'encéphalite épidémique. — Vendredi 29 avril 1932, Docteur A. THOMAS : Les phénomènes de répercussivité. — Vendredi 3 juin 1932, Professeur J. A. BARRÉ : Quelques faits nouveaux cliniques et thérapeutiques sur les paralysies faciales. — Vendredi 24 juin 1932, Docteur A. SOUQUES : Les connaissances neurologiques de Galien.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, et Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours spécial sur la tuberculose* pour la préparation aux fonctions de médecin de dispensaire et médecin de sanatorium organisé sous les auspices du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. Léon BERNARD et Robert DEBRÉ, avec la collaboration de MM. RIST, médecin de l'hôpital Laënnec ; PARAF, médecin des hôpitaux ; LELONG, médecin des hôpitaux ; VALLÉE, directeur du laboratoire du ministère de l'Agriculture ; MAINGOT, radiologiste de l'hôpital Laënnec ; BIRAUD, de la Section d'hygiène de la S. D. N. ; EVROT, sous-directeur du Comité national de défense contre la tuberculose ; Georges GUINON, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; CALVÉ, médecin de l'hôpital franco-américain de Berck ; VITRY, assistant de l'Ecole de puériculture de la Faculté ; BARON, POIX, SOULAS, VALTIS, assistants de la Clinique : LAMY, Ch. MAYER, J. MARIE, PELLISSIER, TRIBOULET, THOYER, chefs de clinique ; BONNET, Mlle GAUTHIER-VILLARS, OLIVIER, chefs des laboratoires de la Clinique.

Ce cours, d'une durée de trois mois, comprendra deux parties :

*Première partie* : A la Clinique du 11 janvier au 6 février 1932. Cette partie est composée de 45 leçons, d'exercices cliniques comportant la sélection des malades de préventorium et sanatorium, de manipulations de laboratoire, de manipulations radiologiques, de démonstrations de la technique du pneumothorax artificiel et des autres thérapeutiques de la tuberculose.

*Deuxième partie* : Stages dans des dispensaires et des sanatoriums : 1° Du 8 février au 12 mars : Au dispensaire Léon-Bourgeois (1er et 2e arrondissements) et dans d'autres dispensaires urbains et de banlieue de l'Office de la Seine. Les élèves seront répartis par petits groupes, qui suivront alternativement les consultations de ces différents dispensaires. Durant cette période, des visites seront faites aux Centres du placement familial des Tout-Petits, ainsi qu'à des préventoriums, des sanatoriums et d'autres organisations antituberculeuses (Comité national ; Office national d'hygiène sociale ; Office départemental de la Seine, etc.). — 2° Du 14 mars au 26 mars : Dans un ou plusieurs sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le certificat d'assiduité à ce cours spécial, comprenant les stages, permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats à ces postes un certain nombre de bourses. S'adresser à M. le Directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits d'inscription sont de 600 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

— **Chaire de physique médicale** (Professeur : M. André STROHL) et **Institut du radium** (Directeurs : Mme P. CURIE et Dr Cl. REGAUD.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux. (Deuxième partie : Radiophysiologie ; Röntgenthérapie ; Curiethérapie.) — I. COURS : Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 heures.

II. DÉMONSTRATIONS : 1° Technique de la biopsie en vue du diagnostic histologique du cancer ; 2° Préparation de l'émanation du radium ; 3° Mesures de radioactivité ; 4° et 5° Matériel et méthodes de curiethérapie ; 6° et 7° Installation de röntgenthérapie profonde.

Ces démonstrations seront faites par MM. COUTARD, FERROUX, GRICOUROFF, MONOD et RÉGNIER. Elles auront lieu à l'Institut du radium, 26, rue d'Ulm, à 14 heures, les lundis, pour les élèves de la série A ; les samedis, pour les élèves de la série B. Elles commenceront le samedi 9 janvier.

III. STAGES : Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage de radiothérapie dans l'un des services suivants : M. AUBOURG, hôpital Beaujon, service d'électroradiologie ; M. BEAUJARD, hôpital Bichat, service de radiologie ; M. J. BELOT, hôpital Saint-Louis, service central d'électroradiologie ; M. BOURGUIGNON, hôpital de la Salpêtrière, service d'électroradiologie ; M. DARBOIS, hôpital Tenon, service de radiologie ; M. DELHERM, hôpital de la Pitié, service d'électroradiologie ; M. GERNEZ, Centre anticancéreux hôpital Tenon ; M. HARET, hôpital Lariboisière, service

d'électroradiologie ; M. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, hôpital de la Salpêtrière laboratoire de radiologie du Professeur Gosset ; M. Maingot, hôpital Laënnec, service d'électroradiologie M. Ronneaux, hôpital de la Charité, service d'électroradiologie ; M. Roussy, professeur à la Faculté de médecine, Centre anticancéreux de Villejuif ; M. Solomon, hôpital Saint-Antoine, service de radiologie ; M. Zimmern, agrégé, institut municipal d'électroradiologie.

— **Clinique gynécologique.** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. J.-L. Faure.) — *Gynécologie.* — Cours de perfectionnement. M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques ; M. Roy et M. Peytavin, chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 18 janvier au 30 janvier 1932.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du Professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examens de malades à l'Amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 30 janvier 1932. Le droit à verser est de 250 francs.

— Cours d'anatomie pathologique appliquée a la gynécologie. M. Bulliard, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 18 au 30 janvier 1932.

Ce cours, fait comme complément du précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin à 9 heures et l'après-midi de 2 h. 1/2 à 5 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Thèses.** — Lundi 14 décembre. Jury : MM. Baudouin, Fiessinger, Lemierre, Sergent. — M. Thiébaut (François) : L'exploration fonctionnelle du foie dans les ictères. — M. André Attal : Les manifestations cutanées de la méningococcie. — M. Poumeau-Delille : Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par le lipiodo diagnostic.

Lundi 14 décembre. — Jury : MM. Loeper, Legueu, Strohl, Heitz-Boyer. — M. Hardy (Roger) : Les indurations plastiques des corps caverneux. Leur traitement. — M. Lewkowicz : L'immuno-transfusion dans la fièvre typhoïde.

Mardi 15 décembre. — Jury : MM. Villaret, Claude, Lereboullet, Tanon. — M. Comte (Maurice) : Les perversions sexuelles par compensation affective. — M. Goldberg Chaim : La fièvre de lait sec. — M. Germain (Raymond) : Etude clinique et bactériologique des pleurésies gonococciques. — M. Gibert (Henri) : Le Sanatorium d'Osséja (Osséja de Cerdagne). Description. Etude sanitaire.

Mardi 15 décembre. — Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Lenormant, Chevassu. — M. Sicard : La neurotomie rétrogassérienne partielle dans le traitement de la névralgie faciale. — M. Mirebeau : Considérations sur la pathologie du ménisque externe articulaire du genou. — M. Grumbach : Les pneumatocèles intracraniennes.

Jeudi 17 décembre. — Jury : MM. Léon Bernard, Bezançon, Guillain, Roussy. — M. Biderman (Max) : La Tuberculose d'emblée pleuro-pulmonaire. — M. Dyment : Les pleurésies cancéreuses à Eosinophiles. — M. Kestenberg : Néphrites hypertensives compliquées d'énormes hydro-thorax. — M. Mathiéri : Evolution spontanée des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. Lievre (Jacques) : L'ostéose parathyroïdienne et les ostéopathies chroniques. — M. Léonard : Etude de la polyarthrite aiguë tuberculeuse. — M. Peyne : Les bandes parasternales droites en radiologie infantile. — M. Abrand : Etudes sur les anémies graves provoquées par les Rayons X.

Jeudi 17 décembre. — Jury : MM. Carnot, Gougerot Rathery, Aubertin. — M. Géninet : Etude des substances de la série grasse. — Mlle Rassen Végnoli : Le bain de lumière chez les rhumatisants chroniques. — M. Rozenewajg : Etude du traitement antisyphilitique des anévrismes de l'aorte. — Boissin : Etude sur 580 cas de chancres mous. — M. Wolff : La pommade réductrice composée de Brocq dans le traitement du psoriasis. — M. Pages : L'eczéma solaire. — M. Theurkauff : L'auto-auro thérapie.

Lundi 14 décembre. — *Thèses vétérinaires.* — Jury : MM. Marcel Labbé, Dechambre, Lesbouyries, Maignon, Nicolas. — M. Vendriès : La traite mécanique au point de vue hygiénique, économique et prophylactique. — M. Chahine : Recherches sur le rôle des graisses dans le métabolisme protéique.

Jeudi 17 décembre : *Thèse vétérinaire.* — Jury : MM. Tanon, Dechambre, Lesbouyries. — M. Charitat : Production ovine en Sologne.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Mutations dans les services chirurgicaux.** — 1° A l'hôpital Boucicaut (Docteur Dujarier, décédé), M. le Docteur Labey, de l'hôpital Lariboisière ; à l'hôpital Lariboisière, M. le Docteur Cadenat, de l'hôpital Saint-Louis ; à l'hôpital Saint-Louis, M. le Docteur Moure, de la Maison municipale de santé ; à la Maison municipale de santé, M. le Docteur Guimbellot, titularisé.

2° A l'hôpital Saint-Antoine (Docteur Lapointe, limite d'âge), M. le Docteur Bréchot, de l'hôpital Broussais ; à l'hôpital Broussais, M. le Docteur Mondor, titularisé.

3° A l'hôpital Saint-Louis (Docteur Mouchet, limite d'âge), M. le Docteur Martin, de l'hospice d'Ivry ; à l'hospice d'Ivry, M. le Docteur Deniker, titularisé.

4° A l'hôpital Lariboisière (Docteur Marion, limite d'âge), M. le Docteur Heitz-Boyer, de l'hôpital Saint-Louis ; à l'hôpital Saint-Louis (urologie), M. le Docteur Gouvernenr, titularisé.

5° A l'hôpital Bichat (premier service nouveau), M. le Docteur Küss, de l'hôpital de la Charité.

6° A l'hôpital Bichat (deuxième service nouveau), M. le Docteur Capette, titularisé.

**— Concours de l'externat.** — Liste alphabétique des candidats reçus :

Mlle Abraham, M. Aam (Roger), Mlles Adda, Aghion, MM. Aharfi, Ajuriaguerra, Albaric, Mlle Aldou, MM. Andréota, Anglade, Arnoux, Arrighi, Arsitch, Artisson, Mlles Aubert-Champerré, Aubin, M. Audry, Mlle Augée, MM. Auger (Léon), Auslander, Ayrignac, Azouz, Azvelos,

Bachellier, Badinier, Bakhouche, Bancaud, Barbier (Jacques), Bargain, Mlle Barnaud, M. Baron, Mlle Barret, MM. Baussan, Beaufils, Bécuwe, Bellin, Ben Bahim, Bergeron, Mlle Besnard, MM. Biardeau, Billard, Mlles Blairon, Bonnot, MM. Bouche, Boulenger, Bourdin, Boureau, Bourier, Boutzolakis, Bouvier (Jean-Baptiste) Brunet, Bugaut, Butzbach,

Mlle Cabessa, MM. Cahen, Campagne, Mlle Canet, MM. Canetti, Carasso, Carle, Mlle Carlet, M. Carrière, Mlle Casalis, MM. Cauchoix, Cenac, Ceoara, Cerf, Chabanon, Champagne, Charpentier (Georges), Chassagne, Chastagnol, Chausselat, Chevallier (Robert), Chirac (de) Colletas, Mlle Commerson, M. Comte (Joseph), Mlle Conty, MM. Cornet, Corrion, Coupin, Couturier, Crescenci.

Daniels, Danmézon, Mlle Daubail, MM. David (Rubin), Davidovici, Debelut, Debost, Debray, Defougy, Degand, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delhaye, Delort, Demarquet, Dénès, Dennewald, Denoix, Depardieu, Depierre, Deroide, Dervaux, Deschamps (Gabriel) Desclaux (Pierre), Desmarquest, Destouches, Dietrich, Dorey, Dos-Ghali, Doudeuil, Douville, Dramez, Mlle Dreulle, MM. Dreyfus, Droguet, Drouet, Mlle Dubois (M.-Th.), Duclaux, MM. Duflot (Henri), Dufour (André), Dufour-Lamartine, Dugrenot, Dupertout, Dupont (Pierre), Durand (Georges), Duret, Mlles Durrande, Duss,

MM. El Baz, Ennuyer, Etienne, Eudel, Mlle Eyraud, MM. Eyriès,

Faugeroux, Faure (Jean), Faye, Fayet (Jacques), Feinmann, Feld, Ferrari, Feuillette, Fischer, Fouassier, Fouilloy, Fournial, Mlle Fournier, MM. François, Fretet, Friez, Friszberg, Froissant,

Galimard (Pierre), Gallant, Gany, Garelly, Gaudin, Gazel, Giesmar, Gibon, Girard (Louis), Giraud (Lucien), Girault (Louis), Goldman (Michel), Gouffier, Goulène, Gout, Gouzé, Grain, Grand, Grandin, Grégoire, Mlle Grinblatte, MM. Guénon des Mesnards, Guiot.

Hacker, Hadjidimo, Hanoune, Mlles Hervé, Huard, MM. Huber,

Jalladeau, Janeau, Joly, Mlle Jooss, MM. Jouannard, Jugnet, Mlle Juster,

MM. Korner, Krenner,

Lac (du), Lafon (Jacques), Lafont (Louis), Laik (Henry), Lambert (Raymond), Landau, Laneuville, Laquintinie, Lartigue, Lascaux, Mlle Latron, MM. Laubry, Laure, Laurence, Lavoué, Lazar, Lazarovici, Leblond, Le Cudonnec, Mlle Lefèvre, Legros, Lemanissier, Mlle Lemarchand, MM. Lenoir (Pierre-Georges), Lenoir (Jean-Pierre), Leprêtre, Lervi, Lesca, Lesieur (Jean), Le Sourd, Le Tensorer, Lévy (Robert), Liermain, Lignon, Lion, Livory, Loiseau, Mlle Loloum, MM. Longraye, Loze, Lucas, Lucquin,

Magne-Rouchaud, Mannoni, Mlle Marquis, MM. Marre, Martin (Joseph), Martinon, Maschas, Mattéo (di), Mayaud, Mercadier, Merle, Mestries, Meyer, Milliez, Misserey, Monier (Henri-Adrien), Mlle Monin, MM. Moreau (Jean-Paul), Morel-Fatio, Motte, Mouchot, Mousseau, Mozziconaci, Musset,

Nespoulos, Neveu (Jean), Nobili (de), Nonique,

Mlle Olivier, M. Ollier, Mme Orgeolet, MM. Oudot (Maurice),

Paingault, Perdrix, Persatre, Petit (Camille), Picard (Georges), Picot, Pierre-François, Pinet, Pizon, Pocoule, Poirier (Michel), Pollak, Prialnik, Prunel,

Rault (André-Louis), Rault (Jean-Achille), Raymondaud, Raynaud, Reignier, Reinert, Roche, Rouge, Rougean, Rougier, Roulland, Rousset, Rouveix, Royer,

Mlle Saguez, M. Saïdi, Mlle Saint-Paul, MM. Saliou, Sallé, Mlle Saulnier, MM. Schaefer (Georges), Schaffer (Herbert), Schapira, Schechter, Schiller, Schneider (André), Sénéchal (André), Sénéchal (Jean), Sevileano, Sierra, Sikarov, Silberstein, Sorin, Soubiran, Souriac, Mlle Stalhand, M. Mde Stoppani, Stulinsky.

Tarchiani, Tardieu, Temine, Mlle Teodoresco, MM. Tétreau, Teyssier, Thaler, Thaon, Mlles Thévenot, Thieullen, MM. Touati, Toulouse, Tulou, Turpin-Rotival,

Vallade, Valetta, Van-Kim, Vassal, Vatner, Vercier, Vialatte, Mlles Vidal de la Blache, Vigneron, MM. Vionet, Vitanyi,

Wagner, Walther (Roger), Weill (Francis), Weydert Wihen, Winierzki, Mlle Wirz, M. Worré,

Zahler, Zuckermann.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

**— Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D Rauzy, d'Esbly (Seine-et-Marne) ; de M. Pierre Caillol, interne des hôpitaux de Montpellier ; du Dr Pierre Fayollat, de Saint-Martin-d'Hères ; du Dr Lebour, de Montoire ; du Dr Apostolidès, de Saint-Mards-en Othe (Aube) ; du Dr Paul-Marie Bouté, de La Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne) ; du Dr Petiteau, de Cognac (Charente) ; du Dr Louis Eissendeck, d'Acheux-en-Amiennois (Somme), décédé le 3 décembre 1931, à l'âge de 56 ans ; du Dr Delespierre, de Wambrechies (Nord.)

**— Musée pédagogique.** — *Cours pour le personnel des écoles de plein air.* — Les cours gratuits suivants pour la préparation du personnel spécialisé des écoles de plein air auront lieu au musée pédagogique (41, rue Gay-Lussac).

Le 14 janvier 1932, à 16 heures, M. Chailley-Bert : Les fiches sanitaires scolaires adaptées aux écoles de plein air et préventoria scolaires. — A 17 heures, Professeur Lemonnier : Rôles de l'instituteur et de l'institutrice à l'E. P. A., La direction, L'économat.

Le 27 janvier, à 16 heures, M. Moine : La statistique de la tuberculose mise à la portée des écoliers, dans les E. P. A. et P. S. — A 17 heures, Dr Genevrier : La tuberculose est-elle héréditaire ?

Le 11 février, à 1 6 heures, Professeur Emmanuel : L'éducation physique en E. P. A. avec un matériel de fortune. — A 17 heures, Dr Pépy : Nécessité de surveiller constamment la température des pupilles.

Le 10 mars, à 16 heures, Mlle Poissonnier : Les classes aérées dans le département de la Seine. — A 17 heures, Dr Armand-Delille : Rôle de l'air et du soleil dans la croissance.

Le 24 mars, à 16 heures, Dr VIBOREL : Lutter contre la tuberculose est un bon calcul. — A 17 heures, Professeur LEMONNIER : Prolongation de la propagande par les pupilles.

Le 14 avril, à 16 heures, Professeur LEMONNIER : Le travail manuel utilitaire en E. P. A. — A 17 heures, Dr ARMAND-DELILLE : L'alimentation, l'hydrothérapie, les exercices physiques.

Le 28 avril, à 17 heures, La contagion tuberculeuse à l'âge scolaire. Méthodes de prophylaxie.

Le 12 mai, à 1 6 heures, Professeur LEMONNIER : Comment créer une E. P. A. Terrain, bâtiments, budget d'établissement et de fonctionnement. Subventions. — A 17 heures, Distinctions essentielles entre écoles de plein air et colonies de vacances.

Le 2 6 mai, à 16 heures, Les organisations post-scolaires contre la tuberculose.

**— IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine.** — Nous rappelons que le IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine aura lieu à Lyon, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932. Le Comité d'organisation a reçu déjà de nombreuses adhésions de tous les pays d'Europe, d'Amérique et des Colonies.

Les questions qui seront à l'étude sont les suivantes :

PREMIÈRE SECTION : *Hygiène des transports.* — Grandes compagnies de chemins de fer ; Compagnies de transports en commun ; Automobiles ; Hygiène des garages.

DEUXIÈME SECTION : *Hygiène de l'habitation.* — *a*) Individuelle ; *b*) Collective. Matériaux de construction ; Canalisations sanitaires ; Nettoyage et entretien hygiénique des bâtiments ; Thermalité : chauffage, réfrigération, Aération, ventilation ; Eclairage : diurne et artificiel ; Maisons ouvrières ; Habitations économiques.

*Hygiène des casernements.* — Ecoles ; Bains et piscines ; Salles de réunions et théâtres. Abattoirs ; Législation sanitaire de l'habitation ; L'art dans la technique sanitaire des bâtiments.

TROISIÈME SECTION : *Hôpitaux.* — Construction ; Plans ; Aménagement.

*Œuvres sociales.* — Postes de secours ; Crèches et pouponnières ; Aide aux mères ; Dispensaires.

QUATRIÈME SECTION : *Questions relatives à l'atmosphère.* — Brouillards, fumées, poussières.

CINQUIÈME SECTION : *Désinfection.* — Principes, procédés et appareils pour services publics et usages privés.

*Désinsectisation. Dératisation.* — Immondices et ordures ménagères ; Règles et dispositifs de prophylaxie générale des maladies infectieuses. Prophylaxie spéciale appliquée à la tuberculose.

SIXIÈME SECTION : *Hygiène industrielle et prévention des accidents.* — Principes généraux et dispositifs d'assainissement industriel ; Protection collective et individuelle ; Aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les usines et les ateliers. Thermalité, ventilation, éclairage et entretien. Exemple d'application aux diverses industries, en particulier : dissipation des buées et captation des poussières industrielles. Législation de l'assainissement industriel et de l'hygiène des travailleurs.

Pendant le Congrès aura lieu la réunion provinciale annuelle du Syndicat des médecins hygiénistes de France. D'autre part, nous signalons qu'une Journée de l'ingénieur et de l'architecte sera organisée, pendant laquelle les adhérents pourront visiter les grands travaux récemment exécutés à Lyon.

Les chemins de fer français et divers réseaux étrangers ont accordé 50 % de réduction sur le prix des voyages, et des facilités ont été consenties dans la plupart des pays en faveur des membres du Congrès.

Pour illustrer le Congrès une exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine se tiendra dans le cadre et pendant la Foire internationale de Lyon, du 7 au 20 mars 1932.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au Commissaire général : M. le Docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseiller municipal, rue Ménestrier, Lyon.

**— Radio-médecine et radio-médecins.** — Le terme de « radio-médecine » désigne les consultations médicales qui sont données, sur appel, par radio, aux navires en mer ayant des malades à bord et dépourvus du service médical. La Belgique, à la suite des suggestions du Dr Raoul Bernard, a pris, la première, l'initiative de la création d'un service radio-médical et il existe un poste de ce genre à Anvers, depuis 1927, et un autre à Ostende pour les bâtiments de pêche. L'Allemagne a organisé également des postes de radio-médecine qui sont placés sous la direction de praticiens nommés : « radio-médecins ».

La convention de Washington a inclus les radio-médicaux dans la rubrique des services mobiles (détresse, appel, etc.), à laquelle est attribuée la bande de 620-580 mètres.

**— Congrès de médecine tropicale.** — Sous le haut Patronage de son Altesse Royale le Prince Henri des Pays-Bas, le Comité exécutif du IIe Congrès international de médecine tropicale se réunira à Amsterdam du 12 au 17 septembre 1932.

Les sujets à traiter aux séances plénières sont les suivants : avitaminose, notamment béri-béri ; fièvre jaune, leptospiroses, helminthes, notamment ankylostomes ; paludisme, notamment fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Ces questions seront traités aux séances plénières. En outre, d'autres sujets seront traités aux séances de section, qui auront lieu à d'autres heures.

**— Congrès international de la Ligue contre le rhumatisme.** — Le prochain Congrès international de la Ligue contre le rhumatisme se tiendra à Rome du 19 au 24 mai 1932. Les séances des derniers jours du Congrès auront lieu dans quelques stations thermales italiennes.

Les matières suivantes sont mises à l'ordre du jour :
1° Médico-scientifique : *a*) Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique ; *b*) Rhumatisme et tuberculose ;
2° Médico-social : Rhumatisme et la profession ;
3° Discours libres.

Pour les demandes d'adhésion et tous renseignements s'y rapportant, on est prié de s'adresser au Secrétariat général : Dr J. van Breemen, Keizersgracht 489 à Amsterdam.

Pour l'Italie, au secrétaire du Comité italien, Prof. A. Lunedei, Via Venezia, 8, à Florence.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

## PATENTE

I

### Médecins de stations thermales

Un médecin qui, pendant six mois de l'année, exerce dans une station climatique, puis les autres six mois dans une station thermale, doit-il payer deux patentes, ou une seule ? Ne peut-on pas soutenir que, puisque dans la première localité, il est imposé pour l'année entière, il ne doit pas payer ailleurs ? Ou bien peut-il payer demi-patente dans chacune des localités, où il exerce ?

La loi du 15 juillet 1880 décide que la contribution de la patente est due pour l'année entière. Un arrêt du Conseil d'Etat du 16 novembre 1910 (Leb. 1910. 787, 2° espèce) en décide ainsi pour un médecin, qui ne réside à Vichy que pendant la saison.

Un autre arrêt du Conseil d'Etat, du 17 décembre 1909 (Leb. 996) décide qu' « aux termes de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880, le droit proportionnel de la patente est établi sur la valeur locative, tant de la maison d'habitation que des locaux servant à l'exercice de la profession et qu'aux termes de l'article 14, le droit proportionnel est payé dans toutes les communes où sont situés les locaux servant à l'exercice de la profession. Par suite, un médecin qui exerce à Biarritz, qui y occupe une habitation à la fois familiale et professionnelle, est à bon droit imposé pour la patente à raison de la valeur locative de cette maison et il n'est pas fondé à soutenir que cette imposition fait double emploi avec la patente à laquelle il est assujetti à Nice où il a un autre établissement. »

De cet arrêt résulte donc que le médecin, qui exerce dans deux stations thermales, ou climatiques, est assujetti à deux patentes, valables pour l'année entière.

Cependant, si en dehors de la période balnéaire, le praticien réside dans une autre ville, mais sans exercer, il ne doit pas payer une seconde patente, depuis la loi du 19 avril 1905.

II

### Médecins associés

Deux médecins sont associés et exercent dans le même local. Quelle est leur patente réciproque ?

Si leur contrat d'association prévoit que c'est la personne morale, constituée par l'association, qui doit payer les frais généraux, patente, etc., pour être déduits des bénéfices bruts de l'association, la patente sera établie sur l'ensemble des locaux professionnels occupés.

Mais, s'il n'y a pas de contrat d'association,

c'est-à-dire pas de formation d'une personne morale, chaque praticien sera individuellement imposé, soit sur la totalité des pièces occupées professionnellement en commun, soit sur les pièces professionnelles exclusivement affectées à chacun d'entre eux.

Ainsi en a-t-il été décidé par plusieurs arrêts du Conseil d'Etat, notamment lorsqu'un père et un fils, un mari et sa femme exercent tous deux la médecine, dans le même appartement.

En second lieu, intervient le loyer de l'habitation personnelle de chacun des praticiens.

Lorsqu'un mari et sa femme habitent le même logis, le mari paie la patente sur l'ensemble du loyer, déduction faite des pièces qui servent exclusivement à sa femme, chiffre sur lequel cette dernière sera imposée, sinon elle paiera sur la moitié du loyer.

Il ne faut pas oublier que la patente porte non seulement sur les pièces professionnelles, mais sur tous les lieux d'habitation.

Il s'en suit que lorsque deux médecins sont associés, ils paient leur patente non seulement sur le loyer professionnel, mais aussi chacun sur leur loyer respectif familial.

Serait-il possible de faire mettre le logis d'habitation au nom de la femme d'un praticien, pour que ce dernier ne soit pas atteint par la patente familiale ?

Non : car le mari, chef de la communauté, doit loger sa femme et, du moment ou il habite dans un appartement, même passé au nom de sa femme, il paiera la patente comme si le logis d'habitation était à son nom.

### III

### Médecin ayant deux fois par semaine une consultation chez un confrère

Un médecin exerce à la fois deux spécialités. Il cède son cabinet et son successeur, ne pratiquant qu'une seule de ces spécialités, confie l'exercice de l'autre à un confrère, qui a déjà son cabinet personnel.

Ce second praticien vient dans le cabinet de son confrère, qui réside dans une localité voisine et deux fois par semaine, à heures fixes, il pratique son art, ailleurs que dans son propre domicile.

Or, le contrôleur des contributions directes entend faire supporter une patente à chacun des deux praticiens. Le premier paie exactement autant que son prédécesseur. De quelle manière exempter le second praticien de toute nouvelle imposition ?

La jurisprudence du Conseil d'Etat décide que le médecin doit payer patente sur l'ensemble des locaux d'habitation et professionnels, qu'il occupe dans toutes les localités. Par suite, lorsque, dans le cas présent, un praticien exerce dans

une autre commune, que dans la sienne propre, même chez un confrère déjà soumis à la patente, il doit accepter de se voir imposer une patente supplémentaire, portant sur la partie des locaux qu'il occupe une ou deux fois par semaine.

Il est supposé être en sous-location chez son confrère, pour occuper le cabinet et le salon d'attente, pendant un temps déterminé.

Et, bien que le second confrère soit ainsi imposé, le premier ne bénéficiera d'aucune décharge, ni diminution d'impôt.

Fixons les idées : le premier confrère a un loyer de 10.000 francs : sa patente portera sur ce chiffre. Mais son confrère n'occupe que deux pièces sur cinq (qui composent la totalité de l'appartement). Il sera imposé sur les 2/5 du total, soit sur un loyer fictif de 4.000 francs, à moins qu'il n'obtienne du contrôleur une réduction sur ce loyer supposé, en démontrant qu'il n'occupe ces deux pièces que pendant deux heures, deux fois par semaine, auquel cas le contrôleur peut consentir à fixer le loyer supposé à mille francs seulement, comme base de patente.

Pour éviter cette seconde patente, deux situations juridiques peuvent être envisagées.

1° Une véritable association est formée entre les deux confrères, avec contrat déposé au bureau du receveur de l'enregistrement. L'association, personne morale, paiera seule la patente. Mais ajoutons que la jurisprudence admet difficilement ces associations entre médecins, pour exploiter une clientèle et les cas de nullité radicale sont assez fréquents, alors qu'il ne s'agit pas d'une clinique, ou d'une maison de santé.

2° On peut encore établir entre les deux praticiens un contrat de louage de services : le second se louant à gages par rapport au premier et étant supposé recevoir des ordres et des directives, au point de vue des soins à donner aux malades.

Dans le cas présent, pareille dépendance ne vaut pas la peine d'être établie, pour éviter la patente, qui probablement sera minime.

Je conseille donc de se soumettre de bonne grâce à un impôt, qui frappe tous les médecins, qui exercent l'art de guérir. Tant que la législation sur les patentes ne sera pas modifiée, il en sera ainsi et je crains qu'une nouvelle législation ne vienne encore augmenter nos charges fiscales.

Que nos confrères aillent voir le contrôleur des contributions directes et, entre gens bien élevés, il est toujours possible de s'entendre à l'amiable.

D[r] Paul BOUDIN.

# CORRESPONDANCE

## Fiscalité

### 5733. — Patente en cas de changement de résidence

Un de mes confrères, jeune, récemment installé est venu me demander conseil (car je suis président du syndicat local) au sujet de sa patente. Je n'ai pu lui répondre, aussi vous serais-je très obligé de me renseigner sur les points suivants :

Un médecin exerçant dans une localité X, quitte cette localité et prend le 1er juillet 1931 dans une localité Y le cabinet d'un confrère décédé :

1° Doit-il payer la totalité de sa patente dans la localité X ?

2° Doit-il payer une 2e patente dans la localité Y ? Si oui, devra-t-il payer la totalité de cette patente à Y ou seulement la partie calculée du 1er juillet au 31 décembre 1931.

La patente se monte à X à 3.093 fr. 18.

Et à Y. à 2.126 fr. 88.

Je vous serai obligé de me donner votre avis éclairé sur ces divers points.

J'espère recruter le jeune confrère comme membre du *Concours*.

Dr L.

**Réponse.**

Le médecin qui change de résidence paye la patente entière dans son ancienne résidence et seulement un supplément dans sa nouvelle, si le loyer est plus élevé.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

### 5969. — Taxes sur les automobiles

Quel est le montant des taxes trimestrielles que je dois payer aux indirectes pour mes deux autos :

7 chevaux Chenard ;

4 chevaux Rosengart.

Dr B.

**Réponse.**

L'impôt général de circulation (Etat) est de 72 fr. par cheval jusqu'à 5 CV.

De 90 fr. pour chacun des 5 suivants.

Le département peut percevoir une taxe variable qui s'ajoute à la première.

A. M.

### 5718 — Cessation d'exercice. Base de la patente

1° J'ai cédé ma clientèle le 1er oct. 1931 et je reste sans exercer jusqu'au 1er juillet 1932. Com-

ment dois-je faire pour ne pas payer de patente pour cette période ? Ceci a une importance réelle, car à X. la patente est un peu supérieure au loyer ce qui me ferait ici 12 à 13.000 fr. de patente ;

2° Je dois sous-louer à mon beau-père pour 3.500 par bail enregistré le 2e étage de ma maison, pour lui servir de pied-à-terre quand il viendra à X. Mon loyer sera ainsi réduit de 12.000 à 8.500. La patente devra-t-elle porter sur 12.000 ou 8.500 ? Etant entendu que je porterai 3.500 de plus dans ma déclaration d'impôt sur le revenu.

Dr N.

**Réponse**

Pour ne pas payer patente il faut avertir votre contrôleur que vous avez cessé d'exercer à partir du 1er octobre dernier.

La patente ne devra porter que sur votre loyer personnel, déduction faite de la sous-location.

---

### 6087. — Impôts d'une clinique

Je reçois votre réponse au sujet des frais fiscaux que peut payer une Clinique. Je n'ai pas du tout l'habitude de faire ces calculs et je n'ai du reste, aucun élément pour les faire.

Sur quoi peut être basée l'évaluation de la patente par exemple ? De même pour les autres impôts. Ne pouvez-vous me dire approximativement quel en serait le montant, à l'aide des éléments suivants :

Clinique située dans une maison de Sœurs s'occupant d'autres œuvres.

Clinique de 2 chambres à 2 lits.

Prix de journée 25 à 30 fr. Avec frais de pansement, de pharmacie, d'opération peut être 50 fr. par jour.

On pourrait escompter sur 500 à 700 journées à 50 fr.

Dr X.

**Réponse.**

La patente est calculée de la manière suivante :

En principal........................ 5 fr.
plus par personne attachée au service de l'établissement........................ 5 fr.

Droit proportionnel au 20e sur l'habitation de l'exploitant,

Droit proportionnel au 50e sur la valeur locative des pièces affectées à la clinique.

Nous ignorons : 1° le nombre de personnes attachées à l'établissement ; la valeur locative de l'habitation (cette imposition existe déjà puisque vous exercez) la valeur locative des deux pièces affectées à la clinique.

Lorsqu'on aura fait le total des chiffres qui composent le principal de la patente, il faudra le multiplier par les centimes additionnels locaux, pour avoir la somme à payer. Nous ignorons ce chiffre qui varie d'un endroit à un autre.

Supposons que vous ayez deux personnes attachées au service de la clinique, les droits de 5 fr. s'élèveraient donc à............... 15 fr.
Si le loyer des deux pièces est de 1.000 fr., le 50e est de.......... 20 fr.
Total.............. 35 fr.

Si les centimes additionnels s'élèvent à 6,50 vous aurez à payer 35 × 6,5 = 227,50.

Pour le calcul de l'impôt cédulaire il faut séparer les honoraires du médecin par jour des autres frais. Si les honoraires sont de 20 ... 20 fr.
les frais de séjour .............. 30 fr.
700 journées à 20 fr. =.......... 14.000 fr.

Ces honoraires seraient à ajouter à ceux de votre clientèle ordinaire puis en retrancher vos frais professionnels pour avoir l'impôt sur les professions libérales.

Pour l'impôt des bénéfices commerciaux, il faut multiplier 700 par 30 = 21.000, retrancher de cette somme les dépenses de la clinique et appliquer au reste le tarif. S'il restait 10.000 fr. vous auriez 1.500 fr. à payer.

Enfin, l'impôt sur le chiffre d'affaires serait de 2 % sur 21.000 = 420 fr.

A. M.

**5972. — Base de la patente**

Comment est calculé le prix de la patente par rapport à celui du loyer, et sur quoi est basé le calcul de cette patente ? Dr C.

**Réponse.**

La patente est calculée sur le prix du bail, plus les charges. Ne sont pas comprises les charges qui représentent un service rendu aux locataires (chauffage, fournitures d'eau, tapis, ascenseur).

A. M.

**5810. — Déduction des cotisations pour la constitution d'une retraite**

Me constituant une retraite à jouissance immédiate et réversible sur une autre tête et versant en une seule fois, dans ce but, 50.000 fr., ai-je le droit de déduire cette somme de mes revenus professionnels ou autres, lors de ma déclaration au fisc ?... Si, par la suite, j'augmente cette retraite pourrais-je encore opérer la déduction de mes nouveaux versements?...

Dr D.

**Réponse.**

1o Vous pouvez déduire la somme versée pourvu que la retraite ne dépasse pas 6.000 fr.

S'il en était autrement, il y aurait lieu à une imputation proportionnelle.

A. M.

**5767. — Base et durée de la patente**

Je viens de recevoir ma feuille de contribution de patente sur laquelle je voudrais bien avoir quelques éclaircissements.

1° Je me suis installé le 4 mars dans une maison dont le loyer est de 5.000. Ma feuille porte un droit au 15e sur un loyer de 3.600 et part du 1er mars. Pourquoi 3.600 au lieu de 5.000 ? Je ne me plains pas mais je voudrais comprendre ;

2° D'autre part, je suis tombé malade le 10 mai et je n'ai repris mon travail que le 1er août.

Puis-je espérer un abattement quelconque ou une diminution de mes impôts qui se montent pour la patente à 1.985 fr. 10.

Dr A.

**Réponse.**

Dans certaines communes, la valeur locative servant de base à la contribution des patentes subit une atténuation.

La patente est annuelle et ne peut bénéficier d'un dégrèvement pour interruption d'exercice sauf en cas de mort, faillite ou liquidation judiciaire.

A. M.

## Questions médico-militaires

### 5729. — Annuitées nécessaires pour la Légion d'Honneur

Au sujet des annuités de base pour la Légion d'honneur vous répondez à plusieurs confrères « pour être proposable, il faut 30 annuités ». Or, le vol. 22 *bis* dit : « 24 comme pour les officiers d'active, mais il convient de ne proposer qu'à partir de 28. »

D'autre part, le directeur de ma F. P. O. R. interrogé là-dessus me dit : « Cela varie tous les ans en général de 24 à 26. . . cette année 24. »

Qui a raison ? Je compte sur votre obligeance ordinaire pour me fixer.

Dr M.

**Réponse.**

Le vol. 22 *bis*, édition 1929, page 113, spécifie que pour les *Officiers de Réserve* il faut 30 annuités afin d'être proposés pour la Légion d'Honneur (rectificatif du 5 juillet 1927. *Bulletin Officiel*, page 1320).

### 5963. — Point de départ de pension militaire

Une de mes clientes était infirmière *militaire* permanente.

En 1917 elle fait une paratyphoïde. Elle est envoyée en convalescence 4 mois ; elle reprend son service .

En 1920 on l'envoie en convalescence 2 mois pour anémie.

Puis 2 mois de prolongation.

En sept. 21 l'autorité militaire lui notifie que n'ayant pas rejoint son poste, si elle ne le rejoint pas d'urgence elle sera rayée des cadres.

Elle répond en demandant une prolongation de convalescence avec certificat médical attestant

qu'elle ne peut rejoindre ; l'autorité militaire ne lui accuse même pas réception de sa demande et lui notifie le 11 novembre 1921 qu'elle est rayée des cadres à la date du 27 août 1921.

Or, depuis sa paratyphoïde elle souffre du foie, elle a passé ces jours-ci une commission de réforme qui lui a alloué une pension de 10 %.

Ne pourrait-elle dans ces conditions obtenir un rappel de pension ?

Dr V.

**Réponse.**

Il n'est pas possible pour cette ex-infirmière militaire d'obtenir un rappel de pension d'invalidité, car l'art. 4 de la loi du 31 mars 1919 fixe le point de départ de cette pension au jour de la première Commission de réforme, qui a constaté l'infirmité en cause

### 5674. — Ajournement pour le service militaire

Un jeune homme venant d'être reçu chirurgien dentiste est incorporé le 19 mars 1931.

Son corps l'envoie à B. où il est présenté devant une Commission de réforme qui l'ajourne à un an.

Le jeune homme se sent bien portant, et sans être robuste, il se porte comme d'habitude ; il avait été déclaré apte au service au moment du conseil de révision, il désirerait savoir s'il lui serait possible de passer outre à la décision qui le frappe et le retarde pour sa carrière, c'est-à-dire qu'il préfèrerait se débarrasser tout de suite de son service militaire.

Le cas échéant, quelle serait la voie à prendre ?

Dr F.

**Réponse.**

Ce jeune homme peut adresser une demande au commandant de recrutement dont il dépend, afin d'être soumis à l'examen d'une Commission de réforme.

Celle-ci pourra se prononcer à nouveau sur l'aptitude au service militaire.

Toutes les chances de succès dépendent ici du diagnostic médical, qui a motivé l'ajournement. Si celui-ci a été prononcé pour faiblesse, pour indice de Pignet trop élevé, il n'y a pas lieu d'espérer un résultat positif, après un délai aussi court.

### 5754. — Admission comme pupille de la Nation

Mon fils aîné, 17 ans, élève de la classe de mathématiques et qui désire préparer une grande Ecole du Gouvernement me dit que ses camarades, pupilles de la Nation ont au concours d'entrée une majoration de points. Vous seriez bien aimable de me dire dans quelles conditions un enfant peut être accepté comme Pupille de la Nation. J'ai fait toute la guerre 1914-18 sur le front, y compris 20 mois comme méde-

cin de bataillon : j'ai été blessé, intoxiqué par les gaz, ai reçu la Croix de guerre, puis la Légion d'honneur. J'ai rapporté de la guerre une vieille bronchite et j'ai gardé précieusement billet d'hôpital et certificats d'origine de blessure qui me permettraient, je crois, si besoin était, de me faire réformer, chose que je n'avais jamais envisagée jusqu'à aujourd'hui.

Mais ce que je n'ai pas voulu faire pour moi, je serai peut être amené à le faire pour mon fils, en vue de son avenir.

Dr X.

**Réponse.**

Comme pensionné de guerre (lorsque vous le serez) vous pourrez faire admettre votre fils au titre de Pupille de la Nation.

La demande doit être adressée au Procureur de la République, près le Tribunal du ressort de votre résidence.

Joindre à l'appui de cette demande :

1° L'acte de naissance de l'enfant.

2° Une copie de la notification de la pension d'invalidité.

---

**5783. — L'inscription au tableau de concours ne donne pas droit au port de la décoration**

L'inscription officielle au tableau de la Légion d'honneur donne-t-elle le droit, *ipso facto*, au port de la décoration ? Dr Q.

**Réponse.**

*L'inscription* au Tableau de Concours pour la Légion d'honneur ne donne pas droit, *ipso facto*, au port du ruban. Il faut être ensuite *promu* au grade de Chevalier (*Journal Officiel*) pour acquérir ce droit.

Le Tableau de Concours est épuisé généralement au cours de l'année pour les candidats inscrits en raison de leur promotion au grade de Chevalier de la Légion d'honneur.

---

**5728. — Combattant volontaire. Droit à la médaille interalliée**

Ajourné, classe 18, engagé volontaire à compter du 26 janvier 1918, titulaire de la carte de combattant, je pense être classé combattant volontaire. Quelles formalités dois-je accomplir ? Ai-je droit à la médaille interalliée ?

Réformé avec pension pour maladie contractée aux armées, puis classé dans l'auxiliaire sans pension, cette réforme est-elle assimilée à une blessure ? Il m'a été affirmé que oui et que cette réforme donnerait droit à la Croix de guerre. C'est en votre réponse que j'aurai foi.

Si oui, à qui adresser une demande pour obtenir ces divers rubans ?

Je suis soldat de 2e classe dans une section d'infirmiers militaires (réserve) sans savoir pourquoi je n'ai pas été versé dans le Service de santé militaire.

Dr R.

**Réponse**.

Vous avez droit au titre de « Combattant volontaire » ; écrivez à ce sujet à votre Commandant de Section d'Infirmiers, car c'est à vous qu'il appartient d'en faire la preuve par les renseignements, que vous donnerez (pour tous détails à ce sujet, voyez l'Agenda-Mémento du *Concours Médical*, actuellement paru.)

Ayant droit à la Carte de Combattant, vous avez droit aussi à la Médaille Interalliée.

Une maladie contractée aux armées ne peut être assimilée à une blessure de guerre. La Croix de Guerre n'est accordée que pour citation aux Armées (Armée, corps d'armée, division, Brigade ou régiment.)

Il faut demander au Directeur du Service de Santé votre promotion au grade de Médecin Sous-lieutenant de réserve, puisque vous êtes docteur en médecine ; vous aurez au préalable à suivre des cours pour passer l'examen de médecin auxiliaire. Ensuite, vous devrez fournir diverses pièces, dont la liste vous sera donnée.

---

## Assurances

### 5506. — Assurance complémentaire au contrat « Vie »

J'ai 43 ans, je ne fais que du labo. Je désire contracter une assurance mixte de type approximatif ci-dessous : le *risque capital pour moi est l'*INCAPACITÉ D'EXERCER LA PROFESSION que j'assurerais par une rente de 10.000 fr. et non paiement des primes; en plus, capital réservé et indemnités en cas de décès aux ayants droit.

J'ai déjà pressenti les Compagnies d'assurances qui demandent des primes peu différentes : pour un contrat de 15 ans environ 6.500 à 7.000 francs. Mais le *point capital pour moi est la bonne rédaction du contrat*, exemple l'ablation du pouce droit ou son impotence fonctionnelle, une grosse diminution d'acuité visuelle correspondent pour moi à l'incapacité d'exercer la profession.

Et c'est à ce sujet que vos conseils me seraient très utiles : *où pourrais-je trouver un modèle de contrat complet et parfait* concernant approximativement mon cas qui, d'ailleurs est à peu près identique à celui de nombreux confrères spécialisés (chirurgiens, etc.), pour le présenter aux Compagnies d'assurances qui voudront l'accepter.

Y a-t-il, d'autre part des Compagnies d'assurances plus spécialisées ou plus sûres pour ces cas ?

Dr C.

**Réponse.**

Il n'existe pas en matière d'assurance de modèle de contrats « bien faits » car tous les contrats doivent être adaptés à la situation personnelle de l'assuré. Telle police qui suffit pour une profession, présente des lacunes pour telle autre. Par-

fois même elle peut varier suivant la branche exercée : le contrat garantissant un médecin de médecine générale peut par exemple être insuffisant pour couvrir le risque présenté par un chirurgien.

Le contrat « complémentaire » à un contrat vie est une police fort utile qui a été créé il y a quelques années par une compagnie étrangère et qui a été adopté maintenant par la majorité des organismes pratiquant l'assurance de la vie humaine.

Malheureusement la rédaction de ce modèle de police laisse souvent à désirer. En matière d'assurance complémentaire les compagnies peuvent se diviser en trois groupes :

1° Les unes basent les prestations en cas de sinistres sur la formule suivante : « incapacité de se livrer à l'exercice d'une profession ».

2° Les autres aggravent encore la formule précédente en exigeant que cette incapacité soit totale et définitive.

3° Enfin un troisième groupe moins rigoureux base ses prestations sur l'incapacité d'exercer la profession.

Les deux premières formules doivent être rejetées d'office. Il y est parlé de l'exercice d'une profession. Or dans la majorité des cas on peut prétendre qu'une profession peut toujours être exercée, un manchot peut être surveillant de chantier comme un cul de jatte peut établir des bordereaux.

Il faut donc que soit couverte l'inaptitude à exercer la profession déclarée au contrat.

Or, l'art de guérir présente de multiples aspects de la médecine générale à la chirurgie spécialisée. Malgré cela ou plutôt à cause de cela il est souvent difficile à un spécialiste âgé de se réadapter à une autre branche de l'activité médicale. Aussi il est bon de faire préciser dans le contrat que par « profession on entend la branche exploitée lors de la souscription du contrat ». Une autre formule qu'il est souhaitable de voir adopter est la suivante :

« L'indemnité prévue au contrat sera payée si, « par suite d'accident ou de maladie l'assuré est « hors d'état de se livrer à ses occupations pro- « fessionnelles normales. »

Cette formule aura encore pour avantage d'éviter d'insérer dans la police toutes autres précisions qui en cas de sinistre peuvent se retourner contre l'assuré (perte de doigts etc ... liste dans laquelle des omissions peuvent se rencontrer) précisions que, dans l'état actuel du marché de l'assurance, les Compagnies refuseraient d'ailleurs d'insérer.

Enfin, le médecin qui désire souscrire un contrat complémentaire à une assurance sur la vie devra veiller à ce qu'une clause d'arbitrage figure dans la police. Cette clause précisera qu'au cas

où la compagnie et son médecin et le représentant de l'assuré ne s'entendraient pas sur l'état d'invalidité, un tiers expert devrait être nommé à l'amiable entre l'assuré et l'assureur ou, à défaut d'entente par le président du tribunal civil. Il ne faut pas en effet, comme le cas s'est produit dans une affaire confiée au « Sou Médical », que la compagnie d'assurance puisse dire sans recours possible « j'estime que .... »

En résumé le tarif appliqué par les organismes « vie » est un tarif fixé par l'Etat. Seul celui de l'assurance complémentaire peut varier. Nous conseillons au praticien de ne pas s'attacher uniquement au prix demandé mais bien à la rédaction des clauses de la police qui lui sera soumise, l'assurance étant selon les cas une mesure excellente ou un simple « chiffon de papier . »

P. R. Baglin.
Conseil technique d'assurances,
Docteur en droit.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 6319. — Tarification kilométrique du nouveau Tarif

Je reçois le dernier numéro du *Concours*, avec le tarif des accidents du travail.

Je suis étonné de ne pas trouver les départements de l'Aveyron et du Cantal, parmi les régions de montagne où le tarif kilométrique est porté à 2 fr. 50 par kilomètre. Jusqu'à maintenant, ces deux départements étaient compris, comme il est normal, dans les régions de montagne.

Y aurait-il eu une modification dans le classement ?

Je suis persuadé qu'aucun médecin de l'arrondissement d'Espalion n'accepterait que cet arrondissement soit assimilé aux pays de plaine.

Dans notre région, en effet, nous passons brutalement de 230 mètres à 1.450 mètres d'altitude (Aubreu). Il ne serait donc pas admissible que notre arrondissement ne soit plus classé, comme il l'était jusqu'à ce jour, dans les régions de montagne.

Je vous signale d'ailleurs, que le tarif d'A. M. G. donc tarif réduit — est de 2 francs par kilomètre.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner des précisions par lettre ou par la voie du *Concours*.

Dr V.

**Réponse.**

Vous trouverez toutes explications à ce sujet dans l'article du Docteur Hilaire, secrétaire général adjoint de la Confédération dans le « *Médecin de France* » du 15 décembre.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours Médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

*Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les docteurs :

**Alger** : Adda, Picard.
**Amélie-les-Bains** : Dr Alardo, J. Bouix.
**Arcachon** : Jean Doche.
**Arguel** (Doubs) : H. et J. Bon.
**Balaruc-les-Bains** (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*).
**Bandol** : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
**Beaulieu-sur-Mer** : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
**Beausoleil** : Andoly, Gaveau, Pizard.
**Biarritz** : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
**Cambo-les-Bains** : A. Camino Colbert, Trotot.
**Cannes** : Abadie, A. H. Bourquet, Cadinouche, Caruette, L. Dubief, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
**Cap-d'Ail** : Lyons.
**Cap-Martin** : Griffault.
**Carnac-plage** : E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer** : Agostini.
**Chambon-de-Tence (Le)** : Riou.
**Chamonix** : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
**Font-Romeu-Odeillo** : Yves Eynaud (*hélioth.*)
**Fréjus** : Turcan.
**Grasse** : Bossuet, Brody, Chaumet, A. Couderc.
**Hauteville** : A. Wigniolle.
**Hyères** : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
**Juan-les-Pins-Antibes** : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
**La Seyne** : Grandjean J. M. Jaubert.
**Mégève** (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
**Menton** : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
**Monte-Carlo** : S. Vivant.
**Nice** : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Plettri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
**Oran** : Paire, Maupetit.
**Pau** : Bajac, Carcy, Cornet.
**St-Didier** : A. Masquin.
**St-Gervais-les-Bains** : Roux.
**Ste-Maxime-sur-Mer** : Bausset, Ficonetti.
**St-Raphaël - Valescure** : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
**St-Pierre-de-Chartreuse** : Brianes.
**Sanary-sur-Mer** : P. Gaillard.
**Toulon** : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*), Pignet (*urol.*, *derm.*)
**Vernet-les-Bains** : Dr Ponson.
**Villefranche-sur-Mer** : Alfonsi-Baud.
**Villard-de-Lans** : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Études du *Concours médical*, de M. le Dr Fouillard-Buyat, de St-Geoire, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 11. — Aisne. — Très urgent. Bon poste seul. Méd. génér. et accouch. Propharm. Reprise produits pharm.

No 12. — Jeune femme active, sér. référ., recherche place secrét. près méd. S'ad. Mme Sively, 6, rue Sainte-Claire-Deville, Paris (12e).

No 13. — J'achète actions Lithia jusqu'à 5 fr. Dr Guillemin, 16, avenue George-V, Paris.

No 14. Charente. A céder cause départ, client. anc. 32 ans, méd. génér. Pays agréab., maison à louer tout conf. mod., chauff. cent., électr., eau, salle bains, garage, jardins. Prix à débatt. Présentation.

No 15. Poste seul méd., ch.-lieu cant. 120 km. Paris, rapp. très import. avec en plus propharm. Indemn. à débatt.

No 16. — Paris. Part à céder dans clin. d'ophtalmologie. Condit. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 17. — Paris. Quart. populeux, anc. client. méd. génér., beauc. consult. Appartem. 6 p., Indemn. 50.000 à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 18. — Paris. A céder part dans mais. médico-chirurg. Prix 275.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

## Renseignements

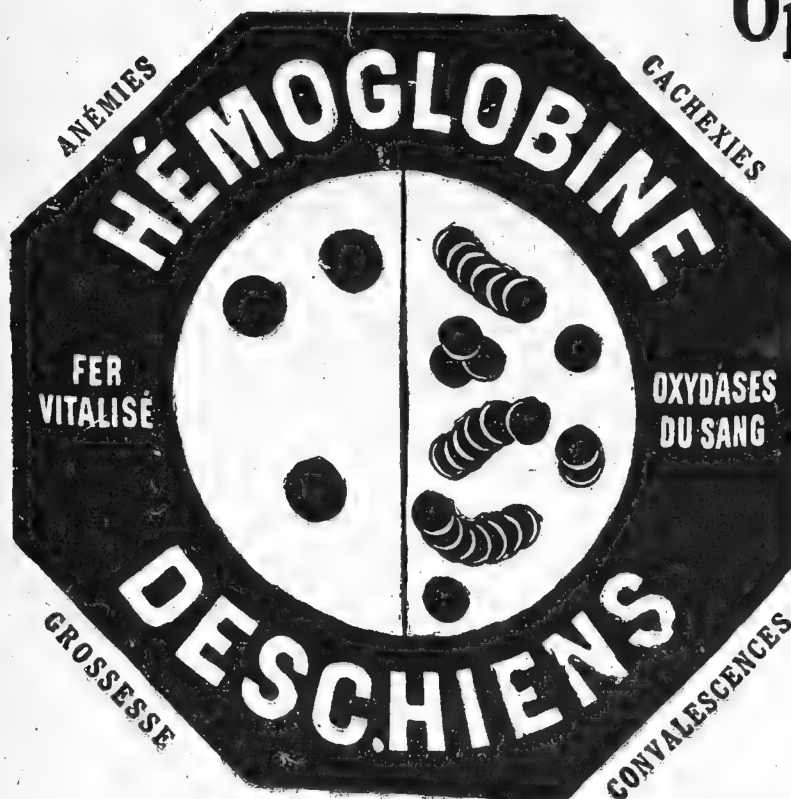
*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice**. Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer, deux médecins. Prospectus sur demande.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

**« La Soleillette »**, Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur, Repos, Régime, Bains de soleil; Drs Charmot et Rozet.

Une formule agréable et un traitement toujours efficace dans la dyspepsie consiste à sucer 4 à 5 tablettes de **Mangaïne** par jour, au moment des malaises.



# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — M. Souques est élu vice-président ; M. Renault est réélu secrétaire annuel ; MM. Siredey et Hartmann sont élus membres du Conseil d'administration pour l'année 1932.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le Conseil de la Faculté, dans sa séance du 19 décembre 1931, a désigné M. Emile Halphen comme agrégé d'oto-rhino-laryngologie, et M. Jean Troisier comme agrégé de pathologie expérimentale.

— **Institut du cancer.** — Le conseil municipal de Paris a décidé d'allouer à l'Institut du cancer une subvention de 500.000 francs.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Armanet.

— **Hôpitaux de Lyon.** — A la suite du dernier concours, M. Eugène Pollosson est nommé chirurgien des hôpitaux de Lyon.

— **Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris.** — La Société d'hydrologie a procédé le 21 décembre 1931 au renouvellement de son Bureau qui est ainsi composé :

Président : M. Flurin ; vice-présidents : MM. Macé de Lépinay et Foucaud, ; secrétaire-général : M. Sérane ; secrétaire général adjoint : M. du Pasquier ; trésorier : M. Debidour ; secrétaire des séances : MM. Valette et Boucomont.

— **Paris.** *A la mémoire du Dr Jacquemaire.* — M. François Latour, président du Conseil municipal, a proposé d'attribuer à une voie publique de Paris le nom du docteur René Jacquemaire, mort, il y a quelques mois, victime du devoir professionnel. Le Dr Jacquemaire, petit-fils de Clemenceau, a succombé, on le sait, aux suites d'une septicémie contractée en opérant un malade à l'hôpital.

— **Hôpital Foch** (60, rue Vergniaud). — Le Docteur Léon Giroux reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 17 janvier, à 10 heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Présentation de malades. Examens clinique, radioscopique et électro-cardiographique.

— **Association pour le Developpement des Relations Medicales (A. D. R. M.)** — L'Assemblée générale annuelle de l'Association pour le Développement des Relations Médicales aura lieu le mardi 19 janvier à 17 heures, dans la Salle du Conseil de la Faculté de Médecine, sous la présidence de Monsieur Blaisot, Ministre de la Santé Publique.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

23 DÉCEMBRE

**Hygiène publique.**

*Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur departemental d'hygiène dans le département des Hautes-Alpes.*

Un concours sur titres aura lieu à Paris, au ministère de la santé publique, dans le courant du mois de janvier 1932, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'Hygiéne dans les Hautes-Alpes.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé les fonctions sanitaires publiques auxquelles sont assimilées les fonctions de médecin militaire et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à cet emploi devront être Français, avoir satisfait à la loi militaire, être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée au préfet des Hautes-Alpes, avec le dossier réglementaire composé, ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 30 janvier 1932, dernier délai :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° Exposé des titres, travaux, états des services et références, notamment en matière de phtisiologie et de syphiligraphie ;

7° Principales publications ;

8° Engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uniquement à ses fonctions, de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat public ;

9e Engagement, en cas de nomination, de rester en fonctions dans le département des Hautes-Alpes, pendant une durée minimum de trois ans ;

10° Engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département des Hautes-Alpes pendant trois mois au minimum.

Chaque candidat sera avisé par le préfet en temps utile et à l'adresse qu'il aura donnée, du résultat du concours en ce qui le concerne.

Le candidat admis entrera en fonctions quinze jours après sa nomination. Il ne pourra être titularisé qu'après un stage d'un an, pendant lequel si son service ne donne pas satisfaction, il sera licencié sans formalité ni indemnité.

L'inspecteur départemental d'hygiène est chagé, sous l'autorité du préfet, de tous les services de la santé publique qui lui seront confiés.

L'inspecteur départemental d'hygiène est assimilé, quant au traitement et aux conditions d'avancement, aux chefs de division de la préfecture, dont les traitements sont ainsi fixés :

| | |
|---|---|
| 5e classe ........................ | 30.000 fr. |
| 4e classe ........................ | 33.000 fr. |
| 3e classe ........................ | 36.000 fr. |
| 2e classe ........................ | 39.000 fr. |
| 1re classe........................ | 42.000 fr. |

L'avancement a lieu tous les trois ans, à l'ancienneté. L'inspecteur d'hygiène est soumis à la caisse départementale des retraites.

Les frais de déplacement, fixés à 10.000 fr. par an, sont réglés sur justification, suivant le tarif fixé par arrêté préfectoral.

24 DÉCEMBRE.

**Assurances sociales.**

*Deux décrets du 20 décembre 1931 réglant la situation des fonctionnaires et salariés de l'Etat à l'égard des assurances sociales.*

Ces décrets seront publiés ultérieurement.

25 DÉCEMBRE

**Service de santé militaire.**

*Troupes métropolitaines*

Par décret du 22 décembre 1931, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle (rang du 25 décembre 1931) :

MÉDECINS

*Au grade de médecin colonel.*

Le médec. lieut.-col. : Sousselier, rég. Paris ; Lambert, 20e rég. ; Reverchon, 1er rég.

*Au grade de médecin lieutenant-colonel.*

Les médec. command. : Barthélemy, 20e région ; Louet, rég. Paris ; Blusson, 20e rég. ; Renaud, tr. Maroc ; Julia, rég. Paris ; Vignon 3e rég. ; Cruchet, 18e rég. ; Labey, 9e rég. ; Leclercq, 1re rég. ; Liautey, 7e régi. ; Constans, 17e rég.

*Au grade de médecin commandant*

Les médec. capit. : Guichard, 13e rég. ; Roussin, 14e rég. ; Meurisse, rég. Paris ; Contet, rég. Paris ; Filhoutaud, 12e rég. ; Chavelet, 7e rég. ; Luzoir, rég. Paris ; Bergis, 15e rég. ; Berreta, 15e rég. ; Verrier 6e rég. ; Faleur, 2e rég. ; Cerise, 6e rég. ; Rolin, 15e rég. ; Nicaud, rég. Paris ; Baufle, 7e rég. ; Dubois, 3e rég. ; Durand, 17e rég. ; Bernot, 8e rég. ; Edouard,

tr. Maroc ; Boin, 18e rég. ; Carte, rég. Paris ; Gassiot, 3e rég. ; Dupuy, 17e rég. ; Ernoul, 9e rég. Druhen, 7e rég. ; Lefort, tr. Maroc ; Aublant, 16e rég. ; Duffau, 19e C. A. ; Jeannot, tr. Tunisie ; Bousquel, 16e rég. ; Dupas, 9e rég. ; Mallein, 9e rég. ; Magnien, 20e rég. ; Simonin, 20e rég. ; Paul-Boncour, 5e rég. ; Szeleewski, 17e rég. ; Ehringer, 8e rég. ; Lemeland, 5e rég. ; Lebovici, rég. Paris ; Weissen bach, rég. Paris ; Boutin, 9e rég.; Béliard, rég. Paris.

*Au grade de médecin capitaine.*

Les médec. lieut. : Sourice, 3e rég. ; Grenaudier, rég. Paris : Roumaingas 10e C. A. ; Rateau, 18e rég ; Bergier, 15e rég. ; Valière-Vialeix, 12e rég. ; Robin, 9e rég. ; Juif, 8e rég. ; Larrieu, 18e rég. ; Guilhamon, 16e rég. ; Gensollen, 14e rég. ; Leschelier, 13e rég. ; Langagne, rég. Paris ; Ribeton, 18e rég. ; Morance, 18e rég. ; Levesque, rég. Paris ; Girard, rég. Paris ; Deval, 13e rég. ; Pierre, 8e rég. ; Gay, 17e rég. ; Tarbouriech, 15e rég. ; Pineau, 9e rég. ; Romain, 3e rég. ; Picard, 11e rég. ; Fombeure, rég. Paris ; Toupet, rég. Paris ; Combes, rég. Paris ; Benoit, rég. Paris ; Guillet, 3e rég. ; Pavilliard, 19e C. A. ; Le Deschault de Monredon, 18e rég. ; Blanc, 9e rég. ; Lafue, 17e rég. ; Deguignand, 8e rég. ; Philardeau, rég. Paris ; Lebailly, 3e rég. ; Colombet, rég. Paris ; Bailly, 1re rég. ; Jarraud, rég. Paris ; Grellier, 18e rég. ; Lagrange, rég. Paris ; Dhalluin, 1re rég. ; Lartigaut, 18e rég. ; Le Barazer, 18e rég. ; Chabaud, 15e rég. ; Martin, rég. Paris ; Bretegnier, rég. Paris ; de Peretti de La Roca, rég. Paris ; Huguet, 15e rég.

Girard, 2e rég. ; Rodrigue, rég. Paris ; Fontaine, 9e rég. ; Colson, rég. Paris ; Chatt, rég. Paris ; Bonnet, 15e rég. ; Racadot, 7e rég. ; Lamy, rég. Paris ; Barthe, 18e rég. ; Moutier, 11e rég. ; Fournier, 1re rég. ; Taquet, 1re rég. ; Fraisse, 15e rég. ; Agnel, 15e rég. ; Hennart, 1re rég. ; Defaux, 1re rég. ; Hamon, 5e rég. ; Bousquet, 16e rég. ; Bernard, 1re rég. ; Gustin, rég. Paris ; Davy, 4e rég. ; Dupoux, tr. Tunisie ; Aygueparsse, 18e rég. ; Viala, rég. Paris ; Mazaud, 17e rég. ; Loubatte, 18e rég. ; Pauzat, 18e rég. ; Senevet, 19e C. A. ; Dupret, 1er rég. ; Barbanneau, 11e rég.

Dufour, 9e rég. ; Chrétien, 12e rég. ; Fanton d'Andon, 15e rég. ; Longepierre, rég. Paris ; Hissard, 3e rég. ; Pecker, 3e rég. ; Marceron, rég. Paris ; Flammarion, 7e rég. ; Bujadoux, 14e rég. ; Maître, 7e rég. ; Genillier, 13e rég. ; Piéchaud, 18e rég. ; Doumer, 1re rég. ; Lacroix, 17e rég,. ; Peaud, 11e rég. ; Frenay, 4e rég. ; Houlbert, 13e rég. ; Vernie, 4e rég. Boucher, 1re rég. ; Labadan, 18e rég. ; Phelippes de la Marnière, 10e rég. ; Thomas, 10e rég. ; Baraige, 12e rég. ; Combemale, 1re rég. ; Morlot, 3e rég. ; Somnier, tr. Maroc ; Herry, 10e rég. ; Dupré, 9e rég.

Jousseaume, 3e rég. ; de Brun du Bois-Noir, 10e rég. ; Kresseler, 7e rég. ; Aulanier, 4e rég. ; Dauvergne, 20e rég. ; Poinsignon, 19e C. A. ; Haym, 1re rég. ; Ramijean, tr. Indochine ; Laurentier, 17e rég. ; Audoli, rég. Paris ; Marsault, rég. Paris ; Senèque, rég. Paris ; Gervais, 2e rég. ; Just, 20e rég. ; Paterne, 5e rég. ; Neau, 4e rég. ; Douzain, 20e rég. ; Bollack, rég. Paris ; Thouvenin, 9e rég. ; Gamaieta, 20e rég.

*Troupes coloniales*

Par décret du 22 décembre 1931, ont été promus dans la réserve du service de santé des troupes coloniales, pour prendre rang du 25 décembre 1931 et par décision du même jour, ont été maintenus dans leur affectation ancienne :

*Au grade de médecin colonel.*

Bernard, médec. lieut.-col. à disp. serv. de santé rég. Paris.

*Au grade de médecin lieutenant-colonel.*

Les médec. command. : Vincent, à disp. du serv. santé rég. Paris ; Laporte, à disp. comm. supér. tr. du gr. Pacifique ; Georgelin, à disp. du gén. comm. supér. tr. du gr. A. E. F.

*Au grade de médecin commandant.*

Les médec. capit. : Pradal, à disp. du gén. command. supér. des tr. du gr. Indochine Dejean, à disp. du serv. santé 15e rég.

*Au grade de médecin capitaine.*

Les médec. lieut. : Naudon, à disp. du serv. santé 15e rég. ; Encontre, à disp. du service de santé 15e rég. Laban, à disp. comm. supér. tr. du gr. Antilles ; Callot, à disp. gén. comm. supér. tr. du gr. A. O. F. Linval, à disp. du comm. supér. des tr. du gr. Antilles ; Merlo, à disp. du gén. comm. supér. des tr. du gr. A. Or. F.

Par décret du 14 décembre 1931 :

Le médecin auxil. Malouines, sect. mixte infirm. milit. tr. col. (détach. Martinique), a été nommé au grade de médecin sous-lieutenant de réserve, rang du 29 sept. 1931, et, par décision du même jour, a été mis à la dispos. du command. supér. tr. gr. Antilles.

27 DÉCEMBRE.

**Légion d'honneur.**

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur au titre du Ministère de la Santé Publique :

Officier : M. le Dr Osmont, de Caen.

Chevaliers : MM. les Drs Moreau, professeur agrégé à Paris ; Mouchet, du Veurdre (Allier), Vaucher, de Strasbourg et Mme Yves, née Roy-Camille, docteur en médecine à Puteaux.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Droit aux prestations de l'assurance-maladie en cas de maladie survenue dans les départements recouvrés ou en Algérie.**

14159. — M. Robert Thoumyre, demande à M. le ministre du Travail : 1° si les prestations-maladie sont dues à l'assuré qui, immatriculé dans un département de l'ancien territoire et envoyé par son entreprise pour effectuer des travaux (par exemple de

montagne) dans les départements recouvrés, tombe malade ; 2° si les caisses d'assurances peuvent, en ce cas, en vue de pratiquer le contrôle prévu par la loi, s'entendre à cet effet avec des institutions d'assurances-maladie fonctionnant dans les départements recouvrés, faisant observer qu'il serait inadmissible qu'un assuré, ayant régulièrement cotisé, fut privé des prestations parce qu'il est appelé à travailler précisément dans une région où les assurances sociales fonctionnent régulièrement et depuis longtemps ; 3° si un assuré, envoyé dans les mêmes conditions en Algérie, peut bénéficier des prestations de l'assurance-maladie, par exemple par l'intermédiaire d'une société de secours mutuels avec laquelle sa caisse d'assurance aurait passé contrat à cet effet. (*Question du* 19 *novembre* 1931.)

*Réponse.* — 1°, 2° et 3° Réponse affirmative.

(*J. O.*, 15 décembre 1931.)

**Droit des femmes et enfants des salariés des départements, des communes et des établissements publics aux prestations de l'assurance-maladie.**

13988. — M. G. Simounet expose à M. le ministre du Travail que le décret du 30 juin 1931 concernant le régime d'assurances des salariés des départements, des communes et des établissements publics d'assistance pris en exécution de l'article 49 de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, contient, sous l'article 3, la disposition suivante relative aux modifications à apporter aux règlements ou statuts concernant lesdits salariés : « Lesdits règlements ou statuts devront accorder aux bénéficiaires des prestations équivalentes, pour chaque risque, à celles prévues par la loi du 30 avril 1930, sans que les prestations de même nature déjà accordées aux intéressés, puissent être réduites ou supprimées » ; et lui demande s'il faut interpréter ce texte en ce sens que les prestations seront dues, le cas échéant, pour le conjoint et les enfants mineurs du salarié, ou si elles ne seront jamais dues que pour le salarié lui-même. (*Question du* 12 *novembre* 1931.)

*Réponse.* — Le décret du 30 juin 1931, relatif aux salariés des départements, des communes et des établissements publics d'assistance ne pouvant fixer pour chaque administration, compte tenu des avantages déjà accordés, le régime d'assurance du personnel, n'a pu qu'indiquer les dispositions générales qui s'imposaient aux collectivités. L'article 3 dudit décret pose ainsi simplement un principe, à savoir que les règlements ou statuts devront accorder aux bénéficiaires des prestations équivalentes, pour chaque risque, à celles prévues par la loi du 30 avril 1930, sans que les prestations de même nature, déjà accordées aux intéressés, puissent être réduites ou supprimées. Mais, conformément à ce principe, les salariés susvisés devront bénéficier de prestations équivalentes à celles des assurances sociales : pour eux, leur conjoint non salarié, ou leurs enfants âgés de moins de seize ans, non salariés. (*J. O.*, 19 décembre 1931.)

**Tarif applicable aux assurés sociaux indigents en cas de lacune du tarif des accidents du travail.**

1155. — M. Delhoume, sénateur, expose à M. le ministre du Travail et de la prévoyance sociale que la loi sur les assurances sociales comprend, en son article 59, les frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie, grossesse, etc., que les dépenses de ce service seront tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents ; que les accouchements ne peuvent être assimilés aux accidents d'origine traumatique ; qu'il y a lieu de leur attribuer un tarif spécial et suivant les formes dans lesquelles ils se produisent ; et demande : *a*) quel sera le nombre des visites ou consultations autorisées avant ou après les couches lorsqu'elles se passent normalement ; *b*) quel sera le tarif de la visite ou de la consultation ; *c*) s'il sera le même pour les sages-femmes que pour les médecins ; et *d*) quel sera celui appliqué dans les accouchements anormaux, soit par emploi de forceps, soit par version ou toute autre intervention chirurgicale. (*Question du* 20 *novembre* 1931.)

*Réponse.* — S'il est exact qu'aux termes de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930, il y ait lieu de faire application du tarif des accidents du travail, en ce qui concerne les soins donnés aux assurés sociaux, notoirement indigents, on ne saurait évidemment l'appliquer quand il s'agit d'actes ou d'interventions qui n'y figurent pas. Or, l'accouchement prévu dans le tarif des accidents du travail n'est pas l'accouchement ordinaire, mais l'accouchement d'origine traumatique. Dans ces conditions, il y a lieu d'appliquer à l'accouchement ordinaire, avec ou sans complications, les règles qui ont été adoptées pour le cas où un acte ou une intervention ne se trouve pas compris dans le tarif des accidents du travail, c'est-à-dire de se reporter au tarif de l'assistance médicale gratuite, qui peut toutefois être majoré, après accord entre les caisses, les collectivités d'assistance et les praticiens, sans que cette majoration puisse dépasser le rapport moyen existant entre les deux tarifs pour les prestations analogues. (*J. O.*, 22 décembre 1931.)

---

**Enseignement des enfants arriérés.**

14392. — M. Monnet demande à M. le ministre de l'instruction publique quelles sont actuellement les écoles où l'on s'occupe spécialement en France de l'enseignement des enfants arriérés. (*Question du 4 décembre* 1931.)

*Réponse.* — Ces établissements sont les suivants : Alger, école de garçons, rue Franklin ; Côtes-du-Nord, Créhen près Plancoët (internat de garçons et filles) Gironde, Bordeaux ; école Saint-Bruno (externat) ; Haute-Garonne, Toulouse ; école Lakanal ; Bouches-du-Rhône, Marseille : une classe annexée à l'école, 30, rue Nau ; Hérault, Montpellier : deux classes annexées à l'école Voltaire et à l'école Jules-Ferry ; Indre-et-Loire, Tours : école Mirabeau

(externat) ; Loiret, Fleury-les-Aubrais (internat garçons et filles) ; Puy-de-Dôme, Institut départemental des sourds-muets ; les Gravouses : Rhône, Villeurbanne (internat garçons et filles) ; Sarthe, Le Mans : une classe de garçons, une classe de filles ; Seine, Asnières : section de perfectionnement annexée à l'Institut départemental de sourds-muets; Paris : sept classes annexées à différentes écoles ; Levallois : deux classes ; Seine-Inférieure, Yvetot : établisssement départemental (internat garçons et filles) ; Seine-et-Oise, Gargan-Livry : Institut médico-pédagogique Marie-Thérèse ; Vienne, Poitiers : école autonome de garçons ; Bas-Rhin, Strasbourg : huit écoles ; Haut-Rhin, Colmar : une école ; Mulhouse : une école ; Moselle, Metz : une école. (*J. O.*, 23 décembre 1931.)

## Libération des sursitaires

I. — Les opérations de libération des sursitairres incorporés en octobre 1930 pour dix-huit mois, et actuellement dans leur troisième semestre de service, auront lieu le 29 décembre 1931. Ces militaires seront rayés des contrôles de leur corps et classés dans la disponibilité à la date du 15 avril 1932 ; entre la date de leur départ du corps et la date du 15 avril, ils seront considérés comme en congé.

II. — Le rapatriement des sursitaires accomplissant leur service au Levant et en Afrique du Nord a fait l'objet d'instructions particulières.

III. — Les prescriptions de la dépêche ministérielle n° 6413 1/11 du 2 juillet 1931, insérée au *Journal officiel* du 4 juillet 1931, page 7251, concernant la libération de ces militaires à la date du 1er mars 1932, sont annulées.

IV. — Les sursitaires incorporés en avril 1931 pour dix-huit mois seront libérés en même temps que les militaires de la première fraction du contingent 1930, en avril prochain. (*Circulaire* n° 11234 1/11.)

## Le Centenaire de Félix Guyon

Le centenaire de Félix Guyon a été célébré le 8 décembre 1931 à l'Académie de médecine, et le 9 décembre à l'hôpital Necker. L'éloge du grand urologiste fut prononcé par son élève et successeur (après Albarran) à la Faculté, le Professeur Félix Legueu. Fils spirituel de Guyon, le Professeur Legueu sut trouver dans son cœur des mots éloquents et émus pour pérenniser dans l'histoire de la chirurgie la figure si belle et si originale de son illustre maître.

Guyon naquit en 1831 et il mourut en 1920, ayant enseigné pendant trente-neuf ans dans son service hospitalier. Il entra à Necker en

*Voir la suite page LV-125*

# PROPOS DU JOUR

## Quelques réflexions au sujet de l'application des lois médico-sociales et des quelques abus auxquels elles donnent parfois lieu.

J'ai pris part dernièrement à plusieurs réunions que les charges que je remplis, au nom de la Confédération des Syndicats médicaux français, que je remercie de sa confiance, rendaient pour moi des plus intéressantes. Membre de la Commission supérieure de surveillance et de Contrôle des soins gratuits au Ministère des Pensions, membre de la Commission et de la sous-Commission du Tarif des Accidents du Travail, et du Conseil national de famille, j'ai pu acquérir une certaine expérience de l'exercice de la médecine dans l'application des lois médico-sociales, me rendre compte des abus auxquels elle donne lieu, en découvrir les causes et en supputer les conséquences. Il m'est permis d'abord de constater une fois de plus que, si des abus existent, ils ne sauraient être considérés comme un véritable danger, qu'ils sont souvent la conséquence de l'imperfection des lois, et plus souvent encore le fait de facteurs psychologiques du malade et du médecin, contre lesquels il convient de réagir et que les moyens dont nous disposons suffisent à enrayer.

L'abus grave, qui const tue un acte malhonnête caractérisé, est en effet extrêmement rare et il est permis d'affirmer et de proclamer que, quoi qu'on en ait dit, de toutes les professions, la profession médicale est celle qui a le mieux conservé ses qualités de dévouement, de probité, de conscience et qui a le mieux défendu jusqu'à ce jour sa dignité.

Je n'entreprendrai pas d'instruire de nouveau le procès des lois sociales ; ce procès a été fait et refait. Comme toutes les œuvres humaines, ces lois ont leurs qualités et leurs défauts. Certaines me paraissent évidemment avoir plus de défauts que de qualités. Elles sont presque toujours d'une application onéreuse et difficile. Elles donnent des droits dont les bénéficiaires tendent à abuser, ce qui est humain. L'intervention de l'Etat ou d'une collectivité, dans le règlement des frais qu'elles occasionnent, pousse les intéressés à abuser ; car pour beaucoup exploiter l'Etat ou une collectivité n'est pas un vol. Nous connaissons tous des personnes qui se croient scrupuleusement honnêtes et qui n'hésitent pas à tromper le fisc dans leur déclaration pour l'impôt sur le revenu, ou à entrer en fraude des produits frappés de droits à l'octroi ou à la douane. Ils considèrent comme des prouesses ces actes blâmables et traitent de naïfs ceux qui leur font remarquer qu'en volant ainsi l'Etat, ils volent tous les contribuables qui sont tenus de combler à leur tour le déficit créé par leurs actes aux finances publiques. Quoiqu'il en soit, il faut remédier à ces abus ; s'ils se multipliaient, ils deviendraient, en se généralisant, un réel danger et le seul moyen pour y parer est le contrôle.

Membre de la Commission supérieure de contrôle au Ministère des Pensions depuis sa fondation, il serait malséant de ma part d'en faire ici l'éloge. Elle est cependant un type de Commission multipartite qui, à mon avis, présente pour nous médecins de grands avantages, car, bien qu'étant une petite minorité, les représentants des médecins y jouent un rôle prépondérant, tous les conflits soumis à la commission étant à l'origine d'ordre médical. Je dis que le rôle des délégués des médecins y est prépondérant, à la condition bien entendu que par une droiture, une équité absolues qui n'excluent pas la bienveillance, ils sachent s'assurer la confiance et la sympathie de leurs collègues non médecins de la Commission.

Il doit en être de même dans les Commissions départementales, d'après les constatations que j'ai pu faire lors de la réunion récente des secrétaires, à laquelle j'ai eu l'avantage d'assister.

J'ai pu me rendre compte avec satisfaction du grand souci que chacun d'entre eux avait de remplir son rôle avec une extrême conscience et de l'autorité dont ils jouissaient auprès des Confrères de leurs départements qui, d'ailleurs, les avaient désignés. Combien de fois leur intervention confraternelle, amicale, j'allais dire paternelle, a arrêté un praticien indécis sur la pente des abus où il allait se laisser glisser par pure insouciance ?

Le contrôle ne peut être systématiquement déclenché ; pour le faire, on doit avoir recours aux moyennes. Si la commission, le secrétaire ou l'ad-

◆◆

ministration s'aperçoivent que, pour un malade, les frais médicaux ou pharmaceutiques ont notablement dépassé la moyenne des frais dans le département, ils ont recours au contrôle, car évidemment, on se trouve là en présence de circonstances anormales. Cela ne signifie pas du tout qu'il y ait abus, mais il est du devoir de la Commission de se renseigner. Le plus souvent, les explications que donne le médecin suffisent à la rassurer. Prenons un exemple : un médecin a engagé pour soigner un malade des frais pharmaceutiques excessifs qui dépassent quinze, vingt, trente fois le taux de la moyenne. La commission s'inquiète. Un contrôleur demande au médecin des explications, voit au besoin avec lui le malade. Le contrôleur constate que le malade diabétique a absolument besoin d'un traitement fort coûteux par l'insuline. La Commission est rassurée et le médecin traitant, si l'on a procédé au contrôle avec tact, n'a qu'à se féliciter du résultat.

Certains Confrères ont mal interprété l'usage qui est fait des moyennes.

Elles n'ont jamais servi qu'à indiquer dans quels cas des sondages pouvaient être opérés avec fruit. Jamais une Commission, en tout cas jamais la Commission supérieure n'a constaté qu'une décision avait été prise en se basant sur les moyennes.

Des légendes se sont parfois établies sur le fonctionnement des commissions, et notamment sur celui de la commission supérieure. On a prétendu qu'elles se laissaient influencer et qu'elles devenaient les humbles servantes de l'Administration ; on a parlé de l'intrusion en leur sein des influences politiques. Je puis affirmer catégoriquement que les Commissions, et en particulier la Commission supérieure, sont absolument indépendantes et jalouses de leur indépendance, qu'aucune ingérence de la politique ne saurait y être tolérée, qu'elle produirait d'ailleurs l'effet tout opposé au but qu'elle se proposerait. Je puis aussi dire, sans crainte de démenti autorisé, qu'il n'y a pas de tribunaux en France qui aient plus le souci de prendre leurs décisions en toute conscience et en toute liberté que nos commissions mixtes.

La loi des pensions, plus que les autres lois sociales, limite dans une certaine mesure la liberté de prescription, et c'est l'abus des prescriptions plus que l'abus des consultations et des visites qui détermine dans certains départements l'élévation des frais. Parfois les commissions sont assez gênées pour lutter contre ces abus qui ne sont pas excessifs, mais que leur nombre rend très coûteux. Les soins gratuits ne sont délivrés aux pensionnés que pour l'affection qui motive leur pension ; or, il est parfois fort difficile de faire la discrimination des symptômes qui, plus ou moins directement, résultent de la maladie, cause de la pension. En outre, si le pensionné souffre de plusieurs affections à la fois, il est difficile au médecin traitant de lui faire comprendre qu'il est tenu de lui délivrer deux ordonnances, une sur le cahier de soins pour les médicaments destinés aux troubles dus à la maladie cause de la réforme, et une autre sur papier libre pour tous les symptômes d'autre origine qu'il accuse.

J'avoue qu'il m'est difficile à moi, vieux praticien, d'admettre ces distinguo, ayant toujours cru qu'un médecin lorsqu'il était appelé, devait soigner un malade et non, fragmentairement, des maladies diverses chez ce même malade. Les abus de prescriptions consistent le plus souvent dans des habitudes, habitudes qui vont chez certains jusqu'à la manie.

Par exemple, quelques praticiens ont l'habitude d'ordonner systématiquement à tous les malades le même produit pharmaceutique dont l'utilité est contestable, parfois même semble contre-indiqué, comme l'huile de foie de morue aux entéritiques.

Sans doute le médecin doit garder la liberté de sa thérapeutique, mais cette liberté ne doit pas s'exercer en dépit du bon sens. Le praticien doit considérer le malade qu'il soigne en vertu d'une loi sociale, comme un de ses clients ordinaires, qui mettrait un frein à ses fantaisies de prescriptions s'il lui faisait supporter les frais d'une thérapeutique trop coûteuse, en le remerciant et s'adressant à un de ses confrères.

Il y a des abus fort coûteux et qu'il serait facile aux médecins praticiens d'éviter avec un peu de réflexion. J'ai entendu des plaintes se produire énergiquement, tant à la Commission supérieure des pensions qu'à la Commission du tarif des accidents du travail ; elles avaient trait à la prescription de boîtes de gaze stérilisée.

La gaze stérilisée, qui doit toujours être délivrée en boîtes scellées, coûte fort cher et, s'il faut en croire les pharmaciens, son emploi est effectivement fréquent. Est-il toujours bien efficace et bien indiqué ? Oui, théoriquement. Un Professeur de Faculté enseigne toujours à ses élèves d'avoir recours à des objets de pansement stérilisés, et, à l'hôpital, où la stérilisation ne coûte pas grand'chose, élèves et infirmiers se servent couramment de compresses et de coton qui *ont été stérilisés* à l'autoclave.

*Doit-il en être de même dans la pratique ?*

Est-il nécessaire de mettre sur une vieille fistule suppurante des compresses stérilisées ?

Est-il indispensable, pour panser un vieil ulcère variqueux, d'ouvrir une boîte de compresses stérilisées dont le couvercle est scellé ? Evidemment non, et pas un médecin praticien n'imposerait inutilement pareils frais à sa clientèle normale. Là encore, c'est une affaire de bon sens. Lorsque le malade se panse lui-même ou se fait panser par une personne de son entourage, les compresses les mieux stérilisées ne le sont plus quand elles sont appliquées au cours du pansement. Le Prof. Lenormant, notre collègue à la Commission du tarif des accidents du travail, est sur ce point catégorique ; il ne faut pas confondre, a-t-il dit, *stérile* et *stérilisé*. Pour faire une laparotomie, il est indispensable de disposer d'objets de pansements *stériles* ; pour panser une fistule ou un ulcère variqueux, on doit se servir d'objets propres qui ont été sans doute *stérilisés*, mais qui n'ont pas été conservés *stériles* au moyen d'un conditionnement coûteux. Il est donc de toute nécessité que, dans ses prescriptions, le médecin soit sur ce point très explicite et qu'il spécifie nettement la nécessité d'objets de pansement, conservés stériles en boîtes scellées, dans les cas, relativement assez rares, où il croirait qu'en conscience, il ne peut s'en passer.

Certaines personnes étrangères aux milieux médico-pharmaceutiques ont proposé dans les diverses commissions d'engager les pharmaciens à refuser la délivrance des médicaments qui leur paraîtraient indûment prescrits.

Certes, quand le pharmacien se trouve en présence d'une erreur dangereuse de prescription et qui lui paraît évidente, son devoir est de prévenir le médecin et d'attirer sur elle l'attention du praticien. Mais les pharmaciens se sont nettement refusés, et sur ce point, nous médecins, les avons formellement approuvés, à exercer le moindre contrôle sur les ordonnances.

Le pharmacien, ont-ils dit, n'a pas à discuter l'ordonnance d'un médecin, il n'a qu'à l'exécuter. Le médecin seul, sauf en cas d'erreur grossière, doit conserver la responsabilité de ce qu'il a prescrit.

Aussi les commissions, se rendant compte que le pharmacien ne saurait être rendu responsable des abus de prescription du médecin, sauf dans le cas de collusion, ont décidé qu'ils seraient toujours payés de leurs fournitures et le législateur par l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1826, a autorisé les commissions de contrôle à imputer aux médecins les frais occasionnés par les prescriptions abusives dont ils ont été les auteurs. Ce même article permet en outre aux commissions de prendre des sanctions contre les indélicatesses des ressortissants de la loi des pensions, et de prononcer éventuellement l'exclusion temporaire ou définitive du droit de recevoir ou de délivrer des soins ou des produits au titre de la loi des pensions.

Ces sanctions qui, pour le médecin, ont toujours de graves conséquences, car elles peuvent lui porter un très sérieux préjudice moral, n'ont été appliquées qu'avec beaucoup de circonspection et dans des cas tout particulièrement graves et où le coupable, dûment averti, avait persévéré dans ses errements .

Des mesures analogues peuvent être prises et ont été même prises par le Conseil national de famille, saisi par les caisses d'assurances sociales d'infractions qui pourraient relever des tribunaux de droit commun.

M. le Ministre de la Santé publique pourra se rendre compte que le Corps médical, qui a inspiré la création de ces commissions de contrôle et des conseils de famille, a devancé sur ce point les conseils que, lors du dernier banquet de la Confédération, il a donné à nos syndicats de faire leur police eux-mêmes.

***

Les réflexions que je viens de faire sont certes d'ordre banal et la plupart de nos lecteurs sont fixés sur ces points aussi bien que moi-même. J'ai cru néanmoins utile de les exposer, car, en appelant nos confrères à les méditer, j'espère que beaucoup réagiront et éviteront les petits abus de prescriptions, abus inconscients qui ont des conséquences plus sérieuses qu'ils ne seraient tentés de le croire.

A une époque où le Corps médical a plus que jamais besoin de se défendre, il est indispensable qu'il s'attire le plus de sympathies possible et qu'il offre le moins de prise aux attaques dont il peut être l'objet.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### CLINIQUE CHIRURGICALE

### L'ostéomyélite du péroné

M. J.-P. TOURNEUX,
Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

L'ostéomyélite peut atteindre le péroné dans deux conditions bien différentes : tantôt il s'agit d'une affection primitive de cet os qui se trouve lésé isolément sans aucune atteinte tibiale, tantôt au contraire elle est secondaire à une lésion du tibia qui a été frappé le premier par l'infection.

Ainsi que vous pouvez aisément le comprendre, il s'agit là de deux formes complètement différentes l'une de l'autre et par leurs caractères cliniques, et par leur évolution : la forme secondaire présente très rarement une modalité bien aiguë et ne se traduit généralement que par de la simple réaction hyperostosique, elle ne constitue guère par conséquent qu'un élément très accessoire au sein des manifestations de l'ostéomyélite tibiale. La forme primitive est au contraire beaucoup plus importante, et mérite que l'on s'y arrête davantage ; c'est elle qui va faire le sujet de cette leçon, en prenant pour point de départ l'observation du jeune malade qui occupait, il y a encore quelques jours le nº 17 de notre salle Saint-Pierre.

Il y a trois mois et demi environ, se présentait à la consultation de notre service un jeune homme de 17 ans, qui présentait au niveau de la face externe de la jambe droite deux petits orifices donnant issue à quelques gouttes de pus.

Quatre mois auparavant, il avait ressenti quelques jours après un traumatisme assez violent ayant porté sur la partie inférieure de la jambe droite une vive douleur dans la région sus-malléolaire externe, à laquelle avait bientôt fait suite un gonflement assez marqué. Puis, rapidement la douleur s'était étendue à tout le cou-de-pied interdisant toute espèce de marche, pendant que la peau prenait une coloration rougeâtre. La tuméfaction et la douleur augmentant les jours suivants, on appela un médecin, qui pensant à un hématome infecté conseilla l'application de pansements humides et chauds. Sous cette médication, les téguments ne tardèrent pas à prendre un aspect luisant et tendu, et deux jours après, ils se perforèrent en deux endroits laissant échapper au dehors un pus jaune et épais.

A partir de ce moment, les phénomènes douloureux ne tardèrent pas à s'amender puis à disparaître complètement, la tuméfaction se résorba peu à peu, la marche redevint possible, seuls les deux orifices, en dépit des divers traitements essayés persistèrent ne cessant de donner issue à un écoulement purulent.

En examinant ce malade, je constatais à la partie inféro-externe de la jambe droite l'existence d'une zone rougeâtre, de quelques centimètres d'étendue, recouverte en partie de croûtelles, où l'on relevait la présence de deux orifices fistuleux répondant l'un à la malléole et l'autre à la partie diaphysaire inférieure du péroné. La palpation, tout à fait indolore, montrait que l'os était notablement augmenté de volume et l'exploration au stylet des trajets fistuleux indiqua qu'ils conduisaient au sein d'un tissu osseux, friable et raréfié.

Les mouvements des articulations du cou-de-pied et du genou ne présentaient rien d'anormal, la marche n'était pas douloureuse ; il n'y avait rien à signaler du côté des différents appareils de l'économie, pas de fièvre, ni de réaction générale.

Etant donné l'anamnèse, et l'aspect clinique des lésions, un seul diagnostic était possible, celui d'ostéomyélite fistulisée du péroné, dont la suppuration devait vraisemblablement être entretenue par l'existence d'un séquestre diaphysaire : aussi ai-je conseillé à ce jeune malade d'entrer dans notre service en vue d'une intervention chirurgicale seule thérapeutique possible à mon avis en pareil cas.

Mais avant d'opérer, et cela afin de bien préciser le degré d'extension des lésions, je fis procéder à un examen radiographique, qui me montra que toute la partie inférieure de la diaphyse péronière, réduite à l'état de séquestre, était englobée dans un très volumineux os périostique : la malléole externe était également très épaissie,

et très nettement augmentée de volume. Il n'y avait pas d'altérations osseuses au niveau du tibia et des os de l'arrière pied.

L'intervention chirurgicale eut lieu quelques jours plus tard sous anesthésie générale à l'éther ; après incision longitudinale des téguments de la face externe de la jambe, étendue depuis la région moyenne jusqu'à la pointe de la malléole, j'arrivai sur un os diaphysaire périostique, qui fut assez facilement trépané, et dont l'ouverture me permit de faire l'ablation d'un séquestre invaginé mesurant près de huit centimètres de long : je procédai ensuite au curettage de la malléole, qui n'était plus guère représentée que par une coque osseuse assez résistante renfermant une matière friable pleine de fongosités.

La plaie laissée largement ouverte fut pansée avec de la gaze imbibée de bouillons vaccins : la cicatrisation marcha assez rapidement, et quand notre jeune malade quitta le service, il était complètement guéri.

L'ostéomyélite du péroné dont je viens de vous présenter une observation tout à fait nette, ne paraît guère avoir beaucoup sollicité l'attention médicale, car en dehors de la thèse de Pouliquen (1906) et d'un mémoire assez récent dû à Jean Piquet (1927), on ne trouve que des observations assez éparses dont les plus anciennes paraissent être celles de Le Fort (1873), de Lannelongue et Comby (1879), de Trélat (1885), de Régnier (1887), de Polaillon et de Roy (1888).

Il s'agit là d'une lésion que l'on ne rencontre qu'assez rarement en clinique, moins souvent encore qu'au niveau du radius et du cubitus, où l'on ne les observe pas déjà très fréquemment, et pour ma part, c'est la première fois qu'il m'a été donné de relever cette localisation de l'ostéomyélite. Maintenant, si vous me demandez quelles peuvent bien être les raisons de cette rareté, je pourrais vous répondre que la grande majorité des auteurs invoque pour l'expliquer la petite quantité de tissu spongieux contenue dans le péroné, n'offrant par suite qu'un terrain défavorable pour l'évolution microbienne, sa faible vacularisation ainsi que son peu d'action physiologique.

Piquet se demande cependant si l'ostéomyélite du péroné est bien aussi rare qu'on le prétend et pense qu'elle doit être beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit et surtout qu'on ne l'écrit, car personnellement, en l'espace de quelques années, il a eu l'occasion d'en observer 19 cas, dont 8 se rapportaient à une localisation primitive.

Ce fait assez surprenant au premier abord, doit vraisemblablement tenir à ce fait que l'ostéomyélite du péroné, ne s'accompagnant généralement pas de symptômes bien graves et revêtant pendant un temps assez long le masque d'affections plus banales, on n'est guère porté à y songer. Comme le dit très justement Piquet, chez presque tous les malades qu'il a observés à la période de chronicité, on avait pensé au moment des accidents aigus à un simple phlegmon des parties molles, et on avait pratiqué des incisions portant uniquement sur les plans superficiels, sans que l'existence du foyer sous-jacent ait été soupçonné. Plus tard, le début souvent insidieux, l'évolution subaiguë, l'existence d'une suppuration interminable et torpide évoluant sans atteinte grave de l'état général font penser, quand l'origine osseuse est reconnue, à une lésion bacillaire, et seule la radiographie permet de reconnaître la nature exacte des lésions grâce à la forte réaction périostique qui se manifeste toujours en pareils cas.

L'ostéomyélite aiguë, qu'elle atteigne les os longs, les os courts ou les os plats, se manifeste presque toujours pendant la période de développement du squelette, c'est-à-dire pendant l'enfance et l'adolescence. Elle se rencontre surtout chez les garçons plus turbulents et par suite plus exposés aux traumatismes, et c'est probablement aussi pour des raisons du même ordre que le péroné droit est plus fréquemment atteint que le péroné gauche.

Mais bien que l'immense majorité des observations se rapportant à cette localisation ostéomyélitique se voit de 2 à 19 ans, il ne faut pas cependant oublier que l'on a rapporté un certain nombre de cas survenus chez l'adulte.

Au point de vue étiologique, on trouve assez souvent comme causes prédisposantes de l'ostéomyélite un mauvais état général, ou encore une affection aiguë, grippe, rhumatisme, variole, scarlatine, rougeole, varicelle, qui ont mis l'organisme en état de moindre résistance et, par conséquent en état de réceptivité. A ce sujet, il convient encore de mentionner l'influence du traumatisme, signalé dans plusieurs observations et dans la nôtre en particulier, et qui aurait pour résultat de localiser au niveau du péroné, les agents microbiens pénétrés dans l'organisme.

Quant aux portes d'entrée de ces germes virulents, les plus fréquentes sont des érosions cutanées, panaris, impétigo, engelures, furoncles, fissures des lèvres, ulcérations de la bouche, lésions de grattage des fosses nasales, etc. : dans quelques cas, comme dans le nôtre, malgré toutes les recherches, cette porte d'entrée reste inconnue.

En ce qui concerne le microbe en question, il s'agit le plus souvent de staphylocoque doré, plus rarement de staphylocoque blanc, de streptocoque ou de pneumocoque. Il ne semble pas que l'on ait pu relever au niveau du péroné la présence d'autres microbes, colibacille, entérocoque ou bacille d'Eberth, signalés si fréquemment au cours des ostéites évoluant au niveau des autres os longs.

Vous savez que l'ostéomyélite prend toujours naissance au niveau de ce que l'on désigne du nom de bulbe osseux, qui est la région diaphysaire contiguë au cartilage de conjugaison, et comme le péroné ne fait pas exception à cette règle, c'est donc au voisinage de ces zones d'accroissement que siègent les lésions.

En dehors du point diaphysaire primitif qui donne la plus grande partie de l'os, le péroné, je me borne à vous le rappeler, se développe par deux points complémentaires, le point épiphysaire inférieur qui se montre vers l'âge de 2 ans et s'unit à la diaphyse de 18 à 19 ans, et le point diaphysaire supérieur qui apparaît à l'âge de 4 ans, et se soude à la diaphyse de 19 à 22 ans ; ce qui nous donne donc la possibilité de deux foyers ostéomyélitiques, l'un au niveau de la malléole externe et l'autre à la hauteur de la tête du péroné.

Mais contrairement à la loi d'Ollier, d'après laquelle la fréquence des atteintes osseuses est en raison directe de leur fertilité, et au membre inférieur les apophyses fertiles sont celles qui avoisinent le genou, le siège de l'infection osseuse se trouve presque constamment à l'extrémité inférieure de l'os. L'ostéomyélite primitive de l'extrémité supérieure est presque exceptionnelle, et même lorsque le péroné touché en totalité réalise le type de l'ostéomyélite bipolaire, les lésions prédominent toujours au niveau de l'extrémité inférieure de l'os et diminuent d'intensité à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité supérieure.

Quant à la cause de cette localisation péronière qui s'oppose en quelque sorte à celle des autres os longs, certains auteurs ont cru la voir dans un traumatisme ayant réalisé l'entorse juxta-épiphysaire chère à Ollier. Ce rôle de traumatisme est indéniable dans un certain nombre d'observations, et chez notre malade, il est tout à fait probant ; mais il est beaucoup de cas dans lesquels il a été impossible de relever la moindre action vulnérante, et alors nous sommes bien obligés de reconnaître que la raison de la fréquence nous échappe d'une manière complète.

L'infection du péroné, déterminant les lésions en tous points semblables à celles qu'elle produit sur les os longs et évoluant selon les trois stades classiques de congestion, de suppuration et de nécrose, débute comme toujours au niveau du bulbe juxta-épiphysaire, et dans l'immense majorité des cas, je vous le rappelle, à l'extrémité inférieure : de ce point, elle s'étend très rapidement vers la diaphyse et vers l'épiphyse.

Ce qui frappe particulièrement dans l'évolution de ces ostéomyélites, c'est leur tendance à envahir la totalité de l'os d'une extrémité à l'autre, réalisant ainsi suivant le mot de Piquet, non seulement une pandiaphysite, mais une diaphyso-épiphysite. Bien que l'ostéomyélite du péroné réalise souvent le type d'une ostéomyélite bipolaire, il ne s'agit pas ici d'une double ostéite juxta-épiphysaire, par infection indépendante et simultanée des deux extrémités, la partie diaphysaire restant plus ou moins intacte, mais d'une propagation de l'infection d'un bulbe osseux à l'autre le long de la diaphyse.

La rapidité avec laquelle se fait cette extension est très variable, dépendant de la virulence de l'infection causale, de la résistance du sujet, ainsi que de la précocité du traitement ; quoi que l'on ait signalé des cas où elle s'était réalisée en quelques jours, il faut généralement plusieurs semaines et parfois plusieurs mois pour que la diaphyse soit totalement intéressée. Quant à la raison même de la rapidité de cet envahissement, elle ne présente pas à l'heure actuelle d'explication satisfaisante.

L'infection se propage, vous ai-je dit, à la fois du côté de la diaphyse et du côté de l'épiphyse, voyons quels en sont les résultats.

Ce sera d'abord, en ce qui concerne la diaphyse, sa nécrose, et la séquestration est une chose habituelle pour peu que l'intervention ait été un peu tardive : on trouve alors au centre d'un os périostique de dimensions assez considérables une diaphyse séquestrée en plus ou moins totalité. En absence de tout traitement chirurgical, le séquestre pourra être en partie rongé et partiellement détruit, mais cette résorption spontanée est toujours extrêmement lente et demande de longs mois.

Au niveau de l'épiphyse, contrairement à ce que l'on observe ordinairement au niveau des os longs, où le cartilage de conjugaison oppose une barrière efficace au passage du pus, l'infection se propage vers la malléole à travers le cartilage pour déterminer une nécrose plus ou moins étendue avec production de séquestres, qui s'accompagne d'ailleurs, comme au niveau de la diaphyse, d'un processus très accusé d'hyperostose périostique.

Cette marche du processus infectieux vers l'épiphyse inférieure peut entraîner des complications du côté de la malléole externe ainsi que du côté de l'articulation tibio-tarsienne.

Le décollement aigu de la malléole, signalé par Broca, par Le Fort, et par Gérard-Marchant, et qui se complique toujours d'infection de l'articulation du cou-de-pied, est un accident possible, mais très peu fréquent de l'ostéomyélite du péroné, et son peu de fréquence doit vraisemblablement tenir à la faible résistance du cartilage de conjugaison, qui se laissant aisément traverser par la suppuration, ne permet pas l'accumulation de pus au-dessus de lui.

L'infection de l'articulation tibio-tarsienne est, elle aussi, extrêmement rare, ce qui au premier abord vous paraîtra peut être un peu anormal, étant donné les rapports étroits de contiguïté

existant entre le bulbe juxta-épiphysaire, le cartilage de conjugaison, la malléole et l'articulation du cou-de-pied ; cependant si vous vous souvenez que la face externe de la malléole se trouve complètement en dehors de l'articulation bien isolée de la synoviale par les ligaments qui viennent s'insérer sur son pourtour et que sa face interne est bien recouverte par un cartilage en continuité directe avec le surtout périostique et renforcé par une couche osseuse compacte, vous comprendrez aisément qu'il existe là des moyens de protection suffisants pour empêcher toute propagation tibio-tarsienne.

Bien qu'elles soient théoriquement possibles, l'atteinte secondaire du tibia et la prise de l'articulation péronéo-tibiale inférieure n'ont jamais été signalées : aussi crois-je complètement inutile d'y insister, je me borne à vous les signaler.

Quant à l'infection du genou à la suite de l'évolution d'un foyer ostéomyélitique au niveau de la tête du péroné, elle est tout à fait exceptionnelle et on n'en cite que quelques cas, dont le plus important est celui relaté par Lougnon, et dans lequel la propagation avait dû s'effectuer par l'intermédiaire d'un prolongement synovial.

Cliniquement, l'ostéomyélite du péroné se manifeste au début par une douleur plus ou moins vive : dans certains cas, elle est très minime, se traduisant par une simple sensation d'endolorissement, dans d'autres, au contraire, elle est assez intense, pour forcer le malade à garder le lit.

Siégeant ordinairement au niveau de la cheville, mais pouvant encore être ressentie plus haut dans la région du mollet, elle est presque toujours bien fixée restant localisée au point où elle s'est montrée pour la première fois ; plus rarement, elle tend à s'irradier vers la racine du membre, vers le creux poplité ou vers le pied. Elle se manifeste généralement sous une forme continue d'emblée sans rémissions, mais peut parfois évoluer sous la forme de crises augmentant d'intensité et parvenant à empêcher tout repos.

Quant aux phénomènes généraux par lesquels débute ordinairement toute ostéomyélite, ils manquent presque complètement pendant les premiers jours : l'état général n'est nullement altéré et tout se borne à une très légère élévation de température. Ce n'est que plusieurs jours après le début des accidents qu'ils font leur apparition, tout en restant très modérés : il y a quelques vagues malaises, de l'inappétence, un peu de céphalée, de l'abattement, la fièvre en général peu élevée atteint rarement 39°.

Au bout de quelques jours, dans la région où les phénomènes douloureux s'étaient manifestés, apparaît une tuméfaction de caractère inflammatoire qui gagne progressivement tout le côté externe de la partie inférieure de la jambe, empiétant un peu sur la région du cou-de-pied. La peau qui la recouvre est normale au début, mais rapidement elle présente de l'augmentation de la circulation veineuse, de la rougeur et de l'œdème. On note alors l'existence d'une masse allongée de volume variable, assez profondément adhérente et sensible à la pression, qui peut demeurer sationnaire pendant un temps plus ou moins long ; puis à un moment donné, soit spontanément, soit à la suite d'une irritation quelconque, il se produit une ouverture cutanée, et le pus s'écoule à l'extérieur. Il en résulte une fistule conduisant sur le péroné et qui ne présente aucune tendance spontanée à la fermeture, jusqu'à ce que le séquestre ait été enlevé chirurgicalement, car le fragment osseux est trop volumineux pour s'éliminer spontanément : après l'intervention la guérison s'obtient assez rapidement.

L'inflammation osseuse peut se manifester sous diverses modalités : elle peut évoluer sous une forme aiguë analogue à celle que je viens de vous décrire, mais elle peut également présenter une autre allure, suraiguë, subaiguë ou chronique d'emblée.

Il est des cas d'ostéomyélite du péroné, extrêmement rares heureusement, où les phénomènes septicémiques sont si marqués qu'ils emportent le malade quelques jours avant toute intervention sur le foyer dans les cas particulièrement graves, ou malgré un traitement chirurgical très précoce : c'est ce qui advint au malade de Braquehaye qui fut emporté le 6e jour de la maladie, à celui d'Evans qui mourut en huit jours de temps, et à un des opérés de Sulzer qui succomba quatre jours après une trépanation très précoce de l'os. Cette forme suraiguë se caractérise essentiellement par une douleur spontanée très vive dans la région tibio-tarsienne, et l'apparition rapide de symptômes locaux : les téguments sont rouges, tendus, luisants, largement empâtés et très douloureux à la pression. Quant aux phénomènes généraux, ils sont très graves, le faciès est profondément altéré, d'aspect typhique, la fièvre oscille entre 39 et 40°, le pouls est rapide autour de 120, l'anorexie est complète, s'accompagnant de vomissements et de diarrhée.

Dans les formes subaiguës au contraire, la fièvre reste modérée et peut même manquer totalement : la symptomatologie se réduit par suite à l'existence d'une douleur et d'une tuméfaction phlegmoneuse qui s'ouvre spontanément, quand une incision n'a pas été pratiquée.

En outre, l'ostéomyélite du péroné peut présenter encore une allure chronique d'emblée ; hyperostosante : le début est lent comme dans la périostite légère, l'os se déforme peu à peu, et se tuméfie en un point. mais alors, il marche ultérieurement vers l'abcédation au lieu de tendre vers la résolution spontanée.

L'évolution de ces diverses formes d'ostéomyélite peut être marquée par l'apparition de diverses complications soit d'ordre général soit d'ordre local.

Les premières, analogues à toutes celles que l'on voit au cours des grandes infections, revêtent l'allure des manifestations viscérales de la septico-pyohémie : ce sont les séreuses qui sont atteintes, ainsi que le rein qui est frappé de néphrite aiguë. Ces complications qui s'observent très rarement n'apparaissent que dans les formes suraiguës.

Parmi les secondes, je vous mentionnerai tout d'abord l'arthrite tibio-tarsienne qui est extrêmement rare : l'infection osseuse est en effet presque toujours de virulence assez modérée et il est tout à fait exceptionnel que l'on observe un décollement aigu de l'épiphyse ayant pour conséquence l'irruption de pus dans l'articulation et l'apparition d'une arthrite.

Ce que l'on remarque par contre assez souvent, pendant toute l'évolution de la période aiguë, c'est un certain degré de réaction articulaire de la tibio-tarsienne se traduisant par une limitation des mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe, qui disparaît assez rapidement.

Quant aux autres complications possibles, on ne les observe pour ainsi dire jamais : l'arthrite du genou est tout à fait exceptionnelle et il en est de même de l'infection de la gaine des péroniers : quant à une déviation ultérieure du pied en varus ou en valgus suivant un hyper ou un hypoaccroissement du péroné, que l'on devrait rencontrer dans tous les cas de lésions du cartilage de conjugaison, on n'en connaît qu'un très petit nombre de cas.

Bien que chez un sujet en période de croissance, on doive toujours penser à l'ostéomyélite du péroné lorsqu'une collection se développe sur la face externe de la jambe, le diagnostic, en raison sans doute du peu de fréquence de l'affection, a été très rarement porté.

A la période de début, lorsque l'attention est uniquement attirée par des phénomènes généraux, on est forcément amené à penser à toute autre chose qu'à une ostéomyélite péronière, car une maladie grave, typhoïde, rougeole, scarlatine, etc., peut commencer par de semblables symptômes. C'est là un diagnostic banal, qui se retrouve dans tous les cas d'ostéomyélite quel qu'en soit le siège, aussi n'y insisterai-je pas.

Après l'apparition de phénomènes douloureux, vous pourrez songer au rhumatisme articulaire, mais bien vite, l'intensité anormale de l'élément douleur, l'absence de déterminations cardiaques, l'inefficacité du salicylate de soude vous feront abandonner cette hypothèse.

Quand l'œdème du membre ainsi que sa rougeur apparaîtront, vous penserez peut-être tout d'abord à une lymphangite ou à une synovite aiguë des gaines péronières. La recherche infructueuse d'une plaie du pied, l'absence d'adénite, la constatation d'une douleur vive, paroxystique, exagérée par la pression, vous mettront vite sur la voie du diagnostic que viendra confirmer, après incision et évacuation de la collection purulente, la constatation au stylet d'un point du péroné dénudé.

A la période de chronicité, la radiographie vous montrera l'existence d'un os périostique toujours très considérable, dont les dimensions varieront avec l'ancienneté de la suppuration.

Dans cet os périostique se trouvera encastré un séquestre constitué par une portion plus ou moins grande de la diaphyse péronière, plus ou moins rongée par les bourgeons charnus. L'aspect radiologique sera tellement typique qu'il ne pourra laisser place au moindre doute dans votre esprit.

La tuberculose peut parfois donner lieu à une réaction périostée, mais cette dernière reste toujours discrète, limitée, les séquestres sont moins volumineux ; en outre une lésion tuberculeuse de l'extrémité inférieure du péroné s'accompagne rapidement d'une tumeur blanche du cou-de-pied.

Quant à la syphilis héréditaire, qui se localise rarement au péroné, les douleurs très vives et la tuméfaction qui l'accompagnent pourront peut-être vous faire penser à une périostite spécifique, mais en dehors des stigmates et des réactions sérologiques vous ferez facilement le diagnostic par l'aspect radiologique qui montre un épaississement diffus de l'os sans séquestre invaginé.

C'est par cet aspect très particulier, qui montre dans l'ostéomyélite du péroné une diaphyse séquestrée entourée par de l'os de nouvelle formation, que vous pourrez également reconnaître l'ostéo-sarcome dont les localisations péronières ne sont pas exceptionnelles.

Au point de vue du traitement, étant donné que, dans l'ostéomyélite péronière, il existe des lésions osseuses plus ou moins étendues, et un séquestre plus ou moins volumineux, la vaccinothérapie ainsi que les ponctions suivies de lavages antiseptiques sont totalement insuffisantes : tous les auteurs ont reconnu que la seule thérapeutique qui puisse convenir en pareil cas était le traitement chirurgical. Il faut donc aller au foyer osseux, inciser le périoste pour donner issue au pus et pratiquer l'extraction de la diaphyse séquestrée : les avis diffèrent seulement sur le moment opportun de réaliser la résection diaphysaire.

La grande majorité des chirurgiens conseille de la faire d'emblée, en pleine période aiguë, dès que le diagnostic a été porté : en agissant ainsi, on évite l'intoxication de l'organisme en supprimant le foyer ostéomyélitique, et on limite éga-

lement les progrès de l'infection qui n'a que trop de tendances à s'étendre au reste de l'os. C'est ainsi qu'ont procédé Ollier, Bergmann, Sulzer, Leveuf et Bichat, Muller et plus récemment Hamilton Bailey (1930) qui, après une diaphysectomie très étendue, n'a pas craint de réaliser une suture primitive.

J. Piquet n'est pas de cet avis, car les avantages allégués en faveur d'une résection précoce lui paraissent plus théoriques que réels. Etant donné la rareté des formes graves et par suite du peu de retentissement sur l'état général, l'ignorance où l'on est de l'étendue du processus de nécrose, les dangers que peut faire courir à l'articulation tibio-tarsienne une résection effectuée en pleine période aiguë, avant toute organisation de défense locale, ainsi que les absences de reconstitution du péroné signalées à la suite de plusieurs interventions (Holmes, Polaillon), il estime plus prudent d'intervenir en deux étapes successives.

Il conseille de n'effectuer dans un premier temps que l'incision périostique qui suffit pour amener la disparition des phénomènes inflammatoires locaux et des phénomènes généraux, la trépanation de l'os ne lui paraît pas nécessaire étant donné que la cavité médullaire du péroné peut être considérée comme pratiquement négligeable : ce n'est que lorsque la séquestration se sera effectuée que l'on devra pratiquer l'ablation de la diaphyse dans une deuxième intervention.

En ce qui me concerne, bien que les arguments donnés par Piquet paraissent des plus séduisants, je ne crois pas devoir y souscrire, car en dehors de l'inconvénient de deux opérations successives, il me paraît toujours dangereux de laisser au contact de l'organisme un foyer osseux en voie de suppuration et de nécrose ; aussi vous conseillerais-je toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'un cas d'ostéomyélite péronière de pratiquer d'emblée la résection diaphysaire. Les brillants résultats obtenus jusqu'ici légitiment complètement à mon avis cette ligne de conduite.

---

## LA SCARLATINE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE

Par le Dr Madeleine FRIANT.

La scarlatine est une maladie contagieuse, endémique, qui, à l'inverse de la fièvre typhoïde, diminue lorsqu'on s'éloigne des régions septentrionales pour aller vers le Midi. Elle apparaît aussi par intermittences sous forme d'épidémies massives, à début lent.

La scarlatine est surtout la maladie de la seconde enfance, de six à dix ans.

L'*incubation* est de 3 à 7 jours d'après Cadet de Gassicourt. Il faut surtout retenir que cette incubation est courte : Trousseau rapporte un cas de 24 heures. L'*invasion* est brusque avec symptômes généraux bruyants, céphalée, angine, etc... : 24 heures après le début de l'invasion, apparaît le *rash* caractéristique.

Le *pronostic* est très variable selon les cas et aussi, selon les régions géographiques. La scarlatine est particulièrement redoutée, et à juste titre, des populations anglo-saxonnes chez lesquelles les épidémies présentent toujours un caractère de haute gravité.

### Le germe de la scarlatine

La scarlatine est causée par un germe autonome et spécifique. On a observé que la scarlatine, chez ceux qui l'ont contractée, laisse une immunité stable qui dure un certain temps. Les récidives sont rares, sans être exceptionnelles.

A côté de l'éruption caractéristique de la scarlatine qui, comme l'on sait, est constituée de petits points formant une saillie très légère et ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle, ce pointillé reposant d'abord sur peau saine, la peau devenant bientôt elle-même d'un rouge diffus, puis écarlate, et le pointillé tendant enfin à disparaître lui-même dans la rougeur généralisée, il existe des syndromes scarlatins qui évoluent, par exemple, après l'accouchement et que l'on a reconnu être d'origine streptococcique. Il n'est pas rare non plus d'observer des rash scarlatiniformes, avec desquamation de l'épiderme parfois, qui ne semblent avoir de commun avec la scarlatine que l'éruption elle-même.

Les recherches des bactériologistes concernant le germe scarlatin ont beaucoup d'intérêt.

En 1887, Lœffler observe que, dans la gorge des scarlatineux, il existe toujours des streptocoques et il conclut à l'origine streptococcique de la scarlatine.

Contrairement à Lœffler, la plupart des auteurs, vers 1890, pensent qu'un virus différent du streptocoque est en cause.

En 1892, Berger, de même qu'Aronson et Moser, démontre que le sérum des scarlatineux agglutine le streptocoque.

Cantacuzène, en 1907, suppose qu'il s'agit d'un streptocoque banal qui se charge du virus scarlatin et qui ne serait, par suite, qu'un vecteur.

En 1914, Bernhardt parvient à inoculer la maladie à un singe (après filtration) ; il s'agirait donc d'un ultravirus,

En 1915, les Américains, Dick en particulier, incriminent la toxine d'un streptocoque hémolytique.

De sorte que, de 1887 à 1916, c'est-à-dire durant une trentaine d'années, on peut représenter les théories régnantes au sujet du virus scarlatin, comme alternant à plusieurs reprises de la théorie streptococcique à celle du virus autonome.

En somme, la question n'est pas fixée.

Dœrr observe dans le sang un microbe libre inclus dans les leucocytes, mais on a reconnu depuis que les inclusions de Dœrr n'étaient pas des inclusions d'organismes vivants.

En Lithuanie, Coronia (1923), sur une coupe de rate, observe un coccobacille ovoïde, de culture difficile, anaérobie, et qui est agglutiné par le sérum de convalescent de scarlatine.

Salem Beni signale un bacille très court, qui ne se colore pas suivant la méthode de Gram et qui est strictement anaérobie.

La question du virus scarlatin est donc toujours à l'étude, aucune observation ne semblant décisive jusqu'ici.

Quoi qu'on puisse penser du germe de la scarlatine, il est un fait certain, c'est que sa contagiosité est très grande pendant toute la maladie. Les squames, par elles-mêmes, ne sont pas contagieuses, mais peuvent être le vecteur de mucus contagieux. Le virus est très résistant, et, par suite, la contagion indirecte fréquente. Les formes frustes de la maladie existent assez souvent et peuvent ne se révéler que par les symptômes de la période d'invasion : angine, courbature ; ces formes sont particulièrement importantes à reconnaître à cause de leur grande contagiosité.

La contagion qui a lieu avant l'éruption, à la phase éruptive et durant la convalescence, semble se produire par l'intermédiaire d'un germe qui siège au niveau de la bouche et du pharynx.

L'isolement prescrit par la loi, de 40 jours pour le malade, se trouve insuffisant dans quelques cas.

**La prophylaxie de la scarlatine**

1° En ce qui concerne le malade : la déclaration est obligatoire (n° 4), l'isolement est de rigueur, la désinfection par des bains savonneux suivis d'onctions huileuses, au moment de la desquammation sont nécessaires.

Il est prudent d'effectuer une désinfection terminale des locaux.

La méthode de Milne, qui consiste à entourer le malade et son lit d'une tarlatane imprégnée d'huile eucalyptolée, est une mesure à préconiser. Les badigeons du rhino-pharynx et les instillations nasales à l'huile phéniquée sont aussi indiqués.

2° Dans une école, si un cas de scarlatine se présente, il faut éloigner immédiatement l'enfant des autres écoliers ; les frères et sœurs du scarlatineux ne doivent fréquenter l'école que huit jours après le dernier contact.

Il faut surveiller le rhino-pharynx des écoliers, mais ne pas licencier l'école.

La réaction de Dick, en ce qui concerne la scarlatine, est comparable à la réaction de Schick, pour la diphtérie. On obtient la toxine de la réaction en prélevant des streptocoques sur les amygdales d'un scarlatineux et on en fait une culture qui fournit, après filtration, la toxine de Dick.

Lorsqu'on pratique une inoculation intradermique de cette toxine (1 /10e de centimètre cube au 1 /1.000e), après 24 heures, on constate un érythème si la réaction est positive,

Il faut toujours faire une scarification témoin sur l'autre bras avec la toxine chauffée à 100° durant une heure.

Chez les scarlatineux, la réaction est positive dans les 4 à 5 premiers jours et pendant la convalescence.

Cette réaction est d'un grand intérêt au point de vue de la prophylaxie : elle permet de reconnaître immédiatement les sujets réceptifs.

Le vaccin de la scarlatine.

On a fait récemment des essais d'immunisation par le vaccin dont voici les principaux résultats :

*a*) Zingher au moyen de la toxine streptococcique 100 fois plus concentrée que pour la réaction de Dick obtient, après vaccination, une réaction de Dick négative dans 60 % des cas.

*b*) Debré pratique cinq injections de toxine : de 1 /10e, 3 /10es, 1 cc., 3 cc. et 6 cc. ; le Dick, après vaccination, se trouve négatif dans 80 % des cas.

*c*) Colbi, en Amérique, emploie la « cryptotoxine ». Il s'agit de toxine mise en présence d'oléate de soude : c'est, en somme, une anatoxine.

Il faut faire deux injections, et les doses doivent être très fortes. Le Dick devient négatif dans 97 % des cas.

D'autres essais furent faits en Pologne par Bolonowski et Muller, notamment, en 1926, au moyen de filtrats streptococciques ; les résultats furent assez satisfaisants.

Le sérum.

Nous avons maintenant, et depuis peu d'années, à notre disposition deux sortes de sérum :

*a*) Le sérum antistreptococcique,

*b*) Le sérum de convalescent de scarlatine.

*a*) Le *sérum antistreptococcique.*

Il faut signaler surtout celui de Dick et de Debré qui a une certaine valeur au point de vue curatif : à la dose de 80 cc. par jour, il atténue l'éruption et diminue la desquamation. Dans les cas de scarlatine maligne, il y a rapide atté-

nuation des phénomènes toxiques ; ce sérum est sans action sur les complications de la scarlatine qui, pourtant, reconnaissent le streptocoque pour agent spécifique.

Au point de vue préventif, ce sérum produit une immunité très passagère et, par suite, présente peu d'intérêt.

*b*) Le *sérum de convalescent* donne des résultats et peut être employé dans les formes graves au même titre que le sérum antistreptococcique.

En somme, nous ne sommes pas désarmés devant la scarlatine comme on l'était, par exemple, il y a dix ans. Nous possédons, des méthodes préventives et curatives qui ont déjà fait leurs preuves.

## PRATIQUE CHIRURGICALE

### L'opération à domicile
### L'eau bouillie

Par le Dr J. Fiévez, de Malo-les-Bains.

On peut affirmer que la plupart des interventions chirurgicales sont exécutées en clinique dans de meilleures conditions qu'au domicile des malades. On peut estimer que l'idéal est près d'être réalisé en Amérique, où la moindre opération est pratiquée en milieu spécialisé... Il n'en est pas moins certain que l'opération à domicile s'impose pour quelques intransportables, dont le pourcentage seul prête à discussion. On peut estimer aussi que ne pas déranger le malade de ses habitudes, et tout d'abord le laisser dans son milieu, entouré de ses affections, est un avantage, dont il n'y a pas lieu de le priver, quand l'intervention à domicile est facilement réalisable ; à tort ou à raison en tout cas, il est un certain nombre de patients qui veulent bien être opérés, mais qui refusent obstinément de quitter leurs quatre murs !

Je ne discuterai pas plus avant ce problème, que chaque chirurgien résout un peu selon son tempérament, et les conditions générales de sa pratique. Ceux d'entre nous, qui étaient familiarisés avec l'opération à domicile, ont étonné leurs confrères, en 1914 et au début de 1915, par la facilité avec laquelle ils savaient tirer parti des circonstances, qui paraissaient les moins favorables à l'exercice de la chirurgie !

Mon intention n'est pas non plus de détailler les préparatifs nécessaires, lesquels aussi bien sont éminemment simples et varient, en somme, assez peu d'une opération à l'autre... Pratiquement, je ne rencontre guère qu'une seule difficulté, mais celle-là à peu près irréductible, la question de l'eau bouillie.

L'eau bouillie sert pour la toilette des mains et des avant-bras du chirurgien et de son aide. On peut évidemment la remplacer, en recourant au nettoyage par l'alcool, qui a l'inconvénient de durcir la peau et de diminuer ainsi la sensibilité des doigts, instruments essentiels du diagnostic chirurgical !... D'ailleurs, l'eau bouillie est indispensable dans deux cas, qui, assez fréquemment, sont opérés à domicile, la hernie étranglée, et surtout le curettage : dans le premier cas, l'eau sert pour l'affusion tiède sur l'intestin étranglé ; dans le deuxième, pour l'injection intra-utérine, pendant et à la fin de l'intervention.

Or, quand vous demandez de préparer de l'eau bouillie, on vous apporte, neuf fois sur dix, de l'eau bouillante ! Il est facile, dira-t-on, de préciser qu'il s'agit d'eau bouillie refroidie. C'est là, en fait, que commence la difficulté ! Dans les Flandres où j'exerce, il est courant qu'on m'ait préparé deux immenses marmites d'eau bouillie, dont l'une d'eau bouillie refroidie ; mais on a réparti cette eau dans des brocs ou dans des seaux non stérilisés, et j'étonne fort le milieu quand, impatienté, je déclare que c'est « de la cochonnerie » !

Pour le curettage, j'ai fait préparer par Robert et Carrière des ampoules d'eau stérilisée de 500 grammes ; avec deux ampoules, je fais facilement ma ou mes injections intra-utérines.

Mais on est parfois pris au dépourvu, sans avoir immédiatement sous la main ces ampoules ou des ampoules de sérum artificiel.

Il existe, au surplus, à peu près dans tous les foyers, un récipient qui résout parfaitement le problème de la préparation et de la conservation pendant quelques heures de l'eau bouillie, vraiment chirurgicale. C'est la bouilloire, la bouilloire à col de cygne verseur, en émaillé, en cuivre ou en aluminium (fig. 1). Une bouilloire de cinq

litres, bouillie pendant une demi-heure et laissée à refroidir pendant quelques heures, fournit l'eau froide ; une bouilloire de deux litres laissée à bouillir sur le feu, permet, par mélange, d'obtenir de l'eau tiède à toutes températures utiles. Ces sept litres d'eau bouillie sont très suffisants pour la toilette préopératoire et les besoins opératoires.

Eh bien ! il m'est encore arrivé qu'on me présentât l'eau bouillie de la bouilloire, transvasée dans un récipient quelconque, non stérile bien entendu ! Ne pas oublier donc de préciser qu'il faut laisser l'eau bouillie à refroidir dans sa bouilloire, jusqu'à son emploi par le chirurgien lui-même. Je doute que cela suffise à éviter toute sottise, tant la notion d'asepsie, qui devrait faire partie du bagage de tout écolier français, est étrangère à la quasi totalité de nos compatriotes, fort renseignés par ailleurs sur les combats de Pépin le Bref !

## LA CLINIQUE INFANTILE AU GOUT DU JOUR

### Sur les fièvres sans infection chez le nourrisson : fièvres alimentaires

D'après le Dr G.-L. Hallez (1)

Il est bien entendu qu'en présence d'un nourrisson fébricitant, on doit songer à une tout autre étiologie, car la fièvre est presque toujours le signe essentiel de l'infection.

L'infection peut d'ailleurs être évidente, et reconnaître pour cause une affection des organes respiratoires, une maladie éruptive qui va faire sa preuve, une affection digestive ou une septicémie.

Mais, au cours de la première enfance, l'origine de la fièvre peut rester mystérieuse, et il faut savoir la dépister par un examen complet du rhinopharynx, qui montrera l'existence d'une adénoïdite — par une auscultation et une radiographie, qui mettront en évidence des adénopathies trachéo-bronchiques avec ou sans réaction pulmonaire ; on pratiquera aussi une cuti-réaction de Von Pirquet, qui dénotera l'existence d'une bacillose latente ; un examen bactériologique des urines qui montrera la présence de coli-bacilles et d'une pyurie fibrigène.

La possibilité d'une *fièvre sans infection* ne viendra donc que secondairement à l'idée du praticien, après avoir songé à la possibilité de toutes ces causes de fièvre plus ou moins évidentes. Parmi les variétés de cette fièvre sans infection chez le nourrisson, il faut citer en premier lieu la fièvre alimentaire.

Il est bien prouvé, à l'heure actuelle, que l'enfant du premier âge peut présenter des poussées thermiques plus ou moins élevées, plus ou moins durables, qui sont liées à l'ingestion de certains aliments. Sans exagérer la fréquence de ces manifestations bizarres, il est important de les connaître et de les mettre à leur véritable place.

La fièvre est alors capricieuse, désordonnée, bien supportée par l'enfant, qui, d'autre part, augmente de poids, conserve son appétit et n'a pas de troubles digestifs. Son origine apparaît peu, si ce n'est dans cette caractéristique, qui est de disparaître, aussitôt que la cause alimentaire, qui l'a provoquée, est supprimée. Son diagnostic se fait surtout par élimination.

Cette fièvre alimentaire ne s'observe d'ailleurs que chez le nourrisson, et plus particulièrement encore pendant les huit ou dix premiers mois de la vie.

C'est la *fièvre de lait sec*, qui représente le type le plus pur de ces déséquilibres thermiques d'origine alimentaire.

Les accidents fébriles n'apparaissent généralement pas dès le début de ce mode d'alimentation ; il y a une période de latence de quelques jours. Un beau jour, l'enfant présente un peu d'agitation, de la mauvaise humeur ; puis, si ces signes persistent et que l'on mette un thermomètre, on trouve une température élevée : 39°5, 40°, 41°5 et même 42°. Cette fièvre peut être continue, ou au contraire très élevée. L'entourage, comme le médecin, s'inquiète, et cependant, l'enfant digère bien, sa croissance est satisfaisante, souvent régulière. Parfois on observe des convulsions. Mais, point essentiel, la température redevient normale, dès qu'on cesse l'alimentation en cause ; en 24 heures, elle tombe à 37°, pour reprendre avec de nouvelles prises de lait sec.

Cependant ces accidents sont beaucoup trop rares et trop bénins pour condamner l'emploi du lait en poudre dans l'alimentation des nourrissons sains ou malades, car il s'agit le plus souvent d'un défaut de technique, la poudre ayant été insuffisamment diluée. Néanmoins, certains enfants au cours de leur première année semblent prédisposés par un état constitutionnel, et la

(1) G. L. Hallez. — Les fièvres alimentaires du nourrisson, et en particulier la fièvre de lait sec. (*La Pratique médicale française*, octobre 1931, A).

fièvre apparaît chez eux avec une poudre de lait très normalement diluée.

D'une manière générale, dans un cas comme dans l'autre, il n'est pas toujours nécessaire de supprimer totalement le lait sec ; en étendant la dilution (soit en diminuant la quantité de poudre, soit en augmentant la quantité d'eau), on voit souvent disparaître la fièvre, à moins qu'elle ne fasse que diminuer d'une façon plus ou moins notable.

D'autre part, le chlorure de sodium, par le trouble qu'il apporte dans le métabolisme de l'eau, est également susceptible de provoquer chez le nourrisson des variations thermiques importantes : c'est la *fièvre de sel.*

Certains enfants, ayant pris du bouillon de légumes trop salé et trop concentré, ou même du chlorure de sodium normalement dilué au cours de légers troubles digestifs, peuvent présenter des hyperthermies ayant tous les caractères de la fièvre de lait sec.

On a signalé plus souvent les réactions fébriles, consécutives à des injections sous-cutanées de sérum physiologique ou d'eau de mer.

Il y a encore la *fièvre de soif*, qui peut apparaître dès que la quantité d'eau absorbée par le nourrisson tombe au-dessous de 80 grammes par kilogr. de poids corporel, au lieu de 120 à 150 gr., chiffre normal. Cette fièvre de soif se manifeste plus facilement si l'enfant reçoit par ailleurs des proportions de sel, de protéines ou d'urée supérieures à celles, qui sont considérées comme normales pour son âge et son poids, car ces substances, dites hydrophiles, exigent une grande quantité d'eau pour être brûlées, transformées ou éliminées (sucre, babeurre, petit lait, etc.).

Cette fièvre de soif s'accompagne naturellement de signes cliniques de déshydratation avec perte de poids, agitation, petitesse du pouls, et parfois convulsions.

Une carence en vitamine C amène parfois la *fièvre de carence*, et plus particulièrement la *fièvre scorbutique.* Celle-ci apparaît, ou bien au cours d'une maladie de Barlow confirmée, ou bien à titre de fièvre préscorbutique.

Elle est élevée, irrégulière, désordonnée ; il n'y a pas de troubles digestifs concomitants ; il y a un arrêt de la croissance. Sa durée peut être fort longue ; elle est parfois le seul signe d'un scorbut latent, et sa disparition presque immédiate dès l'adjonction au régime de jus de citron, ou autre substance riche en vitamine C, montre bien que l'infection n'est nullement en cause. Le diagnostic de fièvre scorbutique est confirmé généralement par l'adjonction d'anémie, de petites manifestations hémorragiques ou cutanées, de douleurs, de signes radioscopiques.

Les fièvres alimentaires semblent liées à un déséquilibre de l'appareil de régulation thermique. Chez le nourrisson, la régulation thermique résulte d'un équilibre entre la chaleur produite par l'assimilation des aliments (hydrates de carbone, protéines ou graisses) et la perte des calories par rayonnement, et par évaporation d'eau, plus particulièreement active au niveau de la peau et des poumons. Or, lorsque le lait sec apporte sous un volume réduit une quantité de beurre et surtout d'hydrates de carbone et de protéines, considérable par rapport au volume d'eau qui leur sert de véhicule, il en résulte que la production de calories est augmentée, mais la thermolyse n'est pas parallèlement accrue, puisque l'apport de l'eau et l'évaporation sont insuffisants : l'équilibre est rompu et l'hyperthermie peut apparaître.

Si la fièvre alimentaire apparaît surtout dans le bas âge, c'est que, chez le nourrisson, les centres organo-végétatifs du diencéphale sont encore trop peu développés pour assurer, comme chez l'adulte, la régulation de l'équilibre entre la thermogénèse et la thermolyse.

D'autre part, le *nourrisson est, en général, trop vêtu*, pour parer d'une autre manière au danger, en accroissant facilement sa perte calorique par conduction et par radiation ; si ce mode de thermolyse est compromis par manque d'eau disponible, sa température centrale s'élèvera fatalement.

Le *traitement* prophylactique de ces fièvres sans infection consiste à réaliser une dilution suffisante, lorsqu'on prescrit une alimentation par le lait sec, par les autres préparations de lait industrialisé et même par le lait condensé. On n'injectera que des solutions salines isotoniques ou *hypotoniques* chez des sujets déjà fébricitants ou infectés ; enfin, on n'instituera pas de régime carencé, particulièrement en vitamine C ; on donnera du jus de fruits en proportions suffisantes.

Peut-être une question de terrain intervient-elle à titre de cause prédisposante : souche neuro-arthritique, eczémateuse, asthmatique.

Si les accidents sont déclenchés, on cherchera à bien préciser la cause de l'hyperthermie ; son origine alimentaire. La température redevenue normale grâce à un traitement rationnellement indiqué, une contre-épreuve pourra être nécessaire, et prouver que le retour au mode primitif d'alimentation provoque une réapparition de l'hyperthermie. Mais généralement, on verra la fièvre tomber rapidement, en modifiant la technique alimentaire, en donnant de l'eau souvent et peu à la fois, en baignant le malade, en le couvrant légèrement.

En cas d'échec, surtout si l'hyperthermie reparaît, moins élevée mais persistante, il suffira de recourir à une alimentation différente, en utili-

sant le lait de vache ordinaire, et coupé normalement, ou bien, si possible, l'allaitement maternel.

Si en clinique, les fièvres alimentaires sont extrêmement rares par rapport à la fréquence des fièvres infectieuses, il est cependant utile de ne pas les méconnaître.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Les gangrènes diabétiques.

M. Marcel Labbé en a décrit trois types principaux : 1° la gangrène par artérite, analogue à la gangrène sénile ; 2° la gangrène nerveuse, qui se manifeste surtout sous forme de mal perforant ; 3° la gangrène par infection.

Une analyse minutieuse des symptômes permet de les distinguer. Il est rare d'ailleurs que ces types restent purs ; le plus souvent, ils se mélangent, s'associent, constituant cette forme de gangrène de pathogénie complexe, sur laquelle on avait tant discuté autrefois.

S'il est important, pour le pronostic et la thérapeutique, de séparer les trois formes de gangrènes chez les diabétiques, il faut cependant reconnaître qu'elles prennent généralement, en s'associant, une allure complexe, qui justifie assez le titre de gangrènes diabétiques, que leur avaient donné les anciens auteurs. (*La Presse médicale*, 10 juin 1931.)

### Les champignons. Leur toxicologie.

D'une étude très complète faite par M. E. Dufilho, nous retenons quelques points.

L'amanite phalloïde est l'espèce la plus vénéneuse ; ses traits caractéristiques sont : lamelles blanches, pied blanc, anneau, valve. A part ces caractères botaniques, il n'existe aucun autre procédé permettant de reconnaître le mauvais champignon ; aucun signe de la cuillère d'argent, de la gousse d'ail ; le champignon vénéneux ne noircit, ni ne bleuit, ni ne verdit, quand on le touche. Son action, aussi violente que celle de la strychnine, est due à deux poisons : l'amanito-hémolysine, qui possède les propriétés des hémolysines, et l'amanito-toxine, non encore isolée à l'état de pureté, qui agit comme une toxine. Contrairement aux autres champignons, l'amanite ne révèle sa présence que 12 heures au moins, parfois 24 ou 30 heures après le repas. Ce sont d'abord des éblouissements, de violentes douleurs d'estomac, une soif intense avec sensation d'étranglement ; puis apparaissent des sueurs, des vomissements violents, d'atroces coliques sanglantes ; de crises en crises, le malade aboutit en trois jours à la mort, en pleine lucidité, par arrêt du cœur. La survie est cependant possible ; mais alors la santé reste ébranlée pendant de longues années. Aussitôt l'apparition des premiers signes, se procurer à l'Institut Pasteur du sérum antiphalloïdique de Dujarric de la Rivière ; en attendant, pas le moindre purgatif, ni le moindre vomitif ; lavage d'estomac, lavement huileux ; morceaux de glace à sucer ; réchauffement, éther, huile camphrée, spartéine ; ni morphine, ni surtout pas d'atropine, plus nuisible qu'utile. Aussitôt reçu, le sérum est injecté dans les muscles à la dose de 40 cmc.

D'autres champignons vénéneux sont : l'amanite tue-mouches, avec confettis sur le chapeau ; les entolomes et les volvaires, avec des spores roses qui ne noircissent pas en quelques heures ; les helvelles, champignons hémolytiques, dont le pied et le chapeau ont des formes spongieuses, bizarres, irrégulières, et qui sont nuisibles, quand ils sont acides.

Que conseiller à un malade, atteint de gastro-entérite par champignons irritants ? Tout simplement de l'eau tiède en abondance, additionnée de quelques cuillerées de charbon pulvérisé, charbon animal de préférence ; l'eau tiède libérera le tube digestif dans les deux sens ; le charbon entraînera les substances irritantes, après les avoir absorbées.

Pour reconnaître un champignon à rejeter, l'examiner soigneusement et rechercher les caractères botaniques indiqués. Goûter ensuite un fragment du champignon cru (aucun danger puisqu'on le rejette ensuite), pour éliminer tout champignon piquant, amer ou acide. Rejeter aussi tout vieux champignon, comme on le ferait d'une viande avariée. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 juin 1931.)

### L'acné juvénile et son traitement.

MM. Lucien Hudelo et R. Rabut rappellent que l'acné, maladie séborrhéique, associée pour les classiques à une participation staphylococcique, d'importance variable, peut être considéré comme une manifestation de tuberculose atténuée (Ramel). Liée à des troubles viscéraux, endocriniens ou généraux, l'acné exige un traitement local, où le soufre tient la première place (mais où peuvent intervenir les agents physi-

ques), et un traitement général en rapport avec les conditions étiologiques (troubles endocriniens, troubles digestifs et constipation, obésité, nutrition générale).

En l'absence de notions étiologiques spéciales, on pourra rechercher la modification générale du terrain par les méthodes de désensibilisation ; parmi celles-ci, la première place revient à l'autohémothérapie. Les résultats, que fournit si souvent le soufre en applications locales, légitiment son emploi à l'intérieur, en nature, par ingestion ou par injections intramusculaires de préparations huileuses ; mais il semble que ce médicament soit mieux assimilé par l'organisme à l'état de sulfures alcalins. C'est pourquoi l'on aura plutôt recours soit à l'ingestion, soit aux injections intraveineuses d'hyposulfite de soude, soit aux cures thermales sulfureuses (Uriage ou Stations des Pyrénées).

Bref, le traitement de l'acné juvénile est complexe ; il nécessite du malade une assiduité et un sacrifice de temps importants, car il doit être prolongé. (*La Pratique médicale française*, juin 1931-A.)

### Les traitements actuels de la paralysie infantile.

MM. G. Blechmann et A. Bohn passent successivement en revue la technique, les indications et les résultats, obtenus par les trois modes de traitement, applicables à la période aiguë de la paralysie infantile : la sérothérapie antipoliomyélitique au moyen du sérum animal (Pettit), la sérothérapie au moyen d'un sérum humain (sérum d'anciens malades), et le traitement par les moyens physiques (Bordier).

Sérum animal de Pettit. Il doit être employé à doses suffisantes : comme dose moyenne 300 à 600 cent. cubes, avec doses quotidiennes initiales de 80 à 120 cc., abaissées ensuite à 40 cc., quand s'amorce la régression des paralysies ; continuer la sérothérapie pendant un temps assez long, pour se mettre à l'abri des rechutes. Les doses minima, pour un adulte de 70 kgr., sont 50 à 60 cmc. par jour, chaque injection intrarachidienne étant de 10 cmc., et chaque injection intra-musculaire d'au moins 10 à 20 cmc. ; quand ces doses n'améliorent pas suffisamment le malade, elles doivent être augmentées très largement. La sérothérapie se fait de préférence par la voie rachidienne, associée ou non à la voie musculaire ; en face de cas très graves, avec menace bulbaire, avoir recours à la voie veineuse avec toutes les précautions d'usage (malade ni asthmatique, ni grand insuffisant hépatique, méthode de Besredka). Généralement cette sérothérapie est bien supportée.

Sérum d'anciens malades. Le sérum des sujets, ayant eu une poliomyélite remontant à plusieurs années, reste tout aussi actif que celui des sujets, dont la maladie date de quelques mois. On peut même, en cas d'épidémie, s'adresser aux membres d'une famille ou du personnel hospitalier ayant entouré des malades, même s'ils n'ont présenté aucun symptômes de la maladie. Le sérum humain est injecté uniquement par la voie intra-musculaire ; en cas d'urgence, on peut injecter le sang total rendu incoagulable par addition de citrate de soude. Les doses sont moindres qu'avec le sérum de Pettit : 90 cc. en 8 injections, telle est la dose la plus élevée, qui ait été employée ; le sang total s'injecte à dose double de celle du sérum.

La *sérothérapie* donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est plus précoce, alors que les centres nerveux hébergent le virus, c'est-à-dire avant l'apparition des paralysies, dans les dix premiers jours de la maladie. Cette période d'utilité paraît cependant plus étendue chez l'adulte que chez l'enfant. Quant aux résultats, les opinions des auteurs ne sont pas concordantes ; mais il y a lieu cependant, en présence des améliorations nettes et des guérisons obtenues, de propager l'emploi de cette méthode, en insistant sur deux points importants, à savoir que le sérum doit être injecté aussi précocement que possible, et à des doses suffisantes.

Quant au traitement des paralysies, qui se sont constituées, il doit être institué rapidement et prolongé longtemps par les *moyens physiques* : bains chauds locaux, à raison de 4 à 6 par jour, durant 20 à 30 minutes, à 38°, 40°, 45°, et cela pendant des semaines, et des mois ; radiothérapie des centres médullaires suivant la méthode de Bordier ; diathermie pour combattre l'hypothermie, qui accompagne toujours l'atrophie des muscles ; galvanisation, qui ne doit être commencée que lorsque l'hypothermie a complètement disparu ; elle doit être prolongée pendant très longtemps ; plus tard, gymnastique et mécanothérapie, raisonnées et appropriées à chaque groupe musculaire, car, conduites avec méthode, elles permettent d'éviter un certain nombre de rétractions tendineuses et de déformations. (*Revue de Médecine*, juin 1931.)

### Vomissements graves de la grossesse guéris par l'insuline ; abaissement progressif du coefficient de Maillard.

L'insuline n'a pas toujours cette action curative spécifique, que certains auteurs lui ont prêtée. MM. Pigeaud et Pizzera rapportent l'observation d'une malade, atteinte d'une forme assez sévère de vomissements de la grossesse, qu'ils ont traitée par l'insuline ; ils en ont ainsi obtenu la guérison après des échecs de thérapeutiques variées. Non seulement les vomissements ont cédé ; mais l'état général s'est rapidement amélioré avec une reprise nette de la courbe du

poids, une disparition totale de l'acétone dans les urines, et enfin un abaissement manifeste, progressif, du coefficient de Maillard. Cette observation peut ainsi contribuer à l'étude de la pathogénie, encore discutée, des vomissements graves de la grossesse. (*Lyon médical*, 21 juin 1931.)

**Rhumatisme lombaire chronique.**

On distingue assez bien aujourd'hui le rhumatisme articulaire aigu, qu'on appelle parfois maladie de Bouillaud, des arthropathies aiguës provoquées par d'autres causes infectieuses ou toxiques, et souvent dénommées pseudo-rhumatismes. Mais, dit le Professeur Ch. ACHARD, sous le nom de rhumatisme chronique on englobe des états morbides beaucoup plus nombreux et beaucoup plus mal connus. En l'absence de notions exactes sur leurs causes, on doit s'attacher au moins à bien définir les types anatomo-cliniques, qu'ils peuvent présenter.

L'auteur a observé récemment deux cas de rhumatisme chronique vertébral, et plus particulièrement de sa forme lombaire, dite lombarthrie.

C'est une maladie, qui paraît se développer plutôt à un âge relativement jeune, de 20 à 40 ans. Il ne semble pas avoir de rapport avec une tuberculose antérieure, ni avec la syphilis. Le traumatisme, le surmenage, l'humidité faciliteraient son développement. On noterait quelque rapport avec la camptocormie. Le début est généralement lent et progressif : douleur de lumbago ou de sciatique, parfois paroxystiques. Il en résulte une attitude penchée en avant, les genoux un peu fléchis. Le rachis présente un peu de cyphose dorsale ou dorso-lombaire avec un certain degré d'inclination latérale. L'examen du rachis pendant les mouvements montre qu'il n'y a pas de rigidité comme dans le mal de Pott ; si les mouvements actifs sont réduits, les mouvements passifs sont faciles. Au lit, le rachis se met en extension complète sur le plan du lit. Dans la position debout, si l'on incline l'une ou l'autre épaule, l'immobilité de la région lombaire n'est jamais complète comme dans le mal de Pott. On ne constate pas de contracture, ou à peine, dans les masses lombo-sacrées.

L'examen radiologique est très instructif et ne doit jamais être négligé : les vertèbres sont en diabolo, semblant tassées et présenter un peu de décalcification.

Des ostéophytes nés des corps vertébraux, près des disques intervertébraux, forment des saillies en bec de perroquets, recourbées et effilées. Les faces supérieure et inférieure des corps vertébraux sont irrégulières, épaissies par places ; certaines vertèbres présentent de l'ostéoporose.

Cette lombarthrie n'est pas ankylosante, ni progressive ; elle évolue par poussées successives durant de deux à dix mois, et elle peut régresser au moins en partie. Il existe divers troubles nerveux, dépendant des lésions osseuses du rachis.

Le diagnostic est facile à faire par l'examen radiologique ; dans la spondylose rhizomélique notamment, on a de façon précoce des douleurs dans les hanches et de l'ankylose ; il n'y a pas déformation des corps vertébraux, qui restent cylindriques, pas de transparence plus accentuée des disques, une large bande opaque verticale à bords parallèles couvrant le corps et les disques, et une déformation du bassin. On éliminera aussi certaines anomalies congénitales de la région lombo-sacrée, la spina bifida occulta.

La lombarthrie paraît être souvent méconnue et rattachée à d'autres états morbides, notamment à la sciatique, parce qu'elle débute souvent par des signes de sciatique ; — ou encore à l'arthrite sacro-iliaque chronique (différenciable au palper, douleurs exagérées par les mouvements, etc.).

Le traitement est celui de tous les rhumatismes chroniques : agents physiques, salicylate, opothérapie, etc. (*Journal des Praticiens*, 27 juin 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Les épidémies en France pendant l'année 1930.**

(M. E. LESNÉ. — *Académie de médecine* ; 24-11-1931.)

M. Lesné présente un rapport sur les épidémies observées en France, en 1930. Ce rapport est basé sur les statistiques officielles du Ministère de la santé publique et sur celles établies par les inspecteurs départementaux d'hygiène, les unes et les autres n'étant pas toujours d'ailleurs concordantes : les chiffres qu'elles donnent pour une même maladie varient quelquefois du simple au double ou au triple.

Il est trois ordres de maladies cependant pour lesquelles — dit M. Lesné — les praticiens semblent s'être attachés à préciser les diagnostics, et qu'ils ont signalées aux autorités compétentes dans une mesure plus régulière : les affections typhiques, la diphtérie et la poliomyélite.

On sait que de juin à fin septembre 1930 la poliomyélite a sévi avec une intensité et une gravité exceptionnelles dans le département du Bas-Rhin ; 405 cas typiques y furent déclarés avec une léthalité moyenne de 10 pour 100. L'épidémie, après

avoir progressé le long de la rive gauche du Rhin, s'est propagée vers l'ouest, vers la montagne. Les enquêtes ont généralement conclu à la transmission du virus par contact interhumain, l'hypothèse de la propagation de la maladie par l'eau de boisson ne s'étant imposée en aucune occasion. D'autres points du territoire ont été également touchés : la Moselle (84 cas), le Haut-Rhin (58 cas), la Meurthe-et-Moselle (35 cas), les Ardennes (44 cas). Le département des Vosges, malgré son voisinage, fut peu atteint. Par contre, des départements éloignés (Maine-et-Loire, Isère) eurent des cas assez nombreux.

Comme moyens de prophylaxie on a eu recours aux mesures suivantes : isolement des malades, désinfection des locaux et objets souillés, licenciement des écoles, suppression des fêtes et réunions diverses ; asepsie naso-pharyngienne, chez les enfants surtout ; ébullition de l'eau, du lait, cuisson des aliments.

La diphtérie a été en recrudescence pendant l'année 1930 : 23.700 cas contre 20.400, en 1929. Cette recrudescence a été observée également et à un degré supérieur encore, à l'étranger, en Allemagne et en Angleterre. La vaccination antidiphtérique, une des meilleures mesures de prophylaxie, est sur tout le territoire en progrès sensible ; il conviendrait de l'intensifier.

Si la poliomyélite et la diphtérie sont venues jeter une note sombre sur le tableau de l'état sanitaire en 1930, par contre, une assez large rétrocession des maladies typhoïdes a été notée, coïncidant avec une amélioration de la distribution des eaux potables dans les communes. Les infections typhoïdes d'origine alimentaire interviennent encore, toutefois, avec une trop grande fréquence : lait insuffisamment stérilisé, coquillages, légumes consommés crus (dangereux quand ils proviennent des cultures maraîchères fumées par excreta humains).

La scarlatine paraît avoir été stationnaire : 14.385 cas contre 14.859 en 1929.

La mélitococcie a offert une légère recrudescence dans le Sud-Est de la France : 50 cas dans les Hautes-Alpes, 30 cas dans l'Isère, 14 cas dans l'Hérault, etc.

### La tuberculose dans les professions de l'alimentation

(M. André FEIL. — *Académie de médecine* ; 24-11-1931.)

Chargé de soins aux tuberculeux dans un grand hôpital des environs de Paris, M. Feil a été frappé du nombre considérable de tuberculeux occupés dans les professions de l'alimentation : boucher, charcutier, boulanger, cuisinier, garçon de restaurant ou maître d'hôtel, etc. Nombre de ces travailleurs quittent le sanatorium ayant encore des bacilles dans les crachats et, malgré les conseils médicaux, reprennent leur métier. M. Feil estime qu'il y a là, de toute évidence, un danger pour le consommateur, danger public qui serait grandement diminué si l'on pouvait rendre obligatoire pour les employés de ces professions une visite médicale périodique.

M. Feil signale une profession, peu connue, celle des gaveurs de pigeons qui, à ce point de vue, mérite l'attention. Pour engraisser d'une manière intensive les jeunes pigeons, les entreprises de gavage ont recours à des ouvriers spéciaux qui, imitant les parents dans l'alimentation des pigeonneaux, projettent, en appliquant leurs lèvres sur le bec de l'animal, une gorgée de graines broyées dans la gorge du jeune pigeon. Si ces ouvriers sont des tuberculeux, ils peuvent en même temps gaver les pigeonneaux de bacilles. A la consommation, une cuisson trop souvent incomplète du petit animal ne suffira pas toujours à détruire ces bacilles qui pourront devenir un mode de contamination tuberculeuse digestive. Même si le danger d'une telle contamination n'apparaît pas menaçant, l'utilité d'une surveillance médicale des ouvriers gaveurs est réelle. Cette surveillance aurait un autre intérêt, les gaveurs de pigeons étant susceptibles de contracter eux-mêmes diverses affections fréquemment observées chez le pigeon (diphtérie, aspergillose).

### Ulcères gastro-duodénaux perforés. Symptomatologie.

(M. Yves BOURDE, de Marseille. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1931.)

M. Proust rapporte, au nom de M. Yves Bourde, de Marseille, 23 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés, à propos desquels l'auteur présente quelques considérations symptomatologiques.

Dans les 13 cas, il s'agissait de 13 hommes. On sait qu'àpeu près toutes les statistiques accordent ici une grande prédominance au sexe masculin. Le diagnostic d'ulcère perforé n'avait été porté qu'une fois, les malades ayant été adressés à l'hôpital le plus souvent pour appendicite aiguë.

M. Bourde a appuyé son diagnostic sur les signes cardinaux classiques : douleur soudaine, contracture pariétale, sensibilité très vive au palper de l'épigastre. Ces signes n'ont jamais fait défaut. Le *passé gastrique* est plus infidèle et, chez des patients qui souffrent beaucoup, on ne peut généralement pas pousser un tel interrogatoire à fond.

L'hésitation est quelquefois permise avec l'appendicite. Mais, cette hésitation ne se comprend qu'au delà des premières heures. Avant la sixième heure, l'auteur a rejeté ce diagnostic parce que la contracture généralisée d'emblée à tout le ventre est moins fréquente dans l'appendicite. La progression de cette contracture de droite à gauche et par la moitié inférieure de l'abdomen, ne ressemble pas à celle de l'ulcus perforé qui, dès le début, durcit la totalité de la paroi ventrale.

M. Bourde signale, en outre, un signe accessoire précieux : la *sonorité préhépatique* qui accompagne l'ulcus perforé, mais n'a de valeur, il est vrai, que si le ventre est plat et non ballonné. P. L.

**Les modifications de la chlorhydrie gastrique et de l'équilibre protido-lipidique du sérum sanguin au cours du traitement des ulcères gastro-duodénaux et de la dyspepsie hyperthénique par les injections intra-musculaires de pepsine.**

(MM. DEBRAY, CODOUNIS, ANTONIOU et HATZIGEORGER ; *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9-10-1931.)

D'après les constatations faites, on peut conclure que : dans la majorité des cas d'ulcus gastriques et duodénaux, le traitement par les injections de pepsine entraîne une diminution de la sécrétion chlorhydrique gastrique ; cet abaissement ne s'observe que deux à trois semaines après la diminution ou la disparition des douleurs ; enfin l'équilibre protidique des ulcéreux n'est pas modifié.

Mais, au cours du traitement, et vraisemblablement sous l'influence d'une alimentation plus riche, apparaît une hyperprotidémie, due surtout à une augmentation de la globuline, qui peut atteindre le double de sa valeur initiale : après quatre à six semaines environ, et malgré la poursuite du traitement par la pepsine, la protidémie revient à un taux normal. D'autre part, chez la plupart des dyspeptiques sans ulcère et chez les sujets normaux, les injections de pepsine ne modifient ni la sécrétion chlorhydrique de l'estomac, ni le taux de protidémie.

**Syndrome de Dercum. Cellulite et ménopause.**

(MM. TRÉMOLIÈRES, A. TARDIEU et P. MERKLEN ; *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9-10-1931.)

Certains auteurs attribuent à l'adipose douloureuse symétrique une origine endocrinienne ; mais le plus généralement, la dystrophie graisseuse est considérée comme la conséquence d'une atrophie et d'une sclérose de l'ovaire, survenant presque électivement chez les femmes parvenues à la ménopause, ou ayant subi la castration. Guy Laroche, reconnaissant que ni les douleurs, ni l'asthénie, ni la modalité de l'infiltration graisseuse n'appartiennent en propre à la maladie de Dercum, remplace la dénomination de maladie par celle de syndrome de Dercum, dont la caractéristique serait l'association d'obésité et de douleurs. Des deux éléments de ce syndrome, l'obésité, relevant de causes très diverses, surtout d'altérations glandulaires, n'a rien de particulier. Quant aux douleurs, elles sont dues à une cellulite associée à l'adipose. C'est la cellulite dépendant directement de certains troubles de la nutrition qui imprime à l'obésité, dans le syndrome de Dercum, un caractère spécial, tant au point de vue des douleurs qu'au point de vue de l'évolution locale et générale.

L'observation publiée aujourd'hui, apporte à cette thèse un argument anatomique, qui met en évidence la nature inflammatoire de la lésion du tissu cellulo-adipeux.

**Nouvelle sonde gastro-duodénale.**

(M. BÉCART ; *Soc. de médecine de Paris*, 24-10-1931.)

M. B. frappé des difficultés éprouvées par certains malades pour avaler l'olive du modèle primitif, et de la longueur de temps exigée (2 heures pour le franchissement du pylore), a voulu en créer un nouveau modèle, terminé non par une olive, mais par une petite masse de plomb en tête de vipère et présentant au-dessous six trous, relativement larges et disposés en quinconces. Mais la nouveauté essentielle, c'est que la sonde est armée d'un conducteur souple en baleine, qui sert de mandrin et permet l'introduction manuelle. Il explique la technique d'introduction de la sonde, le patient étant assis devant l'opérateur.

Enfin, B. a constaté que le passage rapide du pylore était singulièrement facilité, si on vidait à fond et rapidement l'estomac ; c'est ce qu'il fait quand il a enfoncé le tube jusqu'à la marque II et qu'il en a retiré le mandrin, au moyen d'un petit aspirateur électrique, ou de n'importe quel aspirateur (Potain ou autre).

**Rougeoles anormales avec invasion prolongée. Difficultés du diagnostic.**

(G. BLECHMANN ; *Soc. de méd. de Paris*, 24-10-1931.)

L'auteur apporte six observations de rougeole insolite avec invasion prolongée. La maladie débute comme une grippe, avec fortes oscillations thermiques, catarrhes des premières voies, toux incessante et bronchite diffuse. Pendant huit, neuf, douze jours, la fièvre monte à 40° ; les crachats contiennent une flore variée avec prédominance du pneumocoque. Puis, apparaît le signe de Köplik, et, un ou deux jours après, l'exanthème classique. L'évolution de ces rougeoles anormales a été sérieuse ou grave. Elle a présenté les caractéristiques suivantes : *a*) une incubation réduite à 4 jours dans deux cas ; *b*) une période d'invasion prolongée, qui a duré respectivement 9, 10, 12, 12, 18 et 20 jours ; *c*) la période, qui a séparé contage et éruption, a atteint dans trois cas 27, 18 et 30 jours ; *d*) Dans cinq cas, signes de bronchiolite particulièrement persistante, avec dilatation bronchique chez trois malades. Le diagnostic est resté en suspens jusqu'à l'apparition du signe de Köplik, prémonitoire de l'éruption dans cinq cas.

L'interprétation de ces faits paraît difficile. La cuti-réaction n'a été positive que dans un cas sur trois, et, par la suite, aucun malade n'a présenté de tuberculose évolutive. L'auscultation n'a pas montré de signes d'hépatisation, pouvant commander l'évolution fébrile du début. Peut-être s'agissait-il d'une forme anormale de rougeole, ou plutôt, étant donné la coïncidence d'une épidémie de grippe, était-ce une double infection morbilleuse et grippale, avec exaltation réciproque des virus, avec symptomatologie panachée et retard dans le déclenchement de

l'exanthème. En tout cas, on ne peut guère présumer la rougeole avant l'apparition des taches de Köplick.

G. F.

---

## *Lyon*

*Société nationale de médecine et des sciences médicales.*

**Contusion abdominale. Rupture du rein gauche.**

MM. Clavel et Partensky présentent l'observation d'une jeune fille de 23 ans, qui, à la suite d'un accident d'auto, fut amenée à l'Hôtel-Dieu dans un état de shock intense avec pâleur, ecchymoses au niveau de l'hypochondre gauche, ventre souple, sans matité dans les flancs ; douleur à la pression de la fosse lombaire et de l'hypochondre gauches ; pas de sang dans les urines recueillies par cathétérisme. Dans les heures suivantes, l'état empire, la blessée se met à souffrir beaucoup et présente des signes d'hémorragie interne. On pense à une rupture de la rate. Intervention : à l'ouverture de l'abdomen, on note la présence de sang entre les anses ; rate saine ; gros hématome rétro-péritonéal ayant effondré le péritoine au niveau de l'angle splénique du côlon. En incisant le péritoine pariétal en dehors du côlon descendant, on voit le rein gauche fortement déchiré, l'uretère rompu et une forte hémorragie venant du hile. On met un champ sur le pédicule et on enlève ce rein, trop lésé pour pouvoir être conservé. Malgré des suites un peu mouvementées, la malade est actuellement très bien guérie.

**Calcul volumineux du rein.**

M. Guiliani présente un calcul enlevé à un malade de 44 ans, qui n'avait jamais eu de crise douloureuse. Néphrectomie : rein douteux en grande partie et contenant un calcul de 70 grammes. A noter l'indolence fréquente des calculs rénaux, surtout quand ils sont volumineux, d'où nécessité de radiographie systématique.

**Déchirure traumatique de la deuxième portion du duodénum.**

MM. Clavel et Partensky présentent l'observation d'un jeune homme de 19 ans : accident de motocyclette, traumatisme au niveau de l'hypochondre droit. A l'entrée contracture de l'abdomen ecchymose à droite un peu au-dessus de l'ombilic, un vomissement ; pas d'autres signes, sauf un peu de pâleur. Laparatomie sus- et sous-ombilicale. On trouve une rupture de la deuxième portion du duodénum. On place une mèche au contact de la perforation et on fait une gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton de Jaboulay. Drain sus-pubien. Suites immédiates bonnes ; mais au 9e jour, à la mobilisation de la mèche, la température s'élève, et le lendemain une fistule duodénale considérable se déclare : le malade meurt de péritonite hyperseptique. Autopsie : perforation de deux centimètres de large sur la face antéro-interne de la deuxième portion du duodénum.

**Cancer de l'ovaire et corps jaune hypertrophique.**

MM. Molin, F. Condamin et Arnulf présentent l'observation d'une malade de 34 ans à qui fut enlevé par colpotomie, un gros ovaire gauche qui, à la section, montrait un énorme corps jaune hypertrophique. L'examen histologique révéla, contre toute attente, qu'il s'agissait en réalité, d'un cancer de l'ovaire.

**Tumeur ovarienne végétante bilatérale coexistant avec une grossesse tubaire.**

MM. Molin, F. Condamin et Arnulf rapportent l'observation d'une femme de 34 ans entrée à la Charité pour une tumeur abdominale du volume d'une grossesse de sept mois, avec métrorragies et des troubles de compression recto-vésicale. L'examen révélait de l'ascite, une tumeur à allure kystique refoulant l'utérus contre le pubis ; dans le Douglas, petite masse indépendante de la masse principale. L'examen des seins ne décelait pas de colostrum. On fait le diagnostic de kyste végétant bilatéral des ovaires avec peut-être des noyaux péritonéaux.

Intervention : à l'ouverture du péritoine, écoulement d'une grande quantité de sang noir, qu'on évacue à l'aspirateur. Castration bilatérale. L'examen des pièces montre : un kyste de l'ovaire droit à végétations intra-kystiques ; à gauche, une tumeur végétante avec végétations qui saignent et de plus, foyer hémorragique englobant la trompe ; dans celle-ci l'examen histologique pratiqué ultérieurement montra des cellules ressemblant à des cellules déciduales. Il s'agit donc vraisemblablement de grossesse tubaire.

**Hémorragie intra-péritonéale du fibrome.**

MM. Molin, Condamin et Arnulf présentent l'observation d'une malade opérée d'un fibrome utérin chez qui, au cours de l'opération, on a trouvé une hémorragie intra-péritonéale assez abondante. De telles hémorragies sont dues, ainsi que l'a indiqué M. Tixier (Congr. de chir., 1924) soit à une rupture veineuse, soit à la rupture d'une grossesse tubaire. Dans le cas présenté la cavité utérine ayant été trouvée pleine de sang, il semble qu'il faille admettre que le sang intra-péritonéal provenait de l'utérus par les trompes (fibrome sous-muqueux). A. C.

# Les Congrès

## XVIe Congrès de médecine légale de langue française

(*Suite et fin*) (1)

### L'appendicite traumatique

Rapporteur : M. WIART (de Paris).

Pour que l'on puisse admettre l'origine traumatique d'une appendicite, la réunion de trois facteurs est nécessaire :

1° Un traumatisme causal ;

2° Des lésions traumatiques de l'appendice ;

3° Une inflammation de l'appendice, suite et conséquence des lésions traumatiques qui l'ont atteint.

Le *trauma initial* peut agir directement ou indirectement.

*Le trauma doit atteindre et léser l'appendice.* — Deux cas très différents sont alors à envisager :

*Si l'appendice est sain*, il faut, pour qu'il soit atteint directement par une contusion abdominale, que le corps contondant ait un certain volume, au moins le volume du poing, et que la contusion soit violente. Certaines dispositions anatomiques peuvent, d'ailleurs, favoriser la lésion, qu'il s'agisse de la situation même de l'appendice ou de diverses dispositions du méso-appendice.

Le mécanisme de production le plus fréquent des lésions indirectes est l'exagération brusque et considérable de la pression intra-abdominale. L'abdomen est en effet un espace clos rempli de liquide et de gaz où toute pression se propage dans toutes les directions d'une façon égale.

Mais l'appendice peut aussi être déjà *pathologique*, soit qu'il s'agisse d'un appendice libre, mais rempli de pus ou de mucopus infecté, d'un appendice adhérent et fixé, d'un appendice calculeux, ou bien encore d'une appendicite avec abcès latent. L'éclatement et la perforation par le traumatisme d'un tel appendice sont alors grandement favorisés.

*La lésion traumatique appendiculaire doit être l'origine et la cause déterminante d'une inflammation vraie, d'une maladie infectieuse de l'appendice.* — Il en existe tant en France, qu'à l'étranger, quelques observations indiscutables que l'auteur rapporte. Mais il a dépouillé avec autant de soin un certain nombre de cas d'appendicites, d'origine soi-disant traumatique, où aucune trace, aucun reliquat du trauma incriminé ne se retrouve à l'examen de l'appendice, où celui-ci ne présente que les seules lésions macroscopiques et microscopiques de l'inflammation aiguë banale.

La question a une grosse importance médico-légale, puisque la responsabilité du traumatisme — si elle est admise — confère au blessé le droit à l'indemnisation de la crise appendiculaire et de toutes ses conséquences.

De l'exposé de son rapport, l'auteur tire les quatre conclusions suivantes :

1° La majorité des soi-disant appendicites traumatiques graves rentrent dans le cadre des contusions de l'abdomen, dont elles présentent les manifestations cliniques, entraînant les mêmes complications et comportant le même pronostic.

2° Il existe quelques cas, très rares, mais incontestables d'appendicite traumatique aiguë primitive vraie, survenue sur un appendice sain. La lésion traumatique, trop légère pour déterminer des accidents immédiats, s'est compliquée de lésions inflammatoires typiques.

3° On peut voir aussi des appendicites traumatiques « secondaires » ou « à manifestations retardées », aiguës ou chroniques, survenant sur un appendice sain, mais leur existence ne doit être acceptée qu'après enquête sur les antécédents du patient et l'histoire de l'accident incriminé, corroborée par des constatations opératoires et microscopiques.

4° Le réveil traumatique, le passage à l'état aigu d'une inflammation chronique assoupie est une éventualité possible. Le délai d'apparition des premiers symptômes ne doit pas alors dépasser quarante-huit heures.

De ces conclusions découlent quelques considérations médico-légales. Pour chacune des quatre variétés de lésions étudiées ci-dessus, l'auteur envisage successivement le cas, où il s'agit d'un accident de travail, et celui, où il s'agit d'un accident de droit commun. Dans le premier cas, on ne tient pas compte des prédispositions morbides et des lésions latentes. Dans le second cas, l'état antérieur doit être pris en considération et les responsabilités doivent être partagées au prorata des lésions antérieures, d'une part, et des effets nocifs du traumatisme, d'autre part.

*Discussion.*

M. J. LECLERCQ (de Lille), signale qu'il a eu l'occasion de rassembler, tant en clientèle qu'en pratique médico-légale, quinze observations dans lesquelles il a pu attribuer à un traumatisme, soit le réveil d'une appendicite demeurée latente après une ou plusieurs crises antérieures, soit l'éclosion d'une première poussée inflammatoire de l'appendice.

Il étudie surtout la pathogénie de ces appendicites traumatiques, et il rapporte deux observations qui lui ont permis de constater que l'appendice, malgré ses caractères et sa position anatomiques, peut être directement intéressé par un choc direct.

(1) V. *Concours Médical*, nos 50, 51, et 52 de 1931.

Dans la *seconde observation*, il montre qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple contusion de l'organe, mais d'une infection appendiculaire consécutive à cette contusion.

Ces observations sont de nature à éclairer la genèse de certaines appendicites traumatiques par choc direct.

M. Balthazard insiste sur la différence entre l'accident du travail et l'accident de droit commun. Mais il montre aussi la difficulté que l'on rencontre à faire la part de l'état antérieur et du traumatisme dans le développement d'une affection ultérieure, qu'il s'agisse d'une appendicite ou d'une affection syphilitique ou tuberculeuse.

M. Duvoir fait observer que l'état antérieur diminue la durée probable de la vie du sujet et par conséquent sa valeur sociale et l'indemnité qui lui est due en cas d'affection d'origine traumatique.

M. Olivier rapproche des cas d'appendicite traumatique une observation de diabète consécutif à un accident du travail, et qui a donné lieu à des contestations.

M. Sauteraud signale l'importance du siège et de la forme de l'appendice, en particulier de sa torsion, dans le développement des appendicites consécutives à un traumatisme. La torsion pourrait être due dans certains cas à l'accident lui-même.

**Les crimes passionnels (l'homicide passionnel)**

Rapporteur : M. Lévy-Valensi (de Paris).

La justice moderne a substitué, en matière de pénalité, la notion *utilitaire* de défense à la notion métaphysique de *châtiment*. La société ne punit point, ne se venge point, elle se défend, et la peine agit par *élimination*, *amendement*, *exemple*.

Une telle conception de la justice fait moins impérieuse la notion de responsabilité invoquée par les magistrats, repoussée par la plupart des médecins-légistes à la suite de Gilbert-Ballet.

En matière de crime passionnel pur, l'élimination, l'amendement sont peu importants, la récidive étant exceptionnelle, bien que signalée : reste l'*exemple*. Le rapporteur, à l'encontre de quelques-uns, croit fermement à l'efficacité de la peine pour enrayer le développement d'une criminalité essentiellement contagieuse.

Les facteurs essentiels du crime passionnel sont :

1° L'opinion publique éduquée par la presse. La littérature, le roman, le sensualisme et le romantisme ont, en l'espèce, joué un rôle néfaste. Il en est résulté une notion exagérée des droits de l'amour et une sorte de réprobation de ceux qui y mettent obstacle : pères, époux, etc. Le ridicule dont on accable le mari trompé depuis Brantôme, Boccace, La Fontaine et Molière rend ces auteurs responsables d'un certain nombre de drames passionnels.

2° La facilité pour le passionnel de se procurer l'arme du meurtre.

3° L'indulgence scandaleuse du jury, institution contre laquelle s'élève le rapporteur, et, en particulier ce droit qu'a le tribunal populaire de déclarer non coupable le meurtrier, qui avoue, ou sur la culpabilité duquel aucun doute ne peut planer.

L'auteur est partisan de la peine lourde ; il a pris pour épigraphe de son rapport ces deux articles du nouveau Code pénal italien : art. 574 : « Quiconque a causé la mort d'un homme est puni d'une peine qui ne saurait être inférieure à vingt et une années de réclusion. » Art. 93. « Les états émotifs et passionnels n'excluent, ni ne diminuent l'imputabilité. »

La seule faveur que l'auteur veut bien concéder aux criminels passionnels est un régime spécial leur épargnant la promiscuité avec les criminels de droit commun.

L'auteur n'accepte pas de limiter le crime passionnel, selon la conception populaire, aux drames de l'amour. Pour lui, est passionnel tout crime où l'élément cupide fait défaut ou n'est pas exclusif. Parmi les crimes passionnels, il retient seulement les plus importants, l'homicide politique, l'homicide d'amour, l'homicide de haine.

Au point de vue médico-légal psychiatrique, le rapporteur distingue dans l'article 64 du Code pénal : la *contrainte*, la *démence*.

La contrainte, au sens juridique du terme, s'applique à une force extérieure, morale ou physique, mais à la rigueur elle pourrait indiquer la *force irrésistible*, invoquée par tous les passionnels. Le rapporteur, contrairement à la plupart des auteurs, ne croit pas à l'irrésistibilité de l'acte meurtrier passionnel et il conclut avec Galien : « On ne peut pas sur-le-champ devenir un homme doux, mais on peut comprimer l'incongruité de la passion. » On ne peut s'empêcher d'aimer ou de haïr, on peut s'empêcher de tuer parce que l'on aime, de tuer parce que l'on hait.

D'ailleurs, ou cette prétendue force irrésistible est pathologique, et elle est de la démence, ou elle est d'ordre psychologique et le médecin-expert, s'il peut à la rigueur la signaler aux jurés, ne saurait en faire état dans ses conclusions.

Le *crime passionnel* est le plus souvent prémédité ; la période de préméditation *courte* est occupée par des hésitations légitimes ; le meurtrier s'acharne sur sa victime ; après le crime, il est parfois obnubilé, souvent soulagé, surtout quand il s'agit d'altruisme ou de haine. Les regrets se voient assez souvent dans les crimes d'amour, le suicide ou la tentative, dans 30 p. 100 des cas.

Le *criminel passionnel* est théoriquement, avant le crime, un homme normal. En réalité, le plus souvent, il s'agit de déséquilibrés et avant tout, d'*hyperémotifs*.

L'auteur apporte de nombreuses observations de crimes politiques, d'amour, de jalousie et de haine. Quelques-unes concernent des procès célèbres. A propos de chaque variété, il en dégage la caractéristique, faisant appel à la littérature et à l'histoire. Il fait aussi allusion aux crimes *émotionnels* (colère, peur).

L'auteur arrive ainsi à ce qui fait l'objet de son

rapport, le diagnostic entre le *crime passionnel pur* et le *crime du délirant passionnel*, diagnostic qui présente parfois des difficultés insurmontables.

Le rapporteur rappelle les discussions de la Société médico-psychologique (1926-1927) et de la Société de médecine mentale de Belgique (1930). Il résulte de ces discussions l'attribution au *délirant passionnel* des caractères distinctifs suivants : constitution paranoïaque, idée délirante inconstante, monstruosité du grief allégué, disproportion entre le mobile invoqué et la réaction, mono-idéisme, état obsédant.

L'auteur insiste, après le professeur Claude, sur cet état obsédant, intégré dans la personnalité du sujet, non parasitaire par conséquent, commun d'ailleurs au passionnel et au délirant passionnel, mais il croit que c'est surtout chez ce dernier, et non toujours d'ailleurs, que sur un *état obsédant* se greffe l'*impulsion obsession* du meurtre.

C'est cette tendance impulsive, qui explique la *longue* période de *préméditation* avec *lutte anxieuse* et le *soulagement* après le crime. Il est vrai que le professeur Claude signale ce soulagement après le crime passionnel pur.

L'auteur appuie son opinion sur cinq faits empruntés à l'histoire et oppose les *délirants* Ravaillac, Damiens, Louvel, aux *passionnels* Charlotte Corday, Raoul Villain.

Le diagnostic est particulièrement difficile dans les formes, que l'auteur appelle *mitoyennes*, état passionnel pur chez un paranoïaque par exemple. Un paranoïaque ne doit pas nécessairement être considéré comme irresponsable. La constitution paranoïaque commence à un caractère pour aboutir à un délire : le médecin-expert aura à apprécier à quel degré se trouve l'inculpé.

Le délirant passionnel a sa place marqué à l'asile. Devra-t-il y demeurer jusqu'à la fin de ses jours selon le vœu de Christian ? Ce sont là cas d'espèce, mais le médecin-aliéniste devra là, faire preuve d'une prudence exagérée.

Les passionnels purs vont en prison. Peut-être là ces derniers pourraient-ils trouver place dans les asiles-prisons. Le rapporteur, à ce propos, rappelle en quelques lignes le système pénitentiaire belge.

La prophylaxie du crime passionnel doit, avant tout, être *pénale*, puis *sociale* : rééducation de l'opinion, limitation de la vente des armes à feu ; *médicale* enfin : internement préventif des passionnels estimés dangereux.

*Discussion.*

M. Heuyer (de Paris) n'admet pas le crime passionnel politique. Seuls les crimes d'amour, de jalousie sont de vrais crimes passionnels. Le médecin n'a pas à se prononcer sur l'acte criminel même ; seul le criminel est de sa compétence. Le passionnel pur ne récidive pas. La prophylaxie du crime par la collaboration du commissaire de police et du médecin serait souvent très efficace.

M. Dide (de Toulouse) estime que le crime passionnel est parfois une expression outrée de l'égoïsme basé sur la vanité et l'exagération de la personnalité. Il traduit alors l'inadaptation de l'individu aux nécessités de la vie collective.

M. Claude (de Paris) précise le rôle exact du médecin légiste au cours d'une instruction judiciaire.

M. de Clérambault pense que ce n'est pas l'amour qui tue : les crimes d'amour sont des crimes d'orgueil. Le passionnel récidive. Le nier, c'est tirer argument de l'insuffisance de nos moyens d'information ultérieure. Ainsi les érotomanes récidivent toujours ; les mêmes ressorts donnent les mêmes détentes. L'auteur condamne l'institution du jury.

M. Ceillier (de Paris) cherche à réhabiliter la passion qui, même dans la haine, a sa beauté ! La passion comme l'émotion est physiologique ; elle est une fonction vitale. Elle ne se corrompt que par l'intrication vicieuse d'une idée fausse, donc d'un élément étranger à sa nature même. L'amour ne tue pas ; ce sont les amoureux forts et sains qui tuent le moins. La passion ne devient dangereuse que pour un être faible ou un orgueilleux, à moins que le sujet ne soit atteint d'une tare mentale.

M. Porot (d'Alger) étudie, au point de vue médico-légal, les réactions criminelles entraînées par la xénophobie, dans les colonies, et en apporte deux observations personnelles.

*Communications.*

**Traumatismes et ostéosarcomes.** — M. Balthazard présente deux observations de soi-disant sarcomes consécutifs à des traumatismes. Dans les deux cas l'inexistence du sarcome a pu être prouvée par la radiographie et l'examen histologique.

M. Leclercq rapporte à ce sujet un cas de métastase de tumeur thyroïdienne localisée sur une fracture du fémur.

M. Mauclaire (de Paris) insiste sur les tumeurs primitives développées sur un cal osseux, mais demande une extrême prudence dans l'interprétation des tumeurs malignes traumatiques précoces.

M. Balthazard rapporte alors plusieurs autres cas de « sarcomes traumatiques » qui se sont avérés être des gommes syphilitiques. Le tréponème peut être appelé sur une région traumatisée. Les « gommes traumatiques » ont une réalité indiscutable en ce sens.

**Que faut-il entendre au point de vue médico-légal par état de toxicomanie ? Dans quelles conditions le médecin peut-il être inculpé d'avoir créé, entretenu ou aggravé un état de toxicomanie ?.** — M. Vervaeck (de Bruxelles) précise les éléments d'appréciation de ces deux questions, puis propose aux membres du Congrès d'émettre un vœu relatif à la limitation de la fabrication des stupéfiants. Ce vœu est adopté à l'unanimité et sera transmis à la sous-commission de la Société des Nations chargée d'étudier ces problèmes.

**Mort subite par inhibition au cours d'une tentative d'avortement.** — M. Dufour (de Marseille) a pratiqué l'autopsie d'une jeune femme, enceinte de trois mois, morte quelques instants après une tentative d'introduction d'une canule dans le col utérin. En l'absence de toute lésion, le seul mécanisme plausible de la mort est l'inhibition.

M. Duvoir fait remarquer qu'il s'agirait dans ce cas d'inhibition retardée, et il estime délicate l'interprétation de ces faits.

M. Mazel rappelle qu'il a déjà publié un cas de mort rapide à la suite d'une brûlure assez étendue, mais peu profonde, par du phénol. L'examen toxicologique ayant permis d'éliminer une intoxication aiguë, les lésions de brûlure ne suffisant pas à expliquer le décès, il avait admis l'hypothèse d'un réflexe d'inhibition.

M. Paul rapporte un cas de syncope prolongée et profonde à la suite d'une simple injection vaginale purement hygiénique, sans grossesse.

**Hémorragie sous-dermique par tiraillement dans les orifices d'entrée des projectiles.** — MM. Piédelièvre, Balan et Pierre-Etienne Martin décrivent au niveau des orifices d'entrée des projectiles, d'après deux observations de mort-suicide par coups de feu, une hémorragie en nappe située dans l'hypoderme, s'étendant sur un rayon d'un centimètre environ, constituant une collerette ecchymotique que l'on peut voir par transparence à travers l'épiderme, lorsqu'il n'est pas altéré par le tatouage de la poudre.

Ils décrivent deux lésions hémorragiques, moins importantes mais constantes, une petite hémorragie sous-épidermique en nappe et quelques foyers hémorragiques intradermiques à la base des bulbes pileux et des glandes sébacées.

A la coupe de l'orifice d'entrée, l'ensemble de ces hémorragies constitue, avec le cône hémorragique d'attrition fait par le trajet de la balle, un aspect en T.

Ils expliquent la localisation de ces hémorragies par des considérations histologiques et expérimentales.

**Blessure d'un fœtus dans la cavité utérine par coup de feu.** — MM. Piédelièvre, Balan et Pierre-Etienne Martin rapportent l'observation d'une femme enceinte de huit mois, qui s'est suicidée en se tirant deux coups de revolver dans la tempe droite, après s'en être tiré un dans l'abdomen, avec l'intention probable de tuer son enfant. La balle a traversé en séton la paroi thoraco-abdominale du fœtus.

L'examen histologique de l'orifice d'entrée du projectile dans le ventre du fœtus leur a permis de constater : 1° la présence de crasses abondantes au niveau de l'orifice d'entrée, malgré la grosse épaisseur de tissus traversés auparavant par la balle ; 2° la présence de l'hémorragie hypodermique en T décrite dans la précédente communication.

**La reaction suicide chez les debiles et les déséquilibrés dans l'armée** — MM. Fribourg-Blanc et Scouras attirent l'attention sur la fréquence des tentatives de suicide, que l'on peut observer dans l'armée chez les tarés psychiques. C'est surtout chez les débiles mentaux et les déséquilibrés que le milieu militaire paraît favoriser ce type de réaction médico-légale.

La tentative de suicide chez les débiles est liée à l'insuffisance mentale de ces sujets, incapables de s'adapter à des conditions de vie très différentes de celles du milieu familial. Le dépaysement, les chocs affectifs, les accès de dépression, les moqueries de l'entourage, les sanctions même légères, déclenchent chez eux cette réaction à la fois puérile, exagérée et irréfléchie qui, par sa maladresse, n'aboutit que rarement à un résultat fatal.

Chez les déséquilibrés, sujets éminemment instables, vaniteux, irritables et impulsifs, la tentative de suicide apparaît à la suite d'une déception ou d'une punition motivée par un acte d'indiscipline. La mise en scène qui accompagne souvent, dans ce cas, la réaction suicide, témoigne de l'insincérité du désir de mourir. Mais il faut à cet égard faire quelques réserves, en raison du déséquilibre émotif et des accès de dépression transitoires, qui peuvent légitimer le suicide.

Ces sujets, surtout en cas de récidive de leurs tentatives, doivent être éliminés de l'armée, du moins en temps de paix. Leur utilisation en temps de guerre soulève un problème d'affectation spéciale.

**Dégénérescence partielle du biceps, du long supinateur et du grand dentelé. Origine professionnelle par trépidation du bras. Procédure d'indemnisation,** par MM. Bourguignon, Garcin et Henri Desoille.

Travaillant à une meule pendant plusieurs heures et ayant eu le bras soumis à une trépidation exagérée, un ouvrier a vu survenir le lendemain une parésie avec atrophie musculaire et troubles des réactions électriques. Les auteurs discutent longuement l'origine et le mécanisme des troubles qu'ils attribuent au travail, ainsi que le siège nerveux ou musculaire des lésions. Pour eux, quoiqu'il n'y ait pas eu d'accident brutal proprement dit, ce cas doit rentrer dans le cadre de la loi de 1898.

M. Mazel estime lui aussi que la loi sur les accidents du travail est applicable.

M. Costedoat rappelle qu'il existe une pathologie spéciale due aux marteaux-pneumatiques.

M. Desoille. — Les troubles dus à l'emploi du marteau pneumatique ne sont en effet pas rares, ils consistent essentiellement en phénomènes de « doigt mort ».

**Etudes médico-légales sur les accidents mortels d'automobile.** — M. Torbel G. Knudtzon (de Copenhague) apporte une intéressante statistique portant sur les vingt dernières années. Elle montre l'accroissement rapide du nombre des véhicules automobiles, au Danemark, par rapport au chiffre total de la population ; puis elle indique pour chaque année le nombre d'autopsies légales pratiquées soit après

accident d'auto, soit après accident quelconque de la circulation.

**Influence du pH dans la détermination de l'origine humaine du sang par la réaction des sérums**, par Mme S. Pichon et C. Sannié. — Lorsqu'on recherche l'optimum de la réaction entre un sérum de lapin anti-humain et du sérum humain ou une macération de tache de sang humain, on se rend compte que cet optimum est placé dans une zone de *p*H parfaitement déterminée et très étroite.

L'optimum de précipitation, mesuré par le temps d'apparition du précipité, est entre *p*H = 7/2 et *p*H = 7. 8. De part et d'autre de ces valeurs, les précipités se forment beaucoup plus lentement et sont beaucoup moins nets, surtout du côté alcalin. On peut utiliser avantageusement, pour les macérations de taches suspectes, une solution de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium, de *p*H 7/8 environ, ou une solution phosphatée de *p*H 7, 2 ou 7, 4. Cependant, ces tampons ne sont pas suffisants dans le cas de substances qui donnent des macérations fortement acides, comme le cuir. Il est nécessaire, dans ce cas, d'amener la macération de la tache au *p*H optimum pour obtenir des résultats utilisables.

Szumlanski.

Le XVIII[e] Congrès de médecine légale de langue française se tiendra à Paris au mois de mai 1932, sous la présidence de M. le D[r] Raviart (de Lille).

Rapports. — *Les lésions du foie dans la submersion.* — Rapporteur : M. Etienne Martin.

*La psychanalyse dans la pratique médico-légale.* — Rapporteur M. Genil-Perrin.

*Maladie de Parkinson de cause traumatique.* — Rapporteur : M. Naville.

# Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Professeur J. Rieux. — **Paludisme et pseudo-paludisme.** (1 vol. in-8°, de 50 pages, avec 2 planches en couleurs hors texte, in *La Pratique médicale française.* Prix : 16 francs.)

L'auteur développe dans ce livre, très agréable à lire pour le praticien rompu à la clinique, une idée, dont il est le promoteur ; cette idée est très intéressante et elle a été adoptée par un certain nombre d'auteurs ; elle rencontre cependant encore des adversaires. Quoi qu'il en soit il est utile d'en avoir connaissance, ne serait-ce que pour être circonspect lorsqu'on porte un diagnostic de paludisme, et pour ne pas confondre cette affection, sous son aspect d'accès fébrile intermittent, avec maintes maladies, qui en diffèrent essentiellement.

Voici ce dont il s'agit : le paludisme, infection due au plasmodium découvert par Laveran, est une maladie d'une durée beaucoup moins longue qu'on ne le pense habituellement. Certes, chez les paludéens, qui séjournent dans les pays à endémie palustre, le paludisme, grâce à des réinfections répétées, peut revêtir une véritable chronicité. Mais, chez ceux qui sont soustraits à toute infection nouvelle par leur retour en pays salubre, la maladie ne dure guère plus de 12 à 18 mois, après lesquels le plasmodium disparaît. On ne saurait donc parler chez eux de paludisme chronique. Le paludisme est dû à une attaque, uniquement localisée au globule rouge par l'hématozoaire, et, une fois que celui-ci a disparu du sang, on ne saurait le retrouver à l'état latent dans les organes profonds, organes hématopoïétiques, rate, etc., d'où il viendrait d'une façon intermittente infecter à nouveau le sang. On peut d'autant moins parler de paludisme, maladie chronique à l'instar de la syphilis, que le tréponème est, contrairement à l'hématozoaire, un parasite des tissus, notamment du tissu conjonctif, où il persiste dans les lésions qu'il a provoquées.

Quand on ne trouve dans le sang, ni hématozoaire, ni mononucléose, ni réaction de Henry positive, à l'occasion de manifestations aiguës ou chroniques, il s'agit de toute autre chose que de paludisme vrai ; on est alors en présence de « pseudo-paludisme ».

Après avoir développé les différentes formes de paludisme vrai, et leur évolution, l'auteur expose en détails le pseudo-paludisme infectieux, et le pseudo-paludisme viscéral.

L'importance du sujet traité doit se mesurer à l'importance de nos colonies, qui sont presque autant de foyers malarigènes.

G. F.

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, VI[e].

Jean Saidman et Roger Cahen. — **Les ondes hertziennes courtes en thérapeutique.** Préface du Professeur d'Arsonval. Un vol. 135 pages, 38 fig. et 2 grav. hors texte. Prix : 35 fr.

Les ondes hertziennes ne font pas seulement la joie des sans-filistes, elles peuvent aussi avoir des applications thérapeutiques. Il y a toute une gamme d'ondes hertziennes, grandes, petites, courtes (de quelques mètres et moins), à propriétés analogues sans doute, mais à propriétés un peu variables selon la longueur d'onde.

Les effets biologiques des ondes hertziennes ne sont pas encore bien établis, et il n'est pas impossible que l'avenir révèle sur ce sujet des particularités d'importance imprévue. Quelques bases sont cependant actuellement acquises. On sait par exemple que

si l'on emploie des ondes courtes (180 centim.), ou ondes de très haute fréquence, on détermine chez l'être vivant qui y est soumis une élévation de un ou plusieurs degrés de la température centrale, sorte de radiothermie qui peut devenir un procédé de physiothérapie. Des applications de cette radiothermie ont été faites déjà, dans la paralysie générale en particulier, comme moyen de pyrétothérapie, moyen qui paraît plus simple et offre moins d'inconvénient que la malarisation.

D'autres utilisations de la radiothermie par ondes hertziennes courtes ont été essayées : dans l'hypotrophie de l'enfance, les arthrites gonococciques (le gonocoque est sensible à la chaleur, à la fièvre artificielle), etc.

L'ouvrage de MM. Saidman et Cahen est une mise au point de l'état actuel de cette question. Les applications thérapeutiques des ondes hertziennes courtes y sont étudiées au point de vue physique, biologique et thérapeutique, et les auteurs y exposent leurs intéressants travaux personnels.

P. L.

Joannès Desvigne et ses fils, éditeurs,
36 à 42, Passage de l'Hôtel-Dieu, Lyon.

Auguste Lumière, correspondant de l'Institut et de l'Académie de Médecine. — **Tuberculose, contagion, hérédité.** *Deuxième édition, revue et complétée.* — Un vol. in-8° illustré, Prix : 35 fr.).

Il n'y a guère plus d'un an que M. Auguste Lumière a publié la première édition de son livre : Tuberculose, Contagion, Hérédité. Cet ouvrage a suscité, dans les milieux médicaux et dans le public lui-même, une vive émotion. C'est que l'auteur y a soutenu, en l'appuyant sur des raisonnements scientifiques rigoureux, sur des faits précis et des statistiques éloquentes, une conception hardie, qui va diamétralement à l'encontre des idées communément admises dans les sphères officielles. Pour l'éminent biologiste lyonnais, en effet, la contagion de la tuberculose, enseignée comme un Dogme dans les Traités classiques et dans les chaires universitaires, assez fréquente, peut-être, chez les enfants du premier âge, est à peu près inexistante chez l'adulte. L'affection bacillaire, à cette époque de la vie, soutient-il, n'est en aucune façon imputable à une contamination récente. Elle est essentiellement due à la réviviscence de germes microbiens, introduits dans l'organisme dès la naissance, par voie congénitale, demeurés à l'état latent pendant de longues années et qui recouvrent leur virulence sous l'influence de causes favorisantes diverses. Parmi ces causes, l'alcoolisme paraît jouer un rôle prépondérant, comme le démontre la fréquence impressionnante de la tuberculose chez les alcooliques.

A cette thèse, étayée par une argumentation serrée, des phtisiologues faisant autorité ont opposé des objections diverses, dont l'auteur a fait état dans la deuxième édition de son livre, et auxquelles il a répondu par des faits matériels, par des considérations objectives d'une valeur incontestable.

A qui reviendra le dernier mot dans ce débat émouvant, dont l'enjeu n'est autre que l'orientation définitive à donner à la lutte contre le fléau le plus meurtrier de notre époque ?

Aux doctrinaires officiels enfermés dans des notions toutes faites, trop souvent acceptées sans contrôle ?

Ou au savant indépendant, dont la science dégagée de toute influence étrangère, n'est faite que de données rigoureusement fondées sur la méthode expérimentale directe et dont les conceptions originales ont porté la réputation aux quatre coins du monde.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

*et qui seront analysés ultérieurement.*

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

P. Rudaux, accoucheur des hôpitaux, et Ch. Montet. — **Guide pratique de la mère.** Les deux premières années de l'enfant. Notions élémentaires de puériculture, 2e édition, revue et augmentée. Un vol. 174 pages, 40 fig. Prix : 15 fr.

H.-J. Laennec. — **La guerre des vénètes,** poème épique héroï-comique publié par le Dr Paul Busquet, bibliothécaire de l'Académie de médecine. (Un volume 76 pages. Prix : 20 fr.)

Librairie agricole de la Maison Rustique,
26, rue Jacob.

Louis Brechemin, Commandeur du Mérite agricole. — **La basse-cour productive.** Les pigeons, les pintades, les dindons, oiseaux de faisanderie. Elevage pratique et industriel. 3e édition. Un vol. 340 p., 80 fig. et photos. Prix franco : 15 fr. 50.

Chez G. Doin et Cie,
8, place de l'Odéon.

H. Hoffer et G. de Parrel. — **La lecture sur les lèvres chez les sourds.** Rééducation psycho-visuelle. (Un vol. in-8°, 192 p., 50 fig. Prix : 30 fr.)

G. de Parrel. — **Rééducation de l'ouïe chez les sourds, les sourds-muets, et les durs d'oreille.** (Un vol. in-8, 146 pages, 43 fig. et tableaux. Prix : 28 fr.). Ouvrage de la collection des Manuels de rééducation. (Directeur : G. de Parrel.)

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

**A propos de la transformation des hôpitaux en maisons de santé payantes, un infirmier lance un coup de patte aux médecins. — Le jeu des mots; les maux du jeu**

Le prestige du médecin diminue ; la considération respectueuse, dont il était naguère entouré, fléchit ; les critiques dont il est l'objet se font plus fréquentes, plus acerbes, plus désobligeantes ; ses adversaires, plus nombreux, se montrent plus agressifs..... C'est un fait incontestable : conséquence des circonstances, liées elles-mêmes à l'évolution des mœurs, qui ont déchiré le voile quasi-mystérieux sous lequel il dissimulait sa science, qui n'avait pas encore subi la vulgarisation dont le public se révèle présentement si friand et qu'il réclame, avidement, à la presse profane.

Tout cela est humain : la maladie est une déchéance dont la mortification est d'autant plus cuisante pour l'amour-propre qu'elle aura eu plus de témoins, auxquels il aura fallu livrer, dans sa nudité pantelante, un corps misérable et répulsif ; et qui, mieux que le médecin, étudie, scrute, analyse, dans tous ses détails les plus intimes, cette déchéance ?

Mais que ses adversaires se recrutent parmi ses collaborateurs, voilà ce que je ne puis attribuer qu'à une inconscience absolue ou à une jalousie malveillante.

Je vous ai rapporté les propos discourtois tenus par des pharmaciens sur les médecins auxquels il reproche de prescrire les spécialités par ignorance de la posologie, recherche d'un gain illicite, fléchissement de leur sens moral.

Aujourd'hui, c'est chez un infirmier, et sous sa plume, que je trouve et relève une phrase où se mêlent le dédain, l'ironie et la moquerie, et qui s'adresse au Corps médical en général.

Article d'ailleurs intéressant, qui expose expertement pourquoi les hôpitaux sont devenus des maisons de santé pour bourses moyennes. C'est un sujet que nous avons maintes fois traité nous-mêmes, et nous sommes d'autant plus à notre aise pour en extraire ce qui nous concerne que, d'une façon générale, il montre la situation sous son véritable jour.

« Nous avons souvenir, y lit-on d'abord, que vers 1905-1906, les médecins, par l'organe de leur organisation syndicale, protestaient déjà contre l'entrée des malades payants à l'hôpital. Qu'il nous soit permis de faire remarquer qu'à ce sujet, ils étaient malvenus de protester car, dans l'immense majorité des cas, c'étaient eux-mêmes qui prononçaient ou favorisaient l'admission des malades, quand encore ils n'intervenaient pas pour qu'ils ne paient pas les frais de séjour. »

Qu'il nous soit permis à notre tour de faire remarquer que ceux qui favorisaient de telles admissions n'étaient pas les mêmes qui protestaient contre elles, attendu qu'il y a 25 ans, le Corps médical hospitalier ne se mêlait pas encore au mouvement professionnel, qui entraînait alors la masse des praticiens. Mais, il est exact que nous sommes souvent intervenus pour favoriser l'entrée, dans un service hospitalier, de malades qui n'étaient pas tout à fait des indigents. Nous avons tous sur la conscience des péchés de ce genre. La raison ? C'est habituellement que la maison de santé privée la moins chère l'était encore trop pour eux ; c'est qu'il n'existait pas d'intermédiaire entre cette maison de santé privée coûteuse et l'Assistance publique.

Que des malades franchement aisés aient, en outre, et par surcroît, trouvé le moyen de se faire soigner à l'hôpital, nul ne le nie. Mais c'était tout de même exceptionnel. Et en tout cas, aucune loi, aucun règlement officiel n'autorisaient alors de tels errements dont finalement, l'Administration était responsable

La loi sur l'Assistance médicale gratuite, la loi sur les accidents du travail, la loi sur les pensions militaires, la loi sur les Assurances sociales, sont venues successivement recruter officiellement aux hôpitaux des clientèles payantes. Et à cette heure, les prix de journée pratiqués à Paris, à Marseille, au Mans, au Havre, etc., sont assez élevés pour donner à ces établissements le ca-

ractère de maisons de santé pour bourses moyennes, aptes à recevoir des malades payants, appartenant à la clientèle privée.

Quelles ont été les réactions du Corps médical? Tout naturellement, les médecins ont dit, aux Administrations hospitalières : « Tant que vous vous consacriez aux indigents, il était tout naturel que vous choisissiez les médecins à qui vous les confiiez ; il était non moins naturel que ces médecins le fissent pour ainsi dire gratuitement. Puisque vous changez la nature de votre destination, puisque vous admettez des malades payants comme les maisons de santé privées, il faut que, de même, vous autorisiez ceux-ci à choisir librement leur médecin, et le médecin à se faire honorer directement par eux, comme dans le privé. »

Et en fait, certaines Administrations ont accordé cette autorisation, ce qui a motivé cette autre alinéa de l'article qui a provoqué cette chronique :

« Bien avant la mise en application de la loi sur les A. S., nous avons vu les administrations hospitalières accepter que les médecins traitants de l'établissement, auraient droit de présenter des notes d'honoraires aux malades payants (*car un médecin ne se salarie pas, on l'honore pour les soins donnés par lui.... même quand le résultat de ceux-ci est la mort* !) ».

Que vient faire ici ce coup de patte venimeux et quelque peu grotesque, surtout de la part d'un infirmier qui, plus que quiconque, vit de la vie technique du médecin, y participe, y collabore, y prend part étroitement ?

Un médecin ne se salarie pas..... On l'honore ! ! !

Qu'est-ce à dire ? Que le médecin est un bourgeois trop orgueilleux, un trop grand seigneur, pour donner à l'argent qu'il reçoit en rémunération de son travail, le même nom que l'ouvrier ? ??

Comme s'il n'y avait pas eu de tout temps un prolétariat médical qui se souciait peu de la dénomination donnée à ses revenus professionnels ? Comme si n'étaient pas relativement nombreux, les médecins qui recourent au traitement fixe qui les place, vis-à-vis de ceux qui les emploient, dans la même situation que les salariés envers leurs patrons ?

Mais où cet infirmier se montre gratuitement méchant, c'est en semblant s'étonner que le médecin se fasse payer ses soins, sous le vocable que l'usage a introduit dans sa vie professionnelle, même quand il ne guérit pas son malade et que celui-ci meurt...

Vous n'attendez pas de moi que je justifie cet usage. J'ai voulu simplement vous montrer comment un de ceux qui nous approchent de plus près, qui possède une culture indiscutable, une intelligence au-dessus de la moyenne, peut égarer son jugement quand il se laisse aveugler par la passion mauvaise, en jouant sur les mots ?

Faire des mots, cela n'est pas, au demeurant, bien sorcier. Qui, en s'en donnant la peine, n'y réussira pas aussi aisément ?

C'est ainsi que je pourrais dire à cet *infirmier* qu'il ne peut pas ignorer que son jugement malveillant, bien des faits l'*infirment*, — qu'il sait aussi bien que moi.

Mais, me comprendrait-il, malgré les qualités que je lui accorde ? Je l'espère pour lui. Sinon, je me verrais forcé de lui rappeler que dans *infirmier*, il y a *infirme* !

Le jeu de mots est un jeu qui a ses maux ; n'en abusons pas !

G. DUCHESNE.

## HOPITAUX

### Réajustement du règlement à propos des honoraires des médecins d'hôpitaux

On nous écrit :

Je viens vous rappeler votre promesse de me rédiger un modèle de la délibération à faire prendre par la Commission administrative de l'Hôtel-Dieu de B. pour l'admission des malades et des blessés.

Je vous rappelle que l'hôpital appartient à la ville, est géré par une commission administrative de 7 membres dont le maire (président), deux délégués du Conseil municipal et 4 membres nommés tous les 3 ans par le Préfet (dont votre serviteur). Nous ne recevons aucune subvention ni du département, ni de l'Etat.

Nous recevons l'A. M. G. au prix fixé par le Préfet suivant notre prix de revient des journées. C'est entendu. Mais pouvons-nous : 1° faire une réserve quant aux malades et blessés sérieux nécessitant l'intervention d'un *chirurgien spécialisé* que ne possède pas l'hôpital et qu'il n'aurait pas les moyens de payer sur ses ressources ?

2° Pour les accidents du travail que pouvons-nous décider ? Pouvons-nous exiger *un prix de journee* pour l'hébergement, le blanchissage et les soins du personnel infirmier, plus les frais pharmaceutiques, les soins médicaux et chirurgicaux et les frais funéraires en cas de décès ? En spécifiant que les honoraires et la pharmacie seront payés directement aux médecins et au pharmacien, un engagement semblable signé par le patron, serait-il valable malgré le fameux art. 4 (le tout compris) ? Comme je vous l'ai dit notre juge de paix déclare qu'il serait « nul » parce que contraire à la loi. Vous m'avez répondu « il ignore l'article 7 de la loi de ..... 1851 je crois ».

Cette loi n'aurait-elle pas été abrogée par celle des accidents du travail ? Excusez cette question d'un profane ;

3° Pour les blessés transportés par les automobilistes écraseurs, vous me dites « obligez-les de payer comptant ». S'ils ne le peuvent ? Quel genre d'engagement faut-il leur faire signer ?

Pour les écraseurs qui pourraient, par la suite, être déclarés non responsables, comment faire pour qu'ils restent responsables vis-à-vis du chirurgien appelé sur leur demande ?

Faudrait-il leur faire signer une pièce reconnaissant qu'ils demandent le chirurgien un tel ?

4° Quid des assurances sociales ? Notre ami Decourt a dû vous dire que, pour les chirurgiens, ne pourront exiger l'entente directe (à l'hôpital) que ceux dont les commissions administratives auront pris une délibération dans ce sens — approuvée *par le préfet antérieurement* à l'application de la loi sur les assurances sociales.

Comme vous le savez pour B. il est trop tard car la délibération des 13 et 25 fév. 22 que vous avez conservée, n'a jamais été envoyée à la Préfecture pour approbation. Pour les hôpitaux se trouvant dans le même cas, les chirurgiens devront choisir entre 4 fr. par journée d'hôpital (opération comprise) c'est-à-dire pour une appendicite 4 × 10 journées = 40 francs.

Ou bien tant par acte opératoire (soins consécutifs compris), c'est-à-dire pour une appendicite catégorie 4 avec chiffre-clef K = 3 = 12 fr. par jour pendant 10 jours = 120 fr.

L'hôpital de B. peut-il refuser de recevoir les assurés sociaux *pour opérations ou accouchements* et ne recevoir que les *malades* ?

Pour les accouchements les honoraires seraient seulement de 6 fr. par jour pendant 10 jours. Nous n'avons pas de sage-femme à l'hôpital. En ville la sage-femme prend 300 ou 350 francs pour les femmes d'ouvriers.

La Commission va se réunir très prochainement et je lui soumettrai votre réponse.

Dr F. C.
Membre du Sou

**Réponse.**

Les questions, que vous me posez et qui sont d'une brûlante actualité, sont terriblement difficiles à résoudre, car nous nous démenons dans un enchevêtrement de lois et de textes réglementaires, à l'occasion de la transformation lente mais progressive de l'hôpital.

Jadis asile de bienfaisance, l'hôpital d'aujourd'hui est surtout une maison de santé à bon marché. L'établissement public a une gestion, qui se rapproche de plus en plus de la gestion commerciale de la maison de santé privée. Des lois et des arrêts de Cassation viennent apporter des restrictions, des complications à n'en plus finir.

Essayons néanmoins de prendre tour à tour chacun des points du problème.

**1° Hôpital et A.M.G.**

Ici, pas de difficultés : les lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 déterminent les modalités d'hospitalisation des indigents.

D'une manière générale, dans cette œuvre de philanthropie, les médecins ont eu à cœur de s'associer au soulagement des malheureux : les commissions administratives allouent à leur corps médico-chirurgical des indemnités minimes, étant entendu que les indigents sont admis au tarif d'hospitalisation, dont le prix de journée est fixé par la commission administrative, après approbation préfectorale. Ce prix de journée doit être tel que l'établissement public ne subisse ni gain ni déficit, du fait de l'admission des indigents.

En dehors des cas prévus par l'article premier de la loi du 7 août 1851 (hospitalisation aux frais de l'hôpital des indigents tombés malades sur le territoire de la commune), le service départemental rembourse à l'hôpital le prix de journée, selon les modalités prévues par la loi du 15 juillet 1893, sur l'A. M. G.

Peut-on demander des honoraires supplémentaires pour les chirurgiens et spécialistes, lorsqu'ils ont une opération grave à pratiquer à l'hôpital ? Jusqu'ici, cela ne se faisait pas et les chirurgiens se contentaient de la modique indemnité annuelle.

Mais, dans le cas où l'hôpital n'a pas de chirurgien attitré, il peut faire entrer les honoraires de ce dernier (à lui versés pour chaque intervention, par l'hôpital) dans la fixation annuelle du prix de journée pour l'A.M. G.

On peut encore, après entente avec les services préfectoraux, décider que le chirurgien, appelé dans un hôpital pour y opérer un indigent, sera honoré par l'hôpital selon un tarif (accidents du travail ou autre) et l'hôpital sera remboursé par le service départemental de l'A. M. G.

Aucune loi ne s'oppose à ce *modus faciendi.*

**2° Hôpital et accidents du travail.**

Pour les victimes du travail, l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 impose une limitation aux tractations : l'hôpital a le droit de réclamer un prix de journée, qui est celui de l'A. M. G. majoré de 30 % : cette majoration non seulement implique le remboursement des frais occasionnés par les pansements et soins donnés aux blessés du travail, mais englobe également les honoraires supplémentaires que la commission administrative est censée allouer à son corps médical.

N'oublions pas que si les blessés du travail sont très souvent de condition modeste, le res-

ponsable ne l'est pas. Le corps médical n'a donc aucune raison de faire de la philanthropie vis-à-vis d'entreprises industrielles ou commerciales, dites compagnies d'assurances contre les accidents du travail.

En principe, les médecins d'hôpitaux devraient être payés sur ce « tout compris » que les assureurs ont su obtenir du Parlement.

En pratique, cela ne se fait pas, et dans l'immense majorité des cas, le corps médical hospitalier accepte de ne recevoir aucune rémunération supplémentaire, en sus de celle allouée chaque année par la commission administrative, alors cependant qu'il consent à soigner et à opérer des blessés du travail, dont les répondants (patrons ou assureurs) ne sont pas des indigents.

Je dois cependant rappeler deux points, qui ont une très grande importance.

I. Lorsqu'un hôpital n'a pas de chirurgien attitré et que, pour un blessé du travail, il est nécessaire de faire appel à un praticien spécialisé, c'est la commission administrative qui est responsable, sur ses deniers, des honoraires dudit chirurgien étranger à l'établissement.

L'économat de l'établissement touche un forfait, un « tout compris » pour faire soigner un blessé du travail ; il doit, en contre-partie, supporter toutes les dépenses extraordinaires, nécessitées par le traitement du blessé du travail.

Ainsi en a décidé la cour de Cassation par un arrêt du 22 mars 1909.

Faisant admettre son ouvrier blessé à l'hôpital, le chef d'entreprise (ou son assureur) se décharge de toute responsabilité pécuniaire en sus du « tout compris » : que l'hôpital fasse, à ses frais, appel à toute personne qualifiée pour donner des soins à la victime : ces honoraires pour les praticiens non attachés à l'hospice resteront à la charge de l'établissement des pauvres, pour le plus grand profit du responsable (chef d'entreprise, ou assurance).

II. Mais dans certains cas, les hôpitaux, qui sont les maîtres chez eux, n'acceptent dans l'établissement les blessés du travail, qu'à la condition que le chef d'entreprise ait signé, préalablement à l'hospitalisation, un engagement écrit, par lequel il s'oblige à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, en sus du prix de journée.

Il est de jurisprudence constante que les dispositions de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail sont d'ordre public ; mais si les dispositions de l'article 30 écartent la liberté de tractations et des conventions en cette matière, cette prohibition ne doit cependant s'appliquer (sauf dérogations prévues par l'article 21) qu'aux conventions ayant trait aux rentes viagères en cas de décès, ou d'invalidité, par suite d'infirmités permanentes, ainsi qu'aux règles de compétence et de procédure édictées par ladite loi.

Un arrêt de la cour de Cassation, chambre des requêtes, du 28 avril 1926 (*Gaz. Pal.* 1926.2.226) décide que cette prohibition de l'article 30 n'atteint pas les accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques.

Dès lors, si le chef d'entreprise, ou l'assureur, qui lui est substitué, a consenti à assumer la charge d'un traitement spécial, il ne saurait soutenir qu'il doit supporter les frais médicaux et pharmaceutiques, dans les limites du tarif ministériel.

« Attendu, dit l'arrêt, que, des circonstances de fait qu'il énumère, le jugement attaqué a déduit que le directeur de l'usine et l'agent de la compagnie d'assurances avaient adhéré à ce que la blessée fut admise en tant que malade payante et soumise au traitement spécial que comportait la gravité de son état et qu'ils avaient consenti, par suite, à assumer la charge de tous les frais de ce traitement ; que cette appréciation de l'existence et de la portée de l'accord entre dans le pouvoir souverain du juge du fond. »

Un arrêt de la cour d'appel de Dijon du 30 septembre 1930 (*Gaz. Pal.* 30 septembre 1930) décide dans le même sens que le chef d'entreprise peut s'engager à payer tous les frais, entraînés par l'hospitalisation de la victime.

Il s'en suit que, dans les cas graves, nécessitant une intervention chirurgicale d'une certaine importance, ou tout autre traitement spécial, le chef d'entreprise peut s'engager à payer les frais nécessités par ce traitement, lorsqu'en plus la victime a été admise dans la partie payante de l'hôpital.

Je sais bien que, si une commission administrative décide, par délibération, que désormais les blessés du travail ne seront admis que dans la partie payante de l'établissement et que préalablement à toute hospitalisation, le chef d'entreprise devra s'engager par écrit à supporter non seulement le prix de journée, mais encore les frais médicaux et pharmaceutiques, un conflit éclatera vraisemblablement avec l'administration préfectorale.

Le Préfet, en effet, croira devoir refuser son autorisation et son approbation à ladite délibération, motifs pris des termes de l'article 4, § 3 de la loi du 9 avril 1898, qui décide qu'en cas d'hospitalisation, le chef d'entreprise est seul tenu de ces frais qui « tout compris » ne peuvent dépasser le prix de journée fixé pour l'A. M. G., majoré de 30 %.

Cependant la question mériterait d'être soumise au Conseil d'Etat, puisque la cour de Cassation reconnaît la liberté des tractations, au sujet des frais médicaux et pharmaceutiques, à la condition que les accords soient conclus préalablement à l'admission du blessé dans la partie payante de l'hôpital.

La clientèle moderne des hôpitaux soulève des

problèmes juridiques divers, dont les uns dépendent du Droit administratif, alors que les autres sont du ressort du Droit commercial.

Si l'hôpital ne peut, en tant qu'établissement public, se refuser à l'admission d'un malade, bénéficiaire des lois du 7 août 1851 et 15 juillet 1893, il en est différemment en ce qui concerne l'hospitalisation de tout autre malade, qui paie de ses deniers, ou pour lequel paie un intermédiaire quelconque (chef d'entreprise, ou autre individualité, ou collectivité privée).

Par conséquent, le droit de refus doit être reconnu aux hôpitaux, lorsque demande l'hospitalisation un blessé du travail, alors que cette victime, ou son patron responsable ne veut pas se conformer au règlement général des malades non indigents et par conséquent acquitter, comme tous autres payants, le prix de journée, plus les frais médicaux et pharmaceutiques.

A mon avis, les termes de l'article 4, § 3 de la loi du 9 avril 1898 imposent le « tout compris » en l'absence de règlementation particulière d'un hôpital, règlementation que le chef d'entreprise doit connaître et approuver, pour s'y conformer, au moment où il sollicite l'admission de son ouvrier, blessé dans son travail.

Il serait intéressant de faire trancher ce point de droit par la Cour suprême.

**3° Hôpital et assurances sociales.**

Effectivement, la circulaire ministérielle du 1er octobre 1931 précise que l'entente directe ne sera respectée qu'à la condition qu'elle soit inscrite dans le règlement de l'hôpital, dûment approuvé par le préfet et délibéré antérieurement à l'application de la loi sur les assurances sociales.

Aujourd'hui, nous nous trouvons débordés par une série de difficultés et au lieu d'apporter aux pouvoirs publics une organisation de soins déjà existante, nous nous inclinons devant les règlements que nous impose l'administration.

Pour ma part, je ne puis admettre qu'une circulaire ministérielle puisse modifier le sens de la loi. J'estime qu'en tous temps, les commissions administratives tiennent de la loi, tant de celle de 1851 que de celle de 1930, le droit absolu de modifier leur règlement intérieur et leurs conventions avec les tiers, ces derniers étant des caisses d'assurances sociales.

Par conséquent, il me semble qu'une commission administrative reste toujours en droit de décider que les assurés sociaux ne seront admis qu'en payant le prix de journée et les honoraires des médecins et chirurgiens, ces praticiens restant libres de percevoir eux-mêmes ce qui leur est dû. Et c'est sur ces bases qu'interviendront les conventions avec les caisses d'assurances sociales.

*Mais je sais fort bien que, lié par la circulaire* de son supérieur immédiat, le préfet ne donnera pas son approbation à pareille délibération. D'ailleurs, les tendances de l'administration se sont toujours affirmées dans le sens de prix de journée global, forfaitaire, comprenant les frais médicaux et pharmaceutiques

Il est donc certain que le préfet opposera toutes sortes de raisons, pour refuser son approbation à un règlement d'hôpital, inscrivant aujourd'hui l'entente directe, en matière d'hospitalisation des assurés sociaux.

Pour le principe, je souhaiterais que le conflit soit porté devant le Conseil d'Etat, soit par des médecins, soit mieux par une commission administrative d'hôpital, qui verrait son règlement être refusé par le préfet, lequel s'appuyerait, pour motiver son refus d'approbation, sur les termes d'une circulaire ministérielle.

**4° Hôpital et blessés d'automobile.**

Ici encore pas mal de difficultés provenant d'un point de vue juridique, concernant la responsabilité de droit commun.

Responsable ou non d'un accident, un automobiliste conduit la victime à l'hôpital, l'y fait admettre : agit-il par pure humanité, et, partant, se dégage-t-il de toute responsabilité ultérieure ? s'engage-t-il, au contraire, au nom de son assurance, en prenant dès à présent, toutes les précautions pour que le dommage occasionné à la victime soit le moins grand possible, par la rapidité des premiers soins donnés ?

Au cas où ultérieurement, les tribunaux reconnaîtraient la responsabilité du chauffeur, ce dernier n'agit-il pas au mieux de ses propres intérêts, ou de ceux de son assureur, en faisant admettre le blessé dans l'établissement le plus voisin, apte à donner les soins nécessaires ?

Pour défendre leur caisse les assureurs prétendent que l'automobiliste n'a pas le droit de faire présumer sa responsabilité, en faisant admettre le blessé dans un établissement de soins et ils cherchent à faire décider, par les tribunaux, que, selon les termes de sa police, l'assuré n'a pas le droit de contracter pareil engagement de payer les frais d'hospitalisation.

Quant à la victime, elle demande des soins immédiats et, bien entendu, cherche à mettre toute la responsabilité de l'accident à la charge de l'automobiliste.

L'hôpital, lui, va engager des dépenses et voudrait bien savoir qui les paiera.

En droit commun, le responsable des frais est avant tout le malade : c'est à lui que les soins sont donnés, dans son propre intérêt : il en est donc débiteur en première ligne.

S'il croit devoir faire supporter ces dépenses à une collectivité publique, ou privée, ou à une individualité, à lui de se débrouiller.

Cependant, entre la théorie et la pratique, il y

a un abîme : le blessé souvent est insolvable, ou est de condition modeste ; il est buté dans son idée qu'étant écrasé il ne doit rien payer et que c'est à son écraseur qu'incombe cette dépense.

Or, ne peut-on soutenir que l'automobiliste a été, en la circonstance, le negotiorum gestor de l'écrasé, en faisant prodiguer à ce dernier, le plus rapidement possible, les soins qui lui sont nécessaires ? Aux juges de décider plus tard les responsabilités et de dire qui doit payer.

Cependant, en attendant la solution du conflit, l'hôpital héberge et fait traiter le blessé ; mais, en fin de compte, il peut ne plus trouver quelqu'un, en face de lui, pour solder les frais divers, occasionnés par le traitement de la victime.

On peut alors soutenir qu'une présomption de responsabilité pèse sur celui, qui avait la « chose », l'automobile sous sa garde. A lui devant les juges, de détruire cette présomption de responsabilité, par tous éléments de preuves.

Mais, en faisant admettre le blessé à l'hôpital, il agit moins dans un but d'humanité que dans celui de diminuer autant que possible les conséquences dommageables de son accident. Il est ainsi le negotiorum gestor de son assureur, en cherchant, au profit de ce dernier, à diminuer les conséquences des blessures, par des soins appropriés, rapidement donnés.

J'estime donc que les hôpitaux sont dans leur droit en demandant à celui qui conduit un malade dans l'établissement, de payer d'avance les frais de quelques journées de séjour et les soins médicaux, chirurgicaux, ou autres. Celui qui commande le travail doit le payer. Plus tard, il se fera rembourser par qui de droit.

D'ailleurs, la jurisprudence tend de plus en plus à admettre que, quels que soient les termes de sa police d'assurance, l'assuré a le droit d'agir ainsi, même s'il engage plus ou moins directement sa propre responsabilité, partant celle de son assureur substitué.

**Conclusions.**

Que conclure, à la suite de ces considérations de droit et de fait ? C'est que les règlements de l'immense majorité des hôpitaux devraient être modifiés, pour que la partie hôtelière payante soit nettement distincte de la partie philanthropique, établissement public affecté aux seuls indigents.

Que pour ces derniers, le prix de journée soit global, comprenant les frais médicaux et pharmaceutiques : c'est parfait et conforme aux textes législatifs et règlementaires.

Mais, pour la partie maison de santé à bon marché, ouverte à tous les payants (directs ou indirects) je crois que, sous la forme règlement intérieur, ou sous celle de convention avec le corps médical local, la commission administrative pourrait édicter un prix de journée, ne comprenant que les frais d'hospitalisation, d'hôtel pour malades ; à part seraient laissés les honoraires des médecins et chirurgiens, que ces praticiens réclameraient directement, et sous leur propre responsabilité.

Réfléchissez sur ces différents points, faites moi connaître votre façon de voir. J'espère que je recevrai également des lettres de confrères, sur ce sujet ; après quoi, j'essayerai d'établir un projet, un modèle de règlement, ou de convention.

Dr Paul Boudin.

## CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La Mutualité crie bien fort sur ce qu'elle appelle l'Etatisme.

Cependant, si nous examinons tous les avantages qu'elle obtient de l'Etat et ceux qu'elle réclame journellement, nous voyons qu'elle-même est une institution d'Etat, sans en avoir le nom, qu'elle émarge largement au budget, qu'elle ne vit pas par ses propres moyens.

Dans le dernier rapport sur les sociétés de secours mutuels, nous relevons un effectif de 6.542.232 mutualistes dont 797.148 membres honoraires (comprises les Mutualités scolaires).

Il est bien entendu que les mutualistes ne sont pas des indigents, mais des gens qui font pour la plupart, un petit effort et comptent pour le reste sur l'Etat, les départements et les communes, les membres honoraires, les fêtes, loteries, tombolas etc., etc., pour se procurer des avantages et surtout pour obtenir des rabais sur les honoraires médicaux et les prix des produits pharmaceutiques.

Or, la Mutualité émarge au budget de l'Etat. Elle reçoit 45.700.000 fr. de subventions, 33.000 fr. pour les frais de récompenses honorifiques, 15.000 fr. pour les frais de déplacement des membres du Conseil supérieur à la Mutualité, 6.800.000 fr. pour bonifications aux pensions de retraite. Je passe sous silence les subventions de départements et des communes et les majorations d'intérêt pour les fonds des comptes courants.

Je souligne aussi que les gratifications vont aux sociétés approuvées, que les sociétés libres ne participent pas en généralité à la manne gouvernementale, et que, sur les 5.745.084 membres participants de la Mutualité, il faudrait défalquer 376.258 membres participants de la Mutualité libre.

Du reste, à part les quelques ruades antigou-

vernementales des Etats généraux de la Mutualité, celle-ci cherche de plus en plus à pénétrer les milieux gouvernementaux et c'est pour cela qu'elle avait placé à sa tête (heureux choix), un parlementaire. La chose était tellement scandaleuse que l'Union du Rhône, dans le rapport qu'elle a adressé aux commissions des Etats généraux de la Mutualité, a pu émettre le vœu suivant en parlant de la réorganisation de la Fédération nationale.

« *Qu'elle ne soit jamais plus un tremplin électoral ou d'ambitions personnelles, que son président ou secrétaire général ne soit jamais parlementaire* ».

On ne peut mieux reconnaître les abus passés.

Dans la troisième commission des Etats généraux de la Mutualité relatifs à l'organisation de la Mutualité, nous relevons un certain nombre de vœux.

1° Que les subventions de l'Etat soient notablement augmentées ;

2° Que les subventions de l'Etat applicables aux retraites, bénéficient aux versements statutaires ou supplémentaires effectués par les Mutualistes.

L'assemblée demande le vote de la proposition de loi de MM. Peissel, Massimi, Salles, Bonnevay et Jean Delonne accordant aux membres des Sociétés de secours mutuels bénéficiaires d'une retraite ou d'une allocation annuelle ou des deux réunies servies, soit par la Caisse nationale des retraites sur le fond commun inaliénable, soit sur les fonds libres de la société, une allocation annuelle de 400 fr., laquelle sera portée au compte de chaque société ; demande en outre que le Parlement vote le crédit nécessaire pour assurer le service de ces allocations.

L'Assemblée émet le vœu que, dans toutes les villes de France, un service médical et pharmaceutique de nuit soit établi.

L'Assemblée émet le vœu que les sociétés de secours mutuels bénéficient des tarifs G. V. 8106 (billets collectifs d'aller et retour), pour les assemblées générales et Congrès, aussi bien régionaux que départementaux.

En dehors des avantages dont elle jouit, la Mutualité tire encore de l'Etat divers privilèges qui ont leur importance.

Elle profite d'avantages fournis par les Caisses d'épargne : les Sociétés de Secours mutuels peuvent avoir un compte courant de 100.000 fr. bénéficiaire d'un intérêt actuel de 3,25 %. Elle jouit de franchise de timbres pour affiches, reçus, etc...

On peut dire donc qu'elle profite de grands avantages de l'Etat à l'égal des administrations de celui-ci.

Mais la Mutualité est insatiable. Elle mène une campagne contre l'Etatisme des Assurances sociales, mais tout en déclarant qu'elle ne réclame pas un monopole, elle veut se substituer à l'Etat dans l'organisation des assurances, elle désire comme on l'a dit dans diverses sociétés, mutualiser les Assurances sociales.

Elle veut, en réalité, faire l'encaissement des cotisations, faire la gestion financière à sa guise, sans immixtion gênante et directe de l'Etat, consentant à un contrôle discret et lointain analogue à celui prévu pour les Sociétés mutuelles.

Quel crédit peut accorder le Gouvernement à des groupements, qui datent de près d'un siècle, qui n'ont donné que des résultats illusoires et stériles, une organisation médicale squelettique de pure façade et limitée dans ses moyens, des retraites microscopiques d'une soixantaine de francs en moyenne, mais qui sont dirigés par des gens de bourse volontiers heureux de parader dans les réunions et les banquets, et qui y trouvent les honneurs et profits, qu'ils risquent de perdre dans une organisation étatique.

Je sais bien que la Mutualité ne peut faire autrement. Si elle ne prend pas en charge les Assurances sociales, sa dernière heure est proche, et elle le sait.

Son organisation est basée sur la prévoyance libre ; or, à l'heure actuelle, les jeunes se désintéressent complètement de tout ce qui concerne l'avenir. Ils vivent dans le présent, trouvent ainsi que la vie est bonne, et qu'il faut la vivre sans s'occuper du lendemain. Du reste ce n'est pas tant les avantages offerts par la Mutualité, qui peuvent les séduire.

Ils préfèrent les Assurances sociales. Et encore les apprécient-ils, sous la condition de n'avoir rien à payer. Pour le reste, ils s'en rapportent à l'Etat providence, qui, par surenchères électorales successives, finira bien par donner des rentes à tout le monde, retraites aux fonctionnaires, aux assurés sociaux, aux anciens combattants, etc.

Pour nous, médecins, un jour ou l'autre, nous rentrerons dans une de ces catégories, et ce titre de fonctionnaires, qui nous effarouche, nous les médecins de jadis, inadaptés encore aux idées nouvelles, sera peut-être ambitionné par nos successeurs.

Quant à la tendance de la Mutualité, elle ne nous intéresse pas. Nous serons, je n'en doute pas moins exploités par l'Etat que par elle. Nous n'oublions pas le passé. Nous saurons nous adapter à une œuvre sociale nouvelle en voie d'organisation, où nous pourrons défendre nos droits par la voie de nos syndicats.

Si, dans la Mutualité, nous ne serons jamais qu'un employé, dans l'assurance nous resterons un citoyen électeur, qui pourra discuter avec ses représentants, faire valoir ses revendications et qui, nous l'oublions trop souvent, est le premier et le plus puissant agent électoral.

On discute organisation étatique, ou organi-

sation mutualiste, dans le camp des dirigeants, mais on oublie un peu trop l'assuré, pour qui l'assurance a été créée et qui doit avoir voix au chapitre. En ce qui nous concerne, le malade sans s'occuper des chinoiseries administratives, tient avant tout, à être bien soigné, comme tout le monde et ne veut pas de distinction entre médecine de riches et médecine de pauvres. En défendant notre indépendance, nous défendons nos malades.

Il existe une certaine fable de La Fontaine, intitulée le bœuf et la grenouille et que vous connaissez tous bien. Que la Mutualité médite le triste sort de la grenouille et n'oublie pas l'adage : « Qui trop embrasse, mal étreint. »

Dr M. VIMONT.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### Les moignons douloureux d'amputations pour blessures par projectiles de guerre

Professeur LERICHE (de Strasbourg).

**Troisième conférence de l'Union fédérative des Médecins de réserve**

(22 décembre 1931).

Merveilleuse leçon, fortement charpentée, suivant un plan harmonieux en trois grands chapitres : Physio-pathologie. — Clinique. — Thérapeutique. Passionnante comme un roman, et qui fut écoutée dans un impressionnant silence, haché parfois de salves chaleureusement approbatrices, quand la démonstration avait acquis une lumineuse acuité. Elle eut, pour auditeurs de choix, le Général ALEXANDRE, les médecins géraux inspecteurs et les médecins généraux LASNE, CADIOT, ROUVILLOIS, SPIRE...

Leçon humaine aussi, de par cette parole du conférencier, répétée volontairement à plusieurs reprises : « Ecoutez les amputés qui se plaignent de leur moignon. Ne traitez pas leurs plaintes d'imaginaires... Point davantage ne les traitez d'hystériques..... Ce sont de grands douloureux, dont les souffrances parviennent parfois à un tel degré d'exacerbation qu'elles les conduisent au suicide, après que la morphine a perdu sa puissance endormeuse... Penchez-vous sur leurs misères... Voyons donc ensemble pourquoi ils souffrent, et comment on peut les soulager... »

Le moignon le plus beau, le plus régulier, le mieux étoffé, la cicatrice la plus linéaire ne sont pas à l'abri de cette complication, qui laisse hors de cause les opérateurs dont la technique fut irréprochable. Tandis que muscles, vaisseaux, os, tendent à se modifier dans le sens de l'atrophie. les nerfs au contraire continuent à se développer. La névroglie, puis les cylindres axes, poussent leurs prolongements jusqu'à constituer de petits renflements, des plaques, voire de véritables névromes. Ces extrémités terminales reçoivent de perpétuelles excitations de la part des tissus avec lesquels ils sont en contact. Ces excitations, par la voie centripète, gagnent les centres, et reviennent par la centrifuge en sensations, rapportées d'abord au membre amputé qui est toujours senti : hallucination bien connue des amputés... Dans un premier type, la sensation, devenue douloureuse, est localisée à un territoire neurologique, bord du pied, orteil, paume de la main... Dans un second type, c'est le moignon lui-même qui est douloureux, parce que des troubles sympathiques se sont surajoutés, et ont entraîné, par des modifications vaso-motrices, des troubles trophiques, œdèmes, cyanose, ulcérations. Enfin, un troisième type se caractérise par l'hyperesthésie douloureuse, qui a pour point de départ une arachnoïdite médullaire, d'origine sympathique, à distance ; l'ébranlement sympathique peut être tel, en effet, que des véritables crises angineuses ont été observées chez des amputés à moignon douloureux.

Comment les traiter ? Pas de nouvelles amputations, pas de nouvelles régularisations... De tels malheureux ont passé plusieurs fois consécutives sur la table d'opération, entre des mains particulièrement qualifiées, sans résultat durable...

Dans le premier type, on procédera à la section, au-dessus et assez loin du névrome terminal, du tronc nerveux, puis à sa suture, après injection dans le bout central d'acide phénique ou chromique, fixateurs des fibres nerveuses.

Dans le second type, on procèdera à la sympathectomie péri-artérielle, qui donne souvent des résultats satisfaisants.

Dans le troisième enfin, on aura le choix entre la section des racines postérieures, et la cordotomie. Il faut savoir pourtant que la cordotomie est souvent suivie de troubles vésicaux : rétention et incontinence, avec leur complication inévitable, l'infection... Si bien que c'est en dernière analyse, la section radiculaire, qui semble s'imposer...

Et l'auditoire se retira, proclamant à l'envie qu'il venait d'entendre un « professeur ».

G. DUCHESNE.

## CONGRÈS DE L'ÉCOLE DES PARENTS

Le 3 décembre dernier s'ouvrait le 3e Congrès de l'Ecole des Parents, école mutuelle d'éducateurs qui poursuit des buts multiples. Elle se propose d'apprendre aux parents à s'éduquer et à s'instruire mutuellement pour faire de leurs enfants des valeurs morales et sociales, de travailler à une renaissance de l'esprit familial en France, de sauvegarder les droits de la famille sur l'enfant, d'arriver par le perfectionnement de l'individu, à un rapprochement entre les classes et les peuples et à réaliser l'Union sacrée par la famille.

Ce programme intéressant est poursuivi en dehors de toute forme confessionnelle ou politique. La séance d'inauguration fut ouverte sous la présidence de M. Risler, président du Musée social, qui, après les compliments d'usage, passa en revue les buts poursuivis par l'œuvre.

Il fait constater que l'éducation des enfants doit être surtout familiale, puisque l'enfant en général passe plus de temps au sein de sa famille que dans les établissements scolaires.

La base de cette éducation doit être la moralité familiale, moralité qui doit être la même pour le jeune homme et la jeune fille, et dont les parents doivent donner l'exemple. C'est le meilleur antidote contre l'alcoolisme et les affections vénériennes.

Très substantiel rapport, plein d'ironie fine, de bon sens et de sincérité de Mme Vérine, secrétaire générale.

M. Garrié, président fondateur des équipes sociales, nous fit ensuite une causerie très écoutée sur les conditions d'un rapprochement social.

Sa conférence, émaillée de nombreux exemples de sa pratique personnelle, eut un réel succès, succès, du reste partagé par Mlle de Rostu qui, après lui, traita la question de la jeune fille et de l'amour du bien.

Le soir, les séances continuèrent sous la présidence du professeur Okinczyc, chirurgien des hôpitaux, et on aborda la question de la vocation et sa détermination scientifique traitée par Mlle M. Latzarus. Mme Paulette Bernège parla ensuite des professions féminines et du foyer, question palpitante dans cette période actuelle de difficultés sociales, où la femme doit quitter son foyer pour contribuer aux ressources du ménage.

Dans la seconde journée du Congrès sous les présidences de MM. Georges Desvallières, de l'Institut et de M. G. Pernot, député du Doubs, ancien ministre, on aborda la question de la Jeunesse devant les arts et les plaisirs, qui nous fit entendre deux orateurs traitant l'un M. Geoffroy Dechaume, la musique et la famille et l'autre M. Robert Lafitte, directeur de l'*Oasis*, celle des plaisirs.

Et, dans la séance de la soirée, M. André Bergé étudia les incompréhensions familiales, et Madame Jean Camus, la veuve de notre regretté maître : amitiés et sympathies, qu'elle traita avec une délicatesse si émouvante.

La journée finale présidée l'après-midi par M. Boissard, ancien député, était consacrée à cette question : la jeunesse devant le devoir national et le devoir international.

Le général Borée, directeur de l'Alliance nationale, un des héros de la dernière guerre, sut nous faire entendre avec d'enthousiastes paroles, ce qu'est le devoir envers la Patrie, et M. Paul Houry traita ensuite cette question d'actualité : la jeunesse devant l'étranger.

La séance du soir présidée par M. Antoine Redier, directeur de la *Revue Française*, nous réservait l'étude de cette question troublante : la jeunesse devant l'amour. Notre confrère, le Dr Mousaingeon, président de la Ligue des familles nombreuses, argumenta cette phrase. Faut-il que jeunesse se passe, question bien controversée et qu'il solutionne par la négative dans le sens que nous comprenons tous. C'est évidemment un idéal, mais combien difficile à atteindre !

Enfin, Madame Vérine termina ces intéressantes réunions, en nous brossant un tableau enchanteur de ce qu'il faut pour vivre une belle vie, telle qu'elle le conçoit.

En entendant ses éloquentes paroles nous devons en conclure que c'est la vie que nous voudrions vivre et que nous aurions voulu vivre, mais hélas, la perfection n'est pas de ce monde.

M. V.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Tout, tout : même l'accordéon ; mais je t'en supplie, pas les cours de la Bourse...*

(Sous une image d'Abel Faivre.)

DXXII. — Docteur Paul LE GENDRE. — **L'Encyclopédiste Albert de Haller**, envisagé comme homme de lettres, poète préromantique moraliste et religieux. Ses opinions et son caractère d'après ses poèmes, sa correspondance et son journal. — Un vol. 14 × 21 de 86 pages. — *Editions de la Société d'Histoire de la médecine*, Paris, 1931.

Peut-être faut-il chercher dans le fait qu'il écrivait en allemand la raison principale de l'oubli où est tombée l'œuvre littéraire de Haller. Sa célébrité médicale a de toute façon fait passer au second plan sa notoriété d'homme de lettres. Notre vénéré confrère, président de la Société d'Histoire de la Médecine, revient sur cet aspect peu connu de son activité créatrice. Je vous ai récemment montré l'influence du Baron de Lahontan (1) sur les philosophes du 18e siècle. Haller, comme lui, trace la voie de Rousseau, lyrique pastoral. Comme lui, après avoir été très lu et goûté de ses contemporains, il subit une éclipse à peu près totale. Mais ga dé par la solidité de sa discipline scientifique, s'il se laisse aller à cette griserie champêtre qui lui inspira de grandiloquents et bucoliques poèmes, il se gardera de glisser vers les utopies et les chimères, mirages creux où vont donner tête baissée quelques générations de philosophes. Il garde intacte sa « foi de charbonnier » et je ne lui trouve pas, à bien la considérer, cette « décevante » figure qu'elle revêt aux yeux de son savant commentateur. Peut-être Haller y puisait-il quelqueconsolation, quelque secours : il y a tant de nos pas chancelants qui ont besoin d'une béquille ! L'étude que Monsieur le Docteur Le Gendre consacre à ce précurseur constitue un essai très harmonieusement construit de critique littéraire rétrospective, d'autant plus attachant que les documents et les citations abondantes, ne sont qu'adroit prétexte à nous monter la mécanique pensante et l'unité d'une œuvre. Haller eut maille à partir avec le féroce La Mettrie (2) et avec le grincheux génial de Ferney : à l'un et à l'autre il opposa sa sérénité, son goût de l'ordre et de la mesure, son érudition clairvoyante et sa sagesse, toutes choses dont semble bien avoir hérité son biographe.

(1) Dialogues curieux avec un sauvage de bon sens par le Baron de Lahontan. (*Editions Margraff*) Paris, 1931.

(2) Voir sur La Mettrie la thèse ès lettres de Boissier *Editions Les Belles-Lettres*, Paris, 1930.)

DXXIII. — Docteur Gaston BAISSETTE. — **Hippocrate**. Un vol. in-8° écu sur alfa sous couverture illustrée. *Editions Bernard Grasset*, Paris, 1931, 20 fr.

Je ne me porte pas garant de l'exactitude absolue des innombrables détails qui parent cette intéressante monographie mais je les ai lus avec un vif intérêt. Leur succession tient en haleine l'attention et anime l'exposé de cette légendaire existence de l'homme de Cos et de sa doctrine, si minutieusement contée que je me demande si ne revit pas en Monsieur Baissette, l'âme fidèle d'un des disciples qui eurent la joie d'entendre à portée de voix le message du périodeute.

DXXIV. — Robert VALLERY-RADOT. — **Lamennais**, ou le Prêtre malgré lui. Un vol. 13 × 20. *Editions Plon*, Paris, 1931, 18 fr.

Le diagnostic réticent de Pinel (et voici une fois de plus sans discussion possible, la clinique « éclairant » l'histoire littéraire), va nous permettre de mieux suivre et comprendre l'impulsivité de Lamennais : son éloquence, ses furies verbales, ses reploiements, la raison de ses audaces maladives, de ses amitiés hardies, de ses oscillations perpétuelles d'où son âme va sortir insatisfaite et déchirée. Toutes les règles, toutes les contraintes le brûlent et il reprend les vociférations sacrées de Nessus, le magique délire verbal des visionnaires, les plaintes des réprouvés, il subit cette exaspération corticale qui à la place de désordres kinétiques comitiaux va sourdre dans le flot sonore des essais, des polémiques, des pamphlets. Monsieur Valléry-Radot qui l'examine avec toute la charité d'un croyant connaît admirablement son personnage et cette biographie, écrite dans un style splendide, a fort grand air. Un souffle héroïque de passion la soutient de page en page, mais avec une méthode qui n'oublie aucune des rigueurs nécessaires de l'analyse et n'a négligé aucun des replis obscurs de cette mobile intelligence, ni des méandres de ses errances.

DXXV. — Léon AUSCHER et Marc DUBOIS. — **Le Pays de Chartreuse**. Un vol. 15 × 20 ; préface de M. Paul Léon, Directeur des Beaux-Arts ; couverture d'après une aquarelle d'Artigue ; orné de 167 héliogravures et d'une carte. *Editions Arthaud*, Grenoble, 1931.

Monsieur Paul Léon avec la pondération qui

sied à un fonctionnaire du cadre supérieur termine sa préface en nous avertissant que « *ce livre est de ceux qui donnent à penser* ». Il me permettra de lui dire plus crûment qu'une conclusion s'impose quand on a reposé le livre : les gens qui ont *chassé* les Chartreux sont des crétins. De ce massif (où leur bienfaisante activité troublait en songe le repos des paladins ventripotents de la politique), voici une très belle présentation par le texte et l'image. Poésie de la neige et du silence autour du monastère, grandiose recueillement de la nature autour de cet effort spirituel et temporel échafaudé au cours de siècles de persévérante et pacifique conquête, donnent un charme grave à l'évocation de cette histoire si étroitement mêlée à celle de la région. Des clichés bleutés d'une remarquable finesse reproduisent outre les sites de la Grande-Chartreuse, toutes les curiosités touristiques qui l'environnent et ces paysages grandioses de l'Alpe comme si la buée bleue d'un air glacé amenuisait leurs lointains.

DXXVI. — Alexandre ZÉVAÈS. — **Le Scandale de Panama**. Un vol. 12 × 19. *Ed. de la Nouvelle Revue Critique*, Paris 1931, 12 fr.

Les phases de cette monumentale escroquerie sont clairement exposées par Monsieur Zevaès. Le compagnonnage de la finance et du Parlement couvrit de honte à l'époque cette honorable compagnie. Que les temps sont changés ! Je veux dire que Monsieur Oustric ne semble pas être tout à fait arrivé au chiffre-record des *cent-quatre* ! L'auteur n'est pas tendre pour le haut personnel de l'entreprise, ni pour les financiers de haut vol qui s'intéressèrent à la dilapidation des fonds et suit de très près la genèse du scandale.

DXXVII. — Léon DAUDET, de l'Académie Goncourt. — **Les Bacchantes**. Un vol. 12 × 19. Roman. *Editions Flammarion*, Paris, 1931. 12 fr.

Monsieur Daudet poursuit le cycle de son apologie de l'instinct sexuel concourant au développement et à l'essor de l'activité artistique ou scientifique. La thèse peut être fondamentalement juste, mais les débordements des partenaires du savant sont bien complaisamment décrits sans que le postulat de Monsieur Daudet cesse d'être postulat. Ces jeunes personnes se démènent avec une cynique impudeur autour d'un savant resté jeune. Avec une sagesse très épicurienne de roi Pausole celui-ci poursuit ses recherches dans une voie où viendront s'ébattre pour sa satisfaction personnelle ses modernes bacchantes, auxiliaires dévouées de ses démonstrations. Cette science appliquée ne me semble pas très orthodoxe ! Mais le roman n'est pas tenu d'être, deux cents pages durant, vraisemblable et Monsieur Daudet a écrit sans souci des contingences un livre endiablé, vivant, où je ne veux pas relever les inévitables scories de toute coulée torrentielle. L'ensemble a une odeur chaude, moite, de vie, un rythme de juvénile bondissement de dyonisiaque farandole.

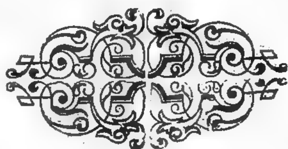
DXXVIII. — Marcel JOUHANDEAU. — **Le Journal du Coiffeur**. Un vol. 12 × 19. Récits. *Éditions de la Nouvelle Revue française*, Paris 1931, 15 fr.

Ces petits récits où Jouhandeau regarde à la loupe les misères et les travers ridicules de petites gens seraient parfaits si ne les traversait de loin en loin un éclair de surréalisme qui éblouit notre entendement. On se retrouve plus à l'aise ensuite, quand on retombe en style clair et qu'on reprend contact avec l'humour triste et l'amertume enjouée de ce redoutable pince-sans-rire.

**Varia** *** Le *Crapouillot* de Noël parle de beaux livres. Vous y retrouverez nombre de ceux qui ont alimenté la Page sans Médecine. Une abondante documentation sur le Salon d'automne. Et la chronique de Gus Bofa qui n'a pas d'équivalent..... ni de pitié.

20 décembre 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.



## LES THÉATRES

### Au Théâtre Mogador

### « Orphée aux Enfers »

Opéra-bouffe en 3 actes et 9 tableaux de Hector Crémieux et Ludovic Halevy.

Musique de Jacques Offenbach.

Il n'était pas aisé de reprendre fin 1931 Orphée aux Enfers, dont le sujet et la contexture même sont de ceux qui datent suffisamment. Créée en 1858, l'œuvre de Jacques Offenbach fut reprise plusieurs fois depuis, et chaque fois, réadaptée à l'époque. Nulle pièce n'a connu plus de transformations, plus de fantaisie dans les apports ou les coupures et nous nous demandions avec une certaine appréhension de quelle façon elle nous serait présentée en ce temps si différent de celui des précédentes représentations. Nous avons été ravis et déçus à la fois.

Nous avons été ravis des efforts considérables réalisés dans la mise en scène que M. Max Dearly a imaginée, dans l'ordre et l'harmonie qui président aux présentations des divers tableaux, aux divertissements, aux ballets, dans le luxe considérable prodigué sans compter dans les éclairages, les coloris, les costumes (de Mlle Jenny Carré), dans l'absolue perfection de la partie musicale dirigée par M. Diot, ainsi que dans celle, assez rare, des chœurs. Nous avons été déçus par contre dans le peu de substance morale de ce spectacle réadapté à la sauce et au goût du jour, dans l'utilisation si minime et un peu désuète de talents complets et incontestés tel celui de MM. Max Dearly en Jupiter, Oudart en John Styx. J'en dirai autant pour M. Adrien Lamy qui pourtant tient le rôle d'Orphée ; je ne parle pas de la partie chant confiée à Lucien Muratore dans le rôle de Pluton, de Marise Beaujon dans celui d'Eurydice, de Janne Saint-Bonnet en Diane et de Rose Carday en « Opinion publique ». Ils avaient à servir une partition variée, semée d'embûches et un rôle souvent difficile, ils se sont acquittés de leur tâche très honnêtement et ont droit à nos louanges méritées, à titres et degrés divers.

Je ne vous rappellerai pas en détail la légende d'Orphée ; nous allons, si vous le voulez bien, parcourir le spectacle.

Au premier acte, nous sommes à Thèbes (beau décor). Orphée, charmant professeur de violon, se soucie fort peu, absorbé par son art, de son inconstante Eurydice. Pluton déguisé en berger emmène la belle, et l'Opinion publique ici personnifiée entraîne dans l'Olympe Orphée à sa recherche. Signalons à cet acte un peu confus et trop long le divertissement pastoral, ballet fort bien réglé par M. Balanchine et le final précédé de la valse des petits violonistes, les élèves d'Orphée.

Le deuxième acte est véritablement étonnant de splendeur et d'harmonies, après les couplets gracieux de Vénus (Raymonde Allain), de Cupidon (Monette Dinay), de Mars (Jose Dupuis). Nous assistons au réveil des dieux ; un machinisme habile découvre petit à petit, les divinités habilement groupées au fond de l'Olympe, précisées peu à peu par les rayons solaires effaçant les nuages. Voici le rondeau de Mercure (Maurice Porterat), l'air de Pluton, le grand ballet des Nymphes où se distinguent M. Witzak et Mme Felia Doubrowska. C'est au milieu de ces réjouissances qu'arrivent Orphée et l'Opinion publique pour réclamer Eurydice absente et mise en sûreté préalablement aux Enfers par Pluton qui au final y entraîne dans un joyeux départ tous les dieux déesses et nymphes.

Au troisième acte, nous sommes dans le boudoir de Pluton aux Enfers où se cache Eurydice, après sa valse des regrets, les couplets de John Styx le serviteur de Pluton, voici Jupiter qui pour séduire la volage Eurydice prend le déguisement d'un chevalier aux ailes d'argent, prétexte du duo de la mouche et du bourdon et au divertissement dans le style ballets russes des mouches simulées par les gracieuses danseuses de Georges Balanchine. La scène change bientôt et s'ouvre sur le fond des Enfers à l'extrémité desquels s'écoule le Styx au milieu de rochers escarpés garnis de paillettes d'or, sous les feux rouges des projecteurs et parsemés de dieux, déesses en costumes infernaux, Hymne à Bacchus, Menuet de Jupiter et Pluton pendant lequel Orphée vient avec son acolyte réclamer Eurydice ; on connaît son châtiment au milieu de la bacchanale finale.

La reprise d'Orphée comporte évidemment, comme nous le disions, de nombreuses concessions un peu disparates aux goûts et exigences actuelles. Nous ne sommes pas tout à fait ni dans le music hall, ni dans la féérie, ni dans l'opérette. On reste un peu étonné, bien que ravi. Fort heureusement la main qui dirige est puissante et de qualité et le public aime toujours retourner là où il est satisfait, autrement dit, sans plagier Offenbach, « l'Opinion publique » est favorable à Mogador.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

## « DISQUES »

Un aimable correspondant me prie d'indiquer, dans mon article, des disques d'opérettes. Je souscris volontiers à ce désir, ne fût-ce que par réaction contre les tristesses de l'heure présente ; car c'est, sans doute, ce mobile qui motive une demande dans ce sens spécial.

Il faut, d'abord, s'entendre, car on réunit généralement sous ce vocable trois genres musicaux, qui, bien qu'ayant des similitudes, présentent cependant des différences notables.

1° L'Opéra-bouffe. Ce n'est qu'une parodie de grand Opéra, dans sa texture et ses moyens, mais en lui règnent la cocasserie et le verve satirique. Il met en œuvre, volontairement, des moyens comiques dont l'anachronisme et l'allusion voilée à des situations contemporaines, sont les principaux.

La musique y est obligatoirement alerte ; les airs faciles à retenir franchissent la rampe et vivent ensuite longtemps dans la mémoire d'un public bon enfant qui n'en conserve qu'un bon souvenir.

2° L'Opérette proprement dite, qui succéda à l'Opéra-bouffe et fit fureur vers la fin du XIXe siècle ; sa vogue se poursuivit, décroissant peu à peu jusqu'en 1914. Elle se différencie de son prédécesseur en ce que la farce n'existe plus. Frondeuse sans être irrévérencieuse, elle fait sourire, mais elle renferme aussi un charme fait de sentiment, voire d'émotion, qui vous laisse parfois l'œil un peu humide.

Cette sentimentalité, que les moins de trente ans considèrent comme un peu bébête, ne pouvait guère survivre dans une génération dont les aspirations étaient différentes des nôtres... d'où la naissance de :

3° L'Opérette moderne. Elle n'a plus avec ses devanciers aucune parenté bien nette. Elle revêt plutôt l'allure d'une comédie musicale inspirée dans sa forme (et malheureusement dans son fond) des opérettes étrangères ; elle comporte surtout des airs à danser, car, depuis 1914, la danse est à la mode.

L'importance du livret et de la musique même a diminué, et l'on a, au possible, simplifié moyens scéniques et mise en scène. L'orchestre est réduit, les chœurs absents, des comédiens qui chantent un peu suffisent à tenir tous les rôles, à condition, bien entendu, que toute la troupe sache danser, puisque, à elle seule, la danse remplacera les défilés, les trios, les quatuors et les finales.

Les maîtres dont les noms s'imposent, sont : pour l'Opéra-bouffe, OFFENBACH et HERVÉ et pour l'Opérette, Ch. LECOCQ.

Offenbach a été d'une prodigieuse fécondité, ce qui n'empêche que certaines de ses œuvres ont fait le tour du monde.

La principale et la première en date « *Orphée aux Enfers* » après avoir suscité une impression mêlée d'étonnement, voire d'indignation, « pour avoir osé toucher à la mythologie », acquit peu à peu un succès qui dure encore. Rien d'étonnant de trouver le reflet de ce succès dans les éditions de disques.

Polydor enregistre (19.733) une ouverture d'*Orphée* qui se place parmi les bons morceaux de cette firme ; et Gramophone (K. 1355), le Quadrille infernal qui a plus fait pour la renommée d'Offenbach que s'il avait écrit une puissante symphonie.

La « *Belle Hélène* » qui suit « Orphée » existe, en bons disques, chez Polydor ; d'abord en 19.760 un « pot-pourri » qui a su réunir habilement les morceaux caractéristiques de cette œuvre où la cocasserie du texte se joint à des trouvailles musicales heureuses.

Gramophone donne (W 973) enregistrés par Mireille Berthon, au soprano sympathique, l'Invocation à Vénus, et le passage « Amours divins » qui font une heureuse diversion à certaines phrases un peu chahuteuses et traduisent la remarquable souplesse de la muse d'Offenbach.

« *Barbe-Bleue* », « *La Vie parisienne* », « *La Périchole* », « *La grande Duchesse de Gérolstein* » n'ont pas encore eu à ma connaissance les honneurs du disque.

Par contre, il existe chez Odeon (165.310) une bonne ouverture par orchestre, de « *La Fille du Tambour-Major* ».

La même firme confie avec succès à la belle voix chaude de Pujol, de l'Opéra-Comique, le soin d'interpréter (166.121) les couplets du Tailleur amoureux et le « Voilà ce bel Uniforme » que connaissent tous les amis de cette œuvre.

C'est encore Odéon, qui enregistre, en 188.533, deux morceaux des « *Contes d'Hoffmann* » : la « Légende de Kleinzach » chantée par Micheletti et les « Oiseaux dans la charmille », par Marie-Thérèse Gauley. Puis, en 188.574, le duo « C'est une chanson d'amour » interprétée par Micheletti et Emma Luart.

A titre de curiosité et pour les admirateurs de REYNALDO HAHN, je noterai le Columbia D 2022 où ce grand artiste détaille avec un charme exquis, en s'accompagnant lui-même au piano, deux airs de « *La Boulangère a des écus* » d'Offenbach avec au verso un air du « *Devin de village* », de J.-J. Rousseau certainement étonné de se trouver en semblable compagnie.

Il existe enfin, chez Polydor (19.687) un grand disque « Offenbachiana », où l'orchestre Paul

Godwin a dû suivre, tantôt avec fougue, tantôt avec langueur, la muse capricieuse d'Offenbach.

Quant à Hervé, bien que sa verve bouffonne, son abracadabrante fantaisie, sa verve parodique étourdissante aient fait de lui un des maîtres du genre, je ne connais encore aucun bon enregistrement de ses œuvres. Il semble, cependant, que de nombreux passages du « Joueur de flûte », de « l'Œil crevé », voire de « Chilpérich » ou du « Petit Faust » eussent dû être gravés. Ce n'est sans doute que partie remise.

Pour Lecocq, s'il ne possède pas les qualités particulières de ses devanciers, il n'en est que plus profondément personnel en raison de la grâce, de l'élégance et du charme de son inspiration. C'est en vain, que l'on chercherait dans son œuvre la verve bouffonne ou les passages endiablés d'Offenbach, mais il a sa manière à lui, faite de finesse, de franche gaîté et d'agréable séduction.

Quoiqu'il en soit, dans la cinquantaine de partitions qu'il a écrites, les éditeurs de disques ne semblent connaître de lui que « *La Fille de Madame Angot* ». Je n'entends point médire de cette partition, certainement la plus populaire de Ch. Lecocq, mais il me semble qu'il y a aussi des passages dignes de reproduction dans « Le Docteur Miracle », « Fleur de thé » et « Le Carnaval d'un Merle blanc ».

A titre de compensation, sans doute, on n'a que l'embarras du choix pour les enregistrements de « Madame Angot ».

Parlophone donne (22.036) une bonne fantaisie sur cette opérette, et comme la plupart des morceaux de chant sont tombés dans le répertoire populaire on n'a que l'embarras de choix :

C'est Baugé qui, chez Gram (P. 412), enregistre « Elle est tellement innocente »; Mireille Berthon accompagnée par les chœurs de l'Opéra-Comique détaille (Gram. P. 769), la « Légende de la Mère Angot » ; puis, Lucie Perel i, qui chante avec esprit « Les soldats d'Augereau » (Gram. P. 713).

Il est juste de citer également les disques édités des œuvres de AUDRAN et de PLANQUETTE qui, pour des raisons identiques, sont nombreux dans la partie chant :

Ce sont, du premier, dans « *La Mascotte* » chez Odéon 166.116 le « Je ne sais quoi » et « le secret de Polichinelle » chantés par le ténor Pujol ; puis chez Gramophone, Baugé qui (P. 402) ténorise agréablement dans « les envoyés du paradis » et la « Romance du bouquet » et enfin (Gram. P. 486), Martell et Duez qui chantant avec talent « La Romance du baiser » et esprit le « Duo des dindons ».

D'Audran aussi existe, chez Odéon (166.514) une jolie fantaisie d'orchest e sur « Miss Hélyett » et chez Gram (P. 754) « Que ne puis-je la rencontrer », chanté par Baugé.

Pour Planquette, seules « *Les Cloches de Corneville* » semblent avoir intéressé les éditeurs : on trouve chez Polydor une fantaisie de l'orchestre Paul Godwin (19.593).

L'ouverture des « Cloches » est habilement enregistrée par l'orchestre du Gramophone (K. 858) et l'Entr'acte sous le n° K.863.

Quant aux morceaux de chant, ils sont également nombreux et suffisamment phonogéniques ; Brothier, Baugé et les Chœurs donnent (Gram. K. 865) « Ah ! le vilain bonhomme » et « A la lueur des flambeaux ».

De Creus chanté sans monotonie (Gram. K 860) « Va petit mousse » ; Brothier et de Creus donnent (Gram. K. 861) « La Légende des cloches » et en K. 872 « Vive le Cidre de Normandie ».

La multiplicité de ces enregistrements (dont je cite ceux que je trouve les meilleurs) démontre combien certaine tendance (que les éditeurs auraient tort d'exagérer) les entraîne à la remorque d'une clientèle dont les desiderata, facilement réalisables, ne sont pas toujours un criterium de goût fin.

Ce sont évidemment les mêmes mobiles qui ont guidé les éditeurs dans l'enregistrement de nombreuses opérettes modernes, dont la valeur musicale justifie rarement la faveur qu'elles ont rencontrée.

Ces œuvres consistent surtout, en l'exploitation jusqu'à l'usure, de motifs de danses pour lesquels l'orchestre de jazz devient une nécessité capitale. Fox trott, one step, voire charleston enrobent de leur rythme syncopé un texte de livret dont, en général, la pauvreté ne se défend que grâce à la sauce musicale, très épicée, qui l'accompagne.

Le proverbe de gastronomie grossière qui affirme que « c'est la sauce qui fait passer le poisson » rencontre ici une éclatante justification.

Je ne prétends pas qu'il n'y ait quelque plaisir pervers à écouter une ou deux fois le motif des « *Artichauts* » que Moretti a introduit dans « *Le Comte Obligado* », mais je préfère franchement l'encaisser sans parole, interprété par le jazz du Moulin-Rouge (Gram. K. 5.388) que de l'entendre chanter, même par Milton (Columbia D. 19.040). Le texte est tellement absurde qu'il vaut mieux l'ignorer. Même opinion d'ailleurs pour le tango « Mio Padre » ; il vaut mieux l'entendre joué par l'orchestre sud-américain de J. Lucchesi (Gram. K. 5.392) que chanté, bien que Urban en détaille les couplets spirituellement chez Columbia (D. 19 030).

Sous cet angle, et considérés uniquement comme musique de danse, je ne trouve nul inconvénient à ce que l'on écoute avec plaisir certains passages de « *Phi-Phi* » de CHRISTINÉ, que Gramophone a fait enregistrer sous les numéros K. 689 et K. 700 par l'orchestre tzigane Vahrna ; on y trouve des motifs de valse assez agréables.

Mais vraiment, je préfère du FRANZ LÉHAR, dans les œuvres duquel on retrouve toute la morbidesse de la valse viennoise. Cette musicalité particulière me séduit autrement que celle, liée inséparablement aux trouvailles pénibles des «bruiteurs» et aux brutalités du jazz. Il y a de bons passages dans sa « *Danse des libellules* » enregistrée par Belly Max et son orchestre (Gram. K. 2.461). Quant à sa « *Veuve joyeuse* » où l'on retrouve tout le «viennisme» des Strauss, Gramophone en a édité la valse dans le L. 647 où elle s'adosse à la valse du « *Comte de Luxembourg* » également pleine de charme.

En résumé, les diverses œuvres rangées sous le qualificatif d'opérettes et échelonnées dans le temps sur une soixantaine d'années sont plus que beaucoup d'autres œuvres plus sérieuses, indicatrices et caractéristiques de leur époque. Malheureusement (et ceci n'est pas à la louange de nos contemporains), cette forme de l'intellectualité humaine ne me semble pas en progrès.

Docteur REGETT.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

### Prix décernés en 1931

PRIX ALVARENGA. — 1.200 francs.

Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner ce prix.

PRIX ALBERT Ier DE MONACO. — 100.000 francs.

Le prix est décerné à M. VEILLON, professeur à l'Institut Pasteur, médecin de l'Hôpital Pasteur (Paris) : *Etudes des microbes anaérobies.*

PRIX ARGUT. — 800 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue ce prix à M. le Dr LACHARITÉ, de New-York : *Les tumeurs des os à cellules géantes.*

PRIX AUDIFFRED. — Un titre de rente de 24.000 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie ne décerne pas le prix.

PRIX BARBIER. — 2.500 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX BERRAUTE. — Un titre de 3.092 francs de rente 3 %.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décide d'attribuer les arrérages du prix aux auteurs de l'ouvrage intitulé : *Cancer du pancréas*, MM. OBERLING et GUÉRIN, à Paris, en les partageant entre eux, par parties égales.

PRIX BLONDET. — 20.000 francs.

Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à ces trois mémoires et partage entre leurs auteurs les arrérages de la façon suivante :

M. CHABANIER, de Paris, et M. LOBO-ONELL, de Santiago, 6.000 francs chacun pour leur mémoire : *Exploration fonctionnelle des reins.*

Mme Yvonne SCHAFFER, de la Seine, 3.000 francs pour son travail sur : *Les ferments.*

M. le Dr FLEURET, de Nancy, 3.000 francs, pour son ouvrage : *Du rôle des glucides dans la formation de certains acides organiques chez le sujet normal et pathologique.*

PRIX BOGGIO. — 4.800 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr BAYLE, de Paris : *Influence des injections sous-cutanées d'extrait splénique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.*

PRIX BOURCERET. — 1.200 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Ch. LAUBRY et Adalbert van BOGAERT, de Paris : *Etudes de la dynamique artérielle normale et pathologique.*

PRIX BUIGNET. — 1.600 francs.

Six mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à MM. Etienne et Philippe BARRAL, de Lyon : *Précis d'analyse chimique biologique générale.*

PRIX BUISSON. — 12.000 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. Jules AUCLAIR, de Paris : *Vaccination préventive et curative du cobaye et du lapin contre la tuberculose humaine ; ses indications et ses effets chez l'homme.*

Elle décerne également une mention très honorable à MM. LEROY, médecin-chef et MÉDAKOWITCH, chef de laboratoire à l'Asile Sainte-Anne : *Paralysie générale et malariathérapie.*

PRIX CAILLERET. — 500 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix au Dr Claude BOUYSSET, de Lyon : *Les gangrènes diabétiques des membres et leur traitement.*

PRIX CAPURON. — 2.000 francs.

Question : *La cure thermo-minérale dans les pyélites.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à ce mémoire, qui

a pour devise : « *Ce qui est particulier aux stations françaises, c'est la probité de leur étude, c'est la netteté de leurs indications thérapeutiques* » et dont les auteurs sont : MM. les Drs Paul BARON, de Paris, et Pierre MERLE, de Montpellier.

PRIX CHEVILLON. — 3.000 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX CLARENS. — 500 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr SCHAPIRO, de Paris : *L'hygiène alimentaire des juifs devant la science moderne.*

PRIX DESPORTES. — 1.500 francs.

Neuf mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante :

1° M. le Dr VELLARD, de Rio de Janeiro : *Ensemble de travaux sur les animaux venimeux du Brésil et leurs venins* (750 francs) ;

2° MM. A. et R. SARTORY et J. MEYER, de Strasbourg : *Contribution à l'étude des onychomicoses* (250 francs chacun).

FONDATION FERDINAND DREYFOUS. — 1.400 francs.

Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent.

Cette année, ces arrérages sont attribués à M. Robert WORMS.

PRIX GODARD. — 1.000 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul BLANCHET, de Lyon : *Les analyses post-traumatiques de Weir-Mitchell et leur devenir.*

PRIX GUÉRÉTIN. — 1.500 francs.

Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante :

1° MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Lucien ROUQUÉS, de Paris : *Les phénomènes de choc dans l'urticaire* : 375 francs chacun.

2° MM. WORMS et LE MÉE de Paris : *Les foyers amygdaliens* : 375 francs chacun.

Elle accorde de plus une mention très honorable à M. le Dr JACQUEMIN, du sanatorium de Larressore : *Complications soustractives de la tuberculose pulmonaire.*

PRIX GUZMAN. — Un titre de rente de 2.500 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue les arrérages de ce prix avec partage égal entre eux, à MM. Pierre GLEY et KISTINIOS, de Paris. *Recherches expérimentales et cliniques sur l'action des extraits pancréatiques dans certaines affections cardio-vasculaires.*

PRIX HELME. — 2.500 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr COUTURE, de Lyon : *Contribution à l'étude des stérols, leur action photochimique et leur pouvoir d'oxydation.*

PRIX HERPIN (de Genève). — 3.000 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix au Dr MOLLARET, de Paris : *La maladie de Friedreich.*

PRIX HUCHARD. — 8.000 francs.

Cinq candidatures :

L'Académie partage le prix entre le Dr René MORIN, médecin principal de 1re classe de l'Assistance médicale de l'A. C. F. au Sénégal et le Dr Phan Van Lu, de l'Hôpital indigène de Cholon (Cochinchine).

Elle décerne, en plus, une mention très honorable à M. Georges PERRIN, interne des hôpitaux, qui, en des circonstances graves, a fait preuve d'un grand esprit de sacrifice.

PRIX HUGO. — 1.000 francs.

Huit mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix à Mme le Dr Mélina LEPINSKA, de Paris : *Les femmes et le progrès des sciences médicales.*

Des mentions très honorables sont décernées à :

M. le Dr Armand ROBERT : *Ambroise Paré, médecin légiste.*

M. le Dr Léon PALÈS : *Paléopathologie et pathologie comparative.*

M. le Dr Jacques VIÉ : *Les aliénés et les correctionnaires à Saint-Lazare aux* XVIe *et au* XVIIe *siècles.*

M. le Dr Raymond BOISSIER : *La Mettrie, la Politique du médecin de Machiavel, la Mort de Voltaire, Evolution de l'art dentaire.*

PRIX HUGUIER. — 4.000 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr Claude BÉCLÈRE, de Paris : *La perméabilite et les obturations tubaires.*

PRIX INFROIT. — 3.000 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr ISER SOLOMON, de Paris : *Travaux de radiologie.*

PRIX JACQUEMIER. — 2.500 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr Raymond MAHON, de Bordeaux : *L'utérus parturient rachianesthésié.*

PRIX LABORIE. — 7.000 francs.

Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. Jean PATEL, de Paris : *Les accidents précoces des traumatismes cranio-encéphaliques fermés.*

PRIX LARREY. — 500 francs.

Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante :

1° M. le Dr Raoul HURSTEL, de Paris : *Les accidents oculaires du travail*, 250 francs.

2° MM. WORMS et BOLOTTE, de Paris : *L'insuffisance respiratoire nasale*, 125 francs chacun.

PRIX LAVAL. — 1.200 francs.

L'Académie attribue les arrérages du prix Laval à M. Jean CAUCHOIX, pupille de la Nation, étudiant de première année.

PRIX LE PIEZ. — 2.000 francs.

Huit mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages savoir :

MM. les Drs WORMS et DELAFARGE, de Paris : *Les séquelles traumatiques cranio-faciales d'allure réflexe* : 250 francs chacun.

M. le Dr IMBERT, de Paris : *La périlobulite et le retour à la notion de la tuberculose pulmonaire interstitielle* : 500 francs.

Mlle le Dr Juliette SCHERRER, de Paris : *De quelques formes cliniques des pleurésies rhumatismales*, 500 francs.

M. le Dr FISCHER, de Bordeaux : *Les dysmorphies congénitales*, 500 francs.

PRIX LEVEAU. — 2.000 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

Tout en reconnaissant une réelle valeur à ces mémoires, l'Académie estime qu'elle ne peut leur attribuer le prix, car ils ne répondent pas aux intentions de son fondateur.

PRIX LOUIS. — 4.500 francs.

Question: *Des relations existant entre les propriétés thérapeutiques des dérivés aromatiques de l'arsenic et leur constitution chimique.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à ce mémoire qui a pour devise : AS5 et dont les auteurs sont: Mme et M. Jacques TREFOUEL, de Paris.

PRIX A.-J. MARTIN. — 1.000 francs.

Question : *Sort des microbes pathogènes dans les eaux d'égout.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à ce mémoire qui a pour devise : L'utilité publique et l'intérêt de l'humanité ennoblissent le travail le plus rebutant et ne laissent voir aux hommes que le zèle avec lequel il a fallu surmonter le dégoût et les obstacles, dont l'auteur est M. le Dr Horace GOLDIE, de Paris.

PRIX Claude MARTIN. — 800 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. RUBBRECHT, de Gand : *Les variations maxillo-faciales sagittales et l'hérédité.*

PRIX MÈGE. — 1.500 francs.

Question : *Les réflexes d'origine pulmonaire.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à ce mémoire qui a pour devise : « L'union fait la force » et pour auteur le Dr Jean DUBLINEAU, de Paris.

PRIX MEYNOT. — 3.000 francs.

Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix au Dr BAILLART, de Paris, pour son *Ensemble de travaux sur la circulation rétinienne.*

Elle accorde également une mention très honorable à M. le Dr KELLER, de l'Ecole de médecine d'Hanoï, pour son *Essai sur les affections oculaires en Indochine.*

PRIX MONBINNE. — 1.500 francs.

Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr SCHMUTZ, Directeur des Services d'Hygiène et de la Santé publique dans le Bas-Rhin : *Note sur le développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë dans le Bas-Rhin en été* 1930.

PRIX NATIVELLE. — 1.000 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie a estimé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix.

PRIX OULMONT. — 1.000 francs.

Ce prix est décerné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie).

Le prix est décerné à M. Paul THIROLOIX.

PRIX PANNETIER. — 4.000 francs.

Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix au mémoire intitulé : *La cryothérapie*, qui a pour auteurs MM. LORTAT-JACOB et SOLENTE.

PRIX POURAT. — 1.500 francs.

Question : *Sur les substances sympathomiméthiques agissant par la voie buccale, en particulier l'éphrédine et ses homologues.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à ce mémoire qui a pour devise : « Honny soit qui mal y pense » et pour auteur Mlle Jeanne LÉVY, de Paris, et pour titre : *Etude chimique et pharmacodynamique de quelques substances sympathomimétriques du type de l'éphrédine.*

PRIX REDARD. — 5.000 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. Paul FUNCK-BRENTANO, de Paris : *Les pseudarthroses du col du fémur.*

PRIX REYNAL. — 1.500 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr Eugène BRIAU, de Paris : *Hors l'amour, pas de baisers* ; et décerne une mention honorable à M. le Dr EYLAUD, de la Gironde : *Les assurances sociales en France et la protection de la santé publique.*

PRIX RICORD. — 800 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr ROUCAYROL, de Paris : *La d'Arsonvalisation directe dans le traitement de la blennorragie.*

PRIX Marc SÉE. — 1.200 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. Philippe BELLOCQ, de Strasbourg : *Anatomie médico-chirurgicale.*

PRIX TARNIER. — 4.000 francs.

Un mémoire a été présenté.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention très honorable à M. le Dr BIDOIRE, de Paris : *Contribution à l'étude des thrombophlébites utéro-pelviennes d'origine puerpérale.*

PRIX TESTUT. — 1.500 francs.

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux deux auteurs des mémoires présentés et en partage entre eux les arrérages par moitié.

1° Le Dr PEDRO BELOU, de Buenos-Ayres : *Atlas de anatomia de organo del oido y de las regiones con el vinculadas.*

2° Le Dr VILLEMIN, de Bordeaux : *Précis d'anatomie topographique.*

PRIX VERNOIS : 800 francs.

Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie partage ce prix entre M. le Dr POZERSKI, de Paris : Hygiène alimentaire (600 francs) ; et M. Henri BOUQUET, de Paris, pour son : *Encyclopédie des sciences médicales* (200 francs).

## FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

### Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinicat.** — Sont nommés chefs de clinique et attachés médicaux (1931-1932) :

*Cliniques médicales.* — Hôtel-Dieu : MM. Caroli Delalande, Veran, Thiroloix, titulaires ; — Cochin, MM. Moussoir, Poumailloux, Cahen, Rivoire, titulaires ; Saint-Antoine : MM. Oumansky, Delarue, Durury, Melle Pau, titulaires ; Mme Ragu, adjointe ; — Pitié : MM. Azerad, Besançon (Justin), Dreyfus (Gilbert), Mlle Dreyfus-Sée, titulaires ; — Pitié (thérapeutique) : MM. Boltanski, Rudolf, titulaires ; — Charité (propédeutique) : MM. Lonjumeau, Imbert, Vibert, Launay, titulaires ; — Laënnec (tuberculose) : MM. Thoyer, titulaire ; Lamy, délégué.

*Cliniques chirurgicales.* — Hôtel-Dieu : MM. Meillère, Banzet, titulaires ; — Cochin : MM. Pascal, Pelle, Rouques (Pierre), titulaires ; — Salpêtrière : MM. Funck, Budouin, Lecœur, titulaires ; Jahiel, attaché médical ; — Saint-Antoine ; M. Hussenstein, titulaire ; — Vaugirard (thérapeutique) : MM. Redon, Merle, d'Aubigné, Leroy (R.), Dulac, titulaires ; Beloux, attaché médical.

*Cliniques obstétricales.* — Baudelocque : MM. Laënnec, titulaire ; François, adjoint ; Laporte, attaché médical ; — Tarnier : MM. Bidoire, Bucquoy, Bompart, titulaires ; — Pitié : Mlles Bœgner, Choquart, M. Luzuy, titulaires.

CLINIQUES SPÉCIALES. — *Oto-rhino-laryngologique.* — Lariboisière : MM. Baudoin, Rémy-Néris, Maduro, titulaires.

*Urologique.* — Necker : MM. Lieutaud, Maximin, titulaires.

*Maladies mentales.* — Sainte-Anne : MM. Le Guillant, Migault, Masquin, By, Dublineau, titulaires.

*Maladies infectieuses.* — Claude-Bernard : MM. Bourgeois (Jean), Layani, titulaires.

*Hygiène et clinique de la première enfance.* — Enfants assistés : MM. Bohn, Benoist, Baize, titulaires.

*Médicale infantile.* — Enfants-Malades : MM. Liège, Martin, Kaplan, titulaires.

*Neurologie.* — Salpêtrière : MM. Michaux, Thurel, Bize, Rouques (Lucien), titulaires.

— **Thèses.** — Mercredi 6 janvier, Jury : MM. Clerc, Couvelaire, Ombrédanne, Cathala. — M. DE LA ROCHA : Le rôle de l'augmentation anormale de la pression moyenne dynamique dans la genèse de l'hypertrophie cardiaque. — Mlle J. LE GOFF : Contribution à l'étude de la mortalité des nouveau-nés dans les dix premiers jours de la vie. — M. Louis DÉSORMEAUX : Des luxations acromiales (radiculaires, contribution à l'étude de leur traitement).

Jeudi 7 janvier. — Jury : MM. Terrien, Pierre Duval, Lemaître, Lenormant. — M. ELIAS SEMAH SHALOM : L'éther, benzyl, cinnamique (solution Jacobson) dans le traitement du trachome. — M. HADJI MANDI : Les travaux récents sur les résections précoces sous-périostées au cours des ostéomyélites aiguës de l'enfance et de l'adolescence.

Jeudi 7 janvier. — Thèses vétérinaires. Jury : MM. Rathery, Tanon, Lesbouyries, Panisset, Nicolas. — M. BONNET : Virulence du sang dans la fièvre aphteuse. M. CARPENTIER : Les services vétérinaires en Perse.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours d'électroradiologiste.** — Jury : MM. les Docteurs Belot, Darbois, Guilbert, Lehmann, Milian, Martin, Gosset.

Lecteurs : MM. Galby et Coliez.

— **Internat de Brévannes, Chardon-Lagache, Hendaye et Champrosay.** — *Epreuve écrite.* — Questions : Configuration extérieure et rapports du péricarde. — Formes cliniques de la tuberculose intestinale (rectum excepté). — Mal de Pott. — Signes et diagnostic des pleurésies tuberculeuses.

Classement des candidats : M. Laroche, 45 ; Mlle Danzig, 42 ; MM. Leconte (Maurice) et Giraud, 40 ; Marcy, 39 ; Leconte (André), 37 ; Borde, 37 ; Rotenstein, 33 ; Vautier, 31 ; Aschkenasy, 30 ; Salomon, 28 ; Opolan, 26.

Etablissements choisis : Chardon-Lagache, M. Laroche ; Hendaye, Mlle Danzig ; Brévannes, MM. Leconte (Maurice), Giraud, Marcy, Borde, Leconte (André) ; Champrosay, MM. Rosenstein et Vautier ; Hendaye, M. Opolon.

— **Concours de médecin de l'Assistance médicale à domicile.** — Jury : MM. Bourdier, Haury, Virey Bochary, Gentier.

— **Concours de l'internat de la Maison départementale de Nanterre.** — Jury : MM. Bordas, Tanon, François-Dainville, Sénéchal et Cambessédès.

— *Epreuve écrite.* — Signes et diagnostic de l'obstruction calculeuse du cholédoque.

Questions restées dans l'urne. — 1° Diagnostic et traitement des péritonites appendiculaires ; 2° Signes et diagnostic des vomiques.

— Lecture des copies. — MM. Abrassart, 15 ; Blanguenon, 15 ; Carrié, 16 ; Chassaing, 13 ; Dereure, 12 ; Gossart, 15 ; Gruchet, 15 ; Hamel, 17 ; Ingrand, 15 ; Lair, 12 ; Mlle Laporte (Simonne), 19 ; MM. Laroche, 19 ; Leclercq, 14 ; Maggi, 15 ; Manil, 13 ; Martin (André), 15 ; Née, 14 ; Vallet, 12.

— **Médaille d'or de l'internat.** — *Médecine.* — Séance du 9 décembre. — Jugement des mémoires. Ont obtenu : M. Soulié, 20 ; Lereboullet, 10 ; Lièvre, 19 ; Jean Weil, 19 ; Even, 18 ; Thiébaut, 18 ; Augier, 18 ; Durot, 18 ; Desoille, 18 ; Poumeau-Delille, 18.

Composition écrite anonyme. — Séance du 11 décembre. — Cancer primitif du foie. Mécanisme régulateur de la tension artérielle. — Ont obtenu : M. Soulié, 29 ; Jean Weill, 28 ; Lereboullet, 27 ; Lièvre, 26.

Consultation écrite anonyme. — Séance du 13 novembre. — MM. Soulié, Jean Weill, Lereboullet, Lièvre, 20.

Classement des candidats. — M. Soulié, 69 points ; M. Jean Weill, 67 points ; M. Lereboullet, 66 points ; M. Lièvre, 63 points.

A la suite du concours, la médaille d'or de médecine est attribuée à M. Soulié ; la médaille d'argent à M. Jean Weill ; la médaille de bronze à M. Lereboullet.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Avis de concours.** — *Inspecteur départemental d'hygiène adjoint (Calvados).* — Un concours sur titres aura lieu à la Préfecture du Calvados vers la fin du mois de janvier 1932 pour la nomination d'un inspecteur d'hygiène adjoint qui devra entrer en fonctions le 1er mars suivant.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de 30 ans au moins et de 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Un droit de priorité sera réservé en faveur des médecins hygiénistes déjà en fonctions et de ceux pourvus du diplôme d'hygiène universitaire.

Les demandes, rédigées sur papier timbré, devront être adressées à la Préfecture du Calvados (1re division) au plus tard le 25 janvier 1932 et accompagnées ou suivies des pièces suivantes :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ; 2° Bulletin de naissance ; 3° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ; 4° Extrait du casier judiciaire ; 5° Copie certifiée conforme des diplômes et titres universitaires ; 6° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; 7° Un exposé des titres, travaux et services ; 8° Un exemplaire de ses principales publications ; 9° Un engagement, en cas de nomination : *a*) de rester au service du département pendant une durée de trois ans au minimum et de renoncer à faire de la clientèle ; *b*) de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre par conséquent, à aucune autre fonction ou mandat public ; *c*) de ne pas s'installer dans le département du Calvados, en cas de cessation de fonctions pendant une période de trois ans, à dater de cette cessation ; *d*) En cas de démission ou de nomination à un autre poste, de continuer à assurer son service pendant trois mois au minimum.

Le traitement actuel de début des médecins inspecteurs adjoints de circonscription est de 30.000 francs et peut atteindre 40.000 francs par échelons successifs de 2.000 francs tous les deux ans.

A ce traitement viennent s'ajouter le cas échéant, les indemnités pour charges de famille allouées aux autres fonctionnaires départementaux. L'indemnité prévue pour leurs frais de déplacement est fixée à forfait à 16.000 francs par an. Les candidats classés par le jury pourront, dans l'ordre de leur placement, être appelés à remplir les postes de médecin-inspecteur adjoint du département qui deviendraient vacants dans le délai d'une année.

Le registre d'inscription des candidatures sera clos définitivement le 25 janvier 1932, dernier délai.

— **Parti social de la Santé publique.** — *Vœu concernant le fonctionnement des consultations d'oto-rhino-laryngologie dans les hôpitaux d'enfants.* — Le Parti social de la Santé publique après avoir pris connaissance du referendum adressé à tous les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris,

Regrettant qu'en raison de l'encombrement des consultations d'oto-rhino-laryngologie et de l'exiguité des locaux, les opérations de pratique courante et notamment celles portant sur les végétations adénoïdes et les amygdales soient encore effectuées en série dans certains établissements, sans que des ménagements suffisants soient pris vis-à-vis des patients et de leurs parents ;

Regrettant que ces consultations pour la plupart ne soient pas aménagées de manière à offrir un minimum de confort aux enfants et de tranquillité morale aux parents ;

Emet le vœu, que soient prises rapidement toutes mesures pour mettre les consultations et services d'oto-rhinolaryngologie en état de garder à l'hôpital les petits opérés dans des conditions satisfaisantes pendant la période de surveillance post-opératoire nécessaire.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

1867 pour remplacer Civiale qui venait de mourir et disposait seulement de quelques lits d'urinaires dans cet hôpital. On sait ce que devinrent ces quelques lits sous l'impulsion du successeur de Civiale : un grand service où affluaient malades et médecins accourus de tous les points du monde pour demander des soins ou suivre un enseignement dont la renommée avait franchi toutes les frontières. Comme Charcot à la Salpêtrière pour la neurologie, comme Fournier à Saint-Louis pour la syphiligraphie, Guyon fit de Necker un centre universel pour l'urologie.

Sans fortune familiale, Guyon eut des débuts matériels difficiles. Contraste avec l'époque où, chirurgien très recherché, il soignait et opérait les plus riches clients ! On se souvient du tableau célèbre qui le représente opérant le multi-millionnaire Osiris, une des plus grandes fortunes de l'époque, grand philanthrope d'ailleurs. Le tableau nous montre Guyon entouré de ses aides, la plupart devenus des maîtres eux-mêmes, et Potain surveillant le pouls du patient.

Déjà bien avant l'époque de sa célébrité, Guyon, envers les puissants, savait conserver son indépendance. Le Professeur Legueu cite l'anecdote suivante :

« Pendant la guerre de 1870, Guyon était resté à Necker et, ayant à inspecter plusieurs ambulances, avait conservé sa voiture. On manquait de charbon pour chauffer les salles de malades ; ceux-ci souffraient cruellement du froid et les médecins faisaient la visite en pardessus, pendant que les obus tombaient en masse sur l'hôpital. Un jour, une note du ministère de l'agriculture prie Guyon de présenter son cheval à la réquisition pour le livrer à l'alimentation de Paris. « Il se rend au ministère à l'heure prescrite. Il demande le ministre, M. Magnien, mais il n'est pas encore arrivé. Il demande le chef de bureau, celui-ci est également absent. En faisant les cent pas dans l'antichambre, il regarde par la fenêtre et voit, dans la cour, du bois bien rangé, de quoi se chauffer tout un hiver, puis une voiture superbement attelée de deux chevaux.

« Il s'informe, c'est la voiture de Mme Magnien, la femme du ministre. Alors, avec la fierté de son caractère, il saisit une plume et écrit : Monsieur le ministre, mon cheval m'est nécessaire pour service commandé. Si l'on a besoin de chevaux, que l'on prenne d'abord ceux de Madame Magnien !

« Il n'avait d'ailleurs pas oublié le tas de bois et quelques jours plus tard, sur le bulletin de décès d'un malade à l'hôpital, il inscrivait : *mort de froid* . . . »

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Les travaux et l'œuvre de Guyon sont connus de tous. Le maître de Necker fut un clinicien au diagnostic sûr, un opérateur habile, un vir-

tuose des instruments d'urologie. Il maniait cathéters, lithotriteurs et tout l'arsenal du spécialiste des voies urinaires avec une douceur et une précision difficilement égalables. Je voudrais pour terminer ce court article sur ce grand chef d'école, rappeler un simple souvenir personnel.

Il y a quelque 25 années, j'ai recueilli et publié dans le *Concours médical* plusieurs leçons cliniques de Guyon, peu avant sa retraite professorale. Dans l'une d'elle, consacrée à la technique du cathétérisme de l'urèthre, Guyon disait : « pour passer plus facilement les sondes dans les urèthres sensibles, vous pouvez parfois recourir à l'anesthésie locale à la cocaïne, mais, ne l'oubliez pas, la meilleure cocaïne est celle que vous avez vous-mêmes *au bout des doigts*. Douceur, légèreté du toucher, sûreté de la manœuvre, voilà pour l'urèthre la vraie cocaïne, celle qu'il vous faut posséder... ». Cette douceur, habile, précise et sûre, qui empêche la douleur, Guyon, par ses qualités naturelles et par une longue éducation manuelle, l'avait acquise à un très haut degré, pour le plus grand bien de ses malades.

P. LACROIX.

# CORRESPONDANCE

## Assurance Individuelle Perte de doigts

Le Dr C. nous communique les conditions générales d'un contrat d'assurance individuelle contre les accidents et s'étonne que la perte de quatre doigts y compris le pouce ne soit garantie que jusqu'à concurrence de 35 % du capital garanti en cas d'invalidité totale.

**Réponse.**

Tous les contrats d'assurance individuelle contre les accidents contiennent un tableau des infirmités et l'évaluation de l'incapacité signalée par le Dr C. correspond à celle faite dans tous les contrats de ce genre.

Si nous examinons le tableau en détail, nous remarquons que la perte de la main entraîne indemnité de 60 %, la perte du pouce 20 %, l'index 15 %, le pouce et un doigt 25 %, un doigt 10 %, deux doigts 15 %, trois doigts 25 %, quatre doigts 30 %, quatre doigts y compris pouce 35 %.

Les conditions générales imprimées étant faites, suivant la boutade d'un humoriste pour « être violées par les conditions particulières », il est évident que le docteur C. devra par une

clause spéciale modifier la répartition du tableau. Je lui conseille de demander que toutes les prestations accordées pour une mutilation de la main aient leurs pourcentages doublés sans dépasser cependant 100 %.

De cette façon la perte de la main droite sera évaluée 100 % et la perte du pouce 40 %. Rien n'empêche en théorie de faire garantir la main, le pouce, etc... jusqu'à arriver au maximum de la garantie mutilation, mais au point de vue pratique, il peut être avantageux pour le médecin de ne pas procéder de cette façon. Supposons que l'assuré ait fait porter au contrat la garantie d'une somme de 200.000 fr. en cas de mutilation totale. La perte du pouce vaudra donc 40.000 francs et 80.000 si la clause majorant les indemnités de la main droite a été insérée.

Si l'assuré veut garantir une somme de 200.000 fr. sur son pouce droit, il peut avoir intérêt à s'assurer en cas de mutilation totale pour 500.000 francs. La cotisation demandée pour cette assurance n'atteindra généralement pas la surprime qui serait demandée pour assimiler la perte du pouce à l'invalidité totale. Avec cette façon de procéder, le praticien aura encore l'avantage de voir toutes les indemnités pour mutilation (perte de pieds, etc.) augmentées dans la même proportion.

Les modifications aux tableaux des infirmités telles que déterminées ci-dessus doivent être débattues avec l'organisme assureur qui fait de chaque cas un cas d'espèce et s'abstient de prendre des mesures générales.

Le docteur C. devra encore faire modifier ou préciser les points suivants :

Garantie des piqûres anatomiques ou inoculation infectieuse par suite d'actes de petite chirurgie et de pansements (extension de l'art. I paragraphe c).

Garantie de l'aliénation mentale ou de la dépression physique empêchant l'assuré de se livrer à ses occupations, crises d'épilepsies, etc.. si ces phénomènes sont consécutifs à un accident (extension et dérogation à l'art. 4 paragraphe c).

Prévoir que la prescription de huit jours pour faire la déclaration et le délai d'un mois entraînant forclusion ne jouera qu'à partir du moment où l'assuré aura été en état de la faire ou dès que les héritiers de l'assuré en cas d'accident ayant entraîné le décès, auront eu connaissance de la police. Dans ce dernier cas la prescription pourra être sans inconvénient de un an (dérogation à l'art. 12).

Enfin préciser que la police est faite pour la durée de X années avec faculté de résiliation annuelle (dérogation à l'art. 23 précisant que la police est souscrite pour la durée de la vie de l'assuré).

P. R. Baglin.
Docteur en droit
Conseil technique d'assurances.

### Médecin de l'état civil
### Réduction d'appointements annuels

Une commune n'ayant pas de médecin décide, pour faciliter l'installation d'un praticien, d'allouer à ce dernier une somme annuelle de cinq mille francs, pour remplir les fonctions de médecin de l'état civil. Aucun contrat n'a été passé ; mais une délibération a été prise à l'époque, par le conseil municipal.

Après trois années, le conseil municipal réduit la subvention de trois mille francs et la rapporte à deux mille annuels. Que peut faire contre cette décision le médecin, qui a fait des frais d'installation et ne se serait pas fixé dans cette commune, s'il avait su la précarité de ladite subvention ?

Dr X,

**Réponse.**

Il est très regrettable qu'à la Faculté de médecine on ne donne pas aux étudiants des notions élémentaires de droit et de jurisprudence médicales : ils sauraient ainsi défendre leurs intérêtset n'accepteraient de fonctions qu'après avoir obtenu un contrat, fixant leurs droits et leurs devoirs.

Dans l'espèce qui nous est soumise, il faut savoir si la délibération primitive du conseil municipal fixe une durée des fonctions du médecin de l'état civil et si les appointements sont prévus pour une ou plusieurs années.

De la connaissance de ce texte, nous pourrions déterminer le point de savoir si le conseil municipal, par sa nouvelle délibération, viole les engagements pris et opère une révocation partielle déguisée, ou si l'on peut soutenir qu'il remplit dans son entière indépendance, un acte de gestion et d'administration des finances communales.

A maintes reprises la Ligue médicale de défense individuelle (le Sou médical) a porté des conflits semblables devant le Conseil d'Etat ; mais, pour que le confrère puisse obtenir satisfaction, encore faut-il prouver que le maire a outrepassé ses droits, en rompant, sans préavis, un contrat de fonction.

Dans le cas présent, il faudrait avoir connaissance de la délibération primitive du conseil municipal. Puis, si une démarche auprès du maire est infructueuse, il faudrait s'adresser au préfet ; ultérieurement on porterait le conflit devant le Conseil d'Etat.

Dr Paul Boudin.

---

### Application du Tarif des accidents du travail

#### 6308. — Luxation des cartilages semi-lunaires du genou

J'ai eu dernièrement à donner mes soins à un accidenté du travail, pour luxation des cartilages semi-lunaires de l'articulation du genou.

Puis-je tarifer cela comme luxation du genou ? C'est bien sous cette rubrique que je l'ai portée dans mon certificat. D'autre part, le taux peut en paraître élevé, d'autant que l'ouvrier a pu reprendre son travail deux à trois jours après la réduction effectuée par moi.

Mais, si cette lésion ne rentre pas dans les luxations du genou, comment la qualifier, et me faire honorer pour mon intervention ?

Dr J.

**Réponse.**

Vous avez dû mettre sur le certificat « Luxation des cartilages semi-lunaires de l'articulation du genou », je pense. Auquel cas, *par analogie* avec « luxation de la rotule » (art. 19), il me semblerait légitime de demander *cent francs*, en fournissant sur votre note ces détails explicatifs.

Dr F. Decourt.

---

### 6283. — Soins d'urgence et surveillance prolongée

Je suis appelé d'urgence à 5 h. du soir auprès d'un blessé (section presque complète de la main droite au niveau du poignet par scie circulaire), accident du travail. A mon arrivée, le blessé qui avait présenté une forte hémorragie, porte un garrot qu'une voisine, infirmière pendant la guerre, lui a posé d'urgence. Le garrot a fait sa fonction puisqu'il ne s'écoule pas de sang par les artères cubitale et radiale. Je vérifie l'hémostase, renforce le garrot, et mène d'urgence le blessé dans un clinique voisine distante de 30 kil. et sur sa demande, pour le faire amputer.

Puis-je compter :

1° Visite .......................... 15 fr.

ou :

La pose d'un garrot ou d'un lien peut-elle être assimilée à une ligature d'artères . ?
En fait, l'hémorragie a été bien arrêtée par le garrot. Mais je n'ai pas posé moi-même le garrot et n'ai fait que vérifier... ?
Injection sous-cutanée huile camphrée. ?

2° Surveillance et transport d'urgence dans ma voiture d'un blessé en danger de mort à la clinique où il a été opéré dès son arrivée.

Puis-je compter :

Surveillance prolongée dans l'éventualité de complication menaçant la vie. Durée du trajet une heure ............. 2 × 15 = 30 fr.
Transport 60 kil. aller et retour dans ma voiture par moi-même à 1 fr. 80 (région montagne, Savoie)................ 108 fr.
Certificat initial...................... 5 fr.

Dr E.

**Réponse.**

*a)* Le transport du blessé est affaire de « loueur

---

de voiture » et non plus question médicale, tarifable d'après le tarif Fallières.

*b*) Par contre, vous pouvez compter « *surveillance prolongée* » (art. 6) donc 15 fr. par 1/2 heure jusqu'au maximum de 5 fois.

*c*) Il n'y a pas eu « hémostase » mais simplement pansement *provisoire* en attendant l'hémostase définitive. Toutefois, vous pourriez compter 50 fr. pour cette intervention, si elle avait été faite par vous, en vous basant sur la note 1 de l'art. 19.

Dr F. DECOURT.

---

**6272. — Le nouveau tarif et les déplacements effectués forcément à pied par le médecin**

Le nouveau tarif pour accidents du travail prévoit que « déplacements ou par manque de viabilité ou excès d'intempérie (neige) si le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied, 5 fr. par km. par couru ».

Voici mon cher confrère qui est très intéressant pour des confrères qui, comme moi, exercent six mois sur douze en pleine neige.

Intéressant certes au point de vue rémunération de nos honoraires pour les accidents du travail.

Mais intéressant surtout, car nous « praticiens de la neige », pourrons, à l'aide du tarif officiel de l'Etat, avoir une base de discussion, vis-à-vis de notre clientèle. Je désirerais obtenir de vous un commentaire de ce paragraphe.

Je crois l'avoir mal compris.

Je prends un exemple : En ce moment (1er décembre), j'ai des clients dans une ferme, isolée dans la montagne et située à 13 km. de mon domicile. Cette ferme est isolée par la neige.

Supposons le nouveau tarif en usage :

Je vais voir ce client dans cette ferme, mais ne puis faire, avec ma voiture que 5 km., il me reste 8 km. à faire.

Si je les fais à pied, devrai-je compter (supposons le client accidenté du travail) :

16 km. à 5 francs, ou bien 26 km. à 5 francs.

Si je fais ces 8 km. restant, en traîneau ou en ski, puis-je assimiler ce trajet au trajet à pied ? Je me permets de vous poser ces deux questions précises.

L'Etat a compris que l'exercice de notre profession est sensiblement inégal comme fatigue, suivant les divers points du territoire.

C'est parfait, car c'est une base solide, pour engager une discussion vis-à-vis d'une collectivité (commune, départements, sociétés mutualistes, etc.), quelle qu'elle soit.

Dr P.

**Réponse.**

Vous avez à compter 5 fr. par kilomètre parcouru *à pied* (fut-ce avec des skis) mais pas en traîneau naturellement, qui est un véhicule

comme un autre. Sur 13 kilomètres de distance si vous en faites 5 en voiture, il reste 8 kilomètres de distance à faire à pied, soit 16 kilomètres, pour l'aller et retour. Vous avez donc à compter, si vous êtes en pays de montagne :

*a*) trajet parcouru en voiture aller et retour : 10 kilomètres à 2,50 = 25 fr.

*b*) trajet parcouru à pied A et R = 16 kilomètres à 5 fr. = 80 fr. soit au total 105 fr.

Je puis d'autant mieux vous donner ces explications que c'est moi qui ai pris l'initiative de demander un tarif spécial, et élevé, pour *les kilomètres spéciaux parcourus forcément à pied* par un médecin, par suite de « manque de viabilité » ou par suite « d'intempéries (neige) »

Dr F. DECOURT.

## Accidents du travail

### 6034. — Relation de cause à effet entre les suites de la blessure et l'accident

Désigné comme expert dans un accident du travail qui me paraît devoir donner lieu à discussion, j'ai recours à votre obligeance pour vous demander votre avis.

Il s'agit d'un ouvrier maçon, blessé le 7 *octobre* 1930 au cours de son travail.

Certificat médical initial : « Entorse légère radio-carpienne droite, en soulevant une échelle. Incapacité de travail de 10 à 12 jours ». Reprise de travail au bout d'une quinzaine de jours.

Le même ouvrier a un nouvel accident de travail le 21 *mai* 1931. Certificat initial « Entorse » radio-carpienne droite en bûchant du ciment au marteau ». En raison de la durée de l'accident, à la demande du médecin traitant, contre-visite du médecin de la compagnie (12 juillet 1931) qui n'admet pas l'accident et diagnostique une *tuberculose des synoviales radio-carpiennes*.

A noter que ces deux accidents se sont produits chez deux patrons différents.

S'appuyant sur le certificat de son médecin, la Compagnie se refuse à accepter l'accident de travail.

A la suite, enquête du juge de paix.

Un témoin déclare « que l'ouvrier s'est blessé en bûchant du ciment au marteau, mais qu'il lui avait fait remarquer qu'il avait déjà été blessé à ce poignet quelques mois auparavant dans une autre entreprise et que déclaration de cet accident avait été faite à la Compagnie d'assurances ».

2e témoin « travaillant avec le blessé, déclare qu'il s'était plaint de mal au poignet droit, et avait constaté une enflure, le blessé a aussi déclaré à ce témoin son accident antérieur ».

Actuellement ce blessé est atteint de tuberculose des synoviales du poignet avec envahissement probable de l'articulation du poignet (je ne suis pas

encore en possession de la radio), tuberculose pulmonaire, mauvais état général.

Le juge de paix m'a donné comme mission : d'examiner le blessé, de rechercher l'origine et les causes de la blessure dont il se plaint ;

De dire si la blessure est la conséquence de l'accident du 7 *octobre* 1930 à l'entreprise G., ou ainsi que le prétend le blessé, si elle est la conséquence du prétendu accident du 21 *mai* 1931 à l'entreprise de goudronnage.

Logiquement, il me semble que le deuxième accident est la suite du premier, mais, d'autre part, le blessé ayant travaillé depuis fin octobre 1930 au 21 mai 1931, le nouvel accident ne doit-il pas être considéré comme constituant une aggravation de la première blessure et, par conséquent, engageant la responsabilité de la deuxième entreprise ?

Dr G.

**Réponse.**

Pour qu'il soit possible de mettre à la charge du chef d'entreprise la réparation des conséquences d'un accident du travail, il est indispensable d'établir une relation de cause à effet entre le travail et la lésion pathologique, dont se plaint l'ouvrier, ou employé et qu'il attribue à un traumatisme.

Cette relation de cause à effet doit-elle être considérée comme un lien de causalité nécessaire, ou tout au moins principal ?

La jurisprudence se montre de moins en moins exigeante, surtout lorsque la lésion pathologique semble dériver immédiatement d'un accident : il n'est pas nécessaire, décide la jurisprudence de la cour de Cassation, que le travail soit la seule cause de la lésion ; il n'est même pas nécessaire qu'il en soit la cause principale : il suffit qu'il en ait été l'occasion.

La question a été maintes fois résolue en ce sens, notamment en matière de hernie. Au sujet de la tuberculose, voir notamment Cassation, Requêtes, 12 avril 1907 (D. P. 1908. 1. 243) Cassation Requêtes, 20 juillet 1926 (*Gaz. Pal.* 1926. 2.531) Cassation, ch. civile, 18 novembre ; (le Droit ouvrier 1930, 7 ; *Gaz. Pal.* 14 décembre 1929).

La Cour de Cassation, chambres réunies, par arrêt du 7 avril 1921 (S. 1921. 1. 81) a même posé une présomption d'imputabilité, qui dispense la victime de faire la preuve de la relation de cause à effet entre le travail et l'accident.

Ces données sont facilement applicables, lorsque la relation de cause à effet est immédiate. Si elle est lointaine, la jurisprudence se montre plus réservée : elle exige que la lésion, ou l'aggravation ne puisse être rattachée à des causes, qui seraient postérieures à l'accident.

Ainsi en est-il décidé pour l'ouvrier, qui, admis dans un hôpital pour un traumatisme osseux, contracte, dans l'établissement, une lésion tuber-

culeuse, dont il meurt (Cassation, ch. civ. 21 février 1912 ; D. P. 1913, 1. 294).

Je vais donner deux exemples, pour ne citer que la jurisprudence de la cour de Cassation.

Pour pouvoir invoquer le bénéfice de la loi du 9 avril 1898, il suffit que la victime démontre que l'accident est survenu au temps et au lieu du travail. Dès lors, quand une simple contusion, résultant d'une chute au temps et au lieu du travail, a évolué ensuite en coxo-tuberculose, cette affection doit être considérée comme accident du travail, la chute, sans être la cause directe et immédiate de la maladie, ayant précipité et accentué l'évolution de la tuberculose, qui préexistait à l'état latent, alors d'ailleurs que les phénomènes d'aggravation sont apparus aussitôt après le traumatisme. Ainsi jugé par la cour de Cassation chambre des requêtes, le 20 juillet 1926 (*Gaz. Pal*, 20 octobre 1926).

Un autre arrêt de la cour de Cassation, chambre civile du 18 novembre 1929 (*Gaz. Pal*, 14 décembre 1929) décide que toute lésion dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident, au sens de la loi de 1898. Ainsi, lorsqu'au cours d'un travail s'est révélée chez un ouvrier une arthrite tuberculeuse diathésique qu'ont fait apparaître et ont «décelée» les occupations de l'ouvrier, cette lésion, même existant à l'état latent, dont le travail a été l'occasion, est un accident du travail.

Lorsqu'un médecin expert doit donner son avis, à l'effet de déterminer scientifiquement, si une lésion tuberculeuse peut découler d'un accident du travail invoqué, le praticien n'a pas à s'arrêter sur la violence même du traumatisme. Scientifiquement, il doit dire si la lésion tuberculeuse était declarée avant le traumatisme invoqué ; si le blessé recevait ou non des soins, pour cette affection ; si elle a été décelée, ou non par le travail, ou si elle a été aggravée par le travail.

Somme toute, comment travaillait l'ouvrier, avant l'accident invoqué ? quel était le retentissement de sa lésion tuberculeuse (en admettant qu'elle ait été révélée avant l'accident) sur sa capacité de travail ?

A l'ouvrier de faire la preuve qu'il s'est blessé au cours de son travail, ou que la lésion, dont il se plaint, s'est manifestée sur le lieu et pendant le travail. Il a des témoins pour faire cette preuve.

Quant au praticien, en l'absence d'amnamnestiques, il pourra dire si, d'après ses examens cliniques, la lésion préexistait avant l'accident supposé, ou si c'est ce dernier qui l'a révélée, ou aggravée ; il ajoutera si le travail était possible avec une telle lésion, c'est-à-dire quel était l'état avant et après l'accident invoqué.

Un médecin expert doit se garder de dire le droit : c'est l'affaire des tribunaux. Il a pour mission d'éclairer les magistrats sur des questions médicales et de clinique, pour déterminer l'état actuel de la lésion et si cet état peut avoir été

déterminé, décelé, ou aggravé par le travail, même normal.

Cliniquement, le praticien doit dire ce qu'il pense, pour déceler les fraudes médicales possibles ; aux juges de découvrir toutes autres fraudes, ce qui n'est pas du ressort médical.

Dr Paul Boudin.

---

### 6555. — Accident survenu alors que l'ouvrier se rendait au chantier

Je viens vous demander un renseignement pour un de mes clients et voilà ce dont il s'agit :

Un ouvrier jardinier rentrant de son travail est renversé et blessé, par une auto. Evidemment, accident de droit commun, mais :

1° Est-ce aussi accident du travail, car l'ouvrier se rendait de son chantier chez son patron pour lui rendre compte du travail effectué et prendre les ordres pour le surlendemain ?

2° L'ouvrier ayant refusé d'adhérer aux assurances sociales, le patron est-il responsable devant les caisses et à l'occasion de cet accident de droit commun peut-il être inquiété ?

Dr T.

**Réponse.**

1° En principe, la responsabilité du patron ne court que du moment où l'ouvrier est arrivé sur le lieu de son travail et a effectivement pris possession de son service. En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait où à l'occasion du travail, lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été la victime soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné (Civ. 3 mars 1903. D. P. 1903. 1. 273). Mais le cas est différent lorsque l'ouvrier, ayant terminé son travail, retourne chez son patron, avant de rentrer chez lui. Le déplacement est alors nécessité par les besoins du service et les accidents dont l'ouvrier peut être victime au cours de ce déplacement engagent la responsabilité du patron. (Req. 18 mars 1. 912, D. P. 1913 1. 63).

Il résulte de cette jurisprudence que, dans l'espèce que vous nous soumettez, l'accident doit être considéré comme un accident du travail, bien qu'un tiers en soit responsable, conformément à l'article 7 de la loi du 9 avril 1.898.

L'ouvrier devra toucher son demi-salaire des mains de son patron ou de l'assurance de celui-ci et aura droit aux frais médicaux et pharmaceutiques pendant son incapacité temporaire et il aura un recours contre le tiers responsable pour se faire indemniser de tout le préjudice non couvert par la loi sur les accidents du travail.

De leur côté, le patron et l'assurance pourront agir contre le tiers responsable pour se faire rembourser tout ce qu'ils auront versé au blessé en vertu de la loi sur les accidents du travail.

2° Les salariés ne peuvent refuser d'adhérer à la loi sur les assurances sociales et c'est au patron qu'incombe la charge de les faire immatriculer et d'opérer les retenues fixées par la loi sur leurs salaires. Au cas où, pour une raison quelconque et même sur le refus formel d'un salarié de subir les retenues légales sur son salaire, le patron aurait négligé de le faire immatriculer, ce salarié ne pourrait, bien entendu, bénéficier des avantages de la loi, s'il venait à tomber malade, mais il aurait une action en indemnité contre son patron à concurrence des avantages qu'il aurait retirés des assurances sociales, sans préjudice des sanctions qui pourraient être infligées au patron pour ne pas avoir observé ses obligations.

S'il est reconnu en l'espèce qu'il s'agit bien d'un accident du travail, le patron ne courra aucun risque du côté des assurances sociales, car l'article 8 de la loi spécifie que ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

Mais nous vous conseillons de l'engager pour l'avenir à se mettre en règle avec les assurances sociales, et cela dans son propre intérêt.

# ANTHOLOGIE

## L'enfant et la mouche.

L'enfant a pris une mouche.
Est-ce pour la caresser ?
L'approche-t-il de sa bouche
Pour la mordre ou la baiser ?

Du sort de cette conquête
Qu'est-ce qu'il va décider ?
Va-t-il lui broyer la tête
Ou vivante la garder ?

C'est un jouet qui s'agite
Mieux que ses jouets de bois,
Et cette aile qui palpite
A presque des bruits de voix.

L'abeille, quand on y touche,
Pique, méchant animal ;
Mais une petite mouche
Ne sait pas faire du mal.

Pour commencer, il arrache
Les ailes d'un doigt subtil
A l'insecte, et puis l'attache
Par la patte avec un fil.

Plus de crainte qu'il s'envole.
Dans l'encre il lui met le nez
Et sur son cahier d'école
Le regarde dessiner.

Ah ! c'est qu'elle est amusante
La mouche au noir chaperon,
Sautant en mouche savante,
Vrai jockey sans éperon.

Jamais au cirque écuyère
La jambe au croc de l'arçon
Ne porta mine plus fière
Sur l'or du caparaçon.

Venez, la leçon est brève,
Et jamais vous n'aurez vu
Travailler plus tendre élève
Devant maître moins barbu.

Sans tomber elle chevauche
Sur de glorieux fétus
Et de son antenne ébauche
A la foule des saluts.

Elle fait de la voltige
Et monte à la corde à nœuds,
Ignorante du vertige
Dans des tours vertigineux.

Et parfois elle s'arrête,
Inspecte d'un œil béant,
Et se frotte satisfaite
Les pattes sur son séant.

Mais le même jeu nous lasse.
L'enfant, dont poussent les dents,
N'est heureux que quand il casse
Son joujou pour voir dedans.

Pourtant, avant qu'elle meure,
Il lui passe le désir
D'un souvenir qui demeure
De ce qui fut son plaisir.

Et pour avoir d'elle en rose
Un portrait plus ressemblant,
Il prend sa tête et la pose
En un pli de papier blanc.

Puis la presse, puis admire
Dans la macule de sang
L'enluminure qu'on tire
D'une tête en l'écrasant.

Dr Paul Grossier.

Cinquante-quatrième année N° 3 17 Janvier 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

### Envoi de Fonds

**Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :**

*Concours Médical*, **Paris, 167-95.**
*Sou Médical*, **Paris, 182-31.**
*Mutualité Familiale*, **Paris, 182-32.**

III

### Changements d'adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 19. — Est. méd., bon poste propharm., dans import. centre agricole près gr. ville. Condit. intéress.

N° 20. — Dr 42 ans, dispos. loisirs et possèd. sérieuses connaiss. administrat. et commerc., demande occupat. méd. ou paramed. 2 ou 3 heures par jour.

N° 21. — Dr recomm., sœur de méd. à Nice, qui accepter., comme hôte payant, personne distinguée (femme ou jeune fille), ni malade ni contagieuse.

N° 22. — Dessins scientif., anatomiques, chirurgicaux ou microscopiques, par Mlle Henriette Ritter, 13, rue de l'Assomption, Paris, (16e).

N° 23. — Côte d'Azur. Très belle et vaste propriété. grand conf., excell. état, conviendr. admirablem. à l'instal. d'un établiss. méd. ou chirurg. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon, 36-46.

N° 24. — Proche banlieue. Clin. méd. génér., pavill. 8 p., bonne installat. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 25. — Sud-Ouest. Client. agréable, seul méd., belle et grande propriété. Loyer 4.000, Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 26. — Bon poste à céder dans agréable ville balnéaire de l'Ouest. Condit. avantag.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Conférences d'ophtalmologie.** — MM. les Drs A. Terson et H. Joseph commenceront à la clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, le jeudi 11 février, à 17 heures, et continueront les mardis et jeudis, les conférences suivantes :

But et moyens de l'ophtalmologie synthétique. — Le glaucome : identification et pathogénie. — Traitement médical et chirurgical amélioré des glaucomes (M. A. Terson).

Vision binoculaire ; ses éléments : diplopie physiologique et pathologique ; fusionnement. (M. H. Joseph.)

Instruments binoculaires : emploi diagnostique et thérapeutique. Traitement orthoptique du strabisme. (M. H. Joseph.)

Etiologie et traitement chirurgical du strabisme. Instruments et procédés améliorés. (M. A. Terson.)

Dermatologie oculaire. Assimilation générale et thérapeutique. (M. A. Terson.)

Acuité visuelle : Bases et méthodes de mensuration ; optotypes. Procédés d'amélioration de la vision des amblyopes. (M. H. Joseph.)

Conjonctivites folliculaire et granuleuse. Traitement du trachome, (M. A. Terson).

Eléments de lunetterie : ophtalmostatométrie,

montures et ajustage des verres. — Usages des fronto-focomètres . (M. H. Joseph.)

Infections orbitaires : leur traitement précoce. — Ophtalmie sympathique. — Procédés d'énucléation. (MM. A. Terson et H. Joseph.)

S'inscrire à l'avance (droit : 50 francs) à la Clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, les jours de semaine de 14 heures à 16 heures.

**— Conférence et exercices pratiques communs aux écoles du Service de santé de la région de Paris pour** 1932. — 28 février, 9 h. 30, Sorbonne, grand amphithéâtre : Conférence d'intérêt général par M. le Général Niessel : « La défense aérienne. »

24 janvier, 9 h. 30, Sorbonne : Médecin lieutenant-colonel Schneider : « Exercice pratique sur les évacuations sanitaires par avions dans la zone d'une armée en opérations. »

14 février, 9 h. 30, Sorbonne : Médecin lieutenant-colonel Schneider : « Exercice sur un cas concret d'évacuations sanitaires de l'avant, par voie ferrée, dans une armée en opérations. Les points d'embarquement en chemin de fer. »

20 mars, 9 h. 30, Sorbonne : Médecin colonel Schickelé : « Exercice sur le fonctionnement de la gare régulatrice dans un cas concret se rapportant à une armée en opérations. »

17 avril, 9 h. 30, Sorbonne : Médecin colonel Schickelé : « Exercice sur le fonctionnement des évacuations secondaires sur l'intérieur du territoire. »

D'autres exercices pratiques (dont un à la Sorbonne, les autres à l'intérieur de chaque école) auront lieu dans le courant du 2e semestre 1931-1932. Les noms des conférenciers, les sujets et les dates seront communiqués ultérieurement.

A ce propos, l'attention est attirée sur les dispositions de l'Instruction ministérielle limitant *aux seules conférences*, la faveur accordée aux officiers de réserve du Service de santé *résidant en province*, membres d'Associations d'officiers de réserve, d'assister à leur convenance aux séances de leur école de perfectionnement de rattachement ou à celles faites au siège de leur Association à Paris.

**— Médecins parisiens de Paris.** — Le 16 décembre 1931, s'est tenue l'Assemblée générale annuelle au restaurant du « Bœuf à la Mode », à l'issue du 39e dîners,ous la présidence du Docteur Schaeffer.

Après approbation des rapports du Secrétaire général et du trésorier, le président sortant fit voter sur la constitution du bureau pour 1932 : président d'honneur, Professeur Charles Richet ; président, Docteur Pierre Prost ; vice-présidents, Docteurs Deniker, Baillière ; secrétaire général, Docteur Jules Bongrand ; trésorier, Docteur Lutaud.

Etaient présents à ce dîner : MM. Aubertin, Baillière, Blondel, Boisseau, Bongrand, Boussi, Boutet, Brunerye, Crocquefer, Dartigues, David, Fasquelle,

Fège, Fournier, Friedmann, Gallet, Girard, Guébel (père), Guébel (fils), Guillemin, Guillet, Mlle Lévy, MM. Lutaud, Merville, Mlle Meurs, MM. Piot, Prost, Rouget, Schaeffer, Thalheimer, Thuillant, Valentin.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au secrétaire général, Docteur Jules Bongrand, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris, 17e.

— **Nord médical.** — Le dîner de rentrée du Nord médical auquel assistaient 65 camarades heureux de reprendre contact après les vacances fut présidé par le médecin général inspecteur Sacquépée et le Dr Paul.

Au champagne, dans une allocution empreinte de cette fantaisie qui fait toujours la joie de son auditoire, le Dr Paul félicita les Drs Vieubled et Blasard récemment nommés dans la Légion d'honneur, dit au Dr Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Lille, le plaisir qu'il faisait à tous en venant s'asseoir à notre table, puis fit un bel éloge du médecin inspecteur Sacquépée, vrai savant toujours demeuré simple et modeste malgré les succès et les honneurs.

Celui-ci, prenant alors la parole, relata les différentes étapes de sa carrière qui, depuis le jour où il quitta son petit village de l'Artois, peut être donnée comme un bel exemple d'une vie de droiture se déroulant en harmonie dans le devoir et pour la science.

*Assistaient au banquet* : MM. Aureille, Blanquort, Blasart, Blasart fils, Castiaux, de Chabert, Chaix, Charlier, Combault, Coulon, Crinon, Crouzon, Daubresse, Douay, Dramez, Dubar fils, Dubois, Evrard, Farez, Felhoen, Flament, Fruictier, Gallois, Gernez (de Lille), Cochlinger, Groc, Guisez, Hofmann, Banc, Hollande, Huber, P. Ingelrans, Laisney, Me Lambling, Drs Lambling, Lobry, Martin, Mauclaire, Pâte, Paul, Jean Quivy, Renaudeaux, Richez, Sacquépée, J. Surmont, Tarterat, Thobois, R. Tournay, Vieubled, Watel, Wery et MM. les étudiants : De Chabert, Douay, Dubois, Jacquet, Guyot, Robert.

*Excusés* : MM. Barthélemy, Béhague, Breton, Brulin, Calot, Chicandard, Clerc, Colle, P. Combemale, Dartevelle, Dancourt, Dauthuille, Descarpentries, Desfarges, Dhotel, Dureux, Gernez (de Paris), Goffart, Goidin, Guyonneau, Hallez, Hazemann, Jeunet, Khayatt, Peugniez, Planque, Poiteau, Jacques Quivy, Rœderer, Surmont (de Lille), et MM. les étudiants : P. Brulin, Gallois, Goidin, Huber, Tison.

— Le **Bal de Médecine**, organisé par le Comité Général des Fêtes des Etudiants de Paris, aura lieu le 23 janvier prochain dans les *Salons de la Mutualité*, 22 rue Saint Victor, avec le concours de Parisys, René Devilliers, Jacks Smitoon. (Entrée : 20 frs. — Médecins et étudiants : 15 frs.)

— **Renouvellement des cartes de surcharge des T. C. R. P.** — Le renouvellement des cartes de

surcharge des médecins, valables dans les voitures de transport en commun de la région parisienne, commencé le 4 janvier, se fera jusqu'au 14 février 1932 à la Préfecture de police, escalier D, bureau 173 (entresol), tous les jours, de 9 heures à 18 h. 30 en semaine, et de 9 h. à midi le dimanche. Se présenter muni de la carte 1931 et d'une photo identité.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Mutations dans les services.* — M. le Docteur Bousquet, atteint par la limite d'âge, a été nommé médecin honoraire.

M. le Docteur Creyx, médecin titulaire à l'hospice général est nommé à l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. le Docteur Bousquet.

M. le Docteur Dubourg, médecin titulaire de l'hôpital-hospice des Enfants, est nommé à l'hospice général, en remplacement de M. le Docteur Creyx.

M. le Docteur Augistrou, médecin adjoint, est nommé médecin titulaire et affecté à l'hôpital-hospice des Enfants, service de dermatologie, en remplacement de M. Dubourg, passé à l'hospice général.

— **Voyage médical en Espagne.** — Un voyage exclusivement réservé aux médecins, à leurs femmes et à ceux de leurs enfants les accompagnant, est organisé, du 13 au 29 mars 1932, au prix de 3.700 francs français par personne, avec hôtels de premier ordre et parcours en chemin de fer en Espagne en 1re classe, les trajets de nuit s'effectuant en wagons-lits lorsqu'ils en comportent.

L'itinéraire de ce voyage sera le suivant : Saint-Sébastien, Burgos, Madrid, Tolède, Cordoue, Séville, Grenade, Alcazar, Valence, Barcelone et Cerbère.

Les médecins qui le désireraient pourront modifier leur voyage à partir de Séville. Une variante, actuellement à l'étude, comportera, en effet, le retour par le Portugal, avec réembarquement à Vigo pour Bordeaux, sur le nouveau paquebot de grand luxe *L'Atlantique* (40.000 tonnes), véritable palace flottant récemment entré en service.

Le nombre de places étant strictement limité, les médecins que ce voyage intéresse sont priés de s'adresser, le plus tôt possible à l'agence belge de la Compagnie française du tourisme, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles, que le Comité charge exclusivement de son organisation. (Communiqué par le Comité d'entente scientifique hispano-belge).

— **Erratum.** — Sur la foi d'un renseignement erroné, nous avons annoncé le décès de notre distingué confrère le Dr Evangel Apostolidès, de Saint-Mards-en-Othe (Aube).

Notre confrère proteste énergiquement contre cette erreur grossière et s'avère ainsi bien vivant, ce dont nous lui donnons acte avec le plus grand plaisir, en lui exprimant nos regrets pour cette faute et nos félicitations pour sa résurrection.

G. D.

## A PROPOS DU TARIF LANDRY

**Note du Dr Fernand DECOURT**

Le *tarif Landry,* nouveau tarif concernant les honoraires médicaux quant à la part de responsabilité qui incombe aux patrons en matière d'accidents du travail — devait, comme chacun sait, être mis en vigueur à partir du 15 février 1932, en remplacement de l'actuel *tarif Fallières* (datant de 1926).

Il semble, *tel qu'il est* du moins, devoir être désormais considéré comme « mort-né », malgré sa parution à l'*Officiel.*

En effet, à la suite d'une offensive, de grand style, menée contre lui par les patrons industriels — et surtout les agricoles — le Ministre du Travail émit l'intention, par un nouveau décret, d'en ajourner l'application..... *sine die.*

Ayant appris que la signature de ce nouveau décret était imminente, le Dr CIBRIE, secrétaire général de la Confédération, s'empressa de protester auprès du Ministre. De leurs entrevues résulta une possibilité de « compromis » : le nouveau tarif pourrait être mis en vigueur, mais *à la condition expresse* que les représentants du Corps médical organisé consentent à un « abattement » sur les majorations que ce tarif Landry présente sur le tarif Fallières.

La Sous-Commission du tarif s'est réunie, à ce sujet, en fin décembre, sur convocation spéciale du Ministre. Après une discussion longue et mouvementée, les délégués patronaux et assureurs (qui ne parlaient rien moins, tout d'abord, que de tout bouleverser, même le prix de 15 francs de la visite ou consultation) acceptèrent de ne rien toucher sur ce premier point, mais d'agréer le nouveau tarif... SI LES MAJORATIONS qu'il présente sur l'ancien, ÉTAIENT DIMINUÉES DE 50 %.

La Confédération (car nous n'avions rien décidé ferme naturellement) établit un projet en ce genre. Elle vient de l'envoyer aux syndicats : c'est à eux qu'il appartient de décider...

Deux modalités sont en présence :

a) *ou accepter* ces modifications, et le conflit est terminé ;

b) *ou les refuser.* Dans ce cas, nous restons dans le *statu quo ante* : le tarif Landry est ajourné *sine die* par le ministre et le tarif Fallières « est toujours debout ». Il s'ensuit que nous n'aurions même plus les 50 % de majoration qui nous resteraient, si nous acceptions les modifications.

... A moins que, rompant avec ces habitudes, que nous avons prises, *nous-mêmes,* depuis 30 ans, nous entrions dans le régime de « l'*Entente directe* », en accidents du travail.

Ce serait bien simple. Nous n'aurions qu'à faire payer, *par le blessé lui-même*, chaque consultation, visite, ou intervention... Reste à savoir si les blessés du travail accepteront, de gaîté de cœur, ce *nouveau* mode de règlement et consentiront à payer désormais nos honoraires *de leur poche* — quitte à se retourner vers le patron ou l'assurance pour en récupérer, dans la suite, tout ou partie...

J'ai dit, en Assemblée générale de la Confédération, ce que j'en pensais... Certains confrères ne m'ont pas compris. La *possibilité* de l'Entente directe existe dans la loi de 1898 : elle *doit rester* dans les modifications qu'on va apporter à cette loi, suivant le projet Gros. Nous devons *garder le droit* d'appliquer l'entente directe lorsque, dans certains cas, nous trouvons qu'elle s'impose. Mais autre chose est de la décréter pour TOUS les accidentés du travail, par une *décision confédérale*.

Je n'ai pas à insister sur ce point en ce moment. La parole est aux syndicats.

F. D.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

30 DÉCEMBRE

**Pensions militaires.**

*Arrêté du 28 décembre* 1931 *nommant des médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions pour l'année* 1932.

La liste des médecins nommés membres des tribunaux des pensions sera publiée ultérieurement.

**Enseignement de la médecine.**

Par décret du 24 décembre 1931, il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine de Rouen une chaire d'anatomie pathologique.

**Soins aux marins du commerce.**

Par arrêté du 29 décembre 1931, les tarifs applicables à partir du 1er janvier 1932 jusqu'au 30 juin 1932 pour le délaissement forfaitaire des marins du commerce débarqués dans un port de France en cas de maladie ou de blessure sont fixés ainsi qu'il suit :

*Tarif des frais d'hospitalisation dans les ports de France.*

| DIRECTIONS ET NATURE du traitement | PRIX FORFAITAIRE PAR CATÉGORIE (tous frais compris). 1re cat. | 2e cat. | 3e cat. | 4e cat. |
|---|---|---|---|---|
| Le Havre : | | | | |
| Médical ........ | 36 | 36 | 25 | 25 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Chirurgical .... | 46 | 46 | 31 | 31 |
| Saint-Servan : | | | | |
| Médical ....... | 35 | 35 | 26 | 26 |
| Chirurgical .... | 38 | 38 | 29 | 29 |
| Nantes : | | | | |
| Médical ....... | 32 | 29 | 25 | 25 |
| Chirurgical .... | 38 | 36 | 29 | 29 |
| Bordeaux : | | | | |
| Médical ....... | 38 | 35 | 27 | 27 |
| Chirurgical .... | 40 | 38 | 30 | 30 |
| Marseille : | | | | |
| Médical ....... | 52 | 49 | 46 | 45 |
| Chirurgical .... | 54 | 51 | 46 | 43 |

**Stations hydrominérales et climatiques.**

*Liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier* 1932 (*loi du* 24 *sept.* 1919 *art.* 1er *et décret du* 4 *mai* 1920, *portant règlement d'administration publique, en exécution de la loi du* 24 *septembre* 1919, art. 86).

I. — *Stations hydrominérales et climatiques.*

Biarritz (Basses-Pyrénées), 30 mai 1912.
Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), 9 mars 1913.
Hyères (Var), 8 mars 1913.
Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), 2 mars 1913.
Bagnères-de Bigorre (Hautes Pyrénées), 12 avril 1913.
Brides les-Bains (Savoie), 20 mai 1913.
Lacaune (Tarn), 3 septembre 1913.
Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), 25 septembre 1913.
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 17 mars 1914.
Aix-les-Bains (Savoie), 28 juin 1914.
Ganties (Haute-Garonne), 15 juillet 1914.
Thonon (Haute-Savoie), 18 septembre 1918.
Cauterets (Hautes-Pyrénées), 9 avril 1919.
Betpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées), 14 avril 1919.
Evian (Haute-Savoie), 28 mai 1919.
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 16 avril 1921.
Menthon (Haute-Savoie), 13 août 1921.
Biskra (Algérie), 29 juin 1922.
Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées), 15 février 1923.
Divonne-les-Bains (Ain), 28 mars 1923.
Salies-du-Salat (Haute-Garonne), 31 juillet 1923.
Salins (Savoie), 11 mai 1926.
Challes-les-Eaux (Savoie), 9 avril 1927.
Balaruc-les-Bains (Hérault), 3 août 1927.
Le Boulou (Pyrénées-Orientales), 17 février 1930.

II. — *Stations hydrominérales.*

Dax (Landes), 21 avril 1912.
Vichy (Allier), 25 mai 1912.
Vals-les-Bains (Ardèche), 26 mai 1912.

Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Lamalou-les-Bains (Hérault), 30 mai 1912.
La Bourboule (Puy-de-Dôme), 30 mai 1912.
Vittel (Vosges), 30 mai 1912.
Bourbon-l'Archambault (Allier), 10 juin 1912.
Néris (Allier), 10 juin 1912.
Contrexéville (Vosges), 10 juin 1912.
Martigny (Vosges), 10 juin 1912.
Chatelguyon (Puy-de-Dôme), 6 juillet 1912.
Chamalières et Royat (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Luxeuil (Haute-Saône), 27 octobre 1912.
Gréoux (Basses-Alpes), 17 novembre 1912.
Lurbe (Basses-Pyrénées), 16 février 1913.
Ax-les-Thermes (Ariège), 8 mars 1913.
Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), 12 mars 1912.
Plombières (Vosges), 12 avril 1913.
Bains-les-Bains (Vosges), 28 juin 1913.
La Roche-Posay (Vienne), 7 août 1913.
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), 28 juin 1914.
Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), 28 juin 1914.
Chaudesaigues (Cantal), 15 juillet 1914.
Besançon (quartier de la Moullière) (Doubs), 25 février 1915.
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), 26 juin 1916.
Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise), 28 février 1919.
Bussang (Vosges), 21 mars 1921.
Bagnoles-de-l'Orne (Orne), 15 mai 1921.
Pougues-les-Eaux (Nièvre), 27 mai 1921.
Salins (Jura), 6 juillet 1921.
Allevard-les-Bains (Isère), 9 janvier 1922.
Alet (Aude), 28 mars 1923.
Uriage-les-Bains (Isère), 21 juin 1923.
Audinac-les-Bains-Monjols (Ariège), 31 juillet 1923.
Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin), 7 juillet 1926.
Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), 17 décembre 1926.
Miers-Alvignac (Lot), 5 mars 1927.
Charbonnières (Rhône), 9 avril 1927.
Vallée-des-Eaux-Chaudes (commune de Digne), (Basses-Alpes), 27 juillet 1927.
Morsbronn-les-Bains (Bas-Rhin), 19 janvier 1929.
Aulus (Ariège), 19 juin 1929.
Encausse (Haute-Garonne), 4 août 1929.

III. — *Stations climatiques.*

Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), 30 mai 1912.
Ajaccio (Corse), 10 juin 1912.
Chamonix (Haute-Savoie), 10 juin 1912.
Gérardmer (Vosges), 10 juin 1912.
Wimereux (Pas-de-Calais), 10 juin 1912.
Mimizan (Landes), 10 juillet 1913.
Odeille-Via (Pyrénées-Orientales), 10 juillet 1913.
Bormes (Var), 22 juillet 1913.

Le Touquet — Paris-Plage (Pas-de-Calais), 3 septembre 1913.
Le Levandou (Var), 14 novembre 1913.
La Nouvelle (Aude), 6 décembre 1913.
Briançon (Hautes-Alpes), 8 juillet 1914.
Arcachon (Gironde), 8 juillet 1914.
Cabourg (Calvados), 15 juillet 1914.
Saint-Raphaël (Var), 15 septembre 1914.
Pralognan (Savoie), 15 septembre 1914.
Cannes (Alpes-Maritimes), 20 février 1915.
Hendaye (Basses-Pyrénées), 4 avril 1917.
Pau (Basses-Pyrénées), 5 juin 1918.
Nice (Alpes-Maritimes), 7 novembre 1918.

*(A suivre)*

**Pensions militaires.**

*Arrêté du 29 décembre 1931 nommant les membres de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux chirurgicaux et pharmaceutiques.*

Art. 1er. — Sont désignés pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1932, comme membres titulaires :

*Représentants de l'administration.*

M. le médecin inspecteur Odile, président.
M. Paloque, chef des services médicaux au ministère des pensions.
Mlle Maillet, sous-chef de bureau au service des soins gratuits et de l'appareillage.
M. Brunet, directeur adjoint à la comptabilité publique.
M. Brecart de Boisanger, inspecteur des finances.

*Représentants des bénéficiaires de l'article 14 de la loi du 31 mars 1919.*

M. Robert Greslin, président de la fédération des associations des mutilés de l'Aisne, membre de l'union fédérale.
M. Delfau de Pontalba, membre de l'union nationale des combattants.
M. Delsuc, secrétaire général de la fédération nationale des blessés du poumon et des chirurgicaux.
M. Brun, membre de l'association générale des mutilés et réformés de la guerre.
M. Delahaye, membre de la fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre.

*Représentants des médecins et pharmaciens.*

M. le docteur Lenglet, de la Seine.
M. le docteur Noir, de la Seine.
M. le docteur Fanton d'Andon, de la Seine.
M. le docteur Barthet, pharmacien de la Seine.
M. le docteur Guenot, pharmacien de la Seine.

Art. 2. — Sont désignés comme membres suppléants :

*Voir la suite page LV-193.*

# PROPOS DU JOUR

**Le complément pratique nécessaire des études médicales : l'internat obligatoire, c'est-à-dire l'obligation, pour l'étudiant en fin de scolarité, de remplir pendant un an les fonctions d'interne dans un hôpital**

Dans un article de l'*Informateur Médical* du 27 décembre 1931, son distingué directeur, le Dr Crinon, a fait allusion à un projet d'internat obligatoire que nous avons exposé ici jadis.

Bornant à Paris la réforme que nous désirons étendre à toute la France, le Dr Crinon déclare impossible la réalisation de ce projet. Certes, comme il l'expose, nous sommes parfaitement de son avis ; tous les médecins ne sauraient être anciens internes des hôpitaux de Paris, mais ce n'est pas du tout ce que nous avons demandé. On nous permettra de revenir sur cette question, qui est toujours d'actualité, mais nous demandons à ceux qui voudront prendre la peine de l'examiner, de la considérer au point de vue purement objectif et de l'apprécier, en ne considérant simplement que l'intérêt de l'éducation des médecins, intérêt qui est aussi celui des malades.

***

Ce fut le 31 juillet 1910, il y a donc plus de vingt ans, que nous écrivîmes dans le *Concours Médical* un Propos du Jour intitulé : *les Avantages de l'Internat, l'Internat obligatoire.*

Nous basant sur la supériorité indiscutable que l'internat des hôpitaux donnait à ceux qui en remplissaient les fonctions, moins par la sélection du concours que nous sommes loin de dédaigner, que par le stage clinique sérieux fait à l'hôpital par l'interne, collaborant avec ses maîtres et assumant une responsabilité, nous demandions à ce qu'on imposât à chaque nouveau docteur, avant de lui permettre d'exercer, un an d'internat dans un hôpital de quelque importance. L'internat des hôpitaux de Paris, ni celui des villes de Faculté ne seraient modifiés en quoi que ce soit, mais il existe nombre de villes et de centres populeux, dotés d'hôpitaux importants qui pourraient être pourvus d'internes.

A l'heure actuelle, il n'y a pas en France de centre urbain dépassant 10.000 habitants qui n'ait un hôpital, et les services de ce dernier sont appelés à devenir de plus en plus actifs du fait des assurances sociales et des accidents du travail. Tous ces hôpitaux auront besoin d'internes ; beaucoup en possèdent déjà. En joignant à ces hôpitaux les Asiles d'aliénés, les établissements de cure (sanatoriums, préventoriums), certains dispensaires d'hygiène sociale, les hôpitaux privés, etc., etc. nous trouverions facilement en France un nombre suffisant d'établissements sérieux où les Facultés de médecine pourraient autoriser les jeunes docteurs à faire une année de stage obligatoire avant d'obtenir le droit d'exercer la médecine.

Les *avantages* de cet internat obligatoire seraient nombreux.

1° D'abord, il obligerait le jeune médecin à faire un stage réel et utile sous la surveillance d'un praticien expérimenté. Ce dernier vivant chaque jour dans son intimité, il pourrait l'initier à la pratique, lui permettre de l'assister, de le seconder, de le suppléer parfois.

2° En second lieu, le médecin de l'hôpital, sachant qu'il a sous sa direction et son contrôle un jeune médecin frais émoulu de la Faculté, s'efforcerait de se tenir au courant et mettrait le plus souvent un certain amour-propre à lui montrer sa supériorité. Il y aurait pour lui une émulation dont il bénéficierait et ferait bénéficier ses malades.

3° L'hôpital de petite ville, pourvu désormais d'internes, verrait ses services mieux assurés. Il pourrait être doté d'un service de garde ou de prompts secours en cas d'accidents. Les chirurgiens y auraient à leur disposition des assistants et des anesthésistes et les habitants de la ville n'y trouveraient que des avantages.

4° Les jeunes médecins stagiaires, en relations forcées avec les médecins praticiens de la ville et de la région, pourraient se rendre compte des postes médicaux vacants où ils pourraient utilement s'établir. Ils pourraient faire dans la région d'utiles remplacements, et cela ne nuirait pas à une meilleure répartition des médecins en France.

Voilà les principaux avantages de l'internat obligatoire. Nous en cherchons encore les inconvénients.

Une seule objection, sérieuse seulement en

◆◆

apparence, a été faite, c'est que le titre d'interne serait de ce fait démonétisé. Quelle erreur ! Est-ce que les internes de Brévannes, de Berck, des Asiles de la Seine, de Nanterre, de Saint-Denis, de l'Hôpital Saint-Joseph, de l'Hôpital Rothschild diminuent la valeur de l'Internat des hôpitaux de Paris, de Lyon, de Strasbourg, de Nancy, de Montpellier, de Bordeaux, de Toulouse, de Marseille ? N'y a-t-il pas depuis de longues années, et même depuis plus d'un siècle, des internes à Nantes, à Rennes, au Havre, à Clermont-Ferrand, à Reims, à Amiens, à Besançon et à Grenoble ? Est-ce qu'un interne en chirurgie de l'hôpital du Creusot ou des hôpitaux d'une grande ville comme Rouen ne peut faire dans les services de ces centres un stage aussi utile que dans les hôpitaux d'une ville de Faculté, fût-ce Paris ?

Et puis, nous ne tenons pas au nom, mais à la chose, et si nous avons appelé le stage obligatoire dans un hôpital, en fin de scolarité, *internat*, c'est parce que ce mot désigne clairement, dans l'esprit de tous les médecins et de tous les étudiants, les fonctions que nous voudrions voir remplir pendant un an au moins par tous les jeunes médecins. Nous ne tenons nullement au titre d'interne : qu'on lui substitue les qualificatifs de stagiaire, d'assistant, de suppléant ou tout autre, peu nous importe.

***

Notre article sur l'internat obligatoire parut en 1910. A cette époque, le Corps médical était en effervescence ; c'était le lendemain des Congrès des Praticiens, des protestations contre le certificat d'études médicales supérieures, contre la mauvaise organisation de l'Enseignement, contre l'agrégation. Une proposition faite par le secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, par le Président du Syndicat des médecins de la Seine, par un des Vice-Présidents des Congrès des Praticiens, par un de ceux en somme qui dirigeaient le mouvement de protestation des Praticiens, et que, bien à tort, certains maîtres de nos Facultés considéraient comme des esprits subversifs et des ennemis dangereux, ne pouvait être examinée objectivement, ni prise en considération.

D'ailleurs, 15 ans auparavant, vers 1895 le Dr Dumas (du Gard), puis le Dr Coutand (de Saumur), avaient fait des propositions analogues dont personne ne s'était occupé. Mal venu était celui qui portait la main sur l'Arche Sainte et la conspiration du silence était alors et est encore le moyen de défense le meilleur et le plus employé en haut lieu.

Nous eûmes, nous, l'honneur et l'avantage de fixer l'attention de l'éminent Professeur Grasset, de Montpellier, qui, dans un livre dont la seconde édition, fut publiée en novembre 1910, intitulé : *Le Milieu Médical et la Question Médico-sociale* (1), cita notre projet, mais le considéra comme une manœuvre pour « supprimer l'internat tel qu'il existait », ce qui était fort mal interpréter notre pensée.

Dans ce même ouvrage, le Prof. Grasset avait bien voulu tenir grand compte des articles que nous avions écrits un peu auparavant dans le *Concours médical*, sur un *Nouveau plan de Constitution pour la Médecine en France*, présenté en 1790 à l'Assemblée nationale au nom de la *Société royale de Médecine* par Vicq d'Azyr, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de la Société royale et médecin de la Reine.

Vicq d'Azyr faisait alors une sévère critique de l'Ancienne Faculté dont il était docteur régent, critique qui mériterait encore, après un siècle et demi, d'être relue et méditée.

Certes, en 1910, tout ce que les praticiens proposaient inspirait en haut lieu une suspicion que les événements d'alors rendaient dans une certaine mesure légitime, et le livre du Prof. Grasset paraîtrait au lecteur impartial à l'heure actuelle plus une œuvre de polémiste que celle d'un véritable critique.

Mais aujourd'hui, vingt ans après, il est permis d'examiner les choses plus objectivement et de sang-froid, de se rendre compte, en lisant les articles de nos amis Duchesne et Boudin qui ont exhumé notre vieux projet d'internat obligatoire, que ce dernier est loin d'être une machine de guerre, mais bien une proposition destinée simplement à parfaire l'éducation du jeune médecin, et c'est pourquoi nous remerçions très sincèrement le Dr Crinon d'avoir, dans l'*Informateur Médical*, combattu notre projet qu'il connaissait mal. Nous avons cru utile de l'exposer de nouveau, sans nous faire d'ailleurs beaucoup d'illusion sur le sort qui lui est destiné

J. Noir.

---

(1) Les Etudes contemporaines. Bernard Grasset, éditeur.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES CRISES GASTRO-SOLAIRES

Par G. Faroy,

Médecin de l'hôpital Beaujon

Depuis quelques années déjà, l'attention est attirée sur des crises douloureuses épigastriques, accompagnées d'un syndrome d'intolérance gastrique complète, dont le type est la crise gastrique du tabès, mais qui s'observent dans toute une variété d'affections abdominales.

Leur fréquence assez grande justifie la nécessité de leur connaissance, car du diagnostic précis de leur étiologie dépendra l'efficacité du traitement appliqué.

Elles sont toutes les résultantes d'une irritation intense du plexus solaire, ou peut-être, plus exactement, de celle du système nerveux végétatif abdominal, de l'appareil sympathique abdominal, dont le plexus solaire recueille et extériorise toutes les excitations.

Je n'aurai en vue, dans cette étude, que les crises violentes s'apparentant par leur énergie, avec les crises tabétiques, et je laisserai de côté, toutes les manifestations douloureuses ou dyspeptiques atténuées, fréquentes dans le domaine de la gastro-entérologie, et qui ont été groupées par Laignel-Lavastine sous le nom de *sympathoses digestives*, et par Oddo sous celui de *sympathèses*.

***

1° *La crise gastrique du tabès* est la plus anciennement connue ; elle peut servir de type de description, en raison de sa netteté, de sa pureté, de son intensité ; les *crises tabétiformes*, que nous aurons ensuite à passer en revue, ne s'en différencieront, en dehors des syndromes cliniques propres aux affections causales, que par le degré de leur violence, souvent atténuée.

La crise gastrique tabétique peut se résumer ainsi : un tabétique franc, n'ayant le plus fréquemment jamais présenté d'autres troubles dyspeptiques, est atteint, à des intervalles de temps plus ou moins rapprochés, de crises douloureuses épigastriques, dont le début et la terminaison sont habituellement très brusques et qui sont précédées et suivies d'un état digestif tout à fait normal. Leur durée est variable suivant les cas, de quelques heures à une semaine.

Les douleurs, d'une intensité atroce, angoissantes, se traduisant sous forme de brûlure, torsion, arrachement, pression, etc., sont localisées à l'épigastre ; souvent soulagées par une forte pression, elles s'accompagnent d'hyperesthésie cutanée. Le ventre est tendu, rétracté, principalement dans sa moitié supérieure, et le malade couché en chien de fusil, ou assis les genoux relevés et le torse ployé en avant, cherche par ces positions, à soulager son mal. Des irradiations multiples, thoraciques, en ceinture, abdominales ne manquent jamais.

L'intolérance gastrique est complète ; des nausées et vomissements incessants vident l'estomac des aliments qu'il pouvait contenir avant la crise, puis se traduisent par des rejets de liquide muqueux, aqueux, parfois bilieux, excessivement abondants (hypersécrétion), dont le chimisme est variable, chaque patient faisant sa crise avec le suc gastrique qui lui est propre.

On ne constate jamais d'éléments de stase, même dans les premiers vomissements. Quand l'estomac est vide, des efforts incessants épuisent le malade ; tout liquide ingéré est rejeté immédiatement.

Quelquefois des hématémèses de sang noir, caractérisant les *crises noires* de Charcot, mettent en évidence de petites hémorragies gastriques, qui peuvent à la longue se traduire par des rejets de sang rouge. Des crises de hoquet et d'aérophagie sont fréquentes ; la diarrhée peut être observée, décelant une hypersécrétion intestinale.

Des signes généraux importants ne font jamais défaut ; c'est d'abord un état d'anéantissement et d'épuisement intenses, le malade évitant tous mouvements qui réveillent en outre les douleurs et les vomissements. On constate des alternatives de pâleur et de rougeur du visage, des sueurs froides abondantes, une tendance marquée à la lipothymie allant souvent jusqu'à la syncope.

Les urines sont rares, le pouls rapide, la tension artérielle variable.

Les crises sont fréquemment isolées les unes des autres ; mais elles peuvent devenir subintrantes et constituer un véritable *état de mal*.

Dans le tabès confirmé, le diagnostic se fait facilement par la reconnaissance des signes cardinaux de cette affection ; dans le tabès fruste, il peut être délicat, mais en l'absence d'antécédents de maladie de l'appareil digestif, on doit toujours y penser et l'examen du liquide céphalo-rachidien, des réflexes pupillaires et tendineux, la recherche des zones d'anesthésie, etc., permettent le plus souvent de préciser l'étiologie.

Bouchut et Lamy ont décrit, chez les syphilitiques, sous le nom de *gastro-radiculites à forme continue*, des crises gastriques atténuées, dont la courte durée, la répétition tous les jours et même plusieurs fois dans la journée, et la moyenne intensité ne permettent pas de les ranger dans la catégorie des faits que nous étudions. Elles nous paraissent cependant intéressantes à rappeler ici, parce qu'elles sont dues à des lésions de radiculite, portant sur les racines postérieures de la moelle, où les fibres nerveuses venues des cordons postérieurs s'anastomosent par les *rami communicantes* avec les filets sympathiques. Or, ces lésions s'observent aussi dans le tabès et l'on peut se demander, avec Levent, s'il ne s'agit pas, dans le cas de Bouchut et Lamy, de tabès fruste.

Quoi qu'il en soit, ces lésions de radiculite permettent de comprendre comment, par l'intermédiaire des filets sympathiques, le plexus solaire irrité peut, dans le tabès, donner naissance aux crises gastriques.

2° C'est dans l'*ulcère de l'estomac* que des *crises tabétiformes* ont été pour la première fois bien décrites par Babinski, Chauvet et G. Durand ; exceptionnelles dans les ulcères récents, elles sont surtout observées dans les ulcères anciens, calleux, profonds.

Il est inutile d'insister sur leur description qui rappelle, même par l'intensité, les crises tabétiques ; cependant, il faut savoir que les liquides d'hypersécrétion, rejetés par le malade, sont le plus souvent hyperacides.

Le diagnostic est ordinairement facile par les antécédents digestifs, constitués par une histoire antérieure d'ulcus, par les troubles gastriques qui suivent la crise, par les résultats de l'examen radiologique et du chimisme gastrique.

La localisation et l'étude histologique de l'ulcère permettent de comprendre le processus pathogénique de ces crises tabétiformes ; en effet, celles-ci s'observent avec une prédilection particulière dans l'*ulcère de la petite courbure*. Celui-ci, à cheval sur la petite courbure et débordant surtout sur la face postérieure de l'estomac, est en contact direct avec le hile de l'organe, c'est-à-dire avec les nerfs, avec les vaisseaux et avec le plexus solaire appliqué sur la face antérieure de la colonne vertébrale.

Loeper a bien étudié, au cours de l'évolution de tout ulcus calleux qui peu à peu a pénétré les différentes tuniques de l'estomac, la propagation de l'infection, qui y est constante, aux gaines lymphatiques des nerfs et aux fibres qui constituent les plexus ; il a décrit aussi les lésions nerveuses qui en découlent et constituent de véritables névrites.

D'autre part, Udaondo pense que, dans un certain nombre de faits, les lésions nerveuses se constituent par l'intermédiaire du pancréas, qui avoisine l'ulcère ou même constitue le fond d'un ulcère perforé bouché ; l'infection de la lésion gastrique provoque une pancréatite localisée, qui retentit à son tour sur les filets nerveux et sur le plexus que la glande recouvre.

On s'explique ainsi, par les rapports anatomiques, pourquoi l'ulcère de la petite courbure est si souvent à l'origine des crises tabétiformes.

L'ulcère de la face postérieure de l'estomac, beaucoup plus rare, peut pour la même raison en être la cause ; l'ulcère du pylore et l'ulcère du duodénum ont été parfois signalés aussi. Ces derniers peuvent sans doute atteindre directement les filets nerveux qui se rendent au plexus solaire, mais peut-être faut-il invoquer également l'action des périviscérites (périgastrites, périduodénites) auxquelles ils donnent naissance. L'irritation nerveuse, en tout cas, est évidente, puisque cliniquement on observe quelquefois un point douloureux phrénique gauche sterno-mastoïdien.

Avant d'en terminer avec l'étude des crises tabétiformes de nature ulcéreuse, il est nécessaire de rappeler les coexistences du tabès et de l'ulcère gastrique. Sans entrer à nouveau dans la discussion des rapports étiologiques qui peuvent exister entre ces deux affections, il faut savoir que leur association n'est pas rare et l'on peut se demander si, dans ces cas, le terrain tabétique ne favorise pas l'éclosion des crises tabétiformes. On pourrait, il est vrai, renverser la proposition ; mais il ne paraît guère vraisemblable actuellement que les crises gastriques n'apparaissent que chez les tabétiques porteurs d'un ulcus, ainsi que certains auteurs l'ont prétendu.

3° Le *cancer de l'estomac* est susceptible, lui aussi, de donner naissance à des crises tabétiformes ; le cancer de la petite courbure ou propagé à elle, celui de la face postérieure de l'estomac atteignent plus facilement le plexus. Loeper a montré l'envahissement fréquent des gaines des nerfs par des essaims de cellules néoplasiques et l'excitation solaire s'explique facilement par ces névrites cancéreuses.

On devra éviter de confondre les crises qui nous occupent avec celles qui accompagnent les sténoses pyloriques cancéreuses (comme du reste avec celles des sténoses ulcéreuses). Les douleurs de celles-ci sont habituellement moins intenses, plus localisées à l'estomac et au pylore qu'à l'épigastre et suivent la marche des on-

des péristaltiques. Les vomissements sont des vomissements de stase, essentiellement différents de ceux qui ont été décrits.

Le diagnostic, dans les deux cas, se fera facilement par l'examen attentif et complet du malade.

4° Les *cholécystites*, lithiasiques ou non, présentent quelquefois des paroxysmes aigus, du type tabétiforme ; mais ici les vomissements bilieux sont d'une particulière fréquence, et la région vésiculaire est douloureuse, parfois spontanément, toujours par la palpation. La crise peut s'accompagner de fièvre, de subictère et même d'ictère franc ; il n'est pas rare de constater un point phrénique droit sterno-mastoïdien.

Enfin le malade, habituellement du sexe féminin, a des antécédents vésiculaires dans la majorité des cas, et la crise, à début surtout nocturne, dans la deuxième partie de la nuit, est apparue souvent pendant ou un peu avant une période menstruelle.

Par quel processus anatomique le plexus solaire réagit-il avec cette intensité, comme il peut, du reste, au cours des cholécystites chroniques, réagir avec moins de violence dans leur forme gastrique décrite par Chauffard ?

On sait actuellement que des filets sympathiques, innervant la vésicule, émanent du plexus solaire ou s'y rendent et que des lésions analogues à celles que l'on rencontre dans l'ulcère de l'estomac, peuvent s'y observer (Loeper). D'autre part, les péricholécystites sont fréquentes et jouent vraisemblablement un rôle dans la propagation des infections ; la pathogénie des crises est évidente.

5° Il est une affection à explosions douloureuses paroxystiques que je crois utile d'étudier après les cholécystites, pour une raison que j'indiquerai plus loin ; c'est la *migraine ophtalmique*, que l'on tend à considérer comme une manifestation d'ordre sympathique.

Une femme, le plus souvent, est prise le matin, au réveil, parfois à une heure quelconque de la journée, par une céphalée violente, de caractère spécial, d'ordinaire localisée autour d'une orbite et irradiant dans tout l'hémicrâne ; des troubles oculaires, scotome, diminution du champ visuel, complètent le syndrome.

En même temps des douleurs épigastriques plus ou moins pénibles apparaissent, accompagnées de nausées et de vomissements véritablement incoercibles, entraînant, avec le rejet de tout liquide ou de tout aliment, une intolérance gastrique totale.

La malade recherche le repos et le calme dans l'obscurité, car la lumière réveille ou exagère les paroxysmes céphaliques. La durée de la crise est ordinairement de 12 à 48 heures.

La pathogénie en est depuis longtemps discutée ; considérée autrefois comme une manifestation arthritique, dans de nombreux travaux récents comme un phénomène d'origine anaphylactique, la migraine n'en paraît pas moins sous la dépendance d'une excitation sympathique, comme je le rappelais plus haut.

D'autre part, il est curieux de constater la fréquence, sinon la constance des atteintes hépatiques dans l'arthritisme et dans ce qu'on est convenu d'appeler anaphylaxie digestive ; or, les crises de migraine surviennent nettement le plus souvent, à la suite d'écarts alimentaires, ou d'ingestions d'aliments propres à provoquer des phénomènes d'intolérance, et avec un certain nombre d'auteurs (Diamond, Sédillot, Weissmann-Netter), qui signalent le fait sans y insister suffisamment à mon avis, j'ai tendance, avec mon assistant M. Deron, à considérer comme presque constante, la coexistence d'affections hépatiques et principalement vésiculaires avec la migraine ophtalmique. C'est là un sujet sur lequel nous reviendrons prochainement plus longuement et en apportant un nombre considérable de documents véritablement impressionnants.

C'est pour cette raison, que nous nous croyons autorisés à penser que dans la majorité des cas, la crise de migraine ne doit pas être simplement une manifestation douloureuse hémicranienne de nature sympathique, à répercussion secondaire, solaire et gastrique ; et que, sans doute l'affection hépato-vésiculaire presque constamment observée est l'épine irritative qui déclenche, par le processus invoqué précédemment à propos des crises tabétiformes des cholécystites, et la crise gastro-solaire, et la crise d'hémicranie chez des sujets prédisposés.

6° Certaines poussées d'*appendicite aiguë ou subaiguë* revêtent, dans les premières heures de leur évolution, une modalité et une localisation des douleurs qui rappellent en tous points les crises tabétiformes. Le malade ne souffre que de son épigastre, souvent avec une violence extrême ; la contraction de la paroi est très marquée dans cette région et les phénomènes d'intolérance gastrique sont au complet.

La fièvre peut manquer ; la fosse iliaque droite peut n'être ni en état de défense, ni douloureuse à la pression et le diagnostic n'en est que plus difficile ; aussi faut-il ne pas ignorer cette éventualité, dont la méconnaissance serait très préjudiciable au malade, en retardant l'intervention nécessaire.

Au cours de certaines *typhlo-colites* et *colites du côlon transverse*, des crises analogues peuvent s'observer, mais le plus souvent avec une intensité moindre.

Les lésions nerveuses décrites par Masson (de Strasbourg) dans les appendices malades et celles que Loeper a étudiées dans les colites permettent de comprendre comment le plexus solaire peut être appelé à réagir dans ces affections ;

mais il faut aussi faire la part des péricolites, des périviscérites, des épiploïtes si fréquentes, qui évoluent non seulement pendant les crises d'appendicite ou de colite, d'une façon parfois bruyante, mais aussi dans leurs intervalles d'une façon plus silencieuse, si le foyer infectieux persiste. L'infection suit une voie ascendante (mésocolique, épiploïque) vers la moitié supérieure de l'abdomen et principalement vers le carrefour supérieur droit et il est aisé de concevoir qu'elle atteigne la région épigastrique.

7° Certaines *affections du pancréas,* en particulier le *cancer du corps de l'organe,* donnent parfois naissance à des crises tabétiformes d'une violence inouïe rappelant celle du tabès ; les douleurs solaires sont atroces, présentant le caractère de viscéralgie profonde et le malade, assis dans son lit, les genoux relevés contre son abdomen, appuie de toute la force de ses poings sur la région solaire, pour tenter de la soulager.

C'est la *forme douloureuse* du cancer du pancréas, individualisée par Chauffard ; on observe quelquefois ce type douloureux dans le *cancer de la tête,* quand, très étendue, la tumeur atteint ou dépasse la ligne médiane.

La situation anatomique de la glande en avant du plexus solaire explique aisément la pathogénie des crises ; on conçoit l'envahissement facile du plexus, de ses ganglions, des nerfs qui y aboutissent, et par suite la localisation de la douleur et de ses irradiations tantôt à gauche sur le trajet des nerfs spléniques, plus souvent sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic.

Les *pancréatites aiguës, subaiguës ou chroniques* peuvent provoquer les mêmes crises par l'intermédiaire des nerfs qu'elles touchent ou qu'elles enserrent et nous rappellerons, ici, ce qui a été dit sur ce sujet à propos des crises tabétiformes de l'estomac (Udaondo).

8° La grande *ptose abdominale,* principalement quand elle s'accompagne d'un *allongement vertical de l'estomac* très prononcé,est souvent à l'origine de crises solaires excessivement intenses ; celles-ci se superposent, par paroxysmes, à un état douloureux permanent de l'épigastre, principalement dans la station verticale et après les repas (plus ou moins tardivement), mais aussi quelquefois dans le décubitus ; j'ai insisté autrefois sur ces faits (1).

Les phénomènes douloureux tiennent la première place dans le tableau clinique et les symptômes gastriques, plus effacés, vont des troubles dyspeptiques les plus légers à l'intolérance gastrique la plus totale.

Il s'agit encore ici de *névrite solaire* (solarite de Moutier) que la manœuvre de Chilaïditi ou celle de Leven sont incapables de calmer, et due au tiraillement permanent exercé par le poids des organes ptosés sur les nerfs abdominaux et sur les plexus.

9° Enfin, il est encore une affection susceptible de faire apparaître le syndrome gastro-solaire, c'est l'*aortite abdominale,* principalement dans ses formes aiguës et subaiguës.

Le malade, un sujet âgé, syphilitique le plus souvent, se plaint de deux variétés de douleurs, survenant après les repas : des douleurs épigastriques précoces peu intenses, et des douleurs tardives violentes, présentant les caractères déjà décrits, avec des irradiations lombaires, iliaques, thoraciques, etc. Il n'est pas rare de constater en même temps l'existence d'une crise intestinale (Loeper), avec diarrhée.

Les manifestations gastriques, toujours les mêmes, mais de durée assez courte, ont été interprétées par Carrière et Barié comme une véritable *claudication intermittente de l'estomac par ischémie,* les lésions d'artérite à l'origine du tronc cœliaque diminuant au niveau de l'estomac l'apport sanguin qui devient insuffisant au moment de la digestion ; à moins qu'elles ne soient l'expression de l'hyperexcitabilité sympathique, comme aussi la crise colique avec diarrhée.

Ces deux pathogénies, circulatoire et nerveuse, ont été invoquées pour expliquer le mécanisme des crises d'angine de poitrine et la seconde semble recueillir actuellement la majorité des opinions.

Il pourrait bien en être de même dans les crises gastro-solaires de l'aortite abdominale, car les plexus périaortiques sont lésés soit directement par les lésions des tuniques de l'aorte, soit par celles des *vasa nervorum.* Le plexus solaire, par sa situation sus et préaortique, est sans doute aussi atteint pour son propre compte ; et voilà qui suffit grandement pour réaliser le déclenchement des crises gastriques.

Le diagnostic se fait par la recherche des signes d'aortite abdominale, qu'il suffit de résumer ici : aorte battante, saillante, déformée par allongement (incurvation à concavité droite), douloureuse ; hypertension ; tension de la pédieuse plus élevée que celle de l'artère radiale ; précession du pouls fémoral sur le pouls radial ; battements de l'artère splénique, etc. Tous ces signes sont décrits et connus depuis longtemps (Corvisart, Potain, Teissier).

***

Il serait possible de prolonger l'énumération des affections susceptibles de provoquer des crises gastro-solaires en rappelant les crises de l'hyperthyroïdisme, du rétrécissement mitral (Moutier), des tuberculeux (Loeper). Elles ne feraient que consolider la réalité du tableau clinique exposé au début de cette étude et caractérisé

(1) G. Faroy. — *La Médecine,* juillet 1923, n° 10 ; Quelques considérations sur l'allongement vertical de l'estomac, *Monde Médical,* 1927, n° 718.

par deux grands symptômes : les douleurs solaires et l'intolérance gastrique, auxquelles il faut adjoindre des phénomènes généraux d'une allure spéciale.

Tous ces symptômes représentent la réaction violente du *système sympathique*, considéré dans son ensemble, c'est-à-dire englobant et l'*appareil sympathique* proprement dit, sensitif, et le *parasympathique ou pneumogastrique*, moteur, si intimement intriqués.

En effet, l'étude analytique du syndrome permet d'y reconnaître des *phénomènes sympathiques* : les douleurs solaires, périaortiques, périiliaques, et phréniques, leurs irradiations, l'angoisse, la congestion du visage, la diarrhée et des *phénomènes parasympathiques* : spasme du pylore, troubles du péristaltisme, nausées, vomissements, paleur, lipothymie.

Il n'est donc pas douteux que les deux nerfs sont touchés en même temps, soit dans leurs filets (névrites), soit dans leurs plexus (plexites), par les lésions qui ont été énumérées plus haut ; la sommation des excitations se fait au plexus solaire, centre nerveux abdominal, végétatif, par excellence, et c'est lui qui réagit en donnant naissance aux crises, que nous proposons de dénommer *gastro-solaires*, plutôt que gastriques ou tabétiformes.

Des infections, des résorptions de produits toxiques au niveau des viscères, des actions mécaniques (tiraillements par la pesanteur ou par des adhérences), sont à l'origine des névrites et des solarites ; aussi est-il essentiel de bien connaître ces faits, car la thérapeutique ne devra pas se contenter de calmer les douleurs du plexus par l'ésérine, l'atropine, la morphine, des agents physiques ou même des interventions chirurgicales portant sur les troncs nerevux. Elle sera avant tout dirigée contre les affections causales qui viennent d'être étudiées.

## CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

### Hôpital Necker

# Les indications à l'intervention dans la lithiase réno-urétérale (1)

Par le Professeur Legueu

Dès le début de l'étude de cette question, il faut envisager trois catégories de faits.

1° On peut observer le calcul de l'uretère.

2° On peut observer le calcul de l'uretère et du rein simultané.

3° On peut observer le calcul du rein seulement.

La présence d'un calcul dans l'uretère est grave, elle est plus désagréable que celle du calcul du rein, car ce dernier souffre plus par le calcul urétéral, ce calcul venant fréquemment entraver l'évacuation rénale régulière.

Le calcul urétéral doit être traité immédiatement.

Il peut se présenter deux éventualités, affection à chaud ou bien à froid.

Dans le premier cas, le calcul peut exister depuis longtemps déjà sans présenter de gros troubles et puis, un jour, il détermine de la suppuration, qui peut évoluer avec ou sans élévation thermique.

Il ne faut pas, dans ce cas, chercher à faire partir le calcul par des moyens variés ; le mieux est de pratiquer l'intervention chirurgicale. Faut-il faire telle ou telle autre intervention ?

La question serait trop longue à étudier. C'est pourquoi, voulant rester dans les généralités, nous ne mentionnons que la néphrectomie.

Lorsqu'il s'agit d'un calcul à froid, ce qui est plus fréquent, il peut y avoir deux éventualités : ou bien le calcul est récent, il n'est pas encore fixé dans l'uretère, ou bien il est ancien ; dans ce dernier cas, l'intervention chirurgicale s'impose dans le délai le plus court.

Le calcul est récent, essayez les cures d'eaux minérales, provoquez le lavage abondant favorisant l'expulsion du calcul, prescrivez au malade les eaux de Vittel, Contrexéville ou d'Evian, ce sont des eaux de chasse ; elles vous permettent de tâter la mobilité du calcul.

Ensuite vous pourrez avoir recours aux manœuvres favorisant la mobilisation du calcul. Pour cela, vous introduirez une sonde dans l'uretère ; si vous réussissiez à passer par-dessus le calcul, vous auriez des chances de le ramener à l'extérieur en retirant la sonde.

Vous pourrez aussi injecter de l'huile, qui favorisera l'évacuation du calcul.

On a proposé l'introduction d'une pince spéciale pouvant ramener le calcul ; mais cette méthode paraît être peu pratique.

Toutes ces techniques sont utiles en présence d'un calcul récent et encore, il ne faut les appliquer qu'avec précautions, car elles peuvent entraîner l'infection du rein à la longue.

L'opération est nécessaire même en présence d'un petit calcul.

Nous voilà à la deuxième éventualité : le ma-

(1) Leçon du 27 mai 1931.

lade a un calcul dans l'uretère, et un autre dans le rein.

Dans ce cas là, l'opération est toujours nécessaire, il n'y a pas de discussions possibles, il n'y a pas utilité de traitement médical. Il faudrait enlever les deux calculs à la fois, mais l'intervention serait trop grave ; c'est pourquoi on pratique l'opération en deux temps.

Laquelle des interventions doit être faite la première ?

C'est le calcul urétéral, qui devra être enlevé le premier, car il n'y a pas de chirurgie rénale possible sans perméabilité de l'uretère.

Ou bien vous pourrez faire la néphrectomie ; dans ce cas, le calcul urétéral pourra rester sans inconvénient dans l'uretère.

Voyons enfin la troisième hypothèse : le malade a un calcul du rein. Il peut y avoir dans ce cas : ou bien indication à l'intervention chirurgicale ; ou bien au traitement par les eaux minérales, au traitement médical.

Dans certains cas, l'indication à l'opération est impérieuse, c'est ce qui se passe en présence d'une grosse pyonéphrose, d'une infection avec forte fièvre.

On enlève le calcul, on pratique le drainage du rein ; si la fièvre ne cesse pas, on est obligé de pratiquer la néphrectomie.

En général, le calcul des voies urinaires se présente chez des individus non immobilisés, le rein ne souffre pas trop, les crises de coliques néphrétiques surviennent brusquement, leur durée est de quelques heures à quelques jours.

Vous avez le temps de préparer le malade à la nécessité de l'intervention.

Quelles sont les interventions à envisager en présence d'un calcul du rein ?

La pyélotomie ou l'incision sur le bassinet : c'est une opération pénible ; elle donne une mortalité de 1,83 % sur 185 cas.

La néphrolithotomie, incision du rein permettant l'extraction du ou des calculs inclus dans le bassinet, donne une mortalité de 6,9 %, sur 172 cas ; elle provoque souvent des hémorragies.

L'application actuelle du bistouri électrique facilite cette opération en diminuant les risques de saignement.

Mais cette opération a ses inconvénients : le rein tailladé donne rapidement des récidives, et alors on est amené à pratiquer la néphrectomie.

La néphrectomie donne une mortalité de 3,5 % sur 200 cas ; c'est une opération excellente ; pas de récidives possibles, puisque le rein est enlevé.

La récidive à la suite de la néphrolithotomie est due à l'infection, au défaut d'évacuation du rein ; il y a de la rétention permanente, donc de l'infection.

Le calcul qui se formera au niveau de ce rein peut avoir une double origine : ou bien c'est un calcul d'organe ou bien d'organisme, ou bien les deux facteurs s'associent.

Telles sont les indications générales à l'intervention en présence de la lithiase réno-urétérale.

Mais il y a des cas où on ne peut pas opérer ; il faut les livrer aux hydrologues.

Les contre-indications à l'opération peuvent êtres dues au calcul : ainsi en présence d'un petit calcul qui a des chances de s'évacuer, en présence d'un calcul localisé dans le calice inférieur et bien fixé, on doit avoir recours à la cure minérale.

Les contre-indications du côté du malade : chez les individus hémophiles, chez les 100 kilos, chez les personnes âgées, chez les néphrétiques, car le second rein n'est pas indemne, il ne faut pas pratiquer l'intervention chirurgicale.

La troisième contre-indication est celle du rein : s'il y a un calcul dans un rein et que l'autre rein n'existe pas, l'intervention dans ce cas est très dangereuse.

C'est une indication au traitement hydrologique.

Il faut noter une particularité, c'est que le calcul n'augmente pas indéfiniment ; donc dans certains cas, on peut le laisser.

Lorsque le malade est opéré pour un calcul, il est bon de l'envoyer aux eaux, car ces dernières exercent une action chimique, profonde, intime, qui empêche la production d'un nouveau calcul. Elles ont aussi une action sur la nutrition, qui est très importante à connaître.

## L'ÉVOLUTION DE L'OPOTHÉRAPIE RÉNALE

### II

### Action de l'extrait rénal sur l'albumine, l'urée sanguine, l'élimination de l'acide urique, les œdèmes

S. Dejust-Defiol et M. Clavel.

Dans l'article précédent (1) nous avons indiqué l'action exercée par l'extrait rénal sur la diurèse.

Nous exposons à présent les effets de cette médication sur l'albumine, l'urée sanguine, l'élimination de l'acide urique, les œdèmes.

#### Action de l'extrait rénal sur l'albumine

Renaut concluait ainsi sa communication célèbre (Soc. Biol., 1904) : « Cette médication (la macération aqueuse de rein) a, sur la plupart des autres, l'avantage de réduire sûrement l'albumine émise par le reinin suffisant, tout en remettant celui-ci en pleine activité. Elle peut même faire disparaître l'albumine pendant de longues périodes. »

Chiperowitz (1904), signalait, sous l'influence de l'opothérapie rénale, la disparition de l'albumine dans 40 % des cas.

Page et Dardelin notaient 16 guérisons définitives pour 18 cas traités par cette méthode.

Pour notre part, nous avons noté 28 fois sur cinquante environ, une diminution notable de l'albumine entre le 5e et le 12e jours du traitement.

Dans 7 des cas considérés, la disparition fut totale. Dans tous ces cas, sauf un, l'albuminurie constituait la séquelle d'une lésion aiguë du rein à la suite d'une infection (grippe, angine, amygdalite, etc.).

Les observations suivantes nous ont paru significatives :

a) *Néphrite tuberculeuse* remontant à 3 ans environ chez un homme de 38 ans porteur de ganglions bacillaires fistulisés.

L'albumine se maintenait à 0,30 depuis plusieurs mois. Elle tombe à 0,03 au 10e jour du traitement.

Après interruption du traitement pendant une semaine, on procède à une nouvelle cure de vingt jours.

Au 15e jour l'albumine disparaît complètement, et n'a pas encore réapparu un mois après cessation du traitement.

b) *Néphrite syphilitique* chez un homme de 68 ans présentant une névrite du cubital.

L'albumine tombe de 0,50 à 0,05 au bout du 12e jour de traitement.

Après un repos de 8 jours, le malade fait une nouvelle cure, l'albumine tombe de 0,05 à 0,02 au 12e jour.

c) *Sclérose rénale* avec albuminurie chez un homme de 79 ans. L'albumine tombe de 2 gr. 55 à 0 gr. 05 au 14e jour du traitement.

d) *Albuminurie post-grippale.* Femme de 36 ans dont l'albuminurie a été constatée au cours d'une convalescence de grippe et se maintient à 0,90 environ depuis 2 ans.

L'albuminurie disparaît au 14e jour du traitement et n'a pas réapparu un mois après cessation de la médication.

e) *Albuminurie et glycosurie* chez une femme de 47 ans. L'affection a été constatée voici 3 ans.

Lors d'une première cure, l'albumine tombe de 0 gr. 82 à 0 gr. 27 au 14e jour.

Après un repos d'une semaine, l'albumine remonte à 0 gr. 30. On pratique une nouvelle cure, l'albumine retombe à 0 gr. 19 au 14e jour, mais remonte à 0 gr. 22 pendant un nouvel arrêt.

Et elle demeure voisine de ce chiffre (0,22-0,25-0,23) pendant les deux mois suivants au cours desquels la malade n'est soumise à aucune médication.

#### Action sur l'urée sanguine

Caubet insistait sur l'action favorable des injections de suc rénal dans une crise d'urémie, survenant au terme d'une néphrite interstitielle, avec symptômes bulbaires. « Le suc rénal, disait-il, augmente la quantité d'urine sécrétée, augmente le taux d'excrétion d'urée, modifie le rythme de la respiration ». (Urémie dyspnéique. Injections de suc rénal. *Bull. soc. méd. Toulouse*, 1894).

En 1893, Meyer supprimait, par injection de suc rénal, le Cheyne-Stokes chez l'animal.

De nombreuses publications ont confirmé les conclusions de Caubet.

Les observations qui suivent ont permis de constater la baisse de l'urée sanguine sous l'influence de l'extrait rénal.

Cette baisse a été parfois insignifiante (observation *a*). Parfois, (obs. *b* et *c*), le taux de l'urée qui, sous l'action du traitement, avait subi un abaissement assez considérable, a remonté et s'est stabilisé à un taux inférieur à celui constaté avant le traitement. Dans d'autres cas, enfin, (*d*, *e*, *f*,) l'urée s'est stabilisée à un taux, voisin de

(1) *Concours médical*, n° 52 de 1931.

la normale ou égal à la normale ; et, cette stabilisation s'est maintenue deux mois encore après cessation du traitement.

En même temps, que se produisaient ces modifications du taux de l'urée, les malades accusaient une atténuation des phénomènes généraux, dont ils souffraient : bourdonnements d'oreilles, céphalées, vertiges, dyspnée paroxystique, crises de fausse angor, etc.

*Observations.*

a) *Insuffisance aortique* chez un homme de 61 ans.

Urée sanguine avant traitement : 0 gr. 85.

Administration de 0,15 cc. d'extrait rénal chaque jour.

Urée sanguine après 15 jours de traitement : 0,75.

Malgré plusieurs cures d'une dizaine de jours séparées par des repos de 10 jours, l'urée sanguine se maintient entre 0,65 et 0, 75.

b) *Asthme cardiaque* chez une femme de 75 ans.

Urée sanguine avant traitement : 0,70.

Traitement : 10 cc. d'extrait rénal chaque jour.

Urée sanguine après 17 jours de traitement : 0,25.

Après cessation du traitement pendant 25 jours, urée sanguine : 0,60.

Reprise du traitement par l'extrait rénal.

Urée au bout de 8 jours : 0,50.

c) *Urémie* chez un homme de 59 ans.

Depuis 6 mois, l'urée sanguine oscille entre 1 gr. 35 et 1 gr. 85.

Traitement par extrait rénal : 20 cc. par jour.

Urée sanguine au 22e jour, 0 gr. 25.

2 mois après cessation du traitement : urée sanguine, 1 gr. 10.

Reprise du traitement :

Urée sanguine au 10e jour, 0 gr. 75.

L'urée sanguine se maintient à ce taux depuis 3 mois.

d) *Hypertension* chez une femme de 70 ans.

Urée sanguine avant traitement : 0 gr. 90.

Traitement par extrait rénal, 10 cc. par jour.

Urée sanguine après 12 jours de traitement : 0 gr. 35.

Après cessation du traitement, le taux de l'urée sanguine se maintient à 0,35.

e) *Hypertension* chez une femme de 71 ans.

Urée sanguine avant traitement : 0 gr. 90.

Traitement par l'extrait rénal, 15 cc. par jour.

Urée sanguine au 10e jour du traitement : 0 gr. 65.

L'urée sanguine demeure à ce taux après cessation du traitement.

f) *Cardio-rénal*, homme de 55 ans.

Urée sanguine avant traitement : 0 gr. 80.

Traitement par l'extrait rénal : 20 cc. par jour.

Urée sanguine après 12 jours de traitement : 0 gr. 28.

**Action sur l'acide urique**

L'excrétion de l'acide urique chez les malades atteints de goutte et de coliques néphrétiques, et soumis à l'influence de la macération de Renaut, est augmentée d'une façon appréciable (parfois doublée), ainsi que l'a montré Arquembourg.

Nous avons, pour notre part, suivi cinq malades présentant un syndrome de rhumatisme déformant, et traités par l'extrait rénal hydro-alcoolique.

Chez ces malades, le dosage de l'acide urique au cours du traitement a donné les chiffres suivants :

a) *Chez un homme de 42 ans* (crises depuis vingt ans, tophi volumineux) :

0,69 (1er jour), 0,73 (3e jour), 0,98 (6e jour), 0,71 (12e jour).

b) *Rhumatisme déformant* (rhumatisme de la ménopause), chez une femme de 52 ans.

0,79 (1er jour), 1,49 (4e jour), 0,80 (6e jour), 0,50 (12e jour).

c) *Goutte et coliques néphrétiques* chez un homme de 49 ans.

0,38 (1er jour), 0,66 (4e jour).

d) *Rhumatisme chronique et goutte* chez une femme de 42 ans.

0,67 (1er jour), 0,70 (3e jour), 1,06 (6e jour).

e) *Goutte. Coliques néphrétiques. Coliques hépatiques* chez un homme de 32 ans.

0,60 (1er jour), 0,85 (3e jour), 1,12 (5e jour). 0,58 (12e jour).

Ces malades reçurent uniformément 15 centigrammes d'extrait rénal.

On constata des améliorations locales : diminution des œdèmes, de l'impotence fonctionnelle, des douleurs.

Chez deux autres malades du même groupe, rhumatisme de la ménopause et rhumatisme chronique, l'élimination de l'acide urique ne fut pas influencée ; cependant une analogue amélioration réelle des symptômes fonctionnels se manifesta.

Il y aurait, nous semble-t-il, une série de recherches fructueuses à poursuivre dans ce sens sur le métabolisme de l'acide urique sous l'influence de l'opothérapie rénale.

**Action de l'extrait rénal sur les œdèmes**

« Les grands œdèmes fournissent les résultats les plus favorables », concluait Arquembourg.

Pour notre part, nous n'avons pas constaté un rapport constant entre l'augmentation du débit urinaire et la fonte des œdèmes.

Certains œdèmes volumineux se sont atténués ou ont disparu, sans que se produise une manifestation notable de la diurèse.

Des malades cliniquement semblables, soumis à ce traitement, ont répondu très différemment :

a) L'extrait augmente la diurèse, mais les œdèmes persistent ;

b) L'extrait ne modifie pas la diurèse, les œdèmes diminuent de volume,

*c*) L'extrait augmente la diurèse et provoque la fonte des œdèmes.

***

Nous avons donc constaté une diminution du taux de l'urée sanguine plus ou moins appréciable suivant les cas, sous l'influence du traitement.

Nous avons noté une persistance favorable de cette action chez des malades, soumis à des cures prolongées, ou ayant subi plusieurs cures successives.

La diminution, parfois la disparition de l'albumine a semblé un phénomène constant chez les malades considérés.

Chez les rhumatisants, l'excrétion de l'acide urique a été doublée et plus.

Quelles conclusions précises tirer de l'ensemble de ces résultats ?

Dieulafoy, Renaut, Tissier affirmaient que l'extrait rénal ou la macération aqueuse de rein sont efficaces dans toutes les néphrites.

Pi y Suner faisait des restrictions. Il considérait que les meilleurs résultats s'obtenaient, lors des affections aiguës greffées sur un état chronique.

Pour notre part, et d'accord en cela avec d'autres expérimentateurs, nous avons trouvé d'excellents résultats dans les *néphrites lipoïdiques* (au cours du traitement, la cholestérine diminue dans le sang et la diurèse s'établit abondamment), et dans les *néphroses* (néphrites hydropigènes pures).

Dans les néphrites inflammatoires, les néphroscléroses, les résultats sont extrêmement variables, souvent insignifiants ou nuls.

L'action de l'extrait rénal s'exerça favorablement sur la diurèse dans 2/3 des cas.

Mais, à part quelques cas où la médication sembla agir aussi rapidement qu'un corps chimique, cette latence se manifesta toujours au bout d'une période de deux à trois jours.

Cette action se maintient souvent même après cessation du traitement. Dans plusieurs cas (plus de la moitié), le taux des urines se stabilisa à un taux supérieur à celui trouvé avant la mise en traitement.

Cette remarque s'applique aux variations du taux de l'urée, de l'albumine.

Les chiffres significatifs ont toujours été constatés à partir du 3e ou du 4e jour du traitement.

Cette régulation des fonctions du rein nous permet d'insister sur une cause de la défaveur, qui frappa l'opothérapie rénale. Parce que, dans certains cas, la médication avait provoqué une débâcle, on la classa d'emblée parmi les vrais diurétiques.

Or, comparer l'extrait rénal à la théobromine, à la scille, au neptal constitue une erreur d'interprétation.

Nous n'avons pas encore isolé du rein un corps nettement défini (telles la thyroïdine, l'insuline, l'adrénaline), d'action instantanée sur une fonction déficiente.

L'opothérapie agit au bout d'un temps, et l'extrait rénal gagnerait, selon nous, à être utilisé au début du moins et dans les cas urgents avec un diurétique vrai, pour exercer pleinement dans la suite son action régulatrice.

Enfin, en dehors des signes mesurables et parfois en dehors de toute modification en quantité ou en qualité des urines, nous avons assisté à un profond changement de l'état général.

Des céphalées rebelles, engourdissements, somnolences, vertiges s'atténuèrent et disparurent dans certains cas définitivement.

Certaines algies et névralgies rebelles diminuèrent d'intensité.

Cette action lente, s'étendant à tout l'organisme, est propre à l'opothérapie. Elle s'exerce non seulement sur la sécrétion et l'élimination rénale mais va modifier à distance les troubles imputables à la déficience de la sécrétion interne du rein

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

### Chez un ancien paludéen, tout accès fébrile intermittent n'est pas obligatoirement imputable au paludisme.

D'après le Professeur Rieux (1)

Certains auteurs, assimilant le paludisme à la syphilis, estiment que jamais on ne peut guérir du paludisme, pas plus que de la syphilis. Pour eux, l'infection malarique, une fois introduite dans l'organisme, est susceptible d'y persister à l'état chronique ; la disparition du plasmodium du sang périphérique n'implique pas nécessairement sa disparition définitive de l'organisme ; le plasmodium réfugié dans les organes profonds, la rate et la moelle osseuse en particulier, peut y vivre d'une vie latente ; celui-ci peut, enfin, prouver son existence et son action pathogène par des accès fébriles parfois très lointains, ou bien encore par des affections chroniques, intéressant la rate, le foie, les capsules surrénales, les nerfs périphériques, l'aorte même.

(1) J. Rieux. — Paludisme et pseudo-paludisme. (Un vol. chez Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris).

Le Professeur Rieux, en se basant sur des observations cliniques et hématologiques, très approfondies et longtemps poursuivies, est d'un avis opposé ; et il fait Ecole. Il pense que les manifestations *vraies* du paludisme, chez des *malades soustraits par le retour en France à toute infection nouvelle, et bien traités* (il n'y a pas de quinino-résistance du paludisme), *durent environ un an à* 18 *mois* ; plus tard, la guérison de la maladie est faite. « *Echappent à cette règle,* les paludéens, atteints d'un paludisme grave par suite d'*infections répétées ou pluri-annuelles,* vrai paludisme chronique, le plus souvent avec cachexie. C'est cette catégorie de malades, qui, habitant les pays à endémie palustre, constitue les réservoirs de virus, et entretient, de saison malarique à saison malarique, la pérennité de la maladie. La guérison de ces malades, soustraits au milieu palustre, obéit au même processus que précédemment ; elle est seulement plus longue et plus difficile à obtenir ». Ne pas oublier qu'on peut être *réinfecté,* comme infecté par le plasmodium au cours d'un *bref séjour* en milieu paludéen, au cours d'un voyage, d'une traversée.

Or, tout *paludéen vrai* présente dans son sang le parasite spécifique, de la mononucléose, et un état humoral spécial que révèle la séro-floculation d'Henry. *Le plasmodium est un parasite strict du globule rouge,* et rien n'autorise à penser qu'il puisse vivre et se multiplier en dehors de lui ; *il ne peut être comparé au tréponème, auteur d'une infection chronique, car le tréponème est,* au contraire, *un parasite de l'organisme tout entier,* cellules parenchymateuses, et plus, encore, tissu conjonctif.

Sauf intervention thérapeutique « stérilisante » au début de l'infection, sauf aussi guérison spontanée, le tréponème persiste, soit d'une vie active, soit d'une vie latente dans l'organisme, entraînant à la longue des lésions inflammatoires profondes par artérite ou phlébite oblitérante, dégénérescence gommeuse et sclérose ; la modification de l'équilibre colloïdal des humeurs se révèle par la réaction de Bordet-Wassermann.

Mais, chez *d'anciens paludéens,* se rencontrent parfois des *séquelles viscérales* de l'infection palustre, lesquelles présentent avec celle-ci des relations *d'origine,* qui ont, par conséquent, pu être aggravées par le paludisme, mais ne sont pas de *nature* paludéenne, au même titre que les lésions viscérales de la syphilis sont de nature syphilitiques par la persistance du tréponème. Eh bien, même si l'impaludation a été réelle, on fait d'ordinaire trop bon marché de toutes les autres causes, infectieuses ou toxiques, qui ont pu intervenir — en dehors ou en plus du paludisme — pour provoquer des altérations organiques. On oublie les conditions climatiques des pays chauds, les écarts de régime alimentaire et la pollution des eaux de boisson, avec leurs conséquences infectieuses ou parasitaires pour le tube digestif et ses annexes, l'appareil circulatoire, l'appareil génito-urinaire, le rein, la rate même. Si la rate est l'organe le plus directement et le plus constamment touché par le paludisme, il ne faut pas oublier, notamment, la leishmaniose splénique, les abcès amibiens de la rate. Et pour le foie, ne négligerait-on pas volontiers l'alcoolisme et aussi la syphilis au seul profit de l' « éternel » paludisme ?

***

## Que penser de l'accès fébrile intermittent ?

Tout sujet, qui a séjourné dans les colonies et qui présente, plus ou moins longtemps après, un accès intermittent, avec ses trois stades classiques de frisson, chaleur et sueurs, considère cet accès comme un accès paludéen et prend de la quinine. Si celle-ci demeure inefficace, il conclut que son paludisme est quinino-résistant. Mais, il n'y a pas de paludisme quinino-résistant, exception faite pour les accès pernicieux, où l'infection malarique est trop grave et trop profonde pour subir l'influence apyrétique de la quinine. Toute fièvre, qui ne cède pas totalement à la quinine, dûment absorbée, n'est donc pas de nature paludéenne. Cependant toute fièvre, voire tout symptôme qui cède à l'absorption de quinine, n'est pas nécessairement due à l'infection palustre.

En effet, *l'accès fébrile intermittent n'est pas l'apanage exclusif de l'infection malarique* ; il peut s'observer dans bien d'autres affections. En voici des exemples.

### Infection uro-septique

Ce sont toutes ses modalités : néphrite aiguë fébrile, abcès périnéphrétique, tuberculose rénale, accès aigus de pyélite, de pyélonéphrite, de pyélo-cystite, etc. Aucun de ces syndromes n'est produit par le paludisme vrai ; celui-ci n'intervient guère au niveau du système rénal qu'au cours de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, et encore indirectement, à l'occasion d'une intoxication et d'une hémolyse à point de départ quinique.

Ce sont surtout les accès de pyélite (pyélonéphrite, pyélo-cystite), qui sont confondus avec le paludisme.

*Rien ne ressemble plus, en effet, à un grand accès*

*paludéen qu'un accès franc urineux* : brusquerie du début, intensité du frisson, abondance des sueurs, élévation de l'acmé thermique, etc., sont de même grandeur. Mais dans le sang, on ne trouve ni hématozoaire, ni mononucléose ; la fièvre ne cède pas à la quinine ; le malade accuse de la douleur lombaire, parfois unilatérale, de la pollakiurie, de la cystalgie ; l'examen des urines révèle de la bactériurie, le plus souvent coli-bacillaire, de la pyurie, de l'hématurie, parfois « microscopique », quelquefois de l'albuminurie. Enfin, le traitement antiseptique approprié a le plus souvent raison des symptômes.

Que de coloniaux, autour de la cinquantaine, accusent des « accès palustres », qui sont, en réalité des accès urineux par infection d'origine prostatique, ou par cathétérisme traumatisant !

INFECTION BILIO-SEPTIQUE

La confusion avec le paludisme est fréquente, car la ressemblance est grande entre l'accès fébrile bilio-septique et l'accès paludéen. D'autre part, le séjour dans les régions exotiques, tropicales ou subtropicales prédispose facilement aux infections biliaires ou hépatiques.

On commet fréquemment l'erreur à propos de l'hépatite suppurée d'origine amibienne, parce que les foyers locaux d'infection (paludisme et amibiase) se superposent souvent, et que l'évolution peut se faire, après la rentrée en France, sous une forme vraiment latente. Cependant, pas d'hématozoaire, ni de mononucléose sanguine, pas de régularité dans les accès fébriles. Ensuite, les malades signalent une période antérieure de selles mucoso-sanglantes, plus ou moins nombreuses ; ils accusent une douleur constante, profonde de l'hypocondre droit, irradiant vers l'épaule droite, et augmentée par la pression large des dernières côtes droites. La ponction exploratrice du foie, ou l'épreuve thérapeutique par l'émétine, complètent les données cliniques.

Plus fréquentes encore sont les infections des voies biliaires : angiocholites, angiocholécystites, péricholécystites, enfin surtout cholécystites, calculeuses ou non. Elles sont monnaie courante chez les anciens coloniaux, et se manifestent plus ou moins longtemps après le retour en France, sous des influences diverses, telles que le simple écart de régime alimentaire. Mais on trouve une langue saburrale, une teinte subictérique des conjonctives, une sensation de pesanteur ou de gonflement hépatique avec point vésiculaire habituellement net, de l'inappétence, des nausées parfois de la diarrhée bilieuse ou, au contraire, des selles décolorées d'insuffisance biliaire.

AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF

Dans 25 % des cas comme les précédentes, ces affections, l'*amibiase intestinale* notamment, s'observent à la suite du séjour dans les colonies ; au Maroc, particulièrement, l'amibiase est aussi fréquente que le paludisme. Avec ce dernier, on la confond fréquemment, si l'on croit à la chronicité du paludisme. L'amibiase, insuffisamment traitée à son début, devient aisément chronique, en raison de ses lésions anatomiques, muqueuses et sous-muqueuses, surtout au niveau du gros intestin. Mais les petits « accès fébriles » s'accompagnent d'imperfection des selles, souvent en « bousse de vache » ; il y a de la sensibilité du cæcum, du côlon, parfois de la rectite chronique ; au microscope, on trouve parfois des kystes, et même des amibes authentiques de la dysentérie.

TUBERCULOSE

Quand les signes d'auscultation ne révèlent encore rien, la tuberculose, pulmonaire en particulier, peut être prise pour du paludisme. Il existe de la fièvre, en accès assez mal caractérisés ; mais l'examen du sang est négatif, la splénomégalie absente. Un examen approfondi montre des lésions du sommet, parfois des bacilles de Koch dans l'expectoration.

L'ENDOCARDITE AIGUE MALIGNE, latente mais surtout à forme pyohémique, reproduit parfois la symptomatologie de l'accès intermittent ou subintrant du paludisme. D'ordinaire, l'erreur est évitée, car l'auscultation révèle, en général, une lésion valvulaire nette, et qu'il s'agit d'une endocardite greffée sur une endocardite ancienne rhumatismale.

La MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE A MÉNINGOCOQUES peut, quoique rarement, être confondue avec le paludisme, en raison d'accès fébriles intermittents, soit subintrants ou rapprochés, soit au contraire espacés. Il en est de même du *typhus récurrent* ; mais l'examen hématologique vient lever tous les doutes, avec l'aspect plombé des malades, leur prostation, leur splénomégalie, le type caractéristique des accès fébriles.

Pour mémoire, il faut encore citer, quand il s'agit d'anciens coloniaux, les accès fébriles des *septicémies*, des *pyohémies* à staphylocoques, à streptocoques, à pneumocoques, etc. ; les *affections annexielles* de la femme ; la *gonococcémie* ; les *abcès profonds sous-phréniques* ; la *typho-malaria* (fièvre typhoïde survenant chez un paludéen non guéri) ; la *fièvre de Malte*. Indépendamment de la clinique, l'hémoculture et la recherche de l'hématozoaire achèvent la discrimination.

*Dans tous les cas d'accès fébriles intermittents, l'absence de l'hématozoaire de Laveran infirme sûrement le diagnostic de paludisme.*

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Volvulus de la vésicule biliaire.

Le volvulus de la vésicule biliaire, comparable au volvulus des autres organes abdominaux par son mécanisme, par ses signes cliniques, par ses conséquences anatomiques, est cependant moins connu à cause de sa rareté. Aussi est-il exceptionnellement diagnostiqué, et se présente-t-il habituellement comme une surprise opératoire, dont il est bon d'être averti, pour lui opposer la seule intervention logique et efficace : la cholécystectomie.

M. Pierre Brocq en a observé récemment un cas tout à fait caractéristique, dont il rapporte l'observation, intéressante par ses différentes étapes cliniques, minutieusement notées.

Le diagnostic ne peut être fait, ou du moins soupçonné que dans les premières heures, et encore lorsque les conditions cliniques permettent de sentir la vésicule biliaire, c'est-à-dire lorsque la paroi est souple et de faible épaisseur. La perception d'une tumeur rénitente, fortement tendue, mate, très douloureuse, mobile avec les mouvements respiratoires du foie, avec des crises douloureuses intermittentes, très violentes, peu modifiées par la morphine, et des vomissements incessants, constitue un phénomène assez spécial pour qu'il soit possible de penser à un volvulus de la vésicule.

La vésicule tordue évolue vers la gangrène et vers la perforation. Mais, on opère habituellement avant ce stade, avant que la péritonite ne se soit installée, puisque le pourcentage des guérisons est assez élevé : 68,9 p. 100 de guérisons. Même dans les cas de torsion incomplète, il faut rejeter la simple détorsion, suivie de cholécystopexie. (*La Presse médicale*, 4 juillet 1931.)

### Les signes périphériques de l'insuffisance aortique.

Il existe, semble-t-il, un ordre de gradation dans l'apparition des différents signes périphériques de l'insuffisance aortique. MM. Ch. Laubry, Th. Brosse et A. Van Bogaert les énumèrent en suivant l'ordre de leur fréquence et de leur apparition. Ce sont : les signes artériels tactiles et visuels (le pouls artériel ; la danse artérielle ; le pouls capillaire) ; la tension artérielle (tension systolique, tension diastolique, tension différentielle, tension moyenne) ; la courbe oscillométrique et l'indice oscillométrique ; les signes artériels auscultatoires (doubles tons et doubles souffles ; trou auscultatoire) ; l'image graphique du pouls artériel.

Tous les éléments de ce syndrome périphérique peuvent s'observer en dehors de l'insuffisance aortique. Ils ne sont donc liés : ni à la fuite diastolique, ni aux caractères de la tension artérielle.

Ils relèvent immédiatement de l'état fonctionnel des parois vasculaires, « l'hypotonie artérielle » capable de les créer tous, même pour ce qui concerne les caractères tensionnels. C'est pour cela qu'ils sont réalisés avec une intensité maxima chez les sujets dont les artères sont souples.

Certaines conditions au cours de l'insuffisance aortique atténuent ou favorisent l'extériorisation du syndrome artériel périphérique.

Les facteurs défavorables sont : l'association d'une valvulite mitrale ; la bonne tolérance du myocarde vis-à-vis de la lésion aortique. Les facteurs favorisants sont : la défaillance myocardique, qui, au contraire, accompagne ce syndrome atteignant alors sa plus grande netteté.

Il apparaît d'ailleurs au même titre et avec une égale intensité en dehors de la défaillance myocardique, au cours de certaines affections fébriles, compliquant ou non une lésion valvulaire et au cours de certains états neurotoniques.

Le rapport presque constant de coïncidence au cours de l'insuffisance aortique entre ce syndrome périphérique d'une part, la défaillance du myocarde d'autre part, constitue pour le clinicien, le point le plus important à retenir en ce qui concerne la signification des signes périphériques.

Contrairement aux données classiques, on peut dire que, chez un sujet présentant une lésion aortique sans valvulite mitrale associée et des artères souples (écartant ainsi les éléments défavorables à l'apparition du syndrome) :

1° L'absence ou la faible intensité des signes périphériques constitue un élément d'excellent pronostic ;

2° Leur multiplicité et l'intensité de leur extériorisation, au contraire, doivent faire suspecter la défaillance cardiaque. (*Paris médical*, 4 juillet 1931.)

### Contribution à l'étude du lumbago traumatique.

Il résulte d'une étude de MM. Marcel Labbé, A. Escalier, L. Justin-Bezançon et Stahl, qu'il existe des lumbagos, provoqués par des micro-traumatismes, dont les effets sont d'ailleurs favorisés par une malformation congénitale du rachis.

Chez un jeune homme de seize ans, parfaitement bien constitué, bien portant, sans aucun antécédent morbide notable, souffrant de douleurs vagues dans la région lombo-sacrée, on remarqua que ces douleurs devenaient particulièrement intenses et précises, lorsqu'il était depuis quelques minutes cahoté sur le siège du camion automobile sur lequel il travaillait. On pensa d'abord à une ptose rénale ; d'autre part, l'inspection minutieuse de la colonne vertébrale ne montrait aucune malformation, aucune ensellure lombaire marquée. Rien d'anormal non plus à l'examen du système nerveux.

La radiographie cependant fournit le renseignement capital : il existait une spondylolisthésie très nette avec glissement de la 5e lombaire en avant, et, de plus, une bascule en avant de la première sacrée ; une arthrite chronique paraissait aussi exister au niveau de l'articulation sacro-vertébrale.

Ce qu'il y a de particulier dans ces cas, c'est que, du fait de la malformation congénitale, les traumatismes les plus minimes suffisent à déclencher le processus rhumatismal.

De telles constatations entraînent des conséquences thérapeutiques et médico-légales. Il faut tout d'abord supprimer le micro-traumatisme qui a révélé la lésion congénitale et déclenché le processus rhumatismal. Puis, il y aura dorénavant lieu de tenir compte de ces micro-traumatismes dans certaines expertises d'assurances. (*La Médecine*, juillet 1931.)

**L'inhibition du péristaltisme intestinal.**

Le péristaltisme intestinal. selon M. Caudrelier, est sujet à de grandes variations, liées à l'état du sympathique. Il peut être inhibé, partiellement ou complètement, ce qui constitue les états parétiques et paralytiques. Ces deux états sont fréquents après les interventions portant sur les viscères abdominaux. Le premier est, pour ainsi dire, de règle dans les 48 heures qui accompagnent une laparotomie ; plus accentuée, la parésie peut être la cause de graves complications post-opératoires. Les lavements huileux, la sonde rectale, qui réussissent généralement dans les formes légères, échouent presque toujours dans les formes graves.

Deux moyens permettent alors de réactiver le péristaltisme : le lavement électrique et l'injection de Péristaltine. C'est à cette dernière que vont les préférences de l'auteur, parce que sans danger, simple, commode, et pouvant être pratiquée préventivement toutes les fois que la nature de l'intervention fait craindre une inhibition motrice. Deux cc. de péristaltine, injectés au moment de l'intervention, préviennent presque sûrement cette complication ; si elle est déjà constituée, 2 ou 3 injections en viendront à bout en donnant, au bout de 8 ou 15 heures, une exonération abondante. (*Journal des Praticiens*, 10 janvier 1931).

**Toxémie gravidique et hormones placentaires.**

Le Dr Pierre Mauriac rappelle qu'il existe un contraste frappant entre les quatre premiers mois de la grossesse et les cinq derniers ; la toxémie du début n'est pas celle de la fin. Celle des premiers mois est, avant tout émétisante ; celle des derniers mois l'est rarement ; l'une s'accompagne d'amaigrissement et d'hypotension ; l'autre pousse à l'éclampsie et à l'hypertension.

Or, les recherches récentes confirment l'importance du corps jaune, comme organe d'équilibre pour assurer la fixation et la pérennité de l'œuf, et combattre la folliculine abortive.

Le placenta jeune est le plus riche en hormones ; il contient de la folliculine et deux diastases analogues à celles qui sont sécrétées par le lobe antérieur de l'hypophyse : le Prolan A et le Prolan B ; le Prolan A produit la maturation folliculaire et la sécrétion de la folliculine ; le Prolan B détermine l'apparition du corps jaune et la sécrétion de la lutéine. Le Prolan B contre-balance le Prolan A.

Le placenta à terme contient beaucoup plus de folliculine ; il contient du Prolan A, mais il ne contient plus de Prolan B, ce qui n'est pas pour étonner puisque celui-ci préside à l'apparition du corps jaune, et que ce corps régresse à partir du cinquième mois de la grossesse.

Ainsi, un système complexe et bien coordonné fait du placenta le poste central régulateur des diastases de la grossesse. C'est de ce côté, sans doute, qu'il faut chercher la clef du mystère de la toxémie gravidique. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 juin 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Sur la fièvre exanthématique provoquée.

(MM. D. et Jean OLMER. — *Académie de médecine* ; 17-11-1931.)

La fièvre exanthématique marseillaise étant une affection hyperthermisante assez bénigne, on a pensé y recourir comme procédé de pyrétothérapie. C'est à MM. le Professeur Claude et Coste que l'on doit les premiers essais de traitement de la démence précoce par l'inoculation de fièvre exanthématique. Ces essais ont été repris par MM. D. et J. Olmer, de Marseille, qui, pour transmettre la maladie à l'homme sont partis de broyat de tiques (*rhipicephalus sanguineus*) prélevées en milieu contaminé, vecteurs habituels, on le sait, du germe de cette fièvre.

Laissant de côté les effets possibles, non encore définis, de cette méthode, comme moyen de traitement de la démence précoce, les auteurs signalent seulement quelques résultats de leurs recherches expérimentales. Ils concluent que :

1° La fièvre exanthématique est transmissible expérimentalement de l'homme à l'homme pendant toute la durée de l'évolution fébrile ;

2° Les formes réalisées rappellent entièrement celles observées en clinique ;

3° La fièvre exanthématique entraîne l'immunité à une inoculation ultérieure des sujets qui en ont été atteints. Mais en outre le sang des convalescents permet de protéger les sujets sains contre une inoculation de virus.

### L'urotropine dans les affections des centres nerveux.

(M. L. COUVY. — *Académie de médecine* ; 1-12-1931)

Lefèvre de Arric et Millet ont établi, en 1926, qu'inoculée dans la circulation générale, chez le lapin, l'urotropine passait en partie dans le liquide céphalo-rachidien. Les mêmes auteurs ont montré que, par contre, chez le même animal, l'urotropine intra-veineuse favorisait le passage des virus à travers les espaces méningés. Ainsi, le virus herpétique qui, normalement, ne traverse jamais les plexus choroïdes, se fixe sur les centres nerveux et détermine une encéphalite herpétique, lorsque sa pénétration a été précédée d'une injection intraveineuse d'urotropine. Muttermith a observé, d'autre part, qu'une injection d'urotropine permet, dans une certaine mesure, l'accès du liquide céphalo-rachidien aux anticorps microbiens de la circulation générale.

M. Couvy s'est demandé, dans ces conditions, si l'urotropine ne pourrait pas être utile dans le traitement d'affections des centres nerveux, comme la syphilis nerveuse, la méningite cérébro-spinale, le tétanos, etc. Il a fait sur ce point, quelques recherches qui ont porté sur le traitement du tétanos plus particulièrement.

En 1926, à l'hôpital indigène de Dakar, il a soumis 14 malades atteints de tétanos à une médication comportant les injections de sérum antitétanique, précédées de l'administration de 0 gr. 50 à 1 gr. d'urotropine, cela dans le but de faciliter le passage du sérum au travers des méninges. Il obtint 10 guérisons.

En 1931, M. Couvy a modifié sa technique. On connaît les effets de la chloroformisation au cours du traitement sérothérapique du tétanos. Le chloroforme, selon l'opinion de Cruchet, paraît agir en libérant la toxine tétanique fixée sur les centres nerveux et en rendant possible l'action de l'antitoxine. Pour que l'action antitoxique puisse s'opérer au moment convenable, il convient de faire d'abord l'injection de sérum et ensuite la chloroformisation. Dans la pensée que l'urotropine pourrait avoir un effet phylactique analogue à celui du chloroforme, M. Couvy a adopté la nouvelle technique suivante : injection intra-veineuse de 20 cent. c. de sérum antitétanique ; une heure et demie à deux heures après, injection d'urotropine (0,50 à 1 gr. dans la veine) ; une demi-heure plus tard, nouvelle injection de sérum. Dix-sept cas ainsi traités n'ont donné qu'un seul décès, concernant une fillette malade depuis trois jours déjà au moment de son entrée à l'hôpital.

### Recherches expérimentales sur la maladie de Nicolas-Favre.

(MM. LEVADITI, P. RAVAUT, P. LÉPINE et Mlle SCHOEN. — *Académie de médecine* ; 17-11-1931.)

Les auteurs, de leurs recherches, concluent que conformément à l'opinion émise par Hellerström et Wassen, la malade de Nicolas et Favre reconnaît, comme agent étiologique, un virus filtrant spécifique, le virus lymphogranulomateux. Ce virus, qui est détruit par la glycérine et le chauffage à 60°, détermine, chez certains sinusiens, lorsqu'il est inoculé par voie trans-cranienne, une méningo-encéphalite souvent mortelle. Inoculé au singe par voie intra-ganglionnaire ou intra-préputiale, il provoque une adénopathie offrant les particularités cliniques et microscopiques de la maladie humaine.

Les inoculations intra-cérébrales au singe permettent l'obtention de souches de virus se prêtant à des passages réguliers.

Les singes, ayant résisté à une inoculation positive, de même que les sujets humains atteints de maladie de Nicolas-Favre, présentent, dans leur sérum, des

substances morbicides, ce qui atteste un certain degré d'immunité.

Ces données apportent une confirmation aux arguments d'ordre clinique et anatomo-pathologiques qui ont permis d'affirmer l'individualité et la spécificité nosologique de la maladie de Nicolas-Favre.

P. L.

**Urée sanguine et chlorémie chez les diabétiques.**

(MM. Rathery, Sigwald et Dérat ; *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 23-10-1931.)

Il semble résulter que l'augmentation de l'urée sanguine est relativement peu fréquente en dehors des cas d'association de néphrite chronique nette et de diabète ; on ne l'observe pas plus souvent dans le diabète consomptif que dans le diabète simple.

Quant à la chlorémie plasmatique, dans le diabète simple, elle est le plus souvent abaissée, tandis que, dans le même cas, la chlorémie globulaire est le plus souvent augmentée.

Dans le diabète consomptif, la chlorémie plasmatique est en général plutôt basse, et la chlorémie globulaire plutôt augmentée.

Les deux types de chlorémie plasmatique et globulaire paraissent donc très indépendants l'un de l'autre.

L'insuline ne paraît pas avoir une action uniforme sur la chlorémie plasmatique ou globulaire, et l'azotémie.

D'autre part, il n'y a aucun rapport constant entre l'élévation de l'urée et l'état du chlore plasmatique ou globulaire.

**Hypoglycémie dans deux cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne.**

(MM. Rathery, Dérat et Sterne ; *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 20-10-1931.)

Deux observations inédites prouvent que, chez le sujet normal, aussi bien que chez le diabétique, l'apparition d'une hémorragie méningée sous-arachnoïdienne est capable de provoquer une hypoglycémie. En pareil cas l'existence d'un trouble du métabolisme des glucides paraît certain, et ce trouble peut parfois entraîner de l'hypoglycémie.

**Pyélonéphrite à pneumobacilles de Friedlander.**

(Mme Bertrand-Fontaine et R. Parlier ; *Soc. méd. des hôp., de Paris*, 23-10-1931.)

Cette pyélonéphrite est survenue chez une enfant de cinq ans, et elle a guéri spontanément. Règle générale, ces pyélonéphrites sont liées à un état septicémique ; c'est l'infection générale qui a la première place et qui conditionne le pronostic, de sorte que les manifestations rénales apparaissent accessoires et incapables de modifier beaucoup l'évolution si hautement grave de la maladie.

Le cas rapporté s'oppose aux précédents, parce qu'il est un exemple de pyélonéphrite à pneumobacilles de Friedlander indépendante de tout état septicémique ; assurément l'ensemencement rénal s'est effectué par voie sanguine, mais le passage du microbe dans la circulation n'a donné lieu qu'à un minimum de symptômes et, pratiquement, est resté sans importance clinique. Un drainage large joue un rôle important dans la guérison des abcès pneumobacillaires du poumon notamment, et il apparaît que la guérison de la malade envisagée est due peut-être à la précocité du drainage urinaire, qui a été réalisé chez elle. L'infection rénale aurait eu lieu à la suite soit d'une rhinopharyngite, soit d'une otite suppurée concomitante.

Bref, il faut retenir, d'une part, la localisation rénale exceptionnelle de la suppuration pneumobacillaire, et, d'autre part, son évolution rapide vers la guérison spontanée.

G. F.

# Les Congrès

## Deuxième Congrès de chirurgie plastique et esthétique

Tenu a Paris les 2 et 3 Octobre 1931

Le deuxième Congrès de chirurgie plastique et esthétique a eu lieu les 2 et 3 octobre, sous la présidence du Docteur Dartigues, fondateur de la Société, et sous la présidence d'honneur des Professeurs Corachan, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Barcelone, Manna, professeur de pathologie chirurgicale à Rome, et Jiano, professeur à la Faculté de Bucarest.

A la séance inaugurale, dans son très beau discours, le Docteur Dartigues a remercié très chaleureusement le Dr Aubert (de Marseille) président du Premier Congrès de chirurgie plastique et esthétique, le Dr Claoué, secrétaire général, qui s'est occupé avec beaucoup d'intelligence et d'activité de la publication des comptes rendus, tous les membres qui par leurs intéressantes communications ont permis l'organisation de ce deuxième Congrès, ainsi que tous les chirurgiens de France et des autres nations qui sont venus nombreux assister à ce Congrès.

Le Docteur Dartigues, avec toute son autorité, toute son éloquence, a parlé de la thérapeutique plastique et esthétique ; il a demandé aux membres de

s'instruire mutuellement et leur a parlé de l'avenir de la chirurgie esthétique qui n'est pas une chirurgie de luxe.

Il y a eu plus de 40 communications très intéressantes avec projections, films, présentations de malades. Il y avait également une exposition d'instruments et de livres concernant la chirurgie plastique, qui a été très remarquée.

A la fin de la session, le Professeur Manna, de Rome, et le Professeur Jiano, de Bucarest, ont bien voulu nous dire, dans leur langue maternelle, toute leur admiration pour l'œuvre de la Société de chirurgie esthétique et aussi leurs vœux pour le prochain Congrès. Le Dr Muller (de Belfort), s'exprimant en italien, a remercié chaleureusement le Prof. Manna et a rappelé combien l'Italie demeurait l'Ecole des Arts.

Des séances opératoires ont été faites par les Drs Montant, Dartigues, Claoué, Wallet et de nombreux médecins ont tenu à assister à ces opérations.

Dr Raymond Petit (de Paris). — 1° **Réparation chez une femme de l'aile du nez et de la narine gauche détruite par des lésions spécifiques. Greffes de peau totale et pansements au sérum de cheval.**

2° **Réfection d'un vagin par greffe chez une jeune fille**, ayant eu à la suite d'une injection d'eau bouillante et d'ammoniaque une épouvantable brûlure du vagin, avec escharres et cicatrice inodulaire.

Dr Dartigues (de Paris). — 1° **Des dermectomies et des lipectomies appliquées aux reliquats des cures d'amaigrissement. Un cas de lipectomie abdominale complétant une cure radicale d'éventration.** — Traitement de l'éventration : il s'agit d'une question vitale à cause de la menace d'occlusion intestinale et du pendulum cutanéo-adipeux, à cause de la gêne qu'il occasionne et aussi de l'aspect extrêmement disgracieux qu'il donne à la ligne du corps.

2° **Guérison chirurgicale d'un nævus médian de la lèvre supérieure chez une jeune fille.** — Ablation complète du nævus avec mon bistouri à lames interchangeables, sutures des bords de la plaie résultant de cette ablation avec des fils de lin très fins et pour éviter la trop grande traction latérale, je fronce préalablement la partie charnue médiane par trois points au catgut fin. Très beau résultat. Peu après l'intervention, la jeune fille s'est mariée. Elle est maintenant mère de famille.

Dr Ulrich (de Paris). — **Phagothérapie et chirurgie esthétique.** — L'auteur parle de l'importance de la phagothérapie qui devient une sorte de chirurgie esthétique préventive en évitant toute mutilation et même la cicatrice qui est la plus grande misère de l'esthétique et de la plastique. L'auteur rapporte plusieurs cas d'anthrax notamment de la face et démontre que les bactériophages n'ont pas seulement un rôle curatif de premier ordre, mais deviennent les meilleurs agents et garants de l'esthétique en évitant la disgrâce qui peut toujours résulter de la cicatrice dont sont entachés les procédés sanglants.

Dr Ary dos Santos (de Lisbonne). — **L'emploi des substances inertes pour les greffes dans la chirurgie esthétique du nez.** — Il s'agit de considérations sur l'utilisation en particulier de l'ivoire, du caoutchouc rouge et du caoutchouc noir dans la prothèse esthétique nasale.

Dr Ch. Brisard (de Paris). — **Le risque opératoire en chirurgie esthétique** obéit aux lois générales du risque en chirurgie. Le risque prévisible détermine la technique chirurgicale avant, pendant et après l'opération. Le risque *imprévisible*, né de l'imperfection de nos facultés de prévision, échappe à toute technique capable de le conjurer. L'indication opératoire qui résulte de la balance de l'avantage et du risque une fois formellement posée, le chirurgien ne peut en tenir compte. De même qu'en chirurgie générale, le risque imprévisible, rare, mais toujours possible, ne peut engager la responsabilité des chirurgiens, si aucune faute de technique ne peut être indiscutablement établie.

Dr Castex (de Châteauroux) présente son **Instrumentation inédite pour la chirurgie diathermique et esthétique du visage**, ainsi qu'un certain nombre de photographies avant et après les interventions.

Dr Rocher (de Bordeaux). — **Réfection du nez par greffe tubulée avec armature cartilagineuse (costale) et osseuse (tibiale) et uranoplastie pour mutilation d'origine syphilitique.** — Un grand nombre de photographies illustrent un cas particulièrement délicat de réfection chirurgicale de la pyramide nasale à l'aide d'une greffe tubulée frontale.

Prof. Jean Jiano (de Bucarest). — 1° **Rhinoplastie pour lésion destructive par la syphilis.** — On a employé dans le même cas presque toutes les méthodes connues en matière de rhinoplasties, la méthode française, italienne, indienne, greffe libre de cartilage costal. La réfection de la sous-cloison a été réalisée d'après son procédé par un lambeau muco-musculaire prélevé sur la moitié postérieure de la lèvre à pédicule supérieur. L'extrémité libre du lambeau sortie à travers une boutonnière créée au-dessous du nez a été fixée au bout de l'organe.

2° **L'œsophagoplastie dermato-jéjunale dérivatrice pour sténose cicatricielle.** — L'auteur a exposé une série de 7 cas d'œsophagoplastie dérivatrice avec des résultats variables. Les deux derniers cas montrent le raccordement cervical du néo-œsophage constitué du jéjunum et d'un tube cutané. L'auteur présente comme contribution personnelle son procédé d'œsophagoplastie à tube cutané prélevé sur la paroi abdominale et de la région scapulo-dorsale.

Dr MALINIAK (de New-York). — Exposé général des **différents cas de prolapsus mammaires** et leurs traitements.

Dr WALLET (de Paris). — **Cure radicale de l'hygroma du sésamoïde plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et présentation de malades.**

Dr MONTANT (de Paris). — **Traitement orthopédique du pied plat de l'adulte.** — L'auteur présente un malade de 50 ans qui avait, il y a 10 mois, un pied plat grave ancien qui rendait la marche et la station debout prolongée absolument impossibles. Le malade était un véritable « mutilé » de la marche. Traitement par appareils plâtrés permettant la compression sous la face plantaire, par des feutres, comme pour le traitement des scolioses. Comme adjuvants : traitement physiothérapique et recalcifiant. La voûte plantaire est reformée et le malade a repris son activité habituelle.

2° **Sur les sutures dans les plaies avec perte de substance des doigts.** — L'auteur insiste sur le danger des sutures dans les tissus inélastiques des doigts.

Dsse A. PROST (de Paris). — **Des soins physiothérapeutiques consécutifs aux opérations plastiques.** — Etude des divers procédés physiothérapiques grâce auxquels on peut faire disparaître ou atténuer les cicatrices consécutives aux opérations plastiques ou autres. Technique de ces procédés tels que l'électrolyse, la diathermie, la neige carbonique, l'ionisation, etc., leurs indications et les résultats que l'on doit en attendre.

Dr DARTIGUES et Dsse PROST (de Paris). —**Blessure du visage consécutive à un accident d'automobile.** — Fistule salivaire probable, cicatrice atrophique et très adhérente au plan profond, traitée par la kinésithérapie et l'ionisation, avec un plein succès.

Dr Raymond TOURNAY (de Paris). — **De la supériorité au point de vue plastique et esthétique des cures ambulatoires dans le traitement des ulcères de la jambe.** — Avantages : 1° Rapidité de la cicatrisation ; 2° qualité de la cicatrice ; 3° maintien de la guérison plus souvent assuré. Méthodes : bandes de crêpe enduites d'adhésif ; méthode de Unna ; méthode du Dr de Bourggraf, cette dernière très supérieure.

Prof. Auguste LUMIÈRE (de Lyon). — **Problème de la vieillesse.** — Etude sur les causes internes et externes de la longévité, de la sénilité et de la mort et des moyens d'accroître la durée vitale et le rajeunissement.

Dr MADUREIRA (de Lisbonne). — Présentation d'un cas de **chirurgie esthétique du sein** et présentation de son instrument.

Dr PRÉVOT (de Marseille). — **Correction chirurgicale de la paralysie faciale.** — Utilisation de la pseudo-aponévrose parotidienne.

Dr COELST (de Bruxelles). — **Présentation d'un nouvel instrument, le septostat.** — Instrument très pratique permettant de faciliter le temps des sutures endonasales.

2° **Présentation de quelques documents cinématographiques concernant la plastique nasale.** — L'auteur prouve que le cinéma n'est pas seulement un excellent agent de démonstration mais encore un agent de documentation de tout premier ordre. Quatre cas ont heureusement illustré cette intéressante communication.

Dr AUBERT (de Marseille). — **Résection ostéoplastique de l'extrémité inférieure du radius pour sarcome.** — Deux observations accompagnées de très nombreux documents radiographiques.

Dr Pedro JAUREGUYI (de Buenos-Aires). — **Mammectomie totale, et autogreffe libre aréolo-mamelonnaire.** — Mammectomie bilatérale esthétique par le procédé de Dartigues.

Dr Pierre ROBIN (de Paris). — **1° Traitement précoce du prognatisme mandibulaire par la méthode eumorphique.** — Etude des différents prognathismes et traitement ; le prognathisme mandibulaire est toujours curable quand le diagnostic est posé tôt et le traitement commencé vers l'âge de deux ans. Les traitements chirurgicaux visant le corps et les condyles de la mandibule ne doivent être appliqués qu'aux adultes chez qui la déformation et les troubles fonctionnels sont tels qu'ils ne laissent rien à espérer d'un traitement eumorphique.

2° **Béance bi-maxillaire traitée précocement par la méthode eumorphique.** — La béance bi-maxillaire se présente sous deux aspects différents : *a*) les deux arcades sont bien articulées, seule la région antérieure est atteinte par suite d'une hypotrophie de l'os incisif ; *b*) dans le second cas, beaucoup plus grave, la malformation porte au niveau des grosses molaires qui entrent en contact d'abord lorsque la bouche se ferme. Les résultats seront d'autant plus rapides et plus sûrs que le traitement eumorphique aura été plus précoce, c'est-à-dire dès la constatation de la malformation, à partir de deux ans.

Dr FISCHER (de Bordeaux). — **Du rôle en clinique des variations du tégument thoracique.**

Dr Ch. CLAOUÉ (de Bordeaux). — **Projections et films concernant la chirurgie esthétique et plastique.** — Il s'agit d'une série de résultats opératoires concernant le nez, les poches sous les yeux, les rides, les seins et la paroi abdominale.

Dr Lasserre (de Bordeaux). — **A propos du traitement chirurgical du rhinophyma.** — Plusieurs tumeurs de volume différent étaient localisées au niveau du lobule et des ailes du nez. L'auteur a procédé à la décortication chirurgicale sous-anesthésie locale : guérison rapide.

Dr Muller (de Belfort). — **Méningo-encéphalocèle médiane naso-frontale.** — Il s'agit d'un cas très rare ; tumeur remarquable par son volume et son siège antérieur ; présentation de documents photographiques très intéressants.

Dr Maurice Péri (d'Alger). — **Traitement d'une cyphose nasale.** — Par voie endonasale, sous anesthésie locale, la résection de la bosse est faite au rabot de Moulonguet. Le procédé du rabot ne peut être utilisé que lorsque le nez est étroit. Quand la bosse est très importante et dans le cas de nez large il vaut mieux pratiquer une ostéotomie bilatérale de la branche montante du maxillaire et réséquer partiellement la cloison par voie sous-muqueuse.

Dr Leydier (de Paris). — **Caractéristiques graisseuses chez la femme.** — L'auteur étudie la part considérable de la graisse dans la morphologie de la femme et expose succintement l'anatomie du tissu adipeux dont le rôle est très important en chirurgie plastique.

Drs Dartigues et Leydier (de Paris). — **Mammectomie totale : sa double indication opératoire, therapeutique et plastique.** — Les auteurs démontrent que cette intervention est le seul traitement de l'hypertrophie mammaire — disgrâce locale, mais surtout maladie à retentissement général.

Dr Precechtel (de Prague). — **Contribution à la correction opératoire du palais bref.** — Etude d'ensemble sur l'occlusion chirurgicale vélo-pharyngienne avec discussion de la rééducation phonétique.

Dr Burian (de Prague). — **1° Corrections de quelques irrégularités nasales ; 2° Le lambeau tubulé en chirurgie réparatrice.** — Etude d'ensemble, avec observation et résultat avant et après l'opération, d'occlusion palatine, de rhinoplastie, et de greffes tubulées par enjambement successif.

Dr Dartigues (de Paris). — **1° Une encre dermographique pour les dessins et points de repère en chirurgie plastique et esthétique.**

**2° Projections sur la mammectomie bi-latérale totale avec greffe aréolo-mamelonnaire libre.**

**3° Projections montrant les différentes anomalies des seins, les unes justiciables de la transposition, les autres de la mammectomie**

Dr Bérillon (de Paris). — **Les obsessions se rattachant à des difformités ou des anomalies antiesthétiques.**

Dr Méry (de Paris). — **De quelques interventions classiques de chirurgie esthétique chez les animaux.**

Dr Dantrelle (de Charleville). — **1° Technique de la greffe des muqueuses avec présentation d'instruments.**

**2° Nouveau traitement des brûlures de l'œil avec plastique immédiate.**

Dr Bourguet (de Paris. — **Le traitement esthétiques des taches blanches de la cornée.** — Le Dr Bourguet, après avoir montré à quoi étaient dues ces taches, montre le traitement qui est employé. Ablation superficielle de ces taches et imprégnation de chlorure d'or qui a pour but de les colorer en brun foncé. Si la tache siège en regard de l'orifice pupillaire, il faudra obtenir une coloration franchement noire. Seul le tatouage ou l'injection à l'encre de Chine permet d'obtenir ce résultat. Le Dr Bourguet fait passer un certain nombre de photographies montrant le résultat obtenu.

# Les Livres

Editions médicales, N. Maloine, Paris 1932.

Dr Ch. Guilbert, chef des services radiologiques de l'hôpital Boucicaut : **Radiothérapie. Technique du dosage en profondeur** avec la collaboration du Dr Jean Quivy pour la partie physique (1 vol. in-8, 457 pages, 54 figures).

Cet ouvrage important sera d'une utilité incontestable pour le radiothérapeute (technique de l'instrumentation, technique d'application, indications cliniques), comme pour le praticien, surtout dans la partie très étendue, qui est consacrée aux applications cliniques.

Il n'y a qu'une radiothérapie ; qu'elle soit superficielle ou profonde, les données physiques sont les mêmes, la radiophysiologie la même. Ce qui justifie le qualificatif « profonde », c'est la nécessité absolue du dosage en profondeur.

Dans la première partie, l'auteur expose, avec le minimum de formules algébriques, les données physiques indispensables à tout radiothérapeute. Il laisse de côté toute description d'appareils, car cette lacune est comblée facilement par les catalogues des constructeurs.

Une large part est donnée à la radiophysiologie, car les progrès de la radiothérapie ne sauraient être séparés de la connaissance des faits expérimentaux. Les rayons X produisent, en effet, sur les tissus, des modifications qui se traduisent histologiquement par une véritable maladie de la cellule, pouvant aller

jusqu'à la nécrobiose. Le degré de la lésion est commandé par deux facteurs : la dose de rayons X absorbée par le tissu et la sensibilité des cellules.

L'auteur résume les modifications cliniques, histologiques, la sensibilité relative des cellules diverses ; puis, il expose les hypothèses sur le mécanisme de cette action et sur la question de la radiosensibilité.

Dans la troisième partie, il essaie de déduire la méthode rationnelle d'irradiation en s'appuyant sur les deux premières parties purement théoriques, physique d'une part, physiologie des rayons X, d'autre part : chapitre I, homogénéité du faisceau et du filtre ; chap. II, dose limite, ou dose d'érythème ; chap. III, rayonnement utilisé en radiothérapie profonde, dose profonde et différents moyens de la faire varier ; chap. IV, doses thérapeutiques et leur répartition, quelques mots enfin sur le choix des méthodes superficielles ou profondes en radiothérapie, selon les lésions à traiter.

Applications cliniques. Selon le résultat à obtenir : destruction rapide et suppression définitive d'une fonction, ou simplement suspension fonctionnelle, ou enfin radiothérapie indirecte, les doses, leur répartition sont tout à fait différentes. Le plan de cette dernière partie a été établi de manière à respecter ces différences essentielles de technique, en suivant cependant la même division que dans la radiophysiologie : Thérapeutique des tumeurs malignes. Thérapeutique gynécologique. Thérapeutique des glandes endocrines. Thérapeutique des organes hématopoïétiques. Radiothérapie indirecte des lésions inflammatoires.

G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris 6e.

G. de Parrel, directeur du Centre de rééducation pour les déficients de l'ouïe et de la parole et pour les retardés psychiques. **La rééducation de la voix parlée** (1 vol. in-8° carré de 150 pages, avec 35 figures et tableaux dans le texte, 1931, Paris : 28 fr)

La collection de Parrel du manuel de rééducation se complète fort heureusement par cet intéressant volume, qui démontre, une fois de plus, pour quelles raisons la rééducation fonctionnelle est l'une des plus précieuses acquisitions de la thérapeutique moderne.

Ces manuels conduisent, en effet, les infirmes vers une meilleure exploitation de leurs reliquats fonctionnels ou de leurs organes chirurgicalement lésés.

L'auteur a été justement ému, d'une part, en raison du grand préjudice que doit subir au cours de son existence toute personne, qui a un vice de prononciation, d'autre part de la négligence et de l'inertie des parents et des éducateurs dans cet ordre d'idées. Apôtre de la rééducation phonétique et acoustique, il fournit aux intéressés des notions indispensables de phonétique. Il énonce ensuite très clairement les principes directeurs de l'orthophonie, et donne une classification logique des défauts de l'élocution.

Les procédés de rééducation phonétique sont décrits en détail pour chacun des troubles périphériques, qui atteignent la respiration, l'émission ou l'articulation : bégaiement, bredouillement, nasonnement, chevrotement, blésité, etc.

Des chapitres spéciaux sont réservés aux troubles d'origine centrale, notamment aux retards de la parole, aux aphasies, aux aphonies, etc.

Gymnastique respiratoire, vocalisation, articulation, telles sont les trois étapes de la rééducation phonétique.

Les conditions les plus favorables à la disparition des troubles en cause sont la précocité du traitement fonctionnel, l'intégrité anatomique des organes de la phonation, l'effort d'attention du sujet et son énergie, la qualité de son contrôle auditif, etc.

Les conditions défavorables sont, au contraire, l'origine centrale des troubles en cause, la brièveté du voile ou l'étroitesse du palais osseux, les obstacles mécaniques au libre passage du courant sonore, les lésions des cordes vocales, le déficit psychique plus ou moins important du sujet, etc.

Ce livre est présenté selon la formule la plus moderne, c'est-à-dire qu'il est allégé de tout détail bibliographique, et abondamment pourvu de dessins, de schémas et de tableaux d'exercices. Il ne s'adresse pas seulement aux médecins, mais aux éducateurs, aux parents et aux déficients de la parole eux-mêmes qui y trouveront tous les renseignements techniques indispensables.

Librairie O. Doin,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

R. Passot. — **Chirurgie esthétique pure (technique et résultats)**. In « Collection des Actualités de médecine pratique. » Un vol. in-8° de 300 pages avec 80 figures dans le texte et 8 planches hors texte. 45 francs).

L'auteur, en décrivant, dès 1919, la correction des rides du visage, a éveillé l'intérêt sur cette spécialité nouvelle, qu'il appela chirurgie esthétique pure. Actuellement, les articles de chirurgie esthétique se rencontrent disséminés dans tous les journaux médicaux, les revues, les bulletins de Sociétés, etc.

C'est aujourd'hui une mise au point de cette question pour intéresser tous les praticiens. Certes, la chirurgie esthétique est une spécialité très distincte ; le chirurgien esthétique doit, en effet, être spécialisé comme l'otologiste, l'ophtalmologiste ; mais les médecins ne peuvent plus maintenant ignorer les possibilités de la dernière venue des spécialités.

Cette branche chirurgicale nouvelle est représentative de notre époque ; elle est née des besoins de la vie moderne.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement des déséquilibres vago-sympathiques

Chaque progrès dans le domaine clinique suscite sur le champ une thérapeutique nouvelle. C'est ainsi que vient de surgir une médication neuve, fondée sur les études récentes, qui ont permis d'élucider l'origine et le mécanisme de nombreux troubles ou syndromes. Des travaux français et étrangers d'où émergent les noms de Sicard, Leriche, Laignel-Lavastine, May..... d'Eppinger, Kylin, Pal, Volhardt, Danielopolu... nous ont appris que les syndromes fonctionnels les plus divers sont conditionnés par le *déséquilibre du système nerveux sympathique et par les états de spasme ainsi provoqués.*

Ce rôle du déséquilibre végétatif est désormais avéré à la base de très nombreux troubles *circulatoires, respiratoires, digestifs, nerveux, ovariens, endocrino-sympathiques* ; il n'est pas jusqu'aux phénomènes pré ou post-opératoires, qui ne soient sous la dépendance du système neuro-végétatif.

Aussi la thérapeutique s'est-elle enrichie des drogues spécifiques du système nerveux sympathique : acquisition nécessaire, tant la part des déséquilibres vago-sympathiques est prépondérante à tous les chapitres de la pathologie fonctionnelle viscérale.

Mais on est surpris de voir prôner tel médicament spécialisé contre les désordres du Sympathique vrai, tel autre spécialisé contre les troubles du Parasympathique, car, en pratique, on n'arrive pas à savoir exactement laquelle de ces deux parts du système végétatif est en cause ; bien plus, l'une et l'autre sont toujours pratiquement déréglées en même temps.

Si l'on veut réduire les troubles liés au déséquilibre sympathique, il faut agir sur tous ses composants et le médicaments régulateur du tonus sympathique doit être complexe.

Or, une telle médication n'avait jamais été étudiée sous un angle pratique. Voici que naît la première synergie médicamenteuse composée à cet effet : le Freinospasmyl a prouvé que cette synergie est seule véritablement efficace. Ce médicament réalise une médication « balancée » : l'action combinée de ses composants assure le « réglage » simultané des différents éléments du système neuro-végétatif, puisque l'Ephédrine, en dehors de l'Asthme, n'avait pas été utilisée, malgré ses effets bien connus sur le Sympathique vrai (Ortho-Sympathique) ; elle est ici l'un des pôles de la médication ; la Belladone, souveraine contre les désordres du Vague (Parasympathique) est à l'autre pôle ; le Rutonal semble amphotrope, calmant sympathique et vague en même temps, sans doute par son action sur les centres cérébraux du système végétatif ; le Bromhydrate de Quinine enfin, sédatif ancien, remis à l'honneur, a probablement aussi une action globale. (L'expérience prouve que la quinine, comme la Phénylméthylmalonylurée, agit au moins sur les symptômes d'angoisse, d'agitation, que ressentent ces infirmes du sympathique, et concourt à juguler les poussées paroxystiques).

Une médication polyvalente, spécialement dirigée contre tous les troubles fonctionnels viscéraux, contre tous les spasmes par déséquilibre nerveux, et condensée sous la forme usuelle du comprimé facile à manier ; tel est le Freinospasmyl, médicament de tous ces désordres, de tous les états de spasme, parce qu'il est le régulateur du Sympathique. Sa posologie est d'une grande simplicité, qu'on l'emploie en *Cures d'attaque* (4 comprimés par jour pendant 8 jours) ou en *Cures d'entretien* (2 ou 3 comprimés, deux ou trois fois par semaine).

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

#### MAGISTRATS ET EXPERTS

Le 15 novembre dernier, évoquant l'affaire du Dr Ibos, de Saint-Quentin, condamné en première instance, et en appel, *correctionnellement* et *civilement*, pour avoir oublié une compresse dans la plaie opératoire d'une intervention qui avait sauvé la vie de sa cliente, et les protestations de Jean-Louis Faure, dans l'*Echo de Paris*, je suggérais que les décisions des magistrats avaient dû se baser sur un rapport d'expertise. « Si des chirurgiens sont venus proclamer la faute de leur confrère, et reconnaître sa responsabilité juridique, je suis forcé de convenir que les magistrats, s'en rapportant à de telles conclusions, ont quelque excuse à faire valoir ... Et ce seraient alors les experts qui mériteraient d'être mis sur la sellette. Sur ce point particulier, je serais heureux d'avoir quelques éclaircissements. » Ainsi m'exprimais-je à ce propos.

Les éclaircissements me sont venus, et j'en remercie mon distingué confrère, le Dr MOREAU, de Saumur, qui m'a signalé la riposte de la cliente du Dr Ibos à J.-L. Faure, dans l'*Echo de Paris* du 22 octobre. Riposte injurieuse pour le chirurgien de Broca, mais qui s'appuie sur un rapport d'expertise. Ce serait même le rapport d'expertise qui, par sa sévérité, aurait déterminé le ministère public à interjeter lui-même appel *a minima* de la sentence des juges de Saint-Quentin.....

Je ne veux pas savoir le nom de ces experts. Mais faut-il qu'ils soient sûrs d'eux-mêmes pour ne pas hésiter à qualifier de faute lourde, entraînant sa responsabilité civile et pénale, l'oubli, par un chirurgien, d'une compresse parmi la masse hâtivement jetée sur le paquet intestinal qui jaillit hors de l'abdomen ouvert, sous l'impulsion d'une secousse de toux, ou dans la profondeur, pour aveugler la voie sanglante par laquelle s'écoulera la vie si l'on n'y prend garde ? Ou bien, faut-il qu'ils soient ignorants des circonstances techniques dans lesquelles se déroulent les diverses péripéties d'une laparotomie d'urgence, effectuée aux chandelles, et dont la hâte sauvera cette existence menacée ?

A l'heure où l'on reparle d'une juridiction professionnelle éventuelle, dénommée Ordre des Médecins, je rappelle que j'ai proposé de commencer par essayer l'efficacité de Commissions médicales départementales, calquées sur les Chambres médicales belges, et qui auraient notamment pour objet d'être saisies obligatoirement de toutes les actions intentées à un médecin, à l'occasion de l'exercice de sa profession, pour avis consultatif à donner aux tribunaux. Chose curieuse : au Congrès de Médecine légale, MM. les médecins légistes ont soutenu au contraire que les jurys d'expertise ne doivent être composés que de professionnels de la médecine légale ! ! !

Quoiqu'il en soit, de ces condamnations, et quelque horreur qu'elles nous inspirent en elles-mêmes, leur dommage dépasse de beaucoup les malheureux qui en sont les victimes. Elles mettent en effet le public en goût de réclamer en justice au médecin la réparation de tout préjudice qu'on lui imputera, à tort ou à raison, même sans la moindre présomption de négligence ni d'imprudence.

Et les procès surgissent de toutes parts, qui ruinent un peu plus la considération dont le médecin jouissait précédemment, et lui rendent l'exercice de sa profession de plus en plus difficile et risqué.

De ces procès, voici un exemple grandguignolesque que me signale le confrère qui en fut la victime, encore qu'il ait été lavé de tout reproche et absous de toute erreur. Il n'en reste pas moins quelque chose de ces calomnies que Basile nous a appris à redouter, et c'est un triste jeu, où l'on joue en effet à *Qui gagne perd* .....

En 1929, une femme âgée se présente à la consultation hospitalière d'un distingué oto-rhino-laryngologiste d'une grande ville de la Côte-d'Azur, le Dr V... Elle est atteinte d'une mastoïdite suppurée compromettant sa vie, en raison des réactions méningées qu'elle a provoquées et que signe notamment une paralysie faciale. Le praticien conseille une intervention immédiate

qui est acceptée et a lieu trois heures après son premier examen.

La guérison complète est obtenue en quelques semaines. Entre temps, la malade s'est plaint d'y moins bien voir, et l'examen d'un oculiste a montré qu'elle était atteinte d'une choroïdo-rétinite avec début d'atrophie optique d'origine spécifique. On lui conseille de suivre le traitement classique, ce qu'elle refuse, pour sortir de l'hôpital, guérie de sa mastoïdite, mais en pleine évolution ophtalmopathologique.

L'année suivante, elle écrit à plusieurs reprises à V. et lui réclame de l'argent. Elle formule verbalement les mêmes exigences. Devant le refus de notre confrère, elle le menace de porter plainte contre lui, pour l'avoir rendue aveugle par sa maladresse, et passe de la menace à l'exécution.

La plainte suit son cours. Notre confrère bénéficie d'un jugement qui déboute la plaignante et la condamne à tous les dépens. Appel est interjeté par celle-ci. La Cour, en 1931, confirme entièrement la décision des premiers juges. Et sur ce point, notre confrère a gain de cause. Mais, entre le jugement de première instance et l'évocation de l'appel devant la Cour, il s'est produit un fait qui serait incroyable, si la suite des événements n'en avait pas démontré la réalité. Un avocat, inscrit au barreau, vint trouver notre confrère, comme mandataire de la plaignante : « Versez lui 6.000 francs, que je me charge de lui remettre, dit-il ; et elle se désistera de son appel. Sinon, elle se livrera à des manœuvres publiques qui vous feront du tort. »

La scène a eu un témoin. Le praticien visé prévient le Parquet, qui lui dit ce qu'il aurait à faire éventuellement. Il n'a pas longtemps à attendre. Quelques jours plus tard, il trouve en effet, devant sa porte, son ancienne opérée qui cherchait à attrouper les passants en déblatérant contre lui, portant en évidence une pancarte injurieuse et délivrant des plis outrageants pour lui. Arrestation ; instruction ; plainte contre la femme et l'avocat, considéré comme son complice, dans cette tentative de chantage, avec extorsion de fonds.

L'Ordre des Avocats, saisi de l'affaire, inflige une réprimande à ce membre du barreau, si singulièrement amoral. Et la femme est condamnée, *par défaut*, à un mois de prison. L'affaire allait revenir sur opposition, et notre confrère devait en profiter pour impliquer l'avocat dans les poursuites en cours, quand la femme mourut. L'action publique se trouvait donc éteinte contre elle, et elle n'avait plus autant de raisons de s'exercer contre l'avocat, qui n'en écrivit pas moins une lettre dans laquelle il exprimait ses regrets et ses excuses, au médecin victime de cette machination. Et l'affaire se termina ainsi.

On a peine à comprendre comment elle a pu prendre de telles proportions. On s'explique mal, quand on ignore tout des chausses-trapes dont est semé notre appareil judiciaire, comment des poursuites ont pu être intentées aussi injustement. On frémit d'angoisse en songeant que l'on est à la merci du premier maître chanteur venu qui, ayant reçu nos soins, et donc été en relations avec nous, profitera des facilités que lui donne la loi pour, à l'abri d'une constitution de partie civile qui ne réclame qu'un versement préalable de fonds au greffe, nous traîner devant les tribunaux. Une loi du 2 juillet 1931 dernier frappera durement les parties civiles ainsi constituées quand les débats auront démontré qu'elles avaient tort, à l'occasion de poursuites correctionnelles. Souhaitons qu'elle étende un jour prochain sa protection à toutes les victimes de procès du genre de celui que j'évoque présentement.

Quoiqu'il en soit, il faut une certaine audace pour faire de tels procès à un médecin. Cette audace, je suis convaincu que ce sont les condamnations prononcées par les tribunaux, avec ou sans expertise, dans des cas où le poids de la faute est discutable, où la faute même est inexistante, et représentée par un accident le plus souvent imprévisible.

Cette audace procède d'ailleurs de la conception que se fait de plus en plus le public des obligations du médecin. Sa mission n'est plus de soigner, selon les règles de l'art, quelles que soient les conséquences de la maladie ; de soulager souvent, de consoler toujours, et de guérir, s'il plaît à Dieu, comme le disait Ambroise Paré. Sa mission, dans la Société moderne, avec les moyens puissants dont il dispose, tant pour établir son diagnostic que pour formuler et appliquer son traitement, est de *Guérir*. Et s'il ne l'accomplit pas dans toute sa plénitude, il devient responsable de son échec et doit en rendre compte, civilement d'abord, et même pénalement à l'occasion ; ainsi l'ont décidé les conseillers à la Cour d'Amiens.

Et cette conception prend corps, d'autant plus que les rapports du médecin avec son malade sont considérés, par certains juristes, et même par certains médecins, qui le disent et l'écrivent, comme relevant d'un contrat, passé entre eux, tacitement sans doute, mais aux termes duquel il s'engage à soigner, *et à Guérir*, ajoute-t-on implicitement, celui qui s'adresse à lui.

C'est comme si l'on soutenait que celui qui prend un avocat, pour défendre ses intérêts moraux et matériels devant les Tribunaux, contracte avec lui un accord selon lequel l'avocat s'engagera à lui faire gagner sa cause, faute de quoi il aura manqué à ses obligations, causé un préjudice et engagé sa responsabilité ! L'absurdité est la même dans les deux cas.

Une autre remarque a été faite, et qui a bien sa valeur, sur le terrain où nous sommes. Des

magistrats se trompent, et leur erreur est dommageable au justiciable, qui en demande le redressement à une juridiction d'un degré supérieur. Pourquoi ne sont-ils pas, tout comme les médecins, responsables et tenus de réparer le dommage qu'ils ont occasionné ?

Quand une Cour d'Appel infirme un jugement de première instance qui proclama qu'une faute a été commise, méritant une sanction, — et prononce l'acquittement, les Conseillers reconnaissent *ipso facto* que les juges du premier degré ont *mal jugé*. Leur technique a été en défaut. Ils n'en sont pas moins irresponsables.....

Un exemple récent permet de mettre cette singularité en évidence. Il s'agit d'une affaire de trafic de stupéfiants, dans laquelle est impliqué le Dr P. On lui reprochait notamment d'avoir, en moins de trois ans, délai prévu par la loi pour motiver des poursuites, délivré 54 ordonnances d'héroïne, à des doses journalières de cinq à six centigrammes, pour de très courtes périodes, à un toxicomane avéré, atteint par ailleurs de néphrite et d'ulcérations variqueuses, qui prétextait des affaires extrêmement graves à mettre en ordre, pour retarder son entrée dans un établissement où il eut été désintoxiqué, alors qu'en réalité, il se faisait approvisionner largement par d'autres voies clandestines, que P. ignorait.

54 ordonnances en trois ans ; 18 ordonnances en moyenne par an ; trois tous les deux mois, chacune d'elles valable pour un jour ou deux .....
Et tout cela, amicalement, de la part du médecin qui ne recevait aucun honoraire. On conviendra que cela, tout de même, ne ressemble en rien à un trafic illicite, et que P. était fondé à prétendre que ses prescriptions, espacées et modérées, se justifiaient par l'état dans lequel il trouvait son client quand il était appelé auprès de lui .....
C'est ce qui fut reconnu dans le jugement qui s'exprime ainsi :

« Attendu que P. soutient que son devoir de médecin lui imposait cette délivrance de toxique, qu'un sevrage brusque pouvait mettre la vie de son client en danger ; attendu que le *Tribunal ne méconnaît pas la valeur de cette observation qui trouve un sérieux réconfort dans la thèse développée par le professeur L.* (expert). »

Il y a mieux, à la décharge de notre confrère. Au cours de cette longue période, durant laquelle il fit les prescriptions incriminées, P. alla prendre conseil auprès du Procureur sur le point de savoir si, en opérant comme il le faisait, il n'était pas en contravention avec la loi de 1916. C'était donc bien indiquer qu'il ne se dissimulait pas derrière une clandestinité, destinée à couvrir des actes délictueux.

On n'en lit pas moins encore, dans le jugement sus évoqué : «

« Attendu, dans ces conditions, que le Dr P. s'est bien rendu complice de la remise à X. de prescriptions d'héroïne... du délit de délivrance de cette substance vénéneuse à l'aide d'ordonnances fictives, commis par ledit X. »

Et P. fut condamné à cinq cents francs d'amende...

Moins de cinq mois après, la Cour d'Appel saisie de ce Jugement, le réforma, en ce qui concerne le Dr P., dans les termes suivants :

« Attendu qu'il convient de retenir que s'il (Dr P.) a délivré surtout à X de nombreuses ordonnances prescrivant des stupéfiants, elles étaient toujours faites pour une période très courte et ne comportaient que des doses très légères d'héroïne ; que le Dr P. habitait la même ville que son client ; que rien ne permet de supposer qu'il ne le visitait pas avant de rédiger chacune des ordonnances ; qu'il est constant qu'au moment où il poursuivait la cure, P. en référa au parquet... ; qu'il est établi aussi que P. n'a reçu aucun honoraire de X ; que, dans ces conditions, on ne peut relever contre lui aucune incorrection dans le traitement qu'il a fait suivre... Qu'il y a lieu de le relaxer des fins de la poursuite... »

Il y a, en outre, dans cette affaire qui fut par certains côtés ténébreuse, un fait qui serait savoureux, s'il n'était aussi tristement pénible. Le Juge d'instruction qui avait mené l'enquête, et opposé à P. et à son argumentation, appuyée par ses confrères, et même son Syndicat, une fin de non recevoir désobligeante, qui avait montré une indécision étrange dans la qualification du délit envisagé, et engagé une procédure bizarre, puisque la Cour, dans son arrêt, proclame qu'elle est peu usitée ; ce juge, entre le prononcé du jugement et l'arrêt d'appel, aurait présenté des accidents mentaux tels que son internement se serait imposé...

Bref, tout a bien fini pour P. mais après quelles transes, et quelles angoisses, et quel effondrement, en se voyant frappé correctionnellement, à l'automne d'une vie, toute d'honneur et de probité !

On le voit, dans les procès qui sont intentés aux médecins, ce sont tantôt les experts, tantôt les magistrats qui se montrent incompréhensifs des conditions toutes particulières qui président à l'exercice de la médecine, à une époque où l'on a raison de réclamer l'assistance des nouvelles méthodes nées du laboratoire et des sciences physiques, mais tort de trop attendre d'elles, en leur accordant trop de vertus.

Quand un médecin a pêché par inadvertance, imprudence, négligence, impéritie, s'il est frappé, ce n'est que justice. Mais s'il est lui-même la victime d'événements dont la soudaineté mena-

çante peut, dans une certaine mesure, le surprendre, il est excusable de n'en avoir pu prévoir toutes les conséquences, surtout quand celles-ci n'ont occasionné aucun dommage à son malade. Contrairement à l'opinion qui a été formulée au dernier Congrès de médecine légale, il serait utile que les jurys d'expertise comprissent, à côté de médecins légistes de profession, des praticiens entraînés, que leur expérience a familiarisés avec les difficultés de certaines techniques, et les incidents imprévisibles qui peuvent les compliquer.

Il faudrait aussi trouver le moyen, sans nuire à la bonne administration de la justice, de réparer le préjudice subi par un médecin, victime d'une décision reconnue, par la juridiction supérieure, erronée, et mal fondée.

G. DUCHESNE.

## QUESTIONS PHARMACEUTIQUES

I

### Vérification de médicaments. Responsabilité des pharmaciens.

Les découvertes de la science pharmacologique moderne posent actuellement une question de responsabilité professionnelle nouvelle : dans leurs officines, rares sont les pharmaciens qui préparent eux-mêmes tous leurs médicaments.

Pharmaciens, comme propharmaciens, s'adressent à des maisons de gros et se font livrer en quantités variables, des produits pharmaceutiques en vrac, qu'ils débitent ensuite au poids médicinal.

La jurisprudence est actuellement bien fixée sur ce point à savoir que le pharmacien doit vérifier, à l'arrivée, les produits, qui lui sont ainsi adressés par le grossiste et qu'il n'a pas préparés lui-même.

A bon droit, les tribunaux considèrent le pharmacien comme étant un homme de science et non pas un simple intermédiaire entre le fournisseur en gros et la clientèle. Il doit donc, aux termes de l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI, exercer une surveillance personnelle et sérieuse sur la préparation, la vente et le débit des médicaments.

En ce sens, cour de Cassation, crim. 17 décembre 1900. (Fr. jud. 1001. 2. 54). Cassation crimin. 22 décembre 1900 (D. 1901. 1. 530. *Gaz. Pal.* 1901. 1. 135). Cassation crim. 8 décembre 1906 et cour d'appel de Caen, 7 mars 1907 (D. 1907. 1. 113. et S. 1910. 1. 221).

Plus près de nous, un jugement du tribunal correctionnel de Lille, du 9 décembre 1929 (*Gaz. Pal.* 1er mars 1930) a décidé dans le même sens. Dans ce procès, un pharmacien avait délivré une dose de sel de Carlsbad, qui provoqua la mort de la malade.

Or, il fut démontré par l'analyse, que ledit sel de Carlsbad contenait du fluorure de sodium, au lieu de sulfate de soude.

Le pharmacien avait acheté le médicament en gros, tout préparé, chez un grossiste de Lille, lequel avait utilisé le contenu d'un fût, a lui adressé par un autre grossiste et contenant du fluorure de sodium, au lieu de sulfate de soude commandé Et cette dernière maison de se retrancher derrière l'Union chimique belge, qui avait commis l'erreur reprochée.

Toujours est-il que le pharmacien détaillant fut condamné : « Attendu, dit le jugement, qu'il est du devoir des pharmaciens, aussi bien que des commerçants en général de vérifier, à l'arrivée l'expédition des fournitures qui leur sont faites, mais plus particulièrement des pharmaciens, qui ne doivent pas faire emploi, dans leur officine, d'aucun produit qu'ils ne l'aient, au préalable, vérifié, qu'ils ne se soient assurés de la véritable nature et des véritables qualités du produit, qui doit entrer dans la composition du médicament, qui leur a été conmmandé, ou qu'ils doivent débiter ; qu'à cet égard, Du. ne peut pas plus se retrancher derrière Da. que celui-ci derrière les maisons qui lui auraient livré du fluorure de sodium pour du sulfate de soude ; qu'en effet, si rien ne s'oppose à ce que le pharmacien fasse préparer par un autre que lui les médicaments qu'il livrera ensuite à ses clients, et à ce qu'il débite, dans son officine, un produit qu'il a fait venir tout préparé de chez un autre pharmacien, sa responsabilité pénale et civile n'en subsiste pas moins de la qualité, de la pureté du produit, qu'il se borne ensuite à débiter ; qu'il réponde de l'erreur commise à débiter un autre produit que celui qui lui est acheté, que ce produit ait été préparé par un autre dans son officine, ou dans celle d'un autre pharmacien. »

Et, dans le partage des responsabilités, le tribunal admit que le pharmacien détaillant était moins coupable que le grossiste, étant donnée la confiance qu'il avait en cette maison ; mais le grossiste devait non seulement se préoccuper de la formule à employer, pour la préparation du médicament commandé par le pharmacien détaillant, mais encore vérifier les produits, qu'il reçoit en gros d'autres maisons fabricantes.

Or, le procès, qui fut jugé par le tribunal correctionnel de Lille, pose nettement une question, qui nous est soumise : quelle est la responsabilité

du pharmacien, ou du médecin propharmacien, qui délivre à un client une spécialité pharmaceutique, toute conditionnée et livrée dans un empaquetage cacheté par une bande ou une vignette de garantie ?

Supposons que le fabricant spécialisé ait vu ses laboratoires de préparation commettre une erreur, ou que les produits achetés en gros, pour la préparation de ladite spécialité, ne soient ni purs, ni correspondant à la commande, quels seraient les responsables pénaux et civils, en cas d'accident ? Le spécialiste, pour défaut de surveillance, dans ses laboratoires ? le détaillant, pour ne pas avoir vérifié le médicament préparé d'avancé et livré sous conditionnement fermé ?

Pour répondre à cette question, il faut rechercher celui par la faute duquel l'accident s'est produit.

Dans le cas, qui fit l'objet du procès de Lille, le pharmacien détaillant avait reçu du grossiste une certaine quantité de sel de Carlsbad, livrée en vrac, aux fins d'être ensuite débitée au poids médicinal.

Le détaillant avait donc le devoir de s'assurer par l'analyse, que le produit, délivré sous le nom de sel de Carlsbad répondait bien à la formule du Codex.

Mais, il en est différemment lorsque le produit spécialisé est adressé au pharmacien, conditionné par unité, chacune enfermée dans un paquetage cacheté, avec bande ou vignette de garantie.

Le pharmacien ne saurait, dès lors, ouvrir ce produit ainsi présenté, pour en vérifier la pureté et l'exactitude. A juste titre, le public se refuserait à acheter un pareil médicament, qui ne serait plus revêtu de la garantie du préparateur spécialisé.

Pharmacien, comme médecin propharmacien ne sont plus, dès lors que de simples dépositaires et intermédiaires entre le fabricant spécialisé et les malades, qui veulent ledit produit. Leur responsabilité ne saurait donc être retenue, alors que le fabricant spécial restera seul tenu de réparer les dommages produits par les erreurs de ses laboratoires, si pareille erreur pouvait se produire.

D'ailleurs, ne faudrait-il pas que le pharmacien ouvre chaque flacon, ou boîte de médicaments spécialisés, aux fins d'analyses ? Quelle responsabilité pourrait alors encourir le fabricant spécialisé, qui pourrait soutenir, avec succès, que le conditionnement de ses produits ayant été violé par le détaillant, celui-ci peut avoir substitué au premier produit un autre de qualité inférieure, une contre-façon, auquel doivent être attribués les accidents reprochés.

Sur ce point, je conclus donc nettement en considérant le détaillant comme un simple intermédiaire, qui se contente de délivrer au public des produits cachetés, de marque, à la fabrication desquels il ne participe en aucune façon.

Sa responsabilité ne saurait être retenue qu'en cas d'erreurs dans la délivrance des médicaments, ou dans la substitution d'une spécialité par une autre.

Seul le pharmacien spécialisé resterait entièrement responsable, alors qu'il livre aux pharmaciens détaillants des préparations pharmaceutiques, sous sa marque de garantie et selon un conditionnement, qui empêche ledit détaillant de vérifier le contenu.

Bien entendu, je ne considère ici que le cas du débit de médicaments spécialisés honnêtes, consciencieux, préparés par des maisons sérieuses. Je laisse de côté les quelques produits de compérage, les imitations grossières, les contrefaçons et surtout les médicaments secrets, qui ne se sont pas conformés aux injonctions du décret du 15 juillet 1926, c'est-à-dire qui ne portent pas sur l'étiquette, la formule exacte des principes actifs, entrant dans leur composition.

Dans ces cas, l'esprit de lucre illicite, l'amour d'un gain irrégulier rendrait le détaillant complice du fabricant. Le premier a le devoir de ne débiter, dans son officine, que des préparations magistrales, ou officinales, conformes au Codex, ou tous produits spécialisés, s'étant soumis aux dispositions du décret de 1926 : l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI lui en fait un devoir et c'est une faute, génératrice de dommages-intérêts, que de ne pas obéir aux prescriptions de la loi.

## Conclusion

J'estime donc que si le pharmacien détaillant reste responsable de sa négligence, lorsqu'il ne surveille pas attentivement les produits qui lui sont délivrés en vrac et en certaines quantités pour être ensuite débités au poids médicinal, il ne saurait encourir de reproches au cas de vente d'un médicament spécialisé, à lui livré par une, ou quelques unités, chacune de celles-ci étant conditionnée d'une manière telle que le contrôle du pharmacien détaillant ne puisse s'opérer de façon utile.

Dans ce dernier cas, seul reste responsable le fabricant spécialisé, qui a le devoir, non seulement de surveiller le fonctionnement de ses laboratoires et ateliers de conditionnement, mais encore de faire l'analyse des produits, achetés en gros et qui doivent servir à la préparation des médicaments spécialisés, qu'il met en vente sous sa signature et sa garantie.

Dr Paul BOUDIN.

II

## Refus de vente d'un médicament déterminé

Un pharmacien, comme également un médecin propharmacien ont-ils le droit de se refuser à vendre tel ou tel médicament à la clientèle, qui se présente chez eux ?

Par exemple, un praticien a à se plaindre de telle maison de produits pharmaceutiques spécialisés : peut-il se refuser à tenir, dans son officine, les spécialités de ladite firme ?

Disons tout de suite que le problème ne se pose pas pour le médecin propharmacien : celui-ci ne peut délivrer de médicaments qu'à ses seuls clients. Il ne peut tenir officine ouverte, ni vendre à toute venant, comme peut le faire un pharmacien. Il reste donc toujours en droit de ne pas formuler les produits, qui n'ont pas l'heur de lui plaire : son boycottage se fera surtout par son ministère de médecin, plutôt que par celui du propharmacien.

Mais, le pharmacien détaillant voit entrer, dans son officine, un client, qui, avec ou sans ordonnance médicale, demande à acheter tel produit spécialisé. Le praticien est-il obligé de déférer à cette demande, ou peut-il s'y refuser ?

Ici encore, établissons la distinction entre le cas où le client est porteur d'une ordonnance et celui où il n'y a aucune prescription médicale.

*Dura lex, sed lex,* en principe, dans ce dernier cas, le pharmacien doit refuser de vendre un médicament, lorsque ce dernier n'est pas prescrit par un médecin (article 32 de la loi du 21 germinal an XI) : avouons cependant qu'en pareille occurence, la théorie n'est pas conforme à la pratique courante.

Mais, le client est porteur de l'ordonnance, qui, entre autres prescriptions, ordonne la consommation d'un produit spécialisé.

En principe, et bien qu'ayant le monopole de la délivrance des médicaments au public, le pharmacien n'est pas obligé de vendre, sauf les cas rares, où il a des engagements avec certaines collectivités publiques, ou privées (sociétés de secours mutuels, compagnies de chemins de fer, mines, A. M. G., etc.)

Dans ces cas, il est tenu de se conformer aux stipulations de son contrat, écrit ou verbal et de délivrer les médicaments aux membres ou bénéficiaires, desdites sociétés, qui se présentent à son officine, parce qu'il a contracté avec les dirigeants de ces collectivités.

En dehors de ces exceptions, en présence d'un malade de droit commun, le pharmacien reste libre de vendre ou de ne pas vendre : il agit comme un commerçant ordinaire.

Cependant, si dans la vitrine, ou dans l'officine le client voit exposé le produit qu'il demande, il est en droit d'en exiger la livraison, du moment où il s'offre à en payer le prix sur le champ : comme tout autre commerçant, le pharmacien doit délivrer tout ce qu'il expose aux regards du public, en en indiquant le prix.

En effet, aux termes de l'article 1583 du Code civil, « la vente est parfaite entre les parties et la propriété est transmise de droit à l'acheteur à l'égard du vendeur, dès qu'on est convenu de la chose et du prix, quoique la chose n'ait pas encore été livrée, ni le prix payé. »

Le fait, pour un marchand, d'exposer aux yeux du public, une marchandise déterminée, avec l'indication du prix de vente, constitue, de sa part, l'engagement de délivrer ledit produit à quiconque se présente pour l'acheter au prix indiqué.

Partant de ce principe, il faudrait que la spécialité pharmaceutique, que le pharmacien croirait devoir se refuser à délivrer, ne soit pas exposée, ni dans la vitrine, ni à l'intérieur de l'officine, en évidence.

Nous laissons encore de côté les cas où le pharmacien se refuserait à exécuter une ordonnance médicale, ne voulant ni délivrer la spécialité prescrite, ni préparer les produits magistraux, ou officinaux inscrits. Dans ces cas, bien que le praticien soit strictement en droit de vendre, ou de ne pas vendre, il faudrait cependant apprécier les cas où l'urgence lui ferait un devoir humanitaire de secourir une souffrance, ou encore examiner les abus de droit.

On peut user de son droit, on ne peut en abuser, sinon, les tribunaux apprécieront si l'abus de droit constitue une faute, aux termes de l'article 1382 du code civil, faute dont on est fondé de demander réparation.

Serrons le problème de plus près et n'envisageons que l'hypothèse où, tout en consentant à exécuter l'ordonnance médicale, le pharmacien refuse de vendre telle ou telle spécialité.

Ici, encore, c'est son droit absolu de s'approvisionner où bon lui semble et de n'avoir, dans son officine, que certains produits spécialisés, à l'exclusion de tels autres. Les locaux pharmaceutiques, même les plus grands, ne pourraient pas contenir un exemplaire de chaque spécialité : il y en a trop.

Mais, pour ne pas être répréhensible, le refus du pharmacien ne peut s'effectuer qu'à deux conditions ;

1° Le praticien doit s'abstenir de toute appréciation désobligeante, à l'endroit du pharmacien spécialisé, préparateur de la spécialité qu'il refuse de vendre.

Le dénigrement ne saurait être toléré, car il constituerait un détournement de clientèle ; il

constituerait des propos malveillants tenus dans l'intention de nuire, le spécialiste aurait droit à réclamer des dommages-intérêts, si la preuve lui était fournie de la mauvaise volonté du détaillant.

2° Le pharmacien n'a pas non plus le droit de substituer une spécialité à une autre, sans en référer au docteur en médecine auteur de l'ordonnance.

Il arrive assez souvent, dans la pratique courante, que le pharmacien cherche à favoriser tel ou tel produit plutôt que tel autre, surtout lorsque lui-même à sa petite spécialité personnelle. Mais ces cas sont répréhensibles et peuvent donner naissance à des procès en responsabilité, ou en concurrence déloyale.

### Conclusion

De toutes ces considérations de droit, il faut conclure que si le pharmacien a la possibilité légale de refuser le débit de telle spécialité pharmaceutique, dont le préparateur n'a pas l'heur de lui plaire, il ne doit pas cependant abuser de son droit, sans motifs.

S'il ne veut pas avoir de démêlés judiciaires, il doit s'abstenir de tout propos malveillants, à l'encontre de la spécialité qu'il se refuse à vendre. Son refus n'a pas besoin d'être motivé, pour être valable, tandis qu'une explication quelconque peut être mal interprétée par le client, qui pourra répandre le bruit que M. X. pharmacien se refuse à tenir les produits de la maison Y.

Le pharmacien doit également s'abstenir de substituer un produit à celui qui est ordonné : ces substitutions sont sévèrement réprimées, car, en outre de la tromperie, ou de la fraude sur la marchandise vendue, elles peuvent être génératrices de demandes en dommages-intérêts, formulées par la maison, dont le produit a été ainsi invendu au bénéfice d'un autre, substitué *proprio motu* par le pharmacien, sans autorisation du médecin auteur de l'ordonnance médicale.

Dr Paul Boudin.

---

III

## Produits pharmaceutiques spécialisés, Substitution de médicaments

Il nous est demandé si, dans certains cas, le pharmacien, comme le médecin propharmacien, peuvent, de leur propre chef, délivrer un médicament officinal, magistral, ou spécialisé ; à la place d'une spécialité pharmaceutique, prescrite par le médecin.

On sait, en effet, que les règlements de certaines collectivités publiques ou privées, interdisent la délivrance de spécialités à leurs ressortissants, ou n'en autorisent l'octroi que de quelques-unes seulement.

C'est ainsi que procèdent les règlements en matière de soins aux pensionnés de guerre, aux accidentés du travail et peut-être demain aux assurés sociaux, pour lesquels une nomenclature limitative est en voie d'élaboration.

Sachant donc que telle spécialité ne lui sera pas remboursée, ou ayant une rancune à assouvir contre telle firme pharmaceutique, le pharmacien détaillant, ou le propharmacien, peut-il délibérément remplacer ladite spécialité par une autre, ou par une préparation magistrale analogue ?

Disons de suite que le propharmacien ne peut être en cause ; il ne peut pas délivrer de médicaments à d'autres personnes que ses propres clients il ne tient pas officine ouverte. Par conséquent, en sa qualité de médecin, il n'a qu'à ordonner les médicaments spécialisés qu'il a coutume de prescrire : il agit plus en médecin qu'en pharmacien.

Celui-ci, au contraire, a bien le monopole de la vente des médicaments au public ; mais il a l'obligation de se conformer scrupuleusement aux prescriptions médicales : la loi du 21 germinal an XI, en son article 32, lui en fait un devoir.

La jurisprudence est assez nombreuse et — toujours identique à elle-même — punissant le pharmacien, qui, dans une préparation magistrale, substitue, de son propre chef, tel produit à tel autre, sans en référer au médecin, signataire de l'ordonnance. Il n'a même pas le droit de modifier la quantité, ni la proportion des éléments prescrits : s'il a une observation à faire, il doit la formuler auprès du médecin ; et doit se conformer aux directives de l'homme de l'art, ou refuser de préparer le médicament prescrit, en s'abstenant, bien entendu, de tout commentaire désobligeant contre le praticien, auprès du client.

*Mutis mutandis*, il en est de même lorsque, *proprio motu*, le pharmacien délivre une spécialité à la place d'une autre, ou qu'il lui substitue une préparation officinale analogue, ou de formule identique.

Ce faisant, non seulement le pharmacien contrevient aux dispositions de l'article 32 de la loi de germinal, mais encore peut-il être poursuivi tant en vertu de la loi du premier août, 1905 sur les fraudes, qu'en vertu du droit commun, par le pharmacien spécialisé, ainsi victime de ce boycotage de ses produits.

Si le médicament est trop cher, s'il ne doit pas être remboursé par la collectivité, dont se réclame le client, si le pharmacien n'a pas cette spécialité dans son officine et ne pourra que difficile-

ment se la procurer, le médecin doit, avant tout, en être prévenu et c'est lui qui décidera s'il faut maintenir sa prescription, ou s'il doit la modifier.

Mais, de son chef, le pharmacien s'exposerait à des poursuites au cas où il croirait devoir substituer une marque à une autre.

Tout récemment, la cour de Cassation (Chambre criminelle) a eu à se prononcer sur une espèce analogue (Cass. crim. 1er mai 1931. *Gaz. Pal.* 19 mai 1931).

Dans un café, un client avait demandé «un Premier » et, à la place de ce produit, fabriqué par la maison Premier, il lui fut servi un « Premier anis ». La cour de Cassation décida que « le délit de tromperie sur la nature et les qualités substantielles de la chose vendue est légalement caractérisé par l'arrêt qui constate qu'un débitant, auquel un consommateur demandait un apéritif déterminé, en a servi un d'un autre fabricant et a ainsi substitué de mauvaise foi un produit tout différent par sa formule de fabrication, sa présentation et les qualités propres qu'avait en vue l'acheteur en contractant. »

Ainsi, par cet arrêt, la cour de Cassation fait l'application de l'article 1 de la loi du 1er août 1905 sur les fraudes lequel vise notamment le fait de tromper le contractant, l'acheteur, sur l'espèce, ou l'origine de la marchandise « lorsque d'après la convention ou les usages, la désignation de l'espèce, ou de l'origine faussement attribuée à la marchandise, devra être considérée comme la cause principale de la vente. »

La cour de Cassation paraît d'ailleurs admettre que le délit de contrefaçon, d'usurpation, ou imitation de marque n'exclut pas le délit de tromperie sur la vente d'une marchandise.

En cette matière de substitution d'un produit médicamenteux spécialisé par un autre, citons les décisions suivantes, concernant soit le Goudron Guyot, soit la créoline : tribunal de commerce Seine, 23 octobre 1897 (le Droit , 26 nov. 1897 ; *Gaz. Trib.* 9 déc. 1897). Trib. civ. Béziers, 15 mars 1901 (La loi 5 avril 1901). Trib. commerce, Douai, 13 avril 1904. (La Loi, 30 avril 1904 ; D. 1904. 2. 192). Trib. commerce. Bordeaux, 1er juillet 1904. (la Loi, 28 juillet 1904) Cour de Rouen, 29 mars 1899 (inédit) cour de Bourges, 3 avril 1905. (La Loi , 26 juin, 1905 avec note). Cassation Requêtes, 12 décembre 1898. (D. 1899. 1. 285 ; S. 1901. 1. 286).

**Conclusion**

Recevant un client, porteur d'une ordonnance médicale, qui prescrit une spécialité déterminée, le pharmacien ne saurait substituer à cette dernière un autre produit spécialisé, ou non, sans en avoir au préalable référé au médecin et avoir reçu l'autorisation de ce dernier, en vue de la substitution.

Sinon, le pharmacien se rendrait coupable de violation des termes de l'article 32 de la loi de Germinal an XI, car il ne doit pas délivrer de médicament sans l'ordonnance expresse d'un docteur en médecine. Il serait également l'objet de poursuites en dommages-intérêts de la part de la maison spécialisée, ainsi lésée ;

Enfin, dans le cas où la substitution se serait accomplie à l'insu et sans la permission du client, le pharmacien serait passible des pénalités prévues par la loi du premier août 1905, sur la répression des fraudes, puisqu'il aurait trompé son acheteur sur la qualité et les vertus du produit médicamenteux substitué à celui ordonné par le médecin.

Dr Paul Boudin.

---

## LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE

### Le Pour et le Contre

Par le Dr Foveau de Courmelles

Nous avons, depuis 1920, souvent traité la question dans le *Concours médical* et ailleurs. Nous y renvoyons les lecteurs, la question étant redevenue d'actualité et maintenant controversée. On pouvait croire que « toute peine méritant salaire », il n'y aurait pas de doute que l'inventeur dût être récompensé. M. Lucien Klotz, auteur de l'idée de « propriété intellectuelle », nous en avait apporté l'idée dès la fondation de la Confédération des Travailleurs Intellectuels, C. T. I. On y avait applaudi, et sur la proposition du Dr R. Dalimier et de l'avocat Gallié, une commission, dont je fus, se réunit maintes fois chez le mathématicien Emile Borel, de l'Institut ; il en sortit un livre excellent sur *la Propriété Scientifique*.

Notre groupe parlementaire de la Chambre, présidé par M. Borel, s'en occupa ; une commission officielle étudie la question, complexe, c'est entendu, mais non insoluble.

M. L. Klotz, infatigable, vient de faire une lecture à l'Académie de médecine, et alors, il se produit.... enfin des réponses, et je l'avoue, maints confrères m'en ont écrit, pas de notre avis à tous.

Aussi nous revenons sur cet important sujet, traité en dernier lieu par nous dans le *Bulletin* du S. P. P. S. (Syndicat Professionnel de la Presse

Scientifique, présidé d'honneur par notre éminent confrère le sénateur Dr Chauveau) de juin-juillet 1930, et plus récemment encore, mai-juin 1931, en extrayant ces lignes de la Revue dirigée par le Dr Fiessinger, de l'Académie de Médecine, du *Journal des Praticiens* du 27 juin 1931, pp. 1631, 1632. Nous donnons d'abord les opinions contraires, ou presque, le *contre* comme l'on dit, notre *pour* étant connu.

« La propriété scientifique n'est pas acquise aux inventeurs de laboratoire, et mardi dernier, à l'Académie de médecine, Mme Curie a protesté contre le maintien de cette injustice. La réforme qu'elle préconise ne peut qu'être applaudie de tous. Non pas qu'un changement plus équitable résolve toutes les difficultés. Mais il réduira et ira jusqu'à supprimer quelques-uns des méfaits et des abus les plus odieux.

Il y a quelques années, par exemple, un professeur de l'Institut Pasteur, un des savants les plus éminents de notre temps, découvrait les propriétés merveilleuses du bismuth dans l'avarie. Le remède devait être injecté par la voie hypodermique. Six mois après, quarante-huit spécialités pharmaceutiques se disputaient la possession du produit, sans que pour aucune d'elles ait été sollicitée l'autorisation de l'inventeur. Des industriels font des affaires, alors que l'initiateur de l'industrie n'a pas même été consulté. Contre une exploitation de cet ordre, une loi sur la propriété scientifique jouera avec avantage. Et cela, non seulement en faveur de l'intéressé, mais aussi des laboratoires, qui manquent du nécessaire et s'étiolent dans le dénuement.

Le médecin lui-même s'y intéressera beaucoup moins. Les innovations ou les perfectionnements, qu'il apporte à un mode de médication ou à une institution de régime, suffisent par eux-mêmes à contenter les desseins de son ambition. Que ses malades soient soulagés et qu'ils guérissent mieux que par le passé, sa joie est parfaite et il ne demande pas autre chose. Par une communication aux Sociétés savantes, par un article aux journaux techniques, du jour au lendemain, il met ses confrères au courant de l'heureux résultat. Sa méthode, qu'il s'est plu et passionné à approfondir et à améliorer, tombe ainsi du coup dans le domaine public. En quelques minutes, tous apprennent ce qu'il avait médité de longs mois et ce que son initiative lui avait, le premier, permis de mener à bonne fin. En médecine, ce n'est pas l'argent qui sollicite le chercheur. L'amour du travail est le principal aiguillon de son effort. Trop heureux ensuite, si la légère notoriété, qu'il s'est acquise, ne lui est pas dérobée par l'effronterie d'un nouveau venu qui, n'ayant rien fait, tire impudemment la couverture à soi. Il est certains hommes de science à l'affût des découvertes de leurs collègues. Celles-ci dévoilées, ils gardent le silence, laissent passer le temps et s'appesantir l'oubli. Puis, tout à coup, quand le souvenir en est effacé, ils surgissent à leur tour, brandissent le foyer lumineux et déclarent : « La trouvaille vient de moi ». Il faut plaindre ces pauvres esprits qui, s'emparant de reflets étrangers, se les assimilent sans vergogne et font croire que ces clartés rayonnent de leur talent à eux.

La propriété scientifique s'entend dans le sens d'un profit matériel à percevoir et ce dernier est licite. De tout temps, le profit intellectuel et moral sera d'une acquisition qui sera disputée plus âprement.

Depuis l'origine de la médecine, les praticiens, qui se sont efforcés de faire mieux que ce qui leur avait été enseigné, ont été l'objet de persécutions et de calomnies sans nombre.

Il y a deux mille quatre cents ans, Hippocrate avait ouvert la série. Ses rivaux l'avaient accusé d'avoir volé les tablettes votives suspendues au temple d'Esculape. A travers les siècles, le même procédé s'insinue : imputer à titre d'indélicatesse ou de larcin les résultats des constatations neuves que le médecin avait enregistrées de par son observation propre. Quand un tel procédé de condamnation ne trouve pas jour, le dédain le remplace. Un praticien de quartier à Londres, Sydenham, établit, au cours du XVIIe siècle, les fondements de la clinique moderne. Quelles avanies n'a-t-il pas eu à subir de la part des maîtres du temps ! Le malheureux gémit et s'étonne.

Comment personne ne lui propose-t-il de vérifier la valeur des documents, qu'il a patiemment enregistrés sur la nature des maladies ? Au début du XIXe siècle, un simple officier de santé, exerçant à la campagne, publie la première monographie sur la fièvre typhoïde, qu'il isole du cadre des fièvres putrides. Il s'appelait Bretonneau et sa monographie est une révélation. Quelques années plus tard, un professeur de Paris, reprend le même sujet. Il emprunte à Bretonneau, mais se garde de citer le nom de ce dernier.

C'est dire que les sollicitations d'amour-propre ne baissent pas de ton au cours de l'histoire. Dans les natures médiocres, l'esprit d'envie ne cesse d'inspirer des décisions assaisonnées de la plus désolante bassesse d'âme.

Comment l'adoption de la propriété scientifique s'opposera-t-elle au retour de pareils manèges ? Son rôle n'est pas de viser à un redressement moral. Elle se contente de défendre des intérêts matériels. Et cela est très bien ainsi.

Il convient que les dénis de justice continuent de s'abattre sur le travail des isolés et des modestes. Sous la stimulation de ces épreuves, ils auront chance de s'élever plus haut. Rien qui trempe le caractère et élargisse l'esprit comme les angoisses et les peines, qui attristent et déchirent la vie d'un savant. Quant à l'argent, nombre de médecins encore de nos jours ne s'y inté-

ressent guère et c'est cette insouciance magnifique, qui assure les assises de leur grandeur.

Au XVIIIe siècle, le prince de Ligne s'indignait : « Il se fait, disait-il, dans la Société un brigandage de succès, qui dégoûte d'en avoir ». Non pas. Les procédés désobligeants, envers ceux qui mériteraient d'occuper les cimes, stimulent leur souffle d'ascensionniste et les subventions de la propriété scientifique ne les aideront en rien. Ils monteront d'autant mieux, qu'ils auront plus souffert de l'injustice de leurs semblables, et ils ne demanderont à leur talent méconnu que la gloire de persévérer dans sa route. »

Et voici maintenant des *Pages médicales et parisiennes*, juin 1931, cette « Chronique Médicale » qui, si nous comprenons bien, méconnaît complètement « Le Droit du Savant », ne lui laissant sans doute que celui de mourir de faim :

« Le savant, auteur d'une découverte utile, à droit au bénéfice matériel de cette découverte. »

C'est une idée de justice que personne ne peut sérieusement discuter, et si telle proposition était l'objet d'un projet de loi, il est probable qu'elle serait adoptée d'enthousiasme à l'unanimité.

Il en fut ainsi des assurances sociales votées dans leur principe à l'unanimité ; il doit en être ainsi de toute proposition exprimant une idée de justice.

Un mouvement en faveur de la protection de la découverte scientifique et du droit de suite de son auteur dans les applications de cette découverte s'est dessiné depuis plusieurs années, et la question vient d'être posée assez malencontreusement, à mon sens, à l'Académie de médecine.

Pourquoi à l'Académie de médecine ?

Ce n'est évidemment pas pour connaître son avis sur le droit d'auteur, qu'il conviendra de ménager à l'inventeur d'une machine à cueillir les fraises.

Si la question a été portée à l'Académie de médecine, c'est apparemment pour connaître l'opinion de cette Assemblée sur la manière ou l'opportunité de monnayer la découverte médicale.

Le grelot fut attaché par la lecture d'une communication de M. Lucien Klotz, le 21 avril dernier.

M. Lucien Klotz mène dans un grand journal quotidien (*Le Journal*), une louable campagne pour la propriété intellectuelle ; il veut l'étendre à la médecine, il veut en appliquer les bénéfices à l'entretien et la création d'hôpitaux et à l'avancement de la Science. Il passe rapidement sur les difficultés d'application et les écarte d'un geste en disant :

Cet argument ne m'émeut pas ».

La vie, hélas (ou tant mieux) est faite de réalités. Si belles que soient les idées générales, elles ne prennent de valeur que par leur application et dans l'exercice de l'art médical, nous en savons quelque chose.

Une commission a été nommée et a confié à Mme Curie le soin de rédiger un rapport sur la question.

Mme Curie — qui n'est pas Mme Hanau — constate, sans même une ombre de mélancolie, que beaucoup de savants préféreraient renoncer à toute idée d'avantage matériel plutôt que de s'astreindre à des formalités semblables à celles, que nécessite l'obtention d'un brevet d'invention. Elle conclut à la création d'un fonds commun subventionné par l'industrie et distribué aux auteurs de découvertes scientifiques, modalité d'ailleurs acceptée par les membres de la Commission.

Nous sommes ici très loin de la médecine, puisqu'il s'agit d'industrie, et que la société utilitaire, où nous vivons, condescend encore à ne pas considérer la médecine comme l'Industrie de la Santé publique.

Aussi le rapport de Mme Curie ne touche-t-il pas au fond de la question, c'est-à-dire à son côté pratique. Il ne devait être abordé que le 7 juillet par M. E. Fourneau qui, tout en rendant hommage aux sentiments élevés qui inspirèrent M. Klotz et Mme Curie, considère comme un danger et une utopie le droit de suite en ce qui concerne la découverte scientifique.

Pour préparer une atmosphère favorable à l'adoption du « Droit du Savant », dit M. Fourneau, on n'a pas manqué de présenter le dyptique « homme de science — industriel » sous un aspect romantique, un peu comme une affiche de propagande communiste.

Il ne faudrait pas abuser de cette image du savant mourant de faim alors que l'industrie s'enrichit à ses dépens. Dans tous les rêves des savants, a dit Renan, il y a une part de vérité. C'est cette part de vérité, perdue dans un océan de rêves, que finalement l'industriel doit dégager aux prix des plus grands sacrifices et des risques de toutes sortes.

Néanmoins M. Fourneau a voulu être discret. S'il montre l'impossibilité de revendications, touchant les découvertes non susceptibles d'être brevetées, il effleure à peine l'application médicale de ces revendications par un exemple tiré de la thérapeutique : Même pour un médicament simple comme le véronal, il a fallu la collaboration de ceux qui ont trouvé successivement l'alcool, le sodium, le brome, le bromure d'éthyle, les cyanures, l'acide acétique, l'acide chloracétique, l'acide malonique, l'urée, etc... Faut-il donc que celui qui découvre la véritable application du véronal, qui l'exploite industriellement, donne sa part à chacun des inventeurs ? La plupart sont morts, heureusement, mais il pourrait se faire que chacun d'eux fut vivant. Comment établir le pourcentage ?

Mais la médecine n'est pas toute dans la thérapeutique, et d'ailleurs nous reviendrons sur cette question.

Voulez-vous qu'en attendant nous examinions le côté chirurgical ? De même qu'un musicien touche des droits d'auteur, chaque fois qu'on exécute en public un morceau de sa composition, qu'un artiste passe à la caisse, quand son tableau est reproduit en carte postale, il est juste que l'inventeur d'un procédé chirurgical touche aussi ses droits d'auteur. Nous admettrons à la rigueur que les droits d'auteur sur les instruments de chirurgie sont perçus une fois

pour toutes à la vente chez le fabricant, ce qui revient à appliquer le droit, que confère le brevet d'invention. Il est heureux que les inventeurs du couteau, du fil et de l'aiguille soient inconnus de leurs héritiers, mais l'asepsie n'est pas si vieille que ses protagonistes n'aient encore droit à une petite rétribution.

Et, puisque nous avons attaché à certaines opérations les noms de Wertheim, Weathead, Fredet, etc., il n'est que juste de reconnaître par une contribution pécuniaire la part, qu'ils ont prise aux cas où nous avons utilisé leur technique.

En clinique, les choses se gâtent, et, si je cherchais des exemples, vous diriez que je ne suis pas sérieux. Et pourtant n'est-ce pas aux cliniciens que la médecine doit d'exister ? Nos maîtres cliniciens ne sont-ils pas de grands savants et leurs procédés d'investigation dignes de constituer un bien personnel ?

Revenons donc à la thérapeutique, la seule manifestation de la science médicale, dont on ait un peu parlé.

M. Fourneau, prenant exemple du véronal, indique l'échelle qu'il convient de remonter pour donner à chacun sa part d'inventeur. On pourrait simplifier les choses, en ne faisant participer aux bénéfices de l'exploitation industrielle que l'auteur seul de l'application médicale. Cela serait souverainement injuste pour les savants chimistes qui l'ont rendue possible. Il serait également injuste d'écarter les expérimentateurs biologistes, qui dans presque tous les cas ont préparé la voie à l'application médicale.

Je crois être d'accord avec la très grande majorité de mes confrères, en disant que l'idée de la propriété scientifique est peu conforme à l'esprit médical. J'imagine difficilement qu'un médecin soit obligé de verser une part de ses honoraires à l'inventeur de la rachianesthésie, de l'oblitération des veines variqueuses, du pneumothorax, etc..., chaque fois qu'il aura utilisé l'un ou l'autre de ces moyens curatifs.

Non. La médecine est un bloc, un monument où chacun apporte son grain de sable, un peu de ciment et parfois une pierre de taille. Sur cette pierre nous gravons un nom. Nous faut-il maintenant en dorer les lettres ? »

Nous reconnaissons bien là les opinions de gens arrivés, très arrivés, dont les travaux et innovations scientifiques, furent peu ou point discutés. Mais tous les malheureux praticiens, qui se ruinèrent ou se discréditèrent en inventant, — un praticien innova, « n'y allez pas, dit-on, il est dangereux pour ses malades, car il pense à autre chose ! », Donc, ni gloire, ni argent, à l'inventeur. Ne fut-ce pas longtemps un fou !

Cependant, M. D. Ferry, alors qu'il était ministre de la Santé publique, donna la cravate de Commandeur au Dr Lévy-Bing, pour ses travaux syphiligraphiques ; antérieurement le Ministère des Inventions, donna la rosette au Dr Glover, oto-rhino, pour ses découvertes ; de même, la rosette fut donnée au regretté Lortat-Jacob par M. Durafour pour la cryothérapie ; M. Blaisot fera de même.

Mais Pravaz et sa seringue si utile, et surtout Sandras et les injections sous-cutanées, ne récoltèrent rien, et tant d'autres ! Duchenne, de Boulogne, fut à peine décoré, et grâce à Charcot...

Si encore nos industriels, qui s'enrichissent souvent sans peine, faisaient une place à côté d'eux, à ceux dont ils utilisent, et parfois, *prennent* les inventions, on pourrait s'en accommoder, mais loin de là ! « Parfois, ils ont donné une vague indemnité pour le nom ! Comme certains marchands de tableaux, « un morceau de pain ». Mais la C. T. I. obtient, là, le droit de suite pour les familles pauvres souvent.

La Science mérite mêmes droits — elle est si méconnue souvent, sa Presse aussi, il ne reste rien pour Elles ! Nos lecteurs nous aideront à mettre cela à sa place. L'Académie de médecine, le 29 décembre 1931, malgré M. Fourneau, a adopté le texte de Madame et Curie reconnaît la création du droit du savant.

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

## LA CAPITALISATION DANS LES ASSURANCES SOCIALES

Par le Dr Gabriel BATIER (de Strasbourg).

Dans les milieux médicaux, on a la fâcheuse coutume d'identifier les assurances sociales avec l'assurance-maladie, parce que le médecin est en rapport constant avec cette dernière. Pourtant l'assurance-retraite et invalidité n'est pas moins importante ; elle comporte autant d'abus et d'erreurs que l'assurance-maladie — ce qui n'est pas peu dire.

Ce serait une faute d'abandonner aux seuls « techniciens » l'étude de ce chapitre important de la vie sociale ; ils ont tendance à se complaire dans leurs habitudes, si mauvaises que souvent elles soient. Et puis, les citoyens, qui contribuent financièrement à l'édifice, ont le droit et le devoir de considérer les devis, le rendement, les profits et pertes. Le médecin, qui intervient dans le jeu de l'assurance-invalidité, a plus particulièrement le droit de dire ce qu'il pense.

***

Le problème, que l'on entend esquisser ici, divise les économistes, et il peut sembler présomptueux à un profane de choisir entre les deux thèses. On pense au contraire qu'échappant aux préjugés d'Ecole et de milieu, un profane doué

de bon sens et exempt de parti-pris, peut voir plus clair, avec l'aide de l'expérience.

Du moment que l'assuré verse des cotisations périodiques en vue de son invalidité et de sa retraite éventuelles, il faut que l'organisme d'assurance soit toujours prêt à payer la rente d'invalidité ou la retraite. La solution paresseuse s'impose tout de suite à l'esprit : il faut capitaliser les cotisations, déduction faite des frais généraux et verser l'intérêt du capital.

*Est-ce nécessaire* ? Telle est la première question qui se pose.

Sous le régime de l'assurance obligatoire, surtout quand elle englobe des masses énormes de population, il s'établit très vite un flux régulier de rentes et retraites, dont le volume annuel ne réserve aucune surprise. S'il en était autrement, c'est qu'il y aurait quelque part une fuite causée par l'abus ou le vol ; il faudrait la rechercher et l'arrêter, comme l'on fait d'une voie d'eau à bord d'un navire. On sait donc de quelles sommes liquides on a besoin chaque année pour le service des rentes, et rien n'est plus facile que de les prélever sur le total des cotisations de l'année. Il suffit par conséquent de constituer les réserves indispensables aux à-coups, dont le plus dur est certainement la guerre (arrêt des versements de la part de nombreux jeunes et continuation des rentes acquises). Toutefois ces réserves doivent, sinon conserver une certaine liquidité, du moins être placées *à court terme,* pour que leur *libération échelonnée* donne automatiquement à la trésorerie les sommes nécessaires en cas d'à-coup, sans obliger à des ventes de titres ou de propriétés, qui seraient désastreuses en période critique, ou à des emprunts hypothécaires qui seraient onéreux et peut-être difficiles à trouver.

Donc, *à condition qu'il y ait des réserves suffisantes, la capitalisation n'est pas nécessaire au jeu des assurances retraite et invalidité.*

Le terrain ainsi déblayé, il reste à voir si la capitalisation est avantageuse *pour les assurés,* car trop de gens oublient que l'argent, dont il s'agit, est *leur* propriété collective, qu'il ait été versé par eux ou par les employeurs, car versé par ceux-ci, il l'a été pour compte exclusif de ceux-là.

Lorsqu'on sait quelles sommes sont en cause, lorsqu'on réfléchit qu'il faut envisager des dizaines de milliards pour l'ensemble de l'économie mondiale, imagine-t-on qu'une pareille somme de capitaux offerts ne va pas faire baisser fortement le loyer de l'argent ? (Par parenthèse, on touche ici du doigt la raison de certains concours empressés, que les assurances sociales ont rencontrés à leur berceau). Est-on sûr de pouvoir toujours placer de telles disponibilités sans risques ? Sait-on que, même hors des périodes critiques comme l'actuelle, il y a une dévalorisation constante des capitaux placés en Bourse ? Les valeurs immobilières elles-mêmes ne sont pas exemptes de risques ; et d'ailleurs, étant donné que ces valeurs sont recherchées par les compagnies d'assurances et par les tutelles, n'est-il pas osé d'espérer en trouver beaucoup ?

Il est sage d'escompter que *la capitalisation systématique, dans la pratique des assurances sociales aurait pour effet de réduire le loyer de l'argent, dans une mesure telle que ce loyer ne compenserait pas les risques de dévalorisation.*

Il y a plus grave. Tous les gouvernements cherchent l'argent où il se trouve. Cette formule n'a rien de démagogique en elle-même. M. DE LA PALISSE aurait pu la signer, si elle n'était pas plus vieille. La république athénienne l'a mise en pratique bien avant CLÉON. PHILIPPE LE BEL a prouvé aux Templiers que les foudres pontificales n'empêchaient pas une royauté de droit divin d'en battre monnaie. En faisant main basse sur les réserves des assurances sociales durant la guerre, par le détour des Kriegsanleihen, le gouvernement allemand a montré, une fois pour toutes, que les fonds des assurés sociaux n'étaient rien moins que tabous.

C'était la guerre, dira-t-on ! Mais voici qu'on mande de Prague une curieuse nouvelle. On sait que le gouvernement russe est incapable de passer des commandes sans crédits, et qu'il « truste » la totalité des commandes faites à l'extérieur. L'Union centrale des industriels tchécoslovaques a donc recherché l'argent nécessaire au financement des commandes faites par la Russie à ses adhérents ; elle l'a trouvé auprès des organismes d'assurances sociales, par l'intermédiaire de la Zemska Banka. Que demain le gouvernement russe suspende ses paiements, et les assurés sociaux auront été les victimes de l'opération. Or, l'hypothèse n'est pas invraisemblable : on a vu plus extraordinaire depuis quelque temps.

La conclusion générale semble s'imposer : *garantie illusoire, vouée au grignotage de la dévalorisation et aux confiscations plus ou moins déguisées des gouvernements aux abois, la capitalisation se révèle néfaste aux intérêts des assurés sociaux.*

***

Peut-être est-il indiqué de dire ici un mot du système de Hartz (1). On sait que ce système consiste en l'individualisation du compte particulier de chaque assuré, de telle sorte que l'assuré garde le bénéfice des économies, faites par lui dans l'usage des assurances sociales.

Ce système justifie bien des critiques (2) et avant tout celle-ci : il supprime l'assurance, qui consiste essentiellement dans la répartition des

(1) Gustave HARTZ. — Irrwege der deutschen Socialpolitik. Berlin, Auguste Scherl.

(2) Cf. celles de notre confrère Georges KLEIN (de Mulhouse), dans « l'erreur de Gustave HARTZ », in *Méd. d'Alsace et de Lorraine,* 16 avril 1929, pp. 177-84.

risques. Mais ce n'est pas le lieu de s'y attarder. Ce que nous devons ici retenir, c'est que, dans l'hypothèse la plus favorable, il entraînerait une capitalisation considérable.

Comment serait placé cet argent ? Un de mes amis a posé un jour la question à celui qui s'est fait en France le propagandiste du système, sans rendre toujours suffisante justice à son auteur. La réponse fut : « par exemple, dans les entreprises industrielles ». Je me demande combien le système de Hartz aurait encore de partisans, s'il avait été mis en pratique il y a dix ans : des actions achetées 4 et 5.000 fr. en 1927 auraient actuellement en portefeuille une valeur de quelques centaines de francs ; d'autres ne seraient même pas négociables !

Lorsqu'on sait que le système de Hartz émane des milieux industriels allemands, au service desquels est l'auteur, ancien militant syndicaliste, (1) on ne s'étonne plus de sa singulière parenté avec l'ingénieuse combinaison des industriels tchécoslovaques.

***

Au lieu de s'hypnotiser sur la face étroite des assurances sociales, qui les intéresse directement, si les médecins consentaient à envisager l'ensemble, ils pourraient accroître singulièrement leur autorité sur les foules, en prenant pour drapeau : *l'argent des assurances sociales n'appartient qu'aux assurés* !

Ils retrouveraient bien vite le bénéfice de cette attitude sociale, car si le peuple commet des erreurs dans le choix de ses sympathies, s'il se laisse prendre facilement aux pipeaux des bateleurs, il ne va jamais à ceux qui ne vont pas à lui !

(1) Actuellement dans le sillage direct de HUGENBERG.

## VARIÉTÉS

### L'art et les Médecins

#### Un médecin amateur d'art : Louis Lacaze

La première salle où l'on pénètre dans le Musée de peinture au Louvre est la salle Lacaze. En y entrant, le visiteur est aussitôt ébloui par le nombre et la qualité des chefs-d'œuvre qui y sont exposés et il n'est pas peu surpris d'apprendre que l'amateur éclairé qui a réuni cette superbe collection et qui l'a généreusement léguée à notre premier musée national, était un médecin, non un prince de la science, ni un virtuose du bistouri, mais un simple médecin praticien.

De tous temps les médecins ont aimé les arts ; le plus souvent ils sont hommes de goût. Il suffit pour s'en rendre compte de visiter le salon des médecins, si intelligemment organisé par notre confrère Rabier-Labiche. Là, si l'on ne peut y admirer des œuvres de génie, on peut y trouver, et en grand nombre, des tableaux de talent, où l'harmonie, la mesure, le souci de la vérité, l'habileté et la sincérité du dessin, le respect des lois de la perspective et le soin de ne pas rompre avec l'anatomie, font un heureux contraste avec l'incohérente horreur des toiles, grâce à Dieu ! d'origine étrangère, qui ont encombré nos derniers Salons d'automne.

De l'inépuisable fond d'érudition qu'a laissé en mourant Cabanès, un nouveau volume a été extrait et vient d'être édité sous le titre : *Les Evadés de la médecine* (1). Cet enfant posthume du médecin historien ne le cède en rien comme intérêt à ceux qu'il ont précédé, même du vivant du maître. C'est dans ce livre que nous trouvons l'histoire du Dr Louis Lacaze, le médecin amateur de tableaux, bienfaiteur du Musée du Louvre et aussi philanthrope clairvoyant.

***

Louis Lacaze était un Parisien de Paris. Né le 18 floréal an VI (6 mai 1798), il était le dernier des quatre fils d'un agent de change de Paris d'origine basque et de la fille d'un ancien consul de France en Espagne, qui passait sous le Directoire pour une des plus belles femmes de la capitale. Son frère aîné fut député, pair de France et fait baron par Louis-Philippe ; le second fut député des Basses-Pyrénées, le troisième, soldat, devint lieutenant-colonel ; le dernier, Louis Lacaze, fit sa médecine. Doté par ses parents d'une assez forte pension pour l'époque, il partagea son temps entre ses études médicales, quelques cours de la Sorbonne et de l'Ecole de droit et de longues stations dans les ateliers d'artistes et notamment chez Girodet qui fut son maître en peinture et son ami et l'initia à la connaissance et à l'admiration des œuvres des peintres des siècles passés.

Il devint docteur et s'installa 48, rue Neuve-des-Mathurins. Il semble y avoir exercé la médecine en dilettante, sa fortune le lui permettait. Il donnait surtout ses soins aux pauvres

(1) CABANÈS. — *Les Evadés de la médecine.* Th. Renaudot, Cl. Perrault, Denis Papin, Sainte-Beuve, Dr Véron-Dr Louis Lacaze, etc. Albin Michel, édit., 22, rue Huyghens, Paris.

gens. Lors de sa première année d'exercice en 1832, il se fit remarquer au cours de l'épidémie de choléra et obtint une médaille d'honneur Dans l'annuaire publié en 1845 par C. Sachaile (de la Barre) intitulé : *Les médecins de Paris, jugés par leurs œuvres ou statistique scientifique et morale des médecins de Paris,* nous lisons sur lui ces simples lignes :

« LACAZE, docteur en médecine, reçu à Paris en 1831 (rue Neuve-des-Mathurins, 48, de 10 heures à midi). S'occupe moins de médecine pratique que de philosophie médicale. Nous ne connaissons aucun de ses écrits ».

Lacaze paraît donc bien avoir été un médecin amateur et Cabanès a eu raison de le classer parmi *Les Evadés de la médecine.*

Resté célibataire, ayant le culte de la pure beauté au point de ne se laisser séduire par aucune femme, Lacaze avait été cependant le héros d'une idylle au cours de ses études médicales. Il s'était épris d'une jeune fille merveilleusement belle, phtisique à la dernière période, en traitement à la Charité, il fit tout ce qu'il put pour la sauver. Elle mourut néanmoins et il demeura longtemps inconsolable. Mais ce médecin, peintre-amateur, était, nous l'avons dit, uniquement amoureux de la beauté. Vivant avec une parcimonie que ses amis taxaient d'avarice, d'une sobriété excessive, il consacrait tous ses revenus à l'achat de tableaux qu'il allait chercher dans les boutiques les plus sordides des fripiers, des brocanteurs et des antiquaires de Paris. C'était une époque où l'on pouvait découvrir des merveilles et acquérir pour quelques francs des chefs-d'œuvre. Lacaze fouillait tous les taudis et faisait d'étonnantes trouvailles. C'est ainsi qu'il dénicha et acquit pour vingt francs la *Chemise enlevée* de Fragonard, qu'il acheta à bon compte des Rembrandt, le *Pied-bot* de Ribera, qu'il découvrit des Franz Hals, qu'il peupla son appartement de Watteau, de Nattier, de Largillière, de Boucher, de Lancret, de Greuze, de Chardin, sans compter les Véronèse, les Titien, les Teniers, les Van Dyck, les Vélasquez, les Murillo, les Philippe de Chanpaigue, les Le Nain, les Coypel, etc., etc.

Hôte assidu de la Salle des ventes de l'hôtel Drouot, ses avis y faisaient autorité. Quand il découvrait un beau tableau, il l'emportait sans rien dire, furtivement, chez lui et là il s'adonnait à sa passion qui consistait à nettoyer les vieilles toiles, à les débarrasser de leurs souillures, de leur vernis et à en exhumer des chefs-d'œuvre.

Ne pouvant plus loger ses toiles dans son appartement, il acheta un hôtel rue du Cherche-Midi qui fut bientôt encombré. La réputation de sa collection, qu'il faisait d'ailleurs très libéralement visiter, vint aux oreilles de la Princesse Mathilde, cousine de l'Empereur, qui témoigna le désir de la connaître. Le Dr Lacaze ne savait comment la recevoir tant, sa demeure, encombrée, était peu confortable. La Princesse, amie des lettres et des arts, admira et invita Lacaze à Saint-Gratien. Elle en fit un de ses familiers les plus fidèles.

Le Dr Louis Lacaze eut la mort qu'il pouvait souhaiter. Il avait alors 71 ans. Le 28 septembre 1869, il faisait admirer à des visiteurs le tableau de Regnault. *Les Trois Grâces,* et, avec son enthousiasme coutumier, il en détaillait les mérites, quand il fut frappé d'une attaque d'apoplexie. Il mourait le surlendemain sans avoir repris connaissance. C'est ainsi qu'il finit en beauté.

Son testament fut un modèle de bon sens et de perspicacité. Il légua ses tableaux au Musée de Paris (alors le Louvre), exceptant les portraits de sa famille et ses propres œuvres sur la valeur desquelles il ne s'illusionnait pas, car il laissait à ses héritiers la faculté d'en faire ce qu'ils voudraient. Il n'oubliait pas qu'il était médecin. Persuadé que la médecine ne pouvait progresser sans l'avance préalable de la physiologie et des sciences physiques et chimiques, il fondait à l'Académie des sciences un prix biennal de 10.000 francs pour l'auteur d'un ouvrage de physiologie et deux prix de 5.000 francs de physique et de chimie. Il léguait à la Faculté de médecine de Paris une rente de 5.000 francs pour fonder encore un prix biennal à décerner à l'auteur du meilleur travail sur la fièvre typhoïde ou sur la phtisie pulmonaire.

Dans son testament, il admettait que les étrangers fussent candidats à ce prix. « Si ces prix, écrivait-il dans son testament, ne sont pas obtenus par des Français, au moins ils seront distribués par des Français et par le premier corps savant de France (l'Académie des sciences). »

Tel fut le Dr Louis Lacaze, homme de bien et de goût, amateur éclairé, qui, sous un aspect et un costume rigides, avec des allures d'Harpagon, possédait un grand cœur et jouissait d'une grande clairvoyance. Nous devons être reconnaissant à la mémoire de Cabanès de nous l'avoir fait connaître tel qu'il fut.

J. NOIR.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...Et les clercs font l'éloge du mal*
*car ils y trouvent leur profit ...*
(Peire Cardenal).

DXXIX.— SENAC DE MEILHAN. **Consolation philosophique sur la perte de sa bibliothèque.** Un vol 14 × 22, 5 tiré par Maurice Darantière à cinq cents exemplaires numérotés sur papier de Hollande à la forme de Pannekock. *Librairie et Editions d'Art Dorbon-Aîné.* Paris 1931.

Les clercs, qu'a réinventés Monsieur Julien Benda, trahissaient donc déjà pour cet humain et égoïste motif du *profit*, quand les flétrissait Peire Cardenal. Il est beaucoup plus paradoxal de voir quatre siècles plus tard Meilhan, ci-devant intendant du Pays d'Aunis, tresser avec un méritoire désintéressement une louange indirecte à ses détrousseurs, fauteurs de mal et de désordre, et philosopher avec sérénité sur la dispersion de sa bibliothèque par la Révolution. Il est sage sans doute de vouloir ce qu'on ne saurait empêcher, mais trouver conclusions à divertissement littéraire et à jeux dialectiques dans un pillage, dont on est la victime, suppose une admirable alacrité intellectuelle et témoigne d'un détachement enjoué, hautain d'une robuste qualité. Et ce sont en effet ces deux caractéristiques qui marquent cette étonnante dissertation.

Elle constitue en réalité, tiré du roman *introuvable* de Meilhan, l'*Emigré*, un chapitre pratiquement inédit, puisqu'il fut omis dans la réédition donnée en 1904 par Camille Striyenski. Meilhan, ayant emprunté l'écritoire du Président de Longueil, expose donc à l'hypothétique héritier de sa bibliothèque les raisons où il trouve réconfort à sa spoliation. Elles dépassent singulièrement, comme vous le supposez, les considérations dues à un accident d'ordre particulier. Et si Meilhan prône la vanité de sa collection personnelle dispersée par la tourmente populaire, il cherche surtout à nous montrer la faiblesse des genres littéraires et le chemin que doivent emprunter les œuvres, qui veulent survivre. Il est piquant de remarquer qu'il a vu fort juste, et que ses pronostics ont été ratifiés dans leur ensemble. Ses conceptions de la chose littéraire, sous le ton tour à tour badin et cinglant de son persiflage, sont d'une vérité qui n'a pas d'époque, et, transposées au temps présent, elles semblent d'une toute neuve actualité. La préface a été rédigée par un homme d'esprit et ne dépare pas le corps d'œuvre. Mais je vous signale aussi *tout spécialement* la typographie qui est véritablement royale (1) et d'un impeccable agencement sous le filet rouge, qui couronne chaque page en détachant les capitales bien aérées du titre. Et la résignation du bibliophile dépouillé devient sous cette vêture d'apparat le symbole imagé d'un bien héroïque renoncement.

(1) Dans une prochaine chronique je vous entretiendrai d'un *chef-d'œuvre* typographique d'un autre maître imprimeur parisien : Léon Pichon.

DXXX. — Maurice GENEVOIX. **Roû.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1931. 12 fr.

Genevoix compte parmi les quelques lauréats des « Goncourt », qui continuent, après leur couronnement, à se montrer dignes de leur gloire littéraire. La critique a cependant peu parlé de son nouveau livre. L'auteur, retiré près de sa Loire, n'en a probablement cure. Quand on aime et quand on peint les bêtes comme il le fait, je comprends mieux que l'on n'ait souci du jugement des hommes. Roû, ce chat, que tente trop l'aventure, est pourtant bien sympathique et bien semblable à eux : son maître, un médecin, lui offre avec une indifférence de façade, le gîte et la vie calme. Il repartira par la lucarne, boitant sur le moignon (souvenir d'un piège) cicatrisé, vers les nuits chaudes, la faim, la bataille, la maladie. Et, jusqu'à cette fuite sournoise et ingrate, nous assistons à l'éveil progressif de la bête, noire boule informe, qui découvre peu à peu le monde, l'amour avec une claire intelligence d'être pensant. Genevoix lui fait gravir comme une échelle de sentiments humains, et il décrit avec une si compréhensive minutie tout ce qui se tapit derrière les gestes et les actes de la bête excellemment observés, qu'il parvient insidieusement, même si rien ne nous y préparait, à nous faire partager l'affectueuse émotion, avec laquelle il semble avoir fidèlement transcrit un reflet continu de mystérieuses activités biologiques, dévoilées par un sens divinatoire qui suppose beaucoup de bonté mais plus encore de talent.

DXXXI. — MARC CHADOURNE. **Chine.** Un vol. 12 × 19 illustré par Covarrubias (1). *Editions Plon.* Paris, 1931. 15 fr.

A l'heure où le Docteur Legendre affirme que de « graves dangers nous menacent en Chine », le livre de Ch., bien construit, prodigieusement documenté jette un jour curieux sur les innom-

(1) Covarrubias, qui a donné pour le livre quelquse silhouettes humoristiques, est le fameux caricaturiste new-yorkais, célèbre par ses dessins du *Vanity Fair*, et qui fut le compagnon de voyage de Chadourne.

brables aspects de cet empire, dont la stabilité semble détruite et dont l'écroulement définitif peut avoir de terribles répercussions. Ses observations aiguës, son sens du détail pittoresque, la finesse de ses descriptions saisissent et dégagent la signification profonde du spectacle chaotique, où l'élégance de son exposition et sa vivacité ont réussi à mettre de l'ordre, sans en effacer la lourde inquiétude, et sans dissiper cette impression de désarroi, d'angoisse, que fait lever en nous cette poussée d'un peuple qui prend conscience de sa force, et dynamite à titre d'essai ses vieilles cités.

DXXXII. LAFCADIO HEARN. **Un voyage d'été aux Tropiques.** Un vol. 12 × 19 traduit de l'anglais par Marc Logé pour la Collection d'auteurs étrangers. *Editions du Mercure de France.* Paris, 1931. 12 fr.

Quelle majesté calme, au contraire, dans le récit ample, la chatoyante douceur de ce voyage. Ce merveilleux écrivain, dont le style a des nuances diaprées comme la lumière qui imprègne ses paysages, évoque avec une puissance de romantique l'enchantement et la luminosité des couleurs de la mer, des montagnes, des fleuves, des forêts. Son vocabulaire chromatique a des ressources inimaginables, comme s'il nous conduisait aux portes d'un monde inconnu.

DXXXIII. — Henri DEBRAY. **Autour de la Yougoslavie.** Un vol. 16 × 21 orné de 288 héliogravures. Préface d'Edouard Herriot. *Editions Arthaud,* Grenoble, 1931.

Ce nouveau royaume des Slaves du Sud, taillé par les diplomates dans l'Europe provisoire d'après-guerre, a une unité ethnique bien mise en relief par les descriptions et les rappels d'histoire de Monsieur Debraye. Les horizons y ont cette sauvage simplicité, où se trame la rude existence des peuples longtemps opprimés rivés à leur sol par un sentiment national plus fort que leur misère. La foi y est restée très vive comme parmi ceux qui n'ont jamais pour vivre trop de consolations : en témoigne le nombre considérable de monastères et d'églises, qui constituent les monuments les plus remarquables. Leur reproduction, celle des sites les plus pittoresques, des villes et des villages, des clichés consacrés aux paysans saisis dans leurs atours de fête, est effectuée en héliogravures nettes et si abondantes qu'elles secondent à l'envi la clarté d'exposition du texte.

DXXXIV. Albert MARCHON. **Les démons de l'aube.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset.* Paris, 1931. 15 fr.

Voici le troisième tirage de ces « romans gris » de Grasset, amorcés par la *Nouvelle Eurydice* et *Glaire,* et qui sont tous trois consacrés sur des thèmes divers aux impondérables des inquiétudes des cœurs. Celui-ci traite plus spécialement des morbides émois de l'adolescence. Nous avons vu Jeanne Galzy (1) analyser avec tact l'impudique éveil de l'adolescente. Marchon, avec plus de vraisemblable brutalité et de dure acuité, suit la mue psychique de la puberté chez un lycéen, dont la vie de famille est assombrie par le gâtisme et la sordide paillardise d'un aïeul, forgeron retraité, en proie à de crépusculaires tendresses. Ce personnage accessoire, dont l'atavisme pouvait peser logiquement davantage sur le livre, lui donne son relief. Peut-être est-il là aussi en contre-poids pour écraser sous sa hideur la juvénile irresponsabilité de la perverse innocence du gamin. L'atmosphère de l'œuvre est pénible, probablement à cause de l'exactitude et de la force que le romancier a su donner aux réactions de ses créatures et au terne milieu, cruellement dépeint, où il les fait vivre.

DXXXV. Pierre FRONDAIE. **Iris perdue et retrouvée.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Emile-Paul.* Paris. 1931.

Les héros de Monsieur Frondaie ont plus de romanesque entregent. Les coups de théâtre les secouent comme pruniers en fleurs à l'instar des brusques décisions de Monsieur de Persani père, hobereau, dont la fille, floralement et aristocratiquement prénommée Iris, échoue à Montparnasse, alors qu'elle partait pour le couvent. La complexité de l'intrigue exigeait une main ferme : celle de Monsieur Frondaie s'y emploie avec virtuosité. Le bon vieux médecin de campagne, à qui est confié le rôle de confident classique, regarde posément l'agitation de ces fantoches, dont la sarabande enfiévrée compose un alerte roman, pimpant, gouailleur, spirituel.

**Varia*****

*La Nouvelle Revue Française* de décembre donne de Ramuz une longue paraphrase du Clown dans les étoiles ; la fin de ce curieux roman où des souvenirs d'enfance ont été jetés pêle-mêle avec détachement comme à la poubelle ; une étude juste du style d'André Gide.

* *Marsyas* (2) donne chaque mois une page de critique littéraire signée de Denis Saurat. Celle de novembre explique à propos de Lamartine les raisons de vie et de mort de la poésie.

* *Sagesse* (nº 15-16) présente un cocktail artistique de bons poèmes, de nouvelles, de critique littéraire et de critique d'art, de reproductions de tableaux et des photographies qui sont du plus saisissant effet quand ne les grève pas le cauchemar du surréalisme.

28 décembre 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) *Les Démons de la Solitude.* Roman. Editions Rieder.
(2) Mensuel : 10 fr. par an. Abonnement et rédaction : S. A. Peyre à Aigues-Vives (Gard).

## LES THÉATRES

### Au Théâtre du Châtelet

### « Nina Rosa »

*Opérette à grand spectacle en 2 actes et 12 tableaux*
d'après O. Herbach. Livret de M. A. Mouezy-Eon. Lyrics de A. Willemeltz.
Musique de Romberg.

Notre beau pays de France ne pourrait-il donc pas, une fois par hasard, servir de champ d'action a une opérette moderne a grand spectacle ? N'avons-nous pas les vieux calvaires bretons, les sites pittoresques et les réjouissances typiques du pays d'Armor ? N'avons-nous pas dans le Massif Central, dans le Pays Basque, dans les légendes de la forêt d'Ardennes, de quoi fournir des thèmes d'aventures pour l amusement.., des parents et la tranquillité.,. des enfants ? S'il s'agissait de fêter Bacchus, ne pourrait-on pas nous transporter dans le cadre si ensoleillé de Lezignan, ou sur les rochers abrupts de Banyuls ou de Port-Vendres ? Pour fêter les sports, dans le ravissant paysage d'Hossegor ? Ne verron -nous pas un jour, dans une opérette où une féérie bien de chez nous, la reconstitution du Carnaval de Nice où une scène de vendetta dans le maquis d'Ajaccio ?

En vérité, il y avait une raison, quand l'étranger constituait pour les spectacles parisiens un fond sérieux de clientèle, de flatter un peu son amour-propre et son patriotisme et de lui offrir quelques scènes prises à Mexico, en Californie, ou dans les Pampas, (nos connaissances en géographie ne pouvaient d'ailleurs qu'y gagner) ; le Music-Hall a amplement usé de ce procédé, nous l'avons supporté patiemment par courtoisie, et conscience des obligations lucratives des directeurs de spectacles. Mais maintenant, ce n'est plus la même chose. Est-ce en signe d'adieu aux riches Américains du Sud que nous voici transportés une fois de plus, avec Nina Rosa, au milieu des gauchos, chez les chercheurs d'or des arides montagnes péruviennes et que nous assistons aux rites séculaires des prêtres chez les Incas de la Cordillières des Andes ?

La question est plus simple. Outre l'habitude du Français de trouver fort bien ce qui se passe ailleurs qu'en son pays, il y a le cinéma sonore et parlant, et il faut affirmer la vitalité du théâtre en face du succès des grands films ; voilà pourquoi des scènes comme le Châtelet, à la clientèle si anonyme et si générale, emploient depuis quelque temps les moyens par lesquels le cinéma a conquis sa popularité. Le théâtre n'est-il pas la vie même dans le relief et la couleur ? Ne possède-t-il pas ainsi tous les atouts dans la lutte ? Alors, comme dit Bach dans Nina Rosa: « Ça n'existe pas. »

En effet, comme qualité et splendeur de spectacle, nous sommes gâtés : décors admirables, coloris surprenants, éclairages habiles, mise en scène, danses et ballets impeccables. Hélas ! Comme dans presque toutes ces opérettes d'importation, la partie sentimentale est en général aussi sèche que la poudre qui y éclate, la partie spirituelle, fine, éducative, aussi mince et filigranée que le fond même du roman. Il faut en prendre notre parti, et en ce temps où la différence entre la jeunesse et l'âge mûr dans la compréhension de l'existence, devient aussi faible, il ne faut s'étonner de rien. Mais où êtes-vous, « Tour du Monde » aux péripéties si captivantes, « Jean qui rit » merveilleuse féérie ou passait le souffle du bon La Fontaine, et même « Capoulade » si bien français, puisqu'il était avant tout de Marseille ?

Nous sommes à Cuzco un ingénieur, Jack (André Baugé), escorté de son fidèle serviteur Pierrot aussi couard que veinard (Bach), est tombé amoureux, pendant ses travaux de recherche de filons aurifères, de Nina Rosa (Mlle Sim Viva), jolie fille du pays, amoureuse aussi de lui, mais convoitée par l'orgueilleux Pablo (M. Legrand) aussi fort que farouche. La rivalité des deux soupirants est le moteur de l'action, égayée par les originalités de Pierrot et de sa fiancée Emma (Mlle Monique Bert), une espiègle petite poupée montmartroise, et agrémentée par le sourire et la grâce de la sœur de Jack : Hélène (Suzanne Lencret), qui est venue le retrouver au Pérou. Après des péripéties sans nombre, des événements et rebondissements aussi peu vraisemblables que possible dans leur fin heureuse, chez des gens à l'épiderme si chatouilleux et armés jusqu'aux dents, Corinne (la danseuse Mitty), une amie de Nina Rosa, sauve cette dernière des bras du beau Pablo dans l'église même où ils se marient, en se substituant à elle sous un voile épais et Jack peut enfin emmener en France celle qu'il aime, tandis que son directeur satisfait achète par son or les consciences et les cœurs.

Parmi les 12 tableaux de cette super-opérette, citons au 1er acte: la Montagne, à Cuzco et les danses réglées par Miss Sancie Duncan, le Flamenco aux éventails à la finale. Au 2e acte, le ballet des girls très bien mené par Monique Bert, et la Rumba avec Mlle Andréa Percin, danseuse étoile, et Mlle Madeleine Vasty danseuse étoile travestie ; dans le tunnel aurifère, les a crobaties

surprenantes de la petite Ludzia, danseuse étoile des enfants qui a obtenu un succès très mérité.

M. André Baugé tient admirablement son public sous le charme de sa voix très agréable : c'est un comédien accompli, bien que parfois un peu sévère dans son jeu. Bach est réjouissant et servirait encore mieux un texte plus riche. Mlle Sim Viva est charmante en Nina Rosa: elle est plus chanteuse que comédienne et nous pensons qu'il est préférable en l'occurrence qu'il en soit ainsi. Les autres rôles ont droit à nos louanges, de même que l'orchestre qui interprète de son mieux la partition adroitement écrite de M. Romberg.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

## Les médailles de l'Académie décernées en 1931

### Service des épidémies (1931).

L'Académie a proposé et M. le Ministre de la Santé Publique a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de Protectorat pendant l'année 1930.

1° *Rappels de médailles d'or* : M. le Dr EMERIC, médecin inspecteur départemental d'Hygiène de la Loire ; M. le Dr GINESTOUS, médecin des épidémies de Bordeaux ; M. le Dr PAQUET, médecin inspecteur départemental d'Hygiène de l'Oise.

2° *Médaille d'or* : M. le Dr BARBARY, médecin inspecteur départemental d'hygiène des Alpes-Maritimes.

3° *Médailles de vermeil* : M. le Dr MAILLARD, médecin inspecteur départemental d'Hygiène de la Côte-d'Or ; M. le Dr PIQUET, médecin inspecteur d'Hygiène du département de Constantine.

4° *Médailles d'argent* : M. Robert EUVÉ, maire de Feucherolles (Seine-et-Oise).

M. SCHMUTZ, directeur du Service d'hygiène de la Santé publique du Bas-Rhin.

### Service des eaux minérales (1931)

L'Académie a proposé et M. le Ministre de la Santé publique a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1930, des médailles d'honneur de l'Hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

1° *Médaille de vermeil* : M. AUBERTOT, de Royat (Puy-de-Dôme) ; 2° *Rappel de médaille d'argent* : M. POÜY, de Capvern (Hautes-Pyrénées).

3° *Médailles d'argent* : M. DEBIDOUR, du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) ; M. ZUCCARELLI, de Bastia (Corse) ; M. GENTIL, de Bastia (Corse).

4° *Rappel de médaille de bronze* : M. Girard ISMAEL, d'Ax-les-Thermes (Ariège).

### Service de la vaccine (1930).

1° VACCINATION ANTIVARIOLIQUE.

L'Académie accorde, pour le service de la Vaccination antivariolique en 1930 :

1° *Médaille d'honneur* : MM. les Docteurs SERGENT (Edmond), à Alger ; TANON (Louis), à Paris.

2° *Rappel de médaille de vermeil* : M. le Docteur GOURICHON (Henri), à Paris.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs BÉNARD (Henri), à Paris ; GOBERT (E.-G.), à Tunis ; HAURY (Jean-Baptiste-Joseph), à Paris.

4° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs AUBIN (Henri), à Karikal (Indes Françaises) ; BEGUET (Maurice-Eugène), à Saint-Eugène (Algérie) ; BREGEAT (Albert), à Alger ; CHARDIN (Jules-Auguste), à Montreuil-sous-Bois (Seine) ; ESTÈVE (Georges), à Thanh-Hoa (Annam) ; ESTRABAUT (Charles-Daniel), à Paris ; GAUJA (Maurice-Alphonse) à Paris ; REYNAL (Julien), à Tunis ; MM. BLONDEAU (Emile), à Epinay-sur-Seine (Seine) ; BORINI (François), à Alger ; DO-KHAÏ, à Thai-Binh (Tonkin) ; DONATIEN (André), à Alger ; FRANCESCHINI (Xavier-Jules-Georges), à Paris.

5° *Rappel médailles de bronze* : MM. les Docteurs BESSON (Jean-Baptiste), à Paris ; DUPUY (Jacques), à Paris ; FORESTIER (Louis-Auguste-Joseph), à Paris ; M. VUILLAUME (Ernest-Charles-Louis), à Pa is.

6° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs BARTHELME (Marie-Joseph-Charles), à Benfeld (Bas-Rhin) ; BAUMANN (Xavier), à Mulhouse-Dornach (Haut-Rhin) ; BLOCH (Armand), à Neuf-Brisach (Haut-Rhin) ; CHOGNON (Benoit), à Saint-Jean-des-Ollières (Puy-de-Dôme) ; COMBRIS (Auguste-François), à Saint-Amand-Roche-Savine (Puy-de-Dôme) ; COUDRAY (F.-E.-C.), à Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; DUTER (Juliette), à Ivry-sur-Seine (Seine) ; EPAUD (Pierre), à Pantin (Seine) ; GIRAULD (Marie-Joseph-Eugène-Auguste), à Paris ; GOELLNER (Alfred), à Saint-Amarin (Haut-Rhin) ; HAAG (Alphonse), à Ribeauvillé (Haut-Rhin) ; HARVIER (Paul-Eugène), à Paris ; HEID (Jean-Georges,) à Munster (Haut-Rhin) ; LEGROUX (Louis-Charles-René), à Paris ; LEMAISTRE (Pierre), à Paris ; MALTERRE (Louis), à Vic-le-Comte (Puy-de-Dôme) ; MIODET (Albert-Vital), à Saint-Dier-d'Auvergne (Puy-de-Dôme) ; MUNSCH (Victor), à Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin) ; PFIFFER (Albert-Guillaume), à Stras-

bourg (Bas-Rhin) ; PINQUET (Aventin), à Lezoux (Puy-de-Dôme) ; PORTALIER (Paul-Joseph-Marie), à Pontaumur (Puy-de-Dôme) ; RABOISSON (Pierre), au Togo ; SERGENT (André-Louis), à Alger ; SCHNEIDER (Amédée-Gustave-Adolphe), à Quatzenehim (Bas-Rhin) ; SCHOEPFER (Léon-Joseph), à Marmontier (Bas-Rhin) ; SCHUELLER (Auguste), à Ensisheim (Haut-Rhin) ; TRENSZ (Frédéric-Albert), à Alger ; VITRY (Georges-Jean-Baptiste), à Paris. MM. CHEVALIER (Georges), à Choisy-le-Roi (Seine) ; HAUSWIRTH (Charles), à Strasbourg (Bas-Rhin) ; KHAMPAN, à Luang-Prabang (Laos) ; LE FLAMMENC (Eugène), à Bondy (Seine) ; LESTOQUARD (Félix-Louis), à Alger ; MAZOYER (Charles), à Paris ; SAMANKOURA (Momani), à Bandiagara (Soudan) ; Mmes : BARKAI (Anna), à Paris ; LABUSSIÈRE (Lucie), à Clamart (Seine) ; LE FLAMMENC (Emilie), à Bondy (Seine).

2° VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE.

L'Académie accorde pour le service de la vaccination antidiphtériqnue en 1930 :

1° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs BATAILLE-SARTHOU (Denise-Germaine), à Marles-les-Mines (Pas-de-Calais) ; BEAUDOUIN (François), à Corlay (Côtes-du-Nord) ; BERGER (Georges), à Bourganeuf (Creuse) ; ; BRASSEUR (Charles), au Petit-Quevilly (Seine-Inférieure) ; GAUMET (Maurice-Pierre-Antoine), à Boussac-la-Ville (Creuse) ; HEISCH (Jean-Justin-Edouard), à Bouligny (Meuse) ; JACOB (Marcel-Léon), à Yvetot (Seine-Inférieure) ; JOUEN (Robert), à Mont-Saint-Aignan (Seine-Inférieure) ; LIÈVRE-BRIZARD (Louis-Fernand), à Evreux (Eure) ; MANTALTI (Vincent-Henri), à la Garenne-Colombes (Seine) ; MARCHAND-POUCHOT (Berthe-Lucie-Isabelle), à Viroflay (Seine-et-Oise) ; MEVEL (Maurice-Louis), à Ouistreham (Calvados); NICOLLE (Marcelle-Marie-Louise-Charlotte), à Tunis ; POREZ (Emile-François-Joseph), à Lille (Nord) ; RAFINESQUE (Félix-Gaston), à Paris ; VINCENT (Alphonse), à Sardeut (Creuse) ; Mme BÉNAZET (Thérèse), à Viroflay (Seine-et-Oise) ; Mlle HURTADO (DE) (Isabel-Maria-Thérésa), à Paris.

2° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs AIDAN (Charles), à Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise) ; ALBERTIN (Auguste), à Mézériat (Ain) ; BELLAMY (Ernest-Louis-Eugène-Pierre), à Plessala (Côtes-du-Nord) ; BLANC-PERDUCET (Marcel-Antoine), à Lyon (Rhône) ; BRONGNIART (Marcel-Georges), à Asnières (Seine) ; CAMBIER (Jules), à Lens (Pas-de-Calais) ; CAMUS (Louis-Salvator-Auguste), à Arras (Pas-de-Calais) ; CARLE (Paul-Marie-Eugène-Edouard), à Lillers (Pas-de-Calais) ; CARREZ (Pierre), à Mornant (Rhône) ; CORNIER (Jean), à Pont-Sainte-Maxence (Oise) ; CROS (Léon), à Pierre-Bénite (Rhône) ; DELECOUR (Constant-Joseph-Alexandre), à Noyelles-sur-Lens (Pas-de-Calais) ; DESCOTTES (Jules-Joseph-Paul), à Bénévent-l'Abbaye (Creuse) ; DESSAIX (Jean-Baptiste), à Bénévent-l'Abbaye (Creuse) ; DUMINIL (Jean-Léon-Louis), à Paris ; FERRIER (Pierre-Jules-Marie), à Campagne-les-Hesdin (Pas-de-Calais) ; GARDERE née CHEVASSUS (Marguerite), à Lyon (Rhône) ; GIROD (Fernand-Marie-Auguste), à Pont-Sainte-Maxence (Oise) ; GOIGOUX (Antoine-Joseph), à Dun-le-Palleteau (Creuse) ; ; GUGLIELMI (Michel), à Pont-Sainte-Maxence (Oise) ; GUILLAT (Benoît), à Saint-Jean-en-Royans (Drôme) ; HENRY DES TUREAUX (Robert-Louis-Marie-Léopold), à Le Grand-Bourg (Creuse) ; HERR (Maurice), à Grigny (Rhône) ; HERVIAULT (Louis), à Paimpol (Côtes-du-Nord) ; JACQUET (Pierre-Joseph), à Saint-Didier-sur-Chalaronne (Ain) ; JAMBON (Albert-Jacques), à Lyon (Rhône) ; KELLER (Léon-Jules-Eugène), à Saint-Cloud (Seine) ; LADURE (Louis-Henri), à Boussac (Creuse) ; LAURENT (Pierre), à Bois-Colombes (Seine) ; LECONTE (Henri), à Paris ; LEFEBVRE (Gaston), à Lens (Pas-de-Calais) ; LEFEBVRE (Maurice), à Lens (Pas-de-Calais) ; LEVY (Georges), à Lyon (Rhône) ; LHEUREUX (Louis), à Avion (Pas-de-Calais) ; MAGNIEZ (Albert-Eugène), à Reims (Marne) ; PLANAS (Jean-Manuel), à Etoile (Drôme) ; SCHAFFNER (Ernest-Henri-Frédéric), à Lens (Pas-de-Calais) ; STEPINSKI-VESSIÈRE (François), à Montigny (Seine-et-Oise) ; TESSIER (Maurice-Philippe-Paul), à Chaumont-en-Vexin (Oise) ; TRUFINET (Joséphine), à Lyon (Rhône) ; WEIGERT (Ernest), à Lyon (Rhône) ; PRIVET (Julien-François), à Viroflay (Seine-et-Oise) ; Mmes : BIARD (Madeleine-Joséphine), à Lyon (Rhône) ; ECKERT (Charlotte-Henriette), à Viroflay (Seine-et-Oise) ; ESTRAGNAT-FERRAN (Augusta), à Lyon (Rhône) ; Veuve FAVRE née ORGET (Alice), à Rouen (Seine-Inférieure) ; Veuve GONTIER née CLAIRE (Madeleine-Marie), à Maromme-les-Rouen (Seine-Inférieure) ; GRIMMER (Marie), à Paris ; REQUIEN née GOUILLON (Clotilde), à Lyon (Rhône) ; TERRASSON, née RUFFIEUX (Jeanne-Marie), à Lyon (Rhône) ; Mlles : BLOCH (Rose), à Lyon (Rhône) ; CARON (Simone), à Viroflay (Seine-et-Oise) ; COSSANCE (Maria), à Asnières ((Seine) ; FRÈRE (Marie-Josèphe), à Malaunay (Seine-Inférieure).

**Service de l'hygiène de l'enfance** (1931).

M. le Ministre de la Santé publique met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme qui vient d'être portée à 3.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions ci-après, pour leurs travaux en 1930.

*Médailles d'or* : MM. COUTURIER, sous-directeur au Ministère de la Santé publique ; SALLES, inspecteur de l'Assistance publique des Basses-Pyrénées.

*Rappels de médailles de vermeil* : MM. BILLARD, inspecteur de l'Assistance publique de la Loire-Inférieure ; HERVIEU, inspecteur de l'Assistance publique de la Vienne ; COMPIÈGNE, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Vienne ; GULLON,

inspecteur de l'Assistance publique de l'Aisne ; MARTY, inspecteur de l'Assistance publique du Cher ; DELATTE, inspecteur de l'Assistance publique du Puy-de-Dôme ; CAILLAT, inspecteur de l'Assistance publique de l'Eure-et-Loir ; PIERRE, inspecteur de l'Assistance publique de la Marne ; FRANCO, inspecteur de l'Assistance publique du Maine-et-Loire ; BOUVIER, inspecteur de l'Assistance publique du Pas-de-Calais ; SAUMADE, inspecteur de l'Assistance publique des Bouches-du-Rhône ; COUGOULE, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Garonne ; LASSORT, inspecteur de l'Assistance publique de la Charente ; COLLET, inspecteur de l'Assistance publique de l'Oise ; BREBION, inspecteur de l'Assistance publique de la Seine-et-Oise ; CASSOUTE, inspecteur de l'Assistance publique de Marseille ; ROCAZ, inspecteur de l'Assistance publique de Bordeaux ; MARENGO, inspecteur de l'Assistance publique de la Préfecture de Police ; FOSSEYEUX, de l'Assistance publique de la Seine ; ŒUVRE (L') DES TOUT-PETITS, 104, rue de l'Université, Paris.

*Médailles de vermeil* : MM. BOUSCATEL, inspecteur de l'Assistance publique du Bas-Rhin ; FAURE inspecteur de l'Assistance publique de Seine-et-Marne ; ŒUVRE (L') NOUVELLE DES CRÈCHES PARISIENNES ; LES DAMES DE LA CHARITÉ ; L'HYGIÈNE PAR L'EXEMPLE.

*Rappels de médailles d'argent* :

MM. JAILLOT, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Marne ; PIÉDAGNEL, inspecteur de l'Assistance publique du Calvados ; HUET, inspecpecteur de l'Assistance publique de l'Ain ; PARAIN, inspecteur de l'Assistance publique de la Creuse ; GUILLEMOT, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Loire ; JOBARD, inspecteur de l'Assistance publique de la Drôme ; GRUHIER, inspecteur de l'Assistance publique de la Meuse ; MILLOT, inspecteur de l'Assistance publique des Alpes-Maritimes ; FILLON, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Saône ; GARÇON, inspecteur de l'Assistance publique du Haut-Rhin ; NICOLAS, inspecteur de l'Assistance publique du Jura ; LASMAYOUS, inspecteur de l'Assistance publique des Vosges ; MAILLARD, inspecteur de l'Assistance publique de la Nièvre ; BEHRENS, inspecteur de l'Assistance publique des Côtes-du-Nord ; RONDEAU, inspecteur de l'Assistance publique de l'Ille-et-Vilaine ; PETIT, inspecteur de l'Assistance publique de l'Isère ; PERRIERE, inspecteur de l'Assistance publique de Meurthe-et-Moselle ; JAND'HEUR, inspecteur de l'Assistance publique de Belfort ; FONDET, du service de la protection de l'Enfance à la Préfecture de police.

*Médailles d'argent* : MM. LE BOULANGER, inspecteur de l'Assistance publique de la Loire ; LESPINASSE, inspecteur de l'Assistance publique du Nord ; EYNARD (A.), inspecteur de l'Assistance publique du Rhône ; MM. les Docteurs : METZGER, de Paris ; ROHMER, de Strasbourg ; LONGEVIALLE, de Paris ; BESSON, de Paris ; LE SERVICE SOCIAL DES HÔPITAUX, section de l'Enfance ; LE SERVICE SOCIAL DES HÔPITAUX, section de la Maternité ; M. et Mme DEVILLERS, de Guise.

M. Devillers, prisonnier de guerre, est décédé. M. et Mme Devillers sont retournés dans les pays envahis pendant les trois dernières années de l'occupation et se sont occupés activement de la protection de l'Enfance dans la région de Guise.

*Rappels de médailles de bronze* : MM. SAUTEREAU, inspecteur de l'Assistance publique de l'Allier ; BABY, inspecteur de l'Assistance publique de l'Ariège ; OUDARD, inspecteur de l'Assistance publique de l'Aube ; FRANDON, inspecteur de l'Assistance publique de Vaucluse ; GENDRE, inspecteur de l'Assistance publique de la Gironde ; BRAVET, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Savoie ; FORESTIER, inspecteur de l'Assistance publique de la Lozère ; GUISQUET, inspecteur de l'Assistance publique du Loir-et-Cher ; FAVETTE, inspecteur de l'Assistance publique du Gard ; BOURGÈS, inspecteur de l'Assistance publique du Lot-et-Garonne ; DE GRENIER, inspecteur de l'Assistance publique du Tarn ; SIMULA, inspecteur de l'Assistance publique de l'Hérault ; LORHO, inspecteur de l'Assistance publique de la Charente-Inférieure ; CHAUFOUR, inspecteur de l'Assistance publique de l'Indre-et-Loire ; PLÉE, inspecteur de l'Assistance publique de la Savoie ; MM. les Docteurs : GRENAUD, de Vichy ; RUBY, de Laon ; FELHOEN, de Neuilly-sur-Seine ; BONENFANT, de Soissons.

*Médailles de bronze* : MM. BRAVARD, inspecteur de l'Assistance publique du Morbihan ; LELIÈVRE, inspecteur de l'Assistance publique de la Sarthe ; CAMPET, inspecteur de l'Assistance publique de l'Ardèche ; MOREAU, inspecteur de l'Assistance publique de l'Yonne ; EMPÉRANGER, inspecteur de l'Assistance publique des Hautes-Pyrénées ; GRÉHANT, directeur de l'Office départemental d'hygiène sociale de la Haute-Marne ; MM. les Docteurs : SERGENT, du service de Protection de la Seine ; BÉNARD, du service de Protection de la Seine ; Mme TRONCHE, du service de Protection de la Seine ; MM. les Docteurs : HÉRAUX, de Paris ; FISCHER, de Bordeaux ; FAUCHON, de Saint-Lô (Manche) ; MOSQUET, de Saint-Hilaire-du-Harcouet (Manche) ; LAMOUROUX, de Montpellier (Hérault) ; ARQUIER, de Béziers (Hérault) ; MAS, de Lodève (Hérault) ; WORINGER, de Strasbourg (Bas-Rhin) ; FOREST, de Strasbourg (Bas-Rhin) ; M. DIEU, du Service de la Protection au Ministère de la Santé Publique ; LE PATRONAGE FRANCO-AMÉRICAIN du 14e arrondissement, Paris.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique des maladies mentales.** (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — *Cours du mois de janvier* 1931. — Sujets du cours, 9 heures à 10 heures (A 10 heures, examen des malades : Lundi 18, M. EY : Démences organiques. Aphasie. (Examen des malades par M. LACAU). — Mardi 19, M. MASQUIN : Paralysie générale et psychoses syphilitiques. (Examen des malades par M. RONDEPIERRE). — Mercredi 20, M. EY : Démence précoce. (Cours par M. LÉVY-VALENSI.) — Jeudi 21, M. EY : Schizophrénie. (Examen des malades, par M. MIGAULT.) — Vendredi 22, M. LEGUILLANT : Psychiatrie infantile. (Examen des malades par M. RONDEPIERRE.) — Samedi 23, M. MIGAULT : Suicide. Meurtre. Vols pathologiques. (Policlinique : M. le Prof. CLAUDE.) — Lundi 25, M. MASQUIN : Fugue. Vagabondage. Exhibitionnisme. Perversions sexuelles. (Examen des malades par M. LACAN). — Mardi 26, M. LACAN : Législation des aliénés. Responsabilité pénale. Exercices des droits civils. (Examen des malades par M. MASQUIN). — Mercredi 27 : Cours à l'amphithéâtre. — Jeudi 28 et vendredi 29 : Interrogations. Visite dans les salles. — Samedi 30 : Cours à l'amphithéâtre.

— **Cours de pharmacologie.** — M. René HAZARD, agrégé, a commencé ses leçons le mardi 12 janvier 1932, à 16 heures (Amphithéâtre Vulpian), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1932.

OBJET DU COURS. — Médicaments cardio-vasculaires (tonicardiaques, vasoconstricteurs, vasodilatateurs). — Diurétiques. — Médicaments aliments. — Médicaments opothérapiques. — Anthelminthiques. — Antiseptiques. — Antisyphilitiques.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale** (Professeur : M. E. BRUMPT.) — M. le Professeur E. BRUMPT a commencé le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le jeudi 7 janvier 1932, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— **Histologie**. (Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire sous la direction de M. CHAMPY, professeur.) — *Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.* — PROGRAMME. — Prélèvement et fixation de pièces (Bouin-Zenker-Regaud-Alcool.) — Méthodes d'inclusion : paraffine, celloïdine. — Coupes par congélation, méthodes qui leur sont applicables : méthode de del Rio Hortega, coloration au Giemsa. Colorations simples : Hématéine-Eosine ; Weisert-Van Gieson-Curtis. — Colorations aux couleurs d'aniline. Colorations spéciales du tissu conjonctif, picro-bleu. Coloration des fibres élastiques. — Colorations cytologiques : Hématoxyline au fer ; coloration de Prenant. — Méthodes mitochondriales et méthodes d'imprégnation du réseau de Golgi. — Méthodes spéciales pour la graisse et les lipoïdes. Méthode pour le glycogène. — Colorations vitales (rouge neutre ; bleu de méthylène ; vert Janus) — Etude du sang : Hématimétrie. Centrifugation Numération. Coloration du sang. — Méthodes spéciales du système nerveux : Méthode de Golgi. Méthodes de Cajal. Coloration des fibres nerveuses : méthodes de Weigert et analogues. — Méthodes de dissociation : rétine osmiée, nerf osmié, muscle, épithéliums. Colorations spéciales de dissociations. — Méthode de nitratation. Ses diverses applications. — Injections vasculaires et méthodes d'étude des vaisseaux. — Principe de quelques méthodes microchimiques (fer, calcium, oxydases). — Méthode de comparaison de la structure des organes pour l'histologie expérimentale. — Principe de la méthode des cultures de tissus. Préparation du plasma, des extraits embryonnaires ; ensemencement et lavage des cultures.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, au laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 1er février jusqu'au 20 février 1932.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures, au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 4). — Le nombre des élèves est limité à 20. Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscriptions est suffisant. Droit d'inscription : 250 francs.

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. A. CLERC.) — *Deuxième série* (janvier-février). — M. PASTEUR VALLERY-RADOT, agrégé : Maladies infectieuses ; M. DONZELOT, agrégé : Pathologie du myocarde.

M. PASTEUR VALLERY-RADOT a commencé ses leçons le mercredi 6 janvier 1932, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre.

M. DONZELOT, a commencé ses leçons le jeudi 7 janvier 1932, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Clinique médicale.* — M. le Professeur Bezançon a repris ses leçons le vendredi 15 janvier, à 10 h. 30.

*Programme du mois de janvier.* — 22 janvier : Le rhumatisme. Les formes généralisées du rhumatisme chronique. — 29 janvier : Les formes partielles du rhumatisme chronique.

— **Mutations dans les services d'accouchements.** — A l'hôpital Boucicaut (docteur Le Lorier), M. le Docteur Ecalle, de l'hôpital Tenon ; à l'hôpital Tenon (docteur Ecalle), M. le Docteur Guéniot, titularisé.

— **Hôpital Bretonneau.** — *Clinique infantile.* — M. H. Grenet a repris ses conférences cliniques à l'hôpital Bretonneau, le vendredi 8 janvier, à 10 h. 45.

— **Mutations dans les services d'oto-rhino-laryngologie.** — M. le Professeur Lemaitre prend le service de l'hôpital Lariboisière, et M. Halphen celui de l'hôpital Saint-Louis.

M. Ramadier assurera dorénavant la consultation de la Pitié M. Bouchet, celle de l'hôpital Ambroise-Paré ; M. L. Leroux, celle de l'hôpital Cochin, et M. Aubry, celle de l'hôpital Hérold.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Claude Bressot, de Vals-les-Bains ; du Dr Gustave Le Bon, directeur de la Bibliothèque de philosophie scientifique ; du Dr Pourtié, de Paris ; du Dr Kouteschweller, de Paris ; du Dr Lagardère, de la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne) ; du Dr Aupois, de Vire (Calvados).

— **Faculté de médecine de Nancy.** — *Prix de* 1931. — *Prix Bénit*, dit de l'internat : M. André (de Nancy)

*Prix Pierre Schmitt*, décerné à l'interne reçu le premier au concours : M. Grumillier (de Mourmelon-le-Grand).

*Prix Grandeury-Fricol* : M. Hambert (de Champagney).

*Prix Vautrin* : MM. Bodart (d'Onville), et Louyot (de Nancy).

*Prix Heydenreich-Parisot* : M. Cuénot (de Nancy).

*Prix Rohmer* : M. Barberousse (de Bléneau).

Prix de thèse (Subventions du département de Meurthe-et-Moselle et de la Ville de Nancy). — *Premier prix ex-æquo* : MM. Mosinger (de Clervaux) et Bleicher (d'Aix-les-Bains). *Deuxième prix ex-æquo* : M. Weiss (de Nancy) : Mlle Hennequin (de Colombotte).

— **L'Association de la Presse médicale française** a donné son *dîner de rentrée* le 9 décembre 1931, dans les salons du Restaurant Ledoyen, sous la présidence de M. François Latour, président du Conseil municipal de Paris, et du Professeur Maurice Loeper, son président.

Ce dîner réunissait un assez grand nombre de représentants des journaux médicaux affiliés à l'Association.

A l'heure des toasts, dans une très fine allocution, le Professeur Loeper remercie le président du Conseil municipal d'avoir bien voulu accepter la présidence de ce dîner, formant des vœux pour que ce premier contact de l'Association de la Presse médicale française avec les pouvoirs publics, soit le point de départ de réalisations pleines d'intérêt et qui ne sauraient laisser indifférents ni les uns ni les autres.

Quelques représentants des firmes de spécialités pharmaceutiques ayant bien voulu répondre à l'invitation qui leur avait été faite, le Professeur Loeper ne manqua pas de souligner la collaboration étroite qui doit se maintenir entre la presse médicale française et ceux qui, par leur effort financier, contribuent largement à sa diffusion. Il serait d'ailleurs à souhaiter que ces derniers, véritables collaborateurs, se joignent régulièrement aux réunions. Ce serait là le meilleur moyen de mieux se connaître et de conjuguer les intérêts des uns et des autres si intimement liés.

M. François Latour, dans le langage éloquent dont il a le secret, répondit aux paroles aimables du Professeur Loeper en exprimant toute sa satisfaction d'avoir fait plus ample connaissance avec un groupement qui, dans le domaine de la pensée, contribue si largement à maintenir au regard du monde entier, le prestige et le renom de la science et de la médecine françaises. Il pense que les pouvoirs publics et l'administration municipale pourraient venir en aide à la Presse médicale et à ceux qui la représentent : en étudiant avec bienveillance les intérêts de l'Association et de ses membres et en prêtant à leur défense un concours éventuel, en protégeant, chacun dans sa sphère et dans ses moyens d'action, l'industrie puissante et si utile des spécialités pharmaceutiques qui par surcroît apporte une aide indispensable à la publication et à la diffusion des périodiques médicaux.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
**R. C. Clermont 4264**
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

*Représentants de l'administration.*

M. Esquieu, chargé de mission au ministère des pensions.

M. le docteur Legendre, chargé du service des expertises médicales au ministère des pensions.

M. Morin, sous-chef du bureau au contentieux du ministère des pensions.

M. Blanchon, chef de bureau à la direction de la comptabilité publique.

M. Borrossi, chef de bureau à la direction de la comptabilité publique.

*Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.*

M. Pichot, président de l'union fédérale des Associations françaises de mutilés et réformés de la guerre.

M. Barré, membre de la semaine du combattant.

M. Delahoche, membre de la fédération nationale des mutilés et anciens combattants.

M. Hachette, membre de l'association générale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Favret, vice-président de l'union des aveugles de guerre.

*Représentants des médecins et pharmaciens.*

M. le docteur Caillaud, du Loiret.

M. le docteur Bourguignon, de la Seine.

M. le docteur Piot, de la Seine.

M. Collesson, pharmacien de la Seine.

M. Lenoir, pharmacien de la Seine.

**Sanatorium public.**

*Avis de concours pour des postes de médecin adjoint de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour quatre postes de médecin adjoint, au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Le traitement de début est fixé à 22.000 fr. et peut atteindre 36.000 fr., par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 25 janvier 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les candidats qui seront désignés devront préa-

lablement à leur nomination, être reconnus physiquement aptes à exercer les fonctions de médecin-adjoint.

31 DÉCEMBRE

**Légion d'honneur.**

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

Au titre du Ministère de l'Intérieur : M. le Dr Francq, d'Amiens.

Au titre du Ministère du Travail : MM. les Drs Lestage, de Gradignan et Paucot, de Saint-Omer.

**Enseignement de la médecine.**

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'obstétrique à l'Ecole de médecine de Nantes s'ouvrira le jeudi 20 octobre 1932 devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

**Ministère des pensions.**

*Décret du 26 décembre 1931 fixant la rémunération des médecins des services de Paris du ministère.*

Ar. 1er. — Le service médical de l'administration centrale des pensions et des services extérieurs de ce département situés à Paris, est assuré par trois docteurs en médecine, relevant de la 3e direction.

Un médecin est affecté à l'annexe de Bellechasse et deux médecins sont affectés à l'annexe de Bercy.

Art. 2. — Ces médecins reçoivent, à titre de rémunération pour leur service au ministère, une indemnité forfaitaire fixée comme suit pour chaque vacation :

Médecin de l'annexe de Bellechasse, 50 francs ;

Médecins de l'annexe de Bercy, 70 fr.

Il ne peut être effectué plus d'une vacation par jour ouvrable dans chacune des annexes susvisées.

La rémunération fixée au présent article est exclusive de toute gratification.

Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, autre que l'indemnité prévue à l'article suivant, ne peut être attribué aux médecins visés par le présent décret que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre du budget et publié au *Journal officiel*.

Art. 4. — Les médecins du ministère des pensions visitent aux fins de contrôle à domicile les employés résidant à Paris ou dans la banlieue et qui leur sont désignés par l'administration.

La rémunération attachée à chacune de ces visites est fixée aux taux indiqués ci-après :

Paris, 25 fr.

Communes limitrophes (lorsque la distance des barrières ne dépasse pas 1.500 mètres), 30 fr.

Seine :

Communes limitrophes (lorsque cette distance dépasse 1,500 mètres), 35 fr.

Communes non limitrophes, 40 fr.

Seine-et-Oise ou Seine-et-Marne :

Prix variable selon la distance avec minimum de 50 fr.

Ces rémunérations forfaitaires indemnisent les médecins de tous frais qu'ils peuvent avancer et de tous risques qu'ils peuvent courir à l'occasion des visites de contrôle. En particulier l'administration décline toute responsabilité quant aux accidents en relation avec les moyens de transport, dont le libre choix est laissé à l'entière disposition des médecins.

Art. 4. — Sont annulées toutes dispositions contraires à celles du présent décret et notamment la décision du 22 février 1928, accordant aux médecins de l'administration une indemnité pour frais d'assurance automobile.

**Service de santé de la marine militaire.**

*Avis de concours pour des emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale et pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux maritimes.*

Des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale et pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux maritimes, indiqués ci-après, auront lieu à Brest dans la deuxième quinzaine du mois de juillet 1932 à des dates qui seront fixées ultérieurement.

A. — Chargés de cours.

a) *Ecole d'application des médecins et pharmaciens chimistes stagiaires à Toulon.*

I. — Chef de travaux pratiques de bactériologie.

b) *Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux.*

I. — Physiologie et hygiène.

c) *Ecoles annexes de médecine navale.*

I. — Histologie et embryologie aux écoles annexes de Brest et Toulon.

II. — Séméiologie et petite chirurgie aux écoles annexes de Rochefort et Toulon.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les decret et arrêté des 20 et 22 décembre 1930 réglementant l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

B. — Spécialistes des hôpitaux.

Le nombre des nominations ne pourra excéder celui indiqué en regard de chacune des catégories ci-après :

a) *Concours de médecine.*

Dermato-vénéréologie : unc.

b) *Concours de chirurgie.*

Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie : une.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 21 et 23 décembre 1930 portant organisation des services hospitaliers de la marine.

# CORRESPONDANCE

## Questions médico-militaires

### 6824. — La retraite du combattant

« La carte de combattant offre le principal avantage d'une allocation annuelle du combattant, dont le montant est de 500 francs à l'âge de 50 ans, et de 1.200 francs à l'âge de 55 ans. » écrivez-vous p. 3982 du n° 52, 1931.

Il est certain que cette allocation est un des avantages que confère à ses titulaires la carte du combattant ; mais, à mon avis, ce n'est ni le seul, ni le principal, car l'allocation n'est accordée, comme vous le dites, qu'aux A. C. à partir de 50 ans.

Puis-je me permettre de vous signaler, ou de vous rappeler que la carte de combattant, et même le droit au diplôme de la médaille interalliée, dite de la victoire, permet aux anciens combattants de bénéficier des avantages conférés par la loi du 4 août 1923, complétée par la loi de finances du 30 décembre 1928, c'est-à-dire, de se constituer une retraite viagère allant jusqu'à un maximum de 6.000 francs, en effectuant des versements, à capital aliéné ou à capital réservé ? Pour jouir de ces avantages, il suffit aux titulaires de la carte du combattant, ou du diplôme de la médaille interalliée, de faire partie d'une société mutuelle de retraite d'anciens combattants, affiliée à une Union ou à une Caisse autonome. Les versements exigés par la loi sont de dix ans pour les adhérents n'ayant pas atteint l'âge de 50 ans au 30 déc. 1928 ; pour ceux nés en 1878, ou antérieurement à 1878, les versements sont diminués (ramenés à quatre ans pour les adhérents âgés de 60 ans et plus, au moment de leur adhésion).

Il existe une Société Mutuelle de retraite, composée exclusivement de médecins anciens combattants, dont le président est notre doyen, le professeur BALTHAZARD, société affiliée à l'Union des Sociétés Mutuelles de retraite des Anciens combattants et victimes de la guerre, ainsi qu'à sa Caisse autonome, 6, rue Georges Berger, Paris (XVII^e^).

Puis-je me permettre de vous demander l'hospitalité de vos colonnes, pour faire connaître notre groupement à vos abonnés ?

J'ajoute, à propos des versements, que l'Etat accorde, pour la constitution des retraites, une subvention allant, suivant l'âge des adhérents, de 25 % à 60 %.

Dr PASQUET,
Secrétaire général
de la S. M. R. M. F.
42, rue de Bretagne.

**Réponse.**

La question de la retraite du combattant a été longuement exposée dans le *Concours médical*, en 1929, pages 3409, 3635, 3863 et 3919.

Ce qui ne retire pas d'intérêt à votre lettre qui constitue un rappel opportun.

**5791. — Droit au traitement de la Légion d'Honneur**

J'ai lu dans le *Concours* que les officiers de réserve qui recevaient la Légion d'honneur avaient droit au traitement à condition d'être titulaire de la croix de guerre, quel que soit l'ordre de la citation.

Or, un de mes clients a été décoré en 1923 — ayant deux citations à la division — son titre porte : « sans traitement. »

Sur mon conseil il s'est renseigné et il lui a été répondu que les officiers de réserve ne recevaient de traitement que lorsque la Légion d'honneur leur était décernée pour fait de guerre (art. 19 de la loi de ? ?) et encore selon les disponibilités budgétaires... qui sont maigres.

Pourriez-vous élucider cette question définitivement ?

Dr V.

**Réponse.**

Depuis la loi des finances de 1930 (art. 79) la Légion d'honneur est accordée avec traitement aux officiers de réserve, blessés de guerre ou titulaires d'une citation, avec Croix de guerre, c'est-à-dire pour faits de guerre.

Cependant cette disposition légale ne possède d'effet rétroactif pour ceux qui ont été promus, antérieurement à 1931, que dans la limite des disponibilités du budget de la Légion d'honneur.

**5944. — Demande d'augmentation de pension**

Un de mes malades, pendant la guerre, a subi une pleurotomie et a vu s'installer peu à peu en même temps que de la pachypleurite de la sclérose des sommets.

Il a fait une demande d'augmentation : la commission de réforme l'a refusée, mais on lui a conseillé de faire une demande pour être examiné dans les conditions du décret du 8 août 1924.

De quoi s'agit-il ?

Dr G.

**Réponse.**

La commission de réforme n'a pu refuser d'admettre cette aggravation, si elle a conseillé à l'intéressé de faire une demande d'examen en vertu du décret du 8 août 1924.

Ce décret concerne l'indemnisation de la tuberculose pulmonaire ; il s'agit de savoir si les lésions présentées sont, ou non, de nature tuberculeuse, afin d'accorder, ou non, un taux d'invalidité de 100 %.

### 5888. — Calcul d'infirmités donnant droit à pension

Je me permets de venir solliciter quelques renseignements au sujet d'un grand blessé de guerre.

Il s'agit d'un mutilé, avec cicatrices nombreuses sur tout le corps, amputé des quatre cinquièmes de l'avant-bras gauche (il reste les surfaces articulaires du cubitus et du radius). Atrophie complète du bras correspondant avec cicatrice pectoro-sous-claviculaire de 10 cm environ (par perte de substance musculaire importante du grand pectoral) cicatrice qui empêche l'abducton et les mouvements postérieurs du moignon ; le blessé n'est pas appareillable. D'autre part au tiers supérieur du tibia gauche, cal de fracture par E O, cal qui est encore le siège de douleurs et gonflement à certains moments. En outre ce blessé présente des crises douloureuses intenses et fréquentes qui font penser à ce qu'on appelle la *causalgie* (il a été 15 nuits sans dormir.)

Ce blessé est pensionné à 95 % (nouveau barème) dont 85 % pour le bras, 5 % pour appareillage mal toléré et 5 % pour la jambe car il y a diminution de 10 % à 5 % pour la jambe à cause de l'article II qui empêche de cumuler et d'arriver à 100 %.

1° Est-il exact que ce blessé ne puisse avoir que 10 % pour la jambe ?

2° Etant donné les lésions graves du bras gauche, l'impossibilité de porter un appareil, la causalgie, la pension ne peut-elle être portée à 100 % ou tout au moins à 90 % pour l'amputation du bras au lieu de 85 % ?

Dr D.

**Réponse.**

1° Ce blessé peut obtenir plus de 10 % pour ses jambes, si cette infirmité vient à s'aggraver ;

2° On ne peut, même en cumulant des lésions sur un même membre, dépasser le taux de l'amputation pour ce membre, soit ici 65 % + 5 % (inappareillable).

Il faut faire évaluer la causalgie à part (nouveau barème) en la traitant comme une affection *générale* et non locale à un taux suffisamment élevé, afin d'arriver au *total général* de 100 %.

---

### 5938. — Conditions pour l'obtention de la carte du combattant

J'ai été mobilisé au début de la guerre, du 10 août 1914 au 25 octobre 1914, àl'ambulance no 1 de la ne division. A ce titre j'ai pris part aux combats de Belgique, à la bataille de l'Oise, à la bataille de la Marne.

Tombé malade je fus évacué le 25 octobre 1914, sur un hôpital auxiliaire de la Croix-Rouge, à L. et je partis de là en congé de convalescence de 40 jours.

A l'expiration de ce congé je fus déclaré inapte aux armées par décision de commission médicale.

A l'heure actuelle, j'ai 57 ans, je suis dégagé depuis plusieurs années de toute obligation militaire. Ayant appris par le *Concours*, que les militaires dans mon cas devaient s'adresser au chef de bureau des Archives administratives, au Ministère de la guerre je me suis adressé à ce bureau qui m'a répondu que le décret du 28 juin 1927 ne lui permettait pas de me considérer comme combattant.

Je croyais avoir lu pourtant que les ambulances divisionnaires faisaient partie des unités combattantes.

Je vous prie de bien vouloir me renseigner à ce sujet et, dans le cas où mon opinion serait exacte, de me dire à quelle autorité je dois m'adresser pour obtenir satisfaction.

Dr P.

**Réponse.**

En effet, vous n'avez pas les trois mois de séjour exigés par le décret de 1927 pour la carte du combattant.

Il faudrait, pour réussir, prouver que la maladie cause de votre évacuation a bien été *contractée* et non aggravée aux armées.

Si vous pouvez le démontrer, basez-vous sur ce fait pour adresser une réclamation à l'Office national du Combattant, en vertu de l'art. 4 du décret de 1927.

## Fiscalité

### 5983. — Déductions diverses

J'ai recours aux bons offices du *Concours* pour me permettre de répondre efficacement aux demandes que vient de m'adresser le contrôleur des contributions au sujet de mes déclarations de revenus professionnels depuis 1925 :

1° D'une manière générale il trouve mes dépenses de plus en plus élevées en comparaison de mes recettes. Ne puis-je lui répondre que mes dépenses ont progressé comme le coût de la vie depuis 1925 et que mes recettes n'ont pas augmenté en raison d'une moindre activité due à mon âge (61 ans) et à mon état de santé ;

2° Le contrôleur m'accroche sur les frais de transport. J'ai 2 autos comme beaucoup de médecins, je voyage peu en dehors de ma profession, et je défalque sur mes frais généraux d'automobile environ un dixième pour emploi familial. Est-ce suffisant ?

3° Je porte au titre de loyer professionnel une somme de 2.500 fr.; le contrôleur me rétorque que je n'ai pas de loyer à payer puisque je suis propriétaire. Est-ce là une raison valable et que me faut-il répondre à cette question ?

4° En 1930 j'ai vendu une voiture et l'ai remplacée par une Hotchkiss avec une soulte de 21.115 fr. que j'ai portée en amortissement sur la seule année 1930, au lieu de l'amortir en 5 ans. N'en ai-je pas le

droit (*Concours médical*, page 332) et cela fait-il double emploi avec l'amortissement de 18 % sur la valeur totale de la voiture neuve, valant 44.500 fr. ?

5° J'ai dû me faire remplacer à deux reprises et j'ai payé à mon remplaçant la somme de 3.520 fr.

J'ai toujours compris que les frais de remplaçant venaient en compte avec les dépenses professionnelles.

Quel est le bénéficiaire des frais de remplaçant demande le contrôleur ? C'est moi évidemment et bénéficiaire de peu de chose.

A noter que le contrôleur me demande de lui envoyer pour chaque année de 1925 à 1930 le total de mes frais d'auto qu'il avait trouvés justifiés jusqu'ici.

Dr X.

**Réponse.**

La défalcation pour emploi familial des autos est réglée par une question de fait que vous pouvez discuter en indiquant comment vous vous servez de vos voitures en famille.

Vous avez parfaitement le droit de déduire un loyer professionnel même étant propriétaire. Cette question est tranchée depuis longtemps.

Vous ne pouvez à la fois amortir annuellement et le prix de la voiture neuve et déduire en une seule fois la soulte payée, il y a double déduction d'une même dépense.

Les frais de remplacement sont des dépenses professionnelles déductibles du bénéfice, mais il faudrait indiquer au contrôleur le nom du remplaçant.

Le contrôleur peut demander un détail approximatif des frais d'auto (essence, d'après le nombre de kilomètres, garage, réparation, entretien.)

A. MARTINOT.
Conseil Fiscal.

---

**6258. — Sous location. Base de la patente**

J'ai sous-loué un sous-sol de ma villa à un ménage, avec l'autorisation du propriétaire. Naturellement, je dois établir un bail, n'est-ce pas, et le faire enregistrer et signaler à mon contrôleur des contributions directes la diminution d'autant de mon loyer pour faire diminuer ma patente de 1932. Est-ce exact ?

Dr L.

**Réponse.**

Vous pouvez sous-louer par bail, ou location verbale, déclarée à l'enregistrement si elle dépasse 1.000 francs.

Vous faites savoir à votre contrôleur que vous sous-louez pour diminuer d'autant la valeur locative, base de la patente.

A. M.

### 5883. — Base de la patente

Installé depuis quelques mois j'ai loué une maison et le propriétaire voulant me faire participer au paiement des impôts et assurances a fait insérer dans le bail une clause d'après laquelle ma part de ces charges est estimée à un prix forfaitaire de 1.000 francs.

Je viens de recevoir ma patente qui est basée non pas sur le loyer lui-même mais sur le loyer plus cette part d'impôts et assurances.

Je vous serai reconnaissant de me dire si dans ce cas j'ai droit à un dégrèvement.

Dr B.

**Réponse.**

La patente est calculée sur le prix du bail plus les charges.

Il n'y a d'exception que pour celles qui représentent le prix d'un service rendu au locataire (chauffage, fourniture d'eau, tapis, ascenseur).

A. M.

### 6317. — Impôts à la charge d'un centre médical

Je vais ouvrir d'ici peu un « centre médical consultant et traitant, et serais heureux de savoir à quelles règles fiscales je vais me trouver de ce fait astreint.

Le centre en instance va se trouver constitué du directeur qui sera moi-même et d'une assistante infirmière.

Il ne sera fait aucune hospitalisation. Le fonctionnement sera rigoureusement celui d'un cabinet médical consultant et traitant.

Dr X.

**Réponse.**

Si votre centre médical ne donne que les soins sans hospitalisation ni nourriture, il ne sera imposable qu'à la patente sur la valeur locative et à l'impôt sur les bénéfices non commerciaux.

A. M.

## Assurances Sociales

### 6703. — Affiliation des femmes de ménage

Je n'ai pas de domestiques. J'emploie plusieurs journalières qui travaillent chez moi à l'heure. Elles ne sont ni nourries, ni logées. Pendant la semaine elles travaillent également chez d'autres employeurs. Elles viennent chez moi à tour de rôle ; chacune fait trois jours.

Deux d'entre elles sont mariées et ont leurs maris (que je n'emploie pas) inscrits aux assurances sociales. J'emploie aussi, de temps en temps, pendant une journée, un ménage de plus de soixante ans. Toutes ces personnes ont formellement refusé de se faire inscrire aux assurances sociales.

Je me suis informé ; on m'a répondu que du moment qu'elles ne travaillaient pas exclusivement pour moi, je n'étais pas responsable, et que c'était à elles de se se faire inscrire *motu proprio*.

Ces jours-ci, on me fait entendre un autre son de cloche. Je devrais les faire inscrire de ma propre initiative.

On me dit que du moment qu'une femme de journée à l'heure fait plus de 90 jours par an dans la même maison, l'employeur doit la faire inscrire. Est-ce vrai ?

Dr B.

**Réponse.**

Aux termes de l'article 2 du décret du 24 mai 1930 (*Concours médical*, supplément documentaire d'octobre 1930, p. 5098), les salariés de l'un ou de l'autre sexe rémunérés à l'heure ou à la tâche pour effectuer des travaux d'ordre domestique doivent être affiliés par les soins de leur employeur s'ils n'en ont qu'un ou à leur propre diligence s'ils en ont plusieurs. Dans cette dernière hypothèse, leurs employeurs peuvent exiger de ces salariés qu'ils leur donnent décharge de cette formalité sur des formules spéciales dont le modèle a été arrêté par le Ministre du Travail.

Mais l'obtention de cette décharge n'est pas obligatoire.

## BOUTADE

**Et on dit qu'il y a pléthore ! ....**

*S'il le veut, chaque médecin français peut avoir une clientèle de* 80.000 *malades et, si cela ne lui suffit pas, une de* 320.000 ! ! Ça va ?

Alors, suivez-moi et sans me bousculer : il y en a pour tout le monde. Prenez d'abord un manuel de pathologie médico-chirurgicale ; comptez les principales maladies et groupez-les en divisions systématisées.

Moi, j'en ai trouvé une cinquantaine de spéciales et de confortables, comprenant 30 maladies médicales et 20 chirurgicales, en y incluant les varices et les hémorrhoïdes.

On peut diviser ces maladies par organes ou par diathèses.

Par organes ? On a les malades du cerveau, des yeux, du nez, des oreilles , de la gorge, des poumons, du cœur, etc., etc. ; sans compter celles du cuir chevelu, qui sont spécialisés par MM. les Coiffeurs (qui savent y faire puisqu'ils sont 150 ou 200.000 en France), ni celles des pieds dont les pédicures retirent de belles autos.

Disons donc 50 spécialités que pourraient se partager 25.000 médecins ; et chacun n'aurait pas un grand effort de mémoire à faire pour s'as-

similer une petite spécialité forcément plus comestible que les grosses d'aujourd'hui.

Il y aurait donc, en France, 25.000 : 50 soit 500 spécialistes différents qui auraient à soigner 40 millions de malades ou de « maladables (!) » ce qui ferait, pour chaque médecin un lot de 80.000 c... de payants.

Faites le calcul... j'ai pu me tromper.

Mais... car il y a forcément un mais, si, au lieu de grouper les maladies par organes, on les groupe en plus par organes x par 4 diathèses seulement (syphilis, tuberculose, cancer, rhumatisme ou arthritisme) on a alors 4 × 50 également 200 spécialités que pourraient pratiquer 125 médecins (25.000 : 200) et alors le nombre de malades potentiels que pourrait soigner chaque médecin serait de 40 millions divisés par 125 égalent 320.000. C. Q. F. D.

Hein ! qu'en dis-tu, confrère pléthorique ? ? Ça t'en bismuthe une fistule ! !

Songe que pour qu'il y ait, non pas encore pléthore, mais saturation, il faudrait qu'il y ait, en France, à raison de 4.000 malades spécialisables par médecin, 80.000 médecins Nous n'y sommes pas encore. Et puis, il resterait toujours les à-côtés... comme aujourd'hui.

Songe encore que d'une pauvre petite dent malade, qu'il y a 50 ans , on se faisait arracher ou plomber, MM. les dentistes ont extrait des tonnes d'or (de quoi en nourrir grassement 20.000) en s'installant au milieu de nous et sans diplôme, encore !

.......................................................

Ces calculs inaudiques et, je crois, inédits, me descendaient au stylo juste au moment où, faisant mes visites à pied... turellement, je faillis me faire écraser, telle une « stercorité », par un énorme camion 10 tonnes, sur les panneaux rutilants duquel je jetai un regard torve (oculo torvo) et d'autant plus mauvais que j'y vis inscrit, en immenses majuscules dorées : « *Moutarde du Vert-Pré* », Service des livraisons (ceci n'est pas une réclame, mais une louange d'autant plus piquante que j'en consomme et que le fait est authentique.)

Et je grommelai, en m'essuyant : « Passe encore pour les palaces ambulants Heudebert, les Bananes Fifres, les nouilles Papyrus, les Biscuits Apoint, les Faussecao, les Blédines Dine et tant d'autres spécialités alimentaires. Mais de la moutarde ! ! Vrai, elle me serait montée au nez, naturellement sinon accidentellement, en rageant que... il y a 320.000 clients qui ne demandent qu'à m'honorer... que nous vendons une marchandise, la santé, autrement plus chère et précieuse qu'un pot de moutarde... et que je dois aller payer mon 5e ressemelage de l'année, tout comme le facteur rural qui, heureusement pour lui, ne s'appelle pas

Dr Dorvaux, de St-Denis (Seine).

# ANTHOLOGIE

## Nouvelle année

L'an s'est enfui, noyé dans l'océan des âges,
Et laissant, après lui, plus de regrets amers,
Plus de sombres chagrins, plus de luttes sauvages,
Que de solides joies aux cœurs qui nous sont chers

Il s'est enfui, pareil au malfaiteur sinistre,
Qui nous terrasse un soir au tournant du chemin,
Et qui s'en va rejoindre au plus vite les cuistres,
Dont il est le complice, en criant : « A Demain ! »

Demain ! Quel est ce mot ? O sphinx à double image!
Es-tu le désespoir qui torture les cœurs ?
Es-tu l'inspirateur des frénétiques rages,
Qui révulsent en nous les atroces douleurs ?

Es-tu la trahison ? es-tu la maladie,
Qui voudrait nous clouer sur un méchant grabat ?
Serais-tu la misère et sa sœur la folie,
Aux multiples tourments, où l'esprit se débat ?

Ou bien, ne viens-tu pas, en messager cynique,
Nous donner à porter un écrasant fardeau ?
Es-tu le fossoyeur au rictus sardonique
Qui prépare pour nous les portes du tombeau ?

Ou qui, sachant à fond distiller l'amertume,
Entreprend d'abreuver avec le fiel du deuil
Notre être, qui pourtant jamais ne s'accoutume
A vivre sans souffrance à l'ombre du cercueil ?

Mais non ! je veux te voir sous l'aspect féérique
Plein de blanche candeur, de tons adoucissants,
Comme seul en produit le rêve fantastique,
Eclos à chaque instant dans l'âme des enfants !

Je veux trouver en toi la joie de l'espérance,
Et ses enthousiasmes, ses enchantements,
Avec les doux mirages de l'adolescence,
Avec les frénésies, les transports des amants !

Avec le renouveau de la fraîche jeunesse,
Ou du moins sa vigueur, à défaut des attraits,
Je veux que tu nous sois généreux en liesse,
Que nous en buvions le bonheur à longs traits.

Je veux que, cette fois, chassant la barbarie,
Tu fasses triompher pour toujours la bonté,
Et que la destinée à jamais nous sourie
En inondant nos cœurs de folle volupté.

Voilà ce que, pour tous, aujourd'hui je souhaite,
En acclamant ici le jour du nouvel an,
Puisse le dieu propice exaucer ma requête !
C'est là, mes chers amis, mon vœu le plus fervent.

Dr A. PERNET,
(de Clamart).

Cinquante-quatrième année N° 4 24 Janvier 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

*Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les docteurs :

**Alger** : Adda, Picard.
**Amélie-les-Bains** : Dr Alardo, J. Bouix.
**Arcachon** : Jean Doche.
**Arguel** (Doubs) : H. et J. Bon.
**Balaruc-les-Bains** (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*,)
**Bandol** : Charmot et Rozet *Maison de cure hélio-marine)* Marçon.
**Beaulieu-sur-Mer** : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
**Beausoleil** : Andoly, Gaveau, Pizard.
**Biarritz** : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
**Cambo-les-Bains** : A. Camino Colbert, Trotot.
**Cannes** : Abadie, A. H. Bourquet, adinouche, Carnette L. Dublef, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
**Cap-d'Ail** : Lyons.
**Cap-Martin** : Griffault.
**Carnac-plage** : E St-Martin.
**Cassis-sur-Mer** : Agostini.
**Chambon de-Tence (Le** : Riou.
**Chamonix** : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
**Font-Romeu-Odeillo** : Yves Eynaud (*hélioth.*)
**Fréjus** : Turcan
**Grasse** : Bossuet, Brody, Chaumet, A. Couderc.
**Hauteville** A Wigniolle.
**Hyeres** : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
**Juan-les-Pins-Antibes** : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
**La Seyne** : Grandjean J. M. Jaubert.
**Mégève** (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
**Menton** : Camaret, Griffault P. le angenhagen, Paul Ray.
**Monte-Carlo** : S Vivant,
**Nice** : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm* ), Pietri, E. Porheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
**Oran** : Paire, Maupetit.
**Pau** : Bajac, Carcy, Cornet.
**St-Didier** : A. Masquin.
**St Gervais-les-Bains** : Roux.
**Ste-Maxime-sur-Mer** : Bausset, Ficonetti.
**St-Raphaël - Valescure** : Caldagués. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon,
**St-Pierre-de-Chartreuse** : Brianes.
**Sanary-sur-Mer** : P. Gaillard.
**Toulon** : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O.R.L.* , Pignet (*urol., derm.*)
**Vernet-les-Bains** : Dr Ponson.
**Villefranche-sur-Mer** : Alfonsi-Baud.
**Villard-de-Lans** : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***
***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**
***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

N°26. — Est. Seul méd. bon poste propharm. dans import. centre agric. près gr. ville. Condit. intéress.

N° 27. — Méd. franc. 24 ans pratique, cherche emploi fixe le matin . Paris, rive gauche de préfér.

N° 28. — On dem. pour ext. ayant terminé études et dispos. matin. un emploi méd. rétribué. Meill. recomm. médic. et morales. Ecr. Mme Salomon, 15, avenue de l'Observatoire, qui fera parven.

N° 29. — Ouest. A céder pour cause santé, poste très import. d'électro-radiol,. en plein rapp. Toutes facil.

N° 30 — Sage-femme matern. Paris, 30 ans, brevet élém. dactylo, dem. emploi après-midi secrét. ou aide-clinique. Assister. accoucheur client. ville , jour ou nuit.

N° 31. — A céder : 1° Paris. Quart. élégant bien desservi, noyau de client., appartem. luxueux, 7 p. Pet. indemn. à discut.,

2° 120 km. Paris, poste pro-pharm. gros produit, maison confort. 10 p. Indemn. 30.000 ;

3° Sud-ouest. Poste demi-repos dans site agréab. (chasse, pêche) Jolie maison. Indemn. 15.000 ;

4° Centre. 130 km. Paris, excell. poste pro-pharm. gros rapp., loyer 1.500, 10 p. Prix avantag. Facil.

S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

## Renseignements

*La Colline* à **Saint-Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer. deux médecins. Prospectus sur demande.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Le **gargarisme** le plus agréable pour le syphilitique c'est la TABLETTE DE MANGAINE, grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier.

## Fête du Docteur J. NOIR

Chevalier de la Légion d'honneur

Les amis du Docteur J. Noir, Rédacteur en chef du *Concours Médical*, ont projeté de fêter sa nomination au grade de Chevalier de la Légion d'honneur en un dîner amical au cours duquel un souvenir lui sera offert.

Ce dîner aura lieu le 27 février (1). La souscription au dîner est fixée à 65 francs. La souscription au souvenir est limitée à DIX francs au maximum.

Les soucriptions devront être adressées au *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, sous la rubrique Souvenir Noir, par chèques de banque ou postaux, ou virements postaux au Compte de Chèques postaux Paris n° 167.95, le plus tôt possible, *et au plus tard le 10 février*.

Le Docteur Duchesne donnera tous renseignements utiles aux confrères qui lui en demanderont à ce sujet.

(1) Le lieu du dîner sera fixé et annoncé ultérieurement. Les souscripteurs en seront informés par un avis individuel.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **III^e anniversaire de la mort de Widal.** — Le troisième anniversaire de la mort du Professeur F. Widal a été commémoré le jeudi 14 janvier, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Professeur Bezançon, où une conférence a été faite par M. Brulé sur l'œuvre de Widal dans la question des ictères hémolytiques acquis. Des fleurs ont été déposées par les élèves et amis du regretté maître, sur sa tombe au cimetière Montmartre.

— **Assemblée générale de l'Union médicale latine (UMFIA).** — L'assemblée générale de l'Union médicale latine est fixée au samedi 30 janvier, et se tiendra à l'Hôtel Chambon, maison des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6^e), à 20 h. 3/4, très précises.

— **Cours de labo-clinique.** — *Description et interprétation clinique des syndromes biologiques étudiés au laboratoire*, par le Docteur Lucien Girard, chef du Laboratoire général de bactériologie des hôpitaux.

Ce cours commencera le lundi 1^er février 1932, à 17 h. 1/2, au Laboratoire central de l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, et continuera tous les lundis à la même heure. S'inscrire au Laboratoire central de l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

— **Prix du « Nord-Médical ».** — Le jury du concours d'urologie, fondé par le Docteur Marcel Gallois, s'est réuni, pour la lecture des copies, le jeudi 14 janvier, chez le Docteur Paul Farez, 3, rue La Boétie (VIII^e).

— **Maison départementale de Nanterre.** — Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : Mlle Laporte (Simone), MM. Carrié, Hamel, Martin (André), Ingrand, Gruchet (Wilson), Gossart.

Internes provisoires : MM. Valet, Abrassart, Blanguernon.

— **Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.** — *Internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires sera ouvert le lundi 15 février 1932, à l'hôpital Bon-Secours, 66, rue des Plantes, Paris XIV^e.

Les étudiantes en médecine sont admises à ce concours.

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques : une écrite comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points ; une orale comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Les internes en fonctions prennent à l'hôpital le repas de midi. Ils reçoivent un traitement annuel de 5.600 fr., 5.900 fr., et 6.200 fr. Renseignements : 66, rue des Plantes, les mardi et vendredi de 14 à 17 h.

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis (Seine).** — *Concours d'internat.* — Un concours pour cinq places d'internes titulaires aura lieu à l'hôpital-hospice de Saint-Denis, les lundi 1er et mardi 2 février 1932.

Sont seuls admis à prendre part au concours, les étudiants et étudiantes en médecine, français ou naturalisés français, pourvus d'au moins 16 inscriptions nouveau régime et âgés de moins de trente ans au premier janvier de l'année du concours.

La liste d'inscription sera close huit jours avant l'ouverture du concours.

Renseignements : 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis.

— **Hôpitaux de Marseille.** — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

*Internes titulaires* : MM. Jouve, Arnaud, Murat, Escarras, Capus, Artaud, Sarradon, Tissot, Donnet, Ponthieu.

*Externes en premier* : MM. Granjon, Sivan, Le Forestier, Mingardon, Vague, Ventre, Bouillon, Haimovicci, Salme et Provansal.

*Externes* : MM. Guidoni, Soyer, Paluel, Ho Ta Khanh, Henry, Lumbroso, Mockers, Haim, Lombard, Prudhomme, Valles, Berte, Chabœuf, Michel, Daniel, Offant, Le Flem, Caubet, Authié, Foucard, Colieter, Munter, Campestre, Zananiri, Rastit, Lassays, Gariel, Poucel, Bausset, Mlle Cantin, MM. Colonna, Waskovit, But, Monod, Mistral, Le-Ba Kim, Aviérinos, Ferrand, Chauvin, Sérafino.

— **Dispensaires antituberculeux du Pas-de-Calais.** — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux du Pas-de-Calais

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Le registre d'inscription reste ouvert jusqu'au 20 février.

— **Sanatorium des P. T. T. de Montfaucon.** — *Avis de concours.* — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin adjoint au sanatorium de la Fédération des P. T. T. de Montfaucon (Lot).

Outre les avantages en nature et le traitement ordinaire des médecins adjoints des sanatoriums publics, le titulaire recevra une indemnité de 4 à 5.000 francs suivant la classe à laquelle il aura été nommé.

Adresser les demandes et les dossiers au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

— **Légion d'honneur.** — Nous sommes heureux d'annoncer la promotion au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre distingué confrère, le Dr Barbanneau, de Pouzauges (Vendée).

— **Distinction honorifique.** — Le Docteur Paul Sollier, secrétaire du Comité scientifique franco-hollandais, vient d'être nommé *Commandeur dans l'ordre Nationnal Orange-Nassan.*

A notre maître et ami, nos bien amicales félicitations.

— **La Caravane universitaire** (G. Roy, professeur au collège de Gaillac-sur-Tarn). — Voyage en Corse : 25 mars-1er avril. Prix : 1.085 francs. — Voyage en Espagne : 25 mars-2 avril. Prix : 1.300 francs. — Voyage des Trois Volcans. Naples. Messine. Etna. Rome : 25 mars-2 avril. Prix : 1.700 francs. et 1.856 francs.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

30 DÉCEMBRE

**Stations hydrominérales et climatiques.**

*Liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier* 1932 (*loi du* 24 *sept.* 1919 *art.* 1er *et décret du* 4 *mai* 1920, *portant règlement d'administration publique, en exécution de la loi du* 24 *septembre* 1919, art. 86).

III. — *Stations climatiques* (*Suite*).

Menton (Alpes-Maritimes), 7 novembre 1919.
Malo-les-Bains (Nord), 21 mars 1921.
Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine), 21 mars 1921.
Annecy (Haute-Savoie), 21 avril 1921.
Trouville-sur-Mer (Calvados), 12 mai 1921.
Houlgate (Calvados), 12 mai 1921.
Beausoleil (Alpes-Maritimes), 27 mai 1921.
Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), 21 juin 1921.
Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), 4 août 1921.
Bastia (Corse), 13 août 1921.
Durtol (Puy-de-Dôme), 13 août 1921.
Etretat (Seine-Inférieure), 13 août 1921.
Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.
Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.
Paramé (Ille-et-Vilaine), 13 août 1921.
Sainte-Maxime (Var), 11 mars 1922.
Villers-sur-Mer (Calvados), 11 mars 1922.
Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Beaulieu (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Grasse (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Pornichet (Loire-Inférieure), 11 mars 1922.
Royan (Charente-Inférieure), 29 juin 1922.
Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine), 29 juin 1922.
Ouistreham (Calvados), 28 mars 1923.
Les Sables-d'Olonne (Vendée), 7 avril 1923.
Alger (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Eugène (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados), 30 juillet 1923.
Bandol (Var), 31 juillet 1923.

Hauteville-en-Bugey (Ain) (1), 26 avril 1924.
Grau-du-Roi (Gard), 26 avril 1924.
Palavas-les-Flots (Hérault), 26 avril 1924.
Luc-sur-Mer (Calvados), 25 avril 1924.
Escoublac-la-Baule (Loire-Inférieure), 1er juillet 1924.
Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées), (1), 21 août 1924.
Quiberon (Morbihan), 17 décembre 1924.
Lion-sur-Mer (Seine-Inférieure), 21 janvier 1925.
Dieppe (Seine-Inférieure), 21 janvier 1925.
Soulac-sur-Mer (Gironde), 21 janvier 1925.
Stella-Plage (Pas-de-Calais), commune de Cucq, 8 juillet 1925.
Granville (Manche), 16 mars 1926.
Châtelaillon (Charente-Inférieure), 3 juin 1926.
Langrune-sur-Mer (Calvados), 7 juillet 1926.
Bugeaud (Constantine), 17 juillet 1926.
Le Pouliguen (Lore-Inférieure), 2 mars 1927.
Hardelot-Plage, commune de Neufchâtel (Pas-de-Calais), 9 avril 1927.
Yport (Seine-Inférieure), 27 avril 1927.
Sables-d'Or-les-Pins, commune de Pléhérel (Côtes-du-Nord), 27 juillet 1927.
Bidart, section de la Place et d'Ilbarritz (Basses-Pyrénées), 9 août 1927.
Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), 23 mai 1928.
Cayeux-sur-Mer (Somme), 23 mai 1928.

(1) Station de cure.

Saint-Georges-de-Didonne (Charente-Inférieure), 23 mai 1928.
Saint-Martin-Vésubie (Alpes-Maritimes), 23 mai 1928.
Vence (Alpes-Maritimes) (1), 19 juillet 1928.
Guéthary (Basses-Pyrénées), 23 janvier 1929.
Saint-Cergues (Haute-Savoie), 15 février 1929.
Sanary (Var), 12 mai 1929.
Anglet, fractions de territoire de la commune (Basses-Pyrénées), 23 mai 1929.
Langogne (Lozère), 23 mai 1929.
Lompnes (Ain), (1), 23 mai 1929.
La Ciotat (fraction de territoire de la commune (Bouches-du-Rhône), 5 août 1929.
Cassis (Bouches-du-Rhône), 17 février 1930.
Falaises-d'Arcole, fraction de la commune d'Arcole (Algérie), 17 février 1930.
Noirétable (Loire), 17 février 1930.
Soorts-Hossegor (Landes), 17 février 1930.
Passy (Haute-Savoie) (1), 3 avril 1930.
Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord), 6 avril 1930.
Saint-Julien-en-Genevois (Haute-Savoie), 10 août 1930.
Aïn-el-Turck (Algérie), 10 août 1930.
Villard-de-Lans (Isère), 21 août 1930.
Saint-Briac (Ille-et-Vilaine), 18 avril 1931.
Saint-Gingolph (Haute-Savoie), 18 novembre 1931.

(1) Station de cure.

1er Janvier

**Légion d'honneur.**

Par décret du 30 décembre 1931, sont promus ou nommés, dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 17 juillet 1931, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent, susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 70 de la loi du 16 avril 1930 : *avec traitement* :

*Au grade de chevalier*

Gougis, méd. lieut. honor.

Par décret du 30 décembre 1931, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent (décorations *sans traitement*) :

*Au grade d'officier*

Lacat, méd. cap. honor.

*Au grade de chevalier*

Temin, méd. cap. hon ; Leroy, méd. cap. honor.

Par décret du 30 décembre 1931, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931 les militaires de réserve dont les noms suivent, susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930 : *avec traitement* :

*Au grade d'officier*

La Mouche, méd. comm. 8e rég. ; Joke, méd. comm. 2e rég. ; Delage, méd., comm. 15e rég. ; Bassaget, méd. comm. 15e rég. ; Garnier, méd. comm. rég. Paris ; Adam, méd. comm. 7e rég. ; Rouch, méd. comm. 7e rég.

*Au grade de chevalier*

Médecins.

Izard. méd. capit., 17e rég. ; Brunel, méd. capit., 16e rég. ; Verlac, méd. capit., 2e rég. ; Baudry, méd. comm., 6e rég. ; Monier, médec. capit., 4e rég. ; Cazaillet, méd. lieut., 18e rég. ; Le Comte, méd. capit., 1re rég. ; Crépin, méd. lieut., 2e rég. ; Coqueret, méd. capit., 3e rég. ; Lavedan, méd. lieut., rég. Paris ; Oudot, méd. capit., 10e rég. ; Thomas, méd. lieut., A. E. F. ; Dauthuile, méd. comm., 1re rég. ; Gatineau, méd. lieut., 9e rég. ; Tuffery, méd. capit., 16e rég. ; Goiffon, méd. capit. rég. Paris ; Gaujoux, méd. capit., 15e rég. ; Gavard, méd. cap., 9e rég. ; Mistral, méd. capit, 17e rég. ; Goujat, méd. capit., 7e rég. ; Ravaut, méd. capit., rég. Paris.

Giret, méd. lieut., rég. Paris ; Fidon, méd. comm., rég. Paris ; Priou, méd. capit., 9e rég., ; Boscq, méd. capit., 17e rég. ; Prunier, méd. cap., rég. Paris ; Letulle, méd. lieut., rég. Paris ; Seulliet, méd. capit., 13e rég. ; Viard, médecin capit., 2e rég. ; Franchin, méd. lieut., 15e rég. ; Kahn, méd. capit., rég. Paris ; Bret, médecin capit., 7e rég. ; Mauger, méd. capit., 11e rég. ; Thibault, méd. capit., 20e rég. ; Giret, médec. capit., 16e rég. ; Boisseau, méd. capit., 18e région ; Mailhes. méd. lieut., 15e rég. ; Wery, mé-

decin capit., rég. Paris ; Durville, méd. capit., 6e rég.

Blanc, méd. capit., 15e rég. ; Marquet, méd. capit., 5e rég. ; Dumousseau, méd. capit., 18e rég. ; Lafay, méd. lieut., 15e rég. ; Martin, médecin, capit., 14e rég. ; Blanches, méd. capit., 17e rég. ; Blanchard, méd. lieut., 7e rég. ; Vernie méd. capit., 4e rég. ; Peyrot, méd. lieut., 12e rég. ; Schill, méd. capit., rég. Paris ; Faige, méd. lieut., 12e rég. ; Brizard, méd. lieut., rég. Paris.

Jacobsohn, méd. capit., rég. Paris ; Gerbier, méd. capit., 13e rég. ; Pierson, méd. capit., 7e rég. ; Placet méd. capit., 19e C. A. ; Darrasse. méd. capit., 18e rég.; Lombard, méd. comm., 19e C. A. ; Lermercier, méd. capit., 10e rég. ; Duvelleroy, méd. capit., Paris ; Lapeyre, médecin comm., 16e rég. ; Bernard, méd. lieut., 6e rég., ; Saltet de Sablet d'Estières , méd. capit., 3e rég. ; JoyesNouguier, méd. lieut., 15e rég. ; Lebouvier, méd. lieut., 2e rég. ; Courtier, méd. cap., 14e rég. ; Bidault, méd. capit., 7e rég. ; Broca, méd. lieut., rég. Paris ; Lerouge, méd. capit., 1re rég.

Tassigny, méd. lieut., 3e rég. ; Chollet, méd. lieut., 11e rég. ; Abou, méd. cap., 19e C. A. ; Gallouedec, méd. lieut. 4e rég. ; Coudray, méd. cap., rég. Paris ; Penther, méd. lieut., 11e rég. ;Chatenoud, méd. lieut, 13e rég. ; Bibard, méd. lieut., 3e rég. ; Hippert, méd, capit., 20e rég. ; Duffet, méd. lieut., rég. Paris ; Quesnel, méd. lieut., 3e rég. ; Deschamps, méd. capit., 2e rég. ; Mirgon, méd. capit., 19e C. A. ; Ollivier, méd. lieut., 10e rég. ; Dupuy, méd. lieut. rég. Paris.

Gotty, méd. lieut., 14e rég. ; Comte, méd. capit., 15e rég., Delorme, méd. lieut., 14e rég. ; Picheire, méd. capit., 16e rég. ; Ray, méd. capirt. , 15e rég. ; Poulin, méd. capit., 18e rég. ; Colleri-Leduc. méd. capit., 18e rég. ; Dupré, méd. capit., 17e rég. ; Raoul, méd. lieut., rég. Paris ; Lubin, méd. lieut., rég. Paris; Balme, méd. lieut., 14e rég. ; Briend, méd. sou-lieut., 10e rég. ; Lakrget, méd. lieut,. rég. Paris ; Jubert, méd. lieut. rég. Paris ; Plazenet, méd. lieut., 13e rég. ; Hermann, méd., lieut., 19e C. A. ; Huet, méd. lieut., rég. Paris ; Bonnecaze, méd. lieut., 8e rég. ; Romieu, méd. capit., 15e rég. ; Jeannemey, méd. capit., 18e rég. ; Vautrin, méd. sous-lieut., 1re rég. ; Sarlabous, médecin capit., 18e rég. ; Panis, méd. lieut., 6e rég. ; Matry, méd. lieut., 2e rég.

Troupes coloniales :

Fauchet, méd. cap. 15e région.

Par décret du 30 décembre 1931, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, les militaires des réserves dont les noms suivent (décorations sans traitement) :

*Au grade de commandeur*

Corps de Santé militaire

Du Roselle, médec. gén., sect. rés.

*Au grade d'officier*

Médecins.

Berchoud, médec. command., 14e rég. ; Henry,

médec. command. 3e rég. ; Gares, médec. command., 17e rég. ; Chrétien, médec. comm., rég. Paris ; Lemaire, médec. lieut.col., 19e C. A. ; Louis, médec. command., 6e rég.

Troupes coloniales :

Monfort, méd. lieut-col. serv. santé, 10e région Motais, méd. comm. gr. Indochine.

*Au grade de chevalier*

Médecins.

Vieilledent, 1re rég. ; Lhez, méd., Maroc ; Barraud, méd. capit., 6e rég. ; Trainar, méd. lieut., 19e C. A. ; Leorat, méd. lieut., 15e rég. ; Demesy, méd. lieut. 7e rég. ; Gardes, méd. lieutenant, 15e rég.; Gaubert, méd. lieut., 17e région ; Mercier, méd. lieut., 13e région; Biar, méd. lieut., 17e rég. ; Henry, méd. lieut., 15e rég. ; Larquier, méd. lieut., rég. Paris ; Adam, méd. lieut., 5e rég. ; Picquenard, méd. comm., 11e rég.

Troupes coloniales :

Jauréguiberry, méd. comm. 18e région. ;

5 Janvier

**Enseignement de la médecine.**

Sont créés, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, les emplois suivants :

1° Un emploi de professeur titulaire d'anatomie pathologique. — Traitement : 7.500 fr. ;

2e Un emploi de professeur suppléant de médecine expérimentale. — Traitement : 3.000 fr.

**Service de santé militaire.**

Par décret du 2 janvier 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé, et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

(15 sept. 1931) Gueirard, méd. aux., 15e sect. infirm. mil. aff. 15e rég. ; (28 nov. 1931) Ligier, méd. aux., 8e sect. infirm. mil., aff. 8e région.

7 Janvier

**Enseignement de la médecine.**

Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, s'ouvrira le mardi 25 octobre 1932 devant la faculté.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

---

Un concours pour un emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le lundi 24 octobre 1932 devant la faculté de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

**Hygiène publique.**

*Avis de concours, pour un emploi de médecin inspecteur d'hygiène adjoint de circonscription dans le département du Calvados.*

Un concours sur titres aura lieu à la préfecture du Calvados vers la fin du mois de janvier 1932 pour la nomination d'un inspecteur d'hygiène adjoint qui devra entrer en fonctions le 1[er] mars suivant.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de 30 ans au moins et de 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat.)

Un droit de priorité sera réservé en faveur des médecins hygiénistes déjà en fonctions et de ceux pourvus du diplôme d'hygiène universitaire.

Les demandes, rédigées sur papier timbré, devront être adressées à la préfecture de Calvados (1re division) au plus tard le 25 janvier 1932 et accompagnées ou suivies des pièces suivantes :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de candidature devra être envoyée ;

2° Bulletin de naissance ;

3° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Extrait d'un casier judiciaire ;

5° Copie certifiée conforme des diplôme et titres universitaires ;

6° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

7° Un exposé des titres, travaux et services ;

8° Un exemplaire de ses principales publications ;

9° Un engagement, en cas de nomination :

*a*) De rester au service du département pendant une durée de trois ans, au minimum, et de renoncer à faire de la clientèle ;

*b*) De se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre, par conséquent, à aucune autre fonction ou mandat public.

*c*) De ne pas s'installer dans le département du Calvados, en cas de cessation de fonctions, pendant une période de trois ans, à dater de cette cessation.

*d*) En cas de démission ou de nomination à un autre poste, de continuer à assurer son service pendant trois mois, au minimum.

Le traitement actuel de début des médecins inspecteurs d'hygiène adjoint de circonscription est de 30.000 fr. et peut atteindre 40.000 francs, par échelons successifs de 2.000 fr. tous les deux ans.

A ce traitement viennent s'ajouter, le cas échéant, les indemnités pour charges de famille allouées aux autres fonctionnaires départementaux.

L'indemnité prévue pour leurs frais de déplacement est fixée à forfait à 18.000 fr. par an.

Les candidats classés par le jury, pourront dans l'ordre de leur classement, être appelés à remplir les postes de médecin inspecteur d'hygiène adjoint du département qui deviendraient vacants dans le délai d'une année.

Le registre d'inscription des candidatures sera clos définitivement le 5 février 1932, dernier délai.

*Voir la suite page LV-261*

# Le Docteur Julien NOIR

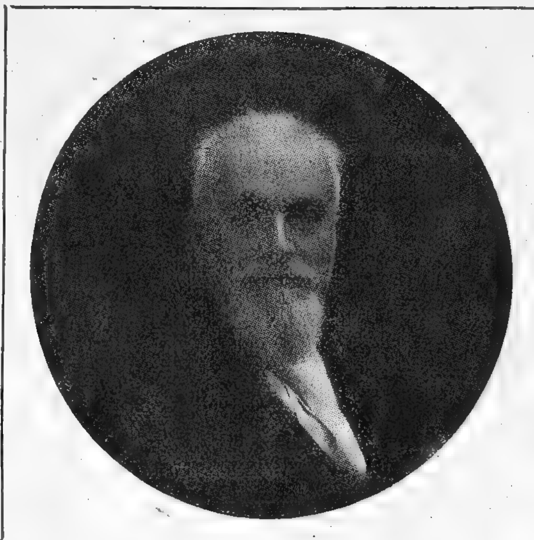
## Rédacteur en Chef du « Concours Médical »

### CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous avons eu la très vive joie de trouver, dans la promotion du Ministère de la Santé publique, publiée au *Journal officiel* du 14 janvier dernier, le nom de notre Rédacteur en chef et ami Julien Noir, nommé Chevalier de la Légion d'honneur, dans les termes suivants :

> Noir (Julien), docteur en médecine à Paris ; 45 ans de pratique médicale et de collaboration aux organismes d'assistance.

Pour ceux qui connaissent personnellement Julien Noir, tout commentaire est superflu. Ils savent quel rôle il n'a cessé — depuis ses débuts comme journaliste médical au *Progrès Médical*, et dans le Syndicalisme naissant, — de jouer dans le mouvement médical contemporain. Ils savent qu'il fut Président du Syndicat des Médecins de la Seine, Secrétaire général de l'Union des Syndicats où il déploya une activité féconde et bienfaisante. Ils savent aussi qu'il a rempli très longtemps les fonctions de Médecin du Bureau de Bienfaisance, qu'il est encore, à cette heure, Médecin inspecteur des Ecoles, qu'il fut professeur à l'Ecole d'infirmières de la Pitié, qu'il a été choisi pour représenter le Corps médical organisé dans les grandes Commissions créées pour l'application des lois sur les accidents du travail et les Pensions militaires, etc.



Pour ceux qui ne le connaissent que par ses écrits, son franc-parler et son libéralisme, coulés dans le moule de la plus parfaite courtoisie, l'ont depuis longtemps révélé comme l'un des plus ardents et des plus clairvoyants défenseurs des intérêts du Corps médical. Sa culture, son érudition, son style l'ont classé depuis longtemps comme le plus représentatif des journalistes médicaux. Ils seront surpris d'apprendre qu'il n'était pas encore décoré.

Pour ceux qui ne le connaissent pas du tout, je me contenterai de leur présenter Julien Noir comme l'une des figures les plus belles et les plus rayonnantes de notre profession ; l'une de celles qui l'honorent le plus.

J. Noir honorera pareillement l'Ordre national dans lequel il vient d'être nommé. Il n'en avait pas besoin pour être digne de tous les honneurs, ceux qui sont faits d'estime, de considération et d'affection.

*Ses collègues et ses amis se flattent d'être animés de ces sentiments et profitent de cette occasion pour lui redire toute leur amicale admiration pour son caractère et pour son action professionnelle.*

G. Duchesne.

*Voir page 208, l'Avis concernant la Fête du Docteur Noir.*

# PROPOS DU JOUR

## La répression de l'exercice illégal de la médecine : Le problème des « Guérisseurs ». — Que devient le respect absolu et intangible du secret médical ?

Nous avons le plus grand respect pour la Justice de notre pays. Les uns prétendent qu'elle est aveugle, les autres qu'elle est boiteuse. Nous nous bornerons à affirmer qu'elle est humaine, c'est-à-dire qu'elle n'est pas exempte des infirmités qui affligent notre pauvre humanité. Quoiqu'il en soit, la mentalité des juges évolue et les malheureux confrères qui ont négligé d'adhérer au « Sou Médical », savent ce qui leur en coûte de soucis et de frais si, par hasard, il arrive un accident insolite à un de leurs malades, ce malade fût-il un de leurs amis et de ce fait traité par eux gracieusement. Les magistrats, sans doute influencés par les procès constants résultant des accidents d'automobile, tendent de plus en plus à étendre la responsabilité et assimilent volontiers le chirurgien à son chauffeur. Nous sommes loin de l'époque où régnait la thèse de la faute lourde donnant seule lieu à la responsabilité du praticien, thèse du Procureur général Dupin, que défendait si éloquemment Brouardel. Actuellement, le médecin est responsable de toute faute, même légère. Il lui arrive parfois d'être condamné, même quand les experts affirment qu'il n'y a pas faute du tout. Il est de rares magistrats qui font preuve dans leurs jugements d'une ironie que nous trouverions plaisante si le sujet était moins grave. Nous pourrions citer ce juge de paix qui qualifiait un revolver d'objet de toilette, ayant sa place toute naturelle dans le sac à main d'une jolie femme à côté de la boîte à poudre et du bâton de rouge. La vente et l'usage du revolver ne sont-ils pas l'objet d'une étrange tolérance ?

Les armuriers sont loin d'être soumis aux mêmes obligations draconiennes que les médecins, et les pharmaciens pour la prescription et la délivrance de stupéfiants. Le revolver cependant paraît faire en France plus de victimes que la morphine et la cocaïne réunies.

Mais la boutade de ce juge de paix humoriste cède le pas au jugement d'un tribunal qui n'admet pas de responsabilité pour les fautes, lourdes, d'un rebouteux. Déboutant de sa plainte un père de famille dont l'enfant avait été estropié par l'empirique, il condamnait le premier à un franc de dommage-intérêt pour le préjudice moral causé à l'auteur responsable de l'infirmité ; bien plus il donnait acte à ce rebouteux de la présence de l'avocat du Syndicat médical de la région, dans le cas où le dit guérisseur désirerait intenter aux médecins une action en dommages-intérêts. Ce jugement qui, dans un de ses attendus, reproche au père d'être resté quinze jours sans avoir conduit de nouveau son enfant au rebouteux, ne s'explique que par la notoriété étrange dont jouissait ce dernier dans la région, et qui impressionnait les magistrats eux-mêmes et le leur rendait sympathique. Ce singulier procès pose nettement une fois de plus le *problème des guérisseurs* tel que notre distingué confrère, le Dr Maurice Igert, l'a instruit, il y a quelques mois dans un livre fort intéressant (1).

Le Dr M. Igert sépare les guérisseurs des exploiteurs vulgaires et des charlatans. Pour lui, est guérisseur « tout individu qui s'inspire d'un sentiment *mystique* quel qu'il soit, religieux ou non, pour exercer des pratiques curatives. »

Les guérisseurs ont une signification sociale, répondant au mysticisme collectif qui est la persistance de la mentalité des primitifs, mentalité combattue par les conquêtes du rationalisme. Le « don de guérir » est envers et contre tout une fonction sociale particulière, c'est un pouvoir occulte qui repose sur l'insurrection du mysticisme latent de la foule contre le rationalisme scientifique.

Le guérisseur subit l'influence et répond aux tendances mythomanes des foules qui sont en quelque sorte la persistance d'une mentalité ancestrale lointaine. L'homme primitif, le sauvage, l'enfant des civilisations modernes sont en proie aux croyances mystiques que parvient à atténuer, sinon à faire disparaître, l'éducation rationaliste et scientifique. Le guérisseur est doué d'une prédisposition favorable pour répondre à ces croyances mystiques qui sommeillent et parfois se réveillent dans le milieu social.

(1) Dr Maurice Igert. — Le problème des guérisseurs. Dessins de P. Igert. Vigot, frères édit. Paris, 1931.

Le Dr Igert divise les guérisseurs mystiques en débiles intellectuels et sentimentaux et en intelligents.

Tous sont indiscutablement sincères et crédules, mais parmi les intelligents ; les uns sont désintéressés, les autres plus nombreux ne dédaignent pas les avantages matériels qui, la sottise humaine aidant, peuvent devenir considérables.

Le guérisseur mystique intelligent répond d'emblée à toutes les sollicitations effectives. Il ne soumet pas les faits à la critique de sa raison et si son intelligence intervient, c'est pour servir à légitimer sa croyance.

Le guérisseur mystique débile est un *minus habens* qui n'a pas d'organisation systématique de ses actes, mais qui se livre à des superstitions incohérentes ; s'il a recours à des rites religieux ou occultes, il le fait d'une façon désordonnée et un vrai religieux taxerait sa pratique de sorcellerie.

M. Igert cite un grand nombre d'exemples très intéressants de guérisseurs de ces divers ordres. Certains sont des psychopathes, des hystériques, des persécutés, des paranoïaques, comme par exemple le fameux Zouave Jacob. Il en est qui se découvrent tout à coup le pouvoir de guérir, finissent par se persuader qu'ils possèdent ce don. Désintéressés d'abord, ils finissent par se laisser gagner par l'*auri sacra fames* et alors, montrent une grande ingéniosité commerciale dans l'exploitation de la crédulité publique.

« On dit que ce n'est pas celui qui coupe le foin qui le mange, disait une fameuse guérisseuse dont les procès occupèrent la presse pendant des mois ces dernières années. Eh bien ! Moi je veux manger le foin que je coupe. » Et Béziat, le guérisseur d'Avignonnet qui fit courir à sa ferme tous les malades incurables du midi de la France et même des pays avoisinants, homme de bonne foi et évidemment sincère, autodidacte primaire, se disant plus ou moins ingénieur agronome et diplômé herboriste, qui était le premier surpris de ses succès qu'il ne cherchait pas à expliquer, mais qu'il constatait avec un orgueil sans affectation, après avoir longtemps guéri pour rien, délivra des tickets payants et lança avec une habileté toute commerciale des prospectus vantant son « Vitalogène », qu'il fit suivre ensuite de toute une gamme de spécialités de grand rapport.

Atteint d'hématurie avec lymphogranulomatose, il eut recours aux médecins dont il suivit scrupuleusement les conseils ; puis, se voyant perdu et désespéré, il se livra aux pratiques de la plus étrange sorcellerie.

Le guérisseur mystique est éminemment suggestible. Il est convaincu qu'il joue un rôle social. Il vit par et pour le milieu où il se trouve. La suggestibilité domine sa vie mentale.

Selon le Dr Igert, il n'y a pas de vrais ni de faux mystiques ; tous sont plus ou moins sincères, mais leur mysticisme affecte aussi des formes plus ou moins parfaites.

Le Dr Igert, abordant le problème médico-légal des guérisseurs, fait l'histoire de la répression de l'exercice illégal de la médecine et rappelle la lutte épique des médecins et des magnétiseurs, lutte à laquelle nos Syndicats médicaux paraissent avoir mis un terme.

M. Igert conclut que si « les charlatans ordinaires sont justiciables de poursuites efficaces, *les guérisseurs puisent un nouveau prestige dans une condamnation ou trouvent une référence officielle dans un acquittement.* »

L'impuissance de la répression à leur égard tient à la nature mystique de leur fonction qui répond à un besoin de merveilleux qui domine les foules. Souvent aussi, le guérisseur ne prescrit pas de traitement et ne réclame pas d'honoraires, ce qui désarme les juges et les faits acquitter ou condamner à des peines infimes. Souvent, le guérisseur mystique est un inconscient et de ce fait irresponsable, au sens pénal du mot, de son influence sociale nocive. Il n'en est que plus dangereux. Mais tous les arguments que donnent les médecins reposent sur des raisons et sont sans effet au regard des sentiments collectifs dont bénéficient les guérisseurs, sentiments qui sont autrement puissants.

Me M. Garçon d'accord avec un Congrès spirite, émettait un avis tendant à faire utiliser par les médecins l'influence indiscutable de certains guérisseurs sur certains malades. Le guérisseur d'Avignonnet Béziat a répondu très logiquement à cela en disant un jour : « Ne vous y trompez pas ; le public aime le merveilleux, l'inattendu, et du jour où on me sentirait couvert par un docteur, je n'aurais plus le même prestige et mes clients diminueraient. »

Cette réponse, parfaitement sensée, de ce guérisseur intelligent nous rappelle l'histoire de la fontaine Saint-Hilaire près de Matagne-la-Petite, histoire que nous avons jadis rapportée (1). A cette fontaine, voisine de Givet en Ardennes, couraient se baigner les malades atteints de plaies suppurantes, d'eczémas rebelles, d'ulcères vari-

(1) J. Noir. — La ville de Givet en Ardennes. De quelques préjugés, superstitions, sanctuaires et pèlérinages à attributions curatives dans la région des Ardennes. *Progrès Médical*, 1905.

queux. Certains, atteints de maladies internes, buvaient sans dégoût cette eau infecte. Les miracles étaient nombreux. Un nouveau curé vint à Matagne ; écœuré par ce spectacle, il fit réparer la source, séparant la piscine de la buvette. Hélas ! les fidèles abandonnèrent la source qu'ils jugèrent désormais inefficace. « Il a gâté notre source », disaient les paysans en regardant leur curé de travers. Là, comme pour les guérisseurs, la mystique n'a rien de commun avec la raison.

Le Dr Igert propose une conduite médico-légale aux syndicats médicaux dans la répression de l'exercice illégal de la médecine :

Cet exercice illégal peut être le fait de charlatans ou de mystiques débiles et de guérisseurs intelligents. « Vis-à-vis des premiers, la répression garde toute sa valeur ».

Vis-à-vis des débiles, le Dr Igert conseille une expertise médico-légale le jour de l'audience, permettant d'établir en public leur ineptie et de montrer tout le ridicule de leurs conceptions et de leurs pratiques.

Pour les guérisseurs intelligents, il faut agir avec prudence, s'assurer, comme le conseille le Prof. Balthazard, de leur esprit commercial, des revenus importants qu'ils retirent de leur exercice et muni de documents nombreux et sûrs, demander une répression énergique et des dommages-intérêts élevés. Il y aurait encore la répression telle que la comprend la loi italienne du 23 juin 1927 sur la discipline des auxiliaires des professions médicales : lors de la première poursuite, une amende relativement légère et, en cas de récidive, une condamnation sévère à 15 ou 30 jours de prison et à une amende de 500 à 1.000 lires.

Nous avons personnellement une opinion qui n'est pas celle de tout le monde sur l'exercice illégal de la médecine. A notre avis, ce ne sont pas les syndicats médicaux qui devraient poursuivre, car il ne faudrait pas rabaisser la répression d'un danger social à un dommage, toujours plus ou moins discutable, causé à une profession.

Le parquet devrait systématiquement poursuivre charlatans et guérisseurs, les uns coupables d'escroqueries, les autres comme contrevenant à la protection de la santé publique.

Mais il faudra là encore que la mentalité des magistrats évolue et qu'ils ne se bornent pas à considérer les médecins instruits comme responsables des fautes même légères qu'ils peuvent commettre et les rebouteurs ignorants comme irresponsables à cause même de leur ignorance, qu'ils ne poussent pas encore la bienveillance jusqu'à allouer au rebouteux, objet d'une plainte, des dommages-intérêts pour le préjudice moral qui lui est porté par les poursuites.

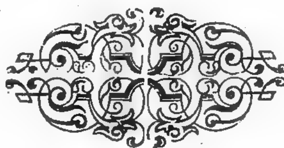
J. Noir.

***

Notre pauvre secret professionnel, proclamé mille fois intangible et inscrit dans la charte du corps médical français, subit, avouons-le, bien des accrocs. A propos de la maladie du regretté ministre de la Guerre, M. A. Maginot, tous nos confrères ont pu lire et relire les bulletins de santé très précis indiquant le diagnostic et précisant l'évolution de la maladie. Le cas de M. Maginot est récent, mais n'est pas unique. Il est habituel et il n'est pas un homme ayant quelque notoriété, dont les tares ne soient affichées, commentées dans la presse et dans les conversations publiques et privées, s'il a le malheur de tomber malade.

Que pensent de ces mœurs relativement nouvelles les fougueux défenseurs du secret médical, qui poussent jusqu'à l'absurde son respect par le *praticien* ?

J. N.



# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU

### Cellulites et thrombo-phlébites orbitaires (1)

Professeur F. TERRIEN

Je voudrais insister aujourd'hui sur certaines affections inflammatoires de l'orbite d'un intérêt particulier, car elles menacent non seulement la vue du malade, mais encore sa vie.

Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, elles sont consécutives à des lésions du voisinage et, dans certains cas, l'infection peut être apportée à l'orbite d'un foyer très éloigné ; il s'agit alors d'une embolie microbienne.

Tout ceci rend souvent le diagnostic de ces affections très difficile.

Avant de faire l'étude de ces lésions, il est utile de se rappeler les relations anatomiques de la région de l'orbite.

L'orbite est entourée de lacis veineux et de cavités pneumatiques qui communiquent avec la cavité nasale. La circulation veineuse de l'orbite, d'une très grande richesse, se collecte dans deux veines : ophtalmiques (supérieure et inférieure) qui communiquent largement, en avant, avec la veine faciale et, en arrière vont se jeter dans le sinus caverneux.

Les veines ophtalmiques s'anastomosent largement avec les veines péri-orbitaires, avec celles des cavités voisines, avec les veines frontales, les plexus temporal et massétérin, ainsi que les plexus pharyngiens. Les lymphatiques de cette région sont aussi très abondants et forment de vastes anastomoses.

Il est alors facile de comprendre combien facile sera l'infection du tissu orbitaire à la faveur de suppurations de voisinage, souvent même particulièrement bénignes : en avant ce seront des plaies du cuir chevelu ou des exulcérations de diverses natures, mais surtout ce sont les furoncles du nez, du sourcil, du front, de la tempe et de la lèvre supérieure qui présentent une particulière gravité. C'est là un fait connu depuis bien longtemps ; citons encore les abcès du pharynx, angines, amygdalites, etc. ; plus rarement ce seront des opérations sur la lèvre, ablation de cancroïde, etc. Mais, d'une manière générale, plus les inflammations de la face ou des cavités siègent loin des branches veineuses de la faciale et moins elles se compliquent de phlébite ophtalmique.

On connaît différentes variétés des affections inflammatoires de l'orbite. Nous étudierons successivement : la cellulite orbitaire, le phlegmon de l'orbite, la thrombo-phlébite orbitaire.

La CELLULITE ORBITAIRE est l'infection du tissu cellulaire de l'orbite. Lorsque l'infection cellulaire est localisée, on parle de phlegmon de l'orbite. Si les veines de la région orbitaire participent à l'inflammation, il s'agit de la thrombo-phlébite orbitaire.

Les symptômes sont sensiblement les mêmes pour les trois types envisagés. Ce sont : inflammation, exophtalmie inflammatoire, œdème, atteinte plus ou moins rapide de l'œil.

Nous pouvons donc observer l'infection inflammatoire de l'orbite sous trois formes différentes : tantôt elle se présente comme une cellulite, d'autres fois, comme un phlegmon, ou encore comme une thrombo-phlébite. Voyons tout d'abord *les cellulites orbitaires.*

CELLULITE ORBITAIRE. — C'est l'inflammation infectieuse du tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Voici l'observation d'un malade âgé de 31 ans qui avait été envoyé à l'hôpital pour érysipèle unilatéral de la face. Le fait de l'unilatéralité de la lésion dès le début rend suspect le diagnostic d'érysipèle.

Une huitaine de jours avant son entrée à l'hôpital, le malade aurait eu un furoncle à la partie droite de la lèvre supérieure ; *il avait pressé ce furoncle* et le lendemain il voyait apparaître de l'œdème inflammatoire généralisé de la face, de l'exophtalmie.

A l'examen, pratiqué à l'hôpital, on constate une exophtalmie inflammatoire gauche très nette : l'œil malade reste figé dans l'orbite, les

(1) Leçon du 13 novembre 1931.

paupières sont tuméfiées, l'acuité visuelle est très diminuée et quelques jours plus tard, la vision de l'œil droit est nulle. Telle est l'évolution chez le malade. On lui fit un abcès de fixation (injection sous-cutanée d'un cc. d'essence de térébenthine).

La température est élevée, on note 39° et 40°. Néanmoins, progressivement tout rentre dans l'ordre, mais la vue de l'œil droit demeura perdue et on constate une atrophie absolue du nerf optique.

Ainsi les phénomènes locaux chez ce malade s'étaient manifestés par des signes inflammatoires, de l'œdème, de l'immobilité de l'œil, par l'abolition de la vision, par une hypérémie du fond de l'œil suivie d'atrophie optique. Ce malade n'est pas mort. Du reste, il en est généralement ainsi et dans les cas de cellulite orbitaire, tout se réduit à la diminution ou le plus souvent même à l'abolition complète de la vision.

La cellulite orbitaire apparaît le plus souvent à la suite de diverses affections de voisinage, ou même à la suite de lésions infectieuses lointaines.

On l'a vue souvent compliquer les sinusites, les dacryocystites, les otites, les altérations dentaires, l'érysipèle de la face ; à distance un simple panaris, par embolie microbienne, peut se compliquer d'une cellulite orbitaire ; les foyers infectieux des fosses nasales, des amygdales peuvent aussi entraîner la cellulite orbitaire. Voici une autre observation intéressante, celle d'une malade suivie avec notre collègue et ami le Dr Lesné (1). Il s'agissait d'un érysipèle chez une vieille demoiselle, érysipèle compliqué de cellulite orbitaire bilatérale ; déjà 4 jours après le début de la maladie la vision était entièrement abolie et on constatait une névrite optique qui fut bientôt suivie d'une atrophie optique bilatérale. Les symptômes généraux sont caractérisés par une fièvre intense et les symptômes locaux sont des symptômes inflammatoires. Peu à peu, tout rentre dans l'ordre et il est rare que l'infection se propage au cerveau, ou qu'on observe des phénomènes méningés.

En général, le pronostic est favorable pour ce qui est de la vie du malade. L'évolution est semblable à celle du phlegmon de l'orbite, mais, dans ce dernier cas, la lésion est localisée.

Phlegmon de l'orbite. — Ces phlegmons se rencontrent assez souvent ; ils ont les mêmes causes que les cellulites orbitaires. Si les lésions initiales sont lointaines, on ne voit que rarement le phlegmon.

Voyons maintenant avec plus de détails les symptômes de la cellulite orbitaire.

Les symptômes généraux, toujours intenses, sont caractérisés par une fièvre élevée, des nausées, des vomissements, de la céphalalgie.

Les symptômes locaux ne sont pas moins intenses : le globe oculaire est propulsé en avant et il y a de l'exophtalmie inflammatoire, due à l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire de l'orbite, du chémosis, de l'œdème des paupières, *triade symptomatique* importante pour le diagnostic.

On remarque une immobilité plus ou moins complète du globe oculaire dans la cavité de l'orbite ; l'œil reste comme figé et on l'a comparé à l'œil fixé dans de la cire.

Mentionnons quelques autres phénomènes accessoires : la pupille est dilatée, la peau est rouge, luisante, chaude, la formation de pus est tardive. L'examen du fond de l'œil montre, au début, de l'hypérémie, une papille œdémateuse, puis de l'atrophie optique. Lorsque la collection purulente se localise avec précision, c'est alors le phlegmon de l'orbite.

Le diagnostic de ces lésions est difficile. On peut les confondre avec une panophtalmie (phlegmon de l'œil), mais, dans ce cas, les commémoratifs aident à préciser le diagnostic ; le trouble visuel a été le premier symptôme qui a attiré l'attention, il a précédé les symptômes inflammatoires de voisinage du côté des paupières et de l'orbite, preuve que l'infection vient de l'œil.

On peut aussi penser à la ténonite ou inflammation de la capsule de Tenon, mais, dans ce cas, l'immobilité est moins marquée et les phénomènes généraux sont moins intenses ; enfin, il y a intégrité de la vue.

S'il s'agit de thrombo-phlébite, le plus souvent la lésion est bilatérale, les phénomènes généraux sont très intenses et la mort comme nous allons le voir, est la terminaison habituelle.

Lorsque l'infection est bien localisée, on incisera à l'endroit où la fluctuation est la plus prononcée ; si la fluctuation est imprécise et si l'on désire néanmoins inciser, on fera l'incision là où on risque le moins de léser les régions voisines, c'est-à-dire à la partie inféro-externe de l'orbite. On pratique une petite incision, peu profonde puis on pénètre avec la sonde cannelée et on draine afin de favoriser l'évacuation du pus.

Le phlegmon de l'orbite retentit toujours sur la vision, mais la lésion demeure unilatérale et le plus souvent on n'observe pas de complications du côté du cerveau.

Voyons maintenant, le troisième type des affections inflammatoires de l'orbite, la thrombo-phlébite orbitaire, autrement dit, la phlébite des veines de l'orbite.

Avant de finir l'étude de ces types de lésions inflammatoires de l'orbite, il est utile de dire quelques mots sur des phénomènes analogues

(1) F. Terrien et Lesné. — Atrophie optique et érysipèle. *Arch. gén. de médecine*, octobre 1903.

qu'on observe assez fréquemment chez les enfants à la suite de sinusite ethmoïdale ; les symptômes sont, dans ce cas, ceux de la cellulite orbitaire et revêtent une intensité très grande, mais la vision demeure respectée.

Le plus souvent, l'incision ne laisse pas écouler de pus, et l'inflammation tombe au bout de quelques jours. Le pronostic est donc généralement favorable.

THROMBO-PHLÉBITE ORBITAIRE. — Son étiologie est la même que celle des affections précédentes (lésions des sinus, des fosses nasales, du pharynx, altérations dentaires, amygdalites, furoncles de la face, voire même de simples orgelets).

La thrombo-phlébite se manifeste par des symptômes généraux et locaux identiques à ceux du phlegmon de l'orbite. Mais les symptômes généraux sont d'une intensité extrême : la fièvre est très élevée, 40 et 41°, le sujet est très prostré. Localement, on constate de la céphalalgie, de l'œdème de la face avec gonflement érysipélateux, du chémosis, de l'œdème des paupières, de l'exophtalmie (cette dernière devient assez souvent et rapidement bilatérale), il peut y avoir de la stase papillaire et la mort est la terminaison pour ainsi dire fatale.

Nous venons cependant d'observer un malade chez lequel on pouvait craindre une phlébite des veines orbitaires antérieures et qui eut la chance de guérir, avec comme conséquence amatrophie optique du côté intéressé.

Voici son histoire : le 5 septembre, ce malade vient consulter pour un furoncle de l'aile droite du nez, avec gonflement inflammatoire très accusé et on lui fit pour cela, à l'hôpital de Provins, trois piqûres de propidon.

Le 17 septembre, il entre dans le service avec une inflammation intense, un gonflement net des paupières, de l'exophtalmie, présentant tous les symptômes d'une cellulite orbitaire. Mais l'acuité visuelle du côté malade est presque normale 0,9. Les paupières sont très tuméfiées, il existe une protrusion extrême du globe oculaire qui est presque complètement immobilisé dans l'orbite avec chémosis très accusé, aspect qui fait penser à une cellulite orbitaire ou à un phlegmon de l'orbite. Mais, en aucun point de cet œdème qui est dur rouge et douloureux on ne trouve de fluctuation nette.

Le lendemain 19 septembre notre chef de clinique Mlle Braun constate dans le quadrant externe de l'œil droit une dilatation variqueuse des veines conjonctivales et épisclérales de même que des veines palpébrales.

La pression même légère sur l'œil est très douloureuse ce qui fait penser à la phlébite ; on lui fait trois injections de 3 à 6 cc. de septicémine. Mais l'œdème augmente l'œil devient de plus en plus exophtalme et tandis que la vision tombe brusquement, apparaît à la partie supéro-interne de l'orbite une collection purulente qui se fistulise le lendemain et donne issue à un pus bien lié. L'examen de ce pus montre du staphylocoque. Quelques jours plus tard il se forme une nouvelle fistulisation à la partie externe ; la perte de l'acuité visuelle à ce moment est totale. Ce malade a certainement fait des abcès de l'orbite et sans doute y a-t-il eu aussi une légère thrombo-phlébite mais le cas est loin d'être typique.

Il n'en est plus de même d'un cas très malheureux que j'ai observé tout récemment avec les Docteurs Lesage Mondor et Raiga. Il s'agissait d'une femme de 40 ans qui eut un petit furoncle à la partie moyenne du sourcil ; je l'ai vue le lendemain du jour où elle avait consulté le Dr Lesage pour son furoncle qui, du reste, ne semblait avoir à ce moment aucune gravité.

Le dimanche, jour où je voyais la malade pour la première fois, celle-ci avait 40° de température et se trouvait dans un état de prostration extrême ; elle présente une thrombo-phlébite de l'œil droit : œdème blanc des paupières moins inflammatoire que dans les cellulites mais très douloureux, douleurs intenses à la moindre pression et cet élément de diagnostic me paraît avoir une certaine valeur.

L'œdème n'est pas très dur, il est facilement dépressible ; sur la peau environnante on voit des cordons violacés formés par les veines dilatées. L'œil est presque immobile et la vue à peu près abolie ; la malade ne voit de cet œil malade que très vaguement les mouvements de la main. A gauche, il y a aussi un peu d'œdème de la paupière supérieure mais l'œil est encore indemne, bien mobile avec une bonne acuité visuelle. Toutefois l'examen ophtalmoscopique montre une papille hyperémiée. Le diagnostic ne semble pas douteux il s'agit bien d'une thrombophlébite orbitaire ayant gagné le sinus caverneux et déjà il y a participation du côté sain.

On fait la vaccinothérapie (vaccin de Renard), des injections de septicémine, on pose des sangsues. Le lendemain, la malade est tout à fait prostrée, sa température atteint 41°3. L'œil gauche présente les mêmes phénomènes que l'œil droit, la *vision est abolie des deux côtés.* L'œdème de la face est très prononcé, le pharynx est envahi.

En dépit d'une injection intra-veineuse de bactériophages proposée par M. Raiga, la malade mourait le soir même, moins de 48 heures après le début de la maladie, en dépit de ces injections, associées à la transfusion sanguine.

C'est malheureusement ainsi que les choses se passent le plus souvent. On pourrait multiplier les observations et, pour ma part, je pourrais vous en rapporter quatre autres personnelles dont une suivie avec mon collègue et ami,

le professeur Carnot, une autre avec le Dr Goulfier. Cette malade, remarquez-le, n'avait pas pressé sur son furoncle, comme l'avait fait le malade du service, dont je vous ai parlé au début de cette leçon. Notez enfin que le simple orgelet peut déterminer ces accidents graves.

Il y a huit ans, lorsque le Prof. de Lapersonne dirigeait ce service, il y observa un fait de ce genre. Un malade, à qui on avait incisé un orgelet le 26 avril, rentre dans le service le 29 avec une exophtalmie inflammatoire très accusée ; l'œil est immobile, on note des symptômes de thrombo-phlébite, du Kernig, des signes méningés ; la P. L. cependant ne donne rien de précis (liquide clair, hypertendu, 40 au Claude, pas de lymphocytes ni d'éléments microbiens ; sucre très abondant). On lui fait de l'électrargol et de l'urotropine en injections intra-veineuses. Le malade meurt le 2 mai.

A l'autopsie, on constate une congestion nette des méninges, de la thrombose veineuse, du pus en quantité considérable remplissant le sinus caverneux.

Terson père, de Toulouse, avait également observé une jeune femme qui, à la suite d'un orgelet fit une thrombo-phlébite orbitaire qui l'emporta en quelques heures. Il faut donc se méfier des orgelets, mieux vaut ne pas les inciser, tout au moins au début et les traiter par les vaccins et les applications de bactériophages.

Tels sont les symptômes de la thrombo-phlébite orbitaire. Ce sont, en somme, ceux de toutes les infections inflammatoires de l'orbite. L'œdème est moins inflammatoire, mais il est douloureux à la pression et c'est là, je crois un élément important dont il y a lieu de tenir compte pour le diagnostic.

L'immobilité de l'œil est très accusée, mais surtout les symptômes généraux sont intenses, la *température est très élevée* et le malade meurt très rapidement.

La thrombo-phlébite, si elle est malheureusement d'observation courante, est cependant la plus rare de toutes les inflammations de l'orbite. Retenez pour le diagnostic, la saillie des veines sous-cutanées qui sont dilatées, saillantes, l'évolution est très rapide, et la participation de l'autre œil qui est presque de règle. Dans nombre de cas, l'infection est transportée au côté opposé par les veines du dos du nez, mais plus souvent encore, elle passe par les voies postérieures, d'un sinus caverneux à l'autre, par l'intermédiaire du sinus coronaire et la mort est très rapide.

Les phénomènes inflammatoires, nous l'avons vu, sont très intenses et à l'autopsie, on trouve des modifications très caractéristiques.

Les veines sont thrombosées, souvent remplies de pus et les phénomènes méningés sont nets.

MM. Kalt et Blum ont rapporté un cas de thrombo-phlébite à la suite d'un furoncle non traité de l'aile droite du nez ; le malade est mort 8 jours après le début de la maladie après envahissement de l'orbite gauche. Anatomiquement, on constatait une méningite purulente de la base, avec thrombo-phlébite des sinus basilaires et des veines ophtalmiques qui étaient très infiltrées et très augmentées de volume.

Car ces veines thrombosées, comme vous pouvez le voir, sur ces coupes, empruntées à MM. Kalt et Blum, sont toujours très distendues, doublées de volume, comme injectées d'une masse solide. Leurs parois sont dures, très épaissies et on constate en même temps la participation du tissu cellulaire de l'orbite. Car la thrombo-phlébite orbitaire n'est qu'une forme particulière de l'infection des tissus de l'orbite, mais combien plus grave encore que la cellulite et même que le phlegmon de l'orbite, puisque les deux premiers menacent surtout la vue alors que la mort est pour ainsi dire la terminaison obligée de la thrombo-phlébite.

Si la cellulite et le phlegmon de l'orbite sont d'un diagnostic relativement facile et ne peuvent guère être confondus avec une ténonite (inflammation simple de la capsule de Tenon) ou avec un œdème tropho-névrotique du tissu rétrobulbaire de l'orbite, comparable aux œdèmes vaso-moteurs de Quincke, il n'en est plus de même de la thrombo-phlébite dont le diagnostic peut quelquefois demeurer hésitant au début. On se basera, pour la différencier d'une cellulite ou d'un phlegmon de l'orbite, sur son évolution beaucoup plus rapide, foudroyante, sur l'intensité des phénomènes généraux et sur la participation rapide du second œil, qui est pour ainsi dire la règle, entraînant la mort dans les quelques heures qui suivent.

Traitement. — Il demeure bien entendu très limité. La prophylaxie sera naturellement très soigneuse et on fera tout pour éviter l'inflammation et son extension. Celle-ci constituée, doit-on inciser ? L'incision peut disséminer l'infection aussi convient-il de n'inciser qu'avec prudence et quand le pus est collecté.

On recommandera tout d'abord les pansements humides avec les immunisols, les vaccins et, en particulier les bactériophages en application externe. Nous reviendrons plus bas sur leur emploi.

Dans les phlegmons, lorsque la collection est nette, il est préférable de l'ouvrir. Mais lorsque la thrombo-phlébite est constituée, en est-il de même et faut-il ouvrir ? Toutes les veines sont ici envahies ; que peut donner l'incision ? Sans doute, au début, lorsque l'infection porte sur la seule veine faciale, quelquefois même sur la veine jugulaire, la ligature de celle-ci a parfois réussi à éviter la dissémination de l'infection et à barrer le chemin aux embolies microbiennes. Mais lors-

que l'orbite est envahie, il n'y a plus à intervenir chirurgicalement.

On a alors recours aux vaccins, aux bactériophages. L'étude de ces derniers n'est pas de notre domaine, mais je vous demande cependant la permission de vous rappeler les principes et la technique de cette bactériophagie.

En 1909, Hérelle fit connaître l'existence dans l'organisme des convalescents de dysenterie bacillaire d'un principe ayant la propriété de détruire, de dissoudre en totalité les bacilles dysentériques.

Le filtrat d'émulsion de selles (filtrat sur bougie) additionné à une culture de bacilles dysentériques en bouillon rend cette culture au bout d'un certain temps, limpide ; les bacilles sont dissous. Le bactériophage provoque la lyse microbienne. Plus tard, fut démontrée la même action du bactériophage sur divers autres microbes (streptocoques, staphylocoques).

On prépare ainsi des bactériophages dont on a exalté la virulence par passages successifs et capables d'agir aussi sur d'autres microbes, tels les staphylocoques ou les streptocoques.

Ces bactériophages ainsi préparés seront employés :

*a*) En *applications locales* :

Des compresses imbibées de bactériophages sont appliquées sur la lésion ;

*b*) Raiga conseille le bactériophage *in situ* dans les cavités purulentes ; d'après cet auteur l'infection serait arrêtée très rapidement.

*c*) L'injection de bactériophages autour de la zone inflammatoire du foyer purulent est déconseillée par Raiga, car dans les tissus de voisinage, l'induration œdémateuse est extrêmement sensible à la moindre pression. L'inoculation est très douloureuse et n'atteindrait pas le but que l'on poursuit, c'est-à-dire imbiber la totalité du foyer où se multiplient les germes pathogènes.

Mieux vaut donc porter le liquide dans la zone centrale, là où pullulent les bactéries, dans un état pour ainsi dire isolé, la zone périphérique constituant en quelque sorte une zone de défense. On pourra donc faire l'inoculation dans la zone centrale au moyen de canules mousses, sans même qu'il soit besoin d'ouvrir le foyer, à moins d'anthrax diffus.

*d*) Enfin, lors d'infection généralisée, de thrombo-phlébite par exemple ou de septicémie, Raiga n'hésite pas à préconiser les injections intra-veineuses de bactériophages, qui lui auraient donné parfois de brillants résultats.

Les malades ayant reçu de la septicémine (la septicémine contient du formol) ne doivent pas être traités par les injections de bactériophages, car pour être efficace, celui-ci doit agir dans un milieu alcalin.

Raiga cite une observation rare de guérison due à l'injection intra-veineuse de bactériophages. La question est à l'étude ; on ne possède pas encore un nombre suffisant d'observations favorables pouvant affirmer la valeur absolue du bactériophage. Néanmoins, si le malade n'a pas reçu de septicémine, on pourra tenter, dans les cas désespérés, l'injection intra-veineuse de bactériophages.

Nous avons aussi recours à l'abcès de fixation. Mais le plus souvent, la thérapeutique demeure impuissante. En dépit des vaccins, des injections de propidon, de septicémine, de la transfusion sanguine, des abcès de fixation, des sangsues à la tempe, l'infection ne s'arrête pas, et la terminaison de la thrombo-phlébite orbitaire est fatale. On ne saurait donc surveiller avec trop de soin la moindre infection de voisinage, capable d'entraîner semblable complication.

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DES VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GESTATION

par Messieurs

A. Faure et J. Salucki

Médecin des hôpitaux
et de la Maternité de Vienne (Isère).

Interne des hôpitaux
et de la Maternité de Vienne (Isère),
Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie.

Depuis les dix dernières années, la question des vomissements graves de la grossesse, improprement appelés vomissements incoercibles, a fait coulé beaucoup d'encre.

Il y a beaucoup d'interprétations quand la seule, la juste est ignorée ou mal connue. Ainsi, un grand nombre d'auteurs, en France comme à l'étranger ont discuté l'étiologie, la pathogénie, le pronostic et par conséquent le traitement de cet état pathologique de la grossesse, et malgré cette foule de travaux, publications et de théories émises, la question de vomissements graves reste encore non élucidée sinon mystérieuse.

Chaque auteur, que la question de vomissements graves a particulièrement préoccupé, défend son point de vue, en se basant, bien entendu, sur ses observations personnelles et sur les résultats thérapeutiques heureux obtenus par lui,

traitements qui dans les mains des autres paraissent sans valeur et incertains.

Il en résulte, par conséquent, que le médecin praticien en face de tout ce chaos de travaux et publications, ne peut pas se faire une idée claire et exacte sur cette maladie et son traitement perd toute confiance dans toutes ces interprétations scientifiques et semi-scientifiques émises et en se trouvant en face d'un tel syndrome, il applique aveuglément un traitement qui lui paraît le plus logique et le plus efficace d'après son expérience personnelle.

Où en sommes-nous à l'heure actuelle de cette question angoissante de vomissements graves de la gestation ?

Essayons, après avoir pris contact avec les principaux travaux et publications qui ont été faits en France et à l'Etranger et d'après nos recherches personnelles d'en faire un aperçu général, nous essayerons ensuite d'en tirer des conclusions.

D'après ces travaux nous pouvons grouper quatre théories qui expliquent la pathogénie des vomissements graves de la grossesse. Ces théories sont les suivantes :

1. Théorie gastrique.
2. » nerveuse.
3. » des réflexes.
4. » toxémique.

**I. Théorie gastrique.** — Cette théorie dit que les vomissements graves de la gestation prennent leur origine dans une maladie de l'estomac.

On a incriminé l'aérophagie (Leven). Le ptyalisme, les efforts de déglutition, les éructations en série et la voussure épigastrique qu'on observe souvent chez les femmes enceintes atteintes de vomissements graves, précisent facilement l'origine aérophagique de ces accidents de la grossesse.

Cet auteur est arrivé à faire cesser ces vomissements par l'atténuation de l'aérophagie sous l'influence du traitement : atropine bromure de sodium, bismuth, combinés à la rééducation respiratoire.

La ptose gastrique, qui est très fréquente chez les femmes, est pour Leven aussi une des grandes causes de vomissements graves. On voit les vomissements disparaître par le port d'une sangle abdominale ou par le développement ultérieur de l'utérus.

Certains cas de vomissements graves trouvent leurs origines dans les gastrites, dyspepsies gastriques, ulcère ou cancer de l'estomac (Martin, Zaborszky).

D'autres auteurs comme : Lévy-Solal et Hardgès, trouvent comme cause de vomissements graves de la grossesse une lésion du carrefour sous-hépatique, une cholécystite, par exemple et ils ont vu disparaître les vomissements après tubages duodénaux.

Toutes ces lésions de l'estomac ne peuvent pas être considérées comme facteurs occasionnels primordiaux des vomissements graves de la grossesse, mais comme des causes secondaires et favorisantes.

**II. Théorie nerveuse.** — Un grand nombre d'auteurs parmi lesquels : Chazan, Ahlfeld, Braxton-Hicks, Lucas-Championnière, Doléris, Rodin, Potocki, Pousson et Dufour, pour ne citer que les plus importants, incriminent le système nerveux en général. Ainsi les névrites, le basedowisme, le syndrome de Korsakoff sont les principales causes des vomissements graves. Par contre Kaltenbach et son école (Schultze Muller et Freund), considèrent l'hystérie et la neurasthénie comme ses facteurs principaux.

**III. Théorie des réflexes.** — Cette théorie se base sur le fait anatomique que le nerf pneumogastrique qui innerve l'estomac forme des riches anastomoses avec le système sympathique qui innerve tous les viscères abdominaux, y compris l'utérus et ses annexes.

Tuschkaï en 1902 a démontré qu'il y a anastomose directe entre le sympathique abdominal ; des filets du plexus coronaire stomachique antérieur arrivent au plexus postérieur par les plexus génitaux : d'où vomissements par réflexe. Il suffit donc d'une irritation quelconque issue de l'utérus ou de ses annexes pour que les vomissements se déclenchent par réflexe. Ces irritations peuvent venir de la partie inférieure ou supérieure de l'utérus gravide (Horvitz), de la muqueuse utérine elle-même (Jaggard), des enveloppes fœtales irritées par une quantité exagérée de liquide amniotique (Kehrer). Erosion du col (Sänger). Rétroflexion ou rétroversion utérine (Grailly et Hewitt). Adhérences post-opératoires (Mueller). Maladies de l'utérus et ses annexes aggravées par la grossesse (Sutigin) et autres états pathologiques.

Cette théorie, très populaire autrefois, perd à l'heure actuelle, de plus en plus, son importance à la suite des recherches plus modernes qui expliquent tout à fait d'une autre façon la pathogénie des vomissements graves de la gestation.

**IV. Théorie toxémique.** — C'est la théorie la plus jeune et la plus à la mode. Cette théorie fut annoncée pour la première fois par Fischl en 1884 ensuite par Lindenmann en 1893 et Antouchevistch (Congrès international de Moscou en 1897).

Les partisans de cette théorie expliquent la pathogenie des vomissements graves de la grossesse dans une intoxication générale de l'organisme par des toxines produites chez la femme en état de gestation.

Les nombreuses recherches entreprises dans cette direction ont abouti à incriminer différents organes comme producteurs de ces poisons et qui les déversent dans la circulation générale en provoquant une intoxication générale de l'organisme de la femme enceinte.

Ainsi, Turenne et ses élèves incriminent le corps jaune, glande à sécrétion interne dont le produit de sécrétion quitte l'organisme avec les sécrétions menstruelles. Au cas ou la menstruation ne se fait plus (comme dans l'état de grossesse ), ces produits ne s'éliminent plus et passent dans le sang, d'où intoxication générale, d'où vomissements.

Dirmoser explique la pathogénie de vomissements graves par l'auto-intoxication d'origine intestinale.

Comme nous l'avons dit plus haut, il existe de nombreuses anastomoses nerveuses entre l'utérus et le tube digestif. Pendant la grossesse, les toxines produites irritent les terminaisons nerveuses du tube digestif et déclenchent des mouvements antipéristaltiques dont les conséquences sont les fermentations anormales et la production exagérée des poisons chimiques (Indol, scatol) qui intoxiquent l'organisme.

Par contre Dumont et Miura prétendent que les toxines gravidiques s'éliminent par l'estomac, l'irritent et provoquent les vomissements. Monin dit que ces toxines irritent les terminaisons nerveuses de la muqueuse gastrique en provoquant ainsi une hypersécrétion de sucs stomachiques qui seraient la cause des vomissements.

Pour d'autres auteurs et en particulier pour Clivio, Chempin et Starzewsky l'intoxication de la mère se fait par des toxines d'origine ovulaire.

L'œuf, en général, produit une grande quantité de toxines qui sont neutralisées par le placenta au fur et à mesure de leur production. Si cette fonction neutralisante du placenta est entravée, ces toxines passent dans le sang et déterminent l'empoisonnement général de l'organisme.

Pour Hofbauer, le placenta jouerait, en quelque sorte, un rôle analogue à celui que joue le foie en fixant et modifiant les toxines nocives formées dans l'organisme et, en les rendant inoffensives. Cette fixation et cette transformation se feraient d'après cet auteur, par le glycogène du placenta. S'il manque du glycogène dans le placenta, la transformation des toxines ovulaires ne se fait plus et celles-ci se déversent directement dans le sang.

Intoxication par des toxines d'origine syncitiale (Behm, Fieux et Mauriac).

Intoxication par des toxines d'origine spermatique (Le Lorier).

Enfin intoxication de l'organisme par suite d'insuffisance hépatique, ou hépatoxémie gravidique, théorie pathogénique annoncée par Pinard, Champetier de Ribes, Bouffe-de-Saint-Blaise.

Cette insuffisance hépatique, qu'elle soit primitive ou secondaire se manifeste chez toutes les femmes présentant des vomissements graves nettement caractérisés (1).

Cette insuffisance hépatique est prouvée par des signes cliniques : tels que le subictère ou ictère franc dans certains cas graves, par des nombreux signes tirés des examens des humeurs.

Les examens des urines montrent, dans tous les cas, la présence de sels biliaires et de l'urobiline et pigments biliaires, en outre il existe toujours de l'acétonurie (2).

D'autres témoignages de l'insuffisance hépatique doivent être trouvés dans la réalité d'une glucosurie *alimentaire*, d'une ammoniurie et d'une glucuronurie.

Cette insuffisance hépatique est également prouvée par les constatations nécropsiques. Les autopsies des femmes mortes en présentant ce syndrome ont révélé des ultérations profondes du foie : dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique (Bar), lésions comparables à celles de l'atrophie jaune aiguë (Champetier de Ribes, Bouffe de Saint-Blaise, Schickélé et autres).

Pour finir, nous voulons avec notre Maître Voron et son élève Pigeaud, insister sur la réalité et sur l'importance de l'insuffisance hépatique chez les femmes enceintes atteintes des vomissements graves.

Nous avons cherché à apprécier cette insuffisance en utilisant un nouveau moyen d'investigation des fonctions hépatiques : le *coefficient de Maillard-Lanzenberg*, ou *coefficient d'imperfection uréogénique*. Ce coefficient qui normalement est de 6 et 7 augmente d'une façon considérable chez les femmes atteintes des vomissements graves de la grossesse, et dans les formes graves il peut atteindre les chiffres 20, 25 et plus, ce qui indique que la cellule hépatique est profondément touchée, et qu'elle n'est plus apte à neutraliser les toxines gravidiques qui empoisonnent l'organisme maternel en provoquant les vomissements.

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD : *Lehrbuch d. Geburtschilfe*, 1894, p. 172. — ANTOUCHEVITSCH : *Zentrbl. f. gyn.* 1897, n° 39. — AUBERTIN : *Gazette des Hôpitaux*, mai 1922. — BAUDE, Th. de Paris, 1913. — BAISCH : *Berl. Kl. Wochenschr*, 1907, n° 11. — BEHM : *Arch. f. gyn. Md*, LXIX, n° 2. — BRU-

(1) Voir notre définition des « vomissements graves » dans notre travail : Le coefficient de Maillard comme élément de pronostic dans les « vomissements graves de la grossesse », par Dr J. Salucki. Bosc frères et Riou, éditeurs, 42, quai Gailleton, Lyon.

(2) Les recherches contemporaines ont bien montré le rôle joué par le foie dans la destruction des corps cétoniques et il paraît prouvé à l'heure actuelle que toute acétonurie est en partie sous la dépendance d'une atteinte de la cellule hépatique.

LÉ : *Presse Médicale*, juillet 1921. — CHIRAY : *Journ. Med. français*, février 1922. — CHAZAN : *Zentrbl. f. gyn.* 1887, n° 2. — CLIVIO (J.) *Zentrbl. f. gyn'*, 1902 n° 39. — CHEMPIN : *Zentrbl. f. Gyn.*, 1903, n° 20. — COUINAUD et CLOGNE : *Gyn. et obst.*, mai 1923. — CZYZEWICZ : *Lw. tyg. lek.*, 1908, nos 18-19, *Lw. tyg. lek.*, 1910, n° 6, p. 92. —DIRMOSER : *Wien. med. Wochenschr*, 1903, n° 14, et 1905, n° 4. — FISCHL : *Prag. Med. Wochenschr*, 1884, nos 3-4. — FERRU (M.) : Thèse de Paris, 1926. — FIEUX : *Presse med.* 1910, p. 741. — *Revue prat. d'obst. et péd.* 1910. — FREUND : *Deut. med. Woch.* 1907, n° 40. — GAUTHIER : *Rev. Med. Suisse Romande*, 1918 . — HOFBAUER : *Zeintsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1908, p. 258-226. — JACGARD : *Amer. jour. of obst.*, 1888. — KALTENBACH : *Zentrbl. f. gyn.* 1890, n° 49. — LANZENBERG : Thèse de Paris, 1911-1912. — LE LORIER : Leçons de la Clin. Tarnier, 1924. *Bul. soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1912, p. 334. — LEPAGE et TIFFENEAU : *Ann. de gyn. et d'obst.* 1913, p. 625. — LEQUEUX : *L'Obst.* 1910, 490. — PIGEAUD, BROCHIER et FOUILLOUZE : *Rev. médico-chirurgicale des Maladies du foie*, sept. 1929 p. 418. — PINARD : *Presse Méd.* 1910, p. 320. *Ann. de Gyn. et d'obst.* 1909. *Revue prat. d'obst. et de péd.* 1909. — POTOCKI : *Ann. de gyn. et d'obst.* 1910, p. 440. — SAUSSURE : Thèse de Nancy, 1909. — SALUCKI (J). Thèse de Lyon, 1930. — SAVY et VELLUZ : *Journ. de Méd. de Lyon*, 1926, p. 361. — STARZEVSKY : *Lw. typ, Lek*, 1906, n° 10 et *Wien. med. Presse*, 1906, nos 35-37. — TUSCHKAI : *Zentrbl. f. gyn.* 1904, n° 22 et *Berlin Kl. Wochenschr.* 1903, n° 35. — VORON et PIGEAUD : *Le Journ. de Méd. de Lyon*, 1930. — VORON, PIGEAUD et BROCHIER, : *Bull. d. l. Soc. de Gyn. et d'obst.* 1929.

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR SUR....

### la recherche de la valeur fonctionnelle du rein

D'après les travaux de MM. Pasteur VALLERY-RADOT, A. LAFFITE. et de Mlle HEIMANN (1)

*Le rein est présumé malade, ou bien le rein est malade.* Il s'agit pour le praticien de rechercher si celui-ci possède, ou non, son intégrité physiologique, — ou bien d'établir un bilan de son état physiologique, mais cela, sans s'égarer dans des recherches biologiques, qui ont certes un intérêt scientifique, mais n'ont pas un intérêt pratique pour le diagnostic fonctionnel, le pronostic et le traitement.

***

### I. — Le rein est présumé malade

Le *sujet est apparemment normal ; ou bien il souffre d'une affection quelconque ; il peut être encore albuminurique ou hypertendu.*

Voici les épreuves à mettre tout d'abord en œuvre : recherche de l'albuminurie et des éléments cytologiques ; urée sanguine ; constante d'Ambard ; phénol-sulfone phtaléine. *Mais, celles-ci ne donneront des résultats exacts, que s'il n'y a pas d'œdèmes, pas d'insuffisance hépatique, pas d'insuffisance cardiaque, pas d'hypertrophie de la prostate, pas de troubles du système neuro-végétatif.*

En effet, les œdèmes faussent toutes les épreuves rénales, en modifiant l'élimination aqueuse ; de même, au cours de certaines affections hépatiques, il y a un retard plus ou moins grand de la pénétration dans la circulation générale de l'eau, absorbée par la muqueuse digestive ; d'autre part, l'affaiblissement de la circulation cardiaque entraîne un ralentissement de la circulation sanguine dans le rein ; ensuite, l'hypertrophie de la prostate peut provoquer une rétention plus ou moins accentuée des urines ; enfin, des troubles du système neuro-végétatif sont susceptibles de modifier la diurèse (polyurie émotive). Il faut donc se mettre à l'abri de ces causes d'erreur, pour pouvoir attribuer une valeur réelle aux résultats fournis par les épreuves rénales.

Le sujet ne sera pas soumis nécessairement à un régime déchloruré.

1° RECHERCHE DE L'ALBUMINE ET DES ÉLÉMENTS CYTOLOGIQUES (procédés habituels).

2° DOSAGE DE L'URÉE SANGUINE.

Si le chiffre trouvé dépasse 0 gr. 50, il sera bon de pratiquer, à deux ou trois semaines d'intervalle, un nouveau dosage pour éliminer la possibilité d'une poussée aiguë d'azotémie.

3° RECHERCHE DE LA CONSTANTE URÉO-SÉCRÉTOIRE, OU CONSTANTE D'AMBARD.

Cette épreuve est à faire, si le dosage de l'urée sanguine montre un chiffre sensiblement normal ; lorsque l'urée sanguine est élevée, celle-ci devient inutile.

Afin que les résultats soient exacts, le sujet restera dans la position horizontale pendant toute la durée de l'épreuve. On opérera le matin. Le patient sera à jeun ; tout au plus, aura-t-il pris, une heure et demie à deux heures auparavant, une tasse de thé léger avec une ou deux petites tranches de pain grillé légèrement beurré ;

(1) M. PASTEUR-VALLERY-RADOT, Mlle V. HEIMANN et M. Abel LAFITTE. Les méthodes d'exploration fonctionnelle des reins. (*Paris Médical* ; 17 octobre 1931.) — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Abel LAFITTE. Les épreuves de Volhard dans l'étude du fonctionnement rénal. (*La Presse médicale* ; 24 octobre 1931).

car la faim est susceptible d'élever, très légèrement, le chiffre de l'urée sanguine.

Le malade urinera debout afin de vider complètement sa vessie. La deuxième miction, celle qui servira à faire la recherche de la concentration uréique, se fera 36 ou 72 minutes plus tard ; ce chronométrage doit être exact. On veillera de nouveau à ce que le malade urine debout, afin qu'il élimine la quantité totale des urines contenues dans sa vessie.

La prise de sang se fera entre les deux mictions.

Ainsi recherchée, les calculs étant faits très correctement, la constante donnera des résultats très précis, si les dosages de l'urée sanguine et de l'urée urinaire sont exacts.

Les chiffres normaux sont compris entre 0,065 et 0,085.

Cependant, comme pour le simple dosage de l'urée sanguine, on ne doit pas tenir compte d'une façon définitive d'une première opération. Si la constante est élevée, il faut faire de nouveaux examens ultérieurement.

4° Epreuve de la phénol-sulfone-phtaléine (P. S. P.).

On utilise la voie intra-musculaire ou la voie intra-veineuse ; la première donne les mêmes renseignements que la seconde, si on a soin de faire l'injection avec une longue aiguille, profondément dans la masse sacro-lombaire. L'ampoule utilisée doit contenir exactement 6 milligrammes de P. S. P. pour un centimètre cube. Remarque importante : il faut être tout à fait sûr de la provenance du produit. La seringue, dont on se sert, doit être correctement graduée, et porter des divisions au vingtième de centimètre tube. Il faut injecter très exactement un centimètre cube, et faire attention qu'aucune goutte de liquide injecté ne ressorte, après que l'on a retiré l'aiguille.

Le malade urinera immédiatement avant l'injection, puis de nouveau soixante-dix minutes après l'injection, en vidant totalement sa vessie. Le dosage pourra être fait avec des tubes contenant des solutions de P. S. P. de titrages différents, pourvu que ces tubes étalons soient de temps à autre vérifiés.

Quand l'injection a été faite par voie intramusculaire, l'élimination est de 50 p. 100 à 65 p. 100. Par voie intra-veineuse, elle est un peu supérieure : 55 p. 100 à 70 p. 100.

Généralement, les précautions indiquées étant prises en ce qui concerne le choix du malade, il y a concordance entre la constante et la P. S. P.

*Si une de ces épreuves donne un résultat anormal, on pourra en conclure qu'il y a déficience du rein.*

*Si les résultats sont tous bons, on passera aux épreuves de dilution et de concentration.*

5° Epreuves de dilution et de concentration, dites de Volhard.

*Celles-ci peuvent être seules à révéler des troubles de l'élimination rénale.* Elles sont basées sur l'étude de la *densité des urines*, rappelant ainsi l' « épreuve de la polyurie expérimentale », instituée par Albarran, et « l'épreuve de la diurèse provoquée », établie par Vaquez et Cottet, ou encore « la densimétrie des urines fractionnées », due à Castaigne. Leur technique très simple est à la portée de tout praticien, qui dispose d'un densimètre.

En voici la technique :

L'*épreuve de dilution*, ou épreuve de l'eau, consiste à faire ingérer au sujet, étant à jeun et ayant uriné, 1.500 cmc. d'eau ou de thé très léger entre 7 h. 30 et 8 h. 30. Celui-ci doit rester au lit et uriner toutes les demi-heures, de 8 h. à 12 h. Il faut considérer d'une part la quantité d'urine éliminée et son mode d'élimination, d'autre part, la densité des urines. Un sujet, dont les reins fonctionnent normalement, élimine dans les quatre heures une quantité d'urine à peu près égale, parfois même supérieure, à l'eau ingérée ; dans les deux premières heures, plus de la moitié du volume total des urines est évacué ; les diverses fractions d'urine ne sont pas égales en quantité ; enfin, et surtout, la densité d'une des mictions doit être très basse : 1.000, 1.001 ou 1.002. Mais, d'après les auteurs, on peut considérer que les résultats de l'épreuve sont bons, quand l'élimination est d'au moins 1.300 cmc., et la densité, dans une des fractions, au-dessous de 1.004 ; elle peut être de 1.000, 1.001, 1.002 ou 1.003 ; elle ne doit pas dépasser ce chiffre.

L'*épreuve de concentration* exige que le sujet soit soumis, pendant les deux jours qui précèdent, à un régime ordinaire, normalement salé, et qu'il absorbe 1.500 à 2.000 cmc. de liquide. Mais, elle peut être faite dès le lendemain de l'épreuve précédente. Le jour de la recherche, le malade reste au lit, et il n'ingère que du pain, de la viande, des œufs, des pâtes, du riz ou des pommes de terre, normalement salés ; les légumes verts et les fruits sont exclus, en raison de l'eau qu'ils contiennent. Le sujet boit en tout 400 à 500 cmc., par petites quantités fractionnées. Il doit uriner toutes les deux à quatre heures.

Normalement, le volume total des urines varie, le jour de l'épreuve, de 300 à 750 cm. Mais, ce qu'il importe de considérer avant tout, c'est la densité des urines : une des mictions doit avoir une densité d'au moins 1,025. Cependant, très souvent, la densité peut aller jusqu'à 1.032, 1.035, et au delà. Si aucune des fractions d'urine n'at-

teint 1.025, on en concluera que les reins fonctionnent mal.

Ces deux épreuves (si elles sont pratiquées, comme nous l'avons dit, sur des sujets non œdémateux, non cardiaques, non hépatiques, non prostatiques) rendent compte de la fonction aqueuse du rein, et de sa capacité de concentration ; si *elles donnent un bon résultat, on peut en conclure qu'il n'y a pas d'insuffisance rénale, à la condition toutefois que les autres recherches aient été également négatives*. Elles ne sont pas, en effet, superposables à ces dernières ; prises à elles seules, elles seraient insuffisantes ; car on peut voir des malades ayant des troubles révélés par de l'azotémie ou une constante élevée, ou une P. S. P. défectueuse, tandis que les épreuves de dilution et de concentration se montrent normales.

Les épreuves de Volhard, d'autre part, n'établissent pas la concentration globale la plus forte, mais la concentration globale suffisante, soit 1.025. *Un sujet, dont les reins fonctionnent normalement, a une « élasticité de concentration », qui s'étend au moins de* 1.003 *à* 1.025.

***

## II. — Le rein est malade

*Le malade est néphritique.*

1° LES MÊMES ÉPREUVES que précédemment, seront entreprises TOUT D'ABORD dans les mêmes conditions, sans qu'il soit tenu compte d'un régime déchloruré. Les épreuves de dilution et de concentration seront faites une fois pour toutes, c'est-à-dire quand le malade n'est pas soumis au régime déchloruré.

2° Puis, *interviendra le régime*, afin d'étudier l'ÉLIMINATION DES CHLORURES, *en tenant compte cette fois de la présence, ou de l'absence des œdèmes*.

Le *malade*, QU'IL SOIT OU NON ŒDÉMATEUX, sera ENSUITE *mis au lit, et soumis à un régime déchloruré* (avec 1 à 2 grammes de NaCl), ; mais, en cas de néphrite aiguë, on remplacera le régime déchloruré par le régime lacté (ce régime contient un peu plus de NaCl que le régime déchloruré : un litre de lait renferme 1 gr. 56 à 2 grammes de NaCl).

On pèsera le malade tous les matins à jeun, ayant uriné et ayant été à la selle.

Les *chlorures seront dosés tous les jours dans les urines*, et calculés par rapport à la quantité *totale* des urines de 24 heures. Afin de juger de la situation, on établira une « feuille d'échanges », pour noter, par jour, le poids du malade, ainsi que la quantité d'urines et de chlorures éliminés dans les 24 heures, comparés aux chlorures ingérés.

Deux cas sont à considérer :

A. — *Le malade avait des œdèmes.*

Le poids a fortement baissé ; la quantité des urines de chaque jour est abondante ; les *chlorures éliminés dépassent de* BEAUCOUP *les chlorures ingérés*. On se rappellera à ce propos qu'un sujet normal, lorsqu'il passe d'un régime normal à un régime déchloruré, perd 1 kgr. à 1 kgr. 500 de poids, et qu'il élimine en trois ou quatre jours une quinzaine de grammes de chlorures retenus dans son organisme.

Le sujet faisait de la *rétention chlorée humide.*

B. — *Le malade n'avait pas d'œdèmes.*

*a*) *Ou bien*, le poids a baissé de 1 kgr. à 1 kgr. 500 ; la quantité d'urines est égale ou inférieure à la quantité de boissons ingérées ; la *quantité de chlorures éliminés* N'EXCÈDE *en totalité* QUE *d'une quinzaine de grammes la quantité de chlorures ingérés* (ce qui correspond à la rétention physiologique). *Il est probable que le rein fonctionne normalement vis-à-vis des chlorures* ; *mais* pour en être certain il faut pratiquer l'ÉPREUVE DU RYTHME EN ÉCHELONS DE L'ÉLIMINATION CHLORURÉE.

Celle-ci s'effectue de la façon suivante :

« Lorsque le poids du malade sera fixe depuis plusieurs jours et que la quantité de NaCl éliminée sera égale quotidiennement à celle ingérée, on donnera tous les jours au malade 10 grammes de NaCl, en plus de son alimentation déchlorurée. *Si l'élimination est normale, on constatera des échelons progressifs pour arriver à l'élimination quotidienne de* 10 *grammes NaCl, et ces échelons ne devront pas dépasser trois ou quatre jours.*

« *L'élimination chlorurée est troublée, si les échelons dépassent quatre jours.*

« Lorsqu'on constate une *élimination*, se faisant les premiers jours en échelons, puis se *stabilisant à un taux inférieur à* 10 *grammes, l'élimination est plus troublée encore.*

« *L'absence d'échelons*, l'excrétion des chlorures ne pouvant excéder 2 à 4 grammes par jour *est l'indice de l'élimination la plus défectueuse.* »

*b*) *Ou bien* le poids a baissé de 1 kgr. à 1 kgr. 500 ; il n'y a pas de polyurie ; *mais, les chlorures sont éliminés en* QUANTITÉ BIEN SUPÉRIEURE *à la quantité ingérée* : on note pour une dizaine de jours, 50, 60, quelquefois 80 grammes.

On peut conclure que *le malade faisait de la rétention chlorée sèche*. Cette donnée suffit dans la pratique ; on pourrait la compléter par les chiffres du *chlore plasmatique* (chiffre normal

3 gr. 50 à 3 gr. 65), et par ceux du *chlore globulaire* (chiffre normal 1 gr. 70 à 1 gr. 90).

3° *Pendant que le malade sera soumis à ce régime déchloruré, on fera de nouveau* le DOSAGE DE L'URÉE SANGUINE.

Répétons qu'il n'est possible, en raison de l'azotémie, d'établir un pronostic de néphrite chronique, qu'après *plusieurs* dosages d'urée sanguine.

Ici une azotémie notablement élevée, dépassant un gramme, imposera cependant la *recherche du chlore plasmatique*, et même *celle du chlore globulaire*, que l'on trouve généralement augmentés. Il peut y avoir des azotémies par chloropénie, mais la rechloruration jugera la question.

4° *Dans les mêmes conditions de régime, on recommencera la recherche de la* CONSTANTE D'AMBARD. Si la constante se trouve élevée, il faut faire de nouveaux examens ultérieurement.

A remarquer qu'un *diagnostic de gravité de l'état rénal ne peut être porté d'après le chiffre de la constante*, même quand il est élevé à plusieurs reprises ; celui-ci ne peut être fait que *sur un chiffre d'urée sanguine dépassant d'une façon permanente un gramme. La constante ne peut renseigner que sur les troubles de la fonction uréo-sécrétoire.*

5° Il faudra ensuite rechercher l'ÉPREUVE DE LA PHÉNOL-SULFONE-PHTALÉINE. (Voir plus haut).

***

CE QU'IL FAUT RETENIR, c'est que le praticien peut se rendre compte de la valeur fonctionnelle du rein par des moyens simples, sans recourir à des épreuves, intéressantes pour le seul biologiste (créatinine, azote résiduel, indicanémie, hyperuricémie, réserve alcaline).

Pour le rein présumé malade, il recherchera l'albuminurie et les éléments cytologiques, l'urée sanguine, la constante uréo-sécrétoire, l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine ; si les résultats sont tous bons, il devra passer aux épreuves de dilution et de concentration qui, insuffisantes par elles-mêmes, sont susceptibles, même en des cas apparemment favorables, de déceler un trouble rénal.

Pour le rein malade, tout d'abord, mêmes épreuves sans tenir compte du régime. En second lieu, sur le sujet soumis au régime déchloruré, recherche de l'élimination simple des chlorures, puis de leur élimination par échelons, en différenciant les cas avec, ou sans œdèmes ; enfin, répétition des épreuves précédentes, sauf de celles de Volhard (dilution et concentration des urines).

G. F.

## FAITS CLINIQUES

### Un cas de névralgie faciale symptomatique d'irido-cyclite subaiguë méconnue

L'observation, que nous rapportons ci-dessous, vient grossir la collection des observations de névralgie faciale symptomatique.

M. Georges C., 38 ans, vient nous consulter le 25 avril 1931 sur le conseil de son médecin traitant. Celui-ci nous signalait que le malade présentait des crises fréquentes de névralgie faciale droite, et, comme ces crises s'accompagnaient d'une photophobie légère, il nous priait de nous assurer, avant de procéder à d'autres recherches, qu'il n'existait pas au niveau de l'œil une épine irritative quelconque.

Le malade, interrogé par nous, indique qu'il exerce la profession de dessinateur ; l'anamnèse ne nous révèle rien de particulier. M. C. met sur le compte de la fatigue les troubles oculaires qu'il présente ; ce fut aussi l'avis d'un oculiste précédemment consulté ; ce dernier, trouvant quelques signes d'irritation conjonctivale, avait en outre dressé un plan de traitement très complet de la conjonctivite, en même temps qu'il prescrivait le port de verres correcteurs. Le malade, d'ailleurs lassé par l'échec successif des diverses tentatives thérapeutiques, avait cessé tout traitement.

Au surplus, les crises de névralgie faciale de nombre et d'acuité croissantes l'inquiétaient surtout.

Nous procédons alors à l'examen oculaire détaillé du patient. Il se plaint au début du fort éclairage, auquel nous le soumettons ; mais il s'agit plutôt d'une gêne que d'une douleur véritable.

La recherche des points classiques de la névralgie faciale droite les révèle à peine sensibles.

La fente palpébrale gauche est normalement ouverte, la droite très légèrement rétrécie.

Les conjonctives bulbaires et palpébrales sont normales, non injectées, à droite comme à gauche. Il en est de même pour les culs-de-sac conjonctivaux. La région ciliaire n'est pas douloureuse à la pression ; la tension oculaire est normale des deux côtés.

L'examen poursuivi à la chambre noire ne

contribue pas non plus à nous donner l'explication des crises douloureuses ; à l'éclairage oblique les deux cornées apparaissent intactes ; les chambres antérieures d'égale profondeur sont de transparence normale ; les cristallins et les vitrés ne paraissent pas altérés.

Les fonds d'yeux sont absolument normaux.

La skiascopie nous révèle une hypermétropie légère à droite, un léger astigmatisme hypermétropique à gauche.

L'examen fonctionnel des yeux nous révèle l'existence d'un champ visuel absolument normal ; les acuités visuelles sont :

V. O D. = 1 + 0,75 ; V. O. G. = 1 (150° + 0,75).

Nous procédons alors à l'examen biomicroscopique des yeux de notre malade.

A gauche nous continuons à ne rien trouver.

Par contre, l'examen de l'œil droit nous révèle l'existence de très fins précipités ponctués à la face postérieure de la cornée.

L'humeur aqueuse flocule très légèrement ; nous ne comptons pas plus de deux à trois flocons par champ d'éclairage de la lampe à fente (grande fente) : ce qui explique que les milieux nous aient paru clairs à l'éclairage oblique et à l'examen ophtalmoscopique.

L'iris se contracte normalement ; il est libre d'adhérences postérieures.

Le cristallin et les premières couches du vitré paraissent sains.

Nous portons donc le diagnostic d'irido-cyclite torpide.

Nous prescrivons des instillations quotidiennes de sulfate neutre d'atropine à 1 % ; et, en même temps que nous mettions le médecin traitant au courant du résultat de notre examen, nous lui demandions de pratiquer les différents examens sérologiques et humoraux ; de rechercher en particulier la réaction de B. W. après réactivation par quelques injections de Cy Hg de un centigramme.

Les résultats de tous ces examens furent négatifs. Nous n'en conseillâmes pas moins la continuation des injections de Cy Hg, à raison de trois piqûres par semaine, chaque piqûre alternant avec la prise d'un gramme d'iodure de potassium et jusqu'à concurrence de 20 injections.

Dès la dixième piqûre le malade vint nous dire qu'il se sentait très bien, et que depuis la mise en œuvre du traitement il n'avait plus eu la moindre crise douloureuse.

L'examen nous montre d'ailleurs à ce moment que cette amélioration de l'état du malade concordait avec une diminution très nette du nombre des précipités à la face postérieure de la cornée ; les flocons de l'humeur aqueuse se raréfiaient encore plus.

Nous revîmes le malade dix jours après la dernière piqûre ; tout précipité et tout flocon avaient disparu. Depuis le début du traitement il n'y avait plus eu de crises douloureuses.

Nous conseillâmes au malade de cesser très progressivement l'usage de l'atropine, en ne faisant plus qu'une instillation tous les deux jours pendant une dizaine de jours, puis une instillation tous les trois jours, les dix jours suivants, avant de cesser complètement.

Après l'avoir mis en garde contre le retour possible des accidents, nous l'invitâmes à subir deux nouvelles séries de vingt injections intraveineuses de Cy Hg au cours de l'année. Nous ne l'avons plus revu depuis.

Cette observation nous paraît comporter de multiples enseignements. Elle nous montre tout d'abord la nécessité absolue de parfaire l'examen méthodique du malade par un examen biomicroscopique. Faute de pratiquer cet examen, nous aurions probablement partagé l'erreur du premier oculiste consulté par M. C. et mis, faute de mieux, sur le compte d'une sensibilité particulière de l'œil à la lumière et à la fatigue, la photophobie dont se plaignait le sujet (quoique nous n'admettions guère la photophobie sans lésion du segment antérieur).

En second lieu, notre observation vient s'ajouter aux nombreux exemples de névralgie faciale symptomatique. L'inflammation intra-oculaire légère, insuffisante pour déclencher le syndrome clinique de l'irido-cyclite, avait cependant déclenché une névralgie faciale réflexe, dont les accès, de plus en plus violents et répétés, inquiétaient fort notre malade. Ainsi que l'avait fort bien pressenti le médecin traitant de M. C., l'œil jouait le rôle d'épine irritative. L'irido-cyclite étant traitée, la névralgie disparut, avant même que l'inflammation intra-oculaire fut éteinte.

Enfin, quoique les résultats fournis par les différents examens de laboratoire se soient trouvés négatifs et que l'anamnèse ne nous ait rien appris, nous pensons qu'il faut rattacher les accidents ci-dessus décrits à une spécificité méconnue — le traitement hydrargyrique ayant agi complètement et rapidement.

Dr Adrien GALLY.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Quelques traitements récents des arthrites gonococciques aiguës.

M. Mondor envisage successivement le traitement de l'infection locale, celui de l'infection générale, celui de l'arthrite ; ces trois traitements doivent être nécessairement associés.

I. *Traitement local.* — Les lavages de l'urètre de la femme et la toilette du col ne suffisent pas pour guérir une monoarthrite grave ; mais ils doivent être les premiers soucis du médecin, et, dans la pratique, ils ne sont pas toujours aussi minutieusement surveillés qu'il le faudrait. Des affirmations, excessives semble-t-il, ont été formulées quant à l'homme, de l'efficacité sur les arthrites du traitement de la blennorragie uro-génitale ; et maintenant les traitements nouveaux actuels de la blennorragie aiguë laissent-ils espérer, plus vite qu'autrefois, une action stérilisante sur l'infection gonococcique à son début ? Voici les conclusions de Wolfromm : « Je garde en face du traitement de la blennorragie une attitude très pessimiste et très sceptique ; chaque fois que je suis sur le point d'approcher d'une conclusion, je me demande si l'observation d'un nouveau groupe de malades n'est pas capable de me la faire rejeter, tant j'estime que les résultats du traitement de l'urétrite sont capricieux...

« En mes mains, aucun des traitements nouveaux ne s'est montré supérieur aux traitements classiques : argyrol et grands lavages. »

II. *Traitement général.* — La chimiothérapie comprend essentiellement les composés arsénico-organiques et la gonacrine ; elle peut donner de bons résultats, mais elle n'est pas toujours exempte de dangers. On a employé en injections le thorium X ; on a fait de la protéinothérapie ; plus de 24 vaccins ont été recommandés ; les travaux ne sont pas toujours favorables à ces méthodes. Quant à la sérothérapie intraveineuse, elle n'est pas exempte de dangers ; souvent, elle laisse intacte l'infection gonococcique de l'urèthre ; bien que précocement employé, ce traitement dit spécifique ne permet pas toujours l'optimisme.

III. *Traitement local de l'arthrite.* — On a vanté les résultats de la méthode de Bier, de la radiothérapie, de la diathermie ; mais, une grande proportion d'arthrites gonococciques est de nature destructive, et se termine par une impotence fonctionnelle partielle, par difformité ou ankylose. Pour Coopermann, le secret de la guérison est dans le diagnostic précoce et dans l'évacuation rapide des exsudats inflammatoires ; pour lui, ponction et arthrotomie sont les remèdes par excellence ; le plâtre, d'autre part, calme la douleur et prévient les déformations.

Il est très difficile de se prononcer sur la valeur des divers traitements, car, dans l'appréciation des résultats obtenus, tous les auteurs n'apportent pas le même soin à évaluer avec précision la valeur de l'articulation convalescente. Pour beaucoup, la maladie finit avec la fièvre et les douleurs. Aussi l'enquête par les chiffres risque-t-elle d'être trompeuse, et doit-on tenir pour trop optimistes bien des statistiques publiées.

Pratiquement, il y a des arthrites gonococciques en feu de paille, allumées brusquement, éteintes vite ; il y a des arthrites traînantes sans grave séquelle, mais sans résolution parfaite ; il y a des arthrites à grosses complications locales ou générales. Mais ce qui fait dans la règle quotidienne le critérium de pronostic, ce qui mesure la qualité de la guérison, c'est l'état de la fonction articulaire, ou laissée intacte, ou altérée, ou ruinée. L'évolution vers l'ankylose est une complication encore trop courante ; il ne faut cesser de l'écarter, et, si la chose est impossible, on doit la conduire vers l'attitude la plus favorable

Le gonocoque peut sommeiller dans les vésicules séminales, autour de l'urèthre, dans l'utérus ; dans l'articulation même, il n'a pas les caractères de fragilité, de fugacité qu'on croyait généralement ; il y vit très bien et très longtemps, parfois malgré de longs traitements spécifiques.

L'arthrite gonococcique peut éclater, non seulement en dehors de toute infection gonococcique récente, mais très tard, après l'inoculation connue du malade ou même sans que le moindre accident muqueux ait été découvert. La méconnaissance de ces explosions retardées ou masquées est responsable d'erreurs de diagnostic, ou d'entêtements thérapeutiques, qui conduisent à des infirmités graves.

Il faut répéter aussi que le gonocoque qui provoque l'arthrite la plus grave n'est pas forcément celui d'une urétrite aiguë, d'une vulvo-vaginite en évolution évidente.

« Malgré les travaux des observateurs aisément émerveillés, et ceux où ne sont proposés que les succès, il faut dire que l'arthrite gonococcique expose le thérapeute consciencieux à bien des mécomptes, et que nul traitement n'a

fait ses preuves décisives ». (*Paris médical*, 11 juillet 1931.)

### Les émotions et la chevelure.

Le Prof. MARGAROT cite quelques répercussions de l'émotion sur la chevelure : les cheveux se dressent sur la tête ; la chair de poule en devient la généralisation. Mais ce qui est le plus intéressant, c'est la canitie subite ou rapide. Après en avoir rappelé des exemples historiques, et après avoir fait la part de la suppression brusque d'un agent tinctorial, l'auteur établit de quelle manière des cheveux peuvent devenir blancs rapidement. On sait aujourd'hui que la décoloration des cheveux est le résultat de la mise en mouvement des cellules médullaires du poil, dont le rôle pigmentophage a été démontré par Metchnikoff. La cause en serait, si l'on en croit l'expérimentation, à un brusque déséquilibre vago-sympathique par choc émotif, avec hypersécrétion thyroïdienne subite. (*La Gazette d'accouchements de Montpellier*, 1er juillet 1931.)

### Les kératoses arsénicales médicamenteuses.

M. R. BARTHÉLEMY expose que ces kératoses sont une des marques de l'intoxication arsénicale et commandent la suppression immédiate du médicament coupable. Deux grands types sont à distinguer : l'hyperkératose circonscrite palmo-plantaire, couramment dénommée kératodermie, et l'hyperkératose généralisée.

Mis à part l'arsénicisme professionnel, ces lésions sont toujours provoquées par les composés arsénicaux, et l'on connaît le nombre des nouveaux médicaments à base d'arsenic : cacodylates, arsénobenzols, etc.

Des observations relatées donnent une idée de ce que peuvent être ces kératoses toximédicamenteuses, localisées ou généralisées. Elles ont d'ailleurs de la tendance à disparaître assez rapidement, dès qu'on cesse le médicament.

Mais le traitement local doit différer suivant qu'il s'agit de kératoses chroniques, dues à l'arsenic en composés minéraux, ou d'érythrodermies kératogènes des arsénicaux organiques ; il ne faut pas oublier que celles-ci ont eu souvent un stade aigu, initial, de dermite violente et quasi-inflammatoire. Alors donc qu'on est autorisé à user dans le premier cas de kératolytiques forts, mais irritants (carbonates et savons alcalins, acide salicylique ou résorcine en pommade à haute teneur), il faut être prudent pour le second, afin de ne pas éveiller une dermite irritative exogène sur un tégument où vient à peine d'entrer en sommeil la dermite toxique endogène. On emploiera toute la gamme des émollients : pulvérisation, pansements humides, crèmes, pâtes à l'eau, à l'huile, à la glycérine, ou les onctions huileuses légèrement antiseptiques (huile goménolée fraîche à 5 %), le tout combiné aux bains simples ou amidonnés.

A l'intérieur : diurétiques, laxatifs légers, boissons abondantes, alimentation simple et légère, sans parler des modernes médications absorbantes et antichoc, charbons activés, hyposulfites, autohémothérapie même, en cas de prurit.

Mais pour la kératodermie arsenicale *chronique*, on ne doit pas faire espérer une guérison rapide et complète, car, même après suppression de l'arsenic, elle persiste indéfinitivement ; elle n'est d'ailleurs apparue que sur un terrain prédisposé ; d'où la nécessité d'un traitement général et local de la maladie primitive (psoriasis, lichen plan, etc.) ; parfois l'opothérapie thyroïdienne à petites doses prolongées se montre efficace. (*Le Bulletin médical*, 25 juillet 1931.)

### La perforation de l'ulcère gastrique par effort.

MM. MUTEL et DURAND ont observé un certain nombre de perforations traumatiques de l'ulcère de l'estomac ; étant donné que le traumatisme peut survenir au cours ou à l'occasion du travail, et qu'il déclenche des accidents d'une certaine gravité, il leur a paru intéressant de déterminer dans quelle mesure sa responsabilité est engagée vis-à-vis de la loi du 9 avril 1898. Voici le résultat de leurs observations et de leurs recherches.

« Un ulcère de l'estomac peut se rompre spontanément sans aucun effort. Mais, étant donné qu'une paroi stomacale réduite à sa séreuse, membrane imperméable dont la présence permet encore d'espérer une guérison spontanée ou bien l'établissement d'adhérences périgastriques limitant les dangers de péritonite généralisée, offre encore une résistance réelle à la pression, mais très voisine de celle qui peut être obtenue au cours d'un effort particulièrement violent, s'il est prouvé que les premiers symptômes du drame péritonéal sont consécutifs à un effort anormalement violent, il y aura lieu d'établir une relation de cause à effet entre cet effort et la rupture de l'ulcère ». (*Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Les pyréthrines dans le traitement de l'helminthiase

(MM. Anglade, Gaudin et Mlle Arcony. — *Académie de médecine* ; 15-12-1931.)

Deux notes antérieures, présentées par M. Perrot à l'Académie et à la Société de thérapeutique ; ont fait connaître l'activité anti-helminthique des pyréthrines par l'étude des effets paralysants de ces substances sur la musculature des vers intestinaux ; elles ont montré également l'utilisation possible de ces médicaments dans le traitement de la gale.

Les auteurs résument aujourd'hui une série d'essais cliniques relatifs aux pyréthrines employées dans l'oxyurose particulièrement. Les oxyures se développent en tous les points du tractus digestif. Pour les détruire, il faut agir sur toute la surface de celui-ci. MM. Anglade, Gaudin et Mlle Arcony ont eu recours à un granulé spécial contenant 2 p. 1000 de pyréthrines, granulé dans lequel le noyau médicamenteux est protégé de telle sorte qu'à tous les niveaux du tube digestif, depuis l'estomac jusqu'au rectum, une certaine quantité de pyréthrines intactes se trouve libérée. Ils donnent de ces granulés une cuillerée à café chaque matin à jeun pendant dix jours.

Cinquante malades ainsi traités furent rapidement débarrassés de leurs parasites. L'élimination des oxyures morts commence de suite et dure une semaine environ. Nombre de ces sujets ont été définitivement guéris. Quelques-uns, cependant, ont été réinfectés par la suite.

Les troubles secondaires de l'oxyurose (hémorrhoïdes, selles sanglantes, dermites prurigineuses) ont cédé rapidement. La même médication aux pyréthrines agit également bien sur les ténias et autres helminthes intestinaux.

### Nouveaux procédés d'étude anatomique des artères

(M. Pedro Belou, de Buenos-Ayres. — *Académie de médecine* ; 15-12-1931.)

M. le Professeur Belou lit un mémoire sur de nouveaux procédés d'étude anatomique des artères : la diaphanisation suivant la technique de Spalteholz et l'interprétation objective radiographique stéréoscopique. L'anatomie des artères peut ainsi être plus minutieusement établie, dans les viscères et les organes des sens principalement.

### Sur une réglementation de la vente de l'alcool

(M. Sieur. — *Académie de médecine* ; 24-11-1931.)

M. Sieur propose au vote de l'Académie le vœu suivant :

« Emue par le nombre croissant des crimes commis par des alcooliques et de plus en plus consciente des tares morales et physiques qui ont l'alcoolisme pour origine, l'Académie de médecine appelle à nouveau l'attention sur l'urgence :

1° De règlementer la fabrication et la vente de l'alcool et des divers produits alcooliques.....

2° D'interdire formellement l'ouverture de nouveaux débits de boissons et de réduire progressivement le nombre de ceux qui existent à un chiffre en rapport avec les besoins de la population. »

Le vœu de M. Sieur est renvoyé à une commission spéciale.

### Consultation publique et gratuite d'hygiène.

(M. Dujarric de la Rivière. — *Académie de médecine* ; 1-12-1931.)

M. Dujarric de la Rivière vient d'ouvrir, dans un quartier populeux de Paris, une consultation publique et gratuite d'hygiène. A cette consultation, il n'est pas donné de soins aux malades, mais des conseils individuels d'hygiène : hygiène de l'habitation, alimentation rationnelle, bains, piscines, hygiène de l'enfant, de l'écolier, du vieillard, orientation professionnelle, moyens de prévenir dans la mesure possible la tuberculose, le cancer, prophylaxie de la syphilis, alcoolisme, vaccinations diverses, désinfection, adresses de laboratoires où peuvent être pratiquées les analyses d'eau, etc. Les consultations d'hygiène, qui ont un caractère individuel, sont données par un médecin hygiéniste spécialisé.

### Recherches sur la silicose pulmonaire.

(M. Laurent-Moreau, d'Avignon. — *Académie de médecine* ; 1-12-31.)

M. Laurent Moreau, radiologiste des hôpitaux d'Avignon, a fait une série de recherches radiologiques sur la silicose pulmonaire. Il a examiné l'état de visibilité de différents minerais au travers du thorax. Il conclut qu'il n'existe aucun signe radiologique, qui permette d'individualiser la silicose comme maladie professionnelle diagnosticable. Les rayons, par suite de l'insuffisance de visibilité de la silice, ne peuvent la mettre en évidence.

La silicose, ajoute l'auteur, peut-elle engendrer la tuberculose ? Pendant longtemps, les médecins anglais des mines du Transvaal ont attribué aux hémoptysies des mineurs une origine mécanique fréquente. Il est certain que les poussières inhalées, composées de particules de silice, de fer, d'or, peuvent avoir une action traumatisante. Ces poussières, malgré l'arrosage fréquent, impreignent l'air. Malgré les précautions, malgré l'usage du « respirateur »,

des particules de silice voltigent toujours dans l'atmosphère confinée des galeries. Elles peuvent, sinon engendrer, du moins préparer la tuberculose sur des terrains prédisposés : les mineurs blancs du Transvaal y sont plus sujets que les Cafres et les Zoulous.

**Couteau de poche ouvert introduit dans l'anus et remonté dans le côlon.**

(M. Marcel Chaton, de Besançon. — *Société de Chirurgie* ; 14-10-1931.)

Un homme de 73 ans, pour agir sur sa constipation (dit-il), s'introduit dans le rectum, par l'anus, le manche d'un couteau de poche tenu par la lame. Au cours de ces manœuvres singulières, le couteau pénétra plus profondément et l'anus se referma sur lui.

Inaccessible au toucher rectal, le corps étranger fut repéré par une radiographie. M. Chaton intervint par laparotomie et incision du côlon pelvien où le couteau était senti. Le manche du couteau, saisi avec une pince, fut rapidement extrait. La lame était recouverte d'un enduit stercoral épais, très adhérent, qui émoussait heureusement son tranchant et sa pointe, rendant l'un et l'autre inoffensifs. Les suites furent simples et l'opéré sortit de l'hôpital guéri.

Le mécanisme de l'enclavement des corps étrangers introduits dans le rectum a été expliqué par le Professeur Pierre Delbet. Du fait des contractions péristaltiques et antipéristaltiques, qui ne sauraient agir, en pareille éventualité, que dans le sens rétrograde, le corps étranger rectal a tendance à remonter vers le côlon.

Au point de vue thérapeutique, M. Chaton estime illogique de rechercher l'évacuation d'un tel corps étranger par les purgatifs ou les lavements. Les tentatives de ce genre pourraient même être dangereuses en chassant l'accumulation stercorale qui protège les aspérités du corps étranger ou le tranchant d'une lame. L'auteur conseille l'intervention opératoire seulement.

P. L.

**Syndrome hypogranulocytaire mortel ; essai de traitement par le radium.**

(MM. Raillet, Delattre, Ginsbourg et Nicolle (de Reims). — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 30-10-1931.)

Il s'agit d'un cas d'hypogranulocytose accentuée, avec syndromes anémique et hémorragique ; il était consécutif à un traitement arsenical ; il ne faut pas incriminer ici la technique suivie, mais la prédisposition de la malade, qui se révélait comme une hémogénique. Conclusion pratique : il est nécessaire, avant d'entreprendre un traitement arsenical, de rechercher, les antécédents hémogéniques, et, éventuellement même, de faire pratiquer un examen hématologique.

Cliniquement, il faut retenir l'importance de l'adénopathie correspondant à l'origine et l'augmentation de volume du foie. A signaler aussi l'effet hémostatique rapide, mais temporaire, des transfusions. Aux rayons X, on a substitué le radium, ce qui semble ne pas avoir encore été tenté. L'examen, qui a suivi les trois jours de traitement, a dénoté mieux qu'un arrêt dans l'évolution du syndrome hématologique, puisque les globules blancs se sont relevés de 500 à 700, alors que les polynucléaires neutrophiles s'élevaient d'une unité. Cet effet fut sans doute bien insuffisant au point de vue vital, mais cette action, non douteuse, justifie cependant de nouvelles tentatives.

**Intoxication mortelle par un révélateur photographique.**

(MM. P. Halbron, A. Bosquet et J. Tiffeneau. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 30-10-1931.)

Ce genre d'intoxication mortelle est rare. Le malade entrait dans le coma, une heure après avoir absorbé 10 grammes de révélateur, contenant 5 grammes d'hydroquinone, 4 gr. 50 de pyrocatéchine, 0 gr. 50 de sulfate de monométhyl paraminophénol, et une quantité négligeable de métabisulfite de potasse. Lavage d'estomac ; lavement purgatif. Reprise de connaissance ; puis, vomissements, douleurs dans les membres, prostration avec céphalée occipitale très vive. Selles abondantes, noirâtres, subictère, aggravation, le 7e jour ; anurie ; mort par syncope, le 12e jour.

L'étude du sang avait été intéressante. L'anémie importante avec hématies anormales, la grande fragilité globulaire, l'ictère, la splénomégalie passagère prouvent que les toxiques ingérés eurent surtout une action hémolytique. L'ictère constaté ne fut sans doute pas seulement de nature hémolytique : les urines, contenant des sels biliaires, des pigments biliaires abondants, montrèrent, en tout cas, l'atteinte particulière de la cellule hépatique.

C'est cette action hémolytique et ictérogène, qui paraît intéressante à signaler ; il faut aussi constater le caractère relativement tardif de cette action des toxiques, dont, après le troisième jour, on ne retrouve pourtant plus trace, ni dans le sang, ni dans les urines.

**Deux cas d'opacité arrondie intrathoracique (adénopathie hilaire et cancer du thymus).**

(M. G. Caussade. — *Soc. méd. des hôp. de Paris.* 30-10-1931.)

L'auteur a observé un cancer primitif du thymus, se traduisant devant l'écran par une opacité arrondie, foncée, sphérique, intrathoracique latérale (droite), volumineuse, occupant la partie antéro-supérieure du thorax, avec cette particularité clinique, qu'il s'agissait d'une femme de 25 ans, alors que d'ordinaire, les âges sont de cinquante ans et au delà ; de plus, cette tumeur est restée latente longtemps, ayant progressé sournoisement pendant la plus gran-

de partie de son évolution, et elle ne s'est révélée que quatre mois et demi avant la mort, tout d'abord par la dysphagie et ensuite par une sténose œsophagienne (cancer). Elle s'est comportée ainsi d'une manière purement destructive, et non comme les hyperplasies simples (hypertrophie du thymus et goitre), par compression, déviation ou refoulement des organes. Ce dernier caractère peut servir, à la rigueur, à différencier les processus malins des processus bénins.

La radiographie ne peut servir qu'à soupçonner un cancer du thymus, quand il est situé latéralement. D'autre part, une ablation de la tumeur n'est possible que quand l'opération est précoce ; cependant, la tolérance et la latence très prolongées du néoplasme peuvent lui permettre de se développer d'une manière considérable, d'atteindre et de cancériser l'œsophage, avant l'apparition d'un trouble quelconque.

### Cancer primitif du poumon avec éosinophilie pleurale et sanguine.

(MM. Léon Bernard, Julien Marie et Anghel. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 30-10-1931.)

Le polymorphisme des néoplasmes du poumon est tel que ces tumeurs sont capables, au moins pendant une durée plus ou moins longue de leur évolution, de simuler la plupart des autres affections pulmonaires. Ici, il s'agit d'une forme infectée, qui prit le masque d'un abcès du poumon, d'une gangrène pulmonaire. Le bon aspect du malade, son passé amibien, les aspects radiologiques des premières semaines, l'éosinophilie extrêmement marquée de l'épanchement hémorragique, l'éosinophilie sanguine, la fièvre élevée et prolongée avaient tout d'abord orienté le diagnostic en ce sens ; mais l'évolution ultérieure démontra qu'il s'agissait, en réalité, d'une forme assez particulière du néoplasme pulmonaire primitif.

Cette éosinophilie pleurale marquée (56 p. 100) correspondait à une éosinophilie sanguine de 11 p. 100 ; elle ne fut que transitoire, et ne fut pas retrouvée un mois plus tard ; la pleurésie elle-même fut complètement tarie deux mois plus tard. Elle semble correspondre à une modification humorale transitoire, déclenchée par l'évolution brusque du cancer pulmonaire.

Ces cas sont rares ; ils montrent que la règle de Dieulafoy, affirmant l'absence constante d'éosinophiles dans les liquides pleuraux des cancers pulmonaires se trouve alors en défaut, et que la présence d'une éosinophilie même très abondante du liquide pleural ne permet pas de rejeter le diagnostic de cancer pleuro-pulmonaire.

### Insuline huileuse et diabète.

(M. Rathery, Mlle Levina et M. Dorot. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 30-10-1931.)

En général, l'insuline huileuse a des effets peu nets ; ils sont en tout cas extrêmement inconstants. La résorption ne saurait faire de doute, mais elle est le plus souvent partielle, et son taux varie suivant les sujets, et chez un même sujet d'un moment à l'autre. Elle constitue une préparation souvent inopérante, et parfois dangereuse du fait de la possibilité de résorption brusque et massive. L'insuline huileuse actuellement utilisée ne saurait remplacer l'insuline aqueuse, et les auteurs en déconseillent formellement l'emploi.

G. F.

# Les Congrès

## Troisième Congrès international de Psychothérapie, d'Hypnologie et de Psychologie appliquée

(*Paris*, 28 *septembre*-4 *octobre* 1931)

La séance inaugurale eut lieu sous la présidence de M. Lévêque, chef de cabinet du Ministre de la Santé publique, remplaçant M. Camille Blaisot, empêché, de M. le Médecin Colonel Lefèvre, représentant le Ministre des Colonies, le médecin-chef Arthur, représentant le Ministre de la Marine, le médecin-commandant Guibert, représentant le gouvernement militaire de Paris, le Professeur Elo, de l'Université de Helsingfors, détaché par le gouvernement de Finlande, Mme Domingo, femme du Ministre de l'Instruction publique d'Espagne, M. Chiadin Itriago, du Vénézuéla, Delgado, de l'Equateur, Joachim Parédès, représentant l'Etat de Salvator, Norman Haire représentant l'Angleterre, les représentants du Canada et du Portugal, etc.

Les représentants des vingt-deux nations et les hautes personnalités étaient groupés autour du président Bérillon et des vice-présidents, les Docteurs Fiessinger, Farez, Voivenel et M. Henri Rollet et des Docteurs Vachet et Courtois, secrétaires. Le Docteur Bérillon fit une conférence avec projections sur « l'histoire de la psychothérapie, et fit défiler tous les maîtres de l'hypnotisme, depuis Charcot, jusqu'à nos jours, en retraçant l'histoire des grandes écoles, de la Salpêtrière, de Nancy, de la Pitié et de la Charité. Le Docteur Fiessinger, membre de l'Académie de médecine, fit une communication sur les rapports du physique et du moral, et montra le rôle des émotions. Le Docteur Farez s'applique à faire ressortir comment la psychothérapie s'était dégagée de la philosophie pour devenir la médication psychologique, qui était un des éléments les plus puissants de la thé-

rapeutique moderne. Me Henri Rollet, juge au tribunal des enfants, fit une allocution très émouvante sur le rôle de la psychologie en criminologie et montra comment le magistrat et l'avocat doivent rester en relations étroites avec le médecin, et conclut que tout juge doit être aussi un psychologue. Le Secrétaire général, Pierre Vachet, montra quels étaient les grands enseignements de ce Congrès, et il s'attacha à développer le rôle social de la psychothérapie, qui ne devait pas être considérée seulement comme l'ensemble des médications psychologiques utilisées par le médecin pour rétablir l'équilibre mental de l'individu, mais qu'elle devait être la véritable morale des temps nouveaux, capable d'apporter à l'individu ce sérum moral, qui lui permet de maîtriser les difficultés de la vie moderne et de lutter contre le débordement des névroses, génératrices des crimes, des suicides et de tous les déséquilibres. Il a expliqué comment la psychothérapie s'affirme comme une nécessité à notre époque de vie inquiète et tourmentée et comment, en créant plus d'harmonie chez les individus, elle contribue puissamment à l'œuvre de paix.

M. Lévêque, chef de cabinet, au nom du ministre, remercie les organisateurs de ce Congrès, leur dit tout l'intérêt que le ministre prenait à ces travaux, et il félicite plus particulièrement le Docteur Pierre Vachet d'avoir dégagé le rôle social de la psychothérapie.

Une réception à l'Hôtel de Ville eut lieu, et M. René Failliot, vice-président du Conseil municipal, entouré de nombreux conseillers municipaux, souhaita la bienvenue aux congressistes, et leur déclara tout l'intérêt que la Ville de Paris prenait à ce Congrès, dont les travaux ne sont pas seulement l'apanage des médecins psychothérapeutes, mais qui intéressent tous les sociologues, tous les pédagogues, et tous ceux dont le rôle est d'améliorer la santé morale et physique de l'individu. Un vin d'honneur fut offert à l'Ecole de psychologie, et le Directeur de l'Ecole, le Docteur Pierre Vachet, entouré du Docteur Bérillon, fondateur, et Paul Farez, porta un toast à tous les membres étrangers et français du Congrès, en déclarant le caractère d'universalité d'une telle manifestation. La séance de clôture eut lieu à l'Exposition coloniale, en un banquet présidé par le Professeur Forgues, de Montpellier, qui réunit plus de 150 médecins.

Parmi les communications les plus importantes faites à ce Congrès, citons celles du Docteur Bonjour, de Lausanne, qui fit des projections pour montrer le rôle de la suggestion hypnotique dans le traitement des papillomes et des verrues, du Docteur Franquet, de Reims, des docteurs Pescher et Malachovski, sur l'influence de la respiration sur les états psychiques, des Docteurs Richard, Dausset, sur l'association des agents physiques à la psychothérapie, des Professeurs Pauchet, Dartigues, sur les applications de la psychothérapie dans les interventions chirurgicales, du Docteur Norman Haire, de Londres, du Docteur Barbier, sur la psychothérapie dans les troubles psychosexuels ; du Docteur P. Ménard qui fit une série de projections accompagnant l'exposé de son livre sur l'étude de l'instinct sexuel par l'écriture, du Docteur Farez, sur la psychothérapie dans les affections des troubles digestifs, du Docteur Dhotel, sur les phénomènes de la fascination, du Docteur Courtois sur la psychothérapie dans l'éducation du jugement et la conception de l'euphronie, du Docteur Biot sur l'association de l'autohémothérapie et des extraits endocriniens à la psychothérapie, du Docteur Bérillon, sur l'hypnotisme, de Me Guilhermot sur l'hypnotisme et le crime, du Docteur Schoengrun, sur la réflexothérapie nasale, du Docteur Cauvy, de Lamalou, sur la psychothérapie dans les cures thermales ; du Dr Osty sur la métaphysique, etc., etc.

Enfin, une communication intéressante eut lieu dans la salle de l'Ecole de Psychologie, sur la psychothérapie collective et le rôle des émotions. Le Docteur Pierre Vachet a montré la lutte qui existe chez tout individu entre le phénomène intellectuel et le phénomène affectif. Il a expliqué que la psychothérapie s'adressait avant tout à l'émotivité, qu'elle exalte les émotions toniques et qu'ainsi le médecin, au lieu de négliger cette psychothérapie qui jusqu'alors était considérée comme empirique, devait s'attacher à devenir lui-même un véritable guérisseur, capable d'utiliser non seulement les médicaments ou l'élément thérapeutique, mais tous les phénomènes psychologiques liés à l'émotivité.

Une Ligue internationale de psychothérapie, comprenant tous les représentants des 25 nations et les plus hautes personnalités françaises et étrangères a été créée. Le Docteur Bérillon est président de cette Ligue, dont le secrétaire général est le Docteur Pierre Vachet .

Parmi les communications les plus intéressantes, nous relevons celle du Dr Potheau (de Nice) sur : La psychothérapie, envisagée comme spécialité autonome.

Nous la reproduisons intégralement, ci-dessous :

Pour bien comprendre la psychothérapie, il faut la définir et d'une façon précise, ce qui est assez difficile. Mais ce processus mental de rééducation, de suggestion, de persuasion, de raisonnement paraît tellement évident qu'on peut le comprendre, dans le sens le plus large, comme une imposition, tantôt brusque, tantôt réfléchie, d'une idée, d'un acte. Ajoutons que le psychothérapeute ne s'est jamais proposé, comme certains ont pu le prétendre, de changer un individu en automate dont les réactions seraient soumises à des impulsions imposées par force.

Pratiquée par les médecins spécialistes, elle cherche presque toujours à se servir d'un raisonnement persuasif sensé en prenant comme auxiliaire la prédisposition à accepter une direction que l'on rencontre chez un grand nombre de sujets.

Nous n'agissons pas seulement par persuasion impérative, mais par persuasion, rééducation et ensei-

gnement. La psychothérapie varie avec les malades ; elle n'est jamais semblable. Cette diversité a créé la difficulté, c'est pourquoi il faut au psychothérapeute des aptitudes spéciales très étendues. Il doit connaître la psychologie de l'existence, ses difficultés, ses souffrances, ses heurts, ses chocs, refouler en lui ses préoccupations et ses ennuis personnels, et parler avec sérénité, même avec gaîté. Il faut avoir une connaissance étendue de la mentalité de chacun, savoir faire rapidement l'analyse de l'état d'âme, de la situation, de la mentalité, des goûts, etc., et joindre à cette connaissance vaste, une clairvoyance psychologique permettant d'adopter, soit un ton de commandement, soit une affirmation simple, soit une insinuation ou un raisonnement logique.

Cela fait que n'importe quel médecin ne peut pas être psychothérapeute ; beaucoup ne comprennent pas les irrégularités, les résistances, les oppositions parfois insurmontables de certains états subconscients. Les psychothérapeutes d'occasion invoquent pour excuser leurs insuccès des raisons simplistes : la mauvaise volonté des sujets, leur scepticisme, leur incapacité de comprendre le but du traitement. Ils se soucient peu des caractères distinctifs des sujets ainsi que des méthodes différentes de psychothérapie, n'ayant ni aptitude, ni compétence et étant dépourvus de vocation.

Cette aptitude est-elle innée ou s'acquiert-elle par l'éducation, le travail, les études philosophiques ou psychologiques, les croyances, les recherches ? A mon avis, il faut que l'aptitude soit innée, que notre intelligence, notre tournure d'esprit, notre cœur, notre moi en somme, soient portés à l'utilisation de cette thérapeutique particulière, qu'ensuite l'entraînement développe cette aptitude. Mais il faut naturellement avoir la vocation : se fortifier l'esprit, apprendre à analyser la pensée, les sentiments, les comprendre pour pouvoir diriger les sujets par une dialectique serrée, parfois enthousiaste, sans exclure les arguments sentimentaux. Il faut vibrer et faire vibrer, en possédant cette loyauté et cette précision qui président aux relations du médecin et du malade. Cette loyauté exclut le mensonge, le sophisme, et montre par l'analyse psychologique comment les réactions psychophysiologiques ou pathologiques précèdent les mouvements de l'âme. C'est pourquoi le psychothérapeute doit refléter la bonté, la douceur, la patience ; joindre à ces qualités, qui s'acquièrent, la ténacité et la fermeté. Psychologues dans l'âme, ayant appris à connaître notre moi, sachons, selon le conseil de Socrate, avant de pénétrer dans celui des autres, nous imposer par la netteté de notre regard, notre mimique, notre sourire, notre bienveillance, notre compréhension, par la simplicité de nos gestes qui soulignent chaque parole. Cette éducation de nous-mêmes, ce développement de l'aptitude innée, disons même cette sensibilité intuitive font du médecin un psychothérapeute complet. Cherchons un idéal plus élevé que nous-mêmes, puisque à chaque pas nous trouvons autre chose que la matière, que le corps, nous rencontrons ce subconscient, cet esprit, cette imagination qui font de l'être humain un composé de deux éléments distincts. Que de difficultés à résoudre pour discerner le vrai du faux, le réel de l'irréel ! Ce n'est qu'après des examens somatiques approfondis qu'on acquiert la certitude qu'il s'agit de troubles fonctionnels et non de maladies organiques. Le malade se rendra compte qu'il a affaire à un médecin exercé, consciencieux et non à un guérisseur au système préconçu.

En appliquant les méthodes psychothérapiques avec votre aptitude innée, y joignant votre intelligence, votre dévouement, vous serez sûrs du succès.

Médecins psychothérapeutes, souvent appelés comme directeurs de conscience ainsi que les philosophes de l'antiquité, nous montrerons qu'en nous, il n'y a pas seulement un cœur qui vibre, mais une force qui soulage et une science qui guérit.

---

# Les Thèses

P. — Dr J. M. Calvet. — **Traitement des états prétuberculeux et tuberculeux pulmonaires par un composé séro-médicamenteux.** (Imprimerie Gourjon, 54, rue des Francs-Bourgeois, Paris.)

Le travail du Dr Calvet est une importante contribution à l'étude du séro-médicament « Lita » du Dr Dufour. Après avoir rappelé sa composition, deux parties d'iodaseptine pour une de sérum de lapin immunisé à la tuberculine, il étudie son *mode d'administration et son action aux différents stades évolutifs de la tuberculose pulmonaire et aux différents âges de la vie.*

Le Lita peut être injecté par voie intramusculaire ou intraveineuse. La voie intramusculaire profonde est la plus employée. Chez le *nourrisson* les doses sont de 1 cc. à la première injection, 2 cc. à la deuxième, 3 cc. à partir de la troisième. Chez *l'enfant*, 1 cc. 1/2 à la première injection, 2 cc. 1/4 à la deuxième, 3 cc. à la troisième. Chez *l'adulte*, 3 cc. intramusculaires dès la première injection que l'on peut, suivant la méthode du Dr Dufour, mélanger au préalable, à une quantité égale de sang pris dans la veine du malade. On associe ainsi la chimiothérapie à l'autohémothérapie. Les injections sont pratiquées à raison de deux par semaine d'une façon continue ou par séries de vingt. Plus de 20.000 injections ont été faites jusqu'à ce jour et ont été parfaitement supportées par les nourrissons et les enfants. Chez les adultes, très exceptionnellement, on voit apparaître un peu de rougeur au lieu de l'injection.

« Le Lita » est indiqué, dit Calvet, dans tous les « états de prétuberculose et de tuberculose pulmonaire « de l'enfant et de l'adulte. » Son efficacité est fonction de potentiel cellulaire de l'organisme.

Chez les prétuberculeux, sous l'influence du composé « Lita », très rapidement l'appétit renaît, le poids augmente d'une façon souvent rapide, les forces reviennent, la fièvre disparaît en même temps que les troubles pulmonaires, quand ils existent, s'amendent.

Les états prétuberculeux réalisent une des grandes indications du séro-médicament, ainsi qu'en témoignent 21 observations de malades traités à l'hôpital Broussais dans le service du Dr Dufour.

Chez les enfants du premier âge, en particulier dans les formes ganglio-pulmonaires, on assiste à de véritables résurrections, qu'il s'agisse de tuberculose aiguë ou chronique ; les symptômes s'améliorent vite sous l'action du médicament et la radiographie confirme les signes cliniques : Calvet en rapporte 16 observations avec nombreuses et très démonstratives radiographies.

Dans la *tuberculose pulmonaire de l'adulte* les formes les plus favorables à l'action du composé Lita, sont les formes récentes, c'est-à-dire les tuberculoses pulmonaires aiguës massives à forme pneumonique, les tuberculoses fibro-caséeuses et fibreuses au début avec ou sans pleurésie séro-fibrineuse ; dans ce cas, la plupart du temps, on obtient des guérisons cliniques. Aux stades plus avancés, on obtiendra souvent des améliorations notables. Calvet note une soixantaine d'observations avec très belles et très importantes radiographies. Trois de ces cas ont trait à des formes très graves, non curables, qui eurent une extraordinaire période d'amélioration.

La médication par le « Lita » peut être associée avec fruit au pneumothorax et à la phrénectomie.

Ce travail vient confirmer les conclusions des communications du Dr Dufour à la Société médicale des hôpitaux et les importants travaux des docteurs Hurez et Taboureux. Le « Lita » est une arme particulièrement efficace et sans danger, contre la tuberculose pulmonaire à toutes les périodes et à tous les âges de la vie.

St. — Dr E. Regula. — **Indications thérapeutiques fournies par la rétraction thoracique dans la tuberculose pulmonaire.** (Librairie Universitaire d'Alsace, 1, place de l'Université, Strasbourg, 1931).

La rétraction thoracique est souvent un symptôme indiquant une tendance à la guérison naturelle de la tuberculose pulmonaire. Cependant cette guérison naturelle est lente, souvent incomplète et le malade reste exposé à de graves complications. Les signes de rétraction thoracique sont cliniques et radiologiques. La rétraction a pour conséquence un rétrécissement de la cavité de l'hémithorax avec déplacement cardiaque et médiastinal.

L'existence d'une forte rétraction thoracique n'est pas forcément liée à une symphyse pleurale. Il en résulte que le pneumothorax artificiel peut être tenté. Quand il est réalisable, il peut être suivi de résultats excellents.

La phrénicectomie donne de bons résultats dans les lésions cavitaires jeunes ayant une tendance rétractile marquée. Elle est indiquée dans les cavernes isolées du sommet et de la base, si le pneumothorax est impossible ou inefficace. La phrénicectomie est également indiquée dans les cas présentant un syndrome de rétraction thoracique. Dans les cas à rétraction faible ou moyenne elle peut constituer une opération définitive ; dans les cas de forte rétraction elle ne constitue souvent qu'une opération préliminaire à une thoracoplastie.

La thoracoplastie sur laquelle l'auteur n'a pas d'expérience personnelle est indiquée entre autres dans les cas à très forte rétraction. C'est elle qui rétablit définitivement les rapports normaux du cœur et du poumon sain et laisse ces organes dans leur état de fonctionnement optimum.

Mt. — Dr M. Viala. — **La rétention d'urine dans l'évolution des fibromes de l'utérus** (Montpellier. Editions du « *Languedoc Médical* », 45, rue des Carmes, 1931).

La rétention d'urine est une complication rare dans l'évolution des fibromes utérins ; c'est elle qui amène la malade à consulter. Toute rétention d'urine, surtout si elle est survenue brusquement et sans cause apparente, doit donc faire soupçonner que la femme qui en souffre présente un fibrome de l'utérus. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'un fibrome de gros volume, à évolution postérieure, inclus ou plus souvent enclavé dans le petit bassin.

Dans la pathogénie de la rétention, l'étirement de l'urèthre tient la première place ; la compression par le col de l'utérus vient ensuite. La compression directe de l'urèthre par la tumeur est exceptionnelle. L'action de ces facteurs mécaniques ne suffirait pas le plus souvent, à réaliser l'oblitération de l'urèthre ; elle est complétée par celle de la congestion pelvienne.

Le seul traitement est l'extirpation de la tumeur, mis à part les très rares cas, où il existe une contre-indication opératoire absolue, et où l'on est par là autorisé à essayer l'action problématique des rayons X.

L'hystérectomie présente souvent des difficultés spéciales qui tiennent à l'enclavement de la tumeur, à la dilatation de la vessie, au voisinage des uretères.

## THÉRAPEUTIQUE

# A propos des insomnies par hyperexcitabilité du système nerveux

Par le Dr S. CAMREDON

Les insomnies, dues à une hyperexcitabilité anormale du système nerveux, sont généralement subdivisées suivant leurs causes en trois groupes : ou bien elles sont dues à une altération organique du système nerveux (insomnies, avec céphalée associée, des méningites aiguës, des méningo-encéphalites, des tumeurs cérébrales, de la paralysie générale, de la syphilis cérébrale et du rhumatisme cérébral) ; elles peuvent provenir d'une intoxication ou d'une infection du système nerveux (excitation des cellules cérébrales par le thé, le café, le tabac, l'alcool, la morphine, insomnies du début de la fièvre typhoïde, de la grippe, de l'érysipèle, du rhumatisme articulaire aigu, etc.).

Enfin, ces insomnies peuvent reconnaître pour cause une surexcitation d'origine fonctionnelle (insomnies, dites nerveuses des hystériques, des neurasthéniques, des anxieux, des déments, des confus, des maniaques, des mélancoliques, des obsédés, des hallucinés, des délirants chroniques, et insomnies par préoccupation, par surmenage physique ou intellectuel, qui s'accompagnent souvent d'agitation et d'anxiété).

Ici comme ailleurs, les traitements étiologique, hygiéno-diététique, physique et psychique pourront être évidemment mis en œuvre, mais le traitement médicamenteux symptomatique revêt une importance exceptionnelle du fait que les phénomènes d'insomnie et d'hyperexcitabilité nerveuse, se prêtant un mutuel appui, s'aggravent et s'exaspèrent réciproquement.

La médication hypnotique doit donc être instituée sans plus attendre, dès le début du symptôme, pour être efficace, avec le minimum de frais.

Pour éviter des phénomènes fâcheux d'accumulation et d'accoutumance, il est avantageux de s'adresser à un produit soluble, non toxique et facile à manier. Les barbituriques à l'action rapide, puissante et sûre, seraient particulièrement indiqués, n'était leur insolubilité. Mais on sait qu'il existe un sel soluble, le diéthylallylisopropylbarbiturate de diéthylamine, dont l'action est de plus en plus recherchée : le somnifène constitue le plus maniable des hypnotiques : il peut être administré par voie buccale (XXX à XC gouttes par jour) et par voie intramusculaire, ou même endoveineuse, dans les cas très graves d'agitation intense.

Les indications du somnifène sont donc toutes celles de la médication hypnotique ; toutes les insomnies simples ou compliquées, de la fatigue, du surmenage, des névropathies, des hyperesthésies, de l'éréthisme neuro-cardio-vasculaire, des intoxications, de l'alcoolisme, du caféinisme, des psychopathies, des maladies infectieuses, du mal de Bright, etc...

Bien plus, dans les cas d'agitation intense, de délire, épilepsie, hystérie, convulsions, delirium tremens, troubles mentaux des parkinsonniens post-encéphalitiques, éclampsie, tétanos, etc... le somnifène, qui agit électivement sur le système nerveux central (en particulier sur l'encéphale) et très peu sur la moelle lombaire et sur les plexus hypogastriques, permet, sans effet nocif sur le tube digestif les poumons, les reins et le cœur, et sans modification de la tension artérielle, d'obtenir une sédation rapide de l'agitation, de l'excitation et de l'élément spasmodique, et ensuite un sommeil profond, calme et réparateur, auquel succède un réveil naturel et agréable.

Mais cependant il est des cas où une autre médication s'impose. Si, par exemple, l'insomnie est conditionnée par la douleur, il sera plus sage de s'adresser à l'allonal qui est, comme on sait, un analgésique renforcé, sédatif et progressivement hypnogène. Si on ne veut pas s'adresser à un barbiturique, on peut recourir aux bons effets du sédormid, qui est un hypnogène doux, de la série uréide, et qui possède une action sédative que l'on pourra apprécier, surtout dans les insomnies moyennes ou dans l'anxiété.

Enfin, il est des cas, où il est absolument inutile de recourir à des médicaments aussi actifs ; le bromure suffit, si on le présente sous la forme dissimulée du sédobrol, à calmer le malade, à apaiser les nerfs surexcités, à lui donner le repos qu'il cherche en vain.

Dans tous les cas, cette gamme de médicaments permet une thérapeutique variée, et toujours utile, de l'hyperexcitabilité du système nerveux et de l'insomnie, qui en est fatalement la conséquence.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'Actualité professionnelle

I

#### L'ARBITRAIRE FISCAL. — L'INQUISITION FISCALE. — UN ARTICLE DU « TEMPS »

Ce qu'il y a de terrible avec le fisc, c'est que, même quand il se trompe en exagérant ses réclamations d'impôts divers, il faut commencer par payer ou, si l'on ne paie pas, à donner des garanties suffisantes de solvabilité, par un dépôt, fait dans une Banque par exemple, ce qui équivaut dans une certaine mesure à un paiement, par une immobilisation de capitaux durant un temps indéterminé.

Aussi, l'arbitraire fiscal est-il le plus odieux de tous, puisqu'il est difficile de s'en défendre sans recourir à des formalités administratives compliquées, et qu'il faut tout d'abord s'y soumettre.

Des exemples d'arbitraire fiscal, nous en découvrons tous les jours, dans les demandes de renseignements que nous recevons et auxquelles nous répondons avec le concours de notre conseiller fiscal, Monsieur Martinot.

Ce que cet arbitraire renferme de particulièrement vexatoire, c'est qu'il est commis par des agents qui affectent d'ignorer les limites de leurs droits et les documents qui fixent ces limites.

C'est ainsi que le *Journal Officiel* a enregistré une réponse ministérielle selon laquelle le matériel (automobile, outillage et instruments divers) acheté par les médecins peut être amorti en plusieurs années. Ce qui n'empêche pas que nombre de contrôleurs prétendent exiger un amortissement unique, sur un seul exercice.

Le médecin a-t-il le droit de faire figurer en déduction de ses bénéfices, et d'intégrer par suite dans ses frais professionnels, les appointements qu'il donne à sa secrétaire, même si cette secrétaire est sa propre femme ? Oui, indiscutablement. Et pourtant, des contrôleurs, persévérant diaboliquement dans une erreur qui ne peut être que volontaire, refusent d'admettre cette déduction, pourtant légitime.

Il en est de même des versements effectués pour la constitution d'une pension ou d'une retraite, pourvu qu'elle n'excède pas 6.000 francs. Ils sont déductibles. Et cependant, des médecins ont été contraints de protester parce qu'ils avaient été imposés sans qu'il ait été tenu compte de cette déduction.

C'est encore de l'arbitraire, de la part d'un contrôleur, que de rehausser le montant des bénéfices professionnels d'un médecin, dont la déclaration a été jugée par lui insuffisante, d'autorité, et sans lui demander préalablement aucune explication.

Un de nos sympathiques correspondants, le Dr Breuil, m'a envoyé récemment des extraits d'un journal de l'Aube, qui relatent des exemples tout aussi scandaleux d'arbitraire, relevés par un ex-inspecteur hors classe des contributions directes, un qui, nourri dans le sérail, doit en connaître mieux que personne tous les détours.

Il s'agit notamment d'un commerçant ayant déclaré 18.000 fr. de bénéfices. *Proprio motu*, le contrôleur décida que cette déclaration devait être insuffisante et portée à 30.000 francs. L'intéressé répondit en mettant sa comptabilité à la disposition du contrôleur qui fit le mort. La commission consultative, saisie de cette réclamation, donna tort au contribuable. De fil en aiguille, l'affaire fut portée devant le Conseil de Préfecture qui, après vérification de la comptabilité vainement offerte aux échelons inférieurs de l'administration, reconnut le bien-fondé de la protestation du contribuable et le déchargea du surimpôt qui lui avait été appliqué. Vous pensez peut-être que tout finit là ? C'est mal connaître notre bureaucratie fiscale. Ce n'est que treize mois plus tard qu'il eut enfin satisfaction.

Cette affaire avait duré deux ans, pendant lesquels le contribuable brimé dut verser à sa banque les intérêts des sommes dont elle avait garanti le paiement.

L'ex-inspecteur, qui relate cette mésaventure,

ajoute en guise de commentaire, « que le contribuable a été victime de l'arbitraire fiscal et qu'un pareil état de choses est scandaleux dans un pays qui se targue d'idées démocratiques ».

L'arbitraire fiscal a une sœur de la race des mégères, c'est l'*Inquisition fiscale*, qui s'exerce depuis un an surtout sur les médecins.

Le *Temps*, il y a quelques mois, a traité cette question avec détails et dans un esprit impartial dont nous devons lui savoir gré. Cette étude mérite d'être reproduite ici.

* *
*

Un médecin, domicilié à Paris, vient d'être invité par le fisc à répondre au questionnaire suivant :

1° Quel est le prix de vos visites à domicile ? Quel est le prix de vos consultations dans votre cabinet ?

2° Dans quel quartier est située votre clientèle principale ?

3° Faites-vous de la chirurgie ? Si oui, quelle est votre spécialité ? Où opérez-vous ? Quel est le nombre annuel des opérations ?

4° Dans la négative, pour combien entre dans les recettes brutes le total des ristournes de dichotomie ?

5° Quel est le chiffre de votre loyer total, le nombre total de vos domestiques, le nombre d'automobiles que vous possédez et le lieu où vous les garez ?

Sur la cinquième question, point de difficultés, puisqu'elle concerne des faits matériels, signes extérieurs du revenu, aisément contrôlables sans vexation, ni inquisition.

Mais que dire des autres ?

« *Quel est le prix de vos visites à domicile* ? » Rien de plus variable évidemment. La visite peut être gratuite, si, même, elle ne se traduit pas par une libéralité discrète. Au contraire, ce seront des honoraires élevés, si la fortune du client en comporte de tels. En outre, le temps consacré aux visites diffère de malade à malade. Les distances à parcourir ne sont pas les mêmes... Bref, il n'y a pas un prix de visites. Les tarifs médicaux eux-mêmes, établis à titre général, laissent entière la liberté personnelle des adhérents.

Naturellement, la même réponse s'applique à la seconde partie de la première question : « *Quel est le prix de vos consultations dans votre cabinet* ? »

Cependant, le fisc entend pénétrer dans ce secret, découvrir le produit exact de la profession exercée, être en mesure d'ajouter cet élément de revenu aux autres ressources du contribuable, car l'impôt général actuel sur le revenu est essentiellement un impôt personnel.

*Dans quel quartier est située votre clientèle principale* ? Cette deuxième question n'est pas une tentative d'investigations personnelles moins curieuse que la première. Si la clientèle principale est limitée à un quartier, le champ des contrôles des déclarations se sera trouvé circonscrit, et, en conséquence, facilité. Or, on sent quelles recherches spéciales admet cette inquisition particulière ; et l'on peut aussi se faire une idée des abus auxquels elle expose les médecins qui se sont voués au rôle si pénible de « médecin de quartier ».

La troisième question prétend distinguer entre les actes du médecin : « *Faites-vous de la chirurgie* ? » Il doit déclarer si, « oui » ou « non », il se livre à des « opérations », s'il les accomplit comme spécialiste, et en vertu de quelle spécialisation : « *Quelle est votre spécialité* ? »

Ce n'est pas tout : « *Où opérez-vous* ? *Quel est le nombre annuel des opérations* ? » Le fisc compte déduire de ces renseignements le produit total des honoraires obtenus.

Pour se protéger contre l'arbitraire inévitable des calculs ainsi formés, voilà médecins et chirurgiens acculés à des écritures qui, ne leur étant plus exclusivement réservées, apparaissent en opposition absolue avec la stricte et fondamentale garantie du secret professionnel. L'existence d'un secret semblable, légalement prescrit aux divers échelons du contrôle fiscal, ne diminue pas l'atteinte portée à la situation morale du médecin et à la confiance qu'il doit inspirer.

Quant à la quatrième question, elle révèle vraiment en quelle suspicion est tenue par le fisc la dignité du Corps médical.

« *Pour combien*, demande-t-on au médecin, *entre dans les recettes brutes* LE TOTAL DES RISTOURNES DE DICHOTOMIE ? » Quoi ! Une recette de ce genre est présumée ! Le médecin est appelé à se défendre d'y recourir ! Mieux encore : le questionnaire, loin de croire en principe la dichotomie répudiée, en suppose la pratique si usuelle qu'il réclame l'indication du « total des ristournes » !

On commettrait une injustice criante envers les agents du fisc, pour peu qu'on leur imputât le caractère abominable de ce régime. Ce sont simplement de dociles fonctionnaires, qui obéissent à leur mission. Chargés de dresser l'inventaire annuel des revenus des citoyens soumis à l'impôt personnel sur le revenu global, ils enquêtent, inspectent, interrogent. Ainsi le leur ordonne le système fiscal en vigueur depuis l'œuvre de réaction financière, économique et sociale, qui, en rétablissant l'impôt personnl, a triomphé dès principes émancipateurs proclamés en 1789.

La Révolution avait voulu l'impôt sur les choses, et non sur les personnes. Recourant aux signes extérieurs du revenu, il écartait toute immixtion de l'Etat dans la vie privée et le travail des citoyens. La démagogie, qui a en horreur la liberté, a réussi, en ce domaine de l'impôt comme en tant d'autres, à ressusciter des tyrannies de l'Ancien Régime. Au nombre de leurs victimes, on ne pouvait pas ne point compter les médecins.

Nous n'aurons pas la cruauté de demander quelle résistance ils opposèrent à l'inquisition fiscale, lorsqu'elle commença de se dresser. Nous en dénonçâmes les périls, dès le premier jour. Les incrédulités se firent, à peu près partout, inébranlables. Mais il n'est jamais trop tard pour bien faire.

Non pas qu'il puisse être question d'un refus quelconque de l'impôt, ni de résistances à la loi : elle doit être obéie. En revanche, il faut que les odieuses rigueurs, inséparables de son application, soient dévoilées et que le pays comprenne à quelle législation rétrograde il a été conduit.

Sans doute elle ne semble frapper qu'une minorité de citoyens, ses auteurs ayant jugé habile de créer en quelque sorte des privilégiés à rebours, au moyen de larges exemptions de l'impôt à la base : ils ont pu ainsi s'assurer momentanément, d'une part, l'indifférence d'un grand nombre, et, d'autre part, les applaudissements des organisateurs de la lutte de classe. Seulement, outre que de ce côté l'impôt personnel se révèle menaçant pour la paix nationale et pour la prospérité publique, il ne donne qu'une illusion de sécurité aux masses exonérées de l'impôt, mais non point de l'inquisition.

L'exonération dépend, en effet, du montant du revenu, ainsi que le taux de l'impôt. L'inquisition fiscale a mêmes droits sur tous. Si elle n'est subie, en fait, que par un nombre restreint de citoyens, et si l'arbitraire forcé des contrôles ajoute au vice du système, nul n'est à l'abri de leurs coups. Combien en ont soupçon ?

L'application aux médecins, dans les conditions parfaitement légales qu'on vient de constater, peut aider beaucoup à faire mieux connaître la loi, s'ils s'en plaignent, comme ils sont en droit de le faire. Leur influence n'est pas médiocre. Qu'ils l'emploient en faveur d'une réforme véritable, l'abolition de l'inquisition fiscale. Ils n'auront pas seulement défendu leur juste cause. De plus, en même temps, ils auront bien servi l'intérêt général.

(*Le Temps*, 11 décembre 1930).

L'administration a de bonnes raisons à donner pour justifier sa conduite. Elle prétend qu'elle est fraudée systématiquement, et que c'est pour défendre les finances publiques qu'elle se livre à des investigations que justifient à la fois les déserteurs de l'impôt et une sorte de raison d'Etat.

Quand les investigations prennent la forme inquisitoriale, si vivement dénoncée par *Le Temps*, elles sont inadmissibles, et des questions aussi saugrenues ne méritent que le dédain. Mais n'est-ce pas s'exposer à des représailles, dans une lutte ou la terre du pot contribuable ne saurait résister au fer du pot fiscal... ?

Des justifications, les médecins doivent évidemment en fournir quand elles leur sont demandées. Et c'est pourquoi j'ai déjà conseillé à mes confrères, à plusieurs reprises, de tenir avec la plus grande exactitude et la plus grande régularité, un livre de leurs dépenses professionnelles et de toutes leurs recettes.

Les recettes, provenant des consultations, visites et interventions médicales diverses ne doivent évidemment ne comporter aucune indication d'origine. Mais leur alignement, date par date, fait clairement et proprement, donne à ce livre une valeur documentaire indiscutable dont les juridictions appelées à connaître des litiges d'ordre fiscal, ne peuvent pas ne pas tenir compte.

Par ailleurs, tant individuellement que par l'intermédiaire de nos groupements professionnels, essayons d'agir en haut lieu pour dénoncer tout ensemble l'arbitraire et l'inquisition du fisc, dont les procédés sont inadmissibles, et en supprimer les exactions.

La période électorale qui va s'ouvrir dans quelques mois sera particulièrement propice pour une action en faveur de ces suppressions. Ne manquons pas de profiter de l'occasion qui nous sera ainsi offerte de défendre nos droits, violés délibérément.

G. DUCHESNE.

II

## Les protestations médicales contre les impôts en général et la patente en particulier. — Les possibilités d'action des contribuables groupés en une importante Fédération nationale.

Tous les médecins sont unanimes à protester, comme un seul homme, contre le régime des patentes auquel ils sont soumis. Ils proclament tous qu'il est inique, en ce qu'il se base sur la totalité des locaux d'habitation et professionnels, et que l'importance des premiers est fonction de l'importance de la famille médicale. Plus les enfants sont nombreux, plus nombreuses doivent être les pièces habitables du logement. Si bien que le médecin, dont les charges de famille sont particulièrement lourdes, au lieu de trouver d'autre part un allègement compensateur de ces charges, les voit encore s'alourdir du fait de ses impôts, et notamment de sa patente,

La patente est en outre oppressive par le taux élevé auquel elle atteint. Quand elle arrive à égaler le montant du loyer, et même à le dépasser, comme on m'en a cité des exemples, elle représente une iniquité de plus.

Nombreux sont aussi les médecins qui protestent contre les vexations dont ils sont l'objet de la part des employés du fisc, par l'inquisition à laquelle ils sont soumis et qui dépasse les bornes de la bienséance, par les interprétations fantaisistes des contrôleurs qui sont souvent en désaccord avec les textes législatifs, l'avis des Ministres et la jurisprudence.

Mais leurs protestations risquent de demeurer

platoniques si elles ne sont pas suivies d'une action énergique et décidée.

Quelle action pourront-ils mener, me demandera-t-on sans doute, qui soit à la fois décidée et énergique, féconde par surcroît ? Nos groupements professionnels, et leur Confédération, sont indiqués pour transmettre aux pouvoirs publics les protestations légitimes dont ils sont saisis, et ils ne s'en font pas faute. Mais ce n'est pas suffisant. Les médecins, pris en corps, ne sont pas assez nombreux pour émouvoir les budgéticoles du Palais-Bourbon et du Luxembourg. A 25.000 qu'ils sont à cette heure, que peuvent-ils obtenir dans cet ordre d'idées ? L'efficacité d'une action est fonction du nombre de ceux qui la mènent.

Or, ce nombre existe. En même temps que médecins, nous sommes en effet contribuables. Et des contribuables, il y en a quelques millions, qui sont bien décidés à ne pas se laisser plus longtemps tondre, sur le dos, une laine qui se fait de plus en plus rare.

Il existe une Fédération nationale des Syndicats et Groupements de Contribuables, dont le siège est à Paris, 24, rue de Clichy. Son programme tient en peu de mots. Le voici :

« Instruire l'opinion. Organiser son action en vue d'introduire dans la gestion des deniers publics de l'Etat, des départements et des communes toutes les économies, toutes les améliorations et la suppression des abus existants, avec le souci d'augmenter le rendement des services administratifs. Obtenir notamment l'utilisation rationnelle du Domaine public et des Monopoles.

« Rechercher les moyens de rendre à l'initiative privée toute son activité et tous ses droits pour favoriser l'essor économique du pays et alléger les charges des contribuables.

« Obtenir l'institution d'un Tribunal fiscal et la révision des lois fiscales en vue d'une plus équitable répartition de l'impôt et de l'élaboration de textes simplifiés et clairs évitant l'injustice et l'arbitraire. »

Des confrères ont attiré mon attention sur l'œuvre entreprise par la Fédération des Contribuables. Il en est parmi eux qui occupent des fonctions de premier plan dans certains groupements constitutifs de cette Fédération. Le Vice-Président du Syndicat des Contribuables parisiens est le Dr Genay.

Soixante-dix départements possèdent de tels groupements syndicaux, qui réunissent un effectif de cinq millions de participants.

Cette Fédération a organisé, au début du mois de décembre dernier, un Congrès qui s'est tenu à Paris et a duré trois jours. Parmi les ordres du jour qui ont été adoptés, et que je ne puis citer tous, je détache celui-ci :

« Le Congrès, en présence de l'accroissement indéfini des dépenses publiques et des impôts, décide, pour obtenir enfin des Chambres et du Gouvernement l'exécution de promesses et d'engagements qui ne sont jamais tenus, de préparer dès à présent l'organisation de la *grève de l'impôt*. Il engage tous les Groupements affiliés à se préoccuper dès maintenant de réunir les ressources nécessaires pour soutenir leurs adhérents dans la lutte qu'ils auraient alors à soutenir contre le fisc. Il donne mandat au Comité d'action de fixer le moment venu les conditions et les modalités de cette résistance. »

Le délégué général au Comité d'action est Monsieur Large, qui est tout prêt à fournir des renseignements à qui les lui demandera, sur les possibilités de la Fédération.

Je sais combien sont nombreux les confrères qui nous soumettent les difficultés qu'ils ont avec le fisc, et je crois rendre service à tous en leur signalant la Fédération nationale des Syndicats et Groupements de Contribuables.

*Aux grands maux les grands remèdes.* Lorsque l'impôt augmente en de telles proportions qu'il risque de tarir la matière imposable, c'est un mal évident. Ceux qui nous proposent d'y remédier doivent être considérés comme les bienvenus, et nous n'avons rien à perdre à les écouter. C'est à quoi je vous convie en vous montrant jusqu'où sont allés déjà, dans la voie de la protestation agissante, des contribuables résolus à ne pas se laisser étrangler sans s'être préalablement copieusement défendus. Et nous savons tous de quoi sont capables des moutons devenus enragés.

G. Duchesne.

## ASSURANCES SOCIALES MATERNITÉ

I

### Consultations de nourrissons faites par des sages-femmes

Une assurée sociale, ou femme d'assuré, qui entend bénéficier des secours en argent, accordés tant par la loi sur les assurances sociales, que par toutes autres lois de protection de la maternité et de l'allaitement, doit apporter la preuve qu'elle suit régulièrement les consultations de nourrissons.

Il nous est demandé si la fréquentation de ces consultations est absolument obligatoire et si, par l'intermédiaire d'un certificat de praticien, la mère peut être dispensée de conduire son enfant régulièrement à la consultation, alors qu'un praticien fournit la preuve écrite qu'il surveille le poupon lui-même.

En ce qui concerne le docteur en médecine, la réponse est aisée : pour des motifs d'ordre divers, le médecin peut être d'avis que le nourrisson ne doit pas fréquenter la consultation de nourrissons. Il rédigera donc un certificat, déclarant qu'il suit lui-même la progression du poids de l'enfant, qu'il le surveille et que par suite les obligations prévues par l'article 9, paragraphe 6 de la loi du 30 avril 1930 sont remplies.

La caisse conserve toujours e droit de faire contrôler si la surveillance médicale du nourrisson est réelle et effective et si l'attestation délivrée par le médecin n'e t pas entachée d'une certaine complaisance pour la mèıe, afin d'éviter à cette dernière la perte de temps passé à la consultation de nourrissons.

Mais, il m'est demandé si une sage-femme peut en faire autant. La caisse d'assurances sociales peut-elle admettre que la praticienne puisse surveiller chez elle, ou à domicile, la progression de l'enfant et éviter à ce dernier la fréquentation de la consultation de nourrissons ?

En particulier, une caisse exige que le certificat, délivré par la sage-femme, soit contresigné au dispensaire, par un médecin. Et la sage-femme craint de voir sa consultation personnelle être désertée.

En d'autres termes, la question se pose ainsi : la caisse peut-elle obliger les jeunes mères à fréquenter régulièrement les consultations et dispensaires, alors qu'une sage-femme se voit contester le droit légal de faire elle-même cette surveillance des nourrissons ?

Si nous nous reportons aux textes législatifs et règlementaires, nous constatons que la loi sur les assurances sociales par son article 9, § 6, impose l'obligation des visites périodiques à domicile et de la fréquentation des consultations de nourrissons.

Le décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, renvoie, par son article 35, au règlement particulier de chaque caisse déterminé conformément au règlement-type arrêté par le ministre du Travail.

Le règlement type d'administration intérieure des caisses publié au *Journal officiel*, du 20 août 1930, indique dans ses articles 53 et 54, que l'assurée, ou la femme de l'assuré doit se plier aux instructions données par la caisse dans son règlement de maternité et notamment se soumettre aux différentes visites et contrôle des nourrissons.

Si maintenant, nous nous reportons à la circulaire du 21 mars 1931, nous y lisons que la surveillance prénatale peut être exercée par un « praticien », alors que les consultations postnatales, ou les certificats constatant l'impossibilité, pour la mère, de nourrir elle-même son enfant, sont faites, ou délivrés par un « médecin ».

Il en résulte que le ministre s'appuie sur les termes de la loi du 30 novembre 1892, pour décider que la sage-femme, qualifiée pour pratiquer l'art des accouchements, à la condition que ces derniers ne soient pas laborieux, ne peut faire acte médical, ni soigner des enfants.

Mais, pouvons-nous dire, la consultation de nourrissons consiste plutôt en des conseils d'hygiène qu'en des soins donnés aux poupons. Par suite, si la sage-femme n'a pas le droit légal de donner des conseils médicaux, en vue du traitement et de la guérison des maladies d'enfants, elle peut cependant formuler des règles d'hygiène et de puériculture, qui n'ont pas pour but l'amélioration ou la guérison d'un état pathologique.

D'autant qu'on peut invoquer la pratique courante, par laquelle beaucoup de sages-femmes, blanchies sous le harnois, croient pouvoir donner moult conseils hygiéniques, voire même thérapeutiques, quitte à faire appel à un médecin, si l'état de l'enfant inspire quelques inquiétudes.

Sur ce point particulier, je donne formellement mon avis : la sage-femme ne tient pas de la loi de 1892 le droit de soigner les enfants malades : son rôle, en dehors de la pratique des accouchements normaux, doit se borner à la surveillance de la puériculture (pesées régulières, vaccinations antivarioliques, etc.) ; mais elle doit s'abstenir de transformer sa consultation de nourrissons en consultations médicales, dans lesquelles des diagnostics seront posés et des traitements ordonnés.

De leur côté, les caisses d'assurances sociales

restent en droit d'imposer à leurs ressortissantes la fréquentation régulière de telle ou telle consultation de nourrissons, sauf dans des cas spéciaux et particuliers, appréciés par un certificat délivré par un médecin.

Aux divers syndicats de praticiens de s'entendre d'abord entre eux, puis de discuter avec les caisses d'assurances sociales pour assurer d'un commun accord l'organisation efficace des consultations de nourrissons.

Dr Paul BOUDIN.

II

## Caisses et quantum des honoraires médicaux

Afin de rembourser un assuré selon son tarif de responsabilité, une caisse peut-elle réclamer un reçu du praticien, indiquant la somme que ce dernier a touchée ? En particulier, en matière d'accouchements, la caisse peut-elle exiger de savoir combien le médecin, ou la sage-femme a réclamé pour l'acte obstétrical et les soins consécutifs ?

Beaucoup de caisses ne connaissent que mal la loi et les textes réglementaires, en matière d'assurances sociales. Aussi les dirigeants ont-ils tendance à outrepasser leurs droits et à organiser des brimades, dirigées non seulement contre les assurés eux-mêmes, mais contre des tiers, tels que des médecins, des sages-femmes, ou des pharmaciens.

La caisse ne peut en rien s'immiscer dans les rapports entre malade et praticien : celui-ci est choisi librement, demande les honoraires, qu'il croit devoir demander, se fait payer comme il l'entend.

Mais, pour que la caisse soit mise à même de pouvoir rembourser les frais mis à sa charge, le praticien doit par sa signature, attester qu'il a été payé sans indiquer la somme qu'il a reçue.

Le tarif minimum syndical est indiqué par le syndicat, dans la convention qui est intervenue entre les deux groupes (syndicat, caisse) ; mais le praticien reste en droit de demander tels honoraires qu'il lui plaît de prendre, à la condition que ses honoraires ne soient pas tels que l'assuré, remboursé par sa caisse selon le tarif de responsabilité, puisse faire un bénéfice sur ce remboursement.

D'ailleurs, si la caisse doit rembourser un accouchement normal au prix de 240 francs, par exemple, peu lui chaut de savoir que le praticien (médecin, ou sage-femme) a demandé et obtenu 250, 500, 1.000 francs pour l'acte obstétrical; c'est affaire entre le malade et son praticien.

Si la caisse outrepasse ses droits, en cas de conflit, le praticien doit en référer à son syndicat, qui, à la suite de l'échec de démarches amiables, pourra porter le litige à la connaissance de la commission départementale, car il s'agit ici de l'interprétation de la convention syndicat-caisse

Dr Paul BOUDIN.

## A TRAVERS LA PRESSE SOCIALE

Les 2, 3, 4, 5, 6 septembre 1931, avait lieu la 5e Assemblée générale de la Conférence internationale de Sociétés mutuelles et de Caisses d'assurance-maladie de Tchéco-Slovaquie (Prague), présidée par M. Helmitt-Lehmann représentant de l'Union allemande des caisses maladie. La France était largement représentée par des membres de la Fédération nationale de la Mutualité, dont MM. Georges Petit et Eugène André.

Dans ce Congrès international, on s'est occupé d'une question presque nouvelle, au moins pour les assurés sociaux français, celle du traitement thermal dans l'assurance-maladie.

Voici la résolution présentée par la deuxième Commission, et que je me permets de reproduire dans son entier, étant donné son importance.

**Résolution sur le traitement thermal dans l'Assurance-maladie.**

I

1. Les institutions d'assurance doivent considérer comme stations thermales uniquement les stations, qui possèdent et entretiennent de façon systématique des moyens naturels de traitement ou de prévention des maladies (bains, boissons, facteurs climatériques), et qui les offrent à des conditions acceptables pour leur utilisation par les assurés.

2. Une source d'eau minérale peut être qualifiée de source curative, seulement lorsque sa nature, sa composition, sa concentration, sa température, ses qualités médicales et autres particularités importantes, ont été soigneusement analysées et reconnues suffisamment stables, pour que son effet thérapeutique puisse être considéré comme permanent.

II

3. Les institutions d'assurance considèrent que le traitement thermal est un moyen important de guérir et de prévenir la maladie et de protéger la santé des assurés.

4. Les institutions d'assurance, légalement tenues à une administration judicieuse des fonds qui leur

sont confiés, devraient attribuer le traitement thermal, qui est une prestation relativement coûteuse :

*a*) Aux personnes, pour lesquelles un examen médical a suffisamment révélé la nécessité de la cure, et chez lesquelles les tentatives de soins avec des moyens thérapeutiques médicinaux et physiques, utilisables sur place, se sont montrées insuffisantes.

*b*) Aux stations thermales, qui remplissent les conditions indispensables au point de vue médical et économique.

III

5. Les institutions d'assurance devraient accorder le traitement thermal, lorsque l'utilité de cette prestation est dûment établie, et que son application est le seul ou le meilleur moyen de guérir une maladie ou d'empêcher son aggravation.

6. Le traitement thermal ne devrait pas dépendre de certaines conditions telles que : durée d'affiliation à l'assurance, paiement d'un certain nombre de cotisations, incapacité de travail, etc.

7. Le traitement thermal devrait être accordé non seulement aux assurés, mais aussi aux membres de leur famille, lorsque les ressources des institutions d'assurance le permettent.

8. Les institutions d'assurance doivent supporter les frais de la cure et les soins dans une station thermale et, pour autant qu'elles n'entretiennent pas elles-mêmes d'établissements thermaux, conclure des contrats avec des organisations et des médecins appropriés.

9. Il est recommandable de grouper les caisses d'un pays dans le but de construire et d'administrer des établissements de cure communs dans les stations thermales existantes. De plus, il y a lieu d'envisager la conclusion de conventions permettant l'accès des cures aux assurés étrangers et cela aux mêmes convitions que celles faites aux assurés du pays.

10. La procédure pour l'admission au traitement thermal doit comporter : une demande d'admission émanant du médecin traitant, établissant la nature et la durée de la maladie ainsi que la nature, la durée et les résultats du traitement effectué ; la nécessité de la cure doit être reconnue par le médecin de confiance de la caisse.

IV

11. Des directives concernant les indications relatives au traitement thermal dans l'assurance-maladie devraient être élaborées par le Comité de la Conférence internationale.

12. Le succès du traitement thermal ne peut être garanti, en particulier, que si les conditions suivantes, sont réalisées :

*a*) Le choix de la station thermale doit être fait uniquement en raison d'un état pathologique, et non en se basant sur des motifs ne relevant pas de l'état de santé du malade ;

*b*) Le processus de la cure doit être réglé conformément à un plan de traitement, fixé au début de la cure par le médecin spécialiste du traitement thermal — sur la base du rapport du médecin traitant de l'assuré — de la fiche individuelle du malade, remise par l'institution d'assurance, et contenant toutes informations utiles relatives aux maladies et cures antérieures — et d'un examen approfondi du malade ;

*c*) L'institution d'assurance doit accorder le traitement thermal pendant la durée nécessaire, qui doit être fixée en tenant compte des besoins du malade, des exigences de la cure et des conditions de la station thermale.

13. Le médecin spécialiste du traitement thermal, pour établir le plan du traitement, doit tenir compte, non seulement des éléments physiologiques et psychiques, mais aussi de la situation sociale et des conditions professionnelles du malade.

14. A la fin du traitement, le médecin de la station de cure doit informer la caisse du traitement suivi et du résultat obtenu et, si nécessaire, donner des indications pour les soins ultérieurs.

(*La Mutualité*, août-septembre)

**L'assurance maladie en Allemagne.** (*Les Dossiers du Mutualiste agricole,* octobre 1931.)

La prestation médicale commence avec le début de la maladie, et comporte le traitement médical général et spécial, les frais pharmaceutiques et d'appareils. Le malade doit payer pour les médicaments au pharmacien une somme de 0,50 R M, qui sera remboursée à la caisse. Cette mesure a pour but d'empêcher l'abus des médicaments.

Au lieu de bénéficier du traitement médical et de l'indemnité de demi-salaire, le malade peut à son gré se faire soigner dans un hôpital ou un établissement de cure. Ce traitement à l'hôpital est obligatoire si le médecin le prescrit, c'est-à-dire dans le cas où le traitement à domicile n'est pas suffisant, si la maladie est contagieuse ou si le malade n'obéit pas aux prescriptions médicales.

Toutes les prestations de la caisse maladie finissent avec la convalescence, ou vingt-six semaines après la date du début de la maladie. Cependant cette échéance peut encore être reculée pendant une durée de treize semaines, lorsque le malade est reconnu nécessiteux.

Si, pendant ce laps de temps le traitement médical n'étant plus nécessaire et l'assuré ayant recommencé à travailler, une rechute survient, cette rechute est considérée comme un nouveau cas de maladie, et un nouveau délai est accordé, qui donne droit à toutes les prestations.

Les assurées, femmes mariées ou non, qui ont cotisé pendant au moins 10 mois dans l'avant-dernière année qui précède l'accouchement et pendant six mois de la dernière année, reçoivent une prestation d'accouchement et des presta-

tions médicales et pharmaceutiques ainsi que des primes d'allaitement.

En ce qui concerne la famille de l'assuré, celui, qui a cotisé pendant au moins trois mois dans les six derniers mois qui précédaient la maladie, peut demander, pour les membres de sa famille et pour une durée maximum de 13 semaines, un traitement médical gratuit et une réduction de 50 % pour les frais pharmaceutiques.

Ces subventions pour la famille comportent également des subventions d'accouchement pour la femme et les filles de l'assuré, qui vivent encore avec le père de famille. Le droit aux prestations demeure valable neuf mois après la mort de l'assuré.

SUÈDE. — **Nouvelles propositions de réforme de l'assurance-maladie.** (*Revue de la Prévoyance et de la Mutualité*, juillet-septembre 1931.)

Voici ce qui concerne les prestations médicales :

Le projet soumis au Parlement imposait aux caisses bénéficiant des subventions publiques l'obligation de rembourser aux assurés les deux tiers des dépenses d'assistance médicale. Afin de tenir compte des objections soulevées contre cette règle par les représentants des organisations médicales, le memorandum propose que l'Administration du Travail et de la Prévoyance sociale soit autorisée, après consultation avec l'Office médical, à libérer les caisses de cette obligation, lorsqu'il existe des raisons valables pour accorder une telle dispense. Le memorandum considère comme raisons valables le manque de médecins dans la circonscription de la caisse, le coût élevé de l'assistance médicale, la précarité des finances des institutions d'assurance, etc. De l'avis du ministère les caisses devraient être également dispensées de l'obligation de rembourser une partie des frais médicaux toutes les fois que la majorité des assurés peut bénéficier de l'assistance médicale accordée par d'autres institutions ou lorsque le service médical ne peut être organisé faute d'entente entre la direction de la caisse et le corps médical.

**Caisse primaire mutualiste.** (*Bulletin des Sociétés de secours mutuels et des Assurances sociales*, juillet-août 1931.)

M. Georges Mandel demande à M. le Ministre du Travail, si une société de secours mutuels, qui se transforme plus ou moins complètement en caisse primaire ou caisse départementale, est obligée de comprendre, dans son conseil d'administration, deux praticiens, désignés par l'assemblée générale, sur une liste présentée par les syndicats professionnels ayant contracté avec les caisses, cette désignation étant faite en vertu du paragraphe 1er de l'article 26 de la loi du 5 avril 1928-avril 1930.

*Réponse.* — Pour qu'une caisse primaire de répartition, créée par une société de secours mutuels, ne soit pas tenue de comprendre dans son conseil d'administration, deux praticiens désignés dans les conditions ci-dessus rappelées, il faut conformément aux dispositions du paragraphe 9, deuxième alinéa, de l'article 26 de la loi du 30 avril 1930, que cette caisse décide statutairement qu'elle sera administrée par le Conseil d'administration de la société de secours mutuels fondatrice. Toutefois, dans ce cas, ledit conseil devra comprendre au moins moitié d'assurés.

Dr M. VIMONT.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Aux médecins de 30 à 35 ans

Confrères,

Vous voilà installés, vous vous êtes fait une clientèle, vous avez fondé une famille : c'est un devoir pour vous de penser à l'avenir.

Vous n'ignorez pas que vous êtes exposés à un accident, que vous pouvez tomber malades et rester, de ce fait, pendant un temps plus ou moins long, dans l'impossibilité d'exercer votre profession ; vous savez aussi que votre activité, votre résistance actuelles ne dureront pas toujours, et qu'un moment viendra fatalement où vous serez contraints de vous restreindre en attendant celui où vous devrez passer la main.

Croyez-vous qu'il ne vous serait pas utile de vous prémunir contre un chômage professionnel, toujours possible, et contre la vieillesse certaine ?

La Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français vous en offre les moyens.

Oh ! elle ne prétend pas vous dédommager entièrement des pertes que vous pourrez subir du fait de la maladie, ni vous assurer les moyens de vivre dans votre vieillesse, mais elle vous viendra en aide, vous tendra une main secourable, confraternelle et amicale.

C'est une Société de Secours mutuels libre, régie par la loi du 1er avril 1898, fondée par des médecins pour les médecins, qui a déjà trente huit années d'existence, qui a rendu à ses membres d'immenses services — elle a versé déjà plus de trois millions d'indemnités-maladie — et qui est actuellement dans une situation des plus prospères, un inventaire actuariel vient de le montrer.

Elle vous offre donc toutes les garanties matérielles et morales que vous pouvez désirer.

Elle vous donnera jusqu'à 65 ans, si vous êtes arrêtés par la maladie ou un accident, une indemnité journalière d'abord, mensuelle ensuite si la maladie se prolonge et cela, quelle qu'en soit la durée ; elle vous donnera plus tard une pension viagère de retraite. Elle peut même assurer une pension de retraite à vos femmes et à vos enfants ; enfin, en cas de mort prématurée, une pension à vos veuves.

Sans doute, il serait souhaitable que tous pussent profiter de tous les avantages qu'elle vous offre ; mais la Mutualité familiale, qui n'ignore rien du monde médical, et sait se plier à toutes le situations, a établi toutes ses combinaisons autonomes et indépendantes les unes des autres, vous laissant toute liberté d'adhérer à telle ou telle qui aura vos préférences et répondra à vos besoins.

Venez donc à elle en toute confiance, vous ferez acte de prévoyance et pour vous personnellement et pour les vôtres.

Vous êtes, vous, confrère, dans une bonne situation, vous faites, comme on dit, bien vos affaires : assurez vous l'indemnité journalière de 50 francs et mensuelle de 500, qui, à 65 ans, fera place à une pension de retraite de 4.800 francs. Que vous en coûtera-t-il ? selon votre âge de 854 francs à 1.060, c'est-à-dire de 2 fr. 30 à 3 francs par jour !

Vous êtes dans une situation brillante, vous êtes un des heureux de la profession : prenez le maximum, c'est-à-dire, toujours avec l'indemnité journalière de 50 et mensuelle de cinq cents francs, une première pension de 4.800 fr. à 60 ans et une seconde semblable à 65 ans (ce qui à ce dernier âge vous fera 9.600) il vous en coûtera de 1.500 à 2.000 francs, soit 4 fr. 10 à 5 fr. 40 par jour.

Vous, au contraire, vous ne faites que percer que vous tirer d'affaire, choisissez des combinaisons plus modestes : indemnité de 30 fr. par jour et 300 fr. par mois avec pension de 2.400 fr à 65 ans ; ce sera de 460 fr. à 570 fr. soit 1,25 à 1,55 par jour.

Vous, enfin, vous ne faites que débuter, vous n'avez pas encore couvert vos frais d'installation, prenez le minimum, indemnité de 10 fr. par jour et de 100 fr. par mois avec pension de 1.200 francs à 65 ans : ce ne sera plus que de 0 fr. 50 à 0 fr. 55 par jour. Et vous aurez toujours le loisir d'augmenter, si viennent des temps meilleurs sous la seule réserve que vous ayez conservé une bonne santé.

Ces exemples montrent quelle souplesse présente l'organisation de la Mutualité familiale.

L'indemnité-maladie est, au gré du sociétaire, de dix, vingt, trente, quarante ou cinquante francs par jour, l'indemnité mensuelle étant toujours décuple de l'indemnité journalière.

La pension peut être servie, toujours au gré du sociétaire, à 60 ou à 65 ans ; les deux peuvent même se cumuler sur la même tête.

Elle est de douze cents, de deux mille quatre cents, de trois mille six cents ou de quatre mille huit cents francs par an.

Et, s'il y a cumul, on arrive à 65 ans à 2.400 fr. 4.800 fr., 7.200 fr. et 9.600 francs.

Comme ces diverses combinaisons se groupent à la volonté du sociétaire, on voit combien sont nombreux les services, que peut rendre la Mutualité familiale.

Enfin nul n'est tenu d'entrer à la fois dans une combinaison maladie et dans une combinaison retraite : il est loisible de n'adhérer qu'à une seule d'entre elles.

Et ce n'est pas tout : pour les combinaisons retraites, le sociétaire peut cotiser à fonds perdus ou contre-assurer ses versements de telle sorte que, s'il venait à mourir prématurément, les sommes versées par lui soient remboursées à ses ayants droit.

J'ai dit plus haut que les combinaisons retraites étaient ouvertes aux femmes des sociétaires, j'ajoute immédiatement qu'il n'est nullement besoin que le mari lui-même soit inscrit à une combinaison retraite ; il suffit qu'il fasse partie de la Mutualité familiale à un titre quelconque.

Les femmes sont admises dans les mêmes conditions que les médecins eux-mêmes : mêmes cotisations, mêmes limites d'âge d'entrée, même délivrance de la pension.

Quant aux enfants, qui peuvent entrer aussi à ces combinaisons retraites, je n'en parlerai pas actuellement, puisqu'ils ne peuvent être admis qu'à l'âge de vingt ans, et que la chose n'intéresse pas les lecteurs auxquels je m'adresse plus particulièrement aujourd'hui.

Je m'arrête, j'ai voulu simplement attirer l'attention des confrères de 30 à 35 ans qui forment dans le Corps médical une catégorie spéciale entre les débutants et les praticiens ayant une situation véritablement assise.

Je leur ai montré que notre société se prêtait à tous leurs besoins, à toutes leurs aspirations comme à toutes leurs possibilités. A eux d'écrire à notre secrétaire général, Dr Mignon, Le Vésinet, (Seine-et-Oise), pour lui dire ce qu'ils désirent, lui demander les statuts, lui réclamer tous conseils et toutes explications complémentaires. Il se fera un devoir de leur donner satisfaction.

Et si j'ai pu, par ces quelques lignes, contribuer à décider quelques-uns, je m'en réjouirai et pour la société et pour eux car j'estimerai que je leur aurai rendu un service véritable.

Je n'aurai pas perdu mon temps.

A. Gassot.

## CHRONIQUE FISCALE

### Médecins ayant une clientèle et un service salarié

Le Conseil d'Etat vient, par trois arrêts des 17, 25 juillet et 23 octobre 1931, de fixer la jurisprudence en ce qui concerne les docteurs qui, en dehors des honoraires versés par leur clientèle, touchent des sommes fixes pour assurer certains services dans les compagnies, établissements publics ou services publics. Nous croyons intéressant pour les lecteurs de cette revue d'exposer la doctrine consacrée par ces arrêts et ses conséquences pratiques.

L'arrêt du 17 juillet dit que : « aux termes de « l'article 12 de la loi du 23 juillet 1925, les con- « tribuables, qui disposent à la fois de revenus « provenant de traitements publics ou privés, in- « demnités et émoluments, salaires, pensions et « rentes viagères, et de bénéfices des profes- « sions non commerciales autres que les bénéfi- « ces de charges et offices sont cotisés pour l'en- « semble de ces revenus, déterminés suivant le « mode propre à chaque catégorie, d'après les « règles applicables à l'impôt sur les traitements, « salaires, pensions et rentes viagères. »

Pour l'application de cette disposition législative, les divers revenus imposables doivent être déterminés d'après les règles d'assiette et les déductions afférentes à chaque cédule, puis totalisés s'il y a lieu, et cotisés selon les règles applicables à l'impôt des traitements et salaires avec un seul abattement à la base correspondant à la limite d'exemption.

Les arrêts du 24 juillet et 23 octobre 1931 reproduisent ces conclusions, qui nous paraissent faire une application inexacte du texte législatif.

En effet, si le § 2 de l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925 est conçu dans les termes reproduits plus haut entre guillemets, il est suivi du § 3 disant :

« Le total imposable sera ensuite fractionné « proportionnellement au montant des revenus « de chaque catégorie, et chaque fraction sera « taxée d'après le taux spécial à sa cédule ».

Donc trois opérations distinctes existent d'après cette loi :

1° Détermination du revenu net dans chaque catégorie suivant les règles spéciales à sa cédule ;

2° Totalisation des deux revenus et application à ce total des règles de la cédule des traitements ;

3° Partage de la somme ainsi déterminée proportionnellement aux revenus nets de chaque catégorie pour application du tarif.

La loi codifiée de 15 octobre 1926, article 66, dont les arrêts ne font pas mention, a supprimé purement et simplement le dernier paragraphe, mais n'a évidemment pas modifié le sens du texte de la loi de 1925.

Or, ce sens est et ne peut être que celui-ci :

1° La détermination du revenu net dans chaque catégorie donne par exemple 10.000 fr. et 25.000 fr. après déduction des dépenses professionnelles ;

2° La réunion des deux sommes 10.000 fr. + 25.000 fr. pour l'application des règles de la cédule du traitement conduit à appliquer à ce total les abattements pour charges de famille, car ce sont les seules règles spéciales au traitement qui restent disponibles, les autres calculs du bénéfice net et tarifs à appliquer sont fixés par le paragraphe précédent et le paragraphe suivant.

D'après la thèse de l'administration, consacrée par les arrêts les plus récents du Conseil d'Etat, un médecin marié et père de trois enfants mineurs de moins de 18 ans, qui a droit à un abattement de 13.000 fr. pour charges de famille à la cédule des salaires, ne peut bénéficier de cette réduction du revenu imposable que jusqu'à concurrence de son salaire net soit 10.000 fr. Il perd donc 3.000 fr. d'abattement, et il est imposé sur 25.000 fr. en tenant compte des atténuations qui sont communes aux deux cédules savoir :

| | |
|---|---|
| 10.000 fr. sont imposables ; | |
| 10.000 fr. comptent pour moitié, soit imposables | 5.000 fr. |
| Le surplus pour 3 quarts $\frac{5.000 \times 3}{4} =$ | 3.750 » |
| Total | 8.750 » |
| Imposables à 12 % soit | 1.050 » |

Si, au contraire, on appliquait strictement le sens des lois du 13 juillet 1925, article 12, et 15 octobre 1926, article 66, consacré par un arrêt du 4 avril 1931, on aurait le résultat suivant :

| | |
|---|---|
| Salaires | 10.000 » |
| Honoraires | 25.000 » |
| Total | 35.000 » |
| A déduire pour charges de famille | 13.000 » |
| Reste | 22.000 » |
| dont 10.000 fr. non imposables | 10.000 » |
| Reste | 12.000 » |
| sur lesquels 10.000 comptent pour moitié | 5.000 » |
| et 2.000 pour les 3/4 | 1.500 » |
| total | 6.500 » |
| à 10 % | 650 fr. |

Nous ne parlerons pas des réductions proportionnelles du droit pour charges de famille, qui sont en dehors de la discussion.

L'arrêt du 4 avril 1930, que nous rappelons

plus haut et dont nous avons fait état dans notre manuel le « Guide Pratique », a conclu comme il suit : « Aux termes de l'article 66 du décret du « 15 octobre 1926, les contribuables qui dispo- « sent à la fois de revenus provenant de traite- « ments publics et privés, indemnités et émolue- « ments, salaires, pensions et rentes viagères et de « bénéfices de professions non commerciales autres « que les bénéfices des charges et offices sont cotisés « pour l'ensemble de ces revenus déterminés sui- « vant le mode propre à chaque catégorie, d'après « les règles applicables à l'impôt sur les traite- « ments, salaires, pensions et rentes viagères. »

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur ...... est rémunéré par un traitement fixe, qu'il est logé, chauffé, éclairé aux frais de la compagnie houillère de ..... qu'il ne peut quitter le siège de l'exploitation sans une autorisation du directeur, qu'il doit donc être considéré comme un salarié, et que s'il possède une clientèle, particulière, il est imposable aux termes de la disposition sus-visée à l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires.

A. Martinot,
Conseil Fiscal.
Directeur du « *Contribuable Français* ».

**Nous rappelons aux lecteurs de cette revue qu'en dehors des conseils gracieux qu'ils reçoivent du « *Concours Médical* » et qui ne peuvent comporter l'étude d'aucun document particulier, nous sommes à leur disposition pour l'établissement de toute déclaration relative aux revenus et que nous rédigeons toute pétition et suivons toute réclamation devant le directeur, le conseil de préfecture et le Conseil d'Etat à des conditions modérées que nous ferons connaître sur demande.**

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...On aimerait bien entendre sa voix*
*et ce sont ses pipeaux qu'on entend...*
(Henri Pourrat).

DXXXVI. — Henri Pourrat. — **Le Bosquet Pastoral**. Un vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue Française*. Paris, 1931. 15 fr.

Il y a une forme d'ironie de beaucoup la plus vulnérante : celle qui comble de prévenances et presque de sollicitude la victime de ses attentions. C'est celle que Pourrat réserve à deux écrivains notoires qui commirent l'erreur, à ses yeux impardonnable, de parler trop suavement des champs : le chevalier de Florian et Bernardin de Saint-Pierre. Deux cents pages durant il leur prodigue les plus cruelles aménités, les plus charitables férocités. Il a beau jeu évidemment, lui qui exprime la rude poésie de la terre comme nous respirons. Le dessin de cette nature aussi idéalisée que dépourvue de ... naturel devait le choquer, l'atteindre au vif et irriter ses fibres secrètes. Un beau livre en est venu où nous voyons un aspect neuf de son talent. Le romancier s'est mué en critique et la métamorphose s'est ainsi aisément effectuée sans qu'il quitte le terrain où évoluent normalement ses héros et où l'attachent ses préférences et de puissants sentiments. De là cette aisance du ton, cette richesse descriptive qui chasse comme une saine et fraîche coulée de vent les vapeurs roses du Chevalier et les illusions naïves de Monsieur de Saint-Pierre rêvant sous les effluves de sa providentielle finalité.

DXXXVII. — Pythagore. — **Les Vers d'or**. suivis du commentaire d'Hiéroclès d'Alexandrie. Traduction nouvelle avec prolégomènes et notes par Mario Meunier. Un volume in-16 sur papier Alfa. *Editions de l'Artisan du Livre*. Paris, 1931. 25 fr.

Il n'existait pas, (si nombreuses sont les traductions plus ou moins fantaisistes des *Vers d'Or* des Pythagoriciens ) de reproduction complète en français de leur commentaire depuis celle, fumeuse et inexacte de Dacier, garde des livres du Cabinet du Roy, parue en 1706. Le travail de Monsieur Meunier est d'une remarquable clarté ; les notes denses et très nombreuses dont il accompagne son texte en précisent la portée et l'esprit avec un luxe de références qui témoignent d'une très sûre érudition. Le *Commentaire* qui est la seule œuvre sauvée au complet de l'abondante production pédagogique du philosophe alexandrin est une ingénieuse paraphrase, souple, très nuancée des préceptes succincts où les disciples du grand philosophe avaient condensé la plus pure substance de leur morale. La présentation typographique est claire et bien ordonnée à l'image des pensées limpides où se délassait cette merveilleuse sagesse.

DXXXVIII. — Charles Silvestre. — **Pleine Terre**. Un vol. 12 × 19. Récits. *Editions Plon*. Paris, 1931. 12 fr.

Ces récits simples de la vie quotidienne en campagne du Haut-Limousin suivent sans prétention le rythme des saisons, des travaux et des divertissements champêtres. Leur charme vient surtout, je crois, de ce qu'ils transcrivent avec fidélité des coutumes, des façons de vivre et d'être, des sentiments voués à une proche disparition. La jovialité de certains d'entre eux, leur saine gaieté n'efface pas cette impression dominante de menace imprécise suspendue sur la séculaire quiétude de la vie rustique qui a encore

conservé dans la région envisagée l'empreinte atavique du temps de la faucille, de la charrue de bois, et du four familial où se brunissait la lourde miche de vrai pain.

DXXXIX. — Claude AVELINE. — **Trois histoires de la nuit**. Nouvelles. Un vol. 12 × 19. *Editions Emile Paul*. Paris. 1931.

L'épigraphe d'Edgar Poë qui ouvre ces trois contes de cauchemar précise confusément qu'ils vont bien se dérouler bousculés par une sombre épouvante. Ils se dénouent dans l'ombre réelle de nuits tragiques, mais il me semble que leur vocable d'obscurité doit aussi, surtout peut-être, englober les zones de ténèbres où s'ébauchent les motifs et s'arment les déclics des actes criminels, dans les « dessous » des consciences où s'élaborent les honteuses décisions, les turpitudes, les *raptus* passionnels qui vont éclater brusquement dans les gestes des personnages. Sans mélodrame, avec une force bien équilibrée, plus sûre encore que dans ses romans précédents, Aveline nous dispense l'angoisse. Son style s'est allégé, claréfié, raffermi, dépouillé.

Le vigoureux jaillissement de ses premiers livres le laissait espérer : le voici bien au point, solide, bien en haleine prêt à lui valoir les fruits mérités du considérable succès d'estime qui avait salué la morbide idylle de *Madame Maillard*.

DXL. — Jean DES VALLIÈRES. — **Kavalier Scharnhorst**. Récit de captivité. Un vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel*. 1931. 15 fr.

Pourquoi diable ce livre magnifique n'est-il pas sorti plus tôt ? L'auteur a voulu sans doute laisser déferler le flot de cette littérature de « *chiqué* » qui a essayé de profiter de la vogue du *Feu* et des *Croix de Bois*. Et vous devrez secouer votre lassitude de lecteur, oublier préalablement qu'il s'agit *encore* d'un livre de guerre car celui-ci est de la classe des deux grands aînés que je viens de nommer. Je n'ai pas l'habitude de rire (ni toujours l'excuse ou le moyen), quand je parcours ma provision hebdomadaire de « nouveautés » littéraires ! ! ! Mais la vivacité de cette narration fait si facilement oublier la détresse de ce camp de représailles où cent cinquante officiers, polytechniciens, centraux, professeurs, se retrouvent des âmes de potaches pour jouer au pion boche les pires tours, avec brio qui le laisse pantois comme le gendarme rossé par Guignol. Je vous recommande ce chœur qui troubla pendant les nuits de semaines entières le quartier de Magdebourg ; l'ingéniosité des détenus, leur crânerie, leurs ruses ; la couleur de toutes ces descriptions : caricatures de la tendre Allemagne, de ses hobereaux, touchante et affectueuse évocation des frères de captivité où s'humanise même la figure de cette tête brûlée de Mellarouette, lieutenant de joyeux, et qu'anime la blague intarissable de Piguiche ! Il y a quelque fierté, et à bon droit, dans la confidence effarante des exploits de cette poignée de Français tenant en échec et déjouant, obligeant à composer l'autorité militaire allemande. Un seul reproche : la modestie injuste du narrateur qui raconte comme faits divers banaux les épisodes de sa participation, qui s'efface dès le récit de l'héroïque mission spéciale qui le conduisit là après la malencontreuse terminaison d'une dangereuse patrouille aérienne. Mais ce que vous n'avez pas dit, Monsieur de Vallières, nous le devinons, car, bon sang ne saurait mentir.

DXLI. — P. B. RANDOLPH. — **Magia Sexualis**. Version française par Maria de Naglowska. Edition originale tirée à mille exemplaires numérotés sur velin d'Arches. Un vol. in-8° carré, 224 pages, accompagné de trente planches en hors texte. *Editions Au Lys Rouge*. Paris. 1931. 200 francs.

J'ai considéré avec beaucoup de respect ce bel ouvrage typographique où les fervents de l'occultisme exposent la pratique de certaines de leurs opérations. Mais ceci dépasse mes compétences critiques : «*Tanti non erat esse te disertum.* ».

DXLII. — Basil CAREY. — **Ambre gris**. Roman. Un vol. 12 × 19 de la Collection *Aventures*. Traduit par F. Laroche. *Editions Crès*. Paris, 1931. 12 fr.

Dans un archipel d'Océanie une romanesque histoire, touchante comme du Georges Ohnet de cape et d'épée ... à la sauce anglaise, diluée

**Varia*****

Dans la *Nouvelle Revue française* de janvier de curieux documents colligés par André Malraux sur la Jeune-Chine ; le début d'une émouvante nouvelle de Marcel Arland ; un bel article de Thibaudet sur Victor Bérard.

* Au *Mercure de France* une étude assez serrée de la maladie de Napoléon qui aboutit à des conclusions différentes de celles habituellement admises (n° du 1er janvier).

**Tableau d'honneur*****

Un peu de poésie, extraite d'un hymne patriotique flamboyant de Madame la Comtesse B. de N. (1). :

« O Français ! j'ai sucé le suc de votre Gaule !
..................................
Les bras noirs, les noires poitrines
De ceux qui riaient au danger
Avec des yeux de cornaline
Et des dents en fleur d'oranger !
..................................
Tu viendras, guerrier noir aux redoutables armes
Et d'un élan brûlant d'où jailliront mes larmes,
Rapide, déchirant, éperdu, sensuel,
Tu perceras mon cœur comme un profond tunnel.

Mais malheureusement Monsieur le Professeur Freud ne lit ni le Tableau d'honneur ..... ni les odes aux Tirailleurs !

2 janvier 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) Communiqué par le Docteur Gibert de Commentry.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## DÉBATS PARLEMENTAIRES

### Proposition de loi sur l'exercice de la médecine

**Loi Armbruster**

(*Sénat*, 8 *décembre* 1931)

M. Dentu, *rapporteur.* — Messieurs, pour la deuxième fois est soumise à votre délibération la proposition de loi tendant à modifier la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Lors de la première délibération, des observations ont été présentées par les ministres des affaires étrangères et de l'instruction publique, et c'est pour en tenir compte que la commission de l'enseignement a élaboré le nouveau texte qu'elle vous soumet aujourd'hui. Je ne reprendrai pas les arguments, en faveur de la proposition de loi, que j'ai développés lorsqu'une première fois elle est venue devant le Sénat. Je rappellerai seulement les raisons qui ont déterminé le dépôt de cette proposition. Elles peuvent se réduire à deux principales : apporter un remède à la pléthore médicale et contribuer ainsi à maintenir très haut le niveau de la profession. Ce que l'on demande au Sénat de voter, ce sont de simples mesures de protection de nos nationaux, mesures qui ne gêneront en rien les étrangers désirant s'instruire chez nous et s'imprégner de notre culture.

Les modifications apportées au texte précédemment adopté peuvent se résumer en quelques lignes.

Et d'abord, pour exercer la médecine en France, il faudra dorénavant être Français ou habitant d'un pays placé sous le protectorat de la France, et de plus posséder le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Rien n'est changé à l'exercice actuel de la médecine dans les colonies.

Une seule dérogation à l'obligation de la nationalité française. Les médecins venant en France pour y pratiquer leur art, et originaires des pays où les nôtres exercent en gardant leur qualité de Français, seront dispensés de la naturalisation. Mais il devra y avoir parité entre le nombre des uns et des autres.

Autre réforme : Pour obtenir le diplôme d'Etat, que l'on soit Français, docteur étranger ou étudiant étranger, tous devront indistinctement produire à l'entrée des études, les titres initiaux prescrits par les arrêtés ministériels, c'est-à-dire le baccalauréat. Ainsi disparaissent les équivalences qui ont soulevé tant de récriminations et dont l'énoncé provoquait parfois le sourire, mais plus souvent le mécontentement. Et cette obligation du baccalauréat s'étend aux Roumains et aux Mauriciens, qui se voient ainsi retirer le privilège d'être dispensés du baccalauréat pour prendre leurs inscriptions. La bienveillance de notre cher ministre de l'instruction publique leur a accordé cependant une juste et appréciable compensation. Par un arrêté ministériel du 22 juillet dernier, il a accordé à dix Roumains poursuivant leurs études en vue du doctorat d'université, la faveur, après avis d'une commission spéciale, de présenter une thèse pour obtenir le doctorat d'Etat. Il est certain qu'il y aura là une sélection et que les étudiants qui en seront bénéficiaires seront, de retour dans leur pays, un témoignage vivant de l'excellence des études dans les facultés françaises. On ne peut qu'approuver pareille décision. Aussi la commission se souvenant que parfois les ministres disparaissent, entraînant dans leur retraite leurs arrêtés ministériels, s'est emparée du texte de l'arrêté et l'a introduit dans la loi.

Enfin, dernière modification : adoption de l'amendement Debierre prescrivant l'obligation du baccalauréat latin-grec pour faire des études médicales.

Telle est, en résumé, l'économie du projet de loi. Depuis longtemps, il est attendu avec impatience par le corps médical, qui y voit la sauvegarde de sa dignité et de sa considération. Tous les syndicats médicaux réclament le vote de cette loi ; je suis convaincu que le Sénat voudra leur donner satisfaction. (*Très bien ! et applaudissements.*)

M. Debierre. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Debierre.

M. Debierre. — Messieurs, au sujet de la proposition de loi qui vous est soumise, j'ai déposé un amendement destiné à renforcer les épreuves d'admission à l'entrée des écoles et facultés de médecine. J'ai eu la bonne fortune de convaincre mes collègues de la commission de l'enseignement et de faire intégrer mon amendement dans la proposition de loi.

De quoi s'agit-il en deux mots ? On a constaté d'une façon certaine, indubitable que le niveau des études médicales avait baissé. Deuxième constatation, qui est également certaine, et dont personne ne peut douter, puisque les chiffres sont là pour en démontrer la vérité : le nombre des étudiants en médecine a considérablement augmenté depuis 1914. Il a à peu près doublé et, par voie de conséquence, l'encombrement de la profession médicale se fait sentir de plus en plus.

Les deux maladies dont je viens de parler ne sont pas sans importance.

L'abaissement du niveau des études médicales

est, disons-le tout de suite, une conséquence de l'abaissement des études secondaires classiques, qui a été amplement démontré par le résultat des épreuves du baccalauréat. Vous connaissez tous la question et je n'ai pas besoin d'insister.

L'encombrement de la profession médicale n'est pas non plus sans danger. L'ordre des médecins, au temps de nos anciens, était respectable et respecté, parce qu'il était plein de dignité et de probité. Nous voudrions bien conserver ces qualités supérieures au corps médical français.

Nous nous sommes alors demandé ce qu'il faudrait faire pour que la culture scientifique, la culture médicale, au lieu d'aller constamment en s'abaissant, se relevât et revînt au niveau où l'avaient placée nos vénérés maîtres d autrefois.

Nous avons pensé qu'il fallait augmenter la difficulté des épreuves à l'entrée dans les facultés et écoles de médecine, qu'il fallait que le choix fût mieux surveillé, et nous nous sommes dit que le meilleur moyen d'y parvenir, c'était d'exiger désormais le baccalauréat classique, section A, de ceux qui se préparent aux études médicales, car, à notre avis, à la base de toute culture scientifique, il doit y avoir une forte culture littéraire.

Ce ne sont pas les doyens des facultés des sciences de France qui me démentiront. Ils n'ont jamais remarqué que les élèves forts en lettres aient été inférieurs dans les études scientifiques, bien au contraire. Par conséquent, nous demandons que, dans un délai déterminé, nul ne puisse désormais prendre une inscription dans une faculté ou école de médecine sans être muni du baccalauréat classique — section A, humanités gréco-latines — que nous considérons, d'ailleurs, comme indispensable aux médecins pour comprendre la langue des matières qu'on leur enseigne. Par ce moyen, nous pensons restreindre le nombre, le surnombre des étudiants en médecine qui augmente sans cesse, non seulement du côté de nos nationaux, mais du côté des étrangers, par l'intermédiaire d'équivalences fâcheuses, et d'éviter l'encombrement de nos facultés par des sujets qui n'avaient point suivi les études préliminaires nécessaires pour faire de bonnes études médicales. Si nous ralentissons l'entrée dans les facultés et écoles de médecine des candidats, si nous exigeons d'eux une solide culture secondaire, je pense que nous diminuerons par là l'encombrement de la profession médicale, qui est un véritable danger, au moment surtout où le médecin prend de plus en plus un rôle social.

Il est de l'intérêt primordial des malades d'avoir des médecins instruits, pourvus d'une large culture ; il est de l'intérêt de la haute culture scientifique que le corps médical soit un corps d'élite, un corps doué de vertus scientifiques indiscutables ; il est, par conséquent, de l'intérêt du public tout entier que le médecin soit à la hauteur de sa mission et que, lorsque les malades appellent l'homme de l'art à leur chevet, ils soient convaincus qu'ils sont bien en présence d'un médecin averti ou d'un chirurgien assez consciencieux pour ne pas opérer hâtivement ou inconsidérément. Les procédés, vous les connaissez et je ne veux pas les retenir à cette tribune. Il faut, en un mot, que la santé publique soit protégée et que le corps médical français se montre à la hauteur de ce qu'il était autrefois.

C'est la raison pour laquelle j'ai présenté mon amendement. Le Sénat en a compris le double mécanisme : sélection mieux faite à l'entrée des facultés et écoles de médecine des étudiants qui viennent prendre leur première inscription et, par voie de conséquence, diminution de l'encombrement de la profession médicale. J'estime que si le Sénat veut bien retenir ces deux idées, qui sont associées et qui se commandent l'une l'autre, il aura bien servi à la fois la science, la profession médicale et la probité comme la dignité professionnelle d'un corps qui, en tout temps, s'est montré, à cet égard, supérieur.

Messieurs, nous n'avons rien inventé, car ce que la commission vous propose et ce que j'appuie à l'heure présente, c'est l'opinion des facultés de médecine elles-mêmes ; c'est l'opinion du corps chirurgico-médical, un corps d'élite si jamais il en fut dans ce pays ; et c'est aussi — nous avons cette bonne fortune — l'opinion du syndicat national des médecins de France. Tout le monde est, en effet, d'accord sur les constatations que je viens de renouveler devant vous : les facultés dont les examinateurs, aux examens de doctorat, savent à quoi s'en tenir sur le niveau actuel des études médicales ; le corps médico-chirurgical des hôpitaux, qui voit tous les jours les élèves dans ses services hospitaliers et ses laboratoires et est à même de les juger ; et, enfin, le corps tout entier des médecins de France, qui partage l'avis des facultés et du corps médico-chirurgical. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Alexandre Bachelet.

M. Alexandre BACHELET. — Messieurs, je m'excuse de prendre la parole dans une question où j'ai évidemment fort peu de compétence, mais je crois devoir présenter quelques observations, non pas sur la partie du texte qui concerne l'exercice de la médecine pour les médecins étrangers, mais sur l'article 7 qui exige aussi bien des étudiants français que des étudiants étrangers la possession du baccalauréat classique.

Au cours d'une récente séance, le Sénat a décidé que ce même baccalauréat classique serait exigé de tous les étudiants qui désiraient préparer la licence ès lettres. Par cela même se trouveront écartés du droit d'enseigner les lettres tous ceux qui, jusqu'ici, avec des licences de langues vivantes, de grammaire ou de philosophie, pouvaient enseigner dans nos lycées et collèges.

Aujourd'hui, on va exiger ce même diplôme du baccalauréat latin-grec de tous ceux qui désirent exercer la médecine : on pourra soutenir demain, avec au moins autant de raisons, que ce même diplôme

est nécessaire à ceux qui étudient le droit et se préparent à la profession d'avocat.

Je répète que j'ai peu de compétence pour juger si une telle exigence est nécessaire, mais il est tout de même permis de constater que de semblables mesures vont élever encore les barrages qui séparent l'enseignement primaire de l'enseignement supérieur, et cela me paraît regrettable.

Ces mesures auront pour conséquence d'empêcher les jeunes gens qui sortent de nos écoles primaires supérieures ou de nos écoles techniques, ou qui n'ont suivi que l'enseignement moderne, d'accéder à des professions dans lesquelles ils pourraient avoir la légitime ambition d'entrer.

Il y a cependant, parmi ces jeunes, des élèves remarquablement intelligents, dignes d'aborder les hautes études supérieures : est-ce vraiment leur faute si, lorsqu'ils avaient onze ou douze ans, ils se sont trouvés mal aiguillés de par la volonté de leur famille ? Et voulez-vous les empêcher d'accéder aux fonctions de médecins, d'avocats, de professeurs de lettres, si tel est leur désir ?

Je crois, au contraire, que, dans une démocratie, on doit tendre à abaisser les barrières qui séparent notre enseignement primaire de l'enseignement supérieur et permettre, à tous ceux qui en sont dignes, l'accession aux plus hautes fonctions dans la hiérarchie sociale.

M. HERVEY. — Les démocraties ont intérêt à former des élites.

M. Joseph CAILLAUX. — Parfaitement.

M. Alexandre BACHELET. — Sans doute, mais est-il nécessaire, pour faire partie de l'élite, d'avoir fait des études classiques, et ne peut-on pas y parvenir par la voie des humanités modernes ou l'étude des sciences ?

M. HERVEY. — Les études classiques sont un moyen, mais ce n'est pas le seul.

M. Alexandre BACHELET. — C'est là toute la question.

Encore une fois, je n'ai pas de compétence pour apprécier si les études classiques sont nécessaires pour exercer la médecine ; mais d'aucuns prétendent qu'il n'en est rien et je crois même que beaucoup de médecins ne seraient pas d'avis d'exiger le diplôme du baccalauréat classique. J'ajoute que l'argument invoqué par notre collègue M. Debierre, à savoir l'encombrement de la profession médicale, ne me paraît pas péremptoire.

Aujourd'hui, toutes les professions ne sont-elles pas encombrées ? On va exiger à l'entrée de chacune d'elles des diplômes de latin et de grec : ne serait-il pas possible de rendre les examens plus sévères, sans exiger précisément le baccalauréat classique ? Je crois pour ma part que ce serait possible, mais je ne discute pas ce point. En tout cas, je voterai contre l'article 7.

Si le Sénat décidait cependant de l'adopter, je formulerai un vœu qui, s'il était appliqué permettrait au moins aux jeunes gens de quinze, seize, dix-sept ou dix-huit ans, qui ont fait des études primaires supérieures ou modernes, d'accéder aux fonctions dont j'ai parlé, grâce à une préparation rapide du baccalauréat latin-grec.

Il y a de nombreux exemples d'hommes qui ont préparé le baccalauréat classique sans avoir fait cependant sept ou huit ans de grec ou de latin. Je voudrais qu'au moins on facilitât, pour les jeunes gens sortant de l'enseignement primaire, ou de l'enseignement moderne, la préparation de ce diplôme. J'aurai l'honneur de déposer tout à l'heure, si l'article 7 est voté, un projet dans ce sens. (*Applaudissements à gauche.*)

M. HERVEY. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Hervey.

M. HERVEY. — Messieurs, je n'ai, moi non plus, aucune compétence en matière médicale, mais je désire introduire un chiffre dans la discussion.

J'avais suivi avec beaucoup d'attention le discours que M. Debierre avait prononcé lors de la première délibération et j'avais été très impressionné de l'entendre lorsque — il vient de l'expliquer encore une fois et très clairement — il souhaitait de voir réduire le nombre ou plutôt le surnombre des étudiants en médecine.

Mais nous ignorions alors le chiffre de ces étudiants pourvus actuellement du baccalauréat latin-grec. Je suis allé à la faculté de médecine demander ce renseignement. On m'a donné les chiffres suivants : sur 762 inscrits au début de cette année scolaire, 177 seulement possèdent le baccalauréat latin-grec.

M. DEBIERRE. — Je n'ai pas voulu faire d'incursion dans l'enseignement secondaire, à propos duquel j'aurais eu beaucoup d'observations à présenter ; à cette question de l'enseignement de la médecine je n'ai pas voulu mêler d'autres questions latérales : elles viendront d'ailleurs en temps voulu, car, ce qu'on a dit de la médecine, on pourrait le répéter pour la faculté de droit et aussi d'autres facultés.

M. HERVEY. — Je ne m'oppose nullement au vote de la proposition de loi. J'attire simplement l'attention du Sénat sur le fait que l'on va peut-être passer un peu brusquement d'un état de choses à un autre.

J'ai apprécié avec vous qu'il valait mieux prévoir cinq ans au lieu de trois : c'est un palier un peu plus long et préférable à ce qui avait été fait la première fois. Mais, tout de même, cinq ans dans la vie d'un jeune homme, ce n'est pas toutes les études.

M. LE RAPPORTEUR. — Cela représente la quatrième dans les lycées.

M. HERVEY. — A ce moment-là, l'enfant est déjà aiguillé.

M. LE RAPPORTEUR. — Pas à l'heure actuelle mon cher collègue. C'était vrai autrefois quand on faisait huit ans de latin, mais il n'en est plus de même maintenant qu'on commence le latin en sixième ; l'élève n'est pas aiguillé, quand il est en quatrième.

M. HERVEY. — Mon cher rapporteur, n'attachez

pas une telle importance à ce que je dis. (*Sourires*). J'ai l'intention de voter la loi, je ne combats donc pas votre texte, mais il m'a semblé tout de même intéressant de montrer que nous allions passer assez vite d'une situation regrettable à une situation future, améliorée si le Gouvernement fait bon accueil à une mesure rappelant un peu ce que demande M. Bachelet, qui ne se trouve pas, mon cher rapporteur, dans le texte présenté au Sénat, mais qui fait l'objet d'un avis adressé par vous à M. le ministre.

Quoi qu'il en soit, j'ai tenu à citer les chiffres que la faculté de médecine m'avait donnés et je n'insiste pas. (*Très bien ! très bien ! au centre.*)

M. Debierre. — Les chiffres que vous avez indiqués, monsieur Hervey, j'aurais pu les donner moi-même ; mais j'ai eu peur de compliquer la position de la commission. Aussi bien, ces chiffres sont-ils sensiblement les mêmes pour les autres facultés que pour la faculté de médecine de Paris.

M. Hervey. — C'est possible.

M. Debierre. — On peut dire en fait que les études classiques sont submergées par ce qu'on a appelé les humanités modernes (*Très bien !*), que le baccalauréat classique qui est substance même de la haute culture...

M. Albert Sarraut. — Et de l'idéalisme français.

M. Debierre. — ... et de l'idéalisme français, vous avez raison, mon cher collègue, se trouve sacrifié à une culture — passez-moi le mot qui n'a rien de blessant pour personne — inférieure, permettant aux élèves de l'enseignement primaire, qui n'ont jamais fait de latin ni de grec et qui sont incapables de comprendre le langage scientifique usité dans nos facultés de médecine, d'arriver au doctorat en médecine. Si cela continue, nous verrons le nombre des élèves de l'enseignement classique diminuer de plus en plus dans nos lycées et nos collèges, si bien que nous aurons une génération de médecins, d'avocats et même d'agrégés des facultés dépourvue de culture littéraire.

Or, la culture littéraire, je le répète, est indispensable à la culture scientifique, comme l'ont d'ailleurs pensé les plus grands hommes de science, notamment Berthelot et le prince de la physiologie expérimentale, Claude Bernard. (*Applaudissements à droite et au centre.*)

M. François-Saint-Maur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. François-Saint-Maur.

M. François-Saint-Maur. — Messieurs, j'apporte ici le même état d'esprit que mon collègue M. Hervey, doublé de la même incompétence, mais je voterai probablement l'article 7 avec une petite modification ou du moins après une petite explication, parce que j'y vois une défense corporative du corps médical.

Il y a une innovation dans la loi qu'on nous demande de voter : jusqu'à présent nous légiférions pour l'ensemble de la nation française. Les différents baccalauréats avaient une équivalence. Vous créez pour le corps médical et la corporation médicale un statut spécial. Je ne m'y oppose pas du tout : je suis partisan du système corporatif et il m'est agréable de vous y voir venir.

M. Joseph Caillaux. — Une jolie conception !

M. François-Saint-Maur. — Cette conception n'est peut-être pas si mauvaise...

M. Joseph Caillaux. — C'est revenir en arrière et remonter au delà de Turgot.

M. François-Saint-Maur. — Non, monsieur le président, vous me permettrez de rester sur un terrain plus moderne et de ne pas remonter à Turgot.

Vous reconnaîtrez cependant avec moi que les corporations économiques se reconstituent, que les professions, au lieu de s'étaler sur la tranche horizontale, s'installent maintenant sur la tranche verticale ; il y a là une manifestation d'un nouvel état d'esprit que je souligne.

Mais je me retourne — ce qui précède n'avait qu'une portée générale, comme vous le voyez — vers M. le rapporteur. Il a dit tout à l'heure que les cinq années de délai prévues pour l'application de l'article 7, permettraient à un enfant aujourd'hui en quatrième de s'orienter dès maintenant vers le grec et le latin. Permettez-moi de vous dire qu'il y a alors une petite modification à apporter à votre texte qui dispose :

« Cinq ans après la promulgation de la présente loi, nul ne pourra prendre d'inscription dans une faculté de médecine... »

Vous n'avez pas spécifié qu'il s'agissait de la première inscription. Il faudra, si c'est bien votre intention, spécifier que c'est la première inscription qui ne pourra pas être prise, sans quoi vous allez arrêter aujourd'hui des jeunes gens de 17 à 18 ans qui ont commencé leurs études et qui, à ce moment-là, seraient gênés et pourraient maudire la mesure que nous prenons aujourd'hui. (*Très bien ! très bien !*)

M. le Rapporteur. — J'accepte.

M. le Président de la commission de l'enseignement. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le président de la commission de l'enseignement.

M. le Président de la commission de l'enseignement. — Messieurs, en votant l'amendement de M. Debierre, la commission de l'enseignement a voulu d'abord défendre une corporation et l'entrée dans cette corporation. Elle a estimé que le rôle du médecin était un rôle moral et un rôle d'observation, qui implique une éducation de longue durée lui permettant d'observer d'une façon constante le malade et la société dans laquelle il vit. Il n'y a pas pour lui de moyen plus efficace que la culture des anciens.

M. Bachelet a fait observer qu'en adoptant cet amendement on allait fermer la porte à des jeunes gens dont quelques-uns ont évidemment une intelligence supérieure, mais qui ne sont pas entrés au début de leur existence scolaire dans l'enseignement secondaire. Il y a même d'anciens primaires qui

siègent à l'Académie des sciences et y font bonne figure.

En proposant son texte, la commission a voulu, ménageant une certaine situation dont les enfants ont été les victimes et n'en sont pas les auteurs, permettre au moins à ceux qui possèdent quelque aptitude de rattraper le temps perdu. Les conseils du ministère nous ont fait connaître qu'un certain nombre d'hommes, qui n'avaient pas commencé le grec en quatrième, sont cependant devenus des hellénistes distingués. Il y a un âge entre seize et dix-huit ans où la capacité d'absorption est telle, qu'en trois ans on peut savoir autant de grec qu'un jeune homme qui a étudié cette langue pendant toute la durée de ses études classiques.

Mais nous ne pouvons pas introduire un texte administratif dans la loi. Aussi, M. le rapporteur a-t-il eu le soin de signaler que le ministre devait prévoir, dans un délai aussi court que possible, l'organisation, dans certains établissements d'enseignement secondaire, de cours destinés à établir une sorte de passerelle entre les deux enseignements pour les techniques, les primaires supérieurs, voire même les jeunes gens sortis des écoles techniques d'agriculture, afin de les amener à préparer le baccalauréat classique dont l'article 7 exige la possession au moment de prendre la première inscription de médecine.

M. Bachelet demandait tout à l'heure qu'on inscrivît dans la loi une formule de ce genre. Cela ne se peut. C'est d'ordre administratif.

Notre regretté collègue, M. Victor Bérard, avait envisagé cette organisation pour certaines universités de province, où les étudiants préparent le P. C. N. Nous lui avons fait remarquer que c'était impossible : le programme du P. C. N. est déjà tellement chargé qu'on ne peut pas obliger les jeunes gens à faire de nouvelles études de cette importance, surtout dans le délai d'un an. C'est un délai insuffisant. Si notre regretté collègue M. Victor Bérard était ici, il reviendrait certainement sur l'opinion qu'il énonçait au mois de juin et il adopterait la formule que nous proposons à savoir la préparation des cours spéciaux d'une durée de trois ans en vue de la formation des jeunes gens qui doivent se présenter au baccalauréat.

On m'a fait remarquer que le délai de cinq ans est un peu court. Pourquoi l'a-t-on choisi ? Parce que, entre l'inscription d'un élève en quatrième et le moment où il sort du lycée pour prendre sa première inscription, à l'école de médecine, il s'écoule cinq ans. Et alors, à partir de la promulgation de la loi, le délai de cinq ans nous paraît suffisant. Les familles qui auront l'intention de faire faire de la médecine à leurs enfants sauront qu'à l'âge où on entre en quatrième, il faut faire non pas la quatrième A', mais la quatrième A, si on veut s'inscrire plus tard à la faculté de médecine.

Voilà, messieurs, le sens des observations que la commission a entendues lorsqu'elle a demandé le vote de l'article 7.

*(A suivre.)*

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique obstétricale Beaudelocque** (121, boulevard de Port-Royal.) (Professeur : M. COUVELAIRE.) — *Stage et cours de perfectionnement* (du 1er février au 19 mars. ) — Ce cours, dirigé par le Professeur COUVELAIRE, avec la collaboration de MM. RUDAUX, DEVRAIGNE, LE LORIER, LÉVY-SOLAL, LEVANT, VIGNES, CLEISZ, PORTES, DESNOYERS, RAVINA, LACOMME, accoucheurs des hôpitaux ; Marcel PINARD, médecin des hôpitaux ; et avec l'assistance de MM. POWILEWICZ, AUROUSSEAU, SEGUY, SUREAU, DIGONNET, Mme ANCHEL-BACH, CHABRUN, Cl. BÉCLÈRE, anciens chefs de clinique ; LAPORTE, attaché médical ; LAENNEC, FRANÇOIS, chefs de clinique ; MAYER, aide de clinique à la Maternité ; MERGER, ancien interne des hôpitaux ; GIRAND, chef de laboratoire ; LEPAGE, interne des hôpitaux, est réservé aux étudiants et médecins français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner au point de vue scientifique et pratique.

Il comprend : *a*) un stage clinique ; *b*) des conférences de pathologie ; *c*) un cours d'opérations obstétricales. Des certificats d'assiduité seront délivrés aux élèves.

A) STAGE CLINIQUE. — Le stage pratique comporte : *a*) des exercices cliniques individuels (examen des femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique ; *b*) L'assistance aux présentations de malades et aux discussions d'observations cliniques par le Professeur COUVELAIRE.

B) CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE. — *a*) Conférences de pathologie obstétricale : M. LAENNEC : Technique générale de l'accouchement et de la délivrance. — M. DIGONNET : Diagnostic de la gestation pendant les premiers mois. — M. SEGUY : Complications au cours de la période de délivrance. — M. LAENNEC : Avortement. — M. CLEISZ : Hydramnios. — M. LACOMME : Môle vésiculaire — M. LE LORIER : Infections de l'appareil urinaire pendant la gestation et la puerpéralité. — M. CLEISZ : Albuminurie, hypertension, rétention azotée, rétention chlorurée au cours de la gestation. — Mme ANCHEL-BACH : Eclampsie à forme convulsive. — M. DESNOYERS : Eclampsie à forme hémorragique (apoplexies utérine et utéro-placentaire). — M. DIGONNET : Vomissements graves. — M. VIGNES : Pathologie de la contraction utérine. — M. RAVINA : Anomalies de la dilatation du col utérin.— M. DESNOYERS : Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — M. DESNOYERS : Diagnostic des viciations pelviennes. — M. DESNOYERS : Thérapeutique des viciations pelviennes. — M. SEGUY : Anomalies de situation de l'utérus gravide. — M. RAVINA : Examen du placenta. — M. LÉVY-SOLAL : Glycosurie et diabète pendant la gestation. — M. DEVRAIGNE : Ruptures utérines.— M. LEVANT : Formes cliniques des infections puerpérales. — M. LEVANT : Traitement des infections puerpérales. — M. RAVINA : Gestations multiples. — M. LA-

COMME : Tuberculose et fonction de reproduction. — M. Cl. BÉCLÈRE : Gonococcie et fonction de reproduction. — M. RUDAUX : Syphilis ovulaire. — M. PINARD (Marcel) : Syphilis et fonction de reproduction (diagnostic clinique et sérologique : prophylaxie et traitement).

b) Conférences sur la physiologie et la pathologie du nouveau-né : M. LACOMME : Les causes essentielles de la mortalité infantile. Prophylaxie des morts fœtales pendant la gestation. — M. LACOMME : Prophylaxie des morts fœtales au cours de la parturition. — Traumatismes fœtaux. — Mme ANCHEL-BACH : Mort apparente du nouveau-né. — M. AUROUSSEAU : Indications opératoires chez les nouveau-nés. — M. LACOMME : Prophylaxie des causes de mort après la naissance physiologique du nouveau-né. — M. POWILEWICZ : Allaitement au sein des sujets normaux et prématurés. — M. CHABRUN : Allaitement artificiel. — M. CHABRUN : Infections du nouveau-né et du nourrisson.

c) Deux conférences sur l'obstétricie sociale, M. COUVELAIRE.

C) CONFÉRENCES ET TRAVAUX PRATIQUES SUR LES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES, sous la direction de M. PORTES, agrégé, accoucheur des hôpitaux. — Ces conférences auront lieu tous les après-midi à 14 h. 30. Elles comprendront des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

M. PORTES : Indications des applications de forceps. — M. LAENNEC : Forceps dans les variétés directes (O. P.-O. S.). — M. LEPAGE : Forceps dans les variétés obliques antérieures. — M. LEPAGE : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — M. LEPAGE : Forceps dans les présentations de la face et du front. — M. MERGER : Présentation du siège et extraction. — M. MERGER : Présentation de l'épaule et version par manœuvres internes. — M. MAYER : Basiotripsie. — M. MAYER Embryotomie rachidienne. —M. SUREAU : Dilatation artificielle du col. — M. PORTES ; Hystérotomies par voie vaginale. — M. PORTES : Césarienne corporéale. — M. PORTES : Césarienne basse. — M. PORTES : Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.— M. PORTES : Hystérectomies intra- et post-partum. — M. DESNOYERS : Pelvitomies. — M. DIGONNET : Délivrance artificielle. —Traitement de l'inversion utérine. — M. PORTES : Réparation des déchirures vaginales, périnéales et cervicales. — M. PORTES : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition. — M. PORTES : Chirurgie des gestations ectopiques. — M. SEGUY : Chirurgie de la stérilité.

Droit d'inscription : 500 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** —*Conférences de neurologie oculaire.* —MM. TOURNAY et VELTER ont commencé le mardi 12 janvier 1932, à 17 h. 30, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Dupuytren) une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront à la même heure, jusqu'au 13 février, selon le programme suivant :

Mardi 26 janvier. M. VELTER : Le chiasma et les syndromes chiasmatiques (1ère leçon). — Mercredi 27 janvier. M. VELTER : Le chiasma et les syndromes chiasmatiques (2e leçon). — Jeudi 28 janvier. M. TOURNAY : Œil, cervelet et labyrinthe (3e leçon). — Samedi 30 janvier. M. VELTER : Le chiasma et les syndromes chiasmatiques (3e leçon). — Mardi 2 février. M. TOURNAY : Œil, cervelet et labyrinthe (4e leçon). —Mercredi 3 février. M. VELTER : Syndromes oculaires dans les traumatismes craniens. — Jeudi 4 février. M. VELTER : Les troubles visuels psychosensoriels (1ere leçon). — Samedi 6 février. M. TOURNAY : Œil, cervelet et labyrinthe (5e leçon). — Mercredi 10 février. M. TOURNAY : Les infections neurotropiques en neuro-ophtalmologie (1re leçon). — Jeudi 11 février. M. VELTER : Les troubles visuels psychosensoriels (2e leçon). — Samedi 13 février. M. TOURNAY : Les infections neurotropiques en neuro-ophtalmologie (2e leçon).

— **Thèses.** — Jeudi 14 janvier. Jury : MM. Achard, Sergent, Tanon, Chevassu. —M. JOBIN, Georges : La vie et l'œuvre de Maillot 1804-1894. — M. TRAN MINH-PHNONG : Le début de la tuberculose rénale chirurgicale. Rôle de l'urétéropyélographie ascendante dans son diagnostic. — M. LECŒUR Yves : Contribution à l'emploi du bleu de méthylène en psychothérapie. — M. BATIER, Albert : L'amélioration du collapsus pulmonaire dans le pneumothorax artificiel, par l'injection sous-cutanée de cimamate de benzyle cholestérine.

Mercredi 13 janvier. — Thèse vétérinaire. — Jury : MM. Lemierre, Panisset, Vergé. — M. PFLIEGER : Vaccination intradermique contre le charbon bactéridien chez le cheval.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** *Conférences du dimanche.* — Ces conférences, publiques et gratuites, ont lieu à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (entrée : 49, rue des Saints-Pères).

*Programme.* — 24 janvier, M. André BLOCH, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux : La bronchoscopie et ses applications médicales, avec projection d'un film cinématographique du Dr Soulas. — 31 janvier, M. DESMAREST, chirurgien des hôpitaux : Etude de la formule sanguine ; son importance dans le diagnostic chirurgical.

7 février, M. André JACQUELIN, médecin des hôpitaux : Etude critique de l'emphysème. — 14 février : M. LESNÉ, médecin des hôpitaux : Les états d'atrophie dans la première enfance. — 21 février, M. RIBADEAU-DUMAS, médecin des hôpitaux : Les hypotrophies de l'enfance. — 28 février : M. Maurice HAMBURGER, médecin des hôpitaux : La ponction lombaire dans le traitement de l'hypertension artérielle.

6 mars, M. SAINTON : La maigreur. — 13 mars, M. L. BABONNEIX : L'hydrocéphalie chez l'enfant.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 8 février 1932, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères.

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — Sont désignés comme membres du jury du prochain concours d'ophtalmologiste des hôpitaux : MM. Bourdier, Dupuy-Dutemps, Bollach, Velter, Cerise, Darré et Auvray.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à sept places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 22 février 1932.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Jury : MM. Belot (E.), Darbois, Guilbert, Lehmann, Milian, Martin, Cadenat.

*Séance du* 11 *janvier.* — Ont obtenu : MM. Surmont, 16 ; Devoix, 9 ; Stuhl, 11 ; Huet, 9 ; Piffault, 9 ; Kompel, 8 ; Nadal, 11.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr André LAPOINTE, chirurgien des hôpitaux de Paris ; du Dr DIFFRE, de Montpellier (Hérault) ; du Dr BIGO, d'Haubourdin (Nord) ; du Dr Alfred LABAT, ancien directeur de l'Ecole vétérinaire de Toulouse ; du Dr PROUF, de Morlaix (Finistère) ; du Dr Paul ROUSTAN, de Creil.

Nous exprimons à Madame Léon Roustan, mère de notre regretté confrère le Dr Paul Roustan, nos plus sincères condoléances.

— **Institut d'hydrologie et de climatologie** (Créé par arrêté ministériel du 3 mars 1913). — COLLÈGE DE FRANCE, année scolaire 1931-1932. — Les conférences d'hydrologie générale, de chimie biologique appliquée à l'hydrologie, de climatologie, thalassothérapie et héliothérapie seront faites au laboratoire de M. le Professeur Desgrez, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Ecole pratique, escalier E (3e étage), à 18 heures. Les conférences d'hydrologie médicale de M. le Professeur Rathery, directeur du Service à l'hôpital de la Pitié, seront faites à la salle des conférences de la clinique thérapeutique médicale du dit hôpital, le samedi à 11 heures. — 1° *Hydrologie générale,* MM. le Professeur Georges URBAIN, membre de l'Institut ; Pierre URBAIN, maître de conférences, et POIROT-DELPECH, chef de laboratoire : mardi 2 février, Analyse des eaux minérales, interprétation des résultats numériques ; mardi 16 février, Classification des eaux minérales ; mardi 23 février, Quelques applications particulières de la classification précédente ; mardi 1er mars, L'établissement, la station thermale ; mardi 8 mars, Outillage de l'établissement thermal ; mardi 15 mars, Application des notions d'hydrogéologie à une région thermale déterminée ; mardi 22 mars, Application des notions de technologie à la même région thermale. — *Chimie biologique appliquée à l'hydrologie.* MM. le Professeur DESGREZ, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; GIBERTON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; WOLFF, chef de travaux et P.-L. VIOLLE, chef de laboratoire : lundi 1er février, Diabète et acétonurie ; lundi 8 février, Acidité urinaire, acidité de filtration, acidité ionique, applications hydrominérales du pH urinaire, dose-seuil ; lundi 15 février, Equilibre acide-base, acidose dans le diabète et dans les néphrites ; lundi 22 février, Eaux sulfureuses, métabolisme du soufre ; lundi 29 février, Métabolisme des eaux minérales ; lundi 7 mars, Propriétés anagotoxiques, phylactiques, etc., des eaux minérales ; lundi 14 mars, Métabolisme basal. — 2° *Hydrologie médicale.* Les conférences de clinique hydrologique seront faites par M. le Professeur RATHERY, Directeur du Service d'hydrologie médicale, à l'hôpital de la Pitié, les samedis à 11 heures : samedi 30 janvier, Les cures thermales dans les maladies du système nerveux ; samedi 6 février, Les cures thermales dans les maladies de l'appareil digestif ; samedi 13 février, Les cures thermales dans le diabète ; samedi 20 février, Les cures thermales dans la goutte et l'obésité ; samedi 27 février, Les cures thermales dans les affections articulaires et osseuses. — *Climatologie, thalassothérapie et héliothérapie.* Conférences faites par M. le Dr BAUDOUIN, assistant du Service, ancien interne des hôpitaux, à 18 heures, laboratoire du Prof. Desgrez : mercredi 27 janvier, Que doit-on entendre médicalement sous le nom de station climatique ? Quel doit être le but d'une station de ce nom ? Comment doit être comprise son organisation ? mercredi 3 février, Action de la lumière solaire sur l'organisme, cure solaire, héliothérapie à la montagne, à la mer ; mercredi 10 février, Action du milieu marin sur l'organisme ; mercredi 17 février, Cures marines (balnéaires, climatiques, cures de bateau de haute mer) ; mercredi 24 février, Utilisation de la cure marine dans les différentes formes de tuberculose et le rachitisme ; mercredi 2 mars, Son emploi chez les nerveux, dyspeptiques (gastro-intestinaux), hépatiques, cardiaques, rénaux, dans les maladies des femmes ; mercredi 9 mars, Considérations qui doivent guider le médecin dans le choix entre la cure climatique (de plaine, moyenne ou haute altitude) et la cure marine. Indications respectives des diverses régions ou stations.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

**R. C. Clermont 4264**

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

8 JANVIER

**Reconnaissance d'utilité publique.**

Est reconnu d'utilité publique l'Institut métasychique international, 89 rue Niel, à Paris.

**Asiles publics d'aliénés.**

*Arrêté du* 31 *décembre* 1931.

Art. 1er. — Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 4 avril 1932.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 10.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, de pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, jusqu'au vendredi 4 mars inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance, est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel.*

9 JANVIER

**Rééducation professionnelle.**

*Loi du* 7 *janvier* 1932, *tendant à accorder aux marins français accidentés le bénéfice de la loi du* 14 *mai* 1930 *relative à la rééducation professionnelle des victimes du travail.*

*Article unique.* — Le bénéfice de la rééducation professionnelle est accordé, dans les conditions prévues par la loi du 14 mai 1930, aux inscrits maritimes et aux agents du service général.

La caisse de prévoyance des marins constituera, à cet effet, un fonds spécial, alimenté par la contribution patronale que déterminera le règlement d'administration publique prévu à l'article 3 de la loi précitée.

10 JANVIER

**Légion d'honneur.**

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, sur la proposition du Grand Chancelier : M. le Dr Marietti, d'Ajaccio.

**Enseignement de la médecine.**

M. Etienne, professeur sans chaire, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à la Faculté de Montpellier.

M. Rimbaud, professeur de pathologie et clinique propédeutique à la Faculté de Montpellier, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, s'ouvrira le mardi 11 octobre 1932, devant la faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

---

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, s'ouvrira le mardi 25 octobre 1932 devant la faculté de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

---

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le jeudi 27 octobre 1932 devant la faculté de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

### Hospice national des Quinze-Vingts.

*Arrêté du 4 janvier 1932 portant règlementation des Services médicaux de la clinique ophtalmologique de l'Hospice national des Quinze-Vingts.*

Art. 1er. — Les candidates à l'emploi de préparatrice au laboratoire de la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts doivent réunir les conditions suivantes :

1° Etre âgées de moins de trente ans ;

2° Etre de nationalité française ou avoir obtenu la naturalisation depuis au moins cinq ans ;

3° Etre de bonne vie et mœurs ;

4° Etre physiquement apte à remplir un emploi sédentaire ;

5° Etre titulaire du brevet de capacité de l'enseignement primaire ou de la première partie du baccalauréat et justifier, en outre d'un diplôme officiel d'aide-chimiste ou de bactériologiste, obtenu après deux ans de scolarité.

Art. 2. — La préparatrice, nommée stagiaire dans les conditions stipulées à l'article 1er du présent arrêté ne sera titularisée par arrêté du directeur de l'hospice national des Quinze-Vingts qu'après un stage d'un an et sur le vu d'un rapport favorable du chef de laboratoire de la clinique.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat directeur de l'hygiène et de l'assistance est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

### Médaille d'honneur des épidémies.

Médaille d'argent : MM. les Drs Armani et Pauty, du Maroc ; Lortet, d'Annecy.

Médaille de bronze : MM. les Drs Pla, de Toulouse ; Bouchet, de Montpellier ; Cavalié, de Béziers ; Cazejust et Chardonneau, de Montpellier ; Baranger, de Beauvais ; Cassel, de Hochfelden ; Barreau, de La Roche-sur-Yon ; Ladjini et Higué, du Maroc.

## ASSURANCES SOCIALES

### Accouchement d'une assurée indigente, en déplacement

Un praticien est appelé auprès d'une parturiente, qui, se trouvant en voyage, excipe de sa double qualité d'assurée sociale (ou femme d'assuré) et d'indigente. Par suite et bien entendu, elle refuse de payer les frais de son accouchement. A qui incombent ces derniers et qui doit rémunérer le praticien ?

Il faut tout d'abord poser le principe que le véritable et premier débiteur du praticien, c'est le malade lui-même, puisqu'il a, au premier chef, bénéficié des soins qui lui ont été donnés.

En vertu du principe de l'entente directe, le malade doit payer lui-même le prix de l'accouchement, en demander reçu et se faire rembourser, pour tout ou partie par qui de droit.

Mais, entre la théorie et la pratique, il y a un abîme et l'accouchée ne voudra rien savoir, pour payer elle-même, surtout si elle se prétend indigente.

A qui doit donc s'adresser le praticien ?

En cas d'assurée sociale en déplacement, c'est toujours la caisse d'origine, qui est responsable, aux yeux de l'assuré, du remboursement des honoraires médicaux, selon le tarif de responsabilité de ladite caisse. Tout au plus peut-elle demander que le contrôle du malade en déplacement soit effectué soit par la caisse locale de la résidence momentanée de son ressortissant soit, par le syndicat médical local.

Mais, si l'assuré se prétend indigent, il faut qu'il fournisse la preuve qu'il est inscrit sur les listes spéciales prévues par l'article 59 de la loi sur les assurances sociales. Il n'a qu'à prier le maire de son domicile de secours d'attester qu'il est bien porté sur la liste des notoirement indigents. Alors le praticien s'adressera à ce maire et lui demandera ses honoraires, selon le tarif des accidents du travail.

Bien-entendu, je suppose que c'est la malade elle-même ou son entourage qui a fait appel directement au praticien. Si c'était le maire local, celui du domicile du médecin, ou de la sage-femme, qui fasse appel au praticien, au nom de l'A. M. G., ce maire serait tenu pour responsable des honoraires, comme ayant été un intermédiaire. Il ferait opérer le remboursement sur la mairie du domicile de secours de l'indigent-assuré ; mais paierait le praticien, d'après le tarif des accidents du travail, puisqu'il s'agit d'une assurée sociale, notoirement indigente.

Dr Paul BOUDIN.

# CORRESPONDANCE

## Baux et Locations

### 6505. — Durée et conditions de prorogation

Je suis locataire d'un logement avec bail 3-6-9 partant de 1923 et expirant le 24 juin 1932.

Prix du loyer 1.600 francs.

Je désirerais savoir quelle sera pour moi la durée de la prorogation, le prix du loyer prorogé, le taux de la majoration et comment l'évaluer, l'appartement étant occupé avant et en 1914 par le propriétaire et n'ayant commencé à être mis en location que pendant la guerre et au même prix que ci-dessus.

Je crois savoir que le propriétaire a l'intention de transformer en locaux commerciaux (bureaux et magasins dépendant de son usine) l'appartement voisin du mien qui sera libre au 1er janvier et le mien, si je ne profitais pas de la prorogation. En a-t-il le droit ?

Dr D.

**Réponse.**

La loi sur les loyers du 29 juin 1929 se trouve être applicable dans votre ville, la population y étant supérieure à 4.000 habitants.

Par conséquent, lorsque votre bail sera expiré, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation instituée par cette loi.

La durée de la prorogation, comme la taxation du loyer au cours de celle-ci, sont calculées, aux termes de la loi, sur la base du loyer de 1914 ou, à défaut de location en 1914, par analogie avec les prix payés à cette époque par les logements similaires.

Il faudra donc vous renseigner auprès des compétences locales, notamment auprès des notaires, pour savoir quelle pouvait être la valeur locative de votre maison en 1914.

Si l'on admet, *a priori*, que cette valeur locative était de 1.600 francs, votre prorogation prendra fin le 1er juillet 1936, date fixée pour les loyers de 1914 compris entre 1.000 et 2.500 francs, lorsqu'il s'agit, comme c'est votre cas, de locaux à usage professionnel ou mixte, à moins que d'ici là un décret en Conseil d'Etat rendu après avis du conseil muncipal et du conseil général n'ait décidé pour votre ville le retour au droit commun pur et simple en matière de loyers.

Sous cette réserve, vous aurez à payer en échange de la prorogation, à partir du 1er juillet 1932, un loyer égal au loyer de 1914, majoré de 205 %, soit en l'espèce 1.600 + 3.280 = 4.880 francs. De plus, à partir du 1er juillet 1933 et chaque année à pareille époque par la suite vous aurez à supporter une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914, soit : 240 francs. Enfin vous devrez rembourser à

votre propriétaire la majoration subie, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies par lui, s'il en existe, et par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris. Pour le remboursement de ces charges, les parties peuvent convenir d'un forfait qui ne doit pas excéder 30 % du loyer de 1914, en l'espèce : 480 francs.

Tant que vous bénéficierez de la prorogation, il sera impossible au propriétaire de reprendre votre maison ou votre appartement pour son usage personnel, car le droit de reprise qui lui est reconnu par la loi ne peut jamais porter sur un local affecté en tout ou en partie à l'exercice d'une profession. A plus forte raison lui sera-t-il interdit de le reprendre pour un usage commercial.

Il pourrait seulement, en vertu de l'article 21, reprendre l'immeuble pour le démolir et le reconstrure, mais alors il serait dans l'obligation de vous en donner préavis au moins un an à l'avance et de vous verser avant votre départ une indemnité égale à deux années de loyer.

Nous restons à votre disposition pour tous les renseignements complémentaires dont vous pourriez avoir besoin.

---

## Assurances

### Assurances professionnelles. Perte de l'ouïe

Existe-t-il des associations d'assurances professionnelles garantissant les risques d'accident gênant ou empêchant l'exercice de la profession ? En est-il qui garantissent pour un médecin la perte de l'ouïe ?

Dr G.

**Réponse.**

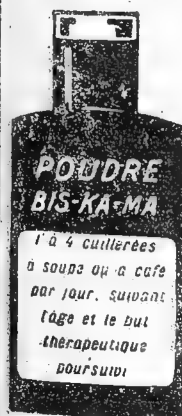
Le praticien a deux moyens de garantir les risques qui peuvent l'atteindre dans son intégrité physique en empêchant l'exercice de son art : par la garantie d'une rente ou par celle d'un capital.

Dans le premier cas nous devons conseiller au Dr G. d'adhérer à la Mutualité familiale du Corps médical français, œuvre purement mutuelle professionnelle. Ce groupement lui assurera une rente d'invalidité correspondant à la période aiguë de l'accident ou de la maladie et une autre rente s'appliquant à la période chronique de la maladie ou s'il s'agit d'un accident, à la mutilation empêchant l'exercice de la profession.

En dehors d'avantages tels que libéralité des règlement s, absence de clauses restrictives, la Mutualité familiale offre celui de ne faire aucune distinction entre la nature de l'invalidité, que cette dernière provienne de la maladie ou d'un accident.

En dehors de la rente assurée par la Mutualité





familiale, le praticien peut souscrire nu contrat dit « d'assurance individuelle. »

Cette assurance peut porter sur le décès par suite d'accident, l'invalidité permanente ou l'invalidité journalière provenant également d'un accident, c'est-à-dire au terme des contrats et de la jurisprudence d'un événement violent, fortuit et indépendant de la volonté de l'assuré. Bien entendu les clauses de ce contrat doivent être examinées avec soin principalement en ce qui concerne les piqûres anatomiques auxquelles le contrat doit assimiler les inoculations infectieuses.

Pour se garantir contre la perte de l'ouïe le praticien devra tenir compte du tableau des infirmités prévu dans la police et qui attribue à une invalidité déterminée une partie du capital assuré. Il saura que, pour la surdité accidentelle, il aura droit selon les Compagnies à une somme égale à la moitié ou à 40 % du capital stipulé pour l'invalidité totale. Il pourra il est vrai faire modifier selon ses désiderata le pourcentage prévu au tableau des infirmités, mais ces dérogations entraîneront généralement une surprime. C'est une question d'espèce qu'il faut envisager individuellement.

Le *Concours Médical* reste à votre disposition pour vous fournir les renseignements pratiques sur un cas déterminé. P. R. Baglin.

Conseil technique d'assurance.
Docteur en droit.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 6558. — Qualification du « spécialiste »

Mon assurance se basant sur la réponse n° 5035 du 8 novembre 1931 du *Concours médical* prétend que faisant également de l'O. R. L. je ne réponds pas à l'article 27 du tarif des accidents du travail, d'après lequel les *oculistes spécialisés seuls*, ont droit au tarif de 20 fr. la visite. Toutes les autres compagnies ont jusqu'ici accepté ce prix de 20 fr. Voulez-vous avoir l'obligeance de poser la question à votre « idoine en la matière » et me transmettre son avis ? S'il pense que j'ai raison de demander 20 fr. la consultation, peut-être pourriez-vous le mettre dans le *Concours*, sinon inutile de soulever ce lièvre... qui pourrait servir aux autres compagnies ? Logiquement je ne crois pas tout de même, faire partie des *médecins spécialistes omnibus*, comme c'est le cas pour la réponse n° 5035 et si la compagnie d'assurance est bien heureuse de me trouver comme spécialiste à T., pour le traitement de ses blessés, je ne vois pas pourquoi je cesserais d'être spécialiste... au moment du règlement de mes honoraires ! ! Dr S.

**Réponse.**

La définition du « spécialiste », à l'heure actuelle, c'est-à-dire avant qu'elle soit *officiellement* fixée, me paraît devoir être celle-ci de par

le simple bon sens: « Est spécialiste celui qui ne fait pas de médecine générale et auquel ses confrères adressent leurs malades dans certains cas spéciaux. » Vous êtes évidemment oculiste et avez largement des *titres* suffisants pour être considéré comme tel. La Compagnie vous chicane parce que vous êtes, en outre, O. R. L. Ce sont là *deux spécialités connexes* qui ne retirent *rien* à votre qualité de « spécialiste ». Il n'en serait pas de même si vous soigniez des pneumonies ou pratiquiez des accouchements. C'est d'ailleurs dans ce sens qu'a conclu l'A. P. I. M. (Association professionnelle internationale des Médecins) dont je suis le secrétaire général et qui comprend actuellement 31 nations. Et elle a conclu ainsi à la suite de son enquête internationale (E) d'avril 1928 sur les « spécialistes » et leur qualification.

Dr F. DECOURT.

---

**6622. — Fracture de l'axis : appareillage**

En matière d'accidents du travail, comment doit-on tarifer une « minerve plâtrée » faite dans un cas de fracture de l'axis ?

Dr D.

**Réponse.**

Voir l'art. 28 : « Réduction et contention *avec* ou sans appareillage des fractures du bassin ou de la *colonne vertébrale* = 60 à 100 fr. Idem avec corset plâtré = 150 fr. ». Vous avez donc à demander 150 fr. pour votre « Minerve plâtrée » effectuée pour une fracture de l'axis.

---

**6842. — Sutures musculaires, plus sutures cutanées (sans épluchage)**

Que dois-je compter pour l'intervention faite sur un blessé du travail dont voici le diagnostic primitif : Vaste plaie face externe de la jambe gauche de 25 cm. de longueur mettant à nu l'aponévrose du long péronier latéral et le soléaire ainsi que les jumeaux dont l'aponévrose a été rompue ainsi qu'une rupture musculaire partielle du soléaire.

Nettoyage de la plaie. Suture musculaire et aponévrose. Suture superficielle. Piqûre sérum antitétanique. Un certificat dont vous avez la copie. 20 km. de déplacement au total.

Dr M.

**Réponse.**

Il n'y a pas eu « l'épluchage, etc... » ainsi que cette intervention est précisée dans la note 1 de l'art. 17.

D'autre part, il y a eu sutures musculaires, plus sutures cutanées et cela sur une plaie de 25 centimètres de long. Dans ces conditions, j'estime que les 25 fr. alloués pour « sutures multiples » sont insuffisants et je crois légitime de demander

40 fr. *par analogie* avec un « épluchage, etc... » de plaie superficielle. Mais encore faut-il expliquer *techniquement* à l'Assurance la raison de cette demande pour éviter tout différend.

Comptez donc : 40 fr. + (injection A. T.) 20 fr. + (20 kilomètres de déplacement) 30 fr. (si toutefois vous êtes le médecin le plus proche) + (certificat initial) 5 fr., soit 40 + 20 + 30 + 5 = 95 fr. »

Dr Fernand DECOURT.

**6770. — Doit-on réclamer à « deux » tiers payants une consultation « unique » ?**

Veuillez me permettre de vous demander comment je dois tarifer mes honoraires dans le cas suivant vant :

Un accidenté du travail vient se faire panser à mon cabinet ; une fois le pansement terminé, ce blessé me demande de l'ausculter, souffrant de bronchite et pensionné de guerre pour ce fait, il me remet son carnet des soins pour avoir la gratuité des médicaments que je lui prescris.

Suis-je en droit de bénéficier du cumul et de réclamer 15 fr. à l'assurance et 15 fr. au titre de la loi du 31 mars pour cette double consultation chez le même malade ?

Dr E.

**Réponse.**

*Toujours se baser sur la formule que j'ai déjà* donnée à plusieurs reprises : « Agir, en cas de tiers payant, comme vous agiriez, ni plus ni moins, en clientèle ordinaire. »

Dans l'exemple que vous me donnez, demanderiez-vous le prix de *deux consultations* à un client ordinaire ? ... Je ne le pense pas. Il s'ensuit que je ne saurais vous conseiller de « toucher des deux mains » parce qu'il y a, en l'espèce deux tiers payants, ou l'un, ou l'autre, malgré toutes les raisons possibles de dissociation des deux interventions, très séparables, en effet ».

Dr Fernand DECOURT.

## Accidents du Travail

**6248. — Privilège des honoraires pour soins aux blessés du travail**

La Société X, vient d'être mise en liquidation judiciaire. Cette grosse entreprise a ici un chantier et j'ai soigné de nombreux blessés. Les accidents avec IPP., étaient réglés par la P. Les petits risques étaient réglés directement par la Société, du reste toujours avec un grand retard.

Actuellement, il me reste dû :

3 accidents anciens de décembre 1929 et mars 1930,

4 accidents de moins d'un an.

Qu'y a-t-il lieu de faire, et dans quelles conditions serai-je probablement payé ?

Dr L.

**Réponse.**

Nous supposons que les accidents pour lesquels il vous reste dû des honoraires ne rentrent pas dans la catégorie de ceux qui étaient couverts par la P. Autrement, malgré la liquidation judiciaire, vous pourriez vous adresser à cette Compagnie pour vous faire payer, puisque les accidents remontent à une époque où la police était certainement en vigueur.

En admettant donc que les accidents ne soient pas couverts par la P., vous devez produire votre créance entre les mains du liquidateur et demander votre admission au passif privilégié de la liquidation en vertu des articles 2.101 du Code civil et 23 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

A l'appui de votre demande, vous devrez remettre au liquidateur une copie détaillée de chacune de vos notes d'honoraires avec les noms et adresses des blessés, les dates des accidents, etc...... et y joindre les bulletins de déclaration d'accidents que vous pouvez avoir en votre possession.

Nous vous signalons que la prescription est d'ores et déjà encourue pour les accidents remontant à plus d'un an, et qu'elle pourra vous être opposée par le liquidateur. Cependant, produisez même pour ces accidents, car il est possible que malgré tout le liquidateur ne veuille pas se prévaloir de la prescription.

En raison du privilège dont vous jouissez pour votre créance du fait qu'il s'agit de soins donnés à des blessés du travail, vous devrez être payé sur l'actif de la liquidation par préférence aux autres créanciers ne possédant pas de privilège préférable au vôtre et sans avoir à subir la loi du concours avec la masse des créanciers dépourvus de privilège.

---

### 6831. — Droit d'un mutilé du travail à l'assistance d'une tierce personne

Voudriez-vous me dire si un blessé accidenté du travail, amputé au tiers inférieur de l'avant-bras droit est un ressortissant de l'article additionnel du 30 avril 1931, qui prévoit une indemnité pour la personne dont les soins et l'aide sont indispensables au blessé.

Dr M.

**Réponse.**

L'article 2 de la loi du 30 avril 1931 accorde en effet, aux mutilés du travail ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne, une bonification annuelle spéciale de 3.000 francs, mais cette bonification vient s'ajouter à la majoration accordée par la loi du 15 août 1929 et par les lois subséquentes aux victimes d'un accident du travail survenu avant le 9 janvier 1927.

Les accidentés récents n'ont donc pas droit aux

majorations et bonifications instituées par les lois précitées.

Le caractère obligatoire de l'assistance d'une tierce personne, ouvrant droit à la bonification de 3.000 francs, doit être constaté par ordonnance du Président du Tribunal civil de la résidence du mutilé.

---

**6759. — Accident survenu à un bûcheron travaillant à la tâche**

Un marchand de bois fait exploiter une forêt de plus de 15 hectares. La coupe du bois n'est pas totale. Il s'agit d'abattre les arbres détériorés (les chablis en argot technique).

Les ouvriers employés (trois) sont payés à tant le mètre cube. Naturellement ils abattent les arbres à leur façon et sans surveillance du marchand de bois.

L'un d'eux est blessé : fracture de côtes.

L'exploitant est-il responsable ? Je crois savoir que oui, au-dessus de 4 hectares.

Mais il s'agit non d'une coupe ordinaire, mais d'une coupe clairsemenée de chablis.

Dr P.

**Réponse**

L'article 2 de la loi du 15 juillet 1914 sur les accidents du travail dans les exploitations forestières exclut du champ d'application de la loi « les terrains boisés, exploités en tout ou en partie, dont la superficie, d'un seul tenant, n'excède pas trois hectares ... »

Quelle que soit l'importance des travaux qui étaient effectués dans la forêt au moment où l'accident s'est produit, cet accident tombe bien sous le coup de la loi du 15 juillet 1914, dès lors que la superficie de la forêt est supérieure à trois hectares.

D'autre part, bien que les ouvriers travaillant pour le compte du marchand de bois, fussent rémunérés moyennant un salaire fixé à tant par mètre cube, la responsabilité du marchand de bois n'en reste pas moins engagée à leur égard (Cour de Cassation, Chambre civile, 9 février 1926, D. H. 1926-204).

Dans ces conditions, nous estimons que la responsabilité de l'accident incombe à l'exploitant conformément à la loi du 15 juillet 1914 et à la loi du 9 avril 1898 et que le blessé est en droit de demander et de poursuivre en justice, s'il en est besoin, le paiement des indemnités légales.

---

## Fiscalité

**6266. — Base de la patente**

J'habite depuis 18 mois une maison construite avant guerre, qui m'est louée 14.000.

Le fisc m'impose une patente de 9.800, calculée sur la valeur locative de 13.500.

Or, je lis dans le *Concours médical*, dans la correspondance n° 5.273 que pour le propriétaire d'un immeuble d'avant la guerre la valeur locative est calculée sur la base de la valeur de 1914.

Est-il logique que pour le même immeuble, la patente soit différente si l'on est locataire, au lieu d'être propriétaire et ne pourrais-je prétendre faire baser ma patente sur la valeur locative de l'immeuble calculée en prenant pour base la valeur de 1914 (la valeur locative serait dans ce cas considérablement inférieure à 13.500).

Dr P.

**Réponse**

La loi du 15 juillet 1880 est encore la loi fondamentale régissant la contribution des patentes. Celle-ci est calculée sur la valeur locative déterminée soit au moyen de baux, soit par comparaison avec d'autres locaux, soit par voie d'appréciation si les autres bases font défaut.

Dans votre cas, s'il y a un bail et que la maison soit d'avant-guerre, ce bail était soumis aux lois spéciales sur les loyers et par conséquent il doit être calculé sur la base de 1914 en tenant compte des majorations légales.

S'il en est autrement, l'administration ne saurait en être rendue responsable et il appartenait à vous seul une fois locataire, de faire réviser le montant de votre loyer.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

### 6445. — Conditions d'imposition à la patente

Un médecin qui ne ferait aucune clientèle et qui ne ferait que des vaccinations, inspections d'école, inspection de nourrissons, mutualité maternelle..... pourrait-il être libéré de la patente ?

Dr B.

**Réponse.**

Le médecin dont vous parlez ne serait pas soumis à la patente s'il recevait pour son travail une rémunération fixe d'un ou de plusieurs établissements, car il serait alors appointé.

A. M.

### 6543. — Décharge de la contribution mobilière en cas de changement de domicile

J'ai habité C. du 1er octobre 1929 au 1er janvier 1931, non pas en médecin avec cabinet ouvert, mais en simple particulier locataire d'une petit appartement. En 1930, j'ai payé au fisc 272 fr. 15 de cote mobilière et de taxe vicinale. Le 5 décembre 1930, par recommandé, je donne congé à mon propriétaire pour habiter, à la campagne, une localité où exerçait un confrère fatigué, que je seconde jusqu'au 1er octobre dernier. On me fait parvenir à cette dernière localité un avertissement d'avoir à payer 275 fr. 83 de contribution mobilière et taxe vicinale à C. J'adresse une réclamation au Directeur des contributions directes en lui spécifiant que n'habitant plus C. depuis le 1er janvier, je ne devais plus être contribuable à C.

Au bout de huit mois, ces jours-ci, je reçois par recommandé un avis de rejet de ma demande pour le motif suivant : « Vous avez quitté la commune de C. après les opérations de recensement de 1930 pour 1931 et vous n'avez pas été imposé pour 1931 au lieu de votre nouvelle résidence. La contribution mobilière établie à C, reste donc régulière et due » (dans le village où je viens d'exercer, j'habitais en hôtel).

Depuis le 1er octobre dernier, j'ai ouvert un cabinet médical à S. ; si je paye la cote mobilière à C. qui me garantit que je n'aurais pas à la payer également à S. pour 1931 ? Est-il admissible que j'acquitte des contributions à une ville que j'ai quittée depuis le 1er janvier ? Le successeur en mon local de C. n'a-t-il pas été imposé comme moi pour cette même année 1931 ? Dois-je écrire au Conseil de Préfecture ?

Dr L.

**Réponse.**

Pour obtenir décharge de la contribution mobilière dans une commune que l'on a quittée après le recensement, il faut justifier de son imposition à sa nouvelle résidence.

Vous n'avez pas à craindre une double imposition car dans ce cas vous obtiendriez un dégrèvement (Loi du 21 avril 1832, art.2).

A. M.

### 6487. — Apposition des timbres pour l'impôt sur les intérêts des créances

J'ai une créance dans une maison de commerce. Celle-ci doit me payer les intérêts à la date du 31 décembre 1931 ; mais en outre, suivant convention, l'impôt de 16 % sur ces intérêts doit être acquitté par elle au moyen de timbres en représentant le montant, qu'elle doit apposer sur son livre de commerce. Je me demande si ces timbres doivent être obligatoirement apposés le jour où la Maison me verse les intérêts échus, ou bien, si elle peut attendre un certain temps avant de le faire, soit en vertu d'une disposition légale, soit en vertu d'une tolérance de la part du fisc. Dans l'affirmative combien de temps la Maison de commerce pourrait-elle attendre à apposer les timbres sans m'exposer à une pénalité ? Et quelle serait cette pénalité ?

Dr H.

**Réponse.**

Les timbres doivent être apposés au moment du paiement des intérêts ; ils sont à la charge du créancier et la loi rend nulle toute clause mettant les timbres à la charge du débiteur.

Toute infraction est punie d'une amende de 90 fr. à la charge de chaque contrevenant indépendamment du paiement par le créancier d'une amende égale à 750 %, décimes compris, des droits dont le Trésor a été privé pour chacune des années antérieures à celle de la découverte de l'infraction, sans toutefois que le droit de répétition puisse s'étendre à plus de 10 ans (loi du 28 décembre 1926, art. 66).

A. M.

Cinquante-quatrième année — N° 5 — 31 Janvier 1932


# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

II

### Envoi de Fonds

**Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :**

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

III

### Changements d'adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

## DEMANDES et OFFRES

N° 32. — Alpes-Marit. — Envir. imméd. de Grasse, à vend. ou à louer magnif. domaine, 8 hect., en parf. état. avec villa meublée. Conviendr. à préventor., sanator. ou mais. de cure. Ecr. Dr Lecomte, Plan-de-Grasse (A.-M.).

N° 33. — Côtes-du-Nord. — Plémet. Urgent. Client. méd. propharm., agglomér. import., rayon étendu, plus. industries, nombr. ouvriers. Jolie maison, long bail. S'ad. Dr Martin, à Plancoet (C.-du-N.).

N° 34. — On achèter. appar. à crédence Ropiquet ou Gaiffe pour radiothér. 150 ou 180.000 volts, ou cour. tournant. Excell. état de marche.

N° 35. — On dem. anc. int. hôp. Paris, reçu doct. ou proch., célibat., pour aider confr. dans stat. thermale. 1re année 30.000, 2e 40.000, 3e 50.000. Belle situat. d'avenir.

N° 36. — Côte-d'Azur. — Méd. seul, grande ville, grand appartem., cèderait une ou deux pièces pour enfant ou personne discrète.

N° 37. — Méd. milit., 43 ans, pouv. prendre retraite, cherche situat. méd. ou paraméd. Parle anglais et un peu allemand.

N° 38. — Marseille. — On offre beau prem. étage dans imm. neuf pour créer cabinet dentaire indispens, dans nouv. quartier très peuplé. On loue av. bail sans pas-de-porte. Voir ou écr. Dr Coulange, 128, Cours Lieutaud, à Marseille.

N° 39. — Cherche pour été-automne, poste seul méd. propharm., méd. ch. de fer. rég. Nord-Est.

N° 40. — 150 kil. Sud-Paris, poste propharm. seul, 2.500 hab. à desservir, accouch., très bon produit, à céder 50.000 toutes facilités.

N° 41. — Méd. franc., 24 ans pratique, cherche emploi fixe le matin, Paris, rive gauche de préférence.

## Renseignements



## Fête du Docteur J. NOIR

Chevalier de la Légion d'honneur

Les amis du Docteur J. Noir, Rédacteur en chef du *Concours Médical*, ont projeté de fêter sa nomination au grade de Chevalier de la Légion d honneur en un dîner amical au cours duquel un souvenir lui sera offert.

Ce dîner aura lieu le 27 février (1). La souscription au dîner est fixée à 65 francs. La souscription au souvenir est limitée à DIX francs au maximum.

Les souscriptions devront être adressées au *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, sous la rubrique Souvenir Noir, par chèques de banque ou postaux, ou virements postaux au Compte de Chèques postaux Paris nº 167.95, le plus tôt possible, *et au plus tard le 15 février*.

Le Docteur Duchesne donnera tous renseignements utiles aux confrères qui lui en demanderont à ce sujet.

(1) Le lieu du dîner sera fixé et annoncé ultérieurement. Les souscripteurs en seront informés par un avis individuel.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Commission de la fabrication du chocolat.* — La chambre syndicale des chocolatiers de France ayant demandé au ministre de l'agriculture l'autorisation d'employer dans la fabrication du chocolat de la lécithine extraite de substances végétales, à la dose de 0,3 p. 100, l'Académie, consultée, a nommé pour étudier cette requête, une commission composée de MM. Pouchet, Labbé, Lapicque, Lesné et Bertrand.

— **Sixième bal de la Médecine française,** sous le haut patronage de M. Paul Doumer, président de la République, au profit des veuves et orphelins du Corps médical, *le lundi gras*, 8 *février* 1932, à 22 *heures*, Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, Paris-V^e^.

A 22 h. 30 : Soirée artistique. Au programme : « ACTUALITÉS MÉDICALES — REVUE », composée et interprétée par des membres du Corps médical, Dolorès de Silvera, de l'Opéra-Comique, Souleïma, danseuse-étoile des Théâtres nationaux de l'Opéra et de l'Odéon, et son Ecole de danse.

A minuit trente : souper, sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane, de l'Institut Pasteur.

S'inscrire chez Mme Henri Labbé ,52, avenue de Saxe, 15^e^. Tél. Ségur : 89-16. (Prix du Souper : 40 fr.)

Prix des cartes : bal et soirée artistiques, 70 francs ; bal seulement, 50 francs ; étudiants : bal et soirée artistique, 40 francs ; bal seulement, 25 francs.

500 cartes à 30 francs (bal et soirée artistique) seront réservées aux *étudiants en médecine* et délivrées au siège de l'Association générale des étudiants (section de Médecine), rue de la Bûcherie.

— **Mission du médecin général Lasnet, en Algérie.** — Par décision ministérielle M. le médecin général Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies, vient d'être placé en activité hors-cadres en mission spéciale à la disposition temporaire du Gouverneur général de l'Algérie.

M. le Gouverneur général Carde désire confier au Dr Lasnet le soin de réorganiser les Services sanitaires de notre grande possession de l'Afrique du Nord et d'appliquer en particulier à la population indigène le programme de médecine sociale et d'assistance dont, à l'imitation du général Galliéni à Madagascar et du maréchal Lyautey au Maroc, il a déjà fait une magnifique application en A. O. F. précisément avec la collaboration de M. Lasnet.

Il est vraisemblable que la mission de M. Lasnet sera de courte durée et ne l'empêchera pas de participer aux travaux des divers groupements parisiens où sont traitées les questions de colonisation et de médecine sociale et où il tient une si large place.

— **Légion d'honneur.** — Parmi les nouveaux pro-

mus Officiers, au titre de la Santé publique, figurent MM. le Professeur LEREBOULLET et le Dr WEISSENBACH, médecins des hôpitaux ; et au titre de l'Agriculture le Dr Gaston ROUSSEL, directeur général et président du Conseil d'administration de l'Institut de sérothérapie (Hémostyl), promu officier de la Légion d'honneur en qualité de président de l'Académie vétérinaire.

Nous leur adressons nos vives et sympathiques félicitations, ainsi qu'à tous les confrères nouvellement décorés, dont la liste est publiée d'autre part.

**— Société d'hydrologie médicale et Ligue française contre le rhumatisme.**—La Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris et la Ligue française contre le rhumatisme se réuniront dans une séance solennelle commune le 15 février 1932, 12, rue de Seine, à 16 heures. A l'ordre du jour, rapports sur le sujet suivant : « Les rhumatisants chroniques aux stations thermales. »

Le matin aura lieu une séance clinique à 10 h., à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Professeur Bezançon.

Secrétaire général de la Société d'hydrologie : Dr Sérane, 3, rue Léon-Delhomme, Paris, XVe.

**— Hospice national des Quinze-Vingts.** — Ont été nommés, à la suite du concours du 7 décembre 1931, chefs de clinique adjoints à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts : MM. Tillé, Bernard, Gallois et Mastagli.

**— Dispensaires antituberculeux de l'Aube.** — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Aube.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de 28 ans au moins et de 50 ans au plus, à la date de l'arrêté préfectoral portant ouverture de ce concours (14 janvier 1932), avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Toutefois, la limite d'âge est reportée à 55 ans pour les médecins en fonctions depuis cinq ans au moins à la date de l'ouverture du concours, dans un sanatorium ou dans un dispensaire.

Pour être admis à prendre part au concours sur titres, les candidats devront être agréés par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Le traitement annuel attaché à la fonction de médecin spécialisé des Dispensaires départementaux est fixé à : stagiaire, 38.000 francs ; après un an de fonctions, 5e classe, 39.000 francs ; après deux ans de fonctions, 4e classe, 40.000 francs ; après quatre ans de fonctions, 3e classe, 42.000 francs ; après six ans de fonctions, 2e classe, 44.000 francs ; après huit ans de fonctions, 1re classe, 46.000 francs.

Le médecin pourra, sur sa demande, être admis à participer à la Caisse départementale des retraites.

A ce traitement s'ajoutent : 1° une indemnité de résidence et, le cas échéant, une indemnité pour char-

ges de famille, égales aux indemnités de même nature servies au personnel de la Préfecture ; 2° une indemnité forfaitaire annuelle de 3.500 francs pour frais de déplacement.

La demande des postulants, *rédigée sur timbre*, devra être adressée à la Préfecture de l'Aube (2e division), avant le 16 février 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris-6e.

— **Voyage de Pâques.** — *La Caravane universitaire* envoie contre un franc l'ensemble des programmes de ses voyages à prix réduits : Corse ; La Semaine Sainte à Séville ; Les Baléares ; Naples et les trois volcans ; la Riviera italienne, etc.

Roy, professeur de philosophie, Collège de Gaillac (Tarn).

— **Nécrologie.** — Nous apprenons le décès de la femme de notre confrère le Dr Smester. L'inhumation a eu lieu à Rouen, dans la plus stricte intimité.

Le *Concours Médical* adresse à M. le Dr Smester, un des doyens aimé, et respecté du Corps Médical parisien, l'expression bien sincère de ses vives sympathies.

J. N.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

13 JANVIER.

**Légion d'honneur.**

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

*Ministère des Postes et télégraphes.*

*Chevaliers* : MM. les Dr Cojan et Tesseire, médecins de l'Administration des P. T. T.

*Ministère de l'Agriculture.*

*Officiers* : M. le Dr Roussel, Président de l'Académie vétérinaire.

*Ministère de la Guerre* (Soins aux gendarmes).

*Chevaliers* : MM. les Drs Daclin, de Vinay ; Garnier, de Moulins-la-Marche ; Pomme, de Givors.

*Ministère du Commerce.*

*Chevalier* : M. le Dr Perrin, médecin assermenté du ministère du Commerce.

**Enseignement de la médecine.**

Il est créé à la Faculté de Bordeaux une chaire de clinique dentaire (emploi d'université).

### Assurances sociales.

*Circulaire relative au rôle des caisses d'assurances dans l'organisation de la prévention.*

*Le ministre du travail et de la prévoyance sociale à Messieurs les préfets* (service des assurances sociales).

Paris, le 30 décembre 1931.

Les réponses auxquelles a donné lieu ma circulaire du 28 juillet dernier, relative à l'organisation de la prévention dans le cadre des assurances sociales, ainsi que l'enquête qui l'a suivie dans plusieurs départements, ont pleinement confirmé l'intérêt porté à ce problème par la très grande majorité des caisses d'assurances et leur désir d'obtenir pour le résoudre le concours technique que mon administration est décidée à leur accorder.

J'ai eu l'occasion, par voie d'instructions particulières, d'apporter les précisions demandées par divers préfets sur les points déterminés.

La présente circulaire a seulement pour objet d'établir un certain nombre de règles générales et d'apporter des indications complémentaires dont je vous prie de bien vouloir vous inspirer, et que je vous serais obligé de porter à la connaissance des administrations des caisses.

I

Des hésitations se sont manifestées au sujet de l'imputation des dépenses nécessitées par la prévention. Il convient de rappeler que les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 ont expressément visé les « soins préventifs » et les prestations accordées par les établissements de prévention. Les dépenses de cette nature, sur le caractère économique desquelles ma circulaire du 28 juin a longuement insisté, doivent être imputées au même titre que les soins curatifs sur les ressources destinées aux prestations et non sur celles affectées à la gestion des caisses. En effet, si le caractère même de la médecine préventive justifie une organisation technique spéciale et l'intervention, sans préjudice, du rôle du médecin traitant, d'institutions collectives, la nature des dépenses supportées par les caisses pour la création ou le développement de ces institutions n'en est pas modifiée.

II

J'ai eu soin de préciser dans ma circulaire du 28 juillet dernier que la collaboration financière des caisses avec les institutions d'hygiène sociale et de médecine préventive existantes devait se traduire de préférence sous la forme de subventions forfaitaires. Or, dans quelques cas, rares il est vrai, la rémunération à l'« acte médical » a été pratiquée en vertu d'un accord non sanctionné par mon administration. J'estime que ce mode de rémunération n'est pas confor-

me au caractère des services utilisés, et n'est pas de nature à favoriser leur meilleur développement dans l'intérêt des assurés. Je vous prie, en conséquence, de recommander aux caisses le principe de la rémunération forfaitaire, dans l'élaboration de leurs projets de contrat avec les institutions intéressées.

Quant à l'appréciation du montant de cette rémunération, des divergences marquées se sont révélées dans les départements. Alors que certaines caisses ont envisagé une subvention forfaitaire de 5 fr. par assuré cotisant pour la seule lutte antituberculeuse, d'autres n'ont pas cru devoir dépasser le montant de 50 centimes par assuré pour l'ensemble des services d'hygiène sociale.

Les différences de développement des services sont loin de justifier de tels écarts ; mais il n'est pas douteux que la situation de chaque département doit être envisagée séparément en considération de l'activité des services existants ainsi que des développements à escompter et des créations à envisager.

J'ajoute que souvent les œuvres et services de prévention se trouveront éloignés du domicile des assurés. Dès lors, si les caisses rémunèrent ces services sur la base de la totalité de leurs effectifs, elles payeront plus qu'elles ne doivent. Ce n'est donc pas sur la base de la totalité de leurs effectifs, mais sur la base de la clientèle probable que le forfait devrait être calculé.

III

Je crois devoir vous rappeler que l'établissement du programme dont je vous ai entretenu dans la circulaire du 28 juillet dernier, quel que soit le mode de réalisation à adopter, suppose la collaboration et l'entente des caisses avec toutes les différentes œuvres de prévention, et je saisis cette occasion pour préciser, en réponse à une question qui m'a été posée, que les administrations hospitalières ainsi que le service social des hôpitaux doivent, quand ils satisfont aux conditions précisées dans ma circulaire, être considérées au même titre que les autres institutions d'hygiène sociale comme devant participer à cette collaboration.

Le souhait a été plusieurs fois exprimé que des modèles de conventions types soient établis concernant la prévention. Or, dans l'état actuel de l'organisation de la médecine sociale en France, il est impossible d'établir et de recommander ces conventions types réglant les rapports de collaboration entre les caisses et les organismes de prévention. Ces derniers sont en effet extrêmement variés par leur nature, leurs fonctions, leurs qualifications techniques, leur efficacité, et leur rendement. Les conventions ne se justifient que là où il y a un standard minimum d'efficacité et d'économie qui, dans beaucoup de cas, est loin d'être atteint. Il est indispensable actuellement de passer des conventions étroitement adaptées aux conditions locales.

Le service technique que j'ai créé en vue d'aider les caisses d'assurances sociales dans cette voie apportera son concours le plus entier pour la mise au point

de ces conventions et je vous serais obligé, en toute hypothèse, de me faire parvenir accompagnés d'une note sur le fonctionnement et l'organisation des services de prévention, les projets envisagés ou elaborés par les caisses, en vue de les soumettre à mon examen préalable.

Adolphe LANDRY.

14 JANVIER.

**Légion d'honneur.**

Sont promus ou nommés dans la Légion d'Honneur :

*Ministère des Affaires étrangères.*

*Chevaliers* : MM. les Drs Edouard, de Rabat et Wittich, de Strasbourg.

*Ministère de la Santé publique.*

*Commandeur* : M. le Dr Laubry, de Paris.
*Officiers* : MM. les Drs Landowsky, de Paris ; Lebrun, de Bar-sur-Aube ; le Prof. Lereboullet, de Paris ; Sainton et Weissenbach, de Paris.
*Chevaliers* : MM. les Drs Bachmann, de Zuydcoote ; Bordet, de Paris ; Brusset, de Gray ; Callegari, de la Haye-du-Puits ; Cathala, de Carcassonne ; Constantin, de Neuville de Poitou ; Dariaux, de Paris ; Delmas, d'Antibes ; Dibel, de Cancale ; Durel, d'Honfleur ; Dufourt, de Lyon ; Durand, de Donzy ; de Gaudart d'Allaines, professeur à la Faculté de Paris ; Gilson, d'Angoulême ; Girou, d'Aurillac ; Gourmand, de Montmorency ; Gueneau, de Coulmier-le-Sec ; Guilloire, d'Aubervilliers ; Jacques, de Montceau-les-Mines ; Lacaine, d'Aunay-sur-Odon ; Laden, de Paris ; Noir, de Paris ; Laplane, de Marseille ; Pietri, inspecteur départemental d'hygiène des Basses-Alpes ; Ramadier, de Paris ; Rascol, directeur du service sanitaire maritime de la quatrième circonscription ; Roche, de Marseille ; Tellier, de Boulogne-sur-Mer ; Bartoli, et Rocca, de Marseille.

*Ministère des Colonies.*

*Chevaliers.* MM. le s Drs Boyer de la Giroday, médecin principal de l'assistance médicale indigène à Madagascar ; Vié, de Madagascar.

17 JANVIER.

**Education physique.**

Par décret du 12 janvier 1932, est approuvée la délibération du conseil de l'université de Grenoble portant création d'un centre d'études d'éducation physique annexé à l'université et relevant ,au point de vue scientifique, de l'école de médecine et de pharmacie de Grenoble.

19 JANVIER

**Enseignement de la médecine.**

Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des deux chaires de clinique chirurgicale et de clini-

que obstétricale à l'école de médecine de Caen, qui devait s'ouvrir le 1er avril 1932 devant la Faculté de Paris, est reporté au lundi 11 avril 1932.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Enseignement de la chirurgie dentaire.

14016. — M. Raoul Brandon demande à M. le Ministre de l'Instruction publique : 1° pourquoi, à Paris, il n'existe pas d'enseignement de la chirurgie dentaire rattaché à la faculté de médecine ; ajoute que les étudiants dentistes sont obligés de suivre les cours des écoles dentaires privées, ce qui leur occasionne des frais la plupart du temps très élevés pour leurs ressources ; 2° s'il est exact que dans certaines universités — notamment Bordeaux et Nancy — l'enseignement de la chirurgie dentaire est rattaché à la faculté de médecine. (*Question du* 12 *novembre* 1931.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 1er du décret du 11 janvier 1909 relatif aux études de chirurgie dentaire : « le stage et la scolarité sont accomplis soit dans les facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément aux prescriptions du décret du 31 décembre 1894 ». L'enseignement dentaire n'est pas organisé à la faculté de Paris. Il n'est organisé que dans les quatre facultés ci-après : Bordeaux, Lille, Nancy et Strasbourg (*J. O.* 13 *janvier* 1932).

### Amortissement des dépenses d'installation.

13639. — M. Taton-Vassal, demande à M. le Ministre du budget si un jeune médecin qui établirait que le montant intégral d'un emprunt contracté par lui a été affecté, dans l'année ayant précédé celle au cours de laquelle il a entrepris l'exercice de son art, aux dépenses de son installation professionnelle serait fondé à déduire de ses recettes, en vue d'établir son bénéfice imposable à l'impôt cédulaire, les sommes versées annuellement à son prêteur au titre *a*), de remboursements partiels du capital emprunté, *b*) d'intérêts. (*Question du* 12 *novembre* 1931).

*Réponse.* — Le remboursement d'un capital emprunté ne constitue pas en soi, une charge déductible pour l'établissement de l'impôt. Mais, dans le cas visé par la question, l'intéressé peut valablement déduire chaque année de ses recettes une somme correspondant à l'amortissement des dépenses qu'il a faites pour son installation professionnelle, ainsi que les intérêts de l'emprunt qu'il a contracté à cet effet. (*J. O.*, 13 *janvier* 1932.)

## VACANCES DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR

La Société médicale du littoral méditerranéen organise actuellement le VIe Voyage international de Pâques (Voyage rose), dans la plus belle partie de la Cote d'Azur, de Saint-Raphaël à Menton.

Ce voyage sera présidé par M. le Professeur J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon et sera placé sous la direction scientifique de MM. les Professeurs Perrin, de la Faculté de Nancy (Thérapeutique générale), de Nobelle, de l'Université de Gand (Thérapeutique physique,) et de M. le Professeur agrégé Thévenot, de la Faculté de Lyon (Médecine générale).

Le rassemblement aura lieu à Cannes, d'où l'on fera le tour de l'Esterel et de la Corniche d'Or, en visitant : Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas. Puis, l'on se rendra au Cannet, à Super-Cannes, au Golfe-Juan, à Juan-les-Pins, au Cap d'Antibes, d'où l'on gagnera Nice, par Grasse et Vence.

Après un arrêt à Nice et une excursion dans les Alpes, on parcourra la Grande Corniche, en visitant l'Observatoire et le monument d'Auguste, Roquebrune, Le Cap Martin, Menton et le château de Grimaldi, où l'on visitera les laboratoires du Docteur Voronoff et les célèbres Jardins de la Mortola.

On reviendra par Monaco et Monte-Carlo, Beaulieu et la Moyenne Corniche, à Nice, où le voyage se terminera.

A la suite de ce voyage, des excursions en Corse, en Italie, et des séjours sur la Cote d'Azur seront organisés, si les voyageurs le désirent.

Les adhérents recevront des permis de circulation à demi-tarif sur les chemins de fer français, italiens, roumains et yougoslaves, valables en toutes classes, durant un mois. Les familles des médecins seront admises, ainsi que les étudiants en médecine.

La visite de chaque station sera assurée avec tous les concours scientifiques nécessaires. Les parties instructives du programme alterneront avec les plus beaux parcours touristiques et les réceptions aussi cordiales que somptueuses, selon la tradition de la Société médicale du littoral.

La durée du voyage sera de huit journées. Le parcours pourra être effectué pendant la Semaine Sainte (20 au 27 mars), la semaine de Pâques (27 mars au 3 avril), ou la semaine de Quasimodo (3 au 19 avril). Les médecins que ce voyage intéresse sont priés d'indiquer la semaine qu'ils préfèrent, en informant la Société un assez long temps à l'avance, car les parcours ne seront définitivement établis que lorsqu'ils auront été demandés par nombre d'adhérents correspondant au nombre de places disponibles. Il y a donc lieu

Voir la suite page XLVII-321

# PROPOS DU JOUR

## De l'incertitude et des variations des doctrines médicales classiques

En 1865, Claude Bernard écrivait, au début de son *Introduction à l'étude de la Médecine Expérimentale* :

« Conserver la santé et guérir les maladies, tel est le problème que la médecine a posé dès son origine et dont elle poursuit encore la solution scientifique. L'état actuel de la pratique médicale donne à présumer que cette solution se fera encore *longtemps* chercher. »

Ces paroles sont encore vraies. Sans nier les progrès considérables qu'ont réalisés les sciences médicales, ils sont loin d'être suffisants pour faire de la médecine une véritable science. L'exercice de la médecine pratique est et restera encore longtemps un art.

La complexité des phénomènes biologiques est telle que nous ne sommes pas sur le point de voir établir par leur étude des lois immuables. Jusqu'ici, toutes les découvertes, tant en biologie qu'en thérapeutique, sont précaires et doivent toujours, chez l'expérimentateur et l'observateur, s'accompagner du doute prudent, doute qu'il ne faut pas confondre avec le scepticisme. « Le douteur, a dit Claude Bernard, est le vrai savant ; il ne doute que de lui-même et de ses interprétations », tandis que le sceptique ne croit pas à la science, il ne croit qu'en lui-même. Claude Bernard a insisté sur l'importance de ce doute scientifique. « Lors même que l'expérience confirme pleinement l'idée préconçue, l'expérimentateur doit encore douter ; car il s'agit d'une vérité inconsciente, sa raison lui demande encore une contre-épreuve. »

Or, nous sommes en droit à l'heure actuelle de reprocher à beaucoup de maîtres de la médecine et d'expérimentateurs qui se croient des savants, de ne pas savoir se plier à la discipline que le grand physiologiste a si remarquablement exposée. Les uns acceptent comme des dogmes intangibles des opinions classiques admises, qu'ils ne veulent à aucun prix entendre discuter. Les autres croient avoir trouvé quelque chose de nouveau et proclament que leur découverte est une vérité vraie. Non seulement ils ne sont pas pénétrés du doute scientifique et ne s'embarrassent guère de contre-épreuves, mais ils ne souffrent ni la critique, ni la contradiction. Enfin d'autres ne veulent tenir aucun compte des expériences, ni des observations d'autrui pour peu que ces expériences et ces observations gênent leurs propres conceptions ou les opinions qu'ils ont admises. Loin de les examiner, de les critiquer à leur tour, de chercher à démontrer qu'elles sont erronées, il affectent à leur égard un superbe dédain et organisent contre elles la conspiration du silence. Ces gens là, n'étant pas des douteurs, ne sauraient être de vrais savants.

Ils devraient bien cependant se rendre compte que les conceptions qu'ils croient les mieux établies sont singulièrement fragiles et que, chaque jour, on constate que les doctrines qui paraissaient les plus solides, sont ébranlées et parfois renversées par des observations et des expériences nouvelles.

Les exemples à ce sujet abondent. Sans nous perdre dans l'énumération des formules thérapeutiques de certains médecins à la mode, qui disparaissent avec leurs inventeurs, sans remonter aux systèmes, aux doctrines, aux théories *a priori* qui, pendant des siècles ont divisé les médecins et suscité entre eux d'inconcevables haines, nous pouvons relever nombre de faits plus récents qui doivent inciter à la prudence et à la modestie les maîtres de la Clinique, et encore plus ceux du laboratoire.

Dans son remarquable ouvrage sur la *Tuberculose, contagion, hérédité*, le vrai savant qu'est M. Auguste Lumière a consacré un premier chapitre aux *Variations de l'Opinion Médicale au cours des siècles passés*, et montré combien depuis, Hippocrate jusqu'à nos jours, les esprits les plus distingués, les médecins les plus illustres ont varié d'opinion sur la contagion et l'hérédité de la tuberculose, et il a établi sur quelles bases fragiles reposaient les conceptions classiques qui ont eu cours sur ces sujets, dans l'enseignement officiel de nos facultés.

Dans la Préface d'un autre livre encore plus intéressant : *La vie, la maladie et la mort, phénomènes colloïdaux*, le même savant a raconté le vé-

◆◆

ritable drame scientifique dont fut victime Semmelweis, qui découvrit la cause de la propagation de la fièvre puerpérale (1). Semmelweis démontra qu'à l'Hôpital général de Vienne, où la mortalité atteignait 96 % en mai 1846 dans le service d'accouchements du Prof. Klin, la maladie était propagée par les étudiants qui, sortant des amphithéâtres de dissection, allaient sans prendre de précaution examiner et soigner les accouchées. Il conseilla le lavage des mains au chlorure de chaux et la mortalité tomba à 12 %. Cette découverte mortifiait le Prof. Klin, qui n'avait pas su découvrir la cause de l'épouvantable mortalité de son service et ce Maître voua à son assistant une haine féroce, ne voulant pas admettre la réalité de cette découverte ; il l'accusa, dans son aveuglement, d'avoir truqué les résultats qu'il avait publiés, obtint sa révocation et Semmelweis, poursuivi par la vindicte du monde médical officiel viennois, désespéré, fut mourir en 1865 dans un asile d'aliénés tandis que l'effroyable hécatombe continuait dans les maternités autrichiennes.

Cet exemple de parti pris criminel n'est pas le seul dans l'histoire des sciences ; toutes les grandes découvertes ont été *a priori* contestées et rejetées dans certains milieux officiels et M. Auguste Lumière rappelle que le Professeur Landouzy, sans prendre la peine de contrôler ses propres expériences, avait décrété que la vaccination par ingestion était une hérésie scientifique.

L'avenir devait donner un singulier démenti à ce Maître, grandiloquent, mais absolument dépourvu d'esprit scientifique.

***

Nous pourrions relever cent autres faits de ce genre.

Quelle attention, par exemple, a prêté le monde officiel aux travaux de notre vénéré confrère, Albert Veillard, quand, avec une patience, une persistance, une documentation admirables, il a établi que l'adultération des farines était la cause indiscutable de phénomènes nerveux souvent attribués à l'encéphalite ? Il est vrai que ses recherches gênaient singulièrement le trafic du haut commerce des grains qui ne devait pas manquer d'appui dans le monde officiel. Seuls, des vétérinaires de l'armée prirent en considération les constatations d'Albert Veillard et établirent scientifiquement que les farines adultérées, données aux chevaux, produisaient chez eux des accidents encéphalitiques analogues à ceux observés chez l'homme.

***

Gardons-nous de l'esprit dogmatique et ne considérons jamais comme immuables les opinions généralement admises et qui sont devenues classiques.

Le Dr J. Rieux, ancien professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, vient, dans un remarquable travail : *Paludisme et Pseudo-Paludisme* (1), de démontrer l'évolution naturelle du paludisme vers la guérison chez les paludéens soustraits à une réinfection. Cette conception s'oppose à l'opinion couramment accréditée dans tous les milieux médicaux et non médicaux que l'infection malarique, une fois introduite dans l'organisme, est susceptible d'y persister à l'état chronique. Il ne serait plus possible, au bout d'un an après la dernière impaludation, de trouver chez les anciens paludiques l'hématozoaire de Laveran et le Professeur Rieux prétend que les manifestations attribuées au paludisme chronique sont des reliquats de la maladie qui présentent parfois un caractère évolutif, mais n'ont qu'un caractère d'origine, et non de nature, avec le paludisme initial. Ou bien encore, ces manifestations se rapportent à des infections tout à fait différentes du paludisme, que M. Rieux groupe à part sous le nom de *pseudo-paludisme* et qui n'offrent qu'une analogie clinique avec la malaria.

Mais le Professeur Rieux, à la fois clinicien et homme de laboratoire, et qui est, lui, un véritable savant, n'hésite pas à dire dans l'Avant-Propos de son mémoire : « Ce faisant, nous n'apportons à notre thèse aucun esprit de parti-pris, ni même de doctrine pure. Notre b  était d'essayer de redresser une erreur de diagnostic, erreur des plus répandues, des plus communes et, par voie de conséquence, une erreur de thérapeutique. » Et il ajoute *in fine*, faisant remarquer que son opinion a trouvé maints contradicteurs, que la ques tion reste ouverte. C'est là le langage d'un mé decin doué d'un véritable esprit scientifique.

***

(1) Ce drame a été l'objet de la thèse inaugurale de L. Destouches, Paris, 1924.

(1) In *Pratique médicale illustrée*, G. Doin et Cie, édit. Paris, 1932.

Voici encore un exemple de la nécessité de reviser de temps à autre les idées généralement admises.

Le scorbut est depuis longtemps considéré comme le type des maladies de carence alimentaire. Or, le Dr J. B. Charcot, membre de l'Institut, qui, après avoir été interne des hôpitaux et chef de clinique, est devenu un explorateur célèbre, a fait récemment à l'Académie des Sciences une communication qui tendrait à démontrer que les accidents scorbutiques qu'il a observés au cours de ses explorations, étaient provoqués par des substances toxiques, contenues dans les boîtes de conserves consommées par son équipage. Dans les cas observés par M. Charcot, le scorbut ne serait pas une maladie de carence, mais une intoxication alimentaire.

***

Nous ne saurions mieux terminer cet exposé sur l'incertitude des doctrines médicales et sur l'intransigeance que certains mettent à les défendre quand même et à repousser systématiquement toute innovation par la phrase originale que M. Auguste Lumière a empruntée à une lettre de Broca à Pouchet : « Une vérité nouvelle dressée à l'encontre des préjugés de nos maîtres, écrivait Broca, n'a aucun moyen de vaincre leur hostilité. Il n'y a ni raisonnement, ni faits qui vaillent, la mort seule peut en triompher. Les novateurs doivent se résigner et savoir attendre l'arrivée de cette alliée, comme les Russes attendirent l'arrivée du Général Hiver. »

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### L'OSTÉOME PARACONDYLIEN FÉMORAL, D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Par M. Patel,

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Depuis quelque temps, l'attention des chirurgiens, s'est fixée sur une lésion, d'origine traumatique, siégeant au niveau de la région du genou, et caractérisée par la présence d'ossifications intraligamentaires. Le tout est assez spécial et réalise un syndrome véritable, auquel sont attachés les noms des chirurgiens Pellegrini et Stieda.

C'est, en effet, en 1905, que Pellegrini (de Florence), signale le premier cas ; Stieda (de Berlin), en 1907, rapporte plusieurs observations, dans lesquelles il voyait une véritable fracture parcellaire du condyle fémoral interne.

En France, c'est Mauclaire qui, en 1921, présente les premières observations à la Société de chirurgie de Paris. Sénèque et Frédet signalent d'autres cas dans les thèses de Durand (1926) et de Mme Kaufmann (1929). Mouchet inspire la thèse très documentée de Petrignani (Paris 1930) et de Gast (Bordeaux 1930). La question est reprise à la Société de Chirurgie de Paris, par Guillaume Louis (séance du 29 avril 1931, p. 605), et par Leriche (Séance du 20 mai 1931, p. 737). Moi-même ai eu l'occasion d'en présenter deux cas à la Société de chirurgie de Lyon (juin 1931) et et de faire une communication au Congrès de Chirurgie (Paris, octobre 1931), sur ce sujet.

#### Etiologie

C'est presque uniquement chez l'homme que l'on rencontre cette affection, l'homme jeune, sportif ou l'homme mur, actif.

Le *traumatisme* est à l'origine, d'une façon constante. Tantôt ce traumatisme est brusque ; un de mes malades était tombé dans une fosse de garage d'automobile ; il s'était tordu violemment le genou et avait été soigné pour une entorse du genou avec hémarthrose abondante. Tantôt, le traumatisme est faible mais répété ; c'est ainsi que mon second malade avait l'occasion de frapper souvent avec un marteau sur la face interne de son genou. Cette étiologie traumatique, directe ou indirecte, est importante à connaître, en ce qui concerne les accidents du travail.

#### Anatomie pathologique

J'ai opéré l'un de mes malades et j'ai pu faire les constatations suivantes.

Il s'agit d'une production osseuse véritable, siégeant dans l'épaisseur même du ligament latéral interne, avec lequel elle reste intimement confondue. Elle demeurait attachée, fait capital, au condyle interne lui-même et s'épanouissait en

ramifications multiples dans les fibres ligamentaires.

L'aspect extérieur de cette néoformation est celui d'une substance osseuse, vascularisée, friable et rougeâtre sur la plus grande partie de son étendue, dure et blanchâtre à la périphérie. Ce sont les caractères de l'ostéome musculaire. Pétrignani a substitué au terme d' *« ostéome paracondylien »* celui d' *« ossification paracondylienne »*, cette remarque est fort juste, car elle permet d'éliminer la notion de tumeur osseuse, qu'implique la dénomination d'ostéome. Toutefois, étant donné que le terme d'ostéome intra-musculaire a cours, il n'y a pas d'inconvénient à l'utiliser, en ce qui concerne les ligaments articulaires.

L'examen histologique n'a pas été fait ; mais il démontrerait, à n'en pas douter, de l'os véritable, avec travées d'osséine, ostéoblastes et canaux de Havers ou espaces médullaires avec moelle vascularisée.

**Etude clinique**

*a*) La *période de début* est rarement très caractéristique. Le malade est en général soigné pour une entorse du genou, avec déchirure plus ou moins étendue du ligament latéral interne. Il y a alors, dans ces cas, une hémarthrose du genou, avec son cortège symptomatique habituel.

Pellegrini a insisté sur la douleur et le craquement perçus au moment même de l'accident ; pour lui, l'épanchement intra-articulaire serait exceptionnel ; par contre, l'hématome paracondylien interne et l'ecchymose seraient fréquemment observés.

Il n'y a pas lieu, semble-t-il, de rejeter du cadre de cette affection, les faits dans lesquels il y a eu une entorse nette du genou ; la présence de l'hémarthrose signifie que le traumatisme a été seulement plus sérieux.

*b Période d'état.* — C'est à la période d'état que le syndrome se manifeste avec tous ses caractères.

Objectivement, on constate, sur la face interne du condyle interne, une tuméfaction, de consistance dure, non douloureuse, fixée dans la profondeur. Elle forme une tumeur, en général de petites dimensions, laissant croire à un condyle interne un peu plus volumineux ; parfois, la tumeur est plus volumineuse et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne osseuse, développée à ce niveau.

Les mouvements de l'articulation du genou ne sont gênés que si la tumeur a acquis un certain volume ; la gêne fonctionnelle est alors purement mécanique.

La marche est possible ; mais il survient de véritables poussées d'arthrite du genou, qui viennent l'entraver.

La *radiographie* est ici capitale. Sur une épreuve de face, on aperçoit une ombre, située sur la face interne du condyle interne, semblant le coiffer. Elle affecte les formes les plus variables ; la plus fréquente représente une sorte de croissant, long de 3 à 4 centimètres, épais de quelques millimètres. Les contours sont irréguliers. Cette production osseuse est le plus souvent séparée de l'os ; parfois, elle lui adhère. Quant au condyle interne, il présente son bord lisse ; il existe souvent une zone limitée de décalcification.

**Formes cliniques**

A côté de cette forme classique, on peut voir d'autres variétés.

1° des *formes latentes*, dans lesquelles la notion du traumatisme est difficile à mettre en évidence, et dans lesquelles le malade ne présente que des troubles fonctionnels très limités. C'est la radiographie qui révèle la lésion ;

2° des *formes associées*, liées à l'existence d'une affection différente du genou (*genu varum*, *genu valgum*, affections chroniques du genou).

**Evolution**

L'évolution est bien variable. L'amélioration spontanée s'observe. Plus souvent, on voit persister des troubles fonctionnels de l'articulation du genou, bien différents de ceux que l'on voit dans les lésions méniscales ; ils rappellent l'arthrite chronique du genou, avec poussées subaiguës ou aiguës.

Il existe aussi des formes évolutives : dans lesquelles la tuméfaction osseuse s'accroît, au point de simuler une tumeur maligne ; le malade, que j'ai opéré, présentait un condyle interne du volume d'une petite orange. Malgré ce volume, la radiographie reste toujours caractéristique.

**Pathogénie**

La nature et l'origine exactes de cette affection a donné lieu à des interprétations différentes.

*a*) La première admet un arrachement osseux limité au condyle interne ; le périoste irrité se développerait et formerait une production osseuse, analogue au cal exubérant d'une fracture.

*b*) La seconde (Leriche) place dans le tissu cellulaire péricondylien l'origine de la nouvelle production osseuse. A la suite d'un traumatisme, le système nerveux sympathique, très abondant au voisinage des articulations, est impressionné. Il en résulte une vaso-dilatation qui détermine dans l'os une décalcification et dans les parties molles, une prolifération conjonctive, au sein de laquelle se développe une production osseuse, par apport de sels calciques de l'épiphyse. Cette ostéogénèse peut être favorisée par un fragment ostéo-périostique, détaché à la suite d'un traumatisme.

Ces deux théories, ne sauraient être exclusives et ne sont pas inconciliables.

Le traumatisme est à l'origine de l'affection ; ce fait ne saurait être mis en doute ; qu'il y ait un

arrachement ostéo-périostique ou une contusion périostique, le mécanisme initial est identique. Sans doute, la deuxième théorie expliquerait mieux les cas dans lesquels la néoformation osseuse est séparée de l'os lui-même ; mais il ne faut pas oublier que cet aspect est uniquement de caractère radiographique. Au cours de l'opération, j'ai pu me rendre compte que malgré une séparation de quelques millimètres de la face externe du condyle, la production osseuse adhérait fortement à l'os lui-même. C'est que l'ossification est irrégulière ; tandis que la partie centrale reste opaque aux rayons X, la partie périphérique, constituée par un os moins parfait, demeure transparente. Ces constatations opératoires fort nettes paraissent en contradiction avec l'image radiographique, soit au point de vue du volume même de la néo-production osseuse, soit au point de vue de ses rapports avec le squelette.

Aussi, j'admettrais dans la plupart des cas qu'il existe une lésion osseuse ou périostique primitive, qu'il s'agisse d'un véritable arrachement osseux ou d'une simple contusion, irritation ou fissuration du périoste.

Du reste, des formations osseuses analogues se rencontrent au niveau d'autres insertions tendineuses ; l'ostéome des adducteurs, observé assez souvent autrefois chez les cavaliers en est un exemple ; l'ostéome du brachial antérieur, consécutif à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, est également très caractéristique. J'ai eu aussi l'occasion d'observer des productions osseuses analogues dans l'épaisseur du tendon d'Achille, chez une jeune fille de 15 ans, porteur de souliers à talons très hauts ; il est probable qu'à chaque pas, il se produisait un léger tiraillement sur le périoste calcanéen. Il en était résulté de véritables stalactites osseuses, qui adhéraient à l'os lui-même. J'ajoute que la radiographie était entièrement négative, car il s'agissait d'un os jeune ; plus tard, le centre de cette néoformation aurait été sans doute visible aux rayons X et aurait paru, comme l'ostéome paracondylien, entièrement séparé de lui.

Je crois donc qu'il s'agit là de formations osseuses, reconnaissant un mécanisme identique ; l'ostéome paracondylien ne constitue pas, sinon par sa localisation, une maladie spéciale. Il rentre dans la grande catégorie des ossifications para-osseuses, suite de traumatisme ayant intéressé les parties superficielles de l'os ou simplement son périoste.

**Traitement**

L'affection étant constituée et bien reconnue à la radiographie, un traitement actif ne sera pas toujours de mise.

Il est des cas où les malades ne réclament rien, n'éprouvant qu'une gêne fonctionnelle minime.

Si la tumeur est volumineuse ou gênante, la *radiothérapie* pourra être utilisée, comme dans les ostéomes du brachial antérieur ; elle ne peut agir que sur des productions récentes et faiblement ossifiées. En tout cas, le massage et la mobilisation seront proscrits, car ils ne peuvent qu'augmenter l'ossification.

L'*ablation* de l'ostéome sera indiquée dans les cas de tumeur volumineuse et gênante. Je l'ai pratiquée une fois, avec un très bon résultat ; j'ai dû détacher la masse à la gouge et au maillet ; l'os a été régularisé ; il faut poursuivre dans l'intérieur du ligament les prolongements osseux, en écartant les fibres, autant que possible sans les sectionner. Une immobilisation de 10 ou 15 jours est nécessaire, suivie du port d'une genouillère pendant un ou deux mois. Il sera parfois indiqué de faire de la radiothérapie complémentaire.

---

# SUR LES FACTEURS MÉCANIQUES DU RHUMATISME CHRONIQUE

Par F. Coste,

Médecin des hôpitaux de Paris.

## II

## Pied plat et arthrose du genou

C'est aujourd'hui devenu une manière de dogme que d'attribuer au pied plat de nombreux méfaits localisés très loin de lui, dans le genou, la hanche, voire même la colonne vertébrale. On se contente aisément de l'affirmation que, perturbant les appuis normaux du membre inférieur, il détermine souvent à distance des arthropathies de cause statique.

Certains auteurs étrangers le mettent au premier rang des facteurs qui produisent l'arthrose du genou.

Sans combattre entièrement cette notion, nous voudrions la ramener à de plus justes proportions.

Lorsqu'on recherche comment les auteurs qui accordent une telle importance au pied plat comprennent son rôle, on peut en effet s'étonner de leurs divergences. Elles laissent à penser que ce

rôle n'est pas aussi clair ni aussi évident qu'ils le disent.

Schede (Orthopädie u. Rheuma, *in Rheumaprobleme*, Georg Thieme. Liepzig, 1928), invoque un mécanisme dont les temps sont les suivants :

1° Pied plat (la chute de la voûte plantaire appartient au groupe des dislocations articulaires produites par la sénescence, la perte de tonicité et la distension de la sangle musculo-tendineuse des jointures).

2° Une conséquence du pied plat est une tendance à la rotation interne des os de la jambe.

3° L'attitude tassée du sujet âgé entraîne l'aplatissement de la lordose lombaire et l'inclinaison du bassin en arrière, qui provoque elle-même une tendance à la rotation externe de la cuisse.

4° Le genou est donc soumis à deux forces contraires : rotation externe pour l'épiphyse fémorale, rotation interne pour le plateau tibial. Ce sont là (Böhme) les conditions de production d'un *genu varum* : ainsi s'expliquent l'incurvation à concavité interne des membres inférieurs, parfois observée chez les sujets âgés, et les lésions mécaniques de l'arthrose du genou. Cette incurvation interne provoque au surplus un valgus forcé compensateur du pied, qui lui-même, exagère la tendance au pied plat : d'où cercle vicieux et aggravation progressive des déformations et des lésions articulaires.

Thomson et Gordon (Les maladies rhumatismales chroniques, trad. A. Françon. Alcan, éd., 1928) s'expriment au contraire de la façon suivante :

« Mais, ce n'est pas seulement dans le pied que « se produisent les effets (de l'aplatissement plan« taire). Les muscles de la jambe, surtout le jam« bier antérieur et le jambier postérieur entrent « en action volontaire pour tâcher de redresser « l'équilibre. Ils deviennent rapidement fatigués « et le siège d'une douleur sourde. La ligne du cen« tre de gravité du corps étant déplacée, la posi« tion du pied en dehors produira une tendance « au *genu valgum* compensateur. Celui-ci, à son « tour, déterminera un effort sur le fascialata, qui « sera le siège d'une douleur, prise parfois pour une « fibrosite. Le tiraillement des muscles dans le « genu valgum troublera finalement l'équilibre « du tonus d'attitude qui maintient la stabilité « latérale de l'articulation du genou, et il en ré« sulte un certain degré de véritable genu val« gum ..... Si on laisse l'effort se prolonger, la « coaptation normale des articulations est alté« rée et une pression excessive doit être sup« portée par les surfaces synoviales. La pre« mière réaction est en général une hyper« trophie avec développement de synovite « villeuse. Elle se reconnaît à la douleur articu« laire, quelquefois à un gonflement dû à un épan« chement synovial, mais plus souvent à des cra« quements secs, produits par le frottement des « villosités les unes sur les autres. Dans le cas du « genou, les villosités ont une tendance à être « prises entre les surfaces articulaires. Lorsque « cela arrive, le malade ressent une douleur aiguë « qui porte au cœur, mais cependant moins vio« lente que celle qui est associée avec un cartilage « mobile, et il peut tomber sur le sol du fait du » dérobement du genou. Si l'attrition de la frange « est très prononcée cet accident peut être suivi « d'un épanchement synovial aigu. »

Suivent des considérations analogues sur la coxa vara, l'arthrite de la hanche, les lésions vertébrales engendrées par le pied plat.

L'une et l'autre conceptions rapportent donc au pied plat l'origine de la lipoarthrite du genou. Mais, selon Schede, c'est par l'intermédiaire du genu varum et, selon Thomson et Gordon, du genu valgum.

En faveur de la première interprétation on peut invoquer la fréquence du genu varum *au moins radiologique* chez les lipoarthritiques : c'est d'ailleurs un genu varum tout relatif, qui se traduit sur le cliché par le pincement de la moitié interne de l'interligne tibio-fémoral, la partie externe conservant sa largeur normale. Dans quelques cas même, cette tendance au varum devient évidente à la simple inspection des jambes ; les auteurs allemands insistent sur ces jambes « en O » fortement concaves en dedans et dont les genoux ne peuvent être ramenés au contact.

Contre la deuxième interprétation on remarquera encore que, logiquement, lorsque le pied tourne en dehors, la position compensatrice de la jambe doit être une inclinaison en haut et en dehors : ce n'est donc pas un genu valgum qui doit se produire, mais un genu varum. Schede a par conséquent raison contre les auteurs anglais. Reste à savoir s'il est également dans le vrai en prenant le pied plat comme point de départ du genu varum puis de la lipoarthrite : ce pied plat si facilement admis existe-t-il ? Le pied plat est habituellement douloureux : or, en pratique, jamais les femmes lipoarthritiques ne s'en plaignent. Le diagnostic de pied plat se pose généralement sur l'absence de cambrure plantaire : mais voici des femmes obèses et l'on sait que la plante est un réservoir de graisse : prend-on garde qu'une plante en apparence affaisée peut n'être que trop matelassée, trop adipeuse, la voûte osseuse restant intacte ? Ce cas nous paraît fréquent en clinique. D'ailleurs bien des lipoarthritiques n'ont du pied plat pas même l'apparence : leur cambrure plantaire reste normale. Enfin, bien avant cette minime et souvent discutable déformation tarsienne, on découvre couramment chez ces malades des vices statiques autrement importants : la prédominance par rapport au pied plat d'autres malformations et d'autres conditions mécaniques défectueuses nous paraît évidente. Ainsi quand on regarde les lipoarthritiques se tenir debout, une particularité statique

frappe surtout : le *genu valgum* (et ceci explique peut-être l'erreur d'interprétation de Thomson et Gordon). Or, la tendance au genu valgum est normale chez la plupart des femmes. Les grossesses et l'élargissement du bassin qui force les fémurs à s'incliner en bas et en dedans, l'âge, l'ostéoporose, le relâchement progressif du surtout musculo-tendineux du genou, la surcharge pondérale post-ménopausique représentent sans doute les facteurs qui accentuent peu à peu le genu valgum. Il en résulte une modification de l'aplomb du membre inférieur : le poids du corps est transmis par le condyle interne du fémur au plateau tibial interne placé en porte à faux. Sous l'influence des facteurs de fragilisation articulaire qui composent le terrain arthrosique cette partie interne du genou, soumise à un surmenage fonctionnel, s'use, les cartilages dégénèrent l'os sous-jacent s'éburne, des ostéophytes s'amorçent, l'arthrose se constitue — et l'on s'explique qu'un symptôme fonctionnel très fréquent et très spécial soit précisément la douleur spontanée ou provoquée au niveau du plateau tibial interne, véritable traduction algique de la pression anormale qui s'exerce à ce niveau. Avec Thomson et Gordon on peut donc voir dans le genu valgum le principal facteur mécanique de l'arthrose du genou. Le genu varum relatif dont témoignent les clichés radiographiques n'est qu'une conséquence pathologique du genu valgum, due au pincement de la moitié de l'interligne, et il est rare qu'il soit suffisamment prononcé pour corriger complètement le valgus initial et pour devenir perceptible à la simple inspection du membre.

Quant au pied plat, sa production est évidemment favorisée par le genu valgum : obliques en bas et en dehors les os de la jambe portent sur le bord interne du pied, au lieu de transmettre le poids du corps, comme normalement, à son bord externe. La voûte plantaire subit donc une pression excessive. S'il en résulte un pied plat, la tendance au genu varum s'en trouvera renforcée ainsi que la prédisposition à l'arthrose du genou, mais nous croyons qu'il ne s'agit là généralement que de phénomènes secondaires au genu valgum et inconstants. Au point de vue thérapeutique d'ailleurs, assez rares demeurent, si nous consultons notre pratique personnelle, les cas de lipoarthrite du genou améliorée par l'usage d'un support plantaire.

Si donc il faut absolument invoquer un vice de statique pour expliquer l'arthrose du genou, c'est au *genu valgum* qu'on songera surtout. Mais si le mécanisme que nous venons d'analyser permet d'interpréter certains symptômes de la lipoarthrite (altération prédominante du segment interne de la jointure, tendance secondaire au *genu varum*), il ne faut pas oublier que les lésions sont en réalité diffuses et qu'on trouve souvent aussi de petits ortéophytes marginaux à la partie externe. De telle sorte qu'on se demande si vraiment l'aplomb défectueux du membre vient en tête des facteurs mécaniques de l'arthrose, et si ce n'est pas simplement l'obésité, la surcharge pondérale du genou qui méritent la première place, jointes à la prédisposition arthrosique.

Il existe d'ailleurs une autre forme d'arthropathie « statique » du genou, beaucoup plus rare que la lipoarthrite, et dont le mécanisme est en quelque sorte inverse : le phénomène initial est encore le *genu valgum*, mais un genu valgum très prononcé, nettement pathologique, associé à une laxité excessive de la jointure, et observé souvent chez des sujets plus jeunes que les lipoarthritiques. On voit se développer chez eux une arthrose du segment *externe* de la jointure (pincement de l'interligne, douleur, ostéophytes) comme si les condyles externes du genou et du tibia, coincés dans l'angle rentrant du *genu valgum*, s'altéraient par compression. Sans doute l'importance du valgus qui reporte tout à fait en dehors du genou la ligne de gravité du membre, la laxité articulaire qui permet un écartement marqué et supprime la solidarité entre le condyle fémoral interne et le plateau tibial correspondant, et enfin l'absence de cette fragilisation spéciale du segment interne qui tient peut-être au terrain arthrosique, expliquent-elles que les choses se passent ici autrement que dans la lipoarthrite banale ?

Ce type d'ailleurs rare, de *genu valgum* douloureux compliqué d'arthropathie mécanique réclame un traitement spécial (appareillage dirigé contre le valgus et la laxité articulaire). Il est intéressant de le comparer à la lipoarthrite, pour montrer combien dans les arthroses le jeu des facteurs mécaniques est complexe, difficile à démêler, et quelle part il faut réserver, en dehors d'eux, à la prédisposition du terrain.

## AU CHEVET DES PATIENTS

I

# Réalisation pratique de la sérothérapie dans la méningite à méningocoques

La sérothérapie antiméningococcique a grandement modifié la mortalité de la méningite à méningocoques ; celle-ci est tombée rapidement, d'une manière générale, de 60 ou 80 p. 100 à 15 ou 25 p. 100. Pour que ce traitement reste efficace, il convient cependant de le conduire méthodiquement.

Voici de quelle manière le Professeur NOBÉCOURT (1) le règle chez l'enfant, dans la forme commune.

Chez un enfant, présentant un syndrome méningé, la ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien louche, trouble, purulent, contenant des polynucléaires altérés, des méningocoques et un taux élevé d'albumine.

Sans attendre la réponse du laboratoire, il faut injecter du sérum dans le liquide céphalo-rachidien : la *sérothérapie doit être précoce, intensive et suffisamment prolongée*; *ce sont là des conditions indispensables au succès.*

On emploie d'abord un sérum polyvalent ; ensuite, quand le germe est identifié, un sérum anti A ou anti B. Au début, on fait, chaque jour et même deux fois par jour une ponction lombaire ; on évacue le liquide céphalo-rachidien, et on injecte du sérum : 15 à 20 cent. cubes, avant six mois, 25 à 30 cent. cubes après six mois.

Lorsque l'évolution est favorable, et que le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit, devient moins riche en polynucléaires et en albumine, que les méningocoques y disparaissent, souvent à partir du quatrième jour du traitement, on espace les ponctions et les injections : tous les deux jours, puis tous les trois jours. Enfin, quand le liquide est devenu clair et contient des lymphocytes et un taux relativement faible d'albumine, on attend 4 ou 5 jours avant de faire une dernière ponction, sans injection consécutive si le liquide conserve ces caractères.

Les doses totales de sérum sont, suivant l'âge, de 50 cent. cubes à 100 cent. cubes dans les formes légères, rapidement curables, de 100 cent. cubes à 200 cent. cubes dans les formes plus sévères.

*Que penser de l'injection dans les ventricules latéraux ?*

Il faut y avoir recours chez le nourrisson, si la fontanelle (qui est tendue) ne se détend pas pendant la ponction lombaire, si le sérum pénètre mal en injection intra-lombaire, si le liquide céphalo-rachidien ne présente pas les modifications favorables. Cette injection est facile à faire à travers une fontanelle ouverte. Sinon, elle doit être précédée d'une trépanation ; il convient d'y avoir recours quand, après quelques jours de thérapeutique intra-lombaire, l'amélioration n'est pas manifeste, quand la méningite prend une allure traînante (risques d'un processus ventriculaire prédominant).

Les injections intra-ventriculaires n'empêchent pas toujours, cependant, une évolution grave et la mort. D'autre part, les guérisons ne sont pas rares à la suite d'un traitement exclusif par les injections intra-lombaires.

On fera aussi des ponctions et des *injections dorsales ou cervicales* dans les formes prolongées, ou dans certaines formes spéciales : méningite cloisonnée, méningo-épendymite, épendymite purulente, pyo-céphalée.

*Des injections sous la peau, et mieux, dans les muscles,* sont faites généralement pendant les premiers jours, en raison de la méningococcémie initiale.

Des *insuccès s'observent* ; *en voici quelques causes* : virulence particulière des méningocoques ; sérothérapie trop tardive ou trop timide. Son emploi trop tardif chez le nourrisson dépend souvent des difficultés du diagnostic pendant la première phase de la méningite, dans les cas où il n'existe que des symptômes atypiques ou trompeurs, sans syndrome méningé appréciable.

Des *accidents d'anaphylaxie* peuvent s'observer en cas de reprise ou de rechute de la maladie. Pour prévenir ceux-ci, par précaution en cas de reprise possible, on injecte, après la guérison, tous les 3 ou 4 jours, quelques centimètres cubes de sérum sous la peau ; et, lorsqu'il faut reprendre l'injection intra-rachidienne ou intra-ventriculaire, on la fait précéder, afin qu'elle ne devienne déchaînante, d'une injection sous-cutanée suivant la méthode de Besredka.

A noter d'autres accidents possibles du sérum, tels que la fièvre, les réactions cutanées, des réactions méningées, qui entraînent des hésitations dans la conduite du traitement.

(1) P. NOBÉCOURT. — Sur la sérothérapie de la méningite à méningocoques. (*La Médecine*, août 1931.)

***

II

## Les erreurs possibles dans la percussion thoracique chez le nourrisson

*Le bruit de « pot fêlé » peut ne pas être l'indice d'une caverne*, et c'est ainsi que l'on peut commettre de graves erreurs en percutant le thorax d'un nourrisson.

Si l'on déploie une certaine force, on obtient en effet, un résultat différent, suivant que le nourrisson est calme, ou qu'il pousse des cris (fait le plus fréquent). La raison en tient, dit le Prof. MOURIQUAND (1), à ce que les résultats de la percussion varient suivant que le sujet est en inspiration ou en expiration : or, le nourrisson, qui crie, reste longtemps au stade expiratoire, et semble dans certains cas arriver à presque vider le contenu de ses alvéoles, diminuant ainsi fortement sa sonorité pulmonaire.

L'hémithorax droit, étant percuté en inspiration, donne une sonorité normale ou apparemment exagérée. Le nourrisson étant ensuite entré en expiration, la percussion de l'hémithorax gauche donne une sonorité amoindrie et nettement inférieure à celle constatée à droite (inspiratoire).

On peut en conclure qu'il existe à gauche (dans cet exemple) de la submatité, caractérisant un certain degré de densification pulmonaire, et même la présence d'un peu de liquide. Il suffit d'ailleurs d'observer ce nourrisson à l'écran, qui, à l'inspiration, montre un poumon d'une clarté remarquable et, à l'expiration, ce même poumon presque grisâtre.

*La percussion doit donc se faire des deux côtés au même stade respiratoire*, et il importe de toujours apprécier les résultats de la percussion, d'abord en inspiration, puis en expiration (des deux côtés). Cette comparaison peut donner des résultats utiles.

De plus, la percussion moyenne ou forte permet, dans certains cas, d'obtenir chez le nourrisson, qui crie au cours de l'examen, un véritable *bruit de pot fêlé*. Si l'on pouvait penser dans ces conditions à la présence d'une spélonque, la vérification radioscopique permettrait d'éliminer rapidement cette interprétation. D'ailleurs, ce bruit disparaît à la percussion, lorsque l'enfant est redevenu calme : il semble coïncider avec le passage de la colonne d'air expiré, à travers la glotte, qui vibre de façon particulière du fait de la percussion thoracique.

***

III

## L'empoisonnement criminel par l'arsenic est souvent difficile à dépister en raison de ses ressemblances extérieures frappantes avec certaines gastro-entérites

Et c'est ainsi que certains criminels peuvent répéter leurs méfaits sur différents sujets, sans attirer aussitôt l'attention sur les empoisonnements, qu'ils commettent (Procès du Dr Laget).

« Dans les intoxications par l'arsenic, c'est ou bien la rumeur publique, ou bien une grosse inconséquence échappée à l'empoisonneur, ou encore le hasard, qui met, *post mortem*, la justice sur la trace du crime ; ce n'est pour ainsi dire jamais le médecin, appelé auprès de la victime, qui le déduit des phénomènes morbides présentés ».

D'ailleurs, outre la ressemblance frappante entre les manifestations morbides de certaines gastro-entérites et celles de l'empoisonnement arsenical, la plupart des praticiens n'ont jamais eu l'occasion, pendant leurs études, d'observer de visu un empoisonnement par l'arsenic, et ils sont obligés de s'en tenir, à ce sujet, à leurs renseignements livresques.

De telles méprises médicales sont d'autant plus faciles, lorsque s'y prêtent le régime épidémique du moment ou les circonstances saisonnières.

Cependant toutes les fois où le praticien constatera une gastro-entérite à type cholériforme, avec vomissements fréquents, le plus souvent douloureux, accompagnés de diarrhée abondante séreuse, à grains riziformes, d'une soif ardente, et parfois de crampes et d'hypothermie, gastro-entérite survenue brusquement, en pleine santé, sans raisons d'ordre épidémique ou alimentaire suffisantes, — qu'il pense à la possibilité *d'un empoisonnement arsenical aigu, et qu'il examine les résidus d'aliments et de médicaments, les vomissements, les selles, les urines*.

Si à la suite d'une gastro-entérite faible, mais

(1) G. MOURIQUAND. — Le bruit de « pot fêlé », chez le nourrisson, (*Lyon Médical*, 9 août 1931.)

répétée, il observe un écoulement nasal, du larmoiement, puis des éruptions cutanées semblables à la rougeole ou à l'urticaire, des troubles trophiques des ongles, de la céphalalgie, des fourmillements dans les jambes et les pieds, enfin de la paresse ou de la parésie des muscles de la jambe et de l'extenseur commun des orteils, qu'il songe à *un empoisonnement arsenical chronique*, et *qu'il examine les cheveux.*

Des renseignements précieux, donnés par le Dr G. Denigès (1), montrent comment il est possible de simplifier les opérations nécessaires pour ces essais, dans des proportions telles qu'elles deviennent susceptibles, après la moindre description, d'être confiées à tout néophyte.

A l'appareil de Marsh des laboratoires spéciaux médico-légaux, cet auteur substitue un élémentaire générateur d'hydrogène, constitué par un simple poudrier d'une soixantaine de grammes, et un papier réactif spécial, qui peut être préparé, ou longtemps à l'avance avec une parfaite conservation, ou extemporanément par inhibition avec un réactif susceptible lui-même d'une conservation indéfinie. L'arsenic, non point celui qui est incorporé et comme organisé dans les viscères des intoxiqués (et que le médecin n'a pas à connaître), mais l'arsenic simplement mélangé notamment à l'état d'acide arsénieux, d'arsénites (liqueur de Fowler), d'arséniates (liqueur de Pearson) aux aliments, médicaments, fèces, ou éliminé comme tel par les urines, peut être décélé par ce papier, sans destruction préalable de la matière organique ambiante.

En suivant exactement les indications de manipulation, qu'indique l'auteur, on obtient en 20-30 minutes, une tache jaune, légèrement brunâtre, très nette, avec 2 milligrammes d'arsenic par litre dans une solution aqueuse, 5 milligrammes dans l'urine, 10 milligrammes dans le lait. Et ces doses limites sont beaucoup plus faibles que celles qu'on peut trouver dans les empoisonnements criminels ; la tache révélatrice apparaît alors en quelques minutes, et sa teinte peut aller jusqu'au marron foncé : cette tache ne disparait pas par immersion dans des solutions à 10 p. 100 de I K.

Il ne faut pas oublier que s'il s'agit de substances putréfiées, circonstance rare dans les cas envisagés ici, le mélange essayé peut renfermer de petites quantités d'hydrogène sulfuré, donnant du sulfure de mercure, noir, avec le papier réactif, qui est consulté.

Bref, cette méthode simplifiée pour la recherce de l'arsenic, très rapide, est à la portée de tout médecin. Puisque l'examen seul des symptômes est, le plus souvent, impuissant à fournir au médecin le diagnostic de l'empoisonnement, « il faut bien que celui-ci ait recours à la preuve chimique, et comme, en général, pour de multiples raisons, il ne pourra la demander à des tiers, il faudra nécessairement qu'il opère lui-même ».

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**Les fièvres alimentaires du nourrisson ; déséquilibre thermique par déséquilibre alimentaire.**

MM. R. Debré et M. Lelong montrent qu'on peut observer chez le nourrisson des fièvres rigoureusement liées à un mode d'alimentation, sans qu'aucun processus infectieux y joue le moindre rôle. Ces fièvres sont si étroitement commandées par l'alimentation qu'il est nécessaire et suffisant, pour les faire immédiatement cesser, de changer ou de rectifier le régime. Pour parler de fièvre alimentaire, il faut que l'aliment ait été absorbé à doses modérées, correspondant ou à peu près à celles de l'usage alimentaire ; il faut également en séparer les « fièvres dyspeptiques », c'est-à-dire celles qui coïncident avec des symptômes nettement d'ordre dyspeptique.

Ainsi délimité, le sujet comprend : la fièvre de lait sec, la fièvre par privation d'eau (fièvre de déshydratation), la fièvre scorbutique, quelques fébricules alimentaires.

Dans la fièvre de lait sec, le tracé thermique est d'une extrême irrégularité ; il est représenté par une ligne désordonnée, la température pouvant varier dans la même journée de 3 ou même 4 degrés, et pouvant être plus élevée le matin ou à midi que le soir. Contrastant avec une fièvre parfois élevée (41°-42°), l'aspect général de l'enfant reste celui de la bonne santé ; le teint est normal, l'œil vif ; l'enfant n'est pas abattu. Ce désaccord est frappant. L'examen le plus minutieux est négatif ; on ne note guère que des troubles nerveux en rapport avec l'hyperthermie elle-même, mais qui peuvent être intenses (allant jusqu'aux convulsions). Malgré la fièvre persistante, non seulement il n'y a pas de perte de poids, mais la courbe pondérale continue son ascension régulière. Il faut encore mentionner l'hyperconcentration sanguine, et le peu d'action des antither-

(1) G. Denigès. — Les empoisonnements « à répétition » par l'arsenic. (*Gaz. hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 21 juin 1931.)

miques usuels. Quand le diagnostic n'est pas posé, l'état fébrile peut ainsi durer indéfiniment. Dès qu'il est posé et que l'on cesse l'alimentation, cause du mal, elle tombe à pic et définitivement à 37°. Jamais on n'a observé de complications. On obtient la disparition de la fièvre par la suppression du lait sec, ou par la simple addition d'eau au régime établi, ou par la diminution de poudre utilisée dans les biberons.

Quant à la fièvre de déshydratation, elle s'oppose trait pour trait à la fièvre de lait sec : fièvre et chute de poids sont ici intimement liées, la température revenant à la normale dès que le poids cesse de baisser et reprend sa marche ascendante. Cette fièvre résulte généralement de régimes prescrits dans un but thérapeutique et qui conduisent à la privation d'eau (régime du lait évaporé, etc.), mais surtout elle se rencontre chez des nourrissons qui subissent des déperditions aqueuses considérables (troubles digestifs avec vomissements ou diarrhée intense, anorexie dans les broncho-pneumonies aiguës). Si on prête alors attention à la sécheresse de la langue, à la dépression de la fontanelle, à l'oligurie, à la perte de poids, et si l'on veille avec ténacité à mieux faire boire l'enfant, la courbe thermique remonte à la normale, le poids augmente.

Dans le scorbut, on peut observer la fièvre avant la période d'état, avant l'apparition des grands signes de l'avitaminose confirmée. Il paraît démontré que la pauvreté du régime en vitamine C peut influencer la température du nourrisson. (*La Presse médicale*, 20 juin 1931.)

**Les interventions chirurgicales chez les hémophiles.**

Depuis 1905, le Dr P. Emile-Weil a préconisé une méthode préventive et curative des hémorragies incoercibles chez les hémophiles : les injections de sérum sanguin frais humain ou animal. Après un quart de siècle de cette pratique, il revient sur la question et montre ce qui est acquis de façon définitive.

Depuis qu'il a prouvé que la grande incoagulabilité sanguine de ces malades pouvait être corrigée, en partie ou totalement, par l'adjonction *in vitro* au sang hémophile d'une petite quantité de sérum frais, on a démontré que la transfusion sanguine, ou l'injection de plasma humain donnait également *in vivo* une correction importante du vice hémophilique du sang. Or, la transfusion sanguine, méthode tout à fait inoffensive, pour le donneur comme pour le receveur, a fait ses preuves et elle est devenue d'emploi courant.

Que peut-on en attendre, tant au point de vue préventif que curatif dans les interventions chirurgicales chez ces malades ?

L'injection de 20 à 40 cmc. de sérum sanguin, faite la veille de l'intervention, la transfusion de sang, à la dose de 200 à 300 cmc. une heure avant l'opération, met à l'abri des hémorragies consécutives à l'acte chirurgical. Il en est ainsi, tout au moins, dans les opérations bien réglées, si le chirurgien se donne la peine de pratiquer une hémostase soigneuse portant même sur les petites veines. Par contre, si l'opération lèse les tissus, comme en chirurgie dentaire, ou ne permet pas d'hémostase comme en chirurgie rhinologique, ou bien encore lorsqu'on ne peut refermer la plaie, un drainage étant nécessaire, il n'y aura pas d'hémorragie immédiate grâce à la transfusion, mais des hémorragies se produiront secondairement, quand la correction des lésions sanguines aura cessé. De ce fait, les avulsions dentaires, les incisions d'abcès sont à redouter.

Les contre-indications opératoires chez les hémophiles ne sont donc plus, grâce à cette *méthode préventive*, ce qu'elles étaient jadis.

Tout aussi nette est l'*action curative* du sérum sanguin contre les hémorragies hémophiliques ; grâce à elle, le chirurgien ayant opéré comme il vient d'être dit, les hémorragies secondaires à l'intervention seront également combattues.

Cependant, il faut distinguer : autant que possible, ne pas toucher aux hémorragies interstitielles ou intra-séreuses, la compression exercée par les tissus limitant jusqu'à un certain point la progression de l'épanchement ; cette règle vaut pour les hématomes sous-cutanés, quelle que soit leur importance. Si maintenant l'hémorragie succède à une plaie cutanée, faire une hémostase sérieuse et des sutures soignées des téguments (jamais d'agrafes de Michel). Pour certaines hémorragies, comme les hémorragies dentaires, l'action locale du sérum sanguin est utile : enlever d'abord les caillots de mauvaise qualité, en faisant passer un ou deux litres d'eau physiologique ou bicarbonatée, puis appliquer un pansement compressif sérique dont les résultats sont immanquables, si le pansement est possible. Quand le pansement local est impossible, l'auteur a recours aux transfusions hémostatiques, avec un succès total et immédiat ou partiel, mais toujours suffisant pour tirer le malade d'affaire.

En résumé, les risques opératoires sont devenus minimes chez les hémophiles, si on prépare celles-ci par un transfusion correcte, et si on peut encore, grâce à de belles veines, les transfuser ensuite autant de fois qu'il sera nécessaire.

Cependant, pour eux, la thérapeutique préventive est supérieure à la thérapeutique chirurgicale. Mieux vaut soigner leurs dents que d'avoir à arracher leurs chicots. Sachant la gravité pour eux d'une opération à drainage, c'est-à-dire sans suture des plans, mieux vaut faire opérer une appendicite à froid.

Il faut donc, pour ces patients, par des trai-

tements préventifs, s'efforcer d'éviter toute opération chirurgicale, ou si cela est impossible, de n'avoir à faire que des opérations bien réglées, sans drainage. Celles-ci ne seront d'ailleurs tentées que si les transfusions sont possibles. En tout cas, chaque opération nécessite la collaboration intime du chirurgien et du médecin. (*La Presse médicale*, 8 juillet 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Le drame de Lübeck et le B. C. G.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 22-12-1931.)

Les accidents de Lübeck, la mort de 71 enfants sur 252, que l'on pensait avoir vaccinés avec du B. C. G., a causé une grande émotion en Allemagne et aussi en France d'ailleurs. Une enquête fut ouverte et confiée à deux experts du gouvernement du Reich, les Professeurs Ludwig Lange et Bruno Lange. L'affaire est venue tout récemment devant les tribunaux allemands, où elle a donné lieu à des débats assez mouvementés.

L'Institut Pasteur de Paris avait envoyé à l'hôpital de Lübeck le 29 juillet 1929 une souche de B. C. G. pour vaccinations. Des émulsions vaccinales furent préparées et il en fut donné à 252 nouveau-nés : 71 d'entre-eux moururent d'infection tuberculeuse et quelques-uns sont encore malades ; 43 seulement sont restés en bonne santé.

Quelle a été la cause de ce drame scientifique ? La notion de l'innocuité du B. C. G. doit-elle être abandonnée et y a-t-il eu retour de ce bacille à la virulence ? Cette hypothèse est nettement rejetée par les experts allemands qui la déclarent contraire à tout ce que l'on sait en la matière. La même souche a été envoyée à Riga et au Mexique, et elle a servi à prémunir des enfants à Paris sans provoquer le moindre accident. Il y a lieu d'admettre — et c'est la conclusion du rapport des Professeurs Ludwig et Bruno Lange — qu'une confusion, une erreur de manipulation a été faite au laboratoire de l'hôpital de Lübeck et que les enfants ainsi traités ont en réalité absorbé du bacille tuberculeux virulent et non du B. C. G. seul.

Le Professeur Bruno Lange conclut ainsi :

1° La catastrophe de Lübeck ne peut pas être attribuée à un retour à la virulence du B. C. G. ;

2° Il est amplement démontré que les accidents de Lübeck sont dus à une erreur commise au laboratoire pendant la préparation du vaccin.

### Hématome péri-rénal spontané.

(M. J. Hertz. — *Société de chirurgie* ; 21-10-1931.)

M. Hertz adresse deux observations d'hématome péri-rénal non traumatique, complication rare des affections du rein. Début aigu de l'affection : douleur brutale, signes généraux, fièvre, œdème pariétal, masse fluctuante dans l'hypochondre. L'origine de l'hémorragie était une tumeur rénale.

### Ligature des artères stomacales dans l'hématémèse grave.

(M. Pierre Faucher, d'Orléans. — *Société de chirurgie*, 21-10-1931.)

M. F. d'Allaines communique, au nom de M. Pierre Faucher, un cas de ligature des branches de la coronaire stomachique et de la pylorique au cours d'une hématémèse grave. Le malade, admis à l'hôpital dans un état de mort imminente, le pouls inexistant, les extrémités froides, avait eu une série de vomissements abondants de sang. Opéré d'urgence, et après ligature des artères stomacales, il guérit. Deux mois plus tard, une nouvelle intervention faite dans le but de compléter l'opération palliative première, montra que la tumeur constatée alors avait disparu.

M. d'Allaines ajoute quelques considérations sur le traitement des hémorragies gastriques. Il est classique de distinguer deux cas :

1° La grande hémorragie isolée. Elle relève avant tout du traitement médical. Ces grandes hémorragies ont généralement pour cause une ulcération très petite, parfois impossible à découvrir. Nombre de ces hémorragies foudroyantes ne sont pas dues, d'autre part, à des ulcères. Il est cependant une variété d'hémorragies digestives graves où, poussé par les événements, il faut savoir opérer malgré le danger : ce sont celles qui, abondantes, se répètent et sont sous la dépendance d'un ulcère gasto-intestinal certain, révélé par les antécédents. Il en était ainsi dans l'observation de M. Faucher. Pour ces variétés d'ulcères, Balfour a proposé en 1919 son procédé de destruction par thermo-cautérisation. En réalité, l'intervention variera suivant l'état du malade, depuis l'opération d'extrême urgence (ligature des vaisseaux ou tamponnement de l'ulcère accompagné autant que possible d'une gastro-entérostomie) jusqu'à la résection.

2° Les hémorragies répétées, sans situation immédiatement menaçante. Ici, le traitement médical permettant d'arrêter l'hémorragie, de remonter le malade, transforme l'opération d'urgence en opération à froid.

— M. Moulonguet estime que l'intervention chirurgicale est indiquée dans les grandes hémor-

ragies très graves d'origine gastro-duodénale. Il pense qu'il faut traiter directement la lésion qui saigne lorsque l'on peut la découvrir au cours de l'opération, ou, dans le cas contraire, faire une hémostase indirecte par ligature à distance des artères de l'estomac.

— M. P. Moure montre la difficulté de poser les indications d'une intervention, en pareil cas. La gravité de ces interventions d'urgence est telle qu'il faut tout faire pour les éviter. Souvent, après un début dramatique, l'hémorragie s'arrête sous l'influence de la thérapeutique médicale, à laquelle il est utile d'adjoindre les transfusions. Toutefois, si l'hémorragie reparaît, il faut savoir prendre une décision en temps voulu, en n'oubliant pas que l'intervention comportera de gros risques.

### Cancer du côlon sigmoïde chez un jeune homme de 15 ans.

(MM. Matignon, de Segré, et Fruchaud, d'Angers. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1931.)

M. Guimbeilot rapporte, au nom de MM. Matignon et Fruchaud, une observation de cancer du côlon sigmoïde chez un jeune homme de 15 ans. L'intérêt de l'observation réside dans l'âge du malade, le cancer du côlon se rencontrant rarement avant 45 ou 50 ans. Cependant, dans une statistique publiée en 1923, Phifer avait pu réunir déjà 49 cas de cancer du rectum et du côlon sigmoïde chez des sujets jeunes (23 garçons et 13 filles, de onze à vingt ans).

### Artérites oblitérantes traitées par résections artérielles

(M. René Fontaine. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1931.)

M. Raymond Grégoire lit un rapport sur une observation de M. René Fontaine relative à un malade de 49 ans atteint d'artérite oblitérante du membre inférieur gauche, puis du membre inférieur droit. M. Fontaine, assistant du professeur Leriche, opéra le malade à la clinique chirurgicale de Strasbourg et lui fit une large résection des fémorales : 22 centimètres une première fois pour l'artère fémorale gauche, et 12 centimètres une seconde fois pour la fémorale droite. Les résultats furent satisfaisants, le malade ayant pu reprendre la marche sans douleur. La résection de ces artères oblitérées agit en ce qu'elle constitue une sympathectomie péri-artérielle complète et naturellement définitive.

P. L.

### Traitement des insuffisances hépatiques par l'insuline et la glycose.

(MM. Marcel Labbé et Zamfir. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 30-10-1931.)

Contrairement à l'inefficacité de l'insuline dans le traitement des insuffisances hépatiques, fait que démontrent les auteurs, nous voyons l'insuline agir fort bien dans le traitement du diabète, même compliqué de cirrhose du foie, dans le diabète bronzé par exemple ; dans l'observation relatée, les troubles du métabolisme azoté qui étaient très accusés, ont disparu à la suite du traitement insulinique.

### A propos du traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

(MM. Welti et J. Bloch. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 14-10-1931.)

Les résultats particulièrement satisfaisants du traitement chirurgical de la maladie de Basedow ne sont pas assez connus, et non seulement les interventions pour goitre exophtalmique, mais aussi celles pour goitre sans hyperthyroïdisme sont considérées à tort comme dangereuses.

Le but principal de cette communication est de montrer les avantages du traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Cependant, il semble nécessaire de signaler les inconvénients du traitement par l'iode et les extraits thyroïdiens des goitres adénomateux sans hyperthyroïdisme. Ces thérapeutiques jouissent en la circonstance d'une faveur injustifiée.

L'absorption d'iode serait susceptible de prévenir dans le jeune âge le développement d'adénomes thyroïdiens. Le fait est possible, mais l'iode ne saurait en aucun cas faire disparaître un adénome constitué, et la plupart des sujets opérés par les auteurs pour goitre simple avaient absorbé sans succès de plus ou moins fortes doses d'iode. L'absorption d'extrait thyroïdien n'est pas plus logique.

L'intervention chirurgicale est logique chez les malades porteurs de goitres adénomateux, charnus ou kystiques ; elle est même la thérapeutique de choix dans les formes sévères de la maladie de Basedow, aucun des traitements préconisés ne donnant de résultats comparables.

La gravité de l'intervention est l'objection la plus fréquente ; en réalité, elle est essentiellement bénigne. Nombre d'adversaires de ce traitement ne basent leur jugement que sur les résultats imparfaits obtenus avec des techniques insuffisantes, telles que la sympathectomie, les ligatures des artères thyroïdiennes, l'ablation d'un seul lobe du corps thyroïde.

La résection du corps thyroïde doit être très étendue et la glande extirpée presque dans sa totalité ; avec ces thyroïdectomies subtotales, les guérisons sont complètes et durables.

Toutefois, le traitement médical et la radiothérapie peuvent donner des résultats dans les formes légères , et ces thérapeutiques sont particulièrement justifiées, lorsque l'origine thyroïdienne des troubles est discutable. Si le traitement médical échoue, ou si l'amélioration qu'il procure est incomplète, la thyroïdectomie s'impose. La cure chirurgicale de l'hyperthyroïdisme est un peu comme la cure chirurgicale de l'appendicite. Le succès est d'autant

plus certain que l'intervention a été plus précoce.

Dans les formes sévères de la maladie de Basedow, le traitement chirurgical doit être proposé d'emblée. Il s'impose non seulement en cas d'adénome toxique, mais aussi en cas d'une hypertrophie diffuse de la glande.

L'opération, avons-nous dit, sera complète, et la technique parfaite : l'hémostase, en particulier, sera rigoureuse ; l'intervention ne sera pas faite en période de crise ; enfin l'indication opératoire sera posée en prenant considération, non seulement de la valeur du métabolisme basal, mais surtout de l'impression clinique, et, dans les formes graves, le chirurgien n'hésitera pas à recourir aux interventions graduées, la thyroïdectomie étant pratiquée en plusieurs temps, à quelques semaines d'intervalle.

**Angine de poitrine d'effort avec érythème initial et poussée hypertensive.**

(MM. Portocalès et Flora (d'Athènes) présentés par M. Lian. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 6-11-1931.)

Dans le cas, qu'ils rapportent, les auteurs ont surtout voulu mettre en relief la coexistence de l'érythème et de l'hypertension et leur marche parallèle.

L'angor pectoris, avec érythème, est en réalité un phénomène rare. Apparaissant à chaque accès l'érythème se localise à la face, au cou, à la poitrine (surtout) jusqu'au creux épigastrique et au bord inférieur du foie, et se traduit par une rougeur, d'abord confluente, discrète, puis irrégulière, sous forme de taches rouges, de placards. Par sa localisation et ses caractères propres, cet érythème ressemble à s'y méprendre à l'érythème pudique, ou à celui que déterminent les inhalations de nitrite d'amyle.

Ici, il n'est pas, comme quelquefois, apparu à la fin de crise, mais il a ouvert la scène et a duré aussi longtemps que les phénomènes douloureux ; il a disparu avec la cessation de la crise, spontanée ou provoquée par la trinitrine.

La tension artérielle a marché de pair avec les autres troubles. S'élevant de 3 ou 4 cent. dès le début de l'accès, elle s'est maintenue à ce niveau pendant toute la durée de la crise, pour revenir à son point de départ avec la disparition des troubles objectifs et subjectifs.

La coexistence de l'érythème (phénomène vasodilatateur) et de l'hypertension (phénomène vasoconstricteur) et leur marche parallèle constituent, à première vue, un phénomène paradoxal ; mais elle peut s'expliquer par l'autonomie (de plus en plus admise) des systèmes vaso-constricteur et vaso-dilatateur, chacun avec des voies et des centres spéciaux.

L'érythème serait un phénomène surajouté à l'angor, pouvant apparaître aussi bien dans l'angor cardio-artériel que dans l'angor réflexe.

G. F.

*Société des chirurgiens de Paris*

Séance du 20 novembre 1931.

**Deux observations d'infection streptococcique au cours de tuberculoses osseuses.**

M. A. Raiga fait un rapport sur deux observations de M. M. Galland (de Berck) : la première concerne l'infection secondaire d'un abcès issu d'une coxalgie par un streptocoque parti d'un foyer de mastoïdite opérée, infection que des ponctions successives et répétées ont suffi à guérir ; la deuxième est celle d'un enfant porteur d'une para-coxalgie et chez lequel survint une ostéomyélite pubienne qui, sans modifier le cours de la lésion tuberculeuse, guérit par incision simple de l'abcès et qui présenta tardivement une élimination d'un séquestre. Le rapporteur se demande si dans ce dernier cas qui revêt l'allure clinique d'une ostéomyélite staphylococcique, le streptocoque isolé ne représenterait pas un staphylocoque en état de mutation.

**Traitement orthopédique du mal de Pott sous-occipital (variété inter-atlo-axoïdienne).**

M. R. Massart fait un rapport sur un travail de M. M. Galland (de Berck) où l'auteur montre que cette lésion se caractérise essentiellement par une tendance à l'inclinaison avec glissement en bas et en avant de l'atlas sur l'axis. Après avoir insisté sur les signes radiographiques du mal de Pott inter-atlo-axoïdien, l'auteur montre qu'on peut obtenir par un traitement approprié la correction de l'inclinaison et du glissement. L'appareil qu'il utilise de préférence aux minerves plâtrées est un appareil en celluloïd à mentonnière amovible et à bandeau frontal dont l'action peut être rigoureusement réglée.

**Le cancer de l'estomac.**

M. G. Luquet fait un rapport sur un travail de M. Madureira (de Lisbonne) dans lequel l'auteur insiste sur la part de l'infection dans le cancer gastrique, infection non seulement locale mais encore ganglionnaire à distance (ganglions sus-claviculaires). Il recule de ce fait les limites classiques de l'opérabilité. A l'appui de cette thèse il apporte l'observation d'une jeune femme, mourante, présentant un énorme cancer de l'estomac avec ganglions, chez laquelle il fit avec plein succès une gastrectomie totale atypique avec survie de deux ans.

**Eventration ombilico-sus-pubienne avec occlusion et gangrène de l'iléon.**

M. G. Léo. Chez une femme de 54 ans, au niveau d'une éventration qui occupait toute la longueur d'une incision de laparotomie, faite cinq ans auparavant par un autre chirurgien, l'auteur a observé une occlusion intestinale datant de cinq jours avec sphacèle d'une anse d'intestin grêle qui a nécessité une

résection intestinale longue de 41 cm., mesurée sur le bord mésentérique. Une suture termino-terminale a amené une guérison simple et rapide. Il cite une observation presque semblable mais sans résection intestinale, publiée par le Dr Iliesco, de Bucarest, en 1930.

### Gros calculs vésicaux.

M. G. Luys présente deux gros calculs vésicaux pesant l'un 128 grammes et l'autre 133 grammes, enlevés par taille hypogastrique, la lithotritie étant dans ces cas absolument impossible, en raison du gros volume des calculs. L'auteur appelle l'attention sur certaines particularités dans la technique opératoire et la difficulté d'extraction, en raison des aspérités que contractent des adhérences avec la muqueuse vésicale. Il faut faire avec l'index le tour du calcul avant de le sortir complètement. Des tenettes sont indispensables pour extraire ces volumineux calculs. Enfin, la fistule hypogastrique consécutive à la taille est toujours très longue à guérir, en raison de la dimension considérable de la brèche nécessaire pour l'extraction de ces calculs. L'auteur rapporte l'observation complète d'un de ses malades, âgé de 65 ans, et qui fut complètement guéri à la suite de cette intervention.

### Abcès sous-phrénique. Perforation duodénale.

M. Victor-Pauchet et MM. de Butler d'Ormond et Sourdat (d'Amiens) communiquent l'observation d'une malade opérée d'un abcès sous-phrénique dû à une perforation du duodénum. Tamponnement du foyer ; gastro-entérostomie pré-colique et jujéno-jéjunostomie au bouton. Apparition d'une fistule duodénale guérie grâce à l'application d'une sonde de Pezzer dont le chapeau, formant bouchon, vint occlure l'orifice duodénal.

### La lombalisation.

M. Rœderer. La lombalisation bien moins connue que la sacralisation et plus récemment étudiée, a, à son actif, plus de scolioses que la sacralisation et un tableau clinique plus précis avec une symptomatologie douloureuse plus localisée. La coïncidence avec le spondylolisthésis n'est pas constante ; aussi, serait-ce une erreur de confondre, comme l'a fait Léri, l'habitus extérieur du lombalisé avec celui du malade atteint de glissement en avant d'une vertèbre lombaire. Dans quelques observations, les malades effectivement lombalisés, ainsi qu'en témoignait la radiographie, faisaient néanmoins des tuberculoses vertébrales. Il faut être d'une grande prudence avant d'affirmer qu'un syndrome vertébral peut être rapporté à une anomalie.

### Lombalisation de la première vertèbre sacrée.

M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'un homme de 38 ans souffrant depuis treize ans de douleurs lombaires, plus violentes depuis sept mois, s'irradiant vers l'épigastre, et ayant fait croire à une gastropathie. L'aspect et la mobilité de la colonne vertébrale sont normaux. La pression des apophyses épineuses lombaires, du sacrum et de la crête iliaque droite est douloureuse. La radiographie montre une lombalisation totale de la première vertèbre sacrée et un crochet de spondylose de la cinquième vertèbre lombaire. On fait deux séances de radiothérapie : les douleurs ont disparu au bout de six mois.

### Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée.

M. Dupuy de Frenelle présente le résultat obtenu dans une fracture de Dupuytren vicieusement consolidée, opérée deux ans après l'accident. L'opérée, qui marchait sur le bord interne de son pied, marche maintenant correctement sur la plante du pied. L'opération a consisté à reporter à sa place la malléole interne qui était transplantée sous la surface articulaire du tibia, à tailler une loge dans la face externe du tibia pour la malléole externe qui était basculée en dehors, à visser le tout avec de longues vis, boulonnées à leur extrémité pour parfaire le rapprochement de la mortaise tibio-péronière. Les vis restent parfaitement tolérées depuis cinq mois. Toutefois la malade se plaint du frottement sous la peau de la vis qui fixe la malléole interne du tibia.

# Les Congrès

## XL$^e$ Congrès de l'Association française de chirurgie

Paris, 5-10 octobre 1931 (1).

PREMIÈRE QUESTION

### Des ulcères peptiques post-opératoires, Pathogénie. Traitement.

Résumé du rapport de M. GOSSET (de Paris).

L'ulcère peptique n'est, certes, pas une complication fréquente. L'auteur estime que sur cent gastro-entérostomies, on le rencontre deux ou trois fois.

Son importance tient à sa gravité et à la difficulté de son traitement plutôt qu'à sa fréquence.

Une intervention ayant été pratiquée, si bonne soit-elle, contre un ulcère peptique, laisse cependant après elle une menace de récidive de cet ulcère.

Le but du chirurgien est donc pour ainsi dire double, puisque aussi bien, en face d'un ulcère peptique post-opératoire, il doit s'efforcer :

1° De supprimer cet ulcère ;

2° De prévenir la formation d'un nouvel ulcère peptique.

Et d'abord, quand il a opéré un ulcère gastrique ou duodénal, la tâche du chirurgien n'est pas terminée. Il doit chercher, de préférence dans une collaboration intime avec le médecin, à compléter, à parfaire l'effet thérapeutique que l'acte chirurgical seul ne donne pas toujours au complet.

Les ulcéreux, même correctement opérés, demeurent des malades qu'il faut régulièrement revoir, contrôler, conseiller. Ils peuvent présenter des troubles liés à une gastro-entérostomie pratiquée consécutivement à un diagnostic erroné ou incomplet. Ces troubles sont dus parfois à un vice du transit duodénal, ou intestinal, ou encore à des adhérences au voisinage de la bouche néo-formée ou à distance.

D'autres sujets atteints de gastrite ne peuvent guérir que grâce à un régime longtemps suivi et intelligemment prescrit.

En prenant toutes ces précautions, on verra, certes, s'améliorer les statistiques et peut-être diminuer le nombre des ulcères peptiques.

Quoiqu'il en soit, ceux-ci s'annoncent d'ordinaire assez rapidement : au sixième jour dans un cas de Leriche, au bout de quelques semaines dans la plupart des cas.

Suivant les sujets, leur apparition se traduit soit par des douleurs, soit par des hémorragies, soit enfin par des signes de sténose.

L'examen radiographique s'impose naturellement. Il confirmera le diagnostic.

(1) *Association de la Presse Médicale française.*

Que pouvons-nous contre cette complication redoutable ? D'abord nous efforcer d'éviter son apparition par une thérapeutique prophylactique bien établie.

Et à ce point de vue, se basant sur sa grande expérience qui porte sur plus de 1.000 cas depuis 1920, le rapporteur rejette définitivement certaines opérations qui donnent un pourcentage d'ulcères peptiques par trop accusé. Ce sont les gastro-entérostomies en y et l'exclusion du pylore complétant une gastro-entérostomie banale.

La méthode radicale qui devrait mettre à l'abri de toute menace d'ulcère peptique est à la fois curative et prophylactique : c'est la gastrectomie. Plus l'ablation de l'estomac sera largement conduite, plus rares seront les ulcères peptiques.

Pourtant, à supprimer trop d'estomac, à le réduire à un simple moignon, on évite un danger pour tomber dans un autre : l'anémie, qui peut suivre la gastrectomie large, et dont on publie çà et là de curieuses observations.

**Traitement médical** — Il est aussi décevant qui celui de l'ulcère primitif. Certains auteurs, voyant dans la prédisposition ulcéreuse une manifestation d'une syphilis plus ou moins larvée, ont préconisé le traitement antisyphilitique. Ce n'est pas une méthode qui puisse s'appliquer à tous les cas.

Les vaccins n'ont donné aucun résultat.

La radiothérapie amène dans 70 p. 100 des cas une sédation marquée et la disparition des douleurs. Elle est à conseiller chez les sujets fatigués qu'elle peut parfois rendre opérables. Quant à la diminution de l'acidité gastrique, elle ne s'obtiendrait qu'au prix de doses élevées et peut-être dangereuses.

**Traitement chirurgical** — Il est dominé par deux caractéristiques de l'ulcère peptique :

1° Sa tendance à la récidive ;

2° Son inaptitude à la guérison spontanée.

On peut dire que son évolution tend au contraire à aboutir plus ou moins rapidement à la perforation ; il est donc logique d'opérer le plus précocement possible.

**Traitement conservateur** — On peut pratiquer une simple incision de l'ulcère et fermer la perte de substance. Mais l'expérience a montré que le plus souvent cette seule intervention ne suffit pas. Il faut encore ou bien supprimer la gastro-entérostomie, ou bien la refaire dans de meilleures conditions.

Le mieux sans doute est de compléter la gastro-entérostomie par une duodénectomie comportant la

suppression des deux tiers antérieurs du sphincter.

Bien des auteurs, Enriquez parmi eux, ont vu dans la conservation du pylore, une condition favorable à la réapparition de l'ulcère peptique.

L'installation d'une nouvelle gastro-entérostomie ne peut être qu'un pis-aller chez des sujets qui n'ont que trop démontré leur aptitude ulcéreuse. Elle ne serait de mise que sur des malades trop fatigués ou trop âgés pour subir une opération plus importante.

La gastrectomie. — Elle peut être une excellente intervention à condition de porter sur les deux tiers de l'estomac. A la rigueur, la suppression de la moitié de la poche gastrique, voire du tiers seulement, peut être suffisante si la continuité physiologique du tube digestif est rétablie par une anastomose à la Péan.

Deux cas sont à distinguer : l'ulcère peptique est consécutif à une gastro-entérostomie, ou bien, il est consécutif à une gastrectomie.

a. *Après gastro-entérostomie* : Autant que faire se peut, la section doit porter sur le duodénum, au delà du pylore.

Le duodénum est fermé par un surjet en bourse recouvert par des points séparés séro-musculaires. Sur le moignon, on fixe les bords du petit et du grand épiploon.

Du côté gastrique, la résection sera plus ou moins étendue.

1° *On peut la limiter à l'antre et au pylore.* — Les tranches gastrique et duodénale sont réunies par une suture terminolatérale postérieure suivant le procédé de Kocher. Mais cette technique n'est applicable qu'aux cas où l'ulcère peptique succède à une gastro-entérostomie faite à droite, sinon, une trop grande quantité d'estomac doit être réséquée, ce qui rend l'anastomose à la Kocher de réalisation bien difficile.

On peut aussi recourir au procédé de Péan-Haberer qui utilise une réunion termino-terminale. Après section du duodénum au thermocautère, on place sans les nouer les fils séro-musculaires entre les faces postérieures de l'estomac et du duodénum. Quand tous ces fils ont été passés on les lie, mais à ce moment seulement. Grâce à cet artifice, il est possible de garder le contrôle de la vue sur les sutures postérieures et l'on peut se rendre compte exactement de combien la section gastrique dépasse la section duodénale.— Une série de sutures intéressantes sur la sous-muqueuse et des points séparés gastro-duodénaux corrigent l'inégalité de dimension des orifices et réalisent un cylindre muqueux. Au-devant de ce cylindre, un surjet total est pratiqué au catgut. Enfin, des fils séro-musculaires sont passés sur la paroi antérieure. Ce procédé évite la sténose de l'anastomose, sténose toujours possible si l'anastomose est faite par un surjet continu. Le rétablissement de la continuité gastro-duodénale peut être encore obtenu par une anastomose termino-latérale entre la section gastrique et la deuxième portion du duodénum. Ce procédé n'est du reste possible que si la deuxième portion du duodénum est suffisamment longue et mobile et l'estomac ptosé.

2° *Résection des deux tiers de l'estomac.* — La technique la plus recommandable est celle de Hofmeister-Finsterer.

La portion d'estomac qu'on se propose de réséquer est tournée vers la gauche. On lie la coronaire stomachique à sa pénétration dans l'estomac. Un champ est appliqué sur l'estomac, à gauche de la ligne de résection dont la direction est oblique depuis la petite courbure près du cardia jusqu'à la grande courbure au voisinage du ligament gastro-splénique. Cette ligne doit prolonger directement l'œsophage.

L'opération électrique permet de se passer des clams qui sont souvent traumatisants.

Pour que l'anastomose soit située sous le méso-côlon, Finsterer unit le bord gauche de la brèche méso-colique par trois points séparés à la face postérieure de l'estomac. Ces points sont passés à deux travers de doigt au-dessus du lieu de la section gastrique. L'estomac étant sectionné entre deux clams, la partie supérieure de la tranche gastrique est fermée par un surjet depuis la petite courbure jusqu'à 10 centimètres de la grande.

Le jéjunum est placé contre la face postérieure de l'estomac de telle sorte que sa portion proximale afférente se trouve au niveau de la petite courbure, la portion afférente mobile au niveau de la grande.

L'anastomose terminée, le bord droit de la fente mésocolique est fixé à la paroi antérieure de l'estomac à deux travers de doigt de la ligne de suture.

L'avantage de ce procédé est d'éviter le reflux duodénal, l'anse efférente étant fixée plus haut sur la petite courbure que l'anse afférente, et la direction de l'anastomose se trouvant dans la prolongation de l'œsophage. Sur le malade debout, l'anse ne tend pas à devenir horizontale, elle demeure verticale, favorisant l'évacuation gastrique dans le jéjunum efférent.

b. *Après gastrectomie.* — Le fait qu'un ulcère peptique apparaît après une gastrectomie indique que le chirurgien est en présence d'un sujet pour qui une opération limitée, incomplète, ne donnera jamais de résultat.

C'est dans ces conditions une redoutable complication que l'apparition d'un ulcus peptique, car la seule opération indiquée : une nouvelle résection, ne sera pas toujours possible.

Quand l'ulcère s'accompagne d'une réaction inflammatoire intense avec adhérences et envahissement des organes voisins, la jéjunostomie peut rendre de grands services.

**Traitement des complications.** — Ulcère peptique perforé. — Il importe de ne pas perdre de vue les principes généraux de la chirurgie de l'ulcère peptique : excision de la lésion, meilleur drainage de l'estomac, réparation anatomique.

Le plus souvent, en raison de l'état précaire du ma-

lade, on se bornera à fermer la perforation, quitte à intervenir une seconde fois, quelques semaines plus tard, pour la restauration anatomique.

FISTULE GASTRO-JÉJUNO-COLIQUE. — C'est une complication d'une extrême gravité. On s'efforcera de libérer les organes fistulisés et de supprimer les trajets fistuleux.

Les résections gastro-coliques comportent une mortalité très élevée.

*(A suivre)*

# Les Livres

Librairie O. DOIN et Cie,
8, Place de l'Odéon, Paris.

P. ROUSSEAU et P. NYER. — **La pratique de l'ionisation. Applications médico-chirurgicales.** (Un vol. in-8° de 168 pages aveec 28 figures dans le texte et 8 planches hors texte. 32 francs).

L'ionisation constitue à l'heure actuelle, le meilleur traitement des algies rhumatismales localisées, des névrites et des cicatrices vicieuses. Cet ouvrage est un résumé de la question pour les médecins praticiens, et leur fait connaître toutes les méthodes nécessaires à l'application de ce traitement nouveau.

La première partie renferme des notions historiques et physiques, d'ailleurs exemptes de formules hermétiques. La deuxième partie est une vue d'ensemble sur la physiologie de l'ionisation. La troisième partie, enfin, plus développée, traite des applications pratiques de cette méthode. Elle contient, en outre, et c'est ce qui constitue l'originalité de ce travail :

*a*) Des planches anatomiques, qui fixeront sur la précision des points à traiter au cours des algies ;

*b*) Des observations de malades et des statistiques sur les résultats du traitement.

Librairie O. DOIN,
Place de l'Odéon, Paris, 6e.

P. RIBIERRE, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — **Manuel de pathologie rénale.** (Edition établie par L. PICHON. Préface du Professeur VAQUEZ. Un vol. in-8° de 710 pages avec 14 figures dans le texte. 90 francs.)

C'est l'exposé impartial de toutes les données, tant classiques que modernes, tant étrangères que françaises, concernant la médecine des reins. L'ouvrage est parfaitement ordonnancé ; une division paragraphique, qui court d'un bout du volume à l'autre, ainsi que des sommaires détaillés, placés en tête de chaque chapitre et répétés à la table des matières, permettent au lecteur de trouver facilement et avec précision le sujet qu'ils recherchent.

Une bonne étude du fonctionnement normal des reins, des données précises d'histo-physiologie permettent d'aborder ensuite les grands problèmes de séméiologie, sur lesquels on a tant discuté ces dernières années : les œdèmes, l'élimination de l'eau, celle de l'urée, celle des colorants.

Sur cette solide base s'élève ensuite l'étude successive des néphrites aiguës, du brightisme et des autres affections médicales des reins.

Le volume se termine par un important exposé, où les médecins trouveront tout ce qu'il leur est utile de connaître sur les affections chirurgicales des reins.

Librairie O. DOIN,
8, Place de l'Odéon, Paris, 6e.

Ed. MICHON et L. MICHON. — **Pratique urologique chirurgicale.** (Un vol. in-8° de 250 pages avec 63 figures dans le texte et 20 planches, dont 4 en couleurs, hors texte, 1931. 75 francs.)

Les auteurs ont voulu, non point présenter un nouveau traité d'urologie, mais apporter simplement sur les principaux points de l'urologie chirurgicale quelques précisions pratiques au point de vue du diagnostic et des indications opératoires ; ils ont eu pour but de faciliter la tâche des chirurgiens, qui ne sont pas uniquement consacrés à l'urologie, en indiquant les méthodes d'examen qui leur paraissent les plus simples, tout en donnant, dans la majorité des cas, une sécurité assez grande pour que l'on ne soit pas obligé de recourir aux procédés si multiples et souvent si complexes, que les urologues ont à leur disposition.

Les affections chirurgicales de l'appareil urinaire sont étudiées en une série de chapitres, où les éléments du diagnostic sont très spécialement envisagés en vue des indications et des contre-indications opératoires.

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Editions du MOUVEMENT SANITAIRE,
52, rue Saint-Georges, Paris.

**L'équipement sanitaire des colonies.** (Un vol, 124 pages, fig.). Numéro spécial hors série du *Mouvement sanitaire*, novembre 1931.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

#### LETTRE OUVERTE A M. LE MINISTRE DE LA JUSTICE, GARDE DES SCEAUX, AU SUJET D'UNE VIOLATION CARACTÉRISÉE DU SECRET MÉDICAL

Monsieur le Garde des Sceaux,

La maladie et la mort récentes d'un éminent homme d'Etat ont suscité, dans l'esprit d'un grand nombre de médecins, une perplexité voisine de l'anxiété, dont je me permets d'avoir l'honneur d'être l'interprète auprès de vous.

Toute la grande presse, en effet, a tenu le public au courant, jour par jour, de la marche et de la terminaison de l'affection de la personnalité en cause, sous forme de bulletins relatant, signés des très distingués médecins civils et militaires qui lui donnèrent leurs soins particulièrement éclairés, la véritable nature des troubles observés, leur diagnostic pour tout dire, le pronostic qu'ils comportaient, les températures enregistrées, etc.

C'est ainsi que le monde entier a pu savoir qu'il s'était agi d'une fièvre typhoïde, compliquée d'abord de troubles hépatiques et vésiculaires, momentanément conjurés, puis d'insuffisance massive du foie et du pancréas, signée par une abondante glycosurie, et génératrice d'un coma terminal que ne purent combattre ni l'insuline ni les tonicardiaques.

Ultérieurement, le monde entier a connu les détails de l'embaumement pratiqué, à l'aide d'injections, dans la veine fémorale gauche, d'une solution de chlorure de zinc...

Or, tout cela constitue indiscutablement, Monsieur le Garde des Sceaux, une violation volontaire du secret professionnel, punie par l'article 378 du Code Pénal, dont l'application aux délinquants, quelle que soit leur haute situation scientifique et professionnelle, aurait dû être requise spontanément par le Parquet, déclencheur de l'action publique.

Peut-être m'objecterez-vous subtilement qu'en l'espèce, la publication de bulletins de santé quotidiens ne saurait être retenue comme délictueuse du point de vue où je me place, puisqu'il est possible de soutenir qu'elle a été faite à la diligence du malade lui-même, tenu, comme Secrétaire d'Etat, de renseigner son Souverain, en l'espèce le Peuple, dont les suffrages lui ont permis d'accéder aux hautes fonctions qu'il remplissait si dignement. Il ne s'agirait donc que d'une publicité nécessaire, donnée à des certificats délivrés, par ses médecins, à l'intéressé libre d'en faire ensuite ce qu'il lui plaît. Et sans doute, ne manquerez-vous pas de m'opposer le récent avis du Conseil d'Etat en la matière.

Vous sentez bien, Monsieur le Garde des Sceaux, tout ce que cette interprétation a de fictif. Il n'est pas dans nos usages de tenir nos malades au courant de leur situation exacte, surtout quand elle comporte un pronostic réservé, et c'est au contraire, en cette circonstance, que les pieux mensonges nous sont non seulement permis, mais encore recommandés.

Mais, en supposant que cette fiction ait suffisamment de corps pour en imposer juridiquement, il reste qu'après la mort survenue d'une façon assez inattendue, et à la suite d'une véritable vague d'optimisme, les médecins ont, dans des interviews données aux journaux, expliqué techniquement à quelles complications soudaines il fallait attribuer ce brutal revirement. Or, cela constitue bien, sans discussion possible, une violation du secret médical.

Je n'ai pas entendu dire que votre Procureur de la République s'en soit ému et ait décidé de réprimer un délit incontestable. Mais je me souviens qu'il s'était autrement remué, si j'ose dire, quand, il y a une cinquantaine d'années, il avait fait condamner notre regretté collègue Watelet, par application de l'article 378 du Code Pénal, pour avoir révélé le diagnostic exact de la maladie dont était mort Bastien-Lepage, afin de laver sa mémoire de soupçons, injurieux pour l'époque, colportés à cette occasion.

Y aurait-il donc deux poids et deux mesures dans l'appareil judiciaire dont vous êtes le suprême gardien, et les maladies des Grands conféreraient-elles à leurs médecins une sorte d'immunité qui les protégerait contre les rigueurs de la loi, si promptes à faire sentir leurs atteintes aux

petites gens, que nous sommes pour la plupart, quand nous exerçons dans l'ordinaire de notre clientèle privée ?

Telles sont, Monsieur le Garde des Sceaux, les origines des perplexités et de l'anxiété que nous sommes nombreux à ressentir et dont j'ai cru devoir vous faire part.

Car, j'oserai vous rappeler que Corneille a dit, à peu de choses près :

Pour grands que sont les Rois, ils sont ce que nous [sommes
*Et leurs maux sont pareils à ceux* des autres hommes...

Ce que notre grand tragique disait des Rois s'applique, à plus forte raison, à leurs Ministres, et m'autorise donc à regretter que le sort réservé aux autres hommes, de par la loi, et l'assurance que leurs maux ne seront pas indiscrètement livrés en pature à l'opinion publique, ne soit pas le leur.

A moins que ...

Et ici, Monsieur le Ministre, j'aborde, avec votre permission, l'exposé prudent des réflexions auxquelles m'ont conduit nos perplexités anxieuses.

A moins que vous ne pensiez que l'article 378 n'est plus absolument en harmonie avec les exigences de l'état social actuel et même le bien public. Ou plus exactement, que la jurisprudence adoptée par la Cour suprême et selon laquelle, en dehors des cas prévus par la loi, l'obligation de respecter le secret professionnel s'impose irrésis tiblement aux médecins, dans l'exercice de leur art, *erga omnes* ... se trouve en opposition partielle avec certaines situations sociologiques qui ne s'accommodent plus d'un rigorisme tel...

On nous dira sans doute qu'il s'en est trouvé parmi nous pour soutenir que cetté obligation résulte, non pas d'un texte codifié, mais d'une loi morale impérieuse, résultant d'un fait de conscience, supérieur aux lois humaines, et imprescriptible.

Et vous répondrez peut-être que cette doctrine est infiniment respectable, mais qu'elle ne va pas sans appeler certaines objections. Et d'abord celle-ci, que cette conception du secret professionnel, spécifiquement française, est propre à la France et qu'à l'étranger on s'en fait une toute autre idée, notamment dans les races latines, ce qui augmente la subjectivité du fait de conscience et diminue son objectivité. Et aussi, que d'autres faits de conscience, tout aussi respectables, peuvent se dresser en antagonistes contre le premier, le jour par exemple où nous avons connaissance du mariage prochain d'un de nos clients, en pleine efflorescence syphilitique contagieuse, et où nous nous déclarons impuissants et désarmés pour empêcher un véritable crime.

Ce n'est pas à dire que le médecin, tout comme l'avocat et le prêtre, ne doive pas être tenu professionnellement, à une indéniable discrétion, dont le principe n'est pas en cause. Mais que, le principe admis, il conviendrait peut-être, étant données certaines circonstances bien connues à cette heure, et particulièrement celle qui motive cette lettre, de définir les limites de cette discrétion au delà desquelles elle cesserait de s'imposer.

Où et comment fixer ces limites ? S'arrêteraient-elles en deçà de la chambre où souffrent, et meurent aussi, les grands dignitaires de l'Etat, civils et militaires ? Les faits et l'expérience nous ont appris en effet que, pour les Grands Hommes, le secret professionnel, en fait, n'existe pas. En droit, et pour qu'il n'y ait pas là une violation manifeste de la loi, ne vous appartiendrait-il pas de prendre l'initiative des mesures législatives qui fixeraient nos idées à ce sujet, en même temps qu'elles nous doteraient du statut qui essaierait d'harmoniser une obligation d'ordre public avec des besoins sociaux modernes ?

Ayant cru devoir attirer respectueusement votre attention sur tous ces faits, j'ose me dire, en terminant, Monsieur le Garde des Sceaux, avec toute la déférence due à votre haute fonction, votre très humble et obéissant serviteur.

G. Duchesne.

## ASSURANCES SOCIALES

### Assuré hors d'état de payer le médecin, entente directe avec la caisse.

Un de nos confrères, appelé à soigner un assuré social, n'avait pas été honoré par celui-ci, à chaque visite, et, par suite, n'avait pas signé la feuille d'assurances, dans la colonne indiquant le reçu de ses honoraires.

La caisse suggère alors le *modus faciendi* suivant : l'assuré signerait une procuration autorisant la caisse à verser directement au praticien les sommes dues, ce qui permettrait à la caisse de liquider la situation pécuniaire de son ressortissant.

Après plus d'un mois d'attente, réclamation par le médecin, pour être enfin payé par la caisse. Et celle-ci de répondre que, par erreur, ses services ont payé le malade entièrement.

La responsabilité de la caisse n'est-elle pas engagée de ce fait et que faire pour être payé ?

En droit, les avances faites par les caisses à leurs assurés sont prévues par les textes suivants :

Loi, article 4, § 4, alinéa 2 : « Cette part contributive est avancée, ou remboursée par la caisse à l'assuré... »

Règlement-type d'administration intérieure des caisses : « Article 21 : Si l'assuré est dans l'impossibilité de payer un acte médical, la caisse peut lui en faire l'avance, dans les limites indiquées aux articles précédents, sur le vu de la feuille de maladie, où il est attesté que l'acte médical a été dispensé. La caisse indique sur cette feuille le montant de l'avance. Elle ne consent une nouvelle avance que sur justification du payement de l'acte médical, pour lequel la précédente avance a été accordée. »

Convention-type entre caisse et syndicat : dernier alinéa de l'article 3 : « En dehors des cas dont elle est seule juge, la caisse ne fait pas d'avance à l'assuré : elle lui rembourse dans les limites de son tarif de responsabilité, compte tenu de la participation de l'assuré, prévue... »

De la lecture de ces textes, nous devons conclure que la caisse a toute latitude pour s'entendre avec son assuré, lorsque ce dernier sollicite une avance, pour payer les frais médicaux ; mais le praticien reste complètement en dehors de ces tractations : il n'a qu'un seul débiteur : son malade. Libre à lui de faire crédit, ou d'exiger le paiement soit immédiat, soit d'un arriéré, qu'il est prudent de ne pas laisser grossir.

Au malade, invité à payer le médecin, de se retourner vers sa caisse d'assurances, de solliciter de l'argent, pour désintéresser le médecin. A la caisse de se faire donner la preuve que l'assuré a bien utilisé les sommes ainsi avancées pour honorer le praticien et qu'il ne les a pas détournées dans un autre but.

Bien entendu, les tractations entre malade et médecin doivent se conclure sur les bases du tarif syndical minimum et les avances consenties par la caisse s'établiront sur le taux du tarif de responsabilité de la caisse, moins 15 ou 20 %.

De toutes façons, l'assuré garde à sa charge d'abord le 15 ou 20 % qu'il doit supporter sur le tarif de responsabilité de la caisse, plus la différence entre le tarif de responsabilité et le tarif syndical minimum

En fait, et d'après un avis du conseil supérieur des assurances sociales, le médecin reste entièrement libre de réclamer les honoraires, qu'il lui plaît de demander à son client : on lui a reconnu le droit de ne tenir aucun compte du tarif syndical, pourvu qu'il ne descende pas au-dessous du tarif de responsabilité de la caisse. Libre est donc, désormais, au praticien de ne réclamer que l'avance que la caisse peut consentir à l'assuré, sans que ce dernier ait à supporter la différence entre le tarif syndical minimum et le tarif de la caisse.

Dans ces conditions, le praticien peut-il s'entendre directement avec la caisse, pour que cette dernière prenne, à son égard, l'engagement de payer, entre ses mains, au nom de l'assuré, les honoraires que ce dernier doit, d'après le tarif de responsabilité ?

Oui, rien ne s'y oppose si cette tractation directe n'a pas été interdite dans la convention syndicat-caisse.

Mais, c'est l'amorce du retour au tiers-payant : entente directe entre ledit tiers-payant et le praticien, par-dessus la tête du malade ; de plus, c'est le retour aux errements en honneur en matière d'accidents du travail et de la loi des pensions : le tiers-payant paie au praticien le tarif de responsabilité, le malade étant exonéré de toute part complémentaire.

Voilà pourquoi le projet de loi Gros, actuellement en suspens devant le Sénat, met à la charge du chef d'entreprise et de son assureur, la totalité des honoraires de responsabilité, en matière d'accidents du travail, sans que la victime, quelle que soit sa situation dans l'entreprise, quelle que soit sa condition de fortune, ait à payer quoi que ce soit de sa poche.

Aboutirons-nous au tiers-payant et au seul tarif de responsabilité, en matière d'assurances sociales ? Je le crains, étant donné l'avis du conseil supérieur des assurances sociales.

Abordons maintenant la situation de fait :

un assuré social est hors d'état de payer comptant, à chaque visite, les honoraires du praticien. A ce dernier, la caisse d'assurances sociales propose d'honorer le médecin, au nom du malade, celui-ci ayant autorisé la caisse à ce *modus faciendi*.

Le praticien ne nous a pas fait connaître si ces tractations sont orales, ou écrites, quelles étaient les propositions exactes, qui lui avaient été faites, si le paiement, effectué au nom de l'assuré par la caisse, était promis sur les bases du tarif de responsabilité, ou du tarif syndical, etc.

Or, la conclusion, c'est que le médecin n'a pas été payé, ni par son client, ni par la caisse. Par suite d'une erreur, cette dernière a payé intégralement de son demi-salaire son assuré, qui s'est bien gardé d'honorer le médecin ; mais ce qu'on ne nous dit pas, c'est si la caisse a fait l'avance au malade des honoraires, que celui-ci devait, aux termes des actes médicaux, dont nomenclature était portée sur la feuille de maladie, ou si elle n'a payé à l'assuré que son demi-salaire, sans lui rien rembourser des honoraires médicaux qu'il n'a pas payés.

Que faire ? En principe, le médecin ne connaît que son client, qui doit le payer d'après le tarif syndical : au malade donc de s'acquitter, sinon il sera poursuivi devant le juge de paix, tout comme un débiteur de droit commun.

Mais si le client oppose au médecin la tractation que ce dernier a accepté de passer avec la caisse, au syndicat de connaître du conflit.

Je sais bien que, si d'une manière générale, un praticien ne doit pas s'engager vis-à-vis d'une caisse, avant d'en avoir averti son syndicat, il se peut que, dans une circonstance extraordinaire, le confrère ait cru pouvoir accepter une proposition à titre tout à fait exceptionnel.

Mais le syndicat a le devoir de s'intéresser à ce cas, puisqu'il s'agit de l'application de la convention syndicat-caisse d'une part, et des agissements professionnels d'un confrère ayant adhéré à ladite convention.

D'après les résultats des conversations entre la caisse et le syndicat, à propos de cette affaire, on verra ultérieurement s'il sera nécessaire de saisir la commission départementale.

Mais, la caisse est-elle responsable de son erreur ? Elle avait promis de payer le médecin, directement, sur les retenues qu'elle aurait pu faire sur les indemnités et prestations, qu'elle devait à son assuré.

Qui paie mal paie deux fois : ne doit-elle pas être tenue pour responsable de l'erreur commise par son employé, qui a payé intégralement l'assuré, sans faire aucune retenue, pour les honoraires du praticien ?

Cela découle de l'engagement passé entre le confrère et la caisse, engagement dont on ne m'a pas communiqué le texte.

Dr Paul BOUDIN.

## EXERCICE ILLÉGAL

COUR D'APPEL DE BESANÇON (Chambre correctionnelle).

27 *novembre* 1930.

(Archives du Sou Médical).

1° *Doit être condamné, mais à une peine légère, en raison de ses bons antécédents, l'individu, qui, sans diplôme donne ses soins à des malades et délivre des certificats pour accidents du travail, se faisant ainsi honorer indûment par des assurances.*

2° *Sont condamnés comme complices les industriels, ou leurs employés qui, en fournissant à l'illégal, des imprimés destinés à la confection de certificats, en matière d'accidents du travail, ont facilité ces pratiques délictueuses, en connaissance de cause.*

3° *Doit être accueilli comme partie civile, le syndicat médical, qui, cependant, a toléré pendant de nombreuses années, ces pratiques illicites.*

Attendu que les appels émis par les prévenus sont réguliers, ayant été faits dans les délais légaux.

Attendu que les premiers juges ont exactement caractérisé les faits de la cause et c'est avec raison qu'ils ont reconnu la culpabilité des appelants.

En ce qui concerne P... Marcel :

Attendu que s'il a moins souvent que son père, enfreint la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze, il n'en a pas moins pris part habituellement et par une direction suivie au traitement de certaines lésions, spécialement des foulures, des entorses, des luxations et même des fractures.

Qu'il ressort de l'information non seulement qu'il a donné des soins de nature médicale à des ouvriers, victimes d'accidents du travail et qu'il leur a délivré en formulant des diagnostics et des pronostics, un certain nombre de certificats signalés par la décision entreprise, mais encore qu'il a prescrit et appliqué des traitements à d'autres personnes et cela non pas d'une manière exceptionnelle, comme l'indiquent

par erreur les premiers juges ; que c'est donc à bon droit que ceux-ci l'ont retenu dans les liens de la poursuite, tout en ne lui infligeant qu'une peine légère en raison des excellents renseignements dont il est l'objet, mais non pas de la bonne foi que le tribunal, à tort, lui a reconnu dans la cause, car s'il est possible qu'il n'ait pas prévu les sanctions auxquelles il s'exposait, il ne pouvait cependant ignorer que les pratiques auxquelles il se livrait ne rentraient pas dans l'exercice de son métier de masseur.

En ce qui concerne C... et D... :

Attendu que Marcel P... aurait-il eu la possibilité de se procurer, ailleurs qu'aux bureaux de ceux-ci, les imprimés destinés à l'établissement des certificats médicaux, prévus par la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, ou bien eût-il été capable d'établir entièrement ces certificats de sa propre main, en y portant toutes les mentions correspondant aux exigences de ladite loi, il n'en est pas moins certain qu'en fournissant ces imprimés à P..., C..., et D... ont facilité ces pratiques délictueuses et ce avec connaissance de cause, car ils savaient que P... n'était pas médecin et que les imprimés, mis à sa disposition, devaient servir à l'établissement de certificats médicaux par celui-ci, lequel savait lui-même que, grâce à cette fourniture et à l'entremise de C... et D..., il allait se trouver accrédité auprès de leurs compagnies d'assurances, dont il obtiendrait sans difficulté, à vue de ses certificats, le paiement de ses honoraires ;

Attendu qu'il échet en conséquence de confirmer le jugement entrepris, tout en modérant encore les peines prononcées contre les deux prévenus, qui sont bien notés, n'ont apparemment tiré aucun profit personnel de leur participation au délit.

Sur la demande de dommages-intérêts ;

Attendu que le syndicat des médecins du Bas-Jura, partie civile, ne rapporte par la preuve que les agissements, dont il se plaint, aient causé un préjudice grave aux intérêts collectifs de la profession qu'il représente ;

Qu'aussi bien les circonstances que depuis de nombreuses années, il connaissait les pratiques des masseurs P.. et qu'il les a néanmoins tolérées jusqu'au mois d'octobre mil neuf cent vingt-neuf, semble bien impliquer l'inexistence d'un tel préjudice au moins jusqu'aux environs de cette époque ;

Qu'il sera suffisamment satisfait à sa demande par l'allocation de la réparation de principe, à laquelle il a droit et que le chiffre des dommages-intérêts arbitrés par le tribunal doit en conséquence être réduit.

Par ces motifs et ceux non contraires des premiers juges, la cour, après en avoir délibéré conformément à la loi, reçoit P... Marcel, C... et D... en leurs appels réguliers en la forme du jugement rendu par le tribunal correctionnel du Jura le cinq juillet mil neuf cent trente et statuant en ce qui les concerne, réduit à vingt-cinq francs les amendes prononcées contre D... et C... et à un franc la somme à payer par les condamnés à la partie civile.

Confirme en toutes ses autres dispositions le jugement entrepris.

Condamne solidairement les appelants aux dépens d'appel.

**Note**

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, je crois parfaitement illusoire de poursuivre les illégaux de la médecine. Les tribunaux font preuve d'une grande mansuétude, pour ces inculpés, qui se présentent à la barre avec de nombreux clients, lesquels chantent les louanges du guérisseur et daubent sur l'impéritie et l'ignorance du corps médical.

Ainsi, nos confrères du Bas-Jura obtiennent un franc de dommages-intérêts. Pour obtenir ces vingt sous, ils ont dépensé 5.139 *francs* ! Heureusement pour eux que nos confrères avaient obtenu l'appui pécuniaire du Sou Médical.

Quant à l'illégal, nul doute qu'il ne soit sorti du prétoire avec l'auréole du martyr.

Dr Paul Boudin.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

### (Le Sou Médical)

### Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

*Admissions.*

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

9.509 Rulliere, Pont-de-Veyle (Ain), Syndicat de Bourg-Trévoux.
9.510 Cadet, Ault (Somme), Syndicat d'Abbeville.
9.511 Puy, Saint-Tropez (Var), Syndicat du Var.
9.512 Carcopino, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
9.513 Menu, Bonnencontre (Côte-d'Or), Association générale.
9.514 Ollier, Vic-le-Comte (Puy-de-Dôme), Syndicat de Clermont-Ferrand.
9.515 Maux, Carcassonne (Aude), Syndicat de l'Aude.
9.516 Cunin, Charleville (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
9.517 Delluc, Périgueux (Dordogne). Parrains : Drs Faguet et De Pindray.
9.518 Saporte, Perpignan (Pyrénées-Orientales), Syndicat de Perpignan.
9.519 Lutchmaya, Saint-André-de-Valborgne (Gard), Syndicat de Nîmes.
9.520 Chabannes, Saint-Trojan (Charente-Inférieure), Syndicat de l'Ile d'Oléron.

9.521 Coze, Le Puy (Haute-Loire), Syndicat du Puy.
9.522 Laporte, rue du Colonel Moll, Paris, Société médicale de l'Elysée.
9.523 Furbury, Firmy (Aveyron), Syndicat du bassin houiller de l'Aveyron.
9.524 Nivière, Montmeyran (Drôme), Syndicat de la Drôme.
9.525 Jullien, Amiens (Somme), Syndicat d'Amiens.
9.526 Jonchères, Saintes (Charente-Inférieure), Syndicat de Saintes.
9.527 Pauchet, 184, av. Victor-Hugo, Paris, Syndicat des chirurgiens.
9.528 Caufment, Courbevoie (Seine), Syndicat de la banlieue ouest.
9.529 Euvrard, Metz (Moselle), Syndicat de Metz-Ville.
9.530 Lorin, Saint-Maurice-de-Pionsat (Puy-de-Dôme). Parrains : Drs Perronet et David.
9.531 Boussuge, 13, rue Constantine, Lyon, Syndicat du Rhône.
9.532 Chenebv, Tours (Indre-et-Loire). Parrains : Drs Tillaye et Vernon.
9.533 Des Lions, Brive (Corrèze), Syndicat des oculistes.
9.534 Sauteraud, Villefagnan (Charente). Parrains : Drs Duchesne et Arteaux.
9.535 Lussac Le Haillan (Gironde), Syndicat suburbain de Bordeaux.
9.536 Delplace, Cavignac (Gironde), Syndicat de Blaye.
9.537 Colpart, Cambrai (Nord), Syndicat de Cambrai.
9.538 Vernier, Chambéry (Savoie), Syndicat de la Savoie.
9.539 Kopp, Thann (Haut-Rhin), Syndicat de Mulhouse.
9.540 Theolier, El Madher (Constantine), Syndicat des médecins de colonisation.
9.541 Kest, Alger (Alger), Syndicat d'Alger.
9.542 Mignon, Viroflay (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Cosse et Privat.
9.543 Ballard, Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise), Syndicat des oto-rhino-laryngologistes.
9.544 Chefdeville, Rochechouart (Haute-Vienne). Parrains : Drs Vexen t et Balmelle.
9.545 Brunet, Foix (Ariège), Syndicat de l'Ariège.
9.546 Broustet, 135, cours Victor-Hugo, Bordeaux. Syndicat des médecins bordelais.
9.547 Archambaud, Vernon (Eure). Parrains : Drs Archambaud et Poulet.
9.548 Bollot, Morlaix (Finistère), Syndicat de Morlaix.
9.549 Caillaud, Monte-Carlo (Monaco), Association française de chirurgie.
9.550 Nouvian, Fismes (Marne). Parrains : Drs Leclère et Jeanson.
9.551 Mignot, Dôle (Jura), Syndicat du Bas-Jura.
9.552 Moulinier, rue Grolée, Lyon, Syndicat du Rhône.
9.553 Jagues, 227, rue Sainte-Catherine, Bordeaux, Syndicat des médecins bordelais.
9.554 Dewing, La Ferté-Bernard (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
9.555 Matignon, Saint-Julien-du-Sault (Yonne), Syndicat de Joigny.
9.556 Lorcin, Barle-Duc (Meuse). Parrains : Drs Herbeuval et Lecocq.
9.557 Monnier, Vannes (Morbihan), Syndicat de Vannes.
9.558 Caubet, Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure) Syndicat de Rochefort.
9.559 Lagrave, Pissos (Landes), Syndicat des Landes.
9.560 Barthélemy, Sarlat (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
9.561 Rousseau, 3 *bis*, passage Landrieu, Paris. Parrains : Drs Périlliat et Miégeville.
9.562 Denais, Nantes (Loire-Inférieure). Parrains : Drs Lanoue et Mauger.
9.563 Babou, Neuilly-sur-Seine (Seine). Parrains : Drs Molinéry et Dartigues.
9.564 Wolff, Metz (Moselle), Syndicat de Metz-Ville.
9.565 Amat, Villeloin-Coulangé (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
9.566 Brun, 15, rue Réaumur, Paris. Parrains : Drs Boudin et Levassort.
9.567 Morras, Autrans (Isère), ancien membre du Sou médical.
9.568 Mme Beauvais, Laval (Aisne), Syndicat de Laon.
9.569 Poux, Avignon (Vaucluse), Syndicat d'Avignon.
9.570 Grault, Le Havre-Sainte-Adresse (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
9.571 Ziegler, Belfort (Territoire de Belfort), Syndicat de Belfort.
9.572 Guyot, La Roche-Posay (Vienne), Syndicat de la Vienne.

## Responsabilité professionnelle.

Le Dr P., chirurgien de l'hôpital, est appelé en garantie par un interne qui est lui-même assigné, en même temps que l'hôpital, en 200.000 francs de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, pour consolidation défectueuse d'une fracture.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande pour le cas où la Compagnie qui l'assure avant la Ligue ne prendrait pas les frais judiciaires à sa charge. Mais il ne peut être admis au bénéfice de la Caisse de garantie, les soins n'ayant pas été donnés par lui-même.

Le Dr P. est assigné en 12.000 francs de dommages-intérêts par une cliente qu'il a opérée pour rétention de fœtus mort et qui, quatre mois après, a dû subir une nouvelle intervention. Il est garanti, en premier rang, par une autre assurance.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie, pour le cas où la garantie de son premier assureur serait insuffisante.

Le Dr V. ayant été appelé deux fois auprès d'un enfant atteint de conjonctivite de l'œil gauche, dont il a ordonné la seconde fois le transport à l'hôpital, est cité devant le bureau d'assistance judiciaire à la requête du père, qui veut lui intenter une action en dommages-intérêts. Il est garanti, en premier rang, par une autre assurance, pour 200.000 francs.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie, pour le cas où il ne serait pas entièrement couvert par son premier assureur.

Le Dr A. est assigné en 200.000 francs de dommages-intérêts par le mari d'une femme à laquelle il a dû faire, *in extremis*, une opération césarienne, pour sauver l'enfant.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Dr G., ayant appelé en conciliation, pour obtenir le paiement de ses honoraires, qui s'élèvent à 1.990 fr., un client atteint d'épithélioma sur la cica-

trice d'une brûlure, celui-ci prétend obtenir 10.000 francs de dommages-intérêts, sous prétexte que l'amputation, qui a été effectuée par un chirurgien inconnu, aurait été rendue nécessaire par les mauvais soins du Dr G.

Le Conseil accorde à ce dernier l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires et, éventuellement, le bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Dr G., ayant soigné une femme atteinte de fracture des deux os de la cheville, avec luxation en arrière, puis l'astragale ayant dû être enlevé par la suite, les clients lui reprochent de ne pas avoir réduit la fracture sous anesthésie et de ne pas avoir fait faire de radiographie et manifestent l'intention de lui demander des dommages-intérêts.

Il est garanti en premier rang par une autre assurance pour 50.000 francs.

Le Conseil lui accorde, en tant que de besoin, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie, après son premier assureur.

Le Dr M., ayant injecté du pantopon à un malade, et un œdème s'étant produit à l'endroit de la piqûre, son client lui réclame le remboursement de ses visites et le paiement d'une indemnité. Il est assuré en premier rang à une autre Compagnie d'assurances, dont l'agent a refusé de s'occuper de l'affaire.

Le Conseil lui accorde, en tant que de besoin, après son premier assureur, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie.

**Contestations d'honoraires.**

Le Dr C. (Saône-et-Loire) a soigné, sur la demande de ses patrons, une domestique étrangère qui a été transportée ensuite à l'hôpital et opérée pour appendicite. L'assurance lui oppose le « tout compris », bien qu'il ne s'agisse pas d'un accident du travail et qu'il ne soit pas le chirurgien de l'hôpital.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre contre les patrons le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr P. (Seine) demande l'appui pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires de 375 fr. pour soins consécutifs à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, la cliente refusant de payer parce qu'on lui aurait dit à l'hôpital qu'elle aurait été mal soignée.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr L. (Seine) ne peut obtenir paiement de 1.290 fr. d'honoraires pour soins donnés à un malade décédé, dont le fils a refusé la succession après l'avoir acceptée sous bénéfice d'inventaire.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le fils de son client, en vertu de l'obligation alimentaire.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr L. (Seine-Inférieure), dans un cas analogue à celui du Dr L., qui précède.

Le Dr G. (Vaucluse), ne peut obtenir le paiement de 2.000 fr. d'honoraires pour soins donnés au mari et à la femme, habitant chez le père de celle-ci, qui a lui-même demandé le médecin.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr G. pour poursuivre solidairement le père et le mari.

Le Dr P. (Seine-Inférieure) ayant opéré un client d'un granulome dentaire, le client, peu solvable, prétend avoir payé à chaque consultation ses honoraires, qui s'élèvent à 600 fr.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr P. pour poursuivre son client.

Le Dr L. (Nord) ne peut obtenir paiement de 3.500 francs d'honoraires qui lui sont dûs pour amputation de la cuisse, par un client qui, ayant intenté une action en responsabilité aux personnes qu'il prétend responsables des mauvais soins qui auraient nécessité l'amputation, laisse entendre qu'il pourrait impliquer le Dr L. dans cette affaire.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr C. (Hérault) ne peut obtenir le paiement de 740 fr. d'honoraires qui lui sont dus par le fils d'une cliente, qui l'a demandé pour soigner sa mère et lui a promis de le payer.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre ce débiteur.

Le Dr C. (Loiret) a obtenu le paiement de 1.570 fr. d'honoraires que lui devait, pour soins donnés à sa fille, une personne habitant Tunis.

Le Conseil ordonnance le versement intégral au Dr C. de ses honoraires, sur lesquels l'avocat qui était chargé de l'affaire a retenu ses propres honoraires et ses frais.

Le Dr B. (Algérie), ayant soigné une domestique sur la demande écrite de sa patronne, ne peut se faire payer ses honoraires qui s'élèvent à 1.950 fr., la patronne offrant de payer seulement les soins des dix premiers jours de maladie.

Le Conseil accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr R. (Seine) a obtenu le paiement, après jugement de défaut, confirmé sur opposition, de 550 fr. d'honoraires qui lui étaient dus par une cliente.

Les frais et honoraires pour cette affaire se sont élevés à 200 fr. qui ont été retenus sur la somme touchée, dont le Conseil ordonnance le versement au Dr R.

Le Dr D. (Charente) a soigné un ouvrier agricole,

prêté par son patron à un autre patron et qui a été blessé par un éclat de pierre projeté dans son œil par une machine à battre. Personne ne veut payer, les assurances des deux patrons se renvoyant mutuellement le sinistre.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr D. pour poursuivre solidairement le blessé et les deux patrons.

Le Dr D. (Nord) ayant soigné, dans sa clinique, un blessé, a reçu de celui-ci paiement des frais de clinique et de ses honoraires, s'élevant à 1.280 fr. Le blessé prétendant actuellement qu'il avait été victime d'un accident du travail, cite le Dr D. devant le juge de paix en répétition du prix qu'il prétend lui avoir payé indûment.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr D. pour défendre à cette demande.

Le Dr C. (Seine), appelé par un médecin traitant, avec le consentement de la famille, pour un accouchement difficile, a demandé 2.000 fr. d'honoraires. Le mari, ayant versé 2.500 fr. au médecin traitant, a refusé de payer le Dr C., que le juge de paix a débouté de sa demande, sous prétexte qu'il doit se faire payer par le médecin qui l'a appelé.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr C. pour interjeter appel de cette décision.

Le Dr F. (Seine), ayant fait un appareil dentaire à un client pour le prix convenu de 1.330 fr., le client, prétendant, bien qu'il en ait accepté depuis quelque temps la livraison, que l'appareil a été mal fait, refuse de le payer.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr F. pour poursuivre le paiement du prix convenu.

**Fiscalité.**

Le Dr B. (Vosges), ayant compris les appointements alloués à sa femme, qui l'aide dans sa comptabilité, dans ses frais professionnels, le contrôleur n'a pas admis cette dépense.

M. Martinot est d'avis d'adresser au Directeur des contributions directes une réclamation qu'il se charge de rédiger, demandant à cet effet 30 fr. d'honoraires.

Le Conseil ordonnance le versement de cette somme.

Le Dr S. (Ain) a, sur les conseils de M. Martinot, présenté une réclamation contre son imposition à la cédule des professions non commerciales, pour les traitements fixes qui lui sont alloués. Cette réclamation ayant été rejetée par le Directeur des contributions directes, M. Martinot conseille de saisir le Conseil de Préfecture.

Le Conseil accorde à cet effet l'appui pécuniaire au Dr S. et ordonnance le versement à M. Martinot des 100 fr. d'honoraires qu'il demande pour suivre l'affaire.

**Dons.**

Le Conseil adresse ses remerciements à plusieurs adhérents qui, satisfaits des conseils ou des appuis qu'ils ont reçus de la Ligue, lui ont versé diverses sommes à titre de don, notamment à MM. les Drs L. (Bouches-du-Rhône), 100 fr. ; H. (Seine), 20 fr., etc.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*La continuité était naguère un des principes fondamentaux de l'esprit...*
(R. Fernandez.)

DXLIII. — Jean Giono. — **Le Grand Troupeau.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue Française*, Paris, 1931, 15 fr.

Naguère : aux jours calmes où le troupeau paissait les pâturages de l'Alpe. Mais tout cela est changé, aussi, depuis que le tocsin le fit, un soir d'août, redescendre brusquement vers la plaine, le tocsin qui appelait les hommes et qui scandait la fin d'un monde. A la coulée du troupeau vers la Crau poussiéreuse et l'abattoir, Giono va substituer l'image grandie de ce moutonnement funèbre des hommes marchant, fleur au fusil, vers la barbare immolation, qui est au bout du chemin de tous les troupeaux. Et il n'y a dans son livre ni révolte, ni récrimination : la résignation inconsciente des bêtes et des gens promis à l'holocauste, un peu plus tôt, un peu plus tard, quand sonnera l'heure du boucher ! Par là son livre est réellement très grand : par épisodes hachés, à petits coups, avec les pauses et les incidentes d'un conteur populaire, il dresse une horrifiante vision, macabre, exacte (à force de cruauté) de la bestialité de la guerre. Pour en accentuer la désolation, par un procédé d'une émouvante uniformité, il oppose au massacre, au carnage où il suit ses paysans devenus soldats, la vie qui continue à leur foyer : la femme qui fauche et que tourmente sa chair, pendant que là-haut l'autre chair saigne, puis pourrit sous l'ouragan de fumée noire, de fer et de feu. Cette navette du conteur qui va et vient, posément, avec le même calme narratif pour l'enfer du poste de secours (page 139) et le rythme de la faux crissant dans les blés mûrs, est d'un saisissant effet. Et quand Giono se met à décrire la nature, la terre et le ciel où glisse le vent il le fait avec tant de précise exactitude que les horizons, les arbres, le sol, les nuages et jus-

qu'à la couleur du jour viennent faire corps avec ses héros. Il a de splendides images que peuvent toujours discuter les critiques qui ne connaissent l'aube qu'à la sortie de boîtes de nuit, ou ne sauraient distinguer une avoine verte d'une prairie. Ceux qui sont de bonne foi s'inclinent. Je concède aux autres que Giono, happé par le vertige de l'abîme qu'il scrute ou tourmenté par le souvenir de Ramuz a quelques phrases théâtrales qui tachent l'unité et la simplicité de l'œuvre ... Il y en a si peu, et à côté de tant de force réelle, d'ample sonorité, de tant de fraîcheur rustique, ces réserves sont-elles bien de mise ? Qu'ils relisent donc *Regain* et *Naissance de l'Odyssée* ! ! Leurs scrupules scolastiques s'évanouiront... peut-être.

DXLIV. — Jean FAYARD. — **Mal d'Amour.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Fayard,* Paris, 1931, 15 fr.

Le prix Goncourt 1931 a plus d'aimable pétulance. Et ce mal qui dévore trois amants du même cœur féminin aux lieu et place des sentiments qu'il a remplacés est étudié avec beaucoup d'humour par le romancier-lauréat. Le peintre célèbre, le marin et le jeune homme remplissent leur rôle respectif avec un cynisme enjoué de contemporains très à la page. L'héroïne a cette duplicité congénitale qui facilite et agrémente le travail de l'auteur. Il y a même une morale au bout de ce livre léger et agréablement allégé de toute austère considération, adroitement construit de fines analyses : malgré la diversité et l'apparente nouveauté de la sémiologie le mal d'amour est une affection bénigne, déjà classée.

DXLV. — Jérôme CARCOPINO, membre de l'Institut. **Sylla ou la Monarchie manquée.** — Un vol. 13 × 19 sur alfa satiné, avec un tableau généalogique. *Editions de l'Artisan du Livre,* Paris 1931, 20 fr.

L'étude de Monsieur Carcopino éclaire d'un jour entièrement nouveau cet énigmatique personnage. Il suit et explique avec une logique très attentive et ramène à leur plan d'unité les phases de cette singulière existence commandée par un orgueil lucide et clairvoyant. Il réfute les classiques interprétations de Montesquieu, de Michelet, de Mommsen, de Ferrero et cautionne son récit de références amassées au bas des pages en prodigieuse quantité. Le dictateur n'y perd que cette gloire dont on avait un peu hâtivement doré certains de ses actes pour redevenir sous ces traits nouveaux le grand politique qui sut toujours, sans scrupules, rester fidèle à ses grandioses visées de domination, jusque dans sa retraite de Cumes, où le terrassa une hémoptysie de pathogénie mal élucidée.

DXLVI. — Albert LANTOINE. — **Les Lettres Philosophiques de Voltaire.** Un vol. 12 × 19 de la Collection Les Grands Evénements Littéraires. *Editions Littéraires et techniques,* Paris, 1931, 12 fr.

Les *Lettres philosophiques,* où V. se propose de « donner une relation de son séjour en Angleterre », furent en réalité le résultat d'un labeur réfléchi. Sorti de la Bastille, il voulait en fait prouver astucieusement, et sans trop s'aventurer, combien la tolérance anglaise était louable chose et, grâce à la louange de ce qu'il avait vu, faire passer les critiques qu'il réserve aux pouvoirs religieux, sociaux, au Parlement. Certain clergé pour faire condamner les Lettres, quand elles parurent clandestinement argua même de ce que V. préconisait une dangereuse inoculation pour préserver de la variole : la vaccine. Monsieur Lantoine ne donne pas le texte des Lettres, dont Gustave Lanson a publié une bonne édition critique. Il nous conte simplement l'histoire et les avatars de l'œuvre, les incidents de leur composition et de leur publication, démontre leur importance puisqu'elles s'imposèrent au 18e siècle comme un des plus sûrs agents de la dissolution du régime.

DXLVII. — Pierre D'ANNIEL. — **Le Parc aux Biches.** Roman. Un vol. 14×19 tiré à 1218 exemplaires numérotés, orné de trois bandeaux et quatre eaux-fortes de Daniel-Girard. *Editions Au Cabinet du Livre,* Paris, 1931.

Le Second Empire eut ses tares : voici évoquées, à l'occasion d'un roman fort vert, celles de la haute galanterie qui eut un rôle presque officiel et éclatant à cette époque. Le récit de libre allure contient de spirituelles réminiscences de ces joyeuses fredaines, où de grands noms ne craignaient pas d'incliner leur panache. Les eaux-fortes de D. G. (et l'une d'elles plus spécialement consacrée à la jeune napolitaine) ont une sûreté de lignes et une harmonie d'attitudes que je vous avais déjà signalées avec plus de détails à propos d'une récente édition des Contes de Voltaire (1).

DXLVIII. — S. G. MILLIN. — **Les Enfants abandonnés de Dieu.** Roman. Un vol. 12 × 19. Traduit de l'anglais par Charles Jacob pour la collection Feux Croisés : Ames et Terres Etrangères. *Editions Plon,* Paris, 1931, 15 fr.

La réprobation, que les Anglo-Saxons ont vouée aux races de couleur, s'étend aux sang-mêlé. Millin les défend avec une touchante sincérité en contant l'histoire d'une de leurs familles, issue de l'union d'un pasteur et d'une Hottentote. Au

(1) *Romans et Contes* de Voltaire. Deux volumes illustrés par Daniel-Girard. Editions Henri Cyral, Paris 1931.

fil de quatre générations les descendants s'affinent et au moment de voir tomber définitivement ces barrières de races le dernier représentant repart comme son ancêtre, «le missionnaire fou », évangéliser avec les mêmes illusions les noirs. Le roman est correct, traduit en bon français, doux comme la Case de l'oncle Tom.

DXLIX. — Jean Mariotti. — **Remords.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1931, 12 fr.

Les forçats libérés, que Mariottie met en scène sur leurs concessions de Nouvelle-Calédonie, n'ont pas laissé leurs mauvais instincts à la sortie du bagne. Un crime les y ramène. Leur mentalité de brutes se meut très à l'aise dans cette atmosphère de haines cupides. Je n'ai pas eu le plaisir de lire les précédents romans de M. traitant des Canaques : les Européens de son nouveau livre sont encore très près de cette même barbarie misanthropique dont on les dit affligés.

**Varia** *** *Le Crapouillot* (numéro de janvier) donne une remarquable nouvelle de Bromfield ; le compte rendu du débat parlementaire provoqué par la saisie du *Crapouillot* sur les Anglais ; les chroniques bibliographique de Gus Bofa, théâtrale de Paul Fuchs ; trois pages de nouvelles humoristiques délicatement extraites de journaux sérieux.

* Le *Mercure Universel* (numéro de décembre) consacre un très intéressant article aux Marionnettes de Roubaix et publie de Louis Estève une bonne exécution des pâmoisons où se complaisaient dès 1904 quelques adolescents écrivaillant.

* Dans le *Bulletin du Comice Agricole* de l'arrondissement de Béziers (numéro 2, 1931) une étude agréablement rédigée et spirituellement documentée traitant de : Quelques raisons d'aimer le vin de France. Elle est signée d'un sympathique pharmacien d'Avignon, M. Boucher.

10 janvier 1932.

L'Homme aux Bésicles.

## AUTOUR DES THÉATRES

### Au Théâtre Saint-Georges

### « Mademoiselle »

*Comédie en 3 actes de* M. Jacques Deval.

Il serait vraiment regrettable que les fervents du théâtre, capables d'apprécier une pièce bien construite et fort bien rendue, susceptibles d'extraire de cette remarquable tranche de vie que l'auteur nous convie à parcourir avec lui, l'aliment nécessaire aux joies supérieures de l'intelligence et du cœur, il serait vraiment regrettable, pensons-nous, que ce public de choix ne put consacrer une soirée à la pièce de M. Jacques Deval.

Nul mieux que lui n'a su condenser, sous le volume réduit de 3 actes, une étude si profonde et si attrayante, d'une part de la psychologie d'une vieille fille « Mademoiselle », pour qui la vie ne fut qu'amertume et regrets et qui, à défaut de pouvoir être une mère admirable, s'agrippe à l'occasion enfin fournie de chérir un petit être voué à l'abandon, d'autre part d'une famille désaxée par l'égoïsme et la frivolité dont il nous dépeint les ravages et le cynisme sous des aspects souvent fort réjouissants, et au milieu de laquelle naît un beau jour cet enfant. Le trait de liaison entre ces deux peintures de mœurs et de caractères réside justement dans ce petit être. « Mademoiselle » arrive comme nouvelle gouvernante dans cette famille, au moment précis où la jeune fille ayant dépassé l'extrême limite d'une liberté mal surveillée, a été rendue mère par un certain Egyptien reparti aussitôt dans son pays, plus vite même qu'en bateau à « voiles » ; « Mademoiselle » favorisera le départ momentané de la future maman et, quand cette dernière reviendra au foyer, « Mademoiselle » prendra l'enfant en charge, ce qui lui sera relativement facile, puisque la fibre maternelle ne vibre plus chez la coupable, possédée par l'ardent désir de reprendre bien vite les joies frelatées d'une existence insouciante et luxueuse.

M. Jacques Deval avait choisi un sujet peu commode : il l'a traité avec infiniment de souplesse et de diversité, avec un sens profond de l'état d'esprit de ses contemporains qui aiment la difficulté, mais qui demandent qu'on leur facilite la compréhension d'une œuvre telle ; il sait que l'action, les faits, doivent jouer un rôle dans la détermination des caractères et des volontés et qu'il est fatiguant, pour le spectateur, de le faire assister à des scènes de psychanalyse individuelle ou à des duels de psychologie pendant trois actes au milieu d'une pauvreté d'événements qui les rendent monotones ; de plus, malgré la pointe d'amertume, de regrets et de railleries dont il épice si finement son œuvre, en soulignant

les penchants, habitudes, travers, malpropretés même de ce genre de gâtés de l'existence, M. Jacques DEVAL reste euphorique et souriant, il n'a pas le pilori orgueilleux, didactique, neurasthénique: il est simple, positif, aimable et l'on ne pouvait mieux dire que la fortune, créant des satisfactions faciles, ainsi que les habitudes mondaines, mènent trop souvent hélas ! à la sécheresse du cœur ; on ne pouvait mieux dire par un contraste des plus habiles et des plus élégants, que ceux qui mènent une existence d'âpreté et de lutte sont souvent plus naturels, plus humains, plus susceptibles de profondeur sentimentale.

Je m'excuse de ne pouvoir vous détailler « Mademoiselle », ce qui m'entraînerait trop loin, j'entendais dire d'ailleurs à mes côtés qu'il y avait là matière à un roman copieux ; l'intérêt pour nos lecteurs, spectateurs éventuels ne peut que gagner à ce que nous restions dans les généralités. Ce que nous pouvons et devons même leur souligner, c'est que Madame Marcelle Geniat tient le rôle de « Mademoiselle » avec un remarquable talent, que Mademoiselle Renée Devillers, toujours applaudie dans toutes ses créations avec infiniment de plaisir et de sympathie, joue remarquablement le rôle subtil, inégal et fort chargé de la jeune fille, que M. Pauley, dans le rôle de son père, est parfait, qu'enfin Mademoiselle Betty Daussemond, dans le rôle de sa mère, est étonnante de vérité ; tous deux fort agités et aussi superficiels dans leur tendresse qu'orgueilleux et contents d'eux-mêmes, ils mettent parfaitement en lumière la pire politique qui soit à pratiquer pour les parents vis-à-vis des enfants, à savoir : celle de l'autruche.

Jean SÉJOURNET.
de la Société des Auteurs

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## DÉBATS PARLEMENTAIRES

### Proposition de loi sur l'exercice de la médecine

**(Loi Armbruster).**

(*Sénat*, 8 *décembre* 1931

(*Suite et fin*) (1)

M. LE PRÉSIDENT. — Personne ne demande plus la parole ?...

Je donne lecture de l'article 1er :

« Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

« 1° Citoyen ou sujet français ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France ;

« 2° Muni du diplôme d'Etat de docteur en médecnie.

« Toutefois, les pays étrangers, où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer la médecine, pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la naturalisation française.

« Mais une parité devra être établie entre le nombre de médecins originaires des pays avec lesquels ces conventions ont été passées venant exercer en France et celui des médecins français exerçant la médecine dans ces pays. »

La parole est à M. François-Saint-Maur.

M. FRANÇOIS-SAINT-MAUR. — Je voudrais demander à M. le rapporteur des explications sur le dernier paragraphe de l'article 1er.

Il y est dit que les pays étrangers où les médecins de nationailté française sont autorisés à exercer la médecine pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, dans certains cas, de la naturalisation française. Je comprends que la parité devra être établie entre le nombre de médecins originaires des pays avec lesquels ces conventions ont été passées et qui viennent exercer en France et celui des médecins français exerçant la médecine dans ces pays.

Il y a là quelque chose qui m'échappe. Demandez-vous une parité complète ? Si oui, il en résultera que, suivant que vous aurez des médecins français allant en plus ou moins grand nombre dans ces pays étrangers, la parité pourra se modifier pour ainsi dire tous les ans ; ou bien, cette parité signifie-t-elle que, dans la discussion de la convention internationale, il y aura une proportion établie *ne varietur* et une fois pour toutes entre les deux nations qui s'engageront à ne délivrer qu'un certain nombre de diplômes ?

Mais, si vous êtes obligés de tenir compte simplement de ce fait, qu'un certain nombre de médecins français résident à l'étranger et que vous n'accorderez d'autorisation aux médecins originaires de ces pays étrangers qu'en parité de ces médecins fran-

(1) V. *Concours médical* n° 4.

çais exerçant chez eux, vous allez au-devant de difficultés et vous aboutirez à quelque chose d'extrêmement mobile pour déterminer cette parité.

Comment la fixerez-vous et pour combien de temps ?

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le président de la commission.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Voici la situation exacte.

Il n'y a pas de pays étrangers qui autorisent un médecin français à s'installer et à exercer la médecine s'il ne s'est fait naturaliser.

M. le général STUHL. — Alors, il n'y a qu'à en faire autant.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSON DE L'ENSEIGNEMENT. — Ce que l'on vise dans le cas actuel, c'est ce fait qu'il y a, par exemple en Egypte, des hôpitaux français où exercent des médecins français. Nous désirons que ces médecins puissent conserver la nationalité française et, par réciprocité, nous demanderons au Gouvernement, par conventions diplomatiques, d'autoriser le même nombre de médecins égyptiens, je suppose, à exercer en France.

M. le général STUHL.— Il y en a dans les hôpitaux.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE L'ENSEIGNEMENT. — Mais oui. Partout ailleurs on n'autorise les médecins français qu'à condition qu'ils se fassent naturaliser.

M. LABROUSSE. — Le médecin-chef de l'hôpital français de Londres était jadis un Turc.

M. Joseph CAILLAUX. — Oui, mais en Egypte, il y a des médecins français qui rehaussent le nom français.

M. Albert SARRAUT. — Et le médecin-chef de l'hôpital français en Turquie est un Français.

M. Dominique DELAHAYE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Dominique DELAHAYE.

M. Dominique DELAHAYE. — J'ai fait lire à M. le rapporteur, le docteur Dentu et à M. le docteur Chauveau, la lettre du président du groupement des médecins d'Angers, lequel se préoccupe de ce qu'à partir de la fin de leurs études, les étrangers ne font pas de service militaire et, par conséquent, gagnent immédiatement, pour s'établir, une avance appréciable sur les médecins français.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — La question est visée dans un article suivant.

M. Dominique DELAHAYE. — Permettez-moi de continuer !... M. le rapporteur m'ayant dit que la loi donne satisfaction aux *desiderata* du président du groupement des médecins d'Angers, médecin et chirurgien, mes compatriotes, qui m'ont empêché de mourir — et pour qui j'ai une profonde reconnaissance — sauront que je n'ai pas abandonné leur cause au Sénat.

C'est uniquement pour permettre à M. le rapporteur de les tranquilliser que je suis monté à la tribune.

M. LE RAPPORTEUR. — M. Delahaye trouve tout apaisement dans l'article premier aux termes duquel « nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est citoyen ou sujet français, ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France. »

Cette disposition donne satisfaction aux médecins d'Angers.

M. Dominique DELAHAYE. — Je vous remercie pour eux, monsieur le rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT. — S'il n'y a pas d'autres observation sur l'article 1er, je le mets aux voix.

(L'article 1er est adopté).

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 2. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront le doctorat d'Etat français, devront justifier des titres initiaux requis pour s'inscrire au diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et subir les examens probatoires.

« Ils ne pourront, en aucun cas, obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années.

« Les étrangers, munis du diplôme d'Université française, mention médecine, seront astreints aux mêmes conditions sauf en ce qui concerne la scolarité et les examens.

« Pour eux, la dispense de scolarité pourra être étendue à quatre ans ; de même des dispenses des examens pourront leur être accordées, sans toutefois qu'en aucun cas elles portent sur l'anatomie, la physiologie et les cliniques. »

Par voie d'amendement, M. Armbruster propose de rédiger comme suit la fin du premier alinéa de cet article :

« ... devront justifier des titres initiaux requis pour s'inscrire au diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, sans qu'aucune équivalence puisse être accordée, et subir les examens probatoires. »

M. ARMBRUSTER. — D'accord avec M. le président de la commission et avec M. le rapporteur, je retire mon amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement est retiré.

S'il n'y a plus d'autre observation sur l'article 2, je le mets aux voix.

(L'article 2 est adopté).

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 3. — Il ne sera accord aux étudiants étrangers postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine aucune dispense d'examens de scolarité, en vue de leur instruction dans les facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

« Chaque année, des étudiants roumains ou mauriciens, inscrits en vue du titre de docteur d'Université, mention médecine, et ayant subi avec succès les épreuves des derniers examens de fin d'année d'études médicales et les examens cliniques, peuvent être autorisés, par décision ministérielle

prise après avis d'une commission spéciale, à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

« Le nombre des bénéficiaires de cette dispositions ne pourra pas dépasser dix pour l'ensemble de ces facultés.

« Les étudiants de nationalité étrangère ne peuvent pas postuler les diplômes d'Etat de docteur en médecine s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ces diplômes d'Etat. »

M. le général STUHL. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Stuhl.

M. le général STUHL. — Messieurs, je voudrais demander à M. le rapporteur ce qui a pu décider la commission à fixer le chiffre des bénéficiaires de cette disposition à 10. Actuellement en France une grande quantité d'étrangers exercent la médecine, notamment des Roumains qui prennent les places de nos enfants, lesquels, après la fin de leurs études, ne gagnent pas de quoi vivre. A quoi correspond ce chiffre de 10 ? Correspond-il à un chiffre analogue d'étudiants français que nous pourrions envoyer chez eux ou est-ce simplement un chiffre quelconque? Je ne vois pas la raison de ce chiffre.

A mon avis, pour ces étudiants roumains, ou mauriciens, la seule chose à faire est de demander une réciprocité. Si des médecins français vont chez eux, qu'on laisse venir ici le même nombre de médecins de leur nationalité, mais pas plus !

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — En ce qui concerne le chiffre 10, je regrette que M. le ministre de l'instruction publique ne soit pas là. Il vous donnerait lui-même l'explication. J'ai pris ce chiffre dans son arrêté.

Si vous voulez bien vous le rappeler, lorsque la discussion est venue ici en première lecture, la commission vous proposait une dispense pour 20 étudiants roumains, mais à l'entrée de leurs études et pour le doctorat d'Etat. L'Académie de médecine a été saisie de la question. Elle peut bien, je crois, dire également son mot sur cette affaire ! Elle a demandé qu'on ramène le chiffre à 15. Le ministre, dans son arrêté du 22 juillet, a fixé le chiffre de 10.

Je vous prie de le remarquer, mon cher collègue, la question est complètement changée. Les Roumains qui veulent faires leurs études de médecine sont obligés maintenant de produire, à l'entrée de ces études, le baccalauréat, comme tous les étudiants. Mais l'arrêté du ministre vise les Roumains qui commencent leurs études en vue du diplôme d'université. Lorsqu'ils auront fini leurs études, après avis d'une commission spéciale et d'après leurs notes d'examen, le ministre pourra les autoriser à passer leur thèse de doctorat d'Etat.

Il y a quelque chose de très acceptable dans cette disposition. En effet, admettons, à la grande rigueur, que ces Roumains restent en France, ils ne seront que 10 au plus. Il est d'ailleurs vraisemblable que, sur ces dix, plusieurs retourneront dans leur pays.

M. le général STUHL. — En tout cas il y en a eu un très grand nombre en France.

M. LE RAPPORTEUR. — Certes, mais le texte de la proposition de loi fait disparaître la faveur considérable dont jouissaient les Roumains. Cependant, je l'ai dit lors de la première discussion, nous ne faisons pas une loi pour brimer les étrangers. Aussi je demande au Sénat de ratifier la disposition que vous propose la commission en faveur de dix Roumains.

M. Jean DURAND. — Il s'agit de dix tous les ans ?

M. LE RAPPORTEUR. — Et pour toutes les facultés.

M. FRANÇOIS-SAINT-MAUR. — En résumé, la disposition vise dix Roumains et Mauriciens tous les ans et pour toutes les facultés.

M. LE RAPPORTEUR. — La question ne joue pas pour les Mauriciens, car je crois savoir qu'il y avait quatre étudiants mauriciens contre 560 étudiants roumains à la faculté de médecine. Le corps médical français ne court donc aucun risque en accordant cette faveur à dix étudiants roumains.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le président de la commission.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Permettez-moi, messieurs, d'ajouter un mot pour tranquilliser notre collègue M. le général Stuhl. Depuis un temps immémorial — nul n'a pu en fixer la date — il y avait équivalence entre le baccalauréat mauricien anglais, le baccalauréat roumain et le baccalauréat français en ce qui concerne l'entrée dans les facultés de médecine. Lorsque, à la demande de la commission, vous avez voté l'article précédent, il était entendu que la situation dont on se plaignait devait prendre fin pour tout le monde. Mais puisque, en vertu de traités anciens, il y avait équivalence dans ce cas particulier, il aurait fallu dénoncer ces traités et décider que cette équivalence ne jouerait plus. Pour éviter d'en arriver à ce moyen extrême qui pouvait gêner les Mauriciens, lesquels ont une éducation et une mentalité quelque peu françaises en raison de leurs origines...

M. LÉMERY. — C'est une ancienne colonie française, où toute la population parle français.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — ... on est revenu, d'accord avec le gouvernement roumain, à cette formule, que le chiffre considérable de ces équivalences, puisqu'il n'y a en avait 500, serait réduit à 10. Il n'y a pas lieu de supposer que ces dix candidats au doctorat d'Etat qu'on va accepter constitueront un péril, dans les facultés de médecine, pour les étudiants français.

M. LÉMERY. — Evidemment !

M. le général STUHL. — Mais il n'y a pas réciprocité.

M. LE PRÉSIDENT. — Par voie d'amendement, M. Guillois, M. le général Stuhl et M. Rolland pro-

posent d'ajouter à cet article la disposition suivante :

« Les étudiants en médecine étrangers ne pourront faire de remplacement. »

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le président de la commission.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Messieurs, la commission n'a pas accepté cet amendement. Il ne présenterait une certaine importance, en effet, que si la situation que nous voulons faire disparaître devait continuer à exister. Le nombre des jeunes gens appartenant à des nationalités étrangères et appelés à faire des remplacements, pourrait, en ce cas, être considérable. Mais avec les conditions que vous imposez désormais à tous les étudiants français et étrangers, le nombre des étudiants en médecine étrangers sera tellement réduit que, réellement, il ne peut pas y avoir péril en ce qui concerne les remplacements.

M. le général STUHL. — C'est entendu, mais enfin ils prennent tout de même un certain nombre de places.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Dix par an pour l'ensemble de la France.

M. LÉMERY. — C'est insignifiant.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — La commission, en conséquence, vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le géuéral STUHL. — Je le maintiens.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'amendement de MM. Guillois, Stuhl et Rolland, repoussé par la commission.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — S'il n'y a plus d'autre observation sur l'article 3, je le mets aux voix.

(L'article 3 est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 4. — Les diplômes de tous les docteurs en médecine exerçant actuellement en France devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois. » — (Adopté.)

« Art. 5. — Les fonctions de médecins et experts des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titres, ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels depuis cinq ans.

« Ce délai ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires en 1914, auront servi dans l'armée française pendant la durée de la guerre. »

M. LABROUSSE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Labrousse.

M. LABROUSSE. — Le délai de cinq ans s'applique aux naturalisés, je pense, et non pas aux docteurs en médecine français ?

M. LE RAPPORTEUR. — Nous sommes d'accord.

M. LE PRÉSIDENT. — S'il n'y a pas d'autre observation, je mets aux voix l'article 5.

(L'article 5 est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 6. — La naturalisation française ne sera pas exigée des médecins exerçant régulièrement leur profession en France le jour de la promulgation de la loi et qui seront alors munis du diplôme d'État de docteur en médecine ou des étudiants qui seront en cours régulier d'études en vue de ce diplôme. » — (Adopté.)

« Art. 7. — Cinq ans après la promulgation de la présente loi, nul ne pourra prendre d'inscription dans une faculté de médecine, s'il n'est pourvu du baccalauréat de l'enseignement classique latin-grec. »

Il y a sur cet article deux amendements.

Le premier, présenté par M. Le Gorgeu, propose au Sénat de remplacer en tête de l'article 7, les mots « cinq ans » par « six ans ».

La parole est à M. Le Gorgeu.

M. LE GORGEU. — Messieurs, je viens d'entendre l'exposé de M. le président de la commission de l'enseignement. Il vous a expliqué que, si la commission a prévu un délai de cinq ans, c'est pour permettre au jeune homme qui veut se faire médecin de commencer les études grecques à partir de la quatrième.

Or, si l'on veut bien compter les années qui vont précéder l'inscription à l'école de médecine, nous trouvons la quatrième, la troisième, la seconde, la première, la philosophie et le P. C. N., les inscriptions du P. C. N. se prenant dans les facultés des sciences et non pas dans les facultés de médecine. Par conséquent, puisque le but poursuivi par la Commission de l'enseignement est de permettre à tout jeune homme dans ce cas de commencer l'étude du grec à partir de la quatrième, je crois logique de mettre six ans au lieu de cinq ans.

M. LE RAPPORTEUR. — La commission accepte l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — Avant de mettre aux voix l'amendement de M. Le Gorgeu, accepté par la commission, je rappelle que, par voie d'amendement, M. Debierre propose au Sénat la rédaction suivante :

« A partir de la promulgation de la présente loi, nul ne pourra prendre d'inscriptions dans une faculté de médecine s'il n'est pourvu du baccalauréat de l'enseignement classique (latin-grec). »

Cette proposition étant en opposition avec celle de M. Le Gorgeu, je donne la parole à M. Debierre.

M. DEBIERRE. — Un délai de six ans me paraît exagéré. Actuellement, de la sixième jusqu'à la première, il y a six ans...

M. LE GORGEU. — Mais il y a, en plus, le P. C. N

M. DEBIERRE. — Permettez, je parle de l'enseignement secondaire. A l'heure présente, les élèves qui suivent les études secondaires ont cet avantage d'avoir la gratuité dans les collèges et les lycées. Je réponds ceci en pensant à ceux qui prétendent que les élèves de l'école primaire bien doués ne peuvent espérer avoir l'accès à l'enseignement secondaire classique, et ultérieurement à l'enseignement supérieur.

Mais pourquoi exiger un délai de six ans ? Ce délai, à mon avis, est trop long. Au début, je voulais le délai de quatre ans, car j'estime qu'en quatre années un élève studieux, intelligent, peut franchir

très aisément les étapes pour arriver au baccalauréat classique. A la demande de la commission, j'ai consenti à accepter une année supplémentaire. Un de nos collègues demande une année de plus, c'est-à-dire de porter le délai à six ans. C'est excessif.

Et pour terminer, laissez-moi dire qu'on a depuis vingt ans, commis une erreur fondamentale en matière d'enseignement. On a multiplié à l'excès les spécialités, et, après avoir commis cette imprudence dans l'enseignement secondaire, on l'a continuée dans l'enseignement supérieur. Il faudrait en revenir, croyez-moi, à l'ancien régime, où il n'y avait qu'un baccalauréat, le baccalauréat classique, qui comprenait à la fois le latin, le grec et le français. Le grec et le latin, c'est la matrice du français. Voilà le trépied fondamental sur lequel doit s'asseoir une culture à la fois littéraire et scientifique, qui permette l'accès de toutes lesprofessions libérales, aussi bien du droit que de la médecine, des sciences que des lettres.

Il faudrait, à un moment donné des études secondaires, accepter une bifurcation et permettre à ceux qui ont des aptitudes spéciales, ou dont la famille désire l'orientation du côté des sciences ou du côté des lettres, de se diriger vers la culture scientifique ou vers la culture littéraire.

Actuellement, l'enseignement classique est submergé par l'autre, à telles enseignes qu'on ne trouve plus ni licenciés ès lettres ni professeurs pour enseigner le grec et le latin dans nos collèges et nos lycées.

Si l'on continue les errements actuels, vous vous enfoncerez plus encore dans la décadence, en ramenant l'enseignement secondaire à un enseignement primaire plus ou moins supérieur.

C'est le mécanisme tout entier qui est à remanier. Je n'insiste pas là-dessus et ne crois pas devoir préconiser un chiffre plutôt que l'autre. Entre cinq ou six ans, si le Sénat préfère six ans, je suis tout prêt à m'incliner.

M. Le Gorgeu. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Le Gorgeu.

M. Le Gorgeu. — Pour donner satisfaction à M. Debierre, il est indispensable de prévoir six ans. Qu'a demandé M. Debierre ? Que les jeunes gens qui vont entrer en quatrième après la promulgation de la loi puissent faire leurs études de médecine. Il n'y a qu'à compter : quatrième, troisième, seconde et première, soit quatre ans pour arriver à la première année de baccalauréat. Vient ensuite l'année de philosophie pour obtenir la deuxième partie ; puis, l'année du P. C. N. Avec six ans, M. Debierre reçoit donc toute satisfaction.

M. Debierre. — Je n'avais visé que la première partie du baccalauréat.

M. le Président. — Dans ces conditions, je mets aux voix l'amendement de M. Le Gorgeu qui consiste à substituer les mots « six ans » à ceux de « cinq ans ».

(L'amendement est adopté.)

M. François-Saint-Maur. — Mais dans le texte, il s'agit bien de la première inscription ?

M. le Rapporteur. — Parfaitement !

M. François-Saint-Maur. — Je vous remercie, mais ce n'est pas spécifié dans le texte.

M. Camille Blaisot, *ministre de la santé publique.* — Peut-être vaudrait-il mieux le dire.

M. le Rapporteur. — En effet, monsieur le président, il nous paraît préférable de préciser dans le texte qu'il s'agit de la première inscription, en disant: « ... nul ne pourra prendre la première inscription dans une faculté de médecine... »

M. le Président. — La commission propose de rédiger comme suit l'article 7 :

« Six ans après la promulgation de la présente loi, nul ne pourra prendre la première inscription dans une faculté de médecine, s'il n'est pourvu du baccalauréat de l'enseignement classique latin-grec. »

Je mets ce texte aux voix.

(Ce texte est adopté.)

M. le Président. — A la fin de l'article viendrait un amendement de M. Armbruster, ainsi conçu :

« Ajouter à cet article la disposition suivante :

« Aucune équivalence ne pourra être accordée. »

M. Armbruster. — Monsieur le président, je retire mon amendement.

M. le Président. — L'amendement est retiré.

Je mets aux voix l'article 7.

(L'article 7 est adopté.)

M. le Président. — « Art. 8. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures, en particulier celles de la loi du 30 novembre 1892, qui sont contraires aux dispositions de la présente loi. » — (Adopté.)

Je vais mettre aux voix l'ensemble de la proposition de loi.

M. Jean Durand. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Jean Durand.

M. Jean Durand. — Je remarque que dans la proposition de loi il n'est question que des étudiants en médecine. Il doit être entendu que la loi s'applique aux étudiants et aux étudiantes.

M. Labrousse. — On pourrait en douter en effet puisqu'il est question dans le texte des citoyens français.

M. le Président. — S'il n'y a pas d'autre observation, je mets aux voix l'ensemble de la proposition de loi.

(La proposition de loi est adoptée.)

M. le Président. — La commission propose de modifier comme suit l'intitulé de la loi : « Proposition relative à l'exercice de la médecine. »

Il n'y a pas d'opposition ?...

Il en est ainsi ordonné.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique Baudelocque** (Prof. Couvelaire). — 1° *Conférences de pathologie obstétricale* (du 1er février au 19 mars 1931). — M. Laennec : Technique générale de l'accouchement et de la délivrance. — M. Digonnet : Diagnostic de la gestation pendant les premiers mois. — M. Seguy : Complications au cours de la période de délivrance. — M. Laennec : Avortement. — M. Cleisz : Hydramnios. — M. Lacomme : Môle vésiculaire. — M. Le Lorier : Infections de l'appareil urinaire pendans la gestation et la puerpéralité. — M. Cleisz : Albuminurie, hypertension, rétention azotée, rétention chlorurée au cours de la gestation. — M. Anchel-Bach : Eclampsie à forme convulsive. — M. Desnoyers : Eclampsie à forme hémorragique (apoplexies utérine et utéro-placentaire). — M. Digonnet : Vomissements graves. — M. Vignes : Pathologie de la contraction utérine. — M. Ravina : Anomalies de la dilatation du col utérin. — M. Desnoyers : Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — M. Desnoyers : Diagnostic des viciations pelviennes. — M. Desnoyers : Thérapeutique des viciations pelviennes. — M. Seguy : Anomalies de situation de l'utérus gravide. — M. Ravina : Examen du placenta. — M. Lévy-Solal : Glycosurie et diabète pendant la gestation. — M. Devraigne : Ruptures utérines. — M. Levant : Formes cliniques des infections puerpérales. — M. Levant : Traitement des infections puerpérales. — M. Ravina : Gestations multiples. — M. Lacomme : Tuberculose et fonction de reproduction. — M. Béclère : Gonococcie et fonction de reproduction. — M. Rudaux : Syphilis ovulaire. — M. Pinard (Marcel) : Syphilis et fonction de reproduction (diagnostic clinique et sérologique ; prophylaxie et traitement).

2° *Conférences sur la physiologie et la pathologie du nouveau-né.* — M. Lacomme : Les causes essentielles de la mortalité infantile. Prophylaxie des morts fœtales pendant la gestation. — M. Lacomme : Prophylaxie des morts fœtales au cours de la parturition. Traumatismes fœtaux. — M. Anchel-Bach : Mort apparente du nouveau-né. — M. Aurousseau : Indications opératoires chez les nouveau-nés. — M. Lacomme : Prophylaxie des causes de mort après la naissance physiologique du nouveau-né. — M. Powilewicz : Allaitement au sein des enfants normaux et prématurés. — M. Chabrun : Allaitement artificiel. — M. Chabrun : Infections du nouveau-né et du nourrisson.

3° *Deux conférences sur l'osbtétricie sociale*, par M. Couvelaire.

4° *Conférences et travaux pratiques sur les opérations obstétricales*, sous la direction de M. Portes, agrégé, accoucheur des hôpitaux.

Ces conférences auront lieu tous les après-midi à 14 h. 30. Elles comprendront des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

M. Portes : Indications des applications de forceps. — M. Laennec : Forceps dans les variétés directes (O. P., O. S.). — M. Lepage : Forceps dans les variétés obliques antérieures. — M. Lepage : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — M. Lepage : Forceps dans les présentations de la face et du front. — M. Merger : Présentation du siège et extraction. — M. Merger : Présentation de l'épaule et version par manœuvres internes. — M. Mayer : Basiotripsie. — M. Mayer : Embryotomie rachidienne. — M. Sureau : Dilatation artificielle du col. — M. Portes : Hystérectomies par voie vaginale. — M. Portes : Césariennes corporéales. — M. Portes : Césarienne basse. — M. Portes : Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. — M. Portes : Hystérectomies intra- et post-partum. — M. Desnoyers : Pelvitomies. — M. Digonnet : Délivrance artificielle. Traitement de l'inversion utérine. — M. Portes : Réparation des déchirures vaginales, périnéales et cervicales. — M. Portes : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition. — M. Portes : Chirurgie des gestations ectopiques. — M. Seguy : Chirurgie de la stérilité.

— **Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques.** (Professeur Maurice Villaret.) — *Enseignement clinique d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. Centre d'hydrologie et climatologie des hôpitaux de Paris* (Hôpital Necker, salle Delpech.) — Ce cours commencera le lundi 1er février 1932, et sera fait avec la collaboration de MM. Hagueneau et Paraf, médecins des hôpitaux ; Bith, assistant du service ; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté ; Brin et Saint Girons, anciens chefs de clinique à la Faculté ; Justin-Besançon, chef de clinique et chef du laboratoire d'hydrologie à la Faculté ; Wahl et Jean Bourgeois, chefs de clinique à la Faculté ; Even, ancien interne des hôpitaux ; Cachera, interne des hôpitaux, et Quirin.

Programme des leçons. — Tous les matins, de 11 h. 30 à 12 h. 30, leçon au lit du malade. Tous les jours de la semaine, de 14 à 15 heures, leçon avec présentation de malades sur les sujets suivants : Les indications créno-climatothérapiques dans : Les maladies du foie (Lundi 1er février) ; Les maladies de l'estomac (Mardi 2 février) ; Les maladies des voies biliaires (Mercredi 3 février) ; Les maladies du rein (Jeudi 4 février) ; Les maladies du nez, de la gorge et des oreilles (Vendredi 5 février) ; La tuberculose (Samedi 6 février) ; Les maladies des enfants (Lundi 8 février) ; Le diabète (Mercredi 10 février) ; Les maladies du cœur (Jeudi 11 février) ; Les maladies de l'intestin (Vendredi 12 février) ; Les maladies du poumon (Samedi 13 février) ; La dermato-vénéréologie et la gynécologie médicale (Lundi 15 février) ; Les maladies du système nerveux central (Mardi 16 février) ; L'obésité, la goutte, les rhumatismes (Mercredi 17 février) ; Les maladies du système nerveux périphérique (Jeudi 18 février) ; Les maladies des vaisseaux (Vendredi 19 février).

— **Thèses.** — Lundi 18 janvier. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Portes, Quenu. — M. Cohen Delors : La dilatation du col de l'utérus sous rachi-anesthésie. — M. Fécan André : L'étude de la senestra position du gros intestin avec dextroposition du grêle par arrêt de torsion de l'anse intestinale embryonnaire. — M. Padovani Paul : L'arthrite chronique déformante de la hanche.

Mercredi 20 janvier. — Jury : MM. Léon Bernard, Lemierre, Loeper, Philibert. — M. Delie Pierre : Contribution à l'étude de l'aménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires. — M. Vaudour Pierre : L'étude des pleurésies survenant au cours de la tuberculose pulmonaire chronique ; valeur pronostique. — M. Grimberg Ladislas : Etude du bactériophage antityphique.

— M. Sufrin Bernard : Etude de l'engraissement des tuberculeux pulmonaires par le fenugrec.

Jeudi 21 janvier. — Jury : MM. Bezançon, Carnot, Lenormant, Moure. — M. Tran Van Ninh : Au sujet de quelques observations concernant certaines manifestations dites arthritiques. — M. Augereau Pierre : La stase intestinale chronique, étude clinique, thérapeutique. — M. Roger-Roy : Essai de traitement de l'ictère dit « catarrhal » par le drainage médical des voies biliaires. — M. Arnauld Paul-Marie : Sur une modification dans le procédé antéfuniculaire de la cure radicale des hernies inguinales.

Thèses vétérinaires. — Jeudi 21 janvier — Jury : MM. Rathery, Tanon, Robin, Maignon, Nicolas, Dechambre, Vergé. — M. Lafaye : Tension artérielle du cheval et du chien. — M. Martin : Diagnostic rachiesthésique en médecine vétérinaire. — M. Gaultier : Les rapports du vétérinaire avec la production laitière.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital des Enfants-Assistés.** — M. le Dr Marcel Lelong, médecin des hôpitaux, fera à la clinique Parrot, à 10 h. 3/4, les leçons suivantes :

Lundi 15 février 1932 : Les formes mortelles de la tuberculose du nourrisson. — Lundi 22 février 1932 : La prophylaxie actuelle de la tuberculose du nourrisson.

— **Hôpital Lariboisière.** *Gynécologie médicale.* — MM. Jean Séguy et J.-E. Marcel commenceront, le 18 février 1932, un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Ce cours comprendra 6 leçons de 2 heures chacune : cours théorique et travaux pratiques.

Prière de s'inscrire dans le service de M. Devraigne, à la Maternité de Lariboisière. Le nombre d'inscriptions est limité.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste.** — Sont désignés comme membres du jury du prochain concours d'oto-rhino-laryngologie : MM. Bourgeois, Grivot, Baldenweck, Lemaître, Halphen, Hercher, Rouhier.

*Censeurs* : MM. Bloch, Ramadier.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Dévoilement de l'anonymat. — *Electrologie.* — Ont obtenu : MM. Devois, 9 ; Huet, 8 ; Kimpel, 5 ; Nadal, 7 ; Piffaut, 5 ; Stuhl, 7 ; Surmont, 7.

*Radiodiagnostic.* — Ont obtenu : MM. Devois, 11 ; Huet, 11 ; Kimpel, 9 ; Nadal, 11 ; Piffault, 7 ; Stuhl, 8 ; Surmont, 11.

*Radiothérapie.* — Ont obtenu : MM. Devois, 13 ; Huet, 11 ; Kimpel, 5 ; Nadal, 9 ; Piffault, 9 ; Stuhl, 10 ; Surmont, 8.

— **Hôpital Bichat-Annexe.** — *Service des consultations.* — Commission de classement des candidats aux postes de médecins chargés de consultation de médecine générale et de médecine infantile de l'annexe de l'hôpital Bichat. Sont désignés : MM. Lemierre, Boidin, Vallery-Radot, Chiray, Flandin, Darré, Babonneix, Moreau.

— **Mutations dans les services de médecine.** — 1° A l'hôpital Saint-Antoine (Docteur Bensaude, limite d'âge), M. le Docteur Félix Ramond, de l'hôpital Saint-Antoine ; à l'hôpital Saint-Antoine (service du Dr F. Ramond), M. le Docteur M.-P. Weill, de la Maison de santé ; à la Maison de santé (service du Docteur M.-P. Weill), M. le Docteur Gautier, de l'hôpital Andral (service fermé).

2° A l'Hôtel-Dieu (Docteur Rathery, nommé professeur de clinique médicale à la Pitié), M. le Docteur Sainton, de l'Hôtel-Dieu ; à l'Hôtel-Dieu (service du Docteur Sainton), M. le Docteur Baudouin, de l'hôpital Laennec : à l hôpital Laennec (service du Docteur Baudouin), M. le Docteur René Bénard, de l'hôpital Andral (service fermé).

3° A l'hôpital Beaujon (Docteur de Massary, limite d'âge), M. le Docteur Harvier, de l hôpital Beaujon ; à l hôpital Beaujon (service du docteur Harvier), M. le Docteur Troisier, de l'hôpital Bichat ; à l'hôpital Bichat (service du docteur Troisier), M. le Docteur Flandin, de l'hôpital Broussais ; à l'hôpital Broussais (service du Docteur Flandin), M. le Docteur Marchal, titularisé.

4° A l'hôpital Trousseau (Docteur Papillon, limite d'âge), M. le Docteur Paisseau, de l'hôpital Hérold ; à l'hôpital Hérold (service du Docteur Paisseau), M. le Docteur Milhit, de l'hôpital Tenon ; à l'hôpital Tenon (service du Docteur Milhit), M. le Docteur May, de l'hôpital Tenon ; à l'hôpital Tenon (service du Docteur May), M. le Docteur Rouillard, de l'hospice Debrousse ; à l'hospice Debrousse, M. le Docteur Cathala, titularisé.

5° A l'hôpital Bichat (1er service nouveau), M le Docteur Vallery-Radot, de l'hospice de Bicêtre ; à l'hospice de Bicêtre (division du service du Docteur Vallery-Radot en deux parties) : *a*) 1er service, M. le Docteur Moreau, de l'hospice d'Ivry ; à l'hospice d'Ivry (service du Docteur Moreau) M. le Docteur Jacob, titularisé ; *b*) 2e service, M. le Docteur Alajouanine, titularisé.

6° A l'hôpital Bichat (2e service nouveau), M. le Docteur Chiray (de la Maison de retraite de la Rochefoucauld) ; à la Rochefoucauld, M. le Docteur Tinel, de la Charité ; à l'hôpital de la Charité (service du Docteur Tinel), M. le Docteur Henri Bénard, titularisé.

7° A l'hôpital Cochin (Docteur Pissavy, décédé), M. le Docteur Ameuille, de l'hôpital Tenon ; à l'hôpital Tenon (service du docteur Ameuille), M. le Docteur Pruvost, de l'hospice de la Salpêtrière ; à l'hospice de la Salpêtrière (service du Docteur Pruvost), M. le Docteur Léon Kindberg, titularisé,

8° A l'hôpital Saint-Louis (Docteur Lortat-Jacob, décédé), M. le docteur Touraine, de l'hôpital Broca ; à l'hôpital Broca (service du Docteur Touraine), M. le Docteur Weissenbach, de l'hôpital Broca ; à l'hôpital Broca (service du docteur Weissenbach), M. le Docteur Tzanck, titularisé.

9° A l'hôpital Necker Docteur Heuyer ; à la consultation de psychiatrie de Vaugirard, M. le Docteur Binet, de l'Institution Sainte-Périne ; à l'Institution Sainte-Périne, M. le Docteur Jacquet, de l'hospice de Bicêtre ; à l'hospice de Bicêtre (service du Docteur Jacquet), M. le Docteur Etienne Bernard, titularisé.

10° A l'hospice de Bicêtre (Docteur Feuillié, décédé), M. le Docteur de Gennes, titularisé,

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr CASTRO, de Saint-Jean-Cap-Ferrat ; du Dr RÉMOND, de Metz, professeur de clinique médicale à la Faculté de Toulouse ; du Dr CORDIER, de Souvigny (Allier) ; du Dr GIRARD, d'Ivry-sur-Seine ; du Dr LABORDE, de Toulouse ; du Dr SCHOTT, de Strasbourg ; du Dr Victor GIROD, d'Annecy ; du Dr WILSON-PRÉVOST, médecin de l'hôpital américain de Neuilly ; du Dr Georges VINOT, de Juvisy (Seine-et-Oise), victime du devoir professionnel ; du Dr HUGUES, d'Alger.

— **Académie de médecine.** *Bureau de* 1932. — Président, M. Meillère ; vice-président, M. Souques ; secrétaire général, M. Achard ; secrétaire annuel, M. Renault; trésorier, M. Hanriot. Membres du Conseil d'administration : MM. Balthazard, Siredey, Hartmann.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** *Bureau pour* 1932. — Le bureau de la Société médicale des hôpitaux pour 1932 est ainsi constitué :

M. le Prof. Marcel Labbé, président ; M. le Dr Apert, vice-président ; M. le Dr Rivet, secrétaire général ; MM. les Drs Coste et Decourt, secrétaires annuels.

— **Musée pédagogique** (41, rue Gay-Lussac, Paris). — *Cours normaux gratuits pour la préparation du personnel spécialisé des écoles de plein air.* — 11 février, 16 heures, Prof. EMMANUEL : L'éducation physique en E. P. A. avec un matériel de fortune ; 17 heures, Docteur PÉPY : Nécessité de surveiller constamment la température des pupilles. — 10 mars, 16 heures, Mlle POISSONNIER : Les classes aérées dans le département de la Seine ; 17 heures, Docteur ARMAND-DELILLE : Rôle de l'air et du soleil dans la croissance. — 24 mars, 16 heures, Docteur VIBOREL : Lutter contre la tuberculose est un bon calcul ; 17 heures, Prof. LEMONIER : Prolongation de la propagande par les pupilles. — 14 avril, 16 heures, Prof. LEMONIER : Le travail manuel utilitaire en E. P. A. 17 heures, Docteur ARMAND-DELILLE : L'alimentation, l'hydrothérapie, les exercices physiques. — 28 avril, 17 heures : La contagion tuberculeuse à l'âge scolaire. Méthodes de prophylaxie. — 12 mai, 16 heures, Prof. LEMONIER : Comment créer une E. P. A. Terrain, bâtiments, budget d'établissement et de fonctionnement. Subventions ; 17 heures : Distinctions essentielles entre écoles de plein air et colonies de vacances. — 26 mai, 16 heures : Les organisations post-scolaires contre la tuberculose.

— **Hygiène sociale.** — Un cours libre, autorisé par le Conseil de l'Université de Paris, cours ayant pour objet : « La lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race », sera fait par M. SICARD DE PLAUZOLES, professeur au Collège libre des sciences sociales et directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Ce cours aura lieu à la Sorbonne, les mardis (amphithéâtre Milne-Edwards) et samedis (amphithéâtre Edgard-Quinet), à 17 h. 30, du 12 janvier au 19 mars 1932.

PROGRAMME DU COURS DE 1932. — Mardi 2 février : L'hérédité alcoolique, la défense de la race contre l'alcool, prophylaxie de l'alcoolisme chez l'enfant. — Samedi 6 : Les malades vénériennes : La syphilis. — Samedi 13 : La syphilis héréditaire et la famille syphilitique. — Mardi 16 : Les maladies vénériennes : l'infection gonococcique. — Samedi 20 : Causes de propagation des maladies vénériennes : la prostitution. — Mardi 23 : La défense sociale contre les maladies vénériennes. — Samedi 27 : La tuberculose : contagion, immunisation.

Mardi 1er mars : La tuberculose : hérédité. — Samedi 5 : La tuberculose : facteurs sociaux, défense sociale. — Mardi 8 : La folie et le crime : la défense sociale contre les fous et les criminels. — Samedi 12 : Le mariage : eugénique, eugénétique ; éducation sexuelle et génération consciente. — Mardi 15 : La maternité fonction sociale et le droit de l'enfant : la femme en gestation. — Samedi 19 : La maternité fonction sociale et le droit de l'enfant : l'allaitement maternel.

Ce cours est public et gratuit. Des résumés, des tracts, des brochures, sont distribués aux auditeurs après les leçons.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Sicard de Plauzoles, 44, rue de Lisbonne, Paris, VIIIe.

— **Chemins de fer P.-L.-M.** — *Billets d'aller et retour de fin de semaine à prix réduit pour les stations de sport d'hiver des Alpes et du Jura.* — Il est délivré jusqu'au 31 mars 1932, par les gares de Paris P.-L.-M., Dijon-Ville, Besançon-Viotte, Besançon-Mouillère, Lyon, Saint-Etienne, Grenoble, Marseille, Genève Cornavin et Genève Eaux-Vives, pour les stations d'hiver des Alpes et du Jura, des billets d'aller et retour individuels d'excursion, comportant une réduction de 50 % sur le double du prix d'un billet simple.

Au départ de Paris et de Marseille, ces billets sont valables du vendredi à midi au mardi à midi ; au départ des autres gares du samedi à midi au lundi à minuit.

Toutefois, le voyage doit commencer à l'aller le dimanche au plus tard et au retour, le dimanche au plus tôt.

Les jours de fête légale sont assimilés aux dimanches.

Le voyageur muni d'un billet d'aller et retour d'excursion ne peut s'arrêter qu'aux gares intermédiaires pour lesquelles sont délivrés des billets de même nature ; il ne peut emporter, comme bagages, que du matériel de sport pour lequel il bénéficie d'une franchise de 20 kilogr.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
**R. C. Clermont 4264**
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

d'écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, en précisant les dates choisies. Il sera répondu gratuitement à toute demande de renseignements ou d'adhésions.

## AVIS AUX MÉDECINS

La loi française réservant aux seuls docteurs en médecine ayant dûment déposé leur diplôme d'Etat le droit de soigner les malades a été faite, nul ne doit l'oublier, pour protéger la santé publique. C'est au nom de la santé publique que nous devons en réclamer le respect, et d'abord l'observer nous-mêmes.

Or, l'Office qui fonctionne au Syndicat des médecins de la Seine pour la répression de l'exercice illégal a maintes fois constaté et souvent avec preuves fournies par la Caisse interdépartementale d'assurances sociales (nous l'en remercions sincèrement) que certains médecins adressent à des infirmiers ou masseurs les malades ayant besoins de soins curatifs électrothérapiques, tels que air chaud, haute fréquence et même rayons ultraviolets.

*Cela n'est pas admissible.*

Est-il besoin de rappeler que dans la pratique des accidents du travail, des traitements de ce genre, assez délicats pour figurer à la rubrique des spécialistes, ne sont autorisés qu'après accord entre médecin traitant et médecin contrôleur ? qu'ils sont plus « honorés » qu'une consultation ?

Les médecins ne disposant pas du temps ou des appareils nécessaires doivent dès lors de toute évidence adresser leurs malades (assurés ou clients ordinaires) à des confrères et non à des infirmiers ou masseurs. Les renvoyer à des infirmiers ou masseurs pour des soins tels qu'électrothérapie, piqûres intra-musculairees et surtout intra-veineuses, n'est pas seulement déprécier moralement et matériellement un acte médical, et donc contrevenir aux règles de la déontologie, c'est aussi accepter une lourde responsabilité en enfreignant la loi sur l'exercice de notre profession qui nous réserve l'acte médical et spécifie bien qu'il ne peut être exécuté par une autre personne que dans un cas d'urgence, ou en notre présence et sous notre responsabilité.

Ces remarques s'adressent plus particulièrement à quelques directeurs ou médecins de cliniques et de dispensaires, qui peuvent sciemment ou inconsciemment se faire les complices de l'exercice illégal.

*(Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine.)*

# CORRESPONDANCE

## Questions médico-militaires

### Droits à la Légion d'honneur

J'ai reçu au mois de décembre dernier, de la direction du service de santé d'O. un mémoire de proposition pour chevalier de la Légion d'honneur, papier sur lequel il m'était demandé de certifier l'exactitude de mes états de service (31 annuités et 10 mois à cause d'une citation et 1 blessure de guerre).

Pensez-vous que ce mémoire ait maintenant été transmis au ministère de la Guerre ?

Le Directeur du service de Santé résume-t-il l'ensemble des notes ou bien adresse-t-il ces notes en détail au ministère ? — car je me suis trouvé, au cours de la guerre, en très mauvaises relations avec un chef d'escadron et un colonel qui m'ont, paraît-il, salé, par esprit de vengeance, à la suite d'un affront public que je leur ai volontairement infligé, à ma très grande satisfaction momentanée.

Enfin dans combien de temps ai-je lieu d'espérer être inscrit au tableau de concours pour la Légion d'honneur ?

Dr X.

**Réponse.**

Tout officier réunissant les conditions d'ancienneté requises pour être proposé pour la Légion d'honneur, fait l'objet d'une enquête destinée à lui permettre de rectifier ses états de service au cas où ils seraient erronés, de les compléter, au cas où ils seraient incomplets. Il fait ensuite l'objet d'une première inscription sur un tableau établi par le corps ou service dont il dépend.

Pour un médecin, c'est la Direction du Service de Santé qui dresse ce tableau dans un ordre numérique déterminé par les mérites respectifs des candidats. Ce tableau résume évidemment les services de ceux-ci. Il va au corps d'armée où il est l'objet d'un premier remaniement. Des candidats apparaissant comme n'ayant pas de titres suffisants sont ajournés, des déplacements numériques peuvent se faire si les mérites respectifs ne sont pas appréciés exactement comme au premier échelon (Direction du S. S.) Les états de proposition sont ensuite envoyés au ministère de la Guerre, où ils sont l'objet d'une nouvelle révision de la part de la 7e Direction en ce qui concerne les médecins. Enfin, ils sont réunis en un tableau unique pour toute la France avant d'être envoyés au cabinet du Ministre qui statue en dernier ressort et arrête finalement le Tableau de concours qui est publié à l'Officiel.

L'essentiel, c'est de partir de la Direction régionale avec un bon rang. Donc, faire valoir auprès du Directeur tous les titres dont on bénéficie. Ensuite, par des démarches appropriées, faire

valoir également ces titres aux différents échelons, et finalement au Cabinet du Ministre.

Avec une sitation et une blessure de guerre, vous avez des chances d'être décoré un jour. Mais il m'est absolument impossible de vous donner un renseignement plus précis, parce que vous êtes en concurrence avec d'autres confrères dont je ne connais pas les titres .....

G. D.

### Remise de décoration

Vieil abonné du *Concours*, je vous serais reconnaissant de me donner quelques renseignements.

Promu tout récemment Chevalier de la Légion d'honneur au titre de médecin capitaine de réserve, j'ai reçu notification de la Direction du Service de Santé de la 1re région.

Reçoit-on un papier officiel de la Chancellerie? Dans quelles conditions se procure-t-on la décoration ?

La remise officielle de la Croix est-elle de rigueur ? Par qui peut-on la faire remettre ?

Dr L.

**Réponse.**

En vous félicitant de votre décoration, je m'empresse de vous informer que vous serez sans doute convoqué pour la recevoir selon les rites habituels, à la première prise d'armes qui aura lieu à cet effet, vraisemblablement au chef lieu du corps d'armée. En même temps, on vous demandera d'acquitter les droits de chancellerie pour le prix de la croix, qui sont, je crois, de 67 fr., 50 ... Vous n'aurez qu'à vous rendre en tenue à cette prise d'armes pour participer à cette solennité. Si vous préférez renoncer à ce cérémonial et vous faire décorer dans l'intimité, je crois que cela vous est possible. Vous n'avez dès lors qu'à le faire connaître à l'autorité qui vous avisera, en lui désignant le légionnaire que vous choisiriez comme parrain pour vous recevoir. La réception ayant eu lieu selon les rites habituels, un procès-verbal en serait dressé et renvoyé à la chancellerie. Vous pouvez porter le ruban rouge à partir de la promulgation de votre nomination à l'Officiel. Vous ne pouvez porter la Croix elle-même qu'après avoir été reçu, officiellement.

Informez-vous auprès de la Direction du Service de Santé dont vous relevez de la date éventuelle de la prise d'armes qui aura lieu pour la remise des décorations de janvier. On vous y confirmera sans doute ce que je viens de vous exposer.

G. D.

### 5882. — Droit à la médaille commémorative de la grande guerre

Quels sont les ayants droit de la Médaille commémorative de la Grande Guerre, de la Médaille de la re-

connaissance française, de la Médaille des Invasions et quelles sont les formalités à remplir par les ayants droit pour obtenir telle ou telle de ces médailles ?

Dr B.

**Réponse.**

Pour avoir droit à la Médaille commémorative française de la Grande Guerre (loi du 22 juin 1920) il suffit d'avoir été mobilisé, sans conditions de délai.

Aucune autorisation n'est nécessaire pour porter cette Médaille ; il suffit de pouvoir justifier des droits acquis.

Pour la Médaille de la Reconnaissance française, les demandes ne sont plus recevables depuis le 29 novembre 1929.

Quant à la Médaille des Evadés (c'est probablement d'elle que vous voulez parler « Médailles des Invasions »), les demandes ne sont plus recevables depuis le 30 juin 1928.

---

### 5924. — Promotion au grade de médecin lieutenant

Récupéré en 1917 service auxiliaire classe 1909, nommé immédiatement médecin auxiliaire du service x., je le suis resté. A cette époque en effet les médecins affectés dans le service x. bénéficiaient de cette fonction sans passer au galon de sous-lieutenant. Mais n'y a-t-il pas eu justement des médecins a qui on a proposé le galon et cette proposition n'entraîne-t-elle pas ipso facto le passage dans le service A. ?

Si ma situation actuelle, comme je le crois, est anormale, ma nomination au grade de sous-lieutenant, en supposant que je la sollicite, en acceptant de passer S. A., peut-elle avoir un effet rétroactif ?

Les périodes sont-elles indispensables pour passer de sous-lieutenant à lieutenant ?

Enfin dernière question : Actuellement S. X. je suis mobilisable jusque quelle année ? Si je passe officier, je suis mobilisable jusque quelle année ?

Dr X.

**Réponse.**

Votre nomination au grade de sous-lieutenant ne peut avoir d'effet rétroactif, sauf une bonification d'ancienneté de deux ou trois ans (ancien ou nouveau régime) pour vos années d'études. Il vous faudra ensuite effectuer une période d'instruction avant d'être promu au grade de lieutenant.

Classe 1909, vous serez libéré de toutes obligations militaires dans sept ans, à moins que, en qualité d'officier, vous ne demandiez à être maintenu dans les cadres.

Vous seriez, en principe, affecté à une formation de l'intérieur, puisque vous appartenez à la deuxième réserve.

---

### 6884. — Soins à un pensionné de guerre assuré social

Il m'arrive dans ma clientèle des malades pensionnés de guerre assujettis aux Assurances sociales. Ils se présentent avec leurs carnets de soins médicaux et leurs feuilles de caisse. Je fais l'ordonnance sur le carnet de soins (puisqu'ils viennent me consulter à propos de la maladie pour laquelle ils sont pensionnés), je mentionne sur la feuille d'assurances sociales qu'ils sont pensionnés. A la colonne ordonnance, je ne mentionne rien.

Le malade en partant me dit : Combien je vous dois ? je lui réponds comme assuré social de par notre Syndicat vous me devez 30 francs mais comme je détache un volet de votre carnet de soins qui vaut 15 fr. vous n'avez qu'à me donner 15 fr. Il me les donne et je note à la colonne de sa feuille de Caisse d'assurances sociales la mention « Payée ».

Ai-je le droit de faire cela ? voilà la question que je me permets de vous poser et à laquelle vous seriez bien aimable de me répondre. Dr B.

**Réponse.**

L'Etat assumant, par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie qui a motivé la pension des militaires, le médecin qui a accepté de soigner un pensionné de guerre aux frais de l'Etat (et cette acceptation résulte de l'usage que fait le médecin des feuilles du carnet de soins), n'a pas le droit de demander au pensionné une rémunération complémentaire.

Le fait que le pensionné est en même temps assuré social ne modifie en rien cette règle, l'article 51 de la loi des assurances sociales indiquant que les assurés malades ou blessés de guerre, qui bénéficient de la législation des pensions militaires, continueront de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 précité, suivant les prescriptions dudit article et des dispositions réglementaires qui en règlent l'application.

Vous n'avez donc pas le droit de demander aux pensionnés de guerre assurés sociaux la différence entre le prix de 15 francs, prix de la consultation allouée par le tarif des pensionnés et celui de 30 francs, prix du tarif syndical.

## Application du Tarif des accidents du travail

### 269. — Deux interventions le même jour mais non concomitantes

J'ai eu ces temps derniers dans mon cabinet un blessé du poignet à qui j'ai dû faire une hémostase par pinces à demeure (4 pinces) de l'huile camphrée et du sérum physiologique, j'ai dû en outre faire venir

le chirurgien voisin en consultation. En attendant son arrivée, j'ai gardé le blessé chez moi pendant 1 h. à 1 h. 30.

Combien puis-je demander à la Compagnie ?

Dr P.

**Réponse.**

*a*) Vous avez à compter « hémostase par pinces à demeure » : 40 fr. (art. 17) + injection de sérum physiologique : 20 fr. (art. 16). Ceci pour votre première intervention.

*b*) Pour l'intervention du chirurgien, celui-ci réclamera personnellement ses honoraires (art. 30), mais, si vous avez dû lui servir d'*aide* dans son opération, vous avez à demander à ce titre : 50 fr. (art. 11).

*c*) Quant à « l'attente » du chirurgien, alors que l'hémostase était faite, je ne vois pas que vous puissiez appliquer l'art. 6 sur la « surveillance prolongée » qui n'a lieu que « dans l'éventualité de complications menaçant la vie ».

Dr F. Decourt.

### 6883. — Radiographie prise de face et profil sous plâtre

*Radiographie.* — Il est dit au paragraphe 7 de l'article 26 (Tarif) : « Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré il sera perçu une somme de 30 fr. (20 fr. + 50 %) en rémunération.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché de la région.

Voici un exemple : Radiographie de jambe — *face* et *profil* — *sous plâtre.*

*Sans* plâtre le tarif est de 90 fr. ; *avec* plâtre j'ai toujours compté 90 fr + 60 fr. (car face et profil : 2 clichés = 30 × 2 = 60 fr.) = total 150 fr.

Pour la première fois une compagnie m'objecte que je ne dois compter que 30 fr. Je n'ai pas accepté : qui a tort ?

Dr D.

**Réponse.**

Vous avez à compter, tarif en main : 1° radiographie de jambe, face et profil = 60 + 50 % = 90 fr. ; 2° supplément pour prise sous plâtre : 30 fr. par cliché, soit pour 2 clichés = 60 fr., soit au total, 90 + 60 = 150 fr.

Et cela est évident, alors que la majoration de 30 fr. « s'entend pour *un seul cliché* de la région et deux épreuves » ainsi qu'il est dit à l'alinéa 2 de ce même article 26-VII. Vous avez eu à fournir en somme, deux clichés et 4 épreuves, et non plus un cliché et deux épreuves.

Dr F. Decourt.

## Application du Tarif des pensions militaires

### 6763. — A propos de la distance kilométrique

Je vous serai très obligé de me faire savoir si les

frais de déplacement, pour soins donnés aux mutilés de guerre, doivent être comptés du domicile du médecin au domicile du malade ?

J'ai établi ainsi une note d'honoraires :

— visite ........................... 15 fr.

— déplacement 20 km. (aller et retour).. 24.80

Or, la préfecture a réduit mon déplacement à 14 km. aller et retour et ramené les frais à 17fr. 36, alléguant que je dois compter les kilomètres de mon domicile à la Mairie du bourg et non de mon domicile à celui du malade ; qui a raison de nous deux ?

Dr P.

**Réponse.**

Il m'apparaît que la distance kilométrique est comptable du domicile du médecin au domicile du malade. On lit, en effet, à l'art. 64, alinéa 3 : « l'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance entre le *domicile du malade* et le domicile du médecin est inférieure à un kilomètre, etc... ».

Et, par contre, je ne vois *pas* qu'il soit parlé d'autre part, de « *la mairie du domicile du malade* ». Tel est mon sentiment personnel à ce sujet, sous réserve d'une décision contraire de la Commission supérieure, dont je n'aurais pas connaissance.

Dr Fernand DECOURT.

## 6717. — Rayons ultra-violets

Je vous serai très obligé de me faire savoir ce que je dois compter par séance d'ultra-violets, pour un malade blessé de guerre.

Je suis spécialiste en dermato-vénéréologie et électricité médicale. Comment dois-je établir ma note, d'après le tarif :

Est-ce :

Consultation : 15 fr.
Ultra-violets : 15 fr.
soit 30 fr. par séance ?
ou :
ultra-violets : 15 fr. ?

Dr C.

**Réponse.**

« *a*) Voir art. 80 . 11° Actinothérapie ; « application de rayons ultra-violets, par séance : 15 francs. »

*b*)Voir art. 72 «Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites ou consultations *consécutives* à cet acte ». Il s'ensuit que ledit tarif comprend les visites et consultations *concomitantes*. Le tarif de 15 fr. ci-dessus comprend donc la consultation concomitante, et celle-ci ne saurait être comptée en plus, ce qui doublerait le prix de chaque séance. »

Dr Fernand DECOURT.

## Fiscalité

**6489. — Déduction des cotisations pour retraites et du salaire de la femme du médecin**

Vieil abonné du *Concours médical*, je me permets de faire appel à votre extrême obligeance pour me donner, si possible, les renseignements suivants au sujet de ma déclaration sur les bénéfices des professions libérales.

Ayant eu à répondre à un très long questionnaire du Contrôleur des Contributions directes pour mes déclarations de 1926-27-28-29 et 30, je lui ai fourni tous les éclaircissements demandés et sa conclusion est la suivante : « Les versements pour constitution d'une retraite ne peuvent être admis en déduction des bénéfices, que dans la proportion d'environ 6 % de ceux-ci. Pour 1930, vous déduisez :

1° 3.615 fr. 30, pour retraite Mutuelle du combattant ;

2° 2.598 fr. 90, pour retraite à la Mutualité familiale du Corps médical français ;

3° 4.919 fr. 80 pour prime Assurance-vie.

Au total 11.134 fr. (mon bénéfice net déclaré pour 1930 est de 42780 fr. + 15.000 fr. de revenus personnels) «Je me propose en conséquence de modifier votre déclaration et d'ajouter à vos bénéfices imposables les deux premières de ces sommes, soit 6.214 fr. la déduction admise restant bien supérieure à 6 %. »

Même rectification pour 1929. Dois-je accepter cette proposition du contrôleur ?

Médecin pro-pharmacien, faisant exécuter par ma femme toutes mes préparations pharmaceutiques, j'ai déclaré comme frais professionnels (pharmacie) un salaire de 7.200 fr. (600 fr. par mois) pour ma femme. Mon chiffre annuel d'affaires, pour la pharmacie seule, est en moyenne de 50 à 52.000 fr. Cette déclaration est-elle licite ? En tout cas, elle me parait équitable et avait été admise jusqu'à présent par le contrôleur. Or, ce dernier, à l'instigation paraît-il de l'inspection des Finances, vient aujourd'hui me dénier ce droit et se propose de m'imposer également sur ces 7.200 fr. pour 1930 et les années précédentes 1929-1928-1927-1926.

Il me semble avoir lu dans le journal le « *Propharmacien* » que ce salaire de la femme employée à la pharmacie était légal. Est-ce également votre avis et dans ce cas quelle doit-être ma conduite vis-à-vis du contrôleur ?

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me répondre dans la quinzaine, afin que je puisse signifier au contrôleur mon acceptation ou non.

Dr X

**Réponse.**

Les versements pour retraite ont donné lieu à de nombreux arrêts et à des réponses écrites des ministres.

Le 13 août 1931, le ministre du budget n'admet que 6 % du bénéfice.

Le 13 novembre 1931, il admet une prime totale annuelle n'excédant pas la somme que l'intéressé verserait normalement, eu égard à son âge et à son salaire pour se constituer une retraite.

Le 13 novembre encore, le même ministre admet une prime nécessaire à une retraite de 20.000 francs pour 125.000 francs de traitement.

Les arrêts du Conseil d'Etat, moins récents, se prononcent dans le même sens. Il ne faut pas que le versement puisse être regardé comme un placement (arrêt du 22 novembre 1923).

Pour le salaire de la femme, le ministre avait admis en déduction le salaire de la femme d'un notaire (août 1928). Depuis, il est revenu sur sa décision lorsque les époux sont mariés sous un régime de communauté. Mais il n'y a aucune contravention à déduire ce salaire et même à porter le différend devant le Conseil d'Etat.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

**6397. — Patente en cas de changement de domicile**

Installé provisoirement ici à C., j'ai l'intention de quitter ce pays au début du printemps pour aller m'installer ailleurs à P., probablement.

Dans ces conditions, qu'adviendra-t-il de ma patente ? La devrai-je ici ou à P., ? Au moins suis-je certain qu'elle ne me sera pas réclamée deux fois ? Ai-je quelque démarche préalable à faire ou une ligne de conduite à suivre à ce sujet ?

Dr C.

**Réponse.**

Le mieux serait de vous faire rembourser la patente par votre successeur.

Si vous n'en avez pas, il faudra demander l'imputation de votre patente de C. sur celle qui vous sera appliquée à votre nouvelle résidence.

A. M.

**6669. — La base de la patente est le loyer réel**

J'ai un loyer de 6.000 fr. la valeur locative de ma maison est estimée un prix bien inférieur (1500 fr).

Dois-je être imposé au point de vue patente sur mon loyer réel ou sur la valeur locative ?

Dr D.

**Réponse.**

Lorsqu'il y a un bail normal en cours, c'est son prix annuel qui sert au calcul de la patente.

A. M.

**6714. — Justification de la déclaration**

Ce matin même je reçois du contrôleur des contributions la demande de renseignements que je vous transmets et que je vous prie de me retourner.

J'ai fait ma déclaration de revenus pour 1930 en temps voulu, j'ai déclaré un chiffre global de 9.000 fr. pour dépenses auto, je crois que je n'ai rien exagéré au contraire ; il m'est difficile de faire le détail qu'il me demande, je n'ai pas qu'un seul fournisseur d'essence et d'huile et je ne marque pas chaque dépense ; d'autre part, il m'arrive de faire faire de petites réparations que je paie comptant et qui figurent sur ma comptabilité personnelle au chapitre dépenses générales.

Quant à la répartition de mes recettes entre les consultations et les visites à domicile, je me déclare dans l'impossiblilité de la faire, du reste, j'ai relativement peu de consultations et d'autre part nous sommes au tarif 15 et 15, même prix pour visite et consultation.

Que dois-je répondre au sujet de ces deux demandes ?

Dr R.

**Réponse.**

La loi ne vous oblige qu'à fournir le total de vos recettes, le total de vos dépenses et votre bénéfice net, art. 31, loi du 31 juillet 1917 ; art. 1, loi du 25 juin 1920 ; 8, loi du 13 juillet 1925.

Il est préférable, pour éviter tous ennuis, d'indiquer les dépenses par catégories. Mais le contrôleur est en droit de vous demander les renseignements prouvant l'exactitude de votre déclaration.

A. M.

**6724. — Impôts à la charge des cliniques**

Je suis invité par le contrôleur des Contributions directes à produire dans le délai de 20 jours, le détail par catégorie de mes dépenses professionnelles de 1930. Je peux justifier de tout ce que j'ai fait figurer dans ces dépenses et j'ajoute même que j'ai omis de mentionner l'amortissement de mon auto. Toutefois, je crains qu'on ne me fasse des objections à propos de la situation suivante.

J'ai installé au 2e étage de la maison que j'occupe quelques chambres et une salle d'opération, pour opérer et hospitaliser les malades. Comme je n'ai pas de pensionnaires en permanence et q e mes frais généraux restent les mêmes, je ne réalise aucun bénéfice, pour la catégorie clinique. Pour que le déficit ne soit pas trop considérable, je fais figurer dans ma comptabilité professionnelle générale (extra clinique) les médicaments et le matériel de pansement, gaz et électricité utilisés pour stérilisation, et appareil d'examen, moteur etc. Peut-on me contester cette manière de faire et si l'on m'oblige à faire figurer dans le bilan clinique, ces frais, pansements, etc., ne suis-je pas en droit de faire figurer parmi mes dépenses professionnelles générales, le déficit d'exploitation clinique.

J'ajoute que mon cabinet se trouvant au 1er étage et ce qui me sert de clinique au 2e étage, tout le matériel, pansement, médicament ou autre est en commun pour les 2 étages ; si vous voulez me permettre

un exemple : quand j'ai besoin d'alcool, de cocaïne, de gaze pour un pansement sommaire à faire dans mon cabinet, je vais prendre ce matériel au 2e et inversement.

Dr X.

**Réponse.**

Les cliniques donnent lieu à deux impositions distinctes :

1° Le produit net de la nourriture, du logement, etc., est imposé aux bénéfices commerciaux ;

2° Les recettes relatives aux opérations, soins médicaux sont imposées aux professions non commerciales .

Il faut donc classer les dépenses d'après le même principe pour déduire chaque catégorie de dépenses des recettes brutes correspondantes. En appliquant cette distinction, vous serez en règle vis-à-vis du fisc et si le contrôleur soulève une contestation , il y aura lieu d'examiner votre dossier complet.

A. M.

---

### 6659. — Le médecin qui n'est rémunéré que par des traitements n'est pas patentable

Pour raison de santé, je cesse la clientèle civile, je garde seulement le contrôle de la Préfecture et des tramways. Je ne reçois plus chez moi à mon domicile, mais au siège de la clinique médicale des tramways ; je fais seulement au domicile des employés quelques rares visites de contrôle.

Je conserve cependant mon appartement mais je n'y reçois plus.

Dois-je toujours la patente ?

Sur quoi se basera-t-on pour la déterminer ? Sur quel loyer, puisque je n'en aurai plus au point de vue professionnel?

Dr N.

**Réponse.**

Si vous n'avez plus de clientèle et si vous êtes seulement rétribué au moyen d'un traitement versé par la Préfecture et les tramways, vous n'êtes plus patentable ; mais il faut prévenir le contrôleur des Contributions directes.

A. M.

---

### 98. — Défaut de déclaration de l'accident par le patron

Un de mes clients est blessé le 21 novembre dernier ; je reçois du patron une feuille de déclaration d'accident. Le blessé perçoit son demi-salaire jusqu'au 8 décembre.

Depuis ce moment l'assurance ne donne plus de nouvelles et ne paie plus rien.

Je m'aperçois que mon blessé gardera une I. P. P. je lui fais un certificat prévoyant l' I. P. P. et lui conseille de le porter à la Mairie du lieu de l'accident.

Là on le lui refuse en alléguant que le patron n'a fait aucune déclaration d'accident.

Que faire ? Dr A.

**Réponse.**

En vertu de l'art. 11 de la loi sur les accidents du travail, tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les 48 heures par le chef d'entreprise au maire de la commune et, dans les quatre jours qui suivent l'accident si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

Si le patron omet de faire la déclaration qui lui est imposée par la loi, la victime peut la faire elle-même dans les mêmes conditions, jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident.

Par conséquent, votre client n'a pas à souffrir de la négligence commise par son patron et il peut faire lui-même à la mairie, la déclaration de son accident. Qu'il retourne donc à la mairie pour faire le nécessaire. Si, à ce moment, on accepte sa déclaration et refuse son certificat, il n'aura qu'à envoyer celui-ci au Juge de Paix de l'arrondissement qui sera alors dans l'obligation d'ouvrir l'enquête prescrite par la loi, puis de conclure à une incapacité permanente partielle. Une fois l'enquête terminée, le dossier sera transmis au Président du Tribunal civil qui convoquera les parties en conciliation pour qu'il soit statué sur la rente à laquelle aura droit votre client. Nous vous retournons le certificat sous ce pli.

## ANTHOLOGIE

### Images

Dans nos rêves parfois passent des paysages
Qu'en ce monde jamais nos sens n'ont entrevus.
Sont-ils des coins éteints de paradis perdus ?
Des moments effacés vécus en d'autres âges ?

Ou l'Esprit prévoit-il dans ces brèves images
Des instants d'avenir encore inaperçus ?
Je ne sais : mais souvent mes nuits les ont reçus,
Ces Fantômes, peut-être égarés sur nos plages.

L'un d'eux, qui m'est très cher, évoque un vallon frais,
Où le chemin, suivant un ruisseau dans les prés,
Porte une Ombre, qui vient de passer sous une arche :

L'Homme a terminé là sa première saison
Et l'or d'un ciel lointain oriente sa marche,
Qui s'arrête, ma Douce, au seuil de ta Maison.

Louis Bory,
(*Lien médical*, 12-1931)

Cinquante-quatrième année N° 6 7 Février 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

Les médecins sollicités de s'installer à **Pouancé** (Maine-et-Loire), sont informés que le service est plus que largement assuré par deux médecins. Pour tous renseignements, s'adresser au Président de la Fédération, M. le Dr Meignant, 3, rue Sainte-Maurille à Angers.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

*Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les docteurs :

**Alger** : Adda, Picard.
**Amélie-les-Bains** : Dr Alardo, J. Boulx.
**Arcachon** : Jean Doche.
**Arguel** (Doubs) : H. et J. Bon.
**Balaruc-les-Bains** (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*)
**Bandol** : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
**Beaulieu-sur-Mer** : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
**Beausoleil** : Andoly, Gaveau, Pizard.
**Biarritz** : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
**Cambo-les-Bains** : A. Camino Colbert, Trotot.
**Cannes** : Abadie, A. H. Bourquet, Cadinouche, Caruette, L. Dublef, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (*Y. O. R. L.*)
**Cap-d'Ail** : Lyons.
**Cap-Martin** : Griffault.
**Carnac-plage** : E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer** : Agostini.
**Chambon-de-Tence (Le)** : Riou.
**Chamonix** : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
**Font-Romeu-Odeillo** : Yves Eynaud (*hélioth.*)
**Fréjus** : Turcan.
**Grasse** : Bossuet, Brody, Chaumet, A. Couderc.
**Hauteville** : A. Wigniolle.
**Hyères** : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
**Juan-les-Pins-Antibes** : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
**La Seyne** : Grandjean J. M. Jaubert.
**Mégève** (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
**Menton** : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
**Monte-Carlo** : S. Vivant.
**Nice** : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Poiheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
**Oran** : Paire, Maupetit.
**Pau** : Bajac, Carcy, Cornet.
**St-Didier** : A. Masquin.
**St-Gervais-les-Bains** : Roux.
**Ste-Maxime-sur-Mer** : Bausset, Ficonetti.
**St-Raphaël — Valescure** : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
**St-Pierre-de-Chartreuse** : Brianes.
**Sanary-sur-Mer** : P. Gaillard.
**Toulon** : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*), Pignet (*urol., derm.*)
**Vernet-les-Bains** : Dr Ponson.
**Villefranche-sur-Mer** : Alfonsi-Baud.
**Villard-de-Lans** : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 46. — On dem. anc. int. hôp. Paris, reçu doct., ou proch., céliba., pour aider confr. dans stat. thermale. 1re année 30.000, 2e 40.000, 3e 50.000. Belle situat. d'avenir.

N° 47. — Méd. franc., 24 ans pratique, cherche emploi fixe le matin. Paris, rive gauche de préférence.

N° 48. — A vend. 8 km. Auxerre, propriété de 25.000 m. c. avec ferme attenante de 10 ha. Vue sup. sur vallée Yonne. Grandes pièces de réception et nombr. chambres, maison de jardinier et communs, pouv. être aménagée en maison santé. Eau et électric. Ecr. M. Guenot, archit. D. P. L. G., 26, rue Vauquelin, Paris.

N° 49. — Dr 48 a. ayant bes. demi-repos, érudit, plume fac., cherche situat. établ. méd., vulgaris., secrét. partic., enseign., etc. Pourrait être aidé par sa jeune fille, brevet.

N° 50. — Jeune fille connaiss. parfait. anglais, italien, bonne latiniste, au cour. terminologie des sciences médic., sténo-dactylo, référ. sér., accepter. place de secrétaire.

N° 51. — Haute-Loire. Proxim. gr. ville, poste méd. à vendre 35.000. Urgent. Chiffre aff. import. Condit. être cathol. Mais. 10 p., chauf. cent., long bail.

N° 52. — A céder : 1° Sud Paris, 15 min. du Centre, belle client., méd. génér. auto non indipens. Maison 6 p. jardin. Grande facil. ;

2° Jolie banl. proche Paris, maison repos 15 chambres, dépend., parc, à céder avec instal. 200.000 ;

3° Paris, Quart. d'avenir, noyau de client. avec appartem. Loyer 8.000 indemn. 10.000 ;

4° S.-et-O. — 40 km. Paris, bon poste fac. à dévelop Maison confort. Indemn. 35.000.

S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 53. — J'achète actions Lithia jusqu'à 5 frs. Dr Guillemin, 16, Av. Georges V, Paris.

## Renseignements

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

**« La Soleillette »**, Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs CHARMOT et ROZET.

Tout malade atteint d'une affection stomacale, s'anémie. Toute anémie reconnait comme cause ou comme effet direct une dyspepsie rebelle. Le manganèse, sous forme de TABLETTES DE MANGAINE, se signale par la rapidité de ses effets dans les dyspepsies (Prof. Potain); dans les anémies (prof. Lemoine).

*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer. deux médecins. Prospectus sur demande.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association pour le développement des relations médicales.** (A. D. R. M.). *Séance du Conseil d'administration du 26 janvier.* — Le président donne lecture d'une lettre du Docteur Smithies (de Chicago) annonçant qu'un comité américain composé d'un grand nombre de sommités médicales s'est constitué pour patronner les cours de perfectionnement faits à Paris en anglais. Etant donné la crise actuelle, il pense que cette année il y aurait lieu de ne pas faire de cours, mais de recevoir dans les hôpitaux et les laboratoires, les Américains qui désireraient venir à Paris. Il est décidé qu'une lettre sera adressée au Docteur Smithies, lui exprimant le sentiment général, qui est de faire un accueil cordial à ses compatriotes, leur ouvrant nos différents services.

M. Rivière communique une lettre du Docteur Norman Titus annonçant l'arrivée à Paris, en août prochain, d'un groupe de physiothérapeutes.

M. Hartmann annonce que le Professeur Cortes Llado (de Séville) est actuellement à Paris avec 25 de ses élèves. L'A. D. R. M. a organisé pour eux un programme de visites et doit les présenter après-demain jeudi à M. le Doyen qui les recevra et leur fera visiter la Faculté.

Lecture d'une lettre du ministère des Affaires étrangères avisant d'une place de médecin-chirurgien à Addis-Ababa. On demande que ce médecin soit marié à une femme médecin (pour les conditions, s'adresser à l'A. D. R. M.).

M. Hartmann adresse, au nom du Conseil, ses félicitations à M. le Docteur Noir pour sa nomination dans la Légion d'honneur.

Réélection de l'ancien Bureau pour 1932.

Election de nouveaux membres : D<sup>r</sup> Eisendrath (de Chicago), D<sup>r</sup> Ivanissevich (de Buenos-Aires).

— **Collège de France.** *Chaire de médecine.* — M. le Professeur Nicolle (de Tunis), est désigné pour succéder, dans la chaire de médecine, au Professeur d'Arsonval, atteint par la limite d'âge.

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le D[r] I. Arce, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, a fait à la Faculté de médecine de Paris, les 27 janvier, 29 janvier et 1[er] février, trois conférences ayant pour sujets : le traitement chirurgical du goitre exophtalmique ; les blessures des doigts par crayons d'aniline ; la ligamentopexie Arce (raccourcissement des ligaments ronds et laparotomie combinés) dans le traitement des rétro-déviations utérines.

— **Un « gala de la médecine » au profit des étudiants.** — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, organise au profit de sa caisse de secours un « Gala de

la médecine parisienne », auquel les personnalités suivantes viennent d'accorder leur patronage : MM. Léon Bérard, garde des Sceaux, membre d'honneur de l'A. C. E. M. ; Mario Roustan, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ; Camille Blaisot, ministre de la Santé publique ; François Latour, président du Conseil municipal ; S. Charléty, recteur de l'Académie de Paris ; V. Balthazard, doyen de la Faculté de médecine ; le Docteur Siredey, délégué de l'Académie de médecine ; le Docteur Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique ; le médecin-général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce ; le Docteur Dibos, président de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Le gala aura lieu au Lido des Champs-Elysées, le 15 mars prochain à partir de 21 heures et comprendra un dîner dansant avec attractions inédites, un défilé de mannequins (les élégances de la maladie), un sketch (radio-consultation), etc. Le prix de la carte est de 150 francs (service compris). Le nombre des places étant limité, il est prudent de retenir les places le plus tôt possible : 8 *bis*, rue de l'Arrivée (XV^e^), Littré 72-02.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. le Professeur agrégé JEANNENEY a été proposé par le Conseil de la Faculté, à l'unanimité, pour la pérennisation. Nous sommes heureux d'adresser au Professeur agrégé Jeanneney nos plus sincères félicitations.

— **Le « Montpellier médical ».** — A l'occasion de l'anniversaire de la 75e année de sa fondation, le *Montpellier médical*, journal de la Faculté de médecine de Montpellier, est remanié à la date du 1er janvier 1932.

La direction scientifique est assurée par les professeurs de la Faculté de médecine.

*Comité de rédaction* : Professeur Euzière, doyen, président ; Professeurs G. Giraud, Terracol, Turchini, rédacteurs en chef ; Professeurs Jeanbrau, Grynfeltt, Gaussel, P. Delmas, L. Hedon ; Professeurs agrégés Lamarque, Pagès, Puech.

La parution du journal est mensuelle.

— **Les Journées médicales de la Faculté libre de médecine de Lille** auront lieu dans les premiers jours de mai 1932. Plusieurs conférenciers prêteront leur concours et des sujets, traités par les Professeurs de la Faculté, seront mis à l'ordre du jour.

— **La XVIe croisière de « Bruxelles-Médical ».** *Aux Iles de Soleil.* — Grandes vacances 1932. — Açores, Madère, Canaries, Baléares, Sardaigne et retour, via Portugal, Maroc français et espagnol, Italie septentrionale. La priorité médicale ayant été assurée pour les inscriptions depuis trois mois, les personnes étrangères à la profession pourront, comme convenu, être admises à partir de février, sur recommandation écrite de leurs médecins de famille. Rappelons que la croisière (S. S. *Brazza*) durera 25 jours et qu'il y a des

places à bord depuis 2.325 francs. Brochure et inscriptions à la Section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

— **Hôpital Saint-Michel** (33, rue Olivier-de-Serres. Service de gastro-entérologie. Médecin chef de service : Dr Maurice DELORT ; médecin adjoint: Dr Maurice RENAUDEAUX.) — *Nomination à une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant.* — Pour six mois. Entrée en fonction le 15 mars.

RÉTRIBUTION. — L'interne en titre reçoit 300 francs par mois. Il est nourri à l'hôpital.

L'interne remplaçant reçoit 150 francs par mois, il est nourri à l'hôpital son jour de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 25 février, à Monsieur le Dr Delort, chef du Service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles seront classées par ordre de valeur des titres exprimés.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'hôpital Saint-Michel, à partir du 1er mars. Les cinq premiers de cette liste seront appelés à se présenter par lettre individuelle.

Si aucun d'eux ne peut accepter le service, ceux qui suivent seront convoqués par fractions de cinq, de la même façon. Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément du Conseil d'administration de l'hôpital.

— **Avis pour le recrutement de trois médecins chefs d'équipe antipaludique en Algérie.** — Trois postes de médecin chef de mission antipaludique sont créés au Gouvernement général de l'Algérie.

Ces missions ont pour but la prospection du pays au point de vue épidémiologique, la détermination et l'application des mesures de prophylaxie et, en général, tout ce qui concerne la lutte antipaludique en Algérie.

Le recrutement des médecins a lieu par contrat de 2 ans renouvelable. Ces médecins recevront une rétribution annuelle de 66.500 francs augmentée de frais de mission de 48 à 55 francs par jour en dehors de la résidence de principe qui est Alger. L'exercice de la clientèle est interdit.

Les candidats ayant accompli leur service militaire doivent faire parvenir avant le 20 février 1932 à M. le Gouverneur général (Service antipaludique), 17, rue Bruce, Alger, leur demande accompagnée des pièces suivantes : 1° Copie certifiée conforme du diplôme d'Etat de docteur en médecine d'une Faculté de médecine française ; 2° extrait de naissance ; 3° extrait du casier judiciaire ; 4° certificat de bonnes vie et mœurs ; 5° certificat médical d'aptitude physique à un service essentiellement actif ; 6° copie ou exposé de tous titres que les intéressés croiraient de-

voir faire valoir (connaissance de la langue arabe, certificats ou diplômes de médecin malariologiste, d'hygiène et de médecine coloniale, de microbiologie, fonctions similaires antérieures, etc.).

La signature du contrat interviendra le 1er mars 1932.

— **Légion d'honneur.** — Nous avons le plaisir d'annoncer la promotion au grade de chevalier de la Légion d'honneur du Docteur Mouchet (du Veurdre), fondateur et président depuis 25 années du Syndicat des médecins de l'Allier.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

20 JANVIER

**Exercice de la Pharmacie.**

*Décret du 12 janvier 1932 rendant applicable à l'Algérie le décret du 20 mars 1930 sur l'importation, le commerce et l'usage des substances vénéneuses.*

Art. 1er. — Le décret du 20 mars 1930 susvisé modifiant celui du 14 septembre 1916 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 7 de la loi du 12 juillet 1916, modifiant la loi du 19 juillet 1845 concernant l'importation, le commerce et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne, est rendu applicable à l'Algérie.

Art. 2. — Le délai de six mois prévu à l'article 4 du décret du 20 mars 1930 courra de la publication du présent décret.

21 JANVIER

**Enseignement de la médecine.**

M. Cavalié, chargé du cours complétementaire à la Faculté de Bordeaux, est nommé professeur de clinique dentaire à ladite Faculté (chaire nouvelle).

Par arrêté du 20 janvier 1932, le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis à la suite des épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour les catégories suivantes :

« D. — Bactériologie : 4 au lieu de 2.

« J *bis*. — Ophtalmologie : 3, au lieu de 2. »

**Médaille d'honneur des épidémies.**

La médaille d'honneur en argent a été décernée à M. le Dr Fenelon, à Toulon, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

22 JANVIER.

**Eaux minérales.**

Par décret du 19 janvier 1932, le périmètre de protection attribué par le Décret du 3 mai 1912 aux sour-

ces dites « Grande Source » et « Source Hépar », sises à Vittel, a été étendu et délimité.

### Protection des enfants du premier âge.

MM. Paul Strauss, sénateur, les Drs Jules Renault et Lereboullet, Serge Gas, directeur de l'hygiène et de l'Assistance, Couturier, directeur adjoint ont été nommés membres du Conseil supérieur de la protection des enfants du premier âge, en remplacement de MM. Dron, Lédé, Carpentier-Méricourt, Nepoty et Mery, décédés.

### Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

*Médaille d'argent* : M. le Dr Lacaine, d'Aunay-sur-Odon (Calvados).

*Médaille de bronze* : MM. les Drs Baudelot et Lemaire, de Zuydcoote.

23 JANVIER.

### Assurances sociales.

*Circulaire du* 9 *janvier* 1932 *relative à l'assurance-décès.*

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

### Service de santé militaire.

Par décret du 20 janvier 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé, et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les méd. auxil. ci-après dés. : (rang du 10 nov. 1931) Carcy, 21e sect. inf. milit., aff. 17e rég. ; (13 nov. 31) Pitot, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; (20 nov. 31) Pozzo di Borgo, 19e sect. inf. milit., aff. au 19e C. A. ; (2 déc. 31) Gilormini, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

### Médecine coloniale.

*Arrêté du* 24 *septembre* 1931 *instituant une Commission consultative de la lèpre.*

Art. 1er. — Il est créé au ministère des colonies (inspection générale du service de santé) une commission consultative de la lèpre aux colonies.

Art. 2. — Cette commission a pour but d'étudier toutes les questions se rapportant à cette maladie, d'établir des rapports et de faire toutes propositions utiles en vue de la combattre.

Art. 3. — Elle se compose de 14 membres nommés par arrêté du ministre, dans les conditions indiquées ci-dessus :

L'inspecteur général du service de santé des colonies ou son représentant.

Le professeur de clinique des maladies cutanées à la faculté de médecine.

Le directeur du laboratoire chargé de la lèpre à l'Institut Pasteur.

Un représentant de chacune des sociétés suivantes : l'académie des sciences coloniales, l'institut colonial

français, les missions étrangères, les missions évangéliques de Paris, la société de pathologie exotique, la société de médecine tropicale.

Quatre membres proposés par l'inspecteur général du service de santé des colonies et choisis parmi les médecins ou fonctionnaires ayant une compétence spéciale dans les questions de lèpre.

Un médecin de la 4e section (section technique de l'inspection générale du service de santé des colonies).

La commission pourra s'adjoindre à titre consultatif toute personne qualifiée par ses travaux sur la lèpre.

La participation volontaire des membres de la commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ou indemnité.

Le bureau comprend :

Un président, un vice-président et un secrétaire élus par la commission.

La commission se réunit au ministère des colonies sur la convocation de son président et au moins une fois par semestre.

Les membres de la commission consultative de la lèpre sont nommés pour une période de 3 ans renouvelable, à partir du début de l'année.

Tout membre qui, durant l'année, n'aura pris part à aucune séance, sera considéré comme démissionnaire et remplacé d'office.

Art. 4. — L'inspecteur général du service de santé des colonies est chargé de l'exécution du présent arrêté.

26 JANVIER

**Enseignement de la médecine.**

*Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré).*

1re DIVISION. — BIOLOGIE.

*Catégorie A. — Anatomie.*

Néant.

*Catégorie B. — Histologie.*

Académie de Toulouse : Calvet.

*Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.*

Néant.

*Catégorie D. — Bactériologie.*

Académie de Paris : Lépine, Rivalier.

Académie de Strasbourg : Tempé, Meinotte.

*Catégorie E. — Anatomie pathologique.*

Académie de Paris : Delarue, Mosinger.

*Catégorie F. — Physiologie.*

Académie de Lille : Bizard.

*Categorie G. — Chimie.*

Académie de Paris : Le Gac.

*Catégorie H. — Physique.*

Académie d'Aix-Marseille. : Dubouloz.

Académie de Lyon : Ponthus.

Académie de Montpellier : Castagné.
Académie de Strasbourg : Achard (Mlle).

3e DIVISION. — CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE.

*Catégorie J bis. — Ophtalmologie.*

Académie de Montpellier : Dejean, Viallefont.
Académie de Strasbourg, Nordmann.

*Catégorie J ter. — Oto-rhino-laryngologie.*

Académie de Lyon : Mayoux.
Académie de Nancy : Aubriot.

*Catégorie K. — Obstétrique.*

Académie de Paris : Digonnet.
Académie de Lyon : Brochier.
Académie de Toulouse : Estienny.

4e DIVISION. — PHARMACIE.

*Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique.*

Académie de Lyon : Revol.

*Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.*

Académie de Lille : Lespagnol.

Nota. — Les résultats de la 2e division des catégories I médecine et J chirurgie, seront publiés ultérieurement.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Durée des prestations de l'assurance-maladie.

14531. — M. Basset demande à M. le Ministre du Travail s'il est exact qu'un malade ayant consulté un médecin au titre des assurances sociales, pour une maladie déterminée, n'a plus le droit, six mois après, durant toute son existence, à des soins médicaux et à des prestations, pour cette même maladie. (*Question du 14 décembre* 1931).

*Réponse.* — Les prestations tant en nature qu'en argent sont dues pendant une période de six mois, à partir de la date du début de la maladie qui est celle de la première constatation médicale. Lorsque la maladie se prolonge au delà de six mois, aucune prestation ne peut plus être accordée, en l'état actuel de la législation, l'assurance invalidité n'étant pas encore applicable. (*J. O.* 22 *janvier* 1932).

### Prescription d'hémostyl à un pensionné de guerre.

14464. — M. Jacques Duclos expose à M. le Ministre des Pensions qu'une victime de la guerre s'est vue, en application d'un arrêté du préfet de Seine-et-Oise, retirer le bénéfice de six flacons de sérum hémostyl sur douze que lui avait prescrit le docteur ; ajoute qu'il s'agit là d'une violation de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et que, dans ces conditions, les méthodes de travail de la commission préfectorale de

Seine-et-Oise doivent faire l'objet d'explications (*Question du 10 décembre 1931.*)

*Réponse.* — La commission tripartite départementale est chargée du contrôle des soins donnés au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 dans l'étendue du département. Elle comprend des représentants de l'administration, des représentants des mutilés et des représentants du corps médical et pharmaceutique, et présente ainsi toutes les garanties de compétence et d'impartialité. Il lui appartient de procéder aux redressements qu'elle estime nécessaires en cas d'abus. Les parties en cause ont d'ailleurs toujours la faculté de se pourvoir devant la commission supérieure de surveillance et de contrôle, lorsqu'elles s'estiment lésées. (*J. O. 20 janvier* 1932).

**Les cures thermales pour les pensionnés de guerre.**

14396. — M. Léonce Salles expose à M. le Ministre des Pensions : *a*) qu'aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, « l'Etat doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la loi, leur vie durant, les soins médicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie, etc ... », que le terme « soins médicaux » est général et ne comporte aucune exception ni restriction médicale ; *b*) que, cependant, répondant à la question écrite n°13189, *Journal officiel* du 17 juillet 1931, le ministre de la guerre subordonne l'admission des intéressés au bénéfice des cures thermales gratuites à l'avis des commissions de réforme, aux ressources hospitalières, enfin aux possibilités budgétaires ; et lui demande : 1° si un mutilé de guerre, pensionné pour troubles gastro-intestinaux, bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, dont une commission de réforme a décidé l'envoi aux eaux, peut se voir refuser la cure thermale gratuite à laquelle il a expressément droit, sous prétexte d'insuffisance des ressources hospitalières ; 2° quelles mesures il compte prendre pour faire relever le crédit destiné aux cures thermales, de façon à ce que les bénéficiaires de la loi reçoivent la cure gratuite à laquelle ils ont droit. (*Question du 4 décembre* 1931.)

*Réponse.* — L'envoi aux eaux des anciens militaires pensionnés relève exclusivement du ministère de la guerre (service de santé militaire), en vertu de la loi du 12 juillet 1873, toujours en vigueur. Le ministère des pensions se borne à rembourser, lorsqu'il s'agit des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les soins thermaux que l'administration de la guerre a donnés. Si l'honorable député veut bien indiquer le cas d'espèce dont il s'agit, le ministre des pensions ne manquera pas d'appeler l'attention du ministre de la guerre sur l'intérêt qu'il peut y avoir à accroître les ressources hospitalières de la station thermale en cause. (*J. O. 20 janvier* 1932.)

*Voir la suite page LXIII-397*

# PROPOS DU JOUR

## Charles SOULIGOUX,

*chirurgien de Beaujon*

### Un bel exemple de science et de conscience chirurgicales

Nous avons récemment dit, en faisant allusion aux récentes publications des Drs Cathelin et Dartigues, qu'on pourrait écrire un beau livre sur la psychologie et l'éthique du chirurgien français et il serait facile d'illustrer cet ouvrage de remarquables exemples.

Dernièrement à l'assemblée générale de la Société de chirurgie, sous la présidence du très distingué Professeur Lenormant, après que la grande médaille de la Société eut été remise au Professeur Leriche, l'éminent chirurgien de Strasbourg, M. le Dr Robert Proust, secrétaire général, a prononcé l'éloge d'un ancien président de la Société, du Maître trop prématurément enlevé à sa famille, à ses amis, à la chirurgie française, le Dr Charles Souligoux, chirurgien de Beaujon.

***

Charles Souligoux était né à Brassac-les-Mines, en Auvergne en 1865. Fils unique de petits bourgeois, il était adoré de ses parents, très fiers de ses succès. Comme tous les enfants de l'Auvergne, il aimait par dessus tout sa famille et sa petite patrie. En effet, Ch. Souligoux bien que très patriote, était convaincu que les Auvergnats formaient une sorte d'élite dans la grande communauté française. Ce fut sans doute une des raisons qui me valut sa fidèle amitié, car Brassac-les-Mines est le berceau de la famille de mon père et je suis originaire moi-même de Brioude à 15 kilomètres de là.

M. Robert Proust qui a connu intimement Souligoux, qui savait la place que l'Auvergne tenait dans son cœur, a donc bien fait de décrire au début de son éloge cette belle vallée de l'Allier, cette pittoresque et fertile Limagne d'Auvergne, où Souligoux passa son enfance, y puisant les solides qualités des originaires de cette région.

Il y revenait chaque fois qu'il avait quelque loisir, se retremper dans l'atmosphère du pays natal. Il gravissait en chassant les côtes abruptes ou pêchait toute la journée dans les rapides de l'Allier. « Il n'y a que là, me disait-il, que je me sens tout à fait heureux. »

Souligoux fit ses études aux lycées de Moulins et de Clermont-Ferrand où j'eus l'avantage de le connaître. Nous nous retrouvâmes à l'Ecole de médecine de Clermont où il fut interne du vieux chirurgien Victor Fleury, ancien interne de Dupuytren, directeur de l'école de médecine, qui lui donna le goût de l'anatomie et de la chirurgie. Je l'ai entendu plus d'une fois à Paris regretter l'année où, prosecteur de l'école de Clermont, alors bien modestes fonctions, il pouvait, grâce à la surabondance des cadavres se livrer à toutes les fantaisies de la dissection et de la médecine opératoire. Ah ! les bonnes années que nous passâmes à Clermont, partageant notre temps entre l'Ecole, l'Hôpital, la Faculté des sciences, les longues promenades dans les montagnes voisines, les soirées en été au casino de Royat qui était libéralement ouvert aux étudiants ! Souligoux, doué d'une force peu commune et d'une agilité sans pareille, fréquentait en outre le Gymnase de l'Arvenoise et excellait dans tous les sports pratiqués alors, escrime, boxe, gymnastique aux agrès, etc... Excellent camarade, serviable à l'excès, il n'abusa jamais de sa force.

Arrivé à Paris, il prit très au sérieux ses études. Sa robuste constitution lui permit de se livrer sans fatigue à des excès de travail et de devenir sans peine interne des hôpitaux. Il sut se faire aimer de ses maîtres comme de ses collègues ; son excellent caractère, sa bonhomie rendaient populaire cet Auvergnat qui avait conservé la physionomie un peu rude et l'aspect trapu de ses compatriotes. L'expression si affable de son visage, la franchise et la droiture de son regard qui n'excluait pas une pointe de malice, lui permettaient de supporter sans aigreur les plaisanteries de ses camarades et d'approuver d'un rire large et cordial les caricatures que quelques artistes firent de lui, comme celle du Porteur d'eau,

✦✦

peint par Ballery-Desfontaines à la salle de garde de la Charité.

Souligoux travaillait avec acharnement. Aide d'anatomie, prosecteur, il se fit tout particulièrement aimer de Farabeuf et j'eus le plaisir, vers 1891, d'entendre ce maître dans l'intimité duquel le hasard m'avait permis de pénétrer, me faire son éloge avec la rude franchise qui le caractérisait. Il eut la médaille d'or de chirurgie de l'internat. Panas qui l'avait eu comme interne, le recommanda à Tillaux dont il devint chef de clinique. Tillaux, la droiture et la conscience mêmes, devait bien s'entendre avec Souligoux qui garda toujours un souvenir ému de ce maître vénéré.

Ch. Souligoux n'eut jamais qu'une ambition, celle de devenir chirurgien des hôpitaux de Paris. La chirurgie était sa passion et il se rendait bien compte qu'à cette époque plus qu'à l'heure actuelle, il était fort difficile de devenir un bon, un vrai chirurgien, sans disposer d'un service hospitalier. Il fut aisément reçu au concours et J. Peyrot, chirurgien à Lariboisière, alors sénateur, qui, lui aussi originaire du Plateau Central, pouvait plus que tout autre le comprendre, lui confia son service en le prenant pour assistant. A dater de ce jour, la réputation chirurgicale de Souligoux fut consacrée.

Ses connaissances anatomiques, ses travaux de chirurgie expérimentale, son habileté minutieuse, jointe à sa force musculaire, à sa robuste santé, en firent un opérateur habile et réputé. Il avait étudié tout particulièrement les affections des côtes et la chirurgie thoracique, il fit faire de grands progrès à la chirurgie de l'estomac, pratiqua avec grand succès les gastro-entérostomies par des procédés qui lui étaient personnels, alors que cette opération était considérée comme fort dangereuse. La chirurgie des os, les fractures, les luxations que dédaignaient beaucoup de chirurgiens, n'avaient pas de secrets pour lui. Il savait toutes les réduire et ses succès étaient surprenants. Rapporteur au Congrès international de chirurgie, il traita magistralement la question de l'ectopie testiculaire. Aucune branche de la chirurgie ne lui était étrangère, il n'en dédaignait aucune, il était le chirurgien complet, le chirurgien accompli.

Assidu aux séances de la Société de chirurgie, prenant part à toutes les discussions, il en devint président en 1924.

Souligoux était un modeste qui n'avait aucune ambition. Sa franchise, parfois un peu brutale malgré sa grande bonté, ne lui permettait pas de se mêler aux intrigues. Mais la conscience extrême qu'il mettait à remplir ses fonctions, à instruire ses élèves, ses rapports cordiaux avec le personnel de son service, l'intérêt qu'il témoignait au moindre de ses malades, l'affection fidèle qu'il conservait au moindre de ses amis, devaient lui assurer de solides amitiés et une importante clientèle. Il ne se désintéressait de ses opérés que lorsqu'ils étaient complètement guéris. Ce n'était pas lui qui, une fois l'intervention délicate brillamment accomplie, abandonnait ses malades à ses assistants ou à ses internes, quelque confiance qu'il eût en eux. Il venait et revenait les voir, parfois plusieurs fois par jour. Aussi, je n'ai jamais connu une personne, opérée par Souligoux, qui ne lui ait voué un véritable culte, car tous ceux qui l'approchaient, n'avaient pas de peine à découvrir que, malgré un abord un peu rude, un langage bref, un cœur d'or battait dans sa robuste poitrine.

Jamais il ne se désintéressait de ses vieux amis. Il y a quelques années je fus victime d'un accident. Renversé par un tramway, j'eus le cuir chevelu fendu et un gros hématome me fit pendant quelques jours beaucoup souffrir. Je ne crus pas devoir déranger Souligoux dont le domicile était assez éloigné du mien. Il apprit par hasard l'accident, vint aussitôt me voir et me reprocha vivement de ne l'avoir pas fait prévenir. J'eus beau lui dire qu'on ne dérangeait pas un chirurgien comme lui pour une lésion qui relevait de la toute petite chirurgie, il ne voulut rien entendre et il me fit plusieurs visites jusqu'à ce que la plaie fut complètement cicatrisée.

Sa conscience chirurgicale était excessive. Combien de fois lui ai-je envoyé de jeunes femmes auxquelles on avait proposé, et non sans indication, une opération mutilante ? Souligoux, après examen minutieux, s'y opposait souvent formellement. Il exigeait le repos, un traitement approprié et l'attente. Et j'eus la satisfaction d'en voir guérir plus d'une qui sont à ce jour mères d'une nombreuse famille. Parfait confrère, je ne l'ai jamais entendu critiquer méchamment un autre médecin, même quand toutes les apparences permettaient de suspecter sa conduite. Il fut pendant deux ans membre assidu du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine et il en serait devenu, comme Comby, comme Guinard, président, si ses devoirs professionnels lui avaient laissé quelques loisirs.

Pendant la guerre, il fut chargé d'inspecter les hôpitaux de la 13e région, c'est-à-dire ceux

des villes de son pays natal de Vichy au Puy, de Thiers au Mont-Dore et à la Bourboule. Il prit ses fonctions au sérieux, comme toutes celles qu'il remplissait, et rendit ainsi les plus grands services aux victimes de la guerre.

Souligoux aimait tant son Brassac que ses compatriotes, auxquels il rendait de si nombreux services, ne pouvaient ne pas l'avoir en estime et en affection. Aussi, fut-il un jour élu conseiller général. Mais il ne pouvait plier sa rude franchise et sa droiture innée aux mesquineries de la politique locale. J'espérai le voir un jour siéger au Sénat, comme les chirurgiens Lannelongue et Labbé, comme son maître Peyrot. Peut-être avec plus de patience, en dissimulant ses indignations, en réfrénant son franc-parler, y eût-il réussi, car il avait dans le département du Puy-de-Dôme de nombreux et puissants amis ? Il préféra abandonner la politique que de souffrir la moindre compromission avec sa conscience. Ses amis comme moi l'approuvèrent, c'eut été déchoir pour Souligoux que devenir un politicien.

J'ai dit que Souligoux était l'ennemi de toute mise en scène. Certes il avait raison, mais n'empêche que dans certains cas, il en résulte quelque déconvenue. Je me permettrai à ce sujet de conter une anecdote personnelle :

J'étais tout jeune praticien, c'était vers 1894. Un vieux confrère de mon quartier, ne pouvant réduire une luxation de l'épaule, me fit appeler. Je m'y employai de mon mieux, mais sans résultat. « Je vais vous chercher quelqu'un qui la réduira », dis-je au blessé, un jeune étudiant robuste et admirablement musclé. Je courus à la Charité et ramenai Souligoux, alors chef de clinique de Tillaux. En un tournemain, la luxation fut réduite avec facilité. Les parents de l'étudiant, présents à l'opération, m'honorèrent ainsi que le vieux praticien sans la plus petite difficulté. Mais quand il s'agit de Souligoux, ce fut autre chose. Ils ne comprirent jamais qu'il demandât des honoraires bien supérieurs aux nôtres, honoraires qui cependant n'avaient rien d'excessif car ils n'atteignaient pas deux cents francs. Ces braves gens ne pouvaient pas comprendre que Souligoux se fît payer plus que nous qui avions tiré et fait souffrir le malade, en suant sang et eau, quand lui, en une minute, sans effort apparent, sans le faire souffrir, avait réduit la luxation. Le plus piquant, c'est que ces braves gens étaient des Auvergnats des environs de Saint-Flour.

Lorsqu'en 1928, Souligoux fut atteint par la limite d'âge et dût céder à son ami, le Dr Robert Proust, son service de Beaujon, il partit sans bruit, simplement, laissant derrière lui, chez ses malades, chez ses élèves, dans son personnel, les plus sincères regrets. Il continua à mener une vie active ; ses nombreux clients de la maison de santé de la rue du Sergent-Hoff remplaçaient ses malades de l'hôpital. Mais il avait la nostalgie de son service hospitalier. A dater de ce jour, il dépérit, il s'affaiblit et nous apprîmes un matin qu'il était mort brusquement presque sans souffrance en dormant.

Les unanimes regrets de tous ceux qui l'ont connu ne parvinrent pas à adoucir le chagrin de la femme d'élite qu'il avait choisie. Elle savait si bien le compléter, recevoir avec élégance et distinction les amis et les collègues de son mari qui, lui, ne s'embarrassait guère du protocole, ni des obligations mondaines.

Aujourd'hui Ch. Souligoux repose au milieu des siens dans le petit cimetière de Brassac, dans cette terre d'Auvergne qu'il aima tant et où il a voulu être inhumé.

A l'occasion de l'éloge autrement documenté et plus littéraire du Dr Robert Proust, j'ai cru devoir rappeler les souvenirs d'un modeste praticien qui sut juger à son mérite l'éminent chirurgien que fut son ami. C'est un humble bouquet de violettes que je dépose sur sa tombe à côté de la gerbe brillante et plus parfumée du distingué secrétaire général de la Société de chirurgie.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES CONVULSIONS DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

Par R. Turquety
Ancien chef de Clinique de la Faculté.

Il n'est guère, dans la médecine des enfants du premier âge, de symptôme d'une constatation plus courante que les convulsions ; elles représentent en effet, chez le nourrisson, le mode habituel de réaction du système nerveux sous l'influence des causes les plus diverses. Mais il en est peu dont l'interprétation soit plus délicate.

Aussi l'opinion des classiques sur ce point a-t-elle, de tout temps, été divisée.

Pour certains, comme Rilliet et Barthez, Bouchut et, d'une façon générale, la plupart des pédiatres du siècle passé, les convulsions sont un signe banal des maladies de l'enfance, exception faite des cas où elles sont en rapport avec une lésion du névraxe. Les médecins d'enfants que leur carrière a mis à même de voir adultes des enfants auxquels ils ont donné leurs soins pour des convulsions font preuve à ce sujet d'un optimisme basé sur une longue expérience.

Pour d'autres auteurs, par contre — et c'était là l'opinion de la plupart des neurologues — les convulsions constituent de véritables manifestations épileptiques. Elles seraient l'équivalent, dans la première enfance, de l'épilepsie de l'adulte. Les psychiatres attachent aux convulsions de l'enfance un pronostic péjoratif, du fait que, par leur situation, ils en observent les formes les plus graves, les plus rebelles à la thérapeutique.

Les travaux modernes ont eu pour but la mise au point de cette question par une connaissance plus précise des causes qui engendrent les convulsions. Il est, à ce point de vue, un facteur dont l'importance apparaît nettement depuis qu'on s'attache à le dépister ; c'est la syphilis (Fournier, Hutinel, Gaucher, Marfan, Leredde). Parmi l'ensemble des convulsions on isole le groupe des convulsions dites *essentielles* qui semble dominé par cette étiologie.

Plus récemment on a individualisé une affection liée à un état d'hyperexcitabilité neuromusculaire avec abaissement du calcium sanguin : c'est la *tétanie*. Elle se traduit, chez le nourrisson, par des phénomènes de spasme, des contractures et parfois des manifestations convulsives. Certains auteurs ont cru voir, dans cet état, une cause particulièrement fréquente des convulsions de la petite enfance.

On peut admettre une *prédisposition aux convulsions*. Les enfants issus de parents souffrant de psychose, de névropathie, d'affections organiques du système nerveux, les enfants d'alcooliques surtout y sont particulièrement sujets.

L'âge est un autre facteur de prédisposition. Pour des causes en apparence semblables, les réactions convulsives sont plus fréquentes chez les jeunes que chez les adultes et atteignent leur maximum de fréquence de 2 à 24 mois.

Cette aptitude convulsivante a été particulièrement bien étudiée par notre regretté collègue André Collin dans un important travail (1). André Collin en distingue les principales causes histologiques, chimiques, hormoniques.

**Histologiques.** — Les cellules nerveuses, durant la période active de leur développement, sont mal protégées des atteintes toxiques. Elles sont groupées en territoires minimes, isolés des territoires voisins par du ciment que leur multiplication écartera et détruira. Ainsi se trouve réalisé pour un groupe de cellules l'isolement partiel qui ne lui permet pas d'équilibrer sur les territoires voisins l'excès des forces appelées. Le tissu nerveux jeune a une aptitude convulsivante comparable à celle du tissu nerveux sclérosé, par suite de l'isolement, réalisé dans les deux cas, des groupements cellulaires.

**Chimiques.** — Le calcium a un rôle protecteur de la cellule nerveuse ; et l'on sait que, dans la première enfance, le métabolisme calcique est particulièrement actif. Des causes alimentaires ou pathologiques peuvent le perturber ; la cellule nerveuse, privée de ce sel protecteur, devient aussitôt vulnérable aux toxines et aux variations du pH.

(1) André Collin. — Convulsions et Epilepsie des enfants. Gaston Doin et Cie, éditeurs. Paris.

**Hormoniques.** — Le système nerveux a déjà un développement avancé alors que celui des glandes closes n'est encore qu'ébauché. Les parathyroïdes, la surrénale ont, chez l'adulte, un rôle antitoxique qu'elles ne sont pas encore capables de remplir chez le jeune enfant. Trois termes, pour André Collin, résument l'aptitude convulsivante du tissu nerveux jeune : l'isolement histologique et fonctionnel de la cellule, l'hypocalcémie et l'insuffisance fonctionnelle des glandes à sécrétion interne.

La recherche des *causes efficientes* constitue la partie la plus importance de l'étude des convulsions. Notre maître, M. le Prof. Marfan, les classes de la façon suivante :

Pour M. Marfan, on peut diviser les causes efficientes en quatre groupes :

1° Celles qui dépendent d'une lésion des centres nerveux ; on pourrait leur donner le nom de *convulsions organiques*.

2° Celles qui paraissent indépendantes d'une lésion des centres accessible à nos moyens d'investigation, mais qui sont dues manifestement à une affection d'un autre appareil ou système ; on pourrait leur donner le nom de *convulsions symptomatiques*.

3° Celles qui sont la manifestation d'une tétanie évidente ou latente, de ce qu'on peut appeler la *diathèse spasmogène*.

4° Enfin celles auxquelles on ne peut assigner aucune cause évidente et que, pour cette raison, on appelle *essentielles*. Ce sont les plus importantes, celles dont les conséquences sont le plus graves pour l'avenir de l'enfant, celles aussi dont on discute le plus.

I. **Convulsions organiques.** — Elles apparaissent comme un épisode ou comme un symptôme répété au cours des *lésions aiguës ou chroniques du névraxe*.

Les méningites en sont une des causes les plus fréquentes, qu'il s'agisse d'une méningite cérébro-spinale, d'une méningite purulente à pneumocoques ou à bacilles de Pfeiffer, ou d'une méningite tuberculeuse (il y a, chez le nourrisson, une forme éclamptique de cette affection, où les convulsions sont le symptôme prédominant).

Les hémorragies méningées d'origine obstétricale peuvent se manifester par des convulsions dès les premiers jours, voire dès les premières heures de la vie. La thrombo-phlébite des sinus, surtout celle qui vient compliquer la diarrhée cholériforme, peut les déterminer. L'encéphalite hémorragique, cause habituelle de l'hémiplégie spasmodique infantile, débute souvent par des convulsions qui peuvent se prolonger durant des années.

Les convulsions du coup de chaleur, sont imputables à une congestion intense des méninges et de l'écorce cérébrale. La poliomyélite, à sa phase initiale, peut se manifester par des convulsions.

D'autre part, toutes les *lésions congénitales* du cerveau peuvent s'accompagner de convulsions : sclérose cérébrale, porencéphalie, méningo-encéphalite, hydrocéphalie, maladie de Little. L'hydrocéphalie acquise peut, elle aussi, s'accompagner de convulsions. Plus on avance, dit M. Marfan, et plus le rôle de la syphilis héréditaire paraît considérable dans la genèse de ces affections congénitales du cerveau.

Les tumeurs du cerveau, gliomes, tubercules solitaires, sont également des causes de convulsions. Les convulsions qui dépendent d'une lésion des centres nerveux sont, en général, aisément rapportées à leur cause. Leur origine est reconnue par les symptômes nerveux associés, par la coexistence de la fièvre ou de l'apyrexie enfin par les caractères du liquide céphalo-rachidien. Ces convulsions d'origine organique comportent un pronostic grave.

Elles laissent souvent après elles des troubles psychiques, idiotie, arriération intellectuelle, des paralysies, des contractures ; elles sont parfois le prélude d'une épilepsie définitive.

II. **Convulsions symptomatiques.** — Dans certains cas les convulsions ne peuvent être attribuées à une lésion des centres nerveux, mais elles sont déterminées par une affection d'un autre appareil. On les observe dans les maladies infectieuses, dans les intoxications ; elles peuvent être dues à une irritation des nerfs périphériques. Toutes les infections qui débutent par une brusque élévation de température peuvent chez le nourrisson, déterminer des convulsions ; qu'il s'agisse d'une grippe, d'une pneumonie, d'une fièvre éruptive. Elles disparaissent en général après le début de la maladie.

Il est beaucoup plus rare de rencontrer des convulsions pendant le cours des infections, à moins que celles-ci n'aient déterminé une complication : otite aiguë, broncho-pneumonie, réaction méningée.

Il est d'importance capitale, quand on interroge les parents d'un nourrisson atteint de convulsions, de préciser si, au moment où les accidents ont débuté, l'enfant présentait de la fièvre. Fréquemment, en effet, on voit, chez le nourrisson, des réactions convulsives prendre naissance à l'occasion d'une hyperthermie : ces convulsions *épisodiques* comportent, en général, un pronostic favorable.

Par contre, l'état fébrile suspend certains états convulsifs qui se produisent régulièrement chez le même individu, avec une température normale. Il faut savoir que ces convulsions, qui se produisent périodiquement chez un enfant apyrétique, — et dont la répétition est suspendue tant

que dure l'état fébrile — présentent d'ordinaire une tout autre gravité.

Comme les infections, les intoxications endogènes ou exogènes peuvent être, elles aussi, facteurs de convulsions, qu'il s'agisse d'une toxi-infection alimentaire, d'une acétonémie ou d'une intoxication médicamenteuse.

A côté de ces cas, on décrit sous le nom de *convulsions réflexes* celles qui sont attribuées à l'irritation des nerfs périphériques, : convulsions liées à l'éruption dentaire, aux helminthes (rares, à vrai dire avant deux ans), à un corps étranger des voies digestives.

III. **Diathèse spasmogène.** — Affection qui révèle un état d'hyperexcitabilité neuromusculaire, la tétanie se présente soit sous l'espect d'accès de convulsions ou de contractures, soit sous une forme larvée que permettent seuls de dépister les petits signes de l'hyperexcitabilité neuromusculaire. Le premier groupe de faits constitue la *tétanie manifeste*, le second la *tétanie latente ou spasmophilie.*

La tétanie est une affection surtout commune au cours de la première enfance. Plus fréquente, semble-t-il, dans les pays du Nord, on l'observe de préférence à la fin de l'hiver et au début du printemps. On la rencontre surtout de 8 mois à 4 ans, exceptionnellement avant 7 mois, jamais avant le 4e mois.

Les sujets atteints de tétanie sont souvent des rachitiques, souvent aussi des enfants élevés au biberon, atteints de dyspepsie du lait de vache, ou hypothrepsiques.

La tétanie manifeste se traduit le plus souvent par des accès de contracture dont les uns sont limités aux muscles de la glotte, ce sont les accès de laryngospasme, les autres plus ou moins généralisés aux membres avec attitude classique de la main d'accoucheur, spasme carpo-pédal creusant la plante du pied, et bouche en museau de carpe.

Les convulsions constituent une forme beaucoup plus rare de la tétanie manifeste. Elles peuvent s'associer au laryngospasme, aux contractures ou alterner avec eux. Les accès de clonisme sont généralement localisés aux membres contracturés. Les convulsions se traduisent par de petites secousses cloniques en demi-flexion et en extension ; elles surviennent sur un membre déjà contracturé et qui le reste quelque temps après la fin de la convulsion.

Bien plus rarement, la convulsion clonique survient en dehors de tout accès de contracture ou alterne franchement avec lui.

Quand les convulsions sont généralisées, elles peuvent s'accompagner d'une perte de connaissance complète.

L'évolution de la tétanie est très variable. Elle peu ne comporter qu'un accès isolé de l'une de ces formes, ou des accès répétés, avec ou sans alternance des diverses formes.

Le pronostic en est généralement bénin. Il n'offre de gravité que dans les formes où les accès de convulsions et de contractures généralisées alternent avec le laryngo-spasme : on peut, en effet, craindre l'asphyxie mortelle. La mort peut également survenir dans les formes où les convulsions généralisées précèdent le coma. Cette éventualité n'est plus guère à redouter avec le traitement que l'on oppose actuellement à cette maladie.

Les phénomènes de contracture et les convulsions terminés, il persiste chez l'enfant un certain nombre de signes qui vont permettre de les rapporter à leur cause : ce sont les signes de la *tétanie latente* dont le plus important est le signe du facial ou signe de Chvosteck (contraction en éclair des muscles peaussiers de la face quand on percute au marteau le nerf facial). D'autres sont d'importance secondaire : signe de Weiss, signe d'Escherich, signe de Lust (contraction, par percussion des muscles correspondants, de l'orbiculaire des paupières, de l'orbiculaire des lèvres, des muscles de la loge antéro-externe de la jambe).

La spasmophilie comporte constamment une hyperexcitabilité électrique des nerfs et des muscles, une augmentation de la chronaxie.

L'étude du sang des enfants spasmophiles montre des modifications importantes : le taux de la calcémie y est abaissé, d'autant que les manifestations de la tétanie sont plus sévères. Les recherches histologiques pratiquées sur les viscères des enfants morts de tétanie ont permis de faire deux constatations importantes : lésions fréquentes des parathyroïdes et abaissement *constant* (de 50 %) de la teneur en calcium des centres nerveux.

L'étude approfondie, clinique et biologique, que l'on a faite de la tétanie, a permis de lui rattacher des cas de convulsions dont la cause n'apparaissait pas nettement jusque-là.

Certains auteurs, dans cette voie, sont allés très loin. Pour Escherich, 90 % des convulsions de l'enfance relèveraient de la tétanie. MM. Lesné et Turpin déclarent que, chez les enfants ayant dépassé 3 mois, dans les 2/3 des cas, les convulsions relèvent de la spasmophilie. Cette opinion n'est pas admise sans conteste.

MM. Heuyer et Longchampt, dans une étude récente portant sur un très grand nombre de cas disent n'avoir jamais observé de semblables convulsions. M. Marfan sans nier leur existence, les considère comme rares.

Nous avons personnellement recherché les signes de la tétanie latente chez tous les nourrissons atteints de convulsions et présentés à la consultation de l'hospice des Enfants-Assistés ; nous ne les avons rencontrés que d'une façon tout à fait exceptionnelle. L'assertion d'Escherich,

de Lesné et Turpin appelle, avant d'être acceptée, de nouvelles recherches.

IV. **Convulsions essentielles.** — Dans certains cas on ne peut faire rentrer les convulsions du jeune enfant dans aucun des groupes précédents. Il s'agit alors de convulsions qui se produisent, à intervalles plus ou moins rapprochés, chez des enfants en bonne santé apparente, *sans fièvre*, et sans que l'examen le plus attentif puisse faire intervenir aucune des causes que nous avons énumérées. On dit alors qu'il s'agit de *convulsions essentielles*. Cette terminologie est d'ailleurs discutable car si, effectivement, elles paraissent essentielles durant un certain temps, leur évolution démontre souvent, dans les mois ou les années qui suivent, qu'elles constituent le signe avant-coureur d'une encéphalopathie chronique. Les relations qui existent entre les convulsions essentielles et la syphilis ne sont guère mises en doute actuellement. Cependant l'opinion des auteurs varie notablement quant à la place qu'il faut réserver à ce facteur dans la genèse de cette variété de convulsions.

Pour M. Marfan, on doit rattacher à l'hérédo-syphilis la plupart des convulsions essentielles, particulièrement celles qui surviennent chez un enfant de moins de 6 mois. « Ces enfants présentent, dans les 2/3 des cas, des signes de syphilis congénitale, certaine ou très probable, et parfois leur séro-réaction est positive. On devra, en pareil cas, pratiquer une ponction lombaire : elle permettra de constater, chez certains enfants, une réaction méningée latente : hyperalbuminose et lymphocytose, parfois une réaction de Wassermann positive ». Il faut savoir, ajoute M. Marfan, que, même lorsque les convulsions surviennent chez des hérédo-syphilitiques, la réaction méningée peut-être absente.

Fournier, Gaucher, Leredde, Hutinel protessaient une opinion très voisine. MM. Huyer et Longchampt, dans leurs article sur les convulsions essentielles de l'enfance, se rangent entièrement aux conclusions de M. Marfan et insistent, à cette occasion, sur les difficultés multiples dont est entouré le dépistage de l'hérédo-syphilis dans la première enfance.

Avec le Prof. Nobécourt, dans ses leçons et dans ses communications à la Société de Pédiatrie, nous entendons une note un peu différente. Les convulsions, accepte tout d'abord l'auteur, sont certainement fréquentes chez les enfants de syphilitiques. Mais cela ne signifie pas que toutes les convulsions survenant chez des enfants de syphilitiques soient l'œuvre de la syphilis. Sur 100 enfants atteints de convulsions, l'auteur trouve, au maximum, 40 à 50 syphilitiques avérés et une douzaine de syphilitiques douteux, soit, au total, 40 à 50 bébés qui ne peuvent être considérés comme syphilitiques. En outre il signale que la syphilis est à peine deux fois plus fréquente chez les convulsifs que chez les autres. L'auteur arrive à la conclusion suivante : « Sans nier le rôle *assez considérable* de la syphilis dans l'étiologie des convulsions de la première enfance (elle serait peut-être deux fois plus fréquente chez les convulsifs que chez les autres enfants), il ne faut pas exagérer l'importance de ce facteur étiologique et le considérer comme prédominant ».

M. Babonneix arrive, lui aussi, à des conclusions très voisines et considère que l'on doit imputer à l'hérédo-syphilis la moitié des convulsions essentielles.

Nous avons eu personnement l'occasion d'observer et de suivre, tant en clientèle de ville qu'à l'hôpital, nombre de nourrissons atteints de convulsions essentielles. Comme les deux auteurs précédents, nous avons observé des cas où l'examen clinique et sérologique de l'enfant et des parents ne montrait aucun signe de syphilis ; la ponction lombaire ne décelait aucune anomalie du liquide céphalo-rachidien, non plus que la réaction du benjoin colloïdal. Doit-on, dans ces cas, malgré le résultat négatif des examens cliniques et biologiques, passer outre et, pour expliquer ces faits, invoquer, comme le veulent certains, une syphilis cryptogénétique ? Nous pensons que, dans l'état actuel des choses, le problème est bien difficile à résoudre.

Si la syphilis ne peut prétendre accaparer, pour elle seule, toute l'étiologie des convulsions essentielles, existe-t-il d'autres facteurs que l'on puisse logiquement incriminer ?

*Le traumatisme obstétrical* a, de tout temps, été accusé de ce méfait, en raison des hémorragies méningées ou encéphaliques qu'il engendre. Les grosses compressions cérébrales déterminent une hémorragie méningée par rupture de sinus ou de grosses veines. Si, par contre, le traumatisme a été minime, il se produit de petites ruptures vasculaires au niveau de l'écorce cérébrale et de la pie-mère, au niveau des noyaux gris centraux et parfois des pédoncules cérébraux.

La ponction lombaire a permis de mettre en évidence la grande fréquence des légers traumatismes obstétricaux.

On sait que, chez le nouveau-né normal, la ponction lombaire est blanche. S'il y a eu traumatisme, elle ramène, au contraire, quelques gouttes d'un liquide céphalo-rachidien d'aspect normal (ce qui traduit déjà, chez le nouveau-né, un certain degré d'hypertension) parfois le liquide est légèrement albumineux, parfois il contient du pigment hématique, et, dans les cas plus sévères, il est laqué.

Ces altérations du liquide céphalo-rachidien ont été observées même chez des nouveau-nés venus au monde normalement, ayant traversé un bassin normal et ne présentant ni céphalhématome, ni bosse séro-sanguine. Le cas se-

rait plus fréquent, semble-t-il, chez les premiers-nés. On a même observé les signes d'une réaction traumatique du liquide céphalo-rachidien chez des nouveau-nés extraits par césarienne.

Donc, du point de vue anatomique, le traumatisme obstétrical paraît très fréquent. Doit-on lui reconnaître quelque importance clinique, quand il est aussi discret ? Si les grands traumatismes obstétricaux peuvent être tenus pour responsables de troubles moteurs et psychiques graves chez l'enfant, doit-on penser qu'un traumatisme minime, lésant discrètement l'écorce, les noyaux gris ou les pédoncules expliquerait l'apparition, dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie, de convulsions en apparence essentielles ?

Ce nouveau problème, comme tout à l'heure celui de l'hérédo-syphilis est bien difficile à résoudre. D'aucuns l'ont tranché par un compromis. Ils estiment que ces hémorragies, consécutives à un traumatisme obstétrical minime, ne peuvent se produire que chez des hérédo-syphilitiques, traduisant une fragilité congénitale des parois vasculaires ou une altération de la coagulabilité du sang.

Mais alors, dira-t-on, quelle conduite doit-on tenir dans la pratique ? Suivant en cela la règle proposée par notre Maître, M. Marfan, nous pensons que, lorsqu'on voit survenir, chez un jeune enfant, des convulsions qui apparaissent *sans cause nette, sans fièvre,* affectant un *caractère récidivant,* on doit toujours les tenir pour suspectes, s'il n'y a pas dans les commémoratifs la notion d'un traumatisme obstétrical certain. Il faut soumettre d'emblée le malade à un traitement spécifique intense et prolongé. En agissant ainsi on évitera, à quelques-uns du moins de ces sujets, d'évoluer vers le mal comitial, la débilité intellectuelle ou l'encéphalopathie.

*Le pronostic d'avenir* des enfants atteints de convulsions est d'importance capitale.

Bénin en général pour les convulsions symptomatiques ou les convulsions de la tétanie, très sombre pour les convulsions de l'encéphalopathie, il est, pour les convulsions essentielles, bien délicat à formuler. Ces enfants sont-ils, ultérieurement, voués au mal comitial ?

Le problème a été diversement résolu par les auteurs.

Pour les uns, la plupart des épileptiques adultes (80 % pour Pierre Maris) sont d'anciens convulsifs infantiles. On a même avancé que les enfants atteints de convulsions dans les deux premières années de leur existence présentent, presque tous, à partir de 5 à 6 ans, des crises typiques d'épilepsie .

M. Marfan s'élève contre cette assertion : « Nombre de sujets, qui ont eu des convulsions dans la première enfance, ne sont devenus ni des idiots, ni des épileptiques, ni même des névropathes ou des psychopathes évidents. D'autre part, beaucoup d'idiots ou d'épileptiques n'ont jamais eu de convulsions dans leur première enfance ».

Lasègue avançait que l'épilepsie vraie a comme caractère de ne débuter qu'à la période prépubère ou pubère.

Peut-on alors, du caractère des convulsions, tirer un pronostic pour l'avenir physique et intellectuel de l'enfant ?

André Collin, dans son travail sur les convulsions et l'épilepsie des enfants, s'est attaché à opérer, du point de vue de la clinique, une distinction entre les convulsions bénignes et les convulsions graves.

L'auteur reconnaît comme BÉNIGNES les convulsions qui surviennent à la faveur d'une cause occasionnelle, poussée de fièvre, crise d'acétone, trouble digestif. On observerait dans ce cas des convulsions à *prédominance clonique, bilatérales d'emblée,* à point de départ *bulbo-médullaire,* se produisant avec un *minimum de symptômes associés.* Si les sujets qui en sont atteints peuvent présenter plus tard des incidents nerveux sans gravité : terreurs nocturnes, incontinence d'urine, instabilité, ils ne sont voués ni à l'épilepsie ni à la tare nerveuse.

On doit, par contre, tenir pour GRAVES les convulsions qui, à début *unilatéral* deviennent *lentement bilatérales.* Elles sont le plus souvent *toniques* d'emblée. Elles surviennent en état d'*apyrexie,* et il est habituel qu'un état fébrile ou infectieux *suspende leur apparition.* L'éclosion des crises *pendant le sommeil* à une grande importance ; enfin ces crises sont suivies d'une période *d'obnubilation ou de stertor.* Ces convulsions, pour André Collin, traduisent une *excitation du cortex* ; elle seraient la première manifestation d'une encéphalopathie exerçant son action sur la *région psycho-motrice* de l'écorce.

Il y a certainement beaucoup de bien-fondé dans les conclusions auxquelles est arrivé cet observateur. Toutefois, la distinction si nettement tranchée en *convulsions cloniques bénignes* et *convulsions toniques graves* nous paraît trop absolue — du moins dans la première enfance. Ici, en effet, presque toujours, prédomine le type clonique, avec un minimum de signes associés et cela, nous semble-t-il, quelque doive être, bénigne ou grave, l'évolution de la maladie.

La classification d'André Collin conserve cependant toute sa valeur. Un médecin est-il appelé à examiner, à intervalles plus ou moins éloignés, un nourrisson atteint de convulsions ? S'il voit les accidents se caractériser peu à peu dans le sens qu'indique cet auteur (prédominance du type tonique, convulsions progressivement et lentement généralisées, apyrexie, apparition nocturne, obnubilation post-éclamptique) il devra se montrer très réservé sur l'avenir physique et intellectuel de l'enfant. L'épilepsie, la sclérose

cérébrale, les perversions instinctives graves, les troubles profonds du caractère sont alors à redouter.

ET CEPENDANT, *même récidivantes et rebelles*, les convulsions essentielles de la petite enfance ne doivent pas, au point de vue pronostic, être assimilées à l'épilepsie juvénile, à celle qui débute dans les années pré-pubères. Il n'est pas exceptionnel de les voir s'espacer et disparaître entre 4 et 6 ans, alors que tout espoir d'amélioration semblait vain. Au point de vue de l'avenir de l'enfant nous redoutons davantage, pour notre part, des convulsions débutant à la fin de la 2e année ou au cours de la 3e année de la vie que celles dont les premières manifestations se produisent au cours des premiers mois.

*Traitement.* — Si la médication calmante (bromures, gardénal, chloral) trouve son emploi au moment des crises convulsives, le véritable traitement consiste, après avoir précisé leur cause, à y apporter le remède approprié à chaque cas.

S'il s'agit de tétanie, on obtiendra l'élévation du calcium sanguin par l'emploi du chlorure de calcium ou du lactate de chaux ; on y joindra l'action des rayons ultra-violets ou de l'ergostéral irradié. L'opothérapie parathyroïdienne (à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour) a été jusqu'ici assez peu employée, à notre connaissance, dans le traitement de cette affection.

S'il s'agit de convulsions essentielles, on ne fera appel aux médicaments anticonvulsifs qu'en dernier ressort, dans les cas rebelles dont l'évolution progressive a voué à l'échec toutes les thérapeutiques étiologiques employées. Ces médicaments, employés à dose suffisante, auront du moins pour résultat de reculer le seuil d'excitabilité de la cellule nerveuse et d'espacer les accès. Mais il faut bien savoir que, chez l'enfant, leur usage longtemps prolongé n'est pas sans nuire à son développement intellectuel.

Ici, comme dans l'épilepsie, les bromures sont supplantés par le gardénal et le luminal.

La syphilis intervient — c'est l'avis de tous — pour une proportion appréciable dans la genèse des convulsions essentielles. Et il faut bien savoir que chez le nourrisson, les examens cliniques et sérologiques les plus minutieux, la ponction lombaire même, sont souvent impuissants à la dépister. Par ailleurs, ce n'est guère qu'en traitant précocement l'hérédo-syphilis qu'on empêchera le retour des accidents et le développement ultérieur d'une altération cérébrale ou d'un trouble psychique.

C'est dire que, *même s'il y a doute sur la réalité de la syphilis dans la genèse des accidents*, on doit faire bénéficier l'enfant d'un TRAITEMENT D'ÉPREUVE. Et ce traitement devra être suivi, prolongé avec opiniâtreté, sans se laisser décourager par la persistance des accidents convulsifs.

Notre Maître, le Prof. Marfan, appliquait avec rigueur cette manière de procéder dans son service de l'hospice des Enfants-Assistés et il nous a été donné d'observer, dans bien des cas qui paraissaient rebelles, des guérisons inespérées.

Le mercure, les sels arsenicaux, les sels de bismuth ont été également préconisés dans le traitement des convulsions infantiles. Nous donnons personnellement la préférence, dans la première enfance, aux séries alternées de frictions mercurielles et d'injections de sels bismuthiques insolubles.

## CLINIQUE MÉDICALE

(HÔPITAL COCHIN : Service du Prof. ACHARD).

### Forme solitaire de la Maladie de Thomsen (1)

Par le Dr THIERS,

Ancien chef de clinique de la Faculté,
Médecin en chef du Dispensaire Furtado-Heine.

Vous allez voir dans un instant un jeune garçon de 13 ans, qui présente une maladie singulière et rare dont vous n'aurez peut-être plus l'occasion de rencontrer un exemple pendant toute la durée de votre vie médicale.

Il s'agit, en effet, de la maladie de Thomsen, qu'on appelle ainsi, non pas seulement parce que Thomsen l'a étudiée et décrite, mais encore parce qu'il en a été atteint lui-même, ainsi que tous les membres de sa famille appartenant à cinq générations.

Ce qui a consacré dès le début le caractère *familial* et *héréditaire* de cette affection.

En fait, ce caractère n'a pas une valeur absolue ; chez notre malade, il fait défaut, bien que les stigmates thomséniens s'y trouvent rassemblés d'une façon typique.

A côté de ce premier point, il en est un autre sur lequel je veux dès à présent attirer votre attention : c'est l'existence chez lui d'une paralysie oculaire congénitale comme la maladie.

Cette association d'une lésion du système nerveux avec la maladie de Thomsen nous conduira naturellement à discuter la pathogénie récemment proposée de la maladie.

(1) Leçon du 30 novembre 1930.

**Symptômes fonctionnels**

La maladie de Thomsen est caractérisée par un spasme tonique des muscles qui se produit à l'occasion des contractions volontaires.

Ce spasme a pour effet de prolonger la durée de la contraction au delà de la durée normale et utile, de telle sorte que la contraction suivante ne peut se produire avant un certain délai.

Il en résulte une gêne dans les mouvements volontaires qui rend maladroits et pénibles les actes les plus habituels de l'existence. Ainsi, quand le malade veut marcher, il étend la jambe pour avancer, mais il ne peut ensuite la fléchir alors qu'il a étendu également l'autre, il reste alors après un pas, les jambes raides, sans pouvoir continuer immédiatement sa route.

De même, saisit-il un objet, ses doigts se crispent sur cet objet, qu'il ne peut plus lâcher ; le spasme des fléchisseurs cède lentement et avec peine.

Baille-t-il, sa bouche reste ouverte près d'une minute sans se refermer. Veut-il se lever, il paraît cloué sur son siège ; courir, il est rapidement immobilisé.

Voyez notre malade, je lui dis de prendre ce crayon, ses doigts se referment bien sur l'objet, mais au commandement — laisse-le — quelle peine il a à s'en détacher !

Quand il marche, ses mouvements sont maladroits et il lui est impossible de courir et de se mêler aux jeux des enfants de son âge.

Faisons-lui fléchir et étendre successivement le bras, l'extension est tardive et pénible.

Toutefois, s'il répète le mouvement, celui-ci devient plus facile à la longue et finalement s'effectue de façon presque normale.

C'est ainsi, en effet : la répétition du mouvement engendre la facilité à le renouveler et le spasme tonique diminue et cède peu à peu.

Il y a donc une sorte d'amorçage nécessaire, ou de mise en train.

Les troubles sont apparus dès la naissance, chez notre malade.

Ils se sont manifestés par une impossibilité presque complète de têter, due à la gêne de l'acte de la succion.

L'alimentation très difficile n'a guère été possible qu'à la cuillère : encore a-t-elle provoqué fréquemment des sortes de spasmes pharyngiens dramatiques et inquiétants.

La marche a été tardive, ce n'est que vers l'âge de 5 ans que le malade a pu faire quelques pas sans qu'il lui fut possible toutefois de sauter ou de courir.

Les troubles fonctionnels ne sont donc pas limités aux mouvements des membres, les muscles de la tête ne sont pas indemnes non plus que ceux du cou et du tronc.

Les spasmes toniques sont influencés par différents facteurs : le froid, l'émotion, la peur surtout les augmentent et arrivent parfois à figer véritablement le malade.

La chaleur, le calme, le repos les atténuent dans une certaine mesure. Je vous rappelle encore que la répétition des mouvements les rend aussi plus faciles.

**Symptômes objectifs**

Voyons les symptômes objectifs : le plus apparent est l'*hypertrophie musculaire*. Les muscles offrent un développement anormal. Chez notre malade toute la musculature présente le relief que donne au corps la pratique de l'athlétisme.

Lorsque le malade lève le bras, voyez ce relief des muscles péri-scapulaires, des muscles dorsaux, des spinaux ; vous pouvez compter les digitations du grand dentelé. Les muscles sacro-lombaires, ceux des fesses, des cuisses font des saillies nettes et se distinguent aisément.

Ses membres ont l'aspect de ceux d'un sujet vigoureusement sportif. Au palper les muscles sont durs, d'une consistance ligneuse.

Contraste qui surprend, ces muscles d'athlète n'ont pas la vigueur qu'ils semblent indiquer, la force musculaire chez notre malade est même moindre que normalement.

C'est là toutefois un fait général que l'on retrouve dans toutes les fausses hypertrophies musculaires d'origine dégénérative.

L'examen du système nerveux ne décèle rien d'anormal. Les réflexes tendineux sont sensiblement égaux.

Les réflexes cutanés plantaires se font en flexion ; Souques a rapporté le fait suivant : l'excitation de la plante du pied provoquait chez un sujet la flexion des orteils et cette flexion persistait quelque temps après la cessation de l'excitation. La sensibilité est intacte. Il n'y a pas de troubles sphinctériens.

Quant à l'état mental, Thomsen prétendait que les malades étaient d'humeur sombre, irritable avec tendance à la mélancolie.

En réalité, les thomséniens écartés par leur infirmité des jeux ordinaires prennent l'habitude de la réserve et de la taciturnité, mais leur intelligence est aussi vive que chez les autres et ce jeune garçon poursuit ses études avec un succès très honorable.

**Troubles électriques**

Les troubles fonctionnels et les signes objectifs sont caractéristiques, ils ne suffisent pas cependant pour affirmer la maladie de Thomsen, il faut encore que l'examen électrique décèle la *réaction myotonique*.

La *réaction myotonique* consiste dans la prolongation anormale de la durée de la contraction après la rupture ou fermeture du courant ; en un galvano-tonus durable ; en des modifications de l'excitabilité polaire.

Chez notre malade, voici les résultats de l'exa-

men : hyperexcitabilité légère et générale au courant faradique et au courant galvanique.

Pas de réaction de dégénérescence typique.

Mais les secousses musculaires se prolongent après la réaction de l'excitation.

Il n'y a donc pas de doute, le malade cliniquement et électriquement est bien atteint de la maladie de Thomsen, la forme que l'on observe chez lui est la forme habituelle.

**Diagnostic**

Le diagnostic, en général, ne présente pas de difficultés.

Le spasme hypertonique se distingue aisément des contractures, des raideurs musculaires, de la rigidité, de la catatonie, des spasmes cloniques.

La contracture est permanente ou intermittente, mais liée aussi bien aux mouvements passifs qu'aux mouvements volontaires, elle est associée à des troubles nerveux : modification des réflexes, clonus, signe de Babinski, etc...

La catatonie est une passivité d'attitude, elle s'accompagne d'un état mental particulier.

La rigidité est une hypertonie continue.

**Pathogénie**

Qu'est-ce donc maintenant que la maladie de Thomsen ?

Deux théories sont en présence.

La théorie musculaire et la théorie nerveuse.

La *théorie musculaire* a été principalement soutenue en France par Raymond et son élève Deléage dans sa thèse. Ces auteurs ont pu étudier les altérations anatomiques sur des fragments de muscles prélevés par biopsie et constater que le diamètre des fibres musculaires est augmenté, chaque fibre pouvant atteindre jusqu'à 140 $\mu$ par suite de l'hypertrophie du sarcoplasma, substance non différenciée qui se montre à l'état granuleux alors que la substance différenciée, la fibre, est atrophiée. On note en même temps la multiplication des noyaux du sarcolemme.

Le système nerveux est intact.

La maladie de Thomsen serait donc une maladie du muscle.

La *théorie nerveuse* abandonnée depuis les hypothèses de Thomsen lui-même a trouvé des arguments nouveaux dans les recherches récentes de Foix et Nicolesco.

Ces auteurs ont décrit en effet dans la maladie de Thomsen : *a*) des lésions siégeant au niveau du corps strié ; *b*) des lésions des cellules à pigment noir de l'axe bulbo-ponto-pédonculaire ; *c*) des lésions des formations infundibulo-hypothalamiques (noyaux juxta-ventriculaires, substance innominée de Reichert, cellules de la colonne sympathique de la moelle) ; les altérations de ces diverses formations consistent essentiellement en dégénérescence avec hyperchromie (formation de pigment brun) : dégénérescence du type abiotrophique donc dégénérative sans lésions inflammatoires.

Foix et Nicolesco ont retrouvé les mêmes lésions dans la myopathie, et de plus dans cette dernière affection des lésions des cellules des cornes antérieures.

La question ne doit cependant pas être considérée comme résolue car, en face des deux faits positifs de Foix et Nicolesco, on peut, au moins pour ce qui concerne les myopathies, dresser bien des faits négatifs, rapportés par de nombreux auteurs ; l'atteinte des cornes antérieures déjà observée par Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine était d'ailleurs envisagée par eux avec vraisemblance comme un effet secondaire de la lésion musculaire.

Quoi qu'il en soit, et en attendant d'être en possession d'une pathogénie moins incertaine, on doit se demander dans quel cadre nosologique la maladie de Thomsen peut entrer. A cet égard un grand progrès a été fait depuis que les examens électriques se sont multipliés dans les affections musculaires et que la recherche de la chronaxie a été appliquée à l'homme par Bourguignon. On a pu se rendre compte ainsi qu'il existait, à côté des myopathies atrophiques simples, des myopathies avec réaction myotonique, ces formes représentant des formes de transition avec la maladie de Thomsen.

D'après Bourguignon, chez tout myopathique on trouve toujours un ou plusieurs muscles myotoniques ; donc toute *myopathie est myotonique*.

Il n'y a entre ces affections qu'une différence de degré d'évolution. Bourguignon répartit tous les cas en trois formes :

1° La myopathie aiguë aboutissant rapidement à l'atrophie, ce sont les cas de myopathie atrophique progressive.

2° La myopathie subaiguë, ce sont les cas de myopathie myotonique ou myotonie atrophique.

3° La myopathie chronique aboutissant exceptionnellement à l'atrophie : ce sont les cas de maladie de Thomsen.

L'association chez le même sujet de deux de ces formes ou leur succession donne naissance aux formes atrophiques tardives de la maladie de Thomsen et aux associations de maladie de Thomsen et de myopathie. Bourguignon conclut que la myotonie est la preuve de l'origine musculaire de toutes les affections myopathiques car aucune lésion centrale des nerfs périphériques ne peut entraîner la chronaxie aussi grande.

C'est à cette conclusion que je me range ; la maladie de Thomsen est une myopathie et comme telle elle nous apparaît comme une dégénérescence de tissu, du type destructif, le type constructif est le type néoplasique.

**Traitement**

Dire que la maladie de Thomsen est une dégénérescence, c'est dire qu'il n'y a pas de traitement de cette maladie.

En effet, nous assistons impuissants à son évolution de même qu'à celle des myopathies.

La seule notion consolante, c'est qu'elle est la moins grave des myopathies, qu'elle n'entrave pas le développement de l'organisme et que si elle diminue les possibilités physiques, elle peut par là même favoriser le développement des possibilités de l'esprit ou de la sensibilité.

## LES CAUSES HABITUELLES DES DÉFICIENCES PSYCHIQUES (1)

Par

G. de Parrel et Henriette Hoffer

Directeur — Chef du Service de médico-pédagogie

du Centre de rééducation pour les déficients de l'ouïe et de la parole
et pour les retardés scolaires.

### I. — Causes héréditaires

Le rôle de l'hérédité est de toute première importance. L'enfant apporte en naissant sa déficience et c'est souvent dès le deuxième et le troisième mois que les parents remarquent que leur enfant n'est pas « comme les autres ».

Il nous paraît très opportun de chercher à savoir quelle est la valeur intellectuelle des parents : il est, en effet, des familles entières de retardés comme il est des familles d'hépatiques, de cardiaques, de goutteux.

1° *La pauvreté constitutionnelle des facultés intellectuelles des parents s'est transmise à l'enfant.*

Parfois l'un des deux parents seul est déficient et l'enfant a hérité de cette déficience.

Il est des cas encore où l'on note chez le père ou la mère une tare intellectuelle quelconque qui se reproduit, aggravée, chez l'enfant. Nous citerons le cas d'un enfant que nous avons examiné et qui était incapable de suivre au lycée ses camarades du même âge. Cet enfant qui avait un jugement normal, de l'imagination, était particulièrement déficient au point de vue mémoire et attention. Sa mère, femme intelligente et même brillante, nous avoua qu'elle n'avait jamais été capable, elle-même, de faire des études régulières.

2° Le *surmenage intellectuel des parents peut être la cause d'une déficience psychique de l'enfant.*

Il est des génies qui donnent naissance à des idiots ou à des enfants dont le développement intellectuel se fait lentement. On trouve parfois, parmi les fils et les filles de parents de génie, des enfants supérieurs et des dégénérés ou des retardés, la même cause produisant des effets diamétralement opposés par suite de la rencontre d'autres facteurs mystérieux, inconnus.

3° *La question de la race* mériterait d'être étudiée. Il semble prouvé que le croisement des races ait parfois une influence fâcheuse sur le développement de l'enfant et aboutisse à des dégénérescences.

4° La *consanguinité des parents* paraît aussi jouer un certain rôle. La question n'est pas résolue et il faudrait faire des recherches statistiques larges et minutieuses pour résoudre ce problème.

Il est possible, mais non certain cependant, que des unions entre consanguins n'exercent pas une influence précise sur l'état psychique des enfants.

5° Il est d'autres causes qui, pour être peu fréquentes, n'en sont pas moins très importantes, nous voulons parler des *intoxications* résultant de la prise de stupéfiants tels que la cocaïne, l'héroïne, l'éther et parfois le haschisch.

L'intoxication des parents peut être due à l'exercice d'une profession insalubre : ouvriers manipulant du phosphore, du cuivre, du plomb, du mercure, teinturiers intoxiqués par les essences minérales, peintres en bâtiments par la céruse, repasseuses par les émanations de gaz carbonique.

De ces causes d'intoxication exogène nous pouvons rapprocher les cas d'*intoxication endogène* affectant tout particulièrement le système cérébro-spinal. Par ailleurs, les *maladies nerveuses* des parents, peuvent parfois être incriminées.

6° Plus nombreuses sont les déficiences psychiques dues à l'*hérédo-syphilis.* Il faut rechercher cette étiologie systématiquement, car le traitement spécifique peut améliorer l'état de l'enfant.

Il n'est pas toujours facile d'établir de façon certaine cette étiologie et, dans certains cas, les parents ne font rien pour aider le médecin dans ses investigations. Il est prudent d'interroger séparément le père et la mère de l'enfant et de les convaincre de l'importance des questions qu'on leur pose pour le traitement de l'enfant. Le rôle du médecin de famille est ici capital. C'est lui qui, mieux qu'un médecin consultant, pourra convaincre les parents de se prêter aux épreuves de laboratoire nécessaires.

Dans le cas où ces recherches sont faites et donnent un résultat positif, le traitement s'impose, amenant une amélioration dans l'état

(1) Vient de paraître chez Doin, éditeur, un *Manuel de rééducation* des déficients psychiques et des retardés scolaires, par Mlles Hoffer et Angles (*Collection des Manuels de rééducation du Dr de Parrel*).

psychique de l'enfant et rendant souvent possible sa rééducation mentale.

Mais les résultats peuvent être négatifs et la syphilis être cependant en cause.

Dans ce cas, il est indispensable d'essayer de dépister l'hérédo-syphilis par la recherche méthodique des symptômes qu'a pu présenter l'enfant au moment de sa naissance ou de ses premiers mois, et par l'examen clinique minutieux.

L'enquête auprès des parents a pour but d'obtenir les renseignements suivants : la mère a-t-elle eu des accouchements prématurés, des fausses couches. Combien ?

Quel était le poids de l'enfant à sa naissance ? Si ce poids est nettement exagéré ou au contraire s'il est très au-dessous de la normale, on possède un nouveau signe de présomption.

Il est bon enfin de rechercher chez les grands-parents les tares susceptibles de faire penser à un cas d'hérédo-syphilis : paralysie générale, tabes, aortite, par exemple.

5º Enfin, les dernières recherches statistiques semblent prouver que l'*alcoolisme* des parents serait la cause la plus fréquente des déficiences psychiques des enfants. Bourneville, dans ses recherches, avait déjà trouvé une proportion de 40 % de cas à attribuer à l'alcoolisme des parents. Ce chiffre considérable devrait donner matière à réflexion et nous convaincre de la nécessité de lutter non seulement contre l'alcoolisme, mais encore contre le taudis qui le favorise.

**II. — Causes accidentelles pouvant entraîner une déficience psychique de l'enfant**

Ces causes peuvent se produire avant ou après la naissance de l'enfant.

Il est bon, par conséquent, de s'entourer de tous les renseignements concernant la marche de la grossesse de la mère.

1º Il est des cas, en effet, où il faut incriminer des *traumatismes physiques* chez la mère. Sans doute les parents sont-ils trop enclins à mettre ces causes en avant. Il n'en reste pas moins vrai qu'un accident au cours de la grossesse, une chute malheureuse, par exemple, peuvent amener des troubles psychiques chez l'enfant.

2º On trouve parfois à l'origine d'une déficience psychique, un *choc émotif violent* de la mère, au cours de la grossesse. Dans ce cas encore, il faut être prudent avant de conclure à la relation de cause à effet. Et les parents ne sont que trop portés à attribuer la maladie de l'enfant, à une émotion , à une frayeur, à une obsession ou phobie de la mère.

3º Une *infection grave* chez la mère (grippe, fièvre typhoïde, etc), peut parfois avoir comme conséquence une arriération mentale plus ou moins marquée chez l'enfant.

La *dénutrition de la mère* du fait de vomissements incoercibles pendant la grossesse peut être cause aussi d'un arrêt de développement mental de l'enfant.

4º Certains accidents, survenant au moment de l'accouchement, peuvent être incriminés : un *travail prolongé* pendant lequel l'enfant souffre peut causer des troubles graves chez celui-ci.

Des manœuvres obstétricales telles que l'application du forceps et la compression de la tête fœtale peuvent produire des *traumatismes craniens* responsables du retard de développement mental de l'enfant.

La *naissance prématurée* peut encore être incriminée dans le retard de développement de l'enfant. En privant les éléments nerveux de l'enfant du milieu qui convient à leur développement normal, il leur donne une insuffisance congénitale. Si la prématuration est seule en cause, le retard de l'enfant est sans gravité et il peut se combler facilement. Dans le cas où la naissance prématurée est causée par une hérédité spécifique ou tuberculeuse, le pronostic est plus sombre.

5º Après la naissance, pendant la première enfance, bien des accidents peuvent survenir, capables d'arrêter le développement psychique normal de l'enfant. Parmi ces accidents il faut citer des *traumatismes craniens* résultant de chutes ou de coups, par exemple. La constriction du crâne, causée par des coiffures trop serrées, habitude fâcheuse que l'on trouve encore dans certaines régions de la France, peut s'observer.

6º Les *infections massives*, comme celles qui se produisent pendant une fièvre typhoïde grave, une méningite cérébro-spinale, une grippe, une fièvre éruptive, peuvent encore être l'origine d'un arrêt de développement intellectuel.

7º Enfin, il faut signaler les cas où l'on peut attribuer la déficience mentale de l'enfant à l'*alcoolisme de la nourrice* ou encore à celui du bébé lui-même. N'y a-t-il pas certaines régions où il est d'usage de donner de l'alcool aux nourrissons ?

**III. — Influence des causes pathologiques sur la cellule nerveuse**

« Le système nerveux central, premier dérivé de l'ectoderme, emporte avec lui les qualités qu'avait ce système chez les générateurs et d'une manière plus prononcée que les systèmes qui, embryogéniquement, naissent plus tard » (Dictionnaire Dechambre).

La cellule nerveuse, très tôt différenciée, est très tard terminée ; elle reste donc, plus que tout autre, exposée à tous les modes d'infection. Il n'est pas inutile de rappeler ici que les causes pathologiques de dégénérescence chez les parents se développent chez les enfants suivant une proportion géométrique, ainsi que le fait remarquer le docteur Collin dans son livre sur le développement de l'enfant, auquel nous avons fait

de nombreux emprunts pour cette étude étiologique et pathogénique.

La cellule nerveuse de l'enfant reproduit donc, en les exagérant, les troubles des cellules génératrices, dont la valeur a été diminuée par une ou plusieurs des causes énumérées primitivement : intoxications endogènes ou exogènes ou infection.

D'après Marinesco, l'évolution de la cellule nerveuse est guidée par deux facteurs essentiels ; l'hérédité et la nutrition. L'évolution du tissu nerveux est très active pendant les derniers mois de la vie intra-utérine et pendant les premières années de la vie. Sur ce tissu, siège d'un développement actif, toutes les causes d'altération agissent aisément : agents toxiques, agents physiques peuvent combiner leur action nocive.

Expérimentalement, on a pu établir sur des animaux que des traumatismes craniens produisent des lésions non seulement dans l'encéphale, mais dans la moelle épinière.

Fort probablement, les lésions traumatiques ont troublé la nutrition des éléments nerveux et les ont ainsi altérés.

On peut penser aussi que le traumatisme produit une lésion directe des cellules nerveuses.

L'asphyxie de l'enfant causée par un *travail* trop prolongé entraîne une anémie du cerveau qui peut entraîner la mort de l'enfant dans le cas où elle se prolonge et qui, dans les cas moins graves où l'enfant est sauvé, se traduit par un retard de développement intellectuel.

Dans ces anémies suivies de mort, on a trouvé à l'autopsie les cellules nerveuses gravement atteintes : les cellules motrices étant les moins altérées tandis que les cellules sensitives sont détruites.

Les substances toxiques produisent des altérations de développement de la cellule nerveuse : tel poison attaquant de préférence tel groupe de cellules.

« Le système nerveux apparaît, dit Collin, comme doué de propriétés particulières qui permettent à ce tissu noble et si profondément différencié de ne pas obéir aux lois générales de l'immunité, de conserver bien au delà des autres tissus une sensibilité exquise vis-à-vis des toxines. Si le tissu nerveux est un milieu de culture mauvais pour les bacilles eux-mêmes, sa sensibilité aux toxines, plus vive dans les stades où il est mal défendu par ses enveloppes non terminées, sa myéline insuffisante, nous montre bien comment, dans sa période de formation, toutes les causes physiques et chimiques sont capables de créer, sur la cellule nerveuse, depuis les troubles fonctionnels sans substratum anatomique appréciable jusqu'aux lésions anatomo-pathologiques que l'on a coutume de rencontrer dans l'encéphale des idiots et des imbéciles ».

La cellule nerveuse ainsi touchée constitue un terrain de faible vitalité, de moindre résistance. Si par surcroît se produisent des intoxications d'origine endogène ou exogène, de surmenage, de l'infection, cette cellule nerveuse sera plus vulnérable et on verra se développer chez les enfants atteints des dégénérescences plus ou moins graves.

**Tableau des causes habituelles des déficiences psychiques**

| | |
|---|---|
| 1° Causes héréditaires | *a*) Affaiblissement intellectuel dans la famille ;<br>*b*) Influence des races ;<br>*c*) Surmenage des parents ;<br>*d*) Consanguinité ;<br>*e*) Hérédo-syphilis ;<br>*f*) Alcoolisme des parents ;<br>*g*) Professions insalubres. |
| 2° Accidents de la conception | *a*) Maladies nerveuses ;<br>*b*) Maladies mentales ;<br>*c*) Alcoolisme. |
| 3° Accidents de la grossesse | *a*) Traumatismes physiques ;<br>*b*) Traumatismes moraux ;<br>*c*) Chutes ;<br>*d*) Coups ;<br>*e*) Dénutrition par vomissements incoercibles ; intoxications. |
| 4° Accidents de l'accouchement | *a*) Traumatismes obstétricaux ;<br>*b*) Travail prolongé. |
| 5° Accidents de la première enfance | Chutes ;<br>Infections ;<br>Intoxications. |

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

### Du traitement rationnel des dysménorrhées pubertaires

D'après le Professeur V. Riche (1)

### Comment se présentent en clinique les dysménorrhées pubertaires

Contrairement à ce qui se passe pour les femmes, qui ont eu une vie génitale active, les dysménorrhées pubertaires ne sont pas toujours liées à des lésions du tractus génital ; dans un grand nombre de cas, il s'agit de troubles purement fonctionnels, soit isolés, soit, le plus souvent, superposés à un état d'aplasie utéro-ovarienne. Et voici comment.

Le développement du tractus génital est, comme on le sait, sous la dépendance d'hormones, principalement d'hormones nées dans l'antéhypophyse ou dans les centres cinéréens, comme aussi d'hormones glandulaires (thyroïde, etc.). Ces hormones peuvent manifester une carence de bonne heure, bien avant l'époque de la puberté, dans la croissance des organes sexuels comme dans celle des autres parties de l'organisme ; parfois seulement s'aperçoit-on de ce dysfonctionnement endocrinien au moment de la puberté.

D'où il résulte que les dysménorrhées pubertaires peuvent être précédées de troubles généraux dans la croissance, et que, dans le cas contraire, on peut en découvrir des vestiges au moment même où les accidents dysménorrhéiques viennent à se révéler, comme généralement ceux-ci peuvent exister à l'état isolé de simples troubles fonctionnels.

Mais, les causes générales, qui sont à l'origine de ce dysendocrinisme, et qu'il faut toujours rechercher (syphilis, tuberculose, infections aiguës de l'enfance ou de l'adolescence, affections intestinales, etc.), affectent, en même temps que les glandes endocrines, le système sympathique, ce qui explique les phénomènes douloureux associés : hystéralgie, cystalgie, proctalgie.

L'ordre même, dans lequel apparaîtront les phénomènes dysménorrhéiques, pourra déjà aiguiller le praticien vers la prédominance de tel ou tel facteur étiologique, et lui faire entrevoir quel sera le traitement rationnel qu'il devra mettre en œuvre.

I. *Avant les règles.* — Rappelons, tout d'abord, que la période de la puberté dure environ de 3 à 4 ans, et que, dans nos climats, cette période se situe en moyenne entre l'âge de treize ans et celui de seize ans. Dans la majorité des cas, il s'agit de jeunes filles réglées tard, vers 16 ou 17 ans ; ce sont des hypothyroïdiennes, ou des instables thyroïdiennes.

Au début de la menstruation, rarement quelques années plus tard, les phénomènes dysménorrhéiques font leur apparition plusieurs jours *avant les règles*, quelquefois seulement un ou deux jours auparavant. « Ce sont des douleurs vagues dans la région lombaire, une sensation de lassitude extrême, une tristesse marquée. Ces douleurs s'accentuent rapidement : d'abord très fortes dans la région lombaire, elles s'étendent aux points ovariens, d'un seul côté ou deux côtés, puis s'irradient dans tout le ventre vers la racine des membres inférieurs. Ces douleurs lancinantes, térébrantes, sont extrêmement pénibles et arrachent des cris aux patientes. Elles s'accompagnent souvent de sensations de brûlure et de démangeaisons insupportables vers la vulve et le périnée, d'élancements vers l'anus et la vessie. Les irradiations douloureuses peuvent s'étendre à la totalité de l'abdomen qui se météorise. Il existe du péritonisme avec des nausées et des vomissements, de la pollakiurie, de la diarrhée ou de la constipation spasmodique, une agitation extrême. *Malgré ce tableau dramatique, la respiration est calme, le cœur bien frappé, le pouls peu fréquent.*

« Chez certaines malades on note des phénomènes congestifs très marqués : augmentation du volume de l'utérus, fluxions hémorrhoïdaires ou variqueuses, état congestif de la face. Parfois, les irradiations douloureuses s'étendent très au delà des limites du bassin, et l'on note des névralgies interscostales, cervicales, des accès d'oppression, des palpitations, voire même des crises convulsives.

« Cette crise peut être unique, ou bien elle procède par poussées successives. Le plus souvent elle cesse dès l'apparition de l'écoulement sanguin ; mais, dans certains cas, elle persiste avec les caractères », que nous exposerons dans le tpye suivant.

*Ces symptômes orienteront aussitôt le praticien vers une dysménorrhée purement fonctionnelle, d'origine dysendocrinienne.*

Néanmoins, l'examen physique devra être aussi complet que possible, quoique rendu difficile par l'existence de l'hymen : la palpation, le toucher rectal au début, le toucher vaginal dans

(1) V. Riche. — Les dysménorrhées pubertaires. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, septembre 1931.)

les cas rebelles, avec exploration directe au spéculum, l'hystérographie même, *rien*, ne devra cependant être négligé pour essayer de découvrir une lésion locale.

II. *L'écoulement sanguin s'est montré*, mais en très petite quantité, après une période relativement calme. Puis, tout d'un coup, apparaissent les accidents, caractérisés par des douleurs lombaires d'une part, de violentes coliques utérines d'autre part, avec irradiations au périnée, à la vessie, au rectum. On peut aussi observer une réaction abdominale avec nausées, vomissements, parfois état syncopal. La douleur cesse avec l'expulsion de caillots, contenus dans l'utérus. Enfin cet état fait parfois suite au type précédemment décrit.

En *pareille occurence, le praticien pensera à un obstacle utérin*, et il s'agira alors soit d'une cause hypoplasique de l'utérus d'origine endocrinienne, soit aussi d'une cause mécanique extrinsèque.

C'est, en effet, la dysménorrhée d'obstruction, compliquant parfois la dysménorrhée fonctionnelle. Le sang menstruel, trouvant un obstacle à son écoulement, distend la cavité utérine et provoque des contractions énergiques du myomètre, car les douleurs sont réellement expulsives.

L'examen direct permet de sentir un utérus souvent très augmenté et douloureux au toucher. Si l'utérus est infantile, ou même pubescent, il peut aussi être en antéflexion congénitale, beaucoup plus rarement en rétroflexion. Un cathétérisme prudent révèle parfois un certain degré de sténose vraie ou par spasme, soit du canal cervical, soit de l'orifice externe ; on pourra trouver aussi d'autres malformations congénitales, telles que brides et bourrelets vaginaux. Pour expliquer ces états dystrophiques, le *dysendocrinisme doit être incriminé*, selon toute vraisemblance.

Dans certains cas mixtes (I et II), les douleurs étant continues, l'écoulement intermittent, la crise difficile dure deux à trois jours et se termine par l'expulsion pénible d'une membrane ou de lambeaux de membrane, mêlés à des caillots, à laquelle peut faire suite une ménorragie ; c'est l'élimination douloureuse d'une partie ou de la totalité de la muqueuse utérine (dysménorrhée membraneuse). Ici encore, *c'est le dysendocrinisme, qui est en cause.*

D'autres fois, dans des cas très rebelles, et *d'emblée très douloureux*, après un examen clinique minutieux, ainsi qu'après une hystéro-salpingographie, il ne faudra pas hésiter à proposer une laparotomie exploratrice, presque toujours justifiée par la découverte de lésions minimes. Ce sera un adénomyome utérin, un kyste ovarien, une ectopie ovarienne, un hydrosalpinx ou une autre lésion annexielle méconnue, un appendice atteint d'inflammation chronique. Il *s'agira d'une dysménorrhée mécanique, d'origine extrinsèque.*

***

## Le traitement rationnel

*Toute dysménorrhée pubertaire mérite la plus grande attention du thérapeute, car si elle est souvent transitoire, elle est parfois aussi définitive, et, à ce titre, entraîne souvent la stérilité* (60 % *des cas.*)

### Le traitement prophylactique.

Dès la première enfance, il faut, en vue d'éviter les troubles dysménorrhéiques de la puberté, dépister et traiter les signes évidents de dystrophie infantile. L'attention sera attirée par les insuffisances uni ou pluriglandulaires, par les maladies aiguës ou chroniques de l'enfance et de l'adolescence, les intoxications, les états dyscrasiques héréditaires. Un traitement causal bien appliqué, et en temps utile, des hérédités tuberculeuse et syphilitique pourra donner des résultats surprenants.

### Le traitement de la crise dysménorrhéique.

Il sera local et général.

Localement, on recommandera les enveloppements humides tièdes sur le bas-ventre, et les onctions avec le liniment de Siredey :

| | | |
|---|---|---|
| Chloroforme ................ | | 12 gr. |
| Teinture d'opium ............ | | 10 gr. |
| Huile de jusquiame ........ | ââ | 60 gr. |
| Huile de camomille camphrée | | |

Les lavements laudanisés (250 grammes d'eau additionnée de XV à XXX gouttes de laudanum) les suppositoires opiacés belladonés sont à recommander contre les douleurs très vives. De même pour les antispasmodiques (benzoate de benzyle, atropine), pour les sédatifs nerveux (antipyrine, gardénal).

Repos au lit. Surveiller l'exonération intestinale. En dehors des crises, bonne alimentation, éviter le surmenage. Vie le plus possible au grand air.

### Le traitement de l'état dysménorrhéique.

I. *Dysménorrhée fonctionnelle, ou dystrophique endocrinogénétique.*

Traitement médical. — On associera la médication endocrinienne à la médication sympathique.

La *médication endocrinienne* est particulièrement difficile à réaliser correctement ; il faut déterminer, en effet, la ou les glandes déficientes, employer des produits très purs, et de posologie toujours identique.

La *médication sympathique* met en jeu les réflexes de la vie végétative, soit vasculo-vasculaires, soit sensitivo-vasculaires. Elle est principalement représentée par les *agents physiques* : révulsions, hydrothérapie, spoliations sanguines locales, électrothérapie (diathermie), gymnastique spéciale, massage gynécologique, balnéation générale et douches locales, spondylothérapie, crinothérapie. Ces méthodes, judicieusement employées, peuvent donner d'intéressants résultats.

Traitement chirurgical. — En même temps que les médications précédentes, certaines dystrophies commanderont, par exemple, une action *indirecte* sur le sympathique ; sous anesthésie, on fera une dilatation forcée du vagin, de l'anus, de l'urètre, l'élongation des ligaments utéro-sacrés et la mobilisation utérine, ou bien encore la distension sans anesthésie et la compression-massage des zones douloureuses péri-utérines. On recommande aussi la stomatoplastie de Pozzi, les discisions minimes du col, les dilatations, le redressement utérin par pessaire après columnisation méthodique de Condamin.

Enfin, en cas d'exploration viscérale négative, la résection du nerf présacré ne doit pas être négligée. Exécutée correctement, cette opération n'est pas dangereuse ; *bien faite*, elle guérit la dysménorrhée (V. Riche). « Cotte a fait actuellement plus de 100 interventions abdominales sur le sympathique pour dysménorrhées graves, avec d'excellents résultats ; il a renoncé à la dilatation et au curettage, qui ne lui donnaient que 50 % de guérisons ; une douzaine de ses malades ont eu des grossesses consécutives, et ont accouché sans incident ».

II. *Dysménorrhée mécanique d'origine extrinsèque.*

Le *traitement chirurgical* seul est indiqué, quand il existe une lésion anatomique.

***

*Ce qu'il faut retenir*, c'est que « dans les cas légers et moyens de dysménorrhée pubertaire, la thérapeutique médicale est seule à conseiller. Elle comportera la médication endocrinienne et la médication du sympathique associées. Même s'il s'agit de dystrophies évidentes, avec utérus infantile, l'évolution peut se faire, et on aura, dans bien des cas, un résultat favorable. Le traitement devra être longtemps prolongé : jusqu'à la 20e ou 23e année, il ne faut pas désespérer, car certaines dysménorrhées guérissent spontanément, ou après un accouchement. Et, dans cette thérapeutique médicale prolongée, la crénothérapie jouera un rôle de premier plan ».

Dans les cas rebelles, ou peu améliorés par un traitement médical prolongé, on peut avoir recours aux actions indirectes sur le sympathique.

Dans les cas de dysménorrhée purement mécanique, on doit recourir au traitement chirurgical.

G. F.

## L'EXTRACTIF DES TUMEURS PAR VOIE BUCCALE, DANS LE TRAITEMENT DES NÉOPLASIES

Par les Docteurs Carrère (d'Ozillac) et Cuvier (de Bordeaux).

Le 22 novembre dernier, l'un de nous faisait à Tarbes un exposé de cette question, sous les auspices du Comité et du Centre anti cancéreux des Hautes-Pyrénées. L'intérêt, qu'ont bien voulu porter nos confrères à cet exposé, nous incite à en publier un résumé.

Depuis 1885, date où Ch. Richet communiqua pour la première fois des essais de sérothérapie anticancéreuse, diverses méthodes biologiques ont été proposées avec, malheureusement, un nombre d'échecs plus élevé que de résultats, même partiels. Les chercheurs n'en ont pas été découragés cependant, car l'on pressent bien dans les armes biologiques une maniabilité et une efficacité précieuses. D'autant que chez l'animal, ainsi que le constate Forgues en particulier, après Klemperer, la réalité la plus indiscutable a été constatée, de la possibilité de provoquer dans un organisme cancérisé, des réactions humorales de défense, vraiment spécifiques.

C'est d'ailleurs en partant de l'expérimentation sur le chien en 1929, que nous avons établi une méthode originale d'obtention d'extractifs de tumeurs (polyvalents, vieillis et étalonnés) et d'administration par voie buccale à doses faibles et fractionnées, ou en applications locales (1).

(1) Société de médecine de Bordeaux, 10 juin 1930. — 8 juillet 1931.
Académie des Sciences, 4 août 1931 (note présentée par M. le Prof. Ch. Richet).
Société de médecine de Paris 1931 (rapport du Dr Dartigues).

Nous étant tenus surtout sur le terrain clinique et pratique, nous n'avons pu encore connaître leur déterminisme d'action exact : immunisation active, ou effets sur le métabolisme cellulaire.

Peut-être les deux causes sont-elles réunies pour produire leurs effets ?

Au cours de nos 2 ans d'essais, sur plus de 300 cas observés par près d'une centaine de confrères, nous avons constaté : pour 20 % environ, une absence d'action (à ce sujet d'ailleurs on peut se demander si nous n'englobons pas encore sous le nom de cancer des affections qui en seront disjointes, comme l'actinomycose et le scorbut). Par contre, dans 60 %, d'importants effets palliatifs sur la douleur, les saignements, l'état général ont été obtenus. Enfin et surtout dans 20 %, des stabilisations ont été obtenues, avec survie appréciable, et même une proportion très encourageante de *régressions des masses tumorales et ganglionnaires*, ainsi que le retour à un état de santé satisfaisant, dans des cas jugés perdus, ou pour le moins, au-dessus des autres ressources thérapeutiques.

A l'heure actuelle, nous pouvons marquer nettement la place de la tumorothérapie, en limitant son champ d'action : 1) en la préconisant dans tous les cas qui se trouvent au-dessus de toute autre méthode classique (et c'est là qu'elle peut permettre parfois des résultats inespérés). — 2) Après l'intervention chirurgicale, ou radiumthérapie précoce, en vue d'éviter les récidives. — 3) Pour tâcher de rendre opérable une tumeur qui ne l'est pas, en la mobilisant et en remontant l'état général. — 4) Pour éviter la dégénérescence des tumeurs bénignes.

La conduite du traitement doit s'adapter à chaque organisme suivant les réactions constatées, varier avec les étapes de la maladie. En général, on débute par l'administration d'une goutte d'extractif liquide, 3 fois par jour dans de l'eau sucrée, loin des repas. On peut vers le 6e jour ajouter un cachet d'extractif desséché, et vers le 12e jour, si ces 4 prises quotidiennes sont bien supportées, soit un 2e cachet, soit une 4e goutte, d'après les effets observés. Reminéraliser en même temps, soutenir le cœur et veiller à la diurèse.

Pour les plaies, des pansements humides, avec II à V gouttes d'extractif liquide par jour, sont également indiqués. Une seule contre-indication : éviter les radium ou radiumthérapies concomitantes. Attendre 20 jours au moins après la fin des séances, pour administrer les extractifs.

Voici à titre d'exemples quelques-uns de nos très nombreux cas, qui n'ont pas encore été publiés.

Nº 147. — Mme C., d'A., malade du Dr Duplanté, atteinte d'un néo de l'estomac à évolution rapide, constaté par radio en novembre 1930. Les extraits sont donnés sur les conseils du Dr Durand-Dastes, de Tarbes, depuis le début de janvier 1931, alors que l'on recourait au Pantopon. A partir de cette date, on cessa l'emploi des calmants et jusqu'à fin avril la malade n'éprouva plus de douleurs. Suivant l'observation d'un de ses proches, l'agonie fut « courte et douce ».

Nº 196. — Mêmes constatations, effectuées par le Dr Billaud, de Nantes, dans un cas de récidive après ablation d'un néo du sein. « Les douleurs qui avaient été atroces avant l'emploi des extractifs, et qui l'ont été pendant quelques heures, une fois qu'il y avait eu interruption des gouttes pendant 4 ou 5 jours, ont cédé instantanément à la reprise du traitement. Je n'aurais, avec aucun médicament actuellement utilisé (nous écrit notre éminent confrère, en nous annonçant le décès), obtenu certainement une marche aussi paisible de la maladie. »

Nº 339.— Voici des observations, où des résultats plus importants ont été obtenus : Mme R., 38 ans, malade du Dr Donèche, de Queyrac (Gironde). Début apparent de l'affection en mai 1931. En juillet 1931, amaigrissement, pertes des forces, anorexie, tumeur de la grosseur du poing, continuant la matité hépatique. Un examen radiographique est alors effectué par le Prof. Augistrou. Puis, les extraits sont administrés. L'état général redevient progressivement normal, la malade récupère son entrain et son appétit, elle ne souffre plus et la tumeur, début novembre, a diminué de plus de moitié. (Nous avons, dans nos dossiers plusieurs cas d'action extrêmement marquée sur les tumeurs du foie.)

Nº 156. — Mme P., à J., 64 ans, malade du Dr Pillet. Néo vulvo-vaginal déclaré inopérable en novembre 1929. Radiothérapie en mars 1930. Mais bientôt après, pertes importantes, douleurs, amaigrissement. Les extractifs sont donnés en août. Progressivement, les douleurs disparaissent, puis les pertes se tarissent, le poids augmente de 6 kgr. 1/2 en janvier 1931, les occupations ménagères sont reprises. « A mon avis, nous dit le médecin traitant, j'ai nettement l'impression que cette thérapeutique a arrêté le processus néoplasique, et a augmenté la vitalité de la malade ». Depuis et jusqu'à ce jour, les résultats acquis se sont maintenus et l'amélioration de l'état général s'est poursuivie.

Nº 136. — L'histoire de M. P. de C. 55 ans, est plus démonstrative. Le 12 juillet 1930, le Dr Jonchères (de Saintes), procède à une gastrectomie presque totale avec décollement colo-épiploïque et ablation en bloc de toute la chaîne ganglionnaire de la petite courbure, ainsi que des ganglions sous-pyloriques engorgés. L'*épithélioma cylindrique* extirpé, a l'aspect d'un chou-fleur de la largeur d'une paume de main, sur une face, moins grand sur l'autre, ainsi que le long de la petite courbure. Les extractifs de tumeur sont administrés par voie buccale. En trois mois, 10 kgr.

sont gagnés, le malade reprend ses occupations antérieures, il ne se plaint d'aucun malaise. Actuellement, c'est-à-dire 16 mois après l'opération, son état général reste aussi satisfaisant.

A la fin de cette causerie, le Dr Durand-Dastes, le très distingué chef du centre anti cancéreux de Tarbes, voulut bien faire la déclaration suivante : « Ayant expérimenté depuis 15 mois cette méthode à notre centre, nous avons l'impression très nette qu'elle donne des résultats extrêmement favorables, qui concordent parfaitement avec les observations publiées par les Drs Carrère et Cuvier. L'effet est surtout remarquable sur les hémorragies et les douleurs ; on peut aussi retarder beaucoup l'évolution des tumeurs. Elle mérite donc de retenir l'attention des praticiens. »

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**Néphrose lipoïdique, observée pendant un an. Influence sur les œdèmes d'un régime sans graisses et sans hydrates de carbone.**

L'observation, que publient MM. C. Roubier, P. Delore et Boucomont, est intéressante en raison des considérations thérapeutiques auxquelles elle se prête.

Le sujet est resté malade un an et demi avant sa mort. A deux reprises, il a présenté une amélioration marquée par l'augmentation de la diurèse, la diminution des œdèmes et du poids. Des rémissions spontanées et parfois prolongées sont possibles au cours de la néphrose ; mais ici elles doivent être considérées comme dues à la thérapeutique, car elles ont suivi chaque fois l'application d'un régime spécial.

L'extrait thyroïdien, la théobromine, les irradiations par les ultra-violets se sont montrés inopérants. Le neptal, comme toujours, a augmenté très notablement la diurèse, mais cette action est sans lendemain ; en outre, il n'est pas établi que la répétition du médicament soit inoffensive pour le rein.

Le régime déchloruré a été appliqué pendant longtemps et à diverses reprises ; il n'a pas paru avoir d'influence sur la diurèse. Même échec pour le régime hyperazoté et pauvre en graisses, pour le régime maigre avec viande et lait.

Devant ces échecs, les auteurs ont appliqué un régime spécial, avec suppression des hydrates de carbone (pain, farineux, sucres), suppression des lipides (graisses proprement dites et lipoïdes, œufs, etc.), augmentation des végétaux (légumes verts et frais), augmentation des albuminoïdes (viandes maigres, lait écrémé), suppression du sel.

L'épreuve de ce régime fut faite à deux reprises différentes ; la deuxième fois, où il fut strictement suivi, l'effet fut surprenant, tant par son intensité que par sa rapidité ; en quelques jours, la diurèse s'éleva jusqu'à 6 litres, le poids diminua de 14 kgr. en dix jours, et de 5 kgr. encore les jours suivants, les épanchements disparurent presque, sauf l'ascite, qui parut assez peu influencée. A vrai dire, l'état général n'était pas amélioré parallèlement, pas plus que l'état biochimique, sanguin ou urinaire. Ce régime avait donc plus la valeur d'un traitement symptomatique, d'un traitement des œdèmes, que d'un traitement causal de la néphrose. Mais il peut être retenu comme utile. (*Lyon médical*, 25 juillet 1931.)

**Le grand purpura hémorragique d'origine aurique.**

Ainsi que le fait remarquer P. Emile-Weil, le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or n'est pas toujours sans inconvénients ; il peut causer divers accidents portant sur le tube digestif, le foie, le rein, les muqueuses, les téguments : ce sont les « aurides ».

Le purpura a été signalé ; il est assez exceptionnel. Le cas rapporté met en évidence un certain nombre des éléments physiopathologiques de la complication hémorragique.

Il s'agit d'une variété de grand état hémorragique survenu chez un homme de 38 ans, atteint de tuberculose fibreuse. Celui-ci se produisit 24 heures après l'injection de 25 centigrammes de chrysalbine : les hémorragies cutanées étaient constituées, d'une part, par de nombreuses pétéchies, d'autre part, par d'énormes ecchymoses ; des hémorragies muqueuses, buccales, gingivales, nasales, les accompagnèrent ; enfin des hématuries survinrent. La durée de cet état fut d'au moins trois semaines ; mais, il fut surtout intense pendant 10 jours, avant qu'on put l'arrêter par la thérapeutique.

Ce purpura ne s'accompagna pas de symptômes alarmants ; l'état général resta bon ; il n'y eut ni fièvre, ni anémie, ni tendance agranulocytaire. Les lésions sanguines furent analogues à celles des purpuras arsénobenzoliques. Augmentation du temps de saignement : 17 à 20 minutes au lieu de 3 ; léger retard de coagulation ; absence de rétraction du caillot ; signes du lacet intense. Diminution des hématoblastes.

Comme pour les arsénobenzènes, les accidents hémorragiques ne surviennent pas après la première série, mais au début d'une seconde ou d'une troisième cure.

L'étude des antécédents du malade mit en évidence une idiosyncrasie spéciale, un véritable terrain d'intolérance généralisée (asthme, poussées d'urticaire, intolérance aux injections de cacodylate de soude).

Un magnifique résultat thérapeutique fut obtenu par la transfusion sanguine ; une seule transfusion de 275 cent. cubes arrêta immédiatement épistaxis et hématurie, qui duraient depuis une semaine ; elle a empêché le retour ou la continuation des diverses hémorragies, encore que le sang ne soit pas consécutivement redevenu immédiatement à la normale (*Paris médical*, 1er août 1931)

**La transfusion sanguine dans les septicémies à streptocoque.**

Sous le nom d'immuno-transfusion, Wright injecte le germe atténué à un sujet sain, puis, dans les six heures qui suivent, il fait la transfusion du sang de ce sujet au malade. Cette méthode soulève nombre d'objections d'ordre théorique, et notamment celle d'une immunité obtenue après une vaccination datant de 6 heures, ou à l'aide de microbes contre lesquels l'organisme ne paraît pas s'immuniser spontanément.

Le terme d'immuno-transfusion est, d'après MM. Abrami et Tzanck, sujet lui-même à caution, car, ce ne sont pas uniquement des facteurs d'immunité qui sont mis en œuvre dans ces conditions, surtout quand il ne s'agit pas de maladies déterminant normalement l'immunité (comme les fièvres éruptives), mais d'infection à pyogènes ; pour celles-ci le processus thérapeutique apparaît entièrement différent de celui qui agit dans les affections spontanément immunisantes

Les auteurs ont étudié les résultats ainsi obtenus dans les septicémies à streptocoque hémolytique. Sur 43 septicémies des plus graves, ils ont obtenu 22 cas de guérison, c'est-à-dire plus de la moitié. La guérison s'est obtenue selon des types très différents, sans qu'il soit possible de les subordonner à telle ou telle technique de vaccination. Bien mieux, des résultats très favorables ont été obtenus indépendamment de toute vaccination.

Il faut distinguer deux phénomènes différents : l'immuno-transfusion, si l'immunité est bien prouvée, et la phylacto-transfusion, dans les cas où il n'y a pas lieu de supposer l'existence de réactions spécifiques chez le sujet ; il s'agit alors d'une réaction rappelant les processus de guérison spontanée de la maladie ; car, en dehors de son action spécifique d'immunité, une transfusion sanguine apporte de nombreuses raisons d'action non spécifiques, processus de choc et autres, que nous soupçonnons, sans pouvoir le, atteindre ; celles-ci peuvent amener la guérison sans qu'il puisse être question d'immunités (*Paris médical*, 1er août 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Sur la propriété scientifique.**

(M. Bezançon. — *Académie de médecine* ; 29-12-1931.)

A la suite d'une communication de M. L. Klotz, un rapport avait été déposé le 9 juin dernier, par Mme Curie, sur la question de la propriété scientifique, rapport qui fut discuté et en particulier critiqué par M. Fourneau. La Commission n'a pas retenu ces critiques et elle a finalement formulé le vœu suivant que l'Académie vient de voter :

« L'Académie se déclare favorable à la création du droit du savant et exprime le vœu que la reconnaissance de ce droit soit hâtée par l'initiative des pouvoirs publics. »

**Variole importée en France.**

(M. Lucien Camus. — *Académie de médecine* ; 29-12-1931.)

M. Lucien Camus relate l'histoire d'une série de cas de variole observés en France, qui se relient les uns aux autres et ont eu pour origine une variole importée du Maroc.

Le premier cas concerne une fillette de six mois ramenée du Maroc en France, par son père. Arrivée à Tours, l'enfant, frappée de variole, mourut six jours plus tard. Pendant ce temps, la petite malade avait contagionné une femme, qui fut soignée à l'hôpital de Tours, où elle succomba. De Tours, la maladie émigra à Montpellier. Une dame X, de Montpellier, de passage à l'hôpital de Tours, y contracta la variole. Revenue dans son pays, elle contagionna une autre personne.

M. Camus conclut à la nécessité de la vaccination, avant l'embarquement, des voyageurs se rendant du Maroc en France.

**Sur l'étiologie de la paralysie faciale périphérique.**

(M. Chantriot. — *Académie de médecine* ; 29-12-1931.)

*L'étiologie de la paralysie faciale périphérique* n'est pas toujours très nettement précisée. Elle peut

relever d'un traumatisme, d'une affection auriculaire, d'une intoxication ou auto-intoxication (saturnisme, diabète, goutte), de la syphilis, de la toxine tétanique (tétanos céphalique), etc.

Lorsque aucune origine caractérisée n'apparaît dans l'histoire clinique d'un malade, on parle de paralysie *a frigore*. M. Chantriot croit, avec Ramond et d'autres auteurs, que les paralysies dites *a frigore* sont le plus souvent, sinon toujours, « de cause infectieuse, en rapport avec une syphilis méconnue, une grippe ou une infection générale latente indéterminée ». Le bacille de Löffler peut parfois, en pareil cas, intervenir. La paralysie faciale est, il est vrai, une forme assez exceptionnelle de complication nerveuse de la diphtérie.

M. Chantriot a observé une paralysie faciale périphérique chez un jeune garçon de 14 ans, porteur sain de bacilles de Löffler, ayant été atteint deux ans auparavant d'angine diphtérique. La lésion a régressé après 60 cent. cubes de sérum et a guéri complètement. L'auteur estime qu'il y aurait intérêt, dans tous les cas de paralysie faciale périphérique d'étiologie obscure, à rechercher systématiquement le bacille de Löffler dans la gorge des patients et à penser au rôle paralysant bien connu de la toxine diphtérique.

### L'acidose post-opératoire non diabétique.

(M. Gaston Oulié, de Constantine, et M. F. d'Allaines. — *Société de chirurgie* ; 28-10-1931.)

A propos de deux observations de M. Gaston Oulié, d'accidents acétonémiques en chirurgie de la seconde enfance, M. d'Allaines présente une courte revue de l'acidose post-opératoire.

L'acidose post-opératoire des sujets non diabétiques est une notion récente, datant d'une quinzaine d'années environ. Cette acidose est fréquente. M. Labbé admet qu'elle s'observe chez 50 à 60 p. 100 des malades opérés. La plupart du temps, elle est bénigne, sans manifestation clinique, car, à l'habitude, elle est immédiatement compensée par un mécanisme régulateur dépendant du milieu sanguin, des poumons et des reins.

Si le mécanisme compensateur vient à manquer, l'acidose s'installe, entraînant l'apparition de symptômes cliniques. Les trois symptômes les plus constants de cet état morbide sont : des vomissements, l'accélération du pouls et le facies. Le début est brutal, chez un patient qui vient de subir une opération, en général abdominale. Les vomissements commencent. Le pouls s'accélère sans hyperthermie. Le facies est péritonéal, pâle, les yeux enfoncés et cernés de bistre. On trouve dans les urines de l'acétone et des corps cétoniques. Quant à l'odeur d'acétone, si caractéristique, elle manque souvent.

Les accidents cliniques se montrent à une date variable, le 2e, le 3e jour, ou plus tard. Le diagnostic n'offre généralement pas de difficulté, à condition d'y penser. En présence de la triade symptomatique, *vomissements, accélération du pouls, facies péritonéal*, chez un sujet récemment opéré, rechercher l'acétone et les corps cétoniques dans les urines.

Le traitement préventif consiste, avant l'opération, à augmenter la quantité de glycose circulant. L'absence de diète trop sévère, l'absorption du sucre sous toutes ses formes avant et après l'acte opératoire, sont des pratiques excellentes. Le traitement curatif comportera les injections d'insuline combinées à l'absorption de glucose par voie sous-cutanée ou même intra-veineuse (les vomissements empêchant l'emploi de la voie stomacale). Le pronostic de l'acidose post-opératoire chez les sujets sains, non diabétiques, est bon, lorsque la thérapeutique est instituée de façon précoce ; il faut intervenir assez tôt, car il s'agit d'une affection qui évolue vite.

— M. Gosset insiste sur les méfaits de la diète préopératoire. On se demande pourquoi, à l'heure actuelle, on met les malades à la diète avant l'opération. Il y a vingt ans, on laissait pendant des jours et des jours des enfants atteints d'appendicite à une diète extrêmement rigoureuse. Il n'en est plus ainsi. Nous connaissons bien aujourd'hui, les accidents qui surviennent chez les inanitiés. On ne saurait trop insister sur ce fait qu'il faut nourrir les malades avant l'opération, avec certains aliments bien entendu. Parler de diète pré-opératoire est un anachronisme qui nous reporte un demi-siècle en arrière. M. Gosset estime qu'il faudrait enlever de l'esprit des chirurgiens cette opinion de l'utilité de la diète pré-opératoire, même dans les opérations sur l'intestin.

P. L.

### Septicémie colibacillaire au cours d'une uréthrite blennorrhagique. Pyélonéphrite secondaire avec azotémie ; légère hypochlorémie.

(MM. Lemierre, Augier et Mahoudeau-Campayer; *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 6-11-1931.)

Un homme atteint de blennorrhagie uréthrale, présente quelques heures après un grand lavage de l'urèthre, un brusque accès fébrile. En même temps, il ressent une vive douleur dans la région lombaire droite et ses urines, deviennent fortement purulentes. La température se maintient pendant six jours entre 39° et 40°, accompagnée d'une forte atteinte de l'état général. Le 6e jour, une hémoculture permet d'isoler un colibacille ; l'urée sanguine est de 1 gr. 14 p. 1000 ; dans le culot de centrifugation des urines, on trouve d'innombrables leucocytes et colibacilles, ainsi que de très nombreux cylindres granuleux. A partir du 7e jour, la température tombe assez brusquement aux environs de 38°, puis elle revient progressivement à la normale le 15e jour ; en même temps, l'état général s'améliore et la douleur lombaire s'atténue pour disparaître complètement.

Il s'est agi d'une brusque poussée de septicémie colibacillaire, déclenchée par le grand lavage au permanganate de potasse, qui a traumatisé la muqueuse de l'urèthre. Cet accident a été en tous points comparable à ceux qu'on observe si souvent chez les uri-

naires, consécutivement aux manœuvres locales d'exploration et de traitement, parfois même à un simple cathétérisme vésical. La septicémie, bien que relativement bénigne, s'est accompagnée d'une complication rénale, dont les conséquences ont été plus tenaces.

Cet exemple montre, de plus, que les bactériémies colibacillaires, malgré la violence extrême des symptômes généraux initiaux, présentent le plus souvent une tendance spontanée à la guérison, contrastant avec la gravité habituelle des septicémies streptococciques et staphylococciques.

**Les arthropathies hémophiliques. Le rhumatisme hématique.**

(M. P. EMILE-WEIL. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 6-11-1931.)

Les arthropathies constituent une des plus fréquentes parmi les complications de l'hémophilie. Elles sont aussi les plus graves, parce que, si elles ne mettent pas en jeu l'existence, comme le font, par exemple, les hémorragies externes, elles transforment les malheureux hémophiles en infirmes véritables, à cause des récidives, qui amènent des ankyloses secondaires.

L'auteur pense qu'il faut décrire deux formes d'arthropathies chez les hémophiles : l'une est l'hémarthrose avec ses divers types évolutifs ; elle est très heureusement modifiée par le traitement préventif des accidents hémophiliques, le traitement sérique. L'autre est la forme fluxionnaire, plus légère, plus multiple, plus fébrile, d'aspect rhumatismal. C'est le rhumatisme hématique, comparable au rhumatisme sérique, chez les malades qui ne supportent pas la résorption, pour eux toxique, de leur propre sang.

**Les articulations mal ajustées.**

(M. Raphaël MASSART. — *Soc. de méd. de Paris* ; 11-12-1931.)

A côté des lésions articulaires causées par un agent microbien et déterminant des arthrites aiguës ou chroniques, il faut faire une place aux désordres qui ont pour cause une mauvaise adaptation, ou une adaptation insuffisante des surfaces osseuses ou cartilagineuses constituant l'articulation.

En dehors de tout phénomène infectieux ou inflammatoire, le trouble, qui se produit dans la fonction articulaire, suffit pour déterminer à la longue un syndrome douloureux, qu'il paraît commode d'appeler l'articulation mal ajustée.

Cette appellation, si elle n'est pas scientifique, répond à des faits d'observation courante et permet de grouper des lésions très diverses, que la radiographie nous a mieux fait connaître.

Ces déformations articulaires, qui troublent l'exact jeu de l'articulation, peuvent reconnaître des causes très diverses, des lésions congénitales ou obstétricales, des maladies de la croissance, des lésions traumatiques, et enfin toutes les maladies constitutionnelles, qui altèrent la forme du joint articulaire.

Quelle que soit son origine, le syndrome passe toujours par trois périodes, de durée variable selon la cause, mais qu'on retrouve toujours :

Une période de tolérance, où l'articulation se déforme tout en fournissant une fonction suffisante : c'est le moment où il faut la dépister. Cette période est souvent fort longue, d'autant plus longue que le sujet est plus jeune, et que ses os, bien protégés par un cartilage épais, sont moins en contact. Chez les adultes, et surtout après les fractures qui amènent de grosses déformations, elle peut être extrêmement réduite.

Une période de contractures, où les muscles périarticulaires entrent en jeu en limitant les mouvements de l'article. Les troubles articulaires sont alors masqués par des douleurs à distance, qui peuvent être améliorées par le massage et les cures thermales.

La période douloureuse est la mieux connue ; c'est celle des douleurs rhumatismales, c'est celle où la lésion n'est plus défendue, ni par un épais matelas cartilagineux, ni par des muscles vigoureux. C'est l'époque, que nous connaissons tous pour savoir combien il est difficile de lui apporter un remède. C'est la période terminale, où il n'y a plus grand espoir de traitement efficace pour des lésions trop longtemps méconnues.

A leur début, les articulations atteintes sont le siège d'arthrites, indépendantes de tout phénomène infectieux ou microbien : ce sont des arthrites de cause mécanique, dont l'importance, au membre inférieur surtout, a pu les faire confondre avec l'arthrite déformante ou le rhumatisme chronique. Ce sont des arthrites de l'âge adulte, qui, après être passées par une longue période de tolérance, arrivent à devenir très douloureuses et à réclamer l'intervention du chirurgien.

Lésions congénitales. —Toutes celles-ci, au rachis, au genou, au coude, ou à la main, doivent être traitées quand l'enfant est tout petit ; c'est avant qu'il ne marche qu'on obtiendra la correction la meilleure, et qu'on réduira au minimum les désordres de l'articulation mal ajustée.

Lésions de la croissance. — Mal surveillée, la croissance fournit le plus grand nombre de déformations, faibles au début, puis aggravées par le jeu normal des articulations et par des entorses ou par des arrachements juxta-épiphysaires ; les phénomènes, inflammatoires masquent la cause première ; combien d'enfants sont suspects de tuberculose, qui n'ont que des articulations mal adaptées, et pour lesquels un traitement approprié a amené une guérison complète.

Quant à l'arthrite traumatique, elle est le type de l'articulation mal ajustée, d'observation facile, et dont on éviterait le développement par une recherche radiographique plus curieuse et par des traitements, à une époque où elle est plus facilement curable.

Pour les maladies osseuses, il est souvent difficile de faire la démarcation entre les altérations primitives, liées à la maladie causale, et les altérations secondaires, qui sont le fait des destructions, des entorses, des arrachements, dont l'articulation mal ajustée est le siège.

Bref, l'articulation mal ajustée résulte de causes diverses ; mais elle constitue un syndrome clinique particulièrement spécial, dont l'aboutissant commun est l'arthrite déformante.

G. F.

---

*Ligue française contre le rhumatisme*

La troisième réunion scientifique annuelle de la Ligue française contre le rhumatisme a eu lieu le 10 octobre 1931, sous la présidence de M. le Professeur F. Bezançon, président de la Ligue.

Une réunion clinique avec présentation de malades, avait eu lieu le matin, dans le Service de M. O. Crouzon, à la Salpêtrière.

Des rapports ont été présentés sur les arthrites traumatiques ; l'un par M. M.-P. Weil (Etude médicale des arthrites microtraumatiques), l'autre par M. P. Moulonguet (Etude chirurgicale sur les arthrites traumatiques).

**Les arthrites microtraumatiques.**

M. Mathieu-Pierre Weil montre que, parmi les diverses manifestations, dont les articulations sont le siège, il est une variété mal individualisée et capitale à connaître : celle où l'arthrite relève d'un microtraumatisme répété.

Les arthrites microtraumatiques sont d'une fréquence extrême, on peut les classer en *arthrites statiques*, de *posture*, et *professionnelles*.

Les arthrites statiques sont liées à un trouble d'équilibre corporel. Elles sont l'apanage des membres inférieurs et de la colonne vertébrale. Elles relèvent fréquemment des troubles minimes de la statique : affaissement souvent même incomplet de la voûte plantaire, chaussure inégalement usée, port successif de chaussures diversement équilibrées.

L'arthrite se manifeste le plus souvent à distance, parfois même du côté opposé. Les arthrites statiques ne s'observent pas seulement chez l'homme, mais aussi chez le cheval et le chien.

Les arthrites de posture sont particulièrement fréquentes au niveau de la colonne vertébrale : un grand nombre de scolioses ou de spondylites ont le microtraumatisme pour cause. Les arthrites professionnelles frappent les membres supérieurs au même titre que les membres inférieurs. M. Pierre Weil décrit une arthrite de l'épaule chez le peintre, du coude chez le clicheur d'imprimerie, du poignet chez le harpiste ou le violoncelliste, des doigts chez le pianiste, du 5e doigt gauche chez le violoniste, de la métacarpo-phalangienne du pouce chez le pharmacien, de la colonne vertébrale chez les employés de bureaux, etc....

De ces trois variétés, M. Mathieu-Pierre Weil rapproche :

1° *Les arthrites des obèses* qui, si elles peuvent relever de la petite goutte, sont directement en rapport dans d'autres cas, avec le microtraumatisme articulaire. Elles ont pour prédilection les hanches, genoux, et sacro-iliaques.

2° *Les arthrites hémophiliques*, l'hémophilie pouvant, véritable traumatisme intra-articulaire, déterminer les lésions articulaires qui, comme le montre l'auteur à l'occasion d'un cas personnel, peuvent atteindre une importance tout à fait remarquable.

Du point de vue de la physio-pathologie, M. Mathieu-Pierre Weil pense que les arthrites microtraumatiques relèvent de l'usure cartilagineuse. Abordant l'étude *clinique* de ces arthrites, il montre les aspects variés sous lesquels elles peuvent se présenter. Il décrit tout particulièrement l'arthrite de la 5e vertèbre lombaire et de l'articulation sacro-iliaque, fréquentes chez la femme obèse ayant franchi la cinquantaine et ayant eu plusieurs enfants.

Du point de vue *thérapeutique*, M. Mathieu-Pierre Weil montre toute la part qui revient dans ces arthrites, à l'orthopédie et à une chirurgie sagement conduites.

**Les arthrites traumatiques.**

(Rapport chirurgical de M. P. Moulonguet).

La notion d'arthrite traumatique n'est pas nouvelle pour les chirurgiens.

*Clinique.* — Ils connaissent depuis longtemps ces phénomènes douloureux avec impotence fonctionnelle, qui succèdent aux traumatismes même légers en apparence, de certaines articulations ; ils savent que ces phénomènes sont comme toutes les manifestations rhumatismales, variables suivant les jours et suivant la température, qu'ils sont facilement diffus, rendant tout un membre douloureux par une atteinte traumatique limitée à l'épaule ou au genou, et depuis toujours sans doute, les chirurgiens traitent ces complications de traumatismes par la chaleur, le repos, les antiphlogistiques.

Ce sont là des phénomènes mineurs. Des lésions plus graves ont été rapportées aux conséquences d'un traumatisme articulaire. Aux grandes discussions sur l'arthrite sèche à la Société anatomique en 1851, Verneuil présentait un coude atteint d'arthrite déformante après une fracture. Magendie, Vidal de Cassis rapportaient à un traumatisme les corps étrangers ou souris articulaires. Poncet, Delbet, montraient que le traumatisme, pour détacher un éclat épiphysaire dans l'articulation, n'avait pas besoin d'être violent, mais oblique joint à l'action néfaste de certaines contractions musculaires. Plus récemment, Aleman publiait sous le nom de Chondro-malacie traumatique de la rotule, la description de lésions rencontrées dans les hémarthroses.

A côté des arthrites succédant à un traumatisme articulaire violent, il faut considérer les arthrites qui sont causées par des traumatismes minimes répétés, tels que les traumatismes professionnels. A. Lane a décrit le tennis-elbow et le golf-elbow. J'ai montré, avec Nahan, l'existence de grosses lésions déformantes des coudes chez les ouvriers manœuvrant les perforatrices pneumatiques.

Au voisinage d'un os fracturé et consolidé vicieusement, les articulations, surtout au membre inférieur, subissent un effet d'usure dû à ce qu'elles travaillent en porte à faux. J'en ai montré un exemple sur la tibio-tarsienne après une fracture du tiers inférieur de jambe mal remise.

Enfin une articulation congénitalement ou pathologiquement mal conformée subira presque fatalement par un processus mécanique d'usure, des déformations du type de l'arthrite chronique. L'exemple le plus net est au niveau de la hanche, en cas de luxation congénitale ou de coxa vara.

A ces deux derniers groupes, s'applique le terme d'*adaptative arthritis* de A. Lane ; ce sont les arthrites par usure de Cruveilher. On peut faire comprendre aisément le développement des arthrites d'usure en comparant les articulations à un engrenage où toute déformation des axes, toute altération d'une pièce entraînent fatalement l'usure et la destruction progressive de tout l'appareil.

Dans ce rapport, est laissé volontairement de côté la question des rapports entre les traumatismes et les arthropathies nerveuses (tabétiques et syringomyéliques). Il y a cependant dans ce groupe de faits des applications très intéressantes de la théorie traumatique des arthrites.

*Anatomie pathologique.* — Toutes les arthrites chroniques quelle qu'en soit l'étiologie, aboutissent à des lésions identiques, constructives par place, destructives ailleurs. Ce n'est donc pas à un stade trop avancé qu'il faut les étudier.

Au début, par des interventions chirurgicales précoces (Leriche, Aleman), on peut au contraire trouver le point de départ des lésions et parfois reconnaître qu'il s'agit d'une fracture parcellaire ou d'un vice mécanique de l'articulation.

L'histologie apporte deux renseignements capitaux :

1° Le type cytologique de la réaction synoviale ; il est bien différent dans les arthrites infectieuses (infiltrations leucocytaires) et dans les arthrites traumatiques où il existe une hyperplasie des franges, une multiplication de l'endothélium, un œdème congestif des couches sous-endothéliales.

2° La pulvérisation articulaire ; on peut faire la preuve de la destruction des extrémités osseuses quand on trouve, englobés dans la synoviale, des micros équestres. Aux dépens de cette poussière osseuse, on voit s'édifier des nodules cartilagineux, des placards calcifiés et ossifiés : c'est l'histogénèse des ostéochondrophytes de l'arthrite sèche.

Il est à penser que l'usage de la *biopsie* apporterait une grande clarté dans la classification et le traitement des arthrites chroniques déformantes. Elle permettrait en tout cas de distinguer presque sûrement les arthrites infectieuses des arthrites traumatiques.

*Expérimentation.* — L'existence des arthrites traumatiques est encore prouvée par l'expérimentation.

Les recherches classiques de Poulet et Vaillard, Cornil et Coudray ont déterminé l'évolution histologique des corps étrangers articulaires traumatiques.

Elles ont été confirmées bien des fois. Wollenberg, Axhausen par des mécanismes divers ont reproduit les altérations de l'arthrite sèche, notamment la nécrose sous-chondrale.

J'ai pu reproduire avec Mihaelesco des lésions d'arthrite déformante avec corps étrangers articulaires, en insérant par arthrotomie chez le lapin, de la poussière d'os dans le genou. Nous avons suivi sur les coupes, l'élaboration des ostéophytes et des corps étrangers aux dépens du matériel osseux mort et pulvérulent injecté.

*Traitement.* — La notion d'arthrite traumatique peut être féconde en résultats thérapeutiques.

De même qu'on peut prévenir l'usure d'un engrenage, de même qu'on peut au début de cette usure dans certains cas le retailler, de même le chirurgien peut s'attaquer au problème de l'arthrite traumatique, puisque c'est un problème mécanique.

La *prévention* consiste :

1° à éviter les consolidations vicieuses de fracture et à corriger chirurgicalement les fractures vicieusement consolidées ;

2° à traiter les luxations congénitales et les déformations acquises, soit par les moyens orthopédiques soit par des interventions sanglantes du type des ostéotomies, butées, etc. ;

3° à intervenir précocement dans les traumatismes articulaires, notamment les hémarthroses pour faire la toilette et la réparation aussi exactes que possible des lésions ;

4° enfin à traiter avec beaucoup de douceur tous les traumatismes portant sur les articulations, à éviter les massages brutaux, les réductions en force et généralement tout ce qui peut léser ces appareils délicats.

*Le traitement chirurgical curateur* doit s'attaquer, non seulement à la cause initiale des désordres articulaires, mais encore aux lésions d'arthrites déjà réalisées et qui, selon un cercle vicieux, entraînent le développement d'autres lésions.

Le problème technique est simple à résoudre lorsqu'il s'agit seulement d'enlever un corps étranger ostéo-cartilagineux et il est démontré que cette opération facile arrête d'ordinaire l'évolution de l'arthrite déformante.

Lorsqu'il existe des lésions des extrémités osseuses, il ne faut pas hésiter à pratiquer une *arthroplastie modelante.* L'opération est souvent aisée au genou où sa technique est bien réglée. Elle est plus délicate à la hanche (Murphy, Withman, résection arthroplastique de Mathieu). Au cou de pied, j'ai obtenu des ré-

sultats heureux par des astragalectomies atypiques.

Cette chirurgie nouvelle des arthrites traumatiques bénéficie d'un élément très favorable, c'est l'absence d'infection résiduelle au niveau des lésions, infection résiduelle qui est la grande cause d'échec dans les arthroplasties faites sur les arthrites post-infectieuses. De fait on peut obtenir en s'attaquant à des cas bien choisis, où l'arthrite ne frappe qu'une ou deux articulations, de très beaux résultats fonctionnels, comme dans le cas que j'ai présenté récemment avec Gernez.

Il est probable que la chirurgie a, dans le domaine des arthrites chroniques, un rôle important à jouer.

***

**A propos de la cure thermale des séquelles articulaires des traumatismes et du Centre d'hydroclimatologie des hôpitaux de Paris.**

MM. Maurice Villaret, L. Justin Besançon et Henri Desoille exposent l'intérêt du traitement hydro-minéral des arthrites traumatiques, tel qu'il peut être réalisé chez des malades des services hospitaliers parisiens, par l'intermédiaire du Centre de triage d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris (Hôpital Necker).

Ce centre qui fonctionne depuis bientôt trois ans assure l'envoi des malades indigents dans les hôpitaux thermaux ; avant son départ, chaque malade est l'objet d'un examen complet, dans l'une des consultations spécialisées fonctionnant au Centre de triage chaque jour de la semaine, puis passe devant une Commission de répartition qui le dirige vers la station appropriée à son état.

C'est dans ces conditions qu'une malade présentée par les auteurs a pu suivre à Dax trois cures successives pour une ankylose post-traumatique du genou et de la tibio-tarsienne, ankylose datant de 2 ans et qui n'avait pas été améliorée par divers traitements.

Les résultats obtenus par la cure thermale ont été très satisfaisants.

**Remarques médico-légales sur les arthrites traumatiques.**

(Rapport de M. Duvoir.)

Les arthrites par micro-traumatismes sont des *maladies du travail* non indemnisables, que l'on n'observe pas en expertise. Mais ce qui semble aussi exister chez les travailleurs manuels, c'est une prédominance à la main active des lésions de rhumatisme déformant banal.

Ce qui s'observe en *accident du travail*, c'est-à-dire après un traumatisme unique plus ou moins violent, ce sont des arthrites sèches ou des périarthrites. La périarthrite est surtout fréquente à l'épaule. L'arthrite traumatique se voit surtout au genou où elle a succédé à une contusion, avec intermédiairement ou non, une hémarthrose ou une hydarthrose. La prédisposition joue certainement un rôle considérable dans un grand nombre de cas, comme le prouve la fréquence avec laquelle on observe à l'autre genou, des signes d'arthrite sèche plus légers. L'âge est aussi un facteur important.

Chez les sujets jeunes l'arthrite sèche traumatique peut s'atténuer et même disparaître. Chez les sujets plus âgés, elle persiste ou s'aggrave. On peut, dans des cas rares, la voir prendre une évolution progressivement ankylosante. Une forme très spéciale de ces lésions articulaires ou périarticulaires est la maladie de Pellegrini-Stieda-Köhler toujours traumatique. Elle se constitue lentement de 15 jours à plusieurs semaines après l'accident. Son aspect radiographique est absolument caractéristique. Elle s'accompagne souvent d'arthrite sèche.

***

Le prochain Congrès international de la Ligue contre le rhumatisme se tiendra à Rome du 19 au 24 mai 1932. Les séances du Congrès des derniers jours auront lieu dans quelques stations thermales italiennes. Les matières suivantes sont mises à l'ordre du jour :

1° Médico-scientifique.

*a*) Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique ;

*b*) Rhumatisme et tuberculose.

2° Médico-social :

Rhumatisme et la profession.

3° Discours libres.

Pour les demandes d'adhésion et de renseignements s'y rapportant, on est prié de s'adresser au secrétariat général.

Dr J. Van Breemen, Keiszersgracht 489, à Amsterdam.

Pour l'Italie, au Secrétariat du Comité italien : Prof. A. Lunedei, Via Vanezia 8 à Florence.

La prochaine réunion clinique aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine en avril 1932.

La prochaine réunion générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu également en avril 1932

Une note ultérieure précisera les questions mises à l'ordre du jour.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat : 51, rue Bonaparte, à Paris.

# Les Congrès

## XL^e Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*) (1)

### Des ulcères peptiques post-opératoires

Résumé du rapport de M. Leriche (de Strasbourg)

« L'ulcère peptique post-opératoire est essentiellement une maladie des anastomoses faites sur des estomacs hyperacides. »

Cette complication du traitement chirurgical des ulcères gastriques et duodénaux est entourée de mystère ; ses causes nous échappent ; une série de problèmes se posent à son sujet et demeurent sans réponse. L'auteur critique les méthodes employées jusqu'à maintenant et montre comment la question doit être attaquée désormais.

Pendant longtemps on a cru à la rareté de l'ulcère peptique, soit parce que le traitement de l'ulcus initial était surtout d'ordre médical, soit parce que la complication n'était pas reconnue.

On supposait que l'origine devait en être cherchée dans une faute de technique : hémostase insuffisante, suture défectueuse, emploi de fils non résorbables ou de boutons anastomotiques, excision de muqueuse exubérante, usage de clamps offensants, infection plus ou moins accusée d'une suture ou d'un hématome de voisinage.

Actuellement, on a la certitude de la fréquence de l'ulcère peptique. Il apparaît comme la suite ou la récidive de la maladie initiale.

La pathogénie de l'ulcère post-opératoire se confond donc avec celle de l'ulcère gastro-duodénal ; connaître l'une serait connaître l'autre. Aussi, l'auteur divise-t-il son travail en deux grands chapitres, l'un concernant la pathogénie de l'ulcère spontané, l'autre celle de l'ulcère secondaire.

*Premier chapitre.* — **Pathogénie de l'ulcus spontané.** — Il s'ouvre par l'étude de l'ulcère du point de vue anatomique.

Au début, il s'agit d'une nécrose extensive du type congestif ; puis apparaissent sur la muqueuse au voisinage de l'ulcère des lésions inflammatoires.

Cet état inflammatoire, cette gastro-duodénite peut exister sans ulcère. Certains auteurs la considèrent comme un état pré-ulcéreux, sans pouvoir le démontrer. Pierre Duval et Konjetzny lui assignent une origine infectieuse ; mais Leriche fait remarquer que bien des faits expérimentaux s'inscrivent en faux contre cette hypothèse.

Quand elle existe en même temps que l'ulcère, il est curieux de noter que la gastrite est atrophique au niveau de la petite courbure, de l'antre et du pylore, et qu'elle est hypertrophique dans le fundus.

Quoi qu'il en soit de sa forme, elle coïncide avec un état microbien et son étude n'éclaire en rien la genèse de l'ulcère.

L'auteur rappelle les altérations fréquentes des nerfs de la paroi gastrique qui n'expliquent pas l'origine de l'ulcère puisqu'elles sont manifestement secondaires à cet ulcère.

La métaplasie intestinale, rare en tant qu'inclusion congénitale, paraît très fréquente, au contraire, en tant que métaplasie régressive. Elle siège surtout en zone de gastrite atrophique et s'accompagne d'une évolution mucoïde. Elle n'apprend rien non plus sur l'origine de l'ulcère.

Dans un second paragraphe, le rapporteur étudie rapidement la question, du point de vue bactériologique.

Les germes sont fréquents, dit-il, en surface et en profondeur. Il faut se garder d'en conclure à une origine infectieuse évidente. Les ulcères de jambes sont eux aussi chroniquement infectés ; ils ne sont cependant pas d'origine microbienne.

Enfin, suit une étude patiente, minutieuse de l'ulcus expérimental.

L'auteur rappelle les travaux de Schiff (1846) et ceux de ses disciples qui, maintes fois ont obtenu des ulcères anatomiquement identiques aux ulcères humains, par voie vasculaire, par voie nerveuse soit centrale, soit médullaire, soit périphérique : vague ou sympathique, par exclusion de muqueuse et administration d'acide chlorhydrique, par suppression de certaines glandes : surrénale, thyroïde, par administration de ferments digestifs extragastriques : trypsine, par exclusion partielle de l'estomac, par gastro-entérostomie, par exclusion pyloro-antrale, par dérivation à distance des sucs duodénaux, biliaires, pancréatiques, par dérivation dans l'estomac de ces mêmes sucs, par administration de repas fictifs chez des chiens œsophagostomisés, par injections répétées d'histamine.

De ces multiples expériences, il faut conclure que les ulcères ainsi obtenus n'évoluent pas avec le cortège fonctionnel bien connu de l'ulcère humain spontané. Il n'y a pas notamment cette hypersécrétion et cette hyperchlorhydrie qui donnent à l'affection sa physionomie propre.

L'expérimentation crée la lésion anatomique, mais non la maladie.

Suit une critique serrée de toutes ces méthodes, tout spécialement des techniques de dérivation et de

(1) V. *Concours médical*, nº 5.

la théorie de Boldyreff qui les anime, et que l'auteur condamne sans appel.

La protection de la muqueuse gastrique, contre l'acidité et l'action peptique, ne dépend certes pas d'un antipéristaltisme ni d'un reflux biliaire.

Ces expériences ne peuvent servir qu'à l'étude de l'ulcus post-opératoire.

Mais alors, pourquoi cette faillite de l'expérimentation ? Il semble que les conditions choisies soient trop éloignées des conditions normales.

Vouloir étudier le déterminisme d'une maladie essentiellement gastrique en modifiant le « segment aval » de l'estomac, en changeant des conditions chimiques qui n'intéressent pas directement l'estomac, c'est s'engager sur une fausse piste qui ne peut mener à rien.

Pour créer des ulcères, il suffit du reste d'agir simplement sur l'estomac sans passer par le détour des sucs alcalins, en modifiant par exemple l'innervation de l'organe. Cependant cela ne donne pas encore la solution cherchée, car l'ulcère se produit spontanément sans que ces conditions soient réalisées.

Le problème de la pathogénie de l'ulcère ne sera résolu que quand nous saurons par quel mécanisme une section antrale suivie de suture, ou une gastro-entérostomie arrive à déclencher les modifications histologiques et fonctionnelles qui conduisent à l'ulcère, et quand nous pourrons superposer ces modifications à celles qu'on trouve chez l'homme qui fait un ulcus pour une cause encore inconnue.

Ces modifications doivent être d'un sens très élémentaire à la façon de toutes les réactions post-opératoires ; et l'auteur, de faire remarquer ce paradoxe, qu'elles guérissent la maladie quand elle existe déjà, et qu'elles la produisent quand elle n'existe pas.

Pour sortir de cette impasse, il convient d'aborder le problème sous un autre jour. Ce que l'expérimentation ne nous dit pas, demandons-le à une analyse des conditions au milieu desquelles évolue l'ulcus chez l'homme. Et c'est pourquoi l'auteur passe en revue toutes les particularités anatomiques, cliniques et opératoires de l'ulcère.

De cet examen détaillé, Leriche croit pouvoir conclure que l'ulcère n'est pas un trouble tropho-névrotique, ni une maladie de nature infectieuse. Il évolue toujours avec hypersécrétion et hyperchlorhydrie et ce sont ces conditions qu'il faut étudier désormais pour connaître la genèse de cette curieuse maladie et, par suite tenter de la guérir.

Avant d'être une affection de l'estomac ou du duodénum, l'ulcère est une affection tissulaire, soit de l'épithélium glandulaire, soit de l'endothélium vasculaire, soit enfin du tissu conjonctif.

Sa localisation n'est pas indifférente. Toujours, il se présente dans une zone garnie de glandes à mucus ; et l'auteur regrette, à ce sujet, que nos traités de physiologie nous renseignent si peu sur la nature de ce mucus qui, manifestement, joue un rôle considérable dans l'évolution de l'ulcère.

Il convient de rappeler que l'estomac est garni d'un épithélium formé uniformément d'une couche de cellules à mucus. Cet épithélium présente des dépressions tapissées des mêmes cellules. Au fond de ces dépressions s'ouvrent des glandes tubulées, dont les unes donnent encore du mucus, les autres de la pepsine.

Mais, tandis que les glandes à mucus se trouvent seulement dans le fundus, les autres se rencontrent au niveau de la petite courbure, de l'antre, du pylore et de la première portion du duodénum.

Il semble bien que le rôle essentiel du mucus soit de protéger la muqueuse, et Leriche se demande si l'ulcère n'est pas la conséquence d'une perte, ou tout au moins d'une diminution de ce pouvoir protecteur, par précipitation sous l'effet d'une acidité trop forte ou se produisant à contre-temps.

D'où la nécessité d'étudier maintenant la question de l'acidité gastrique.

Schiff a prouvé que la zone fundique est le lieu exclusif de la production de la pepsine. Les travaux de Delogers, Johnson et Breckman démontrent que cette même zone est également productrice de l'acide, l'antre gardant toujours vis-à-vis des réactifs et notamment du ferrocyanure de potassium, une coloration caractéristique des milieux alcalins.

D'autres constatations sont pleines d'intérêt. L'estomac privé de sa circulation ne présente plus la réaction d'acidité ; il en est de même de l'estomac à jeun.

Il semble donc qu'à jeun, l'estomac soit alcalin, qu'en digestion, il soit acide dans la région fundique, seule élaboratrice de la sécrétion chlorhydrique, et que l'antre ait toujours un revêtement alcalin, même en période de digestion.

En résumé, il existe deux zones dans l'estomac : l'une acide, l'autre alcaline, nettement délimitées. Le mucus serait précipité dans la zone acide ; il serait dissous dans la zone alcaline. La solution gommeuse ainsi créée ferait un isolant parfait, un protecteur de tout repos pour la muqueuse gastrique. Et l'auteur en arrive à faire l'hypothèse que la production de l'ulcère serait due à une modification du mucus antral.

Qu'un trouble quelconque survienne dans la sécrétion fundique, qu'à jeun, par exemple, un suc acide vienne au contact du mucus de surface des zones alcalines, voilà le mucus précipité par endroits et la muqueuse devenue vulnérable.

On peut encore supposer une altération de la sécrétion du mucus, celui-ci étant produit en moindre abondance que normalement ; et voici la muqueuse plus ou moins à nu.

Cette lésion initiale de la muqueuse est absolument vraisemblable. Les expériences si nombreuses et si différentes réalisées jusqu'ici ont presque toujours donné naissance à une hyperhémie de la muqueuse, et toutes montrent que c'est la région alcaline de l'estomac qui est la région vulnérable.

Il est permis de croire que c'est cette hyperhémie qui conditionne l'hypersécrétion et l'hyperacidité, et qui, d'autre part, favorise une évacuation plus rapide

du mucus au niveau des glandes pyloriques, laissant ainsi la zone de ces glandes moins bien protégée contre l'auto-digestion.

L'ulcère ne serait ainsi que l'aboutissant ultime des modifications inflammatoires de la zone des glandes à mucus.

Mais la question est plus complexe. Des expériences récentes ont montré que la zone alcaline où ne se produit pas d'acide chlorhydrique est le point de départ d'une excitation qui engendre à distance cet acide au niveau du fundus. L'antre fait naître l'acidité, mais ne la produit pas. Cette excitation s'expliquerait par la production d'une hormone, s'il faut du moins souscrire aux conclusions d'Edkins.

*Deuxième chapitre.* — **Pathogénie de l'ulcère post-opératoire.** — L'ulcère post-opératoire, qui, dans la majorité des cas est un ulcère jéjunal, siège sur un segment du tube digestif qui, normalement, n'est pas fait pour servir de passage au suc gastrique chlorhydro-peptique. Le jéjunum n'a pas pour se protéger cet abondant mucus alcalin qui tapisse la région antro-duodénale.

On peut donc dire que la gastro-jéjunostomie est en soit antiphysiologique et que la seule anastomose qui respecte la physiologie est la gastro-duodénostomie transpylorique.

Rien d'étonnant après cela que la gastro-entérostomie banale soit suivie de temps en temps de l'apparition d'un ulcère jéjunal. Ce dernier prend alors la valeur d'un ulcus expérimental.

L'auteur ne croit guère au rôle de la technique opératoire dans la production de l'ulcère peptique. Il attache cependant une importance nette à la stase gastrique qui suit certaines opérations. Elle irrite à contre-temps la muqueuse antrale et excite fâcheusement la sécrétion acide.

Bon nombre de gastro-entérostomies parfaites chirurgicalement sont défectueuses physiologiquement. L'essentiel, semble-t-il, est d'éviter cette stase.

Mais un autre facteur est à envisager, bien mis en relief par Pierre Duval : l'existence d'une gastrite inflammatoire au moment de l'opération. Ce serait là la cause habituelle, et l'ulcère peptique serait d'origine infectieuse.

Enfin, on peut se demander si la localisation initiale ne joue pas un rôle, car l'ulcère postopératoire, se montre surtout fréquent après l'ulcus juxtapylorique et duodénal.

L'auteur passe en revue tous les procédés de gastro-entérostomie et étudie spécialement les gastrectomies.

A des degrés différents toutes ces techniques exposent à l'apparition de l'ulcère peptique, car toutes laissent subsister un fragment d'estomac où peut persister l'acidité.

En dernier ressort l'ulcus jéjunal apparaît comme un ulcère peptique dû à l'action d'un suc acide sur une muqueuse non protégée. Toute anastomose gastrique crée sur la grande courbure de l'estomac une anomalie physiologique mettant en contact un suc acide et une muqueuse non protégée. Les conditions d'apparition de l'ulcère secondaire sont donc identiques à celles qui préparent l'apparition de l'ulcère initial.

(*A suivre*).

## Les Livres

Librairie O. Doin et Cie, Paris.

P. Merklen, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg et E. Aron. — **Les cardio-rénaux. Etude clinique.** (Un vol. in-8 de 42 pages avec une planche hors texte, in-collection « La Pratique médicale illustrée ». Prix : 15 francs.)

La notion de « cardio-rénal » répond à un ensemble clinique, qui ne traduit pas un processus univoque ; ses lésions sont différentes selon les catégories de malades envisagées, de même que les symptômes et leur évolution. Classiquement ce terme s'applique à des œdémateux, dont le fonctionnement du cœur et des reins est devenu insuffisant. En étudiant cependant de près les retentissements respectifs de chacun des organes défaillants sur l'autre, on acquiert la conviction que les malades en question ne sont pas forcément frappés d'œdème.

La notion de cardio-rénal trouve son origine soit dans le cœur, soit dans les reins, soit dans l'aorte.

Le groupe le plus connu est constitué par les congestions rénales des cardiaques. Très fréquents sont les réno-cardiaques, qui englobent tous les néphritiques hypertendus, dont le cœur fléchit tôt ou tard. Les aortico-rénaux forment un groupe bien spécial et de pathogénie encore ignorée ; l'élément hypotension y tient souvent une place importante.

Tout cardio-rénal a son pronostic propre, qui ne peut être porté que par l'examen de chacune des fonctions cardiaque, vasculaire et rénale.

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

E. Lesné et A. Bouteiller. — **La syphilis héréditaire larvée. Clinique. Diagnostic. Traitement.** (Un vol. in-8° de 56 pages, in collect. « La Pratique médicale illustrée ». Prix : 14 fr.).

La syphilis héréditaire larvée comprend l'ensemble des manifestations où l'infection tréponémique se cache sous le masque d'une autre maladie, ou d'un syndrome banal. Ces manifestations sont importantes à connaître, car, sans les voir partout et toujours, elles paraissent être d'une grande fréquence

et étendent d'une façon appréciable le champ de l'hérédo-syphilis.

La symptomatologie est des plus variées ; l'hérédo-syphilis peut revêtir les aspects les plus divers, et il faut la chercher sous le masque de troubles de l'état général, de troubles de la croissance, du squelette, de syndromes endocriniens, nerveux, digestifs, respiratoires, cardio-vasculaires, rénaux, cutanés, sanguins, de syndromes pseudo-tuberculeux. Ces différentes manifestations ne doivent être considérées que comme des signes de possibilité, qui éveillent l'idée de l'hérédo-syphilis, sans permettre de l'affirmer dans tous les cas.

Le diagnostic devra être confirmé par les différentes recherches cliniques, anamnestiques et sérologiques. Les résultats obtenus par le traitement spécifique fournissent enfin par eux-mêmes un élément important de diagnostic.

Une présomption d'hérédo-syphilis larvée impose le traitement spécifique. Mais, on a souvent intérêt à recourir à des traitements modérés, prolongés et camouflés. On obtient ainsi, fréquemment, des résultats inespérés.

---

***Les livres qui viennent de paraître...***

Editions de la « REVUE DES INDÉPENDANTS », 143 *bis*, Promenade des Anglais, Nice.

Robert MORCHE. — **De Paris à New-York.** *Quinze jours en mission en Amérique*, avec 14 photos hors texte, un vol. 112 p.. Prix : 20 fr.

Editions du « MOUVEMENT SANITAIRE », 52, rue Saint-Georges, Paris, 9e.

**XVIIIe Congrès d'hygiène.** (octobre 1931). Comptes rendus et rapports, un vol. 226 pages.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Quel bromure faut-il préférer ?

Par le Dr R. CHAUSSET

Dans la pratique courante, on utilise très fréquemment la médication bromurée, qui trouve ses indications dans les affections les plus diverses. Pendant longtemps on a employé uniquement le bromure de potassium, puis cette médication a été délaissée pendant de longues années, et ce n'est guère que depuis 1914 qu'elle est revenue en faveur, mais cette fois sous la forme de bromure de sodium surtout.

Le groupe des bromures alcalins est un groupe pharmacodynamique très homogène, et c'est bien l'élément brome, qui imprime à tous ces corps leur caractère physiologique fondamental.

Les bromures sont avant tout des dépresseurs du système nerveux et en particulier du cerveau et de la moelle. Aux doses thérapeutiques, ils atteignent d'abord le cerveau, provoquant une sensation de lassitude, d'obnubilation cérébrale, prédisposant au sommeil ; ils diminuent aussi l'excitabilité directe des zones psychomotrices, comme le prouve l'expérience classique d'Albertoni sur le chien trépané.

Mais, en dehors de cette action commune à tous les bromures, il faut tenir compte des actions secondaires dues aux radicaux potassium ou sodium, car c'est entre ces deux sels, qu'il faut choisir, les bromures d'ammonium et de strontium n'étant utilisés que très rarement.

Or, le bromure de potassium après avoir occupé une place de premier plan dans la thérapeutique, est tombé en défaveur et c'est à l'action secondaire du radical potassium qu'il faut l'attribuer.

Le bromure de potassium agit surtout comme dépresseur du cœur, il affaiblit les contractions cardiaques, ralentit le rythme, abaisse la tension artérielle ; Martinet a montré que, par suite, il ralentissait la respiration et la nutrition (diminution du taux de l'urée et du coefficient d'oxydation azotée). Rabuteau, expérimentant sur le chien, a constaté que l'injection intraveineuse d'une dose non mortelle de bromure de potassium ralentit le cœur, qu'une dose toxique (1 à 2 gr.) provoque la mort par arrêt du cœur ; mais dit-il « dans cette expérience, le bromure de potassium agit comme potassium, car le chlorure de potassium et le nitre agissent de même à hautes doses ».

Cette action secondaire déprimante du cœur est pratiquement utilisable ; le bromure de potassium sédatif du cœur trouvera son application dans les périodes hypersystoliques des diverses cardiopathies, dans l'éréthisme cardiaque, dans les arythmies nerveuses ; dans tous ces cas, en ralentissant et régularisant le cœur, en calmant la dyspnée, il amènera la disparition des accidents et procurera le repos.

D'autre part, son action prolongée n'est pas sans inconvénient pour l'estomac. Martinet en effet a montré l'action irritante du bromure de potassium en solution concentrée sur les muqueuses avec lesquelles il entre en contact. A doses massives, il provoque de la sécheresse, de la cuisson de la bouche et de la gorge avec diminution de la sécrétion salivaire ; donne à l'estomac une sensation de pesanteur, de brûlure, des

renvois et parfois des vomissements et de la diarrhée.

Cette action secondaire fâcheuse du bromure de potassium sur le cœur et les muqueuses digestives explique et légitime l'oubli, dans lequel il était peu à peu tombé. Mais, depuis quelques années, la médication bromurée connaît une nouvelle période de faveur, et ses indications se multiplient chaque jour ; instruits des inconvénients du bromure de potassium, les médecins ont de plus en plus tendance à utiliser un autre composé bromuré tout aussi actif sur le système nerveux et dépourvu de toute action secondaire nocive, le bromure de sodium.

Ce composé bromuré a, certes, sur le système nerveux les mêmes effets sédatifs que le précédent, mais il n'agit que peu ou pas sur la circulation ; il est de ce fait bien moins toxique. Ainsi Rabuteau a pu injecter dans les veines d'un chien 5 grammes de bromure de sodium sans autre effet qu'un très léger ralentissement du cœur. D'autre part, il ne possède aucune action irritante sur les muqueuses digestives et son administration prolongée ne produit aucun des troubles digestifs que l'on observe avec le bromure de potassium. Au contraire, le bromure de sodium possède une action presque spécifique sur les phénomènes douloureux d'un grand nombre d'affections gastriques. D'après Leven, la dyspepsie, sous toutes ses formes, serait due à une hyperesthésie du plexus solaire et selon la formule de Mathieu « supprimer l'hyperesthésie, c'est amener la guérison ». Or, le bromure de sodium apaise d'une façon indiscutable cette hyperesthésie et calme les phénomènes douloureux. Est-ce par action directe analgésiante sur la muqueuse gastrique, est-ce comme dépresseur des centres et accessoirement de tout le système nerveux, est-ce comme médication réflexe et antispasmodique, est-ce comme régulateur de la digestion ? Peu importe, l'action du bromure de sodium est sans doute très complexe, mais les résultats thérapeutiques sont manifestes.

Pour ces diverses raisons, le bromure de sodium apparaît comme très supérieur au bromure de potassium, aussi son emploi se répand-il de plus en plus.

Mais encore faut-il avoir soin d'utiliser un bromure pur, sans traces d'iodures, rigoureusement dosé et soigneusement dissimulé. Nous avons toujours utilisé le sédobrol qui répond à toutes ces conditions. C'est un extrait de bouillon végétal, concentré, achloruré et bromuré. Il se présente sous la forme de petites tablettes dosées chacune à un gramme de bromure de sodium rigoureusement pur et strictement dosé. Le bromure ainsi dissimulé reste ignoré du malade qui, sans cela, refuserait peut-être de suivre ce traitement. D'autre part, dissous dans une tasse d'eau chaude, il fournit un bouillon d'un goût excellent, agréable à prendre ; en résumé c'est un moyen sûr, discret et agréable d'établir la médication bromurée et de la poursuivre longtemps.

A quelles doses faut-il employer le sédobrol ? D'une façon courante la dose à utiliser chez l'adulte est de 2 à 4 gr. par jour, chez l'enfant, de 1 à 2 gr., ces doses pouvant d'ailleurs être largement dépassées sans aucun danger.

Il est difficile d'énumérer les cas, dans lesquels le sédobrol peut être indiqué ; il nous faudrait passer en revue toute la pathologie. D'une façon générale, on l'emploiera dans tous les cas, où il y a lieu de modérer une excitabilité anormale du système nerveux, d'exercer une action sédative neuro-musculaire, bulbo-médullaire ou encéphalique. A ce titre, il rend souvent les plus grands services comme hypnotique ou sédatif mental. Il est recommandable en particulier dans les cas d'insomnie nerveuse, au cours des syndromes dépressifs, dans les névroses d'angoisse, les délires divers, dans l'hypomanie, et dans toutes les affections spasmodiques liées à une exagération de l'excitabilité réflexe neuro-musculaire telles que : convulsions, éclampsie, tic douloureux de la face, asthme, coqueluche, vomissements incoercibles, tétanos, palpitations, etc... Enfin dans la pathologie nerveuse son indication principale est l'épilepsie, soit comme médicament seul, soit associé à quelque barbiturique.

Nous avons cité plus haut l'action sédative du Na Br sur les dyspepsies et les diverses affections douloureuses gastriques, il trouve là encore en pathologie digestive de très nombreuses applications.

En résumé, le sédobrol est un médicament excellent, qui permet d'établir sous une forme sûre, discrète et agréable, la médication bromurée, dont les indications augmentent de jour en jour, en même temps que s'affirment, de façon indiscutable, ses bons résultats thérapeutiques.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## L'actualité professionnelle

### I

### LES ENIGMES DU SPHINX. ASSURANCES SOCIALES

*Est-il exact,* m'écrit un excellent correspondant, *que les malades soignés pendant six mois, sans arrêt de travail doivent au bout de ce laps de temps, cotiser pendant trois mois avant d'être admis à nouveau au bénéfice de l'Assurance sociale, à condition que l'affection ne soit pas une rechute ou la suite de celle traitée pendant la première période ?*

D'une façon générale, le droit aux diverses prestations n'est ouvert aux assurés sociaux que s'ils ont cotisé 60 jours, pendant les trois mois antérieurs ou 240 jours pendant les douze mois précédant la maladie (art. 5, § 2 de la loi). Ces prestations sont dues jusqu'à la fin de la maladie, et au maximum durant une période de six mois consécutifs, toute rechute de l'affection, survenant dans les deux mois, étant considérée comme la continuation de la maladie primitive (art. 4, §§ 8 et 10 de la loi).

Tout assuré social, qui n'interrompt pas son travail, a droit à des indemnités spéciales prévues dans le règlement intérieur des Caisses (art. 4, § 9 de la loi).

Ces indemnités spéciales, définies dans l'article 30 du règlement-type intérieur, sont, à la volonté de la Caisse, représentées, soit par l'application de son tarif de responsabilité, soit par l'attribution d'une indemnité forfaitaire de soins, le premier acte médical et la première prescription médicamenteuse correspondante étant obligatoirement remboursés dans les limites du tarif de responsabilité.

Au bout de six mois, le jeu de l'assurance-maladie cesse pour la continuation des prestations, et est remplacé par le jeu de l'assurance-invalidité, laquelle ne pourra fonctionner qu'après deux ans d'immatriculation préalable (art. 11 de la loi).

L'article 5 § 2, rappelé plus haut, précise en outre que les journées de maladie indemnisées sont décomptées comme journées de cotisation.

Ces textes divers permettent désormais de répondre à la question posée.

Un assuré social a été atteint d'une affection qui a nécessité des soins durant six mois *exactement.* Quelques jours après sa guérison, il est atteint d'une autre affection, différente de la précédente, et ne pouvant par conséquent être considérée comme une rechute.

S'il a dû interrompre son travail, au cours de la première maladie, nous venons de voir que les journées indemnisées doivent être décomptées comme journées de cotisation.

S'il ne l'a pas interrompu, il a continué à recevoir son salaire, et par conséquent, *à cotiser,* tant par lui-même (pour sa part) que par son employeur (pour la sienne) celui-ci étant responsable du double versement.

De toutes façons, l'assuré social envisagé est en règle vis-à-vis de sa Caisse pour continuer à recevoir toutes ses prestations, en cas de nouvelle maladie, différente de celle qui aura réclamé six mois de soins.

Une dyspepsie peut, sans contraindre celui qui en est atteint à interrompre son travail, nécessiter des soins médico-pharmaceutiques durant plusieurs mois. Elle guérit complètement. A quelque temps de là, l'intéressé contracte une pneumonie, maladie complètement différente de la précédente. Il va sans dire qu'il a droit, de nouveau, à toutes ses prestations, sans qu'aucune condition de cotisation lui soit opposable, puisqu'il est en règle, soit qu'il ait continué à cotiser, tandis qu'il travaillait, soit, au cas d'interruption, que ses journées ainsi indemnisées aient été comptées comme journées de cotisation.

A cet égard, ma réponse est formelle. Il y a cependant, dans la loi, une disposition qui mériterait d'être clarifiée, quand l'assurance-invalidité pourra commencer de jouer, c'est-à-dire à partir du 1er juillet 1932.

Après six mois de maladie, l'assurance-maladie est remplacée par l'assurance-invalidité. Une pension d'invalidité est éventuellement due à l'assuré social.

Cette pension est délivrée d'abord à titre provisoire pour une durée de cinq ans (art. 12, § 1 de la loi). Or, le § 2 du même article édicte que « pendant cette période (de cinq ans), l'assuré bénéficie des dispositions de l'article 4, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. »

Donc, l'invalide, pourvu d'une pension, ne reçoit plus de prestations en argent, mais il continue à avoir le droit aux prestations en nature, c'est-à-dire aux soins médico-pharmaceutiques...

Dans quels cas ? Pour les manifestations de l'infirmité ayant motivé la pension aussi bien que pour toute autre maladie ? Ou bien pour celle-ci seulement ?

Devons-nous comprendre que nous sommes en période transitoire durant laquelle la loi ne fonctionne que partiellement, et qu'elle n'aura son plein rendement, dans tous les domaines, qu'à partir du 1er juillet 1932 ? ? ?

J'avoue, pour ma part, être quelque peu dérouté par cette disposition...

Le même correspondant pose une seconde question, corrélative, en une certaine mesure, de la première :

*Dans un ménage, femme et mari sont assurés sociaux tous les deux. Au bout de six mois, on oppose à l'un d'eux l'article mis en cause dans ma demande n° 1. Ce malade, du fait que tous deux cotisent aux A. S., ne peut-il continuer à être soigné, au titre de conjoint bénéficiant des prestations en nature légalement ?*

La réponse est négative.

Le § 1 de l'article 4 édicte bien en effet que « l'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale..... nécessaires pour l'assuré, et son conjoint...... ».

Mais le § 8 précise que « les indemnités prévues au présent article (art. 4) sont dues à partir de la date du début de la maladie..... et *pendant une période de six mois* ».

Il n'y a donc pas d'équivoque possible. Un bénéficiaire de l'assurance-maladie, soit comme assuré social, soit comme conjoint d'assuré social, n'a droit aux prestations médico-pharmaceutiques que durant six mois, pour une maladie déterminée.

La loi sur l'assurance sociale est comme le Sphynx béotien. Elle pose de véritables énigmes à ceux qui sont chargés de l'appliquer, et notamment aux médecins.

Encore qu'ils ne courent pas le risque d'être dévorés par le Monstre quand ils ne les déchiffrent pas, il y a pour eux un véritable travail de divination, qui met leurs cellules cérébrales à une rude épreuve.

Nous qui avons l'habitude de traduire en langage clair les textes souvent mystérieux de notre appareil législatif, et qui, pour certains d'entre nous, sont rompus au jargon juridique et législatif, nous ne sommes pas toujours assurés d'être dans l'orthodoxie.

Nous avons pourtant quelques bonnes raisons de ne pas concevoir trop d'inquiétude à ce propos. Nous demandons à être contredits si nos argumentations prêtent à la contradiction. Et si nous sommes convaincus d'erreur dans nos interprétations, nous nous inclinerons de bonne grâce devant l'évidence.

Mais il faudra que l'évidence s'impose.....

G. DUCHESNE.

II

## CRI DE DÉSESPÉRANCE D'UN DÉSABUSÉ
## L'IMPUISSANCE SYNDICALISTE DE CERTAINES RÉGIONS

Depuis dix ans que je suis installé à X. et que je fais partie du « Sou Médical » et lis le *Concours*, je remarque, (car je le lis régulièrement et *in extenso*), que MM. Noir, Boudin et Duchesne basent tout l'avenir de notre profession sur la force du syndicalisme et soumettent tous les conflits à la juridiction des Conseils de famille pour l'intérêt de cette même profession.

Bien que j'aie vu, avant et pendant la guerre, la façon dont mon père exerçait à Y., et mon oncle à Z. façon qui ne m'enchantait guère, j'ai cru, dans mes premières années, au « syndicalisme », et à la « Confraternité ». A trente-huit ans, je ne crois plus ni à l'un, à l'autre. Mes belles illusions sont envolées, et sont mortes pour ne jamais se réveiller, et je vois, noir, très noir, l'avenir de notre profession. Il y a à cela, à mon avis, des causes gouvernementales, démagogiques et professionnelles :

1° *Les causes gouvernementales* ne sont plus discutées par personne et c'est secret de Polichinelle que la IIIe République serait bien heureuse de nous domestiquer et de nous asservir ; il suffit d'avoir exercé la médecine pendant 18 mois pour s'en rendre compte à moins d'être loué. Le but que cherche l'Etat est la fonctionnarisation du médecin. C'est net.

2° *Les causes démagogiques* sont inhérentes à la clientèle elle-même et proviennent du tiers payant : tiers payant pour les accidents du travail (alors que la loi nous avait donné le paiement direct). Tiers payant pour les mutilés et réformés, tiers payant pour l'A. M. G., et il s'en est fallu de peu que nous ayons également le tiers payant pour les Assurances sociales.

On ne peut pas nier que le but que cherche le client, *tout client*, est de faire payer « la princesse » et de ne rien payer lui-même. Combien d'assurés sociaux, bien que sachant que c'est irrégulier, envoient leurs feuilles non acquittées et non signées à leur caisse, afin de ne rien donner de leur poche, pour le moment, puis, quelles difficultés quand, au bout d'un certain temps, il faut tout de même payer le bon nigaud de médecin : Et avec quels soupirs, ils sortent leur argent de leur poche !.....

3° *Quant aux causes professionnelles*, elles sont notre propre affaire et c'est sur ce point que je tiens à insister. Nous avons devant nous un mauvais, un bien mauvais avenir, et avenir proche, parce que nous sommes obligés de lutter. Pour l'emporter dans la bataille, il faut de bonnes troupes, malheureusement, les nôtres sont mauvaises, BIEN MAUVAISES.

J'ai vu, à X., à Y., et je vois à Z., des traitres et des rabaisiens qui, croyez-le bien, ne sont pas rares, mais sont légion. Je n'hésite pas à déclarer ici qu'un tiers, soit 33 pour 100 des médecins, dont des rabaisiens, donc des « traitres ». Et remarquez que je ne parle que des médecins syndiqués. Que doivent faire les autres, juste ciel !.....

Les origines de cette mauvaise qualité : la pléthore, la jalousie, et l'insuffisance :

*a*) La pléthore est à l'ordre du jour : voir les tableaux que publient les journaux médicaux et qui sont édifiants : un médecin pour 2.200 habitants avant la guerre, un pour 1.600 maintenant. L'invasion des étudiants étrangers, et leur égalité partout à l'égard des Français « de France ». Passons, la République est hospitalière et passe pour être bonne mère pour « *ses* » enfants.

*b*) La jalousie ne fait pas l'objet de statistiques. Nous sommes ici, neuf médecins, et j'ai vu, lors de nos réunions, des scènes pour lesquelles tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elles étaient écœurantes,

*c*) Il y a enfin comme origine de la médiocrité de nos effectifs, l'insuffisance intellectuelle et professionnelle. J'ai toujours remarqué, à X., comme à Y., à Z., que les mauvais confrères étaient presque toujours de lamentables médecins. Cela n'a rien d'étonnant : le rabaisisme n'indique pas une intelligente sémillante, et l'incapacité professionnelle est l'apanage du rabaisien.

On va immédiatement me dire que les syndicats et, s'il le faut, les conseils de famille, peuvent mettre ordre à tout cela. Eh bien ! non, ils sont impuissants à faire quoi que ce soit, et je vais le prouver d'une manière absolument péremptoire.

Il y a ici un confrère qui est à peu près de mon âge : rabaisien pur sang. Actuellement, il fait la visite à 12 fr., la consultation à 10 fr., l'indemnité kilométrique, *à zéro franc, zéro centime*, la visite de nuit au même tarif que de jour, l'accouchement simple au tarif de 150 fr. au lieu de 300 fr. et avec forceps à 250 fr., au lieu de 500 fr. « tout compris ». Il y a 18 ans qu'il exerce dans ce « style ». Dernièrement, il a accepté d'une usine de voir les ouvriers à 9 francs *exactement* la visite de consultation. Exactement la moitié du tarif préfectoral d'A. S. qui est 18 fr. Son principe est le suivant : « Il faut faire aux clients une réduction d'un bon tiers sur les tarifs en vigueur. »

M. Duchesne, à qui j'avais eu l'occasion d'en référer, m'avait conseillé de porter l'affaire devant le Conseil de famille. Je l'ai fait. Ah ! mon Dieu, quel résultat lamentable ! Imaginez-vous que les quatre médecins de X., ont été convoqués : le rabaisien, bien entendu puis moi-même, un confrère plus âgé et un plus jeune. Ce dernier n'a rien dit. Quant au plus âgé, il a fortement abondé dans mon sens car, comme moi, il a perdu beaucoup de clients et en a poursuivi d'autres pour avoir eu le malheur de leur demander les honoraires au tarif syndical. Mais comme je n'avais aucune preuve « *écrite* » ni aucun « *témoin* », le Conseil de famille m'a débouté de ma plainte. Si vous connaissez un moyen d'avoir un témoin ou une preuve écrite, je voudrais bien le connaître, mais je crois que c'est à peu près impossible. La seule défense du confrère a été de me dire, en fin de séance, que j'étais un « salaud » (*sic*) et que « rirait bien qui rirait le dernier ».

Or, à quelques jours de là, je suis appelé chez une femme qui, pour se faire sauter son troisième enfant, s'était livrée à des manœuvres abortives, perforé l'utérus, et qui était en pleine péritonite. La sage-femme qui m'avait fait appeler (en assez mauvais termes avec le confrère rabaisien pour le motif qu'il fait les accouchements au même tarif qu'elle pour les lui « souffler »), avait eu des doutes qui se précisèrent au moment où je me préparais à faire un curettage. Envoyer cette femme à N. pour laparotomie fut ma seule intervention. Elle y mourut 5 ou 6 jours après. Le rabaisien tenait sa revanche : plainte au Parquet contre la sage-femme pour manœuvres abortives ayant entraîné la mort de la femme X. Brigade mobile. Convocations. Interrogatoires en règle. Autopsie de la morte. Convocation du chirurgien qui avait fait la laparotomie. Après un mois de poison violent, l'affaire se termina par un « non lieu » !

A noter que plusieurs mois auparavant, un homme qui m'avait fait appeler sur la fin, mourut ici de « typhobacillose », après avoir été soigné pendant deux mois par le docteur rabaisien pour « *typhoïde* », *sans séro et sans auscultation*. A la veuve venue me demander un certificat pour poursuivre le confrère en justice, j'avais, bonne poire, opposé une fin de non recevoir. C'est le remerciement !...

Actuellement, le docteur rabaisien continue de plus belle, au vu et au su de tout le monde, et le confrère plus âgé et moi-même passons pour être des « hommes d'argent ».

Voilà donc des faits qui vous prouvent d'une manière indiscutable que les brebis galeuses préparent notre malheur et que les conseils de famille et les syndicats ne peuvent pas plus contre elles que la Société des Nations contre les Japonais....

Ma religion est maintenant bien ancrée : « Je ne crois plus au syndicalisme, ni à la confraternité. Je

ne crois pas davantage à un bel avenir pour la profession. Je ne crois plus qu'à ce que l'on appelait, pendant la guerre, le système D. Ce sont les *événements eux-mêmes* qui m'ont donné cette nouvelle religion. »

Je ne vois aucun inconvénient à ce que vous donniez à ma lettre l'hospitalité dans notre excellent *Concours*, si vous le jugez possible.

Dr P.

***

Le syndicalisme n'a pas évidemment de vertu propre. Il vaut exactement ce que valent ceux qui le pratiquent. Si ceux-ci sont les premiers à en violer délibérément les principes, le statut, la discipline, il ne peut évidemment rien donner. Sa base est essentiellement l'accord unanimement accepté pour le respect de décisions prises dans l'intérêt général. Cet accord n'existant pas, le syndicalisme n'est plus qu'une façade fragile, à peine une toile peinte, derrière laquelle il n'y a rien.

Puisque vous me faites l'honneur de me lire, vous n'ignorez pas mon cri d'alarme : « Si la profession organisée, sous le signe du syndicalisme, ne sait pas maintenir les prérogatives du corps médical, tout en s'adaptant aux nécessités présentes, c'en est fait de ses traditions de libéralisme ; et la fonctionnarisation est peut-être proche, ce qui serait encore un moindre mal que le salariat que je pressens. »

Je n'ai rien à ajouter ni à retrancher aujourd'hui à cette prophétie. Je déplore seulement que vous viviez dans un milieu professionnel aussi dépourvu de cohésion : on le dirait au contraire tout prêt à accepter ce régime de dépendance étroite dont nous sommes menacés. C'est là que la Mutualité aura beau jeu pour faire triompher ses revendications, et accaparer les Assurances sociales dont le service médical serait assuré par ses propres médecins ! ! !

Et je vous plains en effet d'être aussi mal entouré. Mais laissez-moi vous dire qu'il était imprudent de citer ce médecin rabaisien devant votre Conseil de famille si vous n'aviez pas les éléments démonstratifs de ses habitudes d'avilissement des tarifs, et s'il ne les avouait pas lui-même. Vous dites : « C'est impossible à rassembler ». Permettez-moi de vous citer un département, la Sarthe, où récemment, le Conseil de famille a eu à connaître de faits semblables, et les a punis. Là, la démonstration des mauvaises habitudes du médecin poursuivi avait été faite. Peut-être, avec de la patience, serait-on parvenu à un résultat analogue chez vous. En tout cas, je ne connais pas de moyen de venir à bout du rabaisien s'il entend persister dans ses errements coupables. Il quittera au besoin le syndicat, et rira de ses foudres. C'est là une question infiniment épineuse, parce que le public est en effet volontiers du côté du meilleur marché, même en matière de soins. Et les tribunaux eux-mêmes ont une sympathie marquée pour les « philanthropes » qui se montrent modérés dans leurs tarifications : cela est si vrai qu'il arrive souvent que les notes d'honoraires produites en justice pour en obtenir paiement sont réduites, même quand le principe de la dette est indiscutable et incontesté...

Cette mentalité de la clientèle est telle, en effet, aujourd'hui, qu'elle escompte vraisemblablement l'heure paradisiaque où la médecine sera gratuite, comme l'est l'instruction primaire, et même secondaire, dans certaines classes, en attendant la généralisation de cette mesure.

Une médecine d'Etat ! Je ne suis pas éloigné de croire que certains parlementaires sont partisans de sa création : il en est qui l'ont proclamé au Sénat il n'y a pas bien longtemps. L'esprit qui régne dans votre milieu est de nature à en hâter l'avènement. Que voulez-vous que nous y fassions, nous qui ne cessons de mettre en garde nos confrères contre de telles menaces ?

Vous êtes désabusé ; et je le conçois. Votre foi syndicaliste est morte, dites-vous. Qu'avez-vous à proposer pour mettre à la place ?

Contribuerez-vous à votre tour à hâter l'avènement de la médecine d'Etat ?

Ressaisissez-vous. Vous n'êtes pas complètement isolé, puisque vous avez auprès de vous un confrère plus âgé qui pense comme vous. Unissez-vous pour vous maintenir sur vos positions, qui sont les bonnes. Et ne lâchez pas le manche après la cognée. Il n'est pas possible que vous n'ayez pas un jour votre revanche.

G. Duchesne.

A cette réponse, mon sympathique correspondant a riposté ainsi :

« Je suis tout ressaisi. Et je reste sur les positions que vous dites être les bonnes : pratique de la « bonne médecine d'avant guerre », pas de charlatanisme, ni de graissage de pattes, recherche des heureux résultats thérapeutiques qui, seuls, comptent en définitive... et vous donnent eux-mêmes votre revanche, travail au tarif syndical, et respect des confrères, même s'ils vous tirent dessus : *Hodie mihi, cras tibi* ! »

Dr P.

## LES CHEFS DE LABORATOIRE DES HOPITAUX SONT-ILS DES FONCTIONNAIRES ?

On nous écrit :

Je suis délégué du Corps médical hospitalier de X... et j'ai à discuter avec mes confrères, la répartition des honoraires versés par les caisses pour les soins aux assurés sociaux dans les hôpitaux de X... (pas ville d'école).

Les caisses versent une somme forfaitaire de 4 fr. par journée de médecine et de chirurgie pour les honoraires du Corps médical hospitalier. Cette somme est à répartir entre nous.

Or, nous avons ici un médecin, chargé du laboratoire de bactériologie, histologie, qui reçoit un traitement fixé par contrat avec la Commission administrative. C'est donc un fonctionnaire. A-t-il droit de prendre part à la répartition des honoraires ?

Naturellement, il ne s'agit que d'une question de droit et non d'une question de sous, et le confrère a notre sympathie à tous.

Si les 4 francs sont destinés aux honoraires de tous les praticiens participant au traitement, le chef de laboratoire participe au traitement des assurés sociaux. Il devrait donc participer à la répartition.

Mais alors on m'objecte : c'est un fonctionnaire.

Or, son contrat a été fait avant l'application des assurances sociales et la question des honoraires versées par les caisses ne pouvait être prévue.

Si le chef de laboratoire (fonctionnaire) est admis à la répartition, cela n'entraînera-t-il pas à y comprendre aussi d'autres fonctionnaires hospitaliers (internes, pharmaciens, sages-femmes et même surveillantes et sœurs.)

Ces sommes versées par les caisses pour les honoraires nous appartiennent à nous Corps médical hospitalier. Pouvons-nous en disposer comme nous le voulons, c'est-à-dire comprendre dans la répartition qui nous voulons ?

Ou, est-ce à la Commission administrative de rétribuer son chef de laboratoire fonctionnaire pour le supplément de travail causé par les assurés sociaux et pour lesquels les caisses payent l'hôpital. Supplément qui n'était pas prévu dans le contrat.

Savez-vous s'il y a des précédents à cette situation ?

Les chefs de laboratoire à Paris participent-ils à la répartition des honoraires pour les assurés sociaux? Mais sont-ils des fonctionnaires comme le nôtre ?

Actuellement, le confrère bactériologie participe à une ristourne de 10 % faite au C. M. H., par la Commission administrative sur les malades payants (en salle commune, il n'y a pas de quartiers séparés pour les malades payants aux hôpitaux de X...).

Est-ce un précédent à invoquer ? Cette ristourne de 10 % est beaucoup moins élevée que les honoraires pour les assurés sociaux. Elle n'est pas prévue dans le contrat entre la C. A. et le chef de laboratoire, mais jusqu'alors personne n'y avait trouvé à redire.

### Réponse

Disons tout d'abord que le médecin chargé d'un laboratoire d'hôpital est dans la même situation juridique que les autres praticiens, attachés à l'établissement et nommés, ou non au concours, qu'ils soient payés au forfait annuel, ou qu'ils reçoivent une indemnité annuelle, ou mensuelle, plus ou moins importante.

Tout médecin d'hôpital a une situation juridique mal définie : ses fonctions tiennent du louage de services, de l'entreprise de soins et de la fonctionnarisation.

Louage de services : nommé avec ou sans concours, le médecin est l'employé, le salarié de la commission administrative, qui tient de la loi du 7 août 1851, le droit de le nommer comme bon lui semble.

Ce salarié doit respecter le règlement intérieur, dont on lui a donné connaissance, au moment où il a posé sa candidature ou lorsqu'il s'est fait inscrire pour le concours. Ce règlement, il doit l'accepter en son entier, sans le discuter.

Il est soumis à la discipline intérieure, de l'établissement et doit soigner, à des heures désignées d'avance, les malades que lui confie l'administration, en les plaçant dans ses salles et ses lits.

Entrepreneur de soins, le médecin tient de son diplôme une liberté thérapeutique entière : l'administration peut lui donner des ordres de service, elle ne peut lui en donner pour soigner les malades de telle ou telle manière.

Fonctionnaire, le médecin d'hôpital a été considéré comme tel, par plusieurs arrêts du Conseil d'Etat : avant une révocation, il doit avoir connaissance de son dossier.

Cet état hybride du point de vue juridique me conduit à considérer que, dans vos hôpitaux de X..., le médecin, chef du laboratoire, est comme ses confrères, médecins et chirurgiens des hôpitaux, ni plus, ni moins qu'eux.

Ce n'est pas parce qu'il touche un traitement fixe qu'il est fonctionnaire : vous aussi touchez une indemnité fixe annuelle.

Votre contrat à vous, médecins et chirurgiens, c'est le règlement de l'hôpital auquel vous avez adhéré, lorsque vous vous êtes inscrits pour le concours, à la suite duquel vous avez été nommés et institués par la commission administrative.

Ces considérations juridiques posées, voyons maintenant la situation de fait. Chaque hôpital s'entend à sa guise avec son Corps médical hospitalier, selon son règlement intérieur.

Si, à X..., vous avez la libre disposition des quatre francs journaliers des assurances sociales,

répartissez-les entre vous, sans oublier vos internes. Faites-le en toute liberté.

Mais, si votre règlement vous oblige à soumettre votre répartition à l'agrément de la commission administrative, vous devez obéir.

Je ne vous étonnerai pas en vous disant qu'actuellement, c'est encore la pagaïe, l'anarchie. Les médecins n'ont pas prévu l'application pratique de la loi des assurances sociales et ils sont surpri par les événements.

Je ne puis donc pas vous éclairer sur les habitudes prises par tels ou tels hôpitaux : pour le moment, il n'y a rien encore, dans la plupart des établissements.

Dr Paul Boudin.

## SECRET PROFESSIONNEL

On ne peut pas laisser au médecin le choix entre l'acceptation ou le refus de la divulgation...., car le « refus » deviendrait une *charge* « *écrasante* » contre le malheureux client. Faire « comprendre » cela aux médecins, aux malades, aux collectivités, le *secret* médical est un leurre « *dangereux* », s'il n'est pas *total*; s'il n'est pas *total*, il constitue une *arme* éventuelle contre le *malade*, qu'il est fait pour protéger.

Dans un de vos derniers numéros, vous remettiez en question le principe du secret professionnel à propos des certificats qui nous sont demandés par les agents des diverses administrations.

Permettez-moi d'insister sur un point important.

Ces certificats nous sont très fréquemment demandés. 9 fois sur 10, au moins, la divulgation de la maladie n'offre aucun inconvénient... On est donc tout naturellement porté à obtempérer...

Mais... mais... lorsque nous aurons « refusé »... le seul fait de ce « refus »... est l'aveu implicite de la maladie inavouable...

Donc, il importe extrêmement que le Corps médical soit fixé... ce qui s'appelle « fixé ».... Il importe au plus haut point que *tout le Corps médial*, en bloc, agisse de la même façon... Il ne faut pas que l'administration puisse opposer l' « acceptation » de tel ou tel confrère des plus honorables... au refus « essentiellement individuel »... Dans quelle posture désagréable se trouve ainsi mis le médecin qui « refuse », *quasi isolé* ?

Nous autres médecins, nous avons bien assez, notre besogne journalière accomplie, de travailler nos journaux médicaux... nous n'avons, ni le temps, ni le goût, de faire de la jurisprudence, d'amorcer des discussions avec tel ou tel... surtout lorsque ce « tel » est un de ces monstres aux cent mille têtes, qu'on appelle une « ad-mi-nis-tra-tion ».

Ne croyez-vous pas qu'il y aurait un moyen élégant de résoudre (je ne puis pas me décider à écrire le barbarisme à la mode : « solutionner ») la difficulté ?

1° Faire prendre par tous les syndicats médicaux, au cours d'une réunion ordinaire, la décision officielle de ne plus marquer de diagnostic... Ceci est déjà admis pour les malades de l'A. M. G. C'est un précédent, dont on peut se servir ;

2° Faire rédiger, sous forme de tract, un résumé des actes, des décisions, des consultations juridiques, qui font réellement Loi... sans oublier les condamnations dont auraient pu être frappés des médecins violateurs du secret dans les cas les plus « suggestifs » ..... dans ceux, somme toute, où ils pouvaient se croire autorisés, ou obligés à violer légitimement le secret professionnel ?

Quelques exemples... un seul bien choisi, joint à des extraits de délibérations de tribunaux, etc... je n'ai pas à préciser....

Se sentant ainsi :

1° Appuyé par la profession entière ;

2° Fondé sur des textes précis, le médecin n'aurait qu'à refuser, tranquillement... Au besoin, il joindrait à sa lettre de refus le « passe-partout » élégant constitué par votre tract... et... finie la discussion.

L'Union des intéressés...

La précision des raisons.

Oui, il y a deux choses qu'on ne comprend pas assez : la nécessité de taire tous les diagnostics, sous peine d'avouer par un refus isolé ; la nécessité de cacher le diagnostic à l'intéressé... Supposez, par exemple, un syphilisé, *marié*.

Quelle formidable responsabilité encourons-nous si, maladroitement, nous dévoilons un secret qui n'est, sans doute, pas seulement celui de l'intéressé... qui peut jeter le trouble dans un ménage... qui sait? ... peut-être déchaîner un drame ?

Docteur J. Renoul.

### Réponse

Cette suggestion doit être retenue, car l'application des lois sociales, le problème du contrôle et la lutte contre les maladies transmissibles, les infections *post mortem* s'opposent de plus en plus à l'absolutisme du secret professionnel.

Le rôle du *Concours médical* est l'étude : je m'appuie sur les textes de lois, ou sur les décisions de jurisprudence, pour répondre à mes confrères, ou leur suggérer les termes de leurs réponses.

Mais, au point de vue de l'action collective, il appartient aux syndicats professionnels médicaux et à leur Confédération de passer des paro-

les aux actes. Aux syndicats de voir s'il leur est possible de décider, en assemblée générale (ainsi que vous le proposez) que désormais, tous les médecins d'une région ne donneront plus aucun diagnostic sur un certificat quelconque.

A la Confédération des syndicats médicaux de décider si cette msesure peut être respectée par tous les médecins syndiqués de France.

Mais, au *Concours*, depuis longtemps, je me préoccupe d'étudier le conflit entre le secret professionnel et l'application des lois, de plus en plus nombreuses, qui s'imposent au Corps médical. Et j'avoue que la tâche, que je me suis donnée, est difficile, car le secret professionnel, établi dans l'intérêt du seul individu, se heurte à l'intérêt collectif, qui n'est pas moins défendable.

De sorte que mon rôle consiste en ceci :

1° Dire à mes confrères : en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, vous devez vous taire (article 378 du code pénal), sinon, vous pourrez être traduits devant le tribunal correctionnel ;

2° Dire aux administrations, qu'elles peuvent faire pratiquer un contrôle, auquel elles ont un droit légitime, tout en respectant le secret professionnel ; c'est ainsi que j'ai pu l'obtenir en matière de contrôle pour l'A. M. G.

3° Etudier le conflit de lois, qui oppose l'intérêt individuel à l'intérêt collectif et rédiger des textes de propositions de lois, pour concilier, autant que faire se peut, les intérêts en présence.

Voici le rôle d'études du *Concours médical.* Mais, pour l'action collective, il appartient aux syndicats et à leur Confédération de l'entreprendre et de l'ordonner au Corps médical syndiqué.

Dr Paul BOUDIN.

## CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

### Assistance médicale

NOUVELLE LOI SUR LA RÉPARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC. (*Informations sociales*, août 1931.)

L'accidenté a droit, en plus de l'indemnité d'incapacité prévue, à l'assistance médicale, qui comprend les soins médicaux, chirurgicaux *et de garde-malade*, l'hospitalisation, les remèdes, les médicaments et autres produits pharmaceutiques, ainsi que la fourniture et le renouvellement normal pendant une période de 12 mois, des appareils de prothèse et d'orthopédie. Le choix du médecin et de l'hôpital est laissé à l'accidenté.

GRANDE-BRETAGNE. — *L'augmentation des dépenses de l'assurance maladie.* (Même source.)

L'augmentation des prestations en espèces est plus prononcée chez les femmes que chez les hommes, et plus forte chez les femmes mariées que chez les femmes célibataires.

L'augmentation des dépenses est due à l'accroissement du nombre des cas de maladie, en particulier des maladies de courte durée et des assurés peu âgés.

Des enquêtes furent faites par des médecins-contrôleurs chez des malades, qui recevaient des prestations depuis deux semaines au moins. Douze pour cent des personnes ainsi examinées ont été trouvées en état de travailler, et avaient bénéficié de prestations auxquelles elles n'avaient pas droit. En classant les personnes convoquées pour être examinées, par sexe, état civil (pour les femmes seulement), et par groupes d'âge, on a pu constater que le pourcentage des personnes de chaque classe, qui ont été trouvées en état de travailler, était à peu près proportionnel au pourcentage d'augmentation du nombre des semaines d'indemnisation constaté, pour les mêmes classes dans les groupes types de sociétés approuvées.

Une autre cause de l'augmentation des prestations médicales est un abus dans l'octroi des certificats médicaux.

On a établi des statistiques, ayant pour but de déterminer la proportion des malades de chaque médecin, qui ont été trouvés capables de travailler lors de ce second examen du médecin contrôleur, ou qui ont repris le travail à la réception de la convocation. Les statistiques montrent qu'un tiers environ des médecins délivrent trop facilement des certificats de maladie. Appelés à s'expliquer, ces médecins ont invoqué différentes raisons : les uns déclarent avoir agi par crainte de perdre leur clientèle ; les autres ne pas s'être senti autorisés à refuser un certificat en l'absence de symptômes, lorsque les clients se déclaraient malades. D'autres déclarèrent qu'ils préféreraient voir transférer dans certains cas au médecin contrôleur le soin de déclarer un malade capable de reprendre le travail ; d'autres enfin reconnurent avoir été influencés par des considérations humanitaires, en particulier par les difficultés rencontrées par leurs clients à trouver de l'ouvrage dans les circonstances actuelles.

Pour réprimer ces abus, on renforcera le contrôle, au besoin des sanctions disciplinaires pourront être prises contre les médecins.

De plus, on a édicté des règlements plus sévères, de façon à rendre le changement de médecin plus difficile. A l'avenir les malades ne pourront changer de médecin qu'à la fin de chaque trimestre, sauf avec le consentement des deux médecins intéressés.

ITALIE. — *Développement de l'assurance-maladie.* (Même revue.)

En Italie, l'assurance-maladie n'est pas obligatoire, sauf dans les « nouvelles provinces »; mais un certain nombre de caisses se sont créées par voie d'accords entre les organisations ouvrières et les organisations nationales, sous l'impulsion et le contrôle du ministère des corporations.

Dans l'industrie les ouvriers ont droit aux soins médicaux à partir du jour de leur affiliation à la Caisse, également aux prestations pharmaceutiques, mais il existe un stage pour les prestations en argent.

Pour les employés de commerce, ils devront être affiliés depuis l'âge de 15 ans jusqu'à 60 ans. En cas de maladie, les assurés ont droit à une indemnité pour perte de salaire dont la durée est fixée par la loi sur le contrat de travail des employés et *à une allocation pour frais médicaux et pharmaceutiques dont le montant ne peut dépasser la moitié de l'indemnité pour perte de salaire, ni excéder* 1.250 *lires par mois.*

Les assurances sociales en 1930. (*Revue de la Prévoyance et de la Mutualité,* (juillet-sept. 1931.)

Le bureau international du travail vient de publier une brochure, qui contient des informations sur l'évolution des législations nationales, le développement de la coopération internationale, et le progrès de la réglementation internationale.

Dans les conclusions, nous lisons ceci :

Les ressources d'institutions d'assurance fléchissent, parce que la masse des salariés soumis à la cotisation s'amoindrit. Les chômeurs ne payent pas de contribution, et les caisses d'assurance chômage n'en paient pas pour eux. Les salaires des assurés actifs subissent parfois des réductions importantes.

En même temps, les dépenses des institutions s'accroissent. Les chômeurs affluent dans les Caisses d'assurances maladies, lorsque n'existe pas une assurance chômage, ou lorsqu'ils ont épuisé leurs droits aux prestations de cette assurance.

Les privations diminuent la résistance des chômeurs à la maladie et la morbidité s'aggrave.

Devant ce double mouvement de fléchissement des ressources et d'augmentation des dépenses, les institutions d'assurances sont obligées de pratiquer une sévère politique d'économie.

Elles organisent des contrôles plus stricts et plus fréquents des malades, elles instituent dans quelques pays, une participation des assurés aux frais médicaux et pharmaceutiques. Et aussi comme les prestations légalement obligatoires pour les indemnités en espèces, et les frais de traitement curatif absorbent la totalité ou la presque totalité des sommes disponibles, les crédits affectés aux dépenses facultatives pour la création d'un outillage sanitaire et l'organisation de la prévention sont supprimés ou considérablement réduits, ce qui aboutit à une modification sensible et regrettable de la politique suivie par les assurances sociales au cours des dernières années.

Mais, en dépit de difficultés très nettes, les assurances sociales n'ont pas subi de régression sensible ; nulle part il n'a été question d'abandonner les législations ou de supprimer les institutions.

L'Union des Caisses locales de malades d'Alsace et de Lorraine tenant sa 23e assemblée générale annuelle les 3 et 4 octobre 1931 à Sarreguemines a voté les résolutions suivantes :

Les délégués des 27 Caisses locales de malades des départements des Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle, représentant au total environ 325.000 assurés, réunis en date du 4 octobre 1931, en Assemblée générale annuelle à la Mairie de Sarreguemines, ont pris connaissance des vœux adoptés par le Congrès professionnel des médecins de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin du 29 juin 1930.

Après avoir examiné à fond ces vœux et plus particulièrement ceux tendant :

1° A la libre constitution des Caisses-maladie;
2° Au secret médical ;
3° Au libre choix du médecin ;
4° Au recours au Conseil d'Etat contre les décisions des Offices d'assurance ;
5° A la participation de l'assuré aux frais médicaux et pharmaceutiques ;
6° Aux rapports entre médecins et Caisses: contrats, arbitrage, etc ;

Les délégués

Constatent que dans l'étude de toute modification éventuelle de la législation sociale, les désirs des assurés et des institutions chargées de l'exécution des lois sociales (c'est-à-dire de ceux qui fournissent d'une façon désintéressée les moyens d'existence aux Caisses des Assurances sociales) doivent primer les vœux de personnes ou d'organisations qui, professionnellement et moyennant rémunération, contribuent à l'exécution des Assurances sociales ;

Considèrent que, dans l'état de choses existant, la réalisation des vœux exprimés par le congrès des médecins du 29 juin 1930, ne serait pratiquement possible que par l'introduction pure et simple de la loi générale française, introduction qui paraît inopportune et prématurée aux représentants des Caisses locales de malades et

Emettent donc le vœu

*a*) Qu'avant toute modification, même partielle de la loi locale en matière d'assurance-ma-

ladie, l'Union des Caisses locales de malades soit appelée à donner son avis.

*b*) Que la substitution de la loi générale sur les Assurances sociales des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 à la loi locale, encore en vigueur dans les départements du Rhin et de la Moselle, soit retardée pendant une période suffisamment longue, pour permettre à la nouvelle loi de faire ses preuves dans les anciens départements, et aux autorités, aussi bien qu'aux institutions d'Assurance sociale existantes, de juger des effets de cette loi et de sa supériorité éventuelle sur la législation locale.

L'Assemblée générale prie MM. les sénateurs et députés des départements recouvrés, ainsi que M. le Directeur général chargé des Affaires d'Alsace et de Lorraine et M. le Directeur de l'Office général, de tenir compte des vœux exprimés ci-dessus au moment où ils seraient saisis de tout projet de modification des dispositions de la loi locale en matière d'Assurance sociale.

Rappelons que les médecins de ces régions touchent 40 fr. par an et par assuré, et ce forfait est partagé entre les praticiens au prorata des prestations médicales.

Dr M. VIMONT.

## DES MÉDECINS FONCTIONNAIRES ?

### ..... N'en parlons jamais...

Il y a des mots qui n'ont pas de chance. Leurs syllabes à peine ébruitées propagent, par larges ondes concentriques, la réprobation, la méfiance ou le sarcasme. Ce sont les parias du vocabulaire.

Ne vous semble-t-il pas que le mot : « fonctionnaire » soit de ceux-là ? Certes, il n'a pas la cote en France. Montmartre n'a pas assez de chansons, les quotidiens assez de caricatures et les colporteurs de petites histoires assez de verve pour assouvir, à l'endroit du fonctionnaire, la rancœur du Français moyen.

Cette rancœur est un héritage que les générations se transmettent pieusement. C'est une vedette dans le vieux fonds dont se nourrit l'ironie nationale, un placement de père de famille au fil d'une conversation. Celle-ci languit-elle ? ô maître de maison. A moins que vous n'hébergiez précisément un de ces êtres à tête de Turc, lancez le mot de confiance. Vous verrez les faces s'épanouir, les bons mots fuser à l'envie, la moquerie cascader avec l'imprécation, et vos hôtes, soudain revigorés, faire honneur de nouveau à votre table et redemander de vos liqueurs.

En milieu médical, l'expérience réussit cent fois sur cent. Le médecin voit rouge dès qu'il pense à un fonctionnaire ; car, selon la règle du jeu, le fonctionnaire est un individu veule, irresponsable, paresseux et grassement payé (c'est nous qui le payons !), et l'ensemble des fonctionnaires que l'on englobe sous le terme honni de « l'administration » est un immense chancre rongeant le pays avec cynisme et rapacité.

Il serait malséant, en milieu médical, d'observer qu'un bon tiers des médecins français remplit quelque fonction, qu'un autre tiers souhaite d'en faire autant, et que nos maîtres ne sont pas les derniers à solliciter des fonctions des grandes banques, des compagnies d'assurances, des compagnies de chemins de fer. Cherchez autour de vous.... vous trouverez.

Tout cela, non ! ne le dites pas à un médecin français : autant vaudrait l'accuser d'être proxénète ou escroc, et la conversation monterait, du coup, de plusieurs tons.

Ceci dit, afin de répudier avec vigueur un mot si cordialement détesté de mes confrères et qu'il n'ait pas la tentation de venir s'immiscer sournoisement dans mes déductions.

Il me faut préciser, en outre, que je ne détiens personnellement, à aucun titre, aucune fonction, soit publique, soit privée et que, si loin que je remonte dans mon ascendance, je n'en découvre pas la trace d'une seule. Que mes contradicteurs ne recherchent donc pas la tare héréditaire et ne me jettent pas au nez « Vous êtes orfèvre, Monsieur Josse ».

On a coutume de distinguer la médecine publique et la médecine privée, la médecine des collectivités et celle des individus. Sans doute n'est-il pas superflu de noter que, les collectivités se composant d'individus, la façon de soigner celles-là doit avoir quelques rapports avec la manière de traiter ceux-ci. De fait, chaque fois que nous envoyons un malade à l'hôpital ou au dispensaire d'hygiène sociale, faisons-nous autre chose qu'un virement de la médecine privée vers la médecine publique ?

La médecine publique a, à son actif, les sanatoria, les préventoria, les centres anticancéreux, antituberculeux, antivénériens, les bureaux d'hygiène, les services sanitaires des ports maritimes, les services d'immigration, les services médicaux des mines, des grosses industries, des transports en commun, des grandes administrations, l'inspection des écoles, la médecine militaire, navale, coloniale. J'en passe.

Il n'est pas dans ma pensée de porter au pinacle aucun de ces compartiments, ni de laisser entendre que tout y soit à imiter. Loin de là ! Mais j'y retrouve peu ou prou, et avec joie, une conception qui devrait être celle de notre XXe

*siècle, qui le sera, qu'on le veuille ou non : la médecine préventive et préservatrice.*

Lorsque l'un de nous soigne une scarlatine, une typhoïde ou une diphtérie, et qu'il a religieusement adressé à la Préfecture un bulletin détaché de son carnet à souches, il a accompli tout son devoir vis-à-vis de la collectivité. La Préfecture, à son tour, remplit le sien en déléguant son service de désinfection qui, la maladie terminée, vient indolemment promener son jet d'eau formolée à travers la chambre. Mais pendant tout le cours de la maladie, au moment où celle-ci était au comble de sa virulence, nul ne s'en est soucié !

L'on s'est fié au bon sens et à la conscience de la famille pour limiter les dégâts. C'est peut-être un peu naïf, puisque l'on assiste encore aujourd'hui à des épidémies de rougeole ou de grippe qui durent des mois..... et s'éteignent d'elles-mêmes, quand elles le veulent bien.

Il est permis d'espérer qu'elles seraient plus raipidement jugulées si l'on adoptait les méthodes que met en œuvre la médecine publique dans les institutions, les lycées, les casernes.

La liberté ? Sans doute. Et je ne songe pas à faire de notre pays le royaume des morticoles, cher à Daudet.

Mais, je vous prie, quel cas en fait-on, de cette liberté, quand on retient en quarantaine dans ce délicieux séjour du Frioul toute la population d'un navire qui rapporte d'Orient la peste ou le choléra ?

Quel cas en fait-on si, ce premier barrage forcé, la maladie fait son entrée en France ? J'ai assisté de près à l'éclosion à Paris de cette fameuse variole importée des Indes, il y a 2 ou 3 ans, par une Anglaise qui était descendue dans un hôtel parisien. A peine cette indésirable transportée à Claude-Bernard, les services d'hygiène, promptement alertés, faisaient irruption dans l'établissement, contraignaient à la vaccination la propriétaire, le personnel, les clients, les mettaient en observation, et parlaient de fermer l'hôtel. Ma parole, un deuxième cas s'y serait-il déclaré, je crois qu'on y mettait le feu.

J'avoue que cette hygiéniste leucopédèse me fut un très réconfortant spectacle et que, en consolant la propriétaire éplorée, je lui faisais observer que nous devions à de telles méthodes d'ignorer, en France, la variole, alors qu'elle courait les rues, il y a à peine cent ans.

Mais il faut croire que l'on estime moins les autres maladies contagieuses ou bien qu'on leur a accordé leurs lettres de naturalisation.

La liberté ? Sans doute. Mais...... et les vaccinations obligatoires, et les règlements d'hygiène urbaine ? Et l'examen pré-nuptial ? Et l'examen médical des candidats au permis de conduire ?

Le respect de la liberté individuelle, ce n'est certes pas en France qu'il conviendrait d'en faire fi. Le mot lui-même nous est sacré, comme un des plus chers héritages de nos aïeux. Mais il faut pourtant affronter les réalités telles qu'elles sont, et s'avouer que si l'on recherche la vie en société, l'on abdique, du même coup, une bonne part de cette liberté. L'être libre, c'est Robinson Crusoé..... avant qu'il n'ait rencontré Vendredi. Quant à nous, tenus en lisière par tant de lois, de règlements, de prescriptions, d'édits, de coutumes et de préjugés, nous avons, je crois, perdu jusqu'à la notion exacte de cette liberté. Nous continuons à la revendiquer, certes, et avec grande vivacité, par tradition, sans nous apercevoir que nous nous limitons nous-mêmes à l'enclos où l'on nous a parqués et que nous renonçons à tout le reste du vaste monde. La vie sociale est faite de sacrifices et de renoncements.

Le Corps médical n'a pas été le dernier, je crois, à demander la création d'un ministère de la Santé publique. Pourquoi donc les grenouilles ont-elles voulu un ministre, sinon pour les tyranniser un peu ?

Car s'il s'agissait uniquement de l'envoyer inaugurer des dispensaires ou de l'écouter prononcer des harangues au Parlement, nous pouvions vraiment faire l'économie d'un tel ministre, et de tout ce que ce titre pompeux apporte avec lui de clients coûteux parce qu'inutiles.

En matière de médecine, il est imprudent, inhumain et souvent immoral de laisser l'individu à ses seules ressources. Culbuté dans les rues de Paris ou mis à mal sur une route, le plus opulent nabab sera tout heureux et tout aise de se confier au plus proche hôpital public parce qu'il sait que là, tout est disposé pour parer à l'imprévu. La maison de santé a encore cela à apprendre de l'hôpital et je ne sache pas que, dans les plus *up to date*, le service de garde y soit organisé comme dans les hôpitaux.

Et puis, c'est ici un argument qui me semble capital, la médecine moderne, en s'industrialisant (c'est un terme qui choque d'aucuns, mais je n'en aperçois vraiment pas d'autre qui exprime aussi bien l'aspect nouveau de notre profession), s'est annexé des méthodes dispendieuses. Tant qu'il ne s'est agi, pour le patient, que de récompenser les mérites personnels du médecin mireur d'urines, il pouvait espérer, sans trop de présomption, que ses ressources, même modestes, y suffiraient. Mais combien sont-ils actuellement (je demande à mes lecteurs de faire d'un coup d'œil le tour de leur clientèle) ceux qui pourront sans effroi envisager la nécessité d'une hystérectomie, d'une néphrectomie, d'une application de radium ? Est-ce que j'exagère en estimant, entre le moment où un malade est soupçonné de tuberculose rénale (cystoscopie, cathétérismes des uretères, analyses, constantes, radiographies) et le moment où il pourra reprendre

ses occupations (intervention, maison de santé, soins consécutifs, convalescence à la campagne) en estimant la dépense totale à 15 ou 20.000 fr. ? Un homme que je connais et qui, vomissant le sang à pleines cuvettes, a dû se résoudre à l'ablation de sa rate, y a consacré 40.000 fr. Une application de radium, dont j'ai été récemment le témoin, valait 20.000 fr.

Tous ces gens sont à leur aise mais sont loin d'être des milliardaires : ouvriers, employés, petits patrons même, le sacrifice était au-dessus de leurs forces. Je conversais, il y a quelques mois, avec un agrégé de lettres, professeur de lycée, marié à une agrégée. Il me contait qu'un de ses enfants, atteint d'otite compliquée de mastoïdite, lui avait, de ce fait, coûté, tous frais compris, 10.000 fr. Et que, révélant ce chiffre à des collègues qui n'avaient pas la bonne fortune de disposer du traitement de deux agrégés, il les avait entendus dire : « heureusement que vous avez pu le faire ; pour nous, c'eût été impossible ? » Alors ? Auraient-ils laissé périr leur enfant ? ou l'auraient-ils envoyé à l'hôpital, au dispensaire le plus proche ?

Le numéro du 15 mars dernier du *Siècle médical*, commentant la création de la « Fondation Foch » imprimait que, pour beaucoup de gens de la classe moyenne, la nécessité d'une intervention chirurgicale les acculait à ce dilemne : recourir à la charité publique ou chavirer dans une castastrophie financière. Est-ce admissible au XX[e] siècle ? Et nous tous qui en formons la bonne part, de cette classe moyenne, ingénieurs, avocats, professeurs, artistes, médecins, admettrons-nous d'être ainsi les dindons de cette sinistre farce ?

Il a paru ici-même, il y a quelque temps, sous la signature du D[r] Boudin un projet d'organisation de la médecine devenue, en somme, service public, mais administré et pris en charge par les syndicats médicaux. Eux seuls auraient qualité pour contracter avec toutes les sociétés, caisses d'assurance, collectivités diverses entre lesquelles, sous peu, la clientèle à peu près entière sera répartie. Et ils auraient, en outre, à assurer la juste et adéquate répartition des médecins praticiens, des spécialistes, des centres chirurgicaux ou de diagnostic.

J'avoue avoir été, de prime abord, tout à fait séduit par cette conception et lui aurais souhaité de tout cœur bonne vie. Il est possible, cependant, dès maintenant, d'apercevoir quelques objections primordiales : d'abord elle ne résout pas la question financière qui devient, semble-t-il, de jour en jour plus aiguë, et force sera, de plus en plus, de faire des hôpitaux, détournés de leur but originellement charitable, des maisons de santé pour petites bourses en fonctionnarisant délibérément (et chichement !) médecins et chirurgiens. La question reste entière.

Et puis, et puis, je songe à l' « invidia », cette mégère qui empoisonne les milieux médicaux..., les autres aussi du reste. Imagine-t-on un syndicat disposant de 15-20 praticiens de médecine générale, de 1 ou 2 radiologues, de 3 oto-rhino, de 2 chirurgiens, et tout ce monde-là vivant dans la paix et la concorde ? Ne faut-il pas craindre que la concurrence se fasse jour et que, jouant en vase clos, elle y atteigne d'autant plus d'âpreté ? A quels arguments les spécialistes n auront-ils pas recours pour attirer la clientèle des médecins ? Quelles jérémiades ! quelles diatribes ! ! D'avance, je plains de tout cœur les présidents de tels syndicats s'ils veulent réellement diriger leur équipe, et non se laisser ballotter par elle.

Je n'aperçois réellement qu'un remède : éliminer résolument tout point de vue d'intérêt personnel. La profession en perdrait du coup ces à-côtés où tintent les gros sous et qui viennent de défrayer la chronique pendant des mois : les saints hommes n'auraient plus à vitupérer la canaille. Eux-mêmes soumis, Sicambres adoucis, aux lois des syndicats, ils en seraient les surexperts, tâche qu'ils assument déjà. Ils seraient simplement quittes de poser la question rituelle par laquelle ils ont coutume d'ouvrir le conciliabule à huis-clos « Combien faut-il leur demander ? » Cette préoccupation abolie, quelle liberté d'esprit n'auraient-ils pas ?

Et nous, simples praticiens des villes et des campagnes, lancés à corps perdu dans la mêlée, aux avant-postes de l'armée sanitaire, nous aurions cette certitude précieuse aux instants critiques que, sur simple coup de téléphone, nous recevrions le renfort souhaité : moyens de transport, chirurgien ou spécialiste consultant à domicile, et que, sur simple bon signé de nous, notre malade peut aller à la radioscopie, à la consultation spéciale, au laboratoire, et en rapporter les précisions qui nous manquent.

Au reste, il serait entendu qu'un accouchement ne se ferait plus à domicile, pas plus qu'on n'y soigne une typhoïde ; qu'on envoie en maison de santé pour le temps nécessaire au diagnostic un « carrefour sous-hépatique », un « petit bassin », dans lequel s'enchevêtrent les hypothèses de kyste de l'ovaire, de grossesse ectopique, de fibrome pédiculé. Bref, foin des discussions académiques au lit du malade quand la moindre recherche de laboratoire ou de radiologie peut fournir un argument décisif. Lequel de nous, atteint d'une fracture basse de jambe, ne préférerait être appareillé par le plus modeste externe pourvu d'une table à radiographie plutôt que par Dupuytren lui-même renaissant de ses cendres et laissé aux seules ressources de son temps ? Car la « saine clinique » est évidemment respectable, ne serait-ce que comme le plus rabâché de nos lieux communs. Mais, entre nous, ce valeu-

reux coursier est tenu d'assez court par ce que les sciences physiques, chimiques et biologiques nous ont apporté depuis 30 ans. Serions-nous tentés de l'oublier, les tribunaux auraient tôt fait de nous rafraîchir la mémoire.

Seulement, pour avoir recours à ces méthodes dispendieuses avec toute la liberté d'esprit qui convient, il faut, me semble-t-il, être sûr que l'on n'impose pas à une famille des frais écrasants.

Je lisais, il y a peu de jours, qu'un médecin allemand n'avait pu asseoir son diagnostic de maladie de Kummel-Verneuil qu'à la vingt-septième radiographie. Et l'auteur admirait la persévérance du médecin.

Je n'admire pas moins la persévérance et la confiance du malade, s'il a dû faire les frais de cette obstination méritoire. Mais je suis bien tranquille en pariant 10 contre 1 que c'était un malade hospitalisé et que la collectivité a fait ces frais pour lui.

De même à combien de familles pourra-t-on imposer, chez un enfant guéri de diphtérie, les 2, 3, 5, 10 prélèvements d'exsudat naso-pharyngien si cet enfant est devenu porteur de germes ? La famille ne comprendra peut-être pas l'intérêt de la question. Le comprendrait-elle qu'elle serait vite lasse de payer 50 fr. chaque fois la certitude répétée que son enfant porteur de germes est valablement guéri, mais reste dangereux pour les autres. Du reste, les frères et sœurs ayant été injectés de sérum, puis de vaccin et pouvant être considérés comme immunisés, est-ce la famille ou la collectivité qui est intéressée à purger le porteur de ses germes malfaisants ? *Is faciet cui prodeat*........ Je crois pouvoir affirmer qu'au moins 9 sur 10 des cas relatés dans les publications médicales de telles recherches bactériologiques ressortissent à la médecine collective des pensionnats, des écoles publiques, des casernes.

En somme, je crois qu'il serait souhaitable de pouvoir disposer, en clientèle, de la radio, du laboratoire, et de toutes les méthodes capables d'éclairer un diagnostic avec la même générosité qu'en usent nos maîtres à l'hôpital. N'est-ce pas, en vérité, une des grosses pierres d'achoppement des débuts de la pratique médicale à qui n'a pas une âme de mercanti (et la grande majorité des médecins n'en est pas encore là !) que cette préoccupation nouvelle et constante d'une équivalence en argent à chaque geste qu'il fait lui-même ou qu'il provoque ? Et le jeune médecin qui, tout à la fois passionné et anxieux, poursuit son diagnostic et se remémore la dernière revue générale qu'il a lue sur ce sujet, est horripilé par ce point d'interrogation qui surgit soudain : Combien ? Et il est bien excusable, alors, d'envoyer au diable l'auteur de cette revue assez éthéré pour prôner la recherche du métabolisme basal, de l'électro-cardiogramme ou de la chronaxie.

Le vrai, c'est qu'il y a présentement deux médecines : celle qui se fait à l'hôpital et dont nous entretiennent gravement nos publicistes médicaux, et celle qui se fait en clientèle. Ce ne sont pas du tout les mêmes.

Pour ma part, plus je vais et plus j'éprouve d'admiration pour mes confrères des campagnes qui, loin de tout, livrés à eux-mêmes, doivent, vaille que vaille, faire front quand vient l'urgence qu'ils n'ont pas la commodité, comme nous, de pouvoir expédier à l'hôpital.

Et qui, pour leur train-train journalier, sont obligés comme nous, plus que nous, d'expurger les belles leçons cliniques, bourrées de science et vides de sens pratique.

En vérité, je n'ai pas l'outrecuidance de prétendre bouleverser de fond en comble la profession médicale ni de l'organiser sur de nouveaux frais. A d'autres ce soin-là.

Mais je voudrais avoir réussi à montrer que nous n'exerçons pas aujourd'hui la médecine telle que l'a faite le XX[e] siècle.

Les conquérants nous ont distancés et nous, administrateurs des territoires soumis, nous allons bientôt les perdre de vue, si l'intervalle qui nous sépare, au lieu de se combler, continue à s'augmenter.

Il nous faut fournir un effort : à nous d'autres méthodes plus alertes, plus originales, plus jeunes. Car si eux et nous arrivons à ne plus parler le même langage, je doute que ce soit à l'avantage ni des uns, ni des autres.

G. LAVALÉE.

## VARIÉTÉS

### Mort prématurée du médecin

Les médecins ne guérissant pas toutes les maladies ; on a pensé qu'ils pourraient en faire éviter quelques-unes par des préceptes d'hygiène. Et on a créé les médecins hygiénistes.

Le médecin hygiéniste doit logiquement avoir une longue expérience ; il lui faut prévoir, et on ne peut prévoir que lorsqu'on connaît les résultats de l'imprévision. Il aura donc derrière lui de nombreuses années de clientèle.

Il lui faudra beaucoup d'autorité, car ce n'est pas à l'apprenti malade qu'il s'adressera surtout ; c'est aux pouvoirs publics, aux administrations routinières, aux municipalités timorées, dont il devra secouer l'esprit d'économie, afin d'obtenir les fonds nécessaires aux adductions d'eau, aux désinfections, aux vaccinations antidiphtéritiques ; faire prendre des arrêtés concernant les fumiers, les épandages, les mares, la lutte contre les insectes, etc...

Je le vois très bien, ce vieux et utile confrère : un peu voûté, les cheveux (s'il lui en reste) grisonnants, le pas lourd, la voix lente et persuasive ; s'imposant par son âge, ses connaissances, et le petit ruban rouge de sa boutonnière.

***

Or, les départements et les municipalités ont établi le programme de concours des médecins hygiénistes. Et, à l'article 2 ou 3 des conditions nécessaires, on lit, avec un petit saisissement, que les candidats ne devront pas dépasser 40 à 45 ans.

C'est aux jeunes qu'on accorde la préférence. L'acquit, le savoir faire, l'autorité n'ont aucun coefficient.

Quel Monsieur Lebureau a pondu le premier programme, qui — étant donnée l'originalité administrative — a été reproduit fidèlement par toutes les Préfectures ? On l'ignore.

Ne pouvant le féliciter, nous adresserons donc nos congratulations à Messieurs les préfets de l'Hérault, du Calvados, de la Seine-et-Oise — et autres — qui perpétuent ses errements.

Peut-être est-ce par un équitable souci d'égalité administrative, qu'ils veulent prendre les médecins hygiénistes au berceau (n'y a-t-il pas des sous-préfets de 25 ans ?) et prétendent leur fendre l'oreille à 60 ans.

J'ignore si, à soixante ans, un fonctionnaire n'est plus bon à rien ; mais je croyais qu'un médecin pouvait encore être utile à quelque chose.

Alors, que faites-vous encore dans l'armée médicale : SERGENT, super-expert des tuberculoses ; Jean-Louis FAURE, prestidigitateur du ventre féminin ; NETTER, au sérum duquel nos encéphaliques avaient foi.

Rengainez vos bistouris, HARTMANN et DELBET. Couchez vos forceps auprès de votre tombe, BRINDEAU, DEVRAIGNE et autres décomposés.

Depuis longtemps vous n'avez plus droit qu'au *Requiem*.

Dans un pays de super égalité, il est juste que chacun meurt en même temps : le médecin comme le fonctionnaire.

***

Seuls ont le droit de survivre, et aussi d'agir, de critiques, de réformer, les élus du suffrage universel.

Un député, un sénateur peuvent légiférer jusqu'au dernier soupir.

Alors, vieux confrère qui te croyais capable d'être médecin hygiéniste et qui t'es vu fermer la porte des concours, console-toi ; du moment que tu n'es plus bon à rien, tu peux encore être député.

Dr Georges BOURGEAU.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Or, si le mesconte du médecin est dangereux, il nous va bien mal, car il est bien mal aisé qu'il n'y retombe souvent....*

(Michel DE MONTAIGNE).

DL. — André BERRY. — **Contes Milésiens**, tirés d'Apulée et mis en vers français. Un volume 11 × 16 tiré à dix exemplaires sur Japon impérial et 200 exemplaires sur Hollande Pannekock, avec un frontispice de Joseph Hémard. *Editions du Trianon*. Paris, 1931.

Le Van de Bois, les Sandales de Philésitère, l'Amour brigand auraient eu franche allure intermittente de grasse gaudriole (car les Milésiens jouirent d'une joyeuse réputation), si la narquoise adresse prosodique de Berry ne lès avait effleurés et affinés. Mais, même enjolivés, ils gardent l'empreinte d'une inspiration un peu leste. La finesse de la traduction les transfigure cependant, littérairement parlant ; tantôt pastichant avec bonheur la simplicité enjouée du conte de La Fontaine ; tantôt jovialement transposant en équivalents modernes, cocassement surgis, des attributs de la vie et des mœurs antiques. Le procédé d'ailleurs laisse très loin derrière lui par sa discrétion et son à-propos les effets analogues toujours forcés de l'Opéra-bouffe. L'ensemble du texte donne une constante impression d'aisance, de souplesse, de spirituelle moquerie et les effets d'arythmie du vers des fabulistes sont utilisés avec un naturel d'autant plus séduisant, qu'il court sans traces de fadeur avec une harmonieuse simplicité, une bonhomie tranquille coupée de cabrioles et de culbutes comme de jeux païens dont la saine vigueur excuse l'audace égrillarde. Vous n'aurez point *mesconte* en savourant cette ironie, où s'est complu le divertissement d'un poète, qui est, dans la vie courante, au service des Lettres austères un remarquable érudit. La typographie a cette ordonnance menue et soignée des friandises clandestines dont se régalaient les loisirs des marquises légères. Le papier est de très honnête qualité, et le frontispice de Joseph Hémard, où est égarée (en médaillon) la souriante physionomie de l'auteur, se passe de commentaires : il est très schématiquement milésien.

DLI. — Jean SCHLUMBERGER. — **Saint-Saturnin**. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions N. R. F.* Paris, 1931. 18 fr.

On avait tellement parlé de ce livre pour le prix Goncourt que les louanges abondantes, destinées à le pousser, l'ont éloigné des suffrages qu'il méritait. C'est un roman amer, aigre, très soigneusement construit avec une sûreté d'analyse tranchante. Il y a une sinistre vérité dans ce tableau de la décrépitude d'un vieillard qui avait géré, toute sa vie durant, son domaine de Saint-Saturnin avec la sagesse qui guidait tous ses actes, et qui brusquement, à la mort de sa femme, en proie à un sénile orgueil ruine tous ses efforts passés. On ne peut même pas accuser le chagrin de son veuvage de cette métamorphose. Sa personnalité se désagrège : il hait presque ses enfants, échafaude de mirifiques rêves de démence sénile, en proie (aux seconds plans de son psychisme) à ce que Bernanos appelle les « *passions-spectres* », sans chaleur, sans grandeur, sans aliments, sans autres mobiles qu'un égoïsme et une vanité de lamentable paranoïaque, lueurs confuses d'agonisante intelligence.

DLII. — MONTAIGNE. — **Essais**. Deuxième volume du livre Second. Texte établi et présenté par Jean Plattard. Un volume 13 × 20 avec notes. *Editions Fernand Roches*. Paris, 1931, 24 fr.

Voici la suite de cette bonne édition de Montaigne, dont je vous ai déjà signalé la soigneuse typographie et la méticuleuse ordonnance. C'est au cours de ce Livre (que Montaigne rédige à 47 ans) qu'est administrée à notre « art » une mémorable volée de bois vert. Au cours de son exposé de ses idées sur l'hérédité paternelle, M. expose les raisons de « haine et de mépris », de « dispathie », dit-il ailleurs, qu'il a héritées de ses aïeux touchant notre profession. Il distingue bien, accessoirement, médecine et médecins, mais il semble bien que ce soit pure civilité occasionnelle de sa part. Le réquisitoire est sévère et pittoresque, d'une agréable longueur. Il vous incitera certainement à le relire sous l'avenante présentation des Textes français à la collection desquels ce volume se rattache. J'oubliais de vous signaler que Montaigne estime de peu de rudesse son attaque contre la médecine : « *Je ne fay que la pincer !* » et que son apologie de la santé, par laquelle il clôt ce livre, est d'une qualité égale à l'éloge qu'il fait de la nature spontanément médicatrice.

DLIII. — Emile SCHREIBER. — **Comment on vit en U. R. S. S.** Enquête et récit de voyage. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*. Paris 1931. 12 fr.

Il serait oiseux de démontrer que tout livre sur la Russie actuelle *doit* être ou partial ou incomplet ; partial s'il est d'un partisan ou d'un

adversaire du régime, incomplet, s'il est d'un écrivain impartial, à qui on redoute de *tout* montrer. Monsieur Schreiber n'a donc pas tout vu, mais il a bien regardé et clairement transcrit ce qu'on lui a permis de voir et d'entendre. Son livre est impressionnant : ce gigantesque effort de création d'une humanité neuve qui vise à ramener l'homme (par nivellement (1) des sentiments, des castes, des cadres sociaux et moraux) à la condition d'une machine-standard contrôlée laisse une impression de désolation, d'automatisme glacial qui serre le cœur. Les tableaux qui le composent sont établis sans passion, très objectivement comme la description scientifique d'une succursale terrestre de la géhenne ou la coupe d'une termitière aveugle.

DLIV. — Henri d'Alméras. — **Le Roman comique de Scarron.** Un vol. 12 × 19 de la Collection Les Grands Evénements Littéraires. *Editions Malfère.* Paris, 1931. 9 fr.

Scarron est un bien curieux personnage et son célèbre *Roman*, burlesque, réaliste, chef-d'œuvre de verve et de fantaisie a une étonnante histoire que conte avec agrément son commentateur. L'auteur le vécut au Mans avant de l'écrire. Cette vie turbulente lui valut à partir de l'âge de 28 ans du rhumatisme ankylosant, à terribles poussées, *déformant*. Son acuité intermittente nous semble relever davantage de la polyarthrite gonococcique subaiguë que de l'étiologie tuberculeuse, qui lui est en général assignée. Nous soumettons l'hypothèse à Monsieur d'A., qui nous apprend, au milieu des nombreux renseignements intéressants, que Scarron essaya sur le conseils d'un empirique de la rue de Saint-Pierre (2), de « bains de tripes ». Il ne réussit pas à y laisser ses rhumatismes ! Son immobilisation par la maladie le poussa vers l'activité littéraire, dont la présente étude nous donne un vivant aperçu, étendu aux milieux où vécut le spirituel infirme.

DLV. — Gabriel Reuillard. — **Les Femmes fatales.** Un vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel.* Paris 1931. 15 fr.

Cette longue série de faits-divers, empruntés à de récentes affaires d'assises, est présentée par un écrivain qui a un réel talent de chroniqueur judiciaire. C'est une littérature un peu spéciale, qui éclaire étrangement les extravagances « passionnelles » de notre époque et a des relents fangeux de Morgue et de crime.

DLVI. — Lucie Saint-Elme. — **Le Baron Cirage.** Roman. Un volume 12 × 19. *Editions Trémois.* Paris, 1931.

Un flirt très poussé entre une désœuvrée anglaise et un officier de marine. L'Ecosse et son envoûtement, l'Egypte, le haschich, l'opium (Baron Cirage) pour oublier l'amant infidèle. Sur cette histoire est étoffé un roman où l'auteur a su extérioriser avec une vivacité très personnelle les transes et les lamentations de l'abandonnée, qui cherche un refuge qu'elle n'a pas le courage de trouver dans ses souvenirs.

DLVII. — Docteur Louis et Fr. de Lama. — **La Semaine Sainte à Konnersreuth. Thérèse Neumann. Une stigmatisée de nos jours. Konnersreuth en** 1928. Trois volumes et une plaquette in-8° écu. *Editions Salvator*, Mulhouse.

De ces trois livres j'ai cru devoir retenir surtout le témoignage d'un confrère français : la plaquette, où il a consigné ses constatations faites pendant la Semaine Sainte auprès de la *stigmatisée* de Konnersreuth. Dans ce petit village perdu de Bavière vit Th. Neumann, et notre confrère est allé la voir. Son récit aurait gagné à rester strictement limité à la relation des faits observés. Dans les deux autres gros volumes, ils sont discutés et exposés avec les considérations d'ordre confessionnel qu'il est difficile de séparer du fond de la question. J'ai pensé vous signaler, en marge de mes coutumières prospections ces ouvrages, où sont posés de nombreux problèmes de pathologie, de biologie et évoqués des phénomènes d'extra-ordinaire apparence. Les événements qui y sont relatés ont eu dans la presse un retentissement qui ne s'est quelquefois dénoué qu'au prétoire.

**Varia** *** En souscription aux Editions *Sagesse* et devant être tirées à 151 exemplaires, les *Chansons* de Fernand Marc avec onze dessins de Joaquim.

* Les *Livrets du Mandarin* de décembre sont composés avec leur sévérité habituelle. Cette série comprend le prélude d'un roman qui devrait bien sortir de ses limbes, de cinglantes critiques ; une acerbe exécution des explorateurs qui ont fait le tour de la place de la Concorde et parlent d'abondance de leurs explorations aux antipodes ; une chronique sur Paris où le rédacteur montre que sous sa coutumière violence bat le bon cœur des bougons, et s'attache à nous prouver la *qualité* et la pureté de son style.

17 janvier 1932.

L'Homme aux Bésicles.

(1) Un médecin gagne environ 90 roubles par mois, moins que n'importe quel ouvrier. L'avortement est « légalisé » suivant des procédures, qui furent exposées à Paris il y a quelques années dans une retentissante conférence du Commissaire à la Santé publique, conférence dont je pus avoir à l'époque en communication le texte *original* in extenso.

(2) Le peuple déforma cette appellation en rue des *Saints-Pères.*

## AUTOUR DES THÉATRES

### Faisons le Point

On nous a suggéré de divers côtés de donner, au moins une fois, à la place de l'étude d'une pièce, notre opinion sur la saison théâtrale. Nous pensons que le moment est bien choisi, fin janvier, c'est-à-dire au milieu même de cette saison, pour indiquer le plus brièvement possible les productions actuelles des scènes principales, en souligner le genre et, le plus impartialement possible, indiquer celles qui semblent avoir le plus de faveur auprès du public. Nous allons donc, si vous le voulez bien, faire le point.

Tout d'abord une affirmation de principe nous semble nécessaire : Nous ne pensons pas le moins du monde que le Théâtre en France soit en régression, qu'il n'y a plus de bons auteurs dramatiques, ou bien encore, que ces derniers savent de moins en moins écrire en français ; il nous est donné de lire de temps en temps quelques interviews de pessimistes aigris ou d'étrangers envieux ou dépités, dans les colonnes de notre grand quotidien des Théâtres, qui s'enorgueillit à juste titre de donner asile à l'expression libre des opinions les plus diverses ; nous estimons au contraire que notre production dramatique est plus importante en qualité et en quantité qu'elle ne l'a jamais été.

Tout d'abord, nous voyons nous revenir depuis peu des auteurs — et non des moindres — qui semblaient depuis quelque temps éloignés de la scène. M. Francis de Croisset, qui nous a donné récemment l'exquise comédie « Pierre ou Jack » à l'Athénée, va bientôt faire représenter aux Ambassadeurs « Il était une fois ». M. René Benjamin, lui aussi, nous revient avec une pièce curieuse, « Paris », à la Porte Saint-Martin.

Nous avons, d'autre part, parmi nos auteurs actuels, ceux qui produisent toujours et se reposent rarement. Si des maîtres comme MM. Charles Meré et Henri Duvernois sont au calme et travaillent pour ainsi dire au ralenti momentanément, nous connaissons la faveur auprès du public de M. Louis Verneuil avec « La Banque Nemo » à la Michodière, avec les « Evénements de Béotie », à l'Athénée en collaboration avec M. Georges Beer. « La route des Indes », de M. Jacques Deval, fait encore salle comble au Gymnase et sa nouvelle pièce « Mademoiselle » au théâtre Saint-Georges, est une comédie bien charmante qu'il faut voir. M. Edmond Sée connaît les honneurs du Théâtre Français avec l'exquise comédie « Charité » ; nous citerons encore « Asie », la pièce si colorée de M. Lenormand au Théâtre Antoine. Faut-il rappeler aussi le succès de M. Maurice Rostand avec le « Général Boulanger », qui continue sa carrière à la Renaissance, celui de M. Marcel Pagnol, l'auteur de Topaze et de Marius, avec « Fanny » au Théâtre de Paris ; M. Sacha Guitry, au Théâtre de la Madeleine, M. Tristan Bernard chez lui, produisent toujours et sont même les meilleurs interprètes de leurs œuvres.

Mais le Drame et la Comédie ne sont pas toujours alimentés par ces noms cités au hasard et qui les illustrent habituellement ; des horizons les plus divers nous viennent encore de réels et souvent jeunes talents : M. Decoin, qui nous arrive du journalisme, fait sensation actuellement avec « Hector » à l'Apollo. De la littérature et du roman sont venus au théâtre M. Drieu La Rochelle, dont Louis Jouvet, cet animateur excellent et infatigable, a représenté dernièrement « L'eau fraîche » à la Comédie des Champs-Elysées ; M. Martin du Gard là aussi, avec la curieuse pièce « Un taciturne » ; et M. Paul Morand qui, à la Comédie Française, connaît actuellement un beau succès avec « Le voyageur et l'amour ».

Les jeunes auteurs eux-mêmes produisent souvent avec éclat, tel M. Michel Mourguet, qui jouait récemment à l'Atelier et qui vient de conquérir son public avec l'exquise pièce « Amitié » en ce moment aux Nouveautés. Je m'en voudrais d'oublier M. Georges Delance avec « Bluff » aux Variétés, qui attire toujours beaucoup de monde et je m'excuse de ceux qu'involontairement, j'ai passé sous silence ; j'en oublie sans doute et des meilleurs.

Ce palmarès nous prouve que les travailleurs intellectuels du spectacle ne sont pas en sommeil ; nous avons avec eux de quoi nous enorgueillir de notre capital artistique, littéraire, intellectuel. Le charme, le goût, la diversité, la finesse et l'élégance, une profonde intelligence de leur temps, beaucoup de psychologie, pas mal de philosophie, sont leurs qualités essentielles, le tout étayé d'une profonde culture et d'une base solide d'observation. Arrière les pontifes attardés et les somnambules extra-lucides prêts à tomber dans un puits ; tous les spectateurs, que diable ! ne sortent pas de Normale-lettres et n'ont pas travaillé l'agrégation de philosophie, et en nous plaçant dans une moyenne que nous appellerons honnête, sans fausse modestie, nous nous trouvons satisfaits, souvent ravis, presque toujours divertis, et quand la nécessité de la critique nous paraît évidente, cela ne veut surtout pas dire que nous ferions mieux nous-mêmes.

Je terminerai cette mise au point la fois prochaine, en vous parlant des théâtres lyriques et des music-halls.

Jean Séjournet,
de la Société des Auteurs.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Syndicat des Médecins du Bugey et du Pays de Gex

*Réunion du 13 décembre 1931, à Bellegarde*

### I. — Assurances sociales.

Les assurances sociales font l'objet d'une longue discussion, les principales décisions prises par le Syndicat sont les suivantes :

1° La Fédération des Syndicats médicaux de l'Ain sera priée d'intervenir auprès de l'Union des Caisses, pour que les assurés sociaux soient munis par avance des feuilles réglementaires : ceci pour éviter les multiples dérangements qu'entraîne l'absence de ces feuilles ;

2° En ce qui concerne la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités, le Syndicat fixe à 20 la valeur du chiffre-clé K. Ce chiffre-clé sera multiplié par un coefficient de telle sorte que le total obtenu sera un chiffre égal à celui du Tarif syndical ou du moins très proche. Exemples : fracture de l'humérus (180 fr. tarif syndical) sera indiquée sur la feuille des A. S. : K × 9. Accouchement (400 fr.) sera indiqué K × 20.

3° *Conventions hospitalières.* — Tarif forfaitaire de 4 fr. par jour pour les hôpitaux ne comportant pas de services spécialisés.

Pour ces derniers, les honoraires chirurgicaux seront décomptés d'après le chiffre-clé 3 conformément à la circulaire du 1er octobre 1931.

Cette dernière disposition est *provisoire*, l'entente n'étant pas complète sur ce point entre nos représentants et les représentants des Caisses ;

4° *Contrôle.* — Un de nos confrères s'étant plaint qu'un médecin contrôleur des Caisses se soit permis de juger le traitement conseillé par lui chez un A. S., le Président met les membres du Syndicat au courant de la correspondance échangée entre lui et les Caisses. Les membres du Syndicat, comme conclusion à cet exposé, votent l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat décide de transmettre à la Fédération des Syndicats médicaux le vœu que soit rappelée aux médecins contrôleurs des caisses l'observation rigoureuse des prescriptions de la loi et des conventions conclues, comportant l'application des règles de la *déontologie la plus stricte* : en particulier l'abstention absolue de toute appréciation de la part du médecin contrôleur en présence du malade, sur le diagnostic ou le traitement institué ».

Il est en outre rappelé que, pour être contrôleur d'une Caisse un médecin doit avoir l'agrément de son Syndicat.

### II. — A. M. G. et Article 64.

Le Syndicat émet le vœu que le tarif des accidents du travail soit désormais le tarif applicable à l'Assistance médicale gratuite.

Le Syndicat proteste une fois de plus contre l'extension scandaleuse de l'application de l'art. 64 aux réformés des classes d'après-guerre.

### III. — Accidents du travail.

Le *Médecin de France* a publié dans son numéro du 15 novembre dernier le nouveau tarif des Accidents du travail, tarif applicable à partir du 15 février 1932.

Une offensive de la part des grandes compagnies d'Assurances, pour faire rapporter ce décret, est en train de se déclencher.

Le Syndicat donne mandat impératif au Bureau de la Confédération des Syndicats médicaux de décider la cessation de toute collaboration aux services publics, si ce décret ne trouve pas son application à la date fixée : 15 février 1932.

### IV. — Médecine frontalière.

Le Syndicat se rallie au vœu suivant : « Ouvrir telle commune française à un praticien suisse que si le lieu d'installation de ce praticien se trouve le plus rapproché de la dite commune que le domicile de tout médecin français et inversement ».

### V. — Compte rendu financier.

Le Docteur Larrieu, trésorier, rend compte de l'état des finances du Syndicat. L'avoir, cette année, est de 11.110 francs au lieu de 10.940 francs l'année dernière.

Le Docteur Larrieu reçoit les félicitations du Syndicat pour sa bonne gestion.

La prochaine réunion aura lieu en juin 1932 à Mouin de Charix.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

—**Institut de criminologie** (placé sous la direction scientifique de la Faculté de droit et la Faculté de médecine. Conformément à l'article premier du décret du 26 juillet). — PROGRAMME DES COURS. — *Section de droit criminel* (Les cours ont lieu à la Faculté de droit). Droit pénal spécial : M. HUGUENEY, professeur à la Faculté de droit, mardi, à 17 heures. — Droit pénal spécial : M. DONNEDIEU DE VABRES, professeur à la Faculté de Droit, mardi à 18 heures. —Droit criminel approfondi et comparé : M. HUGUENEY, professeur (Amphithéâtre V), mardi et jeudi, 8 h. 50. — Procédure criminelle : M. G. LAGARDE, avocat général à la Cour d'appel, jeudi, à 18 heures. — Médecine légale : M. le Dr DERVIEUX, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine, jeudi, à 17 heures. — Médecine mentale : M. le Dr LAIGNEL-LAVASTINE, professeur à la Faculté de médecine, lundi, à 11 h. 15 (Amphithéâtre III).

*Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle* (Les cours ont lieu à la Faculté de médecine, à l'Asile Sainte-Anne et à l'Institut médico-légal). — A la Faculté de Médecine : Médecine légale : M. BALTHAZARD, professeur à la Faculté de médecine, et M. le Dr PIÉDELIÈVRE, agrégé, de novembre à février, les lundis, mercredis, vendredis, à 18 heures. — Accidents du travail et maladies professionnelles : M. le Dr DUVOIR, agrégé, tous les mardis, à 18 heures. — Pathologie mentale : M. Henri CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine, au mois de mars 1932, à 18 heures (consulter l'affiche spéciale). — Législation et jurisprudence médicales : M. le Professeur HUGUENEY, de novembre à février, le samedi, à 18 heures.

A l'Asile Sainte-Anne : Clinique psychiatrique : M. le Professeur Henri CLAUDE, les mercredis et samedis matin, à 10 heures. — Examen des malades et rédaction de rapports : MM. les chefs de clinique, le jeudi, à 15 h. 1/2.

A l'Institut médico-légal. (Travaux pratiques pendant toute l'année) : Autopsies : M. le Professeur BALTHAZARD, le mercredi, à 14 heures ; M. le Dr PIÉDELIÈVRE, agrégé, le lundi, à 14 heures ; M. le Dr DERVIEUX, chef des travaux, le vendredi, à 14 heures. — Médecine légale : MM. les Drs DERVIEUX et PIÉDELIÈVRE, à partir du 1er janvier, le lundi, à 15 heures. — Toxicologie : M. KOHN-ABREST, docteur ès sciences, directeur du Laboratoire de toxicologie : le vendredi, à 15 heures.

Pour le détail des cours, consulter l'affiche spéciale.

*Section de police scientifique* (Les cours auront lieu tous les jours, à 16 heures et à 17 heures, à l'Institut médico-légal, place Mazas, à partir du mardi 5 avril 1932. — Organisation de la police : M. LAFONT docteur en droit, commissaire de police de Paris et du département de la Seine : mardi, jeudi, samedi, à 17 heules, à partir du mardi 5 avril 1932. — Médecine légale générale : M. le Prof. BALTHAZARD, professeur à la Faculté de médecine, MM. les Drs DUVOIR et PIÉDELIÈVRE, agrégés, et M. le Dr DERVIEUX, chef des travaux, mardi, jeudi, samedi, à 16 heures, à partir du mardi 5 avril 1932. — Médecine légale psychiatrique (Anthropologie criminelle) : M. le Professeur Henri-CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine, MM. les Drs LÉVI-VALENSI, HEUYER, et CEILLIER, lundi, mercredi, vendredi, à 17 heures, à partir du mercredi 6 avril 1932. — Police scientifique : M. SANNIÉ, agrégé à la Faculté de médecine, chef du Service d'identification judiciaire à la Préfecture de Police, lundi, mercredi, vendredi, à 16 heures, à partir du mercredi 6 avril 1932.

Pour le détail des cours, consulter l'affiche spéciale.

*Section de science pénitentiaire* (Les cours ont lieu à la Faculté de droit). — Science pénitentiaire : M. MOSSÉ, inspecteur général des services administratifs, lundi, à 17 heures. — Régime pénitentiaire : M. MERCIER, juge au Tribunal de Dijon, lundi, à 18 heures. — Médecine mentale : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur à la Faculté de médecine, lundi, à 11 h. 15 (Amphithéâtre III).— Procédure criminelle : M. LAGARDE, avocat général à la Cour d'appel, jeudi, à 18 heures. — Médecine légale : M. le Dr DERVIEUX, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine, jeudi, à 17 heures.

Les inscriptions doivent être prises : pour la section de droit criminel et la section de Science pénitentiaire, à la Faculté de droit ; pour la section de Médecine légale et de Psychiatrie criminelle et la section de Police scientifique, à la Faculté de médecine.

Le droit d'immatriculation est fixé à 100 francs pour l'année scolaire. Les étudiants inscrits, soit à la Faculté de droit, soit à la Faculté de médecine, sont dispensés du droit d'immatriculation.

Sont perçus en outre : section de Droit criminel et section de Science pénitentiaire : deux droits semestriels d'exercices pratiques à 100 francs, 200 francs, un droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 50 francs ; section de Médecine légale et de Psychiatrie criminelle : quatre droits trimestriels de laboratoire à 100 francs, 400 francs, un droit d'examen, 20 francs ; section de police scientifique : un droit d'études, 60 francs, un droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme,) 20 francs.

La première session d'examens aura lieu en juillet 1932.

— **Clinique de la tuberculose.** (Hôpital Laennec. Professeur : M. Léon BERNARD.) — Le Docteur E. RIST, médecin de l'hôpital Laennec, fait depuis le 16 janvier 1932, tous les samedis, à 10 heures, une conférence sur la tuberculose pulmonaire (séméiologie, pathologie, thérapeutique), à la salle de conférences du service de radiologie de l'hôpital.

— **Technique physiologique appliquée à l'animal.** (Sous la direction de J. GAUTRELET, directeur du Laboratoire de biologie expérimentale, avec le concours de J. DUFILLE et N. HALPERN, chargés de conférences, et Mlle E. CORTEGGIANI, préparateur à l'Ecole des hautes études.) — PROGRAMME. — Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez l'animal. — Cardiographie, électrocardiographie, mesure de la pression artérielle. — Organes isolés : cœur, intestin, utérus. — Anastomoses vasculaires. — Pneumographie ; circulation pulmonaire. — Sang : mesures électrométrique et colorimétrique du pH, réserve alcaline, dosage de l'oxygène. — Gaz respiratoires ; métabolisme de base (eudiométrie). — Fistules digestives (pancréatique, salivaire, cholédoque, etc.). — Ablation d'organes (pancréas, surrénales, etc.). — Pléthysmographie de la rate et du rein. — Myographie. Mesure de la chronaxie. — Exploration de l'appareil nerveux central (gyrus) et périphérique (pneumogastrique, sympathique cardiaque, splanchnique, etc.).

Le cours comprendra 12 séances de manipulations individuelles, l'après-midi, du 7 au 19 mars 1932, au Laboratoire de biologie expérimentale des hautes études, à la Faculté de médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

*N. B.* — S'inscrire au laboratoire l'après-midi. Nombre de places limité. Une provision de 250 francs sera exigée.

— **Clinique d'accouchement et de gynécologie Tarnier.** (Professeur : M. Brindeau.) — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Vaudescal, agrégé ; Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, Jacquet, de Peretti, Suzor, anciens chefs de clinique, Bidoire, Bompart, Bucquoy, chefs de clinique ; De Manet, ancien chef de clinique adjoint, assisté des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 15 février 1932 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Lundi 15 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons (M. Bucquoy) ; 16 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Indications du forceps : Forceps sur le sommet (M. Bompart).

Mardi 16 février, 9 h. 1/2 : Consultation des nourrissons (M. Jacquet) ; 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur Brindeau ; 16 heures : Visite du musée ; 18 heures : La version par manœuvres internes (M. Suzor).

Mercredi 17 février, 9 h. 3/4 : Conférence de syphiligraphie (Service de M. Chevallier, hôpital Cochin) ; Consultation des femmes enceintes (M. le Professeur Brindeau) ; 16 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Traitement de l'éclampsie puerpérale (M. Bidoire).

Jeudi 18 février, 9 h. 3/4 : Leçon par M. Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; 16 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Forceps sur face, front (M. de Peretti).

Vendredi 19 février, 9 h. 3/4 : Consultation des femmes enceintes ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Les pyélonéphrites gravidiques (M. Bucquoy).

Samedi 20 février : 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : L'extraction du siège (M. Bompart).

Lundi 22 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons (M. Bucquoy) ; 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège ; 18 heures : Les embryotomies (M. Suzor).

Mardi 23 février, 9 h. 1/2 : Consultation des nourrissons (M. Jacquet) ; 10 h. 1/2 : Présentation de malades par M. le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques de version ; 18 heures : Conduite à tenir dans le placenta prævia (M. Desoubry).

Mercredi 24 février, 9 h. 1/2 : Consultation de femmes enceintes par M. le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Conduite à tenir dans la présentation de l'épaule (M. Bidoire).

Jeudi 25 février, 9 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultations ; Consultation de nourrissons ; 16 heures : Exercices pratiques : embryotomies céphaliques ; 18 heures : Diagnostic et traitement des ruptures utérines (M. Lantuéjoul).

Vendredi 26 février, 9 h. 1/2 : Présentation de malades (maternité de l'hôpital Bretonneau, service de M. Marcel Metzger, agrégé) ; 16 heures : Exercices pratiques : embryotomies rachidiennes ; 18 heures : Conduite à tenir au cours des accidents de la délivrance (M. de Peretti).

Samedi 27 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau ; 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rachitiques par M. Vaudescal, agrégé.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— **Thèses.** Mardi 26 janvier. — Jury : MM. Jeannin, Laignel-Lavastine, Lévy-Valensi, Vaudescal. — Mlle Versini Jeanne : Etude du traitement par voie haute dans les insertions vicieuses du placenta. — M. Tellier : Un aventurier médical au XVII[e] siècle : Nicolas de Blégny. — M. Vigneron d'Henequeville : Traitement des grands syndromes d'excitation nerveuse par les nouveaux alcaloïdes hypotoxiques de Polonowski.

Mercredi 27 janvier. — Jury : MM. Beaudouin, Loeper, Chiray, Harvier. — M. Pechthold : La névrite ischémique des membres inférieurs. — M. Bergenstein : Essai de pathogénie de l'ulcère de l'estomac ; déductions thérapeutiques. — M. Leoni Jacques : Contribution à l'étude du mal de mer.

Jeudi 28 janvier. — Jury : MM. Achard, Bezançon, Gougerot, Sézary. — M. Horswitz : Etude thérapeutique et pathogénique des crises gastriques du tabès. — Mlle Landowski : L'état du sang dans la diphtérie. — Mlle Lévy Françoise : Les convulsions essentielles du nourrisson et leur pronostic.

**Thèses** (vétérinaires). — Mercredi 27 janvier. — Jury : Marcel Labbé, Tanon, Dechambre, Lesbouyries, Henry. — M. Louet : Résidus de féculerie dans l'alimentation du porc. — M. Cuvellier : Alimentation du renard argenté.

Vendredi 29 janvier. — Jury : MM. Couvelaire, Strohl, Coquot, Lesbouyries, Maignon, Nicolas. — M. Colle : Castration de la jeune truie. — M. Croize : Influence de l'électrolyse sur les solutions de diastases.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — *Admissibilité.* — *Epreuve écrite.* (Séance du 19 janvier). — Anatomie du muscle droit interne et physiologie de la convergence. — Séméiologie des paralysies de l'accommodation.

*Epreuve théorique.* — Ont obtenu : MM. Favory, 27 ; Hudelo, 26 ; Renard, 2 6 ; Blum, 24 ; Veil, 27 ; Parfonry, 23.

*Epreuve clinique.* — Ont obtenu : MM. Favory, 20; Hudelo,19 ; Renard, 18 ; Blum,19 ; Veil, 17 ; Parfonry, 18.

A la suite de ce concours, sont déclarés admissibles aux épreuves de nomination : MM. Favory, Hudelo, Renard.

— **Concours de radiologiste des hôpitaux.** — *Epreuves écrites* : Traitement de la sciatique par les courants électriques. Radiodiagnostic des sténoses pyloriques. Traitement rœntgenthérapique de la lymphogranulomatose maligne.

*Epreuve pratique* : 1° Appliquer sur un sujet atteint de teigne étendue à tout le cuir chevelu, la méthode d'épilation par les rayons X. Exposer les résultats et les dangers ; 2° Mettre en place, prêt à fonctionner sur un secteur continu, un brûleur de lampe à vapeur de mercure. Avec une lampe complète mise à la disposition du candidat, faire le simulacre d'une application de bain général d'ultra-violet sur un sujet atteint de lymphatisme. Le sujet ne sera pas déshabillé. Allumer une fois le brûleur et l'éteindre sur la lampe complète.

*Classement des candidats.* — Les candidats sont classés dans l'ordre suivant : MM. Nadal, Devois, Surmont, Stuhl.

— **Concours de médecin du service d'assistance à domicile.** — *Classement des huit premiers candidats* : MM. Barteaux, 54 ; Lambert, 53 ; Schœngrun, 49 ; Mlles Gorecka, 49 ; Bastien, 47 ; MM. Laurent, 44 ; Passin, 42 ; Mlle Carnoy, 42.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr PITON, de Paris ; du Dr Pierre NICOLÉAU, des Sables-d'Olonne (Vendée), victime du devoir professionnel ; du Dr Robert GARNIER, de Paris ; du Dr GILBERT LASSERRE, ancien chef des travaux de parasitologie à la Faculté de Paris ; du Dr FÉVAL, de Pontchâteau ; du Dr LAURIAT, de Noyelles-Godault (Pas-de-Calais).

— **Université de Bordeaux.** — *Diplôme de médecin colonial et de médecin sanitaire maritime.* — La XXVIe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre-décembre 1931) a été suivie par 22 auditeurs, dont 6 ont bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique Spécia (Poulenc-Usines du Rhône).

A l'examen pour le diplôme de médecin colonial se sont inscrits 19 candidats ; 2 ont été ajournés.

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : MM. Arnauld, médecin-lieutenant Chantegreil, Fauconnier, Dr de Fontguyon, Fournier, Mme Francès, MM. Galmot, Laporte, interne des hôpitaux, Le Van Guyen, Marette, Mollaret, Palinacci, Mlle Péraud, MM. Quéron, Riche, Dr Senné, Tiné.

Sont inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. les Docteurs Chantegreil, Estradère, de Fontguyon, Senné, Vesnat.

La XXVIIe série d'études aura lieu du 2 novembre au 24 décembre 1932.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Les Journées médicales belges de 1932** (XIIe session) **auront lieu du 25 au 28 juin, sous la présidence de** M. le Professeur Fernand Héger, administrateur de l'Université de Bruxelles, membre de l'Académie royale de médecine. Le Conseil scientifique, qui s'est réuni récemment, a fait choix d'un certain nombre de conférenciers, dont nous indiquerons les noms prochainement. Le Comité a décidé de consacrer une des Journées à la médecine coloniale et est actuellement en relation avec différentes personnalités dont les noms en thérapeutique tropicale font autorité.

Dès à présent, le Comité a décidé de consacrer une des Journées de 1933 à la syphilis dans ses rapports avec tous les organes.

— **Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier** (session de 1932). — La réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra sa séance annuelle le samedi 12 mars 1932, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Montpellier, à 15 heures, sous la présidence de M. le Professeur Riche, président.

A 15 heures : *Première séance.* — Les dysménorrhées pubertaires (question traitée en 1931, remise à l'ordre du jour pour 1932) ; rapports complémentaires de MM. les Docteurs GUIBERT (de Balaruc) et SAPPEY (de Grenoble-Uriage).

A 16 h. 15 : *Deuxième séance.* — Les états de susceptibilité bronchique de l'adulte et de l'enfant et leur thérapeutique hydro-minérale ; rapports de M. le Professeur agrégé PUECH (de Montpellier) et de M. le Docteur CORONE (de Nice-Cauterets).

A 18 heures, réception des congressistes à la Faculté de médecine par M. le doyen, MM. les professeurs et agrégés de la Faculté.

A 20 heures, dîner par souscription à l'hôtel de la Métropole (cotisation, 80 francs).

Les demandes d'inscription en vue de communications (exclusivement relatives aux deux questions mises

à l'ordre du jour), sont reçues par M. le Docteur Castagné, assistant à la Faculté de médecine, 12, rue de la Vieille, à Montpellier. Les adhésions sont reçues à la même adresse jusqu'au 7 mars prochain.

— **Institut prophylactique.** — *Subvention de la Ville de Paris.* — Le Conseil municipal de Paris a maintenu à 450.000 francs la subvention annuelle accordée par la ville à l'Institut prophylactique que dirige le Dr Arthur Vernes et dont le siège est à Paris, 36, rue d'Assas.

— **Paris. Service médical de la préfecture de police.** — L'art. 10 du règlement de 1926 est ainsi modifié : Art. 10. — Recrutement des médecins.

Tous les médecins sont nommés par le préfet.

Le médecin en chef et le médecin en chef adjoint, ainsi que le médecin adjoint du service central sont choisis parmi les médecins titulaires en service dans les circonscriptions parisiennes ou au service central.

Les médecins titulaires détachés au service central pour les contrôles à longue distance sont investis par décision préfectorale sur la proposition du directeur du personnel après avis du médecin en chef.

Les médecins spécialisés sont nommés au concours sur titres.

Les médecins titulaires des circonscriptions sont choisis par le préfet, sur la proposition du directeur du personnel, après avis du médecin chef, parmi les médecins adjoints, sans distinction de circonscription, comptant au minimum trois ans de stage dans cet emploi.

Les médecins adjoints sont choisis dans les mêmes conditions parmi les médecins suppléants comptant au moins trois ans de stage dans cet emploi.

Toutefois, à titre transitoire, les médecins actuellement en fonctions seront, en cas de vacances survenues dans leur propre circonscription, admis à concourir pour leur nomination sur place, soit aux fonctions de médecin titulaire à la condition de compter un an de services en qualité de médecin adjoint, soit aux fonctions de médecin adjoint à la condition de compter un an de services comme médecin suppléant.

Les médecins titulaires, adjoints et suppléants, sont tenus d'habiter dans Paris. Tout médecin qui cesserait de réaliser cette condition, serait considéré comme démissionnaire et remplacé suivant les règles établies par le présent article.

Les médecins suppléants sont nommés au concours sur titres, les médecins domiciliés à Paris sont seuls admis à concourir. Les candidats doivent être Français ou naturalisés, avoir satisfait à la loi de recrutement, être docteurs en médecine d'une Faculté française et n'avoir pas dépassé l'âge de 35 ans au jour fixé pour la clôture du délai d'inscription. Cette limite d'âge est prorogée :

1° D'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement ;

2° D'une durée égale aux services de guerre (période de mobilisation accomplie par chaque intéressé après son passage dans la réserve de l'armée active).

Les médecins des services spéciaux sont nommés sur la proposition des ingénieurs et chefs de services intéressés, après avis du médecin chef.

— **Hôpital intercommunal de Montfermeil** (Seine-et-Oise). — Un décret en date du 8 janvier 1932 a autorisé la création d'un hôpital intercommunal à Montfermeil (Seine-et-Oise), pour les communes de Clichy-sous-Bois, Coubron, Gournay-sur-Marne, Livry-Gargan, Montfermeil, Neuilly-Plaisance, Neuilly-sur-Marne, Tremblay-les-Gonesse et Vaujours (Seine-et-Oise).

— **XVIe croisière de « Bruxelles-Médical ».** — *Aux Iles de Soleil.* — Excursions : Le programme et le coût des excursions organisées au cours de la croisière du *Brazza* aux « Iles de Soleil » sont sur le point d'être définitivement arrêtés et seront prochainement publiés Le retard apporté dans cette publication est dû à la lenteur des communications entre les Açores et le continent, lenteur qui n'a pas permis de recevoir plus tôt les renseignements indispensables à l'établissement du dit programme.

En plus des excursions ordinaires dans chaque port d'escale, lesquelles feront l'objet d'un forfait gobal, les excursions facultatives complémentaires suivantes ont été prévues : 1° excursion Porto-Lisbonne, par voie de terre, en passant par Coimbre ; 2° excursion terrestre Casablanca-Ceuta, via Rabat, Larache, Tanger et Tetouan.

D'autre part, pendant l'escale de Livourne, les touristes auront à choisir entre trois excursions : l'une — qui sera l'excursion régulière — permettant de visiter Livourne et Pise ; la seconde, de passer deux jours à Florence ; la troisième — réservée strictement aux médecins — comportant la visite de Pise, Montecatini (la fameuse station thermale) et Florence.

L'itinéraire détaillé et la carte de chacune de ces excursions complémentaires paraîtront dans la brochure qui sera éditée spécialement à cet effet.

En dehors de ces différents programmes facultatifs, un autre, d'un attrait tout spécial, a été établi pour le Maroc. C'est celui permettant à des voyageurs épris d'imprévu, de visiter Ouezzan, siège de la célèbre zaouia des Chorta de ce nom, et cité sainte de l'Islam, dernière ville marocaine venue à la pénétration française, perdue dans les montagnes du Riff, et voisine de la terrible confédération berbère des Djebala.

Pour cette excursion, *réservée uniquement aux docteurs en médecine*, le nombre des adhésions sera, en raison des faibles capacités de logement à Ouezzan, strictement limité à douze personnes. D'autre part, *seuls les messieurs* seront admis à y prendre part, les régions traversées étant encore trop peu « aménagées » pour que des dames puissent y pénétrer. Enfin, et dans un but d'équité et de bonne confraternité, un seul médecin par famille pourra seulement s'inscrire. Etant donné que le nombre des demandes sera vraisemblablement supérieur au chiffre d'excursionnistes prévu, les inscriptions ne seront acceptées que *provisoirement*. Les médecins admis définitivement à prendre part à l'excursion à Ouezzan seront désignés à bord par tirage au sort. Tous renseignements complémentaires se trouveront dans la brochure des excursions dont nous avons parlé plus haut ; il est inutile de s'inscrire avant la réception de celle-ci, qui contiendra la carte de souscription officielle aux excursions, cette carte constituant le seul document valable.

Une lettre d'Italie fait savoir que le Haut Commissaire du Tourisme, S. E. M. Suvich, vient de passer toutes les instructions utiles pour que les passagers du *Brazza* « jouissent d'attentions toutes particulières » dans les villes où ils seront appelés à se rendre pendant le séjour du navire en Sardaigne et à Livourne. C'est dire l'accueil cordial que réservent nos amis italiens.

Signalons aussi qu'au cours de l'escale de *Cagliari* — capitale de la Sardaigne, qui, parmi les souvenirs de son passé, garde en particulier ceux de l'époque punique, de la Rome impériale, de la Grande Espagne et de la fière république de Pise — un circuit de 280 km. à l'intérieur de l'île sera organisé. Ce circuit fera apprécier l'aspect très caractéristique de la campagne sarde.

Rappelons enfin que l'itinéraire de la croisière (8.651 km ) sera le suivant : Bordeaux, Porto, Lisbonne, Horta et Punta Delgada (deux Açores), Madère, Canaries, Casablanca (Rabat), Tanger, Ceuta (Tétouan, Maroc espagnol), Palma de Majorque (Baléares), Cagliari (Sardaigne), côte Corse, Livourne, Marseille.

Le départ aura lieu le 27 juillet et le retour le 21 août. Il y a des places à bord depuis 2.325 fr. français ; 30 % de réduction pourront être obtenus sur les Chemins de fer français, au départ de Paris.

— **Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1930-1931.** — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1930-1931 est de 1.252 se décomposant comme suit :

| Facultés | Diplômes d'Etat | Diplômes d'Université (mention médecine) | Total |
|---|---|---|---|
| Alger | 37 (*a*) | » | 37 |
| Beyrouth | 37 (*b*) | » | 37 |
| Bordeaux | 118 | 2 | 120 |
| Lille | 55 | » | 55 |
| Lyon | 179 (*c*) | 18 | 197 |
| Marseille | 27 | » | 27 |
| Montpellier | 55 | 14 | 69 |
| Nancy | 50 | 3 | 53 |
| Paris | 481 (*d*) | 87 | 568 |
| Strasbourg | 24 | 3 | 27 (*e*) |
| Toulouse | 57 | 5 | 62 |
| | 1.120 | 132 | 1.252 |

(*a*) Dont 2 avec dispense de la thèse : Mme Harkavy et M. Teherepoff, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*b*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(*c*) Dont 2 avec dispense de la thèse : M. Charchansky et Mlle Chiarli, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*d*) Dont 10 avec dispense de la thèse : MM. Achpise, Avrach, Balthazar, Broun, Edelmann, Jacobson, Mme Korgeniewsky, MM. Rapoport, Rosenfeld et Yoël, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*e*) Régime français. N'est pas compris dans le tableau ci-dessus, 1 diplôme de docteur (régime allemand). 1 candidat a été reçu à l'examen d'Etat (*Staatsexamen*) (régime allemand).

*Total des thèses* : 1.201 (Etat : 1.069 ; Université : 132), plus 1 thèse (régime local) de Strasbourg. (D'après *La Vie Médicale*.)

— **Syndicat des oto-rhino-laryngologistes français.** — Le nouveau bureau, nommé à l'Assemblée générale d'octobre 1931, est ainsi composé :

M. Dubar (Paris), président ; Sargnon (Lyon), Razemon (Lille), Jacques (Nancy) et Lemaitre (Paris), vice-présidents ; Batier (Strasbourg), secrétaire général ; Bonnet-Roy (Paris,) trésorier.

L'assemblée a élu présidents d'honneur, MM. Lubet-Barbon et Sébilleau.

— **Æsculape.** Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. Abonnement : 40 francs (étranger : 60 francs). 15, rue Froidevaux, Paris (XIV^e^).

*Sommaire* du n° 12, 1931 : A propos du dîner canadien de l'UMFIA (4 ill.), par le Dr Ed. Joltrain. — Une nouvelle édition des « Sonnets du Docteur » (1 ill.). — François de Hérain, médailliste (4 ill.), par le Dr Raymond Cordier. — Les fresque funéraires de Corneto-Tarquinia (8 ill.), par le Dr Benjamin Bord. — Les jardins de la médecine (3 ill.), par le Dr B. B. — L'empereur Aurélien et la médecine (2 ill.), par le Dr E. Lacoste, d'Armentières. — Chez les mangeurs d'hommes des Nouvelles Hébrides (2 ill.), par Jean Avalon.— Table des matières 1931. — Supplément (17 ill.). — Prix : 5 francs.

— **Troisième congrès international d'eugénique.** — Le troisième Congrès international d'eugénique se tiendra du 21 au 23 août 1932, à New York City, au Muséum d'histoire naturelle, 77th. Street et Central Park West, sous la présidence de M. Charles B. Davenport.

Les organisateurs ont inscrit à l'ordre du jour du Congrès une série de rapports relatifs à la génétique humaine, à l'émigration, aux facteurs susceptibles d'influencer la sélection et la fécondité et aux méthodes destinées à améliorer, de génération en génération, les qualités de la population.

Les communications seront présentées par des anthropologistes, des psychologistes, des physiologistes, des médecins, des éducateurs et aussi par des commerçants et industriels s'intéressant à l'amélioration des êtres humains en vue du rendement professionnel.

Une *Exposition d'eugénique* très importante sera ouverte du 22 août au 22 septembre, dans les locaux du Muséum.

Pour tous renseignements concernant le Congrès ou l'exposition, on pourra s'adresser à M. Harry R. Laughlin, Cole Spring Harbor, Long Island, N. Y.

— **Office international de documentation de médecine militaire.** — La première session de conférences médico-militaires que l'Office international de documentation de médecine militaire a organisée exceptionnellement à Bruxelles en 1931 a réuni plus de 150 participants appartenant à 15 nations différentes.

Au cours de cette session, l'Office a été chargé de consacrer l'existence définitive de cette institution et de continuer son activité dans cette direction.

En conséquence, le Comité directeur organise pour les 23, 24 et 25 juin 1932 un nouveau cycle de conférences.

Ces conférences se donneront à Liége, au local de l'Office. Tous les officiers des Services de santé des armées de terre, de mer et de l'air de l'active et de la réserve sont cordialement invités à y assister.

Programme provisoire. — Jeudi 23 juin, 9 heures : Ouverture de la session ; de 10 heures à 12 heures et de 15 heures à 17 heures : Leçons et conférences (organisation et fonctionnement du Service de santé, hygiène, sciences médico-militaires, droit international, etc.) ; à 21 heures : Réception par la ville de Liége.

Vendredi 24 juin, de 9 heures à 12 heures et de 15 heures à 17 heures : Leçons et conférences (*suite*) ; à 21 heures : Réception.

Samedi 25 juin, de 9 heures à 12 heures : Leçons et conférences (*suite*) ; à 16 heures : Séance inaugurale à Bruxelles des Journées médicales, honorée de la présence de S. M. la reine.

Des conférenciers français, mexicains, belges, néerlandais, yougoslaves et espagnols ont déjà promis leur concours.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie

**R. C. Clermont 4264**

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

### La gratuité des spécialités pharmaceutiques aux pensionnés de guerre

M. Maurice Robert a déposé une proposition de loi en vue d'accorder la gratuité des spécialités pharmaceutiques aux pensionnés de guerre titulaires du carnet médical gratuit en application de la loi du 31 mars 1919, proposition de loi qui est soumise à la commission des pensions.

## CORRESPONDANCE

### Assurances

#### Rachat ou réduction d'un contrat d'assurances sur la vie

Je crois que la nouvelle loi sur les Compagnies d'assurance oblige les Compagnies à consentir au rachat d'un contrat d'assurance-vie dans certaines conditions. Pouvez-vous me préciser ces conditions ?

Dr P.

**Réponse.**

Il faut d'abord distinguer entre le rachat et la réduction d'un contrat d'assurance-vie.

Le rachat est la reprise par la compagnie d'une police qui devient dès lors sans effet vis-à-vis de l'assuré.

La réduction, au contraire est une mesure qui permet à l'assuré de suspendre le paiement des primes sans perdre complètement le bénéfice de son contrat.

Avant la loi de 1930 sur le contrat d'assurance, la valeur du rachat devait être traitée de gré à gré avec l'organisme assureur.

A part quelques polices qui précisaient à l'avance la valeur du rachat dans un tableau annexé à la police, la plupart des sociétés prévoyaient dans un article de leur contrat que : « la valeur du rachat sera fixée d'après les bases adop« tées par le Conseil d'administration au jour de « la demande de remboursement. »

Les Compagnies d'assurance voulaient ainsi se mettre à couvert des demandes massives de rachat qui, en période de crises, pouvaient être demandées.

L'article 76 de la loi du 13 juillet 1930 déclare :

« Le prix du rachat, le nombre de primes à « payer avant que le rachat ou les avances puis« sent être demandées, doivent être déterminés « par un règlement général de l'assureur, après « avis du Ministre du travail. Ce règlement ne « peut être modifié que par des règlements gé« néraux postérieurs soumis au même avis.

« Les conditions du rachat doivent être indi-

« quées dans la police, de manière que l'assuré « puisse connaître, à toute époque, la somme à « laquelle il a droit.

« Sauf le cas de force majeure constaté par dé- « cret rendu sur la proposition du Ministre du « travail, le rachat sur la demande de l'assuré « est obligatoire. »

Ce texte, codifiant le droit de l'assuré au rachat de son contrat ne s'applique pas aux polices souscrites antérieurement à la loi du 13 juillet 1930. Toutefois la jurisprudence (Tr. Civ. Lille, 2 novembre 1925, D. H., 1925, 662), avait créé le droit pour l'assuré au rachat de son contrat.

Sur quelles bases est calculé ce dernier ?

Sans vouloir entrer dans des détails techniques, le rachat d'un contrat est le paiement à l'assuré de la réserve de son contrat escomptée à un taux déterminé.

Sommairement on pourrait dire que la prime d'un contrat d'assurance se divise en deux parties : une partie qui est de la capitalisation pure : une somme payée pendant x années et placée à x % donne un capital de x francs. Une autre partie qui constitue de l'assurance proprement dite et qui représente le risque de décès avant que le capital soit atteint. C'est cette portion de prime qui est variable et fait qu'elle diffère essentiellement suivant l'âge des souscripteurs.

Le droit de rachat est donc le droit à la réserve légale (part capitalisation.) Cette somme n'est en principe payable que lors du décès du souscripteur du contrat ou à l'échéance de ce dernier.

Si celui-ci en réclame le paiement immédiat, la Compagnie en déduit les intérêts : elle en fait l'escompte. D'après la nouvelle loi, cet escompte est fait à un taux déterminé à l'avance, lors de la signature du contrat. Avec les anciennes polices, le taux d'escompte est laissé à l'appréciation du conseil d'administration de la société.

Il est impossible d'indiquer la valeur du rachat d'une police sans savoir la date de souscription, l'âge du souscripteur lors de cette dernière, le capital garanti et la combinaison adoptée.

Le tarif du rachat peut encore différer si la police a été faite avec participation ou sans participation aux bénéfices pour le cas où cette participation a été accordée moyennant surprime.

En ce qui concerne la valeur de réduction, la base de calcul de cette dernière correspond à peu près à la réserve mathématique augmentée des intérêts à courir normalement sur le contrat.

La loi du 13 juillet 1930 dans son article 76 en a réglementé la quotité, mais ici encore la loi n'a pas d'effet sur les contrats antérieurs à sa mise en application.

P. R. BAGLIN,
Conseil technique d'assurance
Docteur en droit.

## Accidents

### 6329. — Amputation d'un doigt d'un infirme à la suite d'un accident du travail

Je contre-visite au nom d'une assurance, un blessé qui au cours de son travail s'est écrasé l'index droit.

Cet index était avant l'accident, déformé en « marteau » par ankylose phalango-phalangérienne. Les 3e, 4e, 5e doigts droits sont également déformés : toutes ces lésions datent d'une brûlure de l'enfance. Le blessé en convient parfaitement et je les avais déjà constatées lors d'un accident précédent.

Actuellement la plaie est très sérieuse, quoique très améliorée depuis quelques semaines, et à mon avis elle doit guérir, moins vite que par une amputation, mais elle guérira quand même. Le doigt naturellement restera ankylosé en marteau comme avant. L'incapacité permanente partielle due à l'accident sera nulle, probablement. A mon avis donc, l'assurance n'a pas intérêt à amputer.

Or, le blessé, estimant son doigt déformé plus gênant qu'une amputation (ce qui est très soutenable), demande que l'on profite de l'accident actuel pour le débarrasser de ce doigt.

Il propose de signer un papier déchargeant la Compagnie de toute incapacité permanente partielle pourvu qu'on ampute son doigt.

Un tel papier aurait-il une valeur légale ?

L'amputation peut-être accompagnée ou suivie de complications, l'assurance a-t-elle à en courir le risque ?

Je ne connais pas de cas semblable, et peut-être est-ce intéressant à élucider pour les confrères.

Dr S.

**Réponse.**

Je n'ai pas trouvé, dans la jurisprudence, de décision se rapportant à la question que vous nous posez.

Plusieurs fois, les tribunaux ont eu à connaître du refus opposé par une victime du travail de se laisser faire une intervention chirurgicale, ou un traitement quelconque.

Mais, je ne trouve rien en sens contraire, c'est-à-dire lorsque l'ouvrier demande lui-même une intervention plus radicale que le traitement, qui est institué par le médecin traitant.

Nous allons donc procéder par analogie et par raisonnement.

Un blessé du travail, déjà porteur d'une infirmité à un doigt, ayant determiné un taux d'incapacité permanente partielle, voudrait, à l'occasion d'un nouvel accident, intéressant le doigt infirme, faire enlever ce dernier, qui le gêne dans son travail.

A son point de vue, il a raison, d'autant que la cicatrisation d'une désarticulation peut être

obtenue dans un délai plus court que le traitement qui doit être institué pour lui conserver son doigt infirme.

Mais cette désarticulation ne doit-elle pas entraîner un taux d'incapacité permanente partielle plus grand que celui qui existait ?

Il est vrai que l'ouvrier s'engage à signer un papier, déchargeant l'assurance de toute élévation du taux de la rente déjà servie.

Se pose alors, en droit, le point de savoir si cet engagement pourrait être considéré comme valable, s'il ne serait pas jugé comme violant les prescriptions de l'article 30 de la loi du 9 avril 1898, qui déclare nulles toutes conventions contraires à la présente loi.

Cependant, la cour de Cassation, chambre des Requêtes par arrêt du 28 avril 1926 (*Gaz. Pal.*, 27 juin 1926) a décidé que ne viole pas l'article 30 précité l'engagement, pris par un patron, avec la commission administrative de l'hôpital, engagement par lequel ledit patron accepte de payer les frais médicaux, en sus du prix de journée de l'établissement.

Il pourrait donc en être de même de l'engagement pris par un ouvrier, qui, pour acquérir une plus grande facilité dans son travail, demande l'amputation d'un doigt, déjà infirme, sans que cette opération mutilante puisse entraîner, de sa part, un demande en aggravation d'incapacité permanente partielle, alors que le médecin prévoit que, lors de la future consolidation de la blessure actuelle, le taux de l'invalidité ne sera pas changé.

Un autre point est à considérer. L'accord entre le blessé et l'assurance est intervenu : il est considéré comme valable par les deux parties, dont la commune intention est bien fixée.

Mas, à la suite de la désarticulation, survient une complication, un phlegmon, par exemple. Les soins médicaux seront, de ce fait, prolongés ; les dépenses pharmaceutiques seront accrues. Qui devra les payer ? L'assurance ? ou le blessé ?

Il est probable que ce sera l'assurance, si nous faisons l'analogie avec un arrêt de Cassation, chambre civile, du 21 avril 1920 (*Gaz. Pal.*, 19 mai 1920) qui décide que les frais de traitement doivent rester à la charge du chef d'entreprise, alors que, par son imprudence, le blessé a laissé aggraver une plaie, au début insignifiante, en en confiant le traitement à un pharmacien : cet exercice illégal de la médecine a abouti à une gangrène du doigt et à l'amputation d'une phalange.

Je pousse à dessein les choses au pire, mais je dois considérer le point de vue juridique pur.

Que conclure de cette discussion ?

Dans le cas présent, avis pourrait être demandé au président du tribunal civil, qui aura à connaître, en conciliation, de la fixation ou de la modification future de l'invalidité permanente partielle de travail.

Si ce magistrat accepte l'engagement de l'ouvrier de ne pas fonder une réclamation ultérieure, en aggravation, du fait de la désarticulation qu'il réclame, si le médecin traitant appuie cette demande par une déclaration, indiquant que ladite intervention chirurgicale s'exécutera sans complication prévisible, si l'assurance accepte de payer les frais médicaux et pharmaceutiques, entraînés par cette désarticulation, alors que les suites en seront certainement plus courtes que le traitement occasionné par les lésions actuelles, le président du tribunal civil pourra prendre acte de l'accord intervenu en sa présence, comme étant une conciliation.

Je crois que la Cour de Cassation, au cas où elle serait appelée à en connaître, ne considèrerait pas comme nulle pareille convention.

Paul Boudin.

**6744. — Accident survenu à un bûcheron travaillant à forfait**

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien, pour l'édification de l'ouvrier, me faire connaître, si en l'espèce le patron a raison.

Il s'agit d'un journalier bûcheron travaillant à exploiter du bois à la corde, à tant de la corde pour le compte d'un patron.

L'ouvrier se blesse avec sa serpe et le patron ne reconnaît pas l'accident par lettre ci-jointe que je vous adresse en communication. Dr V.

**Réponse.**

Conformément à l'article 3 de la loi du 15 juillet 1914, qui a étendu aux exploitations forestières, la législation sur les accidents du travail, dans tous les cas, le chef d'entreprise est responsable des accidents dont peuvent être victimes les ouvriers et employés de son exploitation, à la condition, pour la victime ou ses ayants droit, d'établir la preuve de l'embauchage.

Dans l'espèce que vous nous soumettez, le chef d'entreprise ne conteste ni la matérialité de l'accident, ni que l'ouvrier travaillait pour son compte au moment où l'accident s'est produit. Pour dénier sa responsabilité, il se borne à soutenir que l'ouvrier travaillait à la tâche et avec ses propres outils, circonstances qui, selon lui, empêcheraient l'application de la loi sur les accidents du travail.

Mais le travail à la tâche, qui est de règle en matière d'exploitations forestières n'exclut pas l'existence d'un contrat de louage de services, que l'ouvrier travaille avec ses propres outils ou ceux qui lui sont confiés par le chef d'entreprise.

Par conséquent, dès lors que le chef d'entreprise reconnaît l'accident et l'embauchage, il doit être tenu pour responsable dans les termes de la loi du 15 juillet 1914 et payer au blessé les indemnités prévues par la loi.

Puisqu'aucune entente amiable n'est possible, que le blessé commence par déclarer l'acci-

dent à la mairie de la commune sur le territoire de laquelle il s'est produit et ensuite qu'il cite son patron en paiement du demi-salaire devant le juge de paix du canton. Cette procédure ne lui causera aucun frais, car elle est exempte des droits de timbre et d'enregistrement et bénéficie de plein droit de l'assistance judiciaire.

Si le blessé obtient gain de cause devant le juge de paix, comme il est probable, vous aurez une action directe pour le paiement de vos honoraires dans les limites du tarif des accidents du travail contre le patron responsable.

Nous vous signalons particulièrement un arrêt de la Chambre Civile de la Cour de Cassation du 9 février 1926 (D.H. 1926-204) qui a reconnu comme tombant sous le coup de la loi du 15 juillet 1914, l'accident dont avait été victime un bûcheron qui s'était engagé à exécuter une coupe de bois avec le concours de deux collaborateurs dans le délai d'un mois et demi, moyennant un salaire calculé à raison de 14 francs par mètre cube.

---

### 212. — Accident survenu à l'occasion du travail

Un ouvrier charpentier à son travail, à côté d'un ouvrier maçon, boit par mégarde à même le goulot d'une bouteille, qu'il croit être celle de vin qu'il a déposée à sa portée.

Cette bouteille se trouve être un litre d'HCL pur placé par le maçon non loin de la sienne remplie de vin.

Il s'en suit brûlures de la bouche, larynx, œsophage, etc.

Est-ce un accident de travail ?

Non : l'ouvrier n'a pas besoin de boire pour faire son travail, il n'est pas diabétique.

Cependant s'il n'avait pas été au travail, la bouteille déposée par le maçon pour décaper les briques n'aurait pas été là, et l'accident n'aurait pas eu lieu.

Dr D.

**Réponse.**

Doivent être considérés comme des accidents du travail et comme tels bénéficier de la loi du 2 avril 1898 tous les accidents survenus *par le fait* ou *à l'occasion* du travail. D'autre part, un accident du travail consiste dans une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure.

Dans l'affaire que vous nous soumettez, il n'est pas niable que l'accident est survenu, sinon par le fait, tout au moins à l'occasion du travail et que l'absorption brusque de la substance toxique a bien présenté les caractères de violence et de soudaineté qui caractérisent l'accident du travail.

Dans ces conditions, nous n'hésitons pas à soutenir que la loi du 9 avril 1898 est applicable et que

le blessé a droit aux indemnités légales. (Voir dans ce sens : Cass. Req. 22 novembre 1909, D. 1911-1-91, et Sachet édition 1926, tome 1, n° 271).

Si le patron ou son assurance rejettent le sinistre, que le blessé cite le patron devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en paiement de son demi-salaire. En cas de gain du procès, vous aurez à votre tour une action directe contre le patron responsable en paiement de vos honoraires, dans les limites du tarif.

## Médecine légale

### 109. — Examen du cadavre d'un pendu

Appelé dernièrement, un dimanche, par le maire d'une localité voisine, pour examiner le corps d'un individu *inconnu*, trouvé pendu dans une maison inhabitée, établir ensuite un rapport de levée de corps, j'ai dû perdre presque toute une après-midi en course et en recherches.

Je désire savoir : à qui je dois adresser la note de mes honoraires. Est-ce au Maire .... en vertu de quel décret ?

Existe-t-il un tarif pour les examens, et rapports de ce genre ? une indemnité kilométrique prévue par un réglement ? Je vous serais reconnaissant de me documenter.

Dr N.

**Réponse.**

Le maire n'avait le droit de vous requérir pour procéder à l'examen du cadavre inconnu qu'en agissant en sa qualité d'officier de la police judiciaire et s'il y avait présomption de crime ou de délit. Ces circonstances se trouvent-elles réunies dans l'espèce que vous nous soumettez et avez-vous entre les mains une réquisition écrite et régulière ?

Dans l'affirmative, vous devez vous faire payer au titre des frais de justice en matière criminelle et pour cela adresser un mémoire en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré, si la somme réclamée excède 50 francs, au Procureur de la République du ressort, qui après visa du Procureur général et taxe du Président, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

En vertu du tarif établi par les décrets des 5 octobre 1920, 16 octobre 1926 et 22 décembre 1927, vous avez à compter, pour votre examen et votre rapport ou certificat, des honoraires de 25 fr. (article 26). Peut-être pourriez-vous demander une somme plus élevée, 50 francs par exemple, en vous basant sur le dernier alinéa de l'article 26 qui autorise le magistrat taxateur à allouer des honoraires plus élevés en cas d'expertise présentant des difficultés particulières, en raison du fait que vous avez été dérangé un dimanche. En outre vous avez à compter vos frais de déplacement à

raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, si vous avez eu à vous déplacer au-delà de deux kilomètres de votre résidence plus une indemnité spéciale de 20 francs, si le lieu de votre transport était situé à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence.

Au cas où vous n'auriez pas reçu une réquisition régulière ou bien encore où le Procureur de la République rejetterait votre mémoire sous prétexte que les résultats de votre examen auraient fait apparaître qu'il n'y a eu ni crime, ni délit, comme cela arrive fréquemment dans les affaires de ce genre, il faudrait alors que vous vous fassiez payer par le maire et que vous lui réclamiez la même somme que celle à laquelle vous auriez eu droit en application des décrets sur les frais de justice en matière criminelle.

---

## Baux et Locations

### 82. — Droit d'un médecin locataire dans une commune où les lois sur les prorogations ne sont pas applicables

J'occupe un immeuble qui du 1er nov. 1928 au 1er nov. 1929 était loué à un confrère 1.800 fr.

J'entre dans cet immeuble le 1er novembre 1929 au prix de 4.000 fr. payable terme échu en 2 parts.

2.000 fr. 1er mai, 2.000 fr. 1er nov.

Mon propriétaire m'annonce qu'à partir du 1er mai 1932 ma location devient 6.000 fr. et qu'au 1er novembre 1932 j'aurai donc à lui payer 3.000 fr. ou à quitter son local.

J'aimerais savoir :

1° S'il a le droit d'augmenter ainsi ma location ?

2° Si oui, l'augmentation peut-elle être appliquée pour le 2e semestre de l'année et dans ces proportions ?

3° Peut-il me faire quitter mon appartement ?

J'habite un village de 800 habitants.

J'ajoute qu'aucun écrit n'existe entre mon propriétaire et moi.

J'étais son locataire à l'année pensant que ma profession me garantissait mon appartement.

Dr C.

**Réponse.**

Dès lors que vous n'avez pas de contrat de location d'une durée déterminée, votre propriétaire est en droit de vous donner congé à tout moment, à la seule condition de respecter les délais en usage dans la localité. Par conséquent, si vous ne voulez pas accepter de payer l'augmentation qu'il vous demande, il pourra vous donner congé le 1er mai, au plus tôt pour le 1er novembre et, à partir de cette date, poursuivre votre expulsion.

Si vous tenez à conserver la maison que vous occupez, il est donc nécessaire que vous arriviez à vous mettre d'accord avec votre propriétaire.

Dans ce cas, il serait bon que vous lui demandiez un bail pour ne pas rester indéfiniment sous la menace d'un congé. Dans les localités où les rapports entre propriétaires et locataires sont régis par le droit commun, les locataires ne bénéficient d'aucune prorogation et d'aucune taxation de loyer.

La situation serait différente si la loi du 29 juin 1929 était applicable dans votre commune. Mas, d'après les renseignements que vous nous donnez, il ne nous semble pas qu'elle le soit. En effet, votre village ne compte que 800 habitants et la loi n'est applicable que dans les communes de 4.000 habitants, dans celles distantes de moins de 5 km. d'une ville de 10.000 habitants, ou dans celles dont la population municipale s'est accrue d'au moins 5 % les deux derniers recensements.

Si cependant, contrairement à ce que nous pensons, la localité pouvait rentrer dans l'une des catégories ci-dessus, veuillez nous le faire savoir et nous pourrons vous indiquer alors dans quelle mesure cette situation modifierait vos droits.

---

## Fiscalité

### 6834. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile après un accident

J'achète une voiture au début de 1930 et je la porte en dépenses professionnelles, sur ma déclaration au fisc à raison d'un cinquième de son prix chaque année : elle est donc actuellement amortie des deux cinquièmes au point de vue fiscal. Survient un accident qui la rend inutilisable (accident survenu pendant mon service normal de clientèle).

Que doit-on faire dans ce cas pour amortir les trois cinquièmes restants : c'est une dépense professionnelle inattendue et exceptionnelle, mais c'en est une tout de même. Et il va falloir que je la remplace et que j'amortisse aussi la remplaçante, ne disposant actuellement que d'une ancienne voiture amortie depuis des années.

Ce cas doit se présenter de temps en temps et est en somme assimilable à la revente d'une voiture pour en acheter une neuve, seulement ici le prix de vente sera dérisoire.. Dr D.

**Réponse.**

Votre accident n'a pas réduit à néant votre voiture et sans doute l'assurance va couvrir les frais.

Si vous revendez votre voiture accidentée, vous devrez porter en amortissement la différence entre son prix d'achat et les amortissements déjà faits, augmentés du prix de vente.

Les sommes que vous recevrez de l'assurance doivent aussi figurer en recette.

A. Martinot.
Conseil fiscal.

### 6643. — Impôt sur le revenu de deux époux séparés de biens

Je suis marié sous le régime de la séparation des biens (contrat de mariage). Ma femme fait une déclaration de revenus qui est acceptée par le fisc, à la cédule traitements.

J'en fais également une à la cédule bénéfice des professions libérales. Nous recevons l'un et l'autre une feuille d'impôts.

Mais quand il s'agit de l'impôt général sur le revenu, le fisc soutient que je redeviens chef de famille, qu'il n'y a qu'un revenu global, et que je suis personnellement tenu à le payer. Evidemment les deux revenus additionnés représentent une somme suffisante pour lui. Mais séparés, il y perd.

Pourriez-vous me dire si ses prétentions sont justifiées par la loi, ou si dans notre cas nous pouvons être assujettis à l'impôt séparément ?

Dr X.

**Réponse.**

Le fisc a raison : pour les impôts cédulaires, les revenus sont imposés séparément ; mais pour l'impôt général ils sont réunis sous votre nom comme chef de famille, quoique vous soyez séparés de biens, à moins que vous n'habitiez pas ensemble.

A. M.

### 6657. — Conditions d'imposition à la patente

Mon fils a repris toute ma clientèle ordinaire depuis 4 ans. J'ai seulement réservé jusqu'ici un petit fixe de médecin d'usine que je pense lui céder à la date du 1er janvier prochain.

Nous habitons le même immeuble en 2 appartements séparés. Cette particularité fait que je donne de temps en temps quelques consultations aux gens pressés, en ses lieu et place et à son profit. De même s'il s'absente pour une cause quelconque, je suis son remplaçant bénévole c'est-à-dire sans en tirer aucun profit.

Etant donné : 1° que je cesse tout exercice personnel à dater du 1er janvier 1932 ; 2° que les quelques remplacements de mon fils ne me rapportent rien, pensez-vous que je soie en droit de me faire décharger de ma patente ?

Dr X.

**Réponse.**

Si vous cessez toute clientèle personnelle, vous n'êtes plus patentable, mais il faut prévenir le contrôleur et n'agir que comme remplaçant de votre fils, c'est-à-dire ne recevoir personnellement aucun honoraire des personnes que vous soignez pour le compte de votre fils.

A. M.

**6649. — Enregistrement d'un acte de sous-location**

L'acte de sous-location en cas de cession de cabinet doit-il être enregistré de toute nécessité et dans quel délai ?

Dr R.

**Réponse.**

Tous les actes sous seing privé synallagmatiques doivent être enregistrés dans les trois mois de leur date, ou de l'entrée en jouissance pour les baux et les cessions, si la date de jouissance est antérieure à celle de l'acte.

A. M.

**6713. — Renseignements a fournir au controleur des contributions directes**

Je possède pour l'exercice de ma profession trois cabinets.

Le contrôleur des Contributions directes me demande pour chacun de ces cabinets le montant des recettes :

1° des visites à domicile ;

2° des consultations au cabinet ;

3° des recettes concernant la radiographie.

Avant de lui répondre je tiendrais à savoir s'il a le droit de me poser de telles questions (c'est un travail de romain qu'il me demande) ou si je suis tenu seulement de lui donner sans autres détails le montant global de mes recettes.

Je vous serais reconnaissant de me répondre rapidement car il me demande une réponse dans les huit jours.

Dr A.

**Réponse.**

La loi ne vous oblige qu'à fournir le total de vos recettes, le total de vos dépenses et votre bénéfice net (loi du 31 juillet 1917, art. 31 ; loi du 23 juin 1920, art. 1 ; loi du 13 juillet 1925, art. 8). Il est préférable, pour éviter tous ennuis, d'indiquer les dépenses par catégories.

Mais le Contrôleur est en droit de vous demander les renseignements prouvant l'exactitude de votre déclaration.

## Questions médico-militaires

**6016. — Aggravation d'infirmité. Demande de pension nouvelle**

Un jeune soldat engagé volontaire est rapatrié de Syrie pour : paludisme, dysentérie et surtout pour albuminurie massive avec crise d'urémie prolongée, jusqu'à 3 gr. d'urée sanguine ; il s'entire finalement et se trouve réformé avec 20 % d'invalidité, bien qu'ayant encore une moyenne d'environ 1 gr. d'albumine par litre à l'heure actuelle.

1° *Son taux de* 20 % *est-il suffisant* étant donné qu'il ne peut se livrer à aucun travail ?

2° Outre la néphrite j'ai constaté moins de 3 mois après sa démobilisation des signesde ramollisse-

ment d'un sommet et l'examen de crachats est positif, on le réforme actuellement 20 % pour néphrite chronique, 100 % pour tuberculose pulmonaire sans pension.

Cependant sa demande a été faite moins de 3 mois après sa démobilisation, et d'autre part des hémoptysies ont été notées avec de la congestion d'un sommet pendant son séjour à l'hôpital militaire.

Quelle marche suivre pour faire obtenir à ce pauvre garçon ce à quoi ,il a j'estime entièrement droit afin de pouvoir le traiter activement et le laisser au repo s complet ?

Dr C.

**Réponse.**

1° Actuellement, d'après les symptômes décrits, le taux de 20 % est suffisant pour l'albuminurie, dont l'imputabilité au service a été reconnue (point essentiel) ; si la situation s'aggrave en raison de cette affection rénale, l'intéressé pourra n'importe quand demander une nouvelle visite pour aggravation. S'il ne peut se livrer à aucun travail , la raison en est plus à la tuberculose pulmonaire (non imputable) , qu'à la néphrite.

2° Quelle que soit la date de la demande de pension, les débuts de l'affection pulmonaire doivent avoir été constatés durant le service actif. C'est ce qu'il faut prouver (attestation du médecin militaire traitant, feuille d'observation), et ensuite faire valoir (avec pièces à l'appui) au Ministre des Pensions, à qui il faudra écrire, pour nouvel examen du dossier (Service des Réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris-7e).

# ANTHOLOGIE

**Premier Janvier**

Pour vous dire bon jour, bon an,
Un centon grec, je voulais faire ;
Mais quelqu'un m'a dit que ce plan,
Pour vous dire bon jour bon an,
Etait d'un cuistre et d'un pédant,
Et qu'un ami vraiment sincère,
Pour vous dire bon jour, bon an,
Un centon grec ne voudrait faire.

De mes vœux, je fais un bouquet,
Et le mets sur votre fenêtre,
Tout simple, mais franc et coquet,
De mes vœux, je fais un bouquet ;
Et mon cœur dans ce triolet
Vous parle avec la fleur champêtre.
De mes vœux, je fais un bouquet,
Et le mets sur votre fenêtre.

Albert GARRIGUES.

(*Chronique médicale*, 1er janvier 1932.)

Cinquante-quatrième année — N° 6 *bis* — 10 Février 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

**SERVICE de PROPAGANDE**
**« du CONCOURS »**

**Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical* afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.**

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MEDECIN

### PAR LA LIGUE MÉDICALE
### (Sou Médical)

La Ligue Médicale de Défense Individuelle, connue encore, et depuis trente-cinq ans, sous le nom de *Sou Médical*, est un Syndicat qui ajoute son action à celle des Syndicats professionnels, dans le sens même indiqué par son nom.

Les Syndicats professionnels défendent les intérêts généraux de la profession. La Ligue Médicale de Défense Individuelle (Sou Médical ) défend les intérêts particuliers du médecin, lorsqu'ils sont menacés, dans l'exercice de sa profession. Parmi les multiples circonstances dans lesquelles ces intérêts peuvent être compromis, figure évidemment la responsabilité civile que couvrent toutes les Compagnies d'assurances, et qui rentre également dans l'activité du Sou Médical. Mais ce que notre Ligue est *seule* à défendre, ce sont les intérêts particuliers du médecin dans *tous les cas professionnels* autres que cette responsabilité.

C'est ainsi que sur 62 affaires retenues, durant trois mois, par son Conseil d'Administration, les affaires de responsabilité n'interviennent qu'au nombre de 13, c'est-à-dire à peine un cinquième... Les litiges d'ordre fiscal y comptent pour un chiffre de 4. Une affaire de diffamation y figure ; une affaire de difficultés interconfraternelle s ; 40 affaires de recouvrements contentieux d'honoraires. Et par recouvrement contentieux, nous entendons les contestations soulevées par les clients sur la qualité des soins, leur fréquence, leur réalité même, et qui s'accompagnent parfois de demande reconventionnelle de dommages-intérêts formulée par eux.

Et quels sont les résultats obtenus par notre Ligue médicale de Défense individuelle ? Sur 64 affaires, 24 ont été résolues sans qu'il ait été nécessaire de prendre jugement. Une a été gagnée devant le Conseil d'Etat ; une devant le Conseil de Préfecture ; une devant la Cour d'appel ; 6 devant le Tribunal civil ; 11, en Justice de paix. Nous n'avons enregistré que trois échecs..... Trois échecs sur 64 affaires..... Environ 5 %. C'est là une statistique des plus honorables, dont il convient de faire état, au regard de tous les médecins qui n'ont pas encore compris quels avantages ils trouveraient éventuellement à être des nôtres. D'autant plus que ce qu'il leur en coûterait est, en quelque sorte, insignifiant.

*Cent francs de cotisation annuelle* assurent la défense du Sou Médical, et au besoin l'appui de sa Caisse de garantie en responsabilité professionnelle jusqu'à concurrence de CENT MILLE FRANCS. Tout membre du Sou Médical, qui est

en même temps abonné au journal *Le Concours Médical* bénéficie en outre d'une garantie supplémentaire de CINQUANTE MILLE FRANCS... Si bien que 150 francs de déboursés annuels ont pour contre partie le droit aux services contentieux et juridiques de la Ligue médicale de Défense individuelle, à l'appui de sa Caisse générale, à la garantie de sa Caisse spéciale jusqu'à concurrence de 100.000 francs, et à celle du *Concours Médical* pour les 50.000 francs supplémentaires, — avec le service de ce journal dont l'éloge n'est plus à faire.

Qu'attendez-vous pour adhérer au *Sou Médical* (Ligue médicale de Défense individuelle), ô confrère qui conservez sur un coin de votre bureau, depuis plusieurs mois, votre Bulletin d'adhésion qu'une simple négligence, renouvelée de jour en jour, vous a seule empêché de compléter par un geste, dont vous avez pourtant bien décidé l'accomplissement ? ? ?

Dr G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint.

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

### Lumbago et tour de reins

Un de nos confrères soigne un blessé du travail, pour un tour de reins. Après guérison, lorsque le praticien réclame sa note d'honoraires, la Compagnie d'assurances lui répond que le tour de reins n'étant pas un accident du travail, elle décline toute responsabilité et refuse tout paiement. Que peut faire notre confrère ?

Si nous étions logiques avec nous-mêmes et qu'en tout et partout nous appliquions l' « entente directe » ; nous nous ferions rémunérer de nos soins par notre client lui-même. Après quoi, celui-ci ferait valoir ses droits, auprès de celui ou de ceux qui doivent le rembourser en tout ou partie, des honoraires médicaux ainsi déboursés.

A ce blessé du travail de faire la preuve, auprès de son patron, que la lésion, pour laquelle il a reçu des soins, doit être garantie par la législation des accidents du travail. Il s'appuiera sur la doctrine actuelle de la Cour de Cassation, qui décide qu'est accident du travail toute lésion, dont le travail, même normal, a été la cause, ou l'occasion, sans qu'il soit nécessaire que l'accident lui-même soit fortuit ou imprévu.

La victime apportera à son employeur le témoignage de camarades de chantier (ou autres)

qui déclareront avoir vu le blessé se plaindre soudainement d'une douleur dans les reins, alors qu'auparavant, il travaillait normalement. (Bien entendu, je laisse de côté, les fausses déclarations, ou les témoignages intéressés).

Tout récemment encore (29 mars 1930), le tribunal civil du Nord (section de Lille) a décidé, en appel, que l'ouvrier ne rapporte pas la preuve qu'il a subi, au cours de son travail, une déchirure musculaire, alors qu'il ne peut invoquer aucun témoignage et qu'il n'a pas cessé immédiatement de travailler.

Donc, c'est à l'ouvrier de faire la preuve qu'il s'agit bien d'un accident du travail et non pas d'une maladie antérieure, n'ayant aucun rapport avec le travail, ou qui n'a pas été décelée, ou augmentée par le fait du travail.

A la victime d'actionner son patron, en paiement du demi-salaire et en remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. Il a pour cela l'assistance judiciaire.

Il en serait différemment, si le blessé, ou se disant tel, s'était présenté chez le médecin, porteur d'une déclaration d'accident, émanant du chef d'entreprise. Selon la rédaction de ce bulletin d'avis, le patron (ou son assurance) paiera entièrement les frais de traitement, jusqu'au jour où la matérialité de l'accident étant contestée, le médecin sera averti que le patron dégage sa responsabilité ; ou bien le chef d'entreprise ne s'engage à payer que le premier examen, avec pansement s'il y a lieu et le certificat initial.

Il importe d'ailleurs que nos confrères s'habituent à lire les papiers qu'on leur remet et à ne pas croire aveuglément que, parce que le blessé leur remet une déclaration d'accident, rédigée sur des imprimés d'assurances, cela signifie que l'accident soit reconnu comme valable et comme indiscutable.

Cette ligne de conduite a d'autant plus d'importance que si le tour de reins en question n'est pas reconnu comme étant un accident du travail, le blessé devra se retourner vers sa caisse d'assurances sociales et réclamer à celle-ci ce qu'il n'a pas pu obtenir de son employeur.

Pourquoi le médecin appliquerait-il, suivant les cas, l'entente directe vis-à-vis de l'assurance sociale et le tiers-payant vis-à-vis de l'accident du travail ?

Le consommateur de soins doit payer lui-même le service qu'on lui rend en le traitant : il se retournera ensuite vers celui qui doit l'indemniser de tout ou partie de ses dépenses : cela ne regarde pas le médecin.

Mais entre la théorie et la pratique (et surtout la routine), il y a un abîme. Aussi, pour rendre service à notre confrère, qui ne peut pas se faire payer, nous le prions de nous faire parvenir sa note d'honoraires, ainsi que tous les renseignements qui en dépendent. Nous verrons de quelle

manière l'aider et surtout si notre conseiller technique d'assurances ne peut pas, par une démarche au siège de l'assurance, tirer cette affaire au clair et déterminer qui, en définitive, doit honorer le praticien.

Dr Paul BOUDIN.

*N. B.* — Le confrère auquel a été adressée la consultation ci-dessus a répondu ce qui suit :

Mon cher Confrère,

Je vous remercie très sincèrement de la lettre que vous avez bien voulu m'envoyer en réponse à une demande d'intervention du « Sou Médical » en faveur d'un règlement litigieux d'une note d'honoraires accident du travail, à l'occasion d'un tour de reins, non reconnu par la Compagnie d'assurances.

A force d'insister auprès du blessé et de son patron, je viens d'être réglé intégralement par la Cie d'assurances.

Vous proposez, à la fin de votre lettre, l'entente directe pour les accidents du travail comme pour les assurances sociales ; en théorie, oui ; mais en fait, c'est différent ; dès l'application de la loi sur les accidents de travail, industrie d'abord, culture plus tard, le Corps médical n'était pas aussi homogène que maintenant au point de vue syndical ; le pli a été pris dès le début de ne réclamer que le prix du tarif assurances ; résultat : manque à gagner pour chaque visite ou accident égal à la différence entre le prix du tarif assurances et le prix syndical — c'est entendu mais... combien de petits accidents nous ne verrions pas si les accidentés, ou surtout les patrons devaient nous régler directement ! Ceci compense cela.

Dr B.

## CORRESPONDANCE

### Application du Tarif des Accidents du travail

#### 213. — Pansement pour une contusion

J'ai soigné un accidenté du travail, M. A. pour :

1° Plaies contuses médius droit ;

2° Contusions avec ecchymoses cutanées, hanche D. ;

3° Contusions genou droit avec hydarthrose.

J'ai tarifé à 15 francs (les deux premières fois) chacun des trois pansements, ce qui faisait monter mes honoraires à 45 fr. à chaque séance de pansement.

La Compagnie me répond ceci :

« Ce blessé était atteint d'une blessure au médius « et de contusions à la hanche et au genou ? Or, cha- « que consultation ne peut être tarifée qu'à 15 francs;

« le tarif ne pouvant être majoré lorsqu'il s'agit de « contusions. »

Est-ce exact ? Dr M.

**Réponse.**

Le pansement est une intervention technique qui consiste à mettre une blessure *ouverte* à l'abri de l'air et dans un milieu antiseptique. Pas plus que la Compagnie, je ne connais un « pansement médical » quand il s'agit d'une simple contusion, *a fortiori* de compter x fois 15 francs pour x contusions présentées par l'accidenté.

Compteriez-vous 45 *francs par séance* à un client non accidenté du travail et payant directement, que vous soigneriez pour des lésions analogues ?..... Il me semble *a priori* que non. Aussi, je ne pense pas que vous ayiez gain de cause en justice , dans le cas que vous me prétez.

Dr F. DECOURT.

## 251 — Surveillance prolongée empiétant sur la nuit

Je suis appelé à 8 h. 1/2 du soir pour un grave accident du travail, je décide de faire transporter (par un loueur de voitures), le blessé à l'hôpital, distant de 28 km., et je l'accompagne, je ne suis libre qu'à 11 heure du soir.

C'est un cas de surveillance prolongée (2 h. 1/2), dont chaque 1/2 heure correspond à une visite, d'après le tarif A. T.

Mais puis-je compter chaque 1/2 heure passée après 21 heures au tarif triple (article 4). Ou alors, quel détail marquer sur ma note d'honoraires ?

Dr D.

**Réponse.**

*a*) Je ne puis vous donner d'avis sur votre « surveillance prolongée » ne sachant pas s'il y avait « éventualité de complications menaçant la vie » (art. 6).

*b*) Vous ne pouvez compter un « dérangement de nuit », si je puis dire, pour *chaque* 1/2 heure, puisque vous ne vous êtes « dérangé » qu'une fois. Mais, j'estime légitime de *compter une fois la majoration de nuit.* Cette *majoration* est de 30 *francs* (art. 4) puisque la consultation ou la visite de jour est de 15 fr. et celle de nuit de 45 francs, soit 30 francs de plus.

Faites donc votre note, comme de coutume et ajoutez « majoration de 30 francs pour le dérangement de nuit. »

Dr F. DECOURT.

## 508. — Affranchissement des cartes postales de commande de pharmacie

J'ai lu, il y a quelque temps sur le *Concours médical* que les bons des spécialités des laboratoires pouvaient être adressés par les médecins au tarif de 0,15

centimes au lieu de 0,40 centimes à la condition que le bon de spécialité ne portât pas le titre de carte postale, mais celui d'imprimé.

Or, depuis l'époque où j'ai lu cet article sur le *Concours Médical*, je constate que les laboratoires continuent toujours à adresser aux médecins des bons portant le titre de carte postale à 0,40 centimes.

Quelques laboratoires exceptionnellement envoient des bons portant le titre imprimé : je me suis adressé dernièrement à la poste centrale pour demander si un bon portant le titre imprimé devait être affranchi à 0,15 centimes ou à 0,40 centimes; il m'a été répondu qu'il fallait affranchir à 0,40 centimes comme auparavant et qu'il n'y avait pas eu de modifications à ce sujet.

Je vous prie de me renseigner à ce propos.

Dr L.

**Réponse.**

La réponse faite par le Ministre des P. T. T. à la question posée par M. Caujole, député, publiée au *Journal officiel* du 2 décembre 1931 et dans le *Concours Médical* du 27 décembre suivant, vise l'envoi par les pharmaciens aux médecins de cartes postales-prospectus illustrées. Celles-ci peuvent bénéficier du tarif des imprimés (15 centimes) à la condition de ne pas porter le titre « carte postale ».

Mais cette réponse ne s'applique nullement aux cartes postales par lesquelles les médecins commandent aux pharmaciens et aux spécialistes des médicaments ou des échantillons. Ces cartes postales, qui sont de véritables correspondances, ne bénéficient du tarif de 15 centimes que si, étant illustrées au verso, elles ne portent, en plus de la signature et de l'adresse de l'expéditeur, que 5 mots au plus de correspondance.

Dans le cas contraire, elles doivent être affranchies à 40 centimes.

## Assurances Sociales

### 449. — Contrôle des assurances sociales

J'ai posé ma candidature éventuelle pour le contrôle médical de la Caisse départementale et je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner les renseignements suivants, dans la limite où cela vous est possible.

1° Le contrôle fonctionne-t-il dans plusieurs départements ?

2° Les conditions générales : traitement, durée du contrat, vacances payées..... sont-elles les mêmes, ou spéciales à chaque département ?

3° Vous serait-il possible de me communiquer une formule de contrat déjà en vigueur ?

*Voir la suite page XXXIII-459*

# PROPOS DU JOUR

## Une expérience intéressante : Les colonies thermales et climatiques (les camps thermaux)

Depuis 1881, époque à laquelle le Pasteur Loriaux fonda l'œuvre des Trois Semaines, les colonies scolaires de vacances ont pris un essor considérable. On s'est ingénié à multiplier et à perfectionner leur organisation. Municipalités, caisses des écoles, associations professionnelles, œuvres privées confessionnelles ou laïques ont rivalisé dans leur développement. D'abord furent improvisées des colonies collectives, composées d'enfants des villes, conduits, durant les vacances, pendant trois semaines à la campagne. Puis, certaines organisations plus fortunées créèrent des villas scolaires où les colonies purent plus confortablement s'installer. A côté de la colonie collective fut créée la colonie à placement individuel, où les enfants, placés chez les paysans d'une même région, et menant une existence de campagnards, pouvaient être néanmoins surveillés par des délégués, et même par des médecins. Ce genre de colonies permettait de prolonger le séjour des enfants à la campagne et de donner quelquefois aux petits citadins le désir de devenir des cultivateurs. Nous avons collaboré de 1903 à 1914 à l'*Œuvre des colonies scolaires de vacances* de la rue Louvois, qui marqua un perfectionnement notable dans ces institutions.

Le Comité médical de cette œuvre, dont nous avions l'honneur d'être président, procédait à un examen individuel de chaque petit candidat en présence des parents, et faisait parmi les enfants une sélection, envoyant, selon l'état de leur santé, les uns à la campagne, les autres à la montagne, d'autres enfin à la mer. C'était, en somme, l'organisation des colonies climatiques, et pendant les dix années de la collaboration que nous avons donnée à cette œuvre, nous avons pu juger de l'excellence des résultats obtenus.

Aujourd'hui, l'on fait mieux, et nous avons sous les yeux un rapport de notre distingué confrère, le Dr Janot, adressé à M. le Ministre de la Santé publique, au nom de la *Fédération thermale et climatique française*, sur le fonctionnement des camps thermaux. Le terme *camp thermal* est devenu actuellement impropre ; l'appellation *colonie thermale et climatique* doit lui être substituée.

A la demande du Ministre, la Fédération fit organiser, par les soins de l'*Association des camps de vacances*, trois camps dans des stations thermales réputées : Cauterets, Le Mont-Dore et Luchon. Elle procédait à une intéressante expérience, car ces colonies thermales furent installées hâtivement et par des procédés différents. A Cauterets, ce fut un véritable camp, les enfants vivant sous la tente ; au Mont-Dore, furent construits des baraquements dans les cours des écoles de la ville qui abritèrent les enfants ; à Luchon, furent utilisés les bâtiments d'une usine désaffectée, dont l'aménagement fut facile.

Les enfants, envoyés dans ces trois colonies thermales et climatiques, purent à la fois bénéficier de l'air, du soleil, des exercices en plein air, des excursions dans la montagne, mais aussi du traitement hydrominéral.

La triple expérience a parfaitement réussi. Malgré la préparation hâtive, malgré par conséquent quelques imperfections dans le recrutement et la sélection des petits colons, malgré les inconvénients d'une saison exceptionnellement défavorable, les résultats enregistrés furent les meilleurs qu'on pouvait espérer.

Les trois colonies, composées de deux sections séparées (garçons et filles de 7 à 18 ans), ont admirablement fonctionné. Les traitements hydrominéraux ont été scrupuleusement suivis sous la surveillance des médecins de chaque station. Le poids moyen des enfants s'est accru en moins d'un mois de plus d'un kilogramme. Certains enfants ont eu, en 21 jours, une augmentation de 2.500 grammes. Aucune affection, même légère, ne s'est manifestée, pas même à Cauterets où les enfants couchaient sous la tente.

Le Dr Janot conclut que le développement des colonies thermales et climatiques s'impose, mais qu'il n'y a aucun intérêt à les multiplier trop vite, car leur établissement exige un travail minutieux et des dépenses élevées.

Il importe que les régions choisies pour l'installation de ces colonies soient des régions à la fois hydrominérales et climatiques, et que ce choix et la direction technique des colonies soient laissés à la *Fédération thermale et climatique française* ; il conviendrait aussi, pensons-nous, que le *Syndicat des Médecins thermaux et climatiques* s'accordât avec la Fédération pour l'organisation des soins médicaux éventuels à donner aux jeunes colons.

Le baraquement paraît être le mode d'installation de choix, bien que la tente ait donné de bons résultats à Cauterets. Le bâtiment est, soit trop coûteux à édifier, soit d'une rencontre trop rare. *L'Association générale des camps de vacances*, qui a fait ses preuves, a montré dans cette expérience sa grande compétence pour l'installation matérielle des colonies de ce genre. Tout a été prévu dans l'organisation des colonies : salles d'isolement, infirmeries, lavabos, douches, cabinets d'aisance, etc. L'alimentation a été excellente et abondante. La tenue morale, la discipline, les exercices physiques, les divertissements n'ont rien laissé à désirer. Le mérite de ce fonctionnement parfait revient au commandant Fabre et aux collaborateurs de choix dont il a su s'entourer.

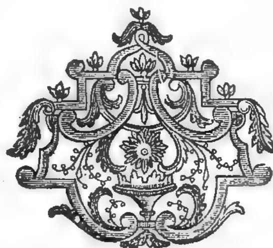
Le recrutement des colons est un des problèmes les plus délicats à résoudre. Au point de vue médical, cela est relativement facile dans les grands centres urbains, mais, ailleurs, il conviendrait, propose le Dr Janot, d'adresser aux médecins des œuvres et des familles qui proposeront des candidats, la liste des stations où les colonies seront installées, avec les indications thérapeutiques très précises de ces stations pour le traitement des enfants.

Nous nous permettrons d'ajouter qu'une sélection d'ordre social devra être très sérieusement opérée. Comme l'organisation de ces colonies est coûteuse, qu'elle exige des subventions élevées et de lourds sacrifices de la part des stations hydrominérales et du corps médical, il importe que les petits colons soient choisis dans des familles qui ne peuvent *absolument* pas faire les frais d'une cure. Il ne faut pas que ces colonies soient envahies, comme de trop nombreuses œuvres d'assistance et de bienfaisance, par des gens aisés, du fait de recommandations politiques, confessionnelles ou autres. L'assistance thermale dont peuvent bénéficier des nécessiteux est évidemment désirable ; mais son extension à la classe aisée constituerait un intolérable abus.

M. le Dr Janot conclut que l'établissement des colonies thermales et climatiques de Cauterets, de Luchon, du Mont-Dore doit être définitif ; qu'il y aurait lieu d'en créer cinq autres à La Bourboule, à Salies-du-Salat, à St-Gervais, à Lamalou ou à Bagnères-de-Bigorre et à Chatelguyon.

Au cours de son rapport, M. le Dr Janot rend un hommage mérité à l'inspiration éclairée et à l'attention constante du Dr Molinéry, de Luchon, qui a été et restera l'ardent apôtre des camps thermaux, du Dr Meillon, de Cauterets, qui en fut, notons-le bien, le premier réalisateur et du secrétaire administratif de la *Fédération thermale et climatique française* qui prit soin du camp du Mont-Dore. Nous joignons nos félicitations et nos encouragements aux promoteurs de cette expérience qui, nous n'en doutons pas, sera féconde et qui complète heureusement l'œuvre sociale si prospère des colonies scolaires de vacances.

J. Noir.



# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES RESPONSABILITÉS DU CHIRURGIEN

Docteur Raphaël MASSART,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

Connaissant aujourd'hui de merveilleux succès opératoires, obtenant couramment des guérisons que nos pères n'auraient jamais espéré réaliser, le chirurgien moderne voit cependant s'alourdir chaque jour, le poids de ses responsabilités.

Victime d'un progrès auquel il contribue par son labeur quotidien, il lui arrive, bien plus souvent qu'autrefois, d'avoir à répondre des décisions qu'il a cru devoir prendre, des interventions qu'il a cru devoir faire. L'opéré mécontent traîne en justice son chirurgien, comme un commerçant malhonnête et il est bien certain qu'en dépit des assurances qui le couvrent, l'opérateur aussi habile, aussi instruit et aussi consciencieux qu'il soit, devra de plus en plus songer aux risques pénaux qu'il encourt, dans l'exercice de son art.

C'est cette question complexe de la responsabilité du chirurgien que je voudrais envisager.

**Depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique, la notion de la responsabilité chirurgicale a été en s'accentuant** ; le malade exige chaque jour davantage du chirurgien qui le soigne ; il suffit, pour s'en rendre compte, de jeter un regard en arrière.

A l'époque lointaine où la chirurgie comportait tant de risques, que la mort était la terminaison de bien des interventions, la guérison apparaissait comme une issue inespérée ; il n'y avait pas de mots assez forts pour exprimer sa reconnaissance à l'homme qui avait sauvé un mari, un fils, une mère.

Le malade allait au chirurgien avec résignation ; son entourage l'y conduisait avec tristesse, pensant à la fin prochaine que seul le miracle de la chirurgie pouvait éloigner.

Quel prestige entourait alors les rares opérateurs dont les malades guérissaient. Ils faisaient figure d'initiés ; l'opération exécutée par eux rendait la vie, alors qu'un trépas rapide était souvent réservé aux opérés de leurs collègues aussi instruits, mais moins heureux.

A cette époque héroïque, en acceptant la décision prise, le malade et sa famille acceptaient tous les risques qu'elle comporte et ils en allégeaient d'autant la responsabilité du chirurgien.

Depuis ce temps passé, la chirurgie est devenue bienfaisante, l'opéré attend plus d'elle, qu'elle ne peut réellement lui donner ; le malade voit autour de lui tant de guérisons, tant d'améliorations, qu'il va à l'opération d'un cœur léger, souvent même sans avoir bien mesuré toute la gravité que comporte un acte chirurgical, quel qu'il soit.

La transformation subie par la chirurgie du fait de l'application des doctrines de Pasteur a eu pour conséquences une expansion considérable de ses méthodes et une généralisation de sa pratique.

Là où autrefois un petit nombre d'hommes étaient les seuls à pratiquer de par le monde cet art merveilleux fait à la fois de la recherche des causes profondes du mal et de l'exécution des intervention sanglantes qui le guérissent, double travail de l'esprit et de la main exigeant à la fois un contrôle du cerveau et des muscles, il est devenu nécessaire que, pour soulager l'humanité souffrante, une nombreuse cohorte répande partout les bienfaits de la chirurgie.

Là où jadis il fallait exiger de l'homme une habileté extraordinaire, pour obtenir une guérison, il suffit maintenant d'une habileté moyenne et ainsi le chirurgien, qui autrefois apparaissait comme une espèce de surhomme n'ayant d'autre juge que sa conscience, se voit aujourd'hui jugé et discuté dans ses actes, comme le sont tous ceux qui, à des titres divers, exercent une profession libérale.

Plus que toute autre cependant, et malgré tous les progrès, la profession du chirurgien en est différente ; en dépit de l'âge, en dépit de la fatigue, en dépit de la maladie, elle nécessite un équilibre physique et cérébral continuel ; il est facile comme le faisait, il y a cent ans lors du procès Thourey Noroy, l'avocat général Dupin, de mettre en parallèle les responsabilités du médecin avec celles du notaire, de l'huissier, de

l'avoué, de l'agent de change, de l'avocat ; mais si l'on veut être juste, il faut reconnaître que la loi doit avoir une indulgence toute particulière pour ceux-là, qui exercent leur art dans des conditions bien spéciales, souvent difficiles, pour ceux-là qui doivent prendre sur-le-champ, avec sang-froid des décisions graves, en sachant que de la rapidité de leur geste peut dépendre la vie ou la mort.

**Le chirurgien ne saurait se soustraire à ses responsabilités**

Sans vouloir mettre le chirurgien en dehors des lois, ainsi que cela fut plusieurs fois plaidé, il est certain, que les jugements devraient plus souvent tenir compte des circonstances toujours dramatiques, dans lesquelles s'exerce la chirurgie.

Je sais bien qu'il n'est pas juridiquement possible de soustraire le médecin à cette responsabilité naturelle qui pèse sur toutes les professions et sur toutes les fonctions publiques ; on aurait beau jeu à nous dire, que quelques examens et une thèse ne suffisent pas comme dans Molière à donner « . . . . . *virtutem et puissanciam taillandi, coupandi, occidenti impune per totam terram* » : mais c'est au nom de ce même esprit de justice et dans l'intérêt général, qu'il est nécessaire de conserver au chirurgien sa liberté de décision, sans qu'il sente peser lourdement sur lui la menace d'une loi, qui ne le vise pas directement.

Les attaques injustes, les procès de plus en plus nombreux, la publicité exagérée qui les entoure sont en train de fausser nos mentalités ; il faut réagir contre cette tendance fâcheuse qui nous obligerait au moment de l'action à nous poser le problème de ce qui est strictement légal et de ce qui ne l'est pas et qui nous forcerait comme l'écrivait J.-L. Faure, « sous l'injuste menace d'une loi plus injuste encore, à nous croiser les bras et à laisser passer la mort ».

La responsabilité du chirurgien commence lorsqu'il voit le malade pour la première fois, elle ne se termine jamais, puisque l'opéré conserve toujours la possibilité d'un recours.

Nous allons l'envisager, successivement dans l'établissement du diagnostic, dans l'indication opératoire, dans l'exécution de l'opération, dans ses suites immédiates et éloignées.

**Le diagnostic et la préparation opératoire**

En vertu du vieil adage qu'il est humain de se tromper, il semble qu'on ne puisse engager la responsabilité civile du chirurgien qui a fait un mauvais diagnostic.

Le secret médical et la nécessité de son respect absolu mettent l'accusé dans l'impossibilité de se défendre. : la difficulté de faire la preuve de signes cliniques essentiellement fugaces ou variables complique encore le débat ; bref, il ne paraît pas, que sur ce seul fait, le chirurgien soit attaquable.

Cependant, l'évolution nouvelle des sciences médicales fait intervenir dans l'établissement du diagnostic des moyens ignorés autrefois.

Si d'un mauvais diagnostic ou d'un diagnostic faux, on a tiré une indication opératoire funeste, on pourra relever le fait de négligence ou d'inobservation des règles de l'art, faire grief d'avoir conclu sans s'être entouré de contrôles suffisants : d'avoir omis de radiographier une fracture, de se renseigner par une réaction biologique.

Pour bien mettre sa responsabilité à couvert, l'établissement du diagnostic doit être fait avec soin ; l'examen trop rapide du cas le plus évident laisse au malade l'impression qu'il n'a pas été examiné et il est certain que si les choses tournent mal, on dira toujours : « il ne l'a même pas regardé ».

Nous ne devrions jamais opérer un malade, sans l'avoir examiné nu ; c'est une pratique qui a ses ennemis, mais qui laisse à l'opéré l'impression d'un examen complet, alors que l'inventaire par morceaux et aussi détaillé qu'il soit, risque de masquer des signes cliniques importants.

C'est au cours de l'examen que se posent les contre-indications opératoires, et c'est justement la méconnaissance de certains de ces facteurs, qui engage gravement la responsabilité du chirurgien.

Le fait de conseiller une intervention à un sujet hémophile, sans avoir étudié son altération sanguine, sans avoir pris les précautions indispensables en pareil cas, constitue une faute dont le poids serait difficile à faire excuser par les juges ; le fait d'ignorer la présence du sucre dans une urine, surtout chez un sujet jeune, le fait d'ignorer le taux de l'urée dans le sang, le fait d'ignorer la valeur de l'autre rein avant de pratiquer une néphrectomie, sont autant de fautes constituant imprudence, inattention, négligence qui tombent sous le coup de la loi.

Chaque fois que la chose est nécessaire et possible, il faut avoir recours à la radiographie pour compléter un examen ; maintes fois, nous avons vu des condamnations prononcées contre des chirurgiens ou des médecins faisant acte de chirurgien, qui avaient cru pouvoir se passer de cet examen complémentaire.

Lors de ce premier contact du malade et du chirurgien, bien des responsabilités peuvent être évitées avec un peu de méthode.

Dans la pratique, c'est au cours de cet examen que le chirurgien dresse déjà son plan, c'est de lui qu'il tirera telle indication plutôt que telle autre, c'est par lui qu'il jugera telle technique préférable ; c'est pour avoir réfléchi avant de se lancer le bistouri à la main qu'il ne sera pas forcé de

prendre une décision importante, alors que le ventre est ouvert, alors que les minutes sont graves ; si de grands maîtres rompus aux techniques opératoires, rompus aux cas difficiles peuvent donner à un auditoire l'impression d'ailleurs souvent fausse de ne réfléchir que le bistouri à la main, il faut dire bien fort, que c'est là une manière de faire qui comporte de graves dangers, qu'elle n'est pas à la portée de tous et qu'on ne saurait la conseiller à la masse de tous ceux qui opèrent.

D'ailleurs le virtuose a souvent longtemps réfléchi à la manœuvre imprévue qui surprend l'assistance et l'improvisation n'est souvent que le fruit d'une longue expérience.

La préparation du malade à l'opération, que MM. Lambret et Sauvé ont longuement étudiée, doit prévoir les conséquences de l'opération, sur l'organisme, évaluer la résistance du malade en dressant son bilan fonctionnel, connaître les ressources dont nous disposons pour porter cette résistance au maximum.

**La sérothérapie antitétanique** chez les blessés, question si brûlante d'actualité se rattache à ce chapitre et je ne voudrais pas la passer sous silence, à propos de la responsabilité du chirurgien, puisqu'elle a dernièrement motivé un procès en dommages-intérêts.

L'*Académie de médecine*, consultée, s'est abstenue fort justement de répondre à la question qui lui était posée d'une façon un peu trop formelle : *dans quel cas un médecin est-il* TENU *de faire une injection antitétanique* ? Le rapporteur, a eu le soin de borner son rôle à formuler des conseils, montrant les immenses avantages de la sérothérapie antitétanique et il faut rendre hommage au Professeur Gosset, qui a proclamé que la liberté du médecin dans le domaine thérapeutique devait rester entière et ne relever que de sa conscience.

En étudiant le malade avec soin avant l'opération, on réduit dans une large part l'aléa que comporte toute intervention et on diminue dans d'importantes proportions les risques de sa responsabilité.

### L'indication opératoire

Elle découle souvent toute naturelle de l'examen du malade et de la lésion qui a été découverte. Il est des cas où l'indication se pose formelle : l'appendicite aiguë, la hernie étranglée, la grossesse extra-utérine rompue en sont des types fréquents.

Le chirurgien engage sa responsabilité dans des cas où les indications apparaissent avec moins de netteté, soit que les avis se partagent sur l'opportunité de l'intervention, soit que les risques à courir semblent disproportionnés avec les troubles présentés, soit qu'il s'agisse d'une intervention relativement nouvelle et que les résultats connus soient encore peu nombreux.

Dans ces cas particulièrement difficiles et quelle que soit la situation du chirurgien, sa responsabilité sera très atténuée, s'il a pris l'avis d'un de ses collègues, d'un de ses maîtres ou d'un de ses confrères. L'intervention d'un consultant, quel qu'il soit, oblige à présenter le problème, à en faire le tour, à l'étudier à nouveau et le travail imposé à l'esprit n'aura pas été vain, même si le consultant n'apporte aucune idée ni aucune suggestion nouvelles.

Les indications opératoires nées des exigences du malade et dont un avocat, lors d'un procès fameux, avait voulu tirer un argument puissant, ne doivent être prises en considération que si les arguments fournis par le malade lui-même ont quelque valeur.

Il est certain que le client qui vous supplie de l'opérer en vous disant : « si vous ne m'opérez pas, je me tue », — relève plus du psychiatre que du chirurgien. Mais si le même malade vous persuade que la boiterie disgracieuse dont il souffre ou que l'aspect hideux d'un nez déformé sont pour lui des causes d'infériorité sociale, que l'oreille arrachée et mal cicatrisée excite de la répulsion ou des quolibets à l'atelier ou à l'usine ; alors, à n'en pas douter, le chirurgien doit trouver là une raison importante pour intervenir. Nul n'a songé à discuter l'opportunité de la chirurgie maxillo-faciale qui a permis aux grands mutilés de la guerre de retrouver figure humaine ; pourquoi devrions-nous, dans la paix, refuser aux mutilés du hasard, du travail, ou du temps les bénéfices de la chirurgie réparatrice.

Les indications de la chirurgie ne sont plus ce qu'elles étaient en 1832, le champ s'est singulièrement élargi, il s'élargit chaque jour davantage.

Nous ne lisons pas sans étonnement dans des revues qui n'ont pas plus de 40 ans, les objections et les critiques qu'on adressait à Lucas-Championnière, lorsqu'il proposait de traiter les hernieux par la cure radicale, et cependant, quelques-uns de ses contradicteurs et de ses adversaires résolus ont pu vivre assez vieux, pour assister au triomphe universel de cette méthode,

On ne saurait assez insister sur ces points qu'actuellement le grand public ignore ; pour lui, la pratique de la chirurgie est chose facile, il la compare volontiers à la réparation des automobiles, où l'on restaure ce qui est encore bon, où l'on remplace les pièces usées.

C'est cette ignorance qui est à la base de ce qu'il y a de mauvais dans les lois sociales, où tout apparaît simple, résolu d'avance, où les malades sont tous semblables, où les indications sont toujours formelles, où le doute et l'hésitation n'ont pas leur part, puisque la science chirurgicale a atteint un tel degré de perfection.

Si le grand public, si les magistrats compre-

◆◆

naient que l'assurance et la certitude sont surtout le fait de l'ignorance ; que les plus savants, que les meilleurs de nos maîtres réfléchissent et pèsent toutes leurs décisions, ils se rendraient mieux compte des difficultés auxquelles nous devons chaque jour faire face.

On ignore trop ce qui se passe dans le cerveau du chirurgien, quand il a quitté son malade, on ignore les préoccupations qui souvent viennent hanter ses nuits et on ne se rend pas compte que l'homme amusant avec lequel on a dîné, que le sceptique dont la conversation vous a plu, que le compagnon de route rencontré au hasard d'un voyage, masquent souvent des esprits lourds de soucis.

C'est tout ce côté de la profession qui reste ignoré de beaucoup de ceux qui nous jugent avec sévérité et qui croient nos préoccupations légères, parce que passagères, nos soucis limités à la porte de la chambre que nous quittons.

Il est certain que l'opportunité de nos interventions, la justesse de l'indication opératoire participent pour une large part à ce travail de l'esprit qui, s'il n'est pas concrétisé par des actes écrits, par des formules aisément vérifiables, n'en existe pas moins et mérite d'être connu de tous ceux-là qui sont quelquefois pour nous sans indulgence.

Si étonnant que cela puisse paraître, le chirurgien qui pose des indications opératoires justement réfléchies n'est pas à l'abri du jugement des mauvais confrères.

Il est curieux de voir que, dans beaucoup de procès où l'indication opératoire est discutée, il y a eu une phrase malheureuse échappée par hasard, ou dite sciemment, qui a suggéré à un malade mécontent, un recours en justice.

La déontologie élémentaire devrait *interdire à tout médecin d'aller voir en cachette un malade* qu'un de ses confrères traite, et, cependant, nombreux sont les exemples où même de grands maîtres ont failli à ce code de la déontologie ; peut-être qu'en réfléchissant bien j'en trouverais des exemples personnels.

Le confrère qui agit ainsi en cachette, ne se rend pas suffisamment compte que même sa discrétion et son silence seront mal interprétés ; s'il ne porte pas aux nues, le chirurgien traitant (et il n'a aucune raison de le faire puisqu'il ne le connaît souvent pas, qu'il n'a pas voulu se rencontrer avec lui, qu'il se rend inexactement compte de ce qui s'est passé et de ce qui a été fait), on verra toujours, dans son attitude neutre, le signe d'une désapprobation.

Certes, la médisance médicale n'est pas chose nouvelle ; Montaigne lui-même s'en étonne : « *combien de fois, dit-il, nous advient-il de voir des médecins imputant les uns aux autres la mort de leurs patients.* »

N'y aurait-il pas cependant de la part de nos groupements amicaux, de la part de nos syndicats, une belle campagne à entreprendre pour exiger de leurs membres un engagement d'honneur à cet effet et faire disparaître cet élément pernicieux qu'on trouve à la base de tant de procès en responsabilité civile.

*Pessima invidia medicorum.*

### L'acte chirurgical

Les responsabilités qu'encourt le chirurgien quand il opère sont infinies et s'il lui fallait les mesurer, au moment où le bistouri pénètre dans la chair sanglante, nous aurions tous depuis longtemps renoncé à notre art.

C'est qu'au cours de l'acte opératoire, la responsabilité civile du chirurgien va se trouver engagée pour des faits dont il n'est pas le maître, en dehors de l'opération en elle-même, il lui faudra envisager l'anesthésie, le matériel de suture, le matériel opératoire, le matériel de pansement, les aides.

**L'anesthésie** constitue à n'en pas douter un des gros risques de l'opération et j'admire les chirurgiens qui confient à la première infirmière venue, une responsabilité dont ils seront seuls à supporter le poids.

Je sais bien que les appareils modernes permettent de doser les anesthésiques et qu'il faut être peu attentif pour avoir des accidents en donnant l'éther avec les appareils actuels ; néanmoins un malade qui dort mal est un souci pour le chirurgien, il lui faut détourner son attention de l'opération pour exercer une surveillance et je crois que le fait de recourir à un anesthésiste, docteur en médecine responsable, décharge d'un grand souci.

L'anesthésiste professionnel utilise, suivant l'indication dont il est juge ou suivant les suggestions du chirurgien, telle substance qu'il croit préférable ; les chances d'insuccès se réduisent au minimum, les suites opératoires sont plus simples, les malades dorment mieux. On est étonné du petit nombre d'ennuis qu'ont eus au cours de leur carrière les quelques anesthésistes professionnels dont la pratique est grande si on les compare au nombre d'anesthésies comportant des accidents graves ou même mortels qu'on observe, dans tous les services où l'anesthésiste est occasionnel.

Les progrès faits depuis vingt ans en matière d'anesthésie rachidienne, d'anesthésie rectale, peuvent nous laisser espérer que ce risque tant redouté ira encore en diminuant et finira par disparaître.

Il faut savoir gré aux physiologistes qui étudient cette question complexe ; ils travaillent à notre profit et sont les bons ouvriers de la chirurgie future où les opérations les plus longues ne feront plus courir au malade aucun risque, du fait de l'anesthésie.

**Le matériel** est encore, j'en suis persuadé, ce qu'il y a de plus imparfait dans la chirurgie actuelle La responsabilité du chirurgien le plus soigneux et le plus propre est sous la dépendance d'un catgut sale, ou d'une suture dont la stérilisation est insuffisante.

Je ne veux pas parler ici de cas particulièrement graves où des catguts auraient été les vecteurs de spores tétaniques ; c'est une preuve trop difficile à faire ; mais je crois que si j'avais la certitude morale que pareil fait se serait produit chez un de mes opérés, je préférerais à tout jamais ne plus employer ce matériel de suture.

Les contrôles les plus sévères, les inspections les plus rigoureuses devraient périodiquement montrer au chirurgien que les produits utilisés par lui sont absolument aseptiques et qu'il ne suffit pas d'une étiquette, pour affirmer qu'un matériel dont la préparation première se fait aux abattoirs n'est plus porteur d'aucune spore, ni d'aucun microbe ; les fabricants devraient d'eux-mêmes réclamer ce contrôle.

Nous avons tous observé des suppurations inexpliquées où le catgut était en cause ; ceux qui comme moi ne l'emploient plus, les ont vu disparaître complètement.

La responsabilité du chirurgien s'étend à son matériel, à ses instruments, à ses compresses, à ses champs. C'est une bonne mesure que de toujours vérifier la présence des tubes témoins, la fermeture des boîtes et de procéder de temps à autre à l'examen de l'eau de stérilisation.

Le chirurgien doit pouvoir facilement contrôler la manière dont est préparé tout le matériel qu'il emploie, puisque c'est lui qui portera la responsabilité civile d'une suppuration prolongée ou d'une infection grave, s'il est prouvé que les règles de l'antisepsie n'ont pas été respectées.

Des procès en dommages-intérêts ont été engagés contre des chirurgiens, parce que du matériel dont ils ne voulaient pas et qu'une administration hospitalière leur imposait avait été la cause d'infections ; il semble que, dans des cas semblables, l'administration engage fortement sa responsabilité, en ne soumettant pas le matériel incriminé à un contrôle bilatéral, avant de l'imposer.

**Le chirurgien est responsable de ses aides**, du moment qu'il peut leur donner des ordres et même s'il ne les a pas choisis (c'est le cas de la plupart des internes nommés au concours) ; en diminuant leur nombre, on diminue sa responsabilité, et le jour où l'outillage sera assez perfectionné, pour qu'on puisse opérer seul, la sécurité de l'acte chirurgical en sera augmentée. La plupart des chirurgiens actuels opèrent avec un petit nombre d'aides et cet usage, de plus en plus répandu, contraste avec la nuée des élèves qui participaient à l'acte opératoire, aux premiers temps de la chirurgie contemporaine.

Le rôle de l'aide doit être aussi réduit que possible ; éponger le sang, tenir des pinces, présenter le matériel de suture. C'est une mauvaise habitude que de laisser des ligatures à l'aide ; des hématomes inexpliqués, des hémorragies post-opératoires ont parfois pour cause un fil mal lié

*C'est dans l'exécution de l'opération elle-même que le chirurgien prend son maximum de responsabilité.* La tension d'esprit, qu'exige une intervention importante, si entraîné qu'on y soit, est certainement ce qui étonne le plus tous ceux qui voient opérer pour la première fois.

Le chirurgien doit tout voir ; le moindre geste de l'aide ne doit pas lui échapper, et tandis que ses mains travaillent, sa pensée va de l'avant : elle devine les difficultés nouvelles, elle résoud les problèmes que pose à chaque instant la lésion. Le contrôle du ciseau ou du bistouri, le contrôle de tous les gestes faits devraient rendre toute faute impossible.

Pourtant, c'est le moment où selon son importance, l'acte opératoire se complique d'hémorragies graves, c'est le moment où des adhérences risquent d'entraîner une rupture intestinale mortelle, c'est le moment où des poches purulentes en se crevant peuvent tout inonder de leur contenu septique, si le chirurgien vigilant n'a pas protégé, avec grand soin, son champ opératoire.

Il faut avoir vu manier avec hâte les compresses et les pinces, il faut les avoir maniées soi-même avec sang-froid et rapidité quand un gros vaisseau vient à s'ouvrir, il faut les avoir vu disparaître au fond d'une énorme poche où le sang vient bouillonner à flots, risquant de vider en quelques secondes les artères et les veines de l'opéré, pour comprendre que la seule pensée du chirurgien, c'est d'arrêter l'inondation, de conduire l'intervention avec diligence, et de remettre l'opéré dans son lit pour le ranimer, le réchauffer, le rendre à la vie.

Quelquefois, après de tels drames, alors que le chirurgien fier d'avoir été le plus fort pense avec satisfaction à la résurrection qui est son œuvre, il lui faut rendre compte en justice de l'inattention d'une seconde et d'un geste machinal qu'il n'a pas contrôlé : **je veux parler de l'oubli d'une compresse dans le ventre.**

Par une ironie cruelle, c'est la malade qui, pendant quelques instants, a été moribonde entre ses mains, qui va venir déposer contre celui qui, par son sang-froid et sa présence d'esprit, l'a arrachée au tombeau ; c'est celui auquel elle doit de vivre, que des juges mal informés vont condamner au civil pour négligence, maladresse, inattention, et au pénal exactement comme s'il s'agissait d'une affaire de coups et blessures.

Je vous en conjure, experts, mes confrères, vous qui, dans votre grand esprit de justice, pesez toujours avec exactitude les fautes commises, vous qui êtes nombreux à ne pas pratiquer la

chirurgie, vous qui voyez dans une intervention une série de temps bien réglés, faciles à illustrer par l'image, pensez toujours qu'il est des opérations où la vie est menacée immédiatement par une hémorragie ou par une complication subite : le fait de l'avoir conservée comporte bien des excuses.

Qui vous dit que ce n'est pas justement grâce à cette compresse laissée en place que l'hémorragie s'est arrêtée, et qui vous prouve que le fait de l'enlever de l'endroit où elle était efficace n'aurait pas été la cause d'une hémorragie nouvelle, mortelle cette fois-ci !

Quel chirurgien peut être assez sûr de lui-même pour dire que pareil oubli ne lui arrivera pas ! J'ai connu des chirurgiens éminents, qui comptaient les compresses (on ne peut prendre plus grandes précautions) et je me souviens du désarroi qui se produisit un jour, à la fin d'une opération où une compresse manquait ; je revois encore le chirurgien rouvrant le péritoine déjà suturé et pratiquant la visite minutieuse de la cavité abdominale où on ne trouvait rien ; la stupeur était générale..... lorsqu'on découvrit enfin la manquante, bien cachée sous la chaussure d'un médecin assistant. C'est vous dire que le mieux peut être l'ennemi du bien et que demain, ce soir peut-être, le plus adroit, le plus habile est à la merci d'un oubli qu'excusent toujours les circonstances, quand on se donne la peine d'aller au fond du débat.

Mon vénéré maître, Jean-Louis Faure, a écrit sur ce sujet de remarquables articles ; quand un homme de son mérite et de sa valeur prend la plume pour venir soutenir une cause qu'il croit juste et dit que l'abandon d'une compresse dans la cavité abdominale n'est pas une faute, que souvent c'est à ce prix que la malade a eu la vie sauve, il faut le croire, il faut se ranger à l'avis de celui qui, dans sa longue et belle carrière de chirurgien, a connu les angoisses des responsabilités graves et sait faire la différence entre les fautes opératoires et les incidents malheureux sans conséquences vitales.

**Les fautes de technique peuvent engager la responsabilité du chirurgien.**

Suivant les écoles, suivant les maîtres que l'on a suivis, les manières de faire des chirurgiens diffèrent ; ce serait une erreur de croire qu'il y a un dogme et qu'en dehors de ce dogme, il y a erreur ou faute.

C'est parfois la tendance qu'ont les avocats à voir une faute de technique là où il n'y a que divergence d'idées et il serait dangereux que pareille tendance à mal interpréter les faits s'étende aux experts, surtout lorsque les experts vivent en dehors des malades et prennent fatalement l'habitude de voir plus en juges qu'en médecins.

Il suffit de lire une discussion un peu passionnée dans une société scientifique pour se rendre compte que deux méthodes absolument contraires d'apparence ont d'aussi ardents défenseurs et *qu'il n'y a pas qu'une vérité* : les uns croient préférable de fermer le péritoine après l'ablation d'un appendice en crise aiguë, les autres laissent l'abdomen grand ouvert ; chez les uns le Mickulicz sauve de la mort, chez les autres, c'est une pratique d'un autre âge ; j'en citerais des exemples à l'infini, montrant que quoi qu'il fasse, le chirurgien pourra toujours trouver un contradicteur de bonne foi, qui jugera sa manière de faire discutable.

Réservons, pour nos réunions médicales, nos appréciations documentées, ne mêlons pas le client, sa famille, son entourage à des questions où tout est en nuances difficiles à sentir et n'allons pas par un mot maladroit jeter la suspicion sur un confrère qui a fait de son mieux :

*Hodie mihi, cras tibi.*

**L'Éducation du chirurgien.**

J'en arrive, à propos des responsabilités que prend le chirurgien pendant l'opération, à un point qui n'est pas sans importance : c'est celui de son *éducation chirurgicale.*

Il est certain que depuis la guerre, la carrière chirurgicale a tenté bien des vocations et que le nombre des docteurs en médecine qui font de la chirurgie s'est énormément accru.

L'enseignement de la chirurgie a été mis à la portée de tous : par la guerre qui a donné le goût de la chirurgie à beaucoup de médecins qui y ont montré de l'adresse, par des livres mieux faits largement illustrés, donnant par leurs dessins nombreux, mais sans relief et sans profondeur, une apparence de facilité, par des cours de technique où, en quelques semaines, on apprend les principales opérations.

Les milieux officiels se sont demandé s'il ne serait pas nécessaire, pour celui qui opère et prend des responsabilités graves, d'avoir reçu au préalable en dehors des facultés, une éducation spéciale ; la question d'un diplôme de chirurgie a été soulevée à l'Académie ; elle n'y a pas reçu de solution pratique, ce qui ne saurait nous étonner ; il s'agit là cependant d'une question qui intéresse tous les chirurgiens, puisque c'est de sa solution que dépendra la considération qui s'attachera à notre spécialité.

Le fait d'avoir passé une thèse et quelques examens donne légalement tous les droits : sans en avoir jamais fait ni vu faire, un docteur frais émoulu peut essayer d'enlever une tumeur cérébrale, de faire les anastomoses les plus difficiles, d'enlever rate, utérus, ovaires, prostate et d'appliquer, en toute liberté, les thérapeutiques chirurgicales les plus osées.

Ce point faible de l'exercice de notre profession n'échappe pas au magistrat, et c'est un argu-

ment puissant, pour montrer qu'il est nécessaire de laisser à la justice le contrôle de l'exercice d'une profession aussi dangereuse.

Nous aurions tout intérêt à confier à nos groupements professionnels, l'étude d'une question qui, avec l'application de nos lois sociales, devra un jour ou l'autre recevoir sa solution ; il serait simple de régler en dehors des Universités et des Académies, *l'importante question de l'apprentissage de la chirurgie.*

Cet apprentissage dangereux n'a d'autre contrôle que la conscience de celui qui l'exerce ; aucun examen probatoire n'a préparé le nouveau docteur à son exercice périlleux ; il lui a suffi d'un peu d'habileté manuelle, de quelques livres, de beaucoup d'audace, pour se placer de lui-même parmi les chirurgiens spécialisés.

Ce certificat de maîtrise que donnaient les années passées auprès de maîtres éminents et sans lequel, avant la guerre, bien peu d'entre nous auraient songé à exercer la chirurgie, il semble qu'il y aurait lieu de lui donner une existence légale, pour éviter de voir prendre des responsabilités importantes à ceux qui sont mal préparés à ce rôle.

L'application des lois sociales va nécessiter une définition plus nette du spécialiste et je crois que c'est l'intérêt du corps chirurgical tout entier d'exercer, à l'entrée, un contrôle sur tous ses membres.

Ce Collège des Chirurgiens que réalise incomplètement notre Association française de chirurgie, il y aurait bien peu à faire pour lui donner une existence légale et pour créer, à côté des syndicats, en dehors des sociétés savantes, en dehors des corps officiels déjà existants, la réunion des maîtres chirurgiens, où nul ne serait admis *sans avoir justifié de plusieurs années d'apprentissage réel dans un service public ou privé, où l'on pratique la chirurgie.*

Ce n'est pas un parchemin de plus qu'il faut réclamer, on sait ce que valent les diplômes largement décernés à tous ceux qui ont versé les quelques centaines de francs des cours de perfectionnement ; ce qu'il faut exiger, c'est que le fait de se dire chirurgien spécialisé soit pour le client une garantie, que cela corresponde à des stages spéciaux réellement accomplis, à un apprentissage de durée suffisante, *car il y a dans l'exercice de la chirurgie toute une partie manuelle qu'on ne saurait méconnaître.*

Si nous reprenons la comparaison de l'avocat général Dupin, étudiant les diverses responsabilités professionnelles avec celle du médecin, nous sommes obligés de reconnaître que les diplômes donnés à la Faculté de droit ne dispensent aucunement des années passées comme clerc dans une étude ; pourquoi faudrait-il que la chirurgie, la profession la plus dangereuse de toutes, puisse s'exercer sans l'accomplissement d'un stage spécial et que le premier venu, sans autre frein que celui qu'ont imposé les lois, puisse tailler à tort et à travers dans la chair d'autrui ?

Le jour où le fait de se dire chirurgien spécialisé correspondra à une garantie réelle, je suis sûr que nous verrons moins souvent la justice et son impressionnant appareil nous demander des comptes.

Je sais bien que cette conception ne sera pas du goût de tout le monde et qu'elle risque de soulever des protestations véhémentes, du point de vue technique aussi bien que du corporatif. Mais, s'il y a quelque chose à faire, à ce propos, et personne n'en disconvient, j'offre une mesure qui vaut ce qu'elle vaut, mais qui a au moins le mérite d'être exprimée explicitement. Ce qui ne ferme d'ailleurs pas la porte aux discussions et aux contre-propositions relatives à la sauvegarde des opérés par le recrutement sélectionné des opérateurs.

**Les suites opératoires**

C'est encore le chirurgien qui est responsable des fautes relevées après l'intervention, au cours des journées passées à la clinique, à l'hôpital ou à la maison de santé ; presque toujours cependant ce sont des auxiliaires non docteurs qui dispensent ces soins ; c'est en dehors de sa présence que les prescriptions sont exécutées, les pansements faits, les traitements appliqués.

A moins de posséder, comme dans quelques services, des aides qui sont d'autres chirurgiens, des assistants qui sont déjà des compétences, le chirurgien doit avoir le contrôle de tout et ne pas se reposer entièrement sur une infirmière pour les soins post-opératoires.

C'est en ne faisant pas soi-même les pansements qu'on est stupéfait de découvrir des brûlures, une gangrène, un sphacèle dont on ne soupçonnait même pas l'existence ; on donne en agissant ainsi une arme trop facile à la critique et c'est une phrase qui revient dans bien des procès, « le chirurgien ne l'a pas revu après l'opération ».

Le cas du chirurgien qui va opérer au loin est très différent ; il a presque toujours pour collaborateur un médecin local qui l'assiste dans ses opérations ; c'est le médecin qui, le chirurgien parti, va se substituer à lui et prendre la responsabilité de la période post-opératoire.

Au cours de cette collaboration, il n'est pas mauvais et pour se mettre à l'abri de toute atteinte, de rédiger une consultation où tous les soins principaux sont clairement indiqués ; en particulier, tout ce qui concerne la reprise de l'alimentation, le lever, la durée de la convalescence et la reprise du travail.

Au cours des jours qui suivent l'intervention, bien des complications peuvent survenir, le chirurgien n'en est pas toujours responsable.

On peut voir les sutures lâcher amenant des éventrations, des hémorragies, des péritonites. Dans la plupart des cas, ces complications surviennent la nuit et il faut relever, à la décharge du chirurgien, le fait du malade.

L'état mental, l'agitation pathologique, les délires qu'occasionne la fièvre sont les causes fréquentes des pansements arrachés, des drains enlevés, des sutures rompues.

Ce sont des cas qu'il faut savoir prévoir, et il est bien certain que, si toutes les précautions ont été prises, le chirurgien ne peut être rendu responsable de fautes qui ne sont pas de son fait.

Le chirurgien ne saurait être rendu responsable de certaines complications infectieuses qui suivent l'opération, si toutes les précautions habituelles d'asepsie ont été prises ; les suppurations prolongées, les phlébites, les embolies sont le fait du malade ; elles constituent justement les aléas de l'opération, il faut avoir su les envisager avant d'intervenir. S'il est inutile d'effrayer le malade, en lui énumérant avant de l'opérer tous les risques qu'il peut courir, il faut avoir su discuter avec la famille et avec le médecin, le risque des complications, les probabilités de guérison ; il ne faut pas avoir peur de montrer l'importante responsabilité que l'on assume et surtout ne pas parler de l'acte chirurgical à la légère. *Tromper sur l'évolution, faire des promesses impossibles à tenir, c'est aller fatalement au devant d'un mécontentement.*

Pour certaines interventions, la question de la cicatrice est très importante. On a tant dit au public, surtout dans les journaux, les revues, les périodiques, que les immenses progrès de la chirurgie permettaient d'opérer avec des cicatrices invisibles que quantité de mondains naïfs le croient ; quelques chirurgiens se plaisent en paroles à entretenir cette illusion et bien des malades sont stupéfaits, quand on leur dit qu'une cicatrice est toujours visible si elle ne se trouve pas masquée, soit par un vêtement, soit par des poils, soit par un autre organe ou un repli cutané qui s'applique dessus ou se confond avec elle. Il y a là un point très important à préciser à notre époque où les académies largement exposées ne veulent subir aucune injure et où le souvenir du grand service rendu, par une intervention importante, s'efface bien vite, s'il en persiste la marque trop apparente, sur la chair suturée.

C'est là le danger de **l'opération faite dans un but esthétique,** le chirurgien doit promettre de faire mieux : il ne s'agit plus ni de calmer des phénomènes douloureux, ni de rendre possible l'usage difficile d'un membre, ni de supprimer une tumeur ou une saillie osseuse, graisseuse, ou fibreuse ; mais il faut promettre de faire plus joli que ce qui est.

C'est la promesse faite qui crée le malentendu, entre le malade et le chirurgien ; bien souvent le conflit ne porte que sur les honoraires, mais il est certain que si les possibilités d'accidents ou de catastrophes n'ont pas été envisagées, que si l'on n'a pas fait état des risques et périls qui, comme le dit J.-L. Faure, font que toute opération est chose sérieuse et parfois chose grave, la question ne se bornera plus à une simple question d'honoraires, mais à d'importants dommages-intérêts.

L'opéré doit être éclairé exactement sur son cas ; à mon avis et quoi qu'en disent certains juristes, chacun est libre de sa peau, chacun peut la faire épiler, trouer, tatouer, masser, tailler et rogner à sa guise, s'il est exactement instruit des risques qu'il court et de la responsabilité qu'il prend. Ce qu'il ne faut pas, c'est faire intervenir de vaines promesses. Le mensonge qui leurre le cancéreux en lui faisant entrevoir après l'opération, une guérison complète alors qu'il ne s'agit souvent que d'un soulagement momentané est un mensonge humanitaire ; en chirurgie esthétique, il s'agit d'un contrat bilatéral où chacun doit tenir la promesse faite.

Il est évident que cette chirurgie nouvelle va bouleverser nos habitudes et peut-être faudrait-il, au lieu de batailler sur son opportunité, essayer entre juristes et médecins d'une collaboration qui en fixe le statut. Chaque jour, se posent des points de droit nouveaux ; l'un d'eux fut dernièrement soulevé par une opérée, fort réussie d'ailleurs, qui s'était confiée au chirurgien sans autorisation maritale.

La responsabilité de l'opérateur en chirurgie esthétique doit être séparée de celle du chirurgien qui opère des sujets malades, dans un but thérapeutique. Il n'y aurait rien que de très naturel si le chirurgien faisait signer à son malade avant une opération esthétique, l'engagement pour lui et ses proches de ne rien réclamer, quelle que soit l'issue de l'opération. C'est ce qui arrive en Amérique, où la liberté de l'exercice de la médecine est absolue et où la responsabilité médicale rentre dans le droit commun.

Mon ami Dartigues, dans une importante étude parue dans la *Vie médicale* montre que « ... ce papier contractuel, s'il n'a pas toujours de valeur vis-à-vis de celui qui juge, prouve néanmoins que le chirurgien a implicitement, sans trop appuyer pour ne pas effrayer cependant celui qui doit se livrer à ses mains, expliqué ce qu'il compte faire avec un aléa ou un imprévisible possible. Le seul fait de la part du chirurgien de demander un mot écrit d'autorisation indique au patient ou à ses répondants qu'il s'agit d'une chose sérieuse malgré tout, et que ce chirurgien ne peut répondre de tout comme s'il était une divinité ayant la certitude d'une entière puissance ».

Mon confrère Claoué propose avant l'opéra-

tion, une formule qu'il prie le futur opéré de signer et dont nous détachons ce passage :

« ..... Dans l'entretien que vous m'avez accordé, vous m'avez bien prévenu et cela pour mettre à couvert votre responsabilité, que des risques divers opératoires et post-opératoires, quoique rares, sont toujours possibles, comme dans toutes les opérations même les plus légères et qu'aussi les résultats esthétiques obtenus peuvent ne pas être toujours aussi satisfaisants qu'on l'eût désiré et qu'on ne peut rien garantir...... »

Cette même question a fait l'objet au dernier Congrès de médecine légale d'un rapport de MM. Donnedieu de Vabres, Duvoir et Desoille. Les rapporteurs ont montré qu'en cas d'insuccès ou complications, les procès en dommages-intérêts sont fréquents et qu'on les éviterait en faisant contracter aux malades, par la maison de santé, avant l'opération, une assurance couvrant les risques et les insuccès ; cette assurance ne supprimerait d'ailleurs pas l'action pénale en cas de faute lourde.

Ces différents moyens qui, certainement seront de plus en plus utilisés par les chirurgiens pour mettre leur responsabilité à couvert ont tous ceci de commun, c'est de montrer que les patients ont réfléchi à la grande décision qu'ils venaient de prendre et qu'ils ont mesuré tous les risques que comportait leur résolution.

A côté des problèmes posés par le résultat des opérations esthétiques, il faut parler de ceux qui sont journellement posés par les résultats de la réparation des fractures.

La consolidation osseuse régulière n'est pas seulement le fait de la bonne réduction des fragments osseux déplacés, quantité d'autres facteurs interviennent ; cependant, si la réparation fonctionnelle et anatomique d'une fracture n'est pas parfaite, on en fait souvent grief au chirurgien.

La radiographie joue là, dans la plupart des cas un rôle trompeur, car il est bien des fractures dont le cal est irrégulier, volumineux au moins dans les premiers mois et qui sont parfaites au point de vue fonctionnel. Ce besoin de perfection a conduit à faire des ostéosynthèses, parfaites anatomiquement ; leur abus a été vite reconnu, leur gravité entre des mains qui n'y sont pas très exercées a été cause de désastres et là comme ailleurs, le chirurgien doit proportionner le risque à faire courir, au mal qu'il désire corriger. J'ai déjà étudié ici-même, l'an passé, cette question complexe (1), je me bornerai à rappeler qu'en cas de mauvaise réduction, l'absence de contrôle radiographique est souvent un grief retenu par le tribunal.

(1) *Concours médical*, n° 6 *bis*, 1931.

Sauf le cas d'impossibilité absolue, toute fracture doit être radiographiée ; au cas où le médecin traitant se heurte à une opposition du blessé et de son entourage, il fera bien de prendre acte de ce refus.

Le rejet d'un examen radiographique peut venir du blessé, il ne doit jamais venir du médecin. Une tendance se manifeste pour contrôler sous écran les réductions, c'est un progrès qui, peu à peu arrivera à s'imposer et on aura beau arguer que Malgaigne réduisait les fractures sans ces complications nouvelles, il est bien certain que le dernier mot restera à la méthode qui laisse derrière elle le moins d'aléas.

La responsabilité du chirurgien n'est pas une, elle se modifie avec la perfection des techniques, avec le progrès des sciences, elle varie suivant les conditions dans lesquelles l'acte chirurgical est pratiqué, suivant qu'il revêt ou non un caractère d'urgence.

*Il faut enfin tenir compte dans l'étude des responsabilités des conditions matérielles où s'exerce la chirurgie.* Ce point très important que Brouardel n'avait pas manqué de soulever à propos du médecin, établit que si la justice doit être égale pour tous, ce serait commettre une injustice que de juger avec la même sévérité, le spécialiste bien outillé des grandes villes, exerçant dans des cliniques largement pourvues, et le praticien qui doit tout pouvoir faire dans des milieux hospitaliers souvent pauvres, avec des moyens de fortune et des aides insuffisants. Par contre, le chirurgien devra savoir limiter l'importance de ses actes à l'instrumentation dont il dispose, à l'organisation technique qui l'entoure, pour qu'il ne lui soit pas fait grief d'avoir négligé de prendre des précautions indispensables au succès, alors qu'il était dans l'impossibilité matérielle de les prendre ; c'est le cas d'un opérateur qui voudrait faire des hystérectomies sans plan incliné, ni valve abdominale.

La chirurgie n'est plus un domaine mystérieux où nul étranger ne pénétrait ; de plus en plus, nous voyons les moins qualifiés discuter avec des données précises sur ce qui a été fait et nous opposer des arguments qui, parfois même, ne manquent pas de justesse. A toutes ces attaques, il faut pouvoir répondre, en montrant que c'est toujours l'intérêt du malade qui a été votre seul guide, dans la décision prise.

La discussion des résultats obtenus, les appréciations désobligeantes sur ce qui a été fait, correspondent la plupart du temps à *cette phase de la période post-opératoire où il commence à être question des honoraires.* Il paraît impossible de séparer cette question de celle de la responsabilité chirurgicale, car elles sont trop souvent liées l'une à l'autre.

Les soins chirurgicaux sont longs, les pansements, les visites forment vite un chiffre impo-

sant dont le blessé et son entourage ne se rendent pas exactement compte.

C'est souvent celui qui jour et nuit était pendu à votre téléphone pour réclamer votre présence, celui pour lequel vous deviez quitter d'urgence consultations et clientèle, qui, au jour du règlement discutera les soins donnés et même la manière dont ils ont été donnés ; il essaiera de ce chantage facile et si répandu qui consiste à faire jouer la responsabilité médicale.

Vis-à-vis de ces clients, pour être capable au jour voulu de dégager facilement votre responsabilité et pour éviter la perte de temps qu'entraînent toujours des démêlés en justice, il est une précaution à prendre : c'est de correspondre avec eux souvent, de garder les lettres qu'ils vous écrivent, de réduire au minimum les entretiens téléphoniques dont il ne reste pas trace, de toujours se couvrir de l'autorité d'un ou de plusieurs consultants, en un mot de constituer déjà le dossier dont vous pourrez avoir besoin un jour.

Il y a aussi à la base de bien des conflits, de la part du client, une conception fausse des possibilités de la chirurgie ; le chirurgien leur apparaît comme un ouvrier manuel de qualité un peu spéciale, qui suivant l'importance du prix versé fait une réparation plus ou moins complète. L'affreuse mentalité du monsieur qui ne parle qu'auto se retrouve à tout propos, dans la manière dont on conçoit l'exercice de notre art.

Cette conception aussi fausse que grotesque ne tient aucun compte de l'état du sujet, de ses réactions individuelles, de ses maladies antérieures, de sa résistance, de la manière dont il se laisse soigner, bref de tout ce qui sépare un individu vivant et pensant d'un objet inanimé.

Nous-même nous ne combattrons jamais assez cette conception mécanique de notre art et nous ne proclamerons jamais assez que l'action du chirurgien devant le mal est infime, à côté de celui de la « *Natura Medicatrix* » qui cicatrise, répare et guérit.

Notre rôle se borne à aider l'action de la nature en mettant au repos des organes fatigués, des tissus irrités ; en facilitant des cicatrisations par rapprochement et en les rendant plus rapides, par le contact intime des tissus, en levant des obstacles qui créent des conditions mauvaises à l'exercice de fonctions, mais en tout cela et même lorsque nous faisons de larges exérèses, nous ne faisons qu'essayer de produire des réactions physiologiques nouvelles, nous n'en avons ni la direction ni le contrôle.

Le jour où cette manière de comprendre la chirurgie aura pénétré la masse qui oppose sans cesse la médecine à la chirurgie, l'opération n'apparaîtra plus que comme un moyen thérapeutique, au même titre que les produits chimiques, les radiations, les sérums, dont l'action, si efficace qu'elle soit, est toujours limitée.

L'art de guérir est un art complexe, reposant sur des données physiologiques chaque jour plus précises, où la chirurgie tient une place importante puisqu'elle permet une action vigoureuse sur les lésions elles-mêmes, mais qui ne saurait être exclusive et supprimer le rôle bienfaiteur du médecin. De plus en plus nous assistons à ces collaborations fécondes entre spécialistes, chirurgiens et médecins autour d'une même maladie ; c'est la tendance évolutive de la médecine de demain où nous verrons disparaître le chirurgien qui ne prend avis que de lui seul, le médecin isolé, le spécialiste qui vit dans son coin. Dans les plus petites villes, une collaboration s'exercera, elle s'exerce déjà dans bien des cantons où l'entente règne entre le médecin qui fait les anesthésies, le médecin qui fait des radiographies ; le pharmacien qui fait des examens de laboratoire, le chirurgien et les divers spécialistes. Cette entente est heureuse pour le malade, pour l'ensemble du Corps médical qui, mutuellement soutenu, aidé, appuyé, voit ses responsabilités partagées, diminuées, et agréablement supportées en commun.

On aura toujours la faiblesse de critiquer la décision d'un seul si grand soit-il, on sera beaucoup plus respectueux de la résolution prise en commun.

C'est là qu'est la vraie solution de la difficile question de la responsabilité ; c'est l'entente et la collaboration qui rendront plus facile et plus agréable l'exercice de la chirurgie, en permettant le libre développement des idées nouvelles, indispensable à l'évolution et au progrès des sciences médicales et de la chirurgie en particulier.

# LES URTICAIRES ET LEUR TRAITEMENT

Par

R.-J. WEISSENBACH et Georges BASCH,

Médecin-Chef de service Assistant

à l'Hôpital Broca.

Les urticaires sont des éruptions caractérisées par des éléments particuliers auxquels on donne le nom soit de papules, soit de plaques urticariennes ou ortiées, du fait de leur ressemblance avec la lésion produite par la piqûre de l'ortie. Le terme de pomphi, qui servait à les désigner autrefois, tombé en désuétude, mériterait d'être repris, comme l'a fait remarquer Sézary. Le prurit qui précède et accompagne l'éruption est un élément essentiel des urticaires.

Cette définition a trait plus spécialement à l'*urticaire commune ou dermique*, congestion œdémateuse aiguë paroxystique du derme. En réalité, on doit rapprocher de l'urticaire commune et décrire, dans le même chapitre, des éruptions qui s'en distinguent objectivement, mais sont de même nature, comme l'*œdème de Quincke* et le *strophulus infantile.*

Les urticaires sont devenues, par la démonstration qu'on a pu faire du mécanisme de certaines d'entre elles, un des meilleurs exemples des dermatoses extériorisant sur la peau des pertubations organiques générales. L'intérêt de leur étude s'est, en effet, renouvelé, quand Richet a montré qu'elles étaient un des plus fidèles témoins des manifestations anaphylactiques, quand la diffusion de la sérothérapie entraîna l'apparition des réactions sériques, dont elles sont un signe capital, et quand Widal et ses élèves découvrirent à leur base les mêmes perturbations humorales que dans l'asthme.

Les urticaires ne s'apparentent pas seulement, en effet, à l'œdème de Quincke et au strophulus, mais à toute une série d'affections qui en sont de *véritables équivalents*, et dont l'étude prend place dans d'autres chapitres de la pathologie, comme l'avait déjà constaté l'observation clinique séculaire, sans en découvrir, comme nous aujourd'hui, les raisons. Ce sont l'asthme, appelé même parfois urticaire des bronches, le coryza spasmodique, la migraine, etc... et dans le cadre de la dermatologie certains prurits, certains eczémas, certains érythèmes.

Par contre, certaines dermatoses rapprochées des urticaires de parleur aspect objectif s'en séparent par leur nature : tels sont l'urticaire pigmentaire (maladie de Nettleship) et l'urticaire factice ou dermographisme.

(1) La bibliographie concernant les urticaires est très considérable, surtout celle de ces vingt dernières années. Nous ne saurions en faire mention ici, mais nous tenons à citer les deux importants ouvrages suivants : 1° Ed. JOLTRAIN : Les urticaires. Collection des Actualités de médecine pratique. Directeur : Docteur R.-J. Weissenbach. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1930 ; 2° PASTEUR-VALLERY-RADOT et ROUQUÈS: Les phénomènes de choc dans l'urticaire. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1930. Ces deux ouvrages comportent une bibliographie très complète.

## I. — Description clinique

### I. Forme commune

L'*élément éruptif* ou *papule urticarienne* est une efflorescence saillante, bien circonscrite, de coloration différente de la peau saine voisine, tantôt plus colorée, rouge ou mieux rose claire, tantôt d'un blanc opalin parfois entouré d'une auréole rose. Elle est arrondie, ovalaire ou polycyclique. Ses dimensions sont habituellement nummulaires, mais variant de celles d'une lentille à celle d'un placard plus ou moins étendu. Elle est ferme et velouté au toucher, donnant au doigt, qui la rencontre en quittant la peau saine, une impression rappelant celle du velours frappé.

L'*éruption* se compose d'un nombre très variable d'éléments : parfois quelques-uns, parfois très nombreux. Elle apparaît subitement, s'étend puis s'éteint en quelques minutes ou en quelques heures, récidivant par poussées successives au cours de la même journée. La saillie s'affaisse, la peau reprend sa teinte normale, et il ne reste aucune trace de l'éruption sauf si le grattage a produit des excoriations.

L'éruption s'accompagne toujours de prurit. En réalité, même, celui-ci la précède. Il s'agit de sensation de brûlures, de fourmillements, de démangeaisons en général très vives, qui provoquent invinciblement le grattage. Il est au maximum au moment de l'apparition et de l'extension de la papule, il s'étend à un territoire plus grand que l'éruption. Il s'atténue quand l'éruption est complète, présentant d'ailleurs des reprises de durée variable.

Dans les régions siège de l'éruption, une irritation quelconque : frottement, grattage, le froid, la chaleur, provoque très souvent l'apparition d'éléments nouveaux. C'est l'*urticaire provoquée,* qu'il ne faut pas confondre avec l'*urticaire factice ou dermographisme.*

Le siège des éléments est des plus variables.

On peut en observer partout. Suivant les régions, ils affectent des caractères un peu différents. Dans les régions à tissu cellulaire lâche l'œdème est volumineux, le prurit moindre. Dans les régions à tissu cellulaire et à derme denses : cuir chevelu, paumes des mains, plantes des pieds, l'élément éruptif est peu visible mais le prurit intense. L'éruption peut être localisée, régionale ou généralisée. Elle atteint de préférence le tronc et les membres. Les muqueuses peuvent être envahies notamment la bouche, le pharynx, le larynx : on constate de la rougeur et de l'œdème. Celui-ci peut entraîner des troubles fonctionnels graves.

L'éruption d'urticaire peut ne s'accompagner d'aucun symptôme général. Souvent, on observe certains troubles conséquence directe de l'éruption comme l'insomnie liée au prurit. Parfois, au contraire, il existe un véritable ensemble morbide qu'on observe surtout dans les poussées intenses ou dans certaines formes étiologiques, dont l'urticaire de la maladie sérique peut représenter le type : ce sont la fièvre (fièvre ortiée) qui peut être élevée, mais éphémère, la courbature, les arthralgies, les myalgies, des troubles digestifs.

L'évolution est variable. Tantôt l'éruption a une très courte durée, quelques heures, un jour au plus. Tantôt l'évolution s'étale sur 3 ou 4 jours, une semaine même : dans ce cas, l'éruption procède par poussées, se renouvelant toutes les 24 heures, parfois plus souvent, sans aucun ordre ou suivant un certain rythme, commandé par les repas, un exercice, le déshabillage ou le coucher.

L'attaque d'urticaire peut être unique, ou se renouveler chez le même sujet à très longs intervalles. Telles sont les *formes aiguës*, dites encore *accidentelles*.

On réserve le nom de *formes chroniques ou récidivantes* à celles qui se caractérisent par la répétition, pendant de longues périodes, semaines ou mois, de poussées récidivantes ou qui se répètent fréquemment, même si chaque poussée n'a qu'une durée de quelques jours.

## II. Formes cliniques

### 1° Formes cliniques d'après les seules variations de l'aspect morphologique des éléments.

Elles ont peu d'importance, leur évolution étant celle de la forme commune, que nous venons de décrire. On a distingué des variétés maculeuse, annulaire, discoïde, gyratée, circinée, linéaire, porcellanique, etc...

Il n'en est pas de même des formes suivantes, qui présentent certaines particularités morphologiques et évolutives importantes.

### 2° Urticaire hémorragique ou purpurique Urticaire pigmentée.

Le centre des éléments prend assez rapidement une teinte violacée qui ne disparaît pas par la pression du doigt. Cette coloration est due à la diapédèse massive des globules rouges ou plus souvent à la rupture des capillaires. Il s'agit d'un véritable purpura secondaire, si bien que des nuances seules séparent cette forme du *purpura urticans* des classiques. Quand la papule s'affaisse, il persiste une coloration violacée qui vire au brun puis au jaune persistant assez longtemps de 5 à 8 ou 10 jours rarement plus, conséquence soit de la transformation locale des pigments sanguins, soit d'une surproduction de pigment par les cellules basales de l'épiderme irritée par l'épanchement sanguin. C'est l'*urticaire pigmentée* qu'il ne faut pas confondre avec l'affection de nature toute différente, appelée à tort *urticaire pigmentaire*, sur laquelle nous reviendrons. Certaines ecchymoses conjonctivales récidivantes sont une manifestation de cette variété d'urticaire. L'urticaire hémorragique s'observe parfois comme une simple variété de l'urticaire commune dont la poussée congestive fut particulièrement intense. D'ordinaire, elle s'observe comme épiphénomène au cours de certaines maladies de l'appareil hémopoïétique ou chez des sujets présentant de la fragilité des capillaires ou une tendance hémorragipare que mettent souvent en évidence les épreuves biologiques habituelles révélatrices de ces états hémorragipares.

### 3° Œdème ou Maladie de Quincke.

*Synonymes* : Œdème angioneurotique. Œdème aigu circonscrit. Urticaire géante. Urticaire œdémateuse.

L'affection est caractérisée par la brusque apparition d'infiltrations œdémateuses généralement assez bien limitées, de consistance et de couleurs variant suivant les régions, en général forme sans dureté, de coloration rosée ou blanche au centre et rose à la périphérie. Elles ont parfois le volume d'une noisette, plus souvent d'une noix ou d'une mandarine, exceptionnellement l'enflure est si étendue qu'elle peut simuler les œdèmes rénaux. Elles sont le siège, surtout immédiatement avant ou au moment de leur apparition, de sensation de tension, de fourmillement, de brûlure ou de prurit.

L'œdème se produit en un point quelconque des téguments, mais la face, les lèvres, les paupières, les organes génitaux sont leur siège d'élection. Les déformations de la face sont telles que les sujets sont méconnaissables. L'œdème peut envahir les muqueuses buccale, pharyngée ou laryngée entraînant des troubles fonctionnels graves et même dans ce dernier cas, la mort par asphyxie.

Dans quelques cas rares, l'œdème de Quincke prend un aspect phlegmoneux qui peut en imposer pour une affection chirurgicale.

C'est à l'œdème de Quincke qu'il faut rattacher un certain nombre de faits d'hydarthrose intermittente et des cas d'œdèmes aberrants. La crise d'œdème de Quincke débute brusquement, à un moment variable suivant sa cause déterminante, assez souvent la nuit, parfois sans prodromes, parfois précédée et accompagnée de malaise général, de courbature et même de fièvre. L'œdème croît rapidement, puis se résorbe, plus ou moins rapidement en quelques heures ou en un ou deux jours presque sans laisser de traces : la peau est un peu flétrie, ridée et desquame légèrement. Les poussées peuvent se reproduire à court intervalle constituant une attaque, ou au contraire ne réapparaître qu'à de longs intervalles. Abandonnée à elle-même et souvent même malgré les traitements, l'affection se prolonge pendant des années, associée ou alternant avec l'urticaire commune. Elle finit par disparaître. Parfois, elle alterne avec l'asthme, la migraine, d'autres manifestations de même ordre ou est remplacée par elles.

#### 4° Strophulus infantile.

*Synonymes* : Urticaire papuleuse. Urticaire papulo-vésiculeuse. Feux de dents. Prurigo simplex aigu de Brocq.

L'éruption débute parfois brusquement, mais le plus souvent après une période de 24 ou 48 heures de malaise général. Elle est faite d'éléments qui ont, pendant les premières heures, tout à fait l'aspect de l'urticaire commune, néanmoins en tendant la peau ou en utilisant le vitro-compresseur, on peut apercevoir dès cette période, au centre, la lésion caractéristique sous forme d'une petite tache jaunâtre qui est, en outre, nettement infiltrée et indurée au toucher. Au bout de 6 à 12 heures, l'élément urticarien s'efface et la séropapule caractéristique du strophulus apparaît. C'est une élevure du volume d'une forte tête d'épingle, de forme lenticulaire, de couleur rouge ou rosée, de consistance dure, au centre de laquelle on voit avec ou même sans le vitro-compresseur un point jaunâtre représentant la vésicule centrale ou la croûtelle qui lui a succédé. La séropapule persiste de 8 à 15 jours ; elle s'efface progressivement, la croûtelle qui la surmonte restant visible jusqu'à la fin. Lorsqu'elle a été arrachée par le grattage, elle est remplacée par une croûtelle sanglante. Elle laisse une petite cicatrice parfois pigmentée de durée éphémère. On rencontre parfois des papules plus petites durant de 5 à 6 jours ou de plus volumineuses. Dans certains cas, la vésicule est plus volumineuse, s'étend à tout l'élément pouvant simuler la varicelle. A côté de ces éléments spéciaux, on rencontre souvent des éléments urticariens purs, ce qui, déjà, montre bien la parenté du strophulus et de l'urticaire commune. Le grattage les fait naître facilement. Ils ont l'évolution éphémère habituelle de l'urticaire.

L'éruption de strophulus siège au début de préférence sur le tronc, sur les membres supérieurs, puis sur les cuisses, les jambes, le cou, la face. La paume des mains et la plante des pieds sont souvent mais non toujours respectées. Quand elles sont atteintes, l'éruption y prend le caractère vésiculeux avec vésicules lenticulaires tendues et dures extrêmement prurigineuses, pouvant être confondues avec les lésions de la gale. L'éruption se fait par poussées successives se reproduisant tous les jours, ou tous les deux ou trois jours, chaque poussée constituée par cinq ou six et le plus souvent une vingtaine d'éléments. On observe donc d'ordinaire sur l'enfant des éléments d'âge différent. Le prurit est, en général intense, avec période d'exacerbation et d'atténuation.

Certains enfants se grattent furieusement excoriant les lésions, mais d'ordinaire, on n'observe ni eczématisation, ni lichénification, ni même infection secondaire.

L'évolution s'étend sur une période variable de trois semaines à trois mois avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Les récidives sont fréquentes. On observe le strophulus surtout dans la première enfance. En général, vers l'âge de trois ans, il disparaît ou est remplacé par l'urticaire commune. On peut l'observer néanmoins pendant la seconde enfance, et même avec un peu plus de fréquence entre 15 et 25 ans.

#### 5° Urticaire bulleuse.

L'affection se caractérise par un soulèvement épidermique et la formation d'une bulle qui se développe sur une papule ou une plaque urticarienne typique. Parfois l'évolution de la papule est si brève que la bulle semble s'être formée sans l'intermédiaire de celle-ci. Les bulles se dessèchent ou se rompent formant des croûtes laissant des taches érythémateuses longtemps persistantes. L'urticaire bulleuse est très difficile à distinguer de certains pemphigus et de la maladie de Dühring, avec lesquels elle a été confondue à tort. Quoique rare, son existence est indiscutable comme le montre dans certains cas l'alternance avec l'urticaire commune. En règle, d'ailleurs, l'évolution bulleuse ne se fait que sur un certain nombre des papules urticariennes et non sur la totalité.

## II. — Diagnostic

Le diagnostic différentiel de l'urticaire commune est facile par les caractères de l'éruption. Le diagnostic présentera parfois quelques difficultés entre certaines formes cliniques et certaines affections qu'il suffira de signaler ici.

On ne confondra pas le strophulus avec les piqûres d'insectes, les éruptions sudorales ou médicamenteuses, la gale, l'eczéma aigu, la varicelle lorsque les vésicules sont fortement développées.

On ne confondra pas l'œdème de Quincke avec les œdèmes mécaniques ou inflammatoires.

Le diagnostic de l'urticaire purpurique d'avec le purpura urticans est, en réalité, un diagnostic étiologique. Celui des urticaires bulleuses d'avec les pemphigus et de la maladie de Dühring ne se fera parfois qu'après un examen très attentif de l'éruption et surtout après en avoir observé l'évolution. Pour certains auteurs, on ne constate pas dans l'exsudat de l'urticaire bulleuse les éosinophiles habituellement si nombreux dans les lésions précédentes. La valeur de ce signe n'est peut-être pas absolue.

Deux affections méritent par contre d'être étudiées plus en détail ici : le dermographisme et l'urticaire pigmentaire ou maladie de Nettleship.

### 1° Dermographisme

On donne le nom de dermographisme à un état caractérisé par l'aptitude que présente la peau de certains sujets, à réagir à l'excitation mécanique tel que le frottement avec une pointe mousse, par la formation d'une papule urticarienne ou élevure ortiée non prurigineuse. Cette aptitude particulière est permanente ou du moins, lorsqu'elle est apparue, elle persiste très longtemps. Elle est indépendante de toute poussée urticarienne proprement dite. Seul l'aspect de la lésion lui a fait donner le nom d'urticaire factice qu'il est préférable d'abandonner.

La confusion dont le dermographisme est l'objet avec l'urticaire, provient de ce fait que chez certains urticariens, on peut, au moment des poussées, faire apparaître sur la peau par friction avec un corps mousse les lésions urticariennes. Mais celles-ci présentent alors tous les caractères de l'urticaire y compris la cuisson et le prurit ; d'autre part, elles ne se produisent pas dans tous les points irrités et dépassent le territoire des surfaces irritées. A ce type d'urticaire on réserve, comme nous l'avons vu, le nom d'urticaire provoquée.

Dans les cas de dermographisme, aussitôt après le passage du corps mousse sur la peau apparaît une raie blanche, puis une saillie de follicules pileux donnant l'aspect de chair de poule. Vers la trentième seconde, apparaît une bande rouge de 1 à 2 centimètres de large entourée de deux bandes blanches. Vers la fin de la deuxième minute, les follicules pileux prennent l'aspect d'élevures blanches d'abord isolées dont le diamètre s'élargit jusqu'à les confondre toutes vers la cinquième minute dans une saillie continue faisant une relief de 4 à 5 millimètres, ferme et chaude au toucher. Cet aspect persiste de 15 à 20 minutes pour s'atténuer peu à peu et disparaître. On l'a vu durer plusieurs heures. Le prurit est absent. D'autres excitations peuvent provoquer le dermographisme, mais l'action mécanique est la plus efficace. Il l'observe surtout sur le dos et la poitrine, la racine des membres, mais il peut siéger partout même sur la muqueuse buccale. C'est un trouble permanent, plus marqué néanmoins en certaines saisons, au moment des règles chez la femme. Il diminue ou cesse complètement pendant les 24 heures qui suivent un accès chez les épileptiques.

On l'observe chez les épileptiques, les pithiatiques, les aliénés (20 % des cas), dans la démence précoce (53 % des cas), la catatonie (100 % des cas), l'idiotie (31 % des cas). On l'observe aussi chez les intoxiqués, les saturnins, les alcooliques, les intoxiqués par les essences. Mais il ne faut pas oublier qu'on l'observe très fréquemment chez des sujets indemnes de toutes ces tares, mais à système nerveux instable, le plus souvent, et chez qui l'étude du tonus neurovégétatif montre l'existence de perturbations plus ou moins importantes. Pasteur-Vallery-Radot a fait voir que son apparition n'est jamais précédée, ni accompagnée de crise hémoclasique, qu'elle n'est pas empêchée par l'emploi de méthodes antianaphylactiques ou anticlasiques. Si le dermographisme n'est pas influencé par les injections dermiques d'atropine ou de pilocarpine, par contre, les injections d'eau salée et d'adrénaline, la compression du bras arrêtant les circulation s artérielle et veineuse, en empêche l'apparition. Pasteur-Vallery-Radot conclut de cet ensemble de faits que le dermographisme est un trouble vaso-moteur d'origine sympathique, indépendant de l'anaphylaxie et de la colloïdoclasie, nécessitant un excitant mécanique et une circulation régionale normale. Sur la nature et les causes premières de ce trouble vaso-moteur on en est réduit à des hypothèses incertaines.

### 2° Urticaire pigmentaire ou maladie de Nettleship

L'urticaire pigmentaire est une affection complètement différente de l'urticaire au triple point de vue clinique, anatomique et pathogénique. Le terme qui la désigne est doublement mauvais, puisqu'il évoque l'idée d'une forme clinique d'urticaire et qu'il permet la confusion avec l'urticaire pigmentée, celle-ci variété authentique d'urticaire. Tout autre terme serait préférable, spécialement celui de *Maladie de Nettleship*, du nom de l'auteur qui l'a, le premier, fait connaître en 1869, dans un travail intitulé « urticaire chronique laissant des taches brunes et durant depuis deux ans ». Le nom d'*urticaria pigmentosa* ou d'urticaire pigmentaire lui a été donné par Sangster en 1878.

L'affection est caractérisée cliniquement soit par des taches (type Cavafy), soit par des élevu-

res peu saillantes (type xanthelasmoïde-Tilbury-Fox), soit par l'association de ces deux éléments (type Raymond). Les dimensions sont variables, de deux ou trois millimètres à un ou deux centimètres, rarement plus. La forme est arrondie ou plus souvent allongée, ovalaire. La coloration est brune ou bistre variant du café au lait clair au brun foncé. Les éléments saillants ont, en général, une teinte virant un peu vers le rouge. La pression ne fait pas disparaître la coloration brune. Leur nombre est très variable : de 30 à 40 dans les cas discrets, une centaine souvent, innombrable dans les cas intenses d'ailleurs exceptionnels. Leur siège est surtout le tronc et les membres, mais parfois aussi la tête et les extrémités.

Le caractère essentiel de la maladie de Nettleship *et qui l'a fait rapprocher de l'urticaire*, consiste dans l'aptitude qu'ont les taches et les élevures de se tuméfier, de se gonfler et de prendre franchement l'aspect urticarien sous l'influence d'une friction énergique exercée par le doigt ou un corps mousse pendant une demi à une ou deux minutes. La tuméfaction ne dépasse pas ou pas sensiblement l'aire des taches et ne se produit pas sur la peau saine loin des taches. Elle s'accompagne d'une rougeur plus ou moins accentuée qui modifie la couleur de l'élément. C'est cet aspect qui a valu à l'affection le nom d'urticaire pigmentaire. L'état urticarien est toujours plus facile à provoquer sur les élevures que sur les macules proprement dites. En même temps que se développe l'aspect urticarien le prurit apparaît souvent très intense et par le grattage qu'il provoque devient la cause de nouvelles poussées. Le prurit manque rarement quand on a provoqué l'apparition de la papule, mais il fait défaut en dehors de la production de celle-ci. Le froid, la chaleur surtout (été), les cris, les pleurs chez l'enfant, peuvent en dehors du frottement provoquer l'état urticarien ; parfois même des causes minimes si bien que les poussées semblent spontanées. L'apparition de vésicules ou de bulles est exceptionnelle, mais a été signalée, associée, comme dans le cas de Gougerot et Lotte, à des lésions lichénoïdes palmo-plantaires qui se tuméfiaient sous l'influence du frottement.

L'affection sans être fréquente est moins rare qu'on ne le dit. On l'observe surtout chez les enfants (début dans les trois premiers mois), mais aussi plus tard et même aussi chez les adultes (Darier).

Elle serait un peu plus fréquente dans le sexe masculin. Elle est parfois familiale.

Chez l'enfant, l'affection débute en général, sans être précédée de troubles de la santé, par une éruption d'une vingtaine à une trentaine d'éléments rappelant l'urticaire commune. Puis au bout de quelques heures ou plus souvent quelques jours, les élevures diminuent peu à peu, leur coloration rouge pâlit et finit par laisser une tache brune légèrement saillante ou maculeuse qui persistera très longtemps, des mois ou des années, ce qui différencie cliniquement ces taches de celles de l'urticaire pigmentée qui ne persistent que quelques jours, deux semaines au plus. Dans la grande majorité des cas des poussées successives se succèdent pendant plusieurs mois. Vers l'âge d'un an, la maladie est constituée avec ses éléments particuliers dont nous avons décrit ci-dessus les caractères. Pendant plusieurs années, elle ne montre aucune tendance à la régression.

C'est pendant cette période que se produisent les poussées congestives des éléments maculeux, accompagnées de prurit. Puis, peu à peu, les poussées s'espacent, le prurit disparaît, les taches infiltrées s'assouplissent, la coloration diminue peu à peu, il devient impossible de provoquer en ces points par le frottement la turgescence caractéristique qu'on détermine encore sur des lésions en voie de régression moins avancée et enfin toute trace de l'éruption disparaît. Toute cette évolution s'échelonne sur un grand nombre d'années, cinq ou six, parfois dix. Il n'y a aucun retentissement apparent ou important sur la croissance et l'état général si on excepte quelques troubles du sommeil ou de l'appétit directement en rapport avec le prurit pendant les poussées. Mais parfois l'affection persiste indéfiniment. Dans ce cas, en particulier, elle est parfois torpide et on peut en méconnaître la nature si on ne songe pas à rechercher la turgescence provoquée des éléments.

Lorsque l'affection fait son apparition dans l'adolescence ou à l'âge adulte, elle suit une marche moins régulière ; sa symptomatologie est souvent fruste ; le prurit fait plus fréquemment défaut. L'*examen histologique* montre un épiderme normal, sauf dans les cas exceptionnels où s'y retrouvent quelques mastocytes ou dans l'éventualité très rare de bulles. Les cellules basales contiennent une grande quantité de pigment qui ne donne pas la réaction de l'hémosidérine et qui se retrouvent parfois au niveau des couches cellulaires immédatement sus-jacentes. Ce pigment est de la mélanine. Il est irrégulièrement réparti. Dans le derme se trouve la lésion caratéristique constituée par un infiltrat cellulaire qui affecte un aspect variable ; il peut atteindre l'épiderme ou laisser un espace libre ; il est plus dense près des vaisseaux, des poils, des glandes sébacées ou sudoripares. Il est constitué avant tout par des mastocytes (mastzellen), ce qui est caractéristique de l'affection, et aussi par quelques cellules conjonctives fixes, des plasmocytes, des lymphocytes et des cellules pigmentaires diversement groupées. Les mastocytes sont fusiformes, ovalaires ou cubiques et polyédriques au centre de l'infiltrat où ils sont tassés. Souvent, ils perdent leur noyau. Dans des cas exceptionnels, on a noté que les mastocytes

étaient à peine plus nombreux que dans la peau normale sans qu'on en puisse faire un caractère distinctif entre les formes de l'enfant et de l'adulte. Peut-être s'agissait-il d'éléments en voie de disparition.

L'*étiologie* et la *pathogénie* de l'affection sont inconnues. Certains rapprochent celle-ci des nævi D'autres invoquent sans argument probant le rôle de différents troubles organiques. Jeanselme et Touraine constatant qu'il existe parfois dans le sang, une réaction soit lymphoïde, soit myéloïde, parfois une polyadénopathie et de la splénomégalie seraient tentés de rattacher l'affection aux pseudo-leucémies, les amas de mastocytes observés dans le derme indiquant une reviviscence hématopoïétique locale. C'est aussi l'opinion de Cailliau qui a pu observer, dans un cas étudié avec Hudelo, la réalité d'une hématopoïèse cutanée réticulo-endothéliale. D'après un cas personnel, nous adopterions volontiers une opinion analogue en rangeant la maladie de Nettleship dans le groupe des hématodermies et plus spécialement dans le sous-groupe des réactions du tissu réticulo-endothélial ou hystiocytaire. Mas il s'agit là d'hypothèses qui demandent à être appuyées sur un plus grand nombre d'observations.

## III. — Anatomie pathologique

La lésion histologique est faite avant tout de l'œdème du corps papillaire pouvant s'étendre suivant les formes cliniques à l'épiderme ou à l'hypoderme. Cet œdème est la conséquence d'une exsudation séreuse à travers les capillaires cutanés elle-même commandée par un trouble fonctionnel des capillaires. On comprend ainsi que les constatations histologiques soient variables et contingentes : au début, œdème seul, sans autre lésion ; un peu plus tard, quelques infiltrats discrets de lymphocytes et de polynucléaires émigrés par diapédèse. Török n'a jamais rencontré d'éosinophiles.

L'éosinophilie sanguine est, de même normale ou très peu augmentée: au maximum 3 % des leucocytes pour Bezançon et Moreau ; sur trente urticariens en crise Pasteur-Vallery-Radot a trouvé dans huit cas seulement un taux égal ou supérieur à 4 %.

Török et Vos ont étudié la teneur en albumine de l'œdème urticarien. Ils ont trouvé dans un cas d'urticaire bulleuse les chiffres élevés de 2 gr. 67 et 3 gr. 07 % (contre 0,05 à 1,5 chiffres trouvés ordinairement dans les transsudats).

## IV. — Etiologie

Les différentes formes cliniques des urticaires dépendent des causes les plus diverses par la mise en jeu de mécanismes complexes sur lesquels nous reviendrons. La découverte de la cause est capitale dans la pratique. Elle donne la possibilité de s'attaquer à celle-ci et d'ailleurs efficacement dans un très grand nombre de cas. Nous énumérons donc ici les diverses causes des urticaires en les groupant selon une classification essentiellement pragmatique. C'est l'ordre même suivant lequel on doit procéder dans la pratique quotidienne pour éviter tout oubli. Les éléments essentiels de cette enquête sont fournis par l'interrogatoire et l'examen clinique du malade. Les examens de laboratoire, différents dans chaque cas, n'ont le plus souvent pour objet que de compléter ceux-ci.

### 1° Urticaires par action locale directe, d'origine externe.

C'est la véritable urticaire accidentelle qu'on peut observer chez tous les sujets sans exception.

L'éruption causée par la piqûre des poils d'ortie en est l'exemple parfait. Léruption ne se produit qu'au point de contact de l'agent nocif avec la peau. Elle ne persiste que quelques minutes ou quelques heures au plus. Si l'éruption se généralise ou persiste, on peut suspecter l'existence d'une sensibilisation générale.

Bien d'autres agents que l'ortie peuvent la provoquer : diverses plantes comme la rue, certains bois, les piqûres d'insectes, de moustiques, de puces, de punaises, les poils des chenilles processionnaires, les méduses, plus rarement les fourrures, soit naturelles, soit teintes par la phénylène diamine, l'arsol. Devraient encore prendre place ici certains produits chimiques, et parmi eux certains produits médicamenteux, appliqués directement sur les téguments, que nous allons retrouver.

### 2° Urticaires médicamenteuses : agents chimiques, produits organiques, sérums.

Très nombreux sont les médicaments, et d'une façon générale, tous les produits chimiques ou organiques qui sont susceptibles de provoquer l'urticaire, qu'ils soient administrés par voie externe, ou par les diverses voies internes, et cela tant chez des sujets non prédisposés en apparence que chez des sujets nettement prédisposés. Nous citerons à titre d'exemple parmi les premiers : l'arnica, la térébenthine, le baume du Pérou, etc., et parmi les seconds : l'antipyrine, la quinine, les iodures, les bromures, l'opium et ses dérivés la jusquiame, les asénobenzènes, le chloral, le véronal, les balsamiques, la santonine, l'ipéca, l'insuline, etc...

Les accidents consécutifs à l'emploi des sérums animaux utilisés en thérapeutique (1), par voie

(1) R.-J. Weissenbach et Gilbert-Dreyfus. — Les accidents sériques. Prophylaxie. Traitement. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1927.

parentérale surtout, ont l'urticaire parmi leurs symptômes cardinaux qu'il s'agisse des accidents précoces généraux ou locaux comme des accidents accélérés ou tardifs réalisant ce qu'on appelle plus spécialement la « maladie du sérum ». Les sérums animaux absorbés par voie buccale dont il est fait un véritable abus actuellement et trop souvent un emploi illégitime, peuvent provoquer et, en fait, provoquent souvent, l'urticaire ou d'autres éruptions comme nous avons déjà eu l'occasion de le signaler dans diverses publications. C'est une cause qui échappera facilement si on ne l'a pas présente à l'esprit, en interrogeant le patient. Le sérum humain, le sang humain, par voie parentérale, dans la transfusion par exemple, peut provoquer l'urticaire mais avec une fréquence incomparablement moindre.

### 3° Urticaires alimentaires.

Les aliments et les boissons constituent le troisième groupe d'agents capables de provoquer l'urticaire, chez les sujets qui y sont sensibles. Parmi ceux qui semblent le plus souvent en cause, citons : les fraises, les coquillages, surtout les moules, les crustacés, certains poissons de mer, les gibiers, certaines charcuteries, les conserves, les œufs, certains fromages, certains vins, le chocolat, le café, le thé, etc... Mais tous peuvent être en cause et nombreuses sont les observations où la preuve a été faite de l'action soit du lait, soit du pain, soit des farines.

### 4° Urticaires parasitaires d'origine interne.

La plus caractéristique est l'urticaire symptomatique du développement des kystes hydatiques du foie ou d'autres organes. Il faut mentionner ensuite les vers intestinaux. Plus rarement, les autres parasites, les protozoaires (paludisme), les bactéries : l'existence d'urticaire d'origine infectieuse, microbienne, semble indiscutable quoique rare. Le staphylocoque serait le plus souvent en cause pour Milian. L'urticaire secondaire aux injections de vaccins microbiens rentrerait dans cette catégorie. La substance nocive peut être une protéine provenant directement du parasite, comme cela a été démontré pour l'échinocoque, mais elle peut être aussi, comme le pense Joltrain, pour les infections avec suppuration, une des substances complexes de désintégration des tissus et des leucocytes des foyers inflammatoires.

### 5° Urticaires par agents physiques.

L'action du froid est capable de provoquer l'urticaire, véritable urticaire *a frigore* en dehors de l'urticaire qui accompagne certains cas d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*. Il en est de même de l'action de différentes radiations : soleil, ultraviolets, rayons X. Joltrain a rapporté même des cas d'urticaire à la suite de perturbations atmosphériques, comme les orages, dans lesquels l'émotion ne semblait pas pouvoir être incriminée.

### 6° Urticaires par fatigue et effort.

Certains cas d'urticaire sont nettement sous la dépendance de la fatigue musculaire et de l'effort. Pour n'être pas fréquents, ces faits sont néanmoins d'un grand intérêt car ils ont permis de bien étudier les perturbations humorales qui précèdent ou accompagnent l'éruption cutanée, car de même que les cas d'urticaire par le froid, ils sont susceptibles d'être provoqués dans des conditions parfaitement déterminées, véritablement expérimentales.

### 7° Urticaire par choc émotif.

Il en existe des exemples typiques comme le cas rapporté par Joltrain d'une jeune femme, qui au cours des bombardements de Nancy pendant la guerre 1914-1918, présentait une urticaire apparaissant de 15 à 30 minutes après le début de ceux-ci et la frayeur qu'elle en éprouvait. Nous n'insistons pas sur les troubles permanents neurotoniques et endocriniens habituellement présentés par ces sujets et dont on conçoit comme nous le verrons l'importance.

### 8° Urticaire, symptôme accessoire au cours de diverses affections, dont les symptômes propres sont au premier plan.

Nous groupons ici les cas dans lesquels l'urticaire apparaît comme un symptôme accessoire ou contingent, au cours d'affections diverses, dans lesquelles elle peut être exceptionnelle ou fréquente, mais dont les symptômes propres sont au premier plan. C'est le cas pour les maladies du sang et des organes hématopoïétiques : leucémies, lymphadénie, granulomatose maligne, hémoglobinurie paroxystique ; pour les maladies de l'appareil digestif, celles du foie, celles du rein, celles des glandes endocrines... Mais il n'est pas inutile de les faire figurer ici, car parfois l'urticaire s'est montrée comme le premier symptôme attirant l'attention du malade et du médecin sur une des affections ci-dessus. Ce fait seul suffirait à montrer la nécessité de l'examen complet des malades atteints d'urticaire et surtout d'urticaire ne faisant pas sa preuve.

L'examen d'un malade atteint d'urticaire, plus spécialement d'un malade atteint d'urticaire chronique récidivante comportera, en effet, un examen clinique général, associé suivant les cas, à diverses investigations de laboratoire, permettant de dresser le bilan fonctionnel. Il faut avoir plus spécialement en vue l'exploration de l'appareil digestif et de ses annexes, foie et pancréas, celle du système vago-sympathique, celle

des endocrines, celle du sang et de l'équilibre humoral comme celle de l'équilibre acido-basique (Spillmann). Il faut de même faire une enquête très précise sur l'hérédité des patients et l'existence possible de certaines infections, telle que la syphilis. Nous signalerons à l'étude de la pathogénie, les épreuves à utiliser pour dépister l'anaphylaxie dans les cas d'urticaire où ce mécanisme pourrait être en jeu.

## V. — Pathogénie

Etant donnée l'évidente diversité des causes qui sont susceptibles de provoquer l'urticaire, les auteurs anciens, mais surtout les auteurs modernes ont cherché à découvrir s'il existait un élément pathogénique commun faisant lien entre le trouble cutané et ces multiples causes.

1° Certains auteurs considérant que le prototype de l'urticaire, la lésion produite par le poison de l'ortie est la conséquence de l'action locale, élective d'un *toxique*, ont émis l'hypothèse que toutes les urticaires d'origine interne sont provoquées par un poison chimique défini introduit ou formé dans l'organisme et gagnant la peau par la voie circulatoire Ils ont cherché à isoler ce poison. C'est ainsi que Török et Philippson ont étudié de nombreuses substances chimiques, que Lewis incrimine une substance voisine de l'histamine en s'appuyant sur ce fait que l'injection d'histamine jointe à une piqûre légère de la peau provoque une papule urticarienne. Ces faits n'expliquent pas la majorité des cas d'urticaire. Ils pourraient expliquer certains cas d'urticaire alimentaire, d'urticaire médicamenteuse dans lesquels serait faite la démonstration que les mécanismes suivants ne sont pas en cause.

2° La découverte de l'*anaphylaxie* faite par Charles Richet et les travaux qui l'ont complétée, publiés par Maurice Arthus, Théobald Smith, etc., ont démontré l'origine anaphylactique de certaines urticaires (albumine hétérogène, sérum). Les nombreux travaux qui ont suivi, et en particulier ceux de Widal et ses élèves Abrami, Brissaud, Joltrain, Vallery-Radot, ceux de Lesné et Dreyfus, ceux de Pagniez, etc..., ont montré que d'autres urticaires étaient d'origine anaphylactique parmi les urticaires alimentaires, parasitaires, etc.

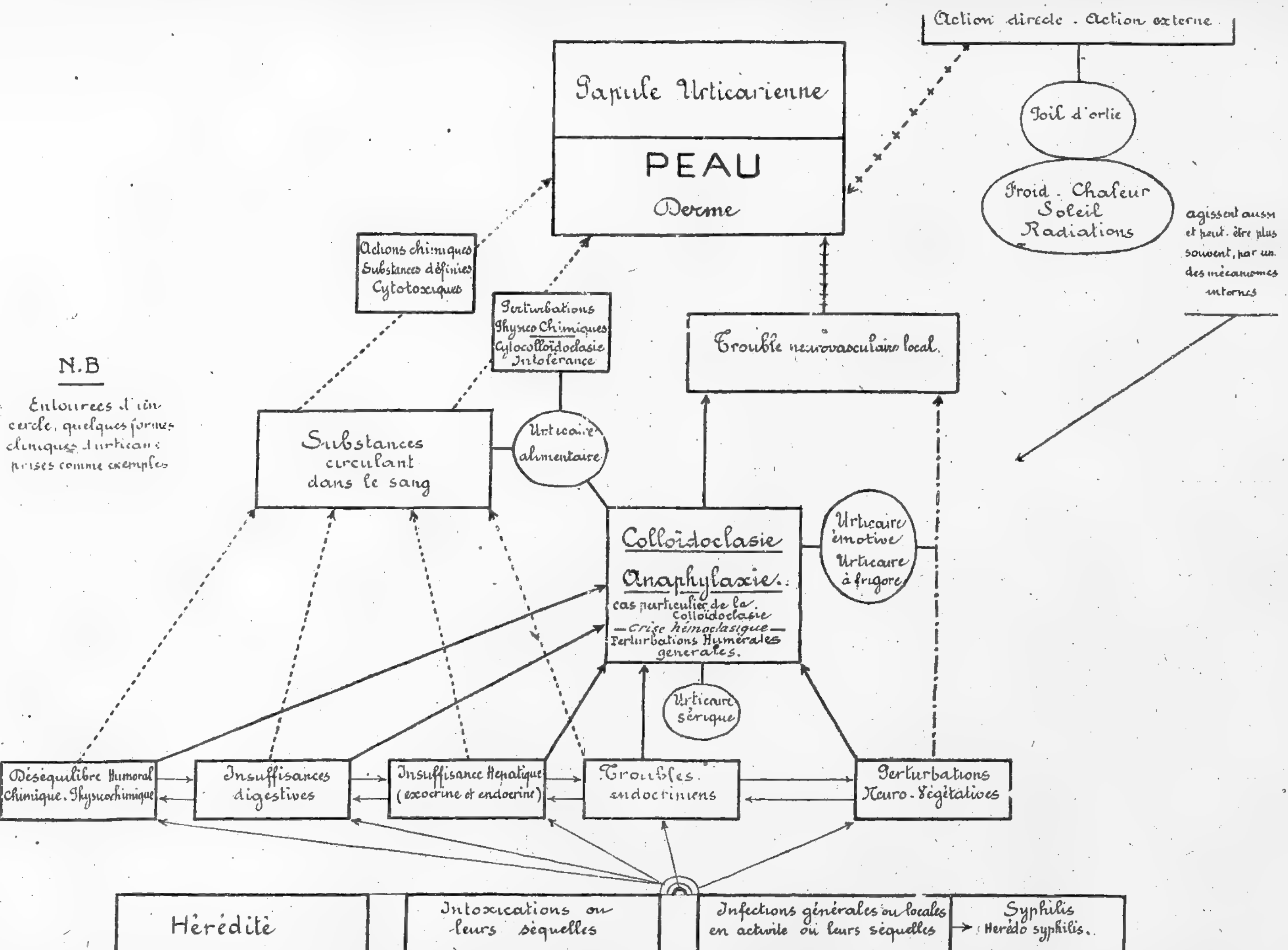
Ce sont tous les cas dans lesquels se trouvent réunies les conditions de l'anaphylaxie, telles que les a définies Richet, c'est-à-dire : pénétration préparante d'un antigène spécifique qui ne provoque pas de phénomènes immédiats, période de constitution de l'état anaphylactique, pénétration déchaînante de l'antigène provoquant ces accidents, quel qu'en soit le déterminisme intime. Ces troubles sont la conséquence des réactions entre antigène et anticorps qui dépendent elles-mêmes de l'état nouveau réalisé par l'introduction première de l'antigène, et que Von Pirket a désigné du nom d'allergie. En dehors des faits purement expérimentaux et des faits cliniques qui ont la valeur de faits expérimentaux comme les cas d'urticaire consécutifs aux réinjections de sérums thérapeutiques, toute une série d'épreuves biologiques permettent de mettre en évidence dans certains cas l'état anaphylactique au cours des urticaires qui appartiennent à ce groupe. Nous ferons remarquer toutefois que ces tests ne sont pas constants et font défaut même dans des cas où l'anaphylaxie est démontrée par la clinique. La valeur pratique de ces épreuves est ainsi considérablement diminuée sans qu'elles perdent d'ailleurs leur intérêt doctrinal.

La *méthode des cutiréactions* avec la substance urticarigène donne 10 % seulement de résultats positifs, c'est-à-dire deux fois moins que dans l'asthme anaphylactique. La réponse est négative même dans des cas où l'antigène a été dépisté par la clinique. La *recherche de la crise hémoclasique* provoquée par l'ingestion des antigènes suspectés donne un pourcentage sensiblement plus élevé de résultats positifs. La recherche de la crise hémoclasique par injection sous-cutanée de l'antigène suspect (en particulier albumine) ne doit pas être utilisée, car cette méthode expose à des accidents de choc anaphylactique qui peuvent être graves. La méthode de Prausnitz et Küstner (1921) épreuve de la transmission de l'anaphylaxie passive à l'homme est élégante et donne à peu près les mêmes résultats que celle des cutiréactions . Elle consiste à injecter chez un individu normal, *dans le derme*, en deux points symétriques, respectivement 1 /10 de cc. de sérum du sujet sensible et 1 /10 de cc. de sérum d'un sujet normal. Vingt-quatre heures plus tard, on pratique en ces deux points et en un troisième, comme témoin, une cutiréaction avec l'antigène suspecté. Une papule ortiée apparaît au lieu où a été préalablement injecté le sérum du sujet étudié, s'il est anaphylactisé. L'*épreuve de la transmission de l'anaphylaxie passive* au cobaye de Flandin et Tzanck est de pratique et d'interprétation plus délicates.

Il est certain qu'un très grand nombre de cas d'urticaires, de causes les plus variées, sont produites par *le mécanisme anaphylactique*, mais il faut bien savoir que tous les cas d'urticaire ne ressortissent pas à l'anaphylaxie.

3° Les travaux de Widal et de ses élèves sur la *colloïdoclasie humorale et cellulaire*, ont montré, en particulier par l'étude de la crise hémoclasique, que toute une série de cas d'urticaire était provoquée par ce mécanisme. Il n'y a pas, dans ces cas, introduction préalable de l'antigène préparant. La crise est produite au contraire, par la pénétration première de la substance provocatrice qui peut être une substance protéique, mais

**Schema des principaux facteurs pathogéniques de l'urticaire et de leurs rapports, pour servir à la compréhension du mode d'action et au choix des différents traitements (1).**




(1) Avec quelques modifications de détails, ce schéma s'adapte aux eczémas, aux prurigos et à de nombreux syndromes cutanés ou viscéraux.

aussi un cristalloïde. La pénétration d'une substance étrangère n'est même pas nécessaire, la substance déchaînante pouvant se former dans l'organisme sous des influences diverses extérieures ou intérieures. Ces causes peuvent même agir directement par simple déséquilibre physico-chimique sans formation de substance nouvelle. Ces perturbations sont rendues possibles par une instabilité des colloïdes humoraux et cellulaires associée à un déséquilibre du système neuro-endocrinien dont l'existence est démontrée par différents tests biologiques que nous ne pouvons étudier ici. L'un et l'autre traduisent *une prédisposition, qui est, tantôt acquise, tantôt héréditaire.*

Ces constatations modernes rénovent la notion traditionnelle de *prédisposition ou d'idiosyncrasie* qui occupe, légitimement, une place si importante dans l'histoire des urticaires.

Il est vraisemblable que les mécanismes intimes de l'urticaire par anaphylaxie et celui de l'urticaire par colloïdoclasie (déséquilibre colloïdal, encore actuellement indéterminé, pour Widal ; floculation, pour Lumière) sont voisins, *l'anaphylaxie ne constituant qu'un cas particulier de la colloïdoclasie,* mais les conditions déterminant l'anaphylaxie, les tests qui révèlent celle-ci, et même les déductions thérapeutiques, sont assez particuliers pour qu'il soit utile de distinguer nettement ces deux groupes de faits malgré leurs analogies. Nous en avons développé ailleurs les raisons (1).

C'est pour différencier les faits de cet ordre, à la fois des phénomènes d'intoxication et des phénomènes d'anaphylaxie, qu'avec P. Ravaut, dès 1911 (2), à propos des réactions précoces consécutives aux injections veineuses d'arsénobenzènes, nous avions proposé le terme d'*intolérance,* qui a été récemment repris par Tzanck avec une acception plus étendue (3).

4° Enfin, il ne semble pas douteux que des cas d'urticaire dépendent directement d'*un trouble vaso-moteur* sans qu'intervienne préalablement aucun trouble humoral, d'ordre colloïdoclasique ou anaphylactique ni aucune action toxique directe. Certaines urticaires émotives, certaines urticaires par agents physiques rentrent dans ce groupe pathogénique. Un déséquilibre du système neuro-végétatif et endocrinien, décelable par toute une série d'épreuves, serait à la base des troubles dans cette catégorie de faits.

Il est d'ailleurs vraisemblable que, dans un certain nombre de cas, ces différents mécanismes s'associent. C'est pour en montrer les rapports, la filiation et l'intrication, malgré tout ce qu'il y a encore d'inconnues dans le problème et toutes les réserves que comportent de telles représentations graphiques, que nous en avons groupé les principaux éléments dans le tableau schématique ci-joint.

Il fait voir, en particulier, qu'une même cause peut, suivant les sujets, c'est-à-dire suivant le terrain, provoquer l'urticaire par des mécanismes différents, et des causes différentes provoquer l'éruption par la mise en jeu d'un mécanisme identique. En ce chapitre de pathologie plus qu'en tout autre, il est capital de ne pas confondre l'étiologie, connaissance des causes, avec la pathogénie, étude des mécanismes par lesquelles les causes provoquent les troubles.

## VI. — Traitement

Le traitement des urticaires a considérablement bénéficié de toutes les notions étiologiques et pathogéniques que nous venons d'exposer.

Dans la pratique, il faut distinguer deux cas :

1° Celui de la crise d'urticaire aiguë, accidentelle, bénigne, d'étiologie évidente dans lequel un traitement local symptomatique, calmant le prurit et une thérapeutique étiologique simple amèneront rapidement la guérison.

2° Celui des urticaires graves et surtout rebelles ou récidivantes, contre lesquelles il faut mettre en œuvre toutes les ressources du diagnostic étiopathogénique et de la thérapeutique.

*Existe-t-il des cas d'urticaire rebelle ou récidivante qu'il ne faut pas traiter* ? La question se pose pour l'urticaire, exactement comme pour l'eczéma, et la réponse est identique dans les deux cas. Il serait inopportun de faire disparaître une urticaire pour voir lui succéder des accidents plus graves, des crises d'asthme par exemple. Mais le traitement de l'urticaire, tel que nous allons l'exposer, a précisément pour objet non seulement de faire disparaître l'éruption cutanée, mais de corriger les perturbations fonctionnelles propres à chaque cas et qui peuvent provoquer des manifestations équivalentes sur différents appareils. Traiter selon ces directives un cas d'urticaire, c'est chercher à mettre le patient à l'abri non seulement de nouvelles poussées d'urticaire, mais d'accidents plus graves qui pourraient survenir, si on négligeait l'avertissement donné par l'apparition de l'éruption.

### 1° Traitement local

Il n'est que palliatif, mais il ne faut pas le négliger. Pour calmer le prurit, on prescrira surtout les poudres inertes comme le talc, puis les lotions vinaigrées ou phéniquées et les applications de liniments à base de baume de jusquiame, de chloroforme, d'huile camphrée, de menthols Les pâtes peuvent être utilisées, mais parfois

(1) R.-J. Weissenbach et Gilbert-Dreyfus. — Les accidents sériques (*loc. cit.*).

(2) P. Ravaut et R.-J. Weissenbach. — Phénomènes d'intolérance rappelant le choc anaphylactique. *Gazette des Hôpitaux,* 14 février 1911, n°18.

(3) Tzanck. — Immunité. Intolérance. Biophylaxie. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1932.

elles accentuent le prurit. Les bains chauds ou froids sont contre-indiqués. Les bains tièdes prolongés additionnés d'amidon, de son ou de tilleul, donneront parfois d'heureux effets. On évitera soigneusement les frictions après le bain. On recommandera de ne pas mettre au contact de la peau des tissus de laine ou de flanelle, mais uniquement du linge de toile fine, et d'éviter toutes les strictions exercées par des vêtements serrés. Le lit ne sera pas trop couvert. La température des pièces ne sera pas trop élevée.

**2° Traitements généraux**

Ce sont les seuls qui soient réellement efficaces. On les choisira en fonction de la cause, du mécanisme et des notions concernant les troubles fonctionnels généraux et le terrain qu'aura révélés une enquête méthodique. Un cas sérieux nécessite l'emploi simutané de plusieurs d'entre eux. Trop souvent encore le médecin sera réduit à faire des essais successifs de ceux que l'expérience a montré habituellement les plus efficaces. Il est difficile d'en donner une classification rationnelle, le mode d'action de la plupart étant complexe et, pour quelques-uns, inconnu ou hypothétique. Nous les énumérerons suivant la classification suivante qui nous paraît la plus pratique.

**1° Méthodes de désensibilisation ou skeptophylaxie spécifique.**

Elles s'adressent aux cas où la sursensibilisation n'existe que pour une substance unique et connue.

*Par voie digestive* (Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot). — Ingestion une heure avant le repas ou la prise du médicament d'une très petite quantité de la substance. On augmentera très progressivement les doses. Il ne doit pas y avoir d'interruption jusqu'à guérison.

*Par voie cutanée.* — On utilisera les cutiréactions, répétées quotidiennement, avec des doses très faibles, puis croissantes d'une solution de la substance nocive. Cette méthode est sans danger. Les injections sous-cutanées (et même parfois intradermiques) sont plus efficaces, mais peuvent être dangereuses et doivent être rejetées.

**2° Méthodes de désensibilisation ou skeptophylaxie non spécifique polyvalente.**

Elles sont plus pratiques que les précédentes et d'indication plus fréquente.

*a*) Peptonothérapie. — On emploie suivant les cas :

1° *La voie digestive*, peptonothérapie préprandiale de Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot. Prise une heure avans les *trois* repas d'un cachet de cinquante centigrammes de peptone polyvalente. Cette méthode donne d'excellents résultats dans les urticaires d'origine alimentaire en particulier.

2° *La voie cutanée* (Pasteur-Vallery-Radot). Soit cutiréaction quotidienne avec la solution de peptone à 50 %, soit peptonothérapie intradermique : injection quotidienne de deux à quatre dixièmes de centicube de la même solution. Elle donne de moins bons résultats dans l'urticaire que dans l'asthme.

*b*) Protéinothérapie. — Il faut ranger sous cette rubrique, les injections de peptone de lait, de vaccin, et d'antigènes divers. Les résultats en sont plus inconstants que ceux des méthodes suivantes.

**3° Méthodes biologiques agissant sur l'équilibre colloïdal humoral et cellulaire (1).**

Elles sont de première importance dans le traitement de la plupart des urticaires chroniques. Ce sont :

*a*) L'autohémothérapie de Ravaut. Réinjection intramusculaire ou sous-cutanée tous les deux jours de 5 à 20 cc. de sang prélevé à la veine, en série de 10, 15 ou 20 injections. L'isohémothérapie et les petites transfusions de sang sont à rapprocher de cette méthode.

*b*) L'autosérothérapie soit intraveineuse par la méthode de Widal, Abrami et Brissaud qui serait, pour Joltrain, la méthode la plus efficace, mais qui expose à des réactions parfois violentes et qu'il vaut mieux n'employer, selon nous, qu'exceptionnellement et dans les cas rebelles aux autres méthodes — soit sous-cutanée par la méthode de Busquet (grosses doses : 20 à 30 centicubes tous les deux jours) ou la méthode d'Achard et Flandin (petites doses de 1/2 à 2 cc.), qui expose parfois à des incidents le plus souvent sans gravité, — soit intradermique par la méthode de ces deux derniers auteurs, qui ne provoque pratiquement aucun incident mais est moins efficace que les précédentes. On peut, par les mêmes voies et avec les mêmes indications et contre-indications utiliser l'isosérothérapie d'Abrami en cas d'échec de l'autosérothérapie.

*c*) L'hémolysothérapie de Weissenbach soit *intradermique* : injection intradermique de 3/10 de cc. de sang citraté laqué par l'éther provenant du sujet (autohémolysothérapie) en série de 15 à 20 injections à raison d'une injection par jour — soit *sous-cutanée* de 1/4 à 2 cc. tous les jours ou tous les deux jours. On peut en rapprocher la méthode de Chabrol et Tzanck, *réinjection veineuse immédiate* du sang laqué par l'eau distillée préalablement introduite dans la seringue.

*d*) L'autoourothérapie de Jausion et Paléologue. Réinjection sous la peau de l'urine stéri-

(1) R.-J. Weissenbach. — Indications particulières et techniques des différentes méthodes d'hémothérapie parentérale. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 10, 31 mai 1931.

lisée du malade à des doses croissantes de 1/2 à 4 cc. tous les 5 jours.

*e*) ORGANOTHÉRAPIE PARENTÉRALE. Il faut encore ranger dans ce groupe, les méthodes utilisant l'injection de différents extraits désalbuminés d'organes, plus spécialement les extraits de rate (von Zumbusch, Thomas Paul) qui donnent dans certains cas des résultats remarquables et rapides mais aussi de nombreux échecs.

*f*) L'HÉTÉROSÉROTHÉRAPIE (sérum animal) par les différentes voies d'introduction et même la voie intradermique, ne sera employée qu'avec réserve, étant donnés les incidents et même les accidents qu'elle peut provoquer.

**4° Médications chimiques agissant sur l'équilibre humoral et cellulaire.**

Il faut mettre au premier rang l'*hyposulfite de soude* et l'*hyposulfite de magnésium* (2 à 4 grammes), puis le *chlorure de calcium* (4 à 6 grammes). L'introduction par voie veineuse semble plus efficace, mais elle est moins pratique. L'ingestion pour les traitements prolongés est plus commode et suffisamment efficace.

Viennent ensuite les eaux minérales naturelles administrées par voie veineuse, comme l'eau d'Uriage. Les solutions de bicarbonate de soude, et de carbonate de soude ont, par voie veineuse, donné des résultats, de même qu'à Gougerot et Peyre, l'éosinate de césium (injections intraveineuses de 10 cc. à 15 cc. de la solution à 10 % d'éosinate de césium, très pur, tous les jours ou ou tous les deux jours). C'est dans ce groupe que viennent se ranger les médications des troubles de l'équilibre acido-basique : alcalose (acide phosphorique, etc.), et acidose (les alcalins).

C'est encore dans ce groupe qu'il faut ranger les *extraits parathyroïdiens injectables*, préparés selon la technique de Collip, qui agissent plus par leurs propriétés pharmacodynamiques qu'à titre d'extrait glandulaire spécifique de suppléance. On les emploie par voie sous-cutanée à la dose de 5, 10 ou 20 unités Collip par jour.

**5° Médications agissant sur le tonus neuro-végétatif.**

Il faut mettre au premier rang l'*adrénaline* et l'*éphédrine*. L'*adrénaline* sera employée par voie sous-cutanée profonde comme traitement d'urgence dans les cas graves (un milligramme de chlorhydrate d'adrénaline) et même par voie intraveineuse dans les cas où la vie est en danger (accidents graves de l'arsénothérapie et de la sérothérapie), mais à doses très faibles de un vingtième à un dixième de milligramme dilué dans 20 centicubes de sérum physiologique et injecté lentement. On l'emploiera aussi par voie buccale par prises échelonnées au cours de la journée, par exemple cinq prises de dix à vingt et même trente gouttes de la solution au millième. Pour la prise par voie buccale, elle sera avantageusement remplacée par l'*éphédrine* prise à la dose totale par 24 heures de cinq à dix et même quinze ou vingt centigrammes pris en quatre à six fois.

La phényl-éthyl-malonylurée (spécialisée sous les noms de gardénal, luminal, etc...) donne d'excellents résultats et agit en même temps comme antiprurigineux. Mais il faut la donner à doses réfractées en utilisant les comprimés de un centigramme (de six à douze dans les 24 heures) et n'en pas prolonger l'emploi.

Suivant les indications (vagotonie, sympathicotonie, etc...), on pourra utiliser la belladone et ses dérivés (atropine), le jaborandi (pilocarpine), l'acétylcholine, le tartrate d'ergotamine, l'ésérine, l'histamine. On fera un usage modéré des bromures et on rejettera, sauf exception légitime, l'opium ou ses dérivés, et surtout la morphine.

**6° Médications dirigées contre les autres perturbations organiques et fonctionnelles.**

Elles sont essentiellement variables suivant les cas.

Nous signalerons comme les plus importantes d'abord celles qui concernent l'appareil digestif ses annexes, pancréas et foie. C'est ici le lieu de rappeler l'importance depuis longtemps connue d'un régime approprié équilibré. Mais il ne faudra jamais sans raisons majeures imposer un régime strict, réduit, carencé, pour une trop trop longue durée. L'emploi des alcalins, du calomel, des sels de soude et de magnésie, des ferments digestifs (extraits pancréatiques, hépatiques, etc...). sera associé au régime. Puis viennent les perturbations des glandes endocrines : la thyroïde en particlulier. Il est des cas d'urticaire évoluant chez des sujets atteints d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie qui n'ont guéri qu'après qu'on eût corrigé ces troubles par les traitements appropriés.

C'est ici que doivent figurer aussi l'ensemble des prescriptions, extrêmement importantes dans la pratique, concernant l'hygiène générale, le genre de vie, l'exercice, l'aération et l'emploi, variable suivant les cas, des cures climatiques, des cures hydrominérales, de la physiothérapie générale. Nous avons vu un changement de climat, un séjour à la campagne ou à la montagne être suivis de la guérison, dans des cas d'urticaire qui avaient resisté pendant de longs mois à l'emploi successif des moyens les plus actifs que nous venons d'énumérer.

**7° Traitement des causes lointaines.**

Il sera suffisant de rappeler la nécessité de traiter, sans dogmatisme outrancier, quand elles sont en cause, les intoxications chroniques, les infections, spécialement la syphilis, et de corriger les prédispositions morbides héréditaires que présentent habituellement les sujets atteints d'urticaire récidivante.

## LE PRATICIEN EN FACE DU PROBLÈME DE LA SÉROTHÉRAPIE ANTIDIPHTÉRIQUE

Par le Dr G. FISCHER

Depuis quelques années, la *diphtérie est devenue plus fréquente.* En Europe, toutes les nations n'ont pas été également frappées ; il faut noter surtout l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Italie, la Pologne, la Hongrie, la Tchécoslovaquie, la Russie, la France ; le mal est resté stationnaire en Finlande, en Suède, et, plus près de nous, en Hollande et en Belgique.

Mais *la diphtérie est devenue surtout plus grave* ; et, ce ne sont pas tant les localisations au larynx, qui sont fréquentes et redoutables (la diphtérie mortelle ne tue pas par asphyxie), mais bien les manifestations rapides ou lentes de l'intoxication diphtérique : c'est là une notion importante qu'il faut retenir.

Le traitement de la diphtérie constitue donc, plus que jamais, une question d'actualité, et même du moment, d'autant plus que, si l'on observe une fréquente recrudescence saisonnière de cette maladie lors des saisons pluvieuses et de l'automne, le bacille de Löffler voit sa virulence croître à partir de février, pour atteindre son maximum en mars et disparaître fin avril (Levaditi).

Or, les *difficultés pratiques de la sérothérapie antidiphtérique peuvent naître de différentes causes* :

— l'insuffisance du sérum, d'où l'emploi de doses parfois très grandes ;

— l'aggravation des épidemies par la virulence du microbe ou par les infections associées ;

— la déficience du terrain ;

— le mode d'emploi du sérum : la date de la première injection, la posologie du sérum.

***

### L'Insuffisance du sérum ? Non

Dès avant guerre, on s'était élevé contre l'insuffisante action du sérum ; depuis, 1924-25, sa préparation a subi quelques changements.

L'ancien sérum de Roux était préparé par injection au cheval d'une *culture vivante,* à doses croissantes. On se contentait, d'autre part, de vérifier son *activité thérapeutique*, en s'assurant qu'il protégeait le cobaye contre l'inoculation d'une dose sûrement mortelle de culture (pouvoir préventif), ou qu'il l'empêchait de succomber quand il était injecté quelques heures avant l'inoculation (pouvoir curatif). En Belgique, en Allemagne, en Autriche, au Danemark, ce mode de préparation continue à être utilisé.

Plus tard, à partir de 1924-25, avec la fabrication en grandes séries du sérum, l'Institut Pasteur substitua à la toxine vivante une *toxine filtrée* ; puis l'*anatoxine* remplaça la toxine, et le sérum fut en grande partie débarrassé de ses albumines. Enfin, la mensuration du *pouvoir antitoxique*, et non de l'activité thérapeutique, puis la *méthode de floculation* de Ramon furent employées pour évaluer le pouvoir thérapeutique de ce sérum.

De nombreux auteurs ont incriminé cette *modification de technique*, disant notamment que l'anatoxine aurait une valeur antigénique moindre que la *toxine* filtrée. Mais des expériences nouvelles sont venues confirmer la réelle valeur de l'anatoxine ; celle-ci possède des propriétés aussi immunisantes, plus rapides et plus durables ; elle est, d'autre part, inoffensive et ne provoque pas de fièvre chez l'animal à immuniser ; le fait est aujourd'hui reconnu dans tous les pays.

La méthode d'immunisation des chevaux a été également critiquée, en ce que les saignées et les injections de toxine étaient faites d'une manière plus espacée ; mais cette attaque ne tient pas, du moment que chaque saignée est suivie d'une réinjection d'antigène. Quant à l'addition de tapioca à l'anatoxine (selon la technique de Ramon, soit pour les dernières doses, soit pour le début), elle réussit réellement à élever notablement la valeur antitoxique du sérum.

Enfin, la méthode de floculation s'est définitivement révélée comme la méthode de choix, qui permet d'estimer avec facilité, et avec une précision parfaite, le pouvoir antigène de l'anatoxine.

Le *sérum, étant antitoxique* de par sa préparation, on *a voulu*, pour le rendre plus actif, en *faire un sérum à la fois antitoxique et antimicrobien.* Reprenant des essais antérieurs, voulant en même temps répondre à l'objection du vieillissement des souches, MM. Debré, Ramon, Thiroloix, et Legroux ont préparé un nouveau sérum antidiphtérique, en partant de germes diphtériques vivants, recueillis au cours même de l'épidémie de 1930, et choisis parmi ceux, qui possédaient le « pouvoir pathogène essentiel » le plus élevé.

Déjà, chez l'animal, le pouvoir antigène des sérums ainsi obtenus ne s'est pas comporté autrement vis-à-vis de l'infection diphtérique que les sérums, obtenus avec la toxine ou ses dérivés ; chez l'homme, avec ce sérum, les fausses membranes sont tombées dans les mêmes délais, les phénomènes toxiques ont cédé ou résisté dans les mêmes conditions qu'habituellement. Sans doute, dans quelques cas, eut-on l'impression que les fausses membranes disparaissaient plus rapidement et que les phénomènes toxiques cédaient avec plus de rapidité que le sérum était plus efficace que le sérum usuel ; mais l'étude expérimentale du « pouvoir pathogène essentiel » a montré qu'il s'agissait alors, pour les germes isolés, d'un pouvoir relativement faible.

Dès 1927, MM. Grenet et Delarue, expérimentant un sérum antimicrobien, avaient abaissé sans doute la mortalité de 23, 13 % à 13,43 % ; mais, fait important : c'est surtout la chute des fausses membranes, qui avait été rapide et constante avec le sérum antimicrobien, tandis qu'elle fut incomplète, nulle ou tardive avec le sérum ordinaire c'est-à-dire antitoxique. Or, nous ne devons pas oublier que la diphtérie est surtout une maladie toxique, qu'elle tue avant tout par intoxication générale, et que, dans les cas graves d'emblée, l'intoxication est déjà générale et sérieuse, avant même la formation des membranes. C'est donc essentiellement *le pouvoir antitoxique d'un sérum, qui conditionne sa valeur péventive et curative* ; il n'est nullement démontré que le sérum antimicrobien ait une plus grande capacité thérapeutique.

Bref, depuis trente-cinq ans, on multiplie les tentatives pour améliorer, par les procédés les plus divers, la valeur thérapeutique du sérum ; mais les résultats insuffisants obtenus ont fait revenir aux méthodes de préparation, inaugurées par Roux, Martin, Nocard. Beaucoup de cliniciens estiment même que l'ancien sérum de Roux est, à valeur antitoxique égale, plus actif que le nouveau sérum purifié.

Si le mode de préparation du sérum semble devoir être mis hors de cause quant à présent, les fortes doses de sérum utilisées aujourd'hui en thérapeutique ont cependant servi d'argument pour souligner son insuffisance ; nous y reviendrons *plus loin*.

Il ne faut d'ailleurs pas demander au sérum plus qu'il ne peut donner ; les termes de sérothérapie curative ont cristallisé autour d'eux trop d'espoirs, que la nature même du sérum ne pouvait pas confirmer. Le sérum antidiphtérique a été, et reste jusqu'à nouvel ordre un sérum préventif, et avant tout un *sérum antitoxique*.

Mais, puisque les statistiques démontrent que, dans une même nation, le même sérum donne des résultats différents, tandis que, dans des nations différentes, des sérums différents donnent les mêmes résultats ; c'est qu'en cas d'échec, il faut incriminer, ou tout au moins rechercher d'autres causes que le sérum.

## L'aggravation des épidémies par augmentation de virulence du germe ? Peut-être

La toxicité des bacilles est éminemment variable, même dans des cas graves groupés par épidémies. Néanmoins, pour certains auteurs, c'est le germe, qui est responsable de l'aggravation des diphtéries dans la plupart des contrées d'Europe.

A Paris, MM. Debré, Ramon et Thiroloix, grâce à une méthode personnelle, ont pu évaluer rapidement ce qu'ils appellent le « pouvoir pathogène essentiel » du bacille diphtérique ; celui-ci résulte de deux propriétés fondamentales, d'une part sa virulence locale, qui lui permet de se développer plus ou moins rapidement à la surface d'une muqueuse, d'autre part, son pouvoir toxigène. Or sur 37 souches étudiées au cours de la grave épidémie de 1930, 21 avaient un pouvoir pathogène très élevé, 10 un pouvoir pathogène moyen, et 6 seulement un pouvoir pathogène faible. Dans tous les cas, la clinique marchait de pair avec les constatations de laboatoire : à des souches à pouvoir pathogène très rlevé correspondaient notamment les six cas mortels observés.

Cependant, si, en principe, le pouvoir pathogène local des bacilles est fréquemment augmenté dans la diphtérie maligne, il se peut que, malgré un pouvoir pathogène faible, une diphtérie devienne grave ; en ce cas, c'est par suite de la multiplication active des bacilles que la production des toxines augmente ; celles-ci mortifient alors les tissus, qui constituent un excellent milieu de culture pour le bacille ; à nouveau, les toxines augmentent, et le poison diphtérique diffuse bientôt dans l'organisme.

Par ailleurs, dans les expériences des auteurs cités, le pouvoir pathogène des souches s'est montré variable avec les saisons : très élevé, dans l'ensemble, jusqu'au début du mois de mai, il a été en diminuant à peu près à partir de ce moment jusqu'à la fin du mois de juin, en même temps que devenaient plus rares les diphtéries graves.

D'autre part, aucun rapport n'a été trouvé entre l'aspect morphologique d'un germe (taille longue, moyenne ou courte) et son pouvoir pathogène essentiel.

A ce propos, il convient de signaler qu'un facteur de gravité a été attribué par certains au rôle des *infections secondaires, dites associées* ; mais, important pour les uns, nul pour les autres, il ne semble pas jouer actuellement un rôle primordial.

## La déficience du terrain ? Dans une certaine mesure

S'il faut donc un germe très redoutable pour que la diphtérie se présente avec toute sa gravité toxique, *il est également nécessaire que ce germe rencontre un terrain déficient*, un organisme réceptif, privé d'immunité et lent à s'immuniser.

Tout sujet débile sera naturellement enclin à faire une diphtérie plus grave. Roux et Vaillard avaient déjà montré qu'un mélange de toxine tétanique et d'antitoxine, inoffensif pour un cobaye normal, était actif sur un cobaye affaibli.

Des facteurs de circulation locale sont également à considérer, car on doit tenir compte des déviations du métabolisme cellulaire, par lesquelles se traduisent la défense de l'organisme et l'agression pathogène supposent l'intervention d'un mécanisme vaso-moteur et nerveux, qui s'effectue dans des conditions normales. Faut-il rappeler ici que la diphtérie maligne sévit surtout dans les villes, et qu'à la campagne, où l'hygiène générale est meilleure, la diphtérie reste dans l'ensemble relativement bénigne ?

Ensuite, la réceptivité de la diphtérie est conditionnée pour une large part par la défaillance de l'immunité antitoxique naturelle. Le sérum normal lui-même possède une affinité particulière pour la toxine. L'hérédité même, d'autre part, joue un rôle important, et l'on a constaté que la sensibilité à la toxine diphtérique se transmet en corrélation avec le groupe sanguin. Les enfants, qui possèdent le groupe sanguin de parent sensible, sont également sensibles ; ceux, qui possèdent le groupe sanguin de parent résistant, sont, pour la plupart, résistants. En tout cas, de nombreuses expériences montrent que l'avidité du sérum pour la toxine est en rapport avec des propriétés d'immunité naturelle, à en juger notamment par l'existence d'un Schik négatif chez les chevaux, dont le sérum possède une avidité majorée.

Enfin, si la vaccination à l'anatoxine qui se répand de plus en plus, a pour but d'immuniser l'organisme contre la diphtérie, il n'en est pas moins vrai que, dans les conditions actuelles de sa pratique, il reste encore 5 % des sujets vaccinés, qui demeurent insuffisamment immunisés. Ceux-là sont donc à surveiller, en cas d'épidémie, car ils risquent de faire des diphtéries, qui passent inaperçues et peut-être ainsi deviendront graves.

Il est de fait que, malgré la vaccination préventive, le nombre des diphtéries risquerait d'augmenter dans les villes chez les vaccinés, car il se trouverait un grand nombre d'enfants vaccinés, mais insuffisamment ou nullement immunisés, qui seraient, par conséquent, incapables d'une résistance suffisante à l'agression de bacilles diphtériques, doués d'un pouvoir pathogène élevé.

Or, chez tous ces enfants vaccinés, il est de toute urgence de recourir à la sérothérapie antidiphtérique en cas d'épidémie, comme il faut, par une amélioration de la technique de vaccination à l'anatoxine, supprimer si possible, le reliquat de sujets insuffisamment immunisés ; il est ainsi nécessaire d'augmenter chez chaque individu la teneur en antitoxine circulante.

MM. Ramon, Debré et Mozer semblent avoir atteint ce résultat par une meilleure technique, approuvée par le Professeur Lereboullet d'après l'expérience de 25.000 vaccinations pratiquées aux Enfants-Malades. La valeur de cette technique nouvelle est *vérifiée* : 1° par la réaction de Schick, qui, négative, correspond réellement à un état d'immunité vis-à-vis de l'intoxication diphtérique ; 2° par une augmentation de la valeur antitoxique du sérum chez les vaccinés. A ce propos, on se rappellera, qu'un certain nombre de sujets, ayant une réaction de Schick négative, pourraient être infectés par le bacille diphtérique s'ils ne possédaient pas plus de 1/30 d'unité antitoxique dans leur sérum, ou mieux plus de 1/10e d'unité, voire davantage encore.

Les recherches des auteurs précédents ont établi que l'intervalle de trois semaines entre les injections était bien le meilleur, notamment entre la première, simplement préparante, et les deux autres, mais qu'il convenait d'augmenter les doses et de faire toujours une troisième injection. Cette méthode permettait ainsi d'obtenir chez tous les sujets vaccinés (265 fois sur 265 essais), une réaction de Schick négative, celle-ci restant négative après plusieurs années. Elle conférait aussi à chaque individu un degré d'immunité, mesuré par la teneur en antitoxine de son sérum, bien plus élevée qu'avec la méthode usuelle. D'ailleurs, les données épidémiologiques ont confirmé ces bons résultats quant à l'immunité, tels qu'ils étaient donnés par les épreuves biologiques : dans nombre de collectivités ainsi vaccinées aucune diphtérie n'est survenue en temps d'épidémie chez les vaccinés.

En se servant de l'anatoxine délivrée actuellement, il y a donc lieu de conseiller les doses sui-

vantes ; 1 cc. ; trois semaines plus tard 2 cc. quinze jours après 2 cc. On observe, malgré l'augmentation des doses fort peu de réactions générales ou locales d'une certaine importance ; encore celles-ci ne durent-elles pas au delà de 48 heures, et n'altèrent-elles nullement la santé générale. Suivant la règle, les enfants plus grands réagissent plus facilement ; les nourrissons, par contre, supportent facilement la vaccination.

M. Didier Hesse annonce un perfectionnement de l'anatoxine ; celui-ci portera sur la préparation du bouillon destiné à la culture du bacille de Löffler, dont le filtrat constitue la toxine, qui, après formolisation et séjour à l'étuve, se transformera en toxine. Ce point de technique aurait permis de doubler la valeur antigène de l'anatoxine, et « les premières recherches montreraient, paraît-il, 100 % d'immunisés après deux injections. »

Cependant, *même chez un sujet vacciné, le terrain peut être rendu déficient par la fatigue.* M. Dopter rappelle, en effet, que, sous l'influence de la fatigue, un Schick négatif peut, durant une dizaine de jours, redevenir momentanément positif ; ce qui explique certains cas de diphtérie chez des sujets réputés réfractaires.

* * *

## Le mode d'emploi du sérum ? Oui

**I. — La date de la première injection**

C'est là, peut-être, le point capital, qui semble appelé à résoudre la plupart des difficultés pratiques de la sérothérapie antidiphtérique.

Et, en effet, les expériences récentes de MM. Debré, Ramon et Thiroloix, ont montré, une fois de plus, que le temps écoulé entre le début de la maladie et le moment, où l'on injecte le sérum, constitue l'élément primordial pour le pronostic.

Comme le dit F. Layani, le sérum antidiphtérique est, avant tout, un sérum antitoxique, et un sérum spécifique ne peut agir immédiatement. Or, l'un des mécanismes d'action les plus évidents de la diphtérie, c'est l'*intoxication*. Contrairement à ce qui se passe pour d'autres maladies infectieuses, l'infection n'est pas produite ici par un germe envahissant les tissus, mais par la diffusion dans l'organisme d'une substance *toxique*, préparée à la surface d'une muqueuse pour, ensuite, et diffusée en dehors d'elle. *Cette toxine pénètre insidieusement dans l'organisme du malade, et quand ses effets deviennent perceptibles au médecin, il est souvent malheureusement trop tard.* Ainsi dans la diphtérie maligne, ce qui, au début, domine, c'est une action hautement toxique du germe. La *fausse membrane*, elle, n'apparaît que, dans un deuxième temps ; elle témoigne de la multiplication locale des bacilles de Löffler, qui, ayant désorganisé, désagrégé les tissus, trouvent là un excellent milieu nutritif, propice à leur développement.

Dans ces conditions d'intoxication rapide et cependant insidieuse, la *sérothérapie n'a de chance d'être efficace que si elle est très précoce.* Son action est forcément limitée, et il faut bien se rendre compte que si elle détruit le poison, rencontré par elle dans l'organisme, elle reste sans action sur les lésions déjà faites. « Pour reprendre la comparaison imagée de M. Roux, le sérum agit comme l'eau dans un incendie ; celle-ci empêche l'extension du mal ; mais, *même déversée à torrent sur le foyer, elle ne répare pas les dégâts.* »

Ici se pose donc la question du DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA DIPHTÉRIE.

L. Ramond considère, comme suspecte, toute angine, non seulement pseudo-membraneuse, mais même rouge, ou pultacée, ou phlegmoneuse, ou ulcéreuse, quand :

*a*) Elle survient en milieu épidémique de diphtérie ;

*b*) Elle s'accompagne de laryngite ;

*c*) Elle coexiste avec un coryza suspect ;

*d*) Elle est concomitante de réactions ganglionnaires considérables, ou simplement anormalement fortes.

Ces angines doivent être traitées aussitôt par le sérum ; cependant, si l'injection n'est pas jugée indispensable, il ne faut pas manquer de surveiller avec soin, deux fois par jour, l'état de la gorge, et de pratiquer un examen bactériologique des sécrétions pharyngées : suivant le précepte des anciens, on ne doit jamais attendre la réponse du laboratoire pour mettre en jeu la sérothérapie antidiphtérique, au cas du moindre doute.

Mais, *dans les conditions cliniques habituelles, quand apparaissent les fausses membranes, la toxine a déjà agi sur les éléments cellulaires, et ceux-ci peuvent même être assez atteints pour que la mort survienne fatalement.*

Il est même des *cas graves* où la haute valeur pathogène du germe, jointe à l'absence de toute immunité chez le sujet infecté, permet à la maladie d'atteindre en quelques heures un degré d'évolution, auquel les autres diphtéries ne parviennent que plus lentement. Ici, la diphtérie brûle les étapes, et, pour être efficace, la sérothérapie devrait être pratiquée *dans les toutes premières heures de la maladie*, au delà desquelles

les doses les plus élevées de sérum sont incapables de neutraliser une toxine, déjà largement fixée par l'organisme. Il est impossible, après douze ou, à la rigueur, dix-huit heures de regagner le temps perdu. *Seuls, les sujets qui possèdent une certaine immunité, acquise naturellement ou par vaccination, peuvent, et non sans peine, résister à un assaut aussi brutal.*

Cependant, avec les réserves que comporte toute règle mentionnant le début d'une angine diphtérique, les *formes moyennes* de la maladie ne s'aggravent qu'à *partir du délai de* 48 *heures, de trois ou quatre jours.* C'est donc avant ce délai, que la sérothérapie combattra efficacement le mal.

Le traitement doit par conséquent être institué avec une précocité extrême; *le traitement de la diphtérie est de toute urgence.*

Si pour combattre avec efficacité une épidémie de diphtérie, tous les cas doivent être traités d'une manière précoce, et par conséquent diagnostiqués aussi vite que possible, il faut accorder une attention particulière aux *sujets déjà vaccinés* ; on doit, dans le même but, rechercher chez eux l'*apparition de toute atteinte du mal,* et *même la présence de tout germe spécifique.*

Faute de prendre cette précaution, la pratique de la vaccination antidiphtérique pourrait tendre à répandre la diphtérie. Sans même tenir compte de la proportion de 5 % des sujets vaccinés qui, à l'heure actuelle, restent encore insuffisamment vaccinés, il faut, de plus, avoir la certitude que les individus ont été correctement vaccinés, tant en ce qui concerne les doses, que les délais interposés entre les injections : chez tout enfant vacciné, dont on ne connaît pas exactement le degré d'immunité, il faut traiter la diphtérie de la même façon que chez les sujets non vaccinés.

D'autre part, chez un sujet efficacement immunisé par la vaccination, le bacille de Löffler est susceptible de pénétrer dans le pharynx, d'y vivre en saprophyte sans déclencher le moindre phénomène morbide, et d'en faire un *dangereux porteur de germes.*

*La même recherche attentive des porteurs de germes* s'impose avec plus d'urgence dans les villes ; car les sujets sont susceptibles d'avoir acquis un certain degré d'immunité naturelle au contact répété de diphtériques ; ceux-ci viennent ainsi augmenter le nombre des *porteurs de germes sains.*

### II. — La posologie du sérum

L'augmentation constante des doses de sérum est l'une des causes principales des préoccupations du médecin. Tandis qu'en 1894, date de la naissance de la sérothérapie, des chiffres de 80 à 90 cmc. suffisaient dans les cas graves, de nos jours les doses de 300, 500 et même 1.500 cmc. ne sont pas toujours efficaces.

Et cependant, des enquêtes approfondies, menées notamment par le *Concours médical* en 1929, il résulte que, dans les campagnes, la posologie ne s'est pas, semble-t-il, sensiblement modifiée, même en tenant compte de ce que le diagnostic de la diphtérie n'est pas souvent vérifié par le laboratoire dans les cas bénins. Les fortes doses ont été surtout conseillées dans les villes.

Ne s'agit-il pas là d'une question de diagnostic, qu'il serait possible de faire d'une manière plus précoce à la campagne. Ne s'agit-il pas, à la ville, de diphtéries devenues graves après le 3e ou 4e jour, et traitées tardivement ? Dans ces conditions, de fortes doses seraient devenues nécessaires, mais hélas , souvent sans succès, car, *en matière de diphtérie, le temps ne se rattrape pas* !

Et d'ailleurs, comment prouver que l'organisme soit capable d'utiliser en aussi peu de temps d'aussi fortes doses de sérum, et qu'il n'en rejette pas une grande partie, sans avoir pu l'utiliser, mais peut être pas sans en avoir subi un dommage pour ses reins ?

R. Debré, Ramon et Thiroloix, rapportent l'observation d'une fillette de 7 ans, morte de diphtérie après avoir reçu 800 cmc. de sérum spécifique. Or, son sérum titrait 30 unités antitoxiques au cent. cube, c'est-à-dire que chaque cc. du sérum était cependant capable de neutraliser 3.000 doses mortelles pour le cobaye ; n'est-ce pas là une preuve que la toxine, une fois fixée sur les tissus, il soit impossible, même avec des doses énormes de la neutraliser par l'antitoxine ?

La meilleure preuve d'un emploi, parfois inconsidéré, de doses massives, c'est que dans certaines villes de l'étranger, où la sérothérapie peut être précoce (grâce à l'éducation du public et aux moyens de diagnostic mis gratuitement à la disposition des médecins dans les quartiers populeux) la mortalité a baissé sans qu'on ait eu à employer des doses considérables de sérum (Layani).

Et d'ailleurs, en regard de ces chiffres considérables de sérum, qui ne vont pas sans risque de suppuration et entraînent, il faut bien le dire, de grosses dépenses, obtient-on au moins des résultats meilleurs ? Il n'en est rien ; tout le monde s'accorde à le constater.

Voici, à cet égard, l'opinion de Marfan, qui est aussi celle de Comby.

*De la naissance à un an,* cet auteur préconise la dose de *dix cent. cubes,* et de *vingt cent. cubes* pour les diphtéries graves avec croup.

*Après un an,* il injecte de 20 à 30 *cent. cubes,* suivant qu'il s'agit d'une forme *commune* ou d'une forme *grave,* et de 30 à 40 *cent. cubes chez les adolescents et les adultes.*

Pour le renouvellement de l'injection, ce même

auteur signale que souvent une première dose suffit pour une diphtérie commune ; en tout cas, il attend généralement 48 heures avant de la renouveler ; ce laps de temps écoulé, si la température reste encore supérieure à 38°, si les fausses membranes ne sont pas complètement détachées, il renouvelle l'injection avec la moitié de la dose si l'amélioration est évidente, — ou avec une dose égale à la première, si l'amélioration n'est pas suffisante.

Mais, dans les diphtéries graves, on refait l'injection le lendemain de la première, à dose égale ; quelquefois même, on ne doit pas hésiter à injecter une certaine quantité de sérum, douze heures après la première. Le troisième jour, on fait presque toujours une troisième injection, mais alors avec une dose moindre. Marfan, après avoir employé 120 cent. cubes au total, s'en tient actuellement à 80 cc., l'expérience lui ayant démontré que les doses plus considérables sont inutiles. Ceci reste vrai pour les endémies ou épidémies, de virulence non excessive, même dans les villes.

Cependant dans certaines grandes villes, et surtout à l'hôpital, le génie épidémique semble s'être aggravé, et des doses plus considérables peuvent être employées pour les formes, qui résistent aux doses moyennes, surtout quand il s'agit de cas *devenus graves par suite d'un traitement tardif*. Dans ces conditions, les fortes doses conseillées par Lereboullet (120 à 160 cc. par jour en deux fois) auraient surtout pour but de lutter contre l'intoxication générale.

Une récente discussion à la Société médicale du XVII[e] arrond. de Paris, le 27 octobre 1931, aboutit aux mêmes conclusions : Les très hautes doses de sérum antidiphtérique ne semblent pas avoir sur les doses moyennes courantes un avantage réel. « J'ai renoncé, dit M. Lesné, aux très grosses doses de sérum, par exemple un litre en quelques jours, même dans les angines malignes, parce que je n'ai jamais vu se produire dans ces conditions une amélioration plus rapide. Je suis convaincu, au contraire, que le fait d'injecter de grosses doses de sérum hétérogène chez un enfant intoxiqué, azotémique et albuminurique, constitue un acte inutile et même nuisible. »

***

## Conclusions

Ce qui préoccupe le plus le praticien dans la lutte, qu'il doit engager contre la diphtérie, épidémique ou sporadique, c'est la valeur de l'arme, que met entre ses mains la sérothérapie spécifique.

Or, cette arme reste bonne ; il n'y a pas, à proprement parler, échec de la sérothérapie, mais échec de la technique sérothérapique ; les insuccès tiennent, non pas aux qualités intrinsèques du sérum, mais à son mode d'administration trop retardé par rapport au degré d'évolution de l'infection.

On ne doit pas oublier, en effet, que le sérum, — étant et devant rester surtout antitoxique dans une maladie qui, comme la diphtérie, tue par intoxication — *il est de toute urgence de l'injecter aussitôt que possible*, dans tout cas suspect, même sur de simples données cliniques, au risque de traiter des angines non diphtériques, — et sans attendre la réponse du laboratoire.

A cet égard, une mention spéciale s'adresse aux sujets vaccinés, pour les surveiller (dangereux porteurs de germes sains), et pour les traiter comme les sujets non vaccinés, car, chez eux, des atteintes diphtériques, peuvent s'observer, et même devenir graves. On continuera néanmoins à répandre la pratique de la vaccination antidiphtérique, en s'efforçant d'augmenter sa valeur antitoxique.

Les doses, à injecter ainsi *précocement*, peuvent comme autrefois rester *faibles*, surtout dans la diphtérie commune et dans les campagnes ; et même dans les villes. Cependant dans les grandes agglomérations urbaines, particulièrement à l'hôpital, on est parfois amené à employer d'emblée des doses beaucoup *plus fortes*, en cas de virulence exagérée, ou de formes devenues graves par suite d'un traitement par trop longtemps différé, par *suite d'un traitement tardif*.

BIBLIOGRAPHIE

Robert DEBRÉ, G. RAMON et P.-L. THIROLOIX. — Etude pathogénique de 40 cas de diphtérie et essais thérapeutiques. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 17 avril 1931.)

Ch. DOPTER. — Les maladies infectieuses en 1931. (*Paris médical*, 6 juin 1931).

R. DEBRÉ, G. RAMON, M. et G. MOZER et Mlle J. PRIEUR. — Perfectionnements apportés à la méthode d'immunisation par l'anatoxine diphtérique. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 3 juillet 1931.)

Didier HESSE. — Le problème actuel de la diphtérie. (*L'Hôpital*, A-septembre 1931.)

F. LAYANI. — La sérothérapie antidiphtérique (état actuel de la question). (*Le Bulletin méd.*, 26 sept. 1931.)

L. TANON. — Les maladies infectieuses en France en 1931. (*La Médecine*, 1931.)

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Galet fémoral du ligament croisé postérieur du genou.

C'est un corps étranger du genou, façonné en galet, dans une niche creusée dans le condyle interne du fémur, galet et niche résultant de l'arrachement d'un fragment osseux par l'insertion fémorale du ligament croisé postérieur, le fragment restant attaché au ligament et maintenu par lui relativement fixe dans sa niche.

Le nom de « galet », que propose le Dr FIÉVEZ à propos d'une observation personnelle, résume nettement, pour ce corps étranger bien spécial, son mode de formation et l'aspect anatomo-pathologique qui en résulte. Il faut, en pareils cas, conseiller l'extirpation d'emblée, car il existe, entre le fragment et la niche, une véritable pseudarthrose, de type articulaire, que la résection fera disparaître. (*La Presse Médicale*, 22 juillet 1931.)

### Les azotémies et les hyperazoturies d'origine nerveuse

MM. Ch. RICHET fils et J. DUBLINEAU estiment que, dans certains cas, l'azotémie et l'hyperazotémie (relative ou absolue) sont fonctions d'un trouble du système nerveux, d'une perturbation dans le fonctionnement des centres, qui règlent le métabolisme protéique, probablement par l'intermédiaire du foie.

Evidemment, dans certaines psychoses et certaines lésions organiques de l'encéphale, ce rôle peut être, dès maintenant, parfois suspecté à la suite des maladies infectieuses et de quelques intoxications. (*Le Progrès Médical*, 1er août 1931.)

### Sur un cas de pneumothorax spontané chez un jeune hérédo-syphilitique.

Le Profr. CAUSSADE et Mlle GELAS rapportent un cas de ce genre, qui constitue une rareté. Un enfant, âgé de trois ans, ayant contracté douze mois auparavant la rougeole, puis la coqueluche et ayant souffert par la suite de bronchites à répétition, fait un pneumothorax. Comme dans l'enfance, celui-ci se produit sans tapage ; à l'origine, on ne trouve même pas de quintes de toux plus violentes ayant pu favoriser sa production ; il n'a provoqué ni douleur, ni dyspnée brusque, ni angoisse. Il évolue à bas bruit, est parfaitement supporté, et, cinquante jours après son début, l'état général, malgré la persistance des symptômes locaux, s'est sensiblement amélioré.

Comme cet enfant est porteur de gommes syphilitiques du crâne, consécutives elles-mêmes à des suppurations suspectes du fémur et de l'apophyse mastoïde, et, comme il ne présente pas de signes de tuberculose, il devient légitime d'admettre la nature syphilitique du pneumothorax, qui se serait produit vraisemblablement à la suite d'une sclérose pulmonaire spécifique avec bronchite, emphysème et rupture d'une bulle d'emphysème sous-pleural. (*La Médecine*, août 1931.)

### Sérothérapie et vaccinothérapie dans le réveil de la tuberculose pulmonaire.

M. P. LEFÈVRE a fait une enquête, à la suite de deux observations, dans lesquelles la tuberculose pulmonaire parut évoluer à la suite d'injections de sérums thérapeutiques, suivies d'accidents sériques (tétanos, diphtérie). Sur 900 observations examinées, quelques-unes seulement ont paru démonstratives.

Il en résulte que la sérothérapie et la vaccinothérapie, pourtant si utiles et si justifiées dans l'ensemble, doivent cependant être appliquées avec quelques réserves.

Il n'est pas sans inconvénient et sans risque de faire du sérum antitétanique pour la moindre écorchure, comme c'est trop souvent le cas. On ne doit pas faire du sérum antidiphtérique trop systématiquement ; au moins, chez les malades présentant des antécédents tuberculeux, devra-t-on se montrer très circonspect, et attendre, si possible, les examens de laboratoire.

Quant à la vaccination antityphoïdique, il semble que son application systématique doive être précédée d'une enquête pulmonaire. (*Paris-Médical*, 8 août 1931.)

### Maladie d'Oppenheim.

Les observations de maladie d'Oppenheim, ou myotonie congénitale, sont rares. Toutes sont caractérisées par leur congénitalité, l'extrême atonie musculaire sans paralysie vraie, la symétrie de cette atonie, l'intégrité de l'intelligence, les réactions électriques assez spéciales. MM. DEHERRIPON et DELATTRE ajoutent que rares ont été les autopsies pratiquées, car cette affection est compatible avec l'existence, l'atonie musculaire disparaissant avec l'âge.

Les auteurs ont eu l'occasion de pratiquer une autopsie d'un bébé atteint de cette maladie, et décédé de broncho-pneumonie. L'examen histologique a porté principalement sur les glandes à sécrétion interne.

L'examen du corps thyroïde a montré une

altération profonde et ancienne, par sclérose importante, de cette glande, lésion déjà signalée par quelques auteurs : lésions vasculaires, sclérose du parenchyme, disposition irrégulière des éléments acineux et atrophie de certaines cellules. Rien au thymus, à la rate, aux capsules surrénales. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 9 août 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Recherche des corps bi-réfringents dans la lipoïdose rénale.

(MM. Achard et Codounis. — *Académie de médecine*; 5-1-1932.)

L'indice fondamental de la néphrose lipoïdique, et d'une façon plus générale de la lipoïdose rénale, est la surcharge lipoïdique du parenchyme du rein. Pour le clinicien, le signe le plus probant de cette altération anatomique, de cet état morbide nouvellement étudié, est le passage des lipoïdes dans l'urine, la lipoïdurie.

On peut déceler la lipoïdurie par l'examen microscopique (procédé le plus simple) et par l'analyse chimique. L'examen histologique révèle, sur le champ du microscope, les croix de polarisation des corpuscules bi-réfringents, qui sont les seuls lipoïdes caractéristiques de la lipoïdose rénale. La constatation des croix de polarisation — croix brillantes en forme de croix de Malte — permet de caractériser ces corps bi-réfringents, qui ont été décelés pour la première fois en 1908, par P. Mulon et Feuillié, dans les cylindres urinaires.

M. Achard expose les conditions techniques de la recherche des corps bi-réfringents dans l'urine et il montre une photographie très nette de ces éléments due au Professeur Mulon.

### Sur le passage des chromogènes (indican) dans le lait de femme.

(M. Hervieux. — *Académie de médecine* ; 5-1-32.)

M. Hervieux, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, a fait quelques recherches sur le passage dans le lait du chromogène dérivant de l'indol (indican), chez les animaux et chez la femme.

Certains biologistes n'admettent pas l'élimination lactée des chromogènes indoxyliques, provenant des putréfactions intestinales normales. Porcher, à la suite de l'administration d'une dose d'indol qu'il qualifie de formidable (10 grammes), n'a trouvé que de petites quantités d'indoxyle éliminées par le lait chez la chèvre.

Les études de M. Hervieux, au contraire, lui ont montré que la cellule mammaire en activité physiologique extrait, parmi les produits que lui apporte le sang, l'indican (indoxyl-sulfate de potassium) ; il a noté l'élimination constante, par le lait de femme, d'un corps dérivant directement des putréfactions qui ont lieu dans l'intestin. Ceci justifie l'importance, chez la femme qui allaite, de la nature de l'alimentation.

### De l'invisibilité aux rayons X des calculs vésicaux uriques.

(M. P. Bazy. — *Académie de médecine* ; 12-1-1932.)

M. P. Bazy rapporte un nouveau cas d'invisibilité de calculs uriques de la vessie aux rayons X. Le fait de ne pas trouver d'ombre intra-vésicale sur une radiographie ne doit donc pas suffire à éliminer le diagnostic de calcul. Les rayons constituent un moyen très infidèle de déceler les concrétions de la vessie formées d'acide urique pur. Si les symptômes font suspecter la calculose vésicale, même avec une radio négative, il convient de faire une cystoscopie.

### Septicémie à streptocoque hémolytique guérie par le sérum de Vincent associé à l'opération.

(M. Maurice Chevassu. — *Société de chirurgie*; 18-11-1931.)

Un malade entre dans le service de M. Chevassu pour un œdème de scrotum, qui semble avoir été produit par une application caustique, et de la fièvre (40°). L'hémoculture montre la présence dans le sang de streptocoques hémolytiques. On pratique plusieurs incisions sur le scrotum et on injecte 60, puis 100 c. c. de sérum antistreptococcique de Vincent. Après quelques jours, la température redevient normale et la large destruction scrotale se cicatrise.

M. Chevassu pense que la guérison a été obtenue sous la double influence de l'intervention chirurgicale et du sérum de Vincent.

### Cancer du côlon chez l'enfant.

(M. H.-L. Rocher et R. Guérin, de Bordeaux. — *Société de chirurgie* ; 25-11-1931.)

Comme suite à une communication récente de MM. Matignon et Fruchaud, MM. Rocher et Guérin relatent une observation de cancer de l'angle splénique chez un enfant de onze ans.

Si on laisse de côté les tumeurs du sigmoïde et du rectum, encore assez nombreuses dans le jeune âge, les épithéliomas des autres segments du gros intestin sont exceptionnels chez l'enfant.

Sur 8 cas authentiques, le diagnostic ne fut fait

aucune fois. Les symptômes ont été analogues à ceux observés chez l'adulte et l'on a noté en particulier des troubles d'occlusion. Les erreurs sont dues à ce qu'on ne pense guère au cancer en clinique infantile.

### Sur le sérum salé hypertonique dans l'occlusion intestinale.

(M. Lecercle, de Damas. — *Société de chirurgie* ; 18-11-1931.)

A propos d'un cas de volvulus du côlon pelvien, M. Lecercle présente les remarques suivantes relatives à l'emploi du sérum salé hypertonique.

Le sérum hypertonique intra-veineux, injecté suivant la technique de Gosset, est maintenant très connu. Mais il ne faudrait pas que, pour vouloir paraître au courant des « données nouvelles », on l'emploie hors de propos, sans indication raisonnée. Il peut y avoir danger à provoquer des contractions au-dessus d'un foyer d'étranglement sphacélé. En matière d'occlusion, et en dehors de l'occlusion paralytique, où le sérum peut donner des résultats merveilleux, notamment dans l'occlusion post-opératoire, le sérum hypertonique intra-veineux ne sera injecté que lorsque l'intervention, qui lèvera ou tournera l'obstacle, décidée et acceptée, doit suivre immédiatement, ou vient d'être pratiquée.

— M. Okinczyc souscrit entièrement à cette opinion.

### Arthrite gonococcique traitée par la méthode de Poincloux. Guérison.

(M. Anselme Schwartz. — *Société de chirurgie* ; 18-11-1931.)

Une malade de 30 ans, atteinte depuis l'âge de seize ans de crises d'arthrites localisées aux genoux et de pertes blanches depuis l'âge de 14 ans, entre dans le service de M. Schwartz avec une impotence complète des genoux. Malade non mariée et vierge. On lui fait un traitement par la méthode de Poincloux (vaccination par la porte d'entrée) avec l'antigono Pasteur. Les piqûres, faites aux doses progressives de 1/4 à 1 cent. cube, sont suivies d'assez vives réactions. Elles ont donné une guérison complète des troubles articulaires. P. L.

## Les Livres

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Dr A. Leprince. — **Défendons-nous contre la maladie, la tuberculose et le cancer.** (Un vol. in-12 de 150 pages avec figures. Prix : 10 francs).

Pour se défendre contre les grands fléaux qui désolent encore l'humanité, et notamment contre le cancer et la tuberculose, il faut d'abord traiter d'une manière rationnelle les troubles des différentes fonctions pulmonaire, cardiaque, digestive, etc. La réflexothérapie, nous offre ici une arme extrêmement efficace. Il faut aussi modifier le terrain sur lequel évolue la maladie.

Cette thérapeutique ne devra plus désormais, être destructive (opérations, rayons X, radium), mais bien constructive, pour redonner au système nerveux et aux cellules la vitalité qui leur manque ou qu'ils ont perdue.

Voici la table des chapitres : I. La santé et la maladie. — II. Les troubles fonctionnels et la douleur. — III. La médication radio-électrique et vibratoire. — IV. Climats, polarité, radiations cosmiques ; leur influence. — V. La tuberculose et le cancer ; bases scientifiques du traitement. Le traitement par les ondes et la polarithérapie. — VI. La médecine hier, aujourd'hui et demain.

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Dr Spiridon Œconomos, Professeur à Athènes. — **L'infection colibacillaire de l'appareil urinaire.** (Un vol. in-8° de 292 pages, 1931. Prix : 35 fr.).

La fréquence énorme de cette infection s'explique par les relations de voisinage, anatomique, physiologique et surtout pathologique de l intestin et de l'appareil urinaire. Si l'élimination intestinale est perturbée, l'émonctoire rénal peut la suppléer ; il peut aussi souffrir des mêmes causes pathogènes.

L'infection coli-bacillaire intéresse au même titre l'urologue, le médecin, l'accoucheur, le pédiatre.

L'auteur étudie successivement l'historique de la maladie, la biologie du colibacille, l'étiologie de l'infection coli-bacillaire, sa pathogénie, ses symptômes, ses formes cliniques, ses complications, son diagnostic, son pronostic et son traitement.

Deux chapitres originaux ouvrent des voies nouvelles aux chercheurs. L'un traite de la colibacillose expérimentale et montre le rôle important joué par la stase urinaire dans la colibacillose. L'autre concerne l'étude thérapeutique et montre notamment que le traitement de la colibacillose urinaire consiste surtout à combattre la stase urinaire.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

### LE SECRET PROFESSIONNEL MÉDICAL ET L'APPLICATION DES LOIS SOCIALES

Imposé, dans l'exercice de certaines professions, par l'article 378 du code pénal, le secret professionnel ne constitue-t-il pas à l'heure actuelle, aux yeux de quelques-uns, un obstacle désuet et périmé ?

Notamment, en médecine sociale, cette loi du silence, derrière laquelle doivent s'abriter les praticiens de la loi du 30 novembre 1892 (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes), entrave fréquemment l'exercice d'un contrôle nécessaire, Et d'aucuns de se demander s'il ne conviendrait pas de l'abolir purement et simplement, ou tout au moins d'en réclamer une modification, une atténuation indispensables.

*Portée actuelle de l'article* 378 *C. pén.*.

En principe, le secret professionnel est absolu ; hormis les cas dans lesquels un texte législatif oblige le médecin à faire une déclaration (loi du 2 février 1902, déclaration des maladies transmissibles ; article 56 C. civ. : déclaration des naissances ; loi du avril 1898, pour la certification des conséquences d'un accident du travail ; loi du 31 mars 1919, sur les pensions aux réformés de guerre).

Disons cependant que chacun de ces textes législatifs doit être interprété *stricto sensu* et que de nombreux arrêts de Cassation ont déclaré le médecin tenu au secret professionnel quant à l'identité de la mère, lors de la déclaration d'une naissance, ou quant aux déclarations du praticien qui soigne un blessé du travail, par rapport au médecin contrôleur, commis par l'assurance.

Des conflits récents ont surgi, notamment en matière de contrôle, tant pour les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, que pour les employés d'administration, qui sollicitent un congé.

Rappelons également que les hygiénistes réclament du médecin, qui a soigné le *de cujus*, un certificat détaillé sur les causes du décès et les médecins traitants hésitent à délivrer cette attestation, ou même la refusent la plupart du temps.

Dans cette brève étude, je ne veux pas discuter le fondement juridique du secret : est-il d'ordre public ? Découle-t-il d'un contrat tacite, conclu entre le médecin et son client ?

Je préfère passer en revue les différents cas de conflit entre le respect du secret et la bonne marche des affaires collectives, publiques ou privées, pour aborder ensuite les voies et moyens qu'on pourrait proposer à une discussion.

*Le respect absolu du secret professionnel est une gêne.*

I. — Médecine publique

A. — *Hygiène publique.*

Pour permettre la localisation des foyers d'infection, comme pour dresser une carte de géographie des centres pathologiques, les hygiénistes réclament du médecin traitant la déclaration des causes des décès.

Dans certains départements, comme celui de la Seine-Inférieure, l'inspecteur départemental d'hygiène a cru pouvoir tourner la difficulté par l'envoi de deux fiches de décès par le médecin traitant. L'une, destinée à l'officier de l'état civil, atteste la réalité de la mort, qui, aux termes de l'article 77 du code civil, permet à l'officier de l'état civil de faire procéder à l'inhumation.

La seconde, qui ne comporte aucun nom, mais simplement l'âge, le sexe et le domicile du défunt, et adressée sous pli fermé au médecin directeur des services départementaux d'hygiène, donne une véritable observation scientifique sur les causes immédiates et éloignées du décès.

Or, des conflits se sont produits : averti d'une cause suspecte d'un décès, le procureur de la République a émis la prétention d'avoir communication des fiches ainsi reçues par le médecin inspecteur d'hygiène. Celui-ci s'est retranché derrière le secret professionnel et il avait tort, car, fonctionnaire, il doit obéir aux directives de l'article 29 du code d'instruction criminelle, qui enjoint à tout fonctionnaire de dénoncer au Parquet les crimes et les délits parvenus à sa connaissance dans l'exercice de sa fonction.

Une commission avait été instituée par M. Paul Strauss, alors ministre de l'Hygiène, en 1923, et cette commission dut interrompre ses travaux, devant l'affirmation, émanant du Garde des Sceaux, qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin traitant n'était pas qualifié pour dévoiler les causes de la mort d'un de ses clients, déclaration même faite à un autre docteur en médecine, qui, n'ayant pas soi-

gné le malade, représente l'hygiène publique.

Cette réponse du Ministre de la Justice fut communiquée à la commission, en sa séance du 21 novembre 1923 (*Le Médecin syndicaliste*, 1923, page 768). Pour le Garde des Sceaux, une loi est nécessaire, pour que le médecin traitant puisse faire cette déclaration aux services d'hygiène.

Une certaine analogie a été tentée avec ce qui se passe en matière de déclaration des maladies contagieuses, déclaration imposée aux médecins en vertu des lois du 30 novembre 1892, article 21 et 15 février 1902, article 27. Le médecin traitant n'est plus contraint à conserver le secret professionnel, puisque la loi l'oblige à déclarer certaines maladies transmissibles au maire également lié lui-même par le secret professionnel.

Cependant, il fut objecté que, par arrêt du 13 mars 1897 (S. 98.1.425), la Cour de Cassation spécifie que, même dans le cas de déclaration de maladie contagieuse, les médecins ne sont relevés de l'obligation du secret professionnel à l'égard de ces maladies que dans une mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique. La cour ajoute que ces communications confidentielles par leur nature, conservent le même caractère aux mains des représentants de l'autorité auxquelles elles parviennent. Dans le même sens, Rouen, 23 juillet 1897 (Pand fr. 98.2.4).

Certains font encore remarquer que, bien que tenus au secret professionnel, le maire et les employés de mairie peuvent ignorer parfois les obligations des codes. Aussi le secret n'est-il pas observé rigoureusement et une famille pourrait être la victime d'une divulgation possible et se retourner contre le médecin traitant qui, en matière de décès, a déclaré la cause exacte du décès, sans y être contraint par un texte formel d'une loi.

Voilà pour quoi la commission précitée, instituée par la Ministre de l'Hygiène, dut interrompre ses travaux et se dissoudre, parce qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin traitant ne peut pas déclarer la cause exacte des décès tant qu'une loi ne sera pas intervenue, pour lui en donner l'ordre.

Au surplus, en matière d'assurance sur la vie, la jurisprudence est constante pour décider que le médecin traitant n'a jamais le droit de délivrer, soit à la veuve, ou aux ayants droit du *de cujus*, soit à la compagnie d'assurances sur la vie une attestation indiquant la nature précise de la cause du décès. (Cassation civ., 1er mai 1899 ; D. 1899. 1. 585 ; Cass. civ., 29 mars 1927. *Gaz. Pal.*, 16 juin 1927 ; D. H., 1927, 287 et note de Me Mazaud) ; Montpellier, 7 mars 1928 ; *Gaz. Pal.*, 21 juin 1928).

B. — *Lutte contre les fléaux sociaux.*

Ici encore, le secret professionnel, imposé par l'article 378 aux médecins, constitue un grave inconvénient à la lutte contre la tuberculose, le cancer, la syphilis. Impossible de faire des enquêtes médico-sociales de quelque valeur, sans que le médecin traitant ne soit appelé à divulguer quelque peu que ce soit les diagnostics qu'il a formulés dans l'exercice de son art.

Que de fois n'a-t-il pas été discuté le point de savoir si un médecin ne peut pas se confier à un autre médecin, qui, bien que n'étant pas appelé à donner des soins au malade, n'en est pas moins tenu au secret professionnel ?

Le praticien, qui sait la médecine, mais ne sait pas le droit, a besoin de formules simples et compréhensibles, qui ne soient pas soumises à des discussions de doctrine en sens divers.

Réunis au chevet d'un même malade, deux praticiens sont liés par le secret professionnel, dans l'intérêt du client lui-même et c'est aussi dans ce seul intérêt qu'ils doivent se communiquer leurs observations, impressions, ou autres, nécessaires pour établir de concert un diagnostic et un traitement communs.

Mais il n'en est plus de même vis-à-vis d'un médecin d'hygiène, qui, au regard du malade, n'est qu'un tiers. Le secret appartient au malade, il est d'ordre public et, sans un texte précis d'une loi, le médecin traitant doit se taire vis-à-vis des tiers.

Une des difficultés les plus grandes se rencontre en matière de mariage : on tente d'introduire dans nos mœurs la généralisation du certificat prénuptial, ce qui constituerait une sauvegarde d'une réelle valeur pour la santé des futurs époux.

Cependant, en n'envisageant la question que sous le seul aspect du secret professionnel, ici encore se rencontrent des difficultés, lorsque dédaignant la défense de son médecin traitant, un des fiancés passe outre et entend consommer le mariage, malgré la maladie transmissible pour laquelle il est soigné. Seule une loi à intervenir pourra instituer l'obligation du certificat prénuptial, alors qu'aujourd'hui le médecin traitant doit ou se taire et laisser s'accomplir une infamie, ou dénoncer aux parents de l'autre fiancé et encourir soit les pénalités correctionnelles, soit les conséquences du ressentiment du malade, dont le secret n'a pas été observé.

Quoi qu'il en soit, en cette matière de lutte contre les fléaux sociaux, le Corps médical s'est fréquemment élevé contre les obligations de déclarations, soit de la tuberculose, soit de la syphilis, parce que l'autorité publique, qui recevrait cette déclaration, n'est pas encore outillée, ni dotée par le Parlement des crédits suffisants, pour que cette déclaration puisse servir à quelque

chose dans la réalité et pour l'efficacité des moyens nécessaires propres à enrayer ces fléaux. A quoi peuvent bien servir les statistiques, si l'argent manque pour les utiliser ?

### II. — Le médecin et la Justice

#### A. — *Déposition en justice.*

Que de fois ne sommes-nous pas consultés par des praticiens, qui nous demandent si, invités à comparaître comme témoins, ils doivent ou non se retrancher derrière le secret professionnel ?

Le médecin doit toujours déférer à toutes les convocations; mais, avant de parler, il doit se rappeler qu'il est un confident nécessaire et qu'il n'a pu véritablement bien soigner son malade que si ce dernier a mis son corps et son âme à nu devant lui.

Devant ce mutisme de l'homme de l'art, le procureur menace ; ou bien, il invite l'inculpé à délier le praticien du secret professionnel. Avant même que la réponse soit donnée, le médecin a le devoir de faire remarquer que le secret professionnel n'est pas la résultante d'un contrat tacite passé entre le malade et lui : il est d'ordre public et par suite, quelle que soit l'autorisation donnée par l'inculpé, autorisation qui d'ailleurs peut se retourner contre l'intéressé lui-même, le praticien a le devoir de déclarer que, de toutes manières, il ne parlera pas.

Point n'est besoin, dans ces circonstances angoissantes, de discuter si le secret découle ou non d'un contrat tacite ; le rôle social du médecin est de soigner l'être qui souffre, de recevoir, parce que confident nécessaire, ses aveux, ou de surprendre son secret. Aux magistrats de s'entourer d'experts qu'ils commettront et qui les renseigneront sur les résultats de leurs investigations. Le code pénal, par la généralité de ses termes, oblige le médecin au silence complet.

#### B. — *Déclarations des naissances et infanticides.*

Cependant, peut-il nous être objecté, le médecin ne doit pas se faire l'auxiliaire, le complice inconscient d'un crime ou d'un délit. Si, à propos d'un avortement, il garde le mutisme, alors que l'instruction l'interroge, ne laissera-t-il pas l'avorteur poursuivre son œuvre de mort ?

Distinguons les cas où le praticien doit déclarer en vertu d'un texte de loi.

Appelé par une malade à la soigner pour un avortement, il est indispensable, pour le praticien de savoir quels furent les procédés utilisés pour accomplir l'acte coupable : confident nécessaire, il doit garder secrète la confession de la malade.

Mais, au cours d'un accouchement clandestin, le médecin découvre un infanticide. Doit-il également se taire, parce qu'il a appris le crime dans l'exercice de sa fonction ? Non, car, aux termes de l'article 56 du code civil, il doit faire la déclaration d'une naissance, lorsque le père ne peut la faire. Cette déclaration s'impose même si elle a pour conséquence d'amener la découverte d'un crime (tribunal correctionnel de Vesoul, 22 janvier 1920 ; *Gaz. Pal.*, 21 février 1920.)

Un arrêt de la Cour d'assises de l'Ain, du 23 juin 1930 (*Semaine Juridique*, 1930, 1054 avec note Garraud) décide que la sage-femme qui, au cours d'un accouchement, a eu connaissance d'un infanticide, ne saurait se prévaloir de l'obligation du secret professionnel, pour se refuser de répondre à l'enquête de justice, car le praticien n'est tenu au secret qu'en ce qui concerne le malade auquel il a été appelé à donner ses soins.

Voici donc un nouvel exemple de l'assaut qui est livré au secret professionnel absolu, au nom de la société elle-même.

### III. — Collectivités publiques et privées

Des conflits nombreux éclatent encore entre administrations et médecins, toujours à propos de ce malheureux secret professionnel. Ainsi, en matière de délivrance de congés de maladie, certaines administrations, celle des P. T. T., par exemple, exigent du candidat, la production d'un certificat, désignant la nature exacte de la maladie invoquée pour l'obtention du congé.

Dans l'immense majorité des cas, le diagnostic peut être impunément indiqué. Mais, dans certaines circonstances, il est très difficile de révéler la nature exacte de l'affection, soit parce que cette dernière fait partie de ce que, par hypocrisie, on range dans la catégorie des maladies dites honteuses, soit parce que, par un certificat véridique, le malade peut apprendre brutalement la vérité sur son cas.

Le médecin doit-il délivrer un certificat, qui truque, gaze, atténue la vérité ? Doit-il se retrancher derrière le secret professionnel ?

Le contrôle des abus donne lieu à des conflits semblables. Rappelons le refus d'un médecin de l'Aube d'obtempérer aux instructions du préfet, qui avait décidé que, pour être payés des soins donnés aux malades inscrits sur les listes de l'Assistance médicale gratuite, les médecins devraient indiquer le diagnostic des maladies.

Un arrêté du Conseil de Péfecture de Châlons-sur-Marne, du 27 mai 1927 (*Sem. Jur.*, 1927. 1131 ; *Gaz. Pal.*, 5 juillet 1927), confirma la thèse du préfet ; mais un arrêt du Conseil d'Etat, du 9 novembre 1928 (*Sem. Jur.*, 1928, 1414 ; *Gaz. Pal.*, 27 novembre 1928), infirma cette décision et décida qu'en l'état actuel de la législation, sont contraires aux dispositions de l'article 378 du C. pén., les dispositions d'un règlement départemental, relatif à l'A. M. G., qui exige du médecin la déclaration du diagnostic.

### IV. — Conflits d'attribution

Je laisse de côté les très nombreux cas dans lesquels, en matière d'accidents du travail, d'assurances sociales, de mutualité, d'assurance-vie, etc., etc., le médecin peut se trouver en conflit entre l'obligation au silence et la demande d'une certification quelconque. A la base de toutes ces contestations, se trouve une confusion des fonctions.

Lorsque le médecin est appelé par un malade, pour lui donner des soins, le praticien est lié à son client par l'obligation de garder secret tout ce qu'il a pu apprendre, deviner, surprendre à l'occasion de l'exercice de sa profession. Confident nécessaire, il doit se taire *erga omnes.*

Mais commis par une collectivité publique, ou privée, pour renseigner cette dernière sur la situation pathologique d'une personne déterminée, le praticien doit à son mandant la vérité entière et complète. Il examine le malade au compte d'un tiers ; il est l'homme de l'art commis par ce dernier, alors que le malade n'a pas chargé le médecin de cette mission de certification.

Deux intérêts sont donc en présence : celui du malade représenté par le médecin traitant ; celui du tiers représenté par le médecin examinateur.

Or, la plupart des conflits surgissent parce qu'il y a confusion des deux missions et qu'après avoir été médecin traitant, c'est-à-dire confident nécessaire, le praticien se transforme en médecin contrôleur, examinateur, agissant pour le compte d'une tierce personne à laquelle il doit rendre compte de ce qu'il a vu et constaté.

Le médecin traitant ne saurait accepter, au regard du malade qu'il soigne, ou a soigné, de contrôler ce même client et de révéler à autrui ce qu'il a appris dans l'exercice de sa profession de praticien soignant.

Ainsi, ne serait-il pas admissible que celui qui a été appelé à donner ses soins à un client, pour tuberculose, syphilis, diabète, ou quelque affection que ce soit, puisse comme représentant les intérêts d'une assurance sur la vie, examiner son client et décrire à son mandant tout ce qu'il a été appelé à soigner chez le candidat à l'assurance.

Le médecin assermenté, qui a juré de dire toute la vérité à l'administration qui l'a commis, ne saurait, dans un rapport, dévoiler les secrets d'un agent de ladite administration, secrets pour lesquels il a été un confident nécessaire, alors qu'il a été appelé par cet agent à lui donner ses soins.

Un médecin chargé d'un contrôle ne peut également être le praticien qui a soigné la personne à contrôler ou examiner pour le compte d'un tiers.

Aussi, avec une sage prudence, la loi du 30 avril 1930, en son article 7 et le décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, en son article 25, décident-ils que le médecin contrôleur ne peut pas donner de soins aux assurés affiliés à la caisse.

Rappelons que l'article 17 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, décide que l'expert, qui est commis pour apprécier médicalement le degré d'incapacité de travail d'une victime, ne peut être le médecin qui a soigné le blessé. Cette nullité est radicale (Besançon, 12 mars 1904, D. 1905, 2, 63 ; Cass. civ., 26 juin 1928 ; *Gaz. Pal.*, 9 octobre 1928 ; Cass. civ., 22 décembre 1930 ; *Sem. Jur.*, 1931, 198 ; *Gaz. Pal.*, 11 février 1931 ; Dijon, 17 février 1931 ; D. H., 1931.171.)

### Mesures proposées

Il est incontestable qu'à l'heure actuelle, le principe du secret professionnel absolu constitue un obstacle insurmontable, dans l'exercice de la fonction publique, ou dans l'accomplissement de la mission de l'administration, ou de la bonne marche de certaines sociétés privées.

Deux intérêts se heurtent et s'opposent : l'individu entend conserver le droit de se confier librement et en toute sécurité à celui qu'il appelle à son chevet ; la confidence nécessaire, la confiance sont des facteurs de guérison.

Mais, entre le malade et son médecin s'interpose de plus en plus une collectivité qui paie soit les soins, soit les journées de congé : cette collectivité a le droit d'être renseignée, de savoir s'il est bien vrai que son agent, son employé est réellement malade.

A la base d'une bonne médecine collective doit exister la division des fonctions : il ne peut être admis que le même praticien soit à la fois médecin traitant, c'est-à-dire confident nécessaire d'un malade et agent certificateur, contrôleur, chargé de la mission de révéler à un tiers tout ce qu'il a pu apprendre, deviner, surprendre dans l'exercice de sa fonction.

Que l'incapacité de soigner le malade à expertiser ou à contrôler, prévue par les lois du 9 avril 1898, sur les accidents du travail et du 30 avril 1930, sur les assurances sociales soit généralisée. Jamais le médecin traitant ne doit être habile à représenter une compagnie d'assurances sur la vie, pour son propre malade, ni à le contrôler pour le compte d'une usine, d'une firme industrielle ou commerciale, en matière d'accidents du travail, de certifier son état de santé, en qualité de médecin assermenté, qualifié par une administration publique, de vérifier la cause d'un décès, comme médecin de l'état civil, pour le défunt qu'il a traité, etc., etc.

En second lieu, le médecin traitant doit être cru sur parole. Il est une pratique fâcheuse, c'est de suspecter le praticien, qui donne ses soins à un malade et délivre une attestation à ce dernier, de le considérer comme un homme rédi-

geant des certificats de complaisance, qui doivent, *a priori*, devenir suspects.

Des pénalités sont cependant prévues contre les certificats mensongers : l'article 86 du code d'instruction criminelle inflige une amende de 100 francs au moins pour tout certificat mensonger, destiné à dispenser un témoin de venir déposer en justice ; les articles 160 et 146 C. pén. punissent d'amende et de prison le médecin qui délivre un certificat pour dispenser d'un service public.

Les mêmes peines sont encourues, non seulement lorsque le médecin certifie des choses fausses, mais encore lorsqu'il néglige de vérifier les déclarations qui lui sont faites (trib. corr., Seine, 5 octobre 1894 *Concours médical*, 1894.528).

Tous autres certificats volontairement erronés peuvent constituer une escroquerie, ou un faux (Cass., 28 juillet 1887, S. 90. 1. 490).

Le faux certificat peut servir de base à la demande de dommages-intérêts pour la partie lésée (Trib. civ. Seine, 5e ch., 12 juin 1896, D. P., 96.2.374 ; trib. civ. Seine, 24 décembre 1897 ; *Gaz. trib.*, 98.1.157 ; Douai, 26 février 1906 ; D. P., 06.2.271).

Tout récemment, un médecin a été poursuivi et acquitté, parce qu'il était accusé d'avoir délivré des certificats de complaisance à des conscrits, se présentant devant le Conseil de révision (trib. correct., Millau, 15 janvier 1930, *Concours médical*, 1930.1260).

A la collectivité intéressée, si elle a des doutes, de faire procéder à un contrôle par le médecin qu'elle choisit librement et qu'elle investit de sa confiance, à la condition que ce praticien ne soit pas celui qui a donné ses soins au malade en cause.

En troisième lieu, le médecin contrôleur ne devrait pas être obligé de dévoiler le diagnostic exact à l'administration qui l'a commis. Pourquoi cette révélation à des personnes, très qualifiées dans leurs fonctions, mais incompétentes en médecine ? Au contraire, si le médecin contrôleur n'avait pas besoin de motiver sa décision, restant tenu au secret professionnel *erga omnes*, il pourrait se consulter avec son confrère le médecin traitant, pour le plus grand bien et du malade et du tiers qui a suscité le contrôle.

Si des divergences surgissent entre médecin traitant et médecin contrôleur, pourquoi ne pas généraliser l'initiative prise en pareille matière par le législateur des assurances sociales ? Selon les cas, un tiers médecin est désigné soit par le juge de paix, soit par le président du tribunal civil.

Mais la réforme la plus urgente réside dans l'atténuation, par voie législative, du secret professionnel, en matière de déclaration des causes des décès, que les hygiénistes réclament depuis de nombreuses années.

La loi à intervenir déciderait que le médecin traitant devrait déclarer à un autre médecin, chargé des services départementaux d'hygiène, les causes exactes des décès qui se produisent dans sa clientèle ; mais, bien que fonctionnaire public, le médecin inspecteur départemental d'hygiène serait dispensé des obligations prévues à l'article 29 du code d'instruction criminelle, à savoir ne plus être contraint à déclarer au Procureur de la République les crimes et délits qu'il a appris dans l'exercice de sa fonction.

Ici encore, pas de confusion des fonctions : celui qui, dans l'intérêt de l'hygiène publique, doit être le confident légal du praticien, lui-même confident nécessaire du malade, ne doit pas être tenu à devenir, en certains cas, un auxiliaire de la justice répressive.

### *Conclusions.*

Le secret professionnel du médecin est un facteur nécessaire de guérison et doit être conservé dans son intégralité : l'ordre public et l'intérêt individuel de chaque malade imposent cette loi du silence.

Mais, l'intérêt individuel devant, dans certains cas, s'effacer devant celui de la collectivité. Aussi, d'abord en matière de défense de la santé publique, une loi est-elle nécessaire, pour, dans certaines limites à préciser, organiser la déclaration des causes des décès de médecin traitant à médecin inspecteur départemental d'hygiène, à la condition que ce dernier soit tenu de garder confidentielles les déclarations ainsi reçues.

Quant à la médecine courante, les intérêts des tiers (collectivités publiques, ou privées) doivent être garantis par un contrôle efficace ; mais, ainsi que la circulaire ministérielle du 25 janvier 1930 l'organise en matière d'assistance médicale gratuite, il est possible de concevoir un contrôle, même en respectant le secret dû aux malades, dans les limites des termes de l'arrêt du Conseil d'Etat du 9 novembre 1928 précité.

Dr Paul BOUDIN.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### L'indemnité-maladie

Je voudrais aujourd'hui ne parler que de l'indemnité-maladie.

Aussi bien, ai-je à répondre à la lettre d'un confrère qui m'écrit :

Monsieur le Trésorier et cher Confrère,

L'autre jour, en sortant d'une réunion de notre syndicat, nous causions des œuvres confraternelles, et naturellement, la Mutualité Familiale du Corps médical français a été mise sur le tapis. Mais je dois avouer que fort peu de confrères étaient en mesure de fournir quelques précisions : ce qu'il nous faudrait, c'est un exposé très détaillé de la manière, dont la combinaison indemnité-maladie fonctionne, avec un tableau synoptique des cotisations pour chaque âge et pour chaque indemnité, afin que chacun, d'un coup d'œil rapide, puisse voir quelle somme annuelle il aurait à payer suivant l'indemnité qu'il choisirait.

Demander les statuts, les étudier, c'est trop long; on remet à plus tard et on oublie, tandis qu'un exposé clair dans le *Concours médical* nous édifierait immédiatement.

Veuillez agréer.....

Dr B.

Je m'exécute :

Tout d'abord, il doit être bien entendu que la Mutualité Familiale indemnise, non pas le fait d'être malade, mais l'incapacité d'exercer d'origine morbide, et c'est pour cette raison qu'il n'y a pas lieu de faire une discrimination entre les maladies et que l'accident est compris dans ce titre : *indemnité-maladie*.

Ensuite, il faut établir qu'en aucun cas les quatre premiers jours d'incapacité ne sont indemnisés et que l'indemnité ne part que du cinquième jour ; que l'indemnité est journalière pendant soixante jours, c'est-à-dire jusqu'au 64e de l'incapacité ; et qu'à partir du 65e jour, c'est l'indemnité chronique mensuelle qui est donnée pour durer autant que l'incapacité elle-même ; qu'enfin, le droit à l'indemnité cesse à 65 ans. L'indemnité chronique est, dans tous les cas, égale à dix fois l'indemnité journalière.

La Mutualité Familiale offre à ses adhérents cinq combinaisons :

MA qui donne dix francs par jour et 100 fr. par mois ;

MA2 qui donne 20 francs par jour et 200 fr. par mois ;

MA3 qui donne 30 francs par jour et 300 fr. par mois ;

MA4 qui donne 40 francs par jour et 400 fr. par mois ;

MA5 qui donne 50 francs par jour et 500 fr. par mois.

La limite d'âge d'entrée est 50 ans pour MA et 45 ans pour les autres combinaisons, l'âge d'entrée étant celui que le candidat a eu ou aura dans l'année de son admission.

Voici maintenant le tableau des cotisations annuelles :

| Age d'entrée | MA | MA2 | MA3 | MA4 | MA5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 ans | 68 fr. | 148 fr. | 223 fr. | 308 fr. | 389 fr. |
| 26 — | 69 » | 151 » | 227 » | 314 » | 396 » |
| 27 — | 71 » | 154 » | 232 » | 320 » | 404 » |
| 28 — | 72 » | 157 » | 237 » | 326 » | 412 » |
| 29 — | 73 » | 160 » | 241 » | 333 » | 420 » |
| 30 — | 75 » | 163 » | 246 » | 340 » | 429 » |
| 31 — | 77 » | 166 » | 251 » | 346 » | 438 » |
| 32 — | 78 » | 170 » | 256 » | 354 » | 447 » |
| 33 — | 80 » | 174 » | 262 » | 362 » | 457 » |
| 34 — | 82 » | 178 » | 268 » | 370 » | 468 » |
| 35 — | 84 » | 182 » | 274 » | 379 » | 480 » |
| 36 — | 86 » | 187 » | 282 » | 389 » | 492 » |
| 37 — | 88 » | 192 » | 289 » | 399 » | 504 » |
| 38 — | 91 » | 197 » | 297 » | 410 » | 517 » |
| 39 — | 93 » | 201 » | 304 » | 421 » | 530 » |
| 40 — | 96 » | 208 » | 313 » | 433 » | 545 » |
| 41 — | 98 » | 213 » | 321 » | 444 » | 560 » |
| 42 — | 101 » | 219 » | 330 » | 456 » | 576 » |
| 43 — | 104 » | 226 » | 341 » | 470 » | 593 » |
| 44 — | 107 » | 232 » | 350 » | 482 » | 610 » |
| 45 — | 110 » | 239 » | 360 » | 497 » | 628 » |
| 46 — | 114 » | » | » | » | » |
| 47 — | 117 » | » | » | » | » |
| 48 — | 121 » | » | » | » | » |
| 49 — | 125 » | » | » | » | » |
| 50 — | 129 » | » | » | » | » |

Ces sommes étant dans leur intégralité versées aux comptes des combinaisons, il y a lieu d'y ajouter 10 % pour frais de gestion.

Tout candidat, pour être admis, doit : 1° répondre à un questionnaire sur son état de santé et ses antécédents ; 2° subir un examen médical (combinaisons MA et MA2) ou pour les autres combinaisons deux examens médicaux devant deux confrères différents.

L'admission est prononcée en deux fois par le Conseil d'administration : la première fois, elle n'est que provisoire : les noms des sociétaires

ainsi admis sont publiés au *Concours médical* et, pendant trois mois, tous les sociétaires ont le droit de formuler leurs observations ; la seconde fois, elle est définitive.

Les admissions partent des 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre.

Les membres admis le 1er avril versent les trois quarts de la cotisation, ceux qui sont admis le 1er juillet en paient la moitié, ceux qui sont admis le 1er octobre le quart.

Ultérieurement, la cotisation se paie dans son entier en janvier ; toutefois, les sociétaires qui en font la demande peuvent payer en deux fois, par moitié au 1er janvier et au 1er juillet.

Tout retard d'un mois dans le paiement de la cotisation entraîne la suspension du droit à l'indemnité qui n'est recouvré qu'un mois après la libération.

Tout retard d'une année entraîne la radiation de la Caisse indemnité-maladie.

Le droit à l'indemnité commence six mois après l'admission provisoire.

Tout sociétaire, qui se trouve dans l'impossibilité d'exercer sa profession, doit en faire la déclaration au secrétaire général dans un délai maximum de dix jours. Le sociétaire doit en outre faire parvenir de ses nouvelles tous les quinze jours dans le cas de maladie aiguë, toutes les six semaines dans le cas de chronicité.

Dans le cas de reprise du travail, le secrétaire général doit en être informé dans le délai de trois jours.

Faute de se conformer à ces prescriptions, le sociétaire peut encourir des amendes, qui sont infligées par le Conseil d'administration et versées à la Caisse auxiliaire.

Le montant des indemnités est, sur le rapport du secrétaire général, fixé par le Conseil d'administration dans ses séances trimestrielles.

Les indemnités sont immédiatement envoyées par le trésorier aux intéressés auxquels elles parviennent sans frais, et qui doivent en accuser réception.

Voilà, dans ses grandes lignes, l'exposé de l'organisation de la Caisse indemnité-maladie et des conditions dans lesquelles elle fonctionne. On doit comprendre que, malgré son caractère essentiellement confraternel et amical, elle doit être régie par des règles précises : c'est la condition essentielle de l'ordre qui doit régner dans son administration.

Et maintenant, confrères qui savez ce qu'elle est et qui devez connaître les risques auxquels vous êtes exposés, n'attendez pas pour vous y agréger : plus tard, il sera peut-être trop tard. La morbidité chez les médecins est notablement plus élevée qu'on ne le croit généralement, et l'expérience nous a montré que l'âge de 45 ans devait être la limite pour les admissions ; le risque plus tard devient trop grand.

Combien de cas pourrais-je vous citer où des confrères, jeunes, solides, bien portants, venaient à nous plus par esprit de solidarité confraternelle que par besoin — du moins ils le croyaient — et, peu après, se voyaient arrêtés souvent pour de longs mois, quelquefois même des années à la suite d'une grippe, d'une fièvre typhoïde ou autre infection et se trouvaient tout heureux de s'être montrés prévoyants.

Lisez ces quelques lignes que m'adressait dernièrement un confrère :

« Je vous accuse réception de votre envoi et profite de l'occasion pour vous remercier de m'avoir engagé à penser à l'avenir : la maladie m'avait toujours épargné depuis 13 ans, mais aujourd'hui, je me sens moins solide et suis heureux de vous avoir écouté. »

Dr B... à L...

Et cette autre lettre :

« Vous avez mille fois raison de prêcher aux médecins les idées de prévoyance : que serais-je devenu si je ne m'étais pas agrégé à la Mutualité Familiale ?

On dira peut-être que tous n'ont pas la malchance que j'ai eue ; il n'en est pas moins vrai que j'ai constaté, d'après les procès verbaux que vous publiez, que plus de onze pour cent de vos membres touchent des indemnités plus ou moins prolongées.

Un médecin, qui a une clientèle convenable, doit faire des économies ; s'il en consacre une petite partie à verser des cotisations à la Mutualité Familiale, il n'aura pas à s'en repentir, il en profitera sans doute un jour et, même s'il a la chance pendant des années de ne pas recevoir d'indemnité, il aura la satisfaction de se dire qu'il aura pu venir en aide à des confrères moins favorisés que lui et qui auront souffert alors que lui-même aura continué à gagner convenablement sa vie.

Dr B...

Je pourrais multiplier ces citations, je n'apprendrais rien à mes lecteurs qui tous ont pu constater autour d'eux des malheurs de tout genre.

On dit que l'expérience d'autrui ne sert pas ; il leur appartient de faire mentir le proverbe.

A. Gassot.

# LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

## (Le Sou Médical)

## Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration

*Admissions.*

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

9.574 MACHENAUD, Montrouge (Seine). Parrains : Drs Gannat Père et Fils.
9.575 KALT, 81, rue St-Lazare, Paris. Parrains : Drs Pamart et Mignon.
9.576 DEFFAY, Bonnat (Creuse), Syndicat de la Creuse.
9.577 CHAMPEAU, Bourth (Eure), Syndicat d'Evreux.
9.578 ARLET, Périgueux (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
9.579 SENLECQ, L'Isle-Adam (S.-et-O.), Syndicat de Pontoise.
9.580 BARBEROUSSE, Orléans (Loiret). Parrains : Drs Roger et Koenig.
9.581 O'NEILL, Bourgneuf-en-Retz (Loire-Inférieure), Syndicat du Pays de Retz.
9.582 CREBASSA, Millau (Aveyron), Syndicat de Millau.
9.583 FAUCHER, Limoges (Hte-Vienne), Syndicat de la Hte-Vienne.
9.584 Mlle ELOSU, Bayonne (Basses-Pyrénées), Syndicat du Pays Basque.
9.585 POUJAD, Béziers (Hérault), Syndicat de Béziers-Saint-Pons.
9.586 THALHEIMER, 24, av. du Recteur Poincaré, Paris, Syndicat des chirurgiens.
9.587 VATIN (Lucien), Le Val d'Ajol (Vosges), Syndicat des Vosges.
9.588 DELOULAY, Laons (Eure-et-Loir), Parrains : Drs Barailhé-Montus et Durand.
9.589 FAURE, Bourg d'Oisans (Isère), Syndicat du Sud-Est de l'Isère.
9.590 DUBUIS, Villefranche (Rhône), Syndicat du Rhône.
9.591 LOHEAC, Gourin (Morbihan), Syndicat de Pontivy.
9.592 OUDAR, Calais (Pas-de-Calais), Syndicat de Calais.
9.593 LÉGER, Tergnier (Aisne). Parrains : Drs Duchamp et Delbecque.
9.394 AGOSTINI, 75, rue Olivier-de-Serres, Paris. Parrains : Drs Arago et Rossi.
9.595 CONDE, Coudekerque-Branche (Nord), Syndicat de Dunkerque.
9.596 BAGARRY, Brignoles (Var), Syndicat du Var.
9.597 SULDEY, Pavillons-sous-Bois (Seine), Syndicat de la Banlieue Est.
9.598 FALCOZ, rue de Chaillot, Paris, ancien membre de la Ligue.
9.599 ANDRÉ, Nancy (M.-et-M.), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
9.600 THIRIET, Pont-à-Mousson (M.-et-M.), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
9.601 ROY, Chauvigny (Vienne), Syndicat de Montmorillon.
9.602 DELIVET, rue de la Bienfaisance, Paris, Syndicat des chirurgiens.
9.603 COUALLIER, Joué-sur-Erdre (Loire-Inférieure), Syndicat de la Région Nortaise.
9.604 VANDIER, La Crèche (Deux-Sèvres), Syndicat des Deux-Sèvres.
9.605 PATRON, Lauris (Vaucluse), Syndicat de Vaucluse.
9.606 BRINDEAU, rue de Grenelle, Paris, Syndicat de Paris.
9.607 HAMMANN, Levallois (Seine), Parrains : Drs Erlanger et Rosanof.
9.608 TORRET, 80, rue de la République, Lyon-Villeurbanne, Syndicat du Rhône.
9.609 ALBERGNIE, Toulon (Var), Syndicat de Toulon.
9.610 MEINNIER, Clermont-l'Hérault (Hérault). Parrains : Drs Bonnel et Maury.
9.611 ARBAULT, Montmarault (Allier). Parrains : Drs Maridol et Charret.
9.612 LE FUR, 21, rue Rémusat, Paris, Syndicat de la Seine.
9.613 SUZOR, 17, rue du Colonel-Moll, Paris, Syndicat du 17e arrondissement.

### Contestations d'honoraires.

Le Dr B. (Pas-de-Calais), ayant obtenu un arrangement amiable dans une affaire de recouvrement d'honoraires, contre un client qui le menaçait d'une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour responsabilité, envoie 50 francs pour la caisse de la Ligue.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr S. (Charente), a gagné en appel le procès, perdu en justice de paix, en paiement de 3.000 fr. d'honoraires pour soins donnés à une femme mariée, séparée de fait de son mari.

L'avocat demande pour ses honoraires 500 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr T. (Drôme) a terminé, par une transaction devant le juge de paix, un procès en recouvrement d'honoraires contestés, pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Il est dû, pour honoraires d'avocat, frais de déplacement et frais d'huissier, 165 fr., dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr P. (Seine-et-Marne), a obtenu devant le juge de paix la condamnation au paiement de ses honoraires d'un client qui a été débouté, en outre, de sa demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

Les frais et honoraires se sont élevés à 166 fr. 40 dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr C. (Alpes-Maritimes), ayant soigné un boucher et, sur la demande de celui-ci, l'un de ses employés, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires, s'élevant à 1.330 fr., le client refusant de payer les soins donnés à son employé.

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr P. (Sarthe), a obtenu l'engagement écrit de l'auteur d'un accident d'automobile à lui payer 257 fr. d'honoraires et de frais de clinique pour soins donnés à la victime de l'accident, mais son débiteur refuse maintenant de le payer.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour recouvrer les sommes qui lui sont dues.

Le Dr G. (Oran), a soigné une jeune mauresque blessée dans son travail, sur la demande du patron. L'assurance refuse de le payer, parce que le patron n'a pas versé ses primes. Ce dernier ne paie pas non plus, bien qu'il ait reconnu sa dette par écrit.

Le Conseil accorde au Dr G. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le patron.

Le Dr P. (Manche), ayant soigné un agriculteur blessé, et demandé 475 fr. pour ses honoraires, l'assurance lui a offert 186 fr., calculés au tarif des accidents du travail, qu'il a refusés. Le client refuse de le payer.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre celui-ci.

Le Dr V. (Bouches-du-Rhône), ayant soigné un assuré social, qui est décédé, la mère de celui-ci réclame à la Caisse d'assurances le payement des prestations, mais refuse de payer le médecin et de prêter son concours pour lui permettre d'être réglé, car elle aurait à payer la différence entre le tarif syndical et le tarif de responsabilité.

Le médecin traitant n'ayant, en vertu de l'entente directe, aucune action contre la Caisse, le Conseil accorde au Dr V. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre la mère de l'assuré décédé.

Le Dr T. (Seine) ne peut obtenir le paiement de 3.400 fr., solde du prix de deux appareils dentaires, que le client lui a retournés quelque temps après en avoir pris livraison, sous le prétexte qu'il ne pouvait les supporter.

Le Conseil accorde au Dr T. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de sa créance.

Le Dr W. (Seine), ayant été débouté de deux actions en paiement d'honoraires, intentées devant des juges de paix incompétents *ratione loci* contre une femme, pour les soins donnés à sa mère décédée, demande l'appui pécuniaire pour citer sa débitrice devant le juge de paix de son domicile.

Le Conseil accorde cet appui, mais pour les frais de la nouvelle instance seulement, les deux précédentes ayant été introduites et suivies sans que l'avis de la Ligue ait été demandé.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

— **Comité de propagande en faveur du vin.** — Sont nommés membres de la commission scientifique du Comité de propagande en faveur du vin : MM. Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, ou son délégué ; Portmann, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Doléris, membre de l'Académie de médecine ; Eylaud, de la Société des médecins amis du vin, de Bordeaux ; Léon Bernard, Loeper, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Vires, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Gaujoux, professeur à la Faculté de médecine de Marseille ; Alquier, secrétaire général de la Société scientifique d'hygiène alimentaire.

— **Les assurances sociales en Belgique.** — Dans sa séance du 28 novembre 1931 l'Académie royale de médecine de Belgique a adopté l'ordre du jour suivant :

« L'Académie royale de médecine de Belgique n'entend pas prendre position au sujet de la nécessité économique et sociale des Assurances sociales ; elle n'est pas qualifiée pour le faire. Mais elle croit de son devoir d'appeler, avec insistance, l'attention du Gouvernement sur la répercussion inévitable et profonde que ces assurances auront sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie d'une part, sur le sort des malades d'autre part, enfin sur les intérêts et peut-être même sur la moralité du corps médical et du corps pharmaceutique.

« Il lui paraît absolument indispensable d'introduire dans le statut légal des assurances sociales contre la maladie, des dispositions qui garantissent aux médecins le libre exercice de leur profession, conservent à celle-ci son caractère de profession libérale, et maintiennent intacte l'obligation du secret médical, nécessité d'ordre public.

« L'Académie insiste aussi tout particulièrement sur l'importance capitale de mesures législatives spéciales qui soient à même de protéger efficacement l'enseignement clinique dans les universités. Cet enseignement serait gravement menacé par la création éventuelle d'hôpitaux, de policliniques et d'établissements de cure, qui ne seraient pas reconnus indispensables. »

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

**Réponse.**

N'ayant aucun renseignement sur l'organisation économique du contrôle et la situation des médecins contrôleurs, nous prions ceux de nos lecteurs qui seraient documentés sur ces questions de nous adresser tous renseignements utiles.

## Accidents du travail

### 158. — Privilège des honoraires médicaux en cas de faillite

J'ai lu dans le *Concours* que la note du médecin était privilégiée, en cas de faillite du patron, pour les soins donnés aux ouvriers accidentés du travail au service de ce patron.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me fournir à ce sujet la jurisprudence dont vous disposez.

Dr S.

**Réponse.**

Le § 4 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail confère au médecin, par subrogation aux droits de l'ouvrier victime d'un accident du travail, une action directe contre le chef d'entreprise pour le recouvrement des honoraires qui lui sont dus pour les soins donnés à cet ouvrier. Dès lors, la créance du médecin est la même que celle de l'ouvrier et se trouve garantie, comme celle-ci, par le privilège de l'article 2.101 du Code civil, que l'article 23 de la loi du 9 avril 1898 étend à la créance de la victime de l'accident ou de ses ayants droit, relative aux frais médicaux.

Il en résulte qu'en cas de faillite du chef d'entreprise responsable, les honoraires du médecin traitant choisi par le blessé doivent être admis au passif privilégié de la faillite.

Cette solution, qui a été longtemps contestée, résulte d'un arrêt que nous avons obtenu le 19 avril 1928 de la Chambre Civile de la Cour de Cassation, au profit de l'un de nos adhérents, et qui a tranché définitivement la question.

Cet arrêt a été publié au *Dalloz hebdomadaire* de 1928, page 285.

Au cas où, dans une affaire de cette nature, votre privilège serait contesté, vous n'auriez qu'à renvoyer le syndic à cet arrêt.

## Fiscalité

### 260. — Impôt sur les traitements fixes

J'ai l'intention de concourir pour un poste de médecin inspecteur départemental d'hygiène, le traitement annoncé se décompose ainsi :

| | |
|---|---|
| Traitement | 30.000 fr. |
| Frais de déplacement | 18.000 » |
| Indemnités de résidence et charges de famille | 5.000 » |
| Total | 53.000 fr. |

Je voudrais savoir comment est calculé l'impôt sur les salaires et traitements ? Si j'obtenais ce poste, combien aurais-je d'impôts à payer ? Je suis marié et père de trois enfants.

D[r] Z.

**Réponse.**

L'impôt cédulaire ne porte pas sur l'indemnité pour charges de famille mais frappe celle de résidence.

Avant la taxation, on déduit les frais professionnels ; par conséquent, l'indemnité pour frais de déplacement n'est pas imposée.

| | | |
|---|---|---|
| Si nous évaluons l'indemnité de résidence à | | 2.500 fr. |
| le traitement à | | 30.000 fr. |
| Total | | 32.500 fr. |
| *à déduire* : femme | 3.000 fr. | |
| 2 enfants de moins de 18 ans | 6.000 » | |
| 1 enfant de moins de 18 ans | 4.000 » | 13.000 fr. |
| Reste | | 19.500 fr. |
| A déduire pour vous | | 10.000 fr. |
| Reste | | 9.500 fr. |
| dont la moitié est de | | 4.750 fr. |
| A 10 % | | 475 fr. |

Cette somme subira une déduction proportionnelle variable de 20 à 40 % selon que votre revenu global imposable dépasse ou non 30.000 fr. »

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

---

### 38. — Les libéralités volontaires ne sont pas des revenus à déclarer

Un jeune médecin, installé depuis peu, reçoit de sa famille une aide provisoire destinée à lui permettre de boucler son budget en attendant la clientèle. Doit-il faire état des sommes qui lui sont ainsi remises dans sa déclaration pour l'impôt sur le revenu ?

D[r] P.

**Réponse.**

Les sommes reçues de la famille constituent des libéralités qui ne sauraient être comprises dans le revenu à déclarer, mais il pourra être intéressant de les indiquer au contrôleur dans le cas où il trouverait que les dépenses personnelles dépassent les bénéfices nets réalisés.

A. M.

---

### 22. — Catégories diverses de revenus

Je viens vous demander un conseil pour ma déclaration de revenus. Voici ma situation :

Etant malade, j'ai quitté ma clientèle de campagne à la fin de 1930. En 1931, pendant six mois, je n'ai pas travaillé. Ensuite, je suis venu ici où j'ai un

traitement fixe mensuel et des avantages en nature (logé, nourri, chauffé, éclairé, blanchi). D'autre part, j'ai touché pour quelques milliers de francs de notes de 1930 :

1° Comment évaluer mes avantages en nature pour les ajouter à mon traitement ?

2° J'inscrirai celui-ci à la première catégorie, dois-je indiquer le total des notes touchées dans la même ou dans la huitième ? Dans ce dernier cas, serai-je imposé comme salarié ou comme exerçant une profession libérale ?

3° Il me semble que je n'ai pas à considérer comme revenus les sommes que la Mutualité familiale m'a versées, et je n'ai pas de dépenses professionnelles à établir.

Dr B.

**Réponse.**

Le mieux pour les avantages en nature serait de les évaluer d'accord avec le contrôleur, car il s'agit d'une évaluation pouvant varier suivant la localité habitée.

Traitement et avantages en nature sont imposables à la cédule salaires et traitements.

Le total net des notes recouvrées en 1930 doit figurer aux professions non commerciales.

Les sommes versées par la Mutualité Familiale si elles remplacent les honoraires pour un médecin ne pouvant exercer où si elles constituent une rente, doivent être comprises dans le revenu déclaré.

Les dépenses professionnelles pourraient comprendre les primes d'assurances, abonnements aux revues, en un mot toutes les dépenses occasionnées par votre profession, évidemment très réduites.

A. M.

### 7. — Patente en cas de cessation de clientèle

Le poste que j'occupe est à prendre depuis le mois d'août sans condition pour cause de santé. Le contrôleur étant prévenu, j'espère ne pas payer patente en 1932. Néanmoins je serais heureux de savoir par les bons offices du *Concours médical*, s'il m'est permis de donner à l'occasion quelques consultations — question résolue, je crois — et de délivrer des produits pharmaceutiques restants puisque je suis seul médecin propharmacien dans une commune située à 4 kil. de toute pharmacie ; et cela en attendant un successeur.

Dr D.

**Réponse.**

Si vous continuez à exercer votre profession depuis le 1er janvier 1932, il y a de grandes chances pour que le contrôleur maintienne votre patente, mais vous pourrez la passer à votre successeur à partir du moment où il prendra votre place.

A. M.

**39. — Déclaration du revenu des propriétés bâties**

J'ai reçu ces jours-ci de l'inspecteur principal des contributions directes une lettre demandant certaines explications. Son n° 3 est conçu de la façon suivante :

Impôt général sur le revenu 1930 et 1931. En ce qui concerne votre immeuble à V., vous déclarez le montant du revenu net, servant de base à la contribution foncière soit 1.260 fr. Quand les immeubles ne sont pas destinés à la location et que le propriétaire s'en réserve l'usage, leur revenu brut est représenté par le prix du loyer dont ils sont susceptibles, par comparaison avec les propriétés similaires de la région, louées dans des conditions normales.

De ce revenu brut, il y a lieu de déduire les frais d'entretien et de réparation, etc.

Il y aurait lieu de substituer au revenu forfaitaire, le revenu réel de votre immeuble pour chacune des années 1929 et 1930.

J'ai toujours déclaré, depuis des années, le revenu net, servant de base à la contribution foncière. Les confrères de la région qui sont propriétaires de l'immeuble qu'ils habitent procèdent comme moi. Aucun d'eux n'a été touché d'une pareille réclamation, non du contrôleur, mais de l'inspecteur principal.

Que dois-je répondre ?

Dr H.

**Réponse.**

Vous devez répondre à l'Inspecteur principal que l'art. 92 de la loi codifiée du 25 octobre 1926, ainsi conçu :

« Lorsque les propriétés bâties ou non bâties du contribuable sont louées ou affermées pour un prix supérieur, compte tenu des frais de gestion, d'assurances, d'entretien et d'amortissement du capital immobilier, au revenu net servant de base à la contribution foncière, le contrôleur peut, à charge par lui d'en apporter la justification, substituer le montant du revenu réel au revenu net imposable »,

n'est pas applicable aux propriétaires habitant leur maison ; par conséquent, que vous maintenez votre déclaration du revenu net foncier.

A. M.

## Questions médico-militaires

**6210. — Aggravation d'infirmité donnant droit à pension**

Un blessé de guerre, réformé à 25 % pour « séquelles de plaie pénétrante de l'hémithorax gauche. Résection d'une partie de la 5e côte, la pointe du cœur bat sous la peau. Tachycardie 96 « a présenté au début de l'année 1931 une aggravation consistant en l'apparition d'une fistule par le tissu de cicatrice et la production d'un pus, intarissable depuis.

Entre temps, une intervention chirurgicale, résection de l'extrémité costale cariée, méchage, etc., n'a pas apporté une amélioration marquée.

Une radiographie fait apparaître une région obscure au niveau de la régon où se situait l'éclat d'obus intra-pulmonaire. L'état général décline. Pour toutes ces raisons, l'intéressé a demandé à comparaître et a comparu devant les Commissions qui lui ont offert 35 %. Il a refusé. Invité par le médecin-chef du Centre de Réforme à faire connaître s'il pouvait immédiatement répondre à une convocation, il a accepté.

En réponse à cette acceptation, il lui est fait connaître qu'il ne pouvait être visité qu'après consolidation de son affection.

Voilà une consolidation qui risque de se faire attendre longtemps et comme il faut courir au secours de ce blessé qui est marié et père de famille nombreuse (4 enfants), obligé de s'arrêter trop souvent dans son travail, je viens vous demander quelle procédure il faut lui indiquer pour se tirer d'affaire.

Dr P.

**Réponse.**

Si l'intéressé est titulaire d'une pension *définitive*, le taux d'aggravation qu'il obtiendra deviendra définitif lui aussi, s'il s'agit du *même* organe, et alors une nouvelle visite « *à la consolidation* » semblerait donc logique.

*Cependant*, s'il s'agit de l'atteinte du *poumon, nouvellement intéressé* par la lésion primitivement indemnisée le nouveau taux de pension obtenu ne sera que *temporairement* acquis et, dans ces conditions, il faut insister et envoyer au besoin une demande de nouvelle visite au Ministre des Pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris 7e.

---

**6160. — Promotion au grade de médecin lieutenant. Situation militaire du père de trois enfants vivants**

Classe 1915. Trois enfants. Service armé. Médecin auxiliaire en 1916.

Médecin sous-lieutenant en 1927.

On m'a fait faire en mai dernier, une période de 15 jours, indispensable m'a-t-on dit, à mon avancement. Depuis, je n'ai entendu parler de rien.

1° Dois-je faire une demande pour être nommé lieutenant (et, dans l'affirmative, à qui dois-je l'adresser), ou dois-je attendre ?

2° Il me semble avoir lu dans le *Concours* que les pères de trois enfants appartenant à ma classe étaient dispensés de période. Est-ce exact ?

Dr F.

**Réponse.**

1° Vous serez nommé au grade de lieutenant à la date plus 4 ans de votre promotion au grade de sous-lieutenant. La chose est certaine ; vous n'avez

---

à vous préoccuper de rien, bien que votre promotion paraisse peut-être avec un léger retard au *Journal officiel.*

2° Tout homme des réserves, père de trois enfants vivants, est classé dès la naissance de son troisième enfant, dans la plus jeune classe de la 2e réserve. Tels sont les termes de l'article 38 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée. Il n'est nullement question de dispenses des périodes de réserve.

---

**6488. — Composition et attributions des Commissions de contrôle**

En qualité d'abonné du *Concours médical*, je me permets de vous demander quelles sont les fonctions du médecin secrétaire de la Commission de contrôle départementale de soins aux pensionnés de guerre. Je vous serais également reconnaissant de me faire connaître quelle est la composition de cette commission de contrôle, combien elle comprend de médecins, par qui sont désignés ces médecins, quelles sont les indemnités qui sont attribuées à chacun d'eux, quel est leur travail ? Dr V.

**Réponse.**

La Commission départementale de contrôle des soins aux pensionnés de guerre est composée de 12 membres désignés pour un an dont 4 représentants de l'Etat, 4 représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 et 4 représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques (soit 2 médecins et 2 pharmaciens).

Les représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques sont désignés par les délégués des groupements qui existent dans le département, réunis à la diligenc du préfet.

Ses attributions d'ordre administratif sont les suivantes :

1° Elle assure le contrôle des soins dont il sera question aux articles 5 6 et 57 ;

2° Elle établit chaque année un rapport sur le fonctionnement du service et les améliorations qui peuvent y être apportées et adresse ce rapport au Ministre des Pensions qui le communique à la Commission supérieure de contrôle ;

3° Elle signale au Préfet les abus susceptibles d'entraîner des sanctions.

Ses attributions d'ordre contentieux sont les suivantes :

1° Elle dresse chaque année la liste des établissements privés qui ont demandé à hospitaliser les bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 et qu'elle a agréés ;

2° Elle délivre les autorisations prévues au paragr. 1er de l'art. 21 en ce qui concerne l'hospitalisation ;

3° Elle vérifie les notes des médecins et des

pharmaciens, les mémoires d'hôpitaux, sanatoriums ou établissements privés, les décomptes des frais de voyage des hospitalisés ; elle apporte à ces notes, mémoires et décomptes, tous les redressements nécessaires ;

4° Elle statue sur les réclamations relatives au transfert des corps ;

5° Elle prononce les imputations et les exclusions prévues par l'art. 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926 ;

6° Elle statue sur les cas dont elle est saisie par le Préfet en application des art. 7 et 9 du présent décret.

La Commission est présidée par le Préfet ou son délégué et chaque année, elle doit désigner un secrétaire choisi parmi les représentants du Corps médical. Le secrétaire a pour rôle de mettre en état les affaires soumises à la Commission, de prescrire le contrôle direct et d'expédier les affaires courantes.

Aux termes du décret du 13 novembre 1931, il est alloué aux membres non fonctionnaires de la Commission une somme fixe de 10 fr. par heure de présence effective aux séances.

Enfin, il est alloué au secrétaire une indemnité mensuelle dont le taux est arrêté par le département, par le Ministre des Pensions, d'après l'importance des services et la limite des crédits ouverts par la loi de Finances et sans pouvoir dépasser la somme de 1.500 fr. par mois.

# ANTHOLOGIE

## Notre commode

Si tu voyais, mon cher, combien elle est jolie,
Tu me pardonnerais sûrement ma folie.
Le vieux faubourg est un repaire de bandits.
Nous sommes revenus pannés, sans un radis,
Contents, le sac vidé, la poche retournée,
D'avoir perdu nos sous, mais non notre journée.
Elle trônait à la vitrine d'un marchand.
Sa robe en bois de rose aguichait le passant.
Elle vivait, parlait : « Prenez-moi, disait-elle,
« Vous n'en trouverez pas à mon prix d'aussi belle.
« Madame, je vous plais, et vous avez raison.
« Vous verrez comme j'égaierai votre maison.
« Admirez les dessins de ma marqueterie,
« L'entrelacs de ma frise et la géométrie
« De mes losanges verts renfermant une fleur.
« Un pommier en avril n'a pas plus de fraîcheur.
« Emmenez-moi chez vous. Je ne ferai point tache.
« J'ai ma place marquée auprès de cette gouache
« Qui nous montre un vieux fleuve en sa barbe riant
« D'un faune près d'atteindre une nymphe fuyant.
« A voir sur l'autre mur la peinture charnue
« Des amours, je pourrai me croire revenue
« A l'époque charmante où sous mes yeux Latour
« Du bout de son pastel croquait la Pompadour.

---

« J'ai mes papiers. Je suis d'honorable venue.
« Riesener m'a sans crainte en naissant reconnue.
« D'un siècle de bâtards, on sort sans trébucher.
« Je naquis sous Louis-Quinze et j'ai connu Boucher.
« Pourtant je ne suis point de ce style rocaille,
« Qui sous ses falbalas sent un peu la canaille.
« J'ai l'attitude plus honnête, et n'ai gardé,
« De ce milieu touffu, trop clinquant, trop fardé
« Que juste ce qu'il faut pour ne pas être raide.
« Je n'appartiens plus à Louis-Quinze. Je précède
« Louis-Seize. Doucement, comme sous le manteau
« Les appâts délicats des dames de Watteau,
« Mon tablier se gonfle assouplissant la ligne.
« Madame, regardez quel rinceau le souligne :
« Rien, mais un rien parfait, un vase cannelé
« Suspendu par ses bords sur un feuillage ailé ;
« C'est pur comme un cristal et beau comme un sym-
[bole :
« Une chute en avant des angles dégringole :
« Sa guirlande laurée en feston s'étalant
« S'enroule aux coins avant de pendre sur le flanc.
« C'est solide et taillé par l'artiste en plein cuivre.
« Le maître en travaillant songeait à se survivre ;
« Gouthière qu'on laissa mourir à l'hôpital
« Avait de son burin ciselé ce métal.
« Au milieu des copeaux et de ses pots de colle,
« Un ébéniste instruit, vieux de la bonne école,
« M'en conta l'anecdote en poussant son rabot.
« Madame, pour partir j'ai chaussé mon sabot,
« Une griffe d'où monte une feuille d'acanthe.
« Enlevez-moi de ces bazars de la brocante.
« Emmenez-moi bien loin de ce Paris braillard
« Où la mode aujourd'hui tient lieu de goût et d'art,
« Où les gens distingués admirent sur commande.
« Voyez, je suis discrète et ne suis point trop grande.
« Emportez-moi parmi mes compagnes les fleurs.
« J'ai besoin pour revivre et garder mes couleurs
« De voir le soleil d'or entre les branches d'arbre.
« Vous appuierez sur moi quelque Vénus de marbre
« Toute blanche, et quand vous mêlerez le matin
« Mes rubans de bronze à vos rubans de satin,
« J'aurai l'air si pimpant et l'âme si joyeuse
« Que, Madame, à genoux vous serez trop heureuse
« De vous laisser choir pour ranger dans mes tiroirs,
« Vos châles, vos sachets, vos gants et vos mou-
[choirs. »
Aujourd'hui que j'ai su parler pour ne rien dire,
Qu'au clou j'ai suspendu le fouet de la satire,
Que, devenu mondain et bien veûle à souhait,
Mon vers à mis des gants, je suis sûr qu'il te plaît.
Excusez, monseigneur, ce goût de talon rouge.
Mais j'entends ma colère ordinaire qui bouge
Et me tance d'avoir, pour tracer un croquis
Lâché pour un moment l'oreille d'un marquis !

Dr Paul GROSSIER.

---

Cinquante-quatrième année — N° 7 — 14 Février 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

## DEMANDES et OFFRES

N° 54. — On dem. anc. int. hôp. Paris reçu doct. ou proch., céliba., pour aider confr. dans stat. thermale, 1re année 30.000, 2e 40.000, 3e 50.000. Belle situat. d'avenir.

N° 55. — Jeune fille connais. parfait. anglais, italien, bonne latiniste, au cour. terminologie des sciences médic., sténo-dactylo, référ. sér., accepter. place de secrétaire.

N° 56. — Méd. franc., 24 ans pratique cherche emploi fixe le matin. Paris, rive gauche de préférence.

N° 57. — Centre. A céder après décès, bon poste méd. propharm., pays riche, belle maison, jardin agréab. Condit. très avantag.

N° 58. — Grenoble. Urgent, cause décès, cab. méd. génér., appartem. 7 p., 6.000, bail 9 ans.

N° 59. — Méd. recomm. ménage encore très actif. Mari pourrait assurer gérance ou surveillance grande propriété.

N° 60. — Rais. santé, méd. 43 ans reprendr. client. méd. génér. dans pet. ville du Midi, excepté bord mer.

N° 61. — A céder : 1° Banl. Nord immed., très import. client. pavill. avec jardin, Condit. à débatt. ;
2° Algérie. Bord mer, client. ville avec fixes. Villa confort. Prix 60.000 ;
3° 2 h. Paris, Nord-Est. Forte client. camp., maison très confort. Prix 85.000, moitié compt. ;
4° Paris. Centre, petite client. méd. génér., bel appartem. 5 p. Indem. 10.000.
S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 62. — Seine-et-Marne. 40 km. de Paris, bonne clientèle à prendre gratuitem. On peut faire pharmac., subvent. de la commune. Bicycl. suffit, 6 communes peu éloignées à desservir. Logement vacant.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Fondation Georgette Arnold-Seligmann.* — Par legs de Mme Arnold-Seligmann, la Faculté de médecine de Paris est en possession de deux annuités représentant chacune une somme de 10.000 francs destinée à soigner un externe des hôpitaux de troisième année, ou un interne des hôpitaux de Paris, atteint de tuberculose débutante.

Les malades pensant avoir droit au bénéfice de cette Fondation devront en adresser la demande à M. le Doyen de la Faculté de médecine en vue d'être examinés, conformément aux clauses de la Fondation, par le Professeur de clinique de la tuberculose.

— Le Docteur F. M. Cadenat, agrégé sous-directeur des Travaux de médecine opératoire fera cinq conférences d'anatomie clinique et chirurgicale. Ces conférences auront lieu dans le Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique le vendredi 19 février à 16 heures et les lundi, mercredi et vendredi suivants.

*Sujet des conférences :* Anatomie du vivant (avec modèle). Voies de pénétration du membre supérieur.

Ce cours s'adresse aux médecins et aux étudiants.

— **Hôtel-Dieu.** — M. le Professeur K. Glaessner, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, a fait le 4 février à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (service du Professeur Carnot) une conférence sur le sujet suivant : Nouvelles expériences concernant le diagnostic et le traitement de l'ulcus digestif.

— **Bal des médecins et pharmaciens de la Marine et des Troupes coloniales.** — L'Association amicale des anciens élèves de l'Ecole de Bordeaux et des anciens médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales organise au profit des veuves et des orphelins des officiers membres de l'Association, un grand bal de bienfaisance qui, sous la présidence d'honneur de M. le Président de la République et de MM. les Ministres de la Marine, de la Guerre et des Colonies, sera donné le samedi 27 février prochain dans les salons du ministère de la Marine, mis gracieusement à la disposition du Comité d'organisation par M. Charles Dumont, ministre de la Marine.

On peut se procurer des cartes : au ministère de la Marine, 2, rue Royale ; au ministère des Colonies (Inspection générale du Service de santé), 27, rue Oudinot ; au siège de l'Association : Institut colonial français, 98 *bis*, boulevard Haussmann. Prix des cartes : 40 francs.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Mutations.* — M. Garin quitte l'Hôtel-Dieu pour aller à l'Antiquaille, en remplacement du Dr Dumas.

M. Dumas quitte l'Antiquaille pour prendre un service d'adultes (création) à la Charité.

— **Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris.** — Nous rappelons que la séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu le lundi 15 février 1932, 12, rue de Seine, à 16 heures. Elle sera commune avec la séance de la Ligue française contre le rhumatisme.

Les médecins étrangers à la Société d'hydrologie qui désireraient recevoir les rapports et prendre part à leur discussion, sont priés de s'inscrire auprès du Dr Sérane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 3, rue Léon-Delhomme, Paris (15e).

— **Section du Syndicat des électro-radiologistes de Bordeaux.** — La section des électro-radiologistes de Bordeaux s'est réunie le 22 janvier 1932 pour procéder à la réélection des membres du bureau.

Le nouveau bureau est composé comme suit : président, Docteur Roques ; vice-président, Docteur Lachapelle ; secrétaire général, Docteur Aumont ; secrétaire adjoint : Docteur Mathey-Cornat ; trésorier, Docteur Dumail.

Après avoir adressé des remerciements au Docteur Verger, secrétaire sortant, dont l'activité et le dévouement furent très appréciés, le bureau a procédé à l'examen des questions à l'ordre du jour :

Assurances sociales ; Exercice de la radiologie dans les hôpitaux et tarifs hospitaliers ; examens

radiologiques de l'Assistance médicale gratuite ; Accidentés du travail, etc.

Un projet de création d'une *Fédération régionale des médecins électro-radiologistes* groupant les syndicats départementaux du Sud-Ouest selon les directives du Syndicat général des électro-radiologistes de France, a été adopté à l'unanimité.

Les médecins électro-radiologistes exerçant *exclusivement* l'électro-radiologie dans le Sud-Ouest sont invités à s'inscrire au secrétariat général, 244, cours de l'Yser, Bordeaux.

Les médecins exerçant *accessoirement* l'électro-radiologie sont invités à s'inscrire comme membres consultants.

L'inscription au syndicat des électro-radiologistes n'est admise que pour les médecins et spécialistes affiliés régulièrement à leur syndicat médical local.

— **Voyage médical en Italie.** — Le Comité des voyages et congrès de l'*Univers médical* organise, pour les vacances de Pâques, un voyage médical en Italie.

Départ de Paris le 15 mars ; retour le 4 avril (21 jours).

Ce voyage permettra une visite complète de l'Italie, suivant l'itinéraire dont voici les grandes lignes : Paris, Autun-Montreux, Stresa, Milan, Venise, Bologne, Florence, Siène, Castiglione, lac de Trasimène, Perugia, Assise, Orvieto, Rome, Grosseto, Livourne, Pise, La Spezia, Gênes, Nice, Grenoble (route d'hiver des Alpes), Autun, Paris. — Excursion possible à Naples, Pompéi et le Vésuve.

Le maximum de confort sera assuré aux voyageurs : transport et auto-car pullman de luxe, hôtels de tout premier ordre. Prix sans aléa, comprenant transport, hôtels, repas, pourboires, droits d'entrée dans les monuments : 3.975 francs.

Nous rappelons que l'*Univers médical* organise ses voyages sous les auspices d'un Comité placé sous la présidence du Prof. Balthazard et composé de MM. J.-L. Faure, E. Lesné, P. Nobécourt, G. Pouchet, A Zimmern, de l'Académie de médecine, Delmas, Euzière, Laignel-Lavastine, J. Lhermitte, M. Loeper, et de MM. Henri de Régnier, Henri Bordeaux, J. H. Rosny aîné, Francis de Croisset, G. Duhamel, Luc Durtain, etc.

Ajoutons que le succès remporté l'été dernier par le voyage de l'*Univers médical* au Canada et aux Etats-Unis a décidé ses organisateurs à préparer le même voyage pour l'été prochain.

S'adresser pour tous renseignements et inscriptions à la Direction technique des voyages et congrès de l'*Univers médical*, 33, avenue de l'Opéra, Paris. Tél. : Opéra 01.80.

— **Nécrologie.** — Le Docteur François Debat, directeur des laboratoires Debat, et Madame François Debat, viennent d'avoir la douleur de perdre leur fils, M. Fernand DEBAT, étudiant en médecine, décédé le 11 janvier 1932, à l'âge de 23 ans. Nous

prions M. le Dr François Debat et Madame Debat, si cruellement éprouvés, d'agréer nos sincères condoléances et nous leur exprimons nos sentiments de douloureuse sympathie.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

27 JANVIER

### Enseignement de la médecine.

M. Lapeyre, professeur sans chaire, est nommé professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Montpellier (chaire vacante, dernier titulaire : M. Riche).

### Service de santé militaire.

Par décret du 25 janvier 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé, à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les officiers démissionnaires ci-après désignés qui, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

(24 oct. 1926) Laffitte, ex-lieut. rés. artil., au cent. mob. artil. 305, aff. à 9e rég. ; (24 oct. 1929) Lemaire, ex-lieut. rés. artil., au cent. mob. artil. 406, aff. rég. Paris ; (15 déc. 1929) Mathieu, ex-lieut. rés. infant., au c. m. inf. 131, aff. à 13e rég. ; Léonard, ex-lieut. rés. infant., c. m. infant. 181, aff. 18e rég.

### Hygiène publique.

*Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.*

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vitry-sur-Seine.

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. par an avec interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

28 JANVIER

### Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère de l'Instruction publique :

Officiers : MM. les Docteurs Surmont, professeur à la Faculté de Lille ; Weinberg, professeur à l'Institut Pasteur.

Chevaliers : M. le Dr Jeannin, professeur à la Faculté de Paris.

**Ministère du Travail**

M. le Dr Nicoli a été nommé médecin du Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale.

**Service de santé militaire.**

*Décret du 25 janvier 1932 modifiant le décret du 10 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'Ecole du service de santé militaire.*

*Décret du 25 janvier 1932 modifiant le décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'Ecole d'application du service de santé militaire.*

Ces deux décrets seront publiés ultérieurement.

---

Par décret du 25 janvier 1932, est admis dans le cadre des officiers de réserve du service de santé de l'armée de terre :

*Avec le grade de médecin capitaine.*

(Rang du 25 janvier 1932.)

M. Masselin (Guy), médecin de 1re classe de réserve de la direction du service de santé de la marine à Cherbourg.

Par décision ministérielle, du même jour, cet officier est affecté à la 7e région.

**Stations thermales et climatiques.**

*Commission consultative des stations thermales et climatiques aux colonies.*

*Arrêté du 16 janvier 1932*

Art. 1er. — Il est créé au ministère des colonies (inspection générale du service de santé), une commission consultative des stations thermales et climatiques aux colonies.

Art. 2. — Cette commission a pour but d'étudier toutes les questions se rapportant aux stations thermales et climatiques de notre domaine colonial, de contribuer à leur développement et à leur organisation, de publier tous travaux les concernant.

Art. 3. — Elle se compose de 14 membres, nommés par arrêté du ministre, dans les conditions indiquées ci-dessous :

L'inspecteur général du service de santé aux colonies ou son représentant ;

Le professeur de chimie minérale et organique à la faculté de médecine de Paris ;

Le professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la faculté de médecine de Paris ;

Le professeur d'hydrologie et d'hygiène à la faculté de pharmacie de Paris ;

Un représentant de chacune des sociétés suivantes :

L'académie des sciences coloniales. — L'institut colonial français, la société de pathologie exotique, la société de médecine tropicale.

Cinq membres proposés par l'inspecteur général du service de santé et choisis parmi les médecins et fonctionnaires coloniaux ayant une compétence spéciale dans les questions d'hydroclimatologie coloniale.

Un médecin de la 4e section (section technique de l'inspection générale du service de santé des colonies).

La commission pourra s'adjoindre, à titre consultatif, toute personne qualifiée par ses travaux.

La participation volontaire des membres de la commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ou indemnité.

Le bureau comprend :

Un président, un vice-président et un secrétaire, élus par la commission.

La commission se réunit au ministère des colonies, sur la convocation de son président et au moins une fois par semestre.

Les membres en sont nommés pour une période de trois ans renouvelable, à compter du début de l'année de la nomination.

Tout membre qui, durant l'année, n'aura pris part à aucune séance, sera considéré comme démissionnaire et remplacé d'office.

Art. 4. — L'inspecteur général du service de santé des colonies est chargé de l'exécution du présent arrêté.

29 JANVIER.

**Sérums et vaccins.**

M. le Professeur Radais, membre de l'Académie de médecine, ancien membre de droit de la commission des sérums et vaccins, a été nommé membre de cette commission, en remplacement de M. le professeur Grimbert, décédé. Aux termes du même arrêté, M. le Docteur Dujarric de La Rivière, chef de laboratoire à l'institut Pasteur, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé membre adjoint de la même commission.

**Service de Santé de la Marine militaire.**

*Avis de concours d'admission à l'école principale du service de santé de la marine en 1932.*

Cet avis sera publié ultérieurement.

30 JANVIER

**Service de Santé militaire.**

*Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux (armée active).*

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

**Sanatoriums publics.**

*Avis de concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur de sanatorium public départemental de Liessies (Nord).

Le traitement de début est fixé à 39.000 fr. et peut atteindre 52.000 fr. par avancements successifs. Les intéressés bénéficieront, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage, et du blan-

chissage avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de quarante ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de quarante ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires, ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Les médecins adjoints, en fonctions dans les sanatoriums publics, ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur de sanatorium auquel ils sont affectés.

Les demandes devront être adressées, avant le 25 février 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin directeur.

*Circulaire relative à l'ouverture d'un concours d'admission à l'école du service de santé militaire.*

Un concours sera ouvert le 30 juin 1932, à huit heures, pour l'emploi d'élève de l'école du service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1932 est fixé comme suit :

A. — *Section métropolitaine.*

70 pour les étudiants en médecine (dont en principe 50 étudiants à 4 inscriptions et 20 étudiants P. C. N.)

3 pour les étudiants en pharmacie (stagiaires et candidats à 4 inscriptions).

*Nota.* — Tous les élèves admis dans la section métropolitaine devront effectuer leur scolarité devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

B. — *Section médecine. — Troupes coloniales.*

20 pour les étudiants en médecine (dont en principe, 15 étudiants à 4 inscriptions et 5 étudiants P. C. N.).

*Nota.* — Tous les élèves admis dans cette section devront effectuer leur scolarité devant la faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille.

Seront admis à y prendre part ;

A. *Section médecine.*

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et naturel-

les, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat (étudiants P. C. N.) ;

2° Les étudiants en médecine pourvus de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

B. — *Section pharmacie.*

.............................................

Nul n'est autorisé à prendre part au concours s'il n'a préalablement justifié qu'il remplit les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français.

Peuvent être admis également les fils d'étrangers nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917 ;

2° Avoir eu au 1er janvier 1932 ;

*a*) Pour les étudiants P. C. N., vingt-trois ans au plus ;

*b*) Pour les étudiants en médecine concourant à quatre inscriptions valables pour le doctorat, vingt-quatre ans, au plus ;

*Nota.* — Pour les candidats qui sont présents sous les drapeaux ou ont déjà fait leur service militaire, les limites d'âge sont reculées d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

3° Etre robuste, bien constitué et présenter les conditions d'aptitude physique exigées des étudiants concourant pour l'école du service de santé militaire par l'instruction du 15 juillet 1929, relative à l'application du décret du 15 juillet 1929 (*Bulletin officiel*, partie permanente, page 3502) ;

4° N'être pas marié ;

5° Etre pourvu, au jour de l'inscription :

*a*) Etudiants en médecine :

Pour les candidats P. C. N. du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou être régulièrement inscrits en vue de l'obtention de ce certificat.

Pour les candidats à quatre inscriptions, du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

Les candidats ne seront pas admis à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité au jour de l'ouverture des épreuves orales d'admissibilité ; ainsi concourront à quatre inscriptions les étudiants ayant quatre inscriptions au minimum et sept au maximum.

*b*) Etudiants en pharmacie :

.............................................

Les candidats ne seront pas admis à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité le jour de l'ouverture des épreuves orales et pratiques d'admissibilité, savoir :

Candidats concourant comme stagiaire : stagiaires et étudiants ayant trois inscriptions au maximum.

Candidats concourant à quatre inscriptions : étudiants ayant quatre inscriptions au minimum et sept au maximum.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats admis aux épreuves écrites ne pourront être autorisés à passer les épreuves orales que s'ils justifient au moment de ces épreuves, devant le président du jury, qu'ils ont subi avec succès les examens afférents à leur scolarité.

Les candidats devront se faire inscrire, s'ils sont civils, à la préfecture du département où ils font leurs études médicales ; s'ils sont présents sous les drapeaux, à la préfecture du département où ils tiennent garnison.

La liste d'inscription sera ouverte le 2 mai et close le 21 mai 1932, terme de rigueur.

L'entretien des élèves à l'école du service de santé militaire est gratuit à l'exclusion du trousseau (1).

Les demande de trousseau gratuit ne seront formulées qu'en faveur des candidats admis à l'école. Dès la publication de la liste d'admission, ces demandes seront déposées dans les préfectures, où résident les familles, jusqu'au 10 novembre inclus, lors même que les intéressés feraient leurs études ou leur service militaire dans un autre département. Les demandes de trousseau devront préciser si la famille sollicite un trousseau ou un demi-trousseau.

(1) Loi de finances du 16 avril 1930 (art. 152).

La circulaire sur l'admission à l'école du service de santé militaire en 1932, comportant les modalités et les programmes des épreuves du concours et indiquant les avantages offerts aux élèves de l'école du service de santé militaire, est déposée dans les préfectures, dans les facultés de sciences, de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et dans les directions du service de santé des régions.

A titre d'indication, le programme des connaissances exigées pour les étudiants en médecine (candidats P. C. N. et candidats à quatre inscriptions) et pour les pharmaciens concourant comme stagiaires est le même que celui prévu pour le concours d'admission à l'école en 1931 ; toutefois, pour les candidats pharmaciens concourant à quatre inscriptions les connaissances exigées sont les mêmes que celles, prévues pour le concours d'admission à l'école en 1930 (chimie minérale : généralités, études particulières des métalloïdes et de leurs composés, analyse chimique qualitative des matières minérales ; physique : mécanique, hydrostatique et actions moléculaires, pneumatique, acoustique, optique ; botanique : morphologie, physiologie générale, zoologie systématique et appliquée. Parasitologie).

*Voir la suite page LV-523*

# PROPOS DU JOUR

## L'Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales avec les pays amis (A.D.R.M.)

L'Association pour le développement des relations médicales avec les Pays amis, l'A. D. R. M., a tenu son assemblée générale dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique, entouré du doyen de la Faculté, M. Balthazard, de M. le Prof. Hartmann, président de l'A. D. R. M. , de M. le Prof. Beaudouin, secrétaire général, et de M. le Prof. Lemaître, trésorier.

M. le doyen Balthazard félicita le Prof. Hartmann qui est l'âme de l'A. D. R. M. des résultats obtenus. Jamais un afflux pareil d'étrangers n'est venu s'inscrire à la Faculté de médecine ou en suivre les cours, le nombre est allé sans cesse croissant depuis la guerre et est environ le triple de celui de 1913. Cet afflux d'étrangers ne peut qu'avoir une heureuse répercussion pour le bon renom de la France dans le monde civilisé, en évitant le plus possible que les étudiants des autres nations qui viennent faire leurs études en France, augmentent, en restant dans notre pays, les membres d'une profession déjà en surnombre.

M. le Prof. Hartmann fit le compte rendu de la vie de l'A. D. R. M. en 1931. Une constatation s'impose tout d'abord dont il cherche encore l'explication, c'est le nombre d'étudiants des Etats-Unis d'Amérique qui écrivent à l'A. D. R. M. pour demander des renseignements et qui désirent venir faire des études à Paris. Ces étudiants américains sont des élèves sérieux et travailleurs qui ne recherchent pas un diplôme d'Etat pour s'installer en France, mais qui ont l'intention de retourner dans leur pays. Il convient de leur faire le meilleur accueil. Une tentative d'organisation de cours faits en langue anglaise, à l'exemple de cours semblables faits à Vienne et à Berlin, pour les post-graduate américains n'a pas donné les résultats espérés. L'époque de cette innovation qui coïncidait avec le développement de la crise économique en Amérique, n'a pas été un choix heureux et explique cet échec relatif.

M. le Prof. Hartmann demande à être mieux secondé. Il déplore le manque de coordination dans le programme des cours de la Faculté, les modifications apportées brusquement à ces programmes, la difficulté qu'il a d'en obtenir en temps utile le texte tant à la Faculté que dans les hôpitaux.

L'A. D. R. M. a reçu une caravane de médecins italiens, des médecins américains mais en moins grand nombre que l'an dernier, la crise imposant à nos confrères d'outre-Atlantique des restrictions dans leurs coûteux voyages.

Il vanta les résultats obtenus par l'interéchange de cours et de conférences entre professeurs français et étrangers, allant réciproquement dans leurs pays respectifs. Il annonça la création d'une section canadienne fondée avec l'adhésion de trente-deux professeurs des Universités du Canada.

La prospérité de l'A. D. R. M. continue et le nombre de ses membres va toujours croissant.

M. Lemaître, trésorier, exposa la situation financière qui est satisfaisante.

Les membres sortants du Conseil d'administration furent réélus à l'unanimité.

M. le Ministre de la Santé publique prit en dernier lieu la parole. Il félicita M. Hartmann de son activité féconde et des résultats qu'il obtient. Il croit en outre pouvoir donner l'explication des nombreuses correspondances américaines adressées à l'A. D. R. M.

Au retour de son récent voyage en Amérique, le président du Conseil des ministres, M. Pierre Laval, a fait part à ses collègues de la satisfaction qu'il avait éprouvée en constatant que l'opinion américaine devenait de plus en plus favorable à la France. L'ordre qui règne dans notre pays, la dignité avec laquelle il subit la crise économique, le sang-froid et le calme résolu dont il fait preuve en des circonstances difficiles, lui gagnent de plus en plus la sympathie des intellectuels en Amérique du Nord.

M. le Ministre Blaisot a remercié l'A. D. R. M. des services qu'elle a rendus à la Patrie et il en profite pour proclamer toute la satisfaction qu'il a et qu'il recherche, toutes les fois qu'il se trouve au milieu des médecins français.

◆◆

Nous ne saurions que nous répéter en faisant l'éloge de l'A. D. R. M., du Professeur Hartmann et de ses collaborateurs. Ils font un travail essentiellement utile et tous ceux, Français et étrangers qui vont à la Faculté, s'ils s'adressent à la salle Béclard, reviennent charmés d'avoir obtenu aussitôt avec précision et avec une courtoisie exquise les renseignements qu'ils allaient y demander. C'est qu'à l'A. D. R. M. il y a une secrétaire administrative modèle, intelligente, aimable et dévouée, Mlle Huré, qui prend à cœur de remplir le mieux possible ses fonctions et de rendre service aux nombreuses personnes qui s'adressent à elle. Avec le Prof. Hartmann, Mlle Huré est un des facteurs principaux de la prospérité de l'A. D. R. M. En le constatant et en les remerciant, nous ne faisons que leur rendre justice.

J. N.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### UN PEU DE CRITIQUE SYPHILOLOGIQUE

### A propos de doctrines, de critères, de courbes, de traitements éternels, de mariages et même de cinéma

Par Louis Bory

*Il s'agit encore, excusez-moi, des règles du* traitement spécifique. Les médecins et naturellement aussi leurs malades en arrivent, paraît-il, à ne plus savoir à quel saint (syphiligraphe) se vouer ; car il existe une crise de confiance, même dans les sphères célestes de la syphiligraphie. Mais, chose extraordinaire, cette crise de scepticisme dans les possibilités de guérison radicale de la vérole se traduit encore par des actes de foi, des manifestations doctrinaires et dogmatiques.

Voici ce qu'écrivait récemment un de nos confrères à mon ami Duchesne, qui a bien voulu m'en faire part en me demandant de répondre à la question posée (c'était à la suite d'un article de Gougerot sur les règles du traitement spécifique, traitement qu'il considère comme devant durer pratiquement toute la vie) :

« On s'aperçoit qu'il y a à l'heure actuelle deux grandes doctrines : l'une, celle de Vernes, qui croit pouvoir établir des lois basées sur des critères, qui permettent d'affirmer la guérison d'un syphilitique ; l'autre doctrine, celle de Fournier, ne croit pas à l'existence de ces critères de guérison... Pour quelles raisons le Prof. Gougerot croit-il devoir repousser la doctrine d'Arthur Vernes, laquelle me paraît à moi lumineuse ? »

Avant d'essayer de répondre à notre enthousiaste confrère, je dois déclarer qu'il n'est pas dans mes intentions d'opposer les personnalités de mes deux éminents amis Vernes et Gougerot, considérés comme « tenants », d'après notre correspondant, de doctrines, qui en réalité n'appartiennent exclusivement à l'un ou à l'autre et ne sont que l'expression, pour beaucoup d'une méfiance, peut-être exagérée, pour quelques autres d'une confiance, peut-être un peu trop absolue.

La question évolue en effet autour des fameux « *Critères de Guérison* ». Quels sont-ils ?

Il en est un, d'ailleurs discuté quant à sa valeur, et qu'il vaut mieux n'avoir pas à invoquer, puisque dans ce cas tout est à recommencer, c'est une contagion nouvelle. Il faut cependant rappeler à l'actif des « sceptiques », doctrinaires du traitement éternel, que la reprise d'une vérole cutanée (chancre suivi de roséole) n'est pas une preuve absolue de la guérison d'une syphilis antérieure, comme le démontrent très simplement les cas, connus depuis longtemps, de contamination des hérédo-spécifiques. On n'est donc pas forcément radicalement guéri d'une première syphilis quand on est surpris d'en voir commencer une seconde. Et voilà déjà un fait d'observation assez courante, qui doit nous rendre prudents dans l'appréciation des autres critères de guérison.

Ils se résument en un seul, le *critère biologique* ou humoral, et nous devons aux patientes recherches d'Arthur Vernes, si claires en effet, si lumineuses dans leurs résultats, d'avoir donné à ce critère, grâce à des procédés de mesure d'apparence mathématique, son maximum de valeur ; mais, disons le tout de suite, ce maximum est en-

core éloigné de l'absolu et Vernes lui-même, je le crois, en est le premier persuadé.

Mais, dans l'Inabsolu qu'est notre lot terrestre, il faut se contenter de l'« Approché » et, lorsqu'il s'agit d'une grande œuvre comme la lutte pour l'extinction de la syphilis, on ne ferait évidemment rien d'utile si l'on n'adoptait des formules générales, des lois, une doctrine en un mot avec les règles de conduite qui en découlent et que ne peuvent modifier quelques doutes, quelques exceptions.

Si l'on admet comme dogme fondamental que la réaction de Bordet-Wassermann mesurée par l'indice d'hémolyse de l'échelle de Vernes ou que la réaction de floculation mesurée par l'indice photométrique de l'autre, plus récente, échelle du même auteur, permettent d'établir des courbes évoluant parallèlement à la courbe idéale représentative de ce que j'ai appelé le Potentiel Sigma, il est évident que la montée de la courbe syphilimétrique doit signifier une aggravation de l'infection générale, sa descente au contraire une atténuation. Dès lors, la guérison doit être considérée comme acquise lorsque la courbe est redescendue jusqu'au zéro et s'y maintient. Par là même, il est possible, chez chaque sujet, de mesurer le degré d'activité des médicaments et la « hauteur barométrique » de la maladie.

Ce dogme admis sans discussion, le but du traitement est clair : « C'est (je copie un des nombreux exposés de Vernes) de ramener pour toujours le sang et le liquide de ponction lombaire au bas de l'échelle (degré photométrique zéro de la réaction au péréthynol) (1), en même temps que l'albumine et les leucocytes du liquide de ponction lombaire au taux normal. L'expérience a montré que ce résultat est pratiquement acquis lorsqu'il a été enregistré *au cours des huit mois qui suivent une dernière injection de* 606 ou d'un de ses dérivés. »

Il n'y a qu'un malheur, c'est que, au point de vue scientifique strict, la base est fausse : qu'il s'agisse de l'une des nombreuses réactions d'hémolyse dérivées du Bordet-Wassermann ou de l'une des nombreuses réactions de floculation dont celle de Vernes mérite d'être considérée comme la plus précise, il est certain que les courbes établies par leurs mesures les plus sévères ne sont pas parallèles au degré de virulence de l'infection syphilitique ; ou plutôt ce parallélisme, quoique habituel, se trouve assez souvent en défaut pour que la négativité persistante d'un Wassermann ou le zéro de l'échelle photométrique ne puissent nous donner l'assurance d'une définitive guérison.

Il faut lire la critique des diverses séro-réactions de la syphilis dans le bel article de Demanche, du Traité de la Syphilis (Tome II. G. Doin, édit., 1931) pour se rendre compte de l'insuffisance d'un critérium basé sur l'une quelconque de ces méthodes. La réaction de Vernes y apparaît moins sensible que le Wassermann ou le Hecht ; sa manifestation est plus tardive au cours de l'évolution de l'accident primaire, ce qui peut retarder le diagnostic et le traitement ; ce dernier l'influence et fait très rapidement tomber à zéro, généralement, l'indice de floculation alors que la positivité du Wassermann et du Hecht demeurent encore sensibles. La lecture du photomètre ne donne pas toujours exactement le même chiffre avec deux observateurs différents. Enfin, exceptionnellement il est vrai, réactions d'hémolyse et de floculation donnent des indices nuls alors que les accidents syphilitiques sont patents, aux périodes primaire ou secondaire ; on sait que cela est beaucoup moins exceptionnel aux périodes tardives et dans l'hérédo-syphilis.

On voit que le problème des critères biologiques et celui des règles thérapeutiques que l'on peut baser sur eux est beaucoup moins simple que ne paraîtrait le laisser supposer l'opinion de notre confrère, adepte convaincu de la « doctrine » de Vernes.

Voici donc un premier point du critère, la *négativité sérologique*, qui, du point de vue scientifique pur, ne peut nous servir à affirmer une absence de syphilis ou une guérison.

C'est pourquoi tous les syphiligraphes ont admis la nécessité, pour compléter le contrôle de leur action, de faire rechercher en temps voulu la *négativité céphalo-rachidienne*, c'est-à-dire les caractères normaux du liquide de ponction lombaire (Wassermann ou floculation négatifs ; albumine, moins de 0,30 ; leucocytes, 1 ou 2 éléments...) et nous admettions, il y a quelques années, que la guérison de la syphilis pouvait pratiquement être considérée comme acquise lorsque après une année de négativité sérologique nous constations la négativité céphalo-rachidienne totale. Telles étaient même les conditions mises à l'autorisation du mariage des syphilitiques, patiemment élaborées par une commission de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. De là était née l'idée du fameux certificat prénuptial, que l'on demandait et que l'on demande encore bien imprudemment aux pouvoirs publics d'exiger des candidats au mariage. L'unité de front contre la syphilis avait été réalisée ou du moins on put le croire. Mais depuis.....

Depuis on a reconnu que cette deuxième preuve de guérison n'était pas absolue, que d'autres affections que la syphilis pouvaient augmenter le taux d'albumine, celui des leucocytes, l'indice de floculation ou de déviation du complément : que certains tabès authentiques par exemple, aux réactions méningées encloses, ne livraient

(1) C'est un extrait purifié de cœur de cheval, analogue aux antigènes des réactions de Bordet-Wassermann.

au liquide céphalo-rachidien aucune trace de leur existence ; que des syphilis cutanées évidentes, secondaires ou tertiaires, ne s'accompagnaient pas forcément de réactions méningées spécifiques et que, si par extraordinaire la sérologie sanguine se trouvait être en même temps négative on pourrait, en se basant sur le critère biologique seul, affirmer la guérison d'une syphilis cependant évidente : comment dès lors conclure, même en l'absence d'accidents cliniques, qu'un état biologique identique puisse signifier la guérison ? Ce serait trop manifestement reconnaître la seule valeur des constatations cliniques.

Voilà, mon cher confrère, à quel paradoxe nous conduit une critique syphilologique un peu serrée de nos anciens critères de guérison ; vous expliquez-vous pourquoi l'unité de front a disparu au sein des états-majors, pourquoi les instructions y sont contradictoires ?

Je dois vous avouer cependant que si je partage le scepticisme de la plupart sur la valeur des critères de guérison, *au point de vue purement scientifique,* je dois reconnaître qu'ils ont une *valeur pratique suffisante* dans la grande majorité des cas pour nous permettre d'en déduire, sans prétention à l'absolu, des règles thérapeutiques utiles à la masse.

Lorsque Gougerot recommande de traiter les syphilitiques toute leur vie, on se rend compte que son rôle d'éducateur officiel lui conseille de mettre sa conscience d'accord avec ses doutes scientifiques ; mais on se rend compte aussi que, par crainte de ne pas recommander assez, il recommande manifestement trop : il se débarrasse plutôt du problème qu'il n'aide à le résoudre ; s'il admet en effet que les actuels agents de la thérapeutique, employés aux doses classiques des séries d'assaut durant un, deux ou trois ans et plus, sont insuffisants à prévenir des récidives, il n'est pas démontré que des doses beaucoup moins importantes suffiront, au cours de la vie, à les éviter ; n'a-t-on pas justement accusé les petites doses de réveiller le mal lorsqu'il est insuffisamment abattu ? Et pourquoi les intoxications chroniques indéfiniment renouvelées seraient-elles moins à craindre que la reprise problématique de la syphilis ? Quel pourcentage d'accidents ultérieurs a-t-on pu noter, chez des sujets, bien traités dès le début de l'infection et pendant un temps limité, mais important, sous le contrôle d'examens biologiques sévères ?

Je crois, comme Vernes, comme Sézary et bien d'autres, que les syphilitiques, précocement, correctement et assez longuement traités (deux à cinq ans suivant les cas) sont pratiquement à l'abri des complications viscérales et nerveuses, que nous constatons surtout chez les négligents, les irréguliers, ceux qu'on a trop précocement rassurés, ou trop timidement traités, par force assez souvent en raison d'un état de santé précaire et d'une difficile tolérance des médicaments.

Aurais-je même la preuve qu'un traitement suivi dans les meilleures conditions n'a pas suffi, dans un cas exceptionnel, à préserver mon malade d'une complication, je rejetterais cette exception pour ne voir que l'intérêt physique et moral de la masse : nous avons moins de raison d'affirmer l'incurabilité de la syphilis que nous n'en avons d'affirmer sa guérison radicale. Pourquoi donc ne pas se montrer optimistes ?

Sans recourir aux prises de sang et aux ponctions lombaires répétées, qu'exigent les croyances syphilimétriques, et que refusent à juste titre beaucoup de patients, voici les règles de traitement et de contrôle qui me servent de directive depuis plusieurs années et me permettent de donner à mes malades, sinon un certificat officiel de guérison, du moins une affirmation officieuse que l'assurance sur la vie qu'ils ont contractée en se soignant ainsi suffit à les préserver d'accidents ultérieurs eux, leur femme (si elle est saine) et leur progéniture.

GRANDE UNITÉ DE CURE : **le Semestre**, comportant ***trois petites unités :***

*Six semaines* de traitement et deux repos intercalaires de trois semaines.

Quel que soit l'âge de la maladie, *la durée théorique minimum du traitement d'assaut sera de trois semestres,* séparés par deux repos intercalaires, le premier de deux, le second de trois mois.

*Réaction sérologique immédiatement avant le début de chaque cure semestrielle.* (J'ai adopté une sigma-réaction standard comportant deux réactions type Hecht et quatre réactions type Wassermann dont une avec antigène cholestériné de Desmoulières ; mais aussi longtemps qu'on ne se sera pas accordé pour l'unification des techniques et des procédés de mesure, je dois reconnaître que les interprétations sérologiques gardent un caractère personnel peu favorable à un contrôle régulier du traitement, si le malade est obligé de changer de ville ou de pays ; ainsi la mesure de l'indice de floculation par l'échelle photométrique de Vernes est-elle aujourd'hui, malgré sa moindre sensibilité, la meilleure façon d'exercer ce contrôle, puisqu'elle constitue un véritable standard de la floculation, admis, grâce à une puissante propagande, dans beaucoup de centres de France et des colonies).

Ainsi se passent environ deux années, comportant trois semestres d'assaut.

Si, au départ, la sigma-réaction était positive, même si elle est par la suite devenue négative, j'ajoute un quatrième semestre de cure d'assaut.

*Ensuite, pendant trois ans, deux petites unités* (deux séries de six semaines, séparées par un repos de trois). Séro-réaction deux fois par an.

*Une ponction lombaire au cours de la troisième et une seconde au cours de la sixième années.*

Si toutes les épreuves se sont montrées néga-

tives le malade peut être assuré pratiquement d'une guérison définitive ; sauf exception évidemment, mais, comme j'ai l'habitude de le dire aux questionneurs inquiets : « en agissant ainsi, vous pourrez vous comporter dans la vie comme un homme normal sans avoir à redouter plus de risques que n'en comporte la vie habituellement pour ce dernier ; s'il vous reste une chance sur 999 de n'être pas tout à fait sûrement guéri, croyez-vous que cela vaille que vous soyez obsédé le reste de vos jours par cette infime probabilité, moins dangereuse certes que le fait de traverser la rue en sortant de chez moi ».

Les cas d'espèce sont d'ailleurs nombreux et ce qui précède, comme tout ce que l'on conseille, ne peut être qu'un schéma, une directive générale. Vernes lui-même, dans ses publications le note sagement, « sous réserve des correctifs qui dépendront toujours de l'état et de la tolérance des sujets ».

C'est sur cette notion de l'obsession qu'on risque de créer chez les syphilitiques, en les surveillant, traitant, contrôlant toute leur vie, que je voudrais terminer. J'ai l'impression que, sous prétexte de préservation sociale, de propagande prophylactique, on tombe à nouveau dans une erreur ancienne, que j'avais signalée dans mon « Essai sur les Douleurs morales de la Syphilis », repris et complété dans mon livre ultérieur sur la « Syphilis, mal physique, mal moral » (chez Alcan, 1923). Un film effroyable, venu de l'étranger, développe actuellement devant nombre de gens qui furent atteints par la syphilis, la série cruelle de tous les maux les plus hideux les plus déprimants pour l'intelligence que leurs réserve « l'ennemi dans le sang ». J'ai déjà eu à rassurer plusieurs malades, affolés par ces visions cinématographiques et je sens chez quelques-uns, sous l'influence de nos hésitations thérapeutiques, de notre scepticisme exagéré, d'une propagande prophylactique basée sur la peur, reparaître l'ombre, que je pensais avoir modestement contribué à dissoudre, des « Drames vénériens ». Cette fois je m'adresse directement à mon éminent ami Gougerot, qui préside aux destinées de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale : de deux choses l'une : ou nous nous proposons, en montrant au peuple le fourmillement des tréponèmes « dans le sang » et en faisant passer sous les yeux de la masse toutes les horreurs, les catastrophes qu'ils peuvent déterminer faute de traitement, de lui donner en même temps l'assurance que ce par quoi nous l'avons effrayé doit par ce traitement rester lettre morte ; ou si nous ne croyons pas pouvoir donner cette assurance, nous devons conseiller l'arrêt de cette propagande de la peur, qui complique un mal physique, généralement assez bénin tout de même (vue la masse immense de ceux qui en sont plus ou moins directement touchés) de l'obsession éternelle d'un mal moral, empoisonnant littéralement la vie de ceux qu'elle travaille. Or, c'est là surtout que les doctrines du traitement perpétuel et de l'éducation prophylactique me paraissent fâcheusement se contrarier, au grand dommage des « tenants » de la syphilis.

Il y a cependant tant de raisons d'être optimistes à une époque, que Candide eût trouvée, à ce sujet du moins, bienheureuse entre toutes.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### Cancer du col utérin.

M. J. P. Tourneux

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse.

S'il est un diagnostic particulièrement difficile et délicat, c'est celui de cancer du corps utérin au début de l'affection, au moment où la malade ne présente encore aucune augmentation de volume de la matrice, et où toute la symptomatologie se borne à des métrorragies accompagnées de quelques vagues douleurs et d'un peu de leucorrhée.

En présence de pareils symptômes, on se borne généralement, si l'utérus ne présente rien de spécial à l'examen et à la palpation, à penser à de la métrite sénile, et l'on prescrit un traitement tout à fait inefficace, car pendant que l'on prodigue les médications les plus diverses, la prolifération épithéliale poursuit toujours son cours et en arrive finalement à produire des lésions telles que toute thérapeutique chirurgicale se trouve alors complètement impuissante.

Aussi, lorsque vous vous trouvez en présence de malades ayant dépassé la ménopause et qui présentent des métrorragies discrètes mais continues, devez-vous redoubler de soin et d'attention dans votre examen clinique pour vous efforcer de voir quelle est la lésion causale. Si malgré vos investigations, vous demeurez hésitants vous demandant s'il s'agit d'une inflammation banale de la muqueuse utérine ou d'un début d'évolution néoplasique, n'hésitez pas de recourir à l'étude histologique des débris du revêtement interne de l'utérus enlevés au moyen d'un curettage explorateur.

C'est là le seul moyen précis dont vous pouvez disposer et que vous ne devez jamais omettre dans tous les cas, trop nombreux, où votre diagnostic demeurera en suspens. Vous avez pu vous rendre compte que je n'ai jamais manqué de m'en servir chaque fois qu'une légère incertitude a pu se manifester dans mon esprit sur l'affection réelle dont était atteinte ma malade, comme il en fut dans le cas qui va me servir de sujet pour cette leçon.

Il s'agit d'une femme âgée de 57 ans, dont les antécédents tant héréditaires que consanguins ne présentent aucun intérêt. Réglée à 12 ans, elle s'est mariée dix ans plus tard et a eu trois grossesses à termes : la ménopause est survenue vers l'âge de 49 ans, sans s'accompagner d'aucun phénomène particulier ni d'aucun trouble.

Depuis environ près de six mois, notre malade qui avait présenté jusqu'alors la santé la plus parfaite, a vu apparaître des métrorragies caractérisées au début par des pertes sanguines extrêmement discrètes. Insidieuses, et en apparence tout à fait insignifiantes, elles étaient constituées à ce moment par un suintement très léger laissant à peine sur le linge une tache rouillée ou faiblement rosée.

Puis, ce suintement augmenta d'intensité peu à peu, mais très lentement, ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme : en particulier, la malade ne ressentait aucun phénomène douloureux, et son état de santé générale demeurait excellent. Ce n'est que lorsque un peu plus tard, elle eut vu survenir, à la suite de fatigues, de marches prolongées, de petites hémorragies plus abondantes, coïncidant avec de vagues phénomènes de pesanteur, de tiraillement dans la région abdominale, qu'elle songea à consulter son médecin, qui devant cette évolution un peu particulière, soupçonnant l'existence d'un néoplasme utérin, lui conseilla d'entrer à l'Hôtel-Dieu dans notre service, en vue de préciser d'abord le diagnostic et d'intervenir en second lieu si la chose se trouvait indiquée.

Au moment de son hospitalisation, la malade n'accusait véritablement qu'un seul symptôme, des métrorragies peu abondantes : l'utérus, bien mobile, de volume à peu près normal, et à parois lisses ne présentait à la vue comme au toucher aucune lésion appréciable, le col n'offrait aucune trace d'altérations et les culs-de-sac étaient libres et souples. Tous les autres appareils de l'économie fonctionnaient d'une façon satisfaisante, pas de température, rien à signaler au niveau du cœur et des poumons, urines normales.

Aussi, devant cette pauvreté symptomatologique qui me laissait bien hésitant entre l'hypothèse d'une métrite sénile et celle d'un cancer du corps, je me décidai, afin de tâcher d'asseoir mon diagnostic, de procéder à un curettage explorateur dont l'examen histologique arriverait à lever chez moi toute espèce d'hésitation.

C'est ce qui fut fait quarante-huit heures plus tard, sous anesthésie générale, et l'étude des débris ramenés, en montrant sur les préparations l'existence de glandes adénomateuses dont l'épithélium cylindrique était disposé en plusieurs couches superposées, tassées les unes contre les autres, ainsi que celle d'îlots remplis de cellules atypiques, d'aspect polygonal, dont les noyaux étaient en karyokinèses très actives, me montra qu'il s'agissait bien d'un épithélioma du corps utérin dont le seul rémède rationnel consistait en une hystérectomie totale.

L'intervention eut lieu quelques jours plus tard et ne fut, comme vous vous le rappelez, marquée par aucun incident : les suites furent tout à fait normales, et vingt jours plus tard, notre opérée pouvait quitter l'Hôtel-Dieu. L'examen de la pièce enlevée ne fit bien entendu que confirmer ce que le curettage nous avait annoncé, car il existait du côté de la corne utérine gauche, un beau noyau épithéliomateux du volume d'une grosse amande dont les prolongements avaient commencer à s'enfoncer dans la paroi de l'utérus.

Le cancer du corps de la matrice est de connaissance relativement assez récente ; bien qu'il ait évidemment existé de tout temps, il est cependant passé complètement inaperçu puisque ce n'est que vers la fin du siècle dernier en 1874 que le premier cas de cette affection fut décrit par Simpson. Il fut longtemps considéré comme extrêmement rare, et Pichot dans sa thèse (1876) ne peut signaler que 44 observations recueillies dans les littératures française et anglaise. De nos jours, grâce ou perfectionnement de l'examen gynécologique, à la mise en pratique plus fréquente du curettage explorateur dans les affections intra-utérines et à l'éducation médicale plus complète, l'attention a été attirée plus complètement sur ces lésions qui, tout en étant bien moins fréquentes que celles du col, ne sont pas cependant bien rares : il convient seulement d'y songer et de les rechercher.

Si vous désirez quelques chiffres pour fixer vos idées au sujet de la fréquence de ce néoplasme, je vous dirai que d'après les différentes statistiques publiées par Pozzi, par Brusse, par Jacobs, par Weibel..., etc., il y aurait pour 100 cancers du col environ de 10 à 14 cas de cancers du corps.

Au point de vue de l'âge des malades, il semble qu'à l'inverse du cancer du col, qui paraît avoir pour les sujets jeunes une prédilection croissante, le cancer du corps ne s'observe qu'exceptionnellement chez eux, et bien que l'on ait pu le rencontrer chez des jeunes femmes et chez des jeunes filles, c'est ordinairement chez des femmes avoisinant la ménopause ou l'ayant déjà dépassée qu'il se développe : c'est le cancer utérin des femmes âgées.

Certains, tels que Breisky ont soutenu que l'endométrite pouvait se transformer en épithélioma : pour ma part, je ne saurais guère admettre cette opinion, car, étant donné ce que nous savons de la nature du cancer et de son mode d'apparition, de telles modifications cellulaires me paraissent complètement irréalisables. Ce qui par contre est tout à fait possible, c'est que le cancer puisse, ainsi que le fait très justement observer Forgue, venir se greffer sur une endométrite glandulaire de même que l'épithélioma du sein peut aller évoluer sur un terrain de mastite chronique : l'inflammation chronique constitue en effet, vous ne devez pas l'ignorer, un état précancéreux de première importance.

Enfin, je dois encore vous signaler que pour quelques auteurs, la multiparité constituerait un facteur étiologique d'une certaine valeur.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, le cancer du corps utérin se présente sous deux formes bien différentes l'une de l'autre, la forme circonscrite ou localisée et la forme diffuse.

Dans la *forme circonscrite*, le néoplasme, qui siège très souvent dans le fonds de l'utérus, et principalement du côté des angles, se manifeste sous la forme d'une masse grosse comme une amande ou comme un œuf de poule, à surface grenue, bourgeonnante, mamelonnée de couleur grisâtre, friable et saignante : elle est tantôt pédiculée et polypeuse, tantôt sessile et implantée sur une base assez large.

Dans la *forme diffuse* au contraire, toute la face interne de la cavité du corps utérin est revêtue de fongosités molles, friables, bourgeonnantes en certains points ou ayant, en d'autres une tendance à l'ulcération.

Mais, qu'il s'agisse de la forme circonscrite ou de la forme diffuse, pendant longtemps le cancer se développe surtout en surface, et reste superficiel limité à la muqueuse en proliférant dans la cavité utérine : il semblerait que pendant un certain temps il n'ait qu'une faible tendance à s'infiltrer dans la paroi musculaire, qui paraît même subir parfois une véritable hypertrophie de défense ; il finit cependant à la longue par la pénétrer et à former des noyaux qui prolifèrent jusque sous le péritoine. C'est à cette lenteur de l'infiltration profonde, qui constitue une des caractéristiques de l'évolution du cancer du corps utérin, qu'il convient d'attribuer la grande latence que présente cette affection dans son développement.

Au point de vue histologique, il s'agit dans l'immense majorité des cas d'épithélioma cylindrique lobulé ou tubulé dont les cellules disposées en plusieurs couches, tendent à prendre l'aspect cubique : dans les cas avancés, les amas épithéliaux sont constitués par de gros éléments complètement atypiques aux karyokinèses nombreuses et irrégulières. Beaucoup plus rarement il s'agit d'épithélioma pavimenteux, développé vraisemblablement aux dépens d'îlots pavimenteux inclus dans la muqueuse utérine ou provenant d'une propagation d'un cancer du col. A noter que dans quelques cas exceptionnels, il s'agit de noyaux secondaires provenant d'un néoplasme de l'ovaire, des trompes, ou du vagin.

Alors que le cancer du col infiltre de très bonne heure le tissu cellulaire de la base des ligaments larges, ce qui entraîne très rapidement sa fixation, le cancer du corps au contraire, par suite de son développement en surface vers la cavité utérine et de la disposition des vaisseaux lymphatiques afférents, ne se propage que tout à fait exceptionnellement, et cela uniquement dans la période ultime, lorsque ses ramifications ont éventré la paroi utérine pour venir proliférer sous le péritoine. J'ajouterai encore qu'il n'envahit que très rarement le col, et que même dans les cas de forme diffuse, l'ulcération semble s'arrêter au niveau de l'orifice interne de l'isthme

C'est probablement aussi à cette disposition des lymphatiques, qui, vous ne l'ignorez pas, suivent les vaisseaux utéro-ovariens et l'aileron moyen du ligament large, qu'il faut attribuer la grande rareté de l'envahissement ganglionnaire et la fréquence relative des métastases dans les trompes et dans les ovaires. La propagation au vagin qui se fait soit par greffes directes, soit par transport rétrograde de cellules épithéliales par voie lymphatique, est beaucoup plus rare : quant à l'envahissement de la vessie et du rectum, il ne se voit que dans les phases terminales.

On a pu signaler également quelques cas de lésions associées au cancer du corps : c'est ainsi qu'en dehors de la fréquence de l'ovarite scléro-kystique, on a relevé assez souvent que la muqueuse utérine non envahie par la néoplasie était le siège d'un processus inflammatoire banal d'endométrite glandulaire : le cancer peut aussi coïncider avec un fibrome utérin ou encore avec des proliférations sarcomateuses, enfin on a noté quelques observations d'endométrite tuberculeuse et de cancer du corps.

Vous trouverez dans presque tous vos manuels et traités classiques que les signes fonctionnels du cancer du corps de l'utérus, sur lesquels reposera en quelque sorte le diagnostic sont représentés par la triade : douleurs, leucorrhée fétide et hémorragies. De ces trois symptômes, les deux premiers sont dépourvus de toute valeur, car ils n'apparaissent que lorsque l'affection est tellement avancée dans son évolution qu'elle est devenue au-dessus de toute thérapeutique chirurgicale : seule l'hémorragie constitue un signe de réelle importance.

Ici, comme dans le cancer du col, c'est encore l'écoulement sanguin qui constitue le premier symptôme de la maladie, mais en revêtant cependant une allure toute différente, qui s'expli-

que des plus aisément pour peu que vous songiez au point de départ néoplasique.

Le cancer du col, étant dans l'immense majorité des cas, un épithélioma pavimenteux qui ne détermine que de très faibles réactions du côté glandulaire, les pertes qui en résultent sont constituées par du sang à peu près pur. Le cancer du corps a au contraire,ainsi que je vous l'ai indiqué il n'y a qu'un instant, son siège dans les glandes de la muqueuse dont la prolifération exagère l'activité. Aussi, dès le début, ces sécrétions se mêlent au sang qui provient des végétations néoplasiques, et par suite des proportions inconstantes de ces deux éléments, les suintements qui s'écoulent par l'orifice du col varient depuis l'hydrorrhée simple à peine teintée de rose jusqu'au sang presque pur.

A peu près quotidiennes, ces pertes d'abord presque insignifiantes, laissent sur le linge une tache dont les dimensions varient de la grandeur d'une pièce de deux francs à celle de la paume de la main (hémorragies maculantes de Pozzi). Au début, assez homogène, d'un blanc jaunâtre, cette tache présente un peu plus tard l'aspect d'une cocarde, avec une coloration plus foncée, franchement rouge au centre, tandis que la périphérie offre une teinte hortensia ou rouillée.

La répétition journalière de ces suintements chez une femme qui a dépassé la ménopause est à peu près caractéristique : toutefois comme les lésions évoluent beaucoup plus lentement que celles du col, les accidents peuvent persister durant des semaines et des mois, sans que les organes se soient modifiés de façon quelconque. A ce stade en effet, l'utérus atteint de régression ménopausique est petit, le col lisse, régulier, d'aspect normal, les culs-de-sac libres et souples et la mobilité parfaite.

Ultérieurement, les pertes augmentent de fréquence, d'intensité, et de temps en temps, elles arrivent à prendre franchement un caractère hémorragique, sous l'action d'un traumatisme utérin occasionné par la marche , les efforts violents ou les secousses de l'automobile. Ces pertes sont généralement de courte durée, et les malades croyant à un retour de leurs règles ne s'en préoccupent pas toujours d'une manière suffisante.

Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois d'évolution, que votre attention pourra être attirée par les modifications présentées par la leucorrhée, et par l'apparition de la douleur.

L'écoulement séreux, primitivement blanchâtre et mélangé à l'hémorragie, devient plus abondant et perd en même temps ses caractères initiaux : il est trouble, roussâtre, exhalant une odeur fade ou fétide et renferme des lambeaux de néoplasme analogues à de la râclure de boyaux.

La douleur sur laquelle on insistait tant il y a quelques années encore et que l'on décrivait comme apparaissant chaque jour à heure fixe sous forme de crises paroxystiques régulières extrêmement douloureuses avec irradiations dans le bas-ventre et parfois dans les reins et dans les cuisses, est un élément des plus inconstants et des plus variables.

Bien que l'on ait signalé quelques cas dans lesquels l'élément douleur avait revêtu d'assez bonne heure un caractère assez intense, les malades ne souffrent ordinairement qu'à une période assez avancée de leur affection. Elles éprouvent alors quelques phénomènes de pesanteur, de vagues tiraillements dans la région abdominale, qui ne se transforment en véritables douleurs que plus tard, lorsque la tumeur devenue plus volumineuse provoque des contractions de la part de l'utérus, ou qu'il a envahi le tissu péri-utérin.

Si vous pratiquez alors vers cette époque l'examen de la matrice, vous sentirez un corps utérin légèrement augmenté de volume, globuleux, ferme, non douloureux que l'on a coutume de comparer à un utérus gravide de 2 à 3 mois : par le col un peu ramolli, et légèrement entrouvert, l'hystéromètre s'enfonce à 10, 12 et même 14 centimètres, témoignant ainsi de l'augmentation de volume de la cavité utérine.

L'évolution de ce cancer est en général très lente, pendant des mois et même pendant des années, il peut demeurer localisé n'altérant nullement l'état général et ne donnant naissance qu'à une symptomatologie très réduite, quelques pertes sanguines anormales de temps en temps, une leucorrhée abondante mais sans caractères spéciaux. Il est même des formes entièrement latentes qui ne manifestent leur présence que par quelques troubles généraux appartenant au syndrome utérin et qui constituent des surprises d'opération ou d'autopsie.

La marche est donc lente, mais progressive : à un moment donné, les hémorragies et les pertes finissent par épuiser peu à peu les malades, qui perdent l'appétit, maigrissent, pâlissent, se cachectisent et finissent par succomber au bout d'un temps assez long lorsqu'une complication quelconque, phlébite, péritonite, néphrite, hémorragie n'est pas venue précipiter les événements.

La lenteur de son évolution est donc une des caractéristiques du cancer du corps utérin qui le différencie bien de la généralité du cancer du col aussi son pronostic est-il en général bien meilleur. L'absence de propagation péri-utérine est assurément l'indice d'une moindre malignité, elle allonge la période d'opérabilité, rend les interventions plus efficaces et met, selon Forgue, dans une certaine mesure à l'abri des récidives.

Lorsqu'une femme ayant dépassé la ménopause voit apparaître des émissions sanguines, elle doit toujours les considérer comme très suspectes : ce seul fait doit l'amener à se faire examiner

et doit également inciter le médecin à faire une exploration génitale des plus attentives. Il ne faut jamais en effet attendre pour poser un diagnostic, ce que certains ont désigné du nom de signes de certitude, les pertes fétides et les douleurs, car en matière de tumeurs malignes, c'est uniquement dans la précocité du diagnostic qui réside le salut des malades.

A cette période de début où l'utérus se borne à saigner, vous devez songer à cinq lésions possibles : cancer du col, fibrome, cancer du corps, métrite sénile, et tumeur ovarienne ou salpingienne.

Vous reconnaîtrez aisément le cancer du col à ses caractères propres : il évolue ordinairement à cette période de la vie sous la forme ulcéreuse, et quand chez une femme ménopausée présentant depuis quelque temps des hémorragies peu abondantes mais tenaces, s'accompagnant d'un d'un peu de leucorrhée, vous trouverez au toucher une perte de substance anfractueuse à bords indurés au niveau du col, vous n'aurez pas grand peine à porter le diagnostic de cancer du col.

Il ne vous sera pas non plus bien difficile d'éliminer le fibrome par les seules dimensions que présentera le corps utérin. Il se voit d'ailleurs assez rarement après la ménopause, cependant plusieurs auteurs tels que Bégouin et Bardon en ont rapporté plusieurs observations, et pour ma part j'en ai aussi vu un fort beau cas tout récemment.

Beaucoup plus délicat sera pour vous au contraire de différencier le cancer du corps de la métrite sénile, et devant l'absence de tout signe caractéristique de l'une ou de l'autre affection, c'est à l'exploration intra-utérine que vous devrez avoir recours, car seule elle sera capable de vous fournir des éléments suffisants d'appréciation.

Cet examen peut se faire soit par un curettage explorateur, soit par un examen radiographique après injection intra-utérine de lipiodol.

La technique du curettage explorateur est des plus simples : sous rachi-anesthésie, ou à défaut sous anesthésie générale, après dilatation extemporanée du col, vous curetterez méthodiquement toute la muqueuse, jusqu'au moment où vous obtiendrez le cri utérin, en faisant attentivement tout le tour de l'utérus, et en ayant soin de bien explorer le fond de la matrice ainsi que les angles, points où se développent bien souvent les végétations cancéreuses et qui méritent de ce fait une attention toute particulière.

Dans l'immense majorité des cas l'examen histologique des débris recueillis est décisif : il existe cependant des cas, où sous le microscope on peut hésiter entre une endométrite glandulaire et une forme d'épithélioma au début. En l'absence de tout élément anormal, c'est alors sur les caractères cytologiques que l'on devra se baser ; la diminution de hauteur des cellules tendant vers la forme cubique, la coloration plus intense des cellules et des noyaux, l'abondance des karyokinèses et leur irrégularité, leur asymétrie, indiqueront que l'on se trouve certainement en présence d'une lésion maligne.

Quelques chirurgiens et biologistes spécialisés dans l'étude du cancer ont fortement critiqué la pratique des biopsies. Pour eux, ces prélèvements de tissus malades sont à redouter, car ils pourraient amener le passage de cellules cancéreuses dans les vaisseaux et contribuer ainsi à la diffusion de la maladie. Pour ma part, je crois qu'il s'agit là d'une objection surtout théorique, et je vous avouerai que dans les nombreux cas où il m'a été donné de recourir à une biopsie, je n'ai jamais eu à relever d'accident quelconque.

L'examen radiographique après lipiodol intra-utérin constitue une méthode de diagnostic gynécologique qui n'est pas entrée encore tout à fait dans la pratique courante malgré les brillants résultats qu'elle a pu enregistrer. Elle mériterait cependant d'être utilisée plus fréquemment, car lorsque l'on suit exactement la technique indiquée, elle est exempte d'incidents ou d'accidents.

A la suite d'une injection de 5 à 7 cmc. de lipiodol faite par pression progressive, douce, ne dépassant pas 30 cm. de mercure, on voit, dans le cas de néoplasme localisé, la cavité utérine présenter une image lacunaire irrégulière faisant une saillie plus ou moins marquée ; dans le cas de forme diffuse, étendue à tout le corps, la cavité utérine présente un aspect irrégulier et dentelé, la lumière étant souvent de dimensions très réduites.

J'ajouterai que lipiodol et curettage pourraient à mon avis se porter bien souvent un concours réciproque, l'ablation d'un fragment biopsique venant confirmer les constatations de l'examen radiographique.

Souvenez-vous donc que vous devrez toujours faire une exploration intra-utérine dans les cas douteux, et que le diagnostic de métrite sénile, que l'on est si tenté parfois d'accepter, ne doit être pour vous qu'un *diagnostic d'exception*, auquel vous ne pourrez songer que lorsque vous serez absolument certains qu'il n'y a pas d'autre lésion. Et à ce sujet, n'oubliez pas que parfois les métrorragies post-ménopausiques se trouvent sous la dépendance d'une tumeur de l'ovaire, bénigne ou maligne, d'une tumeur de la trompe ou d'une salpingite.

Le salut des malades est ici, comme d'ailleurs pour tous les cancers dans l'intervention précoce ; à moins de contre-indication particulière, d'extension évidente aux parties voisines, d'état général trop mauvais, tout cancer du corps utérin doit être opéré.

Il doit l'être, parce que le taux d'opérabilité atteint de 80 à 90 p. 100, et que les résultats de

son extirpation, très supérieurs à ceux que procure le traitement du cancer du col, donnent de 60 à 80 p. 100 de guérison. Le cancer du corps utérin, opéré dans de bonnes conditions demeure en effet presque toujours guéri, la récidive constitue l'exception c'est pourquoi l'opération doit être conseillée dès que le diagnostic a été posé.

C'est par l'hystérectomie abdominale que le cancer du corps doit être traité. Au point de vue technique, comme le cancer reste pour ainsi dire localisé à la cavité utérine et qu'il n'a qu'une très faible tendance à infiltrer les paramètres, il est complètement inutile de pratiquer les larges évidements pelviens à la Wertheim. L'hystérectomie abdominale totale simple, suivant le procédé de Kelly, sans dissection préalable des uretères, est l'opération logique et suffisante : mais il faudra avoir grand soin de ne pas le blesser ou le déchirer au cours de l'intervention, sous peine de risquer de ce fait une infection grave.

Chez certaines malades, atteintes d'obésité, qui ont un bassin très profond, et chez lesquelles l'hystérectomie totale peut-être assez difficille à réaliser, il est préférable, suivant le conseil de J.-L. Faure, de recourir à l'hystérectomie subtotale, plus simple et plus bénigne. Le cancer du corps, n'a en effet, comme je vous l'ai dit, que très peu de tendance à gagner le col : aussi vaut-il mieux laisser le moignon cervical absolument sain et dans lequel la récidive ne se fera pour ainsi dire jamais, que de chercher à l'enlever au risque de complications graves. Mais ce dont il faudra s'assurer, c'est que la section du col porte loin du néoplasme, et pour cela au lieu de faire une section transversale, il vaudra mieux inciser obliquement de manière à réaliser un véritable évidement cervical.

Enfin chez certaines femmes âgées, grasses et d'état général précaire, pour lesquelles une intervention abdominale est toujours grave, on pourra avoir recours à l'hystérectomie vaginale, moins sûre, moins efficace, mais beaucoup moins schokante.

Quant à la curiethérapie, elle ne se pose pas ici, gynécologues, chirurgiens et radiumthérapeutes étant tous d'accord sur la résistance au radium de l'épithélioma cylindrique du corps utérin.

## LA CLINIQUE INFANTILE AU GOUT DU JOUR

### La pneumonie est, au cours de la deuxième enfance, d'un diagnostic souvent difficile, car le point de côté et l'expectoration sont fréquemment déficients, les réactions générales surtout nerveuses.

D'après le Dr P. Baize (1)

« Un enfant de 4 à 5 ans, en pleine santé, ou quelquefois un peu enrhumé, est pris brusquement d'un gros malaise, de vomissements, parfois de convulsions, pendant que sa température s'élève à 39° ou 40°, où elle se maintient en plateau, avec de faibles rémissions, les jours suivants.

« A l'examen, on trouve le petit malade couché, assez calme, parfois même prostré, ou au contraire agité. Les mouvements respiratoires sont accélérés, l'enfant présente une toux sèche, et peu fréquente ; quelquefois, il se plaint de son côté ou de son ventre, mais modérément. Cependant l'examen soigneux de la poitrine ne révèle rien d'anormal, non plus du reste que l'exploration des autres organes.

« Deux ou trois jours se passent, et parfois davantage, pendant lesquels l'état général reste sérieux ; la fièvre est en plateau autour de 40°, le pouls est rapide, l'enfant est pâle, fatigué, l'anorexie est absolue ; les nuits sont agitées, parfois délirantes. Ce n'est que tardivement, au 4e ou 5e jour, ou même plus tard qu'on voit apparaître, le plus souvent au sommet de l'un des poumons, dans l'aisselle, mais parfois aussi dans la région moyenne ou à la base, les signes physiques, plus ou moins caractéristiques, d'un foyer d'hépatisation : submatité, souffle, râles crépitants.

« Souvent, lorsque ces symptômes viennent révéler la nature de la maladie, la fièvre tombe brusquement, au 5e ou 6e jour — plus tôt par conséquent que dans le cycle normal de la pneumonie de l'adulte. Cette défervescence s'accompagne de phénomènes critiques, tels que sueurs, polyurie, ralentissement du pouls, état de prostration, parfois impressionnants au point de faire craindre pour la vie de l'enfant, au moment même où il guérit. »

Dans ces conditions, le praticien non averti peut porter des diagnostics erronés, tels que ceux de méningite, d'appendicite, de fièvre typhoïde ; d'où il résulte de graves erreurs de pronostic et de traitement. Combien d'enfants opérés d'urgence, dont l'appendice est parfaitement sain, et chez lesquels la pneumonie évolue typiquement les jours suivants ; inversement, il

(1) Dr P. Baize. — Diagnostic de la pneumonie chez l'enfant. (*Le Bulletin médical*, 21 novembre 1931.)

serait déplorable de croire à une pneumonie et de laisser passer l'heure d'opérer, au cours d'une appendicite grave.

Pratiquement, la pneumonie vraie ne s'observe cependant guère avant la deuxième année : au contraire, après la deuxième année, et jusque vers la dixième, *la fréquence de la pneumonie est si grande, qu'il faut y penser systématiquement, en présence de toute pyrexie brusque, survenant chez un enfant*, surtout pendant les mois d'automne et d'hiver.

***

LES SIGNES FONCTIONNELS *sont les plus fallacieux.*

Le fait mérite d'autant plus d'être signalé que, chez l'adulte, la dyspnée, la toux, l'expectoration, le point de côté sont si nets qu'ils permettent parfois, à eux seuls, d'affirmer le diagnostic.

*Ceux qui manquent.*

*L'expectoration* ne peut guère guider avant la douzième ou la treizième année. Elle se produit bien ; mais elle est aussitôt déglutie. Si, en déprimant fortement la base de la langue avec une cuiller, il n'est possible dans certains cas de l'apercevoir qu'au moment d'un mouvement de régurgitation, elle présente cependant tous les caractères de l'expectoration de l'adulte : visqueuse, adhérente, aérée, rouillée.

*La rougeur unilatérale de la pommette*, le faciès vultueux, animé de l'adulte, sont très exceptionnels chez l'adulte.

*Le grand frisson solennel* initial de la pneumonie est presque toujours absent ; après 10 ans, il est remplacé par de petits frissonnements, répétés, facilement inaperçus.

*Ceux qui trompent.*

*Le point de côté*, si déchirant et si caractéristique chez l'adulte, ne s'observe guère que chez l'enfant déjà plus grand, capable d'extérioriser ses sensations. Encore, manque-t-il presque toujours dans les pneumonies du sommet, les plus fréquentes.

Dans les pneumonies de la base, il n'est pas localisé au thorax (comme chez l'adulte), mais presque toujours au niveau des fausses côtes, ou même plus bas, au *niveau de l'abdomen.*

Accusé à *droite*, en même temps que des vomissements se produisent, et, en l'absence de tout signe pulmonaire, on pourrait penser à l'*appendicite*, si la contracture n'était moins nette, sinon défaillante, le ventre non immobilisé dans les mouvements respiratoires, la constipation inconstante, la palpation profonde non douloureuse.

*Ceux qui sont atténués.*

Chez l'enfant, *deux signes fonctionnels seuls ont une réelle valeur pour le diagnostic* ; encore doivent-ils être recherchés, car le plus souvent, ils sont *discrets* : la *dyspnée et la toux.*

La dyspnée est constante : si l'enfant toutefois paraît assez tranquille dans son lit, les mouvements respiratoires, quoique faciles, atteignent habituellement 40 à 50 par *minute* ; pas de battements des ailes du nez, pas de cyanose, mais plutôt une polypnée.

La toux généralement discrète peut manquer tout à fait. Lorsqu'elle existe, elle est sèche, courte, légèrement spasmodique, et non incessante, fatigante comme dans la broncho-pneumonie.

***

De tous les signes généraux, les SYMPTÔMES NERVEUX *contribuent le plus à égarer le diagnostic* : mais d'allure impressionnante, ils sont de pronostic ordinairement bénin.

Chez les enfants très jeunes, entre 12 et 30 mois, les accidents convulsifs dominent la scène, et peuvent se répéter pendant toute l'évolution de la maladie ; on observe également une forme comateuse, une forme délirante, une forme méningée. Seule, l'absence de signes méningés objectifs peut faire éliminer les méningites aiguës. Et si cependant on trouve de la raideur de la nuque ou une ébauche de Kernig, la ponction lombaire devient l'unique moyen de diagnostic différentiel, notamment avec la méningite à pneumocoques.

***

*Toutefois, la marche de la* TEMPÉRATURE est *assez caractéristique.*

A début presque toujours brusque, elle atteint d'ordinaire 40° dès les premières heures (avec céphalées vomissements, malaise profond). Jusqu'ici rien, qui la différencie des pyrexies habituellement brusques de l'enfance.

*Ce n'est que le lendemain ou le surlendemain que l'étude de la courbe thermique prend toute sa valeur.* Dans la règle, en effet, *la température reste élevée les jours suivants à 40° ou 41°, avec une faibles rémissions matinales* d'un demi ou d'un quart de degré. Cette simple constatation permet d'éliminer aussitôt la rhino-pharyngite aiguë, l'angine banale, la grippe, où la fièvre se maintient rarement plus de 24 heures à un taux élevé. Si l'hyperthermie de la scarlatine est plus difficile à distinguer, l'éruption vient, au second jour, trancher un diagnostic hésitant.

La pratique de la *balnéation froide*, à laquelle on est souvent conduit en raison du degré élevé de la température, *n'exercera aucune action sur la fièvre du petit pneumonique* ; celle-ci aurait même plutôt tendance à s'élever après la balnéation.

Ce dernier petit signe prend une valeur considérable pour le diagnostic différentiel de la fièvre

typhoïde ; il est renforcé par les résultats de l'hémoculture et par l'apparition des taches rosées.

A noter que l'herpès (naso-labial) est très inconstant chez l'enfant.

Il faut encore signaler que, durant trois à quatre jours seulement, la fièvre de la pneumonie peut revêtir un caractère intermittent.

La courbe de température sert à distinguer la pneumonie de la broncho-pneumonie, d'ailleurs presque toujours secondaire à une affection reconnue (rougeole, coqueluche, etc.). Son évolution n'est pas régulière, cyclique ; la défervescence est moins brusque ; d'ailleurs la durée de la maladie est plus longue, l'état général plus touché, et le traitement, d'une importance incontestable.

***

Les signes physiques.

*La localisation fréquente au sommet est le caractère anatomique le plus important de la pneumonie infantile.*

Il en est ainsi dans plus de 50 % des cas ; l'affection y est d'ailleurs d'une *extrême bénignité*, contrairement à ce qui a lieu chez l'adulte.

Le sommet *droit* est de beaucoup le plus fréquemment atteint ; puis vient la base gauche, ensuite le sommet gauche et la base droite.

Si les pneumonies des bases sont les plus faciles à diagnostic (signes analogues à ceux de l'adulte), au contraire, dans les pneumonies du sommet, les signes physiques sont discrets, et se font attendre souvent jusqu'au 4e ou 5e jour, ou même davantage ; *ils peuvent même faire défaut jusqu'au bout, et cependant la courbe thermique, l'emploi de la radiographie permettent d'affirmer le diagnostic.*

Toutefois, il faudra s'efforcer, dans les 3 ou 4 premiers jours, par l'examen le plus minutieux, *de mettre en évidence de petits signes*, qui permettent, sans aucune modification des bruits respiratoires, de poser de bonne heure un diagnostic exact.

Cette recherche demande les meilleures conditions possibles d'examen. « Le petit malade, complètement dévêtu, sera étendu dans son lit, les bras allongés, le long du corps, le tronc et la tête bien droits ; un traversin glissé comme un billot sous la nuque fera saillir les *deux zônes sous-claviculaires*, qui s'offriront ainsi d'elles-mêmes à l'examen ; on pourra rechercher le *skodisme* et le *défaut d'expansion des régions sous-claviculaires*, l'*asynergie des mouvements respiratoires, la contracture des scalènes.*

Le *skodisme* s'appréciera par une percussion légère et égale de chacune des côtes ; ce signe de grande valeur peut s'associer à une légère submatité en arrière dans la fosse sus-épineuse ou dans l'aisselle.

Le *défaut d'expansion* de la région sous-claviculaire du côté malade est facilement reconnu à la vue et au palper ; c'est un signe de valeur, quand il existe ; mais il n'est pas constant. Cette moindre mobilité du côté malade se traduit encore par l'asynergie des mouvements respiratoires, le soulèvement du creux sous-claviculaire se faisant *plutôt* du côté atteint que du côté sain.

Le groupement de ces petits signes, joint à un peu de rudesse ou d'obscurité respiratoire, et mieux encore à un peu de retentissement du cri ou de la toux du même côté, doit permettre le diagnostic précoce de pneumonie du sommet.

Après le quatrième jour, il est rare que les signes physiques n'apparaissent pas avec plus ou moins de netteté ; sinon, on devra examiner minutieusement l'enfant, surtout, dans l'*aisselle*, le bras étant levé et la main placée sur la tête du petit malade ; presque toujours alors, on trouvera de la submatité, un souffle, quelques râles plutôt muqueux que crépitants.

Enfin, la *radiologie* permet d'affirmer, dès le deuxième jour souvent, le diagnostic ; malheureusement, ce n'est pas toujours un procédé d'exploration courant en dehors de l'hôpital.

Dans la pneumonie du sommet, il existe une ombre, visible dès le deuxième ou le troisième jour, qui revêt la forme d'un triangle sombre, homogène à base externe, à sommet hilaire, occupant en général la partie inférieure du lobe supérieur du poumon. Au début, les bords de cette ombre triangulaire sont nets ; mais, durant les jours suivants, sur les confins de la zone de franche hépatisation, on voit naître des ombres secondaires, dues à l'engouement. Cette ombre est donc un élément de premier ordre pour la pneumonie du sommet ; à la base, elle est beaucoup moins caractéristique.

Les examens de *laboratoire*, par contre, ne peuvent guère aider au diagnostic.

G. F.

## SUR UN CAS DE POINT DE COTÉ PLEURÉTIQUE ABDOMINAL GAUCHE (1)

Par le Docteur Ph. N. Barbatis (de Monte-Carlo),

de la Faculté de Médecine de Paris,
Fellow of the Royal Society of Medicine of London,
Vice-président honoraire de la Société médicale de Monaco.

Il s'agit d'un enfant de douze ans, fluet, malingre, pâle, qui a été amené, à mon cabinet, dans l'après midi du jeudi 12 novembre dernier.

Voici son histoire clinique.

Dans la nuit du dimanche au lundi 9 dudit mois, cet enfant s'est réveillé se plaignant de son ventre avec envie de vomir. On lui fait boire une tasse de tilleul et on lui applique des compresses chaudes sur l'abdomen.

Le lundi 9, l'état restant stationnaire, on transporte le petit malade à l'infirmerie du couvent des Franciscains, où la sœur infirmière croyant à une intoxication alimentaire — les enfants ayant mangé la veille, des gâteaux — purge l'enfant, et le met à la diète hydrique.

Le mardi 10 et le mercredi 11, le petit malade se plaint toujours de son ventre, a quelques frissons, ou plutôt des frissonnements par intermittence, et refuse toute alimentation. Par contre, il demande à boire très fréquemment. Il passe une mauvaise nuit ; il souffre et la toux augmente sa douleur du ventre, il souffre terriblement de la tête.

Cet état inquiète alors la sœur infirmière, qui demande mon intervention médicale dans l'après-midi du 12.

C'est un enfant à la figure souffreteuse. Son regard est triste. Il est inquiet. Il répond à mes questions avec une certaine peur.

Il me dit souffrir du ventre et il précise avec sa main, le côté gauche, la région para-ombilicale gauche, un peu au-dessus du point mésentérique inférieur de Loeper et Esmonet, qui est situé, comme vous le savez, sur le flanc gauche de l'aorte, au niveau de la naissance de l'artère mésentérique inférieure et se prolonge un peu en dehors sur la gauche. La douleur s'accentue en ce point, à chaque saccade de toux, et chaque fois que l'enfant fait un petit effort.

Rien du côté du rein gauche.

La rate est à peine percutable.

Le restant de l'abdomen ne présente rien, qui puisse attirer notre attention.

La langue est humide, blanchâtre, légèrement saburale avec bords et pointe rosés.

Les selles sont régulières, mais fétides. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'enfant tousse, ai-je dit, quelque peu, et surtout la nuit. Pas de point de côté thoracique.

(1) Communication à la Société médicale de Monaco, décembre 1931.

L'exploration des organes thoraciques révèle une légère submatité à la base du poumon gauche sans limites précises. L'auscultation fait entendre des râles de bronchite disséminés, et des petits râles, ou plutôt des légers frottements humides aux deux bases, cependant plus nombreux et plus nets à gauche.

Pas de souffle aigre, voilé, expiratoire ; pas d'égophonie ; pas de pectoriloquie aphone.

Rien du côté du cœur.

Donc : douleur au flanc gauche, frissons, toux, submatité à la base du poumon gauche, râles de bronchite, enfin frottements humides pleuraux. Tel est le tableau clinique que présentait mon petit malade dans l'après-midi de jeudi 12 novembre.

Aussi ai-je porté, ce jour-là, le diagnostic de congestion pulmonaire surtout à gauche ; j'attribuai le point douloureux abdominal gauche, le point mésentérique inférieur de Loeper et Esmonet à une infection intestinale, comme cela se voit parfois, et surtout dans la colibacillose intestinale. Je me contentai, donc, pour ce jour-là, de mettre l'enfant au lit, de lui faire administrer un lavement évacuateur d'un demi-litre d'eau bouillie, de lui faire prendre la température — chose omise depuis le commencement de la maladie — de le ventouser, de lui donner un cachet de quinine et une potion à l'acétate d'$AzH^3$.

Comme alimentation : une ou deux tasses de bouillon de légumes, du thé très léger et des tisanes.

A 7 heures du soir de ce même jour, on me téléphonait du couvent que la température du petit malade était de 40°, ce qui pouvait concorder avec le diagnostic posé.

La nuit de jeudi au vendredi 13 fut pénible pour ce petit. Insomnie, toux sèche, pénible, délire. Le vendredi la température atteint 39°8 au matin. Lors de ma visite du vendredi matin, je constate que mon petit malade a le faciès grippé, les yeux cernés. Il est oppressé, sa respiration est brève, saccadée. Il souffre toujours de son ventre. Il tousse plus fréquemment que la veille, et cette toux a lieu dès que l'enfant change de position. Cependant pas d'expectoration.

Mais ce qui attire immédiatement mon attention — ce qui me frappe, c'est son ventre. Celui-ci est tendu, ballonné, météorisé. Cependant, pas de hoquet, pas de vomissements. Les selles, à la suite d'un lavement, sont jaune-verdâtre, excessivement fétides.

La langue garde les caractères de la veille.

Les urines sont abondantes. Léger nuage d'albumine.

La matité du poumon gauche en arrière est plus nette et plus étendue.

Les vibrations thoraciques sont diminuées. Skodisme dans la région claviculaire du même côté.

A l'auscultation, absence du murmure vésiculaire en arrière.

Mais je n'ai pu percevoir de souffle. L'égophonie et la pectoriloquie aphone sont à peine ébauchées.

Par contre, mêmes frottements à la base. En avant, sous la clavicule et dans l'aiselle, j'ai noté aux deux temps de la respiration des râles fins crépitants comparables à ceux de la pneumonie, mais plus mouillés que ces derniers. Pas de souffle.

Donc, point de côté abdominal persistant plus douloureux. Ventre fortement ballonné. Toux sèche et fréquente ; matité plus nette et plus étendue à gauche et en arrière ; de la base au tiers inférieur du poumon, absence du murmure vésiculaire, frottements ; skodisme en avant ; râles crépitants humides sous la clavicule et dans l'aisselle du même côté.

Aussi : révulsion thoracique. Acétate d'AzH³, quinine, antiseptie intestinale par le cryptargol, injection de vaccin antipneumonique du Prof. Minet. Huile camphrée.

Telle fut la médication conseillée ce jour-là.

La température du soir gagne 40°6.

Mauvaise nuit du vendredi au samedi. Toux, délire.

Le samedi 14, la température du matin est à 39°6. L'état reste stationnaire. Même douleur abdominale. Même météorisme du ventre. Même toux. Même signes stéthoscopiques.

La température du soir est de 40°8, c'est-à-dire de un degré deux dixièmes supérieure à la température matinale. L'enfant urine bien. La langue est humide.

Je fais continuer la même médication.

Le petit malade a quelques minutes de repos dans la nuit de samedi à dimanche.

Le dimanche 15, la température au matin est de 38°6.

Le point de côté abdominal persiste. La matité gagne et arrive jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Absence complète du murmure vésiculaire. Les râles frottements de la base ont disparu. Le skodisme en avant existe. On perçoit encore quelques râles dans l'aisselle.

Même traitement que la veille.

L'enfant dans la journée émet des gaz. Le soir, le ventre est plat. Disparition complète du météorisme. La température du soir saute à 40°.

La nuit de dimanche est entrecoupée par des accès de toux, augmentant le point de côté abdominal. L'enfant dort peu.

Le lundi 16, la température du matin est de 38°4. Les signes thoraciques en arrière et à gauche se précisent. Les râles dans l'aisselle ont disparu.

La toux est toujours fréquente et sèche. Le ventre est plat. Le point de côté abdominal persiste. L'enfant a une selle spontanée de couleur jaunâtre, mais très fétide. Les urines sont abondantes. Léger nuage d'albumine.

*Le diagnostic d'une pleurésie s'impose.* La ponction exploratrice retire du liquide citrin. Le diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse est confirmé.

J'ai donc fait hospitaliser ce petit malade à l'hôpital de Monaco dans la matinée même de ce lundi 16 novembre, le confiant à notre collègue le Docteur Marsan, car je ne pouvais le garder plus longtemps à l'infirmerie du couvent.

Si le diagnostic dans cette observation a été laborieux, si je n'ai pu formuler le diagnostic dès les premières heures, dès les premiers jours, c'est que la pleurésie — ainsi que l'enseignait l'élève de Trousseau le célèbre Dieulafoy — c'est que la pleurésie est une maladie à surprises. Sa marche insidieuse, et l'extrême irrégularité de ses allures ne constituent pas le côté le moins intéressant de son histoire (Dieulafoy).

Tout d'abord, la congestion pulmonaire accompagne souvent la pleurésie, surtout à sa période de formation ; il en résulte que les signes de l'épanchement pleural sont un peu défigurés par les signes, que donne le poumon fluxionné. De même pour la pneumonie — pneumonie corticale de Trousseau, — qui accompagne souvent la période initiale de la pleurésie. On peut, donc, avoir une certaine hésitation dans l'interprétation des phénomènes pulmonaires.

Quant au point de côté accusé par notre petit malade, et c'est là surtout la raison de cette observation, il ne pouvait que nous dérouter d'une façon absolue.

Nous savons bien que le *point de côté pneumonique ou pleurétique* ne siège pas toujours dans la poitrine. Il est vrai qu'on le rencontre souvent dans la région du mamelon, qu'il est en général sous-mammaire du côté malade. Il n'en est cependant pas moins vrai que le point de côté peut siéger dans l'aisselle du côté sain, et même aux deux côtés. Les classiques nous apprennent que, chez les enfants, le point de côté thoracique manque dans près de la moitié des cas, et Nobécourt, parlant du point de côté *pneumonique,* de dire : « Souvent, plus souvent que chez l'adulte, il existe des *douleurs abdominales, accompagnant la douleur thoracique,* ou *isolées.* Ce peuvent être des douleurs diffuses, des coliques ou des douleurs localisées à la fosse iliaque *droite,* simulant l'appendicite (forme appendiculaire de la pneumonie, *pneumonie aiguë, appendiculaire, pseudo-*

appendicite pneumonique ». Et Comby mentionne la douleur siégeant parfois au-dessous des fausses côtes droites. Il en est de même de la topographie du *point de côté pleurétique*, qui peut se localiser aussi bien dans le thorax *que dans l'abdomen droit.*

Mais je n'ai pu trouver dans aucun livre didactique, chez aucun auteur à ma connaissance, mentionner un *point de côté pneumonique ou pleurétique avec siège dans la région gauche de l'abdomen.* Pour ma part, je ne l'ai rencontré dans aucun cas de pneumonie ou de pleurésie. C'est la première fois que je viens d'observer le point de côté pleurétique abdominal, à gauche, aussi ai-je cru intéressant de vous en donner communication.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**Traitement de la rougeole par l'amidopyrine lactique.**

Les auteurs ont employé, en Angleterre surtout, l'amidopyrine comme antipyrétique dans la rougeole, et ils ont ainsi découvert des propriétés réellement spécifiques à ce médicament. Leur remarque est d'autant plus intéressante qu'elle s'applique à des rougeoles d'hôpital, par conséquent à des rougeoles graves et le plus souvent compliquées.

Trois points ressortent de leur étude : 1° L'amidopyrine constitue un excellent médicament de la rougeole ; elle fait tomber la fièvre ; elle fait tourner court la maladie en 24 heures dans 60 % des cas, lorsqu'on la donne avant l'apparition de l'exanthème ; elle raccourcit la durée de la maladie dans les autres cas. Elle ne possède aucune influence sur la laryngite, l'entérite, l'otite ou l'infection pulmonaire surajoutées. 2° Les résultats sont excellents dans 75 % des cas chez les enfants de moins d'un an et dans 94 % des cas chez les enfants de quatre ans. 3° Le succès est d'autant plus rapide que le traitement a été institué plus précocement ; mais, même dans les étapes tardives de la maladie, son emploi peut être suivi de bons résultats.

Le Dr P. Naquet a eu l'occasion de soigner ainsi 21 cas de rougeole ; mais il a employé avec avantage, au lieu de l'amido-pyrine base, son lactate acide. Un point capital du traitement, dit-il, c'est l'emploi des doses fortes ; d'autre part, le médicament est fort bien supporté par les enfants. L'auteur a pu accroître son action, sans augmenter les doses, grâce à ce que l'acidose, ainsi qu'il a été démontré, renforce l'action des substances neurotropes : il a employé ainsi l'amidopyrine dans un soluté d'acide lactique ; il recommande l'emploi d'une solution contenant 0 gr. 01 d'amidopyrine par goutte.

Un point essentiel du traitement, c'est de répéter l'administration du médicament régulièrement toutes des quatre heures, et sans interruption. Il faut enfin donner une dose en rapport avec l'âge. On tâte la susceptibilité du jeune malade en prescrivant deux gouttes par année d'âge pour la première prise ; mais, quatre heures après et par la suite à chaque dose, on doit atteindre quatre gouttes, par année d'âge, de la solution d'amidopyrine lactique à 0 gr. 01 par goutte. Chez l'adulte, on donne d'emblée 60 à 80 gouttes toutes les quatre heures. Des doses trop faibles ou trop espacées seraient inopérantes. Cette question de posologie est capitale pour le succès de la thérapeutique.

Aussitôt le diagnostic de rougeole porté, on doit mettre en œuvre cette médication ; il faut même s'efforcer de la donner à la période prééruptive, lorsque l'enfant tousse et larmoie et qu'il présente des taches de Koplick. A ce stade l'amidopyrine enraye net la maladie ; la température tombe ; la toux disparaît dès le lendemain, et, le plus souvent, l'exanthème n'apparaît pas.

Dans une famille de plusieurs enfants, il faut surveiller attentivement les frères et sœurs et donner l'amidopyrine dès l'apparition des taches de Koplick.

A la période éruptive, il faut également administrer le médicament, le plus tôt possible : l'effet sur la température, l'exanthème et les signes généraux sera démonstratif, mais il faudra avoir soin de prolonger davantage la médication, jusqu'à ce que la guérison soit totale, c'est-à-dire trois jours environ.

Enfin, il faut bien savoir que les symptômes pulmonaires graves du début constituent une indication majeure de l'amidopyrine lactique. Il va sans dire par contre que, dans les broncho-pneumonies secondaires, la vaccinothérapie et la sérothérapie antidiphtérique gardent toutes leurs indications.

Les résultats obtenues par le Dr N. confirment les données antérieures, et cette médication constitue un progrès remarquable : le traitement de la rougeole par l'amidopyrine lactique doit entrer dans la pratique courante. (*L'Hôpital*, août 1931.)

**Considérations anciennes et nouvelles sur la pathologie générale des affections gingivo-dentaires.**

Le Dr J. Tellier démontre que l'étude de la région gingivo-dentaire, de son développement, de ses lesions, faite à la lumière de nouvelles notions, permettra de décrire une pathologie générale plus précise, et en même temps d'instaurer des méthodes de traitement et des techniques également nouvelles.

Ainsi les pyorrhées alvéolaires sont caractérisées par la présence de lésions destructives des tissus fixateurs des dents ; l'un de ces tissus est le périodonte, formé de tissus conjonctival et épithélial ; il faut à présent considérer la région gingivo-dentaire, tissus et organes, comme un seul organe couplé, conjonctivo-épithélial, obéissant aux mêmes lois que le périodonte, compris de la même façon. Cette hypothèse permet l'explication, plus largement satisfaisante, de toute la pathologie des dents et de leurs annexes, en particulier des conséquences générales des caries. (*Le Semaine dentaire*, 15 août 1931.)

**Le syndrome de Chauffard-Still. Rhumatisme chronique fibreux déformant progressif, avec adénopathies et splénomégalie ; sa place en nosologie.**

MM. R. J. Weissenbach et F. Françon décrivent le syndrome de Chauffard-Still, type encore rarement observé, mais bien défini, et qui vient contribuer au démembrement du bloc, constitué jusqu'à présent par le rhumatisme chronique déformant progressif.

Le syndrome s'observe entre 15 mois et 54 ans, mais surtout chez l'enfant, de 2 à 6 ans, avant la seconde dentition. Rien de particulier dans les antécédents. L'affection subit une évolution progressive vers la généralisation des arthrites. Le début, comme les reprises ultérieures, se fait souvent au printemps ; il est insidieux, aigu ou subaigu. A cette phase initiale, adénopathies et splénomégalie manquent habituellement ; elles se dessinent au cours des poussées successives, en même temps que s'altère l'état général. A la période d'état, on trouve les quatre éléments cardinaux du syndrome : les arthrites chroniques, les adénopathies, la splénomégalie, l'atteinte de l'état général.

Unique ou multiple, la localisation première des arthrites varie : c'est le plus souvent le poignet, le coude, le genou ou le rachis cervical. L'article atteint ne se libère jamais intégralement, et ses lésions s'accentuent progressivement au cours des poussées évolutives, régulièrement symétriques, envahissant peu à peu toutes les jointures, celles du pouce, les sterno-claviculaires, les temporo-maxillaires, les coxo-fémorales étant prises tardivement ou restant même indemnes. Ce rhumatisme est surtout fibreux ; il respecte les tissus ostéo-cartilagineux ; il tuméfie les têtes articulaires ; il détermine des déformations segmentaires, orientées surtout en flexion, qui créent de graves impotences. La peau finit par prendre un aspect lisse, pâle, aminci ; elle est souvent moite.

Les adénopathies siègent d'abord dans les territoires qui répondent aux articulations touchées; leur développement est synchrone à celui des arthrites ; plus tard elles se généralisent sans avoir de rapport nécessaire avec les arthropathies.

La splénomégalie subit les mêmes poussées ; la rate peut devenir énorme ; parfois le volume splénique n'est cependant pas augmenté. Dans la règle, elle est indolore.

Habituellement, les malades arrivent à un véritable état de cachexie ; la fièvre fait rarement défaut, en particulier au moment des poussées.

L'endocarde offre parfois une valvulite chronique, mitrale ou aortique.

Le sang présente une chute des globules rouges avec diminution plus ou moins marquée de l'hémoglobine, et valeur globulaire inférieure à l'unité. La résistance globulaire est normale. Le cycle des leucocytes présente au début une leucocytose *modérée* avec *polynucléose* et hypoéosinophilie, tardivement leucopénie avec neutropénie et lymphocytose.

Les formes cliniques de la maladie sont réglées d'après l'évolution, l'âge, la sémiologie, les circonstances étiologiques.

Le diagnostic est basé sur la présence des quatre symptômes cardinaux, et sur leur aggravation paroxystique au cours des poussées évolutives, ce qui est d'une valeur sémiologique considérable. Il est indispensable de recourir à l'hématologie pour écarter l'hypothèse d'une hématopathie, compliquée d'adénopathies : leucémie lymphoïde, granulomatose maligne, toutes affections qui ne comportent jamais de rhumatisme chronique. Le diagnostic des autres formes de rhumatisme chronique (tuberculeux, blennorrhagique, syphilitique, etc.), est autant un problème d'étiologie et de pathogénie que de diagnostic proprement dit.

On ignore encore l'étiologie et la pathogénie de l'infection.

Comme traitement, l'iode donne les meilleurs résultats (teinture d'iode ou injections intra-veineuses de formine iodée). L'usage de l'aspirine et des médicaments du même groupe, la chaleur, les rayons ultra-violets et infra-rouges, la massothérapie, la crénothérapie, jouent le rôle d'adjuvants, qu'on ne saurait négliger pour soulager les malades.

La plupart des auteurs sont d'accord pour constater l'échec des vaccins, de la protéinothérapie, du salicylate de soude, du soufre, des subs-

tances radio-actives et de la rœntgenthérapie. (*La Presse Médicale*, 12 août 1931.)

**Un nouvel antiseptique cytophylactique dans le traitement des plaies infectées.**

MM. H. L. Rocher et A. Laporte recommandent une solution, comme le Dakin, à base d'hypochlorite de soude, obtenue par l'électrolyse d'une solution de divers chlorures et de sels tampons ; il se forme des hypochlorites et une certaine quantité d'ozone ; la liqueur obtenue, contrôlée avec la phtaléine du phénol est rigoureusement neutre. La préparation de ce liquide est faite extemporanément au lit du malade, grâce à un appareil approprié ; il s'emploie à 37° sous forme d'irrigation continue ou discontinue, de bain électrolytique, de pansement humide, de pulvérisations. Tous ces procédés sont bien décrits par les auteurs ; des observations probantes sont rapportées (brûlures étendues, plaies contuses des membres, infections ostéomyélitiques, foyers bacillaires fistulisés, coxalgie, mal de Pott, pleurésie purulente, etc.). L'efficacité de cette solution se traduit par une cicatrisation rapide ; cette solution n'altère pas les tissus, grâce à son isotonie et à sa neutralité ; elle semble indiquée dans la chirurgie viscérale, et dans les grandes infections utérines de la puerpéralité (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 2 août 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcus gastrique par l'extrait post-hypophysaire.**

(MM. P.-L. Drouet et J. Simonin, de Nancy. — *Académie de médecine* ; 5-1-32.)

Les auteurs, ayant eu l'occasion d'injecter de l'extrait post-hypophysaire à un malade, atteint de polyurie insipide, et atteint d'autre part d'ulcère du duodénum, ont été frappés des résultats obtenus incidemment sur la lésion gastro-duodénale. Ils se sont demandé si ces résultats se confirmeraient dans d'autres cas d'ulcus gastro-duodénal, et ils ont poursuivi une série de recherches dans ce sens, chez quatre malades hyperchlorhydriques, dans 4 cas d'ulcères gastriques et un cas d'ulcus duodénal.

Il résulte de leurs observations que l'extrait post-hypophysaire a une action réelle sur la sécrétion acide de l'estomac. L'acidité du suc gastrique diminue sous son influence. Cette action modératrice peut être utilisée dans un but thérapeutique, et il semble que l'on puisse ainsi soulager considérablement les malades, qui présentent ce désagréable trouble fonctionnel qu'est l'hyperchlorhydrie. En outre, les rapports étroits de celle-ci et des ulcus gastro-duodénaux autorisent à essayer l'extrait post-hypophysaire dans la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux. Les observations de MM. Drouet et Simonin signalent la guérison, non seulement clinique mais radiologique, de leurs cinq malades, sans l'aide d'aucune autre médication, sauf certaines restrictions alimentaires, et dans un délai relativement court (douze à quinze injections de post-hypophyse).

**Radio-activité des eaux thermales de Plombières.**

(MM. Delaby, Charonnat et Janot. — *Académie de médecine* ; 12-1-1932.)

M. le Professeur Desgrez, membre de l'Institut, vient de présenter un travail intéressant de MM. Delaby, Charonnat et Janot, concernant la radioactivité des eaux thermales de Plombières, qu'ils ont récemment étudiée sur place.

Pour la première fois, a été analysée l'eau thermale jaillissant à 60° du groupe des sources romaines découvertes, enclavées dans le béton, au printemps de 1931.

Ce sont ces nouvelles sources qui ont permis de créer, dès la saison 1931, les nouveaux bains de vapeur en cabines individuelles utilisées pour le traitement des rhumatismes.

La radioactivité de la vapeur thermale dans ces nouvelles étuves a quadruplé, passant à 0,62 millicrocuries.

**L'émulsion bactérienne de Vaudremer dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.**

(M. A. Vaudremer. — *Société de chirurgie* ; 4-11-31.)

M. Gosset présente un rapport sur la bactériothérapie des affections tuberculeuses chirurgicales par le « vaccin » de Vaudremer. M. Vaudremer applique sa méthode dans le service du Professeur Gosset, à la Salpêtrière, depuis 1923. Pendant ces huit années, un grand nombre de malades, atteints de toutes formes de tuberculose chirurgicales, ont été ainsi traités avec des résultats qu'expose le rapporteur.

La bactériothérapie en question, dit le Professeur Gosset, est la conséquence des recherches sur la biologie du bacille de Koch poursuivies pendant de longues années par Vaudremer. Elles lui ont montré que, si l'on venait à changer le milieu et les conditions de culture du bacille tuberculeux, celui-ci perdait son acido-résistance, sa tuberculine, et modifiait sa morphologie, dont un élément toutefois demeurait permanent, l'élément granulaire, véritable semence bacillaire qui a permis à l'auteur de suivre les muta-

tions du bacille depuis sa forme acido-résistante jusqu'à la forme filtrable, et qui l'a conduit à la découverte de germes tuberculeux cultivables sur gélose. Ce sont des émulsions de ces cultures sur gélose, qui constituent le principe employé dans la bactériothérapie de Vaudremer. Les émulsions sont tuées par la chaleur avant leur usage thérapeutique. Elles sont polyvalentes et faites avec huit souches de bacilles.

Le mode d'emploi est le suivant. Tous les quatre jours, le matin, on pratique une injection sous-cutanée d'émulsion aux doses croissantes de 0,25, 0,50, 0,70, 1 cent. cube, 2 cent. cubes. Le traitement est continué jusqu'à la sixième injection, sauf s'il y a réactions locales ou générales. On reprendra (par les doses faibles et progressives), une fois les réactions disparues. La cure doit être poursuivie longtemps, et l'on refait tous les quatre à cinq mois la série des six injections sous-cutanées.

Des réactions peuvent se produire au cours du traitement, les unes locales (œdème rouge), rares ; d'autres, focales, variables avec l'organe malade. Les injections sont, en pareille éventualité, interrompues, et quelques soins spéciaux doivent être donnés.

Quelles conclusions, quant à la valeur curative de cette bactériothérapie, huit années de pratique permettent-elles de faire ? Les résultats sont, en réalité, assez irréguliers, quelquefois impressionnants, d'autres fois apparemment nuls. Ainsi, aucun des cas de coxalgie soignés par M. Vaudremer dans le service de M. Sorrel, à Berck, n'a été amélioré. M. Gosset estime que la coxalgie est une forme de tuberculose chirurgicale, où le traitement de Vaudremer ne paraît pas à recommander.

Le Professeur Gosset conclut : « Les observations accumulées dans mon service depuis sept ans montrent que la bactériothérapie a aujourd'hui guéri cliniquement un nombre considérable de tuberculoses articulaires, péritonéales, cutanées, oculaires. Ces résultats ont été obtenus chez des malades en cure libre, qui, pour la plupart, n'ont pas interrompu leur travail, et dont aucun n'a été soumis à une intervention chirurgicale. Des faits semblables ont été consignés dans les thèses de Moroni, Aimes, Elisabeth Calvet, à Montpellier. Il n'est plus permis de mettre en doute la valeur de ce traitement. Il ne guérit pas toujours, évidemment. Il en est ainsi de tout traitement, quel qu'il soit. Les insuccès doivent être enregistrés, mais ils ne doivent pas faire oublier les succès obtenus, parfois surprenants. »

— M. Legueu pense, d'après son expérience, que pour les tuberculoses urinaires, il y a quelque chose dans le traitement de Vaudremer, insuffisant toutefois pour amener la guérison, définitive.

— M. Sorrel a fait soigner, par M. Vaudremer, 14 malades de son service à l'hôpital maritime de Berck, atteints de coxalgie. Les résultats n'ont pas été favorables.

— M. E. Michon a employé le vaccin de Vaudremer dans un certain nombre de cas de tuberculoses urinaires, tuberculoses rénales inopérables, cystites rebelles après néphrectomie. Les douleurs, si vives, de la cystite, sont disparues et conséquemment l'état du malade s'est transformé.

— M. Rouhier a obtenu un très bon résultat chez une jeune fille atteinte de tuberculose étendue du sternum et des cartilages costaux avec abcès, cas paraissant difficile à guérir par l'intervention chirurgicale.

P. L.

## L'autopyovaccin dans le traitement des suppurations pulmonaires putrides.

(M. Léon Bernard et Pellissier. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-11-1931.)

Il s'agit d'une « autopyothérapie », procédé commode et dépourvu du moins de tout danger. Cette méthode a été employée contre les abcès gangréneux.

Il faut, en effet, séparer entièrement les suppurations à anaérobies des abcès dits pyogènes du poumon dus à des germes banaux. Ce sont ces abcès pyogènes qui fournissent le contingent habituel des guérisons spontanées, des effacements complets par les traitements les plus variés.

Qu'il s'agisse, au contraire, d'abcès gangréneux ou de gangrène pulmonaire diffuse, que l'infection putride soit, ou non, greffée sur une ectasie bronchique, les succès thérapeutiques sont moins éclatants. Les auteurs ont expérimenté en pareils cas l'autopyothérapie.

C'est une méthode différente de celle employée sous le nom d'auto-vaccination. L'auto-vaccin, préparé classiquement à partir de colonies microbiennes anaérobies émulsionnées et atténuées par divers procédés, a donné le plus souvent des échecs.

Or, parmi les nombreuses races anaérobies en cause dans ces suppurations putrides du poumon, celles qui vont être utiles à la thérapeutique sont pyogènes. Pour les obtenir, les auteurs ont préparé un auto-pyovaccin en passant par le cobaye.

Les crachats du malade sont recueillis dans une boîte de Piétri stérile, et injectés dans les muscles de la cuisse d'un cobaye. Un abcès survient généralement au point d'inoculation, et c'est ce pus qu'on émulsionne, qu'on tyndallise, et qu'on réinjecte au malade. Ce vaccin est injecté à doses croissantes et à intervalles relativement éloignés.

Sur les 29 cas étudiés, on note 10 guérisons (disparition de tous les symptômes gangréneux, avec, souvent, effacement radiologique des lésions), 5 améliorations, 5 échecs.

Le détail des observations montrerait bien la rapidité d'action de l'auto-pyo-vaccin, lors même que l'état des malades paraissait désespéré, lors même que d'autres médications ou interventions auraient échoué. Il va sans dire que toutes les vérifications nécessaires ont toujours été faites : la radiologie, les injections de lipiodol intra-bronchiques, les examens répétés de laboratoire.

Dans les abcès gangréneux isolés, cette méthode est d'une grande efficacité, même quand les lésions sont anciennes, traitées au préalable par pneumothorax ou intervention chirurgicale.

Dans les gangrènes greffées sur des dilatations bronchiques, au contraire, l'échec est fréquent. On doit se borner à obtenir l'amélioration de la fétidité, le tarissement de l'expectoration, sans avoir d'action sur la dilatation bronchique causale, qui demeure un réservoir d'infection pour de nouvelles poussées gangréneuses.

De même, dans les dilatations bronchiques avec bronchorrhée fétide, mais sans sphacèle du parenchyme, l'autopyothérapie ne peut que juguler passagèrement l'expectoration et sa fétidité.

En tout cas, même quand il n'y a pas guérison, l'effet de cette méthode est constant et presque immédiat sur l'expectoration qui tarit et perd sa fétidité ; c'est là un point important à noter. Et, presque toujours, même quand la guérison définitive ne doit pas être obtenue, on est frappé de l'arrêt des poussées évolutives les plus impressionnantes sous l'effet de l'auto-pyo-vaccin, médication commode et sans danger.

**Polyarthrite chronique infectieuse, traitée avec succès par les sels d'or et de soufre.**

(M. H. Forestier. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-11-31.)

C'est un cas de rhumatisme chronique du type polyarthrite infectieuse, chez une femme de 67 ans. Il a été traité par les sels d'or et de soufre, en se basant sur le test de la sédimentation globulaire exagérée, pour appliquer la chrysothérapie.

La malade est nettement en voie de guérison maintenant, alors que les autres médications avaient échoué.

**Corps étranger du poumon ; péricardite gangréneuse ; guérison.**

(M. P. Mabille. — *Soc. de méd. de Paris* ; 28-11-31.)

Un malade âgé de 26 ans, fut atteint de péricardite gangréneuse traumatique avec volumineux pneumo-péricarde. L'incision et le drainage de la cavité péricardique amenèrent la guérison. Les troubles myocardiques post-infectieux disparurent grâce à un traitement médical. Les radios récentes ont montré la complète cicatrisation pulmonaire.

**Splénectomie pour ictère hémolytique.**

(MM. P. Mabille et Lafond. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-11-1931.)

Les auteurs présentent une malade, atteinte depuis de longues années d'anémie profonde avec amaigrissement et crises douloureuses simulant une lithiase du cholédoque. La splénectomie, suivie de transfusion sanguine, guérit la malade, dont la formule sanguine passa de 2.900.000 globules rouges à 4.800.000, le mois suivant.

**Contribution à l'étude des plis de la muqueuse digestive.**

(MM. Ch. Guilbert et A. Tardieu. — *Soc. de méd. de Paris* ; 28-11-1931.)

L'examen radiologique de la muqueuse gastrique par la méthode de la couche opaque mince est moins une étude des plis réels de la muqueuse qu'un témoignage de sa souplesse et aussi de la tonicité de la musculeuse. Cette méthode ne donne pas, à l'heure actuelle, un diagnostic de certitude, surtout pour l'ulcus au début ; on peut espérer obtenir avec elle, par une technique modifiée, des images plus précises, analogues à celles de l'imprégnation de l'intestin, grâce aux colloïdes du thorium.

L'étude des plis de la muqueuse, tant de l'intestin que de l'estomac, doit entrer dans l'usage courant des laboratoires radiologiques s'occupant de gastro-entérologie. La confrontation d'images multiples permettra d'obtenir précisément ce diagnostic de certitude et de perfectionner la technique actuelle.

G. F.

---

## *Lyon*

*Société nationale de médecine et des sciences médicales.*

**Raccourcissement d'un membre inférieur par déformations rachitiques ; rééquilibration du tronc par raccourcissement opératoire du membre sain.**

M. Lucien Michel présente l'observation d'une fillette de 12 ans atteinte de diverses déformations rachitiques : scoliose dorsale avec gibbosité, fémur droit incurvé avec raccourcissement de 2 cm. Après un séjour à Giens, on constata que, malgré l'amélioration de l'état général et la consolidation du squelette, les déformations s'étaient accentuées. On fit alors une ostéotomie fémorale droite dans le but d'allonger le membre en le redressant. Le redressement fut bien obtenu, mais non l'allongement. On décida alors de raccourcir le membre trop long par une résection de 3 cm. 5 de diaphyse du fémur. Consolidation après deux mois d'immobilisation. L'équilibration ne demanda plus, pour être obtenue, que le port d'un soulier avec talon surélevé de 2 cm.

**Troubles douloureux par côtes cervicales.**

M. Desjacques présente, au nom de M. Bérard, une malade de 19 ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs dans la région cervicale, le bras gauche et une tuméfaction du creux sus-claviculaire gauche. Cette tuméfaction soulève l'artère sous-clavière qui bat sous la peau, ainsi que les cordons du plexus brachial (douleurs vives irradiées dans le membre supérieur quand on appuie en arrière de la sous-clavière). La radiographie montre des deux côtés une

côte cervicale surnuméraire longue de 5 cm. environ, implantée sur le corps de la 7e cervicale. Intervention : résection de la côte cervicale gauche. Suites simples. Soulagement. Mais, trois mois après, la malade revient souffrant du côté droit. Ablation de la côte droite.

### Dislocation du carpe.

MM. Laroyenne et Belly présentent l'observation d'un jeune homme victime d'un accident de motocyclette : outre des plaies multiples de la face, douleur très marquée au poignet droit, avec augmentation du diamètre antéro-postérieur ; la tabatière anatomique est très douloureuse et comme comblée. Mouvements du poignet presque impossibles. La radio montre une dislocation du carpe avec luxation du semi-lunaire en avant, du scaphoïde en arrière, avec arrachement de la styloïde radiale. Un premier essai de réduction sous-anesthésie aboutit, ainsi que le montre la radio, à une réduction parfaite de la fracture radiale et de la luxation en arrière du scaphoïde. Mais la luxation en avant du semi-lunaire persiste. Le malade se plaint de fourmillements dans la paume de la main et les doigts. On fait alors sous anesthésie la réduction manuelle de cette luxation. Cette fois le résultat paraît excellent, sauf un peu de gêne dans l'hyperextension.

### Oblitération de l'artère mésentérique supérieure.

MM. A. Ricard et Cuilleret présentent l'observation d'une femme de 57 ans, entrée à l'hôpital pour des phénomènes douloureux abdominaux, qui firent porter le diagnostic de péritonite de nature indéterminée. Intervention : liquide séro-sanguinolent dans le péritoine ; sur une très grande étendue les anses intestinales sont ischémiées ou d'aspect feuille morte. Toute résection intestinale paraît impossible en raison de l'étendue des lésions. Mort le soir même. A l'autopsie, oblitération de l'artère mésentérique supérieure.

### Fracture de la cavité glénoïde de l'omoplate.

MM. Clavel et Palluel présentent un homme de 47 ans entré à l'hôpital à la suite d'un traumatisme de l'épaule. On note, à l'entrée, un volumineux hématome de l'aisselle, avec vaste ecchymose occupant tout le grand pectoral jusqu'au sein du côté opposé. Le pouls radial de ce côté est notablement diminué mais le malade raconte qu'il a été opéré pendant la guerre d'un anévrysme artério-veineux. La radiographie montre qu'il s'agit d'une fracture de l'omoplate à trait transversal partant de l'articulation de l'épaule et détachant tout l'angle supéro-externe de l'omoplate. Immobilisation par bandage de Velpeau.

### Rétrécissement cicatriciel de la bouche, de l'œsophage par ingestion de potasse caustique.

M. Desjacques présente, au nom de M. Sargnon et au sien, l'observation d'un malade de 55 ans, entré dans le service de M. Bérard pour de la dysphagie consécutive à l'ingestion de potasse caustique remontant à deux mois. A l'entrée le malade ne peut avaler ni liquide, ni solides ; amaigrissement de 8 kgr., ventre rétracté en bateau. La radioscopie montre l'arrêt du cachet baryté au niveau de l'œsophage cervical ; après déglutition d'une gorgée de baryte, la radioscopie montre que celle-ci passe dans les bronches. Gastrotomie bien supportée. Cinq jours après, on fait une œsophagoscopie : on met en évidence une oblitération membranoïde au niveau de la bouche de l'œsophage, sur cette membrane, petit orifice qui laisse passer un fin dilatateur. Amélioration passagère, puis le malade se remet à maigrir et meurt deux mois après l'entrée. Autopsie : congestion pulmonaire bilatérale ; l'œsophage présente une induration continue ; la région du pharynx inférieur et de l'orifice de l'œsophage sur cinq à six centimètres ne présente plus qu'une lumière toute petite.

*Société médicale des hôpitaux.*

### Myopathie atrophique progressive acquise.

MM. Noel et Pommé présentent l'observation résumée d'un cas de myopathie progressive acquise chez un homme de 41 ans, n'ayant d'autres antécédents pathologiques qu'une infection de nature indéterminée, survenue en 1917, ayant duré deux semaines et ayant laissé de l'asthénie. MM. Bériel et Branchu ont, en 1924, publié une observation analogue, à propos de laquelle ils écrivaient : « Ce qui semble paradoxal..., c'est de penser qu'une altération infectieuse accidentelle puisse aboutir à une maladie progressive, alors que les causes ont disparu depuis longtemps. Pour comprendre cette apparente anomalie, on peut se demander si le système musculaire, comme le système nerveux central, ne doit pas à sa formule biologique même de porter en lui sa propre déchéance lorsqu'il a été atteint par des processus pathologiques variables. »

### Sur le diagnostic de l'hypertrophie du thymus.

MM. Mouriquand et Bernheim présentent l'observation d'un enfant de 9 mois, hérédo-syphilitique notoire, qui présentait du stridor continu avec tirage sus- et sous-sternal, cyanose, contracture des membres, etc. La radiographie montrait un élargissement considérable du médiastin surtout à droite. On pense à une hypertrophie et on institue un traitement radiothérapique ; on fait également en même temps un traitement antisyphilitique et des rayons ultra-violets. Cette thérapeutique amène une diminution de l'ombre radioscopique, mais ne semble pas influencer les troubles fonctionnels et l'enfant, après une brusque élévation thermique, meurt dans le collapsus. A l'autopsie, on trouve un thymus pesant 19 gr., ce qui, étant donné que l'enfant était hypotrophique, et que son thymus avait subi l'action des

rayons X, constituait bien, semble-t-il, une hypertrophie de l'organe. La *trachée et le larynx ne présentent aucun rétrécissement*, de sorte qu'on peut se demander, avec les auteurs, quelle pouvait être la cause des accidents respiratoires observés.

**Hernie transdiaphragmatique droite de l'estomac chez un enfant de 4 ans.**

MM. PÉHU, BERTOYE et Mlle LAMBERT présentent l'observation d'un enfant entré à l'hôpital pour anémie et anorexie. A l'entrée, on note, en outre, des signes cardio-vasculaires : souffle systolique intense, maximum dans la région mésocardiaque, avec propagation à la pointe, aux vaisseaux du cou et dans l'aisselle droite ; le foie déborde un peu les fausses côtes ; rate non perçue. L'examen du sang donne une formule d'anémie pernicieuse plastique. Divers examens radiologiques permettent, en outre, de conclure à l'existence d'une hernie transdiaphragmatique de l'estomac, sans aucun trouble gastro-intestinal associé. On peut se demander si cette hernie n'est pas la cause des symptômes anémiques constatés. Un traitement par les extraits de foie a amené une amélioration nette de ces symptômes.

**Asystolie irréductible à marche aiguë.**

MM. A. DUMAS, AURIC et FEUILLADE présentent l'observation d'un homme de 28 ans, atteint à l'âge de 15 ans de rhumatisme articulaire aigu ayant duré six mois. Aucun signe cardio-pulmonaire jusqu'en novembre 1930, où il est pris pour la première fois d'un brusque accès d'oppression. On note des signes de rétrécissement mitral, de l'arythmie complète, un gros foie, de l'albuminurie, une azotémie de 1 gr. 33, une tension artérielle de 12/8. Cet état d'asystolie persiste irréductible et progressif, malgré le traitement, et le malade succombe en asystolie aiguë, un mois et demi après le début des accidents.

*L'autopsie* ne montre qu'une hypertrophie cardiaque très marquée, 620 gr., avec des lésions d'endocardite ancienne, minimes et complètement éteintes (léger rétrécissement de l'orifice mitral). Reins en apparence normaux. Foie muscade. L'examen histologique a montré l'intégrité du muscle cardiaque malgré son hypertrophie, l'intégrité de l'aorte et des reins, malgré l'azotémie.

**Asystolie aiguë à répétition dans un cas de symphyse péricardique avec petit cœur.**

MM. A. DUMAS, AURIC et FEUILLADE rapportent l'observation d'une malade de 41 ans, qui fit un premier séjour à l'hôpital de mai à septembre 1930 (anasarque, dédoublement du second bruit, cœur lent et régulier, pas d'albuminurie, amélioration par la digitale). La malade revient en janvier 1931, avec les mêmes symptômes, cette fois accompagnés de cyanose et d'arythmie très marquée. Mort peu après l'entrée. *Autopsie* : ascite volumineuse, épanchements importants dans les plèvres. Adhérences péricardiques serrées. Adhérence du péricarde à la plèvre. Le cœur ne présente qu'une dilatation des cavités, surtout du ventricule droit et des oreillettes. Pas de lésions endocardiaques. Rien à l'aorte, au foie ni aux reins. Cœur très petit pesant seulement 250 gr. y compris le péricarde très épaissi.

**Lèpre cutanée nodulaire.**

MM. GATÉ, R. J. MICHEL et CHARPY présentent l'observation d'une femme de 28 ans, venue à la consultation des Chazeaux deux ans auparavant pour des manifestations bulleuses récidivantes de la face antérieure du genou gauche. On pensa à la lèpre, à la syringomyélie et même à une pathomimie cutanée (crises nerveuses avec mouvements convulsifs), mais on ne put poser aucun diagnostic ferme. Cette malade fut perdue de vue et revint en mars dernier avec des lésions cutanées, qui imposaient le diagnostic de lèpre ; sur la face et les membres, nodules tumoraux de coloration un peu terreuse, durs non ulcérés. Il y a en même temps une atteinte nerveuse discrète : hypertrophie nette des nerfs cubitaux et cruraux ; hypoesthésie à la chaleur et à la piqûre, surtout marquée au niveau des lépromes. La sérosité fournie par un fragment prélevé par biopsie montra de très nombreux bacilles de Hansen.

**Cas fruste d'acrodynie infantile.**

MM. MOURIQUAND, SÉDALLIAN et SAVOYE présentent un enfant de 4 ans 1/2 qui, trois semaines auparavant, commença à ressentir des douleurs au niveau des pieds et en arriva à ne plus vouloir marcher. On nota alors du refroidissement des pieds et des mains, une hypersudation généralisée à tout le corps, enfin des phénomènes nerveux : insomnie, cris fréquents, abattement. A l'entrée à l'hôpital : éruption généralisée ressemblant à des sudamina, rougeur des extrémités prédominant aux faces plantaire et palmaire mais discrète, extrémités froides, abattement, prostration ; l'hypersudation a disparu.

A. C.

# Les Congrès

## XLe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*) (1)

### Ulcéres peptiques post-opératoires

DISCUSSION

M. KÜMER (de Genève) sur 297 opérés, a vu 7 cas d'ulcères peptiques et en a opéré 4 provenant d'autres services.

Dans ces 7 cas personnels, il s'agissait de gastro-entérostomisés. Il a pratiqué les opérations les plus diverses, car 6 de ces malades présentaient une perforation et 3 des fistules jéjuno-coliques ; 3 ont été réopérés deux, trois et quatre fois. En tout, les 11 malades représentent 20 interventions suivies de 6 décès post-opératoires et 5 survies n'ayant pas dépassé six ans pour les meilleurs cas.

M. STOLZ (de Strasbourg), de 1917 à 1930, a observé 23 ulcères peptiques, dont 8 après exclusions et 15 après gastro-entérostomies, avec 3 morts post-opératoires.

18 malades ont été revus ; 7 avaient subi une excision simple avec rétablissement de la gastro-entérostomie et 11 des résections larges.

Sur les 7 excisions, on note un seul succès vrai se maintenant depuis cinq ans et demi, un résultat médiocre, 5 morts au bout de trois ans en moyenne. Les 11 résections ont été suivies de 9 bons résultats, d'un résultat médiocre et de 2 morts après quatre ans.

MM. BÉRARD et DESJACQUES (de Lyon) ont observé 2 ulcères peptiques sur 88 opérés revus à distance. Traités chirurgicalement, ces deux malades sont restés guéris.

Les auteurs soulignent les excellents résultats que donne en cas de perforation la seule suture et l'enfouissement : 12 succès sur 13 cas.

Dans les ulcères non perforés, la gastro-entérostomie seule a donné la guérison, dans 70 p. 100 des ulcères duodénaux, 79 p. 100 des ulcères pyloriques et 61 p. 100 des ulcères de la petite courbure.

La seule possibilité d'apparition d'un ulcère peptique ne suffit donc pas à imposer la résection, exceptions faites des indications classiques : ulcères calleux, hémorragiques, etc.

MM. BROCQ et CHABRUT (de Paris) pensent qu'à l'origine de tout ulcère peptique, on trouve une gastro-entérostomie anatomiquement mal placée.

La dégastro-entérostomie, avec résection de l'ulcus est une opération insuffisante dans l'ulcère jéjunal. De toute nécessité, on doit établir une nouvelle bouche placée de telle façon que le drainage gastrique s'effectue normalement, ou bien il faut pratiquer une large résection.

MM. WEISS, GRAVES et GURRIANAN (de Strasbourg), ayant réalisé de nombreuses expériences, croient que les muqueuses antrale et duodénale sont surtout protégées contre le suc acido-peptique gastrique par le reflux alcalin bilio-pancréatique.

Ils ont étudié les conditions de ce reflux, et repris, un peu modifiée l'opération de Mac Cann. En déplaçant l'anastomose jéjuno-gastrique vers le pylore, les auteurs n'ont jamais observé d'ulcus peptique ; en la fixant sur le fondus, ils ont observé 80 p. 100 de ces mêmes ulcères.

M. VERHOOGEN (de Bruxelles) est en opposition formelle avec les conclusions de la plupart des orateurs. Il pratique l'exclusion pylorique et fait ses sutures à la soie. Il n'a que très rarement observé des ulcères secondaires.

MM. FONTAINE et HERMANN (de Strasbourg) exposent en détail les expériences qu'ils ont entreprises sous la direction de Leriche.

Ils ont réalisé la dérivation du suc gastrique sur 30 chiens. 15 expériences sont à retenir. L'ulcère, souvent multiple, siégeait toujours sur le jéjunum à proximité de l'anastomose.

Les animaux ont survécu seulement quelques semaines, l'ulcère s'étant généralement perforé.

La rapidité de l'évolution de l'ulcère peptique dépend surtout de la longueur du segment grêle exclu. Après une exclusion de 85 à 100 centimètres, on obtient des ulcères chroniques mettant plusieurs mois à évoluer.

Une autre série d'expériences a montré qu'après une exclusion antrale, le fundus devient hyperchlorhydrique ; achlorhydrique, par contre, si l'on substitue à l'exclusion l'antrectomie totale.

L'examen de coupes histologiques provenant de chiens sacrifiés à jeun ou en pleine digestion a montré que le mucus de surface colorable au microcarmin est moins abondant au niveau de l'antre qu'au niveau du fundus, et que cette différence s'accuse en période digestive.

La dissolution du mucus en zone alcaline explique peut-être que la partie alcaline de l'estomac soit le siège de prédilection des ulcères.

M. MAYER (de Bruxelles) expose sa statistique qui porte sur 328 cas de gastro-entérostomies pour ulcères gastriques ou duodénaux. La mortalité opératoire

---

(1) V. *Concours médical,* nos 5 et 6.

a été de 2,4 p. 100. Aucun ulcère peptique n'a été observé. L'auteur estime comme les rapporteurs, que cette complication est rare si la gastro-entérostomie a été faite sur des indications précises, si elle est suffisamment large, si on n'y ajoute ni exclusion pylorique ni anastomose en Y.

La résection très large de Haberer destinée à rendre l'estomac anachlorhydrique est plus grave. Elle exige quand même un régime sévère ; elle crée souvent une anémie sérieuse ; elle est d'exécution difficile.

L'auteur signale un cas de jéjunostomie pour ulcère calleux inopérable suivi de guérison, superposable à celui relaté par Balfour.

Quand l'ulcère peptique s'accompagne de phénomènes douloureux intenses, la dégastro-entérostomie avec excision de l'ulcère et duodénectomie semble l'opération de choix.

Du point de vue pathogénique, l'ulcus peptique est souvent le résultat d'opérations faites suivant une mauvaise technique ou d'après des indications insuffisantes. La stase et les modifications du mucus jouent un rôle dans son évolution.

Le reflux duodénal pourrait intervenir dans la guérison de l'ulcère gastro-jéjunal ; l'essentiel dans le traitement de cette lésion est d'assurer une bonne dérivation mécanique.

M. Jacobovici (de Cluj) rapporte 20 opérations pour ulcères peptiques post-opératoires.

Deux fois, il a retrouvé le fil de soie ayant servi à pratiquer la suture séro-séreuse. Toujours il a observé la constance de l'hyperacidité. Quatre fois, il a noté une perforation, trois fois des fistules gastro-jéjuno-coliques.

Le meilleur traitement prophylactique consiste dans la résection large des ulcères qui met davantage à l'abri de cette complication que les opérations palliatives.

L'ulcère peptique doit être traité précocement. On fera une résection large de l'estomac, de la première portion du duodénum et de la portion correspondante de l'anse intestinale, suivie d'entéro-anastomose et anastomose termino-latérale gastro-jéjunale à la Reichel. Sur 7 cas, l'auteur a eu 4 guérisons et 3 morts.

La résection simple de la bouche anastomotique avec rétablissement de l'anastomose a donné 5 guérisons sur 7 cas.

Cette intervention n'est à conseiller que si l'état local et l'état général ne permettent pas la résection large.

Si la fistule gastro-jéjuno-colique est constituée, il faut pratiquer une résection en bloc de l'estomac, de l'anse jéjunale et du côlon au niveau de l'anastomose.

**Procédé pour les mauvais cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.** — M. Deton (de Charleroy). Ce procédé dérive de la gastrostomie temporaire recommandée par Léo dans les péritonites et les occlusions. On réalise une gastrostomie à travers l'orifice de perforation spontanée. Une sonde de Pezzer ou mieux de Malécot doit obturer complètement l'orifice.

7 cas ainsi traités ont donné 4 guérisons et 3 morts.

M. de Quervain (de Berne) a observé de 1910 à 1920, 9 ulcères peptiques sur 184 interventions. De 1920 à 1930, il n'en a observé que 8 sur 337 interventions.

Il pense que cette amélioration de ses statistiques est due à l'abandon de l'opération d'Eiselberg et à l'emploi de fils résorbables.

La bonne orientation de la bouche anastomotique aurait plus d'importance au point de vue prophylactique que tous les détails de technique.

**Gastrectomie pour ulcus jéjunal.** — M. Pauchet (de Paris). Tout ulcus gastrique chronique doit être traité par la gastrectomie. De même, le traitement préventif de l'ulcus peptique est la gastrectomie d'emblée en présence d'un ulcus gastrique ou duodénal actif.

Et l'auteur entend par ulcus actif celui qui saigne, qui est douloureux, qui s'aggrave.

L'ulcus duodénal « éteint » peut guérir par simple gastro-entérostomie. On peut dire qu'à la rigueur l'ulcus gastro-duodénal, dans certaines conditions, peut être traité médicalement ; l'ulcus jéjunal jamais !

L'auteur conseille de ne pas faire de gastro-entérostomies sur les ulcères fantômes, non visibles. Il s'agit d'un spasme réflexe du pylore qui guérit par l'appendicectomie. Du reste, l'ulcus jéjunal consécutif à une gastro-entérostomie pour ulcus fantôme guérit par la simple dégastro-entérostomisation.

Dans tous les autres cas, l'ulcère peptique sera traité par une gastrectomie large.

Les fistules gastro-jéjuno-coliques seront traitées par gastrectomie. Parfois la colectomie s'impose.

La gastrectomie pour ulcère duodénal donne 20 p. 100 de mortalité ; pour ulcus gastrique elle en donne 8 p. 100.

La gastrectomie pour ulcus jéjunal accompagné de fistule gastro-colique-jéjunale est excessivement meurtrière.

M. Alessandri (de Rome) est d'accord avec Leriche sur l'importance du rôle de l'hyperacidité gastrique sur la genèse de l'ulcère. Il pense cependant que la cause déterminante de la localisation dépend plutôt de l'insuffisance des sucs alcalins duodénaux que du mucus gastrique.

L'ulcère peptique serait une complication de la gastro-entérostomie et non de la gastrectomie. Celle-ci doit consister en une résection large : duodéno-pyloro-gastrique.

Quand surgit un ulcère post-opératoire, il faut pratiquer une résection de l'anse jéjunale anastomosée — et suturer bout à bout — puis supprimer une large portion de l'estomac et pratiquer une réunion gastro-duodénale.

**Un cas de double dégastro-entérostomisation.** — M. VIANNAY (de Saint-Etienne) rapporte l'observation d'un homme de quarante-neuf ans qui avait subi deux gastro-entérostomies, une postérieure en 1926, une antérieure en 1928.

L'année suivante, l'auteur l'opère à son tour. On notait des douleurs après le repas, un point douloureux fixe un peu à gauche de la ligne médiane ; pas de vomissement.

La laparotomie montra une symphyse totale du péritoine sous-ombilical englobant estomac, duodénum, vésicule biliaire, ainsi que la bouche de gastro-entérostomie antérieure.

L'auteur se borna à libérer les adhérences. Une amélioration des troubles fonctionnels s'ensuivit et se maintint pendant un an. A ce moment : réapparition des douleurs qui prennent le caractère des douleurs de l'ulcus peptique.

Une seconde intervention également pratiquée par l'auteur sous-anesthésie régionale, consiste en la résection des deux bouches de gastro-entérostomie et de l'anse jéjunale intermédiaire. Un raccordement du grêle par entérorraphie termino-terminale du bout efférent de la gastro-entérostomie postérieure avec le bout efférent de la gastro-entérostomie antérieure termine l'intervention. Cessation immédiate des douleurs.

Ce bon résultat demeure compromis par une tuberculose pulmonaire d'évolution récente.

*(A suivre).*

M. DARIAU.

# Les Livres

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Édition de la SOCIÉTÉ NATIONALE D'ACCLIMATATION DE FRANCE,
198, boulevard Saint-Germain, Paris VII^e.

D^r A. MAURICE. — **Le Ragondin,** *animal à fourrure, gibier de marais, faucardeur d'étangs.* (Un vol. sur papier couché, 34 chapitres, 234 pages, 132 fig. dont 4 en couleur).

Publié par la Soc. nat. d'acclimatation de France, avec subvention du ministère de l'Agriculture. *Préface du Professeur Bourdelle,* du Muséum d'histoire naturelle de Paris. Chez l'auteur : D^r A. Maurice, Sèvres (Seine-et-Oise). Prix : **42 fr. 50, franco.**

Edition de la « PRESSE MÉDICALE »,
120, Boulevard Saint-Germain.

**L'enseignement médical en France à l'usage des médecins et étudiants français ou étrangers.** Nouvelle édition mise à jour en 1931. (Un vol. 172 pages).

Editions J. OLIVEN,
65, avenue de La Bourdonnais, Paris.

D^r Victor PAUCHET. — **Conseils et Pensées,** recueillis par E. LARCHER. (Un vol. 100 pages. Prix : 7 fr.50.)

Librairie agricole de la MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob, Paris VI^e.

H. BABET-CHARTON. — **La charcuterie à la campagne.** (Un vol. 152 pages, 40 gravures et photogravures, broché : 10 fr.)

Chez Norbert MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

R. TARGOWLA et J. DUBLINEAU. — **L'intuition délirante.** Un vol. de la Bibliothèque de neuro-psychiatrie. (D^rs Claude et Lévy-Valensi), 316 pages. Prix : 35 fr.

Marc RUBINSTEIN. — **Traité pratique de sérologie et de séro-diagnostic.** Nouvelle édition revue et mise à jour. (Un vol. 428 pages, 23 fig., 2 planches).

Chez VIGOT,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau. — **Conférences cliniques de médecine infantile.** (Un vol. in-8°, 272 pages, 23 fig. Prix : 30 fr.).

A. AUBIN et R. MADURO. — **Technique pratique des examens labyrinthiques. Examen acoumétrique. Examen vestibulaire.** (Un vol. in-8°, 64 pages, 26 fig. Prix : 12 fr.).

## THÉRAPEUTIQUE

### Le traitement du diabète.

Le Professeur M. Labbé vient de mettre au point nos connaissances à ce sujet dans son dernier ouvrage : « *Le traitement du diabète* ».

Il rappelle que, à moins que l'on ne craigne le coma, il semble préférable de ne pas débuter par l'emploi de l'insuline. On ne met en œuvre celle-ci que lorsqu'on a obtenu de la cure de régime tout ce qu'elle peut donner.

Tous les diabétiques, d'ailleurs, ne sont pas justiciables de l'insuline. Il faut la réserver pour les cas graves, et elle est inutile dans les cas bénins.

Après avoir décrit les indications, la technique, les précautions de l'insulinothérapie, il conclut que l'insuline est un admirable médicament, qui ramène le diabète grave à l'état de diabète bénin, en supprimant l'acidose, la glycosurie et la dénutrition azotée, en augmentant le poids et les forces. Pour obtenir le maintien de la santé reconquise, il faut continuer indéfiniment le traitement. L'insuline, qui supplée à la déficience de la sécrétion interne du pancréas, liée probablement à la fonction des îlots de Langerhans, ne réveille pas cette fonction endormie et ne régénère pas les îlots. L'insuline ne guérit pas le diabète. Sa place dans la thérapeutique est comparable à celle de la digitaline qui, guérissant les crises d'asystolie, ne fait point disparaître les lésions du cœur.

Peut-on avoir plus de confiance dans les cures de jeûne ? Abel a bien mis en évidence l'intérêt des cures de jeûne, alternées ou non. Mais, si les cures de jeûne permettent d'obtenir la disparition du sucre chez certains malades, qui, tout en restant des diabétiques simples, ont une glycosurie rebelle au régime approprié, de nombreux cliniciens ont constaté que la cure de jeûne n'était pas toujours facile à réaliser en raison des conditions de vie du malade, de ses répugnances, de son travail, etc... Il faut donc pouvoir nous adresser souvent à une autre médication.

Plus ancienne que l'insulinothérapie et que les cures de jeûne, la médication du Docteur Séjournet reste toujours d'actualité.

On sait qu'elle utilise les effets curatifs remarquables de la santonine dans le diabète. Sur des cobayes, Séjournet a prouvé expérimentalement que la santonine refrène constamment la glycoformation.

Albert Leulier et Mme Andrée Roche viennent de démontrer expérimentalement le mécanisme de l'action antiglycosurique de la santonine (C. R. Acad., des Sciences. Tome 193, nº 1, juillet 1931, page 81). Les conclusions de leur travail sont les suivantes :

1º La santonine ne possède pas d'action nette sur la glycosurie des animaux normaux ;

2º Son action antiglycosurique est probablement due à l'élévation du seuil rénal du glycose ; elle est antagoniste de celle de la phloridzine ;

3º Au point de vue thérapeutique, la santonine peut donc être un adjuvant utile de l'insuline.

Chez les malades, sous forme de pilules renfermant chacune un centigramme de santonine chimiquement pure, avec un excipient composé de substances balsamo-toniques et d'extraits à action élective sur le foie, la médication du Docteur Séjournet a donné des résultats, que ne pourront faire oublier l'insuline et les cures de jeûne. Elle a l'avantage d'ailleurs de pouvoir s'associer à celles-ci, d'être peu coûteuse et de se montrer d'un maniement infiniment plus pratique que le jeûne.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité professionnelle

### MAGISTRATS ET GUÉRISSEURS

« ..... Les guérisseurs puisent un nouveau prestige dans une condamnation ou trouvent une référence officielle dans un acquittement », a écrit le Dr IGERT dans son dernier ouvrage (*Le problème des Guérisseurs*).

Il ne prétend pas qu'ils ne méritent pas d'être poursuivis. Il conseille seulement d'y mettre la manière : guérisseurs inintelligents, on les soumettra, eux et leurs pratiques, à une expertise médico-légale, devant le tribunal et *coram populo*, qui établira le néant et la sottise de leurs méthodes. Intelligents et roublards, on s'efforcera de mettre en évidence, devant les magistrats, le côté commercial de leurs agissements, leur objectif utilitaire, les ressources importantes qu'ils en tirent, afin de ruiner autant que possible le crédit moral (!) dont ils jouissent auprès du public et de leur faire payer de gros dommages-intérêts.

Je ne sais si, dans l'état actuel de la législation, il est possible de suivre les intéressantes suggestions d'Igert. Mais ce dont nous sommes assurés, et Noir le rappelait encore le 24 janvier dernier, c'est que les juges auront longtemps encore une tendance manifeste à prendre parti, pour les illégaux, contre la médecine régulière. Est-ce là le fruit de leur participation à la mystique qui entoure tant de guérisseurs ? Ne serait-ce pas plutôt une conséquence de l'esprit de revanche dont sont animés tant de juges à l'égard de médecins dont ils envient souvent la situation, les honoraires importants, l'indépendance de pensée, la révolte contre tous les despotismes ? J'inclinerais plus volontiers vers cette dernière explication de leur mentalité, sans oublier leur ignorance habituelle de la biologie, et des techniques qui en découlent et qui sont l'essence même de la pratique de la médecine. Certes, ils ne manquent pas de se faire éclairer là-dessus par des experts. Mais est-ce toujours un bien pour le médecin poursuivi ? Nous avons vu, dans de précédentes chroniques, que le rapport d'expertise a souvent servi à étayer une condamnation, en raison de la rigueur avec laquelle il avait apprécié la faute présumée et la responsabilité de celui qui l'avait commise.

Quoi qu'il en soit, dans le domaine de l'exercice illégal de la médecine et de sa répression, nous sommes bien éloignés encore, semble-t-il, du temps où les tribunaux, conscients des menaces dirigées contre la santé publique par les charlatans et guérisseurs de tout poil qui sévissent en France, exerceront sur eux leur pouvoir répressif avec une sévérité suffisante pour les dégoûter à jamais de leur coupable industrie.

En attendant, il nous restera de longs jours, et plus de 24 heures pour vouer aux gémonies des magistrats dont les décisions sont un véritable défi à la science médicale, à ses dépositaires et à la loi.

Et il ne se passera pas d'années sans que nous ne trouvions, comme modèle du genre, quelque jugement digne d'être monté en épingle.

En 1930, il existait, dans un des coins les plus verdoyants et les plus plaisants de l'Ile-de-France, un médecin et un guérisseur. Le guérisseur avait inventé un spécifique de la tuberculose d'une efficacité remarquable (!) : c'étaient des pilules fabriquées avec du papier à cigarettes trempé dans de l'eau chlorée. Le médecin, indigné de cette supercherie et de ses conséquences éventuelles, sceptique au surplus sur le concours de la justice pour la réprimer, écrivit un livre dans lequel il stigmatisait âprement ce qu'il appelait *le Crime d'un guérisseur*. Celui-ci lui fit un procès en diffamation. *Et il le gagna*. Le médecin fut en effet condamné en première instance et en appel. Entre temps, le guérisseur n'en avait pas moins été traduit lui-même devant le tribunal correctionnel.

Le jugement qui fut rendu est inénarrable... S'il conclut à une condamnation de principe, il reconnaît que c'est en quelque sorte contraint et forcé, par suite de la matérialité indiscutable du délit. Mais il s'en excuse préalablement et prononce un véritable panégyrique du délinquant à qui il fait une publicité des plus élogieuses. Certes, son passé n'est pas irréprocha-

ble. Mais n'est-il pas présentement en quelque sorte un bienfaiteur de l'humanité ? De nombreux témoins ne sont-ils pas venus affirmer l'efficacité de ses pilules ? Ne s'est-il pas trouvé parmi eux un tuberculeux de guerre réformé à 100 % et qui fut si bien guéri que sa pension lui fut retirée ultérieurement ? Que viennent faire les experts en cette affaire ? Ils n'ont pas été capables de se livrer à la vérification, qui leur était demandée, de l'état actuel de sujets précédemment malades et qui auraient trouvé, dans ce remède, une amélioration manifeste et même la guérison de leurs misères. Bien plus, ils se sont refusés à examiner les sujets soumis au traitement incriminé... Est-ce admissible, s'ils étaient sûrs d'eux ? Et ne doit-on pas tirer de leur refus une présomption favorable au guérisseur dont les tarifs, de surcroît, sont très modiques, et accessibles à toutes les bourses, ce qui permet aux pauvres gens d'en profiter..?

Nonobstant les attendus..... inattendus de cette décision, le principe n'en a pas moins été sauf, puisqu'une condamnation a été prononcée.

Mais voici mieux. Dans le jugement... à la provençale que je publie ci-après, non seulement le guérisseur n'a pas été condamné. Mais, ce qui est monstrueux, des dommages-intérêts lui ont été accordés. Ils ont été limités à UN franc, pour réparation d'un préjudice moral. Mais leur signification n'en est pas moins aussi catégorique que si la somme s'était élevée aux 3.000 francs réclamés...

### Jugement du Tribunal d'Aix

(6 juillet 1931).

Attendu que R... poursuit B..., rebouteur à A..., en paiement de 25.000 francs de dommages-intérêts au motif que son jeune enfant aurait été traité par celui-ci comme atteint d'une luxation du bras alors qu'en fait, ce membre aurait été fracturé, ce qui a nécessité de la part du docteur P..., à M..., une intervention chirurgicale.

Attendu qu'il est constant comme reconnu par l'une et l'autre des parties, que c'est le 4 septembre 1929, le jour même de l'accident, intéressant le bras gauche, survenu à la fillette R..., que celle-ci a été présentée par sa mère, à B..., aux fins de constatation et de traitement et qu'une deuxième et dernière visite eut lieu le 7 septembre.

Que c'est seulement le 30 octobre suivant, soit sept semaines plus tard que l'enfant a été soumis à l'examen du docteur P..., ainsi qu'il ressort du certificat établi à la date du 24 mai 1930 par ce dernier qui procéda à la date du 5 novembre à une intervention chirurgicale à la suite de laquelle fut établie une note d'honoraires et frais de clinique de 5.000 francs.

Qu'en août 1930, R... adressait une plainte à M. le Procureur de la République pour exercice illégal de la médecine et que celle-ci ayant été classée sans suite, requête introductive d'instance a été présentée, le 16 janvier 1931, au Président du Tribunal.

Attendu que l'action ainsi engagée n'est assortie d'aucune justification permettant de l'accueillir.

Qu'en effet plus de sept semaines s'étant écoulées entre la dernière visite faite à B... et l'examen du médecin, et aucun élément d'appréciation n'étant fourni applicable à cette période de temps relativement longue, il n'est possible de dire que la fracture du bras signalée par le certificat du docteur P... existait déjà lors de la présentation de l'enfant à B..., et que c'est à tort, par conséquent, qu'un diagnostic afférent n'a été porté par celui-ci.

Qu'à supposer exact que B... ait recommandé de laisser pendant 19 jours, le pansement placé par lui, les époux R... constatant, lors de l'enlèvement, suivant leurs conclusions, que le bras était enraidi au coude et aminci, et que l'enfant souffrait beaucoup, ils auraient dû, semble-t-il, soit amener celui-ci au rebouteur, soit le faire examiner par un médecin local, tandis qu'ils sont restés inactifs jusqu'au 30 octobre, c'est-à-dire pendant cinq semaines de plus.

Qu'il y a lieu de remarquer de plus que si B... pouvait vraiment être tenu pour responsable, si la fracture reconnue n'était le fait d'un accident postérieur aux visites des 4 et 7 septembre, les époux R... auraient dû, informés par le Docteur P..., porter leur réclamation, sans attendre, pour ce faire, que l'opération ait été effectuée, et que l'enfant fut définitivement rétablie.

Attendu que B... forme une demande reconventionnelle, en 3.000 francs de dommages-intérêts, pour le préjudice matériel subi, et 1 franc pour le préjudice moral.

Attendu qu'il est indiscutable que l'action engagée lui cause un préjudice moral puisque de nature à l'atteindre dans sa réputation et son honorabilité.

Que la demande afférente au préjudice matériel n'est toutefois assortie de justification permettant de l'accueillir.

Attendu que R..., succombant dans ses prétentions, doit supporter les frais,

Par ces motifs :

Le Tribunal..... dit et juge que R... n'a rapporté la preuve d'une faute engageant la responsabilité de B... ; le déboute, en conséquence des fins de sa demande ; le condamne à payer à ce dernier la somme de 1 franc de dommages-intérêts pour le préjudice moral subi.

Donne acte à B..., sur sa demande, de ce que R... a déclaré à la barre qu'il est aidé de son action, par le Syndicat professionnel des médecins des B.-du-R. et que son avocat, est à la barre pour ce Syndicat, également de ce qu'il se réserve la faculté de demander des dommages-intérêts au sudit Syndicat.

Ainsi donc, si, juridiquement, le délit n'est pas caractérisé suffisamment pour justifier une poursuite, il n'en est pas moins avéré que ce

rebouteur en commet d'habitude de semblables, puisqu'il est connu comme tel, par l'opinion publique, et sacré comme tel par le tribunal.

Son métier est illicite, cela n'est douteux pour personne. Il est donc immoral. Et c'est pourtant cette immoralité que des juges estiment d'une valeur telle, qu'elle mérite VINGT SOUS de ... vernissage...

Je m'en voudrais de dire un mot de plus de cette décision, dont je penserais volontiers qu'elle ressemble à une bouillabaisse, si je ne risquais ainsi d'offenser un plat provençal particulièrement estimé des gourmets. J'espère que les choses n'en resteront pas là ; et que nous saurons un jour si le juge, tout comme le cœur, a le droit d'avoir des raisons que la raison ne connaît pas.

G. DUCHESNE.

## DE LA DÉFICIENCE PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET SOCIALE, CHEZ LES TRÉPANÉS ET BLESSÉS CRANIENS DE GUERRE

Depuis quatre ans, la Fédération des trépanés et blessés craniens de guerre m'a demandé d'être son conseiller médico-juridique et, à ce titre, examiner ces blessés, discuter leur motif de réforme, vérifier si leur taux d'invalidité est conforme aux barèmes ; enfin leur donner quelques conseils juridiques et surtout d'ordre pratique, pour venir en aide à ces malades et leur permettre de gagner si possible quelque peu leur existence.

De très nombreux malades ont été ainsi soumis à mon examen et je suis navré de constater les déficiences de ces malheureuses victimes de la guerre. Ils furent certes des héros, pendant la grande tourmente ; mais à l'heure actuelle, où certains envisagent une nouvelle conflagration universelle, je voudrais attirer l'attention des pouvoirs publics et de mes confrères sur la lamentable situation de ceux, qu'on a tendance à oublier, parce que l'ancienne dernière guerre commence à s'éloigner dans notre souvenir.

### Déficiences physiques et psychiques

Les réformés, que je suis appelé à examiner, sont de trois sortes : les uns sont des trépanés, ou des blessés du crâne, avec perte de substance osseuse ; les seconds sont des commotionnés, qui, par le choc de l'explosion, ou la projection dans les airs ont eu des lésions de l'oreille, avec otite suppurée, perforation du tympan et enfin trépanation ultérieure de la mastoïde. Les troisièmes sont des commotionnés, ne présentant aucune lésion extérieure.

Or, que la blessure soit visible, ou non, ces malades manifestent tous les mêmes signes cliniques, d'acuité variable, allant depuis ce qu'on appelle simplement les troubles subjectifs, jusqu'aux phénomènes épileptiques vrais.

Je ne m'arrêterai pas à décrire ces troubles subjectifs : ce sont les maux de tête, les vertiges, les algies diverses, douleurs de névralgies craniennes, ou autres. Ajoutons que les blessés de l'oreille présentent fort souvent des phénomènes d'ordre labyrinthique, avec bien entendu surdité plus ou moins complète.

Mais je tiens surtout à insister sur les troubles psychiques. Avouons qu'ici, nous sommes en plein inconnu : quelles que soient nos conceptions philosophiques, nous devons avouer notre parfaite ignorance sur la production de la pensée. Et mes constatations sur ces malheureux blessés du crâne sont parfois troublantes.

J'apprends, en les interrogeant, qu'ils sont restés souvent plusieurs jours, semaines ou mois, sans connaissance, ou ayant perdu la notion des choses, ayant oublié même leur propre personnalité et le souvenir des êtres qui leur étaient chers.

Puis, peu à peu — parfois d'un seul coup — tout rentre dans l'ordre et, en apparence du moins, ces blessés semblent normaux du point de vue psychique.

Normaux, ils ne le sont point cependant et ils se plaignent de troubles dans le caractère : impulsifs, coléreux, emportés, ils se mettent facilement en colère : combien sont ceux qui sont émus, à la pensée de leurs injustices envers leurs propres enfants, qu'ils grondent et corrigent à tort et à travers.

Ce sont ces pertes de mémoire, ces absences parfois minimes, parfois considérables, à tel point que beaucoup doivent prendre des notes, écrire tout ce qu'ils ont à faire, heureux encore lorsqu'ils n'oublient pas de consulter même leur carnet.

Ce sont des absences plus complètes, qui nous conduisent dans les phénomènes d'ordre comitial. J'arrive à faire confesser de véritables fugues ; malades étonnés de se retrouver dans un quartier de Paris, où ils n'ont absolument rien à faire, sans savoir comment ils y sont venus ; absences dans le travail, laissant écouler le temps où il faut faire partir le courrier, ou exécuter les courses qu'on vient de leur donner l'ordre de faire.

J'ai vu parfois, dans mon cabinet, se produire ces sortes d'absences, que je pourrais comparer à des crises comitiales sans chute, ni mouvements trépidants.

Enfin, à part la véritable crise d'épilepsie, bien caractérisée, ils sont nombreux ceux chez les-

quels je décèle la crise larvée, ou insoupçonnée : c'est le malade qui, brusquement, tombe, puis se relève au bout d'un laps de temps assez court, sans savoir pourquoi ses camarades l'assistent : le tout s'effectuant en quelques minutes seulement.

Ce sont ces agités de la nuit, qui, à ma question précise, avouent en rougissant qu'il leur arrive parfois d'uriner au lit, alors que le matin ils sont abrutis et ont la tête lourde.

**Discussion scientifique**

Que ceux qui ont une perte de substance cranienne présentent de tels troubles, c'est chose fort admissible et compréhensible ; mais chez celui qui n'a été que commotionne et n'est porteur d'aucune cicatrice osseuse du crâne, la chose est plus délicate à admettre.

Cependant, je fais la transition entre les premiers et les seconds en signalant que, parmi les très nombreux trépanés de la mastoïde, à la suite de lésions auriculaires, consécutives à une commotion, les troubles subjectifs sont les mêmes que chez les trépanés du crâne. Les phénomènes épileptiques sont même loin d'être rares.

Et pourtant, dans notre clientèle ordinaire, il n'est que rarement signalé d'avoir la constatation de troubles subjectifs chez les trépanés de l'oreille, à la suite d'otites infectieuses banales. Il semble donc que la commotion soit un facteur appréciable dans ce déséquilibre psychique.

D'ailleurs, il m'a paru parfois que les troubles que m'exposaient certains malades pouvaient être comparés à ceux qu'on observe dans les déficiences soit du sympathique soit du pneumogastrique.

Par l'interrogatoire, certains malades se sont montrés comme se trouvant, dans la même journée, en véritable pendule : parfois leurs troubles ressemblent fort à ceux de l'excitation sympathique avec instabilité, besoin de s'agiter, caractère vif, emporté, quelques palpitations cardiaques ; puis, le même jour, ou le lendemain, dépression complète, frilosité, cafard, inappétence au travail : tout le tableau de la vagotonie.

Par une thérapeutique d'épreuve, je suis conduit à faire cette constatation, c'est que les médicaments employés couramment, pour améliorer les troubles vago-sympathiques, en médecine courante, échouent fort souvent chez mes blessés craniens, ou n'apportent qu'une amélioration peu sensible.

Je dois dire cependant que les arrêtés ministériels, (que je ne saurais trop critiquer sur ce point, car je les crois pris en violation de la loi du 31 mars 1919), m'empêchent d'utiliser certaines spécialités, qui auraient peut-être pu me donner des résultats plus probants. Je dois me contenter de formules magistrales, sans parfois être bien certain de leur exécution absolument correcte dans l'officine, où elles sont portées.

Abordant maintenant les troubles de nature comitiale, je puis déclarer qu'il m'est arrivé assez fréquemment de délivrer des certificats détaillés, pour faire rectifier des diagnostics incomplets, ou erronés.

Je dois dire que j'abrite ma bien modeste science derrière l'autorité de maîtres spécialisés en la matière : très fréquemment, j'abuse de la compétence du Docteur Alajouanine, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, qui, avec beaucoup de bonne grâce, examine lui-même très consciencieusement les réformés que je lui adresse et me donne son diagnostic précis.

De cette manière, j'ai pu dépister de nombreux cas d'épilepsie méconnue ou fruste, et faire obtenir à ces malheureux, la juste réparation de leurs dommages physiques de guerre.

A ce sujet, qu'il me soit permis de faire observer que certains centres de réforme ont pu confondre épilepsie jacksonnienne, avec épilepsie traumatique. Parfois, la qualification de jacksonienne est donnée à la crise traumatique avec perte de connaissance, mais sans morsure de la langue, ni secousses cloniques. Et le malheureux blessé pâtit, dans son pourcentage de réforme, de cette dénomination erronée.

**Déficience morale**

De ce rapide exposé des misères, que je suis appelé à constater, je dois tirer la conclusion suivante : ces blessés ne sont souvent pas seulement atteints dans leur intégrité physique : leur moral s'en ressent considérablement. Combien me demandent s'ils ne vont pas devenir fous, alors qu'ils sont conscients de leurs troubles du caractère, de leurs absences de mémoire, de leur difficulté fréquente à coordonner leurs pensées.

Ce sont encore les descriptions navrantes de ces foyers, troublés par l'absence de bonne harmonie : la femme, les enfants tremblent devant le père, qui a des sautes d'humeur inexplicables, qui, véritable baromètre, est d'un commerce détestable, lorsque le vent du Midi succède à celui du Nord.

Que de blessés me consultent pour me demander s'ils peuvent continuer leurs occupations, s'ils ne doivent pas renoncer à leurs entreprises : constatations d'autant plus navrantes lorsqu'elles se manifestent chez des blessés qui, avant guerre, pouvaient être classés dans l'élite intellectuelle de notre pays.

Pendant un certain temps, j'ai relevé méthodiquement les professions ou les métiers exercés jadis par des malheureux qui se présentent actuellement sous l'aspect de déshérités complets de la fortune. Et combien il est navrant de constater que, sans la guerre et la blessure

reçue, ces hommes auraient continué leurs études, seraient devenus des médecins, des avocats, des hommes politiques ; ils auraient pu continuer l'industrie, ou le commerce que leur auraient légué leurs pères : ils jouiraient d'une tout autre considération sociale que celle où, désormais, ils doivent vivre comme misérables pensionnés, ayant peur de se montrer, ayant renoncé pour toujours à leurs anciennes ambitions.

Que répondre encore à ce représentant de commerce, qui pour vivre, rayonne en automobile tout autour de Paris. Il n'a qu'une crise épileptique par an — et encore ! Cependant, au nom de la sécurité publique, je me dois de lui interdire absolument de conduire lui-même et lui seul son automobile. Qu'il ait une crise, alors qu'il est au volant et quelles seront les conséquences des accidents provoqués par une voiture, qui roule avec un conducteur évanoui ?

Bien tristement, le pauvre malheureux se rend compte de sa déchéance sociale : le doute entre dans son esprit ; il me demande humblement à quoi il peut être bon ; il a peur de lui-même : c'est un déficient intellectuel.

### Déficience sociale

Tout homme digne de ce nom travaille d'abord pour vivre ; puis il œuvre dans l'intérêt de la collectivité entière, qui plus ou moins et à des degrés divers bénéficie de son activité.

Ces deux chefs d'utilisation sociale sont interdits à la plupart de mes blessés craniens. Ils sont implaçables.

Leur lésion de trépanation est-elle cachée, s'abstiennent-ils d'en parler ? leur caractère instable, leur manque de mémoire, les crises qu'ils prennent les font mettre à la porte de partout.

Leur cicatrice cranienne est-elle visible, en admettant qu'il n'y ait pas de défiguration, ce qui donnerait motif à un refus d'embauche, avouent-ils qu'ils sont trépanés, epileptiques même, qu'immédiatement la porte se ferme devant eux. Pour beaucoup, un épileptique est un fou plus ou moins dangereux.

Le trépané est bien moins intéressant que le mutilé d'un bras ou d'une jambe. Ainsi le veut l'injustice populaire.

Retournons-nous alors vers les emplois réservés et posons notre candidature. Hélas ! une nouvelle déception nous attend : parce qu'épileptique, ou trépané, l'examen médical est négatif, la décision est rendue dans le sens de l'implaçabilité.

Et je vois la théorie de ces malheureux qui viennent me demander avec angoisse ce qu'ils vont devenir, alors que les 30 à 60 % qu'ils ont obtenus ne peuvent les faire vivre, ni eux, ni leurs enfants.

Avec tristesse, certains me laissent entendre que malgré leur croix et leurs médailles, ils vivent au crochet de leur femme, qui doit se tuer au travail pour faire vivre la maisonnée.

D'autres entrent en fureur, crient à l'injustice, et j'ai du mal à les calmer, en leur démontrant que les experts, comme les membres des commissions de réforme, ne sont pas les maîtres et qu'ils sont tenus d'obéir aux règlements, comme aux lois. Je leur donne l'espoir que leur cause sera entendue, et c'est pour plaider cette cause de mes malheureux malades, que j'interviens maintenant.

### Que faire ?

Est-ce trop demander à la puissance publique que d'accorder une juste réparation à ceux qui, pourrait-on dire, ont eu la malechance de ne pas être tués sur le champ de bataille ? Ne pourrait-on pas décider que tout trépané, tout épileptique même léger devrait automatiquement avoir 100 % ?

La nation doit se montrer large pour ceux qui l'ont défendue à l'heure du danger et qui, aujourd'hui, ne peuvent plus gagner leur vie, du fait de leurs blessures.

Ne chicanons pas sur les mots : le trépané, qui a des troubles subjectifs, est bien rapproché de l'épileptique avéré. Beaucoup ont fait des crises épileptiques, peu de temps après leur blessure : une amélioration s'est produite, laissant simplement ce qu'on appelle les troubles subjectifs des trépanés. Mais qui peut affirmer que subitement l'épilepsie ne se reproduira pas ?

Celui qui n'a qu'une crise par an, durant de nombreuses années, voit subitement sa lésion s'aggraver, sans motif certain.

Je demande donc formellement que le trépané, comme l'épileptique, quel que soit son degré, puisse automatiquement bénéficier d'une pension de 100 % et ce sera justice.

En second lieu, je demande que l'Etat ne retire pas d'une main ce qu'il a donné de l'autre. Pourquoi ne pas exonérer d'impôts tous ces malheureux pensionnés de guerre ? Ce serait une manière élégante de les faire bénéficier ainsi d'une augmentation de pension, alors que les impôts de répartition pèseraient sur l'ensemble de ceux qui ont eu la chance de sortir indemnes de la grande guerre, ou de rester à l'abri, alors que les autres se faisaient tuer ou démolir.

Je demande ensuite que soit étudié un programme de placement à la campagne. De partout, on prône le retour à la terre : mais on ne fait pas grand'chose pour favoriser ce retour. Bien des emplois pourraient être attribués à des blessés craniens, qui seraient ainsi placés, dans un milieu moins trépidant que celui de la grande ville. Cela permettrait de n'allouer l'indemnité

supplémentaire qu'aux seuls implaçables définitifs.

Qu'il me soit maintenant permis d'attirer l'attention de mes confrères, qui, à des titres divers comme experts, ou membres de commissions, doivent examiner les malades.

Il m'a été rapporté que certains experts auraient fait fi de certificats délivrés par des médecins de la ville. Il paraîtrait même que, personnellement, je serais accusé de délivrer des certificats à tout le monde.

Je me refuse à croire à de pareils propos, car je pense que mes confrères des centres de réforme ne seraient pas charmés si leurs propres certificats étaient ainsi frappés de suspicion.

D'ailleurs, je défends *urbi et orbi* la bonne foi des membres du Corps médical ; mais à la condition que ceux d'entre nous qui failliraient à l'honorabilité professionnelle soient sévèrement châtiés. Si un praticien est accusé d'avoir délivré un certificat de complaisance, qu'il soit traduit devant le Conseil de discipline de son syndicat, ou devant le tribunal correctionnel. Mais *a priori* tout certificat médical doit être tenu pour valable, jusqu'à preuve de faux.

Pour ma part, je délivre beaucoup de certificats, car j'ai reçu mission de la Fédération nationale des trépanés de conseiller médicalement et juridiquement tous les blessés qu'elle m'adresse.

Je considère mon rôle comme étant celui du dépistage. Médecin, j'examine les malades et si je découvre un ou plusieurs symptômes, qui me paraissent devoir entraîner la modification du motif de réforme, j'en réfère s'il y a lieu à l'autorité du Professeur Alajouanine ; puis, par un certificat, j'attire l'attention des experts sur le cas du malade que je leur adresse.

Juriste, je débrouille des cas juridiques parfois compliqués ; je discute les possibilités des voies de recours, leur bien-fondé, leur utilité. J'aplanis des conflits, en faisant comprendre à mon malade que, quelque pénible que soit sa situation, les lois actuelles ne permettent pas de mieux faire.

Enfin, selon les conseils avisés de plus compétents que moi, je dirige chez tel ou tel spécialiste ceux des malades qui sont susceptibles d'obtenir des améliorations avec certaines thérapeutiques. Que ce soit l'ionisation, la radiothérapie, l'électrisation diverse, toujours est-il que la science moderne a déjà procuré de sérieuses améliorations chez certains de mes trépanés.

Aussi, je réclame une fois de plus, en faveur de tous nos malades ressortissant de la loi du 31 mars 1919, la liberté de prescription reconnue au médecin traitant.

Pourquoi ces blessés ne peuvent-ils pas bénéficier des découvertes pharmacologiques ? Parce que le tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France, applicable en l'espèce, ne comporte que le gardénal, mentionné sous son nom, ou quelques rares spécialités, indiquées sous leur formule chimique.

Or, seuls les pharmaciens ont élaboré ce tarif, qui n'est qu'une simple indication de prix de vente. Jamais les médecins n'ont été appelés à dresser une nomenclature, qui, bien différente d'un tarif, mentionnerait les médicaments officinaux, magistraux et spécialisés que le médecin pourrait utiliser pour les pensionnés de guerre.

On veut, dit-on, éviter des abus. Pour ne pas avoir à punir des coupables, on préfère faire pâtir tout un ensemble de malades, qui ainsi n'ont pas droit à des médicaments, à moins de les payer de leurs deniers.

Je ne veux pas ici discuter la légalité des décisions ministérielles sur ce point : qu'il me suffise d'affirmer que, pour ma part, je les tiens juridiquement comme faussant l'esprit de la loi.

Pour terminer, qu'il me soit permis de demander toute la bienveillance et toute la sollicitude de ceux qui, médecins ou administrateurs, ont à s'occuper de la situation morale, matérielle et sociale des réformés de guerre, épileptiques ou blessés craniens. Par pitié pour leur situation lamentable, je demande plus de justice, plus de bonté dans la réparation, plus d'aide sociale. Ils ont jadis fait leur devoir, pour sauver la Patrie à nos dirigeants, aujourd'hui de faire le leur, en accordant la pension suffisante, pour que ces victimes du sort puissent terminer une vie honorable, non pas dans l'aisance, mais au moins à l'abri de la misère et de la rancœur. Sachons nous souvenir et ayons la reconnaissance de leurs blessures, reçues alors qu'ils accomplissaient leur devoir sacré de défenseurs de la Patrie.

Dr Paul Boudin.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### La Dermatologie aux armées

Docteur Mallein

**Quatrième Conférence de l'Union Fédérative des Médecins de Réserve**

(18 janvier 1932).

Le Conférencier, qui fut à la tête d'un important Centre dermato-syphiligraphique des Armées, pendant la guerre de 1914-1918, annonce, en préambule, qu'il n'envisagera son sujet que comme une étude et un exposé de l'organisation du traitement des maladies de peau aux Armées. Et il en découle nécessairement ce premier principe, que c'est dans la zone des armées que doivent être situées ces organisations.

Avant la dernière guerre, il n'existait rien de semblable dans les règlements. Il a fallu la longueur et le caractère même de celle-ci pour expliquer la fréquence des maladies de peau chez les militaires en campagne ; dès 1915, des compétences furent utilisées pour y soigner ces affections.

La Dermatologie est-elle inséparable de la Syphiligraphie ? Indiscutablement oui. L'est-elle de la Vénéréologie tout entière et notamment de la Blennorrhagie ? Non certes, et cela d'autant plus que l'Urologie réclame la Blennorrhagie avec autant de droits que la Vénéréologie. La solution du problème est dans la juxtaposition d'un Service génito-urinaire et d'un Service dermato-syphiligraphique, techniquement indépendants.

En fait, l'organisation de tels Centres répond parfaitement à l'objectif principal du Service de santé, à savoir *la conservation des effectifs.* On comprend mal l'évacuation, jusqu'aux confins de l'intérieur, d'un galeux dont le retour à son unité sera très problématique, d'ici longtemps. Le Centre dermato-syphiligraphique d'Armée, placé sous les ordres directs du médecin d'Armée, évite que le malade quitte l'armée, et le renvoie à son corps le plus tôt possible. L'unité et la continuité dans le traitement des maladies de peau sont en outre assurées de cette manière.

Le Centre est un véritable hôpital. Celui que dirigea M. Mallein comptait 625 lits : 300 pour syphilitiques, 325 pour malades de la peau. Il sera isolé, ou fera partie d'une formation plus vaste. Mais, condition essentielle, il disposera de locaux suffisants et bien fermés, munis de plusieurs salles d'examen individuel, afin d'assurer la discrétion la plus grande aux consultants, qui s'échelonnent du soldat de 2e classe jusqu'au général. Pour le même motif, les états de situation seront exclusivement numériques, jamais nominatifs.

En outre des salles d'examen, le Centre comprendra des salles de pansements et de petites interventions, et un Laboratoire pour la recherche des réactions biologiques et la préparation des sérums et vaccins.

Le personnel technique ? Un médecin chef et des médecins assistants spécialisés ; au moins un infirmier panseur admirablement dressé. Les malades pourront être utilisés eux-mêmes comme infirmiers volontaires.

Au Centre seront annexés un service de Consultation externe, des Dispensaires civils et militaires, et notamment, un Dispensaire féminin pour le dépistage de la syphilis, dans la population civile.

On pourra aussi instituer des traitements ambulatoires de malades qui n'interrompront pas leur service.

Le Centre dermato-syphiligraphique d'Armées doit être situé de façon telle que l'arrivée des malades et leur retour à leur unité soient faciles, donc sur la principale voie d'évacuation de l'Armée, sur son pédicule, dans la zone des étapes ; pour qu'il puisse s'adapter aux changements possibles de position, il devra être de préférence près de la Gare régulatrice, en tout cas, dans une ville importante, à 50, 60 kilomètres du front.

Le psoriasis a été fréquent aux armées pendant la guerre, soit comme réveil de l'affection chez de vieux psoriasiques, soit comme manifestation initiale. Sa véritable nature est encore discutée : ce n'est pas une maladie infectieuse. La théorie nerveuse, la théorie dyscrasique ne rendent pas compte de tous les cas. La tuberculose, la syphilis, ont-elles une action simplement favorisante ou sont-elles à l'origine même de l'affection ? N'est-ce pas plutôt une toxi-infection, à la faveur d'un déséquilibre endocrinien ?

Quoi qu'il en soit, la question se pose de l'origine militaire de l'affection ou de son aggravation (service commandé). Faut-il en outre évacuer le psoriasique pour le soigner ? Oui, s'il présente des lésions étendues, prurigineuses, avec atteinte du cuir chevelu, troubles articulai-

res. Non dans les formes discrètes. La même formule convient à toutes les autres dermatoses.

Le conférencier attire l'attention sur les lésions cutanées des simulateurs, auxquelles il faudra toujours penser, ce qui facilitera leur découverte. Il raconte le cas d'un soldat qui s'était donné une violente balano-posthite en bourrant son sillon préputial de tabac à priser, et qui n'attendit pas que sa supercherie fut dévoilée pour demander à rejoindre. Il avait suffi qu'il fut soumis, dans un silence impressionnant, à des prélèvements placés sous scellés dans des boîtes de Pietri....

La thérapeutique employée sera simple. Les traitements taylorisés, standardisés. Le goudron de l'usine à gaz la plus proche pourra remplacer sans inconvénient le goudron purifié et lavé. La caséine formolée, véritable combinaison chimique, est remarquable dans le traitement de la bromhydrose des pieds, si gênante chez les fantassins. La cryothérapie peut être utilisée, mais non la radiothérapie et la radiumthérapie.

D'une façon générale, on n'évacuera pas les militaires atteints de dermatoses légères compatibles avec le service, de blennorrhagie simple, de gale simple non compliquée, de phtyriasis... La désinfection éventuelle de leurs vêtements pourra être facilement réalisée au front même par une sulfurisation faite par des moyens de fortune.

De toutes manières, le Centre dermato-syphiligraphique d'Armée constituera un barrage et un filtrage puissant, entre l'avant et l'arrière.

Le dermato-syphiligraphe a parfois besoin du concours d'autres spécialistes. Il y aura donc intérêt à organiser des centres d'autres spécialités sur le type du Centre dermato-syphiligraphique: oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, psychiatrie, laboratoire biologique, etc. Des ambulances jumelées, situées également à la Gare régulatrice sur le pédicule de l'armée, pourvoieront à ce désideratum.

En cas de déplacement du Centre, dans la progression en avant, les malades en traitement seront répartis dans les H. O. E. voisins, et le Centre suivra, dans une certaine mesure, le sort de la Gare régulatrice.

G. Duchesne.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Réunion du Conseil d'administration

29 *décembre* 1931.

*Présents* : MM. Maurat, *Président* ; Vimont, H. Mignon, Gassot, Duchesne, Pamart, Levassort, Mazeroux, Fischer et Boudin, *secrétaire*.

*Excusés* : MM. Henne, M. Mignon et Noir.

*Indemnités maladie*

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

*Combinaisons MA et B*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 104 | Ricard | Hérault | 60 jours + 25 jours chr. | 683 25 |
| 142 | Duclaux | Alpes-Maritimes | 3 mois | 300 » |
| 193 | Collin | Var | 3 mois | 300 » |
| 211 | Camus | Finistère | 3 mois | 300 » |
| 374 | Traby | Pyrénées-Orientales | 3 mois | 300 » |
| 394 | Hugues | Bouches-du-Rhône | 8 jours | 80 » |
| 412 | Duros | Calvados | 3 mois | 300 » |
| 488 | Hamant | Gironde | 3 mois | 300 » |
| 504 | Delucq | Gers | 3 mois | 300 » |
| 505 | Levraud | Bouches-du-Rhône | deux mois et 15 jours chr | 250 » |
| 523 | Ferrand | Bouches-du-Rhône | 3 mois | 300 » |
| 547 | Clisson | Maine-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 569 | Cadilhac | Yonne | 3 mois | 300 » |
| 577 | Collangettes | Puy-de-Dôme | 3 mois | 300 » |
| 609 | Ringuet | Ille-et-Vilaine | 39 jours | 390 » |
| 631 | de Coquet | Gironde | 14 jours chr | 46 65 |
| 650 | Lochon | Haute-Savoie | 42 jours | 420 » |
| 653 | Duhamel | Lot-et-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 662 | Payre | Isère | 3 mois | 300 » |
| 700 | Rey | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 724 | Roure | Drôme | 3 mois | 300 » |
| 731 | Volpert | Moselle | 60 jours + un mois et 13 jours chr | 743 30 |
| 778 | Baudriller | Maine-et-Loire | 27 jours | 270 » |
| 786 | Manhaviale | Tarn-et-Garonne | 18 jours | 180 » |
| | | | *A reporter* | 7.513 20 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | *Report* | 7.513 20 |
| 827 | TISON | Paris | 3 mois | 300 » |
| 843 | GOBERT | Marne | 10 jours | 100 » |
| 848 | GALAND | Nord | 3 mois | 300 » |
| 901 | LYONS | Alpes-Maritimes | 14 jours | 140 » |
| 908 | GARDETTE | Seine-et-Oise | 17 jours + 14 jours chr. | 216 60 |
| 934 | GIRARD | Paris | 2 mois et 2 jours chr. | 206 65 |
| 946 | BÉZY | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 947 | COUSIN | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 958 | SAINT-GERMAN | Haute-Garonne | un mois et 10 jours chr. | 133 35 |
| 985 | FLU | Maine-et-Loire | 60 jours + un mois et 22 jours chr. | 773 25 |
| 990 | BOUDEY | Gers | 3 mois | 300 » |
| 1048 | KERBOUCH | Finistère | 23 jours | 230 » |
| 1057 | BOUDOU | Tarn-et-Garonne | 6 mois | 600 » |
| 1065 | LAGARDÈRE | Seine-et-Marne | 7 jours | 70 » |
| 1072 | PERRIN | Seine-et-Oise | 9 jours | 90 » |
| 1120 | DUCROT | Doubs | 60 jours + 14 jours chr. | 646 60 |
| 1149 | MALLET | Paris | 18 jours chr. | 59 95 |
| 1259 | RILHAC | Haute-Vienne | 3 mois | 300 » |
| 1272 | MOLINÉRY | Seine | 3 mois | 300 » |
| 1281 | KERRIEN | Ille-et-Vilaine | 3 mois | 300 » |
| 1292 | LECOURT | Yonne | 27 jours | 270 » |
| 1361 | HOURS | Cantal | 41 jours | 410 » |
| 1363 | BERNARD | Maine-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 1515 | PECKER | Seine-et-Oise | 32 jours + 20 jours chr. | 386 65 |
| 1534 | GAYET | Seine-Inférieure | 20 jours chr. | 66 65 |
| 1573 | LECOUILLARD | Paris | 3 mois | 300 » |
| 1587 | LACOMME | Saône-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 1684 | DUPONT | Vienne | 16 jours | 160 » |
| 1751 | RAFFALI | Var | 35 jours | 350 » |
| 1796 | MARMARIAN | Allier | 3 mois | 300 » |
| 1799 | CASTAGNONI | Constantine | 3 mois | 300 » |
| 1896 | ROURE | Var | 3 mois | 300 » |
| | | | Total | 16.672 90 |

### *Combinaison MA²*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13 | DURON | Alpes-Maritimes | 16 jours + 2 jours chr. | 333 30 |
| 136 | BRUSLÉ | Paris | 6 jours | 120 » |
| 155 | FAUCON | Somme | 6 jours | 120 » |
| 233 | PERROTTE | Alpes-Maritimes | 43 jours | 860 » |
| 253 | DUBOIS | Seine-Inférieue | 15 jours | 300 » |
| 371 | LETOREY | Seine-et-Oise | 11 jours | 220 » |
| 647 | BELLIN | Isère | 3 mois | 600 » |
| 727 | REYNIER | Haute-Savoie | 3 mois | 600 » |
| 1365 | VITRY | Hérault | 17 jours | 340 » |
| 1703 | MONS | Constantine | 39 jours | 780 » |
| 1900 | BOUDAUT | Aude | 37 jours | 740 » |
| 1986 | ROULLET AUDY | Corrèze | 39 jours | 780 » |
| | | | Total | 5.793 30 |

### *Combinaison MA³*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 325 | VERGNET | Loire-Inférieure | 5 jours | 150 » |
| 368 | EMONIN | Côte-d'Or | 19 jours + 2 mois et 11 jours chr. | 1.280 » |
| 492 | PLAISANT | Sarthe | 29 jours | 870 » |
| 515 | BOURDIN | Haute-Saône | 60 jours + un mois et 15 jours chr. | 2.250 » |
| 605 | MATHIEU | Haute-Garonne | 60 jours + 4 jours chr. | 1.840 » |
| 1546 | SATRE | Isère | 45 jours | 1.350 » |
| | | | Total | 7.740 » |

### *Combinaison MA⁵*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 208 | BOISROUX | Manche | 15 jours | 750 » |
| 276 | MOLIN DE TEYSSIEU | Gironde | un mois et 22 jours chr. | 866 30 |
| 377 | POTIÉ | Nord | 11 jours | 550 » |
| 620 | MILHAUD | Aude | 14 jours + 2 mois et 15 jours chr. | 1.950 » |
| 642 | DUBALLEN | Saône-et-Loire | 3 mois | 1.500 » |
| 674 | MEYER | Alger | 31 jours | 1.550 » |
| 728 | SOULIÉ | Corrèze | 5 jours | 250 » |
| 857 | MANOUVRIER | Loire-Inférieure | 3 mois | 1.500 » |
| | | | Total | 8.916 30 |

M. le Dr Duclaux fait à la Caisse auxiliaire un don de 25 francs et M. le Dr Bézy un don de dix francs. Le Conseil leur adresse ses remerciements.

*Pensions de retraite*

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue pour leur pension de l'année 1932 les sommes suivantes à Messieurs :

*Combinaison P.*

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Du Fayet de la Tour, Gironde | 1.200 » |
| 25 | Rayrolles, Cantal | 567 » |
| 72 | Monier, Pas-de-Calais | 1.200 » |
| 27 | Guny, Somme | 135 » |
| 39 | Maksud, Eure-et-Loir | 360 » |
| 42 | Gombert, Eure | 480 » |
| 73 | Lecerf, Eure | 1.200 » |
| 94 | Chevalot, Moselle | 360 » |
| 9 | Cohan, Seine-Inférieure | 449 » |
| 24 | Valot, Maine-et-Loire | 600 » |
| 30 | Mignon, Seine-et-Oise | 1.200 » |
| 74 | Roche Imbard, B.-du-Rhône | 1.200 » |
| 18 | Prat, Alpes-Maritimes | 1.200 » |
| 31 | Matignon, Gironde | 600 » |
| | Total | 10.751 » |

*Combinaison R.*

| | | |
|---|---|---|
| 10 | G. Laurent, Alpes-Maritimes | 1.200 » |
| 39 | Siguan, Bouches-du-Rhône | 1.200 » |
| 23 | Bonnefous, Aveyron | 1.200 » |
| 70 | Meyer, Oise | 1.200 » |
| 101 | Patron, Vaucluse | 1.200 » |
| 7 | Pardoux, Paris | 480 » |
| 78 | Pélissié, Lot | 360 » |
| 185 | Jouve, Drôme | 1.200 » |
| 223 | Vimont, Paris | 120 » |
| 11 | Hamon, Loiret | 1.200 » |
| 12 | Laugier, Alpes-Maritimes | 1.200 » |
| 118 | Saint-Orens, Landes | 120 » |
| 160 | Pic, Rhône | 600 » |
| 17 | Casset, Alger | 1.200 » |
| 19 | Lestra, Rhône | 1.200 » |
| 27 | Hervouët, Paris | 1.200 » |
| 96 | Mlle Hamilton, Gironde | 1.200 » |
| 151 | Houdart, Côtes-du-Nord | 1.200 » |
| 67 | Grandou, Eure | 1.200 » |
| 152 | Carlotti, Eure-et-Loir | 1.200 » |
| 2 | Guilbard, Aube | 1.080 » |
| 86 | Chevalier, Nord | 530 » |
| 102 | Aurand, Rhône | 1.200 » |
| 224 | Noir, Paris | 120 » |
| | Total | 22.610 » |

Ces sommes leur seront délivrées sur la présentation d'un certificat de vie au 1er janvier 1932.

*Pensions aux veuves.*

Sur le rapport du secrétaire général, le Consei alloue, pour leur pension du quatrième trimestre 1931, les sommes suivantes à :

| | | |
|---|---|---|
| 4 | Mme Vve Lepage, Paris | 150 » |
| 13 | Mineurs Deshusses, Haute-Savoie | 50 » |
| 27 | Mme Vve Gallois, Côte-d'Or | 150 » |
| 38 | Mme Vve Gillette, Paris | 150 » |
| 43 | Mme Vve Chevreux, Paris | 150 » |
| 45 | Mme Vve Valot, Hautes-Alpes | 60 » |
| 51 | Mme Vve Rousselot, Haute-Marne | 150 » |
| | Total | 860 » |

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 31 décembre 1931.

*Ratifications d'admissions.*

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

*Combinaison MA⁶ :*

MM. les Drs Grenier, Despins et Bonnet.

Il ratifie pareillement les admissions suivantes prononcées par le Bureau en vertu de la décision du 9 octobre dernier :

*Combinaison P :*

MM. les Drs Paulet, Haton, Phélebon, Grandmange et Mme Haton.

*Combinaison R :*

MM. les Drs Haton, Phélebon, Gauthereau et Mme Haton.

*Combinaison V :*

MM. les Drs Haton et Hernette.

*Admissions provisoires.*

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

*Combinaison MA²*

MM. les docteurs :
Person, de Clérey (Aube).
Meaume, de Valière (Creuse).

*Combinaison MA³*

M. le docteur :
Daumy, de Dun-sur-Meuse (Meuse).

*Combinaison MA⁵*

MM. les docteurs :
Kalt, de Paris.
Amat, du Villeloin-Coulangé (Indre-et-Loire).
Blanc, de Puy-Guillaume (Puy-de-Dôme).
Soulié, de Sète (Hérault).
Beaumel, de Crémieu (Isère).
Bertrand, de St-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord).
Barnaud, de Rives-sur-Fure (Isère).
Kaplan, de Paris.
Orsini, de Miramas, (Bouches-du-Rhône).
Wahl, de Strasbourg.
Lagarde, de Marseille.
Trouiller, d'Aurec-sur-Loire (Haute-Loire).
Thomas, de Saint-Saulve (Nord).
Canegaly, du Vésinet (Seine-et-Oise).
Frappereau, de Thouars (Deux-Sèvres).
Bonnafous, d'Ax-les-Thermes (Ariège).
Kopp, de Thann (Haut-Rhin).
Fouassier, de Lyon.
Ravaleu, du Havre.
Herbeuval, de Bar-le-Duc.
Treuvey, de Plan-de-la-Tour (Var).
Dautrey, de Vignory (Haute-Marne).
Ladroitte, de Brunoy (Seine-et-Oise).

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin mars :

*Admissions.*

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

*Combinaison P*

MM. les docteurs :
LE PAPE, de Plougastel (Finistère).
ICHÉ, de de Murviel-les-Béziers (Hérault).
SANTELLI, de Shang-Haï, Chine.
NOUGARET, de Port-St-Louis-du-Rhône (B.-du-Rhône).
MARTIN, de Fourmies (Nord).
BARNAUD, de Rives-sur-Fure (Isère).
PERSON, de Clérey (Aube).
DAUMY, de Dun-sur-Meuse (Meuse).
GIULIANI, de Paris.
LADROITTE, de Brunoy (Seine-et-Oise).
FRAPPEREAU, de Thouars (Deux-Sèvres).
KOPP, de Thann (Haut-Rhin).
FOUASSIER, de Lyon.
HERBEUVAL, de Bar-le-Duc.
LASSERRE, d'Auch.
CHAGNAUD, de Lesigny (Vienne).
Mesdames :
LE PAPE, de Plogastel (Finistère).
DUFOUR, de Mâcon.
GIULIANI, de Paris.
FRAPPERAU, de Thouars (Deux-Sèvres).
LASSERRE, d'Auch.

*Combinaison R*

MM. les docteurs :
LE PAPE, de Plogastel (Finistère).
SERANE, de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).
SANTELLI, de Shang-Haï (Chine).
ARCHAMBAULT, de Beaufort-en-Vallée (Maine-et-Loire).
BARRAUD, de Châtelaillon (Charente-Inférieure).
RÉMY, de Nancy.
DUFOUR, de Mâcon.
FRAPPEREAU, de Thouars (Deux-Sèvres).
Mesdames :
LADROITTE, de Brunoy, (Seine-et-Oise.)
LE PAPE, de Plogastel (Finistère).
SERANE, de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).
COLLIGNON, de Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe).
TRUTIÉ DE VAUCRESSON, de Sallanches (Haute-Savoie).
FRAPPEREAU, de Thouars (Deux-Sèvres).

*Combinaison V*

MM. les docteurs :
LE PAPE, de Plogastel (Finistère).
GELAIN, de Saint-Pol-sur-Mer (Nord).
HERBEUVAL, de Bar-le-Duc.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes et d'ordre intérieur.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

*Le Secrétaire* : P. BOUDIN.

*Le Président*, A. MAURAT.

## PRESCRIPTIONS RELATIVES A L'ÉVICTION DES ÉLÈVES DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PUBLIC EN CAS DE MALADIES CONTAGIEUSES

(ARRÊTÉS MINISTÉRIELS DES 3 FÉVRIER 1912, 1er FÉVRIER, 13 JUILLET 1927 ET 19 FÉVRIER 1931.)

Tout enfant atteint d'une maladie contagieuse bien confirmée doit être éloigné de l'école. Sur l'avis conforme du médecin, peuvent être également éloignés tous les enfants, qui cohabitent avec des personnes atteintes de maladies contagieuses nettement confirmées.

***

La durée d'isolement à prescrire pour les élèves des établissements d'enseignement public de tout ordre atteints de maladie contagieuse, et les conditions, auxquelles cette durée pourrait être éventuellement subordonnée, tant pour les malades que pour leurs frères ou leurs sœurs, sont fixées comme suit :

### A. Eviction des élèves malades.

*Diphtérie* : 30 jours après guérison clinique constatée par certificat médical. Ce délai peut être abaissé si, après deux ensemencements opérés à huit jours d'intervalle, l'examen bactériologique est négatif.

*Variole* : 40 jours après le début de la maladie, la réadmission ne pouvant d'ailleurs avoir lieu, que sur présentation d'un certificat médical constatant qu'il n'existe plus de croûtes ou de squames et que l'élève a pris un bain.

*Scarlatine* : même mesure.

*Rougeole* : 16 jours.

*Oreillons* : 21 jours.

*Coqueluche* : 30 jours après le début des quintes, la réadmission ne pouvant avoir lieu que sur certificat du médecin traitant attestant que l'enfant est suffisamment remis pour pouvoir reprendre ses classes.

*Varicelle* : 16 jours après le début de la maladie.

*Rubéole* : 8 jours après le début de la maladie.

*Fièvre typhoïde et parathyroïde* : 28 jours après guérison constatée par certificat médical.

*Dysenterie* : *Idem.*

*Méningite cérébro-spinale* : 40 jours après guérison clinique constatée par certificat médical, la réadmission ne pouvant d'ailleurs avoir lieu que sur attestation que l'enfant n'est pas ou n'est plus atteint de coryza chronique rebelle consécutif à la maladie.

Ce délai peut être abaissé, s'il est établi par certificat bactériologique qu'après deux examens opérés à huit jours d'intervalle, on ne trouve plus trace de méningocoques dans le rhino-pharynx.

*Poliomyélite* : 30 jours après le début de la maladie.

*Teignes* : (faveuse ou tricophytique) : jusqu'à guérison.

*Trachome* : jusqu'à guérison.

B. Eviction des frères et sœurs.

1° Les frères et sœurs du malade peuvent être admis sans délai à l'école, s'ils ont acquis l'immunité du fait d'une maladie antérieure ou d'une vaccination antérieure, soit :

Sur présentation d'un certificat médical, attestant qu'ils ont été antérieurement atteints de la maladie en cause.

Soit pour les maladies ci-après désignées :

1° *Diphtérie* : sur présentation d'un certificat médical, attestant que l'enfant a été vacciné contre la diphtérie par l'anatoxine ou qu'il a reçu, à l'occasion de la diphtérie du malade, une injection préventive de 10 cmc. de sérum antidiphtérique, ou de 1.000 unités d'antitoxine purifiée ;

2° *Variole* : sur présentation d'un certificat médical, attestant que l'enfant a été vacciné ou revacciné contre la variole depuis moins de cinq ans.

3° *Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes* : sur présentation d'un certificat médical, attestant que l'enfant a reçu une vaccination régulière contre ces maladies par injection sous-cutanée.

II. — En dehors de ces cas, la réadmission des frères et sœurs du malade a lieu dans les conditions ci-après fixées :

*a*) Si le malade n'a pas été isolé, ses frères et sœurs rentrent en même temps que lui, à moins qu'ils n'aient été eux-mêmes atteints.

*b*) Si les malades ont été isolés, la réadmission des frères et sœurs a lieu après un délai correspondant à la période d'incubation de la maladie augmenté de deux jours, dans les conditions ou sous les réserves suivantes :

*Diphtérie* : 15 jours après l'isolement, sauf production d'un certificat bactériologique établissant qu'après deux ensemencements à huit jours d'intervalle, le résultat est négatif.

*Variole* : 18 jours.

*Scarlatine* : 8 jours.

*Rougeole* : 18 jours.

*Oreillons* : 24 jours.

*Coqueluche* : 21 jours.

*Varicelle* : 16 jours.

*Rubéole* : 18 jours.

*Fièvre typhoïde et paratyphoïde* : 21 jours.

*Dysenterie* : 21 jours.

*Méningite cérébro-spinale* : 28 jours, sauf production d'un certificat bactériologique établissant qu'après deux ensemencements opérés à huit jours d'intervalle, on ne trouve plus trace de méningocoques dans le rhino-pharynx.

*Poliomyélite* : 28 jours.

*Teigne* : pas d'éviction.

*Trachome* : pas d'éviction.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Aux inventions les plus grandes de l'esprit humain de nos jours, il faut compter à mon avis l'art de critiquer les livres sans les avoir lus.*

(Georg- Christoph Lichtenberg.)

DLVIII. — Pétrarque. — **Les Triomphes.** Traduits par Henri Cochin et ornés de vignettes gravées sur bois par Alfred Latour. Notes en appendice. Un vol. 20 × 26,5 tiré à 444 ex. numérotés. Chez l'imprimeur : *Léon Pichon*, Paris.

De cette œuvre peu connue Monsieur Cochin donne la première traduction française (que du Bellay estimait en son temps difficilement réalisable) : elle est remarquable par le ton délié, la souplesse verbale, le léger accent d'archaïsme qu'il a su lui imprimer, tout en conservant la disposition prosodique originale et l'ampleur épique du poème, que Pétrarque entreprit vers la cinquantaine et dont vingt ans durant il essaye de parfaire la rédaction. La mort le surprendra sans qu'il y ait mis le point final, laissant inachevés le *Triomphe de la Renommée* et celui de l'*Eternité*. Il n'eut donc pas la possibilité de réaliser intégralement le vaste dessein que couronne l'immatérielle effigie de Laure. Car c'est en elle ( « *Et celle que pleurant encore, je chante* » ) que s'incarne le sens de cette gigantesque méditation. L'âge a stabilisé, mûri la douleur du poète. La flamme plus claire de sa passion, et de ses regrets projette, comme grandies dans la nuit où il imagine la disparue, les ombres de ses pensées avec un élan grave de sincérité, un souffle puissant de lyrisme. Pour exalter plus solennellement celle qu'il continue de « pleurer », il compose cette fiction. Au cours d'une vision, inconsistante comme un rêve (et il est bien difficile de ne pas voir ici l'influence du Dante et de sa Divine Comédie), par chants successifs, il montre les triomphes de l'*Amour*, dont il énumère les légendaires victimes et les héros. Or de l'Amour, qui si aisément vainc les hommes, triomphe avec Laure la *Pudicité*. Puis la *Mort*, à son tour, annihile ce délicat sentiment. La *Renommée* le pare d'une résurrection. Puis le *Temps* a raison de la gloire. Vient enfin le chant magnifique de l'*Eternité*, où fondent en larges accents tous les espoirs du poète. Mais triomphes ne signifie pas seulement ici éclatantes victoires ; il semble bien qu'il faille aussi y voir autour de la douce figure centrale du livre (toujours présente sous les

innombrables épisodes illustrant les thèmes) l'émouvant rappel des cortèges symboliques, où s'affirmait la puissance des conquérants romains, traînant derrière leur quadrige triomphal la théorie des vaincus chargés de chaînes, et suivis du butin de leurs exploits surhumains.

Cette œuvre grandiose de philosophie amoureuse est somptueusement présentée sur vergé d'Arches à la forme. Dès le titre, s'affirme sur la couverture le sens profond d'un art technique impressionnant de pureté et d'équilibre. Au cours des pages se renforce rapidement cette impression de sûreté d'exécution, de sobre élégance, de justesse au service d'une véritable science des proportions et d'une connaissance minutieuse des exigences particulières du livre, de l'adaptation du « caractère » à son esprit : ici, renflé en fines rondeurs à longues hampes : tiges et fleurs pleines, roses d'amour, lys dressés sur le champ blanc des pages, bouquet splendide des strophes... Pour reprendre à ce même propos l'expression de Monsieur Focillon, professeur d'histoire de l'Art à la Sorbonne on a le sentiment que par delà cette perfection graphique veille l'agile intelligence et la finesse d'un humaniste « *renouant une tradition de droiture et de beau métier* ». Pas de truquage, ni de faciles effets ; une impeccable netteté réglant, sans défaillances et sans recherches, les austérités souveraines du blanc et du noir. De chapitre en chapitre, l'éclat passager d'une lettrine, d'un titre en rouge sous les bandeaux de Latour. Je voudrais bien vous signaler aussi l'éloquente discrétion de leur apport ornemental : les buccins de la gloire, la traduction squelettique de la Mort, les clepsydres et les sabliers du Temps, l'olifant des conquêtes, les ailes de la Renommée. Mais mon papier joue à la peau de chagrin et la typographie reprend et accapare mon attention : sa « *savante géométrie* », l'ordre reposant et harmonieux de son agencement, sa tenue et sa mesure seront mes excuses. Votre admiration ne s'égarera pas en se portant sur ce chef-d'œuvre d'imprimerie. Son réalisateur fut, en 1925, le premier imprimeur contemporain invité à exposer ses livres à Anvers, dans la maison-musée des Plantin, côte à côte avec les merveilleuses productions de ses illustres devanciers.

DLIX. — Guy de Maupassant. — **Contes de la Bécasse.** Un vol. 23 × 29 tiré à 210 exemplaires numérotés sur vélin d'Arches à la forme. Bois en couleurs de Pierre Falké. *Editions Plon*, Paris 1931.

Ici encore les éditeurs font preuve d'un respect absolu de leur art, d'un souci vigilant de la présentation de l'œuvre qu'ils rééditent sous un très original aspect grâce à la collaboration très personnelle de Pierre Falké. La typographie *a la classique ordonnance et la précision de* frappe des travaux des patients artisans assurant avec d'infinies précautions les lentes créations de leur presse. Le ferme talent de Falké a gravé des bois vigoureux, très expressifs, où il a bien détaché la triviale grandeur des personnages et utilisé avec sa coutumière (1) maîtrise sa saisissante gamme d'ombres (2).

DLX. — André-Charles Coppier. — **De Tarentaise en Maurienne.** Typographie de Ducros et Colas. Aquarelles, peintures, dessins au brou de noix et au roseau, par Coppier. Un vol. 25 × 32 tiré à 230 ex. numérotés. *Editions Dardel*, Chambéry, 1931.

Par les mots et le dessin Monsieur Coppier a su traduire « les harmonies profondes qu'un large accord du ciel, du sol et des mœurs met dans la vie d'une antique race fidèle à ses traditions montagnardes, qui en font un monde fermé ». L'album, où il a transcrit les coutumes, la vie pastorale et rurale de cette antique province épiscopale, est un remarquable ouvrage et son auteur s'attarde surtout hors des grands itinéraires touristiques, où le courant des curieux a affadi et estompé le relief singulier du rythme vital de cette région. Il en connaît les légendes, le passé historique, les usages, et je crois bien l'âme secrète. Les nombreuses gravures (3) qui complètent son texte concourent à recréer par l'image les aspects les plus caractéristiques des sites, des costumes, des réunions religieuses, des particularités architecturales ou archéologiques. Quand il aborde ce sujet, Monsieur Coppier laisse repercer le bout de l'oreille de l'écrivain d'art, du perspicace critique de l'œuvre gravé de Rembrandt. Ailleurs, tout au long de son beau livre, il n'est préoccupé (et il y parvient magistralement) que du souci de nous faire goûter « le charme incomparable de la plus belle région de nos Alpes françaises », qu'il a observée et évoquée avec une fidélité et une finesse de consciencieux artiste et de poète.

DLXI. — Gustave Charlier. — **Stendhal et ses amis belges.** Un vol. 10,5 × 16,5 tiré à 200 ex. numérotés, sur pur fil Lafuma. *Editions Le Divan*, Paris, 1931.

Voici, présenté avec la même élégance typographique que les précédents, le huitième volume des *Etudes stendhaliennes*, plus spécialement consacré à quelques relations peu connues de Stendhal. On déplore la perte de quelques lettres à l'un de ses amis belges et l'érudit écrivain précise nombre de points d'histoire littéraire stendhalienne. Il a groupé dans le dernier cha-

(1) Voir *Les Civilisés*. (Editions Mornay, Paris, 1931).
(2) Voir page 55 surtout.
(3) Quatre-vingt-dix environ dont quelques-unes en *double* page.

pitre les jugements contemporains portés en Belgique sur l'œuvre de S., qui ne fut pas jugée à sa valeur. Les puristes qui le critiquaient sont d'ailleurs, tous tombés dans l'oubli le plus mérité.

DLXII. — Violette TREFUSIS. — **Echo.** Roman Un vol. 12 × 19. *Editions Plon,* Paris, 1931, 12 fr.

Cet excellent roman traite avec une correction constante et bien des qualités l'histoire sombre de deux jumeaux, frère et sœur sosies, qui grandissent « sauvagement » dans un château perdu d'Ecosse. La venue d'une femme scinde brutalement leur fraternel amour. A cause de sa simplicité le livre est attachant et peut-être aussi à cause de la touchante ou perverse naïveté du romancier.

DLXIII. — Rosamond LEHMANN. — **Lettre à ma Sœur.** Une plaquette en typographie de Ducros et Colas, tirée à 550 ex. numérotés sur velin teinté de Rives. *Editions de l'Artisan du Livre,* Paris 1931

Il y a une grâce extraordinaire, un curieux mélange d'émotion, d'humour, de tendresse, de regrets dans cette très belle page excellemment traduite par Jean Talva. Bavardage charmant où se mire avec une franchise enjouée le rire clair d'une malade qui veut oublier la menace qui rôde autour de sa vie.

**Varia*****

*Le Bibliophile* (N° 5 déc. 1931), luxueuse revue tirée à mille exemplaires numérotés sur pâte de papyrus pure. Encore de la très belle typographie de Ducros et Colas. Au sommaire une curieuse étude sur les origines de la Typographie musicale avec de fort belles reproductions de quelques pages (en deux couleurs) de vieux plain-chant ; d'érudites et copieuses monographies sur Thiollière, graveur et Alexeieff, peintre de visions ;l a présentation critique d'un exemplaire unique de la Divine Comédie, de fragments inédits de Vigny (avec fac-similé d'autographe) ; de substantielles chroniques bibliographiques touchant le livre d'art et où est à retenir, l'annonce de la publication à Bâle d'une édition de la *Folie* d'Erasme, reproduisant en fac-similé complet celle qu'avait ornée de dessins marginaux Hans Holbein le jeune.

26 janvier 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## AUTOUR DES THÉATRES

### Faisons le Point (*Suite*)

Nous avons, dans notre article précédent, passé en revue les principaux théâtres de Comédie et de Drame et indiqué les raisons pour lesquelles nous avons lieu d'être satisfaits des productions actuelles de nos auteurs ; nous en avons souligné la qualité dans la diversité. Il en est de même au sujet des Théâtres lyriques et des Music-Halls ; là encore à mi-chemin de la saison, nous, pouvons dire que nous sommes gâtés dans la majeure partie des cas.

Quatre genres principaux s'offrent à notre choix : l'Opérette la Revue satirique, les attractions de Music-Hall, la Revue à grand spectacle.

L'opérette, presque complètement abandonnée avant la guerre, a reconquis, grâce aux auteurs de Phi-Phi, la place qu'elle occupait jadis. Deux scènes excellentes : La Gaîté Lyrique et le Trianon-Lyrique, varient presque chaque jour leurs spectacles, choisis non seulement dans l'ancien répertoire, mais parmi les productions les meilleures de nos jeunes auteurs. Citons particulièrement à la Gaîté : Le Scarabée bleu de Messieurs André Barde et Jean Nougues dont mon Maître et ami Polème donnait ici-même, il y a quelque temps, un compte rendu détaillé. D'autres théâtres semblent, après des fortunes diverses, s'être maintenant définitivement consacrés à ce genre ; tout d'abord : Mogador où l'on donne actuellement Orphée aux enfers d'Offenbach, puis le Châtelet avec Nina Rosa, enfin le charmant petit Théâtre Daunou qui, après avoir recueilli pour ses dernières représentations dans le Centre de Paris la délicieuse opérette « Enlevez-moi », donne actuellement une seconde pièce des mêmes auteurs : Raoul Praxy, Max Eddy et Gabaroche qui a pour titre « Deux fois deux ». Quant à Enlevez-moi, après avoir été jouée plus de 500 fois tout d'abord à la Comédie Caumartin, ensuite aux Nouveautés et à Daunou, elle continue sa brillante carrière au Théâtre Lyrique du XVI^e avec, paraît-il, de bons interprètes. Enregistrons pour terminer le récent succès de Dranem dans Encore 50 centimes, qui a quitté les Nouveautés pour le Théâtre des Ternes et mentionnons pour mémoire Les Garçons sont pour les Filles, au Théâtre de la Caricature, pièce légère dont j'aurais été assez embarrassé de vous parler.

Les prévisions météorologiques sont excellentes pour l'Opérette. On nous apprend que dans quelque temps, il y aura sur la scène des Bouffes-Parisiens une fois de plus du soleil dans les cœurs ; ce n'est pas pour bientôt, étant donné le succès à ce théâtre de la Revue de Rip : Sous son bonnet, qui fait encore salle comble actuellement. Ceci m'amène tout naturellement à vous parler du

deuxième genre de spectacles lyriques : la revue satirique.

Nous possédons actuellement deux auteurs importants (en dehors des chansonniers qui, eux sont de véritables spécialistes du genre à petites doses et à jet continu) : Rip et Henri Jeanson. Ils ont chacun leur tempérament, le second passe pour être plus caustique et pour égratigner davantage que le premier, le premier apporte souvent une pointe de philosophie et de douceur que le second manie plus difficilement : mais ils sont tellement fins et divertissants tous deux ! Monsieur Henri Jeanson donne actuellement une Revue : Boum, aux Deux-Anes, qui a beaucoup de succès et où les événements du jour et les puissants du moment fournissent à sa verve des thèmes de choix.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur la troisième partie de la classification que nous avons entreprise aujourd'hui, à savoir : les attractions de Music-Hall. Il faut distinguer actuellement deux sortes de théâtres attachés à ce genre, tout d'abord ceux qui ne comprennent exclusivement dans leur programme que des numéros d'attractions comme l'Empire, le plus important sur la rive droite et Bobino, sa filiale si l'on peut dire sur la rive gauche. Ce sont des spectacles très variés pour lesquels les directeurs engagent souvent à très gros cachets des numéros de valeur : chanteurs, danseurs, équilibristes, athlètes, jongleurs, jazz, prestidigitateurs, etc., etc., Ceux qui aiment le Music-Hall et ses spectacles reposants et attrayants à la fois trouvent à Paris amplement de quoi satisfaire leur passion préférée. D'autres salles cinématographiques, comme Paramount, le Moulin Rouge, l'Olympia, l'Alhambra, intercalent dans leurs programmes également une ou plusieurs attractions de Music-Hall : ce ne sont pas celles qui sont le moins fréquentées. Les programmes de ces théâtres variant chaque semaine ou chaque quinzaine, il nous serait difficile de leur consacrer un compte rendu qui serait déjà rétrospectif à l'arrivée du journal.

Enfin, le genre Revue à grand spectacle est servi actuellement encore et principalement par deux grandes scènes, le Casino de Paris et les Folies Bergères. La Revue du Casino intitulée « Paris qui brille », avec Mistinguett comme vedette, n'est pas encore prête à quitter l'affiche. Nous en avons donné compte rendu dans le numéro du 22 novembre dernier ; la nouvelle revue des Folies-Bergères, « Nuit de Folies », vient de commencer ces jours-ci, et nous lui consacrerons un article spécial dans un tout prochain numéro. Ce genre Revue à grand spectacle est celui qui est de beaucoup le plus difficile à réaliser et à maintenir dans son éclat habituel, le travail seul de mise au point consistant dans l'équilibre parfait entre toute la technicité moderne et le rendement de l'interprétation, est de plus en plus difficile dans le cadre des possibilités et prévisions budgétaires. Il ne faut pas hésiter à l'encourager, car c'est une question de vie ou de mort pour le théâtre en général que de pouvoir le plus longtemps possible, dans ce genre même, tenir tête au cinéma. D'autres petites scènes, comme le Concert Mayol et le Moulin Bleu, font de leur mieux en Revues spectaculaires ou Revues légères ; de même les Cabarets connus ou nouveaux comme Embassy ou la Fourmi ; si je tiens à les mentionner ici c'est pour reconnaître en elles l'emprise du métier, la persistance dans l'effort pour un genre d'autant moins apprécié qu'il peut paraître superficiel et frivole. D'ailleurs, que ceux qui ne l'utilisent pas volontiers parfois comme dérivatif à l'âpre lutte quotidienne, lui jettent la première pierre.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## DÉCISIONS SYNDICALES

### La Réforme des Etudes médicales

I

Le Conseil d'administration du *Syndicat général des médecins stomatologistes français*, réuni le 18 janvier 1932,

Considérant que la seule réforme véritablement efficace pour l'art dentaire serait, comme le prévoyait et le préconisait le législateur de 1892, son intégration dans la médecine,

Considérant, d'autre part, que les réformes successives de l'enseignement de cette spécialité n'ont eu pour résultat, contrairement au but préconisé et poursuivi, que de l'éloigner de plus en plus de la médecine et de fortifier son autonomie,

que l'exigence du baccalauréat à l'entrée des Ecoles dentaires ne saurait donner un résultat différent,

que cette exigence présenterait par contre le grave danger de fournir aux chirurgiens-dentistes pourvus du baccalauréat la possibilité de réclamer et d'obtenir un doctorat spécial en chirurgie dentaire, comme leurs groupements l'ont maintes fois proclamé et

alors que beaucoup trop d'entre eux usurpent déjà le titre de docteur,

déclare s'opposer à la mesure projetée et réclame une fois de plus l'obligation du doctorat en médecine pour l'exercice de cette spécialité médicale.

II

Le *Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés* réuni le 17 décembre 1931,

mis au courant des projets de réforme des études médicales, actuellement en discussion et, en particulier du Professeur Carnot,

approuve ce dernier projet dans ses grandes lignes, mais,

considérant que, pour faire un bon spécialiste, il est indispensable d'avoir une culture médicale aussi poussée que possible,

demande que le temps consacré aux études médicales générales soit porté à quatre années au lieu de trois,

qu'en ce qui concerne la stomatologie, les Facultés de médecine organisent son enseignement pour les seuls étudiants en médecine,

demande également que le Groupement soit consulté pour l'organisation des spécialités.

## Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo

*Compte rendu de l'Assemblée générale du 4 décembre* 1931

Au début de la séance, le président rappelle le souvenir des confrères disparus dans l'année : le Docteur Labbé, membre honoraire du Syndicat ; le Docteur Hervé, de Saint-Pierre-de-Plesguen ; le Docteur Steibel, ancien membre du Syndicat, où ils ont laissé tous les trois la mémoire de confrères fidèles et loyaux ; il adresse également un hommage à la mémoire du Docteur de Sallier-Dupin qui a rendu, comme conseiller général, des services inappréciables au Corps médical du département.

**Démissions.** — Le Docteur Ringuet, qui abandonne par suite de l'âge, l'exercice de la médecine ; le Docteur Bazin de Dol, qui va s'établir à Caen, quittent le Syndicat où ils n'ont jamais rencontré que des sympathies.

L'Assemblée aborde l'examen de l'ordre du jour.

1° Pour permettre de faire coïncider les dates d'élection des bureaux dans les trois Syndicats fédérés, les pouvoirs du Bureau actuel sont prorogés pour un an. (Adopté à l'unanimité.)

2° L'Assemblée désigne comme délégués à l'Assemblée générale de la Confédération : MM. les Docteurs Pallier, titulaire ; Lenormand, suppléant.

3° Au Conseil de la Fédération, nos confrères ont appris le remplacement du Docteur Follet par le Docteur Ch. Lefeuvre à la direction de l'Ecole de médecine de Rennes. A l'unanimité, le Syndicat des médecins de Saint-Malo se félicite de l'heureux choix qui met le Docteur Ch. Lefeuvre à la tête de l'Ecole de médecine, et prie le nouveau directeur d'agréer les sincères compliments de ses confrères de la région malouine.

**Modifications aux statuts.** — Ces modifications se résument à accroître la solidarité entre les trois Syndicats, particulièrement en réservant au Conseil fédéral toute action dans le cadre départemental ; puis en soumettant à l'approbation de la Fédération, es décisions, même purement locales, prises par chaque Syndicat ; en remplaçant les Conseils de famille locaux par un Conseil de famille fédéral, déjà établi d'ailleurs pour les Assurances sociales. A ces statuts est joint un code de déontologie, qui sera envoyé à tous les syndiqués.

Après examen, l'Assemblée générale, à l'unanimité, approuve ces modifications.

Un vote, à l'unanimité également, désigne le Docteur Chevrel, de Rennes, comme membre du Conseil de famille départemental, en remplacement du Docteur Bodin, décédé.

4° Une longue et sérieuse discussion s'engage au sujet des modifications que les Pouvoirs publics projettent d'apporter au fonctionnement de Assurances sociales, principalement par l'assimilation pure et simple des assurés indigents aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, par l'institution aussi de centres de dépistage et de diagnostic, destinés à devenir de simples dispensaires gratuits. Cette discussion est résumée dans l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale considérant que l'essai loyal de collaboration aux Assurances sociales, consenti par le Corps médical l'a été dans des conditions définies et convenues solennellement entre les parties en cause, conditions qui allient, de la façon la plus satisfaisante possible, les nécessités d'exécution d'un service public avec le souci d'une pratique normale et saine de la profession médicale, déclare protester de la façon la plus formelle contre toute modification qui altréerait sensiblement les termes du contrat, notamment contre :

« 1° La création de centres de dépistage qui changerait entièrement les conditions d'exercice de la médecine et dont l'inutilité flagrante ne compenserait pas la nocivité certaine.

« 2° L'assimilation aux bénéficiaires de l'A. M. G. d'assurés sociaux qui effectuent et pour lesquels on effectue des versements de cotisations importantes.

« Incidemment l'Assemblée déclare que l'A. M. G.

étant actuellement un service public et non pas une œuvre charitable, aucun motif valable ne subsiste pour que ce service public rémunère ceux qu'elle emploie à un tarif au-dessous de la normale, pas plus pour que ce service public soit mis à la charge d'une corporation.

« En conséquence, elle donne mission à son Bureau, d'exercer l'action la plus vigilante pour obtenir à ces questions une solution équitable. Elle donne également mandat à son délégué à la Confédération de soutenir avec la plus grande énergie les résolutions ci-dessus exposées.

« En outre, sans renier les engagements pris par le Corps médical exclusivement pour les soins à donner aux victimes de la guerre 1914-1918, elle s'oppose à toute extension de ces conditions spéciales aux réformés militaires des années postérieures, et charge également son Bureau et son délégué de soutenir une action constante et énergique à ce sujet. »

Cet ordre du jour est voté à l'unanimité.

5° Le Président expose ensuite à ses confrères les moyens d'action à employer pour obtenir satisfaction au sujet des tarifs d'A. M. G. Il engage vivement chacun d'eux à exposer au Conseiller général de son canton les très fortes raisons qui militent pour l'élévation des tarifs de l'A. M. G. et leur assimilation au tarif national des accidents du travail.

Il ajoute que cette action sera probablement insuffisante et que le Corps médical doit envisager les résolutions les plus graves, la grève administrative même avec toutes ses conséquences matérielles et morales. Mais avant d'envisager ces moyens extrêmes, il faut savoir, dit-il, quels sont ceux d'entre nous qui s'engagent à soutenir jusqu'au bout et sans défaillance l'action une fois entamée. Les confrères qui désavouent l'emploi de ces procédés ou qui les croient dangereux pour l'intérêt du Corps médical, ont le droit absolu, le devoir même, de soutenir leur opinion. Le vote d'une action médicale allant éventuellement jusqu'à la grève administrative, engage l'honneur de celui qui l'émet: dans cette circonstance le fait de lever la main a toute la solennité du serment.

Le Président met aux voix l'emploi éventuel d'une action médicale allant jusqu'à la grève administrative.

Toutes les mains se lèvent d'un seul mouvement.

6° Le Docteur Robert, à la suite d'une entrevue avec un haut fonctionnaire des Contributions Directes, met ses confrères en garde contre le danger des déclarations inexactes de leurs bénéfices professionnels. Il les engage vivement, dans leur intérêt bien entendu, à faire des déclarations sincères, le fisc ayant des moyens d'information d'une redoutable efficacité.

7° Le Président rappelle que nos journaux et revues professionnels tirent la plus grande partie de leurs ressources des annonces qu'ils insèrent ou encartent. Au cas où les médecins désirent demander des échantillons de spécialités, qu'ils emploient de préférence les bons encartés dans leurs journaux de défense professionnelle, *Le Médecin de France* par exemple. Les annonciers pourront ainsi se convaincre que leur publicité a des lecteurs.

8° Il est rappelé d'une façon pressante à tous les confrères qu'ils ne doivent se faire remplacer que pa- des étudiants ayant le nombre d'inscriptions régler mentaires, et l'autorisation préfectorale. Toute infraction à cette règle les expose à des poursuites judiciaires qui seraient certainement suivies de condamnations sévères pour le remplaçant comme pour le médecin.

*Le Président* : Dr Pallier. *Le Secrétaire* : Dr Maigne.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Institut de criminologie.** — *Section de police scientifique.* — Les cours auront lieu tous les jours, à 16 heures et 17 heures, à l'Institut médico-légal (place Mazas), à partir du mardi 5 avril 1932. Ils comporteront des notions de médecine légale, de psychiatrie, de droit pénal et d'organisation policière et un enseignement de police scientifique.

*Médecine légale* : M. Balthazard, professeur de médecine légale, assisté de MM. Duvoir et Piédelièvre, agrégés, et Dervieux, chef des travaux, commencera le cours le mardi 5 avril 1932, à 16 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

1. Introduction à l'étude de la police scientifique. — 2. La mort. Mort apparente ; morts suspectes. — 3. Le suicide. — 4. Homicides et blessures par instruments coupants, piquants et contondants. Taches de sang. — 5. Blessures par armes à feu. — 6. Les asphyxies mécaniques : pendaison, strangulation, suffocation et submersion. — 7. Asphyxie par les gaz et l'oxyde de carbone. — 8. Empoisonnements ; expertises toxicologiques. — 9. Attentats aux mœurs. Viol. Perversions sexuelles. — 10. Avortement et infanticide.

*Médecine légale psychiatrique* (anthropologie criminelle) : M. Claude, professeur de clinique des maladies mentales, avec la collaboration de MM. Lévi-Valensi, Heuyer et Ceillier, commencera ce cours le mercredi 6 avril 1932, à 17 heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

1. Les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence. — 2. Criminalité et dégénérescence. Rapports de la criminalité et des prédispositions. Le criminel-né. La criminalité pathologique. La criminalité non pathologique. — 3. L'alcoolisme : Hérédité alcoolique. — 4. Les pervers constitutionnels : hystériques mythomanes. — 5. Pervers sexuels : Homosexualité originelle ou vicieuse. Prostitution. — 6. Déséquilibre psychique. Amoralité. Folie morale. — 7. Délinquance infantile. —

8. L'épilepsie ; les traumatismes craniens ; les lésions cérébrales. — 9. La délinquance sénile. — 10. Valeur du témoignage.

*Police scientifique* : M. SANNIÉ, agrégé à la Faculté de médecine, chef du service d'identification judiciaire, commencera ce cours le mercredi 6 avril 1932, à 16 heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

1. Identification judiciaire : le service de l'identité ; historique. Anthropométrie : portrait parlé ; dactyloscopie. — 2. Les empreintes digitales ; historique, prise des empreintes, classification. — 3. Les sommiers judiciaires : fonctionnement, organisation. L'organisation actuelle du service : les diverses sections. — 4. Etude des traces laissées sur les lieux de crime. Méthodes utilisées pour leur recherche, leur protection et leur prélèvement. Traces de pas, empreintes d'outils, etc. — 5. Les traces digitales : nature, supports, recherche, protection et prélèvements. Etude au loboratoire. Importance dans les affaires criminelles. — 6. Les coups de feu. Etude des poudres ; identification des poudres dans les résidus, sur l'arme ou sur les vêtements. Identification des balles et des douilles. Détermination de la distance du tir. — 7. Falsification des documents. Textes lavés et surchargés. Identification des encres et papiers.— 8. Identification des textes dactylographiés. Faux titres, faux chèques. Timbres oblitérés. Cires à cacheter. Colles. Vols postaux. — 9. Contrefaçon des billets de banque et bons de la défense. Faux titres. Falsification et contrefaçon des œuvres d'art. — 10. Visite du Service de l'identité judiciaire.

*Organisation de la police* : M. LAFONT, docteur en droit, commissaire de police de la Ville de Paris et du Département de la Seine, commencera ces conférences le mardi 5 avril 1932, à 17 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

A) Notions générales : 1. Organisation de la police en France (Préfecture de police. Sûreté générale. Gendarmerie, etc...). — 2. Rôle de la police en matière judiciaire (Officiers de police judiciaire. Autres agents. Compétence. Actes : forme matérielle, valeur juridique).

B) Enquête judiciaire. Règles légales et règles techniques. — 3 Constatation de l'infraction. Transport sur les lieux (Description, plan. Photographie). Recherche et conservation des traces. La preuve indiciale et sa valeur. — 4. Etude des traces et indices. Traces humaines (empreintes digitales, pas, dents, poils, vêtements, etc...). Traces diverses (animaux, véhicules, outils). Taches. — 5. Application de la méthode aux divers délits : *a*) Délits contre les personnes (homicides et blessures, avortement, etc...) ; *b*) Délits contre la propriété (Vol, incendie, faux, etc.). — 6. Perquisitions et saisies. Notions sur l'expertise. — 7. Le témoignage et sa critique. — 8. L'interrogatoire. Méthode. L'aveu et sa valeur. Confrontations.

C) Les malfaiteurs et leurs pratiques : 9. Formation et spécialisation des criminels. — 10. Variétés des différents délits (Vols, escroqueries, chantage, faux, etc...).

Pourront suivre ces cours les étudiants inscrits dans une autre section de l'Institut de criminologie et les étudiants qui se seront fait inscrire à la Section de police scientifique (secrétariat de la Faculté de médecine).

Un certificat de police scientifique est délivré après examen de l'aptitude du candidat, au moyen d'épreuves écrites et orales.

Les droits à percevoir en vue du certificat de police scientifique sont fixés ainsi qu'il suit : un droit d'immatriculation, 100 francs ; un droit de laboratoire, 60 francs ; un droit d'examen, 20 francs. (Les étudiants déjà inscrits dans une autre section sont dispensés du droit d'immatriculation).

— **Clinique des maladies du système nerveux.** (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique, sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. ALAJOUANINE, agrégé, médecin des hôpitaux ; R. GARCIN, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire ; R. BIZE, L. MICHAUX, L. ROUQUÈS, R. THUREL, chefs de clinique ; J. CHRISTOPHE, J. DARQUIER, P. MATHIEU, P. MOLLARET, J. PÉRISSON, P. SCHMITE, A. THÉVENARD, anciens chefs de clinique ; BOURGUIGNON, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière ; H. LAGRANGE, ophtalmologiste des hôpitaux ; AUBRY, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique avec présentation de malades, comportera deux séries de seize leçons ; la première série commencera le lundi 22 février 1932, à 14 heures, à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi ; la deuxième série commencera le lundi 7 mars 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — *Première série* : 1. Tumeurs cérébrales. — 2. Syphilis cérébrale. — 3. Syndromes parkinsoniens. — 4. Paralysies pseudo-bulbaires. — 5. Maladies de Wilson. Pathologie du corps strié. — 6. Aphasie. — 7. Apraxie. — 8. Syndromes vasculaires cérébraux. — 9. Syndrome thalamique. — 10. Syndromes pédonculo-protubérantiels. — 11. Syndromes bulbaires. — 12. Syndromes cérébelleux. Atrophies cérébelleuses. — 13. Tumeurs du cervelet et de l'angle ponto-cérébelleux. — 14. Chorées. — 16. Syndromes hypophysaires et infundibulo-tubériens. — 16. Hémianopsie.

*Deuxième série* : 1. Poliomyélite. — 2. Syphilis médullaire. — 3. Sclérose en plaques. — 4. Syringomyélie. — 5. Compressions de la moelle. — 6. Sclérose latérale amyotrophique. — 7. Tabes. Arthropathies nerveuses. — 8. Scléroses combinées et syndromes neuro-anémiques. — 9. Maladie de Friedriech. Hérédo-ataxie cérébelleuse. Paraplégies spasmodiques familiales. — 10. Atrophie Charcot-Marie et névrite interstitielle hypertrophique. — 11. Polynévrites. — 12. Myopathies. Myotonie. — 13. L'électrodiagnostic. La chronaxie. — 14. Les examens du liquide céphalo-rachidien. — 15. Les névrites optiques. La stase papillaire. — 16. Les examens labyrinthiques.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital de la Charité.** *Pédiatrie.* — M. Lesage fait le mercredi, à 11 heures, dans le service du Dr Vignes, un cours sur l'hérédité chez le nouveau-né.

— **Hôpital de la Charité.** *Service central d'électro radiologie* (M. G. Ronneaux). — Distribution et horaire :

1° *Radiodiagnostic.* — MM. G. Ronneaux, chef de service ; Gadreau et Barrault, assistants ; tous les jours, de 8 h. 30 à 10 heures, radiographies osseuses ; à 10 heures, dans les deux salles de radiodiagnostic, examens viscéraux (plus particulièrement le tube digestif et les glandes annexes), radioscopie et radiographie.

Tous les jours, sauf les jeudis et dimanches, à 10 heures, dans le bureau du chef de service : M. G. Ronneaux, examen et interprétation des clichés pris la veille.

2° *Electro-radiothérapie.* — M. G. Ronneaux et M. H. Desgrez, chef-adjoint. Tous les jours, à 10 heures, examens des malades et traitements physiothérapiques par M. H. Desgrez : diathermie, galvanisation, faradisation, rayons infra-rouges, air chaud, radiothérapie moyenne.

*Electro-diagnostic* sur rendez-vous.

— **Concours de chirurgiens des hôpitaux.** — Jury : MM. Roux-Berger, Okinczyc, Brocq, Métivet, Auvray Grégoire et Chifoliau.

Censeurs : MM. Boppe, Wilmoth, Thalheimer et Braine.

Lecteurs : MM. Bloch (René), Petit-Dutaillis, Michon, Ameline, Bernard, Welti, de Gaudart d'Allaines et Madier.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Jury : MM. Belot, Haret, Delherm, Lobligeois, Laubry, Baumgartner et Cadenat.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — *Epreuve écrite anonyme.* — Séance du 29 janvier. — Questions données : « Anatomie macroscopique du sinus frontal. — Thrombo-phlébite du sinus caverneux. »

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux** (admissibilité). — *Médecine opératoire.* — Séance du 26 janvier. — MM. Favory, 19 ; Hudelo et Renard, 18.

*Epreuve clinique.* — Séance du 28 janvier. — MM. Hudelo, 19 ; Favory, 18 ; Renard, 19.

M. Favory, classé premier, est nommé ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Araubourou, de Mont-de-Marsan (Landes) ; du Dr Garbau, de Cluis (Indre) ; du Dr Emmanuel Ramus, de Paris ; du Dr Maurice Pierre, de Mulhouse ; du Dr Targowla, de Dercy (Aisne).

— **Croisière de la « Revue générale des sciences » dans le monde polaire, Norvège, Spitzberg et Banquise.** — Expédition touristique se rapprochant le plus du Pôle ; du 28 juillet au 21 août 1932, à bord du luxueux paquebot-yacht *Prince Olav.* Conférencier : M. Georges Parmentier, chargé de mission du Gouvernement, lauréat de la Société de géographie.

*Itinéraire* : Paris-Edimbourg, via Dunkerque-Tilbury. Embarquement le 29 juillet sur le *Prince Olav* à Edimbourg. En route sur Bergen, puis sur Trondheim (excursion en automobile aux cataractes de Lerfossen). On passera ensuite le cercle polaire et on atteindra le glacier Svartissen, Tromsö, le Spitzberg (visite de King's bay, Cross bay, Magdalene bay, Green Harbour, Sassen bay, Temple bay). En poussant vers le Nord la Banquise sera longée d'assez près avant de redescendre sur le Spitzberg et ensuite sur le Cap Nord. Escales à Hammerfest, Lyngseidet (excursion chez les Lapons). Navigation à travers les îles Lofoten. Escales à Svolvaer, à Nes (excursion en auto au lac de glace de Djupvanshytten). Après avoir escalé à Bergen et à Edimbourg et visité ces villes, retour à Boulogne le 21 août et départ pour Paris.

*Inscriptions et paiements* : Au secrétariat de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi. Téléphone : Littré 14-61 (demander à cette adresse notice détaillée). N. B. — Le *Prince Olav* ne comportant qu'un nombre restreint de cabines, il est impossible aux organisateurs de garantir des places aux personnes qui tarderaient à retenir leur cabine après la parution de cette note.

— **Les Journées médicales belges de 1932.** — Le Docteur Etienne Burnet, ancien sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, délégué de la France au Comité d'hygiène de la Société des Nations, a accepté de faire la conférence inaugurale aux Journées médicales belges de 1932. Ceux qui ont eu le plaisir d'entendre discourir le Docteur Burnet, ancien normalien comme Edouard Herriot, se réjouiront de l'occasion qui leur sera donnée le 25 juin de l'écouter à nouveau à Bruxelles.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Tarif d'hospitalisation dans un sanatorium applicable aux assurés sociaux.

14691. — M. Charles-Louis COUTEL expose à M. le ministre du Travail : *a*) que le tarif limitatif des droits à la réassurance, publié au *Journal officiel* du 23 septembre 1930, limite les frais d'hospitalisation aux assurés sociaux : médecine à 20 fr. par jour dans les villes de plus de 200.000 habitants et circonscriptions industrielles assimilées et à 13 fr. par jour dans les autres cas ; *b*) qu'un assuré social, habitant la ville de Lille (plus de 200.000 habitants) est hospitalisé dans un sanatorium situé dans une commune de moins de 200.000 habitants et non comprise dans une circonscription industrielle assimilée ; et demande si le tarif à appliquer est celui de la commune d'origine de l'assuré (Lille, 20 fr.) ou celui applicable dans la commune du lieu d'hospitalisation (13 fr.). (*Question du* 24 *décembre* 1931.)

*Réponse.* — Si la caisse d'assurance n'a pas prévu un tarif de responsabilité spécial pour hospitalisation dans un sanatorium, les frais de séjour dans un sanatorium doivent être remboursés suivant le tarif de responsabilité applicable en cas d'hospitalisation dans la commune d'origine de l'assuré.

(*J. O.*, 27 janvier 1932.)

### Frais de déplacement des assurés sociaux malades.

14634. — M. Etienne ROGNON expose à M. le ministre du Travail: *a*) que le règlement concernant les assurances sociales et le statut-type des caisses d'assurances sociales obligent le malade chronique, qui a besoin de soins continus sans cesser son travail, à se rendre chez le médecin, qui signe la feuille de maladie, et, de là, chez le pharmacien ; *b*) qu'il en résulte des dépenses incombant aux malades consciencieux, qui ne veulent pas cesser leur travail, et à la caisse dont ils dépendent ; parce que, à chaque fois, ils subissent les frais de consultation dont ils se passeraient volontiers ; et demande s'il n'y aurait pas moyen d'introduire, dans le statut des caisses des assurances sociales, une disposition qui permettrait aux malades chroniques et à la caisse d'éviter ces dépenses. (*Question du* 21 *décembre* 1931.)

*Réponse.* — L'article 30 du règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires prévoit que, lorsque l'assuré est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail, la caisse peut lui attribuer une indemnité forfaitaire de soins, sur la proposition du médecin contrôleur. Cette disposition paraît répondre à la préoccupation de l'honorable député. En tout état de cause l'assuré, malade chronique, qui n'a pas eu besoin, pendant la durée de validité de la feuille de maladie, de nouveaux soins médicaux ou pharmaceutiques, n'a pas à se rendre chez le médecin pour faire viser cette feuille.

(*J. O.*, 27 janvier 1932.)

**Durée des prestations de l'assurance-maladie pour les enfants des assurés.**

14309. — M. Henri Gout rappelle à M. le ministre du Travail que, dans la réponse donnée à l'une de ses questions, insérée au *Journal officiel* du 13 novembre courant, il a posé comme règle à suivre pour les rechutes ou maladies de longue durée, le principe suivant : « si la rechute survient après une période supérieure à deux mois, pendant laquelle l'assuré guéri a repris son travail normal, il doit être considéré comme atteint d'une maladie nouvelle et, par conséquent recevra les prestations prévues par la loi pendant une nouvelle période de six mois au maximum, à dater de la rechute. La même règle est applicable dans le cas de maladie de longue durée ou nécessitant un traitement de prévention » ; expose : *a*) que le fait pour un assuré social d'être à même de reprendre son travail pendant deux mois au moins et de verser ses cotisations pendant ce temps le met donc en droit de recevoir les prestations pendant une nouvelle période de six mois ; mais, que pour les enfants des assurés sociaux « atteints de maladie de longue durée ou nécessitant un traitement de prévention » dans un sanatorium, le père continue à verser sa cotisation durant les six mois de séjour de l'enfant au préventorium ; *b*) que, d'autre part, l'enfant n'ayant pas de profession, ne peut ni la reprendre au bout de six mois, ni effectuer de versement, tant qu'il est à la charge de ses parents ; et demande si l'on doit admettre que le séjour de l'enfant dans un préventorium n'est pas soumis à cette clause des six mois. (*Question du 3 décembre* 1931.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 4, paragraphe 8, de la loi du 30 avril 1930, les prestations en nature de l'assurance-maladie n'étant dues que pendant une période de six mois à partir de la date du début de la maladie (qui est celle de la première constatation médicale), les enfants d'assurés sociaux ne peuvent bénéficier desdites prestations pour la même maladie que pendant une période maximum de six mois, même lorsqu'ils sont en traitement dans un préventorium ou un sanatorium.

(*J. O.*, 27 janvier 1932.)

**Fourniture des appareils de prothèse dentaire aux assurés sociaux.**

14659. — M. Robert Thoumyre expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'aux termes de l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 1er, de la loi sur les assurances sociales, l'assurance-maladie couvre « les frais d'appareils pour l'assuré, son conjoint leurs enfants et charge non salariés, âgés de moins de seize ans » ; *b*) que, d'autre part, le troisième alinéa du même article précise que « en ce qui concerne la prothèse dentaire l'assuré n'aura droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession » ; et lui demande si cette dernière disposition a pour conséquence de limiter

à l'assuré seul le bénéfice du remboursement des frais de prothèse dentaire, ou si les caisses primaires sont tenues d'accorder également aux ayants-droit de l'assuré les frais qu'a entraînés pour eux la pose d'appareils de prothèse dentaire. (*Question du 22 décembre* 1931.)

*Réponse.* — Le droit à la fourniture des appareils de prothèse dentaire est ouvert, comme le droit à la fourniture des autres appareils de prothèse, au profit de l'assuré, de son conjoint et de ses enfants à charge, non salariés, âgés de moins de seize ans.

(*J. O.*, 27 janvier 1932.)

### Remboursement des honoraires d'accouchement aux assurées sociales.

1194. — M. Viellard, sénateur, demande à M. le ministre du Travail : 1° si lorsqu'un accouchement n'est pas normal, et que la sage-femme doit faire appel au médecin, la caisse d'assurances sociales doit rembourser les honoraires du médecin et de la sage-femme ; et si elle n'en rembourse qu'un, lequel ; 2° quel est, dans ce cas, le tarif qui doit être majoré d'après la circulaire ministérielle du 31 mars 1931 : celui de la sage-femme ou celui du médecin et dans quel cas la majoration est-elle portée de 20 à 50 p. 100. (*Question du 8 décembre* 1931.)

*Réponse.* — 1° Lorsqu'un accouchement n'est pas normal et que la sage-femme doit faire appel au médecin, la caisse d'assurances sociales doit rembourser les honoraires payés à ces deux praticiens, soit globalement si l'intervention du médecin est de pratique médicale courante (délivrance artificielle, application de forceps) sur la base du forfait prévu dans son tarif de responsabilité pour l'accouchement par sage-femme avec majoration de 50 p. 100, soit séparément, si l'intervention rentre dans les actes de chirurgie et de spécialités (réfection du périnée, césarienne vaginale ou abdominale), sur la base du forfait sans majoration, pour les honoraires de sage-femme, et du chiffre-clé applicable à la nomenclature des spécialistes, pour les honoraires du médecin ;

2° La majoration de 20 p. 100 du forfait prévu par le tarif de responsabilité de la caisse s'applique au cas où l'accouchement a donné lieu à l'application de forceps par le même praticien, par conséquent sans appel d'un autre praticien.

Ces majorations, qui résultent de la circulaire ministérielle du 31 mars 1931, ont été établies sur la base de la relation existant entre les coefficients adoptés pour les interventions susvisées par la fédération des syndicats médicaux de la Seine.

(*J. O.*, 29 janvier 1932.)

## Promotion au grade de médecin auxiliaire des Etudiants en médecine

Le ministre fait connaître que les étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire, incorporés en octobre 1931 et remplissant les conditions de scolarité exigées, seront nommés au grade de médecin, pharmacien et dentiste auxiliaire à compter du 15 avril 1931.

Les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes et étudiants en médecine, en pharmacie, et en art dentaire, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, incorporés en octobre 1931, seront nommés, s'ils remplissent les conditions de scolarité exigées, au grade de médecin et pharmacien sous-lieutenant de réserve et dentiste militaire de 2e classe de réserve, à compter du 15 mars 1932.

Les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, incorporés en avril 1931 et nommés à ces grades après six mois de service, seront nommés au grade de médecin et pharmacien sous-lieutenant de réserve et dentiste militaire de 2e classe de réserve, à compter du 20 mars 1932.

Les directeurs du service de santé voudront bien faire établir et adresser au ministre les dossiers de proposition pour le grade de sous-lieutenant de réserve, pour le 25 février 1932, terme de rigueur.

(*Circulaire n° 808 1 /7 du 21 janvier 1932.*)

# CORRESPONDANCE

## Questions médico-militaires

### 396. — Admission pour Pupille de la Nation

Dans le n° du 3 janvier du *Concours*, je lis votre réponse 5.754 au sujet des Pupilles de la Nation.

Permettez-moi, étant président d'une Section cantonale, de compléter votre documentation au moyen des imprimés ci-joints.

J'ajoute : 1° l'admission des enfants aux Pupilles de la Nation est un droit pour ceux dont le père est mort. Si le père est encore vivant, l'admission est prononcée par le président du tribunal ; elle n'est pas toujours accordée, du moins dans mon département, quand le pourcentage de la réforme est peu élevé.

2° Le titre de Pupille de la Nation ne confère aucun droit officiel à une attribution de points supplémentaires dans un concours. Officieusement, les juges peuvent être mieux disposés pour un Pupille. Il en était du moins, ainsi dans les années qui ont suivi la guerre. Actuellement, la « Dette sacrée » est un peu oubliée ; les anciens combattants, les réformés, sont des gêneurs fossiles et budgétivores. Dr R.

### 5912. — Fixation de la pension d'invalidité

Dans votre lettre du 26 février, en réponse à la mienne où je vous donnais les dates de mes promotions dans mes différents grades, vous m'indiquiez que j'avais

droit à une pension d'invalidité fixée pour un lieutenant à 20 % à 730 fr. Et effectivement l'intendance de V., m'avait établi un titre d'allocation d'attente à 770 fr. par an, plus bien entendu le 140 % du taux du soldat à 672 fr. Mais je viens de recevoir du Ministère des Pensions un titre de pension établi à 600 fr. pour le grade de sous-lieutenant. Or, voici mes promotions aux grades de :

médecin A. M. de 2e cl. à titre temporaire le 10 oct. 1916 ;

médecin A. M. de 2e cl. à titre définitif le 6 juillet 1917.

médecin A. M. de 1re cl. à titre temporaire le 10 oct. 1918 ;

médecin A. M. de 1re cl. à titre définitif le 6 juillet 1919.

Je suis resté sur le front, en 1re ligne, jusqu'au 26 février 1919, date à laquelle j'ai été affecté, jusqu'à ma démobilisation le 11 juillet 1919, à un hôpital de ville de Faculté pour y terminer mes études.

Le Ministre des Pensions est-il dans son droit et a-t-il établi d'une façon exacte mon titre de pension ? ou bien a-t-il fait erreur ? Et dans ce cas, dois-je faire une réclamation, sous quelle forme et à qui dois-je l'adresser ?

L'Intendance de V. me demande de lui renvoyer d'urgence mon titre d'allocation d'attente. Dois-je le faire ? J'attendrai votre réponse, que je vous serai très obligé de me faire parvenir le plus tôt possible.

Dr X.

**Réponse.**

Il y a certainement une erreur, car vous avez droit à la pension du grade que vous déteniez au moment de votre démobilisation (art. 18 de la loi du 11 avril 1931).

Adressez donc une réclamation au Directeur de la liquidation, ministère des pensions, en exposant vos états de services, et remettez cette réclamation (avec prière de transmettre) à l'Intendant de V. à la place du titre d'allocation d'attente qu'il vous réclame.

Si vous avez une pièce officielle de votre nomination à 2 galons le 10 octobre 1918, faites en faire une copie que l'Intendant certifiera conforme et joindra à la réclamation.

### 5992. — Allocation de la carte aux anciens combattants

Le Ministère trouve que mes titres à la carte du combattant ne sont pas suffisants. (J'ai appartenu 2 mois aux ambulances de l'armée d'Orient, évacué pour maladie contractée en service).

Mais l'on m'assure que les ambulances citées ci-dessus ne font pas partie du fameux tableau des formations combattantes. En ce cas le Ministère me demande de chercher à bénéficier de l'art. 4 du décret du 1er juillet 1930. Quel est cet article ? Sur les journaux il ne figure pas « *in extenso* ».

Dr B.

**Réponse**

Voici ce que dit cet article 4 :

« Les militaires ne remplissant pas les conditions visées ci-dessus, notamment les militaires ayant pris part aux opérations effectuées avant le 2 août 1914, pourront individuellement demander à bénéficier de la qualité de combattant s'ils estiment posséder des titres de guerre particuliers. Les demandes seront instruites par les Comités départementaux et par l'Office national des Combattants. La décision sur chacun de ces cas sera prise par le Ministre des Pensions. Les décisions du Ministre sont définitives. »

### 5943. — Droit des Infirmiers à la carte de combattant. Promotion au grade de médecin lieutenant.

1° Le personnel infirmier des autos-chirs pendant la guerre a-t-il droit à la carte du combattant ?

2° Médecin sous-lieutenant de réserve (prise de rang 1er janvier 1926) ai-je le droit d'être promu au grade de médecin lieutenant sans avoir accompli de périodes ?

Dr B.

**Réponse.**

1° Les auto-chirs n'étaient pas des formations de division ; leur personnel n'a donc pas droit à la carte de combattant.

2° Si vos bonifications pour années d'études ont reporté votre ancienneté à 4 ans plus haut, du jour de votre promotion au grade de sous-lieutenant, vous n'avez pas de période à faire pour être promu au grade de lieutenant.

Sinon, il faut effectuer une période, pour être promu et votre promotion sera retardée jusqu'à l'accomplissement de cette période.

### 6130. — Aggravation de tuberculose pulmonaire. Délivrance du carnet de soins

Voulez-vous avoir la bienveillance de me renseigner au sujet d'un jeune soldat rentré dans ses foyers depuis deux mois environ et réformé 25 % pour bacillose unilatérale et que je trouve actuellement bilatérale.

Ce taux d'invalidité est-il suffisant ? Comment agir pour le faire augmenter ?

Ayant l'intention de le diriger dans le Midi aux frais du Gouvernement, comment dois-je procéder ?

En possession de son titre de pension, la préfecture n'a pas encore envoyé son carnet pour soins médicaux gratuits. Quels moyens employer pour secouer la léthargie préfectorale ?

Dr D.

**Réponse.**

S'il y a « tuberculose cliniquement et bactériologiquement confirmée », le taux doit être de

100 %. Que votre malade écrive donc au médecin-chef du Centre de réforme dont il dépend, pour demander une visite d'aggravation, et l'application du décret du 8 avril 1924 (indemnisation de la tuberculose). Joignez-y un certificat médical d'aggravation.

C'est le Maire de la commune qui doit inscrire l'intéressé qui le demande, sur la Liste des bénéficiaires de l'art. 64.

Pour l'admission dans un sanatorium, adresser la demande au Préfet, accompagnée d'un certificat médical attestant :

1° Que la maladie en cause est bien celle qui a motivé la pension ;

2° Qu'elle est dans un état d'évolution tel qu'elle peut réellement bénéficier du traitement dans un sanatorium.

### 6135. — Renouvellement de proposition pour la Légion d'honneur

Proposé par le médecin-inspecteur de ma région pour la Légion d'honneur et non inscrit au tableau 1931 (j'étais proposé à titre exceptionnel, n'ayant pas encore 30 annuités), serais-je d'office reproposé pour le prochain tableau et en serais-je averti par mon médecin-inspecteur ? (j'ai, en ce moment, 30 annuités).

Dr V.

**Réponse**

Ayant été proposé une première fois par votre Directeur du Service de santé, vous serez proposé dans la suite, chaque année jusqu'à réussite, à moins que vous n'ayez démérité ?

Il sera bon toutefois de renforcer encore vos titres acquis, notamment par l'assiduité aux cours de perfectionnement.

### 6173. — Droit à pension avec rétroactivité de grade

Ayant été nommé, comme inapte par suite de blessure, lieutenant à titre rétroactif à la date du 18 juillet 1918 et à titre définitif pour prendre rang en août de la même année (1918), je n'ai jamais touché la solde de lieutenant.

J'ai obtenu en mai dernier une pension d'invalidité supérieure à 10 %. Or, je m'aperçois que mon titre de pension porte sous-lieutenant et me donne droit avec deux enfants à 780 fr. par an : ai-je droit à une pension supérieure en qualité de médecin lieutenant ?

Dr X.

**Réponse.**

Si, dans cette rétroactivité de votre nomination au grade de lieutenant, n'entre pas en jeu la bonification d'études qu'accorde la loi du 15 mars 1927, vous avez droit à la pension d'invalidité du grade de lieutenant.

Dans ces conditions *seules*, vous pouvez adresser une réclamation au Directeur de la Liquidation, 1er Bureau du Ministère des Pensions, 139, rue de Bercy, Paris 12e, en y joignant une copie certifiée conforme de vos titres de nomination de lieutenant.

### Remise de décoration

Un correspondant m'écrit : « Avant la réception, le nouveau légionnaire n'a pas la propriété de son grade ; il n'a pas le droit de porter l'insigne, ni même le ruban à la boutonnière. Ce n'est qu'après cette réception qu'il a la jouissance des droits, honneurs, et prérogatives attachés à sa qualité. »

Je remercie mon correspondant de son redressement. Il ajoute d'ailleurs : « jamais on n'ennuiera un légionnaire qui porte le ruban avant d'avoir été reçu. »

Si ce n'est qu'une tolérance, elle est passée en effet dans les usages et je n'ai jamais entendu dire que qui que ce soit s'en soit offusqué. Dès la parution à l'*Officiel* des promotions, il est d'usage que les nouveaux légionnaires arborent, à la boutonnière, le ruban ou la rosette représentatifs de leur grade. Ceci n'infirme donc que partiellement ce que j'ai écrit dans le no 5 (p. 232).

G. D.

## Application du Tarif des soins aux pensionnés de guerre

### 623. — Doit-on réclamer à deux tiers-payants une consultation unique ?

Je lis dans le *Concours* du 24 janvier 1932, page 268-LXII, sous le no 6770 :

« Doit-on réclamer à deux tiers payants, une consultation unique », une réponse de votre collaborateur, M. le Dr F. Decourt, à une question posée par le Dr E.

Je suis sidéré par son intégrité, son honnêteté professionnelle qui frise (passez-moi l'expression) le poirisme. Voyons : un accidenté du travail, vient vous voir. Bon ! vous lui faites un pansement, un certificat initial et une ordonnance pour des objets de pansements. Ensuite, il vous demande de l'ausculter pour une bronchite relevant de l'article 64. Vous lui faites une ordonnance sur son carnet de soins gratuits.

Bien, alors à qui allez-vous faire cadeau des 15 fr., à l'Etat où à la Compagnie d'assurances ? N'oubliez pas que aussi bien la Compagnie d'assurances, que la Commission de contrôle préfectorale ne vous en sauront aucun gré.

Et de plus, lorsque le pharmacien produira sa note de médicaments qui ne sera pas appuyée de la consultation médicale, on lui objectera qu'il y a erreur.

Allons, n'exagérons pas, soyons honnêtes, ne prêtons à aucune suspicion, mais de là à provoquer des sourires même chez les honnêtes gens, il y a une marge.

Aucun texte légal, aucun décret, aucun tarif ne parle de ce distinguo subtil.

J'espère que le confrère Decourt ne me tiendra pas rancune mais je reste sur mes positions.

Dr F.

**Réponse**

J'ai toujours pensé (et dit et écrit) qu' « *en médecine sociale, il faut agir envers le bénéficiaire, de la même façon, ni plus, ni moins, qu'on agirait envers un malade de clientèle courante.* » C'est même là un critérium qui fut reproduit, dans la suite, par d'autres confrères en maints articles de journaux professionnels, ce qui prouve que je n'étais pas le seul à penser ainsi. Or, si vous voyez à votre cabinet, un client *ordinaire* qui tousse et qui a une plaie au doigt, par exemple, lui faites-vous payer deux consultations ?... Quant à l'objection du pharmacien avec son ordonnance « non appuyée » de la consultation médicale », elle ne porte pas puisqu'il n'est pas obligatoire « d'appuyer » une ordonnance d'une feuille de maladie... Si, par exemple, comme cela arrive, un pensionné de guerre vous fait apporter par sa femme, son carnet pour renouveler une potion ou des cachets, allez-vous froidement retirer la feuille de soins, la signer et faire payer une consultation que vous n'avez *pas faite* ?

D'ailleurs, il y a une façon bien simple de fixer nos idées à ce sujet, c'est de demander, puisqu'il s'agit d'un pensionné de guerre, l'avis de la *Commission supérieure.* Je suis prêt à m'incliner devant son arrêt, et vous aussi je pense.

Mais, en attendant, je ne me reconnais pas le droit de proposer à un confrère d'agir suivant votre théorie, je craindrais trop de l'entraîner à des « ennuis » dans la suite...

Dr F. DECOURT.

### 582. — Les feuilles de visite ne peuvent être détachées qu'en cas de « soins » donnés

Venant d'être nommé médecin-conseil d'une très importante Association de victimes de la guerre, ai-je le droit, quand un bénéficiaire de la loi de 1919 vient me consulter sur ses droits à une révision de sa pension, de détacher un bulletin de visite de son carnet à souches ?

Dr P.

**Réponse**

Lorsque vous examinez un blessé pour lui établir un certificat, en vue d'une *révision de sa pension*, il ne s'agit plus des *soins* que l'Etat a pris en charge et dont il est seul comptable devant le médecin traitant, d'après l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919. Vous n'avez donc *pas le*

*droit*, dans le cas que vous invoquez, de détacher un bulletin de visite du carnet à souches du blessé. La jurisprudence est d'ailleurs nettement établie à ce sujet, suivant les décisions de la Commission Supérieure, à propos de médecins ayant détaché un bulletin dans ces conditions.

Dr F. DECOURT.

## Fiscalité

### 305. — Patente sur un immeuble occupé gratuitement. Déclaration de revenus d'un médecin nouvellement installé

Mon fils, docteur en médecine, installé depuis octobre 1931, à V., où j'exerce moi même, habite gratuitement, sans autre locataire, un immeuble m'appartenant. Comment s'établira sa patente et sa déclaration de bénéfices professionnels ? Y a-t-il lieu de faire un bail pour la forme ?

A-t-il une déclaration à faire de bénéfices professionnels pour les trois mois de 1931 pendant lesquels il a exercé ?

D'autre part, comment doit-il faire figurer sur ses déductions de bénéfices l'amortissement d'une voiture automobile ?

Y a-t-il lieu de déduire des amortissements pour frais d'étude ?

Dr X.

**Réponse**

L'immeuble habité par Monsieur votre fils étant mis par vous gratuitement à sa disposition, sa patente devra être calculée sur la valeur locative de 1914 augmentée conformément aux lois spéciales sur les loyers, notamment celle de 1929.

Si vous faites un bail, il y aurait intérêt à ce que le prix ne fut pas supérieur à la valeur locative fixée par lesdites lois. Ce bail ne nous paraît pas utile, sauf pour diminuer les bénéfices imposables du locataire s'ils étaient importants.

Une déclaration doit être faite pour les trois mois de 1931. L'amortissement du prix de l'auto peut se faire d'abord sur les bénéfices de l'année de l'achat et si ceux-ci ne sont pas suffisants, sur les bénéfices des deux années suivantes.

Les frais d'études ne s'amortissent pas, car ils ne sont pas faits par le bénéficiaire.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 157. — Patente sur la valeur locative de la place occupée par la voiture d'un médecin dans un garage public

Je reçois une note de 700 fr. du fisc à payer pour patente de mon garage 1931.

Faut-il protester avec chance de succès ?

Depuis le 1er janvier, j'ai retiré mon auto du garage particulier (7 voitures), où elle était et j'ai mis ma

voiture dans un grand garage public. Serai-je encore imposé ou imposable dans ce garage ?

Dois-je prévenir le contrôleur que mon auto a changé de garage ?

Dr C.

**Réponse**

La patente est due sur la valeur locative de l'emplacement servant à la voiture, surtout si celle-ci sert à la profession.

A. M.

**253. — Patente d'un médecin travaillant dans une clinique**

J'ai un loyer personnel de 6.000 francs pour le domicile que j'habite et où je travaille et dont la patente est 3.000 fr. environ.

D'autre part, je fais trois fois par semaine, l'après-midi, des consultations dans une clinique. Le Directeur de la Clinique me retient le tiers des mes honoraires pour frais de participation, patente comprise bien entendu.

Cette Clinique a un loyer de 12.000 francs et le Directeur paie pour cela une patente de 9.000 francs environ.

Or, le percepteur du quartier de la Clinique, sous le prétexte que ce local n'a pas un loyer en rapport avec les prix du quartier, ce qui est d'ailleurs très discutable, veut imposer à la patente personnellement tous les médecins qui travaillent à cette Clinique en plus bien entendu de ce que donne l'Administrateur de la Clinique.

Je me vois, de ce fait réclamer 4.127 francs, pour l'année écoulée.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire ce que je dois répondre à cette prétention excrbitante du fisc et sur quelle base le faire.

Dr Y.

**Réponse**

Si vous travaillez à la clinique comme employé ou directeur, la patente ne serait pas due.

Si, au contraire, le directeur met à votre disposition un local dans lequel vous soignez vos clients, qui vous honorent personnellement, la patente est due sur la valeur locative des locaux à votre disposition.

A. M.

**6660. — Délai de revision de l'impôt sur le revenu**

L'Administration a, je crois, 5 ans pour effectuer les révisions et rappels des rôles de l'impôt sur le revenu. Or, je viens de recevoir un avertissement d'avoir à payer une majoration afférente « aux impôts établis au titre de l'année 1926 (bénéfices ou revenus de 1925) ». Si je sais bien compter, ce rappel a trait à un exercice de plus de 5 ans. Est-ce exact ? Quels moyens de recours ?

Dr A.

**Réponse**

L'année de l'imposition n'est pas comptée dans les 5 ans. On peut donc, jusqu'au 31 décembre 1931, imposer 1925.

## Accidents du travail

### 679. — Accident survenu à un ouvrier revenant de son travail

J'ai donné des soins à un ouvrier d'usine, qui a été renversé étant à bicyclette sur la route alors qu'il revenait de son travail. La Compagnie m'a renvoyé ma note, alors que cet ouvrier était guéri. La Compagnie allègue que l'ouvrier a été blessé en dehors de son lieu de travail et en dehors de ses heures de travail. Elle refuse de me payer.

Dr S.

**Réponse**

En principe, la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service (note sous arrêt : D. P. 1901-1-273). En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail, lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été la victime soit parvenu sur le lieu du travail *ou après qu'il s'en est éloigné* (même arrêt et Sachet, no 317 et suivants).

S'il est exact, dans l'espèce que vous nous soumettez, que l'ouvrier revenait de son travail au moment où l'accident s'est produit, il n'était plus placé sous la direction et la surveillance de son patron et c'est à bon droit que la Compagnie d'assurances refuse de reconnaître la responsabilité de son assuré. D'autre part, la Compagnie n'avait pas l'obligation de vous aviser au cours du traitement de son intention de rejeter le sinistre et son silence jusqu'à la présentation de votre note ne peut être interprété comme une reconnaissance tacite de responsabilité.

Dans ces conditions, vous devez vous faire payer par le blessé lui-même, conformément au droit commun et votre client pourra ensuite comprendre le montant de vos honoraires dans l'indemnité qu'il pourra réclamer à l'auteur de l'accident, si la responsabilité de ce dernier est admise.

Cinquante-quatrième année | N° 8 | 21 Février 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

### Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

*Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les docteurs :

**Alger** : Adda, Picard.
**Amélie-les-Bains** : Dr Alardo, J. Bouix.
**Arcachon** : Jean Doche.
**Arguel** (Doubs) : H. et J. Bon.
**Balaruc-les-Bains** (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*)
**Bandol** : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
**Beaulieu-sur-Mer** : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
**Beausoleil** : Andoly, Gaveau, Pizard.
**Biarritz** : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
**Cambo-les-Bains** : A. Camino Colbert, Trotot.
**Cannes** : Abadie, A. H. Bourquet, Cadinouche, Caruette, L. Dubief, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
**Cap-d'Ail** : Lyons.
**Cap-Martin** : Griffault.
**Carnac-plage** : E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer** : Agostini.
**Chambon-de-Tence (Le)** : Riou.
**Chamonix** : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
**Font-Romeu-Odeillo** : Yves Eynaud (*hélioth.*)
**Fréjus** : Turcan.
**Grasse** : Bossuet, Brody, Chaumet, A. Couderc.
**Hauteville** : A. Wigniolle.
**Hyères** : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
**Juan-les-Pins-Antibes** : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
**La Seyne** : Grandjean J. M. Jaubert.
**Mégève** (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
**Menton** : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
**Monte-Carlo** : S. Vivant,
**Nice** : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Mafilyan, Malaussène (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
**Oran** : Paire, Maupetit.
**Pau** : Bajac, Carcy, Cornet.
**St-Didier** : A. Masquin.
**St Gervais-les-Bains** : Roux.
**Ste-Maxime-sur-Mer** : Bausset, Ficonetti.
**St-Raphaël - Valescure** : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon,
**St-Pierre-de-Chartreuse** : Brianes.
**Sanary-sur-Mer** : P. Gaillard.
**Toulon** : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O.R.L.*), Pignet (*urol., derm.*)
**Vernet-les-Bains** : Dr Ponson.
**Villefranche-sur-Mer** : Alfonsi-Baud.
**Villard-de-Lans** : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du*** **CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée*** **d'un timbre pour la réponse.**

N° 63. — On dem. anc. int. hôp. Paris reçu doct. ou proch., céliba., pour aider confr. dans stat. thermale, 1re année 30.000, 2e 40.000, 3e 50.000. Belle situat. d'avenir.

N° 64. —Méd. franc., 24 ans pratique cherche emploi fixe le matin. Paris, rive gauche de préférence.

N° 65. — Seine-et-Marne. 40 km. de Paris, bonne clientèle à prendre gratuitem. On peut faire pharmac., subvent. de la commune. Bicycl. sufit, 6 communes peu éloignées à desservir. Logement vacant.

N° 66. — Pharmac. militaire retraité, ou pharmac. libre est demandé par Laboratoire.

N° 67. — Jne femme, act. sténo-dactyl. sér. réf., rech. emploi chez doct., comme secrét. Accepter. toute occupat. journée ou demi-journée.

N° 68. — A vend. 1° appar. radiolog. 30 mill. am. 90 kil. volts, complet avec cupule tube 30 mil. diaphragme écran fluorescent, etc., place très réduite, prix : 7.000 ; 2° tube B. B. Colidge 30 mil. très peu servi, prix 2.100 ; 3° grand pied radiologique de Liémens, prix 1.500 ; 4° grand pied radiol. Gaiffe, prix : 2.000 ; S'adr. M. J. Lofin, 4 rue des Volontaires, Paris, de préfér. sur rendez-vous.

N° 69. — Touraine. Propharm. excell. rendem., 30 ans exist., maison avec parc, grand conf. Indemn. 15.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris, 5e. Tél. Odéon 36-46.

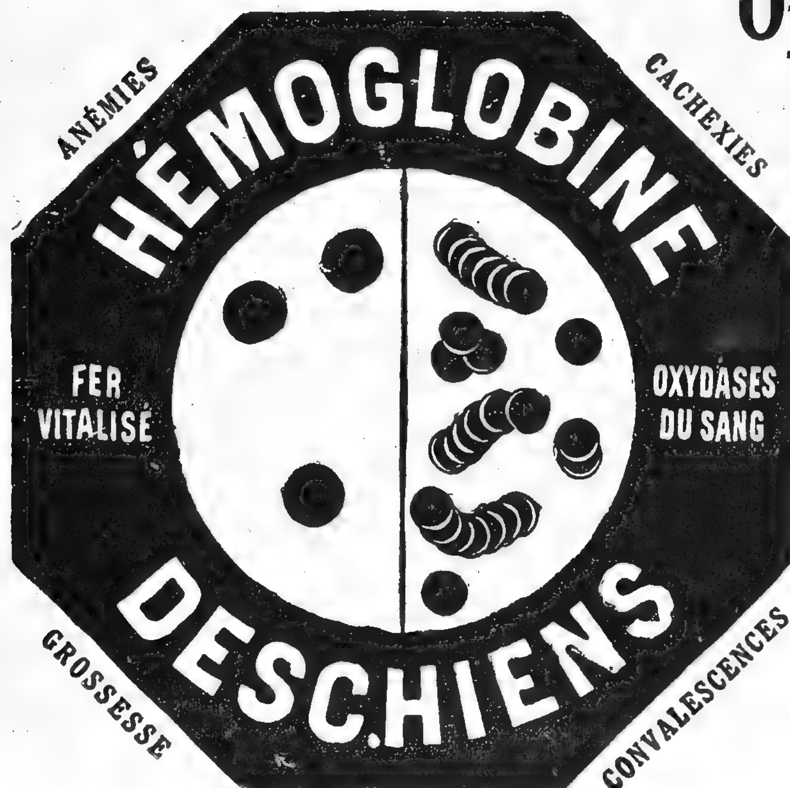
N° 70. —120 km. Sud Paris. Très import. propharm., pet. loyer, belle maison. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris, 5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 71. — Paris. Quart. commerc., clien. méd. génér. V. U. bien située, appartem. profess., belle installat. Indemn. 35.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris, 5e Tél. Odéon 36-46.

N° 72. — Sud-Est — Chef-lieu canton 120 km. Paris, seul méd. propharm. accouch., gros rendement, indemn. à débatt.

## Renseignements





## *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — MM. Remlinger (de Tanger) et Nicloux (de Strasbourg) sont élus associés nationaux.

— **Groupe médical du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine.** — Un groupement, analogue au groupe médical parlementaire, vient d'être fondé, sur l'initiative de M. Marie, réunissant les médecins membres du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine. M. Calmels a été nommé président.

— **L'Université de Poitiers** célèbrera, en juin 1932, le cinquième centenaire de sa fondation.

— **La Médaille du Docteur Charles Dujarier.** — Les amis et les élèves du Docteur Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, directeur de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, si soudainement enlevé en juillet dernier à leur affection, alors qu'en pleine possession de son talent et en pleine activité, il faisait bénéficier tant de malades de son habileté opératoire et de la générosité de son grand cœur, ont décidé d'apposer un médaillon à son effigie dans son service de l'hôpital Boucicaut.

Un des premiers en France, Charles Dujarier s'était adonné au traitement opératoire des fractures; l'expérience et la maîtrise qu'il avait acquises en chirurgie osseuse en faisaient un des maîtres incontestés, dont le renom honorait grandement notre pays. Il s'attaquait avec un courage qui ignorait les défaillances aux lésions les plus graves, comme à celles dont la thérapeutique difficile avait été antérieurement semée de déceptions renouvelées.

Son désintéressement l'attachait avec prédilection à ses malades d'hôpital et aux déshérités de la vie.

Un Comité d'honneur a été constitué en vue de commémorer la mémoire de Charles Dujarier, lors de la cérémonie qui aura lieu à l'hôpital Boucicaut dans le courant de 1932. Le médaillon, œuvre du sculpteur Auguste Maillard, qui sera inauguré à cette occasion, sera reproduit en une médaille destinée aux souscripteurs.

Le Comité d'organisation est composé de MM. A. Gosset, professeur à la Faculté ; J. Braine, chirurgien des hôpitaux ; P. Funck-Brentano et P. Lecœur, prosecteurs des hôpitaux. Trésorier : Georges Masson, éditeur.

Les souscriptions sont recueillies dès maintenant : 1° A la librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (Compte chèques postaux, Paris, n° 599) ; 2° à l'hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, Paris 15e, entre les mains de l'économe de l'hôpital. Toute souscription de 100 francs, au minimum, donnera droit à un exemplaire de la médaille.

— **Syndicat de la Presse scientifique.** — Le dîner annuel du Syndicat de la Presse scientifique, que préside le Dr Foveau de Courmelles, a eu lieu le 16 février, à l'hôtel du Pavillon, rue de l'Echiquier, à Paris. M. Léon Noël, directeur du Cabinet du Président du Conseil, présidait la réunion, au cours de laquelle une conférence fut faite par M. Belin sur la transmission des images par T. S. F., avec projections.

Secrétaire général du Syndicat : M. Toutain, 25, rue du Four, Paris-VIe.

—**Conférences de l'Hôtel Chambon.**— Le vendredi 19 février 1932, dans la grande salle des conférences de l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, M. Paléologue, de l'Académie française, ambassadeur de France, a fait une conférence sur « La tsarine Alexandra Feodorowna, dernière impératrice de Russie ».

— **Ligue française contre le rhumatisme** (51, rue Bonaparte, Paris). — *Hospice de Bicêtre. Consultation des maladies rhumatismales.* — Une consultation est ouverte dans le Service de M. Alajouanine, professeur agrégé, les lundi et vendredi, à 10 heures.

Cette consultation est assurée par le Docteur Jean Lacapere, ancien chef de clinique.

— **Le théâtre du Grand Guignol** vient de reprendre une pièce en deux actes du professeur Roger, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, intitulée : *L'Enquête.* Les deux actes de l'éminent doyen, dont le talent d'auteur dramatique est hautement apprécié, obtiennent un vif succès. *Radio-Paris* a diffusé, il y a quelques jours, une représentation de l'*Enquête* ; nombre de nos lecteurs sans-filistes ont pu l'entendre à l'écoute.

— **Institut général psychologique** (143, boulevard Saint-Michel, Paris -Ve). — *Conférences sur l'Art et la vision*, avec projections et démonstrations, par M. Serge Youriévitch, sculpteur, les mardis 23 février et 1er mars, à 14 h. 30, dans le Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine : 1° Les mouvements oculaires ; Essai d'une esthétique à base physiologique ; 2° Esthétique physiologique et arts plastiques.

— **La pension des mutilés des yeux est augmentée.** — Le ministre des Pensions vient de prendre une circulaire aux termes de laquelle les mutilés des yeux de la guerre 1914-1918, et des T. O. E., n'ayant plus que la perception lumineuse d'un œil ou dont la vision de celui-ci est réduite à moins de un vingtième, obtiendront, dorénavant, 65 % d'invalidité au lieu de 45 %.

Les pensionnés définitifs peuvent, sous certaines conditions, obtenir la révision de leur pension sur ce taux à compter du 16 septembre dernier.

L'Association des mutilés des yeux, reconnus d'utilité publique et dont le siège est 29, rue Guillaume-Tell, Paris, en portant à la connaissance des mutilés des yeux cette nouvelle qui couronne les efforts qu'elle a fait pour aboutir, informe tous les intéressés

qu'elle tient à leur disposition le formulaire à remplir par eux pour obtenir satisfaction.

Joindre à la demande un franc en timbres poste et copie du diagnostic porté sur la notification.

— **Hôpitaux de Toulouse.** — Un concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste adjoint des hôpitaux aura lieu le 4 juillet 1932 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

— **Prenez garde.**— On nous signale qu'un médecin, ou se disant tel, commettrait des indélicatesses en achetant des postes médicaux successifs qu'il quitte au bout de quelques mois, sans avoir payé les billets souscrits par lui à son vendeur, trop confiant...

Nous mettons nos lecteurs en garde contre des agissements aussi délictueux.

— **Légion d'Honneur.** — Au titre du Ministère des Travaux publics, le Docteur Pierre BEHAGUE vient d'être nommé Chevalier de la Légion d'honneur pour les services qu'il ne cesse de rendre, comme directeur des Postes de secours sur route, dont les interventions ne se comptent plus.

Nous connaissons tout particulièrement cette vaste et bienfaisante organisation. Nous n'avons cessé de lui prodiguer nos encouragements. Nous sommes infiniment heureux que le Gouvernement ait ainsi témoigné sa gratitude à notre sympathique et distingué confrère et ami, à qui nous adressons nos bien cordiales félicitations.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

31 JANVIER.

**Légion d'honneur.**

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : MM. les Drs Bouchet, de Paris et Taravallier, de Briançon.

**Soins aux pensionnés de guerre.**

*Article unique.* — Sont nommés membres de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1932 :

MM. Valentino, directeur du contentieux et des services médicaux au ministère des Pensions, président ; Rieffel, professeur agrégé de la faculté de Paris, vice-président ; A. Paloque, chef des services médicaux au ministère des Pensions ; P. Theron, du service de l'appareillage au ministère des pensions ; Mlle Mallet, sous-chef de bureau des soins gratuits et de l'appareillage au ministère des Pensions ; MM. Mauclaire, professeur agrégé de la faculté de Paris ; Maisonnet, médecin lieutenant-colonel, professeur au Val-de-Grâce ; Rœderer, chirurgien consultant près le centre d'appareillage de Paris ; Ripert, docteur en médecine; David de Drézigué, médecin chef du centre d'appareillage de Tours ; Mayer, médecin chef du centre d'appareillage de

Nancy ; Roure, ingénieur à l'école nationale des arts et métiers ; Beaufils, chargé de l'inspection technique des services d'appareillage ; Thoumyre, mutilé de guerre, député ; Maillet, mutilé de guerre, député ; Capy, mutilé de guerre, représentant des mutilés ; Ponquer, mutilé de guerre, représentant des mutilés ; le président de la chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical, ou son représentant ; le président de la chambre syndicale des fabricants de prothèse et d'orthopédie ou son représentant ; le président de la chambre syndicale du Sud-Est des instruments et appareils de l'art médical ou chirurgical, ou son représentant ; Montier, expert au centre d'appareillage de Paris ; Vivier, chef d'équipe au centre d'appareillage de Paris ; Raux, ouvrier sellier garnisseur au centre d'appareillage de Rennes.

3 FÉVRIER.

**Diplôme d'assistant ou d'assistante de service social.**

*Décret du 12 janvier 1932 instituant un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou d'assistante de service social diplômé de l'Etat français.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

4 FÉVRIER.

**Enseignement de la médecine.**

M. Dalous, professeur de thérapeutique à la faculté de Toulouse, est nommé, sur sa demande professeur de clinique médicale.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Noël, agrégé pérennisé chargé d'enseignement à la Faculté de Lyon et à M. Thévenot, agrégé, chargé d'un cours d'anatomie médico-chirurgicale à ladite faculté.

5 FÉVRIER.

**Asiles publics d'aliénés.**

*Avis de vacance de postes de médecin directeur et de médecin chef de service d'asiles d'aliénés.*

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), est vacant, par suite du départ de M. le docteur Chatagnon, nommé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés de Begard (Côtes-du-Nord) est vacant par suite du départ de M. le docteur Daussy, nommé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Merland, nommé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Hyvert, nommé à un autre poste.

6 FÉVRIER.

### Médaille des épidémies.

La médaille des épidémies en or a été décernée à M. le Dr Nicolleau, des Sables-d'Olonne, mort victime de son dévouement.

### Service de Santé militaire.

Un médecin de réserve du grade de lieutenant ou sous-lieutenant, en stage dans l'armée active, pourra être admis dans l'armée active (Troupes coloniales) en 1932, au titre de la loi du 4 janvier 1929 (art. 4, § 3).

7 FÉVRIER.

### Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur au titre de la loi du 17 juillet 1931 les médecins de réserve ci-après :

Officier : M. le Dr Sauvage, médecin capitaine.
Chevalier : M. le Dr Baudot, médecin lieutenant

8 FÉVRIER.

### Médecin de la manufacture nationale de Beauvais.

Le taux de l'indemnité annuelle allouée au médecin de la manufacture nationale de Beauvais est porté de 1.500 à 2.400 fr. à compter du 1er janvier 1931.

### Hygiène publique.

*Arrêté du 5 janvier 1932 complétant l'article 1er de l'arrêté du 7 janvier 1908 relatif à l'examen des candidatures aux fonctions de directeur de bureau municipal d'hygiène.*

Art. 1er. — Est complété ainsi qu'il suit l'article 1er de l'arrêté du 7 janvier 1908 relatif à l'examen des candidatures aux fonctions de directeur de bureau municipal d'hygiène :

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Cette liste d'aptitude est notifiée au maire par l'entremise du préfet seulement après que l'assemblée générale du conseil supérieur d'hygiène publique de France aura statué sur le recours éventuellement formé devant elle par les candidats non inscrits.

Art. 2. —Le conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

### Ecole du service dce santé de la marine militaire.

*Avis de concours d'admission à l'école principale du service de santé de la marine en 1932.*

L'école principale du service de santé de la marine instituée près la faculté de médecine de Bordeaux, a pour but d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales.

Les élèves du service de santé de la marine se recrutent par voie de concours parmi les étudiants en

médecine et en pharmacie provenant des écoles annexes de médecine navale et parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés, des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

A leur sortie de l'école de Bordeaux, après obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien (1), c'est-à-dire au plus tard le 31 décembre de leur dernière année d'études, les élèves sont affectés par voie d'option ou, à défaut, d'office, au corps de santé de la marine ou à celle des troupes coloniales.

Un concours d'admission aura lieu les 7 et 8 juillet 1932.

Ce concours comprend des épreuves d'admissibilité, des épreuves d'admission et des examens d'aptitude physique.

Dans chaque centre, les examens d'aptitude physique auront lieu aussitôt après les épreuves orales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 7 et 8 juillet 1932 à Paris (ministère de la marine), Bordeaux (école du service de santé de la marine), Brest (hôpital maritime), Rochefort (hôpital maritime), Toulon (hôpital maritime Sainte-Anne) et à Alger dans un local désigné par le commandant de la marine.

(1) En outre, les élèves en pharmacie doivent obligatoirement être en possession des deux certificats d'études supérieures ci-après : « chimie générale et chimie physiologique ».

Celles d'admission auront lieu à Brest et Rochefort (hôpital maritime), à Toulon (hôpital Sainte-Anne), à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Le nombre des élèves à admettre à l'école de Bordeaux à la suite du concours de 1932 est fixé au chiffre total de 85 ligne médicale et pharmaceutique. La répartition de ces 85 places entre le corps de santé de la marine et celui des troupes coloniales sera fixée et annoncée au *Journal officiel* dans le courant du deuxième trimestre 1932.

Seront admis à prendre part à ce concours :

1° Les étudiants en médecine réunissant quatre inscriptions valables pour le doctorat en médecine ;

2° Les étudiants en pharmacie justifiant soit d'une année d'études dans une école annexe, soit d'une année de stage régulier pour le diplôme de pharmacien, et possesseurs du certificat de validation de stage, avant le 15 novembre 1932.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suvantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français.

Pourront être admis à concourir les fils d'étranger nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917 ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1932, moins de vingt-quatre ans.

Pour les candidats qui ont déjà fait du service militaire, la limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

3° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire ;

4° Ne pas être marié ;

5° Etre pourvu, au moment de l'ouverture du concours :

*a*) Etudiants en médecine, de quatre inscriptions, valables pour le doctorat.

Les étudiants ayant au plus sept inscriptions seront autorisés à prendre part à ce concours ;

*b*) Etudiants en pharmacie : d'un certificat attestant qu'ils ont accompli une année d'études dans une école annexe ou une année de stage régulieret qu'ils sont titulaires du certificat de validation de stage pour le diplôme de pharmacien, dans les conditions fixées par le décret du 26 juillet 1909, relatif aux études pharmaceutiques, ou titulaires de trois inscriptions au plus.

Toutes les conditions d'inscriptions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

En outre, les élèves reçus à l'école devront, pour être admis à y entrer, être en possession, avant le 15 novembre 1932, d'un certificat constatant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité, ou, sinon, que l'échec subi par eux ne les empêche pas de poursuivre leur scolarité (art. 1er et 2 du décret du 10 septembre 1924.)

PIÈCES A PRODUIRE.

Les pièces à produire à l'appui de la demande d'inscription au concours sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat, établi sur papier timbré et revêtu des formalités prescrites par la loi (voir notamment loi du 16 avril 1916, candidats des régions libérées, des colonies, ou ceux venant de l'étranger) ;

2° Uu certificat du maire de la localité habitée par la famille constatant que le candidat est Français, ou naturalisé Français.

Les candidats naturalisés devront joindre, soit la copie du décret présidentiel leur ayant accordé cette faveur, soit une pièce permettant de retrouver ce décret au *Bulletin des lois* ;

3° Une attestation de l'intéressé, déclarant qu'il n'est pas marié et qu'il a pris connaissance des dispositions de l'article 61 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'Armée (1) ;

4° A. — Si le candidat n'est pas sous les drapeaux :

*a*) Un certificat du commandant d'un dépôt des équipages de la flotte ou du commandant d'un bureau de recrutement, établi postérieurement au 1er mai 1932, et constatant, dans les mêmes conditions que

(1) D'où il résulte que le fait de contracter mariage avant l'entrée à l'école de Bordeaux place l'intéressé dans l'impossibilité légale de souscrire l'engagement volontaire auquel est subordonnée l'admission à cette école.

pour l'engagement volontaire, que le candidat est apte au service militaire ;

*b*) Un certificat du commandant du bureau de recrutement de la subdivision territoriale à laquelle appartient le candidat, établissant la situation exacte de celui-ci au point de vue du service militaire (non lié au service, appelé, ajourné, sursitaire ou démobilisé) ; dans ce dernier cas, un état signalétique et des services devra être joint aux certificats ci-dessus.

B. — Si le candidat est présent sous les drapeaux : Un état signalétique et des services arrêté à la date du 1er mai 1932, et auquel sera jointe une attestation du chef de corps constatant sa bonne conduite ;

5° *a*) Etudiants en médecine :

Un certificat de scolarité portant les mention suivantes :

Date d'obtention et nature du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

Date d'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Nombre d'inscriptions prises et date de concession de la dernière.

*b*) Etudiants en pharmacie :

Pour les candidats n'ayant pas accompli une année d'études dans une des trois écoles annexes de médecine navale :

Un certificat de scolarité portant les indications suivantes :

Date d'obtention et nature du baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

Certificat du doyen de la faculté de pharmacie, de la faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou du directeur de l'école de médecine et de pharmacie, ou du juge de paix, attestant que le candidat a règuièrement accompli le stage officinal ;

Certificat de validation de stage (devra être fourni avant le 15 novembre 1932) ;

Eventuellement, le nombre d'inscriptions prises et date de concession de la dernière ;

6° Une déclaration écrite indiquant: 1° la langue étrangère choisie (anglais ou allemand) ; 2° la résidence du candidat ; 3° l'adresse très exacte où devra lui être adressée, en cas d'admission, sa lettre de nomination, et 4° les centres d'examen (admssibilité et admission) choisis par l'intéressé, parmi les villes indiquées au titre IV ci-après :

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre ;

7° Une déclaration indiquant si, en cas d'admission à l'école, la famille ou le candidat établira une demande de trousseau gratuit.

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au ministère de la marine (Direction centrale du service de santé), à partir du 20 mai 1932.

La liste d'inscription sera close le 5 juin 1932 au soir, terme de rigueur.

*Voir la suite page LXIII-599*

# AVIS IMPORTANTS

I

Le nouveau TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL, dit TARIF LANDRY, remplace celui du 26 octobre 1931qui a été annulé et dont il est une révision ; il a été publié au *Journal officiel* du 11 février 1932.

Il est applicable à partir du 15 février 1932, au règlement des honoraires pour soins donnés seulement postérieurement à cette date. C'est le tarif Fallières (16 décembre 1926) qui doit être appliqué au règlement d'honoraires pour soins antérieurs.

Il sera publié *in extenso* dans le numéro documentaire du *Concours médical* de ce mois.

II

La croix de Chevalier de la Légion d'honneur sera remise au Docteur Julien NOIR, Rédacteur en chef du *Concours médical*, le lundi 7 mars 1932, dans les *Salons Marguery*, boulevard Bonne-Nouvelle, à 19 h. 30, par M. Louis ROLLIN, député du Ve arrondissement, ex-Ministre du Commerce.

La cérémonie sera suivie du dîner que M. Rollin présidera également.

Des circonstances indépendantes de la volonté des organisateurs ne leur ont pas permis de conserver la date du 27 février, primitivement adoptée, et les ont mis dans l'obligation de reporter la Fête du Dr NOIR, au 7 mars.

# PROPOS DU JOUR

## A l'Union médicale latine.
## Le latin langue scientifique universelle

L'Union médicale latine (U. M. F. I. A.) sous la Présidence du Dr Dartigues, assisté des Docteurs Molinéry et Dausset, secrétaires généraux, et Cambiès, trésorier, a tenu récemment son assemblée générale annuelle. On a pu y constater la prospérité toujours croissante de l'Association qui se développe non seulement en France mais dans toutes les nations latines. Le triomphal dîner d'automne donné en l'honneur de la Belgique, avec la présence de nombreux ambassadeurs ou ministres plénipotentiaires, et de personnages éminents, a montré une fois de plus le grand rôle que joue l'Union médicale latine dans le rapprochement des médecins, nous allions dire des nations de culture latine.

Mais l'Umfia ne veut pas se borner à ce genre de manifestations, elle veut faire plus sinon mieux. Elle va organiser une série de Conférences sur chaque nation latine et s'est assurée pour les réaliser des maîtres de la médecine qui sont aussi des maîtres de la parole. Ces conférences seront faites devant un public de choix et présidées par l'Ambassadeur, le Ministre plénipotentiaire, ou un haut personnage de la nation qui servira de sujet au conférencier.

L'Union médicale latine désire encore étendre son action plus loin que ces manifestations surtout sentimentales. Elle espère entrer dans le domaine pratique et, sous la puissante impulsion du Dr Dartigues, elle veut tenter une réforme qui, si elle réussissait, serait une véritable révolution : c'est la résurrection du latin comme langue scientifique universelle. Nous disons résurrection, car, jusqu'au XVIIIe siècle, le latin fut véritablement, surtout pour les médecins, le langage scientifique de tous les peuples civilisés. Les Hollandais Boerhaave et Van Swieten, les Allemands Stahl et Auenbrugger, les Suisses Haller et Théophile Bonet, les Italiens Valsalva, Morgagni, Malpighi, en somme tous les grands

◆◆

médecins du XVIII[e] siècle ont écrit leurs œuvres en latin ; seuls, les Anglais (Cullen et Hunter par exemple) se sont servis à cette époque de leur propre langue, bien qu'au siècle précédent tous les médecins anglais, dont Harvey et Sydenham, aient aussi écrit en latin.

En France, les luttes entre chirurgiens et médecins, les premiers devant se servir de la langue vulgaire, tandis que l'usage du latin était exclusivement réservé aux seconds, la rivalité de la Société royale de médecine avec la Vieille Faculté firent abandonner le latin par les médecins à la fin du XVIII[e] siècle. Les travaux de Barthez, de Bordeu, de Corvisart sont rédigés tantôt en français, tantôt en latin.

Mais la résurrection du latin comme langue médicale universelle ne consisterait pas, tout du moins dans notre esprit, à ne plus utiliser les langues nationales dans la rédaction des travaux scientifiques. Notre désir est bien plus modeste, c'est de nous servir du latin comme langue adoptée dans nos relations entre médecins de divers pays. Il serait en effet fâcheux de priver notre littérature médicale française de chefs-d'œuvre comme l'*Introduction à l'Etude de la Médecine expérimentale* de Claude Bernard ou comme les *Cliniques de l'Hôtel-Dieu* de Trousseau.

A l'Assemblée générale de l'Union médicale latine, la question du latin langue scientifique universelle a été reprise et traitée avec ampleur. Outre MM. Dartigues, Ruffier, Chauvois qui, en maintes circonstances, ont rompu des lances en faveur du latin, M. Ruffier allant jusqu'à tenter l'expérience de faire en un latin, très simple et très compréhensible pour tous, le compte rendu du dernier banquet de l'Union, outre ces champions, contredits par le D[r] Foveau de Courmelles qui garde une préférence marquée pour l'espéranto, deux savants linguistes étrangers à la médecine, M. Mathieu Nicolau, professeur de droit en Roumanie et lauréat de l'Institut, et M. Michaux, bâtonnier du barreau de Boulogne-sur-Mer, ont traité avec éloquence la question du latin, le premier dans un remarquable rapport, le second dans une longue lettre adressée au Président Dartigues.

M. Nicolau qui est un polyglotte très distingué, a fait remarquer qu'il ne fallait pas se borner à considérer dans une langue son seul système morphologique. Une langue n'exprime pas des idées simplement en alignant des mots ; il faut pour cela se servir de tournures, de locutions, d'expressions qui sont propres à chaque langue. L'espéranto est certainement plus facile à apprendre que le latin si l'on ne considère que le système morphologique de la langue, mais il devient aussi difficile, sinon davantage, si l'on veut exprimer des idées au moyen de tournures et de locutions. Ou l'esperanto empruntera ces tournures et ces locutions aux langues déjà existantes et nous verrons se renouveler la confusion de la Tour de Babel ; ou il créera des tournures, des locutions qui lui seront propres et alors, avec le concours de grands écrivains, de maîtres de la plume et de la pensée, l'espéranto pourra devenir à la longue une véritable langue avec toutes ses nuances d'expression, mais il sera alors aussi difficile à apprendre que le français, l'anglais, l'allemand, l'italien ou l'espagnol et certes plus que le latin.

De toutes les langues, le latin est la moins difficile à apprendre parce que c'est une langue bien faite, à structure logique et cohérente. On n'est pas tenu d'ailleurs de s'exprimer dans le latin de Cicéron et de Virgile. Sans doute, comme nous le fait remarquer le D[r] Noury, de Rouen, le latin est parfois obscur du fait de sa concision et il nous rappelle que les latins eux-mêmes s'en rendaient compte, car Properce avait dit : *Brevi volo, obscurus fio.* Mais il y a latin et latin. A côté du latin obscur et difficile, il y a le latin au style clair, simple et limpide comme celui des Commentaires de César ou encore celui des œuvres du grand médecin de l'époque d'Auguste, Cornelius Celsus, qui écrivait dans un style d'une remarquable pureté et qui est fort facile à comprendre. En français, n'en est-il pas de même et peut-on comparer le langage d'Anatole France à celui de MM. Claudel et Paul Valery ?

On a objecté que les termes techniques rendraient ce latin plus particulièrement barbare. Mais ces termes techniques, indispensables, sont employés dans toutes les langues et comme ils sont presque tous d'origine grecque ou latine, ils seraient peut-être moins déplacés dans le latin que dans le français ou toute autre langage.

En somme, l'emploi du latin comme langue médicale universelle, alors que, dans tous les pays du monde, les gens cultivés ont fait des études de latin, ne présente pas d'objection sérieuse. M. Nicolau a fait remarquer que les médecins n'étaient pas seuls à se préoccuper d'une langue internationale ; les juristes ont le même souci et c'est encore au latin qu'ils ont recours.

Récemment, l'*Académie internationale de droit comparé* de la Haye, sur la proposition du Professeur Rafaël Altamira, envisageait comme point de départ de l'unification de la terminologie juri-

dique, une étude sous le titre *De verborum significatione* du *Digeste* de Justinien.

M. Nicolau a proposé à l'Union médicale latine de constituer un Comité restreint d'*Amis du latin* qui s'efforcerait de vulgariser l'étude du latin le plus simple en lisant des auteurs anciens, comme Celse, ou des modernes qui écrivaient un bon latin facile à comprendre, comme Fracastor et Valsalva trop oubliés de nos jours.

M. Michaux est persuadé, comme M. Nicolau, qu'il n'y a aucun obstacle à enrichir le latin de l'apport des termes techniques et de néologismes modernes ; toute langue vivante en fait autant. Mais il pense qu'il faut se mettre en garde contre les difficultés de l'étude du latin, difficultés qui tiennent à la grammaire, capables de rebuter et de décourager les plus chauds partisans du latin. Lui qui a, pendant de longues années, suivi les études de Zemenhoff et pratiqué l'espéranto alors qu'il n'avait pas été encombré de mots de toute origine, même barbare, est partisan du latin simplifié tel qu'il l'a réalisé en créant la langue *romanal*. Il propose de faire des tentatives de réalisation. Les partisans puristes du latin s'exprimeraient suivant les règles de Lhomond et sans prétention si possible, tandis que les simplificateurs parleraient un latin transformé selon leurs théories et les auditeurs apprécieraient.

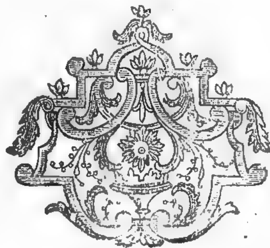
Cette expérience est à tenter. Il faut noter que les universitaires sont des adversaires résolus du latin comme langue scientifique universelle, car, habitués à lire et à expliquer le latin de la bonne époque, ils ne sauraient tolérer un jargon qui rappellerait le latin de Molière. Mais le but que se propose l'Union médicale latine n'est pas d'obliger les médecins à refaire de longues études de latin comme jadis celles qu'ils firent au Collège. Au point de vue *pratique*, la méthode qui est appliquée à l'étude du latin est mauvaise, il conviendrait d'avoir recours à une méthode toute différente, genre Berlitz, permettant d'apprendre rapidement à parler latin comme l'enfant apprend à parler sa langue maternelle. C'est d'ailleurs ainsi que Montaigne, qui fut un excellent latiniste, apprit le latin. Il nous raconte que son père, dès sa première enfance, avait exigé que tout le monde parla, latin autour de lui, même les domestiques. Il n'y a pas très longtemps d'ailleurs qu'on employait la même méthode dans les collèges de Jésuites, où les élèves étaient tenus de parler toujours latin, même entre eux.

Une fois qu'on pourrait s'exprimer en latin, ce latin fût-il du latin d'église, du latin de cuisine, voire même du latin de Molière, on pourrait tâcher de se perfectionner, d'arriver peu à peu à se servir d'une langue plus correcte et plus pure.

Une autre expérience a été proposée, c'est de rédiger en un latin très simple les comptes rendus analytiques des travaux parus en diverses langues et la rédaction de la *Revue de l'Union médicale latine* semble tout à fait désignée pour en faire l'essai.

Pour conclure, l'Union médicale latine, qui ne recule devant aucune difficulté, a nommé une Commission qui continuera à étudier la réalisation du latin, langue scientifique universelle. Le vote du Sénat, dans sa séance du 8 décembre 1931, imposant le baccalauréat latin-grec aux jeunes gens qui désirent entreprendre des études médicales, est tout à fait encourageant et il se pourrait que plus tôt qu'on ne le croit l'utopie d'aujourd'hui devient la réalité de demain et que le latin devient la langue médicale internationale.

J. Noir.



# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

### Sur un garçon de 9 ans présentant une très forte hypotrophie staturale simple (1)

Professeur P. Nobécourt

Je ne puis vous montrer le jeune garçon, dont je vais vous parler aujourd'hui, car il a quitté le service. Je dois me contenter de vous présenter sa photographie.

Cette photographie a été faite le 5 avril 1931, à côté de celle d'un garçon de même âge, qui a une taille moyenne pour son âge.

Julien, le témoin, est né le 10 décembre 1926. Il est âgé de 9 ans et 4 mois. Sa taille est de 129 cm. ; la taille moyenne de cet âge est de 127 cm. Sa taille est celle d'un garçon âgé de 9 ans et 8 mois ; elle est supérieure de 2 cm, soit de 1,5 %, à la moyenne.

Notre malade, Marcel, est né le 21 août 1921. Il est âgé de 9 ans et 7 mois. Sa taille est de 100 cm. ; la taille moyenne est de 128 cm. 5. Il a la taille d'un garçon de 4 ans et 6 mois.

Sa réduction staturale est de 28 cm. 5, soit de 22,1 %. Il est donc atteint d'une hypotrophie staturale très forte ; on pourrait même parler du nanisme.

Précisons son observation.

Marcel entre au pavillon Marie-Richard le 3 décembre 1930. Son père nous l'amène parce qu'il ne grandit pas. Il a l'aspect d'un enfant beaucoup plus jeune que son âge.

Il est âgé de 9 ans et 3 mois.

Sa taille est de 99 cm. 5. La taille moyenne à cet âge est de 126 cm. 5. La réduction staturale est de 27 cm., soit de 21,3 %. La taille est celle d'un enfant de 4 ans 5 mois.

Voici les mensurations comparées à celles d'un garçon de 9 ans 3 mois et d'un garçon de 4 ans 5 mois.

| | Marcel | Enfant de 9 ans 3 mois | Enfant de 4 ans 5 mois |
|---|---|---|---|
| Poids....... | 12 kgr. 400 | 23 kgr. 350 | 14 kgr. 450 |
| P/T........ | 124,6 | 184,5 | 145,2 |
| Pt xiphoïdien | 52 cm. 5 | 59 cm. 5 | 52 cm. |
| Pt/T........ | 0,527 | 0,470 | 0,522 |
| Coefficient de Pignet .... | 34,6 | 43,6 | 33 |
| Périmètre cranien....... | 50 cm. 4 | 51 cm. | 49 cm. |

(1) Leçon du 9 mai 1931.

Somme toute, Marcel présente des caractères anthropométriques très différents de ceux des garçons de son âge. Par contre, ses caractères anthropométriques sont très analogues à ceux d'un garçon de 4 ans 5 mois, dont il a la taille.

Son périmètre thoracique, le rapport du périmètre thoracique a la taille, le coefficient de Pignet sont semblables.

Mais, il est maigre, son poids et le rapport du poids à la taille sont inférieurs de 2 kgr. et de 20 à ceux du garçon de 4 ans et 5 mois.

Son périmètre cranien est intermédiaire au périmètre moyen pour son âge et pour sa taille.

Etudions maintenant le squelette de notre jeune malade. Les radiographies que je vous montre sont faites le 13 décembre 1930. Je vous montre en même temps des radiographies de Guillaume, âgé de 8 ans 10 mois, qui a une taille de 127 cm. supérieure de 3 cm. à la moyenne, et de Paul, âgé de 9 ans 4 mois, qui a une taille de 122 cm., inférieure de 5 cm. à la moyenne, correspondant à celle de 8 ans et demi.

Voici la radiographie des mains et des poignets.

Au niveau du carpe, vous voyez trois points d'ossification : à l'âge de Marcel, il y en a 7 ou 8 ; à 5 ans il y en a 6 ; l'ossification est celle d'un enfant d'un an et demi à 2 ans.

Au niveau du métacarpe et des phalanges, les points d'ossification existent tous ; mais ils sont grêles ; à 9 ans, ils sont bien plus gros ; normaleansment, ils apparaissent vers l'âge d'un an et demi ou deux ans.

Aux extrémités inférieures des os de l'avant-bras, le point d'ossification du radius, qui appa-

raît à un an, est visible, mais plus grêle que ceux des témoins. Celui du cubitus manque, alors que normalement, il apparaît à 5 ans ; pour les témoins, il est net chez Guillaume et manque chez Paul.

Sur les radiographies du genou, les cartilages sont plus larges et plus transparents que sur celles de Paul ; on voit à peine, sous forme d'une petite tache, le point de la rotule qui normalement apparaît vers 4 ans et est très bien développé chez Paul.

Voilà enfin la radiographie du crâne. Il est à peu près normal ; la selle turcique, qui nous intéresse particulièrement, est normale.

En somme, Marcel, à 9 ans 3 mois, a l'ossification d'un garçon de 4 ans et demi au plus.

L'examen médical ne nous révèle rien de notable. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le fond des yeux est normal.

L'état psychique paraît un peu déficient ; Marcel est dans une classe inférieure à celle de son âge, mais il se range parmi les premiers.

Son métabolisme basal étudié par M. Lebée est de 69 ; à 9 ans, il est normalement de 52,5, l'écart absolu est donc de + 16,5 soit + 31 %.

Mais le métabolisme basal se rapproche de celui des enfants de 5 ans. Celui-ci est de 60. L'écart absolu est donc, par rapport à celui d'un enfant de 5 ans, de + 9, soit de + 15 %.

En tout cas, le métabolisme est supérieur à la normale.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H[8]) sont négatifs.

Les notions d'étiologie sont les suivantes.

Marcel est né à terme. Sa taille à la naissance est un peu faible ; il ne mesure que 47 cm., la moyenne étant de 50 cm. ; il présente donc une réduction de 3 cm., soit de 6 %. Son poids est de 2 kgr. 100, le poids moyen étant de 3 kgr. 250.

Il est élevé au lait de vache jusqu'à 30 mois. Il a sa première dent à 7 mois et marche à 22 mois. Il n'a pas eu d'autre maladie que la rougeole.

C'est au cours de la quatrième année que ses parents ont remarqué le retard du développement statural.

Ses parents sont bien portants ; ils sont grands et auraient des tailles de 170 cm. Il a deux frères et quatre sœurs, deux aînés de 17 et 10 ans, quatre plus jeunes de 7, 6, 4 et 3 ans ; tous ont des tailles normales.

Il n'y a pas de suspicion de syphilis dans la famille.

Aucune donnée utile à l'étiologie ne se dégage de cette enquête.

Durant le séjour de l'enfant à l'hôpital nous avons institué le traitement suivant. Du 14 janvier au 2 février, 12 injections sous-cutanées de 1 cc. d'extrait Byla de lobe antérieur de l'hypophyse actif pour l'accroissement, contenant 0gr. 12 d'organe frais ;

Du 3 février au 3 mars, 20 comprimés Choay, contenant chacun 0 gr. 05 d'extrait thyroïdien et 0 gr. 25 d'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse ;

Du 4 mars au 25 mars, 18 injections sous-cutanées de l'extrait hypophysaire de Byla déjà utilisé.

Le 9 avril, quatre mois après son entrée dans le service, Marcel est âgé de 9 ans et 7 mois.

Sa taille est de 100 cm. au lieu de 128 cm. 5 ; il a une réduction staturale de 28 cm. 5, soit de 22,1 %. Son poids est de 14 kgr. 450, au lieu de 24 kgr. 150 ; sa réduction pondérale est de 9 kgr. 400. Sa taille et son poids sont conformes à ceux d'un garçon de 4 ans 6 mois.

Pendant les quatre mois de séjour à l'hôpital sa taille a augmenté de 0 cm. 5. Pendant ce même laps de temps, un garçon entre 9 ans 3 mois et 9 ans 7 mois augmente de 1 cm. 5, un garçon, entre 4 ans 5 mois et 4 ans 9 mois, de 2 cm.

La réduction staturale de Marcel est passée de 27 cm. à 28 cm. 5, de 21,3 % à 22,1 %.

Les traitements, que nous avons presrits, ne semblent avoir produit aucun effet.

***

Je désire, à propos de Marcel, vous parler de la SÉMIOLOGIE DES HYPOTROPHIES STATURALES DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE.

J'ai déjà abordé ce sujet dans des leçons réunies dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Troubles de la nutrition* et de *la croissance* et dans un livre sur *Les enfants trop petits*, publié en 1929.

L'*hypotrophie staturale*, qu'on appelle encore l'*hypoplasie staturale*, désigne l'insuffisance d'accroissement statural, d'où résulte une taille trop petite pour l'âge.

L'écart entre la taille moyenne de l'âge et la taille du sujet examiné donne la *réduction staturale*.

La réduction staturale permet de fixer la limite de l'hypotrophie staturale et de préciser son degré.

La *limite entre la taille moyenne et l'hypotrophie staturale* est bien imprécise.

Dans ma leçon du 18 avril, sur *La croissance staturale*, je vous ai rappelé que la taille moyenne non seulement correspond à la valeur normale, mais comprend encore des tailles hautes et des tailles petites.

Pour fixer les idées, j'admets qu'avec une réduction staturale de 5 cm. au maximum, la taille est encore moyenne, qu'avec une réduction staturale de 6 cm. au minimum, il y a déjà hypotrophie staturale. Dans mon livre sur *Les enfants trop petits*, j'ai considéré qu'avec une réduction de 5 % au maximum une taille est encore moyenne, qu'avec une réduction de 6 % au minimum, il s'agit d'une hypotrophie ; mais la première

règle me paraît plus simple. En réalité, quelle que soit la méthode adoptée, l'appréciation de la limite inférieure des tailles moyennes est toujours arbitraire, car on applique une mesure uniforme, alors qu'une même réduction staturale de 6 cm., par exemple, est importante pour un nouveau-né, qui devrait mesurer 50 cm., relativement faible pour un garçon de 15 ans qui devrait mesurer 162 cm.

Pour classer les *degrés de l'hypotrophie staturale*, j'admets également des limites arbitraires.

| *Hypotrophie staturale* | *Réduction staturale* |
|---|---|
| 1er degré ou légère.... | 6 cm. à 11 cm. |
| 2e degré ou moyenne. | 12 cm. à 16 cm. |
| 3e degré ou forte..... | 17 cm. à 21 cm. |
| 4e degré ou très forte. | 22 cm. et au-dessous. |

Quand l'hypotrophie est très forte, se pose la question du *nanisme*.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, en 1832, désigne sous le nom de nanisme les tailles très réduites.

Dans son dictionnaire, Littré donne la définition suivante : les *nains* sont des individus « dont la taille est de beaucoup inférieure à la taille moyenne de leur race », il faut ajouter, de leur âge, lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes gens, en période de croissance.

Comme termes synonymes de nanisme, Malacarne et Bresehet ont proposé les mots de *microsomie, microsomatie*, qui sont peu utilisés.

Les *limites entre l'hypotrophie staturale et le nanisme* sont indécises.

Pour les adultes, on admet souvent qu'un sujet, dont la taille est inférieure à 130 cm., est un main.

Suivant cette définition, la réduction staturale est, pour les hommes, de 36 cm., c'est-à-dire de 21,6 %, pour les femmes, de 26 cm., c'est-à-dire de 16,6 %.

Quand il s'agit d'enfants et de jeunes gens, la frontière supérieure du nanisme est difficile à préciser ; on ne peut la fixer pour chaque âge à une taille déterminée ; on peut admettre que l'hypotrophie staturale très forte est équivalente au nanisme.

Par ailleurs, le nanisme n'a pas, théoriquement tout au moins, de limite inférieure.

Les hypotrophiques et les nains ne sont pas tous coulés dans le même moule. D'après les caractères morphologiques et anthropométriques, on peut considérer deux *grandes classes*.

La première classe comprend l'*hypotrophie staturale* et le *nanisme simples*. La taille est petite mais il n'y a pas d'autres anomalies. Le sujet est semblable ou à peu près à un enfant ou à un jeune homme moins âgés. Cette variété correspond à l'*atéléiosis*, au sujet inachevé d'Hastings Gilford.

Dans la seconde classe rentrent les sujets atteints d'*hypotrophie staturale* et de *nanisme complexes*. Leur taille est petite. Mais, en outre, ils présentent des dysharmonies morphologiques importantes et des symptômes divers révélant des affections dont la réduction staturale est un symptôme.

Le type de ces hypotrophies staturales complexes est réalisé par le myxœdème congénital.

***

Aujourd'hui, je ne vous entretiendrai que de l'HYPOTROPHIE STATURALE SIMPLE.

Elle est fréquente. Je pourrais vous en citer de nombreux exemples. Je me borne à celui-ci.

Voici la photographie d'Arlette, faite en mars 1923. Elle est reproduite dans mon livre de *Clinique*, à propos de ma leçon du 2 juin 1923 sur *Deux observations d'enfants diabétiques*.

Arlette est née le 19 juin 1911. En mars 1923, elle est âgée de 11 ans et 8 mois. Sa taille est de 126 cm. ; la taille moyenne des filles de son âge est de 139 cm. 5 ; elle présente donc une réduction staturale de 13 cm. 5, soit de 9,6 % ; elle a la taille d'une fille de 10 ans ; elle est atteinte d'une hypotrophie staturale simple moyenne. Cette jeune diabétique est morte depuis.

Comme celle de Marcel, la photographie d'Arlette illustre la description de l'hypotrophie staturale simple.

Les enfants qui ont de l'hypotrophie staturale simple ont des caractères communs.

Ils sont de petite stature ; les proportions de leur corps, sont en harmonie avec leur taille ; ils sont bien conformés, mais ils paraissent plus jeunes que leur âge.

Précisons leurs CARACTÈRES ANTHROPOMÉTRIQUES.

La *réduction staturale* est le phénomène pathognomonique. On peut observer tous les degrés de l'hypotrophie staturale.

Pour un sujet donné, il faut déterminer l'âge du sujet normal plus jeune de même taille, puis comparer les données anthropométriques avec celles de ce sujet plus jeune de même taille.

Un caractère anthropométrique important est la *proportion des membres inférieurs et du buste*, que donne le *rapport de Manouvrier*, S/B.

J'ai étudié, dans *Le Progrès Médical* du 7 décembre 1929, les *proportions des membres inférieurs et du buste (rapport de Manouvrier) suivant les tailles pendant l'enfance et la jeunesse.*

Si on compare le rapport S/B des hypotrophiques avec le rapport des sujets plus jeunes de même taille, on le trouve, avec une fréquence égale, soit conforme, soit supérieur, soit beaucoup plus rarement inférieur. Les hypotrophi-

qués sont donc, pour leur taille, généralement mésoskèles ou macroskèles, rarement brachyskèles.

La macroskélie est, avec une égale fréquence, légère (les écarts de S/B étant de + 0,05 à + 0,09) ou moyenne (les écarts atteignant + 0,10 à + 0,14), rarement forte (écart de + 0,15 à + 0,19.)

La brachyskélie est généralement légère (écarts de — 0,05 à — 0,09), rarement moyenne (écarts de — 0,10 à — 0,14), très rarement forte (écarts de — 0,15 à — 0,19).

Le *poids* dépend de facteurs très différents de ceux qui influent la taille.

Les hypotrophiques peuvent être gros ou maigres. Ces cas particuliers mis à part, leur poids et le rapport du poids à la taille P/T sont généralement conformes ou un peu supérieurs aux moyennes des sujets plus jeunes de même taille.

Le *périmètre thoracique* et le *rapport du périmètre thoracique à la taille* Pt/T sont généralement conformes aux moyennes des sujets de même taille. Ils sont souvent un peu supérieurs ou un peu inférieurs, mais, en général, la différence est faible et ne dépasse pas les limites des variations physiologiques.

Le *coefficient de Pignet*, qu'on obtient par la formule suivante T — (P + Pt), est appelé à tort *coefficient de robusticité*. Il permet de se rendre compte uniquement de la *corpulence* du sujet, de l'*habitus* de son corps.

Il est d'autant plus faible que le volume est plus fort pour la taille, d'autant plus fort que le volume est plus faible pour la taille.

Pour l'interpréter, il faut le considérer en fonction des rapports P/T et Pt/T.

Comparé au coefficient de Pignet, des sujets moyens de même taille, le coefficient des hypotrophiques peut être conforme, supérieur ou inférieur.

On rencontre trois types principaux.

*Premier type* : le coefficient de Pignet est conforme à celui des sujets de même taille ; la corpulence est moyenne.

En voici un exemple:

Xavier est âgé de 15 ans et 10 mois. Sa taille est de 140 cm. au lieu de 161 cm. ; il a une réduction staturale de 21 cm., soit de 13 %. Sa taille est celle d'un garçon de 12 ans et deux mois. Par rapport à ce dernier, on constate :

| | *Xavier* | *Garçon de 12 ans 2 mois* | *Ecart* |
|---|---|---|---|
| P/T | 231 | 215 | + 16 |
| Pt/T | 0,45 | 0,46 | — 0,01 |
| Pignet | 43 | 44 | — 1. |

La corpulence est conforme parce que les rapports P/T et Pt/T sont conformes.

*Deuxième type* : le coefficient de Pignet est supérieur à celui des enfants de même taille ; la corpulence est faible.

Lucette, âgée de 11 ans et un mois, en est un exemple.

Sa taille est de 121 cm. au lieu de 135 cm. 5 ; la réduction staturale est de 14 cm. 5, soit de 10,7 % ; sa taille est celle d'une fille de 9 ans et 2 mois. En comparaison avec cette dernière, on note :

| | *Lucette* | *Fille de 9 ans 2 mois* | *Ecart* |
|---|---|---|---|
| P/T | 148 | 187 | — 39 |
| Pt/T | 0,42 | 0,47 | — 0,05 |
| Pignet | 51 | 39 | + 12 |

La corpulence est faible parce que les rapports P/T et Pt/T sont faibles. L'enfant est maigre ; son thorax est étroit.

Chez d'autres sujets, le Pignet peut être supérieur, parce que le rapport P/T est faible, le rapport Pt/T étant normal, ou inversement.

*Troisième type* : le coefficient de Pignet est inférieur à celui des sujets de même taille ; la corpulence est forte.

La jeune Nicolle en est un exemple.

Elle est âgée de 13 ans 8 mois. Sa taille est de 129 cm. 5, au lieu de 148 cm. 5. La réduction staturale est de 19 cm., soit de 12,7 % ; la taille est celle d'une fille de 10 ans et 5 mois. Nous notons en comparaison avec une fille de cet âge :

| | *Nicolle* | *Fille de 10 ans 5 mois* | *Ecart* |
|---|---|---|---|
| P/T | 257 | 207 | + 50 |
| Pt/T | 0,50 | 0,47 | + 0,03 |
| Pignet | 30 | 40 | — 10 |

La corpulence est forte, parce que le rapport P/T est fort.

Chez d'autres sujets, le coefficient de Pignet peut être faible parce que les rapports P/T et Pt/T sont forts.

L'étude des caractères anthropométriques et de a corpulence des hypotrophiques est très importante à faire. Elle permet de reconnaître les troubles ou les affections qui tantôt sont intriqués, tantôt sont la conséquence des facteurs qui entraînent l'insuffisance de la croissance staturale.

Ils peuvent alors renseigner sur l'étiologie et la pathogénie.

Voyons maintenant l'ÉVOLUTION DE LA CROISSANCE STATURALE DANS LES HYPOTROPHIES STATURALES SIMPLES.

Ces hypotrophies peuvent se constituer pen-

dant toute la période de la croissance, soit chez le fœtus, soit au cours de la première, de la deuxième, de la troisième ou de la quatrième enfances, soit au cours de la jeunesse.

Quand l'hypotrophie s'installe pendant la *vie fœtale*, le nouveau-né à terme est de petite taille, il présente une hypotrophie staturale plus ou moins forte. Un nouveau-né prématuré peut paraître petit, mais si sa taille est conforme à celle de son âge fœtal, il n'a pas d'hypotrophie ; il ne réalise celle-ci que si sa taille est inférieure à celle de son âge fœtal.

Pour un enfant né prématurément, il faut, au moins pendant la première année, comparer la taille avec celle des enfants du même âge réel, c'est-à-dire de l'âge compté à partir de la fécondation et non à portir de la date de naissance.

Par exemple, un enfant né à 7 mois, avec une taille de 39 cm. est, en réalité, quand il a 10 mois âgé de 8 mois ; il faut donc comparer sa taille à celle d'un bébé de 8 mois.

Souvent un enfant présente un accroissement statural moyen ou supérieur à la moyenne jusqu'à un certain âge, et sa taille est moyenne. Puis, à un certain âge, sa croissance se ralentit et l'hypotrophie staturale s'installe.

La *croissance staturale des hypotrophiques, comparée à l'accroissement statural des sujets normaux*, peut présenter des *modalités différentes*.

On rencontre *trois modalités principales*.

*Première modalité* : l'accroissement statural est parallèle à l'accroissement moyen, la réduction staturale ne se modifie pas.

Jean en est un exemple.

A 13 ans 10 mois, sa taille est de 133 cm., au lieu de 150 cas ; avec une réduction staturale de 17 cm. ou 11 %, à 15 ans 11 mois, elle est de 144 cm. au lieu de 161 cm., avec une réduction de 17 cm. ou 11 %. En deux ans et un mois son accroissement statural est de 11 cm., comme l'accroissement moyen.

Au lieu d'avoir, à 13 ans 10 mois, la taille d'un garçon de 10 ans 6 mois, il a, à 15 ans 11 mois la taille de 12 ans 11 mois.

*Deuxième modalité* : l'accroissement statural est inférieur à l'accroissement moyen, la réduction staturale augmente.

C'est le cas d'Arlette, dont je vous ai montré la photographie.

De 11 ans à 13 ans 9 mois, en deux ans et neuf mois, son accroissement est de 5 cm., alors que l'accroissement moyen est de 14 cm.

A 11 ans, sa taille est de 125 cm., la taille moyenne de 135 cm., la réduction staturale de 10 cm. ou 7 %. A 13 ans 9 mois, sa taille est de 130 cm. la taille moyenne de 149, la réduction staturale de 19 cm., soit 12 %. Elle avait, au début de la période une taille de 9 ans 10 mois ; elle a, à la fin de la période, une taille de 10 ans 7 mois.

*Troisième modalité* : l'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen, la réduction staturale diminue.

Jacqueline, en six ans et un mois, a un accroissement statural de 19 cm., tandis que l'accroissement moyen est de 15 cm.

A 11 ans 11 mois, sa taille est de 131 cm., la taille moyenne de 141 cm., la réduction staturale de 10 cm. ou 7 % ; à 18 ans, sa taille est de 150 cm., la taille moyenne de 155 cm., la réduction staturale de 5 cm. ou 3 %. Elle avait une taille de 10 ans 6 mois, elle a une taille de 14 ans.

Guillaume à 15 ans 6 mois, a une taille de139 cm., alors que la taille moyenne est de 159 cm. ; à 20 ans 2 mois, sa taille est de 159 cm. au lieu de 166 cm. Son accroissement statural est donc, en cinq ans deux mois, de 20 cm., l'accroissement moyen étant de 7 cm. La réduction staturale est de 20 cm. ou 12 % à 15 ans 6 mois et même 22 cm. ou 13 % à 15 ans 10 mois ; ensuite, elle n'est plus, à 20 ans 2 mois, que de 7 cm., soit 4 %.

L'accroissement statural des hypotrophiques peut s'accompagner de modifications des divers caractères anthropométriques, de P et P /T, de Pt et Pt /T, du coefficient de Pignet.

Il est tout particulièrement intéressant de rechercher les modifications du rapport S /B. Tantôt, il ne s'en produit pas, tantôt elles sont plus ou moins appréciables ; dans certains cas, elles sont très importantes.

Il en a été ainsi chez Guillaume, dont je viens de vous décrire l'accroissement statural important entre 16 ans et demi et 19 ans. Voici ce que j'ai constaté :

| | Taille Guillaume | Taille correspondant à l'âge | Acroissement statural Guillaume | Acroissement statural moyen | S/B Guillaume | S/B de l'âge |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 ans 11 mois ...... | 145 cm. | 162 cm. | | | 0,90 | 0,90 |
| 17 ans 11 mois....... | 150 cm. | 163,5 | 5 cm. | 1 cm. 5 | 0,96 | 0,90 |
| 18 ans 11 mois....... | 156,5 | 164,5 | 6 cm. 5 | 1 cm. | 0,94 | 0,90 |
| Accroissement total.. | | | 11 cm. 5 | 2 cm. 5 | | |

A 16 ans, Guillaume est mésoskèle pour son âge. Il devient macroskèle pendant la poussée de croissance ; celle-ci s'est donc effectuée surtout du fait de l'allongement des membres inférieurs, comme chez les garçons de 12 à 14 ans, dont il a la taille.

L'étude du rapport S/B permet dans une certaine mesure de porter un *pronostic de l'hypotrophie staturale*.

Si le rapport S/B se modifie peu ou pas ou s'il diminue, ou bien, il n'y a pas d'accroissement statural, ou bien celui-ci est soit parallèle pour le buste et les membres inférieurs, soit supérieur pour le buste. On peut penser que le sujet grandira peu.

Si le rapport S/B augmente, c'est que l'accroissement s'effectue surtout par les membres inférieurs ; on peut alors présumer un accroissement statural important.

***

La croissance staturale comporte un intérêt particulier pendant la troisième ou grande enfance, c'est-à-dire pour les filles de 6 à 12, pour les garçons de 6 à 14 ans et demi, et pendant la quatrième enfance ou période pubertaire, pour les filles de 12 à 15 ans et pour les garçons de 14 ans et demi à 17 ans et demi.

Quand *la croissance est régulière*, la poussée de croissance s'effectue chez les filles de 9 à 12 ans et chez les garçons de 12 à 14 ans et demi ; puis, un ralentissement de la croissance se produit au début de la période pubertaire, pour les filles, vers 12 ans et, pour les garçons, vers 14 ans et demi. Enfin, le ralentissement devient très marqué après l'éclosion de la puberté, pour les filles à 13 ans, âge des premières règles, et pour les garçons à 15 ans et demi.

Chez les HYPOTROPHIQUES, on observe plusieurs modalités de l'accroissement statural et de la puberté.

*Première modalité* : la croissance et la puberté sont conformes aux moyennes et se produisent aux âges habituels.

La poussée de croissance est plus ou moins forte. Elle est soit conforme, soit inférieure, soit supérieure à la moyennne, la réduction staturale ou reste la même, ou augmente, ou diminue.

Ces hypotrophiques peuvent devenir des adultes de taille moyenne.

Jacqueline, dont je vous ai déjà parlé, est un exemple de cette modalité.

Elle a ses premières règles à 13 ans.

Voici comment se comporte son accroissement statural comparé à l'accroissement moyen.

De 11 ans 11 mois à 14 ans, elle s'allonge de 15 cm., l'accroissement moyen étant de 9 cm. ; la réduction staturale diminue de 10 cm à 4 cm. ; sa taille est alors moyenne.

De 14 ans à 18 ans, son accroissement statural est de 4 cm., l'accroissement moyen de 5 cm. ; la réduction staturale revient à 5 cm. ; sa taille est à la limite inférieure des tailles moyennes.

Le développement pubertaire est normal. Jacqueline est mariée.

*Deuxième modalité* : la poussée de croissance et l'évolution pubertaire sont retardées de deux, trois ou quatre ans, puis elles s'effectuent comme chez les enfants plus jeunes.

Guillaume, dont je viens de vous parler à deux reprises, présente à 17 ans et demi les premiers signes de puberté ; à 18 ans et demi survient l'éclosion de la puberté.

De 15 ans 10 mois à 18 ans 11 mois, son accroissement statural est de 17 cm. 5, alors que l'accroissement moyen est de 4 cm. ; la réduction staturale diminue de 22 cm. à 8 cm. 5.

De 18 ans 11 mois à 19 ans 7 mois, son accroissement statural est de 2 cm. 5, alors que l'accroissement moyen est de 0 cm. 5. La réduction staturale diminue à 6 cm., limite supérieure des hypotrophies staturales légères.

Je viens de vous montrer que, chez Guillaume, pendant la poussée de croissance, l'allongement s'était surtout effectué par les membres inférieurs.

Ce garçon a accompli son service militaire au Maroc.

*Troisième modalité* : la poussée de croissance est nulle, la puberté est retardée, incomplète ou même fait défaut.

La réduction staturale augmente notablement et la taille reste très petite.

La PUBERTÉ des sujets atteints d'hypotrophie staturale simple peut être *régulière*. Leurs caractères sexuels sont bien développés. Ces enfants deviennent des jeunes gens et des adultes normaux du point de vue sexuel.

Dans d'autres cas, la puberté est *imparfaite* : les caractères sexuels restent plus ou moins rudimentaires, et les sujets n'arrivent pas à la maturité sexuelle. A l'âge adulte, ils gardent certains caractères de la jeunesse, ils présentent de l'*hypotrophie staturale* et du *juvénilisme*.

Enfin d'autres sujets *n'ont pas de puberté* ; arrivés à l'âge de la jeunesse et à l'âge adulte, ils ont de l'*hypotrophie staturale et de l'infantilisme*.

Par infantilisme, il faut entendre avec M. Henri Meige, une « anomalie de développement caractérisée par la présence, chez un sujet qui a atteint ou dépassé l'âge de la puberté, des caractères morphologiques propres à l'enfance ».

Il ne faut donc pas confondre l'*hypotrophie staturale*, le *juvénilisme* et l'*infantilisme*. Ce sont des états d'ordre différent, qui peuvent être intriqués, mais ne sont pas subordonnés.

Le juvénilisme et l'infantilisme peuvent se rencontrer chez des sujets à taille moyenne, de taille réduite ou de taille très élevée, ayant de l'hypotrophie staturale ou de l'hypertrophie staturale.

L'insuffisance de la croissance n'est pas causée par l'insuffisance des glandes sexeuelles.

Les notions, que je viens de vous exposer, comportent un grand intérêt du point de vue thérapeutique.

Il ne faut pas prescrire l'opothérapie testiculaire ou ovarienne pour stimuler la croissance staturale. Il n'y a pas intérêt, chez un sujet de taille réduite,à provoquer l'évolution pubertaire puisque le développement pubertaire marque, en général, le ralentissement de la croissance.

***

Vous pouvez vous rendre compte maintenant en quoi Marcel est un exemple typique d'*hypotrophie staturale simple de la moyenne enfance.*

A 9 ans et 7 mois, il a une taille très petite ; sa réduction staturale est de 28 cm. 5,soit de 22,1 % ; il a une *hypotrophie staturale très forte,* du *nanisme* même.

Sa taille est celle d'un enfant de 4 ans et 6 mois. Il a les caractères anthropométriques de cet âge.

Son *accroissement statural* est insignifiant ; pendant les quatre mois de séjour à l'hôpital il grandit de 0 cm. 5.

Il n'est pas permis de porter un *pronostic* définitif, relativement à sa croissance staturale ultérieure. Toutefois, il est vraisemblable qu'il restera très petit. Même s'il grandit, on peut penser qu'il ne regagnera jamais la taille qui lui fait actuellement défaut.

En effet, un garçon normal de 9 ans 7 mois, qui a une taille de 128 cm. 5, a déjà acquis 77,4 % de sa taille définitive ; il n'a plus à acquérir que 37 cm. 5 pour atteindre les 166 cm. de l'homme adulte.

Au même âge, Marcel, avec sa taille de 100 cm., n'a acquis que 60,2 % de sa taille d'adulte. Pour acquérir cette taille, il doit grandir de 66 cm. S'il grandissait, simple hypothèse, de 37 cm.5, comme le témoin, il aurait, devenu adulte, une taille de 137 cm. 5 ; il aurait donc une réduction staturale de 28 cm. 5, il présenterait une hypotrophie staturale très forte, du nanisme.

Vous comprenez la gravité du pronostic. Elle est d'autant plus grande que je ne vois pas le moyen de stimuler sa croissance staturale d'une façon appréciable, car nous ne possédons aucune notion étiologique ou pathogénique.

Nous ne pouvons donc pas instituer une thérapeutique étiologique et pathogénique. Nous avons déjà constaté l'inefficacité des extraits du lobe antérieur de l'hypophyse.

Nous sommes réduits aux moyens empiriques, sur lesquels il ne faut pas fonder trop d'espoir.

Il m'a paru intéressant de vous raconter l'histoire de Marcel, car elle présente un intérêt très grand. Souvent des parents viendront vous trouver parce que leur enfant ne grandit pas ; il faut savoir leur donner un avis raisonné.

NOBÉCOURT.

**Résumé sommaire de la leçon du professeur Nobécourt**

L'HYPOTROPHIE STATURALE (H. S.) simple se manifeste par des modifications anthropométriques. Excessive, elle confine au nanisme dont la frontière supérieure est difficile à fixer, l'inférieure illimitée.

La réduction staturale est la différence entre la taille normale moyenne de l'âge du sujet et sa taille réelle.

Le rapport de Manouvrier (proportion des membres inférieurs au buste (S /B) est conforme ou supérieur à celui des enfants plus jeunes de même taille. Le périmètre thoracique, son rapport à la taille sont également conformes. Le coefficient de Pignet est conforme, supérieur ou inférieur.

La croissance des H. S. est parallèle, inférieure ou supérieure à l'accroissement moyen.

Le pronostic de l'H. S. se déduit du rapport S B : sans modification, le sujet grandira peu ; en augmentation, l'accroissement sera important.

Dans la 3e enfance, la croissance et la puberté de l'H. S. sont : ou conformes aux moyennes et se produisent aux âges habituels ; la taille pourra être moyenne ;

ou retardées ;

ou ne se produisent pas : la taille reste très petite.

La puberté peut être régulière ; imparfaite : l'H. S. s'accompagne de juvénilisme ; inexistante : l'H. S. s'accompagne d'infantilisme.

La thérapeutique est à peu près nulle. L'opothérapie testiculaire, ovarienne, hypophysaire est inopportune ou inefficace. L'empirisme demeure la seule et très précaire ressource.

G. D.

# LE PROBLÈME DES BRUCELLOSES

Par le Dr JULLIEN, de Joyeuse

## I

## Dépistage

**Prolégomènes.** — Les infections à Brucellæ sont-elles des « maladies nouvelles ? Ces maladies, certes, sont connues depuis longtemps dans les pays méditerranéens : fièvre de Malte, fièvre ondulante, fièvres méditerranéennes — et dans certains cantons des Cévennes vivaroises où on les appelle couramment « mal des os ». Mais il importe que même dans les pays où les brucelloses règnent à l'état endémique, (et la zone couverte par l'endémie, nous sommes loin d'en connaître les limites), ces infections sont souvent méconnues. Les formes typiques, fébriles, de première invasion, arrêtent l'attention des cliniciens avertis. Les formes ambulatoires, prolongées, chroniques, les séquelles des infections à brucellæ, malgré leur fréquence, échappent à tout examen qui n'est pas systématiquement porté sur le germe causal.

**Histoire des brucelloses.** — C'est seulement en 1906 qu'un clinicien de génie, mon ami regretté CANTALOUBE, de Sumène (Gard) sut donner un nom à une épidémie mystérieuse qui sévissait dans la région de Saint-Jean-du-Gard. Devant des centaines de cas que l'on pouvait, à un examen superficiel, prendre pour des cas de grippe ou de typhoïde, il reconnut et démontra qu'il s'agissait de la maladie dont BRUCE, à Malte, en 1886, avait isolé le germe : Brucella Melitensis.

Au Danemark, en 1927, personne ne parlait encore des Brucelloses. Ce n'est pas la clinique, cette fois, mais le laboratoire qui démontra que, sur un grand nombre de malades traités pour typhoïde et paratyphoïde, l'agent morbifique était le bacille, voisin du melitensis, trouvé par BANG dans le sang des vaches atteintes d'avortement épizootique : Brucella Abortus.

Ce sont également des recherches de laboratoire qui ont révélé la présence des brucelloses ovines ou porcines dans le Nord de l'Europe, aux Etats-Unis, au Canada, et de l'endémie humaine concomitante.

Le laboratoire encore a permis au Professeur LEDOUX, de Besançon de dépister un foyer de Brucellose humaine à Brucella abortus (en Franche-Comte) (1).

Dans les régions où la présence de l'endémie est connue, le nombre des malades humains est toujours très élevé : cinq mille nouveaux cas annuels dans les départements méditerranéens (Professeur Lisbonne, de Montpellier) (1).

Plus fréquente que la typho et paratyphoïde réunies au Danemarck (Prof. Martin Kristensen) (1).

D'autre part, des cas nouveaux de Brucellose humaine sont fréquemment signalés, sur toute l'étendue du territoire français. On n'a donc plus le droit de limiter arbitrairement le domaine de l'endémie aux seuls pays où médecins et vétérinaires ont pris l'habitude de penser aux brucelloses. Il faut, au contraire croire, que, en France en particulier, il n'est pas de canton, dans aucune région du Nord, de l'Est ou de l'Ouest qu'on puisse considérer sans preuve comme indemne de brucellose animale ou humaine.

**Les brucelloses, maladies à surprise.** — Pour le moment, les brucelloses humaines, dont nous venons de démontrer la fréquence à l'état aigu, dont nous montrerons la fréquence encore plus grande dans ses formes chroniques, sont presque toujours des maladies à surprise. Pourquoi ? Parce que, l'allure clinique de la maladie n'est pas de celles qui imposent le diagnostic. A part les cas rares (1 /10e environ des cas biologiquement confirmés) où la triade fièvre avec ondulations, arthralgies, transpirations, crève pour ainsi dire les yeux les moins perçants, les brucelloses se présentent avec des aspects particulièrement trompeurs et déconcertants.

Ces cas aigus « classiques » de première invasion se multiplient quand l'endémie, à propos de causes qui nous échappent absolument, prend l'allure épidémique. Mais quand la maladie sommeille, qu'elle passe presque sans fracas du bétail (et le bétail, à part l'avortement, garde presque toujours l'apparence saine) à l'homme, mon expérience qui date de 1908, m'a appris que les aspects cliniques des brucelloses avaient besoin d'être déchiffrés avec attention.

**Les brucelloses, maladies protées.** — La première invasion fébrile peut être très courte, sans tapage et passer pour ainsi dire inaperçue : grippe, courbature fébrile, simple malaise . Il est certain qu'un nombre considérable de malades

(1) cf. Compte rendu du IIe Congrès international de pathologie comparée. Paris. Octobre 1931.

ainsi touchés évoluent vers leur guérison. Et encore ce terme de guérison est-il loin de correspondre à la *réalité* car ces malades, indemnes de tout trouble morbide, restent porteurs de germes et l'on est fort surpris de constater que la réaction d'agglutination reste chez eux positive à des taux élevés (1/100-1/200, etc., etc.). Chez d'autres malades s'installe, après des périodes parfois fort longues de rémissions ou de guérisons apparentes, l'état chronique de la maladie.

Voici les formes les plus fréquentes que j'ai observées du mal brucellien chronique :

*a*) Forme à allure de rhumatisme chronique : lombaire, cervico-dorsal, articulaire, frappant surtout les hanches et les genoux avec intégrité relative des petites articulations.

Ces formes qui donnent quelquefois de très importantes lésions ostéo-articulaires et ligamenteuses sont étiquetées soit rhumatisme chronique, soit, très souvent, suivant leur siège « mal de Pott » ou tuberculose ostéo-articulaire.

*b*) Formes algiques avec lésions névritiques frappant par ordre de fréquence le sciatique, les intercostaux, le spinal, le facial inférieur, plus rarement formes quadriplégies, hémiplégies par embolie septique, myélites.

*c*) Formes anémiantes et formes entraînant une véritable cachexie progressive. On observe tous les degrés de l'anémie, décoloration des muqueuses et grosse rate (pseudo-palustre) et ces cachexies qui s'ajoutent aux images cliniques énumérées ci-dessus. Les malades ainsi touchés sont pris pour des tuberculeux ou des cancéreux. L'évolution du mal, le peu d'importance des lésions organiques cliniquement constatées, ou contrôlées par la radiographie, une sorte de résignation particulière, les phases d'amélioration sans cause font réformer le diagnostic de tuberculose et de cancer.

*d*) Ajouter un grand nombre de cas dont c'est donner l'allure en disant qu'ils sont baptisés syndromes solaires, solarites, ptose gastrique, entérite muco-membraneuse, colibacillose, syndrome entéro-rénal, basedowisme fruste, etc., etc., et qui reconnaissent pour cause l'infection chronique à brucellæ.

La preuve à administrer de l'origine brucellienne de ces troubles si variés et si divers est unique et irréfutable : c'est la vérification par le séro-diagnostic qui doit se montrer nettement positif.

La réaction d'agglutination du sérum des malades en présence de l'antigène à brucellæ est spécifique. Nul ne doit mettre aujourd'hui en doute la valeur de cette réaction.

Deux points sont très importants, sur lesquels nous attirons l'attention des praticiens qui n'ont point encore l'habitude de la séro-agglutination brucellienne.

*a*) La spécificité de l'antigène doit être soigneusement contrôlée au laboratoire, car il peut arriver que par vieillissement ou choix peu attentif des souches, on ait affaire à un antigène passe-partout, qui agglutine les sérum normaux.

*b*) Ne considérer comme positives que les réactions au-dessus de 1/100.

**Il faut dépister les brucelloses aiguës et chroniques par l'épreuve sérologique**

Nous croyons avoir démontré par l'histoire du passé et du présent des infections à brucellæ, que la nécessité de dépister ces septicémies doit s'imposer à l'esprit de tous les praticiens. Nos maîtres nous ont appris de penser toujours à la tuberculose, au cancer et à la syphilis. N'hésitons pas à placer au même rang les brucelloses, et à user, devant des cas en apparence banaux aigus ou chroniques, mais dont l'origine reste obscure, de cette quatrième pierre de touche : le séro-diagnostic spécifique mélilococcique (1).

Il est presque inutile de montrer quel intérêt doivent retirer les malades de la réforme d'un diagnostic et d'un pronostic ; sait-on le nombre de pseudo-arthrites tuberculeuses ou de pseudo-maux de Pott indûment immobilisés — d'algies et de sciatiques interminables qui ont sans bénéfice, subi tous les traitements thermaux ou physiothérapiques ?

Connaître l'extension exacte de l'endémie brucellienne : nous réclamerons la collaboration des médecins et de leurs confrères vétérinaires dans toutes les régions où sera dépisté un premier cas de brucellose animale ou humaine.

La brucellose humaine, loin d'être bénigne entraîne une mortalité de 4 à 8 pour cent des malades atteints. Un grand nombre de malades chroniques sont des infirmes, qui, non soignés, deviennent définitifs. Ce sont en majorité des agriculteurs, le déficit social qui résulte du retrait de ces malades de l'effectif utile au travail des champs est immense.

Nous montrerons dans un travail ultérieur que les brucelloses « ouvrent la porte » à la tuberculose pulmonaire, et que l'association brucellœ et B K n'est pas exceptionnelle.

Les brucelloses animales sont dangereuses, parce que c'est par le bétail (chèvre, brebis, vaches, porcs surtout, ensuite tous les animaux de basse-cour) que se transmet et se propage l'endémie ; de ces brucelloses qui entraînent de nombreux avortements, résulte une perte incalculable dans le cheptel.

Il faut commencer par dépister le mal : prophylaxie et thérapeutique ne peuvent être utile-

(1) Nous renvoyons pour le détail des techniques de laboratoire aux remarquables travaux de Kristensen et de Bang, *loc-cit.*

ment mises en œuvre que lorsque l'endémie épidémie sera bien connue dans ses formes et ses localisations. Je suis prêt à dire à propos des brucelloses en Europe, exactement tout ce que disent les hygiénistes des Colonies à propos de la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale.

(*A suivre.*)

## CLASSIFICATION DES DÉFICIENCES PSYCHIQUES (1)

Par Mlle

Henriette HOFFER et ANGLES,

Directrice de médico-pédagogie au Centre de Rééducation du Dr de PARREL.

Inspectrice générale des Ecoles Maternelles.

Qu'est-ce qu'un enfant anormal ? La définition de Régis et Paul-Boncour (Congrès de Montpellier, 1914) peut rallier tous les suffrages.

« L'enfant mentalement anormal est celui qui, sous l'influence de tares morbides héréditaires ou acquises, présente des défectuosités constitutionnelles d'ordre intellectuel, caractériel ou moral, associées le plus souvent à des défectuosités corporelles et capables de diminuer le pouvoir d'adaptation au milieu dans lequel il doit vivre régulièrement. »

Cette définition nous permet d'éliminer tout de suite les faux déficients, ceux qui n'ont, en effet, aucune tare morbide héréditaire ou acquise, aucune défectuosité constitutionnelle. Ces faux déficients ou retardés provisoires ne peuvent être confondus, en effet, avec les vrais déficients.

### I. — Les faux déficients

#### Retardés provisoires ou retardés pédagogiques

#### A. Enfants ignorants par fréquentation irrégulière de l'école.

Certains enfants examinés suivant la méthode des *tests* peuvent être à tort classés parmi les déficients à cause de leur ignorance. C'est pourquoi, avant tout examen de l'enfant, il est nécessaire de connaître les conditions dans lesquelles l'enfant a vécu.

Un enfant de 7 ans, par exemple, ne pourra résoudre les questions de son âge que s'il a fréquenté l'école ou si on l'a instruit comme un camarade de son âge.

Il arrive fréquemment, parmi les enfants retardés, que leur retard puisse s'expliquer uniquement par leur ignorance.

Des parents négligents ou peu instruits eux-mêmes peuvent, en effet, ne pas envoyer leur enfant à l'école. Parfois les parents habitent dans des régions où les communications sont difficiles. D'autres fois, ils voyagent fréquemment et ces changements de domicile empêchent l'enfant de suivre des études régulières. Ces enfants, quelquefois éveillés, ne peuvent tromper un pédagogue averti : sans doute sont-ils incapables de répondre à bien des questions posées, mais ils font preuve de jugement et leur raisonnement est normal. *Ce sont, en un mot, des ignorants.*

Ces enfants-là ont besoin de leçons d'entraînement ; en un temps plus ou moins rapide, suivant leur intelligence, ils pourront rattraper leurs camarades.

Certains enfants ne peuvent fréquenter l'école ou être instruits régulièrement chez eux, non pas du fait de leurs parents, mais par suite d'un mauvais état de santé. Ces enfants sont, eux aussi, susceptibles de rattraper très vite leurs camarades, dès que leur santé s'améliore, s'ils sont soumis à un entraînement spécial.

#### B. Enfants ignorants malgré leur fréquentation régulière de l'école.

D'autres enfants fréquentent l'école régulièrement, mais n'avancent pas. Certains d'entre eux ont une vue insuffisante ou une ouïe déficiente. Par erreur pédagogique du maître, ils sont relégués au fond d'une classe et, par conséquent, ne peuvent tirer aucun profit de l'enseignement qu'on leur donne. D'autres sont en apparence normaux au point de vue physique et cependant, malgré une intelligence normale, ils restent cancres et ignorants. C'est la grande légion des enfants dits « *paresseux apathiques* ».

Il n'est plus de médecin averti qui, de nos jours, se contente de ce diagnostic simpliste de paresse. Cette étiquette commode cache le plus souvent des troubles de santé de l'enfant qu'un clinicien éclairé ne doit pas manquer de signaler aux parents.

La troupe des APATHIQUES DITS PARESSEUX comprend, en effet :

1° *Des enfants atteints d'insuffisance glandu-*

(1) Résumé d'un chapitre d'un ouvrage qui vient de paraître sous le titre : *Manuel de Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires.* Doin, éditeur.

*laire* (1). L'insuffisance surrénale rend les enfants qui en sont atteints apathiques. Une nutrition défectueuse en fait des enfants toujours épuisés, que le moindre effort fatigue. Ils sont en état d'asthénie et cet état retentit non seulement sur leur santé corporelle mais sur leurs facultés psychiques : leur attention est fugace, leur mémoire mauvaise. Le teint bistré de l'enfant, ses yeux cernés, son aspect fatigué doivent mettre parents et maîtres en éveil. Son apathie est d'origine organique. L'enfant n'est pas un paresseux, c'est un malade.

2° *Toutes les glandes endocrines peuvent être en cause.* Une médication appropriée a parfois tôt fait de transformer au point de vue scolaire ces enfants dysendocriniens.

3° *Les enfants dont l'état général est mauvais par suite de débilité organique généralisée* : enfants nés avant terme, enfants ayant une hérédité spécifique, tuberculeuse ou alcoolique. Eux aussi sont des asthéniques, des malades et non des paresseux. Leur cas relève du médecin et non du pédagogue.

4° *Bien des enfants dits paresseux sont souvent des écoliers atteints de végétations adénoïdes.* Leur apathie, leur asthénie sont causées par un état latent d'asphyxie. Ces petits élèves au facies caractéristique sont des enfants qui respirent mal.

5° *Signalons encore les dysmorphoses facio-cranio-vertébrales* et tout particulièrement la *glossoptose*, bien étudiée et corrigée par Pierre Robin, comme étiologie du retard scolaire de l'enfant. Les dysmorphoses provoquent, comme dans le cas précédent, un état latent d'asphyxie, une nutrition défectueuse de l'organisme en évolution qui aboutit à une torpeur intellectuelle qualifiée à tort de paresse.

6° L'écran radioscopique révèle parfois la cause de la débilité de l'enfant. De *grosses masses de ganglions trachéo-bronchiques* empêchent la respiration normale de s'effectuer et entravent à la fois la respiration et la circulation.

7° Il n'est pas inutile d'appeler l'attention des maîtres et des parents sur les *troubles psychiques, reliquats de l'encéphalite léthargique.* Même dans les cas frustes, nous avons vu des écoliers devenir mauvais élèves, paresseux au dire des parents et des maîtres. L'enfant s'endort sur son pupitre et ne peut plus faire aucun effort intellectuel sérieux.

Une *méningite cérébro-spinale*, parfaitement guérie en apparence, peut laisser de graves troubles de l'attention, un état psychique de fatigue empêchant l'enfant de faire des études régulières et surtout de suivre des leçons collectives.

(1) Consulter l'étude clinique et thérapeutique du Dr Léopold Lévi, concernant les déficients psychiques dysendocriniens, dans le *Manuel de Rééducation* cité plus haut.

Tous ces enfants asthéniques ont non seulement besoin de soins médicaux, mais encore, dans le cas où leur état de santé met un certain temps pour s'améliorer, de soins pédagogiques particuliers. Ils ne peuvent suivre avec profit des leçons collectives.

Un autre groupe d'enfants étiquetés paresseux par des parents ou des maîtres peu avertis sont des écoliers présentant des troubles graves soit au point de vue émotif, soit au point de vue du caractère.

### C. Retardés pédagogiques par troubles de caractères. Enfants émotifs.

L'émotion constitutionnelle se traduit chez l'écolier qui en est atteint par une timidité excessive : l'enfant, même lorsqu'il sait parfaitement sa leçon, ne peut la réciter. Il se tait ou parle si indistinctement que le maître se plaint de ne pas l'entendre. Après quelques tentatives, après quelques encouragements, pressé par le temps, le maître se décourage, ne l'interroge plus ou après quelques minutes d'attente lui met invariablement une mauvaise note. Si l'enfant ne se décourage pas, on est frappé de la disparité entre les bonnes notes qu'il obtient aux devoirs écrits et les notes mauvaises de ses interrogations orales. Cet état de choses ne doit pas manquer d'attirer l'attention des maîtres et des parents. Cela se produit souvent et l'enfant que le maître continue à encourager finit parfois par triompher de sa timidité excessive.

Dans certains cas plus graves, l'élève démoralisé par ses mauvaises notes ne travaille plus et se range parmi les mauvais élèves de sa classe, se mettant de plus en plus en retard jusqu'au jour où il ne peut plus suivre.

### D. Retardés pédagogiques par suite d'erreurs techniques de la part des éducateurs.

Il est des élèves qui, quelles que soient les méthodes, quelle que soit la valeur professionnelle des maîtres, font des études régulières moyennes ou brillantes. Ce sont des plantes vivaces qui poussent dans tous les terrains.

Il est au contraire des plantes plus délicates qui ont besoin de soins incessants. La moindre erreur du jardinier, la moindre négligence leur est funeste. Entre les mains d'un jardiner expert, la plante s'épanouit. Le cultivateur maladroit la laisse périr.

Certaines plantes humaines ont besoin pour s'épanouir de soins attentifs et éclairés. Le bon instituteur a besoin dans ce cas d'être doublé d'un bon psychologue. Nous connaissons tous des enfants « butés » qui ne travaillent pas avec un maître et font de rapides progrès avec un autre.

Sans doute, faut-il reconnaître que les mau-

vais élèves et leurs parents ont une tendance fâcheuse à mettre sur le compte de l'instituteur le retard scolaire de l'enfant, mais cette réserve faite, il n'en reste pas moins vrai que certains maîtres, surtout dans les classes nombreuses, pourraient, s'ils voulaient essayer de mieux connaître leurs élèves, réduire certains entêtements systématiques d'enfants orgueilleux, butés par des réprimandes maladroites ou des punitions injustes.

Ceux qui n'ont pas l'habitude de vivre dans le commerce des enfants ne peuvent qu'avec peine imaginer à quel point l'enfant a une idée exacte du juste et de l'injuste. L'enfant intelligent se révolte devant une punition injustifiée et s'il cède, en apparence, à la raison du plus fort, il lui arrive de se buter et de résister à sa manière par l'indiscipline. Si le malentendu persiste, l'enfant deviendra vite le mauvais élève que distancent ses camarades.

Signalons encore un autre cas de retard pédagogique, dû à la qualité du professeur : nous voulons parler d'enfants confiés à des maîtres peu instruits au sens général du mot et d'une capacité pédagogique insuffisante. Sans doute l'Etat exige-t-il des diplômes pour les maîtres des établissements scolaires publics, mais nombre de parents confient l'instruction primaire de leurs enfants, chez eux, à des institutrices dont la valeur technique n'est pas toujours en rapport avec la bonne volonté. Si l'enfant est particulièrement doué, le mal s'atténuera plus tard, mais si l'enfant est d'intelligence moyenne, ces lacunes du début deviennent irréparables.

Après avoir éliminé ces faux retardés psychiques, enfants qui sont seulement des retardés pédagogiques provisoires et qu'on peut récupérer aisément par une instruction appropriée à leur cas, étudions les vrais retardés psychiques, ou arriérés, ou déficients psychiques.

## II. — Les vrais déficients

### Arriérés mentaux

Cette épithète groupe les cas de gravité très différente, depuis les idiots relevables de l'asile jusqu'aux simples arriérés intellectuels parfaitement rééducables.

#### 1° Les idiots.

Nous ne les citons que pour les éliminer. L'enfant idiot est celui qui ne peut communiquer par la parole avec ses semblables : il ne peut acquérir le langage, il ne peut comprendre le langage d'autrui, malgré l'intégrité de son audition. Il apprend difficilement à marcher, à manger et présente un état avancé de déchéance intellectuelle et physique. Chez lui, aucune trace d'intelligence, de sentiments, d'attention. Le regard est hébété : l'enfant ne reconnaît personne.

Parfois, l'idiotie est moins prononcée : l'enfant peut acquérir certaines connaissances, faire preuve de mémoire et acquérir l'usage de la langue.

#### 2° Les imbéciles.

L'imbécile diffère profondément de l'idiot. Chez celui-ci, en effet, il y a toujours des lésions organiques, le plus souvent très graves. Au contraire, chez l'imbécile, il n'y a pas, en général de lésions, ou si l'on en trouve, elles sont légères., L'imbécillité serait plutôt due, disent les psychiatres, à un trouble fonctionnel des centres nerveux. C'est le degré inférieur de la débilité mentale. L'imbécile a une intelligence rudimentaire, une attention déficiente. Le jugement et le raisonnement sont faux. L'imbécile ne peut acquérir l'écriture, ne peut apprendre à lire. Il ne dépasse pas l'âge mental de 7 ans.

#### 3° Les arriérés intellectuels.

a) *Les arriérés intellectuels simples ou simples retardés* sont des enfants présentant un développement intellectuel ne correspondant pas à leur âge vrai, alors qu'aucune raison de scolarité incomplète ou mal conduite n'explique ce retard de deux ou trois ans. C'est le retard simple, essentiel. Le pronostic est moins sévère, surtout si des parents clairvoyants ont la possibilité de confier l'enfant à des maîtres avertis qui lui feront rattraper ce retard. Le mot *retardé* convient mieux à ces cas que le mot *arriéré*.

b) *Les arriérés intellectuels par instabilité, sans débilité.* — L'instabilité de l'enfant peut se déceler très tôt. L'enfant est turbulent, ne peut rester en place ; il touche à tout, il change sans cesse de jeu.

Devenu écolier, il est incapable de fixer son attention sur son travail ; il est indiscipliné, bruyant.

Plus tard, il change sans cesse de métier, de profession et ne peut se fixer nulle part.

c) *Les arriérés intellectuels par troubles de caractère ou paranoïaques.* — Chez ces enfants le jugement est dévié. Le paranoïaque égocentrique rapporte tout à sa personne ; il est vaniteux et méfiant. C'est un mauvais élève, jamais satisfait de ses notes, mythomane pervers, le plus souvent ; il sème la révolte dans les classes et fait naître des dissentiments fâcheux entre ses parents trop crédules et ses maîtres.

Devenu adulte, le paranoïaque rend la vie intenable à ceux qui vivent auprès de lui, à ses collègues, à ses subordonnés s'il en a, par sa méfiance et son orgueil.

A côté des paranoïaques, il faut citer encore les troubles épileptoïdes, si bien décrits par GILBERT-ROBIN et qui déterminent chez les

enfants qui en sont atteints des réactions impulsives et violentes.

*d*) Enfin *l'arriération peut s'accompagner de perversion instinctive ou acquise.* — Les enfants atteints de cette affection devraient être mis dans des asiles spéciaux à cause du danger qu'ils présentent pour la société.

***

Résumons dans un TABLEAU SYNOPTIQUE les cas d'arriération intellectuelle :

**I. — *Les faux déficients, retardés provisoires.***

1° *Par fréquentation scolaire insuffisante* :

*a*) Par suite de la faute des parents ;

*b*) Par suite de la santé précaire des enfants qui empêche la fréquentation de l'école.

2° *Par insuffisance de travail scolaire* :

Les faux paresseux ou écoliers malades.

*a*) Insuffisants glandulaires ;

*b*) Enfants ayant des végétations adénoïdes ;

*c*) Enfants atteints de dysmorphoses facio-cranio-vertébrales ;

*d*) Enfants présentant de grosses masses de ganglions trachéo-bronchiques ;

*e*) Enfants ayant des troubles psychiques, reliquats d'une encéphalite léthargique ou d'une méningite cérébro-spinale.

3° *Par trouble de caractère* :

Enfants pathologiquement émotifs.

4° *Par suite de maladresse de maîtres insuffisamment instruits de la psychologie de l'enfant.*

5° *Par suite d'une instruction mal conduite.*

**II. — *Les vrais déficients, arriérés mentaux.***

1° *Les idiots inrééduquables.*

2° *Les imbéciles.*

3° *Les arriérés intellectuels.*

*a*) Arriérés simples ou mieux *simples retardés* ;

*b*) Arriérés intellectuels par instabilité ;

*c*) Arriérés pervertis.

## TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES BACILLAIRES PAR L'ALLERGINE D'ANDRÉ JOUSSET

Par

Docteur CHRISTOU
Médaillé de la Faculté de médecine de Paris
Diplômé de l'Institut de médecine et hygiène tropical de Paris
et de l'Ecole de puériculture de Paris
Membre de la Société de médecine coloniale
et de la Société de pathologie comparée

et

Docteur RICHEZ
Médecin-chef de l'Institut de physiothérapie et d'orthopédie
et de la Clinique orthopédique de Berck-Plage

L'Allergine du professeur Jousset, de date relativement récente, a été essayé avec succès dans la tuberculose pulmonaire et très souvent, la presse médicale insère des observations dont les résultats doivent retenir l'attention du corps médical. Nous n'insisterons pas sur le mode d'emploi de cette substance, qui a fait l'objet d'une communication du professeur Jousset lui-même dans le « *Monde Médical* » à laquelle nous renvoyons nos lecteurs.

Mais nous voulons insister sur le fait que de tout temps, le traitement de la tuberculose pulmonaire a retenu, avec juste raison, l'attention du chercheur, tandis que les autres manifestations du bacille dont les ravages pour être moins soupçonnés n'en étaient pas moins dévastateurs, telles la tuberculose externe et la tuberculose osseuse, ont été plus négligées.

Pour quelles raisons ? Parce que, malheureusement, la collaboration du chirurgien et du médecin n'est pas aussi étroite qu'elle pourrait l'être dans le traitement de ces affections, pratiqué, dans la généralité des cas, exclusivement par le chirurgien. Or, qui dit chirurgie dit intervention. Loin de nous l'idée de méconnaître ou de nier les résultats excessivement intéressants que la chirurgie obtient dans une « butée de Lance » par exemple, dans une opération d'Albée, dans une ostéo-synthèse, puisque nous-mêmes y avons recours. Mais nous estimons que ces interventions doivent être pratiquées par des mains entraînées et au moment propice.

Actuellement donc, à peu de choses près, la tuberculose osseuse et ganglionnaire en est encore au traitement classique.

On peut se rendre compte de ce que nous avançons, en visitant les différents établissements hospitaliers de Berck, où l'on est à même de constater que le traitement de ces tuberculoses consiste toujours en aérothérapie et héliothérapie pour les adénoïdiens, en appareils plâtrés et immobilité absolue pour les osseux, combiné dans les deux cas à une alimentation appropriée.

On aurait pu penser qu'à la suite des succès obtenus ces dernières années par les traitements sérothérapique et vaccinothérapique dans diverses affections, et en particulier dans la tuberculose pulmonaire, des traitements analogues

auraient été tentés, en un milieu spécialisé, avec plus d'opiniâtreté et d'esprit de suite.

Le rapport très documenté du Docteur Galland, au dernier Congrès de Thalassothérapie, nous confirme d'ailleurs en cette opinion.

Après avoir pratiqué sans succès chez les ganglionnaires le traitement classique : ponctions, injections modificatrices, extirpations, etc., en présence des résultats surprenants de l'Allergine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, nous avons tenté d'appliquer ce nouveau traitement aux adénopathies bacillaires.

L'expérience nous a démontré :

1° Que l'on doit écarter du traitement par l'Allergine tout sujet présentant une cuti-réaction négative ou en état de cachexie.

2° Que l'examen de Wassermann est indispensable, le traitement antispécifique devant être appliqué simultanément à l'Allergine, en cas de adeptes. Pour notre part, en raison des déboires que nous avons eus, malgré les précautions les plus rigoureuses, nous nous abstenons en tous cas,

— *Quel est le traitement que nous y opposons ?*

Nous rappelons que nous écartons tout sujet dont la cuti-réaction est négative. Lorsque cette réaction est positive, le malade reçoit le premier jour une injection sous-cutanée de 1 /4 de cmc. d'Allergine, le troisième jour : injection de 1 /2 de cmc., et, ensuite tous les 8 à 10 jours : 1 /4 ou 1 /2 cmc. selon la réaction individuelle jusqu'à complète guérison. Il se produit une réaction locale à l'endroit de la piqûre qui disparaît par quelques compresses chaudes ; en même temps une réaction générale avec augmentation de la température ; mais ce sont là phénomènes passagers qui disparaissent en 24 ou 48 heures. Ceci démontre qu'il ne faut pas craindre les fortes réactions, mais qu'il appartient au médecin

Fig. 1. — R... René, avant le traitement.

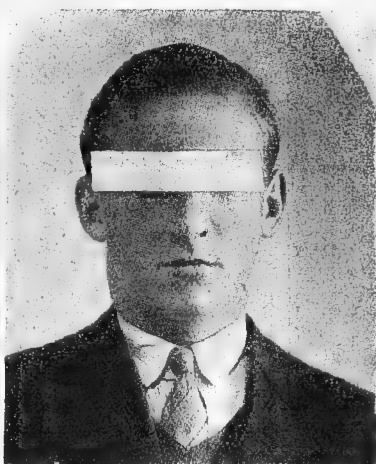


Fig. 2.— R... René, après traitement et récidive du côté opposé.

Fig. 3. — R... René, après traitement de la récidive.

positivité de la réaction, au risque de ne pas aboutir au résultat désiré.

— *Mais, quel est le traitement classique de ces adénites ?*

Il varie selon la localisation ganglionnaire.

Dans l'adénite axillaire comme dans l'adénite inguinale, suppurée, ou non, l'extirpation est de règle, mais nous savons que dans ces deux derniers cas, les résultats obtenus ne sont ni aussi constants, ni aussi beaux.

Quant à l'adénite cervicale, la plus importante de toutes par sa localisation, et en raison des déformations qu'elle apporte au visage, avant même qu'elle ne soit fistulisée, et des cicatrisces très disgracieuses qui sont les conséquences de cette fistulisation, c'est encore à l'ablation qu'ont le plus souvent recours les classiques interventions, parfois délicates et laborieuses.

Les injections modificatrices ont encore leurs d'apprécier leur intensité et d'augmenter, diminuer ou répéter les doses initiales et les intervalles des injections.

A la suite de ce traitement, on constate lorsque l'adénite n'est pas suppurée la fonte complète des masses ganglionnaires en l'espace de quelques mois ; pour les cas observés, environ quatre mois.

Lorsque l'adénite est fluctuante ou suppurée, nous pratiquons au quatrième jour de ce traitement une large ouverture au bistouri, comme s'il s'agissait d'un abcès chaud, et nous continuons les injections sous-cutanées de 1 /4 ou 1 /2 cmc. de semaine en semaine, en même temps que pansements avec mèches stériles, jusqu'à l'arrêt de la suppuration, suivis de pansements secs.

Nous constatons de cette façon, tout d'abord un rapide tarissement de cette suppuration et, par la suite, fait important dans le cas d'adénite cervicale qui nous intéresse, la formation d'une

cicatrice semblable à celle d'un abcès chaud, et n'ayant aucune ressemblance avec les cicatrices plus ou moins chéloïdiennes des fistules ou ablations si disgracieuses, consécutives au traitement classique, ainsi qu'on peut s'en rendre compte à la figure n° 1.

Chez ce malade, une première manifestation d'adénite cervicale suppurée du côté gauche a été traitée par l'Allergine et ouverte largement au bistouri ; cicatrisation complète, sans laisser de traces, en l'espace de trois mois.

Cinq mois après, deux nouvelles masses ganglionnaires de la grosseur d'un œuf de poule et d'une noix, toutes deux fluctuantes. Nous traitons l'adénite sus-claviculaire classiquement, par ponctions avant toute application de vaccin. Fistulisation à la 3e ponction, écoulement abondant, plaie avec destruction de la peau de la largeur d'un bouton de chemise. Par la suite évolution très lente vers la cicatrisation. Nous ouvrons par contre l'adénite cervicale en même temps que nous appliquons le vaccin. En un mois et demi, cicatrisation rapide et non disgracieuse, résultat concordant par conséquent avec celui obtenu dans l'adénite du côté opposé.

P. Julienne avant le traitement.

P. Julienne après le traitement.

Sur 14 cas d'Adénite cervicale que nous avons traités par la méthode que nous venons de décrire, cinq dont les ganglions étaient suppurés, ont été ouverts largement au bistouri et guéris complètement avec cicatrisation à peine apparente et sans déformation de la peau.

Dans les 9 autres cas d'Adénopathie cervicale, non suppurées, les masses ganglionnaires ont disparu complètement en l'espace de quelques mois, par les applications sus-indiquées d'Allergine Jousset.

Voici le résumé de nos observations les plus intéressantes.

*Ro... Alfred*, 32 *ans*, *mineur*. — Grosse adénopathie cervicale gauche non suppurée. Wassermann négatif, cuti-réaction positive. N'ayant pas obtenu de résultat satisfaisant avec le chlorhydrate de choline et les rayons ultra-violets nous avons alors appliqué le traitement par l'Allergine qui a été suivi de la disparition complète de l'adénopathie en l'espace de 5 mois. Ce malade n'a reçu en tout que 7 cmc. d'allergine.

*Off... Benjamin*, 21 *ans*. — Adénopathie cervicale gauche fistulisée à la suite de ponctions pratiquées par le chirurgien de sa localité. Antécédents personnels : scarlatine, angine, bronchite, abcès froid du genou. Wassermann négatif. Cuti-réaction positive. Traitement immédiat par l'Allergine dont l'effet particulièrement rapide tarit en 4 mois une suppuration qui datait de cinq mois avant l'arrivée à l'hôpital. Cicatrisation complète.

*Peg... Julienne*, 17 *ans*. — Adénite cervicale droite datant de 1923. Lésion n'ayant pas inquiété la famille avant 1930 au moment du développement excessif de l'adénite. Wassermann négatif. Cuti-réaction positive. Disparition complète de la tuméfaction, comme l'on peut s'en rendre compte par la figure, à la suite du traitement par l'Allergine Jousset en l'espace de cinq mois environ.

*Ro... Renée*, 18 *ans*. — Grosse adénopathie cervicale gauche suppurée non fistulisée. Wassermann négatif. Cuti-réaction positive. Application immédiate du traitement par l'Allergine et large ouverture du ganglion suppuré. Cicatrisation complète, sans traces déformantes en l'espace d'un mois. Disparition des autres ganglions non suppurés en l'espace de trois mois.

*Lac... Simone*, 12 *ans*. — Grosse masse ganglionnaire non suppurée du côté gauche, du cou, dont l'apparition remontait à un an.

Antécédents personnels : rougeole, varicelle, diphtérie. Wassermann positif. Cuti-réaction positive. Nous avons commencé par un traitement anti-

spécifique, étant donné que la réaction était positive, par acétylarsan, au total : 24 injections, sans aucun résultat. Nous appliquons le traitement par l'allergine pendant un mois sans aucun résultat. Nous appliquons simultanément les deux traitements : résultats frappants. C'est ce qui démontre que dans les cas d'adénopathie bacillaire, où la réaction de Wassermann est positive, il ne faut pas croire que cette adénite peut toujours disparaître par un traitement anti spécifique seul, comme avec un traitement anti bacillaire seul, mais qu'il faut parfois l'association de deux traitements simultanément pour obtenir des résultats. Et ceci, aussi bien pour les adénites que pour la tuberculose osseuse sur laquelle nous reviendrons dans un travail ultérieur.

*D... Henriette*, 19 *ans*. — Très grosse adénopathie cervicale droite non suppurée. Après un premier essai de traitement classique sans résultats appréciables, nous décidons le traitement par la méthode Jousset et en cinq mois, nous constatons la disparition de l'adénopathie qui était particulièrement volumineuse.

Parmi nos observations d'*adénites cervicales* suppurées et fistulisées avant l'entrée à la clinique, nous citons brièvement :

Giv .., Roger 19 ans ; Taf... Adèle, 9 ans ; Vil ..., Georges, 16 ans, soignés par l'Allergine dès leur arrivée et cicatrices définitivement disparues dans un délai de 4 mois environ.

Nous avons eu besoin d'un traitement de durée analogue pour faire disparaître complètement les *adénopathies cervicales* non suppurées des cinq cas ci-dessous :

Bel ... Louise, 17 ans ; Tet..., 9 ans ; Vas..., 19 ans ; Mal,..., 22 ans ; Led..., 20 ans.

Nous voyons donc que sur quatorze cas d'*adénite cervicale* de volumes variables, nous avons eu treize *guérisons complètes* et une *récidive* qui, d'ailleurs, a été complètement guérie.

Ces faits démontrent que nous devons chercher à nous dégager des routines du traitement classique, dont les résultats déformants ne peuvent être considérés comme satisfaisants par la science médicale, à l'heure actuelle où la chirurgie esthétique a fait des progrès considérables.

Nous dirons en matière de conclusion que si nous voulons guérir rapidement et sans laisser de traces enlaidissant nos malades atteints d'adénites bacillaires, nous devons les traiter par l'Allergine et ouvrir largement en cas de suppuration. Travail de la clinique orthopédique et de l'Institut de physiothérapie de Berck-Plage.

BIBLIOGRAPHIE

1° A. Jousset. — Traitement de la tuberculose par l'allergine. (*Le Monde médical*, 15 octobre 1930.)

2° A. Jousset. — Traitement de la tuberculose par l'allergine. (*Presse médicale*, 16 mars 1929.)

4° P. Guérin. — Ce qu'on peut attendre de la cutiréaction. (*Journal du praticien*, 2 mars 1929.)

5° Bui. — Thèse de Paris 1929. Essai de traitement des adénopathies bacillaires par une toxinothérapie spécifique.

## LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

## Le lavement salé hypertonique est d'un emploi pratique et très efficace contre l'iléus paralytique et les coliques de gaz post-opératoires

d'après les travaux de MM. A. Gosset et R. Soupault (1) ainsi que ceux de Ch. Clavel (2)

### Principe

La solution aqueuse hypertonique de chlorure de sodium possède, sur le syndrome intestinal post-opératoire, trois effets patents :

Elle remédie directement à la chloropénie, aisément constatable et fréquemment prouvée en pareille occurence ;

Elle favorise vraisemblablement la diurèse, et aussi l'élimination azotée, puisque l'hyperazotémie est le corollaire habituel de la chloropénie ; c'est la « purge vasculaire » ;

Enfin, et, surtout, *elle agit sur le péristaltisme intestinal.*

Ces effets s'observent lors de l'injection intraveineuse de sérum salé ; mais, s'il est bon de les rechercher au complet, il faut reconnaître que l'excitation du péristaltisme intestinal est le plus important d'entr'eux.

### Technique

Or, fait intéressant, *pour provoquer cet effet hyperpéristaltique, point n'est besoin d'utiliser la voie intraveineuse*, qui n'est pas toujours à la portée du personnel soignant, et implique l'intervention directe d'un médecin. *Par contre, l'introduction de la solution salée hypertonique par la voie rectale*, d'une part extrêmement pratique *se montre* d'autre part, *d'une remarquable et immédiate efficacité.*

(1) MM. A. Gosset et R. Soupault. — L'utilisation du sérum salé hypertonique par voie rectale (*La Presse médicale*, 2 décembre 1931.)

(2) Ch. Clavel (de Lyon). — Le lavement hypertonique dans les suites opératoires de chirurgie abdominale. (*La Presse médicale*, 11 octobre 1931.)

La solution est extrêmement simple à préparer : un verre avec 100 grammes d'eau environ à 38°-40° ; une cuillerée à soupe, soit 15 grammes, de sel de cuisine.

Deux procédés d'administration :

1° Celui de MM. Gosset et Soupault : on injecte lentement la solution au moyen d'une grosse seringue et d'une sonde de Nélaton ; les sondes rectales habituelles, de même que le tuyau de caoutchouc du bock, conserveraient, en effet, une partie du liquide ; on peut renouveler deux ou trois fois par jour, si besoin.

2° Celui de M. Clavel, qui utilise des solutions de chlorure de sodium à 20 p. 100, fournies en ballons de 250 cmc. Elles sont administrées avec l'appareil classique du goutte à goutte rectal. Le goutte à goutte est réglé de manière à être assez rapide, une à deux gouttes à la seconde. On administre ainsi, suivant l'âge, l'affection en cours et l'effet obtenu, une quantité de sérum de 100 à 200 cmc.

### Résultats

Quelques minutes après l'injection rectale de 100 grammes de solution salée hypertonique, presque toujours au cours de l'écoulement en goutte à goutte des 200 cmc. — on obtient de vives contractions intestinales, qui aboutissent à l'expulsion de gaz, et un peu plus tard d'une selle plus ou moins abondante.

La méthode ne paraît pas avoir d'inconvénients notables, car les quelques coliques un peu douloureuses, qu'elle entraîne parfois, sont vite compensées par le soulagement intense, éprouvé par le malade.

### Indications

1° *Les réactions péritonéales bâtardes avec iléus paralytique plus ou moins complet.*

Il s'agit ici, non pas des péritonites vraies, franches, plus ou moins aiguës, qui, par leur gravité, indiquent une intervention chirurgicale précoce — mais de ces états péritonéaux, dus à des réactions plastiques de la grande séreuse, autour ou au voisinage de foyers inflammatoires. L'*atonie intestinale*, qui en résulte, provient d'une part d'*une gêne mécanique du péristaltisme* des anses agglutinées ou coïncées, et d'autre part d'un certain degré de *paralysie des fibres motrices due à l'infection atténuée et localisée du péritoine.* Cette atonie provoque la rétention des gaz et des matières, et ajoute ainsi la résorption des produits toxiques à un état, déjà souvent infectieux ou suppuré original.

D'une manière habituelle, on emploie des remèdes variés : petits laxatifs ou même purgatifs, lavements y compris les lavements électriques, médication antispasmodique (atropine), ou ayant une action élective sur la fibre intestinale (hypophyse), compresses chaudes ou glace.

Or, si on obtient ainsi quelque résultat, l'*efficacité du lavement de sérum salé hypertonique est incomparablement plus constante et rapide, et de plus* SANS DANGER. Car celui-ci ne provoque pas, comme certains médicaments précédents, un péristaltisme généralisé, qui ne peut être dosé à volonté ; il permet, au contraire, d'arrêter l'action thérapeutique, en même temps que le goutte à goutte par exemple, quand le résultat désiré est obtenu.

2° *Les coliques de gaz post-opératoires.*

On connaît les malaises, ou même les véritables souffrances des opérés de l'abdomen, vers les 36 ou 48 premières heures après l'intervention, jusqu'à ce que soient rendus les gaz, spontanément ou à l'aide de la sonde rectale.

Même, si l'opération a été un peu longue et complexe, si elle a nécessité des manipulations un peu prolongées ou étendues, ou s'il s'agit d'un prédisposé à la « paresse intestinale », les coliques de gaz peuvent se prolonger durant deux ou trois jours, pendant lesquels l'opéré souffre, s'énerve, ne peut boire à sa soif, et doit être hydraté par des injections de sérum physiologique.

Dans tous les cas où la méthode a été employée, soit immédiatement après l'intervention, soit quelques heures après (hernie étranglée, péritonite tuberculeuse), soit vers la trente-sixième heure, les gaz ont été rendus très rapidement.

Les résultats ont été très appréciables chez les malades opérés pour ulcère perforé, qui souffrent si souvent d'une parésie post-opératoire intense. A signaler que par le goutte à goutte employé au moyen de la sonde de Nélaton à la suite d'un cas d'iléostomie une débâcle abondante put être obtenu ; ce résultat est d'autant plus appréciable que le fonctionnement des iléostomies est souvent tardif et défectueux.

Ch. Clavel n'a cependant pas utilisé le lavement salé hypertonique dans tous les cas, où il avait pratiqué des sutures intestinales, ni dans les suites opératoires de l'appendicectomie ; en effet, les contractions intestinales déterminées sont parfois violentes, et elles pourraient être nuisibles dans ces conditions.

***

EN RÉSUMÉ, « quand nos grand'mères administraient aux enfants constipés leurs fameux *lavements de sel*, il est probable que, dans leur désir de bien faire, elles préparaient une solution hypertonique plus souvent qu'une solution d'une isotonie parfaite ». Il y a là un *perfectionnement réel des soins post-opératoires*, qui mérite d'attirer l'attention.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Quelques faits relatifs au traitement de la tuberculose par l'allergine de Jousset.

Depuis deux ans, le Professeur E. Merle expérimente dans son service hospitalier l'allergine de Jousset dans des formes variées de tuberculose ; les quelques faits, qu'il apporte aujourd'hui, lui permettent de conclure que l'allergine est capable d'exercer une action favorable sur la marche d'une lésion tuberculeuse, mis à part les cas où l'amélioration observée pouvait être attribuée aussi bien à une évolution spontanée de la maladie qu'à la thérapeutique.

Dans deux observations relatées, ayant trait à des tuberculoses pleurales ou pleuro-péritonéales, on ne peut mettre en doute l'action favorable de l'allergine.

Il s'agissait notamment d'une de ces formes particulièrement redoutables de pachy-pleurite tuberculeuse secondaire à une pleurésie séro-fibrineuse, qui semblait évoluer de façon rapide avec menace de tuberculisation pulmonaire ; l'évolution fut brutalement transformée vers la guérison dès la première piqûre d'allergine, chaque piqûre ayant été suivie d'une réaction thermique, à la suite de laquelle fut observée une importante chute de température. L'évolution de la courbe de poids ne fut pas moins saisissante que celle de la courbe thermique ; il en fut de même de l'état général, du retour de l'appétit, de la résorption des épanchements. Chaque série de piqûres était suivie d'une défervescence se maintenant en palier jusqu'à la nouvelle série, point de départ elle-même d'une nouvelle chute de température. (*Le Journal Médical français*, juin 1931.)

### L'auscultation gastrique sous le contrôle radioscopique

MM. Noël Fiessinger, A. Délaigne et G. Hutet précisent que, le malade étant couché, l'auscultation doit être pratiquée avec un stéthoscope bi-auriculaire à membrane large et à caoutchoucs longs et souples, de préférence avec celui de Frossard, qui, par le simple effet du poids de sa capsule réceptrice, reste appliqué sur la paroi abdominale. On applique le pavillon de préférence en haut et à droite de l'ombilic ; mais cette localisation approximativement pylorique n'est nullement nécessaire.

Il y a des bruits spontanés, qui sont perceptibles dans la région stomacale pendant le passage des aliments : borborygme cardio-œsophagien, perçu pendant la déglutition seulement et annoncé par le bruit de déglutition ; bruit pylorique ; bruits bulleux ; borborygmes intestinaux.

Des bruits provoqués peuvent, concurremment à la percussion et à la palpation, donner des renseignements sur les dimensions et le tonus de l'estomac, car les anses intestinales et le foie accusent l'un et l'autre une tonalité très particulière au bruit de percussion. A noter que le bruit de clapotage à la succussion n'est pas toujours perceptible à distance, et qu'il est mieux révélé par le stéthoscope ; cependant, il n'est pas toujours gastrique, car les anses intestinales et surtout le côlon sont capables de le produire de façon identique.

Les auteurs ont étudié l'auscultation gastrique : cliniquement, en faisant absorber extemporanément un liquide et en auscultant le sujet couché ; radiologiquement, à titre de contrôle.

Ils concluent que l'auscultation digestive n'est certainement pas appelée à atteindre le degré de précision et l'importance primordiale que possèdent les auscultations pulmonaire et cardiaque dans la symptomatologie des organes correspondants ; mais, elle est un signe physique, à la pratique duquel on doit s'entraîner plutôt que de le négliger.

Les renseignements qu'on en tire peuvent être utiles pour l'étude du mode de réplétion, de contraction, et d'évacuation de l'estomac.

L'étude du bruit pylorique, en particulier, est des plus instructive. Bien entendu, la radiologie demeure le procédé d'exploration pylorique de beaucoup le plus précis ; mais l'auscultation a l'avantage de porter sur des aliments, et non sur de la baryte, ce qui n'est pas la même chose, en ce qui concerne l'évacuation. Elle peut fournir des résultats immédiats lors du premier examen et servir à orienter le diagnostic. (*Journal des Praticiens*, 22 août 1931.)

### La trypaflavine dans le traitement de la méningococcémie infantile.

D'après MM. G. Blechmann et A. Lambey, la trypaflavine est l'une des médications, qui se sont révélées les plus actives pour le traitement de l'infection méningococcique. Il importe de porter ce médicament au contact même des lésions, concuremment par voie veineuse et par voie intraspinale, c'est-à-dire par la méthode des ponctions étagées, sous-occipitale, dorsale et lombaire. Les solutions diluées (2 centimètres cubes à 1 p. 1000) sont les seules, qui ne présentent aucun danger.

Les auteurs ont traité récemment un garçon de sept ans, qui montra, douze heures après une montée de fièvre de 40°, des symptômes de méningite et un purpura généralisé avec hématémèse. La ponction lombaire ramena un liquide céphalo-rachidien louche, mais ne révéla pas de germes à l'examen direct, ni à la culture.

Toutes les médications furent mises en œuvre : transfusion sous-cutanée (dans l'impossibilité de pousser le sang dans une veine), injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique, adrénaline, etc. ; peu à peu, le malade sortit de son demi-coma. Mais, la situation restait critique, et, dès le quatrième jour de la maladie, les auteurs commencèrent l'emploi de la trypaflavine par les voies intra-rachidienne et intra-veineuse. Les signes méningés s'amendèrent dès le 10e jour ; au 22e jour, la sérothérapie, utilisée en lavements seulement à raison de 30 cc. par jour, fut abandonnée à la suite de légers accidents sériques. La trypaflavine seule fut continuée. Malgré l'apparition de nombreuses complications articulaires et une irido-choroïdite, dès le 30e jour la maladie évolua vers la guérison, qui survint lentement au bout de 3 mois avec perte de la vision d'un œil et ankylose du genou en voie de régression.

On avait employé 4 injections intra-rachidiennes (solution de 1 p. 2.500 à 1 p. 5.000), puis 44 injections intraveineuses (1 à 5 cmc. de la solution à 2 p. 100), soit une dose totale de 12 grammes 13 de trypaflavine pour un enfant de 7 ans, pesant au début de sa maladie environ 18 kilogr.

La chimiothérapie acridinique constitue donc, contre l'infection méningococcique de l'enfant, une arme qui s'est avérée très efficace, aussi bien seule qu'associée à la sérothérapie. (*La Médecine,* août 1931).

### De l'anaphylaxie à l'idiosyncrasie.

La notion d'anaphylaxie, introduite en médecine par Widal, a permis de grouper dans un chapitre d'ensemble une série d'accidents, d'états, de maladies, dont la pathogénie était jusqu'alors des plus obscure. Elle a montré que tous ces accidents avaient même parenté ; qu'urticaire, eczéma, asthme étaient des chocs provoqués par l'action d'antigènes très variés, auxquels les sujets étaient anaphylactisés, c'est-à-dire étaient *devenus* hypersensibles.

Mais, lorsque ces accidents surviennent en dehors de toute action préalable de l'antigène, lorsqu'ils se produisent au moment où, pour la première fois, un sujet est mis au contact de l'agent nocif, on ne peut parler que de sensibilité excessive, d'idiosyncrasie.

Le Dr Joltrain rappelle les caractères des chocs anaphylactiques : apparition brutale ; disparition sans trace ; précession d'un bouleversement sanguin, d'un déséquilibre hématique appelé crise hémoclasique.

Un caractère primordial de ces accidents, c'est la possibilité de les prévenir par une méthode spéciale, la skeptophylaxie (introduction de petites doses progressivement croissantes). Ceux-ci sont provoqués par des antigènes, agissant à des doses infinitésimales. Enfin, ils sont spécifiques.

Les accidents de l'idiosyncrasie sont exactement du même type que ceux dus à l'anaphylaxie. Ils sont complètement différents des accidents toxiques. Dans les cas d'idiosyncrasie, il y a également une certaine spécificité.

L'anaphylaxie serait un cas particulier de l'idiosyncrasie ; et toutes deux seraient les expressions d'une même tendance anormale des humeurs : l'aptitude au déséquilibre, sans qu'il existe aucune barrière précise entre l'anaphylaxie et l'idiosyncrasie.

L'allergie, modification dans la capacité de réagir que crée dans l'organisme la présence d'une infection, serait également un cas particulier d'idiosyncrasie.

A la base de ces trois manifestations réactionnelles serait la même tendance anormale des humeurs : l'aptitude au déséquilibre endocrino-neurotonique, la diathèse colloïdoclasique. (*Bruxelles médical,* 9 août 1931.)

### Que vaut le nouvel anesthésique chirurgical la Percaïne ?

La Percaïne, dont le nom rappelle par sa désinence les anesthésiques utilisés depuis quelques années, en est cependant chimiquement très différente. C'est le chlorhydrate d'une amino-amide éthérifiée (diéthyl-éthylène-diamide de l'acide butyl-oxycinchoninique), se séparant nettement de la cocaïne, de la novocaïne, et de leurs dérivés.

L'étude que M. Raymond Imbert, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Marseille en a faite, est tout à la fois expérimentale et clinique. Expérimentalement, chez l'animal comme chez l'homme, la percaïne se révèle d'une puissance anesthésique énorme, si bien que des résultats égaux sont obtenus, au moyen du nouvel anesthésique, avec des solutions à 1/200 de novocaïne et 1/4000 de percaïne, titre vingt fois plus faible ; limite de toxicité pratique fort loin par conséquent des doses usuelles.

Cliniquement, la percaïne utilisée en infiltration, en rachi ou par contact, donne des anesthésies d'une durée beaucoup plus longue que les autres anesthésiques, gros avantage pour le chirurgien, qui a tout le temps d'opérer, et pour le malade qui ne souffre pas pendant les heures qui suivent l'opération. Cette action prolongée de l'insensibilisation à la percaïne a été particu-

lièrement mise en lumière chez un sujet opéré d'une hernie inguinale double, d'un côté avec la percaïne, de l'autre avec la novocaïne.

Il convient, en général, d'ajouter une petite quantité d'adrénaline aux solutions de percaïne, qui sont vaso-dilatatrices : un cent millième suffit. Aucun hématome ni aucun autre accident ou incident opératoire ou post-opératoire n'a été noté par l'auteur. (*Rev. Médicale de France et des colonies*, n° 7, juillet 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### La gastro-photographie.

(MM. Victor Pauchet et Bécart. — *Académie de médecine* ; 12 et 19-1-1932.)

Porgès, Back et Heilpern, de Vienne, ont imaginé récemment un appareil, le gastrophotor, qui, introduit dans l'estomac, permet de prendre en instantané des photographies des parois internes de la poche gastrique. Connaissant un des inventeurs, M. Bécart en parla au Dr Pauchet, indiquant qu'un tel appareil pourrait rendre des services pour le diagnostic précoce des affections gastriques.

Au cours d'un voyage à Vienne, en 1929, M. Pauchet put étudier sur place cette intéressante invention, qui, à cette époque, n'était pas encore entièrement au point et nécessitait divers perfectionnements, quant à la grandeur du bloc photographique à déglutir et au format trop réduit des épreuves positives, en particulier. Ces perfectionnements sont aujourd'hui effectués et le gastrophotor est maintenant entré dans la voie des applications pratiques.

M. Pauchet montre une vingtaine de photographies de l'estomac, correspondant à des états normaux et pathologiques, prises par M. Bécart, son assistant, chez des malades de son service ou de sa clientèle. Les indications tirées par l'auteur de ces photographies ont été vérifiées dans la suite, par l'opération ou par l'autopsie.

Il ne faudrait pas croire, toutefois, que la gastrophotographie soit un moyen d'exploration d'emploi élémentaire. La technique demande de l'exercice et il faut une certaine expérience pour interpréter correctement les épreuves photographiques obtenues.

— M. Hayem présente quelques réflexions à propos de la communication de M. Pauchet. Les procédés de la technique clinique, dit-il, doivent s'additionner et non se substituer les uns aux autres. Une méthode nouvelle ne doit pas faire négliger une méthode plus ancienne, si elle est d'ordre différent. Lorsqu'on a pratiqué les premiers examens radiologiques du tube digestif, on a cru que l'on pourrait ainsi faire tous les diagnostics et l'on a laissé de côté les recherches du chimisme gastrique. Les médecins reviendront à l'analyse du suc stomacal car les données qu'elle fournit ont une grande valeur clinique.

L'examen photographique de l'estomac constitue un procédé dont les possibilités ne sont pas encore déterminées. Il apparaît certes intéressant. Il y aura lieu toutefois d'en préciser les indications, de le considérer en parallèle avec les autres méthodes, qui n'en conservent pas moins toute leur valeur, de même que le traitement chirurgical des gastropathies ne doit pas faire négliger le traitement médical, dont on oublie quelquefois l'utilité et l'activité.

### Diagnostic des lésions tuberculeuses du rein.

(M. Maurice Chevassu. — *Académie de médecine* ; 12-1-1932.)

Le diagnostic de la tuberculose rénale s'est peu à peu perfectionné. S'il doit être soupçonné chez tout sujet dont les urines, recueillies à l'émission ou par sondage, n'ont plus leur limpidité parfaite et contiennent des leucocytes sans microbes appréciables à l'examen direct, il peut être aujourd'hui affirmé rapidement, sans qu'il soit besoin d'attendre le résultat de l'inoculation des urines au cobaye. Il suffit pour cela de rechercher avec patience le bacille de Koch dans les urines concentrées par une restriction des liquides et une centrifugation puissante.

La constatation du bacille de Koch dans les urines pyuriques permet d'affirmer la tuberculose urinaire. Le cathétérisme des uretères décèlera le rein malade. On arrive ainsi à des diagnostics souvent précoces qui conduisent à des néphrectomies faites de bonne heure, avant l'atteinte secondaire de la vessie.

M. Chevassu montre qu'il est possible d'aller plus loin, de préciser la répartition des lésions, leur intensité, le degré de l'atteinte rénale. Ce problème peut être résolu dans la plupart des cas par l'urétéropyélographie rétrograde qui réalise sur le vivant une véritable anatomie pathologique des voies excrétrices du rein. Ceci offre un intérêt non seulement diagnostique mais thérapeutique. Dans les cas de lésions reconnues peu considérables du rein, un jour viendra peut-être (si le traitement médical de la tuberculose a atteint une puissance suffisante) où l'on pourra s'adresser à la thérapeutique médicale, évitant l'exérèse et la perte du rein.

### Abcès du poumon.

(M. Bressot, de Constantine. — *Société de chirurgie* ; 18-11-1931.)

M. Baumgartner rapporte au nom de M. Bressot,

de Constantine, cinq cas d'abcès du poumon dont quatre traités chirurgicalement par pneumotomie. Dans ces cinq observations, la maladie a débuté avec les symptômes d'une pneumopathie aiguë. Mais, au lieu de céder à un traitement approprié au bout d'un à deux septenaires, les signes d'infection ont continué, l'expectoration journalière est restée purulente et les examens radiologiques du thorax, faits à plusieurs reprises, ont confirmé les indices de l'auscultation en révélant dans une partie limitée d'un des deux poumons, une zone opaque de condensation. La persistance de ces symptômes pendant plus d'un mois, malgré quelques périodes d'amélioration passagère, permettait de poser avec certitude le diagnostic de suppuration pulmonaire. Dans quatre cas, M. Bressot chercha la confirmation du diagnostic par la ponction exploratrice.

M. Baumgartner se déclare peu partisan de la ponction exploratrice en pareille circonstance. La ponction, alors, est susceptible d'infecter la cavité pleurale. Elle est de plus inutile — les autres signes suffisant en général au diagnostic — et infidèle, car si le contenu de l'abcès est bourbillonneux, il ne peut pas être aspiré dans l'aiguille étroite. M. Baumgartner ne recourt à la ponction de l'abcès qu'au cours de la pneumotomie.

Quand faut-il mettre en œuvre le traitement chirurgical ? On s'y adressera après un délai de *six semaines* lorsque le traitement médical (sérothérapie, émétine, novarsénobenzol) n'aura pas donné de résultat caractérisé.

P. L.

## Sur un cas de péricardite tuberculeuse subaiguë secondaire de l'adulte.

(MM. Léon Bernard et Pellissier. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-11-1931.)

Ce cas mérite d'être retenu pour ses singularités : il n'est pas habituel, en effet, de voir une péricardite tuberculeuse compliquer une tuberculose du poumon ; il ne l'est pas davantage de trouver dans le liquide péricardique, retiré par ponction, des bacilles de Koch innombrables ; enfin, cette péricardite associée à d'autres épanchements, a réalisé le type d'une polysérite, et elle s'est faite sur le mode aigu, sans efflorescence granulique sur le péricarde.

Lorsqu'il s'agit de péricardites chroniques, caractérisées par une symptomatologie peu bruyante et une évolution spontanée relativement bénigne avec tendance à la résolution, des succès ont été obtenus par les ponctions, suivies d'injections d'air ou accompagnées d'injections de lipiodol. Ici, la thérapeutique s'est montrée complètement inefficace, dans cette forme subaiguë, grave, à symptômes éclatants. Le malade vit ses troubles dyspnéiques s'amender notablement par la ponction du péricarde, mais l'épanchement se reproduisit immédiatement. En outre, les autres localisations ont aussi joué leur rôle néfaste dans l'évolution fatale. L'essaimage granulique sur l'intestin et le péritoine a sans doute tenu une place dans le complexus tuberculeux, sans compter que l'abondance des bacilles dans le liquide péricardique témoignait d'une infection tuberculeuse massive.

## Diabète insipide d'origine syphilitique. Obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. Etude biologique.

(MM. Weissenbach, Gilbert-Dreyfus et Brisset. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-11-1931.)

Cette observation est intéressante :

1° Au point de vue étiologique, car ce diabète s'est installé subitement, le même jour qu'une hémiplégie par artérite, sept ans après le début d'une syphilis manifestée par une roséole et qui ne fut pas traitée.

2° Au point de vue physio-pathologique, ce diabète est consécutif, selon toute vraisemblance, à une méningo-vascularite aiguë syphilitique ; il s'est d'ailleurs révélé typique dans son mode de réaction à la thérapeutique post-hypophysaire, notamment quant à la polyurie et à la polydipsie : selon le taux et l'horaire des injections, on pouvait modifier à volonté le taux et l'horaire de la diurèse. L'action de la ponction lombaire a, au contraire, été nulle sur la polyurie. Ce diabète insipide s'est accompagné d'un syndrome adiposo-génital assez caractéristique, l'aménorrhée et la chute des poils ayant précédé l'obésité, le métabolisme basal demeurant normal. Il s'est accompagné aussi d'un trouble tout à fait particulier de la thermo-régulation, non encore signalé. On connaît l'existence d'un centre thermique infundibulaire, mais non de polyuries avec hyperthermie matinale et hypothermie vespérale régulières et continues au point de réaliser une courbe typique de fièvre inverse. C'est enfin un trouble glyco-régulateur indéniable, véritable paradiabète hypophyso-tubérien (bien différent du diabète sucré infundibulaire, dont on a rapporté récemment un exemple démonstratif).

L'existence d'une imperméabilité rénale surajoutée n'a malheureusement pas permis d'explorer le métabolisme des chlorures, dont l'étude systématique, chez les diabétiques insipides, permettra peut-être d'individualiser un centre régulateur des échanges minéraux de l'organisme.

## Double anévrisme du ventricule gauche.

(Dr Romulo H. Silva, de Montevideo, présenté par C. Lian. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-11-1931.)

Ce cas d'anévrisme double du ventricule gauche est intéressant parce qu'il a pu être observé et diagnostiqué durant la vie, grâce aux méthodes modernes d'investigation, alors qu'une grande partie des cas publiés sont des trouvailles d'autopsie. Les artères coronaires, étudiées en différents points, se sont montrés perméables et de structure complète-

ment normale ; dans tout le ventricule, avec une intensité variable selon les endroits, on a observé des lésions nettes de myocardite interstitielle ; sur une grande étendue, on a noté des adhérences du péricarde avec un épaississement très marqué de la séreuse.

**Sur un cas d'oblitération de l'aorte abdominale.**

(MM. ROUILLARD et LOUVET. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-11-1931.)

Dans les faits de ce genre, il y a souvent discordance entre les faits cliniques et les constatations anatomiques ; l'importance des phénomènes ischémiques aux membres inférieurs est très variable, alors que l'oblitération de l'aorte terminale devrait, semble-t-il, produire des troubles toujours identiques.

On peut se demander si, dans certains cas d'oblitération artérielle lente et progressive par thrombose, il ne se produit pas, par suite de lésions pariétales ou par un autre mécanisme, une sorte d'inhibition fonctionnelle du sympathique péri-vasculaire, qui favorise la vaso-dilatation périphérique et le développement de la circulation collatérale.

**Traitement de l'angine de poitrine par les injections intra-veineuses iodées intensives, et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique.**

(MM. C. LIAN, A. BLONDEL et RACINE. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-11-1931.)

Si l'on fait abstraction de certains cas d'angine de poitrine d'origine syphilitique obéissant bien au traitement spécifique, en général les prescriptions médicamenteuses ne donnent que des résultats bien médiocres contre l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle. Aussi, paraît-il intéressant de rapporter les améliorations fréquentes, quoique non constantes, obtenues par ces nouvelles méthodes thérapeutiques.

Les auteurs ont adopté la dose de 5 cc. d'iodaseptine iodurée pour chaque injection intra-veineuse, parfois quotidienne ; dans certains cas ils ont été jusqu'à 10 cc. Jamais, ils n'ont noté ni incident, ni accident. L'iodaseptine iodurée ne paraît pas scléroser beaucoup les veines.

Ni avec l'iode intraveineuse, ni avec le $CO^2$ sous-cutané, on n'a constaté de façon régulière une diminution de l'hypertension artérielle. Cela conduit à supposer que l'action thérapeutique vaso-dilatatrice se fait sentir avec élection sur le territoire de l'organisme où la vaso-constriction est spécialement marquée, c'est-à-dire le réseau artériel coronarien chez les angineux.

On a tendance à recourir d'abord aux injections sous-cutanées d'acide carbonique, méthode très facile à mettre en œuvre à qui possède l'instrumentation nécessaire aux injections sous-cutanées d'oxygène. Puis, pour chercher à continuer l'action vaso-dilatatrice du $CO^2$, et à exercer en outre une influence curatrice sur les lésions artérielles, on conseille d'employer ensuite les injections intra-veineuses iodées intensives.

Si ces prescriptions médicamenteuses, répétées ou non, n'arrivent pas à fournir un résultat satisfaisant, on recourt à la radiothérapie, qui procure assez souvent une amélioration notable ; maniée prudemment, cette méthode n'est pas dangereuse.

G. F.

---

## *Bordeaux*

*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*

(Séance du 7 janvier 1932).

MM. les Docteurs CUVIER, de Bordeaux, et CARRÈRE, d'Ozillac, poursuivant l'étude qu'ils ont entreprise, il y a 2 ans 1/2, sur l'action des extractifs de tumeurs, ont fait part de leurs premiers essais avec des produits amygdaliens, dans l'hypertrophie des amygdales. Ceux-ci sont administrés par voie buccale, sous forme de gouttes, à doses faibles et fractionnées (une goutte, de trois à cinq fois par jour, suivant l'âge, loin des repas). Sept observations démonstratives ont été citées, où depuis 1 an 1/2 environ, des régressions et un retour à l'état normal ont pu être constatés, après 2 et 3 mois de traitement.

Bien entendu, les indications précises de l'amygdalectomie et de l'amygdalotomie restent entières, et du domaine exclusif du spécialiste.

Et les auteurs de conclure :

« Nous nous croyons autorisés à attirer l'attention sur ce procédé biologique relativement simple, afin de l'étudier pour en connaître la valeur et la portée exactes. L'intérêt de la conservation des amygdales, lorsqu'une indication opératoire ne s'impose pas, mérite de retenir l'attention, pour ne pas priver l'organisme d'un organe glandulaire dont l'ablation peut ne pas être sans inconvénients de divers ordres. Et parce que, comme l'a dit récemment à Sofia, le Prof. Portmann : « Les méthodes de destruction, par quelque procédé que ce soit, sont des méthodes moyenageuses », dont, ajouterons-nous, la biologie doit progressivement nous libérer. »

# Les Congrès

## XLe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*) (1)

DEUXIÈME QUESTION

### Les péritonites à pneumocoques

Résumé du rapport de MM. BRÉCHOT (de Paris) et NOVÉ-JOSSERAND (de Lyon).

Le pneumocoque se trouve fréquemment dans des péritonites d'origines fort différentes. On l'a rencontré après des infections opératoires de la grande séreuse, au cours des péritonites consécutives à la perforation d'un ulcus gastrique, dans des péritonites à point de départ génital : post-partum, post-abortum ; après une salpingite, dans l'appendicite enfin.

Mais dans toutes ces affections, le pneumocoque ne paraît pas jouer un rôle de premier plan, on dirait plutôt d'un témoin banal.

Les rapporteurs laissent délibérément de côté tous ces cas pour ne considérer que les formes nettement dues au pneumocoque, celles qu'on appelait autrefois « péritonites essentielles des jeunes filles » et qu'on confondait du reste avec d'autres péritonites essentielles dues au streptocoque et au gonocoque notamment.

Ainsi délimitée, la question est encore complexe. On ne devrait accepter comme authentiques que les cas de péritonite vérifiés bactériologiquement ; or, le diplocoque de Talamon-Frænkel peut mourir au cours de la péritonite, laissant après lui un pus stérile. Il existe des cas où l'identification du germe causal est impossible, le diplocoque ayant perdu sa capsule, se disposant en chaînette et prenant l'aspect du streptocoque. D'autres fois, enfin, le pneumocoque associé au coli-bacille, à des anaérobies, au staphylocoque, au streptocoque, voire même au bacille tuberculeux peut disparaître en raison de sa fragilité, alors qu'il a eu au début, vraisemblablement, le rôle dominant dans la genèse de la maladie.

Il faut donc se garder de juger la question uniquement du point de vue bactériologique, car il est certain que le domaine clinique du pneumocoque est sensiblement plus étendu qu'on ne le croit généralement.

Même en l'absence de l'identification du germe responsable, on peut conclure à la nature pneumococcique d'une péritonite si les caractères cliniques sont bien typiques, si le pus présente cet aspect particulier de pus crémeux jaune ou verdâtre, non fétide, très riche en fibrine.

**Etiologie.** — La péritonite à pneumocoque est une affection relativement fréquente. Elle constitue cependant une des localisations rares du pneumocoque.

L'âge est une condition prédisposante importante ; on la rencontre deux fois chez l'enfant pour une fois chez l'adulte. Elle est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin.

Le plus souvent, il s'agit d'une maladie isolée, manifestation unique de l'infection pneumococcique ; d'autres fois, l'infection a déjà touché un autre organe que le péritoine, généralement le poumon ou la plèvre.

Les auteurs italiens et américains insistent sur l'existence fréquente d'une angine qui serait comme la porte d'entrée du diplocoque.

Le traumatisme jouerait parfois un rôle déterminant (Dieulafoy, Brun, Malapert, etc.).

**Bactériologie et expérimentation.** — C'est en 1881 que Pasteur constata la présence du pneumocoque dans la salive. Deux ans plus tard, Talamon mit ce microbe en évidence dans le sang de deux pneumoniques.

Chez l'homme, il existe à l'état de saprophyte dans la bouche et les voies respiratoires supérieures dans presque la moitié des cas.

Ce saprophyte est susceptible de devenir virulent sous l'influence du froid et des traumatismes ou même du fait de la diminution de résistance du sujet.

Il s'agit d'un diplocoque lancéolé et encapsulé prenant le gram.

Le pneumocoque est essentiellement polymorphe. On conçoit donc que son identification ne soit pas toujours aisée. Il peut être aérobie ou anaérobie, cette dernière forme étant la plus virulente. On le cultive sur gélose-ascite où il donne naissance à des colonies en « goutte de rosée » qui peuvent, se grouper indifféremment en amas ou en chaînettes. Il pousse fort bien également en milieu T de Nicolle, Truche et Cotoni et sur sérum de lapin jeune.

Le pneumocoque est lysé par la bile et le choléate de soude qui demeurent sans action sur les autres microbes. Cette lyse par les sels biliaires a incité Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand à traiter par la bile les rhino-pharyngites. Dans le même ordre d'idées on a injecté par voie veineuse du taurocholate de soude à des sujets atteints d'emphysème à pneumocoque. Il ne s'est pas produit d'accidents, mais les résultats n'ont pas répondu aux espoirs conçus.

Bréchot a traité un homme de soixante ans atteint d'une pleurésie purulente à pneumocoque en injectant dans l'épanchement, à quatre reprises, 10 centi-

(1) V. *Concours médical*, nos 5, 6 et 7.

mètres cubes de bile de bœuf. Après chaque injection un prélèvement de pus fut fait ; les pneumocoques y restèrent aussi abondants et les souris inoculées moururent chaque fois aussi rapidement.

La virulence du pneumocoque est très variable. D'une façon générale, on peut dire que le microbe recueilli au cours d'une péritonite diffuse est plus virulent que celui prélevé en cas de péritonite circonscrite.

**Anatomie pathologique.** — Au début, dans les premières heures, les lésions du péritoine sont diffuses. On note une tuméfaction des ganglions mésentériques, un exsudat muqueux, glaireux, qui paraît tout à fait caractéristique. Puis les lésions vont varier suivant que la péritonite s'étendra ou se localisera.

1° Péritonite diffuse. — On en distingue trois variétés :

a) *Une forme septique* que caractérisent des dépôts fibrineux abondants à la surface de l'intestin et du péritoine. Il n'y a pas d'épanchement libre appréciable. Dans le petit bassin, parfois un peu de pus séreux, louche ou roussâtre, quelquefois épais et verdâtre.

Mais on peut observer une forme suraiguë, septicémique, où la mort survient sans qu'une réaction péritonéale quelconque ait eu le temps de s'installer.

b) *Une forme suppurée*, de beaucoup la plus fréquente où le pus abondant remplit le ventre. Les anses intestinales flottent dans ce pus. Le mésentère est rempli de ganglions. L'intestin est peu modifié, rouge congestif par places. L'appendice participe à cette congestion. Il peut être enfoui dans l'épaisseur de l'exsudat et son ablation peut être laborieuse.

c) *Une forme avec abcès multiples.*

2° Péritonite circonscrite. — On admet que la péritonite à pneumocoque est toujours généralisée au début et qu'elle se localise secondairement à la faveur de dépôts fibrineux abondants. Mais on rencontre certainement des variétés localisées dont l'origine se trouve dans une infection limitée à une très petite partie de la séreuse.

*Dans la forme localisée typique*, l'enkystement se fait au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, au contact de la paroi antérieure. En profondeur, c'est le tablier épiploïque qui le limite.

Mais il existe des formes à *abcès de siège anormal ou multiples* ; la collection peut se trouver dans les points les plus divers : région cæcale, Douglas, pelvis.

Ces abcès multiples présentent souvent un pus de caractère différent, une des poches s'étant infectée secondairement par le coli-bacille. L'intestin grêle perd sa disposition régulière ; on le voit adhérer à la paroi antérieure ou à lui-même.

Enfin, il existe des cas rares où la péritonite se développe non plus au centre de la cavité abdominale mais à sa périphérie ; tel est le cas de cette fillette de deux ans qui présenta un abcès à la racine des deux cuisses fusant sous l'arcade de Fallope droite et gauche, pris pour une ostéo-myélite du fémur et que l'intervention montra d'origine abdominale.

**Pathogénie.** — Le pneumocoque gagne le péritoine par quatre voies :

*A.* La voie transdiaphragmatique. — On a cru longtemps qu'elle était la plus souvent en cause, en raison de la fréquence de la localisation du pneumocoque sur le poumon, la plèvre, les voies respiratoires supérieures. Les vaisseaux lymphatiques, le « puits de Raunier » ne vont cependant pas du thorax à l'abdomen ; ils sont dirigés en sens inverse, et les lésions péritonéales siègent d'ordinaire dans l'étage inférieur de l'abdomen. Enfin, les péritonites isolées, sans autre localisation du pneumocoque, sont trop fréquentes pour que cette voie transdiaphragmatique soit considérée comme très fréquemment suivie. Elle existe cependant, mais la transmission se fait plutôt par continuité que par propagation lymphatique.

*B.* La voie génitale. — La péritonite à pneumocoque ayant son maximum de fréquence dans le sexe féminin, et sa localisation habituelle dans l'étage abdominal inférieur, il est logique d'envisager l'hypothèse d'une origine génitale fréquente.

Il ne semble pas que le pneumocoque soit un hôte habituel du vagin, mais on l'a rencontré dans les lochies, et 3 fois sur 100 cas d'avortements septiques.

Fricke le trouva dans une trompe d'adulte.

Les voies génitales de l'enfant peuvent également cacher le pneumocoque responsable de certaines vulvo-vaginites. Mais il semble que c'est surtout par voie sanguine que se fait la propagation péritonéale même dans ces cas d'infection incontestable des voies génitales externes.

*C.* La voie intestinale. — Le pneumocoque ne résiste pas aux milieux acides. Il devrait donc trouver dans l'estomac un obstacle infranchissable ; et cependant on l'a rencontré fréquemment dans le pus péritonéal après une perforation d'ulcère ou au cours d'une appendicite.

Schwartz, partisan convaincu de l'origine génitale, dit avoir pu cependant vérifier dans un cas l'origine intestinale de la maladie.

Les lésions de gastro-entérite sont excessivement rares, or l'intestin dont la tunique est saine s'oppose au passage des microbes. Toutefois, ce passage deviendrait possible à la faveur de la stase veineuse ou de la simple congestion des parois de l'organe.

Henri Lemaire et Labbé ont rapporté des observations de péritonites à pneumocoques consécutives à des appendicites de même nature.

*D.* La voie sanguine. — Défendue par Michaut, elle a les préférences de l'Ecole française. C'est elle qui explique le mieux les cas de septicémies où la péritonite s'associe à des lésions à distance : méningite, arthrite suppurée, ostéites, lésions pleuro-pulmonaires.

En résumé, la plupart des auteurs sont éclectiques. Il faut admettre la possibilité de chacun de ces modes d'infection.

(*A suivre*).

# Les Thèses

P. — Dr D. Champeau. — **Un novateur : Charles-Gabriel Pravaz** (1791-1853). (Librairie Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1931.)

Pravaz fut un médecin ingénieux et un novateur en thérapeutique. Quelques-unes de ses recherches ont été le point de départ de véritables progrès.

Son nom reste inséparablement lié à l'application de la méthode hypodermique qui est une des plus belles conquêtes de la médecine au XIXe siècle.

P. — Dr M. Barot. — **Action des eaux de Bagnoles-de-l'Orne sur le sympathique et les glandes endocrines.** (Marcel Vigné, éditeur, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine Paris 1930.)

Les eaux de Bagnoles-de-l'Orne paraissent avoir une action directe sur le système nerveux de la vie organo-végétative ; elles ont une action toute spéciale sur le sympathique, dont elles semblent renforcer le tonus : elles sont sympathicotoniques ;

Par leur action directe sur le sympathique et sur les symptômes subjectifs, leur indication ne s'étend pas seulement aux varices, aux phébites et à leurs séquelles, mais elles sont encore un complément heureux au cas de varices traitées par les injections sclérosantes ;

Enfin, la cure thermale paraît indiquée dans tous les cas où il semble y avoir rupture de l'équilibre endocrino-sympathique, en particulier au cours de la maladie de Raynaud et des cyanoses sus-malléolaires, états relevant directement d'une dys-sympathicotonie ou d'un dysfonctionnement endocrino-sympathique.

St. — Dr H. Huckel. — **Du mysticisme à la médecine.** *De quelques pratiques empiriques actuellement encore utilisées comme moyens thérapeutiques.* (Société anonyme d'imprimerie montbéliardaise, Montbéliard, 1931.)

Il résulte de ce travail que l'empirisme précède souvent la raison et que les pratiques de thérapeutique introduites en médecine sous l'inspiration de la magie, de certains rites religieux, ou de conceptions doctrinales erronées se sont cependant perpétuées parce que l'expérience les a montrées efficaces.

Les vieux remèdes sont souvent les meilleurs parce qu'ils ont subi l'épreuve du temps.

Aussi le praticien ne doit-il pas les écarter parce que l'idée qui leur a donné naissance est apparue dans la suite du temps comme fausse ou absurde, mais il doit au contraire les garder précieusement dans son arsenal thérapeutique en s'efforçant de découvrir à la lumière des sciences modernes le mécanisme de leur action et de leur efficacité.

---

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Chez Vigot frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A. Rouslacroix, chargé de cours à la Faculté de Marseille. — **Nouvelle vue d'ensemble sur le système réticulo-endothélial.** (Un vol. in-8°, 64 pages. Prix : 10 fr.)

Ed. Moreau. — **Guide pratique d'analyses médicales** *par les méthodes simples et rapides. Deuxième édition* revue et augmentée par J. Beck, chef de laboratoire à l'hôpital Bellan. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Préface du Dr Venot. (Un vol. in-8, 216 pages, 47 fig. Prix : 15 fr.)

Dr J.-A. Doléris. — **Le vin et les médecins.** *Le Pour et le Contre.* (Un vol. in-8°, 236 p. Prix : 20 fr.)

Noël Loyot. — **Du bon sens à l'hygiène.** *L'individu. La famille. La société.* (Un vol. in-8°, 154 pages. Prix : 15 fr.)

Dr Fougerat de David de Lastours. — **Hygiène, Nudité, Soleil aux colonies.** Préface du Prof. Tanon (Un vol. in-8, 52 pages, 16 illustr. Prix : 5 fr.)

**Les grandes endémies tropicales.** *Etudes de pathogenie et de prophylaxie.* Dix conférences faites à la Faculté de Paris par MM. les médecins du Corps de santé colonial R. Noël Bernard, M. Blanchard, Botreau-Roussel, G. Bouffard, F. Heckenroth, J. Laigret, M. Léger, G. Martin, Pons et Toullec. (Un vol 152 p., 2 p. Prix : 18 fr.), 1932 (3e année).

Chez N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dr A. Finikoff. — **Le traitement des tuberculoses chirurgicales par l'huile iodée et les sels de calcium.** Préface du Professeur Pierre Delbet. (Un vol., 244 pages, 99 radios et 26 tableaux.)

## THÉRAPEUTIQUE

# La querelle des solubles et des insolubles bismuthiques est terminée

Par P. LEMAY,
Docteur de l'Université.

Dans l'appréciation de la tolérance et de la valeur thérapeutique d'un médicament, le facteur *temps* est primordial. Seul, le recul des années permet de se faire une opinion exacte, débarrassée des préventions pour ou contre, de faire une moyenne exacte des fluctuations de l'opinion.

L'histoire d'un médicament passe en effet presque toujours par trois phases : la phase optimiste, la phase pessimiste, la phase raisonnable.

Au début, à la faveur de quelques observations brillantes, le nouveau produit est déclaré excellent, supérieur aux précédents. Puis, des échecs et des accidents surviennent : c'est que l'expérimentation s'est élargie et l'emploi généralisé, et alors, le produit ne vaut plus rien ; enfin, par l'étude comparée des différents produits, on arrive à une appréciation saine qui fait la part des avantages et des inconvénients, et l'on adopte alors souvent définitivement un médicament que l'on avait momentanément rejeté. Car le produit véritablement mauvais ne survit pas à la seconde phase.

En thérapeutique bismuthique, les morts furent nombreux ; les survivants de la lutte terrible qui a dressé les uns contre les autres les insolubles, les solubles dans l'eau, et les solubles dans l'huile, peuvent être considérés comme bons. Les vétérans, les insolubles, ont subi le double assaut des solubles dans l'eau et des solubles dans l'huile, sans défaillance, et c'est là le meilleur critérium.

### CE QU'ON REPROCHE AUX INSOLUBLES

On reproche aux suspensions huileuses d'insolubles la lenteur d'absorption, les dépôts bismuthiques provoquant des abcès, les embolies huileuses, la grippe bismuthique, les accidents cutanés.

La lenteur d'absorption s'est révélée comme un avantage appréciable, car elle assure une action profonde et persistante, nécessaire à la stérilisation.

Les abcès bismuthiques, rares, si l'on veut songer aux millions d'injections effectuées, sont presque toujours, pour ne pas dire toujours, dus à un défaut de technique : injections trop peu profondes, faites dans le tissu graisseux ou au contact de l'aponévrose, ou injections répétées au même endroit.

Les embolies huileuses ne sont pas le fait du produit bismuthique, mais de l'excipient huileux.

La grippe bismuthique et les accidents cutanés sont dus à l'intolérance de l'ion bismuth, et ceci est indépendant de la composition du sel ; le même phénomène se serait montré avec n'importe quel produit bismuthique, et bien plus souvent avec les solubles.

Aux produits solubles dans l'eau on reproche une assez mauvaise tolérance locale et leur tendance à faciliter les phénomènes de choc bismuthique.

### CE QU'ON REPROCHE AUX LIPOSOLUBLES

Quant aux solubles dans l'huile, il s'est révélé à l'usage qu'ils donnaient lieu exactement aux mêmes accidents que les insolubles (accidents, qui, nous le répétons, sont pour les uns comme pour les autres de rares exceptions, dont la faute ne peut, dans la très grande majorité des cas, être imputable au médicament).

Pour limiter cet article, je m'en tiendrai aux communications faites à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris : le 16 janvier 1930, Joulia, de la Clinique Dermatologique de Bordeaux, signale un cas de dermite livedoïde et gangréneuse consécutive à une embolie artérielle, déterminée par des injections de carbo-camphorate de bismuth lipo-soluble.

Le 13 février 1930, Burnier rapporte un cas semblable et convient : « Les embolies consécutives aux injections bismuthiques ne sont donc pas dues fatalement à l'introduction du précipité bismuthique dans les artérioles, comme on le pensait avec les sels insolubles. Puisqu'elles existent aussi avec les sels solubles, il s'agit bien d'une embolie huileuse ».

Dans la discussion, Barthélémy dit avoir eu le même accident, après une injection de 1 cc. seulement du même produit.

Le 10 avril 1930, Joulia rapporte un nouveau cas d'embolie et déclare qu'il n'y a aucune différence appréciable dans le début des douleurs et dans leur intensité, entre les embolies déterminées par un sel soluble et par un sel insoluble.

Dupuy-Dutemps, Burnier et Paul Blum, à la séance du 21 mai 1931, relatent un cas d'amblyopie transitoire, qui semble faire ressortir que les

lipo-solubles dans l'huile donnent lieu au même choc brutal que les solubles dans l'eau.

A l'appui de cette thèse, je relève l'observation d'une grippe bismuthique due à un lipo-soluble, et rapportée par Gâté, Thiers et Guilleret, dans *Lyon Médical* du 22 mars 1931.

Si l'on voulait parcourir tous les journaux médicaux, on relèverait, au compte des liposolubles, tous les accidents : douleurs, sphacèles, abcès, érythrodermies, etc... qui furent autrefois reprochés aux insolubles, accidents inévitables eu égard au nombre d'injections ; mais on relèverait en plus, à leur compte, les inconvénients des solubles dans l'eau : les phénomènes de choc, choc dentaire, grippe, asthénie, etc...

### Dissociation des liposolubles dans le tissu musculaire

Faut-il s'étonner de voir les lipo-solubles donner lieu aux mêmes accidents que les insolubles ? Non évidemment. Même excipient : l'huile, donc même accident huileux. Même dépôt bismuthique, donc mêmes accidents bismuthiques.

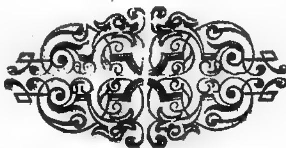
J'ai dit, même dépôt bismuthique. En effet, la solubilité n'est qu'apparente ; les liposolubles sont solubles dans l'ampoule, mais ils sont insolubles dans le muscle (il en est de même des solubles dans l'eau). Ceci n'est pas une vue de l'esprit, ni un argument tendancieux. Je laisse la parole à Levaditi (séance de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie du 12 juillet 1928). « L'ensemble de ces constatations histologiques et histochimiques permet de conclure que, dès les premières 24 heures, succédant à l'injection du bismuth liposoluble dans le muscle, il s'opère une dissociation entre le métal et la graisse... lui servant de solvant. Cette dissociation est d'abord peu marquée, partielle ; ultérieurement, elle s'accentue progressivement, et *aboutit à la formation d'un dépôt bismuthique.* « Quant à la nature du dérivé bismuthique résultant de la dissociation locale du composé liposoluble administré, elle ne saurait être définie actuellement avec toute la précision désirable ; *nous ne sommes pas éloignés de croire cependant qu'il s'agirait de l'oxyde de bismuth* ou d'un corps analogue ».

Etudiant l'activité thérapeutique de ces produits, Levaditi admet l'absorption en nature pendant la première phase très courte et ajoute : « Quoi qu'il en soit, à cette première phase de résorption du dérivé liposoluble en nature, succède une *seconde phase pouvant durer des semaines, même des mois,* et caractérisée par une dissociation entre la graisse et le bismuth. C'est donc en partie *aux dépens du bismuth dissocié et précipité* in situ *que les tissus élaborent les composés protéométalliques, spirochéticides, qui, d'après nos recherches antérieures, consacrent l'imprégnation bismuthique de l'organisme et la destruction du virus syphilitique.*

Donc, les liposolubles, dans la première phase très courte, agissent comme les solubles dans l'eau : absorption rapide pouvant provoquer des phénomènes de choc et d'intoxication, et dans la seconde phase très longue, provoquant des dépôts bismuthiques, agissent comme les insolubles, en donnant un dépôt d'oxyde qui s'absorbe lentement, en assurant une imprégnation continue de l'organisme.

### Conclusion

Alors, nous n'étions pas si mal inspirés en préconisant, dès 1921, l'emploi de l'Hydroxyde de bismuth en suspension huileuse, ou Muthanol, qui n'a pas les inconvénients des solubles et qui en a tous les avantages, puisqu'en définitive, quel que soit le produit injecté : solubles dans l'eau, solubles dans l'huile, ou même autres produits complexes insolubles, la phase finale est le dépôt dans le muscle d'oxyde de bismuth. Oxyde de bismuth qui, d'après les anciennes expériences de Dalché et Villejean, et les plus récentes de Levaditi, est indispensable à la formation du composé protéinobismuthique ou bismoxyl qui, seul, est véhiculé dans l'organisme, et qui, seul est tréponémicide.



# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### VERS LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Les Ecoles et les Facultés de Médecine sont alertées. Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a mis la question à son ordre du jour. Des professeurs ont déjà fait connaître leur avis. Nous nous acheminons donc vers la réforme de l'enseignement médical, que réclament les Syndicats médicaux depuis quelque temps, et à laquelle j'ai déjà consacré plusieurs chroniques.

Le Docteur VERGELY, dont j'apprécie fort l'esprit clairvoyant et le bon sens dont il fait preuve dans ses intéressants éditoriaux du *Journal de Médecine de Bordeaux,* se demande si la réforme projetée sera bienfaisante :

« Je ne veux pas dire que les études médicales, telles qu'elles sont instituées et pratiquées à l'heure actuelle, soient chose admirable, ni surtout intangible, mais je me demande si, en les réformant, on va faire de bonne besogne. »

A de certains indices, aux échos qui me sont parvenus, de l'état d'esprit de certains de nos Maîtres, aux lectures que j'ai faites, il me paraît que l'on s'oriente vers un aménagement des programmes en concordance avec le but que se proposent nos centres d'enseignement..

Que doit chercher une Ecole ou une Faculté de Médecine ? Tout d'abord et avant tout, à former de bons praticiens de médecine générale, aptes à exercer leur profession à la campagne, et dans les villes de quelque importance que ce soit. C'est là leur objectif principal, essentiel. Secondairement, elles devront pouvoir former les spécialistes dans les branches si diversifiées de l'art de guérir. En troisième lieu, elles devront, selon la suggestion de mon Maître vénéré, Paul Le Gendre, offrir aux intelligences, désireuses de s'élever scientifiquement, d'entrer dans la voie des recherches spéculatives et de se préparer en vue de l'enseignement, les possibilités de travailler en conséquence, et de développer leurs aptitudes.

Mais l'objectif principal est celui qui doit conditionner les programmes, que j'appellerai fondamentaux, et c'est dans un sens essentiellement pratique que ceux-ci doivent être conçus.

Or, deux Maîtres ont déjà fait connaître leur opinion à cet égard : les professeurs Paul Carnot et Vanverts. L'un et l'autre se déclarent partisans d'un allègement des programmes de tout ce qu'on peut être assuré que le médecin s'empressera d'oublier quand il sera devenu un praticien, parce que cela ne lui servira de rien. De rien, c'est évidemment beaucoup dire. Il n'y a rien de strictement superfétatoire dans les matières enseignées. Mais leur importance peut aller du rudiment indispensable à posséder jusqu'aux développements les plus superflus. La méthode employée à cet effet aura une portée générale si elle constitue pour l'esprit une gymnastique qui l'entraînera vers les assimilations faciles ; plus spécifiquement, elle gravera dans cet esprit ainsi préparé les notions diverses qu'il n'a pas le droit d'ignorer.

L'essentiel de cette méthode, c'est à mon sens la leçon de choses bien comprise.

C'est celle que le hasard m'a permis de prendre récemment sur le vif. Ayant eu un renseignement à demander à l'Ecole pratique, je fus entraîné vers un amphithéâtre où des étudiants étaient initiés aux mystères de l'Anatomie pathologique microscopique, dont la chaire magistrale est occupée par le sympathique Professeur Roussy. Ils sont là 150, étagés sur les gradins de l'amphi. Chacun d'eux dispose d'un microscope. Le conférencier : professeur, professeur agrégé, assistant, chef de laboratoire,etc., fait un premier exposé objectif, qu'illustrent des planches fortement agrandies et coloriées ; puis, des projections lumineuses font passer sous les yeux de l'auditoire les différents aspects de la lésion organique étudiée. Enfin, ayant à loisir examiné la coupe qui a été remise à chacun d'eux, les étudiants sont invités à venir expliquer, dans l'hémicycle, près du tableau noir, ce qu'ils ont vu dans le champ du microscope, à le décrire, et à

l'interpréter, s'ils en sont capables. Ils sont quelques-uns qui viennent ainsi successivement, à chaque séance, donner la mesure de leurs connaissances, en même temps qu'ils révèlent, par surcroît, les insuffisances ou les obscurités éventuelles des explications du conférencier et provoquent de sa part les redressements nécessaires. Et cela dure deux heures . . .

Je suis sorti de là très satisfait, et regrettant que tous les enseignements ne soient pas toujours donnés de la même façon. Comment, dans un service hospitalier où se pressent cent cinquante stagiaires, faire parler chacun d'eux sur le malade qu'il n'aura souvent fait qu'apercevoir de loin, sans pouvoir l'approcher ni l'examiner ???

Enseignement des spécialités : c'est à quoi le Professeur Paul Carnot s'est attaché en proposant ce qu'il a appelé ses cycles et ses matières à option. De ce projet, il se trouve que le professeur Roussy a dit ce qu'il pensait dans un article des plus intéressants, publié le 23 janvier dernier par la *Presse Médicale*.

« . . . Diviser les études médicales en deux cycles, avec matières à option, dit-il, présente de graves inconvénients. Il serait regrettable en effet de bouleverser ainsi de fond en comble nos programmes d'études en vue de donner à l'enseignement de la spécialisation de la médecine une place prépondérante. »

Il n'en est donc pas partisan. Par contre, il se montre résolument favorable à l'adjonction d'une année obligatoire à la durée actuelle des études, qui serait donc de six ans au lieu de cinq. Et comment serait employée cette sixième année d'études ? Ici, j'ai constaté la réalité de ce qu'on a appelé les idées-forces, qui possèdent en elles-mêmes un potentiel d'une telle intensité qu'elles passent de la conscience individuelle dans la conscience universelle, et finissent par s'imposer, requérant une irrésistible réalisation. Ce que, depuis vingt ans, les uns et les autres ici, et notamment Noir, n'ont cessé de réclamer, comme une nécessité inéluctable à la formation intégrale du praticien de demain, le Professeur Roussy, que nous ne connaissions pas personnellement, avec qui nous ne nous en étions jamais entretenus, le propose lui-même, presque dans les mêmes termes, avec des arguments quasi-identiques. Quelle satisfaction pour nous, de pouvoir compter sur un professeur de cette qualité pour défendre la thèse du stage d'application de l'étudiant en médecine en fin d'études ? Lisez les termes mêmes de son article :

Cette *sixième année* supplémentaire devrait être, à mon avis, l'axe de la réforme que nous abordons, et qui, par ailleurs, consisterait à adopter le *deuxième système* proposé. Elle permettrait, par exemple, aux élèves qui ne passent pas par l'externat ou l'internat, ou qui ne se destinent pas à des carrières de laboratoire, de faire une année complète en médecine et en chirurgie générales (avec accouchement), comme « stagiaire-résident » (le titre reste à trouver), en remplissant les fonctions d'interne. On pourrait utiliser pour cela les hôpitaux des villes du ressort académique, qui comportent d'excellents médecins et d'excellents chirurgiens, à condition, bien entendu que ces hôpitaux soient au préalable agréés par les Facultés dont ils dépendent.

Un tel projet pourrait conduire aussi à une meilleure utilisation de nos Ecoles de médecine qui sont bien mieux adaptées à un enseignement général de la médecine et de la chirurgie qu'à l'enseignement des sciences fondamentales, pour lesquelles elles manquent, le plus souvent, de professeurs compétents et de matériel.

L'étudiant en possession des sciences fondamentales : anatomie et physiologie, des rudiments théoriques de la pathologie et de la sémiotique, devra toujours en arriver au contact de l'objet même de l'exercice de la médecine : *le malade*. Tout doit en effet, dans sa formation, concourir à le conduire à la clinique, faite d'espèces, puisque chaque cas est toujours plus ou moins fortement individualisé, et qu'il n'y a pas de maladies, mais des malades.

L'hôpital, centre de l'enseignement, requiert donc la fréquentation assidue de l'étudiant. S'il est interne des hôpitaux, la question ne se pose pas. Elle ne se pose pas davantage pour l'externe qui est régulier et zélé dans l'accomplissement de ses fonctions dans le service auquel il est attaché. Elle ne devrait pas se poser davantage pour l'étudiant, qui n'est ni externe ni interne, et qui accomplit un stage que j'appelle le *stage d'apprentissage*. J'ai souventes fois critiqué la répartition des stagiaires dans les services parisiens. Je sais que des professeurs à l'esprit lucide déplorent eux-mêmes l'affluence excessive des stagiaires en certaines salles. Cent à cent cinquante stagiaires dans le même service, c'est une stupidité qui n'est pas sans inconvénient. Supposez que dix d'entre eux se présentent successivement pour pratiquer sur la même patiente un toucher vaginal afin d'apprendre à le faire correctement et à en tirer les enseignements qu'il comporte : que deviendra la malheureuse ? ? ?

Mais je me répéterais si je m'étendais de nouveau là-dessus. La cause est entendue depuis longtemps. On s'étonne que, dans ces conditions, un accord ne soit pas intervenu entre la Faculté

et l'Assistance publique pour diminuer cette affluence.

A mesure qu'il avance dans sa scolarité, l'étudiant est présumé posséder de mieux en mieux les sciences médicales. Théoriquement, certes, cela devrait être. Mais pratiquement, combien en est-il qui n'ont jamais appliqué eux-mêmes un appareil plâtré; qui n'ont jamais ouvert le plus banal des abcès ; qui n'ont jamais fait une injection intra-veineuse ? ? ? Ils partiront bientôt ouvrir leur cabinet en quelque ville plus ou moins grande, et se feront la main sur leurs premiers clients, avec quelles angoisses, et quels risques aussi ! ! ! Le *stage d'application* auquel serait consacrée la sixième année dont il est question d'allonger le cycle des études, parerait à ces insuffisances, à ces lacunes ... Sous les yeux d'un praticien qualifié, sous sa direction, sous sa surveillance, aidé de ses conseils, instruit par son exemple, le stagiaire de sixième année s'appliquera à parfaire ses connaissances pratiques. Il procédera lui-même à certaines investigations, à certaines interventions de plus en plus sérieuses, et n'opérera plus tard dans sa propre clientèle qu'après avoir « mis la main à la pâte ».

Il assurera des gardes qui le familiariseront avec les cas d'urgence et le cuirasseront contre les émotions inséparables des débuts, en présence d'une femme qui saigne éperdument, ou d'un enfant qui étouffe...

Tel doit être, selon moi, le sens de la réforme en cours. Elle doit permettre le perfectionnement de la formation du médecin. Elle sera en même temps un remède à la pléthore pour des raisons qui s'imposent et n'ont pas besoin d'être développées ici (1).

G. DUCHESNE.

(1) Il en est qui répugnent à l'allongement de la durée des études, et amorceraient la réforme par la suppression du P. C. N. dans les Facultés des sciences.

Tout en ne faisant pas d'objection à la 6e année réclamée par le professeur Roussy, ce que nous demandons *surtout*, c'est la création du stage final d'application obligatoire d'un an.

G. D.

---

## ASSURANCES SOCIALES

### Tarif et nomenclature applicables aux notoirement indigents

Dans les régions agricoles, nos confrères sont souvent en difficulté avec l'autorité préfectorale, en ce qui concerne la tarification des soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents bénéficiaires des dispositions de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930.

Alors que le législateur n'a établi aucune distinction entre les assurés sociaux notoirement indigents, qu'ils appartiennent à l'industrie et au commerce, ou à l'agriculture, une circulaire ministérielle du 17 décembre 1930 est venue recommander aux préfets de faire application aux premiers du tarif des accidents du travail, alors que les agricoles assurés sociaux, mais indigents ne doivent être soignés que selon les prix fixés au tarif départemental de l'A. M. G.

D'où des différences sensibles de tarification, contre lesquelles s'est élevée la Fédération des syndicats médicaux d'Eure-et-Loir.

La protestation de nos confrères fut transmise par le préfet au ministre du Travail. Celui-ci consulta le ministre de la Santé publique, lequel demanda l'avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, qui me désigna comme rapporteur.

Mais, prenant acte de la généralisation de la question, par le ministre du Travail, j'ai examiné, dans mon rapport les deux points : d'abord la différence entre les assurés sociaux notoirement indigents, établie par la circulaire ministérielle du 17 décembre 1930, ne fausse-t-elle pas la loi ?

En second lieu, est-il possible d'unifier tous les tarifs, notamment de conseiller aux administrations départementales de choisir le tarif des accidents du travail comme tarification des actes de l'assistance médicale gratuite en général ?

Voici le texte du rapport que je présentai à la deuxième section du Conseil supérieur, le vendredi 29 janvier dernier.

#### Rapport à la IIe Section de M. le Dr Paul Boudin sur l'application du Tarif des accidents du travail à l'assurance médicale gratuite

A la suite d'une demande, adressée au Préfet d'Eure-et-Loir par la Fédération des syndicats médicaux de ce département, M. le ministre du Travail et M. le ministre de la Santé publique s'adressent au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour avoir l'opinion de cette haute assemblée.

Les médecins de l'Eure-et-Loir comparent la situation défavorisée, qui est faite aux assurés sociaux de l'agriculture, qui, notoirement indigents, ne peuvent pas obtenir les mêmes avantages de la thérapeutique, que les assurés sociaux du commerce et de l'industrie, également notoirement indigents.

En effet, faisant état d'une circulaire ministérielle du 17 décembre 1930, le Préfet avait dé-

cidé que les assurés agricoles, notoirement indigents seraient soignés selon le règlement départemental de l'A. M. G., alors que les assurés sociaux du commerce et de l'industrie bénéficieraient des dispositions de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930, à savoir seraient traités comme des blessés du travail.

Et les syndicats médicaux d'Eure-et-Loir de s'appuyer sur ces différences, pour demander que pour tous les indigents sans exception, bénéficiaires tant de la loi du 30 avril 1930 que de celle du 15 juillet 1893, soit rendu applicable le tarif ministériel des accidents du travail.

**I. — Légalité de la circulaire ministérielle du 17 décembre 1930.**

Bien que la question ne nous soit pas posée, nous devons déclarer que la circulaire du 17 décembre 1930 est considérée par des juristes (et je suis de ceux-là) comme faussant la loi sur les assurances sociales. L'article 59 de la loi du 30 avril 1930 ne fait aucune distinction entre les assurés sociaux, notoirement indigents, qu'ils appartiennent au commerce et à l'industrie, ou qu'ils soient agricoles. La seule différence fondamentale qui sépare les premiers des derniers, c'est que ceux-ci n'ont droit qu'à des prestations uniformes, parce que ne payant que des cotisations uniformes, alors que les premiers ont des possibilités de prestations croissantes en regard de la progression de leurs cotisations.

Il ne m'appartient pas aujourd'hui de développer une argumentation juridique sur ce point : qu'il me suffise de dire qu'en l'occurrence, le Préfet d'Eure-et-Loir, bien que déférant à une circulaire ministérielle, me paraît être dans l'erreur en décidant que les assurés sociaux, notoirement indigents, seront soignés selon le tarif des accidents du travail, s'ils appartiennent au commerce et à l'industrie, ou selon le tarif de l'A. M. G., s'ils sont agricoles.

**II. — Application du tarif des accidents du travail.**

La question prend donc un caractère plus général et nous devons nous demander s'il convient d'uniformiser les tarifs réglementaires divers, pour n'en adopter qu'un seul, notamment pour l'application de la loi du 15 juillet 1893. Celle-ci laisse à chaque Conseil général la liberté de décider, dans son autonomie entière, quel sera le tarif applicable aux soins donnés aux indigents.

D'où ces luttes incessantes entre corps médical et conseils généraux, pour obtenir des augmentations de tarif, pour instituer le libre choix et le tarif à la visite, pour supprimer les circonscriptions, etc., etc.

A l'heure actuelle, le tarif établi par arrêté ministériel, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, a tendance à être considéré comme une tarification officielle, pour arbitrer les différends d'ordre divers, à l'occasion de réclamations d'honoraires. Cette tendance vers l'unification des tarifs officiels nous explique pourquoi, en fin 1931 dans son rapport annuel, le Dr Rinuy, ancien membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique nous donne les chiffres suivants : 26 départements ont à l'ordre du jour des délibérations de leur conseil général, la substitution du tarif ministériel des accidents du travail à celui de l'assistance médicale.

Or, cinq départements appliquent déjà ce tarif : la Charente, les Deux-Sèvres, la Gironde, la Vienne et les Bouches-du-Rhône.

50 départements appliquent plus ou moins ce tarif, principalement en matière d'honoraires pour opérations chirurgicales ou de spécialités : les prix en sont adoptés soit en totalité, soit avec une réduction.

8 départements ont adopté le tarif des pensionnes de guerre (article 64 de la loi du 31 mars 1919) comme tarif des opérations de chirurgie.

**III. — Avantages et inconvénients.**

Les chiffres relevés dans le rapport du Dr Rinuy, rapport publié dans le *Médecin de France* des 15 octobre et 1er décembre 1931, démontrent surabondamment que cette question fait l'objet des préoccupations de nombreux conseils généraux. L'application de la loi du 30 avril 1930, sur les assurances sociales, a progressivement fait diminuer le nombre des assistés de la loi de 1893, alors que ces derniers sont pris en charge par les caisses d'assurances sociales.

Il semble donc anormal que le médecin soit conduit à présenter des notes d'honoraires différentes, selon que l'indigent auquel il a donné ses soins, est bénéficiaire de la loi de 1893, ou de celle de 1930. Ajoutons l'interprétation erronée de la loi faite par la circulaire ministérielle précitée du 17 décembre 1930, qui établit à tort une distinction entre les assurés sociaux, notoirement indigents, les uns appartenant à l'industrie et au commerce, les autres à l'agriculture. D'après cette circulaire, les premiers seraient soignés selon les chiffres indiqués au tarif ministériel des accidents du travail, alors que les seconds verraient l'application, pour leurs soins, du tarif départemental de l'A. M. G.

Une unification est donc nécessaire et c'est pour cette raison que, si certains conseils généraux ont adopté entièrement la nomenclature des accidents du travail, pour tous les actes médicaux, d'autres ne l'ont adoptée qu'en matière chirurgicale et de spécialités.

C'est qu'en effet, les actes opératoires deviennent de plus en plus nombreux, depuis que, par des interventions chirurgicales, il est possible de guérir plus rapidement et mieux, des affections,

qui, jusqu'ici, n'étaient du ressort que de la médecine.

La plupart des tarifs départementaux d'assistance n'attribuent des honoraires que pour un très petit nombre d'interventions chirurgicales et cependant, il est impossible de n'allouer, au médecin traitant, que le prix d'une simple visite, alors qu'il a pratiqué, au lit du malade indigent une opération urgente, ou qui ne nécessiterait pas le transport à l'hôpital de la ville voisine.

Par analogie, on se reporte au tarif des accidents du travail, mais on comprend parfaitement qu'aussi bien les services de la préfecture que les médecins demandent au conseil général la modernisation et même l'unification des tarifs médicaux et chirurgicaux.

On peut nous objecter que l'adoption du tarif des accidents du travail entraînera un accroissement des dépenses médicales d'assistance, car les chiffres, qui y sont portés, sont plus élevés que ceux qui figurent dans la plupart des tarifs départementaux, sur les soins donnés aux indigents.

Cependant, si nous nous reportons à l'enquête faite par le Dr Rinuy et aux graphiques qu'il présente, nous constatons qu'en fin 1931, la plupart des départements ont adopté des chiffres qui pour la visite et la consultation se rapprochent des prix alloués pour les accidents du travail.

Relevons également le geste de certains syndicats médicaux, qui pour continuer à s'associer à l'œuvre philanthropique d'assistance, ont consenti à une réduction de 10 à 20 % sur le tarif de chirurgie des accidents du travail, lorsque ce tarif s'applique aux assistés.

**Conclusions.**

1° Sur le point de savoir s'il convient d'établir une distinction de tarif, en matière d'assurance sociale, selon que le bénéficiaire de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930 est assuré agricole, ou assuré du commerce, ou de l'industrie, on peut répondre que la légalité de la circulaire ministérielle du 17 décembre 1930 est contestée par certains juristes, persuadés qu'ils sont que cette circulaire fausse l'esprit de la loi. Tous les assurés sociaux, notoirement indigents doivent être soignés selon le même tarif, celui des accidents du travail, qu'ils soient ou non des agricoles.

2° Quant à l'extension de la nomenclature des accidents du travail aux assistés, bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893, tout en respectant l'autonomie en la matière des conseils généraux et de sa répercussion, avis favorable est donné pour l'adoption du tarif arrêté par le ministre du Travail, après consultation d'une Commission, selon les directives de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

Mais s'il était à redouter une perturbation dans l'équilibre financier du budget départemental, en ce qui concerne les dépenses d'assistance médicale pour soins donnés aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893, une entente pourrait intervenir entre le conseil général et les syndicats médicaux du département, pour que, s'il y a lieu, ces derniers puissent consentir à la réduction d'un tantième sur les chiffres portés à la dite nomenclature des accidents du travail, réduction portant uniquement sur les mémoires, établis pour l'application de la loi du 15 juillet 1893.

**Discussion**

Après un échange d'observations, mon rapport fut adopté sans modification en ce qui concerne le premier point. Le Conseil supérieur est d'avis que les assurés sociaux de l'agriculture, notoirement indigents, doivent être soignés, comme ceux de l'industrie et du commerce, selon le tarif des accidents du travail et non pas selon les chiffres portés au tarif de l'A. M. G.

Sur le second point, on fit remarquer qu'en matière d'assistance médicale gratuite, les conseils généraux conservent leur entière autonomie, qu'ils tiennent de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893.

Mais, s'il n'est pas possible, par voie réglementaire, d'unifier les tarifs, ni les nomenclatures d'A. M. G. pour l'ensemble de la France, rien ne s'oppose à ce que des directives soient données par l'administration supérieure aux administrations préfectorales, pour que l'attention des conseils généraux soit attirée sur le point de l'utilité de l'unification des tarifs et que pour l'A. M. G., le tarif des accidents du travail soit adopté par chaque conseil général.

Bien entendu, celui-ci conserverait son droit légal d'examiner les répercussions financières que cette transformation pourrait apporter dans les finances du département.

Sous ces réserves, mon rapport a été entièrement adopté. Aux syndicats médicaux maintenant d'en tirer parti.

Dr Paul BOUDIN.

## LE MÉDECIN COLONIAL (1)

Par le Docteur S. Abbatucci

### L'aventure coloniale de Baudelaire.

Le terme de « colonial » est une invite au voyage. Il évoque aussitôt devant nous les vers prestigieux que Beaudelaire écrivit en allant rendre visite aux « îles paresseuses » qui dorment sous le soleil des Tropiques :

Etonnants voyageurs ! Dites, qu'avez-vous vu ?
.................Nous avons vu des astres.
Et des flots ; nous avons vu des sables aussi ;
Et, malgré bien des chocs et d'imprévus désastres
Nous nous sommes souvent ennuyés comme ici.

Mais vous savez que l'auteur des « Fleurs du Mal » n'a été qu'un colonial malgré lui. Lorsqu'il s'embarqua sur le paquebot « Mers du Sud », à destination de Calcutta, ce fut pour avoir voulu étrangler le général Aupick, beau-père rigide et détesté, qui ne badinait pas avec la discipline militaire. Déjà, à cette époque, le poète avait le « cerveau un peu fêlé » au dire de ses condisciples du Collège Royal. Dès l'âge de 18 ans, il s'était livré aux pires débauches, et avait contracté, comme il l'écrivait un jour à sa mère, une « affection vérolique » qui, avec l'abus de stupéfiants, devait rapidement le conduire à la paralysie et à la mort. Son voyage fut d'ailleurs de courte durée, et après une escale à l'Ile Maurice, il se fit débarquer à l'Ile Bourbon pour prendre passage à bord de l'« Alcide », qui le ramena à Bordeaux, sept mois après son départ.

L'aventure de Baudelaire ne fut donc qu'une sorte de pénitence imposée à un jeune homme indiscipliné et extravagant, accablé par les grisailles d'un ennui précoce, et, si l'illustre poète s'était présenté devant une de nos Commissions médicales contemporaines, il aurait été reconnu inapte à servir aux colonies.

### Le beau voyage du médecin.

Bien au contraire, les *mouvements* du colonial sont remplis du charme le plus imprévu, car ils le mettent en contact avec les pays les plus divers, les climats les plus disparates, les races les plus étranges, les mœurs et les coutumes les plus singulières.

Pour le médecin surtout, quel beau voyage dans le domaine de la pathologie comparée ! Au fur et à mesure qu'il se déplace en longitude ou en latitude, les aspects du corps humain, de son vêtement, de sa maison, revêtent des expressions changeantes. Il assiste à un véritable défilé de l'Exotisme : Bambaras robustes aux tons d'ébène, Bobos habillés d'un simple fil de coquillages, Foulbé aux formes grêles et élancées, Maures à la chevelure biblique, Touareg aux yeux de faucon, Somalis à la peau luisante trempée dans l'ocre brun, Malgaches à la toison luxuriante, Annamites bâtis en grâce souple et fragile, Chinois aux yeux bridés et à la face jaune; toutes ces images dansent devant les yeux émerveillés la farandole des races.

Sans doute, il devra être d'abord médecin et hygiéniste, mais, peut-être aussi, ses Dieux intérieurs, frémissant au contact de l'Inconnu, en feront-ils un botaniste ou un zoologiste de la Flore et de la Faune exotiques, un ethnographe des races qu'il côtoie, un géologue du sol foulé par ses pieds, à moins qu'il ne s'immerge dans les chaudes buées atmosphériques, afin d'y surprendre le murmure des âmes mortes ou vivantes, qui racontent leurs histoires éternelles.

### L'Afrique d'il y a 30 ans.

C'est à ce voyage que je désire vous convier pendant quelques instants, si vous voulez bien remonter d'une trentaine d'années en arrière pour aller rendre visite aux Dieux de la Pathologie exotique.

La première terre tropicale que je rencontrai sous mes pas, à ma sortie de l'école de Bordeaux, fut l'Afrique occidentale. Elle avait à cette époque fort mauvaise réputation. Samory, le roi Sanguinaire, et Ahmadou, fils de l'empereur Toucouleur El Hadj Omar, ces deux grands ennemis de la pénétration française, vivaient encore, nous obligeant à une guerre très dure dans un pays hostile où les routes et le confort étaient inconnus.

J'avais été affecté comme médecin résidant à l'hôpital de Kayes, alors capitale du Soudan français. Dans une cuvette marécageuse, où mijotaient les dernières pluies de l'hivernage, des essaims d'anophèles prenaient leur vol. J'avais laissé derrière moi les froids de novembre ; ici, je me trouvais devant un été torride, humide et accablant, qui avait imprimé ses marques anémiantes sur la petite population européenne

### Le Paludisme. — Maître de l'heure tropicale.

Cependant, malgré ces sinistres présages et en dépit des conseils de mes anciens, je voulus me livrer aux plaisirs de la chasse. Quinze jours après,

(1) Conférence sur le « le Médecin colonial » faite le 5 octobre 1931 à l'Exposition coloniale.

j'étais couché avec de la fièvre et des vomissements. Emprisonné sous une moustiquaire, en compagnie d'une chauve-souris, je sentais pendant les délires nocturnes, ses ailes membraneuses venir m'effleurer le visage, et c'est ainsi que je fis connaissance avec le mal qui sévit sur l'humanité entière : le Paludisme. La leçon ne fut pas perdue, et je me mis aussitôt au régime de la quinine préventive. Un mois après, j'eus encore un nouvel accès, mais ce fut le dernier. Grâce au merveilleux alcaloïde, je pus demeurer pendant plus de deux ans dans le pays sans relever le moindre incident palustre. J'avais pris d'ailleurs la précaution de continuer la médication pendant le mois qui suivit le retour en France, et ce ne fut que plus tard, en Indochine, que je subis une nouvelle réinfection.

**Coup de chaleur.**

Un soir, pendant que j'étais étendu sur une chaise longue, à la recherche d'un sommeil impossible, un infirmier noir du nom de Demba, fit irruption sur la verandah :

— Mon Doctor, le sous-officier X... il y en a beaucoup malade.

— As-tu pris la température, Demba ?

— Y en a 38°, mon Doctor.

Je me levai en maugréant, car cette indication thermométrique n'avait rien d'alarmant, mais je savais qu'il fallait se défier des renseignements de l'infirmier Bambara, déjà âgé et rempli de la meilleure bonne volonté du monde, mais à l'esprit court, incapable d'une observation correcte.

Je trouvai le malade plongé dans le coma absolu, la respiration stertoreuse, le corps brûlant. Température axillaire : 44° ! Malgré tous mes efforts, je ne pus le ramener à la vie, et une demi-heure après la mort, le thermomètre marquait encore 43°. Et pourtant, je lui avais parlé il y avait quelques heures à peine. Il était convalescent de dysenterie et n'avait présenté aucun symptôme fébrile pendant un mois d'hospitalisation. Mais le thermomètre avait marqué dans la journée 47° à l'ombre, et il avait été subitement terrassé par un coup de chaleur, peut-être à la suite d'une imprudence. Car, autant que le paludisme, le Soleil Imperator est le maître de l'heure tropicale, et tous les coloniaux connaissent cette obsession constante du rayon meurtrier, qui vous poursuit depuis le point du jour jusqu'au moment où le crépuscule tombe sur les cases des villages incendiés. C'est contre lui qu'a été inventée cette coiffure incommode et bienfaisante, le casque, que l'on arbore dès que l'on commence à approcher de la zone dangereuse.

**La F. B. H. cousine germaine de la malaria.**

Un jour, je fus appelé auprès d'un adjudant de la Compagnie des conducteurs soudanais. Il m'était signalé par son capitaine comme un excellent serviteur, mais présentant depuis quelques mois des signes de dérangement cérébral ; instabilité dans le caractère, grincherie agressive, idées de persécution, inaptitude au travail. Je me trouvai en présence d'un homme pâle, émacié, au teint subictérique, aux yeux hagards. Il parlait un langage décousu et réticent, se plaignant de ses chefs avec amertume. C'était, par ailleurs, un ancien paludéen. Lorsque je lui demandai de me montrer ses urines, c'est à peine s'il put expulser dans un verre à confitures, quelques grammes, d'un liquide poisseux couleur Malaga, signature de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, que l'on voit souvent apparaître chez les vieux Africains impaludés à la fin de la période épuisante de l'hivernage. Le dérangement cérébral observé n'était que l'expression d'une psychose d'origine urémique, que le malade devait couver depuis longtemps. Il mourut quelques jours après son entrée à l'hôpital, et pendant 15 jours des cas analogues se succédèrent en cascade, à peu près tous suivis de la même issue fatale.

**Chirurgie d'urgence d'un Bambara.**

Je continuais ainsi à m'instruire sur les surprises de la pathologie tropicale, lorsque je fus désigné pour une mission qui allait opérer dans la boucle du Niger, la mission Destenave. Je me trouvais de passage à Bamako, en train de deviser avec le médecin du poste, losrqu'un indigène se présenta devant nous, tenant à bras tendu son *boubou* replié, comme un tablier dans lequel on aurait déposé une cueillette de cerises. Mais dans le creux de l'étoffe — horresco referrens — comme sur l'étal d'un tripier, le noir avait déposé ses intestins.

Et voici comment était survenue l'aventure. Peu d'instants avant notre arrivée, en soulevant un fardeau, il avait vu apparaître au niveau de l'aine droite une tuméfaction subite, qui n'était autre qu'une pointe de hernie. Intrigué, après des pressions infructueuses, il s'était mis en devoir, avec un tesson de bouteille tranchant comme un rasoir, de pratiquer une incision exploratrice pour reconnaître la cause de ce mal inconnu.

C'est ainsi qu'avec le courage d'un daimio japonais, il fit *hara-kiri* sans le savoir. Voyant alors s'échapper de l'ouverture des anses blanches et nacrées, il se mit à les dévider — machinalement — jusqu'à extériorisation complète de toute la masse intestinale ! Inquiet de ce résultat inespéré et gêné comme il convient, il avait ramassé tout le paquet dans son pagne pour venir nous faire part de sa découverte. Sa confiance fut récompensée. Il fut opéré incontinent et nous profitâmes de l'occasion pour faire la cure radicale de sa hernie.

La guérison eut lieu sans encombre. Malgré

l'épreuve septique redoutable, le thermomètre demeura invariablement au-dessous du trait rouge de la fièvre, car les dieux d'Afrique sont débonnaires pour leurs enfants et ils veillaient au chevet du malade.

Mais il n'arrivait pas toujours que l'on put opérer dans d'aussi bonnes conditions qu'à Bamako. C'est ainsi que pendant un combat engagé contre des Touareg et des Foulbé dissidents, où nous avions dû prendre la disposition en carré pour résister à un ennemi 20 fois supérieur en nombre, je me trouvai subitement encombré par de nombreux blessés. Parmi eux se trouvait le lieutenant de spahis Bellevue, qui venait de charger avec une poignée d'hommes la cavalerie Targui. Il portait plusieurs blessures. La plus grave était une plaie pénétrante de l'abdomen, due à un coup de lance. Que faire ?

La bataille continuait autour de moi, et à chaque instant, malgré 6 heures de lutte, nous étions menacés de submersion. Je dus donc me contenter de faire un pansement occlusif et d'attendre.

Lorsque la victoire nous fut acquise, avant de me mettre en route vers le campement, je voulus vérifier les plaies. Mais à peine les avais-je découvertes qu'une tornade de sable d'une violence inouïe vint s'abattre sur nous, et j'eus tout juste le temps de me jeter sur les pansements du blessé pour les protéger contre l'avalanche des poussières. Il me demandait à boire, et je n'avais à lui offrir que quelques gouttes d'eau macérée dans la peau de bouc d'un spahi ! On ne pouvait évidemment songer à un intervention chirurgicale quelconque.

### La maladie du sommeil en 1897.

C'est dans la boucle du Niger, au poste de Dori, que je fis connaissance avec la maladie du sommeil. En 1897, on ne connaissait encore rien de sa pathogénie. On l'appelait *névalane*, nom Oulof qui signifie somnolence-hypnosie, léthargie des nègres. La découverte du trypanosome dans la fièvre de Gambie par Forde et Dutton ne date que de 1901, et l'affection ne fut identifiée qu'en 1903 par Bruce et Castellani.

Un tirailleur se présente à la visite. C'est un robuste gaillard, bien musclé, à la peau luisante, en état de bonne santé apparente. Mais dès que je le fais asseoir sur un escabeau, il cesse de répondre à mes questions et s'endort. En le secouant du geste et de la parole, je parviens à le réveiller ; puis, au bout de quelques instants, il retombe dans la torpeur et mon interrogatoire ne peut s'achever.

Fort intrigué de cette attitude morbide qui n'avait jamais frappé mes regards, et pensant avoir affaire à un homme surmené, je me contentai de lui donner quelques noix de kola pour remonter son tonus psychique, me réservant de le revoir plus longuement le lendemain, après une journée de repos. Or, pendant le silence de la sieste post-méridienne, j'entendis un coup de fusil qui mit en émoi le camp des tirailleurs, et j'appris que mon malade s'était suicidé. Après s'être étendu sur une natte, il avait placé le canon d'un Lebel sous sa mâchoire et pressé sur la détente avec son gros orteil. Ses camarades me racontèrent que les noirs, porteurs de Nélavane, étaient un objet de mépris de la part de leur entourage, ce qui les conduisait presque toujours au suicide.

Tels sont les aspects assez particuliers sous lesquels se présentait alors la vie du médecin de brousse en Afrique.

### Extrême-Asie. La polyvalence du médecin de brousse.

Le bateau me conduisit ensuite au Tonkin, jusqu'à Moncay, sur les bords d'un arroyo de la frontière sino-annamite, après avoir traversé la baie d'Along, chantée par les bardes indigènes et européens. Le fameux chef pirate, le De-tham, vivait encore, et le Colonel Galliéni avait dû jalonner le territoire, depuis Lang-Son jusqu'à la mer, de fortins destinés à lutter contre les incursions des Pavillons Noirs. Devant nous, s'élevait la ville chinoise de Tong-Hing, fréquentée par les pirates et un mandarin, délégué des Affaires étrangères du vaste Empire du Milieu.

J'avais à peine 27 ans, et je me trouvai cependant investi du commandement sanitaire le plus étendu, car j'étais à la foie médecin-chef d'une infirmerie de garnison de 50 lits, médecin des fonctionnaires, médecin mobile, vaccinateur, vétérinaire chargé de l'inspection du bétail menacé par la peste bovine, médecin des filles enrôlées sous le pavillon de Cythère, médecin diplomatique et enfin médecin araisonneur des jonques suspectes, qui essayaient d'introduire, avec des marchandises de contrebande, les germes des maladies épidémiques. Cependant, je ne me plaignais pas de ce surmenage, car je me trouvais en présence d'un milieu nouveau tout à fait différent de celui que je venais de quitter, et qui me permettait des observations intéressantes. Au robuste guerrier Bambara, à la civilisation primitive, succédait l'Annamite fluet, bâti tout en grâce et en souplesse, artiste merveilleux de l'ivoire et du cuivre, inspiré par la religion bouddhique et de vieilles traditions ancestrales.

Après un an de cette vie polytechnique et ambulatoire, je fus désigné pour aller conquérir Canton, avec un bataillon d'infanterie coloniale, au moment de la révolte des Boxers. Mes bagages étaient déjà embarqués, lorsque les Anglais ayant pris ombrage, je dus me contenter d'aller tenir garnison à Dap-Cau et à Phu-Lang-Tuong, et faire des grandes manœuvres dans le Yen-Thé, destinées à impressionner le De-Tham, qui avait

établi son quartier général dans le massif montagneux de la région.

Je me disposais, après tous ces labeurs et des tirs de combat à Phu-Lien, à prendre mes *quartiers d'été*, lorsqu'un ordre survint de me rendre à Quang-Tchéou-Wan, au nord du golfe du Tonkin et au delà du détroit d'Hai-Nan, pour secourir un camarade débordé par une épidémie pesteuse.

Au bout de trois mois d'efforts antipesteux, je croyais avoir gagné le repos, mais un nouveau rescrit du commandant supérieur des troupes me rejeta de l'autre côté de la mer, sur les chemins dangereux qui menaient à la haute région du Tonkin. On le vit bien, car en quittant avec un détachement de 60 légionnaires, Tuyen Quang, illustré par le siège que le colonel Dominé soutint contre les pirates, quatre d'entre eux s'affaissèrent dans un coma palustre mortel sur le sentier envahi par les hautes herbes. Ceux qui demeuraient furent invités à rebrousser chemin, et je poursuivis dans la forêt, sous une pluie continue, ma marche solitaire jusqu'à Ha-Giang, point terminus de mon voyage.

Englouti dans les bois, le poste exhalait une odeur de pourri ; le paludisme et la dysenterie, y sévissaient avec une rare violence. L'effectif de de la garnison, composé d'un bataillon de légionnaires, fondait avec une telle rapidité, que la relève avait lieu tous les six mois. J'ai gardé un souvenir sinistre de cette étuve forestière qui, tous les soirs, s'ensevelissait dans les brumes malsaines, tandis que retentissaient de l'autre côté de la frontière, les sons rauques des trompes des Pavillons Noirs.

### Le médecin d'influence.

Ce n'était d'ailleurs qu'une simple halte, car après avoir moisi pendant deux mois de l'hivernage à Ha-Giang, on me pria de refaire le chemin en sens inverse jusqu'au poste consulaire de Pak-Hoï, dans les mers de la Chine du Sud.

Après tant de tribulations, compliquées de paludisme et de dysenterie amibienne, j'avais fini par me fixer sur ce coin de terre chinoise habité par la peste et une quinzaine d'Européens où pendant près de 7 ans, j'essayai ma science et ma patience à la conquête de l'âme céleste réfractaire et immobile.

Ma mission, en effet, revêtait ici un caractère particulier, car l'œuvre du médecin n'avait qu'un seul but : s'attirer les sympathies et le respect des populations du Quang-Toung, province chinoise limitrophe de notre colonie.

Ce fut une belle passe d'armes psychologique. J'avais à côté de moi des Anglais et des Allemands qui menaient leur bataille personnelle, avec des ressources considérables, alors que je n'avais à ma disposition qu'un budget restreint et insuffisant. Je débutai péniblement dans un dispensaire installé dans une simple boutique et seulement fréquenté par quelques chrétiens chinois conduits par les missionnaires. Je louai ensuite un bâtiment plus spacieux et enfin je construisis un hôpital.

Nous avons raconté dans nos livres (*Le Par de la longue route* (1) et *Médecins coloniaux* (2)), les épisodes les plus curieux de cette bataille de l'influence française. La Chine d'il y a 25 ans était encore une maison fermée dont quelques fenêtres seulement s'ouvraient sur le monde extérieur : les ports ouverts au commerce étranger. Elle se défendait avec une énergie farouche contre les « Diables étrangers » qui menaçaient sa civilisation immobile depuis des millénaires. Elle n'avait pas de médecins, mais des rebouteurs qui soignaient au moyen de formules empiriques ou des sorciers qui chassaient la maladie en frappant sur des gongs sonores. La chirurgie était complètement inconnue.

Ma salle de consultations ressemblait à une cour des miracles du Moyen-Age, où les échantillons de toutes les maladies se trouvaient réunis. Seul médecin français, ne pouvant demander aucun secours aux confrères étrangers, j'étais obligé de m'improviser tour à tour ophtalmologiste, rhinologue, dermatologiste, bactériologiste, accoucheur, en un mot chirurgien spécialisé pour donner satisfaction à une clientèle oupçonneuse, qui se décourageait vite devant l'insuccès.

Nous avons dit que Pak-Hoï était un foyer pesteux important. Au début de chaque été, des rafales épidémiques survenaient parfois avec une telle intensité, qu'un jour les fabricants de cercueils ne purent donner satisfaction à toutes les demandes de leurs clients. Les Célestes ne connaissaient qu'une seule prophylaxie : l'abandon de leurs maisons dès que l'on y constatait la présence de rats morts. Malgré l'hostilité du milieu, avec le secours du sérum de Yersin et de la vaccination de Haffkine, j'essayai d'engager la lutte contre le redoutable fléau, mais je dois avouer que les résultats thérapeutiques obtenus ne justifièrent pas toujours mes espérances.

Mon action médicale ne représentait qu'une partie de ma tâche, car il m'arrivait aussi de faire fonction de consul et d'aller traiter avec les mandarins des questions litigieuses au sujet de la protection de nos ressortissants français.

J'ai gardé un profond souvenir de ce petit coin de terre chinoise auquel j'ai consacré les meilleures années de ma jeune activité. D'autres camarades m'ont succédé qui ont poursuivi la tâche commencée, et dernièrement l'un d'entre eux refusait d'abaisser le pavillon français devant les révolutionnaires menaçants.

Mais hélas, aux dernières nouvelles, on m'apprend que les postes médicaux consulaires, paralysés par la toxine Bolcheviste, vont fermer

leurs portes. Ainsi vont s'éteindre les lumières d'Extrême-Orient, dont les mains pieuses de nos camarades entretenaient la flamme comme autrefois les Vestales sacrées de la Cité Romaine.

Je vous ai dessiné à grands traits quelques-unes des étapes de ma carrière coloniale. Mon aventure personnelle pourrait être tirée à plusieurs milliers d'exemplaires, car elle est à peu près celle de tous les médecins coloniaux. Il nous reste maintenant à en dégager les conclusions.

Lorsqu'un Européen qui s'est embarqué sur les navires aborde sur les rivages des Tropiques, il est accueilli par trois personnages à l'allure mystérieuse qui ne lui marquent pas les souhaits de bienvenue. Ce sont les Maîtres de l'heure tropicale : le *climat*, qui ne ressemble en rien à celui des pays tempérés et menace le fragile équilibre de l'Homme Blanc ; les *Maladies*, dont la plupart affectent des formes inconnues en Europe ; le *Milieu humain*, avec lequel il ne peut correspondre qu'au moyen d'un interprète et dont la mentalité, les mœurs et les coutumes lui sont étrangères. Pour résumer l'aspect de cette triade exotique, nous l'avons appelée : l'*Equation tropicale à trois inconnues*. Comment le Médecin peut-il la résoudre ?

*(A suivre)*

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### Les évacuations sanitaires par avions dans la zone d'une armée en opérations.

**Premier exercice pratique de l'École de perfectionnement du service de santé de Paris.**

(24 janvier 1932)

Médecin Lieutenant-Colonel SCHNEIDER

Au cours de précédents exercices, le conférencier avait eu l'occasion de faire allusion à l'utilisation de l'aviation sanitaire pour assurer certaines évacuations dans les armées en opérations sur un front européen. Il avait notamment montré que le Service de santé d'une division de cavalerie serait incapable de fonctionner utilement, s'il ne disposait pas d'avions sanitaires.

Présentement, il exposera comment il faut concevoir l'emploi tactique de l'aviation sanitaire à tous les échelons de l'Armée, c'est-à-dire la Division, le Corps d'armée, l'Armée elle-même. A l'Avant, on utilise les avions légers et moyens porteurs, les premiers transportant un blessé couché, les seconds, deux blessés couchés. On les utilise uniquement pour évacuer les blessés de première urgence, quand, par exemple, le Groupe d'ambulances du Corps d'armée s'est montré défaillant, soit qu'il n'ait pas pu se déployer, soit qu'il ait dû se déplacer rapidement, soit enfin qu'il se soit trouvé momentanément déficient à la suite d'un bombardement ou d'un afflux anormal de blessés.

Il faut en effet, condition essentielle, que l'avion puisse se poser sur les terrains d'atterrissage de fortune aménagés à l'avant, par les Divisions et les Corps d'armée. Il faut en outre qu'une liaison étroite règne entre l'Aéronautique et le Service de santé.

A l'Arrière, par contre, on disposera d'avions gros porteurs, provenant des entreprises commerciales, pouvant transporter dix blessés couchés, non opérés, de 2e et 3e urgence, de l'opital d'évacuation primaire jusqu'à l'hôpital d'évacuation secondaire, et ayant besoin de terrains d'atterrissage parfaitement aménagés dès le temps de paix, quand par exemple les voies ferrées sont inutilisables. Les mêmes nécessités de liaison étroite avec l'Aéronautique existent tant à l'échelon Armée, qu'à l'avant.

Ces généralités exposées, M. le Médecin lieutenant-colonel Schneider va les appliquer à un cas concret emprunté à une situation tactique qui fut celle des troupes anglo-françaises, à la fin de septembre 1914, à l'extrême gauche du front, quand s'achevait ce qu'on a appelé la course à la mer. Ce groupe d'armées du Nord avait pour mission essentielle de harceler l'ennemi. Il comprenait l'armée anglaise, tout à fait à gauche, et trois armées françaises : Xe, VIe et Ve Armées. C'est l'aviation sanitaire dans la Xe Armée qui fera l'objet du présent exercice. Cette Armée se compose du IIe Corps d'armée coloniale, des XIVe, XXe et XXXe Corps d'armée, et d'un Corps d'armée de cavalerie, tous à deux divisions.

Une offensive en direction Saint-Pol, Lille, Bruxelles, sera déclenchée le 29 septembre par la gauche de l'Armée, et appuyée par une offensive de sa droite le 30 septembre. Le Corps de cavalerie assurera la liaison entre les deux attaques.

En prévision de ces attaques, le dispositif sanitaire de l'Armée a eu tout le temps d'être étudié et réalisé ; toutes les formations sont dé-

ployées : Postes de secours divisionnaires, G. A. C. A. Seul le C. A. de cavalerie ne procède à aucun déploiement sur l'ordre du Commandement, en opposition avec le Service de santé qui était d'un avis contraire.

A l'arrière, on trouve les dépôts d'éclopés, les H. O. E. primaires avec leurs annexes (centres de contagieux et de récupérables). Plus à l'arrière encore, on rencontre les Centres hospitaliers, puis les H. O. E. secondaires. Enfin, les III^e et X^e Régions ont été désignées, à l'Intérieur, pour recevoir les évacuations ultimes de cette Armée.

Le Service de santé de l'Armée a été en outre doté de deux compagnies sanitaires et de deux escadrilles d'avions sanitaires légers et moyens porteurs. En réserve, figurent dix gros porteurs à la disposition du G. Q. G.

De l'Avant jusqu'aux H. O. E. primaires, les routes serviront aux évacuations: Des H. O. E. primaires jusqu'aux H. O. E. secondaires, elles se feront par trains sanitaires, les uns à marche normale, et les autres à marche accélérée (express) destinés aux blessés non opérés aux H. O. E. primaires. S'il est possible de recourir aux voies d'eau, on n'y manquera pas. Enfin, la première division de cavalerie évacuera ses blessés de première urgence sur les G. A. C. A. voisins. La deuxième division les évacuera par avion. A cet effet, les Postes de secours divisionnaires seront installés à proximité de terrains d'atterrissage. De même, auprès de tous les G. A. C. A., des terrains d'atterrissage de fortune seront aménagés.

L'attaque s'étant poursuivie selon les prévisions du commandement, les objectifs ont été atteints entre le 29 septembre et le 3 octobre. Les deux premiers jours, l'avance a été de 8 à 10 kilomètres ; les P. S. D. se sont déplacés. Les G. A. C. A. n'ont pas bougé. L'aviation a été utilisée seulement par la deuxième division de cavalerie qui a évacué ainsi 18 blessés de première urgence.

Le 1^er octobre, les communications ferroviaires ayant été interrompues par suite de la destruction d'ouvrages d'art entre Amiens et Rouen, par l'aviation ennemie, les avions gros porteurs ont été employés. Entre midi et 17 h.40, six avions ont fait deux voyages jusqu'à l'H. O. E. secondaire de Chartres, et évacué ainsi 120 blessés de seconde urgence, le premier octobre. Le 2, ils en ont transporté 100 de première urgence et 80 de deuxième urgence.

L'aviation sanitaire a permis de sauver la vie de ces 318 blessés qui, à défaut d'elle, auraient manqué des soins immédiats nécessaires (opérations, injections préventives, etc.). Et ces chiffres suffisent à imposer son emploi, qui sera possible d'ailleurs pratiquement, les appareils étant désormais prévus pour les dotations sanitaires, dès la mobilisation.

G. DUCHESNE.

## LE BACCALAURÉAT LATIN-GREC EST-IL INDISPENSABLE AU MÉDECIN ?

Lecteur fidèle du *Concours*, je me permets de vous soumettre quelques réflexions au sujet de la loi Armbruster, dont l'art. VII impose le baccalauréat latin-grec pour l'inscription dans les Facultés de médecine. Ne pensez-vous pas qu'en limitant à une seule forme de culture l'esprit des futurs médecins, cette loi, si elle était appliquée, présenterait de graves inconvénients pour l'avenir de la médecine française ?

L'enseignement secondaire actuel, avec les divers baccalauréats spécialisés qui couronnent ses études, est un fait qu'il faut accepter, tout en en souhaitant la modification.

Cette spécialisation peut d'ailleurs se défendre ; elle correspond aux diverses aptitudes de l'esprit humain et à l'augmentation de connaissances humaines. Il y a lieu toutefois de lui reprocher une systématisation trop étroite. La culture scientifique d'un bachelier latin-grec se borne à quelques notions de manuel, affirmations qu'il lui faut croire à peu près sans démonstration. Elle ne peut lui permettre de se faire une idée réelle de l'étendue et de la genèse des connaissances scientifiques actuelles qui, conjointement avec la vieille culture gréco-latine, constituent les piliers de notre civilisation moderne. Dans un ordre plus pratique, cette culture rudimentaire ne peut lui permettre par la suite d'acquérir les connaissances physiques, chimiques et même mathématiques spécialisées de plus en plus indispensables au médecin moderne.

Les sciences jadis dites accessoires prennent, à côté de la vieille clinique, une part de plus en plus importante dans l'étude de la médecine.

Qu'il s'agisse d'un livre ou d'un article concernant la physiologie, le diagnostic ou la thérapeutique, il devient de plus en plus radicalement impossible de comprendre autre chose que les conclusions, sans une forte culture scientifique.

Veut-on donc que le médecin devienne une sorte d'ouvrier supérieur appliquant avec finesse et discernement, certes, mais sans pouvoir les comprendre, les données établies par les savants ?

La médecine deviendrait alors besogne de primaires, primaires d'un genre nouveau, bour-

rés de grec et de latin, capables de traduire Xénophon, mais ignorants et incapables de comprendre jamais ce qu'est l'arsenic pentavalent, le pH ou ce qui se passe dans les corps où ils injecteraient de l'insuline ou qu'ils baigneraient de radiations diverses. Le métabolisme basal, la constante d'Ambard, la réserve alcaline, etc., entrent de plus en plus dans la clinique journalière. Qu'y comprendront jamais ceux qui, lors de leur P. C. N. (fait constaté personnellement maintes fois), sont incapables de faire, et surtout de retrouver, comment on fait une division avec des décimales ?

Il y a, en effet, au XXe siècle, plusieurs façons d'être primaire. Tout d'abord, la plus connue, est celle qui consiste à croire que la civilisation date de 93 et est constituée par la vapeur, l'électricité, l'auto et le parlementarisme.

Il y a aussi celle qui consiste à être bien imprégné de la pensée antique, tout en considérant comme vulgaire affaire de techniciens la connaissance et l'utilisation du formidable progrès accompli en un siècle dans l'étude de la nature ainsi que la pensée des peuples voisins, bien vivants ceux-là. Ceci, pour signaler cette autre lacune du baccalauréat latin-grec : le peu d'importance accordé à l'étude d'une seule langue européenne.

L'existence de travaux scientifiques, souvent inconnus de nous et parallèles aux nôtres, publiés dans une langue étrangère, est un autre fait devant lequel il faut s'incliner. La pensée scientifique qui s'exprimait autrefois en latin, s'exprime de nos jours en français, anglais et allemand et, bien handicapé est celui qui ne la peut connaître que, par les brèves et généralement peu claires analyses paraissant dans nos journaux, tout au plus capables de servir de bibliographie.

Du fait de cette ignorance des langues étrangères, les médecins français font souvent piètre figure dans les congrès et les polémiques scientifiques.

CONCLUSIONS

En dehors de l'obligation de se décider dès la 4e, c'est-à-dire bien jeune, au choix de la carrière médicale, l'exigence exclusive du baccalauréat latin-grec à l'entrée des Facultés de médecine nous préparerait une génération de médecins, subtils et bien disants, certes, mais de plus en plus désorientés devant l'évolution scientifique de la médecine et privés de moyens de contact avec la science étrangère.

Prétendre que le grec est indispensable à la compréhension du langage médical paraît excessif ; il suffit de connaître cent, mettons deux cents racines grecques pour pouvoir les retrouver d'ailleurs effroyablement déformées dans les vocables scientifiques modernes. Un tel effort de mémoire n'est rien à côté de celui nécessité par l'étude de l'anatomie des nerfs crâniens par exemple.

Toutefois, il y a lieu de souhaiter une moins grande systématisation des études secondaires. Aux diverses variétés d'intelligences doivent toujours correspondre la *prépondérance*, mais non l'*exclusivité*, de certaines formes de culture sans pour cela arriver dans aucune d'entre elles au primarisme, forme mécanique de la connaissance.

Sans jamais sacrifier la culture gréco-latine, il ne paraît pas impossible de pouvoir arriver à la dispenser en réduisant au minimum l'étude des grammaires et des textes pour ceux que cette étude rebute.

De même, pour ceux à qui l'exactitude des sciences paraît trop rébarbative, cette exactitude devra être humanisée, toutefois, sans jamais descendre au-dessous du minimum de culture scientifique indispensable à tout homme, destiné à vivre au XXe siècle et surtout à soigner ses semblables avec toutes les possibilité modernes.

Dr BORREY.

## LES GRANDES PREMIÈRES MÉDICALES

**La leçon inaugurale du Professeur Laignel-Lavastine**

Professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Paris, faite le 20 novembre 1931.

### « L'humanisme médical »

Par DARTIGUES

Le Prof. Laignel-Lavastine parle, vêtu de rouge bordé d'hermine (il faut dire d'hermine, car ça fait bien, mais dans nos temps difficiles, trompeurs et frelatés, il faut savoir que c'est du lapin. Pourtant ce petit animal ainsi sacrifié jusque sur l'autel de la Faculté pour les satisfactions décoratives, a tant de candeur qu'il peut bien remplacer cette peau, symbole d'immaculation !).

Sur l'horizon noir du vaste tableau, il se détache en très haute taille amplifiée par sa vestiture professorale. La tête rejetée en arrière, avec des cheveux complets et noirs, le profil régulier et la face prolongée par une barbe en pointe et de jais

sphénopogonique comme autrefois celle de Pozzi et d'autres qui avaient créé le petit clan des barbes pointues célèbres de Paris : les *sphénopogones*, le teint un peu pâle mais non anémique, l'oreille petite et délicatement ourlée, les yeux grandement ouverts sur lesquels ne s'abaissent pas des paupières frippées et appesanties, la parole claire et distinguée, il porte beau et fait jeune : on ne voit que lui, non pas parce qu'on le regarde et qu'il est naturellement le point de mire, mais qu'il s'impose à la vue : il donne l'impression d'un haut personnage décoratif de jadis : on dirait tout à fait d'un grand Richelieu, mais qui serait plus beau que le tout puissant cardinal.

En attendant l'heure fatidique, je contemple le spectacle habituel de ces belles réunions : la salle est dense, d'atmosphère sympathique et psychiâtrique pour le nouveau professeur neurologue et psychologue aimé. Je suis cerné par un élément asiatique : des Japonais qui comprennent toutes les finesses de notre langue et n'ignorent même pas notre argot, car, hélas ! nous parlons, ô humanisme que va évoquer dans quelques instants Lavastine, moitié argot et moitié mauvais français ! Outre les jaunes, il y a aussi les blancs de toutes les provinces de la France et de tous les coins du monde ; quelques noirs (sous peu, quelques peaux-rouges, s'ils ne sont pas tous morts sur le sentier de la guerre et sous l'effet de « l'eau de feu » !) ; une réunion de ce genre est essentiellement ethnologique et cela fait d'ailleurs honneur à la France !

Dans la salle en fièvreuse attente, car, ainsi que les anciens Romains, le Prof. Laignel-Lavastine comme tout professeur, a sa nombreuse *clientèle* (je ne parle pas des malades), ses créatures, ses obligés, ses amis, j'aperçois de bons camarades communs : *Cathelin*, ancien collègue et très ami du récipiendaire pour qui il exulte, plein d'effervescence communicative ; *Bérillon*, le directeur-fondateur de l'Ecole de Psychologie ; *Farez*, Français exquis au nom d'espagnol, qui représente la chronique médicale des Débats ; *Gauthier*, le charmant et très savant coprologue qui compte le valeureux Cambronne de Waterloo dans ses aieux ; des éléments aquathérapeutes : Baqué (de Luchon), Langenhagen (de Luxeuil), le fin Perpère (du Mont-Dore), Molinéry (de Paris-Luchon-Pyrénées), dont les antennes et les fils d'information font un véritable central téléphonique vivant, frémissant, exalté de pensées infinies.

Quelques femmes, deci, delà, éparses dans la chaleur émanée des corps de jouvence des mâles jeunes gens, me font l'effet de vieilles prairies où l'on a beaucoup brouté : elles ont pour cela tout mon attendrissement. Compensation, la grande, imposante et belle Mme Roussy, passe, sybilline.

Sur la longue table au tapis vert, une corbeille de mauves orchidées. Ceux qui sont initiés ou qui devinent, y voient une attention pieuse et pressentent le symbole de présences chères et invisibles, devant qui il faut s'incliner avec gravité comme devant un douloureux souvenir.

De la valvule mitrale de l'orifice de gauche (je veux dire de la porte de gauche) donnant dans le cœur même de la Faculté, un flot rouge se précipite en soufflant un peu : ce sont les professeurs où l'on distingue des globules importants : Balthazar, Bernard, Sergent, Desgrez, Roussy, Legueu, Labbé, Rathery, Brumpt, Nobécourt, Guillain, Villaret, Terrien, etc... Ils prennent place : ces grands rouges sont accolés de demi-rouges, les agrégés : Lian, Proust, Basset Cadenat, Schwartz, qui aspirent à devenir des rouges entiers ; pour le moment, ils semblent des lévites auprès des grands prêtres. Le Prof. Sergent a l'air du Sénateur Romain, assis sur le siège curule et qui vient de frapper de son bâton d'ivoire le gouailleur Gaulois accompagnant le Brennus et qui a eu l'irrespect de lui tirer le menton !

Le Massier, réinvention de la Faculté, brave homme pour qui j'ai de la sympathie, porte sa massue symbolique, mais il tient le serpent d'Hippocrate par la queue !

Le Doyen Balthazard, en présentant le récipiendaire, fait l'historique vivant de son prédécesseur, le Prof. Ménétrier « dont la carence des pouvoirs publics n'a pas récompensé la valeur et l'œuvre et qui n'est que chevalier de la Légion d'honneur ! ». Ainsi le doyen, grand fonctionnaire, sujet de l'Etat, critique avec juste raison l'Etat déficient, hypoendocrinien et myxœdémateux, mais qui aurait pu tout de même être instruit avec insistance par la Faculté elle-même!

Malgré sa prestance assurée, le Prof. Laignel n'est pas sans émotion, et il me semble sentir que sa voix est légèrement vacillante. Mais il se remet vite en remerciant le doyen et en saluant tout d'abord les Professeurs Desgrez et Léon Bernard, ce dernier « *qui l'a conduit dans le labyrinthe de la Faculté* ! » Vous parlez de labyrinthe, et quelle définition risquée de la Faculté, où tout entrant peut être comparé, à un Thésée à qui il faut une Ariane et son fil ; mais quelle métamorphose pour un Prof. Léon Bernard qui est promu au rang d'une tendre héroïne !

Laignel a été touché durement par le malheur, aussi une grande attention respectueuse se fait, quand il évoque ses chers disparus tragiquement ; il ne dit que quelques mots, mais ils sont grands comme son deuil intérieur : « *Je ne veux pas porter ma douleur en écharpe* », et il cite le vers célèbre de Vigny dans la *Mort du Loup* : « *Seul le Silence est grand* ! ». Il nous dit ensuite qu'il est « *l'épanouissement de quatre lignées médicales convergentes* », et que si sa famille médicale est « *éteinte selon la chair, elle persiste par l'esprit* ».

C'est bien d'avouer cet avantage népotique qui, d'ailleurs, ne diminue pas son mérite. Mais

ceux qui ne l'eurent pas, à quelle ascension eussent-ils été destinés, et qu'eussent-ils donné sans doute ? On ne saura jamais les difficultés, les obstacles trop souvent insurmontables, quand on n'a personne derrière soi, ni à côté de soi, et quand on est le premier jet d'une source ! ou quand, plante généreuse, on a droit cependant au soleil, et qu'il faut crever la terre pour voir le jour et « s'épanouir ». La Faculté est surtout une hérédité, et la plupart des places y sont réservées aux fils et neveux de Rois empourprés.

Laignel-Lavastine dit aux étudiants que, pour réussir, il a eu aussi « *l'avantage d'une bonne santé et la possibilité de travailler sans inquiétude matérielle* ! » Cet abandon confessionnel public et cette faveur reconnue, rendent le Prof. Laignel-Lavastine tout à fait sympathique.

Laignel-Lavastine qui se défend de vouloir lire un « *long palmarès de sa gratitude* » passe cependant en revue ses nombreux maîtres et nomme même quelques-uns de ceux qui ne l'ont pas été : « *Je n'ai pas été l'interne des deux hommes, qui ont le plus agi sur ma destinée : Paul Régnier (son beau-père) et Gilbert Ballet.* » Tous ces personnages sont, du reste, merveilleusement silhouettés. Quand il se tourne vers Babinski, présent, et en civil, c'est-à-dire sans robe, à côté des rouges professeurs, un immense tonnerre d'applaudissements éclate et dure indéfiniment, surtout quand il ajoute : « *Permettez-moi de le saluer ici, où il aurait dû naguère enseigner* ! » C'est juste et courageux, cela ; car ce tout frais émoulu professeur prononce là en public, et quel public averti ! la plus cruelle condamnation de la Faculté qui n'a pas su faire, quand il le fallait, place au réel génie, qui a honoré la science médicale française. Laignel-Lavastine m'apparaît alors, lui, un des heureux du sort, dans son costume d'écarlate apparat, comme un procureur général accusateur au nom de tous, ou comme un président d'assises lisant la plus terrible des sentences contre les *combinaziones* et les marchandages faits dans le labyrinthe (revenons à cette si juste appellation du début !) du Temple, où des sacerdotes, qui semblent être dans les hauteurs de la prière, tirent des plans astucieux et profondément machiavéliques !

Après avoir passé en revue ses troupes, non pas de simples soldats, mais de généraux, en disant *in petto*, très probablement comme Napoléon : « Maîtres-généraux, je suis con ent de vous ! », il semble que « *vox faucibus hæsit* » ; mais ce n'est qu'un peu de sécheresse gutturale, qui passe vite, car le Prof. Laignel-Lavastine prend une gorgée de cristalline eau que le massier, homme qui doit aimer le vin, a l'air de mépriser profondément de ses conjonctives irisées.

Puis alors, nous voici lancés à la suite du savant professeur en plein récit de cette chaire d'histoire de la médecine : d'Aremberg, Lorrain, Laboulbène, (celui que nous appelions, en 1890, étudiants irrespectueux, « Boule d'Ebène » à cause d'une loupe frontale qu'il n'avait pas le courage de se faire opérer), Brissaud, défilent, fantômes sous nos yeux, jusqu'à Ménétrier, grâce à Dieu, bien vivant, Ménétrier qui écrit encore des livres intéressants, et que Laignel compare à « *un arbre généreux qui laisse à l'automne tomber ses fruits.* » L'euphémisme est délicieux, mais l'automne de l'homme, sur lequel mon ami Pauchet vient d'écrire un livre et moi quelques pages, est une belle amplification digne de notre enthousiasme français.

Le Prof. Laignel-Lavastine, nous parle de ce qu'il appelle d'un mot très juste et très heureux « *l'humanisme médical* », il dit combien nos ancêtres médicaux en étaient pénétrés et que « *l'avènement des humanités modernes ne sauraient remplacer les études classiques helléno-latines* ». Il vante « *la vertu éducative de l'humanisme médical* » et c'est certainement le point capital dans la formation si complexe et si riche d'un médecin, car, à mon sens, rien ne sert d'être *instruit* avec érudition ou techniquement, si on n'est pas en même temps *éduqué*.

Cette vertu éducative, il nous en montre la trace dans le serment d'Hippocrate et dans celui, presque parallèle, des Arabes. En lisant le dernier texte, Laignel-Lavastine prend ses lunettes, dont ses beaux yeux si vivants semblent pouvoir se dispenser : cela me donne à penser qu'il déchiffre pour nous les arabesques des signes de l'écriture musulmane même. Enfin, il déclame en la rapprochant de ces serments antiques, la phrase superbe de mon ami le Prof. Jean-Louis Faure, que je cite tout entière, qui date déjà de 30 ans et que l'on trouve dans ses *Principes de chirurgie* : « *L'art et la beauté sont des puissances souveraines, qui transfigurent tout ce qu'elles touchent. Et* « *s'il est en notre pouvoir de faire passer dans le* « *chirurgien un peu de cette flamme éternelle qui* « *illumine les belles œuvres et les grandes actions,* « *nous n'avons pas le droit de priver cette noble* « *science de ce surcroît de splendeur* ».

Il rappelle que le médecin humaniste par excellence est le médecin de la Renaissance ; il dit que « *Ambroise Paré avait l'humanisme sans la lettre* » et évoque le mot de ce génial chirurgien : « *tout cela n'est rien, si l'on ne met la main aux outils* ! » En somme, dirai-je avec satisfaction, nous pouvons dire que nous, modernes, sommes ses disciples : la France a passé par là avec son souffle nouveau et notre éducation est, en vérité, actuellement, helléno-latino-occitano-oïlienne ! Notre latin, à la plupart, est loin, notre grec encore plus, et presque évaporé ; mais qu'importe, dès le début, dans nos études classiques, nous avons pris un bain prolongé d'humanités et c'est comme la consécration d'une imprégnation baptismale dont l'eau lustrale nous a, à jamais, spirituel-

lement parfumés. Du plus petit médecin en bourgeron presque, perdu dans le village de la Vallée ou de la Montagne, jusqu'au plus illustre professeur couvert de soie et d'or, nous nous reconnaîtrons à ce signe supérieur qui constitue un plan d'égalité ! Je sais de petits médecins de campagne, qui ont conservé cette lumière irradiante en eux et qui pourraient en remontrer à bien des grands.

Le Prof. Laignel-Lavastine nous parle aussi de Rabelais, dont il cite ce mot : «*A quoi sert tant de fatras et de paperasseries !* » Je ne peux m'empêcher de penser que c'est une condamnation indirecte, et par la voix ultérieure de Laignel, de cette livresquerie qui nous a obsédés avant la la guerre, à cause de l'influence allemande trop longtemps subie par nous moutonnièrement et qui a fait de certains concours, et de celui de l'agrégation en particulier, le plus cacophonique et le plus stupide psittacisme, qui ait déshonoré l'esprit humain éloigné de la recherche et du bon sens, et que j'eus le courage de dénoncer devant Clémenceau lui-même, en 1906, au Jubilé de mon Maître Pozzi.

Aujourd'hui, dit très justement Laignel-Lavastine, « *la plupart des médecins vivent leur humanisme, mais ils n'ont pas le temps de l'écrire* ». Il y a eu beaucoup de savants lettrés ; le génial Laënnec a commis des vers, Claude Bernard aussi, il a même écrit des pièces de théâtre. Il y a eu des médecins-poètes ou du moins, dit avec trop grande réticence le Prof. Laignel, « *qui ont écrit des vers* ». En vérité, nous avons compté de véritables poètes dans notre corporation et je n'aurai qu'à citer Jean Lahor, l'auteur de l'*Illusion*, poèmes bouddhiques.

Quant aux médecins lettrés, ils sont très nombreux aujourd'hui malgré tout, et je ne parle pas des évadés de la médecine qui forment une très illustre cohorte ; il est avéré, d'après les éditeurs, que, en dehors des professionnels de lettres, c'est encore le médecin qui lit le plus de livres et revues, car sa formation est complète à la fois scientifique et littéraire.

Le Prof. Laignel-Lavastine fait rire l'assistance avec les fervents des livres, en évoquant l'histoire de Falconnet, qui résista à la tentation pectorale de Mme Guyon. Et vivant son sujet, il dit aux étudiants que la tâche de l'historien doit « *se rapprocher un peu de celle du chiffonnier* ». Je sais bien qu'avec des chiffons on fait le plus beau papier blanc. Mais les étudiants qui sont là, public ultra-moderne, et que je regarde à ce moment, me paraissent un peu indifférents (ne leur a-t-il pas dit, d'une façon un peu amère, mais juste, qu'ils « *étaient en carence d'humanités* ! »), est-ce parce que le Professeur se tourne peut-être un peu trop vers ses collègues, au lieu d'eux ? Je ne crois pas qu'il fera des chartistes dans cette jeunesse, avide de savoir technique pour l'utiliser au plus tôt et d'action appliquée devant le problème pressant de la vie. Malgré la phrase célèbre d'Auguste Comte, que l'on ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît l'histoire, il est visible que l'étudiant est surtout pressé d'acquérir cette science, avant den connaître l'histoire!

Le Prof. Laignel-Lavastine a parlé à un moment de l'éducation et de l'instruction en province auprès des praticiens, aux côtés desquels les étudiants seraient en quelque sorte en apprentissage. J'ai largement développé cette idée que j'ai eue jadis, dans l'article que j'ai écrit dans l'*Evolution médico-chirurgicale* sur « *La leçon de Lecène* », lors de sa réception inaugurale.

La réalisation intéressante et qui portera ses fruits, ce sera celle des conférences-promenades, « *y compris à la Faculté où sera faite l'histoire de cet amphithéâtre* ». Il épelle avec nous, pour commencer, les inscriptions hémicycléennes lues souvent par nous dans les instants de désœuvrement de l'attente ... *La reconnaissance du souverain hâte leurs progrès et récompense leur zèle. Ils tiennent des dieux les principes qu'ils nous ont transmis ... Ils étanchent le sang consacré à la patrie.*

Le Prof. Laignel nous dit qu'on ne peut s'empêcher de sourire à ces paroles naïves et emphatiques. Cependant, je dirai : ils ne souriaient pas ceux qui ont gravé ces inscriptions, car ils avaient la foi en l'origine divine des aspirations humaines vers le soulagement de la misère et de la douleur physiques et morales, et en la Patrie qu'ils symbolisaient et concrétisaient peut-être davantage que nous, à une époque qui n'était pas veule et où le Français avait l'état de fierté d'âme du Romain, quand il disait «*ego sum civis romanum* ! »

En nous montrant la fresque, qui nous surplombe tous et qui représente les grands génies de la médecine et de la chirurgie, d'Hippocrate à Claude Bernard, peinte par Urbain Bourgeois, Laignel-Lavastine déplore de n'y pas voir une figure de femme et en particulier la figure latine de Novela, de Bologne, car les Latines savantes ont commencé bien avant les Russes anarchistes et les Juives, que l'Orient commença à nous envoyer il y a presque un demi-siècle, et avant les anglo-saxonnes aux blonds cheveux !

Le Prof. Laignel-Lavastine a parlé aussi des gradins de cet amphithéâtre « *si vieux et toujours si inconfortables* ». On a beaucoup ri ; je n'ai pas suivi l'unanimité de ce rire, parce que je me disais : « Soyons fiers de nous y asseoir, car il n'est pas donné à tout peuple et qui paraît très avancé par son progrès parce qu'il a un matériel neuf, d'avoir le modeste et insigne honneur de prendre siège sur tant de vénérable vétusté, pas plus qu'il n'est donné au citoyen de toute nation de s'arrêter, pensif, sur les bris de ses monuments qui, même en ruines, sont symboles de grandeur et d'immortalité !

Dans son énumération des médecins humanistes, il me semble que le Prof. Laignel-Lavastine aurait pu faire une petite place aux médecins et chirurgiens orateurs et nous évoquer les figures de Trousseau, Pajot, Jaccoud, Dieulafoy, Clémenceau et bien d'autres encore parmi les hommes du passé et qui furent orateurs, non pas seulement parce qu'ils en eurent le tempérament et les aptitudes, mais parce qu'ils furent pénétrés, dès leur adolescence, des humanités et vibrèrent à la parole transmise de Démosthène et de Cicéron dont les siècles et l'objet de leu s passions, si éloigné de nous, n'ont pas éteint l'accent. Ces orateurs-médecins le furent parce qu'humanistes! Peut-être que leur œuvre scientifique n'a pas été toujours transcendante, mais leur enseignement l'a été grâce au don oratoire cultivé et, leur parole, comme celle des grands artistes, a fait vibrer des foules d'étudiants de plusieurs générations, qui en ont conservé le souvenir inoubliable comme de livres vivants, qui les aidèrent, durant leur vie professionnelle, auprès des douloureux et des affligés, à appliquer les paroles de vérité et souvent les principes de vie, c'est-à-dire de guérison : la science va, en définitive, également comme par le livre, par la parole humaniste, c'est-à-dire profondément humaine, aux malades qu'il faut à la fois réconforter et sauver.

Le Professeur nous dit qu'il désire surtout « *faire penser les élèves en les préparant à leur rôle social* », car il faut que « *la science fasse penser, ce qui est le principal.* »

A un moment, le Prof. Laignel-Lavastine, dont la haute taille, rehaussée par la majestueuse robe, me rappelait le cardinal de noble allure du *Lorenzacio* d'Alfred de Musset, a fait un grand geste amphithéâtral en se tournant vers la large fresque élevée d'Urbain Bourgeois et nous a dit que c'était là une troisième couche picturale !

Et alors, j'ai été subitement pris de mélancolie en constatant une fois de plus, que telle était l'inanité des choses qui se superposent, passent et s'évanouissent, même les images les plus durables ! J'ai regardé un instant toute cette humanité étagée dans cette salle, où se fait un éternel passage de choses, d'actes et d'êtres disparus, et cependant toute pleine de néant passé et à venir. Pauvres étudiants, pauvres praticiens, pauvres professeurs ! espérances d'avenir de la jeunesse, espoirs réalisés, robes éclatantes, orgueils et amours-propres assouvis ou non, pauvres de nous ! Que retiendra de tout cela l'Histoire ? Tout cela est voué à la mort, à la mort qui est, *finalement*, sans souvenir : *Vanitas, vanitatum, et omnia vanitas* ! L'Ecclésiaste a raison ; mais le moment que nous vivons, même très éphémère, davantage raison, et l'Humanité qui attend de l'effort constant des hommes de bonne volonté et d'inte ligence un résultat pour soulager son âme et sa douleur, pour amoindrir sa désespérance, a raison tout de même de compter sur cet effort sacré avant de retourner à la poussière universelle.

La leçon de mon ami, le Prof. Laignel-Lavastine, fut une très belle leçon ; heureux ceux qui l'ont entendue !

## LE RAGONDIN

par le Dr Albert MAURICE, de Sèvres-Paris

Les Pouvoirs publics cherchent à diffuser en France un animal à fourrure qui, après quelques tentatives, s'est parfaitement acclimaté. Ce rongeur, exclusivement herbivore, vit dans les marais et porte le nom de Ragondin, Nutria, Nyopotame, Castor du Chili, etc...

Il mange comme un lapin, se domestique aussi facilement et peut s'élever dans des enclos assez réduits puisque les Allemands utilisent des cages ne dépassant pas 2 à 3 mètres carrés. On peut l'élever de tellement de façons qu'il vaut mieux se reporter à notre livre pour se documenter (1).

Le Ragondin est un Castor qui a une grande queue comme un rat. Il atteint facilement 15 livres et devient très familier dans un enclos. Il mange comme un écureuil en se posant sur le derrière. Il passe presque tout son temps dans l'eau et c'est là qu'il est le plus curieux à observer : il y grignote, il y fait sa toilette, il se bat, il se poursuit, il gratte, il fait sa cour et autre chose itou.

Toutes les dames connaissent sa fourrurre et c'est pour leur plaire qu'on a détruit presque complètement cet animal dans l'Amérique du Sud. Il a fallu, pour le sauver, que l'Argentine interdise sa chasse et pousse les agriculteurs à en faire l'élevage. Il s'acclimate si bien en Europe que son introduction comme animal à fourrure a parfaitement réussi soit en France, soit en Allemagne, soit en Suède, en Russie, etc...

Nous avons été amené à l'élever à ce point de vue, mais cela ne nous intéressait qu'à moitié car d'autres avaient étudié la question. Nous aimons les nouveautés.

Nous avons observé que cet animal présentait le plus grand intérêt non seulement pour les fourreurs, mais pour les gourmets, les chasseurs et les pêcheurs.

(1) « Le Ragondin », 234 pages, 132 figures dont 4 en couleur. Subvention ministérielle. Chez l'auteur : Dr A. Maurice, Sèvres (S.-et-O.). Franco : 42 fr. 50 Notice gratuite.

Sa chair est en effet délicieuse et nous pouvons affirmer que son rôti serait accepté sur les meilleures tables.

Dans ces conditions, il devient un gibier recherché pour sa viande et pour sa peau. A une époque où tout disparaît, il est intéressant de rencontrer dans un marais autre chose qu'une Bécassine ou un Butor. C'est moins sportif à abattre qu'un Canard, mais ce n'est pas à dédaigner.

Vivant dans les marais et ne se nourrissant que des herbes qui s'y trouvent, le Ragondin est un puissant faucardeur. Il travaille gratuitement. Tous ceux qui ont fait faire ce travail dans un étang savent combien c'est coûteux et décevant.

Il est vrai que toutes les plantes aquatiques ne sont pas mangées avec la même rapidité. Cet animal a ses préférences. A sa place nous en ferions tout autant. Une laitue bien tendre est meilleure qu'un pissenlit coriace. Une jeune pousse est plus appétissante qu'un vieux trognon (nous parlons botanique).

Les Calamagrostis et les Roseaux du type Typha sont attaqués merveilleusement. Les grands Joncs et les Phragmites le sont moins. Faucardez une première fois et tous les nouveaux bourgeons passeront à la tondeuse de votre rongeur.

Ce faucardage sera agréable à l'œil et augmentera le rendement en poissons, mais le Ragondin s'est rendu compte qu'il devait montrer à l'homme toute son intelligence. Tandis qu'un lapin dépose ses crottes à l'air libre, sans profit pour personne sinon pour parfumer l'atmosphère de relents ammoniacaux, le Ragondin rejette élégamment tous ses excréments dans l'eau. Ceux-ci se transforment en un riche plancton, or vous savez que les poissons en sont très friands et qu'ils en font une partie de leur nourriture.

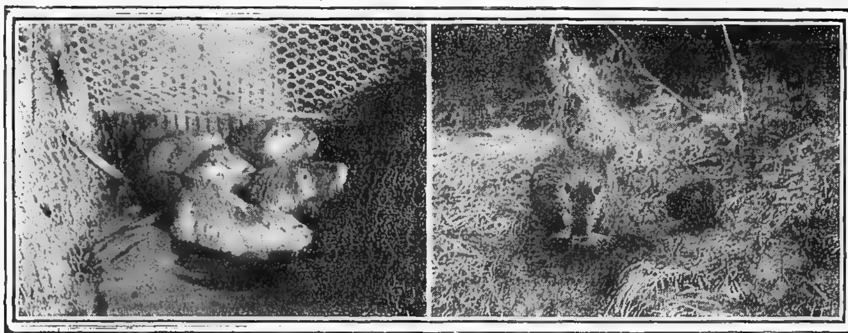
Vous voyez le cycle merveilleux : vos herbes nuisibles et sans valeur se métamorphosent en rôti pour les gourmets, en fourrure pour les dames et en poisson pour les pêcheurs à la ligne.

Convenez que cet amphibie est un animal extraordinaire. Bien mieux : pour étonner la gale-

*(Cliché du St Hubert Club.)*

FIG. 1. — Roseaux très épais faucardés par les Ragondins pendant l'hiver. Au printemps, on ne perçoit aucune repousse. Les débris servent souvent à établir leurs nids.
*(Elevage du Dr Maurice, Yvoy-le-Marron, L.-et-Ch.)*

*(Cliché du « Sport illustré »).*



Un groupe de ragondins. Une ragondine et son petit.

rie il porte ses mamelles sans dessus-dessous. Les négresses envoient leurs bouts de seins par dessus leurs épaules, les Ragondins ont les leurs fixés de l'omoplate à la fesse. C'est très pratique. Ça leur permet à la fois de prendre un bain abdominal et d'allaiter leurs petits perchés sur leur dos.

Dr Albert MAURICE.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Ridentur mala*
*qui componunt carmina, verum*
*Gaudent scribentes...*

(HORACE).

DLXIV. — Alphonse DAUDET. — **Le Nabab.** Un vol. 14,5 × 20,5. Illustrations de Pierre Rousseau. Tiré à 898 exemplaires (1) numérotés. *Editions Henri Cyral,* Paris, 1931.

Je vous ai signalé, l'été dernier, dans la même collection, le Loti que Pierre Rousseau avait enjolivé d'images, en insistant sur l'exactitude et la qualité de son dessin. Pour le Daudet on peut retrouver d'emblée les mêmes caractéristiques. Mais il serait injuste de négliger, pour un illustrateur aussi consciencieux, les remarques particulières, que mérite le soin de sa présentation du Nabab. Les soixante-cinq aquarelles sont traitées avec une très souple imagination et une ingénieuse observance du texte sans asservissement étroit à la lettre de l'aventure. Du héros P. R. a bien saisi la cordiale et débordante exubérance, ce cousinage de Tartarin, et très adroitement transcrit les attitudes symptomatiques de la faconde et de la logorrhée congénitale du politicien méridional.

Et cela, sans que l'on puisse penser à une malice caricaturale (page 201, page 293) ; mais plutôt à la très fine observation de cette superbe ingénue, de cette aisance dans le ridicule dont la mise en épingle valut à Daudet sous le méridien de Tarascon de si houleuses et vociférantes inimitiés. On lit sur la face rubiconde de Bernard Jansoulet, quand il le faut, cette pondération très étudiée, cette majesté raidie du savoir-vivre tout neuf, le savoir-vivre de Madame Sans-Gêne dont elle-même ne manquait pas de faire ressortir la qualité. Mais il y a aussi dans le roman d'émouvants passages et la tonalité de l'inspiration des gravures s'adapte à leur sentimentalité, à leur douceur, à leur tristesse, à cette quiétude neutre de l'époque que traverse la fulgurante ascension du Nabab. A toutes, Rousseau a su donner alors un cachet de romantisme tempéré, pudique, celui si discret de l'âge des crinolines. Si ses personnages ont l'air de reproduire au miroir ceux du texte, ses paysages (un excepté) sont établis avec une vraisemblance parfaite : sa campagne a de justes ondulations de terrain, des arbres qui n'ont pas l'air d'appartenir à un décor de théâtre, des perspectives bien établies (pages 104, 303, 313 ...) ; ses vues de Paris suivent le recul exigé par le livre : y passent des équipages, des députés à favoris, de fringants militatires. A toute cette vie, il fallait de vives couleurs et Rousseau a su en modérer l'éclat par d'opportunes teintes mortes pour en atténuer la crudité nécessaire. Il adjoint à cette précision du trait et du coloris un harmonieux équilibre de la composition (pages 89, 457). J'ai tort de signaler telle page de préférence, car elles sont toutes de qualité presque égale. A peine à la page 145, en me plaçant à notre égoïste point de vue, aurais-je préféré voir s'évanouir le ciel mauve et le remplacer « la pharmacie immense, étincelante de verreries et d'inscriptions latines ... ». La typographie de Coulouma est nette, un peu menue pour mes vieilles bésicles avec ses trente-quatre lignes bien denses à la page ; mais elle est si claire, si soigneusement ordonnée que l'attention en est à peine avisée si elle ne passe pas outre à la très vive impression globale de séduction que dégage cette excellente réédition.

(1) Soit : 21 ex. sur Madagascar à 440 fr ; 15 ex. sur Annam à 350 fr. ; 12 ex. sur Arches à 290 fr ; 850 ex. sur Rives à 230 fr.

DLXV. — René BOYLESVE. — **Voyage aux Iles Borromées.** Suivi de la première version du Parfum des Iles Borromées. Textes inédits et annotés ; avec un portrait de l'auteur. Tome V de la collection *Le Souvenir de René Boylesve.* Un vol. 12 × 18 tiré sur pur fil Lafuma à 750 ex. numérotés. *Editions Le Divan,* Paris, 1932. Prix : 18 fr.

J.-J. Rousseau faillit situer sa Nouvelle Héloïse aux Iles Borromées. Boylesve les visita très jeune. Ses notes de voyage ont une spontanéité charmante et contiennent en germe bien des développements du roman célèbre qui avant de sortir en 1897 chez Ollendorf passa par le stade de courte nouvelle. C'est cette première version qui complète l'agréable volume où de pieuses amitiés ont colligé ces brouillons du délicat écrivain grisé par la tiède tendresse de ce bonheur léger qui l'enveloppe, et attentif (avec toute la vivacité de sa jeunesse et une sensibilité

toujours en éveil) à capter et à traduire les résonnances d'un sourire, des reflets de l'eau ou du ciel transparents, du souvenir d'un visage entrevu, d'une chanson venue de la nuit.

DLXVI. — Princesse BIBESCO. — **Croisade pour l'Anémone.** Un vol. 12 × 19 de la Collection Choses Vues. *Editions Plon*, 1931. Prix : 12 fr.

De Jérusalem l'auteur adresse à d'hypothétiques correspondants quatre épitres. Et suivant qu'elle s'adresse à l'oncle-abbé, au gentil, au Roi, aux morts, elle a ingénieusement choisi ce qui dans ses constatations pourrait plus spécialement émouvoir et intéresser le destinataire ou rappeler le souvenir des disparus. Cet artifice n'est pas le seul à donner au livre un étrange contour. L'originalité du style, des images, leur enchaînement souvent inattendu, leur mélange d'émotion et de spirituelle irrévérence lui donne l'indéfinissable attrait des œuvres, qu'anime un souffle invisible, la présence devinée, d'un talent personnel agissant sur nous comme un sortilège au rythme de l'incantation des phrases ... Peut-être en faut-il aussi accuser la vigoureuse fleur pourpre, séculaire talisman qui pousse là-bas, qui a été reporté au front du livre, et qui si peu odoriférante, porte le parfum même de la terre au printemps.

DLXVIII. — Ernest SEILLIÈRE. — **J.-K. Huysmans.** Un vol. 12 × 19 *Editions Grasset*, Paris, 1931. Prix : 15 fr.

Monsieur S. suit avec beaucoup d'à-propos la curieuse et dramatique carrière intellectuelle de H. Parti du naturalisme, il atteint par douloureuses étapes un catholicisme ascétique, résigné. Les modalités de cette retentissante conversion paraissent plus normales à travers la claire exposition des flux et reflux passionnels battant l'âme tourmentée de l'écrivain. Le détail de ses oscillations psychologiques est suivi à travers ses œuvres successives, et, à propos de chacune d'elles, son biographe montre leur prolongement, les effets de leur thème (qu'il analyse chaque fois très profondément) sur l'éclosion des sentiments qu'elles créent chez H. par un choc en retour d'autant plus violent que l'œuvre est plus sincère.

De l'esthétisme décadent de *A Rebours*, de la mystique diabolique de *Là-bas* à l'*Oblat* et aux *Foules de Lourdes*, que de chemin parcouru et quel chemin jusqu'à la mort consécutive aux souffrances « d'une horrible plaie qui lui perforait le plancher de la bouche ».

DLXVIII. — Docteur Paul RAMAIN. — **Les Grands Vins de France.** Un album illustré 22 × 27. Préface d'Henri Bordeaux. *Editions de la Vie Technique et Industrielle*, Paris, 1931. Prix : 30 fr.

Notre confrère prouve que le simple contact du sujet, qu'il traite, engendre une communicative bonne humeur. Le docteur Noir fut autrefois pris à partie pour avoir un peu pensé la même chose. Dussent nous maudire encore les buveurs d'eau, voici un agréable livre, soigneusement documenté, avec des cartes des régions vinicoles, de précieux renseignements sur les grands crus, leurs qualités particulières, la vie du vin, les manipulations techniques du pressoir à la bouteille, les *indications* ... Mais oui, les indications thérapeutiques et celles plus détaillées surtout, gastronomiques.

**Varia** *** Le *Figaro illustré* consacre son numéro de janvier (plaquette de 61 pages) à l'*Appel du Soleil*, avec la collaboration de M. Edouard Willermoz. Au sommaire Henri de Montherlant, Jean de Vallières (l'auteur de Kavalier Scharnhorst) ; le prestigieux styliste des *Livrets du Mandarin* : René-Louis Doyon ; Marie-Louise Pailleron ; Maurice Noël ; Georges Pillement, tous écrivains dont par une curieuse coïncidence j'ai eu le plaisir de vous signaler quelque œuvre intéressante. Une copieuse illustration agrémente le texte de magnifiques photographies de Provence.

* Il est bien tard pour vous parler du livre vigoureux de Bernanos : *La Grande Peur des Bien-pensants*, où l'auteur manie la satire, l'anathème et l'invective comme poix bouillante sur les plaies et les turpitudes de ses adversaires, en évoquant Drumont de chevaleresque mémoire. Comme il le dit dans la préface : il nous donne bien un « livre vivant ». Sans aucun doute, la promesse des pages de garde est largement tenue.

* *Le Divan* de janvier paraît sous de nouvelles couleurs. Une bonne « nouvelle » de Bardin. De délicieux poèmes de Tristan Klingsor, et une étude très documentée du *Mariage Secret* qui vient de reparaître au répertoire de l'Opéra-Comique et qui fut la pièce favorite de Stendhal.

1er février 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

**— Conférences d'anatomie descriptive.** — M. Hovelacque, agrégé, commencera ces conférences le mardi, 1er mars 1932, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Système nerveux central ; Anatomie du bassin.

**— Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie** (Pâques 1932). — *Hygiène et clinique de la première enfance* (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — Un cours sur les notions nouvelles en hygiène et clinique du premier âge sera fait à la clinique Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, sous la direction du Professeur Lereboullet, avec le concours de M. J. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux ; MM. Henri Janet, Lelong, E. Pichon, médecins des hôpitaux ; Brizard, Saint Girons, Mme Dollfus-Odier, Chabrun, Bohn, Benoist et Baize, chefs et anciens chefs de clinique ; MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire ; M. Roudinesco, assistant du service.

Ce cours commencera le jeudi 17 mars et se terminera le samedi 26 mars 1932 Les leçons auront lieu à 10 h. 30, à 16 heures et à 16 h. 45. Elles seront précédées le matin de la visite dans les salles à 9 h. 30.

— *Clinique médicale des enfants.* (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — Un cours sur les notions actuelles en pédiatrie sera donné à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction du Professeur Nobécourt et de M. Jean Hutinel, agrégé, médecin des hôpitaux, avec le concours de MM. Babonneix, Tixier, Henri Janet, Paraf et Pichon, médecins des hôpitauxs ; MM. Nadal, Boulanger-Pilet, Lebée, René Martin, Kaplan et Liège, chefs ou anciens chefs de clinique ; MM. Bidot, Prétet, chefs de laboratoire ; Duhem, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades.

Ce cours commencera le mercredi 30 mars et se terminera le samedi 9 avril 1932. Les leçons auront lieu à 10 h. 30, à 16 et à 17 heures. Celles du matin seront précédées de la visite dans les salles, à 9 heures.

Sont admis à ces cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs pour chaque cours. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

**— Cours de perfectionnement sur les maladies de l'appareil génital de l'homme.** (Hôpital Cochin, 47, rue du Faubourg-Saint-Jacques. Pavillon Albarran). — Ce cours sera fait, sous la direction du Docteur Maurice Chevassu, du lundi 7 mars au samedi 19 mars 1932, par MM. Chevassu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Boppe, chirurgien des hôpitaux ; Braine, chirurgien des hôpitaux ; Leibovici, chirurgien des hôpitaux ; Cénac, ancien chef de clinique à la Faculté ; Bayle, assistant du service ; Gautier, assistant de consultation ; Lazard, assistant de cystoscopie ; Canoz, chef du laboratoire de bactériologie ; Moret, assistant de radiologie. Il sera complet en deux semaines.

Il comportera le matin, de 9 heures à 12 heures, et l'après-midi, sauf le samedi, de 2 heures à 4 heures, quatre leçons théoriques et pratiques, avec démonstrations cliniques, urétroscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations..

Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement. Un diplôme pourra être délivré après examen.

Programme du cours. — Lundi 7 mars. Matin : M. Chevassu : L'urètre et son cathétérisme. — M. Gautier : La blennorragie aiguë. Clinique et laboratoire. — Soir : M. Gautier : Chancre syphilitique de la verge. Clinique et laboratoire — M. Boppe : Ruptures de l'urètre.

Mardi 8 mars. Matin : M. Gautier : Chancres mous et bubons. Clinique et laboratoire. — M. Chevassu : Examen clinique de l'appareil génital. — Soir : M. Gautier : Traitement de la blennorragie aiguë. — M. Bayle : Prostato-vésiculites.

Mercredi 9 mars. Matin : M. Bayle : Abcès de la prostate et cavernes prostatiques. — M. Marcel : Orchi-épididymite blennorragique. — Soir : M. Gautier : Urétrites chroniques. — M. Canoz : Les critériums de guérison de la blennorragie.

Jeudi 10 mars. Matin : M. Bayle : Les rétrécissements de l'urètre. L'urétrotomie interne. — M. Marcel : Cancer de la verge. — Soir : M. Gautier : L'urètre antérieur étudié à l'urétroscope. — M. Bayle : Abcès urineux et fistules urétrales.

Vendredi 11 mars Matin : M. Chevassu : Les gangrènes de la verge. L'infiltration d'urine. — M. Gautier : L'urètre postérieur étudié à l'urétroscope. — Soir : M. Lazard : L'anesthésie de l'urètre. — M. Bayle : Calculs et corps étrangers de l'urètre et de la prostate.

Samedi 12 mars. Matin : M. Leibovici : Hypospadias. Epispadias. — M. Lazard : L'étude de l'urètre postérieur à l'urétroscystoscope.

Lundi 14 mars. Matin : M. Braine : Ectopie testiculaire. — M. Chevassu : Les hermaphrodites. — Soir : M. Bayle : L'induration fibreuse des corps caverneux. Phimosis et paraphimosis. — M. Leibovici : Varicocèle

Mardi 15 mars. — Matin : M. Boppe : Hydrocèle vaginale. — M. Leibovici : Kystes de l'épididyme. Kystes et tumeurs du cordon. — Soir : M. Chevassu : La tuberculose génitale de l'homme.

Mercredi 16 mars. — Matin : M. Moret : L'étude radiologique de l'urètre, de la prostate et des vésicules séminales. — M. Chevassu : Traitement de la tuberculose génitale de l'homme. L'épididymectomie. — Soir : M. Marcel : Hématocèle vaginale. Torsions du cordon spermatique. — M. Bayle : L'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique.

Jeudi 17 mars. Matin : M. Bayle : Symptômes et diagnostic de l'hypertrophie prostatique. — M. Chevassu : Anatomie pathologique des tumeurs du testicule. — Soir : M. Marcel : Syphilis testiculo-épididymaire. — M. Lazard : Etude endoscopique de l'hypertrophie prostatique.

Vendredi 18 mars. Matin : M. Bayle : Traitement non opératoire de l'hypertrophie prostatique. — M. Chevassu : La prostatectomie pour hypertrophie prostatique. — Soir : M. Bayle : Cancers de la prostate. — M. Boppe : La prostatectomie périnéale.

Samedi 19 mars. Matin : M. Chevassu : Diagnostic et traitement des cancers du testicule. — M. Cénac : Impuissance génitale. — M. Chevassu : Stérilité masculine.

L'examen des candidats pressés aura lieu le 19 mars, pour les autres il aura lieu en mai. Droits d'inscription : 500 francs. Ce cours sera précédé par un cours d'endoscopie urinaire qui aura lieu du 22 février au 5 mars.

Pour tous renseignements s'adresser au laboratoire de bactériologie de l'hôpital Cochin. Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M., salle Béclard, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Thèses.** — Lundi 1er février. — Jury : MM. Clerc, Loeper, Sergent, Chiray. — M. Galimard : Etude pathogénique des hypertensions artérielles. — M. Carpnat : Essai critique sur la pathologie de l'angine de poitrine. — M. Nédelkoff : Etude des septicopyohémies staphylococciques à évolution prolongée.

Mardi 2 février. — Jury : MM. Carnot, Lemaître, Terrien, Abrami. — M. Nguyen Van Dé : L'importance de l'équilibre binoculaire dans le choix des verres. — M. Niebo Maximilien : Le traitement des épistaxis par la diathermie.

Mercredi 3 février. — M. Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Ombrédanne, Portes. — M. Kagan Aron : La torsion et le rétrécissement du cordon ombilical comme cause de mort du fœtus pendant la gestation. — M. Jeanne Henry : Fractures diaphysaires ouvertes de la jambe. — M. Lecuit Pierre : Torsion du grand épiploon intra-abdominale, pure.

Jeudi 4 février. — Jury : MM. Claude, Gougerot, Chevallier, Gastinel. — M. Rottenberg : Syndromes démentiels de l'encéphalite épidémique. — M. Schniener Paul : Paralysie générale d'évolution aiguë. — Mlle Basch Marianne : Concrétions calcaires des sclérodermies.

Samedi 6 février. — Jury : MM. Nobécourt, Tanon, Chabrol, Lian. — M. Huant Ernest : Système neurovégétatif et radiations ultra-violettes. — M. Szejdel Emile : Histoire de la peste en Roumanie.

Mercredi 10 février. — Jury : MM. Gosset, Legueu, Marcel Labbé, Loeper. — Mme Helmer-Dupic Marie : Stérilité et perméabilité tubaire. — M. Ornstein Marcel : La cystite incrustée. — M. Soulié Pierre : Rôle des perturbations vago-sympathiques dans les accidents cardiaques, dans l'exophtalmie de la maladie de Basedow et dans le syndrome para-basedowien. — Mlle d'Ornano Anne : Du diagnostic clinique de l'arythmie complète.

Jeudi 11 février. — Jury : MM. Bezançon, Binet, Rathery, Vallery-Radot. — M. Vaneecloo Germain : Contribution à l'étude des septicémies à proteus. — Mme Jeanne Dété-Butaud : Contribution à l'étude des courbes de fatigue chez l'enfant. — Jury : MM. Guillain, Nobécourt, Baudouin, Aubertin. — M. Jean Lereboullet : Les tumeurs du quatrième ventricule.

Samedi 13 février. — Jury : MM. J.-L. Faure, Jeannin, Lemaître, Dognon. — M. Jarriault Maurice : Le radium dans le traitement des affections gynécologiques autres que le cancer. — M. Masson Georges : Sympathectomie et revitalisation glandulaire par action chimique ou isophénolisation. — M. Reix Charles : De la consistance de l'utérus après la délivrance et dans les suites de couches. — M. David Ernest : Contribution à l'étude du polype solitaire des fosses nasales.

— *Thèses vétérinaires.* — Mardi 2 février. — Jury : MM. Gougerot, Rathery, Henry, Lesbouyriès, Coquot, Robin. — M. Hayek : Le dromadaire. Ses affections cutanées. — Letort : Anesthésie du chat par le tribrométhanol (avertnex).

Mercredi 3 février. — Jury : MM. Lemierre, Tanon, Lesbouyriès, Panisset, Dechambre. — M. Devin : Entérite paratuberculeuse chez les bovidés. — M. Plachat : Foire concours des veaux reproducteurs charollais de la Pacaudière (Loire).

Mercredi 10 février. : — Jury : MM. Léon Bernard Panisset, Robin. — M. Malou : Epidermo-réaction à la tuberculine chez les mammifères.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Réunions propédeutiques d'oto-rhino-laryngologie.** — Organisées par MM. A. Hautant et F. Lemaitre, ces réunions, consacrées à l'enseignement, sont plus spécialement destinées aux internes, externes, et aux étudiants en médecine.

Elles ont lieu le troisième dimanche de chaque mois, à 9 h. 30, dans l'un des services de laryngologie des hôpitaux de Paris.

Elles ont pour objet l'étude d'un sujet d'actualité et comprennent : 1° Des exposés didactiques ; 2° des présentations de pièces anatomiques, de malades, de résultats thérapeutiques et opératoires ; 3° leur discussion par les oto-rhino-laryngologistes assistant à la réunion.

1re *réunion*, dimanche 17 avril, sous la direction de M. A. Hautant : Les vertiges auriculaires.

2e *réunion*, dimanche 22 mai, sous la direction du Professeur F. Lemaitre : Les tumeurs de l'amygdale.

3e *réunion*, dimanche 19 juin, sous la direction du Professeur agrégé E. Halphen : La syphilis naso-pharyngo-laryngée.

— **Internat de l'hospice Paul-Brousse et du centre anti cancéreux de la banlieue parisienne.** — Epreuves écrites. — *Anatomie* : Nerf cubital, sans les origines réelles.

*Pathologie interne* : Signes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. *Pathologie externe* : Complications des ulcères gastro-duodénaux.

Sont déclarés admissibles : MM. Werner, Millot, Delabos, Ngo Quox, Bonhomme, Mlle Soulé, MM. Hinard' Frey, Taranto.

— **Internat et externat des hôpitaux.** — Dans sa séance du 27 janvier 1932, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a adopté un projet de règlement présenté par le Directeur général de l'Administration et comportant les dispositions suivantes :

1° Les épreuves écrites anonymes du Concours de l'internat en médecine s'ouvriront au cours de la première quinzaine du mois d'octobre. Cette réforme aura effet dès 1932.

Les épreuves orales pourront dès lors commencer au début du mois de janvier suivant.

2° Le concours de l'externat des hôpitaux sera ouvert au cours de la première quinzaine du mois de décembre.

3° Le concours de l'internat en pharmacie (à partir de 1933) s'ouvrira dans le courant du mois d'avril.

4° L'entrée en fonctions des élèves est fixée à partir de l'année 1933 au : 15 avril pour les internes en médecine ; 1er mai pour les externes ; 15 octobre pour les internes en pharmacie.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux** (admissibilité). *Dévoilement de l'anonymat.* — Séance du 4 février — MM. Huet 47 ; Lévy et Lallemant, 46 ; Maduro et Lemariey, 45 ; Magdelaine, 44 ; Rémy-Néris, 42.

Sont déclarés admissibles aux épreuves de nomination : MM. Huet, Lévy et Lallemant.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **IXe Congrès de la Société internationale de chirurgie.** — La 9e réunion triennale de la Société internationale de chirurgie se tiendra à Madrid du 15 au 18 mars prochain sous la présidence du professeur de Quervain, de Berne. Dix rapports ont déjà été envoyés aux membres de la Société concernant les quatre questions mises à l'ordre du jour : les suppurations pulmonaires non tuberculeuses ; diagnostic et traitement des tumeurs intra-rachidiennes ; la chirurgie de l'œsophage ; progrès récents de l'anesthésie chirurgicale.

Plus de 300 adhésions sont dès à présent parvenues au Comité organisateur.

A l'occasion du Congrès, un voyage d'études aura lieu à Séville, Cordoue, Grenade, Valence et Barcelone où des comités locaux combineront de la façon la plus heureuse l'intérêt chirurgical et touristique.

Dans chaque ville des séances opératoires auront lieu dans les hôpitaux. A Madrid, une visite de la Cité Universitaire a été prévue ainsi qu'une réception à l'Hôtel de Ville, une représentation théâtrale de gala, une soirée à l'Hôtel Palace, un « Garden Party » au « Molinero Sicilla ». Enfin, les membres espagnols de la Société offriront aux congressistes étrangers un banquet de clôture.

A Séville, une fête andalouse sera donnée et les congressistes auront le spectacle des fêtes populaires qui, durant la semaine sainte, sont légendaires.

Une exposition d'appareils, instruments, produits pharmaceutiques, etc., est prévue pendant la durée de Congrès. Les conditions de cette exposition, et le plan des emplacements peuvent être consultés au secrétariat des Chambres syndicales intéressées et à la Faculté de médecine, à l'A. D. R. M., salle Béclard.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétaire général de la S. I. C., M. L. Meyer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

— **Institut du cancer de la Seine.** — Le Conseil général de la Seine a décidé de renouveler pour l'année 1932, la subvention de 400.000 francs attribuée en 1931 à l'Institut du cancer.

— **Croisière de Pâques au Maroc et aux Iles Canaries.** — *La France Judiciaire* organise du 25 mars au 6 avril une croisière à bord de l'*Azrou*, le nouveau paquebot de la Compagnie Paquet.

Départ de Marseille, escale à Tanger, Casablanca, (excursion à Rabat et à Salé), Mazagan (deux jours d'excursion à Marakech, Mogador, Safi), Grande Canarie (Montée à Atalaya et à Caldera par Telde, retour par Santa Brigida et Jinamar), arrivée à Marseille après escale à Malaga.

Prix en cabines extérieures de pont-promenade à deux personnes : 3.880 francs, excursions et tous frais compris, de Marseille à Marseille.

Les organisateurs de cette croisière seraient très désireux qu'un groupe médical important se joigne aux touristes qui comptent participer à ce voyage, particulièrement intéressant pour toute l'élite intellectuelle.

Renseignements et inscriptions à *La France Judiciaire*, 158, rue de Rivoli, Paris-1er (Téléph. : Central 58-03).

— **Documentation sociale.** — Au cours de ces dernières années, le groupement « La Solidarité sociale », 14, rue Saint-Guillaume, Paris 7e, a envisagé l'établissement d'une documentation précise sur les œuvres sociales existantes dans chacun des arrondissements de Paris.

A cet effet, il a fait procéder à des enquêtes qui ont permis d'obtenir des renseignements précis sur les différentes activités des organisations sociales, ainsi que sur les jours et heures d'ouverture de chacune d'elles, et d'établir un dossier complet.

Ces renseignements sont reportés dans un guide qui permet de trouver facilement l'œuvre qui correspond au cas réclamant une assistance quelconque, et se trouve complété par le plan de l'arrondissement.

Etant donné la collaboration que les œuvres sociales apportent dans bien des cas, il serait intéressant que cette documentation soit utilisée dans les services hospitaliers, ainsi que par toutes les personnes s'occupant de questions sociales, et par les médecins qui reçoivent des clients ayant besoin d'aide et d'assistance.

Le prix de vente du plan pouvant être affiché est 20 francs.

Le prix du guide est 2 francs.

Une révision tous les deux ans permet de tenir cette documentation à jour, et le groupement a déjà publié à ce jour les guides des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 18e, 19e, 20e arrondissements, ceux des 1er, 2e, 3e, 17e arrondissements devant paraître très prochainement. (*Communiqué.*)

— **Chemins de fer P.-L.-M.** — *L'hiver de la Côte d'Azur, c'est un autre printemps.* — Les trains du P.-L.-M., « les trains du soleil » comme on les appelle, nombreux, rapides, confortables, mettent ce printemps en quelques heures à la portée de tous. Le prix du voyage est singulièrement réduit si l'on use des cartes donnant droit à la délivrance de billets à demi-tarif valables un mois qui, par un trajet aller et retour de 2.000 km. procurent une économie de 20 % en 1re, de 14 % en 2e et 3e classes, économie qui atteint 30 % en 1re et 26 % en 2e et 3e si le trajet est de 3.000 kilomètres.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CONCESSION DE TROUSSEAUX

Aux termes de l'article 152 de la loi de finances du 16 avril 1930, la pension est accordée gratuitement à tous les élèves admis à l'école.

Seul le trousseau reste à la charge des élèves ; néanmoins, les familles ont la possibilité de solliciter un trousseau gratuit.

Les demandes pour l'obtention du trousseau gratuit ne doivent être formulées qu'en faveur des candidats admis à l'école et qui ont préalablement fait constater, dans les formes prescrites, les ressources de leur famille.

Les familles ou les candidats qui désirent obtenir le dégrèvement du trousseau doivent formuler leur demande sur papier timbré et préciser s'il s'agit d'un trousseau ou un demi-trousseau.

L'instruction relative à l'admission à l'école du service de santé de la marine, comportant les modalités et les programmes des épreuves est déposée dans les préfectures des départements, les facultés de médecine et de pharmacie, les écoles de plein exercice, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les directions du service de santé de la marine des cinq ports de la métropole et de Bizerte, ainsi qu'à l'hôtel du commandant de la marine à Alger et à la direction de l'école principale du service de santé de la marine, 145, cours de la Marine à Bordeaux (*J. O.*, 29 janvier 1932.)

## LE SIXIÈME BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE [1]

Parmi les grands bals de Bienfaisance qui se donnent tous les ans à Paris, le *Bal de la Médecine française* prend place au tout premier rang. Son succès est allé toujours croissant depuis six ans qu'il existe. L'année dernière, les Salons du *Cercle interallié* avaient été insuffisants et il fallut chercher de plus vastes locaux. Aborder l'Opéra eut été bien, mais le Comité a eu la sagesse de songer que le but du Bal n'était pas exclusivement l'amusement de ceux qui s'y pressaient et que des veuves, des orphelins de médecins attendaient anxieusement les secours qui résulteront de ses bénéfices. Il faut donc, dans la mesure du possible, limiter les frais.

Cette année, le *Palais de la Mutualité*, rue Saint-Victor, a offert au Bal le cadre merveilleux de ses vastes salons, de sa salle de spectacle immense, admirablement aménagée et éclairée.

(1) Rappelons que ce bal est donné tous les ans en faveur de la Caisse de secours de la F.E.M., la *Société de secours mutuels et de retraites des femmes et enfants de médecins.* (Siège social : 95, rue du Cherche-Midi, à Paris).

M. le Président de la République s'était fait représenter par M. le Général Braconnier, chef de sa Maison militaire ; M. le Ministre de la Santé publique, Blaisot, avait tenu à présider la fête en personne. Nous nous refusons à énumérer les notabilités médicales accourues en foule.

L'Académie de Médecine, la Faculté, les plus hauts personnages du Corps de Santé militaire, en grand uniforme, l'Association générale des médecins de France, la Confédération des Syndicats médicaux français dont le dévoué Président, le Dr Dibos, n'avait pas hésité à faire le voyage de Mont-de-Marsan à Paris tout exprès, l'A. D. R. M., l'U. M. F. I. A., la Maison du Médecin, la Mutualité familiale, etc., etc., en somme toutes les grandes Associations médicales nationales et parisiennes y étaient brillamment représentées.

Une soirée artistique très intéressante eut lieu tout d'abord. Elle comprenait une Revue très spirituelle et fort amusante : *Coups de bistouri* ! composée et interprétée par des médecins et des étudiants et admirablement présentée par le compère, un des plus distingués chirurgiens de nos hôpitaux parisiens, et par la Commère, la gracieuse et charmante femme d'un professeur de notre Faculté.

Après le Prologue : *Les stupéfactions du fils d'Hippocrate*, où le Compère vieil étudiant de jadis, revenant au Quartier latin après de longues années, se trouve complètement dépaysé et accepte pour guide une jeune et élégante étudiante, la Commère, défilent les actualités médicales :

« *La Ménopause* (Cinquantenaire) *du Syndicalisme* » avec inauguration de l'Hôtel Chambon par M. Doumer ; « *Nous sommes trop* » ou la lutte contre la pléthore et l'invasion des étrangers ; « *La vieille dame* (la Faculté) *cherche un logis* ! », « *Modern Therapeutic* ! » ou l'invasion des spécialités charlatanesques et la curieuse organisation d'un Institut de standardisation médicale, *Evviva l'Umfia* ! discours du Président Dartigues à un banquet de l'Umfia, enfin, *Tous en bateau* ! croisière médicale dans laquelle les professeurs de la Faculté, constituent l'équipage du navire.

Cette fantaisie où sans méchanceté, la verve des auteurs s'est exercée sur les maîtres les plus connus et les plus estimés, eut un succès légitime de fou rire et d'applaudissements répétés. Elle fut suivie du merveilleux ballet lumineux de

Mlle Souleima, de l'Opéra, accompagné par un orchestre remarquable qui joua les plus beaux morceaux de Debussy, Georges Lemaire, Grieg, Schubert, Saint-Saëns, Rimsky-Korsakoff et Wagner s'adaptant aux sujets du ballet.

L'heure, étant déjà très avancée, l'audition de Mme Dolorès de Silvera, l'éminente cantatrice de l'Opéra-Comique, qui a de si étroites attaches au Corps médical, eut lieu durant le souper.

Quant aux danseurs, ils n'avaient pas attendu la fin du concert pour ouvrir le bal. Des milliers de couples tournoyèrent jusqu'au jour.

En somme, le succès du VIe Bal de la Médecine a encore dépassé celui des années précédentes. Il est vrai que la bonne fée qui préside à son organisation est Mme Jayle qui, secondée par ses collaboratrices ordinaires, Mmes Marcel Labbé, Veillard, Aimé, Henri Labbé, etc., et par toute une gracieuse cohorte de jeunes filles et de jeunes gens, commissaires et propagandistes, s'est montrée capable de réaliser ce miracle, qui est de faire tous les ans mieux alors que nous étions persuadés que c'était impossible.

J. N.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Le Sou Médical)

*Admissions prononcées par le Conseil dans sa Réunion du 9 février 1932.*

9.614 LAURENT, Romorantin (Loir-et-Cher), Syndicat du Loir-et-Cher.
9.615 GRAVELINE, Béthune (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
9.616 DAVID, 5, rue Colson, Lille (Nord). Parrains : Drs Duchesne et David.
9.617 MANTOUX, Le Cannet (Alpes-Maritimes), Syndicat de Cannes.
9.618 SIMON, Châlons-sur-Marne (Marne), Syndicat de Châlons-sur-Marne.
9.619 GRANDPERRIN, Gisors (Eure), Syndicat des Andelys.
9.620 NEDELEC, Angers (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers.
9621 BASQUIER, Templeuve (Nord). Parrains : Drs David et Duchesne.

Ces admissions seront définitives 15 jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation (art. 6 des Statuts).

## LE PROCÈS DE LÜBECK ET LE B.C.G.

(*Havas*)

Lubeck, 6 février.

Dans ses attendus, le Tribunal de Lübeck qui a condamné le Professeur Deycke, chef du Laboratoire municipal de Lübeck, accusé principal dans l'affaire des vaccins, à deux ans de prison, et le Docteur Altstaedt, du Service national d'hygiène à un an et trois mois de la même peine, déclare que la tragédie de Lübeck *n'a pas été provoquée par un retour à la virulence du B. C. G.*

Le Tribunal estime que la souche de B. C. G. qui provenait de l'Institut Pasteur *a été souillée au Laboratoire de Lübeck, ou bien il y a eu confusion avec une souche de bacilles humains cultivés aussi dans le laboratoire du Professeur Deycke.*

*Il s'agit, déclare le tribunal, de méprise reconnue.* Il faut reprocher au Professeur Deycke et au Docteur Altstaedt d'avoir fait utiliser pour des êtres humains un vaccin qui avait été préparé *dans un laboratoire nullement approprié.*

Le Professeur Deycke aurait dû compter avec la possibilité d'une souillure des cultures et il n'aurait pas dû délivrer ce vaccin.

Le chef du laboratoire s'est rendu coupable d'homicide par imprudence dans 68 cas et de blessures par imprudence dans 131 cas.

Le Docteur Altstaedt est coupable, lui aussi. Il a omis de *faire vérifier sur des animaux l'innocuité d'un vaccin dont il devait être fait usage sur des enfants.*

Les débats du procès de Lübeck qui vient enfin de s'achever le 6 février après 76 séances, ont définitivement établi que le vaccin B. C. G. ne peut, en aucune manière, être rendu responsable des nombreux décès d'enfants qui se sont produits dans cette ville pendant les premiers mois de 1930.

Le jugement du Tribunal et les rapports des experts du Gouvernement allemand ont démontré que ces décès sont dus à ce que le laboratoire de l'hôpital de Lübeck a distribué aux médecins et aux sages-femmes, au lieu du vaccin B. C. G., une émulsion contenant des bacilles virulents d'origine humaine, dont les cultures étaient utilisées pour d'autres usages dans le même laboratoire et par le même personnel.

En conséquence il importe que, dans tous les pays où la vaccination B. C. G. a été mise en pratique, soit à titre d'expérience, soit comme mesure générale de prophylaxie antituberculeuse, le public médical et les familles soient informés et rassurés.

Le B. C. G. préparé conformément aux prescriptions des auteurs de la méthode est parfaitement inoffensif.

## SYNDICAT MÉDICAL DE COLMAR

### Nouvelles dispositions concernant la médecine des Caisses en Allemagne

Il serait peut-être intéressant pour vous de savoir que, par le décret du 14 janvier 1932, en Allemagne, il est admis à l'exercice auprès des Caisses de malades, un médecin sur 600 assurés. En même temps, il a été stipulé que, pour être admis comme médecin de caisse, les jeunes médecins ne doivent plus faire une année pratique (internat), mais trois années d'internat après la fin des études. Cette disposition a été prise pour réduire l'encombrement dans la carrière médicale.

Par les dispositions que je vous indique plus haut, par le nombre des médecins admis à l'exercice auprès des Caisses de malades, un médecin sur 600 assurés, cette matière est réglée plus avantageusement par le C. A. S. en Allemagne qu'elle ne l'est dans les trois départements recouvrés.

En effet, nous avons encore le C. A. S. tel qu'il est entré en vigueur le premier janvier 1914, aussi bien en Allemagne qu'en Alsace et en Lorraine. Mais, tandis qu'il a évolué surtout depuis 1923 de l'autre côté du Rhin, chez nous, pour des raisons que je ne veux pas discuter maintenant, il a été maintenu dans son état primitif au grand détriment de la population ouvrière et du Corps médical entier.

A maintes reprises, nos organisations syndicales ont émis des vœux pour qu'on inscrive dans les lois sociales en vigueur chez nous, au moins le principe du libre choix du médecin, mais tous nos vœux émis jusqu'à présent sont restés sans le moindre résultat.

Dr Nordmann,
*président.*

## Subvention à l'œuvre « La Maison du Médecin »

M. Gaston Pinot, au nom de la 5e Commission du Conseil Municipal de Paris.

Messieurs,

Vous avez renvoyé à l'Administration une demande de subvention présentée par l'œuvre dite « La Maison du Médecin », dont le siège social est à Paris, 51, rue de Clichy.

Fondée en 1908, reconnue d'utilité publique par décret du 25 mai 1912, cette œuvre a pour but aux termes de ses statuts « de fonder et d'administrer une ou plusieurs maisons de retraite, de repos ou de santé pour les médecins français âgés, malades ou infirmes et dépourvus de ressources ».

Elle a créé à Valenton (Seine-et-Oise), dans un immeuble dont elle est propriétaire, une maison de

retraite susceptible d'accueillir 27 pensionnaires ; 21 hospitalisés l'occupent actuellement.

En principe, ils doivent verser une modeste pension, en fait le plus grand nombre est à la charge de l'œuvre.

A l'établissement a été adjointe l'année dernière une infirmerie pour les pensionnaires qui, frappés de maladie pendant leur séjour ne peuvent être transportés dans un hôpital.

La construction et l'aménagement de cette annexe ont entraîné une dépense de plus de 400.000 francs à laquelle l'Etat a contribué en allouant à l'Œuvre sur les fonds du Pari Mutuel une subvention de 210.000 francs. En dehors de cette dépense, l'Œuvre devra supporter désormais les frais de fonctionnement de l'infirmerie (appointements d'une infirmière, achat de médicaments notamment).

C'est, dans ces conditions qu'elle sollicite votre concours. Le produit des pensions versées est loin de suffire à couvrir les frais de fonctionnement de la Maison de retraite.

En 1930, ces derniers se sont élevés à 231.373 fr. 93 alors que le produit des pensions n'a été que de 44.976 fr. 35.

La société a pu couvrir la différence grâce au produit des cotisations, à des dons, au revenu de plusieurs legs et du capital social et au produit d'une vente de charité qu'elle organise tous les deux ans.

En fin d'exercice, son actif en caisse s'élevait à 204.446 fr. 66 qui, sans la vente de charité bisannuelle eut fait place à un déficit d'environ 45.000 fr.

Cette association est très bien administrée. Ses dirigeants font de louables efforts pour procurer à l'œuvre des ressources propres importantes. Le but désintéressé qu'elle poursuit mérite de retenir votre attention.

M. le Préfet de la Seine émet l'avis le plus favorable à la requête de cette œuvre.

Votre commission vous propose de fixer à 10.000 fr. le montant de la subvention à allouer.

Dans ces conditions, je vous prie, Messieurs de vouloir bien adopter le projet de délibération suivant :

Le Conseil,

« Sur le rapport présenté par M. Gaston Pinot, au nom de la 5e Commission,

« Délibère :

« Une subvention de 10.000 francs est allouée à « l'œuvre dite « La Maison du Médecin », dont le « siège social est à Paris, 51, rue de Clichy. »

*Adopté.* (1931, p. 1196.)

# CORRESPONDANCE

## Fiscalité

### 339. — Déductions et amortissements

1° J'ai acheté cette année ma maison qui me revient avec les frais à 94.000 fr. Mes locaux professionnels occupent environ le 1/4 de l'habitation.

Comment puis-je amortir et dans quelle proportion, cette somme, dans ma déclaration de bénéfice ?

2° J'ai fait mettre le chauffage central : cela m'a coûté 12.000 fr. J'ai un gros radiateur dans mon cabinet et la chaudière chauffe ma salle d'attente. Comment amortir ?

3° J'ai fait mettre en état : bureau, salle de pansement et salle d'attente : coût : 5.000 fr.

Comment amortir ?

Dr N.

**Réponse**

Vous devez déduire de vos bénéfices bruts, la valeur locative de vos locaux professionnels, compter une partie de la dépense de combustible mais vous ne devez rien déduire pour l'achat de la maison.

Peut-être pourriez-vous essayer un amortissement portant sur 4.000 fr. pour le chauffage central amorti en 10 ans, cela ferait 400 fr. par an. Vous pouvez porter en déduction les 5.000 fr. de mise en état des locaux professionnels »

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 342. — Déduction du salaire alloué par le médecin à sa femme

J'ai fait dernièrement ma déclaration aux contributions directes au sujet de l'année 1931.

Comme d'habitude j'ai compté un salaire de 3.600 francs par an pour ma femme qui remplit auprès de moi les fonctions d'infirmière assistante, m'aide pour les menues interventions de mon cabinet, m'accompagne aux accouchements, etc.

Le contrôleur me conteste le droit de compter un tel salaire à ma femme.

Bien entendu, au décompte de l'impôt général sur le revenu, j'avais additionné cette somme de 3.600 francs avec les autres revenus du ménage et dans ma déclaration de salaires payés, j'avais fait figurer la même somme.

Il m'a semblé comprendre que ce qui n'était pas admis, c'est l'attribution d'un salaire à ma femme comme si pour 300 fr. par mois je pouvais avoir toujours à ma disposition une assistance prête à intervenir à toute heure.

Dr J.

**Réponse**

Un arrêt du Conseil d'Etat n'admet pas le salaire de la femme du médecin sous le prétexte qu'il y a communauté d'intérêts.

A. M.

---

### 417. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

Possesseur, pour la première fois, d'une auto Monasix Renault 8 CV, je crois avoir à faire prochainement une déclaration à ce sujet pour mes contributions directes (impôt sur le revenu).

Comment vis-à-vis des impôts, amortir le prix d'achat d'une voiture, 24.900 fr. ?L'amortissement est-il plus avantageux à faire en une année ou plusieurs années ?

Je crois que le fisc estime généralement qu'un médecin utilise sa voiture pour les 3/4 pour sa clientèle et 1/4 pour ses plaisirs. Vous seriez bien aimable de me préciser sur ce point également.

Dr T.

**Réponse**

Vous pouvez amortir la totalité du prix de votre voiture sur le bénéfice brut de l'année de son achat. Si le contrôleur trouve cette déduction exagérée, il la réduira d'accord avec vous sans aucune amende.

La question de savoir pour quelle proportion l'auto sert professionnellement, est une question d'espèce, variant d'un docteur à un autre ; la proportion de 3/4 pour la clientèle paraît très admissible dans la moyenne des cas.

A. M.

---

### 508. — Situation fiscale d'un médecin de dispensaires antituberculeux

Quelle est la situation (au point de vue fisc) du médecin spécialisé de dispensaires antituberculeux ne faisant pas de clientèle, mais pouvant, aux termes des statuts du Comité national, être appelé en consultation par un confrère ou recevoir chez lui sur rendez-vous confraternels ?

Est-il soumis à la patente ou astreint à d'autres charges fiscales ?

Dr P.

**Réponse**

Si le docteur dont vous parlez reçoit des honoraires pour ses consultations et ses conseils, il est soumis à la patente sur la valeur locative des locaux qu'il occupe.

S'il est appointé par le dispensaire, il est soumis à l'impôt sur les salaires pour toutes ses recettes.

A. M.

---

**187. — Droits fiscaux sur le transport des médicaments alcoolisés**

J'ai, pour l'usage de mon cabinet, une petite pharmacie, dans laquelle se trouvent des solutions médicamenteuses alcoolisées ; teinture d'aloès, teinture de badiane, etc. Voudriez-vous me dire s'il y a des droits à payer pour le transport de ces alcools ; et quelles sont les formalités à remplir pour les produits chimiques : citrates, nitrates, oxydes, etc.. ?

Dr G.

**Réponse**

Vous devez vous munir d'un passavant qui vous sera délivré à la recette buraliste, en ce qui concerne les alcools.

Toutefois, l'article 145 du Décret de codification affranchit des formalités la circulation dans la limite de 10 litres en volume des produits pharmaceutiques à base d'alcool exclusivement médicamenteux, sous la condition qu'il aura été justifié du paiement des droits sur les alcools employés à leur préparation.

A. M.

---

**563. — Patente d'un médecin propriétaire de sa maison**

J'habite actuellement une maison située à B., et dont le loyer annuel est de 4.000 fr. La contribution de patente pour mon métier de médecin a été cette année de 2.882 fr. et la contribution mobilière de 1.229 fr. soit un total de 4.111 francs.

Actuellement le propriétaire désire vendre la maison que j'habite pour le prix, actes en main, de 250.000 fr.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire savoir si ma contribution de patente et la contribution mobilière seront augmentées, en cas d'achat de ma part, eu égard à la location que je paie actuellement.

Ma maison d'habitation est située au milieu d'un grand jardin et le pavillon médical, où se trouve mon bureau de consultation et ma salle d'attente sont complètement isolés de ma maison d'habitation et forment un local tout à fait indépendant.

Dans ces conditions, nous pourrons peut-être faire constater cet état de choses et payer la patente en proportion avec ce local professionnel séparé. Je tiens à votre disposition le bail de ma maison que je vous avais d'ailleurs communiqué antérieurement et les feuilles d'impôts des années passées. S'il en est besoin je dirai à mon notaire de se mettre en rapport avec vous pour toutes explications utiles.

Dr L.

**Réponse**

Le médecin propriétaire de la maison qu'il habite paye la patente sur la valeur locative déterminée soit par les baux antérieurs, soit, à défaut de baux, en tenant compte des lois sur les loyers.

A. M.

## Médecine sociale

### 297. — Fonctionnement d'un dispensaire antivénérien

Un dispensaire antivénérien vient d'être installé dans ma ville par les soins de la commune et du département.

Ce dispensaire est dirigé par un médecin qui visite, conseille et donne des soins.

Il donne des soins ; c'est donc aux dépens des autres membres du Corps médical, et, même aux siens.

En a-t-il le droit ? Un dispensaire n'est-il pas seulement un organisme de dépistage gratuit ; les soins que comporte la maladie reconnue étant donnés par ailleurs, par le médecin choisi par le malade ?

Nous avons ici le dispensaire antituberculeux et le dispensaire pour nourrissons, la Goutte de lait, qui fonctionnent dans cet esprit. Le dispensaire antivénérien aurait-il le droit de ne pas se conformer à cette règle ?

Vous m'obligeriez en me faisant connaître ce qui doit être sur cette question.

Dr G.

#### Réponse

Aux termes de l'article premier de la loi du 15 avril 1916, sur les dispensaires d'hygiène sociale, ces établissements doivent organiser, pour les malades privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments.

Les services de ces dispensaires publics peuvent également être mis à la disposition des sociétés de secours mutuels et des œuvres de bienfaisance.

On peut donc affirmer que, théoriquement, les soins doivent être donnés aux seuls malades indigents, ou aux personnes véritablement dignes d'intérêt.

Malheureusement, nous assistons à une évolution vers un socialisme d'Etat, avec la connivence volontaire, ou involontaire de beaucoup de médecins.

Des centres de diagnostic, ou de traitement sont créés par des sociétés privées, ou par les pouvoirs publics. On sollicite le concours de quelques médecins, qui, soit gracieusement, soit pour un modique salaire (dénommé indemnité) s'empressent de donner leur temps et leur science à tout venant, sans se douter qu'ils habituent les clients gratuits et surtout les payants à prendre le chemin du dispensaire, de l'hôpital, pour y recevoir des soins en commun, soit gratuitement, soit pour des prix défiant toute concurrence.

Il conviendrait donc de connaître si le règlement du dispensaire autorise le médecin à donner ses soins, ou le lui interdit.

J'estime que, non seulement, il faut cher-

cher à connaître les statuts des œuvres, qui font ainsi de la philanthropie au détriment du Corps médical, pour entamer les actions utiles et nécessaires, mais encore faut-il que les syndicats médicaux locaux se préoccupent de cette concurrence faite aux médecins praticiens, par ces organisations collectivistes diverses. Je dis collectivistes, bien que les dirigeants soient souvent des personnes dites bien pensantes et appartenant à des partis de conservation, parce qu'on applique, dans ces établissements la formule marxiste « à chacun suivant ses besoins » et non plus la formule actuelle « à chacun suivant ses moyens ».

Tenez-nous au courant et surtout tachez de vous procurer les statuts dudit dispensaire, pour nous les communiquer.

Dr Paul BOUDIN.

## Assurances Sociales

### 565. — Contestation sur l'état de l'assuré malade

Abonné au *Concours*, je viens vous demander quelle est la marche à suivre en cas de contestation entre un assuré et la caisse primaire d' A. S.

La Caisse refuse de payer un malade, en estimant qu'il est guéri, ce qui n'est pas mon avis.

Que doit faire l'assuré? Et quelles sont les démarches auxquelles il doit se livrer ? Dr B.

**Réponse**

Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié, aux termes de l'article 7, § 3 de la loi sur les assurances sociales, par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix.

Il y a donc lieu de demander au juge de paix (et c'est l'assuré et non le médecin traitant qui a qualité pour le faire) de désigner un troisième médecin pour constituer la commission technique prévue par l'article précité.

### 782. — Situation des assurés sociaux pendant leur service militaire

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir m'éclairer aussi rapidement que possible au sujet d'un cas concernant un assuré social : il s'agit d'un jeune homme de 22 ans qui a cotisé pendant 3 mois 1/2, a été appelé pour faire son service militaire pendant un an, a repris son travail dès son retour du régiment, a cotisé pendant 2 mois, est enfin tombé gravement malade.

A-t-il droit aux A. S. ?

L'interruption des versements étant due uniquement au service militaire et, par conséquent, indé-

pendante de la volonté du malade, n'y a-il pas lieu de le considérer comme assuré social ?

Au cas où la loi ne lui serait pas favorable, je tiens à vous faire savoir que son père cotise régulièrement depuis le fonctionnement des A. S. et est à jour de cotisation : ne pourrait-il assurer son fils ?

Dr R.

**Réponse**

L'article 55 de la loi sur les assurances sociales dispose que les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire.

On ne doit donc pas tenir compte de cette période, qui est considérée comme inexistante au point de vue de l'assurance sociale et, pour savoir s'il a droit aux prestations, il faut considérer les versements faits par un assuré social, avant et après son service militaire, comme s'ils avaient été ininterrompus.

Par suite, l'assuré social qui a cotisé pendant 3 mois 1/2 avant son service militaire, puis pendant 2 mois dès son retour du régiment, réunit 5 mois 1/2 de cotisations considérées comme ininterrompues. Il remplit donc les conditions nécessaires et suffisantes pour avoir droit aux prestations de l'assurance maladie, puisqu'il a cotisé plus de 60 jours pendant trois mois antérieurement au début de sa maladie.

Il ne pourrait d'ailleurs bénéficier de l'assurance-maladie du chef de son père, puisqu'il a forcément plus de 16 ans et que c'est seulement jusqu'à cet âge que les enfants de l'assuré social ont droit aux frais médicaux et autres.

## Questions médico-militaires

### 6149.— Affectation d'un médecin de réserve père de trois enfants

Engagé classe 1915 (mais né 1896. Classe 1916) le 27 décembre 1914.

Au front du 20 août 1915 jusqu'à la fin de la guerre et au-delà, car rapatrié de l'armée d'Orient le 26 mars 1919.

Une citation ordre du régiment.

Actuellement lieutenant médecin de réserve.

Père de 3 enfants (nés 1927, 1929, 1931).

Puis-je être affecté à une formation de l'arrière ?

A quelle classe suis-je assimilé ?

Dr D.

**Réponse**

Puisque, depuis la naissance de votre troisième enfant vivant, vous appartenez à la 2e réserve (classe la plus jeune, il est vrai) (art. 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le Recrutement), vous pouvez réclamer à votre Directeur, en citant cette référence, votre affectation à une formation de l'Intérieur ou tout au moins à un train d'évacuation, à un hôpital d'évacuation, à un hôpital complémentaire.

Cinquante-quatrième année | N° 9 | 28 Février 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.**

## Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***
***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.***
***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

No 73. — On dem. anc. int. hôp. Paris reçu doct. ou proch., céliba., pour aider confr. dans stat. thermale, 1re année 30.000, 2e 40.000, 3e 50.000. Belle situat. d'avenir.

No 74. — Jne femme, act. sténo-dactyl., sér. réf., rech. emploi chez doct., comme secrét. Accepter. toute occupat. journée ou demi-journée.

No 75. — Méd. franç., 24 ans pratique cherche emploi fixe le matin. Paris, rive gauche de préférence.

No 76. — Poste méd. très intéress. à occup. sans indemn., 3.000 hab. min. à desservir ; propharm. Plaine. Confr. à 7, 12 et 18 km. Logem. conf. pouv. conven. parfait. à doct.

No 77. — A vend. pour cause achat 12 CV Peugeot, 201 Peugeot, coupé d'aff. 1931, 5.000 km., garantie état neuf.

No 78. — Stat. climat., belle client. saison, appartem. confort., condit. intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 79. — Ville d'eau du Centre, très import. client. anc., villa loyer 6.000. Indemn. 50.000 à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

## Renseignements

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Hommage au professeur Calmette.* — M. Meillère, président, a présenté en ces termes un hommage au Prof. Calmette :

« L'Académie, à l'occasion du jugement intervenu dans l'affaire de Lubeck, est heureuse de s'associer au verdict qui met hors de cause le vaccin B.C.G. et renouvelle à M. Calmette l'expression du vif intérêt qu'elle prend à ses remarquables recherches. »

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — MM. ROUX, de Lausanne et MARINESCO, de Bucarest, sont élus associés étrangers de l'Académie.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le Docteur Miguel Ozorio de Almeida, professeur à l'Université de Rio-de-Janeiro, directeur du laboratoire de physiologie de l'Institut Oswaldo Cruz, a fait, sous les auspices de l'Institut franco-brésilien de haute culture, deux conférences sur *Le tonus nerveux et l'automatisme.*

Ces deux conférences ont eu lieu les 22 et 24 février 1932, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

— **Médaille du Docteur Charles Buizard.** — Des collègues et des amis du Docteur Charles Buizard, secrétaire général de la Société des chirurgiens de

Paris, ont estimé qu'il conviendrait, à l'occasion de sa promotion au grade d'Officier de la Légion d'honneur et en témoignage d'affection, de lui offrir sa médaille en bronze.

Le Comité est composé de MM. les Docteurs Alglave, Aubourg, Babonneix, Barbarin, M. le Professeur Baudouin, MM. les Docteurs Belot, Blanc, Bonamy, Briquet, Brodier, Albert Buisson, Burty, Cibrie, Dartigues, Eugène Delaunay, Desjardins, Doin, Doré, Dufourmentel, MM. les Professeurs Gosset et Gougerot, MM. les Docteurs Halbron, Hautefort, Iselin, Judet, Laurence, Lavenant, Léo, Lobligeois, Alexandre Luquet, Raphaël Massart, Muller (de Belfort), Pasteau, MM. les Professeurs Victor Pauchet et Peugniez, MM. les Docteurs Marcel Pinard et Planson, MM. les Professeurs Rathery et Rocher (de Bordeaux), MM. les Docteurs Rœderer, Séjournet, Thévenard, André Trèves.

L'exécution de la médaille a été confiée à M. Turin, grand prix de Rome de gravure en médailles.

Chaque souscripteur d'au moins cent francs recevra une réplique en bronze de cette médaille, réplique qui sera frappée à la Monnaie.

Les souscriptions doivent être adressées à MM. G. Doin, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e), (compte de chèques postaux : Paris 201-74).

— **Examens pour le permis de conduire (automobiles)**. — *Modifications aux délais d'ajournement.* — Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de la voirie routière, le sous-secrétaire d'Etat aux travaux publics et au tourisme, vient d'arrêter les nouvelles dispositions qui régleront à l'avenir l'examen du permis de conduire.

Dans le cas d'échec, de nouvelles épreuves ne peuvent être subies qu'après expiration d'un délai de huit jours à la suite d'un premier ajournement, un mois à la suite d'un deuxième ajournement, *et deux mois à la suite d'un troisième ajournement ou des ajournements suivants.*

Toutefois, lorsque dix-huit mois se sont écoulés entre la dernière épreuve subie par un candidat et son nouvel examen, ce candidat est considéré comme demandant pour la première fois à subir les épreuves ; s'il échoue à nouveau, les délais ci-dessus sont successivement appliqués, sans tenir compte de l'échec ou des échecs antérieurs.

Ces dispositions sont immédiatement applicables.

— **Faculté de médecine de Toulouse**. — *Clinicat des maladies mentales et nerveuses.* — Un concours pour le clinicat de neuro-psychiatrie aura lieu à la Faculté de Toulouse le 14 mars 1932.

— **Hôpitaux de Nîmes**. — Sont nommés, après concours, internes titulaires à l'hôpital Ruffi : MM. Stoer et Orenstein ; internes provisoires : MM. Saussine, Brun et Ramain.

— **Distinction honorifique**. — Le Dr Barbatis,

chevalier de la Légion d'honneur, vice-président honoraire de la Société médicale de Monaco, vient d'être promu commandeur dans l'Ordre beylical du Nicham Iftikhar. Nos bien sincères félicitations.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

10 FÉVRIER.

### Asiles publics d'aliénés.

*Asiles d'aliénés et maisons de santé.*

M. le docteur Loup, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), a été nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), en remplacement de M. le docteur Dubourdieu, admis à la retraite.

Ont été nommés :

Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), M. le docteur Chatagnon, médecin directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).

Médecin chef de service à la maison départementale de santé de la Seine-Inférieure, M. le docteur Daussy, médecin chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'asile public, de Bégard (Côtes-du-Nord).

Médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille, M. le docteur Merland, médecin chef de service à l'asile autonome d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme), M. le docteur Hyvert, médecin chef de service à l'asile de Vauclaire (Dordogne).

Le poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public du Bon Sauveur de Picauville (Manche) est vacant par suite du décès de M. le docteur Viel.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Pau est vacant par suite du départ de M. le docteur Monestier, admis à la retraite.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir) est vacant par suite du départ de M. le docteur Loup, nommé à un autre poste.

11 FÉVRIER

### Accidents du travail.

*Arrêté ministériel du* 5 *février* 1932 *fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail et rapportant l'arrêté du* 26 *octobre* 1931.

Ce tarif sera publié dans le supplément documentaire de février.

**Légion d'honneur.**

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du ministère des Travaux publics : MM. les Docteurs Behague, directeur des Postes de secours sur route et Susini, de Vichy.

**Service de santé militaire.**

Par décret en date du 8 février 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé, à compter du 1er janvier 1932, et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les méd. auxil. ci-après désignés : (1er janv. 1925) Bertrand, 3e sect. inf. milit., aff. 3e rég. ; (1er janv. 1926) Carle, 14e sect., aff. 14e rég. Thurel, 22esect., aff. rég. de Paris ; Bureau, 11e sect. inf., aff. 11e rég ; (1er janv. 1927) Jayle, 22e sect., aff. 14e rég.

(1er janv. 1929) Auclair, 8e sect., aff. rég. Paris ; Colin, 22e sect., aff. rég. de Paris ; Bernaud, 22e sect., aff. rég. de Paris ; Braun, 23e sect., aff. rég. de Paris; Clupot, 22e sect., aff. rég. Paris ; Delvaille, 4e sect., aff. rég. de Paris ; Dodart des Loges, 10e sect., aff. rég. de Paris ; Gérard, 22e sect., aff. rég. de Paris ; Girod, 7e sect. aff. rég. Paris ; Hermann, 22e sect., aff. rég. Paris ; Havret, 22e sect., aff. rég. Paris ; Kritchevsky, 6e sect., aff. rég. de Paris ; Loisel, 3e sect., aff. rég. Paris ; Maurer, 22e sect., aff. rég. Paris ; Petit, 22e sect., aff. rég. Paris. Laurent, 22e sect., aff. rég. Paris ; Phalippou, 22e sect., aff. rég. Paris ; Simon, 7e sect., aff. rég. Paris ; Thévenard, 22e sect., aff. rég. de Paris ; Touvet, 7e sect., aff. rég. Paris ; Vendel, 22esect., aff. rég. Paris ; Bondois, 1re sect., aff. 1re rég. ; Ferrier, 22e sect., aff. 1er rég. ; Forest-Defaye, 5e sect., aff. 1re région ; Halle, 6e sect., aff. 1re rég. ; Laigle, 1re sect., aff. 1re rég. ; Trinquet, 1re sect., aff. 1re rég. ; Vanlerberghe, 1re sect., aff. 1re rég. ; Delorme, 1re sect., aff. 2e rég. ; Lefrançois, 1re sect., aff. 2e rég. ; Rainsart, 3e sect. inf., aff. 3e région, ; Filloux, 5e sect., aff. 5e rég. ; Goutallier, 5e sect., aff. 5e rég. ; Saur, 6e sect., aff. 6e rég. ; Perrodin, 7e sect., aff. 7e rég. ; Voeltzel, 7e sect., aff. 7e rég.

Jean-Louis, 8e sect., aff. 8e rég., ; Colas, 11e sect., aff. 11e rég. ; Marchand, 9e sect., aff. 11e rég. ; Monnier, 11 e sect. aff. 11e région ; Camus, 1re sect., aff. 13e rég. ; Duchamp, 14e sect., aff. 13e rég. ; Fournier, 23e sect., aff. 13e rég. ; Gourdon, 13e sect., aff. 13e rég. ; Guilleret, 14e sect., aff. 14e rég. ; Alliez, 15e sect. inf., aff. 15e rég. ; Bagarry, 15e sect., aff. 15e rég. ; Montcerisier, 15esect., aff. 15e région ; Wahl, 8e sect., aff. 15e rég. ; Bès, 16e sect., aff. 16e rég.

Blanc, 16e sect., aff. 16e rég. ; Lardat, 16e sect., aff. 16e rég. ; Micas 16e sect., aff. 16e rég. ; Sagols, 16e sect., aff. 16e rég. ; Vidal, 16e sect., aff. 16e rég. ; Guerchoux, 17e sect., aff. 17e rég. ; Lartigue, 19e sect., aff. 19e corps d'armée, Girardin, 23e sect., aff. 20e région; Chatenier, 25e sect., aff. troupes de Tunisie ; Sallard, 32e sect., aff. troupes du Maroc.

(1er janv. 1930) Achipise, 22e sect., aff. rég. de Paris ; Corbier, 1re sect., aff. rég. de Paris ; Faure, 5e sect., aff. rég. Paris ; Joseph, 22e sect., aff. rég. de Paris ; Laurain, 5e sect., aff. rég. de Paris ; Legrand, 22e sect. aff. rég. de Paris ; Offerlé, 23e sect., aff. rég. de Paris ; Poujade, 5e sect., aff. rég. Paris ; Renauld, 3e sect., aff. rég. Paris ; Got, 3e sect., aff. 3e rég. ; Charreau, 9e sect., aff. 5e rég. ; Meyniel, 6e sect., aff. 6e rég. ; Lamache, 10e sect., aff. 10e rég. ; Robin, 11e sect. aff. 11e rég. ; Girard, 13e sect., aff. 13e rég. ; Brun, 14e sect. aff. 14e rég. ; Gonty, 14e sect., aff. 14e rég. ; Girardot, 14e sect., aff. 14e rég. ; Plauchu, 14e sect., aff. 14e rég.

Laschi, 15e sect., aff. 15e rég. ; Gibert, 16e sect., aff. 15e rég. ; Lapeyre, 16e sect., aff. 16e rég. ; Tibi, 16e sect., aff. 16e rég. ; Delplace, 18e sect., aff. 16e rég. ; Fabre, 21e sect., aff. 19e C. A. ; Grillot, 20e sect., aff. 19e C. A. ; Roffo, 19e sect., aff. 19e C. A. ; Schoennagel, 23e sect., sect. aff. 20e rég. ; Well, 23e sect., aff. 20e rég.

---

Par décret du 8 février 1932, sont nommés dans le cadre des officiers des réserve du service de santé et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les médec. auxil. ci-après désignés : (15 déc. 31) Lefebvre, 22e sect., infirm. milit., aff. à rég. Paris ; (17 déc. 31) Lavigne, 18e sect. infirm. milit. aff., à 18 rég. ; 18 déc. 31) Lesourd, 11e sect., infirm. milit., aff. à 11e rég.

12 FÉVRIER.

**Ecoles d'infirmières.**

Sont approuvés les règlements de l'Ecole d'infirmières des Sœurs de la Charité, à Besançon, et de l'Ecole d'infirmières hospitalières des Comités de Toulouse de la Société de Secours aux blessés militaires et de l'Union des Femmes de France.

Est approuvée l'entente entre l'établissement des Diaconnesses de Strasbourg et l'Ecole d'infirmières de la Faculté de Strasbourg, reconnue administrativement pour la préparation des élèves de l'Ecole des Diaconnesses à l'examen conférant le diplôme d'Etat.

13 FÉVRIER.

**Enseignement de la médecine.**

*Arrêté du 11 février 1932 relatif à l'agrégation des facultés de médecine* (1er degré).

Les dispositions du premier paragraphe de l'article 44 de l'arrêté du 6 avril 1929, modifié par les arrêtés du 18 juillet 1930 et du 22 mai 1931, sont complétées par les dispositions suivantes :

« Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter aux deux premiers concours du second degré qui s'ouvriront sous le présent régime.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« 3° Les anciens professeurs suppléants de l'école

de médecine de Marseille qui sont actuellement chargés de fonctions d'agrégé à la faculté de médecine de Marseille. »

### Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

#### Frais d'hospitalisation des assurés sociaux.

14104. — J.-M. ADAM expose à M. le ministre de la Santé publique : *a*) que l'article 6, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, dit qu'en cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la caisse, abstraction faite des honoraires médicaux, seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique, à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants ; *b*) que l'article 6, paragraphe 2 de la loi du 5 avril 1928, avait fixé ce tarif au tarif de l'assistance médicale gratuite ; *c*) que cet article a été modifié et remplacé par la loi du 30 avril 1930 qui, au tarif de l'assistance médicale gratuite, a substitué le tarif le plus bas des malades payants ; *b*) que le tarif le plus bas des malades payants n'est donc pas le tarif de l'assistance médicale gratuite, et que cela résulte, d'ailleurs, des déclarations formelles des rapporteurs de la loi : MM. Chauveau et Grinda, et lui demande, étant donné que le tarif le plus bas des malades payants « qui représente une charge nouvelle importante » (rapport Chauveau) est supérieur au tarif de l'assistance médicale gratuite, s'il peut lui faire connaître dans quelle proportion le tarif de l'assistance médicale gratuite doit être majoré afin de permettre aux hôpitaux de réclamer au service de l'assistance médicale gratuite, la différence mise à sa charge par le décret du 25 juillet 1930, entre le tarif le plus bas des malades payants (tarif légal) et le tarif de responsabilité des caisses. (*Question du 17 novembre 1931.*)

*Réponse.* — Les frais d'hospitalisation des assurés sociaux doivent être contenus, d'après l'article 6, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 dans les limites qui ne dépassent pas le tarif le plus bas des malades payants. Il s'ensuit que les caisses ayant qualité pour fixer leur tarif de responsabilité, il peut se faire que ce tarif soit établi au-dessous du tarif le plus bas des malades payants, et, dans ces conditions, une partie de la dépense reste à la charge des assurés ou des collectivités. Aux termes d'une circulaire envoyée le 31 mars 1926, le tarif le plus bas des malades payants doit, il est vrai, correspondre à celui de l'assistance médicale gratuite. Or, il n'en est ainsi, à l'heure actuelle, dans presque aucun département, et une enquête à laquelle le ministère de la santé publique a procédé, en juin 1930, a fait ressortir que le tarif de l'assistance médicale gratuite était, d'une manière générale, sensiblement dépassé par le tarif le plus bas des malades payants. En ce qui concerne l'établissement du tarif le plus bas des malades payants,

il y a lieu d'indiquer que les commissions administratives fixent à leur gré, sous réserve de l'approbation préfectorale, le prix de journée de ces malades. Quant au prix de journée pour les malades admis à l'assistance médicale gratuite, il est fixé par arrêté du préfet, dans les conditions déterminées par la loi du 14 février 1921. Ce prix est variable suivant les hôpitaux, étant donné qu'il est basé d'une part sur les ressources plus ou moins grandes dont il peut disposer. Il est donc impossible d'établir, pour l'ensemble des hôpitaux, une relation constante entre le prix de journée de l'assistance médicale gratuite et le prix de journée le plus bas des malades payants. (*J. O.*, 3 février 1931.)

---

**Assistance aux séances des écoles de perfectionnement.**

14951. — M. Massimi demande à M. le ministre de la Guerre s'il est réglementaire que le directeur d'une école de perfectionnement d'officiers de réserve impose à ceux-ci des séances de conférences d'instruction les dimanches après-midi. (*Question du 21 janvier* 1932.)

*Réponse.* — Aucun règlement ne pourrait imposer aux officiers de réserve d'assister à des séances d'écoles de perfectionnement, organisées le dimanche après-midi, car la fréquentation de ces écoles est facultative. D'autre part, en vue de donner aux officiers de réserve qui s'inscrivent volontairement à ces écoles, le plus de facilité possible pour assister à leurs séances d'instruction, il a été prescrit que les dates et les heures de ces séances seraient fixées après consultation des associations d'officiers de réserve intéressées et qu'il serait tenu compte des desiderata exprimés par celles-ci dans toute la mesure où elles peuvent se concilier avec les nécessités de l'instruction. (*J. O.*, 7 février 1932.)

---

**Attribution de pensions militaires pour tuberculose pulmonaire.**

14948. — M. Grinda demande à M. le ministre de la Guerre depuis quand, dans les annales des réformés militaires, la tuberculose pulmonaire, contractée en service, est pensionnée. (*Question du 21 janvier* 1932.)

*Réponse.* — A aucune époque, la législation des pensions n'a fait dépendre l'ouverture du droit de la nature de l'affection en cause. La tuberculose a donc pu, de tout temps, justifier l'attribution de pensions d'invalidité. Seulement, sous le régime de la loi de 1831 (art. 12), comme les infirmités ne donnaient droit à pension que si elles étaient incurables et imputables à un fait précis de service, la constatation d'une maladie dont le début est insidieux et l'évolution incertaine n'entraînait l'attribution d'une pension que dans un petit nombre de cas. Par contre, avec la loi du 31 mars 1919, qui a insti-

tué les pensions temporaires (art. 7) et qui considère comme réalisant la condition d'origine toute infirmité survenue à l'occasion du service (art. 3), circonstance souvent admise par présomption légale (art. 5) les diverses manifestations de la tuberculose apparaissent fréquemment comme des infirmités donnant droit à pension. (*J. O.*, 7 février 1932.)

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

## VI[e] Voyage médical de Pâques sur la Côte d'Azur

AVEC EXCURSIONS FACULTATIVES EN CORSE ET EN ITALIE, sous la présidence de M. le Professeur Jean LÉPINE, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et la direction scientifique de M. le Prof. PERRIN, de la Faculté de Nancy (thérapeutique générale), de M. le Prof. NICULESCO, de la Faculté de Jassy (thalassothérapie), de M. le Prof. DE NOBELE, de l'Université de Gand (thérapeutique physique), et de M. le Prof. Agrégé THÉVENOT, de la Faculté de Lyon (médecine générale).

*Cannes, Antibes, Juan-les-Pins, Saint-Raphaël, Agay, Le Cannet, Grasse, Vence, Les Alpes, Nice, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, Nice.*

CANNES, ANTIBES, JUAN-LES-PINS.

*Dimanche* 20 *mars*, 27 *mars ou* 3 *avril.* — Arrivée à Cannes suivant l'horaire des trains. — Concentration à l'hôtel Carlton, promenade de la Croisette. — Le transport de la gare à l'hôtel est à la charge des voyageurs. — Déjeuner. — Réunion à l'hôtel à 14 h. 30. — A 15 heures, visite du Cannet. — La promenade de la Croisette et le tour du Cap. — Le Golfe-Juan. — Visite d'une poterie à Vallauris. — Le Cap-d'Antibes et le panorama de Nice et des Alpes. — Réception par le Syndicat d'initiative d'Antibes. — Arrivée à Juan-les-Pins à 19 heures. — Dîner à 19 h. 30 au Casino municipal. — Retour à Cannes à 22 heures.

L'ESTÉREL, SAINT-RAPHAEL.

*Lundi* 21 *mars*, 28 *mars ou* 4 *avril.* — Petit déjeuner à 8 heures. — Départ à 8 h. 30 (sans bagages). — Ascension à Super-Cannes. — A 9 h. 30. Visite d'une clinique hélio-marine. — Départ à 10 heures par les montagnes de l'Estérel et l'auberge des Adrets. — A 11 h. 30, visite des monuments romains de Fréjus. — Déjeuner à Saint-Raphaël, à 12 h. 30. — Départ à 14 h. 30. — Visite d'un préventorium. — La Corniche-d'Or. — Agay. — Le Trayas. — Retour à Cannes à 17 h. 30. — Dîner à 20 heures.

LE CANNET, GRASSE, VENCE.

*Mardi* 22 *mars*, 29 *mars ou* 5 *avril.* — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures (avec bagages). — L'Ecole d'éducation physique eurythmique. — Départ à 10 h. 15 pour Grasse. — Visite d'une fa-

brique de parfums à 11 heures. — Déjeuner à 12 heures (hôtel Muraour). — A 14 heures, causerie sur le climat de la zone intérieure et visite d'une clinique médicale. — Départ à 15 heures. — Les Gorges du Loup. — Réception à Vence à 16 heures et visite d'un sanatorium. — A 17 h. 30, visite du Jardin zoologique de la Riviera. — Arrivée à Nice par la Promenade des Anglais, à 18 h. 30. — Répartition et dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

LES ALPES.

*Mercredi* 23 *mars*, 30 *mars ou* 6 *avril*. — Petit déjeuner à 8 heures. — Départ à 8 h. 30 (sans bagages). — Vallée de la Vésubie. — Arrivée à Saint-Martin-Vésubie, à 11 h. 30. — Réception par la municipalité et déjeuner à 12 heures. — Départ à 14 h. 30. — Retour à Nice vers 17 heures. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

NICE.

*Jeudi* 24 *mars*, 31 *mars ou* 7 *avril*. — Petit déjeuner libre. — A 11 heures, conférence sur la géographie climatique du littoral. — A midi, réception et déjeuner au Palais de la Jetée. — A 15 heures, promenade autour de Nice : le Mont-Boron, visite d'une Maison de santé. — Cimiez. — Les usines d'ozonisation de Saint-Pierre-de-Féric. — Retour à l'hôtel à 18 heures. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

NICE, MENTON.

*Vendredi* 25 *mars*, 1er *avril ou* 8 *avril*. — Petit déjeuner à 7 h. 30. — Départ à 8 heures (avec bagages et passeports). — Visite de l'Observatoire à 8 h. 30. — La Voie romaine (Grande Corniche). — Visite du monument d'Auguste, à La Turbie à 10 heures. — Causerie sur l'histoire romaine. — Réception au château de Roquebrune à 11 heures. — Déjeuner au Cottage du Cap-Martin à 12 h. 30. — A 14 heures, visite de Menton. — Le château de Grimaldi (laboratoires du Docteur Voronoff). — Les jardins de la Mortola. — A 19 h. 30, réception et dîner à Menton.

MONACO, MONTE-CARLO.

*Samedi* 26 *mars*, 2 *avril ou* 9 *avril*. — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures (avec bagages). — A 10 heures, visite du Palais des Princes de Monaco. — A 10 h. 30, visite du Musée océanographique. — Répartition dans les hôtels à 11 h. 30. — Déjeuner à 12 h. 30. — A 15 heures, visite de l'usine des eaux, du Country-Club, de Monte-Carlo, Beach. — A 17 heures, thé offert par la Société de médecine de Monaco, au Café de Paris. — A 18 heures, visite du casino. — A 19 h. 30, dîner dans les hôtels. — Soirée libre.

*Voir la suite page LV-667*

# AVIS

Nous rappelons que c'est le 7 mars 1932 que la Croix de la Légion d'honneur sera remise au Dr J. NOIR, à 19 h. 30, dans les salons Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, par M. Louis ROLLIN, Ministre du Commerce.

# PROPOS DU JOUR

## Pansements stérilisés et Pansements stériles

Nous avons publié, le 10 janvier 1932, un Propos du Jour, intitulé : *Quelques réflexions au sujet de l'application des lois médico-sociales et des quelques abus auxquels elles donnent parfois lieu.* Ce propos du jour était inspiré uniquement par le désir de voir disparaître de petits abus, dus simplement à des habitudes fâcheuses ou à un manque de réflexion du médecin lors de sa prescription. Mais ces abus, qui paraissent sans grande importance, entraînent s'ils sont multipliés, d'assez grosses dépenses, et sont amèrement reprochés au Corps médical qui, indiscutablement, n'en tire aucun profit. Nous avons signalé, entre autres, la prescription de gaze stérilisée qui, interprétée par le pharmacien dans son sens le plus absolu, donne lieu à la délivrance de compresses stérilisées, enfermées dans des boîtes métalliques, scellées, dont le prix est relativement élevé, alors que l'on délivre des compresses de gaze qui ont été stérilisées et enfermées dans des paquets dont l'enveloppe est imperméable. Ces dernières, pour une intervention, n'offrent pas les mêmes garanties de stérilisation que les compresses en boîtes métalliques scellées, mais leur prix est bien inférieur. Ces compresses stérilisées en paquets peuvent sans inconvénients servir aux pansements d'ulcères ou de fistules suppurantes, quand le malade ou une personne non qualifiée de son entourage renouvelle le pansement une ou plusieurs fois par jour. En signalant cette sorte d'abus (si toutefois on peut qualifier ce fait d'abus) nous pensions que nous serions compris de tous et qu'en demandant au médecin de préciser dans son ordonnance le genre de compresses stérilisées qu'il désirait (en boîtes scellées s'il devait pratiquer une intervention ou faire lui-même le pansement ; en paquets stérilisés à enveloppe imperméable si les pansements étaient renouvelés par le malade ou son entourage), nous ne contrariions en rien sa liberté de prescrire.

Or, nos confrères de Berck-sur-Mer, dans une lettre fort aimable et dont nous les remercions, nous font remarquer que ce que nous avons dit, fort compréhensible pour les médecins, pourrait être mal interprété par des administrateurs, étrangers aux choses de la médecine et servir à étayer contre les praticiens des accusations mal fondées et à leur créer des ennuis. Ce n'était certes pas le but que nous poursuivions en écrivant notre article, c'est même le but tout à fait opposé.

Mais laissons la parole à nos confrères de Berck dont voici la lettre :

Monsieur et honoré Confrère,

Les médecins et chirurgiens de Berck ont lu, avec grand intérêt, comme toujours lorsqu'il s'agit d'un article signé de vous, les pages que vous consacrez en tête du numéro du *Concours Médical* du 10 janvier 1932, à l'application des lois médico-sociales.

Nous participons très activement à Berck à cette application, pour la loi du 31 mars 1919, en particulier. Très nombreux sont en effet les réformés pensionnés, bénéficiaires de l'article 64, atteints de tuberculose osseuse, articulaire ou ganglionnaire, qui viennent de toute la France demander au climat de Berck et à notre expérience la guérison de leurs lésions. La générosité du législateur, en leur permettant de jouir de taux de pension et de suppléments élevés, leur rend particulièrement faciles le déplacement et le séjour à Berck ; plusieurs centaines d'entre eux s'y trouvent réunis. Beaucoup présentent comme complications de leurs localisations tuberculeuses des abcès et des fistules, et ont donc besoin de pansements.

C'est au sujet des pansements que nous nous permettons de vous signaler que les passages de votre article relatifs à l'utilisation des compresses stérilisées sont rédigés de telle sorte qu'ils peuvent susciter de graves obstacles au bien de nos malades et à notre liberté de prescription. Le fait est fâcheux, précisément parce que votre signature est très respectée et parce que l'article paraît dans le *Concours Médical*, publication d'excellente allure, très aimée et très répandue dans le corps médical, et qui peut être lue aussi à l'occasion par des administrateurs soucieux

des intérêts du Trésor, mais parfaitement incompétents en la matière ; ceux-ci nous opposeront votre haute autorité et nous accuseront de gaspiller sans utilité réelle les fonds publics. Ils nous refuseront, en nous opposant votre article qu'ils n'auront pas compris, la délivrance de pansements stérilisés, au grand dommage de nos patients.

Ils ne comprendront certainement pas, dans votre article, la différence d'emploi, très claire pour vous et pour nous évidemment, entre le matériel stérile et le matériel stérilisé, différence que vous faites, nous le voyons bien, en rapportant l'explication du Professeur Lenormant, mais qui n'est pas claire pour des profanes. Ne dites-vous pas, et c'est la phrase que nous nous permettons de critiquer : (l'emploi de la gaze stérilisée) « est-il toujours bien efficace et bien « indiqué ? » « Est-il nécessaire de mettre sur une « vieille fistule suppurante des compresses stérili-« sées ? » Nous pensons d'après la phrase suivante de votre article : « Est-il indispensable pour panser « un vieil ulcère variqueux d'ouvrir une boîte de com-« presses dont le couvercle est scellé ? », que vous blâmez l'ouverture à chaque pansement d'une boîte stérilisée scellée. Là nous sommes avec vous. Evidemment nous ne demandons pas que pour une vieille fistule de tuberculose osseuse, secondairement infectée, le pansement soit fait avec des compresses sortant d'une boîte stérilisée ouverte à la minute même sous les yeux du chirurgien et parfaitement stérile au sens absolu du mot, mais il faut qu'il soit formellement entendu, et, pour les profanes en médecine, cela ne ressort pas du tout de votre article, bien au contraire, qu'il faut que chaque boîte de compresses fournie par le pharmacien et employée ait été stérilisée, étant admis que le contenu de la boîte ouverte pourra être employé lors de plusieurs pansements successifs. Passé le premier pansement, si la boîte commerciale, qui contient en général 10 compresses, dure plusieurs jours, son contenu évidemment ne sera plus stérile, mais, comme le dit le Professeur Lenormant, il ne s'agit pas d'une laparotomie et la légère pollution de son contenu par l'air au bout de quelques jours, n'aura pratiquement pas d'inconvénient.

Mais il ne faut pas laisser les administrateurs, gens éminemment incompétents en chirurgie, nous le répétons, mais très zélés pour exiger des autres des économies, qu'eux-mêmes ne font pas, il ne faut pas laisser les administrateurs, disons-nous, sous l'impression très nette qui ressortira certainement pour eux de votre article qu'il n'est pas toujours nécessaire de mettre sur une plaie des compresses stérilisées, (vous avez voulu dire strictement stériles, mais vous avez écrit stérilisées). Il faut que les administrateurs soient fermement avertis au contraire et convaincus que tout ce qui doit entrer au contact d'une plaie, quelle qu'elle soit, doit être sinon stérile mais tout au moins avoir été fourni stérilisé et conservé presque stérile. Il faut qu'ils admettent que le pus n'est plus « le baume naturel des plaies ». Parce qu'une plaie est déjà envahie par une flore microbienne variée, est-il indifférent d'y apporter peut-être quelques espèces microbiennes nouvelles ou quelques spécimens plus jeunes et plus virulents des espèces qui l'occupent déjà, au risque d'aggraver la suppuration ou d'y provoquer le développement d'un érysipèle ou d'une lymphangite ? Parce qu'un jardin précieux présente déjà de mauvaises herbes, est-il indifférent de risquer sciemment de l'ensemencer avec de nouvelles espèces ? Cela n'est pas soutenable.

*La plupart des malades adultes graves qui nous arrivent à Berck sont précisément des victimes de cette façon de faire*; ce sont des tuberculeux osseux ou articulaires dont les lésions se sont compliquées d'abcès, puis de fistules. La fistulisation simple d'un abcès tuberculeux est généralement sans inconvénient et sans retentissement sur l'état du malade tant qu'elle reste tuberculeuse pure. La fistule vient-elle par contre à être ultérieurement envahie par les germes des suppurations banales, apportés presque toujours par des objets de pansement non stériles, il se produit une infection, dite secondaire, des lésions, qui change totalement le pronostic et trop souvent le malade, désormais inguérissable, succombe au bout d'un nombre variable de mois à la septicémie chronique.

Pour le Syndicat des Médecins de Berck.

*Le rapporteur délégué* :
P. TRIDON.

Evidemment, c'est au praticien de déterminer, dans chaque cas, sa conduite, en mettant sa science au service de sa conscience ; c'est lui seul qui, pour chaque malade, peut juger s'il doit se servir de compresses absolument stériles ou de compresses qui ont été stérilisées, mais peuvent n'être pas restées absolument stériles.

Comme membre de la commission supérieure des soins gratuits au ministère des Pensions, comme délégué des Syndicats médicaux à la Commission du tarif des accidents du travail au ministère du Travail, nous avons fréquemment entendu les doléances de l'administration et des assureurs qui produisaient des faits où, incontestablement, il y avait abus, car administration et assureurs ont à leur disposition et consultent des conseillers techniques, en l'espèce, des chirurgiens très compétents. C'est parce qu'il ne peut être établi de règle et que nous ne voulons admettre aucune entrave à la liberté de prescrire, que, cédant à leur suggestion, nous avons cru utile d'attirer sur ce point l'attention de nos confrères. Nous remercions le Syndicat des médecins de Berck-sur-Mer de nous avoir permis, en publiant sa lettre, de mettre les points sur les i, d'empêcher toute interprétation tendancieuse de ce que nous avons écrit par des gens malintentionnés et d'éviter ainsi toute équivoque.

J. NOIR.

# Un brillant brelan de Légionnaires

## PAUL BOUDIN

*Docteur en médecine, Docteur en Droit*
*Membre du Conseil de Direction du* Concours Médical.
*Secrétaire général de la* Ligue Médicale de Défense individuelle,
*Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique*
*Chevalier de la Légion d'honneur*
(*J. O.* du 17 février 1932).

A la promotion du Ministère de la Santé publique du 17 février dernier, dans l'Ordre de la Légion d'honneur, Paul BOUDIN a été nommé Chevalier, en récompense de ses 37 années de pratique médicale et de collaboration aux œuvres d'assistance, notamment comme membre permanent du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Dans mon rapport au Cinquantenaire du *Concours Médical*, en 1929, j'avais écrit ces lignes que je reproduis *in extenso*.

En 1907, on avait vu apparaître pour la première fois, à l'Assemblée générale du *Concours Médical*, un médecin au masque énergique, encadré d'une abondante barbe brune, les yeux protégés par des lunettes à monture d'or. On savait qu'il avait été prompt à adhérer à son Syndicat local, dans lequel il jouait un rôle prépondérant, et qu'il figurait déjà avantageusement dans les discussions des Assemblées générales de l'Union. Assis au premier rang, il suivait les débats avec une attention passionnée, y prenant volontiers part ; ses interventions n'avaient pas tardé à être remarquées. Dans la suite, il fut manifeste qu'il s'intéressait aux lois qui régissent la médecine sociale. Il disait que le médecin aurait de plus en plus besoin de se familiariser avec les textes et leur interprétation, et qu'il serait en état d'infériorité s'il ne possédait pas certaines connaissances juridiques. Et, prêchant d'exemple, il décida de conquérir son diplôme de licencié en droit, ce qu'il fit en se jouant. Il eut même la coquetterie, deux ans plus tard, d'y ajouter le diplôme de doctorat en droit. Vous l'avez reconnu : Paul BOUDIN, au doctorat bicéphale, si je puis dire, est entré en 1909 dans le Conseil de Direction du *Concours Médical* ».

Doué d'une puissance de travail considérable, d'une mémoire fabuleuse, d'un esprit méthodique, grâce auquel il classe et ordonne les questions qu'il traite selon un plan qui révèle le redoutable argumentateur qu'il est devenu, Paul BOUDIN apparaît comme l'autorité médico-juridique la mieux documentée qui soit à cette heure. Aussi, a-t-il été recherché comme conseiller par de nombreux groupements professionnels, et même profanes, où ses services sont particulièrement appréciés. Au Conseil supérieur de l'Assistance publique, il apporte sa parfaite connaissance de tous les besoins du Corps médical, et son ardente foi syndicaliste, pour essayer de faire triompher les causes dont il s'est déclaré le chaleureux défenseur, et qui gravitent toutes autour de la sauvegarde des droits que le médecin tient de son diplôme et des lois.

Nous avons enregistré avec plaisir la distinction dont il vient d'être l'objet, et nous lui adressons nos bien amicales félicitations.

## Dr P.-J. DIBOS

Dans la même promotion figurait, également au titre de Chevalier de la Légion d'honneur, le Docteur P.-J. DIBOS, de Mont-de-Marsan, Président de la Confédération des Syndicats médicaux.

Ce Landais, au masque fin et spirituel, aux yeux rieurs, à l'accent croustillant, a conquis, parmi les praticiens organisés et auprès des Pouvoirs publics, une popularité faite de sympathie, de gratitude, de considération, pour la part très heureusement active qu'il n'a cessé de prendre, depuis plusieurs années, aux luttes menées par notre groupement national pour défendre avec acharnement nos dernières libertés professionnelles.

Il faut l'avoir vu présider une Assemblée générale de la Confédération pour apprécier l'autorité et l'impartialité avec lesquelles il dirige des débats parfois délicats, l'à-propos avec lequel il sait couper court aux discussions qui dégénèrent en polémiques personnelles, l'habileté avec laquelle il ramène à la question les orateurs qui, dans la chaleur d'une argumentation véhémente, seraient tentés de s'en écarter ; il faut l'avoir entendu, le 20 décembre dernier, prononcer l'éloge du Syndicalisme médical, évoquer ses origines, marquer rapidement les étapes de son évolution, magnifier enfin son rôle, pour le juger à sa valeur et se glorifier de voir un tel confrère à la place dont il est particulièrement digne, et qu'il honore.

« Je ne suis, certes, pas l'homme des concessions. Mais quand elles sont nécessaires, je n'hésite pas à les accepter, parce que la guerre conduit toujours à un traité de paix qui est parfois désastreux, même pour le vainqueur », a-t-il dit un jour, ou quelque chose d'approchant.

C'est ce que l'on appelle le sens de l'opportunité, sans quoi il n'est pas de doctrine de gouvernement possible.

Appuyé sur ses collègues du Conseil d'administration, et tout spécialement sur Cibrie, il préside dignement et expertement aux destinées de la médecine professionnelle. Le ruban rouge dont s'ornera désormais sa boutonnière ne lui conférera aucun prestige supplémentaire. Il nous rappellera l'occasion qu'il nous fournit aujourd'hui de proclamer les mérites du Dr DIBOS, à qui le *Concours Médical* exprime par ma plume, ses compliments les plus cordiaux.

Los ! Los ! Los !
Los à Dibos !

***

## BENJAMIN BORD

Le Dr B. BORD, ancien interne des hôpitaux de Paris, ami de vieille date du *Concours Médical*, a été décoré , dans la même promotion que Boudin et Dibos, de la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos félicitations les plus sympathiques.

Noir, Boudin, Dibos, Bord... Voilà un carré de légionnaires dont le succès nous a été particulièrement sensible. De la pourpre qui les décore, un reflet se projette sur notre maison, et nous en prenons notre part, comme nous prenons part, et très largement, à leur joie si légitime.

G. DUCHESNE.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### PSYCHOTHÉRAPIE

### Le trauma et la fixation mémorielle

Par le Dr Henry LEMESLE
Directeur de l'Institut Liébault, de Loches.

Nous entendrons par *trauma*, non la blessure que signifie le mot grec, mais comme on le fait d'ordinaire en médecine, le choc (physique ou moral), provoqué, avec l'état spécial qu'il crée dans le sujet.

Et plus particulièrement, c'est le trauma physique dont les effets sont d'observation plus directe, plus impressionnante, plus démonstrative, qui retiendra notre attention.

Fixer l'attention sur un phénomène à faire enregistrer par la mémoire, c'est, parmi d'autres, l'un des effets utiles du trauma provoqué ; de cet effet, nous allons, constater l'existence, reconnaître le processus et entrevoir l'utilisation thérapeutique.

Du trauma, comme moyen mnémonisant, la légende, l'histoire, la littérature, dans la suite des temps, nous offrent des exemples, en surabondance. De ces exemples, si nombreux, nous ne détacherons qu'un lot de quelques épisodes ou récits, assez marqués pour nous permettre de poursuivre notre discussion psychologique. Quoique bien connus et si topiques, ces exemples n'ont jamais été ni analysés, ni retenus au titre qu'ils méritent : nous voulons dire que leur enseignement n'a pas été mis à profit pour la médecine de l'esprit.

#### De quelques traumas fixateurs

*Antestatus le Tire-Oreilles* : Les jurisconsultes GAÏUS et ULPIEN nous rapportent que, dans les contrats de vente de l'ancien Droit Romain, un personnage judiciaire, l'*Antestatus, tirait le bas de l'oreille* à chacun des cinq témoins, afin de *fixer* dans leur esprit le *souvenir* du contrat.

HORACE (Sat. IX, liv. I) et PLINE-LE-JEUNE (XI, c. 45) font allusion à cette fonction du Tire-oreilles.

*La Loi des Ripuaires* et les *Coutumes des Bavarois* (charte de 952) attestent la survivance chez ces peuples de la pratique de l'oreille tirée.

Et c'est ainsi que l'*Antestatus* nous apparaît comme le père légal, et qui mieux est, légitime du trauma fixateur.

***

*La colée de chevalerie. — Le soufflet de confirmation* : Au cérémonial de l'armement de chevalier, il faut voir dans le coup (*paumée ou colée*) donné sur le haterel et « qui était de force à assommer le « novice, comme une sorte de *memento* violent « destiné à graver dans la mémoire le souvenir de « l'adoubement ainsi que du petit sermon : « Sois « preux » (L. Gautier. *La Chevalerie*).

C'est bien de la *colée* de chevalerie et même de l'*alapa* des rituels germaniques, mais réduits à l'extrême, que le soufflet de confirmation nous offre le vestige, ce soufflet « qui consacre le jeune catholique au service actif de l'armée du Christ » (R. P. MONSABRÉ, 66e conf.), et « qui fait *souvenir* au confirmé qu'il a reçu la confirmation ». (*Bibliothèque sacrée*, T. VIII, p. 71).

Mais cette « colée » transformée au point d'être devenue de trauma caresse, n'a plus, au point de vue fixation mémorielle, que l'importance d'un rite gratuit ; en raison de ses origines nous ne pouvions pourtant, négliger d'en faire mention.

***

*Les Daubeurs de Basché* : La tradition populaire, recueillie par Rabelais, et la tradition d'une vieille Faculté, fournissent des exemples nouveaux. C'est d'abord celui des coups de poing des fiançailles si plaisamment évoqués (*Pantagruel*, Chap. XII) :

« Les paroles dites et la mariée baisée, au son « du tabour, vous tous baillerez l'ung à l'autre « du souvenir des nopces : ce sont petits coups de « poing..... » — et plus loin : «Pendant qu'on « apportait vin et espices coups de poing com-

« mencearent trotter..... et coupz de jeunes « guanteletz de tous coustez pleuvoir sur chicquanous. » Des nopces, disoyent-ils, des nop- « ces, des nopces : vous en soubvienne. »

Ces coups de poing de fiançailles, en vue de fixer le souvenir de l'événement, furent d'ailleurs longtemps pratiqués en Poitou.

***

*Chez les Papimanes* : Rabelais ne fait que respecter la tradition populaire lorsque décrivant la descente de Pantagruel et de Panurge en l'isle des Papimanes, il mentionne (Livre V, chap. XLVIII) :

« Puis, y accourut le maître d'eschole, avec « tous ses pédagogues, grimaulx et escholiers et « les fouettait magistralement comme on soulait « fouetter les petits enfants en nos pays, quand « on pendait quelque malfaiteur *afin qu'il leur « en souvint.* »

***

*Les étudiants de Montpellier* : C'est ensuite la prise de contact du récipiendaire de Montpellier avec ses nouveaux condisciples :

« Le bachelier descendait bientôt de la chaire, « au pied de laquelle il recevait les félicitations « du professeur qui l'avait interrogé. Ensuite, il « traversait la salle des Actes pour se rendre au « Conclave avec tous les professeurs. Alors ses « condisciples et amis qui l'attendaient au pas- « sage confirmaient par des coups de poing sa ré- « ception comme bachelier. » (*Histoire de la Faculté de Médecine de Montpellier*, p. 329.)

***

*Agnès l'Impudique* : Marchangy nous fait entendre un écho de cette tradition dans son récit de l'exécution d'Agnès Pièdeleu : « Cette prostituée « fut menée toute nue, ayant sur son front im- « pudique un bandeau de parchemin sur lequel « était écrit le mot faussaire ; on la suivait en « foule, plus par curiosité stupide que par aver- « sion pour le vice..... Durant cette course plus « d'un père donna un soufflet à son enfant, non « par intention de le punir de quelque sottise, « mais afin qu'il se souvint de l'exécution d'une « sentence qui devait lui faire détester les liaison « impures. Cet usage *de donner des soufflets « pour fixer le souvenir* des bons exemples, était « une leçon de mnémonique pratiquée dans les « cas importants, et je le retrouvai surtout dans « le Midi de la France. »

Benvenuto Cellini, dans ses *Mémoires*, rappelle l'existence en Italie d'une coutume semblable.

***

*Le coup de poing du maçon* : C'est l'histoire de Gestas qui, par « un matin de printemps, « entrant au cabaret du Petit More, y ren- « contre toute une escouade d'ouvriers de la « Creuse, qui choquaient leurs verres en parlant « du pays et faisaient des *gabs* comme les douze « pairs de Charlemagne. Ils buvaient un verre et « cassaient une croûte ; quand l'un d'eux avait « une *bonne idée*, il en riait très fort, et *pour le « mieux faire entendre aux camarades, leur don- « nait de grands coups de poing* dans le dos. » (Anatole France : *L'Etui de Nacre.*)

Le coup de poing du maçon a deux effets : il interrompt d'abord, au profit de ce que vient de dire le conteur et alors que l'impression en est toute fraîche, il interrompt les idées qui occupent l'esprit de ses camarades et même il chasse de leur conscience tout ce qui n'est pas ce à quoi le conteur s'attache ; il y a donc là interruption et inhibition et, par suite création d'une attention expectante, enfin fixation mémorielle.

***

*L'Homme à la Salamandre* : Voici, du même auteur, un exemple où le trauma appliqué à un sujet, au psychisme moins grossier, servira surtout et d'emblée, à fixer le souvenir d'un fait essentiel — c'est l'épisode de « l'Homme à la Salamandre.

« A peine avais-je fait cette réponse que l'in- « connu, levant son bras démesuré, me frappa « du poing l'épaule si rudement que je pensai « en avoir la clavicule brisée.

« Mon enfant, me dit-il aussitôt, d'une voix « très douce, en me regardant d'un air de bien- « veillance, j'*ai dû faire sur vous cette forte im- « pression, afin que vous n'oubliiez jamais* que « vous avez vu une salamandre. » (Anatole France : *La Rôtisserie de la Reine Pédauque.*)

***

*Le coup de Hansen* : Hansen n'agissait pas autrement lorsqu'il appliquait à ses patients (pour les plonger dans l'état d'hypnose et de suggestibilité), son coup, fameux par le heurt violent et inopiné de la paume de la main sur le front du sujet.

***

*Les brimades des recrues. — Les baptêmes des tropiques et de la « ligne »* : N'oublions pas les brimades, cruelles le plus souvent, infligées naguère dans nos grandes écoles et à la caserne aux nouveaux venus, non plus que les baptêmes des tropiques et de la « ligne », dont la tradition s'est conservée dans la marine, avec le rite de précipitation dans la cuve pleine d'eau du passager qui franchit, pour la première fois, un tropique ou l'équateur. Toutes ces cérémo-

nies burlesques et surtout brutales, n'ont pas d'autre signification essentielle que celle d'un trauma propre à fixer dans l'esprit de la recrue ou du « néophyte », le souvenir de l'événement.

***

*Aux mystères d'Eleusis* : Antestatus — au nom prédestiné — est bien, nous l'avons vu, le protagoniste officiel du trauma fixateur ; mais ne sommes-nous pas fondé à nous demander si le choc et sa vertu n'ont pas été utilisés, par intuition ou avec un dessein non exprimé, en un passé plus lointain encore et au matin même de cette longue journée (*longa dies* du poète) que figure la vie de l'humanité ?

C'est ainsi que l'histoire des religions de la Grèce antique nous fait connaître qu'à l'initiation au culte des grandes déesses, les candidats (mystes) subissaient, avant la tradition des symboles, toute une série de pénibles épreuves dont il semble bien d'ailleurs, que nous retrouvions la survivance dans les rites d'admission du *compagnonnage* et de certaines *sociétés secrètes*.

Au dire de Plutarque (*De virtut progress*, 10), les mystes devaient se réunir tumultueusement, se heurter les uns contre les autres, décrire en des lieux souterrains de pénibles circuits, subir toutes sortes de tortures et d'anxiétés et enfin ils étaient projetés à la mer (où bon nombre furent la proie des requins). — Pausanias (*VIII*, 15), ajoute que l'hiérophante se couvrant de l'image de Déméter, frappait de verges ceux qui se présentaient à lui.

Epreuves de purification ont pensé la plupart des commentateurs. A vrai dire, ni l'hiérophante, ni le mystagogue ne donnaient les raisons de ces épreuves. Quoi qu'il en soit, comment ne pas voir dans pareille accumulation de traumas physique et moraux, un ensemble de pratique éminemment propres à fixer le souvenir de l'initiation, et quel qu'ait été, là-dessus, le sentiment des prêtres d'Eleusis ?

***

Bornons-nous à la citation des exemples ci-dessus, nombreux et catégoriques. Dans tous, nous l'avons vu, le trauma provoque les mêmes phénomènes : outre l'interruption, l'inhibition et l'attente qui s'ensuit, c'est d'abord un supplément d'intensité donné à la conscience que le sujet prend du fait en cause, puis une fixation mémorielle par laquelle deviennent plus présents et le fait et son importance.

Et demandons maintenant à la psychologie normale sur quelles bases peut s'établir la notion de la fixation mémorielle par le trauma.

**L'association des idées. — La contiguïté. — Le conflit des sensations.**

« C'est une conséquence nécessaire de la nature « humaine, qu'un homme se souvenant d'une « chose, se souvienne aussi d'une autre chose qui « est semblable à la première, *ou qu'il a perçue en* « *même temps qu'elle.* » (Spinoza. *Ethique*, 1.420.)

Ce passage de Spinoza résume l'essentiel du phénomène qui nous intéresse.

Avant Hobbes, Spinoza, Locke et Hume, l'association des idées n'était comprise que comme une opération purement intellectuelle et comportant nécessairement un enchaînement logique.

Ces quatre philosophes se partagent le mérite d'avoir énoncé et démontré que la notion de *contiguïté*, peut être au point de départ de l'association des idées.

Les idées peuvent être liées d'une liaison qui n'est plus celle qu'exprime le mot, au sens ordinaire (c'est-à-dire liaison par rapports *logiques*), mais bien d'une liaison tout à fait indépendante de ces rapports.

N'est-on pas allé jusqu'à dire (*Associationisme* de Hartley) que l'entendement lui-même ne serait qu'une « suite de *consécutives* et que la faculté « de penser se ramènerait à de simples associa- « tions ainsi établies ».

D'ailleurs, cette question de l'*Associationisme* dépasse notre sujet, et, si nous l'avons évoquée, ce n'est que pour montrer que le principe, de contiguïté a été adopté au point qu'une école s'en réclame, jusqu'à le tenir pour exclusif.

La *contiguïté subjective*, entre nos pensées et nous-même, et qui fait s'établir liaison et adhérence entre deux idées, par cela seul qu'elles se sont produites ensemble, est, devons-nous le dire, la seule que nous retenons.

***

Notons que, par un surcroît d'efficace, la contiguïté même ne va pas sans un certain degré de similarité : le fait de s'apercevoir que deux choses (une sensation et une idée ou deux sensations, ou deux idées) sont en coïncidence, les distingue déjà de toutes autres, parce qu'il leur confère ce degré de similarité de s'être offertes à l'attention dans le *même* temps.

Au surplus, par le fait que l'intelligence, dans notre cas de trauma associé (et au prix de la stupeur momentanée de tout ce qui n'est pas les deux choses — idée et choc — proposées), intègre cette similarité, par une *aperception* « dirigée », par ce fait même, un *lien* nouveau s'ajoute, pour les renforcer, aux éléments de soudure des deux idées et rend plus favorable encore le sort de la fixation mémorielle.

Il est régulier que les lésions par contiguïté qui

rendent à la conscience présente les séries de faits de conscience passés, fournissent des séries d'autant plus stables qu'elles reproduisent des faits de conscience qui se sont suivis dans un état émotif plus intense, et justement cet état émotif le trauma des daubeurs de Basché et des étudiants de Montpellier cherche à le produire dans le sujet, comme l'action de nos précepteurs et pédagogues, comme le coup de poing du maçon ou celui de l'Homme à la Salamandre.

***

Par la loi du *Conflit des sensations*, nous apprenons encore que sensations et idées peuvent agir les unes sur les autres et chacune d'elles réagir, en se confortant.

C'est Kant, rappelons-le, qui, en posant les principes de la *dynamique* intellectuelle, a montré que les idées sont des forces et que ces forces, en association, peuvent s'exercer en synergie. A ce principe, se rattache la « méthode concentrique » de Laignel-Lavastine avec le « jeu de l'émotion » et des « concomitances somatiques ». C'est encore de ce complexe du *conflit des sensations* que se réclame la thèse que nous avons exposée dans notre étude sur la *transmutation* des *valeurs* en *psychiatrie*. (*Le Médecin Français*, 15 novembre 1920.)

***

Ainsi donc, contiguïté subjective, — association des idées, — principe de l'idée-force, — jeu de l'émotion, — transmutation des valeurs, — autant d'éléments ou de facteurs que nous voyons intervenir et jouer efficacement dans le phénomène de la fixation mémorielle par le choc.

***

Et c'est ainsi que la psychologie vient attester la vertu de pratiques vieilles de longs siècles et dont la coutume si longtemps observée, se réclamait, on le voit, d'un empirisme clairvoyant.

**Application à la psychothérapie**

La médecine de l'esprit ne pourrait-elle pas, ne devrait-elle pas (au cours de cette phase du traitement que Durand de Gros a nommée *idéoplastie*), utiliser le fruit de ces données et de ces longs errements qui sont loin d'avoir été une longue erreur ?

Nous le pensons.

Sans revenir sur ce que nous avons déjà énoncé sur *la manière forte « en psychothérapie »* et *le trauma qui guérit* (Société de psychothérapie, 19 décembre 1922, et *Revue moderne de médecine*, décembre 1929), et restant dans le cadre particulier de cette étude, nous conclurons en disant que, dans une stricte thérapeutique, la suggestion, surtout chez un sujet à réactions lentes, devra être renforcée par un choc d'intensité à déterminer, provoqué dans le même temps que cette suggestion est faite, et qui, par une véritable opération de « mordançage », fixera l'idée suggérée.

***

Mais ce trauma bienfaisant, comment le faire entrer dans la pratique ?

Ils sont révolus les temps du maître d'école à férule, et c'est tant pis pour la santé morale de l'écolier ; un respect mal compris des petites personnalités en formation a fait réprouver l'usage des taloches, anodines le plus souvent, et en général, salutaires. Pour nos malades qui, au regard des idées morbides qui les parasitent, sont, eux aussi, des écoliers à remettre dans la voie normale, le même nouveau préjugé nous entrave et cet « *habeas corpus* » est excessif.

Lorsque l'aboulique, le phobique, le déprimé psychique viennent nous demander « l'adoubement » qui les ferait chevaliers d'une cause et plus forte et meilleure, pourquoi de l'exact rituel n'observons-nous que l'énonciation du « *Sois preux* », en nous interdisant de leur appliquer, à l'appui de cette suggestion, une « *colée* » chaleureuse ?

Il est désirable que nous arrivions à rompre avec une inconséquence qui devient traditionnelle en médecine : des agents redoutables, parfois dangereux, et capables de bouleverser l'intimité organique, peuvent être employés sans contrôle comme sans responsabilité encourue, parce que l'intégrité physique n'en paraît pas entamée, mais nous nous interdisons comme un manquement à la dignité du malade, l'emploi de ce qu'on est convenu, abusivement, d'appeler « brutalités », même si elles sont salutaires !

Et pourtant, par une contradiction à cette réserve exagérée, ne nous est-il pas loisible de pratiquer l'*abcès de fixation*, ce trauma d'une importance déjà impressionnante ?

Rappelons, à l'occasion, que l'abcès de fixation, après avoir connu la faveur que l'on sait, est présentement combattu par bon nombre d'autorités, qui lui dénient toute action anti-infectieuse, sans parler des accidents locaux gratuits dont ils l'accusent ? Sur ce dernier point, disons-le par contre, nous pourrions citer tel médecin qui pratique couramment l'abcès de Fochier depuis le début même de la méthode et n'a jamais connu aucun de ces accidents.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique mentale restera, il faut le croire, apanagée de cet utile auxiliaire qui ne lui était pas destiné.

Par les réactions à une douleur en *crescendo*, et assez prolongée (par suite, favorable à la dérivation mentale), qu'il provoque, il place en effet le malade dans cet état que nous avons qualifié d'*état métapragmique* (μετά, idée de changement ; πρᾶγμα, *nego-tium*, occupation), si difficile à réaliser chez nos psychiques et si pertinent pour leur cure.

***

Mais, si ce trauma prolongé est précieux en psychothérapie générale, il n'a pas les qualités d'instantanéité et de disparition rapide que nous souhaitons ici.

Les traumas dont nous demandons l'admission en thérapeutique mentale et spécialement pour la fixation mémorielle à obtenir, seraient pourtant, et plus passagers et moins pénibles.

N'y a-t-il pas, pour compléter nos moyens d'action dans le champ de la psychothérapie, à faire là-dessus l'éducation des malades et..... des médecins, pour faire accepter à ces derniers le principe, et aux premiers l'application, du trauma et de ses bienfaits ?

## CLINIQUE UROLOGIQUE

### Diagnostic des cancers du rein (1)

HÔPITAL NECKER

Professeur LEGUEU

Une malade âgée de 62 ans vient d'être opérée pour cancer du rein. Le début de la maladie remonte à 1928; c'est alors que la malade aurait eu des douleurs à type de douleurs de coliques néphrétiques suivies d'abondante hémorragie, hématurie. Puis tout s'arrange et la malade semble bien aller jusqu'en novembre de cette année, où les mêmes symptômes reparaissent. L'hématurie est abondante, la douleur persiste au niveau du rein gauche, sans aucune irradiation. Un médecin consulté à ce moment aurait trouvé une tumeur au rein gauche, il prescrit un traitement d'attente.

La malade vient consulter à l'hôpital, où on lui trouve une tumeur à la région rénale gauche.

Chez cette femme on a donc des hématuries, des douleurs, une tumeur dans le côté, à contact lombaire, mais la santé générale reste parfaite. L'examen fonctionnel donne le résultat suivant : R. D., 5,4 (concentration) ; R. G., 5,6.

Vous voyez que le rein qui semble atteint fonctionne presque aussi bien que le rein normal.

A peu près en même temps que cette malade, on a pu voir un autre sujet venu consulter du Cantal. C'est un homme âgé de 55 ans qui est venu dire qu'il saignait depuis 4 à 5 ans par périodes. Les hématuries sont capricieuses, spontanées, non provoquées, non douloureuses; en dehors de ces hématuries les urines sont claires.

Ces hématuries discrètes, survenant sans prodrome, bien souvent sont celles du cancer du rein.

(1) Résumé de la leçon du 2 décembre 1931.

Lorsqu'on examine le malade on trouve une grosse tumeur dans la région rénale. Le diagnostic est établi, on ne peut penser à autre chose : c'est un cancer du rein.

Ce malade présente en plus de sa tumeur rénale un varicocèle important, notez-le.

Le malade est opéré.

Ces deux observations faciliteront la compréhension du diagnostic du cancer rénal.

Le diagnostic devra être fait aussi précocement que possible; vous savez que tous les cancers sont curables si on les opère à temps.

Malheureusement, les cancers non visibles, les cancers des divers organes internes ne sont presque jamais opérés à temps.

Le cancer du rein est presque toujours opéré lorsqu'il a pris de l'extension.

La tumeur peut se propager vers la capsule adipeuse et si, lorsqu'on opère un cancer du rein on laisse en place la graisse périrénale, même saine visiblement, on risque les récidives. Lorsqu'on examine histologiquement cette graisse périrénale on y trouve des infiltrations cancéreuses. Il y a aussi une autre voie d'extension, c'est celle par les veines; on voit alors un bourgeon cancéreux dans la veine rénale, quelquefois même dans la veine cave inférieure. Très souvent on est appelé à mettre une ligature sur la veine, on ne peut alors jamais répondre des résultats, il peut toujours rester un fragment du bourgeon de l'autre côté de la ligature.

Autre propagation vers les voies lymphatiques, dans la capsule surrénale. Les ganglions lombaires, péri-aortiques, sont envahis; cela montre que l'opération est trop tardive. On observe

dans ces cas le plus souvent une récidive au bout de 6 mois environ.

Le malade venu du Cantal fut opéré il y a de cela quelques mois ; actuellement il présente et depuis septembre déjà une récidive, et même une généralisation ; il a des ganglions considérables dans l'aisselle. Les cas où l'on ne voit pas de récidive sont réellement exceptionnels. Pour bien faire il faut voir le malade tout au début de son affection, ce qui est difficile pour ne pas dire impossible.

Pour le diagnostic nous pouvons voir plusieurs variétés de présentation :

1° La tumeur existe seule. Il est facile de l'attribuer au rein mais il faut la distinguer aussi des tumeurs possibles, à droite, du foie, et à gauche, de la rate. En clinique urologique on pourrait presque dire : toute rate augmentée de volume est un rein.

Lorsque la tumeur est une tumeur à contact lombaire, c'est une tumeur rénale.

2° Il y a tumeur et hématurie. Le sang dans les urines est abondant ; il y a tumeur à contact lombaire. Il faut trouver la cause de l'hématurie, ce n'est pas du domaine médical. La tumeur peut être un rein kystique, mais c'est exceptionnel.

En principe, lorsqu'il y a tumeur rénale et hématurie abondante et lorsque l'état général reste relativement bon, il faut opérer, il y a cancer du rein, mais ici aussi l'opération est déjà trop tardive.

3° L'hématurie existe seule. Elle est totale, abondante, spontanée, intermittente.

Lorsque le médecin examine un malade présentant une telle hématurie pour la première fois, il ne devra pas, ne voyant pas de tumeur rénale, se borner au traitement médicamenteux. Mais sa position vis-à-vis du malade est bien difficile, en particulier s'il le fait opérer pour cancer du rein, et qu'à l'opération on ne trouve rien.

Chez les hommes d'un certain âge il faudra toujours penser à la possibilité de l'hémorragie d'origine prostatique. Lorsqu'il y a du sang abondant spontané dans les urines, lorsque vous ne trouvez rien du côté des reins, pensez toujours aux hémorragies d'ordre prostatique. Il serait malheureux d'opérer un rein pour cancer inexistant lorsque l'hémorragie est d'origine prostatique, mais il ne serait pas moins malheureux d'enlever la prostate en laissant un rein cancéreux. La situation du médecin et du chirurgien est donc comme vous le voyez très délicate, on peut même dire souvent dramatique.

Lorsqu'il y a hémorragie avec rétention le doute est levé, il s'agit bien d'une hémorragie d'ordre prostatique.

Chez l'homme on a encore une constatation à faire qui peut faciliter le diagnostic. C'est l'existence d'un varicocèle.

Le varicocèle semble être un symptôme précoce, donc il serait inexact de l'attribuer à la compression des veines spermatiques par la tumeur ou par les ganglions hypertrophiés ; les faits n'ont pas toujours légitimé ces suppositions.

On constate par contre, au cours des opérations pour cancer du rein un développement énorme des veines de la capsule. Ce fait semble expliquer l'apparition du varicocèle. Mais quelle est la cause de développement de ce lacis de veines ? On ne peut encore rien dire de précis à ce sujet. Il faut seulement indiquer que rien d'autre ne donne une circulation aussi abondante.

La pyélographie est un des moyens importants facilitant le diagnostic. En mettant dans le bassinet une substance opaque on voit les modifications de la forme du calice. On ne voit pas la tumeur, mais on peut apprécier l'importance des modifications de la forme du bassinet.

La tumeur peut empêcher le liquide de pénétrer dans le bassinet ce qui donne à la pyélographie des images lacunaires.

Comme vous pouvez en juger d'après ce qui vient d'être rapporté, en somme, le diagnostic d'un cancer du rein n'est pas extrêmement difficile.

Si vous avez affaire à un sujet de 50 à 56 ans ou plus, atteint d'hématuries graves, abondantes, si la cystoscopie reste négative, si le sujet a un varicocèle, si la prostate ne présente aucune modification, pensez au cancer du rein.

Chez la femme, le diagnostic est plus délicat. Si vous ne voyez pas d'autres symptômes qu'une hématurie, si la pyéloscopie reste négative, n'abandonnez pas la malade, dites-lui de revenir dans 2 ou 3 mois, surveillez-la bien, examinez-la toujours attentivement. Mais sachez que l'opération d'un cancer du rein qui se manifeste déjà par la présence d'une tumeur est souvent une opération trop tardive.

tion qui est, en général, du type spasmodique et à désinfecter l'organe par exemple par l'électrargol irradié pris *per os* ou le cryptargol. La thérapie physique des séquelles articulaires et nerveuses donne des résultats incertains. Les médicaments courants de la série des antipyrétiques n'ont aucune action contre la fièvre des brucelloses, et sont plutôt contre-indiqués.

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

## Des indications de la saignée en clientèle

**Pourquoi, quand et comment il faut saigner un cardiopathe ; pourquoi il ne faut saigner ni un hypertendu, ni un apoplectique ; quelle est la valeur de cette méthode dans les toxémies, en obstétrique, dans les asphyxies accidentelles, etc.**

D'après le Dr A. Chabé (1)

### La saignée dans l'asystolie

Deux groupes distincts d'asystolie, et, pour les deux, la saignée a des indications formelles.

#### 1° L'asystolie droite.

Le lâchage du tonus myocardique est surtout localisé à droite à la période de décompensation des affections organiques de la mitrale : stases veineuses marquées avec cyanose, turgescence des jugulaires, œdèmes généralisés durs, foie gros et douloureux, dyspnée continue avec congestion pulmonaire passive, urines rares et albumineuses, augmentation transversale de la matité cardiaque, *hypertension veineuse,* tension artérielle misérable, surtout pour la maxima.

Un cœur, sous l'influence du repos et d'une thérapeutique appropriée, pourrait, à la rigueur, s'acquitter de sa tâche, s'il ne trouvait devant lui un véritable barrage, constitué par le ralentissement du courant sanguin et par l'augmentation de la pression veineuse.

*Contre ce barrage, la saignée seule est capable de lutter promptement, et souvent d'une manière efficace* ; pas toujours, car il faut obtenir que l'abaissement de la tension veineuse persiste. *Mais il est nécessaire que cette saignée soit suivie d'un traitement digitalique.*

Lorsqu'on n'obtient pas de débâcle urinaire, c'est que soit le potentiel cardiaque est insignifiant, soit la saignée n'est pas assez abondante. Chez un cardiaque, mieux vaut très souvent une saignée qu'un purgatif parfois mal toléré.

*Uue saignée de* 500 *cc. au moins* doit être la règle.

#### 2° L'asystolie gauche.

L'insuffisance gauche s'observe chez les cardio-rénaux, les insuffisants aortiques ; on la rencontre souvent vers la cinquantaine, qui est l'âge de l'artério-sclérose, de l'hypertension, de la néphrite chronique. Pas de cyanose vraie, pas de turgescence des jugulaires ; le foie n'est pas augmenté ; la petite circulation est presque indemne. Ici les urines sont abondantes, pâles, limpides. Enfin, l'asystolie du cœur gauche est une asystolie avec *hypertension artérielle.*

*La saignée est nécessaire pour désencombrer le cœur gauche,* et parer aux accidents dus à sa défaillance : sensations d'angoisse, d'étouffement, d'oppression rétro-sternale, prélude soit de la crise d'angine, soit de l'œdème du poumon.

*Une saignée de* 500 *cc. au moins sera utile* pour rétablir l'équilibre hémato-dynamique.

### La saignée dans les pneumopathies, avec tendance au déséquilibre cardiaque et à l'asphyxie

*C'est dans la pneumonie que la saignée est indiquée,* mais, non pas en tant que maladie, *seulement en tant que maladie compliquée d'un accident : la congestion pulmonaire avec tendance à l'asphyxie. Mais il faut aussi que le sujet soit vigoureux,* pouvant faire les frais d'une soustraction sanguine ; *pléthorique* avec dyspnée, cyanose, et expectoration mousseuse et sanguinolente.

Dans une infection sidérante, à localisation massive pleuro-pulmonaire primitive, comme la grippe, la saignée ne donne pas les résultats que l'on pourrait en attendre *a priori.*

*La saignée dans la pneumonie sera de* 300 *à* 400 *grammes,* car, en cas d'asphyxie, le cœur surpris se laisse volontiers distendre.

### La saignée dans l'œdème aigu du poumon

C'est dans l'œdème aigu du poumon que son indication est la plus impérieuse. Cette complication s'observe dans deux circonstances principales : au cours d'hypertension artérielle par brusque poussée hypertensive chez un cardio-aortique ou un cardio-rénal, et, plus rarement, au cours du rétrécissement mitral, principalement chez la femme, à l'occasion

(1) Dr A. Chabé. — Les indications de la saignée en clientèle. (*Journal de Médecine de Bordeaux,* 20 décembre 1931.)

d'un surcroît de travail imposé au cœur gauche.

Réveillé brusquement à 1 heure du matin (l'heure habituelle de l'œdème), le praticien se munira du nécessaire, dans l'ignorance du genre d'affection, devant laquelle il se trouvera ; il n'aura pas à regretter son sang-froid dans des circonstances parfois dramatiques, s'il ne perd pas son temps à faire appliquer des ventouses, et s'il va droit à la saignée : il aura une des plus belles satisfactions de sa carrière.

L'œdème aigu du poumon apparaît comme une crise d'asystolie partielle, intéressant le seul territoire de la petite circulation, et due à une défaillance subite du cœur gauche.

*Ne pas hésiter alors à faire une saignée de* 400 *à* 500 *grammes.*

*Après la saignée,* pratiquer une injection d'un demi-centigramme à un centigramme de morphine pour calmer l'éréthisme cardiaque et tonifier le cœur.

### La saignée chez les hypertendus

L'hypertension pouvant être considérée comme un processus de défense, si on cherche à faire baisser brutalement cette tension, on risque de rompre une compensation qui s'est produite, et on entraîne l'asystolie.

*La saignée chez les hyperteudus n'est donc pas indiquée.* Cependant, *en cas d'accidents surajoutés* à l'hypertension (asystolie des cardio-rénaux, urémie), quand la circulation doit être désencombrée, quand il faut lutter contre des phénomènes d'ordre toxique, la saignée reprend ses droits, au taux de 4 à 500 grammes.

De même, *en cas de crise hypertensive passagère,* une saignée de 200 à 250 grammes pourrait arrêter des accidents imminents ; en tout cas, la famille et le malade seraient satisfaits.

*Là, où la saignée est formellement contre-indiquée, c'est chez le vieillard,* car l'hypertension est indispensable chez des sujets atteints d'athérome cérébral, afin d'assurer un débit d'irrigation suffisante pour le cerveau. Une saignée copieuse pourrait amener des accidents souvent mortels.

### La saignée chez les apoplectiques

*Ici, il faut admettre que la saignée est pour le moins inutile.* L'ictus apoplectique est, en effet, produit par deux mécanismes différents : le ramollissement cérébral et l'hémorragie ; et, sur ceux-ci une soustraction de sang se montrerait d'une action nulle, quelquefois même aggravante.

*Devant un cas de coma avec hémiplégie, il ne faut cependant pas rester inactif* : trinitrine (vasodilatateur), cardiotoniques, glace sur la tête.

« Mais, que le médecin ne manque pas de s'affairer, lancette en main, autour de son malade, étendu sans connaissance, devant la famille stupéfiée, car celle-ci, immanquablement, s'il n'accomplissait les rites d'usage, lui en imputerait, en cas de malheur, toutes les responsabilités ».

### La saignée chez les pléthoriques

Les pléthoriques, « ces grands joyeux de l'existence », sont des candidats à l'obésité, au diabète, à la goutte, et vers la cinquantaine aux scléroses vasculo-rénales. En tout temps, parfois, ils peuvent présenter des troubles congestifs (facies apoplectique, vertiges, céphalées, etc.) qui commandent une saignée.

Celle-ci, *ils la supportent toujours bien, même copieuse* (800 *à* 1.000 *gr.*) ; leur système hématopoïétique, largement pourvu, répare en quelques jours, parfois quelques heures, les pertes subies.

### La saignée dans les toxémies

*C'est l'urémie,* qu'il faut principalement envisager dans ce paragraphe. Eh bien ! si le rôle antitoxique de la saignée en pareils cas, a pu être discuté en ces dernières années, *il n'en reste pas moins qu'elle exerce toujours une action curative remarquable.* Peut-être ne savons-nous pas comment elle agit, mais nous savons qu'elle agit, c'est le principal (Marcel Labbé). Il n'est d'ailleurs pas un de nous, qui n'ait eu l'occasion de le constater et d'en faire bénéficier ses malades.

### La saignée en obstétrique

1° *Chez les gravido-cardiaques,* c'est le fléchissement myocardique au cours de la grossesse, qui l'indique. Ces accidents sont cependant plus rares, depuis l'emploi des régimes et de la digitaline à faibles doses subcontinues.

Le cas se rapporte à ce qui a été dit à propos des cardiopathies. Chez une femme gravide, devenant dyspnéique, cyanosée, avec pouls rapide, avec râles fins à l'auscultation des bases, *faire une saignée large de* 300 *gr.* au minimum, suivant la réaction de la malade, puis une injection intra-veineuse d'un quart de milligramme d'*ouabaïne*, avec, dans la suite, de petites doses de digitaline.

2° *Chez les éclamptiques, ne pas attendre l'accès pour faire une thérapeutique déplétique.* Agir dès l'état d'*éclampsisme,* caractérisé, surtout à la fin de la grossesse, et même en dehors de la présence d'albumine (qui d'ailleurs peut faire défaut), par les symptômes suivants : 1° tendance à l'hypertension artérielle ; 2° diminution du volume quotidien des urines ; 3° subictère ; 4° présence d'œdèmes légers, soit à la face, soit aux membres ; 5° douleurs épigastriques, céphalées, crampes musculaires ; 6° phénomènes oculaires, consistant en amblyopie, diplopie, mouches volantes.

Devant de tels symptômes, une *saignée de* 300 *grammes* est indiquée. A son défaut, on pour-

rait toujours appliquer quatre ventouses sur la région lombaire.

En état de crise, *la saignée devra être plus abondante* : 600 *à* 800 grammes seront nécessaires, quitte à renouveler 24 à 36 heures après, si la malade est très congestionnée, avec hypertension mesurable avec les appareils d'usage.

*La saignée est donc formellement indiquée chez les éclamptiques* : elle lutte avant tout contre l'hypertension, et diminue ainsi les dangers d'hémorragie cérébrale, d'hémorragie viscérale et d'apoplexie utéro-placentaire. La saignée abaisse immédiatement la tension, et cet abaissement est durable.

**La saignée dans les asphyxies accidentelles**

Outre les procédés modernes : respiration artificielle, oxygénothérapie, médications du centre respiratoire (ponction lombaire, lobéline, réchauffement du bulbe), toni-cardiaques, *on recommande maintenant la saignée.* Ce traitement, qui semble cependant en contradiction avec les données classiques, donne des résultats excellents ; aucun des malades saignés n'a présenté par la suite de phénomènes pulmonaires ; par contre, les cas non saignés ont été suivis de mort, dans les mêmes conditions qu'auparavant. La saignée agirait ici dans les mêmes conditions que dans l'asystolie du cœur droit.

Elle est indiquée, même dans l'intoxication oxycarbonée ; malgré le nombre des hématies endommagées, mieux vaut sacrifier une nouvelle quantité d'hématies au moyen d'une large saignée, afin d'obtenir le rétablissement de la circulation par déblocage de la circulation périphérique et abaissement de la tension veineuse

**La saignée dans les crises d'asthme anaphylactique**

Il est prouvé maintenant qu'*une saignée, même minime* (300 *grammes*) *peut arrêter pour de longues semaines des crises d'asthme anaphylactique* ; et elles sont nombreuses en clientèle. Si on ne peut assurer au malade la guérison, du moins lui aura-t-on procuré une certaine accalmie.

**La saignée dans les compressions médiastinales**

*Dans les tumeurs du médiastin,* la compression de la veine cave supérieure entraîne une triade symptomatique caractéristique : 1° de l'œdème dur, résistant, élastique, sans godet, au niveau de la face, du cou, des épaules et des membres supérieurs ; 2° de la cyanose au niveau des régions tuméfiées ; 3° une circulation veineuse collatérale très développée, principalement à la base du cou, sur la partie latérale du thorax et au niveau des veines épigastriques et sous-cutanées abdominales. Les malades sont bouffis, cyanosés, la face bleuâtre, les yeux saillants injectés et larmoyants.

Devant des symptômes d'asphyxie imminente, il faut tenter d'obtenir un soulagement par la *ponction de la jugulaire externe, à l'aiguille ou au bistouri.* Pour éviter l'introduction de l'air dans les vaisseaux, il suffit de faire comprimer par le doigt d'un aide au-dessous de l'endroit ponctionné, puis de détruire le parallélisme des tissus une fois la ponction pratiquée, et d'appliquer un tampon collodionné sur l'orifice cutané.

Bien entendu, ce procédé ne procure pas une amélioration de longue durée, car il est évident que le pronostic dépend de la lésion causale.

***

CE QU'IL FAUT RETENIR

*Dans les cardiopathies,* la saignée est toujours indiquée lorsqu'il y a dilatation, soit par insuffisance du cœur droit, soit par défaillance du cœur gauche. Cette opération doit être suivie d'un traitement digitalique prolongé.

Dans *les affections pulmonaires,* la *pneumonie* seule, ou ses dérivés (congestions massives, pleuro-pneumonie, maladie de Woillez) est susceptible d'être améliorée par une saignée de 3 à 400 grammes ; encore faut-il que le sujet soit susceptible d'en faire les frais, et qu'il soit asphyxique par déséquilibre cardio-pulmonaire.

*L'œdème aigu du poumon* constitue le triomphe de la saignée.

*Chez les hypertendus,* une soustraction sanguine, même importante, ne fait pas baisser la tension. Dans les crises hypertensives, celle-ci peut atténuer certains accidents, en éviter d'autres ; mais chez les athéromateux hypertendus, elle peut aboutir à des désastres.

Chez des *apoplectiques* par ramollissement cérébral, ou par hémorragie, la saignée est presque toujours inutile, quelquefois nuisible.

Chez certains *pléthoriques,* on recommande la saignée annuelle ou bi-annuelle.

Cliniquement, la saignée constitue un des moyens les plus précieux, que nous ayons pour lutter contre l'*urémie.*

*En obstétrique,* elle est indiquée dans deux cas particuliers : chez les gravido-cardiaques et les éclamptiques.

Dans les *asphyxies accidentelles,* même par l'oxyde de carbone, une méthode récente préconise la saignée comme un adjuvant indispensable aux moyens ordinaires, notamment à l'oxygénothérapie.

Il faut enfin signaler l'action heureuse, quoique secondaire, de la saignée dans l'*asthme anaphylactique et les tumeurs du médiastin.*

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Compression du cordon.

Le cordon peut être comprimé au cours de l'accouchement le plus normal ; mais il possède un moyen de défense, qui est une certaine résistance à l'écrasement, et un autre moyen plus important, qui est sa mobilité. Si la compression du cordon existe parfois pendant la gestation, c'est surtout un accident du travail, qui se constitue au fur et à mesure que la tête descend.

La compression du cordon, écrit le Dr Henri VIGNES, se traduit par les signes de souffrance du fœtus. Premier signe : les bruits du cœur, si on a soin de les ausculter souvent, passent par une première phase d'accélération ; puis, dans une seconde phase, ils reviennent à la normale ; dans une troisième phase, ils descendent au-dessous de la normale. Deuxième signe : l'intensité des bruits du cœur diminue. Troisième signe : le ralentissement des bruits du cœur, qui est normal après chaque contraction, se prolonge anormalement. Quatrième signe : le fœtus perd son méconium. Cinquième signe, propre à la compression du cordon : il y a un souffle funiculaire, et celui-ci se distingue des souffles cardiaques, parce qu'il est diffus et fugace, isochrone au pouls fœtal, simple ou double, faible ou intense. Enfin, on constate l'anse procidée (poche des eaux rompue ou non).

Parmi les causes de la compression du cordon, on peut éliminer la compression instrumentale, qui exige l'extraction rapide. Viennent ensuite les anomalies de situation du cordon, et les anomalies du cordon.

On peut décrire trois anomalies de position.

1° une anse du cordon s'engage entre la tête et le segment inférieur : c'est la procidence du cordon.

2° une anse du cordon quitte sa situation normale et s'engage sans procider entre le dos et l'utérus.

3° une partie du cordon s'enroule autour du cou du fœtus ou autour d'un membre ; c'est le circulaire du cordon.

*Procidence du cordon.* — Il est infiniment rare que la situation soit grave pour l'enfant, tant que les membranes sont intactes. La cause favorisante principale est l'imparfaite adaptation de la tête et du segment inférieur. Du côté maternel, cette procidence est plus fréquente chez les multipares, puis dans les bassins rétrécis, dans la contracture utérine. Du côté fœtal, on note comme causes favorisantes : les têtes petites, les présentations vicieuses, les procidences des membres (thérapeutiques ou non). Enfin du côté ovulaire, il faut signaler la longueur anormale du cordon, l'excès de liquide amniotique, l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Le pronostic fœtal est grave : 40 % de mortalité dans les cas traités ; 80 % au moins dans les cas non traités. Il est d'autant plus grave que la procidence dure plus longtemps, qu'il s'agit d'une procidence antérieure, d'une tête ; la procidence simultanée d'un membre pouvant empêcher l'écrasement du cordon, le pronostic devient alors moins sérieux.

La conduite à tenir en présence d'une procidence du cordon sera la suivante :

Si les membranes sont intactes et la dilatation incomplète, faire l'impossible pour éviter la rupture des membranes, et obtenir la dilatation la plus poussée possible

Si la dilatation est complète, on rompra les membranes, et, comme il s'agit d'une tête élevée, on aura recours le plus souvent à la version par manœuvres internes ou au forceps.

Si les membranes sont rompues et la dilatation incomplète, on réduira la procidence plus haut que la tête fœtale et que l'anneau de contracture.

*Circulaire du cordon.* — Fréquence, 20 % environ. La situation est dangereuse, s'il y a plus de deux circulaires autour du cou. Le traitement, bien simple, consiste à défaire les circulaires en les faisant passer au-dessus de la tête, dès que le menton est à l'extérieur. Si le circulaire est serré, au point d'interdire cette manœuvre, on pose sur lui, à deux centimètres de distance, deux pinces de Kocher, et l'on sectionne entre ces pinces, sous le contrôle du doigt, avec des ciseaux mousses.

Les anomalies du cordon sont constituées par la torsion exagérée du cordon (plus de tours de spirale) et par les nœux du cordon (fréquence 1/200), quand il y a excès de longueur du cordon ; ceux-ci sont d'autant plus dangereux qu'ils coïncident avec une procidence d'une anse. (*Le Progrès médical*, 15 août 1931).

### Ce que le médecin praticien doit connaître de l'orthodontie.

Le Dr IZARD rappelle que l'orthodontie, mieux dénommée orthopédie dento-faciale, est cette partie de la stomatologie, qui a pour but la prévention et la correction, au cours de la croissance,

des malpositions dentaires et des déformations maxillo-faciales. Elle assure ainsi à la denture, et aussi au massif maxillo-facial, une position et des rapports corrects, du double point de vue esthétique et fonctionnel.

Le praticien peut facilement dépister les causes si nombreuses de déformations, et empêcher dans bien des cas, par un traitement approprié, l'action déformante de nombreuses affections. C'est à lui qu'on demandera souvent conseil sur le traitement à appliquer, et sur l'âge favorable pour le commencer.

L'auteur rappelle d'abord l'évolution des dents, la morphologie de la denture, et la morphologie maxillo-faciale dans les conditions normales. Il faut savoir rechercher par la suite les causes des déformations : hérédité, causes générales. Ce sont ensuite les causes proximales des déformations : déséquilibre respiratoire (obstructions naso-pharyngée, oro-pharyngée), déséquilibre musculaire, pressions ou tractions anormales, dysfonctionnement temporo-maxillaire. Ce sont aussi les déformations acquises de causes locales : lésions du maxillaire, causes dentaires (retard dans l'évolution, traumatismes), et surtout extractions dentaires (extraction non motivée des dents de lait, des premières molaires) ; chez un sujet jeune, toute extraction arrête le développement normal du maxillaire.

Il est inutile de tracer le rôle du médecin en fait de traitement général. Localement, son rôle doit être prudent ; il ne cherchera pas à diriger la dentition par des extractions préventives ; ne jamais extraire une dent temporaire avant l'époque de sa chute normale, et encore celle-ci ne peut-elle être sacrifiée à ce moment que si elle est mobile, et après vérification de l'existence de la permanente ; ne pratiquer aucune extraction comme moyen de redressement ; ne jamais préconiser une méthode donnée de traitement. Le Dr J. estime que, pour le redressement, lorsque les lésions sont légères, sans tendance à l'aggravation, sans troubles fonctionnels sérieux, il n'y a aucun inconvénient à commencer le traitement après l'éruption des deuxièmes molaires permanentes, après douze ans par conséquent.

Si les lésions ont une marche progressive, avec troubles fonctionnels importants, il faut intervenir immédiatement, même avant la septième année. (*Paris Médical*, 19 septembre 1931.)

### Traitement des tachycardies régulières.

D'une étude très documentée, le Dr Gilbert-Dreyfus tire quelques conclusions pratiques intéressantes. Devant un sujet, qui vient le consulter pour une tachycardie permanente, régulière, sinusale, le médecin devra tout d'abord éliminer une facteur infectieux ou toxique possible.

Une fois établi un diagnostic étiologique précis, trois modes de traitement essentiels seront discutés :

Traitement cardio-dynamique en cas d'insuffisance cardiaque légère ;

Traitement iodé, s'il s'avère que la tachycardie est sous la dépendance d'un hyperfonctionnement thyroïdien ;

Traitement du déséquilibre vago-sympathique par la valériane, l'ésérine, et surtout le gardénal, s'il s'agit d'un « cœur irritable », ou d'un « syndrome basedowien ». (*L'Hôpital*, A-septembre 1931.)

### A propos du traitement immédiat des fractures ouvertes de jambe.

Le Dr G. Baudet expose que la clé de la thérapeutique est de tendre tous les efforts pour transformer immédiatement, et sans délai, les fractures ouvertes en fractures fermées, tout en respectant bien entendu le plus possible les conditions de temps, qui président à la suture des plaies. Toute fracture ouverte doit donc être traitée chirurgicalement ; si, d'une part le chirurgien doit procéder au parage complet des parties molles, il devra, d'autre part, savoir être très ménager des esquilles et des fragments intermédiaires du foyer de fracture. Enfin, et surtout, même au cas de contention difficilement réalisable, voire même impossible, des fragments, il devra s'interdire d'une façon absolue l'application d'un matériel, quel qu'il soit, de synthèse, quitte, si cette technique est formellement indiquée, à la réserver à un deuxième temps opératoire, soit une dizaine de jours plus tard.

Le premier acte opératoire consistera uniquement à la détersion sous un courant de sérum physiologique chaud de la plaie fracturaire, dont les bords cutanés ainsi que les téguments voisins auront été eux-mêmes préalablement préparés, nettoyés à l'eau et au savon stériles, et enfin à l'éther et à l'alcool. Ceci fait, avant de passer au plan osseux, on pratiquera l'excision des bords de la plaie, puis (afin d'éviter l'infection venant de la peau), avec un nouveau jeu d'instruments, l'épluchage, le parage des parties molles sous-tégumentaires, muscles et aponévroses, ayant subi une attrition sérieuse ; il faut aussi savoir sacrifier les plages musculaires, suspectes simplement parce qu'elles présentent des placards noirâtres, ecchymotiques, dépolis, et aller franchement au delà, jusqu'au point où le muscle présente une coloration rouge vif et les petites contractures fibrillaires caractéristiques à la section. Avec de nouveaux instruments encore, on passera au foyer osseux pour enlever seulement les esquilles libres ; les autres, adhérentes par une lame du périoste, seront laissées en place puisqu'elles participeront d'une manière très active à la régénération osseuse.

Il faut fermer immédiatement ces foyers de fracture bien épluchés ; jusqu'à la 36e heure après l'accident, on doit tenter la suture primitive. Le foyer, ainsi mis à l'abri, évoluera, en effet, dans la presque généralité des cas, comme celui d'une fracture fermée. Enfin, avant de fermer, on laissera dans la profondeur un petit faisceau de crins de Florence, qui assurera, en même temps que le drainage des sécrétions et des petites hémorragies en nappe interfragmentaire, le rôle d'index bactériologique de la plaie. Dès le 4e jour, lors du premier pansement, on prélèvera quelques crins pour analyse bactériologique du foyer. Si cette première analyse, si une deuxième analyse vers le 8e ou 10e jour sont négatives, on peut être assuré de l'évolution aseptique de la fracture. (*La Presse médicale*, 26 septembre, 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Sur le traitement de la gangrène pulmonaire.

(MM. H. Vincent et G. Stodel. — *Académie de médecine* ; 12-1-1932.)

La gangrène pulmonaire est une affection grave. Si l'on en distrait les cas de dilatation bronchique et d'abcès limités infectés par les anaérobies, et qui ne doivent pas être confondus avec le sphacèle véritable du parenchyme pulmonaire, on arrive à une mortalité très élevée qui dépasse sensiblement 50 %.

C'est une infection plurimicrobienne, relevant du bacille fusiforme, des spirochètes, du streptocoque (auquel il faut attacher, selon M. Vincent, une importance spéciale), de l'entérocoque et de divers anaérobies décrits par Veillon, Bezançon, etc., dont la présence est également d'un grand intérêt, puisqu'elle a conduit à l'emploi de la sérothérapie.

La sérothérapie antigangréneuse est actuellement le traitement de base de la gangrène pulmonaire, mais elle n'est pas toujours la condition suffisante, puisque cette gangrène est l'aboutissant d'une infection polymicrobienne, dans laquelle prennent place le bacille fusiforme, le streptocoque et des spirochètes.

Il en résulte que la thérapeutique doit ici être précédée d'un examen bactériologique de l'expectoration putride du malade, que l'on effectuera en recueillant le crachat dans un verre stérile, après rinçage de la bouche à l'eau javellisée puis à l'eau bouillie.

L'emploi du sérum antigangréneux polyvalent doit être institué sans tarder. On pratiquera jusqu'à guérison une injection quotidienne de 60 à 80 cent. cubes de ce sérum en diminuant la dose à mesure que les symptômes locaux et généraux régressent. Réunissant les observations portées à leur connaissance, dans lesquelles a été employé le sérum multivalent qu'ils ont préparé depuis 1917, MM. Vincent et Stodel notent, sur 19 cas de gangrène pulmonaire traités par leur sérum, 12 guérisons.

Il leur paraît rationnel d'admettre que l'on pourra améliorer encore les statistiques de la mortalité par gangrène pulmonaire en ajoutant à la sérothérapie antigangréneuse des médications dirigées contre les microbes associés aux anaérobies : spirochètes (traitement arsenical), streptocoques (sérothérapie antistreptococcique), pneumocoques (sérothérapie antipneumococcique), selon les résultats de l'examen bactériologique des crachats.

La prophylaxie de la gangrène pulmonaire mérite une brève mention. Les microbes qui sont responsables de cette infection proviennent habituellement de la cavité bucco-pharyngée. En conséquence, les tousseurs, atteints de bronchite, de grippe, de tuberculose pulmonaire, devront entretenir avec un soin particulier leur bouche et leur pharynx. Il sera également utile de faire précéder les opérations chirurgicales avec anesthésie d'un brossage des dents avec désinfection réitérée, au besoin à l'eau javellisée, de la bouche et du pharynx, sans oublier la désinfection des fosses nasales.

### La chirurgie guérit-elle le cancer de l'estomac ?

(M. Henri Hartmann. — *Académie de médecine* ; 19-1-1932.)

Le cancer de l'estomac peut-il guérir chirurgicalement ? Des chirurgiens différents (Wölfler, Kocher, Leriche) ont rapporté, dit M. Hartmann, des observations assez nombreuses de malades opérés pour cancer de l'estomac et ayant survécu de deux à quinze ans et plus. Ces faits établissent d'une manière indubitable la possibilité de guérir les tumeurs malignes gastriques par l'exérèse chirurgicale. Mais quelle peut être la proportion de ces guérisons ?

Pour répondre à cette deuxième question, M. Hartmann présente les résultats éloignés de 125 cas de gastrectomie pour cancer suivis pendant un temps, qui a varié de un à vingt-sept ans. De ces opérés, 39 ont survécu au moins trois ans et il semble que l'on puisse considérer ce pourcentage (30 %) comme étant à peu près celui des guérisons. On arrive à ce résultat, non pas en sacrifiant la plus grande partie de l'estomac, ce qui est inutile, mais en poursuivant avec soin l'extirpation des groupes ganglionnaires habituellement envahis. La récidive sur la muqueuse gastrique est en effet exceptionnelle. Ce que l'on

observe plutôt, c'est l'envahissement des ganglions, et le développement secondaire d'autres néoplasies. M. Hartmann conclut que le cancer de l'estomac est un bon cancer au point de vue opératoire. Il serait désirable qu'un diagnostic précoce puisse être fait, avant que la lésion ait dépassé le premier relai ganglionnaire.

— M. Chauffard rapporte le cas d'une femme opérée de cancer du sein à l'âge de 42 ans et qui fit une récidive dans la cicatrice cinquante ans après, à l'âge de 92 ans.

— M. Hartmann estime que, malgré tout, des survies aussi longues sont pratiquement des guérisons.

### Pathogénie des ulcères gastro-jéjunaux.

(MM. A.-G. Weiss, A. Graves et G. Gurriaran.— *Société de chirurgie* ; 2-12-1931.)

M. Pierre Duval signale de nouvelles recherches de MM. Weiss, Graves et Gurriaran sur la pathogénie des ulcères gastro-intestinaux.

En 1929, ces auteurs ont présenté une première série de travaux dans lesquels, répétant l'expérience de Mann et Williamson, ils produisaient expérimentalement des ulcères gastro-jéjunaux typiques par la dérivation du duodénum dans l'iléon inférieur. Se basant, d'autre part, sur la théorie du reflux duodénal dans l'estomac, théorie soutenue par Boldyreff, ils concluaient que la dérivation duodénale, en supprimant le reflux vers l'estomac du suc duodénal alcalin, constituait un élément pathogénique majeur dans la genèse des ulcus gastro-jéjunaux.

Cette conclusion a été combattue par Leriche qui n'admet pas la notion du reflux de Boldyreff et qui oppose au rôle attribué à la dérivation l'expérience de Mac Cann. Dans cette dernière, le retour dans l'estomac du suc duodénal dérivé n'empêche pas la formation des ulcères.

M. Pierre Duval se déclare assez embarrassé pour prendre position à ce sujet. Les physiologistes ne sont pas d'accord, dit-il. Le reflux duodénal existe-t-il ? Discussion. L'estomac contient-il de la bile, soit à jeun, soit en pleine digestion ? Discussion encore. Quel est le régime normal de la cavité gastrique ? Discussion toujours. Il faut enregistrer, cependant les nouvelles expériences de MM. Weiss, Graves et Gurriaran avec intérêt. Elles s'efforcent de répondre aux objections de M. Leriche et apportent des arguments nouveaux en faveur de la pathogénie des ulcères gastro-jéjunaux soutenue par ces auteurs. P. L.

### Syndrome parkinsonien et troubles mentaux dans un cas d'intoxication chronique par le véronal. Guérison par la suppression de l'hypnotique.

(MM. Mussio Fournier, E. Garcia Austt et et Arrideltz, de Montevideo. — *Société méd. des hôp. de Paris* ; 13-11-1931.)

Quelques-uns des tableaux cliniques sont conditionnés, en pareils cas, par de grosses lésions des centres nerveux ; la symptomatologie nerveuse observée alors n'est naturellement pas susceptible d'amélioration. Au contraire, dans les cas où les lésions sont légères, superficielles ou partielles, on peut espérer une atténuation plus ou moins marquée des troubles nerveux, lorsqu'on supprime le toxique.

C'est l'explication qui s'impose dans l'observation relatée, dans laquelle tous les symptômes psychopathiques et neurologiques disparurent avec la suppression du véronal.

Ce cas de parkinsonisme est d'autant plus intéressant à connaître que certains auteurs ont décrit des cas d'intoxication aiguë par le véronal, simulant l'aspect d'une encéphalite léthargique.

### Sclérose amyloïde du rein à forme albuminurique simple. Azotémie aiguë terminale.

(MM. Lemierre, Léon-Kindberg, Cottot et Mahoudeau-Campayer. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-11-1931.)

Cette observation est intéressante, car on a pu, dans des conditions particulièrement favorables, poursuivre l'examen chimique du sang et des urines.

Il s'est agi d'une maladie amyloïde bien caractérisée, consécutive à un pyopneumothorax tuberculeux secondairement fistulisé. Pendant la vie, l'apparition d'une abondante albuminurie, coïncidant avec une tuméfaction des deux reins, en permettait le diagnostic. L'épreuve du rouge Congo a parlé également dans ce sens. L'autopsie a confirmé ce diagnostic, en montrant deux énormes reins blancs d'aspect caractéristique, ainsi qu'une tuméfaction significative du foie. L'examen histologique a permis de déceler des lésions d'amylose, non seulement dans le foie et les reins, mais aussi dans la rate et les capsules surrénales. Les lésions rénales, en particulier, étaient constituées par un mélange d'amylose, d'une part, et d'autre part de sclérose extrêmement étendue, réalisant la sclérose amyloïde la plus typique.

Cette sclérose amyloïde a évolué pendant près de deux ans, sans avoir jamais provoqué d'œdèmes. Dès la constatation de l'albuminurie, et durant plus d'un an, la malade est restée au régime déchloruré ; mais, par la suite et jusque dans les dernières semaines de son existence, elle a pu reprendre une alimentation salée, sans avoir jamais présenté la moindre trace d'infiltration. La tension artérielle est toujours demeurée basse. Il s'est donc agi d'une forme albuminurique simple d'amylose rénale.

Malgré cette absence d'œdèmes, des examens répétés à trois reprises ont montré une diminution notable du taux des protéines du plasma sanguin avec abaissement du rapport : sérine — globuline. Ceci démontre, une fois de plus, que l'hypoprotéinémie et l'abaissement du rapport sérine plasmatique — globuline ne peuvent être considérés comme le facteur déterminant des hydropisies brightiques, et

que la seule cause actuellement démontrée de ces hydropisies est la rétention du chlorure de sodium.

L'examen des urines a révélé, en même temps que l'albuminurie, la présence de cylindres granuleux et hyalins dans le sédiment.

La présence de corps biréfringents dans l'urine a été décelée à deux reprises pendant la phase purement albuminurique ; ils ont disparu peu de temps avant la mort. On sait que cette constatation a perdu beaucoup de sa valeur, qu'elle n'appartient en propre à aucune entité morbide particulière et qu'elle traduit un processus assez banal d'infiltration lipoïdique du parenchyme rénal présent dans différentes formes de néphrite.

Une azotémie rapidement ascendante s'est développée dans les quinze derniers jours de l'existence ; elle a été responsable de la terminaison mortelle. Or, pendant près de deux ans, elle avait fait complètement défaut ; le seul indice, révélant une perturbation légère de l'excrétion uréique, était une minime élévation de la constante d'Ambard à 0,11 ou 0,12, associée à une élimination de la phénolsulfone-phtaléine de 32 p. 100. Correspondant à cette absence d'azotémie, l'état général était resté bon. Il a fallu, pour amener la rupture d'équilibre, un facteur nouveau sous forme d'une poussée d'infection, de nature indéterminée, qui s'est traduite par une brusque poussée fébrile, avec aggravation subite des altérations rénales ; le fait s'observe donc chez maint brightique banal, comme au cours de la sclérose amyloïde du rein ; il y a, par conséquent, une frappante analogie entre la marche de la sclérose amyloïde du rein et celle des autres scléroses rénales.

**Un cas de kala-azar autochtone de l'adulte : splénectomie, guérison.**

(MM. Abrami, Grégoire et Robert-Wallich. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-11-1931.)

Ici, l'ablation de la rate associée secondairement au traitement par le néostibosane a produit, contrairement à d'autres cas, une véritable et définitive résurrection.

Le diagnostic avait erré pendant huit mois, en raison de l'existence dans les antécédents de la malade, d'un paludisme ancien, auquel on avait rapporté l'affection actuelle. Or, dans les conditions spéciales où se trouvait cette malade, qui n'avait pas quitté l'Europe occidentale depuis plusieurs années, le diagnostic de kala-azar paraît au contraire devoir s'imposer aux médecins, à la seule condition d'y penser.

C'est le troisième cas, publié en France, d'un kala-azar autochtone de l'adulte, contracté certainement dans notre pays.

Dans nos régions, une splénomégalie s'accompagnant d'accès fébriles quotidiens, ne cédant pas à de hautes doses de quinine correctement administrées ne peut être imputée au paludisme.

La ponction de la rate doit être le complément nécessaire de l'examen du sang dans ces cas ; on trouvera souvent des leishmania typiques, qui ont choisi cet organe comme repaire principal.

**Influence de la traversée du foie sur les albumines du sérum sanguin.**

(MM. Léon Binet et Codounis. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-11-1931.)

Des recherches expérimentales, entreprises chez le chien normal, ont montré que, dans le sérum de la veine porte, avant la traversée du foie, le taux des albumines est plus élevé que dans le sérum du sang artériel. Dans les veines sus-hépatiques, après la traversée du foie, les albumines baissent notablement. La chute enregistrée à la sortie du foie touche surtout la globuline, et on note ainsi une élévation du quotient albumineux du sérum, c'est-à-dire du rapport sérine-globuline.

G. F.

## *Lille*

*Société médicale et anatomo-clinique.*

Séance du 10 novembre 1931.

**Sur un cas de kyste dentaire.**

MM. Courty et Defrenne. — Homme de 29 ans. A fait de multiples abcès dentaires ; on a découvert ensuite un kyste de l'hémi-maxillaire droit, lequel, après incision, s'est fistulisé et infecté. Ce kyste a la grosseur d'une petite noix, est presque indolore, ne donne pas de sensation parcheminée à la palpation. L'intervention a consisté en une trépanation du maxillaire, une exérèse de la partie saillante du kyste, un curettage de la cavité profonde et l'extirpation de deux dents. Tamponnement par mèche ; cicatrisation lente et guérison.

Les auteurs étudient la pathogénie de ces kystes.

**Recherches sur les réactions d'immunité chez les porteurs de méningocoques.**

M. Archer. — Il s'agit d'intradermo-réactions faites au moyen d'endotoxines méningococciques chez des porteurs de méningocoques en activité, chez d'anciens porteurs et chez des sujets neufs.

Ces recherches avaient pour but de vérifier si les porteurs peuvent être ainsi distingués des sujets neufs, et de dégager des conclusions au point de vue de la vaccination préventive antiméningococcique.

Elles ont montré que les porteurs de germes réagissent comme les sujets sains à l'intradermo-réaction à l'endotoxine méningococcique diluée, c'est-à-dire dans une très faible mesure.

Il ne semble donc pas que cette endotoxine représente un antigène intéressant pour réaliser l'immunité antiméningococcique.

**Epilepsie Bravais-Jacksonienne consécutive à une fracture de la voûte méconnue. Trépanation ; guérison avec persistance de parésie brachiale.**

M. Vincent. — Blessé du crâne, dont la plaie fut immédiatement suturée, sans exploration de l'os. Quatre jours après l'accident, crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne. La trépanation montre des lésions graves de la table interne. Les crises n'ont plus reparu après l'intervention.

L'auteur insiste sur la nécessité d'explorer attentivement les surfaces osseuses après tout traumatisme cranien et de ne pas se borner à la simple suture des téguments.

**Tuberculose urinaire. — Impossibilité du cathétérisme uretéral. —Bonne constante.—Résultats paradoxaux de la pyélographie intraveineuse. — Néphrectomie après double lombotomie exploratrice.**

M. C. Lepoutre. — L'intérêt de cette observation est double :

1° Nous ne connaissons pas encore les lois de l'élimination de l'uro-sélectan et des produits analogues. Dans le cas présent, du côté sain, il n'y eut pas d'image pyélographique, après injection intra-veineuse d'uro-sélectan. L'existence, du côté malade, d'un rein double, dont une partie fonctionnait bien, aurait conduit à une grave erreur si l'on s'était contenté de l'épreuve pyélographique ;

2° Dans les cas où le cathétérisme des uretères est impossible, la double lombotomie exploratrice et la néphrectomie sur la Constante sont légitimes et donnent d'excellents résultats.

## *Toulouse*

*Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie.*

**Angine de poitrine traitée par la radiothérapie.**

M. Drouet rapporte l'observation d'un cas d'angine de poitrine soigné dès les premières manifestations par l'hygiène, la diététique, et les médicaments usuels sans amélioration appréciable ; les symptômes rétrocédèrent dès le début d'applications radiothérapiques, et le malade paraît actuellement guéri.

L'auteur se trouve amené à faire une mise au point de cette thérapeutique, dont les applications remontent aux travaux de Barrieu et Nemours Auguste en 1928, et ont fait l'objet en 1931, d'une enquête à la Société d'électro-radiologie du Sud-Ouest. De l'examen de 80 cas publiés, il semble résulter que, à côté des traitements étiologique, sédatif et tonicardiaque, la radiothérapie moyennement pénétrante a une place dans le traitement de l'angine de poitrine, surtout dans les formes douloureuses.

**Volumineux fibro-lipome du bras.**

MM. J.-P. Tourneux et Gadrat ont eu à intervenir chez une femme âgée de 68 ans, pour un volumineux fibro-lipome du bras gauche en voie d'ulcération.

Cette tumeur, bien circonscrite, qui avait commencé à évoluer, il y a une dizaine d'années environ, se trouvait implantée sur le tiers supérieur de la face externe du bras, par un pédicule mesurant 44 cm. de circonférence. De consistance assez molle, et recouverte d'une peau lisse, tendue et luisante, ulcérée sur une étendue de quelques centimètres, elle mesurait 23 cm. de long, sur 24 cm. de large.

L'intervention chirurgicale, extrêmement simple, eut lieu à l'anesthésie locale, et permit d'enlever facilement cette tumeur dont le poids était de 3.475 gr. ; au point de vue histologique, il s'agissait d'un fibro-lipome banal.

Les fibro-lipomes du membre supérieur ne sont pas très rares ; pourtant, malgré cette fréquence relative, ce n'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle que l'on rencontre encore aujourd'hui des tumeurs aussi volumineuses et dont le développement n'est dû qu'à l'insouciance des malades qui les portent.

**L'opothérapie testiculaire chez la femme.**

M. R. Sorel rapporte l'observation d'une femme de 34 ans, à hérédité vésanique chargée, elle-même petite névropathe. Mariée une première fois, mère d'un fils de 10 ans, divorcée, cette jeune femme présente depuis qu'elle vit seule des troubles variés : insomnie, impressions cénesthésiques bizarres, tremblement émotif, crises de pleurs, phénomènes vaso-moteurs, impossibilité de se fixer, phobies morbides, masturbation. Aucun sédatif ne la calme. Seuls de nouveaux rapports sexuels lui rendent un calme psychique : mais les relations qu'elle a avec son amant sont rares et n'amènent qu'un apaisement transitoire.

Entre temps, cette femme supplée avec succès total aux rapprochements sexuels par des extraits orchitiques et spermatogéniques. Un jour les deux amants se décident au mariage ; désormais le calme psychique est définitivement rétabli chez la malade, les divers troubles disparaissent. L'imprégnation spermatique, actuellement constante, permet d'arrêter sans encombre l'opothérapie testiculaire.

Une grossesse survient. Cette malade, dont l'équilibre psycho-endocrinien ne pouvait s'accommoder du célibat, a ressenti les heureux effets de l'imprégnation spermatique alternativement naturelle et opothérapique.

**Kyste du maxillaire inférieur.**

MM. J.-P. Tourneux et Petel communiquent l'observation d'une femme âgée de 44 ans, atteinte d'un kyste du maxillaire inférieur droit. Cette tumeur avait apparu, il y a environ 9 ans, peu de temps après l'avulsion de la deuxième grosse molaire, et avait déjà été l'objet de trois interventions dont deux par la voie buccale.

Actuellement, elle réalisait une très forte saillie à l'extérieur, et occupait toute l'étendue du maxillaire

réduit à une mince coque comme le montrait l'examen radiographique.

L'intervention eut lieu par voie externe, et consista après incision parallèle au maxillaire et désinsertion partielle du masséter, en curetage de la poche dont la paroi antérieure fut réséquée.

Les suites opératoires furent normales, l'examen histologique montra que la membrane tapissant la face interne du kyste était constituée par un épithélium pavimenteux stratifié dépourvu de papilles.

**Sur le traitement de la conjonctivite gonococcique.**

M. Ed. Garipuy fait une révision des sérums et des vaccins employés. Il rapporte l'observation d'un homme de 57 ans, atteint d'uréthrite gonococcique qui venait de perdre un œil de conjonctivite, de même nature, malgré le traitement classique associé au vaccin de Bruschettini. L'autre œil étant atteint fut soigné par le même traitement externe et par le vaccin de Renard : le 6e jour la sécrétion fut tarie et le malade hors de danger ; la guérison fut définitive.

L'auteur considère que le vaccin de Renard, préparé avec les gonocoques et les microbes purulents de la conjonctive est un excellent adjuvant au traitement local dans les conjonctivites gonococciques, en particulier chez l'adulte. Le vaccin doit être continué assez longtemps pour éviter les récidives.

**Luxation ouverte du cubitus.**

M. J.-P. Tourneux et Gouzi rapportent l'histoire d'un homme âgé de 38 ans qui, à la suite d'une chute du haut d'une échelle sur la paume de la main droite, s'était fait une fracture de l'extrémité inférieure du radius compliquée de luxation ouverte en avant de l'apophyse styloïde cubitale.

L'état de cette apophyse ne permettant pas de tenter une réduction directe, il fut procédé à une résection : les suites opératoires furent normales.

Il s'agit là d'un fait relativement rare, étant donné la grande fréquence des fractures du radius et le petit nombre de cas s'accompagnant de luxation cubitale par rupture du ligament triangulaire.

# Les Congrès

## XLe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*) (1)

### Les péritonites à pneumocoques.

Rapport de MM. Bréchot, de Paris, et Nové-Josserand, de Lyon.

**Symptômes.** — Le début est d'ordinaire brutal, dramatique.

Le sujet éprouve une douleur violente dans l'abdomen. Il vomit, présente parfois de la diarrhée et une élévation thermique marquée.

L'herpès est souvent signalé.

Les prodromes sont rares. On a voulu, avec quelque exagération, faire de cette absence de prodromes un signe diagnostique différentiel d'avec l'appendicite.

Quoique rares, ces troubles prémonitoires existent: céphalée, diarrhée, douleurs.

Mais le début peut être moins bruyant ; et quand l'affection est secondaire à une autre localisation du pneumocoque, ces signes sont souvent masqués et d'appréciation difficile.

Du reste, la symptomatologie varie quelque peu suivant que la péritonite est généralisée ou localisée.

Dans la péritonite diffuse, le début est particulièrement impressionnant. Rapidement l'état général est atteint. On note souvent une dissociation du pouls et de la température, une dyspnée intense sans lésion pulmonaire, un visage cyanotique.

Les douleurs s'accentuent ; les vomissements se renouvellent, noirâtres ou fécaloïdes. La diarrhée persiste, le thermomètre accuse 39-40. Le pouls bat entre 140 et 160.

Tantôt le ventre est uniformément ballonné et le facies péritonéal. Tantôt au contraire, la paroi reste souple, peu douloureuse à la palpation ; et ce sont les signes d'intoxication qui dominent la scène.

Le visage est pâle, le sujet nerveux, agité, délirant.

Dans les 2 cas, la mort survient par collapsus cardiaque, avec souvent une élévation thermique terminale à 41 degrés et plus.

L'évolution dure de six à huit jours. Un épanchement bruyant. Le doute n'est guère possible que dans les formes anormales où les signes propres à la péritonite sont masqués par ceux d'une autre affection.

Quelquefois on pensera à une entérite banale parce que la diarrhée et les coliques domineront ; mais au bout de quelques jours le ballonnement du ventre corrigera l'erreur.

La confusion avec la fièvre typhoïde sera de courte durée, le séro-diagnostic tranchant rapidement la question.

Le diagnostic est encore à faire avec l'invagination intestinale, avec la pneumonie à cause du point dou-

(1) V. *Concours médical*, nos 5, 6, 7 et 8.

loureux abdominal au début, avec le phlegmon sous-péritonéal, l'ostéo-myélite du bassin, l'arthrite aiguë de la hanche.

Le diagnostic de péritonite étant établi, reste à affirmer son origine pneumococcique. La confusion est surtout possible avec la péritonite appendiculaire.

Le tableau clinique est généralement plus alarmant dans la péritonite pneumococcique ; mais certaines appendicites gangréneuses, foudroyantes, présentent aussi cette symptomatologie impressionnante.

L'appendicite a presque toujours été précédée d'autres crises ou tout au moins de troubles digestifs ; la péritonite pneumococcique n'est précédée d'aucun symptôme, le malade n'a pas de passé abdominal.

Enfin, la douleur est peut-être plus diffuse dans la péritonite à pneumocoque que dans la péritonite appendiculaire et la paroi y demeure souple plus longtemps.

On le voit, aucun signe de certitude ne peut étayer ce diagnostic. Il semble que ce soit dans les rapports qui existent entre tous les signes décrits que l'on puisse trouver les meilleures indications. Cependant l'examen du sang montre une leucocytose avec augmentation du nombre des polynucléaires. Kolowski a dit qu'une leucocytose dépassant 30.000 et une proportion de polynucléaires dépassant 90 p. 100 serait en faveur de la péritonite à pneumocoque, car dans l'appendicite ces chiffres ne seraient pas atteints

**Pronostic.** — Les formes légères susceptibles de guérir par résolution sont assez fréquentes, semble-t-il, mais elles échappent à l'appréciation en raison du diagnostic qui ne peut être contrôlé.

Dans les péritonites confirmées, la mortalité varie suivant qu'il s'agit d'une forme diffuse ou d'une forme localisée.

La proportion des guérisons atteint 80 p. 100 dans les péritonites circonscrites et 20 p. 100 seulement dans les péritonites massives.

Il importe de souligner que tous les cas relatés dans les statistiques, sauf exception, ont été opérés. La guérison peut cependant se produire spontanément ou après une intervention minima quand l'abcès tend à se faire jour lui-même à l'ombilic, à l'intestin, etc.

**Traitement.** — Tout se ramène à savoir si la règle de l'intervention d'urgence dans les péritonites aiguës est applicable aux péritonites à pneumocoques. Il faut distinguer :

1° Le moment de la crise ;

2° La période d'état.

Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la conduite à tenir au début de l'affection.

Les uns, partisans décidés de la temporisation, voient dans l'intervention précoce un geste inutile et dangereux. La laparotomie a pour but l'évacuation du pus et des matières septiques, la suppression de la source de l'infection : appendice, trompe à réséquer, ulcère perforé à suturer, etc. Or, dans la péritonite à pneumocoque il n'y a rien à évacuer au début de la crise, et la source de l'infection ne peut être atteinte puisque aussi bien il s'agit d'une septicémie.

Mais les interventionnistes font remarquer que les sujets non opérés meurent toujours et que si la mortalité opératoire est manifestement très élevée elle l'est moins cependant que celle qui accompagne l'évolution spontanée. Ils pensent que les malades succombent non du fait de l'intervention, mais du fait de la gravité extraordinaire de la maladie. Leur gros argument est la difficulté d'arriver à un diagnostic certain, l'erreur en cas d'appendicite étant susceptible d'avoir des conséquences fatales

Les rapporteurs sont d'avis qu'il est difficile de conclure. En présence d'un syndrome péritonéal aigu, le chirurgien ne doit pas prendre le bistouri sans avoir cherché à faire le diagnostic exact de la cause, et sans avoir notamment discuté l'éventualité d'une péritonite à pneumocoques.

En période d'état tout le monde est d'avis d'attendre que le diagnostic soit certain. Il semble bien en effet que l'opération en période intermédiaire soit peu favorable.

A côté du traitement chirurgical les rapporteurs exposent les moyens médicaux susceptibles d'être utilisés, soit avant, soit après l'opération.

La transfusion, 250 centimètres cubes pour un enfant de six ans, est à conseiller comme dans toutes les infections.

La sérothérapie pneumococcique a pu rendre quelques services, mais il faut injecter des doses élevées.

La vaccination ne peut être indiquée que dan les formes à évolution retardée, étant donné que son action se fait sentir beaucoup plus lentement que celle de la sérothérapie. Barling n'en a obtenu aucun résultat.

La chimiothérapie n'est guère plus efficace dans les péritonites déclarées.

### Discussion

M. Mathieu (de Paris) condamne absolument l'intervention d'urgence en matière de péritonite à pneumocoques.

Le chirurgien, trop souvent, en présence d'un syndrome péritonéal, ne pense qu'à l'appendicite. Il doit s'efforcer de faire un diagnostic précis. Il doit mûrir son diagnostic. Sans oublier la fréquence de l'appendicite et l'importance dans ce cas de l'intervention précoce, il faut que le chirurgien envisage toujours la possibilité d'une péritonite pneumococcique.

Bien souvent, ce qu'on considère comme une appendicite mortelle en dépit de l'opération, n'est en réalité qu'une péritonite à pneumocoques aggravée par l'intervention.

Plusieurs fois, dans de telles circonstances, l'auteur a pu constater nécropsiquement l'erreur du diagnostic.

M. Hardouin (de Rennes) rapporte deux observations de péritonites à pneumocoques chez l'homme adulte.

Le premier malade opéré le cinquième jour, présentait un volumineux abcès collecté dans le Douglas. Il guérit après une longue convalescence.

Le second malade, opéré plus précocement, a succombé à l'évolution d'accidents septicémiques.

L'auteur montre la rareté de la péritonite à pneumocoques chez l'homme adulte. Il insiste sur la difficulté d'un diagnostic certain qu'il faut cependant rechercher, car il est à la base d'un traitement rationnel avec intervention chirurgicale retardée.

**Le forme péritonite à pneumocoques dans l'appendicite.** — M. Tavernier (de Lyon). Depuis que Mathieu a jeté le cri d'alarme sur le danger de l'intervention précoce dans la péritonite à pneumocoques, l'auteur a étudié de près les cas susceptibles de comporter un enseignement.

Il relate l'histoire d'une péritonite à pneumocoques prise pour une appendicite et que l'opération n'a pas empêché de guérir, et trois cas d'appendicite à forme de péritonite à pneumocoques.

Ces appendicites sont caractérisées par la gravité de l'état général, la diarrhée précoce, l'absence de signes de localisation iliaque droite. Ces symptômes anormaux sont conditionnés par deux facteurs anatomo-pathologiques : évolution gangréneuse de la lésion donnant lieu à un syndrome toxique avec diarrhée et situation anormale de l'appendice : rétrocæcal ou pelvien, qui explique l'absence de signes iliaques d'une part, et d'autre part la persistance du péristaltisme intestinal, l'appendice malade étant en quelque sorte exclu du grand péritoine.

Ces formes ne sont pas exceptionnelles chez le jenne enfant. Elles sont graves, exigent une opération immédiate. Leurs symptômes anormaux en imposent forcément pour une péritonite à pneumocoques.

Tant que le laboratoire ne nous aura pas donné un moyen de diagnostic sûr et rapide, l'incision iliaque exploratrice sous anesthésie locale faite systématiquement, restera le seul moyen d'éviter une erreur de diagnostic qui risquerait d'être fatale en cas d'appendicite.

*(A suivre)*.

M. Dariau.

# Les Livres

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris 6e.

Dr J. Bref. — **L'artichaut**. Préface du Dr Henri Leclerc. (In -16, 45 pages).

C'est une étude historique, littéraire, agricole, alimentaire et médicale de l'artichaut (Cynura-Scolymus) ; ce légume excellent, qui avait rendu autrefois des services éminents dans la thérapeutique des maladies du foie, peut reprendre aujourd'hui une place très honorable auprès des toniques hépatiques ; notamment la décoction de feuilles d'artichaut fait en moins d'une semaine disparaître le teint ictérique, et rétablit la couleur normale des selles . Elle agit aussi dans les cas où l'insuffisance hépatique se traduit par de l'oligurie et de la constipation.

Collection Armand Colin,
103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Dr J. Lhermitte, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — **Le sommeil**. (In-16, 212 pages, 1931. Prix : 12 francs.)

Mystérieuse dans son essence pour nos devanciers, la fonction hypnique, envisagée au point de vue biologique, rentre aujourd'hui dans la grande catégorie des instincts, et possède, comme tel, une représentation formelle dans le système nerveux central. Chaque période de cette fonction, qu'il s'agisse de la fonction active ou de la fonction passive du sommeil, trouve un écho dans la pathologie ; grâce à celui-ci, nous comprenons beaucoup mieux comment se développent et s'organisent les phénomènes physiologiques du sommeil.

Voici les titres des principaux chapitres : le sommeil physiologique (phénoménologie du sommeil normal ; le sommeil normal et le sommeil saisonnier) ; le mécanisme du sommeil ; le rêve ; les perturbations du sommeil (états confusionnels et somnambulisme ; le syndrome narcoleptique ; l'insomnie).

Librairie J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — **Diathermie et diathermothérapie.** (Sixième édition, revue et augmentée. Un vol. in-8 de 659 pages avec 297 figures dans le texte. 60 fr.).

Voici les points principaux par lesquels cette édition, globalement augmentée, diffère des précédentes.

En ce qui concerne la physique, le chapitre se rapportant à la propagation des courants de haute fréquence à travers les milieux électrolytiques et colloïdaux, et surtout à travers l'organisme, a pris une ampleur justifiée, et, d'autre part, l'auteur insiste sur l'insuffisance fréquente des indications données par le milliampérimètre thermique.

En thérapeutique, on verra que le traitement du cancer par la diathermo-coagulation prend place dans les centres anticancéreux et que, dans certains cancers, ce procédé peut, comme il en est donné un

exemple particulièrement probant, être supérieur aux rayons X et au radium.

Il est rapporté de nouvelles observations de guérison de radio et radiumdermites rebelles.

Pour la paralysie infantile de nombreuses citations d'auteurs divers français et étrangers montrent que la méthode préconisée par Bordier, et qui consiste dans la triade (radiothérapie, diathermie, galvanisation) compte de nombreux adeptes.

L'auteur étudie aussi les applications thérapeutiques de la diathermo-coagulation aux tuberculoses cutanées, ou cancers de la peau, à celui des radiologistes, aux cancers des muqueuses. Puis sont envisagées : la diathermocoagulation de la région ano-rectale, la diathermocoagulation en gynécologie, en urologie (l'électro-dessication a pu fournir des guérisons nombreuses sur des malades, dont l'urétrite remontait à plus de 20 ans), en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie, en stomatologie.

La darsonvalisation diathermique est appliquée aux troubles trophiques de la peau, aux maladies des appareils circulatoire, digestif, respiratoire, aux affections des systèmes nerveux, musculaire, articulaire, en urologie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie.

L'ouvrage se termine par la diathermie « en chirurgie générale », chapitre où sont montrés les excellents effets de la diathermie pratiquée, soit après les interventions pour réchauffer les malades et éviter les complications, soit pendant l'opération pour prévenir le choc.

Librairie O. Doin,
8, place de l'Odéon, Paris, 8e.

Sir William Hamer. — **Epidémiologie ancienne et nouvelle.** (Un vol. in-8° de 184 pages. Prix : 32 fr.).

L'auteur montre que les épidémies décrites par Sydenham à Londres au XVIIe siècle ressemblent étonnamment à celles qui sont venues plus tard, et particulièrement aux dernières vagues pathologiques, qui ont à nouveau désolé Londres à partir de 1917 et 1918. Les noms des maladies ont changé ; mais, pour lui, ce sont les mêmes.

S. W. H. donne ensuite une étude extrêmement intéressante sur l'épidémiologie durant les cent dernières années, et prouve que les anciennes données d'Hippocrate, reprises par Baillon, puis par Sydenham sont encore à considérer aujourd'hui ; l'épidémiologie ne mérite pas d'avoir autant périclité dans l'ère de la bactériologie ; l'importance excessive, donnée aux classifications microbiennes a amené, en effet, une grande confusion dans l'étude des maladies épidémiques, et déshabitue les médecins de les connaître au point de vue clinique.

Cet ouvrage fourmille d'idées fortes et de documents de première valeur.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille.

Dr Edmond Peyret. — **Pleuroscopie. Section des adhérences au cours du pneumothorax thérapeutique.** (Un vol., 242 pages.)

Dr Jacques Gadrat. — **L'espace péri-vasculaire du cerveau et de la moelle.** *Histopathologie et applications thérapeutiques.* (Un vol. gr. in-8, 185 pages, 43 fig. Prix : 30 fr.)

Librairie agricole de la Maison rustique,
26, rue Jacob, Paris, VIe.

F. Lesourd, Rédacteur en chef de la *Revue horticole.* — **Le Fraisier.** *Histoire. Variétés. Cultures.* (Un vol. 14 × 19, 232 pages, 78 fig. avec photos. Prix, franco : 13 fr. 50.)

Chez J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Auguste Lumière, correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine. — **Anaphylaxie.** (Un vol. in-8°, 158 pages, 19 fig. Prix : 18 fr.)

Le Mercure Universel,
V. Bresle, éditeur.
204, rue Solférino, Lille, et 3, cité Bergère, Paris, 9e.

Adrien Pommerol, vice-président du Tribunal civil de Lille. — **La responsabilité médicale devant les tribunaux.** *Etude théorique et pratique de jurisprudence médicale mise au courant des décisions judiciaires les plus récentes.* (Un vol. 218 pages. Prix : 18 fr. *Collection de jurisprudence médicale et de médecine légale.*)

Chez Doin et Cie,
8, place de l'Odéon.

Paul Savy, professeur à la Faculté de Lyon. — **Précis de pratique médicale.** 3e *édition entièrement remaniée.* Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. (Un vol. in-8°, 1.776 pages avec fig. et planches. Prix : 110 fr. *Collection Testut.*)

Paul Lamarque, professeur agrégé à Montpellier. — **Précis de radio-diagnostic.** (Un vol. in-8°, 750 pages, 374 radios et schémas. Prix : 125 fr. *Collection Testut.*)

Paul Gillet, ex-chef de laboratoire à la Faculté de Paris. — **La sympathicothérapie.** (Un vol. in-8°, 222 pages. Prix : 32 fr.)

Pasteur Vallery-Radot, prof. agrégé à la Faculté de Paris, et Fr. Claude, médecin consultant au Mont-Dore. — **L'asthme bronchique.** Ouvrage de la collection : *La Pratique médicale illustrée.* (Prof.

Sergent, R. Mignot et Turpin). (Un vol. in-8°, 54 pages avec fig. Prix : 16 fr.)

L. Langeron, professeur à la Faculté libre de Lille. — **Les troubles vaso-moteurs des extrémités**. Ouvrage de la collection : *La Pratique médicale illustrée* (Prof. Sergent, Mignot et Turpin). (Un vol. in-8°, 70 pages. Prix : 18 fr.)

Stanislas de Sèze. — **Pression artérielle et ramollissement cérébral.** *Recherches cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques.* (Un vol. in-8°, 232 p., 53 fig. Prix : 40 fr.)

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

Reynaldos dos Santos, professeur à la Faculté de Lisbonne, A. C. Lamas et J.-P. Caldas. — **Artériographie des membres et de l'aorte abdominale.** Préface du professeur Leriche. (Un vol. 192 p., 54 pl. Prix : 45 fr.)

## THÉRAPEUTIQUE

### Une pommade anesthésique : le Percaïnal

On voit immédiatement de quoi il s'agit : une pommade dont le principe anesthésiant est la Percaïne, cette substance douée d'une puissance anesthésique énorme, puisqu'elle est dix fois celle de la cocaïne ou de la novocaïne. Et non seulement cette puissance anesthésique de la Percaïne est dix fois plus élevée, mais encore l'insensibilisation, par elle procurée, se prolonge 4 à 5 fois plus dans le temps. Ce sont là des conditions particulièrement bonnes pour la réalisation d'une pommade anesthésique, qui doit avoir parmi ses qualités d'être efficace d'abord, et que son action ne soit point fugace, reproche que l'on peut faire à la plupart de celles actuellement existantes. Il ne faut pas, non plus, qu'une telle pommade soit toxique, ni qu'elle renferme des substances stupéfiantes, correspondant à la législation du tableau B, puisqu'elle doit être généralement utilisée plus de sept jours et être mise entre toutes les mains. Ce sont là encore des qualités que possède le Percaïnal.

Ses indications sont larges, mais nous ne nous y étendrons pas beaucoup, puisqu'elles découlent immédiatement de son mode d'action. Mentionnons, toutefois, que grâce à son excipient, en partie résorbable en partie couvrant, le Percaïnal réalise un excellent pansement des lésions cutanées. Analgésié, ne sollicitant plus par le prurit ou la douleur le grattage ou les attouchements du malade, le tégument peut se réparer sous la couche protectrice, dont il le revêt, et, ainsi, guérir beaucoup mieux et plus rapidement que sous tout autre topique. Le malade n'est plus torturé par l'insomnie, il repose et, de ce fait, sa nutrition également se trouve améliorée, d'où guérison plus facile des troubles trophiques et des lésions ulcérées.

Parmi les affections, où l'action du Percaïnal est le plus favorable, citons les diverses variétés d'eczéma, surtout ceux à forme aiguë avec poussées paroxystiques, les dermites professionnelles des blanchisseuses, les intertrigos, le prurigo prétibial, les dermites variqueuses, l'herpès et le zona, l'impétigo à sa période de cuisson et dans ses formes fissurées ; tous les prurits, y compris ces cas assez désespérants de prurit sénile, de prurit anal et vulvaire, où le traitement symptomatique est de rigueur et où il est le seul, avec le Percaïnal, à procurer de longues heures de calme et de répit.

Dans les hémorroïdes enflammées, les fissures anales, les crevasses du sein, les brûlures, l'action calmante et insensibilisante du Percaïnal n'est pas moins précieuse.

Cette pommade, au total, anesthésique et antiprurigineuse, antiphlogistique et astringente, est un médicament externe qui, dans la multitude des affections cutanées, complète admirablement les prescriptions causales internes, parce qu'elle calme la douleur et le prurit, libère le psychisme du malade de l'obsession de son mal, lui évite d'y ajouter l'aggravation du grattage, lui permet le repos et le sommeil et, par là, le place dans les meilleures conditions pour guérir.

A. S.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## L'Actualité Professionnelle

### QUELQUES PROBLÈMES DÉONTOLOGIQUES

I

La déontologie étant l'ensemble des devoirs professionnels du médecin, c'est demeurer sur le terrain déontologique que de reprendre brièvement la question des toxicomanes et des relations du médecin avec eux. Je l'ai déjà fait, et j'y reviens néanmoins, après avoir lu un travail intéressant du Dr PASSELÈGUE, sur l'*Insuffisance des mesures répressives dans la lutte contre certaines toxicomanies.*

Il s'agit plus particulièrement des cocaïnomanes et des morphinomanes, dont les héroïnomanes ne sont qu'une variété, — qui s'adonnent à l'usage permanent de ces drogues, sans aucune nécessité thérapeutique.

Si la chasse aux pourvoyeurs de ces malheureux est, à Paris, bien organisée, en province, elle est inexistante, nous dit notre confrère. Elle l'est d'autant plus que les premiers agents de la répression, les commissaires de police, sont souvent paralysés dans leur action et désarmés, et que les sanctions n'ont pas toujours une salutaire sévérité.

D'ailleurs, et même à Paris, si l'on excepte les véritables brimades auxquelles, de temps à autre, les médecins sont en butte, la lutte contre ces toxicomanies est inégale et la repression demeure peu efficace. Aussi, cherche-t-on, à la Société des Nations, et à Paris également, à promouvoir des mesures qui restreindraient l'emploi de l'opium et de ses dérivés aux seuls malades légitimement qualifiés par leur état pour en user. Problème infiniment complexe, profondément ardu quand on sait surtout que l'exploitation de l'opium, dans certaines de nos colonies, est, tout comme celle de l'alcool en France, une source abondante de profits pour le Trésor.

C'est une situation de fait qu'il ne faut pas craindre de mettre en évidence.

Quoiqu'il en soit, il est des cas où leur prescription s impose. Je n'ai pas à les rappeler ici, mais il n'en est pas un seul de nous qui ne se reconnaisse pour première obligation de calmer la souffrance, par tous les moyens, et par celui-là, quand l'indication s'en présente.

Ces cas exceptés, qui sont de la pratique de tous les jours, comment un toxicomane passionnel aborde-t-il le médecin ? Il est exceptionnel qu'il avoue spontanément son vice. Dépourvu momentanément de ses moyens d'approvisionnement habituels, il prétextera une insupportable manifestation douloureuse, pour réclamer un soulagement immédiat que la morphine (ou l'héroïne) seule pourra lui apporter.

Pourtant, comme le prétexte risque de ne pas être admis toujours, il est possible que l'intéressé confesse son habitude. Mais alors, il se déclarera décidé à s'en débarrasser par une cure de sevrage. Et c'est là qu'il faut se montrer d'une circonspection particulièrement vigilante.

Il faut le proclamer de nouveau :

*Une désintoxication morphinique ne peut être sérieusement entreprise que dans des établissements spéciaux, sous une direction technique clairvoyante, avertie et expérimentée.*

Donc, le conseil qui devra être impérativement formulé tout d'abord, ce sera : « Entrez dans tel établissement, où l'on est outillé pour soigner les cas de ce genre. »

Le plus souvent, on se heurtera à un refus qui se dissimulera derrière des considérations, développées avec un luxe de détails inoui. Le toxicomane jurera ses grands Dieux qu'il est tout prêt à se laisser démorphiniser, pourvu qu'il ne quitte pas son domicile, sa famille, son milieu... Et rien n'interdit au médecin d'essayer ; mais il faut qu'il sache que 999 fois sur 1.000, il courra à un lamentable échec.

« Avant d'entreprendre cette cure à domicile, dit M. Passelègue, il est prudent de se demander :

1° Si le fournisseur habituel de votre malade n'a pas sa marchandise en souffrance ;

2° Si vous êtes le seul médecin occupé dans le même temps à désintoxiquer votre malade.

Enfin, dans le cas où, nanti d'un beau zèle, vous voulez tout de même poursuivre cette tâche ingrate,

acceptez l'affirmation de votre malade qu'il est descendu de un gramme à dix centigrammes. Mais pour ces derniers dix centigrammes, demeurez toujours énergiquement sceptique. Ceux-là, c'est seulement la maison de santé spécialisée qui l'en sèvrera peut-être (1). »

Très juste, et parfaitement observé. Tant que la ration limite inférieure ne sera pas atteinte, le toxicomane s'offrira la coquetterie d'aller au devant de vos décroissances de dose. Vienne le premier signe de besoin, sa superbe s'effondrera, et il cherchera mille raisons pour suspendre la diminution.

Ne vous y laissez pas prendre. Vous risqueriez de n'en sortir que par la porte détournée du Tribunal correctionnel, gratifié d'une amende plus ou moins forte, et peut-être même d'une peine d'emprisonnement.

N'entreprenez de cure de désintoxication à domicile que dans des circonstances infiniment rares. Ne le faites qu'après avoir appelé en consultation un confrère avec lequel vous règlerez la marche du sevrage. Au premier achoppement, ne vous entêtez pas. Prescrivez la maison de santé comme indispensable. Et retirez-vous.

Je ne connais pas de comédiens plus entraînés, de prestidigitateurs plus habiles, de rusés plus experts que les morphinomanes. Ce n'est qu'entre les quatre murs de la chambre où on les soignera, — dépouillés de tous leurs vêtements habituels, dont les boutons, les doublures, les ourlets peuvent être autant de repaires pour l'ultime paquet, démunis aussi de leur nécessaire de toilette, dont la boîte à poudre de riz est à double fond et recèle de la morphine, de leurs objets de piété eux-mêmes, la monture de ce crucifix respectable se dévissant pour découvrir la cachette si hypocritement dissimulée, — qu'on pourra les tenir sous sa coupe, surveillés sans interruption nuit et jour, jusqu'à ce que quarante-huit heures au moins se soient écoulées depuis la dernière piqure. Et cela, à l'intérieur de la maison de santé spéciale.

II

Une commune ne possédait pas de médecin résident. Elle était visitée régulièrement par les médecins des communes voisines, dont l'un, distant de 6 kilomètres, y dirigeait une petite maison de convalescence. Un médecin s'y vient installer et semble escompter que les confrères du voisinage cesseront d'y répondre aux appels de la clientèle. A noter que les tarifs pratiqués par eux tiennent compte de leur éloignement, et comportent donc une indemnité kilométrique, et que, de toute façon, ils demeureront supérieurs à ceux que pratiquera le nouveau venu : celui-ci menace pourtant de représailles ses voisins s'ils chassent sur ses terres .....

Voici ce que j'ai répondu à l'un des anciens.

En vertu du principe du libre choix, vous avez le droit de vous rendre auprès de tous ceux qui réclament vos soins, à la condition de demeurer parfaitement correct envers vos confrères. Cette correction consiste, notamment, à ne pas visiter les malades qu'ils traitent présentement, à leur insu, à vous conformer aux règles professionnelles adoptées à ce propos, et à ne pas leur faire de concurrence, en pratiquant des tarifs rabaisiens. A ces conditions, prenant acte de ce que vous continuerez à appliquer des prix supérieurs au confrère local, je suis d'avis que vous pourrez continuer à desservir cette commune comme vous le faisiez précédemment, sans scrupules.

Par réciprocité, le nouveau venu pourra parfaitement répondre aux appels des malades de votre propre résidence, *aux mêmes conditions*. Il commettrait une faute s'il y demandait des honoraires égaux ou inférieurs aux vôtres. Cette faute serait encore plus grave, s'il y ouvrait un cabinet de consultations.

Quant à la maison de convalescence dont l'un de vous est le Directeur, je ne vois aucune raison qui pourrait l'empêcher de continuer, pourvu qu'il ne transforme pas cette maison en un centre de consultations pour les habitants de la commune en question.

III

Le Dr X est appelé auprès d'un blessé du travail, à 2 kilomètres de son domicile. Traumatisme grave nécessitant l'intervention d'un chirurgien. Il conseille de ramener le blessé chez lui, à 1.500 mètres de là, où il l'y précède, pour mander le chirurgien. Or, entre temps, un jeune médecin, le Dr Y, récemment installé loin de là (15 kilom.) mais qui, n'appartenant pas au Syndicat départemental, a la mauvaise habitude de faire des tournées régionales à jours fixes, passant par là au cours d'une de ces tournées, a ramené le blessé dans son auto. X le sollicite de lui donner son avis, qui concorde. On appelle donc le chirurgien par téléphone. Mais, Y, profitant de l'avance qu'il a prise sur son confrère X, plus âgé et moins ingambe, se met à rédiger le certificat initial, qu'il communiquera au chirurgien, mais qu'il dissimule à X.

Que penser de sa conduite, du point de vue déontologique ?

Voici ma réponse :

Les règles syndicales en vigueur dans votre département interdisant les tournées à jour fixe, le Dr X commet une faute grave contre la déontologie. Elle est d'autant plus grave qu'il visite ainsi des localités très éloignées de son propre do-

(1) Cahiers de Pratique médico-chirurgicale. R° 5. 1931.

micile et dont d'autres confrères sont beaucoup plus proches.

Quand il s'est rencontré avec X auprès de ce blessé du travail, X a agi avec la plus grande courtoisie envers lui, et leur rencontre a pris les allures d'une consultation qui pouvait se justifier par la gravité de la blessure. Mais X, ayant été appelé le premier à visiter ce blessé, était qualifié pour établir le certificat initial; Y a donc mal agi en se substituant d'autorité à lui. En supposant que, plus jeune, il ait pris l'initiative de procéder à cette rédaction, il avait l'impérieux devoir de la soumettre à X et de la lui faire signer, de concert.

Bien que Y n'appartienne pas au Syndicat, X peut essayer de l'appeler devant le Conseil de famille de ce groupement. S'il refuse de s'y rendre, il se mettra dans un mauvais cas, et méritera les mesures qui pourront être prises contre lui. S'il comparaît, il est possible qu'on parvienne à lui faire comprendre tout ce que sa conduite à de répréhensible.

Les mesures que justifierait sa persistance dans le péché, si j'ose dire, consisteraient à le mettre délibérément à l'index, ce qui pourrait le gêner quelque jour.

X, qui me met au courant de cette situation, ajoute : « C'est en de tels cas qu'un Ordre des médecins serait utile ».

En lui répondant, je lui ai posé la question: « Que ferait ici un Ordre des médecins, à votre avis ? Comment agirait-il d'une façon pratiquement efficace ? »

Certes, la conduite de ce jeune médecin est blâmable, professionnellement parlant. Mais elle relève surtout d'un défaut d'éducation. S'il est capable de s'en corriger, les admonestations actuelles de ses confrères pourront le ramener à une plus saine conception de ses devoirs. S'il est incorrigible, les sanctions dont disposerait un Conseil de l'Ordre ne seraient pas telles qu'elles pourraient agir sur lui utilement. Ce cas n'est pas de ceux qui appelleraient une suspension temporaire du droit d'exercer la médecine.

Je ne suis d'ailleurs pas l'adversaire d'une organisation disciplinaire de la profession, élargie par rapport au Syndicat, qui conserve à mes yeux toutes ses qualités fondamentales. Et les Commissions départementales, que le regretté Verger appelait des Chambres de discipline, avec un objet nettement défini, ont été préconisées à différentes reprises par moi. Elles n'ont pas perdu de leurs vertus, et peut-être seront-elles un jour créées. En attendant, les Conseils de famille des Syndicats n'en font pas moins une excellente besogne, et les décisions, déjà nombreuses, qu'ils ont prises ça et là témoignent de leur aptitude à défendre la profession contre ceux de ses membres qui la disqualifient par leurs agissements antidéontologiques. Ces décisions ne visent que les contraventions commises dans l'assurance-maladie. Elles n'en sont pas moins un exemple excellent de ce que l'on peut attendre du Syndicalisme, considéré comme le gardien de la moralité du Corps médical.

G. Duchesne.

## CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

### 1° Fixation du prix de journée

Le Dr D. nous écrit :

Au sujet de votre intéressant article du *Concours* sur les relations d'un hôpital de petite ville avec l'A. M. G., les accidents du travail, les assurés sociaux ou les victimes d'accidents d'automobile, laissez-moi vous dire que dans notre petit hôpital une journée d'A. T. rapporte à l'hôpital 12 fr. (prix de l'A. M. G.) + 30 %, soit 16 fr. alors qu'elle coûte en moyenne plus de 18 fr. Cette différence tient surtout aux frais pharmaceutiques (coton, gaze, sérums, appareils plâtrés...) que l'hôpital paye aux pharmaciens de la ville. Or, ces frais sont surtout élevés dans les premiers jours du traitement, ils vont ensuite en diminuant et l'hôpital pourrait ainsi rentrer au moins dans ses débours si l'accidenté ne demandait pas son exeat dès qu'il le peut.

Ainsi dans notre modeste hôpital, un accidenté du travail constitue une charge, au détriment des hospitalisés, qui règlent indirectement la note... par une diminution de leur confort et au bénéfice des compagnies d'assurances, qui, grâce à ce bienheureux forfait, font de confortables économies.

Pour ma part, je ne crois pas qu'il soit possible de faire autre chose que de tenter de faire abroger ce fameux article 4 de la loi de 1898.

Dr D.

#### Réponse

La question de l'établissement du prix de journée est très mal connue, principalement de la part des économes, ou des membres des commissions administratives de certains hôpitaux. Je crois donc utile de reproduire les termes du décret du 22 avril 1930, portant règlement d'administration publique, pour l'application de la loi du 14 février 1921.

Décret du 22 avril 1930 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du

14 février 1921, relative à la fixation des prix de journée dans les hôpitaux et hospices et abrogeant les décrets antérieurs.

*Article premier.* — L'article premier du décret du 30 janvier 1926, susvisé, est modifié et complété ainsi qu'il suit :

« Article premier. — Les prix de revient servant à calculer les prix de journée dus aux hôpitaux et hospices, en exécution des lois des 15 juillet 1893, 27 juin 1904 et 14 juin 1905 sont évalués en prenant pour base le total des dépenses ordinaires, extraordinaires et supplémentaires, afférentes à l'année écoulée, à l'exception de celles qui n'ont pas trait exclusivement aux besoins hospitaliers de la circonscription territoriale des établissements envisagés et sous déduction des éléments suivants :

« 1° Les charges de la dotation ;

« 2° Le montant des frais de gestion du patrimoine hospitalier, y compris le montant des travaux intéressant les immeubles du domaine privé ;

« 3° Sous réserve des dispositions ci-après, les sommes employées au remboursement de dettes ou en placement de fonds, y compris la capitalisation du dixième des revenus ;

« 4° L'excédent, s'il en existe, de la valeur des restes en magasin au 1er janvier de l'année pour laquelle est évalué le prix de revient, sur la valeur des restes en magasin au 1er janvier précédent ;

« En cas de moins-value, le total mentionné au premier alinéa du présent article serait, au contraire, majoré du montant du déficit ;

« 5° Les frais d'acquisition d'immeubles et les dépenses d'agrandissement ou de transformation de l'établissement ;

« 6° Les dépenses faites pour la production des produits en nature consommés dans l'établissement la valeur commerciale de ceux-ci restant comprise dans le calcul du prix de revient.

« Restent toutefois comprises dans le total susmentionné, les dépenses résultant d'améliorations justifiées par les besoins courants d'un service.

« Peuvent entrer en compte, en tout ou partie, les annuités des emprunts contractés par les établissements hospitaliers pour faire face à leurs dépenses résultant de travaux d'aménagement, constructions et agrandissements régulièrement approuvés.

«Pour être admis à bénéficier des dispositions du paragraphe précédent, les établissements hospitaliers doivent en faire la demande, en transmettant au maire la délibération de leur commission administrative portant vote de l'emprunt. Le conseil municipal donne son avis sur cette demande en même temps que sur le projet d'emprunt, s'il y a lieu. La décision est prise par le préfet, conformément à un barème établi par un arrêté ministériel pris après avis de la Section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique et compte tenu de la situation financière des établissements.»

A nos confrères, qui estiment, que, dans leur localité, l'hôpital réclame un prix de journée trop bas, de s'entendre avec le maire, président-né de la commission administrative de l'hôpital, ou avec un membre de la commission, pour qu'une vérification intervienne, au sein de l'établissement, permettant de se rendre compte si le bien des pauvres n'est pas détourné au profit de malades payants.

Si ultérieurement, il s'élève un conflit entre l'hôpital et le préfet pour l'approbation, par ce dernier, du prix de journée, le litige sera porté à la connaissance du conseil supérieur de l'Assistance publique dans le délai d'un mois depuis la parution de l'arrêté préfectoral attaqué.

Nous devons dire que jusqu'ici, l'hôpital n'abritait presque que des pauvres : la fixation du prix de journée n'avait d'importance que pour le remboursement par le département des journées d'hospitalisation faites au nomde la loi du 15 juillet 1893, sur l'A. M. G.

Mais peu à peu se sont glissés, puis introduits dans l'hôpital des malades payants, ou pour qui l'on paie. Malades aisés, accidents du travail, etc., nombreux sont ceux qui, aujourd'hui, considèrent l'hôpital comme étant une maison de santé à bon marché.

En ce qui concerne les accidents du travail, le législateur de 1905, par son fameux « tout compris » a favorisé les compagnies d'assurances au détriment des petits hôpitaux.

Les grands établissements peuvent encore s'en tirer, car certains blessés (les fractures par exemple) dépensent peu de médicaments au regard des grands blessés et des opérés chirurgicaux.

Mais les petits hôpitaux ne peuvent pas se rattrapper sur la quantité. La présence des blessés du travail est fort onéreuse pour eux, s'ils ne prennent pas la précaution d'inscrire, pour la fiation du prix de journée de 1932, toutes les dépenses faites en 1931, défalcation faite des recettes.

Dans ces dépenses devraient rentrer les honoraires supplémentaires alloués aux médecins et chirurgiens, pour soins donnés aux blessés du travail hospitalisés, honoraires payés par la commission administrative.

Somme toute et simplistement, un bilan d'hôpital devrait s'établir ainsi :

Dépenses : amortissement des constructions, entretien, frais généraux, nourriture, etc., frais médicaux et pharmaceutiques : x.

Recettes : fonds de dotation (revenu), recettes diverses, subventions, etc., etc : y.

Excédent des dépenses sur les recettes : z.

Pour l'année 1931, le prix de journée ressort à z, divisé par le nombre de journées de présence, soit A.

Et ce sera ce chiffre qui sera présenté à l'approbation du préfet, pour l'année 1932.

Aux médecins d'hôpitaux, aux présidents de

syndicats médicaux, aux médecins propriétaires de maisons de santé de se préoccuper de la fixation exacte du prix de journée de leur hôpital.

Bien entendu, dans cette détermination du prix de journée ci-dessus, je n'envisage que l'admission des personnes qui ont droit à bénéficier de sprix, qui sont sous la dépendance des lois des 7 août 1851 et 15 juillet 1893. En effet, l'hôpital est le domicile des pauvres, qui sont bénéficiaires des fondations, legs, dons, qui ont été institués par les personnes charitables en faveur des seuls privés de ressources.

Il s'en suit que quiconque a les moyens et se fait admettre à l'hôpital, non pas dans l'hôpital proprement dit, mais, dans ce qui fait fonction de maison de santé à bon marché, doit payer plus cher que le prix de journée, fixé par le préfet pour l'application de la loi sur l'assistance médicale. Ces gens plus ou moins aisés, ou de condition modeste, n'ont pas droit à bénéficier des revenus du bien des pauvres, qui ont été inscrits aux recettes de l'établissement, pour diminuer le chapitre des dépenses.

D'ailleurs, depuis longtemps, je demande que, dans la comptabilité d'un hôpital, qui reçoit des malades indigents, et des payants, une discrimination soit établie dans la tenue des livres et des comptes : d'une part, le budget de l'hôpital proprement dit, comportant en recettes le revenu du fonds de dotation, autrement dit du patrimoine des pauvres : de l'autre, le budget de l'hôpital, faisant fonction de maison de santé et faisant payer plus cher son prix de journée, car il rend service aux malades, qui n'ont pas besoin de se déplacer, pour se faire traiter dans une maison de santé privée, loin de leur domicile.

Le jour où l'on aura admis cette comptabilité en partie double pour nos hôpitaux, bien des ressources nouvelles seront acquises par ces établissements, qui pourront les affecter à l'amélioration des services généraux, à l'installation de nouvelles salles, ou en création de services de chirurgie, ou de spécialités, pour le plus grand bien des pauvres, qui en bénéficieront.

Dr Paul Boudin.

## 2° Composition des commissions administratives des hôpitaux

Est-il possible, nous demande un de nos confrères, de moderniser la composition des commissions administratives des hôpitaux ? Ne serait-il pas admissible que l'organisation hospitalière, quelque peu archaïque, puisse aujourd'hui posséder comme administrateurs des représentants de tous les intérêts en présence ?

Par exemple, nous écrit notre correspondant, la commission administrative d'un hôpital pourrait comprendre 12 membres, savoir : deux personnes compétentes nommées par le préfet, deux délégués élus par le Conseil municipal et choisis dans son sein, deux délégués du syndicat médical, un du syndicat des pharmaciens ; les cinq autres membres seraient les délégués des syndicats ouvriers ou agricoles, des groupements mutualistes, etc.

D'ailleurs, notre confrère nous signale qu'un vœu a été présenté en février 1931, par la Bourse du Travail de Saint-Etienne et transmis au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour que pareille transformation soit envisagée, dans la composition des commissions administratives des hôpitaux.

Je dois répondre qu'à l'heure actuelle, seule une loi peut apporter un changement quelconque à l'état présent. La composition des commissions administratives des hospices et hôpitaux est réglementée par la loi du 21 mai 1873, modifiée par la loi du 5 août 1879.

Il faut donc s'adresser au Parlement, soit par l'entremise d'un député, ou sénateur, qui déposera une proposition de loi, soit par l'intermédiaire d'un ministre, qui déposera un projet de loi, pour modifier la loi précitée. Sinon, rien à faire.

Tout au plus, une circulaire ministérielle du 20 avril 1920 recommanda-t-elle aux préfets qu'il serait désirable que, parmi les quatre membres que le préfet désigne, en toute autonomie, pour faire partie de la commission administrative d'un hôpital, un médecin puisse être désigné.

Mais encore ne sera-t-il nommé que par le préfet, si celui-ci le veut bien. Quant à demander aux syndicats médicaux de désigner leur candidat, c'est une tout autre histoire.

Donc, que tous ceux, individualités ou groupements, qui désirent apporter une modification à la composition actuelle des commissions administratives ne perdent pas leur temps en des vœux, adressés à des autorités incompétentes en la matière. Seul le Parlement a qualité de transformer l'état de choses actuel, par une loi qu'il sera appelé à voter.

Dr Paul Boudin.

# LE MÉDECIN COLONIAL

Par le Dr ABBATUCCI

(*Suite et fin*) (1)

Quelques esprits contemporains, enthousiasmés par la lutte victorieuse engagée contre les maladies, ne semblent plus accorder au facteur climatique l'importance qui lui revient. Nous ne partageons pas cette opinion. Pour créer un processus morbide, un microbe ou un protozoaire ne sont pas toujours nécessaires et il suffit, par exemple, pour engendrer la *maladie alcoolique* de se livrer à l'abus de ces mauvais alcools, comme ceux qu'on consomme aujourd'hui dans l'Amérique sèche, et qui sont pourtant des liquides éminemment stériles. La climatologie des pays-chauds sera toujours soumise, quoi qu'on fasse, à deux impératifs catégoriques : les rayons verticaux ou voisins de la verticale du *Soleil*, qui arrivent plus vite sur le crâne de l'émigrant, et le *Pot-au-Noir*, cette vaste écharpe de nuage qui s'enroule autour de l'Equateur et se promène entre les Tropiques du Cancer et du Capricorne, en déversant des flots de pluie diluvienne. Pour protéger le nouveau venu contre le poison climatique, le médecin aidé de l'ingénieur devra veiller à lui préparer un habitat convenable, en même temps qu'il l'informera des règles particulières d'hygiène, auxquelles il devra se soumettre, et qui porteront aussi bien sur son vêtement et sur sa nourriture que sur sa manière de vivre. L'application de ces mesures, que l'on nomme la *technique sanitaire coloniale*, permet de réaliser non point un *acclimatement*, c'est-à-dire une vie physiologique normale, mais une *adaptation* à un milieu donné qui, comme nous venons de le dire, dépend plus de la *flexibilité de notre industrie que de celle de notre organisme*. Si l'on en voulait une preuve péremptoire il n'y aurait qu'à soumettre l'Européen à des travaux manuels fatigants, comme ceux qui occupent les autochtones, et on verrait aussitôt apparaître le vieil aphorisme oublié : « le Blanc qui remue la terre aux colonies creuse sa tombe ». En résumé, la majorité de nos possessions d'outre-mer ne sont pas des terres de *peuplement*, mais des terres *d'exploitation*, où l'Européen, accidenté climatique, ne peut apparaître que comme Directeur ou Conseiller technique des entreprises conformément aux prescriptions de l'hygiène exotique.

Dans la lutte contre les maladies, c'est-à-dire dans l'assainissement des territoires, le rôle du médecin est capital.

Au début de la colonisation, sa vie se confondait avec celle des explorateurs et des conquérants dont le lieutenant-colonel Ferrandi, avec son grand talent et sa foi ardente, vous a raconté et vous racontera la prestigieuse épopée : les Francis Garnier, Rivière, Brazza, Monteil, Gentil, Galliéni, Archinard, Borgnis-Desbordes, Destenave, Marchand, Mangin, Gouraud, Lyautey, etc...

Parmi eux, se trouvaient les médecins et pharmaciens de la Marine et des Troupes coloniales : Crozat, dont j'ai évoqué ici même l'émouvante aventure soudanaise, Crevaux, le découvreur de la Guyane, Harmand le futur ambassadeur, Liotard de la Mission Gentil, mon camarade de promotion Boyé, qui fut avec Gouraud à la prise de Samory, mon ami Emily qui, après avoir guerroyé au Soudan avec Archinard, accompagna Marchand dans sa fameuse mission et qui a bien voulu, aujourd'hui présider cette conférence, et combien d'autres que je m'excuse de ne pouvoir citer et dont le nom appartient à l'histoire.

Ce fut l'époque dite héroïque et que tout Français doit connaître, s'il veut comprendre les temps présents.

La paix étant survenue, il s'empressa aussitôt de jeter les bases des organisations, qui régissent aujourd'hui encore le service de santé de notre empire d'outre-mer : ambulances, hôpitaux, dispensaires, lazarets, instituts d'hygiène, laboratoires, etc..., centres de rayonnement d'une bienfaisante influence.

La lutte contre les maladies fut menée avec vigueur : maladies de *carence*, produites par l'insuffisance du vêtement, de l'habitat et de la nourriture ; maladies *endémiques*, parmi lesquelles il suffira de citer le paludisme, la maladie du sommeil et la dysenterie ; maladies *épidémiques* : choléra, typhus exanthématique, peste, fièvre jaune, etc..., si redoutées des anciens navigateurs.

Grâce aux découvertes des laboratoires, parmi lesquelles s'illustrèrent les Laveran, Yersin, Calmette, Simond, Marchoux et toute la jeune pléiade pastorienne, le succès a dépassé toutes les prévisions, et, si l'on considère l'histoire de la pathologie exotique de ces dernières années, on demeure émerveillé devant les progrès obtenus en si peu de temps. Pour faire pénétrer ces bienfaits au milieu des populations indigènes, la médecine s'efforçait en même temps de devenir plus sociale, en multipliant à côté des grands instruments de l'armement sanitaire, des organismes plus souples et plus légers, le *dispensaire fixe* centre d'attraction des malades, et le *dispensaire*

(1) V. *Concours médical*, n° 8.

*mobile*, «véritable organe de consultation en marche », suivant l'expression du Maréchal Lyautey, qui pénètre au milieu des groupements les plus reculés pour y semer des notions élémentaires d'hygiène et de prophylaxie. Le succès de la croisade sanitaire, encore plus que dans la métropole, est en effet lié à l'éducation hygiénique des races. Les médecins, qui servent en Afrique équatoriale et au Cameroun ravagés par la maladie du sommeil, nous donnent le plus magnifique exemple de l'apostolat médical. Le terrain à protéger est divisé, comme un lieu de combat, en un certain nombre de secteurs dont le médecin est le commandant avec un groupe d'infirmiers sous ses ordres. Sur des sentiers à peine tracés dans la forêt équatoriale, où les glossines bourdonnent leur chant de mort, où, sur des pirogues qui sillonnent l'immense réseau fluvial, ils se mettent en quête de tous les porteurs de germes pour leur distribuer l'injection stérilisante.

Cette lutte contre les facteurs de dépopulation aura, dans quelques années, les meilleures répercussions sur notre démographie coloniale déficitaire. On sait, en effet, que notre domaine d'outre-mer est égal en superficie à l'Europe. Or, il est à peine peuplé de 50 millions d'habitants, alors que l'Europe en a plus de 450 millions. La mise en valeur des Colonies est donc, avant tout, un problème démographique, qui ne peut être résolu que par la collaboration intime et cordiale de l'Administrateur et du médecin. L'effort devra surtout porter sur le bloc africain, qui se trouve dans le prolongement de la métropole, et sur des territoires, qui comptent à peine parfois un habitant au kilomètre carré, alors que l'opulente Indo-Chine est peuplée de 20 millions d'habitants.

Nous arrivons maintenant au dernier terme de l'équation tropicale : la menace ethnique.

Elle s'exprime, par exemple, lorsqu'un indigène porteur de germes contagieux, se refuse à souscrire aux mesures sanitaires destinées à protéger la collectivité, ou encore qu'il se met en rébellion ouverte contre les représentants de la puissance protectrice. En Afrique Equatoriale et Occidentale, et autrefois même en Indo-Chine, on a vu des villages s'enfuir dans la forêt à l'annonce de la venue du médecin. Ce dernier, par sa radioactivité et par sa réputation de guérisseur, est parmi les plus qualifiés pour inspirer confiance. C'est par le *miracle* de la guérison comme celle du pian par le Stovarsol et de la trypanosomiase par l'Atoxyl et la Tryparsamide, que l'on arrive à prévenir les dissidences. M. le Gouverneur général Doumer l'avait bien compris en essaimant autour des frontières de l'Indo-Chine, au Siam et en Chine, des postes médicaux consulaires destinés à maintenir entre voisins des relations cordiales. Je vous ai dit, il y a quelques instants, que j'avais été chargé moi-même de ces fonctions, et les résultats qui avaient été obtenus.

Lorsque nous avons traité cette question dans nos livres ; on a laissé entendre que nous nous étions aventurés sur le terrain politique. Nous acceptons volontiers cette qualification, si l'on veut bien la compléter d'un correctif : *la politique de l'influence française* recherchée dans l'étude de la psychologie des races, la seule qui puisse permettre au peuple colonisateur et au peuple colonisé de vivre en bonne intelligence.

Cette rapide incursion dans le domaine de la pathologie exotique vous montre la diversité des tâches, qui incombent au médecin colonial et la souplesse, qu'il doit employer pour s'adapter aux multiples situations, créées par les milieux tropicaux.

Certes, les colonies ont évolué aujourd'hui vers le progrès matériel, et grâce à la rapidité des communications : chemins de fer, automobiles, avions, les territoires se rapprochent de plus en plus. Mais, comme toute médaille à son revers, les maladies endémo-épidémiques se propagent aussi plus facilement. C'est ainsi que la peste a envahi le Tonkin depuis l'ouverture du chemin de fer de Langson et que certaines maladies coloniales, comme la dysentérie amibienne, tendent à déborder hors de leur foyer d'origine, pour s'implanter dans la métropole.

Les territoires sont tellement vastes qu'il arrivera encore, pour certains postes isolés de la brousse, que le médecin sera obligé d'être à la fois l'homme de l'art qui prescrit, et le chirurgien qui opère dans les multiples compartiments des spécialités.

Quoi qu'il en soit, chaque jour, les Dieux mythologiques de la maladie, entretenus par le Folkelore, s'envolent en gémissant, poursuivis par l'arsenal des investigations scientifiques. Devant les assauts des laboratoires qui dévoilent l'ennemi mystérieux, les bonzes et les marabouts abandonnent leurs gongs et leurs amulettes, et il est certain que l'on guérit aujourd'hui beaucoup mieux et beaucoup plus qu'autrefois. Cette victoire de la Déesse Hygie et du Dieu Esculape, contemporains, est l'œuvre du médecin colonial. Lorsqu'à la tombée de la nuit, il rejoint sa case ou son bungalow, pendant que les crapauds buffles entonnent la chanson du crépuscule, ou que le palace voisin exhale ses lentes mélodies, il peut être satisfait de sa tâche, car, à l'instar de l'empereur romain, il a bien gagné sa journée.

Mesdames, Messieurs,

Le Présent se compose de plus de morts que de vivants et, au moment où je vous parlais, les ombres de nos camarades disparus m'environnaient pour me dicter les leçons de la méthode, qui leur fut enseignée par l'expérience. J'ai essayé de vous l'exposer d'un cœur sincère, et je crois avoir été leur fidèle interprète.

Ce triomphe de la méthode, je l'ai contemplé aussi au Maroc, dans la ville capitale de Fez. Tandis que le soleil versait des flots d'or sur les fortifications rougeâtres, les silhouettes trapues des bordjs et les dentelles transparentes du Tombeau des Mérinides, toute une fantasia de cavaliers, escortée par une poussière étincelante, vint défiler jusqu'aux portes de la Cité de Moulaye Irdiss, aux pieds du Maître de l'Heure : le Maréchal Lyautey. Devant lui, les chevaux cabrés s'arrêtèrent en frémissant et les fusils s'agitèrent au-dessus des burnous et des vestes rouges en signe de reconnaissance et, ce jour-là, je compris que l'intelligence d'un grand Français avait su conquérir à la Métropole, un beau royaume.

S. Abatucci.

## CHRONIQUE FISCALE

### Obligations réciproques des contribuables et des contrôleurs

Nos lecteurs vont bientôt être obligés de faire leurs déclarations de bénéfices nets et de revenu global ; il n'est donc pas inutile de leur rappeler comment ils doivent procéder pour éviter les ennuis d'une contestation avec le contrôleur.

La loi codifiée du 15 octobre 1926 spécifie que la déclaration doit indiquer le bénéfice brut, les dépenses professionnelles et le bénéfice net.

Elle n'exige de comptabilité que des professions qui, par leurs règlements particuliers, sont obligés d'en avoir une.

Mais elle astreint lesdits contribuables à fournir aux contrôleurs les renseignements, susceptibles de prouver l'exactitude des chiffres déclarés. Si les renseignements sont jugés insuffisants, le contrôleur établit la base de son imposition, et *notifie* au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant *les motifs*, qui lui paraissent justifier le redressement. Il invite, en même temps, l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans le délai de vingt jours.

Les médecins doivent donc, d'après ce qui précède :

1° Fournir une déclaration de trois chiffres : *bénéfices bruts, dépenses professionnelles* et *bénéfices nets* ;

2° Répondre aux demandes de renseignements de nature à prouver l'*exactitude de leur déclaration.*

Les contrôleurs, qui n'acceptent pas les chiffres déclarés, doivent *notifier* leurs évaluations et *motiver* les redressements qu'ils opèrent.

Si les deux parties n'arrivent pas à s'entendre, le différend est soumis à la commission consultative, qui donnera son avis. Cet avis a pour effet, de mettre la preuve à la charge de celui, auquel il n'est pas favorable, lorsque l'affaire sera soumise au conseil de préfecture.

Il importe donc au plus haut point de convaincre d'abord le contrôleur, puis, si l'on n'a pu y arriver, la commission.

Or, on ne peut atteindre ce but par de simples affirmations. Il est donc nécessaire de produire les documents comptables, bien que la loi ne les exige pas. Un carnet de recettes tenu journellement nous paraît utile, bien qu'il ne renferme aucun nom de clients.

Quant aux dépenses, on peut produire un état les divisant par nature et appuyé, soit des factures lorsqu'il en est délivré, soit du compteur kilométrique pour l'essence, soit de tout autre document.

Le contrôleur n'est pas libre de taxer selon son bon plaisir. L'instruction de l'Administration des contributions directes du 31 janvier 1928, dit au n° 241 : Pour former son opinion sur la valeur des renseignements produits, le contrôleur les confronte, soit avec les données certaines qu'il possède, soit avec les présomptions graves, précises et concordantes qu'il a pu recueillir.

Il doit donc s'appuyer sur des bases, offrant des garanties sérieuses d'exactitude.

Il est obligé de notifier au contribuable ses évaluations avant d'établir l'imposition, et, surtout, il est dans l'obligation de *motiver* les redressements qu'il se propose de faire.

On ne saurait considérer comme motivé le rehaussement qui serait basé sur une vague affirmation telle que :

*Il résulte de l'instruction que................*
*En raison de votre notoriété.................*
*Etant donné vos dépenses professionnelles.....*

Ce sont là des clichés qu'il est facile de faire servir à tous les cas et qui, par conséquent, n'ont aucune valeur.

Le contrôleur, comme le contribuable, doit s'appuyer sur des données certaines, sur des présomptions graves, précises et concordantes se traduisant facilement par des chiffres.

A. Martinot,
Conseil fiscal.
Directeur du *Contribuable Français.*

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### La pension à capital réservé

— Je voudrais avoir une pension de retraite.

— Rien de plus facile, vous n'avez qu'à vous inscrire à la Mutualité Familiale.

— Quelle cotisation annuelle aurai-je à verser ?

— Cela dépend. Dites-moi d'abord quel est votre âge actuel, ensuite, l'âge où vous voulez avoir cette pension : combinaison P (60 ans), ou combinaison R (65 ans) ; enfin, si voulez ou non contre-assurer vos versements.

— J'ai 34 ans, je voudrais avoir 3.600 francs de pension (10 francs par jour), et contre-assurer, enfin, je choisis 60 ans comme âge de la retraite.

— Dans ces conditions, votre cotisation annuelle sera de 711 francs, et, avec les frais de gestion, de 782 fr. 10.

— Et j'aurai la pension à 60 ans ?

— Oui, vous toucherez la première annuité au 1er janvier qui suivra l'année où vous atteindrez 60 ans, c'est-à-dire le 1er janvier 1959. C'est la conséquence de la manière, dont a été calculé l'âge d'entrée, qui est celui que le postulant a eu ou aura dans l'année de son admission. Une autre conséquence est que vous paierez votre dernière cotisation en 1957, et que vous n'aurez rien à payer en 1958.

— Et, quand je mourrai, les cotisations versées seront remboursées à mes héritiers ?

— Expliquons-nous bien : la Mutualité Familiale ne rembourse pas la prime additionnelle de 10 % qui est versée pour la gestion ; elle rembourse seulement les cotisations versées pour la retraite. Ensuite, elle ne s'engage à rembourser que jusqu'au jour où vous entrez en possession de votre droit à la retraite ; si donc vous veniez à mourir avant le 1er janvier 1959, vos héritiers seraient remboursés du total des cotisations que vous auriez versées, mais si vous ne veniez à mourir qu'après avoir touché une annuité de pension, vos héritiers n'auraient aucun droit au remboursement.

— Je croyais que c'était le capital réservé.

— Non, car dans le capital réservé, le capital versé est remboursé, quelle que soit l'époque du décès.

— J'aurais préféré cette combinaison.

— La Mutualité Familiale ne la fait pas, car elle ne lui a pas paru intéressante : songez que la cotisation serait considérablement plus élevée, et que vous paieriez autant que si vous versiez la cotisation à fonds perdus, et que vous placiez par ailleurs le surplus de la cotisation qui serait demandée pour réserver dans tous les cas le capital versé.

— C'est que la contre-assurance ne me donne le remboursement que jusqu'à 60 ans.

— C'est vrai, mais dans la pratique, cela est à peu près suffisant car, à partir de cet âge, la mortalité médicale devient singulièrement lente.

— Enfin, je réfléchirai, mais j'avoue être désillusionné car je comptais sur le capital réservé.

Cette conversation peut résumer une très grande correspondance que nous avons eue avec des confrères, Mignon et moi, correspondance à la suite de laquelle nous avons dû constater l'abstention d'un trop grand nombre.

Et nous nous sommes demandé si la Mutualité Familiale ne devrait pas, elle aussi, accepter la réserve du capital, bien que cette combinaison n'ait pas en réalité l'intérêt qu'on lui suppose.

La Mutualité Familiale s'est toujours fait un devoir de s'adapter aux desiderata du Corps médical ; or, cette combinaison du capital réservé paraît désirée par beaucoup, et son adoption ne modifierait en rien notre fonctionnement.

Nous nous sommes donc, encore une fois, adressés à la compétence et au dévouement de M. Fleury et voici quelle a été sa réponse :

Monsieur le Président,

La deuxième section des statuts de la Mutualité Familiale, intitulée *Caisse des pensions de retraite* prévoit deux combinaisons dénommées P (retraite à 60 ans) et R (retraite à 65 ans) : dans chacune d'elles les cotisations peuvent ou bien rester acquises à la Caisse, quelle que soit la date du décès du sociétaire, ou bien être contre-assurées, c'est-à-dire être remboursées sans additions d'intérêts si le décès du sociétaire se produit avant la date où la retraite lui est acquise. Il existe un troisième mode de constitution des retraites : les retraites à capital réservé ou à cotisations réservées. Dans ce mode les cotisations versées par le sociétaire sont remboursées, sans addition d'intérêts, lors du décès de l'assuré, à quelque époque que ce décès se produise. Par exemple, un sociétaire peut devenir pensionné à 60 ans, toucher sa pension jusqu'à 85 ans, rentrer ainsi plusieurs fois dans les cotisations versées *par lui*, et cependant, quand il décédera, ses héritiers toucheront de la Caisse une somme égale au total des cotisations, qu'il avait versées pour acquérir sa retraite. On peut dire que, par ce procédé, les retraites sont produites uniquement par les intérêts des cotisations sans aucun abandon de capital ; mais on comprendra que les cotisations seront assez élevées, et que l'on ne pourra plus parler précisément de retraites à bon marché, puisqu'en somme le socié-

taire ne met pas dans la Mutualité ses cotisations, mais seulement les intérêts des cotisations qui n'en représentent qu'un petit pourcentage.

Les retraites à cotisations réservées répondent à cette idée, que le sociétaire désire certes se créer une pension, mais veut en même temps réserver des avantages à ses héritiers. A ce point de vue, l'opération prend un caractère mixte d'assurance en cas de vie et en cas de décès. Cette assurance en cas de vie est chère, comme on vient de le dire ; quant à l'assurance décès, elle est assez imparfaite car, au lieu de donner un capital intéressant à la famille lorsque l'assuré meurt jeune, c'est-à-dire lorsque son décès est le plus préjudiciable à cette famille, elle donne un capital faible dans les premières années (une, deux, cinq cotisations), élevé seulement dans les dernières années (quinze, vingt, vingt-cinq cotisations annuelles).

Ce sont ces considérations qui ont fait juger, lors de la création de l'*Amicale*, que les pensions à capital réservé n'avaient guère leur place dans les statuts.

Au point de vue technique, elles peuvent cependant se calculer. Toutefois il faut bien se dire que, dans les rentes à cotisations réservées, les pensions sont entièrement faites avec les intérêts, de telle sorte qu'une baisse générale du taux d'intérêt porte un coup très dur aux promesses faites par le tarif, tandis que dans la rente à cotisations abandonnées, la pension est faite avec le capital et les intérêts, de telle sorte qu'une baisse générale du taux d'intérêt affecte à un moindre degré les possibilités de la Caisse dans l'exécution des promesses du tarif.

Sous ces réserves, que l'actuaire ne devait pas laisser ignorer, j'estime qu'il est cependant permis de prévoir dans les statuts de la Mutualité Familiale des retraites à cotisations réservées concurremment avec les cotisations simples et les cotisations contre-assurées. Dans ce cas il y aurait lieu d'apporter aux statuts les modifications suivantes :

L'article 61 serait ainsi rédigé :

« Les sociétaires ont la faculté de contre-assurer leurs cotisations, dans le but de garantir à leurs ayants droit le remboursement de leurs versements, y compris les primes de contre-assurance, au cas où ils viendraient à mourir avant la date où la retraite leur est acquise, ou bien leur serait acquise s'ils avaient continué régulièrement leurs versements. En cas de décès après cette date, les héritiers n'ont aucun droit à un remboursement quelconque.

*Ils ont aussi la faculté de réserver leurs cotisations dans le but de garantir à leurs ayants droit le remboursement de leurs versements au moment de leur décès, à quelque époque que ce décès se produise. Les primes sont dites alors cotisations réservées.*

La contre-assurance *et la réserve* portent uniquement sur la cotisation à l'exclusion de tout intérêt ; elles ne peuvent s'appliquer qu'aux primes restant à verser, au moment où le participant demande à profiter de l'un ou de l'autre de ces avantages. En aucun cas, elles ne peuvent porter sur les primes déjà versées. »

Et l'article 66 :

« Le remboursement des cotisations contre-assurées *ou réservées* est fait aux ayants droit sur la production des pièces justifiant leur qualité d'héritiers.

« Ce remboursement comprend la totalité des primes versées pour la retraite, à l'exclusion des sommes versées pour les frais de gestion. »

L'adoption de cotisations réservées n'a aucune influence sur le nombre maximum de parts que l'on peut autoriser dans les statuts. La limite à adopter sera la même que pour les cotisations simples et les cotisations contre-assurées.

Je vous prie d'agréer...

E. FLEURY.

Le problème est bien posé : la création des cotisations réservées est possible ; elle ne modifiera en rien les conditions du fonctionnement de la Mutualité Familiale ; les cotisations seront très notablement plus élevées que dans les modes anciens.

Nous sommes disposés à accepter cette modification à nos errements antérieurs : le mode *à cotisations réservées* fonctionnerait concurremment avec les modes *à cotisations simples* et *à cotisations contre-assurées*.

La parole est à nos confrères.

A. GASSOT.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Peut-être fait-on les plus beaux voyages sans quitter son fauteuil, un livre à la main. ....* (Marcel BOULENGER.)

DLXIX. — Gustave FLAUBERT. — **Salammbô.** Un vol. 15 × 20,5 illustré par Pierre Noël. Tiré à mille exemplaires numérotés. *Editions Mornay,* Paris, 1931.

Dans cette somptueuse collection des *Beaux Livres,* il était tout indiqué de faire une place d'honneur à Salammbô : format, papier, caractères typographiques, présentation générale sont dignes de la parfaite tenue des volumes déjà parus. Le dessinateur, à qui a été confié le soin de l'illustrer, connaît lui aussi toutes les ressources et les finesses de son métier. Ses coloris doucement éteints, comme ceux de fresques patinées par le temps, ont été tempérés savamment et il dessine très bien. Aussi est-on plus surpris de l'exécution inégale de certaines gravures. Il ne faut cependant songer à incriminer ici, je l'espère, la négligence ou l'étourderie. Je crois plus simplement qu'en s'attachant à faire barbare, à faire primitif, l'artiste a vu parfois se retourner contre lui le procédé et l'effet obtenu dépasser l'effet espéré. La recherche d'une fidélité absolue à l'esprit de cruauté, de carnage, de guerre, leur adaptation au milieu historique a raidi certaines compositions, (voilà bien, ô Logique de tes coups et de tes récompenses !) figé quelques attitudes, infligé quelque gaucherie aux mercenaires presque trop rudes et trop symboliques, empesé les plis des vêtements et des tissus. Pour avoir la certitude que les disproportions anatomiques ou perspectives elles-mêmes sont bien dues à cet assujettissement pictural de convention, il suffit après l'avoir constaté à telle page de se reporter à telle autre page : à chaque faiblesse apparente de composition, on peut, dans le livre lui-même opposer un démenti, une brillante infirmation. Je ne veux pas aujourd'hui m'arrêter aux exemples, dont je pourrais appuyer *chacune* de mes phrases. Cet effet de surprise s'atténue d'ailleurs à l'examen : peut-être s'agit-il surtout d'une impression de premier contact. Ces réserves (1) n'ont donc pas pour but de dénigrer le bel effort de l'artiste qui a pensé *farouche,* ni de contester la réussite de son ensemble, mais dans une collection de cette qualité, il est imprudent, quand on possède par ailleurs comme Monsieur Pierre Noël ce sens *affiné* des teintes mortes et du trait, cette facilité graphique, de ne pas faire preuve d'une patience continue et d'une attentive surveillance de ces dons *remarquables.* La valeur de son travail n'en ayant pas profondément souffert, je me permets ces remarques de détail, qui prouveront surtout à l'artiste que j'ai regardé de près et avec un très vif intérêt son commentaire imagé, qui mérite surtout des compliments.

(1) Réserves de pure forme, à ne pas comparer à celles que j'adressai à cet illustrateur débordant de fantaisie, qui orna de pipes les bouches des personnages de son *Rabelais.*

DLXX. — Georges DUHAMEL. — **Querelles de famille.** Un vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France,* 1932. 12 fr.

Dans ces dix récits, Duhamel applique à notre pays, tantôt sous forme d'apologue humoristique, tantôt par l'examen direct la méthode de sévère analyse qui était à la base des *Scènes de la vie future.* Il critique avec justesse nos manies contemporaines. Et comme il vise certainement un public étendu, il a dû glisser dans ses pages quelques gros traits. Le génie de sa satire en dut être tout éberlué et, rassurez-vous, a d'ailleurs réservé tous ses droits. Il parle à son heure et souvent dans le livre avec cette finesse caustique (1) et cette émotion grave, dont sont chargées, comme d'un frémissement, même quand elles paraissent joyeuses et insouciantes, les œuvres de notre confrère.

DLXXI. — Docteur MORCHE. — **De Paris à New-York.** Quinze jours en Amérique. Une mission. Un vol. 14 × 22 avec quatorze « photographies » hors texte. *Editions de la Revue des Indépendants,* Sanary (Var).

Je suis au regret de ne pas vous parler plus longuement de ce livre, qui a été annoncé, et sera analysé aux *Livres* du journal. Il y a dans ces notes de voyage tant de spontanéité, d'esprit et d'observation qu'il mérite bien cette double attention.

DLXXII. — Jean GAULMIER. — **Terroir.** Un vol. 12 × 19. Collection des prosateurs français contemporains. *Editions Rieder,* Paris, 1931.

Je vous signale encore tout particulièrement ce bon livre, où l'auteur, parlant des gens de la terre qu'il connaît bien, a su éviter en restant

(1) Je signale au Docteur Molinéry qui s'intéresse aux « zones de silence », sa parodie du *Parc National du Silence,* où il dit d'ailleurs sur la musique et plus spécialement sur la musique « mécanique » de bien justes choses.

très naturel, cette affectation de simplicité, qui est dans les œuvres de «terre» plus fatigante que toutes les préciosités. On sent ses héros si humbles et si vrais, sans préoccupations littéraires. Les souvenirs ont leur part normale, comme il se doit, pour ces existences où se perpétue la fidélité au passé. Le vocabulaire est à la mesure de cet obscur contentement, de ces douleurs rudes, de cette joie égale dans l'effort quotidien. Je n'ai trouvé qu'un mot, que je soumets à votre sagacité et dont le sens m'a échappé: « En 1870, il y eut une épidémie terrible. Les gens mouraient couverts de cloques. C'était *la paupelle* comme on disait. »

DLXXIII. — « **Protocols** ». des Sages de Sion. Traduits directement du russe et précédés d'une introduction de Roger Lambelin. Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, 1931. 12 francs.

Monsieur Salomon Reinach, le premier, déclara en 1920 que les Protocols étaient purement et simplement inventés. Comme il ne s'agit pas d'expertise artistique de tiare, nous ne sommes pas tenu de le croire. Ce qui est certain, c'est que ces documents, qui représenteraient un vaste plan longuement mûri d'hégémonie judéo-maçonnique, semblent cadrer assez étroitement avec le déroulement funeste des catastrophes guerrières, économiques et sociales, qui bouleversent le monde actuel. Le livre est impressionnant de vraisemblance, et les prophéties semblent en réalité établies comme sur de méticuleux calculs de banque, si justes que les échéances les plus lointaines tombent comme fruit mûr à l'heure dite.

DLXXIV. — Henri HAUVETTE. — **Les Poésies Lyriques de Pétrarque.** Un vol. 12 × 19 de la Collection les Grands Evénements Littéraires. *Editions Malfère*, Paris, 1931, 12 fr.

On désigne arbitrairement sous ce titre le recueil de *Rime sparse*, alors que, logiquement, il devrait englober l'œuvre lyrique entière de Pétrarque (et ses *Triomphes* dont je vous ai signalé la première édition française dans une luxueuse (1) présentation).

C'est donc en réalité à l'étude d'une partie (la plus copieuse d'ailleurs) de l'œuvre poétique qu'est consacré cet ouvrage. La genèse des *Poésies lyriques*, leur inspiration, les erreurs d'édition qu'elles ont subi jusqu'à nous sont examinées avec beaucoup de soin. Dans les chapitres, qui terminent le livre, l'auteur recherche leurs conditions de composition et les influences, qui jouèrent sur elles, avant qu'à leur tour elles ne rayonnent sur tous les pays d'Europe, grâce à la vitalité de leur sentiment et de leur lyrisme.

**Varia*****

La *Nouvelle Revue Française* donne dans son numéro de février, une bonne étude philosophique de Jean Rostand ; de cruelles douceurs de Jouhandeau ; deux excellents articles de Denis Saurat (sur l'abbé Brémond) et de Thibaudet, où peut se lire cette affirmation inattendue que la *Vie à la campagne* du *Temps* « est peut-être la rubrique traditionnelle la plus solide et la mieux suivie du Journal. »

*La *Quinzaine Critique* donne dans son numéro de janvier une copieuse revue de l'actualité littéraire sous forme de brefs comptes rendus, la plupart signés de noms connus et alertement établis, sous la brillante direction de Pierre de Lescure.

10 février 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## AUTOUR DES THÉATRES

### Aux Folies-Bergère

### Nuits de Folies

60 *Tableaux de M. Louis Lemarchand.*

La Revue des Folies-Bergère se voit ; elle se raconte difficilement, presque tous les tableaux qui la composent étant à eux seuls un acte avec une interprétation et une mise en scène différentes, même s'ils ne durent comme certains que l'éclair d'un moment. Mais l'événement est suffisamment important dans la saison théâtrale pour que nous lui consacrions quelques lignes. Comme ses aînées, la Revue « Nuits de Folies » va tenir l'affiche au moins une année, elle va faire courir tout Paris et, de plus, toute la province de passage à Paris, sans compter les étrangers, et nous n'exagérons rien en disant que la splendeur du spectacle a nécessité, indépendamment des capitaux engagés, et depuis l'enfantement dans l'ingénieux esprit de M. Louis Lemarchand, une somme de travail considérable. En effet, c'est toute une armée de collaborateurs qu'elle utilise, depuis l'humble machiniste ou électricien jusqu'à des maîtres de talent comme MM. Jean-Gabriel Domergue, Sem, Curti, Leonnec, etc..., qui ont conçu ou exécuté des merveilles de costu-

(1) *Les Triomphes.* Editions Léon Pichon, Paris.

mes et de décors et, dans les échelons intermédiaires, toute l'interprétation composée d'artistes excellents, pleins d'entrain et disciplinés, des maîtres de ballets, telle Mme Komarova ; je n'ai garde d'oublier l'orchestre composé de musiciens de tout premier ordre que dirige avec son élégance habituelle M. Maurice Hermite, chef habile, précis et souriant. La Revue des Folies-Bergère veut ignorer la crise, elle donne à beaucoup un exemple et un enseignement, elle fournit du travail à beaucoup de monde et mérite à ce titre encore d'être ici mentionnée.

Nous ne sommes pas seuls à avoir remarqué la tendance nouvelle, dans le music-hall de la rue Richer, à abandonner dans son spectacle la succession sans liaison de scènes hétéroclites qui, trop longtemps, en constituaient le corps même; comme dans la précédente revue, nous constatons que l'idée de grouper plusieurs tableaux sous l'égide d'un même fil conducteur semble se dessiner et nous saluons ce retour à une meilleure compréhension du genre.

En effet, au 1er acte, après le prologue où nous voyons un astronome découvrir les constellations du Zodiaque, servant de prétexte au défilé des étoiles de la nouvelle Revue, voici une suite de tableaux charmants groupés sous la rubrique : l'adorable 1900 ; reconstitution de scènes de ce temps déjà lointain. « Une soirée chez Maxim's » avec les vedettes du moment, « les sports et transports » avec l'agent (Castel), le chauffeur (Lemercier), le cocher (Delly's), le « Coucher de la Mariée » dont le mari (Orbal) attend impatiemment le long déshabillé, le « Triomphe de l'Electricité », reproduction des ballets de la Loie Fuller (Mlle Tarakanova et le ballet Stella). Une autre suite de tableaux nous amène au final du 1er acte: ce sont les Nuits de Folies : tout d'abord « Un souper chez le Régent » où les convives s'amusent sous l'œil condescendant de Richelieu, et au milieu des sarcasmes de Voltaire (notons ici un progrès dans l'exactitude historique des costumes); ensuite la nuit dans la gondole d'un lac italien, les mille et une nuits coloniales avec, pour terminer, la soudaine féérie du Temple d'Angkor et ses danseuses cambodgiennes. Entre ces deux parties assez liées apparaît Mlle Loulou Hegoburu, l'espiègle et trépidante vedette de Nono-Nanette jadis à Mogador, dans une scène: Sainte-Catherine, avec des catherinettes de tous les âges, la même artiste dans un ravissant tableau à machineries: les Roses de mon Balcon, avec l'habile utilisation du cinéma et le concours du ballet Stella et du Spark Ballet personnifiant les Roses.

Au deuxième acte, même qualité dans la présentation des tableaux. Nous y reconnaissons mieux encore, s'il est possible, l'esprit inventif et fantaisiste de l'auteur. Nous voici aux bains de mer, d'abord à Trouville en 1860, à Juan-les-Pins ensuite en 1932 où nous assistons dans toute la hauteur de la scène et au moyen d'un truc prodigieux de machinerie et de jeux de glaces aux ébats de jolies baigneuses dans l'eau verdâtre de la mer. La seconde suite de tableaux s'intitule la Naissance d'un arc-en-ciel : plusieurs fresques successives animées de promeneuses (Mlle Viviane Gosset et le Spark Ballet), maniant des ombrelles diversement colorées aboutissent dans les splendeurs de l'orage aux terrestres beautés de l'arc en chair, immense chaîne de girls groupées en demi-cercle du haut en bas de la scène ; viennent ensuite les diverses présentations du « sexe appeal » qui nous montrent après le tableau réellement charmant de « celles qui nous prennent par le charme » celui plus heurté, mais très habilement composé, entrecoupé de cinéma de « celles qui nous prennent par la volupté ». Dans la dernière suite de tableaux : le Monde en Marche, nous noterons surtout la perfection des décors purs de couleurs et d'harmonies. Les Folies continuent là particulièrement la pratique d'un genre qui leur est cher : guerriers, hérauts d'armes de la marche nuptiale, volontaires et sans culotte de la marche guerrière, figuration figée du sacre de Napoléon, tous ces tableaux passent rapides, d'une brève sévérité dans le souci de la reconstitution historique, aux sonorités assourdissantes d'un orchestre infatigable. Parmi les attractions isolées qui meublent ce second acte, il faut signaler la danseuse Peria Sidell qui descend un escalier en sautant sur une seule pointe, ainsi que deux athlètes américains imperturbables : Roth et Shay d'une force et d'une endurance peu communes.

Je consacrerai mes dernières lignes à remercier, au nom du *Concours médical*, M. Lemarchand de l'exceptionnelle faveur qu'il a faite à notre journal en m'invitant à assister à la dernière répétition avant la première, et par conséquent avant la générale.

C'est cette soirée que j'aurais dû vous raconter ici si je n'avais craint de blesser la modestie de l'auteur, ainsi que celle de M. Paul Derval, le distingué directeur des Folies. Quelle tenacité, quelle énergie, quel travail !

Jean SÉJOURNET,
*de la Société des Auteurs.*

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés

*Nous recevons communication des documents ci-dessous, que nous nous empressons de publier pour appeler l'attention du Corps médical sur un abus intolérable.*

Lettre du Dr HERPIN, secrétaire général.

Paris, le 20 janvier 1932.

Dans le journal *La Semaine dentaire* du 3 janvier 1932 paraissait un communiqué sur lequel je désire attirer votre attention et que je reproduis ci-dessous :

» POUR LES ÉTUDIANTS. — *Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie.* — Depuis six mois déjà, l'Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie a donné son enseignement spécialisé aux médecins et chirurgiens-dentistes de France et de l'étranger, désireux de se perfectionner dans les méthodes thérapeutiques les plus récentes. De nombreux praticiens ont prouvé, en s'inscrivant, l'intérêt que présente pour la profession l'enseignement de la radiologie et de la physiothérapie.

La direction de l'Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie, voulant faire mieux encore, a décidé de créer un cours du deuxième degré, comprenant toutes les branches de l'électro-radiologie médicale, et préparant au *doctorat en électro-radiologie dentaire.*

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole ouvert de 9 à 12 et de 14 à 19 heures, 19, avenue d'Orléans, Paris (14e).

Dans le même journal du 17 janvier 1932, un second communiqué de la même école nous indique le grand succès qu'obtient la perspective d'un doctorat en électro-radiologie dentaire, voici ce communiqué :

« Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie. — La direction de l'Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie rappelle que la préparation de l'examen en vue du *doctorat en électro-radiologie dentaire* exige un stage pratique, qui peut être accompli au choix des élèves chez eux ou à l'Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie.

« Le nombre des inscriptions depuis le 1er janvier étant déjà suffisamment important, la direction de l'Ecole a décidé d'ouvrir la première série de stage le 1er mai prochain, c'est-à-dire aussitôt après la fin de la première série des cours.

« Mais le nombre des stagiaires de l'Ecole devant être malheureusement restreint, avant les agrandissements, prévus par la Direction, et nécessités par son trop rapide développement, les inscriptions au stage de l'Ecole pour cette série risquent d'être prochainement limitées et de reprendre à la série de stage d'août.

« Il va de soi que les inscriptions des élèves externes ne seront jamais limitées, et qu'ils pourront passer leur examen après la période de stage de mai, s'ils prennent leur inscription au cours avant le 1er février. »

Nous reproduisons ci-joint les conditions pour la délivrance de ce diplôme de docteur, conditions fixées dans une lettre adressée à un candidat.

Les pièces que je soumets à votre appréciation me dispensent de tout commentaire, et je ne doute pas que votre groupement n'apporte à leur examen tous les soins qu'elles méritent.

Beaucoup de non-médecins, non seulement exercent dans cette école des spécialités médicales, mais encore prétendent les enseigner à des docteurs en médecine !

D'autre part, *nous ne pouvons admettre qu'un titre de docteur puisse ainsi être décerné,* et il paraît convenir que des mesures énergiques soient prises, tant pour éviter ces abus que pour mettre en garde les candidats, que cette école prend le soin de déclarer nombreux, et qui sont évidemment trompés.

*Pièce jointe*

ECOLE DENTAIRE SUPÉRIEURE
DE RADIOLOGIE ET DE PHYSIOTHÉRAPIE.

(19, avenue d'Orléans, PARIS-14e)

DIRECTION SCIENTIFIQUE — Professeur : L. BARAIL.
DIRECTION TECHNIQUE — Professeur : L. ZAREH.

*Clinique et Dispensaire
d'Electrothérapie
et de Radiumthérapie
Haute Fréquence Diathermie
Ionisation, Rayons X, Radium,
Rayons ultra-violets
et infra-rouges
et tous agents physiques.*

Paris, le 9 janvier 1932,

Monsieur et cher Confrère,

En réponse à votre lettre, j'ai l'honneur de vous donner les renseignements que vous voulez bien me demander.

Pour s'inscrire à l'Ecole, il faut être diplômé français ou étranger. La durée des cours est de trois mois, celle du stage de six mois. Le stage peut être accompli chez les élèves s'ils possèdent l'installation appropriée. Dans le cas contraire, le stage peut être accompli à l'école.

L'examen consiste en :

1° Soutenance d'une thèse sur un sujet de physiothérapie ;

2° Interrogation orale ;

3° Examen du malade ;

4° Traitement de malade.

Les droits sont de 2.500 francs pour l'inscription, plus 500 francs pour l'examen. Les droits de stage, dans le cas de stage à l'Ecole seulement, sont de 1.000 francs.

J'espère que ces renseignements vous intéresseront et suis toujours à votre disposition pour de plus amples détails si vous le désirez.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

*Pour le Directeur* :

Signé : Zareh.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours d'anatomie.** — M. le Professeur H. Rouvière commencera son cours le mercredi 2 mars 1932, à 16 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Anatomie de l'abdomen.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.** (Professeur M. Brumpt). — M. le Docteur H. Galliard, chargé de conférences, commencera les conférences de parasitologie et histoire naturelle médicale le samedi 5 mars 1932, à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— **Chirurgie orthopédique** (Sous la direction de M. Grégoire, professeur. Cours par M. J. Gosset, prosecteur). — *Chirurgie du thorax et du rachis.* — Ouverture du cours : le lundi 7 mars 1932, à 14 heures.

Première série. — 1° Chirurgie du sein. Abcès du sein. Tumeurs bénignes du sein. Cancer du sein. Ptose mammaire. — 2° Pleurotomie. Thoracotomie avec ou sans résection costale. Abcès froid de la paroi thoracique. Phrénicectomie. — 3° Thoracoplasties. Thoracectomies. Pneumotomie. — 4° Péricardotomies. Voies d'abord du cœur : volets et thoracotomies. Sternotomie médiane. Voies d'abord du médiastin. — 5° Chirurgie thoraco-abdominale. Mobilisation du rebord thoracique. Thoracophréno-laparotomie. Traitement des hernies diaphragmatiques.

Deuxième série. — 1° Laminectomies. Traitement des tumeurs de la moelle. Cordotomies. Costotransversotomie. — 2° Opérations ankylosantes du rachis. (Albee, etc.). — 3° Opérations sur la hanche : Butée, Arthrodèses intra et extra-articulaires. Résection arthroplastique (opération de Whitman). — 4° Pied bot. Pied plat vagus. Tarsectomie et arthrodèses du pied. — 5° Ténodèses. Allongement du tendon d'Achille. Redressement d'axe. Coxa vara : ostéotomie sous-trochantérienne. Genu valgum. Incurvations rachitiques. Torticolis.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Anatomie médico - chirurgicale.** — M. le Professeur Raymond Grégoire fera sa première leçon le samedi 5 mars 1932, à 16 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté), et continuera son cours les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— **Chaire de physique médicale** (M. André Strohl, professeur) et **Institut du radium** (Mme P. Curie et Dr Cl. Regaud, directeurs). — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux.* (Troisième partie : Electrologie-photothérapie). — 1. Cours : Lundi 29 février. M. H. Desgrez : Ionisation et ses applications. — Mardi 1er mars. Zimmern : Courant alternatif. Courant faradique. Franklinisation. — Mercredi 2 mars. M. Bourguignon : Excitation électrique des nerfs et des muscles. Electrotonus. Lois polaires. — Vendredi 4 mars. M. Bourguignon : Lois d'excitation. La chronaxie en général. Chronaxies motrices et sensitives normales de l'homme. — Samedi 5 mars. M. Bourguignon : Forme et amplitude de la contraction à l'état normal et pathologique. — Lundi 7 mars. M. Bourguignon : Electrodiagnostic. Technique. — Mardi 8 mars. M. Bourguignon : Electrodiagnostic. Interprétation. — Mercredi 9 mars. M. Zimmern : Les courants de haute fréquence. Physique et physiologie. — Jeudi 10 mars. M. Cottenot : Application des courants de haute fréquence. Diathermie. Electrocoagulation. — Vendredi 11 mars. M. Delherm : Les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. — Samedi 12 mars. M. Delherm : Les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. — Lundi 14 mars. M. Duhem : Indications générales dans les affections du neurone moteur périphérique. — Mardi 15 mars. M. Duhem : Technique générale dans les affections du neurone moteur périphérique. — Mercredi 16 mars. M. Duhem : Indications particulières et physiothérapie de la poliomyélite. — Jeudi 17 mars. M. Bourguignon : Les indications et la technique dans les affections du neurone moteur central, les troubles vaso-moteurs et trophiques, les névroses. Traitement des contractures. — Vendredi 18 mars. M. Dausset : Les indications et la technique dans les maladies de la nutrition. Rhumatisme. Goutte. Obésité. — Lundi 4 avril. M. Dausset : Les indications et la technique dans les maladies de la nutrition. Rhumatisme. Goutte. Obésité. — Mardi 5 avril. M. Morel-Kahn : Les indications et la technique dans les affections du tube digestif. — Mercredi 6 avril. M. Morel-Kahn : Les indications et la tech-

nique dans les affections du tube digestif. — Jeudi 7 avril. M. DAUSSET : Les indications et la technique en gynécologie. Voies urinaires. — Vendredi 8 avril. M. BELOT : Les indications et la technique en dermatologie. — Lundi 11 avril. M. BELOT : Les indications et la technique en dermatologie. — Mardi 12 avril. M. ZIMMERN : Les accidents de l'électricité. — Mercredi 13 avril. M. ZIMMERN : Les accidents de l'électricité. — Jeudi 14 avril. M. COTTENOT : Les bases physiques de a photothérapie. Photobiologie. — Vendredi 15 avril M. COTTENOT : Héliothérapie. Finsenthérapie. — Samedi 16 avril : M. COTTENOT : Actinothérapie. Ultraviolet.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 16 heures.

II. TRAVAUX PRATIQUES. — Pendant la troisième partie du cours, quelques exercices pratiques portant sur la technique électrologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. TURCHINI, chef des travaux de physique.

III. STAGES : Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage d'électrologie pour lequel ils pourront choisir parmi les services suivants : M. AUBOURG, hôpital Beaujon, service d'électro radiologie ; M. J. BELOT, hôpital Saint-Louis, service central d'électrologie ; M. BOURGUIGNON, hôpital de la Salpêtrière, service d'électro-radiologie ; M. DAUSSET, Hôtel-Dieu, clinique médicale du Professeur Carnot ; M. DELHERM, hôpital de la Pitié, service d'électroradiologie ; M. DUHEM, hôpital des Enfants-Malades, service d'électroradiologie ; M. HARET, hôpital Lariboisière, service d'électroradiologie ; M. MAINGOT, hôpital Laënnec, service d'électroradiologie ; M. RONNEAUX, hôpital de la Charité, service d'électroradiologie ; M. ZIMMERN agrégé, Institut municipal d'électroradiologie.

**— Cours de radiologie clinique.** — M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera son cours le lundi 7 mars 1932, à 11 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, au laboratoire de radiologie clinique de la Faculté (Clinique chirurgicale du Professeur Gosset) et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1° Lundi 7 mars 1932 : Notions générales d'interprétation et de technique. Bouche, pharynx, œsophage. — 2° Vendredi 11 mars : Estomac normal. Anomalies topographiques. — 3° Lundi 14 mars : Les ulcères de l'estomac. — 4° Vendredi 18 mars : Les cancers de l'estomac. — 5° Lundi 4 avril : Autres affections gastriques. L'estomac opéré. — 6° Vendredi 8 avril : Duodénum normal. Techniques d'examen. — 7° Lundi 11 avril : Duodénum (fin). — 8° Vendredi 15 avril : Intestin grêle. Les ulcères peptiques. — 9° Lundi 18 avril : Côlon normal. — 10° Vendredi 22 avril : Côlon pathologique. — 11° Lundi 25 avril : Côlon pathologique (suite). Pancréas. Rate. — 12° Vendredi 29 avril : Foie et voies biliaires. — 13° Lundi 2 mai : Appareil urinaire normal. — 14° Vendredi 6 mai : Lithiase urinaire. Maladies des reins et des uretères. — 15° Lundi 9 mai : Vessie normale et pathologique. Urètre. Appareil génital de l'homme. — 16° Vendredi 13 mai : Radiodiagnostic gynécologique.

Chacune de ces leçons sera accompagnée de projections et terminée par des exercices d'interprétation au cours desquels les élèves seront initiés individuellement à la lecture des clichés.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

**— Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Liste des candidats pourvus d'une ou de plusieurs admissibilités antérieures :

MM. les Docteurs Armingeat, Aurousseau, Banzet, Blondin (Marcel), Blondin (Sylvain), Chabrut, Chastang, Chevallier, Dessaint, Diamant-Berger, Funck-Brentano, Garnier, Galtier, Gérard-Marchant, Gueullette, Huard, Iselin, Lapeyre, Lecœur, Leydet, Meillère, Ménégaux, Merle d'Aubigné, Patel, Redon, Sauvage, Seillé.

**— Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Epreuve écrite d'admissibilité.* — Séance du 8 février. — Indications thérapeutiques et traitement du cancer du rectum. — Artères du corps thyroïde.

*Médecine opératoire.* — Séance du 9 février. — Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras. — Désarticulation du poignet. — Ont obtenu : MM. Sauvage, 7 ; Dessaint, 9 ; Lecœur, 5 ; Patel, 7 ; Aurousseau, 7 ; Seillé, 5 ; Diamant-Berger, 1 ; Armingeat, 6.

Séance du 10 février (matin). — Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. — Désarticulation de Chopart. — Ont obtenu : MM. Merle d'Aubigné, 6 Garnier, 6 ; Banzet, 8 ; Funck-Brentano, 8 ; Gérard Marchant, 9 ; Ménégaux, 9 ; Lapeyre, 4 ; Galtier, 9 Chabrut, 10

Séance du 10 février (soir). — Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule. — Désarticulation du genou. — Ont obtenu : MM. Leydet, 7 ; Iselin, 7 ; Meillère, 9 ; Redon, 8 ; Gueulette, 9 ; Blondin, 7 ; Huard, 9 ; Chevallier, 7.

**— Concours de médecin des hôpitaux.** — Jury du concours d'admissibilité : MM. Louste, Pinard, Moreau, Trémolières, Léchelle, Ravaut, Grenet, Rathery, Boidin, Claisse, Herscher, Brodin.

**— Concours d'Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — *Médecine opératoire.* — Séance du 8 février. — Ligature de la carotide externe. — Ont obtenu : MM. Lévy, 18 ; Huet, 19 ; Lallemant, 17.

Epreuve théorique. — Séance du 9 février. — Ont obtenu : MM. Huet, 19 ; Lallemant, 18 ; Lévy, 18.

Epreuve clinique. — Séance du 10 février. — A obtenu : M. Huet, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Huet.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

**(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)**

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Etienne JOSSERAND, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon ; du Dr Joseph FAURE, décédé à Périgueux ; du médecin général de 1re classe de la marine Henri GIRARD ; du Dr Ernest LASKINE, de Paris ; du Dr H. REDDON, de Paris ; du Dr BARBUSSE, de Nîmes (Gard).

— **Les journées médicales belges de 1932.** — Aux noms déjà cités des conférenciers annoncés, il y a lieu d'ajouter ceux de MM. le Professeur Michaud, de Lausanne, le Professeur Marion, l'éminent urologiste, de Paris, le Dr Léon Giroux, de Paris, le Dr Paul Descomps, de Paris, le Professeur Maranon, de Madrid.

M. le Professeur Lenormant, président de la Société de chirurgie, fera une communication à la réunion spéciale de la Société de médecine et de chirurgie des accidents du travail.

— **Congrès français d'ophtalmologie.** — La Société française d'ophtalmologie célébrera cette année le 50e anniversaire de sa fondation. A cette occasion le Congrès annuel sera exceptionnellement reporté au mois de juillet. Il commencera le 18 juillet pour se terminer le 21 juillet.

Des réceptions et un banquet seront organisés. Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, le Dr René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris VIIe.

— **Le 24e Congrès universel de l'Esperanto à Paris.** — Le comité d'organisation du 24e congrès universel de l'esperanto, qui se tiendra à Paris du 30 juillet au 6 août, a désormais son siège à la Maison de France, 101, avenue des Champs-Elysées. La Chambre de commerce de Paris vient d'accorder au congrès une subvention de 5.000 francs.

— **Æsculape.** Grande revue mensuelle illustrée. *Sommaire du no 1* : Le cheval aux naseaux mutilés. (1 ill.).— La Vierge de Chatillon-sur-Seine dite du « miracle de la lactation » (3 ill.), par M. CROIX — Masques portés par les médecins en temps de peste (15 ill.), par le Dr C. SALZMANN, de Zurich. — Les jardins de la médecine (3 ill.). — La médecine dans André Thévet (6 ill.), par Jean AVALON. — Le cor au pied (1 ill.). — Supplément (21 ill.). Prix 5 francs.

— **Congrès international de la lithiase biliaire.** — Les rapports suivants seront exposés en séances publiques, toutes sections réunies, au Congrès international de la lithiase biliaire qui se tiendra à Vichy, du 19 au 22 septembre 1932, sous le haut patronage de M. le Ministre de la Santé publique et où trente-huit pays seront représentés.

1o *Les séquelles de la cholécystectomie.* — A) Etude pathogénique des séquelles de la cholécystectomie : Docteur Victor DONNET, New-York ; B) Etude clinique des séquelles de la cholécystectomie : Professeur Mariano CASTEX, Buenos-Ayres ; C) Les phénomènes douloureux consécutifs à la cholécystectomie : Professeur CASTAIGNE, Clermont-Ferrand ; D) Indications chirurgicales : Professeur GOSSET et Docteur PETIT-DUTAILLIS, Paris ; E) Thérapeutique médicale et hydrologie : Professeur GIRAUD, Montpellier ; F) Diagnostic radiologique : Docteur H. BÉCLÈRE, Paris.

2o *Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire.* — A) Les indications principales du drainage vésiculaire médical dans la lithiase biliaire : Professeur CHIRAY, Paris et Docteur PAVEL, Bucarest ; B) Indications et contre-indications des cholérétiques dans la lithiase vésiculaire : Professeur agrégé CHABROL, Paris ; C) La thérapeutique des infections du cholécyste : Professeur agrégé ABRAMI, Paris ; D) Thérapeutique protectrice du parenchyme du foie des opérés : Professeur UMBER, Berlin ; E) Action des eaux minérales sur le milieu vésiculaire : Professeur PIERY, Lyon ; F) La physiothérapie sédative dans les affections vésiculaires : Professeur DELHERM et Docteur DAUSSET, Paris.

3o *Le foie lithiasique.* — A) Le rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase biliaire : Professeur Noël FIESSINGER, Paris ; B) L'ictère dans la lithiase de la voie biliaire principale : Professeur agrégé BRULÉ, Paris ; C) Les lésions du foie dans les ictères lithiasiques : Professeur agrégé HARVIER, Paris ; D) Méthodes d'exploration du foie dans l'ictère lithiasique : *a*) méthodes chimiques : Docteur DIERYCK, Louvain ; *b*) Méthodes radiologiques : Dr GILBERT, Genève ; E) Déductions chirurgicales dans l'ictère lithiasique : Professeur agrégé GATELLIER, Paris.

*Bureau du Congrès.* — M. le Professeur Paul Carnot, président ; MM. les Professeurs : Maurice Loeper, président de la Section de médecine, Pierre Duval, président de la Section de chirurgie ; Maurice Villaret, président de la Section de thérapeutique et hydrologie, MM. les Docteurs J. Belot, président de la Section d'électro-radiologie et physiothérapie ; J. Aimard, secrétaire général et R. Glénard, secrétaire adjoint.

Les adhésions et les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétariat général du Congrès, 24, boulevard des Capucines, Paris (9e).

— **La déclaration obligatoire de la tuberculose au Japon.** — Le Parlement japonais vient, par un vote, de rendre obligatoire pour les médecins, la déclaration de la tuberculose, comme devient obligatoire pour les communes l'assistance aux tuberculeux. La nouvelle loi prévoit même le cas où l'admission dans un sanatorium pourra être faite d'office (*Bruxelles médical*).

— **Congrès international de l'asthme,** (Le Mont-Dore 4 et 5 juin 1932), sous le haut patronage de M. le Ministre de la Santé publique, la présidence de M. le Professeur Fernand Bezançon, membre de l'Académie de médecine, et le patronage scientifique de M. le Professeur Desgrez, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie, M. le Professeur Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine, M. le Professeur Rathery, M. le Professeur Castaigne, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand ; MM. les Professeurs d'hydrologie : Villaret (Paris), Sellier (Bordeaux), Serr (Toulouse), Piéry (Lyon), Duhot (Lille) Giraud (Montpellier), Santenoise (Nancy), Chassevant (Alger) P. Blum (Strasbourg) ; M. le Docteur

Flurin, président de la Société d'hydrologie de Paris ; M. le Docteur Raymond Durand-Pardel, président du Syndicat général des médecins des Stations thermales et climatiques de France ; M. le Docteur Moncorgé, président de la Fédération thermale et climatique française.

PROGRAMME : 1. Evolution de nos connaissances dans l'asthme. Rapporteur : M. le Professeur Fernand BEZANÇON. — 2. Physio-pathologie de la crise d'asthme ; étude clinique et expérimentale. Rapporteur : M. le Professeur agrégé ABRAMI. — 3. L'anaphylaxie dans l'asthme. Rapporteur : M. le Professeur agrégé PASTEUR VALLERY-RADOT. — 4. Part nerveuse de l'asthme. Rapporteur : M. le Docteur Etienne Bernard, médecin des hôpitaux de Paris. — 5. Foie et endocrines dans l'asthme. Rapporteur : M. le Professeur agrégé Cordier (de Lyon). — 6. Etiologie, pathogénie et traitement de l'asthme à épine respiratoire d'origine microbienne. Rapporteur : M. le Docteur Haibe (de Namur). — 7. Du rôle des lésions nasales dans le déterminisme de l'asthme. Rapporteur : M. le Professeur agrégé Halphen.— 8. Equivalents respiratoires de l'asthme. Rapporteur : M. le Docteur Henri Bourgeois, O. R. L. des hôpitaux de Paris. — 9. Parentés morbides de l'asthme. Rapporteur : M. le Docteur André Jacquelin, médecin des hopitaux de Paris. 10. Etiologie, pathogénie, et traitement de l'asthme infantile. Rapporteur : M. le Docteur Lesné, médecin des hôpitaux de Paris. — 11. Signes, diagnostic et évolution de l'asthme infantile. Rapporteur : M. le Docteur Péhu, médecin des hôpitaux de Lyon. — 12. Traitement de la crise d'asthme. Rapporteur : M. le Docteur Joltrain. — 13. Traitement du terrain asthmatique. Rapporteur : M. le Docteur Lucien de Gennes, Médecin des hôpitaux de Paris. — 14. Traitement hydro-minéral de l'asthme. Rapporteurs : M. le Professeur Villaret et M. le Docteur Justin Besançon.— 15. Physiothérapie de l'asthme. Rapporteur : M. le Docteur Biancani. — 16. Traitement chirurgical de l'asthme. Rapporteurs : M. le Professeur Leriche et M. le Docteur Fontaine.— 17. Le Mont-Dore et l'asthme. Rapporteur : M. le Docteur J. Galup.

Les rapporteurs étrangers, Professeurs PRAUSNITZ (Allemagne) ; MAC DOWALL (Angleterre) ; MARIANO CASTEX (Argentine) ; CLEMENTINO FRAGA (Brésil) ; MARANON (Espagne) ; LONGCOPE (Etats-Unis) ; STORM VAN LEEUWEN (Hollande) ; FRUGONI (Italie) ; DANIELOPOLU (Roumanie), préciseront la part de leur pays et leur apport particulier à la question de l'asthme.

Les congressistes pourront présenter des communications en adressant les titres de ces communications.

*Inscription.* — Les médecins et les étudiants en médecine français et étrangers, sont invités à prendre part au Congrès international de l'asthme.

Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (30 francs français pour les médecins ou étudiants et chacun des membres de leur famille directe), au secrétariat du Congrès. Cette cotisation donne droit au volume des rapports, aux fêtes, aux réunions et excursions qui seront organisées en l'honneur des congressistes.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 25 mai 1932.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront mises gracieusement à la disposition des congressistes par le Syndicat des hôteliers du Mont-Dore.

Une réduction de 50 % sur les tarifs de chemins de fer français sera accordée à tous les congressistes et à leur famille sur demande adressée avant le 1er mai au Secrétaire du Congrès.

Des indications complémentaires et un programme détaillé seront envoyés ultérieurement aux adhérents.

Adresser adhésions et demandes de renseignements au secrétariat du Congrès international de l'asthme, 19, rue Auber, à Paris (9e).

— **Bordeaux.** — *Gardes-malades pour familles ouvrières.* — Une œuvre confessionnelle avec filiale laïque procure des gardes aux familles ouvrières aux conditions suivantes :

17 francs par jour avec le repas de midi et le petit déjeuner du matin ; 17 francs pour la nuit avec dîner. Sans repas 6 francs de plus. 28 francs pour les 24 heures avec le repos de trois heures dans la journée ; 3 francs l'heure si l'on veut par heure.

Les frais de transport : trams, trains, autobus sont à la charge du malade.

Bureau : 6, rue de la Trésorerie, Bordeaux.

— **Les croisières des Chargeurs réunis.** — *Vacances de Pâques* : Croisière aux Pays du soleil : le Portugal, l'Ile Madère, les Canaries, le Maroc, les Baléares, par le paquebot *Desirade.* Départ de Bordeaux : 26 mars 1932 ; arrivée à Marseille : 11 avril 1932.

Prix minimum : 1re classe, 4.000 francs ; classe touriste, 1.700 francs.

*Grandes vacances* : Croisière au pays des Vikings : la Norvège, le Cap Nord, par le paquebot *Foucauld.* Départ de Dunkerque : 1er août 1932 ; retour à Dunkerque : 20 août 1932.

Prix minimum : 1re classe, 3.450 francs ; classe touriste, 1.650 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Compagnie des Chargeurs réunis, 3, boulevard Malesherbes.(Téléphone : Anjou 08.00 à 08.04), et aux Agences de voyages.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Foire internationale de Lyon du* 7 *au* 20 *mars.* — A ce grand marché d'échantillons, les affaires se traitent directement entre producteurs et acheteurs. On y trouve exposée toute la production internationale, depuis la matière première jusqu'aux objets manufacturés. Cette année, près de 4.000 fabricants, appartenant à plus de 25 nations participent à la Foire.

A cette occasion, les gares des grands réseaux de chemins de fer français délivrent, à dater du 7 mars et pendant la durée de la Foire, des billets d'aller et retour pour Lyon, valables jusqu'au 21 mars inclus ; ces billets ne peuvent être prolongés.

Les visiteurs peuvent, dès leur arrivée, se procurer des chambres, tarifées à l'avance, au bureau des Renseignements hôteliers, ouvert à leur intention dans la gare de Lyon-Perrache (sortie Nord).

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

**R. C. Clermont 4264**

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

MONTE-CARLO, BEAULIEU

*Dimanche 27 mars, 3 avril ou 10 avril.* — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures (avec bagages). — Visite des Jardins exotiques à 9 h. 30. — A 10 h. 30, visite de l'hôpital. — A 11 heures, départ pour Beaulieu par la Moyenne Corniche. — A 12 h. 30, déjeuner à la Réserve de Beaulieu. — A 14 h. 30, visite des jardins. — A 16 heures, tour du Cap-Ferrat. — Villefranche. — Arrivée à Nice à 17 heures, — Répartition dans les hôtels. — A 19 h. 30, dîner d'adieux. — Soirée dans les théâtres.

NICE (départ).

*Lundi 28 mars, 4 avril ou 11 avril.* — Petit déjeuner dans les hôtels. — Départ suivant l'horaire des trains. — Le séjour après le petit déjeuner et le transport de l'hôtel à la gare sont à la charge des voyageurs.

*N. B.* — Ce voyage pouvant être effectué à trois dates : 1° pendant la Semaine sainte (20 au 27 mars) ; 2° pendant la semaine de Pâques (27 mars au 3 avril) ; 3° pendant la semaine de Quasimodo (3 au 10 avril) ; MM. les adhérents sont priés d'indiquer la semaine qu'ils préfèrent. Des excursions en Corse et en Italie auront lieu à la suite du voyage, si elles sont demandées.

Pour tous autres renseignements concernant les voyages sur la Côte d'Azur et en Corse, prière de s'adresser au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, qui répondra gratuitement à toute demande.

Pour les renseignements concernant les voyages dans les Alpes, les Cévennes et le s Pyrénées, s'adresser à la Fédération médicale des Pyrénées, direction des voyages, à La Malou-les-Bains (Hérault).

## RESPONSABILITÉ CONTESTÉE

Il n'est pas rare qu'un médecin, après avoir soigné un accidenté du travail, se voie contester sa note par la Compagnie d'Assurances pour le motif que la responsabilité patronale n'est pas en jeu. Le médecin n'a plus alors que la ressource — assez aléatoire — d'adresser sa note au blessé.

A la suite d'un accord qui vient d'intervenir entre la Réunion des Assureurs et la Confédération des Syndicats médicaux, les Compagnies d'Assurances préviendront désormais le médecin traitant, dès que le droit à indemnité pour l'accident é paraîtra contestable. Il est bien entendu que l'omission de cet avis, ou le retard à son envoi ne pourra être invoqué contre la Compagnie d'Assurances.

P. CIBRIE
(*Médecin de France*).

## Groupement des Syndicats généraux de Médecins spécialisés

Le Conseil d'administration du Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés réuni le 30 janvier 1932,

Considérant que le respect des titres universitaires, consacrant des études nettement définies, est indispensable aux intérêts bien entendus tant de la collectivité que de toutes les professions libérales ;

Que leur usurpation constitue un abus de confiance vis-à-vis du public et un larcin vis-à-vis de ceux qui les possèdent régulièrement ;

Que le doctorat en médecine est particulièrement visé par ces usurpateurs ;

Que la C. T. I. a pour principal objet « une action commune concernant la protection et la défense des intérêts et des droits généraux desdites professions » ;

Qu'il lui appartient en conséquence de mettre en pratique ces principes ;

Emet le vœu :

Que la C. T. I. engage une action pour la défense des titres universitaires et, en particulier, du doctorat en médecine,

Et qu'en attendant elle exige de tous ses membres le respect de ces titres et donne l'exemple en excluant de ses commissions, comités, etc., tous ceux qui se seraient attribué de façon abusive le titre de docteur.

# CORRESPONDANCE

## Questions médico-militaires

### 6279. — Promotion au 3e galon. Fin des obligations militaires

Né en 1883, célibataire, engagé volontaire en octobre 1903, deux galons à titre définitif depuis août 1917, citation au régiment. Puis-je espérer un jour un 3e galon ? Quelle formalité dois-je faire pour :

Cesser d'être médecin de réserve ou rester et jusqu'à quelle date médecin de réserve sur ma demande ? A quelle date ne suis-je plus mobilisable ?

Dr C.

**Réponse**

Appartenant à la classe 1903, vous serez dégagé de toutes obligations militaires le 15 octobre 1932, *à moins que* vous ne fassiez la demande de rester dans les cadres après cette date.

En qualité de médecin-lieutenant, vous seriez ainsi maintenu jusqu'à l'âge de 57 ans, et vous pourriez avoir des chances d'obtenir votre 3e galon, au cours de cette prolongation de service.

**6292. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre**

1° Un pensionné de guerre venant à mourir des suites de ses blessures ou maladie ayant donné motif de pension, quelle est la part de cette pension dont peut ensuite bénéficier la veuve ?

2° Si le pensionné de guerre vient à mourir d'une cause étrangère à celle qui a déterminé la pension, la veuve conserve-t-elle cependant une part de la pension du mari ?

3° Le trimestre de pension échéant le 15, et le pensionné venant à décéder à une date antérieure de quelques jours seulement (le 8 ou le 10 par exemple), la portion de trimestre écoulée reste-t-elle bien due, pour être versée aux héritiers légaux ?

Dr P.

**Réponse**

1° Si le pensionné de guerre décède des suites mêmes de la maladie pour laquelle il est pensionné, sa veuve a droit à la pension de veuve (taux normal).

2° S'il meurt d'une cause étrangère, la veuve n'a droit qu'à une pension de veuve (taux de réversion, légèrement moins élevé que le précédent).

Mais dans les deux cas, il faut que le mariage ait été antérieur à la maladie cause de la pension, ou tout au moins à son aggravation.

3° Dans ces conditions, les arrérages de pension, échus au jour du décès, font partie intégrante de l'héritage.

---

**6320. — Situation militaire d'un père de cinq enfants**

Père de 5 enfants vivants, appartenant à la classe 1905, j'ai offert ma démission de médecin lieutenant de réserve.

La Direction du service de santé de ma région me répond que le père de six enfants seul peut bénéficier des dispositions de l'article 58 de la loi du 31 mars 1928. Mais il me semble que ma situation actuelle me permet de donner ma démission d'officier de réserve (quitte à devenir infirmier de 2e classe).

Je vous prie de m'indiquer sur quel article je puis baser ma demande et de m'en donner libellé.

Dr X.

**Réponse**

Vous appartenez, pour deux raisons, à la 2e réserve :

1° Vous êtes de la classe 1905,

2° Vous êtes père de 5 enfants, et même ne fussiez-vous père que de trois enfants vivants (art. 58).

Invoquez donc le bénéfice de l'art. 58 et offrez votre démission sous la forme suivante :

Monsieur le Ministre de la Guerre
7e Direction.
(sous le couvert du Directeur du Service de Santé de la ... Région).

J'ai l'honneur de vous offrir ma démission de médecin de réserve, pour raisons personnelles, désirant bénéficier des dispositions de l'art. 58 de la loi du 31 mars sur le Recrutement.

Je suis, en effet ... (exposez les raisons ci-dessus,) et dès lors, j'appartiens à la 2e réserve (art. 58).

**6251. — Droit à la carte de combattant**

A la suite de la réponse parue dans votre numéro du 15 novembre 1931, page 3538, je serais heureux d'avoir le renseignement suivant :

Mobilisé le 3 août 1914 comme brancardier divisionnaire, j'ai été évacué le 3 septembre 1914 pour rhumatismes contractés au front, lesquels rhumatismes m'ont fait verser en mars 1915 à ma sortie de l'hôpital dans le service auxiliaire comme médecin auxiliaire (pour endocardite rhumatismale).

D'après votre réponse j'aurais droit à la carte de combattant ! n'est-ce pas une erreur ? Je vous serai très obligé de me fixer à ce sujet.

Dr B.

**Réponse**

Il faut que vous *prouviez*, afin d'avoir droit à la Carte de combattant, que votre rhumatisme, cause de votre évacuation, a bien *été contracté en Service*, au sens de la loi de 1831, c'est-à-dire, qu'il y a eu une corrélation *étroite* entre un fait de service (refroidissement au cours d'une relève de blessés par exemple) et l'apparition du rhumatisme.

## Accidents du travail

**755. — Accident survenu par intoxication par l'oxyde de carbone**

Un ouvrier électricien ayant eu à travailler dans un corps de cheminée pour installer une antenne de T. S. F. a présenté des signes d'intoxication par l'oxyde de carbone qui l'ont obligé à interrompre son travail pendant quelques jours.

L'assurance refuse de prendre en charge cette indisposition qui, dit-elle, n'est pas survenue sous l'action soudaine et violente d'une cause extérieure.

Mais si l'intoxication avait été plus prononcée, si l'intéressé avait succombé, comment l'affaire se serait-elle réglée ? Dr B.

**Réponse**

D'après la définition donnée par la Cour de Cassation, l'accident du travail consiste dans une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure. A cette notion de l'accident du travail s'oppose celle de la maladie professionnelle qui se ca-

ractérise essentiellement par la *progressivité* de la lésion, qui résulte alors d'une action lente et continue.

Il est assez difficile, malgré la précision de ces principes, de déterminer dans tous les cas où finit l'accident du travail et où commence la maladie professionnelle. Cependant, la tendance actuelle de la Cour de Cassation est d'élargir le plus possible le domaine d'application de la législation sur les accidents du travail et Sachet, auteur d'un traité sur les accidents du travail qui fait autorité, se conformant à cette tendance a proposé dans son édition 1926, nº 266, cette définition plus compréhensive de l'accident. Pour lui, l'accident est un événement anormal, en général soudain ou tout au moins d'une durée courte et limitée, qui porte atteinte à l'intégrité ou à la santé du corps humain.

Dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, l'intoxication n'est pas due aux conditions normales du travail. A défaut de violence, elle a présenté un caractère suffisamment marqué de soudaineté pour la faire rentrer dans le cadre des accidents du travail, puisqu'elle s'est produite au cours d'un travail de courte durée exécuté dans des conditions exceptionnelles. Nous estimons donc contrairement à l'avis naturellement intéressé de la Compagnie d'assurances, qu'il y a bien eu accident du travail et non pas maladie professionnelle.

Aussi pourriez-vous engager votre blessé, s'il estime pouvoir le faire sans craindre de perdre sa place, à citer son patron en paiement de son demi-salaire devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, qui décidera. Cette procédure ne lui causera pas de frais, car il bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire.

### 860. — Accident survenu à un ouvrier travaillant comme petit entrepreneur

Un ouvrier tonnelier travaillant à son compte, donc petit patron, est blessé dans l'exercice de sa profession, chez un agriculteur pour lequel il travaille à la journée et chez lequel il est nourri.

L'employeur est-il responsable ? Un juge de paix a répondu non. Dr J.

**Réponse**

Pour que la loi sur les accidents du travail soit applicable, il faut qu'il y ait un contrat de louage de service entre le patron qu'on veut rendre responsable et le blessé.

Dans le cas que vous nous soumettez, il n'existait aucun contrat de cette nature puisque le patron n'avait pas assumé ni la direction ni la surveillance du travail.

Par conséquent, c'est à bon droit que le Juge de Paix a décidé que la loi sur les accidents du travail ne pouvait jouer au profit de l'ouvrier tonnelier blessé dans l'exercice de sa profession.

**6441. — Accident survenu à un employé de chemin de fer**

Un de mes clients a été tué dans les circonstances suivantes : Cheminot travaillant au dépôt, il rentre dimanche soir 6 décembre, d'un congé et se rend en gare pour s'informer du travail qu'il aurait à faire le lendemain. Sur le quai il rencontre un mécanicien auquel il demande ce renseignement. Ne pouvant l'obtenir il se rend au dépôt par les voies et est écrasé par un train qu'il n'aurait pas entendu, la gare étant très mouvementée à cette heure. Cet accident peut-il être considéré comme étant « du travail » ? La compagnie ne l'entend pas ainsi, arguant que la feuille de travail n'étant obligatoirement affichée que deux heures d'avance, il n'avait rien à faire sur les voies à cette heure. Cet employé laissant deux enfants en bas-âge, je désirerais votre avis.

Dr C.

**Réponse**

La jurisprudence de la Cour de Cassation est bien fixée dans le sens qu'il y a lieu de considérer comme accident du travail tout accident arrivé au temps et au lieu du travail, ce temps et ce lieu devant être déterminés d'après les conditions selon lesquelles s'effectuait le travail.

Il appartient donc aux juges du fond de décider souverainement si votre malade était véritablement en service, ou non, lorsque sur le lieu du travail, mais en dehors des heures de celui ci, il a été, à l'occasion de son futur travail, victime d'un accident mortel.

S'il se trouvait sur les voies pour sa propre convenance, alors qu'il n'avait pas reçu d'ordres, il ne s'agit pas d'un accident du travail.

Mais si, rentrant de congé, ne sachant pas à quelle heure il devait reprendre son service, il s'est engagé sur le lieu de son travail, on peut soutenir que c'est à l'occasion de son futur travail qu'il a été blessé sur le lieu de celui-ci.

D'ailleurs, il se trouvait sous la surveillance de son employeur : aux différents agents de la compagnie d'interdire l'accès des voies à quiconque n'est pas de service.

Dans le cas que vous nous soumettez, il est probable qu'il faudra soutenir un procès jusque devant la cour de Cassation (la veuve obtiendra l'assistance judiciaire).

Il faudra prouver aux tribunaux que c'est à l'occasion du travail et sur le lieu du travail que l'agent a été tué, que, rentrant de vacances, il ne pouvait pas savoir, dans les deux heures qui précèdent, quel serait son service, ni où il devrait le prendre. C'est donc à bon droit qu'il se trouvait sur les voies, lorsqu'il a été victime de l'accident, qui doit être considéré comme provenant à l'occasion du travail.

Sinon, et subsidiairement, l'avocat pourrait plaider la négligence de la compagnie, qui, à la suite d'un défaut de surveillance, a laissé quel-

qu'un circuler sur les voies, alors qu'il y avait danger de le faire.

Dr Paul Boudin

### 962. — Revision de rente d'accidenté du travail

Un jeune ouvrier de 17 ans meurt le 26 sept. 1925 à la suite d'un accident du travail. Il était fils unique.

Le 29 janvier 1927, le Tribunal civil déboute le père et la mère de leur demande de constitution de rente, la preuve n'ayant pas été apportée que la victime était soutien indispensable.

En 1931 le père, ouvrier, est victime d'un accident du travail avec incapacité permanente partielle donnant une rente de 628 francs. Cette incapacité jointe à la sénilité (64 ans) de ce père, mettent celui-ci dans une situation de travail difficile.

Je serais désireux de savoir :

1° Si le père peut avoir un recours contre le jugement de 1927 le déboutant ainsi que son épouse de sa demande de rente à la suite de la mort du fils unique,

*a*) en tenant compte de l'incapacité actuelle du père ;

*b*) et de sa sénilité et de celle de la mère, facteurs de difficultés de deux existences qui pouvaient compter sur l'appui filial.

2° Comment le père pourrait obtenir rapidement une revision de son invalidité d'accidenté de travail, invalidité fixée trop faiblement. Dr P.

**Réponse**

1° Aux termes de l'art. 19 de la loi sur les accidents du travail, la demande en révision d'indemnité fondée sur le décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant 3 ans seulement. Le décès remontant au 26 septembre 1925 et les parents ayant été déboutés de l'action en attribution de rente qu'ils avaient régulièrement intentée devant le Tribunal Civil par Jugement en date du 29 janvier 1927, le délai de révision est actuellement expiré et il n'est plus possible de reprendre la demande, même en se fondant sur l'accident du travail dont le père vient d'être victime lui-même.

2° Si le jugement qui attribue une rente au père en raison de l'accident dont il a été victime personnellement, a insuffisamment évalué à son avis le taux de l'incapacité, il doit interjeter appel de ce jugement dans les 30 jours de sa date, conformément à l'art. 17 de la loi. A défaut d'appel dans ce délai, il ne pourra par la suite qu'introduire une action en révision dans le délai de 3 ans à compter du jour où la décision attributive de rente sera passée en force de chose jugée, mais seulement s'il peut justifier qu'une aggravation s'est produite dans son état depuis le jour où la rente lui a été allouée.

## Application du Tarif des accidents du travail

### 691. — La question du cumul interdit par l'article 13

Nous avons échangé une correspondance au début de ce mois au sujet d'un soit disant cumul « *possible* » entre le prix d'un *premier* pansement et celui d'une injection antitétanique.

J'ai soutenu que ce cumul était *une impossibilité* DE FAIT.

Le Dr Decourt a dans la lettre que vous m'avez adressée le 12 janvier, répondu « qu'il se contentait de dire *ce qui est* suivant *le tarif* lui-même et suivant « *la jurisprudence* établie. »

Une telle réponse qui ne tenait pas compte des conditions d'exercice de la médecine, chose antérieure aux décrets et tarifs, ne pouvait me satisfaire.

J'ai donc assigné *la plus mauvaise des compagnies d'assurances* devant la commission arbitrale du S. M. S., mais en même temps j'écrivais à la Compagnie en lui faisant savoir quelle serait ma plaidoirie c'est-à-dire qu'*un médecin n'ayant pas le droit de délivrer un sérum antitoxique* (voir loi sur l'exercice de la pharmacie,) quand le plus pressé (arrêt du sang et pansement) était fait, le premier acte était terminé ; et qu'il fallait que quelques instants après, *pour le second acte*, le blessé revienne dans mon cabinet en possession du sérum.

Après 15 jours de réflexion, sans attendre la convocation devant la commission d'arbitrage, la Compagnie *vient de baisser pavillon* en m'envoyant le prix du pansement.

Je me réserve le soin de faire un article sur la question, mais si vous estimez devoir publier mes deux lettres du début du mois, et vos deux réponses des 5 et 12 janvier, vous voudrez bien faire suivre cette correspondance de la présente lettre qui met le point final au cas particulier, et qui ouvre cette question au point de vue général.

Dr C.

**Réponse**

Ne chantez pas victoire, hélas ! bien qu'une assurance ait « baissé pavillon » au sujet du cumul, attendu que son interdiction est plus officielle, dans les faits, que jamais. Page 951 du « *Médecin de France* » du 15 décembre dernier, dans un exposé que je faisais à propos du « nouveau » Tarif des A. T. (mort-né depuis et remplacé par un autre) je disais à propos du *cumul* du prix de la visite plus celui d'une intervention, que celui-ci était *désormais possible*. Je me basais sur l'art. 14 où un exemple était donné le permettant ...

Mais depuis, comme vous savez, le Tarif fut changé (bien que paru à l'*Officiel*), un nouveau avec « abattements » fut établi et mis en vigueur *à la place de l'autre* à la même date du 15 février. Or, une discussion eut lieu à ce sujet à la sous-commission et on passa au caviar

le malencontreux exemple, en contradiction me dit-on avec l'art. 13, ce qui me retire toute possibilité de soutenir à nouveau ce cumul que j'avais évoqué comme possible.

D'où statu quo ante *cumul interdit*, malgré votre exemple ; une hirondelle ne faisant pas le printemps. Mais que ceci n'empêche pas tout article de vous à ce sujet ; vous pourrez y revenir sur les explications données en votre lettre et je ne doute pas que l'administration du journal accepte de le publier ... seulement si on me demande mon avis, je serai, de nouveau, obligé par les faits et la jurisprudence, de répondre ainsi que je l'avais fait pour vous. Et cela *malgré* toute ma bonne volonté démontrée dans le *Médecin de France*, comme vous pouvez le constater vous-même d'après les indications que je vous ai données ci-dessus.

Dr F. Decourt.

### 853. — Surveillance prolongée

Appelé dans la localité même, auprès d'un homme qui venait d'être pris sous l'effondrement d'un hangar, j'ai dû rester là 1 h.1/2 en attendant que le malheureux soit dégagé et n'ai d'ailleurs pu que constater le décès, que puis-je compter à la Compagnie d'assurances, l'article 6 ne me paraissant pas applicable ?

Dr B.

**Réponse**

L'article 6 est applicable puisque vous êtes resté 1 h. 1/2 en « surveillance prolongée » en vue de porter secours au malade *dès que* cela serait possible. Cela fait trois demi-heures à 15 fr. = 45 francs.

Dr F. Decourt.

## Fiscalité

### 601. — Patente sur le garage de l'automobile professionnelle

Je gare ma voiture dans un garage public, à 100 mètres de mon domicile. Je n'occupe dans ce garage qu'un emplacement (pas toujours le même, d'ailleurs) dans la salle commune et non pas dans un boxe particulier.

Jusqu'ici je n'avais jamais été imposé au titre de la patente pour ce garage, et je croyais, comme nombre d'autres clients dont deux confrères, que j'en étais exonéré du fait que je n'occupais pas un garage, un boxe personnel .... Or, cette année, je reçois une feuille d'imposition pour ledit garage ; est-ce légal ? ou dois-je payer..., puis réclamer ? D'autant que le contrôleur « y va un peu fort » : 225 fr. *pour une valeur locative de* 250 fr., *valeur locative qu'il a fixée lui même.* Il est vrai que le taux des centimes-le-franc est de 12 fr. 52710.

Dr X.

**Réponse**

L'imposition à la patente du garage de l'auto professionnelle est légale même si elle est placée dans la salle commune, mais l'impôt ne peut porter que sur la valeur locative de l'emplacement occupé, calculé d'après la grandeur de la voiture. Dans les 250 fr. que vous payez sont compris les frais de garde, de lumière, etc... etc..., par conséquent, peut-être pourrait-on réduire l'évaluation.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

---

### 685. — Impôt des prestations sur deux voitures

Je suis imposé pour deux voitures automobiles.

Or, en réalité j'ai bien 2 voitures, une Citroën 9 chevaux qui me sert journellement et une vieille Chenard 11 chevaux que je ne sors que 3 mois de l'année, au moment des vacances.

Il me semblait que l'on ne devait être imposé pour les prestations que pour les voitures en service le 1er janvier .

Est-ce exact ?

Que dois-je faire ? Dr A.

**Réponse**

La seconde voiture n'est peut-être pas utilisée au 1er janvier, mais elle est utilisable et se trouve à votre disposition ; cela suffit pour que la taxe des prestations soit due.

A. M.

---

### 963. — Pensions et allocations militaires à déclarer

Dans la déclaration du revenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu doit-on déclarer :

1° Les pensions d'invalidité au titre de la loi du 31 mars 1919 (blessés de guerre) ;

2° L'allocation du combattant (500 fr. à partir de 50 ans, 1.200 fr. à partir de 55 ans) ?

Ce qui revient à vous demander si ces sommes sont frappées ou exemptes de l'impôt sur le revenu.

Si on doit les déclarer ou non, les déclarer et les déduire s'il y a lieu. Dr C.

**Réponse**

Les pensions résultant de la loi du 31 mars 1919 et l'allocation du combattant sont exemptes d'impôt.

---

### 847. — Les droits de mutation par décès ne sont pas déductibles du revenu

J'ai perdu l'an dernier ma mère et j'ai payé x fr. de droit de succession. Cette année dans ma déclaration d'impôt sur le revenu, je dois tenir compte de la part d'héritage reçue au titre des bénéfices agricoles ? (La succession de ma mère étant en entier constituée par des propriétés foncières).

Je pensais pouvoir tenir compte dans ma déclaration des x francs versés venant en déduction dans les bénéfices déclarés.

Le contrôleur consulté me déclare que je n'ai pas le droit de procéder ainsi car les x francs payés ne sont pas un impôt mais une réduction de capital.

Je crois qu'il a raison mais je serais heureux d'avoir confirmation de la part de votre conseiller fical.

Dr X.

**Réponse**

Les droits de mutation par décès sont un impôt sur le capital non déductible du revenu.

A. M.

**964. — Il n'existe pas de proportion légale entre les recettes et les dépenses professionnelles**

Dans quelles proportions par rapport au revenu brut, les dépenses professionnelles, peuvent-elles figurer dans la déclaration pour l'impôt sur le revenu ?

Le contrôleur des directes m'a imposé un relèvement de 5.000 fr. sur les 4 dernières années soit 5 à 600 fr. d'impôt supplémentaire.

J'estime qu'actuellement, je suis surimposé. J'ai l'intention de demander au contrôleur d'annuler le supplément qu'il m'a proposé. S'il refuse quelle est la marche à suivre pour obtenir satisfaction ? Dr X.

**Réponse**

Il n'existe pas de proportion légale entre les recettes et les dépenses professionnelles, car ces dernières doivent être comptées pour leur montant réel.

Dans le cas où elles paraissent exagérées au contrôleur, il peut demander des renseignements et il convient de les indiquer par nature (loyer, domestiques, téléphone, abonnement aux périodiques professionnels, essence, réparations auto, etc., etc. )

A. M.

## Assurances

### Assurance auto. Remplacement de voiture

J'ai une assurance auto pour une Unic 10 chevaux et une Citroën 9 CV. Je remplace mon Unic,10 CV par une Citroën 9 CV et supprime l'ancienne Citroën. J'ai avisé ma Compagnie qui veut m'augmenter de 125 francs pour l'année et entend me faire payer 62fr,50 pour prorata de 6 mois de l'année en cours. J'ai refusé. Suis-je dans mon droit ?

**Réponse**

En principe, le droit de l'assuré dépend des conditions générales et particulières de la police. Celles-ci différant avec chaque compagnie, nous devons raisonner sur la généralité des contrats.

En principe l'assurance d'une automobile est faite pour un véhicule déterminé dont mention est

faite dans la police. Certes plusieurs jugements et arrêts ont déclaré le contraire en précisant qu'une voiture devait être assurée automatiquement, s'il ne s'ensuivait pas un accroissement de risque (Rennes 30 juin 1931 *D. P.* Paris 7 mars 1931, *Gaz. Pal.* I. 837.) En principe cependant il a été jugé que l'individualisation de la voiture doit être de règle : Trib. Civ. Valence 19 décembre 1929. *D. P.* 1930. I. 420. Paris 2 mars 1923. *Gaz. Trib.* 14 mai 1923 et antérieurement : Rouen 4 décembre 1901. *Gaz. Pal.* 1902. I. 77. Grenoble 3 mai 1911. D. 1913 2. 205. Cass. 19 octobre 1914. S. 1914 I. 467.

Généralement le cas est prévu dans les conditions générales du contrat qui mentionnent : « le « changement dans la forme ou dans l'usage d'une « voiture automobile, la substitution d'une voi- « ture à une autre, n'annulent pas la police ; il y « a seulement lieu à augmentation ou à diminu- « tion de prime d'après le tarif en vigueur et sui- « vant la destination de la nouvelle voiture ou la « force de son moteur ».

On trouve encore une autre clause rédigée de la façon suivante :

« La garantie de la Compagnie s'étendra à tou- « tes modifications dans la composition des ris- « ques assurés qui n'en changent ni l'objet ni la « nature, mais constituent une simple variation « dans les éléments numériques du décompte de « la prime (puissance valeur, indemnités assurées) « auquel cas il y a signature d'un avenant garan- » tissant le nouveau risque et paiement de la « prime correspondante. »

De l'examen des clauses précitées on s'aperçoit que la Compagnie n'est pas fondée à réclamer une augmentation de prime, mais bien plutôt (suivant la rédaction de la première formule) elle devrait être tenue de la diminuer puisqu'il n'y a pas eu de changement dans la force ni dans l'usage pas plus que dans les éléments numériques qui interviennent dans le calcul de la prime.

La situation ne serait plus la même si la Compagnie imposait : 1° D'assurer à la Compagnie toutes les nouvelles voitures que l'assuré viendrait à mettre en circulation, en même temps que l'assuré serait obligé de faire continuer l'assurance portant sur les véhicules remplacés par les acquéreurs de ces derniers.

Cette clause très discutable puisqu'elle fait intervenir un élément indéterminé lors du contrat en spécifiant que l'assuré paiera pour les nouvelles voitures le tarif en vigueur donnerait simplement lieu à l'annulation de la police.

En pratique seul l'examen des clauses du contrat peut permettre de donner une réponse précise. Le « Sou Médical » est à la disposition de ses membres pour le faire ainsi que pour tenter une démarche amiable à la Compagnie d'assurances pour régler le différend.

P. B. Baglin,

Docteur en Droit
Conseil technique d'assurance.

Cinquante-quatrième année — N° 10 — 6 Mars 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

*Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les docteurs :

**Alger** : Adda, Picard.
**Amélie-les-Bains** : Dr Alardo, J. Bouix.
**Arcachon** : Jean Doche.
**Arguel** (Doubs) : H. et J. Bon.
**Balaruc-les-Bains** (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*)
**Bandol** : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
**Beaulieu-sur-Mer** : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
**Beausoleil** : Andoly, Gaveau, Pizard.
**Biarritz** : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
**Cambo-les-Bains** : A. Camino Colbert, Trotot.
**Cannes** : Abadie, Bourgeois-Gavardin, A. H. Bourquet, Cadinouche, Caruette, L. Dublef, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
**Cap-d'Ail** : Lyons.
**Cap-Martin** : Griffault.
**Carnac-plage** : E St-Martin.
**Cassis-sur-Mer** : Agostini.
**Chambon-de-Tence (Le)** : Riou.
**Chamonix** : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
**Font-Romeu-Odeillo** : Yves Eynaud (*hélioth.*)
**Fréjus** : Turcan.
**Grasse** : Bossuet, Brody, Chaumet, A. Couderc.
**Hauteville** : A. Wigniolle.
**Hyères** : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
**Juan-les-Pins-Antibes** : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
**La Seyne** : Grandjean J. M. Jaubert.
**Mégève** (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
**Menton** : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
**Monte-Carlo** : S. Vivant,
**Nice** : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
**Oran** : Paire, Maupetit.
**Pau** : Bajac, Carcy, Cornet.
**St-Didier** : A. Masquin.
**St Gervais-les-Bains** : Roux.
**Ste-Maxime-sur-Mer** : Bausset, Ficonetti.
**St-Raphaël - Valescure** : Caldaguès. Léon Clement, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon,
**St-Pierre-de-Chartreuse** : Brianes.
**Sanary-sur-Mer** : P. Gaillard.
**Toulon** : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*, Pignet (*urol., derm.*)
**Vernet-les-Bains** : Dr Ponson.
**Villefranche-sur-Mer** : Alfonsi-Baud.
**Villard-de-Lans** : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

N° 81. — On dem. doct. 30 à 35 ans, célib., pour aider conf. dans station thermale. 1re année, 30.000 ; 2e, 40.000 ; 3e, 50.000. Belle situat. d'avenir.

N° 82. — Méd. franç. 24 ans pratique, cherche emploi fixe le matin. Paris, rive gauche de préférence.

N° 83. — Anc. méd. colonial, 46 ans, Off. Lég. d'hon., excell. réf., libre après-midi, rech. à Paris situat. méd. ou paraméd. avec fixe.

N° 84. — Dame sér., famille médicale, désire accompag. enfant à Salies en avril-mai, pour saison. Mme Labrousse, 18, rue Saint-Léonard, à La Rochelle,

N° 85. — Ouest. A céder pour rais. famille, forte client. médico-pharmac. méd.-pharm. seul dans comm. de 2.300 hab. Pays riche, gr. rayon. Méd. chem. de fer Etat. Conviend. à méd. propharm. actif. Très gros chiff. aff. en 1931. Condit. avantag. et gr. facil. paiement.

N° 86. — Paris. Quart. intéress., cab. méd. génér. avec appart. 4 p. Prix 25.000. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 87. — Côte d'Azur. Belle et anc. client. gynéc, accouch., appartem. 10 p. confort. Condit. intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), Tél. Odéon 36-46.

N° 88. — Poitou. Près gr. ville, propharm., méd. chem. fer. Maison agréab. 10 p. Prix 40.000, facilités. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

## Renseignements

**Preventorium de Dreux** (Eure-et-Loir) pour enfants. Prix très modérés. Soins médicaux. Pour renseign. S'ad. à Mme la Directrice du Préventorium, Dreux (E-et-L).

*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer. deux médecins. Prospectus sur demande.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

**« La Soleillette »**, Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Manger vite, c'est manger sans saliver : C'est favoriser la dyspepsie. Sucer des tablettes de mangaine, c'est saliver abondamment, une salive digestive, antiseptique et agréable.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les voix latines.** — *Grandes conférences internationales de l'Umfia* ou *Union Médicale Latine.* — Le Professeur E. Forgue, membre correspondant de l'Institut, fera, le samedi 12 mars, à 21 heures précises, à l'Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur : *La médecine espagnole* ; *esquisse de son histoire.*

On trouvera des cartes d'invitation chez les Docteurs Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris 16e, et Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris ; M. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 5e.

— **Semaine de Pâques sur la Côte-d'Azur.** — Nous rappelons que la date du voyage annuel de la Société médicale du littoral méditerranéen (Voyage rose) est définitivement fixée à la semaine de Pâques (27 mars au 3 avril). Voici le résumé du programme :

Rassemblement à Cannes. — Visite de l'Estérel et de la Corniche d'Or, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas, Le Cannet, Super-Cannes, Le Golfe-Juan, Juan-les-Pins, le Cap d'Antibes, Grasse, Vence et Nice. Après un arrêt à Nice et une excursion dans les Alpes, on parcourra la Grande Corniche en visitant l'Observatoire et le Monument d'Auguste, puis le Château de Roquebrune, le Cap Martin, Menton, le Château de Grimaldi, le Laboratoire du Docteur Voronoff et les Jardins de la Mortola. Le retour sera effectué par Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et la Moyenne Corniche jusqu'à Nice, où se fera la dissociation.

Ce VIe voyage international de Pâques sera placé sous la présidence de M. le Professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et la direction scientifique de MM. les Professeurs Perrin (de Nancy), de Nobele (de Gand) et Thévenot (de Lyon). Il réunira les plus beaux parcours touristiques aux principaux attraits scientifiques et médicaux de la Côte d'Azur, selon la tradition de la Société médicale. Les adhérents sont assurés de recevoir partout l'accueil le plus cordial. Comme de coutume, les membres de la famille des médecins sont admis, ainsi que les étudiants en médecine. Des séjours plus prolongés pourront être préparés sur la Côte d'Azur, avant ou après le voyage. Des excursions en Corse et en Italie, selon plusieurs itinéraires, pourront être ajoutés au programme, pour les voyageurs qui en feront la demande.

En raison du délai nécessaire pour obtenir les permis de circulation à demi-tarif sur les chemins de fer français, italiens, roumains et yougo-slaves, les adhérents sont priés de se faire connaître immédiatement, en précisant les itinéraires qu'ils désirent suivre, à l'aller et au retour. Les permis sont valables en toutes classes, du 16 mars au 15 avril inclus.

Prière d'écrire, sans retard, au *secrétariat de la Société médicale*, 24, rue Verdi, à Nice, qui répondra gratuitement à toutes demandes.

— **IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine.** — Le IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine, se tiendra à Lyon, du 6 au 9 mars 1932.

Cette manifestation aura un caractère essentiellement international puisque 32 gouvernements et plusieurs villes étrangères seront représentés. Les hygiénistes, architectes et ingénieurs français seront nombreux ; plus de 50 villes et 20 départements ont nommé des délégués.

La séance inaugurale aura lieu sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique, le dimanche 6 mars. Les 7, 8 et 9 mars seront consacrés aux séances de travail et à la visite des récents travaux de la ville de Lyon (hôpital de Grande-Blanche, aéroport de Bron, nouvelle faculté de médecine, usine d'incinération des immondices, abattoirs, etc...).

L'exposition réunit les participations du ministère de la Santé publique, du ministère de la Guerre (Service de santé militaire), du gouvernement du Maroc, de plus de 60 villes françaises et étrangères, départements, stations thermales et climatiques.

A signaler, en outre, la présentation de l'hôpital de Grange-Blanche, avec son installation moderne ; l'exposition par le Bureau d'hygiène de Lyon : la lutte contre les moustiques, et celle de l'Union syndicale du gaz de Paris : la lutte contre les fumées.

— **L'Association professionnelle des Journalistes médicaux français**, au cours de sa récente assemblée générale, a modifié comme suit son bureau pour 1932 : président : M. G. Lemoine (de Lille) ; vice-président : MM. Paul Boudin (de Paris) et Camescasse (de Saint-Arnoult (Seine-et-Oise) ; secrétaire : M. Albert Garrigues ; trésorier : M. L. Mathé.

La Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français a son bureau ainsi composé pour 1932 : président : M. G. Paul-Manceau ; vice-président : M. J. Minet (de Lille) ; secrétaire : M. A. Bouland ; trésorier : M. Albert Garrigues.

— **Hospice Paul-Brousse. Centre anti-cancéreux de la banlieue parisienne.** — *Internat.* — Le concours de l'internat de l'hospice Paul-Brousse, Centre anti-cancéreux de la région parisienne, s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires, MM. Werner, Millot, Delabos et Hinard ; internes provisoires, MM. Bonhomme et Noiquox.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Concours d'oculiste adjoint.* — Un concours pour une place d'oculiste adjoint des hôpitaux de Bordeaux aura lieu le 5 avril 1932. Inscriptions, avant le 20 mars, au secrétariat des hospices, 91, cours d'Aleret.

— L'ouvrage récemment paru sur l'**Education et la Rééducation de la voix chantée** et dû à la collaboration de Mme Louise Matha, cantatrice, professeur de chant, et du Docteur G. de Parrel, vient d'être

*honoré d'une souscription du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts*. De ce fait, les principales écoles nationales de musique vont en être pourvues, ce qui contribuera à répandre les notions anatomo-physiologiques et techniques, trop souvent méconnues et qui forment la base de l'enseignement du chant et de la culture de la voix.

Cet ouvrage fait partie de la *collection des dix manuels de rééducation*, éditée par Doin et dont les cinq premiers volumes sont déjà parus.

— **Médaille offerte à M. E. de Massary.** — Au moment où le Dr E. de Massary quitte son service, ses collègues et amis ont décidé de lui offrir une médaille-souvenir dont l'exécution a été confiée à M. G. Prud'homme. Toute souscription de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille. Adresser les souscriptions à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris VIe. Compte chèques postaux : Paris, 599.

— **Anthologie littéraire du Corps médical.** — La *Revue des Indépendants* va faire paraître une *Anthologie littéraire du Corps médical* ouverte à tous les praticiens littérateurs. Cette anthologie comprendra une notice biographique sur chaque auteur, son portrait en hors texte et des extraits de ses œuvres littéraires, sociologiques ou para-médicales. Ecrire, pour tous renseignements, à la direction de la *Revue*, 143 *bis*, Promenade des Anglais Nice. (*Communiqué.*)

— **Distinctions honorifiques.** — M. le Dr H. Gonzalve-Menusier, de Paris, vient de recevoir la cravate de commandeur de l'ordre du Nicham-Iftikar et la médaille d'argent de la Mutualité. Nos sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous venons d'apprendre avec peine la mort du Dr Gaston Chiffre, de Perpignan, survenue le 5 février dernier, à l'âge de 31 ans, à la suite d'une courte et terrible maladie.

Il s'était spécialisé en radiologie, où il s'était révélé doué d'une valeur technique éprouvée.

Il n'y avait que dix mois que son père, le Dr François Chiffre, avait lui-même disparu : c'est une bien cruelle épreuve pour leur famille. Nous y prenons une part très vive, et nous adressons à Madame G. Chiffre l'hommage de nos condoléances les plus sympathiques.

— La **Loi Armbruster** a été votée à la Chambre le 29 février sans discussion telle qu'elle avait été adoptée par le Sénat. Nous en publierons le texte prochainement.

Voilà un succès dont nous avons tout lieu de nous réjouir et qui réservera la médecine française aux Français.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

10 FÉVRIER

**Service de santé militaire.**

Par décret du 8 février 1932 le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés, libérés du service actif, est fixé ainsi qu'il suit et, par décision du même jour, ces officiers reçoivent les affectations suivantes :

Lardier, 14e rég., aff. rég. Paris ; Salomon, 19e C. A., aff. rég. Paris ; Bridot, tr. Maroc, aff. rég. Paris; Coste, Hurel et Paillard, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Houriez et Crépin, 1re rég., maint. ; Cordonnier, 6e rég., aff. 1re rég. ; Jacques, tr. Tunisie, aff. 1re rég.; Verin, tr. Maroc, aff. 1re rég. ; Brimont, 2e rég., maint; Mialaret, tr. Maroc, aff. 2e rég. ; Villeneuve, Michel et Mathan, 3e rég., maint. ; Gesbert, rég., Paris, aff. 3e rég. ; Lejeune, 19e C. A., aff. 4e rég. ; Demirleau, tr. Tunisie, aff. 4e rég. ;Quériault, tr. Maroc, aff. 4e rég. ; Briant, 5e rég., maint.

Herman, et Amat, 6e rég., miaint. ; Salmon, 9e rég., maint . ; Breton, tr. Maroc, aff. 9e rég. ; Benotis, 10e rég., maint. ; Delatouche, Tavennec, 11e rég., maint. ; Pineau, 19e C. A., aff. 11e rég. ; Giroux, 12e rég., maint. ; Auzeloux, rég. Paris, aff. 12e rég. ; Mathet, 18e reg., aff. à 12e rég. ; Grand, 13e rég., maint. ; Billaud, tr. Tunisie, aff. 13e rég. ; Defaix, 14e rég., maint. ; Ponson, 8e rég., 14e rég. ; Robert, Massier et Cérati, 15e rég., maint . ; Canceile et Balmelle, 16e rég., maint. ; Amestoy, 18e rég., aff, à 16e rég. ; Valette, tr. Maroc, aff. 16e rég. ; Maupetit, tr. Maroc, aff. 17e rég. ; Pichevin, 18e rég., maint.

Tubiana, 4e rég., aff. 19e C. A. ; (22 mars 28) Ficonetti, 2e rég., aff. 15e rég. ; (24 mars 28) Autissier, rég. Paris, maint. ; (26 mars 28) Gouget, rég. Paris, maint,. ; Lamiaud, 9e rég., aff. rég. Paris ; (27 mars 28) Chalerie, 6e rég., aff. 1re rég. ; Kraemer, 6e rég., maint ; (28 mars 28) Rousselle, 1re rég., maint. ; Bref, 6e rég., aff. 1re rég. ; Ackein, 20e rég., aff. 1re rég. ; Lagoubie, 18e rég. maint,. ; (29 mars 28) Trouette, 15e rég., maint. ; (16 avril 28) Chazette, 4e rég., aff. rég. Paris ; Corinin, 2e rég., maint. ; Salauze, 16e rég., maint. ; (19 avril 28) Berthelot, 1re rég. aff. 10e rég. ; (21 avril 28) Huret, rég. Paris, maint. ; (22 avril 28) Wattez, 1re rég., maint . ; (23 avril 28) Lavoine, 2e rég., maint.

(24 avril 28) Piéri, 15e rég., maint. ; (25 avril 28) Mondin, 18e rég., maint. ; (29 avril 28) D lnffond, reg. Paris, maint. ; (1er mai 28) Hubaut, 3e rég., maint. ; Pesque, 6e rég., maintenu ; Charbonneau, 8e rég., maint. ; (8 mai 28) Descarpentries, 6e rég., aff. 1re rég. ; (12 mai 28) Manonviller, 20e rég., aff. 7e rég. ; (14 mai 28) Olieu, 16e rég., maint. ; (17 mai 28) Challe, rég. Paris, maint. ; (20 mai 28) Moreau, rég. Paris, aff. 9e rég. ; (30 mai 128) Lembeye, 18e rég., maint. ; (4 juin 28) Grégoire, 5e rég., aff. rég. Paris ; (10 juin 28) Dejean, 16e rég., maintenu ; (11

juin 28) Batrault, rég. Paris, aff. à 3e rég. ;(14 juin 28) Dubois, 1re rég., maint. !; (17 juin 28) Figuel, 14e rég, aff. 15e rég. ; (28 juin 28) Jaudel., rég. Paris, maint. ; (30 juin 28) Pineau-Valencienne, rég. Paris, maint.

(4 juillet 1928) Tarte, 6e rég., aff. 20e rég. ; (11 juillet 28) Castaignet, rég. de Paris, maintenu ; Montagne, 6e rég. , aff. rég. Paris ; Mazataud, rég. Paris, aff. 11e rég. ; (12 juillet 28) Stephan, rég. Paris, maint. ; (17 juillet 28) Leblond, 6e rég., aff. 1re rég. ; (20 sept. 28) Penteuil, Nazarian *dit* Nazaroff ; Meillaud, Cohen-Bacrie, Lafay, Fresquet, Cabailie et Croisier, rég. Paris, maint. ; Cohen, 4e région, aff. rég. Paris ; Royer de Véricourt, 10e rég., aff. rég. Paris ; Bernsztein, 20e rég., aff. rég. Paris ; Coumetou, 20e rég., aff. rég. Paris ; Deroo, 1re rég., maint.

Brulin, 8e rég., aff. 2e rég. ; Levet, 8e rég., maint. ; Verdier 11e rég., aff. 10e rég. ; Quemère, 11e rég., maint. ; Bapt, 12e rég., maintenu ; Barrier, 13e rég., maint. ; Peres, 17e rég., maintenu ; Clares, 19e C. A., maint.

(15 mars 1929) Virenque, troupes Maroc, aff. 16e rég. Laumonier, 18e rég., maint. ; (20 mars 1929) André , Bernard, Chomet, Lemaître et Leroux, rég. Paris, maint. ; Facquet et Périer, 3e rég., aff. rég. Paris ; Boudreaux, Friedmann et Rousseau, 6e rég., aff. rég. de Paris.

Regaud, 14e rég., aff. rég. Paris ; Saiiet, 15e rég., aff. rég. Paris ; Cachin, Messimy, Menetrel et Salles, troupes Maroc, aff. rég. de Paris ; Lemoine, 3e rég., maint. Hecart, rég. de Paris, aff. 3e rég. ; Rouher, tr. Maroc , aff. 13e rég. ; Bargeton, 15e rég., maint.

Les pharm. sous-lieut. : (15 mars 29) Cazala, Coudert, Garsonnin, Fraysse, Falin, Felice, Labro, Maleyrie, Masson, Lévy, Monnet, Mondon, Schmitt, Touchard et Aron, rég. de Paris, maint. ; Cappelaere et Francke, 1re région, aff. rég. Paris ; Parey, 4e rég., aff. rég. Paris ; Lataud, 5e rég., aff. rég. de Paris ; Dubois et Hesse, 6e rég. aff. rég. Paris ; Bousquet et Luneau, 7e rég., aff. rég. Paris : Lafarge, Saunier, 9e rég., aff. rég. de Paris ; Reygagne, 12e rég., aff. rég. Paris ; Cordier et Lécuyer, 19e C. A., aff. rég. Paris ; Dutranoy, Galy. Pailloux et Vallet, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Lemercier, tr. Tunisie, aff. rég. de Paris ; Humbert et Leymarie, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Morice, tr. Levant, aff. rég. Paris ; Dobritz, Lemettre, Macquart, Nihous, 1re région, maint.

Parmentier et Pécourt, 1re rég., maint. ; Hautclocq, Roger et Vankemmel, 2e rég., aff. 1re rég. ; Bauters et Lebeau, 6e rég., aff. à la 1re rég. ; Ardaens, Descamps et Lebon, 2e rég., maint. ; Elvas, 3e rég., aff. 2e rég. ; Bigot, 6e rég., aff. 2e rég. ; Olivier, 20e rég., aff. 2e rég., Williot, et Legrand, 3e rég., maint. ; Gaubert, 10e rég. aff. 3e rég. ; Valée, 4e rég., maint. ; Bussit et Camus, 5e rég., maint. ; Morel, Cartereau, rég. de Paris, aff. 5e rég. ; Bride, 6e rég., maint. ; Moreau, 20e rég., aff. 6e région ; Chanot, troupes Maroc, aff. 6e rég. ; Clément, 7e rég., maint.

Humbert, Jovignot et Collard, 8e région, maint. ;

Cabannès, 18e rég., aff. 8e rég. ; Richard, Sablayrolles, et Jacquet, 9e rég., maint. ;Sonnard, rég. de Paris, aff. 9e rég. ; Vacher, Loncle et Beauche, 10e rég., maint. ; Bosse, 4e rég., aff. 10e rég. ; Bélam, tr. du Maroc, aff. 10e rég. ; Himène, Guillet, Albrespy, Flatres et Delpirou, 11e rég., maint. ; Bocher, rég. de Paris, aff. 11e rég. ; Odeye, 10e rég., aff. 11e rég. ; Peynichou, et Maisonnial, 12e région, maint. ; Lajoinie rég. de Paris, aff. 12e rég. ; Fourot, 18e rég., aff. 12e rég. ; Pommier, 18e rég., aff. 12e rég.

Delaval, Chéradame, et Bardin, 13e rég., maint. ; Rivoire, Fabre, Delorme et Darniat, 14e rég., maint. ; Carrier, tr. de Tunisie, aff. 14e rég. ; Boiron, Barthélémy, Balansard, Girault, Guercia, Goiran, Jouffret, Massiéra, et Oddo, 15e rég., maint. ; Coulet, et Mouret, 14e rég., aff. 15e rég. ; Jolin, 19e C. A., aff. 15e rég. ; Bertrand, 20e rég., aff. 15e rég. ;Leynaud, Nadaud et Pouvy, tr. du Maroc, aff. 15e région ; Fraissinet, Destours, Castan et Berthomieu, 16e rég., maint. ; Boyer, rég. de Paris, aff. 16e rég. ; Dussel, 14e rég., aff. 16e rég. ; Mailhac, 17e rég., aff. 16e rég. ; Fabre, tr. du Maroc, aff. 16e rég. ; Signorel, Demarty, Besse, Boisdon et Barrue, 17e rég., maint . ; Fillol, 14e rég., aff. 17e rég.

Seguy, tr. du Maroc, aff. 17e rég. ; Peyou, Planes, Plante, Pons, Noinski et Duverger, 18e rég., maint. ; Philiparie, tr. Maroc, aff. 18e rég. ; Viala, Mollon, Monnet, Nahon, Gadel, Geanopoulos, Colinet et Calleja, 19e C. A., maint. ; Weill, Stumpf, Michon et Dadainzy. 20e rég., maint., Jaeger, et Carlot, tr. du Maroc, aff. 20e rég. ; Tacher, 15e rég., aff. tr. du gr. A. O. F.

(17 mars 1929) Sugier, 13e rég., maint. ; Daupez, 17e rég., maint. ; (19 mars 1929) Villard, 14e rég., maint. ; (20 mars 1929) Lefèvre et Beaufils, rég. Paris, maint . ; Vanière et Moch, 19e C. A., aff. rég. de Paris ; Lemaire, tr. du Maroc, aff. 1re rég. ; Doisnel,19e C. A., aff. 3e rég. ; Hécart, tr. de Tunisie, aff. 3e rég. ; Bruel, rég. Paris, aff. 4e rég. ; Dubois, 19e C. A., aff. 8e rég. ; Léonardon, rég. de Paris, aff. 9e rég. ; Sausseau, 19e C. A.,, aff. 9e région ; Duval, 19e C. A., aff. 10e rég. ; Cholet, 19e C. A., aff. 12e rég. ; Arnoux, tr. Maroc, aff. 14e rég. ; Mercier, tr. Maroc, aff. 15e rég. ; (21 mars 1929) Salle, 9e rég., aff. rég. Paris ;Martin,1re rég., maint. ; Boitel, 1re rég., maint. ; Girondeau, 9e rég., aff. 12e rég. ; (25 mars 1929) Séjourné, 5e rég., aff. rég. Paris ; Tibéri, 9e rég., aff. 12e rég.

(19 avril 1929) Lantz, 9e rég. , aff. rég. de Paris ; Martinot, 13e rég., aff. rég. de Paris ; (7 mai 1929) Clémenti, Letteri, Tardy, 19e C. A., maint. ; (12 mai 1929) Régnier, 16e rég., aff. 12e rég. ; Bardet, 16e rég., maint. ; (23 mai 1929) Navellier, rég. de Paris, maint. ; (9 juillet 1929) Duquesne, 2e rég., aff. 1re rég ; (20 sept. 1929) Didon, Bouchara, Henriau et Fabre, rég. Paris, maint. ; Dronne, 4e région, aff. rég. Paris ; Vandroux, 8e rég., maint. ; Guy et Grotte, 8e rég. maint. ; Manchec, 10e rég., aff. 11e rég. : Bon, 13e rég. maint. ; Hubert, rég. Paris, aff. 13e rég. ; Calvel, 16e rég., maint. ; Bernardin, 17e rég., maint.

Par le même décret, sont promus :

*Au grade de médecin lieutenant.*

Les méd. sous-lieut. ; (15 août 1930) Voillemin, 7e rég. ; Assan, 19e C. A. ; Lavernhe, 19e C. A. ; Vichard, 20e rég., (15 févr. 1931) Adoue, 19e C. A. ; (15 août, 1931) Taquet, Naulleau, Nyer, Jarrouste, Durel, Cheyssial, Brunet, Boidot, Pradel, Chauvet, Bruneton, Delafond, Aboulker et Goinard, rég. de Paris ; Swyngedauw, Rommel, Masbou, Galiègue, Fremaux, Dupas, Delnatte, Desbonnets Caillets, Desquène, Lamoril, Legillon, Masquelier, Torck, Cuailacci-Stéphanopoli, Degard et Delélis, 1re rég. ; Andrieu, Geisz et Cunin, 2e rég. ; Deloulay, 4e rég. ; Chichereau, 5e rég. ; Lorcin, 6e rég. ; Daull, Croci, Mouillard, Gaudez, Maitre, Fleurent et Picquet, 7e rég. ; Manteaux et Masson, 8e rég. ; Brault, Colleau, Hy, Juchet, Chagnaud, Vial et Pommeret, 9e rég. ; Lugnier, 10e rég. ; Colbert de Beaulieu, 10e rég. ;Benoist, 11e rég. ; Mazeyrie, Guinier et Delluc, 11e rég. ; Reymond, 13e rég. ; Lathuraz-Viollet, 14e rég. ; Aillaud, Appaix, Audier, Blanc, Dusan, Fournet, Gaujoux, Quétin, et Raffalli, 15e rég.

Viguier, Poujad, Meinier, Cabanac, Bassaget, Coste, Fabrègue et Falot, 16e rég. ; Deguiral, Escaïch, Fournial, Nux, Pélissier, Verge, Servat et Salvador, 17e rég. ; Dauna, Chastaignet et Nadaud, 18e rég. ; Sitbon, Lefranc et Guedj, 19e C. A. ; Cartault, Demay, Laurent, Pierrot, Poirot, Rothan, Wagenlander Israël, Horber, Crestin et Woringer, 20e rég.

(20 août 1931) Aboulker, Boudin, Bons, Brandy Fiehrer, Gabriel, Guelly, Jodin, Ollivier-Henry, Roy, Bénassy, Coen, Fabre, Verdier, Lardier, Salomon, Bridot, Coste, Hurez, Paillard, rég. de Paris, Houriez Crépin, Cordonnier et Vérin, 1re rég. ; Brimont et Mialaret, 2e rég. ; Villeneuve, 3e rég. : Michel et Gesbert, 3e rég. ; Lejeune, Demirleau et Quériault, 4e rég. ; Briant, 5e rég. ; Herman et Amat, 6e rég. ; Salmon et Breton, 9e rég. ; Benoist, 10e rég. ; Delatouche, Tavennec et Pineau, 11e rég. ; Giroux, Auzeloux et Mathet, 12e rég. ; Grand et Billaud, 13e rég. ; Defaix et Ponson, 14e rég. ; Robert, Massier et Cérati, 15e rég. ; Canceill, Balmelle, Amestoy et Valette, 16e rég. ; Maupetit, 17e rég. ; Pichevin, 18e rég. ; Tubiana, 19e C. A.

(21 août 1931) Berge, 20e rég. ; (29 août 1931) Ficonetti, 15e rég. ; (3 sept. 1931) Autissier, rég. de Paris ; (7 sept. 1931) Gougez et Lamiaud, rég. de Paris (9 sept. 1931) Chalerie, 1re rég. ; Kraemer, ,6e rég. (11 septembre 1931) Rousselle, Gref et Ackein, 1re rég. ; Lagoubie, 18e rég. ; (13 sept. 1931) Trouette, 15e rég. ; (20 sept. 1931) Koutseff, 20e rég. ; (17 oct. 1931) Chazette, rég de Paris ; Corinin, 2e rég. ; Salauze, 16e rég.

17 FÉVRIER

**Tribunaux départementaux des pensions.**

Sont nommés pour l'année 1932 :

Membre titulaire du Tribunal des Pensions du Fi-

nistère ; section de Brest, M. le Dr Le Goaon, de Brest.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. les Drs Mignard et Bossé, de Brest.

### Thermomètres médicaux.

*Décret du 12 février 1932 portant relèvement des taux de vérification des thermomètres médicaux.*

Art. 1er. — L'article 11 du décret du 3 mars 1919 est modifié ainsi qu'il suit :

Il est dû à l'Etat par thermomètre contrôlé :

1° Un taux de 60 centimes pour l'examen préliminaire ;

2° Un taux de 1 fr. 40 pour la vérification d'exactitude.

Il est dû, en outre, dans tous les cas, une taxe fixe et globale de 2 fr. 50 pour chaque présentation isolée ou par lot d'instruments au contrôle, quel que soit le nombre d'instruments présentés.

Art. 2. — Les taux prévus à l'article 1er ci-dessus sont majorés du double décime établi par la loi du 22 mars 1924.

### Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : MM. les Drs Bord ; Paul Boudin, de Paris ; Bouillette, de Conflans-Sainte-Honorine ; Casenave, d'Hendaye ; Daniel, de Fort-de-l'Eau ; Dibos, de Mont-de-Marsan ; Gouverneur, de Paris ; Minet, de Lille ; Moundlic, de Paris ; Quénée, de Béthune ; Richard, de Berck ; Tamboise, du Cateau ; Thouvenin, de Bonnelles ; Vadon, de Saint-Raphaël ; Wetterwald, de Paris ; Meyer, du Mans ; Parazols, de Pau ; Pennel, de Paris ; Tourmente, de Courseulles.

### Médecins consultants du ministère de la Santé publique.

Par arrêté du 12 février 1932, il a été créé au ministère de la Santé publique, un corps de médecins consultants, dans l'intérêt des fonctionnaires et agents de l'administration centrale.

Par le même arrêté, ont été nommés consultants du ministère de la Santé publique, pour leur spécialité :

M. le Docteur Desplas, chirurgien des hôpitaux.

M. le docteur May, médecin des hôpitaux.

M. le docteur Monbrun, ophtalmologiste des hôpitaux.

M. le docteur Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

18 FÉVRIER 1932

### Service de santé militaire.

3 *Décrets du 11 février 1932 concernant :*

1° *Les conditions dans lesquelles les officiers du corps*

*Voir la suite page LXIII-743*

# PROPOS DU JOUR

## Au sujet de notre projet d'internat obligatoire.

**Ce que pense le Prof. Laignel-Lavastine de l'éducation médicale provinciale. L'année d'application médicale dans les hôpitaux du Prof. G. Roussy. Un sujet d'enquête pour l'A. P. I. M.**

Dans la belle leçon inaugurale qu'il a faite en prenant possession de la Chaire d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie, M. le Prof. Laignel-Lavastine, rappelant comment il avait été initié à la médecine par son propre grand-père, Louis Bidault, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital d'Evreux, a dit :

« Je ne saurais trop insister sur l'utilité de cette éducation médicale provinciale. Elle se rapproche du compagnonnage dans un atelier. C'est cet apprentissage familial qui faisait la force des corporations.

Dans nos services parisiens, l'étudiant s'égare s'il n'a quelque ami plus avancé que lui, qui se fait son moniteur.

L'enseignement par petits groupes est une nécessité ; car la médecine, avant de devenir une science pour quelques-uns, est d'abord pour tous un métier. »

Ces paroles évoquaient le début de mes propres études médicales ; alors que mon père, dans le petit hôpital de Brioude, m'initiait à l'auscultation et à l'art des pansements et m'enseignait sur un vieux squelette des rudiments d'ostéologie ; elles me remémoraient encore de vieux souvenirs, lorsqu'à l'Ecole de Médecine de Clermont, arrivé rapidement interne, je recevais les leçons de quelques bons praticiens qui, s'ils n'étaient pas des hommes de science, connaissaient parfaitement leur métier, me considéraient comme leur jeune ami, un peu comme leur fils, et me permettaient de prendre, surtout les jours de garde, des initiatives qui me donnaient conscience de ma responsabilité et m'incitaient à perfectionner mes connaissances cliniques. Aussi lorsque j'arrivai externe à Paris, si j'étais mal préparé pour aborder les concours, j'étais à même d'examiner avec fruit les malades, de poser un diagnostic, de formuler même un traitement, ce que mes collègues d'externat, infiniment plus savants que moi pour la plupart, étaient dans l'incapacité de faire. Je n'eus pas le loisir, après une année fructueuse de travail comme interne provisoire, de prolonger mes études, trop coûteuses pour ma famille ; l'exercice de la médecine à la campagne dans un pays peu favorisé n'enrichissait pas alors les médecins. Mais du début de mes études, de mon année d'internat à Bicêtre où mon maître Bourneville qui m'honorait de sa confiance, m'avait abandonné le petit pavillon des contagieux, j'ai acquis la ferme conviction qu'une année au moins d'internat, remplie en province ou à Paris, est indispensable pour faire un bon médecin. Sans doute un jeune docteur peut faire son apprentissage durant ses premières années d'exercice. Mais ne vaut-il pas mieux pour ses malades comme pour lui-même que ses premiers pas dans la carrière médicale soient guidés par un praticien expérimenté et dans un hôpital.

Ceci me paraissait si naturel, si sensé que lorsque j'émis cette idée il y a plus de vingt ans dans ce journal, je ne fus nullement étonné de recevoir des lettres de simples praticiens qui avaient eu bien avant moi la même idée et je ne fus pas peu surpris du genre d'objections faites à ce projet, objections qui se résumaient dans le tort que sa réalisation pourrait porter au prestige de l'internat. Comme si le public et les médecins étaient assez sots pour ne pas faire de distinction entre un ancien interne des hôpitaux de Paris et l'ancien interne d'un hôpital public ou privé d'une petite ville !

Aujourd'hui, on est revenu de ces errements. Nous voyons le Prof. Laignel-Lavastine indiquer tous les avantages des études médicales faites en province, véritable apprentissage familial qui permet au jeune praticien, sinon de devenir un savant, du moins d'apprendre son métier. Et nous lisons dans le *Siècle Médical* un article de M. le Prof. G. Roussy intitulé : *A propos des Etudes Médicales*, où ce maître demande que la sixième année, prévue pour rendre complètes l'instruction et l'éducation des jeunes médecins, soit *une année d'application médicale* dans les hôpitaux à titre de « stagiaires résidents ».

Nous ne ferions d'ailleurs qu'imiter ce qui se passe à l'étranger.

Notre distingué confrère, le Dr Nordmann, président du Syndicat de Colmar, nous écrit que de-

puis trente ans les jeunes médecins allemands sont tenus, avant de pouvoir exercer, à faire une *année pratique.*

Cette année pratique n'est pas tout à fait conforme à notre internat, mais dans 90 à 95 % des cas, elle est passée dans les hôpitaux et les étudiants qui y sont soumis, y remplissent un rôle analogue à celui des internes ; théoriquement une partie de cette année pourrait être passée avec l'autorisation du Ministre auprès de praticiens très occupés. Il serait intéressant de connaître en quoi consiste très exactement cette année de médecine pratique en Allemagne, de savoir si rien de semblable n'existe dans d'autres pays.

Ce serait un sujet d'enquête très intéressant que notre ami, le Dr Decourt, secrétaire général de l'Association professionnelle internationale des médecins, A. P. I. M., pourrait soumettre à collègues.

J. Noir.

---

## La nécessité de créer une Association des médecins coloniaux.

Nous avons reçu une lettre du Dr P. Y. Griffault, de Papeete (Tahiti), sur la nécessité urgente pour les médecins coloniaux de fonder une Association :

« Il faut, insiste le Dr Griffault, créer une Association des médecins coloniaux. C'est de cette façon et seulement de cette façon que nous pourrons arriver à des résultats tangibles.

Séparés les uns des autres par des distances considérables, chacun d'entre nous enfermé dans le cadre de sa colonie et ignorant le voisin, jamais nous ne serons capables de mettre sur pied quoique ce soit, si nous ne sommes pas unis, cohérents, sachant ce que nous voulons et ce qu'on nous doit.

Il ne s'agit ni d'entrer en lutte avec nos confrères militaires, avec qui nous entretenons d'ailleurs en général les meilleures relations, ni de partir en guerre contre tel ou tel administrateur maladroit ou mal intentionné à notre égard.

Non, c'est tout au moins mon avis,

Nous avons à régler des questions beaucoup plus élevées, à mettre surtout et tout d'abord un peu d'uniformité dans nos situations si diverses, etc. J'estime que d'ailleurs nous pourrons ainsi jouer un *rôle de recrutement de premier ordre* et aider les Directions de Service de santé dans la propagande en faveur de la médecine coloniale. Nous pourrons éclairer nos jeunes confrères, leur donner les détails précis, les engager à partir pour telle ou telle colonie, selon leur spécialisation ou leurs aptitudes, et éviter ainsi à la grande majorité des jeunes gens qui viennent avec des illusions, ces déceptions d'arrivée qui influent quelquefois d'une façon néfaste sur toute une carrière. »

La proposition de notre Confrère de Papeete nous paraît réalisable et son programme est absolument sage.

Pour réaliser ce qu'il nous demande, il convient que les médecins coloniaux lui fassent parvenir leur adhésion ou nous l'envoient et nous nous chargerons de les lui transmettre.

Nos annuaires indiquent un nombre assez considérable de médecins exerçant dans nos colonies, nos pays de protectorat, nos territoires sous mandat. Mais il est évident que l'exercice de la médecine n'est pas partout organisé, que dans certains pays, l'intervention des médecins de l'armée coloniale est indispensable et même réclamée par leurs confrères civils, que la question des assistants médicaux, docteurs de Facultés étrangères ou docteur d'université, doit être surveillée dans un esprit large d'équité où l'intérêt de la Colonie doit tenir la première place.

Ce n'est donc pas une lutte que désire entreprendre le Dr Griffault, c'est la création d'une œuvre de meilleure organisation, un bureau de renseignements techniques surs et précis.

Le *Concours Médical* est tout disposé à participer à cette création et à l'aider autant qu'il lui sera possible. Il ne doute pas que la *Confédération des Syndicats médicaux français*, malgré les graves questions qui actuellement l'accaparent, ne consente à aider nos Confrères coloniaux à fonder leur Association qui, si la législation le permettait, pourrait devenir un syndicat.

Nous faisons encore appel à toute la *presse médicale française* qui ne saurait refuser son appui ni sa publicité à une œuvre qui intéresse non seulement la médecine coloniale, mais toute la médecine française. Cette œuvre sera très favorablement accueillie par les jeunes, si nous en croyons les efforts déjà tentés et partiellement couronnés de succès, de notre collègue et ami Crouzat dans *Le Jeune Médecin*. Nous espérons encore que le Dr Foveau de Courmelles qui fait une propagande si active dans les journaux coloniaux et l'*Hygiène sociale* qui, sous la direction du Dr Boyé, a si brillamment organisé les journées médicales coloniales, ne se désintéresseront pas de ce projet.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### COMMENT DIAGNOSTIQUER LA CONSTITUTION ÉPILEPTOÏDE CHEZ L'ENFANT ? (1)

Docteur Gilbert ROBIN,

Ancien chef de clinique, Médecin des Asiles.

Bien que la clinique démontre que les troubles intellectuels et psychiques de l'épileptoïdie se rencontrent, les *mêmes*, avec ou sans crises comitiales nettes, porter le diagnostic d'épileptoïdie en dehors de ces crises pourra paraître audacieux à bien des médecins. C'est là une notion nouvelle, à mon avis importante en raison des conséquences thérapeutiques et pédagogiques qu'elle peut avoir. Il s'agit, en somme, d'agrandir le cadre des manifestations larvées de l'épilepsie. Les objections ne manqueront pas, Certains auteurs ne parlent d'épilepsie que s'il y a perte de conscience. Sans doute, ils se laisseront convaincre. L'évolution se fait et se fera de plus en plus, car rien ne vaut contre les faits.

Le diagnostic d'épileptoïdie chez l'enfant, est d'ordre exclusivement clinique. La clinique n'est pas toujours facile. Elle nécessite une longue expérience. Elle oblige parfois à des discussions délicates. Aussi, pour montrer les difficultés de la tâche, ai-je tenu à présenter quelques observations qui, mieux que les théories, illustrent par des faits concrets, les raisons qui m'ont paru de nature à emporter ce diagnostic.

Voici un enfant de 12 ans 1/2, intelligent et cependant très en retard au point de vue scolaire, malgré une scolarité suivie, tantôt le premier, et tantôt le dernier de la classe. Son travail est toujours extrêmement lent.

Huit ans d'âge pour la lenteur, quatorze ans pour les facultés intellectuelles. La conduite ? inattentif, instable, insupportable, désobéissant, « *agaçant* », batailleur.

Affectueux, mais jaloux de ses frères, il a déclaré qu'il les tuerait.

Des colères au cours desquelles, il est grossier, défonce les panneaux des portes. Autrefois, même il perdait connaissance.

Mystique par intervalles et repentant, semble souffrir de sentiments de culpabilité. Le père est syphilitique, le grand-père paternel était syphilitique. Les frères de l'enfant sont jumeaux.

(1) Article extrait d'un ouvrage devant paraître prochainement chez Doin, édit. *L'épilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde.*

Malgré l'absence d'antécédents personnels (pas de convulsions, premier développement psycho-moteur normal, pas d'énurésie, pas de troubles du sommeil), je n'hésite pas à porter le diagnostic d'épileptoïdie et je l'appuie sur les considérations suivantes : colères aveugles (avec perte de conscience, menaces de mort), irrégularité scolaire, lenteur intellectuelle, mysticisme indiscipline et taquinerie, etc., hérédité syphilitique.

Voici d'autre part une petite fille de 11 ans qui n'a été propre qu'à 5 ans, qui est toujours grognon, a des sautes d'humeur d'un instant à l'autre, se montre sournoise, coléreuse, opposante, en classe est la dernière et encore dans une classe inférieure à celle qui correspond à son âge, qui est distraite au point que « sa maîtresse ne comprend pas comment on peut l'être autant », distraction du reste qui frise l'absence (ajoutons pour excuser l'enfant qu'elle présente une légère débilité intellectuelle constitutionnelle), nous contenterons-nous du diagnostic de débilité intellectuelle ?

L'énurésie tardive, l'opposition, la distraction poussée aux extrêmes limites, ne marquent-elles pas les faits significatifs d'un tableau clinique parfois plus complet ? Et ne sommes-nous pas incités à porter le diagnostic d'épileptoïdie — pour lequel certains auteurs me trouveront, trop prompt — quand nous apprenons que le grand-père maternel était hémiplégique, que la mère a eu une fausse couche, qu'elle est sujette à des crises épilepsiques avec troubles du caractère, crises de violence, etc., et qu'elle a présenté des accidents comitiaux au cours de la grossesse ? Ne sommes-nous pas fondés à penser à l'hérédo-syphilis, malgré les réactions négatives du sérum sanguin chez la mère et chez l'enfant ?

Si certains auteurs restaient encore sceptiques, on peut leur rétorquer que le traitement antiépileptique a donné des améliorations notables, signalées par l'institutrice.

Pierre C. (7 ans) est turbulent, entêté, buté, dissimulé, hypocrite, très brutal avec les autres

enfants, cruel avec les animaux. A 3 ans, il a écrasé une tortue à coups de marteau. Il serre les chats à la gorge, les enferme dans des boîtes. Il a des colères brusques, impulsives. Il frappe, mord, jette n'importe quoi à la tête de sa sœur. La nuit, le sommeil est agité, coupé de terreurs.

Voilà des traits épileptoïdes.

Des arguments en faveur de cette thèse ? L'enfant a des crises de cris, de rage, sans perte de connaissance à proprement parler, mais si à ce moment là on lui parle, il ne répond pas.

Il existe de l'énurésie nocturne par périodes.

Le père est éthylique. Cinq ou six frères et sœurs du père sont morts en bas âge.

La grand'mère du côté maternel était épileptique. Deux sœurs de la mère sont mortes en bas âge.

Cliniquement, les adversaires de la constitution épileptoïde rejetteraient ce diagnostic pour Maurice G. (13 ans 1/2). « Toujours à cran », dit sa mère, instable, turbulent, rouspéteur, menteur et « chapardeur » (il vole des billets de 10 francs à ses parents) le premier développement a été normal.

La langue est scrotale, instable.

Les réflexes rotuliens sont très vifs.

Donc, avant tout un *instable*. D'aucuns penseraient à des perversions.

A mon avis le diagnostic d'épileptoïdie s'impose cliniquement. Et je pense que les adversaires de la constitution épileptoïde l'admettront, car la mère a été choréique et surtout le grand-père paternel est *épileptique*.

Claire H. est amenée à ma consultation parce qu'elle est instable, turbulente et très brutale avec les autres enfants. Elle a des colères au cours desquelles elle exprime des désirs de fugue, qu'elle n'a jamais réalisés. En dehors des colères elle se montre affectueuse.

Le sommeil est agité, coupé de terreurs.

L'enfant est, à l'école, très inattentive.

L'épileptoïdie, à quoi j'ai pensé, paraît s'affirmer par l'existence de l'énurésie nocturne persistante et par ce fait que la mère est morte au cours d'une crise d'épilepsie.

**Dépression psychique et épileptoïdie**

François N. (14 ans). Premier développement normal. Etat physique normal. Réactions biologiques normales. Au point de vue intellectuel, bien que l'intelligence soit normale, on note des troubles de la mémoire de fixation, des étourderies, des oublis. Il oublie de remettre une lettre qu'on lui a confiée. Il ne sait plus ce qu'il a fait d'un objet, il perd tout et ne sait rien retrouver. Très turbulent. Et comme me l'a fait remarquer très justement sa mère, il est plus turbulent qu'instable.

Très violent, très batailleur. Extrêmement brutal. Il dit : « Je tape parfois en brute. J'ai démanché l'épaule d'un camarade. Je ne m'en étais pas aperçu. »

Des colères dangereuses : il a frappé une fois sa grand'mère, qu'il aime beaucoup. Ce sont des colères aveugles.

En dehors des colères, il lui est arrivé de dire par trois fois à sa mère : « Je t'aime pourtant beaucoup et j'ai envie de te tuer ». Ce qui à mon avis est un trait significatif chez l'épileptoïde.

Parfois il s'ennuie. Je l'ai entendu me raconter : « Quand je suis au-dessus d'un pont, je me dis : je me jetterais bien là-dedans mais je me rends compte que ce que j'ai dit est insensé, car j'ai même l'intention de vivre vieux ». Pourtant il le répète souvent : « Je crois que je me tuerai ».

Il a des préoccupations hypocondriaques. Il s'occupe de sa santé. Il demande à être conduit chez le médecin. Il aime à être soigné.

Le sommeil est normal. Au point de vue héréditaire : hérédo-syphilis indiscutable chez la mère : kératite, nez en lorgnette. Strabisme interne. Grand-père maternel syphilitique, mort de congestion cérébrale à 50 ans.

La grand'mère maternelle a fait deux tentatives de suicide (poison et pendaison). Elle parle sans cesse de se tuer.

L'arrière grand-père parternel s'est suicidé au cours d'un accès mélancolique.

Une tante maternelle s'est tuée d'un coup de revolver.

En présence d'une hérédité si nettement psychopathique (hérédité similaire), il faut bien admettre chez François des traits psychopathiques constitutionnels. Et sans doute ses velléités de suicide, sont le fait de son hérédité. Il n'empêche que cette hérédo-syphilis maternelle ait donné des traits qui se rapprochent davantage de l'épileptoïdie : troubles de la mémoire de fixation, violences, brutalités, colères, impulsions à tuer, turbulence, accès de dépression (et non tristesse chronique). Il y a dans ce cas association de deux types constitutionnels : épileptoïdie, dépression. L'épileptoïdie ayant imprimé sa marque aux manifestations dépressives.

Voici un cas de discussion des plus significatifs à mon avis, en faveur de l'épileptoïdie, bien que l'état mental ait pu faire penser à la cyclothymie.

Antoinette A..., âgée de 17 ans, est amenée à ma consultation pour des crises de somnambulisme. Au cours de la journée, elle travaille, mais comme elle rentre le soir coucher au dortoir dans un couvent, ses allées et venues gênent ses compagnes. Elle se lève, escalade les tables, accomplit des actes périlleux, et se recouche le regard continuellement fixe. Au réveil, l'amnésie est complète. Ces crises de somnambulisme

durent depuis une quinzaine de jours, elles s'étaient déjà produites il y a deux ans. A côté de ces crises Antoinette est une jeune fille calme, travailleuse, peu sujette aux colères, mais toujours aigrie, toujours morose, grognon. Elle est déprimée par périodes et à ces moments manifeste ouvertement le désir de se noyer. Elle ne mange pas ; quand la dépression est terminée, on assiste à des crises de gloutonnerie.

Par moments, elle sent des fourmillements dans les membres et elle est tellement énervée qu'elle voudrait tordre le cou d'un chien, d'un chat ; il lui arrive d'avoir des accès de rire. Outre le somnambulisme elle est sujette aux cauchemars, cauchemars macabres. Elle m'a raconté un de ces cauchemars, elle croyait avoir tué trois personnes.

Antoinette par moments, présente de la diplopie. On remarque en effet un regard brillant, un peu fixe et sans troubles de la convergence.

L'examen physique ne révèle aucune anomalie.

L'hérédité d'Antoinette est très chargée. Le père, sans être alcoolique, a des colères si violentes et se livre à des actes de brutalité si graves, que la mère, tremblant pour elle-même et pour sa fille, a été demander conseil au commissaire de police, et que celui-ci, après enquête lui a conseillé de quitter le domicile conjugal.

Le grand-père paternel était alcoolique, il s'est noyé dans un accès mélancolique. Une tante du côté paternel a été internée pendant un certain temps.

Le premier développement psycho-moteur d'Antoinette a été normal ; ce n'est qu'à partir de trois ans qu'elle a présenté des accès de larmes qui allaient si loin que l'enfant semblait perdre connaissance.

Quel diagnostic fallait-il porter ?

Evidemment les éléments de psychose intermittente ne paraissaient guère discutables. Antoinette morose et triste, donne bien l'impression d'une déprimée constitutionnelle, à accès intermittents.

Les velléités de suicide calquées sur les impulsons du grand-père fortifiaient l'idée d'une hérédité psychopathique.

D'autre part, la diplopie, l'éclat du regard, les impulsions à étrangler, les troubles du sommeil, pouvaient faire penser à l'encéphalite épidémique, mais aucun élément fébrile, à aucun moment, pas d'hypersomnie, pas de signes de la série parkinsonnienne, la mère nous déclare que sa fille avait eu toujours un regard brillant.

M'appuyant sur des cas nombreux que me fournissait la clinique infantile, je me demandai si ces crises de somnambulisme n'étaient pas la signature d'un état épileptoïde. Le père, pas éthylique, bien trop violent pour être seulement un paranoïaque, me semblait un type possible d'épileptoïde. L'hérédité éthylique du grand-père me permettait cette supposition. Les crises de somnambulisme, la morosité, les accès de gloutonnerie, les impulsions à étrangler, les cauchemars hantés d'images homicides, enfin les crises de pleurs dans l'enfance, suivies presque de pertes de connaissance, m'encourageaient dans l'hypothèse épileptoïdie. Je n'éliminai pas l'influence du facteur dépressif, notamment dans la périodicité des troubles et dans les idées de suicide à caractère similaire, mais je me demandai si cet ensemble de troubles incontestablement de nature héréditaire, n'émanait pas d'une hérédité morbide, profondément marquée dans ses éléments organiques, bref si ces manifestations morbides du caractère n'étaient pas issues d'un terrain profondément perturbé, tel qu'il apparaît dans l'épilepsie.

Je formulai un traitement dans le sens de l'épileptoïdie. Je devais apprendre six mois plus tard, qu'il n'avait pas été suivi.

En effet Antoinette m'était ramenée pour des pertes de connaissance qui venait la surprendre en plein jour. Cela débutait par une invincible envie de dormir et ce besoin de dormir n'allait jamais seul, il était toujours suivi de perte de conscience avec chute. Au bout d'une minute Antoinette se relevait sans savoir ce qui s'était passé.

**Constitution paranoïaque**

Le cas de Claude L. montre la difficulté d'interpréter certains troubles du caractère et s'il n'y avait ces absences qui, tout de même entraînent le diagnostic d'épileptoïdie, bien des auteurs, je suppose, le discuteraient en présence des manifestations psychiques de Claude.

En effet, que cet enfant se montre très taquin, essuyant sa plume aux cheveux des fillettes ; parfois cruel avec les animaux (il a tué un chat pour se venger d'un petit camarade qui possédait ce chat) ; qu'il soit indifférent aux punitions ; très exigeant, dur avec les domestiques ; impatient et grossier (le jour de la consultation, pendant que, dans mon cabinet je m'entretenais de son état avec sa mère, il a glissé sous la porte un papier où il avait griffonné : maman, je m'en vais, je ne veux pas rester chez ce crétin). Une autre fois, il a dans mon salon, tendu à sa mère un billet où il venait d'écrire : « cette misérable andouille va-t-elle nous faire longtemps attendre ? » ; qu'il soit de plus mythomane (un oiseau fabuleux est descendu sur sa tête, — le corbeau était un aigle. Il s'est précipité avec un couteau. Il y eut un combat homérique, etc.) ; ces traits n'impliquent pas par eux-mêmes la constitution épileptoïde. D'autant moins que Claude s'étant rendu compte que son père était très dur avec sa mère, et étant lui-même très attaché à celle-ci, il essaie de remplacer le père : il prend sa mère

sous sa protection, il commande dans la maison en déclarant : la force fait triompher la vérité, il défend sa mère quand il entend ou croit entendre une réflexion désobligeante sur elle. C'est ainsi qu'il a donné un coup de pied des plus violent — « en brute » avoue-t-il — à un de ses camarades qui avait manqué de respect à sa mère. Il est fort possible qu'il s'agisse-là de protestation virile avec complexe d'Œdipe, haine du père.

Mais ces données du caractère qui constituent de véritables acquisitions, n'empêchent pas que Claude soit agité, instable, remuant sans cesse, bousculant tout ; que depuis sa première communion, il se montre singulièrement mystique ; qu'il soit dissimulé et hostile : au lycée — lycée d'où il fut du reste renvoyé pour son indiscipline — on l'appelait le Tigre isolé. Il est très irascible, impulsif, ne peut rien supporter. Tous ses maîtres disent « qu'il n'est pas comme les autres ». Il est saisi de violentes colères. Il a eu devant sa mère un accès d'exhibitionnisme. Dans son travail, il est très lent. Sa parole elle-même est lente ; ses notes montrent l'irrégularité de sa scolarité : elles oscillent entre 0 et 10 (sur 10).

De plus il a présenté 5 ou 6 absences après lesquelles il était hébété, abruti.

Il n'a marché qu'à 19 mois, parlé qu'à 3 ans, été propre à 2 ans 1/2. Il a du strabisme. Les réflexes sont vifs, les mouvements de diadocinésie, défectueux.

Sans doute, et j'y insiste, on pourrait penser, soit à un tempérament nerveux, développé selon les mécanismes d'Adler, soit à une constitution paranoïaque. Et ce diagnostic emporterait les suffrages, s'il n'existait un tel retard du développement psycho-moteur, et des manifestations comitiales nettes. C'est pourquoi un tel cas montre d'une manière expressive, la nécessité d'analyser en clinique les symptômes morbides, la nécessité aussi de ne pas craindre d'élargir le cadre des constitutions, si la notion d'une constitution nouvelle est suivie de résultats pratiques et thérapeutiques intéressants. La lenteur intellectuelle, les irrégularités scolaires d'un type spécial, les colères, l'agitation turbulente, les violences impulsives, la brutalité aveugle, les cruautés, la crise mystique, l'énurésie tardive, les absences enfin, sont bien du domaine de l'épileptoïdie. Les traits paranoïaques de cet enfant ne sont pas niables, mais ils ne sont pas à mon avis, prépondérants.

**Psychasthénie**

Voici le cas d'Elisabeth M., cas complexe, qui montre à quel point le diagnostic d'épileptoïdie est parfois difficile à démontrer. Le lecteur verra sur quels points je m'appuie pour conclure à cette affection, et jugera.

Le père d'Elisabeth M. (6 ans 1/2) s'est suicidé au cours d'une crise de mélancolie. Il était atteint de psychose périodique, il avait 48 ans à la naissance de l'enfant — (une ponction lombaire avait révélé une pression de 30 au manomètre de Claude). La mère est névropathe (40 ans à la naissance d'Elisabeth).

Elisabeth pesait 4 livres à la naissance. Elle a parlé à 2 ans 1/2, été propre à 3 ans. Son enfance a été très difficile, la fillette criait nuit et jour. Chez la nourrice, elle eut une crise d'anorexie, elle avait les yeux dans le vague, les dents serrées. « Sorte d'idiotie affective » m'a dit la mère qui se pique de connaissances psychologiques. Les idées de suicide ont commencé dès que l'enfant a parlé. Elle se tapait la tête par terre, en criant « Veux me tuer, veux me tuer ». Elle menaçait de se jeter par la fenêtre, de se crever les yeux. Ces velléités ont disparu quand l'enfant a eu 5 ans 1/2, mais Elisabeth est restée hantée par le problème de la mort et de la destinée.

Elle manifeste un goût morbide pour les enterrements, les chapelles ardentes. « Oh ! quand tu seras morte, dit-elle à sa mère, je te mettrai un beau drap noir sur ton corps ». Elle rêve qu'on met sa mère en croix, qu'on l'assassine. Elle recherche l'origine du monde, fait des réflexions sur l'inutilité de la vie. « Il aurait bien mieux valu que le monde n'existât pas ». Elle adore la discussion, ergote sans fin. Elle veut tout dénombrer, cherche ce qui a poussé le premier sur la terre, demande combien il y a de bananes aux arbres, de cheveux sur la tête des gens, s'inquiète de savoir si les « nombres peuvent finir », fait des réflexions telles que celle-ci : Dieu est le premier et le dernier.

Malgré ces idées et ces tendances métaphysiques, elle est d'un naturel gai, et ne présente aucune manifestation cyclothymique.

Elle est insociable, ne supporte pas ses camarades, « on l'énerve, on se moque d'elle ». Elle préfère rester près de sa mère.

Elle est très entêtée, rien ne peut l'intimider. Enfermée dans un cabinet noir, elle était « comme enragée » et a percé le mur à coups de marteau pour s'évader.

Elle passe son temps à se regarder dans les glaces, et on a été obligé de supprimer celles-ci dans la maison de ses parents, car elle répétait sans cesse qu'elle détestait son visage, qu'elle détestait les gens qui ont une figure comme la sienne.

Elle a horreur de l'eau, il faut la laver de force.

Elle est bonne et cruelle à la fois. Elle est naturellement altruiste.

Au cours d'une de ses colères — qui sont extrêmement violentes — elle a donné un coup de pied dans le ventre de sa mère qu'elle menace de tuer, à qui elle « veut crever la peau ». Son poing est toujours levé. Après la crise, elle

implore son pardon, et proteste de son dévouement.

Quand elle était petite, — nous a dit spirituellement sa mère — « on prenait ses colères pour de l'épilepsie ». Et de fait, au cours des nombreuses colères que j'ai constatées chez cette enfant, on remarque une véritable perte de contrôle (et peut-être une obnubilation de la conscience), la si caractéristique révulsion en haut des globes oculaires.

L'opposition est habituelle . « Elle a toujours dit non, elle ne sait pas ce que c'est que le oui », dit la mère.

Très sensible, très vulnérable au bruit, pour ne pas en souffrir, elle se serre le front entre les mains. Elle se plaint souvent de céphalées et de douleurs dans la nuque. Elle dit : « je reçois de grands coups glacés dans le front. »

Sans doute la précocité intellectuelle, les préoccupations métaphysiques, les interrogations incessantes, obsédantes, la hantise de la mort, l'auto-dépravation, la sensibilité au bruit, s'expliquent fort bien par l'hérédité vésanique ; et si l'enfant n'a pas de traits cyclothymiques qui rappellent le père, elle présente des troubles qu'on pourrait faire entrer dans la psychasthénie.

Mais le tableau clinique au complet comprend des symptômes qui n'appartiennent pas aux manifestations psychiques, inhérentes à celle-ci. Les céphalées, les névralgies, l'opposition, les colères, avec révulsion des globes oculaires, les violences, les menaces de mort, — si l'on se rappelle qu'Elisabeth n'a parlé qu'à 2 ans 1/2, et n'a été propre qu'à 3 ans — paraissent bien des signes marqués au coin de l'organicité. Ce ne sont pas là simples manifestations psychiques. Si l'on interprétait les troubles de cette enfant à la seule lumière de l'hérédité psychopathique, on commettrait à mon avis, une erreur qui serait préjudiciable aux initiatives thérapeutiques. Du reste Elisabeth a été, depuis ces observations, traitée énergiquement par la médication anti-épileptique, et, après un séjour de quatre ans dans un internat spécial, elle a pu sortir pratiquement guérie. Malheureusement, elle va retomber sous la coupe d'une mère trop névropathe elle-même pour que son influence ne détruise pas certains des bons effets de la cure.

**Troubles névropathiques et épileptoïdie**

J'espère qu'il ne semblera pas forcé de faire de Marcel V. (6 ans 1/2) un épileptoïde. Sans doute, il est très intelligent, ne semble qu'un peu hâbleur, fanfaron, turbulent, désobéissant, taquin, autoritaire, et coléreux (se roulant à terre, envoyant coups de poing et coups de pied), autant de manifestations habituelles aux enfants nerveux. Mais Marcel a des terreurs nocturnes, de l'énurésie persistante, des troubles de l'attention, et surtout une hérédité des plus chargées.

Le père : décollement de la rétine. Hémiplégie depuis l'âge de 32 ans.

Le grand-père paternel : syphilitique.

Une tante du côté paternel, morte à 7 ans de méningite. Un oncle paternel aliéné, mort de démence précoce.

Une tante paternelle, *épileptique*.

A mon avis, on a le droit de porter le diagnostic d'épileptoïdie, qui a de plus le mérite d'échapper à des notions vagues sur l'enfant « nerveux » et d'indiquer une thérapeutique active.

Voici une jeune « névropathe » qui, en dépit de certaines manifestations, ne doit pas, je crois être classée comme épileptoïde.

Jacqueline R. (7 ans 1/2), va régulièrement à l'école, à la même école que sa sœur âgée de 10 ans. Sans la compter comme une brillante élève, — on lui reproche sa distraction — on la tient pour intelligente. Son caractère est capricieux, mais si peu qu'on n'en parle pas, jusqu'au jour où se produisent les inc dents pour lesquels j'ai été appelé.

Un soir, en revenant de l'école, Jacqueline, irritée de ne pas tenir en sa possession, une balle avec laquelle jouait sa sœur, jette sa ceinture par la fenêtre. On la gronde, elle se met à crier, puis tout rentre dans l'ordre.

Le lendemain, Jacqueline fait la boudeuse. Elle se fâche, grogne, se met à pleurer, puis à crier — sans raison — puis à hurler. La scène ne se calme pas. Elle va en quelque sorte se prolonger pendant plusieurs jours avec des alternatives diverses.

On ne peut approcher Jacqueline. Que ce soit son père, sa mère ou sa sœur, l'enfant se met à hurler. Elle se cache sous les draps, lutte pour ne pas être découverte. Son visage exprime la terreur, ses yeux roulent dans l'orbite. Jacqueline sanglote. Les traits grimacent. On ne peut tirer de l'enfant aucune parole. Il est absolument impossible de dire s'il s'agit de manifestations hyperémotives, hystériques ou épileptiques. L'enfant a une température élevée, mais sa sœur est grippée et lui aura peut-être communiqué cette affection. Il n'existe aucun signe neurologique et il est bien difficile de s'arrêter à l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse.

L'enfant est isolée et se calme. Mais dès qu'un visage inconnu apparaît, elle pousse des cris de frayeur, elle se cache sous les draps, et ses yeux roulent dans l'orbite. On a alors l'impression qu'on se trouve en face de crises de terreur frisant la perte de conscience. Cependant en dix jours, l'enfant est assez épuisée pour pouvoir être transportée de la maison de santé à un établissement pour enfants nerveux.

Les crises recommencent, puis s'espacent. Quelques caprices sont bien vite maîtrisés. Le

sommeil est bon. Des colères, à peine ébauchées sont aussitôt arrêtées. Un mois plus tard, l'enfant est gaie, docile, suit le régime des autres enfants, mais les réactions émotionnelles restent vives sur son visage. La régulation émotionnelle paraît défectueuse. On assiste à une gêne de l'expression mimique et à une gêne de l'élocution : grimaces, langage imprécis, coupé.

Elle répond aisément et correctement à des questions indifférentes qui n'intéressent pas sa personnalité ; mais dès qu'on lui demande la raison de ses pleurs, elle pleure, se trouble, ne dit plus rien. Il est possible, du reste, qu'elle ne puisse pas exprimer une pensée, elle-même toute affective et mal formulée en langage rationnel.

Aucune amnésie des scènes antérieures. Il semble qu'on soit en présence d'une enfant très vulnérable au point de vue émotionnel et chez qui l'émotion se traduit maladroitement en raison de la tendance à l'autisme, à l'intériorisation.

Les éléments épileptoïdes sont difficiles à affirmer. Ils se mêlent à des éléments névrothiques. Autrefois on aurait parlé de pithiatisme. C'est dans le cadre de la schizoïdie hyperémotive que peut prendre place le cas de cette enfant. Ce qui ne peut surprendre en raison de l'hérédité morbide du côté maternel : la mère est en effet une déprimée chronique du type schizoïde, avec léger retrait de l'ambiance, indifférence fragmentaire.

Le père est un anxieux.

L'avenir de Jacqueline R. n'est pas sombre, si l'enfant est élevée dans des conditions favorables, en dehors du milieu familal et par des éducateurs et des psychologues qui reprendront un à un les traits d'une nature à prédispositions névrotiques.

***

Que les crises comitiales existent ou non, le diagnostic positif de la constitution épileptoïde chez l'enfant s'appuie sur la constatation des symptômes suivants, plus ou moins réunis : bradypsychie, obnubilation intellectuelle, absences, colères, turbulence, morosité, impulsivité, hypocondrie, obséquiosité visqueuse, persévération irrégularité des manifestations, troubles du sommeil somnambulisme, énurésie nocturne persistante, hérédité morbide, etc. Le dépistage de l'épileptoïdie chez l'écolier s'avère de première importance.

---

## PRESSION ARTÉRIELLE MOYENNE

(Généralités). (*)

Par

Camille LIAN.
Professeur agrégé à la Faculté
médecin de l'hôpital Tenon.

et J. FACQUET.
Interne des hôpitaux.

**I. Définition et historique.** — Dans une canalisation comme l'appareil cardio-vasculaire, dont les parois sont soumises à des tensions de valeurs diverses au cours d'une même révolution cardiaque, il est intéressant de connaître la pression moyenne : c'est-à-dire la pression qui, si elle était constante, donnerait le même débit circulatoire que le régime tensionnel oscillant de la circulation sanguine

Comme l'a montré Marey on mesure la pression moyenne chez l'animal en mettant une artère en communication avec un manomètre à mercure présentant sur une de ses branches une zone rétrécie. Celle-ci amortit les coups de bélier des variations de la pression artérielle, de sorte que le niveau de la colonne de mercure reste fixe, en un point qui représente le chiffre de la pression moyenne

On a maintenant la possibilité de mesurer la pression moyenne chez l'homme. En effet, d'après les travaux du professeur Pachon (1), le chiffre de la pression moyenne My, ou pression efficace, ou pression moyenne dynamique, est en effet celui de la pression qui, exercée dans le brassard d'un oscillomètre, correspond à la plus grande oscillation de la courbe oscillométrique

Il n'est pas rare que le sommet de la courbe oscillométrique présente plusieurs oscillations d'amplitude égale Dans ce cas, c'est au milieu du plateau constitué par ces oscillations soutenues qu'il convient, suivant Pachon, de fixer le chiffre de la pression moyenne

(*) Extrait de l'*Année médicale Pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN, agrégé médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd. chir., obst., spécial. et questions prof.) — 25 % de réduction aux souscripteurs.
Envoyer avant le 15 mars :
(France et Colonies : 22,25) ; (Etranger : 26 fr.), à M. Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8e).
Compte chèques postaux : 712.01.

(1) *C. R. Soc. Biol.*, 1920, p. 868 ; id. 1924, p. 210 ; id. 1925, p. 1103 ; id. 1930, p. 30.

Accessible désormais à l'exploration médicale, la pression moyenne a été étudiée cliniquement par deux élèves du prof Pachon : MM. Fontan (1) et Dodel (2) ; puis, plus récemment, par le professeur Vaquez et ses élèves (3). Enfin C. Lian (4), cherchant à acquérir sur la question une opinion personnelle, a mesuré minutieusement la pression moyenne sur plusieurs centaines de sujets, sains ou malades, dans les conditions suivantes : sujet couché, phonosphygmomètre Lian relié à un oscillomètre de Pachon et à un manomètre à mercure, détermination de la Mx auscultatoire, de la My oscillométrique, de la Mn auscultatoire et oscillométrique. Voici les conclusions de cette étude, comme il les a formulées dans deux communications à la Société de Biologie et dans une leçon clinique dont la substance a fait l'objet d'un article de la *Presse Médicale.*

**II. Chiffres physiologiques.** — Chez un adulte sain couché la pression moyenne, mesurée avec un brassard de 12 cm. relié à un oscillomètre, a une valeur moyenne de 9 cm. ou 9 cm 1 /2 de Hg. Sa valeur normale-forte est de 10 cm. Sa valeur normale-faible est de 8 cm. 1 /2. Les remarques de C. Lian le conduisent à faire commencer l'élévation de la pression moyenne à 10 1 /2, sa diminution à 8.

**III. Qualités prêtées à tort à la pression moyenne.**— Il convient de noter tout d'abord que les variations de la pression moyenne ne sont pas parallèles aux variations du débit cardiaque. Ainsi, chez un sujet sain, la pression moyenne s'élève dans l'effort en même temps que le débit cardiaque augmente, tandis qu'au cours de l'insuffisance cardiaque la valeur de la pression moyenne s'élève en même temps que le débit cardiaque diminue. Par conséquent, la valeur de la pression moyenne ne préjuge pas de celle du débit cardiaque.

C'est donc à tort qu'on chercherait à expliquer la bonne tolérance de l'insuffisance aortique par la valeur normale de la tension moyenne chez les porteurs de cette affection valvulaire. De plus M. Fontan a fait remarquer qu'il serait erroné de regarder comme normal le travail cardiaque dans cette affection : car, si le travail utile est normal (valeur normale du débit cardiaque et de la pression moyenne), le travail effectué est supérieur à la normale, car il comprend le brassage d'une certaine quantité de sang refluant ensuite dans la cavité ventriculaire. En outre, d'après les constatations personnelles de C. Lian, dans l'insuffisance aortique bien tolérée, la pression moyenne est assez souvent normale, mais est quelquefois élevée, ou, au contraire, inférieure à la normale.

De même, ce n'est pas parce que les hypotendus permanents ont une pression moyenne normale que ces sujets ne présentent pas de troubles cardiaques graves. En effet leur pression moyenne peut être inférieure à la normale sans que cela signifie que leur débit cardiaque est inférieur à la normale. Sur 11 cas d'hypotension artérielle permanente idiopathique étudiés à ce point de vue par C. Lian, celui-ci en a trouvé 10 ayant une pression moyenne inférieure à la normale (deux ayant une pression moyenne en plateau à 8-7, et huit ayant une pression moyenne égale à 8.)

Enfin, dernière qualité prêtée à tort à la pression moyenne, c'est le titre de constante physiologique. La pression varie en effet à l'état physiologique suivant l'âge des sujets et sous certaines influences comme l'effort, ainsi que C. Lian l'a établi, contrairement aux conclusions antérieures de Gomez et Lajoie. Toutefois ses variations sont moindres que celles de la pression maxima.

**IV. Conclusion.** — A vrai dire le véritable intérêt de la pression moyenne réside dans le fait qu'elle mérite de se substituer dans la pratique sphygmomanométrique à la mesure de la pression minima. En effet la mesure de la My est aussi facile et précise que celle de la Mn est difficile et imprécise, et, d'autre part, la My et la Mn sont des valeurs à peu près solidaires. Les caractères d'une formule tensionnelle résident, semble-t-il, à peu près exclusivement dans l'écart existant entre la Mx et la My.

(1) Thèse Bordeaux, 1926, *Presse méd.*, 8 juillet 1931.
(2) *Gaz. hebd. S. Méd.*, Bordeaux, 20 juin 1926.
(3) *Pr. méd.*, 25 février 1931, 22 avril 1931 ; 5 septembre 1931, 21 octobre 1931.
(4) *C. R. Soc. Biol.*, 30 mai 1931, p. 498, p. 410, et 4 juillet 1931, p. 1113. *Presse méd.*, 23 janv. 1932.

## BACILLOSE ET TUBERCULOSE

Par le Dr BAYARD

Il y a un an environ (1), dans le *Monde Médical* a paru un article du Prof. Jousset : Traitement de la tuberculose par « l'Allergin e ».

Cet article a fait, si j'ose dire, sensation, puis le temps a fait son œuvre et...... il a été oublié. Ce n'est pas que la paternité de son auteur fut insuffisante, bien au contraire, mais il a répandu des idées nouvelles, il a avancé des vérités, qui mettront encore de longues années avant d'être uniformément acceptées... si elles le sont jamais ; il a mis au point depuis peu un médicament merveilleusement actif, un séro-vaccin qu'il a nommé l' « Allergine », parce que, modestement, dans sa pensée, ce séro-vaccin n'était destiné qu'à augmenter l'allergie, c'est-à-dire la mise en défense de l'organisme en présence de l'infection bacillaire, en présence de l'imprégnation tuberculeuse.

**Le sérum de Jousset.**

Déjà bien des années auparavant, il avait fait connaître au Corps médical un sérum antituberculeux, le « sérum de Jousset » qui était destiné aux périodes d'extrême début, à la période de primo-infection par le B. K. Les controverses furent nombreuses à cette époque, et les nombreux praticiens qui consentirent à l'employer, l'abandonnèrent bientôt... parce qu'ils lui demandaient trop, parce qu'ils l'employaient à tort et à travers — plutôt à tort — à la phase de la tuberculose ulcéro-caséeuse bien affirmée et confirmée par l'examen des crachats, l'examen clinique et l'examen radiologique, tous signes de certitude en somme !

« Combien grave est déjà la tuberculose — comme dit Dumarest — quand les signes de certitude apparaissent et combien une guérison complète sera aléatoire longue, et difficile ! »

Et cependant, quand sous l'influence de ce sérum, appliqué à dose opportune de 80 de 100 et 120 cent. cubes, et « *dans les cas idoines qui doivent obéir* » (surtout dans la typho-bacillose) on a la satisfaction intense de voir la résurrection de son malade et « la fièvre descendre lentement, majestueusement cependant que l'état général renaît » (2), n'a-t-on pas le droit d'avoir tous les espoirs !

Encore si ces resultats qu'on obtient souvent en quelques semaines, voire en quelques jours, pouvaient être considérés comme relatifs, si l'on estimait qu'il ne s'agit comme il arrive si souvent en tuberculose que d'un processus d'arrêt, que d'un arrêt d'évolution, que d'une guérison ... fragile, relative, on pourrait encore discuter, argumenter, mais il s'agit le plus souvent de guérison définitive. Et si je laisse une partie du pourcentage à la possibilité de la controverse, c'est que l'expérience du temps n'a peut-être pas encore suffisamment fait son œuvre, et que le mot guérison en tuberculose est toujours un mot bien difficile à employer.

Mais qu'on ne s'y trompe pas : le sérum de Jousset ne peut et ne doit être employé que dans des cas déterminés, à la période d'infection bacillaire, la plupart du temps chez l'enfant qui fait sa fameuse « fièvre de croissance » alors qu'il s'agit, comme je l'ai écrit depuis 20 ans, d'une imprégnation ou d'une réinfection par le B. K.

Et puis plus tard, beaucoup plus tard, si de nouvelles manifestations tuberculeuses apparaissaient, s'il se produisait une nouvelle période de réinfection, n'aurions-nous pas une autre arme aussi puissante avec l' « Allergine » qui viendrait éteindre le feu qui aurait longtemps couvé sous a cendre ? Les deux médications ne s'excluent pas, bien au contraire, elles se surajoutent quelquefois, et se complètent dans bien des cas. Il est difficile de pousser les choses plus avant, et de préciser ma pensée, car, nous le verrons plus loin, c'est une question de pratique, d'observation et de déduction, qui doit faire juger l'opportunité de l'allergine ou du sérum.

Voici cependant comment on pourrait schématiser une observation que chacun d'entre nous est appelé à voir fréquemment dans sa pratique journalière, et surtout en médecine infantile.

Voici un enfant jusqu'ici bien portant. Il a 2, 3, 8, 12 ou 15 ans. Il est pâlot, ne mange plus, ne se développe plus, il est fatigué. Il fait 38-38°5 tous les soirs, le matin 37-37°5. Il a quelques troubles digestifs, diarrhée ou constipation. Embarras gastrique fébrile : diagnostic régimentaire. Rien de grave évidemment. Diète, purgatifs ou laxatifs, repos absolu au lit si cher à d'aucuns. Malgré cela, il s'obstine à ne pas guérir. Bien plus, il perd encore du poids : comment en serait-il autrement ? Il grandit ; bien sûr ! La fièvre loin de baisser augmente encore, la dénutrition aussi. Le pouls est à 120. L'enfant est très abattu, il a des cauchemars, il dort très mal. Rien n'attire l'attention du médecin, ni de la famille sur son appareil broncho-pulmonaire. Il ne tousse pas d'ailleurs. On fait un séro-diagnostic ; il n'a pourtant ni tuphos, ni taches rosées, ni rate ;

(1) *Monde Médical*, n° 779, 15 octobre 1930.

(2) Dr G. GUÉRIN. — Le trait. de la tub. par les méthodes de Jousset.

négatif évidemment. Il y a 3 ou 4 semaines que cela dure, on fait appeler un consultant qui propose une cuti-réaction : négative ! Alors ?

Alors, il faut savoir que dans un grand nombre de cas, la cuti-réaction est négative. Elle est positive : aucun doute. Elle est négative : nous pouvons et nous devons quand même faire le diagnostic de tuberculose et traiter le malade comme tel, malgré toutes les objections et la haine de la famille entière qui nous voue aux gémonies, quand elle ne nous envoie pas au diable !

Ce n'est pas tout. L'enfant va mieux. Sa température baisse. On a fait appel à un autre médecin, qui fait alimenter le petit malade, lui a donné du « fortifiant », et l'envoie passer trois mois à la campagne ou à la mer.

De fait, l'enfant va mieux : il est guéri ! Optimisme béat !

Il est guéri ? Mais il est encore fatigué, et un peu pâlot. Sa température n'est pas tout à fait normale, encore quelques fébricules le soir, et de beaux 37-37°1 tous les matins. Bien plus, 37°8-38° à chaque effort, à chaque marche un peu prolongée. Réaction de fatigabilité ! Doit-on se réjouir, et . . . . . . attendre. Attendre quoi ?

Car de deux choses l'une, et — souvenons-nous qu'à cet âge surtout, la tuberculose n'est qu'un éternel recommencement ! — Ou bien, il guérit . . . relativement, superficiellement, ou il fera bientôt une poussée nouvelle qui sera définitivement enrayée, et jugulée par le sérum s'il n'est pas trop tard. A moins, que le diagnostic ne finisse par crever les yeux, de la façon la plus brutale, et la plus dangereuse sous forme de méningite par exemple, ou bien sous forme de pleurésie, de péritonite, de coxalgie, d'arthrite, ou d'évolution plumonaire ulcéro-caséeuse, à forme rapide !

Quelles doses injecter ? Schématisons encore la posologie :

En principe, un ou deux centimètres cubes par kilogramme de poids tous les deux ou trois jours.

En pratique 20 cent. cubes jusqu'à 100 et 120 cc. : 40 cent. cubes le 1er jour.

Au bout de 4 injections, pas de résultat, inutile d'insister. Il est trop tard . . . tout au moins pour le sérum. Accidents sériques fréquents et souvent impressionnants. Prévenir l'entourage . . . et continuer.

Résultats : dans les cas qui doivent obéir merveilleux !

### L'Allergine.

Dans son article du *Monde Médical* (1), Jousset définit l'Allergine « une substance qui éveille ou « renforce l'allergie », c'est-à-dire qui produit « une modification du pouvoir réactionnel de « l'organisme sous l'influence de substances diver« ses, et spécialement des microbes pathogè« nes. . . . En dehors du bacille lui-même aucun « moyen, aucune substance n'avait jusqu'ici « réussi à rendre un organisme allergique, c'est« à-dire résistant, aucun des divers antigènes « préconisés pour la guérison de la tuberculose, « la tuberculine elle-même n'y était parvenu. »

Il y a longtemps déjà dans un mémoire à l'Académie de médecine (1915), le Prof. Jousset a démontré « qu'avec certaines substances solubles « extraites du B. K. et séparées de lui par filtra« tion soigneuse, on pouvait allergiser un orga« nisme neuf, le rendre réceptif à la cuti-réaction, « tout comme s'il était infecté par le bacille, et « ceci avec un danger nul, la substance en ques« tion étant complètement avirulente. Quand un « sujet tuberculeux, c'est-à-dire légèrement aller« gique reçoit cette substance soluble, cette Al« lergine, les effets sont autrement puissants « puisqu'il y a cumul. »

La préparation n'est faite qu'à son laboratoire de l'hôpital Laënnec suivant une technique délicate et difficile, mais rigoureusement établie avec un bacille générateur soigneusement sélectionné mais qui est tué par la chaleur, ce qu'il est important d'éviter dans son mode de stérilisation. L'extrait soluble obtenu doit être en outre absolument exempt de tuberculine, si nécrosante, si dangereuse, ainsi que de toutes substances cireuses, et de tout corps microbien.

Il est donc utile de bien savoir que cet extrait soluble du B. K. cette Allergine ne doit pas être chauffé, ni employé, dans des seringues récemment stérilisées à l'eau bouillante, et qu'elle est complètement différente de la tuberculine, bien qu'on doive la considérer comme une toxine bacillaire.

L'avenir du traitement antituberculeux est certainement dans la sérothérapie bien qu'on ne puisse considérer l'Allergine comme un sérum, puisqu'elle ne provient pas d'un organisme animal. Elle n'est pas un vaccin non plus, puisque c'est un produit extrait du bacille de Koch lui-même. C'est un séro-vaccin et c'est cette dénomination que je propose.

Il est bien évident qu'un séro-vaccin antituberculeux, si parfaitement actif puisse-t-il être, ne peut donner de résultats satisfaisants qu'autant qu'il est employé sur des cas jeunes, sur des cas de début dans lesquels l'intoxication de l'organisme n'est pas encore suffisante pour lui permettre d'obtenir une réaction favorable. En principe toutes les formes de la tuberculose sont justiciables de l'Allergine, que l'on ait affaire à une granulie, à une tumeur blanche, à une kératite ou à une tuberculose ganglionnaire. Mais il est évident qu'on ne pourra demander à un sérum ou à un vaccin de guérir un 4e degré ! c'est malheureusement trop souvent à ces cas là qu'on s'adresse, et c'est là une des grandes causes du dis-

(1) *Loc. cit.*

crédit jeté sur la sérothérapie antituberculeuse !

Ne demandons donc pas au séro-vaccin de Jousset plus qu'il ne peut donner, et considérons que la mise en œuvre des défenses de l'organisme ne peut se faire qu'autant que cet organisme a encore une résistance suffisante pour lutter efficacement. Dès que le bacille de Koch imprègne l'organisme, il provoque comme dans toutes les affections microbiennes sa mise en défense ; cette défense est fonction du pancréas et surtout du foie et de sa fonction antitoxique, mais à mesure que la déficience de chaux, phosphore, cholestérine, etc., se produit, le coefficient de toxicité augmente et le pouvoir bactéricide du sang diminue.

Il y a donc un intérêt primordial, à agir aussi rapidement que possible.

Comment employer l'Allergine ?

Rien que l'on ne sache déjà : en piqûres sous-cutanées avec des ampoules de un demi-cent. cube, en commençant par une demi-ampoule au début. Quelques jours après, 4 ou 5 jours en moyenne, une seconde dose d'un quart ou d'un demi-cent. cube :

Un quart si la réaction thermique et le malaise général ont été suffisamment accusés,

Un demi si la réaction est nulle ou presque nulle.

Après chaque piqûre, 24 à 36 heures de repos, la réaction se produisant 8 à 10 heures en moyenne après l'injection. Lit ou chaise-longue. Alimentation légère sans aller jusqu'à la diète bien entendu. Malaise général. Sensation de fatigue extrême quelquefois, de courbature aussi bien chez les pulmonaires, que chez les extra-pulmonaires. Réaction souvent violente, locale avec un gros placard rouge violacé, prurit et surtout réactivant un foyer en activité, ou un autre sclérosé qui paraissait éteint. Le scléreux réagit moins, beaucoup moins, que les tuberculoses récentes fortement évolutives, c'est logique. La toux est plus fréquente, l'expectoration plus abondante. Les points pleurodyniques s'exacerbent et comme dit très bien Guérin « les malades sentent leur lésion ». Le surlendemain tout rentre dans l'ordre, le jour suivant, ils accusent un bien-être, une exaltation de l'appétit, un besoin de vivre...

Ensuite, et en schématisant toujours, car seules, les réactions fébriles et générales nous guideront, une piqûre d'un demi-cent. cube tous les 15 jours en moyenne, dans certains cas tous les 10 ou 12 jours dans d'autres tous les 18 à 20 jours.

Au début, et sur les conseils du Prof. Jousset en présence d'un cas de tuberculose ulcéro-caséeuse, hémoptoïque ou non, fébrile et bien accusé, j'employais la technique suivante :

Une piqûre d'un demi-cent. cube. Huit jours après un demi-cent. cube. Quinze jours après et tous les 15 jours, un demi-cent. cube. Vers la 6e ou 7e piqûre, alors que les réactions devenaient de plus en plus faibles, je faisais 7/10es de cent. cube, puis 8/10es, puis enfin un cent. cube pour les deux dernières. Au total, 12 ampoules espacées sur un peu moins de six mois. Arrêt de plusieurs mois, 3 ou 4 en moyenne, et reprise du traitement avec 8 ou 10 ampoules seulement.

Or, l'observation a montré qu'il y avait lieu de modifier cette technique de la façon suivante :

La première piqûre 1/4 de cent. cube, la deuxième 1/4 ou 1/2, selon la réaction, puis les suivantes un demi-cent. cube, mais à des intervalles variables tous les 10, 12 ou 15 jours et en rapprochant à mesure que l'accoutumance se fait et que la réaction est moindre.

En principe, 10 à 12 ampoules suffisent pour obtenir un résultat très satisfaisant. Puis, s'il y a lieu, reprise du traitement après 3, 4 ou 6 mois d'arrêt.

Bien entendu, et comme pour le sérum, inutile d'insister si les deux ou trois premières injections n'ont pas donné un résultat satisfaisant. Vouloir poursuivre le traitement serait non seulement courir à un échec, mais aggraver rapidement la situation.

La mise en pratique et la manipulation de ce traitement est particulièrement délicate et difficile. Il ne peut être confié qu'au médecin et au médecin déjà expérimenté, car chez les pulmonaires surtout, il est difficile de schématiser, notre art n'étant basé que sur la pratique et l'observation de cas particuliers.

Il n'en est pas de même cependant, tout au moins au point de vue dosage, dans les tuberculoses chirurgicales et, en principe, dans toutes les tuberculoses extra-pulmonaires, où les quantités injectées peuvent sans inconvénient être augmentées ou rapprochées selon les cas comme dans les tuberculoses méningées ou dans une tumeur blanche par exemple.

**Résultats obtenus.**

S'il me fallait citer les nombreuses observations des malades guéris par l'Allergine et cités par de nombreux auteurs, le cadre de ce travail ne s'y prêterait pas, et je renvoie le lecteur aux observations du Prof. Jousset, et des Docteurs Guérin, Mollin, Lonchampt, Deroïde, Camescasse, Périsson, Bui, etc. Nous nous contenterons de résumer ici deux observations personnelles particulièrement concluantes, une de tuberculose pulmonaire et une de tuberculose de la colonne vertébrale (1).

*Observation résumée.*

Le 7 janvier 1930 je suis appelé à voir à son domicile, Mme M., 28 ans, 5, rue E. Tuberculose pulmonaire évolutive avec petite spélonque dans les fosses sus- et sous-claviculaires gauches. Toux très fréquente.

(1) Quelques observations personnelles ont déjà paru dans le *Concours Médical*, février et juillet 1930.

Expectoration muco-purulente. Obscurité du sommet droit. Faiblesse générale qui l'oblige à rester au lit. La température atteint 39-39°5 tous les soirs Le poids a baissé en quelques mois de 7 kgr. Actuellement 54 kgr, 200.

La radiographie, pratiquée le 6 novembre 1929 par Mahar, indique un sommet droit voilé avec adhérences pleurales, à gauche deux gros noyaux évolutifs avec nombreuses marbrures, et image de spélonque sous-claviculaire.

Le traitement est commencé le lendemain avec l'allergine, un demi-cent. cube ; deuxième injection le 12 janvier; troisième le 25; quatrième le 8 février, puis tous les 15 jours ; 10 piqûres en tout.

Un peu avant la troisième piqûre, la température est à peu près normale, remonte de deux degrés environ pendant les six premières, puis ne dépasse pas 38-38°1 le lendemain de chacune des dernières. L'appétit est considérable, les forces revenues. Au bout de trois semaines, la malade peut sortir tous les jours et effectuer de petites promenades. Au bout d'un mois, la toux est presque nulle et l'expectoration supprimée. L'auscultation révèle une modification complète des signes pulmonaires avec signes d'assèchement du poumon et seulement un peu de respiration soufflante. Une deuxième série est faite d'octobre 1930 à mars 1931. La malade doit être considérée comme guérie et une deuxième radio confirme cette guérison.

Le poids est actuellement de 73 kgr. et stationnaire à ce chiffre depuis le 15 février 1931.

***

La deuxième observation est aussi remarquable que la première. Il s'agit d'une malade de 35 ans, Mme C., 46, rue G. (17e) qui vient à ma consultation le 19 avril 1930. Elle a été soignée pour un torticolis, et pour des rhumatismes. Son état s'aggrave de jour en jour. Elle a tous les jours un peu de température, 38°2, aucun appétit, grande fatigue générale. Amaigrissement très appréciable. Poids 52 kgr. 600. Et surtout violentes douleurs dans la région du cou et de la colonne vertébrale qui empêchent complètement le sommeil. Le diagnostic est facile : arthrite tuberculeuse occipito-atloïdienne, qui sera plus tard confirmé par la radio (24 avril 1930, Mahar) et par une cuti-réaction positive.

Le traitement par l'Allergine est commencé aussitôt. Dès la troisième piqûre, un demi-cent. cube, la malade a ressenti une grande amélioration qui ira en se continuant jusqu'à la guérison complète et définitive. Au total 20 piqûres en deux séries de dix ampoules, les trois dernières de chaque série à la dose de 1 cent. cube.

En cinq mois Mme C. a repris 13 livres. Elle a repris son travail et ses occupations 9 mois à peine après le début du traitement. L'appétit est excellent, l'état général parfait.

Une deuxième radio (mars 1931 Mahar) a confirmé la guérison radiographique. Mme C. n'a plus ressenti aucune douleur dès la deuxième piqûre, elle remue normalement la tête, mais du fait de l'écrasement, des vertèbres et du traitement antérieurement subi, elle restera légèrement inclinée à gauche. Quoiqu'il en soit on doit considérer la « restitutio ad integrum comme absolue.

***

Si l'on s'en rapporte à la grande quantité d'observations déjà publiées de toutes parts, les résultats, lorsque le malade est justiciable et obéit à l'Allergine, sont beaux, impressionnants, et s'il fallait faire une comparaison avec les autres méthodes, aucune, et de loin ne soutiendrait cette comparaison . « Je n'ai jamais vu dans des cas aussi graves, écrivais-je quelque part, la température baisser aussi vite, revenir à la normale... et y rester. »

Est-ce à dire pourtant qu'il ne faille pas... aider l'Allergine tout au moins dans l'intervalle des piqûres, et dans les périodes de repos ?

Je le crois et il me semble que l'association d'une préparation récalcifiante et reminéralisante avec hypophosphites solubles de chaux, soude et manganèse — les seuls assimilables — des extraits glandulaires, particulièrement de rate, sans oublier la bonne adrénaline (1) ne peuvent que renforcer son action et fertiliser encore le terrain.

Bien plus, je crois qu'il y a intérêt pendant 20 jours environ à diminuer l'hypocholestérinémie, à stimuler la fonction antitoxique du foie avec les éthers du lécithol et du cholestérol. Avant de connaître l'Allergine, on obtenait déjà de grosses satisfactions et de beaux résultats avec leur application judicieuse. Les premières préparations surtout ont subi l'épreuve du temps. Pourquoi s'en priver, et dans une affection aussi grave aussi complexe, aussi polymorphe que la tuberculose ne doit-on pas essayer de faire donner en même temps l'active, et les réserves pour obtenir le but tant désiré ?

Mais d'accord avec Jousset, il ne peut être question d'employer concurremment une médication susceptible, elle aussi de donner un choc sous peine de risques et de dangers (antigènes, sels d'or, tuberculines, iode, etc.).

Reste le pneumothorax qui a depuis longtemps gagné ses lettres de noblesse, mais qui n'est pas sans danger, parce qu'on en a fait un effroyable abus et que Jousset n'hésite pas à qualifier « de non sens et de mauvaise action » (2) lorsqu'il est appliqué systématiquement et sans discrimination, à toutes les tuberculoses pulmonaires comme il arrive trop souvent !

(1) On sait que les tuberculeux pulmonaires sont tous des hypoglandulaires et des hypotendus dans une très grande proportion.

(2) *Le Monde Médical* loc. cit.

***

**Conception de la Tuberculose.**

Mais cette étude ne serait pas complète si nous ne rappelions la conception nouvelle de la tuberculose telle que l'a décrite le Prof. Jousset et qu'il a simplifiée en la divisant en deux périodes bien distinctes :

1° Période d'infection bacillaire : Bacillose ;
2° Période de lésion bacillaire : Tuberculose.

A la première période, le bacille cherche sa voie. Répandu dans le sang, il cherche le point faible, où il pourra se fixer, et créer sa lésions destructive.

A la seconde, il a trouvé son point d'élection ; Le plus fréquemment il s'est fixé aux ganglions du hile d'abord qu'il a gonflés, hypertrophiés, puis crevés comme des marrons.

Chaque période est divisée en deux phases :
1re période : phase toxique ; phase fluxionnaire.
2e période : phase plastique ; phase destructive.

C'est clair, c'est précis. Mais si cette théorie nous apparaît lumineuse et pleine de vérité, parce qu'elle est basée beaucoup sur la clinique et très peu sur l'anatomie pathologique, si elle a supprimé la prétuberculose qui ne répondait à rien, elle a augmenté le désarroi : pour beaucoup, elle a compliqué les choses, elle a brouillé les cartes. Tant il est vrai qu'on n'accepte pas d'emblée les théories les plus simples parce qu'à d'aucuns, eles paraissent subversives, tant ils restent encore imbus des idées classiques.

A quel moment se produit la phase d'infection bacillaire ? Est-ce une primo-infection ? Est-ce une infection secondaire surajoutée, une réimprégnation ? Et puis sur quels signes baser cette délicate et difficile différenciation ? Est-ce sur la radio, qui naturellement ne peut rien donner au début ? Est-ce sur la clinique muette aussi, puisque l'infection ganglionnaire ne se traduit pas toujours par une modification, une déficience de la santé générale, par un fléchissement d'un des plateaux de la balance ? Est-ce sur les différents examens du sang, des urines ? Est-ce la cuti-réaction, positive dans 95 % des cas, alors que rien ne semble altérer la santé ? Est-ce sur l'examen du contenu gastrique ? Est-ce sur la température ? Est-ce par l'inoculation du cobaye ? etc., etc.

***

Il semble que tous ces moyens peuvent et doivent être mis en action pour obtenir un diagnostic aussi précoce que possible, en accordant surtout la plus grande valeur aux modifications de la température, et surtout de la température au réveil. Mais il semble aussi que c'est à la clinique et à notre sens d'observation que nous devons nous adresser si l'éducation, l'instruction du médecin sont suffisantes pour savoir analyser et déduire la succession des phénomènes qui se présentent à lui.

Cependant, il faut faire une part importante au diagnostic radiologique.

***

**Le diagnostic radiologique.**

Avec l'évolution de la médecine sociale peut-être un jour comprendra-t-on l'énorme intérêt qu'il pourrait y avoir à faire systématiquement chez l'enfant, dès les premières années, l'examen radioscopique en série.

Déjà, dans quelques services d'enfants, il a été organisé des centres de triage qui permettent de dépister la très grande fréquence de la tuberculose ganglio-hilaire, tuberculose inactive où évolutive suivant la résistance où la fragilité de la barrière ganglionnaire, et qui en est la première manifestation.

On conçoit toute l'importance de cette question étant donné que cette région échappe à peu près complètement aux investigations de l'auscultation, que l'enfant ne tousse pas, ne crache pas, et souvent même reste apyrétique. Les signes fonctionnels manquent non seulement à la période d'imprégnation, mais à ce second stade, lorsqu'ils existent, ils peuvent quelquefois passer inaperçus.

La radioscopie permettra de voir comment le sujet respire, comment fonctionne son diaphragme, si ses sommets s'illuminent ou non par la toux ; elle montrera s'il y a des adhérences des bases, la valeur des sinus, l'obscurité où l'opacité de certaines zones et particulièrement des sommets ; elle montrera l'adénopathie ganglio-hilaire des foyers nodulaires, l'état des feuillets de la plèvre, leur épaississement, etc.

Elle montrera le passé et le présent, quelquefois l'avenir, mais tant vaut la radio, tant vaut l'interprétation, c'est ce qui a amené tant de discussions et de controverses.

Toutefois la radioscopie et la radiographie ne sont pas tout, car même avec des instruments d'exploration aussi parfaits que possible, entre les mains des meilleurs médecins, elles ne permettront pas de voir et de dépister, la toute première, l'imprégnation bacillaire.

***

Enfin, depuis quelques années une méthode de la plus haute valeur, mais qui pour des considérations extrinsèques n'est pas encore passée dans la pratique courante, apparaît comme pleine de promesses pour l'avenir.

C'est la séro-réaction de Vernes à la résorcine qui permet de connaître en chiffres avec le photomètre le degré d'imprégnation tuberculeuse d'un organisme, même dans les formes inactives

et qui faite en série permet d'apprécier le quantum d'aggravation ou d'amélioration du sujet, grâce aux variations de la floculation, lorsqu'on ajoute le réactif au sérum sanguin.

Ces variations sont fonction du degré de l'imprégnation bacillaire, et de son évolution. Plus le degré photométrique est élevé, plus l'infection tuberculeuse est profonde. C'est un progrès incontestable dans l'étude séro-diagnostique et séro-pronostique. Et il y a de nombreux exemples dans lesquels « la séro-floculation » fit la lumière bien avant la radiologie et la clinique !

**Conclusion.**

En tuberculose plus qu'en toute autre affection, il est de la plus haute importance d'en dépister le début, l'extrême début, puisque nous possédons avec le sérum et avec l'Allergine, la possibilité de guérir — j'insiste bien sur le mot — Bien que ces deux médications soient bien différentes dans leur préparation, dans leur composition, et dans leur mode d'emploi et qu'elles s'adressent *a priori* à des cas dissemblables, elles réalisent aujourd'hui le véritable traitement antituberculeux, et anti bacillaire, mais à des stades d'évolution divers.

A quelle époque employer le sérum ? A quel moment l'Allergine ? Nous le savons maintenant. Question d'espèce et de pratique, pour juger les critères de différenciation. Empiètement ? Quelquefois, et lorsque le sérum n'agit plus, l'Allergine trouve souvent son emploi, et ce, dans toutes les tuberculoses pulmonaires ou non, chirurgicales, ganglionnaires, pleurales, génitales, cutanées, etc.

Une seule contre-indication, le 4e degré, la phase des grands désordres anatomiques, des lésions parenchymateuses ulcéro-caséeuses, où l'organisme du sujet ne peut plus faire la réparation, où l'allergie se transforme en anergie, où l'intoxication est profonde, où le diagnostic est écrit en grosses lettres !

Evidemment, à mesure que nous connaissons mieux la tuberculose, à mesure que le progrès nous permet d'envisager un horizon plus vaste, nous devons accepter cette idée qu'elle est partout puisqu'elle touche l'enfance dans la proportion de 95 %. Sélection naturelle qui se fait peu à peu puisque les forts résistent et que les faibles succombent.

Nous devons donc la chercher partout. Cependant, dans ses cliniques (1), le Prof. Sergent mettait les médecins en garde et écrivait : « L'esprit médical imbu des idées nouvelles a tendance à voir la tuberculose partout ».

Ne vaut-il pas mieux encore faire ce diagnostic précoce, même s'il est erroné que de nier ou de méconnaître une affection aussi grave qui finira un jour par crever les yeux et par rendre le plus mauvais service au malade au moment où il sera trop tard, parce que son entourage n'aura pas voulu savoir, et que nous nous serons trop longtemps bercés d'illusions.

Dr BAYARD.

(1) Etudes clin. sur la Tuberculose. SERGENT, 1919.

## NOTES SUR LES DÉFICIENTS PSYCHIQUES (1)

par

G. DE PARREL et Henriette HOFFER

Directeur — Chef du Service de médico-pédagogie
du Centre de Rééducation pour les déficients de l'ouïe et de la parole et pour les retardés scolaires.

### I. Les troubles du langage.

Les troubles de la parole sont en général graves chez les déficients psychiques. Très souvent même, c'est le premier symptôme qui attire l'attention des parents et l'enfant nous est présenté comme « ne parlant pas comme les autres enfants de son âge ».

**Troubles de la parole chez les idiots**

L'idiotie totale est incompatible avec le langage. L'enfant idiot n'a ni intelligence, ni sentiments ; il ne pousse que des cris rauques et inarticulés.

Dans l'idiotie du deuxième degré, la déchéance est moins complète. Ces enfants peuvent acquérir un langage. Certains même sont loquaces et leur faconde peut cacher leur déchéance intellectuelle.

Le développement du langage n'est pas, en effet, en corrélation absolue avec le développement de l'intelligence.

Chez les enfants comme chez les adultes, une parole facile et brillante n'est pas toujours le signe d'une pensée riche et précise. Certains enfants microcéphales, par exemple, acquièrent un langage normal et sont cependant profondément touchés dans leurs facultés intellectuelles.

Ces enfants déficients sont susceptibles d'acquérir aussi quelques notions de calcul, mais leur attention est fugitive, leur jugement puéril et faux.

(1) Voir l'ouvrage de Mlles HOFFER et ANGLES qui vient de paraître chez Doin sous le titre : *Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires.*

**Troubles de la parole chez les imbéciles**

Chez l'imbécile, la mémoire présente des anomalies, des lacunes ; très développée parfois sur certains points, elle fait défaut pour enregistrer d'autres notions indispensables.

L'enfant acquiert, en général, un vocabulaire correspondant à des notions concrètes, mais s'élève difficilement à un niveau plus élevé.

Par défaut d'attention, la parole est souvent imparfaite, caractérisée par des dystalies diverses : chuintement, nasonnement, zézaiement.

Le langage peut être perfectionné grâce à un traitement orthophonique approprié.

**Troubles du langage chez les déficients psychiques légers**

Nous rappelons que nous groupons sous cette étiquette tous les enfants dont le développement psychique n'est pas absolument normal, mais qui sont susceptibles d'être éduqués et instruits par des procédés spéciaux et ainsi rendus à la vie normale. Nous les séparons donc nettement des idiots et des imbéciles, d'une part, et des simples retardés scolaires, d'autre part.

*La déficience psychique est toujours liée à des troubles du langage.* Ces troubles portent à la fois sur le vocabulaire et sur l'articulation. L'attention, très souvent déficiente, ne permet pas à l'enfant d'acquérir un vocabulaire normal correspondant à son âge.

D'autre part, les mots connus sont émis de façon très défectueuse. Les phonèmes absents ou mal énoncés sont presque toujours les mêmes ; ce sont les *ch*, les *i*, les *s*, les *z*. Le *l* est souvent confondu avec le *n*.

Ces troubles de langage chez des enfants légèrement déficients au point de vue *psychique* entravent la vie intellectuelle de l'enfant et font parfois porter un pronostic sévère à leur sujet. En réalité, une éducation appropriée, strictement individuelle— éducation dans laquelle la première place est réservée à l'étude de la langue : vocabulaire et articulation — permet souvent de rendre ces enfants à une vie normale.

Nous voulons aussi attirer l'attention sur un cas tout à fait intéressant. Il s'agit d'*enfants muets de 5 à 6 ans et même davantage qui ne sont ni idiots, ni imbéciles.* Certains même ne sont pas des déficients intellectuels. Nous ne saurions mieux faire que de citer l'observation d'un de ces enfants :

Marie X... a 6 ans ; elle a marché tard, ne parle pas, ne peut, au début de sa rééducation chez nous, répéter aucun geste de gymnastique labiale, linguale ou maxillaire. Elle n'arrive pas à souffler. La voix est normale dans le cri.

L'écriture est impossible. La main tenant la craie, posée sur le tableau, retombe ou trace sur le papier ou le tableau ces traits « en cheveux » si caractéristiques chez tous ces enfants.

Les efforts des parents pour démutiser l'enfant sont restés vains. Une institutrice privée n'a pas eu plus de succès.

« Et cependant, dit la maman, cette enfant est intelligente »!

« Sa mémoire est parfaite. Elle se rappelle les gens, les lieux et les faits. »

« Elle comprend tout ce qu'on lui dit et exécute tous les ordres qu'on lui donne ».

Notre examen ne fait que confirmer les dires de la maman. Notre première impression est bonne et après un mois d'observation, notre pronostic est tout à fait rassurant. L'enfant parlera. Elle est instable, mais éducable. Dès le premier mois de travail l'enfant peut, en effet, prononcer une vingtaine de mots. Miracle : disent les parents. Non. Education patiente et méthodiquement faite.

Chez ces enfants nous trouvons toujours :

1° Des troubles moteurs graves. — Enfants ayant marché tard, ayant une dentition défectueuse, très maladroits de leurs mains (l'enfant ne peut saisir les objets et laisse tomber ceux qu'on place dans sa main).

2° Des troubles endocriniens multiples. — Le traitement opothérapique donne d'excellents résultats chez ces enfants et favorise la démutisation. Ces sujets sont parfaitement éducables et leur instruction méthodiquement faite donne des résultats excellents. Mais nous ne saurions trop insister sur l'idée qu'il faut démutiser ces enfants très jeunes, comme les enfants sourds-muets, et par des procédés spéciaux. *Il faut bien se garder d'attendre que l'enfant se démutise tout seul.* Cette conduite compromet gravement l'avenir de l'enfant.

Gardons-nous de l'erreur qui consiste à instituer un traitement médical quelconque — spécifique ou endocrinien — et à attendre que ce traitement réussisse à démutiser l'enfant. Disons-nous bien que *le traitement médical n'est qu'un adjuvant* ; si précieux qu'il puisse être, il n'est jamais suffisant pour mettre l'enfant en état d'acquérir le langage : cette acquisition est du domaine de la rééducation médico-pédagogique.

## II. Comment nous avons organisé pratiquement la rééducation des petits déficients psychiques

### 1° Notre rééducation des enfants déficients est individuelle

1) Notre enseignement individuel, médico-pédagogique, nous permet de *tenir compte de l'état psycho-physique de chaque enfant.* Il n'y a pas en réalité deux enfants semblablement atteints. Chez tels enfants, les troubles moteurs de la parole dominent : il y a lieu, dans ce cas, pour ces enfants, de faire exécuter avant tout des exercices musculaires de précision et de souplesse, exerci-

ces s'adressant non seulement aux groupes des muscles de la phonation et de la parole, mais encore aux groupes des muscles des membres : d'où exercices de souffle, de respiration (spiroscopie), exercices de préhension, de saut, etc.

Chez d'autres, les troubles de la mémoire prédominent ; de tels enfants sont surtout déficients de l'attention.

2) L'enseignement individuel permet seul de *tenir compte de l'âge de l'élève.*

Deux enfants muets ayant un âge différent ne peuvent se démutiser de la même manière.

3) L'enseignement individuel, seul, permet les *répétitions nécessaires.* Chez tous les déficients psychiques, le facteur répétition est d'une importance capitale. Nous avons coutume de dire à nos assistantes, découragées parfois par des échecs répétés : « Comptez sur la répétition ». Si un nombre donné de répétitions n'a pas été suffisant pour que l'enfant se soit assimilé une notion, il n'y a qu'à recommencer sans jamais perdre courage.

**2° L'éducation des déficients psychiques doit être aussi précoce que possible**

Comme pour les petits sourds-muets, rappelons que l'enfant est plus éducable lorsqu'il est tout petit. Les troubles sont moins graves à 3 ans qu'à 5 ans ; l'enfant n'a pas eu le temps de prendre de mauvaises habitudes d'articulation, très difficiles à corriger par la suite.

**3° Le traitement doit être médico-pédagogique**

Traitement opothérapique chez les dysendocriniens, spécifique chez les hérédo-syphilitiques, traitement général chez certains rachitiques, doivent être l'adjuvant de la rééducation. Ne comptons pas, avons-nous dit, sur le traitement médical pour faire parler un enfant muet ou pour faire suivre des études normales à un déficient intellectuel, mais ne nous privons pas, quand nous entreprenons une rééducation, du traitement médical.

*N'oublions pas que ces enfants sont des malades qu'il faut soigner comme tels.*

**La rééducation d'un déficient psychique est une œuvre de tous les instants**

L'enfant nous est conduit chaque jour pour sa leçon. Nous le faisons travailler en présence de sa mère, de sa gouvernante ou d'une de nos répétitrices. Les unes et les autres s'initient à nos méthodes et font répéter les exercices à la maison aussi souvent qu'il est nécessaire. Cette collaboration intime entre le professeur et la mère nous donne d'excellents résultats. Pendant les jeux, les repas, les promenades, la maman ou la gouvernante de l'enfant continue ainsi notre travail sans fatigue pour l'enfant.

**5° Notre rééducation laisse l'enfant dans un milieu familial et normal**

Cette façon de procéder offre, à notre avis, d'immenses avantages. L'éducation morale aussi bien que l'instruction à proprement parler se fait beaucoup plus aisément. L'acquisition du vocabulaire est autrement facile dans le milieu naturel de la famille que dans une classe. L'enfant étudie-t-il, par exemple, les mots relatifs à la maison, il les retient mieux en voyant les objets eux-mêmes.

Les enfants qui résident en province ou à l'étranger sont confiés à l'une de nos familles correspondantes qui se charge de les prendre en pension, de les amener chaque jour à la séance de médico-pédagogie, d'assurer la répétition des exercices, etc. C'était la meilleure façon, croyons-nous, de résoudre le problème du maintien de l'enfant en milieu normal.

En résumé, notre éducation des enfants déficients est médico-pédagogique, elle est précoce et laisse l'enfant dans un milieu familial.

***

**Conclusion**

La rééducation des déficients et des retardés de tous ordres est de la plus haute importance tant du point de vue individuel que social. C'est une œuvre de longue haleine qui, pour aboutir à un résultat tangible doit s'accomplir selon certaines conditions, ci-dessous énoncées :

1° L'œuvre de sauvetage doit être entreprise *très tôt.* D'où la nécessité de *surveiller de près les enfants dont le développement* physique et mental ne se fait pas d'une façon normale : qu'il s'agisse d'un brusque *arrêt,* d'un *ralentissement* progressif ou d'*irrégularités* manifestes.

2° L'emploi des *tests* courants et des *échelles métriques* les plus simples permet de contrôler ces impressions subjectives et de s'assurer contre les appréciations trop indulgentes ou les exagérations pessimistes.

3° En cas de retard nettement constaté, le premier avis à prendre est celui du *médecin de la famille, de l'école ou du dispensaire,* afin qu'il s'assure de l'intégrité des organes des sens et vérifie le fonctionnement général de l'organisme, de manière à diriger, si besoin est, vers les *médecins spécialistes* tous les cas suspects.

4° Les traitements médicaux, opothérapiques, chirurgicaux étant institués, il importe d'entreprendre concurremment avec eux la *rééducation pédagogique,* afin que l'enfant rattrape son retard et se trouve, une fois guéri, au niveau d'études de ses camarades.

5° S'il s'agit, non pas d'une déficience accidentelle et temporaire, mais d'une diminution durable et peut-être définitive, c'est aux *spécialistes de la rééducation psycho-pédagogique* qu'il faut s'a-

dresser, pour faire établir, de façon précise, la nature de ces déséquilibres ou de ces défaillances et mettre en œuvre les moyens les plus efficaces d'y porter remède. *On ne s'improvise pas éducateur d'enfants arriérés,* et plus que toutes autres, ces petites victimes de la vie peuvent souffrir d'une éducation mal conduite.

6° De toute façon, il est essentiel de maintenir une *liaison étroite entre les médecins et les professeurs* pour la surveillance à exercer, les traitements à prescrire, la rééducation à faire. D'où la très haute supériorité des Centres de rééducation médico-pédagogique où toute les compétences se trouvent réunies et en rapports étroits.

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR... DU TRAITEMENT DES ABCÈS DU POUMON

D'après le Professeur J. MINET (1)

I

### Les formes cliniques des abcès du poumon.

Il ne s'agit ici, ni des abcès chirurgicaux qui relèvent d'une thérapeutique bien distincte, ni des abcès disséminés et multiples de type septicopyohémique ou broncho-pneumonique, qui sont rarement diagnostiqués et peu accessibles au traitement.

Nous n'aurons en vue que LES ABCÈS NETTEMENT COLLECTÉS ET LOCALISÉS.

*Ces abcès peuvent être aigus, ou chroniques à poussées successives, ou nécrotiques, ou putrides.*

Quoiqu'on ait dit, *le diagnostic peut le plus souvent en être fait avant l'expectoration du pus,* AVANT LA VOMIQUE ; ce qui influera d'une manière décisive sur le mode de traitement.

AVANT LA VOMIQUE, en effet, l'abcès, qui est à sa phase de constitution, se reconnaît à certains caractères cliniques, frustes sans doute et parfois difficiles à identifier.

C'est ainsi que l'*abcès aigu* débute à la manière d'une grippe, mais alors que déjà une toux légère, un point de côté parfois violent attirent l'attention sur l'appareil respiratoire. A ce moment, on trouvera, dans 70 % des cas, à la base du poumon un syndrome discret de congestion pulmonaire ; dans certains cas on n'aura que l'impression d'un processus anormal, sans qu'on puisse déterminer à quel syndrome anatomo-clinique le rattacher ; mais l'*examen radiologique permettra de poser le diagnostic précoce d'abcès. Quatre à dix jours plus tard,* le pus se fera jour dans les bronches et provoquera une *vomique.*

Même début pour l'abcès post-pneumonique.

Au contraire, l'*abcès chronique à poussées successives* débute par des phénomènes plus insidieux chez des sujets à passé bronchique, parfois porteurs d'une vieille tuberculose non évolutive ou d'un diabète ancien.

D'une manière plus aiguë débute l'*abcès nécrotique,* sous l'aspect d'une pneumonie un peu anormale, par des hémoptysies, le caractère purulent de l'expectoration, la discrétion des signes physiques. *Du dixième au quinzième jour survient la vomique.*

L'*abcès putride,* qui est caractérisé par la fétidité spéciale de l'expectoration, et se distingue nettement de la gangrène pulmonaire véritable à évolution rapide et fatale, débute par des signes physiques minimes : fièvre, toux, douleurs thoraciques. Mais d'emblée, l'état général est très touché, donnant la notion d'une maladie sérieuse. *Au bout de quelques jours, apparaît la vomique,* tantôt brutale, tantôt précédée d'hémoptysies ou de fétidité de l'haleine.

APRÈS LA VOMIQUE, plus de doute pour le diagnostic.

Cependant, on fait la distinction avec une dilatation des bronches, parce que le pus expectoré n'est pas rassemblé en plusieurs couches, et qu'il est homogène, verdâtre et bien lié. Enfin, il présente deux caractères importants : la présence de nombreuses fibres élastiques, et, durant les 24 ou 48 premières heures, un monomicrobisme dans la culture obtenue.

A noter toutefois que, bien souvent, le seul examen sthétacoustique ne permettrait pas de confirmer le diagnostic : la radiologie reste encore indispensable.

Si parfois, en effet, surtout dans la forme chronique, on trouve un syndrome cavitaire typique avec gargouillement, souffle amphorique et pectoriloquie, dans d'autres cas, forme aiguë, on note seulement un foyer de congestion pulmonaire avec matité, vibrations exagérées, souffle tubaire, bronchophonie et pectoriloquie aphone, ou bien une lame liquidienne, qui masque les phé-

(1) Prof. Jean MINET. — A propos du traitement des abcès pulmonaires. (*Le Progrès médical,* 3 octobre 1931.)
Prof. Jean MINET. — A propos des abcès du poumon. Diagnostic et formes cliniques. Traitement. (*Le Nord médical,* 15 octobre 1931.)

nomènes pulmonaires, ou mieux encore l'auscultation reste négative dans les cas de foyer central.

Quant à l'ÉVOLUTION des abcès, il est presque impossible de dire, au début, s'il y aura guérison rapide ou chronicité.

Les abcès aigus du poumon présentent assez souvent une suite favorable, en deux ou trois mois généralement, parfois très vite; mais aussi, la mort peut survenir après la vomique, ou même avant.

Les abcès chroniques, par contre, comme les abcès nécrotiques, se terminent par la mort, malgré les efforts de la thérapeutique, après plusieurs mois, plusieurs années pour les premières, en cinq à huit semaines pour les seconds.

Le traitement, au contraire, est fréquemment efficace dans les formes putrides.

***

II

## Le traitement

« Tandis que les uns donnent leur préférence à l'intervention chirurgicale précoce, les autres, les plus nombreux, temporisent et mettent en œuvre le traitement médical, se réservant d'opérer si des complications surviennent, ou si l'évolution persiste sans amélioration. Ces divergences tiennent dans la diversité des points de vue, sous lesquels les auteurs envisagent la question, et surtout dans la manière, souvent incomplète, dont ils l'apprécient. »

Afin de mettre un peu d'ordre dans les idées, il convient d'étudier l'abcès du poumon *avant la vomique, et après la vomique.*

### I. — Avant la vomique.

Dans la grande majorité des cas, avons-nous dit, l'abcès peut être diagnostiqué, ou soupçonné, avant son ouverture dans les bronches. Or, il devrait toujours être reconnu dans cette période, qui précède la vomique, car sa découverte entraîne une sanction chirurgicale, hors de discussion : l'ouverture et le drainage.

A. *L'abcès diagnostiqué avant la vomique doit être ouvert*, à l'égal d'un abcès des membres, de l'abdomen, du cerveau. Cette indication est même plus pressante dans le cas particulier, car il faut préserver d'une suppuration prolongée, et souvent destructrice, parfois mortelle, un organe aussi important, aussi fragile que le poumon.

En effet, de même que la pleurésie purulente, interlobaire ou non, nul ne peut préciser, avant la vomique, quel sera le pronostic de durée et d'évolution d'un abcès pulmonaire.

« Si l'on ajoute à ces considérations l'*inutilité complète, à la phase initiale, de toute thérapeutique médicale* ; si l'on oppose à cette notion l'innocuité et les grandes chances de succès de la chirurgie en pareils cas, on ne peut que souscrire à la pratique d'une méthode qui, de toutes, est la seule logique, et la seule efficace. »

Après repérage radiologique de l'abcès, on procède à un premier temps, qui consiste à suturer la plèvre, pour y provoquer l'apparition d'adhérences. Cette première intervention est d'ailleurs inutile, s'il existe une symphyse pleurale. — Quarante-huit heures plus tard, le poumon est incisé au thermocautère. On s'efforce de pénétrer dans la cavité, puis de la drainer ; ce temps n'est pas toujours facile, et il est possible, suffisant parfois, de porter le drain jusqu'au voisinage de la collection ; deux fois sur trois, le pus fait alors son chemin vers le drain dans les 24 ou 48 heures après l'intervention ; l'évacuation du pus s'opère ensuite normalement.

De tous les malades opérés ainsi depuis une dizaine d'années, deux seulement sont morts : l'un par extension progressive du mal malgré trois interventions successives ; l'autre est décédé subitement, alors que, son poumon redevenu normal, il quittait la maison de santé pour rentrer chez lui. Tous les autres ont guéri dans des délais rapides, et sans présenter par la suite la moindre séquelle.

B. *Même soupçonné, sans grande probabilité, l'abcès doit être incisé*, comme l'abcès diagnostiqué.

Deux cas. S'il y avait réellement un abcès, aucune discussion possible.

S'il s'agissait seulement d'une forme de congestion pulmonaire ou broncho-pulmonaire, on ne risque pas les complications plus ou moins graves, que l'on pourrait redouter. Une opération de ce genre n'est pas pour aggraver le pronostic ; qui plus est, assez fréquemment on l'a vue mettre un terme à des affections pulmonaires, dont la gravité paraissait des plus menaçantes.

### II. — Après la vomique.

La plupart des auteurs français préconisent tout d'abord le traitement médical, à ce stade de l'évolution ; ils le prolongent pendant six semaines à deux mois, ce qui leur permet d'observer une évolution vers la guérison, qu'elle soit spontanée ou qu'elle se produise sous l'influence

de la thérapeutique instituée. Si, au bout de ce temps, on ne relève aucun indice d'amélioration, ou si, dans l'intervalle surviennent des accidents graves, l'intervention chirurgicale est pratiquée.

A. *Traitement médical.*

Nous ne citerons que pour mémoire l'amibiase pulmonaire, qui indique l'émétine, et exclut toute intervention chirurgicale, ou moins avant l'essai de l'émétine. Nous rappellerons aussi que certaines variétés d'abcès, notamment l'abcès à pneumocoques, sont susceptibles de guérir spontanément.

Voici les principales thérapeutiques à employer :

Tout d'abord, la *chimiothérapie anti-infectieuse.*

L'hyposulfite de soude, à la dose de trois ou quatre grammes, peut agir sur la fétidité des crachats, et provoquer des améliorations.

Le goménol, l'eucalyptol, injectés sous la peau, auraient un rôle désinfectant par leur élimination au niveau de la muqueuse respiratoire.

On conseille aussi l'uroformine, l'arsénobenzol.

*La vaccinothérapie,* la *sérothérapie* (surtout antigangréneuse) peuvent, sinon guérir, du moins limiter les dégâts.

Le *drainage de position* met le malade dans une attitude déclive, et il aiderait à l'évacuation du pus : méthode pénible à supporter, drainage bien imparfait.

La *bronchoscopie* permet d'aspirer du pus de l'abcès, de laver la cavité, et d'y instiller des substances modificatrices.

B. *Traitement chirurgical.*

Cependant, on ne peut pas s'attarder au traitement médical, étant donné les résultats excellents retirés de l'intervention, à la condition qu'elle soit *précoce,* étant donné son innocuité, et aussi l'impossibilité dans laquelle on se trouve d'affirmer que des cas, bénins en apparence, ne présenteront pas, un jour ou l'autre, des complications mortelles.

L'*intervention en deux temps* « mérite une place plus importante que celle qui lui est faite actuellement ».

Elle s'impose dans les abcès aigus ; parfois, elle peut être complétée par une destruction au galvanocautère du poumon, voisin de l'abcès, s'il n'est pas reconnu sain.

La ponction n'est pas recommandable, ni comme moyen de diagnostic, ni comme méthode de traitement. D'abord, elle est difficile, et souvent elle reste blanche. Ensuite, elle est dangereuse, car elle risque après avoir atteint la cavité abcédée, ou son voisinage, d'infecter le parenchyme sain, la cavité pleurale ou la paroi thoracique.

Les lavages de la cavité, par voie transthoracique, ne sont pas à conseiller, et cela pour les mêmes raisons. Dangereuses aussi les méthodes aveugles de lardage pour essayer d'injecter, dans le voisinage de l'abcès, de l'électrargol, du goménol, des sérums, des vaccins.

*A priori,* le pneumothorax serait logique ; mais, malgré quelques cas de guérison rapportés, on ne doit pas oublier que l'abcès peut se rompre dans le pneumothorax, d'où un pyothorax généralement mortel.

La phrénicectomie est insuffisante. Quant à la thoracoplastie, elle est souvent efficace contre les vieux abcès à parois rigides, qu'un drainage ne pourrait tarir.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'abcès du poumon reste soumis, comme tous les autres abcès, à la règle générale de l'intervention chirurgicale, et que celle-ci donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est plus précoce. Faite en deux temps, elle ne comporte pas de gravité.

Ceci dit avant la vomique, reste vrai après la vomique, si toutefois un traitement médical semble incapable de donner rapidement des résultats satisfaisants.

G. F.

## FAITS CLINIQUES

### A propos d'un cas d'encéphalite vaccinale

Je présente ici l'observation d'un cas d'encéphalite vaccinale terminé par la mort, et que je crois intéressant pour plusieurs raisons.

Les cas appelés « Encéphalite vaccinale », ou « post-vaccinale », suivant que l'on préjuge ou non de la nature du virus causal, ne sont pas très fréquents. Je n'ai pas l'intention de faire une revue générale de la question, aussi je laisse de côté l'historique et la bibliographie. Je dirai seulement que presque inconnus autrefois, puis signalés à raison de quelques unités, j'ai l'impression en lisant les publications médicales que ces cas deviennent relativement fréquents.

L'attention étant éveillée sur ce sujet, la maladie est peut-être plus facilement reconnue, mais cependant, en faisant la part des cas qui peuvent

avoir été méconnus, et de ceux qui, observés par des confrères, n'auraient pas été publiés, on est bien obligé de constater que l'encéphalite est une complication grave, souvent mortelle, et qui, quoique rare, n'en constitue pas moins un risque réel pour les vaccinés. On ne peut pas garantir à des parents qui vous interrogent à ce sujet, que leur enfant ne mourra pas de la vaccination antivariolique.

Voici tout d'abord l'observation d'un cas, que j'ai suivi dans ma clientèle.

Observation

Enfant P... Claude, 25 mois ; né à terme. A toujours été très bien portant ; c'était un très bel enfant resplendissant de santé. Il a marché à un an.

A reçu une première vaccination antivariolique qui ne prit pas, il y a treize mois, en septembre 1930, à l'âge de dix mois.

Il fut vacciné à nouveau le vendredi 16 octobre 1931, par deux scarifications au bras gauche. Jusque là, en somme, tout avait été très normal dans la santé de cet enfant. Comme antécédents familiaux, rien de spécial à signaler.

*Le lundi soir* 19 *octobre*, soit trois jours après la vaccination, l'enfant n'a pas voulu manger sa soupe le soir. On lui donne du tilleul et on le met au lit. Rien d'anormal pendant la nuit.

*Le mardi* 20, l'enfant mange à midi comme d'habitude ; dans la matinée il s'était amusé dans la cour de la maison. A 13 heures l'enfant a des frissons ; à 14 et 15 heures il vomit son repas ; on le couche et il s'assoupit. Vers 18 heures, toujours assoupi, il fait ses besoins sans s'en apercevoir. La nuit, il est un peu agité, fiévreux, mais a dormi.

*Le mercredi* 21, l'enfant est fiévreux, assoupi. C'est à ce moment que je l'examine pour la première fois. Il est fiévreux, un peu abattu, et malgré un examen complet, je ne trouve que des symptômes de rhino-pharyngite légère. Nous sommes à cinq jours de la vaccination, et au niveau des deux scarifications on ne voit qu'une toute petite rougeur.

*Jeudi* 22. Une très petite pustule apparaît sur chaque scarification vaccinale. Fièvre. Soubresauts nerveux. Dans l'après midi, les parents constatent de la raideur des jambes en levant l'enfant pour le faire uriner sur son vase.

*Vendredi* 23. Même état et en plus un peu de raideur du cou. Je revois l'enfant pour la deuxième fois le soir de ce jour. Température 39°3. Raideur de la nuque ; raideur des membres inférieurs ; signe de Kernig. Quelques soubresauts nerveux ; l'enfant est somnolent. A part les deux vomissements du début, il ne s'en est pas reproduit d'autres. Rien d'anormal à l'auscultation et à l'examen du ventre. Réflexes présents et normaux aux yeux comme ailleurs. Motilité oculaire et pupilles normales.

*Samedi* 24. Même état. A peu uriné.

*Dimanche* 25 *octobre*. *Jambe gauche* : réflexe rotulien aboli ; réflexe cutané plantaire en éventail avec extension du gros orteil.

*Jambe droite* : Mêmes réflexes normaux.

Il y a moins de raideur. L'enfant suit la lumière des yeux. Rien de spécial à la gorge ou aux bronches. Il y a de la somnolence et quelques soubresauts des muscles de la face. L'enfant dit quelques mots, a un peu de subdélire ; il avale sans difficulté et fait une selle journalière.

*Mardi* 27. Température 39°. Deux selles normales. Pas de vomissements. Moins de raideur de la nuque ; le signe de Kernig n'existe plus. Réflexes patellaires : à gauche, très diminué ; à droite, présent, vif. Réflexes cutanés plantaires : à droite, en flexion, vif ; à gauche, quelquefois en flexion, mais précédée d'une extension ou d'un éventail. Avale bien, salivation normale, yeux normaux.

*Samedi* 31. Température 38°1. L'enfant pleure souvent sans raison. Par moments les yeux sont hagards ; dort bien la nuit ; dort peu le jour. Il se tient sur ses jambes lorsqu'on le met debout, mais doit être un peu soutenu. Refuse de marcher, mais en insistant et en le soutenant, il fait quelques pas. Le membre inférieur gauche est moins fort que le droit, et la pointe du pied gauche à tendance a tomber. Au lit, l'enfant remue bien ses deux jambes.

Réflexes patellaires : droit, présent ; gauche, très faible. Babinski normal, mais avec tendance parfois à l'extension des deux côtés. Rien d'anormal aux yeux. Pas de Kernig, ou presque. Raideur nette de la nuque.

Aujourd'hui, l'enfant ne veut pas s'alimenter ; il parlait peu avant sa maladie, maintenant il ne parle, ni plus, ni moins. Deux croûtes au niveau des vaccins.

L'épisode aigu, assez brutal, du début de la maladie paraissait s'atténuer. La température baissait ; l'état sembla stationnaire, nettement amélioré, pendant une semaine.

*Le 7 novembre au soir* : 37°3. L'enfant reste étendu sur son lit pendant de longues périodes sans bouger. Il ne veut pas prendre de nourriture. Réflexes patellaires : presque aboli à gauche ; vif à droite.

Réflexes cutanés plantaires : en flexion à gauche, avec auparavant, une ébauche d'extension ; en flexion, à droite. Réflexes des membres supérieurs normaux. Légère raideur de la nuque lorsqu'on fléchit le cou, mais pas à l'extension. Yeux normaux (pupilles, réflexes, mouvements). L'enfant a eu un vomissement bilieux. Pendant une huitaine de jours, l'état reste stationnaire.

16 *novembre* : 37°8. Depuis deux jours, l'enfant est assez somnolent, prend peu, reste couché tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre. Il ne dit presque plus rien. Quand sa mère veut le faire boire, il dit « non », d'une façon un peu spasmodique, mais boit quand même. On a l'impression qu'il ne comprend plus ce qu'il dit. Yeux un peu égarés ; parésie des droits supérieurs : les yeux regardent en bas, la sclérotique apparaissant en haut, entre la cornée et la paupière

supérieure. L'enfant relève ses yeux par instants, mais ils retombent tout de suite. Les pupilles sont très dilatées, égales, et ne réagissent pas à la lumière. Torpeur ; l'enfant fait ses besoins dans son lit.

18 *novembre* : 37°8. Même état.

19 *novembre*. Parésie légère du droit supérieur gauche ; à droite paralysie nette. Inégalité pupillaire, la droite dilatée, la gauche plus petite. Par instants, léger strabisme. Pas de Kernig net, mais un peu de raideur de la nuque. Toute la nuit, l'enfant a remué son bras gauche en le portant au-dessus de la tête, et ensuite le rabattant. Soubresauts convulsifs dans tout le côté gauche. Réflexes patellaires : droit présent ; à gauche, il est presque aboli ; il ne se produit faiblement qu'à certaines fois. La recherche des réflexes cutanés plantaires donne des résultats variables ; il y a plutôt une tendance à l'extension d'abord, suivie quelquefois de flexion. Enfant très abattu : 38° 2. Pouls 120. Pendant toute la durée de la maladie, le pouls a toujours été entre 110 et 120. Pas de vomissements. Respiration calme et régulière. L'enfant ne dit rien ou presque. Il n'a pas l'air de voir.

Ponction lombaire : liquide très clair coulant doucement ; à l'analyse, on trouve : 3 à 4 leucocytes par millimètre cube ; présence d'un nombre légèrement supérieur d'hématies ; quelques cellules endothéliales. Il n'a pas été observé de bactéries sur préparations colorées faites après centrifugation. Albumine : 2 gr. 40 par litre ; Glucose : 0 gr. 20 par litre.

20 *novembre*. L'enfant reste couché sur le côté droit. Le bras gauche fait toujours des mouvements peu rapides en portant la main au-dessus de la tête ; soubresauts convulsifs dans tout le côté gauche. Pas de mouvements du côté droit. Réflexes patellaires : à droite, très vif ; à gauche aboli. Réflexe de Babinski : à droite, extension ; à gauche flexion. Œil droit : paralysie du droit supérieur et du droit externe (l'œil regarde en bas et en dedans) ; pupille dilatée ne réagissant pas à la lumière. Œil gauche : parésie légère du droit supérieur ; pupille de dimension à peu près normale, plutôt petite. Pas de réflexe lumineux (recherché avec un faisceau de lumière électrique). Pas de vomissements. Avale. Selles normales. Presque dans le coma. 38°4. Pouls : 140.

21 *novembre*. Même état. Encore plus prostré. La respiration s'arrête parfois pendant plusieurs secondes ; elle est du type costal ; le diaphragme ne paraît pas fonctionner. Il y a eu plusieurs convulsions généralisées, plus fortes sur le côté gauche. Ce côté remue tout le temps ; le droit ne bouge pas et est un peu raide. Amaigrissement énorme.

Décès le 22 novembre 1931 à 2 heures. Deux heures avant sa mort ; les convulsions se sont arrêtées, et l'enfant a dit plusieurs fois : « Maman ».

**Réflexions**

Cette observation suggère quelques réflexions que voici :

1° *Période d'incubation*. — Le début de l'encéphalite vaccinale a été fixé par plusieurs auteurs à une dizaine de jours après la vaccination (G. Paisseau. *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, février 1930), ou au cours de la deuxième semaine (A. Netter, communication faite à l'Académie de Médecine, 5 nov. 1929). La période la plus courte aurait été de 7 jours (Comby).

Or, dans l'observation précédente, les accidents nets au point de vue de l'atteinte du névraxe, raideur, soubresauts, torpeur, apparaissent le jeudi 22 octobre ; mais le début de la maladie a été nettement le mardi 20, quatre jours après la vaccination : vomissement, fièvre, état somnolent avec miction et défécation inconscientes. La veille même, le 19, il y avait eu quelques prodromes. Il y a donc eu quatre (et peut-être trois) jours d'incubation.

2° *Insuccès d'une vaccination antérieure*. — L'enfant avait été vacciné sans succès un an auparavant à dix mois. Ce fait a-t-il une importance quelconque ? Je me borne à le signaler.

3° *Etat des vaccins au bras*. — La réaction locale a été très légère, faible. Certains auteurs avaient signalé des cas, où l'encéphalite accompagnait une vaccine généralisée (cf. Paisseau cité plus haut, et citant Garret à Porto, 1922 ; Fracassi et Cuestas, 1928 ; et lui-même avec Mlle Scherrer). A. Netter, cité plus haut, dit que la maladie arrive « spécialement dans les cas ayant donné une infection vaccinale forte ou généralisée ». Tel ne fut pas le cas ici.

4° *Présence d'une période de rémission*. — Pendant une semaine, une détente très importante se produisit, après une douzaine de jours de maladie. Cette rémission m'avait donné un très sérieux espoir, quant au pronostic vital. Mais la reprise fut plus brutale encore, et c'est même alors que les symptômes de paralysie oculaire apparurent.

5° *Variabilité des symptômes paralytiques et de l'état des réflexes*. — Elle est très nette ici. Les paralysies oculaires furent en particulier légères incomplètes, variables.

6° *Examen du liquide céphalo-rachidien*. — La ponction lombaire fut faite trois jours avant, la mort, et pas plus tôt pour des raisons de psychologie particulière à la clientèle. A ce moment la famille était préparée à la mort prochaine de l'enfant, et ne pouvait plus en accuser la ponction lombaire.

L'analyse n'a montré qu'une grosse albuminose. Pourquoi ? Faite plus tôt, la ponction lombaire aurait peut-être donné un liquide moins albumineux que celui-ci prélevé sur un agonisant, malade depuis plus d'un mois...

Les auteurs ont trouvé des liquides céphalo-rachidiens divers : soit normaux, soit avec lymphocytose dans les formes méningées (Paisseau, cité plus haut, et M. le professeur Denéchau,

d'Angers). D'autres ont signalé une légère albuminose, mais la quantité trouvée ici est très importante. Peut-être, cela tient-il, comme je l'ai indiqué, à l'époque où fut faite la ponction lombaire.

7° *Traitement.* — Je ne dirai presque rien du traitement employé, la mort ayant été l'aboutissant de la maladie. Je signale seulement, que n'ayant pas pu faire d'injections intra-veineuses, (j'avais envisagé des injections intra-veineuses de sérum de la mère), j'ai fait des piqûres de Pyoformine, des injections intra-musculaires de sang total de la mère, mais tout fut vain. (En plus il y eut de l'uroformine, des bains, etc.). J'ai seulement remarqué que la rémission constatée se produisit après quelques piqûres de Pyoformine. Je les arrêtai alors, ce que je regrette, pour ne les reprendre qu'au moment où la maladie fit sa recrudescence.

8° *Et que penser de la prophylaxie ?* — D'abord faut-il envisager de ne plus vacciner ? Ce serait bien malheureux, car on ne peut que constater les heureux résultats préventifs de la vaccination jennerienne. Mais on a vu aussi en Hollande en 1929, à l'occasion de l'épidémie d'Alastrim, considérée comme une variole atténuée, le nombre des décès, dus à l'épidémie à Rotterdam, être comparable à celui des décès dus à l'encéphalite vaccinale devenue plus fréquente en raison des vaccinations très nombreuses, faites alors pour s'opposer à l'épidémie d'Alastrim. Mais que serait-il arrivé s'il s'était agi de variole commune ?

Des auteurs ont remarqué que l'encéphalite vaccinale n'était jamais apparue avant l'âge de deux mois, et était plus fréquente chez les primo-vaccinés. Il y aurait donc lieu d'envisager la vaccination des enfants avant l'âge de deux mois. On devrait aussi ne faire que de très légères scarifications, et, si l'on veut revacciner, il faudrait sans doute le faire plus fréquemment qu'il n'est prévu jusqu'ici (1re année, 10 ans, 20 ans, d'après la loi française).

Quant à la question de la préparation du vaccin (passage sur le lapin, etc.), elle est tout à fait hors de ma compétence.

Docteur P. Baumier.
(Saumur).

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### La consolidation des fractures.

Le Dr Crétin, dans une étude anatomo-clinique, envisage les causes des fractures, leur consolidation en quatre périodes, individualisées chacune par un groupe de phénomènes particuliers : 1°, jusqu'à la fin du 5e jour, blocage de l'hémorragie et début de la destruction osseuse ; 2°, du 6e au 25e jour, fin du remaniement osseux et début de la réparation ; 3°, du 26e jour à la fin de la consolidation, 35e au 45e jour ; 4°, très courte, de la solidification du cal.

Il estime que l'ablation des tissus contus est logique et doit être faite dans tous les gros fracas ; que la prolongation de la destruction musculaire peut entraîner une destruction osseuse, que le muscle malade ne pourra pas réparer. C'est pourquoi, on se gardera des résections osseuses étendues, on cherchera à réparer de suite les lésions nerveuses et même les lésions vasculaires.

Moins les lésions musculaires sont étendues, plus la consolidation est rapide, plus la réduction est précise, moins il y a de cal. Quant aux retards ou absences de consolidation, s'ils ne relèvent pas d'une lésion locale, ils sont imputables à une maladie générale, et le plus souvent à la syphilis. Des injections de préparations silico-calcaires dans le foyer des fractures donneraient un gain de 30 à 40 p. 100, et la consolidation serait aussi solide avec un cal moins volumineux, que dans la fracture traitée par la seule immobilisation. Les cartilages épiphysaires, réservoirs de calcaire, ne sont plus intéressés dans les fractures juxta-articulaires ; il en résulte une liberté plus grande des mouvements, et l'ankylose, même après une longue immobilisation, est pratiquement nulle. (*Bordeaux-Chirurgical*, octobre 1931.)

### Quelques données nouvelles concernant la sérothérapie de la fièvre typhoïde.

L'efficacité de la sérothérapie antityphoïdique ressort plus particulièrement de trois ordres de faits :

1° Les modifications heureuses de la courbe de température, en rapport manifeste avec les injections de sérum.

2° Une amélioration rapide de l'état général, souvent dans les premières heures après la première injection et pouvant précéder l'abaissement thermique, l'allure d'une forme grave faisant place à celle d'une forme moyenne, ou même un véritable état d'euphorie succédant rapidement à un syndrome ataxo-adynamique, bref, une véritable désintoxication sous l'influence du sérum.

3° Mieux encore, chez les malades traités très précocement, la fréquence des fièvres typhoïdes

écourtées par une abréviation considérable, ou même une suppression de la phase d'état, la maladie tournant court au 11e, 10e, 8e jour, plus tôt même, « jugulée », « abortivée ».

Aujourd'hui, M. A. Rodet, après avoir précédemment justifié les deux premiers points, rapporte un grand nombre d'observations, qui viennent démontrer la fréquence anormale des formes courtes en rapport avec le traitement très précoce. Cependant la fréquence des rechutes paraît être très variable en pareils cas. Suivant la modalité d'emploi, la sérothérapie peut, soit favoriser les rechutes, soit les empêcher : un traitement trop modéré (par rapport à la gravité des cas) pourrait faciliter les rechutes par le fait même qu'il abrège l'évolution et hâte l'apyrexie ; au contraire, un traitement à doses suffisantes et suffisamment prolongé paraît susceptible de prévenir les rechutes. A ce point de vue, une bonne pratique consiste, tant qu'on n'est pas en présence d'une apyrexie franche, à redonner une nouvelle injection de sérum. Une recommandation formelle, lorsque survient une rechute, c'est de la traiter par une ou plusieurs injections de sérum, comme une première atteinte. S'il ne s'est écoulé que peu de jours depuis l'injection précédente, il n'y a pas lieu de redouter des accidents anaphylactiques ; s'il s'est écoulé plus de dix jours, le fractionnement de la dose de reprise donnera toute sécurité.

A noter, qu'en dehors des défectuosités dans le mode d'emploi du sérum, la principale cause d'échec réside dans les infections mixtes ou associées. (*Lyon médical*, 23 et 30 août 1931.)

### Contribution à l'étude de l'agranulocytose et des syndromes agranulocytaires.

On a décrit une angine agranulocytaire : début en pleine santé, état infectieux des plus graves, angine ulcéro-nécrotique, et, à l'examen du sang, une diminution pour ainsi dire élective des leucocytes granuleux, allant presque jusqu'à leur disparition, mais avec cela, conservation du taux des globules rouges et des hématoblastes ; pronostic généralement mortel. L'étiologie restait mystérieuse. MM. Mazet et Daumas rapportent un cas à peu près semblable, relevant au premier abord d'une étiologie toxique par arsénobenzène, tandis que son caractère clinique prédominant était son allure nettement infectieuse.

Le novar a été justement accusé de graves et multiples troubles sanguins avec diminution considérable des polynucléaires dans le sang, et, chez ce malade, l'étiologie toxique paraît vraisemblable, malgré plusieurs facteurs contraires. Mais l'hémoculture fut négative, et l'inoculation du sang aux animaux de laboratoire détermina une affection, marquée par de l'amaigrissement et une certaine anémie avec tendance leucopénique ; cette intoxication à forme anémique ne peut cependant être mise sur le compte du novar.

On ne peut conclure. On peut seulement admettre l'affaiblissement de l'organisme par une cure de novar, et, sur ce terrain préparé, l'éclosion d'une infection bucco-pharyngée spécifique, ou tout au moins à point de départ bucco-pharyngé, et responsable des troubles sanguins.

L'affection reste très grave, mais non toujours mortelle ; les thérapeutiques habituelles restent souvent inefficaces. (*Paris médical*, 26 septembre 1931.)

### Péritonites à pneumocoques.

M. Marcel Fevre en rapporte une série clinique de treize cas, bactériologiquement prouvés. Ces observations, concernant des enfants, ont permis quelques remarques sur l'existence de formes intermédiaires entre la péritonite aiguë et la péritonite enkystée, sur l'étude de la leucocytose sanguine et des pertes vaginales.

L'auteur tend à classer ces péritonites en quatre formes : septicémie pneumococcique à tableau péritonéal prédominant, sans pus franc dans le péritoine ; péritonite pneumococcique purulente généralisée ; abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale ; péritonite localisée.

Le début est en règle brusque. Le premier signe fonctionnel est la douleur abdominale, plus vive à droite ; les vomissements sont très fréquents, mais inconstants. La diarrhée est loin d'avoir la constance, qu'on lui attribue. L'examen de l'abdomen permet de noter la douleur provoquée, dont parfois l'intensité contraste avec une contracture seulement relative ; celle-ci siège plus souvent à droite. Quant à la réaction pariétale, elle semble presque toujours généralisée ; c'est de la simple défense, ou de la contracture absolue avec ventre de bois suivant les cas.

Les signes généraux sont des plus utiles à analyser pour poser le diagnostic de péritonite à pneumocoques. L'aspect du malade est celui d'un septicémique ; mais il ne s'agit pas toujours du faciès rouge, aux yeux brillants, des grands fébriles ; il y a le faciès pâle, intoxiqué avec langue sèche, cet aspect ne répondant qu'aux formes particulièrement graves. Par contre, au bout de quelques jours, l'aspect est suffisamment bon pour contraster avec les ventres très ballonnés, distendus, contracturés, qui font penser à une péritonite généralisée à la phase terminale. Ce contraste est important à noter. L'aspect rouge des pommettes n'est pas constant.

L'herpès a paru le plus souvent faire défaut.

La fièvre est constante, élevée (39°-40°), se maintenant durant toute la période septicémique (7-8 jours) ; elle peut aussi être oscillante. Chez les enfants suspects de péritonite à pneumocoques, il faut toujours rechercher la possibilité

de lésions pulmonaires (cliniquement perceptibles, elles sont rares), d'amygdalite, de vulvite (assez fréquente) ; rechercher les pneumocoques.

A la période initiale, la leucocytose paraît élevée. L'hémoculture, moyen tardif il est vrai, peut confirmer le diagnostic.

Le traitement actuellement classique peut se résumer : phase aiguë, abstention opératoire ; péritonite localisée, intervention. Aucun des moyens médicaux ne doit être négligé, notamment le vaccin antipneumococcique. (*Gazette des Hôpitaux*, 30 septembre 1931).

**Les hypochlorémies et la rechloruration.**

Le Prof. MERKLEN démontre que les études, poursuivies sur l'hypochlorémie au cours des néphrites, ont permis de dégager jusqu'ici deux formules. Toutes deux s'observent chez des azotémiques ; mais tandis que la réserve alcaline est normale ou même haute dans la première, elle est basse dans la seconde, et ce fait réalise une distinction fondamentale. En outre, dans la première, l'hypochlorémie dépend d'une chloropénie généralisée, tandis que, dans la seconde, il s'agit avant tout d'une hypochlorémie plasmatique et globulaire.

Dans les cas à réserve alcaline normale, la diminution du sel altère le fonctionnement des reins, d'où azotémie ; la rechloruration remet les choses en l'état. Mais les observations de ce genre sont rares.

Les cas à réserve alcaline basse ont trait à des néphrites aiguës ou chroniques ordinaires, avec azotémie et diminution des chlorures du sang ; la rechloruration y a été prônée comme efficace. Rien n'est plus discutable, car les données du problème sont complexes. Il convient notamment de compter avec l'eau du sérum chloruré, qui aide fortement à la diurèse. Il faut remarquer en outre que la rechloruration a surtout été efficace dans les observations, où les décharges aqueuses et uréiques étaient déjà amorcées et se seraient sans doute poursuivies sans elle. (*La Pratique médicale française*, septembre 1931, A et B.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Recherches sur la sueur chez l'homme.**

(M. Ch. HERVIEUX, de Toulouse. — *Académie de médecine* ; 26-1-1932.)

M. Hervieux, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, a fait des recherches sur la sueur, chez le cheval et chez l'homme.

Etudiant le cheval au labour, à l'entraînement, aux courses, il a pu déceler dans la sueur de cet animal des chromogènes indoxyliques. La sueur normale du cheval, d'autre part, renferme toujours beaucoup d'albumine.

L'auteur a recueilli l'excrétion sudorale chez l'homme, pendant le séjour au bain d'air chaud et humide, au moyen d'une capsule promenée à la surface du corps, la peau ayant été préalablement lavée. Après filtration, il a obtenu un liquide incolore, neutre, de densité faible oscillant entre 1.003 et 1.005. Ce produit ne renfermait ni albumine, ni peptone. Il contenait, par contre, des sels ammoniacaux, et aussi des substances aromatiques issues de la putréfaction intestinale.

On sait que divers auteurs, à propos des sueurs bleues (cyanhydroses) observées dans le cours de certaines affections, ont incriminé les uns l'indican, d'autres le bleu de Prusse. La peau éliminerait dès lors ces produits.

Le revêtement cutané, conclut M. Hervieux, apparaît donc bien comme étant un émonctoire pour les substances aromatiques issues de la putréfaction intestinale, au même titre que le rein. Cette élimination toutefois est beaucoup plus restreinte que celle ayant lieu par l'urine. Déjà, pour les substances minérales, Favre et Kast avaient trouvé que les rapports des sulfates sudoraux aux sulfates urinaires étaient de 1 à 40. Rien d'étonnant, dès lors, que les chromogènes issus de l'indol intestinal se trouvent dans la sueur très dilués et dans des proportions du même ordre.

**Traitement de l'asphyxie par les inhalations d'acide carbonique et d'oxygène.**

(M. H. GAUDIER, de Lille. — *Société de chirurgie* ; 9-12-1931.)

Haldame a montré que l'oxyde de carbone forme avec l'hémoglobine un composé dissociable, qui, sous l'influence de l'oxygène à dose massive, revient à l'état d'hémoglobine normale. De là est résulté le traitement de l'asphyxie par les inhalations d'oxygène. Toutefois, dans les cas d'asphyxie grave, le malade, en raison de sa dépression, ne peut pas absorber une quantité suffisante d'oxygène.

Des recherches de Priestley, Douglas, Haldame, en Angleterre, de Mierscher, Haggard, Mouzon, ont établi l'action stimulante et régulatrice de l'acide carbonique sur la fonction respiratoire. En associant dans une même inhalation l'acide carbonique et l'oxygène, on multiplie l'absorption de ce dernier, grâce à la stimulation respiratoire produite par $CO^2$. Pratiquement, le mélange est établi à raison de 7 d'acide carbonique pour 100 d'oxygène.

A la suite d'une communication sur ce sujet faite par Henderson à l'Association anglaise pour l'avancement des sciences de Londres, M. Gaudier a utilisé dans son service de clinique chirurgicale les inhalations d'acide carbonique et d'oxygène à 7 p. 100, comme traitement des asphyxies et aussi après les opérations importantes, comme préventif des complications pulmonaires, et thérapeutique des congestions pulmonaires à leur début. Les résultats ont été très favorables et cette méthode d'ailleurs est d'un emploi général en Amérique, en Angleterre pour le traitement des asphyxies de toute nature, les appareils à inhalations s'y trouvant dans les postes de police, de pompiers, les salles d'opérations.

Dans les cas d'asphyxie intense mais courte, l'effet est vraiment extraordinaire : on voit un patient ne respirant pas, presque sans pouls, après une demi-heure d'inhalation ressusciter et pouvoir reprendre son travail. L'inhalation, non seulement hâte l'élimination de l'oxyde de carbone mais excite le tonus musculaire général.

Dans les cas d'asphyxie intense et longue, le résultat est moins rapide.

On connaissait la valeur de l'acide carbonique pour faciliter l'élimination de l'anesthésique, diminuer les nausées, et tonifier le muscle cardiaque. Depuis peu, on sait combien son inhalation diminue les risques de complications pulmonaires post-opératoires ou anesthésiques. L'inhalation d'acide carbonique excite le tonus musculaire, surtout des muscles de la respiration. L'occlusion alvéolaire est ainsi prévenue et par conséquent les phénomènes congestifs pulmonaires secondaires.

Au point de vue pratique, on trouvera tous les détails concernant les appareils inhalateurs, la préparation du mélange, et les obus qui le contiennent, dans un ouvrage récent du Dr Cot, sur les *Asphyxies accidentelles*. Il existe des appareils transportables, d'autres à poste fixe. On applique sur la bouche et le nez, aussi hermétiquement que possible, un masque du modèle Ricard-Ombrédanne, avec soupape pour les gaz expirés. Le masque est relié par un long tube à l'obus. La durée d'inhalation varie de 15 à 30 minutes. Elle est employée dès la fin de l'opération, et renouvelée dans certains cas (thoracoplastics par exemple) matin et soir.

Depuis l'emploi de ces inhalations dans son service, M. Gaudier n'a plus connu de complications pulmonaires post-opératoires. En cas d'alerte anesthésique, on pare très vite au danger.

### Résection partielle de la trompe. Suture bout à bout. Grossesse ultérieure.

(M. Jacques Leveuf. — *Société de chirurgie* ; 9-12-1931.)

Une femme de 25 ans, atteinte de volumineux pyosalpinx à droite et d'un nodule d'hémosalpinx à gauche, est opérée par M. Leveuf à l'hôpital Cochin. M. Leveuf résèque la trompe droite en totalité, et enlève le nodule hématique de la trompe gauche, puis suture bout à bout les deux fragments tubaires. L'opérée guérit sans incident et quitte le service en avril 1930. En juin 1931, elle revient, enceinte de trois mois environ, et entre ensuite à Baudelocque pour son accouchement. Etant donné les conditions de l'opération, force est de conclure que la trompe gauche reconstituée est perméable, puisqu'il y a eu grossesse consécutive à l'intervention.

Les indications de cette chirurgie conservatrice, dit l'auteur, sont certainement exceptionnelles. Quelques opérations d'un ordre analogue ont été faites par Villard, Tavernier, Gonnet et Cotte, de Lyon. Ce sont là des tentatives intéressantes qu'il convient d'enregistrer. Elles constituent, toutefois, des prouesses chirurgicales dont les résultats demeureront toujours aléatoires.

Au contraire, les opérations simples, telles que les libérations d'adhérences, faites dans les salpingites au moment opportun, procurent, ajoute M. Leveuf, des succès plus réguliers. P. L.

### Agranulocytose bismuthique.

(MM. Sézary et Boucher. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 27-11-1931.)

Ce cas d'agranulocytose bismuthique s'est accompagné d'anémie et d'hémorragies ; mais il n'a pas été observé, contrairement aux faits de ce genre déjà publiés, chez des syphilitiques traités par des injections intra-musculaires. C'était un malade, atteint de troubles gastro-intestinaux et d'hémorrhoïdes, que celui-ci traitait depuis trois ans par des suppositoires, qu'il appliquait quinze ou vingt jours par mois, et qui contenaient 3 centigrammes d'iodo-résorcinate-sulfite de bismuth, soit 1 cgr. 5 de bismuth-métal durant ces trois ans, il introduisait ainsi chaque mois 22 à 30 centigrammes de bismuth-métal dans son rectum, dose équivalente à celle de 6 à 8 ampoules d'une des solutions aqueuses ou huileuses d'un sel de bismuth, employé dans le traitement de la syphilis. Les 200 suppositoires, qu'il employait par an, représentaient une dose de bismuth équivalente à celle introduite par plus de 7 séries 1/2 d'injections. Or, une seule série peut déjà provoquer une stomatite.

Mais cette intoxication s'était produite chez un prédisposé à la bacillose ; et la prédisposition joue toujours un rôle important dans l'étiologie de l'agranulocytose d'origine toxique.

Du point de vue pratique, cette observation montre que l'usage très prolongé de suppositoires bismuthiques peut être suivi d'accidents toxiques. C'était un fait jusqu'ici inconnu.

### Méningite à gonocoques.

(MM. P. Emile-Weil, Duchon et Bertrand, MM. Coste, Rivalier et Layani. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 27-11-1931.)

Les cas de méningite gonococcique demeurent

assez exceptionnels. Dans les cas rapportés, elle a été primitive ou presque primitive. Ou bien la méningite est l'accident terminal, toujours mortel, d'une grande septicémie gonococcique avec endocardite ; ou bien, elle est isolée, ou accompagnée de localisations articulaires ; elle résulte alors d'une infection générale atténuée, entretenue par l'atteinte de certains tissus prédisposés, les séreuses en particulier, et devient une localisation de la polysérite gonococcique ; elle peut guérir dans ces conditions.

C'est une méningite séro-purulente ; le germe spécifique est reconnu à l'examen direct du liquide céphalo-rachidien, ou par les cultures de ce liquide. On peut encore noter dans les liquides, tout au moins dans le sang, une gono-réaction positive.

Parfois le sérum antiméningococcique se montre inefficace, tandis que le vaccin (auto-lysat-vaccin), préparé avec le germe propre du malade permet la guérison rapide ; tantôt cette guérison est obtenue par les injections d'endoprotéine méningococcique.

M. Netter rappelle, à propos de ce dernier fait, les résultats obtenus dans les arthrites gonococciques par les injections de sérum méningococcique ; ceux-ci prouvent, dit-il, à nouveau, la parenté des agents pathogènes de la méningococcie et de la gonococcie.

**Deux cas mortels d'encéphalite de la vaccine.**

(MM. J. Mornet et Vigneron, présentés par M. Carrié.— *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 4-12-1931.)

Il s'agit de l'apparition, onze à douze jours après une vaccination jennerienne, d'une céphalée d'abord tolérable, mais s'accompagnant très vite d'une somnolence particulière, qui évolua rapidement vers le coma et la mort. Cette évolution se fit avec une fièvre en plateau à 40°. Un épisode convulsif, une rétention d'urines, l'absence de paralysies, tels ont été les seuls signes observés dans ces deux cas ; il existait une réaction vaccinale locale intense. Le syndrome méningé était particulièrement dessiné ; certes la raideur de la nuque et le Kernig étaient modestes ; mais l'examen du liquide de ponction lombaire témoignait d'une atteinte de la méninge plus intense que dans la plupart des cas antérieurement publiés.

Ces deux cas correspondaient à 600 vaccinations environ pratiquées par le Service municipal d'une même ville ; c'est là un pourcentage assez frappant.

**Hémophilie passagère avec hémarthrose au cours d'une infection grippale légère.**

(MM. Laederich et Mamou. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 4-12-1931.)

Si on connaît bien les syndromes hémophiliques passagers, qui surviennent au cours d'affections hépatiques ou rénales, ou bien au cours des infections ou intoxications graves à forme hémorragique, on n'a jamais signalé l'apparition d'accidents hémophiliques au cours d'une maladie infectieuse aiguë, essentiellement bénigne.

Il est, d'autre part, très anormal de voir survenir une hémarthrose dans les hémophilies sporadiques, car il est classique de dire que les hémarthroses sont la signature de la grande hémophilie familiale, et ne se montrent pas dans l'hémophilie sporadique.

**Rhumatisme tuberculeux primitif, aigu à poussées successives.**

(MM. Laederich, H. Mamou, Mmes Arager et Léonard, MM. F. Coste et A. Saenz. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 4-12-1931.)

Les observations de rhumatisme tuberculeux, confirmé bactériologiquement, se multiplient depuis quelques années ; la réalité du rhumatisme tuberculeux (nullement exceptionnel) se trouve ainsi établie. On sait, en effet, mieux dépister la présence du virus tuberculeux par la recherche des lésions purement ganglionnaires chez le cobaye inoculé ; on pratique aussi plus fréquemment l'inoculation des épanchements articulaires. Tantôt le bacille isolé grâce à l'inoculation au cobaye se montre capable de réaliser une tuberculose classique ; tantôt il paraît présenter les caractères du virus filtrant, produisant une tuberculose du type Calmette-Valtis ; tantôt même, on isole un bacille para-tuberculeux. Ces faits nouveaux montrent le rôle de la tuberculose dans l'étiologie des rhumatismes aigus et chroniques en général.

Il ne semble pas cependant qu'on doive bientôt assister à une importante extension de la notion de rhumatisme tuberculeux ; dans toutes les observations rapportées, on constate, en effet, que la tuberculose était déjà probable cliniquement ; et que le laboratoire, avec l'aide des techniques modernes, n'a fait que confirmer un diagnostic déjà à moitié posé : polyarthrite chez un tuberculeux pulmonaire ; polyarthrite déformante d'allure plus ou moins banale coïncidant avec une tumeur blanche, avec une ostéite fistulisée à pus bacillifère ; polysérite tuberculeuse intéressant non seulement les articulations mais la plèvre ; polyarthrite aiguë simulant la maladie de Bouillaud, mais s'en distinguant par une salicylo-résistance plus ou moins complète, l'absence de complications cardiaques, et surtout la persistance d'une hydarthrose résiduelle, dans laquelle on trouve le bacille de Koch sous sa forme visible ou filtrante.

G. F.

---

*Société des chirurgiens de Paris.*

Séance du 18 décembre 1931.

**A propos d'une observation de luxation irréductible de la colonne cervicale.**

M. H. Mayet communique l'observation et les

radiographies d'une luxation complète et étendue de la 6e vertèbre cervicale. Cette luxation n'a pu être réduite. Actuellement, cinq mois après l'accident, le blessé a récupéré presque tous ses mouvements, sauf ceux de latéralité ; il ne présente plus aucun phénomène de compression nerveuse. La lésion semble s'être fixée.

Mais on a droit de se demander si le blessé reste à l'abri d'un glissement progressif, ou même d'un déplacement total et rapidement mortel. La question de la greffe épineuse se pose donc dans ce cas ; elle doit être posée dans toutes les luxations cervicales non réduites. Toutefois, dans le cas présent, des fractures avec déplacement des apophyses transverses et un cal latéral exubérant ont peut-être joué le rôle utile de greffon en immobilisant la lésion.

**De l'urographie au di-iodo-méthane sulfonate de sodium. Sa valeur comparée à celle du lipiodol.**

MM. Le Fur et Lamiaud. — Le di-iodo-méthane sulfonate de sodium, nouveau produit français à base d'iode, donne de très bons résultats dans le diagnostic des affections urologiques. Il peut être utilisé soit en injections intra-veineuses, soit en applications locales (urétrographies, cystographies, urétéro-pyélographies, vésiculographies). La voie intra-veineuse est indiquée toutes les fois que le cathétérisme de l'uretère est impossible. En cas d'urétéro-pyélographie après cathétérisme de l'uretère, le di-iodo-méthane sulfonate de sodium donne à peu près les mêmes images que le lipiodol ; cependant celui-ci fournit des radiographies un peu plus nettes et son élimination plus lente permet d'étudier au ralenti « l'évacuation rénale et pyélo-rénale ». En somme, les deux produits, l'un par la voie intra-veineuse et l'autre en applications locales, se complètent mutuellement.

**Volumineux kyste dermoïde multiloculaire de l'ovaire**

M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'une femme de 31 ans, multipare, à laquelle il a enlevé un volumineux kyste de l'ovaire pesant 5 kilogr. 650. Ce kyste comprenait 17 poches et les membranes renfermaient des os. L'examen histologique confirma qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

**L'arthrodèse dans la coxalgie fistulisée.**

M. R. Massart a opéré une coxalgie dont les fistules ne se tarissaient pas. L'arthrodèse extra-articulaire par large volet iliaque basculé a amené, au bout de plusieurs mois, la terminaison de cette suppuration. L'auteur, en comparant les radiographies avant et après l'intervention, montre que ce greffon pédiculé, en plus de son action mécanique, a eu une action trophique sur les extrémités osseuses qui se sont rapidement récalcifiées.

**Syncope par compression du bulbe carotidien.**

M. Pérard (de Casablanca) communique l'observation d'une malade, qui fit une syncope cardiaque grave au début d'une anesthésie régionale pour phrénicectomie. L'auteur attribue cette syncope à un réflexe dû à la compression du bulbe carotidien par le doigt prenant les points de repère pour l'anesthésie.

---

*Société française de gynécologie.*

Séance du 16 novembre 1931.

**Résultats éloignés de 82 myomectomies pour fibromes utérins.**

M. Ch. Martin (Angers) présente une statistique de 82 myomectomies exécutées par lui de 1898 à 1931. Il conclut que les résultats curatifs de la myomectomie peuvent soutenir la comparaison avec ceux de l'hystérectomie, et que la myomectomie, ayant l'immense avantage de laisser intact l'appareil génital, doit être employée beaucoup plus souvent qu'elle ne l'est ordinairement.

**Un cas d'hémi-résection utérine suivie de gestation.**

M. F. A. Papillon (Paris) rapporte l'observation d'une malade, chez laquelle il a pratiqué une myometomie large comprenant toute la moitié droite de l'utérus. N'ayant pu que de façon très incomplète refermer la cavité avec la partie gauche, qui seule persistait, il put, deux ans après, étudier radiologiquement, après injection de lipiodol, la forme de la cavité et la valeur fonctionnelle de la suture utérine, confirmée par la naissance l'année suivante d'un enfant vivant de 3 kgr. 250.

**Phlébite et périphlébites multiples d'origine métritique**

M. Maurice Fabre (Paris). — A propos de cette observation l'auteur attire l'attention sur les infections veineuses d'origine utérine, en dehors de la puerpéralité. Ces infections sont plus fréquentes qu'on ne le croit, et ne sont pas souvent diagnostiquées.

**Le traitement des manifestations colibacillaires chez la femme.**

M. Xavier Colaneri (Paris). — L'auteur envisage trois thérapeutiques à mettre en œuvre simultanément. Une thérapeutique intestinale caractérisée par l'emploi d'une vaccination buccale par osmo-vaccins, une surveillance du fonctionnement intestinal et un régime approprié ; une thérapeutique utérine (pansements vaccinants) et une thérapeutique de terrain.

---

*Société française de sérologie appliquée.*

Séance du 14 janvier 1932.

**Le pouvoir antigénique récepteur des extraits alcooliques de cerveau.**

M. R. Demanche a étudié comparativement le pouvoir antigénique récepteur des extraits alcooliques de cerveau vis-à-vis du sérum et du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, et en particulier des paralytiques généraux. Il a constaté que l'extrait de cerveau ne donnait que rarement des réactions de Wassermann positives avec les sérums, même chez des syphilitiques en pleine évolution secondaire, dont le sérum montrait des chiffres élevés de floculation par la méthode de Vernes, même chez des malades atteints de syphilis du névraxe, et dont le sérum donnait des résultats fortement positifs avec les extraits de cœur de bœuf.

Pour les liquides céphalo-rachidiens, au contraire, l'antigène-cerveau s'est montré, dans les trois quarts des cas, égal ou supérieur à l'antigène-cœur, donnant parfois seul un résultat positif, ou le donnant en présence de doses de liquide céphalo-rachidien plus faibles que ne faisait l'extrait de cœur. Il existe donc entre le sérum et le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux une grande différence de réactivité à l'égard des extraits cérébraux, et cette différence peut aller chez un même malade jusqu'à l'inversion complète de la formule réactionnelle. Ces constatations semblent confirmer les idées de Sachs et de l'Ecole de Heidelberg sur l'origine locale des réagines du liquide céphalo-rachidien, et sur la présence dans ce liquide d'anticorps anti-cerveau distincts des anticorps anti-lipoïdes ubiquitaires du sérum.

**Est-il exact que le virus syphilitique envahisse rapidement les ganglions lymphatiques tributaires du point d'inoculation ?**

MM. Levaditi, Lépine et Vaisman rappellent que la vitesse de propagation du virus syphilitique dans l'organisme a préoccupé les chercheurs, surtout du jour où l'on a fourni la preuve expérimentale de l'efficacité prophylactique des pommades antiseptiques appliquées localement. S'il est vrai, comme le prétendent Kollf et Elsa Evers, que le virus syphilitique quitte en quelques minutes la porte d'entrée pour se propager dans l'ensemble de l'organisme, toute intervention *in situ* est vouée à des échecs fréquents sinon constants.

Les auteurs ont répété les expériences de Neisser et ses collaborateurs, et de Kollf et Evers, lesquelles ont consisté à inoculer le virus par voie scrotale à des lapins et à déterminer la vitesse de la dispersion, par examen de la virulence des ganglions lymphatiques tributaires du point d'inoculation. Or, il leur a été impossible de déceler le virus syphilitique dans les ganglions inguinaux et poplités excisés 10, 30 et 60 minutes après la scarification infectante ou la greffe sous-scrotale. Il en résulte que la dispersion rapide, pour ainsi dire instantanée, du germe à partir de la porte d'entrée, telle qu'elle est admise par certains observateurs, est tout au plus un phénomène exceptionnel. Cette dispersion ne saurait donc être invoquée comme argument plaidant contre l'efficacité de la prophylaxie antisyphilitique basée sur l'application locale de pommades antiseptiques.

---

## *Lyon*

*Société nationale de médecine et des Sciences médicales*

**Prostatiques rétentionnistes infectés sans cathétérisme**

M. Guiliani présente deux observations : la première concerne un homme de 68 ans, dysurique depuis octobre 1929, avec accès de fièvre à 40°5, accompagnés de frissons et de tremblement ; ce malade n'avait jamais été sondé auparavant.

A l'examen, prostate un peu augmentée de volume. L'examen bactériologique des urines montra des *coli* en abondance ; deuxième observation : homme de 78 ans qui se présente avec du prostatisme et des urines troubles sans jamais avoir été sondé. Les urines donnèrent des cultures très abondantes de *coli*.

**Corps étranger de l'œsophage.**

M. Desjacques présente, avec M. Sargnon, l'observation d'un enfant de quatre ans, qui avait avalé une pièce de cinq centimes en bronze. Celle-ci s'était arrêtée à la hauteur de la poignée du sternum, ainsi que le montrait la radioscopie, l'œsophagoscopie n'ayant donné aucun résultat. L'enfant prit de la température (39°1) et fit de l'emphysème sous-cutané. On décida alors de faire une œsophagotomie cervicale qui permit d'extraire le sou. Suites simples.

**Plaie pénétrante par balle de la région temporale.**

M. Desjacques présente un jeune homme de 23 ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour un coup de feu de la tempe droite (revolver). A l'entrée, pas de signe de lésion nerveuse. Sous anesthésie locale, débridement de la plaie. On trouve un orifice de perforation du crâne qu'on régularise. Extraction de la balle qu'on trouve au milieu d'un foyer important de contusion cérébrale. Suites très simples.

**Luxation ouverte de l'articulation phalango-phalanginienne du pouce droit.**

M. Desjacques présente un blessé atteint de luxation ouverte du pouce droit, datant, à son entrée à l'hôpital, de 20 heures. Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, résection de l'extrémité de la première phalange, qui saillait à l'extérieur et dont on pouvait craindre l'infection ; drainage ; immo-

bilisation en flexion légère, suites immédiates très simples.

### Kyste hydatique latent du foie.

MM. Pallasse et Arnaud présentent l'observation d'une femme de 72 ans, entrée à l'hôpital pour des phénomènes bronchitiques. A l'autopsie, on trouve un kyste hydatique du foie qui n'avait donné aucun symptôme pendant la vie.

### Anévrysme du sinus de Valsalva d'origine syphilitique

MM. Pallasse et André Chapuis présentent l'observation d'une femme de 64 ans, sans antécédents notables, sauf des douleurs rhumatoïdes à l'âge de 52 ans ; depuis lors, sont apparus des troubles fonctionnels cardiaques : dyspnée d'effort, œdème malléolaire. A son entrée, à l'hôpital, la malade est en état d'anasarque généralisée ; dyspnée intense. Au cœur, bruits rapides, mais réguliers ; à la base, souffle diastolique net ; aux poumons, matité et obscurité des deux bases ; albuminurie. Wassermann légèrement positif dans le sang. Mort 8 jours après l'entrée. A l'autopsie, ascite (20 litres environ), épanchement pleural bi-latéral, poumons œdémateux.

Au cœur, symphyse péricardique totale ; cœur gauche très hypertrophié. Altérations notables de l'aorte. Nombreuses plaques, les unes calcifiées, les autres plus molles. Dans le sinus de Valsalva, à 2 cm. environ au-dessus de la valve sigmoïde droite, s'ouvre un orifice à bords tranchants à grand axe transversal ; une sonde introduite par cet orifice pénètre dans une cavité de la grosseur d'une noisette qui fait saillie sur la face antérieure du cœur.

### Broiement de la main et du poignet droit.

M. Desjacques présente un malade du service de M. le Prof. Bérard, mécanicien du P.-L.-M., qui eut la main droite broyée par sa locomotive mise en marche par erreur.

A première vue, il semble que toute conservation est impossible (quatre derniers doigts et paume de la main réduits en bouillie). Seul le pouce a relativement peu souffert, ce qui décide l'auteur à tenter une régularisation de la main : ablation des trois derniers doigts et de la partie correspondante de la paume de la main ; on ne conserve que le pouce, le deuxième métacarpien et une partie de la première phalange de l'index. Section du ligament annulaire antérieur du carpe, pour prévenir l'infection qui n'aurait pas manqué de se développer dans le canal carpien. Injections préventives de sérums antitétanique et antigangréneux. Suites simples. Actuellement (environ quatre mois après l'accident), le résultat peut être considéré comme très bon : le pouce peut s'étendre, se fléchir et faire opposition ; il forme pince avec le fragment conservé de l'index : le malade peut soulever un seau, écrire sans difficulté. La Compagnie P.-L.-M. l'a indemnisé à 45 %.

### Lupus nodulaire exubérant de l'oreille.

M. Jacod présente un malade de 27 ans venu consulter pour une tumeur du lobule de l'oreille de nature lupique. En raison de sa forme bien localisée et du bon état général du sujet, on pratiqua l'ablation du tiers inférieur du pavillon et de la peau sous l'oreille. Pour combler la perte de substance on créa un lambeau cervical qu'on remonta par glissement jusqu'à la conque. Cicatrisation rapide. On se propose de procéder ultérieurement, à la réfection du lobule.

### Rein mastic chez une femme de 81 ans.

MM. Pallasse et A. Chapuis présentent l'observation d'une femme de 81 ans, envoyée à l'hôpital pour urémie. A l'entrée, malade agitée, obnubilée, répondant mal aux questions. Au cœur, souffle systolique râpeux, maximum à la base, souffle diastolique au foyer aortique. Tension : 190/75. Pouls irrégulier à 96. La malade tombe rapidement dans le coma et paraît avoir une hémoplégie. A l'autopsie : gros cœur, endocardite chronique, athérome aortique. Le rein droit présente à la coupe de nombreuses cavités de toutes dimensions, remplies d'une masse analogue à du mastic. Lésion de cystite ulcéreuse. Il s'agit, sans aucun doute, d'une tuberculose rénale guérie localement par le processus de l'exclusion totale spontanée et s'étant accompagnée d'une atteinte vésicale.

### Rupture intra-péritonéale d'une grossesse angulaire développée dans un utérus bicorne.

MM. Montel et Regad présentent l'observation d'une malade de 28 ans, non réglée depuis trois mois et ayant présenté des signes de grossesse. Douleur brusque et violente dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite, accompagnée de petits accidents syncopaux et de pertes brun-chocolat. Au toucher, col ramolli, utérus dévié à gauche ; à droite et en avant, on sent une masse du volume d'un gros poing. Après 48 heures d'observation, l'état étant le même, on intervient : grande quantité de sang noirâtre dans l'abdomen. On trouve un œuf implanté sur la corne rompue d'un utérus bifide ; ablation de cette corne et des annexes du même côté.

### Volumineuse tumeur vésicale.

M. L. Phélip présente, au nom de M. Gayet, l'observation d'un malade de 43 ans entré à l'hôpital pour des hématuries survenant sans cause, irrégulièrement et même au repos ; la cystoscopie montre une série de polypes au niveau du plancher vésical. Une hématurie plus importante fait décider l'intervention immédiate. On trouve une tumeur pédiculée, grosse comme un poing, qu'on enlève.

### Ulcère peptique jéjunal.

MM. Debove et Bozon présentent une pièce

provenant d'un malade opéré une première fois en novembre 1921 d'un ulcus duodénal : gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure. Le malade resta guéri pendant dix ans ; à ce moment, apparition de douleurs tardives avec nausées, puis vomissements bilieux abondants, amaigrissement. Diagnostic : ulcère peptique. Intervention, l'ulcère des dimensions d'une pièce de 50 centimes, est situé vis-à-vis de l'orifice de gastro, en rapport avec le mésentère de l'anse anastomosée. On coupe l'orifice de gastro complètement, puis, estomac et intestin étant séparés, résection de l'anse anastomosée sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Pour rétablir la continuité du tube digestif, entérorraphie circulaire, puis gastro-entéro-anastomose postérieure. Sur la pièce, on voit que l'ulcère a rongé toutes les tuniques intestinales et a pénétré dans le mésentère.

**Epithélioma sublingual. Radiothérapie.**

MM. Sargnon et Novel présentent un malade de 63 ans qui vint consulter pour une tumeur sublinguale médiane, de la grosseur d'une châtaigne, ulcérée, bourgeonnante, adhérente au périoste. La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma. Le malade hésitant à accepter une opération, on fait de la radiothérapie : 9 séances dont une de radiothérapie profonde, la seconde à feu nu bien localisé et les neuf autres, radiothérapie périphérique. Régression rapide et, moins de quatre mois après le traitement, guérison complète.

*Société médicale des hôpitaux*

**Scarlatine anormale à forme érysipélatoïde.**

MM. Chalier et Naussac présentent l'observation d'une femme de 37 ans qui, après trois jours de fièvre à 40°, de douleur pharyngée, de vomissements et de douleur dans les jambes, eut une éruption étendue à la nuque, au thorax, à l'abdomen et aux cuisses, de couleur vineuse, presque violacée ; dans tous ces points, infiltration dermique donnant au palper une sensation de carton ; la zone envahie est délimitée très nettement par un bourrelet, comme une plaque d'érysipèle ; elle est douloureuse au palper, et la desquamation se manifeste alors que l'éruption n'est pas achevée. Signes de Borsieri et de Pastia nets. Gorge rouge, avec quelques points blancs, langue saburrale, rouge sur les bords. Gros foie. Pas d'albuminurie. Evolution en trois jours. Le diagnostic, d'après la simple clinique, pouvait hésiter entre érysipèle et scarlatine. Mais l'étude de la formule sanguine montra un degré assez notable d'éosinophilie, qui persista un certain temps ; de plus, le sérum de la malade, injecté au cours de la maladie, ne provoqua pas l'extinction de l'éruption. C'est là un signe en faveur de la scarlatine. Il s'agissait donc bien de cette dernière.

**Thrombo-phlébite des sinus d'origine otique.**

MM. J. Chalier et Naussac rapportent l'observation d'une fillette de 6 ans 1/2, entrée à l'hôpital pour une scarlatine discrète avec albuminurie ; dans la convalescence, apparition d'une rougeole avec broncho-pneumonie d'emblée. Celle-ci guérit, mais fut suivie de diphtérie naso-pharyngée, rapidement guérie par le sérum. Entre temps, apparition d'une otorrhée droite discrète, sans réaction mastoïdienne. Cinq jours après le début de cette otorrhée, l'enfant présenta brusquement une crise convulsive limitée au côté gauche, qui la laissa dans un état marqué de torpeur, et se renouvela au bout d'une heure avec une extrême violence, pour aboutir au coma avec stertor.

L'examen à cette période ne donne pas la clef du diagnostic de ce syndrome. L'enfant meurt au bout de quelques heures. A l'*autopsie*, vaisseaux cérébraux gorgés de sang, congestion intense étendue à la région rolandique, à la plus grande partie des lobes temporal et pariétal gauches et sur la face interne de l'hémisphère gauche. Sinus longitudinal *rempli de caillots* noirs et blancs ; sinus latéral droit thrombosé. Cerveau assez peu lésé.

**Acrodynie à forme atténuée chez un enfant de 13 mois**

M. Péhu et Mlle Lambert rapportent l'observation d'un enfant 13 mois 1/2, qui aurait marché à neuf mois. Quinze jours avant son entrée, sans épisode fébrile, sont apparus progressivement des troubles psychiques (modifications du caractère, agitation continuelle, insomnie), musculaires (difficulté de la station et de la marche), et des troubles de l'état général (amaigrissement). L'aspect des extrémités (mains et pieds) revêt une coloration écarlate et une forme boudinée caractéristique de l'acrodynie. Bien qu'il manque deux symptômes importants de cette affection, les *sueurs* et l'*hypotonie*, on admet l'idée d'une acrodynie à forme atténuée, hypothèse qui paraît seule capable d'expliquer les symptômes observés.

**Hémorragie méningée post-traumatique à évolution anormalement retardée.**

MM. Paupert-Ravault et Paufique présentent l'observation d'un homme de 43 ans. Grand éthylique (3 à 4 litres de vin), paludéen et syphilitique, qui fait une chute de bicyclette sur la tête avec plaie de la région frontale ; perte de connaissance de quelques instants, séjour de 48 heures à l'hôpital où l'on ne relève aucun signe de fracture du crâne. *Un mois et demi plus tard*, apparition de céphalée violente qui l'amène de nouveau à l'hôpital. On pense à une céphalée syphilitique, et on fait un traitement spécifique. Amélioration passagère, puis vingt-deux jours plus tard, le malade revient avec des céphalées, des vertiges, des troubles de la marche qui est un peu titubante, une diminution considérable des réflexes tendineux, des douleurs erratiques dans les membres, des troubles visuels. Ponction lombaire : liquide clair, tension 30 cm. d'eau ; 3 ou 4 lymphocytes par bande ; albumine 0 gr. 30.

Trépanation décompressive (Dr Weithermer) : dure-mère tendue de teinte violacée. Après incision,

on trouve un large caillot qu'on enlève à la curette. Le malade qui était subcomateux avant l'opération sort ensuite un peu de sa torpeur mais ne tarda pas à y retomber.

*Autopsie.* — Hématome dans la fosse temporale trépanée ; au-dessous de la dure-mère, on trouve un nouvel hématome qui paraît s'être produit peu de temps après l'intervention ; hémisphère aplati. Pas de fracture du crâne. Rien aux viscères.

A. C.

# Les Congrès

## XL[e] Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*) (1)

Troisième question

### Le traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe.

Résumé du rapport de MM. Roux (de Montpellier) et Sénèque (de Paris).

Il faut entendre par fractures de jambe, celles qui intéressent la diaphyse du tibia seule ou la diaphyse du tibia et celle du péroné.

Par fractures ouvertes, les rapporteurs désignent celles où le foyer de fracture communique avec l'extérieur, la peau étant sectionnée sur toute son épaisseur et les masses musculaires étant plus ou moins altérées, contuses ou déchirées.

Enfin, par traitement immédiat, il faut entendre celui qu'on applique avant l'apparition de toute infection.

Une importance considérable, quant au choix du traitement et quant au pronostic, doit être attribuée aux circonstances qui ont entouré l'accident.

Ou bien il s'agit d'une fracture de cause indirecte, ou bien d'une fracture de cause directe. La gravité du trauma varie dans les deux cas.

Dans les fractures indirectes, l'ouverture de la peau s'est produite de dedans en dehors. On se trouve en présence d'une fracture bi-fragmentaire oblique ou spiroïde, rappelant de tous points les fractures banales fermées. Le pronostic en est favorable.

S'agit-il, au contraire, d'une fracture directe ? Les lésions sont plus graves. L'os peut être écrasé, broyé plutôt que fracturé ; les esquilles sont multiples. La peau est souillée de terre, de fumier, et les parties molles présentent de larges décollements. Parfois les vaisseaux et les nerfs sont le siège de délabrements importants ; le pronostic est grave. Sa gravité varie avec le lieu où s'est produit l'accident, l'âge du blessé, ses tares antérieures, les premiers soins qu'il a reçus.

**Conduite générale du traitement.** — Aussi précocement que possible, on procédera à la désinfection du foyer de fracture.

C'est là le temps le plus important du traitement ; de la façon dont il sera exécuté dépend le pronostic. Il ne faudra pas hésiter si cela paraît nécessaire à recourir à l'anesthésie de préférence à la rachicocaïnisation.

Les bords cutanés de la plaie seront excisés, les plans sous-jacents soigneusement explorés. On évacuera les épanchements séro-hématiques. Les segments musculaires contus seront supprimés à petits coups de ciseaux de façon à ne plus avoir qu'un muscle de coloration normale et répondant au pincement. On vérifiera l'hémostase.

Il est certain que les plaies de la loge externe sont moins graves que celles de la loge musculaire postérieure. Ce sont, sans doute, les plaies du mollet intéressant le soléaire, les jumeaux et les muscles de la couche profonde qui comportent le pronostic le plus sérieux.

Les extrémités des fragments osseux, si ceux-ci n'ont pas fait issue au dehors, seront curettés et lavés au sérum. Mais dans le cas où ces fragments auraient été en contact avec l'extérieur, il conviendrait d'en réséquer les extrémités.

Les esquilles, parfaitement libres, seront supprimées ; les esquilles adhérentes seront conservées.

**Manière de se comporter avec l'os.** — Le foyer de fracture largement exposé et la désinfection faite, on réduit à ciel ouvert.

Deux cas sont à considérer :

I. Il n'y a pas de perte de substance osseuse. — La réduction est, dans ces conditions, toujours possible ; son maintien en position correcte est souvent moins aisé, en particulier dans les fractures obliques ou spiroïdes.

On se demande alors s'il faut recourir à l'ostéosynthèse, soit à l'aide de fils métalliques et cerclage, soit à l'aide de plaques, soit enfin en utilisant à distance du foyer des fixateurs externes.

Les risques d'ostéite secondaire et de rupture du tissu osseux ne sont pas illusoires, et dans la plupart des cas on se bornera à une réduction simple avec, si nécessaire, une ligature circulaire au catgut facilitant l'application immédiate d'un appareil plâtré.

II. Il y a une perte plus ou moins importante de substance osseuse. — C'est ce qu'on observe d'ordinaire en chirurgie de guerre. En pratique civile,

(1) V. *Concours médical*, n[os] 5, 6, 7, 8 et 9.

de tels dégâts sont rares. Ces fractures nécessitent des opérations répétées ; désinfection, suture secondaire des téguments, traitement de la perte de substance.

Les esquilles, les fragments volumineux seront conservés. Ils peuvent évidemment se nécroser, mais il sera toujours temps de les enlever, et souvent on assistera à un véritable réveil de leur vitalité.

C'est alors que se pose la question de l'opportunité de la suture primitive.

La méthode a pour elle la rapidité de la cicatrisation, la rareté des pansements trop souvent douloureux, la simplicité de l'immobilisation qu'une attelle peut réaliser parfaitement. Mais elle expose à des phénomènes infectieux particulièrement graves. Elle ne sera tentée que si le traitement initia de la plaie et les circonstances de l'accident ne laissent subsister aucun doute sur l'évolution aseptique de la fracture.

L'immobilisation plâtrée si couramment employée peut entraîner la contamination de la plaie. Il serait désirable que nous sachions stériliser le plâtre d'une façon parfaite, et les auteurs conseillent de préparer la bouillie avec la solution de formol à 5 p. 1.000 déjà préconisée par Cunéo.

Ici, plus que jamais, il faut éviter la compression du membre. Jamais on n'emploiera d'appareil circulaire, surtout si l'on croit qu'un pédicule a pu être lésé.

Les appareils à anse sont indiqués dans les cas de larges blessures.

A défaut d'immobilisation sous le plâtre, on peut recourir à l'extension continue, la traction prenant point d'appui, soit sur les parties molles, soit sur le squelette (Lambret, Quénu, Mathieu, Kirschner).

**Résultats. Indications.** — De l'étude des statistiques, il ressort que les résultats obtenus varient avec les méthodes employées, mais aussi avec l'âge du blessé, les circonstances de l'accident, la date du début du traitement, l'importance des lésions cutanées, vasculaires et osseuses.

Il est difficile de juger définitivement une méthode, celle-ci devant du reste se modifier avec chaque cas considéré dès l'apparition d'une complication.

Schématisant la question, les rapporteurs distinguent 5 degrés dans les fractures ouvertes de jambe.

Premier degré. — Il s'agit de cas favorables. La plaie cutanée est souvent minime, parfois punctiforme. Ce sont des fractures indirectes qui ne comportent pas d'hématome important ni de lésions osseuses étendues.

Le traitement sera réduit au minimum. Après excision des bords de la plaie qu'on pourra souvent suturer, on immobilisera par le plâtre ou par extension.

Deuxième degré. — C'est peut-être le cas le plus fréquemment observé. Il s'agit encore d'une fracture de cause indirecte, exception faite des fractures par coup de pied de cheval.

La plaie cutanée est nette, non déchiquetée. On pourra souvent en rapprocher les bords. Les parties molles sont peu lésées. La fracture n'est pas comminutive ; elle siège au niveau de la loge externe ou au niveau de la loge antérieure.

On réduira à ciel ouvert. Deux catguts circulaires maintiendront cette réduction. Les parties molles suturées, un léger drainage aux crins sera établi. On appliquera une gouttière plâtrée.

Exceptionnellement on pourra être amené à pratiquer une ostéo-synthèse ou à utiliser les fixateurs externes.

Troisième degré. — Ici les dégâts sont plus importants. La fracture intéresse le tiers supérieur de la jambe. Elle est comminutive, parfois étagée. Les muscles sont contus, la loge postérieure est déchirée. La peau est trop altérée pour qu'un seul instant on pense à réaliser une réparation par synthèse.

C'est le cas d'utiliser l'excellent appareil immobilisateur de Lambret-Quénu-Mathieu.

La brèche tégumentaire largement maintenue béante sera pansée soigneusement, régulièrement.

On pourra également pratiquer l'extension continue à la broche ou recourir aux fixateurs externes.

Quatrième degré. — Toute synthèse est impossible, en raison de l'étendue des lésions du squelette, des parties molles et des vaisseaux.

La plaie est souillée, le malade voué à l'infection.

On s'efforcera de coapter les segments osseux par un circulaire métallique, à l'aide d'un simple fil de fer recuit.

Ces fractures bénéficieront souvent de l'extension continue.

Cinquième degré. — Les dégâts sont tellement accusés que le mot de fracture est impropre à caractériser la lésion. Il s'agit plutôt d'un broiement, d'un écrasement.

Le traitement conservateur serait illusoire et dangereux. Il faut savoir se résoudre à l'amputation d'emblée.

**Evolution des lésions.** — *A.* Complications précoces. — *Le tétanos* est devenu rare depuis que l'emploi du sérum à doses massives et répétées est entré dans la pratique.

*La gangrène gazeuse* est toujours à redouter dans les cas graves. On la préviendra dans une certaine mesure en débridant largement et en luttant contre l'érysipèle bronzé par les antiseptiques « ad hoc »

Bien souvent, quand l'état général sera manifestement mauvais et l'infection à tendance extensive, on devra recourir à l'amputation « en saucisson ».

*Les infections streptococciques* seront combattues par le débridement, l'irrigation continue au Dakin, la vaccinothérapie.

*L'ostéomyélite grave précoce* imposera l'ablation du matériel de synthèse, la trépanation osseuse, voire l'amputation.

*L'arthrite suppurée tibio-tarsienne* signalée parfois

au cours de l'évolution des fractures spiroïdes infectées entraînera l'astragalectomie.

B. COMPLICATIONS TARDIVES. — *Les ostéites prolongées* imposeront l'ablation précoce du matériel de synthèse et la suppression de l'os malade. Dans les cas légers cette réaction sera limitée, mais en cas de récidive il faudra recourir à des interventions très étendues allant parfois jusqu'à la suppression de toute une diaphyse.

*Les cals vicieux* seront traités par les ostéotomies.

*Les pseudarthroses* avec perte de substance nécessiteront des greffes d'Albee ou de Delagenière. Parfois on les verra se développer au contact même de ces greffes.

Le traitement médical n'est pas à négliger. On a préconisé le sucre à hautes doses, l'adrénaline, les extraits thyroïdiens, les sels de chaux, l'acide osmique, l'huile de foie de morue, le sérum des fracturés, l'ergostérine irradiée, les rayons ultra-violets, le traitement syphilitique quand il est indiqué.

En cas d'insuccès, la sympathectomie péri-artérielle et les greffes ostéopériostiques pourront être de quelque utilité.

*(A suivre.)*

# Les Thèses

P. — Dr M. SÉGALL. — **La tension artérielle chez l'enfant.** (Paris. Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1930).

On peut distinguer — chez l'enfant — 2 types de tension artérielle : 1° *Un type infantile proprement dit*, correspondant à la période d'âge de 5 à 10 ans. 2° *Un type de transition*, répondant à la période d'âge comprise entre 10 et 15 ans.

1° *Le type infantile proprement dit* est caractérisé par *l'accroissement progressif* — en fonction de l'âge — de la pression maxima et de la pression différentielle, s'opposant à la *grande uniformité de la minima*, qui reste presque invariable durant toute cette période. La progression de la maxima est lente et irrégulière, tandis que celle de la pression différentielle est lente, mais régulière. Durant cette période, les chiffres de la pression maxima varient entre 10 et 11 cm. La minima oscille faiblement autour du chiffre 6,50. La pression différentielle varie entre 3 cm. 50 et 4 cm.

2° *Sous l'influence de la puberté*, ce type subit d'importantes modifications. La courbe de la *maxima* se redresse pour monter brusquement et atteindre les valeurs notées chez l'adulte. *La minima*, jusque-là stationnaire, prend également part à ce mouvement d'ascension, mais son augmentation, notablement plus lente, n'est pas parallèle à celle de la maxima ;

Il en résulte que la pression différentielle subit, de ce fait, un brusque accroissement, phénomène qui la rapproche nettement du type adulte de tension artérielle ;

Pendant cette période, la maxima mesure, en moyenne, 11 cm. à 12 cm. 50 ; la minima : 6 cm. 50 à 7 cm. 50 ; la pression différentielle : 4 cm. à 5 cm.50.

La tension artérielle subit des variations suivant le sexe, le développement de l'enfant et la méthode d'exploration clinique.

*Les modifications suivant le sexe*, ne semblent obéir à aucune loi précise.

*Variations suivant le développement.* En ce qui concerne la *pression maxima et la pression différentielle*, on trouve chez les enfants en retard de développement, pour un âge donné, des chiffres de tension légèrement plus bas que chez les enfants d'aspect normal.

*Quant à la minima*, les chiffres sont à peu près égaux ;

*Suivant la méthode d'examen*, les chiffres de la pression maxima sont variables aux 2 périodes de l'enfance distinguées :

Dans la première période, les chiffres notés par la méthode stéthacoustique sont — contrairement aux notions classiques — un peu plus élevés que ceux enregistrés par la méthode oscillométrique ;

Dans la deuxième période, aux approches de la puberté, c'est l'oscillométrie qui fournit les chiffres les plus élevés.

Quant à la *pression minima*, l'auteur l'a trouvée constamment, à tous les âges, un peu moins élevée, à l'oscillomètre de Pachon, qu'au sphigmotensiophone de Vaquez.

Pour la *pression differentielle*, c'est au « Pachon » qu'ont été notées les valeurs les plus élevées.

*Les hypertendus.* — L'examen systématique de la tension artérielle révèle — chez l'enfant — un certain nombre de cas (assez restreint d'ailleurs : 4 5 %) d'hypertension artérielle permanente, *hypertension qui ne semble liée à aucun etat pathologique* ;

*Les hypotendus.* — L'hypotension artérielle est plus fréquente (7,8 %). Elle s'associe souvent à une faible pression différentielle. Elle s'observe surtout chez des enfants à état général médiocre, retardés dans leur développement ;

*Les grosses pressions différentielles.* — On rencontre environ une fois sur dix — chez l'enfant — en dehors de tout état pathologique, et en particulier *en dehors de toute cardiopathie*, de très grosses pressions différentielles, pouvant atteindre 7 à 9 cm. ;

La constatation d'un tel signe, qui constituerait — chez l'adulte — un signe de forte présomption en faveur d'une insuffisance aortique, *n'a chez l'enfant, aucune signification diagnostique* ;

*Les petites pressions différentielles.*— Associées fréquemment à de l'hypotension artérielle, elles s'observent de préférence chez des enfants chétifs, pâles, maigres, souvent en retard de développement ;

*Le syndrome hépato-vasculaire des enfants chétifs.* — Parmi ces enfants, l'auteur a individualisé une certaine catégorie, qui présentaient un syndrome caractérisé :

1° D'une part, par de l'hypotension artérielle et une forte diminution de la pression différentielle ;

2° D'autre part, par un état général médiocre et des signes de *déficience hépatique* légère, signes dont les plus importants sont : le subictère conjonctival et une douleur vive à la pression dans l'hypocondre droit ;

*Intérêt pratique de la tension artérielle chez l'enfant.* — L'étude de la tension artérielle doit prendre place dans l'examen systématique d'un enfant ; elle n'a pas la valeur diagnostique qu'elle présente chez l'adulte, mais elle est susceptible de fournir de précieuses *indications pronostiques* ; elle permet de dépister et de suivre l'évolution de certains états déficience de l'état général, états où domine souvent la note hépatique ; chez de tels enfants, *l'élévation graduelle de la pression maxima* et *l'augmentation progressive de la pression différentielle* pourront être considérées comme des signes de bon pronostic.

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Dr Bayard. — **Où en sommes-nous ?** *La tuberculose.* (Une broch. 16 pages, chez l'auteur, 87, boulevard de Courcelles, Paris.)

Chez Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain.

Dr J. Verne, agrégé de la Faculté de Paris — **Précis d'histologie.** Un vol. in-8°, 240 pages avec fig. Prix : 22 fr. (*Bibliothèque de l'étudiant en chirurgie dentaire*, collection de précis publiés sous la direction du Prof, agrégé Olivier)

Dr L. Boulanger, assistant à l'hôpital d'urologie. — **Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme.** Tome II. (Un vol. in-8°, 368 pages, avec figures. Prix : 40 fr.)

# THÉRAPEUTIQUE

## Le traitement de l'éclampsie par le somnifène

Par le Dr Blottière

Au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les jours qui suivent, la femme peut présenter des accès convulsifs, épileptiformes, suivis habituellement de l'abolition, plus ou moins complète et plus ou moins prolongée, des facultés intellectuelles et sensorielles. Ce syndrome porte le nom d'éclampsie. Si brusque que soit la crise d'éclampsie, elle n'en est pas moins précédée très souvent par des signes, dont l'ensemble permet de déceler un état pré-éclamptique, et, s'il n'est pas trop tard, de prévenir l'attaque par une diététique et une thérapeutique rigoureuses.

Malheureusement la négligence de l'intéressée laisse trop souvent le médecin traitant dans l'ignorance de ces signes prémonitoires. L'examen des urines n'est pas pratiqué, la parturiente n'est pas visitée pendant le cours de sa grossesse, et son entourage accorde trop peu d'attention aux phénomènes insidieux, qui ne peuvent révéler leur importance qu'à un esprit clinique averti : souvent c'est seulement l'attaque si dramatique et si angoissante, qui amène le médecin au lit de la malade.

Que faire ? Parmi les multiples moyens utilisés, il faut placer en première ligne la saignée et le somnifène. La saignée est classique, le somnifène vient de le devenir.

On sait que le somnifène est un isopropylallyl-diéthyl-barbiturate de diéthylamine. Utilisé par voies buccale, intra-musculaire et endoveineuse, non seulement dans les psychoses graves, dans le délirium, le tétanos, l'état de mal épileptique, mais encore en obstétrique et en chirurgie pour favoriser l'anesthésie, il a été conseillé, dès 1924 par Emmerich et Marion, dans l'éclampsie, et plus récemment employé systématiquement dans ce cas par Houël, Jahier et Larribère dans le service du Professeur Laffont.

La technique employée est ainsi décrite par Larribère : «Chez toute femme entrant à la Maternité avec le syndrome d'éclampsime et ayant présenté des crises, après un examen qui confirme le diagnostic d'éclampsisme, nous avons mis en œuvre le traitement prophylactique employé contre lui : saignée de 3 à 400 cc., purgation, lavement purgatif, diète hydro-lactosée, et nous avons attendu que se produise une crise. Lorsque la crise est venue confirmer l'éclampsie, nous avons pratiqué, au cours de la crise, une injection intraveineuse de 3, 4 ou 5 cc., de somnifène, puis nous sommes restés dans l'expectative. Quand le travail se déclenchait, ou si la femme était en travail, nous intervenions, à dilatation complète, pour accélérer l'expulsion à moins qu'un incident, tel la souffrance du fœtus nous oblige à intervenir avant dilatation com-

plète. Dans ce cas, nous avons procédé par incision du col pour accroître la dilatation ».

Les huit observations, publiées à la Société d'obstétrique et de gynécologie, permettent de constater que toutes les mères et les enfants entrés vivants à la Maternité sont sortis vivants. Sept fois sur huit, les crises ont été arrêtées instantanément ; dans un seul cas, où la malade était placée dans de très mauvaises conditions d'isolement, il a fallu renouveler l'injection, 14 heures après la cessation des crises. Les fœtus ne semblent pas avoir été incommodés par le somnifène, qui, dans tous les cas, a eu une action remarquable.

Les résultats obtenus nous ont engagé, à notre tour, à poursuivre l'étude de ce produit, et c'est en nous inspirant particulièrement des expériences de Larribère et de sa technique, que nous avons pu traiter cinq cas d'éclampsie.

Régulièrement nous avons pu enregistrer rapidement la guérison maternelle. Une seule fois celle-ci a été retardée par l'apparition d'un léger foyer de congestion pulmonaire bi-latérale.

Au cours de l'accouchement, le somnifène nous a permis d'arrêter définitivement les crises et d'intervenir facilement pour abréger la période d'expulsion. Au cours de la grossesse, nous notons un cas d'accouchement prématuré survenu au huitième mois, mais nous pouvons supposer qu'il en aurait été autrement, si la malade, au lieu de nous être confiée trois jours après l'apparition de la première crise, avait été traitée immédiatement. Dans deux autres cas, la grossesse s'est poursuivie jusqu'à terme, respectivement 27 jours, et 73 jours après la guérison de l'éclampsie. Dans un cas, l'accouchement a eu lieu quelques jours seulement avant terme, et 14 jours après l'arrêt des convulsions.

Le traitement ne semble avoir porté aucun préjudice aux enfants.

La mort de l'un d'eux, né prématurément à 8 mois, doit être attribuée au retard apporté dans le traitement énergique de la mère dont les convulsions duraient depuis trois jours. Nous avons eu, d'autre part, un enfant né étonné, mais ranimé facilement. Dans les autres cas, l'enfant n'a aucunement souffert.

Le somnifène s'est toujours montré efficace contre les crises convulsives. Une seule fois, nous avons dû renouveler la dose de 3 cc. Nous avons pensé que la dose initiale de 3 cc. n'était pas assez forte et, dans les cas suivants, nous avons injecté d'emblée 4 cc. Une seule fois, les antécédents nerveux de la malade nous ont incité à injecter en totalité l'ampoule de 5 cc.

Dans tous les cas, nous avons pratiqué l'injection intraveineuse, poussée très lentement, qui assure une action rapide, quasi instantanée, se montre la moins douloureuse et évite la formation d'escharres.

Chez nos éclamptiques le somnifène a toujours été employé pur, sans aucune association médicamenteuse. Nous avons toujours employé des doses ne dépassant pas 5 cc., nous réservant de les renouveler en cas de nécessité.

En résumé, les propriétés hypnotiques et sédatives du somnifène nous paraissent trouver utilement leur emploi dans les convulsions de l'éclampsie. C'est un médicament à effet rapide et régulier, et ne présentant qu'un minimum de toxicité aux doses usuelles. Il est d'un maniement facile, et peut permettre au praticien de traiter les malades à domicile sans nécessiter sa présence continuelle. Bien entendu, **le traitement général de l'éclampsie ne doit pas être négligé.**

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'actualité professionnelle

### LES CENTRES DE RECHERCHES ET LE SYNDICALISME MÉDICAL

Je suis stupéfait de la forme de l'offensive de grand style menée par les syndicats médicaux et certains syndicalistes notoires contre les organismes de prévention visés par le ministre du Travail, dans une circulaire bien connue, et désignés sous le nom de Centres de diagnostic tout d'abord, puis de Centres de recherches.

Le Bureau de la Confédération des Syndicats s'étant montré favorable à l'établissement de conventions assurant la participation des syndicats à l'organisation, au fonctionnement, à la surveillance technique de ces Centres, on se souvient de la rude bataille qui se déroula, lors de l'Assemblée générale de notre groupement national, en décembre dernier, et qui se termina finalement par le vote d'un ordre du jour nommant une commission spéciale pour poursuivre l'étude de la question.

Or, les syndicats étant libres de concevoir les destinées de la profession, et de les préparer, à leur guise, j'aurais compris que l'offensive eût pour objectif leur refus de participer à l'exploitation technique de ces Centres, sous la forme envisagée dans le projet de convention primitivement proposé par le bureau confédéral.

Cela, c'était leur droit absolu. Mais ce que je ne saisis pas, c'est la raison qui a bien pu les amener à combattre opiniâtrement la fondation envisagée. Là, ils se plaçaient sur un mauvais terrain, car il ne dépend pas d'eux que ces fondations aient ou n'aient pas lieu. *Et les faits leur répondent.* C'est là-dessus que je tiens à appeler l'attention de mes lecteurs, dussè-je encourir de la part de certains d'entre eux le reproche de me mêler de ce qui ne me regarde pas. Ce qui me regarde, c'est l'aménagement de la médecine moderne dans les cadres sociaux actuels, sous des conditions qui l'affranchissent des risques d'embrigadement, d'asservissement.

« Nous avons beau dire et beau faire, je doute que jamais nous puissions revenir à la façon d'exercer la médecine qui était la nôtre, il y a seulement une trentaine d'années ! Nous aurons, je crois, beaucoup de peine à cela, et si vous voulez connaître mon sentiment intime, *je suis sûr que nous n'y reviendrons pas...* » Ainsi s'exprime le Dr Vergely au début d'une chronique intitulée : La Médecine d'aujourd'hui, parue dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, le 30 décembre dernier.

Je remplis mon devoir d'informateur en essayant de montrer à ceux qui me font confiance les dangers de certaines attitudes intransigeantes, et négatrices, et la nécessité, par contre, de chercher l'adaptation de la profession médicale à ce que j'ai appelé les nécessités économiques, techniques et sociales de l'heure. Si je me répète, si je frappe inlassablement sur le même clou, c'est que je ne vois pas poindre sans angoisse les menaces qui pèsent sur nous, *si nous ne savons pas nous organiser nous mêmes.*

Il faut que le syndicalisme soit résolument constructeur ; qu'il prenne, dans l'Etat, la place à laquelle il a droit, afin de défendre utilement les intérêts de ses membres et d'éviter la création d'une médecine superlativement étatisée, à laquelle nous avons le devoir de nous montrer réfractaires.

Je prétends donc que, quand les syndicats disent que les Centres de dépistage, de recherches, de diagnostic sont inutiles, et impossibles même, ils donnent des coups d'épée dans l'eau et que les faits leur répondent. Et je le prouve :

Les journaux publient :

1° *Ouverture d'une polyclinique boulevard Ney.*

L'administration générale de l'Assistance publique ouvrira demain un dispensaire dans le groupe d'habitations à bon marché du boulevard Ney, à l'angle de la rue Eugène-Fournière.

Ce dispensaire, où les consultations seront assurées par des médecins des hôpitaux, sera équipé avec un soin particulier. Son aménagement est conçu de manière que puissent fonctionner simultanément au rez-de-chaussée une consultation de médecine

adultes et une consultation de médecine infantile, tandis qu'au premier étage auront lieu des consultations d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie et de stomatologie.

2° *La pose de la première pierre du centre d'hygiène sociale de Coulommiers.*

M. Kuenzé, préfet de Seine-et-Marne, a présidé hier, à Coulommmiers, à la pose de la première pierre du centre d'hygiène sociale, qui sera la première création de ce genre dans le département.

Un vin d'honneur a été offert à l'Hôtel de Ville par la municipalité. Des discours ont été prononcés par M. Pierre Mortier, maire de la ville ; M. Lamy, directeur de l'Office départemental d'hygiène sociale, et par le préfet.

3° Le centre de Courbevoie comporte deux services bien distincts : d'un côté, celui des *nourrissons* comprenant une salle d'attente ingénieusement boxée; des salles de pansement, de pesée, de consultation d'actinothérapie, un service de bains et douches, une biberbonnerie fort bien aménagée, et une infirmerie temporaire modèle.

De l'autre côté, réservés aux *enfants d'âge scolaire* et aux *adultes*, la distribution des locaux comporte des cabinets de consultation pour tous les spécialistes, une installation complète de radiologie et un laboratoire des mieux outillés.

Une vingtaine de consultations, confiées à des médecins qualifiés, fonctionnent au Centre, sous le contrôle d'un Comité médical directeur présidé par le Professeur Marcel Labbé.

*L'hygiène maternelle et infantile* comporte une *Consultation prénatale* et une *Consultation de nourrissons.*

L'*hygiène scolaire* occupe au Centre une place très importante, car tous les écoliers de Courbevoie doivent y être examinés dans une série de consultations : *médecine générale*, *oto-rhino-laryngologie*, *ophtalmologie*, *stomatologie.*

Les *examens radiologiques* et de *laboratoire* sont pratiqués systématiquement. De plus, des consultations spéciales sont réservées aux *maladies héréditaires*, à *l'hygiène mentale*, à la *cardiologie* et à *l'orthopédie chirurgicale.*

La *gymnastique médicale* est pratiquée dans une grande salle transformable en plage artificielle, grâce aux rayons ultra-violets qui émanent d'une série de plafonniers. Une vaste terrasse permet aux enfants des exercices en plein air et des cures de vrai soleil.

Le *Centre de diagnostic pour adultes* comporte des consultations de *médecine générale* et de spécialités : *oto-rhino-laryngologie* ; *ophtalmologie* ; *stomatologie* avec, en outre, *une consultation antivénérienne* et une *consultation prénuptiale.* Les examens *radioscopiques* et de *laboratoire* sont également pratiqués d'une façon méthodique.

Dans ce centre de diagnostic, aucune prescription thérapeutique n'est faite. Le consultant, muni d'une fiche détaillée, est renvoyé au médecin de son choix qui ordonne en connaissance de cause un traitement approprié.

Le Centre de Courbevoie, ainsi compris, est appelé à rendre les plus appréciables services à la fois aux bien portants (ou se croyant tels), aux malades et aux médecins.

*Centre de médecine préventive*, il permet le dépistage etc., etc.

4° *Création d'un centre médico-social.*

Le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Raymond Laurent, au nom de la 3e Commission, vient de prendre la délibération suivante :

« Article premier. — Une subvention de 100.000 francs est attribuée à la commune de Montrouge pour la création d'un centre médico-social devant comprendre, outre divers services municipaux :

« 1° Une consultation départementale de nourrissons, gérée par l'Administration générale de l'Assistance publique et ouverte aux habitants de Montrouge et des communes limitrophes ;

« 2° Un dispensaire de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine destiné à remplacer celui qui fonctionne actuellement rue Léon-Gambetta, à Montrouge, étant entendu : *a*) que les locaux affectés à ce dispensaire seront loués au département par un bail de longue durée, moyennant le loyer nominal de un franc par an ; *b*) que le gardiennage, le chauffage, l'éclairage, le nettoyage et l'entretien de ces locaux seront assurés gratuitement par la commune de Montrouge.

« Art. 2. — La dépense s'élevant à 100.000 francs, sera imputée sur le budget départemental de 1931. »

5° *La maison médicale de la Renaissance sanitaire.*

M. Gaston Roussel, conseiller d'Etat, directeur général de la Mutualité, assisté de M. Léon Heller, président de la Fédération nationale de la mutualité et de la Fédération mutualiste de la Seine, des membres du conseil d'administration et du comité médical de la Renaissance sanitaire, a posé, hier matin, la première pierre de la maison de santé que la Renaissance sanitaire, œuvre de sanatoria et préventoria populaires reconnue d'utilité publique, se propose d'édifier à Châtillon-sous-Bagneux.

M. Gaston Roussel fut reçu, ainsi que les membres de la mutualité, à 10 h. 30, à la mairie de Châtillon, par M. Perrière, maire entouré des municipalités de Châtillon et de Bagneux. Après des allocutions de MM. Perrière et Roussel, les assistants signèrent le procès-verbal de fondation et, se formant en cortège, gagnèrent l'emplacement de la future maison médicale, où eut lieu la cérémonie de la pose de la première pierre. Le bâtiment, dont la façade donnera sur la route de Versailles, sera haut de quatorze étages et comportera 500 lits. Le site choisi est particulièrement salubre.

Mais voilà qui est mieux encore. Il s'agit d'une extension de l'application de la loi Roussel, dont nous réclamons depuis longtemps la refonte, pour en rendre les dispositions plus efficaces. Et M. Serge GAS, directeur de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la Santé publique, vient de déclarer :

.............................................

M. Camille Blaisot, sur ma proposition, a précisé, dans des « instructions aux préfets » les modalités d'une organisation nouvelle basée sur la multiplication des *Centres de protection maternelle et infantile.*

En principe, dit-il, les *centres* doivent être essentiellement constitués par un dispensaire de puériculture. La femme y est prise en charge dès le début de la grossesse (consultation prénatale) ; les maladies transmissibles à l'enfant (syphilis en particulier) y sont dépistées et traitées. Après la naissance, l'enfant est suivi à la consultation de nourrissons.

Le médecin qui dirige le centre est à la fois médecin et inspecteur de la circonscription ; il est assisté d'une ou de plusieurs infirmières visiteuses spécialisées en puériculture.

Tel est, conclut M. Serge Gas, le programme d'organisation dont la réalisation se poursuit activement. De mois en mois, de nouveaux services sont créés suivant ces directives par les conseils généraux. Au 1er janvier 1932, dix-huit départements possédaient déjà des centres de protection maternelle et infantile et dix-neuf autres en envisageaient la création.

La France possède donc une organisation de protection de la mère et de l'enfant qui a été progressivement constituée et améliorée ; une impulsion nouvelle vient de lui être donnée et, dans le cadre des lois existantes, elle se complète en coordonnant plus étroitement l'action des œuvres privées, des départements et de l'Etat.

(*Le Matin*).

Donc, dix-huit départements aujourd'hui, dix-neuf demain, au total 37, possèdent, ou vont posséder, des centres qui auront notamment pour objectif *le dépistage et le traitement de la syphilis héréditaire*, chez l'enfant du premier âge.

Les syndicats déclarent que de tels organismes sont impossibles à créer partout ; qu'ils sont tout au moins inutiles... Mais dans le même moment, ils semblent sortir de terre comme sous le coup d'une baguette magique. N'est-il pas déplorable que toute cette floraison luxuriante, et qui le sera davantage encore dans un proche avenir, se fasse sans l'intervention du Corps médical organisé ? N'est-il pas regrettable de laisser ces créations prendre cette avance en dehors de ui, qui, durant ce temps, piétine et se cabre ???

Il y a plus de dix ans que l'on a commencé de parler, pour la première fois, d'une centralisation de tous les procédés de recherche et d'investigations dus aux progrès de la science. C'est en 1920 que s'est fondé le Centre médical de diagnostic de la rue Andrieux à Paris sous l'impulsion d'un groupe d'internes des hôpitaux à l'esprit anticipateur et aventureux, dans le bon sens du mot.

A maintes reprises, la question fut traitée dans un esprit favorable à de telles institutions. En province, la Maison médicale d'Agen, département où le syndicalisme particulièrement agissant a réalisé des prodiges d'organisation, a répondu à l'objectif envisagé. Le succès a couronné ces entreprises, montrant bien qu'à l'encontre du reproche qu'on leur adresse d'être inutiles, elles ont répondu à des besoins latents. Jamais aucune opposition ne s'était manifestée. Il a fallu que le bureau de la Confédération entrevit la possibilité de conventions assurant aux syndicats le contrôle et le fonctionnement de tels Centres, dans le cadre de l'Assurance sociale, il a fallu la publication d'un projet, commenté longuement par Cibrie, pour que le feu fut mis à des poudres qui ont fait l'explosion dont je m'étonne...

Donc, des centres se créeront certainement... Que dis-je ? Ils se créent, mais en dehors du Corps médical organisé, malgré lui, pourrait-on dire, et contre lui, par voie de conséquence. Que fera-t-il, ce Corps médical organisé, dans un an, deux ans, trois ans, quand la généralisation des centres sera un fait accompli ? ? ? Ne serait-il pas mieux avisé de regarder aujourd'hui la situation résolument en face, et de s'y adapter avec le maximum de garanties pour le respect de ses libertés ?

On a donc dit de ces organismes qu'ils sont impossibles à créer, et aussi qu'ils sont inutiles. On a dit encore qu'ils menaient tout droit à la fonctionnarisation. Et là, j'avoue que je ne comprends plus, mais plus du tout. Une organisation syndicale sauvegarderait, au contraire, les traditions et s'opposerait au péril entrevu.

Mais là, il importe de préciser la nature même de ce péril. Ceux qui le voient sous les espèces d'une médecine fonctionnarisée sont, pour la plupart, à côté du sujet, et commettent une confusion de termes. Le péril le plus redoutable, ce n'est pas la *fonctionnarisation*, c'est le *salariat médical*, qui livre le médecin *employé* pieds et poings liés à son employeur. On ne me contestera pas la connaissance de ces situations lamentables, dont tant de fois notre Sou Médical eut à s'occuper. Une collectivité organise un service de soins qu'elle assure avec le concours de médecins qu'elle engage à des conditions définies : *ces médecins sont ses employés*. Ils lui appartiennent, comme lui ayant loué leurs services. Et les conditions mêmes du contrat ne sont pour eux qu'une garantie superficielle. Tout contrat peut, en effet, ne pas être respecté. En dépit des enga-

gements pris, la collectivité se sépare de celui qui a cessé de lui plaire avant l'heure : elle lui paie le dédit prévu, ou ce sont les tribunaux qui apprécient comment sera réparé le préjudice causé. Le médecin, ayant touché son indemnité, n'en est pas moins sur le pavé, sans situation. C'est là le sort de l'*employé*. Ce n'est pas celui du *fonctionnaire*. Le médecin, au service d'une Mutualité est son employé. Le médecin militaire est un fonctionnaire, bénéficiant d'un statut, ayant des droits précis dont il ne peut être dépossédé que dans des circonstances exceptionnelles, et graves, et après des débats contradictoires et une procédure qui respecte les droits de la défense.

Donc, ce n'est pas la fonctionnarisation médicale civile qu'il faut redouter tout autant que l'asservissement du médecin. Et le moyen d'éviter l'un et l'autre, c'est de dresser la puissance corporative en face des puissantes collectivités organisatrices de soins médicaux, non pas pour une guerre où l'on n'a rien à gagner, mais pour des accords définis : « Vous voulez un service médical ? Nous, syndicats médicaux, nous allons vous le fournir... ».

Voilà ce que doivent faire les syndicats, s'ils veulent faire de la construction utile.

Entre le refus des syndicats de participer au fonctionnement technique des organismes de prévention, et l'acceptation de ces organismes eux-mêmes, il convient de citer comme intéressante l'expérience de l'Aube, telle que les syndicats de ce département viennent de l'exposer.

Des carnets de santé sont créés selon un plan précis. Chaque sujet, qu'il soit ou non assuré social, achète un de ces carnets qu'il paie comptant, 120 francs, pour les adultes, 60 francs pour les enfants. En possession de ce carnet, il se rend chez l'omnipraticien qu'il a choisi pour être examiné préventivement.

« L'examen clinique se fait organe par organe : le résultat est inscrit sur le carnet de santé. Le praticien peut conclure qu'il s'agit, soit d'un sujet absolument sain, soit d'un sujet chez lequel il est nécessaire de fouiller davantage l'examen par des procédés techniques et de laboratoires. S'il s'agit d'assurés sociaux, il est pratiqué dans tous les cas un examen radiographique du système cardio-pulmonaire, ou tous autres examens jugés utiles par le praticien.

« Le sujet se rend donc chez le spécialiste de son choix (O. R. L., ophtalmologiste, radiographe), porteur d'un mot indiquant aux divers spécialistes dans quel sens les examens doivent être pratiqués. ... Les spécialistes consignent le résultat de leurs recherches sur le carnet de santé et détachent de la feuille spéciale le coupon justifiant leur examen, y inscrivent le nom de l'assuré, la date et signent... »

L'omnipraticien déclencheur de ces divers examens spéciaux prend connaissance de leurs résultats, fait la synthèse qui en doit découler, et formule ses prescriptions, s'il y a lieu.

Les honoraires, dus à chaque ayant droit, leur seront répartis à la diligence du syndicat...

Les syndicats de l'Aube exaltent leur conception. Ils lui accordent tous les mérites. Et je me garderai bien d'y contredire, sauf pourtant sur un seul point : autant de spécialistes à consulter, autant de déplacements pour le patient... Cela a peu d'importance, disent nos confrères...

Pour moi, qui ai dû en passer par là personnellement, je ne suis pas de cet avis. Je trouve, au contraire, que cela a beaucoup d'importance. Mais c'est une opinion qui m'est propre. Et je me contenterai de la formuler sans y rien ajouter.

Retenons le retour inévitable au forfait, ce qui s'explique parfaitement, et le souci pris par ces syndicats de l'aspect économique de la question. Souci dont ils ont déjà donné d'autres manifestations aussi judicieuses.

Mais il faut conclure : je le ferai brièvement. En dépit de l'opposition des syndicats médicaux, des Centres naissent de plus en plus nombreux. Je sais de source très sûre que leur nombre va aller en augmentant.

Convient-il que les syndicats persistent dans leur attitude hostile, stérilement hostile ? Ou ne vaudrait-il pas mieux qu'ils revinssent à une plus juste appréciation de la situation et qu'ils entrent dans la voie à laquelle le Bureau de la Confédération avait pensé ?

Il est toujours désagréable de jouer les Cassandre, et de prédire les malheurs de la Troie médicale. C'est aussi dangereux : on y risque d'être désavoué, vilipendé, hué. Ce risque, je le coure, parce qu'il y a des moments critiques où il faut avoir le courage de crier à ses camarades : « Casse-cou ! »

Nous sommes à l'un de ces moments...

G. DUCHESNE.

## CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

### Création d'une clinique par une commune

Mon cher confrère,

Vous savez que dès le début de la municipalité communiste de notre ville, nous, médecins, avons été en conflit avec elle, surtout avec le célèbre maire. Ces gens, en effet, veulent que le médecin soit gratuit, et surtout soit à leur dévotion.

Au début, ils trouvèrent le Dr X. qui fit plus ou moins leur jeu, mais ils virent rapidement (car il faut reconnaître qu'ils ne sont pas bêtes), qu'il n'y avait pas grand'chose à tirer de celui-là.

Aussi après avoir déclaré qu'on « nous dresserait » cherche-t-on maintenant à nous tirer dans les jambes.

Déjà l'an dernier, nous avons su qu'on avait voulu créer à l'hospice de D. un appareil de rayons X. On s'était arrangé avec la maison X. pour la fourniture du matériel... et d'un médecin...

Mais on envoya pour prospecter un confrère qui gentiment mangea le morceau et nous fit savoir qu'on était décidé à offrir au médecin qui viendrait 45.000 de fixe, plus le droit de faire de la clientèle.

Sur quel budget cela eût-il été pris ? Ces messieurs, nous le savons, ne sont jamais embarrassés pour ... arranger ces choses !

Mais après quelques explications très courtoises, ce confrère-prospecteur laissa tomber.

Nous pensions bien que le maire n'abandonnerait pas son idée. Aussi est-ce sans surprise que j'ai vu dans le dernier compte rendu du Conseil municipal publié par un journal local, et que je vous adresse ci-inclus, la décision d'envoyer une commission en plusieurs villes de la Seine pour étudier diverses questions dont une clinique et une crèche. Vous avez déjà compris qu'on irait tout d'abord à Achères.

C'est pourquoi je viens vous demander tout de suite de vouloir bien me dire ce que vous croyez que nous pouvons faire pour notre défense.

Légalité de pareille clinique municipale, du statut du médecin qui y serait attaché, car nous savons bien qu'on trouverait quelque ou quelques métèques !

Tout récemment aussi, d'autre part, on annonçait qu'une personne qui possède un terrain l'aurait offert pour qu'on y bâtisse un hôpital.

Mais nous ne savons encore les conditions de ce don qui aurait été fait, croyons-nous, à une communauté religieuse.

Voulez-vous me dire ce que tout cela vous suggère ?

Dr D.

#### Réponse

La législation et la jurisprudence interdisent aux communes d'organiser des établissements plus ou moins commerciaux, sauf lorsque la carence ou la déficience de l'initiative privée obligent la municipalité à obéir à une nécessité d'ordre collectif.

Donc, toute délibération de conseil municipal, à l'occasion du projet de création d'une clinique communale, doit mettre en évidence l'absolue nécessité de cette organisation, vu qu'il serait très difficile de faire hospitaliser les malades du lieu dans un hôpital de rattachement.

En second lieu, la délibération doit porter sur l'absence de toute clinique privée, ou hôpital quelconque, public ou privé, rendant nécessaire cette création municipale.

Car, qui dit clinique communale, dispensaire, ne dit pas forcément établissement public gratuit. Des bénéfices commerciaux peuvent être espérés de la gestion de l'établissement, bénéfices qui ne serviront qu'à l'amélioration de l'établissement et du sort des malades gratuits, qui y seraient admis.

En dehors des subventions communales, départementales ou obtenues du Pari mutuel, il faut, dans les prévisions budgétaires, faire entrer en ligne de compte les paiements faits par les malades non indigents, paiements soit de journées d'hospitalisation, soit pour les soins reçus à la consultation externe, ou dans les services de spécialités (radiologie, etc.).

Donc l'établissement public fonctionnera comme une véritable maison de santé à bon marché, au regard de cette clientèle payante et les bénéfices qu'il en retirera seront de nature commerciale, bien que ces derniers ne soient pas partagés entre les administrateurs, mais ne soient affectés qu'au mieux-être des indigents et à l'amélioration ou à l'extension des divers services.

Donc, en l'état actuel de la législation, il est fort probable que, déférée au Conseil d'Etat par un contribuable quelconque de la commune, la délibération du Conseil municipal aura grande chance à être annulée, comme faisant instituer un établissement commercial par une commune non qualifiée pour cela.

Laissez donc vos conseillers municipaux se faire offrir un excellent voyage à Paris et ailleurs, aux frais des contribuables de la communes, à moins qu'un conseiller de l'opposition ou un habitant ne pose la question préalable : « Avez-vous le droit d'engager des dépenses, pour une étude qui ne pourra pas aboutir, car votre projet de réalisation est illégal ? »

La création municipale ne peut être juridiquement approuvée que si elle est réservée uniquement aux indigents et entièrement gratuite.

Elle serait illégale, si elle était ouverte gratuitement à tout venant, riches comme pauvres, selon la formule communiste : « A chacun selon ses besoins. »

Donc, tenez-moi au courant des événements.

Quels peuvent être les rapports de ladite clinique avec le Corps médical ?

En général, les collectivités n'aiment pas la Liberté, pour quiconque n'est pas des leurs. Il faut penser, agir selon la formule imposée. D'ailleurs, toutes les dictatures sans exception ne peuvent s'imposer et se maintenir qu'en supprimant toutes les libertés des ressortissants.

Donc, prévoir le libre choix du médecin serait une utopie. Ladite clinique communale, comme toutes organisations centralisées, devra avoir son médecin à elle, payé par elle et ayant à soigner, sans protestation, tous malades, riches comme pauvres, qu'on lui donnera à traiter.

Quels que soient les titres qu'on lui décernera, quels que soient les qualificatifs, au moyen desquels on dénommera l'argent qu'on lui remettra, le médecin ne sera que le salarié, l'employé, le commis de l'établissement ; il touchera son salaire chaque mois et s'il ne marche pas droit, on le mettra à la porte. Bienheureux encore sera-t-il si on lui octroie ses huit jours, pour chercher une autre place d'employé médical.

Les métèques, les crève-la-faim de notre profession ou, si les appointements sont élevés, les égoïstes médicaux ne manqueront pas de poser leur candidature. Je suis bien certain que les recommandations seront nombreuses, car il y aura pas mal de candidats. Le Français aime les situations à salaire fixe et, bien qu'ils répètent à satiété les mots magiques « d'entente directe », certains praticiens sollicitent les prébendes, les monopoles, les fonctions salariées, au détriment de leurs voisins.

Le syndicat local mettra à l'index le médecin, qui viendra prendre possession de son service à la clinique municipale. Il ne s'en portera pas plus mal, car il n'aura pas besoin d'être syndiqué, pour faire défendre ses intérêts, ces derniers étant localisés au seul équilibre à garder vis-à-vis du patron: la direction de la clinique.

Donc, il est indispensable, avant tout, d'empêcher la création de ladite organisation municipale, en attaquant devant le Conseil d'Etat la délibération du Conseil municipal, dès que celui-ci aura voté cette création, en supposant que le préfet l'ait approuvée.

Une personne, me dites-vous, aurait légué un terrain, pour qu'on puisse y édifier un hôpital.

Si le bénéficiaire du legs est, comme vous le croyez, une congrégation religieuse, cette dernière pourra y faire construire à ses frais, ou moyennant souscription, un établissement privé, qui ne sera pas un établissement public, au sens de la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux.

Pour qu'un hôpital public soit créé, il faut que le conseil municipal ou la collectivité qui veut le fonder puisse fournir la preuve des ressources suffisantes, pour le fonctionnement de l'établissement public en projet.

Le dossier est transmis au préfet, qui doit faire une enquête, après avis du sous-préfet. Le tout est envoyé au ministre de la Santé publique, qui saisira à son tour le Conseil d'Etat.

En effet, le décret portant autorisation, signé par le Président de la République, devra être rendu en Conseil d'Etat.

Alors seulement l'établissement aura toute capacité juridique pour recevoir des dons, des legs, des subventions et demander des subsides au Pari Mutuel.

Désormais, le Conseil d'administration de l'établissement sera composé de trois conseillers municipaux, dont le maire président de droit et de quatre membres, désignés en toute autonomie par le Préfet.

La gestion administrative devra se conformer aux directives données par la loi du 7 août 1851 : l'établissement sera en tutelle, par rapport à l'autorité préfectorale.

Il en résulte que, si une bienfaitrice lègue un terrain, pour la construction d'un établissement hospitalier, deux alternatives se présentent :

Ou bien, il s'agira de fonder un établissement public et les formalités indiquées plus haut devront être appliquées dans toute leur rigueur ; ou bien il ne s'agira que d'un établissement privé, commercial, mais que ne pourra pas gérer la commune et qui sera administré comme une maison de santé ordinaire, avec toutes les taxes et impôts habituels.

Je conclus qu'en cette matière, comme dans beaucoup d'autres, il faut étudier le cas particulier, du point de vue juridique, se tenir au courant des faits et gestes de ses adversaires, pour les arrêter au moment voulu, alors qu'on est bien fixé sur les obligations légales, qui sont imposées.

Point de grands discours, pour clamer *urbi et orbi* ses plaintes, point de grandes phrases stériles ; mais travail de cabinet, entre des juristes avertis, connaissant bien ce droit administratif si complexe, pour pouvoir entraver toute initiative de socialisation de la médecine, ayant à sa base la domestication et le salariat du Corps médical, sans que la santé publique ait grand intérêt à retirer de ces organisations à tendance nettement politique.

Dr Paul BOUDIN.

## NOTE DE MÉDECINE LÉGALE

# Injection de sérum antitétanique et premier pansement

Par M. A. Challamel,

Membre de la Société de Thérapeutique.

Le prix d'une injection de sérum *antitétanique* faite *le jour du premier* pansement doit être payée *en sus* du prix du pansement.

Tel est le point de *médecine légale* que je vais établir avec raisons et preuves à l'appui.

Si le fait est important du point de vue *intérêts professionnels*, il l'est bien davantage du point de vue *respect des conditions de l'exercice de la médecine.*

Les tarifs et décrets ne sauraient violer des lois organiques. Leur application pas davantage.

De suite, on objectera que l'*article* 13 du tarif pour les accidents du travail des arrêtés ministériels successifs (1) porte que « les prix des opérations de petite et de grande chirurgie ne peuvent se cumuler avec le prix de la visite ou de la consultation », et que la jurisprudence établie jusqu'à ce jour a décidé que prix de consultation ou de pansement ne peuvent se cumuler avec le prix d'injection sous-cutanée.

Je réponds simplement que la jurisprudence est chose changeante, que les juges ont pu être insuffisamment éclairés, et que la question a été mal posée. Les termes du tarif eux-mêmes ne s'opposent nullement *au point particulier* que je vise et que je spécifie à nouveau : sérum *antitétanique* injecté *le jour* du premier pansement.

Malgré les avis du Dr Decourt sur ce point, malgré la jurisprudence, une grosse compagnie d'assurances qui prétendait ne pas me payer pansement *et* injection de sérum, *vient de baisser pavillon.*

*Il m'a suffi*, tandis qu'elle se retranchait derrière les avis du Dr Decourt et derrière la jurisprudence, de l'assigner devant la commisssion d'arbitrage de la Seine en prenant le soin *en même temps* de lui faire connaître quelle serait ma plaidoirie. Celle-ci tenait en une simple phrase : *un médecin n'a pas le droit de délivrer un sérum antitoxique.* Telle est la loi. Telles sont les situations respectives de l'exercice de la médecine et de l'exercice de la pharmacie.

Le blessé en habit de travail, parfois couvert de plâtre ou de cambouis, souliers boueux, entre *perdant du sang* dans le cabinet du médecin. Un ou deux compagnons de travail l'accompagnent dans le même état de costume. Il a saigné dans l'escalier. La bonne s'est précipitée et lui a mis sous la main la cuvette qui sert à laver la salade.

Le praticien *quittant toutes occupations* s'affaire. Il examine la plaie, nettoie, désinfecte, arrête l'hémorragie, fait le pansement.

Pour cet ensemble d'actes médicaux, pour son parquet sali, pour ses meubles parfois tachés, pour la mauvaise humeur de la bonne, pour les ronchonnements de la concierge, pour tout cela, il croit avoir gagné la somme de... quinze francs (2).

Les assurances lui disent..... non, vous n'avez pas encore droit à un seul centime puisqu'il vous reste à faire une injection de sérum antitétanique !

On doit à la vérité de dire que les assurances *ignorent* probablement les conditions fréquentes d'un premier pansement. Leurs dispensaires qui, sous prétexte de contrôle, font parfois aux praticiens une concurrence peu régulière, ne reçoivent pas de blessés aussitôt après l'accident.

Et moi, je réponds : le premier acte médical est complet, *il est terminé.*

*Un autre acte*, de seconde urgence, va commencer, si j'estime une injection de sérum antitétanique (*sérum antitoxique*) nécessaire, et *si j'estime ne pas devoir remettre* cette injection au pansement suivant, un ou deux jours plus tard.

Je fais une ordonnance, et le blessé sort pour chercher le sérum chez le pharmacien *qui seul* peut le lui délivrer. Rien ne l'oblige du reste à y aller lui-même. Il peut (lui, le blessé) envoyer un commissionnaire qui sera un de ses compagnons ou la bonne du médecin, si elle accepte ; il peut rester dans la salle d'attente ; bref, *il revient* dans le cabinet du médecin *pour ce second acte.* D'autres instruments sont mis à bouillir, le malade se déshabille, etc.

Deux actes médicaux, parfaitement distincts, imposés, *séparément*, le premier *par l'urgence*, le second *par la loi sur l'exercice de la pharmacie*, se suivent à quelques minutes d'intervalle. Cela est nécessaire, régulier, légal.

Et la grosse compagnie d'assurances, placée

(1) 16 décembre 1926, 9 juillet 1928, 10 avril 1930, 26 octobre 1931.

(2) Ce prix alloué pour *le premier* pansement d'une plaie *qui saigne*, avec ou sans suture simple ce qui ne change rien, est absolument insuffisant. Un tel pansement fait *dans l'heure qui suit* la blessure, nécessitant toujours de la part du praticien un dérangement immédiat, une interruption de ses occupations ou de ses consultations, est *un acte d'urgence* et devrait être compris dans l'article 3 du tarif.

devant mon argumentation, après 15 jours de réflexion, *sans attendre la convocation* devant la commission d'arbitrage, a baissé pavillon, *et m'a envoyé le prix du pansement.*

L'article 13 du tarif s'applique donc à tout, *sauf* aux injections de *sérum antitoxique* faites *le jour du premier* pansement.

Il en est tout autrement si l'injection de sérum antitoxique est faite au cours de la visite ou de la consultation des jours suivants. Le médecin alors *aura prévu* cette injection, il ne saurait plus y avoir deux actes séparés à l'égard du tarif.

Ainsi sont respectées les lois *distinctes* de l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et la lettre du tarif n'est pas violée.

Nous praticiens devons avec grand soin faire respecter dans la rédaction des tarifs, comme dans les règlements d'honoraires de la part des tiers payants, les lois et nos droits.

Les lois sont envers nous appliquées avec rigueur, elles doivent l'être avec justice.

Une injection de sérum antitétanique au décours d'un *premier pansement* ne peut jamais être considérée que comme *un acte surajouté ayant nécessité,* entre temps, *une démarche spéciale* du blessé *chez un pharmacien.*

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### Les évacuations sanitaires de l'avant par voie ferrée. Les points d'embarquement en chemin de fer.

**Deuxième exercice pratique de l'Ecole de Perfectionnement du Service de santé de Paris**

(14 Février 1932)

Médecin Lieutenant-Colonel SCHNEIDER

Dans la guerre de mouvement, la rapide exécution des opérations imprime au front des oscillations de grande amplitude et le rendent infiniment instable. Cette instabilité impose au Service de santé une prudence extrême dans le déploiement des grandes formations sanitaires. Un H. O. E. primaire réclame un délai minimum de 3 jours, pour s'installer, de 48 heures pour se replier. Il faut donc prévoir l'emplacement de ces grandes formations assez éloigné du front. Si cet éloignement atteint et dépasse 50 kilomètres, les évacuations deviennent très difficiles. Les véhicules légers ne peuvent en effet accomplir que 100 à 120 km. par jour ; les véhicules lourds, 80 à 90 km. ; ils n'accomplissent qu'un seul voyage et le débit est ainsi insuffisant.

Le remède à cette situation consiste à alléger les évacuations par auto sur route, en utilisant la voie ferrée où l'on installera des Points d'embarquement (P. E.) bien compris. Ces Points le seront, s'ils sont placés, à la faveur d'une entente entre le Service de santé et la Gare régulatrice, dans une gare disposant de quais d'embarquement. Ces P. E. rassembleront tous les blessés de l'avant, — sauf les blessés de première urgence et les éclopés. Le blessés seront réconfortés, triés, pansés, embarqués, mais sans possibilités d'hospitalisation ni de traitement technique.

Les avantages des P. E. sont nombreux : ne comportant pas d'installations minutieuses, ils seront rapidement organisés : en 12 heures ; 24 heures, s'ils emploient les tentes santé ; ils se replieront en 12 heures. Leur débit sera important puisqu'ils pourront embarquer 5 trains sanitaires par jour, ce qui représente, à raison de 300 à 360 blessés par train, un débit journalier de 1.500 à 1.800 blessés.

D'autre part, si les P. E. ne sont distants de l'H. O. E.[1] que de 25 km., on économisera 8 sections sanitaires automobiles. Tels en sont les avantages militaires. Les avantages techniques ne sont pas moins évidents : transports plus rapides, surtout si l'on en arrive à recourir aux Michelines, qui parcourent 100 kilomètres à l'heure ; confort considérable : couchage excellent ; chauffage, éclairage, auto-alimentation ; présence d'un personnel sanitaire apte à surveiller les évacués. Enfin, ces P. E., en cas d'avance, deviendront les amorces des futurs H. O. E.[1] En cas de recul, ils en seraient les échelons retardés.

Le thème tactique adopté comme application concrète de ces généralités suppose que des forces rouges, venant de l'Est, la guerre étant déclarée le 10 mai, ont franchi la frontière le 15, bousculé la couverture bleue qui a abandonné sa ligne de défense et s'est repliée sur une ligne jalonnée par Montbéliard et la rive gauche du Doubs. Pour faire face à cette offensive, les forces bleues concentrent dans les derniers jours de mai une armée dans la région de Vesoul et Besançon. C'est la 1re armée, composée de la 60e division, des 7e, 8e, 9e et 13e Corps d'armée, et dont le Q. G. est à Besançon.

Le dispositif sanitaire comprend, notamment, des G. A. C. A. à Lure et Villersexel ; deux points d'embarquement, à Vesoul et Baume-les-Dames ;

deux H. O. E.[1] à Luxeuil et à Besançon, avec leurs centres satellites ; un centre hospitalier à Dôle ; l'H. O. E.[2] à Gray. Une dotation en escadrilles d'avions légers et moyens porteurs, est prévue. Le G. Q. G. pourra mettre éventuellement 6 avions lourds à la disposition du Service de santé.

L'offensive des forces bleues, étant déclenchée le 4 juin, réalise une avance de 15 km. le premier jour, de 20 km. Le 8 juin, l'ennemi effectue un repli important. L'action effectue un temps d'arrêt. Les G. A. C. A. avancent avec leur C. A. Les H. O. E.[1] ne bougeront pas. Mais des P. E. s'installeront à Villersexel et à Montbéliard, où ils trouveront des hôpitaux et des établissements scolaires.

Le Conférencier expose ensuite comment a été installé le P. E. de Vesoul. La gare y est située sur un plateau. Les voies ferrées sont limitées au Sud, par des ateliers ; au Nord, par les batiments de la gare, le Buffet, un quai couvert et un quai découvert au premier plan. Au second plan: l'hôtel de l'Europe et les établissements Mielle. Le quai militaire est réservé par le commandement.

Les blessés couchés seront réunis à l'hôtel de l'Europe dont les capacités hospitalières (100 lits) seront complétées avec 8 tentes santé dans les jardins (200 brancards). Les blessés assis, au nombre de 400 à 500, seront réunis dans les établissements Mielle. Les évacués comprenant des blessés, des gazés et des malades, on constituera deux blocs, avec service d'attente, de réception, de triage rapide, de pansement, de ravitaillement. Le personnel comprendra, par bloc, deux médecins, une équipe chirurgicale, un pharmacien, un dentiste, un officier d'administration. Le matériel disposera de cuisines roulantes et de moyens de transport : 10 autos sanitaires ; 50 brouettes brancards.

Enfin, pour la police : quatre gendarmes avec un gradé. Pour les gros travaux : 50 auxiliaires travailleurs.

Un circuit à sens unique amènera les blessés couchés et les assis respectivement à destination. Les embarquements s'effectueront pour les couchés sur le quai couvert ; pour les assis, sur le quai découvert.

De cet exposé résultent : 1) la nécessité impérieuse, pour la guerre de mouvement, des points d'embarquement ferroviaire pour accélérer et faciliter les évacuations ; 2) les services qu'ils rendent ; 3) les avantages nombreux qu'ils présentent, comme intermédiaires, en quelque sorte entre le front et les H. O. E.[1] de moins grande mobilité.

G. Duchesne.

## VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

I

### Petit médecin

Un de nos confrères lyonnais, humoriste de talent, a décrit dans un petit livre fort intéressant (1) maintes scènes plaisantes de la vie médicale. Mais dans toute ironie se mêle quelque tristesse. Le premier et le dernier chapitre de l'ouvrage méritent d'être cités en entier et médités longuement.

I. — Moi, médecin.. — Je suis celui qui prend l'homme au ventre de sa mère ; l'assiste dans la maladie et la vieillesse ; recueille son dernier souffle, et, au besoin, l'habille pour le dernier voyage.

Je suis appelé n'importe quand, n'importe où, pour combattre la fièvre et ramener le sommeil, abréger les affres de l'asphyxie, desserrer la morsure de la douleur, arrêter le sang qui fuit, arracher de l'imagination des mères le spectre de la méningite.

Je remets en place les os fracturés. J'épie le cancer à ses débuts. A la campagne, je libère l'intestin étranglé. De moi on dit parfois : « Le petit Machin, tout de même, il avait vu juste ! »

Qui allez-vous consulter, lorsque vos digestions sont paresseuses ? Le grand spécialiste. (Six pages d'ordonnance pour vous apprendre à mastiquer avec plus de soin).

Mais je suis celui vers qui vous vous tournez, quand votre appendice menace d'incendier votre ventre.

Je fais de mon mieux pour prévenir les maladies, limiter le mal et écarter les complications. Dans votre intérêt contre le mien.

Je suis le petit médecin.

***

Suit une série de tableaux et d'anecdotes de la vie médicale tableaux vivants, anecdotes vécues par nous tous malgré leur forme plaisante. Un entretien philosophique entre Hippocrate, Socrate et Polybe de Cos, le gendre d'Hippocrate, rappelant les Dialogues de Lucien, traite avec originalité toutes les questions qui touchent à la morale et à la déontologie professionnelles. Enfin vient le dernier chapitre que voici :

***

(1) Ch. Rey. — *Comptez 444... ou La médecine vraisemblable.* Ed. : Les Œuvres représentatives, Paris, 41, rue de Vaugirard.

II. — ... PETIT MÉDECIN. — Je préside aux naissances — comme la sage-femme. Je soigne les malades — après le pharmacien. J'assiste le moribond — avant le prêtre. Sans moi on peut naître, vivre et mourir. Mais je suis celui sans qui on ne peut être mort.

Je donne des conseils. Le malade ne les suit pas, guérit et me nargue.

Je remets en place les os fracturés.

Pas toujours. A la campagne, il y a le rebouteux ; à la ville le chirurgien.

Autrefois j'étais de la famille. On demandait mon conseil pour une vocation, pour un mariage. Je suis encore celui que l'on consulte pour le choix d'une villégiature. Mer ?... ou montagne ?

Je suis celui dont on dit : « Il n'y a rien connu » ou bien : « Il faut le prendre à jeun. »

On me dérange le dimanche. Ce jour-là, le père est à la maison.

Je suis celui que vous faites lever la nuit pour un mal de dent, et qui s'efforce de prendre congé avec le sourire.

Vous n'êtes que des hommes. Aussi, vous me reprochez de n'être pas un dieu.

***

Et tout cela n'est pas un exposé de la médecine vraisemblable, mais la description exacte des scènes de la vie médicale, de la vie que mène le « petit » médecin chaque jour, et cette vie quand même, ne manque pas de grandeur.

J. NOIR.

---

II

## Théophraste Renaudot.

« On vient de célébrer en France le tricentenaire de Théophraste Renaudot, cet illustre médecin qui créa la première gazette. »
(LES JOURNAUX.)

Théophraste Renaudot ! — Ce nom m'enchante. « Théophraste » me faisait craindre quelque sot pédantisme à la Thomas Diafoirus, car il signifie « qui parle comme un dieu » : mais « Renaudot » me rassure, car il veut dire enclin à maugréer, à se mettre en colère ... à se mettre « en renaud » comme on dit encore dans le faubourg.

Théophraste Renaudot, c'est le médecin du Roi. Il vit au milieu des intrigues de toutes sortes. Il connaît les hommes : il les voit ramper chaque jour. Comment ne saurait-il pas les soigner ?

Va-t-il se présenter chez son malade la lancette à la main ? Lui parlera-t-il de ses humeurs peccantes ? Lui dira-t-il que son pouls diuruscule est celui d'un homme malade ! ? Non. Il arrive chez son malade une gazette à la main. Au lieu de s'appesantir sur ses maladies, ses infirmités, il le met en contact avec le monde des bien portants ; il lui lit ses articles. Et le malade, oubliant son mal, s'achemine doucement vers la guérison. « Mon état n'est pas grave, se dit-il, puisque mon médecin oublie de m'en parler. Et à ce médecin, je puis pourtant bien accorder toute ma confiance. Louis XIII lui-même ne lui marchande pas la sienne ». Pas de clystères, plus de cataplasmes ni de vaines formules. Il guérit ses malades en les faisant rire.

Malheureusement pour lui, mais heureusement pour notre théâtre, Molière ne se fit pas soigner par un descendant de cet habile guérisseur. Il ne connut que de pauvres pédants, d'illustres crétins qui, se gargarisant de creuses formules au chevet du malade, l'engluaient définitivement dans sa maladie.

Et il est vraiment troublant de constater qu'avec tout son génie, notre grand Molière se soit laissé approcher par ces médecins ridicules. Comment n'a-t-il pas su discerner et choisir un second Renaudot ? Il n'y en avait donc plus au siècle de Louis XIV ? Vraisemblablement si, mais les malades ont toujours préféré et préféreront toujours l'homme à la lancette à l'homme à la gazette. Pour le malade, le bon médecin, c'est celui qui se rapproche le plus de l'idée qu'il s'en fait. Et il est évident que M. Purgon, avec ses clystères, ses émollients, ses mots magiques, se rapproche davantage de l'idéal du malade que le génial Renaudot dont le seul souci semble être de ne pas contrarier la nature. Aussi n'ai-je pas été surpris d'apprendre qu'après la mort de Louis XIII, Renaudot était mort dans la plus profonde misère. Il n'y a même qu'une chose qui m'étonne dans tout cela, c'est qu'il fut médecin du Roi. Au fait, peut-être que Louis XIII ne fut jamais malade !! ?

Les malades, me direz-vous, peuvent se méprendre sur la valeur de leur médecin. Mais on est jugé aussi par ses pairs, voire par ses maîtres, et ceux-ci reconnaissent aisément la valeur ou l'ignorance de leur congénère, qu'ils sauront défendre le cas échéant contre les attaques qui peuvent venir du dehors. Je n'en crois rien, car c'est précisément par ses pairs que notre génial Renau-

dot fut critiqué et persécuté. Il le fut jusque dans ses fils qui, malgré leur intelligence héréditaire, se heurtèrent à une cabale et ne purent obtenir leur diplôme de médecin.

Il en sera toujours ainsi de tous les novateurs. Ayant d'autres idées que celles admises dans le milieu où ils évoluent, ils scandalisent leurs pairs et maîtres et s'en font des ennemis. Ils ne peuvent être « raisonnables » au sens où feint de l'entendre Bernard Schaw.

« L'homme raisonnable s'adapte au milieu, l'homme déraisonnable essaie d'adapter le milieu. C'est pourquoi tous les progrès sont l'œuvre d'imbéciles ».

Dr Ch. MOIGNETEAU.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*..... C'est une opinion commune parmi les philosophes que la vérité est plus parfaitement dans l'intellect que dans le sens....*

(Jacques MARITAIN.)

DLXXV. — Gabriel SOULAGES. — **Graffiti d'Amour.** Un vol. 16 × 18, 5 illustré par Carlègle. Tiré dans la *Collection originale* à 480 ex. numérotés : 30 sur Japon renfermant chacun deux dessins originaux de Carlègle, 450 sur Hollande B. F. K. *Editions Mornay.* Paris 1931.

J'ai eu *rarement* la possibilité de vous signaler un inédit aussi intégralement réussi. Texte, typographie, illustration forment un ensemble où, pour trouver matière à critique, il importerait d'être congénitalement grincheux : ce petit livre est une merveille. Je mets sans doute hors de discussion la trame et le thème, qui bravent ce que l'on est convenu de nommer l'honnêteté avec une franchise sans défaillance. Mais nous sommes sous le régime d'une double liberté : celle du pastiche et du pastiche touchant une époque, où résonnèrent sous le plein ciel méditerranéen *toutes* les chansons d'amour. Je dis : chansons, car il est bien difficile de ne pas penser au précédent de Pierre Loüys.

Soulages cependant, sans la même mièvrerie, avec tout autant de grâce, a su rester plus près encore du ton très spécial du genre. Ses *graffiti* (qu'il avait l'ingénieuse supercherie de situer tantôt en Italie, tantôt en Grèce, sur une roche, un pan de mur, un fût de colonne, un fragment de marbre, au flanc d'une amphore, offerts à point nommé à sa curiosité ) ont un son bien différent suivant la région, où ils auraient été originellement gravés et suivant leur destination. Malgré cette diversité d'inspiration, tous ont une fraîcheur jaculatoire, une candeur égale dans leur naïveté et leur crudité, qui laissent loin la sadique et laborieuse perversité théâtrale de Loüys. Leur rédaction suppose à la fois une connaissance profonde des poètes mineurs de l'antiquité et un métier littéraire d'une rare distinction. Distinction n'est pas trop dire. Car la fantaisie de Soulages a su auréoler toute la triviale impertinence de ses versets païens, jusqu'à les transfigurer sous la pureté idéale et la parure d'une langue classique. La présentation typographique est d'insigne qualité. Caractères italiques, courbés comme s'ils avaient un peu honte de leurs audaces vocabulaires ; lettrines rouge ardent ; cadre rebordant chaque page d'un trait discret. Et sur le tout, tranchant encore s'il est possible par plus de vivante élégance, triomphant comme la sereine impudeur des épigrammes, le dessin de Carlègle. Ceci vaut encore que l'on s'y arrête. Je ne reviens (1) pas sur la virtuosité technique de l'artiste : elle manifeste ici la même aisance, ce jaillissement du trait, cette justesse déliée des courbes jetées sans mainlevée, avec une telle légèreté qu'elles semblent effleurer la page. L'artiste n'a eu garde cependant d'oublier que la confection des *Graffiti* nécessitait le charbon, le griffonnage maladroit, le coq-à-l'âne ornemental et, avant chacun des petits poèmes en prose de Soulages, autour du personnage central qui en fait l'objet (et qui est dessiné avec cette maîtrise nonchalante que j'ai déjà pu vous signaler), il a groupé, dans un désordre d'authentique interjection graphique murale symbolique, les attributs coutumiers qui constituent le champ, la sinople, la clef, toute l'immortelle et cocasse héraldique des *Graffiti* ! Je ne peux insister sur toutes les subtilités qu'il a encloses dans chacune de ses gravures. Elles le mériteraient et sont toutes bien dignes de la finesse du texte qu'elles interprètent avec une correction très osée, comme à l'abri des sous-entendus où les gens d'esprit ont coutume de dire ce qu'ils semblent taire.

DLXXVI. — Marcel AUBERT. — **Nouvelle histoire universelle de l'art.** Tome premier. Un vol. 20 × 26 illustré de 520 figures tirées en héliogravure. Préface d'Emile Mâle. *Editions Firmin-Didot.* Paris. 1931. Broché : 150 fr. Relié demi-chagrin : 180 fr.

Le premier tome va des premières tentatives artistiques de l'homme primitif à l'art gothique.

(1) Voir l'analyse du *Boylesve,* illustré par Carlègle.

Les auteurs ont su condenser, grâce aux connaissances spécialisées des rédacteurs de chaque chapitre, l'essentiel de chaque période : art préhistorique, art de l'Asie antérieure, art égéen, égyptien, classique de la Méditerranée, de la Perse ancienne, art chrétien d'Orient et d'Occident. La classe de la typographie ne le cède en rien à celle de la docte mais avenante érudition de l'ouvrage. Les héliogravures abondantes sont d'une parfaite netteté, et la reliure est établie avec un soin sobre, en teintes discrètes, donnant aux exemplaires ainsi revêtus une différence de présentation qui compense *amplement* l'écart minime de prix qui les sépare des exemplaires brochés.

DLXXVII. — J. Jacques Brousson. — **Les Fioretti de Jeanne d'Arc.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1931. 12 fr.

Comme je suppose que Monsieur Bergeret lui laissa en héritage cet « arrosoir de vinaigre » que possédait son bon maître, j'ai ouvert avec appréhension le livre de Monsieur Brousson. Le titre pouvait n'être que funeste trompe-l'œil. Dès la préface, j'ai dû faire amende honorable. C'est un délicieux chapitre de Légende Dorée. Et que m'importe au fond cette exactitude dont se réclame l'écrivain. Les livres d'histoire n'ont pas cette fraîcheur, cette malice, cette spontanéité et cet esprit, dont Monsieur Brousson n'a pas su se séparer en se résignant à n'être plus redoutablement acerbe, mais ingénu comme les vieux chroniqueurs français, dont il adopte avec un bonheur soutenu le tour de récit.

DLXXVIII. — Fortunat Strowski de l'Institut. — **L'Homme moderne.** Un vol. 12 × 19 *Editions Grasset.* Paris 1931, 12 fr.

Encore un bon livre, qui met de la clarté et de l'ordre dans un problème complexe à souhait. Je ne partage pas l'optimisme de ses conclusions, mais cette véritable Ethique de notre civilisation actuelle est établie suivant une très juste vision des facteurs sociaux et psychologiques de notre époque. Je ne crois pas cependant à la cité future, dont il échafaude les murailles au bout de ses conclusions : il me semble plus logique de croire à l'irréversibilité des engrenages, qui ont happé notre vieux monde et commencé de le broyer. Les déductions sur le plan d'actualité sont par contre remarquablement pénétrantes.

DLXXIX. — Léon Deffoux. — **Le Pastiche littéraire** des origines à nos jours. Un vol. 12 × 19 de la Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux. *Editions Delagrave.* Paris, 1931. 10 fr.

Pour vous donner une idée du soin apporté par Monsieur Deffoux à établir son amusante monographie de ce divertissement littéraire, auquel se livrèrent parfois de grands écrivains, je vous signale que sa table d'auteurs (cités au cours de l'ouvrage) comporte plus de *six cents* noms. Il y a de très amusantes anecdotes sur les plus célèbres et les moins connues des aventures littéraires suscitées de la sorte par esprit de moquerie, de mystification ou de jonglerie intellectuelle. Pour la période contemporaine l'auteur ne s'arrête qu'aux plus marquants de ces essais. Ils sont trop, nous affirme-t-il ! On ne saurait être que de cet avis, s'il y avait lieu de marquer au passage tous les cyniques démarcages, qui encombrent la prose et la poésie. Mais ceci n'est pas à proprement parler du pastiche. Ce n'est en général pas même de la littérature : plus simplement, au coin d'un bois, les mains dans les poches d'autrui.

DLXXX. — **Anthologie des philosophes français contemporains.** Un vol. 13,5 × 19. *Editions du Sagittaire.* Paris, 1931. 30 fr.

Ce recueil tâche de donner un aperçu du mouvement philosophique contemporain. Il y a de bonnes pages, des lacunes, un souci constant de documenter le lecteur par des notices et des extraits judicieusement choisis. Sur la fin, comme bouquet, des pensées lactescentes d'un philosophe né entour 1908 ..., qui mettent une note gaie dans ce livre voué à la plus sévère des disciplines intellectuelles et, où est bien souligné l'élargissement des visées des systèmes philosophiques envisagés et présentés.

DLXXXI. — Jean Rumilly. — **Les Chevaliers de la Roulotte.** Un vol. 12 × 19. *Editions Figuière.* Paris 12 fr.

Histoire, coutumes, légendes des bohémiens, mœurs bizarres où survivent d'ancestrales et étranges pratiques sont rappelées par Monsieur Rumilly qui s'étend longuement ensuite sur ce pittoresque pèlerinage racial des Saintes-Maries-de-la-Mer, et se rend compte avec beaucoup de modestie que son livre laisse inviolées quelques énigmes touchant la vie secrète des Romané.

**Varia*****

Le *Crapouillot* (février 1932) donne un inédit de Serge, un panorama critique du Salon des Indépendants, des amabilités incidentes de Max Jacob sur la paillardise obligatoire de notre profession et notre amour du.... galempour ? ?

* Le *Figaro illustré* de février est consacré à la musique : Musique mécanique et T. S. F. En couverture un jeu d'orgues vu en raccourci et d'un saisissant effet. Au sommaire un spirituel article de M. Gheusi sur les séductions (1) de la musique en série ! Sur le même sujet

(1) Je lui recommande le jugement sans indulgence de *Duhamel* dans les premières pages des Querelles de Famille (Mercure de France).

des avis divergents du directeur de l'Opéra-Comique, d'André Cœuroy, de Francis Poulenc, de Marius Milhaud ; un jugement plein de bon sens de Arthur Honegger ; une revue des Disques 1931 que je signale tout particulièrement à Regett (mon confrère de la rubrique Disques). A la chronique bibliographique une caricature de notre confrère stendhalien Martineau, et la photographie d'une dame qui joue de la scie. Dans le courant du numéro (où j'oubliais de vous signaler la collaboration de Georges Pillement) sont échelonnées les figures des grands musiciens français contemporains.

* Et j'ai gardé pour la bonne bouche : *la Table*, magazine saisonnier de la gastronomie française paraissant tous les trois mois, somptueusement présenté et illustré : En hors-texte de ce *premier* numéro, un portrait de Brillat-Savarin. Une mine de documents et renseignements touchant l'art de bien manger. Curnonsky, de Pomiane (de l'Institut Pasteur), Paul Reboux et autres illustres gourmands ont collaboré. Prosper Montagné livre quelques secrets. La parure de la table ; les vins ; des échos ; sur 150 pages (2) parées de 250 illustrations, des conseils innombrables qu'il est difficile de résumer. Chemin faisant, une définition juridique de l'œuf frais par le grave tribunal correctionnel de Brive..... la gaillarde.

14 février 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## AUTOUR DES THÉATRES

### Au Théâtre Daunou

### « Deux fois deux »

*Opérette en trois actes* de M. Raoul PRAXY, Couplets de Max EDDY. Musique de GABAROCHE.

Les opérettes sont comme les jours, elles se suivent et ne se ressemblent pas, ce qui peut paraître bizarre quand elles proviennent des mêmes auteurs. Il en est pourtant ainsi et « Deux fois Deux » est loin de valoir son aînée « Enlevez-moi », ce qui nous a un peu contristés et refroidis.

Quels sont donc ceux qui naguère ne se sont pas divertis à la Comédie Caumartin à la réjouissante odyssée de cet étudiant en sciences, niais, timoré et misogyne, mis à une cruelle épreuve par la sœur de son ami, jeune fille moderne, délurée et fantasque, qu'il arrive à épouser après avoir appris dans ses tribulations à acquérir de la confiance en lui-même et de l'énergie ? Il y avait de charmants couplets, des réparties et des à-propos truculents, une pointe de sentiment bien dosé au goût du jour (qui n'en est pas très friand), une douce et saine psychologie. Bref, « Enlevez-moi », nous permettait d'espérer mieux que ce que nous avons vu jouer l'autre soir.

Le thème de « Deux fois Deux » aurait pu, si la pièce avait été plus agrémentée et surtout mieux construite, posséder le même éclat. Hélas ! On sent d'un bout à l'autre de l'incertitude dans l'action, des longueurs inutiles, des hésitations et des invraisemblances pénibles ; parfois même on devine l'embarras des acteurs en scène qui en sont réduits souvent, faute de situations amusantes, à occuper le public avec du parler sans intérêt. Fort heureusement , nous avons encore en grande partie les mêmes acteurs qui font profiter cette pièce, dans ses moments agréables, de la sympathie que nous leur avons vouée et qu'ils méritent : Gabaroche est tellement réjouissant et bon enfant ! Eliane de Creus fine et gracieuse, nous charme toujours par son jeu intelligent et sa voix carressante ; Christiane Dor, qui n'a malheureusement pas un rôle adapté à ses possibilités, dispense de son mieux sa fantaisie et ses boutades amusantes. Deux acteurs de talents différents mais bien sympathiques ont été adjoints aux — anciens — (si j'ose dire) : Henry Jullien, que les fervents des spectacles de la Gaîté Lyrique connaissent bien, est toujours paternel et souriant ; et Madeleine Guitty, d'un réalisme parfait dans un rôle un peu encombrant de concierge malicieuse et sans gêne.

Le thème, disions-nous, pouvait être fertile en trouvailles, en situations comiques et, par voie de conséquences, assurer le succès ; le voici :

Deux jeunes amoureux dans une mansarde au 6e étage voient arriver avec terreur le terme ; lui (M. Gabaroche), compositeur, n'a pu placer la moindre production ; elle (Mlle Eliane de Creus) modiste, vient d'être renvoyée de son atelier ; la concierge (Mme Madeleine Guitty), annonce les foudres du propriétaire (M. Henry Jullien). Que faire ? une solution : le suicide ; lui, enjambe la fenêtre et disparaît. Mystère ! Le propriétaire arrive à point pour la consoler, elle, qui s'est évanouie, et l'emporte chez lui à l'étage au-dessous. D'abord paternel, il fera mieux et tentera de faire la fortune du compositeur.

La femme du propriétaire (Christiane Dor), tandis que son mari console la jeune modiste dans la chambre à côté, a recueilli par le balcon, pantelant mais souriant, le compositeur qui l'a

(2) Broché 23 × 29 : 15 fr. Administration : *La Table*, 15, avenue de l'Opéra, Paris.

échappé belle : romanesque et coquette elle veut le consoler elle aussi.

Et tandis que chacun de son côté fera monter son protégé, les pauvres amoureux deviendront riches, et les vieux amoureux : le propriétaire et sa femme, deviendront pauvres : « Deux fois Deux. »

Quelques jolis couplets de M. Gabaroche dont la musique est agile, pimpante et colorée, sauvent la pièce avec surtout le talent des acteurs, ce qui ne veut pas dire que l'excellent orchestre de M. Georges de Lausnay n'y contribue pas lui aussi, bien au contraire.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité.** (Professeur Emile SERGENT.) — Le cours de perfectionnement sur l'*Exploration radiologique de l'appareil respiratoire* commencera le lundi 11 avril à 9 h. 1/2.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE). — *Gynécologie : Cours supérieur de perfectionnement.* — M. E. DOUAY, chef des travaux gynécologiques, fera ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 7 mars au 19 mars 1932.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. FAURE.

Durée : Deux semaines, chaque jour sauf le dimanche ; le matin, de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examens de malades à l'Amphithéâtre, démonstrations cinématographiques.

Le droit à verser est de 250 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Cours complémentaire d'obstétrique.** — M. le Dr PORTES, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique le mardi 8 mars 1932, à 15 heures, au Petit amphithéâtre et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, au même amphithéâtre.

SUJET DU COURS : Syndromes hémorragiques. Dystocie. Infection puerpérale.

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. CLERC, *Semestre d'été*). — PREMIÈRE SÉRIE (mars-avril) ; M. Antonin CLERC, professeur : Maladies du cœur (*suite*). Lésions valvulaires. Lésions congénitales. Modifications des divers organes au cours de l'insuffisance cardiaque. Le cœur dans diverses maladies. — M. CHEVALLIER, agrégé : Maladies hémorrhagipares. Maladies de la nutrition.

M. CLERC, commencera ses leçons au Petit amphithéâtre le mercredi 9 mars 1932, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. CHEVALLIER, commencera ses leçons au Petit amphithéâtre le mardi 8 mars 1932, à 18 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE : Du quinze juin au premier juillet une série de leçons complémentaires sur des sujets d'actualité médicale sera faite par le professeur et les agrégés en exercice (Consulter l'affiche spéciale).

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. P. MOULONGUET, agrégé, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 19 février 1932, à 16 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

PROGRAMME : Thorax. — Glande mammaire. — Appareil génital de la femme.

— **Cours de physique médicale.** — *Conférences complémentaires.* — M. DOGNON, agrégé, a commencé ces conférences le lundi 22 février 1932, à 17 heures, à l'Amphithéâtre de physique, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

OBJET DES CONFÉRENCES : Physico-chimie biologique. — Energétique animale.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. le Professeur Charles LENORMANT a commencé son cours le mardi 16 février 1932, à 17 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

OBJET DU COURS : Pathologie chirurgicale de l'appareil locomoteur et des membres.

— **Pathologie et thérapeutiques générales.** (Professeur : M. BAUDOUIN). — M. le Professeur BAUDOUIN commencera son enseignement le mercredi 9 mars 1932, à 18 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

SUJET DU COURS : 1° Quatre leçons sur le métabolisme normal et pathologique du calcium. — 2° Exposé des résultats fournis par quelques techniques modernes, avec démonstrations pratiques faites au laboratoire (Syndromes glycémiques, pH sanguin et urinaire, réserve alcaline, métabolisme basal, chronaxie, etc). — 3° Pathologie générale du système extra-pyramidal.

— **Conférences d'histologie.** — M. VERNE, agrégé, commencera ses conférences le lundi 7 mars 1932, à 17 heures (Amphithéâtre Vulpian), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES : Histologie des organes.

— **Cours de physiologie** (Professeur : M. Léon Binet.) — M. P. Chailley-Bert, agrégé, a commencé ses conférences le vendredi 4 mars 1932, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Les fonctions de relation.

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. A. Clerc.) — M. A. Clerc, professeur, commencera son cours le mercredi 9 mars, à 18 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Maladies du cœur (*suite*). Lésions valvulaires. Lésions congénitales. Modifications des divers organes au cours de l'insuffisance cardiaque. Le cœur dans diverses maladies.

*Cours pratique complémentaire* (Pathologie du cœur, des vaisseaux et du sang). — M. A. Clerc et ses assistants feront pendant le semestre d'été à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais) un cours pratique complémentaire selon le programme ci-dessous :

Le lundi, à 10 heures : Visite des malades dans les salles. — Le mardi à 10 heures : Consultation externe. Policlinique. — Le mercredi, à 10 heures : Visite des malades dans les salles. — Le jeudi, à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures, leçon théorique par l'un des assistants. — Le vendredi, à 10 heures : Radioscopie, Electrocardiographie. — Le samedi, à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures, leçon clinique ou démonstration au laboratoire.

— **Thèses.** — Lundi 15 février. — Jury : MM. Couvelaire, Ombrédanne, Sergent, Portes. — M. Emile Sourice : De l'utilisation de la ponction lombaire chez le nouveau-né. — M. Rivé Emile : Etude des kystes du grand épiploon. — M. Rautureau Lionel : La collapsothérapie par alcoolisation du nerf phrénique, dans la tuberculose pulmonaire.

Jeudi 18 février. — Jury : MM. Binet, Maurice Villaret, Baudouin, Chailley-Bert. — M. Even Roger : Les cirrhoses pigmentaires du foie ; étude clinique et expérimentale.

Samedi 20 février. — Jury : MM. Roussy, Tanon, Oberling, Gastinel. — M. Abramovici Arthur : Traumatismes craniens et tumeurs cérébrales. — Sartmadjieff Traudophil : Contribution au traitement de l'encéphalite léthargique. Rôle de l'abcès de fixation. — London Josef : Accidents de la vaccination jennérienne chez les leucémiques et subleucémiques.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — *Epreuve écrite.* — Séance du 22 février. — 1° Zona ophtalmique ; 2° Ulcère du duodénum. Diagnostic, formes cliniques, complications, traitement.

— **Concours de radiologiste des hôpitaux.** — *Epreuve de nomination.* — Interprétation des clichés. — Séance du 17 février. — Ont obtenu : MM. Foubert, 12 ; Le Goff, 13 ; Marchand, 14 ; Busy, 14 ; Moutard, 13 ; Devois, 14 ; Ordioni, 12 ; Nadal, 14.

*Epreuve d'électrologie.* — Séance du 22 février. — Ont obtenu : MM. Nadal, 14 ; Moutard, 13 ; Busy, 14 ; Foubert, 12 ; Le Goff, 13 ; Ordioni, 12 ; Marchand, 14 ; Devois, 14.

— **Assistants des hôpitaux de Paris.** — Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés pour un an ou prorogés pour une nouvelle année dans leurs fonctions d'assistants des chefs de service de médecine ou de chirurgie dénommés ci-dessous :

Hôtel-Dieu. — *Services de médecine* : M. Bourgeois, assistant de M. Sainton ; M. Lenormand, assistant de M. Halbron ; M. Azerad, assistant de M. Baudouin ; M. Azoulay, assistant de M. Stevenin.

*Services de chirurgie* : MM. Bloch et Senèque, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. Cunéo.

Pitié. — *Services de médecine* : M. Georges, assistant de M. Laignel-Lavastine ; M. Lemaire, assistant de M. Loeper ; M. Lévy, assistant de M. Aubertin ; M. Thiébaut, assistant de M. Vincent.

*Services de chirurgie* : M. Wilmoth, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lenormant ; M. Oberlin, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Fredet ; M. Desplas, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Chevrier.

Charité. — *Services de médecine* : M. Wallich, assistant de M. Abrami ; M. de Sèze, assistant de M. Tixier ; M. Olivier, assistant de M. Fiessinger.

Saint-Antoine. — *Services de médecine* : M. Chêne, assistant de M. P. Ramond ; M. Plichet, assistant de M. Pagniez ; M. Chevalley, assistant de M. Faure-Beaulieu ; M. Maximin, assistant de M. Chabrol.

*Services de chirurgie* : M. Brocq, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lejars.

Necker. — *Services de médecine* : M. Renard, assistant de M. Brouardel ; M. Bith, assistant de M. Villaret.

*Service de chirurgie* : M. Fey, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Legueu.

Cochin. — *Services de chirurgie* : M. Leveuf, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Delbet ; M. Bayle, assistant de M. Chevassu ; M. Huet, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mathieu.

Beaujon. — *Services de médecine* : M. de Brun du Bois Noir, assistant de M. Harvier ; M. Cattan, assistant de M. Troisier ; M. Deron, assistant de M. Faroy.

*Services de chirurgie* : M. Ameline, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Basset ; M. Boppe, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Okinczyc.

Lariboisière. — *Services de médecine* : M. Nicaud, médecin des hôpitaux, assistant de M. Garnier ; M. Bascouret, assistant de M. Clerc ; M. Roberti, assistant de M. Herscher ; M. Hirschberg, assistant de M. Rivet.

Tenon. — *Services de médecine.* — M. Isch-Wall, assistant de M. Weil ; M. Blondel, assistant de M. Lian ; M. Hillemand, assistant de M. Brûlé ; M. Servel, assistant de M. Laroche ; M. Ollivier, assistant de M. May.

*Services de chirurgie* : M. de Gaudart d'Allaines, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Roux-Berger ; M. Moulonguet, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Gorrez ; M. Michon, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Grégoire.

Laennec. — *Services de médecine* : M. Guérin, assistant de M. Jousset ; M. Vialard, assistant de M. Louis Ramond ; M. Even, assistant de M. René Bénard.

*Service de chirurgie* : M. Houdard et M. Maurer, chirurgien des hôpitaux, assistants de M. Proust.

Bichat. — *Services de médecine* : M. Laporte, assistant de M. Lemierre ; M. Worms, assistant de M. Boidin ; M. Albot, assistant de M. Chiray ; M. Delafontaine,

assistant de M. Vallery-Radot ; M. Escalier, assistant de M. Flandin.

*Service de chirurgie* : M. Monod, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mocquot.

BROUSSAIS.— *Service de médecine* : M. Routier, assistant de M. Laubry.

*Service de chirurgie* : M. Welti, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mondor.

BOUCICAUT. — *Service de médecine* : M. Morlaas, assistant de M. Trémolières.

*Service de chirurgie* : M. Soupault, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Labey.

VAUGIRARD : M. Gatellier, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Duval.

AMBROISE-PARÉ. — *Service de médecine* : M. Chabanier, assistant de M. Monier-Vinard ; M. Florand, assistant de M. Huber.

BASTION 29. — *Service de médecine* : M. Ducas, assistant de M. Hutinel.

SAINT-LOUIS. — *Services de médecine* : M. Pollet, assistant de M. Duvoir ; M. Cayla, assistant de M. Babonneix.

*Services de chirurgie* : M. Pascal, assistant de M. Gouverneur ; M. Buquet, assistant de M. Martin.

ENFANTS-MALADES. — *Services de médecine* : M. Cambessédès, assistant de M. Apert ; Mlle Vogt, assistante de M. Weill-Hallé.

*Service de chirurgie* : M. Huc, assistant de M. Ombrédanne.

BRETONNEAU. — *Services de médecine* : M. Prieur, assistant de M. Guillemot ; M. Isaac-Georges, assistant de M. Grenet.

TROUSSEAU. — *Service de médecine* : M. Lièvre, assistant de M. Lesné.

*Service de chirurgie* : M. Oberthur, assistant de M. Sorrel.

HÉROLD. — *Services de médecine* : M. Lestoquoy, assistant de M. Armand-Delille ; Mlle Papaioannou, assistante de M. Milhit.

ENFANTS-ASSISTÉS.— *Service de médecine* : M. Lelong, médecin des hôpitaux, assistant de M. Lereboullet.

*Service de chirurgie* : M. Plessier, assistant de M. Veau.

BICÊTRE. — *Service de médecine* : M. Thomas, assistant de M. de Gennes.

SALPÊTRIÈRE. — *Service de médecine* : M. Mathieu, assistant de M. Ribadeau-Dumas ; M. Christophe, assistant de M. Crouzon.

*Service de chirurgie* : MM. Petit-Dutaillis et Charrier, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. Gosset.

IVRY. — *Service de médecine* : M. Oury, assistant de M. Cain.

MÉNAGES. — *Service de chirurgie* : M. Madier, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lardennois.

Ces assistants pourront être réinvestis, sur proposition du chef de service intéressé, pour des périodes successives d'une année.

Ils continueront à recevoir ou recevront une indemnité annuelle de 5.400 francs sur les crédits inscrits au sous-chapitre VIII, art. 1er du budget.

Le présent arrêté aura son effet à compter du jour de l'entrée en fonctions des intéressés.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Adrien CONSTANS, député de Montauban ; du Dr G. CHIFFRE, de Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; du Dr DE LA ROCHEFORDIÈRE, de Nantes ; du Dr Albert VIGNON, de Ville-en-Tardenois ; du Dr CAMINO, de Hendaye ; de Madame PÉAN, veuve du chirurgien de Saint-Louis ; du Dr Joseph LAFONTAINE, de Bordeaux ; du Dr CHARMEIL, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille ; du Dr Edmond LAURIAT, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de laboratoire de produits pharmaceutiques.

— **Le VIIe Congrès de stomatologie** aura lieu à Paris à la fin octobre 1932, sous la présidence du docteur Bozo.

Ce Congrès est organisé sous le patronage de la Société de stomatologie de Paris, du Syndicat général des médecins stomatologistes des hôpitaux de Paris, de l'Ecole française de stomatologie, de l'Association française des médecins stomatologistes, et de l'Association des anciens élèves de l'Ecole de stomatologie.

Il tiendra ses assises à la Faculté de médecine.

MM. CADENAT (Toulouse) et VILENSKI (Paris) sont chargés du premier rapport sur « Les ostéites non spécifiques du maxillaire supérieur ».

M. DECHAUME (Paris) rédigera le second rapport sur « Les mycoses cervico-faciales ».

M. RAISON (Paris) présentera la question mise en discussion sur « Les indications et les contre-indications des extractions à chaud ».

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire général Docteur LATTES, 54, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

La cotisation fixée à 100 francs est reçue dès à présent par le trésorier Docteur BOUTROUX, 22, rue des Sablons, Paris (XVIe). Compte de chèques postaux no 28.193, ou chèque sur Paris.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

*de santé de l'armée active peuvent être autorisés à occuper, en temps de paix, des fonctions civiles.*

2° *La réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire.*

3° *La réorganisation de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.*

Ces 3 décrets seront publiés ultérieurement.

19 FÉVRIER

**Légion d'honneur.**

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : M. le Dr Pitti-Ferrandi, inspecteur départemental d'hygiène de la Corse.

**Pharmacie.**

*Décret du 16 février 1932 modifiant le titre II du décret du 16 juillet 1919 réglementant le commerce, l'emploi et la détention des substances vénéneuses en Indochine.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

**Médecine coloniale.**

*Décret du 16 février 1932 fixant la solde de présence de l'inspecteur général de l'Hygiène et de la Santé publique en Indochine.*

Art. 1er. — La solde de présence de l'inspecteur général de l'Hygiène et de la Santé publique en Indochine est fixée aux chiffres ci-après :

| | |
|---|---|
| 1er échelon (avant (3 ans)........... | 92.000 fr. |
| 2e échelon (après 3 ans).............. | 102.000 » |
| 3e échelon (après 6 ans).............. | 115.000 » |

Toutefois, le fonctionnaire ou officier appelé à remplir cet emploi et dont la solde, dans son cadre d'origine, serait supérieure à celle fixée ci-dessus, conservera le bénéfice de cette solde.

L'inspecteur général de l'Hygiène et de la Santé publique en Indochine reçoit, en outre, un supplément colonial dont la quotité et les conditions d'attribution sont fixées par la réglementation en vigueur.

Art. 2. — Ce haut fonctionnaire est classé, pour les passages et les indemnités de route et de séjour à la 1re catégorie A.

23 FÉVRIER

**Légion d'honneur.**

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : M. le Dr Haret, chef du service d'électro-radiologie à l'hôpital Lariboisière, qui a dû subir plusieurs amputations successives pour radiodermite contractée dans son service.

**Enseignement de la médecine.**

La chaire de thérapeutique de la Faculté de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication au *Journal Officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Conditions du concours pour la direction d'un bureau d'hygiène.

14677. — M. Camille Bénassy expose à M. le ministre de la Santé publique qu'un médecin hygiéniste de valeur exceptionnelle, connu et estimé, ayant brillamment dirigé des services d'hygiène importants, municipaux et départementaux, où il a donné par ses œuvres, ses publications, ses travaux, les preuves de sa compétence technique, scientifique, de son autorité, de son esprit d'initiative et de ses connaissances administratives, a vu sa candidature au bureau d'hygiène d'Antibes (Alpes-Maritimes) successivement : rejetée le 6 juillet 1931, sous couvert de technicité, par une commission restreinte du conseil supérieur d'hygiène publique de France, dite commission spéciale, chargée d'apprécier les titres des candidats ; puis admise à l'unanimité, le 9 novembre 1931, par l'assemblée générale du conseil supérieur d'hygiène, décidant solennellement son inscription rétroactive d'office sur la liste d'aptitude à la suite de l'audition du candidat évincé, en recours contre la décision de la commission spéciale, du même conseil ; et demande : 1° où se trouve la valeur positive et en quoi consiste cette décision d'unanimité, prise solennellement par le conseil supérieur d'hygiène publique de France, survenant quatre mois après l'exclusion prononcée par la commission spéciale et deux mois et demi après la nomination effective du directeur du bureau d'hygiène d'Antibes, rendant nul l'effet du recours du candidat éliminé ; 2° en ce qui concerne le candidat qu'elle a cru devoir éliminer, comment, dans l'esprit de cette commission technique, restreinte, ont été interprétés les mots : « titres, justifications ou références, notoriété acquise dans des services ou fonctions antérieurs », mots visés par la réglementation en vigueur que cette commission a charge de respecter et contenus dans la réponse de M. le ministre de la Santé publique, en date du 1er décembre 1931, aux questions posées le 12 novembre 1931 ; ajoute : *a*) que, répondant le 1er décembre 1931 aux questions posées le 12 novembre 1931, M. le ministre de la Santé publique assure que : « son administration s'est bornée à suivre la procédure fixée par les textes et qu'elle n'a pas à juger les actes d'une commission technique qui ne sont pas de sa compétence ; qu'il y a eu stricte observation des instructions en vigueur ; qu'il n'apparaît pas que l'établissement de la liste des candidats à la direction du bureau d'hygiène d'Antibes ait donné lieu à un acte quelconque d'arbitraire ; qu'à l'avenir, on donnera aux candidats non inscrits le moyen d'exercer utilement le droit de recours qu'ils tiennent de la réglementation du 23 mars 1906, et que, conformément au vœu exprimé dans la séance du 9 novembre 1931 par le conseil supérieur d'hygiène, la liste d'aptitude aux fonctions de directeur du bureau d'hygiène ne sera, désormais, noti-

fiée au maire intéressé qu'après examen des recours éventuels par l'assemblée générale du conseil supérieur d'hygiène » ; *b*) qu'en présence des deux décisions contradictoires relatées précédemment : celle de la commission spéciale négative et celle de l'assemblée générale du conseil supérieur d'hygiène publique en France, affirmative à l'unanimité, une seule a nécessairement le caractère technique, objectif, impartial ; l'autre étant entachée d'erreur, et d'injustice ; *c*) qu'un acte formel de partialité ou d'arbitraire a donc été commis par la commission spéciale, que souligne solennellement, par son unanimité en séance plénière, la décision correctrice du conseil supérieur d'hygiène publique de France ; 3º dans ces conditions, si l'administration du ministère de la Santé publique peut se désintéresser des actes d'une commission technique, désapprouvée et corrigée par un vote d'unanimité du conseil supérieur d'hygiène, agissant l'une et l'autre au nom et sous le sceau de M. le ministre de la Santé publique ; 4º étant donné qu'un dommage moral et matériel a été causé, sciemment ou par suite d'une faute lourde et qu'il y a nécessairement des responsabilités engagées ; *a*) quelles sont ces responsabilités ; *b*) quelles sanctions M. le ministre compte prendre en suite du désaveu solennel infligé par le conseil supérieur d'hygiène au responsable de l'iniquité commise ; *c*) par quelle réparation morale et matérielle il compte corriger le dommage causé par une exclusion, prise sous couvert de technicité, mais injustifiée, d'un candidat de mérite assez exceptionnel, pour avoir fait l'unanimité dans la décision d'inscription rétroactive sur la liste d'aptitude, prise par le conseil supérieur d'hygiène siégeant en assemblée générale et que les circonstances tardives où elle s'est manifestée rendent purement platonique. (*Question du 23 décembre* 1931).

*Réponse.* — Il est confirmé qu'il n'apparaît pas que l'établissement de la liste des candidats aptes à la direction du bureau d'hygiène d'Antibes ait donné lieu à un acte d'arbitraire ou d'animosité. Cette affirmation n'est en rien contredite par le fait que le conseil supérieur d'hygiène publique de France réuni en assemblée générale s'est prononcé dans un sens différent de celui de la commission. La commission des bureaux d'hygiène juge en effet, en pleine indépendance, les titres des candidats, mais il est loisible à l'assemblée générale du conseil supérieur d'hygiène, qui dispose en cette matière d'un pouvoir entier d'appréciation, d'avoir de ces mêmes titres une opinion contraire, sans qu'on puisse incriminer, pour ce seul motif, l'avis de la commission. C'est en cela que réside précisément la raison d'être du recours ouvert aux candidats qui n'ont pas été inscrits sur la liste d'aptitude. Et de même qu'en matière de procédure judiciaire, les tribunaux d'appel peuvent légitimement avoir des litiges qui leur sont déférés une opinion autre que celle des juges de première instance, sans qu'il vienne à l'idée de l'un des plaideurs de suspecter, pour cette unique raison, l'impartialité de ceux-ci, il n'apparaît pas

davantage, qu'en l'espèce, des responsabillités aient été encourues comportant des sanctions. Au surplus, il est à retenir que, dans sa séance du 14 décembre 1931, le conseil supérieur d'hygiène a renouvelé à l'unanimité, pour l'année 1932, les pouvoirs de la commission des bureaux d'hygiène, ce qui démontre, à l'évidence, s'il en était besoin, que cette haute assemblée n'a pas retiré aux membres de la dite commission la confiance qu'elle avait placée en eux. (*J. O.*, 3 février 1932.)

## A propos du baccalauréat latin-grec

Le secrétaire général du Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés nous fait remarquer que, contrairement à l'opinion formulée dans l'article paru le 21 février 1932 sous le titre : *Le baccalauréat latin-grec est-il indispensable aux médecins*, le programme scientifique des deux branches latin-grec et latin-sciences est le même ; cette opinion, qui voudrait que les titulaires du baccalauréat latin-grec fussent dépourvus de toute culture scientifique, risque, en effet, de contribuer à entretenir une erreur qui n'est que trop répandue et dont on abuse volontiers dans la question actuelle.

C'est un point sur lequel nous sommes d'accord avec le secrétaire général du Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés et que nous nous empressons de reconnaître ici.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Le Sou médical)

*Admissions prononcées par le Conseil dans sa Réunion du 23 février 1932.*

MM. les Docteurs :

9.622 Roussel, Bray-sur-Somme (Somme), Syndicat de Péronne.
9.623 Waitz, Strasbourg (Bas-Rhin). Parrains : Drs Waitz père et Lamothe.
9.624 Loewenberg, Strasbourg (Bas-Rhin), Syndicat de Strasbourg-Ville.
9.625 Hermans, Arès (Gironde), Syndicat suburbain.
9.626 More, Quimper (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
9.627 Tellier, Cronat (Saône-et-Loire). Parrains : Drs Sazias et Martrou.
9.628 Ferrand, Courson-les-Carrières (Yonne), Association de l'Yonne.
9.629 Cantin, Peyrehorade (Landes), Syndicat des Landes.
9.630 Cambon, Saintes-Maries-de-la-Mer (B.-du-R.), Syndicat d'Arles.
9.631 Coutela, 19, rue de La Boëtie, Paris, Syndicat des oculistes.
9.632 Fromont, Ligny-le-Chatel (Yonne), Syndicat de l'Auxerrois.
9.633 Badier, Apt (Vaucluse), Syndicat d'Avignon.

Ces admissions seront définitives 15 jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation (art. 6 des Statuts).

## FAITS CLINIQUES

### Un cas surprenant de guérison très rapide d'abcès phlegmoneux par lavages sous pression d'acide carbonique

Bien que l'observation rapportée ici soit unique parce qu'elle est toute récente et imprévue, je crois faire œuvre utile en la relatant. C'est le seul moyen de susciter d'autres observations analogues, en décidant mes confrères et surtout les chirurgiens à recourir au même procédé.

Il y a une quinzaine de jours, survient chez une jeune femme de mon entourage, de santé parfaite, à la suite d'une piqûre insignifiante, un abcès du pouce, qui, négligé, prend une allure menaçante : tuméfaction du pouce avec plaques d'infiltration grisâtre dès le 4e jour, gonflement de la main droite tout entière, et traînées inquiétantes de lymphangite jusqu'au pli du coude.

Comme je n'exerce plus depuis longtemps, je décide de conduire la malade à mon ami le Dr Guébel, qui, tout en restant cantonné dans sa spécialité de stomatologiste, est bien connu de ses collègues et des familiers de la maison de santé du Sergent Hoff comme praticien complet et très habile opérateur.

Séance tenante, Guébel incise l'abcès à la face palmaire, et, profitant de son outillage ultra-moderne de spécialiste, il fait surtout le pouce et dans la plaie une pulvérisation énergique de Dakin sous pression d'acide carbonique au moyen d'un nouvel appareil dit « Atomiseur ». Pansement humide. Dès la nuit suivante, plus de douleurs lancinantes, le processus inquiétant de généralisation est arrêté, et au bout de 24 heures exactement, à ma grande stupéfaction, lorsque Guébel enlève le pansement humide, il n'y a plus de trace de phlegmon, le pouce a presque retrouvé son volume et son aspect normaux, avec, simplement, la très petite incision de bistouri de la veille. Guébel fait une deuxième pulvérisation et le lendemain la guérison était complète, avec un banal pansement sec de protection.

Il faut ajouter qu'à aucun moment la malade n'a interrompu son travail.

J'avoue n'avoir jamais vu de guérison aussi rapide et un pareil retour à l'intégrité par aucun autre des traitements classiques d'abcès et de phlegmons, soit dans ma clientèle d'une trentaine d'années, soit dans ma maison de chirurgie de Paris pendant 15 ans.

C'est pourquoi, je crois devoir sortir aujourd'hui de ma retraite pour publier ce cas insolite, en souhaitant aux confrères qui voudront essayer l'atomiseur d'obtenir des résultats aussi satisfaitants.

Dr A. Billon.

# CORRESPONDANCE

## Fiscalité

### 548. — Imposition à deux cédules différentes

Est-il exact que je puisse, dans ma déclaration de revenus :

1° Compter dans la rubrique traitement salaire : 12.000 fr. que je reçois, à raison de 1.000 fr. par mois, d'une Compagnie privée dans laquelle j'assure une partie du service médical ;

2° A la rubrique des professions non commerciales 67.000 fr. de bénéfice net imposable.

3° ou faut-il, comme je le faisais jusqu'alors, totalisée 79.000 fr. à cette dernière rubrique ?

Dr N.

**Réponse**

Le traitement versé par la Compagnie doit figurer aux salaires et vos honoraires aux professions non commerciales, mais vous devez être imposé pour le tout suivant les règles qui régissent les salaires (Loi du 15 octobre 1926 art. 66 arrêt du 4 avril 1930).

S'il en est autrement, veuillez nous en informer.

A. MARTINOT,
Conseil Fiscal

### 769. — Questions fiscales diverses concernant les impôts sur les revenus

1° J'ai touché 1.200 fr. pour une période de 15 jours d'instruction militaire et 500 fr. de traitement de la Légion d'honneur, je crois comprendre d'un article du *Concours* que :

Ces 1.700 fr. peuvent être portés dans le paragraphe traitements et salaires et seront négligeables parce qu'inférieurs aux abattements de cette cédule, est-ce bien exact ?

2° Est-ce que le fait d'avoir cessé l'exercice de la médecine chez moi pendant 15 jours peut faire porter une somme dans le paragraphe « perte par déficit d'exploitation » (je n'ai pas de remplaçant).

3° Je suppose que mes dépenses de logement et de nourriture pendant ces 15 jours ne sont pas des dépenses professionnelles, car il me semble que lorsque je suis en période d'instruction j'accomplis une profession de militaire et non de médecin. Est-ce que je me trompe ? Du reste puisque le traitement touché doit être probablement porté dans le paragraphe traitements, il me semble qu'il serait impossible de faire figurer les dépenses occasionnées dans les dépenses professionnelles.

4° Pendant combien d'années doit-on conserver : 1° les reçus de dépenses et les livres professionnels pour le fisc ?

2° Les reçus non professionnels, j'en ai en effet une armoire pleine et je voudrais bien ne conserver que ce qui est nécessaire.

Dr C.

**Réponse**

Les 1.700 francs sont des salaires qui, d'après nous, la loi est formelle, doivent faire imposer toutes vos recettes professionnelles comme salaires, les abattements s'opérant sur la somme totale.

La cessation momentanée de la profession est un manque à gagner, mais ne constitue pas un déficit déductible puisque les dépenses professionnelles sont comptées même pendant ce temps s'il s'en produit, telles que le loyer.

Le logement personnel et la nourriture ne sont jamais des dépenses professionnelles. Mais vous pouvez déduire des salaires, les dépenses supplémentaires occasionnées par la période d'instruction.

Le fisc a 5 ans, non compris l'année de l'imposition, pour demander des justifications.

A. M.

### 1048. — Déclaration de salaire d'une assistante. Frais professionnels

J'occupe chaque jour pendant le temps de mon cabinet, comme assistante pour les pansements et s'occuper de ma salle de pansements, répondre aux clients, etc ... une dame ayant suivi des cours d'infirmière, que je rétribue mensuellement pour son aide.

Dois-je faire une déclaration au fisc indiquant que je l'emploie, alors que je ne fais pas de déclaration pour mes domestiques ou femmes de ménages ? Son mari doit-il faire la déclaration de ce qu'elle touche séparément ou l'ajouter à la déclaration qu'il fait personnellement sur ses salaires et bénéfices ?

Sans faire de déclaration au fisc ai-je le droit de marquer les sommes à elle versées au titre des dépenses professionnelles comme salaires à infirmière, comme j'y ai déjà versé jusqu'à ce jour les petites sommes versées à ma secrétaire pour faire chez elle à temps perdu des notes d'honoraires ou faire des copies ?

Dr B.

**Réponse**

Si votre assistante ne touche pas plus de dix mille francs par an, vous n'avez pas à la déclarer et son mari doit se borner à comprendre son salaire dans son revenu global.

Les sommes payées à l'assistante et à la secrétaire doivent être portées aux frais professionnels.

A. M.

### 936. — Impôt sur deux voitures ne circulant pas simultanément

Je possède deux automobiles, une B12 Citroën, et une C4 Citroën, toutes deux de 9 chevaux. La première assure le service médical de façon presque cons-

tante. La 2e sert de voiture de secours et aussi de temps en temps pour sorties familiales.

Dois-je acquitter auprès des Contributions indirectes l'impôt pour les deux voitures ?

Jusqu'à ce jour je payais pour la B 12 et je demandais un laissez passer quand je mettais en service la C4. Ces laissez-passer étaient limités à trois par trimestre et seulement pour cause de réparation de la voiture habituelle.

Mais hier le receveur a mis fin à cette situation et m'a menacé d'une contravention, si je n'acquittais immédiatement l'impôt entier pour chaque voiture. Je me suis exécuté.

Je viens donc vous demander : 1° Si je dois payer pour les deux voitures, ou pour la plus forte en chevaux.

2° Dans quelles conditions je puis me servir de ma deuxième voiture et si je dois à chaque demande de laissez-passer apporter la preuve de l'indisponibilité de la 1re voiture.

Dr B.

**Réponse**

Si vous ne voulez pas payer pour les deux voitures, il faudrait prouver que la deuxième ne sert que lorsque la première est immobilisée par une réparation.

A. M.

---

**992. — Amortissement du prix d'achat des automobiles**

Je suis installé depuis octobre 1929. J'ai acheté d'abord une 5 HP Peugeot au prix de 20.000 fr.

En 1930, j'ai échangé ma cinq chevaux contre une 201 Peugeot 6 HP en y ajoutant 10.000 fr.

et dans la déclaration de mes dépenses professionnelles pour 1930, j'ai compté $\frac{20.000 + 10.000}{5} =$ 6.000 fr. pour amortissement de ma voiture en 5 ans.

Or, en décembre 1931, j'ai échangé ma 201 Peugeot contre une Citroën C4 IX en y ajoutant 13.400 fr. accessoires compris.

Que dois-je compter comme amortissement pour l'année 1931 ?

D'autre part y a-t-il un chiffre limite pour l'amortissement des voitures en plusieurs années ? En achetant par exemple une voiture de 45.000 fr. a-t-on le droit de compter 9.000 fr. d'amortissement par an pour 5 années ?

Dr M.

**Réponse**

Le Conseil d'Etat ordonne d'amortir immédiatement chaque année les sommes dépensées pour les autos. Ne l'ayant pas fait, vous devriez vous entendre avec votre contrôleur pour régulariser votre situation.

En réalité, il vous reste à amortir 24.000 fr.

pour 1930 et 13.000 fr. pour 1931, soit en tout 37.000 fr. Si vous ne vous entendez pas, il faudrait nous prévenir.

A. M

**989. — Déclaration des soldes militaires**

Je vous prie de bien vouloir me faire savoir si je dois déclarer au contrôleur mes soldes d'adjudant et de sous-lieutenant alors que je faisais mon année légale de service militaire.

Dr D.

**Réponse**

Les soldes dont vous parlez doivent figurer sur votre déclaration aux salaires pour leur montant net, c'est-à-dire après déduction des frais afférents aux emplois militaires.

A. M.

## Baux et Locations

**955. — Droits du propriétaire dans une localité où les lois sur les prorogations ne sont pas applicables**

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner les renseignements suivants, en répondant à chacune des questions successivement.

J'occupe depuis près de vingt ans une maison avec jardin potager dans une commune de 800 hapitants environ, où la loi de juin 1929 n'est pas applicable.

J'ai subi depuis la guerre toutes les augmentations autorisées par les lois successives.

Ma location est verbale, de novembre à novembre, payable par semestre échu.

L'année 1931-1932 étant commencée, mon propriétaire, sans me donner congé, vend sa maison.

Mon nouveau propriétaire me donne congé par huissier, avant fin janvier, pour le 1er mai. J'ai fait spécifier, en réponse, dans le congé que, je ne l'acceptais que pour la fin de l'année en cours.

1° Mon propriétaire a-t-il le droit de me donner congé pour le milieu de l'année, dans le cours d'une année commencée ?

2° Il parle aussi du droit d'augmenter le prix du loyer dès le mois de mai.

La convention verbale de location à l'année, appliquée 19 ans, pour un prix déterminé est donc à sa merci ?

3° Il parle aussi de commencer dès mai, sans doute dans le cas où j'occuperais encore le logement, des travaux de changements destinés à améliorer le logement qu'il se propose d'occuper lui-même après mon départ.

Quels sont ses droits, pendant mon occupation ?

Dr X.

**Réponse**

Dès lors que la législation spéciale des loyers relevant des lois des 1er avril 1926 et 29 juin 1929

n'est pas applicable dans votre commune, c'est le droit commun qui régit seul vos rapports avec votre propriétaire. Il en résulte que le congé pour être valable, doit vous être donné dans les délais fixés soit expressément par le contrat de location, soit, à défaut de stipulation précise à ce sujet, par les usages locaux.

Puisque le loyer est payable en deux termes, en mai et en novembre, il nous semble, sous réserve d'usages que nous ne connaissons pas, que le congé qui vous a été donné pour le 1er mai aurait dû, pour être valable, vous être signifié avant le 1er novembre. Mais un huissier ou un notaire de la localité pourra vous renseigner sur ce point plus utilement que nous.

Lorsque le congé aura pris effet, soit le 1er mai prochain, soit le 1er novembre, votre propriétaire pourra, à son choix, soit poursuivre votre expulsion, soit vous imposer un nouveau contrat de location au prix qu'il lui plaira de fixer, sans que vous puissiez lui opposer aucune taxation.

Enfin, tant que vous continuerez à occuper les locaux et à moins que le contrat de location ne contienne une clause précise lui donnant ce droit, il sera impossible au propriétaire d'effectuer des travaux de transformation dans les locaux, car l'art. 1724 du Code Civil ne prévoit pour le preneur l'obligation à souffrir des travaux que lorsqu'il s'agit de réparations urgentes ne pouvant être différées jusqu'à la fin de la location.

## Assurances

### Assurances individuelles. Lésions traumatiques

J'ai donné mes soins à une coquetière qui, en glissant sur le verglas se donne, en voulant se rattraper, une rupture musculaire au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. La Compagnie qui l'assure en «individuelle » ne veut pas payer en s'abritant derrière un article de la police ainsi rédigé : «la garantie de la Compagnie ne couvre pas ... les lésions d'origine traumatique ou non ... »

Je vous serais obligé de m'éclairer à ce sujet.

Dr H.

**Réponse**

En lisant la police, nous devons avant tout constater qu'une clause des conditions particulières mentionne « les termes de lésions traumatiques ou non sont supprimés et remplacés par affection d'origine traumatique ou non, ce par dérogation aux conditions générales de la police». Quelle est la portée de cette clause ?

La Compagnie, au cours de l'enquête que nous avons faite à son siège déclare : nous excluons de la garantie de nos contrats les tours de reins, lumbagos, hernies, car — c'est toujours la Cie qui parle — on ne peut pas dire qu'il y a accident. Pour une hernie par exemple la discrimination entre hernie de force et hernie de faiblesse est

spécieuse et « ne repose pas sur des réalités ». La hernie est toujours congénitale, c'est une faiblesse de la paroi. Il n'y a donc pas accident au sens de notre police qui, comme tous les contrats de ce type, exige que l'accident soit violent, subit, et indépendant de la volonté de l'assuré.

Par lésion, ou plutôt par affection nous englobons tous les cas de ce type. D'ailleurs, ajouta le chef de service, nos polices qui ont été refaites contiennent maintenant cette liste des exclusions.

Telle est la thèse soutenue par l'assureur. Il est regrettable pour ce dernier que la police d'assurance délivrée à la coquetière assurée n'ait point mentionnée la liste des exclusions car le terme « d'affections d'origine traumatique ou non » manque de précision absolue et il est difficile de définir juridiquement ce que l'assureur comprend par ce terme. Si nous prenons le dictionnaire de Littré nous voyons que la lésion est l'altération dont l'organisation animale est passible. Bescherelle complète en donnant en exemple les blessures, fractures, luxations. Par affection ce même auteur entend les sensations diverses que peut éprouver le corps ou l'âme, ou encore les maladies.

Or, une clause de la police exclut les conséquences des maladies. Les deux articles feraient-ils double emploi ?

Que les conséquences des maladies soient exclues, c'est la règle générale d'une police individuelle qui par nature ne couvre que les accidents, mais là où la clause devient choquante et inacceptable c'est lorsqu'elle précise « affections d'origine traumatique ou non ».

Devra-t-on considérer comme maladie et par là l'exclure du contrat, une septicémie consécutive à une blessure sanglante ? Est-ce que de l'ostéite survenant après une fracture sera une affection ?

D'autre part, si la Compagnie estime qu'une déchirure musculaire est une affection d'origine traumatique, ne soutiendra-t-elle pas la même thèse si demain l'assurée vient à lui déclarer la foulure d'un pied ?

Signalons sur la question un jugement du tribunal civil du Mans du 19 janvier 1929 précisant que par la clause excluant les suites de simples efforts, la Cie ne couvre pas la rupture d'artérioles pulmonaires consécutive à un effort violent et prolongé fait par l'assuré en faisant tourner la manivelle de mise en marche d'une automobile. Un arrêt d'Angers du 4 février 1924 précise que la garantie d'une police individuelle ne peut-être étendue aux maladies organiques consécutives à un accident. Enfin la même cour par un arrêt du 13 mai 1929 refuse le bénéfice du contrat aux suites de simples efforts.

On voit par ces textes que pour que l'exclusion joue, il faut : ou qu'il y ait maladie orga-

nique, ou exclusion dans le contrat même des suites de simples efforts.

Si cette source de non garantie existait dans le contrat qui nous est soumis, il faudrait encore déterminer si la glissade sur le verglas faite par l'assurée est un simple effort ; nous ne le pensons pas. En effet l'effort n'a pas une source extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré ainsi que les polices d'assurances individuelles l'exigent. Dans l'effort entre généralement un élément intentionnel et la plupart du temps la victime se rend compte elle-même qu'elle fait un acte au-dessus de ses forces.

Le déchirement de muscles n'est pas d'autre part une maladie organique. Il appartiendrait à la Compagnie de prouver que son assurée présentait un relachement congénital des tissus.

Pour tous ces motifs nous estimons que le contrat qui nous a été soumis devrait recevoir son application, et qu'un tribunal ne pourra que consacrer cette thèse.

La difficulté qui s'est élevée doit attirer l'attention des praticiens sur la rédaction des clauses de leurs contrats ; le «Sou Médical » est à leur disposition pour le faire.

P. R. BAGLIN.
Conseil technique d'assurance.
Docteur en droit,

## Questions médico-militaires

### 6377. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

Etant encore étudiant, j'ai passé l'examen médical avec la classe de 1928 (classe de mobilisation 1916, étant donné que je suis naturalisé français et né en 1896).

J'ai été affecté à la n^e section d'infirmiers militaires.

Actuellement docteur en médecine installé à V., j'ai fait demander par la gendarmerie le changement de mon domicile et dépends actuellement de M.

Que dois-je faire comme démarches et auprès de qui, pour qu'il me soit permis de subir l'examen réglementaire afin d'obtenir le grade de médecin sous-lieutenant ? D[r] T.

**Réponse**

Vous devrez mentionner votre nouvelle situation de docteur en médecine à votre Directeur régional du Service de santé (Région de Paris, Hôtel des Invalides), en lui faisant connaître votre désir d'être promu dans les réserves au grade de médecin sous-lieutenant.

Celui-ci vous indiquera ensuite le moment et l'endroit où vous devrez suivre des cours spéciaux afin d'être reçu au préalable à l'examen de médecin auxiliaire. Cette formalité accomplie, il vous indiquera les pièces nécessaires à la constitution de votre dossier de proposition pour le grade d'officier de réserve.

Cinquante-quatrième année — N° 11 — 13 Mars 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### I

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

### II

### Changements d'adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

No 89. — On dem. doct., 30 à 35 ans, célib., pour, aider confr. dans station thermale. 1re année, 30.000 fr. 2e 40.000, 3e 50.000. Belle situat. d'avenir.

No 90. — Méd. franc., 24 ans pratique, cherche emploi fixe le matin. Paris, rive gauche de préférence.

No 91. — Côte d'Azur. Client. de tte l'année, prod. intéress. à céd. avec tr. bel appart. 12 p.-grd. conf. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 92. — 2 heures, Paris chef-lieu cant. (chasse, pêche), bon. client. rur. avec belle maison. Prix 45.000 fr. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 93. — Import. Midi. client camp. ds région riche, indem. 60.000 fr. 1/2 comptant. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 94. — Veuve médec. prendr. à la campagne enf. 5 à 12 ans. Air salubre. Prix modéré.

## Renseignements

*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer. deux médecins. Prospectus sur demande.

Remplacez les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes, chez les **dyspeptiques**, par quelques TABLETTES DE MANGAINE, et, en quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvese** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

**Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.**
**Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)**
*Ne pas confondre* **Silicyl,** gouttes, comprim., ampoules 5cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

**CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

## DERNIÈRES NOUVELLES

— Nous apprenons que le Dr R.-H. HAZEMAN vient d'être nommé, au concours, médecin de dispensaire d'hygiène sociale. Nos sincères compliments.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. KNUD FABER, de Copenhague, et MINOVICI, de Bucarest, sont élus correspondants étrangers dans la première division.

— **Le Gala de la médecine.** — Le Gala de la médecine parisienne, qui aura lieu le 15 mars au *Lido* des Champs-Elysées, au profit de la Caisse de secours de l'Association corporative des étudiants en médecine, promet d'être particulièrement brillant.

Outre le dîner dansant avec deux orchestres et intermèdes attractions, le Gala comportera un défilé de mannequins : « Les élégances de la maladie » et un sketch médical inédit « Radio-Consultation » interprété par Jean Marsac et Colette Andris.

Le Gala est déjà assuré du gracieux concours d'artistes tels que Maud Loty, Alanova, Georgia Graves, Emmy Magliani et Terence Kennedy, Tony Gregory, le chef indien Os-Ko-Mon, Margaret Severn, Clothilde Vail, Victor Prahl, etc.

Rappelons que le prix de la carte est de 150 francs (dîner, taxes et service compris). Pour la bonne organisation, on est prié de retenir les places sans délai, 8 *bis*, rue de l'Arrivée (XVe), Littré 72-02.

— **Ligue française contre le rhumatisme** (51, rue Bonaparte, Paris). — *Assemblée générale et réunion scientifique de printemps*, le lundi 14 mars 1932. — 10 heures : hôpital Necker (Consultation du docteur Hagueneau). Séance de présentation de malades : MM. HAGUENEAU et GALLY : La radiothérapie des affections rhumatismales. — 15 heures : Assemblée générale de la Ligue, sous la présidence du Professeur F. BEZANÇON, à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris. — 17 heures : Séance scientifique. Il ne sera accepté de communications que sur le sujet mis à l'ordre du jour au prochain Congrès de la Ligue internationale contre le rhumatisme : 1° Sujet clinique : *a*) Les symptômes initiaux des rhumatismes chroniques ; *b*) rhumatisme et tuberculose ; 2° Sujet médico-social : Rhumatisme et profession.

Un dîner amical réunira les membres de la Ligue, le même soir, à 20 heures au Restaurant Calvet, 165, boulevard Saint-Germain, à Paris ; prix : 35 francs.

Prière d'adresser son adhésion au Docteur Justin Besançon, 2, rue Guynemer, Paris.

— **Conférences.** — Au cours d'un récent voyage à titre purement privé, le Docteur A. MOUGEOT (de Royat), sur l'invitation de ses amis portugais, vient de donner deux conférences à Lisbonne, fort goûtées.

La première à la Faculté de médecine, où, traitant de « L'ASTHÉNIE CARDIAQUE ESSENTIELLE », il a envisagé tous les cas de débilité cardiaque, et parlant du traitement il a insisté sur l'alimentation riche en sucre plutôt que sur l'action de la digitale qui diminue la réserve en glycogène du cœur, mettant ainsi en lumière ses récents travaux avec M. Loeper.

La deuxième à l'institut d'hydrologie, où il a traité «L'ACTION DÉSENSIBILISANTE DES EAUX MINÉRALES». Rappelant tous les travaux de Billard, Dodel, il a développé la notion de phylaxie par les eaux minérales vis-à-vis des neurotoxines, à la suite de ses travaux avec M. Loeper et V. Aubertot. Puis, il a exposé l'action zymosthénique des eaux minérales. Il a conclu en montrant que l'hydrologie était sortie de l'empirisme grâce à Billard, et il a engagé les chercheurs à sacrifier une partie de leur temps à s'orienter dans cette voie.

— **Œuvre Grancher** (Préservation de l'enfance contre la tuberculose. Reconnue d'utilité publique. Siège social : 4, rue de Lille, Paris, tél. Littré 52-15.) — La 29e Assemblée générale annuelle de l'Œuvre de Préservation de l'enfance contre la tuberculose a eu lieu à l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot (15e) à Paris, le 12 mars 1932, sous la présidence de M. le Dr ROUX.

Le rapport sur le fonctionnement de l'Œuvre a été présenté par M. le Docteur P. Armand-Delille, secrétaire général.

— **Prix pour la jeune Umfia.** — *Prix de* 500 *francs*, réservé aux internes de 1re, 2e et 3e an-

nées des hôpitaux de Paris. Sujet : Le pour et le contre de l'anesthésie rachidienne.

*Prix de* 300 *francs*, réservé à tous les étudiants en médecine de France. Sujet : Idées actuelles sur la tension artérielle.

— **Hôpitaux de Carcassonne.** — M. le Dr Azalbert est nommé, après concours, médecin-adjoint des hôpitaux de Carcassonne.

— **Examen de médecin sanitaire maritime.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille le 18 mars 1932.

S'inscrire auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

— **Æsculape.** Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine.

*Sommaire* du nº 2. — Le masque mortuaire de Laurent le Magnifique (1 ill.) — Société internationale d'histoire de la médecine. Son banquet annuel à Paris. Son prochain Congrès à Bucarest (2 ill.). — Avec le V. E. M. Cévennes-Pyrénées. De Montpellier à Lamalou, par le Dr Benjamin Bord. — De Lamalou à Lourdes, par Mme Wybauw (20 ill.). — Une image du Phtirius Pubis dans la démonologie japonaise (1 ill.) — Supplément (17 ill.). Prix : 5 francs.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

24 FÉVRIER

**Conseiller sanitaire technique.**

M. le Dr Bordas, professeur suppléant au Collège de France, a été désigné, pour l'année 1932, comme conseiller sanitaire technique non rétribué.

25 FÉVRIER

**Médaille d'honneur des épidémies.**

La médaille d'honneur en or a été décernée à M. le Dr Delmas, de Cherbourg, qui a contracté dans son service une infection grave ayant entraîné amputation et mis ses jours en danger.

26 FÉVRIER

**Enseignement de la médecine.**

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des cahiers d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Dijon s'ouvrira, le mercredi 12 octobre 1932, devant la Faculté de Lyon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

27 FÉVRIER

## Assurances sociales.

*Circulaire du* 16 *février* 1932, *sur l'organisation des soins à donner aux aliénés bénéficiaires des assurances sociales.*

*Le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale à MM. les préfets* (service des assurances sociales).

Paris, le 16 février 1932.

L'application des assurances sociales aux aliénés a donné lieu, tant de la part des caisses primaires que des services départementaux, à des incertitudes que la présente circulaire a pour objet de dissiper.

I. — La question a pu se poser de savoir si les assurés aliénés devaient bénéficier des prestations de la loi au même titre que les autres malades.

La réponse affirmative ne fait pas de doute, et il convient de faire application aux assurés sociaux aliénés de toutes les dispositions concernant l'assurance-maladie. Le traitement de l'aliénation mentale comportant normalement l'hospitalisation, les caisses doivent passer des conventions avec les établissements qualifiés.

Ces conventions, sous les réserves indiquées ci-après, doivent s'inspirer de la convention-type entre les caisses et les hôpitaux publics.

II. *Frais d'hospitalisation.* — En conformité des dispositions de l'article 6, paragraphe 2, de la loi sur les assurances sociales, les frais à supporter par les caisses pour l'hospitalisation des assurés dans les asiles d'aliénés ne doivent pas dépasser ceux qui sont pratiqués à l'égard des aliénés admis au tarif le plus bas des malades payants, tarif qui ne se confond pas nécessairement avec celui de l'assistance. Ce tarif constitue d'ailleurs un maximum, et, lorsqu'il est supérieur au tarif de responsabilité fixé pour l'hospitalisation et approuvé par le ministre du Travail conformément au décret du 25 juillet 1930, il est parfaitement admissible que les caisses limitent leur responsabilité d'après ce dernier tarif.

Mais dans le choix des asiles avec lesquels elles traitent, et partant dans la détermination de leur tarif de responsabilité, les caisses ne doivent pas tenir compte uniquement de considérations financières ; car si les prix de journée varient d'un asile à l'autre, il en va de même des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement. Les caisses doivent donc avoir le souci de faire bénéficier les assurés d'un traitement aussi satisfaisant que possible. Elles doivent en particulier tenir compte de deux ordres de considérations :

1° Il est essentiel que les services dans lesquels sont traités les assurés sociaux présentent toutes les garanties techniques susceptibles de permettre des soins convenables et un traitement approprié à leur état : pour parvenir à ce résultat, les caisses ne doivent pas hésiter à s'adresser à des établissements dont les prix de journée seraient plus élevés que d'au-

tres, et à augmenter, le cas échéant, leur tarif de responsabilité, dans la limite du tarif limitatif des droits à la réassurance prévu pour les frais d'hospitalisation;

2° Les assurés doivent de préférence être soignés dans des établissements proches du lieu de leur résidence, afin de permettre à leur famille de s'intéresser plus facilement à leur sort : il y a là en effet un élément moral qui joue un rôle important dans le traitement de l'aliénation mentale.

Enfin, dans le même ordre d'idées, il est souhaitable que les caisses, en présence d'assurés aliénés, interviennent auprès des familles, sur le vu du certificat du médecin traitant, dès les premiers symptômes de la maladie, en vue d'obtenir le placement volontaire des malades dans les asiles. L'aliénation mentale, prise dès ses débuts, et sans le retard de la procédure du placement d'office, est, en effet, plus facilement et plus rapidement guérissable que si elle est soignée plus tard. Les caisses y trouveront donc leur compte en même temps que les assurés.

Telles sont les considérations qui doivent présider à l'établissement des conventions entre les caisses et les établissements d'aliénés en ce qui concerne le choix des établissements et le traitement des assurés.

III. *Honoraires médicaux.* — Ces conventions doivent comporter des modalités particulières en ce qui concerne les honoraires médicaux. Si, en effet, l'article 6, paragraphe 2, de la loi prévoit que les caisses supportent à l'égard des malades hospitalisés, indépendamment des prix de journée, des honoraires médicaux, les médecins des asiles publics, étant des fonctionnaires, ne peuvent recevoir des honoraires en sus de leur traitement, ainsi d'ailleurs qu'ils l'ont eux-mêmes spontanément reconnu. Les caisses, en ce qui concerne les assurés traités dans ces asiles, ne sont donc légalement tenues qu'au payement du prix de journée, dont une fraction est destinée à couvrir le montant du traitement du médecin.

Il en résultera pour les caisses une économie, d'autant plus appréciable que les prix de journée des asiles sont, en général, sensiblement inférieurs à ceux des hôpitaux. Cette économie sera due le plus souvent aux conditions moins favorables dans lesquelles sont traités les aliénés ; or, l'on ne saurait trop insister sur l'intérêt qu'ont et que doivent prendre les caisses à ce que leurs assurés soient soignés dans les meilleures conditions possibles. Si les caisses ne sont pas tenues de payer des honoraires médicaux pour les aliénés, elles peuvent verser, et il est désirable qu'elles versent, dans la mesure de leurs possibilités financières des sommes n'excédant pas les chiffres prévus au titre des honoraires médicaux à l'hôpital par le tarif limitatif des droits à la réassurance, toutes les fois que ce versement peut être assimilé au payement d'honoraires, par exemple lorsqu'il est destiné à la rétribution d'un ou de plusieurs médecins supplémentaires. Cette manière de faire implique une entente entre les caisses et le département sur les bases de leur collaboration, collaboration qui doit normalement comporter un droit de regard des caisses sur

l'emploi de leurs versements, par exemple par l'introduction d'un de leurs représentants dans la commission de surveillance de l'asile.

Vous voudrez bien porter ces instructions à la connaissance des caisses primaires d'assurances sociales de votre département en attirant leur attention sur l'intérêt que présente l'organisation, dans les conditions les plus favorables, des soins donnés aux assurés aliénés.

Adolphe LANDRY.

**Assistance publique.**

*Décret du 20 février 1932 relatif à la médaille d'honneur de l'Assistance publique.*

Les dispositions du décret du 31 décembre 1903, modifié par le décret du 11 novembre 1927, sont remplacées par les dispositions ci-après :

Art. 1er. — Les personnes qui se sont particulièrement distinguées par leurs services et leur dévouement à la cause de l'assistance publique peuvent recevoir un diplôme et une médaille d'honneur.

Art. 2. — Le diplôme et la médaille sont décernés par arrêté du ministre de la Santé publique, sur la proposition du directeur de l'hygiène et de l'assistance.

En cas d'indignité dûment constatée, la médaille peut être retirée dans la forme où elle a été accordée.

Art. 3. — La médaille est en bronze, en argent ou en or, d'un module de 27 millimètres. Elle porte :

A l'avers, une femme symbolisant l'assistance, tenant sous les plis de son manteau, à sa droite, un vieillard infirme, à sa gauche, une mère portant son enfant.

Au revers, un cartouche sur lequel peuvent être gravés les nom et prénoms du titulaire, ainsi que le millésime de l'année d'attribution placé au-dessous des mentions « Ministère de la Santé publique » et « Assistance », avec de chaque côté une branche de laurier.

La médaille de bronze est suspendue par une bélière à un ruban portant dans le sens longitudinal trois bandes blanches et quatre bandes jaunes interposées.

La médaille d'argent est suspendue au même ruban blanc et jaune, portant en bordure un liseré rouge.

La médaille d'or est suspendue au même ruban que la médaille d'argent, agrémenté d'une rosette.

**Hygiène publique.**

*Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.*

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Abbeville.

Le traitement de début est fixé à 23.000 fr. A ce chiffre peuvent s'ajouter : 1° différentes indemnités allouées pour le dispensaire antivénérien et la vaccination antivariolique ; 2° un traitement approximatif de 7.000 fr. alloué par le dispensaire d'hygiène sociale.

Le directeur du bureau d'hygiène est logé gratuitement.

Ses attributions sont déterminées par arrêté municipal ; elles comprennent notamment l'inspection médicale des écoles.

Les candidats doivent être âgés de moins de cinquante-cinq ans.

Ils ont un délai de vingt jours, à compter, de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

28 FÉVRIER

**Service de Santé de la marine militaire.**

*Avis de concours pour l'emploi de prosecteur à l'école annexe de médecine navale de Brest.*

Un concours pour l'emploi de prosecteur à l'école annexe de médecine navale de Brest aura lieu dans ce port le mardi 4 octobre 1932.

Ce concours aura lieu dans les conditions fixées par les décrets et arrêtés des 20 et 22 décembre 1930, réglementant l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

Les médecins de 1re classe qui réuniront, au 1er octobre 1932, au moins six mois d'embarquement effectif dans ce grade, pourront être admis à concourir pour ledit emploi.

1er MARS

**Lutte antivénérienne.**

*Décret du* 19 *janvier* 1932 *relatif à la Commission de préservation des maladies vénériennes.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

---

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Règlement des honoraires et frais de déplacement des médecins phtisiologues assermentés.**

14832. — M. Jean Montigny demande à M. le ministre des Finances quelles mesures il se propose de prendre afin que soient réglés les honoraires et frais de déplacement des médecins phtisiologues assermentés, chargés de pratiquer les examens généraux et d'établir les certificats des candidats aux congés de longue durée pour tuberculose et à une fonction administrative de l'Etat ; ajoute qu'en application de l'article 51 de la loi de finances du 30 mars 1929

et du décret du 10 décembre 1929, les conditions de rémunération de ces médecins ont été fixées par la circulaire du 28 juillet 1931, et que ces praticiens n'ont pu obtenir encore le règlement des honoraires qui leur sont dus par le Trésor depuis plus de deux ans. (*Question du* 14 *janvier* 1932.)

*Réponse.* — Toutes dispositions ont été prises pour que les honoraires et frais de déplacement susvisés soient ordonnancés et payés aussitôt que les mémoires produits en vue de la liquidation de la dépense auront été correctement établis et la liquidation elle-même régulièrement effectuée.

(*J. O.*, 10 février 1932.)

**Durée des prestations de l'assurance-maladie.**

14863. — M. Ducos demande à M. le ministre du Travail : 1° si, en application de la circulaire du 17 avril 1931, la durée limite des prestations fixée à six mois s'applique à l'assuré, à son conjoint et aux enfants de moins de seize ans, même si l'assuré a continué à cotiser et s'il n'a pas interrompu son travail ; à quel moment l'assuré et les siens recouvrent le droit aux prestations ; 2° étant donné que deux conjoints sont assurés, que l'un d'eux est malade et que sa maladie se prolonge au delà de six mois, *a*) si ce conjoint ne pourra se prévaloir de sa qualité de conjoint d'assuré pour recevoir des indemnités durant une nouvelle période de six mois ; *b*) si les enfants ne seront pas couverts par le conjoint bien portant ; 3° lorsque deux conjoints sont assurés, qu'un enfant est malade pendant six mois et couvert par l'un des conjoints, si cet enfant ne peut prétendre à la couverture du risque durant six mois encore, au titre de l'autre conjoint. (*Question du* 14 *janvier* 1932).

*Réponse.* — 1° Le conjoint et les enfants, âgés de moins de seize ans, ne peuvent comme l'assuré lui-même, bénéficier des prestations-maladie que pendant une période maximum de six mois et cela même si l'assuré continue à cotiser et n'a pas interrompu son travail, ils ne peuvent bénéficier à nouveau de l'assurance que s'ils sont atteints d'une maladie nouvelle ou si, après avoir été considérés comme guéris, ils font une rechute plus de deux mois après leur guérison apparente ; 2° *a*) réponse négative ; *b*) lorsque le père ne remplit pas les conditions légales de versement, les enfants peuvent, si la mère est assurée sociale et a effectué le minimum de versements légaux, bénéficier des prestations en nature. Mais le fait qu'un assuré a bénéficié pendant six mois des prestations et n'a plus droit aux prestations pour la maladie dont il est atteint ne saurait empêcher son conjoint ou ses enfants de recevoir les prestations pendant six mois, si, au début de la maladie du conjoint ou des enfants, l'assuré remplissait les conditions légales de versements, ses journées de maladie indemnisées étant décomptées comme journées de cotisations ; 3° réponse négative. (*J. O.* 12 *février* 1932.)

**Application des sanctions pour abus caractérisé en matière de soins aux pensionnés de guerre.**

15128. — M. René Coty demande à M. le ministre des Pensions si les sanctions administratives prévues par l'article 31 de la loi sur les pensions et notamment l'interdiction temporaire faite à un médecin de soigner les bénéficiaires de l'article 64, peut être prononcée par la commission sans qu'elle ait relevé à la charge du praticien une faute lourde ou un acte délictueux. (*Question du* 3 *février* 1932.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1925, les pénalités prévues par ledit article sont applicables « en cas d'abus caractérisé ».

(*J. O.*, 17 février 1932.)

## DÉCOUVERTE ARCHÉOLOGIQUE

Docteur R. Truelle,
Lauréat de la Faculté de Paris.

Elle vient d'être faite à Plombières, on poursuit actuellement les recherches.

La Compagnie des thermes qui procède depuis quelques mois à l'édification d'un établissement de bains pourvu des derniers perfectionnements modernes a dû commencer d'importants travaux de substructions. Ces travaux sont aussi de véritables fouilles, puisque cet établissements sera construit là même où les Romains avaient élevé leur cité thermale ; où la roche de granit laisse sourdre de terre un grand nombre de sources brûlantes ; certaines d'entre elles atteignent une température de 73°.

On vient de trouver sous un immeuble privé une salle souterraine mesurant 8 mètres sur 6 mètres. Cette salle, qui remonte aux premières années de la conquête de la Gaule par les Romains, est restée ignorée des nombreux historiens de Plombières. La voûte, de forme surbaissée, est faite d'énormes moellons de grès Vosgien simplement juxtaposés sans aucun mortier.

Qu'on creuse à Pompéi sous les cendres et les laves, à Timgad sous le sable africain, à Plombières sous les ruines accumulées par les barbares d'Attila, les travaux mis à jour montrent que les Romains étaient des maîtres d'œuvre incomparables.

Leur béton, dont on a perdu la formule, était capable de braver l'injure des siècles et les pires dévastations.

A Plombières comme ailleurs, les Huns mirent tout à feu et à sang. La grande quantité de cendres qu'on trouve actuellement dans cette salle souterraine témoigne de l'importance de ces incendies du 4e siècle de notre ère. Quelle était l'exacte destination primitive de cette salle ?

*Voir la suite page LXIII-819*

# PROPOS DU JOUR

**Une remarquable conférence à l'Hôtel Chambon**
**(Hôtel des Syndicats médicaux)**

## La Psychonéphrose mystique d'une Souveraine et ses terribles conséquences

L'Histoire des Romanoff dépasse en horreur les scènes les plus dramatiques de la tragédie antique ; la Fatalité s'est acharnée pendant plus de trois siècles sur les autocrates de toutes les Russies. De Pierre le Grand à Nicolas II, les Annales de la Cour des Tsars ne sont qu'une longue suite de cruautés, de débauches crapuleuses, de crimes et de violences ; une lourde hérédité pèse sur tous ces souverains ; un mysticisme sauvage égare leur raison quand l'ivrognerie et la débauche ne ruinent pas leur santé et n'avilissent pas leur race. Cabanès dans son livre sur les *Fous Couronnés* peint un tableau saisissant et très documenté des règnes terriblement tragiques des autocrates russes. Dans une très remarquable conférence de l'Hôtel Chambon, M. Paléologue, de l'Académie française, a donné l'épilogue de cette longue suite de drames en racontant la vie de la dernière impératrice de Russie, la tsarine Alexandra-Féodorovna.

Nul ne pouvait mieux traiter pareil sujet que l'éminent académicien ; rappelons qu'ambassadeur de France à Saint-Pétersbourg durant la dernière guerre, il vécut très près des souverains russes, nous allions dire dans leur intimité. Son devoir étant de connaître le mieux possible ce qui se passait en Russie, de prévoir même les événements, il disposait d'un service de renseignements qui faisait que pour lui la cour impériale avait peu de secrets. Aussi cette conférence, faite par un diplomate aussi averti et doué de toutes les qualités d'un remarquable psychologue et d'un éloquent conférencier, fut écoutée avec un intérêt passionné par les auditeurs d'élite très nombreux qui se pressaient dans la salle de l'Hôtel Chambon. Ce public était surtout médical, car bien que M. Paléologue ne soit pas un médecin, le sujet qu'il traitait avec une réelle compétence relevait autant de la neuro-psychiatrie que de l'histoire.

***

Fille du Grand Duc de Hesse, Louis IV, Alix naquit le 25 mai 1872. Elle fut élevée en Angleterre à la Cour de la reine Victoria et prit par son éducation, tous les caractères et les apparences d'une princesse anglaise. Elle rencontra à la Cour de Londres le tzarevitch Nicolas Alexandrovitch ; une idylle s'ébaucha entre les deux jeunes gens qui se plurent, se retrouvèrent à la Cour de Danemark et à celle de Hesse.

Ils étaient fiancés, lors de la mort de l'Empereur de Russie, Alexandre III, le 1er novembre 1894. La politique n'entrait donc en rien dans leur union.

Le 26 novembre 1894 fut célébré leur mariage et Alix de Hesse devint l'Impératrice Alexandra-Féodorovna en se convertissant à l'orthodoxie.

Ce mariage, accompli quelques jours après les obsèques d'Alexandre III, fut mal accueilli du peuple russe, mystique et superstitieux, et la conviction populaire fut qu'il porterait malheur aux jeunes souverains. D'ailleurs la nouvelle Impératrice fut dès le début antipathique aux Russes. L'apparence froide et dédaigneuse qu'elle tenait de son éducation anglaise, contrastait avec le bienveillant aspect de l'Impératrice douairière Maria-Feodorovna d'origine danoise. Les moujiks conclurent que la nouvelle tsarine avait le « mauvais œil » et, dès le début, la fatalité s'acharna à légitimer cette opinion superstitieuse.

Le premier devoir de la femme d'un souverain et surtout d'un autocrate est de perpétuer la dynastie en donnant naissance à des héritiers mâles. Or, le premier enfant qui naquit en 1895, fut une fille, la Grande-Duchesse Olga.

En mai 1896, Nicolas II se fit couronner solennellement à Moscou avec l'Impératrice. De grandes fêtes populaires furent données ; aucun service d'ordre ne fut organisé. La foule sauvage des moujiks se précipita vers les victuailles qui leur étaient destinées et deux mille individus furent écrasés dans une panique. Cette catastrophe n'empêcha pas les souverains, esclaves de l'étiquette, d'assister le soir même à une grande fête donnée en leur honneur par l'am-

bassadeur de France. Le peuple russe en fut vivement froissé et le « mauvais œil » de l'Impératrice prit de plus en plus corps dans son imagination superstitieuse.

Peu de temps après, le tsar et la tsarine se rendirent à Karkow où ils furent brillamment accueillis. Une barque chargée de spectateurs, qui naviguait sur la rivière Oudaï, sombra sous leurs yeux et ce naufrage causa cinq cents victimes. Ce fut encore une manifestation du « mauvais œil » de l'impératrice.

L'année suivante 1897, nouvelle déception, due à la naissance d'une seconde fille, et le « mauvais œil » continua à s'affirmer, car en 1899 et 1901 naquirent encore deux princesses. Alexandra-Feodorovna désespérait de donner un héritier à l'Empire ; elle finit par se convaincre du mauvais sort qui s'attachait à elle. Ayant une hérédité chargée, la religion orthodoxe favorisant les tendances mystiques innées en elle, elle devint, elle aussi, étrangement superstitieuse. C'est ainsi qu'en octobre 1901, au cours d'un voyage en France, elle apprit l'existence à Lyon d'un individu de basse condition qui avait la réputation de rendre, par des passes, fécondes les femmes stériles et même de déterminer le sexe des enfants qui devaient naitre. Ce faiseur de miracles fut engagé par la Cour de Russie, installé à Tsarskoïe-Sélo, le Versailles russe. L'Impératrice devint enceinte. On attendait avec anxiété. Triste déception ! elle eut un accident et les espoirs s'évanouirent.

Les popes accusèrent le français d'être un suppôt du diable. Il fut en hâte réexpédié à Lyon et le moujik persista à maudire le « mauvais œil » de l'Impératrice.

Les souverains n'étaient donc pas populaires ; ils vivaient, retirés à Tsarskoïe-Sélo ou à Péterhof ; cependant en 1904, Alexandra Feodorovna donna le jour à un fils, le tzarevitch Alexis. Mais l'enfant ne jouissait pas d'une bonne santé. Il était atteint d'un mal mystérieux, d'hémophilie, qui mettait à tout instant ses jours en danger ; c'était toujours le « mauvais œil » de l'Impératrice qui s'affirmait.

1904 et 1905 virent se dérouler les déplorables événements de la guerre russo-japonaise, où les armées et les flottes russes subirent de constants échecs. Encore le « mauvais œil » de l'Impératrice. Des désordres révolutionnaires menacèrent très sérieusement la couronne. Nicolas II qui n'avait ni l'énergie, ni la volonté d'un autocrate, céda. Il fut le 10 mai 1906 inaugurer à Saint-Pétersbourg, une sorte de Parlement, la Douma d'Empire, et n'en recueillit aucun bénéfice, aucune popularité.

Alexandra Feodorovna qui, jusqu'alors, ne s'était guère occupée de politique, sans doute mal conseillée et imprégnée de l'idée que la couronne d'un autocrate était sacrée, que le tsar, empereur de droit divin, était tenu de laisser à son fils le pouvoir absolu qu'il détenait de Dieu, voulut s'occuper des affaires de l'Etat et influença fâcheusement son époux de volonté trop faible pour lui résister. Ce fut alors que fut introduit dans l'intimité des souverains un personnage singulier, mystérieux, dégradant, Raspoutine qui joua un rôle si important et si funeste.

Raspoutine n'était pas un moine comme on l'a prétendu. Fils d'un marchand de chevaux volés de la région de Tobolsk en Sibérie, il était un paysan, ignare, mystique et madré qui n'était pas intelligent mais qui, ayant une confiance en lui sans limites, était capable de toutes les audaces. Ignorant, ivrogne, débauché, doué de tous les vices et enclin à toutes les turpitudes, il était désigné par un surnom caractéristique, car Raspoutine n'est pas son véritable nom, mais un sobriquet populaire qui signifie paillard.

Comme beaucoup de moujiks, demi-sauvages et à mentalité de primitifs, Raspoutine alliait une inconcevable piété mystique à un appétit effréné de débauches. Il était affilié à une de ces sectes si nombreuses en Russie et surtout en Sibérie, qui poussent dans le terrain de la religion orthodoxe comme des champignons vénéneux, une secte de flagellants. Les adeptes de cette secte, hommes et femmes, se réunissaient la nuit dans une clairière, se livraient à toutes les excentricités sous prétexte d'expier leurs fautes ; sous l'influence de l'excitation des discours et des prières, certains tombaient en extase, il en résultait des accès de folie mystique collective qui se terminaient par d'indescriptibles orgies.

Raspoutine s'était acquis une grande réputation dans cette secte et jouissait avant peu d'un ascendant et d'une popularité considérables sur les moujiks de la région.

La femme d'un ingénieur, son admiratrice, le signala au métropolite de Saint-Pétersbourg qui en parla aux souverains, comme d'un envoyé de Dieu sur la terre. Ceux-ci ordonnèrent de le faire venir à la Cour et voilà Raspoutine admis dans l'intimité de la famille impériale. Du coup il acquit sur elle une autorité singulière et l'Impératrice ne pouvait se passer de ses conseils. Il ne niait pas d'ailleurs ses vices et son indignité ; il s'en accusait publiquement, prétendant qu'il

était, en les accomplissant, la victime des démons qui s'acharnaient sur lui parce qu'envoyé de Dieu sur la terre.

Le hasard d'ailleurs lui venait parfois en aide et contribuait à accroître son influence sur la crédule Alexandra-Féodorovna. Il arriva que le tsarévitch hémophile fut une fois atteint d'un hématome qui donna les plus grandes inquiétudes. Les médecins consultés firent les plus sombres pronostics et considéraient le malade comme perdu. Raspoutine était absent, retenu en Sibérie, dans son village natal. A la suite d'une querelle avec une fille publique qui était sa maîtresse, il avait reçu un coup de couteau dans le ventre qui mettait ses jours en danger. Averti de la maladie de l'héritier de la couronne, il télégraphia aussitôt à l'Impératrice : « Les médecins n'y entendent rien, ce sont des imbéciles, ton fils guérira. » Or, à l'arrivée de la dépêche, le malade allait déjà mieux et guérit.

Survint la grande guerre. Nicolas II et sa femme se conduisirent, malgré les épreuves et les défaites, en alliés loyaux. Ils s'opposèrent toujours aux tentatives de paix séparée que certains de leurs conseillers leur suggéraient. Raspoutine ne fut pas alors à proprement parler un traître, mais, au courant, du fait de son intimité avec l'Impératrice, de tous les secrets de l'Etat, il acceptait les invitations les plus suspectes et au cours d'orgies sans nom, sous l'influence de l'ivresse, des gens experts arrivaient facilement à lui arracher tout ce qu'il venait d'apprendre. Des messages étaient assitôt envoyés à Stockholm et transmis à la Légation allemande.

Une cabale s'organisa contre le généralissime des armées, le Grand-Duc Constantin, oncle du tsar.

L'Impératrice, jalouse de l'autorité de son époux et craignant de voir diminuer le prestige de l'autocrate qu'il devait transmettre intact à son fils, intervint contre le Grand-Duc et parvint à persuader à Nicolas II que son devoir était de prendre en personne le commandement suprême des armées. Constantin fut relevé de ses fonctions de généralissime et ce fut le signal de la débâcle.

Dans cette situation critique, les députés les plus réactionnaires de la Douma osèrent publiquement attaquer Raspoutine, ce que personne n'avait fait jusqu'alors. Mais le madré moujik sut maintenir son influence à la cour. « Je sais, disait-il à l'Impératrice, que mes jours sont comptés, qu'avant peu je serai assassiné et que je subirai des souffrances égales à celles de la Passion du Christ, mais rappelle-toi que, six mois après ma mort, le Tsar perdra sa couronne et que ton fils mourra. »

Affolée par ces prédictions sinistres, la malheureuse Alexandra-Feodorovna protégeait Raspoutine de tout son pouvoir. Mais le dégoût qu'il inspirait était porté à son paroxisme et le moujik fut victime d'un complot et assassiné au cours d'une orgie. L'Impératrice conserva un culte pour lui et M. Paléologue nous a lu la copie de la lettre qu'Alexandra-Féodorovna fit déposer à ses obsèques dans son cercueil, lettre où elle exprimait la douleur que lui causait sa mort et la vénération qu'elle conservait à sa mémoire.

Peu après vint la Révolution, l'abdication de Nicolas II, la déportation de la famille impériale en Sibérie. Les souverains subirent ces dernières épreuves avec une dignité et une résignation admirables, jusqu'au jour où eux, leur jeune famille et quelques serviteurs fidèles furent abattus à coups de revolver comme des chiens.

Ainsi se termina le drame des derniers descendants des Romanoff ; telle fut la vie de la tsarine Alexandra-Féodorovna, la dernière Impératrice de Russie, qui, bien qu'ayant été une épouse irréprochable et douée de qualités morales indiscutables, fut funeste à la Russie, à son mari, à son fils, à elle-même et ne saurait inspirer à ceux qui la jugent impartialement et la considèrent telle qu'elle était, c'est-à-dire une malheureuse atteinte de psychonévrose mystique, qu'une immense pitié.

Cette conférence qui, par son sujet et par la haute personnalité et le talent du conférencier, offrait un intérêt poignant, a eu le succès qu'elle méritait et fait honneur aux organisateurs des conférences de l'Hôtel Chambon.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### RÉGIMES ET MÉDICATIONS DANS LES CACHEXIES DES NOURRISSONS (1)

Par le Dr R. Liège,

Chef de clinique médicale infantile

Les cachexies des nourrissons sont fréquentes surtout pendant les quatre ou cinq premiers mois de la vie.

A cet âge, elle revêtent des modalités spéciales et elles acquièrent souvent une grande gravité. Celle-ci trouve sa plus haute expression dans l'*athrepsie*, cachexie sèche et progressive qui, si elle n'est pas enrayée dans son évolution, aboutit à la mort.

L'athrepsie confirmée traduit la mort fonctionnelle des éléments cellulaires et résiste à toutes les thérapeutiques, mais aux stades d'hypothrepsie du premier au deuxième degré, une diétique et une thérapeutique bien conduites peuvent déterminer de véritables résurrections.

Le traitement des cachexies des nourrissons est un problème de thérapeutique toujours à l'ordre du jour.

Pratiquement, avant de l'aborder, il convient d'essayer de résoudre le problème clinique qu'elles posent. Avant de traiter ces petits malades, il faut les examiner soigneusement, interroger les parents pour essayer de préciser la cause de leur état.

Souvent l'enfant est soumis à une hygiène déplorable. Souvent on note des fautes grossières dans l'alimentation du nourrisson. Enfin, dans quelques cas, la cause de la cachexie sera précisée par la notion de tuberculose ou de syphilis.

Lorsque l'on peut solutionner le problème clinique, le problème thérapeutique est moins ardu, car au traitement symptomatique on ajoute un traitement étiologique.

Parfois, celui-ci est simple, il consiste à redresser les fautes de régime alimentaire ; dans d'autres cas, il est plus complexe, pouvant même nécessiter l'intervention d'un chirurgien, telles les cachexies dues aux sténoses hypertrophiques du pylore.

Pour les bébés cachectiques, l'hygiène générale joue un rôle très important en raison de leur sensibilité extrême aux infections. Avant d'entreprendre leur traitement, il convient de les placer dans les meilleures conditions possibles d'eutrophie.

***

#### Les régimes

Ils sont nombreux, et il convient de les appliquer à bon escient. Du point de vue purement pratique, plusieurs cas sont à envisager :

1° Cas d'un bébé cachectique au sein. — C'est le cas le plus simple, mais c'est aussi le plus rare. Un enfant est nourri par sa mère, au lieu d'augmenter journellement de poids, il dépérit.

Le plus souvent, selon l'heureuse expression de Mouriquant il s'agit d'une hypoalimentation équilibrée.

Que convient-il de faire ?

On fait peser une tétée et on fait pratiquer un examen chimique du lait maternel. Si celui-ci est bon mais que la tétée soit insuffisante, il faut donner la dose de lait nécessaire à l'enfant en complétant. On complétera soit par du lait de vache bouilli, convenablement coupé et sucré, soit par du lait condensé ou par du lait sec.

Si le lait maternel est insuffisant, il est préférable de confier l'enfant au sein d'une meilleure nourrice, quand la chose est possible, que de recourir à l'allaitement artificiel.

2° Cas d'un enfant alimenté artificiellement : c'est le cas le plus fréquent. Si l'enfant est jeune (3, 4 mois) on revient à l'alimentation par le lait de femme. C'est le procédé le plus sûr.

Voici la preuve qu'en a donnée le Prof. Lereboullet (1) à l'hospice des Enfants-Assistés :

18 nourrices sont attachées à l'établissement, ces nourrices allaitent leur enfant. Dans l'intervalle des tétées, on recueille le surplus de leur lait par traite manuelle ou instrumentale aussi aseptique que possible. Le lait est recueilli dans des récipients de verre stérilisés et donné aux enfants à la cuiller ou au biberon.

L'hospice dispose ainsi de 20 à 25 litres de lait

(1) Conférence faite à la Clinique des Enfants-Malades, le 8 décembre 1931.

(1) Lereboullet. — La lutte contre la mortalité infantile à l'hospice des Enfants-Assistés. Leçon du 18 juin 1930. (*Paris médical*, 15 novembre 1930.)

de femme par jour. Les avantages sont considérables, les chiffres éloquents : la mortalité en 1920 était de 50 % ; en 1927, elle tombe à 15 % et en 1930, à 11 %. *L'athrepsie a pratiquement disparu.*

A défaut de lait de femme, on essaie d'employer des laits dont la composition s'en rapproche tel que le lait d'ânesse.

Sa teneur en caséine et en lactose est à peu près semblable à celle du lait de femme, mais il est plus pauvre en beurre. Le lait d'ânesse a été considéré par certains pédiatres comme le véritable aliment de l'athrepsie.

Notez qu'il faut en employer des quantités plus fortes que de lait de femme en raison de sa valeur énergétique moindre : 460 c. contre 700 c.

Si l'enfant est plus âgé (5, 6, 7, 8, ou 10 mois) le retour au lait de femme ne réussit pas toujours. Le plus souvent l'enfant présente des troubles digestifs.

Pratiquement, la règle est la suivante : il faut juguler le plus rapidement possible les troubles digestifs, pour arriver à donner très vite une alimentation forte susceptible de convenir aux besoins de l'organisme du bébé cachectique.

On jugulera les troubles digestifs par l'emploi du babeurre (lait écrémé soumis à la fermentation lactique) ; sa valeur nutritive (350 c.) est faible, aussi plus souvent donne-t-on la soupe de babeurre, c'est du babeurre additionné de farine.

Dans un litre de soupe de babeurre rentrent 10 à 12 grammes de farine de riz ou de froment, 40 grammes de saccharose, une pincée de sel.

Lorsque les troubles digestifs ont disparu, on prescrit une alimentation forte en remplaçant progressivement le babeurre par du lait hypersucré.

Le lait hypersucré est un régime que l'on a toujours intérêt à prescrire aux bébés cachectiques. Il est devenu classique depuis les recherches du Professeur Nobécourt sur l'assimilation des sucres par les nourrissons. Ceux-ci tolèrent des doses de sucre beaucoup plus élevées que les enfants normaux.

On sucre le lait à 10 , 15, 20 p. 100. Quotidiennement on peut donner par kilogramme de poids une dose globale de 30 grammes de sucre (lactose et saccharose).

L'emploi du lait hypersucré peut déterminer des augmentations quotidiennes de poids de 20, 30, 50 et même 90 grammes.

Dans les cas où l'enfant tolère mal le lait de vache convenablement coupé et hypersucré : on peut recourir au lait sec.

3º Cas d'un enfant complètement intolérant au lait : Cette intolérance peut être le fait de la dyspepsie du lait de vache, ou d'une grande anaphylaxie au lait. Il faut donc dans ces cas restreindre ou supprimer complètement le lait. Par quoi le remplacer ? : c'est là le problème de l'alimentation sans lait.

Il a vivement intéressé les pédiatres dans ces dernières années et est encore à l'ordre du jour.

A l'étranger Moll et Stransky, Hamburger et Epstein ont publié une série de travaux qui tendent à démontrer que l'on peut sans lait obtenir le développement harmonieux de très jeunes enfants, et que ces régimes d'alactation précoces permettent de très beaux succès dans les états dystrophiques, où le lait ne convient pas ou convient mal.

Ces auteurs ont cherché à établir des régimes complets équilibrés, riches en vitamines, couvrant les besoins énergétiques et fournissant le surplus nécessaire à la croissance.

Voici à titre d'exemple les plus connus de ces régimes :

A. Soupe de Czerny Klunschmidt ou Buttermehlnahrung).

| | |
|---|---|
| Eau .................. | 100 gr. |
| Farine d'orge .......... | ââ 5 à 7 gr. |
| Beurre ................ | |
| Sucre ................. | |

On peut donner à des enfants dès les premiers mois 1/3 de lait et 2/3 de soupe.

B. Pudding diat de Moll et Stransky :

C'est un pudding à l'œuf composé de :

80 gr. de biscottes écrasées,
220 gr. d'eau bouillante,
un jaune d'œuf battu,
10 gr. de beurre frais,
40 gr. de sucre,
un blanc d'œuf en neige.

On fait cuire ce mélange dans un moule beurré au bain-marie pendant une demi-heure. On délaye 50 grammes de pudding dans 130 grammes de thé léger et sucré.

Hamburger utilise un pudding au foie.

Ces régimes, très en faveur à l'étranger ont été étudiés en France (Ribadeau-Dumas, Cathala, Vermorel, etc...). L'opinion la plus générale est que supprimer complètement le lait de l'alimentation est une erreur, que la substitution ne doit être que partielle et que ces régimes conviennent difficilement aux tout jeunes bébés.

Somme toute pour nous résumer sur cette importante question de diététique que je ne puis traiter complètement, les principes directeurs sont les suivants :

1) Utiliser le lait de femme le plus souvent possible ;

2) Donner une alimentation facilement digestible, mais suffisamment forte pour convenir aux besoins de l'organisme du bébé cachectique.

Il n'est pas toujours facile d'arriver à un bon résultat et l'alimentation des bébés cachectiques nécessite une très grande pratique.

### II. Médications diverses

Parmi les innombrables médications tour à tour essayées dans le traitement des cachexies des nourrissons, je signalerai celles qui me paraissent les plus intéressantes.

On peut classer ces médications en deux grandes catégories :

1) Médications symptomatiques ;
2) Médications de fond.

#### Médications symptomatiques

##### A. Médications réhydratantes et nutritives

Les injections sous-cutanées de sérum physiologique à 7 p. 1.000, ou de plasma de Qiunton ou eau de mer isotonique, ou de sérum glucosé à 50 p. 1.000 sont d'un usage courant.

On les pratique à la dose de 20 à 30 c c. tous les jours ou tous les deux jours selon l'état du bébé.

Si la déshydratation est très prononcée, on peut faire ces injections dans le sinus longitudinal supérieur, ou par voie intrapéritonéale.

Dans certains cas on peut substituer aux sérums ordinaires des injections de sérum antipneumococcique, qui joint à l'action réhydratante et nutritive une certaine valeur préventive contre les infections.

L'hémothérapie a été préconisée, soit sous forme d'injection intra-musculaires de sang citraté (5 ou 10 c.c. du sang de la mère) soit sous *forme de transfusion sanguine vraie.*

Celle-ci est peu employée en France contre l'athrepsie, mais elle a de nombreux adeptes à l'étranger. La dose moyenne est de 15 à 20 c c. de sang par kilogramme de poids. Cette transfusion peut se faire dans le péritoine (sang citraté) ou dans le sinus longitudinal supérieur.

Pour Robertson, Brown et Simpson dans les cas graves l'emploi systématique de la transfusion réduit la mortalité de 82 à 57 %.

##### B. Médications stimulantes et énergétiques

Ce sont des substances stimulantes capables de relever l'énergie vitale, telles sont les injections sous-cutanées de caféine ou d'huile éthérocamphrée, une ou deux fois par jour ; les injections de sulfate de strychnine à la dose de 1/4 ou 1/2 milligramme par jour.

Quand il existe une anémie prononcée, on prescrit du fer ou des extraits de foie. Quand il existe des signes de rachitisme les ergostérols irradiés, ou les rayons ultra-violets peuvent être utilement prescrits,

#### Médications de fond

Elles sont particulièrement intéressantes à étudier. Leur emploi est la conséquence des recherches faites dans ces dernières années sur l'anatomie pathologique et la physiopathologie de l'athrepsie.

En pratique, on peut espérer faire augmenter de poids les bébés cachectiques en utilisant, l'arsenic, l'insuline ou l'extrait thyroïdien.

*L'arsenic* : est employé plus habituellement sous forme d'*injections sous-cutanée de sulfarsenol.* Les premières injections sont faites à de faibles doses (1/2 millig. tous les 3 ou 4 jours). Les suivantes à doses progressivement croissantes en augmentant de un demi-milligramme par injection pour arriver à donner un centigramme par kilogramme de poids corporel.

Au total on pratique 8 à 10 injections ; l'enfant est mis trois semaines au repos ; on pratique ensuite une nouvelle série d'injections.

Bodin et Mlle Chevrel (de Rennes) ont les premiers rapporté les bons effets de ces injections dans l'athrepsie. S'il est indiscutable que dans certains cas les injections de sulfarsenol amènent des augmentations de poids, par contre le mode d'action de l'arsenic chez les bébés cachectiques est un sujet de controverse.

D'après Marfan, l'extrême fréquence de la syphilis occulte explique les succès enregistrés.

Lereboullet et Baize pensent que si l'arsenic agit quelquefois à titre de médication antisyphilitique, c'est la plupart du temps comme stimulant de la nutrition générale et des échanges organiques.

***

*L'extrait thyroïdien* : doit la faveur dont il jouit à l'heure actuelle à l'Anglais Simpson. Cet auteur en 1910 a rapporté les heureux effets de l'extrait thyroïdien *per os* à la dose de un à deux centigrammes pendant 10 à 12 jours dans l'athrepsie.

On a été conduit à employer l'extrait thyroïdien en raison des constatations anatomiques qui ont montré l'altération des glandes endocrines et de la thyroïde en particulier dans les états d'athrepsie. Nobécourt et Max Lévy (1) ont innové la pratique des injections d'extrait thyroïdien à hautes doses. Ils ont préconisé les injections sous-cutanées quotidiennes de cinq à dix centigrammes d'extrait thyroïdien.

Ces injections sont en règle générale bien supportées, néanmoins les enfants doivent être surveillés pendant la durée du traitement. Celui-ci est d'environ dix à douze jours.

---

(1) Nobécourt et Max Lévy. — Les injections d'extrait thyroïdien à hautes doses dans certaines cachexies des nourrissons (*Bull. Soc. de Pédiatrie*, 9 février 1926.)

Huit jours après la première série, on peut en recommencer une deuxième en pratiquant d'emblée une injection de 0 gr. 10. Après une ou deux séries d'injections on peut instituer un traitement par voie buccale. Mlle Guérin (1) a consacré sa thèse à l'étude de cette méthode. Dans un mémoire récent (2) nous avons rapporté quelques-uns des effets obtenus par ces injections d'extrait thyroïdien.

Voici quelques observations très brièvement résumées :

Obs. I. (A. 7.234). — Un enfant de trois mois dont le poids de naissance était de 3 kgr. 070, entre à trois mois pesant 2 kgr. 520 (ayant perdu 550 grammes). Une série d'injections d'extrait thyroïdien de 5 cgr. pendant huit jours; puis de 10 cgr. pendant huit autres jours amène un gain pondéral de 350 grammes en 18 jours.

Obs. II (A. 8.660). — Un enfant dont le poids de naissance est de 2 kgr. 850, entre à quatre mois le 5 juin 1929 avec un poids de 3 kgr. 700. Il fait des troubles digestifs et deux mois après son entrée a perdu 500 grammes (3 kgr. 140). Dix injections de 0 gr. 10 amènent une reprise de poids qui atteint 3 kgr. 370. Une nouvelle série porte le poids à 3 kgr. 740, le 30 septembre le poids est de 4 kgr. 110, le 15 octobre de 4 kgr. 850. La reprise de poids est donc de 1 kgr. 430 depuis le début du traitement.

Obs. III (A. 7.960). — Chez un troisième enfant, dont on ignore le poids de naissance qui à 4 mois et demi pèse 3 kgr. 260, une série d'injections d'extrait thyroïdien à la dose de 0 gr. 10 par jour laisse le poids presque stationnaire, pendant la durée du traitement, mais celui-ci augmente après 10 injections et le gain pondéral est de 700 grammes en dix jours.

Je pourrais vous rapporter d'autres observations où l'extrait thyroïdien en injections a amené des reprises de poids intéressantes. Il n'en est pas toujours ainsi. A côté des cas favorables, il y a des cas où la médication reste sans effet.

Quand l'extrait thyroïdien se montre actif, comment agit-il ?

C'est un problème difficile à résoudre. Il agit sans doute en tant qu'opothérapie substitutive suppléant à l'insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde, mais surtout en régularisant le métabolisme de l'eau.

***

L'*insuline* : a été préconisée dans le traitement des cachexies des nourrissons par R. I. Pitfield (1) en 1923.

Depuis cette date de nombreux travaux ont été faits sur cette importante question, en particulier par Mac Rim Marriot (2), Nobécourt et Max Lévy (3), Lesné et Mlle Dreyfus-Sée (4), Tendron (5), Emile Aubertin (6).

La technique la plus habituelle consiste à injecter en moyenne une unité clinique d'insuline par kilogramme de poids une demi-heure avant un repas, en instituant un régime hypersucré à 15 %.

On peut employer des doses plus élevées d'insuline, mais dans ce cas on fait simultanément des injections intra-musculaires de sérum glucosé à 10 %, à la dose de 20, 30, 40, 50 ou 60 c. c. D'après Nobécourt et Max Lévy, les bébés tolèrent bien 3 à 5 unités cliniques par kilogramme de poids et même plus, jusqu'à huit unités.

La durée du traitement est variable. Les injections sont faites quotidiennement pendant dix à quinze jours ; après quelques jours de repos, on fait en général une nouvelle série.

Notez qu'à la salle Husson on alterne assez souvent les cures d'insuline et d'extrait thyroïdien.

Je ne saurais mieux vous montrer les effets que l'on peut attendre de l'insuline qu'en vous résumant quelques observations de bébés cachectiques traités par cette méthode dans le service.

Obs. IV (A. 8.861). — Une enfant née le 22 septembre 1929 à terme pèse 2 kgr. 500 ; elle entre le 12 décembre 1929, elle pèse 3 kgr. 020, elle a trois mois et demi, présente des troubles digestifs graves. Le 7 janvier on commence un traitement à l'insuline à la dose de 5 unités, avec des injections de 40, puis de 50 cmc. de sérum glucosé.

On pratique 11 injections, le poids qui est de 3 kgr. le 7 janvier est de 3 kgr. 360 le 18 janvier. En 11 jours les injections ont amené une reprise de poids de 360 grammes. A la suite de ce traitement le poids continue à s'élever et l'enfant sort le 31 janvier pesant 3 kgr. 590.

Obs. V. (A. 9.061). — Une enfant née le 28 mars 1930, dont on ignore le poids de naissance entre le 28 mai 1930, elle pèse 3 kgr. 370 elle a deux mois, elle

(1) Mlle Guérin. — Contribution à l'étude du traitement thyroïdien dans les cachexies des nourrissons. (Thèse de Paris, 1930.)

(2) P. Nobécourt, R. Liège et S. Guérin. — Observations de nourrissons athrepsiques traités par l'extrait thyroïdien. (*Arch. de méd. des Enf.*, n° II, 1930, XXXIII.)

(1) R. B. Pitfield. — Insulin in infantile inanition. (*New-York méd. journ.*, t. CXVIII, p. 217.)

(2) Mac Rim Marriot : The good experiments of malnourished infants vible a note on the use of insulin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, LXXXIII, 1924.)

(3) Nobécourt et Max Lévy. — L'insuline dans l'athrepsie. (*Soc. méd. hôp.*, 17 juillet 1925.)

(4) Lesné et Dreyfus-Sée. — L'insuline dans l'athrepsie. (*Soc. méd. hôp.*, 31 juillet 1925.)

(5) Tendron. — L'insulinothérapie chez les athrepsiques et les débiles. Thèse de Paris, 1929.

(6) E. Aubertin. — Quelques indications de l'insuline en dehors du diabète, tirées de l'action eutrophique de cette hormone. (Cong. franç. de méd., XXI[e] session, Liége, 1930, III, p. 35.)

présente des troubles digestifs. Le 10 juin, le poids est de 3 kgr. 340, on lui fait une série de onze injections de 5 unités d'insuline et de 60 cmc. de sérum glucosé.

A la fin du traitement le poids est peu augmenté : 3 kgr. 550 mais l'accroissement pondéral persiste et augmente, le 6 juillet 3 kgr. 890, l'enfant depuis le début du traitement a donc augmenté de 550 grammes en 26 jours.

Voici un troisième cas :

Obs. VI. (A. 9.172). — Une enfant née le 4 décembre 1929 à terme avec un poids de 2 kgr. 800 (A. 9.172), entre le 25 septembre 1930. Elle est âgée de neuf mois et demi, elle a des troubles digestifs, perd du poids. Le 14 octobre le poids est de 4 kgr. 700, on institue un traitement : 13 injections d'insuline (5 unités) 50 cmc. de sérum glucosé. A la fin du traitement le poids est de 5 kgr. 380. Pendant le traitement l'enfant a donc repris 680 grammes en 13 jours. Le poids augmente après le traitement.

Le 1er novembre il est de 5 kgr. 420, l'enfant a pris à nouveau 140 grammes en cinq jours. Au total accroissement de 820 grammes en dix-huit jours.

Je pourrais vous rapporter d'autres cas semblables. Cela me paraît inutile.

Comme pour l'extrait thyroïdien se pose la question de mode d'action de l'insuline.

Comment agit-elle ? Son action est complexe. Il est vraisemblable que l'insuline agit en favorisant le métabolisme des hydrates de carbone, mais elle agit probablement aussi en modifiant le métabolisme de l'eau.

Comme l'extrait thyroïdien, l'insuline favorise la fixation de l'eau par l'organisme. Comme l'extrait thyroïdien l'insuline reste dans certains cas sans action. Elle connaît des échecs. Ceux-ci, d'après M. Lévy paraissent tenir : soit à la gravité toute particulière des cas traités et à l'emploi trop tardif de l'insuline ou aux complications intercurrentes.

***

Tels sont les différents régimes et les différentes médications dont on dispose à l'heure actuelle pour traiter les nourrissons cachectiques que l'on rencontre hélas si souvent.

C'est un chapitre de thérapeutique plein d'acquisitions nouvelles. Aucun de ces régimes ou aucune de ces médications n'est une panacée universelle, mais ils constituent néanmoins des armes intéressantes qui, habilement intriquées et bien maniées permettent de diminuer dans des proportions appréciables la mortalité chez les tout petits.

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

### Traitement du diabète chez l'enfant (1)

Par le Dr Louis Lebée

Ancien chef de Clinique de la Faculté.

Le diabète infantile s'observe à toutes les périodes de l'enfance. Il est rare chez le nourrisson, on ne trouve chez ce dernier aucun symptôme clinique caractéristique : au cours d'une gastroentérite, un examen systématique des urines fait découvrir la glycosurie, les phénomènes s'améliorent rarement, l'enfant meurt le plus souvent plus ou moins vite de sa gastro-entérite. Plus souvent on voit le diabète se développer vers la 2e enfance.

Deux faits importants doivent être mis en valeur dans l'étiologie du diabète, tout d'abord la question de l'hérédité puis le rôle des maladies infectieuses.

La notion de l'hérédité est capitale dans le diabète infantile. Lion et Moreau ont rassemblé plus de 30 observations de diabète infantile familial. Lereboullet et Marcel Labbé en ont aussi rapporté des exemples.

Mais l'hérédité vraie est rare. Il n'est pas fréquent de voir des parents diabétiques engendrer un enfant diabétique. Plus souvent pourtant la maladie revêt un caractère familial, les frères et sœurs de la même famille en sont atteints.

Par contre, l'hérédité de groupe, qu'elle soit ascendante ou collatérale, est très fréquente ; on trouve des membres de la famille atteints de lithiase biliaire, de goutte, de rhumatisme, d'obésité ; de diverses affections qui relèvent selon Gilbert et Lereboullet de l'auto-intoxication digestive.

Le terrain joue donc un rôle important et lorsque vous voyez un enfant de souche arthritique atteint d'une maladie infectieuse, recherchez chez lui soigneusement le diabète.

En effet, souvent les maladies infectieuses ai-

(1) Leçon du 1er décembre 1931.

guës telles que la scarlatine, les oreillons donnent des pancréatites, il est donc tout naturel de penser à la possibilité du diabète, chez les sujets atteints de ces affections, celles-ci pouvant être causes déclenchantes chez un sujet prédisposé.

Sans parler de toutes les maladies infectieuses chroniques arrêtons-nous un instant sur l'hérédo-syphilis.

Il y a là des faits indiscutables, tel le cas classique de Lemonnier (1909) où il s'agit d'une enfant née de père syphilitique. A sa naissance, elle présente des syphilides cutanées. A 7 ans se déclare chez elle le diabète (on lui trouve un foie gros, inégal et dur). On institue le traitement antisyphilitique et 4 mois après on ne retrouve plus aucun symptôme de diabète.

Je puis vous citer encore le cas observé par Rathery et Fernet. Il s'agit là d'un garçon né de père syphilitique. A 16 ans se déclare le diabète. Le régime reste sans aucune action. Une iritis syphilitique apparaît. On traite par le novarsénobenzol. L'iritis disparaît, ainsi que la glycosurie ; l'état général s'améliore.

Mais il ne faudrait pas croire que tous les diabètes soient syphilitiques, il faut y penser, c'est tout. Pour von Noorden sur 20 enfants diabétiques âgés de moins de 5 ans, 5 avaient le père dont la syphilis était encore récente et non guérie.

Au point de vue pathogénique, on peut admettre que les maladies infectieuses déterminent le diabète par leur action sur le pancréas ou sur d'autres glandes endocrines.

Souvent elles jouent le rôle occasionnel mais non le rôle déterminant, elles sont la goutte d'eau qui fait déborder le vase ; la cause première peut être une lésion antérieure du pancréas telle l'aplasie pancréatique de Lancereaux.

Les antécédents nerveux et traumatiques doivent être envisagés, les émotions, les maladies du système nerveux telles les tumeurs du plancher du 3e ventricule, du cervelet, de l'hypophyse etc... En dehors du rôle du foie et du pancréas dont nous avons déjà parlé, il faut mentionner la thyroïde, les surrénales, l'hypophyse (ces glandes ont une action synergique antagoniste de celle du pancréas).

Hutinel indique la constatation fréquente chez les hérédo-syphilitiques de lésions endocriniennes multiples.

Vous avez découvert le diabète chez votre malade, encore devez-vous préciser à quel diabète vous avez affaire. Il ne suffit pas après avoir constaté le diabète de vous dire, diabète = insuline !

Vous pouvez avoir affaire à un petit ou à un grand diabète.

Vous examinez l'enfant, on vous l'amène pour quelques troubles digestifs, il paraît un peu gros, ou bien il maigrit. Vous ne lui trouvez aucun symptôme classique (polyurie, polyphagie, polydipsie). Vous ne faites le diagnostic que parce que vous avez l'habitude de faire rechercher systématiquement le sucre dans les urines.

Dans d'autres cas les parents remarquent que l'enfant a une soif et une faim exagérées, qu'il urine souvent et beaucoup, qu'il a de l'énurésie nocturne, qu'il a parfois des troubles digestifs, un état nauséeux, des céphalées, de l'asthénie, des douleurs vagues.

A l'examen des urines on trouve 4 à 5 gr. parfois plus jusqu'à 10 à 20 gr. de sucre par 24 heures.

La glycosurie est permanente ou intermittente ou plus souvent encore irrégulière. Elle est influencée par le régime, elle augmente notablement pendant les 4 heures qui suivent le repas ; un régime de restriction légère la fait disparaître.

Dans ces cas de glycosurie intermittente ou à prédominance post-prandiale le pronostic est relativement favorable. C'est d'un *petit diabète* qu'il s'agit.

Mais quand elle est aussi intense en dehors des repas qu'après ces derniers le pronostic est beaucoup plus sombre, il faut alors penser au grand diabète.

Les petits diabètes sont facilement curables par un régime simple et la guérison en est définitive.

Cependant on peut parfois les voir persister jusqu'à la jeunesse et même jusqu'à l'âge adulte.

Lereboullet a suivi trois enfants atteints de glycosurie à prédominance digestive chez lesquels cette glycosurie a persisté jusqu'à l'âge adulte.

L'un d'eux devenu diabétique à 10 ans avait 25 gr. de sucre, malgré sa glycosurie il a pu prendre du service pendant la guerre.

Ces diabètes légers, petits, n'entravent pas la croissance, ne s'accompagnent d'aucun signe de dénutrition. On admet pour ces petits diabètes, une parenté étroite avec les glycosuries alimentaires.

Il y a d'ailleurs toutes les formes de transition entre eux et ces glycosuries alimentaires.

S'il y a trouble du métabolisme des hydrates de carbone (et c'est cela qui définit le diabète) il y a aussi chez eux un rôle à faire jouer à la déficience du foie.

Cela explique le rôle souvent important de l'hérédité hépatique ou de l'hérédité neuro-arthritique chez les enfants atteints de petit diabète.

C'est pourquoi également ces enfants sont quelquefois des obèses ayant souffert d'affections gastro-intestinales prolongées.

Certains enfants aavnt leur glycosurie étaient de gros mangeurs faisant abus de sucreries.

On trouve souvent dans leur nombre des enfants présentant le syndrome colique fétide (ce dernier retentit fréquemment sur le foie).

A côté du rôle du foie, il faut aussi rappeler celui des glandes endocrines.

Chez les myxœdémateux on peut voir des petits diabètes disparaître sous l'influence du traitement thyroïdien.

La glycosurie intermittente se voit souvent au cours du diabète dit hypophysaire.

Comme conclusion pratique à tirer de tous ces faits, nous devons donc dire que la simple constatation d'une glycosurie chez un enfant ne doit pas faire porter d'emblée un pronostic sombre.

Il faut encore vous signaler le *diabète rénal*, ayant un caractère héréditaire et familial. Sur quoi se pose le diagnostic ?

La glycosurie est permanente, tout en étant dans certains cas influencée par le repas ; la glycosurie est modérée de 5 à 20 gr. La glycémie est normale, ou même inférieure à la normale.

Le régime n'agit pas sur la glycosurie, il semble utile toutefois de réduire les viandes, les graisses et de surveiller le foie.

Il faut rassurer le malade sur son état, mais le suivre attentivement.

Cette forme est exceptionnelle chez l'enfant, au moins dans son état pur.

D'autres fois vous aurez enfin affaire au *grand diabète*.

Son début peut être brusque, à la suite d'un traumatisme, d'une émotion, d'une opération chirurgicale (ainsi Lereboullet cite l'observation d'un enfant qui, 15 jours après l'opération d'une appendicite à froid, devint manifestement diabétique).

Le début peut être rapide, mais le plus souvent il est insidieux.

Dans certains cas ce sont les grands symptômes du diabète qui attirent l'attention (la polydipsie, la polyphagie, etc ...) mais souvent ils font défaut, et ce peuvent être des troubles nerveux qui fixent votre attention, telle l'observation de Merklen : « Un enfant était devenu triste, maussade, grognon, apathique et irritable, ne manifestant guère son contentement qu'à table sa mine s'était altérée, il avait des accès de fatigue avec céphalalgie et vomissements » ... Ni polyurie, ni polydipsie, mais sucre dans les urines.

Il peut y avoir une véritable période prédiabétique, pendant laquelle on pense au diabète, mais on ne trouve pas tout de suite la glycosurie, telle l'observation d'une enfant du service qui en septembre 1920, a de la polyurie sans sucre et n'a de la glycosurie qu'en janvier 1921.

Lereboullet et Blechman rapportent l'observation d'un malade qui pendant 2 à 3 ans présente des troubles mal définis sans glycosurie puis rapidement en 5 semaines on voit évoluer chez lui le diabète.

Lorsque le diabète est confirmé, les grands symptômes se manifestent, je n'insiste pas sur leur description vous les connaissez tous.

Je veux seulement vous signaler que chez les enfants urinant 2 à 3 litres en 24 h. on trouve fréquemment de 100 à 150 gr. de sucre dans les urines.

En général la glycosurie est variable, elle peut, de quelques grammes aller jusqu'à 200 gr. et même plus.

Au contraire du petit diabète, la glycosurie est ici aussi intense à distance des repas qu'à la fin des repas. La glycosurie peut-être supérieure au taux des hydrates de carbone ingérés avec l'alimentation.

Quant à la glycémie (elle est normale lorsqu'on trouve 1 à 1,5 ‰ de sucre dans le sang) chez les grands diabétiques on trouve des chiffres supérieurs à 2 ‰.

Dans certains cas on peut observer l'association du diabète rénal et du grand diabète.

Lorsque vous voyez une glycémie de 2 gr. et une glycosurie de 40 gr. vous pouvez dire que l'élément diabète rénal est minime, mais lorsqu'il y a glycémie de 2 gr. et glycosurie de 100 gr. vous avez un élément de diabète rénal considérable.

Il faut aussi étudier les troubles du métabolisme azoté.

Dans le diabète sans dénutrition la quantité d'azote éliminé (urinaire et fécal) est égale ou inférieure à l'azote alimentaire.

Dans le diabète avec dénutrition la quantité d'azote éliminé est supérieure à celle de l'azote alimentaire, dans ce cas l'azote des tissus s'élimine.

La recherche de l'acidose ne doit pas être omise. Il faut se souvenir que l'acétonurie est chez l'enfant un symptôme assez fréquent et assez banal, donc insuffisant pour faire porter un diagnostic d'acidose. L'acétonurie peut être associée à des signes cliniques digestifs, tels que : langue chargée, mauvaise haleine, petits signes nerveux. Dans ce cas, il faudra rechercher l'acidose.

Il faut la rechercher aussi de parti pris dès qu'on met l'enfant à un régime de restriction hydrocarbonée (les hydrates de carbone sont anticétogènes).

L'acidose sanguine est d'une importance capitale, car l'acidose précède le coma.

On peut admettre que : 1) l'abaissement du pH est chose grave ; 2) que l'abaissement de la tension du $CO^2$ alvéolaire de 38 à 45 mm. de Hg (la valeur normale est de 38 à 32) est signe d'acidose légère, de 32 à 28 c'est l'acidose moyenne, et à 25 et à moins c'est l'acidose grave.

La mesure de la réserve alcaline est plus facile à étudier que celle du $CO^2$ alvéolaire et elle est d'aussi grande valeur pour le diagnostic.

On parle d'acidose latente lorsqu'on trouve 50 ou 40, manifeste entre 40 et 30 et grave de 30 à 20 (M. Labbé).

Pratiquement donc, la mesure de la réserve alcaline est nécessaire et suffisante pour le diagnostic du pré-coma. Cliniquement c'est la dyspnée qui est le signal-symptôme de ce pré-coma.

Le foie est quelquefois gros et douloureux. On devra aussi rechercher les petits signes du pré-coma. Vous les connaissez, ce sont, en dehors de la dyspnée, des troubles nerveux et des troubles digestifs.

L'évolution du diabète grave chez l'enfant revêt deux types différents : 1) *le grand diabète avec hypotrophie* (Nobécourt). L'enfant alors peut garder une apparence satisfaisante, il reste bien proportionné, il n'est pas amaigri. Mais sa taille et son poids sont inférieurs à ceux de l'enfant sain du même âge. Il paraît plus jeune qu'il ne l'est en réalité.

C'est un état d'hypotrophie de la moyenne et de la grande enfance comparable aux hypotrophies de la 1re enfance décrites par Variot.

Voici une fillette de 9 ans, elle paraît avoir au plus 7 ans. Sa taille est de 1 m. 07, son poids de 21 kgr. 200. Sa corpulence est exagérée surtout à cause de son poids. Nous avons observé dans le service d'autres enfants diabétiques présentant eux aussi de l'hypotrophie. Telles étaient Elise qui à 15 ans mesurait 1 m. 40 au lieu de 1 m. 54 et Arlette qui à 13 ans avait 1 m. 29 au lieu de 1 m. 46.

Pourquoi se développent ces hypotrophies, quelle en est la cause ? C'est d'abord l'insuffisance de l'utilisation des hydrates de carbone. Le sucre est nécessaire pour que la croissance se poursuive normalement. L'enfant normal a besoin de 8 gr. d'hydrate de carbone par kgr. et par jour, chez les diabétiques on est obligé de réduire cette quantité à 4 ou 5 gr. et même à moins.

De plus, il faut noter qu'il y a un trouble de la nutrition générale qui entrave la croissance, avant le début même du diabète : l'hypotrophie et le diabète relèvent en effet, sans doute, de la même cause.

Que devient ce grand diabète ?

Pendant un certain temps l'état général reste stationnaire. Mais à un moment donné, l'évolution se fera vers la dénutrition. Si la croissance est entravée, la dénutrition ne tarde pas.

C'est la forme que Lereboullet distingue comme étant la forme à deux périodes : *a*) hypotrophie, *b*) dénutrition.

2) Dans certains cas le *stade de dénutrition survient d'emblée* et c'est la deuxième forme.

L'évolution en est plus ou moins rapide.

D'après une statistique déjà ancienne de Kutz on a sur 100 cas de ce type de diabète :

dans 34 cas la mort en moins de trois mois ;
dans 30 cas la mort en trois mois à un an ;
dans 36 cas la mort en un an à quatre ans.

Dans la forme aiguë, la mort survient en moins de trois mois.

Dans le cas cité par Rist la mort est survenue six jours après le début de la maladie.

Mais plus souvent la maladie dure plus de deux mois. On observe souvent des alternatives de mieux et d'aggravation. Puis, malgré le régime, l'évolution se poursuit implacablement vers la mort.

Le pronostic dans ce diabète consomptif est donc fatal à plus ou moins brève échéance.

L'évolution semble d'autant plus rapide que l'enfant est plus jeune. Le coma peut être déclenché par la restriction excessive des hydrates de carbone. Bouchardat disait : « le diabétique doit ingérer le maximum d'hydrates de carbone qu'il peut assimiler »...

Les fatigues exagérées, physiques et morales, les chocs nerveux, les traumatismes, les infections abaissent le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone. L'anesthésie chloroformique se comporte comme une intoxication. Les interventions chirurgicales peuvent aussi agir. Mais quelquefois même sans cause appréciable, la maladie évolue avec une rapidité déconcertante

Merklen rapporte le cas d'un enfant qui, vers cinq heures du soir, se sent fatigué, se plaint d'avoir froid. On le couche. Il a quelques vomissements et accuse des douleurs dans le ventre. Il tombe dans le coma et meurt le lendemain matin. Rémy cite l'observation d'un enfant de 9 ans, diabétique depuis un an. Ce garçon se couche un soir sans rien de particulier, dans la nuit survient de la dyspnée, le matin il tombe dans le coma, il meurt dans la soirée. Le coma tue dans la moitié des cas. Il s'annonce par l'odeur de l'haleine, des urines, la quantité de ces dernières est diminuée, elles sont albumineuses. A la période d'invasion on constate des vomissements, de la diarrhée, le ventre se ballonne, douleurs violentes par crises.

Du côté du système nerveux, il y a de la fatigue, de l'apathie, de la somnolence ou de l'agitation violente avec cris.

Lorsque le coma est confirmé : le malade reste couché inerte, il est polypnéique (dyspnée de Küssmaul), le pouls est fréquent (140 à 160), la température baisse, on trouve de l'hypotonie des globes oculaires. L'évolution est très rapide, en 18 à 36 h. la mort survient.

Voyons maintenant le traitement, il faut envisager différemment le traitement du petit diabète et celui du diabète grave.

Le petit diabète n'exige le plus souvent qu'une réduction légère du régime hydrocarboné ; on règlera le régime en cherchant à modérer la glycosurie sans s'obstiner à vouloir la faire disparaître complètement. On soignera par ailleurs le foie, le tube digestif, etc. Nous insisterons donc surtout sur le traitement du diabète grave.

Ce traitement comprend deux parties : l'une a trait au régime c'est le seul qui, il y a encore quelques années, semblait être pratiquement utile. On ne doit pas le négliger aujourd'hui plus qu'hier. L'autre traitement est le traitement par l'insuline.

Pour *le régime* deux tendances, celle de P. Nobécourt qui conseille la réduction modérée des hydrates de carbone et celle de Rohmer et Labbé qui considèrent que la thérapeutique du diabète ne diffère pas chez les enfants de ce qu'elle est chez l'adulte.

Pour ces auteurs la diététique doit être conduite avec d'autant plus de rigueur que le diabète des enfants est généralement grave. Ils instituent une restriction sévère des hydrates de carbone. Ce régime pour M. Labbé ne serait pas acidosique, car, dit-il pour éviter l'acidose il suffit de supprimer la viande. On en arrive donc ainsi presque fatalement à la cure stricte de légumes verts (500 à 1.200 gr. par jour) que l'on doit poursuivre pendant une ou plusieurs semaines.

En somme, pour lui les enfants réagissent aussi bien et même plus rapidement que les adultes.

Les pédiatres : Nobécourt, Lereboullet, Mouriquand ont, au contraire, tendance à penser qu'il faut éviter aux enfants les régimes trop sévères.

Il faut, dit Nobécourt, chercher à se rapprocher des conditions normales de l'alimentation et tenir compte non seulement de la valeur calorique des régimes mais encore de leur teneur en azote, en graisse et en hydrates de carbone.

Il faut en un mot chercher à établir un régime d'équilibre. La suppression totale des hydrates de carbone est en particulier chose néfaste chez les enfants.

Lépine avait montré il y a longtemps l'utilité de l'alimentation sucrée chez certains diabétiques cachectiques pour arrêter la dénutrition.

Nobécourt et Lereboullet font des constatations analogues. Donc, pratiquement, il faut donner un régime où la restriction de sucre et de féculents reste très modérée.

On peut autoriser le lait en petite quantité : un demi à un litre par jour. L'alimentation doit être modérée en viandes et en œufs. On autorise les pommes de terre, l'avoine, les légumes secs, les légumes verts, certains fruits peu sucrés, on donne du beurre, de la crème, des fromages frais. Il faut remarquer que, suivant les sujets, certains hydrates de carbone sont mieux tolérés que d'autres, il faut donc tâtonner et s'arrêter pour chaque malade au régime qui lui convient le mieux. Surveillez toujours les urines attentivement.

Si la glycosurie diminue, revenir progressivement à une alimentation plus riche en hydrates de carbone, on agit de même s'il y a acétonurie importante.

En somme : « Régime plus antiacidosique qu'anti-diabétique » ( Lereboullet). Il faut être éclectique et s'adapter à chaque cas particulier. Evitez toujours l'augmentation de l'acidose en acceptant volontiers la persistance de la glycosurie si l'état général reste bon.

Cette utilité d'un régime suffisamment fourni en hydrates de carbone est basée sur l'idée théorique suivante émise par Cl. Bernard :

« L'hyperglycémie constitue au cours du diabète un phénomène essentiellement réparateur, et salutaire ». Ambard et Chabanier considèrent qu'un diabétique a besoin d'avoir une glycémie supérieure à celle d'un sujet normal pour éviter l'acétonurie. Pour eux l'acétonurie résulte de la combustion incomplète des albuminoïdes et des graisses. Or, cette combustion est incomplète parce que les hydrates de carbone ne sont que partiellement brûlés, ce qui est le propre du diabète. L'élévation de la glycémie a justement pour but de mettre en quelque sorte le sucre sous tension de façon que la combustion en soit tout de même suffisante. La glycémie critique est le taux de la glycémie au-dessous duquel l'acétonurie se produit. Elle est de moins de 1 p. 1 000 chez le sujet normal. Elle est plus ou moins élevée chez le sujet diabétique.

Cette conception n'est pas admise par tous, mais elle est claire, elle est séduisante, elle permet de rendre compte de bien des faits.

Voyons maintenant le *traitement médicamenteux.*

Avant la découverte de l'insuline, les moyens de traitement étaient extrêmement réduits. Il faut se montrer très réservé vis-à-vis de l'emploi des médicaments antiglycosuriques, (antipyrine, manganèse, opium). La médication alcaline doit être largement employée à la moindre menace d'acidose. Lorsqu'il s'agit de glycosurie modérée on peut recommander les cures hydrominérales (Vichy, aux malades souffrant de troubles hépatiques, aux obèses, la Bourboule aux anémiés, à ceux qui ont des lésions cutanées). Dans certains cas il faut conseiller l'opothérapie. Enfin, parfois comme nous l'avons montré au début de cette leçon, le traitement antisyphilitique peut rendre de grands services.

C'est tout ce à quoi se bornaient avec la thérapeutique hépatique il y a quelques années encore les médications à employer au cours du diabète.

Marcel Labbé en mai 1922 écrivait : « Le médecin doit être bien convaincu qu'il n'existe aucun médicament spécifique du diabète, aucune substance connue qui agisse sur le trouble de la glyco-régulation »...

On savait depuis longtemps que le pancréas possédait une sécrétion interne capable d'agir sur le métabolisme des hydrates de carbone lorsque les Canadiens Mac Leod, Banting, Collip, Best découvrirent enfin une technique (précipitation fractionnée par l'alcool) qui leur permit d'isoler l'insuline que l'on ne connaît pas encore du point de vue chimique mais qui a une action physiologique bien définie.

On distingue actuellement les insulines américaines et les françaises. Le titrage de l'insuline est effectué en tenant compte de la propriété physiologique essentielle de l'insuline : la réalisation d'une hypoglycémie. L'unité américaine était définie par la quantité d'insuline nécessaire pour faire tomber à 0 gr. 45 % la glycémie d'un lapin de 2 kgr. à jeun depuis 16 à 24 heures.

Récemment les Américains ont adopté une unité (clinique) dont l'activité est trois fois moindre.

Les insulines françaises sont dans le commerce sous forme de poudre ou de liquide.

Chabanier a fait fabriquer une insuline 8 fois plus forte que les unités cliniques américaines.

L'unité de Chabanier abaisse de 60 % la glycémie d'un lapin de 2 kgr. à jeun depuis seize heures. Les autres insulines françaises sont graduées en unités cliniques de même valeur que les unités américaines.

L'insuline agit en provoquant un abaissement de la glycémie ce qui permet la combustion des hydrates de carbone et combat donc le trouble du métabolisme qui est l'origine du diabète.

*Organisation de la cure d'insuline.*

Pour Chabanier, l'insuline étant la base du traitement, il y a intérêt à ce que le malade reçoive la plus grande quantité possible d'hydrates de carbone.

Une série de cures d'insuline répétées aussi fréquemment que l'exige l'état du malade ; dans certains cas, traitement à peu près ininterrompu.

On met le malade à un régime d'épreuve avec par exemple 75 gr. d'hydrates de carbone, au bout de 4 ou 5 jours on détermine la glycémie et la glycosurie.

On obtient de la sorte des éléments nécessaires pour apprécier : 1) la tolérance aux hydrates de carbone ; 2) la présence du diabète rénal.

Par exemple : avec un régime de 75 gr. d'hydrates de carbone on étudie la glycémie le matin à jeun et la glycosurie des 24 heures.

On trouve une glycémie de 2 gr. et une glycosurie de 40 gr.

Dans ce cas l'élément diabète rénal est peu marqué et l'on doit chercher à réduire dans la mesure du possible la glycosurie.

Si on trouve une glycémie à 2 gr. et une glycosurie à 100 gr. dans ce cas l'élément diabète rénal est très marqué, et l'on doit certes ici aussi viser à diminuer, mais légèrement, la glycosurie et s'attacher surtout à maintenir un bon état général.

On fait une cure de trois semaines à un mois avec chaque jour deux injections intra-fessières, une avant chacun des deux principaux repas.

On surveille l'acétonurie et la glycosurie plusieurs fois par semaine.

Le premier but du traitement par l'insuline est de faire disparaître l'acétonurie, elle disparaît en général presque immédiatement.

Si la chute de l'acétonurie est plus lente, il faudra diminuer momentanément les graisses et les protéiques, ou bien augmenter les hydrates de carbone.

Le deuxième but est d'obtenir la chute de la glycosurie. A titre d'exemple voici comment s'est comportée une petite malade (Arlette) que nous avons suivie dans le service. Avec un régime de 157 gr. d'hydrates de carbone, elle présentait une glycosurie de 95. On lui fait de l'insuline, au bout de 15 jours la glycosurie n'est plus que de 26.

La petite Madeleine, autre malade du service reçoit 73 gr. d'hydrates de carbone, elle a une glycosurie à 60, après le traitement par l'insuline pendant 1 0 jours sa glycosurie tombe à 20 ou 30.

Il faut réduire la glycosurie, mais il faut surtout maintenir l'état général, on doit se résoudre dans certains cas à laisser de la glycosurie de façon à avoir un accroissement du poids et des forces.

L'action sur l'état général est peut-être ce qu'il y a de plus remarquable dans le traitement par l'insuline. Les forces reviennent, la face se recolore. Le poids augmente. Mais il faut mentionner le fait que l'insuline provoque de l'hydrémie, donc l'augmentation de poids dépend non seulement de l'amélioration de l'état général mais aussi de l'hydrémie.

L'action du traitement sur le psychisme n'est pas négligeable. Le malade voit qu'il va mieux, on augmente sa ration alimentaire, sa polyurie, sa polydipsie disparaissent. On règle le régime de façon plus agréable pour le malade, ce qui fait éviter les fraudes de sa part.

En somme, on cherche toujours à augmenter la ration en gardant un juste équilibre.

Si la glycosurie disparaît on enrichit progressivement la ration en hydrates de carbone jusqu'à ce qu'elle reparaisse légèrement.

Ceci est indiqué surtout quand, dans les 3 ou 4 heures qui suivent la piqûre, les sujets traités accusent une dépression physique et morale marquée (hypoglycémie).

Dans le diabète grave le traitement par l'insuline arrête l'évolution aiguë de la maladie, permet une certaine tolérance aux hydrates de carbone, arrête le développement de l'hypotrophie. Les cures doivent être poursuivies suivant les cas plus ou moins longtemps. On doit augmenter les doses au cours des maladies aiguës ou lors des opérations chirurgicales.

On ne doit jamais cesser brusquement les injections d'insuline.

Le rôle de l'insuline dans le traitement du coma diabétique est capital, elle permet dans nombre de cas de tirer le malade du coma.

Dans le coma il faut agir vite et fort. On pratique des injections d'insuline à hautes doses, par

voie intra-fessière ou encore, dans les cas d'extrême urgence par voie intraveineuse.

On fait des injections toutes les 2 ou 3 heures, jusqu'au 160-180 unités par 24 heures.

L'injection doit être suivie d'un goutte à goutte rectal glucosé à 40 p. 1000, au total, on donne de la sorte 100 à 300 gr. de glucose par jour. Il est utile d'administrer des alcalins, du bicarbonate de soude.

Il faut réhydrater le malade, combattre le collapsus.

On peut observer des accidents au cours du traitement par l'insuline.

Ainsi, on a quelquefois des abcès à allure d'abcès froids (signalés par les Américains). Les infections aiguës, tout en conservant leur gravité, présentent sous l'influence de l'insuline une allure torpide qui ne doit pas faire croire à la guérison ni empêcher d'opérer (otites suppurées, appendicites, etc.).On peut observer aussi des réactions du type sérique, des œdèmes, de l'urticaire, de l'érythrodermie, des abcès au niveau des fesses qui finissent par être lésées par les injections bi-quotidiennes.

On connaît aussi des accidents plus graves qui viennent immédiatement après l'injection : la pâleur, les tachycardies, les sueurs, même des convulsions dues à l'hypoglycémie, accidents auxquels on doit remédier d'urgence par une injection d'adrénaline (1/2 milligramme) si l'absorption d'aliments sucrés ne parvient pas à les calmer suffisamment rapidement. C'est dans l'espoir de prévenir ces accidents graves que l'on recommande de faire boire systématiquement après chaque injection un verre de lait légèrement sucré.

Comme je vous l'ai indiqué, le traitement ne doit être supprimé que progressivement.

L'insuline ne guérit pas le diabète, ce n'est pas cependant un médicament uniquement symptomatique. C'est un médicament qui agit sur le trouble du métabolisme.

Mais il n'est pas le dernier échelon de la hiérarchie thérapeutique, ce n'est pas un médicament étiologique.

Le traitement par l'insuline présente deux difficultés matérielles : son prix élevé et la surveillance qu'il exige. Ces inconvénients sont peu de chose comparés aux services rendus par ce médicament.

Le diabète infantile est une affection grave.

L'insuline nous permet de nourrir les enfants et de faire face plus ou moins aux besoins de la croissance.

La guérison du coma, les améliorations du diabète évolutif lui donnent enfin des titres de gloire remarquables.

Certes, il ne faut pas pour cela crier victoire et proclamer que le traitement du diabète est trouvé. Mais nous pouvons dire que nous possédons un médicament vraiment actif qui a donné des résultats dans des cas qui, il y a quelques années, auraient été considérés comme rapidement désespérés.

Quelle est la posologie ?

Dans les grands diabètes, chez l'adulte on emploie 50 à 70 unités cliniques, chez l'enfant on emploie en moyenne 1 à 2 unités par kgr. de poids. Ainsi chez un enfant de 40 kgr. on fait 40 unités par jour, 20 le matin et 20 autres le soir.

Avant d'instituer cette dose, il faut procéder par tâtonnement, en commençant par 10 à 15 unités, pratiquer les dosages nécessaires et puis suivant les résultats obtenus augmenter la dose. Dans le service on a quelquefois été obligé de faire des doses plus fortes allant dans certains cas jusqu'à 80 unités par jour.

En général dans le coma on doit doubler ou tripler la dose, on arrive à 160 et 180 unités (observation de Lereboullet) tandis que chez l'adulte on peut aller jusqu'à 200 et même 300 unités.

En résumé, à l'heure actuelle, on peut dire que, la plupart du temps, un grand diabète infantile, grave d'emblée, peut, grâce à un régime et un traitement judicieux être parfois bien toléré pendant de nombreuses années sans que cependant l'on puisse affirmer être à l'abri d'accidents (le plus souvent comateux) rapidement mortels et encore moins promettre une guérison ultérieure définitive qui peut néanmoins ne pas être absolument un pur espoir chimérique. L'usage de l'insuline est encore trop récent pour que l'on soit définitivement fixé sur ce dernier point.

# PRESSION ARTÉRIELLE MOYENNE

## (Avantages et Technique de la mesure) (*)

Par

Camille LIAN, et J. FACQUET

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Tenon.

Interne des Hôpitaux

**I. Avantages.** — Les principaux avantages de la mesure de la pression artérielle moyenne découlent de l'étude des variations de la pression moyenne, de la pression maxima et de la pression minima (1).

En effet les mensurations tensionnelles pratiquées par C. Lian sur 400 malades font sauter aux yeux les *variations considérables de l'écart entre Mx et My* : cet écart, qui est de 3 cm. à l'état physiologique, peut, à l'état pathologique n'être que de 1, ou, au contraire, atteindre 20 cm. D'autre part, ces mêmes mensurations montrent avec netteté que la *My et la Mn se comportent au contraire comme des valeurs à peu près solidaires.*

Si l'on prend en considération la valeur de la pression moyenne en pointe ou bien la valeur inférieure du plateau de la pression moyenne, on trouve à l'état physiologique, dans la plupart des cas, un intervalle de 3 cm. de Hg. entre le chiffre de la Mn et la pointe de la My ou la partie inférieure de son plateau. Quelquefois l'écart est de 4 cm., quelquefois il est de 2 cm. seulement : mais le plus souvent il est de 3 cm.

Or, à l'état pathologique, cet écart reste sensiblement le même qu'à l'état physiologique. Contrairement à ce qu'on pourrait penser *a priori*, l'insuffisance aortique ne fait pas exception à la règle. Il n'est pas rare que, dans cette affection, la Mn ne soit que 3 ou 4 cm. au-dessous de la valeur basse du plateau de la My : tout au plus atteint-elle parfois 1 cm. de plus que dans les autres affections cardio-vasculaires. Cela tient en particulier à ce que, dans près de la moitié des cas d'insuffisance aortique, la valeur basse du plateau de la My est inférieure à la normale. D'ailleurs le contrôle est ici difficile, car il n'est pas rare que le chiffre de la Mn soit, dans l'insuffisance aortique, impossible à déterminer.

D'autre part il y a lieu d'insister sur la difficulté et l'imprécision de la mesure de la Mn d'une façon générale en clinique. Le critère de cette valeur a varié. On admet actuellement avec le professeur Pachon que la Mn oscillométrique correspond à une cassure de la ligne de descente des oscillations : cassure consistant en l'apparition d'une zone terminale et distincte d'oscillations à pente très faible (1). Or, il arrive très souvent que la ligne de descente ne présente aucune espèce de cassure, ou présente au contraire des cassures multiples. Il est alors impossible de fixer avec certitude la valeur de la Mn. Par ailleurs la méthode auscultatoire surestime la Mn dans tous les cas et de façon souvent inégale. Il en est ainsi, même si l'on admet comme critère la disparition des bruits artériels. L'imprécision inévitable de la détermination de la Mn est encore accrue par les différences de technique d'un médecin à l'autre. Une conclusion s'impose : en pratique la mesure de la Mn est difficile et imprécise.

Au contraire, il n'y a qu'un seul critère pour la mesure de la My : c'est la plus grande oscillation de la courbe oscillométrique. D'autre part la mise en œuvre de ce critère ne rencontre guère de difficulté : elle exige seulement de l'attention.

*C. Lian a donc conclu tout naturellement que la mesure facile et précise de la My mérite de se substituer à la mesure difficile et imprécise de la Mn : conclusion d'autant plus logique que la My et la Mn sont des valeurs à peu près solidaires.*

Il ne peut être question de mesurer seulement la My et de ne pas déterminer en même temps la Mx. En effet, pour un même chiffre de My on peut rencontrer les valeurs les plus variables de Mx. Par exemple pour My 13 Mn 10 on peut trouver Mx 15 (formule convergente d'insuffisance cardiaque), Mx 20 ( formule concordante d'hypertension-maladie), Mx 25 (formule divergente de l'aortite).

La règle de concordance formulée par C. Lian (2) dès 1913 pour les rapports entre Mx et Mn va tout naturellement rester applicable à l'appré-

(*) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.) — 25 % de réduction aux souscripteurs.
Envoyer avant le 15 mars :
France et Colonies : 22,25 ; Etranger : 26 fr., à M. Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8e). Compte chèques postaux : 712.04.

(1) C. LIAN. — *Soc. Biol.*, 30 mai 1931, p. 498 et p. 500.

(1) PACHON et R. FABRE. *Soc. Biol.*, 10 mai 1920, p. 871.

(2) *Presse méd.*, 17 janv. 1914, et article « Appareil circulatoire » in *Technique clin. méd Sergent*, édit., Maloine, 1re édition, 1913.

ciation des rapports entre Mx et My, puisque Mn et My sont des valeurs à peu près solidaires.

*La formule tensionnelle indique une concordance entre Mx et My quand la My en pointe ou la valeur basse du plateau de My est égale chez un hypertendu à 3 plus la moitié de Mx, chez un sujet de pression normale à 2 ou 3 plus la moitié de Mx, chz un hypotendu à 2 plus la moitié de Mx.*

**II. Hypertension dite moyenne solidaire.** — MM. Vaquez et Gomez (1) ont récemment décrit sous le nom d'hypertension moyenne solitaire des faits dans lesquels on observe une élévation de la pression moyenne, les pressions extrêmes restant normales.

Certes, il n'est pas exceptionnel de trouver une hypertension très légère de Mx avec une hypertension franche de My. Mais, dans ces cas, il existe presque toujours une élévation de la Mn, car My et Mn sont des valeurs à peu près solidaires. D'ailleurs, dans les deux seules observations où MM. Vaquez et Gomez donnent le chiffre de la Mn, elle est respectivement de 9 et 8 1/2, chiffres qui indiquent une hypertension de Mn. En effet, selon le dernier critère du professeur Pachon, la Mn est, à l'état physiologique, de 6, tout au plus de 7. Dans toutes les autres observations qu'ils citent dans leur récent travail, MM. Vaquez et Gomez donnent seulement le chiffre de la Mx.

Ils semblent donc ainsi avoir abouti à la même conclusion que C. Lian sur la nécessité de mesurer Mx et My et sur le caractère accessoire de la mesure de Mn.

Les notions exposées plus haut sur la facilité et la précision de la mesure de la My, et d'autre part sur la difficulté et l'imprécision de la mesure de la Mn, conduisent à penser qu'avec Mx et My on se rendra plus facilement compte d'une hypertension à formule convergente qu'avec Mx et Mn. Cependant il ne serait pas exact de considérer qu'il est banal de voir s'élever la My sans que la Mn ne s'élève elle aussi.

*L'hypertension moyenne solitaire est probablement, dans la plupart des cas, une hypertension à la fois moyenne et minima.*

(1) *Presse méd.*, 5 déc. 1931.

Sur plus de 400 malades C. Lian n'a observé que 2 cas où la My était élevée, la Mn n'étant pas franchement élevée : d'ailleurs l'élévation de la My n'était que de 5 mm. Dans tous les autres cas l'élévation de la My était à peu près la même que celle de la Mn.

Pour désigner les faits dans lesquels la Mx ne s'élève pas ou s'élève peu quand la My et la Mn s'élèvent franchement, on pourrait employer l'expression d' « *hypertension artérielle basale* », afin de montrer que le sommet de la pression artérielle ne s'est pas ou s'est peu modifié. A l'hypertension artérielle basale s'oppose l'*hypertension maximale*, dans laquelle la Mx s'élève seule, la My et la Mn restant normales.

**III. Technique.** — Pour la mesure précise de la My et de la Mn, la méthode non seulement de choix mais indispensable est l'oscillométrie.

Pour la détermination précise de la Mx le procédé de choix est la méthode auscultatoire. En effet l'oscillométrie est ici d'un emploi encore plus difficile et plus imprécis que pour la Mn. La double manchette de Gallavardin atténue, mais est loin de supprimer les difficultés.

MM. Vaquez, Gley et Gomez ont proposé d'employer un brassard de 15 cm. pour diminuer les cas où la My serait en plateau.

Mais, avec un brassard de 15 cm., on sous-estimerait la Mx auscultatoire, et il faudrait avoir un autre brassard pour mesurer la pression artérielle chez les adolescents et les enfants.

Nous pensons qu'il y a lieu de chercher à se servir d'un seul brassard pour tous les cas de la pratique courante, et nous réalisons ce desideratum avec le phonosphygmomètre Lian, dont le brassard de 12 cm. s'enroule autour du bras à la façon d'un pansement. Ce brassard relié à un oscillomètre permet même la mesure de la pression artérielle chez le nourrisson, dont il entoure à la fois le bras et l'avant-bras.

Les quelques difficultés que nous rencontrons encore dans la mesure de la My s'aplaniront avec l'emploi d'oscillomètres plus perfectionnés (tel le kymomètre de MM. Vaquez, Gley et Gomez) et aussi d'oscillographes (oscillographe de Boulitte, tonoscillographe de Plesch).

# INFECTION DU CAVUM

## A propos d'un article sur la chorée

Par le Dr A. Colin (de Nice)

Dans un article paru dans le *Concours médical*, au mois d'octobre dernier, j'ai exposé le cas d'un enfant qui fut guéri d'une chorée aiguë très grave par le curage du cavum et par la désintoxication générale.

Quelques jours après la publication de cet article, le Dr Cauvière, d'Alger, me signalait qu'il avait guéri par la même méthode thérapeutique une enfant atteinte de *chorée chronique* qui durait depuis près de deux ans, malgré les divers traitements essayés pendant ces longs mois.

Je lui ai demandé de vouloir bien m'établir l'observation de ce cas vraiment intéressant ; ce qu'il a fait avec le plus grand empressement.

Voici son observation :

**Observation d'un cas de chorée chronique datant de deux ans, guérie après curettage du cavum et morcellement des amygdales hypertrophiées.**

La jeune Edmée F..., née le 7 mai 1921, de parents bien portants, est une grande fille, pour son âge bien constituée, qui est conduite à ma consultation le 28 décembre 1929 par la mère qui a constaté que sa fille bien portante jusque là présente depuis environ trois semaines des mouvements désordonnés de la tête, des quatre membres mais particulièrement du membre supérieur droit.

La malade questionnée accuse de la difficulté à répondre, la prononciation est pénible et elle se plaint de douleurs localisées dans les deux poignets, les deux genoux et les deux articulations du cou-de-pied.

La température prise au moment de la consultatoin est normale. Le diagnostic de chorée est évident et le traitement classique est institué : potion à l'antipyrine, salicylate de soude *per os*. L'enfant est régulièrement suivie et ne paraît nullement bénéficier du traitement prescrit.

Un traitement par injections hypodermiques d'une solution de salicylate de soude est commencé et est bien supporté. Malheureusement l'infirmière constate qu'un abcès est en voie de formation à un des points d'injection. Fin janvier 1930 je dois inciser cet abcès et la mère constate que depuis son ouverture les mouvements choréiques sont de moindre amplitude. Cette légère amélioration sera de courte durée, deux semaines environ, puis la petite malade redevient à nouveau très agitée.

Durant les mois de janvier, février et mars 1930, l'enfant est incapable de se vêtir et de se dévêtir seule, elle ne peut manger et boire seule tellement l'agitation est grande.

La température prise régulièrement matin et soir est normale. Le sommeil est bon, et la mère a constaté que durant la nuit en plein sommeil les membres de sa fille sont animés de secousses musculaires brusques.

Devant l'inefficacité de la thérapeutique précédente, je prescris en mars 1930, un traitement par le beurre arsenical suivant la technique donnée par le Prof. Weil de Lyon.

A la suite de ce traitement, on note une légère amélioration. L'état choréique néanmoins très marqué paraît se stabiliser et la petite malade reste dans cet état jusqu'au début de septembre 1931.

A cette date, la mère qui est désespérée de voir l'état dans lequel se trouve sa fille me la reconduit parce qu'elle a perdu ses couleurs, qu'elle se trouve fatiguée, qu'elle a perdu l'appétit et parce qu'elle tousse depuis un rhume contracté au mois d'août 1931.

A l'examen, l'enfant est très agitée, difficile à examiner, l'appareil pleuro-pulmonaire est normal, mais notre attention est attirée par une arrière-gorge rouge et sale.

Nous conseillons de prendre l'avis d'un spécialiste qui nous répond que notre malade présente une rhinite suppurée à tendance atrophique avec hypertrophie adénoïdienne. Un traitement de désinfection s'impose avant tout et est institué.

A la fin septembre notre confrère spécialiste oto-rhino-laryngologiste nous avise qu'il serait d'avis de curetter le cavum.

Le 2 octobre 1931, l'intervention est pratiquée, curettage du cavum, morcellement des amygdales, tout se passe normalement.

Deux semaines après la mère constate que sa fille est redevenue calme d'une façon progressive et elle nous la conduit pour nous faire constater la guérison de sa fille que nous ne pouvons que confirmer.

Dr Cauvière.

On voit, par cet exposé, que, comme dans le cas qui a fait l'objet de mon précédent article, le curage du cavum a fait disparaître complètement les accidents choréiques, et j'insiste sur ce fait que, dans le cas du Dr Cauvière, la maladie durait depuis plus de 18 mois.

Et ce confrère ajoutait dans sa lettre : « Il n'y a pas de doute, il y a un véritable péril naso-pharyngien. Malheureusement, ces idées, pourtant exactes pour celui qui sait observer et réfléchir, n'ont pas encore retenu suffisamment l'attention du corps médical. J'irai même plus loin, et je dirai que la plupart

des spécialistes d'oto-rhino-laryngologie, pour ne pas dire tous, n'attachent pas assez d'importance à la *cavumite*. S'il n'y a pas un paquet adénoïdien à enlever, ils se soucient peu de l'état d'infection du cavum et du pharynx. »

Mais alors si le public médical n'est pas suffisamment averti, n'ai-je pas le droit, moi aussi, de dénoncer le *péril naso-pharyngien* (Prof. Worms) ? N'ai-je pas le droit d'exposer ce que je crois être vrai au point de vue de l'importance de l'état du cavum en pathologie générale ?

Comme l'ensemble de mes idées sur cette question représente une véritable doctrine médicale, je vais encore vous la résumer dans les quelques propositions suivantes :

1° Le *cavum infecté* est à la base de presque toute la pathologie générale.

2° Les maladies aiguës localisées dans tel ou tel organe, dans tel ou tel tissu, ont presque toujours une source première dans une cavumite, ordinairement méconnue : bronchites, pneumonies, congestions pulmonaires, cholécystites, appendicites, entérites, néphrites, etc., sont généralement des complications d'une cavumite primitive.

3° La plupart des troubles morbides qui surviennent par intermittence chez les malades chroniques, ne se produisent que parce que le malade a pris un « *coup de froid* », *cavumite*, et parce qu'il a mangé des aliments albuminoïdes que son foie n'était pas à même de transformer.

Et ce sont ces multiples poussées de *cavumite* avec production de poisons toxi-alimentaires, qui vont réveiller l'hérédité endormie, et favoriser la naissance et le développement graduel des lésions chroniques.

Donc, *cavum*, *foie*, *hérédité* : tels sont les principaux facteurs qui interviennent dans la production de la maladie.

Voilà toute ma doctrine médicale ! Est-ce qu'elle heurte le bon sens, et mérite-t-elle vraiment d'être négligée par nos maîtres ?

Dans ma naïveté, je pensais qu'il suffisait qu'une doctrine fût exposée clairement, avec des faits d'observation précis, avec l'appui d'arguments solides et de déductions logiques, pour qu'elle s'imposât immédiatement à l'attention de ceux qui ont la charge de guider les praticiens. Comme je me trompais ! Voilà plusieurs années que je mène la croisade contre le *péril naso-pharyngien*, et j'ai le regret de constater que, malgré les appréciations flatteuses de quelques-uns de nos maîtres, aucun d'eux n'a eu l'idée d'étudier sérieusement cette doctrine et d'expérimenter la nouvelle thérapeutique qui en découle.

A un moment donné, j'ai demandé à l'Académie de médecine de vouloir bien faire une communication sur cette nouvelle doctrine : Le cavum, source des maladies ; on m'a répondu par un refus. Dernièrement, quand le Dr Cauvière m'a signalé son cas de *chorée chronique* guérie par la thérapeutique du cavum, j'ai renouvelé ma démarche, j'ai insisté en spécifiant que de nombreux enfants pourraient être guéris si, par la tribune de l'Académie, on faisait connaître au Corps médical que la source de bien des maladies aiguës ou chroniques se trouve dans le cavum. J'attends encore une réponse.

Mais alors, faut-il donc croire le Dr Dartigues quand il reconnaît qu'il n'est pas bon d'*arriver le premier. Malheur à qui trace les premiers sillons et fait les premiers défrichements : la moisson ne sera pas pour lui ! Malheur à qui commence ! Malheur aux inventeurs, aux voyants et aux réalisateurs initiaux : ce ne seront pas eux qui cueilleront le fruit de leurs pensées génératrices ou de leurs découvertes* ! »

Et comme pour s'élever contre une telle attitude, il ajoute par ailleurs : « *Tous les médecins ne peuvent pas être dans la haute officialité canalisée et parquée, dont je suis le premier à reconnaître les hauts mérites, mais qui à elle seule ne représenterait qu'une petite partie de la multitude des cerveaux qui réfléchissent, pensent et même créent de la découverte et agissent pour l'avancement de la science... officialité qui ne peut prétendre à réaliser et représenter tout le savoir...* »

Dès lors, pourquoi ne pas prendre en considération les idées nouvelles, quand elles sont saines, les doctrines nouvelles quand elles sont sensées, quand elles paraissent judicieuses ?

Si j'exprime ma pensée avec une telle liberté, c'est que j'ai le sentiment que je suis dans le vrai, c'est que toute mon expérience de plus de 30 ans de médecine me dit que les choses se passent en pathologie comme je l'ai exposé dans mes articles et dans mon livre.

Dernièrement, on lisait à l'Académie de médecine une communication du Dr Haibe (de Namur), signalant « que, presque toujours, dans le passé des asthmatiques respiratoires, il y a eu des affections qui ont provoqué l'épine irritative. Chez l'adulte, ce sont des rhino-bronchites saisonnières, des bronchites simples, des pneumonies, des grippes à localisations bronchiques. LES RHINITES DÉGÉNÉRANT EN BRONCHITES ONT DE LOIN LE RÔLE LE PLUS IMPORTANT. Un fort coryza éclate : deux à trois jours après le début, il « tombe » sur les bronches et c'est le signal de la crise. Chez l'enfant, on retrouve les mêmes causes prédisposantes. »

Mais moi-même, j'ai écrit dans mon livre : « Dans l'asthme, il y a l'état asthmatique, et la crise proprement dite.

« Dans l'*état asthmatique*, sensibilisation spéciale du centre vago-sympathique respiratoire soit au poison microbien, soit au poison toxi-alimentaire.

« Et *la crise survient*, s'il y a introduction dans le sang d'un poison microbien, et si le malade s'alimente, étant sous l'influence de cette atteinte microbienne.

« ***Généralement, c'est l'infection rhino-pharyngienne qui est à la source de ces crises*** ».

Au fond, nous avons la même conception sur la pa-

thogénie de l'asthme, le Dr Halbe et moi, mais ce confrère a sur moi un avantage, c'est qu'il est écouté par l'Académie de médecine.

Je répète : *Totus homo in cavo.* Toute la santé de l'homme est conditionnée par l'état de son cavum ; et la conclusion logique qui découle de cet aphorisme, c'est que la thérapeutique doit chercher à rendre au cavum infecté une muqueuse saine, résistante, et au foie devenu déficient par suite de la cavumite, une capacité de fonctionnement normale.

Voilà quelles doivent être les grandes lignes d'une thérapeutique vraiment judicieuse !

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

### La diathermie à distance au secours des obstructions complètes de l'œsophage, suites de l'absorption de liquides caustiques

D'après les travaux du Prof. Jacques (1) et ceux du Prof. Bordier (2).

### Les faits

Il est un accident d'une désespérante fréquence, qui consiste dans la déglutition involontaire de lessive de soude ou de potasse caustiques, et qui aboutit souvent à la mort de la victime.

Ces liquides sont d'un emploi courant : la lessive de soude caustique pour le décapage des boiseries, la solution forte de potasse caustique pour le traitement des olives dans les pays du Midi. La méprise provient presque constamment de leur conservation et de leur vente par les détaillants dans des bouteilles à bière, dont la fermeture résiste mieux que le liège au contact de la solution. Un ouvrier ou un enfant, croyant avoir affaire à de la bière ou à du vin blanc, absorbe le contenu de la fiole.

Une faible quantité de liquide suffit à causer les accidents, et les effets caustiques de la potasse sont plus énergiques que ceux de la soude.

Parfois, l'alimentation momentanément suspendue peut être rétablie ; mais, quelques semaines ou quelques mois plus tard, les aliments solides sont plus difficilement déglutis ; il faut déjà les mastiquer longuement, les avaler à petits coups, en s'aidant au besoin de pressions exercées de haut en bas avec la main sur la base du cou. Puis, la dysphagie s'accentue, se complique d'accidents spasmodiques, d'amaigrissement progressif. Enfin, l'intolérance alimentaire devient presque absolue, les liquides passent avec peine, et l'on consulte, souvent trop tard, un spécialiste. On tente un cathétérisme ; mais, le plus souvent, la boule de 10 mm. franchit l'orifice supérieur pour venir buter, à 16 cm. des arcades dentaires, au niveau de la bifurcation bronchique, par conséquent à un entonnoir cicatriciel presque infranchissable. Il peut arriver que la bougie maintenue en place puisse diminuer, semble-t-il, la proportion des liquides vomis ; mais, l'endoscopie montre généralement une vive réaction des parois œsophagiennes et une imperméabilité du trajet sténosé. L'état général du sujet est souvent tel que l'on redoute le choc d'une intervention sur l'estomac ; dans ces conditions, et malgré les injections de sérum et les lavements alimentaires, la mort est rapide par dépérissement et torpeur progressive. Ici, le traitement actif a été commencé trop tard ; une dilatation entreprise plus tôt avant la période d'imperméabilité totale (au prix, il est vrai, d'un traitement prolongé et pénible), même précédée d'une gastrotomie, aurait eu plus de chances de rétablir le trajet alimentaire normal.

D'autres fois, si le chirurgien intervient de bonne heure, avant l'imperméabilité totale de l'œsophage, tout au moins tant que l'état général est resté suffisant, la gastrotomie permet la survie, et donne ainsi toutes chances de succès aux opérations ultérieures pour le rétablissement d'un trajet œsophagien ; celles-ci peuvent même au moyen de greffes épidermiques créer un nouveau canal qui, par la voie sous-cutanée extra-thoracique, permettra, en plusieurs temps, de relier le moignon œsophagien à l'estomac, repéré à la base du cou ; ainsi, sera rétabli le trajet alimentaire, et l'on teminera par la suture de l'estomac.

### La diathermie

Voici le cas rapporté par le Prof. Bordier. Même génèse de l'accident ; mais, *dès le 25e jour* l'état général étant par conséquent resté bon, l'imperméabilité de l'œsophage, même aux liquides, a nécessité la pratique d'une *gastrotomie, opération d'attente.*

La radioscopie montre l'obstruction œsophagienne à 2 cm. au-dessus du cardia, car l'action du caustique s'est fait sentir plus fortement et plus profondément en ce point, où siège une légère courbure du canal œsophagien..

(1) Professeur Jacques. — A propos de deux cas mortels d'œsophagite. (*Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1931.)

(2) Professeur H. Bordier. — Action remarquable de la diathermie à distance dans un cas d'obstruction complète de l'œsophage. (*Paris médical*, 10 octobre 1931.)

L'*idée d'une dilatation électrolytique est repoussée,* en raison de ses dangers. Dans la région, en effet, où siégeait l'obstruction, l'œsophage a des rapports immédiats avec le cœur, les gros vaisseaux, la bronche gauche et les nerfs pneumogastriques.

L'auteur, connaissant les heureux effets de la *diathermie à distance* sur les ulcères variqueux, pense à faire agir sur l'escarre de l'œsophage, les courants de haute fréquence, mais de l'extérieur. Pour cela, il applique deux électrodes, l'une antérieure, l'autre postérieure, la première de 8 /10 c., la deuxième de 12 /15 c., et de façon que les lignes de flux du courant traversent la région rétrécie. Un peu au-dessus du cardia, l'œsophage se trouve, chez un sujet moyen, à 8 cm. de la paroi cutanée antérieure et à 9 cm. 4 de la paroi dorsale ; dans ces conditions, l'effet diathermique n'a pas de peine à se faire sentir sur la portion œsophagienne lésée, car, c'est précisément dans la région située à égale distance des deux électrodes que se manifeste l'échauffement diathermique maximum. L'intensité utilisée a varié entre 1.000 et 1.500 milliampères ; la durée des séances était de 25 à 30 minutes, et deux séances par jour étaient faites, l'une le matin, l'autre le soir.

Après quatre jours de ce traitement, le malade avala une gorgée d'eau, et ne tarda pas à s'apercevoir que l'eau avait passé ; puis il avala d'un trait tout un verre d'eau. A partir de ce moment, il commença à s'alimenter, en plus du lait qui lui était versé par la sonde stomacale, en absorbant de l'eau sucrée, du lait battu avec des œufs, du café au lait, etc.

Ce résultat était d'autant plus remarquable que, depuis plus d'un mois, l'œsophage était obstrué par l'escarre. Le traitement fut continué durant quelques jours encore. A ce moment, un nouvel examen radioscopique montra que la partie de l'œsophage, précédemment fermée, laissait passer la crème opaque avec un calibre à peu près égal à celui des régions plus haut situées ; en outre, la lumière œsophagienne était devenue plus grande que lors du premier examen.

La rapide amélioration obtenue par la diathermie démontrait que les processus de nutrition des tissus lésés par la potasse étaient devenus plus actifs sous l'influence des courants de haute fréquence, qu'il s'était fait une résorption progressive des tissus, d'où un rétablissement de la lumière du canal œsophagien.

Le malade rentra chez lui, et continua à se nourrir à la fois par la sonde et par la bouche ; il fut averti toutefois que la réparation complète de sa muqueuse, du pharynx à l'estomac, serait longue à se faire. Ses nouvelles sont restées excellentes ; son état général s'est sensiblement amélioré ; son poids avait augmenté de 9 kilogrammes un mois après son retour chez lui.

Cette observation constitue donc un heureux exemple de ce que peut donner la diathermie à distance, lorsqu'elle est employée, même un mois après les accidents de brûlure de l'œsophage par les liquides caustiques. Peut-être pourrait-elle éviter la gastrotomie, si on recourait plus tôt à son emploi.

## Comment éviter ces brûlures de l'œsophage par les caustiques

Voici le texte d'un vœu, émis par la Société de médecine de Nancy, et transmis à l'Académie de médecine :

« Considérant la fréquence et la gravité des lésions d'œsophagite dues à l'ingestion accidentelle de liquides caustiques, considérant le fait que ces liquides sont vendus par les détaillants dans des récipients à usage alimentaire, tels que bouteilles à bière, émet le vœu que : les liquides caustiques, et en général tous les toxiques, dont la vente est autorisée dans les drogueries, teintureries et magasins de couleurs, ne puissent être délivrés que sous une étiquette très apparente indiquant leur toxicité, sous une forme artificiellement colorée, et autant que possible, dans des récipients de forme spéciale en verre transparent. »

G, F.

# LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE ET LEUR TRAITEMENT ACTUEL

Par MM. N. Kisthinios et V. Davydoff

On peut distinguer au point de vue étiologique une ménopause physiologique, une ménopause chirurgicale et une ménopause radiothérapique; quant aux troubles qui se produisent, on peut dire qu'ils sont à peu près identiques dans les trois formes de la Ménopause, et s'ils prennent des types différents cela dépend plutôt du tempérament de chaque malade comme de l'état de son système nerveux et de ses glandes endocrines; selon ces conditions, les troubles peuvent être peu accentués, ou peuvent être graves.

En dehors de la disparition de la menstruation et du changement de l'instinct sexuel qui parfois se produit, on peut diviser les troubles les plus souvent observés en trois grandes catégories :

1° Troubles du métabolisme ;
2° Troubles endocriniens et neuro-végétatifs ;
3° Troubles psychiques.

### I. — Troubles du métabolisme.

La Ménopause diminue souvent le métabolisme basal, et quelquefois détermine une tendance à la rétention d'azote et à l'engraissement ; on a encore observé une hypercholestérinémie et une hypocalcémie précoce, suivie d'une augmentation de la glycémie.

### II. — Troubles endocriniens et neuro-végétatifs.

Très fréquemment la Ménopause s'accompagne de réactions anormales des glandes endocrines et du système neuro-végétatif, qui forment différents tableaux cliniques ; les troubles les plus souvent observés sont les suivants :

1° Hypertension artérielle ;
2° Troubles vaso-moteurs (congestions oculaires, bourdonnements d'oreilles, hypersécrétion bronchique, crises de sudation, etc.) ;
3° Tachycardie ;
4° Bouffées de chaleur et plus rarement crises de froid ;
5° Crises douloureuses épigastriques ;
6° Céphalalgies.

### III. — Troubles psychiques.

Les principales éventualités que l'on rencontre sont les suivantes :

1° Les états anxieux ;
2° L'irritabilité nerveuse avec agitation parfois désordonnée ;
3° Les délires, hallucinations, obsessions, etc.
4° La psychasthénie ;
5° La mélancolie et autres états dépressifs.

Dans le fond de tous les troubles de la ménopause on peut toujours constater le disfonctionnement endocrinien, créé par l'atrophie ou l'ablation des ovaires. Il est certain que dans la genèse des troubles psychiques quelquefois interviennent d'une part, une prédisposition antérieure et, d'autre part, diverses circonstances intercurrentes comme par exemple l'intoxication ; mais, le plus souvent, la cause principale est une réaction accentuée des glandes endocrines surtout de la surrénale, de la thyroïde et de l'hypophyse, et du système nerveux végétatif.

L'hypothèse qui explique la suractivité de ces glandes après l'ablation ou l'atrophie des ovaires est la suivante ; il y a un antagonisme entre les glandes de consommation telles, la surrénale, la thyroïde, l'hypophyse d'une part, et d'autre part, les glandes de modération, tels le pancréas, l'ovaire ; si l'on supprime l'ovaire, il se produit un enchaînement des glandes antagonistes.

L'idée qu'il doit exister une relation étroite entre l'appareil génital et les glandes surrénales, s'éveille par l'étude de l'origine embryologique commune des glandes génitales et surrénales, par la constatation de tissu surrénal accessoire dans le territoire de l'appareil génital et par la coexistence de troubles de développement de cet appareil et des capsules. Mais c'est la physiologie qui nous montre de façon évidente les relations existant entre l'ovaire et la surrénale. C'est ainsi que Rumbry a vu, à la suite de l'ablation des ovaires chez les lapins, le poids des capsules surrénales quadrupler en trois mois. Kolmer a montré que sur le cobaye la surrénale présente des variations parallèles aux diverses phases du cycle ovarien. On sait, d'autre part, que chez la femme la corticale de la surrénale subit une hyperplasie pendant la grossesse. Les expériences de Joffe et Marine ne sont pas moins démonstratives. Ces auteurs ont pratiqué sur une série de lapins une double surrénalectomie, et ils ont observé dans les trois quarts des cas, une augmentation évidente des glandes génitales. Enfin le cas de Boivin a la valeur d'une expérience : il s'agissait d'une jeune fille aménorrhéique atteinte d'une tumeur surrénale. On pratiqua l'ablation de la tumeur, et l'on vit la menstruation se rétablir par la suite.

On a également constaté pendant la ménopause, ainsi qu'à la suite de la castration, des signes évidents de suractivité thyroïdienne, l'hypertrophie de l'hypophyse et la plus longue persistance du thymus après l'ablation des ovaires.

On a aussi remarqué que les pancréatectomies

partielles sont plus mal supportées après la castration ovarienne.

Tous ces faits tentent à montrer que les ovaires et le pancréas, c'est-à-dire les glandes qui sont reconnues comme sympathico-dépresseurs et vagotonisants, présentent un antagonisme physiologique vis-à-vis des glandes dont la sécrétion excite le système sympathique, et que l'absence du fonctionnement des ovaires doit produire et produit des troubles d'ordre sympathique contre lesquels lutte dans la mesure de ses possibilités le seul agent vagotonisant qui reste dans l'organisme : *le pancréas.*

De la pathogénie des troubles de la ménopause nous pouvons tirer des déductions thérapeutiques de premier ordre. D'après elle le traitement de ces troubles doit être surtout, et avant tout, étiologique, et, dans cette voie, c'est à l'opothérapie ovarienne et pancréatique qu'il faut s'adresser et, en second lieu symptomatique, et c'est alors que tous les calmants du sympathique et tous les excitants du pneumogastrique seront utilisés avec succès.

L'opothérapie ovarienne peut avoir une influence favorable sur les troubles habituels de la ménopause ; mais, elle agit très médiocrement ou pas du tout sur l'hypertension artérielle ; on a même vu la tension augmenter après l'administration d'extrait d'ovaires. Il en est de même en ce qui concerne les troubles psychiques, qui ne paraissent pas diminuer sous l'action de cette thérapeutique.

Au point de vue pratique, il est préférable d'employer des extraits totaux, fabriqués avec des préparations très fraîches. On peut commencer par l'administration d'extrait d'ovaires à la dose de 0 gr. 10 par jour, pris le matin une demi-heure avant le petit déjeuner, et on peut augmenter progressivement la dose jusqu'à 0 gr. 50 par jour ; on peut aussi essayer les préparations du corps jaune ordonnées de la même façon ; ou bien on peut faire appel aux diverses spécialités pharmaceutiques pour utiliser la médication par la voie sous-cutanée.

Le traitement pancréatique, employé seul ou en association avec le traitement ovarien, a l'avantage d'agir non seulement sur les troubles fonctionnels, mais encore sur l'hypertension artérielle consécutive ainsi que sur les troubles nerveux et psychiques, qui accompagnent la ménopause. A ce sujet, c'est à l'extrait pancréatique désinsuliné, qu'il faut s'adresser. On l'emploie par des injections intra-musculaires, qui doivent être pratiquées tous les jours à la dose de 20-40 unités hypotensives. Ce traitement sera continué pendant vingt jours. En général, l'action favorable de la médication commence dès la première série d'injections, mais il devient plus manifeste au cours de la deuxième ou de la troisième série. Pour cette raison, il faut faire une série tous les mois ou tous les deux mois, en donnant dans l'intervalle 2-3 cuillerées à soupe par jour d'un sirop désinsuliné pancréatique. Il est à noter que, dans beaucoup de cas, l'administration du sirop seul suffit pour obtenir des améliorations nettes et durables.

Nous possédons actuellement un grand nombre d'observations qui témoignent de l'efficacité de la méthode. A titre d'exemple, nous rapportons deux observations publiées par le Docteur Sagarra dans sa thèse pour le doctorat en médecine, soutenue devant la Faculté de médecine de Paris en 1930.

1° Mme H., 49 ans.

« Toujours régulièrement réglée jusqu'à il y a quatre ans. A partir de ce moment règles irrégulières, disparaissant complètement quelques mois plus tard. Depuis quatre ans : bouffées de chaleur, éblouissements, pas de céphalée. Il y a deux ans, céphalée occipitale soudaine pendant son travail ; cette céphalée, survenue brusquement cette seule fois ne s'est jamais reproduite. Mais à ce moment elle était allée consulter pour ce symptôme. On avait trouvé :

Urée sanguine : 0 gr., 27
Urines : pas d'albumine.
Tension artérielle : 25-16 au Vaquez.

On fait une saignée et on la renvoie chez elle se reposer.

Actuellement, bouffées de chaleur, sensation de coups violents dans la tête après l'effort (montée d'un escalier, etc.), bourdonnements d'oreilles, mouches noires devant les yeux, engourdissements des mains, parfois un peu d'enflure aux doigts, doigt mort. Bon appétit, mais mange peu à cause de son hypertension.

Depuis deux ans, traitée au benzoate de benzyle, pas d'amélioration.

Tension artérielle actuelle : variable, 30-16, 28-15. On institue un traitement par l'extrait pancréatique désinsuliné ; on fait trois séries d'injections séparées par des intervalles de repos pendant lesquels on fait prendre de l'angioxyl sous forme de sirop.

Ce traitement a duré trois mois (une série d'injections par mois). *A ce moment la malade ne présente plus aucun symptôme subjectif et sa tension artérielle est* : 18-11 ».

2° Madame T., 53 ans, ménagère.

« La malade soignée depuis deux ans pour hypertension présente des palpitations survenant pendant la journée et la nuit.

Une douleur siégeant dans la région précordiale, se propageant vers l'omoplate gauche, la fait souffrir fréquemment. Ces accidents ont commencé à se manifester il y a deux ans. Depuis, la malade dit avoir maigri de 10 kgr. Elle n'est plus réglée depuis

six mois, mais depuis un an et demi, les règles ont commencé à être très irrégulières. La malade ne dort plus bien depuis 2 ans. Elle présente une céphalée matinale, disparaissant quelques heures après. Cette céphalée siège à la partie supérieure du crâne.

Soignée depuis deux ans par des extraits d'ovaires, la malade ne trouvant aucune amélioration n'a pas suivi son traitement avec régularité, et a fini par l'abandonner tout à fait. Depuis plusieurs mois, elle ne suit aucun traitement. Il y a un peu plus d'un an, sa tension artérielle était de 26-13,5 au Vaquez. Elle prenait de l'extrait d'ovaires à ce moment, mais abandonna ce traitement peu après.

Actuellement, sa tension est de 21,5-13 malgré que cette malade ne suive aucun traitement depuis plusieurs mois. Pouls : 116. Cœur : tachycardie, clangor aortique, souffle systolique de la pointe, ébauche de bruit de galop.

Pas de pollakyurie nocturne, pas de vertiges ni éblouissements, pas de bourdonnements d'oreilles. On institue un traitement par l'angioxyl selon la technique habituelle. A la fin de la deuxième série d'injections, les signes subjectifs ont disparu et la tension artérielle est de 18-12 à l'appareil de Vaquez ».

L'influence de l'extrait pancréatique sur les troubles nerveux et psychiques de la ménopause est aussi très manifeste. Les observations publiées par Targowla, Rubenovitch, Schiff, Trells, Meignant et Cossa, montrent d'une façon claire l'action de cette thérapeutique. Voici à titre d'exemple une des observations publiées par P. Cossa.

« Madame R. Marie est une femme de 43 ans, sans antécédents pathologiques connus. Elle vient consulter à Sainte-Anne en novembre, parce que depuis dix-huit mois elle présente un état de malaise, d'anxiété continue, sur lequel viennent se greffer des accidents paroxystiques. Brusquement, bouffées de chaleur et impression « que le sang ne circule plus » « que je respire mal ».

Ces crises durent environ un quart d'heure.

Mais la peur de leur retour, la crainte de mourir dans l'une d'entre elles, effraient la malade. Ces derniers temps, l'anxiété est devenue permanente et plus vive. « Tout me fait peur, je n'ai goût à rien, j'ai tout le temps l'impression que quelque chose de fâcheux va m'arriver, que je vais mourir ». Depuis quelque temps, en outre, de petites obsessions sont survenues, contre lesquelles la malade lutte facilement d'ailleurs : obsession de se jeter par la fenêtre, comme l'a fait une jeune fille de sa connaissance.

L'examen ne révèle rien de notable qu'une hypertension artérielle marquée, 22-13 au Pachon. Rien au cœur. La recherche de réflexe oculo-cardiaque ne montre pas de ralentissement du pouls.

Cet état ne cède pas aux moyens habituels ; la tension artérielle de la malade ayant augmenté (25-15), on se décide à essayer des injections d'angioxyl, d'abord à une ampoule par jour (20 unités). Dès la troisième piqûre, l'angoisse diminue. A la sixième, les phénomènes subjectifs ont totalement disparu. Ce mieux se maintient ensuite. Toutefois, la tension artérielle a baissé de deux points seulement 23-13. On augmente alors la dose quotidienne d'angioxyl, tout en soumettant la malade aux conditions d'hygiène et de régime habituelles du traitement de l'hypertension.

A noter que, dans l'intervalle, la malade *mal réglée* depuis un certain temps a vu *sa ménopause devenir complète.*

Des circonstances matérielles obligent d'interrompre la cure à la quinzième injection. Après dix jours sans angioxyl, les phénomènes d'anxiété reparaissent, mais plus légers. La malade revient alors elle-même demander la reprise du traitement. Dès la troisième piqûre, les troubles subjectifs disparaissent de nouveau complètement. On associe à partir de ce moment des extraits ovariens à l'angioxyl. Tension artérielle : 22-12. »

Ainsi la médication pancréatique, et spécialement l'extrait pancréatique désinsuliné, constitue le traitement de choix dans tous les états ménopausiques. Administrée soit par voie intramusculaire, soit encore par voie buccale et associée ou non avec la médication ovarienne, cette médication est capable de réussir là où tous les autres remèdes ont échoué, et très souvent donne des résultats non seulement intéressants mais, à vrai dire, impressionnants.

Quant à la médication symptomatique, on peut utiliser, parallèlement à la médication endocrinienne, la teinture de belladone, de valériane, de cratægus, de jusquiame.

D'autre part, on peut administrer la papavérine, les bromures, l'ésérine ou la génésérine et, enfin, le gardénal aux doses habituelles.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**Certains eczémas chroniques sont justiciables de l'opothérapie.**

Des troubles trophiques, se manifestant sous forme de dermatoses, sont assez fréquents aux abords de la ménopause. Ils semblent être l'expression d'un déséquilibre endocrinien à point de départ ovarien, et se remarquent surtout chez les femmes ayant eu une vie sexuelle négative.

Très résistants aux thérapeutiques habituelles, ces troubles cèdent parfois très rapidement à l'opothérapie spermatogénétique ou androstinienne, et leur amélioration, puis leur disparition sous l'influence de ce traitement opothérapique, en confirme l'origine dysendocrinienne.

Après avoir rappelé les cas traités avec succès par d'autres auteurs, dont un de Malherbe (une pelade ophiasique qui avait résisté à toutes autres thérapeutiques, disparut en peu de mois sous l'influence de l'Androstine), le Dr H. Drouin relate l'observation d'une de ses malades, atteinte depuis 5 ou 6 ans d'eczéma chronique des mains et des avant-bras avec fissures profondes et très douloureuses. Cette malade, qui avait été traitée sans succès par l'auto-hémothérapie et tous autres moyens locaux ou généraux, a vu, sous l'influence du traitement androstinien, ses symptômes prurigineux et douloureux disparaître en quelques jours ; une amélioration constante a suivi, et la guérison était assurée, en dépit d'une hygiène assez défectueuse, au bout du 3e mois de traitement. (*Courrier Médical*, n° 31 du 2 août 1931.)

**La pluralité des hormones génitales chez la femme. Déductions thérapeutiques.**

De nombreux travaux physiologiques, d'une très grande portée scientifique, ont apporté, depuis quelques années, des précisions extrêmement intéressantes dans le domaine, auparavant si obscur, des modifications cycliques de l'appareil utéro-ovarien dans diverses espèces animales et de celles, qui se produisent également chez la femme et qui, chez elle, s'accompagnent de cet autre phénomène, qui lui est propre : la menstruation.

La folliculine et la lutéine représentent les éléments dynamiques essentiels de ces modifications cycliques, de telle sorte que, cliniquement, il est possible, par l'administration d'extraits d'ovaire judicieusement choisis, d'agir d'une façon utile sur l'appareil génital de la femme, pour remédier aux troubles, dont il peut être le siège ou la cause. L'on recourra donc aux extraits d'ovaire dissociés ; on administrera l'extrait lutéinique, ou Sistomensine, en présence d'une hyperfonction ovarienne avec syndrome hémorragique ou polyménorrhéique ; par contre, on administrera l'extrait folliculaire, ou Agomensine, en présence d'un état d'hypofonction ovarienne se traduisant par le syndrome aménorrhéique ou hypoménorrhéique.

Utilisés, depuis de nombreuses années, par M. le Dr Couturat, ancien interne des hôpitaux de Paris, ces extraits opothérapiques différenciés, l'agomensine et la sistomensine, lui ont donné à maintes reprises des résultats cliniques assez probants pour qu'il se croie autorisé à les placer parmi les armes les plus efficaces, dont on puisse disposer en l'état actuel pour combattre les dysendocrinies ovariennes avec leur répercussion utérine ou menstruelle. (*Journal de médecine de Paris*, n° 32 du 6 août 1931.)

**Le rachitisme et son traitement actuel.**

Le Dr Marcel Colas-Pelletier, ancien interne de la Maternité du Havre, ayant dégagé l'étiologie du rachitisme, dont les causes ne sont point univoques, mais parmi lesquelles la carence lumineuse joue un rôle prépondérant, envisage son traitement. Celui-ci, pour être adapté à chaque cas, repose sur l'étude attentive des causes provocatrices de la dystrophie calcique. Le traitement spécifique sera parfois indiqué, les fautes d'alimentation, d'hygiène, seront corrigées, mais, dans tous les cas, l'insolation sera utilement pratiquée lorsqu'elle sera possible. Que l'on y puisse avoir recours ou non, le traitement médicamenteux ne sera jamais négligé. C'est ainsi que par le Fortossan irradié, préparation phospho-calcique et actinique très active, facilement dosable (20 à 120 unités cliniques par jour), d'une grande puissance ostéogénétique et toujours bien tolérée, des résultats exceptionnellement rapides, et presque toujours définitifs sont couramment observés en quelques semaines. (*Le Bulletin médical*, n° 38, 19 septembre 1931).

**Les asthmes anaphylactiques.**

L'anaphylaxie, dont Widal a montré le rôle dans la genèse de l'asthme, n'explique pas toute la maladie ; elle ne représente, dit le Dr L. de

GENNES, qu'un élément, dont la notion est et reste féconde, tant au point de vue pathogénique que thérapeutique.

La méthode des cuti-réactions a permis de multiplier les causes sensibilisantes asthmogènes. A la vérité, celle-ci ne donne en pratique que peu de résultats véritablement utiles dans l'étude étiologique des asthmes proprement dits et n'ajoute le plus souvent que peu de choses aux données cliniques d'un bon examen. Par contre, dans certains équivalents de l'asthme, tels que le rhume des foins, elle apporte souvent des données positives, qui peuvent conduire à un traitement utile.

La base même de l'asthme reste ce terrain complexe, héréditaire ou acquis, dont la définition se confond avec celle de la vieille diathèse neuro-arthritique.

Il est cependant un âge de l'asthme, où l'anaphylaxie semble représenter une des causes principales de la maladie : c'est celui de l'asthme infantile. L'enfant apporte à l'asthme un organisme neuf, exempt de toute tare, et, le plus souvent, de toute épine locale. Alors que, chez l'adulte, la voie de sensibilisation est surtout respiratoire, chez l'enfant, elle est surtout digestive, et les protéines nocives sont principalement le blanc d'œuf, le lait, certaines viandes, le chocolat, les fraises. Les accès surviennent presque toujours quelques heures après l'ingestion de ces aliments ; très souvent, ils s'accompagnent de manifestations d'anaphylaxie cutanée, telles que l'urticaire, l'eczéma, le prurigo-strophulus. Enfin, plus souvent que chez l'adulte, la cuti-réaction donne là un résultat utile, et permet un traitement de désensibilisation (30 % des cas).

D'une manière générale, ce qu'il faut savoir des méthodes de désensibilisation spécifique ou non-spécifique, c'est que rien ne permet de prévoir, dans un cas d'asthme, laquelle d'entre elles sera efficace, et que, souvent, toutes restent en échec. Il faut alors s'adresser au terrain asthmatique, qui joue un rôle capital, et tenter de le modifier par diverses méthodes thérapeutiques, surtout physiothérapiques. (*Bruxelles médical*, 13 septembre 1931.)

### Indications et techniques de l'épisiotomie.

L'épisiotomie est une opération, qui doit avoir pour but d'éviter la surdistension de la musculature périnéale au moment de l'accouchement.

Le Dr M. CHEVAL estime qu'on n'attache pas à l'épisiotomie toute l'importance qu'elle mérite, car les lésions périnéales causées par la parturition sont fréquentes (25 % des cas).

Afin d'avoir le maximum de chances de ne léser, ni les glandes de Bartholin, ni les corps caverneux du clitoris, l'incision latérale du périnée doit être faite largement, à l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur de la vulve ; la réparation est faite uniquement aux crins de Florence ; il y a guérison par première intention dans tous les cas, atrophie partielle du bulbo-caverneux du côté opéré dans 3,4 % des cas,

Cette opération simple doit être pratiquée : 1° chez les primipares, lorsqu'au cours d'un accouchement normal, la distension de la musculature périnéale atteint un degré incompatible avec le maintien de son intégrité, ce qui est fréquemment le cas ; il en est de même pour toutes les opérations d'extraction de l'enfant par voie basse.

2° Chez les pluripares : lorsqu'elles ont subi au cours de l'accouchement antérieur une épisiotomie, celle-ci doit alors être souvent faite à nouveau.

Dans les autres cas, c'est le sens obstétrical de l'accoucheur qui commandera l'intervention. Elle devra, notamment, être pratiquée dans certaines extractions rendues difficiles, par suite de présentations anormales de l'enfant ou de son excès de volume. (*Bruxelles médical*, 13 septembre 1931.)

### Les extractions dentaires et la gravidité.

Oui ou non, peut-on pratiquer une extraction dentaire chez une femme enceinte ? Le Dr MARTINAUD répond oui, malgré ses contradicteurs, et il conclut :

L'époque de la grossesse n'est pas une contre-indication à une intervention. La septicité bucco-dentaire est autrement plus grave pour une évolution normale de grossesse qu'un acte chirurgical, en lui-même bénin. L'anesthésie locale et même générale, lorsqu'elle est nécessaire, peut être employée sans hésitation. L'auteur supprime systématiquement dans ces cas, et jusqu'à plus ample informé, l'adrénaline de ses solutions anesthésiques. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Pour éviter les inhumations prématurées.

(M. Balthazard. — *Académie de médecine* ; 2-2-1932.)

La chambre des députés a voté le 4 février 1931 une proposition demandant au gouvernement de réglementer, après avis de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, la vérification des décès, dans le but de restreindre le plus possible le nombre des « inhumations en état de mort apparente ».

Au nom d'une commission composée de MM. Dopter, Camus, Brouardel, Desprez, Balthazard et Roux, M. Balthazard présente un rapport sur cette question. Il existe, dit-il d'abord, une exagération manifeste quant à l'appréciation du nombre des individus, qui auraient été enterrés vivants. Beaucoup de ces cas sont des légendes, et en dehors des périodes troublées (guerre, épidémie), les exemples signalés n'ont guère été contrôlés. Cependant, justifiée ou non, la crainte des inhumations prématurées obsède nombre de personnes, et toutes mesures doivent être prises pour éviter pareille éventualité.

Déjà, en 1866, l'Académie fut consultée sur le même sujet par le gouvernement. Après rapport de Devergie, elle demanda deux choses : l'observation rigoureuse du délai de vingt-quatre heures avant l'inhumation, sauf en cas de putréfaction précoce ; la vérification médicale régulière des décès. Ce sont là des dispositions d'ailleurs légales. En France, l'inhumation n'est permise que 24 heures après vérification du décès. Dans le département de la Seine, depuis l'ordonnance du préfet de police Frochot (21 vendémiaire, an IX), les médecins de l'état civil sont chargés de certifier le décès. L'exemple parisien a été suivi par Bordeaux, Tours, Lille, etc., mais Lyon, Marseille n'ont pas adopté cette réglementation. Dans les petites localités, le contrôle médical n'est généralement pas demandé. Peut-être conviendrait-il d'appliquer la loi dans toutes les communes.

Le diagnostic médical de la mort est, en effet, dans la règle, facile. Signes de probabilité : arrêt de la respiration, de la circulation, de la motilité, de la sensibilité. Signes de quasi-certitude : rigidité musculaire, lividités cadavériques. Signe de certitude absolue : développement de la putréfaction, même s'il n'en existe qu'un indice minime, comme la tache verte abdominale.

Dans la léthargie hystérique, la circulation et la respiration persistent. Dans la syncope, arrêt complet de la circulation, et des autres fonctions vitales. La seule différence réside dans la durée. Lorsque, malgré les soins, la syncope se prolonge plusieurs heures, c'est la mort.

Dans les cas — à la suite d'une commotion nerveuse violente — d'un ralentissement des fonctions vitales, atténuées au point qu'il devient difficile de les mettre en évidence, la situation est analogue. Elle aboutit parfois à la mort, si des soins énergiques ne sont pas donnés. C'est le moment, où jamais, de recourir à l'une des épreuves médico-scientifiques, proposées pour le diagnostic de la mort.

M. Balthazard rappelle celles de ces épreuves, qui sont les plus pratiques, le signe d'Ambard et Brisemoret (recherche de l'alcalinité des humeurs, par prélèvement au trocart d'un fragment de foie, alcalin pendant la vie, acide après la mort) ; le signe de Rebouillat basé sur l'élasticité du tissu cellulaire sous-cutané (rejet de l'éther injecté, par persistance du canal d'injection, chez le cadavre) ; le signe d'Icard (injection intra-veineuse de fluorescéine, qui colore les conjonctives en jaune, si la mort n'est pas réelle) ; l'ouverture de l'artère radiale en se tenant prêt à passer une pince sur elle.

En conclusion, dit le rapporteur, pour éviter tout danger d'inhumation prématurée, il convient de respecter les prescriptions suivantes :

1° Observer le délai de vingt-quatre heures au minimum, entre le moment de la mort et celui de la mise en bière ;

2° N'opérer aucune mise en bière avant vérification médicale du décès ;

3° Pour ce contrôle, au moins dans les grandes villes, nommer des médecins d'état-civil, qui devront faire une vérification précise et rechercher tous les signes de la mort.

Les conclusions de M. Balthazard ont été adoptées par l'Académie.

### La sérofloculation de Vernes à la résorcine dans les tuberculoses chirurgicales.

(M. Coureaud, de Toulon. — *Société de chirurgie* ; 9-12-1931.)

M. Sorrel présente un travail de M. Coureaud, médecin de la marine à Toulon, sur un cas d'arthrodèse para-articulaire de la hanche pour coxalgie en évolution chez l'adulte, avec étude de la sérofloculation de Vernes à la résorcine dans les tuberculoses chirurgicales.

Pour déterminer le moment favorable à l'opération, M. Coureaud s'est en effet basé, en partie, sur les résultats fournis par la réaction de Vernes à la résorcine. Cette réaction est la suivante : on examine avec un photomètre approprié un mélange de sérum humain et de résorcine. Si le sérum est celui

d'un tuberculeux, on obtient un degré photométrique plus élevé que s'il s'agit d'un sujet normal.

Au dire de M. Vernes, et les recherches de M. Coureaud le confirment, un chiffre de 0 à 20, dans l'échelle photométrique, permet d'éliminer le diagnostic de lésion tuberculeuse en activité. A partir de 25, il faut se méfier ; on est sur la zone d'alarme, d'imminence tuberculeuse. Tous les chiffres supérieurs à 25 indiquent un état anormal, une tuberculose évolutive dont le degré de gravité s'inscrit par la hauteur des chiffres obtenus.

Dans le service de tuberculose chirurgicale de l'hôpital Saint-Mandrier, de Toulon, que dirige M. Coureaud, la séro-floculation à la résorcine est effectuée tous les mois pour chaque malade, et les résultats sont inscrits sur une courbe.

La lecture des graphiques montre toujours, dit M. Coureaud, une ascension lorsqu'il y a activité ou évolution de la tuberculose ; une chute, au contraire, dans les cas qui s'améliorent. Dans le cas d'une lésion qui cliniquement paraît s'améliorer, si la courbe reste élevée, il faut craindre un réveil ou une nouvelle localisation. Après toute intervention, il se produit une ascension temporaire de la courbe, qui indique la facile réaction de ces tuberculeux osseux au shock opératoire.

M. Coureaud conclut que la séro-réaction de Vernes à la résorcine doit prendre place dans la série des examens de laboratoire, qui peuvent nous éclairer et nous permettre de suivre plus aisément l'évolution d'une tuberculose chirurgicale. Elle est un moyen de fixer l'âge approximatif de la maladie, et de choisir le moment favorable pour opérer.

M. Sorrel ajoute que, n'ayant pas d'expérience suffisante de la séro-floculation à la résorcine, il ne saurait émettre une opinion personnelle. Cette méthode, cependant, est intéressante à envisager. Elle est employée également à l'hôpital Percy, dans le service de M. Clavelin, où on la considère comme susceptible de donner des résultats fort appréciables.

P. L.

### La valeur diagnostique du « début récent » dans le cancer de l'estomac.

(MM. M. Delort et J. Blanc-Champagnac. — *Soc. de méd. de Paris*, 11-12-1931.)

Cette étude est basée sur des observations, vérifiées par opération chirurgicale, et comparées à des observations d'ulcus. Le signe du « début récent » doit être l'un des plus importants du cancer gastrique. Cette notion a permis aux auteurs d'en poser le diagnostic, ou au moins de le soupçonner, dans nombre de cas, où il était permis d'hésiter, lorsque la jeunesse, le bon état général, le chimisme ou la radiologie paraissaient donner des indications opposées.

Elle a permis aussi d'orienter vers le diagnostic d'ulcus des troubles chez des gens âgés ou à mauvais état général.

### Sur l'action préventive de la pancréatine contre les accidents sériques.

(M. Legrand. *Soc. de méd. de Paris*, 11-12-1931.)

L'auteur présente plusieurs observations relatives à l'action préventive de la pancréatine contre les accidents sériques, en particulier chez des malades déjà sensibilisés par une injection antérieure. Il en conclut que l'action de la pancréatine contre les accidents sériques est probante, et que l'on peut compter sur son efficacité, si l'on sait l'employer à temps, à doses suffisantes et pendant un temps suffisamment prolongé, et aussi, et surtout, utiliser un produit de bonne qualité, c'est-à-dire satisfaisant régulièrement aux essais du Codex.

### Rhumatisme chronique d'origine hépato-biliaire

(MM. Weissenbach, R. Glénard et F. Françon, *Soc. de thérapeutique de Paris*, 9-12-1931.)

Parmi les facteurs susceptibles de déterminer l'apparition du rhumatismes chroniques, on est loin de donner aux affections ou aux perturbations fonctionnelles de l'appareil hépato-biliaire la place qu'elles méritent. En fait, on observe très souvent des manifestations douloureuses rhumatismales chez les malades atteints de ce genre de troubles morbides.

Le rhumatisme infectieux biliaire peut présenter la forme algique (sans aucune altération physique perceptible), la polyarthrite chronique, les déformations ostéo-articulaires.

Le rhumatisme colloïdoclasique est lié à l'insuffisance de la fonction protéopexique du foie (algies fugaces variées, etc). Enfin, il faut signaler le rhumatisme goutteux.

Le traitement consistera : 1° à améliorer l'état de fonctionnement du foie ; 2° à lutter contre les manifestations rhumatismales.

### Asthme et électricité atmosphérique.

(M. Kopaczewski. — *Soc. de thérap. de Paris*, 9-12-1931.)

Les crises d'asthme peuvent être déclenchées par les charges électriques des dispersions fines de particules d'eau ; cette dispersion se produit au moment de la condensation des vapeurs d'eau, par suite soit du refroidissement atmosphérique, soit d'une chute de gouttes d'eau sur le sol (pluie d'orage), soit au cours de fortes chutes d'eau. Arrivées au contact des alvéoles pulmonaires, ces charges électriques amènent une perturbation profonde dans la perméabilité cellulaire et dans l'équilibre électrique des humeurs déjà labilisées. Un choc colloïdal s'ensuit. Pour cette raison, la respiration nasale, mettant au contact des conduits sinueux nasaux les dispersions aqueuses électrisées, ce qui leur fait perdre, en partie, leur charge, conduit souvent à une amélioration de l'état des asthmatiques.

Pour cette raison, une thérapeutique appropriée, tendant à équilibrer l'apport des charges perturbatrices, notamment l'introduction intra-humorale des ions à charge électrique forte, polyvalente, peut, parfois, donner des résultats positifs nets.

### Lymphangiome diffus congénital de la langue ; essai de traitement par le radium.

(MM. A. Tardieu et M. Dechaume. — *Soc. de médecine de Paris*, 26-12-1931.)

Il s'agit d'un sujet de 18 ans, atteint d'un développement excessif, paroxystique et douloureux, de la langue, remontant aux premiers mois de la vie. L'hypertrophie linguale est surtout développée du côté droit. Le maxillaire inférieur est élargi, supportant des dents inégalement plantées et écartées. Le massif facial est déformé : hauteur excessive de l'étage inférieur, prognatisme mandibulaire avec macrocénie. La face dorsale et les bords de la langue sont atteints d'hypertrophie papillaire et de suffusions hémorragiques. L'occlusion de la bouche est imparfaite.

Au point de vue histologique, il s'agit d'un lymphangiome lingual diffus, d'une glossite scléreuse avec atrophie des fibres musculaires, sans aspect néoplasique.

A la suite d'un traitement radiumthérapique (application de six tubes pendant 45 heures), suivi d'une grosse réaction locale, une amélioration considérable s'est produite. Mais, au point de vue histologique, la langue n'a subi, du fait de la curiethérapie, aucune modification profonde appréciable.

La dilatation considérable de cavités lymphatiques distendues, souvent très voisines de la cavité buccale, entraînait de véritables lymphorragies, rapidement compliquées de glossite par infection secondaire. La glossite favorisait, par extension lymphatique, les poussées douloureuses et l'hypertrophie paroxystique. C'est vraisemblablement en accentuant la sclérose superficielle, seule susceptible d'entraver la reproduction des lymphorragies, que la curiethérapie s'est révélée efficace dans ce cas.

### Les formes silencieuses de l'infarctus du myocarde.

(M. Kervarec. — *Soc. de médecine de Paris*, 26-12-1931.)

L'auteur, rapportant deux cas d'infarctus du myocarde, où le tableau clinique fut celui d'une insuffisance ventriculaire gauche progressive et irréductible, insiste sur l'étendue relative des lésions anatomiques développées dans des portions « neutres » de l'intimité du muscle cardiaque, sur l'importance de ces formes silencieuses, dont la grande banalité d'aspect cache la sévérité pronostique, la difficulté de leur diagnostic, et le peu de secours qu'apporte la thérapeutique cardiaque la plus énergique.

### Nocuité de chock du citrate de soude intracardiaque ; innocuité intracardiaque du sang citraté chez le cobaye.

(M. G. Rosenthal. — *Soc. de méd. de Paris*, 26-12-1931.)

Le D^r R. a démontré la théorie calcique du shock, dû à l'injection intra-veineuse de la solution citratée. Avec ou sans anesthésie générale, l'injection intraveineuse de solution calcique à dose saturante annihile l'intolérance à l'injection citratée, qui sera faite toujours sans brusquerie. Cette intolérance est donc bien due au déséquilibre colloïdal, provoqué par l'acidité des solutions citratées par l'ion calcique. Toute conclusion, étendue à la transfusion citratée, constitue une erreur.

G. F.

---

# Les Congrès

## XL^e Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*) (1)

### Traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe

Discussion du rapport de MM. Roux et Sénèque.

M. Alivisatos (d'Athènes) donne ses conclusions découlant du traitement d'une trentaine de fractures ouvertes de jambe.

Il n'y a pas de traitement convenant à tous les cas, chaque blessé offrant des particularités anatomo-pathologiques ou cliniques susceptibles de modifier toute technique choisie.

Pourtant l'ostéosynthèse immédiate paraît devoir être une méthode d'exception. Deux sujets seulement ont été traités par cette méthode ; les 28 autres ont subi une réduction sanglante, puis une immobilisation dans une gouttière plâtrée, ou bien ont été traités par l'extension continue à la Tillaux.

Dans cinq cas, l'amputation immédiate s'est imposée.

Presque tous ces blessés ont été soignés précocement. C'est là un facteur important de succès. Il faut réduire au maximum le choc opératoire et procéder à un nettoyage minutieux du foyer de fracture ; si l'anesthésie est nécessaire, on doit recourir de préférence à la rachicocaïnisation.

Les deux blessés traités par ostéosynthèse ont

(1) Voir *Concours médical*, n^os 5, 6, 7, 8, 9 et 10.

présenté entre le troisième et le cinquième jour une hémorragie importante qui nécessita une réintervention. L'un d'eux a suppuré.

La rareté de l'indication de l'ostéosynthèse est confirmée par les recherches bactériologiques auxquelles s'est livré l'auteur. Il a presque toujours trouvé au niveau du foyer de fracture une flore microbienne riche en staphylocoques et streptocoques.

Dix-neuf fracturés ont été réduits à ciel ouvert. Sur la plaie largement ouverte, l'auteur applique un pansement qu'il imbibe parfois de sérum antigangréneux. Une gouttière plâtrée assure la consolidation. Une large fenêtre permet de surveiller l'évolution de la plaie. Le plâtre est supprimé après cicatrisation et consolidation, c'est-à-dire dans un délai variant de quarante à soixante-cinq jours. Chez les sujets corpulents, on place alors pendant vingt-cinq jours un appareil de marche de Delbet.

M. Hansen (de Copenhague) insiste sur l'importance de la désinfection du foyer de fracture.

L'ostéosynthèse immédiate lui a donné d'excellents résultats dans 39 cas sur 40.

Il n'a jamais vu la guérison se faire en sept ou huit semaines comme l'a observé Boehler ; il faut toujours beaucoup plus longtemps.

M. Lambotte (d'Anvers) est un partisan convaincu de l'ostéosynthèse d'emblée. Dans les fractures transversales, il utilise le fixateur externe ; dans les fractures obliques, il fait un cerclage au fil de fer.

Il draine toujours avec un drain « debout » allant du foyer de fracture à la face postérieure de la jambe.

L'auteur condamne l'irrigation à la Carrel. Il ne croit ni au vaccin, ni au sérum, pas même au sérum antitétanique, et relate un cas de tétanos après injection préventive.

239 cas lui ont donné 60 p. 100 de résultats parfaits, 70 p. 100 d'invalidité légère.

M. Boever (de Namur) présente un fixateur externe perfectionné d'application facile.

M. Rouhier (de Paris) expose la statistique de Dujarrier. L'ostéosynthèse a toujours été faite dans les premières heures qui ont suivi l'accident. Les résultats sont excellents. Sur 90 cas, on ne relève que 2 décès, 2 amputations secondaires et une pseudarthrose.

M. Imbert (de Marseille) pense que la réduction sanglante est la méthode de choix. Sa statistique porte sur 106 cas. Il distingue les fractures traitées comme fractures fermées : 29 — celles traitées par réduction sanglante : 54 — les ostéosynthèses : 23.

Il a eu 2 morts et 9 amputations secondaires.

La première série de blessés a donné une moyenne de 36 p. 100 d'invalidité et neuf mois de consolidation. La deuxième 30 p. 100 et huit mois. La troisième 50 p. 100 et quatorze mois.

M. Billet (de Lille) rappelle qu'en 1910, Lapasset conseilla, dans les fractures du tibia par coup de pied de cheval, l'excision de la plaie, le nettoyage des tissus contus, la suture de la peau. On doit donc le considérer comme un des précurseurs de la suture primitive.

L'auteur insiste sur les indications respectives de l'ostéosynthèse et du traitement à ciel ouvert sans ostéosynthèse.

MM. Charbonnel et Massé (de Bordeaux), considérant 396 cas de fractures ouvertes de la jambe, comparent les résultats donnés par la mise à plat, par la suture primitive et l'ostéosynthèse primitive avec ou sans suture des parties molles.

Ce qui est grave, c'est la suture des parties molles et non l'ostéosynthèse, surtout quand celle-ci est pratiquée avec certaines techniques : cerclage ou fixation externe de préférence aux plaques.

La méthode « prudente » reste la mise à plat sans suture des téguments. Toutefois, il faut reconnaître que les résultats ne s'en montrent pas supérieurs à ceux des autres méthodes. En particulier, les ostéites sont aussi fréquentes qu'avec l'ostéosynthèse.

Dans cette chirurgie des fractures, le pronostic dépend de la valeur du nettoyage de la plaie. Si l'on n'a pu intervenir dans les six à huit premières heures avec une bonne asepsie, mieux vaut laisser les parties molles largement ouvertes.

M. Petit de la Villéon (de Paris) critique « l'épluchage » et lui préfère la « toilette chirurgicale », plus raisonnable, plus mesurée.

L'ostéosynthèse sera dans la plupart des cas contre-indiquée ; point de matériel d'attache dans un foyer de fracture déjà infecté, ou qu'on a le devoir de considérer comme en puissance d'infection grave.

L'auteur conseille le retour aux antiseptiques doux, en particulier le savonnage abondant et quotidien des foyers de fractures et la carrellisation.

Il faudra la plupart du temps appareiller en deux temps ; premièrement, appareil provisoire, attelles diverses permettant le pansement quotidien ; deuxièmement, appareil définitif pour lequel l'auteur donne sa préférence à l'appareil plâtré, fenêtré.

Tous les dispositifs à suspension apporteront leurs qualités excellentes comme confort, efficacité, commodité.

M. Petit de la Villéon termine en rappelant un appareil désuet, le Scultet, appareil très simple, facile à faire, à improviser, peu coûteux. Il voudrait que l'emploi s'en généralisât, sur les routes, partout où il y a lieu d'appliquer un premier appareillage à une fracture ouverte de jambe.

M. Masini (de Marseille) expose une statistique de 53 cas. 8 fractures ouvertes traitées par la conservation à outrance ont donné 7 guérisons et une mort par septicémie. 10 autres ont dû être amputées entre la vingtième et la cinquantième heure avec 6 guérisons et 4 morts.

Il convient d'amputer seulement quand le choc traumatique est complètement « remonté », en moyenne au bout de deux jours.

16 cas traités pendant la guerre par la méthode de Carrel ont donné 13 bons résultats, 3 amputations de cuisse avec 2 décès par gangrène gazeuse. 9 cas

traités par la suture primitive ont donné 7 succès, 2 avaient subi un cerclage par lame de Parham ; deux fois on a dû faire sauter les sutures à cause des phénomènes infectieux. Les plaies se sont comblées par bourgeonnements et la fracture s'est consolidée normalement.

Depuis la guerre, l'auteur a traité 10 autres cas, dont 4 par suture primitive avec succès. Les 6 autres ont nécessité une amputation d'emblée ; il s'agissait d'écrasements plutôt que de fractures.

M. A. Chalier (de Lyon) est partisan d'une intervention sanglante dans la très grande majorité des cas. Il préconise l'opération maximum d'emblée : nettoyage sous rachi-anesthésie des parties molles et du foyer de fracture, extraction des esquilles complètement mobiles, coaptation des fragments par ostéosynthèse.

Ses préférences vont à l'ostéosynthèse externe qu'il réalise au moyen de son appareil « le crampon extensible ». Cet appareil s'enfonce par deux vis à mèche perforatrice dans le tibia, au-dessus et au-dessous de la fracture ; il est extérieur à elle et permet de faire aisément les pansements.

S'il existe un déplacement très marqué, on ajoute une ou deux ligatures métalliques sortant par la plaie et suspendant en quelque sorte les fragments au pont métallique que constitue le « crampon ». On renforce par une gouttière plâtrée postérieure.

Après consolidation on retire le « crampon » ; un peu plus tard la ligature métallique ; en dernier lieu, la gouttière plâtrée.

M. Tavernier (de Lyon). D'une statistique de 37 cas l'auteur tire les conclusions que voici : les plaies punctiformes ne méritent pas leur réputation de bénignité, car sur 14 cas traités à la façon d'une fracture fermée, on a observé 7 évolutions aseptiques, 4 suppurations prolongées et 3 amputations.

La suture primitive après débridement et nettoyage offre aux germes subsistants un milieu de culture trop favorable ; l'assèchement du foyer par tamponnement à la gaze augmente les chances de succès.

La suture secondaire précoce si l'évolution est favorable a tous les avantages de la suture primitive sans en avoir les risques. Les cas ainsi traités ont donné 11 évolutions aseptiques sur 14 malades.

L'ostéosynthèse primitive aboutit trop souvent à des fistules (5 fois sur 5 cas) ; secondaire, elle est bonne (2 succès, 1 fistule), mais elle n'est pas nécessaire d'ordinaire.

Le maintien de la réduction par le plâtre dans les fractures transversales ou par ligature au fil métallique enlevé après trois semaines suffisent généralement à obtenir un résultat correct (sur 6 ligatures, 5 bons résultats, 1 fistule).

M. Leclerc (de Dijon) préfère les procédés non sanglants à l'ostéosynthèse.

L'extension continue à la Kirschner permet la réduction dans la plupart des cas. Quand celle-ci ne pourra être obtenue par cette méthode on aura recours à l'ostéosynthèse ; elle sera de préférence secondaire.

M. Masmonteil (de Paris). La suture primitive et l'ostéosynthèse primitive sont deux opérations qui tendent à s'exclure. Leur association est dangereuse en cas de fracture ouverte.

Si suture primitive, ostéosynthèse secondaire. Sans suture primitive, ostéosynthèse primitive.

M. Descarpentries (de Roubaix) insiste sur la nécessité de bien aseptiser le canal médullaire. Entre les fragments osseux il place une lame de caoutchouc ou de gaze qu'il laisse en place quatre ou cinq jours afin d'éviter que le canal médullaire ne se transforme en cavité close et ne donne ainsi naissance à des phénomènes infectieux fort graves parfois.

Il n'est plus partisan de l'ostéosynthèse d'emblée ni de la suture primitive.

M. Judet (de Paris). La réduction des fractures ouvertes est en général facile. Leur coaptation l'est beaucoup moins. L'ostéosynthèse est cependant dangereuse. Mieux vaut recourir à la simple suture au fil d'argent, au tendon de renne ou au catgut à résorption lente. Il immobilise toujours sous le plâtre, et systématiquement pratique la sérothérapie antigangréneuse.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) envisage trois groupes de fractures :

1° Les fractures qui peuvent être opérées dans les douze premières heures. Dans ce cas il n'y a aucun inconvénient à terminer l'acte de nettoyage par une ostéosynthèse, à la condition de manipuler et de dénuder le moins possible les fragments. La plaque doit avoir un pont étroit qui ne touche ni recouvre le foyer de fracture.

Les extrémités sont fixées par les vis courtes vissées directement sans forage préalable.

2° Les fractures qui parviennent au chirurgien entre 12 et 48 heures après l'accident. Dans ces cas il est préférable de se borner à la désinfection du foyer sans réunir complètement la peau. La jambe est placée sur une gouttière de roulement qui facilite la réduction par l'extension continue.

Ce n'est qu'au bout d'une dizaine de jours et lorsque les manœuvres de réduction ont échoué que se pose l'indication de l'ostéosynthèse.

Celle-ci ne peut se pratiquer que si l'évolution de la plaie est restée aseptique.

Dans ce cas D. utilise soit la plaque étroite vissée pour les fractures transversales, soit le cerclage avec du tendon de renne pour les fractures obliques.

3° Les fractures qui suppurent. Dans ce cas l'ostéosynthèse par plaque étroite vissée peut être utilisée exceptionnellement pour ouvrir plus largement le foyer osseux et les clapiers cachés derrière ou entre les fragments déplacés, pour faciliter le drainage et la désinfection.

(*A suivre*).

# Les Thèses

St. — Dr A. Cartault. — **Traitement du cancer de la vessie par l'électrocoagulation-étincelage à vessie ouverte.** (Les Editions universitaires de Strasbourg, 1a, Place de l'Université, Quai du Maire Dietrich, 1, Strasbourg). Président : M. Leriche, professeur.

De tous les cancers viscéraux, le cancer vésical est certainement l'un des plus graves (*fréquence et grande mortalité*).

La cystectomie totale, est une opération qui offre une très grande gravité. La radiumthérapie semble beaucoup trop compliquée ; de plus, elle laisse souvent à sa suite des cystites rebelles. Quant à la radiothérapie profonde, elle donne des résultats par trop incertains ; son application, il est vrai, fait quelquefois merveille, mais les échecs sont plus fréquents encore.

En présence des dangers de toutes les autres méthodes et des résultats satisfaisants qu'a donnés, avec très peu de risques, l'électrocoagulation-étincelage à vessie ouverte, l'auteur propose de considérer cette méthode comme le *procédé de choix* dans le traitement du cancer vésical sessile ou infiltré, lorsque les grandes dimensions de la tumeur ne permettent pas l'électrocoagulation par voie endoscopique.

P. — Dr A. Pouey. — **Le tabac et le tabagisme chronique.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1931.)

La nicotine et les alcaloïdes voisins, découverts jusqu'à ce jour, ne sont pas les seules substances toxiques contenues dans le tabac. Il existe toute une série de corps, que la chimie n'a pas encore analysés, mais dont l'expérience démontre la présence : es tabacs pauvres en nicotine sont souvent plus toxiques que les tabacs plus forts ; les macérations de tabac privées seulement de leur nicotine possèdent encore un grand pouvoir toxique. Des substances, autres que la nicotine, naissent pendant la combustion. La toxicité de la fumée n'est pas toujours proportionnelle à la richesse en alcaloïde du tabac employé.

La bénignité des tabacs dénicotinisés ne peut être que relative. La dénicotinisation elle-même n'est, et ne peut être, que partielle.

Les graves accidents locaux du tabagisme, la leucoplasie et sa dégénérescence en épithélioma, sont d'une fréquence très particulière chez les syphilitiques. Il faudrait donc, chez ces derniers, interdire le tabac avec plus de rigueur qu'on ne le fait habituellement.

Le tabac est avant tout un poison du système nerveux. Au point de vue cérébral, il paraît contribuer après un long usage, à la dépression des facultés intellectuelles. Son action sur l'ensemble de l'organisme se fait surtout par l'intermédiaire du système nerveux neuro-végétatif. Sur l'appareil cardiovasculaire, le tabac, s'il paraît incapable de créer à lui seul des altérations organiques définitives, semble jouer dans leur apparition un rôle favorisant nullement négligeable.

Par ses effets sur le système vago-sympathique, il est souvent responsable de palpitations et d'algies précordiales. Il déclenche souvent l'angine de poitrine, qu'il cause rarement. Il peut déterminer des poussées passagères d'hypertension, mais paraît étranger à l'étiologie de l'hypertension permanente. Au niveau des membres, il peut causer des spasmes vasculaires, et favoriser l'artérite. Sur l'appareil respiratoire, il se comporte surtout comme un irritant du larynx et des bronches. Son rôle antiseptique est pratiquement nul. Il doit être sévèrement défendu aux tuberculeux. Son action sur l'appareil digestif ne serait peut-être pas mauvaise chez le sujet sain, s'il était fumé seulement en petite quantité après le repas, mais son abus peut être cause, à la longue, de dyspepsie. Les effets du tabagisme chronique sur le foie et le rein sont très difficiles à apprécier chez l'homme. Les recherches expérimentales ont montré que, chez l'animal soumis à l'intoxication tabagique chronique, le rein est peu lésé ; que le foie par contre présentait très rapidement des lésions.

Chez la femme, le tabagisme chronique, insuffisant à provoquer des troubles sérieux de la grossesse, doit cependant jouer un rôle défavorable dans son évolution. Les recherches expérimentales paraissent le démontrer.

L'amblyopie toxique d'origine purement tabagique est rare, mais indiscutable. Elle guérit par la suppression du tabac.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille.

Auguste Lumière, correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine. — **Sénilité et rajeunissement.** *Collection des Actualités scientifiques et industrielles.* Un vol. in-8, 160 pages, 54 fig. Prix : 18 francs.

Editions médicales,
7, rue de Valois.

Dr A. Leprince. — **La vitalité humaine et la médecine de demain**, un vol. 126 pages.

## THÉRAPEUTIQUE

### Le Gui, Médicament antispasmodique.

Lorsque R. Gaultier rénova l'emploi thérapeutique du gui, il pensa attribuer ses propriétés antihémoptoïques, qu'il avait constatées et seules reconnues à l'époque, à l'action hypotensive qu'il avait mise en évidence.

Chevalier, Fubini et Antonini, Busquet ont complètement élucidé, par une étude pharmacodynamique complète et très poussée, le mécanisme d'action de cette drogue et modifié cette conception première. De même que, dans l'artério-sclérose, l'hypertension n'est qu'un symptôme objectif, provoqué par un mécanisme complexe résultant de troubles du système nerveux de l'appareil cardio-vasculaire et de la composition anormale du sang circulant, de même, l'hypotension déterminée par le gui n'est que la résultante de l'action de ses principes actifs sur le système nerveux central médullaire et sur les muscles à fibres lisses ; ce qui explique très naturellement l'extension de l'emploi thérapeutique de ce médicament.

L'hypotension et la diurèse provoquées par le gui ne sont que la conséquence de son action modératrice et régulatrice sur le système nerveux central et sur le sympathique. Dan son Traité de Phytothérapie, H. Leclerc place le gui parmi les antispasmodiques à côté de la valériane, et il a raison ; si on consulte les auteurs anciens Colbach, Cartheuser, Van Swieten, pour ne citer que les principaux, nous reconnaîtrons que cette plante était surtout utilisée contre les affections du système nerveux comme sédatif dans l'épilepsie, la chorée, les convulsions infantiles, l'hystérie, la coqueluche et d'autres affections spasmodiques relevant de l'hyperexcitabilité des nerfs présidant aux fonctions de la vie végétative.

Les médecins anglais Bradley, Fraser, Lauder Brunton, R. L. Payne, ont continué à l'utiliser comme antispasmodique avec succès, et Black d'Edimbourg a publié sur son pouvoir antiépileptique une très intéressante brochure (Viscum album, Londres 1909) dans laquelle, il rapporte non seulement des cas d'amélioration, mais même de guérison après un long traitement. E. Lesieur dans sa thèse (Paris 1910) rapporte un certain nombre d'observations prises à l'Asile d'aliénés de Clermont, où il note une diminution et un espacement des crises sous l'influence de cette seule médication. Avec le gui, on n'observe pas de phénomènes d'obnubilation intellectuelle, de torpeur physique et morale, il ne se produit, avec le gui, ni accoutumance, ni phénomènes d'accumulation et encore moins d'accidents toxiques ; il devrait être plus employé et le serait probablement, s'il n'avait pas été catalogué d'emblée comme hypotenseur et antihémorrhagique.

Dumont, de Gand, et Dubois, de Tournay, le recommandent dans le traitement de la coqueluche, où il diminue rapidement l'intensité des quintes et leur fréquence ; dans certaines toux rebelles, il a donné parfois d'excellents résultats.

C'est surtout dans les états nerveux mal définis, parfois en rapport avec l'état du tube digestif chez les enfants et chez les femmes, qu'il produit une véritable sédation avec rétablissement du sommeil. Dans les cas de troubles déterminés par la puberté ou la ménopause, son action est encore beaucoup plus efficace, en raison de ses propriétés cardio-vasculaires et diurétiques.

La Guipsine, réunissant la totalité des principes actifs du gui, est la préparation la plus active et la plus commode ; elle se prescrit à la dose de 6 à 8 pilules par jour, d'ordinaire pendant une quinzaine; avec elle, il n'y a à redouter ni phénomènes d'intolérance, ni accoutumance, ni accumulation.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité professionnelle

#### LES RAYONS ET LES ONDES EN THÉRAPEUTIQUE. LES RISQUES DE RESPONSABILITÉ QU'ILS RENFERMENT

Les radiations et les ondes sont, en médecine, des armes à double tranchant. Elles guérissent certaines lésions ; elles en provoquent d'autres. Rayons X, Rayons U. V., Diathermie, rendent d'inappréciables services ; leurs succès ne se comptent plus. Leurs méfaits ne sont pas exceptionnels. Les radiodermites, avec ou sans ulcérations ; les électro-coagulations profondes, les brûlures, s'observent d'une façon assez répétée pour nous justifier d'appeler là-dessus l'attention des spécialistes qui les utilisent.

C'est qu'en effet, ces accidents sont des nids à procès. Et nous connaissons un certain nombre de cas de ce genre où des poursuites ont été intentées au spécialiste, en remboursement des honoraires perçus par lui, de ceux que nécessita le traitement des lésions secondaires, et du préjudice subi, du *pretium doloris*, quand il fut reconnu.

Voici comment les choses se passent habituellement. Un malade justiciable de la radiothérapie ou de la diathermie est adressé au spécialiste, par son médecin habituel, à moins que celui-ci ne soit outillé pour de semblables traitements.

Au bout de quelque temps, les lésions secondaires se manifestent, le praticien entreprend de les soigner par les moyens usuels. Le temps passe : les progrès sont très lents, quand ils existent. Le malade se fatigue, et un beau jour, il va trouver un autre confrère qu'il met au courant de son histoire en lui demandant ses soins. Il arrive assez souvent que ce confrère passe pour une autorité en la matière. Ses avis servent de prétexte au malade pour poursuivre le premier praticien de réclamations interminables, formulées avec le concours de quelque homme de loi, avoué, avocat, ou homme d'affaires, pour qui le maquis de la procédure n'a pas de secrets.

Et voilà notre confrère embarqué dans une aventure lamentable, qui l'effraie, l'angoisse, et qu'il voudrait voir se terminer sans retentissement fâcheux pour sa réputation. De là sa propension à ouvrir une oreille complaisante aux propositions de transaction, qui lui sont adressées.

Les lésions secondaires à l'utilisation des radiations et des ondes tiennent, tantôt à l'opérateur et à ses appareils, tantôt au patient. Des applications trop proches les unes des autres, trop prolongées ; des intensités trop fortes ; des appareils défectueux ; un ampèremètre déréglé ; une fuite de rayons parasites... Technique défectueuse, qui fait peser sur celui qui la commet les menaces des articles 1382 et 1384 du Code... Le praticien a-t-il cessé de surveiller lui-même l'application ? S'est-il absenté pour aller, après la mise en train, surveiller d'autres malades en traitement dans le voisinage ? Une décision de justice a retenu ce fait comme constitutif de la négligence, qui ouvre la porte à la responsabilité professionnelle. Décision grosse de périls pour le technicien, surtout dans les centres hospitaliers où l'affluence de patients oblige en quelque sorte à diviser le travail, et à en confier une part à des aides, à des assistants, à des infirmiers ou infirmières.

D'autre part, des applications irréprochables n'en ont pas moins été désastreuses, parce que le sujet présentait une sensibilité particulière, des tissus plus résistants, et plus échauffables par conséquent.

Sans préjudice des circonstances mystérieuses et inexplicables qui déterminent des effets catastrophiques, en opposition avec ce que l'on attendait.

Tant est-il que, la faute de l'opérateur étant tout d'abord présumée par l'opéré, prompt à réclamer une réparation qui lui paraît d'autant plus due que des décisions de justice en ont trop souvent accordé en pareil cas, celui-ci s'empresse d'en faire état pour essayer de se faire rembourser tous les frais qu'il a exposés, et indemniser du préjudice qu'il prétend avoir subi.

Que doivent faire les médecins qui manient ces

traitements par les ondes et les radiations, pour se prémunir contre de tels risques et leurs conséquences ?

1) N'entreprendre ces traitements que s'ils sont indiqués. Ne pas céder aux sollicitations de tous les malades qui, ayant entendu parler des résultats positifs obtenus avec ces applications, se figurent qu'ils en pourront bénéficier à leur tour, même quand il n'en est rien, et essaient de forcer la main du technicien.

2) Avoir un appareillage en bon état. Procéder à de fréquents contrôles, à des vérifications répétées. S'assurer, avant toute application, que tout est en bon ordre de marche.

3) Se conformer, pour les applications elles-mêmes, aux règles admises par la doctrine, à ce que j'appellerai la posologie, comme s'il s'agissait d'un médicament : débit, tension, longueur d'étincelle, filtrage, distance, etc.

4) Prévenir les malades que ces traitements ont une efficacité indiscutable et méritent d'être employés. Mais qu'il arrive parfois que, sans qu'on puisse s'en rendre compte à l'avance, ni même au cours des application, les résultats ne sont pas toujours aussi satisfaisants qu'on l'espérait, qu'il y a donc certains risques, exceptionnels sans doute, mais dont il convient d'être informé.

5) Surveiller attentivement les applications, et si l'on est amené à se décharger partiellement de cette surveillance sur un aide, ne se fier qu'à un aide expérimenté, et demeurer dans son voisinage pour jeter de temps en temps un coup d'œil sur l'appareil, et sur la région traitée.

Toutes ces précautions ayant été prises, le résultat est mauvais ; des lésions apparaissent ; le malade manifeste son désappointement, son mécontentement, puis ses revendications, qu'il traduit bientôt par des menaces. Que convient-il de faire ?

Si l'on est sûr de sa technique et de son outillage, ne pas s'effrayer, et ne pas accepter D'EMBLÉE une transaction destinée à étouffer, dans l'œuf, une affaire désagréable dont on redoute le retentissement. On n'évite rien, et on s'est donné des allures de coupable, puisqu'on a reconnu qu'on était responsable des accidents survenus. C'est la plus déplorable des tactiques, que celle qui consiste à dire au revendicateur : « Je suis assuré : mon assurance va se charger de régler le différend, et s'entendra avec vous. »

Tout médecin assuré, qui reconnaît à l'avance sa responsabilité dans la genèse et l'apparition des accidents, se désarme à l'avance et désarmerait son assurance, si cet aveu n'entraînait la déchéance immédiate de la police. La reconnaissance d'un fait matériel n'entraîne pas cette déchéance. Je suppose qu'une kéloïde survienne sur une région traitée. Si vous la constatez, vous êtes en présence d'un fait évident qu'il est impossible de nier : *Il existe une kéloïde.* Où vous commettriez une maladresse, propre à vous faire perdre le bénéfice de votre assurance, c'est si vous ajoutiez : « Et c'est ma faute ... J'en suis responsable. J'ai été trop fort, etc... »

Le malade, persistant dans ses revendications, en arrive à l'exécution de ses menaces. Il assigne le médecin. Que doit faire celui-ci ? Accepter le débat sur ce terrain, et réclamer une expertise, ou s'associer à toute demande d'expertise qui serait formulée. Participer, autant que faire se peut, au choix des experts, qui doivent être des compétences reconnues en la matière. Faire préciser, dans la mission qui leur sera confiée, qu'ils devront essayer de concilier les parties.

Et laisser l'expertise se développer dans toute son ampleur, en fournissant aux experts toutes explications, toute documentation nécessaire.

Il arrivera que les experts concluront à un accident fortuit, dans l'apparition duquel le spécialiste incriminé n'a aucune responsabilité. L'affaire pourra en rester là. S'ils concluent, au contraire, à l'existence d'une faute dont le spécialiste serait responsable, s'en rapporter à eux du soin de tenter de régler le litige par une transaction honorable. Si l'adversaire refuse cette transaction et réclame un jugement, les experts mentionneront ce refus d'une des parties d'accepter leur conciliation et le tribunal appréciera.

Si, pourtant, le rapport des experts laissait à désirer, et apparaissait tendancieux, il serait nécessaire de réclamer une contre-expertise.

Dans une affaire de ce genre, le patient ayant été brûlé par des applications diathermiques, les experts trouvèrent, dans les éléments de la cause et les documents qui leur furent soumis, la faute génératrice de la responsabilité civile du technicien. Ils évaluèrent à 5.000 francs le préjudice subi. Nous avons été d'avis qu'il était inutile de pousser plus loin le débat, et conseillé à notre confrère d'accepter cette terminaison amiable, qui limitait les dégâts.

Dans une autre affaire du même ordre, les conclusions des experts désignés furent entièrement favorables à notre confrère. Et l'instruction fut close par un non-lieu, du point de vue pénal.

Ce rapport d'expertise est tellement complet, et si fortement motivé, qu'il nous a paru nécessaire de le publier *in extenso*. Nous en donnons donc ci-après le texte intégral. C'est un modèle du genre qui, en outre, est d'un enseignement dont on pourra faire son profit.

G. DUCHESNE.

I

## RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

*Exposé de l'affaire.* — Vers le 15 septembre 1930, la fillette X., alors âgée de 8 mois, fut atteinte de malaise avec fièvre. Le surlendemain, on constata qu'elle ne pouvait plus rester assise. Le Docteur Y. fut appelé et fit le diagnostic de paralysie infantile. Après avoir pendant une huitaine de jours prescrit un traitement anodin, il remit aux parents, à la date du 27 septembre 1930 une ordonnance sur laquelle nous lisons « Paralysie localisée, faire de la diathermie ». Les parents s'adressèrent au Dr Z. qui fit une seule séance de diathermie à la date du 29 septembre 1930. Dès le lendemain apparut une petite phlyctène sur la partie externe du cou-de-pied gauche, de plus le pied gauche enfla, quelques jours plus tard apparurent plusieurs phlyctènes contenant un liquide rosé. Une plaie subsista qui fut pansée régulièrement par le Dr Z., tandis qu'il continuait un traitement par les rayons X, projetés sur la région dorso-lombaire (7 séances au cours du mois d'octobre 1930). La gangrène du pied gauche se dessinant, l'enfant fut montrée aux Docteurs M. et N., qui déclarèrent tous deux que l'amputation au-dessus des malléoles était nécessaire, qu'elle était même urgente si l'on voulait éviter les dangers de la résorption putride, le pied gauche commençant à suppurer. L'amputation fut pratiquée le 18 novembre 1930. Une ordonnance de M. le juge d'instruction de ..... en date du 20 novembre 1930 avait désigné trois experts pour examiner la fillette. Les experts procédèrent à leur mission le 21 novembre 1930. Ils ont conclu à l'existence d'une paralysie infantile double, avec gangrène localisée au pied gauche. Les experts estiment qu'en présence de la paralysie infantile qui fait de l'enfant une infirme, on est autorisé de tenter une médication énergique ; or, ces dernières années, le Dr Bordier a rapporté des cas heureux de traitement par la diathermie. Dans le cas présent, une application unique, faite correctement par le Dr Z. a entraîné la gangrène du pied gauche. Il s'agirait là d'un accident déjà signalé, mais qui n'engagerait pas la responsabilité du médecin traitant. Le Dr N., qui assistait à l'expertise a constaté une gangrène totale du pied gauche, limitée à un sillon passant au-dessus des malléoles. Il a conclu à la nécessité d'une amputation de toute urgence. Il estime qu'aucune faute professionnelle n'a pu être relevée dans l'application de la diathermie. Cette application s'est faite dans les conditions suivantes : une électrode lombaire constituée par une feuille d'étain, les pieds étant largement appliqués sur une feuille métallique et maintenus assujettis au moyen de sacs de sable sur lesquels appuyait la grand'mère pendant toute la séance. L'intensité n'a pas dépassé 300 milliampères (autant du moins que la précision des ampèremètres de la diathermie permet de l'affirmer). La durée d'application aurait été d'une heure d'après le plaignant, seulement de cinq minutes d'après le Dr Z. Il semble bien que la durée indiquée par le plaignant soit notablement exagérée, puisque la grand'mère de l'enfant reconnaît n'être restée en tout qu'une heure chez le docteur et qu'il a fallu préparer l'appareil, déshabiller puis rhabiller l'enfant. Il semble que la durée d'application n'ait guère dépassé une demi-heure, ce qui est normal. L'examen de l'enfant auquel nous avons procédé le 19 décembre 1931, nous a montré une amputation correcte de la jambe gauche au tiers inférieur avec bon moignon. Ces deux jambes sont paralysées totalement ainsi que la cuisse droite. Par contre il existe encore une certaine tonicité dans les muscles de la cuisse gauche, qu'ébauchent quelques mouvements. Pas de paralysie des muscles des fesses. Nous n'avons trouvé aucune anomalie susceptible d'expliquer la sensibilité du membre inférieur gauche à l'action de la chaleur.

*Discussion* : 1° L'enfant atteinte de paralysie infantile pouvait être traitée par association de la diathermie et de la radiothérapie, comme l'a indiqué Bordier. Il n'y avait certes pas urgence mais l'âge de l'enfant ne contre-indiquait pas formellement ce traitement. 2° Le traitement diathermique a été appliqué selon les règles habituelles, avec une technique classique. La méthode la plus couramment employée est bien celle qui a été utilisée, une électrode sous les pieds et une au dos, on traite presque toujours les deux jambes à la fois. Contrairement à ce que prétend le mémoire de Me D., l'emploi d'un tissu spongieux promené sur la jambe est un procédé d'exception, il a l'inconvénient de ne pas échauffer le membre autant qu'avec la technique utilisée par le Docteur Z. Or, en l'espèce, le but à atteindre était de réchauffer les membres paralysés. Il ne faudrait d'ailleurs pas croire que l'ouvrage de Bordier constitue une charte absolue et intangible. 3° Le médecin a fait une application correcte, la durée d'une demi-heure et l'intensité employée sont normales, durée vraisemblable d'après les pièces du dossier. Le médecin devait rester à côté des appareils et de la malade pour surveiller l'ensemble. Or, le fait qu'il était à côté des appareils le situait très près de la malade, car les conducteurs sont toujours très courts. Enfin le médecin a eu raison de faire tenir l'enfant par un aide de façon à assurer un bon contact avec l'électrode plantaire, ce contact a dû être parfait, puisque l'enfant n'a présenté aucune brûlure à la plante des pieds. L'accident pourrait s'expliquer par le mauvais contact du pied gauche avec l'électrode, mais on aurait alors constaté à la plante du pied gauche une ou plusieurs phlyctènes, ce qui n'a pas été. Ainsi les deux pieds étant en contact parfait avec l'électrode plantaire, l'accident n'est survenu qu'à un pied (les deux jambes étant pourtant paralysées)

ce fait indique nettement qu'un état particulier des tissus de la jambe gauche a été la seule cause de l'accident. Cet état peut avoir été constitué par une résistance chimique spéciale, par une mauvaise circulation, par des causes diverses que rien ne permet de mesurer ni de prévoir. On a soulevé l'hypothèse de l'emploi d'une intensité trop élevée. Mais dans ce cas si la conductibilité avait été la même dans les deux jambes, toutes deux eussent été brûlées. Le traitement isolé de chaque jambe n'était pas de nature à éviter l'accident, puisque rien de permettait de prévoir l'état défectueux de l'une des jambes. 4° Les phlyctènes sont apparus au point le plus chauffé, c'est-à-dire vers la cheville. Or, c'est précisément en cet endroit que le Dr Z. a cherché l'élévation thermique, sans la noter toutefois. 5° Contrairement à ce que laisse supposer le mémoire de Me D., la diathermie est une méthode de traitement active qui comporte des risques, surtout lorsqu'il s'agit d'une affection comme la paralysie infantile, dans laquelle tous les modes de sensibilité sont émoussés, alors que la circulation et la tonicité des tissus sont profondément troublées. D'ailleurs, il résulte de la déposition de la dame D., belle-mère du plaignant, que le médecin traitant a prévenu les parents des dangers de la méthode. Il convient de dire cependant que les accidents tel que celui survenu chez la jeune X., sont si rares qu'ils ne contre-indiquent pas l'emploi de la diathermie. 6° L'hypothèse de M. Bordier attribuant à un mauvais fonctionnement de l'ampèremètre la cause de l'accident, est peu vraisemblable. L'examen de l'instrument après l'accident a permis de conclure à son bon fonctionnement. L'accident est dû à une résistance anormale des tissus qui, pour une intensité normalement tolérée, ont été coagulés en profondeur, sans manifestation de chaleur excessive en surface. Il s'agit donc d'un de ces lamentables accidents de la diathermie, qui n'impliquent aucune faute de technique ni aucune imprudence. Tout au plus peut-on dire qu'il faut toujours redoubler de prudence quand il s'agit de sujets anesthésiés ou de jeunes enfants atteints de paralysie infantile. 7° Le mémoire de Me D. est un travail fantaisiste fait par un homme non averti et ne connaissant pas la diathermie. Il est basé sur l'appréciation des textes et contient des erreurs grossières (importance des pièces de métal qui auraient été dans la poche de la personne tenant l'enfant.)

*Conclusions* : 1° On ne peut reprocher aucune faute au Docteur Z., qui a correctement appliqué le traitement par la diathermie et qui a exercé une surveillance rigoureuse.

2° Le traitement était indiqué chez la jeune B. atteinte d'une affection grave, paralysie infantile double, qui faisait d'elle une infirme, les risques de brûlures ne pouvaient en pareil cas constituer une contre-indication.

3° L'accident est dû à une modification dans la vitalité des tissus de la jambe gauche, qu'il était impossible de prévoir.

Fait à Paris,.... 1931.

Signé : BALTHAZARD, BELOT et DESCOUST.

I

## ASSIDUITÉ AUX RÉUNIONS SYNDICALES ET JETONS DE PRÉSENCE

Un de nos confrères, chargé d'un rapport pour son syndicat, nous demande s'il y a des précédents, par lesquels sont alloués des jetons de présence, et même des indemnités de déplacement, pour rendre les réunions syndicales vivantes et fréquentées.

Les exemples sont très peu nombreux. Il faut d'abord incriminer cet esprit qui a longtemps régné — et même règne encore — dans le corps médical, à savoir que toutes les fonctions, travaux et dévouements doivent être gratuits entre confrères.

Avant guerre, jamais il ne serait venu à l'idée d'un praticien de proposer une indemnisation quelconque à celui qui, pour établir un rapport consciencieux, aurait passé de nombreuses heures, tant pour la documentation que pour l'élaboration de son travail.

Il en était de même pour les déplacements, que certains militants s'imposaient pour la cause collective. Disons cependant que quelques syndicats votaient une modique indemnisation, comme frais de voyage, à tel ou tel confrère qui venait à Paris représenter plusieurs syndicats à l'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux.

Mais, à la vérité, la question du jeton de présence était plutôt résolue en sens contraire : à l'instar du Syndicat de l'arrondissement de Versailles, beaucoup de groupes corporatifs inscrivaient, dans leurs statuts, une amende pour quiconque n'assisterait pas aux réunions et assemblées générales, sans motifs valables.

Malheureusement, cette pénalité restait toute platonique, soit qu'on n'osât pas l'appliquer, soit parce que les excuses étaient toujours adressées par les mêmes, qui préféraient rester chez eux, à travailler pour eux, pendant que le confrère voisin quittait momentanément ses clients, pour travailler pour le bien collectif de la corporation.

Seul, à ma connaissance, le syndicat des mé-

decins de la Seine avait inscrit (avant guerre) dans ses statuts (art. 13) qu'un jeton de présence de cinq francs (or) sera attribué aux membres qui assisteront aux *deux* assemblées générales statutaires de novembre et de mai. La cotisation était alors de 20 francs.

Les statuts actuels du S. M. S. ne contiennent plus pareille disposition.

A l'heure présente, les médecins ont enfin compris que tout travail mérite salaire et qu'on ne peut pas demander à un confrère un rapport documenté et sérieux, un déplacement, l'accomplissement d'une fonction, ou d'une mission, sans recevoir une indemnisation, si minime soit elle pour son labeur.

Aussi, la Confédération des syndicats médicaux, suivant la tradition à elle léguée par l'Union des syndicats, alloue-t-elle non seulement une indemnité à ses secrétaires généraux, trésorier, etc., mais aussi un jeton de présence aux membres de certaines commissions, ainsi qu'une indemnité de déplacement pour les confrères de province, qui abandonnent leur clientèle, pour venir à Paris, discuter des intérêts généraux de la profession.

De même le syndicat des médecins de la Seine attribue-t-il un jeton de présence de dix francs, par séance de commission, et un jeton de 50 francs, par séance de conseil de famille, à chacun des membres présents.

C'est encore dans cet esprit que les statuts actuels de beaucoup de syndicats prévoient une indemnisation de présence, et même kilométrique, pour les membres des conseils de famille, ou pour les missions de contrôle technique.

Ceci étant posé, quelles sont les bases juridiques de pareille manière de faire ?

Les statuts d'un syndicat constituent la charte corporative, le contrat intervenu entre les syndiqués. Aux organisateurs d'un syndicat, aux dirigeants d'un groupe déjà existant d'introduire, dans les statuts, un article spécifiant qu'un jeton de présence viendra diminuer la cotisation annuelle de chacun des membres, qui assistera à chaque assemblée générale.

Il est dit, dans les statuts, que chaque syndiqué s'oblige à respecter les décisions des assemblées générales ; cet engagement constitue la loi entre les parties. Par suite, il suffit qu'après étude, la proposition d'indemnisation soit portée à l'ordre du jour d'une assemblée générale et qu'elle soit adoptée ou repoussée par la majorité des membres présents.

Quels en sont les avantages ? les inconvénients ?

Les avantages, c'est que l'amende est automatiquement perçue sur les absents : nul besoin de la leur réclamer, pour s'attirer alors protestations, voire même démissions.

Deux modes : soit verser le jeton à chaque séance ; soit défalquer ce jeton sur le versement de la cotisation annuelle. Il me semble que le premier mode est préférable : le trésorier devra avoir de la monnaie d'avance, pour distribuer, en séance, à chacun des présents la valeur du jeton · cela frappe mieux les esprits qu'une diminution sur la cotisation annuelle, défalquée au début de l'année.

Quant aux confrères qui préféreront le rapport d'une journée, ou demi-journée de clientèle, à leur devoir de présence au travail collectif et qui trouveront insuffisant le montant du jeton de présence, au regard de ce qu'ils peuvent gagner en restant chez eux, ils contribueront néanmoins à la prospérité financière du syndicat, puisque le montant du jeton, qu'ils n'auront pas touché, restera acquis au trésor du groupe corporatif.

Faut-il aller plus loin et distribuer une indemnisation kilométrique aux présents ? Ici, liberté entière doit être laissée aux syndicats locaux.

Un groupe, composé de confrères voisins et rapprochés n'a nul besoin de voter une indemnisation kilométrique : le déplacement n'est pas très onéreux pour chacun, surtout avec l'utilisation de l'auto ; les citadins, comme les ruraux, perdent autant de temps et de clients, en assistant à l'assemblée générale.

Il en est différemment pour les syndicats qui groupent des confrères éloignés les uns des autres, ou qui habitent dans des régions montagneuses, d'accès difficile. Dans ces conditions, les ruraux sont nettement désavantagés, par rapport aux confrères de la ville.

Il faut enfin envisager les habitudes syndicales : ici, la réunion se fait toujours dans le grand centre, chef-lieu du département, ou de l'arrondissement. Ailleurs, l'habitude est prise de faire l'assemblée générale alternativement dans telle ou telle localité. Dans ce dernier cas, l'indemnisation n'a plus la même raison d'être, puisque les confrères d'une même région seront tantôt éloignés, tant rapprochés du lieu de réunion.

Les inconvénients sont surtout d'ordre pratique pécuniaire. Les cotisations syndicales sont actuellement d'un taux assez élevé : convient-il d'augmenter encore du prix des jetons à distribuer à chaque assemblée générale ?

Si le syndicat est riche, il peut, sans augmentation de la cotisation, voter la dépense des jetons. Mais le syndicat de région pauvre, dont la cotisation actuelle est réduite au minimum, se verra contraint de majorer la cotisation actuelle de prix du ou des jetons de présence, qui seront distribués aux assistants des assemblées générales.

Question d'opportunité toute locale, que chaque syndicat aura à résoudre à sa manière. Principalement devra être envisagé le problème du recrutement, ou même de la conservation dans

le groupe corporatif des tièdes, des égotistes, de tous ceux enfin qui font passer leur intérêt individuel avant l'intérêt général et corporatif.

Je conclus en disant que rien ne s'oppose juridiquement, ni historiquement à ce qu'un syndicat adopte un système d'indemnisation par jetons de présence, ou par indemnité de déplacement. A l'heure actuelle où l'intérêt individuel et immédiat semble devoir prédominer, tous les moyens sont bons pour ranimer la flamme et encourager tous ceux qui ont encore le culte de l'intérêt général corporatif.

Dr Paul BOUDIN.

II.

## LES JEUNES MÉDECINS ET L'EXEMPTION DE LA PATENTE

En l'état actuel de la législation, le médecin, qui s'installe au sortir de la Faculté, doit payer une patente, calculée proportionnellement sur son loyer et majorée par les centimes additionnels.

Il en résulte que ce débutant prend immédiatement la charge de dépenses, fréquemment hors de proportion avec son gain immédiat.

Au barreau, les jeunes avocats stagiaires sont dispensés de patente pendant les trois années, pendant lesquelles ils accomplissent leur stage. Mesure sage et prudente, car, poussés par le besoin de gagner leur vie, les jeunes débutants, dans les carrières libérales ont tendance à se laisser convaincre par des propositions plus ou moins honnêtes, qui peuvent par la suite, entraver, ou même briser leur carrière.

On peut dire, à la vérité, que beaucoup de médecins achètent une clientèle. Bien que ce mot soit impropre, du point de vue juridique pur, il n'en est pas moins vrai que cette cession de clientèle est masquée sous la vente d'un droit au bail, la cession d'instruments, ou par des obligations de faire ou de ne pas faire, telles que, pour le vendeur, l'obligation de présenter le successeur à la clientèle et l'interdiction, pour le cédant, d'exercer la médecine dans un rayon déterminé, et pendant un certain nombre d'années.

Ces cessions matérielles, ainsi que la validité des obligations de faire ou de ne pas faire sont actuellement consacrées par des décisions de jurisprudence, qui les reconnaissent comme valables.

Donc, le jeune médecin achète une clientèle. Il lui faudra désintéresser son vendeur, pendant plusieurs années, en prélevant sur le revenu du cabinet les sommes nécessaires, pour se libérer.

Mais, qui prouve que la clientèle reportera sur le nouveau venu la confiance qu'elle avait en son prédécesseur ? Souvent même, l'acheteur a fait une opération désastreuse, car il n'a pas su retenir chez lui les fidèles clients de celui qui l'a précédé.

Il en est de même pour le jeune médecin qui s'installe avec courage, en fondant un poste médical, soit à la ville, soit dans une localité dépourvue de praticien.

Durant quelques années, il faut avoir la patience d'attendre le client, il faut se faire connaître, savoir se faire estimer, aimer.

Pendant ce temps, les frais généraux courent et obèrent lourdement le budget de ce débutant.

Serait-il donc utopique de décider que, pendant les trois années de son installation, le jeune médecin sera dispensé de payer patente ?

Une disposition dans la loi de finances pourrait apporter ce soulagement à nos jeunes confrères.

Ou bien lors de la discussion de la réforme de la patente des professions libérales, alors qu'il est question de frapper ces dernières d'un droit fixe, plus un droit proportionnel au seul logis professionnel (le logis d'habitation en étant exclu) ne serait-il pas possible de faire décider, par le Parlement, que, pendant les trois années qui suivront leur installation, les jeunes médecins seront dispensés de ce droit fixe ?

La preuve et la date de l'installation seront fournies par l'obligation que le médecin, le chirurgien-dentiste et la sage-femme ont de déposer leur diplôme à la préfecture de leur domicile, aux termes de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 14 avril 1910.

Dr Paul BOUDIN.

III

## LES OFFICIERS DE SANTÉ ET LA LOI ARMBRUSTER

Un de nos confrères nous demande si les officiers de santé vont pouvoir continuer, en France l'exercice de la médecine, droit qu'ils tenaient de l'article 29 de la loi du 30 novembre 1892.

Ne semble-t-il pas, à la lecture de la loi Armbruster, que désormais, seuls les docteurs en médecine auraient le droit d'exercer l'art de guérir en France, à la condition de posséder le diplôme de docteur en médecine, délivré par l'Etat français ?

Rassurons notre confrère: s'il était dans l'intention du législateur d'empêcher désormais

les officiers de santé d'exercer leur art, il devrait le spécifier explicitement dans sa loi, en abrogeant les dispositions de l'article 29 de la loi du 30 novembre 1892.

Or, il n'en sera certainement rien, car on ne saurait porter atteinte aux droits acquis et supprimer d'un trait de plume le gagne pain de praticiens, qui sont tous d'un certain âge, car les derniers, qui ont pu s'inscrire en vue du diplôme d'officier de santé, n'ont pu le faire qu'en 1893.

Il en résulte que les officiers de santé continueront à exercer leur art, à côté des docteurs en médecine, la loi n'ayant aucun effet rétroactif ; il n'est en rien dérogé aux droits acquis par les officiers de santé, qui ont le droit d'exercer en France, aux termes de la loi du 30 novembre 1892.

Dr Paul BOUDIN.

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

### Deux notes du Dr Fernand Decourt

#### I. — Le nouveau tarif.

Pour toute intervention, visite ou consultation, pratiquée A PARTIR DU 15 FÉVRIER 1932, nos confrères doivent se baser sur le nouveau tarif que nous appellerons, suivant la coutume, du nom du ministre signataire, le TARIF LANDRY.

Mais ce n'est PAS le tarif signé par le ministre Landry, en date du 26 octobre 1931, qui est en jeu. Ainsi que je l'ai expliqué dans une note précédente, celui-là est « mort-né » puisqu'il est mis en dehors de la circulation avant même d'avoir été mis en pratique. Il s'agit de l'arrêté ministériel du 5 FÉVRIER 1932, paru dans le *Journal Officiel* du 11 février suivant. Par conséquent, déchirez purement et simplement le tarif d'octobre 1931, qui a déjà paru en diverses publications et procurez-vous le tarif du 5 février 1932 (1).

La caractéristique de ce tarif est d'être un « *compromis* » (accepté de commun accord, par la Confédération des syndicats médicaux et les patrons et assureurs) entre les taux des prix d'intervention du tarif Fallières de 1926, resté en vigueur jusqu'au 15 février, et ceux du tarif Landry du 26 octobre 1931 qui ne fut jamais appliqué.

L'augmentation des prix du tarif de 1931 sur le tarif de 1926 a été « coupée en deux », si je puis dire dans le tarif de 1932. Des deux côtés de la « barricade », chacun y a mis du sien, comme on voit et c'est ainsi que le tarif Landry, définitif, a pu voir le jour et être mis en application à la date du 15 février 1932 comme il en était convenu tout d'abord.

#### II. — Les accidents du travail contestés par la compagnie d'assurance.

Il y a plusieurs années, devant la Commission d'hygiène du Sénat, alors que je présentais — déjà — quelques observations au sujet du projet de loi GROS, concernant une série de modifications à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, j'avais eu l'occasion d'attirer l'attention des sénateurs de la Commission sur le point suivant

Un médecin reçoit d'un blessé la feuille d'accident signée par son patron et portant ordinairement l'entête d'une compagnie d'assurance. Il donne ses soins, puis, *x* mois plus tard, envoie sa note à l'assurance. Celle-ci refuse le paiement parce qu'elle considère qu'il n'y a pas eu accident du travail... le blessé, guéri, ne veut « rien savoir » de cette affaire ou même il est disparu. Et le médecin ne touche *rien* pour les soins qu'il a donnés.

Il n'en serait pas de même si ce médecin était prévenu à temps par l'assurance qu'il y a contestation par elle de l'accident comme « accident du travail ». Il serait à même de réclamer le paiement de ses soins *directement* au blessé, au fur et à mesure, ainsi qu'en clientèle courante. Par le fait même de la remise d'une *feuille d'accident* par le blessé au médecin, n'y a-t-il pas, pour ce dernier, la certitude que c'est bien un accident du travail ? Et la compagnie qui l'a ainsi *induit en erreur* ne devrait-elle pas, équitablement, le *prévenir* qu'il n'y a pas « accident du travail » dès qu'elle conteste celui-ci, afin de *dégager sa responsabilité* en ce qui concerne les frais ? C'est le bons sens même — et c'est aussi la simple équité.

Telle est la thèse que j'avais soutenue devant la Commission sénatoriale et que j'avais reprise, dans la suite, à la sous-commission du tarif, en attendant le vote du projet de loi Gros, toujours remis aux « calendes grecques ».

C'est ainsi que — en attendant ce vote hypothétique, nous avions convenu à la Commission du tarif que les Compagnies d'assurances — tout au moins celles faisant partie de la « *Réunion* des assureurs » et qui en forment la grande majorité — préviendraient le médecin pour tout accident du travail qui serait contesté, comme tel, par elles.

(1) Supplément documentaire du *Concours médical*, février 1932.

Or, je viens précisément de recevoir à propos d'un accident du travail *contesté* par une compagnie (ce qui ne m'étonne guère alors qu'il s'agissait, en l'espèce, d'un accident *refusé* par moi comme ne pouvant être un accident du travail) la lettre suivante que je tiens à publier dans le *Concours*, comme exemple, bien que certainement d'autres confrères aient déjà eu l'occasion d'en recevoir de semblables, puisqu'elle était dactylographiée, avec les noms seuls écrits à la main.

Compagnie le X...

Paris, le 16 février 1932.

Monsieur le Docteur,

Nous vous informons qu'aux termes d'une entente intervenue entre la Réunion des assureurs et la Confédération des syndicats médicaux, il a été convenu qu'au cas où la responsabilité d'un accident du travail paraîtrait contestable à une Compagnie d'assurances, celle-ci préviendrait le médecin dès qu'elle aurait connaissance de cette situation.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous prévenir que notre Compagnie décline toute obligation relativement à l'accident qui lui a été déclaré concernant le nommé A... au service de M. B...

Le nom du pharmacien qui délivre les médicaments nous étant inconnu, nous vous prions de bien vouloir, pour l'édification de ce pharmacien, porter sur vos ordonnances, concernant le blessé ci-dessus indiqué, la mention suivante :

« Responsabilité contestée par la Société d'assurances ».

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

*Le Directeur général,*
Z....

***

Il est bien entendu, naturellement, que tant que le projet de loi Gros ne sera pas voté, avec cette modification spéciale, il n'y a aucune *obligation légale*, pour une compagnie d'assurance, d'agir ainsi. Il n'y a là qu'un *engagement moral* de prévenir le médecin traitant, pris au nom de toutes les compagnies faisant partie de la « Réunion des assureurs ».

Néanmoins, il y a là un certain progrès, qui a son importance pour les médecins traitants.

Et, là encore, nous pourrons noter que ce n'est pas en tapant sur la table, lors des réunions, ni en faisant des effets de torse pour la galerie, ainsi que nous le voyons quelquefois — et naguère encore — que les délégués de la Confédération obtiennent des résultats intéressants — et pratiques.....

Fernand DECOURT.

## LE PROJET LÉGROS ET L'AVENIR DE L'HYGIÈNE EN FRANCE

Par le Dr René MARTIAL

(*Communication présentée au XVIIIe Congrès d'hygiène.*)

Messieurs,

La loi du 15 février 1902 est bien morte. Cette affirmation, exprimée récemment par M. le Président de la Chambre Syndicale de l'assainissement et des industries de l'hygiène, reproduit une opinion quelque peu injustifiée. Mais on ne peut pas garder rigueur à un orfèvre de parler pour sa maison (1).

Il est cependant nécessaire de faire remarquer que l'idée de la réforme de la loi de 1902, dont nous nous occupons depuis 1920, n'est pas née tellement de l'insuffisance de la loi que de la constatation des succès obtenus par les adjoints techniques d'hygiène, tant au point de vue militaire qu'au point de vue civil, puisque leurs attributions concernaient tout ce qui avait trait à la santé publique. C'est l'organisation du temps de guerre qui avait fait ses preuves d'une manière éclatante que quelques-uns d'entre nous ont voulu adapter au temps de paix. Pourquoi a-t-on dressé contre cette idée le spectre du régionalisme sanitaire ? Mystère, et sans doute politique.

Pourquoi la loi du 15 février 1902 est-elle généralement qualifiée d'inefficace ? Parce que les pouvoirs publics n'ont pas eu la fermeté nécessaire pour l'appliquer. Pourquoi nombre de villes n'ont-elles pas constitué leur Bureau municipal d'hygiène ? Parce que presque aucun Préfet n'a eu le courage d'y obliger les Maires. Pourquoi les Inspections départementales étaient-elles facultatives ? Parce qu'entre 1895 et 1902, il fallait parer au plus pressé et que l'état sanitaire des villes où la population rurale commençait à affluer préoccupait principalement les hygiénistes. Rappelons-nous qu'à cette époque, on n'était pas encore maître de la fièvre typhoïde.

Depuis 1920, ont paru les projets du Sénateur Paul Strauss, du Dr Violette, du Sénateur Even, de l'Académie de Médecine, les deux projets Gadaud et le nôtre.

(1) Sur le même sujet R. MARTIAL a publié des travaux dans les nos 21, 26, 40, 45 du *Concours médical* en 1930, et, en 1931, l'article : « Unité de doctrine, unité de culture », qui résume les grands principes d'après lesquels seule l'hygiène peut et doit être organisée.

Nous nous étions rallié finalement au second projet Gadaud, parce qu'il nous paraissait plus susceptible d'aboutir au plus vite, et qu'il apportait une très grande amélioration à l'état de choses existant.

## CHAPITRE I

L'étude du projet actuel suggère un grand nombre de réflexions, et, si nous voulions être véritablement méthodique, nous l'examinerions ici article par article. Cette manière de procéder serait beaucoup trop longue, aussi préférons-nous présenter une synthèse de quelques-unes des remarques qu'il nous suggère, étant bien entendu que nous nous efforçons avant tout de rester objectif et de critiquer l'esprit de la loi, chacun demeurant à même d'en critiquer la lettre.

Au point de vue administratif, le projet déclare que le Ministre est responsable de la santé publique. Mais il ne réunit pas dans les mains du Ministre toutes les parties de l'hygiène disséminées dans les différents Ministères : P. T. T., Travaux publics, Instruction publique, etc... Peut-être est-ce par prudence puisque le Ministère ne comptera aucun directeur tehnique.

Dès l'art. 3, le projet nous donne la composition du Conseil supérieur d'hygiène de France. Sans préjudice du fait qu'il constitue une assemblée beaucoup trop nombreuse, il y a lieu de remarquer qu'il ne comporte, comme membre de droit, qu'un seul hygiéniste. Cet hygiéniste sera désigné par le Ministre sur une liste de trois noms établie par ses collègues. Or, à l'heure présente, nous sommes représentés dans ce Conseil par deux ou trois d'entre nous. Au lieu de gagner du terrain, nous en perdons, et l'on peut dire que pratiquement, le Conseil supérieur d'hygiène de France demeure fermé aux véritables hygiénistes. Non seulement nous aurions voulu voir diminuer le nombre des membres, et ce, pour des raisons de bon travail, mais encore il eût été hautement désirable et logique de voir les hygiénistes fonctionnaires entrer en grand nombre dans ce Conseil. Qui donc a l'expérience et la responsabilité ?

Puis le projet crée la Direction départementale d'hygiène obligatoire, avec nomination, par le Ministre, et définition des rapports de ce directeur avec le Ministère. Les Inspecteurs qui dirigeront les circonscriptions ou arrondissements, ainsi que les Bureaux d'hygiène dans les villes où on les supprime, seront également nommés par le Ministre. Mais, comme, dans l'organisation des services, le Préfet et le Conseil général interviendront avec toute leur puissance, la liberté que nous avions escomptée pour les hygiénistes se trouve considérablement réduite.

En outre, on exige un concours pour les dits médecins inspecteurs. Alors, à quoi bon le diplôme des Instituts d'hygiène, instituts dont il n'est fait nulle mention dans le projet, et pourquoi décourager les jeunes médecins en obstruant d'avance la carrière dans laquelle ils voudraient se lancer ? Pourquoi n'avoir pas non plus prévu la possibilité des mutations, qui permettent de connaître le métier sous tous ses aspects. Ces mutations, constantes dans l'armée, augmentent la science des officiers et leur expérience.

Les créations opérées par le projet sont complétées par l'assimilation des bureaux d'hygiène des villes de plus de 50.000 habitants, dont le directeur n'a que le grade d'Inspecteur départemental. Ainsi, le Directeur municipal actuel des villes comme Lyon, Bordeaux, Marseille, Lille, etc., sera placé sous l'autorité du Directeur départemental. A bien des égards, ce fait apparaît anormal. Quant aux autres bureaux d'hygiène, ceux prévus par la loi de 1902 pour les villes à partir de 20.000 habitants, ils sont purement et simblement supprimés. Il n'est fait aucun cas des situations acquises ni au point de vue professionnel ni au point de vue matériel.

Enfin, à ce même point de vue administratif, et pour en terminer avec lui, le projet crée un nouveau système d'offices départementaux d'hygiène qu'il place dans la main du Conseil général et du Préfet. Ce nouveau système au lieu de simplifier, complique, augmente au point de vue technique, la confusion entre la prophylaxie vraie et la thérapeutique. Il inclut même le cancer, dont la cause est aujourd'hui encore inconnue et dont la prophylaxie n'existe pas.

## CHAPITRE II

Ces réformes administratives, si profondes, auront une grande répercussion au point de vue professionnel.

On veut créer l'hygiène en France, mais pour ce faire, il aurait fallu d'abord se préoccuper du recrutement des hygiénistes. Or, il n'y a guère de moyen de recruter de jeunes médecins, si on ne leur ouvre pas une carrière où ils puissent atteindre à de hautes situations, tant au point de vue technique qu'au point de vue matériel. Croit-on que nos grandes écoles militaires auraient beaucoup d'élèves si elles ne leur offraient d'autres perspectives que de s'arrêter au grade de commandant ? Or, c'est bien là ce qu'on nous propose, puisque aucun des futurs hygiénistes n'ira plus loin que la Direction départementale d'hygiène dans laquelle il débutera d'ailleurs par la dernière classe, puisque l'on créera des classes. Aucun espoir, pour les plus brillants d'entre eux, d'arriver à l'administration centrale, ni à l'inspection générale, ni à une Direction ministérielle.

Ceci est non seulement une très grande faute au point de vue du recrutement, mais c'en est une aussi au point de vue du fonctionnement de la loi. Quelles que soient les qualités d'un Directeur au Ministère de la Santé publique, l'hygiène est de

nos jours une science trop complexe en elle-même et dans ses applications pour pouvoir être placée sous la Direction d'un seul homme. Ceci était apparu dans une certain nombre des projets que nous avons mentionnés au début de cette communication, et il serait normal que le Ministère de la Santé publique fût pourvu des trois ou quatre directions indispensables, entre lesquelles seraient réparties les différentes matières de l'hygiène. On ne peut pas demander au même directeur de s'occuper simultanément des questions financières, administratives, prophylactiques, de la protection de l'enfance, de l'hygiène des habitations, de l'assainissement des villes, etc., etc. Pour que toutes ces questions soient bien traitées, il faut qu'elles soient réparties entre plusieurs directions, et c'est pourquoi, l'absence de techniciens au Ministère est aussi déplorable au point de vue de la bonne marche du travail qu'au point de vue de la carrière. Imagine-t-on un Ministère de la Marine ou un Ministère des Travaux publics qui n'aurait pas d'ingénieurs ?

Une des raisons de la faillite de la loi de 1902 c'est que précisément, l'hygiène est demeurée au Ministère uniquement administrative, et qu'à l'heure présente encore, le Ministère de la Santé publique ne compte dans son unique Direction aucun véritable hygiéniste. C'est là une gageure dont nous redevables, paraît-il à l'obstruction des bureaux qui ont la prétention : 1° de tout savoir, et 2° de maintenir sous leur coupe le corps médical, dont ils redoutent la science et l'activité.

Que la direction administrative soit confiée à un Préfet, rien de plus juste ; mais que les Directions techniques soient créées et confiées aux hygiénistes de carrière, après un certain nombre d'années d'exercice.

Chaque Ministère possède ses inspecteurs généraux. Le Ministère de la Santé publique n'en possède pas. Le projet Legros ne mentionne pas cet état de choses. Il est pourtant indispensable que les hygiénistes répartis en France et en Algérie soient visités de temps à autre par les Inspecteurs généraux, non pas tant pour surveiller la marche des services que pour leur apporter le réconfort et les encouragements si nécessaires dans les fonctions délicates qu'ils occuperont. On ne sait pas assez toutes les difficultés du métier d'hygiéniste et combien le cœurs les mieux trempés sont parfois découragés. Dans ces moments pénibles, la visite d'un envoyé du Ministère peut faire le plus grand bien, et relever le moral de ceux qui luttent pour l'hygiène. L'inspecteur général s'enquiert aussi des besoins du service, et il aide à leur faire donner satisfaction. C'est lui qui serait le véritable lien entre l'administration centrale et les administrations départementales ou communales.

Notons toutefois en passant qu'il n'est pas trop tard pour revenir sur l'idée des Directeurs régionaux et dans ce cas, les inspecteurs généraux n'ont plus à être créés, car les Directeurs régionaux seraient à la fois les animateurs et les modérateurs pour un groupe de départements, aussi bien à l'égard de leur subordonnés qu'à l'égard des pouvoirs publics et des élus. Reconnaissons en même temps qu'en plus de leur science, ces directeurs régionaux devraient être des hommes « de caractère ».

Enfin, il y a lieu de reprendre l'idée du sénateur Even au sujet des attachés sanitaires. N'est-il pas surprenant, en effet, qu'à une époque où les mouvements de population ont pris une telle fréquence et une telle ampleur, le Ministère de la Santé publique ne sache rien de ce qui se passe à l'extérieur dans aucune des branches de l'hygiène? Nous avons des attachés commerciaux, des attachés militaires, navals, financiers, mais aucun au point de vue santé publique. Il y a là une anomalie à laquelle il conviendrait de remédier, et pour cela il faut réintégrer dans le futur projet l'idée du Sénateur Even.

Ainsi complété, le projet créerait la carrière d'hygiéniste et assurerait un recrutement facile aux Instituts d'hygiène. C'est alors que l'on pourrait parler de statut, ce statut que nous demandons depuis des années, et dont l'absence nous porte de si graves préjudices, préjudices encore augmentés du fait de la suppression des Bureaux d'hygiène dans les villes de 20.000 à 50.000 habitants. Mais il doit être bien entendu que si l'on crée ce statut, ce ne doit pas être en dehors de nous, comme *l'art.* 7 semble le dire. Un règlement d'administration publique qui serait fait sans nous courrait beaucoup de risques de ne pas nous satisfaire. Tout fonctionnaire accepte les statuts de l'administration dans laquelle il entre, ces statuts sont connus d'avance et peuvent être étudiés. Que dire d'une administration qui impose à ses fonctionnaires, après un certain nombre d'années de présence, un statut nouveau pour lequel elle ne les aurait pas consultés ? Il faut avoir des égards pour les vieux serviteurs.

Il nous reste maintenant à examiner les conséquences de la suppression des Bureaux d'hygiène dans les villes de 20.000 à 50.000 habitants.

*L'art.* 10 spécifie que cette suppression doit être faite dans un délai de deux ans à partir de la promulgation de la loi, et l'*art.* 75 ajoute qu'un règlement d'administration publique qui devra intervenir dans les six mois suivant la promulgation de la loi déterminera, pour une période de trois ans, les conditions provisoires dans lesquelles il sera pourvu aux vacances existant dans les cadres. Ce même règlement d'administration publique déterminera dans quelles conditions les Directeurs départementaux d'hygiène et les Directeurs municipaux actuellement en fonctions pourront être maintenus.

Ici encore, il n'est pas question de nous consulter et on nous supprime malgré nous. On ne voit nulle part dans ces textes une garantie formelle des droits acquis, mais seulement que (art. 10), « après consultation du Préfet et du Directeur départemental d'hygiène, le Ministre décidera des Bureaux d'hygiène pouvant être maintenus ». Et il ajoute aussitôt : « Leur suppression pourra être prononcée ultérieurement dans la même forme ». *Or, nous sommes nommés actuellement par les maires*, qui peuvent s'opposer à notre suppression. L'on n'a pas le droit de nous traiter comme de simples sous-préfets puisque nous ne dépendons pas de l'administration centrale, et que nulle garantie de compensation ne nous est accordée.

L'auteur du projet paraît avoir été obnubilé par le point de vue administratif et n'en avoir pas suffisamment pesé les conséquences professionnelles. Nous verrons plus loin les conséquences techniques, mais d'ores et déjà il apparaît nécessaire que notre Syndicat intervienne avec fermeté pour rétablir l'échelle des valeurs. Du fait que nous avons toujours fait passer l'intérêt général avant notre intérêt particulier, il ne s'ensuit pas que nous dussions laisser subsister plus longtemps un état d'esprit grâce auquel on nous sacrifie, et grâce auquel les jeunes seront encore plus durement sacrifiés. Il faut que tout s'efface devant l'intérêt commun, et que nos dirigeants syndicaux sachent prendre leurs responsabilités.

**(*A suivre*).**

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Il y a chez lui, du magister de village, avec ce besoin de tout expliquer, ligne à ligne, de poser son gros doigt sur le texte obscur, en levant les yeux par dessus les lunettes...*

(Georges BERNANOS.)

DLXXXII. — Léandre VAILLAT. — **Paysages d'Annecy**. Un fort vol. de 160 pages, in-4° carré imprimé sur pur fil d'Arches filigrané *Neci*, illustré de 70 dessins d'André Jacques reproduits en phototypie, tiré à 1.800 ex. numérotés. *Editions Dardel*, Chambéry, 140 fr.

On trouve pour la peindre, dès qu'on aime une région, qu'on y est attaché par tous les souvenirs de la jeunesse et de l'enfance, des accents d'une sincérité et d'une émotion communicative. C'est par cette filiale compréhension, que M. Vaillat s'est élevé très au-dessus du ton fade des monographies. Des pittoresques aspects de la ville et de ses environs, il note sans doute avec talent l'immédiate apparence, mais, des rues de la cité et des sentiers des champs, il glisse sur les routes du passé, captant souvenirs et témoignages relatifs au plus célèbres personnages dont Annecy s'honora : Jeanne de Chantal, François de Sales, Honoré d'Urfé, Jean-Jacques Rousseau, etc.... Il rattache leur passage aux sites et aux monuments, faisant ainsi d'une poétique flânerie le motif d'une évocation historique intermittente, vivace et soutenue d'interprétations personnelles très justes.

Le papier, où sont couchés ces aventures, et le détail divertissant de ces promenades en paysages semi-réels, semi-historiques et romanesques, est de robuste qualité. Ferme et d'un grain très régulier, c'est un très honnête papier que je préfère dans sa belle tenue aux pelures exotiques regaufrées sous des textes sybillins. On le trouve sous les doigts : la page sonne d'un beau son grave quand on la tourne. La typographie est très nette. Le filigrane reproduit en capitales un des vieux noms de la ville. Les dessins à la plume d'André Jacques sont parfaitement adaptés aux nécessités de l'œuvre ; pour quelques-uns des lavis, la perfection des reproductions phototypiques atténue parfois presque trop visiblement l'impression nécessaire d'archaïsme que donne très juste le premier genre de dessins. L'ensemble de l'illustration reflète, avec beaucoup de vérité, ce calme provincial, cette majesté quiète des vieilles villes endormies discrètement sous la prestigieuse parure de leur passé : armure grise de pierre et de silence.

DLXXXIII. — F. LE VAILLANT. — **Voyages dans l'intérieur de l'Afrique**. 1781-1785. Publiés par Jacques Boulenger pour la Nouvelle Bibliothèque des Voyages. Deux volumes 12 × 19 illustrés. *Editions Plon*, Paris, 1932, 36 fr.

Pendant que le baron de Lahontan (1) explore les solitudes de l'Amérique du Nord, Le Vaillant poussé par la curiosité ethnographique et scientifique ose le premier s'aventurer chez les Hottentots, Cafres, Namaquois de l'Afrique du Sud. Bien que son récit soit manifestement invigoré par cette même sentimentalité du « bon sauvage » et inspiré par ce renouveau philosophique et attendri du cœur humain qui

(1) *Dialogues curieux*, par le Baron de Lahontan. *Editions Margraff*, Paris, 1931.

émeut les lecteurs de Rousseau, il n'a pas les prétentions philosophiques directes des *Dialogues*. Les observations et la narration sont la seule préoccupation réelle de l'auteur. Il y a de la bonhomie et beaucoup de vivacité dans le rapport circonstancié de cette véritable exploration qui a le mérite de nous présenter une relation extrêmement animée d'une tentative, hardie pour l'époque et conduite avec un flegme de téméraire zoologiste au cœur de régions mal connues et bien décrites désormais.

DLXXXIV. — Jean-Paul HIPPEAU. — **Le voyage en Beauce.** Un vol. 12 × 19. *Editions Malfère,* Paris 1931, 12 fr.

Ce petit roman est un tour de force. Près de deux cents pages durant se déroulent les péripéties du trajet en carriole, d'une gare de la Beauce au village prochain. Cette parodie de l'interminable verbiage paysan est menée comme une gageure. J'en ai eu chaud comme si j'avais réellement effectué, sous un soleil de plomb, par la Beauce morne, cette promenade insolite sur le siège inconfortable du père Botte.

DLXXXV. — Mario MEUNIER. — **Sappho, Anacréon et Anacréontiques.** Un vol. 14 × 21 sous couverture illustrée. *Editions Grasset,* Paris 1932, 20 fr.

Le très remarquable helléniste qu'est M. Meunier (1) avait déjà donné en 1911 une étude et une traduction de Sappho. En rééditant son livre complété et augmenté d'un choix copieux d'anacréontiques, il défend chaleureusement dans ses prolégomènes la mémoire de la dixième muse. Sans vouloir discuter la valeur réelle des thèmes poétiques, il nous sera bien cependant permis de noter que certains d'entre eux ne laissent aucune place à l'équivoque et pulvérisent la galante plaidoirie de M. Meunier, qui veut nous convaincre de la pureté de son héroïne. Pureté poétique indiscutable que M. l'abbé Brémond lui-même ne saurait contester ! Mais pureté tout court nous semble un peu juste. La traduction de M. Meunier est d'une alerte facture et il se joue des difficultés d'interprétation avec une aisance d'humaniste rompu aux subtilités de la langue. Il a su conserver à ces pages légères toute l'impertinente ou tendre douceur de leur charme, et l'incarnat sans fard de leurs tranquilles audaces.

DLXXXVI. — Grégoire BESSEDOWSKI et Maurice LAPORTE. — **Staline.** l'homme d'acier. Un vol. 12 × 19. *Editions Redier,* Paris, 15 fr.

Cette biographie suit l'homme, né à Gori en 1879, dans le Caucase, (pendant une épidémie de peste), de l'enfance et du séminaire au Kremlin et au Plan quinquennal. Nous ne porterons ici de jugement ni sur le politicien ni sur son œuvre. Nous signalons un livre où est exposé le cours tulmultueux de son existence : s'il a, par pages, un ton cinglant de réquisitoire ; s'il « accuse », nous ne faisons qu'enregistrer le fait. La puissance sociale de cet individu est une réalité et comme tel il appartient déjà à l'histoire, où surnagent pêle-mêle de l'oubli, dictateurs, conquérants et criminels célèbres.

(1) Qu'il veuille bien trouver ici nos félicitations pour la haute distinction littéraire qui vient de couronner son œuvre.

DLXXXVII. — J.-H. ROSNY aîné, de l'Académie Goncourt. — **Les Femmes de Setné.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion,* Paris, 1931, 12 fr.

Il doit être difficile de situer un roman bien construit aux ages depuis longtemps révolus. Flaubert l'a tenté pour Carthage ; M. Rosny avec plus d'humaine sentimentalité et une scène plus exiguë l'essaie pour l'Egypte ancienne où Setné, brillant capitaine conquiert amour et honneurs auprès du pharaon. Il serait pourtant prématuré de parler du prestige de l'uniforme ! M. Rosny effleure avec une discrétion relative les complexes sentimentaux où s'égarent les héroïnes qui n'ont pas cette naïve innocence, rude des précédents personnages de ses œuvres. Le roman a quelques éléments factices de féérie : ce sont les impédimenta du genre et ceci ne diminue pas la gracieuse mignardise et la martiale vigueur alternées de ce livre intéressant.

**Varia.*****

*Science et Monde,* hebdomadaire illustré, examine le matériel de l'aviation française, la nouvelle installation modèle de radiologie de Saint-Louis ; et résume comme de coutume les dernières nouvelles scientifiques. Dans le numéro du 11 février : Le sauvetage des sous-marins ; l'industrie de la viande aux Etats-Unis ; le mystère des sourciers, etc.

* Le *Mercure de France* du 15 février 1932 donne un bon article sur les tendances de l'Italie fasciste, et aux Echos une amusante brochette de définitions grotesques empruntées au Dictionnaire de l'Académie française (nouvelle édition !)

**Tableau d'honneur *****

« Peut-être eût-elle pris un époux, si tout comme un thermomètre, il lui eût été loisible, d'abord de le faire bouillir. Ce minimum de garantie lui étant refusé, elle se récusait ».

(Le « Journal ». Huguette G...)
25 janvier 1932.

« *Récusez-vous* », Madame, aussi ! ou faites-nous le plaisir de demander à collaborer au susdit joyeux Dictionnaire.

22 février 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Fédération des syndicats médicaux d'Eure-et-Loir

*Assemblée générale du 13 décembre 1931 à l'Hôtel-Dieu de Chartres.*

Présidence du Docteur Foisy.

**Budget.** — La cotisation versée par chaque syndicat sera de 20 francs au lieu de 15 francs par membre. La cotisation contrôle assurances sociales pour tout médecin syndiqué ou non est ramenée à 20 francs pour 1932. Elle sera touchée en même temps que la cotisation syndicale par le trésorier de chaque syndicat. Les rares médecins qui ont omis de verser la cotisation de 50 francs pour 1931 se verront donc réclamer 70 francs au titre des assurances sociales pour 1932.

*Le budget annexe des assurances sociales* est approuvé ; le Bureau est chargé de fixer et répartir les indemnités dues pour 1931 aux délégués ayant assisté aux réunions.

**Assistance médicale gratuite.** — Le Président donne lecture de la lettre au Préfet destinée au Conseil général demandant — pour parer aux difficultés d'application de l'article 59 — la nomenclature complète des Accidents du travail (avec rabais de 20 %) pour l'Assistance.

Le Préfet informe la Fédération que le Conseil général ayant renvoyé la question à l'Administration, celle-ci demande de nouvelles instructions au Ministre.

L'Assemblée mandate le président pour suivre la question et la reprendre s'il y a lieu à la session de printemps du Conseil général.

En attendant, les mémoires prévus par l'Administration avec tarifs différents pour assurés indigents agricoles ou autres paraissent impossibles à faire, d'autant plus qu'un même assuré peut être de deux catégories différentes au cours du même trimestre. L'Assemblée fait donc toutes réserves sur les modalités d'application de cet article de la loi.

**Office de recouvrements.** — Fonctionne très bien avec des relevés trimestriels nets adressés à chaque titulaire de compte, mais sur une trop petite échelle encore pour donner des résultats intéressants. Cependant les papillons sont demandés en grand nombre.

**Délégués.** — Le Docteur Poirel est convoqué à Paris le jeudi 17 décembre pour la réunion des secrétaires de l'article 64 ; le Docteur Maksud est désigné pour les jours suivants comme seul délégué à l'Assemblée générale de la Confédération.

**Nomenclature.** — Une mise au point sera proposée aux Caisses pour mise en application le 1er mars 1932 (2e année d'exercice). Le remplacement de numéros de catégorie par des P. C. (petite chirurgies) à l'instar des autres départements est reconnu plus pratique et demandé par le Syndicat de Chartres. L'essentiel est que le remboursement ne soit jamais supérieur à la somme versée et cependant pas trop inférieur au tarif syndical.

**Convention Fédération Caisse.**—Le Ministre n'approuvant pas l'art. 8 de l'Addendum, l'Assemblée décide de le supprimer en insistant sur les raisons de moralité professionnelle et surtout sur les conséquences financières qui pourront résulter de sa suppression. Le Secrétaire cite un département où l'Assemblée des Caisses a demandé par écrit au Ministre le maintien de cet article ; l'abus de visites, d'ordonnances et d'indemnités journalières résultant fatalement de sa suppression. C'est peut-être grâce à cet article 8 que jusqu'alors les Caisses ont pu se passer de contrôle réel.

**Liste d'adhésion à la Convebntion.**—Va enfin pouvoir être adressée aux Caisses. Les noms des médecins qui ont signé et non versé leur cotisation contrôle comme de ceux qui ont payé et non signé seront momentanément réservés jusqu'à régularisation complète. Les abstentionnistes complets ne sont que quatre dans le département.

**Hospitalisation.** — Deux difficultés :

Pour les médecins : les consultations externes :

Pour les chirurgiens et spécialistes : l'absence de propositions acceptables, ce qui entraînerait le forfait journalier comme pour les médecins et l'abandon des cliniques par les assurés à plus ou moins brève échéance.

Le Président fait d'ailleurs observer que si les conventions hospitalières supposent un accord préalable avec le corps hospitalier, l'abstention voulue de ce dernier n'empêcherait pas la signature de conventions reconnues nécessaires ou même seulement utiles par les deux parties en présence (Caisses et Commissions).

L'opportunité s'impose donc de réunir chirurgiens et spécialistes du département. Une enquête sera faite sur la situation des hôpitaux de canton et notamment sur ceux dépendant de la fondation Texier-Gallas.

**Secrétariat général.**— Il est décidé après discus-

sion de maintenir les quatre secrétariats, d'inviter Paris à leur adresser les circulaires, mais les réponses seraient centralisées pr le Bureau de la Fédération et finalement la réponse serait adressée à la Confédération par le Secrétaire de la Fédération départementale.

*Le secrétaire*,
Docteur Poirel.

## ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Services des hôpitaux de Paris pour 1932.

Hôpital de l'Hôtel-Dieu

1. Médecin : M. le Prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Caroli, Delalande, Véran, Thiroloix ; chefs de laboratoire : MM. Deval, Coquoin, Dioclès, Dumont, Dognon, Simonnet, Mlle Tissier ; internes : MM. Cachera, Paul ; externes : MM. Aussanaire, L'Hirondel (J.), Rossier (A.), Léger (L.), Giaume (M.) Mlle Renié (O.), MM. Dauphin (P.), Maury, Monsaingeon (A.), Fornari (Constantin), Grossiord (G.), Lefebvre (R.).

2. Médecin : M. Sainton ; assistant : M. Bourgeois ; interne : Mme Arager ; externes : MM. Tanret (P.), Corcos, Delattre, Laurian, Caudrou.

3. Médecin : M. Beaudouin ; assistant : M. Azerad ; interne : M. Busson ; externes : MM. Chambon, Weiss, Bourel (M.), Le Roy (A.).

4. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormand ; interne : M. Didier-Hesse ; externes : Mlles Rotté, Helman, MM. Camus (P.), Mouchotte (M.), Gaume, Makache.

5. Médecin : M. Stévenin ; assistant : M. Azoulay ; interne : M. Bous (G.) ; externes : MM. Maillard, Laboureix, Brun (M.), Golse, Coustenoble, Traut.

6. Chirurgien : M. le Prof. Cunéo ; assistants : MM. Bloch et Sénèque ; chefs de clinique : MM. Meillère, Banzet ; chef de laboratoire : M. Nicolas ; internes : MM. Gosset, Zagdoun, Mouchet, Cordier, Baumann ; externes : MM. Gillet (P.), Aharfi, Simon (E.-P.), Mlle Bonnefant, MM. Fauré, Denoix, Carasso, de Stoppani, Martin (J.), Rault (A.), Fouassier, Destouches, Vassal, Mlle Abraham, MM. Duflot, Prialnick.

7. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le Prof. Terrien ; chefs de clinique : MM. Blum, Renard, Veil ; adjoints : M. Dupuy-Dutemps, Mlle Braun ; chefs de laboratoire : MM. Hudelo, Gaultier ; internes : MM. Aboulker (P.), Guillaumat (L.), ; externes : MM. Rocher (J.), Rousseau, Desseigne, Quentin, Mlle Vigneron, M. Peltier (externe en premier), M. Le Tensorer.

8. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : M. N... ; internes : MM. Gahinet, Camelot ; externes : MM. Brochard (R.), Vincent (G.), Auclair (D.), Losay (P.), Lecat, Lannegrace (C.).

9. *Consultation médecine.* — M. Gutmann ; assistant : M. Beaugeard ; externe en premier : Mlle Abadi ; externes : MM. Arnous (J.), Pouliquen (Y.), Viennot, Djian.

10. *Chirurgie.* — M. Cahen ; assistant : M. N... ; externes : MM. Dangauthier, Fournié, Hacker.

11. *Consultation dentaire.* — M. Béliard ; assistant : M. Merville ; adjoint : M. Vilenski ; externes : Mlle Marion, M. Bornet (G.).

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne ; chef adjoint : M. Dioclès, faisant fonctions ; MM. Moutard, Chenilleau, Colombier.

13. *Hydrothérapie et thermothérapie.* — Chefs de laboratoire : MM. Dausset ; externe : M. Lauriat (C.).

Hôpital de la Pitié

1. Médecin : M. le Prof. Rathery ; chef de clinique : Mlle Dreyfus-Sée, MM. Boltanski, Rudolf ; chefs de laboratoire : Mlle Dubois, M. Doubrow ; interne : M. Terrenoire ; externe en premier : Mlle Jannet (interne faisant provisoirement fonction d'externe en premier) ; externes : Mlles Sainton, Thierry, Mme Maury, MM. Tiffeneau, Ducros, Debouvry (J.).

2. Médecin : M. le Prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Azerad, Besançon (J.), Dreyfus (G.) ; chefs de laboratoire : MM. Nepveux, Escalier; interne : M. Goldberg ; externes : MM. Mallet (R.), Milovanovitch, Vincent (P.), Reynaud (L.), Mathey (P.), Gringoire, Creusot (J.).

3. Médecins : M. Laignel-Lavastine ; assistant: M. Georges ; internes MM. Cacuira (V.), Reyt (P.) ; externes : Mlle Maire, MM. Blumenfeld, Picquart (A.), Gaillard (R.), Mlle Rohlfs (G.), MM. Boquet (H.), Cochème (R.), Fildermann (M.), Martin (P.).;

4. Médecin : M. Loeper ; assistant : M. Lemaire ; interne : M. Merklen ; externes : MM. Turlotte (J.), Roche (J.), Beurdeley, Picard (R.), Gillet (G.), Truelle (E.), Desbre (R.).

5. Médecin : M. Aubertin ; assistant : M. Levy (Robert) ; interne : M. Wester ; externes : MM. Horeau, Campesco, Grenet (P.), Beauchef (J.), Viault (P.), Kasatzker.

6. Médecin : M. Vincent ; assistant : M. Thiebaut ; interne : M. Lemoyne ; externes : MM. Daum (S.), de Chabert-Ostlaud ; Winter (J.), Duflot (J.), Baudard (A.), M. Daverne.

7. Chirurgien : M. Lenormant ; assistant : M. Wilmoth ; internes : MM. Merigot, Guibé, Contiadès ; externes : MM. Devoucoux (P.), Monti (M.), Mlle Cottineau, MM. Bonnel, Forget, Barria, Marchak, Barcat, Costet.

8. Chirurgien : M. Fredet ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Simon (N.), Béchet (A.), Rousset ; externes : MM. Rougier, Bergeron, Laure, Bouvier, Baussan, Gaudin, Lucquin, Teyssier.

9. Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : M. Desplas ; internes ; MM. Mutricy, Elbim, Coen ; externes : M. Champsaur, Mlle Dreille, MM. Auslander, Krenner, Mlle Barret, MM. Beaufils, Gazel, Deguillaume.

10. Accoucheur : M. le Prof. Jeannin ; chefs de clinique : Mlles Boegner, Choquart, M. Luzuy ; chef de laboratoire : M. Minvielle ; interne : Mlle Gautheroy ; externes : Mlles Besnard et Huard.

11. *Consultation médecine.* — M. Boulin ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Bour ; externes : MM. Bakulm (B.), Batail (R.), Maury (J.).

12. *Chirurgie.* — M. Métivet ; assistant : M. N... ; externes : MM. Grèze, Lemaire (R.), de Chirac.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier ; externes ; MM. Bousquet (J.), Fekete, Maillard (J.), Jamet.

14. *Ophtalmologie .* — Ophtalmologiste : M. Cerise ; assistant : M. N... ; externes : M. Motte, Mlle Bonnot.

15. *Consultation dentaire.* — M. Bozo ; assistant : M. Cabrol ; adjoint : M. Lattes ; externe : M. Friez (P.).

16. *Electro-radiologie.* — M. Delherm, chef du service central ; chefs adjoints : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Kahn ; assistants : MM. Deliencourt, Chenot, Codet, Devois, Stuhl, Boileau ; externes : MM. Salaun (O.), Friszberg.

### Hôpital de la Charité

1. Médecin : M. le Prof. Sergent ; chefs de clinique : MM. Lonjumeau, Imbert, Vibert, Launay ; chefs de laboratoire : MM. Durand (H.), Couvreux ; interne : M. Moricard ; externes : MM. Cler (R.), Ferrieu (G.), Mlle Bernai, MM. Tissandié (A.), Suire (P.), Hector (J.).

2. Médecin : M. Abrami ; assistant : M. Wallich ; interne : M. Bernal ; externes : MM. Doger de Spéville, Michaëlidès (G.), Dreyfus (M.), Mlle Simon (A.), M. Beauvais (J.).

3. Médecin : M. Fiessinger ; assistant : M. Olivier ; interne : M. Arnaudet ; externes : MM. Felsdtein, Laurence (G.), Ramadier (F.), Fleys (B.).

4. Médecin : M. Tixier ; assistant : M. de Sèze ; interne : Mme Poulain ; externes : MM. Salleron (P.), Boulard (P.), Saillant (H.), Trouvé (J.), Alajouanine (P.).

5. Médecin : M. Henri Bénard ; assisant : M. N... ; interne : M. Sallet (J.) ; externes : MM. Lambert (A.), Zarachowitch, Kolpenitski, Escaré.

6. Chirurgien : M. Baumgartner ; assistant : M. N... ; internes : MM. Pastel, Cuvillier, Joly (H.) ; externes : MM. Joly, Colletas, Schneidex, Droguet, Soubiran, Raynaud, François.

7. *Service temporaire de chirurgie.* — Chirurgien : M. Monod (R.) ; internes : MM. Demirleau, Lejeune (R.), Lance ; externes : MM. Giordan, Schneyder, Mozziconacci, Ben Brahim, Doudeuil, Duret, Butsbach.

8. Accoucheur : M. Vignes ; assistant : M. N... ; interne : M. Arnal ; externes : M. Bouteau (P.), Mlle Perrier, MM. Lejeune (F.), L'Huillier (J.).

9. *Consultation médecine.* — Mme le Dr Bertrand-Fontaine ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Pecher ; externes : MM. Malartic (J.), Canet (J.), David (E.).

10. *Chirurgie.* — M. Girode ; assistant : M. N... ; externes : MM. Boros (E.), Guny.

11. *Consultation dentaire.* — M. Gérard-Maurel.

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Gadreau, Quivy, Piffault, Couvreux ; externes : MM. Nitti (F.), Coupin.

### Hôpital Saint-Antoine

1. Médecin : M. le Prof. Bezançon ; chefs de clinique : MM. Oumansky, Delarue, Duruy, Mlle Pau, Mme Ragu, adjointe ; chefs de laboratoire: MM. Tribout, Weill, Guillaumin, Duchon ; internes : MM. Langlois, Meyer (A.), externes : MM. Fay (R.), Parrot, Sarradin, Meyer (J.), Mlle Delaage.

2. *Service des tuberculeux.* — Médecin : M. le Prof. Bezançon ; externes : Mlles Barré, Rouard.

3. *Centre de triage.* — M. le Prof. Bezançon ; externes : MM. Sacquépée, Falk, Le Cœur (Pol).

4. Médecin : M. P. Weil ; assistant : M. N... ; interne : M. Brisset ; externe en premier : M. Brincourt (interne faisant fonction provisoirement d'externe en premier) ; externes : MM. Blumen, Bardery, Polak, Dragomiresco, Laumonnier, Maynardier.

5. Médecin : M. F. Ramond ; assistant : M. Chêne ; interne : M. Dany ; externes : Mlles Renier, Claudet, Goudot, Laplagne, Broustein, Gouraud.

6. Médecin : M. Comte ; assistant : M. N... ; interne : M. Brandy ; externes : MM. Cauvy (J.) Rudich (L.), Magder (E.), David (L.).

7. Médecin : M. Pagniez ; assistant : M. Plichet ; interne : M. Koang ; externes : MM. Pottier (M.), Bourdeau, Achard, Jalk, Le Picard.

8. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Maximin ; interne : M. Cottet ; externes : MM. Soullard, Bourgin, Allos, Boudoux, Glénard, Doreau.

9. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Chevalley ; interne : M. Lançon ; externes : MM. Petit (M.), de Maulmont, Porret, Mlle Demtchenko.

10. Chirurgien : M. le Prof. Lejars ; assistant : M. Brocq ; chef de clinique : M. Hussenstein ; chef de laboratoire : M. Giet ; internes : MM. Olliner (H.), Thorel, Périer (E.) ; externes : MM. Jalley (J.), Hébert, Chabanon, Lignon, Mlle Daubail, MM. Silberstein, Artisson.

11. Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : M. N... ; internes : MM. Pergola (J.), Villechaise, Grivaud ; externes : MM. Goico, Karabourbonnais, Schapiro, Laquintinie, Azouz, Loiseau (J.), Fournial.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Grivot ; assistant : M. N... ; internes : MM. Fournié, Illaire ; externes : MM. Julien (J.), David (R.), Martin (A.), Mlle Petit (P.), M. Fichet (P.).

13. Accoucheur : M. Lévy-Solal ; assistant : M. N... ; internes : MM. Lellouch, Fort (R.) ; externes ;

M. Doukan, Mlle de Locschmig, MM. Pannet (R.), Mouchotte (J.), Vannier.

14. *Consultation médecine.* — M. Jacquelin ; externe en premier : M. Bonnet ; externes : MM. Siraga, Viatz, Jean Martin, Florence.

15. *Chirurgie.* — M. Braine ; assistant : M. N... ; externes : MM. Grenet, Ganot, Bouillé, Boutrou.

16. *Ophtalmologie.* — M. Velter ; assistant : M. N... ; externes : MM. David, Metzquer, Gros.

17. *Consultation dentaire.* — M. Thibault ; adjoint : M. Lacaille.

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Solomon ; chefs adjoints : MM. Marchand et Gibert ; assistants : MM. Gorbier, Proust, Jandel, Tribout ; externe : M. Landau.

19. *Service temporaire de médecine.* — M. Weismann ; externe en premier : M. Fourestier (interne faisant fonction provisoirement d'externe en premier) ; externes : Mlle Lautmann, MM. Mathiot, Beaugendié, Broutman, Aschkenasy.

### Hôpital Necker

1. Médecin : M. Brouardel ; assistant ; M. Renard ; interne : M. Guilly ; externes : M. Pinchasowicz, Mlle Laurens, MM. Bazot (R.), Grupper (I.), Jan (R.).

2. Médecin : M. Villaret ; assistant : M. Bith ; interne : M. René Fauvert ; externes : MM. Duval (A.), Fonteneau, Guermann, Brosson, Lurié.

3. Médecin : M. Laederich ; assistant : M. N... ; interne ; M. Beauchesne ; externes : MM. Fabre (A.), Cailleux, Roy (A.), Cormelié.

4. Médecin : M. Binet ; assistant : M. N... ; interne : M. Messimy ; externes : MM. Bzowski, Ménétrier, Laigle (L.), Rabourdin.

5. Chirurgien : M. le Prof. Legueu ; assistant : M. Fey ; chefs de clinique : MM. Lieutaud, Maximin ; chefs de laboratoire : MM. Chabanier, Verliac, Fisch, Lumière, Truchot ; internes : MM. Fayot, Beuzart ; externes : MM. Raisonnier, Poirier, Gilbert, Moreau, Thésée, Lefkovitsch, Davidovici, Karcher, Sachs, Petresco, Mme Sachs.

6. Chirurgien : M. Robineau ; assistant : M. N... ; internes : MM. Asselin, Blanquine, Stérin ; externes : MM. Lebouchard, Joly (M.), Mlle Adda, MM. Schiller (J.), El Baz, Bakhouche, Chassagne.

7. Chirurgien : M. Schwartz ; assistant : M. N... ; internes : MM. Mariau, Herbert ; externes : M. Botreau-Roussel, Mlle Trocmé, Mme Mangenest, née Cuvier ; MM. Mangenest, Baulande.

8. *Consultation médecine.* — M. Hagueneau ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Lanthier ; externes : MM. Weil (V.-J.), Lacheny.

9. *Chirurgie.* — M. Rouhier ; assistant : M. N... ; externes : MM. Orsenat, Duflos.

10. *Consultation dentaire.* — M. Gornoucc ; assistant : M. Chufard.

11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guibert ; chef adjoint : M. Petit ; assistants : MM. Baude, Truchot, Gally ; externe : M. Israëlovici.

### Hôpital des Enfants-Malades

1. Médecin : M. le Prof. Nobécourt ; chefs de clinique : MM. Liège, Martin, Kaplan ; chef de laboratoire : M. Bidot ; interne : M. Veslot ; externes : MM. François-Dainville, Bismut, Strensaud, Temerson, Bret, Nardi.

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistant : Mlle Vogt ; interne : M. Aubert (R.) ; externes : MM. Gesta, Morhange, Peretz, Mlle Tauzy, M. Gérard (P.).

3. *Crèche ancienne et nouvelle.* — M. Weill-Hallé ; externe en premier : M. Livieratos (interne faisant fonction provisoire d'externe en premier).

4. Médecin : M. Apert ; assistant : M. Cambessedes ; interne : M. Garnier : externes : Mlle Solente, M. Picquart, Mlle Giret, MM. Green, Molard, Mlle Laporte.

5. *Selection.* — M. Apert ; externes en premier : Mlle Lyon (externe en premier) ; M. Lichtenberg (interne faisant fonction d'externe en premier).

6. Médecin : M. Hallé ; assistant : M. N... ; interne : M. Odinet ; externes : M. Courtin, Mme Rambert, MM. Faugeron, Rendu, Jeulin, Mlle Courrier (externe en premier).

7. Médecin : M. Darré ; assistant : M. N... ; interne : Mme Kourilsky ; externes : MM. Pouhen, Gautreau, Corrèze, Mlles Helme-Lévy, Paley, Cauchy.

8. Chirurgien : M. le Prof. Ombrédanne ; assistant : M. Huc ; chef de clinique : M. Garnier ; chef adjoint : M. Armingeat ; chef de laboratoire : M. Saint-Girons ; internes : MM. Longuet, Dreyfus, Le Foyer ; externes : Mlle Delaroche, M. Bricage, Mlles Cottin, Cazamian, Dumery, M. Rouyer, Mlle Ghinsberg, M. Leboureau.

9. *Service médical d'Antony.* — M. le Prof. Ombrédanne ; externe en premier : M. Bréhaut (interne faisant fonction provisoire d'externe en premier) ; externes : MM. Mathey, Raulot-Lapointe.

10. Chirurgien : M. Berger ; assistant : M. N... ; interne : Mlle Delahaye ; externe en premier : M. Varangot (interne faisant fonction provisoire d'externe en premier) ; externes : MM. Bonamy, Champault, Hascoët, Pizon, Cenac.

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monthus ; assistant : M. N... ; interne : M. Chevallier (R.) ; externes : MM. Petrignani, Durandy, Audoux, Juriaguerra.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Le Mée ; assistant : M. N... ; internes : MM. Guillon, Suchmann ; externes : Mlle Picard, MM. Chazelle, Borgida, Mlle Lavit, MM. Calmanas, Kiszelnich, Goebel.

13. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Duhem ; assistants : M. Goubert, Mme Baude ; externes : MM. Moro (J.), Perdrix.

14. *Service temporaire contagieux pour enfants*, Pavillon Maria-Richard. — Médecin : M. Levesque ; externe en premier : Mlle Spire (interne faisant fonction d'externe en premier) ; externes : MM. Tribalet, Ribert.

15. *Service temporaire poliomyélite.* — M. le Prof. Nobécourt ; externe en premier : M. Bonnet (P.) (interne faisant fonction provisoire d'externe en premier) ; externes : M. Martel (J.), Mlle Lorsignol.

HÔPITAL COCHIN

1. Médecin : M. le Prof. Achard ; chefs de clinique : MM. Moussoir, Poumailloux, Cahen, Rivoire ; chefs de laboratoire : MM. Busy, Verne, Bariéty ; internes : MM. Loisel (G.), Bissery, Regaud (J.), externes : MM. Gautier (J.), Siguier (F.), Mlles Marcelot (I.), Levaillant, Ferrieu, Philippe, M. Masse, Mlles Riche, Paillé, Harispe, M. Rouyer (R.), Mme Legoux.

2. Médecin : M. Pinard ; assistant : M. N... ; internes : MM. André (R.), Fiehrer ; externes : MM. Guili (P.), Lecointre (P.), Fardet (R.), Salamon, Boussard, Marquès.

3. *Service de malariathérapie.* — Médecin : M. Pinard ; externes : MM. Turbé (M.), Cazettes de Saint-Léger.

4. Médecin : M. Ameuille ; assistant : M. N... ; interne : M. Mézard (J.) ; externes : MM. Parrique (G.), Courtin (P.), Mme Debay, Mlle Simon, MM. Jouon, Nouaille.

5. *Service du dispensaire.* — Interne : M. Salles, (P.) ; externes: MM. Vincent (P.), Halpern, Gout, Bembarou.

6. *Service temporaire tuberculeux.* — Externe en premier : M. Hanaut (interne faisant fonction provisoire d'externe en premier) ; externes : M. Gelbert (externe en premier) ; Mlle Jooss, Mme Nouaille, née Hervé.

7. *Pavillon tuberculeux, femmes.* — Médecin : M. Ameuille ; externes : Mlle Casalis, M. Delabroise.

8. Médecin : M. Chevallier ; assistant : M. N... ; interne : M. Bernard (J.) ; externes : MM. Buffard, Ormstein, Domart, Desmonts, Kern, Dhery (P.).

9. Chirurgien : M. le Prof. Delbet ; assistant : M. Leveuf ; chef de clinique : M. Rouquès (P.) ; chefs de laboratoire : MM. Beauvy, Herrenschmidt ; internes : MM. Dulot, Rodier, Bourdial ; externes : MM. Dussouil, Dubois (externe en premier) ; Boutzolakis, Landau, Hermann, Bargain, Merle, Arsitch.

10. *Annexe de la clinique chirurgicale.* — Chirurgien : M. Leveuf ; internes : Mlle Faguière, M. Bridot ; externes : M. Debray, Mme Jacowski, Mlle Stalhaud, M. Dervaux, Mlle Loloum.

11. *Chirurgie.* — M. Mathieu ; assistant : M. Huet ; internes : MM. Rousseau, Vuilième ; externes : MM. Ugo-Quoc, Vallade, Mlles Couty, Duss, MM. Levvi, Lavoué.

12. Chirurgien · M. Chevassu ; assistant : M. Bayle ; internes : MM. Gaudy (M.), Jullien ; externes : MM. Ciaudo, Vincent (P.), Bernard (P.), Remert, Rousset, Hadjidimo, Laurence, Douville.

13. *Consultation médecine.* — M. Debray ; assistant ; M. N... ; externe en premier : M. Roy ; externes : MM. Sérane, Curéveaux (M.), Gireaux.

14. *Chirurgie.* — M. Quénu ; assistant : M. N... ; externes : MM. Dufour, Bietrix, Jassin, Fischmann.

15. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bollack ; assistant : M. N... ; externes : MM. Moreau, Van Kim ; assistant : M. Lebedinsky (G.-G.) ; adjoint : M. Chatelier ; internes : MM. Schultz-Thibault ; externes : MM. Aboulker (G.), Dufour-Lamartine.

16. — *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Harret ; chef adjoint : M. Toubert, faisant fonction ; assistants : MM. Prévost, Busy, Mme Kaufmann, M. Moret ; externe : M. Veysset.

(*A suivre.*)

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire d'anatomie pathologique** (Professeur : M. Gustave Roussy.) — I. *Cours et travaux pratiques.* — Le Professeur G. Roussy en collaboration avec MM. Leroux, Oberling et Huguenin, continuera l'enseignement régulier aux élèves de 3e année en liaison avec les travaux pratiques, durant le semestre d'été.

Les élèves groupés en séries, recevront un enseignement complet, à raison de quatre séances de deux heures par semaine. Chaque séance comprendra : 1° un exposé succinct d'une des principales questions d'anatomie pathologique, fait par le professeur ou les agrégés, à l'aide de planches murales, de projections microphotographiques et cinématographiques ; 2° des démonstrations et des exercices de diagnostic de pièces anatomiques et de préparations histologiques faites sous la direction de M. Leroux, agrégé, chef des travaux, par MM. Busser, Delarue, Foulon et Albot, assistants d'anatomie pathologique.

Les élèves pourront compléter cet enseignement en suivant l'un des cours de perfectionnement ci-dessous annoncés.

II. *Cours de perfectionnement.* — 1° Cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques, par MM. Leroux, agrégé, chef des travaux, et Busser, assistant. Ce cours comprend vingt séances de démonstrations pratiques et de diagnostics portant sur les affections chirurgicales. Il commencera le 11 avril 1932, à 16 h. 1/2. (Droits : 300 francs.)

2° Cours de technique hématologique et sérologique, par M. Ed. Peyre, chef de laboratoire. Ce cours, de 12 leçons, commencera le 17 mai 1932, à 16 h. 1/2. (Droits : 250 francs.)

3° Cours sur le cancer. Ce cours qui portera sur l'ensemble des questions biologiques et cliniques touchant au cancer, aura lieu, à l'Institut du cancer, du 1er au 30 juillet 1932 et aura lieu tous les jours, matin et soir. Une affiche détaillée en fera connaître le programme.

— **Médecine opératoire spéciale.** (Sous la direction de M. Grégoire, professeur. Cours de M. le Dr R. Merle d'Aubigné, prosecteur.) — *Opérations gynécologiques.* — Ouverture du cours, le lundi 4 avril 1932, à 14 heures.

Première série. — 1° Chirurgie des tumeurs malignes et bénignes du sein. — 2° Hystéropexie. Ligamentopexie. — 3° Périnéorraphie. Colporraphie. Amputation du col utérin. — 4° Traitement des fistules vésico-vaginales. — 5° Hystérectomie vaginale. Colpectomie.

Deuxième série. — 1° Ablation de la glande de Bartholin. Colpotomie. Cloisonnement du vagin. Curettage. — 2° Hystérectomie fundique. Myomectomie. Ablation unilatérale des annexes. — 3° Hystérectomie supravaginale : différents procédés. — 4° Hystérectomie totale. — 5° Hystérectomie élargie pour cancer utérin. Opérations combinées avec la curiethérapie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. Couvelaire. Vacances de Pâques.) — *Cours de pratique obstétricale.* — Cours d'une durée de deux semaines, du lundi 21 mars au samedi 2 avril, sous la direction de M. Lacomme, accoucheur des hôpitaux, et de M. Laennec, chef de clinique, avec la collaboration de MM. Desnoyers, Ravina, accoucheurs des hôpitaux, de MM. Powilewicz, Seguy, Sureau, Digonnet, Mme Anchel-Bach, anciens chefs de clinique ; François, chef de clinique adjoint ; M. Mayer, aide de clinique à la Maternité ; M. Merger, ancien interne des hôpitaux ; Mme Grand, M. Lepage, internes des hôpitaux.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 14 h. 1/2. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Lundi 21 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Laennec : Examen de femmes en travail ; 11 heures à midi, M. Laennec : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance ; 14 h. 1/2, Mme Grand : Diagnostic des présentations.

Mardi 22 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Merger : Examen de femmes enceintes ; 11 heures à midi, M. Digonnet : Complications de la délivrance ; 14 h. 1/2, M. Lepage : Forceps dans les variétés directes (en O. P. et en O. S.).

Mercredi 23 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Digonnet : Visite à l'isolement ; 11 heures à midi, M. Lacomme : Présentation de malades ; 14 h. 1/2, M. Ravina : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation ; 15 h. 1/2, M. Merger : Forceps dans les variétés obliques antérieures.

Jeudi 24 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Lacomme : Visite au pavillon Tarnier ; 11 heures à midi, M. Laennec : Discussion d'observations ; 14 h. 1/2, M. Desnoyers : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes ; 15 h. 1/2, M. Merger : Forceps dans les variétés transversales et obliques postérieures.

Vendredi 25 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Laennec : Examen de femmes enceintes ; 11 heures à midi, M. Desnoyers : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes ; 14 h. 1/2 : M. Mayer : Forceps dans les présentations de la face et du front.

Samedi 26 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, Mme Anchel : Consultation de femmes enceintes ; 11 heures à midi, M. Seguy : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation ; 14 h. 1/2, M. Lepage : Visite du Musée ; 15 h. 1/2, M. Laennec : Extraction du siège.

Lundi 28 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Laennec : Examen de femmes enceintes ; 11 heures à midi, Mme Anchel : Albuminurie et éclampsie ; 14 h. 1/2, M. Lepage : Version par manœuvres internes.

Mardi 29 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Lepage : les suites de couches ; 11 h. à midi, M. Laennec : Tumeur au cours de la gestation et de l'accouchement ; 14 h. 1/2, M. Digonnet : Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier.

Mercredi 30 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Merger : Consultation de femmes enceintes ; 11 heures à midi, M. Lacomme : Présentation de malades ; 14 h. 1/2, M. Sureau : Complications de l'avortement ; 15 h. 1/2, M. Mayer : Embryotomie rachidienne.

Jeudi 31 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Digonnet : Visite à l'isolement ; 11 heures à midi, M. Laennec : Discussion d'observations ; 14 h. 1/2, Mme Anchel ; Diagnostic et traitement des infections puerpérales : 15 h. 1/2, M. Sureau : Basiotripsie.

Vendredi 1er avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. Laennec, Examen de femmes enceintes ; 11 heures à midi, M. Lacomme : Soins à donner aux nouveau-nés, allaitement ; 14 h. 1/2, M. Digonnet : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement.

Samedi 2 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, Mme Anchet : Consultation de femmes enceintes ; 11 heures à midi, M. Powilewicz : Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle fœtale et infantile ; 14 h. 1/2, Mme Grand : Visite du Musée ; 15 h. 1/2, M. Laennec : Mort apparente du nouveau-né.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Baudelocque. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— **Clinique médicale des enfants** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt.) — M. Nobécourt a commencé le cours de clinique médicale des enfants, le jeudi 3 mars 1932, à à 9 heures.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur. — Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine et de thérapeutique pratiques, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les maladies infectieuses, par M. Jean Hutinel, agrégé. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Jean Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur.

Des cours de révsion de médecine et de clinique des enfants seront donnés du 30 mars au 9 avril et du 18 juillet au 4 août 1932.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Saint-Louis.** *Conférences de stomatologie.* — Une série de conférences sur des sujets de pathologie bucco-dentaire sera donnée par des stomatologistes des hôpitaux, le samedi à 11 heures, dans le service de stomatologie de M. Mahé, à l'hôpital Saint-Louis.

PROGRAMME. — 19 mars, M. HOUZEAU : Diagnostic des ulcérations de la langue.— 9 avril,M. IZARD : Extractions en orthodontie. — 16 avril, M. LACRONIQUE : Arthrite apicale et ses complications. — 23 avril, M. LACAISSE : Dystrophies dentaires. — 30 avril, M. Gérard MAUREL : Sinusites maxillaires d'origine dentaire. Symptômes et traitement. — 7 mai, M. LATTÈS : Ostéophlegmons mandibulaires. — 21 mai, M. DARCISSAC : Fractures du maxillaire supérieur. — 28 mai, M. CROCQUEFER : Kystes paradentaires ; considérations sur l'histogénèse, la clinique et la chirurgie. — 4 juin, M. GORNOUEC : Eruption normale et pathologique des dents. — 11 juin, M. THIBAUT : Septicémies d'origine bucco-dentaire — 18 juin, M. L'HIRONDEL : A propos des ostéites de la mandibule d'origine non dentaire. — 25 juin, M. RICHARD : Névralgies faciales. — 2 juillet, M. NESPOULOUS : Gangrènes pulpaires (complications exceptées). — 9 juillet, M. DECHAUME : Tumeurs bénignes du maxillaire d'origine non dentaire.

L'assistance aux conférences est libre.

Chacune de ces conférences sera précédée de présensations de malades sous la direction de M. Chompret, stomatologiste honoraire des hôpitaux.

— **Concours de radiologiste des hôpitaux.** — NOMINATION. — *Electrodiagnostic.* — Séance du 26 février. — Ont obtenu : MM. Nadal, 15 ; Marchand, 15 ; Le Goffic, 15 ; Foubert, 13.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr MERMILLOD (Laurent), de Saclas (Seine-et-Oise) ; du Dr ROUSTAN, de Creil (Oise) ; du Dr A.-E. E. REBOUT, médecin-consultant à Châtel-Guyon, décédé à Cannes ; du Dr Albert CAYLA, ancien interne et chef de clinique adjoint à la Faculté, ancien président de la Société de médecine de Paris, Officier de la Légion d'honneur, titulaire de la médaille de Verdun, décédé le 13 février 1932 à Neuilly-sur-Seine, à l'âge de 76 ans. Il était le père du Docteur Alfred Cayla, médecin assistant à l'hôpital Saint-Louis, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— **IIe Congrès international de médecine tropicale.** — Le IIe Congrès international de médecine tropicale, qui devait avoir lieu à Amsterdam en septembre prochain, en raison de la crise économique actuelle, est reporté à une époque plus favorable.

Les cotisations déjà payées seront retournées dès que possible.

— **Assemblée française de médecine générale** (Association de cliniciens de langue française). — Sous le patronage de membres de l'Académie de médecine, de professeurs des Facultés de Paris et de province, de médecins des hôpitaux, il a été fondé, le 2 février 1932, à Paris, une Association exclusivement composée, en France,de cliniciens français ; à l'étranger, de cliniciens de langue française, *exerçant la médecine générale.*

Le Comité est composé de : M. le Prof. Carnot, MM. Lesné et Jules Renault, membres de l'Académie de médecine ; MM. les Prof. Clerc et Laignel-Lavastine ; MM. les Prof. agrégés et médecins des hôpitaux : Alajouanine, Aubertin, Cathala, Ch. Richet, Huber, Louste, Trémolières ; MM. Barthelemy, Biard, Francis, Bourgeois, Chabanier, Doury, H. Godlewski, Jofier, H. Sicard, Tardieu, Tissier-Guy, Touchard.

Il a élu : président d'honneur, le Professeur Chauffard ; président, le Professeur Carnot ; vice-présidents, le Dr Jules Renault et le Professeur Castaigne, membres de l'Académie de médecine ; secrétaire général, le Dr Henri Godlewski ; trésorier, le Dr Doury.

L'A. F. M. G. a pour but de *provoquer, dégager et exprimer* l'opinion de la clinique française sur les plus importantes questions scientifiques d'intérêt général et de pratique courante.

A cet effet, il a été organisé d'abord des sessions d'*assises médicales.* Pour chacune de celles-ci, le sujet choisi est en premier lieu discuté en *assises départementales,* où, dans chaque département, les praticiens, membres de l'Assemblée, votent une conclusion sur les faits de leur observation.

Toutes ces conclusions départementales, publiées immédiatement, sont ensuite discutées en *assises nationales* où il est fait choix de la conclusion qui rallie le maximum ee suffrages et qui devient ainsi l'expression de l'expérience médicale française.

Les premières *assises départementales* auront lieu en avril sur la *Tuberculose rurale* et la conclusion générale de cette question vitale sera votée en mai aux premières *assises nationales.*

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Henri Godlewski, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (XVIIIe).

— **Société médicale des asiles de la Seine.** — Le bureau de la Société médicale des Asiles de la Seine pour l'année 1932 est composé de la façon suivante : Président, M. Th.- Simon ; Vice-président, M. Demay ; Secrétaire, M. Beaudouin ; Trésorier, M. Senges.

— **Société internationale d'endocrinologie.** — Cette société vient d'être fondée par M. Léopold-Lévi et le professeur Nicolas Pende, de Gênes. Elle a reçu déjà les adhésions de MM. les Professeurs Achard, Hallion, Santenoise, Terrien, Zondek, Dartigues, Lucien et Parisot, en France, et, à l'étranger de MM. les Professeurs Ma-

ranon, Parhon, Hammar, Balta, de Quervain, Leschke, Bield, Bauer, Neurath, Bauer, Carlo Foa, Castellino, Rondoni, Viala, Breitman, Haoussay, Chervinsky, Timme, Adler, Asher.

Les médecins, biologistes et spécialistes, qui s'intéressent à l'endocrinologie, sont priés de vouloir bien envoyer leur adhésion, soit au Professeur Pende, Clinique médicale générale de l'Université de Gênes (Italie), soit à M. Léopold-Lévi, 16, rue Théodore de Banville, Paris.

— **L'entr'aide aux rhumatisants.** Siège : Service de physiothérapie du Dr Dausset, à l'Hôtel-Dieu (Clinique médicale du Professeur Carnot).

Association analogue à l'« Aide aux cardiaques » fondée par le professeur Vaquez. But de cette association :

1° Aider financièrement les rhumatisants qui souvent impotents et pauvres sont à la charge de leur famille et mènent une vie extrêmement pénible ;

2° Chercher pour les rhumatisants semi-valides, un travail en rapport avec la diminution de leurs forces ;

3° Réaliser un soutien moral pour ces malades souvent abandonnés de tous ;

4° Faciliter leur placement dans des maisons de retraite, leur envoi aux eaux minérales, en obtenant la réduction de transport ou la gratuité des traitements.

*Organisation et cotisations* : L'association comprend des membres actifs (cotisation annuelle minimum : 5 francs) ; des membres adhérents (cotisation annuelle minimum : 50 francs).

*Pour s'inscrire*, envoyer son adresse avec sa cotisation au trésorier de l'œuvre « l'*Entr'aide des Rhumatisants* », docteur Chenilleau, service du docteur Dausset, Hôtel-Dieu, soit au secrétaire de l'œuvre, M. Goumy, 32, rue Belgrand.

*Consultations* : le mercredi, le vendredi, à 10 heures : Polyclinique physiothérapique de l'Hôtel-Dieu : Docteurs Dausset, Brace-Gillot, Dejust, Chenilleau, Pagès, Chambet.

— **Association américaine pour l'étude du goitre.** — The « American Association for the study of the goiter » tiendra sa séance annuelle les 14, 15 et 16 juin prochain, à Hamilton (Ontario, Canada). Les spécialistes américains y présenteront des travaux sur le goitre. Les médecins européens sont cordialement invités à y assister et pourront prendre part aux discussions (qui auront lieu en anglais seulement).

Un prix de 300 dollars sera offert à l'auteur du meilleur travail qui sera présenté, portant principalement sur la cause initiale du goitre.

— **Les Journées médicales belges de** 1932 se tiendront comme celles de 1931, dans les locaux de l'Université libre de Bruxelles, avenue des Nations, qui viennent d'être mis à la disposition du comité par le Conseil d'administration de l'Université.

Sont annoncées des conférences de MM. le professeur Rohmer, directeur de la Clinique infantile de l'Université de Strasbourg ; le professeur A. Fruhinsholz, de l'Université de Nancy ; le professeur L. van den Wildenberg (Anvers), de l'Université de Louvain ; le docteur G. Derscheid (Bruxelles), vice-président du Comité national contre la tuberculose ; le docteur L. Carozzi, délégué de l'Italie au Bureau international du Travail à Genève ; Waterman (Amsterdam), de l'Institut néerlandais pour l'étude du cancer.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Concours pour la nomination de six médecins adjoints* des dispensaires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien pour la région parisienne. — Ce concours sera ouvert le lundi 18 avril 1932 à 9 h. 30 dans la salle des conférences, au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les candidats devront se faire inscrire au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris 8e, dans les conditions prescrites par le règlement, du 19 mars 1932 au 26 mars inclus, de 10 heures à midi.

Le jury sera tiré le lundi 4 avril, au siège social, 44, rue de Lisbonne.

Conditions générales du concours : Les candidats ou candidates ayant la qualité de Français sont seuls admis à concourir.

Ils doivent justifier qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine obtenu dans une Faculté de médecine de France (diplôme d'Etat).

Sont admis à concourir les internes des hôpitaux de Paris et de Saint-Lazare, de nationalité française. En cas de nomination, ceux-ci ne pourront entrer en fonctions qu'après avoir passé leur thèse de doctorat.

Les candidats devront se présenter au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, dans les délais annoncés pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces (pièces d'état civil et diplôme de doctorat ; exposés des titres) et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats ou candidates pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture ne peut être accueillie.

Les épreuves d'admissibilité comportent : 1° Une épreuve de titres civils et militaires ; 2° Une épreuve théorique anonyme portant sur un sujet de pathologie spéciale ou sur un sujet de pathologie interne en corrélation avec une origine vénérienne.

Les épreuves de nomination consistent : 1° En deux épreuves cliniques de malades dont un au moins de vénéréologie ; 2° Une épreuve de laboratoire et de thérapeutique ou les deux combinées.

Le jury comprendra sept membres, savoir : trois médecins spécialisés : un médecin de médecine générale ; un sérologiste ou chef de laboratoire ; un médecin désigné par le Ministre de la Santé publique et un médecin désigné par le Syndicat des médecins de la Seine.

Conditions générales de service : Les médecins des dispensaires sont nommés sur la proposition du jury par le Conseil d'administration pour une période de trois ans, renouvelable par nouvelle délibération du Conseil d'administration.

Les médecins adjoints suppléent ou remplacent, le cas échéant, le médecin chef du dispensaire, sous la surveillance de la Commission des dispensaires de la Ligue.

En cas de faute grave, et aussi dans le cas où ils rempliraient mal leurs fonctions, les médecins adjoints et les médecins chefs des dispensaires de la Ligue pourront être révoqués par le Conseil d'administration de la Ligue, après enquête contradictoire, sans avoir droit à aucune indemnité.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

L'affouillement complet auquel on procède donnera peut-être la clef de l'énigme.

La voûte de cette salle appuyée aux deux énormes massifs de béton : celui de la rivière, que les Romains étaient parvenus à accrocher à flanc de coteau, et celui de la grande piscine et des captages, était pratiquement indestructible.

La piscine romaine existe toujours. Elle est de proportions si vastes que 500 baigneurs pouvaient aisément y prendre place. Avec l'étuve romaine retrouvée par Jutier lors des fouilles entreprises en 1857 à l'instigation de l'Empereur, elle constitue un des plus curieux souvenirs archéologiques de l'opulente cité thermale qui est devenue, après maintes transformations, la station coquette et efficace que l'on sait.

Si ces découvertes archéologiques ne se font que peu à peu à Plombières, c'est que, après les dévastations des Huns, des établissements, des immeubles privés furent dans les siècles qui suivirent, édifiés successivement au-dessus des substructions romaines alors oubliées ; si bien que peu à peu, une ville nouvelle s'éleva sur la ville ensevelie.

On comprend l'intérêt qui s'attache à ces découvertes d'autant que la solidité des travaux a permis de rendre à ces monuments du passé leur destination primitive.

L'étuve romaine aux vapeurs fortement radioactives d'une si grande efficacité dans la diathèse arthritique et dans ses manifestations rhumatismales en particulier fonctionne aujourd'hui comme elle fonctionnait du temps des Romains.

Il faut bien savoir que Plombières, l'entéropole de l'Est, a toujours été aussi la cité thermale des rhumatisants.

# CORRESPONDANCE

## Accidents du Travail

### 1113. — Accidents survenus à des ouvriers des P.T.T.

Au mois de décembre, on me conduit 3 ouvriers des P. T. T. qui venaient d'être blessés par un car de la Compagnie X.

J'envoie la note à la Cie X qui me répond qu'elle refuse le sinistre.

J'envoie alors la note aux P. T. T. qui me font la réponse ci-jointe.

Or, les employés sont des poseurs qui changent de localité et je me demande comment les faire payer.

Les P. T. T. constatent que les ouvriers étaient en service ; ne sont-ils pas responsables ? ? et dois-je accepter leur décision ?

Voulez-vous me donner un avis et un conseil ?

Dr A.

**Réponse**

Une distinction fondamentale est à faire : les blessés sont-ils des fonctionnaires soumis au régime de la législation sur les pensions civiles ou au contraire des ouvriers ou employés liés envers l'administration des P. T. T. par un simple contrat de louage de services ?

Dans le premier cas, ils ne peuvent cumuler les avantages de la loi du 9 avril 1898 avec ceux qu'ils tiennent de leur statut de fonctionnaires et il en résulte que, s'ils peuvent prétendre aux indemnités prévues par le règlement intérieur de l'administration, sous réserve de tous leurs droits contre le tiers responsable de l'accident, vous n'avez aucune action directe contre l'administration en paiement de vos honoraires.

Dans le second cas, au contraire, l'administration des P. T. T. qui présente tout à la fois le caractère d'un service public et celui d'une entreprise visée par la loi du 9 avril 1898, doit être considérée comme le patron responsable et tenue envers vous au paiement de vos honoraires dans les limites du tarif fixé par l'arrêté ministériel, sous réserve de son recours contre le tiers responsable, conformément à l'article 7 de la loi du 9 avril 1898.

Il faut donc avant tout que vous élucidiez la question de savoir quelle est, vis-à-vis de l'administration, la situation des blessés.

S'ils sont des fonctionnaires, c'est à eux seuls que vous pourrez réclamer le paiement de vos honoraires, suivant le droit commun, sauf à former opposition entre les mains du tiers responsable pour vous faire payer sur le montant de l'indemnité à laquelle ils pourront prétendre.

Si, au contraire, ils sont de simples ouvriers au service de l'administration, la loi sur les accidents du travail se trouve applicable et vous pouvez poursuivre contre l'administration le recouvrement de vos honoraires dans les limites et suivant la procédure fixée par la loi du 9 avril 1898, sans avoir à rechercher si un tiers peut ou non être rendu responsable de l'accident. C'est à l'administration qu'il appartiendra, après vous avoir payé, d'exercer tel recours qu'elle jugera utile contre le tiers responsable.

---

**Des localisations microbiennes peuvent-elles être considérées comme accident du travail ?**

Dans son travail, un ouvrier se pique la main avec une pointe. En même temps apparaît un impétigo du bras et de la cuisse, puis un mois après, otite suppurée, labyrinthite et mort deux mois après.

Peut-on décider qu'il existe une relation de cause à effet entre la piqûre, l'impétigo et la lésion de l'oreille cause de la mort ? L'impétigo peut-il être l'agent causal d'une otite suppurée, celle-ci étant capable de provoquer une labyrinthite ?

### Réponse

La réponse à cette question est plus d'ordre purement médical que juridique. L'expert doit surtout s'appuyer sur des considérations de fait.

En droit, la jurisprudence constante de la Cour de cassation décide que doit être considérée comme relevant de l'application de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, toute lésion survenue à l'occasion du travail, sur le lieu du travail. Les complications, qui surviennent, doivent être considérées comme accident du travail, s'il y a relation de cause à effet entre la blessure initiale et la complication.

Dans le cas présent, l'impétigo a été la résultante de la piqûre ; s'il a été consécutif à cette dernière et occasionné par le traumatisme, il doit être considéré comme accident du travail.

Au contraire, si cet impétigo est indépendant de la lésion initiale, il doit rester en dehors de la garantie de la loi.

Un impétigo peut-il provoquer des lésions suppuratives à distance ? Sans nul doute, car des métastases d'origine microbienne sont bien connues, qu'elles soient à staphylocoques, ou à strepto.

Par conséquent, au médecin expert de déterminer, par les dates successives de l'apparition des complications, si l'impétigo a été coexistant, ou consécutif à la piqûre septique. S'il en est la résultante, il faut décider que les lésions suppuratives de l'oreille ont été la conséquence d'une septicémie, d'une infection microbienne généralisée, avec localisations.

La loi serait donc applicable, s'il est démontré qu'il y a relation de cause à effet entre l'impétigo et la piqûre initiale, les lésions auriculaires n'étant que la conséquence d'une infection sanguine.

Dr Paul Boudin.

### 1448. — Droits des parents d'une victime du travail

Un jeune homme de 17 ans, ouvrier menuisier, est victime d'un accident du travail qui amène la mort au bout de quelques heures.

Il laisse son père (grand mutilé de guerre, pensionné pour cette mutilation), sa mère, un frère aîné employé d'usine, et une sœur plus jeune ne travaillant pas encore.

1° Les parents du décédé peuvent-ils obtenir une pension (à payer par le patron ou la Compagnie qui le couvre) ?

2° Si oui, dans quelles conditinons ?

3° Quelles démarches les parents ont-ils à faire dans ce but ? D. M.

### Réponse

Aux termes de l'article 3 de la loi sur les ac-

cidents du travail, si la victime décédée des suites de l'accident n'a ni conjoint, ni enfant, chacun des *ascendants* et descendants *qui étaient à sa charge* doit recevoir une rente viagère pour les ascendants et payable jusqu'à seize ans pour les descendants. Cette rente doit être égale à 10 % du salaire annuel de la victime, sans que le montant total des rentes ainsi allouées puisse dépasser 30 %.

Pour pouvoir obtenir une rente du patron ou de son assurance, le père et la mère de la victime, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, devront apporter la preuve, chacun en ce qui le concerne, qu'ils étaient à la charge de leur fils, c'est-à-dire qu'ils en recevaient des secours en nature ou en argent indispensables pour assurer en tout ou partie leur existence. C'est là une question de fait qui est appréciée souverainement par les tribunaux, mais la jurisprudence se montre en général très sévère pour admettre le droit à pension des ascendants. Avec les renseignements que vous nous donnez sur la situation de cette famille, nous ne pensons pas que le père et la mère aient beaucoup à espérer réussir dans leur action.

Néanmoins, ils peuvent en courir la chance, car, bénéficiant de plein droit de l'assistance judiciaire, ils n'auront aucun frais à supporter.

Pour mettre l'affaire en marche, ils n'ont qu'à adresser l'acte de décès de leur fils au Président du Tribunal civil dans le ressort duquel l'accident est arrivé, par lettre recommandée, en lui demandant de les convoquer en conciliation avec le patron et l'assurance et de les faire admettre au bénéfice de l'assistance judiciaire. Dès la tentative de conciliation, ils pourront être assistés par l'avoué qui leur sera commis et, à défaut de conciliation, l'affaire suivra son cours devant le Tribunal.

---

### 1427. — Recours contre la fixation d'une rente

Un de mes clients blessé du travail le 9 mai 1931, a obtenu le 4 novembre 1931 une pension d'invalidité de 50 %. Ce taux est notoirement insuffisant de l'avis même de l'assurance. Quand l'ouvrier peut-il attaquer son patron en revision de la rente ?

D[r] S.

**Réponse**

Ou bien la rente et le taux d'incapacité ont été fixés d'un commun accord entre les parties en conciliation devant le Président du Tribunal civil, qui leur en a donné acte dans son ordonnance ou bien ils l'ont été par jugement du Tribunal civil.

Dans le premier cas, aucun recours n'est possible contre l'ordonnance du Président. C'est au blessé qu'il appartenait de refuser le taux d'incapacité proposé, s'il l'estimait insuffisant, de ne pas se concilier et de laisser venir l'affaire de-

vant le Tribunal civil qui aurait statué au fond après avoir sans doute ordonné une expertise.

Dans le second cas, le blessé pouvait interjeter appel de la décision du Tribunal, si elle ne lui donnait pas satisfaction, dans les trente jours de la date du jugement, si celui-ci était contradictoire ou, s'il était par défaut, dans la quinzaine à partir du jour où l'opposition n'a plus été recevable.

Puisque la décision attributive de rente date du 4 novembre 1931, les délais de recours sont maintenant expirés et cette décision est ainsi devenue définitive.

Pour pouvoir obtenir dorénavant une majoration du taux d'incapacité et de la rente, le blessé n'a plus à sa disposition que l'action en révision prévue par l'article 19 de la loi, qui lui reste ouverte pendant un délai de trois ans à compter soit de l'ordonnance du Président constatant l'accord des parties, soit de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Mais, pour pouvoir triompher dans son action en révision, il faudra que le blessé apporte la preuve que son état *s'est aggravé* depuis la décision définitive ou l'accord en conciliation ; il ne lui suffira pas de démontrer que, étant donné son incapacité, le taux qui lui a été alloué est insuffisant.

Si votre client s'estime en état de faire la preuve nécessaire il n'aura, pour introduire son action, qu'à faire une déclaration au greffe du Tribunal civil qui a déjà connu de l'affaire. Saisi par cette déclaration, le Président convoquera les parties en conciliation et ensuite la procédure suivra son cours normal.

### 1862. — Accidenté du travail assuré individuellement

Je donne depuis plusieurs mois (août 1931), des soins à un accidenté du travail atteint de luxation de l'épaule bien réduite, mais ayant déterminé des troubles trophiques, dans le domaine du plexus brachial.

Ce blessé se considère comme guéri.

*a*) L'accident s'est produit chez un sieur X. assuré. Déclaration a été faite et l'accident accepté par la Compagnie qui couvre la responsabilité de son assuré.

*b*) Or, le blessé est assuré *individuellement* à une autre Compagnie.

Tous certificats ont été fournis en temps opportun aux deux compagnies.

Le blessé prétend avoir droit :

1° à l'indemnité afférente à l'assurance de celui chez qui l'accident s'est produit ;

2° à l'indemnité que doit lui allouer son assurance individuelle.

Est-il dans le vrai ? Dame justice serait-elle de cet avis ?

Je connais pour ma part un cas semblable, le blessé a touché sa double indemnité.

Reste maintenant à établir le montant de mes honoraires.

Je trouve étrange (pour ne pas dire malhonnête) de faire payer deux fois, fut-ce à une Compagnie d'assurance, les soins donnés à un accidenté du travail.

A la rigueur on pourrait admettre que les Compagnies paient les certificats fournis *également*, et paient chacune la somme, minime il faut le reconnaître, de 75 francs allouée par le tarif accidents du travail pour réduction de luxation de l'épaule.

Pour ce qui est des consultations données au cabinet, en cours de traitement, pourrait-on en attribuer la moitié à une Compagnie, l'autre moitié à la deuxième ?

J'attends votre verdict que je vous prie de me communiquer le plus tôt possible. Dr B.

### Réponse

Il n'est ni illégal ni même immoral qu'un blessé du travail touche d'une part de son patron les indemnités fixées par la loi du 9 avril 1898 et d'autre part, d'une Compagnie d'assurance, les indemnités stipulées pour le cas d'accident dans une police individuelle dont il paye les primes de ses deniers.

En ce qui concerne vos honoraires, il est évident que vous n'avez aucun motif pour en réclamer deux fois le paiement mais il ne faut pas oublier que la loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ni taxé les honoraires du médecin traitant choisi par le blessé : ce qu'elle a limité et taxé c'est seulement la part de ces honoraires qui doit être supportée par le patron responsable.

Par conséquent, rien ne vous empêche d'établir votre note comme vous l'auriez fait pour un client ordinaire, d'imputer sur cette note les sommes que vous recevrez du patron en application de la loi sur les accidents du travail et de réclamer la différence au blessé personnellement qui, lui, pourra comprendre cette différence dans l'indemnité qu'il pourra réclamer à l'assurance auprès de laquelle il a contracté une police individuelle.

Bien entendu, vous devez vous faire payer par le patron les certificats fournis en vertu de la loi sur les accidents du travail, et par le blessé lui-même les certificats que vous lui avez fournis pour faire valoir ses droits auprès de son assurance.

---

### 1559. — Preuve d'un accident du travail

En date du 4 avril dernier, j'ai été appelé à donner mes soins à un certain L. employé comme domestique par Mme P., victime d'un accident du travail : plaie de l'annulaire main droite avec phlegmon consécutif de la main.

Cette dame est assurée à la Compagnie X.

Un mois à peu près après l'accident une brouille survint entre mon client et sa patronne, cette dernière lui promit de lui nuire.

En date du 29 mai, l'agent de la Compagnie m'écrivait ceci :

« Je vous serais très obligé de me faire connaître dans quel état se trouve le nommé L. blessé au service de Mme P. et qui a dû être amputé d'un doigt.

Peut-on prévoir la date de consolidation de sa blessure et quel sera son pourcentage d'incapacité permanente ?

Veuillez agréer...., etc., etc. »

Le 3 juillet, j'adressais à la Compagnie le certificat de consolidation et mon relevé d'honoraires s'élevant à 697 francs.

Le 26 août, l'agent de la Compagnie me retournait ma note avec la lettre suivante : « J'ai le regret de vous retourner la note incluse le, sieur L. n'ayant pas été blessé au service de Mme P.

Il s'agit certainement d'une vengeance de la patronne.

Depuis L. a demandé l'assistance judiciaire, mais Thémis ne va pas vite et bientôt il y aura prescription.

Que dois-je faire ? A qui dois-je réclamer mes honoraires ?

Je conserve pieusement les deux lettres de la Compagnie qui sont en contradiction.

Dr R.

**Réponse**

Pour obtenir le paiement des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898, c'est au blessé qu'il appartient de faire la preuve que l'accident dont il a été victime est survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

Si le patron n'a pas reconnu sa responsabilité d'une façon formelle par exemple en payant le demi-salaire, il faut que le blessé fasse en justice la preuve nécessaire, malgré la première lettre que l'agent d'assurances vous a adressée.

Puisque la responsabilité du patron est contestée, il convient donc que votre client fasse trancher la question en citant son patron en paiement de son demi-salaire devant le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi du 9 avril 1898.

De votre côté, pour éviter que la prescription puisse un jour vous être opposée, il faut que vous citiez devant le même Juge de paix, avant le 4 avril prochain, le patron et le blessé en paiement de vos honoraires.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 1090. — Sutures de plusieurs tendons

Ayant soigné un accidenté agricole assuré à la Cie X. et lui ayant pratiqué la suture des tendons extenseurs des 2, 3 et 4es doigts de la main gau-

che, soit suture de 3 *tendons extenseurs* à 50 fr. l'une = 150 fr. la Compagnie refuse de me payer ces 3 sutures, sous le prétexte que le tarif officiel note :

Art. 17 : Sutures des tendons extenseurs (doigts, orteils) = 50 fr.

Estimez-vous que son objection soit fondée ? pour moi, je ne le crois pas. Si nous sommes du même avis, puis-je compter sur l'appui du « Sou » pour poursuivre ? En ce cas, veuillez me le dire et me faire envoyer des conclusions pour le Juge de Paix qui se trouvera bien d'avoir le travail préparé.

Dr L.

**Réponse**

Je pense qu'en mettant « suture *des* tendons extenseurs des doigts = 50 fr. » on a parlé d'une façon générale et qu'il s'agit de « 50 *fr. par suture effectuée* ». Et cela est si vrai qu'on a mis « *suture* » *au singulier*. Ou alors, il s'agirait d'une seule suture pour 3 ou 4 tendons différents, ce qui serait naturellement absurde... Je suis donc d'avis qu'il vous est dû 3 sutures de tendons à 50 fr. l'une = 150 fr.

Dr F. DECOURT.

## Fiscalité

### 1102. — Date d'exigibilité de l'impôt

Le 12 novembre j'ai reçu avis que le rôle des impôts cédulaires et impôt général sur le revenu était mis en recouvrement à partir du 10 nov. 1931.

Le 30 novembre : feuille verte.

Le 29 décembre : feuille jaune avec frais.

Le percepteur a-t-il le droit de me faire des frais 49 jours après la publication du rôle ?

Dr C.

**Réponse**

La loi rend l'impôt exigible dans le mois qui suit celui de la mise en ecouvrement lorsque celui-ci a lieu en novembre.

Au reçu de la feuille verte, il fallait aller vous entendre avec le percepteur qui pouvait vous accorder des délais.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

### 976. — Déduction du prix d'achat d'une automobile

Ayant acheté une auto d'occasion 9.000 fr., je vous serai très obligé de me dire si je peux en déduire le prix sur ma déclaration d'impôt sur le revenu.

**Réponse**

Si votre auto vous sert exclusivement pour votre profession, vous pouvez en déduire le prix total de vos recettes professionnelles.

A. M.

### 990. — Déclaration de revenus professionnels. Impôts sur une clinique

*Au point de vue fiscal* : ayant ouvert un cabinet (sans reprendre la succession d'un confrère) depuis

le 20 novembre dernier, ai-je une déclaration à faire concernant les revenus de mon cabinet, avant le premier mars ? Je n'ai encore reçu aucune feuille d'impôt, ce qui, je crois, ne tardera guère...

D'autre part je suis en train d'installer, à côté de ma salle d'opération, deux pièces pour garder mes opérés pendant les jours qui suivent l'intervention chirurgicale. Une telle organisation doit-elle être baptisée « clinique », et, comme telle, sera-t-elle passible d'une imposition spéciale ?

Dr L.

**Réponse**

Les sommes touchées en 1931 doivent être comprises dans votre déclaration.

Si vous logez, nourrissez et soignez les opérés dans un local spécial, vous serez soumis à l'impôt sur les bénéfices commerciaux et à l'impôt sur le chiffre d'affaires sur toutes les recettes qui ne sont pas des honoraires.

Une comptabilité est alors nécessaire ; si vous êtes embarrassé, nous serons à votre disposition à notre cabinet sur rendez-vous.

A. M.

**1065. — Déclaration des majorations de pension militaire et des revenus de créances**

1° Titulaire d'uune pension militaire d'ancienneté, je bénéficie pour avoir élevé quatre enfants, de la majoration instituée par la loi du 14 avril 1924.

Cette majoration doit-elle figurer sur la déclaration d'impôt sur les revenus ?

2° L'impôt sur les revenus des créances est-il déductible ? Si oui, doit-il être déduit par simple soustraction sur le revenu déclaré au titre de la créance, ou faut-il inscrire la somme totale et déduire la valeur des timbres-créance en la portant à la colonne VI de la déclaration (Contributions directes et taxes assimilées) ?

3° Si le contrôleur demande des explications, comment faire la justification, puisque les reçus sur lesquels figurent les timbres sont entre les mains du débiteur ?

Dr J.

**Réponse**

Les majorations de retraites paraissent avoir été exemptées comme les allocation familiales.

Les revenus de créances doivent être déclarés nets, c'est-à-dire après déduction de l'impôt.

Le contrôleur n'a pas à demander la justification du paiement de l'impôt.

A. M.

**1071. — Déductions des impôts fonciers**

Un propriétaire possède des immeubles. Leur revenu cadastral est, par exemple :

| | |
|---|---|
| 1° Propriétés bâties ............ | 3.728 fr.75 |
| 2° » non bâties............ | 7.082 fr.52 |
| soit en tout :........ | 10.811 fr. 27 |

Les impôts afférents à ces immeubles se sont élevés, en 1931, à : 5.057 fr. 52 ; là-dessus lepropriétaire a payé 810 fr. 60, et les locataires la différence.

Comment doit-il calculer sa prochaine déclaration pour l'impôt sur le revenu ?

ou bien :

| | | |
|---|---|---|
| Revenu cadastral............... | | 10.811 fr.27 |
| A défalquer : | | |
| 1° Assurances....... | 1.061.50 | |
| 2° Impôts.......... | 5.057.52 | |
| | 6.119.02 | 6.119.fr.02 |
| soit un revenu net, à déclarer de .... | | 4.692 fr. 25 |

ou bien :

| | | |
|---|---|---|
| Revenu cadastral............... | | 10.811 fr.27 |
| A défalquer : | | |
| 1° Assurances....... | 1.061.50 | |
| 2° Impôts.......... | 810.60 | |
| | 1.872.10 | 1.872 fr.10 |
| soit, revenu à déclarer......... | | 8.939. fr. 17 |

Et doit-il déclarer 4.692 fr. 25 ou 8.939 fr. 17 ?

Dr N.

**Réponse**

Le propriétaire a le droit de déduire de son revenu net servant au calcul du foncier, tous les impôts perçus sur rôle à son nom.

A. M.

## Assurances sociales

### 1309. — Maladie antérieure à l'application de la loi

Une de mes clientes, atteinte de basedowisme, se voit refuser le traitement de rayons X que je lui avais prescrit, par le médecin contrôleur de la Caisse d'A. S. à laquelle elle est affiliée, sous le prétexte que son affection est antérieure à la promulgation de la loi d'A. S.

Je désirerais savoir si ce prétexte est valable, et, dans l'affirmative, quel est l'article de la loi qui tranche les cas de cette espèce.

Dr B.

**Réponse**

Pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie, il faut avoir cotisé 60 jours durant les trois mois antérieurs ou 240 jours durant les 12 mois précédant la maladie (Art. 5, § 2 de la loi).

Par suite, ne peuvent bénéficier de l'assurance les assurés dont la maladie est antérieure de trois mois à leur affiliation et, pour ceux qui ont été affiliés dès l'application de la loi, ils n'ont aucun droit aux prestations pour les maladies antérieures à une date suivant de trois mois cette application, soit au 1er octobre 1930.

## Baux et Locations

### 1257. — Situation du médecin locataire dans les communes où la loi sur les prorogations n'est pas applicable

N'y a-t-il donc pas une loi qui protège les médecins de campagne qui sont obligés de subir des augmentations de loyer abusives ?

Je suis à bout de bail, ma propriétaire veut m'augmenter de 2.000 à 5.000 fr. pour un loyer d'avant-guerre de 7 à 800 fr. La commune que j'habite n'a pas 4.000 hab. est à plus de 4 km. d'une ville de 10.000 hab. et sa population au dernier recensement avait augmenté de 1.010 à 1.051 habitants.

La loi sur la propriété commerciale ne joue pas, évidemment. J'ai cru lire sur un journal qu'on avait proposé une loi tendant à protéger les médecins des commune rurales contre cet état de choses, car on peut dire qu'il n'y a que les citadins qui bénéficient de la loi sur les loyers et si j'habitais la ville, 2.000 fr. représenteraient un loyer maximum. Cette augmentation de loyer est de nature à m'empêcher de continuer à exercer ici et surtout de céder.

Dr N.

Réponse

Dès lors que la loi sur les loyers du 29 juin 1929 n'est pas applicable dans votre commune, c'est le droit commun qui régit uniquement vos rapports avec votre propriétaire. Il en résulte que votre maintien dans les lieux une fois votre bail expiré, dépendra de votre accord avec votre propriétaire.

Si vous ne pouvez vous entendre avec elle pour la conclusion d'un nouveau contrat à un prix équitable, force vous sera de quitter les lieux et de chercher à louer une autre maison.

Au cas où vous seriez contraint par la force des choses à vous plier à ses exigences, il vous serait impossible d'obtenir par la suite, tout au moins dans l'état actuel de la législation, une réduction de loyer, car aucune taxation n'est applicable en l'espèce.

La législation sur la propriété commerciale ne concerne que les locaux à usage commercial ou industriel et non les locaux professionnels qui suivent le sort des locaux d'habitation.

Il est douteux que le projet de loi auquel vous faites allusion et qui ne pourrait être limité aux seuls médecins soit jamais adopté, car il est entièrement contraire à la lettre et à l'esprit de la législation actuelle des loyers qui tend vers le retour progressif et général au droit commun.

## Questions médico-militaires

### 6469. — Promotion au 3e galon

Classe 1917, service armé, médecin-lieutenant de réserve depuis le 18 mars 1927.

1° A quelle date serai-je proposable pour le 3e galon ?

2° Devrai-je accomplir une ou plusieurs périodes d'instruction ?

3° Ou bien me suffira-t-il de suivre une Ecole de perfectionnement et pendant combien de temps ?

4° Dans ce cas, appartenant toujours à la Ne Région, serai-je autorisé à suivre l'Ecole du G. M. P. ou faudra-t-il me rendre à X ?

5° Enfin la tenue est-elle obligatoire aux séances de l'Ecole ?

Dr N.

**Réponse**

1° Vous serez *proposable* pour le 3e galon à partir du 18 mars 1933.

2° Vous devrez au préalable avoir accompli deux périodes d'instruction.

3° Il sera bon de suivre les cours de l'Ecole de perfectionnement. Votre assiduité et les témoignages de satisfaction que vous pourrez y obtenir favoriseront votre proposition.

4° Cette autorisation peut vous être accordée, d'année en année, parce que vous habitez la Région de Paris. Il faut en adresser demande au Directeur de la Ne Région qui la transmettra au Directeur de la Région de Paris.

## ANTHOLOGIE

### Délivrance

Il était attendu bien impatiemment,
L'enfant qu'elle a conçu dans un moment de joie.
Aujourd'hui qu'aux douleurs elle se trouve en proie,
La minute est une heure en un pareil tourment.

Mais ce terrible mal, supporté bravement
Qui par accès l'étreint, la concasse et la broie,
Au fruit de son amour, n'a pas ouvert la voie.
De l'espoir de longs mois, est-ce l'écroulement ?

Non, au premier appel, accourt l'homme de l'art :
En ses habiles mains, bientôt l'acier scintille
Saisit le délinquant, le sort de sa coquille.

La mère au bon docteur, lance un joyeux regard,
Et lui peut être fier de la tâche accomplie :
N'a-t-il pas eu l'honneur de sauver une vie ?

V. Dast.

Drancy, 15 février 1932.

Cinquante-quatrième année | N° 11 *bis* | 16 Mars 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**SERVICE de PROPAGANDE**
**« du CONCOURS »**

**Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical* afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.**

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

# LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN
## PAR LA LIGUE MÉDICALE
## (Sou Médical)

Dans une chronique publiée par le *Journal de médecine de Bordeaux*, le 29 février dernier, sur les Assurances médicales, le Docteur VERGELY s'est exprimé comme suit :

« Voilà longtemps déjà que les assurances contre les risques de notre profession fonctionnent et je n'ai pas la prétention de l'apprendre à personne. *Ce n'est pas d'hier, pour ne parler que de la plus connue, que le Sou médical a fait ses preuves.* Cette filiale du *Concours médical* a rendu service à un grand nombre des nôtres qui se trouvaient en présence de clients mauvais payeurs ou qui étaient de mauvaise foi. Beaucoup en ont usé qui s'en sont bien trouvés... ».

Ce n'est pas d'hier, en effet, puisque notre Ligue compte déjà trente-cinq ans d'existence. Son activité est allée en croissant de jour en jour, au fur et à mesure que le médecin avait davantage maille à partir avec les tribunaux, soit qu'il ait à se défendre contre des attaques dirigées contre son honorabilité et sa caisse, soit qu'il ait à attaquer lui-même pour se faire rendre justice.

La correspondance journalière que reçoit son secrétariat se multiplie de plus en plus. Et c'est là la preuve de la pullulation des litiges, et aussi, de la qualité de l'aide que notre Ligue apporte à ses membres.

Les mauvais payeurs, les clients de mauvaise foi, avec qui le médecin a maille à partir forment en effet, un lot important parmi les adversaires contre lesquels nous l'aidons à faire valoir et triompher ses droits. La Ligue médicale de défense individuelle n'est cependant pas une simple agence de recouvrement. Elle n'intervient, dans de tels litiges, que lorsqu'ils entrent dans la phase contentieuse, — le débiteur contestant la qualité et la quantité des actes médicaux dont les honoraires lui sont réclamés, et procédant même, par demande reconventionnelle de dommages-intérêts, dans l'espoir d'effrayer son créancier.

Mais il y a bien d'autres difficultés professionnelles que le Sou médical entreprend résolument de faire résoudre au mieux des intérêts de ses membres. La lecture du procès-verbal des séances du Conseil d'administration, publié ci-après, en fournira la démonstration sans qu'il me soit besoin d'y insister de nouveau ici.

Qu'il me suffise de rappeler, à ceux qui l'ont oublié ou l'ignorent, que la Ligue médicale de défense individuelle groupe environ 6.000 confrères, que sa cotisation annuelle est de cent

francs, qu'elle possède une caisse de garantie qui assure le risque de responsabilité jusqu'à 100.000 francs (150.000 fr. pour les membres du Sou médical qui sont en même temps abonnés au journal le *Concours médical*), et que, si tous les confrères, qui ont, un certain jour, mis de côté le bulletin d'adhésion qu'ils avaient l'intention, toujours différée jusqu'alors, de nous adresser, se décidaient demain à achever un geste, dont ils se féliciteraient bientôt, c'est, j'en suis sûr, trois mille adhésions supplémentaires qui nous parviendraient rapidement.

Dr G. DUCHESNE.
Secrétaire Général adjoint
de la L. M. D. I.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

## Assurances Sociales

### Ce qui faut entendre par « état de grossesse » Prestations de l'assurance-maladie.

14604. — M. Vincent Auriol demande à M. le ministre du Travail, au sujet du risque maternité, de lui donner des précisions pour la compréhension des textes combinés des articles 9, 4 et 5 de la loi du 30 avril 1930, et notamment : 1° ce qu'il faut entendre par état de grossesse : si c'est bien, dans une grossesse normale, la période de neuf mois précédant les couches ; 2° sous réserve d'une grossesse anormale, si l'assurée doit, en tout état de cause, être immatriculée au minimum trois mois avant l'état présumé de la grossesse, c'est-à-dire douze mois avant les couches normales pour s'ouvrir le droit, si, par ailleurs, les cotisations sont régulières et toutes autres conditions remplies, aux trois éléments du risque maternité : prestations médicales et pharmaceutiques, indemnité journalière prénatale et postnatale, allocation mensuelle d'allaitement ; 3° si ces trois éléments constituent un tout soumis aux mêmes conditions d'immatriculation et de cotisation ; fait remarquer que, pour l'élément indemnité de repos qui fait l'objet du paragraphe 2 de l'article 9, il est écrit que l'assurée doit avoir cotisé soixante jours pendant les trois mois ou deux cent quarante jours pendant les douze mois qui ont précédé l'état de grossesse ; 4° réserve faite des décrets de coordination de l'article 49 de la loi, dans une grossesse normale, alors que toutes autres conditions sont remplies, si le droit aux trois éléments du risque maternité peut-être ouvert par une immatriculation de durée inférieure à douze mois avant l'accouchement ; 5° dans le cas de l'affirmative, quelle devrait être la durée de l'immatriculation minimum à exiger ; 6° si le mari assuré doit remplir les mêmes conditions d'immatriculation et de cotisa-

tion pour ouvrir le droit à sa conjointe non assurée aux prestations médicales et pharmaceutiques. (*Question du* 12 *janvier* 1932).

*Réponse*. — 1° Il faut entendre par état de grossesse la période de neuf mois qui précède la date présumée de l'accouchement, indiquée sur le certificat médical ; 2°, 3°, 4°, 5° l'attribution des prestations en argent (indemnité de repos, primes d'allaitement) est soumise aux mêmes conditions de durée d'immatriculation et de versement que celle des prestations en nature (frais médicaux et pharmaceutiques). Pour avoir droit à l'ensemble de ces prestations, l'assurée doit avoir été immatriculée avant le début présumé de sa grossesse. Quant aux versements, il suffit qu'elle justifie du minimum légal durant la période de référence qui précède soit la première constatation médicale, soit le début présumé de la grossesse ; 6° réponse affirmative. (*J. O.* 24 février 1932).

**Suspension de l'assurance-maladie pendant le service militaire.**

I

14574. — M. Tellier demande à M. le ministre du Travail : 1° si, pour un assuré libéré du service militaire en octobre, malade dès fin novembre, les soixante cotisations journalières exigées par la loi des assurances sociales pour bénéficier des prestations maladie, doivent compter d'octobre ; 2° dans le cas de l'affirmative, s'il ne serait pas équitable de se baser sur les cotisations des trois mois précédant la maladie, mais abstraction faite de l'année de service militaire. (*Question du* 16 *décembre* 1931.)

*Réponse*. — L'article 55 de la loi du 30 avril 1930 prévoit que les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux. Il semble que cette disposition, qui avait été interprétée jusqu'ici d'une façon stricte, doive être considérée comme permettant aux intéressés, lorsqu'ils rentrent dans leur foyer, de faire valoir les versements acquittés avant leur départ sous les drapeaux, en vue de l'attribution des prestations de l'assurance-maladie, celles-ci ayant été suspendues pendant la période d'appel. Une circulaire du 17 février 1932vient d'indiquer aux services dans quelles conditions les prestations autres que celles dont l'assuré et les membres de sa famille ont conservé le bénéfice pendant la période d'appel sous les drapeaux doivent être dispensées si l'intéressé justifie, à la date à laquelle son droit doit être apprécié — la période d'appel étant décomptée comme période de cotisations — du minimum légal de versements. (*J. O.* 26 février 1932).

II

14810. — M. Georges Richard demande à M. le ministre du Travail si un jeune homme, qui a régulièrement cotisé aux assurances sociales avant son dé-

part au régiment, peut, dès son retour à la vie civile bénéficier sans délai des avantages de la loi auxquels lui donnent droit ses versements antérieurs (et cela quoiqu'il ait été douze mois sans verser). (*Question* du 12 *janvier* 1932).

*Réponse.* — Oui, pour les prestations autres que celles dont l'assuré et les membres de sa famille ont conservé le bénéfice pendant la période d'appel sous les drapeaux. Une circulaire du 17 février 1932 précise les conditions dans lesquelles doit être reconnu ce droit aux prestations. (*J. O.* 26 février 1932).

---

**Délivrance d'un appareil orthopédique pour mal de Pott.**

14986. — M. Raoul Evrard demande à M. le ministre du Travail, si une caisse primaire d'assurances sociales est autorisée à refuser les prestations concernant un appareil orthopédique (prescrit par le docteur dans le courant de l'année 1931) pour un mal de Pott non guéri et déclaré antérieurement à l'application de la loi sur les assurances sociales. (*Question du* 22 *janvier* 1932.)

*Réponse.* — Réponse affirmative, les prestations de l'assurance-maladie ne pouvant être accordées, aux termes de l'article 4, paragraphe 8, de la loi sur les assurances sociales, pour des maladies dont le début remonte à plus de six mois. (*J. O.* 26 février 1932.)

# CORRESPONDANCE

## Assurances Sociales

### Assurée sociale en déplacement caisse maternité

Quelle est la situation d'une assurée sociale, qui quitte son domicile pour aller accoucher chez des parents et qui veut tirer parti de ses droits à l'assurance maternité ?

Dr N.

**Réponse**

L'article 27 du règlement d'administration publique donne la réponse à cette question : la caisse d'origine, à laquelle appartient la future maman, doit être prévenue du déplacement de cette dernière et de son intention de faire ses couches loin de chez elle.

La caisse d'origine se met alors en rapport avec la caisse locale, pour que cette dernière exerce, si elle le juge à propos, le contrôle administratif, alors que le syndicat local exercera le contrôle technique.

Il appartient donc à l'assurée de faire toute diligence, pour que la caisse, à laquelle elle est affiliée, soit avertie et puisse, s'il y a lieu, faire exercer tous les contrôles prévus par la loi.

Dr Paul BOUDIN.

## Fiscalité

### 1152. — Patente en cas de changement de domicile

1° J'ai changé de domicile le 1er août 1931 ; en fait j'ai commencé à exercer ma profession dans ce nouveau domicile le 14 août 1931, mais le bail part du 1er août 1931 ; bien entendu j'ai payé la patente afférente à mon premier domicile pour l'année entière. Je reçois aujourd'hui un avertissement pour la patente afférente à mon nouveau domicile à partir du 1er septembre 1931 ; je ne m'explique pas le choix de cette date pour point de départ de la patente puisque le bail part du 1er août ; d'un autre côté ne devrait-il pas être tenu compte de ce fait que j'ai acquitté la patente pour l'année entière, à mon premier domicile ? Ne serais-je pas en droit d'adresser une réclamation ? Si oui je voudrais bien connaître les textes sur lesquels je pourrais l'étayer car il m'est déjà une fois arrivé une mésaventure du même ordre, mon changement de domicile datait cette fois du 1er février ; j'ai dû payer deux patentes entières, une pour chaque domicile malgré la réclamation qu'à ce moment vous m'aviez conseillé d'envoyer ; vous m'aviez dit que j'aurais dû payer 1 mois pour un domicile et 11 mois pour l'autre ; le Directeur des contributions n'a pas admis cette thèse, c'est pourquoi je serais heureux d'appuyer ma réclamation le cas échéant sur des textes.

Dr. B.

**Réponse**

Ayant payé la patente à votre ancien domicile, vous ne la devez à votre nouveau que pour l'excédent s'il y en a par suite d'un loyer plus élevé.

A. Martinot
Conseil fiscal.

### 1163. — Déclaration du fixe touché d'une commune

Je suis installé ici depuis un an. Un contrat avec la commune m'assure pour 5 ans (c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 1935) un fixe annuel de 20.000 fr. payable par trimestre échu ; je jouis en plus du bénéfice normal provenant de l'exercice de ma profession.

Après l'arrêt du Conseil d'Etat du 17/7/31, ne suis-je pas en droit de faire ma déclaration d'impôt comme suit :

1° médecin communal subventionné : 20.000 fr.

2° pratique médicale .....

Cela a d'autant plus d'importance pour moi qu'en dehors de mon fixe le produit clientèle est des plus modestes.

Dr Z.

**Réponse**

Vous pourriez essayer de présenter le fixe payé par la commune pour des appointements, ce qui entraînerait l'imposition à cette cédule pour le tout et aurait l'avantage de vous procurer des déductions plus fortes si vous êtes marié et père de famille.

A. M.

### 1.205. — Envoi des plis administratifs Impôt sur les loyers en Algérie

1° A la suite de réclamations concernant des demandes en décharges pour tenir compte de ma situation de famille, sur les taxes municipales : prestations en nature, loyers, chiens, autos, le contrôleur m'a fait tenir ses réponses par l'administrateur qui les adresse chez moi ouvertes par les mains du garde-champêtre.

Il me semblait que le contrôleur était tenu au secret pour les renseignements que le contribuable peut lui donner sur sa famille. Aussi ai-je cru devoir attirer son attention là-dessus. Je reçois cette réponse inattendue :

« Il convient de remarquer que ce sont des impôts non secrets à l'établissement desquels les maires et répartiteurs sont appelés à collaborer. Je ne suis tenu de vous notifier les décisions sous pli fermé qu'au cas où elles concernent des impôts sur les revenus. »

Que dois-je répondre et que vaut cette doctrine ? Les impôts peuvent ne pas être secrets, mais les renseignements donnés et qui ne visent pas seulement des faits matériels mais des faits confidentiels (mariage, date du mariage, enfants, etc), sont évidemment confiés sous le sceau du secret.

2° L'impôt dit patente n'existe pas en Algérie, mais dans l'établissement de l'impôt sur les loyers (prestations municipales) quelle est la valeur qui doit servir de base : le chiffre du loyer total ou seulement la valeur des locaux d'habitation? En effet le chiffre total engloberait la valeur des pièces à usage professionnel. Celles-ci sont-elles imposées ?

Dr N.

**Réponse**

1° La réponse de l'administration est conforme à la doctrine. Le principe général est en effet que les plis administratifs doivent être ouverts. Ils ne sont fermés que si le fonctionnaire chargé de l'expédition en décide autrement.

Les décisions ne voyagent sous plis fermés que si elles concernent les impôts cédulaires ou l'impôt général sur le revenu, pour lequel le secret professionnel est de rigueur.

2° En Algérie comme en France, la valeur à considérer est celle de la totalité des locaux occupés par le contribuable. A. M.

### 1218 Déclaration des sommes touchées pour des remplacements

Depuis 2 ans je n'exerce plus officiellement la médecine, donc, je ne suis plus patenté. Cependant, de temps en temps des jeunes confrères me demandent de les remplacer. Dans ces conditions quelle est la conduite à tenir vis-à-vis du fisc ?

Les remplacements ont lieu dans différentes villes.

Dois-je déclarer les sommes reçues au contrôleur des contributions directes ou dois-je m'abstenir de toute déclaration ? Dr M.

*Voir la suite page XXXIII-881*

# PROPOS DU JOUR

## Le Cinématographe et les dessins animés comme agents d'instruction scientifique et d'éducation hygiénique scolaires et populaires

Démontrer tous les avantages que les enseignements divers, du primaire au supérieur, du secondaire au populaire, peuvent retirer du cinématographe serait à l'heure actuelle une superfétation, bien qu'il y ait encore de nombreux progrès à réaliser dans l'application de ce moyen d'instruction merveilleux.

Néanmoins, nous tenons à faire part à nos lecteurs de deux séances dont nous avons été témoin, d'abord parce qu'elles se rattachaient directement aux sciences médicales et à l'hygiène ; ensuite parce qu'elles atteignaient un degré de perfection qui en faisaient des modèles du genre.

***

La première est une conférence de la Société des Amis de l'Université de Paris, donnée au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne devant un public de 2.500 à 3.000 personnes, par notre confrère, le Dr CHAUVOIS. Ce très distingué médecin a développé un thème qui lui est favori, puisqu'il en a fait le sujet d'un ouvrage intitulé : *La machine humaine enseignée par la machine automobile.* A la Sorbonne, la conférence a été accompagnée d'une démonstration filmée au moyen de dessins *animés*, si nous pouvons dire, car les films ont montré parallèlement en action la vivante machine humaine et la machine automobile.

Le Dr Chauvois nous a raconté comment il eut l'idée d'établir ce curieux parallèle, tout au moins pour la locomotion, car il se défend de vouloir pousser l'analogie jusqu'à une sorte d'identification.

Il y a quelques années, nouvel acquéreur d'une automobile, il en examinait les rouages quand il se trouva en butte aux questions indiscrètes de ses enfants. Ils désiraient à toute force que leur père leur expliquât le fonctionnement de la machine. Il crut s'en tirer rapidement en comparant l'essence versée pour faire fonctionner le moteur aux aliments qui entretiennent notre activité et notre vie. Mais au fur et à mesure qu'il suivait la circulation et la transformation de l'essence, il s'apercevait que la comparaison pouvait être poussée très loin ; il s'ingénia à la compléter et arriva au résultat qu'il peut exposer aujourd'hui.

On alimente l'automobile, comme on alimente le corps humain, avec des hydrates de carbone qui, en se combinant avec l'oxygène de l'air, produisent de la chaleur et du mouvement.

Le carburant est versé dans le réservoir à essence de l'auto, comme les aliments sont accumulés dans l'estomac de notre corps. Cette essence chemine vers le filtre d'essence qui remplit dans la machine un rôle analogue à celui de notre intestin ; puis, elle gagne la cuve à niveau constant comme les aliments transformés et absorbés par le système veineux-porte gagnent le foie. De la cuve à niveau constant, l'essence est projetée par le gicleur dans la buse d'air comme le sang, riche en substances hydrocarbonées, est propulsé par le cœur droit dans les poumons où il s'oxygène, tout comme l'essence se mélange à l'air dans la buse. Le cœur gauche pousse dans les muscles le sang oxygéné comme le compresseur envoie dans les cylindres le mélange d'essence et d'air.

Le système nerveux, par ses centres et ses nerfs, provoque la contraction du muscle gorgé d'hydrates de carbone, comme la magnéto et les bougies provoquent l'étincelle qui détermine l'explosion et le refoulement des pistons. De ce mouvement musculaire, de cette explosion résultent de la chaleur et des déchets. Dans la machine humaine, les poumons, les reins, les diverses glandes, la peau, remplissent le rôle que les radiateurs et le pot d'échappement remplissent dans la machine automobile.

Le film du Dr Chauvois montre schématisé le fonctionnement parallèle des deux machines, et cette démonstration est frappante d'analogie et de netteté.

Il ne se borne pas à cela ; il montre les troubles qui peuvent résulter quand les deux machines sont plus ou moins faussées. Il montre que le schéma d'Harvey qui, il y a trois siècles, découvrit la circulation du sang, doit être modifié en le compliquant de l'apport de l'intestin par la veine-porte, le foie et la veine cave inférieure.

Nous ne saurions décrire le succès qu'a eu la

conférence du Dr Chauvois, succès mérité et qui démontre éloquemment tout le parti que des maîtres ingénieux pourraient tirer, pour tous les genres d'enseignement, du cinématographe et des dessins animés. En moins d'une heure, les élèves et les spectateurs apprendraient plus qu'en de longues et multiples leçons, et surtout retiendraient mieux ce qu'ils auraient appris.

***

La seconde séance cinématographique à laquelle nous avons assisté a eu lieu dans un préau d'école communale, et a été donnée par le distingué Directeur de la propagande de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, M. Flammant.

L'assistance ne se bornait pas à la jeune population scolaire, mais les parents des écoliers étaient venus en foule et un millier de personnes se pressaient dans le préau trop étroit. Ceci prouve tout l'intérêt que porte le public parisien à l'enseignement pratique de l'hygiène. Nous devons dire que M. Flammant est un maître de la vulgarisation, que, depuis de longues années, il est rompu aux conférences populaires contre la tuberculose, puisque son service de propagande a été créé par le premier directeur de l'Office d'hygiène sociale, M. Guillon, actuellement préfet hors classe de la Haute-Garonne, qui s'est fait une réputation méritée d'organisateur en tout ce qui concerne l'assistance et l'hygiène.

Nous ne résumerons pas le sujet de la conférence antituberculeuse, tous nos lecteurs le connaissent. Contentons-nous de dire que M. Flammant, qui tient à être compris de tous, s'efforce d'éviter l'emploi des termes techniques ou les explique quand il est obligé de s'en servir.

Mais le conférencier a fait suivre sa causerie de la présentation de films destinés à parfaire son enseignement, et à le fixer dans le cerveau de ses auditeurs.

Ce fut d'abord l'arrivée des enfants de tuberculeux envoyés par mesure préventive dans la région d'Orthez, où l'Office d'hygiène sociale applique le système du placement familial. Puis, sous nos yeux, se sont déroulées les scènes de la vie de ces enfants à la campagne. Nous avons assisté à leurs repas, à leurs jeux, aux travaux des champs auxquels ils ont pris part ; nous les avons suivis aux marchés et aux foires où ils ont accompagné les braves paysans qui leur ont donné asile, et où viennent parfois les infirmières visiteuses, les inspecteurs de la colonie qui exercent sur eux et leurs nourriciers une surveillance vigilante, discrète et tutélaire.

La conférence s'est terminée par la projection d'un film américain d'un dessin animé, film comique mais très instructif, les aventures de M. Pif. Ce film, qui est l'œuvre des Compagnies d'assurances américaines, démontre éloquemment qu'un homme bien portant aurait intérêt à se faire examiner par un médecin une ou deux fois par an. Si les compagnies d'assurances américaines sur la vie ou contre le risque maladie conseillent et facilitent ces examens périodiques, c'est certainement parce qu'elles y trouvent leur compte. Dans l'intérêt de la santé publique, il ne serait certes pas mauvais de mettre en France cette pratique à la mode ; que d'affections aiguës ou chroniques seraient découvertes à temps et pourraient être utilement soignées ! Nous savons bien que nous ferons sourire plus d'un confrère, de ceux qui font remonter les traditions de la médecine qu'ils exercent, et entendent ne pas sacrifier, avant Laënnec et avant Pasteur. Peut-être cependant que l'exemple des Sociétés d'assurances américaines qui, elles, ne se payent pas d'utopies et ne sont guère idéalistes, les ramènera à une plus juste appréciation du Progrès.

Pour conclure, nous exprimerons un regret, c'est que des conférences comme les causeries de propagande de l'Office départemental d'hygiène sociale, accompagnées de projections cinématographiques, ne soient pas multipliées. Elles ne se reproduisent dans le même arrondissement à Paris qu'après un long laps de temps, plusieurs années ; il conviendrait qu'elles se répétassent plusieurs fois par an.

Paris et les grandes villes ne devraient pas en avoir le monopole. Les conférenciers se formeraient facilement à l'Ecole de M. Flammant ; le Corps médical n'hésiterait pas à donner à cette œuvre sa collaboration.

On ne bornerait pas cet enseignement à la seule lutte antituberculeuse, mais à l'hygiène tout entière. Les résultats ne tarderaient pas à se manifester et le médecin deviendrait plus rapidement ce qu'il est appelé, dans un avenir plus ou moins prochain, à être : le protecteur de la santé publique, le dépisteur des maladies, beaucoup plus que le guérisseur souvent impuissant et qui doit borner son rôle à celui de consolateur.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

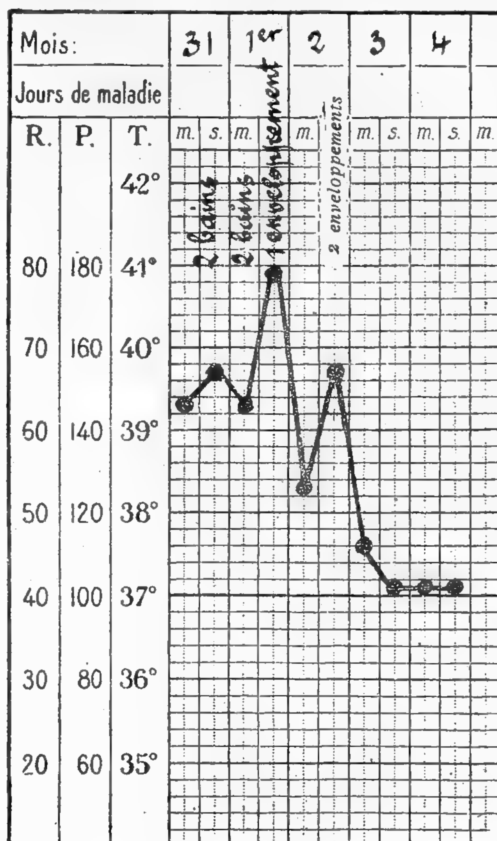
G. Blechmann

### FEUILLET CXI (1)
### LA MÉDICATION « MINIMUM »
### (DU POINT DE VUE DE SIRIUS)

Tableau différent de la flambée à 40° par adénoïdite (2) ou de l'offensive thermique d'un début grippal (3). Chez notre premier petit malade, le cavum faisait les frais de l'infection et son examen nous en livrait la preuve. Chez l'autre enfant, le catarrhe intense des premières voies apparaissant en période endémique traduisait l'agression des muqueuses par le virus encore inconnu de la grippe.

Tout autrement se présente notre nouvel héros. Sans prodromes aucuns, un soir, un petit garçon de 3 ans paraît mal à l'aise et l'on prend sa température qui atteint 39° : il est mis à la diète, baigné aussitôt et son nez est soigneusement désinfecté. Le lendemain matin, comme la fièvre tient bon, on répète la balnéation.

Enfin, dans la soirée, le médecin de famille vient à la rescousse, car la maman a épuisé toutes les connaissances acquises au cours des maladies des aînés.




Au moment où vous pénétrez dans la chambre, vous trouvez le petit bonhomme à plat ventre, gardant sans la lâcher, la main d'une vieille domestique qui maintient un thermomètre en bonne place.

La maman qui vous précède et le père qui vous suit se disputent presque le mince instrument qui angoisse ou libère tant d'humains !

Il marque 40°9 ! Il y a de quoi déconcerter tout le monde et voilà qui nous incite à veiller au grain. Mais, remis sur son séant, le charmant malade ne paraît nullement prostré ; il réclame ses parents, la nounou, les jouets et quand vous l'approchez, tend gentiment la main.

Les yeux ne sont guère plus brillants qu'à l'habitude. Langue humide, à peine saburrale. La peau est naturellement brûlante et le pouls très rapide.

Les ganglions angulo-maxillaires ne sont pas gros. L'enfant ne se plaint pas des oreilles et ne paraît nullement troublé par la pression à leur niveau. Les téguments ne montrent aucune trace d'éruption.

Le ventre est souple. L'urine a été peu abondante, mais normale et la dernière selle simplement un peu constipée.

(1) M. G. Blechmann a bien voulu nous réserver la publication de dix *Feuillets du Pédiatre* inédits, extraits du volume à paraître en mai prochain (2e série), Doin, éditeur. La première série a été publiée avec une préface de notre Rédacteur en chef, M. le Dr J. Noir à la même librairie (1926).

(2) Voir Feuillet XII (1re série).

(3) Voir Feuillet LXI (2e série).

L'auscultation du poumon n'indique pas de modification appréciable.

Aucune articulation n'est gonflée ni sensible. La nuque et le rachis se montrent d'une souplesse absolue. Grâce au petit marteau dont nous ne nous séparons jamais, nous trouvons les divers réflexes d'une tenue parfaite.

L'examen de la gorge nous fera certainement découvrir quelque enduit cryptique ou du mucopus apparaissant derrière le voile. Mais armé d'un bon photophore qui éclaire parfaitement le pharynx, nous sommes obligé de reconnaître que la muqueuse présente sa coloration pour ainsi dire habituelle et, si les amygdales sont peut-être saillantes, l'aspect de la région *ne légitime pas* une température si anormalement élevée.

Alors, *quid* ? Après les résultats négatifs de notre consultation, nous refusons de nous prononcer et nous affirmons aux parents qu'aucun symptôme ne permet que l'on se montre pour l'instant inquiet. Mais quelle sera la thérapeutique de cet état évidemment infectieux, hyperthermique et sans signes ?

La diète et deux bains à 37°5, n'ont pas empêché l'ascension de la fièvre. Faut-il ordonner des bains tièdes, mais progressivement refroidis à 36°, puis à 35° ; des enveloppements tièdes ou frais, des lotions, une vessie de glace sur la tête ?

Faut-il prescrire des antipyrétiques actifs : antipyrine, pyramidon, cryogénine, aspirine ou la sacramentelle quinine ; une potion à l'acétate d'ammoniaque à la fois stimulante et diaphorétique, un désinfectant et antithermique comme le salicylate de soude, un antiseptique tel l'uroformine ?

Pourquoi pas un lavement frais aux sels d'argent ou simplement deux frictions par jour au collargol, ou une injection d'excellents médicaments tels le lantol, le diénol, la septicémine ou même à titre préventif de vaccin de Weill et Dufourt ?

Voire, comme disait le confrère tourangeau.

Puisqu'il n'existe pas de signes d'une infection sérieuse, d'un début d'affection méningée, comme l'*impression immédiate* n'est pas mauvaise, vous vous donnerez bien 24 heures pour appeler de la clinique mal informée à la clinique mieux informée.

Et nous nous bornons à la plus simple des médications :

*a)* Alimentation avec potages, fruits cuits, jus de fruits ;

*b)* Désinfection nasale des plus atténuées ;

*c) Enveloppements humides* de 4 heures en 4 heures : double serviette éponge trempée dans l'eau à 38°, essorée, recouvrant l'enfant des mollets aux aisselles, et pour remplacer l'imperméable, une couverture de laine ; en cas de frissons, une bouillotte aux pieds. Après la fin du premier enveloppement d'une heure et demie de durée, absorption d'un fragment de comprimé d'aspirine U. R. que nous cassons nous-même (et qui correspond à peu près à 1/6, soit 0,07 à 0,08 cgr.).

La courbe que nous reproduisons illustre l'évolution rapide de l'histoire. Le lendemain, la fièvre tombe et 48 heures après, l'enfant est guéri.

Discussion. — Le cas que nous venons de relater ne nous apprend rien que nous ne connaissions déjà, diront quelques-uns de nos lecteurs. Peut-être voudront-ils nous suivre dans nos déductions.

A. — L'enfant a guéri avec un *traitement minimum* : trois enveloppements et 0,08 centigr. d'aspirine. On doit néanmoins se poser trois questions.

1° Peut-être le malade aurait-il guéri sans aucune médication. Nous n'en savons rien et cela ne peut guère être prouvé. *L'abstention thérapeutique absolue* en tel cas constitue une double faute. En effet, devant une telle poussée thermique, l'entourage admettra à peu près n'importe quelle médication, mais n'acceptera pas que vous restiez les bras croisés et la plume inerte sans rien prescrire. Et qui vous dit que nos enveloppements, en brisant l'élan fébrile, n'ont pas jugulé une infection qui se serait rapidement déterminée sur l'oreille moyenne, les bronches ou le rein ? Cette médication était certes, pour les prochaines 24 heures, à tout le moins *inoffensive* et *nullement inopérante*.

B. — Si, au lieu d'une *thérapeutique minimum*, nous avions conseillé un *traitement d'action moyenne ou maximum*, une potion avec acétate et pyramidon, une injection (que les parents auraient fort bien acceptée) de vaccin, de sérum, d'argent colloïdal, ne serions-nous pas tenté d'inscrire sur nos tablettes le succès mirifique de la médication employée ? Après tant de déceptions thérapeutiques, les praticiens se devraient de ne jamais répudier le principe cartésien : « Ne recevoir jamais aucune chose

pour vraie » qu'ils ne la connussent évidemment être telle.

C. — Toutes ces considérations ne répondent pas au *quid* de la page précédente.

Or, une semaine auparavant, le cadet — un nourrisson — a fait un gros rhume fébrile dont il s'est rapidement remis. Existe-t-il une corrélation entre cet épisode et l'affection actuelle dont nous essayons de déterminer la nature ? Rien ne le prouve et il serait également vain de mettre en cause la maladie étiquetée grippe.

M. Apert, sage pédiatre, a écrit à peu près ceci : durant toute notre vie, nous sommes assaillis sans cesse par des germes inconnus dont la symptomatologie comme celle de notre petit patient se réduit au minimum, germes contre lesquels notre organisme s'immunise progressivement.

Dans le bilan pathologique de l'enfance, avouons que tout n'est pas scarlatine, grippe, méningococcémie, pneumocoque et bacille de Koch.

Il y a là tout un Far-West microbien qui réserve encore de la tablature à nos successeurs.

## FEUILLET CXII
## POUR COUPER LA « GRIPPE » DU GRAND ENFANT
(en marge du précédent Feuillet).

A la sortie de la classe, la neige s'étant mise à tomber, ce grand garçon de 12 ans a eu un « coup de froid » et s'est senti transi.

Il frissonnait en arrivant à la maison. La mère rentrant peu après, trouve son fils couché, très mal à son aise avec un pouls rapide et elle prend sa température (38°5). Deux heures plus tard, quand le médecin arrive, le thermomètre marque 39°, le nez est enchifrené, la gorge est rouge.

C'est la grippe, disons-nous, puisque l'enfant a déjà épuisé la série des fièvres éruptives.

Mais, n'est-il pas vain, comme nous venons justement de l'écrire « de mettre en cause, la maladie étiquetée grippe » ?

Nous n'avons pas ce soir le temps de philosopher, car les malades sont nombreux et il faut s'efforcer de prescrire vite et bien. C'est la grippe, répétons-nous !

Immédiatement un bain. L'eau chaude en coulant réchauffe la salle. Pour être moins saisi, le jeune malade entrera dans l'eau à 38° : on laissera la température descendre à 37° et même un peu au-dessous.

Après 10 à 12 minutes, le patient est sorti du bain, séché et remis sur son lit. On procède à une vigoureuse friction générale à l'alcool camphré, puis l'enfant est couché avec une boule aux pieds et submergé de couvertures épaisses.

Avec un grand verre de citronnade très chaude additionnée d'une bonne cuillerée à café de rhum, on lui fait prendre 0,25 centigrammes de rhoféine (ou, s'il est trop nerveux, d'aspirine ou même de coryphédrine). Quelques gouttes d'une solution d'argent colloïdal dans les narines, un gargarisme (néol, glyco-thymoline, eau oxygénée, etc.), et par cuillérée à café de demi-heure en demi-heure la potion :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque........ | 0,50 ctgr. |
| Julep gommeux.......q. s. p. | 30 c. c. |

Les boissons chaudes sont continuées dans la soirée.

Très rapidement l'enfant commence à transpirer ; il est changé une première fois, puis encore dans la nuit, et on le frictionne de nouveau.

Le lendemain, le thermomètre ne marque plus que 37° et la joie règne. Elle continuera à régner, car nous ne connaîtrons pas dans ce cas heureux la remontée du V grippal, ni la désagréable surprise d'un début pseudo-grippal d'une maladie inattendue et... grave.

*N. B.* — *a*) Quand il n'existe pas de salle de bain ou qu'elle ne peut être réchauffée, remplacer le bain par l'enveloppement tiède d'une heure et demie à deux heures de durée. Les autres soins restent les mêmes.

*b*) Si nous pouvions toujours si facilement diagnostiquer la « grippe », et la couper ainsi *avec le bon vieux traitement*, nous nous prendrions pour des Dieux. Hélas ! nous ne sommes que les fils d'Asclepios et d'une mortelle !

# LES TROUBLES DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT

## en dehors des troubles de l'articulation et de la prononciation (Parole, lecture, écriture)

Par le Dr Gilbert Robin,

Ancien chef de clinique,
Médecin de l'Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables,
Médecin-assistant à l'Hôpital Lariboisière.

Le médecin doit être familiarisé avec les troubles du langage chez l'enfant et notamment chez l'écolier.

En dehors des troubles inhérents à une maladie nerveuse en évolution (dysarthrie, par exemple), il en est — fréquents d'ailleurs — qui tiennent à un défaut de la prononciation. Citons le bégaiement, le bredouillement, la blésité (clichement, sesseyement, zézaiement, nasonnement, etc.).

D'autres sont sous la dépendance d'une insuffisance intellectuelle. Dans les arriérations mentales — qu'il s'agisse de retard mental ou d'idiotie — le langage se développe en général parallèlement à la pensée. Il sera d'autant plus rudimentaire que la pensée sera plus réduite.

Les troubles du langage dus à des troubles sensoriels sont d'un diagnostic aisé. La surdi-mutité est facile à reconnaître.

Mais il arrive que le langage soit insuffisamment développé, sans troubles sensoriels, sans troubles de la prononciation concomitants, l'intelligence se révélant par ailleurs intacte.

Ces troubles intéressent le langage parlé, la lecture et l'écriture.

## I) Troubles du langage parlé

L'absence de développement du langage parlé, ou *mutité*, sera d'abord différenciée du *mutisme*, — l'enfant ayant déjà donné des preuves qu'il parlait, — mais ne parlant pas, soit par inhibition psycho-motrice, soit par opposition.

Mais il est tout un groupe d'enfants dont la déficience est élective, en ce sens que l'intelligence ne paraît atteinte qu'en fonction du langage. En réalité, l'insuffisance intellectuelle qu'on ne saurait nier en pratique et surtout au point de vue scolaire, est secondaire aux troubles du langage.

Parmi ces enfants se rangent les entendant-muets, les uns par surdité verbale, les autres par retard des fonctions praxiques.

### A) Entendant-muets par surdité verbale congénitale

Les entendant-muets ne sont par définition jamais sourds. Mais les uns comprennent le sens des mots, d'autres ne le comprennent pas.

Ces derniers sont frappés d'*audi-mutité* par surdité verbale congénitale, sans surdité répétons-le.

L'intelligence n'est pas altérée, en tout cas, elle ne l'est guère plus que celle des sourds-muets. Les tests spéciaux qu'on utilise pour ces derniers révèlent l'intégrité relative de l'intelligence, laquelle se développe au prorata de l'éducation.

L'entendant-muet est « percevant », mais il n'est pas « entendant » (André Collin) dans le sens ou entendre veut dire comprendre. Il serait donc préférable, de parler dans ce cas de « percevant-muet ». Les mots ne sont pas compris. La vue de l'objet ne les évoque pas. La reconnaissance des dessins, des formes, et des chiffres reste en général difficile.

Le percevant-muet peut prononcer correctement quelques mots ; il n'est donc pas aphasique-moteur. Mais ce vocabulaire est très réduit. On note parfois de la persévération. La surdité verbale est l'agénésie élective qui cause le mutisme (André Collin).

La surdité-verbale ne s'observe pas dans les encéphalopathies infantiles importantes. Il faut admettre un retard du développement cérébral dans la différenciation de certaines régions en rapport avec la gnosie auditive (A. Ley).

« L'étude de l'audi-mutité pure dégage une entité morbide utile à connaître parce qu'elle éclaire la physiologie du développement intellectuel de l'enfant, parce qu'elle permet de ne point porter un mauvais pronostic sur un cas curable auquel il faut donner un long temps de crédit, parce qu'elle commande de prendre des mesures de traitement et de thérapeutique d'autant plus efficaces qu'elles seront plus précoces. Lorsque la connaissance de cette cécité verbale congénitale et curable, retard simple électif, sera plus approfondie, les cas légers (jusqu'à trois ans) et graves jusqu'à 8 ou 10 ans, ne risqueront plus d'être pour le plus grand dommage des malades, confondus avec des cas d'aphasie incurables » (André Collin.)

### B) Audi-mutité par retard de développement des fonctions praxiques (A. Ley)

Les enfants du groupe précédent, sont des percevant-muets, ceux de ce groupe-ci sont per-

cevant et entendant-muets. Ils se distinguent très nettement des premiers par ce fait qu'*ils comprennent le sens des mots et des phrases*, et exécutent les ordres ; ils leur ressemblent en ceci que leur intelligence est relativement intacte — ce qui les différencie des arriérés — mais s'ils ne parlent pas, ce n'est pas par surdité verbale, c'est par une sorte de maladresse. Ils se comportent vis-à-vis de la parole et de l'articulation comme des apraxiques. La maladresse n'est pas seulement verbale. Elle intéresse tous les mouvements. Ces enfants sont des turbulents et présentent le syndrome de débilité motrice de Dupré et Merkler.

Telles sont les deux formes les plus importantes d'audi-mutité. Nous proposons d'appeler les uns « percevant-muets », pour les distinguer des vrais entendant-muets.

Il reste à signaler, avec A. Ley, la surdité verbale par troubles cérébelleux, par troubles partiels de l'audition. Nous n'aurions garde d'omettre les troubles du langage par *inhibition psychique*, dans lesquels l'émotivité est souvent à la remorque des complexes d'infériorité décrits par Adler.

## II) Troubles de la lecture et de l'écriture chez l'enfant

Le médecin n'est pas toujours consulté pour des troubles de la lecture et de l'écriture chez l'enfant ; on incrimine, à tort, pour les expliquer, la pédagogie ou les « défauts » de l'enfant, tels que l'inattention, la paresse. Ces troubles relèvent d'une interprétation neuro-psychiatrique.

### Troubles de la lecture

Certains enfants, en dépit d'une intelligence tout à fait normale, ne peuvent apprendre à lire. Le reste du psychisme n'étant nullement déficient, on est en droit de parler de « cécité verbale congénitale ».

Comme la cécité verbale est, dans la majorité des cas, loin d'être absolue, ce terme paraît alors excessif.

Variot et Lecomte ont décrit, sous le nom de *typhlolexie congénitale*, le cas d'un enfant de 13 ans 1/2, n'ayant parlé qu'à 5 ans, d'intelligence normale, apprenant correctement de vive voix, mais sautant, déformant les mots à la lecture. L'enfant lisait bien les chiffres.

A. et J. Ley désignent par le terme d'*alexie d'évolution* les troubles présentés par des enfants qui tantôt ne peuvent acquérir la connaissance des lettres, ou de certaines lettres (*alexie littérale*), tantôt ne peuvent reconnaître les mots simples (*alexie verbale*). Ces troubles sont parfois liés à une arriération mentale plus ou moins accentuée. Mais ils peuvent être tout à fait électifs et marcher de pair avec une intelligence normale. C'est ainsi que certains enfants confondent les lettres qui se ressemblent optiquement (n et m, h et k, u et v), d'autres celles qui se ressemblent phonétiquement (f pour v, t pour d) (A. Ley.)

Quand on fait lire ces enfants à haute voix, ils écorchent les mots, les déforment. On fera la distinction entre l'arriération intellectuelle et les troubles de la prononciation tels que la blésité.

Il est certain qu'il faut être très prudent dans l'appréciation de la cécité verbale congénitale. Dans certains cas, il convient de faire intervenir un trouble de la motricité oculaire (hétérophorie) entraînant les confusions de mots et les renversements de lettres (Dearborn).

### Troubles de l'écriture
### (agraphie par cécité verbale congénitale)

L'agraphie est le plus souvent la conséquence de l'alexie, bien que ceci comporte des exceptions.

L'écriture copiée n'est pas atteinte. Ces enfants dessinent en général fort bien. C'est l'écriture sous-dictée et l'écriture spontanée qui sont touchées.

L'agraphie est rarement totale. Il s'agit dans la majorité des cas de *paragraphie infantile*. Voici l'exemple d'une fillette de 13 ans d'intelligence normale, exemple relaté par Naville et Saussure.

A. — *Copie* : Le ver de terre abonde partout où le sol est humide ; il peut vivre très longtemps dans l'eau ; quand la terre est sèche, l'été, ou gelée l'hiver, il pénètre dans des profondeurs considérables.

*Dictée* : « Le verne du terne. Le verne de terne aponte partoun au le sole et umit ; il peuvivre trelonton dans ions, can laternet ecchn, leten au chele liver il penetrn a une profonte oconfeul. »

B. — *Copie* : Le sel commun, cette substance indispensable à l'homme et aux animaux, est répandu sous les formes les plus diverses à la surface de la terre, se trouve à l'état liquide dans l'eau de mer, dans les sources et à l'état naturel dans certaines mines.

*Dictée* : « Le sel cenen, set suspentis et isposapln à lome et au saninon, tern en tepntu son les forme les pun ternsn a la surfade la tern il se traufn lecanin dam laun de la mer, dans les corons, et dans lenue naure dans seremin. »

Un garçon de 14 ans écrit « le sestre est loli », pour « le chat est joli ». Un autre, à 11 ans, écrit : « cets au gerri dradi », pour « c'est aujourd'hui mardi » ; un troisième, à 8 ans : « papa ftmli occula pipe » pour « papa fume la pipe » (A. et J. Ley). On rencontre suivant les cas, des répétitions de lettres ou de mots, des transpositions de lettres, des omissions. Les textes sont parfois une véritable salade de mots (jargonagraphie de Naville).

Voici deux cas pris au hasard dans mes observations :

Bernard G., âgé de 8 ans inquiète ses parents par son retard scolaire. En effet, la lecture est hésitante, les fautes d'orthographe nombreuses. Le niveau scolaire est à peine de 7 ans. Je remarque surtout une interversion fréquente des lettres dans un texte dicté, par exemple, il écrit « porcurer », pour procurer. L'écriture est du reste maladroite.

Les tests révèlent une intelligence normale. Comment interpréter ce retard scolaire ?

Sans doute Bernard est désobéissant, un peu entêté, un peu instable. Sans doute, il est distrait, ne peut s'attacher longtemps à un travail scolaire ; à l'étude, il se plaint d'être fatigué. Il n'aime pas lire, et surtout, il est extrêmement lent. Toutefois, cette lenteur psycho-motrice ne suffit pas à expliquer les fautes d'orthographe, la paragraphie infantile. Car, quand il n'est pas à l'école, quand on lui laisse beaucoup de temps pour accomplir sa tâche, les omissions et les interversions sont les mêmes dans ses devoirs. D'ailleurs, les fautes d'orthographe se corrigent à mesure que l'enfant s'instruit, va à l'école. Tandis que les interversions de lettres sont rebelles à l'instruction et aux méthodes pédagogiques. Alors, on parle d'inattention.

Au point de vue physique, Bernard est un mauvais respirateur. Il a été opéré des végétations, mais il a un retrait du maxillaire inférieur : il dort en chien de fusil. Par périodes, l'incontinence nocturne d'urine réapparaît.

Le trouble dominant dans ce cas, c'est la *paragraphie.* D'autres manifestations : lenteur, distraction, maladresse motrice, désobéissance, entêtement, instabilité, — plaident en faveur d'un retard dans le développement pédagogique qui ne pourra que s'améliorer si on stimule la nutrition du système nerveux.

Raymond B. a 14 ans. L'âge intellectuel, aux tests Binet-Simon, est de 8 ans 1/2 . Cela tient surtout à l'insuffisance des notions scolaires. Sans doute, Raymond oublie vite les commissions dont on l'a chargé. Il est nécessaire de lui rappeler chaque jour, la tâche qu'il doit accomplir. Toutefois, au point de vue pratique, Raymond se tire assez bien des circonstances les plus variées. Il rend de nombreux services, est adroit, travaille consciencieusement, et, en ce qui concerne les travaux manuels, est particulièrement doué. Il dessine bien de mémoire ce qu'on lui demande.

Et cependant, malgré un temps de scolarité normal, et un effort soutenu, Raymond ne sait pas lire. La lecture est à peine sous-syllabique. L'écriture sous dictée est presque impossible. Quand on demande à l'enfant d'écrire son nom, il écrit Rmon et reproduit toujours la même erreur. Avec la ponctualité apportée par Raymond à ses études, le niveau scolaire eut été plus élevé, s'il ne s'agissait pas ici d'un trouble plus électif alexique et dysgraphique. Il connaît pas mal de notions, mais acquises verbalement. La lecture et l'écriture sont spécialement retardées.

Dans la plupart de ces cas de « cécité orthographique », (Chavigny), il y a incertitude orthographique et non pas mauvaise habitude orthographique : « les mots incorrects, qui sont d'ailleurs presque toujours les mêmes, sont en effet, à quelques mots ou à quelques lignes de distance, écrits de la façon le plus variable ». (Chavigny).

L'alexie et l'agraphie ne proviennent pas d'encéphalopathie ou de séquelles de lésions en foyer. Dans l'aphasie infantile et l'encéphalopathie, le déficit constaté n'a jamais l'allure élective qu'il présente dans l'alexie et l'agraphie. On ne note pas souvent dans l'hérédité de ces enfants, de tares psychopathiques ou dégénératives.

« On ne peut qu'admettre, en effet, que ces lacunes mentales, qui se présentent si nettement sous forme de troubles évolutifs, dépendent d'un défaut de maturation des centres cérébraux intéressés, ou d'un retard dans la myélinisation des voies d'association entre les zones visuelle, auditive et le pli courbe. » (A. et J. Ley).

L'alexie et l'agraphie apparaissent vraiment, chez ces sujets intelligents, comme paradoxales. Bien que les progrès soient parfois très lents, elles peuvent être améliorées. Aussi méritent-elles la désignation d'agraphie et d'alexie d'évolution (A. et J. Ley).

*Tic graphique.* — Il nous a été donné d'observer un trouble de l'écriture un peu spécial, une sorte de tic graphique, dont voici l'observation.

Pierre L. (12 ans 1/2), nous est envoyé par le directeur de l'école. Plusieurs de ses maîtres ont été frappés par ses « bizarreries ». Pierre émaille ses dictées d'un néologisme stéréotypé, toujours le même. Voici un exemple : « Les élèves sont dans *padedeco.* Elles font sauter leur *padedeco.* Fanchette, la barbiche au vent, se tient en *épadada* sur un rocher, le soir les chèvres rentrent à padedeco. »

Le mot padedo ou padedeco, revient, uniquement dans les dictées, jamais dans les devoirs copiés. On ne le retrouve pas dans les dictées faites à la maison. Nous avons fait faire une dictée à l'enfant : les fautes y étaient nombreuses, mais le mot *padedo* (ou ses variantes) n'y figurait pas. Détail intéressant : Pierre refait presque toujours le même dessin. L'intelligence est au-dessous de la normale : âge intellectuel 8 ans 1/2 (âge réel 10 ans 1/2). Le retard scolaire déborde sur le retard mental. Pierre convient qu'il ne travaille pas beaucoup. C'est un garçon docile, affectueux, un peu gourmand, assez indifférent aux punitions et aux récompenses, bien que craintif, impressionnable. Un regard fixe et apeuré. Quand on l'interroge, il a un air vague, étonné. Les répon-

ses sont très lentes et du reste, Pierre est lent dans tout ce qu'il fait. Il ne peut dire le mot dont il a l'habitude d'émailler ses dictées. Il ne peut fournir sur ce mot aucune explication, à ses yeux cela ne signifie rien. Une analyse psychologique aussi poussée que possible n'a pas permis de relever une origine affective à ce néologisme.

Etant donné la lenteur psycho-motrice de Pierre, et ce fait que le néologisme n'est relevé ni dans les dictées faites à la maison, ni dans celles faites à notre consultation, on était amené à penser que Pierre ne pouvant suivre à l'école, bouchait les vides de son mieux avec un mot toujours prêt sous sa plume. Sans doute n'agissait-il là qu'inconsciemment, sans savoir qu'il suppléait ainsi à un manque. Le mot *padedo* lui donnait peut-être l'illusion de suivre la dictée. Car s'il s'était rendu compte de son anomalie, il y aurait certainement remédié. *Padedo*, en effet, vient toujours à la place d'un mot omis. Au lieu de laisser la place de celui-ci vide, peut-être aussi afin que la ligne générale du texte ne fût point, en apparence du moins, modifiée, une sorte de fabulation compensatrice se produisait automatiquement et venait au secours de l'enfant sous la forme d'un mot, d'un seul mot. Tout se passera ici comme, en plus grand, dans l'amnésie de fixation des presbyophréniques.

Ce mot servirait donc à Pierre de *cheville* dans une dictée. Cette explication par fabulation compensatrice de la lenteur et des troubles de fixation, Pierre la refuse — ce qui, du reste ne suffit pas à nous la faire rejeter.

Et cependant, retenons que Pierre répète souvent les mêmes dessins, qu'il est soumis à des habitudes strictes, qu'il est méticuleux, « maniaque ». Au bout de quelques mois de traitement, les dictées sont devenues correctes en ce sens que tout néologisme en a disparu. Toutefois, la lenteur psychique demeurait la même ; elle ne suffisait donc pas à tout expliquer. Il est, d'autre part, intéressant de noter que Pierre, impressionné par sa première communion, a eu pendant quelques semaines un geste stéréotypé du toucher, impérieux comme un tic. On ne peut s'empêcher de faire un rapprochement entre ce geste et le mot stéréotypé. Doit-on dès lors envisager le néologisme comme une sorte de *tic de l'écriture* ? Je n'ai vu mentionner aucun cas de ce genre dans la littérature. Qu'il y ait entre le tic et la dictée une sorte d'adaptation utile — le mot cheville ayant rempli un rôle compensateur — ne nous étonne pas : nous savons qu'un tic diffère d'un mouvement choréique par son caractère primitivement adapté à un but.

A mon avis, il s'agit ici d'une impulsion graphique analogue aux impulsions verbales qu'on relève chez certains tiqueurs. Que la lenteur psychique, la difficulté de l'adaptation scolaire aient favorisé l'appel du tic en ce sens, il n'en faut pas douter. Il n'empêche qu'à tout prendre, étant donné l'état mental habituel du sujet et certaines habitudes stéréotypées, l'explication par tics est plus valable que l'explication par simple compensation.

En tout cas, ce tic graphique constitue une espèce rare qu'il m'a paru intéressant de relever.

***

Les troubles de l'écriture chez l'enfant épileptique et épileptoïde doivent être connus. Le problème est d'importance pour le pédagogue. Jusqu'à ce jour, à notre connaissance, les troubles de l'écriture chez l'épileptique n'ont été étudiés que lorsqu'ils se manifestent au cours de l'*absence*.

« Nous avons sous les yeux les cahiers de classe d'un enfant que nous avons longtemps suivi pour sa maladie épilepsie, et qui pris d'une absence au cours d'une copie ou bien d'une dictée, crispant sa main sur son porte-plume décrivait une arabesque bizarre faite de lignes droites ou contournées, partant du milieu d'un mot pour sillonner la moitié ou le tiers, ou la totalité de la page, toujours en montant. Puis le mot était repris à la lettre même dont partait ce zig zag et correctement écrit. L'enfant était lui-même surpris de retrouver ces dessins sur son cahier et ne savait s'excuser quand on lui faisait une remontrance. Son cahier était annoté par le maître de phrases comme celles-ci : « Devoir de bon élève mais pourquoi ces fantaisies ? » « Bon devoir mais je sévirai si ces excentricités continuent ». « Au bout d'un an, on songe à montrer l'enfant à un médecin. » (André Collin).

En dehors des absences qui, à un examen attentif, peuvent être remarquées même du pédagogue, il existe des troubles de l'écriture de nature épileptoïde. Ils se produisent le plus souvent du fait de la *lenteur psychique* habituelle à ces sortes d'enfants. Des mots, des phrases, sont omis dans une dictée. Il y a des discontinuités. L'enfant suit comme il peut au cours de l'exercice. Dans d'autres cas, il s'agit d'obnubilation intellectuelle.

Pendant la suspension intellectuelle qui passe pour de la distraction, ou bien l'enfant n'écrit rien et les « manques » sont plus importants que dans la simple lenteur, ou il écrit et il écrit n'importe quoi. Les mots sont transformés, les phrases n'ont plus aucun sens, puis la dictée reprend normalement. L'*obnubilation* a cessé. Le trouble ne se manifeste pas seulement dans la modification du fond de la phrase, il touche la forme. L'écriture est moins soignée, plus ou moins zigzagante.

Dans les observations de paralexie et de paragraphie, le phénomène est continu. Il est essentiellement intermittent dans les troubles épileptoïdes. Dans l'épileptoïdie, pendant les phases

d'obnubilation, on a nettement l'impression que le travail de la pensée est compromis. Tandis que dans les autres cas, c'est surtout la technique de l'écriture et de la lecture qui est atteinte (calligraphie et diction) sans préjudice pour l'élaboration de la pensée.

***

Il nous a paru utile d'exposer devant le praticien ces troubles scolaires de l'enfant, le médecin ayant à intervenir et ses soins donnant le plus souvent de très heureux résultats.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### Des contusions superficielles

M. J.-P. Tourneux

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

A la suite d'un accident survenu dans une exploitation minière de l'Ariège, nous avons reçu ces temps derniers dans notre service un certain nombre d'ouvriers qui, pris sous les éboulements, présentaient en divers points du corps des lésions traumatiques plus ou moins graves, mais qui se caractérisaient toutes par l'absence de solution de continuité au niveau de la peau. Il s'agissait chez ces blessés de *contusions* à divers degrés, et je tiens à profiter de cette circonstance pour consacrer cette leçon à l'étude de cette variété de traumatisme, qui présente pour vous un très réel intérêt, non seulement à cause de la fréquence avec laquelle vous serez plus tard appelés à l'observer, mais encore en raison de la gravité qu'elle arrive à acquérir dans certains cas.

Voyons tout d'abord ce que l'on entend sous le nom de contusion. On désigne sous ce terme une lésion traumatique déterminée par le choc d'un agent vulnérant quelconque, et caractérisée par une destruction plus ou moins profonde des tissus, s'accompagnant d'extravasation des liquides organiques, avec intégrité relative ou complète de la couche tégumentaire ; le foyer traumatique, plus ou moins étendu, et plus ou moins important, est donc toujours recouvert et masqué par un revêtement cutané ne présentant aucune solution de continuité, c'est là la véritable caractéristique de la contusion.

Ainsi que vous le comprenez facilement, pour que cette lésion puisse se produire, il faut l'association nécessaire de deux facteurs : d'abord un agent traumatique ou puissance, et ensuite un point d'appui ou résistance qui puisse empêcher les tissus de se soustraire à son influence.

La puissance, infiniment variable, est représentée le plus souvent par un corps extérieur, qui, tantôt offre un poids considérable et agit uniquement en raison de ce poids, tantôt n'est que de petit volume, mais doué d'une certaine vitesse, et vient épuiser sur les tissus qu'il frappe la quantité de mouvement qui l'anime. La contusion alors a lieu de dehors en dedans par passage d'une roue de voiture, par coup de bâton, par choc de pierre, de balle à la fin de sa course... etc. ; il en est de même pour d'autres corps tels que les liens qui produisent des contusions en exerçant une forte pression circulaire. Dans certains cas, au contraire, l'agent traumatique peut être interne, et la lésion s'effectue alors de dedans en dehors, c'est le cas d'un fragment osseux qui contusionne les parties molles.

La résistance est, elle aussi, fort variable : souvent, c'est le sol ou un corps extérieur quelconque sur lequel repose une partie du corps, tandis que la partie opposée est soumise à l'action du traumatisme, dans d'autres circonstances, c'est le squelette qui sert de point d'appui, et les parties molles sont alors prises entre lui et l'agent traumatique, parfois, ce sont les parties molles elles-mêmes, sous forme de muscle contracté ou d'aponévrose tendue, qui jouent le rôle de point d'appui.

L'action exercée par l'agent traumatique peut s'effectuer de diverses façons : elle est d'autant plus favorisée que sa direction est perpendiculaire à la surface frappée; quand elle devient oblique, comme les tissus ont une tendance naturelle à fuir devant l'agent vulnérant, il se produit plutôt des décollements que des écrasements.

Il est bien évident, que si d'un côté, la forme, les dimensions et la régularité du corps contondant sont autant de facteurs qui viennent modifier les caractères du foyer traumatique, de l'autre, l'inégale résistance des diverses parties du corps intervient également dans la production des lésions.

Les divers tissus de l'organisme n'offrent pas, en effet, la même cohésion, ne présentent pas une résistance égale à l'action des corps contondants, et c'est ce qui vous explique les différences profondes que l'on observe dans les lésions qu'éprouvent les divers tissus soumis à l'action d'un même corps contondant ; et si, en outre, vous n'oubliez pas qu'un os et qu'un muscle sont plus fragiles en certains points qu'en d'autres, vous arriverez à comprendre la raison de

ces altérations à distance, qui existent parfois très loin de la surface frappée.

En somme, tout le mécanisme de la contusion peut se résumer dans cette phrase de Velpeau « envisagée d'une manière abstraite, la contusion résulte de l'écrasement des couches organiques les moins solides contre celles qui, ayant une solidité plus grande remplissent à l'égard des autres le rôle du point d'appui. »

Du fait des contusions, les tissus éprouvent des lésions plus ou moins profondes, ce qui a permis d'en distinguer plusieurs degrés ; bien des classifications ont été proposées à ce sujet, je ne vous les énumérerai certes pas, et je me bornerai à vous exposer la plus classique, celle de Dupuytren (1839) qui, bien qu'un peu théorique, est admise par l'immense majorité des auteurs et qui répartit les contusions en quatre degrés. Ne perdez pas cependant de vue que la plupart du temps on ne trouve pas de divisions absolues, et que dans une même région traumatisée les diverses lésions peuvent être réunies d'une manière variable.

Le premier degré consiste dans une solution de continuité des petits vaisseaux de la peau et des lames cellulaires sous-jacentes, et dans une effusion de sang peu considérable qui produit une infiltration sanguine limitée, une ecchymose.

Le deuxième degré est caractérisé par la rupture des vaisseaux d'un calibre plus important, par une déchirure plus étendue des tissus, et par un épanchement d'une certaine quantité de sang ou hématome. J'ajouterai que c'est à ce degré qu'il convient de rattacher les épanchements traumatiques primitifs de sérosité et d'huile de Morel-Lavallée et de Gosselin, dont je vous indiquerai dans un instant la signification.

Dans le troisième degré, il y a une altération plus profonde des tissus, qui sont frappés de mort et voués à la gangrène, et dans le quatrième, on observe une attrition, une désorganisation complète, un écrasement de tous les tissus constitutifs de la région.

Examinons maintenant un peu plus en détail si vous le voulez bien, les caractéristiques de ces différents degrés.

*Premier degré.* — Lorsqu'un corps contondant n'agit que sur la peau, le tissu cellulaire et les muscles, il se produit uniquement une rupture du réseau capillaire sanguin et lymphatique, qui se traduit d'abord par une ecchymose apparente d'abord dans le point où a porté la contusion, mais qui ne tarde pas à s'étendre. Cette propagation de l'infiltration sanguine ne se fait pas uniformément dans tous les sens, elle suit généralement la direction des couches celluleuses ; elle est parfois retardée ou même empêchés dans son extension aux parties voisines par les aponévroses, aussi ne se voit-elle jamais dans les premiers jours qui suivent une contusion profonde. Ici donc pas de véritable foyer traumatique, pas de cavités renfermant des lambeaux de tissus déchirés, rien que de simples infiltrations sanguines et séreuses dans lesquelles on relève la présence de gouttelettes adipeuses provenant de la graisse écrasée.

Ces lésions, assurément des plus minimes, évoluent ordinairement vers une guérison rapide, les éléments contus reprenant leur vie ou se résorbant : ne considérez pas cependant cette terminaison comme la caractéristique des contusions du premier degré, car l'évolution d'une lésion traumatique ne dépend pas seulement de la profondeur de cette lésion, mais encore de l'état général du sujet, ainsi que de celui des systèmes vasculaire et nerveux de la région atteinte. Il est évident qu'une contusion portant sur une région variqueuse peut facilement se compliquer de thrombose et d'embolie, comme un foyer traumatique qui guérirait rapidement chez un individu sain peut se terminer chez un diabétique par de la gangrène.

*Deuxième degré.* — Ici le caractère essentiel consiste dans la destruction de la trame organique et dans l'épanchement d'une certaine quantité de sang : il existe par suite un véritable foyer traumatique, une cavité à parois irrégulières, anfractueuses, et dont le contenu est formé non seulement par tous les éléments détruits et mis en liberté par le traumatisme, mais encore par du sang. Dans certains cas, il s'agit d'une bouillie sanglante et noirâtre, mélange de sang coagulé, de lymphe, de graisses et d'autres tissus, dans d'autres, le traumatisme ayant été moins intense, seuls des petits vaisseaux ont été rompus, et on ne trouve que du sang dans la cavité. C'est ainsi que se constitue au milieu des parties molles, en pleine masse musculaire, ou sous la peau une poche sanguine, un hématome ; lorsque la collection siège au-dessus d'un os, crâne ou tibia, par exemple, elle vient faire une saillie beaucoup plus manifeste à laquelle on a donné le nom de bosse sanguine.

Ce foyer sanguin ne se trouve parfois constitué que par l'accumulation de quelques grammes de sang, et n'occupe qu'une étendue de quelques centimètres, d'autres fois, la quantité de sang est plus considérable et forme un vaste foyer : il n'est pas rare de trouver à la cuisse des foyers sanguins contenant 200 ou 300 grammes de sang et qui occupent une étendue de 15 à 20 centimètres.

Que va devenir cette collection sanguine qui par sa seule présence détermine sur les parois de la cavité une irritation se traduisant par une infiltration embryonnaire et une diapédèse

◆◆◆

abondantes. Ordinairement, surtout lorsqu'il est de petit volume, cet hématome disparaît complètement par résorption progressive, mais il peut egalement présenter d'autres évolutions atteignant à la fois contenu et contenant, et qui ont été particulièrement bien étudiées par Bezaucèle en 1878.

Le sang une fois coagulé, le sérum peut se résorber et le caillot former une masse poisseuse durcissant petit à petit et pouvant ultérieurement simuler un fibrome ou une exostose ; dans d'autres circonstances, ce sont au contraire les éléments figurés qui se résorbent, alors que le sérum persiste avec une coloration plus ou moins foncée, parfois même complètement transparente, constituant une sorte de kyste ; enfin le sang peut conserver tous ses caractères ordinaires et rester parfaitement liquide pendant plusieurs années.

De son côté, la paroi de l'hématome peut elle aussi subir des modifications, c'est ainsi que des vaisseaux de nouvelle formation peuvent apparaître à sa surface donnant lieu à de nouvelles collections sanguines ayant la même origine et la même signification que certains épanchements de la vaginale d'où leur nom d'hématocèles. La paroi peut encore devenir le siège d'une véritable prolifération embryonnaire analogue à du tissu sarcomateux, et même dans certains cas, lorsque l'hématome est à siège intramusculaire, elle peut donner naissance à du tissu osseux, point de départ de certaines variétés d'ostéomes musculaires.

Jusqu'ici je ne vous ai parlé que de l'évolution aseptique de ces collections sanguines, mais comme les altérations mêmes de ce foyer constituent une sorte d'appel pour l'infection, vous ne serez pas étonnés de voir souvent apparaître la suppuration et même la gangrène pour peu qu'il existe quelque prédisposition générale ou locale.

A côté des épanchements sanguins qui caractérisent le deuxième degré des contusions, se placent les épanchements traumatiques de sérosité et les épanchements traumatiques d'huile, dont je vous signalais l'existence il n'y a qu'un instant.

Les *épanchements de sérosité* déjà signalés par Pelletan (1810) et par Velpeau (1833) ont été particulièrement étudiés par Morel-Lavallée (1853) qui a décrit sous ce nom certaines collections succédant aux contusions et présentant les caractères suivants : il s'agit de tumeurs molles et fluctuantes entourées d'un bourrelet insignifiant incomplètement remplies par les liquides qu'elles contiennent, de sorte qu'il est très souvent possible d'appliquer à la partie centrale la paroi superficielle contre la paroi profonde. Si avec un trocart, on évacue le liquide, on trouve de la sérosité transparente parfaitement limpide ou légèrement rosée : par le repos ce liquide laisse déposer une masse rougeâtre constituée par des globules sanguins plus ou moins déformés, mais sans aucune trace de caillot.

Cet épanchement, dont la signification a été des plus discutées, et qui n'est autre chose, comme l'a montré Verneuil, qu'une lymphorragie se produit toujours dans des circonstances bien particulières : il ne se constitue que lorsque dans une région où la peau repose sur une aponévrose résistante, comme à la face externe de la cuisse, à la fesse, aux lombes, un agent traumatique vient frapper obliquement le tégument et le décolle en arrachant les connexions cellulaires qui le fixaient dans la profondeur. Il en résulte alors la formation d'une vaste cavité, d'abord irrégulière, mais dont les parois se régularisent bientôt par la prolifération cellulaire et la coagulation fibrineuse, et dans laquelle vient s'épancher lentement un liquide contenant des hématies, des leucocytes et des globules de graisse. Ces épanchements qui demandent toujours un temps considérable pour se résorber sont presque toujours situés sous la peau, cependant quelques auteurs, tels que Bonjean en ont signalé de profonds.

Quant aux *épanchements traumatiques d'huile* décrits par Gosselin (1870), ils sont caractérisés par la présence dans la cavité d'un liquide semblable à de l'huile, et dont l'origine doit être rapportée au tissu adipeux sous-cutané écrasé par le traumatisme. Ces collections, très rares du reste et dont la nature propre ne peut être reconnue qu'à la suite d'une ponction, disparaissent ordinairement par régression : certains auteurs se demandent si les gouttelettes graisseuses ne peuvent être reprises par les vaisseaux pour faire de véritables embolies graisseuses analogues à celles que l'on observe parfois à la suite des fractures.

*Troisième degré.* — La contusion du troisième degré est caractérisée par une altération profonde des tissus avec gangrène consécutive : toute la zone traumatisée est livide, froide, insensible, frappée de mort. Au-dessous d'une peau marbrée de plaques rouges et noires, et montrant bientôt des phlyctènes, il existe une cavité irrégulière à parois déchiquetées dans laquelle se trouvent, au sein d'une bouillie de muscles broyés, des extrémités de nerfs et de tendons déchiquetés, des vaisseaux rompus.

*Quatrième degré.* — Au quatrième degré, l'altération des tissus est telle que la vie y est immédiatement éteinte : la peau est froide, livide, les diverses parties constitutives de la région, muscles, vaisseaux et nerfs, sont écrasées, les os brisés, un membre peut ainsi être broyé dans toute son étendue.

Au point de vue de la symptomatologie, le tableau clinique, comme vous vous en doutez, ne peut évidemment que différer selon l'importance des lésions.

Dans la contusion du premier degré, les téguments offrent après le traumatisme une coloration très pâle, due à la paralysie des terminaisons vaso-motrices, à laquelle fait bientôt place, par suite de la vaso-dilatation, de la rougeur et parfois un peu d'œdème en cas de légère congestion inflammatoire. C'est aussi à ce moment que le blessé éprouve de la douleur assez vive, souvent cuisante, qui s'amende progressivement et disparaît au repos, mais qui tend à revenir au moindre contact ou au moindre mouvement.

Puis rapidement apparaît une ecchymose qui siège au point même de la contusion, si le traumatisme n'a porté que sur les régions superficielles : lorsqu'au contraire il s'agit d'une contusion profonde, l'ecchymose met plusieurs jours pour se montrer, car le sang doit franchir les différents plans anatomiques pour atteindre les téguments, et comme pour arriver à la superficie, étant gêné par les aponévroses, il est obligé de cheminer et de s'infiltrer le long des espaces conjonctifs, l'ecchymose peut par suite apparaître à une distance plus ou moins considérable du point contus.

L'ecchymose se présente d'abord comme une tache violacée bleuâtre, mais dans certaines régions dont la peau est extrêmement fine, comme aux paupières, au scrotum ou à la marge de l'anus, cette coloration est ordinairement extrêmement foncée presque noire, et ce n'est qu'à la périphérie que l'on trouve la teinte violacée ; elle est au contraire d'un rouge vif plus ou moins marqué à la conjonctive ce qui est dû à la minceur de la couche épithéliale, qui permet à l'hémoglobine de fixer l'oxygène de l'air.

Cette coloration perd bientôt de son intensité, puis elle change de nuance : à la teinte bleuâtre succède une nuance verdâtre, jaunâtre, puis enfin celle-ci disparaît elle-même ; ces divers changements, plus précoces à la périphérie qu'au centre de l'ecchymose, ne font que traduire les transformations successives subies par l'hémoglobine.

Au deuxième degré, on observe également de la pâleur de la peau suivie bientôt de rougeur, ainsi que de la douleur qui peut parfois acquérir une intensité suffisante pour entraîner de l'impotence fonctionnelle complète. Toutefois le symptôme le plus important et qui sert en quelque sorte de caractéristique, c'est l'épanchement sanguin, l'hématome.

Cet épanchement sanguin, qui se constitue rapidement, immédiatement après le traumatisme, se traduit par l'apparition d'une tumeur généralement globuleuse, presque indolente, tendue et rénitente, recouverte d'une peau à teinte bleuâtre peu prononcée. A la palpation, on reconnaît facilement qu'elle ne présente pas dans toute son étendue la même densité : on trouve, en effet, de la fluctuation nette dans toute la partie centrale, tandis que la périphérie est indurée sous forme d'un bourrelet faisant tout le tour de la poche, et qui est dû à la coagulation de la fibrine et à l'irritation du tissu cellulaire par le sang épanché. Si vous venez à exercer une pression assez forte sur les points qui montrent le plus de résistance vous obtiendrez une crépitation particulière un peu sourde, analogue à celle que l'on obtient en pressant entre les doigts de l'amidon réduit en poudre : c'est la crépitation sanguine, due à l'écrasement des caillots et qui ne se reproduit jamais plusieurs fois au même point.

Dans le cas de bosse sanguine, toujours plus saillante, voici ce que l'on observe : le centre de la tumeur, qui repose sur une surface osseuse, est mou et fluctuant, tandis que sa circonférence offre un bord dur, saillant inégal, simulant à s'y méprendre le bord d'une fracture avec enfoncement des fragments. Pour éviter toute erreur, il suffit de comprimer assez fortement pendant quelques secondes le relief que présente la base de la tumeur, et qui, formé par du sang infiltré dans les tissus sous-cutanés, s'affaisse rapidement, ce qui permet de constater que le crâne ne présente par lui-même aucune déformation.

Quant à l'épanchement traumatique de sérosité, il se présente avec un cortège symptomatique bien différent de celui qui accompagne les épanchements sanguins. La peau conserve sa teinte normale, c'est-à-dire qu'on n'y relève pas la coloration brune lie de vin qui appartient à la contusion. L'exsudation séreuse commence bien immédiatement après le traumatisme, mais elle est extrêmement lente : au début, la poche n'est pas tendue, elle paraît molle et semble ne renfermer qu'une quantité très faible de liquide, puis la tumeur augmente insensiblement de volume mais en s'étalant et non en devenant plus saillante.

Ordinairement, elle ne se remplit que très incomplètement, de sorte qu'elle est comme tremblotante et qu'il est nécessaire d'accumuler le liquide dans une de ses parties pour mettre en évidence la fluctuation. A la périphérie de la tumeur, il existe parfois un peu d'induration, mais rien qui ressemble au bourrelet de l'hématome, et la pression ne peut jamais mettre en évidence la moindre crépitation.

La résorption de cet épanchement de sérosité est toujours extrêmement lente, et l'on a cité des cas qui avaient nécessité de longs mois avant de disparaître complètement.

Dans la contusion du troisième degré, les tissus sont frappés de mort : la peau peut présenter différents aspects, tantôt elle est pâle, livide et froide, tantôt elle est recouverte de marbrures. Au-dessous d'elle, on note la présence d'un épanchement plus ou moins considérable, sorte de masse fluctuante ou mollasse, où l'on retrouve par places la crépitation sanguine.

Très rapidement, le sphacèle des téguments se met à s'accuser, l'épiderme se dessèche ou bien est soulevé par des phlyctènes, la peau prend une coloration noirâtre caractéristique et un sillon d'élimination vient limiter l'étendue de l'escarre.

Lorsqu'il n'y a pas d'infection, la guérison survient très lentement par cicatrisation de la plaie, dans le cas contraire, les accidents les plus graves sont à redouter, ce foyer de tissus mortifiés constituant un excellent terrain de culture microbienne.

Quant au quatrième degré, qui se caractérise par un écrasement un broiement de tout un segment de membre ce qui domine surtout, c'est l'état général du blessé. Ce ne sont pas tellement les broiements osseux, les ruptures musculaires, vasculaires et nerveuses qui importent, que le choc avec son insensibilité et sa résolution musculaire complète.

Le sujet est pâle, le corps couvert de sueurs froides, le pouls est petit, filiforme, la température est abaissée, et souvent la mort survient sans que la torpeur se soit dissipée. Dans les cas plus favorables, le blessé se réchauffe, la sensibilité reparaît, le pouls se relève avec la température, mais la situation reste toujours grave, par suite de l'étendue des désordres anatomiques et des complications redoutables qui ne surviennent que trop fréquemment en pareils cas.

Le pronostic des contusions est, comme vous le comprenez aisément, des plus variables. D'une manière générale, la gravité de la lésion est en rapport avec le degré de la contusion, mais il diffère encore suivant la nature des tissus lésés : ainsi tout autre sera le pronostic d'une contusion musculaire et celui d'une veine pouvant s'accompagner de thrombose et d'embolie, ou encore celui d'une artère capable d'amener par sa rupture, des hémorragies dans les tissus cellulaires et la gangrène du membre. On peut également observer à la suite de la contusion des nerfs des troubles sensitifs ou moteurs et quelquefois même des troubles du système nerveux central.

Quant à l'ictère, que l'on voit survenir à la suite des contusions s'étant accompagnées de vastes épanchements sanguins, et qui, se limitant presque toujours à la sclérotique et aux téguments de la face, peut cependant se généraliser, il n'entraîne aucune aggravation de pronostic ; il s'agit là uniquement d'une des variétés des ictères hémophéïques de Gubber, dû à la résorption au niveau de l'hématome des matières colorantes du sang, versées dans le torrent circulatoire.

En dehors des accidents plus ou moins immédiats, parmi lesquels il convient de citer tout particulièrement les complications infectieuses, le pronostic des contusions comporte encore la possibilité d'accidents consécutifs à longue échéance ; elles peuvent en effet devenir le point de départ de néoformations malignes, sarcomes ou épithéliomas, et plusieurs de vos maîtres ont assez récemment rapporté un certain nombre d'observations dans lesquelles l'origine de la tumeur devait être attribuée à un traumatisme.

Le diagnostic des contusions est la plupart du temps assez facile.

Lorsqu'il s'agit d'une ecchymose immédiate, le seul point à déterminer est de se rendre compte si elle ne s'est pas produite spontanément, soit à la suite d'une altération du sang ou des vaisseaux, soit encore à la suite d'efforts violents qui, dans certains cas, causent des ecchymoses particulièrement au niveau de l'orbite. L'ecchymose tardive est au contraire un symptôme caractéristique d'une lésion profonde, osseuse ou autre, qui, comme je vous l'ai déjà signalé, peut apparaître à une distance plus ou moins grande du foyer traumatique.

Quand vous vous trouverez en présence d'un épanchement liquide, vous pourrez tout d'abord hésiter entre un hématome et un épanchement séreux. Souvenez-vous que l'épanchement sanguin qui apparaît immédiatement après le traumatisme possède tout un ensemble de caractères très précis que je vous ai déjà énumérés, et qui rendent son diagnostic des plus faciles. Vous ne confondrez pas la crépitation particulière des caillots sanguins, avec la crépitation des fractures plus grossière et plus drue, ni avec la crépitation, fine et neigeuse de l'emphysème : elles se reproduisent indéfiniment tandis que la crépitation sanguine cesse dès que les caillots ont été écrasés.

L'épanchement traumatique de sérosité qui se forme lentement, et qui ne donne pas de crépitation, est représenté par une tuméfaction peu tendue, offrant la sensation de flot, sans bourrelet périphérique, symptômes bien différents de l'hématome qui se caractérise par une poche, tendue, rénitente, encerclée par un bourrelet, plus ou moins marqué.

Il n'en est pas de même pour les épanchements huileux, car, sauf la crépitation, leurs symptômes sont les mêmes que ceux des épanchements sanguins ; aussi, dans les quelques cas observés, avait-on toujours pensé à l'existence

d'une collection sanguine, et seule la ponction permit de faire le diagnostic.

La question devient beaucoup plus délicate lorsqu'il s'agit d'une contusion du troisième ou du quatrième degré, et seul l'examen minutieux de tous les éléments constituants de la région vous permettra de préciser ce diagnostic. C'est ainsi que l'examen des téguments, de leur couleur, de leur irrigation, vous permettra de vous rendre compte de l'état de leur vitalité ; de même l'examen du système musculaire, vous montrera en cas de troubles apportés à leur fonctionnement qu'il existe des lésions au niveau des muscles. L'étude de la sensibilité et de la motricité par la constatation d'anesthésie ou de phénomènes paralytiques, indiquera des lésions des nerfs, comme l'absence du pouls au delà du foyer traumatique, et l'abaissement de la température locale vous révéleront la lésion d'un gros vaisseau.

Le diagnostic devient plus difficile encore lorsque la contusion a atteint une région articulaire ; il est parfois presque impossible de différencier une contusion de la hanche d'une entorse, ou d'une fracture limitée et c'est alors grâce à l'examen des mouvements spontanés ou provoqués, de l'attitude et de la longueur des membres, et surtout à la radiographie que vous arriverez à éviter une erreur.

Au point de vue du traitement, l'ecchymose ne réclame pas en général de thérapeutique active : il n'y a rien à faire, à moins que les phénomènes douloureux ne soient trop intenses, dans ce cas vous pourrez employer avec succès des compresses humides ou l'immersion dans de l'eau très chaude.

Dans les épanchements sanguins votre conduite devra différer suivant l'importance de la collection ; s'il s'agit d'un épanchement peu volumineux, bornez-vous à faire de la compression. En appliquant sur la bosse sanguine un bandage un peu serré, vous répartirez le liquide sur la plus grande surface possible et vous en faciliterez ainsi la résorption ; lorsqu'elle est bien faite la compression amène en quelques jours la disparition du liquide épanché et l'accolement des parois de la cavité. Mais n'oubliez jamais de bien surveiller la peau qui recouvre l'hématome de manière à éviter le sphacèle où les accidents infectieux.

Quand il s'agira d'un épanchement plus considérable, la ponction évacuatrice vous rendra de grands services ; cependant souvenez-vous bien que vous ne pourrez évacuer que la partie liquide de l'hématome, et que le bourrelet persistera encore pendant quelque temps. Dans certains cas, même, surtout s'il s'agit d'un vieil hématome, toute évacuation par ponction sera impossible, par suite de l'épaississement et de la transformation des parois de la poche : il faudra alors ouvrir le foyer, évacuer son contenu et ne pas hésiter à énucléer comme une véritable tumeur les masses scléreuses.

Dans les épanchements traumatiques de sérosité, une compression large constitue le meilleur traitement ; mais souvent ces collections séreuses n'ont aucune tendance à se résorber. Vous serez alors autorisés à faire des ponctions, suivies d'injections iodées faibles dans les cas particulièrement rebelles, mais en continuant toujours une compression énergique.

Enfin dans les contusions des troisième et quatrième degrés, il existe toujours des lésions profondes et plus ou moins étendues, au niveau des vaisseaux, des nerfs et des muscles, il est bien évident que dans ces cas, il faudra recourir à des interventions diverses, sur lesquelles, je ne puis insister ici. Il faudra autant que possible vous attacher au traitement conservateur, et ne recourir à l'exérèse du membre que si tout espoir de conservation doit être abandonné.

## LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

### Ce qu'il faut faire en présence des anomalies de la contraction utérine durant la période de dilatation

D'après le Professeur Cyrille JEANNIN (1)

*« Si l'accoucheur est bien loin encore d'être « maître de l'heure » durant la période d'ampliation cervico-segmentaire, de ce que l'on dénomme en pratique la période de dilatation, il n'en reste pas moins que bien des anomalies de cette période peuvent être artificiellement corrigées grâce à des méthodes, dont l'emploi nécessitera, comme condition essentielle, la plus extrême prudence ».*

La période, dite de dilatation, comprend, en effet, l'effacement du col, l'ampliation du segment supérieur qui en est la résultante, et l'ouverture du col.

Le problème est le suivant : *tant que la femme est en train d'amplier son canal cervico-segmentaire,* en d'autres termes de faire disparaître l'obstacle, qui s'oppose à la sortie du fœtus hors du col utérin (avant le passage du diaphragme pelvien, qui constitue l'accuchement proprement dit), *peut-on faire quelque chose pour lui faciliter ce travail,* et en abréger la durée ?

Actuellement, on peut répondre par l'affirmative.

Pendant longtemps, on s'est trouvé démuni dans la circonstance ; d'une part, en effet, on n'avait à sa disposition que des méthodes médicamenteuses illusoires ; d'autre part, on cherchait dans une voie interventionnelle une solution qui, la plupart du temps, ne pouvait être obtenue qu'au prix de dangereux sacrifices. La médication ocytocique se résumait, inefficace, dans l'usage du sirop de sucre et de la quinine ; la médication calmante reposait sur l'emploi des grands bains chauds, dont le résultat était plus psychique que réel. Ensuite, les méthodes directes se proposant pour but la dilatation forcée du col, soit à l'aide de l'excitateur Tarnier, soit à l'aide de ballons, n'entraînaient que trop souvent des lésions traumatiques cervico-segmentaires, et plus souvent de l'infection.

On jugeait donc plus prudent de laisser agir la nature. Mais, aujourd'hui on est loin d'être désarmé en présence des anomalies de l'ampliation cervico-segmentaire, grâce à une thérapeutique mieux comprise, d'une part plus puissante comme agents médicamenteux, d'autre part plus réservée dans l'emploi des agents mécaniques.

Il faut envisager le problème sous trois faces : excès, défaut ou perversion des contractions utérines, sans oublier que ces trois anomalies peuvent se combiner, se succéder, si bien que, par exemple, une période de désespérante inertie fera suite à une période, où le travail paraissait devoir brûler les étapes.

#### 1° Les contractions utérines sont en excès

*Les contractions utérines sont trop puissantes, trop lonques, trop fréquemment répétées, ne laissant pas au muscle les périodes de repos qui lui sont nécessaires, et troublant plus ou moins gravement l'hématose fœtale.*

*Chez une multipare*, à tissus souples, à parties molles complaisantes, chez laquelle la dilatation ne demande qu'à se compléter rapidement : laisser aller les choses, sous le contrôle vigilant de l'auscultation fœtale. S'il y a cependant excès de douleurs, donner du chloroforme « à la reine », c'est-à-dire administré seulement au commencement de la contraction. Se méfier toujours, en pareils cas, de l'extrême brièveté de la période de dilatation.

*Chez une primipare*, dont les tissus ne seront pas souples comme ceux d'une multipare, craindre l'action néfaste des contractions en excès, car il faut habituellement s'attendre à un travail plus prolongé. Comment calmer l'action subintrante du muscle utérin, qui n'a pas le temps de se reposer ? Le laudanum est d'action trop lente, souvent il n'est pas conservé par l'estomac, qui trop souvent entre aussi en contraction. La morphine a été employée avec succès ; mais elle est mal tolérée par le fœtus (naissance en état de mort apparente et fréquemment, mort consécutive) ; en tout cas, il ne faut pas dépasser la dose de 1 à 2 cent. cubes, et ne pas en user trop près du moment où l'on pense que le fœtus va naître.

M. C. Jeannin préfère la spasmalgine, en injection intramusculaire d'un centicube, dès qu'il est bien établi que les contractions douloureuses sont excessives, la dilatation du col étant loin d'être complète : les contractions se régularisent ; loin d'arrêter la dilatation, ce médicament la facilite grandement ; celle-ci, qui

(1) Cyrille JEANNIN. — De la conduite à tenir en présence des anomalies de la contraction utérine durant la première période du travail. (*Paris médical*, 19 décembre 1931.)

paraissait s'éterniser aux environs de 2 ou 3 cm. devient souvent complète en très peu de temps. Quand, au bout de 2 ou 3 heures, l'effet s'arrête, on fait une deuxième piqûre.

Lorsque la dilatation atteint à peu près une paume de main, on associe à la spasmalgine le chloroforme suivant le mode indiqué.

**2° Les contractions utérines sont en défaut**

*L'utérus, atteint d'inertie primitive plus ou moins complète, ne se contracte plus que faiblement, trop rarement, et non d'une façon progressive dans la force, la durée et le rapprochement des contractions, ainsi qu'il devrait en être normalement.*

Il s'agit ici de l'*inertie primitive*, bien différente de l'inertie secondaire d'un utérus fatigué vers la fin du travail.

Si la femme n'est pas réellement en travail, s'il s'agit d'une de ces fausses alertes si fréquentes vers la fin de la grossesse, ou si le travail n'est qu'à son début (col incomplètement effacé, membranes intactes), s'abstenir est la seule conduite logique.

Quand, par contre, le travail, nettement en cours, tend à s'éterniser, surtout si, l'œuf étant ouvert, on redoute la possibilité d'une infection amniotrique, il faut accélérer le travail.

Sauf indication très spéciale, s'abstenir de moyens mécaniques n'agissant que sur le canal cervico-segmentaire.

Actuellement, l'*hypophyse* est un ocytocique puissant ; mais pour éviter des accidents, tels que la rupture de l'utérus, on ne l'emploiera qu'à bon escient.

*Chez une multipare*, quand l'ampliation cervico-segmentaire est nettement en train, on fera une injection intra-musculaire d'un tiers de centicube d'hypophyse, injection qui pourra être répétée au bout de trois quarts d'heure à une heure. Très fréquemment la dilatation se complétera en peu de temps, et l'inertie prendra fin.

*Chez une primipare*, on courrait grand risque d'employer l'hypophyse, alors que le col n'est pas complètement effacé, que l'ampliation cervico-segmentaire n'est qu'à peine ébauchée ; des doses trop faibles resteraient inefficaces ; des doses trop fortes entraîneraient la contracture utérine, le pire danger. Il faut recourir à ce médicament assez tard, alors que *le segment inférieur est bien amplié, bien mince et le col complètement effacé, déjà partiellement dilaté.* Si, toutefois, l'action de l'hypophyse paraissait trop brutale, on pourrait la modérer par la spasmalgine ou le chloroforme. Cette combinaison de médicaments est féconde en succès, l'un renforçant la contractilité utérine, l'autre combattant la résistance cervico-segmentaire. On peut les employer alternativement, ou simultanément, injectant en une seule fois le contenu d'une seringue chargée d'un centicube de spasmalgine mêlé à un tiers de centicube d'hypophyse.

*Faut-il rompre la poche des eaux, quand elle semble mettre obstacle à la progression du travail ?* Oui, s'il s'agit bien entendu d'une présentation verticale, et surtout si la poche est un peu volumineuse. Mais, si l'on se trouvait en présence d'un fœtus mal accommodé, et surtout d'une présentation de l'épaule, pareille manœuvre serait absolument à proscrire.

On n'oubliera pas que parfois *la force utérine* est mal aiguillée parce qu'elle *est dirigée à faux*, quand, par exemple, *le col est dirigé vers le promontoire* : une fois reconnue, cette cause de dystocie est élémentaire à corriger ; il suffit d'aller chercher le col là où il se trouve, pour le ramener en avant, et l'y maintenir avec le doigt jusqu'à ce que les médicaments aient eu le temps d'agir. Bien souvent on aura l'agréable surprise de voir se terminer rapidement une dilatation, qui traînait en longueur.

**3° Les contractions utérines, douloureuses, s'ébauchent, mais ne partent pas**

*Les contractions sont plus douloureuses qu'efficaces ; elles s'ébauchent, mais ne partent pas, et, de ce fait, ne font pas progresser le travail.*

Elles sont pénibles, énervantes plutôt que douloureuses, semblant siéger dans les reins ; la parturiente répète qu'elle sent que son travail n'avance pas, qu'elle souffre pour rien ; d'où son agitation, son indocilité.

Si, en pareils cas, l'utérus est un peu déficient, il s'agit surtout d'une présentation restant élevée, et de ce fait incapable de jouer son rôle de dilatateur mécanique du canal cervico-segmentaire. C'est donc le fait des occipito-postérieures, des présentations pelviennes, *a fortiori* des présentations de l'épaule.

Il faut avant tout régulariser le travail, et c'est en s'adressant aux calmants que l'on a le plus de chance de succès. Les longs bains chauds, l'opium sous forme de laudanum, le chloral, voire même l'aspirine ou ses succédanés ont donné d'heureux résultats. Mais la spasmalgine, administrée comme il a été dit, semble la plus efficace : « En procurant à la femme une sédation nerveuse se traduisant par un sommeil réparateur, en régularisant le travail de l'utérus, la spasmalgine procure dans bien des cas les plus heureux succès ». Son action paraît surtout bienfaisante, quand on se trouve en présence d'un spasme cervical.

Quand l'élément spasme est vaincu, la dilatation suffisamment avancée, il est parfois indiqué d'associer l'hypophyse à la spasmalgine suivant la technique, qui a été décrite précédemment.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Diagnostic des diarrhées chroniques

MM. Ch. GARIN et HUTET définissent la diarrhée, une évacuation trop rapide de selles trop liquides, avec persistance de ce phénomène anormal. Il y a donc accélération de la traversée digestive, et surtout colique, et hypersécrétion intestinale.

Et, en effet, dans la dysenterie, qui n'est pas une diarrhée, il n'y a pas accélération de la traversée colique ; il y a inflammation de la partie terminale du gros intestin. On éliminera les fausses diarrhées, qui ne sont que des formes de constipation alternée.

Les auteurs distinguent :

1° Les diarrhées secondaires, dans lesquelles la paroi intestinale ne joue qu'un rôle secondaire au cours de l'affection causale (urémie, néphrites latentes, aortite abdominale, maladie de Basedow, insuffisance surrénale, cirrhose du foie, tabès).

2° Les diarrhées primitives ou digestives, qui se divisent suivant que la paroi intestinale présente, ou non, des altérations, en deux groupes : *a)* diarrhées lésionnelles (cancer, tuberculose, parasites intestinaux, colite, appendicite chronique, actinomycose intestinale) avec les diarrhées toxiques, médicamenteuses, anaphylactiques et réflexes ; *b)* les diarrhées fonctionnelles (insuffisance de la sécrétion gastrique, troubles de la sécrétion biliaire, troubles pancréatiques, diarrhées de fermentations et diarrhées de putréfaction). (*Lyon médical*, 20 et 27 septembre 1931.)

### Les dystrophies inapparentes.

L'étude des dystrophies inapparentes ne fait que commencer, dit le Prof. G. MOURIQUAND. Ces dystrophies existent à l'état latent, et ne se manifestent par aucun signe connu ; elles peuvent demeurer longtemps à ce stade, toujours même, si un facteur révélateur n'intervientpas pour les extérioriser.

Elles ont une grande importance, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Leur notion est, actuellement, surtout liée à celle de déséquilibre, de carence alimentaire, mais elle doit s'étendre à un plus large domaine. Elle rend compte de faits cliniques, jusqu'ici inexpliqués, et, dans certains cas, permet une prophylaxie, singulièrement précoce, du déséquilibre nutritif, qui, laissé à son évolution, aboutirait à des troubles, à des lésions parfois irréparables. (*La Presse médicale*, 19 septembre 1931.)

### A propos de trois cas de parotidite grippale.

MM. VILLARET et GUILLAIN mettent, à ce propos, en évidence le fait qu'au cours d'une épidémie de grippe, même banale comme celle de l'hiver dernier, on peut voir réalisé dans certains cas un état d'anergie considérable de l'organisme, qui se traduit ultérieurement par l'évolution de lésions plus graves (tuberculose, etc.). (*Gazette des hôpitaux*, 21 octobre 1931.)

### Sur le diagnostic entre ramollissement et tumeur cérébrale.

D'après l'étude de MM. BARRÉ, METZGER et MASSON, tumeur et ramollissement peuvent avoir des signes identiques ; mais la tumeur en possède parfois quelques-uns de plus ; il s'agit de signes, légers sans doute, mais qui peuvent avoir une grande valeur pour le diagnostic différentiel. La ventriculographie tend à mettre en évidence par la vue directe un déplacement des cavités ventriculaires, qui existe dans la tumeur et fait défaut dans le ramollissement.

D'autre part, on peut soupçonner par des moyens cliniques qu'il y a compression de l'hémisphère sain par celui qui contient la tumeur, alors que les signes de compression hétérolatérale font défaut dans le ramollissement.

A la période initiale, ce qui paraît plus particulier à la tumeur qu'au ramollissement, c'est la céphalée quand elle a un caractère durable, qu'elle soit localisée en un point ou diffuse ; c'est aussi l'existence de crises jacksoniennes et de phénomènes irritatifs initiaux. Il y a peut-être lieu aussi d'attacher une certaine importance à une hypertension du liquide céphalo-rachidien, même légère, associée à des signes de ramollissement ou de tumeur, pour faire pencher l'opinion en faveur de cette dernière hypothèse. Contrairement à ce qui se passe pour le ramollissement, dans la tumeur, après un ou deux épisodes parétiques, annoncés souvent par des accidents irritatifs, on voit les phénomènes se reproduire, s'étendre et durer pour progresser irrégulièrement, mais sans rémission très notable : crises jacksoniennes, céphalées, vomissement, accentuation des phénomènes paralytiques.

A la période d'état, où la torpeur intellectuelle et l'abandon des sphincters sont communs à la tumeur et au ramollissement qui s'aggrave, l'existence d'une agitation continuelle, ou presque, des membres et de tout le corps, l'apparition

de gestes répétés de grattage de la peau et des organes génitaux, de mouvements brusques ou lents, ou athétosiformes, bilatéraux, des membres sont en faveur d'une tumeur ; la nuit, au cours d'un sommeil calme, il arrive que les malades ont des crises convulsives généralisées ; puis apparaissent des modifications objectives du côté indemne jusque-là ; hyperéflexie tendineuse, diminution ou abolition des réflexes abdominaux, et surtout présence d'un Babinski, qui est alors bilatéral pour une lésion qu'on avait pu supposer précédemment unilatérale. Ces troubles du côté sain, qui sont trop rarement recherchés, paraissent avoir un très réel intérêt. C'est à cette période que se manifeste d'ordinaire l'hypertension cranienne, dont la stase papillaire constitue le signe le plus typique. (*Paris médical*, 3 octobre 1931.)

### Les algies faciales; types cliniques et indications thérapeutiques.

En présence d'une algie faciale, il importe, précise le Dr R. TAHUREL de déterminer exactement, par un examen séméiologique minutieux, à quel type clinique on a affaire : névralgie du trijumeau, algies symptomatiques de lésions du trijumeau, algies faciales sympathiques, conséquences réflexes d'une lésion irritative périphérique.

I. La névralgie du trijumeau, névralgie faciale essentielle, ne survient guère qu'après la quarantaine. Elle se présente et évolue toujours de la même manière. La douleur est intermittente, et c'est là le caractère essentiel. La douleur, tout au moins au début, est toujours limitée à une ou deux branches du trijumeau ; c'est graduellement, qu'elle acquiert toute sa violence ; puis, à titre d'épiphénomènes, se produisent des manifestations associées, motrices et sympathiques, homolatérales : spasme facial, troubles sympathiques vasomoteurs. Enfin, les éléments douloureux se produisent de façon fort irrégulière, spontanés ou provoqués par les mouvements (mastication, paroles).

L'examen est négatif, hors la constatation d'une douleur à la pression, au point précis d'où partent les élancements. La sensibilité cutanée et muqueuse (téguments, cornée), n'est aucunement diminuée. La névralgie faciale tend à se perpétuer et à s'aggraver. Après avoir vérifié les signes précédents, s'il n'existe aucun autre signe objectif, on ne s'attardera pas à la recherche de causes hypothétiques ; on n'arrachera pas l'une après l'autre toutes les dents du côté douloureux ; on ne s'acharnera pas sur les sinus. Les traitements médicamenteux et physiothérapiques ne donnent guère que des améliorations passagères, alors que la guérison complète peut être obtenue d'urgence par la destruction du nerf : alcoolisation ou neurotomie rétro-gassérienne.

C'est l'injection d'alcool à 90°, facile lorsqu'il s'agit des branches (frontal, sous-orbitaire, mentonnier) que l'on atteint aisément à leur émergence ; il n'en est plus de même pour des branches profondes, ou lorsqu'on risque de faire pénétrer l'alcool dans une artériole ; il faut alors alcooliser les troncs nerveux à leur émergence des trous de la base du crâne. Aussi la pratique de l'alcoolisation nécessite-t-elle une longue expérience, car il importe de réussir d'emblée et de ne déterminer aucun accident.

II. Si une atteinte lésionnelle du trijumeau se manifeste (très précocement, parfois) par des signes objectifs, en particulier par une hypoesthésie cutanée et muqueuse, le diagnostic devient plus délicat ; relativement facile en cas d'une lésion de voisinage comprimant le nerf, il est plus difficile si la lésion est directe et frappe, de façon élective, le trijumeau (à moins d'une affection évidente comme le zona). C'est alors la lésion causale (syphilis, diabète, syringomyélie) qu'il faut traiter.

III. Les algies sympathiques pures, sans hypoesthésie dans le domaine du trijumeau, peuvent être sous la dépendance de lésions irritatives périphériques ; mais, si celles-ci ne sont pas évidentes, il ne faut pas en découvrir à tout prix, au risque de donner une autonomie à des manifestations qui ne sont que secondaires, et de faire une série d'intervention tout au moins inutiles. Si la cause nous échappe, nous ne sommes pas désarmés ; ici on agit, non pas sur le trijumeau pour le détruire, mais directement sur le sympathique céphalique, en particulier sur le ganglion sphéno-palatin.

Et, si par hasard, à l'algie se surajoute un élément mental, ce n'est pas en abandonnant le malade à son sort, qu'on en atténue le développement ; l'action, pourvu qu'elle ne soit pas intempestive, constitue la meilleure psychothérapie. (*Le Journal médical français*, octobre 1931.)

### Sur la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire et sur son traitement.

Le Dr J. PIQUET précise pour quelles raisons le traitement de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire doit être envisagé d'une façon différente, suivant que l'on a affaire à un enfant ou à un adulte. Dans l'enfance, l'immobilisation suffit ordinairement à assurer la guérison, tant anatomique que clinique. Au contraire, chez l'adulte, le traitement doit être essentiellement chirurgical. Mais, dans les deux cas, la cure héliomarine est le complément indispensable du traitement. (*La Pratique médicale française*, octobre 1931 B.)

**Les hémorragies digestives des cirrhoses latentes ou méconnues.**

Les hémorragies digestives sans ulcération de la muqueuse ne sont pas rares. MM. MERKLEN et ISRAEL rappellent que le foie peut être en cause, sans qu'aucun symptôme clinique ne permette de l'incriminer. Il faut insister ici sur le rôle des scléroses hépatiques latentes dans leur évolution et leurs manifestations cliniques.

Les auteurs rapportent deux observations d'hématémèses mortelles, dont les unes consécutives à une sclérose hépatique difficile à reconnaître cliniquement et qui avait provoqué de fortes varices œsophagiennes, les autres, à une cirrhose avérée, qui ne s'était révélée par aucun symptôme.

Ainsi, certaines hémorragies digestives doivent se lier à des états hépatiques latents ou atténués dans leurs symptômes, devenant ainsi les manifestations émergentes de la lésion du foie. Il convient d'y songer, comme on songe à un ulcère duodénal, ignoré jusqu'au jour où il saigne. Lorsque les hémorragies sont modérées, elles cèdent, et leur nature s'affirmera tôt ou tard avec la marche ultérieure de la maladie. Il n'est pas rare, d'autre part, qu'il s'agisse d'hémorragies assez redoutables par leur répétition ou leur abondance pour emporter le malade.

Pour dépister la cause de ces hémorragies, il faut penser au foie, et rechercher avec méthode, puisque les grands signes font défaut, la présence de petits signes hépatiques, notamment de ceux d'ordre vasculaire, distension des capillaires cutanés, varicosités, taches rubis ou encore purpura et ecchymoses. On devra s'enquérir d'épistaxis antérieures, de l'éthylisme, de troubles digestifs, d'une légère teinte subictérique de la peau ou des conjonctives, d'une urobilinurie ou d'une cholurie discrète. Les œdèmes des membres inférieurs qui ne se rattachent à rien de cardiaque ou de rénal donnent aussi l'éveil ; de même pour la splénomégalie, l'hépatomégalie. On recherchera encore l'hyperbilirubinémie, si courante dans les cirrhoses et si utile pour le diagnostic. (*Gazette des hôpitaux*, 7 octobre 1931.)

**Quand et comment faut-il employer l'auto-hémo-lysothérapie intradermique ?**

Le Dr WEISSENBACH a décrit sous ce nom un procédé de traitement, qui consiste à injecter dans le derme de petites quantités de sang laqué (hémolysé par l'addition d'éther sulfurique et agitation lente au contact de perles de verre), provenant du malade lui-même. Il en décrit avec détails le mode de préparation et d'injections avec échelonnement.

Les affections avant tout justiciables de la méthode sont les suivantes :

1° Les eczémas vrais, diathésiques, d'origine interne ;

2° Les dermites eczématiformes, non microbiennes, d'origine externe, du groupe des dermites de sur-sensibilisation chez les prédisposés, dermites des laveuses, dermites professionnelles, etc.

3° Les prurits, spécialement les prurits symptomatiques ou équivalents des dermatoses précédentes, les prurits avec eczématisation et lichénification.

Appliquée dans ces conditions, l'auto-hémolysothérapie intra-dermique présente les avantages suivants :

1° La méthode offre, dans une certain nombre de dermatoses, une plus grande efficacité que les autres méthodes d'hémothérapie. Il y a donc intérêt à l'employer dans ces cas avant les autres procédés d'hémothérapie, auxquels on n'aura recours qu'en cas d'échec de celle-ci.

2° En dehors de son efficacité, elle présente certains avantages d'application qui ont leur intérêt pour le patient. Elle ne nécessite, en effet qu'une seule ponction veineuse et les injections intradermiques de petites quantités de sang sont, habituellement, mieux supportées et n'entraînent pas la douleur et l'impotence fonctionnelle, que comportent souvent les infections sous-cutanées ou intra-musculaires de grandes quantités de sang. (*L'Hôpital* A, octobre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Fièvre exanthématique et typhus.

(M. Roux. — *Académie de médecine* ; 9-2-1932.)

A propos d'une communication de MM. Plazy et Germain, M. Roux remarque qu'à son avis il y aurait avantage à renoncer au terme de fièvre exanthématique qui prête à confusion. Ce nom a été donné par MM. Piéri et Olmer à une affection observée à Marseille et rappelant le typhus exanthématique. Le virus de cette maladie est différent de celui du typhus et il a été reconnu que la fièvre marseillaise était identique à la fièvre boutonneuse observée depuis longtemps à Tunis. Il conviendrait de s'en tenir pour cet état morbide au nom de fièvre boutonneuse. On ne parlerait plus, dans ces conditions, de fièvre exanthématique mais de typhus exanthématique ou de fièvre boutonneuse méditerranéenne.

### Sur l'évolution et le traitement du diabète.

(M. Marcel Labbé. — *Académie de médecine* ; 9-2-1932.)

M. Marcel Labbé a organisé spécialement pour le traitement du diabète son service de la Pitié. Pendant l'année 1930 il a pu suivre dans les salles et à la consultation 450 diabétiques dont 136 hospitalisés.

Les malades diabétiques non hospitalisés reçoivent à la consultation des indications aussi complètes que possible, qui leur sont données par l'assistante sociale. On leur apprend à calculer leur régime, à peser leurs aliments, à examiner quotidiennement leurs urines (recherche de la glycosurie, de la réaction de Gerhardt) et à se faire des injections d'insuline. Au besoin, l'assistante sociale se rend à leur domicile.

Par le traitement et ces conseils, non seulement les sujets atteints de diabète bénin équilibrent leur santé, mais ceux qui sont atteints de diabète grave peuvent aussi, bien des fois, recouvrer une santé suffisante pour reprendre le travail qu'il avaient dû abandonner.

Malgré tout, les diabétiques restent exposés à bien des complications et offrent un contingent très élevé de décès. Ainsi, en un an, 37 des 450 diabétiques du service de M. Labbé ont succombé.

La tuberculose pulmonaire est pour ces malades la grande cause de mort ; elle fournit le quart des décès. Le coma diabétique et le mal de Bright avec urémie viennent ensuite. Depuis la cure insulinique, le coma diabétique est moins redoutable qu'autrefois ; il peut souvent être évité ou guéri. Le mal de Bright chez les diabétiques est grave. Lorsqu'il y a association des deux affections, le principal danger vient beaucoup plus de la néphrite que du diabète, et il y a plus à s'inquiéter de l'azotémie et de l'hypertension que de l'acétonurie qui est rarement intense.

Autres causes de mort chez le diabétique : les cirrhoses du foie, avec ou sans diabète bronzé, les infections, les abcès, les septicémies, les gangrènes artérielles des membres, l'hémorragie cérébrale, le cancer du pancréas, origine lui-même de diabète.

Ceci montre que le diabétique vit constamment sous menace de complications et qu'il ne saurait prendre trop de soins pour se maintenir en bon état de résistance. Le traitement, le régime et l'hygiène ont d'ailleurs une heureuse influence préventive sur les complications de la maladie, tout au moins dans la majorité des cas.

### Réaction de grossesse (Brouha-Hinglais-Simonnet) positive dans un cas d'embryome du testicule.

(M. Maurice Chevassu. — *Société de chirurgie* ; 9-12-1931.)

M. Chevassu a observé une réaction d'Ascheim-Zondek positive chez un homme atteint de placentome du testicule. Le malade, âgé de 38 ans, présentait une augmentation de volume du testicule, nettement apparente depuis quelques mois. Les deux seins du patient avaient grossi et étaient devenus douloureux. Après prélèvement d'urine pour pratiquer la réaction d'injection à la souris, le malade fut opéré par M. Gouverneur, sans attendre le résultat de l'épreuve. L'examen du testicule enlevé montra qu'il s'agissait de placentome, de dégénérescence chorio-épithéliomateuse placentaire. Dès le lendemain de l'opération, les deux seins avaient repris leur volume normal.

Une régression aussi rapide de cette manifestation d'activité placentaire a un réel intérêt pronostique. Il y a quelques années, M. Chevassu a opéré un jeune étudiant en médecine atteint de placentome avec gonflement des seins. Le gonflement ne disparut que très lentement après la castration et M. Chevassu en avait tiré des conclusions pessimistes, faciles à porter d'ailleurs quand on connaît la gravité de ces tumeurs, leur essaimage par voie vasculaire et lymphatique. Le malade mourut un an après la castration, cachectisé.

La réaction de grossesse se présente, on le sait, sous deux formes : la première en date, réaction d'Ascheim-Zondek, comporte l'injection de l'urine à des souris femelles impubères. La seconde, celle de Brouha-Hinglais-Simonnet, est l'injection au souriceau mâle. C'est cette dernière qui fut utilisée ici. Le résultat fut nettement positif. S'il était démontré dans l'avenir, que les autres tumeurs du testicule

ne donnent pas cette réaction, on aurait là une preuve de l'origine placentaire des dégénérescences chorio-épithéliomateuses des embryomes testiculaires.

**Grands traumatismes de la colonne vertébrale sans troubles médullaires.**

(M. CARAVEN, d'Amiens. — *Société de chirurgie* 13-1-1932.)

M. Caraven a rapporté déjà à la Société de chirurgie, en 1930, quatre cas de grands traumatismes de la colonne cervicale qui ne se sont pas accompagnés de troubles médullaires et M. Fredet, en mars 1931, a montré des radiographies de déplacements considérables des mêmes vertèbres cervicales qui n'ont entraîné que des troubles insignifiants.

M. Caraven signale aujourd'hui l'observation d'un blessé, atteint de luxation double de la colonne lombaire, avec fracture importante de la 4e vertèbre, chez lequel n'existait aucun trouble moteur ou sensitif. Malgré l'énormité des lésions, le traumatisme avait été méconnu. Le patient, renversé par une automobile, avait été transporté dans un hôpital où l'on avait porté le diagnostic de fractures de jambe et de clavicule, et contusion lombaire.

Quelque temps après, M. Caraven, en l'examinant, fut frappé par l'existence d'une petite gibbosité. Une radiographie révéla une luxation de la deuxième lombaire sur la première, une luxation et un écrasement de la quatrième vertèbre lombaire. Malgré ces grosses lésions, on ne constatait aucun trouble moteur ni sensitif des membres inférieurs. Sensibilité normale de la région. Réflexes normaux.

P. L.

---

## *Lille*

*Société médicale et anatomo-clinique.*

Séance du 24 novembre 1931.

**Epilepsie traumatique, survenue sept ans après un traumatisme de la région frontale. Trépanation** (présentation de pièce).

M. BILLET a été incité par la récente communication de M. Vincent, à produire le fait suivant :

Sujet blessé en 1914 ; balle ayant intéressé l'arcade sourcilière droite ; aucune intervention ; guérison, avec perte de l'œil.

Sept ans après, sans cause apparente, surviennent des crises d'épilepsie, de fréquence rapidement croissante : trois à sept par jour. Un examen attentif révèle une légère dépression du frontal, au-dessus de l'arcade sourcilière, et la radiographie montre, à ce niveau, une zone claire avec esquille centrale, paraissant s'enfoncer dans le cerveau.

Trépanation. Le volet osseux est extrêmement épais ; il porte en son centre, une esquille longue d'un centimètre. Après ablation, il s'écoule du liquide : on trouve un kyste, gros comme un œuf de poule, que l'on extirpe.

Guérison opératoire. Disparition immédiate des accidents épileptiques ; le sujet a été suivi pendant 18 mois, au cours desquels il n'a plus présenté de crises.

Cette observation démontre une fois de plus la nécessité d'explorer systématiquement toutes les plaies du cuir chevelu et de traiter chirurgicalement toutes celles qui s'accompagnent de la moindre lésion du squelette. L'A. se réfère à son rapport au Congrès de chirurgie de 1921 : « La meilleure prophylaxie de l'épilepsie traumatique consiste à traiter correctement le traumatisme initial ».

**A propos d'une cinquantaine d'anesthésies épidurales.**

MM. VINCENT et LEFEBVRE, après avoir précisé la technique, insistent sur l'intérêt considérable que présente cette méthode pour les interventions qui portent sur les organes génito-urinaires et sur le périnée ; ils soulignent également l'innocuité habituelle de ce procédé, qui mériterait d'être plus souvent employé.

**Deux cas de tétanos guéris.**

M. DOMMESENT (de Rexpoëde). — I. Homme de 42 ans, atteint de tétanos, probablement après une piqûre au doigt (s'est enfoncé une écharde sous l'ongle du médius, en cueillant du lilas). Syndrome typique : traitement sérothérapique intensif, chloral à hautes doses, injection sous-cutanée quotidienne d'acide phénique à 2 %. Amélioration progressive et guérison en six semaines ; quelques accidents sériques sans gravité.

Le malade a reçu 1.270 cmc. de sérum et a pris 120 gr. de chloral.

II. Femme de 66 ans. Syndrome typique de tétanos, avec état général précaire. Le point de départ paraît être un ulcère variqueux, datant de vingt ans : une inoculation de pus de cet ulcère, faite à un cobaye entraîne la mort de l'animal au quatorzième jour, en contracture généralisée.

Guérison en trois semaines, mais convalescence longue et difficile. La malade a reçu, pendant ce laps de temps : 1.570 cmc. de sérum, et 24 centigrammes d'héroïne ; elle a pris, par la bouche, 113 gr. de chloral.

L'auteur insiste sur la nécessité d'un traitement intensif, mais il souligne la difficulté qu'éprouvent les praticiens de campagne à se procurer les fortes doses de sérum nécessaires.

**A propos d'un cas de syndrome de Brown-Séquard, par myélite.**

MM. DEREUX et THOYER. — Femme de 36 ans, ayant présenté un syndrome de Brown-Séquard, que l'examen a montré consécutif à une myélite, non

syphilitique, non secondaire à une maladie infectieuse connue. Les A. discutent diverses hypothèses étiologiques ; ils soulèvent la question des rapports du germe infectieux causal avec ceux de la sclérose en plaques et de l'encéphalite épidémique. Ils insistent sur les caractères cliniques de ces myélites qu'on a décrites de plus en plus nombreuses au cours de ces dernières années : affections à début brusque, d'évolution rarement mortelle, ordinairement régressives en quelques mois, et dont la cause échappe.

Séance du 8 décembre 1931.

**Un cas d'amygdale pharyngée surnuméraire.**

M. Didier. — Jeune fille de 19 ans, se plaignant d'otalgie et de surdité, particulièrement à gauche. La rhinoscopie postérieure permet de découvrir une tumeur, en battant de cloche, affleurant à gauche le bord libre du voile et la luette. Cette masse est pédiculée et insérée sous la voûte du cavum, au-dessus de la choane gauche, exactement sur la partie gauche de l'amygdale pharyngée.

Extirpation aisée, sous anesthésie locale. Guérison rapide. Amélioration immédiate de l'otalgie réflexe.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une formation adénoïde, c'est-à-dire probablement, d'une amygdale pharyngée surnuméraire. L'auteur insiste sur la rareté de semblables formations et il en donne une interprétation embryologique.

**Abcès appendiculaire dans un cas d'appendicite chronique.**

M. Delezenne. — Fillette de 13 ans ; depuis un an, douleurs brusques, survenant de temps à autre, à l'effort, dans la fosse iliaque droite. En juillet 1931, crise plus violente avec vomissements.

A l'examen du 19 octobre, on ne constate qu'un peu de défense dans la fosse iliaque droite et une légère douleur à la palpation. Intervention le 5 novembre ; appendice entièrement libre, d'apparence normale, mais dans lequel on trouve un petit abcès contenant du pus à colibacilles. Cet abcès, qui évoluait insidieusement, créait un réel danger, au cours de manifestations essentiellement chroniques.

**Paralysie radiale secondaire à une fracture du coude.**

M. Liber. — Fillette de 12 ans : fracture du coude banale, supra-condylienne, sans lésions nerveuses. Réduction et plâtre. Après trois semaines, enlèvement de l'appareil ; huit jours plus tard, on constate une paralysie radiale caractéristique. Avant de tenter une intervention sur le cal, on conseille l'électrisation, qui amène, d'ailleurs, la guérison, après douze séances.

L'auteur insiste sur la rareté de la paralysie radiale dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus ; il croit à une névrite légère par compression.

# Les Livres

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-VIe.

A. Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, et R. Maduro, chef de clinique O. R. L. — **Technique pratique des examens labyrinthiques.** Examen acoumétrique. Examen vestibulaire. Un vol. 80 pages, 26 figures. Prix : 12 francs.

Les auteurs se sont donné pour but, en écrivant cet opuscule, de faire une sorte de *guide pratique* des examens labyrinthiques. Ils se sont attachés à décrire avec minutie la technique de chacun des procédés usuels d'investigation de l'oreille interne, et à mettre en garde contre les principales causes d'erreur. Successivement sont envisagés : l'examen de l'audition (voix parlée, diapasons), la détermination du champ auditif, l'examen de la fonction vestibulaire par les épreuves cliniques (Romberg, Babinski-Weill, nystagmus spontané etc.), et par les épreuves instrumentales (pneumatique, calorique, rotatoire, voltaïque).

Les descriptions de ces épreuves données dans d'autres ouvrages sont souvent complexes et un peu décourageantes pour les débutants. MM. Aubin et Maduro font des exposés techniques extrêmement clairs, compréhensibles sans initiation, faciles à appliquer et précis. C'est la qualité maîtresse et importante de cet ouvrage. Les spécialistes y apprendront bien des choses utiles et les médecins praticiens pourront s'y initier à des recherches fort intéressantes qui ne manquent pas d'applications dans leur clientèle. Le côté technique est complété d'aperçus et de déductions cliniques.

P. L.

Editions médicales
7, rue de Valois, Paris.

Dr Tétau. — **Les polychrestes homéopathiques dans leurs rapports avec les troubles neuro-endocrino-sympathiques. (1 vol. in-8, 145 pages.)**

Après quelques notions élémentaires anatomo-physiologiques sur le sympathique et l'étude des types hyper et hypo-thyroïdien, hypophysaire, surrénalien, l'auteur aborde les 25 médicaments, que les homéopathes appellent les polychrestes ; leur action, en dilution homéopathique, et résultant d'un effet électif sur le sympathique cérébro-spinal et les territoires innervés.

L'étude des pathogénésies montre que le remède peut dans certains cas couvrir chez le malade l'ensemble de tous les phénomènes observés, tant orga-

niques qu'endocriniens et nerveux : c'est le simillimum, et nous trouvons ici dans son application l'étonnante action du remède homéopathique, qui à lui seul amène la guérison en couvrant à la fois la totalité des troubles neuro-endocrino-sympathiques ainsi que les lésions organiques.

Librairie Louis ARNETTE, Paris.

Jacques SÉDILLOT. — **L'arthritisme, ses misères, ses dangers, son traitement** (1 vol.in-8, 496 pages, 1931.)

Dans l'étude de l'arthritisme, pas de microbes ; pas de lésions organiques, donc pas d'anatomie pathologique. Pour l'étude de l'arthritisme aujour. d'hui, il faut reprendre la méthode clinique, presqu'exclusivement clinique.

L'auteur traite d'abord de généralités sur l'arthritisme : étiologie, examen clinique de l'arthritique, épreuves de laboratoire pour son dépistage. Puis, il expose sa conception personnelle de l'arthritisme, dû à l'insuffisance fonctionnelle de la cellule hépatique dans le métabolisme des protides, et à la congestion active du foie qui en est l'accompagnement habituel. Les conséquences lointaines de l'arthritisme sont: les rhumatismes articulaires aigus, la goutte chronique et le rhumatisme chronique, l'hypertension artérielle pure dite solitaire, la néphrite scléreuse, le diabète. L'arthritisme influe aussi sur l'évolution de la tuberculose, du paludisme, de la syphilis.

Les principaux chapitres de la deuxième partie sont : l'hyperglycémie des arthritiques ; l'hyperthyroïdie des arthritiques ; la migraine ; la goutte articulaire aiguë ; l'asthme, etc.

Dans la troisième partie, l'auteur traite du rhumatisme articulaire aigu, de la goutte, de l'hypertension, etc.

Dans les 4e et 5e parties, ce sont les doctrines modernes de l'arthritisme et enfin le pronostic et le traitement.

Librairie Félix ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dresse E. Pierre BONNIER.— **Centrothérapie et Asuérothérapie**. (In-16, 63 pages.)

La théorie de Bonnier affirme, d'une part, que presque tous les troubles fonctionnels chroniques sont dus à un déséquilibre des centres bulbaires, et, d'autre part, qu'une action directe sur ces centres est possible par la voie du trijumeau, accessible à la surface de la muqueuse nasale. La méthode, qui procède de cette théorie, consiste à provoquer un réflexe du trijumeau en cautérisant certaines zones de la muqueuse nasale correspondant, selon Bonnier, aux centres bulbaires en déséquilibre.

La récente aventure d'un médecin espagnol, le Dr Asuero, en attirant à nouveau l'attention sur la centrothérapie, a montré combien la théorie de Bonnier est encore ignorée, et à quel point elle a pu être mutilée et amoindrie.

L'auteur se propose de restituer à la centrothérapie sa physionomie véritable, et de la faire voir, telle que l'a conçue son auteur, telle qu'il l'a exposée dans ses publications.

La seconde partie de l'exposé traitera de la centrothérapie, appliquée et défigurée par Asuero.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Jean CATHALA, professeur agrégé. — **Pathologie du nourrisson**. (Un vol. in-8° de 190 pages, *in* « Collection des initiations médicales », Dr A. Sézary. Prix : 22 fr.)

La pathologie du nourrisson, dans ce qu'elle a de plus spécial, est l'étude des réactions aux obstacles apportés à la croissance. Ce petit livre contient avec un peu de séméiologie, une esquisse des réactions du nouveau-né aux différentes causes morbides. Il fait sentir, derrière les manifestations fonctionnelles, les problèmes physiologiques.

PREMIÈRE PARTIE. — *Les facteurs pathologiques étrangers à l'organisme de l'enfant.* — I. Etiologie générale. Réactions de l'organisme infantile. — II. Les maladies alimentaires du nourrisson. — III. Influence des agents physiques. — IV. Les infections dans la première enfance. — V. Tuberculose et syphilis.

DEUXIÈME PARTIE. — *Troubles constitutionnels.* — VI. Prédispositions morbides et causes pathogènes propres à l'organisme de l'enfant. — VII. Pathologie spéciale du nouveau-né.

TROISIÈME PARTIE. — *Séméiologie.* — VIII. Examen clinique du nourrisson. Etude de quelques syndromes. — IX. Indications thérapeutiques générales, diététique des nourrissons malades.

# Les Thèses

P — Dr F. Baron. — **L'ostéite syphilitique du conduit auditif externe.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1931.)

L'ostéite syphilitique du conduit peut revêtir deux formes très différentes. La première, connue depuis longtemps, donne l'apparence d'une otite et évolue comme telle ; ce n'est qu'à l'examen otoscopique qu'on se rend compte de l'existence des lésions du conduit et de l'intégrité de l'oreille moyenne. La deuxième ne semble pas avoir été observée jusqu'ici ; son début apparent est tellement polymorphe, sa symptomatologie tellement peu auriculaire que rien ne semble réclamer l'examen de l'auriste ; dans toute suppuration aiguë périauriculaire, dont l'étiologie est mal établie, il est nécessaire d'examiner systématiquement le conduit auditif externe.

La découverte d'un point d'os dénudé permet d'établir de suite le diagnostic d'ostéite du conduit auditif externe. La recherche de la syphilis permet alors d'éviter une intervention délicate, parfois mutilatrice, et d'établir un traitement efficace. Il consistera d'abord en soins d'antisepsie. Chaque jour, le conduit sera nettoyé à l'alcool, et s'il existe des bourgeons dans le conduit, ils seront enlevés à la curette ou cautérisés.

Mais le traitement étiologique est avant tout la base du traitement. Deux cas sont à considérer.

1° *Il n'y a pas de séquestre* :

Le traitement médical pourra amener la guérison à lui seul. On donnera aux malades, soit de l'iodure de potassium, soit du mercure. Ces deux substances médicamenteuses ont, en effet, sur les lésions osseuses syphilitiques une action curatrice de valeur incontestable. L'iodure de potassium se donne à dose progressivement croissante jusqu'à 5 grammes par jour suivant la sensibilité des malades et suivant les lésions. Ce traitement suffit le plus souvent à faire disparaître les douleurs et la suppuration. Il est quelquefois nécessaire d'associer à l'iodure de potassium, le mercure. Dans ce cas, il est bon de ménager le tube digestif et de le faire sous forme injectable, les frictions étant infidèles et malpropres. Le cyanure de mercure à la dose de un centigramme en injection quotidienne intraveineuse est extrêmement pratique. On prendra les soins d'hygiène buccale habituels pour prévenir la stomatite afin de ne pas avoir à interrompre le traitement. On pourra également employer le bismuth en injection intra-musculaire à la dose de deux piqûres par semaine. Les mêmes précautions sont à observer. Si, au bout de quelques semaines de traitement, la suppuration ne se tarit pas, c'est qu'il est nécessaire d'intervenir.

2° *Il y a séquestre.*

Dans les lésions osseuses tertiaires le traitement spécifique n'agit, dit Lermoyez, que s'il n'y a pas de nécrose, ou bien dans le cas où il en existe que si le séquestre est éliminé. Il est bon de commencer cependant par le traitement médical afin de circonscrire les lésions et faire le moins de délabrement possible. Le chirurgien devra autant qu'il le pourra, en effet, éviter le facial, mais quelquefois, il devra le sacrifier pour tarir une suppuration interminable, dont le siège est l'os tympanal.

P. — Dr R. Ravenel. — **Contribution à l'étude chimique de l'hématopoïèse.** (Imprimerie de la Faculté de médecine, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine Paris, 1931.)

L'hématopoïèse normale ne peut se faire que si l'organisme reçoit par l'alimentation les matières premières nécessaires à l'élaboration des substances constitutives des globules rouges. La marche normale de l'hématopoïèse est donc subordonnée avant tout à un facteur chimique.

Des preuves chimiques, expérimentales et thérapeutiques permettent d'affirmer que la méthode de Whipple agit précisément en fournissant ces matières premières à l'organisme des anémiques. Deux de ces noyaux hématopoïétiques non synthétisables par l'organisme humain semblent être connus à l'heure actuelle : le noyau pyrrol, fourni par le tryptophane, permet la synthèse de l'hématine, groupement prosthétique de l'hémoglobine ; le noyau imidazol, fourni par l'histidine, sert à la construction de la globine, copule protéique du pigment sanguin. Il semble qu'il y a lieu de supposer l'existence d'un troisième noyau fondamental, encore inconnu, qui serait à la base de la synthèse d'une globuline phosphorée dont se compose le stroma des globules.

D'après ces données, il semble possible d'admettre qu'une partie, tout au moins, des anémies pernicieuses est déterminée par une carence en un ou plusieurs de ces noyaux fondamentaux sans lesquels l'hématopoïèse ne peut avoir lieu.

P. — Dr G. Desvaux. — **La leucocytoréaction dans la syphilis héréditaire.** (Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1931.)

La suite des expériences qui a conduit à la leucocytoréaction aide à en comprendre le mécanisme. Il se dégage de l'étude des auteurs : 1° Qu'une hyperleucocytose précoce produite par les rayons X a un effet thérapeutique favorable sur les manifestations cutanées de la syphilis (occultation, c'est-à-dire disparition passagère, roséole en particulier) ; 2° Que la même hyperleucocytose est produite chez un syphilitique par des médicaments antisyphilitiques lorsque ce médicament est spécifique c'est-à-dire a

une action thérapeutique ; 3° Que, inversement, la leucopénie produite par les rayons X agit dans le sens de l'exacerbation des manifestations cutanées de la syphilis (roséole augmentée) ; 4° Que la même leucopénie est produite par des médicaments antispécifiques soit chez le sujet exempt de syphilis, soit chez un syphilitique chez qui le médicament n'a pas d'action thérapeutique (syphilis résistante).

Ces conclusions sont valables pour la syphilis héréditaire comme pour la syphilis acquise.

De ces notions, il résulte que la leucocytoréaction est un phénomène biologique à double signification qui permet *un diagnostic de syphilis* acquise ou héréditaire et l'*étalonnage* du médicament.

*Valeur diagnostique.* — En syphilis héréditaire comme en syphilis acquise une leucocytoréaction positive (hyperleucocytose à la deuxième heure) a une valeur spécifique. Au contraire, une leucocytoréaction négative (leucopénie à la deuxième heure) n'exclut pas la syphilis ; elle peut être positive avec un autre médicament.

*Etalonnage du médicament.* — Une leucopénie précoce à la deuxième heure produite chez un syphilitique par un médicament antisyphilitique doit faire conclure au rejet de ce médicament qui, dans le cas particulier est incapable d'avoir une action hyperleucotytosante et, par conséquent, une action thérapeutique favorable. Il faut rechercher un autre remède qui aura une action hyperleucocytosante et une action thérapeutique.

La LEUCOCYTORÉACTION permet donc de faire le diagnostic d'une syphilis, de choisir le remède à lui appliquer et, par conséquent, de prévoir les résistances possibles aux différents remèdes essayés.

Les avantages de cette nouvelle réaction apparaissent surtout en syphilis héréditaire où les autres sont si souvent en défaut.

T. — Dr R. DIEULAFÉ. — **Texture et vascularisation artérielle des troncs nerveux.** (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1931.)

Le tissu conjonctif des troncs nerveux est l'élément le plus important, indispensable pour pouvoir dissocier un tronc nerveux. Lorsque le tissu conjonctif se raréfie, l'étude anatomique de la texture du nerf devient impossible. La plupart des faisceaux nerveux sont anastomosés entre eux, en formant un véritable plexus ; mais d'autres faisceaux cheminent isolés, dépouillés de toute anastomose. La disposition intratronculaire est constante pour chaque catégorie de nerfs.

Dans l'état actuel des connaissances de l'embryogénie et de l'anatomie comparée du système nerveux périphérique, il paraît fort difficile de donner la signification de la disposition intrinsèque des troncs nerveux. Il n'en reste pas moins qu'il y a là un champ encore peu exploré, et qui peut fournir d'importants résultats susceptibles de contribuer à la connaissance des nerfs.

Le tronc nerveux apparaît comme un organe parfaitement délimité formant un tout anatomique et ceci depuis un âge très précoce de la vie. Sa constitution ne montre en rien que ce soit une formation secondaire. Seuls quelques faisceaux sont peut-être d'acquisition récente. Les troncs nerveux périphériques paraissent richement irrigués par des artères disposées segmentairement à l'extérieur, anastomosées en un plexus continu à l'intérieur. Les nerfs sont irrigués en règle générale par les artères satellites, quand la disposition artérielle le permet.

La connaissance de la texture des troncs nerveux doit amener certains perfectionnements dans les diagnostics neurologiques et permettre de pratiquer la chirurgie des troncs nerveux d'une façon plus étendue et moins aveugle.

P. — Dr J.-M. JACQUET. — **Contribution à l'étude des anémies graves du nourrisson au cours de la première année (rareté, étiologie, traitement).** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1931.)

Les anémies graves sont relativement rares avant un an. La littérature de ces vingt dernières années n'en contient guère qu'une quarantaine de cas, signalés chemin faisant et dont quelques-uns parmi les plus typiques sont rapportés à la fin de ce travail. L'auteur y ajoute trois observations personnelles qui présentent les mêmes caractères de gravité et de précocité.

La rareté de ces observations semble surtout s'expliquer par le fait que, en général les enfants sont vus tardivement, alors que le processsus déglobulisant évoluait depuis longtemps déjà. Il ne faut pas oublier non plus que le système hématopoïétique du nourrisson réagit vite, se défend facilement et que seule une infection intense et durable peut lui porter atteinte.

Ces anémies peuvent réaliser le type pernicieux ou le type pseudo-leucémique, mais nombre d'entre elles, aux caractères hématologiques imprécis, ne peuvent entrer ni dans l'une, ni dans l'autre catégorie.

Ce qui importe d'ailleurs avant tout, c'est de préciser leur nature étiologique, afin de pouvoir leur opposer un traitement approprié. La syphilis héréditaire semble bien être le plus souvent en cause et c'est elle que l'on devra soupçonner en l'absence de stigmates certains de tuberculose, affections digestives, paludisme, parasitisme intestinal, qui son, après elle les infections les plus souvent rencontrées.

Le traitement devra, dans la mesure du possible, chercher à atteindre la cause de l'anémie : le mercure et l'arsenic dans la syphilis, la quinine dans le paludisme. On leur associera toujours les médications symptomatiques : fer, opothérapie, transfusion. Sous l'influence d'une thérapeutique bien conduite, on peut espérer voir survenir la guérison, même dans des cas très graves et en apparence désespérés.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

### LE CONSENTEMENT AUX OPÉRATIONS EN CONFLIT AVEC LES LOIS SOCIALES

Un malade a-t-il le droit de disposer de lui-même ? Peut-il se refuser à subir un traitement quelconque ? Peut-il être obligé à se prêter à un mode de thérapeutique médicale ou chirurgicale, qu'un médecin veut instituer pour le guérir, ou améliorer son état ?

*A priori*, la question semble ne pas devoir être posée : en principe, le malade est maître de son corps : tous les auteurs s'accordent à reconnaître au patient, le droit de disposer librement de lui-même et d'accepter, ou de refuser le traitement, qui lui est proposé.

Dans ses éléments de jurisprudence médicale, M. Perreau, professeur à la Faculté de Droit de Toulouse, estime (page 271) que chacun possède, sur sa propre personne, un droit exclusif et spécial, opposable à tous, comme une sorte de propriété de son être. Nul n a le droit d'y porter atteinte, fût-ce pour son bien, fût-ce dans la meilleure intention du monde.

Le médecin est, comme tous les autres, obligé de respecter ce droit de la personnalité, alors même qu'il aurait agi exclusivement dans l'intérêt de la santé du malade.

Telle est également l'opinion émise par Manche, dans sa thèse de doctorat en droit (Paris, 1913, p. 162) : « le consentement est indispensable et dès qu'une personne est en état de le donner, le chirurgien ne peut omettre de le solliciter, ni passer outre. Donc lorsqu'une personne saine d'esprit est susceptible de comprendre l'opération que se propose le médecin et de l'apprécier, celui-ci a le devoir de s'incliner devant la décision prise par l'intéressé, quel que soit son sentiment personnel. »

Et Manche de rappeler la jurisprudence allemande, qui n'admet pas que le médecin puisse faire une opération, même nécessaire, sans l'avis du malade (tribunal civil de Hambourg, 1894, rapporté par Stoss, Gerergisches, opération, p. 109 ; tribunal civil de Bâle-ville, 14 juin 1882, relaté par Oppenheim : Das aertzliches Recht).

Même opinion, dans l'opuscule de MM. Pierre Garraud, professeur à la Faculté de droit de Lyon et Laborde-Lacoste, professeur à la Faculté de droit de Bordeaux (le rôle de la volonté du médecin et du patient, quant au traitement médical et à l'intervention chirurgicale, Paris, 1927).

#### Restrictions à ce principe de liberté absolue

La première objection qui se présente à l'esprit est la suivante : le malade est-il suffisamment capable de juger sainement, pour accepter, ou refuser une opération, ou un traitement, en toute connaissance de cause ?

Dans l'immense majorité des cas, le patient et son entourage sont obligés d'avoir une confiance presque aveugle dans leur médecin. S'ils ont un doute, une répugnance pour l'intervention proposée, qu'ils provoquent des consultations entre compétences, qu'ils demandent le temps de la réflexion, de la discussion, c'est très admissible. Mais toujours est-il qu'ils devront s'en remettre entièrement aux conseils de la science.

Un exemple frappant nous est donné de cette confiance nécessaire : lorsqu'il est malade, le médecin lui-même n'a pas la liberté d'esprit, ni la possibilité matérielle de préciser personnellement diagnostic et traitement : force lui est d'accepter presque sans discussion le verdict des confrères appelés à son chevet. L'homme de l'art, lorsqu'il est malade, doit reconnaître qu'il n'est pas en état de discuter le traitement qui va être institué : à plus forte raison, le patient n'a aucune qualité, pour refuser, ou critiquer l'opération, qu'il va subir, même lui donnerait-on les détails le plus minutieux.

Dans notre étude actuelle, nous allons laisser de côté les cas, dans lesquels la volonté du malade est plus ou moins limitée, ou diminuée, telles, par exemple, les situations d'extrême urgence, où la vie du malade est en danger : l'homme de l'art est dans l'obligation d'aller vite, pour sauver une vie humaine, sans se laisser arrêter, ou retarder par de vaines discussions de sensiblerie ou de sentimentalité.

Nous n'examinerons pas également les problèmes juridiques, soulevés par la dépendance maritale, par la tutelle, l'interdiction de l'aliéné.

Nous limiterons notre étude aux cas dans lesquels la liberté individuelle se trouve en opposition avec les intérêts de la collectivité, ou ceux dans lesquels l'intérêt du malade est en conflit

avec ceux de celui qui doit payer les frais médicaux.

**Dépendance sociale du malade**

Jusqu'en 1893, à la promulgation de la législation sur l'assistance médicale gratuite, le malade restait seul, en face de son médecin, pour accepter, ou refuser le traitement de ce dernier et en supporter la charge pécuniaire. Parce qu'il payait directement le praticien, le client avait le droit absolu de disposer de lui-même.

Mais, la loi du 15 juillet 1893 a interposé entre le médecin et le malade indigent, le département, ou la commune, qui doit payer les frais médicaux et pharmaceutiques.

La loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, celle du premier avril 1898, sur la mutualité, les assurances diverses de droit commun, contre les accidents, la législation du 5 avril 1928-30 avril 1930, sur les assurances sociales ont progressivement diminué la liberté juridique du malade de disposer de lui-même.

Parce qu'il paie les frais de traitement, le tiers a voix au chapitre, non seulement pour surveiller et faire réprimer les abus, mais aussi pour demander que la guérison intervienne le plus rapidement possible, afin de diminuer ses charges de traitement et d'indemnisation journalière.

Le conflit va donc s'élever : pusillanime, le malade peut se refuser à subir une intervention chirurgicale, ou à laisser pratiquer une injection de sérum préventif.

De son côté, la collectivité qui paie, entend diminuer, le plus possible, ses charges, grâce à une intervention, ou à un traitement préventif.

Par une opération faite judicieusement, la guérison sera plus prompte et la *restitutio ad integrum* plus complète. Voici par exemple, un blessé, ayant une fracture de cuisse. Une ostéosynthèse, une suture osseuse permettra un séjour au lit raccourci, alors que la guérison peut être espérée complète.

Bien au contraire, le traitement non sanglant nécessitera un séjour au lit de plusieurs mois, au bout desquels le malade sera certainement estropié, ayant le membre fracturé plus court que l'autre.

Parce qu'il supporte les frais de traitement, de journées d'incapacité de travail, puis plus tard la rente d'invalidité permanente à servir, le tiers n'a-t-il pas le droit de s'opposer au refus émis par le blessé, ou son entourage, pour subir l'opération qui doit le guérir ?

Jusqu'ici, la question ne se posait que dans quelques circonstances assez rares, en matière d'accident du travail. Mais, l'application de la loi sur les assurances sociales et surtout l'extension de la responsabilité civile de droit commun (notamment en matière d'accident d'automobile) situe le problème d'une manière très aiguë : le responsable des frais entend diminuer au maximum son obligation aux traitements et aux indemnisations pécuniaires.

Intervient également un autre facteur : la collectivité publique n'a-t-elle pas aussi un droit de regard, pour obliger un malade inintelligent, ou buté, à se laisser soigner, *secundum artem*, afin de recouvrer rapidement sa fonction de travail, au lieu de devenir un infirme à la charge de la société ?

**Assistance médicale gratuite**

La loi du 15 juillet 1893 fait supporter à l'État, aux départements et aux communes, les frais du traitement des Français malades et privés de ressources. Aucune indemnité journalière de chômage n'est allouée. Aussi, les conflits sont-ils rares, parce que le malade n'a souvent pas grand intérêt à prolonger son incapacité de travail.

Cependant, la question s'est posée de savoir si dans les cas où l'indigent ne peut pas recevoir chez lui les soins nécessaires à son état, il ne doit pas être transporté à l'hôpital, malgré son opposition.

Par exemple, une commune a droit à un lit gratuit à l'hôpital. Le maire peut-il obliger un indigent malade à se faire soigner dans l'établissement hospitalier, parce qu'ainsi la commune n'aura rien à débourser pour le traitement médical, ou chirurgical ?

En refusant cette hospitalisation, le malade indigent ne peut-il être censé renoncer au bénéfice de la loi du 15 juillet 1893 ?

Consulté sur ce point, M. Mirman, alors directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique, répondit (*Concours medical* 1906.665) qu'« un maire n'a pas qualité pour envoyer, de son chef, un malade du service de l'A. M. G. dans un établissement hospitalier : l'assistance à domicile est, en effet, la règle générale et il n'y est dérogé que moyennant une déclaration du médecin traitant, spécifiant que l'assisté ne peut être utilement soigné à domicile (article 5). Le médecin est seul juge à cet effet. »

Cette réponse me semble incomplète, car elle ne résout pas le cas où le médecin traitant se heurte au refus opposé par le malade ou son entourage, d'être transporté à l'hôpital. Supprimer les secours d'A. M. G., c'est-à-dire les soins médicaux, ne tranche pas le problème, puisque, par définition, l'indigent ne peut pas faire lui-même les frais nécessaires pour son traitement.

Force sera donc au praticien de soigner gratuitement ce malade récalcitrant, par devoir humanitaire ; au maire de faire secourir d'une manière quelconque cet obstiné à son domicile.

**Accidents du travail**

L'application de la loi du 9 avril 1898 a soulevé de nombreux conflits. En outre des soins (en pra-

tique, l'ouvrier n'a rien à décaisser), le chef d'entreprise est tenu de verser un demi-salaire journalier, pendant toute la durée de l'incapacité de travail. De plus, il devra fournir une rente, si l'incapacité de travail devient définitive, en totalité, ou en partie.

Par paresse, pour ne pas être guéri trop tôt, par ignorance, par pusillanimité, le blessé se refuse parfois à subir le traitement chirurgical, qui abrégera son incapacité de travail, ou permettra d'espérer une guérison complète, sans séquelles.

D'autres fois, le problème se pose du fait de la nécessité de pratiquer des injections préventives de sérum. Rappelons le fameux jugement du tribunal civil de Valenciennes, du 26 décembre 1930 (*Concours médical*, 1931.625 ; *Gaz. Pal.*, 18 août 1931), ainsi qu'un arrêt de la cour d'Alger du 10 décembre 1930 (*Concours médical*, 1931. 2355.)

En présence de certaines plaies anfractueuses, souillées, laissant craindre une infection tétanique possible, le médecin doit proposer à son blessé l'injection immédiate et préventive du sérum antitétanique.

Le blessé a-t-il le droit de se refuser à cette thérapeutique ? Telle est la question, qui nous a été maintes fois posée, depuis cette jurisprudence récente. De quelle manière, le praticien peut-il mettre sa responsabilité à couvert, au cas où, ultérieurement, il serait recherché pour avoir laissé mourir son malade de tétanos, alors qu'une injection préventive l'aurait peut-être empêché de contracter cette maladie terrible et mortelle ?

De quelle manière, le chef d'entreprise, ou son assureur, peut-il forcer le blessé à se laisser soigner, conformément aux directives de la science actuelle, pour ne pas avoir à supporter plus tard, en cas de décès, la rente à servir aux ayants droit de la victime ?

Nous étudierons ultérieurement les solutions à proposer.

Examinons actuellement les cas, dans lesquels les tribunaux ont été appelés à connaître du refus opposé par la victime d'un accident du travail, à subir une opération proposée pour diminuer la longueur du traitement, ou pour obtenir une meilleure guérison.

D'une manière générale, de l'obligation imposée au patron d'indemniser la victime des conséquences de l'accident et d'acquitter le montant des frais médicaux et pharmaceutiques, quels qu'ils soient, découle l'obligation, pour l'ouvrier, de se soumettre aux moyens de guérison prescrits par la science (tribunal civil de Marseille, 30 mai 1902 ; *Rec. min. Tra.*, II.93).

Mais cette décision est quelque peu trop absolue. D'une manière générale, il est reconnu au blessé le droit de se refuser à subir une opération, ou à suivre un traitement déterminé ; mais les motifs de refus peuvent être appréciés par le tribunal, pour en déterminer les conséquences.

Ainsi, la Cour de Douai (1re chambre 14 novembre 1900. *Rec. min. Trav.* I. 680) décide que « si le chef d'entreprise peut imposer à l'ouvrier de se soumettre aux prescriptions des médecins et parfois à certaines opérations de petite chirurgie, qui ne présentent aucun danger et doivent améliorer sa capacité professionnelle, l'ouvrier ne saurait être contraint de subir une opération, dont les résultats ne sont pas certains, qui ne peut être effectuée que sous le chloroforme et toujours dangereuse par les conséquences et complications, qui peuvent survenir. Dès lors, c'est à bon droit que l'ouvrier se refuse à quitter son domicile et à entrer dans un hôpital, pour y subir la cure radicale de deux pointes de hernie. »

D'ailleurs, la cour de Nancy (1re chambre, 24 janvier 1903, *Concours médical* 1903.748) décide qu'on ne saurait imposer à l'ouvrier blessé dans son travail, l'obligation de recevoir des soins dans une clinique spéciale, « une pareille contrainte étant inconciliable avec le respect de la liberté humaine. »

Le refus de l'ouvrier peut être motivé par des divergences d'ordre scientifique survenues entre les praticiens, qui l'ont examiné. Par suite, le patron reste tenu des suites de l'aggravation de l'état de cette victime (Cour de Caen, 8 mai 1917 ; *Rec. Caen*, 1919.27).

En effet, si on peut admettre que le patron soit en droit de se prévaloir du refus de l'ouvrier de se soumettre à une opération chirurgicale, encore faut-il que l'opération envisagée présente toutes les garanties de réussite (Cour de Lyon, 19 février 1919 ; *Rev. gén. Acc. tr.*, février 1920.47).

A plus forte raison, une véritable opération, accompagnée de risques et de tout un cortège de souffrances, appelée à un résultat qu'on ne saurait prédire, ne peut être imposée par les juges à un ouvrier (Cour de Lyon, 1re chambre, 25 janvier 1923. *Rev. gén. Acc. tr.*, 1924.322).

Il est en effet téméraire d'affirmer qu'une opération chirurgicale, même sans l'emploi de l'anesthésie, ne présente aucun danger. Dès lors, il n'appartient pas aux juges d'ordonner une opération chirurgicale, qui serait de nature à guérir un ouvrier blessé, alors surtout que celui-ci se refuse de s'y prêter (tribunal départemental des Alpes-Maritimes, 13 novembre 1926. *Gaz. Trib.*, 24 mars 1927.)

Cependant, le refus de l'ouvrier doit avoir une apparence de raison : sinon, on ne saurait faire supporter au chef d'entreprise les conséquences de la négligence de la victime, qui, soit en ne suivant pas les prescriptions de son médecin, soit en se refusant à une opération banale et sans danger, ou à un simple examen, laisse aggraver son affection, ou reste plus longtemps que de coutume en état d'incapacité temporaire.

En ce sens, tribunal civil de Narbonne, 17 janvier 1900 ; *Rec. min. Trav.*, I.380 ; Cour de Rennes, 10 décembre 1901, *Rec. min. Trav.*, II,154 ; Trib. civ. Saint-Etienne, 29 janvier 1904. *Rec. min. Trav.*, V.21 ; Cour de Bordeaux, 15 décembre 1903 ; *Rec. min. Trav.*, V.52 ;

Dès lors, le juge de paix est fondé à réduire, ou même à supprimer l'indemnité journalière J. P. Saint-Etienne, 29 janv. 1904 ; *Rec. spéc. Acc. trav.*, 1903-04,393 ; Cassation, 31 déc. 1912 ; *Rec. spéc. Acc. trav.*, 1915-300.)

Dans un cas soumis à la Cour d'appel de Nancy, le blessé s'était refusé à laisser le médecin explorer son doigt blessé, pour y déterminer la place du corps étranger qui y était entré. Et la cour de fixer la consolidation de la blessure au premier avril 1918, date probable de la guérison normale, au lieu du 19 janvier 1919, date de la consolidation effective, retardée par le mauvais vouloir de la victime (Nancy, 15 mars 1921. *Concours médical*, 1921-2367.)

Même solution rendue par la Cour de Lyon, 15 janvier 1923 (*Concours médical*, 1923.3773. *Mon. Lyon*, 30 juillet 1923), si les tribunaux ne peuvent obliger la victime d'un accident du travail à subir une opération chirurgicale, en raison des aléas que ladite opération peut présenter, ils ne sauraient faire supporter au patron, quoique responsable de l'accident, les conséquences du refus de l'ouvrier à supporter une intervention, ou tout au moins de l'hésitation de celui-ci à la subir. Par suite, le service du demi-salaire doit cesser et celui de la rente viagère doit commencer à la date à laquelle se serait produite la consolidation de la blessure, si l'ouvrier avait accepté l'opération, lorsqu'elle lui a été conseillée et non point à la date à laquelle il a tardivement consenti à cette opération.

Quelles vont être les conséquences de ce refus de l'ouvrier, en ce qui concerne *la fixation d'une rente*, en cas d'incapacité permanente partielle de travail ?

La jurisprudence est unanime à reconnaître au blessé la liberté et le droit de se refuser à toute intervention chirurgicale, surtout si cette dernière présente quelque danger, ou est d'une certaine importance. Par contre, il doit supporter les conséquences de sa résistance si l'opération ne présente aucun danger (trib. civ. de Nice, 17 mai 1911. *Rec. acc. trav.*, 1911.187.)

Au médecin expert, commis par le tribunal de se prononcer sur la validité du refus de l'ouvrier (trib. civ. Saint-Etienne, 16 avril 1919 ; *Rev. gén. Acc. trav.*, 1920-47.)

Ainsi, le blessé est libre de ne pas consentir à l'ablation du médius ; mais il lui sera appliqué le taux d'incapacité qu'il aurait conservée, si l'opération avait été pratiquée (Cour de Lyon, 27 mars 1920 ; *Rev. gén. Acc. trav.*, 1920-244.)

Il en est surtout ainsi lorsque l'opération proposée doit réduire considérablement le pourcentage de l'incapacité permanente (Douai, 1re chambre, 24 novembre 1926, *Rev. gén. Acc. trav.*, 1927, 308.)

Quant à l'ouvrier, qui systématiquement, refuse de se laisser soigner, ou qui apporte une mauvaise volonté évidente à recevoir des soins éclairés, il verra sa rente réduite dans une certaine proportion (Trib. civ. Dijon, 4 février 1926, *Rev. gén. Acc. trav.*, 1927-160).

Un blessé à l'œil refuse de laisser pratiquer l'énucléation de l'organe malade. Une ophtalmie sympathique se produit, comme c'est souvent la règle, sur l'autre œil et le blessé devient complètement aveugle. Il ne peut invoquer les dangers que lui aurait fait subir cette opération, pratiquée sous anesthésie locale et par suite doit supporter les conséquences de son refus (Cour de Douai, 1re ch., 5 décembre 1928, Jurisp. Douai, février-mars 1928, Trib. civ. Lille, 1re ch., 6 mars 1930 ; *Nord. jud.*, 1er mai 1930.)

Cependant, l'âge avancé du blessé peut justifier son refus d'opération, du moins jusqu'à un certain point, alors que l'anesthésie générale pouvait lui faire courir des risques et qu'il n'est pas prouvé que l'opération eut certainement évité à l'ouvrier une incapacité permanente. (Trib. civ., Nantes, 10 décembre 1929 ; *Rec. acc. Trav.*, février 1929.)

Ainsi, *avant la consolidation*, le refus opposé par l'ouvrier pour un traitement déterminé, peut entraîner pour lui la fixation anticipée de sa consolidation (Nancy, 15 mars 1921 précité et Lyon, 15 janvier 1923 précité) ou bien supprimer toute indemnité (Rennes, 10 décembre 1901, D. 102. 2. 299 ; S. 1902.2.135 ; Cour de Besançon, 31 décembre 1901 ; S. 1902. 2. 135 ; Cour d'Angers 11 août 1902 ; S. 1903.2.203 ; Cour d'Aix, 17 janvier 1903 ; D. 1904.2.97.)

La rente, en cas d'incapacité permanente, peut être calculée, non d'après l'état du blessé, mais seulement sur l'invalidité qui aurait subsisté, si la victime avait consenti à se laisser soigner (trib. civ. Narbonne, 17 juillet 1900 ; D. 1901.1.30 ; Cour d'Aix, 21 décembre 1901 ; *Gaz. Pal.*, 1902. 1.187 ; Cour de Douai, 10 avril 1905 et Grenoble, 15 avril 1905 ; S. 1905.2.196 ; D. 1911.2.206.)

Mais *une fois la consolidation fixée*, l'état de la victime est censé être devenu définitif. Le patron serait donc mal fondé de soutenir que, grâce à une opération, qu'il voudrait imposer à l'ouvrier, celui-ci recouvrerait une partie de sa puissance de travail et par suite la rente serait diminuée (Cass. civ., 16 décembre 1912, *Rec. min. Tr.*, XV, 401 ; *Gaz. Pal.*, 1913.1.63) Nancy, 20 novembre 1912 ; *Gaz. Pal.*, 1912.2.675.)

De même l'ouvrier est sans droit dans sa demande de révision, s'il est prouvé que l'aggravation, dont il tire argument, est justiciable d'une opération, ou d'un traitement sans risque sérieux

auquel cependant il refuse de se soumettre (Cass., 15 février 1910 ; G. D. 1911.1.303 ; 8 juin 1918 ; D. 1921.1.81.)

Après la consolidation, l'ouvrier est en droit de se refuser à toute nouvelle intervention, sans diminution de sa rente (Cassation, ch. civ., 16 décembre 1912 ; *Rec. min. Trav.*, XV.401); Cour de Nancy, 14 avril 1920 ; *Droit ouvrier*, 1920-170.)

*A contrario*, c'est la *victime elle-même, qui peut réclamer le bénéfice d'une opération*, soit pour obtenir une guérison plus rapide, soit pour faire supprimer la cause d'une ancienne infirmité, diminuant sa capacité de travail.

Il semblerait, *a priori*, que cette demande ne soulève aucune difficulté. Cependant, si l'opération, bénigne en soi, provoque une catastrophe imprévisible, ou une complication suppurative qui augmentera le pourcentage de l'incapacité permanente, c'est le patron ou plutôt l'assureur qui devra supporter les charges de ladite complication.

Par exemple de nouveau blessé à une main, dont deux doigts étaient antérieurement inutilisables, le patient propose de faire régulariser chirurgicalement sa seconde blessure et d'en profiter pour se faire enlever les deux doigts, qui le gênent pour travailler, ou qui le gêneront à cause de la nouvelle blessure.

Le patron est-il obligé de consentir à cette opération, qui, comme toute intervention, comporte des risques, bien que le blessé ait pris l'engagement écrit de ne rien réclamer du fait de l'amputation de ses deux doigts, antérieurement blessés ?

Par arrêt du 23 juillet 1923 (*Rec. Douai*, 1923. 316), la Cour de Douai a répondu qu'en matière d'accidents du travail, il n'appartient pas au juge, même sur conclusions de l'ouvrier blessé, d'ordonner une opération chirurgicale, destinée à améliorer son état, opération à laquelle le blessé peut toujours recourir, en tout état de cause, à ses risques et périls, ou à laquelle il peut être procédé d'un commun accord entre les parties.

Prévenu, le patron, où le tiers qui doit assumer la charge des frais médicaux et pharmaceutiques, pourra déléguer son médecin contrôleur, qui, après entente avec le médecin traitant, pourra donner son avis à son mandant, pour que ce dernier accepte, ou refuse les frais et les risques de l'intervention proposée par le blessé.

**Accidents de droit commun. Accidents d'automobile**

Si la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail est une loi forfaitaire, laissant à la charge de la victime une partie des conséquences de l'accident, on peut se demander s'il en est différemment, lorsqu'il s'agit de réparation, qui, en vertu de l'article 1382, incombe entièrement à la charge de celui qui a causé le dommage ?

*A priori*, il paraît juste que celui, qui doit supporter entièrement le fardeau de la réparation du dommage occasionné par sa faute, puisse intervenir, pour que, par des soins et opérations appropriés, la victime puisse se rétablir aussi complètement que possible et dans le délai le plus réduit.

Il en résulterait que la victime serait dans l'obligation de se laisser soigner et de ne pas pouvoir refuser une opération chirurgicale, ou un traitement spécial, sans perdre tout ou partie de ses droits à indemnisation.

Cependant, un arrêt de la Cour de Rennes, du 15 juillet 1930 (*Rec. Rennes*, 1930, p. 471) décide que ne commet pas une faute, la victime d'un accident qui, après avoir refusé de subir une opération douloureuse et incertaine quant à ses résultats, a exigé qu'on lui enlevât l'appareil chirurgical, qui lui avait été appliqué, alors qu'il semble démontré que cet appareil ne pouvait pas être supporté. L'auteur de l'accident ne peut, en conséquence, invoquer cette attitude du malade, pour le rendre responsable, en tout ou partie, de l'incapacité dont il s'est trouvé, après consolidation des blessures, définitivement atteint.

De cet arrêt découle, comme en matière d'accidents du travail que si le blessé ne peut se refuser, sans motifs sérieux à un traitement sans danger, il n'en est pas de même, lorsque l'opération proposée ne peut prétendre obtenir un résultat certain et qu'elle est soit douloureuse, soit quelque peu dangereuse.

En pareille matière, les juges ne peuvent que s'en référer à l'opinion des médecins experts, qu'ils commettront pour les renseigner.

**Assurances sociales**

Cette législation des assurances sociales est d'application trop récente, pour que les conflits, dont elle peut être l'objet aient pu déjà donner matière à des décisions nombreuses de jurisprudence.

Néanmoins, il est certain que, dans un avenir plus ou moins rapproché, des discussions surgiront entre caisses et assurés, ces derniers ayant parfois intérêt matériel à faire traîner le plus possible leur affection, surtout en période de chômage.

La caisse pourra-t-elle imposer un traitement à ses ressortissants, lorsque le médecin contrôleur sera du même avis que le médecin traitant ? Le droit aux prestations sera-t-il supprimé, comme conséquence du refus de l'assuré ?

*Quid* encore des conflits, lorsqu'en matière de médecine préventive, ou curative, le praticien voudra faire un examen auquel le malade ne voudra pas se prêter ? Telle, par exemple, la question à laquelle j'ai répondu dans le *Concours médical* de 1928.3105 : refus par un malade de laisser faire une prise de sang ?

*Quid* du malade pusillanime qui ne veut pas accepter un traitement de sa syphilis par des intraveineuses et préfère conserver son affection ? Les complications ultérieures, rapides ou tardives devront-elles incomber à la caisse d'assurances sociales avec surtout les infirmités probables, chez un syphilitique mal soigné ?

Ce sont des problèmes qui découlent d'une part de la médecine nouvelle, dont la thérapeutique est plus hardie et plus agissante que celle de jadis, et d'autre part, des conditions sociales qui font qu'entre le malade et son médecin s'interpose un tiers, qui supporte la charge pécuniaire du traitement.

**Conclusions**

Autant notre caractère français, épris de liberté individuelle, s'accommode mal des régimes étatistes, qui, par des lois, obligent le citoyen à se faire soigner de force, autant cependant, il convient de rendre rapidement la faculté de travail à ceux qui, par ignorance, peur, ou même paresse, entendent se refuser au traitement qui peut les guérir plus vite, ou simplement améliorer leur situation définitive.

L'introduction des lois, dites sociales, dans notre arsenal législatif, provoque de plus en plus le heurt entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif. Une ère d'adaptation doit s'ouvrir, au cours de laquelle le médecin expert aura souvent à renseigner le magistrat.

Fréquemment, depuis deux ou trois années, il m'est demandé comment un médecin peut faire la preuve qu'il a conseillé le traitement idoine, ou qu'il a tenté de faire l'injection préventive contre des complications septiques à redouter.

Faire signer par le malade, ou son entourage, une décharge serait à mon avis inopérant, à plusieurs chefs (*Concours médical*, 1931.3308). Mieux vaut recourir à la consultation entre confrères, qui, s'ils sont du même avis, pourront décider le patient à se laisser soigner *secundum artem* ou qui, devant un refus opiniâtre, rédigeront une consultation (dont ils garderont copie) dans laquelle, sous leurs deux signatures, ils indiqueront leur avis et leur traitement.

Au malade de faire de cette ordonnance tel usage qu'il lui plaira de faire.

Aux compagnies d'assurances contre les accidents du travail, au service de contrôle des assurances sociales, des réformés de guerre, des indigents de faire toute diligence pour savoir si le traitement suivi par le malade est conforme à celui indiqué par le médecin traitant.

En cas de conflit, le litige sera porté devant les tribunaux compétents, qui s'entoureront des renseignements des hommes de l'art, pour décider si le malade outrepasse ou non ses droits, en opposant un refus systématique au traitement proposé et si, comme conséquence, les résultats dommageables de ce refus ne doivent pas lui incomber comme charge.

Cette question est toute nouvelle, mais il est à prévoir que la mise en pratique des assurances sociales lui donnera une ampleur considérable.

D[r] Paul BOUDIN.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Les pensions de retraite

La Mutualité Familiale du Corps médical français a dû, pour l'indemnité-maladie, imposer une limite à la participation.

Il arrive, en effet, un âge où la morbidité augmente dans des proportions considérables et où l'on se trouve le plus souvent dans l'impossibilité de séparer ce qui doit être attribué à la maladie et ce qui est le fait de l'usure.

Or, les combinaisons qui prévoient le cas maladie ne peuvent comprendre également le cas vieillesse, ni assurer avec une cotisation exclusivement calculée sur la morbidité le service d'une pension.

La limite fixée pour la participation à l'indemnité maladie est 65 ans : la participation cesse au 31 décembre de l'année où le sociétaire atteint cet âge de 65 ans ; à ce moment, il a épuisé ses réserves mathématiques, il ne verse plus de cotisation et la société ne lui doit plus rien.

Est-ce à dire que ce sociétaire va être complètement abandonné et que désormais il restera ignoré de la Mutualité Familiale ?

En aucune façon et, à côté du service de l'indemnité maladie, celle-ci a ouvert un service de pensions de retraite.

Sa pensée première fut d'instituer une combinaison servant la retraite le lendemain même du jour où cessait l'indemnité maladie, si bien que le malade chronique qui recevait l'indemnité mensuelle et qui s'en trouvait privé le 31 décembre, recevait le lendemain même, 1[er] janvier, la pension d'une année entière. Une combinaison C assurait le double service.

Mais, d'un côté, nombre de sociétaires trouvaient le terme de 65 ans trop éloigné pour la retraite et réclamaient celui de 60 ans ; d'un autre côté, l'allocation de 10 francs par jour et cent francs par mois pour la maladie était devenue notoirement insuffisante. La Mutualité Fami-

liale répondit à ces exigences diverses en donnant une autonomie complète au service des pensions.

Actuellement, je l'ai montré dans une étude précédente, cinq combinaisons indemnité-maladie assurent de 10 à 50 francs par jour et de cent à cinq cents francs par mois, et deux combinaisons donnent les retraites l'une à 65 ans, l'autre à 60 ans. Et ces pensions de retraite varient de 1.200 à 4.800 francs par an ; elles peuvent même se superposer assurant au même sociétaire une première pension à 60 ans et une seconde à 65 ans.

C'était éviter la création d'une poussière de combinaisons entre lesquelles on se serait perdu et qui vraisemblableement n'eussent pas été viables car les exigences des sociétaires eussent varié à l'infini.

C'était encore le moyen de donner satisfaction aux confrères qui voulaient adhérer seulement aux combinaisons pensions ou seulement à l'indemnité -maladie.

Etudions donc ces combinaisons pensions de retraite.

Elles ont des caractères communs :

1° Elles se divisent en parts-types de 120 fr. dont chacun peut prendre le nombre qu'il désire sans dépasser toutefois le maximum actuel de 40 (4.800 francs de pension).

2° Elles sont versées aux ayants droit, d'une seule fois et en totalité pour l'année, au 1er janvier de chaque année et leur parviennent exemptes de tous frais ;

3° Elles peuvent être souscrites à fonds perdus (cotisations simples) ou à cotisations contre-assurées de telle sorte que, si le sociétaire venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de la pension, les sommes versées par lui fussent remboursées à ses héritiers;

4° L'âge d'entrée étant l'âge que le sociétaire a eu ou aura au cours de l'année de son admission et la participation remontant uniformément au 1er janvier, la cotisation est payée dans son entier pour l'année de l'admission ; par contre, il n'est pas payé de cotisation dans l'année où le sociétaire atteint sa 60e ou sa 65e année suivant le cas ;

5° La cessation du paiement de la cotisation annuelle n'est pas une cause de déchéance.

Si le sociétaire a versé au moins cinq cotisations annuelles, il a droit, à l'âge voulu, à une pension réduite proportionnelle au capital qu'il aura constitué.

Le sociétaire peut toujours reprendre ses versements interrompus. Il peut même, sauf pendant les quatre dernières années qui précèdent l'échéance de la retraite, effectuer les versements qui sont restés en souffrance;

6° Les combinaisons retraites sont ouvertes aux femmes des sociétaires et à leurs enfants à partir de vingt ans dans les mêmes conditions exactement qu'à eux-mêmes ;

7° La participation minimum pour l'obtention de la pension est de quinze années, terme imposé par la loi ;

8° Aux chiffres indiqués par les barèmes des cotisations, il y a lieu d'ajouter 10 % pour frais de gestion ;

9° Les cotisations se paient, au gré des sociétaires, soit en une seule fois au 1er janvier, soit en deux fois par moitié au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année ;

10° La pension est payée sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier : ce certificat est établi sur papier libre et signé par le maire de la commune où le pensionné a sa résidence.

Les conditions particulières à chacune des combinaisons sont leurs cotisations annuelles.

En voici les barèmes :

COMBINAISON R. — *Retraite à 65 ans.*

*Limite d'âge d'entrée 50 ans.*

Cotisations annuelles à verser pour une pension de 1.200 francs. Multiplier par 2, 3 ou 4 pour les pensions de 2,400, 3,600 ou 4.800 francs.

| Age d'entrée | Cotisations à verser | Cotisations simples | contre-assurées |
|---|---|---|---|
| 20 ans | 45 | 48 fr. | 58 fr. |
| 21 — | 44 | 51 » | 62 » |
| 22 — | 43 | 54 » | 66 » |
| 23 — | 42 | 57 » | 70 » |
| 24 — | 41 | 60 » | 74 » |
| 25 — | 40 | 64 » | 79 » |
| 26 — | 39 | 68 » | 84 » |
| 27 — | 38 | 72 » | 89 » |
| 28 — | 37 | 77 » | 95 » |
| 29 — | 36 | 82 » | 101 » |
| 30 — | 35 | 87 » | 108 » |
| 31 — | 34 | 93 » | 115 » |
| 32 — | 33 | 99 » | 123 » |
| 33 — | 32 | 106 » | 131 » |
| 34 — | 31 | 113 » | 140 » |
| 35 — | 30 | 121 » | 150 » |
| 36 — | 29 | 129 » | 161 » |
| 37 — | 28 | 139 » | 172 » |
| 38 — | 27 | 149 » | 185 » |
| 39 — | 26 | 160 » | 199 » |
| 40 — | 25 | 172 » | 214 » |
| 41 — | 24 | 186 » | 230 » |
| 42 — | 23 | 201 » | 249 » |
| 43 — | 22 | 217 » | 269 » |
| 44 — | 21 | 236 » | 291 » |
| 45 — | 20 | 256 » | 316 » |
| 46 — | 19 | 279 » | 343 » |
| 47 — | 18 | 305 » | 374 » |
| 48 — | 17 | 335 » | 409 » |
| 49 — | 16 | 369 » | 448 » |
| 50 — | 15 | 408 » | 493 » |

COMBINAISON P. — *Retraite à 60 ans.*

*Limite d'âge d'entrée* 45 *ans.*

Cotisations annuelles à verser pour une pension de 1.200 francs. Multiplier par 2, 3 ou 4 pour les pensions de 2.400, 3.600 ou 4.800 francs.

| Age d'entrée | Cotisations à verser | Cotisations simples | Cotisations contre-assurées |
|---|---|---|---|
| 20 ans | 40 | 82 fr. | 97 fr. |
| 21 — | 39 | 87 » | 103 » |
| 22 — | 38 | 93 » | 109 » |
| 23 — | 37 | 99 » | 116 » |
| 24 — | 36 | 105 » | 123 » |
| 25 — | 35 | 111 » | 131 » |
| 26 — | 34 | 119 » | 140 » |
| 27 — | 33 | 126 » | 149 » |
| 23 — | 32 | 136 » | 159 » |
| 29 — | 31 | 144 » | 169 » |
| 30 — | 30 | 154 » | 181 » |
| 31 — | 29 | 164 » | 193 » |
| 32 — | 28 | 176 » | 207 » |
| 33 — | 27 | 188 » | 222 » |
| 34 — | 26 | 202 » | 237 » |
| 35 — | 25 | 217 » | 255 » |
| 36 — | 24 | 234 » | 274 » |
| 37 — | 23 | 252 » | 295 » |
| 38 — | 22 | 272 » | 318 » |
| 39 — | 21 | 295 » | 344 » |
| 40 — | 20 | 320 » | 372 » |
| 41 — | 19 | 347 » | 404 » |
| 42 — | 18 | 379 » | 439 » |
| 43 — | 17 | 415 » | 479 » |
| 44 — | 16 | 445 » | 524 » |
| 45 — | 15 | 510 » | 577 » |

Que puis-je ajouter ?
C'est qu'il est toujours possible, tant qu'on n'a pas atteint le maximum, d'augmenter sa pension ; c'est qu'on peut, étant inscrit à une combinaison, se faire inscrire à l'autre également, ce qui permet une pension de 4.800 fr. à 60 ans et 9.600 fr. à 65 ans.

Et, si la femme entre également, le ménage peut s'assurer pour ses vieux jours une retraite de 19.200 francs, ce qui, on en conviendra, n'est pas négligeable.

Reste une question, la solidité de la Caisse, et l'inventaire quinquennal fait par le Directeur adjoint d'une de nos plus grosses assurances françaises y répond : à la suite de l'inventaire au 30 décembre 1930, il s'exprime ainsi dans son rapport :

« Le montant des réserves mathématiques est de 2.410.130 francs et l'actif compté au prix d'achat des valeurs du portefeuille est de 3.038.417 francs ; ce même actif compté au cours de la Bourse est de 3.418.351 francs, soit une plus value de 379.934 francs qui constitue, non pas peut être une réserve supplémentaire, mais dans tous les cas une sécurité contre les fluctuations de la Bourse.

La situation du fonds d'assurances retraites est, par conséquent, excellente. »

Confrères que l'avenir préoccupe justement, venez à la Mutualité Familiale, venez grossir notre phalange, inscrivez-vous à ses combinaisons retraites : comparez les modestes sacrifices que cette adhésion vous impose aux avantages et à la sécurité qu'elle vous assure.

Inscrivez-vous personnellement, faites entrer vos femmes, vos enfants même si vous le pouvez.

Vous ne le regretterez pas.

A. GASSOT.

# Variétés

## LA VERSION LATINE DU TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES DE MOSCHION

### Sa date et son auteur

Par Albert GARRIGUES

Soranus a écrit un *Traité des Maladies des femmes,* dont le texte oublié fut retrouvé par Dietz, en 1837, dans notre Bibliothèque Royale. Plus heureux, un *Abrégé* de cet ouvrage, attribué à Moschion, était resté le précis pratique des médecins du Moyen-Age. Suivant l'opinion générale, cet abrégé aurait eu la plus merveilleuse aventure. Il aurait été écrit d'abord en latin par un Moschion, traduit ensuite en grec par un autre Moschion, enfin de nouveau mis en latin encore par un Moschion ; et cela n'a paru surprenant à personne. A dire vrai, nul que je sache n'a jamais dit avoir vu la primitive leçon latine, et je ne découvre pas les raisons qui firent faire l'incroyable et inutile hypothèse de son existence. La leçon grecque est pour moi le texte primitif ; longtemps perdue, elle fut retrouvée par Conrad Gesner à Augsbourg seulement en 1545. Ce fut donc sa version latine, dont on connaît plusieurs manuscrits médiévaux, qu'eurent entre les mains les médecins et les sages-femmes d'avant la Renaissance.

Les différences, que présentent le texte grec, et le lexte tatin et que les lecteurs du *Concours Mé-*

*dical* connaissent (1), témoignent que deux auteurs différents ont écrit le premier et le second, sans parler des additions diverses que d'autres mains ont faites à l'un et à l'autre (2). Qu'il faille les attribuer tous deux à deux Moschion, il est difficile de l'admettre, encore que tout soit possible ; et je crois plus vraisemblable que devenue d'un courant usage, la leçon latine fixa le nom de l'auteur, non seulement de la traduction vulgarisatrice mais de l'œuvre même, et que des copistes irréfléchis ajoutèrent ce nom au texte grec lorsqu'il le trouvèrent. En fait, j'ai proposé ailleurs l'hypothèse que ce texte grec est de Soranus lui-même (3).

Sommes-nous renseignés davantage sur l'auteur de la version latine ? Si l'on en doit croire sa *Préface*, nous n'avons sur son nom aucune incertitude : *Ego vero Muscio placuit haec Gynaecia in latinum vertere sermonem.* — *Vero* est même ici fort remarquable, car il marque que notre traducteur s'élevait contre l'attribution faite à un Moschion du texte de Soranus qu'il mettait en latin. Mais que savons-nous de ce Muscio ? Rien en dehors du peu qu'il nous dit de lui-même et de ce qu'il est permis de conclure de son œuvre ceci ouvrant le champ à des hypothèses nombreuses, dont la plupart sans doute sont des erreurs.

La plus aventurée est celle qui de Muscio fait un juif. Daniel Le Clerc s'était borné à dire : *qui semble avoir été juif* (3) : et j'ai cherché en vain les bonnes raisons de cette opinion. Il y a dans le chapitre XXXIV du *Traité* développé de Soranus ( *Des soins de l'enfant*), un passage qui paraît se rapporter à la réfection du prépuce chez un enfant circoncis : l'abréviateur s'est gardé de le retenir. Est-ce sur le fragile motif de cette abstention que Le Clerc a risqué son hypothèse ? Herrgott a trouvé meilleure raison en découvrant que Muscio traduisit de l'hébreu en latin (1) et qu'il s'en glorifie (2). Le malheur est que, quelque attention que j'y ai mise, je n'ai pas su retrouver le passage où cette affirmation se rencontre. Ceci n'aurait, après tout, qu'une importance menue ; mais l'aventure est curieuse parce qu'elle montre comment, partant d'un fait accepté, on se laisse entraîner à des déductions dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles sont audacieuses. Notre traducteur, en effet, étant juif, Muscio est Moschion : Moschion est la forme hellénisée de Mosche : Mosche est l'orthographe phonétique de Mose ; et Mose enfin est Moïse. Dieu merci ! la pensée n'est venue à personne que ce Moïse là fut le même que celui des Tables de la Loi !

Le siècle où florit Muscio ne peut être déterminé que par un ensemble de données de valeur inégale. Marquons d'abord des dates extrêmes. D'une part, son *Traité des maladies des femmes* n'est rien de plus qu'un abrégé de celui de Soranus d'Ephèse. Or, il est admis du plus grand nombre que ce dernier vivait sous Trajan et sous Adrien. A la vérité, ceci est sans certitude ; mais acceptons l'opinion commune. Il en vient que le deuxième siècle est la date limite la plus lointaine à laquelle on puisse faire remonter Muscio. D'autre part, les plus anciens manuscrits connus de sa version latine sont du IXe siècle ; et là sans doute est la raison qui conduisit Haller à placer notre auteur au VIIIe siècle (3).

Cet écart de six siècles est considérable. Essayons de le réduire. A cela, Muscio nous aurait aidé si, ne se limitant pas à son rôle de traducteur, il avait porté des jugements originaux sur quelques autres auteurs de *Gynaecia*, dont l'époque connue aurait servi de repère. Il n'en fit rien, à la fois par fidélité à son texte (4), et parce que celui-ci, écrit dans un but de pratique médicale pure, ne s'accommodait pas d'érudition. Du moins, nous fournit-il une première donnée par le fait même qu'il a choisi pour le traduire Soranus d'Ephèse. Qu'est-ce à dire, en effet, sinon que le méthodisme, en ce temps-là, tenait toujours bonne place parmi les doctrines médicales ? Dès lors, une opinion de Bouchut pourrait apporter une précision si elle était fondée. Pour cet auteur, le méthodisme disparut à peu près dès le IIIe siècle et ne retrouva que beaucoup plus tard une vogue nouvelle, *écrasé* (qu'il fut) *par la critique de Galien, devenu l'autorité médicale de son époque et des siècles suivants* (5). Hélas ! La vérité est dif-

(1) Voir *Concours Médical*, n° 42 *bis*, 1931, pp. 3231 à 3233.

(2) Pour les additions au texte grec, voir *L'Association Médicale*, 1931 : pour celles faites à la version latine voir *L'Art Médical*, 1931.

(3) Voir *Nord Médical*, 15 octobre 1931. — Aux preuves alors données peut être ajoutée la suivante. Au chapitre LX du Traité dit de Moschion (édition de Herrgott, in-8, Nancy 1895), consacré à l'*inflammation de l'utérus* § 127 dans l'édition de Dewez, in-8°, Vienne, 1793, et part. II, § 2 dans l'édition de Valentin Rose, in-8°, Leipzig, 1882), il est fait mention de fomentations huileuses et émollientes *dont nous avons donné le détail*, de topiques *dont nous avons parlé* ; mais ce détail et ces topiques font défaut. Or ils manquent aussi dans le texte de Soranus que résume notre abrégé. Donc le renvoi est fait à un autre ouvrage. On comprend fort bien pareil renvoi mis par Soranus dans l'en-tête analytique d'un de ses chapitres et non répété par lui dans le chapitre même ; on ne se l'explique plus sous la plume d'un abréviateur différent.

(3) Daniel Le Clerc. — *Histoire de la Médecine*, in-4° I. van der Kloot, La Haye, 1729, p. 494.

(1) Fr. J. Herrgott. — *Soranus d'Ephèse et Moschion* in-8°, Berger-Levrault, Nancy, 1895, *Introd.*, p. XXVI.

(2) Fr. J. Herrgott. — Notes à sa traduction de l'*Essai d'une histoire de l'Obstétricie* de Siebold, 3 vol. in-8°, Paris, 1891, t. I. p. 168.

(3) Haller. — *Bibl. chirurg.*, t. I, p. 68.

(4) Préface : *Veritate rationis potius nisus quam structa ratione vel diligentius polita usus.*

(5) Bouchut. — *Histoire de la Médecine*, 2 vol. in-8°, Paris, 1873, t. II. p. 156.

férente, et Bouchut, pour une fois, fut mal inspiré. Le méthodisme restait encore la doctrine prédominante de l'Ecole de Salerne au début du XI[e] siècle avec Gariopontus, et l'humanisme ne prit le dessus, Galien ne l'emporta sur Soranus qu'à la fin du siècle (1). Toutefois, il est exact que, si le méthodisme avait jeté un vif éclat avec Soranus, la critique de Galien l'avait ébranlé. Le fait même que des fidèles, reprenant les œuvres du médecin d'Ephèse, les traduisent pour les vulgariser, peut être regardé comme le témoignage des luttes doctrinales à une heure où le méthodisme, menacé de voir les esprits lui échapper, tentait de les reprendre. Seulement, pour juger de ce moment, il ne faut pas mesurer le temps au sablier de notre vitesse. Aujourd'hui, une théorie part, s'élève, éclate avec bruit, illumine le monde, s'éteint et retombe ne laissant qu'un peu de fumée et quelques débris., aussi rapide qu'une fusée et d'une aussi brève durée : nos ans, à cet égard, valent des siècles d'autrefois. Si bien, que l'indication qu'il est permis de tirer de ce qu'il y a de juste dans l'observation de Bouchut nous conduit, de façon approximative, aux V[e]-VI[e] siècles.

Cela n'est pas assez pour qu'on puisse conclure : mais une seconde donnée, elle aussi approximative, nous ramène au même moment : je veux parler de la nature de l'œuvre entière de Muscio. Chaque siècle a ses goûts particuliers, pour mieux dire ses possibilités intellectuelles. Aux grandes époques créatrices, succèdent d'autres époques, où l'utilisation du passé, la compilation et quelquefois le découpage des cheveux en quatre tiennent lieu de génie ; alors les collections de seconde main qui dispensent de recourir aux documents originaux, les *vade-mecum* disposés pour un usage immédiat qui délivrent de toute préoccupation théorique, répondent à un besoin général de moindre effort. Pour ceux qui vivent à ces époques dernières, cette recherche d'une vie plus facile s'appelle *le Progrès* ; vu de plus loin, c'est la décadence. En fait, c'est bien aux jours de la décadence de la médecine grécoromaine que nous voyons apparaître le recueil d'Ætius (fin du V[e] siècle), les traductions critiques de Caelius Aurelianus (V[e]-VI[e] siècles), la compilation de Paul d'Egine (VII[e] siècle) ; puis la vogue de ces travaux faiblit pour reprendre deux siècles plus tard avec les *Collectanea* d'Oribase (IX[e] siècle). Les traductions de Muscio paraissent bien répondre au moment où ce genre d'ouvrages avait déjà conquis les suffrages sans avoir atteint encore l'apogée de son succès, c'est-à-dire aux V[e]-VI[e] siècles.

Le style et la langue de Muscio sont du même temps. Certes, décider en pareille matière est toujours chose fort délicate et on y a de grandes chances de se tromper. Pourtant ce style demi-barbare, cette langue riche de mots latinisés et de néologismes que le III[e] et le IV[e] siècles n'ont pas connus, portent bien la date des dernières années du grand empire de Rome et du commencement du Moyen-Age, alors que les aigles romaines cédaient aux Wisigoths en Espagne et en Aquitaine, aux Burgondes dans une partie de la vallée du Rhône, à Odoacre en Italie, aux Vandales en Afrique, ou bien tentaient de reconquérir les pays perdus avec Justinien.

De la langue de Muscio, — je ne dis plus de son style, qui est celui des nombreux traducteurs occidentaux des V[e]-VI[e] siècles, — on a déduit parfois davantage encore ; on a pris motif d'elle pour lui attribuer une patrie. Que Muscio n'ait été ni latin de naissance, ni grec (1), on s'en aperçoit à le lire et cela ne soulève pas de discussion. Qu'il soit né en Afrique, comme quelques-uns le croient, il est possible de disputer sur cette opinion, mais elle est tout à fait acceptable. D'une part, en effet, la langue de Muscio présente d'assez nombreux idiotismes africains et elle rappelle celle de Cassius Félix, lui aussi : traducteur de médecins grecs, ayant vécu aux V[e]-VI[e] siècles et africain. D'autre part, suivant une note de Valentin Rose (2), il y eut beaucoup de *Mustii, Mustiosi, Mustioli, Mustaci, Musii, Mussiosi* en Numidie et dans la province consulaire d'Afrique fondues au V[e] siècle dans le royaume des Vandales.

Quant à l'opinion que Peyrilhe s'était faite de Muscio (3), à savoir qu'il fut un praticien de valeur, l'œuvre de ce dernier ne la justifie pas par elle-même et il est difficile de la soutenir depuis que le Traité de Soranus a été retrouvé. En effet, une pratique professionnelle étendue et l'expérience que donne une telle pratique, auraient certainement poussé Muscio à des additions originales, qu'on ne retrouve nulle part, et sa fidélité même à suivre le texte grec témoigne qu'il fut beaucoup moins un médecin voué au soin des malades qu'un homme de cabinet pour qui ce fut assez de traduire notre *Questionnaire de gynécologie et d'obstétrique*, un traité sur les *Maladies des yeux*, une autre de *Chirurgie*, un autre encore sur les *Remèdes*, enfin les *Trente Livres* de Soranus.

Peut-être semblera-t-il au lecteur qui jusqu'ici a bien voulu me suivre qu'il prit à le faire beaucoup de peine pour le résultat modeste et incertain auquel nous aboutissons. Poursuivons cependant. Pour adoucir sa désillusion, je lui veux offrir une hypothèse, qui sera un dédommagement.

(1) *Cf.*—Le Traité des maladies des femmes de Trota de Salerne, *L'Association Médicale*, n° 6, juin 1931, p. 271.

(1) Smyrne, en particulier, ne saurait être en cause. Les *Mystionis Smyrnaei Gynaecia*, dont fait mention le P. Labbé (*Nouvelle bibliothèque des livres manuscrits*) sont d'un Moschion beaucoup plus ancien que notre traducteur.

(2) Valentin ROSE. — *Sorani Gynaeciorum vetus translatio latina*, in-12, Teubner, Leipzig, 1882, p. VIII.

(3) PEYRILHE. — *Histoire de la Chirurgie*, in-4°, Imprimerie Royale, Paris, 1790, t. II, p. 299.

La plupart des œuvres de Soranus sont perdues. Dans ce désastre, le médecin d'Ephèse a eu du moins la bonne fortune de trouver un admirateur qui nous a conservé la plus grande partie de ce qui nous reste de lui. J'ai nommé Caelius Aurelianus (1).

Or, nous savons à peine davantage de Caelius Aurelianus que de Muscio ; mais, comme Muscio, Caelius serait né dans cette province consulaire d'Afrique conquise par les Vandales, — à *Sicca Venerea* (2).

Comme pour Muscio, la plus grande incertitude règne sur le siècle au cours duquel il vécut ; l'écart des opinions va du IIe au VIe siècles (3), mais la plus vraisemblable est celle qui choisit les Ve-VIe siècles ... comme pour Muscio.

Comme Muscio, Caelius Aurelianus appartint à la secte des Méthodistes (4) ; et, comme il l'est pour Muscio, Soranus est son dieu.

Comme Muscio, Caelius est avant tout un grand traducteur, encore que plusieurs des livres qu'il dit avoir écrits et qui sont perdus, semblent indiqués comme des œuvres originales (1). Quoiqu'il en soit de ce point, un rapprochement vient à l'esprit quand on parcourt la liste des titres de ses ouvrages. Il y manque le *Traité des maladies des yeux* de Muscio et sa traduction du *Triacontas* ; mais on y trouve, comme dans l'œuvre de Muscio : un *Questionnaire sur les maladies des femmes* (2), un *Questionnaire de chirurgie* (3), enfin des *Questionnaires de thérapeutique* (4) ; et ce goût tout pareil chez l'un et chez l'autre auteur, pour la forme si particulière *du Questionnaire* est rema quable (5).

Comme Muscio enfin, Caelius est un médiocre helléniste et parle un latin barbare. *Nostra mediocritas latinizanda*, écrit-il (6), se rendant en cela parfaite justice. La ressemblance ne se borne pas à cette remarque générale. Foule de mots de raîche date sont pareils chez l'un et chez l'autre : *latinizare*, par exemple, ou *chirurgumena*. C'est ainsi qu'à ce passage de la *Préface* de Muscio : *Multa videor transtulisse sicut in chirurgumeno legisti*, répond cette variante du titre des livres chirurgicaux de Caelius : *Sicut in Chirurgumenis vel Responsiorum libris demonstravimus* (7). Il n'est pas enfin jusqu'à l'acception particulière de certains termes qu'on ne retrouve la même chez les deux auteurs. Ainsi pour le mot *corpus*. On lit dans la *Préface* de Muscio : *Placuit catapeotianorum brevitatem fuisse secutus, ut omnia dicere videar et non grande* corpus *perfecisse* ; — et dans la *Préface* mise par Caelius en-tête de ses *Maladies chroniques* *Soranus plenissime cuncta-*

---

(1) Appelé Caelius Aurelius par Cassiodore (*Liber de institutione divinarum scripturarum*, cap. XXXI, p. 479, dans l'édition des *Œuvres complètes* de Cassiodore, in-4°, Ph. Gamonet, Genève, 1637). Plus rarement, le nom devient Lucius Caelius Arianus, qu'on traduit d'ordinaire par Lucius Caelius d'Aria. Aria est cette ville de l'ancienne Perse qui est devenue Hérat en Afghanistan. En général, cette appellation exceptionnelle, attribuée à quelque erreur de lecture ou faute de copiste, n'est pas admise.

(2) Le cognomen *Siccensis* (Caelius Aurelianus Siccensis) lui est donné, entre autres, sur un manuscrit de Leyde et dans un Codex du monastère de Lorsch. *Sicca Venerea*, au sud-ouest de Carthage, où Marius battit Jugurtha en 109 av. J.-C., est devenue El-kef dans le sud-ouest de la régence de Tunis.

(3) IIe siècle pour G. J. Vossius (De philosoph., p. 98). 230 ap. J.-C. suivant Sorengel (*Histoire de la Médecine*, traduct. L. Jourdan, in-8°, Detervlile, Paris, 1815, t. IV, p. 360), dont l'opinion a été adoptée par Descuret (*Biographie Médicale*, in-8°, Panckoucke, Paris, 1821, t. III, p. 294) et par Bouchut (*Histoire de la Médecine*, in-8°, Paris, 1873, t. II. p. 140). Fin du IVe ou Ve siècle pour Reinesius (*Variae lectiones*, in-4°, Altenbergi, 1640, lib, III, cap. XVII). — Ve ou VIe siècle selon Daremberg *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, in-8°, Masson, Paris, 1870, t. XI, p. 487). VIe siècle pour Moeser (*Histoire de la Médecine*, 1875, t. I, p. 321).

(4) *La Pratique de Muscio*, écrivait Daniel Le Clerc (*Histoire de la médecine*, in-4°, I. van der Kloot, La Haye, 1729, p. 494) *est approchante de celle de Caelius si ce n'est qu'on trouve dans Muscio des remèdes spécifiques au lieu que Caelius rejette absolument ces remèdes : mais il se peut que les endroits où Muscio propose ces mêmes remèdes aient été ajoutés au texte de cet auteur, qui les condamne ailleurs.* — Il se peut, en effet ; mais l'opposition que relève Le Clerc entre Muscio et Caelius Aurelianus n'existe pas. Tous deux condamnent les remèdes spécifiques ; mais tous deux aussi en usent quelquefois. *Caelius*, vient d'écrire M. Ch. Greene Cumston (*Histoire de la Médecine*, in 8°, Renaissance du Livre, Paris, 1931, p. 165) *déclare que nombre de gens ont confiance dans les spécifiques bien qu'ils n'aient en réalité aucune valeur. Cependant il a recours à certains spécifiques dans le cas de parasites intestinaux.* Tous deux, suivant Soranus, ont même méthode et les mêmes contradictions dans lesquelles Soranus tomba, par exemple encore, à l'occasion des purgatifs condamnés en théorie et cependant administrés contre l'hydropisie.

(1) Pourtant *Libri de Adjutoriis*, entre autres, sont indiquées, comme appartenant à Soranus (*Cf. Libri Celerum vel acutarum passionum*, lib. II, carp. XXIX, p. 103 de l'édition J. C. Ammam du *De Morbis acutis e chronicis*, in-4°, F. Stort, Venise, 1757). Tous les renvois suivants à des passages de Caelius Aurelianus sont établis sur cette édition.

(2) *Libri de muliebribus vitiis Responsionum.* — *Cf. Morb. Chronic* : lib. I, cap. IV, p. 217 ; lib. II. cap. I. p. 257 ; lib. V, cap. IV, p. 420, et cap. X, p. 426.

(3) *Libri de Chirurgia Responisorum. Cf. Morb. Chro* : lib. II, cap. I, p. 257 ; lib. IV, cap. I, p. 360 ; lib. V, cap, 2, pp. 418-419.

(4) *Libri in pharmaceutico Responsionum. Cf. Morb. Chronic* : lib. V, cap. X, p. 435. — *Libri de medicaminibus Responsionum. Cf. Morb. Chronic.* : lib. II, cap. VI, p. 276 ; cap. VII, pp. 279-281 ; cap. XIII, pp. 298-299 ; lib. III, cap. I, p. 316 ; cap. II, pp. 322, 326 ; lib. IV, cap. III, p. 381 ; cap. VIII, p. 396. *Libri de adjutoriis. Cf. Morb, Acutor* : lib. I, cap. X, p. 21 ; cap. XV, p. 26 ; lib. II, cap. XXIX, p. 103. *Morb. Chronic* : lib. I, cap. IV, p. 236 ; lib. III, cap. VIII, p. 349. Peut-être ces divers traités ne sont-ils qu'un même ouvrage sous des noms différents.

(5) Cf. *Nord-Médical*, 15 octobre 1931.

(6) *Acutorum morborum libri*, lib. II, cap. X, p. 71.

(7) *Chronicorum morborum libri*, lib. II, cap. I, p. 257.

*rum diligentiam tradidit atque speciale* corpus *scripturae formavit* (1).

Je n'ajouterai qu'une remarque. Il est frappant que Muscio et Caelius Aurelianus, méthodistes tous deux et tous deux traducteurs et admirateurs de Soranus, ne soient jamais cités l'un par l'autre. A cela, je ne vois que trois explications possibles. Ou bien, tous deux ont gardé sur leurs traductions un silence systématique, ce qui est peu vraisemblable. Ou bien, ils ont vécu au même moment mais en des pays si éloignés que les œuvres de l'un ne parvinrent pas jusqu'à l'autre ; mais cette hypothèse dans sa seconde partie n'est pas soutenable à cause de la ressemblance de la langue des deux auteurs. Ou bien, Caelius Aurelianus et Muscio ne sont qu'une même personne sous deux noms que, sur des manuscrits d'origine et de date différentes, des copistes différents ont écrits différents aussi, pour des raisons insoupçonnées (2). Telle est l'hypothèse que j'avais promise. Elle est vraisemblable. Elle a pour elle de bonnes raisons.

Un instant, j'ai eu l'espoir qu'il me serait possible de fournir une preuve de son exactitude. J'avais trouvé, en effet, dans le *Dictionnaire ncyclopédique des Sciences Médicales*, à l'article Soranus et sous la signature de L. Hahn (3), les lignes suivantes :

Page 444. — *Sur un fragment des Genetia* (de Coelius Aurelianus), *découvert* par Du Rieu, il naquit à Sicca en Numidie.

Page 448. — *Du Rieu a démontré que l'ouvrage de Caelius Aurelianus intitulé* Genetia *dont nous ne possédons malheureusement qu'un fragment, n'est autre chose qu'une traduction abrégée du* Περὶ γυναικείων παθῶν (de Soranus), *malgré les passages* du Acut. morb. *où Caelius en parle comme d'une œuvre personnelle.*

(1) Page 195.

(2) Il convient de remarquer que d'aucuns regardent l'existence de Caelius Aurelianus comme incertaine. *La réputation de Caelius Aurelianus,* si toutefois, il y a eu jamais un auteur de ce nom, *est entièrement usurpée,* écrivait Guardia (*Gazette médicale de Paris,* 1869, p. 592) ; et L. Hahn (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* Paris, 1881, t. LXXXIX, article *Soranus* p. 443) : *L'origine de Caelius Aurelianus,* si toutefois il a jamais existé un auteur de ce nom, *ne paraît pas douteuse.*

(3) Paris, 1881, troisième série, tome dixième (Sir-Spé).

Restait à retrouver ce fragment d'un abrégé aurélien du *Traité des Maladies des femmes* de Soranus pour le comparer avec l'abrégé attribué à un Moschion, de voir l'identité ou la différence. Je n'y serais point parvenu sans l'extrême complaisance de M. Hahn, bibliothécaire de la Faculté de Médecine, que je remercie vivement de l'aide érudite qu'il a bien voulu me donner. Grâce à lui, j'ai su que Wilhem Nicolaas Du Rieu, né à Leyde le 21 octobre 1829, bibliothécaire à l'Université depuis 1864, jusqu'à sa mort, à Leyde, le 21 décembre 1896, avait édité des *Codices graeci et latini* (1). Grâce à lui, j'ai pu connaître le fragment retrouvé par Du Rieu dans Cod. Woss. Lat. Q. nº 9, fol. ult. verso et publié dans *Hermes* par Valentin Rose en 1870 (2).

Or, ce fragment n'est pas la traduction latine de l'abrégé dit de Moschion, mais un extrait latin du chapitre X (3) du grand *Traité* de Soranus Je dis extrait et non pas abrégé, car Caelius ici n'a pas fait œuvre originale. Il a coupé simplement dans le texte grec, ne conservant que des phrases de son choix, dont le sens se suit, et traduisant ce qu'il gardait. La découverte de Du Rieu nous fournit ainsi la preuve que Caelius Aurelianus a bien traduit à sa manière le Περὶ γυναικεί παθῶν de Soranus : mais non pas celle que j'espérais lui devoir de l'exactitude de mon hypothèse.

Toutefois , elle n'apporte, par bonheur, aucun argument contre cette hypothèse. De ce que Caelius a traduit le grand *Traité* de Soranus avec des coupures, il ne s'ensuit pas qu'il n'ait point traduit le *Questionnaire* attribué à Moschion. Et même, sans vouloir de parti pris avoir raison et sans forcer les choses, il est bien permis de penser que le fragment retrouvé par Du Rieu, par le fait même qu'il nous montre Caelius traduisant le traité complet de Soranus avec seulement des coupures et par là sans faire d'absolue manière un abrégé, rend vraisemblablement une autre traduction de l'abrégé, vrai cette fois, par le même auteur.

(1) Voir pour sa biographie : *Revue des bibliothèques* 1897, p. 71.

(2) *Hermes*, publié par E. Hübner, in-8º, Berlin, 1870, p. 143 ((*Bibliothèque de l'Université de France*, L. P. V. 32 a).

(3) Dans l'édition Ermerins et dans celle d'Herrgott ; chap. XII dans l'édition Dietz.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

### (Le Sou Médical)

### Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

**Admissions.**

Les admissions prononcées au cours des dernières réunions ont été publiées dans le *Concours Médical* les 21 février et 13 mars derniers.

**Responsabilité professionnelle.**

Le Dr B. ayant été l'objet d'une plainte pour homicide par imprudence, à la suite du décès d'une malade sous anesthésie, a obtenu un non-lieu.

Il demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement des honoraires qui lui sont dus.

Le Conseil lui accorde cet appui.

Le Dr X. a obtenu un non-lieu à la suite de l'instruction qui avait été ouverte contre lui pour blessures par imprudence subies par un enfant auquel il avait appliqué un traitement diathermique.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires de l'avocat et de l'avoué, qui s'élèvent ensemble à 930 fr.

Le Dr L. a été débouté du pourvoi en cassation, formé, avec l'appui pécuniaire de la Ligue, contre un arrêt qui l'a condamné à 20.000 francs de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle.

Le Conseil est saisi de plusieurs affaires de responsabilité professionnelle, dont la publication pourrait actuellement être préjudiciable aux intérêts de la Ligue et de ses adhérents.

**Diffamation.**

Les Drs M. et P. ont obtenu la condamnation de principe de leur diffamateur à un franc de dommages-intérêts.

Le Conseil ordonnance le versement des honoraires de leur avocat, qui s'élèvent à 700 francs.

Le Dr A., ayant été débouté d'une action en dommages-intérêts, soutenue avec l'appui pécuniaire, contre un maire qui l'avait diffamé, est à son tour assigné par le maire en 5.000 francs de dommages-intérêts, devant le Tribunal civil, pour outrages à magistrat.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande.

**Dons à la caisse.**

Les Drs G. S. et W. ayant eu satisfaction dans des affaires pour lesquelles l'appui pécuniaire leur avait été accordé, font don à la Caisse de la Ligue : le premier, de 50 fr., le second de 17 francs, montant des frais qu'il a eus à supporter, le troisième de 20 francs.

Le Conseil leur adresse ses remerciements.

**Contestations d'honoraires.**

Le Dr L. (Seine-et-Oise) a perdu devant le tribunal civil, jugeant en appel, un procès en recouvrement d'honoraires accidents du travail qu'il avait gagné en justice de paix.

Les frais de l'adversaire se sont élevés à 145 fr. 75 et ceux du Dr L. à 907 fr. 35, à la charge de la Ligue.

Le Dr W. (Bas-Rhin) annonce que son affaire de contestation d'honoraires, perdue en première instance, va se terminer par une transaction, après jugement ordonnant une expertise.

Les frais et honoraires à sa charge s'élèvent à 1.620 fr. 20, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr V. (Oise) a perdu en justice de paix une affaire d'accident du travail pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires de son avoué, qui s'élèvent à 291 fr. 95.

Le Dr W. (Meuse) a soigné deux enfants dont la mère a quitté le domicile conjugal, a divorcé, puis s'est remariée. Le premier mari est parti sans laisser d'adresse et le médecin n'a pas été payé de ses honoraires.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr W. pour poursuivre la mère et son second mari.

Le Dr C. (Oise) ayant soigné une fillette blessée par une automobile, le montant de ses honoraires (724 fr. 50) a été versé par une assurance aux parents, qui refusent maintenant de payer le médecin, discutent sa note et lui offrent seulement 504 fr.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr C. pour poursuivre contre les parents le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr F. (Nord) a soigné une femme mariée, sur la demande de son père. La femme a divorcé depuis et le père refuse de payer les honoraires médicaux.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr F. pour poursuivre solidairement le père et la fille.

Le Dr G. (Drôme), ayant fait condamner un client à lui payer ses honoraires, n'a pu exécuter le jugement, mais a eu à supporter pour frais et honoraires 187 fr. 50, dont le Conseil ordonnance le remboursement, l'appui pécuniaire lui ayant été accordé pour cette affaire.

Le Dr M. (Seine-et-Oise) a été débouté, en appel, comme il l'avait été en justice de paix, d'une demande en paiement d'honoraires pour soins donnés à un tiers au domicile de ses clients.

Les frais et honoraires des avoués dans cette affaire se sont élevés à 889 fr. 30, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr G. (Allier) a donné ses soins à deux ouvriers agricoles, blessés dans leur travail, qui sont en outre assurés individuellement. Après paiement, par les assurances des patrons, de ses honoraires au tarif des accidents du travail, il a réclamé un complément d'honoraires jusqu'à concurrence du tarif de droit commun, aux assurances individuelles, qui ont refusé de payer.

Le Conseil lui accorde l'appui pecuniaire dans ces deux affaires, contre les ouvriers ses clients, attendu qu'il n'a pas de lien de droit avec les compagnies d'assurances.

Le Dr C. (Hérault) demande l'appui pécuniaire pour recouvrer 320 fr. d'honoraires contre un client qui, après avoir reconnu sa dette par écrit, refuse de le payer.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr C. dans cette affaire.

Le Dr M. (Meuse) ayant soigné dans sa clinique un ouvrier agricole blessé par un sanglier pourchassé par son patron, à la demande de ce dernier, celui-ci, prétendant qu'il n'a agi que par humanité et que le blessé est un tâcheron qui n'est pas garanti par la législation sur les accidents du travail, refuse, ainsi que les assurances et le blessé, de payer les 405 fr. d'honoraires médicaux.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr M. pour pousuivre solidairement le patron et le blessé, en vertu du droit commun.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Syndicat médical de Cannes

*Assemblée générale du 12 novembre 1931*

**Injections de sérum antitétanique.** — Après examen des arguments fournis obligeamment par le Docteur Boudin, il semble que la meilleure marche à suivre soit la suivante :

Conseiller dans tous les cas au blessé l'injection de sérum à moins qu'on ne la juge vraiment inutile.

En cas de refus du blessé, exiger de lui une déclaration signée refusant l'injection.

Si l'utilité de l'injection paraît contestable, se contenter de cette déclaration sans insister autrement pour pratiquer l'injection.

Si l'injection paraît vraiment utile et que le blessé continue à la refuser malgré l'insistance du médecin, ne pas se borner à exiger la déclaration de refus, mais exiger en plus une consultation avec un confrère au cours de laquelle sera rédigée une consultation écrite que conservera le médecin traitant, exposant que le blessé a refusé absolument l'injection formellement conseillée par les deux médecins. Au besoin refuser de continuer à soigner le blessé en raison du fait que celui-ci refuse d'accepter le traitement jugé nécessaire par le médecin ; (donner toutefois au malade le temps de trouver un autre médecin).

Texte conseillé pour la déclaration de refus du blessé : je déclare refuser absolument l'injection de sérum antitétanique qui m'est conseillée par mon médecin.

Des imprimés de déclaration de refus sont à la disposition des confrères chez le secrétaire.

Les confrères agiront d'autre part sagement en s'assurant solidement contre les risques professionnels.

**Centres de diagnostic.** — L'assemblée examine la question et le projet de centres établi par le Conseil de la Confédération.

1° Au point de vue principes, les centres de diagnostic paraissent en opposition, avec un certain nombre de conditions posées par le Corps médical comme indispensables à sa collaboration aux assurances sociales :

*a*) avec le principe du libre choix, celui-ci étant faussé par le fait d'un organisme à prix réduit. Le malade, conseillé au besoin par son médecin, doit pouvoir continuer de s'adresser librement aux spécialistes de son choix quand leur intervention sera utile ;

*b*) avec le principe du tarif syndical minimum

appliqué de façon habituelle, et auquel il ne doit être dérogé que dans des cas particuliers ;

c) peut-être avec le principe du secret professionnel.

2° Au point de vue technique, les centres de diagnostic paraissent complètement inutiles dans les localités où exercent déjà des spécialistes de toutes spécialités, pourvus des installations nécessaires.

3° Au point de vue pratique, il est désirable dans l'intérêt des malades que tous les examens spéciaux pouvant être utiles au diagnostic puissent être employés, même quand ils sont à tarif élevé.

Ces examens spéciaux à tarif élevé ont été rendus possibles jusqu'à présent pour les malades de condition modeste par la bienveillance des médecins spécialistes qui acceptent de se contenter d'un tarif réduit dans les cas particuliers où la situation du malade ne lui permet pas de payer le prix normal et même au besoin de pratiquer gratuitement ces examens.

Il y a lieu néanmoins de faciliter à l'avenir l'emploi de ces examens spéciaux aux malades.

En ce qui concerne les spécialités autres que la biologie et l'électro-radiologie, les actes médicaux d'un caractère diagnostic à tarif élevé sont tout à fait exceptionnels et n'ont guère par suite à être pris en considération.

En ce qui concerne la biologie, sa suppression dans la nomenclature des actes médicaux de spécialistes a pour conséquence que les recherches biologiques, qui figuraient déjà et continuent à figurer sur le tarif des pharmaciens seront dorénavant considérées comme pharmacie et remboursées par suite à raison de 85 %. L'utilité des centres de diagnostic disparaît donc en ce qui concerne la biologie.

Restent seuls les actes médicaux diagnostiques d'électro-radiologie. Il paraît nécessaire, si l'on veut en faciliter l'accès normal aux malades, de rechercher ce résultat en augmentant le tarif de remboursement et non en diminuant le prix que ces actes médicaux sont normalement payés aux médecins.

Une augmentation raisonnable du tarif de remboursement de ces actes diagnostiques d'électro-radiologie n'augmenterait sans doute pas plus les dépenses des Caisses que l'amortissement obligatoirement très rapide et l'entretien du matériel technique très onéreux auquel les obligerait l'installation de centres de diagnostic.

4° L'argument que les centres de diagnostic ne comprendront pas de consultation de médecine générale d'abord n'est pas valable, car en toutes circonstances les médecins généraux et spécialistes doivent faire bloc pour la défense des intérêts corporatifs, même quand les intérêts de certains d'entre eux seulement paraissent menacés.

Cet argument ensuite est faux comme le montre l'extrait ci-dessous d'une déclaration du secrétaire général du parti social de la Santé publique (*Bulletin* de l'Aube, 1931, n° 12, page 333) :

« La médecine préventive ne peut marcher que par des centres d'examen possédant dans chacun d'eux un médecin de médecine générale. »

5° On ne manquera pas de trouver très vite désirable, dans l'intérêt des malades, que non seulement toutes les recherches d'ordre diagnostique, mais encore tous les traitements spéciaux utiles puissent être employés facilement.

Aussi est-il fortement à craindre que les centres de diagnostic à prix réduit ne deviennent rapidement des centres de traitement également à prix réduit. Il y a là un engrenage fatal. Et nous serons beaucoup moins armés pour nous opposer à cette extensoin de centres déjà existants que pour empêcher leur ouverture.

On ne conçoit d'ailleurs guère de diagnostic sans traitement en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie, etc. Quand le médecin traitant adresse un malade à un spécialiste de ces spécialités, c'est en général pour que ce dernier non seulement diagnostique la maladie, mais encore la soigne.

Il n'y a que pour la biologie et l'électro-radiologie que le diagnostic est réellement indépendant du traitement.

Nous voyons déjà cette orientation se dessiner :

a) un article du *Concours médical* du 15 décembre sur ce sujet dit textuellement que les centres de diagnostic devront être en même temps des centres de cure et donne des détails sur toute la gamme de traitements physiothérapiques et diététiques qu'ils devront pouvoir appliquer ;

b) la circulaire ministérielle sur la prévention parle de la création à proximité du dispensaire antituberculeux de lits pour mettre pendant quelques jours les malades en observation ou pour pratiquer le pneumothorax artificiel. Nul doute que la même création ne soit rapidement envisagée pour les centres de diagnostic.

c) dans le *Bulletin* de l'Aube 1931, n° 12, un confrère signale les empiètements de la Société de Santé de l'Aube (organisme concernant en principe purement la prévention) sur la médecine curative. La société qui a installé un centre de diagnostic avec laboratoire de biologie et installation d'électro-radiologie, a passé un contrat avec des Sociétés de secours mutuels pour faire tous examens radiographiques pour les membres de ces sociétés ; le centre de diagnostic n'est par conséquent déjà plus limité aux assurés sociaux.

En conséquence le syndicat de Cannes estime qu'il y a lieu de tout faire pour éviter la formation de centres de diagnostic.

Là où l'on ne pourra éviter la formation de ces centres il faudrait au moins :

1° que toutes garanties soient obtenues au point de vue secret professionnel ;

2° que le service soit établi par roulement entre les spécialistes de la ville qui désireront y participer ;

3° que la rémunération des médecins ait lieu à l'acte médical et non à forfait ;

4° que le tarif ne soit pas inférieur au tarif syndical minimum ;

5° que le paiement soit fait directement par le malade au médecin ou à son représentant, la Caisse remboursant ensuite au malade son tarif de responsabilité habituel sur le vu de la feuille de soins spéciaux dûment remplie.

6° que la ristourne au centre pour les frais de local, d'appareillage, etc., soit très faible.

Cette ristourne ne doit pas atteindre le pourcentage des frais généraux au cabinet du médecin par rapport aux honoraires encaissés par celui-ci.

En effet, une partie de ces frais généraux n'existe que quand on utilise l'appareillage et est proportionnelle à cette utilisation ; elle n'est donc pas engagée par le médecin quand il pratique des examens au centre.

Par contre une autre partie de ces frais généraux est fixe (impôts, loyer, etc.) et reste la même, que le médecin pratique les examens au centre ou chez lui.

De plus, dans le prix de chaque acte médical exécuté au cabinet du médecin, une partie est destinée à couvrir les frais proportionnels, une autre les frais fixes. Or la pratique d'un certain nombre d'actes médicaux au centre diminuera d'autant le nombre exécuté au cabinet du médecin, augmentera donc pour chaque acte médical qui restera exécuté au cabinet du médecin la partie du prix qui devra être prévue pour couvrir les frais fixes et diminuera d'autant pour chaque acte médical le bénéfice du médecin.

7° Que les centres ne fassent pas de traitement ;

8° Que les centres soient réservés aux assurés sociaux ;

9° Que les centres ne reçoivent aucun malade directement, mais seulement sur lettre du médecin traitant, à qui seul seront envoyés les résultats.

*Le secrétaire* : Dr HOUSSIAUX.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

— **LVe Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.** *Section d'électro-radiologie.* — La section d'électrologie et de radiologie médicales tiendra cette année ses assises à Bruxelles, du 25 au 30 juillet, sous la présidence de M. Félix Sluys.

M. Glorieux (Bruges) présentera un rapport sur *les traumatismes de la colonne vertébrale*. M. le Professeur Rechou (Bordeaux), et MM. Delherm et Morel Kahn (Paris) parleront *du traitement radio et électro-thérapique des goitres* ; la question de la *diélectrolyse* sera traitée par M. Bourguignon (Paris) ; M. le Professeur Gunzburg (Bruxelles) exposera la question des *traitements électriques dans les affections rhumatismales chroniques*.

En dehors des réunions ordinaires, il y aura une séance plénière qui réunira, outre les confrères électro-radiologistes, les autres médecins non spécialisés et au cours de laquelle les principaux sujets d'actualité radio et électrologique seront exposées.

MM. Picard (Bruxelles), Gilbert (Genève), Maisin (Louvain), Belot (Paris), Dognon (Paris), etc., ont bien voulu déjà assurer leur concours.

Les adhésions au Congrès et les titres des communications devront être adressés au secrétaire général, M. E. Daubresse-Morelle, 154, rue de la Loi, à Bruxelles.

— **La Semaine odontologique** (Paris, 6 au 13 avril 1932). — Suivant la tradition établie et que l'année dernière le VIIIe Congrès dentaire international avait interrompue, la Semaine odontologique tiendra ses assises habituelles au Grand Palais des Champs-Elysées, du 6 au 13 avril prochain.

Placée sous le patronage de M. le Ministre de la Santé publique, la Semaine odontologique est organisée par l'Association générale syndicale des dentistes de France, avec la collaboration scientifique des Groupements de l'Ecole odontotechnique et de l'Ecole dentaire de Paris et le concours des principales Sociétés de denticterie professionnelles et scientifiques.

Parmi ces dernières, nous tenons à signaler les Associations et Sociétés de pays amis :

L'Association générale des dentistes de Belgique ; l'Association générale des médecins-dentistes du Grand Duché de Luxembourg ; la Société suisse d'odontologie

Nous rappelons qu'au cours de la Semaine Odontologique, se tient dans les salles Jean-Goujon du Grand Palais des Champs-Elysées, une exposition de fournisseurs et de fabricants pour l'art dentaire, où se trouvent réunies les plus récentes productions de tous les pays.

Comme chaque année, les grands réseaux de chemins de fer français ont consenti aux congressistes, ainsi qu'à leur femme et à leurs enfants, le bénéfice du demi-tarif, valable du 1er au 13 avril pour l'aller et du 6 au 18 avril pour le retour.

On est prié d'adresser la correspondance concernant les démonstrations et communications scientifiques à M. Haloua, 4, rue de Stockholm, Paris (8e) ; pour tous renseignements et demandes de réduction de chemin de fer, au secrétaire général de la Semaine odontologique : M. Roger Renault, 39, avenue Laumière Paris (19e).

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

**Réponse**

Vous devez déclarer les sommes que vous avez touchées dans l'année pour remplacement à la rubrique *des salaires.*

A. M.

---

**1249. — Déclaration par une caisse de secours des honoraires payés à ses médecins**

Je vous serais obligé de bien vouloir me renseigner sur le point suivant : l'administration des contributions directes vient de faire savoir, par l'intermédiaire du contrôleur de la localité, au président de notre caisse de secours, qu'il aurait à lui produire le chiffre d'affaires de chaque médecin agréé par la Société de secours pour soins donnés aux sociétaires malades.

Le président de la Caisse de secours par la voix de l'avocat conseil de la Cie des mines a répondu d'une façon négative et attend la réponse de la direction.

En pratique je crois que la Caisse de secours n'a aucune déclaration à faire, mais en droit ?

Dr P.

**Réponse**

L'article 50 de la loi codifiée du 25 octobre 1926 est formel, la déclaration demandée par le contrôleur devait être faite avant le 31 janvier.

Il semble incroyable qu'un avocat ait pu dire le contraire.

A. M.

## Questions médico-militaires

**6747. — Demande de pension militaire Forclusion**

J'ai dans ma clientèle un jeune homme qui a été hospitalisé pendant son service militaire à L. pour bronchite (en mars 1925).

Le diagnostic de sortie était :

« Bronchite et pleuro-congestion base gauche » »

Le centre maritime de réforme de R. à une demande de pension lui répond : « D'après la circulaire ministérielle n° 128, E. M. P. du 6 mars 1929, vous êtes forclos ayant laissé passer le délai de 5 ans pour faire votre demande de pension ».

Pourriez-vous me dire quelle est cette circulaire n° 128, E. M. P. du 6 mars 1929 ?

D'autre part n'y a -t-il pas une autre loi qui donne une prolongation et porte à 9 ans le temps où l'intéressé peut faire sa demande de pension ?

Quelles sont les démarches à faire soit pour attaquer au tribunal des pensions soit pour repasser devant une commission de réforme ?

Ou doit-il attendre que le ministre des Pensions statue sur son cas ?

Dans tout ce maquis de procédure je m'y perds.

Dr F.

**Réponse**

Ce jeune homme, qui a été incorporé après le 24 octobre 1919 (cessation des hostilités) ne peut prétendre qu'au bénéfice de la loi du 31

mars 1919, et non à celui des lois subséquentes qui ont prolongé les délais d'instance pour les invalides de guerre.

Il ne pouvait donc demander une pension d'invalidité que durant cinq années, à partir du jour de sa libération ; faute de quoi, il a été déclaré *forclos*, et ni le ministre, ni les tribunaux ne peuvent rien contre cette mesure législative.

### 6691. — Maladie contractée en service. Imputabilité

Un soldat de la classe 27 tombe malade pendant une permission (bronchite) est hospitalisé et libéré à sa sortie de l'hôpital.

Sa maladie peut-elle être considérée comme imputable au service ? Actuellement, il fait de la tuberculose. Peut-on admettre une relation avec la maladie qu'il a eue en 28 ?

**Réponse**

Tout d'abord, la bronchite constatée après 3 mois de service pendant l'incorporation, est imputable au service militaire par présomption légale (art. 47, loi du 31 mars 1928, recrutement de l'armée).

Si d'autre part, il peut être prouvé que les soins médicaux pour affection pulmonaire ont été *continus* depuis la libération, la tuberculose pulmonaire actuelle sera imputée, *par preuve*, au service militaire.

### 6547. — Père de 3 enfants. Démission

Ai-je la possibilité actuellement de donner ma démission d'officier de réserve pour échapper aux périodes obligatoires ?

Voici ma situation : né en juin 1892, sursitaire, mobilisé en août 1914, toute la guerre au front, actuellement médecin lieutenant de réserve, père de 3 enfants vivants (un quatrième en route).

D'après ce que j'ai lu sur le *Concours*, je crois être de la 2e réserve (art. 58, loi 31 mars 28) et je dois pouvoir donner ma démission (art. 38 même loi).

Mais dans ce cas, redevenant homme de troupe, ou médecin auxiliaire, suis-je astreint à une période quelconque ?

Enfin, pratiquement, est-il préférable de prendre les devants et de donner ma démission tout de suite, ou vaut-il mieux attendre la convocation ?

Dr X.

**Réponse**

Puisque, de par vos enfants, vous appartenez à la 2e réserve (art. 58), vous pouvez offrir votre démission d'officier de réserve. Vous serez, dès lors, tenu aux mêmes obligations militaires que les hommes de troupe de la 2e réserve (exercices spéciaux, dont la durée totale n'excédera pas sept jours, art. 49, même loi).

Il est plus sûr de ne pas attendre une convocation pour donner votre démission.

**6822. — Qu'est ce que la croix du combattant**

1° La croix du combattant est-elle de droit pour tous les porteurs de la carte, ou faut-il faire une demande pour l'obtenir ? Dans cette dernière éventualité, quelles sont les formalités ?

2° Cette croix est-elle une « décoration » au même titre que la médaille de la Victoire, par exemple (et pouvant en conséquence, être portée sur l'uniforme); ou n'est-ce qu'un « insigne », permettant simplement aux civils anciens combattants de se reconnaître entre eux ? Dr B.

**Réponse**

La carte de combattant donne droit *de plano* au port de la Croix du combattant ; pas d'autorisation spéciale ; il suffit de pouvoir justifier que l'on possède la carte de combattant.

Cette croix se place entre la Croix de guerre et la Médaille interalliée (voir « Agenda-Memento du praticien », 1932, pages 331 et 332.)

---

**6797. — Soins à un militaire en congé ou en convalescence**

Je vous demanderais de me faire savoir qui doit payer les frais médicaux et pharmaceutiques pour soins donnés à un soldat (marin) en congé de convalescence de 3 mois pour pleurésie sérofibrineuse contractée en service, et qui est loin d'être guéri. Dr F.

**Réponse**

Le droit pour un militaire malade au cours d'une permission ou d'un congé, aux soins assurés par le Service de santé militaire n'est établi que pour des soins hospitaliers.

*Toutefois*, par mesure spéciale de bienveillance et après examen de chaque cas particulier, lorsqu'il s'agit d'une maladie contractée en service, et que l'hospitalisation, demandée par la famille du militaire en cause, n'a pu avoir lieu en raison de l'état du malade rendant son transport impossible, il *peut* être accordé *aux familles nécessiteuses*, sur demande adressée au ministre de la Guerre (direction du Service de santé, 2e bureau) le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques *dans la limite* du montant de la dépense qu'eût entraîné le traitement du permissionnaire ou convalescent dans l'hôpital militaire le plus rapproché, s'il avait pu y être transporté. (Réponse ministérielle au *Journal officiel*, 14 novembre 1927).

---

**6489. — Droit à pension militaire. Aggravation d'infirmité**

Permettez-moi de vous demander quelques conseils au sujet de 2 malades que je traite actuellement.

1° Je soigne un jeune homme de 26 ans, qui fit son service militaire en Syrie en 1927 où il contracta

la dysentérie amibienne. Il fut rapatrié, atteint d'ictère et présenta un mauvais état général. Il dut être opéré de l'appendicite ; depuis il souffre du ventre (adhérences constatées à la radio) présente de la congestion du foie et un mauvais état général avec sclérose pulmonaire. Un examen des selles n'a pas permis de retrouver des kystes d'amibes.

Ce malade a-t-il droit à une pension, car il semble bien que son mauvais état de santé soit consécutif à son séjour en Syrie ? Si oui, quelles sont les démarches qu'il doit faire.

2° L'autre malade a été mobilisé pendant la guerre Il a subi une gastro-entérostomie avec ablation du pylore ; il existe une petite adhérence au niveau de la cicatrice avec des troubles digestifs et douloureux qui ont motivé un taux d'incapacité de 40 %. Depuis quelques mois, il présente un mauvais état général, il a beaucoup maigri (il a perdu 14 kgr.) est fatigué et présente des troubles hépatiques nets. Est-ce que cet état général mauvais, ces troubles hépatiques ne justifieraient pas une augmentation du taux d'invalidité qui pourrait être élevé semble-t-il à 50 % ?

Dans l'affirmative, voudriez-vous me donner la marche à suivre ? Dr D.

### Réponse

1° Cet ex-militaire bénéficie d'un délai de cinq ans à partir du jour de sa libération, pour se mettre en instance de pension d'invalidité.

Les maladies qu'il présente actuellement, semblent bien lui ouvrir droit à pension. Qu'il adresse, par lettre recommandée, une demande de visite d'expertise et de Commission de réforme, au médecin-chef du Centre de réforme, dont il dépend . Il y joindra copie, certifiée conforme, des pièces d'origine qu'il possède.

2° Que ce pensionné adresse au médecin-chef du Centre de réforme, une demande de visite pour aggravation, en y joignant un certificat médical constatant cette aggravation ; et la Commission de réforme, devant laquelle il comparaîtra, pourra attribuer ces troubles hépatiques à l'infirmité première.

### 6336. — Calcul des annuités pour la Légion d'honneur

Si les dispositions de la loi du 17 juillet 1931 (officiers rayés des cadres, légion d'honneur) me sont applicables, à quelle époque me serait-il possible d'en bénéficier (concourir pour officier).

Classe 1902 sous les drapeaux novembre 1903, médecin sous-lieutenant en avril 1912. rayé des cadres en 1931.

Aux armées du 3 août 1914 au 9 mars 1919 donc 4 ans 7 mois 6 jours

2 blessures et 2 citations à la division.

Juin 1920, chevalier de la Légion d'honneur.

Ces divers renseignements pour vous permettre un total d'annuités dont j'ignore le mécanisme.

Dr L.

**Réponse**

Vos annuités se décomptent ainsi qu'il suit au 31 décembre 1931 :

Service : 27 ans, 11 mois, 23 jours,
Campagnes : 4 ans, 7 mois, 6 jours,
2 blessures, 2 ans.
Chevalier : 11 ans, 6 mois, 14 jours.
Total : 46 ans, 1 mois, 13 jours ;
*soit 46 annuités dont 11 de chevalier.*

Or, il faut, 50 annuités, dont 8 de chevalier, afin de pouvoir être proposé pour le grade d'officier de la Légion d'honneur.

Dans 4 ans, vous aurez donc les annuités voulues : si vous n'étiez pas rayé des cadres, ce délai ne serait que de 2 ans.

---

## Médecine légale

### 1425 — Constatation de décès

Voici deux fois que je suis appelé par téléphone par la gendarmerie pour constater un décès sur réquisition orale du maire, réquisition confirmée devant la gendarmerie quand je fus sur les lieux.

La première fois, pour un suicide par pendaison à 12 kilomètres de chez moi dans une commune d'un canton voisin.

La seconde fois pour constatation et détermination des causes de la mort d'un facteur des postes trouvé mort au cours de sa tournée à côté de sa bicyclette, sur la route à 8 kilomètres de chez moi dans une commune voisine.

Dans les deux cas déplacement, à 12 et 8 kil. rapport fourni à la gendarmerie.

A qui dois-je adresser ma note, en double exemplaire dont un sur papier timbré de 3,60 je crois.

Dr M.

**Réponse**

Le maire ne pouvait vous requérir pour examiner les cadavres qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire et parce qu'il y avait présomption de crime ou de délit.

Il eût été préférable que vous exigiez du maire des réquisitions écrites avant de vous déranger. Quoiqu'il en soit, vous devez adresser votre note établie conformément au tarif des frais de justice en matière criminelle, en double exemplaire dont l'un sur papier timbré, si la somme réclamée excède 50 fr., au Procureur de la République du ressort. Si le Parquet accepte votre mémoire, celui-ci sera visé par le Procureur général et taxé par le président, et ensuite vous serez payé par le Receveur de l'enregistrement.

Si, au contraire, le Parquet rejette votre mé-

moire, votre seule ressource sera de vous faire payer par le maire qui vous aura ainsi illégalement requis.

Dans un cas comme dans l'autre, vous avez à compter, conformément à l'art. 26 du tarif des frais de justice en matière criminelle, 25 fr. pour vos honoraires, la rédaction et le dépôt de votre rapport ou certificat, plus vos frais de déplacement à raison de 1 fr. par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour (art. 19), plus enfin une indemnité spéciale de 20 fr. puisque dans les deux cas, le lieu du transport était situé à plus de 5 km. de la commune de votre résidence (art. 20).

## Baux et Locations

### 1213. — Droit à la prorogation.

J'ai obtenu en 1924 un bail de 3 ou 6 ans dont l'expiration a eu lieu le 1er novembre 1930. Par suite du décès de mon propriétaire, je suis resté jusqu'à présent sans bail, les partages ayant été longs à régler.

Je suis actuellement en pourparlers pour le renouvellement de ce bail. On me propose le prix de 13.000 francs plus l'impôt foncier.

De 1924 à 1930 j'ai payé 8.500 fr. plus l'impôt foncier soit 2.600 fr. plus les charges (raccords à l'égout, etc...) En tout, 11.200 fr. environ.

D'après renseignements pris à l'enregistrement, cette maison était louée de 1911 à 1917, 4.000 fr. + 20 fr. de charges. Par la suite, mon prédécesseur, qui a pris la maison, a obtenu un bail de 3.100 fr. seulement (bail interrompu par son décès en 1924).

Je vous serais donc obligé de me dire si je puis faire valoir une loi en ma faveur et quelle est cette loi, en somme de me donner tous conseils utiles en la circonstance.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que je tiens à la maison que ma clientèle connaît et que d'autre part je désire garder envers ma propriétaire une attitude correcte et exempte de tout froissement.

Dr X.

**Réponse**

Du fait que votre maison était louée à un prix supérieur à 3.000 fr. en 1914, la prorogation qui vous est due en vertu de la loi du 29 juin 1929 cessera le 1er juillet 1932.

A partir de cette date, vos rapports avec votre propriétaire seront uniquement régis par le droit commun et, à défaut de bail, il dépendra de sa seule volonté soit de vous consentir un nouveau contrat de location, soit de poursuivre votre expulsion.

Il est donc de votre intérêt de vous entendre dès à présent avec votre propriétaire pour la conclusion d'un bail.

Le prix qui vous est demandé ne nous paraît pas exagéré puisqu'il représente seulement un peu plus de trois fois le loyer de 1914, alors que

la dépréciation du franc a réduit la valeur de la monnaie au cinquième seulement de ce qu'elle était en 1914, et que la taxation légale de la loi du 29 juin 1929 vous obligerait à payer un prix bien supérieur.

Nous ne pouvons donc que vous engager à conclure avec votre propriétaire sur les bases qu'il vous propose en vous efforçant seulement d'obtenir un bail de la plus longue durée possible à votre seule volonté et ne contenant aucune clause vous interdisant éventuellement de céder à votre successeur. Votre bail étant expiré depuis le 1er novembre 1930, vous jouissez depuis cette date de la prorogation légale et vous n'aviez à faire procéder à aucun enregistrement.

### 1420. — Charges locatives

Je vous serais très obligé de bien vouloir me documenter avec précision sur ce que l'on entend d'habitude par « charges », ces dernières impliquant de la part du locataire des frais à subir en plus du prix de location de son appartement.

Quels sont les éléments qui, réunis, constituent la notion de charges ?

Ces dernières sont-elles une participation à des frais subis par le propriétaire, ou bien le remboursement intégral de ces frais ?

Quelles sont les bases d'appréciation usuelles de ces charges et comment en déterminer le taux ?

Quel est en province leur taux usuel ? les habitudes locales prévalent-elles en cette question ?

Pratiquement, en ce qui me concerne, je paye à part ma consommation d'eau, fais les frais du ramonage de mes cheminées, mon personnel seul entretient l'accès de mon appartement en état de propreté.

Quand j'ai emménagé, le local que j'occupe était inhabitable, j'ai pris à ma charge la plus grosse partie des frais (papiers, peintures, électricité, eau, gaz, etc...)

Je suis persuadé que le *Concours Médical* va m'apporter ses bons offices en cette matière et mettre la précision nécessaire en mon esprit. Dr M.

**Réponse**

On entend ordinairement par « charges » les prestations en nature fournies par le propriétaire pour la commodité, l'usage ou l'agrément des locaux et certains impôts perçus sur le propriétaire, mais que celui-ci est en droit de récupérer sur ses locataires.

C'est ainsi que constituent des charges, dans une maison parisienne, les frais de chauffage, de tapis , d'ascenseur, de téléphone, etc., ainsi que certaines taxes de ville comme la taxe d'enlèvement des ordures ménagères, la taxe municipale de remplacement des droits d'octroi, etc... On peut aussi considérer comme des charges les frais d'entretien des canalisations d'eau, de gaz, d'électricité.

Ces charges atteignent quelquefois à Paris des

sommes assez importantes, suivant le luxe et le confort des installations et aussi à cause de la division des maisons en appartements, qui oblige le propriétaire à se faire le fournisseur de nombreuses prestations à ses locataires.

Il n'en est évidemment pas de même en province où, en règle générale, une maison entière est louée à un seul locataire qui assume lui-même le service et le paiement de la plupart des prestations dont il a besoin.

Pour le règlement des charges entre propriétaire et locataire il n'existe, en droit commun, aucune réglementation précise. Tout dépend, essentiellement, des conventions passées entre les parties qui conservent, sur ce point, la plus entière liberté. Il peut n'en pas être question dans le contrat de location ; alors elles sont comprises dans le prix global du loyer, dont elles font partie intégrante. Il peut être convenu qu'elles seront remboursées par le locataire proportionnellement à son loyer proprement dit ou bien encore d'après leur montant réel sur justifications à fournir par le propriétaire.

Par contre, dans le cas où les rapports entre le propriétaire et le locataire se trouvent régis par la loi du 29 juin 1929, il y a lieu d'appliquer pour le remboursement des charges les dispositions précises de la loi, énoncées dans l'article 11. En voici le texte :

« ..... Les impôts mis par la loi à la charge « du locataire, les majorations d'impôts grevant « depuis le 1er avril 1926 et celles qui pourront « grever l'immeuble loué au cours de la prorogation, impôt cédulaire foncier non compris, « et les prestations en nature autres que celles « qui existaient déjà en 1914 et qui étaient comprises à ce moment dans le prix du bail, pourront être réclamés par le propriétaire dans la « mesure où il justifiera de leur montant, lequel « sera réparti entre tous les occupants de l'immeuble, propriétaire compris, s'il y habite, « au prorata de leur loyer.

« En ce qui concerne les impôts et prestations « qui, en 1914, étaient compris dans le prix du « bail, le propriétaire pourra réclamer la majoration qu'ils ont subie depuis cette époque.

« Pour le remboursement des dits impôts et « prestations en nature, il pourra être établi, « d'accord entre les parties, un forfait qui ne « pourra dépasser 30 % du montant de la valeur « locative de 1914..... »

Ainsi donc, lorsque la loi de 1929 est applicable, les charges énumérées par la loi doivent être remboursées au propriétaire par le locataire, suivant leur montant réel, à moins que les parties ne se mettent d'accord pour convenir d'un forfait qui ne peut excéder 30 % de la valeur locative de l'immeuble en 1914.

Si vous voulez bien nous exposer en détail la difficulté qui s'élève dans votre cas particulier et nous indiquer avec précision quelle est votre situation en tant que locataire, peut-être pourrons-nous vous fixer sur vos droits et vos obligations.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN




## SOMMAIRE

## *Partie Professionnelle*

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.**



**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

*Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les docteurs :

**Alger** : Adda, Picard.
**Amélie-les-Bains** : Dr Alardo, J. Boulx.
**Arcachon** : Jean Doche.
**Arguel** (Doubs) : H. et J. Bon.
**Balaruc-les-Bains** (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*)
**Bandol** : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
**Beaulieu-sur-Mer** : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
**Beausoleil** : Andoly, Gaveau, Pizard.
**Biarritz** : Augey, Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
**Cambo-les-Bains** : A. Camino Colbert, Trotot.
**Cannes** : Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Caruette, L. Dubief, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
**Cap-d'Ail** : Lyons.
**Cap-Martin** : Griffault.
**Carnac-plage** : E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer** : Agostini.
**Chambon-de-Tence (Le)** : Riou.
**Chamonix** : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
**Font-Romeu-Odeillo** : Yves Eynaud (*hélioth.*)
**Fréjus** : Turcan.
**Grasse** : Bossuet, Brody, Chaumet, A. Couderc.
**Hauteville** : A. Wigniolle.
**Hyères** : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
**Juan-les-Pins-Antibes** : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
**La Seyne** : Grandjean J. M. Jaubert.
**Mégève** (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
**Menton** : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
**Monte-Carlo** : S. Vivant.
**Nice** : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pn. art.*), Naftilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
**Oran** : Paire, Maupetit.
**Pau** : Bajac, Carcy, Cornet.
**St-Didier** : A. Masquin.
**St Gervais-les-Bains** : Roux.
**Ste-Maxime-sur-Mer** : Bausset, Ficonetti.
**St-Raphaël – Valescure** : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
**St-Pierre-de-Chartreuse** : Brianes.
**Sanary-sur-Mer** : P. Gaillard.
**Toulon** : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*, Pignet (*urol.*, *derm.*)
**Vernet-les-Bains** : Dr Ponson.
**Villefranche-sur-Mer** : Alfonsi-Baud.
**Villard-de-Lans** : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***
***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**
***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

N° 95. — Loiret. Pays chasse et pêche, à céder client., chiff. import. en 1931 (sans accouch.) Maison agréab. avec beau jardin. 35.000 environ.

N° 96. — Chef-lieu cant. du Puy-de-Dôme, poste méd. à reprendre sans indemn. suite décès.

N° 97. — Labor. spécial. scientif. demande pour Bordeaux et Sud-Ouest, représent. médecin visitant déjà actuellem. corps médical de cette région. Ecr. Etab. Marrel, 40, rue d'Enghien, Paris (10e).

N° 98. — Paris, très beau quartier, import. cab. méd. générale, très bel appartem. 8 p. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante (Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 99. — Seine. Anc. cab. méd. génér. et électrother., très gros produit, ville 12 p., belle install. professionn. Condit. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 100. — Station très fréquentée Côte d'Azur, client. de bon rendem. Superbe appartem. Prix 80.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 101. — Cause santé, on céder. dans chef-lieu arrond. Hte-Savoie (bord lac Léman) bon cab. dent. avec succurs. pour prix du matér. et du mobil. Ville agréab. 15.000 hab. grand centre agric.. gros marchés. install. superbe (Unit-Rochester) meubles Sanitas. matér. cab. et de labor. Appartem. tout conf. e. g. é. ch. cent. salle bains, téléph. Belle client. en progress. Concours assuré à succes. Conviendr. parfait. à jeune stomatol. même débutant.

## Renseignements

*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer. deux médecins. Prospectus sur demande.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

**« La Soleillette »,** Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil; Drs CHARMOT et ROZET.

Remplacer l'huile de foie de morue nauséeuse, le fer constipant, l'arsenic irritant, chez vos petits malades pâles et mal venus, par quelques TABLETTES DE MANGAINE, selon la méthode usitée par Camescasse à l'Hôpital de Forges, et vous obtiendrez la guérison de l'enfant en même temps que la reconnaissance de la mère.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** —Elections. — MM. Blanc, d'Athènes, et Mouissat, de Lyon, sont élus correspondants nationaux dans la 3e division (*Hygiène*).

— **Académie de médecine.**— M. Emile Roux offre à l'Académie, pour sa bibliothèque, de la part du Dr André Fasquelle, un ouvrage sur *Ernest Chambon, propagateur de la vaccine animale.* Cet ouvrage est un document de première importance pour l'histoire de la vaccine animale. On sait que Chambon rapporta celle-ci d'Italie et que successivement, grâce à sa persévérance, tous les pays l'adoptèrent. Chambon, secondé par le Dr Saint-Yves Ménard, en propageant la substitution de la vaccine animale à l'inoculation de bras à bras, fit œuvre de grand hygiéniste. Le Dr André Fasquelle, élève et ami de Chambon, dont il continue les travaux, est leDirecteur actuel de l'Etablissement bien connu de vaccine animale de la rue Ballu.

— **Automobile Club médical de Paris et des départements limitrophes.** — *Avis important.* — L'Automobile-Club de Paris porte à la connaissance des médecins de Paris et de la région parisienne une note de service récente de M. le Préfet de police, communiquée à tous les agents. M. le Préfet de police recommande à leur bienveillance les voitures des médecins, dont le pare-brise portera l'insigne de l'association. Ils devront leur faciliter la circulation et le stationnement dans Paris.

Cet insigne, déposé et officiellement reconnu, porte en son milieu une croix rouge sur laquelle se détachent en bleu les lettres A. C. M. P. Le millésime de l'année, le no d'ordre du sociétaire et le timbre de l'association y figurent. Le tout est encerclé par les couleurs de la Ville de Paris : rouge et bleu, et se fixe aisément à l'intérieur du pare-brise à l'aide d'une ventouse.

En plus de cet insigne, l'A. C. M. P. procure à ses membres de nombreux avantages matériels. Pour adhérer à l'association ou pour tous renseignements, écrire au secrétaire général : Docteur Lafond, 89, boulevard Magenta, Paris.

— **A la mémoire de Gilbert Ballet.**— Pour commémorer le souvenir de Gilbert Ballet, qui fut professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, un Comité s'est formé pour ériger son buste devant l'Ecole de médecine de Limoges. La cérémonie d'inauguration aura lieu à Limoges le 27 juillet prochain.

— **Etablissement thermal d'Enghien-les-Bains.** — L'ouverture de la saison est fixée au mardi 29 mars. Comme les années précédentes, la direction de l'Etablissement met gracieusement ses services à la dis-

position des médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés). Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de l'Etablissement.

— **Publication nouvelle.** — L'éditeur Eugène Figuière, 166, boulevard Montparnasse, à Paris, vient de lancer une publication nouvelle : l' « Alliance des médecins et des malades », que dirige notre confrère, le Dr Gaston Daniel. Au *sommaire* du premier numéro, nous relevons notamment : Les traitements actuels de la tuberculose et le vaccin de Friedmann. — Un appel du médecin général Saint-Paul. — La tuberculose, par le Docteur Arthur Martin. — L'auto du médecin et du profane, par le Docteur Foveau de Courmelles, etc., etc... Cet organe est ouvert à tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la thérapeutique moderne.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Vacances de Pâques* du dimanche 20 mars au dimanche 3 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 4 avril.

*Bibliothèque.* — La bibliothèque sera fermée pendant les vacances.

*Secrétariat.* — Le secrétariat sera fermé du samedi 26 mars inclus au mardi 29 mars inclus.

En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours aux heures habituelles.

— Le Docteur R.-H. Hazemann a été nommé au concours médecin-inspecteur de l'Office départemental d'hygiène sociale de la Seine.

— **Naissance.** — Le docteur Maurice Renaudeaux et Madame nous font part de la naissance de leur fille *Françoise* (Paris, 22, rue de Madrid ; 22 février 1932.)

# A TRAVERS L'OFFICIEL

2 MARS

**Reconnaissance d'utilité publique.**

Sont reconnus d'utilité publique :

L'Association d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du 3e arrondissement de Paris.

L'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose d'Enghien-les-Bains.

3 MARS

**Enseignement de la médecine.**

*Décret du 26 février 1932 instituant des épreuves écrites aux deux premiers examens de fin d'année en vue du grade de docteur en médecine.*

Art. 1er. — Les articles 17, 21 et 22 du décret du

10 septembre 1924 portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928, sont remplacés par les dispositions suivantes.

. . . . . . . . . . . . . . . . . .

## TITRE III

### Des examens

*Examens de fin d'année.*

*Art.* 17. — Les examens de fin d'année portent sur les matières enseignées conformément au tableau inséré à l'article 8.

Les premier et deuxième examens de fin d'année comprennent des épreuves théoriques écrites et orales et des épreuves pratiques. Les troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année comprennent des épreuves théoriques orales et des épreuves pratiques. Les épreuves des cinq examens de fin d'année sont réparties comme suit :

Examens de fin d'année.

1er examen. — Epreuves pratiques : Anatomie. Histologie et embryologie. — Epreuves théoriques : Ecrites : Anatomie. Histologie et embryologie. — Orales : Anatomie. Histologie et embryologie.

2e examen — Epreuves pratiques : Physique. Chimie. Bactériologie. — Epreuves théoriques : Ecrites : Physique médicale. Chimie médicale. Physiologie. Bactériologie. — Orales : Physique médicale. Chimie médicale. Physiologie. Bactériologie.

3e examen. — Epreuves pratiques : Anatomie pathologique. Parasitologie. Médecine expérimentale. — Epreuves théoriques : Orales : Anatomie patologique. Eléments de parasitologie.

4e examen. — 1re *partie.* Epreuves pratiques : Anatomie médicale. Chirurgie et médecine opératoire. — Epreuves théoriques : Orales : Pathologie chirurgicale. Accouchements. — 2e *partie.* Epreuves théoriques : Orales : Pathologie médicale. Pathologie générale.

5e examen. — Epreuves pratiques : Pharmacologie. — Epreuves théoriques : Orales : Hygiène. Médecine légale et déontologie. Thérapeutique et hydrologie. Pharmacologie.

Dans les facultés ou écoles où l'enseignement de la pharmacologie est donné en quatrième année, l'épreuve théorique orale et l'épreuve pratique de pharmacologie ont lieu la même année à la fin de l'enseignement.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

. . . . . . . . . . . . . . . . . .

*Art.* 21. — Les questions posées aux examens sont prises sur l'ensemble de l'enseignement correspondant.

Dans chaque faculté ou école, les candidats d'une même année subissent chacune des épreuves théoriques écrites le même jour. Au cas d'impossibilité

matérielle résultant du nombre d'étudiants ou de toute autre cause, le doyen ou directeur peut répartir les candidats en plusieurs séries.

Les épreuves théoriques écrites sont anonymes ; elles comportent des réponses à des questions simples (trois au minimum pour chaque matière).

Les questions des épreuves théoriques écrites sont choisies par le doyen de la faculté pour cette faculté et pour la ou les écoles qui en dépendent.

La durée de chaque épreuve écrite est d'une heure pour chaque matière.

La surveillance des épreuves théoriques écrites est assurée sur la désignation et sous le contrôle du doyen ou directeur, par des professeurs, des agrégés ou des chargés de cours qui président en personne la séance dans les conditions prévues par l'article 41 du décret du 21 juillet 1897 relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités. Il est interdit aux candidats d'apporter dans la salle d'examen aucun livre ou feuille de papier, même ne portant aucune inscription. La faculté ou école leur fournit du papier à en-tête qui peut seul être employé. Aucun recueil de texte n'est mis à leur disposition.

Toutes les mesures nécessaires pour assurer l'anonymat des épreuves sont prises par le doyen ou le directeur.

Les jurys pour les épreuves écrites sont composés de trois membres pour l'examen de première année et de quatre membres pour l'examen de seconde année.

Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys pour ces épreuves sont présidés par le professeur de faculté délégué par le ministre pour la présidence des examens de médecine.

Pour les épreuves théoriques orales et les épreuves pratiques, le nombre de candidats à admettre par série est réglé par le doyen ou directeur sur l'avis des professeurs intéressés.

Les épreuves pratiques sont subies à l'expiration de la période d'enseignement correspondant à chacune d'elles devant des commissions d'examens présidées par le professeur, assisté des agrégés chargés de l'enseignement ou de travaux pratiques.

*Art.* 22. — L'admissibilité, l'admission et l'ajournement pour chaque matière sont prononcés après délibération du jury au complet.

Les épreuves théoriques écrites, théoriques orales et les épreuves pratiques donnent lieu pour chaque candidat à une note valable de 0 à 10.

Au premier et au deuxième examen de fin d'année, nul ne peut être déclaré admissible aux épreuves orales s'il n'a obtenu la note 5 sur 10 à chaque épreuve théorique écrite.

Pour la réception définitive à chaque épreuve théorique, la note obtenue à l'écrit et la note obtenue à l'oral se combinent.

A la session de juin-juillet, tout candidat n'ayant pas obtenu dans un examen au moins la moitié du maximum des points pour une matière, est ajourné,

pour cette matière, à la session d'octobre-novembre. En cas de nouvel échec à cette session, il est renvoyé à la session de juin-juillet de l'année suivante et doit subir à nouveau toutes les épreuves pratiques et orales dudit examen, sous réserve des dispositions prévues par le décret du 3 février 1927.

Nonobstant les dispositions dudit décret, tout candidat qui n'a pas été déclaré admissible à une épreuve théorique orale du premier ou du deuxième examen au cours de l'ensemble des sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre perd le bénéfice de toutes les épreuves théoriques et pratiques qu'il a subies avec succès pour le même examen.

Il doit recommencer son année d'études et subir toutes les épreuves y afférentes à la session de juin-juillet.

Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels à la session d'octobre-novembre du cinquième examen de fin d'année n'est tenu à réparer que ce ou ces échecs partiels à la session de juin-juillet suivant ; le bénéfice des autres épreuves reste acquis.

. . . . . . . . . . . . . . . . . .

Art. 2. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret, qui entrera en vigueur à la session d'examens de juin-juillet 1933.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel.*

5 MARS

### Hygiène publique.

*Avis de vacance du poste de directeur du bureau d'hygiène d'Abbeville.*

*Addendum* au *Journal officiel* du 27 *février* 1932, page 2216.

Il est précisé que les traitements et avantages susceptibles d'être accordés au directeur du bureau d'hygiène d'Abbeville représentent une somme approximative de 34.000 francs.

Le titulaire peut, en outre, prétendre à trois augmentations atteignant au total 8.200 fr., le délai de promotion étant fixé à trois ans.

### Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère des Pensions : M. le Dr de Souza Gularte, mutilé de guerre.

### Service de Santé des Troupes Coloniales

*Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux » (armée active).*

Un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux s'ouvrira, en mai 1932, dans les conditions prévues par le décret du 22 août 1928 et l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Le nombre et la nature des emplois mis aux concours sont fixés comme suit :

Médecine : deux.

Deux à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille.

*Chirurgie* : deux.

Deux à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille.

Bactériologie : deux.

Deux au laboratoire de bactériologie de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille.

Electroradiologie : un.

Un à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux coloniaux de ces différentes catégories, nommés à ce concours, est fixée à deux ans. Elle commencera à la date où les conditions du service permettront de mettre ces médecins en stage dans les différents établissements signalés ci-dessus.

Les candidats qui en feront la demande seront autorisés à concourir dans deux sections au plus de ce concours, mais ils ne peuvent recevoir, le cas échéant, le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux que dans une seule catégorie, qui sera fixée par le ministre, compte tenu des intérêts du service.

A. — *Epreuves anonymes d'admissibilité.*

Ces épreuves auront lieu au chef-lieu de corps d'armée (hôpital militaire ou salles militaires de l'hôpital mixte). A Paris, elles auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Marseille, à l'hôpital Michel-Lévy.

Ces épreuves commenceront à huit heures, aux dates ci-après :

Médecine et chirurgie.

1re épreuve, le 9 mai 1932 ; 2e épreuve, le 10 mai 1932.

Bactériologie-Electroradiologie.

1re épreuve, le 11 mai 1932 ; 2e épreuve, le 12 mai 1932.

B. — *Epreuves définitives.*

Ces épreuves auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille, à partir du 13 juin 1932.

Les demandes des médecins capitaines des troupes coloniales, en vue d'obtenir l'autorisationde prendre part à ces concours, devront parvenir au ministère de la guerre (8e section, 3e bureau), avant le 20 avril 1932, en indiquant la ou les sections choisies.

Les avis hiérarchiques ne devront pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références utiles sur la valeur scientifique des candidats.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Insaisissabilité des prestations des assurances sociales.

14818. — M. Rauzy expose à M. le ministre du travail qu'aucun texte ne prévoit l'attitude que doit prendre une caisse d'assurances sociales, au cas où il est fait opposition au payement des prestations par un créancier de l'assuré ; et demande : 1° si, pour les indemnités journalières, il faut faire application de l'article 581, alinéas 2 et 4 du code de procédure civile, en considérant les indemnités comme des créances alimentaires ; 2° ce qu'il faut décider en ce qui concerne : *a*) les prestations en nature ; *b*) les allocations mensuelles, c) les capitaux aux décès. (*Question du* 11 *janvier* 1932.)

*Réponse.* — 1° et 2° Seules les pensions de vieillesse ou d'invalidité ont été expressément déclarées par la loi incessibles et insaisissables (art. 53 de la loi des 5 avril 1928-30 avril 1930). En ce qui concerne les autres prestations des assurances sociales, il convient, dans le silence de la loi, de se référer aux principes généraux du droit. Il semble que l'indemnité journalière, les primes d'allaitement et le capital au décès doivent être regardés comme présentant un caractère alimentaire au sens de l'article 581 du code de procédure civile, et par suite comme incessibles et insaisissables, sauf à l'égard des fournisseurs d'aliments. La même solution paraît pouvoir être admise pour les prestations en nature, c'est-à-dire pour les sommes dues au titre des assurances sociales en remboursement de frais de soins. Ces prestations, en effet, sont dispensées, en vue de permettre aux assurés de continuer à subsister sans tomber à la charge de l'assistance : elles ont donc bien un caractère alimentaire. Elles ne pourraient par suite être saisies que par un fournisseur d'aliments ou, bien entendu, par une personne qui aurait fait à l'assuré l'avance de ces prestations. Ces différentes solutions ne sont d'ailleurs proposées que sous réserve de la jurisprudence à intervenir, car les tribunaux ont, seuls, qualité pour se prononcer sur ces questions.

(*J. O.*, 24 janvier 1932.)

## LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASTHME

Nous avons déjà annoncé ce Congrès qui se tiendra au Mont-Dore, la célèbre station des asthmatiques, les 4 et 5 juin, sous le haut patronage de M. Blaisot, ministre de la Santé publique et la présidence de M. le Professeur Fernand Besançon, de l'Académie de médecine.

A ce Congrès participeront, avec la plupart des pays d'Europe, les Etats-Unis, l'Argentine et le Brésil.

Vingt-six rapports y seront présentés par des maîtres éminents, tant français qu'étrangers, spécialisés dans l'étude et le traitement des affections des voies respiratoires.

Ainsi seront exposées et confrontées les diverses conceptions touchant l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique de l'asthme.

Ce Congrès répond donc à un réel besoin scientifique. Il se classe parmi les utiles manifestations thermales dont nos stations de premier plan ont pris l'initiative au cours de ces dernières années et qui sont tout à l'honneur du thermalisme français.

Le Mont-Dore a tenu à donner à ce Congrès une organisation aussi parfaite que possible et permettant à tous les médecins qu'intéresse la question de l'asthme, d'y assister, compte tenu des moyens de chacun d'eux.

Les médecins, internes et externes des hôpitaux et les étudiants en médecine, français et étrangers, sont invités à y participer.

Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser leur demande directement avec le montant de leur cotisation (30 francs français pour les médecins ou étudiants et chacun des membres de leur famille directe), au secrétariat du Congrès. Cette cotisation donne droit au volume des rapports, aux fêtes, réunions et excursions organisées en faveur des Congressistes.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 25 mai 1932.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront mises à la disposition des Congressistes par le Syndicat des Hôteliers du Mont-Dore. Une réduction de 50 % sur les tarifs des chemins de fer français sera accordée à tous les Congressistes et à leur famille sur demande adressée avant le 1er mai, au Secrétariat du Congrès.

Adresser les adhésions et demandes de renseignements au Secrétariat du Congrès international de l'asthme, 19, rue Auber, Paris (9e).

## INAUGURATION DE LA SOCIÉTÉ DE SEXOLOGIE

La première réunion de travail de la Société de sexologie a eu lieu le mercredi 9 mars, à 17 heures, dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence effective de M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, assisté de M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre, président d'honneur de l'Association d'études sexologiques (A. E. S.).

M. Charles Achard, président de la Société

*Voir la suite page LXIII-953*

# PROPOS DU JOUR

## Eloge du Docteur Julien NOIR

***Chevalier de la Légion d'honneur***

**prononcé par G. Duchesne, au dîner qui lui fut offert le 7 mars 1932**

sous la présidence du Dr MOULIN,

**Maire du Ve arrondissement**

« C'est ne pas payer ses dettes que de refuser de justes louanges. »

(VOLTAIRE).

Monsieur le Maire et cher Confrère,

Permettez-moi de saluer cordialement et confraternellement en votre personne le premier magistrat municipal du quartier qu'habite le Docteur Julien Noir. Il y exerce la médecine depuis bientôt quarante ans, avec une sollicitude désintéressée, un dévouement éclairé qui lui ont attiré de si chaudes sympathies que ce sont les rumeurs enthousiastes du peuple où se recrutent ses clients, ses amis, qui, venues battre de leur flot obstiné les rives administratives où vous siégez, ont provoqué, de votre part, la proposition initiale dont nous fêtons présentement le succès.

Ce quartier, nous voulons considérer que vous le symbolisez parmi nous ; avec vous, il est tout entier ici, et la manifestation que vous nous faites l'honneur de présider y puise une singulière ampleur.

Représentant du Pouvoir civil, il nous plaît, en outre, d'interpréter votre présence comme un hommage de celui-ci envers le Corps médical dont l'élite praticienne trouve en Julien Noir sa plus noble et sa plus pure incarnation. Et de cela, Monsieur le Maire, laissez-moi vous remercier très sincèrement et vous exprimer notre profonde gratitude.

Mon cher Noir, mon bien cher Ami,

En entreprenant de vous glorifier, je glorifierai en même temps le médecin français que vous réalisez si pleinement. Et c'est ma justification de la violence que je fais à votre modestie, l'une des plus évidentes de vos qualités, si nombreuses d'ailleurs.

« La modestie est au mérite, a dit La Bruyère, ce que les ombres sont aux figures d'un tableau : elle lui donne de la force et du relief. »

Votre mérite est grand. Votre modestie m'aidera à le magnifier encore.

Au surplus, et sans plus attendre, m'est-il aisé de vous définir en vous présentant tout uniment comme le type de l'honnête homme. L'homme bien né, sachant vivre, alliant harmonieusement les ornements d'un esprit cultivé aux dons d'un cœur généreux, le XVIIe siècle le décrétait d'honnêteté. C'est en ce sens, et avec cette interprétation, qu'il convient, qu'il est juste de vous accorder la prééminence parmi les honnêtes gens.

Enfant du Plateau central, de cette Auvergne où bat en quelque sorte le cœur de la France, et qui lui donna, depuis Vercingétorix, tant d'illustrations, vous avez été, d'un père qui vous précéda dans la carrière choisie par vous à son image, tout ensemble le fils selon la chair et selon l'esprit. Vous l'avez vu mener l'âpre et rude vie de médecin de campagne, dans une contrée si accidentée, si montagneuse, que c'est seulement à cheval qu'il pouvait le plus souvent secourir ses malades, le long de chemins ardus et ensevelis sous la neige une partie de l'année. Quelles leçons, quels exemples n'en reçûtes-vous pas ? N'est-ce pas à son contact que votre vocation est née et s'est révélée dans toute son ardeur ? Que vous avez appris à aimer tous vos confrères, et les plus modestes d'entre eux, dont vous connaissez si bien les vertus ?

N'est-ce pas lui qui vous donna le goût des questions professionnelles dont vous deviez devenir un spécialiste si particulièrement averti, et qui vous inculqua ce besoin de vous dévouer qui domine toute votre carrière et inspira tant de vos gestes ?

En vérité, vous êtes bien né, dans le sens où la noblesse des beaux sentiments et des belles actions constitue une artistocratie intellectuelle et morale qui n'a rien à céder à l'aristocratie du sang. Celle-ci, pourtant, ne devait pas vous demeurer étrangère quand, en 1902, vous fondâtes à votre tour un foyer en choisissant pour compagne la femme, toute de grâce et de charme, qui vous apporta, entre autres dons, la chevaleresque hérédité d'une aristocratique lignée polonaise. Pardonnez-moi, mon cher ami, de provoquer en vous, en évoquant la figure de Madame Noir, la plus poignante des émotions. Il m'a paru, dans la conception que je me fais de la religion des morts, qui vivent en nous, que j'avais le devoir d'associer à votre éloge le souvenir de celle qui, ravie trop prématurément à votre tendresse, fut pour vous la plus discrète et la plus précieuse des collaboratrices. La distinction de ses manières, sa prédilection pour les lettres et les arts, sa culture épurée, harmonisaient son esprit avec le vôtre et créèrent entre vous une union spirituelle qui ne fut pas l'un des moindres attraits de votre vie conjugale.

Tant est-il que, dans les veines de vos enfants, coule un sang doublement aristocratique, un sang généreux où se mêlent étroitement les globules arvernes et les polonais, voués indissolublement au culte des libertés publiques et de l'indépendance nationale. Et demain, ce même sang coulera dans les veines de vos petits enfants, dont la menotte rose fourragera tendrement la barbe de leur grand-père, selon l'image heureusement anticipatrice de notre ami Dartigues. Ce petit poing de gueules, dans cette toison d'argent, sur ce champ de sable, — le sable héraldique est noir, — quel blason !

Vos humanités terminées, vous commencez vos études médicales à l'Ecole de Clermont où venait d'arriver le Professeur Bousquet dont vous êtes demeuré l'ami. Vous y conquérez tout naturellement tous les titres qu'un étudiant y peut ambitionner. Puis, votre service militaire terminé au 92e régiment d'infanterie, vous venez à Paris, la grande ville si puissamment fascinatrice, pour y achever votre scolarité et prendre en même temps vos grades dans les hôpitaux. Vous voici externe dans le service de Cornil où vous rencontrez Chantemesse et Fernand Widal, qui contribuent à parfaire votre formation. Vous préparez l'internat, et vous êtes nommé provisoire. Et c'est alors que va se dessiner l'orientation de votre carrière. Vous pouviez en effet poursuivre la conquête définitive de ce titre envié, avec toutes les possibilités d'avenir qu'il renferme : tous les espoirs vous étaient permis. Ne s'en est-il pas fallu de peu que, brillant outsider, vous ne parveniez au médicat de Bicêtre ? Il en fut tout autrement parce que vous rencontrâtes l'homme qui devait avoir sur vos destinées une influence déterminante. Bourneville, au service de qui vous fûtes attaché pendant deux ans, eut vite fait de discerner vos qualités et vos aptitudes, à telles enseignes qu'il vous confia, à la suite de Paul Sollier, la conservation du musée anatomo-pathologique qu'il avait créé, et surtout, qu'il vous fit une place dans la rédaction de son journal, *Le Progrès médical*, dont vous deviez devenir et demeurer si longtemps le secrétaire vigilant.

Ainsi vous furent dévoilés ces talents que l'expérience a mûris et développés et qui vous désignent, je le répète, comme le plus représentatif des journalistes médicaux.

Votre voie est désormais tracée, vous ne vous en écarterez plus de toute votre vie. Finies vos études, après un stage comme assistant à la Villa Montsouris que dirigeait alors notre maître et ami commun Paul Sollier, et où s'accrurent vos connaissances neuro-psychiatriques, vous ouvrez votre cabinet dans le quartier du Jardin des Plantes, près de la populeuse rue Mouffetard, y gravissant sans relâche les étages les plus escarpés tout comme votre père abattait des kilomètres sur les routes de son terroir. Nous sommes en 1893 : il y a un an que la loi a autorisé les médecins à se constituer en Syndicats pour la défense de leurs intérêts. C'est une situation qui vous est familière depuis longtemps. Votre père n'a-t-il pas été un précurseur en créant, en 1881, le Syndicat de Brioude ? Epoque héroïque, où des esprits clairvoyants se trouvèrent, pour deviner tout ce que l'association, réalisée sur le terrain économique, devait apporter de cohésion au Corps médical et lui donner un jour de puissance. Il fallait du courage et de la ténacité, une foi profonde, pour entreprendre alors cette tâche quasi surhumaine, et jugée sans bienveillance, même par tant d'entre nous. S'il en survit, de ces adversaires de la première heure du Syndicalisme médical, ils ont pu mesurer le chemin parcouru, quand, le 20 décembre dernier, en présence du chef de l'Etat et du Gouvernement représenté par trois de ses membres, fut célébré solennellement son Cinquantenaire, dans l'Hôtel de la Confédération.

Des résultats ainsi obtenus, de cette progression, de cette ascension, vous avez été et vous continuez à être l'un des plus ardents artisans.

Votre entrée au Syndicat des médecins de la Seine date de l'année même de votre installation. Vous y prenez part si activement à ses travaux que vous en gravissez sans effort tous les échelons jusqu'à la présidence. C'est là que vous fîtes vos premières armes de syndicaliste ; elles furent si brillantes qu'elles vous conduisirent au poste de secrétaire général de l'Union des Syndicats : poste de combat, où vous donnez toute votre mesure, indifférent aux horions qui pleuvent sur vous, drus et serrés, tant votre notion du devoir à accomplir, des services à rendre sait en tempérer l'amertume.

Cependant, votre réputation de journaliste grandissait de jour en jour. Lorsque Jeanne, rédacteur en chef du *Concours Médical*, éprouva, en 1908, le besoin de s'adjoindre un collaborateur, c'est à vous qu'il songea. Et votre nom parut, accolé au sien, en manchette, dans le numéro du 20 décembre 1908, où vous adressez votre salut aux lecteurs du journal, en termes brefs d'où j'extrais les lignes suivantes :

« Je ne suis qu'un petit praticien, vivant très simplement de sa clientèle aux trois quarts ouvrière, et si je consacre mes bien rares loisirs à la défense professionnelle et au journalisme, c'est un peu comme font certains autres de nos confrères qui s'adonnent au jeu, aux sports, à la musique. Aussi, vous eut-il été facile de trouver à Paris, comme collaborateurs, des confrères à l'esprit plus brillant et plus vif, et dotés d'un plus volumineux bagage scientifique. Mais ce que je puis affirmer aux directeurs du *Concours Médical*, c'est qu'ils n'auraient pu trouver un ami plus fidèle, un camarade plus dévoué, et un rédacteur plus sincère et plus indépendant... »

Cette profession de foi vous peint tout entier : simple, modeste, bon, serviable, et sensible... Ah ! cette sensibilité quasi-féminine que vous dissimulez pudiquement, que de fois l'ai-je prise sur le vif ! Dans l'afflux de sang dont se colore votre visage, dans le brouillard léger dont s'embue votre clair regard, dans le frémissement de votre main, dans l'assourdissement et la brisure de votre voix, quand une émotion puissante vous assaille et vous secoue. C'est qu'en vérité, nos cœurs et nos intelligences sont appariés et qu'à l'abri d'une collaboration qui nous unit depuis vingt ans, une amitié profonde est née et s'est fortifiée, dans l'œuvre de chaque jour qui nous est commune, comme nous furent communes des douleurs infiniment cruelles, mais des joies très vives, aussi.....

« Les croix que nous portons sont lourdes ou légères.
« Les unes sont de joie et les autres de deuil.
« Les unes, sur le dos, nous grimpons au Calvaire ;
« Les autres sur le cœur, nous tressaillons d'or-[gueil... »

De votre haute conscience, que pourrai-je dire qui ne soit superfétatoire ! Vous avez vos élégances : elles sont surtout morales. Tout comme Cyrano, vous ne sortiriez pas :

«.................. avec par négligence
« Un affront pas très bien lavé, la conscience
« Jaune encore de sommeil dans un coin de son œil,
« Un honneur chiffonné, des scrupules en deuil... »

Sans doute n'avez-vous rien d'un bretteur sans vergogne ; ce n'est pas en mettant flamberge au vent que vous vous écririez, toujours à son instar :

« Je me bats, je me bats, je me bats... »

mais la plume à la main, courtoise toujours, bienveillante aussi, mais démouchetée comme un fleuret quand il le faut, et jamais serve........

Vous l'avez bien montré quand vous n'hésitâtes pas à affronter les foudres de la justice, en vous solidarisant avec un collègue qui avait oublié que toute vérité n'est pas bonne à dire, qu'il est parfois dangereux de le faire, et qu'on risque de se heurter aux rigueurs de la loi, ce qui peut être cependant une forme du courage. C'est votre cas.

Dans toutes les fonctions que vous remplissez, tel on vous retrouve, conciliant, affable, indulgent... jusqu'au moment où vous rencontrez la mauvaise foi, l'injustice, l'improbité. Alors, vous vous révoltez, et vous savez frapper dur et fort...

Vous avez été médecin des Postes, professeur à l'Ecole municipale d'infirmières de la Pitié, médecin du bureau de bienfaisance et l'Assistance publique vous a décerné à ce titre sa médaille d'or. Vous êtes toujours médecin inspecteur des Ecoles, administrateur de la Maison du Médecin, de l'Institut médico-pédagogique de Vitry (fondation Bourneville), de l'A. D. R M., de l'U. M. F. I. A. Vous faites partie du Conseil de famille du Syndicat des médecins de la Seine, du Conseil national de famille de la Confédération des Syndicats que vous représentez d'ailleurs à la Commission ministérielle du tarif des accidents du travail, et à la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre. Vous appartenez au Conseil général de l'Association générale

des médecins de France. Vous êtes vice-président de notre Mutualité familiale, administrateur de notre Ligue médicale de défense individuelle. Je vous sais dévoué à l'Association professionnelle des Journalistes médicaux à la création de laquelle vous avez concouru ; assidu à la Société d'anthropologie, à la Société d'Art et d'Archéologie, *La Montagne Sainte-Geneviève et ses abords*, dont vous présidez les travaux. Vous fréquentez le Centre de Paris ; vous avez présidé le Comité médical de l'Œuvre des Colonies de vacances de la rue Louvois..... Que sais-je, en vérité ? Et vous trouvez encore le temps, sacrifiant à un démon familier, de collectionner de vieilles médailles, dont vous caressez avec amour l'avers et le revers, pour tout ce qu'elles renferment d'histoire, d'art et d'archéologie. Partout on vous recherche, partout on vous appelle, partout on vous retient. Car on sait que là où vous pénétrez, pénètrent avec vous le bon sens, la clarté, la rectitude, la vaste érudition, l'aménité, la courtoisie. Vos opinions, vos avis, vos conseils y sont d'un prix inestimable.

Tant de titres de noblesse professionnelle, tant de services rendus à la chose publique, un dévouement aussi absolu et aussi constant à toutes les justes causes, une collaboration désintéressée à tant d'œuvres d'assistance, de prévoyance, de défense, des gestes répétés de discrète et bienfaisante charité, auraient dû, depuis longtemps, appeler sur vous l'attention des dispensateurs des distinctions que la Nation réserve à ceux de ses enfants qui l'ont le mieux servie. Pourquoi se sont-elles fait si longtemps attendre ? C'est sans doute, et je m'en réfère sur ce point à La Rochefoucauld, que « le monde récompense plus souvent les apparences du mérite que le mérite lui-même ». C'est surtout que vous êtes l'ennemi de la brigue et de l'intrigue, et qu'il vous répugnait de faire, et de laisser faire, pour vous ce que vous aviez maintes fois fait pour d'autres. Aussi ne fûtes-vous jamais affecté, je m'en porte garant, de l'interminable attente que vous dûtes subir. Il est advenu que vos amis ont, par contre, parfois regretté qu'une personnalité de votre valeur n'ait pas reçu plus tôt ce témoignage d'estime et de considération qui vous était dû. Avec le vieil Horace, ils ont répété :

« *Ploravere suis non respondere favorem*
« *Speratum meritis...* »

Un oubli a été enfin réparé. Grâces en soient rendues au maire avisé qui en fut l'empressé promoteur.

Certes, cette décoration n'ajoute rien à toutes vos vertus. Elle ne vous fait ni plus grand, ni meilleur. Mais elle a été la bienvenue pour mille raisons, et pour celle-ci, qu'elle fournit à vos amis une occasion unique de se grouper autour de vous et de vous clamer leurs sentiments d'inaltérable attachement, de sincère affection. Ne protestez pas que je vous accable sous le poids d'éloges excessifs. Ces éloges vous sont acquis, j'en atteste tous ceux qui vous connaissent et dont je suis assuré d'être l'unanime interprète.

« C'est ne pas payer ses dettes que de refuser de justes louanges », a dit Voltaire. En vous exprimant publiquement ce soir tout le bien que nous pensons de vous, j'acquitte partiellement la lourde dette que le Corps médical a contractée envers vous. Il ne vous sera jamais assez reconnaissant, en effet, de l'activité féconde que vous déployez depuis quarante ans pour la protection de ses intérêts matériels, et le perfectionnement de sa moralité, de cette moralité dont vous demeurerez à nos yeux, jusqu'à votre dernier souffle, le plus exemplaire des desservants, le plus indéfectible des champions.

G. Duchesne.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### ÉRYTHÈMES FESSIERS ET « ECZÉMA » DU NOURRISSON

**Etude clinique et thérapeutique**

Par M. et Mme H. MONTLAUR

PREMIÈRE PARTIE

### Clinique et Recherches

Dès les premiers jours de la vie, de nombreux nourrissons présentent une rougeur diffuse du siège disparaissant rapidement. Chez d'autres, au contraire, se développe, sur la région ano-génitale une véritable lésion dermatologique persistante dont les caractères cliniques ont été étudiés par Jacquet sous le nom de *dermites infantiles* ; leurs rapports étroits avec les processus d'eczématisation ont été clairement mis en évedence par M. Ferrand.

Depuis plus de deux ans, nous poursuivons l'étude de ces réactions cutanées chez les enfants du premier âge. Ces recherches nous ont conduits à une conception nouvelle, non seulement des dermites infantiles mais encore de leurs processus évolutifs, jusque-là considérés comme « *eczéma du nourrisson* ».

#### Etude clinique

En analysant avec soin les débuts de l'affection cutanée, on est frappé, quel que soit le mode d'allaitement du nourrisson, mais surtout s'il est au sein, de la fréquence de troubles digestifs : on peut dire que, dans l'immence majorité des cas, l'érythème fessier a été précédé de troubles digestifs.

Ceux-ci peuvent être classés en trois groupes :
*a*) diarrhée commune avec selles muco-grumeleuses ou liquides, quel que soit le mode d'allaitement ;
*b*) constipation chez les enfants au sein ;
*c*) selles mastic (dyspepsie du lait de vache), dans l'allaitement artificiel.

Ajoutons que *lorsque ces manifestations font objectivement défaut, l'analyse des fèces permet toujours de mettre en évidence,* — comme on le verra plus loin — *des perturbations de la digestion.*

C'est entre le 9e et le 40e jour de la vie, le plus habituellement vers le 15e, que se constitue la lésion ano-génitale.

Le siège présente d'abord un léger érythème, qui bientôt devient rouge cerise, parfois même lie de vin, luisant et comme vernissé plus humide que suintant ; la peau est chaude et tendue, parsemée ou non de papules érosives.

Les régions avoisinantes, ano-génitale et sacrolombaire, sont plus ou moins rapidement envahies. La rougeur gagne la face interne et postérieure des cuisses, déborde sur la face externe où cependant subsiste presque toujours une bande de peau saine.

La face interne et postérieure des jambes est également intéressée ; l'éruption peut gagner jusqu'aux malléoles, le talon et la région plantaire ; les malléoles et le talon présentent parfois de petites ulcérations.

L'érythème occupe donc presque tout le plan postéro-inférieur du corps et on peut le comparer avec Jacquet « à un fer à cheval dont les extrémités sont sur les jambes et la convexité à la région sacro-lombaire ». La limite supérieure se marque en avant, sur l'abdomen, entre le pubis et l'ombilic.

*Cette vaste lésion érythémateuse présente une bordure irrégulière, largement festonnée, polycyclique, limitée par une collerette épidermique à lambeau flottant.*

Les plis inguinaux, interfessier et ceux des cuisses sont le plus souvent suintants, parfois même ils sont le siège d'un véritable *intertrigo.*

Au voisinage de la lésion principale, se remarquent de petits éléments arrondis ou ovalaires, parfois très nombreux, de diamètre variable, rouge vif et bordés toujours d'une collerette épidermique. Ces éléments constituent le processus d'extension de la lésion.

L'infection secondaire (pustules d'impétigo de Bockhardt) est d'une extrême rareté.

Lorsque l'affection évolue, on voit apparaître à la limite supérieure, au milieu des éléments aber-

rants à collerettes épidermiques une nouvelle modalité éruptive constituée par des placards érythémato-squameux du type des *eczématides* de M. Darier. Ces eczématides occupent la partie supérieure du tronc : la région thoracique antéro-supérieure, la ceinture scapulaire, les aisselles ; elles envahissent la face postérieure du thorax. Quel que soit le nombre des placards et leur étendue, on note toujours des intervalles de peau saine.

Les membres supérieurs sont également parsemés de ces éléments qui, au pli du coude, forment une petite nappe.

La région cervicale est presque toujours intéressée et présente deux ordres de lésions : des placards érythémato-squameux secs et au niveau des plis, de l'intertrigo.

A la face, la lèvre supérieure et le menton sont le plus habituellement respectés. Au niveau des joues, il existe soit une éruption papulo-vésiculeuse fine, suintante, soit des placards érythémato-squameux secs.

Le nez et les sillons naso-géniens sont atteints. La racine du nez et la région sourcilière se recouvrent de squames grasses épaisses, adhérentes, formant une véritable barre qui parfois occupe toute la région frontale et se continue au niveau du cuir chevelu. Celui-ci, parsemé de placards à squames grasses, épaisses, peut être envahi dans sa totalité et recouvert d'une véritable calotte (croûte de lait, chapeau, etc.) ; il existe parfois une alopécie presque totale.

Les sillons rétro-auriculaires sont le siège d'intertrigo. Le pavillon de l'oreille et le conduit auditif, recouverts le plus souvent de squames sèches, peuvent également être suintants.

La dermatose offre à ce moment un type éruptif mixte qui comprend : l'eczéma intertrigo des nouveau-nés (dermite infantile) occupant la moitié inférieure du corps, et les eczématides qui s'étendent sur la moitié supérieure.

L'affection continuant son évolution, les phénomènes inflammatoires du siège s'atténuent, rétrocèdent même totalement ; les collerettes épidermiques de bordure disparaissent et l'épidermisation commence. La région reprend alors une apparence et une teinte normales ou bien se recouvre d'eczématides, ainsi qu'on l'observe le plus souvent. Quand à l'intertrigo, il peut subsister ou suivre la régression de la dermite.

A ce stade, la dermatose a perdu son caractère primitif ; la lésion dermatologique est uniquement représentée par des placards d'eczématides dont le nombre et l'étendue sont éminemment variables. On se trouve alors en présence de la réaction cutanée dite « eczéma séborrhéique » avec toutes ses modalités.

Le *prurit* se manifeste dès le début de la dermatose avec plus ou moins de violence, ainsi qu'en témoignent les cris, l'agitation de l'enfant et ses tentatives de grattage. Il peut persister pendant toute l'évolution de l'affection et être souvent responsable des infections secondaires d'impétignisation.

***

Il est classique d'admettre que se sont surtout les « beaux » enfants qui présentent de l'« eczéma ». Du nombre important de nourrissons que nous avons étudiés et très longtemps suivis, nous avons fait deux groupes :

*a*) l'un comprend les enfants en bon état de nutrition ou d'aspect floride, nés avec un poids voisin de 3 kgr. 500 ou supérieur, allaités complètement ou en partie par leur mère ;

*b*) dans l'autre, au contraire, se placent les nourrissons ayant pesé moins ou à peine plus de 3 kgr. à la naissance (prématurés, débiles du 1er ou du 2e degré, jumeaux, porteurs de malformations, etc.) et souvent, quelle que soit leur alimentation, dans un état médiocre.

Parmi tous ces nourrissons, 53, 4 % sont des hérédo-syphilitiques, que le diagnostic ait été posé :

*a*) par l'examen de l'enfant (signe de certitude ou groupe de signes de présomption) ;

*b*) par l'examen du placenta : grosse disproportion fœto-placentaire (plus de 1 /4, 5) ;

*c*) par l'enquête familiale ;

*d*) par l'examen de la mère dont la syphilis est connue (syphilis acquise ou, plus souvent, héréditaire) (1).

Bien qu'actuellement, on admette que le terrain hérédo-syphilitique favorise l'évolution de l'eczéma (Lesné et Boutelier, Ravaut et Duval), cette proportion de plus de 50 % des cas d'hérédo-syphilis peut paraître considérable. Boutelier, a trouvé la syphilis héréditaire certaine ou très probable 11 fois dans 20 cas d'cezéma du nourrisson, ce qui équivaut à notre pourcentage.

**Recherches bactériologiques**

**A) Lésions cutanées.**

Chez tous les enfants dont l'affection cutanée répondait à l'un des types cliniques que nous venons de décrire, des squames ont été prélevées au niveau des lésions du siège, du thorax, de la nuque, du cuir chevelu, de la face, etc., et ensemencées sur eau peptonée glucosée à la bile.

Après 18, 24 heures de séjour à l'étuve, les cultures se sont montrées très abondantes, protéiformes : cocci en amas, diplocoques encapsulés ou non, chaînes, à Gram positif, caractéristiques de l'entérocoque dans les cultures jeunes en milieux liquides. Toutes les souches ont été identifiées comme entérocoques.

(1) Voir : *Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire*, par P. Rudaux et H. Montlaur, Masson et Cie, 1931.

*Il existe donc au niveau des lésions cutanées une espèce microbienne qui est un entérocoque* ; on le rencontre aussi bien sur les lésions érosives du siège et en particulier dans les collerettes épidermiques de bordure, que dans les placards érythémato-squameux secs.

B) **Selles.**

L'entérocoque, on le sait, est un hôte habituel de l'intestin ; la présence de ce germe dans les squames épidermiques nous a incités à pratiquer systématiquement des examens bactériologiques de fèces chez nos petits malades eczémateux.

*A l'examen direct*, sur lames, après coloration par la méthode de Gram, on constate la prédominance de la flore bleue, presque uniquement représentée par l'entérocoque et parfois par lui seul.

Les *cultures* (sur milieu de Weissenbach anaérobie) se montrent surtout constituées par deux variétés de germes : l'entérocoque et un bacille à Gram négatif du type coli ; le premier constitue la majeure partie de la culture.

Laissant de côté les microbes si nombreux dans les fèces, nous avons étudié surtout l'évolution de l'entérocoque et de son inséparable, le colibacille.

Il ressort de nos recherches que, chez les enfants atteints d'érythème fessier ou d'eczéma séborrhéique, il se produit une rupture de l'équilibre microbien normal par pullulation de l'entérocoque et celui-ci semble alors acquérir un pouvoir pathogène. Cette rupture de l'équilibre microbien se traduit encore chez les enfants nourris au sein par des modifications chimiques des selles.

**Étude chimique** (1)

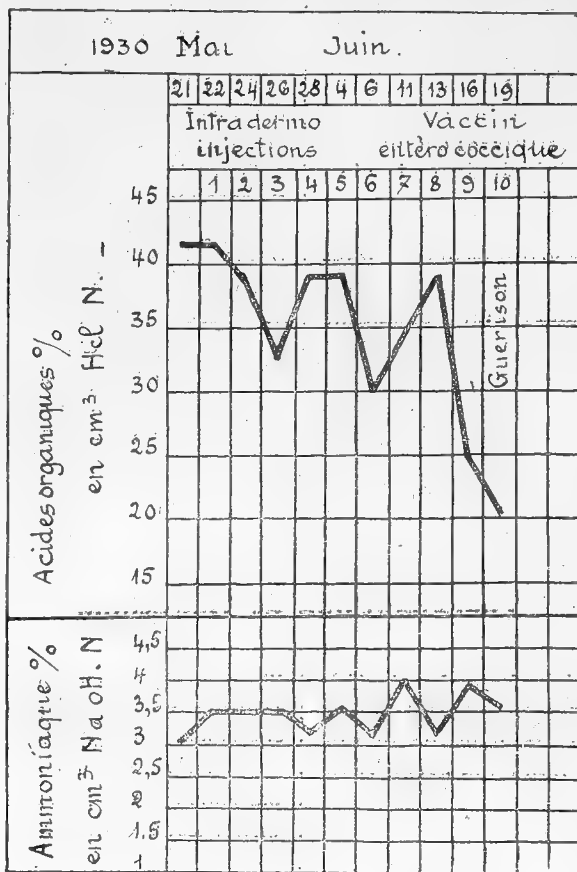
Chez le nourrisson sain, *non eczémateux*, le dosage des acides organiques calculé en centimètres cubes d'HCl normal % donne des chiffres voisins de 20 c. c.

Chez le nourrisson eczémateux, au contraire, l'étude des acides organiques fournit des renseignements précieux :

*a*) Allaitement maternel

Pendant la période d'invasion de l'affection cutanée, le chiffre des acides organiques est élevé, variant de 35 à 48 c. c. %.

Au cours de l'évolution de la maladie, ces acides subissent des oscillations importantes, mais restent cependant à un taux relativement élevé.




(in *Annales de Dermat. et Syphil.*, mai 1931, Masson et Cie).

Lorsque la dermatose s'atténue et lorsque, parallèlement, les selles présentent des modifications objectives d'amélioration, on assiste à une véritable chute de la courbe des acides organiques.

A la guérison, le taux des acides se montre normal : 20 c. c. % et parfois même inférieur à la normale (fig. 1).

*b*) Allaitement artificiel.

Quelle que soit la période de l'affection, les chiffres trouvés sont d'une remarquable fixité, le plus souvent voisins de la normale. Les oscillations constatées sont si minimes qu'il n'y a pas lieu d'en faire état.

La différence entre ces résultats et ceux que donne l'allaitement au sein peut tenir à deux causes : plus faible teneur en lactose du lait de vache, d'où moins d'acides organiques et saturation de ces acides par les sels alcalino-terreux, contenus normalement dans ce lait.

*c*) Allaitement mixte

Le taux des acides organiques est éminemment variable et la courbe s'inscrit entre celle que donnent les enfants nourris par leur mère et celle que fournit l'allaitement artificiel, se rapprochant cependant beaucoup plus de celle-là que de celle-ci.

(1) Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson, par M. H. Montlaur et Mlle S. Coutière *Bull. Acad. Méd.*, séance du 15 juillet 1930, t. CIV, n° 28.

**Recherches biologiques.**

Parallèlement aux recherches précédentes, la biologie est venue confirmer que le germe que nous mettions en cause était bien un entérocoque (et non un streptocoque).

En effet, les intradermo-réactions pratiquées avec un vaccin antistreptococcique se sont toujours montrées négatives et sans action sur la dermatose. La même méthode d'investigation pratiquée avec un vaccin antientérococcique a, non seulement confirmé le rôle du germe incriminé, mais encore apporté des résultats fort intéressants ; ils nous ont permis d'établir les bases d'une thérapeutique spécifique.

**Étiologie et pathogénie.**

En résumé, certaines réactions cutanées considérées jusqu'ici comme eczéma du nourrisson, présentent une étiologie microbienne d'origine digestive et s'observent principalement chez des enfants âgés de 1 à 5 mois.

Ces dermatoses, dont l'expression la plus évoluée est représentée par l'érythrodermie desquamative type Leiner-Moussous (grands eczémas dits séborrhéiques), ont comme origine commune une dermo-épidermite du siège dont le germe responsable est l'*entérocoque*.

Par quel processus la pullulation de l'entérocoque, d'où rupture de l'équilibre microbien dans les selles, peut-elle se produire ? On peut invoquer un dysfonctionnement hépato-pancréatique : dans un certain nombre des cas de cette déficience l'hérédo-syphilis paraît jouer un rôle ; c'est le seul fait que nous puissions avancer momentanément.

L'entérocoque va se développer dans un milieu qui n'est plus celui du contenu intestinal normal et le germe acquérir un pouvoir pathogène. A ce moment précis — avant l'explosion cutanée — l'observation clinique permet de constater des troubles digestifs. Ceux-ci, qui ne manquent pour ainsi dire jamais, peuvent faire considérer cette phase comme la période *pré-eczémateuse*.

Ensuite, dès son contact avec l'épiderme de la région ano-génitale, l'entérocoque des selles, souvent à l'état de culture pure, colonise et réalise une dermo-épidermite extensive : la dermite infantile ou érythème fessier qui doit être considérée comme la *lésion primitive*.

Enfin les toxines microbiennes interviennent et *sensibilisent* un organisme peut-être plus réceptif par une prédisposition due à l'hérédo-syphilis. A cette sensibilisation, correspond une nouvelle réaction cutanée, dite *secondaire*, les eczématides ou séborrhéides ou parakératoses. Nous pouvons, dans le cas particulier, les individualiser comme des *entérococcides*, qui sont à notre avis, répétons-le, l'expression de la reaction tégumentaire aux toxines microbiennes.

DEUXIÈME PARTIE

## Thérapeutique et Diététique

De notre conception étiologique des érythèmes fessiers et de leurs processus évolutifs, qui s'observent dans les premiers mois de la vie, découle un traitement spécifique : la vaccination anti-entérococcique.

**TRAITEMENT SPÉCIFIQUE**

**Vaccination antientérococcique.**

PRÉPARATION DU VACCIN

Il est assez difficile d'obtenir une culture pure d'entérocoque même en partant de squames épidermiques, car on le trouve le plus souvent accompagné d'un bacille à Gram négatif du type coli. L'isolement peut se faire avec une culture en milieu liquide par passages sur boîtes de Pétri ou mieux en gélose de Veillon.

Tous nos vaccins ont été préparés selon la technique de MM. Ranque et Senez : suspension de corps microbiens dans l'eau physiologique stérile; atténuation par la solution d'iode pendant 30 minutes, neutralisation de l'excès d'iode par l'hyposulfite de soude. Le vaccin se présente donc sous la forme la plus simple : corps microbiens en suspension, sans lysat ni anatoxine.

La concentration à *deux milliards de germes par cmc.* nous paraît la meilleure ; c'est celle à laquelle nous nous sommes arrêtés.

1° VOIE INTRADERMIQUE

Les injections sont pratiquées tous les deux jours dans le derme quelle que soit la région choisie, selon l'état de la peau, utilisant une aiguille à intradermo-injections dont le calibre de 5/10[es] donne environ 100 gouttes par c. c.

La concentration à deux milliards de germes par c. c. n'est jamais dépassée ; souvent au contraire nous employons des concentrations plus faibles. Il y a lieu, en effet, de doser le vaccin selon l'état général du petit malade, l'étendue des lésions cutanées, et d'après le poids de naissance et celui du premier examen. Les dilutions sont faites avec de l'eau physiologique stérilisée.

La première injection doit être pratiquée avec

le vaccin très dilué, représentant une teneur microbienne de 50 à 100 millions par c. c. dont il ne sera injecté qu'une seule goutte. Les doses suivantes seront d'une concentration plus forte : 200, 500 millions, 1 milliard, 2 milliards et l'injection de 1 à 2 gouttes. Il est aisé d'établir ainsi une thérapeutique vaccinale à la fois prudente, progressive, en tout cas très facile à manier.

Le nombre des injections est variable ; il faut se guider sur la rapidité des résultats obtenus ; la guérison s'observe habituellement entre la sixième et la dixième vaccination.

### 2° Voie buccale

Si, pour une raison quelconque, les intradermo-injections ne peuvent être appliquées, le vaccin sera donné par voie buccale, dosé suivant le poids du nourrisson et son âge. Pour des enfants de quelques semaines, donner une ou deux fois dans la journée et dans un peu d'eau un demi-centimètre cube de vaccin, soit environ un milliard de germes.

Pour les nourrissons de quelques mois, la dose doit être augmentée jusqu'à trois, quatre et même cinq milliards, répartis en trois prises dans la journée.

Comme il n'est pas toujours possible d'obtenir un auto-vaccin, on peut lui substituer l'un des stocks-vaccins existant dans le commerce ; ils sont peu nombreux :

Vaccin de Carrion, à 1 milliard de germes par c. c. ;

Vaccin Cépède, à 4 milliards de germes par c. c. ;

Vaccin I. O. D. à 1 milliard de germes par c. c. ;

Vaccin coli-entéro Clin à 10 milliards d'entérocoques et 30 milliards de coli par c. c.

### 3° Voie rectale

A défaut de la voie buccale, la voie rectale peut, à la rigueur, être utilisée comme mode d'introduction du vaccin chez les vomisseurs ; diluer la dose nécessaire dans une petite quantité d'eau, une à deux cuillerées à dessert. Même posologie que pour la voie buccale.

## TRAITEMENT GÉNÉRAL

Par la vaccination seule et *sans traitement local* le nourrisson peut être débarrassé de sa dermatose ; mais à côté de la vaccination, tant est complexe la pathologie des enfants du 1er âge, doivent prendre place quelques prescriptions thérapeutiques et diététiques subordonnées : *a*) à l'état général du nourrisson ; *b*) aux troubles digestifs qu'il présente.

**Une règle essentielle domine la diététique : ne pas supprimer l'allaitement en cours, quel qu'il soit.**

### A. — D'après l'état général.

#### I. Le nourrisson en bon état de nutrition

Certains nourrissons en bon état de nutrition, avec fontanelle bien tendue et pannicule adipeux appréciable, ou d'autres plus particulièrement de type « floride », avec quelques signes de rachitisme (ventre étalé, chapelet costal, micropolyadénopathie, etc), continuent à présenter une courbe de poids régulièrement ascendante malgré l'étendue de la dermatose et l'importance des troubles digestifs.

Ces enfants peuvent, d'emblée, être soumis à la vaccination antientérococcique, quelle que soit sa modalité. Quant à l'alimentation, il suffit de la diriger convenablement et de la régler.

1° — L'enfant *au sein* conservera sa nourriture; les tétées insuffisantes seront *complétées* soit par des biberons de lait condensé sucré, ou, mieux encore, par du lait en poudre demi-crème, additionné de sucre.

Au cours de l'allaitement *artificiel*, il y a souvent intérêt à donner la préférence à un lait peu riche en beurre (lait de vache frais, écrémé en partie, lait en poudre demi-crème) puisque grand nombre de ces nourrissons présentent, par insuffisance hépato-pancréatique, un trouble du métabolisme des graisses. Pour rétablir la valeur alimentaire (calorique) du lait écrémé, il faut augmenter la quantité de sucre des biberons.

Tous les pédiatres s'accordent actuellement, répétons-le encore, sur deux points essentiels : *a*) se garder, d'une part, du préjugé contre le lait ; *b*) éviter, d'autre part, de donner des rations insuffisantes qui peuvent conduire l'enfant à une véritable « cachexie thérapeutique ».

2° — La violence du prurit et les tentatives de grattage empêchent parfois l'enfant de dormir ; le gardénal sera d'un précieux secours et très bien supporté à raison, un soir sur deux, d'un comprimé de *un centigramme* délayé dans un peu de lait.

3° — S'il survient une adénoïdite, une bronchite légère, etc., au cours de la vaccination, celle-ci doit être suspendue pendant quelques jours ; elle peut être reprise dès la cessation de ces incidents, sans retentir sur l'état général.

#### II. — Les débiles. Les hypotrophiques

Chez ces nourrissons, quel que soit leur degré de dénutrition (amincissement ou disparition du pannicule adipeux) ou la cause de cet état (prématuration, débilité congénitale, gémellité, maladie intercurrente, hérédo-syphilis), la vacci-

nation est pleine de difficultés. Le relèvement de l'état général s'impose donc d'abord et, quoique l'état cutané offre une porte d'entrée aux infections, *le traitement de la dermatose doit passer au second plan.*

1° Puisqu'il importe de donner aux débiles une ration quotidienne supérieure d'environ 1 /5e à celle d'un enfant normal du même âge :

*L'allaitement au sein* peut être *complété* par du lait d'ânesse, souvent difficile ou trop coûteux à se procurer ; à son défaut, ce qui réussit fort bien, c'est le babeurre doux *non acide* (lait débarrassé complètement des matières grasses) auquel il faut ajouter du sucre, ou la bouillie de ce babeurre au riz sucrée (Carrion). Ces produits ont le grand avantage de ne pas contenir d'acide lactique, et de ce fait, ne risquent pas d'augmenter le taux des acides organiques, déjà élevé.

A défaut de babeurre doux, donner du lait en poudre demi-maigre sucré, ou encore, si l'enfant arrive à prendre à la cuiller, de toutes petites quantités (1 /2 cuillerée à café) de lait condensé sucré non dilué.

*L'allaitement artificiel* comprendra, comme *complément*, dès les premières semaines de la vie, des bouillies de babeurre doux ou des bouillies de babeurre condensé acide, au riz sucré (Nutricia, Lafaye) en ajoutant toujours de l'eau de chaux à ces derniers babeurres pour en diminuer l'acidité, à raison d'une cuillerée à dessert par biberon.

A partir du troisième mois, les bouillies maltées sont généralement bien tolérées.

2° La thérapeutique générale sera stimulante :

*a*) injections quotidiennes sous-cutanées à 5 à 20 c.c. de sérum glucosé à 47 ‰ ou de sérum physiologique légèrement caféiné (0,02 %) en même quantité ;

*b*) à leur défaut, des petits lavements de sérum glucosé à 47 ‰ ; 10 c.c. additionné ou non d'une goutte de solution d'adrénaline à 1 /1.000 ;

*c*) des injections sous-cutanées de quelques gouttes d'huile camphrée à 5 % ;

*d*) Sans attendre que la situation soit inquiétante une injection de sang *maternel*, pratiquée tous les deux jours, relève merveilleusement l'état général ; elle a encore le double avantage, de désensibiliser l'enfant ; si pour cette petite transfusion on ne peut prendre du sang maternel, il est prudent de ne s'adresser qu'à un donneur « universel » se rappelant que le père du nourrisson n'est pas toujours du même groupe sanguin.

*e*) Lorsque l'état est particulièrement critique, on peut encore, comme l'ont appliqué avec succès MM. Blechmann et Potelune dans un cas d'érythrodermie desquamative, utiliser l'insuline. Une injection sous-cutanée, *d'une unité* par kilogramme corporel, sera faite tous les deux jours, solubilisée dans 10 c.c. de sérum glucosé à 47 ‰ ou suivie de l'absorption de sirop de sucre par cuillerée à café.

3° Dès que les conditions générales s'améliorent et que la courbe de poids se relève, le traitement de la dermatose par la vaccination peut être envisagé. Il ne faut cependant pas perdre de vue que la moindre affection intercurrente peut prendre très rapidement, chez les hypotrophiques, allure de gravité et nécessiter immédiatement l'interruption de la vaccination anti entérococcique.

### III. — L'Hérédo-syphilitique

Lorsque l'hérédo-syphilis est en activité, le traitement spécifique prend le pas sur le traitement dermatologique et le sulfarsénol est le médicament de choix : il agit très favorablement sur l'état général et risque moins que le Hg d'irriter l'intestin.

Le plus souvent, la syphilis héréditaire ne se manifeste que par de petits signes ou par des présomptions et les deux médications spécifique et vaccinale vont s'intriquer. Il y a cependant tout avantage à commencer par le traitement antisphylitique, car on connaît, et nous l'avons observé, l'action favorable du seul traitement mercuriel sur les « eczémas » de la première enfance.

En raison des troubles digestifs, il est nécessaire de prendre quelques précautions dans l'administration des sels mercuriels *per os*. Si l'on prescrit la solution de lactate de Hg à 1 /1000e ou, pour camoufler le traitement, les comprimés Roy, enfants (1 comprimé = XX gouttes = 0 gr. 001) on ne donnera que II à III gouttes, deux fois par jour ; puis la dose sera augmentée progressivement jusqu'au nombre normal de VI à VIII gouttes par kilogramme corporel.

Chez les nourrissons au sein, l'eau de chaux associée au sirop diacode (voir ci-dessous) peut permettre de faire tolérer un peu plus longtemps les doses de lactate.

Veut-on instituer la cure par de la poudre grise, on la prescrit à raison de 0,005 milligrammes deux fois par jour :

| | |
|---|---|
| Poudre grise........... | 0,005 milligrammes |
| Sous-nitrate de bismuth. | 0,02 centigrammes |
| Craie préparée......... | 0,05 centigrammes |

Pour un paquet

ou, plus discrètement, les comprimés Salvé (poudre grise = un centigramme, par comprimé).

Le calomel est particulièrement bien toléré chez les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel ; il nous paraît être le traitement de choix de ceux qui présentent des selles mastic (voir ci-dessous).

L'état cutané interdit, évidemment, toutes les frictions mercurielles.

**B. — D'après les troubles digestifs.**

Les troubles digestifs qui précèdent ou accompagnent l'érythème fessier initial sont en relation, nous l'avons déjà dit, avec une pullulation de l'entérocoque dans le milieu intestinal et s'accompagnent d'une exagération du processus normal de fermentation.

La vaccination, quelle que soit sa voie d'introduction, améliore très rapidement ces phénomènes alors que tous les changements de régime se montrent inefficaces. En ce qui concerne les régimes, il ne faut pas perdre de vue que tous les aliments qui apportent des produits fermentescibles — les bouillons de légumes et les décoctions de céréales rentrent dans cette catégorie — sont formellement à déconseiller ; ils ne peuvent que s'opposer à l'action vaccinale, de plus ils n'ont qu'une très faible valeur alimentaire. Par contre l'eau de riz *non fermentescible*, les bouillie des crème de riz peuvent être employées largement et la soupe de babeurre au riz de préférence à celle au froment.

a) *Diarrhée commune des enfants au sein.*

Le lait de femme, ne renfermant pas comme le lait de vache de sels alcalino-terreux, l'eau de chaux trouve sa principale application (saturation de l'excès des acides organiques) chez les nourrissons allaités au sein.

La préparation officinale sera prescrite à raison d'une cuiller à café avant chaque tétée :

| | |
|---|---|
| Eau de chaux.......... | 60 grammes |
| Sirop diacode.......... | 5 grammes |
| Sirop de coings.......... | 30 grammes |

b) *Diarrhées des enfants nourris artificiellement.*

L'eau de chaux ne saurait apporter ici aucune amélioration et si une potion antidiarrhéique est nécessaire, c'est au tanin ou au bismuth que l'on aura recours :

| | |
|---|---|
| Acétyltanin ........... | 0,50 centigramme |
| Julep gommeux........ | 30 grammes |

Une cuiller à café toutes les 4 heures.

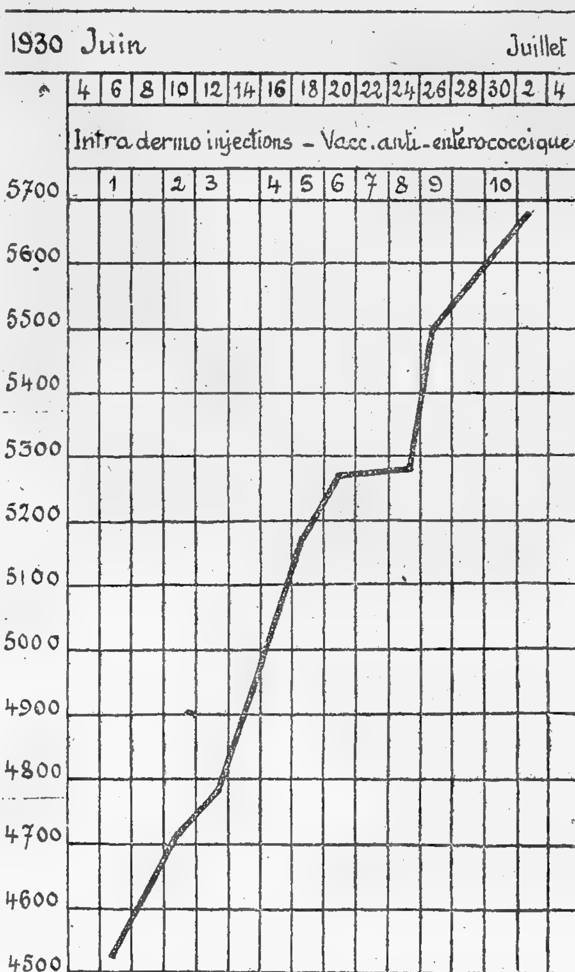
Le jus de fruits est à supprimer pendant quelques temps.

c) *Dyspepsie du lait de vache* (selles mastic).

Ces troubles relèvent, d'après M. Marfan, d'une insuffisance de sécrétion hépato-pancréatique ; outre la vaccination, ils sont justiciables d'une médication adjuvante, par le calomel à doses filées (0,001 milligramme), et d'une modification de l'alimentation.

d) *Constipation.*

L'eau lactosée est tout à fait contre-indiquée chez les nourrissons au sein ; elle peut être donnée chez les enfants au biberon (1). Le jus de fruits doit être continué.




OBS. XIX. Pl... Roger, né le 26 avril 1930, allaitement maternel.

**Résultats**

Les résultats constatés portent sur trois ordres de faits : l'état général, les troubles digestifs, les modifications de la dermatose.

**A. Sur l'état général.**

C'est l'état général du nourrisson qui règle la vaccination. Dès que le traitement vaccinal est institué, l'état général déjà satisfaisant ne fait que s'améliorer ainsi qu'en témoignant les courbes de poids. (Graphique II.)

(1) Les formules de tous les jours. Diététique infantile, *La Puériculture*, 25 juillet 1931, Dr Jeanne MONTLAUR.

### B. Sur les troubles digestifs.

Quel que soit le mode d'allaitement, nous avons déjà signalé combien les changements de régime sont rarement efficaces. Sous l'action du vaccin, au contraire, et sous son action seule, pour les enfants nourris au sein comme à l'allaitement artificiel, les manifestations de la diarrhée commune avec selles mucogrumeleuses ou liquides, selles vertes, sont notablement améliorées. Ces troubles s'atténuent rapidement : les selles deviennent moins fréquentes, elles perdent leur couleur verte, leur odeur fétide et reprennent une consistance normale.

Cette constatation clinique est confirmée par l'analyse chimique qui montre une diminution du taux des acides organiques.

Si, chez les enfants en cours de traitement, la diarrhée survient à nouveau, elle est la signature d'un phénomène surajouté : adénoïdite, otite, dentition, retour des règles chez la mère, etc. ; on peut alors prévoir une nouvelle poussée de la dermatose.

Chez les *enfants nourris à l'allaitement artificiel*, les selles mucogrumeleuses, très rarement liquides, sont également très vite améliorées.

Parmi les *troubles de la dyspepsie du lait de vache*, les *selles mastic* sont favorablement influencées au début du traitement. Les déjections perdent leur odeur fécaloïde prennent une consistance molle, mais restent cependant décolorées. Pour obtenir le retour aux selles normales, une médication adjuvante, comme nous l'avons déjà dit (calomel à doses filées) ou une modification de la nourriture sont nécessaires.

La *constipation* ne semble guère influencée par la vaccination.

Les *régurgitations* et les *vomissements* persistent ou disparaissent, sans que l'on puisse attribuer ce résultat à l'action du vaccin.

### C. Sur la dermatose.

Que la dermatose soit cliniquement constituée par la dermo-épidermite microbienne du siège, que cette dermite s'accompagne d'eczématides et rentre ainsi dans le cadre des eczémas dit séborrhéiques, la vaccinothérapie antientérococcique amène toujours une modifications heureuse et très souvent la guérison.

Les transformations cutanées se succèdent toujours dans le même ordre : l'amélioration porte en premier lieu sur les plis qui s'assèchent, parfois dès le début du traitement. La lésion du siège pâlit, s'épidermise, les collerettes épidermiques disparaissent ainsi que les petits éléments aberrants. C'est donc sur *l'eczéma intertrigo*, lésion initiale, que se manifeste d'abord l'action du traitement.

A cette première phase de vaccination, correspond souvent une extension du processus éruptif du type eczématide.

Cette modalité éruptive, influencée à son tour par le vaccin, se modifie : l'érythème s'estompe ; la desquamation d'abord abondante s'atténue, puis disparaît. Les squames grasses de la partie supérieure du visage et du cuir chevelu se détachent et tombent sans se reformer.

Dans les cas les plus favorables, la guérison a été obtenue après une ou deux semaines de traitement, plus souvent après trois semaines.

Certains nourrissons, après la fin de la cure, peuvent présenter encore des manifestations de l'affection cutanée, ces reliquats disparaissent une à trois semaines après la cessation de la médication. Si les récidives s'observent, elles sont toujours, comme on l'a vu plus haut, en corrélation avec des troubles digestifs et dues à un incident surajouté.

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA PITIÉ

*Service du Professeur Rathery.*

## Les pleurésies tuberculeuses (1).

Dr DOUBROW

Chef de laboratoire.

Messieurs,

Il vous arrivera souvent d'être appelés auprès d'un malade qui, hier encore bien portant, a dû s'aliter après une journée de fatigue ou un « coup de froid ». Il se plaint d'un violent point de côté, sa température est autour de 39° et il est secoué par une petite toux sèche, très pénible.

Déshabillé, dans son lit, il vous frappe par sa respiration superficielle et sa polypnée, mais il n'a pas de *dyspnée* à proprement parler. Si vous attachez à l'*inspection* du thorax l'attention qu'elle mérite, vous constaterez que le malade ne respire qu'avec un seul hémithorax, l'hémithorax opposé étant à peu près immobile, et vous pourrez aussi vous rendre compte, par la palpation, de la contracture du muscle dorso-lombaire et du grand dorsal, contracture qui permet au patient de ménager son côté malade. Ne vous attendez pas à cette période aux signes stéthacoustiques révélateurs : ils n'existent pas encore. Les frottements pleuraux eux-mêmes feront souvent défaut car vous ne pouvez exiger de vos malades de grandes inspirations profondes, nécessaires pour les mettre en évidence, la douleur et la toux empêchant le malade d'acquiescer à votre demande.

Quel sera votre diagnostic en ce moment ? Vous avez bien des chances d'être en présence d'une pleurésie à son début, mais vous ne pouvez encore l'affirmer avec certitude.

Vous prescrirez à votre malade des ventouses sèches, des frictions du coté atteint avec un mélange.

| | |
|---|---|
| Salicylate d'amyl.......... | 5 gr. |
| Baume tranquille.......... | 55 gr. |

qui calme quelquefois remarquablement la douleur, et des enveloppements humides que vous ferez renouveler deux fois par jour. Le malade gardera le lit, et cette dernière recommandation sera d'autant mieux acceptée que la douleur et la fièvre l'y obligent.

Revenez voir votre malade deux ou trois jours plus tard, et vous rendrez grâces, dans votre for intérieur, au génie de Laënnec et d'Auenbrugger, en songeant qu'ils vous ont doté des merveilles de la percussion et de l'auscultation. Car cette fois-ci les signes physiques sont à peu près au complet : matité tournant dans l'aisselle, silence respiratoire, souffle pleurétique dans la partie supérieure de la zone mate, abolition des vibrations vocales. En présence de ces signes, le médecin doit posséder un véritable *réflexe d'automatisme professionnel* qui consiste à *s'emparer séance tenante de sa seringue et de pratiquer une ponction exploratrice.* Car le seul signe pathognomonique et indiscutable d'un épanchement pleural est la présence du liquide dans la seringue exploratrice. Et l'on serait inexcusable aujourd'hui de ne pas avoir pratiqué une ponction, car tout liquide pleurétique doit être examiné. A plus forte raison doit-on enregistrer comme signe clinique de première importance les *ponctions blanches* car elles infirment d'emblée le diagnostic de pleurésie de la grande cavité et imposent sans différer un examen radiologique approfondi.

Mais votre ponction a ramené un liquide citrin, séro-fibrineux comme on dit, car il est très riche en fibrine habituellement, riche en sérine, également ; et vous pouvez vous en rendre compte extemporanément, au lit du malade, en pratiquant la réaction de Rivalta. Elle est d'une extrême simplicité. Ayez à votre disposition un verre bien propre à parois minces ; rempl ssez-le d'eau à laquelle vous avez ajouté 2-3 gouttes d'acide acétique ; puis laissez tomber de votre seringue une goutte de liquide pleural ; il se formera dans votre verre un léger louche, une véritable traînée de fumée : la réaction de Rivalta est positive. Demandez au laboratoire la formule cytologique du liquide pleural ; sa réponse aura une grande valeur diagnostique et vous rendra parfois un service inappréciable, surtout si votre malade dépend d'une Administration ou s'il est assujetti aux Assurances sociales et que vous soyez ultérieurement appelés à fournir un certificat lui permettant un congé de convalescence régulier.

L'examen cytologique montrera la présence des hématies (pleurésie histologiquement hémorragique de Dieulafoy) et une lymphocytose de

(1) Leçon du 26 janvier 1932.

80-90 %. Souvenez-vous cependant que semblable formule est l'apanage de la période d'état de la pleurésie et qu'au début vous pouvez avoir un nombre assez considérable de polynucléaires et de cellules endothéliales en placards.

Je n'invoquerai pas devant vous, Messieurs, la période héroïque d'il y a quelque 40 ans, où de nombreux auteurs, et non les moindres, défendaient contre les attaques de Landouzy la vieille notion de la pleurésie *a frigore*.

Aujourd'hui le procès est jugé : *toute pleurésie qui n'a pas fait ses preuves, c'est-à-dire dont l'origine ne peut être rattachée à une étiologie définie* (infection, cancer, cardiopathie à la période asystolique, néphrite avec anasarque, infarctus pulmonaire, etc.) *est une pleurésie tuberculeuse* et doit être soignée comme telle.

***

Votre diagnostic ainsi établi, quelle sera votre conduite de thérapeute ? Pendant la période aiguë, tant que le liquide persiste et que la température n'est pas revenue à la normale, vous imposerez à votre malade un séjour au lit dans une pièce bien aérée, *jour et nuit*. Le régime, hypochloruré de préférence, car, comme l'a montré Achard, il existe une rétention des chlorures dans le liquide pleural, ne sera cependant pas un régime de sous-alimentation. Il est tout à fait inutile, et même dangereux, d'imposer à vos pleurétiques un régime lacté exclusif. Vous surveillerez la diurèse : une médication diurétique sera utilement administrée. Vous pouvez ordonner à vos malades par exemple :

Des cachets avec :

| | |
|---|---|
| Théobromine | 0 gr. 50 |
| Salicylate de Na | 0 gr. 20 |

pour un cachet, 2 par jour.

Soit une potion avec :

| | |
|---|---|
| $CaCl^2$ | 20 gr. |
| Sirop d'écorce d'orange amère... | 300 gr. |

dont vous ferez prendre 2 cuillerées à soupe par jour dans une grande tasse d'infusion sucrée. Vous pourrez prescrire 1 gr. d'aspirine le soir ; mais si la fièvre remonte avec des frissons le matin, n'insistez pas sur cette médication.

Je veux enfin vous parler d'une médication qui malheureusement jouit encore aujourd'hui d'une vogue injustifiée auprès de quelques médecins. C'est le vésicatoire. *Le vésicatoire doit être à tout jamais rayé de votre arsenal thérapeutique* : il ne vous rendra aucun service, mais il peut entraîner des désastres.

Faut-il évacuer l'épanchement ? Pendant la période aiguë, on ne doit recourir à la thoracentèse que lorsque le liquide par son abondance présente un réel danger ; mais, dans ce cas, on doit agir, sans différer l'intervention. En principe, lorsque l'épanchement dépasse deux litres, la ponction évacuatrice s'impose. Le meilleur moyen d'en juger est fourni par le déplacement des organes voisins (cœur et médiastin dans le cas d'un épanchement gauche ; abaissement du foie lorsque le liquide est à droite).

Il ne faut jamais enlever la totalité de liquide : la décompression brusque du poumon produit des phénomènes dits *ex vacuo* dont le plus grave est l'œdème aigu du poumon. Si pour une raison ou pour une autre vous êtes obligés d'enlever plus de 1.500 c. c. de liquide, il sera prudent de le remplacer par 600-700 c. c. d'air.

Abstenez-vous de thérapeutiques intempestives : il n'est pas dans votre pouvoir de guérir une pleurésie en trois jours. Au bout de trois ou quatre semaines le liquide se résorbera, la température reviendra à la normale ; la pleurésie aura été guérie.

*La pleurésie, oui, mais non le pleurétique.* Il entre seulement en convalescence et c'est à cette période que votre rôle du médecin est le plus important. Ce serait une faute grave que d'autoriser la reprise d'une vie normale à un malade qui sort de sa pleurésie : *la pleurésie séro-fibrineuse est une tuberculose autonome de la plèvre.* Pour autonome qu'elle soit, elle expose *toujours* votre malade à une éclosion d'une tuberculose pulmonaire post-pleurétique et cette dernière sera d'autant plus grave que la seule thérapeutique qui puisse lui être valablement opposée, le pneumothorax artificiel, sera vraisemblablement compromise par une symphyse pleurale. Aussi la prophylaxie de la tuberculose post-pleurétique doit vous être connue dans ses moindres détails. Elle consiste dans la cure hygiéno-diététique systématique.

C'est une légèreté inexcusable que de dire au malade : « allez vous reposer à la campagne ». Le malade n'est pas plus familiarisé avec la cure de repos qu'avec la posologie de la morphine ou de la digitale. Or, il ne viendra à l'esprit de personne de dire à un malade sans plus de détails : « vous prendrez de la digitale ». Envoyer le malade à la campagne sans lui remettre une ordonnance détaillée décrivant minutieusement sa cure hygiéno-diététique, qu'il devra suivre *ponctuellement*, c'est abandonner la plus essentielle des prérogatives du médecin qui consiste *à ordonner et à diriger un traitement.*

Vous mettrez donc sur votre ordonnance :

*Cure de repos à la campagne.*

1° Aération continue (jour et nuit).

2° Alimentation substantielle et variée.

3° Se coucher tôt (à 8 heures du soir) ; se lever tard (à 10 heures du matin).

Prendre le petit déjeuner au lit (vers 8 heures du

matin) (café au lait, tartines beurrées ; une tranche de jambon). Se lever à 10 heures ; après la toilette, repos sur une chaise-longue jusqu'à 11 h. 1/2. Déjeuner. Petite promenade pendant 15-30 minutes, avec possibilité de s'asseoir fréquemment. 12 h. 3/4 à 3 heures, repos sur une chaise-longue. Goûter. 3 h. 1/4 à 3 h. 3/4, petite promenade. 3 h. 3/4 à 5 h. 3/4, chaise-longue. Dîner, petite promenade d'un quart d'heure ; chaise-longue jusqu'à l'heure du coucher.

Prendre régulièrement la température au retour de la promenade de l'après-midi. Si elle dépasse 37°5, *réduire les minutes* de promenade.

N'oubliez jamais la surveillance médicale pendant le séjour de votre malade à la campagne. Il est de bonne règle de déontologie de rédiger, à l'usage du confrère qui se chargera de cette surveillance, une lettre dans laquelle vous indiquerez sommairement les détails cliniques de votre observation que vous jugez utiles.

La cure hygiéno-diététique, *telle que vous l'avez prescrite*, sera rigoureusement appliquée pendant 3-4 mois. Ce délai passé, deux mois seront encore nécessaires pour une cure d'entraînement et de réadaptation progressive à la vie normale. Ce n'est qu'après ce délai de 6 mois que vous autoriserez la reprise du travail.

***

La pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité, tuberculose pleurale autonome, ne se présente pas toujours avec l'aspect et l'évolution que je viens de vous décrire. Il existe de nombreuses formes atypiques, et j'aurais été fort embarrassé pour vous en faire un exposé didactique, forcément aride, si je n'étais singulièrement favorisé aujourd'hui pouvant étudier devant vous deux malades du service dont l'histoire clinique vous permettra, mieux que n'importe quel schéma, d'entrer de suite *in medias res*.

Vous avez vu la malade qui se trouve au lit n° 9 de la salle Duchenne-de-Boulogne. C'est une jeune fille de 25 ans, fille de salle dans un restaurant de banlieue, qui vient à l'hôpital parce que depuis le mois de juin elle a commencé à maigrir, à perdre des forces et à tousser. *Elle affirme ne jamais avoir eu de pleurésie.* « Pas même un point de côté », nous dit-elle.

Nous apprenons simplement que son affection actuelle, — car jusqu'au mois de juin elle fut parfaitement bien portante, — a débuté peut-être en mai par de la dysménorrhée. — Les règles — la malade est réglée depuis l'âge de 13 ans, — ont toujours été normales. Elle n'ont pas apparu au mois de mai à la date prévue ; il y avait un retard d'une quinzaine de jours. Depuis la malade commence à maigrir, à perdre ses forces, et ses règles deviennent très irrégulières. La toux a apparu fin octobre ; et, enfin, ces derniers jours la malade fait « un gros rhume » et se sent tellement affaiblie qu'elle est obligée d'entrer à l'hôpital.

A l'examen, cette malade, un peu pâle, est en effet assez amaigrie, elle tousse un peu, mais elle n'a pas d'expectoration. La percussion montre une submatité de la base de l'hémithorax gauche, remontant assez haut, à peu près jusqu'à mi-hauteur de l'omoplate, les vibrations vocales sont légèrement diminuées, et l'auscultation révèle quelques râles sous-crépitants assez fins et discrets. Mais si vous auscultez cette malade en appuyant fortement votre stéthoscope contre le thorax, vous constatez dans la région axillaire et jusqu'à la ligne axillaire postérieure *de gros frottements pleuraux*, et la pression un peu forte réveille une certaine douleur dans cette région.

Mais voici le cliché radiographique de notre malade. Vous voyez que le cœur est fortement attiré vers la gauche : il existe une sinistro-cardie évidente ; la trachée et le médiastin sont entièrement déplacés vers la gauche, de sorte que le bord droit du cœur et du médiastin se trouvent *à gauche de la ligne médiane du sternum*. Vous êtes donc en présence d'une symphyse rétractile de la plèvre gauche consécutive à une pleurésie latente et méconnue.

Vous voyez cette malade à la période où le liquide pleural s'est résorbé : il n'y a plus de signes liquidiens. L'ombre radiologique peu homogène n'est plus celle d'un épanchement ; elle est surmontée d'un amas de petites taches partiellement calcifiées ; le gril costal est visible sur le cliché jusqu'à la base. Vous pouvez donc dire que le liquide a disparu. Mais la lésion n'est pas guérie. Elle continue à évoluer : les signes stéthacoustiques et fonctionnels en font foi ; la température n'est pas revenue à la normale : il existe un léger fébricule vespéral 37°7-37°8. Enfin le dernier épisode qualifié de « gros rhume » trahit une poussée évolutive récente.

Cependant la toux reste sèche, la malade ne crache pas, et le cliché radiographique que je viens d'interpréter devant vous ne montre pas de lésions parenchymateuses évolutives.

Nous sommes donc en présence d'une *sclérose pleurogène tuberculeuse évolutive*, si bien étudiée par M. Courcoux (1) et je ne saurais mieux faire à son sujet que de vous le citer textuellement : « On l'ignore trop souvent et on a trop tendance, parce qu'il n'y a plus d'épanchement, à considérer qu'il s'agit là des séquelles cicatricielles. Le malade n'est pas guéri ; sa tuberculose pleurale continue, la forme clinique seule a changé. *Ne pas le savoir, ne pas le reconnaître conduit à des er-*

(1) Je ne saurais trop vous conseiller la lecture de l'article magistral qu'il a consacré aux pleurésies dans le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. Maloine, édit., Paris, 1921.

*reurs dont le malade supporte très lourdement les conséquences.* »

Vous voilà donc fixés sur le diagnostic de la forme clinique de la pleurésie présentée par notre malade. Quelle peut en être l'évolution ? Avec une cure hygiéno-diététique suffisamment prolongée, — et le mieux serait de la pratiquer dans un sanatorium, — ces lésions sont très souvent curables. Mais le déplacement des organes que vous avez déjà constaté n'est habituellement que le prélude d'un fibrothorax de guérison. L'épithète de *fibrothorax* qu'on doit, si je ne m'abuse, à Burnand (de Lausanne) et à son élève Vincenti est très imagée et, à mon avis, fort heureuse, car elle traduit, on ne peut mieux, cette participation du squelette et les parties molles au processus rétractile de guérison et qui aboutit en définitive à une véritable hémi-atrophie du thorax. Chez des sujets jeunes capables de s'adapter aux nouvelles conditions de la statique intrathoracique, le fibrothorax donne une guérison stable et définitive.

Mais il peut arriver aussi qu'un fibrothorax amorcé n'aboutisse pas et qu'une poussée évolutive pulmonaire vienne compliquer la situation. On est alors en présence d'une tuberculose pulmonaire évolutive post-pleurétique. Il est indispensable d'intervenir pour en enrayer la marche. Ne rejetez jamais *a priori* un pneumothorax artificiel. Sans doute, il y a de fortes présomptions pour qu'il soit irréalisable à cause de la symphyse pleurale. Mais nul ne peut affirmer son impossibilité sans exploration manométrique de la plèvre.

Mon maître, M. Rist, a l'habitude de raconter à ce sujet un exemple particulièrement frappant de sa pratique. Il y a une vingtaine d'années, un jeune médecin de province est venu lui demander de lui apprendre la technique d'une première insufflation de pneumothorax artificiel. Il n'y avait en ce moment dans le service qu'une seule malade justiciable du pneumothorax, mais elle présentait une rétraction thoracique tellement marquée que l'on considérait toute tentative d'insufflation comme vouée à un échec imminent.

Aussi M. Rist dit au confrère : « Je ne peux, hélas, vous montrer aujourd'hui que la manière dont on « rate » un pneumothorax artificiel. Toutefois, cette tentative infructueuse étant absolument inoffensive, je pourrais vous faire voir les différents temps de la technique ». On amène donc la malade et on fait la ponction. A la grande surprise de tout le monde, on obtient des oscillations très régulières. On pratique sans la moindre difficulté une insufflation de 400 c.c. d'air. Les insufflations furent continuées, et la malade guérit parfaitement de sa tuberculose grâce au pneumothorax institué.

*On ne doit donc jamais rejeter un pneumothorax artificiel a priori.* Mais il faut bien savoir que dans bien des cas, la symphyse n'est que trop réelle, et toute tentative de pneumothorax se heurte à l'absence complète des oscillations. Que vous reste-t-il en pareille occurrence ?

Le fibrothorax amorcé rencontre souvent un obstacle dans la rigidité de la paroi osseuse du thorax et dans les mouvements du diaphragme. Cet obstacle est aujourd'hui vaincu par la chirurgie : la phrénicectomie trouve ici ses majeures indications ; la thoracoplastie doit être quelquefois discutée. Elle peut donner de beaux résultats chez des sujets jeunes, résistants et dont l'état général est peu altéré. Vous pourrez ainsi obtenir un fibrothorax que la nature n'a pu réaliser par ses seuls moyens.

Mais si le fibrothorax est un mode de guérison chez des sujets jeunes, il en est souvent tout autrement chez les personnes d'âge mûr. Ici, le cœur, incapable de fournir l'effort d'adaptation nécessaire, traduit son insuffisance par des signes fonctionnels souvent graves. Guéris de leur affection pulmonaire, de tels malades entre dans la phase cardiaque de leur maladie qui évolue habituellement lentement, mais progressivement, vers la poussée d'asystolie terminale irréductible. Aussi doit-on être très parcimonieux pour intervenir chirurgicalement chez les malades d'un certain âge.

***

Et puisque j'ai ouvert la parenthèse pour vous montrer l'importance du pronostic de la pleurésie suivant l'âge, je voudrais, avant de la fermer, vous donner un rapide aperçu des formes cliniques de la pleurésie tuberculeuse aux différentes époques de la vie.

Chez le tout jeune enfant la pleurésie tuberculeuse est rare. Vous la verrez plus souvent dans la seconde enfance, à la suite d'une rougeole par exemple. Son pronostic est très réservé : elle peut être la première manifestation d'une granulie à début pleural ; elle peut rapidement se terminer par une méningite tuberculeuse.

Vers la période de la puberté vous aurez quelquefois affaire à une forme particulière, à la tuberculose pleuro-péritonéale, bien décrite par Fernet et Boullant. C'est une forme migratrice ; elle atteint les grandes séreuses les unes après les autres. Tantôt c'est une flambée de paille ; ailleurs elle évolue vers les formes rapidement cloisonnées : pleurésies aréolaires, pleurésies enkystées. La péritonite revêt aussi soit la forme ascitique, soit une forme plastique fibro-caséeuse. L'évolution est souvent longue, entrecoupée de périodes d'accalmie et de recrudescence. Certaines de ces formes sont justiciables d'une cure héliomarine à l'instar des tuberculoses externes dont elles prennent parfois l'allure évolutive et qu'elles comptent parmi leurs fréquentes complications.

Chez le vieillard la pleurésie tuberculeuse est habituellement grave. Elle est ici rarement autonome ; elle n'est qu'un épisode évolutif de la tuberculose pleuro-pulmonaire et cette dernière verse facilement dans la forme cachectisante pseudo-néoplasique, avec son évolution progressive et inexorable. Dans d'autres cas, c'est la phtisie fibreuse avec son cortège de signes cardiaques aboutissant à l'asystolie irréductible.

***

Dans toute pleurésie tuberculeuse, il faut avant tout bien se rendre compte s'il s'agit d'une tuberculose pleurale autonome, ou si le parenchyme pulmonaire est à son tour intéressé. Je ne vous parlerai pas de complications pleurales d'une tuberculose pulmonaire évolutive. Très rare chez les tuberculeux pulmonaires, la pleurésie n'est ici qu'un épiphénomène qui n'ajoute habituellement rien à la note dominante donnée par le poumon malade. Autrement importantes sont les formes de la tuberculose pulmonaire post-pleurétiques. Tout l'avenir d'un pleurétique dépend de l'état de son poumon sous-jacent ; quelquefois aussi bien du poumon opposé, car vous pouvez voir apparaître une poussée évolutive pulmonaire dans le côté opposé à la pleurésie. Aussi je ne saurais trop vous recommander de vous entourer de toutes les précautions et surtout d'un sérieux examen des expectorations (si elles existent) et d'une bonne radiographie avant de déclarer un pleurétique complètement guéri.

***

Dans la très grande majorité des cas la pleurésie tuberculeuse est séro-fibrineuse est reste telle pendant toute son évolution. Mais il existe des cas où le liquide peut être hémorragique, — soit d'emblée, — soit le devenir au cours de l'évolution.

La première modalité a été longtemps considérée comme un « hématome pleural simple ». Dieulafoy en a fait le procès et a montré que tout hématome pleural simple qui n'a pas fourni ses preuves (traumatisme, néoplasme pulmonaire, infarctus, etc.) est une tuberculose pleurale hémorragique autonome. Son évolution est calquée sur celle de la pleurésie séro-fibrineuse. Je n'y insiste pas.

Mais la transformation hémorragique d'un épanchement séro-fibrineux présente certaines particularités cliniques, importantes à connaître et c'est fort à propos que nous pouvons examiner ensemble le malade n° 7 de la salle Charcot.

C'est un malade de 54 ans, maçon, qui vous dit d'abord qu'il a toujours été très bien portant jusqu'au 10 août 1931, lorsqu'il a commencé à être essoufflé. Et cette dyspnée est devenue telle le 24 août qu'on a dû le transporter à l'hôpital où on a fait une thoracenthèse d'urgence ayant donné issue à *deux litres de liquide d'emblée.* Je vous ferai remarquer que l'évacuation de deux litres de liquide n'a provoqué aucun phénomène *ex vacuo* ; pas même la moindre secousse de toux. Et ceci est fort important, car cela prouve que le poumon fut déjà entouré à cette époque d'une pachypleurite épaisse empêchant la distension brusque de l'organe. Il faut donc conclure qu'on avait affaire à une *pleurésie chronique.* L'examen confirme cette conclusion d'une façon éclatante : il montre chez notre malade une double orchi-épididymite tuberculeuse dont le début remonte à trois ans. A cette époque, le malade a vu son testicule droit augmenter de volume. Mais comme il n'éprouvait ni douleur, ni désordre fonctionnel d'aucune sorte, il croyait à une hernie et avait même consulté un chirurgien qui n'a pas voulu opérer cette tuberculose, pourtant chirurgicale. Depuis, le malade se croyait bien portant jusqu'au jour où la dyspnée l'avait obligé à s'aliter. Il raconte, comme vous voyez, très bien son histoire et vous permet de saisir l'importance symptomatologique de la *dyspnée révélatrice* dans ces pleurésies tuberculeuses chroniques. Depuis le 24 août on a dû pratiquer chez notre malade six ponctions dont les deux premières ont donné lieu à un liquide citrin et les autres ont ramené du liquide hémorragique.

L'examen cytologique de son épanchement qu'on vient de pratiquer montre, en dehors des hématies, de très nombreux polynucléaires. On peut donc dire qu'il s'agit d'un épanchement en voie de *transformation purulente.*

C'est d'ailleurs le sort habituel de ces pleurésies chroniques. Elles sont souvent compatibles, pendant un temps assez long, avec une bonne santé apparente, et l'on est vraiment étonné de voir de tels malades vaquer à leurs occupations avec quelquefois 3 litres de pus dans leur plèvre. On est obligé de les ponctionner quand le liquide provoque, par son abondance, une gêne mécanique. Mais il ne faut pas se contenter d'une semblable thérapeutique, toute palliative. Il faut chercher à tarir cette suppuration pleurale chronique.

Plusieurs procédés s'offrent à vous. Vous pouvez chercher à remplacer le liquide par de l'air et à substituer à la collection purulente un pneumothorax artificiel. Mais dans la plupart des cas l'air finit par se résorber et le liquide purulent réapparaît. On a pu cependant voir se constituer à la longue un fibrothorax de guérison. Un autre moyen consiste à mettre, progressivement, à la place du liquide purulent une huile aseptique et à bloquer ainsi la plèvre malade. C'est l'oléothorax, méthode d'une technique délicate et qui doit être réservée au spécialiste. Enfin les lavages pleuraux et l'intervention chirurgicale peuvent

être indiqués, leur étude se confond avec celle du traitement des pleurésies du pneumothorax artificiel, un des plus importants chapitres de la pratique phtisiologique actuelle et dont je vous donnerai, pour terminer, un aperçu succinct.

Les épanchements pleuraux figurent parmi les complications fréquentes du pneumothorax artificiel. Mais il faut en distinguer plusieurs modalités. Tout d'abord le petit épanchement séro-fibrineux du sinus coto-diaphragmatique, trouvaille radiologique, sans importance clinique.

Vient ensuite l'épanchement séro-fibrineux de moyenne abondance, véritable pleurésie séro-fibrineuse au cours du pneumothorax et dont l'évolution est souvent calquée sur celle de la pleurésie tuberculeuse autonome. Mais ici en plus des facteurs que je viens d'étudier devant vous se pose un nouveau problème, et de première importance, si l'apparition du liquide ne va pas compromettre les insufflations, car de ce fait tout le traitement de la tuberculose pulmonaire pour laquelle le pneumothorax a été institué est en cause.

Je ne peux pas exposer ici en détail cette vaste question : elle est du ressort de la spécialité. Il faut que vous sachiez qu'en cas d'apparition du liquide au cours du pneumothorax thérapeutique si vous n'êtes pas personnellement familiarisés avec les techniques de collapsothérapie, vous devez avoir recours au spécialiste. Mais vous devez aussi savoir que dans un grand nombre de cas le liquide ne présente aucun danger pour le pneumothorax en cours et finit par se résorber.

Dans d'autres cas, il passe à l'état chronique. Ici la transformation purulente est la règle. Les épanchements purulents du pneumothorax artificiel ne sont pas tous d'un fâcheux pronostic. M. Rist a montré avec ses élèves qu'il y avait parmi ces épanchements des liquides très riches en bacilles de Koch et dont l'apparition donnait lieu à une amélioration clinique surprenante. Et vous trouverez dans la très belle thèse de Paul Véran (de Nantes) des observations de guérisons définitives après des épanchements de cette nature.

Mais il arrive par ailleurs à ces épanchements de prendre une tournure maligne : fièvre hectique, sueurs profuses, amaigrissement rapide, tout indique la gravité de la complication. Ici, il faut distinguer deux sortes d'épanchements : les uns dus exclusivement aux bacilles de Koch, les autres provoqués par des microbes pyogènes.

Les premiers sont justiciables du traitement médical et tout particulièrement *des lavages de la plèvre*. Je vais vous montrer les clichés d'une malade que j'ai pu suivre dans le service de M. Rist l'an dernier. Vous voyez cet énorme épanchement refoulant complètement le cœur et le médiastin et remplissant tout l'hémithorax droit. On était obligé de ponctionner la malade tous les 8 jours en lui retirant jusqu'à 2 litres de pus. L'état général est rapidement devenu lamentable : la malade squelettique, en proie à une fièvre hectique, prostrée, était considérée comme mourante. Au début du mois de février, M. Rist ordonne des lavages de la plèvre avec une solution de Lugol faible. Voici le cliché du mois d'avril : vous voyez que le cœur et le médiastin sont revenus à leur place normale ; le pyo-pneumothorax est nettement visible à droite ; le liquide occupe environ le tiers de la cavité pleurale, l'état général est excellent. Sur le dernier cliché, tout liquide a disparu ; vous constatez un fibrothorax droit avec attraction de la trachée et du médiastin ; la malade guérie est rentrée chez elle.

Pour brillants que soient pareils résultats, ils sont, hélas, loin d'être le nombre. Des complications redoutables peuvent survenir, et la plus grave parmi elles est la perforation. Très rapidement les germes pyogènes font leur apparition dans le liquide. Si la fistule pleuro-pulmonaire est bas située et la communication large, ne vous attardez pas aux lavages ni à aucun autre traitement médical. Il y a des cas où le médecin doit de propos délibéré s'effacer devant le chirurgien. Non, pas qu'il s'agisse d'une opération bénigne, comme une appendicectomie à froid, *mais vous n'avez pas le choix.* Seul un drainage *a minima* suivi d'une thoracoplastie extrapleurale peut sauver votre malade. Malgré toute la gravité de l'intervention elle est légitime dans cette occurrence, et il ne faut pas la tenter *in extremis*. Vous devez donc poser nettement l'indication opératoire dès que votre diagnostic de perforation avec infection secondaire de la plèvre est fait.

***

En terminant cette conférence, où j'ai cherché le moins possible à vous faire une « question » de concours, j'aurais voulu vous avoir montré qu'en face d'une pleurésie tuberculeuse votre arsenal thérapeutique contient toutes les armes, depuis la cure hygiéno-diététique jusqu'à la thoracoplastie extra-pleurale. A vous d'en user avec discernement pour le plus grand bénéfice de vos malades.

# CLASSIFICATION PHARMACODYNAMIQUE DES EXTRAITS DE RATE UTILISÉS EN OPOTHÉRAPIE

Par L.-C. SOULA,
Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

L'opothérapie splénique a été préconisée au cours de ces dernières années dans un très grand nombre de cas pour des maladies souvent très différentes. Cette faveur n'est pas toujours allée sans quelque confusion ; et, sans doute, paraîtra-t-il utile à la plupart des cliniciens de faire une mise au point des propriétés pharmacodynamiques de ces extraits et de ce que l'on est en droit d'attendre de chacun en raison de sa composition

## Action physiologique des extraits de rate

### Action sur les fonctions digestives

1° **Fonctions chimiques.** — Les extraits de rate augmentent le pouvoir diastasique des ferments pancréatiques. Cette propriété dite pancréatogène a été découverte par SCHIFF, a été confirmée par FACHON et GACHET.

Cette action se manifeste dans l'extrait aqueux obtenu par l'épuisement de la pulpe.

Elle n'a pas fait l'objet d'une application thérapeutique spéciale et peut-être est-ce regrettable.

2° **Fonctions motrices.** — Les extraits aqueux de rate excitent la motricité de la fibre lisse de l'intestin et des viscères abdominaux. Cette action se manifeste dans les extraits aqueux. Elle est difficilement dissociable dans ces extraits solubles de l'action pancréatogène.

Un extrait soluble a cependant été préparé (ZUELZER), qui exerce une action motrice pure. Il s'applique en thérapeutique au traitement de l'atonie intestinale.

Cette action motrice sur l'intestin des extraits solubles de rate existe à des degrés divers dans la plupart des extraits commerciaux utilisés en opothérapie. Elle se manifeste par un effet purgatif que la plupart des médecins ont eu l'occasion d'observer.

### Action sur les fonctions nutritives

C'est l'action la plus importante au point de vue des applications opothérapiques. Les extraits de rate ont une action sur le métabolisme des lipides, des matières minérales et de l'eau.

Les extraits de rate augmentent la fixation des matières minérales dans leur ensemble et abaissent le rapport $\frac{Ca\,O}{P^2\,O^5}$ (on sait que l'élévation de ce rapport est une caractéristique des troubles nutritifs du rachitisme).

Les extraits de rate élèvent le taux de la cholestérolémie particulièrement chez les tuberculeux (on sait que les tuberculeux ont une cholestérolémie basse).

Cette action des extraits de rate sur le métabolisme minéral et lipidique s'accompagne de fixation de l'eau qui donne la raison de certains effets d'engraissement très rapide.

L'action sur les fonctions nutritives est particulièrement marquée pendant la croissance. Elle rapproche les propriétés des extraits de rate de celles de la vitamine antirachitique.

Cet effet de minéralisation, d'enrichissement en cholestérol et d'engraissement appartient en propre aux lipides insaponifiables extraits de la rate, elle n'existe pas dans les extraits aqueux et n'existe à un faible degré dans les extraits glycérinés que parce qu'ils dissolvent une faible quantité de lipides.

### Action sur la thermogénèse

Les extraits de rate exercent une action hyperthermisante et hyperglycémiante s'accompagnant d'abaissement du pH (ROUZAUD, BOUISSET et SOULA.)

Cette propriété n'est exercée que par le mélange de l'extrait aqueux et de la fraction insaponifiable des lipides extraits de la rate. Elle n'existe qu'à un degré extrêmement faible dans chacun de ces extraits administrés séparément.

### Action sur les fonctions circulatoires

Les extraits lipidiques élèvent légèrement la pression sanguine. Les extraits aqueux élèvent le tonus du muscle cardiaque (ROTHLIN).

### Action sur la diurèse

La diurèse est augmentée par les extraits de rate d'après SCHAFER et MACKENSI qui ont utilisé un extrait aqueux.

### Action sur la coagulation sanguine

Elle est signalée par certains auteurs (CONRADT, WOLF, RINGE, LANDAU, BRUNO). Je n'ai pas trouvé de précisions sur la nature des extraits actifs, ni d'accord sur le sens de leur activité.

### Action sur les éléments figurés du sang

1° **Action sur les leucocytes.** — Les lipides insaponifiables de rate injectés par voie intra-

veineuse ont une action immédiate sur le nombre de globules blancs qui sont considérablement accrus, l'augmentation portant sur les monocytes : hyperleucocytose avec monocytose (FAU).

Cette action s'exerce d'une façon immédiate et à longue échéance.

Les variations immédiates de la formule sanguine sont considérables et très rapides, s'inversant même au cours des vingt-quatre heures qui suivent l'injection intraveineuse.

Les lipides insaponifiables de rate ont également une action à longue échéance sur le nombre des globules blancs. Elle se manifeste par une hyperleucocytose progressive et soutenue qui se manifeste à un taux élevé pendant une semaine et se caractérise par la monocytose.

La monocytose provoquée par les lipides insaponifiables de rate peut-être entretenue par des injections répétées.

Ces effets consécutifs à l'injection intraveineuse sont également observables après injection intramusculaire, mais dans ce cas, la crise initiale est beaucoup moins marquée. L'hyperleucocytose et la monocytose à longue échéance se manifestent au même degré.

La clinique enregistre hyperleucocytose et monocytose chez les malades après administration des lipides insaponifiables, soit par injections, soit par ingestion.

L'action sur les leucocytes : hyperleucocytose et monocytose, modifie la formule sanguine dans le sens d'une *réaction de défense*.

#### Action sur l'éosinophilie

MAYR et MONCORPS ont découvert dans les extraits de rate, la propriété de faire disparaître l'éosinophilie. Ils ont appliqué cette propriété avec succès au traitement des dermatoses s'accompagnant d'éosinophilie.

Cette propriété se manifeste dans les extraits aqueux très concentrés après désalbumination.

CHEVALLIER a constaté que l'action sur l'éosinophilie et l'action curative n'était pas forcément liées.

L'extrait actif sur la thermogénèse que j'ai signalé est actif dans les dermatoses et n'a qu'une action inconstante sur l'éosinophilie.

#### Action sur les hématies

Les extraits de rate augmentent le nombre des globules rouges. Cette augmentation est considérable. Elle est immédiate comme l'hyperleucocytose et traverse elle aussi une période de variations brusques à laquelle succède une période d'élévation lente continue se prolongeant une semaine pour une injection isolée et pouvant être entretenue par injections répétées.

Cette action sur les globules rouges est particulièrement marquée pour l'insaponifiable X, la vitesse de régénération globulaire triplée (FAU, SOULA et TAPIE).

Elle est également très forte pour les acides aminés extraits de larate.

Dans les extraits aqueux, elle se manifeste à un très faible degré.

#### Autres actions

Action lytique sur le bacille tuberculeux (SCHRODER, BARTEL et NEUMAN.)

Action lytique sur la cellule cancéreuse (ZACHERL.)

Ce résumé succinct des publications scientifiques relatives aux propriétés pharmacodynamiques des extraits de rate nous permet d'établir une classification des préparations opothérapiques de rate.

## Classification des extraits utilisés en opothérapie d'après leur action

### 1re CATÉGORIE : Extraits chimiquement définis

#### Extraits lipidiques.

A. Ils ont une action sur la nutrition, sur la fixation des matières minérales, des lipides, de l'eau.

Ils s'appliquent au traitement du rachitisme, de la chlorose, de la tuberculose comme modificateur de terrain (l'action sur le bacille de Koch étant douteuse).

B. Ils ont une action sur les éléments figurés du sang : réaction leucocytaire de défense, augmentation des hématies.

### 2e CATÉGORIE : Extraits solubles de composition chimique indéfinie

A. **Extraits dits désalbuminés.** — Ils agissent sur les dermatoses prurigineuses et l'éosinophilie. Ce sont des extraits aqueux très concentrés après désalbumination préalable.

B. **Extraits aqueux simples.** — Ils présentent l'action pancréatogène et purgative et augmentent même faiblement le nombre des hématies.

C. **Extraits glycérinés.** — Leur activité dans les anémies et la tuberculose paraît attribuable à la faible quantité de lipides qu'ils contiennent.

D. **Extraits dits totaux.** — Cette dénomination n'a aucun sens. Elle ne pourrait s'appliquer qu'à la poudre de rate desséchée.

## AU CHEVET DES PATIENTS

### I

### L'anesthésie locale du muscle masséter constitue un moyen simple de supprimer extemporanément le trismus (1)

Par sa simplicité, par son efficacité, l'anesthésie locale du muscle masséter mérite de rentrer dans la pratique courante pour supprimer le trismus serré dans les *accidents de la dent de sagesse*, dans les *accès amygdaliens ou péri-amygdaliens*, comme dans la *luxation temporo-maxillaire*. Cette méthode exécutée, on pourra facilement procéder aux manœuvres d'anesthésie locale ou régionale sur l'organe à enlever ou à inciser.

INSTRUMENTATION.

Une seringue de verre ou de métal, type Pauchet ;

Une aiguille fine à injections sous-cutanées ;

De la novocaïne en solution à 1 % ou à 2 %.

TECHNIQUE.

« On repère : 1° le bord inférieur de l'arcade zygomatique ; 2° la saillie du condyle maxillaire.

« *En avant* de cette saillie, *au-dessous* de l'arcade, il existe une dépression plus ou moins prononcée, mais toujours nettement perceptible : elle correspond à l'*échancrure massétérine.*

« Piquant les téguments perpendiculairement, *au ras du bord inférieur de l'arcade zygomatique*, on enfonce l'aiguille *dans cette dépression*, à 2 ou 3 centimètres de profondeur, suivant la plus ou moins grande épaisseur des téguments.

« On ne risque de blesser aucun organe important : l'artère maxillaire interne est, dans sa variété superficielle, à un centimètre en dessous du point le plus bas de l'échancrure osseuse ; dans sa variété profonde, elle est protégée par toute l'épaisseur du muscle ptérygoïdien externe.

« L'aiguille en place, on injecte deux centimètres cubes de la solution à 2 %, ou 5 centimètres cubes de la solution à 1 %. »

Il faut ensuite attendre cinq à dix minutes, et le relâchement des masticateurs se fait progressivement ; l'ouverture buccale devient largement suffisante pour qu'on puisse se rendre un compte exact des lésions, puis, soit extraire une dent sous-anesthésie locale ou régionale (nerf dentaire à l'épine de Spix), — soit ouvrir une collection suppurée péri-amygdalienne, — soit réduire sans aucune manœuvre de force le côté droit, puis le côté gauche d'une luxation temporo-maxillaire bilatérale, par exemple.

L'anesthésie massétérine est, dans ces cas, nettement supérieure à l'anesthésie générale ; car celle-ci est rendue difficile du fait du trismus, comme de l'intervention intrabuccale ; car, aussi, il faut, pour obtenir la résolution musculaire nécessaire à l'ouverture forcée de la bouche, pousser à fond l'anesthésie générale, ce qui n'est pas toujours sans danger ; car, surtout, avec l'anesthésie générale, on peut redouter la chute, dans la trachée ou les bronches, de particules septiques, de pus, de sang, de vomissements.

***

### II

### Si l'aurothérapie ne constitue pas une thérapeutique spécifique de la tuberculose, elle est cependant en pareil cas un précieux agent de chimiothérapie (2)

Si peu de médicaments ont subi, dans leur fortune, autant de revirements que les sels d'or en ce qui concerne le traitement de la tuberculose pulmonaire, c'est qu'on n'avait pas encore appris à les manier d'une manière rationnelle.

Or, *un point capital de leur administration, c'est l'examen fonctionnel préalable du malade.*

Il faut s'assurer de l'*intégrité* de ses *reins*, de son *foie*, et de son *tube digestif* ; il faut, de plus, surveiller scrupuleusement le *fonctionnement* de ces organes au cours du traitement.

*Un deuxième point consiste à établir la tolérance du sujet, puis la sensibilité de la maladie à l'égard du sel d'or.*

Une tolérance grande du malade lui permettra de recevoir des doses élevées ; une sensibilité de la maladie conditionnera un résultat favorable avec une dose minimum.

---

(1) A. FOLLIASSON. — La suppression extemporanée du trismus par l'anesthésie massétérine. (*L'Hôpital*, A-novembre 1931.)

(2) Didier HESSE. — Tuberculose pulmonaire et sels d'or. (*L'Hôpital*, B-octobre 1931.)

BOURGEOIS et SANDZER. — L'état actuel du traitement par les sels d'or. (*Gazette des hôpitaux*, 2 janvier 1932.)

« Si la tolérance est normale, on peut, sans risque, parvenir à des doses assez fortes, et, puisque l'auro-sensibilité est variable, il faut, plutôt que de conseiller systématiquement une posologie forte, moyenne ou faible, modifier la technique suivant chaque malade, en se fondant précisément sur cette auro-sensibilité. »

*Le dosage devient ainsi individuel* : pour apprécier la tolérance du malade on prescrit deux fois cinq centigrammes, puis dix centigrammes. Si aucun incident ne se produit, on élève progressivement la dose *jusqu'au moment où un résultat semble se dessiner* ; un intervalle d'une semaine doit être laissé entre chaque injection intra-veineuse.

Pour arrêter ce traitement d'attaque, on sera guidé par les signes d'intolérance légère observés parfois (perte de poids, éruptions cutanées), avec des doses maxima de 20, 25, et même 30 centigrammes ; on ne devra pas dépasser une dose *totale* de 8 à 10 grammes au maximum.

INDICATIONS DE L'AUROTHÉRAPIE.

Les tuberculoses chroniques subfébriles ; les formes scléreuses lentement évolutives, mais cependant actives.

*L'indication de choix serait les poussées évolutives au cours des tuberculoses chroniques.*

Voici de quelle façon on peut *associer l'aurothérapie au pneumothorax*. Pas d'aurothérapie associée au pneumothorax dans les formes unilatérales. Dans les formes bilatérales, commencer par les sels d'or, qui peuvent rendre unilatérales des tuberculoses bilatérales et permettre ultérieurement l'institution d'un pneumothorax.

« C'est surtout lorsque, un poumon étant collabé, une propagation apparaît au côté opposé que la chrysothérapie fait merveille. » Ainsi se trouve étendue considérablement la sphère d'action du pneumothorax thérapeutique, en diminuant le péril de la propagation countrolatérale.

SES CONTRE-INDICATIONS.

Les tuberculoses aiguës, la granulie aiguë, les formes congestives hémoptoïques, la septicémie bacillaire.

SES RÉSULTATS.

Dans les cas heureux on obtiendrait, sinon une disparition, du moins une modification très notable des cavernes (diminution marquée de tous les diamètres, accentuation de netteté des contours.

D'autre part, la fièvre, les poussées évolutives, les réactions thermiques moyennes (entre 38°,5 et 39°) sont progressivement, parfois définitivement améliorées. Les sueurs nocturnes sont taries ; l'expectoration diminue, se fluidifie. Il est plus rare de voir diminuer le nombre des bacilles.

« L'influence favorable sur le poids est inconstante ; parfois se produit un amaigrissement, suivi ensuite d'une reprise. L'état général s'améliore presque toujours : diminution de l'insomnie, de l'anorexie, de l'asthénie, de l'essoufflement.

ACCIDENTS.

On n'observe plus qu'exceptionnellement le choc immédiat, quelquefois mortel, des fortes doses, employées au début. Parfois cependant surviennent un malaise, un état syncopal, des troubles vaso-moteurs, de l'agitation.

*Trois complications principales doivent éveiller l'attention.*

*les troubles digestifs* : traitement prudemment conduit.

*les complications cutanées*, aurides, érythème précoce et prurigineux des trois premiers jours : ralentir et même arrêter le traitement. Erythèmes biotropiques, du neuvième jour, non prurigineux : ne pas interrompre le traitement, pas de lendemain.

*les troubles rénaux*, albuminurie transitoire : suspendre momentanément ; albuminurie persistante, l'arrêter.

En RÉSUMÉ, l'*aurothérapie* est assez efficace pour contre balancer ses risques ; elle donne, associée au pneumothorax, les résultats les plus encourageants, et mérite toute l'attention du praticien : mais, *elle doit être maniée avec prudence et appliquée à bon escient.*

G. F.

## FAITS CLINIQUES

### Un cas d'albuminurie massive, quelques heures avant une crise d'éclampsie, survenant au cours d'une grossesse de cinq mois et demi.

Docteur H. Monzat, Draguignan.

Le mercredi 21 octobre, je suis appelé auprès de Mme P. Maria, âgée de 35 ans, enceinte de 5 mois 1/2 (dernières règles le 10 avril), qui se plaint d'étouffement produit par une gêne et une striction à la base du thorax, de céphalées avec vomissements.

Cette femme est mère de trois enfants âgés de 16 ans, 13 ans, et 3 ans ; la dernière grossesse date donc de 3 ans, au cours de laquelle, elle a présenté, une assez forte albuminurie, avec trois crises d'éclampsie, ayant provoqué l'accouchement à 8 mois. Depuis lors, cette femme ne s'est plaint d'aucun trouble, et sa santé paraît avoir été normale : deux analyses d'urines faites pendant cette période n'ont pas révélé d'albumine.

Les troubles actuels ont débuté il y a un mois environ. Des maux de tête continuels, une enflure modérée des jambes éveillèrent ses appréhensions ; elle fait analyser ses urines vers le 15 septembre : le résultat est négatif. Mais les troubles augmentent, les digestions deviennent pénibles avec état nauséeux persistant ; puis ce sont des crises d'oppressions survenant, surtout la nuit, de l'inquiétude, de l'irritabilité. Cette femme agitée et nerveuse se plaint actuellement de douleur vive, d'une sorte de constriction au niveau de la région de l'estomac, s'accompagnant de vomissements : c'est la barre épigastrique de Chaussier. Le pouls est un peu accéléré, à 80. L'auscultation des poumons montre quelques râles ronflants, que la malade rattache à un refroidissement survenu quelques jours auparavant. Léger œdème des membres inférieurs ; la quantité des urines est un peu diminuée : l'analyse des urines faite immédiatement révèle 2 gr. 82 d'albumine par litre. L'examen utérin ne montre rien d'anormal. Par conséquent prescription du régime lacté absolu, de sangsues dans la région lombaire, de diurène et de lavement, en raison d'une légère constipation. La journée du jeudi est assez calme, quoique la femme se plaigne toujours d'éprouver la même douleur épigastrique avec angoisse ; la quantité des urines est assez faible (la malade absorbant peu de liquide, en raison de la répugnance pour le lait), les lavements n'ont pas produit de résultat. Aussi je prescris une purgation à l'eau-de-vie allemande et sirop de nerprun pour le lendemain matin. Malgré cela, vendredi soir, vers 18 heures, petite crise éclamptique, se résumant en les symptômes du début, les yeux prennent un aspect étrange, elle y voit trouble, les globes oculaires roulent dans les orbites, contractures des lèvres, secousses des commissures labiales, mouvements toniques des bras et perte de connaissance. Cette crise dure une demi-heure environ. Le traitement a consisté en des ventouses scarifiées dans la région lombaire, injection d'huile camphrée. Une prise des urines faite dans l'après-midi, peu avant la crise, révèle une dose massive d'albumine de 28 gr. 33 par litre, obtenue par la méthode des pesées (30 cc. d'urine additionnés de chlorure de sodium et acide acétique sont portés à l'ébullition ; le précipité est recueilli sur un filtre taré et lavé à l'alcool éther, puis séché à l'étuve à 100 degrés, pendant une heure ; son poids est de 0,85 ; donc $\frac{0,85 \times 1.000}{30}$ donne 28,33). Envisageant une interruption de la grossesse, si les crises se répétaient, je la fais entrer dans mon service de l'hôpital, le samedi matin. Une nouvelle émission sanguine est pratiquée plus abondante, injection de sérum lactosé, diète hydrique, lavement purgatif, et injection d'huile camphrée. L'après-midi est très bonne, la femme a retrouvé son calme, la douleur épigastrique a disparu, elle boit bien et urine davantage. Les urines ne contiennent plus que 1 gr. 90 d'albumine par litre. La nuit est calme, sans aucun essoufflement. On reprend le régime lacté dès lundi, il n'y a plus que 0 gr. 25 d'albumine. L'analyse plus complète des urines montre la présence de leucocytes nombreux, de cellules des tissus profonds, de cylindres et cylindroïdes rubanés. Une prise de sang, faite le même jour, donne 0,27 d'urée par litre de sérum.

A aucun moment il n'a été noté de souffrance du fœtus. Les jours suivants, l'état général va s'améliorant de plus en plus, et il n'y a que quelques traces d'albumine, et la malade sort de l'hôpital le 3 novembre avec la recommandation expresse de rester au lait tant que persisteront des traces d'albumine.

Le 17 novembre, c'est-à-dire trois semaines et demi après la crise éclamptique, je suis appelé d'urgence auprès de cette femme : elle vient d'accoucher, presque sans douleur, d'un œuf complet, renfermant un fœtus mort, mais ne

présentant pas de traces de macération. Les suites de couches ont été absolument normales.

Il est certain que dans cette observation nous n'avons pas la quantité d'albumine émise par 24 heures. Cette constatation n'est relative qu'à un moment du jour, peu de temps avant une crise d'éclampsie. Il m'a paru cependant intéressant de signaler cette décharge albuminurique aussi intense, avec un pronostic bénin pour la mère. Il est également rare de trouver une crise éclamptique à cette époque de la grossesse.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Tumeurs malignes de la peau.

Le Dr CHATELIER répartit les cancers de la peau en : épithéliomas, sarcomes et tumeurs mélaniques.

Les *épithéliomas* constituent les tumeurs malignes les plus fréquentes. L'influence des irritations chroniques sur leur apparition est évidente : agents physiques, y compris les rayons X et le radium ; agents chimiques ; inflammations chroniques ; affections précancéreuses (leucoplasie, érythoplasie, kératose sénile, etc.).

Parmi les épithéliomas se rangent la maladie de Bowen (probablement nævique) et la maladie de Paget du mamelon. Les épithéliomas cutanés, à leur début, passent presque toujours inaperçus, car ils surviennent sur une lésion antérieure ; une fois constitués, ils ont des caractères qui permettent en général de les reconnaître aisément. On ne les confondra cependant pas avec un chancre syphilitique, un ulcère syphilitique, un ulcère tuberculeux.

Quant aux *sarcomes cutanés*, ils sont fréquents vers la trentaine ; on ignore complètement leur étiologie. Ce sont des tumeurs très malignes, qui sont accessibles à la thérapeutique seulement dans leur période initiale, quand la tumeur est unique ou limitée. Elles sont le plus souvent hypodermiques, dures, indolentes, violacées et parcourues de télangiectasies. Avant leur généralisation, quand leur diagnostic est le plus difficile, il faut les distinguer de toutes les tumeurs sous-cutanées : kystes, adénomes, gommes. Si le traitement n'a pu intervenir à la période initiale, la mort est fatale à échéance variable.

Les *tumeurs mélaniques* constituent une classe particulière, à cause de leur origine nævique, de la présence très fréquente du pigment, et de leur évolution clinique. Les tumeurs malignes næviques seront tantôt des épithéliomas, tantôt des sarcomes.

Le nævo-carcinome se reconnaît d'emblée à sa couleur, au processus végétant, puis ulcéreux d'une tumeur jusque-là quiescente. Une fois développé, avec ses adhérences ulcéreuses ou non, ses métastases cutanées noires ou non, il n'y a guère de difficulté non plus.

La première règle de traitement consiste à ne jamais irriter ou cautériser un nævus pigmenté ou non. Quand on veut l'enlever, il vaut mieux recourir à l'électrolyse ou à l'électrocoagulation qu'à l'exérèse chirurgicale. Radium et radiothérapie sont à éviter.

Le traitement des épithéliomas cutanés doit être aussi précoce que possible : exérèse totale quand elle est possible ; radiothérapie et radiumthérapie, convenablement dosées et appliquées. On associe parfois les deux méthodes (chirurgicale et radiothérapique). Les épithéliomas spino-cellulaires sont plus résistants aux radiations que les baso-cellulaires. Mêmes règles pour les sarcomes, où le traitement n'a de chance de succès qu'à la condition d'être appliqué à la période tout à fait initiale. (*Toulouse médical*, 15 octobre 1931.)

### Sur quelques cas de fractures parcellaires de la colonne vertébrale (fracture des apophyses transverses lombaires). Leur intérêt médico-légal.

Du travail de MM. LANDE, DE GRAILLY et DERVILLÉE se dégage le fait de la fréquence relative des fractures des apophyses transverses, surtout au niveau de la colonne lombaire. Longtemps méconnues par suite de l'absence de contrôle radiologique, de telles lésions méritent de retenir l'attention. Malgré la radiologie, l'examen clinique préalable, aussi complet que possible, demeure indispensable. L'examen local, quoique très difficile, permet parfois de soupçonner la lésion, dans le cas de fracture bilatérale, lorsqu'il existe une contraction de la masse sacro-lombaire avec douleur exquise au niveau des apophyses transverses de chaque côté de la ligne médiane. Il ne faudra pas négliger l'étude des antécédents, qui permet parfois de mettre en évidence l'existence de manifestations pathologiques rachidiennes, ayant précédé le traumatisme.

Ces fractures laissent souvent des séquelles : enraidissement douloureux du rachis, état de

fatigue rapide par tout travail un peu pénible ; et cependant, à cette période, l'examen clinique peut demeurer négatif.

Les troubles, que ces fractures sont susceptibles de déterminer ultérieurement, soulèvent de nombreux problèmes, médico-légaux pour la plupart, problèmes qui ne peuvent être tranchés d'une façon nette que grâce à des données étiologiques précises, permettant de suivre la foliation du processus pathologique. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 20 octobre 1931.)

**Les interventions chirurgicales dans les tumeurs du sein.**

Ainsi que l'indique son titre, l'étude du Dr Binet traite principalement de technique opératoire.

L'adénome diffus, ou hypertrophie mammaire, le plus souvent bilatéral, survient chez certaines jeunes femmes, et produit des difformités plus ou moins prononcées. En présence de multiples poussées congestives des glandes mammaires, la compression prolongée du thorax peut suffire à enrayer la marche évolutive de l'affection ; mais dans les adéno-fibromes diffus, l'opération s'impose, en raison des troubles physiques éprouvés par les malades, et aussi pour des motifs d'ordre psychique et social : mammectomie partielle ou totale.

Il faut également opérer les tumeurs bénignes, limitées et encapsulées : adéno-fibromes simples ou kystiques ; ces tumeurs à caractère bénin sont, en effet, susceptible de dégénérescence maligne. L'acquiescement personnel de la malade est toujours nécessaire pour une intervention radicale; ni l'autorisation maritale, ni l'autorisation des ascendants, quand l'enfant opérée est majeure, n'ont de valeur légale.

Les adéno-sarcomes restent encapsulés pendant une longue durée de leur évolution ; les voies lymphatiques et les ganglions sont le plus souvent indemnes. A moins de métastases à distance, il y a lieu de pratiquer l'extirpation complète de la glande mammaire, mais sans curage de l'aisselle, et sans résection des muscles pectoraux.

Quant aux épithéliomes du sein, on doit les opérer tous au début, quand ils n'ont envahi ni la peau, ni les plans aponévrotiques et musculaires profonds, ni les ganglions lymphatiques. A plus forte raison, les cancers adhérents à la peau, aux muscles pectoraux et après envahissement des ganglions axillaires. Même dans les tumeurs dites inopérables, une intervention peut être tentée, non plus à titre curatif, mais à titre seulement palliatif ; ainsi en est-il dans les lésions ulcérées très étendues, très infectées, fétides et douloureuses. Les tumeurs bilatérales, quand elles n'ont pas dépassé la clavicule par des adénopathies susclaviculaires perceptibles ne contre-indiquent par l'intervention chirurgicale.

Par contre, l'opération est formellement contre-indiquée en cas de généralisation viscérale ou osseuse ; dans la mastite carcinomateuse des femmes jeunes, en particulier des nourrices ; dans le squirrhe en cuirasse, qui témoigne d'une lymphangite carcinomateuse à marche rapide et envahissante.

Actuellement, l'intervention élargie, avec ablation d'un seul bloc de haut en bas de la g ande mammaire, de la peau qui la recouvre, des ganglions, du contenu cellulo-adipeux de l'aisselle avec les voies lymphatiques, et, en plus, le calfatage, dans la mesure du possible, des voies lymphatiques et sanguines, donnent une proportion de succès de 42 p. 100, c'est-à-dire de non récidive après trois ans (au lieu de 18 % autrefois, sans ablations musculaires, ni curage axillaire). Ces résultats sont d'ailleurs encore susceptibles de progrès. (*Revue médicale de l'Est*, 1er et 15 octobre 1931.)

**Les hémiplégies hystériques ou pithiatiques.**

Le Dr Rouquier attire l'attention sur un syndrome un peu mystérieux, que l'on appelait autrefois l'hémiplégie hystérique ou pithiatique (Babinski) ; et il démontre qu'il s'agit le plus souvent, ou d'erreurs de diagnostic, ou d'un syndrome, dont l'origine organique paraît, dans l'état actuel de nos connaissances, bien vraisemblable.

En effet, il existe chez ces sujets des modifications minimes des réflexes cutanés, et même des réflexes tendineux ou ostéo-périostés, qu'un examen rapide ou superficiel peut très bien laisser passer inaperçues, une impotence fonctionnelle que la volonté ou la suggestion sont incapables de déterminer, ni de faire disparaître. Les seuls troubles vaso-moteurs, en particulier l'exagération de la sécrétion sudorale, la diminution de l'indice oscillométrique, sont caractéristiques de l'organicité ; car le sujet le plus averti, le mieux éduqué, ne peut reproduire un tel tableau clinique et de pareils symptômes. Il y a bien des chances pour que les troubles subjectifs et objectifs, observés chez certains de ces malades, soient d'origine thalamique.

Ce syndrome n'est pas autre chose que la réduction des troubles qu'on observe, après l'ictus, chez le sujet atteint d'hémiplégie flasque. C'est un syndrome pyramidal déficitaire pur, qui traduit une inhibition légère des fibres pyramidales. (*Gazette des hôpitaux*, 24 octobre 1931.)

**Les adénopathies cancéreuses du cou, dites primitives, sont presque toujours secondaires à des cancers cachés.**

MM. J. et L. Ducuing justifient, à l'aide de quelques exemples pris entre cent, l'affirmation

de plus en plus unanimement admise que : presque toutes les adénopathies cancéreuses du cou, dites primitives, sont secondaires à des cancers cachés. Il y a donc lieu, en présence d'une adénopathie de la région cervicale, de rechercher systématiquement avec insistance, en se faisant aider par le spécialiste, le cancer initial qui, même s'il n'est pas découvert existe dans la presque totalité des cas.

En ce qui le concerne, le spécialiste doit scruter longuement, patiemment, les plis, les recessus et les angles morts les plus cachés, en s'aidant d'un éclairage parfait et d'instruments appropriés, comme le pharyngoscope, qui peut ici rendre d'inappréciables services.

L'examen microscopique d'un fragment de la tumeur ganglionnaire, qui doit toujours être prélevé, même lorsque l'adénopathie est fermée, donnera dans la majorité des cas toutes les indications utiles sur le caractère primitif ou secondaire de la localisation cervicale, sans cependant permettre de trouver la lésion initiale.

Un diagnostic précis résultera de l'examen clinique et biopsique ; le malade y gagnera de ne pas être entraîné dans des interventions douloureuses et inefficaces, le médecin de conserver intact un prestige qu'une erreur regrettable pourrait amoindrir. Le démembrement rigoureux des tumeurs ganglionnaires ne laisse, en effet, qu'une place infime aux adénopathies cancéreuses, réellement primitives. (*Toulouse médical*, 1er novembre 1931.)

**La leucémie, comme indication d'interruption de la grossesse.**

J. Hofstein a étudié, dans ces conditions, 16 cas de leucémie myéloïde, et voici le résultat de ses recherches :

Le danger grandit de grossesse en grossesse, et, à un âge avancé de la leucémie, la grossesse est plus mal supportée. Si une grossesse survient pendant les premiers temps de la leucémie, on peut courir le risque d'un accouchement à terme, ou prématuré, sans grand danger pour la mère. Il n'en est plus de même, quand la grossesse tombe dans une période avancée de la maladie sanguine.

Bref, on peut laisser évoluer une grossesse au début de la leucémie, surtout quand il s'agit d'une première grossesse pendant la leucémie. On jugera de l'aggravation de cette maladie en se basant sur l'image sanguine, l'accroissement de la rate, l'apparition de syndromes hémophiliques.

Quand, par contre, il s'agit de grossesse survenant après d'autres grossesses pendant la leucémie, nous devons considérer la leucémie comme indication vitale pour l'interruption dans les deux premiers mois. La notion de l'aggravation des leucémies myéloïdes dans ces cas est tellement certaine, qu'il y a lieu d'envisager, outre l'interruption au début de la grossesse, la *stérilisation* des leucémiques et cela par les rayons X, qui sont en même temps un agent thérapeutique contre la leucémie. (*Strasbourg médical*, 15 octobre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Les eaux des zones phosphatées et l'hygiène publique.**

(M. Velu. — *Académie de médecine* ; 19-1-1932.)

On observe chez l'homme et les animaux domestiques, qui ont été élevés dans certaines régions à terrains phosphatés, une dystrophie de la dentition connue au Maroc sous le nom de Darmous. Les molaires s'usent et les cuspides disparaissent par usure de l'émail. Ces troubles sont la signature d'une intoxication chronique que M. Velu attribue à l'absorption d'une eau chargée en fluor, ou ayant traversé les couches de phosphates naturels et dissout le fluorure de calcium ou les fluorophosphates (fluorose larvée de Cristani).

La prévention de ces accidents dérive du problème de l'eau. Dans les villes on forera à grande profondeur pour atteindre des nappes indépendantes de la couche de phosphates. Dans les campagnes, le colon cherchera une solution personnelle, en recueillant les eaux des terrasses, et les eaux de ruissellement pour le bétail. C'est la question de l'hydraulique agricole qui est en jeu.

**Présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans un cas d'ano-rectite.**

(MM. Ravaud, Levaditi, Lambling et Cachera. — *Académie de médecine* ; 19-1-1932.)

Des travaux récents ont montré, par la recherche de l'intra-dermo-réaction de Frei, que le virus de la maladie de Nicolas-Favre pouvait être la cause de certaines rectites, mais la présence directe du virus en question n'avait pas encore été établie.

Chez un de leurs malades, dans des lésions d'anorectite ulcéreuse et végétante, MM. Ravaut, Levaditi, Lambling et Cachera ont pu déceler un virus identique à celui que produit la maladie de Ncolas-Favre, déterminant chez le cobaye des adénopathies virulentes.

### Propriétés virulicides du sérum de sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre.

(MM. LEVADITI, RAVAUT, LÉPINE et CACHERA. — *Académie de médecine* ; 26-1-1932.)

Dans une note présentée à la Société de Biologie, les auteurs ont montré que le sérum d'un sujet atteint de maladie de Nicolas-Favre neutralisait, *in vitro*, l'ultra-virus lymphogranulomateux provocateur de cette maladie. Les principes virulicides étaient absents du sérum d'un malade porteur d'adénite inguinale chancrelleuse et du sérum d'une personne saine.

MM. Levaditi, Ravaut, Lépine et Cachera ont poursuivi leurs recherches. Neuf examens nouveaux de sérum ont été pratiqués, dont quatre concernaient la maladie de Nicolas-Favre, deux des sujets porteurs d'adénite chancrelleuse et deux de personnes prises comme témoins. Les quatre sérums provenant de malades atteints de lymphogranulomatose inguinale ont neutralisé intégralement, *in vitro*, le virus lymphogranulomateux. Par contre, aucun des sérums fournis par les sujets atteints d'adénite chancrelleuse ou par les individus exempts de poradénie n'a présenté cette propriété. Il en résulte que l'infection déterminée chez l'homme par le germe de la maladie de Nicolas-Favre provoque l'apparition de principes virulicides spécifiques dans le sang. Ces principes semblent éclore peu de temps après le début de la maladie apparente. On peut supposer qu'agissant comme de vrais anticorps sur l'antigène d'origine humaine, ils déclenchent la réaction de Frei dans la maladie de Nicolas-Favre. Les auteurs essaient de les utiliser dans le diagnostic et le traitement de cette affection.

### Mesures sanitaires en Indo-Chine.

(M. LASNET. — *Académie de médecine* ; 16-2-1932.)

M. Lasnet lit une note sur les mesures d'ordre sanitaire prises par le Ministre des Colonies pendant son voyage en Indo-Chine. Ces mesures visent surtout à développer l'organisation des soins médicaux dans les campagnes, en créant des dispensaires, infirmeries de villages, postes de secours, groupes sanitaires mobiles, destinés à la population rurale.

### Ligature de la carotide primitive.

(M. LECERCLE, de Damas. — *Société de chirurgie* ; 9-12-1931.)

Un homme de 29 ans reçoit un coup de poignard dans la région latérale gauche du cou. L'hémorragie ne paraît pas très abondante. Le blessé s'enveloppe le cou et se rend tranquillement à l'hôpital de Damas où il entre une heure plus tard. L'interne de garde nettoie la plaie et remarquant que le sang vient de la profondeur fait demander M. Lecercle. L'aspect de la plaie est satisfaisant et la blessure paraît bénigne. Sur les instances de l'interne de garde, M. Lecercle fait toutefois une exploration de la carotide primitive. Ayant passé un fil sous l'artère, à la base du cou pour être prêt à une hémostase par ligature, il explore le vaisseau. Sur le bord interne de celui-ci, il constate une ouverture de la grandeur d'une lentille. Les circonstances — absence de matériel opératoire et d'aides — ne lui permettant pas de pratiquer la suture, il fait la ligature.

Les suites ne comportèrent pas d'accident important. Peu de troubles du langage ni de l'intelligence. Pas d'hémiplégie. Il y eut seulement de la parésie du membre inférieur, qui s'amenda assez rapidement.

Dans le rapport qu'il présente sur l'observation de M. Lecercle, M. Houdard rappelle que les accidents consécutifs à la ligature de la carotide primitive ont été souvent étudiés. En n'envisageant que les ligatures pratiquées dans un but purement hémostatique et en éliminant celles faites pour anévrysmes (ligatures plus ou moins retardées, après développement de circulation collatérale), on constate que les résultats de ces opérations sont très variables : suites normales sans incidents, mais aussi morts rapides ou hémiplégies définitives ou non. La ligature de la carotide primitive, comme celle de la fémorale primitive, de la poplitée basse ou du tronc tibio-péronier, a la réputation d'être dangereuse.

Le pronostic a paru différent suivant que la ligature était faite loin ou près de la bifurcation carotidienne. Le rôle de l'intervalle de temps, important en cas d'anévrysme, ne peut être pris en considération dans les traumatismes où l'intervention est urgente. On a établi aussi un parallèle entre les résultats fournis par la ligature et ceux de la suture des gros vaisseaux du cou. Cette suture n'est pas toujours possible.

— M. DE FOURMESTRAUX ajoute que les ligatures au cours d'interventions qui doivent rester strictement aseptiques, tels qu'anévrysmes, ne donneront qu'une faible mortalité et peu d'accidents, alors que dans les lésions traumatiques et infectées la mortalité sera lourde et les accidents tardifs redoutables.

### Dysfonctionnement endocrinien dans les rhumatismes. Son traitement par l'émanothérapie.

(M. DELACROIX, de Bourbonne-les-Bains. — *Société de médecine de Paris* ; 12-2-1932.)

M. Delacroix (de Bourbonne-les-Bains) expose que les syndromes rhumatismaux sont très souvent d'origine endocrinienne.

Les glandes endocrines qu'il a le plus spécialement étudiées à ce sujet sont : le foie, le corps thyroïde et les glandes parathyroïdes, l'ovaire.

Dans 120 observations, le foie occasionne des formes colloïdoclasiques, goutteuses, arthralgiques, gonflements articulaires.

Dans 12 observations, des rhumatismes défor-

mants sont dus au dysfonctionnement thyroïdien et des glandes parathyroïdes.

Enfin dans dix cas, l'ovaire par son dysfectionnement (ménopause, castration, puberté) donne toutes les variétés de rhumatisme, depuis les nodosités d'Heberden, jusqu'aux formes graves déformantes. Le métabolisme basal varie peu sauf dans les cas de rhumatismes dus à l'hypothyroïdie : dans ces cas il est diminué, de même que la tension artérielle est abaissée.

Le traitement de ces formes de rhumatismes endocriniennes le plus efficace, est l'émanothérapie. Celle-ci peut être réalisée en été dans les stations thermales dont les gaz sont riches en émanation de radium ou de thorium, en hiver par l'injection sous-cutanée d'oxygène chargé d'émanation de sels de radium ou de thorium (émanothérapie artificielle).

P. L.

## Action de l'aurothérapie suivant les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire.

(MM. P. Ameuille et M. Hinault ; *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 11-1-1932.)

La plupart des auteurs, qui se sont occupés de la question du traitement aurique, disent avoir vu une action très nette et favorable sur la température, l'appétit, la courbe du poids, la diminution de la toux et des crachats, la disparition des bacilles de l'expectoration, mais une légende paraît s'être installée, à savoir que l'image radiologique des sujets traités se modifie peu. Les auteurs croient avoir établi qu'il y a au contraire des modifications très nettes et très réconfortantes des altérations radiologiques de l'image pulmonaire ; ils pensent avoir actuellement assez de documents pour pouvoir signaler approximativement quelles sont les formes les plus sensibles à l'action de l'or, celles qui cèdent aux doses les moins fortes. Il faut insister sur ce fait qu'on a toujours des surprises, et qu'il faut se résoudre à appliquer le traitement dans de nombreux cas sans aucun succès, qu'elle a obtenu de temps en temps des résultats étonnemment heureux.

Les cavernes fraîches, celles qui ne sont pas encore encapsulées par la sclérose, disparaissent ainsi assez fréquemment en même temps que les infiltrats qui les entourent ; cette action, sur les cavernes fraîches, peut se produire une fois sur deux, sur les cavernes encapsulées une fois sur cinq.

Lorsqu'il y a une action nette sur les grosses condensations, elle est particulièrement frappante au point de vue radiologique. L'action sur les infiltrats petits et gros a paru extrêmement variable. Les formes surtout exsudatives des infiltrats se résorbent plus facilement ; les formes partiellement caséifiées ou sclérosées disparaissent très rarement. On peut voir des semis nodulaires, même très étendus, disparaître assez vite sous l'influence du traitement par les sels d'or.

Enfin, quand il s'agit de sujets chez lesquels le début a été particulièrement brusque et fébrile, et où les symptômes fonctionnels n'ont pas toujours attiré l'attention vers la tuberculose pulmonaire, l'aurothérappie a toujours agi de la même façon : 1° en faisant tomber la température presque immédiatement ; 2° en leur donnant subjectivement, presque aussitôt, une impression nette de retour à la santé, avec reprise de l'appétit et de l'entrain ; 3° en faisant disparaître en quelques semaines les images d'infiltrat radiologique.

Les auteurs continuent à employer les doses fortes, qu'ils n'estiment pas plus dangereuses que les doses faibles ; les accidents auriques surviennent surtout quand on emploie les doses dites modérées ; les doses longtemps prolongées ont l'inconvénient de sensibiliser le malade et de le rendre inapte à supporter les doses plus fortes. Il faut insister sur la nécessité qu'il y a à monter rapidement à des doses convenables et efficaces.

L'aurothérapie mérite que l'on en continue l'application et l'observation. On doit certes tenir compte des accidents toxiques des sels d'or, qui sont extrêmement fréquents et surtout graves. Quelquefois même l'aurothérapie est malfaisante ; mais il est bien d'autres thérapeutiques actives, qui ont les mêmes revers, et qui cependant sont fidèlement employées. On ne voit pas pourquoi ils feraient renoncer à l'emploi d'une méthode, qui semble vraiment avoir une efficacité souvent surprenante, et, semble-t-il, bien démontrée chez un grand nombre de malades.

## Les syndromes infundibulo-tubériens syphilitiques

(M. Lhermitte. — *Soc. de Médecine de Paris*, 8-1-1932.)

La syphilis peut réaliser par ses localisations sur l'infundibilum une série de symptômes, attribués autrefois à l'hypophyse. A côté du syndrome global, caractérisé par la polyurie, l'adiposité, le perturbations sexuelles, la narcolepsie, il faut placer les syndromes dissociés dans lesquels une manifestation domine les autres. Chez l'enfant et l'adolescent, le syndrome adiposo-génital peut être l'expression de la syphilis infundibulaire.

## Traitement des calculs vésicaux.

(M. Georges Luys. — *Soc. de médecine de Paris* ; 8-1-1932.)

Le traitement des calculs vésicaux doit être en rapport avec leur volume, leur densité, leur forme. Les gros calculs sont justiciables de la taille hypogastrique. L'auteur montre deux calculs extraits par lui, l'un de 133 gr., l'autre de 128 gr. et précise les détails de l'intervention. Les calculs moyens doivent être opérés par la lithotritie, qui est, dans ce cas, l'opération idéale, lorsqu'elle est pratiquée par un urologue bien exercé à son emploi.

Pour les petits calculs, l'opération de choix est leur extraction par les voies naturelles, pratiquée sous la vue, avec le cystoscope à vision directe de l'auteur, qui permet de les saisir avec une pince et de les amener facilement au dehors. Cette extraction, complément indispensable de la lithotritie, permet de ne laisser après cette opération aucun débris de calcul, pouvant servir à l'amorce de récidives.

**Ostéopathie fibrogéodique décalcifiante de Recklinghausen.**

(M. Marcel LABBÉ, ESCALIER et Julien BESANÇON. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 11-12-1931.)

Alors que, dans l'arthropathie de Recklinghausen, les auteurs ont constaté un abaissement du phosphore sanguin et une déperdition de ce métalloïde, dans la maladie de Paget, ils ont trouvé, une fois le phosphore sanguin normal, une autre fois même un phosphore sanguin un peu augmenté ; dans ce dernier cas, le bilan du phosphore, leur a révélé une forte rétention ; il ne semble donc pas que l'on doive confondre la maladie de Paget et la maladie de Recklinghausen.

G. F.

## *Montpellier*

*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.*

**Relations numériques entre les pressions maxima, moyenne et minima. Proposition de formules d'eusystolie et d'insuffisance cardiaque.**

MM. P. BOULET, A. BALMES, J. GINESTIE et M. QUET. — Les auteurs comparant le carré de la pression moyenne au produit de la maxima par la minima, remarquent que, dans les cas de fonctionnement cardiaque normal, on a $My^2 \leq Mx \times Mn$ ; c'est la formule d'eusystolie ; quand $My^2 = Mx \times Mn$, on peut dire que la pression moyenne est moyenne proportionnelle entre les pressions maxima et minima. En cas d'insuffisance cardiaque, on a habituellement $My^2 > Mx \times Mn$.

Etudiant ensuite, sous le nom de coefficient fonctionnel circulatoire, la valeur du rapport $\frac{My - Mn}{Mx - My}$ qui présente l'avantage de tenir compte des trois pressions, ils constatent que ce rapport reste inférieur à 0,65 s'il n'y a pas insuffisance cardiaque, et croît en cas d'insuffisance cardiaque ; il peut alors atteindre 1 (et le dépasserait si la moyenne était plus rapprochée de la maxima que de la minima).

**Schéma d'équivalence sphygmomanométrique. Sa déformation dans l'insuffisance cardiaque.**

MM. P. BOULET, A. BALMES, GINESTIE et M. QUET. — Les auteurs proposent de construire, connaissant les pressions Mx, My, Mn, un schéma très simple, formé par une ligne brisée, qui reproduit, avec une grande approximation, les variations de la pression au cours de la révolution cardiaque. Ce *schéma d'équivalence sphygmomanométrique* respecte les rapports de surface de l'artériogramme au-dessus et au-dessous de My. Il présente une ligne descendante brisée dont l'angle de cassure, voisin normalement de 150°, dépasse 160° et se rapproche de 180° en cas d'insuffisance cardiaque. La forme du schéma s'apparente fidèlement à celle de l'artériogramme.

**Contusion de l'abdomen. Ruptures intestinales multiples.**

MM. MOURGUE-MOLINES, DUFOIX et CABANAC. — Les auteurs rapportent un cas de contusion de l'abdomen, où la laparotomie d'urgence fit découvrir de multiples ruptures intestinales : le jéjunum présentait *trois sections complètes*, c'est-à-dire qu'il y avait un segment intestinal de 1 m. 20 de long, entièrement isolé et lui-même partagé en deux ; le *côlon transverse était sectionné* à sa partie moyenne en deux bouts à peine réunis par une mince languette. Le mésentère, divisé comme au couteau, avait donné une abondante hémorragie. Après reconnaissance difficile de la topographie des lésions, résection du long segment de grêle isolé et anastomose au bouton entre le bout supérieur et l'inférieur ; abouchement des deux bouts du côlon, en canon de fusil, à la peau. Mort 24 heures plus tard.

Les auteurs signalent l'énormité des lésions, associant une triple section du grêle — sans doute très rare, — à une rupture totale du côlon, que les classiques tiennent pour exceptionnelle. Alors que les six bouts d'intestin grêle rompus ont été trouvés entièrement oblitérés par un bourrelet muqueux, la lumière du côlon était béante et les matières s'étaient répandues dans le ventre.

Etant donné les sections nettes observées, sans ecchymoses ni zone d'attrition, on peut penser que c'est par le mécanisme de l'*arrachement* que l'intestin a été rompu.

Séance du 15 janvier 1932.

**Sinusites maxillaires et lipiodol.**

MM. TERRACOL, PARES et BONNAHON. — Relation d'un cas où « le signe de la soupape » fut confirmé par le lipiodol, la radiographie et l'acte opératoire.

**Application du schéma d'équivalence sphygmomanométrique aux anisotensions (pouls alternant, arythmies de tension et d'indice).**

M. P. BOULET, appliquant à l'étude des anisotensions le schéma d'équivalence dont il a été récemment proposé la construction, confirme la valeur

des anisotensions comme signe d'insuffisance cardiaque. Même dans les arythmies de tension ou d'indice, dont le P. RIMBAUD a montré l'importance comme signes précoces de défaillance cardiaque, le schéma révèle l'existence de systoles d'insuffisance, irrégulièrement distribuées parmi des contractions cardiaques normales.

Séance du 22 janvier 1932.

**Coxa vara de l'enfance traitée par résection du grand trochanter.**

MM. MASSABUAU et GUIBAL présentent un enfant de 8 ans opéré depuis 11 mois. La déformation était très marquée ; le col fémoral était fléchi à angle aigu sur la diaphyse ; l'adduction et la rotation externe rendaient la marche très difficile. Actuellement, la rotation externe est entièrement corrigée, l'adduction nettement améliorée. La marche est facile, mais une légère boiterie persiste.

**Hémo-prophylaxie de la rougeole.**

M. BOULET présente les observations de trois familles où cinq enfants ont efficacement été protégés de la rougeole par injection de 10 cc. de sang familial immunisant ; cette dose lui semble suffisante ; il a, à volonté, obtenu l'abortion ou l'atténuation selon que l'injection était pratiquée avant ou après le 5e jour de l'éruption de la rougeole infectante.

**Dégénérescence cancéreuse d'une plaie volontairement provoquée par un cautère. Traitement par la diathermo-coagulation et le radium. Guérison.**

M. PARES. — Observation d'une malade qui entretint un cautère sur son bras depuis l'âge de 45 ans jusqu'à l'âge de 68 ans. Au bout de 23 ans, la petite plaie ainsi provoquée se mit tout à coup à se développer d'une façon anormale, donna lieu à un suintement abondant et nauséabond et surtout à des douleurs vives, paroxystiques, se propageant vers l'avant-bras et la main. La biopsie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire. La guérison fut facilement obtenue par la diathermo-coagulation et une application de radium.

Séance du 29 janvier 1932.

**Syndrome tumoral de la fosse cérébrale moyenne et syndrome de l'espace rétro-parotidien postérieur dans une néoplasie maligne du naso-pharynx.**

MM. TERRACOL, BONNAHON et SAGOLS. — Relation de l'observation clinique d'un malade atteint d'une tumeur du cavum compliquée de paralysies multiples de certaines paires craniennes, suivie de considérations pathogéniques.

**Calcul de l'uretère intramural. Expulsion dans la vessie après méatotomie urétérale diathermique par les voies naturelles.**

M. B. TRUC rapporte l'observation d'un malade qui présentait un syndrome de colique néphrétique gauche par calcul de l'uretère intra-mural. Après échec du cathétérisme urétéral et tentative infructueuse de section du méat à l'uretérotomie de Papin, il pratique une méatomie uretérale par électrocoagulation. Expulsion six jours après d'un calcul olivaire de 20 mm. sur 10 mm. qui fut arrêté dans son expulsion au méat urétral. Débridement. Extraction. Guérison. L'auteur insiste sur l'utilité d'employer ces divers moyens avant de se résoudre à l'uretère-lithotomie sous-péritonéale.

**La faradisation dans l'incontinence d'urine du type atonique de Guyon.**

M. LAMARQUE. — Trois observations sont apportées pour rappeler un bon résultat de la faradisation dans les incontinences d'urine du type atonique de GUYON.

Il est signalé les caractères cliniques de cette affection et les méthodes thérapeutiques utilisées jusqu'à ce jour.

L'auteur préconise la méthode externe, déjà ancienne, de préférence aux applications internes toujours difficiles à pratiquer. Il conclut en signalant la nécessité de tenter toujours le traitement électrique, étant donné le bon pourcentage des résultats obtenus.

**Abcès du poumon. Guérison spontanée et rapide après vomique.**

MM. A. PUECH, J. VIDAL et M. LUFOIX relatent un cas de suppuration pulmonaire de nature pneumococcique qui a évolué et guéri cliniquement en quinze jours, cependant que les signes radiologiques (volumineuse image hydro-aérique) disparaissaient complètement dans le même laps de temps (huit jours après la vomique).

# Les Livres

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

HENRI-FISCHER. — **L'oto-rhino-laryngologie pratique.** (Un vol. in-8° 146 pages, 1931. 15 frs.)

Faisant suite à son formulaire d'oto-rhino-laryngologie, l'auteur consacre cet ouvrage à quelques questions courantes de la spécialité, qu'il traite, suivant sa méthode, schématiquement, néanmoins avec précision.

*Première partie* : Maladies des fosses nasales, du naso-pharynx, et des cavités accessoires (malformations, ozène, rhinites, sinusites, ablation des végétations et des amygdales, etc., etc.)

*Deuxième partie* : Maladies du pharynx et du larynx (glossites, angines, pharyngites). Abcès rétro-pharyngien. Laryngites. Spasme glottique. Anesthésie du nerf laryngé supérieur. Chirurgie du nerf phrénique, etc.)

*Troisième partie.* — Maladies de l'oreille. Dysmorphies. Myringites. Otites. Maladie de Ménière. Abcès du cerveau et du cervelet. Labyrinthite. Thrombo-phlébites. Parotidites. Anesthésie locale et générale, etc.)

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

R. LECOQ, pharmacien chef de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — **Le lait envisagé comme aliment complet et biologiquement équilibré.** (Une brochure : 5 francs.)

Apportant quelques arguments nouveaux, l'auteur a essayé, au cours de cette étude, de mettre particulièrement en évidence la haute valeur alimentaire du lait, spécialement du lait de vache et du lait de femme. Aliment véritablement *complet* par les protides, les glucides, les lipides, les sels minéraux, les vitamines et les diastases qu'il renferme, le lait, est, en effet, un aliment merveilleusement équilibré — tant au point de vue physico-chimique que biologique, — où tous les constituants se trouvent assemblés en heureuse portion, ceci dans le but d'assurer le meilleur développement des jeunes organismes auxquels il est destiné. Le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est d'être — pour l'adulte — une cause d'anémie, principalement quand il est donné à titre presque exclusif et pendant très longtemps. C'est un aliment dont la pauvreté relative en fer paraît être aggravée d'une carence en cuivre.

Dans la mesure du possible, il convient d'éviter, d'autre part, la cuisson qui détruit les diastases et la vitamine antiscorbutique, et d'autre part, les manipulations industrielles qui, sous la double action du chauffage et de l'oxydation, altèrent, en plus ou moins forte proportion, les vitamines hydro et liposolubles naturelles. Il y a donc intérêt à recommander l'alimentation au sein pour les enfants.

Il faut espérer également que la traite aseptique du lait de vache, encouragée par les pouvoirs publics, permettra dans un avenir prochain de tenir à la disposition des bébés moins favorisés un lait naturel, pur, sain et vivant, dont ils s'accommoderaient mieux que du lait souillé ou en grande partie avitaminé, qui leur est trop souvent donné sans contrôle. Il sera toujours prudent de compléter le lait bouilli, comme les meilleurs laits modifiés, de quelques cuillerées de jus frais de citron, d'orange ou de raisin, bonnes sources de vitamines antiscorbutiques.

---

***Les livres qui viennent de paraître...***

Chez MASSON ET CIE,
120, boulevard Saint-Germain.

F. LEBEUF et H. MOLLARD. — **Les sels d'or en dermatologie et en syphiligraphie.** Préface du Prof. Nicolas (Un vol. 148 pages. Prix : 18 fr.)

Chez Armand COLIN,
103, boulevard Saint-Michel.

Mme Lucie RANDOIN et H. SIMONNET. — **Les vitamines** (un vol. in-16, 220 pages, 9 graph., 76 fig., 4 tableaux. Prix : 10 fr. 50.)

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE
26, rue Jacob.

RICHARD GÉRARD et CHARPENTIER. — **La pratique des cultures potagères** 3e *édition.* (Un vol. 12 × 19, 160 p. avec fig. Prix : 8 fr. 50).

IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette, Montpellier.

Dr E. DAVID, de Salies-de-Béarn. — **Indication et technique de la cure thermale des fibromes utérins** (une broch. 15 pages).

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## L'Actualité Professionnelle

### LES INTERVIEWS DE MORDAGNE SUR LE BACCALAURÉAT LATIN-GREC. OBJECTIONS. DISCUSSION

### La loi Armbruster telle qu'elle a été votée par la Chambre des Députés

L'obligation du baccalauréat latin-grec pour l'immatriculation dans les Facultés et Ecoles de médecine est-elle justifiée ? Les Facultés des Sciences, alertées par M. le Doyen Maurain, de Paris, dans une véhémente levée de boucliers, ont rép ndu par la négative, prétendant que le futur médecin doit posséder un bagage scientifique qui serait sans doute sacrifié aux disciplines strictement littéraires.

On a pu dire, avec infiniment de raison, que s'il en est de particulièrement qualifiés pour en discuter, bien plus expertement que les scientifiques purs, ce sont les médecins eux-mêmes, et ceux qui les enseignent. Aussi, l'opinion qu'ils professent doit-elle être d'un poids prépondérant dans la discussion, si les arguments fournis par eux se montrent irréfutables.

Pour connaître cette opinion, l'infatigable Mordagne est allé interviewer quelques sommités parisiennes de notre milieu. Et tout d'abord, — à tout seigneur, tout honneur, — le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine. Avant d'être médecin, le Doyen a fait de la science pure, puisqu'il est sorti de l'Ecole polytechnique et ne bifurqua qu'ultérieurement, pour avoir lu de mauvais livres, comme il l'expliqua un jour devant moi... des livres de médecine : il est donc bien placé pour juger la question impartialement. D'après lui, l'immense majorité du Corps médical est favorable à la mesure proposée dans la loi Armbruster, dont lui-même a réclamé le vote intégral. Il reconnaît pourtant qu'il en est pour penser que d'autres disciplines devraient pouvoir ouvrir la porte des études médicales. Une commission a été nommée, à la Faculté de médecine, pour donner un avis. En tout cas, il est un argument invoqué par les scientifiques purs, qui est inexistant, touchant l'infériorité de la culture scientifique des bacheliers latin-grec : les trois sections du baccalauréat, 1re partie : A, A', B, ont le même programme scientifique. C'est un argument de valeur, indiscutablement. Le Doyen ajoute que la question du baccalauréat imposé pour entreprendre les études médicales se relie étroitement à la réforme de ces études, qui seraient allongées d'une année, *consacrée à un complément de programme, ce qui permettrait d'apprendre aux praticiens ce qu'ils doivent savoir des spécialités.*

Si les études subissent cet allongement, ce n'est pas pour qu'un émiettement de cette 6e année entre les diverses spécialités soit pratiqué, mais pour parfaire les connaissances pratiques du futur médecin, par un stage d'application sur la nécessité duquel il se trouve que nous nous rencontrons avec le Professeur Roussy, et sur quoi je ne reviendrai pas.

Nous savons tous quel est le rudiment de chaque spécialité que l'omnipraticien doit posséder. Et les spécialistes sont assez nombreux et assez répandus sur tout le territoire pour qu'il soit facile de leur adresser les cas qui dépassent la moyenne de la pratique courante.

Mordagne a interviewé ensuite le Professeur Emile Sergent. M. Sergent regrette que le régime sous lequel il prépara ses études médicales, et qui fut le mien, — nous sommes contemporains, — n'ait pas été maintenu : baccalauréat ès lettres, baccalauréat ès sciences, restreint ou non. J'ai

exprimé la même opinion et je lui demeure fidèle, étant entendu que cette culture scientifique secondaire suppléerait au P. C. N. ; sa suppression s'imposerait alors, — les sciences accessoires étant enseignées, comme de notre temps, dans les programmes médicaux.

Il se déclare partisan du baccalauréat latin-grec, pour le développement de l'esprit philosophique nécessaire à la rectitude du jugement médical. Et aussi parce que, pour qui n'a pas étudié le grec, il est impossible de comprendre les multiples termes de ce qu'il appelle le jargon médical. Jargon ! Que je suis aise de saisir cette expression sur les lèvres du Professeur Sergent ! Est-il donc indispensable de recourir à des mots composés, parfois indéchiffrables, même pour des esprits relativement cultivés ? Les inégalités, organiques ou fonctionnelles, ne peuvent-elles être définies sans que le préfixe ανισο intervienne ? Et le mot *bien-être* n'est-il pas plus directement compréhesible que le mot *euphorie* ? L'*érythrose faciale* est-elle donc autre chose que la *rougeur de la face* ?

Je ne prétends certes pas qu'il ne faille pas recourir à une terminologie spéciale et qu'on doive renoncer à *dysphagie, dysphonie.* Mais nous avons une tendance à verser dans une certaine jargonomanie qui n'est pas sans pédanterie, et ce n'est pas, je le confesse, la raison qui me ferait voter en faveur du baccalauréat latin-grec, si j'étais appelé à donner ma modeste voix.

Tel est d'ailleurs l'avis du Dr Sabouraud, dont j'ai grande satisfactfon à reproduire l'essentiel, extrait d'un article sur l'eczéma paru dans la *Presse médicale* :

« Permettez-moi d'ajouter un mot que je crois utile. Je vous ai fait toute cette leçon sans l'émailler d'un seul mot grec, à moins d'expliquer ce mot tout de suite. Je ne vous ai rien dit des accidents anaphylactoïdes, des allergies, des anallergies, des allergènes, etc..., etc..., et cela, non seulement parce que je crois qu'on peut tout dire en français, mais surtout parce que ces mots, je les crois néfastes. En très peu de temps, ils sont devenus des idoles dont on a oublié le sens primitif et la raison d'être, mais qu'on révère sans savoir pourquoi. Moïse défendit à son peuple de faire de Dieu des images de pierre, il avait raison. Nous en créons avec des mots, et ce sont des idoles qu'il nous faut ensuite mettre en pièces ; il aurait été plus simple de ne pas les fabriquer.

« Craignez les mots grecs dans votre langage, ce sont des « êtres de raison », c'est-à-dire chimériques et déraisonnables ; ils recouvrent toujours un fait que nous ne comprenons pas. C'est par leur emploi que nous ressemblons encore aux médecins de Molière. Bien loin de dissimuler ce que nous ne savons pas, nous devons le crier hautement... « Qui veut guérir son ignorance, dit Montaigne, il « doit la confesser ». Et c'est ainsi que notre langage lui-même devient un instrument de progrès. »

Cibrie, à son tour, a réfuté, par devant Mordagne, la thèse tendancieuse de M. Maurain et des scientifiques. Il a montré une évidente sympathie pour le baccalauréat latin-grec de la loi Armbruster. Mais je le sais trop réfléchi, trop pondéré pour m'étonner qu'il ait prévu les objections qu'appelle cette mesure rigoureuse, et notamment celle-ci, qu'il est imprudent, et excessif en même temps, d'obliger l'élève du lycée, de choisir son orientation, dès la quatrième, c'est-à-dire à 13 ans. Ce en quoi je suis de son avis.

Enfin, l'Association corporative des étudiants en médecine a voté l'ordre du jour suivant :

L'Association corporative, en demandant avec le Sénat et les syndicats médicaux le baccalauréat latin-grec obligatoire pour les études médicales, rappelle :

1° Qu'il n'a jamais été dans son intention de diminuer la valeur des études scientifiques absolument indispensables au médecin ; bien au contraire elle estime le P. C. N. mal conçu dans les Facultés des sciences et en demande le transfert dans les Facultés de médecine ;

2° Que l'égalité des programmes et des épreuves scientifiques existant désormais pour les trois sections A, A' et B du baccalauréat, le titulaire du baccalauréat latin-grec ne sera pas inférieur, du point de vue culture scientifique, aux titulaires des autres baccalauréats ;

3° Que jusqu'en 1905, le baccalauréat classique seul permettait l'accès des Facultés de médecine, ce qui est un précédent réel et important à « l'inégalité de sanction » des divers baccalauréats ;

4° Que l'avis de ses maîtres de la Faculté de médecine et de la Confédération des syndicats médicaux est plus qualifié que celui des professeurs d'une faculté étrangère.

Donc, ceux qui se déclarent partisans de l'obligation du baccalauréat latin-grec imposé aux étudiants en médecine, reconnaissent eux-mêmes que cette mesure n'est pas absolument de tout repos, puisqu'elle appelle, de leur propre aveu, des objections.

Dans le nouveau régime du baccalauréat, la première partie se divise en trois sections : A, A' et B.

Dans les trois sections, sont communes, à l'écrit, la composition française et la composition de mathématiques. Dans le groupe A, il y a, en outre, une version latine et une version grecque ; dans le groupe A', une version latine et une version de langues vivantes. Dans le groupe B, une

composition de langues vivantes et une composition de physique.

En A, la part du latin et celle du grec sont égales, et le coefficient est le même : 2.

Je sais bien que l'amour du grec est si puissant, si suggestif, qu'il peut conduire jusqu'au baiser, si j'en crois quelque savantasse raillé cruellement par Molière. Mais ce n'est pas pour apprendre à conjuguer le verbe aimer que l'on s'initie aux mystères d'un graphique qui, d' α en ω, se pare de signes aux consonnances archaïques. Ce n'est pas davantage pour apprendre à parler grec : ce sont des privilégiés, ceux qui lisent Homère dans le texte, et parmi eux, nombreux sont les médecins. Mais combien rares au total pourtant ! ! !

La gymnastique de l'esprit ? Le latin et son étude n'en constituent-ils donc pas une, et des plus entraînantes ? ? ?

Personnellement donc, je n'ai pas de préférence marquée pour A, et ma sympathie irait plus volontiers à A'. Que si A' pouvait comporter quelque teinture d'hellénisme, je me déclarerai satisfait. Et ce serait, d'ailleurs, un retour partiel au régime sous lequel j'ai préparé et passé le baccalauréat, et dont le Professeur Sergent vante les qualités, ce en quoi je suis entièrement d'accord avec lui.

Quel sera le sort de la loi Armbruster ? Sombrera-t-elle dans les flots tumultueux de l'océan parlementaire, en même temps qu'expirera la Chambre actuelle ? Nos champions réussiront-ils à la faire mettre à l'ordre du jour pour qu'elle soit votée presque sans discussion en cette fin de législature ? ? ?

Cette loi possède des avantages tels, par ailleurs, que je me demande s'il serait opportun de se battre sur ce seul article de l'obligation du baccalauréat latin-grec ? ? ? Peut-être subira-t-elle d'autres assauts... dont le baccalauréat, quel qu'il soit, pourrait bien faire les frais, au moins partiellement. J'aimerais que toutes les forces dont nous pouvons disposer fussent réservées pour résister à ces assauts, dût le grec constituer le lest qu'il est parfois nécessaire de jeter pour alléger une nacelle, alourdie jusqu'à naufrager...

***

Ces lignes étaient écrites quand la loi a été votée par la Chambre. Il n'y a pas eu l'ombre de discussion, — c'était la condition même de son adoption — et son texte, qu'on trouvera intégralement ci-après, est muet sur l'obligation du baccalauréat latin-grec, qui était sans doute le point névralgique du projet. Ce n'est pas un mince succès que d'avoir fait consacrer par une loi : *la médecine française aux Français*. Faudra-t-il s'en contenter ?

G. DUCHESNE.

## DÉBATS PARLEMENTAIRES

### Chambre des Députés

SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1932

*Adoption d'une proposition de loi relative à l'exercice de la médecine.*

M. LE PRÉSIDENT. — — L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à l'exercice de la médecine.

Cette affaire a été inscrite à l'ordre du jour, sous réserve qu'il n'y ait pas débat, en exécution des articles 97 à 99 du règlement.

Je consulte la Chambre sur le passage aux articles.

(La Chambre, consultée, décide de passer aux articles.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

« 1° Citoyen ou sujet français ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France ;

« 2° Muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Toutefois, les pays étrangers où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer la médecine pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la naturalisation française.

« Mais une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires des pays avec lesquels les conventions ont été passées, venant exercer en France, et celui des médecins français exerçant la médecine dans ces pays.

« Les mêmes dispositions s'appliqueront aux chirurgiens-dentistes. »

Je mets aux voix l'article 1er.

(L'article 1er, mis aux voix, est adopté.)

« Art. 2. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront le doctorat d'Etat français devront justifier des titres initiaux requis pour s'inscrire au diplôme du certificat d'étu-

des physiques, chimiques et naturelles et subir les examens probatoires.

« Ils ne pourront, en aucun cas, obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années.

« Les étrangers munis du diplôme d'université français, mention médecine, seront astreints aux mêmes conditions, sauf en ce qui concerne la scolarité et les examens.

« Pour eux, la dispense de scolarité pourra être étendue à quatre ans ; de même, des dispenses des examens pourront leur être accordées, sans toutefois qu'en aucun cas elles portent sur l'anatomie, la physiologie et les cliniques. » (Adopté.)

« Art. 3. — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens, de scolarité, en vue de leur inscription dans les facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

« Chaque année, des étudiants roumains ou mauriciens, inscrits en vue du titre de docteur d'université, mention médecine, et ayant subi avec succès les épreuves des derniers examens de fin d'année d'études médicales et les examens cliniques, peuvent être autorisés par décision ministérielle, prise après avis d'une commission spéciale, à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

« Le nombre des bénéficiaires de cette disposition ne pourra pas dépasser dix pour l'ensemble de ces facultés.

« Les étudiants de nationalité étrangère ne peuvent pas postuler les diplômes d'Etat de docteur en médecine s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ces diplômes d'Etat. » (Adopté.)

« Art. 4. — Le décret du 17 août 1928 est abrogé.

« Les chirurgiens-dentistes munis de diplômes des facultés étrangères seront astreints, s'ils veulent exercer en France, à subir les mêmes examens que les étudiants français postulant le diplôme de chirurgien-dentiste.

« Ils ne pourront être dispensés que d'une année de scolarité. » (Adopté.)

Art. 5. — Les diplômes de tous les docteurs en médecine et des chirurgiens-dentistes exerçant actuellement en France devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois. » (Adopté.)

« Art. 6. — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme de chirurgien-dentiste aucune dispense d'examen et de scolarité en vue de leur inscription dans les facultés, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger. » (Adopté).

« Art. 7. — Les fonctions de médecin et expert des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titres ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels depuis cinq ans.

« Ce délai ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires en 1914, auront servi dans l'armée française pendant la durée de la guerre.

« Les dispositions de l'article 7 sont applicables aux chirurgiens-dentistes. » (Adopté).

« Art. 8. — La naturalisation française ne sera pas exigée des médecins exerçant régulièrement leur profession en France le jour de la promulgation de la loi et qui seront alors munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou des étudiants qui seront en cours régulier d'études en vue de ce diplôme.

« Il en sera de même pour les chirurgiens-dentistes. » (Adopté.)

« Art. 9. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures, en particulier celles de la loi du 30 novembre 1892, qui sont contraires aux dispositions de la présente loi. » (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'ensemble de la proposition de loi.

(L'ensemble de la proposition de loi, mis aux voix, est adopté.)

## UNE FÊTE DE L'AMITIÉ EN L'HONNEUR DE J. NOIR

Nous sommes là cent vingt, dont une quinzaine de dames, groupés autour du Dr J. Noir, rédacteur en chef du *Concours médical*, ce lundi 7 mars, dans le Salon des Arts de Marguery, quand, le ban ayant été ouvert, le Dr MOULIN, Officier de la Légion d'honneur, maire du Ve arrondissement, accroche sur la poitrine de notre ami la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur, en prononçant la formule sacramentelle ponctuée d'une chaleureuse accolade. Et l'on applaudit vigoureusement.

Lors, le groupe « Les Coureurs » de Boucher, en bronze de chez Barbedienne, ayant été découvert, le Dr Duchesne prit à son tour la parole en ces termes :

Mon cher Noir, votre vie a été toute de labeur, de science et de dévouement : le Corps médical tout entier peut être fier de la distinction qui vous a été conférée.

Permettez-nous, à nous tous vos amis, en souvenir de cette belle journée de vous offrir ce bronze symbolique : il restera pour vous, je l'espère, le témoignage et de notre affection et de l'estime que nous avons pour votre caractère ».

Permettez-moi d'ajouter quelques pensées aux paroles de notre ami Gassot.

Ce bronze est, en effet, triplement symbolique. Il représente un concours. Et vous y trouverez,

Mesdames, Messieurs,

Notre directeur , le Dr GASSOT, retenu par son grand âge, s'excuse de n'avoir pu prendre part à cette fête. Il m'a chargé de lire les quelques mots qu'il aurait adressés à notre ami, s'il avait été là.

« A mon âge, on ne fait plus de discours, mais vous ne comprendriez pas, Messieurs, que le Directeur du *Concours médical* ne vint pas vous dire toute la joie que nous avons éprouvée en apprenant la promotion de son Rédacteur en chef dans l'Ordre national de la Légion d'honneur.

Ce n'est pas seulement le collaborateur, ce n'est pas seulement le bon ami que nous fêtons ce soir, c'est avant tout le représentant si digne et si autorisé du médecin praticien.

mon cher Noir, une évocation permanente du titre du journal auquel vous donnez un lustre si brillant.

Les concurrents touchent au but. Tout pareillement, vous avez atteint le vôtre, qui fut toujours de Bien Servir ; c'est une victoire : la minute présente la cristallise, et vibre pour vous de l'allégresse des vainqueurs.

Ce bronze, enfin, est le fruit d'une souscription à laquelle ont participé vos amis, dans les conditions que vous savez. Puisse-t-il perpétuer à vos yeux, et dans votre famille, l'expression et le souvenir des sentiments que vous leur inspirez, et qui demeurent pour vous, j'en suis sûr, la plus belle et la plus enviée des parures.

***

Et, après qu'une nouvelle salve de bravos se

fut éteinte, on passa, sans plus de cérémonie à table, dans la grande salle gothique, de si belle allure, et qu'on ne se lasse pas d'admirer.

Cadre somptueux, en effet, pour ce dîner, succulent et fort bien servi, où la note sombre des habits masculins faisait une opposition saisissante aux tonalités brillantes des toilettes féminines, harmonieusement dispersées comme dans un bouquet, le sont les fleurs aux nuances vives et chatoyantes parmi le vert feuillage.

A la table d'honneur, le Dr Moulin, présidait. A sa droite, le récipiendaire, voisinant immédiatement avec le Dr Dibos, président de la Confédération des Syndicats. A sa gauche, le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France. Puis, de chaque côté, les Professeurs Hartmann, Lereboullet, Laignel-Lavastine, Roule, Anthony, Lian, Cadenat ; les médecins des hôpitaux Claisse, Comby, Weissenbach, Babonneix, le Dr Hartmann, président du Syndicat des médecins de la Seine, le Dr Paul Sollier, le Dr Paul-Boncour et Boudin, nouveau chevalier lui-même, et honoré en conséquence, et Dartigues et Decourt, et Paul-Manceau, etc., etc.

Mesdames Moulin, Jayle, Roule, y avaient également pris place, tout charme et sourire.

Le champagne coule à peine dans les coupes que le Dr Moulin donne la parole au Dr Duchesne. Duchesne ayant excusé le Dr Chauveau, ministre de l'Agriculture, le Professeur Loeper, en son nom et au nom de l'Association de la presse médicale qu'il préside, et nos amis Beckers Bernard et Mayer, de *Bruxelles médical*, prononça l'allocution dont on a lu le texte au commencement de ce numéro du *Concours médical*.

Puis, nous entendîmes glorifier le Dr Noir, successivement par les Drs Dibos, Bellencontre, le Professeur Hartmann, au nom de l'A. D. R. M., le Docteur Hartmann, au nom du Syndicat des médecins de la Seine ; le Professeur Laignel-Lavastine, au nom de la Maison du médecin ; le Dr Paul-Boncour, au nom de l'Institut médico-pédagogique de Vitry ; le Dr Dartigues, au nom de l'U. M. F. I. A. ; le Dr Decourt, au nom de l'A. P. I. M. ; le Dr Delort, au nom du Centre de diagnostic de la rue Andrieux.

Le Dr Moulin termina la série des glorifications, auxquelles Noir, profondément remué, répondit à son tour, remerciant tous ceux qui l'avaient si amicalement complimenté. Il évoqua avec émotion le souvenir des morts dont il fut l'ami et le collaborateur, et notamment celui de Bourneville ; il trouva des termes excellents pour reporter sur les autres ses propres mérites, et termina sur un conte amusant d'Andersen, où il est question d'un vilain petit canard qui, vilipendé sur la terre, prit un jour son vol pour se joindre à un groupe de cygnes : « S'ils me tuent, se dit-il, je n'aurais rien perdu puisque c'est le sort qui m'attend dans la basse-cour. Et je risque la chance qu'ils m'adoptent. » Et les cygnes adoptèrent, en effet, le vilain petit canard, et leur blancheur liliale se refléta sur lui... « Comme ce vilain petit canard, j'ai trouvé, moi aussi, acheva Noir, les cygnes, mes amis, qui ont bien voulu m'attribuer leur brillant plumage. »

Je n'ai pas besoin d'insister sur les bans simples, doubles, triples et quadruples qui furent battus en l'honneur de Noir et aussi de Boudin et de Dibos, nommés Chevaliers de la Légion d'honneur dans la promotion postérieure à la sienne, et dont Duchesne avait tenu à associer les noms à celui du légionnaire que l'on fêtait.

Nous espérons pouvoir publier ces diverses allocutions. Elles sont, dans l'ensemble, un hymne à l'amitié. Et Noir a pu se rendre compte des sentiments que professent pour sa personne, son caractère, ses mérites, les nombreux amis, présents, et aussi ceux qui, plus nombreux encore, n'étaient là que par le cœur, et qui sont, mieux qu'un ruban dont les couleurs se fanent, la plus précieuse et la plus durable des récompenses.

Assistaient au dîner :

Mme Alba, M. et Mme Albouy, Professeur Anthony, Drs Armaingaud, Aubertot, Babonneix, M. Baglin, Drs G. Baillière, Bandelac de Pariente, Barlerin, Bayle, Behal, Bellencontre, Bertillon, Boelle, M. Boivin, Dr Bongrand, Bord, Bory, P. Boudin, G. Boudin, M. et Mme Boulanger, Drs Bourguet, Briault, Buizard, Prof. agr. Cadenat, Drs Caillaud, Cathelin, M. Chevant, Drs Cibrie, Claisse, Comby, Crouzat ; Drs Dartigues, Decourt, Dedet, Delort, Dequidt, Desaux, Destouches, Dibos, Digeon, Dorvaux, Drouet, Dr et Mme Duchesne, M. et Mme Dumesny ; Dr P. Farez, Dr et Mme Fasquelle, Dr et Mme Fischer, Drs Foucaud, Foveau de Courmelles, Fraysse, Mlle le Dr Friant, Dr Frumuzan ; Dr Girerd, M. Mme et Mlle Gougeon, M. Goujon, Dr Groc, Prof. Hartmann, Dr Hartmann, Drs Henne, Hilaire, Janin, Dr et Mme Jayle, Drs Lacroix, Lafontaine, Prof. Laignel-Lavastine, Drs Lavalée, Lehmann, Lenglet, Prof. Lereboullet, Dr Levassort, Prof. agr. Lian, M. et Mme Marion, Drs Raphaël Massart, Maurat, M. Meillet, Drs H. et M. Mignon, Mille, Molinery, Dr et Mme Moulin, M. Moulin fils, Dr Monsseaux, Dr Nora, Drs Pacaut, Parrart, Paul-Boncour, Paul-Manceau, Perreau, Pescher, Pouzergues, Dr Régis, Prof. Roule et Mme, Drs Sadoun, Santa-Maria, Savatier, Signoret, P. Sollier, Dr et Mme Spiral, Drs Thierry, Tissier-Guy, Truelle, M. Vallat, Dr Weissenbach.

Docteur et Mlle Thérèse Noir.

***

**Toast du Dr Dibos**

Je suis véritablement confus des paroles trop flatteuses que vient de m'adresser mon confrère Duchesne. Déjà, il y a quelques jours, dans un article du *Concours*, il a mis ma modestie à une rude épreuve. Bien sincèrement, je l'en remercie et de tout cœur, j'adresse mes remerciements au *Concours médical*.

Monsieur le Maire,
Monsieur le Chevalier,
Mesdames,
Mes chers Confrères,

Si l'accomplissement d'un devoir est souvent pénible, ce n'est pas le cas ce soir puisqu'il me procure l'honneur et surtout le grand plaisir d'apporter, à notre confrère Noir, les félicitations de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Je ne vous cacherai pas, mon cher ami, que votre nomination au grade de Chevalier de la Légion d'honneur a été pour beaucoup d'entre nous une surprise. Vos titres sont si indiscutables, vos mérites si universellement reconnus, que tous nous pensions que c'était, depuis longtemps, chose faite et, la suggestion aidant, nous aurions, avec la meilleure bonne foi, juré qu'un point d'écarlate fleurissait votre boutonnière, alors que sa virginité était toujours intacte.

Il est probable que, parmi vos titres, ceux qui, pour nous, sont les plus précieux, étaient au contraire considérés par d'autres comme un obstacle.

Vous faites, en effet, partie de cette phalange d'hommes dont la foi, le courage, l'opiniâtreté ont créé le syndicalisme médical.

Par vos écrits, vos paroles, vos actes, vous avez puissamment contribué à son développement, vous avez toujours défendu l'indépendance et la dignité de notre profession.

Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, vous avez dirigé la résistance aux attaques menées contre le syndicalisme médical par la mutualité et les Compagnies d'assurances.

Et je cite des paroles que vous avez prononcées en 1909, si vous avez tenu tête à l'orage malgré des défections tristement récompensées, c'est parce que les militants du syndicalisme, dont vous êtes un des meilleurs, sont des hommes qu'on ne peut acheter ni avec des honneurs, ni avec de l'argent.

Pendant longtemps, le syndicalisme médical a été l'ennemi. Ses dirigeants subissaient un véritable ostracisme.

Il a fallu près d'un demi-siècle pour que justice lui soit rendue, pour que l'expérience montre que loin de défendre des intérêts égoïstes, il n'a en vue que l'intérêt supérieur de la Société qui, en matière de santé publique, se confond étroitement avec celui des malades et celui des médecins. Nous devons nous féliciter qu'en cette année 1932, il se soit trouvé, dans le gouvernement, un homme à l'esprit assez large pour le reconnaître publiquement en vous conférant cette distinction si méritée.

Par ma voix, les dix-neuf mille médecins syndiqués de France vous en crient leur joie et disent au militant, à leur camarade de lutte, toute leur estime, toute leur affection, toute leur reconnaissance.

## ASSURANCES SOCIALES ET SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Un de nos confrères ordonne à un assuré social deux boîtes d'ampoules de vaccin pour pansements et une boîte de vaccin, à ingérer par la bouche.

Les caisses limousines d'assurances sociales se refusent à rembourser leur part, dans ces prescriptions, sous prétexte qu'il s'agit de spécialités pharmaceutiques et qu'elles ont décidé d'ignorer les spécialités.

Ce n'est pas la première fois que nous constatons l'omnipotence de certains dirigeants de caisses locales, ou Unions départementales de caisses d'assurances sociales. Volontairement, ou involontairement, ils ignorent la loi, ou la violent hardiment, se croyant certains de l'impunité.

Cependant, la circulaire du ministre du Travail du 29 avril dernier est très nette : « jusqu'à « nouvel ordre, les caisses devront rembourser, à « concurrence de 85 %, toutes les spécialités dont « la vente est légale en France et pour lesquelles « des décisions individuelles d'exclusion ne leur « auront pas été notifiées. »

Il en résulte que le malade, qui se voit opposer un refus illicite de remboursement à 85 % d'une spécialité, ayant acquis droit de vente légale en France, est fondé à introduire, sans frais, une action devant la commission cantonale du siège social de la caisse dont il dépend, en vertu de l'article 63 de la loi sur les assurances sociales.

De son côté, puisqu'en l'espèce il s'agit de vaccins, le syndicat français des Produits biologiques pourrait élever une protestation auprès du ministre du Travail, pour lui signaler la violation de la loi et des textes réglementaires, faite par les caisses limousines. Par l'intermédiaire du préfet, ces caisses pourraient être rappelées, par le ministre, à une plus juste observation de leurs devoirs.

Quand va paraître la fameuse liste des spécialités pharmaceutiques ? Il y a plus de deux mois que la commission en a arrêté le dénombrement et indiqué celles qui, désormais, seront seules capables d'être ordonnées par les médecins, pour les soins à donner aux assurés sociaux.

Mais, pourquoi cette liste ne paraît-elle pas ? Ceux qui sont dans le secret des dieux ne le savent pas eux-mêmes. Mystère et discrétion.

Cependant, certains pharmaciens spécialistes

ont omis de présenter leur requête en vue d'admission de leurs produits par ladite commission. Que va-t-il advenir pour eux ? Leurs préparations pharmaceutiques ne seront pas dignes d'être ordonnées par les médecins, pour la médecine des assurés sociaux.

Cette règlementation est véritablement nuisible, à mon sens : pourquoi toujours vouloir recourir à la puissance publique, pour déterminer ce qui est licite, ou illicite en médecine, comme en pharmacie ?

Si, comme je le réclame depuis des années, avait été créé, comme cela existe pour les produits biologiques, un syndicat groupant tous les pharmaciens spécialistes, qui, pour leurs produits, ne font de publicité qu'auprès du seul corps médical, ce syndicat aurait pu s'entendre soit avec la Confédération des syndicats médicaux, soit avec les syndicats médicaux locaux pour que médecins et chirurgiens-dentistes d'une part, pharmaciens de l'autre puissent déterminer la liste des produits spécialisés, utilisés par les praticiens, qui ont le droit légal de prescrire.

C'est à nous-mêmes, par l'intermédiaire de nos groupes professionnels, de faire la loi chez nous, au lieu de nous laisser imposer, à cause de nos divisions, des réglementations provenant de la puissance publique, assez incompétente en matière médicale.

Pour le moment, suivant les errements actuels, attendons avec patience la liste officielle et complète des spécialités, que désormais le médecin aura le droit de prescrire, à l'exclusion de toutes autres découvertes scientifiques.

Dr Paul Boudin.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Faites ce que vous pouvez

Il est à constater que, depuis un certain temps déjà, les combinaisons donnant une indemnité plus élevée sont préférées des nouveaux adhérents, que MA5 est plus en faveur que MA : l'indemnité de dix francs ne signifie plus grand chose à notre époque tandis que 50 francs avec 500 francs pour l'indemnité chronique ne sont pas à dédaigner surtout si l'incapacité de travail vient à se prolonger.

Il en est de même pour les pensions : 2.400 francs étaient préférés à 1.200, et, depuis que nous avons porté le maximum à 4.800 francs, nombre de confrères n'hésitent pas à demander ce chiffre ou à augmenter leurs cotisations antérieures pour y arriver.

Les grosses cotisations ne font pas peur et nous avons vu récemment un confrère s'inscrire en même temps à MA5 pour l'indemnité maladie, à P pour 4.800 francs de pension, à R pour la même somme, à V pour la pension de 1.800 francs aux veuves et faire inscrire sa femme à P pour 4.800 francs et à R pour 4.800 francs encore. C'est-à-dire prendre le maximum que nous puissions donner.

En raison de son âge, il arrive à une cotisation annuelle de 6.523 francs, c'est un chiffre ; mais il aura droit, s'il tombe malade, à l'indemnité journalière de 50 francs et mensuelle de 500 francs, et ce jusqu'à 65 ans ; à 60 ans, il recevra 4.800 francs de pension et à 65 ans cette pension sera portée à 9.600 francs ; sa femme recevra pareillement 4.800 francs à 60 ans et à 65 ans 9.600 francs ; enfin s'il vient à mourir le premier, sa femme recevrait 1.800 francs de pension supplémentaire. C'est aussi quelque chose !

Mais quelque grands que soient ces avantages quelque tentante que soit pour un ménage la perspective de 19.200 francs de pension à 65 ans, il faut convenir que la cotisation de 6.500 francs n'est pas à la portée de tous ; c'est ce que me disait fort justement un confrère, mais il avait le tort d'ajouter : « les cotisations moindres ne donnent pas assez ».

Cet état d'esprit, que je qualifierai de déplorable, se rencontre moins rarement qu'on ne pourrait le supposer, et c'est lui que je veux combattre.

Il est incontestable que les cotisations doivent être en rapport avec les avantages qu'elles assurent et qu'il n'y a aucun moyen de faire produire à la cotisation demandée pour la pension de 1.200 francs les ressources nécessaires pour permettre de servir la pension de 4.800 francs voire même de 2.400 francs. Tout ce que raisonnablement il soit possible de demander, c'est que la cotisation soit adéquate aux avantages qu'elle assure. Et, sous ce rapport, la Mutualité Familiale présente les garanties de la surveillance permanente d'un actuaire : elle demande ce qui lui est nécessaire, et rien de plus, le sociétaire est donc *certain*, comme l'on dit, *d'en avoir pour son argent.*

Ceci étant, le candidat à la Mutualité Familiale, doit consulter ses possibilités, voir ce qu'il peut et ce qu'il ne peut pas faire.... et faire ce qu'il peut.

Il est ridicule de se désintéresser parce qu'on ne peut atteindre le maximum : *Non licet omnibus adire Corinthum*, mais il est possible de

trouver un autre lieu d'abordage. Le tout ou rien est la pire des alternatives, mieux vaut quelque chose que rien du tout.

Qui ne peut prendre MA[5] doit étudier MA[4] ou MA[3] ou même MA[2] ; qui ne peut prendre 4.800 francs de pension doit envisager 3.600 francs, 2.400 francs même 1.200 francs.

Si nos confrères se rendaient compte des services que la Mutualité Familiale a rendus alors même qu'elle n'assurait que l'indemnité de dix francs et la pension de 1.200 francs, ils se montreraient moins dédaigneux et n'hésiteraientpas.

Et puis, que tous fassent leur examen de conscience : ne leur arrive-t-il jamais de gaspiller quelque peu ? Eh bien ! sur ce gaspillage journalier, qu'ils pré èvent une fraction aussi minime qu'ils le voudront et avec ce sacrifice infime il leur sera possible de s'assurer des ressources que peut-être un jour ils seront heureux de trouver.

Savent-ils ce qu'avec un franc par jour distrait des dépenses bien souvent inutiles, ils peuvent obtenir ?

En rentrant à 30 ans à la Mutualité Familiale, ces 365 francs annuels peuvent leur donner une indemnité journalière de 20 et chronique de 200 francs remplacée à 65 ans par une pension de retraite de 2.400 francs !

Et si ce franc vient s'ajouter à des possibilités jugées de prime abord insuffisantes, que ne permet-il pas d'envisager ?

Enfin, à la Mutualité Familiale, il y a toujours moyen d'améliorer une situation antérieure qui peut paraître trop modeste. Sous la seule condition d'avoir conservé une bonne santé et de n'avoir pas dépassé l'âge limite fixé pour l'entrée, tout sociétaire peut passer à une combinaison supérieure pour l'indemnité maladie ; pour la retraite même la deuxième condition est seule à envisager.

C'est que la Mutualité Familiale, créée par des médecins pour les médecins, a entendu se placer dans les conditions les plus larges, s'adresser à tous sans distinction d'origine, de caste ou de résidence, se prêter à tous les besoins comme à toutes les possibilités.

C'est que ses fondateurs n'ont eu en vue que le bien du corps médical, que, connaissant ses misères, ils ont voulu y porter remède dans la mesure du possible et qu'ils se sont toujours efforcés d'apporter à l'organisation primitive, toutes les améliorations compatibles avec la sécurité.

Confrères, croyez bien qu'il n'y a pas de honte à prendre une cotisation même infime. Le secrétaire général et le trésorier, qui seuls pourraient en connaître le chiffre, savent trop les misères médicales pour en sourire et ils n'ont que de l'estime pour ceux qui s'efforcent d'en sortir.

Songez même qu'en ne donnant qu'une adhésion de principe et vous inscrivant pour une indemnité ou une pension insignifiante, vous augmentez la puissance que la société tire du nombre de ses membres et que vous rendez service à la collectivité sinon à vous-mêmes.

Et puis qui peut répondre de l'avenir ?

Confrères,

Venez à la Mutualité Familiale, c'est votre intérêt, c'est votre devoir ; prenez une cotisation qui ne soit pas pour vous une charge, mais faites ce qu'il vous est possible, dites-vous que

*Faire ce que peux, c'est faire ce que dois.*

A. Gassot.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*..... Voici ce notable discours brièvement, compendieusement traduit de baragouin en français .....*

(Paul-Louis Courier.)

DLXXXVIII. — Emile Chautard. **La vie étrange de l'Argot.** Un vol. 16,5 × 25 de 720 pages, orné de 125 illustrations. *Editions Denoël et Steele*, Paris, 1931, 90 fr.

Si je m'évertue chaque semaine à vous traduire en baragouin les plus brillantes et les plus claires nouveautés, M. Chautard s'en tient à l'ordre inverse et transpose à notre intention en français le baragouin spécial, l'*Argot* (1), cette langue secrète de la pègre qu'il a mis quarante ans à approfondir comme d'autres, toute une vie durant, se penchent sur le sanscrit. Son sujet n'a pas la même austérité : je n'ai voulu par cette comparaison osée que marquer cette idée de durée, de patience qui s'attache aussi aux vénérables prospecteurs de cette langue morte. On ne saurait d'ailleurs pousser plus loin cette esquisse d'analogie, car l'argot est vivant, sonore, impétueux ; tonitruant à ses heures comme la langue drue de Rabelais et de Villon. Mobile aussi comme les dialectes fondés sur des images, des conventions, et comme tel plus difficilement encore saisissable. Donc fallut-il sans doute à

(1) *Argot* et *Langue verte* ne sont pas synonymes.

M. Ch. beaucoup de ténacité pour recueillir sous les ponts, à l'asile de nuit, dans les bouges et ailleurs ces haillons de verbe. Nous devons nous incliner devant la richesse de sa collection. Sur les 4.200 termes environ qu'il a relevés, plus de 1.200 n'avaient jusqu'alors paru dans aucun des ouvrages consacrés au vocabulaire des truands, clochards, souteneurs, malandrins, coupe-jarrets de la capitale. Il ne les a pas jetés pêle-mêle comme on les entend jaillir au bal-musette, ni avec la jactance des romanciers spécialisés ; mais classés très méthodiquement à la suite de chacun des quatre gros chapitres où il expose les principaux *moments* biologiques de l'argotier. Il n'y a donc pas simple glossaire dans ce dictionnaire monumental ; pour chacun des mots ou locutions l'auteur s'efforce de remonter à l'étymologie, à la définition, aux synonymies, avec beaucoup d'ingéniosité et de savoir.

Sa nomenclature poursuivie depuis la fin du siècle dernier renferme quelques expressions très nettement 1900. Elles sont d'ailleurs datées. De nombreuses anecdotes personnelles ou colligées dans les ouvrages du genre agrémentent cet énorme travail. L'iconographie très variée reproduit des lettres, des autographes, des portraits, des dessins, des photographies d'Atget, Dignimont, Forain, Germaine Krüll, Steinlen, etc. Et Henri Manuel plus préoccupé de décorum médical que d'exactitude a saisi M. le Docteur Bizard « au cours d'une visite » à Saint-Lazare prenant la tension artérielle au bras d'une détenue sans avoir bouclé le manchon brachial de son Vaquez.

DLXXXIX. — Marcel Coulon. **La poésie priapique.** Un vol. 16 × 21 tiré à 750 ex. numérotés sur vélin de chiffon du Marais. Cuivres de Dubreuil. Bois originaux de Le Campion. *Editions du Trianon*, Paris, 1932.

La littérature érotique peut selon les intentions et l'esprit de l'écrivain en cause devenir de légère, licencieuse, égrillarde, graveleuse, puis en franchissant encore quelques degrés : libre et obscène. S'il me fallait prendre des exemples parmi les livres récents ici signalés, j'aurais le plaisir d'être fort embarrassé pour le bas de l'échelle. En haut je vous rappelerais les *Anacréontiques* et *Sappho* de Mario Meunier (1), et à mi-chemin sauvés par le talent de leurs auteurs les magnifiques *Graffiti* (2) de Soulages et les *Contes Milésiens* (3) du spirituel poète André Berry (4). Mais je ne sais à quel échelon juste placer l'œuvre si imperturbablement documentée de l'érudit magistrat. La poésie priapique est pourtant dépourvue de toute arrière-pensée : elle fonce à travers mots et images sans la sournoise hypocrisie des pourritures galantes. Mais, mordieu, Monsieur Coulon me voici bien empêché pour raconter votre livre ! Votre docte savoir classifie, analyse et cite des textes sous le manteau d'une étude littéraire prestigieusement conduite et documentée. Il vous était difficile de gazer le sujet ; vous l'avez sagement condensé puisque ce tome nous laisse aux portes de la Renaissance. Dans celui qui va suivre je serai curieux de voir comment vous comprenez le culte d'un dieu manifestement mort. Je crois qu'il vous sera plus difficile que pour les anciens de faire la part d'un érotisme souvent *pathologique* (quelle que soit sa valeur littéraire absolue) et des préoccupations pures tenant au Dieu paillard des jardins. Votre coupure à la Renaissance me semble parfaitement et chronologiquement exacte. Et cette première partie de votre compilation, encore qu'un peu sommaire (vous dirait A. t'Serstevens), est établie avec une telle clarté qu'elle laisse bien augurer de la suite. Les cuivres de D. sont quelconques. Les bois sont traités avec beaucoup plus de sûreté et leur précision technique (hors l'oubli fréquent des données *particulières* du livre) est indiscutable. La typographie est très claire : citations bien détachées en italique, et rejet à la fin du livre des notes où M. Coulon nous confirme, comme si besoin était, la solidité de sa documentation.

(1) Editions Grasset, 1931.
(2) Editions Mornay, 1931.
(3) Editions du Trianon, 1931.
(4) Du même auteur je vous présenterai prochainement une amusante *Chantefable*.

DXC. — Docteur Legendre. **L'Asie contre l'Europe.** Un vol. 13 × 20. *Editions Plon*, Paris 1932, 18 fr.

A propos du livre-reportage de Marc Chadourne sur la Chine je vous signalais la particulière compétence, touchant les questions d'Asie, de notre distingué confrère, ancien directeur de l'Ecole impériale de médecine de Tcheng Tou. Dans un livre auquel le conflit sino-japonais (qu'il explique d'ailleurs remarquablement) avec ses ricochets possibles, donne tout son poids, l'auteur envisage les erreurs politiques qui ont permis le développement des ferments en ébullition dans TOUS les pays d'Asie. Complications et remèdes sont examinés par un brillant spécialiste qui a longuement résidé sur place. Il jouera probablement pour nos diplomates et les hommes d'Etat européens le rôle classique de Cassandre ! Son livre est impressionnant et condamne avec un bon sens très ferme nombre d'utopies qui ont cours à Genève-Babel et sous la noix creuse des crânes sans cervelle penchés sur ses tapis verts.

DXCI. — Henri DE VIBRAYE. **Le Chancelier de Cheverny.** Un Homme d'Etat du 16e siècle. Un vol. 15 × 22,5, sur vergé bouffant, illustré de treize planches hors texte. *Editions Hazan*, Paris, 1931, 30 fr.

M. de Vibraye craignant que son livre ne tombe aux mains de lecteurs « un peu pressés » a raccourci le journal de son illustre ancêtre. Nous regrettons qu'il n'ait pas pensé surtout à ceux, plus nombreux qu'il ne suppose, qui portent un vif intérêt à l'histoire des grands hommes qui ont édifié siècle par siècle la renommée de notre patrie. Les biographies abondent pour les plus grands d'entre eux, mais il exista à l'ombre des plus célèbres, dans l'entourage immédiat des souverains, des personnages de grande valeur qu'une excessive modestie seule empêcha de conquérir la notoriété que les services rendus au bien public devaient logiquement leur donner. Le chancelier de Cheverny est l'un de ces hommes d'Etat dont le rôle méritait mieux que le demi-oubli où il était resté jusqu'au brillant essai historique que M. de Vibraye lui consacre. Il connut Henri II et Charles IX, vécut dans l'intimité du dernier des Valois et du premier des Bourbons. Très habile politique, conseiller tour à tour très écouté et disgracié il eut sur la vie du royaume une influence considérable. Comme témoignage de sa sagesse, il nous est donné en appendice de cette excellente monographie, un abrégé de l'instruction que le Chancelier rédigea pour son fils aîné, Henri, et où il lui prodigue avec une très fine psychologie de précieux conseils : affectueux encouragement à bien vivre selon les lois de Dieu, des hommes et de la conscience telles que les pouvaient concevoir la droiture d'un honnête homme et l'affectueuse expérience d'un père. La rapidité des accidents gangréneux qui emportèrent le Chancelier ne permet pas de porter le diagnostic de « *rupture de veine* » ou de « *hernie* » mais d'abcès urineux. Et je suis heureux en remerciant M. de Vibraye de son beau livre de le rassurer : la « *traversée en biais, d'un champ labouré, par le carrosse* » qui portait son illustre aïeul ne fut pour rien dans le déclenchement des troubles qui fauchèrent si brusquement sa très gaillarde vieillesse.

DXCII. — Albert LONDRES. **Les Comitadjis** ou le Terrorisme dans les Balkans. Reportage. Un vol. 12 × 19. *Editions A. Michel*, Paris, 1932, 15 fr.

Ce reportage est remarquable comme tous ceux que poursuit Londres. Et j'ai été très amusé par ses conclusions : Londres fait de la diplomatie politique, du découpage de frontières balkaniques ! C'est assez inattendu. Mais l'ensemble du livre est très au-dessus de ces quelques lignes où le reporter se sent pousser des ailes de diplomate. J'ai toujours admiré les trésors d'ingéniosité que Londres, Béraud, Kessel, déploient pour se faufiler, peau intacte, dans les milieux où il est dangereux *ou* défendu (ou défendu *et* dangereux) de pénétrer. Les terroristes macédoniens ne confient pas les secrets de leur organisation au premier journaliste venu. Le mérite de Londres qui s'égare avec flegme dans tous les coupe-gorges du monde (il est à Shangaï) n'en est que plus vif. Vif comme le ton de son récit qui nous saisit par la brutale et très pittoresque sarabande de ce conte des cavernes et des brigands.

DXCIII. — André FOUCAULT. **L'Angevine.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 fr.

Mal mariée, à un bellâtre, l'Angevine après une « crise » charnelle fait la crise mystique normale de suppléance. Cela est psychologiquement juste et conté adroitement par un bon romancier qui connaît le beau pays d'Anjou et l'illogique brutalité de la chair.

**Varia** ***

*L'Archer* de février consacre son article de tête au Docteur Raymond Mallet, et l'illustre d'un portrait qui fut exposé au Salon des Indépendants et où cependant notre érudit confrère est à peu près reconnaissable. Les *Propos* mensuels de Campagnou plus longs que de coutume, rédigés avec la verve incisive que l'on connaît à leur auteur, sont consacrés à la mémoire de Gustave Le Bon. J'ai connu trop tard pour vous en faire part l'annonce d'un concours de critique littéraire institué par notre confrère *J'Analyse*. Si j'en reparle à propos de l'*Archer* c'est que je trouve très drôle l'enchaînement suivant. Le rédacteur en chef de l'*Archer*, notre sympathique confrère et ami, Voivenel, fait partie du jury de ce concours. Le malheur a voulu que le livre proposé aux louanges des concurrents soit précisément *Claire* de Chardonne que Voivenel qualifie de « feuilleté psychologique » et qu'un autre membre du même jury trouve « au-dessous de tout » ! Le lauréat du concours a donc peu de chances de venir éclore parmi ceux auxquels ce *bon* livre aura plu. On couronnera probablement le meilleur éreintement.

**Tableau d'honneur** ***

A la page 81, de la sus-dite *Angevine* : la comtesse est assise près d'un convalescent :

« qu'elle interrogeait d'une voix sourde, passionnée :
— Il paraît que l'obus a éclaté à vos pieds ?
— Sous mon pied droit.
— Un gros obus ?
— Un 210. Heureusement je l'avais entendu venir. Je me suis collé à terre.
— Et vous vous en tirez avec un doigt de pied coupé. Je vous envie.
Les plus braves en demeuraient *coits* ...

Il y a de quoi ! ! !

4 mars 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## Comptes rendus, documents, pièces officielles...

### ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Services des hôpitaux de Paris pour 1932.

*(suite)*

HÔPITAL BEAUJON

1. Médecin : M. Troisier ; assistant : M. Cattan ; interne : M. J. Dubois ; externes : MM. Avenard (R.), Nico (P.), Aubert (R.), Hanoun, Thomas (F.), Victor-Copreaux (M.).

2. Médecin : M. Harvier ; assistant : M. de Brun du Bois Noir ; interne : M. Maison ; externes : MM. Cernéa (P.), Vignalou (J.-V.).

3. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Deron ; interne : M. Voillemin ; externes : Mlle Feydit, MM. Matras (F.), Martini (P.), Pertus (J.), Sénéchal (P.-L.-R.).

4. Médecin : M. Debré ; assistant : M. N... ; interne : M. Sée ; externes : MM. Ledoux-Lebard, Malinsky, Mlles Sabetay, Oechmichen, M. Thieffry (S.).

5. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. N... ; internes : MM. Mialaret, Rouher ; externes : MM. Gany, Bachellier, Mlles Juster, Blairoir, MM. Schlechter, Ayrignac, Roche.

6. Chirurgien : M. Alglave ; assistant : M. N... ; internes : MM. Catalette, Soubrane ; externes : MM. Campagne, Rougé Vialatte, Lenoir (J.-P.), Diétrich, Chausselat.

7. Chirurgien : M. Okinczyc ; assistant : M. N... ; internes : MM. Allard, Calvet ; externes : Mlle Montrozier, M. Faugeroux, Mlle Aubert-Champerré, MM. Delort, Vionnet, Pinet, Grandin.

8. *Service des chroniques.* — M. Okinczyc ; interne : M. Boudreaux ; externe : M. Lesca.

9. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela ; assistant : M. N... ; interne : M. Caby ; externes : MM. Masson (R.), Lefer (R.).

10. Accoucheur : M. Levant ; assistant : M. N... ; internes : MM. Richard (A.), Weill (A.) ; externes : MM. Chagnon, Boursans (R.), Deloge (G.), Mlle Krichewski.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Baldenweck ; internes : M. Vandenbossche ; externes : MM. Pineau, Mouchot, Benveniste, Lutrot.

12. *Consultation médecine.* — M. Decourt ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Moulinier ; externes : MM. Bouwens, Van der Boyen, Mlle Wix (M.), M. Ayrignac (J.).

13. *Chirurgie.* — M. Leibovici ; assistant : M. N... ; externes : Mlle Lévy, MM. Le Beau, Le Sourd (M.).

14. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aubourg ; chefs adjoints : MM. Joly, Porcher ; assistants : MM. Gauillard, Barreau, Mignon, Mme Delaplace , M. Surmont ; externes : M. Magne-Rouchaud, Mlle Augée.

15. *Consultation dentaire.* — M. Schoefer.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE

1. Médecin : M. Gandy ; assistant : M. N... ; interne : M. Tavennec ; externes : MM. Catz, Burel, Gossart, Mendelsohn, Oger, Poncet, Maleyrie.

2. Médecin : M. Garnier ; assistant : M. Nicaud ; interne : M. Bréhier ; externes : MM. Lévy (P.), Izraël Salvator, Franchel, Leschi, Besson (J.), Mitrani.

3. *Service des tuberculeux.* — M. Garnier ; externes : MM. Lobel, Barry.

4. Médecin : M. Clerc ; assistant : M. Bascouret ; interne : M. Sterne ; externes : MM. Gérard (R.), Jacquet, Olivier, Neyraud, Rabant, Rozée-Belle-Isle, Baudouin.

5. Médecin : M. Herscher ; assistant : M. Roberti ; interne : M. Puymartin ; externes : MM. Michaut (J.), Martel, Charlot, Gross, Mlle Chessebeuf, MM. Rovéanu, Saïe, Chancerel.

6. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : M. Valensi (G.) ; externes : MM. Mignon, Tardiveau, Monin, Bour, Mlles Lorain, Bataille, Haguenauer.

7. Chirurgien : M. Heitz Boyer ; assistant : M. N... ; internes : MM. Laffaille, Vialle (P.) ; externes : MM. Sobieski, Peretou, Cohen-Solal, Fénichel, Bercovici, Brami, Puybaret, Danart, Pupko (S.).

8. Chirurgien : M. Wiart ; assistant : M. N... ; internes : MM. Hepp, Falaise, Chauveau, ; externes : M. Morin (M.), Mlle Barnaud, M. Lazar, Mlle Durrande, MM. Meyer (J.-H.), Bellin.

9. *Service des chroniques.* — M. Wiart ; externe : Mlle Eyraud.

10. Chirurgien : M. Cadenat ; assistant : M. N... ; internes : MM. Bertrand (P.), Lebel, Palmer ; externes : MM. Jouanneau, Moïsesco, Gerbert, Bauer, Bombiger, Combes, Bardon.

11. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : M. N... ; internes : MM. Moyse, Capandji, Barrier ; externes : Mlles Saint-Paul, Grinblatte, MM. Paingault, Carrière, Davidovici, Saïdi, Crescensi.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. le Prof. Lemaître ; chefs de clinique : MM. Baudouin, Rémy-Neris, Maduro ; chefs de laboratoire : MM. Ardoin, Lévy-Bruhl ; internes : MM. Hamelin (R.), Thomas

(R.) ; externes : MM. Chaillouet, Puistienne, Guttières, Simonin, Sobel, Renaud, Marie (R.).

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Poulard ; assistant : M. N... ; internes : MM. Chennevière, Joseph (E.) ; externes : MM. Grosbois (J.), Imbona, Giraud, Grair, Arnoux.

14. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : M. N... ; internes : MM. Marx, Durrbach ; externes : MM. Molinéry, Mirbeau, Mlle Comby, MM. Hébert (P.), Clenet, Monier (H.).

15. *Consultation médecine.* — M. Hamburger ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Marre ; externes : MM. Klein (L.), Hubermann, Maroger, Guérin.

16. *Chirurgie.* — M. R. Bernard ; externes : MM. Brochard, Fournet, Costes (G.).

17. *Consultation dentaire.* — M. Rousseau-Decelle ; adjoint : M. Crocquefer ; assistant : M. Béal ; externes : Mlle Grimblatte, M. Normand.

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Haret ; chef adjoint : M. Beau ; assistants : MM. Duval, Rebuffel, Surrel ; externes : Mlle Petitet, MM. Livory, Persâtre.

HÔPITAL TENON

1. Médecin : M. Laroche ; assistant : M. Servel ; interne : M. Coste ; externes : MM. Delord, Gratier, Dehouve, Loiseau (F.).

2. Médecin : M. Brulé ; assistant : M. Hillemand ; interne : M. Gilbrin ; externes : MM. Gaube (R.), Grépinet (H.), Desfrançois (J.), Filhouland, Rouvillois, Ebstein (P.).

3. Médecin : M. May ; assistant : M. Ollivier ; interne : M. Fau ; externe en premier: M. Debray (interne faisant fonction provisoire d'externe en premier) ; externes : MM. Rosanoff, Bobard (P.), Tévenin, Tricault (G.), Legroux (R.), Garcin (G.), Lepintre (Y.), Georget.

4. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Blondel ; interne : M. Pautrat ; externes : MM. Gaguière (A.), Flourens (R.), Arviset (A.), Mazingarbe, Pauchard.

5. Médecin : M. Weill (P.-E.) ; assistant : M. Isch-Wall ; interne : M. Bousser ; externes : Mlle Perlès (A.), MM. Ovary, Cordebar (J.), Meyer (M.).

6. Médecin : M. Rouillard ; assistant : M. N... ; interne : M. Bolgert ; externes : MM. Frouin (R.), Thomeret (G.), Huchet (R.), Genestoux (J.), Goutner (V.), Lespinat (L.).

7. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. N... ; interne : M. Joseph (M.) ; externes : MM. Audouard, Bouchacourt, Mlle Melon, MM. Mignot, Longuet (Y.), Joseph.

8. Médecin : M. Pruvost ; assistant : M. N... ; interne : M. Henrion ; externes : MM. Etienne, Janette-Walen, Mlle Commerson, MM. Leprêtre, Guiot, Pollak, Depardieu.

9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. Jourdan (P.), Bernard (E.), Bufnoir (P.) ; externes : MM. Cau (J.), Thomas (H.), Goeré (Y.), Zwillinger, Austerweil, Mme Captain.

10. Chirurgien : M. Gernez ; assistant : M. Moulonguet ; internes : MM. Hervy, Salomon, Hécart ; externes : MM. Becuwe, Ferrari, Debray, Cahen, Bugaud, Lougraye.

11. Chirurgien : M. Grégoire ; assistant : M. Michon ; internes : MM. Petit (P.), Martin (R.), Gasné ; externes : MM. Adam, Lucas, Souriac, Guenon des Ménards, Fischer, Debost, Mlle Marquis, M. Oudot.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Hautant ; assistant : M. N... ; internes : MM. Bérard, Sergent (H.) ; externes : MM. Laval, Fabre (Ch.-J.), Zeller, Nuridsany, Hofmann, Jouannard.

13. *Ophtalmologie.* — M. Magitot ; interne : M. Morax ; externes : MM. Dubois (A.), Dijon, Mlle Burdin.

14. Accoucheur : M. Lemeland ; assistant : M. N... ; internes : MM. Soyer, Soulignac ; externes : MM. Vautier (J.), Caratzali, Boëlle (R.), Simart (P.), Mlle Griboval.

15. *Consultation médecine.* — M. Schulmann ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Benassy ; externes : MM. Bujeaud, Raison, Brawermann (M.).

16. *Chirurgie.* — M. Fèvre ; assistant : M. N... ; externes : MM. Kerambrun, Barbier (L.), Laguzet.

17. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Darbois ; adjoint : M. Huet (faisant fonction) ; assistants : MM. Marchal, Descouts, Mallet, Colliez ; externe : M. Ennuyer.

18. *Consultation dentaire.* — M. Lacronique.

HÔPITAL LAENNEC

1. Médecin : M. le Prof. Bernard (L.) ; chefs de clinique ; MM. Noyer, Lamy (délégué) ; chefs de laboratoire : MM. Bonnet, Olivier, Mlle Gauthier-Villars ; interne : M. Perrault (M.) ; externes : MM. Schneider (J.), Millet, Fourault (J.), Mlles Mahieu (G.), Dumans (M.), MM. Bertheau (M.), Mayaud, Scemama.

2. *Crèche.* — Externes : MM. Delhaye, Gross.

3. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Prof. Léon Bernard ; externes : MM. Trombert (externe en premier), Lepetz.

4. Médecin : M. Rist ; interne : M. Trocmé ; externes : M. Gaignerot (J.), Mlle Dupont (O.), MM. Jacobesco, Gouzonnat, de Rocca-Serra, Pasquier, Lebreton, Neumann.

5. *Service des Baraquements.* — M. Rist ; interne : M. Benzaquen ; externes : MM. Dartiguepeyron, Plique, Kipfer (externe en premier), Mlle Hahn (externe en premier), MM. Dreyfus, , Garelly.

6. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — M. Rist ; externes : MM. Picot, Maschas, Cerf.

7. Médecin : M. Jousset ; assistant : M. Guérin ; interne : M. Gadaud ; externes : Mme Jousset, MM. Amigues, Ganière (P.), Montagne (P.).

8. Médecin : M. Ramond (L.) ; assistant : M. Via-

lard ; interne : M. Laffitte (A.) ; externes : MM. Rudaux (P.), Vidart (L.), Bernard (J.), Villaret (B.).

9. Médecin : M. René Bénard ; assistant : M. Even ; interne : M. Klotz ; externes : MM. Laporte (J.), Deuquet (A.), Derieux (P.), Vincent (J.).

10. Chirurgien : M. Proust ; assistants : MM. Houdard et Maurer ; internes : MM. Judet, Monod (O.), Lejeune (J.) ; externes : MM. Perigaud (R.), Cornetet, Laurent (P.), Torrel, Bellotte, Mme Aldou, MM. Thaon, Das, Ghali, Billard.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bourgeois ; assistant : M. N... ; internes : MM. Lapiné, Sourice ; externes : MM. Gallot (J.-P.), Perrot (R.), Le Pavec, Rosenberg (T.).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet ; assistant : M. N... ; interne : M. Lemoine (J.) ; externes : MM. Ingrand, Fauvet, Catinat (externe en premier).

13. *Consultation médecine.* — M. Célice ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Grossiord ; externes : MM. Martin (M.), Vincent (J.).

14. *Chirurgie.* — M. Maurer ; externes : MM. Girard (E.), Piram.

15. *Consultation dentaire.* — M. N...

16. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Maingot ; chef adjoint : M. Portret (faisant fonction) ; assistants : MM. Jouveau, du Breuil, Hélie ; externe : M. Mainguy (P.).

17. *Service temporaire de médecine générale.* — M. Paraf ; externe en premier : M. Abaza (interne remplissant provisoirement les fonctions d'externe en premier) ; externes ; MM. Ortholan, Morin (P.), Statlender, Blanc (R.).

### Hôpital Bichat

1. Médecin : M. Lemierre ; assistant : M. Laporte ; interne : M. Bonnard ; externes : MM. Jacquot (A.), Deséglise (F.), Mouchotte (R.), Brumpt (L.), Tran-Van-Con, Mlles Fauvert, Gottlieb, Mme Levachkevitch, née Jakovler.

2. Médecin : M. Boidin ; assistant : M. Worms ; interne : Mme Roudinesco ; externes : MM. Monceau (Y.), Paillas (P.), Maruelle, Rossignol, Broche (J.), Roux (M.), Mlle Ladet (M.), M. Lefebvre (J.).

3. Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot ; assistant : M. Delafontaine ; interne : M. Mignet ; externes : MM. Lavedan de Casaubon, Wolfromm, Lamasson, Gilbert (C.), Varay (A.), Meyer (L.), El Khaïm, Levy (J.).

4. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Albot ; interne : M. Jame (R.) ; externes : MM. Bouvrain (Y.), Gerbeaux (J.), Morichau-Beauchant, Fortin (R.), Galup (P.), Marcombes (E.), Drain (M.), Dupuy (R.).

5. Médecin : M. Flandin ; assistant : M. Escalier ; interne : M. Joly (F.) ; externes : MM. Thorel (F.-P.), David (J.), Jamain (B.), Goujard (P.).

6. *Premier service de désencombrement.* — M. Flandin ; externe en premier : M. Sambron (interne faisant fonction provisoire d'externe en premier) ; externes : MM. Chenebault (J.), Pietroni (M.), Adle, Maude.

7. *Deuxième service de desencombrement.* — M. Flandin ; externe en premier : M. Wetterwald (interne faisant fonction d'externe en premier) ; externes : MM. Derobert (L.), Salvant (J.), Reveillaud (J.-C.), Guillemin (G.).

8. Chirurgien : M. Mocquot ; assistant : M. Monod ; internes : MM. Couvelaire, Rudler, Poilleux ; externes : MM. Huber, Gresse, Mlle Carlet, MM. Le Cudonnec, Auger, Laïck, Mlle Aubin, M. Nonique.

9. Chirurgien : M. Küss ; assistant : M. N... ; internes : MM. Lauret, Boisseau, David (L.) ; externes : MM. Misserey, Beaufils (externe en premier), Sorin, Anglade (P.), Bourier, Dorey, Desmarquest, Brouet.

10. Chirurgien : M. Capette ; assistant : M. N... ; internes : MM. Gaulier, Hébert, Mencière (L.) ; externes : MM. Cornet, Winiezki, Pocoulé, Worré, Sénéchal, Jailadeau, Janeau, Zahler.

11. *Consultation médecine.* — M. Lambling ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Camus ; externes ; MM. Bouteille (R.), Billard (J.), Mlle Moyen.

12. *Chirurgie.* — M. Reinhold ; externes : MM. Benguigui, Baloche.

13. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Beaujard ; assistant : M. Le Goff.

14. *Consultation dentaire.* — M. Ratison.

*Annexe Bichat.* — 15. *Consultation médecine générale.* — Externes : MM. Barrière, Lambling.

16. *Médecine infantile.* — Externes : MM. Martinie, Nocton.

17. *Ophtalmologie.* — Externes : MM. Barbier, Feld.

18. *Oto-rhino-laryngologie.* — Externes : MM. Vercier, Dupond.

### Hôpital Broussais

1. Médecin : M. Dufour ; assistant : M. N... ; interne ; Mlle Baguette ; externes : MM. Calvet (J.), Meurin (H.), Piroux (J.), Plas (F.), Bain (V.).

2. *Service des tuberculeux* (baraquements). — M. Dufour ; interne : M. Hurez ; externes : MM. Sautter (Y.), Rachstein.

3. Médecin : M. Laubry ; assistant : M. N... ; interne : M. Antonelli (J.) ; externes : MM. Renet (M.), Chevé (J.), Braunberger, Lesguillous.

4. *Service des tuberculeux.* — M. Laubry ; assistant : M. Routier ; interne : M. Degos (R.) ; externes : MM. Husset (J.), Henry (C.).

5. Médecin : M. Marchal ; assistant : M. N... ; internes : MM. Bargeton (D.), Mahoudeau ; externes : MM. Brandenbourg, Gillot (J.), Bussière, Samain, Capmas, Mathivat, Bessie, Avenier.

6. Médecin : M. Mondor ; assistant : M. Welti ; internes : MM. Maës, Barthes ; externes : MM. Demange (M.), Lafourcade, Prat (P.), Lebel (J.), Menauteau (A.), Rouchy.

7. *Consultation médecine.* — M. Ravina ; externe en premier M. Douay ; externes : MM. Blanchard (A.), Chapoy (P.).
8. *Chirurgie.* — M. Welti ; assistant : M. N... ; externes : MM. Maroger (F.), Echegut.
9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Cottenot ; assistant : M. Debidour ; externe en premier f. f. : M. Le Goff.
10. *Consultation dentaire.* — M. N...
11. *Poste de radioscopie.* — M. N...

### Hôpital Boucicaut

1. Médecin : M. Courcoux ; assistant : M. N... ; interne : M. Roy (L.) ; externes : MM. Robin (J.), Cante (R.), Fayance, Fréret (P.).
2. *Centre de triage.* — Externes : MM. Lamouche, Wintzel.
3. Médecin : M. Trémolières ; assistant : M. Morlaas ; interne : M. Thierry (J.) ; externes : Mlle Wetzel, MM. Habrekorn (P.), Trepsat (R.), Gros (L.).
4. Chirurgien : M. Labey ; assistant : M. Soupault ; internes : MM. Ardouin, Racheisberg, Nauleau ; externes : MM. Goyer (externe en premier), Bouche, Turpin-Rotival, Mlle Théodoresco, MM. Ollier, Touati, Mestries, Lemanissier.
5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : M. N... ; internes : MM. Strée, Willot ; externes : MM. Lazarovici, Ameur-Chakir, Lemonnier (R.), Courchinoux.
6. *Consultation médecine.* — M. Carrié ; externe en premier : M. Allilaire ; externes : MM. Depaillat (A.), Abiteboul (J.).
7. *Chirurgie.* — M. Soupault ; externes : MM. Galland, Tournafond, Mme Roy, M. Brinou.
8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Moulonguet ; assistant : M. N... ; externes : MM. Lachèze, Epelbaum.
9. *Consultation dentaire.* — M. Fargin-Fayolle.
10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guilbert ; chef adjoint : M. Gilson ; assistants : MM. Blanche, Lifschitz ; externe : M. Daumézou.

### Hôpital de Vaugirard

1. Chirurgien : M. le Prof. P. Duval ; assistant : M. Gatellier ; chefs de clinique : MM. Redon, Merle, d'Aubigné, Leroy (R.), Dulac, Belou (attaché médical) ; chefs de labor. : MM. Moutier, Porcher, Goiffon, Béclère ; internes : MM. Baudelot, Van der Elst, Billet ; externes : MM. Coldefy (externe en premier) ; Morel-Fatio, de Botton (externe en premier), Weill, Biardeaux, Sevileano, Fratet, Sikorav, Mlle Olivier, MM. Rault, Cauchoix.
2. *Consultation dentaire.* — M. L'Hirondel.
3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Béclère ; assistant : M. Dupouy.
4. *Centre de neuro-psychiatrie infantile.* — Médecin : M. Heuyer ; interne : Mme Bernard, née Pichon ; externes : Mlle Huet, M. Kunossy.

### Hôpital Ambroise Paré

1. Médecin : M. Richet ; assistant : M. N... ; interne : M. Facquet (J.) ; externes : MM. Guéret (A.), Robert (J.-P.), Lapeyre (J.), Bregeat (P.).
2. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Chabanier ; interne : M. Porin (J.) ; externes : MM. Boudou (L.), de Rollat (J.), Mlle Desallais, MM. Ullmann, Normand (P.).
3. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : M. Aubin ; externes : Mlle Jomier, MM. Steinberg (S.), Coulombeix, Steuerman.
4. Chirurgien : M. Desmarest ; assistant : M. N... ; internes : MM. Gorodiche, Bourgeois ; externes : MM. Eudel, Baucaud, Tardieu, Couturier, Delair, Fayet, Feinmann.
5. *Consultation médecine.* — M. Péron ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Aliker ; externes : MM. Cahuet (R.), Poisson.
6. *Chirurgie.* — M. Thalheimer ; assistant : M. N... ; externes : Mme Davous (I.), M. Davous (R.), Mme Meillaud.
7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bouchet ; assistant : M. N... ; externes : MM. Defossez, Daniels, Conetti.
8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monbrun ; externes : Mlle Saulnier, M. Nespoulous.
9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Detré ; assistant : M. Brennan.

### Hôpital Saint-Louis

1. Médecin : M. le Prof. Gougerot ; chefs de clinique : MM. Carteaud, Cohen (R.), Ragu ; chefs de labor. : Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duché, Peyre ; internes : MM. Patte (A.), Decourt ; externes : MM. Ripard (G.), Meillon (J.), Mattern (R.), Mme Legros née Ledan, MM. Schatz, Raybout (A.), Ellenberger, Mlle Thueux.
2. Médecin : M. Milian ; assistant : M. N... ; internes : MM. Lortat-Jacob, Baussan (B.) ; externes : MM. Nicaise (G.), Vieuchange, Touzard, Winphen, Opin (M.), de Mestier du Bourg, Bourget (R.), de la Lande.
3. Médecin : M. Ravaut ; assistant : M. N... ; internes : Mlle Valentin, M. Maisler ; externes : M. Mandel, Mlle Millant, MM. Roux, Naud, Raphaël (G.), Drizard (A.), Glasermann, Pimpaneau.
4. Médecin : M. Touraine ; assistant : M. N... ; internes : MM. Golé, Hesse (J.) ; externes : MM. Cadet de Gassicourt, Lagaillarde (J.), Henri (M), Michard (L.), Guittard (J.), Mlle Lecour (A.), MM. Baudet (H.), Goez.
5. Médecin : M. Louste ; assistant : M. N... ; internes : MM. Bernard-Griffights, Racine ; externes : MM. Cauhepé, Ecklé, Vettier, Leibovici, Sarrazin (L.), Michel (R.), Tuchan-Canh, Maillefer.
6. Médecin : M. Sézary ; assistant : M. N... ; internes : MM. Lenègre (J.), Gallot (H.) ; externes : MM. Lortat-Jacob (J.-L.), Dubarry (B.), Parfus (J.),

Hinard (D.), Vincent (A.-P.), Naud (H.), Tran-Tan-Phat, Delzant (O.).

7. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; interne : M. Cachin (M.) ; externes : MM. Basset (A.), Vivien (P.), Pitou (J.), Yglésias (P.), Schmid (G.).

8. Chirurgien : M. Chifoliau ; assistant : M. N... ; internes : MM. Lacoste, Franco, Pichon ; externes : MM. Placa (A.), Le Roy (F.), Gillet, Anglade, Rizoff, Perret (C.), (externe en premier), Saliou, Neveu (J.).

9. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : M. Pascal ; internes : MM. David (P.), Aboulker (P.) ; externes : MM. Fuchs, Thomas, Minc, Lambey.

10. *Consultation.* — M. Gouverneur ; externes : MM. Krivine, Viala, Bonnet (R.), Salmona, Le Brun.

11. Chirurgien : M. Moure ; assistant : M. N... ; internes : MM. Megnin, Guichard, Benoist (H.) ; externes : MM. Pétroff, Haguier, Pellerat, Mlle Lefèvre, MM. Pierre-François, Vitanyi, Mercadier, Chastagnol, Charpentier.

12. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : M. N... ; internes : MM. Robin, Davioud, Naggiar ; externes : MM. Alphonsi, Depoivre, Laurent, Tulou, Faye, Schaefer, Prunel, Vatner.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Halphen ; assistant : M. N... ; internes : MM. Gaston (A.), Lemaître (Y.) ; externes : MM. Crépon (R.), Pasqualini (P.), Rosenbach, Claudeville (P.), Angyal, Jouffroy (A.).

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps ; assistant : M. N... ; interne : M. Voisin ; externes : MM. Moreno (externe en premier), Badinier, Gallant, Boulenger.

15. Accoucheur : M. Cathala ; assistant : M. N... ; internes : MM. Delorme, d'Escrivan ; externes : MM. Segall (D.), Le Foll (M.), Kohen (J.), Landès (A.), Neveu (A.).

16. *Consultation chirurgie.* — M. Bloch (R.) ; assistant : M. N... ; externes : MM. Foret, Iancovici, Sztejn.

17. *Consultation dentaire.* — M. Mahé ; adjoint : M. Dechaume ; assistant : M. Chapard ; externes : MM. Gout, Hacker.

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Lepennetier, Nadal (fais. fonc.) ; assistants : MM. Nahan, Pelizza, Dubost, Hickel, Kimpel, Buhler, Juster, Giraudeau ; externes : Mme Leblanc, née Desbois, Mlle Ruais, M. Mourgues.

*Annexe Grancher.* — 19. Médecin : M. Babonneix ; assistant : M. N... ; internes : Mlles C. Riom, Wilm ; externes : MM. Vallancien, Boudonnet, Giraudoux, Philippe (L.), Maurage (F.), Mlle Ternois, MM. Gisselbrecht (H.), Simonin (P.).

20. Chirurgien : M. Martin ; internes : M. Graffin, Mlle Delon, M. Reboul ; externes : MM. Benoist (externe en premier), Carrez (externe en premier), Frossant (A.), Du Lac, Liermain (M.), Comte, Mlle Vidal de la Blache.

### Hôpital Broca

1. Médecin : M. Weissenbach ; assistant : M. N... ; interne : M. David (J.) ; externes : MM. Wolinetz, Casalis (G.), Guénin (P.), Zaepffel, Dillange (E.), Darmou (G.), Lichtenberg, Hirsch.

2. *Consultation de blennorragie.* — Externes : M. Michel (J.), Mlle Lauriat.

3. Médecin : M. Tzanck ; assistant : M. N... ; interne : M. Cord (M.) ; externes : MM. Aucler (A.), Boucher (M.), Feuillet (Ch.), de Montis, Negreanu (A.), Garfunkel, Paris (A.).

4. *Service de transfusion.* — Médecin : M. Tzanck ; externes : MM. Boyer (J.), Dezoteux.

5. Chirurgien : M. le Prof. J.-L. Faure ; chefs de clinique : MM. Peytavin, Roy ; chefs de labor. : MM. Bulliard, Douay ; internes : M. de Langre, Mlle Fayot, Mme Stuhl ; externes : M. Rosenfeld, Mlle Pevet, M. Rosenberg, Velez (externe en premier), Manil, Cucherousset, Belletoille.

6. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lehmann ; assistant : M. N...

### Hôpital de la Maternité

1. Accoucheur : M. Le Lorier ; assistant : M. N... ; internes : MM. Amid Medhi, Gorecki ; externes : Mlles Mignon, Poindesault, Mme Marchand.

2. *Maternité nouvelle.* — Interne : M. Lachmann ; externes : Mmes Brézard, Mowszowicz.

### Hôpital Baudelocque

1. Accoucheur : M. le Prof. Couvelaire ; chefs de clinique : MM. Laënnec (F.), (adjoint), Laporte (attaché médical) ; chefs de labor. : MM. Giraud, Lacomme ; interne : M. Lepage ; externes : MM. Daniel (P.), Attal, Lemmet (C.), Mlle Wuest, M. Canale, Mlle Violet (L.), M. Tempier.

2. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : Mme de Bancas.

### Hôpital de la clinique d'accouchements Tarnier

1. Accoucheur : M. le Prof. Brindeau ; chefs de clinique : MM. Bidoire, Bucquoy, Bompart ; chefs de labor. : MM. Cartier, Hanglais ; interne : M. Jarousse ; externes : Mlle Malan (J.), MM. Desrosiers (L.), Lardenois (L.), Rogé (R.), Martini.

### Hôpital Claude-Bernard

1. Médecin : M. le Prof. Teissier ; chefs de clinique : MM. Bourgeois (J.), Layani ; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Pham-Hu-Chi, Gabriel, Friedman (E.) ; externes: MM. Delaroche (J.), du Buit, Germon, Boutakoff, Margout, Rabaté, Tissier, Schwartz, Mlle Hannes, MM. Barouch, Duperrat (externe en premier).

### Bastion 29

1. Médecin : M. Hutinel ; assistant : M. N... ; interne : M. Albeaux-Fernet ; externe en premier : M. Dreyfus (interne fais. fonct. provis. d'externe en premier) ; externes : M. Miliau (M.), Mlle Guignard, MM. Falin, Bourée (J.), Genévrier (R.), André-Mathieu, Vassor (L.), Chalochet (P.).

### Hôpital Andral

1. *Premier service temporaire.* — Médecin : M. Pichon ; externe en premier : M. Bidou (interne f. f. d'externe en premier) ; externes : MM. Legrand, (M.), Beauchef (R.), Babinovici, Oudin (J.), Defougy.
2. *Deuxième service temporaire.* — Médecin : M. Pichon ; externe en premier : Mme Longuet (interne f. f. d'ext. en premier) ; externes : Mlle Patez, MM. Lavergne, Duchemin, Richard.

### Hôpital Trousseau

1. Médecin : M. Lesné ; assistant : M. Lièvre ; interne : M. Guillain (P.) ; externes : Mlles Aghion, Buttner, Salembiez, Epstein, Cotton, Weissberg, M. Gillon.
2. *Service de la diphtérie.* — M. Lesné ; interne : M. Boquien.
3. Médecin : M. Paisseau ; assistant : M. N... ; interne : M. Tournant (P.) ; externes : Mme Gibert, née Corny, MM. Picart (R.), Sicard (P.), Herrenschmidt, Martin (J.-E.), Mlle Chaillot.
4. *Contagieux.* — M. Paisseau ; interne : M. Patey.
5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Oberthur ; internes : MM. Limasset, Roquejoffre, Loutsch ; externes : M. Flori, Mlle Lods, MM. Royer, Raymondaud, Loze, Walther, Mlles Duclaux, Wirz, Lemarchand.
6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Rouget ; assistant : M. N... ; interne : M. Hamon ; externes : MM. Tran-Ba-Huy, Maillard (P.), Gouzé, Sallé, Ceoara.
7. *Consultation médecine.* — M. Janet ; assistant : M. N... ; externe en premier : Mlle Huguet ; externes ; Mme Boulle, Mlles Valette, Kapp, Finkelstène.
8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Prélat ; assistant : M. N... ; externes : MM. Valetta, Wiehn.
9. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle ; assistant : M. Ménard.
10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Mahar ; assistant : M. Damond.

### Hôpital Bretonneau

1. Médecin : M. Guillemot ; assistant : M. Prieur ; interne : M. Louvet ; externes : MM. Lavergne (H.), Chevallier (A.), Martrou (P.), Sifflet, Castany (J.), Fargette (L.).
2. Médecin : M. Grenet ; assistant : M. Isaac (G.) ; interne : M. Mourrut ; externes : MM. Morelle (R.), Nigaud (N.), Guérin (J.-G.), Brault (A.), Marçais (R.), Nobert (C.).
3. Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. N... ; internes : MM. Leroy, Masson, Lardennois ; externes : M. Perrot (R.), (externe en premier), Mlles Thévenot, Latran ; M. Grégoire, Mlles Saguez, Grand, M. Deschamps.
4. Chirurgien : M. Metzger ; assistant : M. N... ; internes : MM. Ghozland, Brouet ; externes : MM. Zeiler (H.), Breitel (H.), Ghozland (L.), Mlle Jeannacopoulo, MM. Bureau (P.), Parent (J.).
5. *Consultation médecine.* — M. Marquézy ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. Boussoulade ; externes : MM. Enquin (B.), Dassencourt, Nguyen, Mlles Margueron, Verlière.
6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch ; assistant : M. N... ; externes : MM. Tarchiani, Eyriès (Ch.), Di Metteo, Baron.
7. *Consultation dentaire.* — M. Izard.
8. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lobligeois ; chef adjoint : M. Torchaussé ; assistant : M. Méry ; externe : Mme Leneman.

### Hôpital Hérold

1. Médecin : M. Armand-Delille ; assistant : M. Lestoquoy ; interne : M. Gavois ; externes : MM. Marcus, Hechter, Boyé, Bayle, Lepeytre, Bruno.
2. Médecin : M. Milhit ; assistant : M. Papaioannou ; interne : M. Fouquet (J.) ; externes : MM. Alaurent, Sachnine (L.), Mlle Jesensky de Nagy, MM. Carniol (J.), de Graciansky, Marlin (P.).
3. *Consultation médecine.* — M. Turpin ; assistant : M. N... ; externe en premier : M. François (R.) ; externes : MM. Rouvert (F.), Leclercq (J.).
4. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Aubry ; externes : MM. Degand, Dennewald.
5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Laquerrière ; adjoint : M. Dimier (fais. fonc.) ; externe : M. Sénéchal.
6. *Consultation dentaire.* — M. Ruppe.

### Maison de Santé

1. Médecin : M. Gautier ; assistant : M. N... ; interne : M. Alpern ; externes : MM. Bretton (R.), Blot (P.), Guillon, Deramond (L.), Bibas (M.), Gués (A.).
2. Médecin : M. Donzelot ; assistant : M. N... ; interne : M. Uhry ; externes : M. Divet, Mlle Morel, MM. Krakowski, Avenier (P.).
3. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. N... ; internes : MM. Beaufils (R.), Menétrel ; externes : MM. Stutensky, Andry, Corrion, Gibon, Champagne, Deroide, Monier.
4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Charlier (A.) ; chef adjoint : M. Ordioni.

Hôpital des Enfants-Assistés

1. Médecin : M. le Prof. Lereboullet ; assistant : M. Lelong ; chefs de clinique : MM. Bohn, Benoist, Baize ; chef de labor. : M. Détrois ; internes : MM. Vanier, Bosquet ; externes : M. Chanel (R.), Mlle Legagneux, MM. Hallé (G.), Longuet (A.), Mme Mollaret, M. Boivin (J.).

2. Chirurgien : M. Veau ; assistant : M. Plessier ; internes : MM. Leroux-Robert, Loiseau (G.), externes : MM. Challiol, Kun, Durand (G.), Desclaux, Moreau.

3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gérard ; assistant : M. N... ; externe : M. Simon (F.).

4. *Consultation dentaire.* — M. Boissier.

Hospice de Bicêtre

1. Médecin : Moreau ; assistant : M. N... ; internes : MM. Deparis, Boudin (G.) ; externes : MM. Faulong (L.), Limasset, Sicard (M.), de Lignières (A.), Herluison (H.), Guichard.

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. N... ; internes : MM. Ribadeau-Dumas, Mauric ; externes : MM. Boquet (P.), Gouget (F.), Monnier (J.), Greif (L.), Tantin ((H.), Boissonnat (P.).

3. Médecin : M. Etienne Bernard ; assistant : M. N... ; interne : M. Klotz (H.) ; externes : MM. Gruner, David-Rubens, Galimard, Lafon, Goldman.

4. Médecin : M. de Gennes ; assistant : M. Thomas ; interne : M. Royer de Véricourt ; externes : MM. Lesauvage, Fleury, Denès, Logeais, Rossano.

5. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. N... ; internes : MM. Devaux, Jonard, Milhiet ; externes : MM. Martinon, Lambert, Gouffier, Lafont, Goulène, Tetran (H.), Mannoni, Marre.

6. *Consultation (Chirurgie).* — M. Toupet ; externe en premier : M. Ferroi (interne fais. fonct. d'externe en premier).

7. Médecin : M. Camus ; interne : Mme Grand.

8. Médecin : M. Maillard ; interne : M. Baillet.

9. *Consultation dentaire.* — M. Richard.

10. *Ophtalmologie* : M. Hartmann.

11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Guénaux.

12. *Service de désencombrement.* — Médecin : M. Moreau ; externes : MM. Caména d'Almeida, Dubos (P.), Auffret (J.), Mlle Cheikh.

13. *Service temporaire.* — M. Moreau ; externe en premier : M. Demartial ; externes : MM. Azoulay, Martin (M.).

Hôpital de la Salpêtrière

1. Médecin : M. le Prof. Guillain ; chefs de clinique : MM. Michaux, Thurel, Bize, Rouquès (L.) ; chefs de labor. : MM. Bertrand, Garcin, Thévenard, Mathieu ; internes : MM. Guyot (J.), Rudaux, Schwob ; externes : MM. Wattez, Duriez (A.), Sexe (J.), Liber (A.), Goby (R.), Astor (A.), Mlle Seiffert (E.).

2. Médecin : M. Crouzon ; assistant : M. Christophe ; internes : Mme Laquerrière, M. Gaucher ; externes : Mlle Dutilleul, MM. Gordet, Antomarchi (V.), Orsoni (P.), Turchini (J.), Rohozinski (L.), Forestier (J.), Ichard, Journe.

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — M. Crouzon ; interne : M. Fabre (G.).

4. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Mathieu ; interne : M. Rault; externes: Mlle Coste, Mme Bourgeois, MM. Netter (H.), Pouyol (J.), Mme Julia.

5. *Service temporaire.* — Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; externes : MM. Ferval, Fulconis.

6. Médecin : M. Léon Kindberg ; assistant : M. N... ; interne : M. Paul (R.) ; externes : MM. Florès, Offret (externe en premier), Tallet, Krug, Mlles Despax, Dubois, M. Reignier.

7. Chirurgien : M. le Prof. Gosset ; assistants : MM. Petit-Dutaillis, Charrier ; assistant médical : M. Gutmann ; chefs de clinique : MM. Funck, Audouin, Lecœur, Jahiel (attaché médical) ; chefs de labor. : MM. Magrou, Rouché ; en surnombre : M. Sicard (interne lauréat, médaille d'or) ; internes : MM. Dufour (A.), Guiheneuc, Benaerts ; externes : MM. Depierre, Mousseaux, Dugrenot, Debelut, Picard, Regard, Luteran, Bigey (externe en premier), Nastorg (externe en premier), Lasceux.

8. Médecin : M. Barbé ; interne : M. Delay (J.).

9. Médecin : M. Vurpas ; interne : M. Corman.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du servic central : M. Bourguignon ; chef adjoint : M. Thibonneau ; assistants : MM. Humbert, Mathieu, Ledoux-Lebard; externe : M. Malmed.

11. *Premier service temporaire (Rougeole).* — Médecin : M. Mouquin ; externe en premier : M. Stewart (interne faisant fonct. prov. d'externe en premier) ; externes : MM. Moulle, Martinot, Piraud, Charousset.

12. *Deuxième service temporaire.* — Médecin : M Garcin ; externe en premier : M. Israël (interne fais fonct. prov. d'externe en premier) ; externes : MM Callot (J.), Béranger, Buisson (G.), Trotot, Buttin. Evrard.

13. *Consultation dentaire.* — M. Guilly ; adjoint : M. Sassier.

(*A suivre.*)

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours de stomatologie.** — M. le Docteur Léon Frey, chargé de cours, a commencé le cours de stomatologie, le samedi 5 mars 1932, à 17 heures (salle des thèses, n° 2), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ce cours comportera quinze leçons d'une heure et demie. Les séances de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées.

Objet du cours : Pathologie dentaire.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier** (Professeur : M. Brindeau.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale*, par MM. les Docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Paul Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Vaudescal, agrégé ; Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, Jacquet, de Peretti, Suzor, anciens chefs de clinique ; Bidoire, Bompart, Bucquoy, chefs de clinique ; de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 19 mars 1932, et comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Samedi 19 mars, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 heures : Leçon par le Professeur Brindeau ; 16 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Diagnostic de la grossesse au début (Vaudescal).

Lundi 21 mars, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons (Bucquoy) ; 16 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Indications du forceps : forceps sur le sommet (Bidoire).

Mardi 22 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des nourrissons (Jacquet) ; 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur Brindeau ; 16 heures : Visite du musée (de Manet) ; 18 heures : Le forceps sur la face, le front et le siège (Suzor).

Mercredi 23 mars, 9 h. 3/4 : Conférence clinique par M. Chevallier, agrégé (hôpital Cochin) ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Extraction du siège (Bompart).

Jeudi 24 mars, 9 h. 1/2 : Leçon clinique par M. Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Procidence du cordon (Bidoire).

Vendredi 25 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Le placenta prævia (de Peretti).

Samedi 26 mars, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Traitement de l'infection puerpérale (Suzor).

Mardi 29 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des nourrissons (Jacquet) ; 10 h. 1/2 : Présentation de malades par le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège ; 18 heures : Les pyélonéphrites gravidiques (Bucquoy).

Mercredi 30 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Fibrome et puerpéralité (Bompart).

Jeudi 31 mars, 9 h. 1/2 : Opérations gynécologiques. Consultations des nourrissons ; 16 heures : Exercices pratiques : La version ; 18 heures : Traitement de l'éclampsie (Lantuéjoul.)

Vendredi 1er avril, 9 h. 1/2 : Présentations de malades, maternité de l'hôpital Bretonneau (service de M. Metzger, agrégé) ; 16 heures : Exercices pratiques : Les embryotomies ; 18 heures : Tuberculose et grossesse (Desoubry).

Samedi 2 avril, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau ; 18 heures : Conduite à tenir dans la délivrance normale et pathologique (Vaudescal).

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— **Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.** (Professeur : M. M. Laignel-Lavastine.) — M. le Professeur M. Laignel-Lavastine continue son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le lundi à 17 heures au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Sujet du cours : Histoire de la syphilis.

Après les vacances de Pâques, le Professeur Laignel-Lavastine fera deux ordres d'enseignement. Il dirigera des manipulations bibliographiques et des conférences-promenades.

*Programme des manipulations bibliographiques.* — Lundi 2 mai, à 17 heures, au Petit amphithéâtre : 1re manipulation « Des manuscrits ». — Lundi 9 mai, à 17 heures, au Petit amphithéâtre : 2e manipulation « Des imprimés ». — Lundi 23 mai, à 17 heures, au Centre international de synthèse, 12, rue Colbert, « Principe de la bibliographie générale des imprimés ». — Lundi 30 mai, à 17 heures, à l'Institut bibliographique, 48, rue du Docteur-Blanche « Technique bibliographique moderne ».

*Programme des conférences-promenades* : Ces conférences auront lieu les 2e et 4e dimanches de mai et juin à 10 h. 1/2 du matin.

1re conférence, 8 mai : Infirmerie de Saint-Lazare, (Lieu de réunion : angle du faubourg Saint-Denis et du boulevard Magenta) ; 2e conférence 22 mai : Faculté de médecine. (Réunion dans la galerie d'entrée) ; 3e conférence 12 juin : Val-de-Grâce. (Réunion dans la cour d'honneur) ; 4e conférence 26 juin : Hôtel-Dieu. (Réunion dans le péristyle).

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres et dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon Bernard.) — *Tableau de l'enseignement.* — Lundi, à 9 heures : Pneumothorax artificiels compliqués (Dr Triboulet, chef de clinique). Expertises militaires pour la tuberculose (Dr Lamy, chef de clinique). — Lundi à 14 h. 30, au dispensaire : Policlinique par les chefs de clinique ; service médico-social, par le Dr Baron, assistant. — Mardi, à 10 h. 30 : Examen des malades du service par le Professeur (salle des conférences de la clinique). — Mercredi, à 9 h. 30 : Pneumothorax artificiels simples (MM. les Drs Tri-

BOULET, POIX et VALTIS). Examen radioscopique des malades du service, par le Dr MAINGOT, radiologiste de l'hôpital Laënnec. — Mercredi, à 11 heures : Leçon clinique, par le professeur. — Jeudi à 9 h. 30, au dispensaire : Policlinique avec examens radioscopiques ; prophylaxie anténatale de la première enfance, par le professeur ; service médico-social, par le Dr BARON. — Vendredi, à 10 heures, à la crèche Landouzy : Clinique et prophylaxie post-natale de la première enfance, par le professeur et le Dr Lamy, chef de clinique. — Samedi, à 9 h. 30, au dispensaire : Sélection des malades de préventorium et de sanatorium, par le Dr André MARTIN. Policlinique avec examens radioscopiques, par le professeur et les chefs de clinique. Service médico-social par le Dr BARON ; à 10 heures : Leçon clinique par le Dr E. RIST, médecin de l'hôpital Laënnec.

*Cours complémentaires.* — 1° Cours sur les traitements chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire : Du 4 au 16 avril, un cours de vingt leçons sur la chirurgie de l'appareil respiratoire, sera fait sous la direction du Dr PROUST, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec, dans son service ; une affiche en publiera ultérieurement le programme détaillé ; à partir du 12 mai, le Dr MAURER, chirurgien des hôpitaux, fera les jeudis, à 10 heures, six leçons sur la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (salle des conférences de la clinique). — 2° Cours sur la biologie et la pathologie de la tuberculose ; cours combiné avec l'Institut Pasteur (tuberculose) : Du 13 juin au 10 juillet, un cours de vingt leçons avec travaux pratiques sera donné à l'Institut Pasteur et à la clinique, sous la direction de MM. CALMETTE et Léon BERNARD. Une affiche en publiera ultérieurement le programme détaillé.

— **Puériculture** (2e partie). — M. B. WEILL-HALLÉ, chargé du cours, a commencé son enseignement à l'Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes (XVe) le jeudi 10 mars, à 16 heures, et le continuera les jeudis suivants, avec la collaboration de MM. PINARD et TURPIN, médecins des hôpitaux ; LACOMME, accoucheur des hôpitaux ; LE MÉE, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital des Enfants-Malades ; FREY, chargé de cours de stomatologie à la Faculté ; CAVAILLON, chef du service antivénérien à l'Office national d'hygiène ; LECLAINCHE, chef de service à l'Office national d'hygiène ; VITRY et HALLEZ, anciens chefs de clinique et TRÊVES, ancien interne des hôpitaux.

Le jeudi à 16 heures (M. B. WEILL-HALLÉ) : 31 mars : Hygiène scolaire. Rôle du médecin et de l'infirmière scolaire. La fiche ou le carnet de santé. — 7 avril : Hygiène scolaire. Prophylaxie générale des maladies contagieuses. — 14 avril : Prophylaxie de la rougeole et de la coqueluche. — 21 avril : Prophylaxie de la diphtérie. — 28 avril : Prophylaxie de la scarlatine et des oreillons. — 12 mai : Prophylaxie de la variole. Vaccine et vaccination. — 19 mai : Prophylaxie médicale de l'hérédo-syphilis. — 26 mai : Prophylaxie sociale de l'hérédo-syphilis. — 2 juin : Prophylaxie de la tuberculose. Méthodes générales. — 9 juin : Prophylaxie de la tuberculose. Vaccination précoce et tardive par le B. C. G.

Le jeudi à 17 heures, *conférences complémentaires* : 31 mars : Protection de l'enfant séparé. Enfant placé par la famille. Contrôle légal. Loi Roussel. — 7 avril : Protection de l'enfant séparé. Enfants abandonnés ou assistés. Œuvres préventives d'abandon. Placement familial surveillé. — 14 avril : Hygiène scolaire. Le bâtiment et le matériel. — 21 avril : Œuvres scolaires et parascolaires. Organisation médico-sociale de l'hygiène mentale. — 28 avril : L'orthodontie et la prophylaxie de la carie dentaire. — 12 mai : L'orthophonie. Les vices de phonation et d'éducation respiratoire. — 19 mai. L'orthacousie. Prophylaxie de la surdité et dépistage des troubles de l'audition. — 26 mai : L'orthopie. Correction du strabisme. Dépistage des troubles de la vision et prophylaxie de la myopie. — 2 et 9 juin : L'orthopédie. Les périodes dangereuses de l'enfance. Le rachitisme tardif. Les attitudes vicieuses.

— **Thèses.** — Mardi 23 février. — Jury : MM. Balthazard, Carnot, Tanon, Piédelièvre. — M. ROBINE Paul : Les hémorragies dans les orifices d'entrée des coups de feu. — M. LITANER : Les purpuras aigus hémorragiques avec syndrome agranulocytaire au cours du traitement antisyphilitique. — M. HOMSY : Historique de la peste en Egypte. — M. LEFEBVRE : Tétraéthyle de plomb et atmosphère des villes. — M. PÉRILMAN : Les résultats de la vaccination antivariolique obligatoire (loi 1902), à Paris et dans le département de la Seine depuis la guerre 1914-1918.

Mercredi 24 février. — Jury : MM. Léon Bernard, Lemierre, Loeper, Moreau. — M. PELLE Jean : Etude du pronostic des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. MINOT : L'éventration diaphragmatique, manifestations cardio-pulmonaires. — M. AUCHMAN : Le mésothorium dans les périviscérites. — M. BADER Léon : La rupture spontanée des ascites. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Nobécourt, Portes. — M. GRUNFELD : Etude clinique des perforations des ulcères gastro-duodénaux. — Mme FREJMAN D. : Maladie de Still chez l'enfant.

Jeudi 25 février. — Jury : MM. Claude, Laignel-Lavastine, Rathery, Olivier. — M. FRYSZMANN : Etude de la malariathérapie de la paralysie générale chez la femme enceinte. — M. BAIL Pierre : Un chirurgien urologiste du XVIe siècle, Pierre Franco. — M. CONSTANTINIDES : Essai sur la médecine synthétique (doctrines et méthodes). — M. FREJMAN : Obésité insulinienne.

Samedi 27 février. — Jury : MM. Cunéo, Pierre Duval, Lenormant, Terrien. — M. MOYSE Pierre : Etude des formes tumorales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin. — M. SANDBRAND : La fermeture intra-péritonéale des fistules et anus contre nature (procédé du Professeur Pierre Duval). — M. BRUMBERG : Les torsions aiguës et subaiguës du testicule et de ses annexes chez les enfants et les adolescents. — M. MORANCÉ Pierre : De la chorio-rétinite chez les malades atteints de kératite interstitielle d'origine syphilitique.

*Vétérinaires.* — Jeudi 25 février. — Jury : MM. Desgrez Jeannin, Nicolas, Robin, Lesboueyries, Maignon. — M. MOUROT : Phénols urinaires, sulfo et glycuron conjugaison. Indoscylurie et glycuronurie. — M. BITTNER : Hypocalcémie aiguë de parturition. Son traitement.

Vendredi 26 février. — Jury : MM. Gosset, Lemierre, Bresson, Coquot, Lesbouyries, Panisset. — M. CHEYBANI : Etude classique du mal du garrot chez le cheval. — M. COHEN : La pasteurellose du lapin et le traitement par l'autovaccin.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital de la Pitié.** — Le samedi, à 10 h. 30, dans le service du Professeur Loeper, M. Jean Ollivier, ancien chef de clinique à la Faculté, fait une consultation pour les maladies des glandes, avec examen de malades et directives thérapeutiques.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux** (nomination). — *Epreuve d'électrologie.* — Séance du 20 février. — MM. Nadal, 14 ; Moutard, 13 ; Busy, 14 ; Foubert, 12, Le Goff, 13 ; Ordioni, 12 ; Marchand et Devois, 14.

*Electrodiagnostic.* — Séance du 26 février. — MM. Nadal, Marchand et Le Goff, 15 ; Foubert, 13.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Un concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux sera ouvert le jeudi 2 juin 1932. Inscriptions : du 6 au 18 mai inclus.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr G. Lagardère, de la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne) ; du Dr Roby, de Marennes ; du Dr Nicolleau, des Sables-d'Olonne.

— **VIIe Congrès de médecine légale de langue française.** — Ce congrès se tiendra à Paris, en fin de mai prochain ou au début de juin.

*Composition du Bureau.* — Président, M. Raviart, de Lille ; vice-président : MM. Georges Bourgeois, Cortedout et Heuyer, de Paris ; secrétaire général, M. Piédelièvre, de Paris.

Des rapports seront présentés : par M. Etienne Martin, de Lyon, sur les lésions du foie dans la submersion ; par M. Naville, de Genève, sur un sujet réservé ; par M. Genil-Perin, de Paris, sur la psychanalyse en médecine légale.

— **Jules Baretta.** — Qui ne connaît le splendide Musée dermato-syphiligraphique de l'hôpital Saint-Louis, le plus beau du monde ? Il est l'œuvre de Jules Baretta, décédé à Paris, le 4 mai 1923, emportant son secret dans la tombe.

Milian a publié sur cet artiste une très belle étude dans *Paris médical*, et reprise dans nos numéros des 17 et 20 avril 1924. Cet auteur signale, chose peu connue, que Baretta est un de nos compatriotes. Nous avons fait tout récemment des recherches à ce sujet et nous avons trouvé que Jules Baretta est né à Anvers le 27 février 1834, fils de M. Baretta et de Catherine Janssens. A l'âge de 12 ans, il est venu avec ses parents se fixer à Ixelles, rue Victoire, 39, devenue depuis rue de Dublin. Dans son étude sur Baretta, Milian signale qu'il s'est rendu à Paris très jeune et que son père l'y envoya chez un ouvrier bijoutier pour y apprendre la gravure ; que c'est là, que Baretta prit le goût du dessin et qu'il se forma. A la vérité, nous retrouvons, dans les archives, que Baretta est fils de bijoutier et que toute la famille Baretta est une famille de bijoutiers anversois ; par conséquent, en se rendant à Paris, chez un bijoutier, il n'a fait que continuer les traditions artisanales de la famille. C'est en 1849 exactement que Jules Baretta est parti pour Paris, mais après la guerre franco-allemande, il revint en Belgique, où il vint chercher un certificat de nationalité pour passeport, à l'administration communale d'Ixelles, le 20 juin 1871.

Voilà donc un fait bien établi et nous aimons que nos compatriotes sachent que le merveilleux musée que viennent voir à Paris les dermatologistes du monde entier est l'œuvre d'un Belge. Nous ne contestons pas un seul instant, bien entendu, qu'il n'ait fait de la France sa patrie d'adoption, et, comme toute vie d'artiste comporte souvent de l'amertume qui n'est d'ailleurs pas sans grandeur, nous pouvons dire que Baretta est mort pauvre. Il passa sa dernière année dans un petit appartement au quatrième étage du boulevard Voltaire où il vivait seul, avec 200 francs par mois que lui faisait l'Assistance publique de Paris.

Milian, dans l'étude qu'il fit peu de temps après la mort de l'artiste, déplorait cet état de choses et proposait de donner à ce musée le nom de son créateur, associé à celui de son initiateur : le Musée Lailler-Baretta.

Bernard.

(*Bruxelles médical*).

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

de sexologie a exposé le but scientifique de la Société de sexologie ; M. Justin Godart, président d'honneur de l'A. E. S., a décrit l'importance sociale d'une Société de sexologie ; M. Toulouse, président de l'A. E. S., a exposé la question : La Société de sexologie, conseil technique de l'Association d'études sexologiques ;

Enfin M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, a prononcé un discours ; M. Christian Champy, secrétaire général de la Société de sexologie, a dans un brillant exposé décrit «les caractères ambosexuels. »

Les *communications* suivantes étaient inscrites à l'ordre du jour : M. Eugène Apert : Quelle est l'époque de l'année la plus propre à une bonne conception ? — MM. Toulouse et Courtois : Influence du sexe sur certaines formes de troubles mentaux. — Mlle Eudoxie Bachrach et M. Georges Morin, présentés par M. Henri Laugier : Essai du son sur l'excitabilité génitale du chat (avec projections cinématographiques). — M. Paul Schiff : Sur une forme grave d'impuissance sexuelle : Impuissance et Basedow. — Mlle D. Weinberg : Contribution à l'étude expérimentale de quelques différences de caractère chez les garçons et les filles. — M. H. Simonnet : Rapports endocriniens entre le lobe antérieur de l'hypophyse et les glandes sexuelles. — M. Marcel Moine, présenté par M. Toulouse : Mortalité générale suivant le sexe (avec projection de graphiques). — M. Christian Champy : Les phénomènes d'inhibition par les glandes génitales sur sur le plumage des oiseaux.

La plupart de ces communications seront reportées en tête de l'ordre du jour de la séance suivante.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
## (Le Sou médical)

*Admissions prononcées par le Conseil dans sa réunion du 8 mars 1932.*

MM. les Docteurs :

9.634 Mallet, Bayonne (Basses-Pyrénées), Syndicat des Basses-Pyrénées.
9.635 Küss, Montélimar (Drôme), Syndicat de la Drôme.
9.636 Mazier, Carvin (Pas-de-Calais). Parrains : Drs Duchesne et Gassot.
9.637 Lebeuf, Loches (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
9.638 Débu, Cambrai (Nord), Syndicat de Cambrai.
9.639 Dollard, Sète (Hérault), Syndicat de Sète.
9.640 Verin, Caudry (Nord). Parrains : Drs Herlemont et Vaille.
9.641 Guillon, 14, rue Castagnary, Paris. Parrains : Drs Vimont et Boudin.
9.642 Joly, Oran (Oran), ancien membre de la Ligue.
9.643 Padovani, 74, rue Vaneau, Paris. Parrains : Drs Lecœur et Porcher.

9.644 Frinault, Laigle (Orne), Syndicat de Mortagne.
9.645 Ronchot, Tunis (Tunisie), Syndicat français de Tunis.
9.646 Demay, Asile de la Maison Blanche (S.-et-O.), Association des médecins des Etablissements d'aliénés.
9.647 Planson, 164, rue de Courcelles, Paris, Syndicat de la Seine.

Ces admissions seront définitives 15 jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation (art. 6 des statuts).

# CORRESPONDANCE

## Accidents du travail

**1462. — L'ouvrier qui reçoit des pourboires bénéficie-t-il de la loi sur les accidents du travail ?**

Que pensez-vous de la prétention de la Compagnie d'assurances X... qui, dans l'affaire V..., devant venir le 16 mars devant la Cour de renvoi d'Orléans, entend reprendre un moyen sur lequel la Cour de Bourges ne s'était prononcée, à savoir que le patron, le meunier, n'était pas responsable de l'accident, attendu que le charretier recevait des pourboires — comme tous ses collègues d'ailleurs — pour monter les sacs dans la chambre à farine du boulanger.

A Paris l'usage peut être différent. Il y a des portefaix professionnels, non-charretiers, mais dans notre région tous les charretiers livrent à l'endroit indiqué par le boulanger. Et si un meunier se refusait à livrer ainsi, son concurrent prendrait sa place.

Bien qu'il s'agisse là d'une question d'hygiène plutôt que de jurisprudence générale, je suis certain en m'adressant à vous d'avoir des indications utiles à défaut même, ce qui me surprendrait, d'une documentation précise.

**Réponse**

La jurisprudence de la cour de Cassation décide que, pour que la loi du 9 avril 1898 soit applicable, il faut qu'il existe entre le chef d'entreprise et la victime un louage d'ouvrage, ou de services régulier, en vertu duquel l'ouvrier se trouve sous la dépendance du patron et travaille sous sa direction, en exécutant les ordres reçus.

La question des pourboires et du salaire n'intervient que pour déterminer la base, soit de l'indemnité temporaire, soit de la rente.

Dans votre cas présent, du moment où V... était au service d'un patron, dont il recevait des ordres qu'il devait exécuter, peu importe qu'il reçoive des pourboires, lesquels n'étaient que le complément du salaire en argent, ou en nature qu'il recevait de son chef d'entreprise.

Un arrêt de Cassation (requêtes) du 9 décembre 1931 (*Gaz. Pal.*, 11 janvier 1932) a appliqué

ce principe à un chauffeur de taxi : la loi de 1898 n'est pas applicable, lorsqu'il est démontré que le propriétaire d'une automobile, conduite par lui le jour et laissée la nuit au libre usage d'un chauffeur pour l'aider à vivre, n'est pas responsable d'un accident survenu à ce dernier, alors que celui-ci ne devait aucun compte au propriétaire de l'auto, ni de son temps, ni de ses gains, qu'il ne recevait aucun ordre, agissant en pleine indépendance, sans surveillance, ni contrôle, versant seulement au propriétaire un prix de location de sa voiture.

*A contrario*, il a été maintes fois jugé que le loueur de taxis, qui remet ses voitures à des chauffeurs, pour les utiliser, moyennant une rétribution appelée « à la moyenne » est responsable des accidents du travail, car on considère qu'il existe entre les parties un contrat de travail, déterminé par un lien de subordination, car si les chauffeurs jouissent dans leur travail d'une certaine liberté, imposée par la profession même, il n'en existe pas moins généralement entre les parties un lien de subordination, qui caractérise les rapports de commettant et préposé (Tribunal civil de la Seine, 1er mai 1931 ; *Gaz. Pal.*, 1931.2.225 ; Trib. paix Levallois-Perret, 4 février 1931, *Gaz. Pal.*, 1931. 1.592 et sur appel Trib. civ. Seine, 17 juillet 1931, *Gaz. Pal.*, 1931.2.554).

Dr Paul Boudin.

### 1558. — Rachat de la rente d'un accidenté du travail

Je désirerais avoir un renseignement concernant un blessé d'accident du travail. Il a 600 francs de pension pour incapacité partielle permanente. Peut-il obtenir le versement d'un capital ? Jusque quelle somme de pension peut-on obtenir le versement d'un capital ? Le blessé a 30 ans environ.

Dr S.

**Réponse**

Conformément à l'art. 9 de la loi sur les accidents du travail, lors du règlement définitif de la rente viagère après le délai de révision prévu à l'art. 19, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de cette rente calculée d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la Caisse de retraites pour la vieillesse, lui soit attribué en espèce.

D'autre part, en vertu du dernier alinéa de l'art. 19, les demandes de cette nature doivent être portées devant le tribunal au plus tard dans le mois qui suit l'expiration du délai imparti pour l'action en révision.

Nous vous rappelons que le délai de l'action en révision est de trois ans à compter de l'accord intervenu entre les parties et la décision judiciaire passée en force de chose jugée, lorsqu'il y a eu attribution de rente comme dans l'espèce.

Si votre client se trouve encore dans les délais utiles pour agir, c'est-à-dire si moins d'un mois s'est écoulé depuis l'expiration du délai de révision, et s'il peut justifier d'un intérêt légitime pour obtenir le versement du quart du capital nécessaire à l'établissement de sa rente, il peut solliciter l'assistance judiciaire afin qu'il soit statué sur sa demande, par le tribunal qui a déjà connu de l'instance en attribution de rente.

## Application du Tarif des accidents du travail

### 1428. — Courants de haute fréquence

Voulez-vous être assez aimable de me donner un renseignement que je sollicite de vous parce que abonné au *Concours* depuis de nombreuses années : pour traitement d'un blessé par les courants de haute fréquence j'ai compté d'après la majoration portée à la fin du chapitre VI :

20 francs + 50 % de 20 francs soit 30 francs la séance ; la Compagnie d'assurances conteste et dit que le prix est de 20 francs seulement. Qui a raison ?

Dr S.

**Réponse**

Voir : art. 26-V : « Traitement comprenant l'électrisation, etc., haute fréquence... » chaque 15 francs. Ajoutez 50 % de majoration = 22 fr. 50 et non 30 francs comme vous aviez mis, ni 20 francs comme le propose la Compagnie.

Dr F. Decourt.

### 1230. — 1° Appareil provisoire 2° Surveillance prolongée

Membre du Sou médical je sollicite son avis à propos d'un différend avec une assurance au sujet d'un accident du travail.

Il s'agit d'une fracture de jambe. Appelé d'urgence sur le lieu de l'accident, je confectionne, avec des moyens de fortune, un appareil de contention. Je mets le blessé dans ma voiture et le transporte chez le patron à 1.500 mètres où je fais un appareil plâtré de marche de Delbet. Ma note était comme suit :

| | |
|---|---|
| Certificat descriptif ................ | 10 francs. |
| Appareil provisoire ............... | 50 francs. |
| Appareil plâtré fracture de jambe ... | 150 francs. |

Or, l'assurance conteste les 50 francs de l'appareil provisoire sur cette remarque que c'est le même médecin qui a fait l'appareil provisoire et le définitif.

Au cas où elle aurait raison puis-je compter une visite prolongée, le transport à 1.500 mètres du blessé chez son patron, comme vous le dites page 128 de l'Agenda 1931.

Dr B.

**Réponse**

1° Voir note 1 de l'article 18, où il s'agit de 50 francs dus pour « appareil provisoire en vue

d'une réduction ultérieure par *un autre* médecin ».

2° La surveillance prolongée n'est due que « dans l'éventualité de complication menaçant la vie » du blessé (article 6). Je ne vois pas cette éventualité dans le cas d'une fracture de jambe.

Dr F. DECOURT.

## Questions médico-militaires

### 6354. — Droit à la carte et à l'allocation du combattant

J'ai fait pendant la guerre 18 mois de front, ai-je droit à la carte et à la retraite du combattant, je le pense : quelles démarches dois-je faire ? Pourriez-vous me renseigner à ce sujet et m'excuser si je vous pose une question qui a déjà dû vous être posée à maintes reprises, mais je n'ai trouvé nulle part d'indication à ce sujet.

Dr G.

**Réponse**

Si vous avez passé 3 mois au moins de votre séjour au front, dans un corps de troupe, ou dans une formation sanitaire de *division*, vous avez droit à la carte de combattant, puis à l'allocation de combattant, à partir de 50 ans.

Démarches à faire :

1° Si vous appartenez encore aux cadres des médecins de réserve, adressez votre demande de carte de combattant à votre Directeur du Service de santé.

2° Si vous êtes dégagé de toutes obligations militaires, c'est au chef du bureau des Archives administratives du ministère de la Guerre, boulevard Saint-Germain, Paris 7e, qu'il faut écrire. Ici, la signature doit être légalisée et vous devrez indiquer exactement votre bureau de recrutement, votre classe de recrutement, ainsi que votre numéro matricule si possible, avec détails sur votre *curriculum vitæ* pendant la guerre.

### 6470. — Droits de la veuve d'un pensionné militaire

Un ancien gendarme, âgé de 48 ans, retraité proportionnel après quinze ans de service touchait par an :

Retraite proportionnelle militaire : pension principale, 2.577 fr. Relèvement de base, 3.102 fr., au total : 5.679 fr. par an.

D'autre part ce même gendarme, gazé pendant la guerre, était pensionné et depuis octobre dernier sa pension avait été portée à 100 %.

Il vient de mourir laissant une veuve de 39 ans et un enfant de 7 ans.

Quels sont les droits de la veuve en ce qui concerne : 1° la part sur la retraite militaire ; 2° la pension de veuve de guerre.

On dit qu'elle doit opter pour l'une ou l'autre et non cumuler. Est-ce exact ?

A combien s'élève le montant de sa part de veuve sur la retraite militaire? Le mari touchait un total, de ce chef, 5.679 fr. par an ?

A combien s'élève actuellement la pension de veuve de guerre (mari décédé du fait de la guerre et pensionné à 100 %) ?

A combien s'élève la majoration due à l'enfant ?

Au cas où la mère serait obligée de choisir entre les deux pensions, l'enfant continuera-t-il à toucher la même majoration jusqu'à 18 ans *quel que soit le choix fait* par la mère ?

Quelle option semble la plus avantageuse pour le présent et offrant le plus de sécurité pour l'avenir ?

Dr L.

**Réponse**

La veuve de ce gendarme, décédé titulaire d'un e pension proportionnelle, aura droit de ce fait, à une pension égale à 50 % de la pension proportionnelle, et chaque orphelin à une pension égale à 10 % de cette pension, jusqu'à l'âge de 21 ans.

D'autre part, si le gendarme est décédé en possession d'une pension de 100 %, sa veuve (à condition que le mariage ait été antérieur à l'origine ou à l'aggravation de la maladie, origine de la pension d'invalidité) a *en plus* droit à une pension de veuve du taux de soldat, fixée actuellement à 1.560 francs (taux de révision) ou bien à 2.400 francs (si le militaire est décédé de la maladie, origine de la pension). *Ces deux pensions se cumulent. Toutefois*, la veuve peut en remplacement de ces pensions cumulées, *opter* pour la pension d'invalidité fixée par la loi sur les pensions d'invalidité ; qu'elle se renseigne à ce sujet à l'Intendance des Pensions ; elle n'y aurait pas avantage.

Les orphelins peuvent opter aussi pour leur majoration d'orphelin d'invalide = 1.028 fr. par an jusqu'à l'âge de 18 ans, ou leur pension d'orphelin de retraité proportionnel, 10 % de la pension de veuve (jusqu'à 21 ans).

---

**6538. — Pension temporaire, suppression**

Il s'agit d'un homme gazé durant la guerre ; il a d'ailleurs son billet d'hôpital et son certificat d'origine.

En 1929, le 5 février, il passe devant la commission de réforme de B. qui le pensionne à 10 % pour conjonctivite.

Le 16 juillet 1930 il est convoqué à nouveau devant la commission de B. Il avait fait une nouvelle demande de pension pour bronchite.

Examiné le 16 *juillet* 1930, il est pensionné à 10 % pour bronchite.

Le 18 janvier ne voyant pas venir de borde-

reau de payement il réclame à la direction du Service de santé à B. le moyen de toucher la pension à lui octroyée le 16 juillet. On ne lui répond pas, mais on le convoque le 28 janvier. On le fait passer à la radio le 6 février ; il passe de nouveau le 27 février devant la commission qui lui supprime la pension accordée le 16 juillet.

Je vous serais extrêmement obligé de bien vouloir me dire : si le fait d'avoir été pensionné le 16 juillet n'entraîne pas le droit à toucher la pension durant deux ans, terme assigné me semble-t-il pour une nouvelle visite.

2° S'il n'y a pas abus d'autorité des bureaux en convoquant pour une nouvelle visite le 28 janvier 1931, un homme pensionné le 16 juillet 1930 soit six mois auparavant.

Je vous serais également obligé de me dire ce qu'il conviendrait de faire dans ce cas particulier ; et s'il faut s'adresser au tribunal des pensions et dans ce cas la marche à suivre. Dr C.

**Réponse**

Une pension temporaire est accordée pour deux ans, à moins que l'intéressé n'ait été réformé temporairement, auquel cas elle est accordée pour un an.

Si, au cours de cette période de deux ans, survient une nouvelle visite pour aggravation (apparition dans le cas particulier, d'une nouvelle infirmité), le taux d'aggravation est dû à l'intéressé mais *seulement* jusqu'à la fin de cette période biennale.

Quelle qu'ait été la demande adressée par l'intéressé le 18 janvier 1931 à la Direction du Service de santé, il devait *normalement* être convoqué dans les six derniers mois de la période biennale devant une Commission de réforme pour fixer son nouveau taux d'invalidité pour une période biennale *nouvelle à partir du 5 février* 1931. A cette *nouvelle* commission, son taux d'invalidité ayant été reconnu *inférieur à* 10 %, la pension lui a été supprimée légalement, puisqu'une infirmité doit, pour être indemnisée, avoir été évaluée à un taux *d'au moins* 10 %.

Si ce nouveau taux, fixé à moins de 10 %, le 27 février 1931 est jugé insuffisant par l'intéressé, quil adresse au Médecin-chef du Centre de réforme, une nouvelle demande de visite pour aggravation (avec certificat médical d'aggravation) ou qu'il se mette en instance devant les Tribunaux de Pensions, quand il sera en possession du rejet ministériel (Il bénéficiera pour cela d'un délai de 6 mois à partir du jour où il aura reçu cette notification de rejet.)

**6551. — Père de 4 enfants. Fin des obligations militaires**

Né en novembre 1891, parti en octobre 1911 (avec un an d'avance sur ma classe), médecin-lieutenant, j'ai 4 enfants.

Je suis menacé pour 1932 d'une période que j'ai refusée en 1931 et vous m'avez donné le conseil, pour l'éviter, de donner ma démission (2e réserve).

Redevenant homme de troupe, je voudrais savoir :

*a*) de combien d'années (1 ou 2 ) majore chaque enfant ;

*b*) jusqu'à quel âge est-on mobilisable en cas de guerre ou pour une période d'homme de troupe ?

On m'a dit « 2 années par enfant » : ce qui me ferait 8 années de majoration et 48 ans, âge limite de mobilisation. Je viens d'avcir 40 ans ; je ne serais donc plus mobilisable dès maintenant.

Dr X.

**Réponse**

Le nombre de six enfants, seul, vous dégage aussitôt de toutes obligations militaires. Un nombre inférieur d'enfants à partir de 3, vous met aussitôt dans la plus jeune classe de la 2e réserve ; 4 et 5 enfants vivants vous mettent dans la classe la plus âgée de la 2e réserve, *mais* vous y attendez alors que votre classe soit libérée ; cette situation ne vous libère pas, par anticipation, de toute obligation militaire.

C'est la classe 1902 qui a été libérée le 15 oct. 1931 et vous marchez avec la classe 1911.

---

**6741. — Questions diverses**

1° Un jeune homme réformé temporairement pendant 3 années consécutives et classé la 4e année dans le service auxiliaire doit-il accomplir son service militaire ? Si oui, sera-t-il soldat pendant l'année règlementaire ?

2° Un mutilé DE GUERRE atteint de cholécystite (Para A contractée pendant les hostilités), réformé avec pension à 10 %, a-t-il droit aux soin gratuits à l'établissement thermal de Vichy ? Quelles sont les formalités à accomplir ? A-t-il drcit au voyage gratuit ? Etant donné qu'il était sergent, dans quelle classe des Thermes doit-il être soigné ?

3° Un mutilé de guerre (20 %) — fracture de l'humérus par EO — qui depuis 1919 n'a pas présenté d'accident est atteint d'une poussée d'ostéite et phlegmon. Il ne s'est jamais procuré de carnet de soins.

Opéré d'urgence, a-t-il droit, *sans carnet*, aux soins médicaux ?

Une demande de carnet a été faite d'urgence par la mairie, avec lettre justificative à la Préfecture.

Après huit jours d'attente, le carnet n'est pas encore venu.

Les soins donnés dans l'intervalle peuvent-ils être donnés et justifiés par des bons de visite et de pansements à détacher quand il sera arrivé ?

4° Un mutilé reçoit des soins presque quotidiens ; le carnet est presque épuisé. La demande à la Préfecture exige 8 jours pour obtenir satisfaction.

Le mutilé doit-il supporter les frais de visite et de médicaments pendant la période intercalaire nécessitée pour la délivrance d'un nouveau carnet ?

Dr D.

**Réponse**

1° Les jeunes gens qui, lors du *troisième* examen par le Conseil de révision, sont reconnus aptes au service armé ou au Service auxiliaire, font un an de service. Les autres sont définivement exemptés (art. 21 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement).

Cependant, si l'intéressé relève d'une classe antérieure à 1928, bref justiciable encore de la loi du 1er avril 1923 , il a dû subir un 4e examen et, s'il a été à ce moment classé S. A. ou S. X., il est incorporé pour six mois de service (art. 22 de la loi de 1923).

2° Ce pensionné de guerre a droit aux soins thermaux pour la maladie, cause de la pension. S'il obtient, après demande, le passage devant une Commission de réforme, le bénéfice de l'hospitalisation, il sera hospitalisé à l'hôpital militaire et traité directement à cet établissement.

3° Le point de départ des soins gratuits (art. 64) est strictement fixé au jour de l'inscription par la mairie sur la liste des bénéficiaires de l'art. 64. Le carnet de soins ne pourra pas être utilisé d'une manière *rétroactive*. Il y aurait lieu, en ce cas de soumettre le relevé des soins pour la blessure de guerre, à la Commission de contrôle départementale, qui *statuera* ou, le cas échéant, ensuite à la Commission supérieure du ministère des Pensions.

4° Evidemment, le bénéficiaire de soins gratuits ne peut supporter les effets de ce retard, si le nouveau carnet a été demandé à temps. Si cependant, le nouveau carnet arrive en retard pour faire suite au premier, mieux vaut ne pas faire de bons *de rappel*, mais soumettre la question à la Commission de contrôle, cette fois le résultat positif de la démarche ne fait pas de doute.

---

### 4690. — Proposition pour la Légion d'honneur

Je reçois du directeur du service de santé de la région un mémoire de proposition pour chevalier de la Légion d'honneur (proposition à titre exceptionnel comme titulaire de 3 citations et d'une blessure).

Mémoire à signer.

Il m'est compté un total d'annuités de 22 ans 2 mois 14 jours.

Que puis-je espérer d'une telle proposition ? A-t-elle quelque chance d'aboutir ?

Dr X.

**Réponse**

Cette nouvelle proposition pour la Légion d'honneur aura d'autant plus de chances d'aboutir à titre exceptionnel (malgré vos 22 annuités au lieu de 30), que vos 3 citations seront à l'*armée*, et vous vaudront 3 annuités supplémentaires, venant s'ajouter à l'annuité pour blessure de guerre. Les citations à l'armée sont, en ef-

fet, les *seules* qui donnent droit à une annuité Les autres citations n'entrent en ligne de compte qu'au point de vue « appréciation générale » des services.

## Fiscalité

### 1419. — Augmentation du montant des dépenses professionnelles

Je vous communique le texte que je reçois du contrôleur des contributions, j'ai égaré le papier qui m'a donné le chiffre de 28.626 francs, compte que j'avais fait en janvier. J'ai refait un compte approximatif de dépenses et j'arrive à une somme très supérieure d'environ 38.000 francs au lieu de 28.000 francs.

Qu'est le décret du 15 octobre 1926 ? Je n'en trouve trace dans aucun journal professionnel.

D[r] N.

*Copie de la note du contrôleur.*

Conformément aux dispositions des lois codifiées (décret du 15 octobre 1926), je vous prie de vouloir bien inscrire ci-contre le relevé par chapitre des dépenses du montant des frais professionnels qui se sont élevés pendant 1931 à 28.626 francs.

**Réponse**

Le décret du 15 octobre 1926, dont il est question dans la note du contrôleur est un des décrets de codification de l'ensemble de la législation fiscale.

Vous pouvez dans votre réponse au contrôleur conclure à un chiffre de dépenses professionnelles supérieur à celui que vous aviez primitivement indiqué, mais à la condition d'en donner le détail par chapitre.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

### 1084. — Versements pour constitution d'une retraite. Déclaration des dépenses professionnelles

Je cotise à la retraite mutuelle des Anciens Combattants et depuis trois ans je déduisais les sommes versées, 6.000 francs environ, de mon *impôt général* sur le revenu et je n'ai jamais reçu d'observation du contrôleur.

Or, d'après les divers articles parus sur ce sujet dans le *Concours*, j'ai cru comprendre que les sommes versées pour obtenir une retraite pouvaient être déduites de *l'impôt cédulaire* des professions non-commerciales. Ce qui est beaucoup plus intéressant.

2° Doit-on donner immédiatement le détail des dépenses professionnelles dans la déclaration d'impôt ou seulement le chiffre global ? D[r] P.

**Réponse**

1° Vous pouvez déduire pour le calcul de l'impôt cédulaire les sommes versées pour constituer

une retraite, lorsque ce versement a le caractère d'une mesure de prévoyance et non de placement.

2° Vous ne devez indiquer dans votre déclaration que le montant global de vos dépenses professionnelles, sauf à en fournir par la suite le détail au contrôleur, s'il vous le demande.

A. M.

### 1264. — Un médecin salarié par une Compagnie industrielle n'est pas patentable

Un médecin appointé par une compagnie industrielle et ne faisant pas de clientèle est-il assujetti à l'impôt au titre de la patente ?

Dr B

**Réponse**

Un médecin qui est appointé par une Compagnie industrielle et qui ne fait pas de clientèle n'est pas assujetti à l'impôt au titre de la patente.

Mais il faut que le médecin ne fasse *aucune consultation.*

A. M.

### 1276. — Amortissement du prix d'achat d'une propriété. Déclaration de la valeur locative

Je possède une villa dans une plage voisine. J'avais toujours dans mes déclarations déclaré le revenu net servant de base à la contribution foncière. Le contrôleur, comme c'est son droit, a substitué l'an dernier au revenu net imposable, le montant du revenu réel, mais il n'a pas tenu compte, comme je le demandais de l'amortissement du prix d'achat de la villa. Je suis, je pense, en droit de déduire cet amortissement. La villa a coûté 100.000 francs environ ; en combien d'années dois-je amortir cette somme ? Comme j'habite moi-même cette villa, en partie, pendant quelques mois, faut-il évaluer aussi la location de la partie que j'occupe, dans ma déclaration ?

Dr X.

**Réponse**

1° Le contrôleur est dans son droit. Vous ne pouvez d duire aucune somme annuellement pour amortissement du prix d'achat de votre propriété.

2° Vous n'êtes pas tenu d'évaluer dans votre déclaration la valeur locative de la portion de la propriété que vous occupez pour votre agrément personnel.

A. M.

### 1390. — Impôt sur deux voitures qui ne circulent pas simultanément

Ayant deux voitures, une 6 HP et une 12 HP dont je me sers à tour de rôle, un jour l'une, un autre jour l'autre, mais jamais les deux ensemble, étant seul

à conduire, doit-on payer l'impôt des deux ou simplement de la plus forte ?

Dr T.

**Réponse**

L'administration a en effet toléré le paiement des impôts seulement sur la plus forte voiture, à la condition que le permis de circuler de la voiture non utilisée soit déposé à la recette des Contributions indirectes et que les retraits et dépôts et permis ne présentent « aucun caractère de fréquence et de périodicité ».

Dans le cas envisagé, les impôts doivent être acquittés pour les deux voitures.

A. M.

## Assurances sociales

### 1884. — Droit aux prestations de l'assurance maternité

Une de mes malades assurée sociale qui doit accoucher vers le 10 avril a reçu la lettre suvante de la Caisse :

« Nous avons l'honneur de vous informer qu'aux termes de l'article 9, § 2 de la loi pour bénéficier des prestations en argent et en nature pour le cas de maternité ; l'assuré doit avoir cotisé au minimum 60 jours durant les trois mois ou 240 jours durant les douze mois qui précèdent celui du début présumé de grossesse.

« En procédant à la vérification de vos droits nous constatons que vous avez été immatriculée le 1er décembre 1931, (c'est une erreur, c'est le 1er septembre) votre accouchement devant avoir lieu vers le 10 avril 1932, le début présumé de votre état de grossesse se place au cours du mois d'août 1931. Vous ne remplissez donc pas l'une des conditions de versement ci-dessus indiquées pour avoir droit aux dites prestations. En conséquence votre dossier ne peut être pris en considération ».

Je crois que la Caisse est dans le vrai. Mais le mari est lui-même assuré social et cotise depuis déjà longtemps, presque le début, février 1930. Sa femme a, à mon avis droit aux soins médicaux et pharmaceutiques en tant que femme d'assuré ; elle ne peut pour moi prétendre au demi salaire et à la prime d'allaitement, mais doit être remboursée de ses frais de médecin et pharmacien. Vous voudrez bien me faire savoir si je suis dans le vrai.

Dr S.

**Réponse**

Il est exact que lorsque l'assurée sociale n'a pas droit aux prestations de l'assurance-maternité, comme n'ayant pas cotisé suffisamment aux termes de la loi, elle peut avoir droit à cette assurance, du chef de son mari, si celui-ci est en règle pour les cotisations.

Mais elle n'a droit alors, à titre de femme d'assuré, qu'aux prestations médicales et pharmaceutiques, mais non à l'indemnité en espèces ni aux allocations d'allaitement et aux bons de lait.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN




## SOMMAIRE

## *Partie Professionnelle*

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.**



## *Demi-colonnes*



**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.**

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du*** **CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée*** **d'un timbre pour la réponse.**

N° 102. — Chef-lieu cant. du Puy-de-Dôme, poste méd. à reprendre sans indemn. suite décès.

N° 103. — Cause santé, on céder, dans chef-lieu arrond. Hte-Savoie (bord lac Léman) bon cab. dent. avec succurs. pour prix du matér. et du mobil. Ville agréab. 15.000 hab. grand centre agric., gros marchés. Install. superbe (Unit-Rochester) meubles Sanitas, matér. cab. et de labor. Appartem. tout confort e. g. é. ch. cent. salle bains, téléph. Belle client. en progress. Concours assuré à succes. Conviendr. parfait. à jeune stomatol. même débutant.

N° 104. — Jeune méd., franç. au cour. remplac. remplacerait ou aiderait confr. toute durée, toute région, Est de préfér. Permis cond. autos.

N° 105. — A vend. appar. cinéma Zeiss Kinamo S. 10 et de projection avec access. 2.000 fr., Dr Bordenave, 28, square Clignancourt., Paris.

N° 106. — Demois., 40 a., fille et nièce de méd., cherche situat., ayant compét. pour soins enfants, habit., appartem. ensoleillé tout conf., prendrait pension enfant à partir 3 ans, ayant besoin traitem. à Paris, ou accepter. situat. chez doct. secrét. ou soins divers à donner. Ecr. Dr Comar, 14, r. Alf. de Vigny, Paris.

N° 107. — Paris. Excell. quart. client. méd. génér., produit intéress., appartem. confort. Indemn. 60.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 108. — S.-et-O. Client. ville, gros produit, mais. partic. Indemnité avantag. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 109. — Banl. Paris. Seul méd., rapp. très import., plusieurs fixes. Vaste maison. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

## Renseignements

*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer. deux médecins. Prospectus sur demande.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvese** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

**CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Quand vous aurez usé sans résultat les poudres de saturation pour calmer les **hyperacides**, les purges pour nettoyer les **langues sales**, les antiseptiques pour diminuer la **putridité des selles**, essayer quelques TABLETTES DE MANGAINE et vous verrez disparaître vite et agréablement tous ces ennuis.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique infantile de la Faculté de médecine de Strasbourg.** — Un cours de perfectionnement de pédiatrie sera fait, sous la direction du Professeur ROHMER, à la Clinique infantile de Strasbourg du 10 au 22 octobre 1932. Les leçons porteront sur l'hygiène alimentaire et la pathogénie du nourrisson (alimentation normale, troubles digestifs, dystrophies, maladies infectieuses, etc.) ainsi que sur les questions pédiatriques à l'ordre du jour.

Le programme détaillé de ce cours sera publié ultérieurement.

— **Médaille d'honneur des épidémies.** — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. Vuillot (Charles d'Orléans), étudiant en médecine de la Faculté de Paris, mort victime de son dévouement.

— **A l'Académie royale de médecine de Belgique.** — Un arrêté royal agrée la nomination de M. le professeur Ch. Achard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris, en qualité de membre honoraire étranger de l'Académie royale de médecine de Belgique.

— **Prix Paul Le Gendre.** — (déontologie et technique professionnelle). — *La Société médicale des*

*hôpitaux de Paris* décerne cette année ce prix triennal (3.000 fr.) au meilleur travail manuscrit ou imprimé sur ce sujet : *Le carnet médical*. Les compétiteurs doivent envoyer leurs travaux avant le 1er novembre 1932, au Secrétariat, rue de Seine, 12.

— **Médecins de colonisation en Nouvelle-Calédonie.** — Deux emplois de médecin de colonisation sont vacants en Nouvelle-Calédonie.

La solde de France s'échelonne de 23.000 à 36.000 francs, à la colonie elle va de 34.500 à 54.000 francs.

Les indemnités annuelles, suivant les postes, varient de 8.400 à 12.000 francs.

Le logement est fourni par la colonie.

Limite d'âge : 35 ans.

Le passage est gratuit pour le médecin et sa famille.

S'adresser à l'Inspection générale du Service de santé (2e section), ministère des Colonies, 27, rue Oudinot, Paris.

— **Jubilé du professeur Paul Delmas.** — A l'occasion de la 25e année d'enseignement de notre distingué confrère et ami, le professeur Paul Delmas, (de Montpellier), un comité vient de se former pour lui offrir une médaille à son effigie. L'exécution en a été confiée au sculpteur montpelliérain Raoul Dussol.

Le comité comprend MM. les professeurs Euzière (de Montpellier), Abelous (de Toulouse), le médecin général Roufiandis, les professeurs Guérin-Valmale, Jeanbrau, Lisbonne, Margarot, le professeur agrégé Coll de Carrera, les docteurs Roume et Desfour.

Les souscriptions seront reçues par le trésorier docteur Coll de Carrera, 24, rue du Grand Saint-Jean, à Montpellier, c. c. chèques postaux, Montpellier, no 6052.

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille.

— **Association des Etudiants de Toulouse.** — *Remplacements médicaux.* — L'Office des remplacements de l'Association générale des étudiants, section de médecine, 23, place du Capitole, à Toulouse, prie MM. les médecins qui désirent se faire remplacer pendant leurs congés de vouloir bien lui en faire part. Indiquer les conditions requises : Permis de conduire, accouchements, spécialités, etc. Cet intermédiaire est absolument gratuit et n'a d'autre but que de rendre service aux étudiants et aux médecins. Lui indiquer aussi toutes les offres d'emploi pouvant les intéresser, piqûres, massages, pansements, etc. Ecrire à l'Office des remplacements de la section de médecine, 23, place du Capitole, Toulouse.

— **Le Saint-Hubert médical.** — Très brillante réunion des médecins-chasseurs et banquet des plus cordiaux le soir du 10 mars dernier, chez Lucas

Carton. Remarqué des jeunes femmes charmantes dont quelques-unes ne détestent pas les plaisirs gastronomiques ou cynégétiques. Franche gaîté, cuisine exquise, vins savoureux, excellents cigares, cadeaux offerts par des laboratoires amis, tout servit à décupler le plaisir de chacun de renouer de vieilles amitiés. Elles sont d'ailleurs solides chez les chasseurs. Le vice-président du Saint-Hubert médical, le médecin-général inspecteur Cadiot reçut les félicitations unanimes pour sa criox de Commandeur de la Légion d'honneur. Le Président sortant, estimé de tous, l'ami Chasseray exprima comme toujours sa verve, sa gaîté, sa faconde. Le secrétaire général Davesne fut vivement congratulé et applaudi pour l'organisation du banquet. Le fondateur de la Société, Maurice, fut à nouveau bombardé Président afin d'utiliser ses qualités très appréciées d'animateur.

Distingué dans la foule les camarades Chappé, Colombet, Deschamps, Maille, Gireaudeau, Galand, Liégard, Madier, Lemeland, de Manet, Béliard, Rochebois, Ruaud, Lion, Pernot, Tissot, Jardin, Bergés, Didier, Perron, Chambet, Venturini, Balter,- etc., etc..

Tous joyeux drilles, francs buveurs et fusils remarquables. Les bonnes histoires, volant de bouches en bouches, ne scandalisèrent aucune oreille féminine.

En juin et en octobre il fut décidé que le S. H. M. récidiverait. Que chacun se le dise. Que les médecins-chasseurs révèlent leur identité et leurs desiderata. S'inscrire chez le Secrétaire général Davesne, 125, rue de la Pompe (Passy 09-30) ou chez le Président Maurice, 1, rue de Bellefond (Sèvres 03-33). Nos vœux les plus cordiaux de réussite à ce sympathique groupement.

— Un groupe amical réunissant diverses personnalités médicales et judiciaires, ainsi que des artistes et des gradués des Facultés des lettres et des sciences, organise pour l'été de 1932, avec le concours de l'Agence Rueff (French Travel Bureau) une Croisière dans la Baltique. L'itinéraire comporte les grands fjords de Norvège, Bergen, Oslo, Stockholm, Copenhague, Helsingfors, Vispy (Ile de Gotland), Hambourg, Anvers.

Des excursions spécialement étudiées sont proposées aux participants. Le bateau choisi est l'*Eridan*, grand et superbe long-courrier d'Australie, de 13.000 tonnes, à moteurs, lancé en 1930, et qui réunit tous les aménagements nécessaires au confort, à la sécurité et à l'agrément des passagers.

Afin de conserver à cette croisière un caractère d'élégance et d'intimité, le nombre des voyageurs est limité à 150, tous de 1re classe. Quelques places à prix très réduit sont réservées à des étudiants ou étudiantes.

Les frais, tout compris, pour la croisière — départ 30 juillet, retour 21 août — sont de 4.500 francs et au-dessus, selon les cabines.

S'adresser au Comité des Croisières de l'Eridan, ou à l'Agence Rueff, 22, place de la Madeleine, Paris (8e).

# A TRAVERS L'OFFICIEL

9 MARS.

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Dr Magnand, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) a été nommé Directeur de l'Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), en remplacement de M. le Dr Chatagnon, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public de Saint-Venant est vacant par suite du départ de M. le Dr Magnand.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), est vacant par suite du départ de M. le Dr Fouque, nommé médecin chef de service à l'Asile d'Aix (Bouches-du-Rhône) en remplacement de M. le Dr Merland, appelé à un autre poste.

**Médaille d'honneur des épidémies.**

La médaille d'honneur en or a été décernée à M. Vuillot, étudiant en médecine de la Faculté de Paris, mort victime de son dévouement.

13 MARS.

**Légion d'honneur.**

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique :

Officiers : MM. les Drs Bourgeois, médecin des hôpitaux de Paris ; Cordier, médecin des hôpitaux de Lyon ; Planque, de Paris.

Chevaliers : MM. les Drs Pierre Vachet et Zadok, de Paris.

15 MARS.

**Enseignement de la médecine.**

*Agrégation des facultés de médecine (1er degré).*

Par arrêté du 14 mars 1932, le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour la catégorie suivante :

3e DIVISION. — *Chirurgie et obstétrique.*

J Chirurgie : 14 au lieu de 12.

*Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré).*

(2e *liste*)

3e DIVISION. — CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE.

*Catégorie J. — Chirurgie.*

Académie de Paris : Bernard, Funck, Leibovici, Meillère, Patel, Welti.

Académie d'Aix-Marseille : Imbert.
Académie de Bordeaux : Magnant.
Académie de Lyon : Desjacques, Heitz.
Académie de Montpellier : Fayot.
Académie de Nancy : Bodart, Rousseaux.
Académie de Strasbourg : Fontaine.

**Légion d'honneur.**

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère des Pensions : M. le Dr Dubois, de Montigny (Somme).

**Tribunaux départementaux des pensions**

Sont nommés pour l'année 1932 membres titulaires ou suppléants des tribunaux des pensions :

Agen : M. Renoux, docteur en médecine à Agen. Suppléants : MM. Andrieux et Dichamp, docteurs en médecine à Agen.

Aix : M. Fabre, docteur en médecine à Aix. Suppléants : MM. Aurientis et Beisson, docteurs en médecine à Aix.

Ajaccio : M. Maglioli, docteur en médecine à Ajaccio. Suppléants : MM. Richaud et Quilichini, docteurs en médecine à Ajaccio.

Albi : M. Izard, docteur en médecine à Cagnac. Suppléants : MM. Merle-Beral et Verlac, docteurs en médecine à Albi.

Alençon : M. J. Gauvin, docteur en médecine à Alençon. Suppléants : MM. Bailleul et Chon, docteurs en médecine à Alençon.

Alger : M. Witas, docteur en médecine à Alger. Suppléants : MM. Bullinger-Muller et Sarnouy, docteurs en médecine à Alger.

Amiens : M. Hurtrel, docteur en médecine à Amiens. Suppléants : MM. Caraven et Merle, docteurs en médecine à Amiens.

Angers : M. Lepage, docteur en médecine à Angers. Suppléants : MM. Estève et Meignant, docteurs en médecine à Angers.

Angoulême : M. Barraud, docteur en médecine à Angoulême. Suppléant : M. Fournier, docteur en médecine à Angoulême.

Annecy : M. Orsat, docteur en médecine à Annecy. Suppléants : MM. Duparc et Tissot, docteurs en médecine à Annecy.

Arras : M. Brassart, docteur en médecine à Arras. Suppléants : MM. Woillée, docteur en médecine à Arras, et Andrès, docteur en médecine à Saint-Pol.

Auch : M. Lestrade, docteur en médecine à Auch. Suppléants : MM. Szelechowski et Rivière, docteurs en médecine à Auch.

Aurillac : M. Joseph Girou, docteur en médecine à Aurillac. Suppléants : MM. Vermenouze, docteur en médecine à Aurillac, et Albessard, docteur en médecine à Vic-sur-Cère.

Auxerre : M. Duché, docteur en médecine à Auxerre. Suppléants : MM. Sarrazin et Houdé, docteurs en médecine à Auxerre.

Avignon : M. Garnier, docteur en médecine à Avi-

gnon. Suppléants : MM. Bonnet et Passelègue, docteurs en médecine à Avignon.

Bar-le-Duc : M. Fistie, docteur en médecine à Bar-le-Duc. Suppléants : MM. Baudot et Joyeux, docteurs en médecine à Bar-le-Duc.

Beauvais : M. Parmentier, docteur en médecine à Clermont. Suppléants : MM. Barrier, docteur en médecine à Bresles, et Pelle, docteur en médecine, à Senlis.

Belfort : M. Riss (Edouard), docteur en médecine à Belfort. Suppléant : M. Levy (Jules), docteur en médecine à Belfort.

Besançon : M. Baufle, docteur en médecine à Besançon. Suppléants : MM. Tisserand et Volmat, docteurs en médecine à Besançon.

Blois : M. Loiseau, docteur en médecine à Champigny-en-Beauce. Suppléants : MM. Ferrand (Jacques) et Debard, docteurs en médecine à Blois et aux Montils.

Bordeaux : M. Lande, docteur en médecine à Bordeaux. Suppléants : MM. de Montalier et Leuret, docteurs en médecine à Bordeaux.

Boulogne-sur-Mer : M. Tridon, docteur en médecine à Berck. Suppléants : MM. Dervaux, docteur en médecine à Saint-Omer, et Fourmentin, docteur en médecine à Boulogne.

Bourg : M. Servas, docteur en médecine à Bourg. Suppléants : MM. Chapuis et Saint-Pierre, docteurs en médecine à Bourg.

Bourges. M. Bonneau, docteur en médecine à Bourges. Suppléants : MM. Marioton et Gauchery, docteurs en médecine à Bourges.

Caen : M. Charbonnier, docteur en médecine à Caen. Suppléants : MM. Desbouis et Guibé, docteurs en médecine à Caen.

Cahors : M. Besse, docteur en médecine à Cahors. Suppléants : MM. Segala et Delport, docteurs en médecine à Cahors.

Carcassonne : M. Soum, docteur en médecine à Carcassonne. Suppléants : MM. Cambéléran et Boyer, docteurs en médecine à Carcassonne.

Châlons-sur-Marne : M. Chevron, docteur en médecine à Châlons-sur-Marne. Suppléants : MM. Aumont et Van-Vyve, docteurs en médecine à Châlons-sur-Marne.

Chambéry : M. Denarie, docteur en médecine à Chambéry. Suppléants : MM. Voutier et Masson, docteurs en médecine à Chambéry.

Charleville : M. Roland, docteur en médecine à Charleville. Suppléants : MM. Rozoy et Blairon, docteurs en médecine à Charleville.

Chartres : M. Dudefoy, docteur en médecine à Chartres. Suppléants : MM. Baudin et Haye, docteurs en médecine à Chartres.

Châteauroux : M. Bougarel, docteur en médecine à Châteauroux. Suppléants : MM. Sineau et Pigelet, docteurs en médecine à Châteauroux.

Chaumont : M. Weil, docteur en médecine à Chaumont. Suppléants : MM. Mergey et Carel, docteurs en médecine à Chaumont.

Clermont-Ferrand : M. Cornet, docteur en médecine à Clermont-Ferrand. Suppléants : MM. Dionis du Séjour, docteur en médecine à Clermont-Ferrand et Vimal de Flechac, docteur en médecine à Clermont-Ferrand.

Colmar, 1re *section*. M. Kayser, docteur en médecine à Colmar. Suppléants : MM. Hamburger et Koenig, docteurs en médecine à Colmar.

Colmar : 2e *section*. M. Nordmann, docteur en médecine à Colmar. Suppléants : MM. Schreider et Duhamel, docteurs en médecine à Colmar.

Constantine : M. Piquet, docteur en médecine à Constantine. Suppléant : M. Bérard, docteur en médecine à Constantine..

Digne : M. Chaussegros, docteur en médecine à Digne. Suppléants : MM. Gassend et Nomieu, docteurs en médecine à Digne.

Dijon : M. Capitain, docteur en médecine à Dijon. Suppléants : MM. Sirot, docteur en médecine à Beaune et Renardet, docteur en médecine à Dijon.

Douai : M. Toison, docteur en médecine à Douai. Suppléants : MM. Desmoulins et Monnier, docteur en médecine à Douai.

Draguignan : M. Pelloquin (Joseph), docteur en médecine à à Draguignan. Suppléants : MM. Proust, docteur en médecine à Trans, et Turcan, docteur en médecine à Fréjus.

Epinal : M. Urmés, docteur en médecine à Epinal. Suppléants : MM. Lacour et Riff, docteurs en médecine à Epinal.

Evreux : M. Servent, docteur en médecine à Evreux. Suppléants : MM. Vassal et Dehail, docteurs en médecine à Evreux.

Foix : M. Calazel, docteur en médecine à Foix. Suppléants : MM. Lestrade, docteur en médecine à Foix, et Rumeau, docteur en médecine à Pamiers.

Gap : M. Croze, docteur en médecine à Gap. Suppléants : MM. Bruas, docteur en médecine à Gap, et Bazin, docteur en médecine à Veines.

Grenoble : M. Juvin, docteur en médecine à Grenoble. Suppléants : MM. Vareilles et Fabre, docteurs en médecine à Grenoble.

Guéret : M. Brésard, docteur en médecine à Guéret. Suppléants MM. Dumont et Dufour, docteurs en médecine à Guéret.

Laon : M. Menu, docteur en médecine à Laon. Suppléants : MM. Ruby et Lemarchal, docteurs en médecine à Laon.

Laval : M. Aubin, docteur en médecine à Laval. Suppléants : MM. Loiseleur et Le Bassor, docteurs en médecine à Laval.

Lille : M. Leclercq, docteur en médecine à Lille. Suppléants : MM. Leroy et Vansteenberghe, docteurs en médecine à Lille.

Limoges : M. Thouvenet, docteur en médecine à Limoges. Suppléants : MM. Cubertafon et Delor, docteurs en médecine à Limoges.

Lons-le-Saunier : M. Boulée, docteur en médecine à Lons-le-Saunier. Suppléants : MM. Pichon et Pihy, docteurs en médecine à Lons-le-Saunier.

Lyon. 1re *section* : M. Durand, docteur en médecine à Lyon. Suppléants : MM. Mazel et Rebattu, docteurs en médecine à Lyon.

Lyon ; 2e *section* : M. Mayet, docteur en médecine à Lyon. Suppléants : MM. Laroyenne et Condomine, docteurs en médecine à Lyon.

Mâcon : M. Richard, docteur en médecine à Mâcon. Suppléants : MM. Juvanon, docteur en médecine à Mâcon, et et Lagoutte, docteur en médecine au Creusot.

Le Mans : M. Legros, docteur en médecine au Mans. Suppléants : MM. Lefournier père et Dumas, docteurs en médecine au Mans.

Marseille : M. Sesquès, docteur en médecine à Marseille. Suppléants : MM. Cornil et Camoin, docteurs en médecine à Marseille.

Melun : M. Siguier, docteur en médecine à Melun. Suppléants : MM. Malvy et Herman, docteurs en médecine à Melun.

Mende : M. Bessière, docteur en médecine à Mende. Suppléants : MM. Morel et Bousquet, docteurs en médecine à Mende.

Metz. 1re *section* : M. Leder, docteur en médecine à Metz. Suppléant : M. Coirint, docteur en médecine à Metz.

Metz, 2e *section* : M. Etlin, docteur en médecine à Metz. Suppléant : M. Coirint, docteur en médecine à Metz.

Montauban : M. Paisseran, docteur en médecine à Montauban. Suppléants : MM. Monribot et Dugès, docteurs en médecine à Montauban.

Mont-de-Marsan : M. Cola, docteur en médecine à Mont-de-Marsan. Suppléants : MM. d'Users et Betous, docteurs en médecine à Mont-de-Marsan.

Montpellier : M. Roume, docteur en médecine à Montpellier. Suppléants : MM. Mourgues-Molines et Durand, docteurs en médecine à Montpellier.

Moulins : M. Ranglaret (André), docteur en médecine à Moulins. Suppléants MM. Penard et Gonnot, docteurs en médecine à Moulins.

Nancy : M. Weiss, docteur en médecine à Nancy. Suppléants : MM. G. Michel et H. Abt, docteurs en médecine à Nancy.

Nantes : M. Bureau, docteur en médecine à Nantes. Suppléants : MM. Le Meignien et Desclaux, docteurs en médecine à Nantes.

Nevers : M. Comte, docteur en médecine à Nevers. Suppléants : MM. Houzé et Boudot, docteurs en médecine à Nevers.

Nice : M. Rovery, docteur en médecine à Nice. Suppléants : MM. Faideau et Rosanoff, docteurs en médecine à Nice.

Nîmes : M. Charles Perrier, docteur en médecine à Nîmes. Suppléants : MM. Fouiquier, docteur en médecine à Nîmes, et Viala, docteur en médecine à la Grand'Combe.

Niort : M. Collon, docteur en médecine à Niort. Suppléant : M. Perraudeau, docteur en médecine à Niort.

Oran : M. Botalla-Gambetta, docteur en médecine à Oran. Suppléants : MM. Bijon et Massiou, docteurs en médecine à Oran.

Orléans : M. Geffrier, docteur en médecine à Orléans. Suppléants : MM. Marmasse et Cœur, docteurs en médecine à Orléans.

Paris, 1re *section* : M. Loewy, docteur en médecine à Paris. Suppléants : MM. Banzet et Vinant, docteurs en médecine à Paris.

Paris, 2e *section* : M. Dervieux, docteur en médecine à Paris. Suppléants : MM. Gianetti et Revault d'Alonnes, docteurs en médecine à Paris.

Paris, 3e *section* : M. Duvoir, docteur en médecine à Paris. Suppléants : MM. Lefrain et Guiraud, docteurs en médecine à Paris.

Paris, 4e *section* : M. Lutaud, docteur en médecine à Paris. Suppléants : MM. Piedelièvre et Lyon-Caen, docteurs en médecine à Paris.

Paris, 5e *section* : M. Maréchal, docteur en médecine à Paris. Suppléants : MM. Ceillier et Truelle, docteurs en médecine à Paris.

Pau : M. Marsco, docteur en médecine à Pau. Suppléants : MM. Fayon et Guichot, docteurs en médecine à Pau.

Périgueux, 1re *section* : M. Leroux, docteur en médecine à Périgueux. Suppléants : MM. Dumont et Crozet, docteur en médecine à Périgueux.

Périgueux, 2e *section* : M. Crozet, docteur en médecine à Périgueux. Suppléants : MM. Dumont et Leroux, docteurs en médecine à Périgueux.

Perpignan : M. Dévèze, docteur en médecine à Perpignan. Suppléant : M. Pous, docteur en médecine à Perpignan.

Poitiers : M. Foucault, docteur en médecine à Poitiers. Suppléants : MM. Veluet et Féru, docteurs en médecine à Poitiers.

Pontoise : M. Derome, docteur en médecine à Pontoise. Suppléants : MM. Herbinet, docteur en médecine à Pontoise et Fourniols, docteur en médecine à Magny-en-Vexin.

Privas : M. Fargier, docteur en médecine à Privas. Suppléant : M. Fauché, docteur en médecine au Pouzin.

Le Puy : M. Maleysson, docteur en médecine au Puy. Suppléants : MM. Jean et Gallet, docteurs en médecine au Puy.

Quimper : M. Lagrippe, docteur en médecine à Quimper. Suppléants : MM. Tuset et Morvan, docteurs en médecine à Quimper.

Rennes : M. Jambon, docteur en médecine à Rennes. Suppléants : MM. Fraleu et Boulai père, docteurs en médecine à Rennes.

La Roche-sur-Yon : M. Choyau, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon. Suppléants : MM. Filaudeau, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon et Péaud, docteur en médecine à la Chaize-le-Vicomte.

La Rochelle : M. Dufour, docteur en médecine à la Rochelle. Suppléants : MM. Rastouil et Pozzi, docteurs en médecine à la Rochelle.

*Voir la suite page LXIII-1029*

# PROPOS DU JOUR

## Les colonies thermales et climatiques (Les camps thermaux)

Nous nous sommes occupés jadis d'organisation de colonies scolaires de vacances et avons eu l'occasion, bien avant la guerre, de voir combien nos amis belges s'y intéressaient, ayant eu l'avantage de visiter la villa scolaire fondée par l'Association des « Mars-un-vingt » à Hastières-par-delà ; rien de ce qui concerne ces utiles institutions ne peut donc nous laisser indifférents.

Aussi, avons-nous lu dans la presse avec intérêt les articles ayant trait aux camps thermaux, plus exactement baptisés depuis *colonies thermales et climatiques.* Le Dr DURAND-FARDEL avait été un précurseur de ces créations quand, au *Congrès international de Lisbonne*, il avait, dans un rapport magistral, demandé qu'on établisse, dans les stations thermales, des modes d'hébergement à bon marché dans des villas et des hôtels modestes, pour permettre aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes de pouvoir bénéficier des cures hydro-minérales.

L'*Académie de médecine* avait voté l'ordre du jour suivant :

« L'Académie de Médecine, fidèle à ses traditions de constante sollicitude à l'égard des déshérités et des malades, approuve l'organisation des camps thermaux qui permettraient aux enfants et aux jeunes gens de bénéficier des cures hydrominérales si souvent utiles à l'âge du développement. Elle émet le vœu que les pouvoirs publics en favorisent l'organisation dans la plus large mesure. »

La *Fédération nationale thermale et climatique*, la *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie et de climatologie de Paris*, les *Congrès d'hydrologie de Bordeaux* et de *Toulouse*, etc., etc., avaient étudié la question et paraissaient avoir, eux aussi, donné un avis favorable. Nous avons sous les yeux la liste des membres d'un *Comité consultatif des camps thermaux et climatiques* sur laquelle nous relevons les noms des Professeurs NOBÉCOURT, VILLARET, LEREBOULLET, DESGREZ, de Paris, PIÉRY, MOURIQUAND, de Lyon, LEENHARDT, de Montpellier, ROHMER, P. BLUM, de Strasbourg, SELLIER, de Bordeaux, BAYLAC, SERR, de Toulouse, CAUSSADE, de Nancy, MINET, de Lille, CHASSEVANT, d'Alger, CASSOUTE, de Marseille, et d'un grand nombre d'autres personnalités médicales éminentes. Nous étions donc en droit de penser que la question des Colonies thermales et climatiques était résolue et, en donnant dans nos colonnes le compte rendu du rapport du Dr JANOT, sur leur fonctionnement, adressé au ministère de la Santé publique au nom de la *Fédération thermale et climatique française*, exposant les résultats obtenus dans l'expérience faite à Cauterets, au Mont-Dore et à Luchon, nous pensions que l'unanimité des personnes compétentes et intéressées était favorable aux colonies thermales et climatiques, telles qu'on venait d'en faire l'essai. La lettre que nous venons de recevoir, et que notre impartialité en pareille question nous fait un devoir de publier, montre qu'il n'en est pas tout à fait ainsi :

Paris, le 20 février 1932,

Monsieur et cher Confrère,

Je lis, aujourd'hui seulement, votre article sur les « camps thermaux », paru dans le *Concours médical*. Le Mont-Dore y étant cité, ainsi que ses médecins, je me permets, comme Président du Syndicat médical de cette station, de vous communiquer les conclusions du rapport qu'au nom de ce syndicat j'ai adressé au « Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques de France » et qui a été publié dans le *Bulletin* de ce syndicat, numéro de décembre 1931 :

« Le Syndicat médical du Mont-Dore est d'avis :

« 1° Que l'organisation des camps thermaux « apparaît comme une entreprise démagogique, « où les malades ne constitueront que la minorité « et que le moment est mal choisi pour obérer, « au bénéfice d'une telle entreprise, le budget de « l'Etat ;

« 2° Que cette entreprise, comme tant d'autres, « semble, dans l'esprit de ses organisateurs, de- « voir être réalisée aux frais et aux dommages du « Corps médical et en opposition avec les prin-

« cipes, dont celui-ci n'a obtenu qu'au prix de « longs efforts le respect dans la loi des Assuran- « ces sociales.

« Le Syndicat de Mont-Dore insiste, en consé- « quence, auprès du Syndicat général des méde- « cins de villes d'eaux pour que celui-ci s'oppose, « par tous les moyens en son pouvoir, à la géné- « ralisation, l'an prochain, d'une expérience « coûteuse pour l'Etat, en grande partie inutile « pour la santé publique, néfaste, enfin, pour les « intérêts du Corps médical. »

J'ajoute que, dans sa séance de février 1932, le Syndicat général a exprimé le regret qu'un rapport à ce sujet ait pu être adressé au ministre par la « Fédération thermale française », sans que le Syndicat ait été consulté, et a voté le vœu que pareil fait ne se reproduise pas dans l'avenir.

J'ajoute aussi que, dans la même séance, le Syndicat a repoussé, au point de vue des honoraires, les propositions inacceptables qui lui étaient faites, pour la saison prochaine, par le Commandant Fabre, organisateur des camps en question.

Me tenant à votre disposition pour fournir aux lecteurs du *Concours* bien d'autres renseignements, d'ordre professionnel, sur cette « expérience intéressante », si le sujet était susceptible de les toucher, j'espère, Monsieur et cher confrère, en avoir assez dit pour vous montrer que les médecins thermaux sont loin, dans leur ensemble, de partager, à l'égard de cette expérience, les illusions que vous avez pu vous faire, sur la foi d'un rapport au ministre, que la « Fédération thermale française » a cru, de façon assez surprenante, devoir faire rédiger, non par un de ses membres, représentants mandatés des groupements thermaux, mais par son secrétaire administratif, personnalité sans mandat.

Comptant que vous voudrez bien publier cette rectification, je vous prie, Monsieur et cher Confrère, de croire à mes sentiments les plus distingués.

Dr J. Galup,
*Président du Syndicat médical du Mont-Dore.*

Nous ne sommes pas dans les secrets des organisateurs des camps thermaux ; mais nous avons peine à croire néanmoins que ces nouvelles créations constituent des « entreprises démagogiques », car nous ne voyons pas très bien, dans notre candeur naïve, à quels démagogues elles pourraient profiter. Nous ne pensons pas non plus que des spéculations financières puissent être ici suspectées. Nous pensons, et notre expérience de plus de dix ans de collaboration à l'administration de colonies scolaires de vacances nous donne quelque droit à l'affirmer, que, sans grands frais, il est possible d'organiser des colonies, même thermales et climatiques. Il est vrai que si l'organisation la plus simple peut suffire et rendre tous les services désirables, il est aussi possible, en matière de colonies scolaires comme en toutes autres, de se livrer à toutes les fantaisies et à tous les gaspillages. Ce qui ne nous semble pas le cas dans les expériences tentées.

Reste le grief, qui nous paraît le plus important, c'est celui du manque d'entente entre les membres du Corps médical et les organisateurs des Colonies scolaires thermales et climatiques.

Pendant longtemps, très longtemps, le Corps médical a fait à peu près seul les frais des œuvres philanthropiques, de bienfaisance ou de solidarité. Au fur et à mesure que ces œuvres se sont développées, que leurs bienfaits, réservés d'abord uniquement aux indigents, se sont étendus, sous prétexte de mutualité ou autre, à toutes les classes, même les plus aisées, le médecin s'est aperçu que peu à peu il passait de l'état de philanthrope à celui de dupe, et que sa générosité servait uniquement à flatter la manie de quelques bonnes dames ou à assurer la popularité de quelques politiciens. En tout cas, il n'en retirait lui-même aucun bénéfice, même moral, tant le public, ayant l'habitude de le trouver toujours jouant un rôle actif dans toutes ces œuvres, considérait sa collaboration gratuite comme naturelle. Le médecin, comme toute victime, a réagi un jour contre cette déplorable coutume et nous devons noter que le public qui réfléchit, a le plus souvent compris la légitimité de ce mouvement de défense. Nous ne saurions donc, nous-même, nous étonner de l'esprit de méfiance des médecins du Mont-Dore à l'égard des camps thermaux, qui peuvent leur amener un surcroît de clientèle gratuite ou à des prix trop réduits.

Mais il ne semble pas impossible de régler d'une façon satisfaisante ce conflit purement d'intérêts.

Les enfants qui seront confiés aux colonies thermales et climatiques, peuvent vraisemblablement être classés en trois catégories :

1° Les *indigents.* Ils pourraient être conduits à l'hôpital thermal, qui existe dans presque toutes les stations, et y bénéficieraient des consultations hospitalières qui, parfois, y sont gratuites ;

2° Les *enfants de familles peu aisées ou les pupilles de la nation.*

Pour ces enfants, les honoraires médicaux pourraient être partiellement remboursés par les caisses d'assurances sociales ou les offices des pupilles qui contracteraient avec le syndicat médical ;

3° Les *enfants de familles aisées* que leurs parents auraient confiés à la colonie, ne pouvant pour une raison quelconque les accompagner et désirant néanmoins leur faire faire une cure, cas qui se rencontre fréquemment dans les colonies scolaires de vacances. Il n'y aurait aucune raison de faire bénéficier ces familles d'une faveur quelconque.

Nous pensons qu'en contractant sur ces bases, aucun conflit ne saurait s'élever entre les médecins de villes d'eaux et les colonies thermales et climatiques et que ces dernières pourraient se développer et s'épanouir au bénéfice de tous les intéressés.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### PSYCHONÉVROSES DE GUERRE

### Les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux des combattants.

Par A. Fribourg-Blanc,

Professeur au Val-de-Grâce.

Existe-t-il à proprement parler des psychonévroses de guerre ? Les avis sont partagés. Au cours des siècles derniers, les aliénistes les plus qualifiés ont soutenu cette thèse. Mais depuis la guerre de 1870, et surtout depuis celle de 1914-1918, un courant d'opinion opposé s'est fait jour. De nombreuses études relatives au rôle de l'hérédité, aux états de dégénérescence et aux tendances psychopathiques constitutionnelles tendent à rejeter sur les prédispositions morbides antérieures toute la responsabilité.

Que devons-nous penser de ces deux thèses opposées ? Bien que toute statistique d'ensemble soit demeurée impossible, il se dégage de la plupart des recherches poursuivies que le nombre des psychopathes s'est accru d'une façon manifeste au cours de la dernière guerre. Dans le seul centre neuro-psychiatrique du Val-de-Grâce, il a été recueilli plus de 25 mille observations de psychopathes militaires hospitalisés de 1914 à fin 1918. L'importance de ce chiffre nous paraît apporter un démenti formel à ceux qui pensent que la guerre n'a pas multiplié le nombre des psychopathies. Cette constatation s'oppose aux conclusions que Lunier avait formulées pour la France dans son étude relative à la guerre de 1870 1871. Elle s'oppose également aux résultats des recherches de Jolly dans l'armée allemande pour la même guerre.

La divergence des constatations faites au cours de ces deux guerres paraît s'expliquer aisément.

1° Parce que la guerre de 1914-1918 a été beaucoup plus longue et plus dure que celle de 1870-1871.

2° En raison des conditions différentes de la lutte. En 1914-1918, la vie déprimante des tranchées, la longue préparation des attaques, les bombardements intensifs, les procédés terrifiants employés dans la lutte furent autant de causes qui troublèrent l'équilibre mental des combattants.

Nous envisagerons dans cet exposé :

1° L'étiologie des psychonévroses de guerre ;

2° Les principales formes cliniques observées et leurs suites éloignées ;

3° Les conséquences médico-légales de ces psychopathies.

4° Le traitement des psychonévroses de guerre.

**I. — Étiologie des psychonévroses de guerre.**

Dans la genèse de ces états psychopathiques on découvre l'association de facteurs prédisposants et de facteurs occasionnels :

A. *Les facteurs prédisposants,* en psychiatrie de guerre sont exactement les mêmes que ceux de la pratique du temps de paix. Ils peuvent être héréditaires ou personnels et acquis.

En dehors de l'hérédité vésanique, l'alcoolisme, la syphilis, et la tuberculose des parents jouent un rôle incontestable.

Les causes prédisposantes et acquises relèvent de bien des facteurs qui peuvent intervenir depuis la vie intra-utérine jusqu'à l'âge mûr. L'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose agissent alors directement sur l'individu lui-même. Il est indubitable également qu'il faut tenir compte des tendances constitutionnelles : cyclothymique, paranoïaque, perverse, mythomaniaque, émotive

et schizoïde, terrain sur lequel naît et se développe la maladie mentale.

B. *Facteurs occasionnels.* Les facteurs occasionnels qui relèvent directement de la guerre sont :

*Les traumatismes* qu'on retrouve à la base de certains états commotionnels.

*Les émotions* par leur intensité et par leur répétition arrivent à ébranler l'équilibre psychique des combattants. L'émotion-choc n'immunise pas le combattant contre les émotions à venir, elle le sensibilise au contraire.

*Les chocs moraux,* déterminés par les circonstances de la guerre sont aussi responsables, dans bien des cas, de manifestations psychopathiques plus ou moins durables.

*La fatigue physique, le surmenage, la misère physiologique,* sont des facteurs qui retentissent sur toutes les fonctions de l'organisme et peuvent entraîner des états de dépression psychique prononcée allant jusqu'à la psychose d'épuisement.

*Les maladies infectieuses* et les *maladies épidémiques* sont plus fréquentes en temps de guerre qu'en temps de paix.

La syphilis, plus fréquente et irrégulièrement soignée, a pu favoriser l'apparition de certains cas de paralysie générale.

*Les intoxications d'origine endogène,* dues à l'alimentation trop carnée favorisant le déclenchement de troubles psychiques.

*Les intoxications d'origine exogène* interviennent d'une façon plus manifeste encore : c'est l'éthylisme avant tout et les toxicomanies qui sévissaient dans certains milieux de l'arrière.

Ces facteurs occasionnels ont joué leur rôle habituel, accru et facilité par les circonstances de la guerre. Souvent, ils ont combiné leur action chez le même sujet associant leurs effets.

*Les prédispositions constitutionnelles représentent le terrain. Les facteurs occasionnels représentent le germe de toutes les maladies mentales. La guerre multiplie en intensité et en fréquence les facteurs occasionnels et c'est à ce titre qu'elle est responsable de l'accroissement des psychopathies.*

## II. — Les principales formes cliniques observées et leurs suites éloignées.

La guerre n'a pas créé des psychopathies d'un genre nouveau à symptomatologie ou à évolution ignorée. Tous les genres de psychopathies connues se sont rencontrés chez les combattants, mais on n'a pas vu apparaître d'entités morbides nouvelles. Seule, la fréquence relative de certaines psychopathies s'est modifiée.

Nous ne voulons pas exposer le tableau symptomatique de chacune des affections mentales de guerre, nous rappellerons seulement les principales formes cliniques observées, leur évolution ultérieure et nous envisagerons ce qu'il reste à l'heure actuelle de ces manifestations.

Parmi les malades atteints par la guerre, une très large part revient à ceux qui présententde simples *troubles névropathiques.* Ces troubles appartiennent au groupe des *névroses.* Les autres malades présentent des altérations de leur fonds mental, leurs cas rentrent dans le groupe des *psychoses.*

Il n'existe pas de frontière absolue entre les névroses et les psychoses et l'on peut passer de la névrose à la psychose par d'insensibles degrés. Nous garderons cependant cette distinction classique, un peu trop schématique, mais nécessaire pour la clarté de l'exposé et la classification des faits.

A. **Névroses.** — Dans cette catégorie on a observé pendant la guerre et l'on retrouve encore aujourd'hui sous forme de séquelles, les affections suivantes :

1° Le syndrome post-commotionnel. — Ce syndrome est apparu chez des sujets généralement normaux, à la suite de l'éclatement d'un abus à courte distance, dans la zone de déflagration de l'obus. Dans certains cas, le choc a pu être de telle violence qu'il ait déterminé une véritable « *contusion* » de la substance cérébrale. Chez ces malades, on a pu observer après l'accident, un état de choc traumatique et l'on a pu voir apparaître, soit immédiatement après, soit dans les quelques jours qui l'ont suivi, de petites parésies rapidement régressives signalant l'existence de lésions encéphaliques. Tous les signes neurologiques ayant disparu, les *contusionnés cérébraux* se présentent ultérieurement comme des simples *commotionnés* avec le cortège des troubles habituels. Le même syndrome peut s'observer chez les trépanés craniens et il s'explique par le même mécanisme.

Il importe chez tous les sujets présentant des troubles analogues de *faire la part d'une émotivité constitutionnelle* ou de la possibilité d'une intoxication éthylique surajoutée. Ce syndrome va en s'atténuant rapidement chez les sujets antérieurement normaux mais, dans certains cas, il peut persister pendant de longues années.

Le syndrome post-commotionnel qui correspond parfois à de discrètes lésions de l'encéphale se place à la frontière des troubles neurologiques et des troubles psychiques de guerre. Cette question a fait l'objet de nombreux travaux.

2° Le syndrome post-émotionnel ne repose sur aucun substratum neurologique. Moins grave en apparence, il est parfois cependant plus tenace et plus durable. Le syndrome post-émotionnel se traduit par un état subconfusionnel, agitation anxieuse, désorientation, discours in-

cohérents, tremblements, crises de larmes ou de rire. Dans sa phase aiguë, il donne le tableau de ce qu'on a appelé pendant la guerre «l'obusite». Il est habituellement suivi d'un état émotionnel persistant avec syndrome obsessionnel tenace.

Ce syndrome apparaît en général chez des sujets ayant une constitution émotive, mais il peut se manifester chez les combattants qui présentaient un bon équilibre psychique. En effet, la répétition des chocs émotionnels peut provoquer un état de déséquilibre nerveux que la volonté ne parvient pas à endiguer et qui échappe au raisonnement.

3° L'ÉPILEPSIE peut avoir une origine de guerre, soit qu'il s'agisse d'*épilepsie traumatique post-commotionnelle,* soit qu'il s'agisse d'*épilepsie dite essentielle* antérieure à la guerre, mais aggravée.

Dans toutes ces formes, l'épilepsie peut être représentée par des crises convulsives, des équivalents et peut se compliquer de troubles mentaux évoluant lentement vers la démence épileptique.

La bradypsychie des épileptiques est très caractéristique et peut faire penser parfois injustement à de la paresse ou a du mauvais vouloir. Ces malades sont gênants pour le bon ordre de leur unité par les troubles du caractère.

L'épilepsie peut apparaître chez d'anciens traumatisés cranio-cérébraux, longtemps après le traumatisme. Nous avons signalé plusieurs cas de ce genre survenus 9 et 12 ans après la guerre chez des blessés craniens.

4° LA NEURASTHÉNIE. — Il s'agit généralement d'un syndrome provoqué par le surmenage physique et psychique prolongé. Les auto-intoxications gastro-intestinales, hépatiques ou rénales, les infections diverses, les ictères jouent un rôle important dans le déclenchement du syndrome neurasthénique.

Les causes provocatrices de la neurasthénie s'étant éloignées, le syndrome morbide généralement s'efface, mais il peut en demeurer des séquelles. Le sujet reste fragilisé.

5° LES ÉTATS OBSESSIONNELS, LES PHOBIES, LA NÉVROSE D'ANGOISSE font partie d'un même groupement névropathique apparaissant sur un fonds d'émotivité morbide congénitale ou constituée peu à peu par l'apport répété d'éléments qui désorganisent l'équilibre nerveux.

Dupré et Claude se sont attachés, les premiers à l'étude de la constitution émotive. Cette constitution émotive, souvent associée à des perturbations de l'affectivité et de la volonté, sert de substratum aux manifestations psycho-névropathiques, telles que les obsessions, les phobies, l'angoisse, l'anxiété, les impulsions.

La constitution émotive comprend :

1° Des éléments affectifs : hyperémotivité, hypersensibilité, affaiblissement de la volonté ;

2° Des éléments organiques : tendance aux spasmes, aux tremblements, aux troubles vasomoteurs répondant à un déséquilibre neuro-végétatif constant.

Ces éléments affectifs et organiques combinent leurs effets et déterminent les multiples réactions des malades. La constitution émotive est très fréquente et se manifeste en général dès la plus jeune enfance, elle s'exagère à l'occasion des actes importants de la vie. Aussi les psychonévroses au cours de la guerre se sont-elles montrées frès fréquentes et se sont-elles manifestées sous toutes les formes. Elles ont fait l'objet pendant et depuis la guerre de très nombreuses études.

La proportion des états obsessionnels, des phobies et de la névrose d'angoisse par rapport à la totalité des malades qui furent hospitalisés au Val-de-Grâce, a été de près d'un tiers de l'ensemble des cas. Les névroses émotives, quand elles surviennent chez des sujets jeunes, peuvent s'atténuer et guérir par un traitement approprié dans un milieu favorable. Mais ces névroses peuvent demeurer rebelles et s'aggraver peu à peu, soit qu'elles surviennent sur un terrain de déséquilibre émotif accentué, soit qu'elles éclatent chez des sujets d'un certain âge. Elles comportent alors un pronostic sévère et il faut bien connaître le danger des raptus anxieux dans les cas d'obsession suicide.

6° LES ÉTATS PITHIATIQUES apparaissent chez des sujets présentant un fond mental caractérisé par une *suggestibilité* morbide accentuée et une tendance à la *mythomanie* parfois utilitaire. Chez ces sujets, l'imagination se donne libre cours. Il s'y joint une *aptitude particulière à l'imitation* et une certaine domination de la plastiicté organique qui conduit le sujet à la mythomanie des syndromes par *psycho-plasticité.*

Babinski a consacré aux manifestations hystériques provoquées par la suggestion et guéries par persuasion le terme de « pithiatisme » aujourd'hui communément admis.

La guerre a fait éclore de très nombreuses manifestations pithiatiques tant dans l'ordre neurologique que sous forme de syndromes mentaux. Ce qui distingue essentiellement ces pseudopsychoses des états correspondants authentiques, c'est leur curabilité par simple suggestion. Mais il ne faut pas oublier que les manifestations pithiatiques sont souvent associées à des lésions nerveuses organiques ou à des troubles psychiques vrais.

Il importe de ne pas considérer le pithiatisme comme une simple manifestation superficielle, sans intérêt pour l'avenir du malade. Cette affection n'apparaît que sur un fonds mental très particulier.

Depuis que Babinski a réduit l'hystérie à ses justes proportions, bien des médecins, dépassant

la pensée du grand neurologue, ont eu tendance à croire que le pithiatisme ne comportait aucune conséquence sérieuse. Ils n'ont pas pris garde que Babinski a limité ses efforts à l'étude des manifestations neurologiques du pithiatisme et qu'il n'a point entendu empiéter sur le terrain de la psychiatrie. Ce que Babiniki a démontré à l'égard des troubles fonctionnels neurologiques reste strictement exact. Mais ces manifestations ne sont que la traduction extérieure et généralement transitoire d'une altération du fonds mental qui demeure inchangé.

Ce serait une erreur d'assimiler le pithiatisme à la simulation et, s'il existe la plupart du temps un appoint utilitaire, les troubles de cet ordre ne se produisent pas indifféremment chez tous les sujets. *Ne fait pas du pithiatisme qui veut.* Il faut un terrain préparé. Porot a clairement exposé cette distinction entre le pithiatisme et la simulation. La notion de « délire d'expression » qu'il a introduite avec Hesnard dans l'étude pathogénique des états pithiatiques éclaire bien ce problème. La nature morbide du pithiatisme est bien prouvée par les faits. Les tendances utilitaires sont loin d'être la règle et les troubles présentés vont bien souvent à l'encontre des meilleurs intérêts des malades.

*Le rôle du milieu* a été mis en évidence d'une façon frappante par les événements de guerre. Dans le milieu militaire en tous temps, on rencontre les deux éléments les plus favorables à l'éclosion du pithiatisme : la *suggestion* et la *contagion.* En temps de guerre un nouveau facteur intervient qui s'ajoute à ces deux éléments : c'est le *facteur émotionnel.* L'émotion est incapable à elle seule de déclencher des accidents hystériques, mais elle est capable d'ébranler l'équilibre nerveux, d'exalter la suggestibilité et de déterminer, après un certain temps de latence, des phénomènes pithiatiques. Les exemples sont innombrables. Il s'est produit par endroits de véritables épidémies qui montrent le rôle de la contagion, contagion surtout fréquente chez les indigènes de l'Afrique du Nord.

Que sont devenus ces malades de guerre ? En général, ils ont guéri, soit spontanément, soit surtout grâce à une rééducation rapide et énergique. Mais à l'occasion des expertises pour les centres de réforme nous observons encore des syndromes pithiatiques de la dernière guerre qui ont persisté par cristallisation des troubles fonctionnels et qui parfois même se sont aggravés. La généreuse loi des Pensions n'est peut-être pas étrangère à la persistance de certaines manifestations. Mais, en dehors de ces cas où intervient l'élément utilitaire, le pithiatique, en raison de la fragilité de son fonds mental, reste vulnérable et sujet à d'autres accidents. Claude et Porot ont attiré l'attention sur les faits de ce genre. Ces considérations nous paraissent commander une extrême prudence lorsqu'il s'agit de porter un pronostic sur l'avenir des pithiatiques de guerre.

B. **Psychoses** dans cette catégorie, on relève chez les mobilisés toutes les formes de troubles mentaux connus.

1° Infirmités mentales. — Les formes graves : imbécilité et idiotie ont été rarement rencontrées chez les combattants en raison de leur élimination préalable. Par contre, la *débilité mentale* a été observée sous toutes ses formes :

a) *Débilité mentale simple* à tous les degrés avec son cortège de signes classiques ;

*b) Débilité mentale compliquée* par associations :

1° De tendances dépressives avec inquiétude morbide et réactions exagérées par rapport à la cause provocatrice ;

2° De troubles du caractère avec colères, rébellion, voies de fait.

3° De perversions instinctives avec amoralité, vols, délits sexuels. La débilité mentale compliquée est incompatible avec la vie aux armées. Les débiles simples peuvent être utilisés. Mais la présence d'un débile mental au combat est souvent dangereuse pour le sujet lui-même et pour ses camarades, nous en avons rapporté quelques exemples. La guerre ne provoque ni n'aggrave la débilité mentale, mais elle peut faire apparaître chez les débiles des réactions plus ou moins violentes et dangereuses qui ne se produiraient pas si les sujets demeuraient cantonnés dans leurs emplois automatiques du temps de paix.

2° Le déséquilibre mental caractérisé par une dysharmonie des facultés psychiques se manifeste pendant la guerre. Ces hommes, capables d'actes de bravoure extraordinaire, ont des défaillances déconcertantes et un oubli total des devoirs les plus simples. Capables d'apprécier leurs actes à leur juste valeur, ils sont impuissants à endiguer le dérèglement de leur conduite. Perpétuels désaxés dans la vie normale, ils ne peuvent pas s'adapter longtemps aux règles strictes de la discipline. On ne peut pas rendre la guerre responsable des manifestations des déséquilibrés, mais on se rend compte à quel point ces sujets peuvent être indésirables et parfois dangereux dans les rangs de l'armée.

3° Les psychoses périodiques sont en tout comparables à celles du temps de paix, mais les conséquences des accès revêtent une importance exceptionnelle du fait des circonstances de guerre. L'origine des psychoses périodiques apparaissant sur un terrain prédisposé par une constitution cyclothymique ne peut être attribuée à la guerre, cependant, les conditions de l'existence aux armées ont précipité le déclenchement de ces accès.

Les réactions des maniaques et des mélancoliques en cours d'accès se sont montrées dangereuses aux armées, soit en raison de l'excitation et de l'aggressivité des maniaques armés et de l'élément de scandale si le malade est un officier,

soit à cause de l'impression démoralisante que peut provoquer un mélancolique découragé exerçant sans le vouloir la fâcheuse contagion mentale. Cependant, entre les accès, on a vu des cyclothymiques se conduire au front d'une façon brillante.

4° Les psychoses systématisées hallucinatoires, interprétatives, imaginatives, raisonnantes ou paranoïaques se sont présentées pendant la guerre avec leurs caractères habituels.

On sait que la cause essentielle des délires systématisés est la prédisposition individuelle, la constitution psychopathique du sujet. Mais ces psychoses se développent le plus souvent à la suite des difficultés de la vie sociale, des chocs émotifs ou physiques, des intoxications diverses. Toutes ces conditions se sont trouvées réalisées par le séjour aux armées.

Les délires systématisés ont provoqué aux armées des réactions d'une particulière gravité quand elles n'étaient pas dépistées au début. Après la guerre, les troubles délirants de ces malades n'ont généralement fait que s'aggraver et la plupart d'entre eux restent internés.

5° Les états confusionnels tiennent en psychiatrie de guerre une place très importante. On peut les classer schématiquement en deux groupes:

*a*) Les états confusionnels d'origine traumatique ;

*b*) Les états confusionnels d'origine non traumatique.

*a*) *Les états confusionnels d'origine traumatique* peuvent présenter tous les degrés et toutes les formes depuis les simples états post-commotionnels et post-contusionnels, jusqu'aux confusions *mentales chroniques graves* évoluant vers la *démence traumatique*.

On peut distinguer trois degrés de gravité : 1° le syndrome post-confusionnel léger où l'état confusionnel régresse rapidement ; 2° des formes plus sérieuses où le déficit intellectuel global persiste ; 3° des formes graves réalisant la *démence traumatique*. Ce dernier groupe englobe toutes les formes subdémentielles avec ou sans délire. Les troubles psychiques atteignent ici un degré extrême. Toute l'activité psychique est pratiquement éteinte.

Cette séparation des états confusionnels traumatiques en trois groupes peut paraître arbitraire, car, d'une forme à l'autre, il n'y a qu'une différence de degré, les symptômes restent les mêmes, leur intensité seule se modifie et c'est ce qui explique comment on peut voir passer un même malade d'une forme à l'autre. Il est difficile d'affirmer qu'à tel moment donné un état confusionnel traumatique s'est « fixé » [voir thèse de notre élève Masquin (1)].

(1) **Les syndromes confusionnels dans les grands traumatismes craniens. P. Masquin, thèse de Paris, 1931.**

*b*) *Les états confusionnels d'origine non traumatique* sont déterminés par toutes les causes habituelles de ce genre de psychopathies, mais l'importance du choc émotionnel ne saurait être oubliée. En étudiant le syndrome *post-émotionnel* nous avons signalé qu'il se manifeste brusquement à la suite de l'éclatement d'un obus sans commotion vraie. Son observation pendant la dernière guerre avait été fréquente au point de justifier la création d'une dénomination spéciale : l'*obusite*. En dehors de l'émotivité constitutionnelle les facteurs héréditaires ne semblent pas intervenir dans l'étiologie des états confusionnels, Les confus pouvaient être avant l'épisode aigu des hommes sains et bien équilibrés.

Le plus souvent l'état confusionnel disparaissait graduellement. La guérison était la règle. Parfois cependant, on voyait persister pendant plus ou moins longtemps des idées fixes post-oniriques. Des reliquats de l'état confusionnel ont pu parfois s'organiser en un délire secondaire si le malade était prédisposé par un état psychique constitutionnel et nécessiter l'internement dans un asile.

6° La démence précoce. Cette psychose s'est manifestée pendant la guerre sous ses deux formes cliniques :

*a*) La démence précoce du type Morel-Kræpelin ;

*b*) La démence précoce du type schizoïde.

L'origine constitutionnelle de la D. P. ne saurait être niée. Mais peut-on dire que la guerre n'ait eu aucune influence dans son apparition ? Par les réactions caractéristiques de leur psychisme, les déments précoces entrent bientôt en conflit avec la discipline militaire. Ces malades ont parfois été victimes de sanctions qui ont incontestablement aggravé leur état et précipité l'évolution de leur psychopathie. Il n'est pas d'auteur qui se soit intéressé à la psychiatrie militaire qui n'ait signalé des cas d'erreur de diagnostic relatifs à des déments précoces considérés comme des mauvais sujets indisciplinés ou comme des simulateurs.

Les actes d'agressivité brutale du D. P. étaient un motif de sanction. La bizarrerie et la discordance de leurs manifestations, leurs gestes, leur mimique, les réponses à côté, expliquent fort bien que certains d'entre eux aient été pris pour des simulateurs. Si nous ajoutons la suggestibilité qui porte ces malades à accepter toutes les accusations, on devine les graves conséquences qui ont pu, pendant la guerre, résulter pour certains sujets de leur état morbide. La démence précoce a été observée chez les combattants sous ses différentes formes : hébéphrénique, catatonique ou paranoïde et aux divers stades évolutifs de cette affection. Ceux qui ont été hospitalisés, ont fait l'objet, pour la plupart, d'un internement ou d'une mise en réforme. Il importe d'évi-

ter le maintien dans le milieu militaire de pareils sujets qui, malgré des rémissions passagères, peuvent devenir dangereux. L'évolution de leur maladie est à peu près fatale. C'est dans les asiles que nous retrouvons aujourd'hui la plupart des déments précoces de guerre.

7° Les démences organiques ne présentent pas dans la psychiatrie de guerre, l'intérêt des affections précédentes. Parmi les mobilisés, on ne les rencontre que chez les hommes des classes anciennes et chez quelques officiers.

Il s'agit de démence artério-scléreuse, de la démence sénile ou des états démentiels consécutifs aux hémorragies ou aux ramollissements cérébraux. La cause initiale de ces psychoses d'involution est soit la syphilis, soit l'artério-sclérose liée la plupart du temps à l'éthylisme chronique. La guerre, en favorisant les habitudes éthyliques a pu hâter l'apparition du syndrome démentiel. On retrouve alors chez eux, les symptômes habituels des états démentiels simples ou associés.

Les réactions de ces malades ont été assez réduites. Chez tous ces sujets, lorsqu'ils n'avaient pas inconsciemment déserté leur poste, les troubles démentiels apparaissaient si manifestes qu'ils nécessitaient l'évacuation immédiate de la zone des armées. Après la guerre leur état de déchéance n'a pu que s'accroître.

8° La paralysie générale, dont l'étiologie syphilitique est bien établie, a pu être aussi parfois favorisée par les blessures du cerveau et les traumatismes craniens. Dans d'autres cas, la responsabilité de la guerre a tenu au fait que certains syphilitiques avaient abandonné tout traitement en raison des hostilités.

Les manifestations délirantes des paralytiques généraux confirment l'opinion de Dumas que la guerre n'a eu d'autre influence chez eux que d'imprimer à leur délire une tournure spéciale.

Les cas de paralysie générale survenus pendant la guerre ont évolué depuis jusqu'à la phase terminale, car les thérapeutiques actives et, en particulier, la malariathérapie, n'étaient guère appliquées avant la fin des hostilités.

9° Les toxicomanies et, en particulier, l'alcoolisme sous toutes ses formes : aiguës ou chroniques, ont tenu une large place dans la pathologie mentale de guerre.

Il n'est pas douteux que la plupart des toxicomanes étaient dès avant la guerre enclins à leurs fâcheuses habitudes. Au cours de la guerre, leur rechute était certaine. En ce qui concerne l'alcoolisme de multiples circonstances contribuèrent à entretenir l'intoxication ou même à la créer. Les conditions défectueuses d'hygiène et d'alimentation expliquent les troubles graves constatés chez les éthyliques de guerre. Elles s'associaient aux symptômes psychiques et intervenaient dans la gravité des réactions.

En ce qui concerne l'usage des stupéfiants : morphine et ses dérivés, cocaïne et éther, il faut incriminer le relâchement moral existant au cours de la guerre, surtout à la fin d'un long conflit, dans certains milieux de l'arrière. La morphinomanie, la cocaïnomanie et l'éthéromanie, n'ont guère été observées au front. Ces toxicomanies sont restées assez limitées et n'ont donné lieu à des réactions graves que dans des cas isolés. Par contre, les réactions observées chez les éthyliques ont été très nombreuses et souvent très graves. Elles étaient d'autant plus dangereuses que les malades pouvaient être armés.

En dehors même des accès psychopathiques aigus ou subaigus, les alcooliques se montraient difficilement adaptables à la discipline des armées.

Malgré les excuses que peuvent solliciter les toxicomanes du fait des circonstances de guerre, la responsabilité de l'Etat ne saurait être engagée à l'égard des suites de leur intoxication.

10° La simulation des maladies mentales a été moins fréquente en temps de guerre qu'on aurait pu le supposer. C'est que, de toutes les maladies, la folie est la plus difficile à imiter et sa simulation ne résiste guère à l'observation attentive d'un psychiatre averti. Ce qu'on a rencontré le plus souvent, c'est l'exagération utilitaire de tares psychiques antérieures. Il s'est agi là, suivant l'expression de Jose Ingénieros de « *sursimulation* ». Les nombreux auteurs qui se sont occupés de ce délicat problème ont insisté sur la prudence qu'il est toujours nécessaire d'apporter lorsqu'on est appelé à formuler un diagnostic ferme de simulation de troubles mentaux.

Dans notre rapport à la 35e Session du Congrès des aliénistes et neurologistes (Bordeaux 1931) sur les « fausses simulations » nous avons cherché à dégager toutes les causes d'erreurs possibles qui peuvent porter un aliéniste à considérer un aliéné véritable comme un simulateur. Mais l'étude du diagnostic différentiel de la simulation de la folie nous entraînerait beaucoup trop loin. Disons seulement que, malgré toutes les causes d'erreurs possibles, il faut reconnaître que l'aliénation mentale a parfois été simulée de toutes pièces au cours de la guerre, par des individus parfaitement sains d'esprit. Chavigny dans son livre sur les maladies simulées a donné d'utiles indications au sujet du dépistage de ces simulations.

### III. — Les conséquences médico-légales des psychopathies de guerre.

Les conséquences médico-légales des psychonévroses de guerre sont à envisager à un double poit de vue :

1° Celui de la responsabilité de l Etat à l'égard de l'invalidité résultant pour le malade de son affection constatée pendant la guerre :

2° Celui de la responsabilité pénale de ces malades en cas de délit ;

**1° Les taux d'invalidité pour psycho-névroses de guerre.** — La loi des pensions du 31 mars 1919 a établi le droit à pension pour tous les militaires atteints d'une affection contractée ou aggravée au cours des hostilités. Ce principe de l'imputabilité par aggravation étant admis, toute maladie psychique constatée au cours des hostilités entraîne droit à pension. Le guide barème qui a été établi en 1919 pour l'évaluation du taux d'invalidité afférant à chaque affection a fait l'objet d'une révision en ce qui concerne la neuro-psychiatrie.

Le nouveau barème a été mis en vigueur par décret du 22 février 1929 et inséré au *Journal officiel* du 28 mars 1929. Il est à remarquer que, dans tous les cas, quelle que soit l'affection en cause, l'internement entraîne le droit à une pension au taux de 100 %.

En toute occasion, l'expert se basera pour l'évaluation du taux d'invalidité, sur l'intensité du trouble apporté par l'affection psychique en cause dans les relations sociales et dans l'activité pratique du sujet.

**2° Responsabilité pénale des psychopathes de guerre délinquants.** — Dès le temps de paix, la présence des psychopathes dans les rangs de l'armée est toujours préjudiciable au bon ordre et à la discipline. En temps de guerre, à plus forte raison, ces sujets sont indésirables.

Par leurs réactions, ils jettent le trouble autour d'eux. Avant d'être soumis à l'examen du médecin, les psychopathes font souvent l'objet de sanctions, car le caractère morbide de leur réactions n'est pas toujours immédiatement reconnu.

Dans l'armée, les occasions de délits sont multipliées par les règles de la discipline, par les obligations précises de la vie du soldat auxquelles n'étaient accoutumés, ni les débiles, ni les déséquilibrés, ni les schizophrènes, ni les déprimés. Mis en présence de réalités nouvelles souvent tragiques, surtout pour les émotifs, ces fragiles du système nerveux, incapables de s'adapter au milieu, réagissent chacun selon son tempérament. Parfois, si les délits sont minimes, l'avis médical n'est pas demandé. Mais, à l'occasion de délits plus graves justifiant une comparution en conseil de guerre, le médecin est souvent appelé à donner son avis à titre d'expert.

Nous ne pouvons envisager ici l'étude de la responsabilité pénale. Nous ne pouvons que rappeler les grands principes qui doivent présider à l'expertise médico-légale des psychopathes. En matière de responsabilité pénale aucune règle absolue ne peut-être formulée, il n'existe que des cas d'espèce et les conclusions de l'expert ne sont valables que pour chaque cas particulier étudié avec soin.

Ces conditions ne peuvent être réalisées que, dans le calme d'un service hospitalier. Le médecin doit demander l'*hospitalisation du délinquant* dans un centre spécial de neuro-psychiatrie aux armées ou à l'intérieur.

Dès lors, le premier soin du médecin sera d'*établir un diagnostic ferme* dans le plus court délai possible. Il s'entourera de tous les éléments d'enquête relatifs au délit. Mais le médecin ne se départira jamais d'un esprit critique, sachant apprécier à leur juste valeur, les circonstances, les témoignages et les intérêts utilitaires. Il fera la part du rôle que ces éléments ont pu jouer dans le syndrome psychopathique observé. Signalons, en effet, que, parfois, les renseignements sont défavorables à l'inculpé bien qu'il s'agisse d'un malade authentique et que le délit soit lié à la psychopathie. Nous avons rapporté un exemple d'une erreur judiciaire relative à un malade qui fut par la suite soumis à notre expertise. Les erreurs judiciaires peuvent être nombreuses en justice civile comme en justice militaire. Pactet et Collin l'ont abondamment prouvé. Nous insisterons sur la nécessité d'un examen minutieux et sans parti pris et de l'analyse psychiatrique approfondie des réactions de l'inculpé. Malgré le désir et la nécessité d'établir un diagnostic rapide en temps de guerre, il sera nécessaire parfois de recourir à une observation prolongée. Le maintien en observation est souvent le meilleur moyen de dépistage d'une simulation et, en temps de guerre plus encore qu'en temps de paix, la prudence s'impose avant de formuler le diagnostic de simulation.

Si ce diagnostic a pu être écarté, l'expert doit préciser la nature des troubles psychiques et démontrer que l'acte délictueux a bien été commis sous l'influence des troubles mentaux dépistés par l'expertise. Si le médecin peut apporter cette affirmation, il en découle que l'inculpé doit être déclaré irresponsable.

La conclusion de l'irresponsabilité pénale peut prêter à discussion dans certains états psychonévropathiques de guerre. C'est, en particulier dans les cas de manifestations pithiatiques, de déséquilibre mental, de sursimulation et d'intoxication éthylique.

Dans le *pithiatisme*, il y a lieu de déterminer la part de l'élément utilitaire. Chez les *déséquilibrés*, il importe d'apprécier le coefficient de volonté saine dont le sujet dispose pour résister à ses impulsions. Dans les cas de *sursimulation*, il faut tenir compte des facultés de jugement et de raisonnement du sujet. Dans les états éthyliques, il serait dangereux d'ériger l'indulgence en principe. Les sanctions sont, au contraire, salutaires et peuvent agir à titre thérapeutique par intimidation. Mais, dans les accès d'alcoolisme aigu délirant, l'inconscience du sujet est absolue et le bénéfice de l'art. 64 du code pénal ne peut être

refusé. Les mêmes arguments peuvent s'appliquer aux autres toxicomanies. Dans ces divers états morbides, il s'agit de cas limites pour lesquels on ne peut établir de règles fixes.

Les conclusions de l'expert seront dictées par l'étude attentive de chaque cas d'espèce. Le médecin proposera au juge une solution pratique basée sur la notion de la sécurité collective.

Dans tous les autres cas de psychonévroses de guerre, les sujets seront tenus pour irresponsables. Ce sont des malades et ils doivent être traités comme tels.

Ainsi la *question des conséquences médico-légales des psyhco-névroses de guerre se résume en un problème de diagnostic.* Les solutions thérapeutiques et médico-légales s'imposent d'elles-mêmes. Cette conclusion implique la nécessité de développer dès le temps de paix l'enseignement psychiatrique des médecins de l'armée et du cadre de complément. Elle fait apparaître le besoin de développer la collaboration entre le commandement, les juges militaires et les médecins dans le but d'éviter des regrettables erreurs judiciaires.

### IV. — Le traitement des psychoses de guerre.

La thérapeutique des névroses et des psychoses observées pendant la guerre est identique à celle des mêmes affections rencontrées en temps de paix. Cette thérapeutique utilise les moyens médicamenteux, physiothérapiques et psychothérapiques habituels. Mais nous n'avons pas à entrer ici dans les détails des procédés thérapeutiques qui conviennent à chaque affection. En matière de thérapeutique, le grand problème spécial aux psychonévroses de guerre est celui de l'*organisation des centres de traitement* nécessaires à ces affections. Cette organisation doit être prévue en temps de paix afin d'éviter les inconvénients d'une improvisation superficielle et hâtive élaborée sous la pression des événements.

L'expérience du grand conflit de 1914-1918 nous permet de formuler les propositions suivantes :

Il y a lieu de prévoir l'hospitalisation des psychopathes aux armées et à l'intérieur :

*a*) **Aux armées.** — Un hôpital de neuro-psychiatrie annexé à chaque hôpital d'évacuation secondaire. En principe, un par armée organisé à proximité immédiate d'un grand H. O. E., point central de filtration des évacuations avant la zone des étapes, confié à des médecins spécialisés en neurologie et en psychiatrie. Il recevrait tous les blessés et malades de l'armée atteints de troubles neurologiques ou psychiques.

Leur premier soin serait d'opérer un « triage » destiné au dépistage : 1° des psychopathes graves à évacuer immédiatement sur l'arrière ; 2° des simulateurs ou des exagérateurs à envoyer au front après invigoration nécessaire ; 3° des malades légers à traiter sur place.

Ce triage permettrait d'éviter un grand nombre d'évacuations inutiles et même nuisibles. Les cas bénins relevant du surmenage passager ou des chocs émotifs, les troubles pithiatiques, guérissent pour la plupart très rapidement. Au contraire, si ces névropathes sont évacués sur l'intérieur, on voit leurs troubles se fixer désespérément par le fait de l'habitude prise, par la sympathie et la pitié intempestives rencontrées trop souvent et par de nombreuses causes d'irritation.

*b*) **Evacuation.** — Parmi les malades qui sont dirigés à l'intérieur, les grands psychopathes difficilement évacuables et pour lesquels l'internement s'impose doivent être évacués sur l'asile le plus proche. Les autres malades sont évacués sur le centre de psychiatrie régional correspondant à la zone de l'intérieur attribuée aux évacuations de l'armée.

*c*) **A l'intérieur.** — Il est indispensable de prévoir l'organisation d'*un centre de neuro-psychiatrie par région du territoire.*

Du point de vue de l'installation matérielle, il doit être placé sur un grand courant d'évacuation et installé dans le principal hôpital du chef-lieu de la région afin de disposer de tous les moyens d'investigation clinique, seul moyen dans les cas difficiles d'éviter une erreur de diagnostic et d'appliquer rapidement la thérapeutique utile.

Le personnel médical de ces centres doit être nombreux et spécialisé tant en neurologie qu'en psychiatrie. Il y a, en effet, intérêt à réunir en un même centre, les affections neurologiques et les maladies mentales. De plus en plus, la liaison neuro-psychiatrique s'avère indispensable.

L'effectif des médecins et des infirmiers variera suivant l'importance de chaque centre. Un centre de neuro-psychiatrie doit donc servir de lieu d'examen, de diagnostic, de traitement et de répartition. Les locaux doivent être prévus en conséquence. Les locaux pour les militaires psychopathes subissant des peines disciplinaires ou préventionnaires du tribunal militaire doivent être surveillés par un service de garde relevant du commandement. Ces locaux doivent être bien séparés du service des malades non délinquants afin 'éviter la déplorable impression produite sur les malades et sur leurs familles par la présence de gardes en armes.

Le service de ces centres régionaux comporte, outre les consultations externes et les expertises pour les malades de la région :

1° L'EXAMEN de tous les évacués des armées en vue d'un nouveau triage. Ce triage permet de répartir les malades en plusieurs groupes ;

*a*) Les malades atteints de troubles psychopathiques légers ou à forme aiguë transitoire susceptibles d'être traités au centre même.

b) Les malades présentant des psychopathies graves nécessitant l'internement.

c) Les malades qui, sans relever de l'asile sont cependant atteints de troubles psychiques dont la guérison demande un certain temps et qui sont justiciables de soins dans des centres secondaires (petits mentaux).

2° Le traitement. — Ce sont les petites bouffées psychopathiques aiguës qui bénéficient au maximum des moyens thérapeutiques du centre régional. Ces malades pour la plupart peuvent être rendus à l'armée soit après une courte permission, soit après un congé de convalescence.

Nous ne dirons rien de spécial des malades de la seconde catégorie, grands psychopathes pour lesquels l'internement s'impose, après une courte observation. Ces malades sont perdus pour l'armée et font l'objet d'une mise en réforme.

Il est plus intéressant d'envisager le sort des sujets de la troisième catégorie pour lesquels la création de centres secondaires de traitement a dû être envisagée pendant la guerre. Ces centres sont destinés à recevoir de « petits mentaux » dont l'état ne présente pas une gravité suffisante pour justifier un internement immédiat. L'internement est une mesure trop rigoureuse pour ce genre de malades qui ne sont pas dangereux pour l'ordre public. Les rigueurs de la loi de 1838 doivent leur être évitées, les familles redoutant la tare de l'internement. Enfin, par la création des centres de « petits mentaux », on cherche à épargner les deniers de l'Etat, car l'internement entraîne aussitôt la réforme n° 1 et l'attribution d une pension de 100 % que le malade conserve au moins deux ans, même s'il sort guéri.

Une autre question du même ordre doit faire, elle aussi, l'objet de nos préoccupations dès le temps de paix. C'est celle de la *sélection des recrues* au point de vue de leurs aptitudes psychiques. Il s'agit là d'un important problème dans lequel s'affrontent deux grands principes, celui de la *préservation des effectifs* et celui de la *prophylaxie mentale* dans l'armée. Nous ne pouvons reprendre ici l'exposé d'un aussi vaste sujet. Tous les médecins qui se sont intéressés à cette question ont été d'avis qu'il importait de prévoir dès le temps de paix l'utilisation de certains psychopathes en cas de guerre.

Au cours de la dernière guerre, les commissions de réforme ont récupéré un très grand nombre de soldats réformés auparavant. Certains de ces récupérés ont accompli des actes de courage remarquable. Mais beaucoup d'autres n'ont eu aucun rendement utile, ont envahi les hôpitaux et sont aujourd'hui titulaires de pensions pour « infirmités aggravées en service ». On ne saurait songer cependant à maintenir éloignés de l'armée en temps de guerre tous les tarés psychiques. Encore faut-il que la répartition de ces tarés psychiques soit préparée soigneusement.

A l'ancienne classification rangeant les recrues en : « aptes au service armé » et en « aptes au service auxiliaire », il y aurait intérêt à ajouter une troisième catégorie de sujets qui seraient déclarés « récupérables pour le temps de guerre ». Les sujets de cette catégorie seraient désignés d'avance pour remplir tel ou tel emploi aux armées ou à l'intérieur. Cette désignation pourrait être faite par le Conseil de révision après expertise des conscrits par des psychiatres qualifiés.

Mais nous ne pouvons là qu'ébaucher un plan d'organisation future et attirer une fois de plus l'attention sur la nécessité de prévoir, pour l'avenir une meilleure répartition des petits psychopathes dans les diverses unités ou services de la nation en armes.

---

## LE TRAITEMENT CHIRURGICAL IMMÉDIAT DES FRACTURES OUVERTES DE JAMBE [1]

### Essai sur la mode en chirurgie

Par M. Petit de la Villéon

Sur le traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe, il y en aurait très long à dire. Je veux simplement me borner à quelques réflexions qui seront le fruit de mon expérience et de mes méditations.

Je prends comme type une fracture de gravité moyenne et non le grand broiement qui nécessite l'amputation immédiate. Je rappellerai seulement ici que le bon chirurgien demeure toujours à mes yeux celui qui ne se hâte pas d'amputer. J'ai écrit autrefois une plaquette que j'avais intitulée « N'amputons pas ». Elle ne fut pas alors louée par tous. Je vous dirais cependant que je n'ai pas changé d'avis. Le chirurgien supérieur n'est pas le coupeur supérieur, c'est celui, à mes yeux, qui sait limiter les indications de l'amputation et qui connaît les ressources de la technique chirurgicale de l'embaumement et de la conservation. Un mot encore pour rappeler lorsqu'on doit se résoudre au sacri-

(1) Congrès de Chirurgie, 9 octobre 1931.

fice du membre, combien il importe de n'enlever le garrot qu'après l'amputation.

Je laisse également de côté les fractures ouvertes très bénignes qui ne diffèrent pas sensiblement dans leur pronostic et leur traitement des fractures fermées.

Broiement complet et fractures bénignes ne sont pas dans mon sujet. J'envisagerai seulement les fractures ouvertes de délabrement moyen.

Les choses humaines, sous certains climats sont soumises à un élément que l'on appelle, « *la mode* ». Je ne crois pas que l'on puisse voir là une marque de leur puissance ou de leur vérité. N'est-ce pas là plutôt un des indices de leur faiblesse ? Je crains que les choses de la chirurgie n'aient pas toujours su s'y soustraire. Au cours de ma carrière, j'ai connu certaines modes dont je ne puis pas dire que toutes aient été également heureuses. Contre certain engouement je voudrais mettre en garde le jeune chirurgien de la génération qui nous suit, et mon seul but est d'examiner avec lui la valeur relative des divers traitements qui ont été proposés dans la thérapeutique chirurgicale immédiate des fractures ouvertes de jambe.

**La suture primitive ?**

Ici elle sera presque toujours contre-indiquée. J'en ai vu trop souvent les funestes résultats. Lorsque la suture primitive s'applique aux plaies simples, je la considère déjà comme une thérapeutique discutable ; j'ai eu de nombreuses occasions de voir ce qu'elle donne, et je suis loin de partager l'enthousiasme de ses protagonistes. Je sais de quelle faveur la suture primitive d'emblée a joui pendant la guerre. Je la crois souvent dangereuse. Je n'ignore pas les avantages qu'on lui a reconnus pour la rapidité et la perfection de certaines guérisons, mais je sais aussi combien elle peut être le départ de complications septiques graves. Quand j'ai mis les deux éléments en présence dans la balance mon opinion s'est faite.

La fermeture secondaire, c'est autre chose. Elle peut s'appliquer dans certains cas au traitement des fractures ouvertes, encore qu'il faille apporter là une extrême prudence.

**L'épluchage ?**

J'aurais le courage d'attaquer et la chose et le mot. Depuis longtemps je le pense ; l'occasion m'est offerte de le dire, et je n'y manquerai pas. Voilà une mode qui a sévi depuis 1916-17 et je n'hésite pas à déclarer qu'elle a eu souvent de funestes effets. Le mot seul ne comporte-t-il pas déjà quelque chose de choquant, d'effroyable ? J'ai vu éplucher des plaies ; j'ai vu éplucher des articulations ; j'ai vu éplucher des genoux fracturés ; j'ai vu éplucher des foyers de fractures de tous genres et je l'ai moi-même fait au début. Les résultats de ce que j'ai vu ont été dans leur ensemble mauvais : choc, complications septiques, manque de consolidation, mort. Je me suis donc élevé depuis cette époque contre l'épluchage, mot disgrâcieux qui qualifie une technique, laquelle, telle qu'on la fait, souvent, est une technique disproportionnée qui entraîne des délabrements trop importants et une opération trop choquante. C'est donc une mode que je combats. La vérité à mes yeux, réside dans une mode plus ancienne celle-là, et qui a mérité de survivre, la « *toilette chirurgicale* »; le mot est de bonne allure, il dit parfaitement ce qu'il veut dire. L'opérateur, de son instrument, fait la toilette de la plaie. Au niveau de la peau, des parties molles, ce qui est mauvais, dangereux, est réséqué, mais d'un acte raisonnable et tempéré. L'esquillectomie est économique ; les petites esquilles libres sont enlevées, toutes celles qui sont reliées à un pédicule périostique sont soigneusement respectées ; les grosses sont en principe laissées en place.

Je sais qu'en médisant ainsi de la mode de l'épluchage et de la fermeture primitive, je vais attirer contre moi les foudres de beaucoup de mes collègues, qui eux sont des convaincus. Je m'excuse près d'eux, mais je me fais un devoir de dire ce qui, aussi, à moi, est ma conviction depuis bien des années.

**L'ostéosynthèse ?**

Voilà une technique chirurgicale bien à la mode, et je sais certains chirurgiens comme un certain public qui sont enclins à considérer qu'un chirurgien qui ne traite pas ses fractures par l'ostéosynthèse n'est pas un chirurgien. Je crois cependant que dans les fractures ouvertes de jambe, l'ostéosynthèse primitive trouvera de rares applications. Ce n'est pas parce qu'une fracture est ouverte qu'on peut trouver naturel d'y introduire plaques ou matériel de suture métallique. Bien au contraire, dans ce foyer qui est infecté ou qu'on a le devoir de considérer comme tel, l'ostéosynthèse est dangereuse et contre-indiquée. Je sais que beaucoup de mes collègues pensent comme moi.

Donc, pas d'ostéosynthèse primitive. Dans quelques circonstances, on peut procéder à l'ostéosynthèse retardée ; la situation est différente.

**L'asepsie pure ?**

Un chirurgien vraiment à la mode est celui qui a banni de sa pratique tout antiseptique, et qui ne manie que l'asepsie pure. Je n'hésite pas à penser qu'en présence d'une fracture ouverte de jambe, l'asepsie pure sera une défense insuffisante. N'oublions pas que nous nous trouvons ici en présence d'un foyer d'infection dangereux, que nous avons le devoir de le considérer

comme portant en puissance et en lui-même les germes des complications septiques les plus graves. Encore une fois, je crois que nous avons intérêt à composer avec la mode ; non point que je veuille remettre en honneur tous les antiseptiques qu'employaient nos maîtres il y a une quarantaine d'années ; certains d'entre-eux avaient incontestablement une action nocive sur les propriétés de vitalité et de défense des tissus.

Je ne veux pas non plus prôner la teinture d'iode à l'action brutale sur la peau et sur les parties molles. *La teinture d'iode dans les plaies*, ce fut aussi une mode cela, et combien néfaste à mon avis ! J'ai toujours combattu contre elle.

Je veux dire par contre tout le bien que je pense de certains antiseptiques doux ; tous les services merveilleux que m'a rendus le savonnage des plaies et des foyers de fracture, le tout associé à l'irrigation discontinue du foyer de fracture avec la liqueur de Dakin, selon la méthode de Carrel...

Depuis le jour où, me trouvant en mission à l'ambulance de La Panne, dans le service qu'avait remarquablement organisé notre regretté collègue Depage, de Bruxelles, depuis le jour, dis-je, où pour la première fois dans son service, je vis le pavillon des fractures ouvertes où chaque foyer était chaque jour soumis à un savonnage abondant associé à la carrellisation ; depuis ce jour, j'ai été conquis par cette méthode. Je l'ai toujours employée depuis, elle m'a fidèlement donné les meilleurs résultats. Je suis un partisan convaincu du savonnage des plaies, et en particulier du savonnage des foyers de fractures ouvertes.

Les sérothérapies diverses seront mises en jeu bien évidemment pour lutter contre les complications septiques et toxiques variables ; thérapeutique puissante, mais sur laquelle je ne puis m'étendre dans cette courte note.

**L'appareillage**

Après avoir tout employé, je crois que le mieux est d'accepter délibérément qu'une fracture ouverte de jambe avec délabrement de moyenne importance devra dans les circonstances habituelles être soumise à deux appareillages successifs : un appareillage immédiat et provisoire, un appareillage secondaire et définitif.

1° *Comme appareillage immédiat* nous avons le choix entre les attelles de Boekel, celles de Thomas, celles de Braun, qui sont toutes de très bons appareils permettant les pansements quotidiens, la grande toilette savonneuse dont je parlais tout à l'heure, la carrellisation, et en même temps la surveillance des axes, des attitudes, de celle du pied en particulier.

Un appareil excellent qui est bien passé de mode, mais qui s'est réhabilité à mes yeux pendant la guerre, c'est l'appareil *de Scultet*. Le scultet simplifié (composé d'un drap d'hôpital, quelques attelles et quelques coussins) est un appareil merveilleux, d'un maniement facile, qui procure une immobilisation de la jambe et une mise en attitude très suffisante pour la première période du traitement. Je l'ai employé dans mon service largement pendant la deuxième moitié de la guerre, et j'ai continué depuis. Je voudrais que le scultet revint à la mode et que son usage se généralisât pour son efficacité et sa simplicité.

Tous les dispositifs à suspension qui peuvent s'ajouter à l'appareillage provisoire sont assurément parfaits.

2° *Pour la deuxième période du traitement, appareillage définitif*, je donne la préférence pour ma part à un appareil plâtré, léger et fenêtré. J'ai employé aussi les appareils à extension, les étriers de Finochietto qui m'ont donné de très bons résultats, mais qui ne sont pas toujours possibles. Les dispositifs à suspension apporteront ici également leurs qualités d'excellence, de confort, et de commodité.

C'est bien le lieu de répéter ici qu'en présence d'une fracture ouverte de jambe, le meilleur appareil provisoire ou définitif sera celui que le chirurgien connaît le mieux et dont il a le plus l'expérience. Gardons-nous donc de règles absolues.

***

En terminant, et puisque j'ai parlé du scultet tout à l'heure, je vous demande la permission d'émettre un vœu qui sort peut-être du cadre absolu de notre question, mais qui se rattache étroitement à nos préoccupations chirurgicales.

Trop souvent, nous voyons les grands fracturés de la route nous arriver dans les cliniques ou les hôpitaux avec des appareils d'une insuffisance regrettable, qui vont jusqu'à compromettre le résultat final. Pour les fractures ouvertes de jambe, rien n'est plus simple, rien n'est plus efficace, rien n'est plus facile à appliquer qu'un scultet. Je voudrais que tous les médecins qui sont appelés à donner les premiers soins sur la route, que tous les postes de secours fussent munis d'un scultet. L'appareil est si facile à composer avec trois planchettes, trois coussins et une toile imperméable. Ce n'est ni encombrant ni coûteux. Je voudrais voir cet appareil partout ; il rendrait à nos fracturés les services immédiats les meilleurs.

## PHYSIOTHÉRAPIE DERMATOLOGIQUE

### L'électro-dessication, traitement de choix des petites tumeurs cutanées

Par le Docteur PHIPPS (de Nice).

*Il est nombre de petites tumeurs cutanées bénignes*, dont on vient souvent solliciter du dermatologiste, l'ablation.

Ce sont, tantôt des verrues cornées vulgaires, tantôt des nævi verruqueux mous, des nævi pigmentaires plus ou moins saillants, des angio-kératomes, tantôt encore de petits kystes épidermiques ou de menus adénomes, etc., etc.

Diverses par leur nature et leur origine, ces petites tumeurs ont toutes ceci de commun, qu'elles sont disgracieuses ; siégeant, pour la plupart, avec une déplorable fréquence au visage, elles constituent de ce fait un sujet d'ennui pour la coquetterie de ceux — et surtout de celles — qui en sont affligés.

Les moyens de destruction ne manquent pas, à leur égard, mais tous ne sont pas également bons à employer, car comme il ne s'agit, en l'espèce, que de satisfaire un simple souci d'esthétique, il faut que l'opération se présente, sous tous les rapports, comme parfaitement anodine.

Le traitement de choix devra donc répondre aux conditions suivantes :

1° N'être pas douloureux ;

2° Ne comporter aucun risque, ni immédiat, ni tardif ;

3° Etre d'application aisée et rapide.

4° Ne produire qu'une cicatrice insignifiante, à peu près invisible.

Ces desiderata sont complètement réalisés par l'électro-dessication.

Les praticiens connaissent surtout l'électrocoagulation ; c'est pourquoi il n'est peut-être pas inutile de préciser en quoi consiste l'électrodessication.

C'est une modalité d'application de la haute fréquence, basée sur l'emploi monopolaire de ce qu'on pourrait appeler le courant d'Oudin, c'est-à-dire le courant issu des spires du résonnateur imaginé par Oudin.

Ce courant est à faible intensité et à forte tension, alors qu'en électro-coagulation, on utilise un courant de faible tension et d'intensité forte (applications bi-polaires sans emploi de résonnateur).

La technique d'application est simple : on se sert d'une aiguille d'acier montée sur un manche isolant relié au résonnateur d'un appareil de haute fréquence dont l'éclateur est réglé de façon à ne donner entre ses bornes qu'un crépitement d'étincelles aussi faible que possible. Après avoir porté l'intensité au degré voulu, on enfonce l'aiguille dans la lésion à détruire et on fait passer le courant.

Grâce au contact intime de l'aiguille avec les tissus, il ne se produit pas d'étincelle ; on voit simplement au point traité les tissus bouillonner un peu, et paraître comme illuminés par en dedans ; c'est signe que leur mortification est réalisée en ce point ; il n'y a plus alors qu'à porter successivement l'aiguille en d'autres points au niveau desquels on fera de nouveau passer le courant pendant quelques secondes jusqu'à destruction complète de la lésion.

Suivant le volume et la consistance de la tumeur, cette destruction demande un temps et un nombre de piqûres variables. Pour certaines grosses verrues cornées, du volume d'un pois ou d'une petite fève, il est nécessaire de procéder à une destruction méthodique de la tumeur par sa base, en encerclant celle-ci par des points d'électro-dessication espacés de quelques millimètres les uns des autres, l'aiguille étant chaque fois enfoncée profondément vers le centre de la lésion.

L'opération achevée, on enlève d'un coup de curette, les tissus détruits, mettant ainsi à nu, une petite plaie sèche qui guérira rapidement sous la protection d'un pansement aseptique.

Telle est, dans sa simplicité, cette petite technique, dont l'exécution demande en général moins de temps que la description.

Les avantages de l'électro-dessication sont les suivants :

1° La destruction des tissus se fait sans brutalité ; elle est strictement limitée aux points où pénètre l'aiguille ; on n'a donc pas à craindre, comme avec l'électro-coagulation, l'extension de la mortification aux zones avoisinantes saines, pour peu que l'intensité du courant et son temps d'application n'aient pas été exactement appréciés.

On peut donc avec la plus parfaite sécurité réaliser, par ce procédé, des destructions précises autant que minimes.

2° La cicatrisation est rapide ; les tissus ne présentent pas l'aspect inflammatoire qu'ils prennent après électro-coagulation ; la réparation s'amorce rapidement ; elle est complètement réalisée en dix jours environ pour les petites lésions et en une quinzaine de jours pour celles d'un volume un peu plus important.

3° La douleur est insignifiante (beaucoup moins vive qu'avec l'électro-coagulation) de sorte que, dans le cas de petites lésions des muqueuses (lèvres, langue, etc.), on peut se contenter pour

toute anesthésie, d'un simple badigeonnage au liquide de Bonain.

Pour toutes ces raisons, l'électro-dessication constitue un procédé de destruction, qui, en maintes circonstances, mérite de prendre le pas sur tous les autres, en physiothérapie dermatologique.

Aux tumeurs malignes, on continuera à réserver, selon les cas, soit l'électro-coagulation, soit les rayons X, soit le radium ; à la neige carbonique, on reconnaîtra également certaines indications spéciales, mais en règle générale, pour toutes les petites tumeurs bénignes de la peau ou des muqueuses, l'électro-dessication, me paraît constituer véritablement le traitement de choix.

---

## LA CLINIQUE INFANTILE AU GOUT DU JOUR

**1. L'ANOREXIE NERVEUSE, présentée par un nourrisson, qui refuse avec des cris de colère tous les aliments, cause le désespoir de la mère.**
**2. Née sur un terrain nerveux, elle s'explique par des perturbations organiques de la nutrition.**
**3. Elle peut guérir par un régime convenablement choisi, et même être évitée grâce à certaines précautions d'hygiène alimentaire.**

D'après MM. R. Mathieu et E. Leroy (1)

### I. — Le malade

« Il semble bien démontré que la répulsion extraordinaire de certains enfants pour les aliments n'est pas le symptôme d'un trouble psychique *sine materia.* »

Voici comment se passent habituellement les choses :

Pendant les six ou huit premiers mois, le bébé a présenté un appétit et une croissance normales. Brusquement, il perd l'appétit et refuse de finir ses biberons ; bientôt il va se mettre en colère quand on voudra l'alimenter. Entre les heures de repas, le petit malade paraît gai, enjoué, rieur ; mais, aussitôt qu'on apporte son biberon, il entre dans une rage frénétique. Il repousse la tétine avec sa langue, se démène, se bat avec sa mère. Le repas dure trois quarts d'heure ou une heure et se termine par un vomissement. Même répétition à chaque repas ; l'enfant ne retrouve sa bonne humeur que quand on renonce à l'alimenter.

Malgré ces restrictions alimentaires, le bébé maigrit peu ; il a bonne mine, mais n'éprouve jamais aucune sensation d'appétit. Si l'anorexie se prolonge, la croissance s'arrête ; le sujet devient de plus en plus nerveux, impressionnable ; il a bien les allures d'un petit névropathe, d'autant plus que l'examen clinique le plus minutieux ne révèle, en pareils cas, aucune affection organique, les fonctions intestinales étant satisfaisantes, la digestion des aliments ingérés de force se faisant sans difficulté.

Cette anorexie paraît d'ailleurs subir l'influence du psychisme de l'entourage. Pour obtenir une amélioration, il suffit parfois que la mère s'éloigne pendant les repas, et que l'enfant soit confié à ce moment à une garde expérimentée, qui ne se laisse pas émouvoir par les protestations de l'enfant.

Cette séparation de la mère et de l'enfant réussit dans un grand nombre de cas ; d'autres fois, l'anorexie se montre rebelle ; il faut gaver l'enfant à la sonde pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Puis, la guérison se produit, sans qu'on puisse savoir à quoi l'attribuer ; elle paraît être l'effet d'un hasard heureux ou d'un caprice de l'enfant.

### II. — Les bases d'un traitement rationnel

*Nerveux,* ce nourrisson anorexique l'est sans aucun doute ; mais son irritabilité s'explique par une affection organique latente. Or, il advient généralement que, par suite d'une fausse interprétation des faits, le médecin attribue une valeur essentielle à des phénomènes psychiques secondaires, et qu'il néglige la recherche de phénomènes biologiques moins apparents, qui sont la cause de tout le mal.

*Actuellement, on incrimine surtout une carence alimentaire.*

La perte de l'appétit est, en effet, le symptôme le plus commun et le plus *précoce* des avitaminoses provoquées expérimentalement chez les animaux. Elle est aussi un des signes avant-coureurs du scorbut et du béri-béri chez le nourrisson.

Et, si l'on a objecté que les sujets atteints d'a-

(1) René Mathieu et Edgar Leroy. — Le traitement des anorexies de cause névropathique chez le nourrisson. (*Le Bulletin médical*, 24 octobre 1931.)

norexie nerveuse ne présentent aucun des signes habituels des carences alimentaires les mieux connues, on sait aujourd'hui qu'il s'agit là des signes de la période avancée, mais que *les grands accidents du scorbut et du béri-béri sont précédés* par une très longue période de troubles peu apparents de la santé, qui se manifestent par la triade symptomatique suivante : *anorexie, arrêt de croissance, troubles nerveux.*

D'autre part, si des enfants nourris avec du lait de bonne qualité, additionné même de jus de citron présentent de l'anorexie nerveuse, il faut se rappeler que le lait contient bien une petite quantité de vitamines B, C, D, mais *tout juste suffisante pour des nourrissons bien portants et vigoureux.* Aussi, les enfants qui présentent quelques troubles de la nutrition, par suite d'une tare héréditaire ou d'une affection acquise (diarrhée, dyspepsie du lait de vache, infections des voies aériennes) ne trouvent-ils pas dans le lait d'origine animale une proportion de vitamines suffisante pour se développer normalement. Il apparaît, en effet, que les anomalies constitutionnelles et les infections augmentent les besoins de l'organisme en vitamines.

Et c'est vers la fin du premier semestre que l'équilibre entre l'apport et la dépense vient à se rompre ; une alimentation complémentaire riche en vitamines devient alors indispensable ; sinon l'appétit diminue, la croissance se ralentit, un élément nerveux particulier se constitue. L'enfant devient irritable ; le calme lui est particulièrement nécessaire. L'inanition s'ajoute aux carences pour exalter la susceptibilité du système nerveux, tandis qu'une alimentation plus copieuse pourra compenser dans une certaine mesure les déficits de l'organisme.

Or, nous avons maintenant le moyen de guérir l'anorexie nerveuse, plus vite et plus complètement qu'on ne l'espérait autrefois, et nous pouvons même en prévenir l'apparition, grâce à des régimes convenablement choisis.

Cependant, il faudra distinguer les cas, où la carence alimentaire peut être considérée comme pure, et ceux où l'avitaminose est surajoutée à une affection organique : troubles digestifs, infection ou tare héréditaire (syphilis le plus souvent), ici le traitement est plus délicat.

#### A) Anorexies simples par avitaminose

Ces cas sont facilement curables, par l'addition à la ration quotidienne d'une quantité suffisante de vitamines convenablement choisies. Les sujets présentent parfois des troubles digestifs légers, des selles compactes et fétides, indices d'une dyspepsie du lait de vache, ou bien des selles légèrement grumeleuses.

On distribuera chaque jour à ces enfants les vitamines B, C et D, dont le lait est généralement assez mal pourvu, et on modifiera légèrement le régime lacté à l'aide de babeurre (ou de yoghourt quand l'enfant est âgé de 8 mois environ).

La vitamine C existe en abondance dans la plupart des fruits : vers 6 à 8 mois une cuillerée à soupe par jour, au minimum, de jus d'orange et de citron, parfois de tomate ou de raisin (pour ces derniers, passablement laxatifs, agir avec prudence).

L'ergostérine irradiée et l'huile de foie de morue contiennent la vitamine D, antirachitique.

Le facteur B se trouve dans les fruits, et plus encore dans les légumes : carottes, épinards, pommes de terre ; mais ceux-ci sont mal supportés chez le nourrisson âgé de quelques mois seulement ; on recherchera donc, pour celui-ci, la vitamine B dans la levure de bière ou les extraits de malt, délivrés dans le commerce sous forme de comprimés (3 à 4 par jour à 6 mois), ou de sirop (3 à 4 cuillerées à café au même âge).

#### B) Anorexies compliquées, dites rebelles

Le traitement ci-dessus réussit assez vite, s'il y a carence pure. Malheureusement, beaucoup d'enfants arrivent au deuxième semestre, avec des tares de la nutrition déjà profondes, ou des accidents dyspeptiques invétérés. Le traitement est alors plus complexe.

##### 1° *Traitement des anorexies à l'hôpital.*

L'enfant échappe ainsi à l'influence déplorable, qu'exerce sur lui un entourage anxieux.

Il est impossible de décrire les nombreux traitements destinés à combattre les affections organiques surajoutées. Voici toutefois ce qui concerne le *régime.*

A l'heure des repas, une infirmière étend le bébé sur un coussin incliné à 45°, fixe les manches le long du maillot avec des épingles doubles, et le fait manger à la cuillère sans s'occuper de ses protestations, de ses vomissements, de ses hurlements.

Etant donné l'efficacité des légumes riches en vitamines B, et aussi la répugnance des bébés pour des potages de légumes cuits, donner une cuillerée à soupe de tapioca, une cuillère à soupe de carottes et une autre de pommes de terre ; on peut choisir le mélange de lait caillé et de légumes écrasés. Voici comment on a ainsi réglé dans le service de M. Ribadeau-Dumas l'alimentation des anorexiques, âgés de 7 à 18 mois environ.

*Purée de légumes.* On fait chauffer à la vapeur dans une marmite à double fond, un kilogr. de pommes de terre, et un kilogr. de carottes coupées en morceaux. La cuisson dure trois heures ; puis les légumes sont pilés à travers un tamis fin. La purée ainsi obtenue est versée dans un récipient, et additionnée d'eau pour faire un volume de deux litres. Elle est ensuite mélangée avec le babeurre suivant.

*Babeurre.* — On se sert généralement, pour les anorexiques de 6 mois, ou plus, du babeurre gras, qui possède un goût agréable ; c'est un babeurre additionné de 5 % de sucre, et de 1 % de farine, mais enrichi de tout le beurre extrait au moment de sa fabrication. On peut se servir aussi du babeurre ordinaire, mais en y ajoutant du beurre frais, à raison de 30 grammes par litre.

*Mélange de purée de légumes et de babeurre.* — Les premiers jours, il faut ajouter une petite quantité seulement de légumes à chaque biberon ; plus tard, quand la tolérance digestive de l'enfant est mieux connue, la proportion de carottes et de pommes de terre peut être augmentée.

Après quelques tâtonnements, on arrive à la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Purée de légumes variés.... | 3 cuillerées à soupe pleines. |
| Babeurre gras ............ | 150 cent. cubes |
| Sucre .................... | 15 grammes |

Les résultats de cette alimentation sont généralement très favorables : les selles sont normales, la croissance rapide, l'appétit augmente peu à peu ; l'enfant devient gai et actif.

Pour les malades les moins touchés, il suffit de remplacer une partie du lait par le mélange de bouillie de babeurre et de légumes en purée, afin d'obtenir une croissance satisfaisante.

A noter que cette méthode ne peut pas empêcher certains échecs. Ainsi, l'anorexie des enfants atteints d'une infection subaiguë ou chronique persiste fréquemment jusqu'à la chute de la température.

2° *Traitement des anorexies en clientèle.*

Les principes du régime sont les mêmes. Mais, il est souvent nécessaire de calmer les cris de l'enfant, ainsi que ses vomissements, dus, les uns comme les autres, à son irritabilité nerveuse entretenue et exagérée par le milieu familial.

Tout d'abord, on se rappellera que bien souvent les nourrissons, qui refusent le sein ou le biberon dans le bruit et la lumière de la maison, tètent bien dans un lieu obscur et silencieux, ou même ils ne tètent que lorsqu'ils sont tout à fait calmés et dans un état de demi-sommeil.

Trois quarts d'heure avant chaque repas, on peut prescrire un à deux centigrammes de gardénal ; cinq centigrammes de gardénal en vingt-quatre heures sont une toute petite dose pour un nourrisson d'un an. Ce médicament est vite éliminé par les urines, et par conséquent très bien toléré par les enfants. C'est un calmant du système nerveux, qui, en outre, diminue et supprime les nausées.

D'autre part, on peut, avant le repas, donner une à deux cuillerées à café de la potion de Rivière ; celle-ci supprime les affreuses nausées de l'anorexie, nausées qui expliqueraient sans doute, à elles seules, les cris et l'agitation parfois extrême de ces malades, quand on insiste pour les faire boire. Bien souvent après la potion, ils mangent, sans plaisir assurément, mais au moins sans se débattre.

On recommande encore, avant les repas, une inhalation d'oxygène, qui agit incontestablement et favorablement sur l'appétit.

Enfin, le régime sera, pour des enfants plus âgés, aussi varié que possible, en tenant compte des goûts et des caprices des petits malades.

Bref, « le médecin a besoin de beaucoup de patience, de souplesse et d'autorité, pour obtenir des mères ou des nourrices, la collaboration intelligente, sans laquelle sa science risque de se dilapider en pure perte. » G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Les luxations congénitales de la hanche non traitées dans l'enfance.

On sait aujourd'hui comment traiter avec efficacité la luxation congénitale de la hanche : la condition essentielle c'est que l'opération orthopédique soit réalisée chez l'enfant encore jeune.

Malheureusement, il y a encore un nombre important de malades qui restent infirmes parce qu'ils n'ont pas été traités à temps pour des raisons diverses. Or, les luxations abandonnées créent, pour celui qui en est porteur, des infirmités importantes, qui vont aller en s'aggravant avec le temps ; le Dr Raphaël Massart en esquisse le tableau.

Dans les premières années de l'adolescence, écrit ce spécialiste qualifié de l'orthopédie pratique, c'est la démarche disgracieuse qui pousse les parents à chercher un remède, les malades souffrant peu, en dépit d'une ensellure lombaire qui brise l'axe vertébral normal, en dépit de l'ascension des têtes fémorales à chaque appui, et d'une projection en arrière et en dehors des grands trochanters. Mais, cette période de tolérance n'est pas de longue durée , et presque tou-

jours, vers la trentième année, l'aggravation des douleurs est devenue telle que les malades réclament une amélioration. Le tableau clinique varie d'ailleurs suivant que la lésion est unilatérale ou bilatérale.

Or, la chirurgie orthopédique permet actuellement de supprimer les phénomènes douloureux, elle rend aux membres inférieurs leur fonction d'appui ; en supprimant l'adduction, elle replace les deux fémurs en position telle que la marche devient facile. Lorenz réalise, dans ce but, une espèce de fourche appuyant le fémur au bassin ; c'est l'opération connue sous le nom de « bifurcation ». Cette ostéotomie permet de faire marcher des malades impotents ; c'est une opération palliative ; elle ne réduit pas la tête luxée ; mais, sur des hanches luxées avec une tête très postérieure, elle rend la marche aisée et sans douleur. Lorsque l'appui devient impossible par suite des douleurs qu'il provoque, la bifurcation, en sectionnant le fémur, et en le consolidant en Y à branches inégales, apporte parfois une amélioration telle qu'on peut considérer le résultat obtenu comme une guérison véritable.

Correctement exécutée et correctement soignée pendant la période difficile de reprise de la marche, la bifurcation amène la création d'une hanche stable, suffisamment mobile, indolore ; il se constitue entre l'Y fémoral et le bassin une néarthrose à double appui, suffisamment souple pour soulager l'articulation coxofémorale déformée et hors d'usage. Les résultats sont bons dans un grand nombre de cas, lorsque les soins post-opératoires ne sont pas négligés, lorsque la mobilisation est faite par un bon masseur et avec soin, lorsque ces traitements sont suivis avec régularité et pendant plusieurs mois.

Le Dr Raphaël Massart a cherché et trouvé pour quelles raisons la bifurcation ne donnait pas toujours satisfaction : les résultats sont médiocres, lorsque la tête fémorale est peu mobile, fixée au bassin ; ils sont franchement mauvais, lorsque la tête fémorale est trop mobile, par suite de l'atrophie musculaire et de la laxité de la capsule. Or, ces deux causes d'échecs sont faciles à prévoir ; il faut pouvoir agir sur elles, soit opératoirement, soit par des manœuvres externes pour obtenir un plus grand nombre de résultats excellents.

Pour la tête fémorale trop mobile, l'auteur a réalisé l'appui désirable, en complétant la bifurcation du fémur par une butée osseuse calant la tête, et les résultats ont été améliorés. C'est l'opération de bifurcation-butée qui laisse à la tête fémorale une mobilité suffisante, tout en empêchant le flottement en tous sens, cause du plus grand nombre des échecs de la bifurcation.

Quant à la tête fémorale trop fixe, elle ne présente pas au point de vue des résultats éloignés les mêmes inconvénients que la tête trop mobile, car, avec le temps, après l'opération de la bifurcation, la tête du fémur prend de la mobilité. Mais l'auteur préfère ne plus attendre du temps écoulé la mobilité nécessaire à la marche facile, et il mobilise les membres inférieurs aussitôt que le fémur est consolidé. La mobilisation permet, dès que la hanche n'est plus douloureuse, de redonner de la souplesse et de l'agilité à des articulations qui paraissaient bloquées. Le Dr M. a vu, d'un mois à l'autre, des malades reprendre leurs occupations actives, marcher ou rester debout longtemps, monter et descendre des escaliers.

On ne doit donc plus considérer comme incurables les vieilles luxations douloureuses, car on peut guérir ou améliorer ces infirmités, et rendre ainsi à la vie active quotidienne des malades qui restaient confinés dans un fauteuil ou dans un lit. (*Journal des praticiens*, 30 janvier 1932.)

**Les maladies par carence de soufre.**

Le Dr Molinéry consacre un article intéressant à l'usage interne de la barégine, son emploi thérapeutique par la voie externe étant connu depuis longtemps. La barégine est, on le sait, un ferment visqueux extrait des eaux sulfurées, et notamment des eaux de Barèges ; et, dans la barégine, on a démontré la présence d'un soufre non oxydé.

L'importance considérable que joue ce métalloïde dans la nutrition nous explique les troubles trophiques sérieux, que peut engendrer la déficience du soufre dans les tissus organiques. On a montré le rôle capital de la dystrophie sulfurée dans l'évolution de la polyarthrite déformante progressive, et les résultats favorables obtenus dans cette affection par l'emploi judicieux de la médication sulfurée. Le soufre joue aussi un rôle important dans la défense des voies aériennes comme dans celle des muqueuse génito-urinaires. On connaît aussi l'action de la taurine biliaire dans la désintoxication intestinale. Enfin, l'action trophique générale du soufre nous fait comprendre l'heureuse influence de la médication sulfurée chez les chloro-anémiques et les lymphatiques, chez lesquels elle favorise les oxydations organiques et en particulier l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. Puis l'action éliminatrice du soufre à l'égard des poisons métalliques, tels que le plomb et le mercure, nous explique l'utilité des cures sulfurées dans le saturnisme et l'hydrargyrisme.

Voici le résumé classique du rôle du soufre : anabolique dans le fait de la constitution de nos cellules et de nos albumines ; catabolique dans son dynamisme régulateur des oxydo-réductions.

« Entrons donc résolument dans le champ clos de l'expérimentation clinique ». (*La médecine internationale illustrée,* novembre 1931.)

**Zone de silence.**

D'un article, où le Dr Molinéry fait l'étude historique et pratique de la lutte contre le bruit, nous détachons la conclusion suivante :

Donnez-nous la paix, édiles des villes d'eaux, des stations balnéaires, climatiques, marines. Organisez votre police municipale avec des agents étrangers qui, n'ayant aucune considération locale, amicale ou électorale à garder, sauront faire leur devoir, tout leur devoir, seulement leur devoir. Si tous ceux qui veulent jouer ont toute facilité pour cela dans leurs zones réservées, et cela est parfaitement normal (golf, tennis, basket-ball, dancings, etc.), que tous les « patients », qui le demandent aient aussi pour eux leur zone de silence. (*La médecine internationale,* décembre 1931, janvier 1932.)

**L'abcès de fixation dans le traitement de l'infection puerpérale.**

Le Dr H. Vignes a beaucoup employé depuis 1908 l'abcès de fixation dans la fièvre puerpérale, car il est hostile à tout traitement intra-utérin de cette infection, cherchant un remède dans le traitement général.

Pour provoquer un abcès de fixation, on injecte un centimètre cube d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous-cutané à égale distance du derme et de l'aponévrose : en injectant trop près du derme, on détermine une nécrose de celui-ci et une plaie qui est longue à cicatriser ; en allant plus loin que l'aponévrose, on détermine des dégâts musculaires importants, et des adhérences de la cicatrice cutanée à la cicatrice musculaire. L'auteur préfère la face externe de la cuisse à la région du flanc, pour le cas où la marche de la maladie pourrait imposer ultérieurement une intervention abdominale.

La réaction inflammatoire locale commence au bout de 6 à 12 heures, et elle est à son maximum au bout de 48 heures.

On incise l'abcès, lorsqu'il est bien collecté et franchement purulent, la fluctuation étant parfois difficile à apprécier du fait de l'œdème. Il ne faut inciser ni trop tôt (abcès mal formé), ni trop tard (décollements musculaires) : en moyenne, c'est vers le huitième jour qu'il faut intervenir.

Si l'abcès ne « prend » pas, on renouvellera au bout de 24 heures l'injection de térébenthine ; on peut ainsi renouveler jusqu'à cinq et six fois. En ce cas, on fait les piqûres au voisinage les unes des autres, afin de n'avoir, le cas échéant, à faire qu'une seule incision.

En règle générale : quand l'abcès ne prend pas, le pronostic est très grave ; quand l'abcès prend, le pronostic est bon. Mais il faut considérer comme une mauvaise pratique de faire un abcès uniquement pour en tirer un élément de pronostic.

Le Dr V. emploie l'abcès de fixation toutes les fois qu'il doit soigner une forme grave d'infection puerpérale ; et il considère comme signes d'une forme grave : le début précoce de l'infection, l'hyperthermie élevée avec pouls rapide, l'insomnie, la prostration, sans préjudice d'autres signes et symptômes variant suivant les cas.

La térébenthine doit être employée de manière précoce, et non pour les cas désespérés. Bien que certains auteurs ne pensent pas de même, V. reste fidèle momentanéent à l'abcès de fixation ; il n'est pas dangereux ; toujours est-il que s'il ne guérit pas d'une manière certaine, il semble que parfois il en soit ainsi.

On doit étudier de plus près son mode d'action, afin d'arriver à une meilleure compréhension de l'infection puerpérale, de sa guérison et de son traitement. (*Le Progrès médical,* 17 novembre 1931, 23 janvier 1932.)

**La phrénicectomie et les signes d'activité des lésions tuberculeuses.**

MM. Jeanneney et Lamothe exposent que la phrénicectomie, opération simple, bénigne, non mutilante, lorsqu'elle s'adresse aux lésions congestives, actives, non évolutives et localisées qui ont une tendance spontanée à la rétraction, est susceptible de procurer la guérison. En aidant mécaniquement l'effort de la nature, elle donne les meilleurs résultats dans les cas où la lésion perd de son activité pour se stabiliser progressivement et elle contribue aussi, de par les modifications qu'elle aporte à l'anatomie et à la physiologie du poumon, à compléter les heureux effets du pneumothorax artificiel.

En outre, il serait intéressant d'étudier les critères d'activité des lésions tuberculeuses comparativement chez les sujets opérés de phrénicectomie d'une part, et d'autre part chez les sujets soumis au pneumothorax, seul ou associé à la phrénicectomie. Les indications de cette dernière association devront être posées par le médecin de sanatorium, et il y aurait même intérêt à ce que ce soit lui-même qui opère ses malades. Enfin, il est à noter que, vis-à-vis des méthodes chirurgicales sanglantes, elle est le meilleur moyen d'épreuve de l'activité évolutive du poumon opposé.

Aussi, peut-on penser que, en égard aux résultats opératoires heureux dans les lésions cliniquement et bactériologiquement actives, mais anatomiquement non évolutives, on ne fait pas encore assez de phrénicectomies, et que cette opération devrait entrer dans la pratique médico-chirurgicale courante de la tuberculose pulmonaire. (*Gazette médicale de France,* 1er septembre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Protection contre l'importation de la variole.

(M. Lucien CAMUS. — *Académie de médecine* ; 2-2-1932.)

A propos d'un cas de variole d'origine marocaine ayant donné lieu à une petite épidémie en France, M. Lucien Camus étudie les mesures de protection contre l'importation et la dissémination de la variole.

La question a été déjà envisagée en 1927 pour l'Algérie. L'Académie a conseillé alors une série de mesures concernant d'une part les marchandises transportées en France, d'autre part, les conditions d'entrée des travailleurs algériens.

Pour ce qui concerne les marchandises, il fut demandé que celles-ci, provenant de pays où la variole est endémique, ne puissent être importées qu'en balles désinfectées en surface à la frontière, et soient dirigées ensuite directement sur les usines destinataires, où la désinfection des marchandises elles-mêmes seraient effectuée suivant des procédés adaptés à chaque cas particulier, ne causant aucune détérioration. Le personnel des usines en question devrait avoir été vacciné depuis au moins dix jours et au plus un an.

Pour ce qui concerne les travailleurs algériens, il était recommandé de les soumettre à la vaccination, avant l'embarquement, avec surveillance pendant huit jours et délivrance à ce moment seulement du certificat de vaccination.

Toutes ces mesures ont donné les meilleurs résultats et ont prévenu les importations de variole d'Algérie en France. Les mêmes dispositions administratives, dit M. Camus, auraient à être mises en vigueur pour le Maroc.

### Contracture de la paroi abdominale par traumatisme médullaire.

(M. BAILLAT, de Perpignan. — *Société de Chirurgie* ; 16-12-1931.)

M. Alglave présente, au nom de M. Baillat, de Perpignan, un cas de contracture de la paroi abdominale antérieure, suite d'une plaie de la moelle épinière.

En juillet 1931, MM. Alglave et Guimbellot ont rapporté l'histoire d'une jeune femme qui, dans un but de suicide, s'était tirée une balle de revolver qui avait atteint la moelle. Elle avait été admise à l'hôpital avec de la paralysie et un état de contracture très accentuée de la paroi abdominale antérieure. Une laparotomie montra l'absence de lésion viscérale visible. La contracture disparut le lendemain, mais la malade succomba à sa blessure médullaire.

Le cas de M. Baillat est analogue. Il fut recueilli en 1926, dans le service du Professeur Mériel, de Toulouse : jeune femme blessée par une balle de revolver dans la région dorso-lombaire ; paraplégie ; contracture de la paroi abdominale ; disparition de cette contracture le lendemain.

— M. BRÉCHOT a reçu, il y a six mois, dans son service de Broussais, un ouvrier tombé d'une échelle et qui présentait une fracture du rachis. Il avait, en outre, une contracture intense de la paroi abdominale, telle que l'interne dit à M. Bréchot : « il y a un malade à laparotomiser ; il a un ventre de bois caractéristique ». La laparotomie fut négative. Malgré l'absence de symptôme nerveux, on fit une radiographie et l'on trouva une fracture du rachis.

— M. PICOT a soigné un jeune homme qui, à la suite d'un accident d'auto, présentait de la rétention d'urine et une forte contracture abdominale. La contracture disparut le lendemain. Les neurologistes, remarque M. Picot, connaissent parfaitement ce phénomène au cours des traumatismes du rachis.

— M. MOUCHET a cité des faits analogues au Congrès de chirurgie de 1930.

### Perforation de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde.

(MM. MOIROUD et AVIÉRINOS, de Marseille. — *Société de chirurgie* ; 16-12-1931.)

M. Mondor rapporte, au nom de MM. Moiroud et Aviérinos, un cas de perforation de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde.

La fréquence de cette complication de la dothiénentérie est difficile à apprécier. Il faut, d'ailleurs, distinguer la péritonite par perforation appendiculaire, chez un typhique, du problème bien connu de l'appendiculo-typhus, où l'appendicite ouvre ou semble ouvrir la marche, et où les symptômes appendiculaires peuvent s'imposer à l'attention du clinicien, avant le diagnostic d'étiologie. Déjà, en 1900, Guinard signalait cette forme de fièvre typhoïde, dans un article de *Traité de chirurgie.*

### La réaction de Vernes dans le pronostic des tuberculoses ostéo-articulaires.

(M. CLAVELIN. — *Société de chirurgie* ; 16-12-1931.)

M. Clavelin fait pratiquer, depuis 1926, chez tous les malades de son service atteints de tuberculose ostéo-articulaire, la réaction de floculation à la résorcine de Vernes. La réaction est faite tous les trois ou quatre mois et les chiffres obtenus sont portés sur une courbe.

Le dépouillement de toutes les courbes, complétées par les observations, a permis à l'auteur d'arriver aux conclusions suivantes :

Partie d'un chiffre plus ou moins élevé au moment de l'entrée dans le service, la courbe de sérofloculation va retracer fidèlement les divers incidents au cours de l'évolution. Elle les précédera même, une courbe ascendante faisant prévoir une complication, une courbe descendante coïncidant avec une amélioration générale et locale.

La sérofloculation de Vernes est, en résumé, de l'avis de M. Clavelin, un excellent élément de pronostic au cours des tuberculoses ostéo-articulaires. Elle sera, pour fixer la date d'une opération possible, un précieux élément, indiquant l'intervention seulement lorsque la courbe est descendue et stable.

### Hydro-salpinx d'une contenance de 25 litres.

(M. MORICE, de Caen. — *Société de chirurgie* ; 16-12-1932.)

M. Auvray relate, au nom de M. Morice, de Caen, l'observation d'une femme de 32 ans opérée par M. Morice d'un énorme hydro-salpinx d'une contenance de 25 litres.

Il est certain que les hydro-salpinx peuvent atteindre parfois de grandes dimensions, mais le cas de M. Morice paraît être un record. Il faut considérer comme très douteuses les observations de Bianchi et de Munnichs, qui parlent de trompes contenant 80 et 112 litres de liquide.

Dans son cas, M. Morice avait pris le kyste pour une ascite et l'erreur était très excusable.

P. L.

### Sur la pathogénie des exophtalmies du type basedowien.

(MM. Marcel LABBÉ, Maurice VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et P. SOULIÉ. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 11-12-1931.)

De cet aperçu physiopathologique, il semble bien résulter que l'exophtalmie du type basedowien peut être réalisée, suivant les cas cliniques, par des mécanismes assez différents les uns des autres (hyperthyroïdie, excitation sympathique, etc.). Il convient donc que l'on procède à un démembrement de ce chapitre des syndromes oculaires observés dans la maladie de Basedow et au cours de certains syndromes neuro-végétatifs, comme on l'a fait pour d'autres manifestations de ces maladies.

### Urticaire par le froid ; traitement par l'accoutumance.

(MM. PASTEUR VALLÉRY-RADOT et P. BLAMOUTIER. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 11-12-1931.)

Cette urticaire s'observe après exposition à une température extérieure froide, ou à la suite de la réfrigération locale d'une partie du corps. L'éruption se superpose à la zone refroidie ou la déborde très légèrement ; dans des cas exceptionnels, elle se généralise secondairement. Elle semble due aux troubles vaso-moteurs déterminés par le froid.

Cette variété d'urticaire est l'une des plus difficiles à traiter. Dans une observation de ce genre, les traitements médicamenteux n'ayant eu aucune action, les auteurs se sont demandé, si, par l'accoutumance, ils ne pourraient pas faire supporter à la malade les basses températures. Elle devait immerger trois fois par jour pendant un quart d'heure, ses mains et avant-bras dans de l'eau froide. Après un mois de ce traitement, l'urticaire provoqué par le contact de l'eau froide diminua progressivement ; au bout de deux mois, elle n'apparaissait plus. Actuellement, même un jet de chlorure d'éthyle d'une durée de un minute 45 secondes, même la température de —5°, ne font pas apparaître d'urticaire ; et ce ne sont pas seulement les parties exposées d'une façon réitérée au froid qui ne réagissent plus, c'est toute la surface cutanée.

Il semble donc que certaines manifestations vaso-motrices, dues à des causes physiques, peuvent être combattues efficacement par la simple accoutumance, au lieu de recourir à des thérapeutiques compliquées, et, la plupart du temps inefficaces. Le cas rapporté en est un exemple démonstratif.

### Gangrènes et abcès du poumon, traités par la bronchoscopie.

(MM. J. CATHALA et A. STRÉE. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 11-12-1931.)

Dans trois cas, l'action de la bronchoscopie avec aspiration s'est manifestée de façon évidente après deux ou trois séances. Le tableau clinique se modifie alors rapidement. La chute définitive de la fièvre, la transformation de l'état général, la reprise de l'appétit, qui devient insatiable, l'augmentation consécutive du poids, l'euphorie des malades en sont des témoignages singulièrement éloquents. La suppuration pulmonaire, elle-même, se tarit assez vite. Cependant, la quantité de liquide retirée par aspiration paraît d'abord bien réduite, hors de proportion avec l'expectoration du malade. Celle-ci augmente dans les jours suivants, la suppuration est mieux établie et le drainage meilleur. Il semble que la broncho-aspiration enlève non pas le pus, mais supprime les obstacles à son écoulement. Les modifications des clichés et le nettoyage radiologique ont été rapides et progressifs chez ces malades. A la bronchoscopie, ont été associées les méthodes aujourd'hui classiques dans le traitement des suppurations pulmonaires.

### Encéphalite vaccinale ; efficacité des injections de sérum de sujets récemment vaccinés avec succès.

(M. A. NETTER. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 11-12-1931.)

L'auteur estime que cette encéphalite est due au virus vaccinal et non à une infection surajoutée ; c'est une encéphalite vaccinale, et non post-vaccinale. Son but est de montrer qu'il est possible de diminuer sa gravité en recourant de bonne heure aux

injections de sérum de sujets récemment vaccinés avec succès, et de recommander la constitution de provisions de ce sérum. Les heureux résultats de ces injections sont dus à la présence dans le sérum d'antivirus, dont l'existence est établie par l'expérience, et dont l'apparition est très précoce. En dehors même de la guérison, l'apparition de signes établissant une amélioration marquée est notée dans la plupart des observations. Il ne s'agit donc pas là dans les résultats d'une action indirecte, mais d'une médication spécifique.

Il serait nécessaire de pouvoir recourir à une provision de sérum, constituée à l'avance, en prélevant le sang chez des sujets récemment vaccinés avec succès, et dont la santé ne présente par ailleurs aucun motif de suspicion. Le sérum, après séparation, répartition en ampoules, tyndallisation, serait conservé à la glacière. Les injections sont intra-musculaires. On peut même faire des injections de sang total, sans attendre la séparation du sérum.

M. A. Béclère préfère, en principe, l'emploi du sérum de génisse vaccinée à celui du sérum humain. Un tel traitement doit répondre à la double exigence d'être certainement efficace, dans la mesure du possible, et certainement inoffensif. Le sérum de génisse vaccinée, à la condition d'être recueilli douze jours, et mieux quatorze jours après l'inoculation vaccinale, sous-épidermique, sous-cutanée ou intra-veineuse, se montre avec certitude, et à un degré très élevé, antivirulent et virulicide à l'égard du virus vaccinal. Il est très facile de recueillir de grandes provisions de ce sérum, qui conserve pour ainsi dire indifiniment ses propriétés antivirulentes, sans perdre de son activité première ; l'organisme humain, même celui des plus jeunes enfants, supporte sans accidents, ce sérum, en injections sous-cutanées, à de beaucoup plus fortes doses que le sérum de cheval.

Le sérum humain n'acquiert toute son activité antivirulente que plus tardivement (24 à 48 heures plus tard) après l'injection vaccinale que celui de la génisse. Il en résulte qu'en traitant un enfant atteint d'encéphalite post-vaccinale à l'aide de sérum de personnes de sa famille, vaccinées en même temps que lui, on risque d'employer un sérum encore très insuffisamment actif. Enfin, il est plus facile de s'assurer, par la tuberculine et l'autopsie, que la génisse, dont on a prélevé le sérum n'était pas tuberculeuse.

G. F.

---

## *Lille*

***Société médicale et anatomo-clinique***

Séance du mardi 22 décembre 1931.

### Un cas de varicelle gangréneuse

(Présentation de malade)

M. Williatte. — Enfant de 15 mois atteint de varicelle : deux jours après surviennent des plaques de gangrène dont la dimension varie d'une lentille à une pièce de 5 francs. Traitement par le sérum antigangréneux polyvalent de Vincent, par bains chauds et pommade-vaccin. Evolution parmi des phénomènes généraux graves ; élimination des escarres en 15 à 20 jours ; cicatrices adhérentes.

L'auteur insiste sur la rareté des varicelles gangréneuses et sur leur gravité considérée naguère comme redoutable. Il vante les heureux effets de la sérothérapie antigangréneuse.

### Deux cas d'astragalectomie pour fractures vicieusement consolidées du cou-de-pied.

(Avec présentation de radiographies et de malades)

M. Vincent. — 1° Femme de 40 ans : fracture de Dupuytren ouverte avec gros fragment marginal postérieur. Suture primitive et réduction plâtrée. Déplacement secondaire dans le plâtre. Luxation du pied en arrière irréductible ; astragalectomie par voie externe.

Après huit mois, résultat fonctionnel moyen, persistance de douleurs à la marche et d'œdème périmalléolaire.

2° Homme de 30 ans ; fracture de Dupuytren avec fragment marginal antérieur : subluxation en avant du pied, irréductible d'emblée. Astragalectomie par voie externe.

Après six mois, résultat fonctionnel tout à fait satisfaisant.

### Un cas d'hémiplégie au cours d'une colique hépatique.

M. Parturier. — Femme de 31 ans, sujette à des coliques hépatiques, atteinte de rétrécissement mitral ancien. A la suite d'écarts de régime, fait une crise lithiasique biliaire et se trouve brusquement frappée d'une hémiplégie droite, sans aphasie.

L'auteur insiste sur le caractère organique de cette hémiplégie, qu'il attribue à une embolie : le réflexe vésiculo-cardiaque, au cours d'une forte crise de coliques hépatiques, aurait pu détacher de l'oreillette gauche un fragment de caillot.

L'état de la malade s'est rapidement amélioré, sous l'influence du traitement ; elle reste une cardiaque et une hépato-biliaire, mais l'hémiplégie a presque complètement disparu. Ce complexus symptomatique apparaît particulièrement curieux.

### De l'intérêt de la pyélographie dans le diagnostic des tumeurs des hypochondres.

M. Lepoutre. — Les procédés classiques d'exploration, recherche de la mobilité contemporaine des mouvements respiratoires, étude des rapports avec les côlons, constatation d'un bord tranchant, etc., laissent parfois subsister un doute sur l'origine d'une tuméfaction d'un hypochondre.

L'auteur rappelle l'intérêt de la radiographie de l'uretère rendu visible par une sonde opaque. *Les tumeurs rétropéritonéales dévient l'uretère*, et des

radiographies d'une tumeur pararénale, d'un sarcome de la fosse lombaire, d'un abcès lombaire d'origine pottique, d'une adénopathie préaortique volumineuse, montrent un uretère dévié, le plus souvent en dedans, une fois en dehors. *Les tumeurs intra-péritonéales ne dévient pas l'uretère*, et l'on en trouve des exemples dans des tuméfactions d'origine pancréatique ou biliaire.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ce diagnostic pour établir un plan opératoire.

**Un cas d'acrodynie infantile**

M. Flament. — Fillette de 3 ans 1/2, normale et sans tares héréditaires. Devient nerveuse et maussade ; présente bientôt du refroidissement des extrémités et des sueurs profuses. En juin 1931, le syndrome se complète par des douleurs abdominales que rien n'explique, des douleurs atroces dans les dents, dans la tête, dans les quatre membres, une hypotonie musculaire très marquée, une apathie invincible : pas de fièvre cependant.

On porte le diagnostic d'acrodynie infantile et l'on fait un traitement par adrénaline, belladone et chlorure de calcium ; pantapon au moment des paroxysmes douloureux. Guérison en six semaines. Rayons ultra-violets pour parfaire la convalescence.

*Séance du mardi* 12 *janvier* 1932.

**Un nouveau cas d'ostéosynthèse chez l'enfant avec présentation de malade.**

M. Billet. — Fillette de 12 ans, atteinte de fracture du col chirurgical de l'humérus gauche. La fracture date de seize jours, et les fragments, mal coaptés, forment une crosse, à sommet externe. Sous l'écran, il est impossible de redresser les fragments et de les maintenir en bonne place. L'intervention s'impose. Après nettoyage d'un foyer de fracture déjà en voie d'organisation, les fragments peuvent être juxtaposés ; on les maintient facilement en place avec une agrafe de Dujarrier.

L'auteur insiste une fois de plus sur l'obligation dans laquelle on se trouve parfois de pratiquer la réduction sanglante des fractures, même chez l'enfant. Ce n'est, bien entendu, qu'une méthode exceptionnelle, une méthode de nécessité.

Il montre de nouveau tout le parti qu'on peut tirer de cet excellent et simple matériel de prothèse qu'est l'agrafe de Dujarrier.

**Perforation gastrique, premier symptôme d'ulcus.**

M. Camelot. — Il est rare (une fois sur dix) qu'une perforation gastrique se produise sans antécédents gastriques : la constatation de ceux-ci constitue un des signes essentiels de la perforation. Ils peuvent pourtant manquer, et leur absence ne doit pas laisser égarer le diagnostic.

Jeune homme, 24 ans, est pris, en pleine santé, sans avoir présenté jamais le moindre malaise gastrique, d'une *douleur subite*, atroce, d'abord épigastrique, qui descend immédiatement vers le pubis. Vu une demi-heure après, il présente une contracture généralisée de toute la paroi abdominale, un « ventre de bois » avec prédominance au creux épigastrique et tout le long du grand droit. Une heure et demie après le début des accidents, il est opéré : perforation au centre d'une plaque indurée, des dimensions d'un pièce de un franc, prépylorique. Enfouissement de l'orifice de perforation. Guérison en dix jours

**Néoplasme du col et grossesse.**

M. Belle présente une observation personnelle de cancer du col, évoluant en même temps qu'une grossesse.

Bien que la thérapeutique prévue eut été un acte chirurgical préjudiciable à la mère et fatale pour l'enfant, il montre que, grâce à la thérapeutique, il a pu temporairement arrêter l'évolution cancéreuse et même faire disparaître les lésions néoplasiques, en permettant à la mère d'accoucher normalement d'un enfant vivant et bien constitué.

**Quelques cas d'hystéro-salpingographie (avec présentation de malade).**

MM. Courty et Cordonnier présentent dix observations de malades atteintes d'affections gynécologiques diverses où ils ont employé l'hystéro-salpingographie pour compléter le diagnostic clinique ; toutes ces malades ont été opérées ensuite, il a donc été possible de vérifier les renseignements fournis par cette nouvelle méthode d'investigation.

D'une façon générale, l'hystérographie a paru très utile, en particulier, dans certaines métrites dites hémorragiques, où le diagnostic se discutait avec cancer du corps ; dans le diagnostic différentiel entre salpingo-ovarite droite et appendicite, la salpingographie montrant l'état de la trompe permit de poser le diagnostic.

*Séance du mardi* 26 *janvier* 1932.

**Kystes de l'ovaire droit et fibromes énormes de l'utérus.**

M. Favreau présente une tumeur pesant 21 kgr. enlevée chez une vieille fille de 51 ans. Suites normales.

**Un cas de polydactylie.**

M. Favreau et Mlle Sénellart. — Un enfant naît avec douze doigts : deux petits doigts supplémentaires, bien formés. Ils sont enlevés immédiatement par section.

Aucune polydactylie n'est relevée dans les antécédents, à l'encontre de ce qu'on observe fréquemment. La mère est une rachitique de très petite taille, avec courbures très accusées des membres inférieurs ayant déterminé de la boiterie, d'où lésions complexes du

bassin : rétrécissement accusé et asymétrie. Césarienne : bon résultat.

Il faut soupçonner une syphilis héréditaire.

**Déformation de la jambe chez un nouveau-né (avec présentation de radiographie).**

MM. Favreau et Klein. — Une primigeste, âgée de 42 ans, présentant des signes incontestables de syphilis héréditaire avec fonctionnement déficient de ses appareils principaux (albuminurie, œdème, etc...), met au monde, à terme, un enfant dont on montre la radiographie.

Son membre inférieur droit présente un arrêt de développement net, son fémur est court et grêle. On relève, au niveau du tibia, une fracture à angle droit avec pseudarthrose, le talon rétracté par les muscles de la face postérieure arrive jusqu'au niveau du genou. Les lésions paraissent difficilement curables.

En outre, on trouve une fissure au niveau de la partie médiane du fémur, ce qui est rare. De plus, un pied bot à gauche.

Il n'y avait pas oligo-amnios.

**Tumeur sacro-coccygienne.**

M. Favreau et Mlle Sénellart. — Cet enfant parfaitement bien conformé, présente une volumineuse tumeur sacro-coccygienne qui contenait un kyste énorme. Elle fut enlevée par M. le Professeur Billet. Le résultat de l'examen de M. Delattre sera rapporté ultérieurement.

Sa mère avait mené à terme une précédente grossesse, dont l'enfant était mort au début du travail.

**A propos du dosage de l'urée dans le sang.**

M. Paget. — L'iso-répartition de l'urée, dans le caillot et dans le sérum qui en exsude, n'est pas immédiate ; elle est même très lente. L'auteur montre les causes d'erreur imputables à ce fait et il en précise l'importance.

Une communication ultérieure relatera les essais effectués dans son laboratoire, avec son élève Mlle Dubromelle, et en dégagera les conclusions essentielles.

L'auteur indique en outre le principe d'un nouveau procédé du dosage de l'urée, qu'il étudie actuellement avec son confrère Leclère : évaluation par diaphanométrie, du carbonate de chaux formé par le $CO^2$ dégagé par la réaction hypobromite-urée sur le chlorure de calcium ajouté au réactif décomposant.

**Corps étranger du larynx, extraction par trachéotomie.**

M. Reverchon. — Enfant de 4 ans, qui tousse et présente par moment des crises de suffocation ; aucun cri, aucune parole. Les parents croient qu'il a avalé, la veille au soir, une « musique » provenant d'un jouet en caoutchouc.

La radiographie montre un corps étranger, opaque, en forme de tube.

Deux tentatives d'extraction sont suivies de crises de suffocation. L'état s'aggrave rapidement, et c'est sur un enfant complètement apnéique, que la trachéotomie est pratiquée d'urgence. Le bistouri qui sectionne les premiers anneaux bute contre le corps étranger ; il faut une pression notable, exercée de bas en haut, pour désenclaver celui-ci et le refouler dans la bouche.

Il s'agit d'un tube de plomb, de 3 centimètres de long, avec un renflement supérieur en forme de tête de clou, qui empêchait la chute dans la trachée, avec un autre renflement qui fixait le tube au niveau de la glotte et s'opposait à l'extraction.

Suites simples : cependant la canule a dû être maintenue dix jours en place avant que se rétablisse la respiration normale.

**Péritonite à pneumocoques et pleurésie purulente.**

MM. Vincent et Ledieu. — Femme de 35 ans entrée avec le diagnostic d'appendicite. L'intervention montre une péritonite à pneumocoques, que les auteurs estiment d'origine génitale. Un état septicémique se manifeste ensuite, qui se termine par une localisation pleurale : épanchement purulent, à pneumocoques, abondant, ayant nécessité une pleurotomie. Guérison complète.

---

*Société odontologique de France.*

*Séance du 22 décembre 1931*

M. Fay présente son opinion sur le rôle des glandes endocrines dans l'évolution dentaire. Il insiste sur la tendance actuelle, qui porte beaucoup de praticiens a trop se fier à des troubles du système dentaire pour diagnostiquer des perturbations endocriniennes.

M. Le Mée expose alors la méthode nouvelle qu'il préconise pour rechercher et diagnostiquer les maladies des sinus. Cette méthode, appelée méthode de déplacements, permet de remplir de lipiodol ou de tout autre liquide médicamenteux tous les sinus de la face et du crâne et de pouvoir ainsi, par une étude radiographique appropriée, préciser la valeur et l'état d'infection de chaque sinus.

M. Simonet fait connaître les travaux de M. Mallamby. Les expériences ont porté sur plus de 2.000 chiens, et les conclusions sont les suivantes : les lésions des dents sont déterminées par l'absence de vitamine antirachitique, tandis que les troubles des tissus voisins sont déterminés par l'absence de vitamine liposoluble.

M. Moure fait un exposé, dans lequel il explique que la mortalité très grande, observée dans les opérations pour cancers de la langue, est due au fait que l'on opère dans un milieu très infecté. Quelques déceptions, que lui causèrent des traitements par le radium, l'ont amené à étudier une méthode chirurgicale, qui lui donne des résultats des plus satisfaisants.

Dans un premier temps, et sous anesthésie locale, il procède à l'ablation de tout ou partie de la langue. Dans un deuxième temps, et toujours sous anesthésie locale, à un évidemment du cou et ablation des ganglions des deux côtés.

Les résultats encourageants obtenus par l'auteur sont confirmés par un heureux pourcentage.

Le Dr Moure soumet ses malades à une thérapeutique préventive arsenicale avant ce genre d'intervention.

---

*Société française de gynécologie.*

*Séance du 21 décembre 1931*

**A propos de la fécondation artificielle**

M. Robert Jeudon (Paris). — Bien que les premiers essais suivis de succès remontent au XVIIIe siècle, la fécondation artificielle, devenue pratique courante en art vétérinaire, semble abandonnée chez la femme. L'auteur apporte 4 cas personnels suivis de succès, et relate des observations en montrant que la méthode revient à la mode dans certains pays.

Ses indications sont strictement limitées aux stérilités de cause anatomique (sténose, déviations, anomalies morphologiques de la femme ou de l'homme). L'auteur décrit la technique, faite de petits détails dont dépend le succès. Il s'agit d'une « *insémination artificielle* », terme qu'il faudra substituer à celui, un peu prétentieux et ridicule, de « fécondation artificielle », généralement employé.

Mais à côté de la technique dite, se posent des problèmes plus complexes relatifs au chimisme des sécrétions vaginales et utérines, dont les altérations sont souvent la cause essentielle de la stérilité, et qui est modifiable, tout au moins pour un temps suffisant pour pratiquer l'intervention.

Enfin, il faut tenir compte de la période optima de fécondabilité, qui semble se situer vers le 12e jour qui suit le début des règles.

Une longue discussion à laquelle prirent part MM. David (de Salies de Béarn), Sureau (de Paris), Douay (de Paris,) Louis Michon (de Lyon), Bender (de Paris) Jean Dalsace (de Paris), Pierra (de Luxeuil,) Ulrich (de Paris) Jayle (de Paris) eut lieu, à la suite de laquelle M. Jayle, président, sur la proposition de MM. Douay et Jeudon, fit adopter par la Société française de gynécologie le terme d'insémination artificielle en remplacement de celui de fécondation artificielle actuellement en usage.

**Fibrome et grossesse. A propos d'un cas de coexistence**

M. H. Reynaud (de Paris) présente un cas curieux de grossesse avec fibrome observé dans le service de M. Sénéchal et pour lequel le diagnostic de l'âge de la grossesse ne put être fait que pendant l'opération, rendue nécessaire par suite de complications, qui mettaient la vie de la femme en danger.

---

# Les Congrès

## XLe Congrès de l'Association française de chirurgie

*(Suite et fin)* (1)

*Communications particulières.*

**Fracture de l'atlas avec luxation transversale des masses latérales sur l'axis, sans signes fonctionnels importants.** — M. Giraud (de Marseille), rapporte cette intéressante observation où le traumatisme n'a créé aucun signe fonctionnel appréciable, aucun trouble nerveux important.

Du point de vue médico-légal, la possibilité de pareils faits doit être connue de tous les chirurgiens. Il est bon de prévoir une forte incapacité.

**Thoracoplasties d'indications pleurales dans la tuberculose pulmonaire.** — M. Bonniot (de Grenoble). — Les indications en sont plutôt rares. Dans un premier temps, il faut drainer la cavité pleurale. L'état général du sujet en est d'ordinaire amélioré et permet ensuite les interventions plastiques. Celles-ci doivent être pratiquées « largement ». L'auteur rapporte en détail quatre observations personnelles.

**Traitement des sténoses cicatricielles du larynx par laryngotomie et autoplastie myo-hyoïdienne.** — M. Nasta (de Bucarest) propose une technique qui, six fois de suite, lui a donné d'excellents résultats.

Il pratique une laryngotomie en maintenant les moitiés du larynx écartées par l'interposition de deux fragments de l'os hyoïde.

Un dilatateur est introduit dans le larynx ainsi agrandi ; il détruira mécaniquement le tissu cicatriciel et conservera la béance du canal laryngien.

Le reste de l'intervention est pratiqué aussitôt. Le caractère original de cette technique est justement sa réalisation en un temps. On obtient le même but que par des opérations multiples. On évite les soins opératoires prolongés. On réalise toujours un canal assez large pour assurer une bonne respiration normale. Les résultats sont durables.

**Méthode pour assurer la place exacte du greffon dans les fractures du col.** — M. Stuyt (d'Arnhem). — La mise en bonne place du greffon est assurée

(1) V. *Concours médical*, nos 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11.

par l'emploi d'un fil métallique conducteur guidant une mèche perforée suvant son grand axe. La manœuvre s'effectue sous les rayons.

**Fixation complémentaire du péroné dans le traitement sanglant des fractures de jambe.** — M. VERBRUGGE (d'Anvers). Cette fixation se fait à l'aide d'une simple ligature. Elle facilite la consolidation et évite la formation du valgus qu'on observe souvent au-dessous du foyer de fracture.

**Traitement de la coxalgie.** — M. CALOT (de Berck) se déclare l'adversaire résolu des interventions sanglantes. Il a du reste suivi la méthode pendant cinq ans.

La comparaison de ses statistiques lui montre que le traitement conservateur donne une mortalité cinq fois moindre que le traitement chirurgical.

**Trois cas d'affections post-traumatiques de la tête humérale.** — M. RÖTTENSTEIN (de Marseille). — Cette lésion est caractérisée par un arrachement du trochiter et un aspect lacunaire du trochiter. Il y a une douleur vive à la pression et de l'impotence fonctionnelle.

L'intervention montre une petite cavité osseuse à contenu huileux qu'un simple curettage suffit à guérir.

L'auteur en rapporte trois observations.

**Instruments de chirurgie urinaire.** — M. GOURDET (de Nantes) présente : 1° Une sonde métallique à robinet et à courbure de Galy. Cette sonde est munie d'un système spécial d'yeux à fente rendant facile le placement des fils suspenseurs dans la cystostomie, et, par suite, l'opération rapide et sûre.

2° Une pince pour tenir la lèvre supérieure de l'incision vésicale, que sa forme rend facile à poser et qui ne peut déchirer le gant de la main gauche.

3° Un petit dilatateur très simple pour les fistules de cystostomie définitive, lorsque celles-ci ont tendance à se resserrer. Ce petit modèle est créé pour les praticiens, qui ont à changer la sonde de Pezzer, loin d'un chirurgien.

4° De petites valves isolantes destinées à empêcher la brûlure de la paroi opposée au pédicule, dans la diathermie des polypes de l'urètre chez la femme.

**Le traitement ambulatoire de la coxalgie.** — M. FROELICH (de Nancy) compare les résultats dans le traitement de la coxalgie par la méthode classique de l'immobilisation prolongée, et par la méthode ambulatoire.

Depuis 1898, il demeure fidèle à la méthode ambulatoire. 146 cas ainsi traités depuis dix ans, suivis et revus, lui ont donné 15 p. 100 de mortalité globale. Il a eu 10 guérisons parfaites avec mobilité conservée, 72 ankyloses en bonne position, 19 claudications. Il a dû pratiquer 12 ostéotomies contre des ankyloses vicieuses, 12 résultats ont été mauvais.

Tous ces cas ont été diagnostiqués soigneusement avec épreuves radiographiques et examens sérologiques.

Au total, les guérisons sont aussi bonnes qu'avec la méthode classique ; elles sont obtenues plus rapidement.

**Ostéomes intra-tendineux et intra-ligamentaires.** — M. PATEL (de Lyon). Les ostéomes traumatiques paracondyliens du fémur ne constituent pas une affection spéciale. Ils sont de tous points comparables à d'autres lésions, que l'auteur a observées dans les régions les plus diverses, après des traumatismes prolongés ou répétés.

Les localisations les plus fréquemment observées sont celles du tendon d'Achille, du tendon du quadriceps fémoral, du fascia lata.

La radiothérapie est très active, quand les ostéomes sont de formation récente ; le plus souvent l'extirpation chirurgicale s'impose.

**Les opérations parathyroïdiennes dans la polyarthrite ankylosante.** — M. R. SIMON (de Strasbourg). — L'auteur a opéré trois fois des malades atteints de polyarthrite ankylosante. Il rapporte ses observations, qui prouvent qu'à côté des cas avec hypercalcémie qui sont justiciables d'une parathyroïdectomie, il en est d'autres où le taux global du calcium sanguin est normal ou abaissé, et chez lesquels la simple exploration chirurgicale du cou est susceptible de produire une amélioration, aussi nette, aussi profonde, et autant qu'on peut le dire à présent, au moins aussi durable que celle obtenue par la parathyroïdectomie dans le rhumatisme avec hypercalcémie.

**Une technique de mastoplastie.** — M. SÉNÉCHAL (de Paris). — Elle est applicable à tous les cas de ptose et d'hypertrophie mammaire. Elle réalise un véritable soutien-gorge anatomique définitif.

On l'exécute en deux temps : le premier sous anesthésie générale, le second sous anesthésie locale. La cicatrice sous-mamelonnaire verticale disparaît en six mois, mais on peut hâter sa disparition en utilisant l'ionisation suivant la technique de Bourguignon.

Un lambeau piriforme est tracé dont la demi-circonférence supérieure embrasse le point fixé pour l'emplacement nouveau du mamelon. Il descend de part et d'autre du mamelon libéré par une incision circulaire, et, après avoir circonscrit l'aire de la plicature désirée, se termine à angle très aigu, au niveau du pli sous-mammaire normal.

Le mamelon est placé à l'endroit, qu'il doit définitivement occuper.

La glande est plicaturée par de grands points en V placés horizontalement sur deux plans superposés. La peau ne doit remplir qu'un rôle de recouvrement, jamais de soutien.

Le deuxième temps n'est que le perfectionnement de la plastique déjà obtenue. Il n'intéresse que la partie sous-mamelonnaire.

**La suture primitive dans les fractures ouvertes de cuisse.** — MM. GRIMAULT et WILMERTZ (d'Algrange) sont partisans de la suture primitive dans les fractures ouvertes de cuisse.

Ils en rapportent trois observations : ces fractures ont été causées par des traumatismes graves, ayant entraîné des lésions étendues des parties molles.

Deux fois les fragments osseux ont été souillés par la terre : une fois il s'agissait de fractures à esquilles multiples avec séton de la cuisse.

Après excision minutieuse au bistouri électrique, la suture primitive a été faite sur large drainage.

L'ostéosynthèse immédiate a été exécutée deux fois par simple fil de bronze ; une fois l'ostéosynthèse a été pratiquée tardivement avec plaque vissée de Lambotte.

Ces blessés n'ont présenté, ni complication infectieuse des parties molles, ni ostéite.

**Extraction des corps étrangers par la broncho-œsophagoscopie.** — M. J. GUISEZ (de Paris), insiste sur la longue tolérance et la latence des corps métalliques : seize ans dans un cas, quatre ans et demi dans l'autre.

Par contre, les complications sont rapides en cas de corps organiques : graines, noyaux, grains de café.

Au niveau de l'œsophage, les corps étrangers le plus souvent rencontrés sont les os, les arêtes, les dentiers, les épingles de nourrice, les pièces de monnaie.

Les petits os et les arêtes sont particulièrement dangereux. Ils amènent rapidement des complications phlegmoneuses péri-œsophagiennes ou médiastinales.

Quand l'os est enclavé, il faut le morceler. L'usage du tube ovalaire de l'auteur permet l'extraction facile des dentiers même volumineux.

**Traitement radio-chirurgical du cancer du sein. Résultats éloignés.** — M. MAYER (de Bruxelles) expose sa statistique qui porte sur 208 cas traités par large exérèse, suivie pendant quarante-huit heures d'une application de deux tubes de Dominici et de radiothérapie post-opératoire.

La mortalité globale est inférieure à 5 p. 100. Les survies, sans récidive après cinq ans, dépassent 50 p. 100 dans les cas opérés au début et 20 p. 100 dans l'ensemble des cas, y compris les décès et les malades perdus de vue, qui ne représentent que 7 p. 100 dans cette statistique minutieusement établie.

En dépit de l'effort des Ligues et des Centres anticancéreux, l'auteur pense que trop de sujets arrivent au chirurgien à un stade très avancé de leur maladie.

A sa statistique personnelle, M. Mayer ajoute les résultats concordants publiés récemment en France, en Italie, en Suède, en Allemagne, Amérique du Nord, Argentine, Norvège et Belgique.

**Angioplastie pédiculée.** — M. J. JIANO (de Bucarest). — En face d'une lésion étendue, accidentelle ou opératoire, intéressant un vaisseau important, mieux vaut recourir à une intervention restauratrice qu'à une ligature.

Les autoplasties vasculaires peuvent être réalisées à l'aide du péritoine, ou du « matériel vasculaire », en orientant toujours le tissu réparateur de façon telle que sa face endothéliale regarde la lumière du vaisseau.

L'auteur a pu restaurer expérimentalement la veine cave inférieure et la veine porte, au moyen de lambeaux péritonéaux doublés de tissus aponévrotiques fibro-musculaires. Il a pu de même réparer une artère iliaque externe, en utilisant un cylindre péritonéo-aponévrotique.

Chez l'homme la même méthode a permis de refaire la paroi d'une veine fémorale déchirée au cours d'une cure radicale de hernie crurale ; l'étoffe réparatrice fut le sac herniaire lui-même.

Chez l'homme encore, l'auteur a réparé deux fois une veine fémorale à l'aide d'un lambeau emprunté à une saphène.

M. Jiano a fait construire une pince spéciale élastique qui, appliquée à demeure, réalise la fermeture définitive d'une plaie vasculaire latérale ou transversale incomplète.

**A propos des césariennes et en particulier des césariennes basses.** — M. FEREY (de Saint-Malo) dit sa préférence pour la césarienne basse. Sur 42 interventions il a pratiqué 21 fois la césarienne basse, 14 fois la césarienne haute et 7 fois la césarienne avec hystérectomie. Il a eu un seul décès : il s'agissait d'une femme asystolique opérée par césarienne haute.

L'auteur expose les détails de technique, qui lui paraissent importants : la suture utérine doit être pratiquée au catgut n° 2 ou 3 ; elle est faite « en lacet de soulier », le surjet étant arrêté tous les deux points par deux nœuds ; dès que le placenta est enlevé, il convient de faire une injection immédiate d'hypophyse : la meilleure anesthésie est la rachi-cocaïnisation.

**Considérations cliniques et chirurgicales sur 250 lithotrities.** — M. CATHELIN (de Paris) expose sa statistique personnelle, la plus forte de France depuis la mort de Guyon.

Il étudie successivement le rôle de l'âge et du sexe, le diagnostic, le nombre des pierres, leurs dimensions et leur nature chimique, leur poids, la durée de l'intervention, les résultats immédiats et éloignés, avec une suite de considérations sur cette admirable opération qu'« il faudrait inventer si elle n'existait pas ».

L'auteur conclut ainsi : « Je place cette opération à côté des Pyramides, c'est la huitième merveille du monde ».

**Nouvelle méthode d'anesthésie.** — MM. PASCALIS et GARDELON (de Paris) rappellent l'importance du réflexe oculo-cardiaque, qui renseigne sur les réactions éventuelles du malade à l'anesthésie.

La compression du globe oculaire entraîne-t-elle un ralentissement du pouls, on peut compter sur une bonne anesthésie.

Dans le cas contraire, on a affaire à un malade rebelle, qu'une injection d'un demi-milligramme de salicylate d'ésérine rendra du reste docile.

Les sujets présentant une bradycardie exagérée bénéficieront d'une injection d'atropine, faite quelques minutes avant l'opération.

**Traitement chirurgical du diabète chez les enfants, basé sur une nouvelle conception pathogénique.** — M. SORESI (de New-York). — L'auteur est convaincu que tout état pathologique suppose une constitution anormale d'organe.

Il propose d'intervenir chez les jeunes diabétiques pour supprimer les adhérences, dont il a constaté maintes fois l'existence chez ces sujets, adhérences s'opposant au fonctionnement de l'intestin et des voies biliaires.

De plus, il serait nécessaire de reconstituer un ligament hépato-normal.

Cette technique exécutée cinq fois, lui a donné cinq bons résultats.

**Volvulus total du grêle chez un enfant.** — M. MARTIN DU PAU (de Genève). — Il s'agit d'un enfant qui, depuis cinq jours, souffrait de violentes coliques, et qu'on amena au chirurgien dans un état très grave.

L'intervention montra un intestin uniformément noirâtre, dont la détorsion n'améliora nullement la circulation.

La mort suivit l'opération, et l'autopsie permit de constater un défaut d'accolement du méso du côlon droit, qui participait au volvulus.

De tels faits sont rares, quoique l'auteur en ait observé en plusieurs circonstances. L'essentiel est d'opérer au début des accidents.

**La gastrophotographie.** — M. BÉCART (de Paris) communique sa technique et ses premiers résultats.

Cette méthode, fort intéressante et pleine d'avenir, permet de prendre en plein jour seize photographies stéréoscopiques de l'intérieur de l'estomac.

Un bloc photographique minuscule présentant huit chambres noires dotées chacune de deux trous d'aiguille jouant le rôle d'objectif, est introduit dans la cavité gastrique à l'aide d'une sonde de caoutchouc. A ce bloc photographique est adjointe une ampoule électrique qui donne une lumière de 20.000 bougies pendant : 1/120e de seconde.

Cette nouvelle méthode d'investigation ne doit supplanter, dans l'esprit de l'auteur, aucune des autres méthodes usitées jusqu'à ce jour ; elle s'ajoute à elles simplement. Elle accroît, dans des proportions notables, la possibilité des diagnostics précoces, et multiplie par suite les chances de succès dans les interventions chirurgicales.

**La néphrectomie transpéritonéale.** — M. PERRIN (de Lyon) fait l'éloge de cette opération, qui donne un jour parfait sur le pédicule rénal. Elle n'est même pas contre-indiquée en cas de pyonéphrose, à condition qu'on pratique dès le début de l'intervention la marsupialisation de la loge rénale, à l'abri de laquelle on peut opérer en toute sécurité.

**Contre l'embolie, avant, pendant et après les opérations gynécologiques abdominales.** — M. JAYLE (de Paris). De 1904 à 1908, l'auteur a observé quatre embolies foudroyantes après hystérectomie abdominale.

L'étude de ces cas lui a montré que l'accident était imputable à des fautes dans la préparation des malades et dans la technique opératoire. Il a largement modifié sa façon de faire, et depuis n'a plus eu à déplorer de tels accidents.

Il évite minutieusement la blessure des veines et réduit au minimum le traumatisme abdominal, se contentant d'incisions petites, supprimant les écarteurs et les compresses intra-abdominales, utilisant le moins possible la position déclive.

L'auteur a grand souci de l'état moral des malades, de leur type morphologique, de leur tube digestif avant l'opération. Il leur donne la position assise aussi rapidement que possible après l'intervention ; des sangsues sont posées au moindre point de côté, à la moindre menace de phlébite.

Depuis 1910, il fait systématiquement l'examen du sang, surtout au point de vue de la coagulation.

Exceptionnellement, à son insu, le chirurgien opère en pleine poussée de phlébite pelvienne, et l'auteur en donne des exemples probants.

C'est l'examen du sang qui paraît constituer le meilleur moyen d'éviter l'embolie, laquelle peut apparaître avant, pendant ou juste après l'opération.

Grâce à cet examen, on peut remettre à plus tard des interventions qui, sans doute, auraient abouti à une mort subite.

**Nouveau procédé de rachianalgésie générale par rachialcalinisation.** — M. LE FILIATRE (de Paris). — Il s'agit d'un nouveau produit : la delcaïne, qu'on extrait des eaux mères, servant à la préparation de la cocaïne officinale.

La delcaïne ou chlorhydrate de pseudo-cocaïne droite a une toxicité très inférieure aux substances employées jusqu'ici en rachi-anesthésie. Elle n'abaisse que très faiblement la tension sanguine (1/2 division de Vaquez).

Elle est vaso-constrictrice et présente un pouvoir anesthésique deux fois et demi à trois fois plus grand que celui de la cocaïne.

Aucune préparation du malade n'est nécessaire. On n'a pas à user de l'éphédrine pour combattre l'hypotension, et elle donne une anesthésie complète.

La delcaïne est admirablement supportée et parfaitement éliminée.

Les grandes interventions abdominales se font, grâce à elle, sans choc appréciable.

L'auteur pense que ce procédé très simple mettra la rachianesthésie à la portée de tous, et constituera de ce fait un grand progrès, dont bénéficieront malades et chirurgiens.

# Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs.
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr L. Schekter. — **Pour vaincre la tuberculose pulmonaire.** (Un vol. in-8o de 150 pages, 18 francs.)

Il n'existe aucun remède, ni secret, ni spécifique, capable d'enrayer immédiatement la tuberculose. Pour vaincre la tuberculose pulmonaire, le meilleur moyen est de savoir la dépister au plus vite. Il importe donc de savoir que cette affection guette tous ceux qui abusent de leur santé et n'harmonisent pas leur vie avec les règles d'hygiène. Elle guette tous ceux qui introduisent dans leur foyer, dans les bureaux, dans les usines, etc., des malades porteurs de lésions ouvertes disséminant par leurs crachats et par la toux les germes de la maladie. Elle guette tous ceux qui, après une atteinte pulmonaire de quelque nature qu'elle soit, ne s'assurent pas, avant la reprise de la vie normale, par un examen médical clinique et radiographique, de l'intégrité de leurs voies respiratoires.

L'auteur expose en détail les troubles qui doivent, à ce sujet, engager à consulter le médecin, les renseignements à fournir à celui-ci ; puis, ce sont : les constatations du médecin ; la mise en observation du malade, l'examen des crachats, l'immunité antituberculeuse ; comment devient-on tuberculeux ; guérison de la tuberculose pulmonaire ; le traitement moral, la cure de repos au grand air ; la cure climatérique ; la cure alimentaire ; les mesures préventives à prendre par l'entourage du malade ; les soins de propreté ; l'hydrothérapie, etc.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Max Cheval et A. P. Dustin. — **Théorie et pratique de la télécuriethérapie.** (Un vol. de 240 pages avec 76 figures, 34 francs.)

Si la radiologie a pu échouer si souvent dans le traitement des néoplasmes, cela tient peut-être à une insuffisance de technique et à l'utilisation de masses radiantes trop faibles, agissant dans de mauvaises conditions biologiques. Il fallait trouver une répartition plus judicieuse de l'énergie radio-active ; c'est pourquoi l'idée est venue avec la télécuriethérapie d'utiliser de grosses masses de radium, agissant à une certaine distance du néoplasme.

Dans cet ouvrage de recherches cliniques, radiologiques, on trouvera les plus précieux renseignements techniques, puisque les auteurs se sont attachés à éviter aux radiothérapeutes, qui s'engagent dans cette voie, les inévitables tâtonnements du début.

La première partie est consacrée à l'organisation d'un poste de télécuriethérapie, et à la technique du traitement : méthode simple, indolore, efficace ; possibilité de réaliser un appareil permettant, avec toute la précision voulue, de traiter deux malades à la fois, et d'irradier de grands champs par de fortes doses de radium, ne provoquant aucun trouble de l'état général, ni lésions des tissus sains.

Vient ensuite une étude de l'action biologique de la télécuriethérapie, tant sur l'état général que sur les tissus ou diverses cellules malignes.

Enfin la partie, consacrée à la clinique, donne de précieuses indications sur la technique dans les différents cas de néoplasmes, et rapporte un grand nombre d'observations, avec l'énumération et les résultats de tous les cas, traités en trois ans.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

MM. Béclère et Porcher. — **Une bibliothèque de films radiographiques.** (50 séries parues ou à paraître, comprenant chacune environ 30 ou 40 images. Prix de chaque série : 25 francs.)

Dans les livres, la part de la radiographie est devenue considérable depuis dix ans. Mais, si parfaites que soient les reproductions *imprimées* d'une radiographie, jamais cependant, celles-ci ne pourront remplacer la lecture par transparence d'un film. Celui-ci contient des finesses et des détails, qui nécessairement disparaissent à la reproduction, et qui disparaissent même parfois dans les meilleurs tirages photographiques sur papier.

De plus, pour tous ceux qui, à des titres divers, font de l'enseignement, il est impossible de « démontrer » la médecine sans parler aux yeux, autant qu'à l'esprit. Or, le document imprimé, restant attaché au feuillet d'un livre, se prête difficilement à servir d'illustration, lors d'un exposé oral.

Cette bibliotèque de films radiographiques est venue répondre à ce double but de la documentation privée et de la projection publique. Comme tout le monde possède à l'heure actuelle un appareil de projection (quel qu'il soit), il est facile de projeter

le film à l'échelle que l'on désire. Pour chacun des sujets traités, les auteurs se sont d'ailleurs adressés à des spécialistes particulièrement compétents, qui ont fourni, en même temps que les images radiographiques, des légendres explicatives, d'une parfaite précision.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

N. HORTOLOMEI et V. BUTUREANU. — **Chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal. Indications. Résultats.** (Un vol. de 408 pages avec 75 figures, 45 francs.)

Il existe aujourd'hui des partisans exclusifs du traitement médical ou du traitement chirurgical. Les auteurs démontrent d'abord que le traitement médical seul est incapable d'apporter une guérison définitive dans la grande majorité des cas d'ulcère chronique, et de supprimer les causes qui ont présidé à son éclosion ; ensuite, ils établissent les indications respectives de ces deux méthodes thérapeutiques principales.

Dans les chapitres suivants, ils passent en revue toutes les méthodes chirurgicales, avec leurs nombreux procédés, qui ont été employés pour le traitement de cette affection, en insistant, non pas sur la technique opératoire, mais surtout sur les indications respectives de chaque méthode ou procédé, et sur les résultats obtenus. Ils insistent plus longuement sur la gastro-entérostomie et la résection large de l'estomac. La première semble ne convenir qu'à un nombre restreint de cas, exposer à des récidives et à des complications ; elle n'est qu'un complément du traitement médical, que le malade doit suivre toute sa vie. La résection large de l'esomac, au contraire, est suivie de complications dans des proportions très faibles, et les résultats obtenus sont de beaucoup supérieurs ; malgré la mutilation apparente de l'organe, les guérisons ainsi obtenues sont définitives ; plus n'est besoin désormais de suivre un régime spécial, et il n'existe aucune diminution de la capacité de travail.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pr EGAS MONIZ (de Lisbonne). — **Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle.** Préface du Prof. BABINSKI. (Un vol. in-8, 512 pages, 225 figures originales, 1931. Prix : 100 fr.)

Cet important travail, dû au Professeur de neurologie de la Faculté de médecine de Lisbonne, démontre, à la suite de nombreuses expériences conduites avec une méthode rigoureuse, la possibilité du diagnostic des tumeurs cérébrales par l'encéphalographie. On peut introduire dans les vaisseaux de l'encéphale, par la carotide interne qui irrigue la plus grande partie du cerveau, une solution opaque aux rayons X. On obtient ainsi une image du réseau artériel cérébral, et on peut déterminer, au moins dans certains cas, par les modifications, les déformations constatées dans la disposition de la charpente artérielle, le siège occupé par le néoplasme.

L'auteur estime que, sauf dans les cas d'artériosclérose cérébrale concomitante, où cette opération expose à des accidents et doit être exclue, l'épreuve de l'encéphalographie artérielle est, pour ainsi dire, inoffensive à condition qu'on suive les indications qu'il donne.

Malgré le grand nombre de cas étudiés, qui justifient ses prévisions, M. Moniz ne croit pas devoir émettre actuellement une opinion définitive sur la signification de tous les déplacements artériels observés ; l'interprétation en est parfois discutable, et demande à être contrôlée par l'examen de nouveaux faits. C'est ainsi, après avoir recueilli encore plus d'observations et en rapprochant cette méthode des autres moyens de diagnostic, notamment de la ventriculographie, qu'on sera en mesure de fixer la place qu'elle occupera en séméiologie.

Il est à noter, en outre, que les injections intracarotidiennes d'iodure de sodium produisent presque toujours une amélioration notable du syndrome hypertensif.

L'encéphalographie artérielle est la partie capitale et éminemment originale de cet ouvrage ; mais l'autre partie, relativement accessoire, mérite cependant une grande attention, car elle constitue un exposé magistral des notions classiques sur les tumeurs cérébrales, avec des idées nouvelles sur divers points, en particulier sur la pathogénie des hypertensions intra-craniennes.

Librairie O. DOIN,
8, Place de l'Odéon, Paris, 6e.

R. GLÉNARD. — **Les réactions vaso-motrices du foie.** (In « Collection des Actualités de médecine pratique ». Un vol. in-8° de 240 pages avec 19 figures dans le texte et 4 planches hors texte. 30 francs.)

Le foie est une éponge vasculaire, dont le volume, la forme et la consistance sont étroitement liés à l'état des vaisseaux qui constituent sa trame, et ces vaisseaux ont sans cesse à répondre aux incitations humorales et vaso-motrices les plus variées.

De nombreuses expériences de physiologie nous ont appris que, par des actions mécaniques, des sections et excitations nerveuses et l'introduction de substances chimiques dans le foie, vivant ou en circulation artificielle, on peut obtenir, sur celui-ci, des phénomènes marqués de vaso-dilatation, de vasoconstriction et d'hypotonie.

La palpation du foie nous enseigne qu'il existe, parallèlement chez l'homme, des modifications pathologiques tout à fait superposables, et qui sont la congestion active du foie, la rétraction du foie, l'hépatoptose.

*Ces manifestations cliniques, d'une pathogénie de*

même ordre, méritent d'autant plus d'être rapprochées dans une description d'ensemble, que leur thérapeutique préventive, médicamenteuse et hydrominérale, présente de nombreux points communs.

Si elles sont relativement peu connues, c'est que leur diagnostic ne peut se faire que par le «procédé du pouce », seul capable de nous faire connaître les foies souples et les multiples formes intermédiaires entre le foie normal et les volumineuses hypertrophies.

Le praticien n'a pas toujours la facilité de recourir, comme il conviendrait aux délicates ressources de laboratoire se rapportant à l'exploration fonctionnelle hépatique et d'en attendre les résultats. Aussi est-il dans l'obligation de chercher à tirer, de l'examen clinique au lit du malade, le maximum des renseignements mis à sa disposition.

Après d'intéressantes considérations physiologiques, l'auteur reprend, avec force illustrations, la description minutieuse du procédé du pouce ; puis, il expose à traits précis, tout ce qui concerne la séméiologie clinique et thérapeutique des réactions vaso-motrices du foie.

Une foule d'états pathologiques en dépendent, surtout dans la clientèle privée.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

chez Payot
106, boulevard Saint-Germain,

Edouard Laval, médecin-colonel de réserve. — **Souvenirs d'un médecin-major**, 1914-1917. Préface du médecin général inspecteur Toubert. Un vol. 288 pages de la Collection des mémoires, études et documents pour servir à l'histoire de la guerre mondiale. Prix : 20 fr.

Librairie Louis Arnette
2, rue Casimir Delavigne,

Dr Jacques Sédillot.— **Qu'est-ce que le cancer ? Comment l'éviter ? Comment le guérir ?** (Un vol. 122 pages).

# Les Thèses

T. — Dr A. Marchand. — **L'anémie pernicieuse infantile** (*étude clinique anatomo-pathologique et thérapeutique*). (Imprimerie Henri Cléder, 28, rue de la Pomme, Toulouse, 1931.)

L'anémie pernicieuse infantile, affection primitive ou secondaire, est caractérisée *cliniquement* par une cachexie fébrile, de gravité extrême, avec décoloration des téguments et des muqueuses, hépatosplénomégalie, tendance aux hémorragies, parfois poussées ictériques, évoluant rapidement vers la mort, et, *au point de vue hématologique* : par une hypoglobulie très prononcée avec abaissement du taux de l'hémoglobine, augmentation de la valeur globulaire, leucocytose et réaction normomégaloblastique.

Elle évolue : *tantôt chez le nourrisson*, avec un type hématologique particulier et un pronostic nettement plus favorable, *tantôt chez l'adolcescent* et, dans ce cas, elle se rapproche beaucoup de la maladie de Biermer de l'adulte. Par contre, il semble qu'elle soit plus rarement observée dans la seconde enfance. L'anémie, de type métaplastique, s'accompagne de leucocytose élevée avec polynucléose et réaction myéloïde nette. La cause déterminante de cette affection demeure inconnue, le rôle de la tuberculose pleuro-pulmonaire fibreuse, trouvée à l'autopsie, ne pouvant être invoquée avec quelque certitude.

Le caractère « pernicieux » de cette forme d'anémie infantile et son évolution fatale méritent d'être soulignés ; ils contrastent avec l'existence d'une formule hémoleucocytaire de signification plutôt favorable. Cette dernière traduit, en effet, un puissant effort régénérateur des organes hématopoïétiques, avec myélocytose, polynucléose et réaction normomégaloblastique. Peut-être le processus érythrolytique intense, progressif, qui, dans ce cas, spécifie le caractère « pernicieux » de l'anémie (beaucoup plus que le mode de réaction de la moelle osseuse), et dont la véritable nature demeure inconnue, relève-t-il d'une action toxique prolongée, s'exerçant au niveau des organes hématopoïétiques, ainsi que l'on peut l'observer parfois, dans certaines intoxications professionnelles !

En général, la cause nous échappe complètement. Dans les cas particulièrement rares, où l'on peut mettre en évidence un facteur étiologique, on retrouve d'une façon constante : l'hérédo-syphilis, la tuberculose, le parasitisme intestinal ou les troubles digestifs, dus à une alimentation défectueuse.

Au point de vue hématologique, il s'agit, le plus souvent chez l'enfant d'anémie ortho ou métaplastique ; la forme aplastique demeure exceptionnelle. On l'observe surtout chez l'adolescent ; elle reproduit à peu de chose près la maladie de Biermer de l'adulte. Chez le nourrisson, au contraire, l'affection offre plus d'un trait commun avec l'anémie pseudo-leucémique de von Jaksch-Luzet (Mensi).

Le pronostic de l'anémie pernicieuse infantile demeure inexorablement fatal, surtout dans les cas d'anémie aplastique cryptogénétique ; par contre, cette sévérité paraît influencée favorablement dans les autres modalités de l'affection par la thérapeutique moderne. Cette dernière, qui se résume d'ailleurs dans « l'opothérapie sanguine », par la méthode des petites et moyennes transfusions citratées ; « l'opothérapie hépatique » selon la technique de Whipple, et la ligature de l'artère splénique (ou la splénectomie), ne compte encore aujourd'hui qu'un petit nombre de succès.

# Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents


ABCÈS DU POUMON, par J. MINET, *Nord Médical*, nos 760, 761, 762, 15 octobre, 1 et 15 novembre 1931.

ABCÈS DE FIXATION DANS L'INFECTION PUERPÉRALE, par H. VIGNES, *Revue de Pathologie comparée*, n° 422, novembre 1931.

ACCIDENTS DU TRAVAIL CHEZ LES INTELLECTUELS, par FOVEAU DE COURMELLES, *Univers médical*, n° 10, octobre 1931.

ACCORDS MÉDICO-MUTUALISTES, par G. DUCHESNE, *Concours Médical*, n° 32, 9 août 1931.

ACCOUCHEMENT (Honoraires pour assurés indigents), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 43, 25 octobre 1931. (Son mécanisme), par P. DELMAS, *Concours médical*, n° 42 *bis*, 21 octobre 1931.

AFRIQUE DU NORD (Ce que la France y a réalisé au point de vue sanitaire), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 33, 16 août 1931.

ALCOOL (Contre l'), par TOULOUSE, *La Prophylaxie mentale*, n° 31, octobre 1931.

ALLAITEMENT MATERNEL, par J. CAMESCASSE, *Concours médical*, n° 34, 23 août 1931.

ANOBLISSEMENT DE MÉDECINS, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 34, 23 août 1931.

APPAREILS DE PROTHÈSE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 38, 20 septembre 1931.

APPENDICITE *a*) Diagnostic, par P. MABILLE, *Sciences médicales*, 15 août 1931.— *b*) Au cours de la grossesse, par H. VIGNES, *Concours médical*, n° 43, 25 octobre 1931.

ARTÉRITES DIABÉTIQUES, par G. LEMOINE, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 6, juin 1931.

ASSAINISSEMENT (Industries d') par FOVEAU DE COURMELLES. *Mouvement sanitaire*, n° 87, 31 juillet 1931.

ASSURANCES SOCIALES, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, *a*) Conflit entre la loi de 1851 et la loi de 1930 dans le fonctionnement des hôpitaux, n° 36, 6 septembre 1931 ; *b*) A. S. et médecine préventive, n° 43, 25 octobre 1931 ; *c*) A. S. et Régime hospitalier, n° 44, 1er novembre 1931.

AVORTEMENT PAR INFECTION STREPTOCOCCIQUE DE LA CADUQUE, par H. VIGNES, *Revue de pathologie comparée*, n° 422, novembre 1931.

BAILLI (LE Dr) ET LA PESTE DE 1723, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 34, 23 août 1931.

BAINS DE SOLEIL, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 42, 18 octobre 1931.

BICHAT ANATOMO-PATHOLOGISTE, par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 39, 27 septembre 1931.

BILIRUBINÉMIE, par F. E. MORHARDT, *Vie médicale*, n° 17, 10 septembre 1931.

BOUCHUT (Henry), médecin-poète, par Albert GARRIGUES, *Nord médical*, n° 756, 15 août 1931.

BRUIT (La campagne contre le), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 41, 11 octobre 1931.

CAFÉ (La question du), par H. BOUQUET, *Savoir*, n° 10, 1er octobre 1931.

CENTROTHÉRAPIE, par R. BLONDEL, *Bruxelles médical*, n° 4, 22 novembre 1931.

CHAMPIGNONS (Dangers. Exposition du Muséum), par H. BOUQUET, *Vie Médicale*, n° 21, 10 novembre 1931.

CHIRURGIE ET PROGRÈS, par DARTIGUES, *Nouvelles Thérapeutiques*, n° 20, novembre 1931.

CHIRURGIE PLASTIQUE (l'effort français), par DARTIGUES, *Vie médicale*, n° 19, 10 octobre 1931.

CHIRURGIENS (Histoire de la corporation du XIIIe au XIXe siècle), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 43, 25 octobre 1931.

CHOC (Nouvelles recherches), par P. E. MORHARDT, *Presse médicale*, n° 76, 23 septembre 1931.

CINQUANTENAIRE D'UN DES PREMIERS SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 42 *bis*, 21 octobre 1931.

CONDORCET, par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 35, 30 août 1931.

CONSEILS DE FAMILLE ET TRIBUNAUX DE DROIT COMMUN, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 48, 29 novembre 1931.

CONTRÔLE MÉDICAL EN MÉDECINE SOCIALE (son utilité), par J. NOIR, *Concours Médical*, n° 32, 9 août 1931.

CONTRÔLE SYNDICAL DES MÉDECINS NON SYNDIQUÉS DANS LES ASSURANCES SOCIALES, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 41, 11 octobre 1931.

CÔTES SUPPLÉMENTAIRES, par H. BOUQUET, *Savoir*, n° 8, 1er août 1931.

COUP DE CHALEUR DU NOURRISSON, par R. CRUCHET, VIIe Congrès des Pédiatres de langue française, 7 octobre 1931.

DÉPLACEMENTS DANS LA BANLIEUE D'UNE GRANDE VILLE (Tarifs) par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 39, 27 septembre 1931.

DIABÈTE ET CHIRURGIE, par J. DE FOURMESTRAUX, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 octobre 1931.

DIPHTÉRIE HÉMORRAGIQUE par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 40, 4 octobre 1931.

DISPENSAIRE MUNICIPAL PAYANT, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 42, 18 octobre 1931.

DURILLON FORCÉ ET PHLEGMON DE LA MAIN, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 32, 9 août 1931.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE, par Albert GARRIGUES, *Vie Médicale*, n° 15, 10 août 1931.

EQUILIBRE ACIDE-BASE CHEZ LA GESTANTE, par P. E. MORHARDT, *Presse Médicale*, n° 70, 2 septembre 1931.

ERREUR MÉDICALE DEVANT LA JUSTICE, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 37, 18 septembre 1931.

ÉVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS, par P. DELMAS, *Bruxelles médical*, n° 40, 2 août 1931.

EXPERTS ET MAGISTRATS, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 38, 20 septembre 1931.

FAURE (Elie), par O. BELIART, *Art et médecine*, novembre 1931.

FOLIE DE LA VITESSE, par BÉRILLON, *Revue de psychothérapie*, n° 8, août 1931.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### LES ACTES OBSTÉTRICAUX DE PRATIQUE COURANTE ET LA PART DE REMBOURSEMENT DES CAISSES AUX ACCOUCHÉES

Les interventions obstétricales, qui sont du domaine de la pratique journalière, et ne réclament pas nécessairement l'intervention d'un spécialiste, ont été distraites de la Nomenclature générale des actes de chirurgie et de spécialités, sauf la césarienne vaginale ; les embryotomies ; la césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie ou d'extériorisation ; le traitement chirurgical des phlébites puerpérales abdomino-pelviennes.

Elles doivent donc être intégrées dans les actes de pratique courante, annexées aux conventions syndicats-caisse, et tarifées selon la formule adoptée en la matière, c'est-à-dire, en principe, selon un chiffre clé multiplié par un coefficient.

Des syndicats ont déjà procédé à cette intégration. A Lyon et dans le Rhône, le syndicat s'est contenté d'adopter les coefficients de la première nomenclature, prévus pour le prix global. Je les rappelle ici, tels que je les copie dans le *Bulletin* du Syndicat de février :

| | |
|---|---|
| Obst. 20 | Incision du col au cours du travail.<br>Délivrance artificielle.<br>Avortement thérapeutique. |
| Obst. 40 | Forceps au détroit inférieur et à la vulve.<br>Version podalique.<br>Accouchement provoqué. |
| Obst. 60 | Forceps à la partie haute de l'excavation.<br>Césarienne vaginale.<br>Embryotomies. |

Je ferai remarquer tout d'abord à nos confrères que la césarienne vaginale et les embryotomies ne sont pas de pratique courante, mais figurent dans la nouvelle nomenclature, comme j'ai commencé par le dire.

En outre, on ne peut appliquer le prix global à des interventions telles que l'incision du col, la délivrance artificielle, qui sont des incidents opératoires au cours de l'accouchement ; leurs honoraires s'ajoutent donc au prix de l'accouchement lui-même ; elles doivent être tarifées comme actes isolés.

Enfin, les applications de forceps ne peuvent elles-mêmes être considérées comme bénéficiant du prix global que si elles sont considérées comme constituant tout l'accouchement, dystocique en l'espèce.

Dans la Haute-Saône, l'Association syndicale a ajouté, aux actes de la pratique médicale courante :

| | |
|---|---|
| Forceps à la vulve | K 20 |
| Délivrance artificielle | K 25 |
| Avortement thérapeutique | K 25 |
| Version podalique | K 25 |
| Accouchement provoqué | K 30 |
| Forceps partie haute de l'excavation | K 30 |

Mais la question n'est pas aussi simple qu'elle le paraît tout d'abord. En régime d'entente directe, le médecin réclame à son client ses honoraires, selon le tarif syndical. Le client se fait rembourser par la caisse sa part de responsabilité, diminuée du pourcentage modérateur.

Or, le médecin ne peut pas se désintéresser du quantum de cette part ; il doit savoir à combien elle s'élèvera, ne serait-ce que pour renseigner son client éventuellement, et aussi se rendre compte de l'importance de l'écart qui existera entre ses propres honoraires et le remboursement de la caisse.

Quelle sera donc la part de remboursement de la caisse au cas d'accouchement compliqué ? Sera-t-elle le produit du chiffre clé de la caisse multiplié par un coefficient, le même que celui du tarif syndical minimum, comme on serait tenté de le croire tout d'abord ?

Non, si l'on s'en tenait à cet extrait, aussi peu explicite que peu catégorique, de la Circulaire ministérielle du 21 mars 1931.

On y lit en effet :

Le tarif de responsabilité (des Caisses) peut

comporter une majoration de 20 à 50 % lorsqu'il ne s'agit pas d'un accouchement normal, notamment lorsque la sage-femme doit faire appel à l'intervention d'un médecin.

Notez que la circulaire dit *peut*. Elle devrait dire *doit*. Et je n'en veux pour preuve que la réponse du ministre, signataire de cette circulaire, parue à l'*Officiel* du 29 janvier dernier, que je transcris ici intégralement, car elle est importante et paraît fixer la règle applicable.

1° Lorsqu'un accouchement n'est pas normal et que la sage-femme doit faire appel au médecin, la caisse d'assurances sociales *doit* rembourser les honoraires payés à ces deux praticiens, soit globalement si l'intervention du médecin est de pratique courante (délivrance artificielle, application de forceps) sur la base du forfait prévu dans son tarif de responsabilité pour l'accouchement par sage-femme, *avec majoration de* 50 %, soit séparément, si l'intervention rentre dans les actes de chirurgie et de spécialités (réfection du périnée, césarienne vaginale ou abdominale), sur la base du forfait sans majoration, pour les honoraires de sage-femme, et du chiffre clé applicable à la nomenclature des spécialistes, pour les honoraires du médecin.

2° La majoration de 20 % du forfait prévu par le tarif de responsabilité s'applique au cas où l'accouchement a donné lieu à l'application de forceps *par le même praticien*, par conséquent sans appel d'un autre praticien.

Ainsi donc, lorsqu'un médecin procède tout seul à un accouchement qu'il termine par une application de forceps banale, sa cliente toucherait de la caisse le prix forfaitaire prévu à son tarif pour l'accouchement majoré de 20 %. Soit donc,

Majoration ret.
300 + 20 % = 360 — 20 % = 288 *francs.*

Si l'accouchement a été tout d'abord surveillé par une sage-femme qui n'a pu le terminer, et qu'un médecin ait été appelé par elle pour pratiquer l'application de forceps nécessaire, la parturiente serait remboursée par la caisse de :

Majoration ret.
300 + 50 % = 450 — 20 % = 360 *francs.*

Si l'intervention du médecin, sur appel de la sage-femme, est grave et rentre dans les actes de chirurgie et spécialités, telle une césarienne, la parturiente recevrait de sa caisse :

1° La part de remboursement pour l'accouchement normal, soit :

300 — 20 % = 240 francs.

2° La part de remboursement pour l'intervention (césarienne), soit K × 80.

K étant de 12 francs — 20 % ou 9 francs nets, le remboursement sera donc à ce titre de 720 francs.

La parturiente recevrait de sa caisse, *en tout*, 960 francs.

Ces calculs sont faits dans l'hypothèse que tout s'est passé au domicile de l'accouchée. Il est probable qu'une césarienne serait effectuée après transport à l'hôpital ou en maison de santé.

*Or, il ne doit pas en être ainsi.*

**La circulaire et la réponse ministérielle précitées nagent *en pleine illégalité*. Je m'en suis ouvert au Dr HILAIRE, secrétaire général adjoint de la Confédération, qui me l'a confirmé.**

« Le principe des conventions Syndicats-Caisses, m'a-t-il dit, en matière de tarifs, c'est qu'il y a, pour chaque catégorie d'actes, une nomenclature *commune* au tarif syndical minimum et au tarif de responsabilité. La Caisse est libre de modifier son tarif de responsabilité, voire d'en utiliser plusieurs selon les catégories d'actes ; mais elle doit respecter les nomenclatures. »

En d'autres termes, la Caisse peut modifier ses chiffres-clés. Elle ne peut modifier les coefficients prévus à la nomenclature acceptée d'un commun accord, et qui sont *communs* au tarif syndical minimum et à son tarif de responsabilité.

Il en résulte donc que, sans tenir compte des instructions données par la circulaire du 21 mars 1931 et la réponse ministérielle du 11 mars 1932, les médecins inscriront, *sur la feuille maladie*, distincte de la feuille maternité, et qui est utilisable en cas d'*accouchement anormal*, le coefficient correspondant à leur intervention technique, qui sera multiplié par le chiffre clé. Ce chiffre clé, en pratique courante, n'est pas K, mais C, prix de l'acte médical le plus simple, la consultation : ce coefficient étant précisé sur une nomenclature obstétricale annexée au tarif syndical, joint aux conventions. Au cas où ils interviendraient sur appel d'une sage-femme, celle-ci utiliserait, en outre, pour ce qui la concerne, la *feuille maternité.*

Enfin, si l'accouchée, assurée sociale ou femme d'assuré social, ne recevait pas de sa caisse, les sommes calculées comme il vient d'être dit, elle pourrait saisir la commission cantonale prévue à l'article 63 de la loi, dans les dix jours de la notification de la décision de cette Caisse, et même en appeler de cette décision devant le tribunal civil. La procédure est très simplifiée, et comporte surtout des mémoires explicatifs.

G. DUCHESNE.

## ASSURANCES SOCIALES — HOSPITALISATION

### Mise en commun des honoraires médicaux

Permettez-moi de vous soumettre une question qui m'est posée par le Président du Syndicat de Saumur, et qu'il me prie de soumettre, au besoin, à vos lumières et à votre obligeance.

Je ne sache pas que l'exemple de Tours, original comme le dit mon collègue, ait été contagieux. A-t-il chance de le devenir ? Gagnerait-il à être plus connu ?

Dr Meignant

**Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saumur**

Les médecins tourangeaux ont trouvé une solution originale et élégante à la question si épineuse des honoraires des médecins hospitaliers en matière d'assurances sociales.

Pour les raisons suivantes :

*a)* Ne pas faire cadeau d'un centime aux Caisses dont la raison d'exister est de payer, même lorsqu'il s'agit d'un malade hospitalisé ;

*b)* Refuser de percevoir l'argent versé par les Caisses pour conserver dans les salles hospitalières une entière liberté d'action, et refuser tout contrôle ;

*c)* Ne pas percevoir d'argent à l'hôpital, et donner ainsi tous apaisements aux confrères que cette situation dite privilégiée pourrait émouvoir ;

*d)* Amener ainsi la Commission administrative de l'hôpital à une collaboration plus étroite avec le Corps médical hospitalier, en l'intéressant dans une certaine mesure aux bénéfices ainsi réalisés.

Le Corps médical hospitalier de Tours a décidé :

De ne pas abandonner les honoraires obligatoires que les Caisses doivent verser pour leurs malades hospitalisés. Mais il n'y touche pas. Ces honoraires sont versés trimestriellement à la Caisse de l'hôpital qui en garde la moitié pour l'amélioration du régime des malades, du matériel du laboratoire et de l'instrumentation, — et remet l'autre moitié à la caisse de l'Association des médecins d'Indre-et-Loire pour être utilisée selon une destination fixée par le Corps médical hospitalier, et subvenir à des infortunes médicales.

A titre documentaire, il a été versé ainsi en 1931 plus de soixante mille francs à des veuves ou des orphelins de médecins dans la misère.

Cette solution, adoptée en faveur d'une Société qui en somme est une Société professionnelle de Secours mutuels, peut-elle être appliquée au profit d'un Syndicat ?

Les Syndicats ouvriers n'ont-ils pas des Caisses de secours alimentées par des cotisations, donc, etc. ?

Dans la négative, quel procédé serait-il possible d'employer pour arriver au même résultat que les médecins tourangeaux ?

**Réponse**

Il convient de bien situer la question du point de vue juridique, pour déterminer ce qui est permis de ce qui peut être illégal.

Les médecins d'un hôpital ne sont pas les collaborateurs de la commission administrative de l'établissement : ils se trouvent, quels que soient leurs titres et leur science, dans une situation juridique de dépendance, qui tient à la fois du contrat de louage de services et du contrat d'entreprise.

Le corps médico-chirurgical hospitalier est nommé par la commission administrative de l'hôpital. Il doit se soumettre à un règlement de santé, arrêté par les administrateurs et soumis, pour approbation, au préfet.

Si, après entente, les médecins et les administrateurs décident d'un commun accord et par écrit que les honoraires versés par les assurés sociaux seront affectés et répartis de telles et telles manières, ce n'est qu'une question d'entente et de convention mutuelle.

Un syndicat est-il habile à recevoir des dons, legs, fondations, etc. ? Oui, car la loi du 12 mars 1920 et le Livre III du Code du Travail accordent aux syndicats la même capacité civile, dont jouit le citoyen. Au contraire, une association, fondée sous les auspices de la loi de 1901, ne peut pas bénéficier de pareils dons, à moins d'être reconnue d'utilité publique.

Il est évident que le geste est très louable, lorsqu'on voit des médecins et chirurgiens des hôpitaux d'une grande ville, centre d'enseignement, abandonner leurs légitimes honoraires hospitaliers, au profit des œuvres médicales.

Ce faisant, le corps médico-chirurgical hospitalier entend continuer l'ancienne tradition, selon laquelle les médecins donnaient leurs soins d'une manière quasi-gratuite à quiconque est admis dans l'asile des pauvres.

Mais, devant le travail sans cesse croissant dans l'hôpital, devant le nombre de malades payants, qui seront soignés dans la maison de santé à bon marché, en laquelle se transforme peu à peu l'ancien asile des pauvres, les médecins qui nous succéderont auront-ils toujours le même geste de solidarité confraternelle ? L'avenir seul peut répondre. Mais toujours est-il que le geste de nos confrères tourangeaux est digne d'éloges du point de vue confraternel.

Comme corollaire, en supposant que dans une autre ville, la commission administrative de l'hôpital vienne à ne pas vouloir imiter les hospices

de Touraine, que se passerait-il ? Les médecins du corps hospitalier pourraient-ils se refuser à traiter les assurés sociaux hospitalisés ?

Je réponds : non ! car nommé médecin d'un hôpital, le praticien a l'obligation de soigner tous les malades, qui sont admis dans les salles qui lui sont confiées. Ce n'est pas lui qui décide de l'admission de tel ou tel candidat à l'hospitalisation : c'est la commission administrative, qui est souveraine maîtresse dans l'établissement qu'elle gère et dirige.

Ce refus de soins pourrait entraîner des sanctions administratives, telles que le blâme ou la révocation du médecin ou chirurgien incriminé.

Il appartient donc aux commissions administratives des hospices et hôpitaux de s'entendre avec leurs médecins, pour arrêter d'un commun accord les modalités d'admission des assurés sociaux et de la répartition des honoraires.

Collaboration, ententes valent mieux que luttes et discorde.

Dr Paul Boudin.

## LE PROJET LEGROS ET L'AVENIR DE L'HYGIÈNE EN FRANCE

Par le Dr René Martial

(*suite et fin*) (1)

### CHAPITRE III

Les *articles* 36 *à* 63 du projet sont consacrés aux mesures sanitaires, encore que l'inspection médicale des écoles soit incluse dans le Titre I, ainsi que l'organisation du département de la Seine.

Ces articles du Titre II s'occupent du règlement sanitaire, qui devient départemental, de la déclaration des maladies contagieuses, de la vaccination, de la prophylaxie, de la mortalité, de l'assainissement, du permis de construire, des immeubles insalubres, de l'expropriation, des sources et de l'eau, des établissements ostréicoles. On pourrait croire, par cette énumération, qu'il est complet. Cependant, sans préjudice des critiques que l'on pourrait formuler à l'égard de chacun de ces articles, et notamment en ce qui concerne le règlement sanitaire départemental, on relève les omissions suivantes. Pas un mot sur les lotissements : or, les lois de 1919, 1924, et 1928 qui les régissent, s'appuient très fortement sur l'action des Bureaux d'hygiène que l'on supprime. Pas un mot sur le plan d'extension des villes où le Bureau d'hygiène joue un rôle considérable. Pas un mot sur le règlement sanitaire du plan d'extension, qui est différent du règlement sanitaire des communes. Pas un mot sur les Instituts d'hygiène, ni de *l'esprit* qui doit présider à cette formation. Pas un mot sur la morbidité, élément beaucoup plus important pour apprécier l'état de santé publique que la mortalité.

Enfin et surtout, pas un mot sur la mise en harmonie de la nouvelle loi avec le Code et la Procédure civils. C'est cependant là un sujet de première importance, puisque la pratique quotidienne nous enseigne que l'action du Code civil, habilement exploitée par les intéressés, entrave l'application de la loi sur la santé publique souvent pour un temps indéterminé, et quelquefois pour toujours.

Parmi plusieurs exemples, on peut mentionner celui d'une cité ouvrière de 150 habitants, dans laquelle on découvre en 1924 un foyer de tuberculose constitué par deux logements contigus, dans lesquels, depuis plusieurs années, il y a eu plusieurs décès par tuberculose. Le Bureau municipal d'hygiène effectuant des recherches dans les registres de l'état civil, découvre que ces logis sont les plus tuberculisés de toute la ville. Sur l'ordre du Maire, il transmet le dossier à la Commission d'hygiène d'arrondissement. Celle-ci après enquête, confirme l'avis du médecin directeur du Bureau d'hygiène, et déclare les logis insalubres et inhabitables. Le propriétaire, usant de son droit de recours, s'adresse au Conseil de Préfecture. Le Conseil de Préfecture ordonne une nouvelle expertise (troisième expertise). L'expert du Conseil de Préfecture conclut en disant que les locaux sont insalubres et inhabitables, et le Conseil se rend à l'avis de son expert. A la suite de ces trois avis concordants, le Maire prend un arrêté, enjoignant au propriétaire de ne plus mettre en location ses logis.

Tout ceci a demandé *quatre ans* en raison de la marche normale et légale de la procédure sanitaire, procédure que le projet Legros n'améliore pas. Mais alors le propriétaire s'adresse au Tribunal des référés, qui ordonne une nouvelle expertise ; l'expert déclare que les logis sont salubres et habitables et le juge dit que le propriétaire peut louer de nouveau ses locaux.

Ainsi, quatre années d'active persévérance sont annulées, et toute l'affaire est à reprendre.

Il eut été vraiment désirable qu'à l'occasion du nouveau projet de loi, on trouvât le moyen légal de garder au Code sanitaire toute sa force. Tant qu'il n'en sera pas ainsi, la lutte antituberculeuse sera entravée d'une manière formelle,

(1) V. *Concours médical*, no 11.

car nous estimons que la lutte contre le taudis est un des moyens de lutte les plus efficaces contre la tuberculose.

Cette absence d'harmonie entre le Code Civil et la loi sanitaire est une des raisons les plus importantes pour lesquelles la loi de 1902 n'a pas pu donner tout son effet ; c'est aussi une des raisons pour lesquelles, trop souvent, les Bureaux d'hygiène sont accusés d'impuissance.

On trouverait aisément de nombreux articles susceptibles de critiques ; nous ne voulons retenir que l'*art.* 46, qui traite du permis de construire.

Ce permis est d'ailleurs l'objet d'un projet de loi spécial dont nous ignorons la teneur. Mais en admettant que ce soit le projet Legros qui prime en cette matière, que va-t-il se passer ? Si l'Inspecteur d'arrondissement ou le Directeur départemental veut remplir tous les devoirs de sa charge, on ne voit pas comment il pourra y satisfaire, rien qu'en ce qui concerne l'examen des plans. Par là, on verra que la suppression d'un certain nombre de Bureaux d'hygiène est une erreur technique aussi bien qu'une erreur administrative et professionnelle.

Si l'on veut suivre l'examen des plans dans des services municipaux fonctionnant régulièrement, on voit que les plans déposés sont d'une valeur très différente les uns des autres. Depuis le chiffon de papier d'emballage sur lequel sont crayonnées quelques lignes par des doigts malhabiles et malpropres, jusqu'au superbe plan établi par nos grands architectes, tous les intermédiaires se succèdent. Dans une commune suburbaine de 30.000 habitants, il n'est pas rare d'avoir une quinzaine de plans à examiner chaque semaine depuis le petit pavillon en parpaing jusqu'à l'immeuble de six étages et plus. Avant de parvenir au Bureau d'hygiène, qui a seul qualité pour délivrer le permis de construire, les plans sont vus par le service d'architecture, qui doit émettre un avis. Lorsqu'ils arrivent au Bureau d'hygiène, celui-ci élimine d'abord les chiffons de papier, d'où visites indignées des pétitionnaires, qui souvent ont déjà édifié leur bicoque, avant même d'avoir songé à obtenir le permis de construire. Explications, discussions, nouveau plan, également inexact et incomplet, nouveau refus, nouvelles explications : cela dure des heures, des jours et des mois.

A l'opposé, les plans du grand architecte, de l'artiste. Ce sont des plans qu'on aime à voir, mais bien souvent, ils ne tiennent pas compte du règlement sanitaire, et le Bureau d'hygiène est obligé d'y faire apporter des modifications. Autre discussion, qui exige de la part du médecin directeur de réelles connaissances techniques. Puis il y a les plans bien faits, des plans moyens, qui passent au premier examen. Quatre ou cinq sur quinze.

Enfin, il y a le « plan carotte ». Ici se pose la question de savoir ce que c'est qu'un architecte. Les professionnels les plus éminents eux-mêmes ne peuvent pas le dire, car l'architecte n'est pas légalement défini. Le médecin, le pharmacien, le notaire, sont légalement définis, mais tout le monde peut s'intituler architecte. Aucun diplôme n'est nécessaire, et les diplômes existants ne sont pas tous équivalents. Un entrepreneur, un dessinateur, un profane, peuvent dresser un plan. Ces plans-là sont difficiles à lire ; les cotes sont absentes ou fausses, le plan de masse et le plan d'ensemble sont absents et le contrôle des vues directes n'est pas possible. Il manque l'indication des niveaux, celle des bâtiments déjà existants sur le terrain, on ne voit pas les branchements à l'égout ni sur la canalisation d'eau potable ; il manque les conduits de fumée, etc. L'examen de ces plans est long : il faut aller sur place vérifier l'état des terrains.

Il faut vérifier aussi si le plan est assujetti à la loi sur les lotissements, et aux diverses dispositions du plan d'extension.

On comprendra que le seul examen de quinze plans par semaine, avec les discussions et les allers et retours qui s'ensuivent, les enquêtes préliminaires, constituent déjà pour le Bureau d'hygiène un travail important, que seul il peut accomplir parce qu'il réside sur place et non à X kilomètres, ce qui sera le cas de l' Inspecteur de circonscription et plus encore du Directeur départemental. Il faut cependant aller vite, car l'acceptation ou le refus doit être délivré dans les vingt jours ; et après l'avis du Bureau d'hygiène, il y a aussi celui de la voirie qui donne l'alignement. Chaque semaine, le stock de plans se renouvelle. Imagine-t-on les pétitionnaires, dans les villes de plus de 5.000 habitants (art. 46) obligés de se rendre pour chacun de leurs plans au chef-lieu de l'arrondissement ou du département ?

Une fois le permis de construire délivré, il faut surveiller la construction, car nombre de propriétaires déposent des plans corrects, et construisent tout à fait différemment. Il faut quelquefois deux ou trois contrôles, sans compter l'inspection terminale. Nous mettons au défi l'inspecteur d'arrondissement ou le directeur départemental, déjà si occupés par ailleurs, de pouvoir faire de ces contrôles. Et que fera-t-il de plus que le Directeur du Bureau d'hygiène, lorsque, arrivant de son chef-lieu, il verra construire une maison de cinq étages qu'il n'avait autorisée que pour 4 ? Il dressera procès-verbal et attendra le bon vouloir des tribunaux. S'il a pour adversaire un propriétaire habile, l'affaire pourra durer plusieurs années. Se souvient-on qu'il fallut plus de quinze ans de procédure et la guerre pour obliger l'hôtel Astoria à l'Etoile, à démolir un étage qui avait été construit en trop?

Le Bureau d'hygiène étant supprimé, le rapporteur donne la délivrance du permis de

construire au Maire, mais le Maire n'est pas compétent et auquel de ses services confiera-t-il l'examen des plans ? Le rapporteur dit : « Dans les agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus », mais la plupart des agglomérations de 5.000 habitants n'ont ni architectes ni service de voirie. Qui donc contrôlera la marche des constructions ?

On voit par ce seul exemple combien est malencontreuse la suppression des Bureaux d'hygiène dans les villes de 20.000 à 30.000 habitants.

## CHAPITRE IV

Que coûtera l'application de la loi ? M. Legros nous dit, pages 146 et 147 de son rapport :

« Les répercussions financières qu'entraînera la réforme de la loi de 1902 ne semblent pas devoir dépasser pour l'Etat le chiffre global de 7 millions de francs.

« L'Etat prendra en effet à sa charge :

1° L'intégrité des traitements et des frais de déplacement des directeurs départementaux d'hygiène.

2° Sa contribution conformément aux barèmes actuellement appliqués, dans les autres dépenses d'application de la loi (traitements et déplacements des médecins-inspecteurs, salaires du personnel subalterne, dépenses d'administration) contribution qui, dans l'ensemble, s'élève environ au dixième de la dépense totale.

« En supposant que les médecins-inspecteurs, désignés sur la demande des Conseils généraux, soient en moyenne au nombre de trois par département, ce qui est une prévision très raisonnable, les services compétents ont évalué à 78.000 francs par département la dépense nouvelle qui incombera à l'Etat du fait des charges ci-dessus définies.

« De leur côté, les collectivités locales du département (département et communes) auraient, dans la même hypothèse, à supporter une charge de 155.000 fr. par an qui seraient répartis entre elles selon les règles établies par la loi de 1902, soit une moyenne de 50.000 fr. pour le département et 105.000 fr. pour les communes.

« Ces évaluations n'ont rien de théorique. Elles sont basées, au contraire, sur l'expérience qui, pour certains départements, date déjà d'un assez grand nombre d'années. En ce qui touche parparticulièrement ces derniers, nous ne nous égarons pas dans les hypothèses. Nous prenons pour guide la méthode expérimentale la plus rigoureuse. Pour un département moyen, par exemple comme le Tarn-et-Garonne, la charge résultant pour le budget départemental d'un fonctionnement complet intégral, des services d'hygiène comprenant la protection maternelle et infantile, l'inspection médicale étendue à toutes les écoles, la lutte antituberculeuse, la lutte antisyphilitique, même les dépenses de propagande, ne dépassent pas 100.000 francs Dans l'Hérault, dont la population dépasse de plus des deux tiers celle du Tarn-et-Garonne, et qui a organisé son service d'hygiène d'une façon presque somptuaire, la charge pour le département n'y est même pas le double de la somme que je viens d'indiquer ».

Ces évaluations sont théoriques. Nous savons, en effet, depuis de très longues années, que la manière de présenter un budget dépend des besoins de la cause. Et si elles sont exactes, nous disons alors qu'il n'est pas possible aux Inspecteurs départementaux de remplir toutes les attributions de la loi avec un si faible budget, et nous sommes d'autant plus certain de ce que nous avançons que nous connaissons particulièrement bien le département de l'Hérault ainsi que toute la région.

Si nous additionnons les chiffres donnés par le rapporteur pour un département comptant un directeur départemental et trois inspecteurs d'arrondissement, la dépense totale nouvelle serait de 233.000 francs.

Pour faire la part aussi belle que possible au rapporteur, admettons que les organisations relatives à l'inspection médicale des écoles, aux nouveaux systèmes de dispensaires, à la lutte antituberculeuse, etc., sont déjà comprises dans le budget actuellement existant. Ce doivent être des dépenses considérables, si tout est bien organisé. Or, le Préfet de l'Hérault nous dit que le budget de l'hygiène de ce département est de 195.882 francs. Il faut alors que les traitements de toutes les catégories de médecins et de toutes les catégories de personnel ne soient pas bien élevés, ou bien, s'ils sont très élevés, qu'il ne reste pas grand'chose pour les services eux-mêmes, car on ne va pas loin avec 200.000 francs aujourd'hui, même avec une gestion très sévère.

Admettons cependant que tout est vraiment bien : nous disons que, dans l'exemple choisi par le rapporteur, la dépense nouvelle de 233.000 francs pour un département tout entier constitue une prévision tout à fait insuffisante.

Le rapporteur suppose un département dont trois arrondissements sont pourvus d'une inspection. Prenons l'un de ces arrondissements, et supposons à notre tour qu'il comporte une ville de 45.000 habitants, et 100.000 habitants, dans l'arrondissement, soit 145.000 habitants. L'inspecteur d'arrondissement devient *ipso facto* Directeur du Bureau d'hygiène de la ville, puisque cette ville n'a pas 50.000 habitants. Il doit donc remplir toutes les attributions de la loi pour cette ville aussi bien que pour toute la superficie de l'arrondissement. Ces devoirs supposent la présence sous ses ordres d'un personnel subalterne considérable. Et c'est précisément cette question qui semble omise à dessein par le projet. Actuellement même, ce qui coûte le plus cher ce ne sont pas les médecins que l'on paye à des

tarifs arbitraires, qui varient de 1.000 à 40.000 par an, mais bien le personnel subalterne, qui est souvent syndiqué et pour lequel il est impossible d'invoquer l'excuse de la clientèle pour justifier d'un traitement dérisoire. Ce personnel subalterne doit être instruit et dévoué. Il doit être d'autant plus spécialisé que l'on centralise davantage les services et que la centralisation entraîne sous des apparences de simplification, de réelles complications, avant tout techniques. Un petit Bureau d'hygiène fonctionnant sur place avec un personnel réduit, mais dévoué, travaillera mieux et plus rapidement qu'une direction obligée de disséminer son effort sur toute la superficie d'un arrondissement. Ce fait a été compris depuis longtemps par les banques rurales, qui ouvrent les jours de marché dans les diverses localités des succursales pour éviter à leurs clients des déplacements souvent onéreux, et à eux-mêmes la complication d'une centralisation exagérée.

Le régionalisme eut été la solution de toutes ces difficultés.

On pourrait objecter que l'hygiène rurale ne fournira pas autant d'affaires à l'inspecteur d'arrondissement que l'hygiène urbaine. Cela est une erreur, car si l'hygiène rurale n'existe pas en France, c'est que personne ne se donne la peine de l'organiser. Il suffit, pour s'en rendre compte de passer la frontière franco-suisse. Du côté suisse, des villages d'une propreté parfaite, où les fumiers sont géométriquement alignés et les bouses de vache relevées deux fois par jour : les enfants toujours propres, même pendant leurs jeux. De l'autre côté, aussitôt passée la frontière, c'est la saleté qui règne partout. L'inspecteur d'arrondissement aurait donc fort à faire, sans compter les questions relatives aux abattoirs privés, aux tinettes, à l'épandage, sans compter l'organisation de l'inspection médicale des écoles, etc., etc.

Sans un personnel subalterne nombreux et bien stylé, aucune action possible. Car, puisque l'on veut réformer la loi du 15 février 1902, ce doit être pour faire mieux que ce qui existe, et non pas pour rester dans le *statu quo*.

Après de très longues années d'expérience, nous estimons qu'il faut en moyenne un employé subalterne pour 10.000 habitants. Dans l'exemple choisi, cela fera 14 employés au minimum. A ces 14 employés, s'ajouteront un chauffeur pour l'automobile, et peut-être deux. Dans ce nombre ne sont pas compris les employés du service de désinfection, ni aucun membre du personnel dépendant directement de la Direction départementale. Le traitement moyen de chacun de ces employés (hommes ou femmes) peut être estimé à 15.000 francs par an, ce qui fait 15.000 × 15 = 225.000 francs. Ceci pour un seul arrondissement, et comme il y en a trois pourvus d'une inspection dans le département, cela fait 675.000 francs.

Or, le plus souvent, il y a quatre arrondissements. Supposons que le quatrième est le siège du Directeur départemental, qui devient lui-même hygiéniste de son arrondissement. Aux 675.000 francs, s'ajouteront les dépenses de ce quatrième arrondissement, et celles de la Direction départementale avec tous ses services (laboratoire, désinfection, etc). Nous n'arrivons ainsi pas loin de 800.000 francs par an.

Défalquons maintenant les traitements de huit employés subalternes en supposant, soit qu'ils existent déjà, soit qu'il n'y a dans le reste du département aucune ville dépassant 20.000 habitants soit en chiffres ronds 100.000 francs.

Ce sont donc 700.000 francs et non pas 233.000 fr. de dépenses nouvelles pour les départements ; et dans ces chiffres, nous n'avons parlé que du personnel, et jamais du matériel ni des locaux.

Dans tout ce que nous venons de dire, nous avons eu principalement en vue l'ensemble du territoire français. Nous avons volontairement laissé de côté le département de la Seine, ne voulant accabler ni le rapporteur ni les lecteurs. Nous nous bornons à faire remarquer que la suppression des bureaux d'hygiène dans les villes de 20.000 habitants du département de la Seine équivaut à la destruction de l'œuvre péniblement accomplie depuis vingt ans avec la collaboration des deux Préfectures, qui ont compris, seules, la valeur de nos efforts et de l'aide que nous leur apportons.

## CONCLUSIONS

Pour atténuer les critiques dont le projet Legros est susceptible, on a dit que l'on avait voulu procéder *par paliers*. Mais qu'est-ce qu'un palier? Le palier de la loi de 1902 dure encore, et cela fera bientôt 30 ans. Si le projet Legros est un nouveau palier, nos successeurs attendront encore pendant trente ans, et l'hygiène en France n'aura fait aucun progrès.

Ou la loi de 1902 est insuffisante et on la réforme totalement ; ou elle ne l'est pas. Si elle n'est pas insuffisante, appliquons-là intégralement, ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent.

Si nous voulons faire une réforme constructive, il faut la faire complète et totale. Or, le projet qu'on nous présente est incomplet, fragmentaire, confus et non médité. Il a l'air d'être fait de pièces et de morceaux qui ne se rapportent pas exactement les uns aux autres.

On ne pourra pas cette fois nous accuser de partialité, nous ne critiquons pas seulement des idées mais nous nous appuyons sur un texte formel.

Nous concluons que ce projet ne saurait donner satisfaction ni à l'hygiène, ni aux hygiénistes, qu'il doit être remis sur le chantier et que l'adopter tel quel serait provoquer un recul au lieu d'un progrès.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### Le triage des contagieux dans les armées en campagne

**Cinquième Conférence de l'Union Fédérative des Médecins de Réserve**

15 février 1932.

Docteur Huber, médecin des hôpitaux.

Le triage des contagieux aux armées doit être envisagé, dans son ensemble, comme reposant sur les mesures nécessaires : 1° pour isoler individuellement les malades ; 2° pour protéger les indemnes ; 3° pour prévenir la diffusion du foyer épidémique ; 4° pour dépister les causes des épidémies.

L'idéal serait évidemment de pouvoir effectuer ce dépistage à propos du cas initial. C'est très difficile, sinon impossible, pour des raisons qu'il est inutile de mentionner. Aussi, ne pourra-t-on commencer à agir que dès que le diagnostic sera fait, ou tout au moins soupçonné. Immédiatement, on procédera à l'isolement des malades dans un local approprié, ou on les évacuera sur l'hôpital de contagieux, accolé à H. O. E.[1]. Transport rapide, sans relais intermédiaires, en brûlant les étapes, sans triage initial. L'hôpital ou centre de contagieux sera sous le contrôle du médecin d'armée et de son adjoint, le médecin consultant d'armée, à proximité du laboratoire d'armée.

L'isolement individuel demeure l'idéal ; à défaut, on créera des boxes individuels plus ou moins parfaits, à l'aide de cloisons vitrées, de draps tendus autour de chaque lit... En salle commune, une discrimination sera à faire, pour éviter les erreurs de diagnostic. L'utilisation d'un pavillon de douteux permettra d'y recevoir les entrants dont le diagnostic n'aura pas été précisé, de les observer et de procéder à un triage et à une répartition.

La méthode de Milne permet, en salle commune, de réaliser un boxage artificiel, en entourant le lit du malade de gaze aspergée d'essence d'eucalyptus. Des onctions à l'huile phéniquée, les antiseptiques chlorés, seront employés.

C'est ainsi qu'il faut procéder notamment dans les cas doubles, tels ceux de scarlatine chez un blessé.

Pour les unités arrivant au front et non encore organisées, on créera de petits centres de fortune.

La plus grande discipline doit régner dans les centres de contagieux, que signale le fanion jaune réglementaire. Les grandes pandémies, telles la grippe de 1918-1919, le typhus et le choléra en Orient durant la guerre, réclament des hôpitaux spécialisés.

La désinfection des locaux et des véhicules s'impose nécessairement. Les malades, contrôlés par le laboratoire, seront soignés par un personnel particulier, immunisé autant que possible, soit par des atteintes antérieures, soit par des vaccinations. Le port du masque s'impose aux médecins et au personnel.

Les cantonnements où auront apparu des cas de maladies contagieuses seront isolés, entourés d'un périmètre de protection, puis désinfectés. Une liaison est indispensable entre les médecins des centres de contagieux, le médecin consultant d'armée et le laboratoire d'armée. Dès qu'un cas est signalé, en effet, il faut se transporter au lieu d'origine, procéder à un triage des suspects, rechercher les porteurs de germes éventuels, etc.

Les simulateurs doivent être dépistés : il suffit d'y songer ; les dissimulateurs plus encore.

Les difficultés augmentent quand les unités se déplacent. On s'efforcera de circonscrire les épidémies, on proposera au commandement les mesures nécessaires, telles la suppression des permissions, le contrôle rigoureux des permissionnaires au retour. Les renforts seront également contrôlés attentivement de même dans les centres d'instruction divisionnaire... On installera des cordons sanitaires ; on procédera aux vaccinations et revaccinations indiquées (V. jennérienne ; V. antityphoïdo-paratyphoïdique ; V. anticholérique.)

Il serait bon que tout médecin quittant un cantonnement laissât pour son successeur un pli cacheté lui faisant connaître les affections contagieuses observées. Le nouveau venu, à défaut, se renseignera en interrogeant les habitants, l'instituteur, en compulsant les registres des décès de l'état civil.

Le conférencier termine par le récit de la lutte qui fut menée contre le choléra et le typhus dans l'armée serbe, durant la guerre et qui donna finalement des résultats satisfaisants.

G. Duchesne.

## SOINS GRATUITS AUX GENDARMES ET LÉGION D'HONNEUR?

Voici deux documents que je découpe dans un journal médical assez récent (*Siècle médical*, 31 janvier 1932).

Le premier de ces documents me console : mon confrère déçu a 80 ans, et je lui dois dix années de respect. Il a commencé à soigner gratuitement ses gendarmes (et leurs familles) en 1879 ; mes soins n'ont commencé qu'en 1886 et je m'incline devant ses sept années d'ancienneté.

Pour le surplus, nous sommes à égalité. Lisez d'ailleurs la lettre de son jeune confrère et voisin :

*Le mérite et les honneurs.*

Monsieur le rédacteur en chef,

Je lis, dans le numéro du 15 janvier du *Siècle médical*, une lettre d'un confrère de la Vienne réclamant du ministère de la guerre le respect de ses engagements vis-à-vis des médecins qui ont soigné gratuitement, toute leur vie, less militaires de la gendarmerie. Je ne voudrais pas enlever à mon confrère les illusions qu'il peut conserver. Qu'il me permette toutefois de lui signaler le cas d'un confrère d'un département voisin, faisant partie de la 14e région. Ce confrère a 80 ans, il a été reçu en 1876, il a fait cinq ans de service militaire, plus trois campagnes, a soigné gratuitement depuis 1879 les militaires de la gendarmerie, il a été été médecin de l'assistance gratuite tant qu'il a eu la force d'exercer. Il a assumé gratuitement, au début de la grande guerre, le service médical d'un hôpital temporaire installé à 10 kilomètres de sa résidence, dans une localité dépourvue de médecin, et il a perdu son fils unique à la guerre.

Il a reçu successivement : lettre de félicitations, médaille d'argent, médaille de vermeil du ministère de la guerre. Il a été inlassablement proposé chaque année par la gendarmerie depuis 1911 pour la Légion d'honneur. Il s'est toujours refusé à solliciter toute intervention en sa faveur.

Notre vieux confrère, dont le dossier n'a jamais contenu le moindre mot de recommandation, ne conserve aucune amertume de cet état de choses. Il est philosophe, il a lu Sénèque et il appris que déjà en ces temps lointains, le mérite était d'un côté et les honneurs de l'autre.

Veuillez agréer, etc.

Dr Durud.

(*Le Siècle médical*, 31 janvier 1932.)

Mais voici maintenant la réponse, assez vive, que fait — au nom d'un grand Syndicat de médecins — et aussi *de ses membres légionnaires*, un autre médecin, et cette réponse n'est pas seulement *assez vive*, elle est tout à fait injuste.

Vous me direz que je suis orfèvre et que je plaide ici ma propre cause. Je vous prie d'attendre de m'avoir lu jusqu'au bout.

En attendant, lisez ce que pense de notre naïveté rurale le Syndicat des médecins de la Seine et vous verrez combien il faut que je sois *de mon village* pour aller là-contre !

*Réponse à un confrère qui soigna gratuitement les gendarmes, et ne fut pas décoré.*

Le malheur du prochain doit toujours nous contrister.

Pour une fois, c'est l'inverse. Et voici découpés dans le *Bulletin du syndicat des médecins de la Seine*, deux extraits de rapports (l'un encore sous presse), adoptés sans opposition. J'en suis le méchant auteur.

Octobre 1930. — « ... Dans le même ordre d'idées le secrétaire donne enfin connaissance d'une loi récemment votée sur l'initiative de M. Henri Labroue, député (et confrère), accordant au ministre de la guerre un contingent de croix de la Légion d'honneur pour services de soins gratuits aux militaires, familles, et chevaux de la gendarmerie.

« La Commission est unanimement d'avis que c'est un déplorable exemple de vente ou trafic d'une décoration, jusqu'ici encore entourée d'une considération assez générale.

« Elle est d'avis que le Conseil proteste, tant auprès du ministre de la guerre que de la Confédération des syndicats médicaux français, et que les membres légionnaires du Conseil saisissent de leurs doléances le grand chancelier. » (*Adopté.*)

Novembre 1931. — « ... Pour clôturer la séance, le secrétaire donne connaissance d'une liste officielle de récompenses accordées par le ministre de la guerre (lettres de félicitations et médailles pour soins gratuits aux militaires de la gendarmerie). Il a la satisfaction de n'y relever aucun nom appartenant au syndicat des médecins de la Seine. La Commission est d'avis, comme son secrétaire, qu'aux temps actuels il n'y a aucune raison pour que les gendarmes ne paient pas leur médecin en monnaie ayant cours. Elle pense que le ministre, au lieu d'encourager cette exploitation de la charité, devrait prendre des mesures, si besoin financières pour y mettre un terme. » (*Adopté.*)

*Le secrétaire de la commission de médecine publique du syndicat des médecins de la Seine,*

Dr Jolly.

*Déplorable exemple de vente ou de trafic d'une décoration*... Rien que ça !

Or, il n'y a ni vente, ni trafic. Les capitaines, commandant la gendarmerie de l'arrondissement, m'ont promis deux choses :

1° Une série de papiers honorables et, suivis

d'une série de médailles, bronze, rappel ; argent, rappel ; vermeil, rappel et or..... ici, il n'y a pas eu de rappel : en raison de cet incident qu'on appelle la Grande Guerre, on a supprimé le rappel pour cette raison péremptoire qu'on avait supprimé l'OR..... et même le papier (honorable) correspondant.

2° Les mêmes capitaines m'avaient-ils promis la Légion d'honneur ? Non ! Ils m'avaient promis de me *proposer* pour la Croix, mais ils avaient reconnu aussitôt la nature très particulière de cette proposition, me tenant à peu près ce discours :

Vous autres, médecins de villages qui êtes appelés (à l'*exclusion des médecins de la Seine,* dont les gendarmes ont le Val-de-Grâce à portée de la main), qui êtes appelés à soigner nos brigades éparses emmi les mêmes villages, vous faites face, pendant toute votre vie, aux devoirs les plus divers, les plus ingrats..... parfois les plus dangereux. Ça n'est pas tous les jours ; non ! mais cela n'est pas rare, et le total des occasions atteint un nombre respectable, pour peu que ces occasions se soient répétées pendant trente... quarante ans et plus.

Seulement, les témoins ne sont pas qualifiés pour *établir une proposition* en votre faveur. Ces témoins changent d'ailleurs à chaque occasion.

Vous courrez ainsi grand risque de n'être jamais décorés, non pas, faute de *mérites*, mais bel et bien, faute d'une telle proposition.

Moi, capitaine-commandant, je sais par mes gendarmes qu'on vous rencontre parfois, de nuit, par temps de chien, sur des routes, routes que, eux aussi, ils parcourent parfois de nuit... Je sais même qu'ils vous admirent parce que, tandis qu'ils vont par deux, vous, vous allez tout seul ! Circonstance aggravante !

Mais je ne peux pas vous proposer pour ce motif qui n'est pas de mon ressort (en 1931, on écrit « ça n'est pas mon rayon »)..... Donnez-moi donc *un motif* : soins gratuits aux gendarmes et à leurs familles ! Ah ! ça, ça me touche !

Il vous restera, mon cher Docteur, à faire valoir vos AUTRES MÉRITES.

Ici se termine le discours que m'ont tenu un premier capitaine, puis un autre, puis dix autres : les derniers m'ayant mis en demeure d'établir une liste, aussi complète que possible, de mes mérites.

La liste, que donne le Docteur Durup, des mérites de son respectable voisin, n'est évidemment qu'un abrégé ; notre vieux confrère n'a pas que bravé les intempéries, les contages et les fols, dirigé un hôpital de fortune et autres vétilles. Il a, étant tout seul, sans conseil, sans appui, sans témoin... cent fois ou mille fois, décidé de ce qu'il fallait faire, et *il a fait*.... dangereux pour lui ? çà n'est rien ! dangereux pour le patient, dangereux, mais seul moyen à notre portée — et ça !... ça, voyez-vous, c'est terrible !

Il a fait bien ! Il a fait mal ? Personne n'en saura rien que ce médecin lui-même... et *après coup.*

Eh ! eh ! Messieurs de la Seine, quand l'affaire devient embarrassante, vous avez sous la main le confrère qui vous couvrira... vous et votre responsabilité.

Nous autres ruraux, gendarmisants ou non, nous n'avons d'autre juge que nous-mêmes..... Oh ! pas de responsabilité civile en fait, non ! Soi-même : ai-je fait tout ce que je pouvais ?

Alors ! très aimables confrères, ne vous mêlez pas de nous juger, nous et nos capitaines de gendarmerie. Ne vous en mêlez pas, surtout si vous êtes décorés ; nous ne sommes que de petites gens..... éloignés du soleil et de ses *satellites*...

Il faut que je m'arrête sur ces satellites, qui sont vos voisins et vos clients. En contre-partie de votre délibération désobligeante, prévenez donc le soleil que ses satellites se moquent du soleil. Ils font commettre à leur ministre des injustices énormes : la promotion guerre, au titre civil, de juillet 1931, porte les noms de deux honorables confrères (proposés par la gendarmerie) ; l'un a commencé à exercer en 1892, l'autre en 1895.... or, l'ami du Dr Durup a entre les mains une lettre où on lui conseille de désespérer (d'avoir jamais le ruban rouge), parce qu'il est en concurrence avec des médecins qui ont des *titres plus anciens* (1) que les siens... qui datent de 1879 !

Je dois avouer que, ici, je peux me tromper : la vérité est que j'ai entre les mains de telles lettres. Je n'ai pas toutes celles qui m'ont été confiées parce que, ces années dernières, on m'a demandé de les rendre au premier destinataire.

Ce qui est plus grave, c'est que ces satellites, ce faisant, mettent les capitaines de gendarmerie dans un cruel embarras. Au courant du mic-mac des proportions dans leur catégorie, mais non sans avoir *poliment* affirmé à chacun de nous que ses mérites étaient exceptionnels, ces capitaines espéraient que nous arriverions à notre *tour de bête*, lisez à l'*ancienneté*, mais les bureaux se fichent pas mal des capitaines !

Si, seulement, maintenant que l'or surabonde, on nous donnait rétrospectivement nos médailles d'or, chacun de nous pourrait écrire : n'examinez ma candidature « *au ruban* que quand mes anciens auront été « satisfaits ».

Quant à moi, par les présentes et à toutes fins que de droit, je déclare que je cède le pas au candidat du Docteur Durup... et à ses contemporains.

JEAN,
Médecin de campagne.

---

(1) Dans d'autres Ministères, on agit autrement : en janvier 1931, d'urgence, a été décoré, par la Santé publique, un médecin qui jamais ne s'occupa de cette santé publique — et auquel on ne connaît aucun titre !

*P. S.* — Par un jeune confrère, qui succède à un vieux médecin de la gendarmerie (mort sans avoir été décoré), j'ai été interrogé sur ce sujet : je lui ai confirmé le déboire de mon ami défunt et..... dit mon cas, pièces à l'appui. Désormais, ses gendarmes honoreront leur médecin, leur solde étant *devenue*... honorable ! Je crois que, au fond, le capitaine aime mieux ça.

C'est que ce capitaine, ces capitaines, qui sont de braves gens, sont fort vexés d'avoir donné, au nom de leur ministre, des espoirs inconsidérés : le ministre, mal renseigné par ailleurs, ne s'est jamais vu soumettre la liste qui commence dans la 14e région (80 ans), ou ailleurs (plus que 80 ans).

Mais nous ne pouvons plus rien reprocher à ce ministre maintenant que les médecins de la Seine, légionnaires (combien ont marché ?) en tête nous ont publiquement dénié notre vrai titre : *Médecin dans son village depuis quarante années et plus* ! Ce que cela en suppose, d'actes de courage..... civique..... et discret !

## LA RETRAITE DES ANCIENS COMBATTANTS

Les anciens combattants, ascendants, veuves et orphelins d'anciens combattants, morts pour la France pendant la guerre 1914-1918, qui adhèrent, pour se constituer une retraite, à une Société de Secours mutuels affiliée à une Union et à une Caisse autonome mutualiste, dans le cadre des lois du 4 août 1923, et du 30 décembre 1928, bénéficient, sur les cotisations qu'ils versent, pour la constitution de la retraite d'un maximum de 6.000 francs, d'une subvention de l'Etat de 25 % à 60 %, suivant l'âge à l'adhésion ; de plus, la durée légale de leurs versements est réduite.

Deux cas sont à considérer :

1° Pour ceux qui n'avaient pas atteint 50 ans au 30 décembre 1928, la subvention de l'Etat est de 25 % des cotisations versées annuellement, et la durée des versements à une société de retraite mutuelle est ramenée à dix ans (au lieu de quinze). En tout état de cause, sauf invalidité prématurée, l'entrée en jouissance de la pension ne peut avoir lieu qu'à 50 ans.

2° Pour ceux qui avaient 50 ans ou plus au 30 décembre 1928 (c'est-à-dire ceux nés en 1878 ou antérieurement), la subvention est augmentée et la durée minimum des versements réduite suivant le tableau ci-dessous :

| Age à l'adhésion | Durée des versements | Subvention |
|---|---|---|
| 53 ans............ | 8 ans | 35 % |
| 54 et 55 ans........ | 7 ans | 40 % |
| 56 et 57 ans........ | 6 ans | 45 % |
| 58 et 59 ans........ | 5 ans | 50 % |
| 60 ans et au-dessus . | 4 ans | 60 % |

*L'âge se calcule par différence de millésimes.*

On peut, à son choix, verser les cotisations :

*A capital aliéné* : Dans ce cas, particulièrement intéressant pour les célibataires, la pension est plus élevée, mais les cotisations versées par le sociétaire restent acquises à la Caisse autonome, lors de son décès ;

*A capital réservé* : A la mort du sociétaire, soit pendant les années de versements précédant la retraite, soit après l'entrée en jouissance de sa pension, et *quel que soit le temps pendant lequel le sociétaire l'aura touchée*, le montant des cotisations versées par lui est intégralement remboursé à sa veuve, ses ayants droits, ou à la personne désignée sur son bulletin d'adhésion.

La date d'entrée en jouissance est, en principe, la date anniversaire du premier versement. Toutefois, un adhérent qui s'inscrit en cours d'année a la faculté de faire partir son contrat d'une date antérieure, mais sans que cette date soit plus loin que le 1er janvier de l'année de l'adhésion. Cet avantage est concédé moyennant le paiement d'une surcotisation, égale, en principe, à 1 % et par mois, de la cotisation due au moment de l'adhésion. Toutefois, les adhérents qui paient en une seule fois leur cotisation de la première année bénéficient d'une bonification de 3 %.

Le participant radié par démission, pour non paiement de ses cotisations, ou non observation des statuts, qui n'a pas acquitté une année de versement, n'a droit à aucun remboursement. Celui qui a effectué *à capital réservé* plus d'une année, et moins de trois, de versements, a droit au remboursement sans intérêt de la moitié des sommes versées par lui. Les membres ayant acquitté plus de trois années de versements et ne comptant pas le minimum prévu, ne peuvent prétendre qu'à une retraite proportionnelle, qui leur sera servie à l'âge d'entrée en jouissance figurant sur leur acte d'adhésion, à condition qu'ils versent une cotisation annuelle forfaitaire de six francs pour frais de gestion, pendant le nombre d'années restant à courir pour atteindre le nombre d'années fixé par la loi. Toutefois, en cas d'infirmité permanente, entraînant l'incapacité absolue de travail, la pension peut être liquidée avant l'expiration des années prévues au bulletin d'adhésion.

Le but essentiel, que doit se proposer une Société mutuelle de retraite d'anciens combattants, est d'assurer à ses membres par l'intermédiaire d'une Caisse autonome, dans les conditions maxima de sécurité, les retraites acquises par ses adhérents.

Les tristes exemples, hélas, nombreux, de confrères âgés, n'ayant pas les ressources suffisantes pour vivre décemment après une existence de labeur et de dévouement, devraient faire réfléchir les camarades, et

les inciter à cotiser pour une retraite, alors qu'ils sont en possession de tous leurs moyens, physiques et intellectuels, au moment où la clientèle est assez nombreuse pour leur permettre de prélever chaque année la somme nécessaire à la constitution de la retraite, ne serait-elle pas de 6.000 fr.

Cette retraite constituera un gros appoint le jour où les forces commenceront à faiblir, où les étages seront plus pénibles à monter.

Les lois de 1923 et 1928 ne permettent que la constitution d'une retraite de 6.000 fr. maximum. Il est possible de l'augmenter en s'inscrivant au Service des Retraites d'autres groupements médicaux, qui offrent aux médecins de multiples combinaisons d'assurances contre l'invalidité, la vieillesse, ou la maladie (1).

Un médecin n'a pas le droit d'être imprévoyant : célibataire, il se doit à lui-même d'assurer le pain de ses vieux jours ; marié, il doit songer à sa femme, à ses enfants.

Le retraite du Combattant est assurée notamment par la SOCIÉTÉ MUTUELLE DE RETRAITE DES MÉDECINS DU FRONT, 85, boulevard Saint-Germain, Paris (Faculté de Médecine).

Elle a pour Président le Professeur BALTHAZARD, doyen de la Faculté et pour Secrétaire général, le Docteur PASQUET, 42, rue de Bretagne, qui se tien à la disposition des confrères pour tous renseignements nécessaires.

La Société Mutuelle de Retraite des Médecins du Front rentre dans le cadre de la loi ; c'est une Mutuelle d'anciens combattants et victimes de la guerre 1914-1918, elle fait partie de l'Union des Sociétés Mutuelles de retraite, et est affiliée à la Caisse Autonome Nationale, organisme de gestion financière de cette Union, dont le siège social est à Paris, 6, rue Georges-Berger (XVII[e]): Elles comprennent *exclusivement des Anciens combattants et des victimes de la guerre*, appartenant tous à une génération d'adultes (la Société familiale constituant une organisation financière distincte).

En conséquence, *tous les bénéficiaires des placements, toute la plus-value des capitaux placés, toutes les réserves non consommées*, doivent se trouver progressivement répartis entre les adhérents des Sociétés affiliées à la Caisse, soit sous forme de réduction des cotisations, soit sous forme de bonis qui leur seront versés à titre d'allocations supplémentaires lorsqu'ils seront pensionnés.

## VISITE AU SALON DES ARTS MÉNAGERS

Chaque année, au début de février, le Salon des Arts ménagers ouvre ses portes au Grand Palais. Le IX[e] salon que nous venons de visiter donne, en apparence, l'impression du « déjà vu ». Il semble qu'il n'y ait rien de bien nouveau, ni rien de bien sensationnel. Que la façade soit éclairée par réflexion, que des débauches de lumières soient faites, tant à l'extérieur du Grand Palais, que dans ce grand vaisseau, qui abrite les exposants, qu'on circule dans les allées pleines de visiteurs, qu'on s'arrête devant tel ou tel stand, l'impression première est en apparence celle du fouillis, du mélange des expositions, de rien de bien extraordinaire.

Certes, celui qui entre pour la première fois dans ce vaste marché se laissera surprendre par la diversité des expositions ; mais pour quiconque a l'habitude de circuler parmi les objets divers, qui sont exposés, nous retrouvons ici l'allée du meuble, là l'allée de l'électricité ; plus loin l'allée du gaz, etc

Ce qui manque, c'est le guide simple et rapide, gratuit, qui permet au visiteur de s'orienter facilement, de circuler là où il croit devoir être intéressé. Acheter le catalogue officiel ne tente guère, car ces catalogues sont souvent mal faits pour le visiteur, alors qu'ils sont rédigés pour retenir l'attention du gros acheteur

Or, le public qui circule, plus en badaud qu'en client, devient l'acheteur occasionnel, lorsqu'il est arrêté, intéressé par l'objet qu'il trouve pratique. Cependant, lorsqu'il a acheté et que plus loin, il rencontre un objet similaire, qui lui plairait un peu plus que celui qu'il vient d'acquérir, il reproche mentalement aux organisateurs cette sorte de désordre apparent, alors qu'il n'a entre les mains aucun guide lui permettant de mettre en concurrence les maison , qui offrent des objets similaires.

Ainsi, j'ai entendu faire cette observation, à propos des nombreuses cafetières économiques. Les firmes sont disséminées çà et là, bien que cependant les modèles et les principes sont différents les uns des autres. C'est ainsi que le hasard vous a fait acquérir un modèle ; la visite poursuivie dans le Salon vous conduit devant un autre stand dont le système vous plaît parfois plus que celui dont vous venez de faire l'acquisition.

Il en est de même pour les aspirateurs, les fourneaux nombreux à gaz, à électricité. Veut-on rechercher telle ou telle maison, qu'il faut perdre du temps pour savoir où elle est située. Achetez, direz-vous, le catalogue officiel. Voilà encore une erreur de psychologie des organisateurs habituels de ces manifestations destinées à provoquer l'achat : un catalogue-plan doit faire ses frais, grâce à la publicité y contenue ; remis gratuitement à l'entrée, il conduira le visiteur plus sûrement que l'achat du gros catalogue officiel où l'abondance des matières embrouille et déçoit.

---

(1) Parmi ces groupements figure la *Mutualité familiale du Corps Médical français*, 37, rue de Bellefond. N. D. L. R.

Ce plan, on nous l'a donné pour visiter la rétrospective, organisée par le syndicat des négociants en objets d'art, tableaux et curiosités. Cette innovation a été très goûtée : je ne sais si les achats ont été considérables ; mais toujours est-il qu'une excellente leçon d'art a été donnée à la foule, qui a pu admirer, tout en s'instruisant, les modèles de meubles, de tableaux et autres objets d'art, de tous les styles et de toutes les époques, devant orner la salle à manger.

Qu'avons-nous vu à ce salon ? Des meubles en quantité, des appareils ménagers, des installations ingénieuses, pour rendre le home confortable et agréable.

A côté des grandes installations luxueuses et compliquées, mille petits objets utiles, quoique modestes.

Ici, de véritables usines, pour produire le chaud, le froid ; installations diverses de chauffage central, d'hydrothérapie, de salles de bains ; à côté, des frigidaires et appareils à production de froid industriel.

Plus loin, les installations de cuisines modernes « avec tout le confort », qui retiennent l'attention et l'envie de beaucoup de personnes.

Ailleurs, expositions diverses, qui présentent des objets disparates : petites inventions, à côté d'expositions de victuailles, voisinant avec des dégustations de vins de France, coudoyant les cafetières perfectionnées, les machines à laver le linge, ou la vaisselle, les présentations de laits, de bouillons en cubes, etc., etc.

Que conclure de cette exposition annuelle?

L'idée du confort entre progressivement dans l'esprit des visiteurs : le foyer attrayant retient le mari et le détourne du café et de la partie de cartes. Que l'intérieur soit propre, grâce aux aspirateurs, qui enlèvent la poussière, au lieu de la déplacer avec un balai, que la pièce soit chaude, que le meuble soit douillet, tel ce fauteuil, qu'il soit plaisant à l'œil, telle cette salle à manger, tel ce bureau de travail, que la cuisine soit bien faite, non odorante, grâce aux dispositions pratiques du « laboratoire à manger » ; que la chambre à coucher vous détourne de la sortie du soir, pour aller dans le luxe trompeur du café : voilà ce qui permet à l'épouse de conserver auprès d'elle son mari, qui n'a nul besoin désormais d'aller ailleurs rechercher un peu de ce confortable lorsqu'il ne peut l'avoir chez lui.

Sociologiquement, le Salon des Arts ménagers remplit son rôle d'éducateur. Malheureusement, les sommes à dépenser sont parfois assez grosses, lorsqu'on veut transformer l'ancien fourneau à charbon par une cuisinière électrique. Qu'on y joigne la peur de la consommation électrique, dont le prix est variable selon les localités, et voilà calmé l'enthousiasme de l'acheteur.

Le Salon des Arts ménagers reste donc une exposition très intéressante pour celui de nos confrères, qui veut installer une maison de santé, ou qui veut moderniser son organisation intérieure, qui a déjà une certaine importance.

Mais l'immense majorité des visiteurs, composée de personnes de condition moyenne, parfois même modeste, se laissera intéresser par toutes ces inventions du confort moderne, mais attendra de meilleurs jours pour lancer son ordre d'achat.

Le jour où, délivrée à bon marché, l'électricité viendra, dans nos villes, remplacer le charbon et supprimer ses fumées, nous aurons fait un pas considérable dans la voie du progrès et de l'hygiène.

Eclairage et chauffage par la fée électrique, aspiration des poussières assainiront non seulement l'habitation, mais également la cité, par la suppression de toutes les nuisances et déchets de la combustion du gaz ou surtout de celle du charbon.

Porquoi les travaux publics ne crééraient-ils pas des usines hydroélectriques, pour distribuer aussi facilement l'électricité aux consommateurs, que l'usage des routes nous est accordé, que nous soyons piétons, cyclistes ou automobilistes ?

Ce rôle éducateur du Salon des Arts ménagers a été accru par des conférences faites au Grand Palais même, sur des sujets très divers portant non seulement sur la modernisation des appartements, mais encore sur l'utilisation du chaud, du froid , sur la décoration, l'éclairage, etc., etc.

Des causeries culinaires ont intéressé de nombreux auditeurs, cependant que des déjeuners gastronomiques ont été organisés à des prix extrêmement abordables.

Il faut, non seulement savoir manger, mais surtout savoir déguster, tout en apprenant à connaître ce qui se fait de bon dans les diverses provinces de France.

Somme toute, ce IXe Salon a été, comme ses devanciers un excellent éducateur : félicitons-en ses organisateurs.

Dr Paul Boudin

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... J'ai récolté de tels gras pots*
*Qu'il me fallait à la rivière*
*Jeter le vin faute de pots,*
*Faute de pots.....*
(André Berry)

DXCIV. — André Berry. — **Chantefable de Murielle et d'Alain.** Un vol. 11 × 17 sur alfa impondérable. *Editions Firmin-Didot,* Paris.

Faute de place, je vais écourter l'analyse de cette délicieuse *Chantefable*, qui vaudrait bien une chronique tout entière. Comme le menuisier Baraton, qui y parle bien sagement (mais qui « jetait à la rivière, faute de pots » sa récolte multipliée), je jetterai à cœur défendant, par-dessus mon bord de page nombre de remarques, que je me promettais de retenir pour vous donner par le menu l'inventaire des mérites et le détail de l'originalité de cette œuvre : fraîche et printanière guirlande de poèmes tressés par Alain au front virginal (puis, moins virginal) de Murielle. Cette parenthèse me pousse à vous préciser, en effet, que malgré la haute qualité de la poésie et au vu de la doucereuse ingénuité du titre, il serait carrément imprudent de songer à reporter en bloc la *Chantefable* dans une Anthologie, destinée à la fois au perfectionnement prosodique et à l'édification de la jeunesse. Côtoyant d'innocentes strophes comme celles du Compliment au Petit Train de Cadillac, il est des lais, et des complaintes, des ballades et des murmures, où le souvenir de Murielle est transcrit avec une toute physique et matérielle précision. Je comprends que les vieilles tantes à mitaines aient maudit le fripon de neveu, qui nous conte avec tant de juvénile aplomb ses candides et cyniques fredaines. Pauvres chères vieilles dames, qui aviez couvé ce monstre ! Sa confession est si bien tournée que vous lui pardonnerez peut-être outre-tombe. Il le mérite, puisque sa Murielle est maintenant aux griffes d'un vieux banquier juif et que dans cette galerie il vous peignit, même avant elle, dès les premières pages, avant les clochers de Bordeaux, avant le magnolia de Quinsac, qui sont choses célèbres bien au-delà de l'Entre-Deux-Mers. Murielle et Alain étaient bien jeunes : [« *Quinze-seize, Quinze-seize* » dit le quinze-seize aux coucous] et bien pernicieux les conseils que leur donnait l'ardeur de leur sang. Mais il y a dans leurs ébats tant de charmante franchise qu'elle en devient innocente. Pour accentuer cette douceur de leur amour, l'adroit talent de Berry a paré leur idylle de couleurs naïves de pastorale et intercalé le *Lai d'amour clandestin* entre le *Lai de naïve passion* et celui d'*humaine fragilité*. Et à leur tour ces grosses subdivisions se ramifient en courtes pièces d'une extrême diversité d'inspiration : de ton badin, lyrique, folâtre, narquois puis pseudo-lyrique ou héroï-comique, bouffon et tout à coup tendre, ému comme si roulait au bord des paupières une larme montée du bonheur perdu. Je ne peux pas vous citer de chaque manière quelques vers, ni de chaque parodie. En voici une de Baudelaire ; « *Qu'un vicaire chauve et glabre, — Suive en levant l'encensoir — La grand'route déjà sombre —, Et que chaque cheval noir, — Soit comme vigne en décembre, — Endeuillé hideusement ; — Sur un gong terne et macabre, — En marchant frappez du poing...* » ; et une, moins funèbre, du grand-oncle chevrotant, tournant autour de la carcasse d'une futaille ou d'un bateau « *En levant parmi les tomates, — Pendues aux clous du pignon —, Son pinceau trempé de goudron, — Qui dégouttait sur ses savates...* ». Une encore où Alain nous persifle pour masquer son désenchantement ; il suppose que le « Divin Père », en dépit de tous ses péchés, le laissera entrer au paradis ; les séraphins lui rapportent le parasol qui abritait ses amours : « *Verrai-je une cohorte blanche, — De purs anges sans os ni chair, — Tenant chacun par une branche, — Le grand arbre qui m'était cher — Emporter avec des bruits d'ailes, — Unis aux longs alleluia, — Vers les pelouses éternelles, — Cet auguste Magnolia ?* ». A cette joviale effronterie de pince-sans-rire, Berry ajoute beaucoup d'esprit. Il manie l'ironie comme il trousse l'octosyllabe ; il ordonne sa ronde de mots comme Alain lutine sa belle : avec la brusque désolation de Pierrot, la licence des Fêtes galantes, puis de nouveau cette pétulance, cette moquerie enjouée où se complaît sa Muse, et qui lui permet de faire (de ses gros chagrins de vingt ans) d'adorables chansons.

DXCV. — André Maurois. — **Le cercle de famille.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1932, 15 francs.

Le début et la fin de ce roman sont remarquables ; le corps de l'œuvre est regrettablement affligé de diversions épisodiques dialoguées, qui nous entraînent fort loin du sujet. L'idée du livre est très juste et très belle ; il y a un cycle des générations et de l'hérédité qui a une rigueur de fatum. L'histoire, que conte Monsieur Maurois, traite surtout de ce qui se passe hors de ce cercle traditionnel. La mère qui s'en était écar-

tée, à Pont-de-l'Eure, y revient par des voies détournées. La fille, vingt ans plus tard, après des écarts beaucoup plus vifs, est reprise aussi dans la circonférence magique. Cycle et cercle montrent par l'entremise de l'excellent romancier leur solidité. Ce respect de la tradition met Monsieur Maurois en bonne posture sur la voie qui conduit tout droit à l'Académie. Nous lui gardons une particulière reconnaissance de n'avoir fait d'un des héros principaux de son livre, le Docteur Guérin, ni une gouape, ni un lubrique forcené. Il se contente de lui faire prendre la femme d'autrui, avec laquelle ils retracent leur nouveau petit rond de famille. Dans cette géométrie de très brillante facture, Monsieur Maurois étincelle : son style a toute la clarté et la correction souhaitables ; ses épures psychologiques sont sans bavure ni faux traits. Mais on ne m'ôtera pas de l'idée que Madame Bovary a de petits-cousins égaillés à Pont-de-l'Eure, de tout petits cousins.

DCXVI. — Emmanuel BOVE. — **Un Raskolnikoff**. Un vol. in-16 sur alfa. Collection « *La grande Fable* ». *Editions Plon*, 1932, 9 francs.

Le héros de ce curieux petit roman est tourmenté par un besoin morbide d'expiation.... d'un crime qu'il n'a pas commis. Il est de la série de ces personnages de Bove, inquiets éternels en proie à d'imaginaires souffrances morales, aux assauts de la déraison, tristes épaves, jouets de terreurs crépusculaires, de déductions oniriques. Minables silhouettes recroquevillées où Bove a beaucoup de mérite de saisir quelque diversité d'attitudes.

DCXVII. — Pierre Mac ORLAN. — **Rhénanie.** Un vol. 14 × 21, de la collection « *Ceinture du Monde* », tiré à 1650 ex. numérotés, orné d'un frontispice de Jean Oberlé. *Editions Emile-Paul*, Paris.

Par delà son récit de l'occupation rhénane, Mac Orlan a bien senti et traduit le fantastique et le romantique rhénan. Ses plus belles pages cependant sont celles où il a transcrit, avec sa manière rude et brutale, la trivialité que le coup de pouce germain a imprimé au décor et à ses occupants. Le reportage bien vivant, qu'il consacre ainsi à feu notre surveillance, prend à la faveur des événements actuels, le morne aspect des arcs de verdure fanés, des banderolles déteintes, des lampions oubliés, quand la fête est finie et que la griserie de la foule évanouie ne les pare plus de bruit ni de joie.

DCXVIII. — Victor MARGUERITTE. — **Aristide Briand**. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Il arrivait au célèbre auteur de la *Garçonne* de mal écrire (quand il écrivait trop vite). Il lui arrive de mal penser et de croire qu'au service d'une idéologie on peut être impartial. Cet essai biographique, hommage à Briand, est écrit dans un style de Palais-Bourbon, ou de réunion électorale par un écrivain, qui fut très grand avant de s'accroupir pour attiser (de son souffle devenu bien « court ») toutes les basses passions, d'où il nous raconte que va jaillir une flamme purificatrice.

DCXIX. — Lucien GACHON. — **Jean-Marie, homme de la terre**. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Valois*, Paris, 1932, 15 francs.

J'aime mieux, avec ses quelques inexpériences de composition, mais cette évidente bonne volonté, cette simple et saine histoire de paysans d'Auvergne. On pourrait peut-être lui reprocher surtout une naïve utilisation de prosaïques matériaux. Quelques-uns sont très sobrement mis en lumière, d'autres un peu trop travaillés, et l'ensemble prend ainsi cet air un peu raide des gens de la terre gênés sous leur grand feutre de cérémonie et engoncés dans la belle blouse bleue des dimanches.

**Varia*****

Le *Crapouillot* de mars s'occupe des Maîtres du monde, roi des mitrailleuses, roi du pétrole, roi des allumettes, roi de l'électricité, banquiers, grands industriels. A chacun de ces potentats, il consacre de longs articles illustrés de photographies toujours choisies parmi les plus éloquentes. En couverture une excellente caricature de Serge, où il encombre les premiers plans d'un obèse bonhomme en frac, à tête porcine, comme si celui-ci se fût gorgé à en crever des bénéfices de tous les désastres qui tapissent les arrière-plans de l'image. Les chroniques sont variées et rédigées par des écrivains à la dent dure. Je vous recommande tout spécialement celle où Gus Bofa assaisonne les nouveautés littéraires. Le metteur en pages, qui a dû trouver qu'il en manquait..., a mis des fleurs dans un coin : un bouquet sauvage.

* Dans le *Mercure de France* une étude d'actualité sur le *Cancre* ; un Essai sur le Jeu, très juste mais trop étriqué ; des Idées sur la conception que Monsieur Valéry aurait de l'Histoire et qui ne manqueront pas de l'étonner ; un article particulièrement documenté sur la solvabilité et les dettes des Soviets et la riche Revue de la quinzaine, où la chronique de Glozel rebondit avec la résistance d'un derviche tourneur.

10 mars 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## AUTOUR DES THÉATRES

### A la Comédie des Champs-Elysées

### « Domino »

*Comédie en trois actes* de M. Marcel ACHARD

J'ai toujours pensé qu'il fallait une âme d'artiste pour arriver, en sculptant un marron, à lui faire rendre la tête d'un bon juge, d'un bon curé, ou celle de Clemenceau ou de Dranem. La comédie de M. Marcel Achard m'inspire cette comparaison ; la matière brute dont il se sert est un thème bien simple et bien ordinaire de vaudeville. Par quel souffle miraculeux l'auteur a-t-il pu animer, vivifier, spiritualiser les événements et les personnages de sa comédie, dont la substance banale n'est même pas exempte d'invraisemblances ?

A en croire le succès qui, depuis ses débuts, favorise « Domino », il faut voir dans l'originalité de l'auteur le summum de l'art et le fignolage de la difficulté, et, quand on y réfléchit bien, on trouve, pour légitimer ce succès, un argument péremptoire à la portée du français moyen. Car cela équivaut à faire quelque chose avec rien, ce qui n'est pas donné à tout le monde. En résumant l'action, nous verrons comment « en or pur un plomb vil peut être changé ».

Au premier acte, Lorette (Mme Valentine Tessier), mariée au riche Heller des matières colorantes (M. Pierre Renoir), attend, dans une agitation très compréhensible le résultat d'une annonce qu'elle a fait paraître dans un journal et où elle demande un homme jeune, distingué, intelligent, capable d'exécuter une mission difficile et dangereuse. C'est que Lorette, avant son mariage qui l'a toutefois rendue heureuse, avait eu un grand amour, pur d'ailleurs, pour François Crémone (M. Jean Devalde) qui est devenu depuis le meilleur ami de son mari. Or Heller, jaloux et de tempérament brutal, a découvert une lettre dont l'écriture a été soigneusement déguisée, et signée : François, qui lui donne la preuve de ce grand amour. Il a des doutes au sujet de François Crémone et n'hésiterait pas à se venger de lui et à le ruiner s'il pouvait arriver à la certitude. Il s'agit donc, pour Lorette, de détourner ses soupçons et de donner le change à son mari. L'homme distingué, intelligent, qu'elle rétribuera selon l'annonce, aura pour mission, en vivant momentanément au milieu d'eux, de se révéler petit à petit comme l'ex-François de la lettre et de se faire mettre ensuite à la porte avec pertes et fracas.

Il se présente d'abord auprès de Lorette un Marseillais : Mirandole (M. Eugène Chevalier), vantard et creux, qui ne fait pas l'affaire. Puis un nommé Dominique, dit Domino (Louis Jouvet), type original possédant tout du fils de famille qui a mal tourné : il est poli, a fait des études, paraît audacieux et pondéré à la fois, il a eu une existence difficile, il connaît la vie, il est sympathique à Lorette, elle l'engage.

Au second acte, nous sommes à la campagne chez Heller avc Lorette, François Crémone et sa femme. Domino, que Lorette a fait passer pour un ancien ami d'enfance, tient son rôle admirablement ; il est à l'aise et s'empresse comme il convient auprès de Lorette, si bien que Heller doute ; tantôt ses soupçons se portent sur le vrai François, tantôt sur le faux qu'incarne si bien l'habile Domino. Dès la fin de cet acte, nous touchons le but profond de l'auteur ; nous vivons sa pensée ; nous comprenons l'art subtil et difficile qui le caractérise quand, après avoir laissé Heller dans l'incertitude, il nous éclaire sur les transformations intérieures de ses deux personnages : Domino et Lorette, lui, se prenant au jeu auprès d'une femme comme il n'en a jamais rencontrée, l'aimant déjà profondément tout en ne pouvant être en l'occurence qu'un faux amoureux rétribué, elle, charmée par cette expression d'amour dont elle dépouille déjà la fallacieuse allure et dont elle perçoit d'autant plus la saveur que son fameux grand amour de jadis, pour François Crémone, n'était intéressant que parce qu'il représentait l'éclosion charmante de ses premières illusions.

Au troisième acte, François Crémone, comme nous pouvions nous y attendre, supporte mal la continuelle présence de Domino. Il soupçonne la transformation qui s'opère sous ses yeux, il est jaloux, mais que peut-il faire sans risquer gros ? Le dénouement s'opère, grâce à Mirandole, le Marseillais éconduit du premier acte qui dénonce à Heller, connaissant le prix qui l'en récompensera, le subterfuge employé contre lui. Les intimités, fausses en apparence, de Domino et de Lorette se trouvent sans raison auprès d'Heller, prêt à pardonner, et à en rire, mais malgré ses injonctions de les cesser, Domino et Lorette les vivent intensément. Ils n'entendent plus rien, ils ne peuvent plus se détacher l'un de l'autre ; soutenu par sa passion, Domino veut refaire sa vie, il conserve Lorette dans ses bras, celle-ci conquise et grisée, romanesque et prête à toutes les aventures, le suivra-t-elle loin ? Ne regrettera-t-elle pas le luxe dont la comble Heller ? Le

rideau tombe sans que nous en sachions rien. Qu'un auteur, sur un canevas de débutant, puisse atteindre ces limites si rares où le cœur parle si bien, où la vie semble si stéréotypée, cela force l'admiration et l'estime. Inscrivons de plus à sa louange un texte sans défaut, le souffle de qualité qui anime ses personnages des mieux approfondis, mais n'oublions pas non plus ses principaux interprètes dont le style, la souplesse, l'intelligence et la science sont indispensables à son succès : Mme Valentine Tessier, MM. Louis Jouvet, Pierre Renoir, Eugène Chevalier et leurs parfaits collaborateurs.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Services des hôpitaux de Paris pour 1932.

*(Suite et fin)*

HOSPICE D'IVRY

1. Médecin : M. Cain ; assistant : M. Oury interne : Mlle Barnaud ; externes : MM. Tissot (J.), Claude (V.), Mlle Sachnine, M. Soudée.

2. *Chroniques et admissions.* — Externes : M. Rouzaud (M.), Mlle Balossini.

3. Médecin : M. Jacob ; internes : MM. Brocard, Gaultier ; externes : MM. Michaut (R.), de Nobili, Veydert, Girault, Termine, Zuckermann.

4. Chirurgien : M. Deniker ; internes : MM. Viala, Sabourin (J.) ; externes : Mme Kiriloff, MM. Herzfeld, Girard (L.).

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Pestel ; assistant : M. Delapchier.

6. *Consultation dentaire.* M. Cabrol.

HOSPICE DES MÉNAGES

1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. N... ; interne : M. Peney (M.) ; externes : MM. Taveau (P.), Maynadier (P.), Le Duc (J.), Giraud (G.).

2. Chirurgien : M. Lardennois ; assistant : M. Madier ; internes : MM. Bocquentin, Bruneton, Chômet ; externes: MM. Meynard (M.), Dastugue, Vancostenoble, Chatain (externe en premier), Lartigue, Sierra, Chevalier.

HÔPITAL LA ROCHEFOUCAULD

1. Médecin : M. Tinel ; assistant : M. N... ; interne: M. Seidman ; externe : M. Potier (G.).

2. *Service des tuberculeux (baraquements).* — M. Tinel ; interne : M. Eck ; externes : MM. Gailhard, Calvet, Lapierre (P.), Dufour (J.).

3. *Poste de radioscopie.* — Assistant : M. Falcoz.

HÔPITAL DEBROUSSE

1. Médecin : M. Cathala ; interne : M. Meillaud.

HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER

*Hôpital maritime.* — 1. Chirurgien : M. Richard ; internes : MM. Arondel, Stérin, Bastien ; externes résidents : Mlle Ciosi (M.), MM. Poidevin, Personnaz (M.), N...

2. *Hôpital Lannelongue.* — Chirurgien : M. Richard ; interne : M. Genty (P.) ; externes résidents : MM. de Cagny, Guérin.

3. *Electro-radiologie.* — M. Parin.

BRÉVANNES

1. Médecin : M. René Marie ; interne : M. Esquirol ; interne (concours spécial) : M. Rymer.

2. Médecin : M. Renaud ; interne : M. Landrieu ; internes (concours spécial) : MM. Tilitcheff, Borde, Marcy.

3. Médecin : M. Lévy-Valensi ; interne : M. Arvay (externe en premier) ; internes (concours spécial) : MM. Leconte (M.), Giraud, Leconte (A.), Darras, Momblot.

4. *Electro-radiologie.* — Assistant : M. Thiel.

5. *Consultation dentaire.* — M. Nespoulous.

INSTITUTION SAINTE-PÉRINE

1. Médecin : M. Jacquet ; interne (concours spécial) : M.

MAISON DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE

1. Médecin : M. Jacquet ; interne (concours spécial) : M. Laroche.

SANATORIUM D'HENDAYE

1. Médecin : M. Morancé ; internes (concours spécial) : Mlle Danzig, M. Opolon.

SANATORIUM DE CHAMPROSAY

1. Médecin : médecin titulaire : M. Nouvion; médecins assistants : Mlle le D$^{r}$ Pauc, M. Calamy ; internes (concours spécial) : MM. Rotenstein, Vautier.

ASILE SAINTE-ANNE

1. Médecin : M. le Prof. Claude ; chefs de clinique ;

MM. Le Guillant, Migault, Masquin, Ey, Dublineau : chefs de labor. : MM. Cuel, Dubar, Lehman, Dumas, zecourt, Mlle Bonnard, MM. Piot, Nacht.

2. *Electro-radiologie.* — N...
3. *Consultation dentaire.* — M. Pietkievicz.

SANATORIUM D'ANGICOURT

1. Médecin : M. Buc.

SANATORIUM SAN-SALVADOUR

1. Médecin : M. Fohanno ; adjointe : Mlle Jean.

GALIGNANI ET BELŒUIL

1. Médecin : M. Maréchal ; adjoint : M. Cauchemez.

LA RECONNAISSANCE, FONDATION BREZIN

1. Médecin : M. Mutel.

## FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

### Enseignement et actes de la Faculté.

— **Actualités sympathologiques.** — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, dans son service de la Pitié, le mercredi 6 avril 1932, avec la collaboration de M. DELHERM, électro-radiologiste de la Pitié, et de MM. Paul GEORGES, Pierre KAHN, Jean VINCHON, Robert LARGEAU, CACUIRA et REYT, assistants et internes du service, commencera un cours pratique sur les *actualités sympathologiques* avec présentation de malades et exercices de laboratoire. Ce cours comprendra dix leçons et sera terminé le 27 avril. Chaque leçon comprendra un exposé théorique à 10 heures du matin suivi d'exercices pratiques.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1° Mercredi 6 avril : La sympathologie : ses méthodes, son intérêt pratique — 2° Vendredi 8 avril : Anatomie du sympathique (avec projections). — 3° Lundi 11 avril : Physiologie du sympathique. — 4° Mercredi 13 avril : Nouvelles acquisitions séméiologiques. — 5° Vendredi 15 avril : La sympathose cellulitique. — 6° Lundi 18 avril : Le sympathique en andrologie. — 7° Mercredi 20 avril : Le sympathique des psychopathes organiques lésionnels. — 8° Vendredi 22 avril : Le sympathique des psychopathes dynamiques. — 9° Lundi 25 avril : La physiothérapie des sympathoses cutanées. — 10° Mercredi 27 avril : Sympathique et météorologie.

— **Clinique médicale thérapeutique de la Pitié** (Professeur : F. RATHERY.) — *Leçons du dimanche sur les thérapeutiques nouvelles.* — Une série de dix conférences sur les *Thérapeutiques nouvelles* sera faite à l'Amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche à 10 h 1/2 à partir du 10 avril 1932.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 10 avril, M. le Professeur F. RATHERY : Les régimes chlorurés et déchlorurés. — 17 avril, M. le Docteur FROMENT, assistant de la clinique : Le traitement des ulcères digestifs. — 24 avril, M. le Professeur L. BINET : Le traitement des asphyxies. — 1er mai, Docteur DEROT, ancien interne des hôpitaux : Le traitement de l'asthme. — 8 mai, Docteur Maurice RUDOLF, chef de clinique : Le traitement des colites. — 22 mai, Docteur E. BOLTANSKI, chef de clinique : Le traitement des périviscérites. — 29 mai, Docteur Germaine DREYFUS-SÉE, chef de clinique : Les stérols irradiés en thérapeutique. — 5 juin, Docteur KOURILSKY, chef de clinique : Le traitement des abcès du poumon. — 12 juin, Docteur Julien MARIE, chef de clinique : L'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire. — 19 juin, Docteur MOLLARET, chef de clinique : Le traitement de la paralysie générale.

Ces conférences sont libres.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 11 avril au samedi 16 avril 1932 inclus, par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 11 avril, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 12 avril, 11 heures, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme. — 15 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 13 avril, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 14 avril, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumoséreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 15 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 17 h. 30, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 16 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND, Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen de malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX.)

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 1 4 à 16 heures.

— **Thèses.** — Mardi 1er mars. — Jury : MM. Brindeau, J.-L. Faure, Lenormant, Sergent. — M. JOANNIDÈS : Le cycle génital de la femme dans la pratique gynécologique. — M. KOHN : La césarienne abdominale dans

l'éclampsie. — M. Le Gall Roger : A propos du traitement de la grossesse interstitielle. — M. Guillot Jacques : Des formes graves d'arthrites aiguës post-traumatiques du genou. — M. Thomazi Pierre : Le médecin et l'assurance sociale dans nos départements alsaciens.

Mercredi 2 mars. — Jury : MM. Clerc, Lemierre, Loeper, Vallery-Radot. — M. Muridsany : A propos d'un cas de pouls lent permanent. — M. Favre Louis : Contribution à l'étude du traitement des infections méningococciques chez l'enfant. — M. Mendailles André : Les bases physiologiques de la calcithérapie.

Samedi 5 mars. — Jury : MM. Achard, Brumpt, Guillain, Huguenin. — M. Wechsler : Le traitement des septicémies par les dérivés de l'acridine. — M. Casanova Flor : Remarques sur l'épidémiologie du paludisme en Indochine. — M. Mongin Charles : Les complications neurologiques du syndrome de Keypel-Feil.

Mardi 8 mars. — Jury : MM. Bezançon, Lereboullet, Nobécourt, Gastinel. — M. Bohosiewicz : Etude comparative sur les examens sérologiques de la syphilis. — M. de Peretti della Rocca : Les arthrites microtraumatiques. — M. Steiner : Etude de la méningite à bacille de Pfeiffer chez l'enfant. — M. Slucki : Etude de la maladie de Ritter, dermatite exfoliatrice du nouveau-né. — M. Marmasse : Le service social auprès des cardiaques à l'hôpital Broussais.

Mercredi 9 mars. — Jury : MM. Clerc, Couvelaire Grégoire, d'Allaines. — M. Muhlrad : Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne transpéritonéale basse. — M. Petit : Assurances sociales et consultations prénatales. — M. Folliasson : Etude sur l'anatomie chirurgicale des glandes parathyroïdes.

Jeudi 10 mars. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Lenormant, Maurice Villaret, Huguenin. — M. Fang : L'hémolythographie. — M. Labignette : Traitement des fractures de l'humérus par la méthode ouatée (travail du service du Docteur Dujarier). — M. Streicher : Contribution à l'étude des métastases rachidiennes des cancers du sein.

*Thèses vétérinaires.* — Mardi 1er mars. — Jury : MM. Gougerot, Tanon, Henry, Robin, Déchambre, Panisset. — M. Flament : Staphylodermodécie canine. Rôle des lavages et des bains dans la généralisation de l'affection. — M. Suzeau : Elevage au Niger. La lutte contre la peste bovine (1925-1926).

Mercredi 9 mars. — Jury : MM. Lemierre, Tanon, Panisset, Vergé, Lesbouyries, Petit. — M. Dindinaud : Variabilité des formes cliniques du Rouget. — M. Reichenshammer : La paratyphose du pigeon et son traitement. — M. Banssé : Réglementation de la vente des viandes en Basse-Normandie et particulièrement à Honfleur pendant l'ancien régime et la période révolutionnaire.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Tenon.** — *Cours de perfectionnement sur les maladies des artères, des veines et des capillaires.* — Ce cours, qui sera fait à l'hôpital Tenon par le Docteur C. Lian et ses assistants, aura lieu du 17 au 28 mai 1932 (chaque matin une conférence suivie d'exercices cliniques ; chaque après-midi, deux conférences séparées par une démonstration pratique).

Le cours se terminera par un voyage d'études à la station hydro-minérale de Bagnoles-de-l'Orne (maladies des veines). Départ l'après-midi du 28 mai. Retour à Paris le dimanche soir 29 mai.

Droit d'inscription : pour le cours : 250 francs ; pour le voyage à Bagnoles-de-l'Orne : 100 francs (tous frais compris, billet et séjour à l'hôtel).

S'inscrire à la Faculté de médecine : salle Béclard, tous les jours de 9 à 11 heures ou de 2 à 5 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Hôpital Broca** (Services des docteurs Weissenbach et Tzanck.) — Avec le concours des Docteurs Civatte, chef de laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare ; Basch, Bordier, Edwin Sidi, assistants à l'hôpital Broca ; Martineau et Mlle Dobkewitch, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. A. Dreyfus, M. Cord et Le Chartre, leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie, du 2 mai au 3 juin 1932.

Programme. — 2 mai, Dr Tzanck : Classification dermatologique et lésions élémentaires. — 3 mai, Dr A. Dreyfus : Anatomie normale et pathologique de la peau. — 4 mai, Dr Tzanck : Erythèmes et érythrodermies. — 6 mai, Dr M. Cord : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires. — 7 mai, Dr Tzanck : Les séroses (eczéma, urticaire, etc.). Notions d'intolérances cutanées. Les prurigos. — 9 mai, Dr Tzanck : Les plasmoses résolutives (papules, végétations). — 12 mai, Dr Tzanck : Les plasmoses nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices). — 13 mai, Dr Le Chartre : Thérapeutique dermatologique. — 14 mai, Dr E. Sidi : Les dystrophies cutanées. — 17 mai, Dr Civatte : Tumeurs malignes. — 18 mai, Dr Tzanck : Les pyodermites. — 19 mai, Dr Basch : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées. — 20 mai, Dr Fernet : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides. — 21 mai, Dr Basch : Chancre mou. Poradénolymphite. — 23 mai, Dr Weissenbach : Syphilis (généralités). Syphilis primaire. — 24 mai, Dr Basch : Syphilis secondaire. — 25 mai, Dr Fernet : Syphilis tertiaire. — 26 mai, Dr Basch : Syphilis viscérale tardive. — 27 mai, Dr Fernet : Syphilis héréditaire. — 28 mai, Dr Weissenbach : Les médicaments de la syphilis. — 30 mai, Dr Weissenbach : Conduite du traitement de la syphilis. — 31 mai, Mlle Dobkewitch : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles. — 1er juin, Dr Bordier : Blennorragie aiguë. — 2 juin, Dr Bordier : Blennorragie chronique. — 3 juin, Dr Martineau : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (Dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Dr Martineau, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

**(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)**

**— Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr COUSIN, de Toulouse (Haute-Garonne); du Dr PITON, de Paris ; du Dr A. LE DANTEC, ancien professeur de médecine coloniale à la Faculté de Bordeaux ; de Madame le Dr Olga KANTZEL, de Paris ; du Dr Charles FEYFANT, de Josselin (Morbihan).

Le Dr Charles Feyfant, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, a succombé à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Nous adressons à Madame Feyfant, sa veuve, nos sincères condoléances.

**— Centenaire du Professeur Alfred Fournier,** sous le haut patronage de M. Paul Doumer, président de la République (Paris, 8-12 mai 1932.) — PROGRAMME : Dimanche 8 mai, 10 h. 30 : Assemblée générale de l'Union internationale contre le péril vénérien, au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, Paris XVIIe

Lundi 9 mai, 9 heures : Inauguration de l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris XIVe, par M. le ministre de la Santé publique. — 14 h. 30 : A l'hôpital Saint-Louis, ouverture de la conférence internationale de défense sociale contre la syphilis. Exposition de produits et d'appareils. — 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville.

Mardi 10 mai, 11 h. 30 : A l'hôpital Saint-Louis, Inauguration des nouveaux bâtiments de la Clinique de la Faculté de médecine. — 17 heures : Séance de la Société française de sérologie appliquée.

Mercredi 11 mai, 11 h. 30 : Visite de la Cité universitaire sous la direction de M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique. 14 h. 30 : A l'hôpital Saint-Louis, séance de clôture de la Conférence internationale. — 16 heures : Inauguration du Musée d'histologie de l'hôpital Saint-Louis, sous la présidence de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique. — 17 h. 30 : Réception offerte par le Comité du Centenaire.

Jeudi 12 mai, 9 heures : Séance de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie à l'hôpital Saint-Louis. — 15 heures : Cérémonie du Centenaire d'Alfred Fournier à la Sorbonne en la présence de M. le Président de la République. — 17 heures : Réception à l'Elysée. — 20 heures : Banquet par souscriptions.

Toute la correspondance doit être adressée à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, secrétaire général du Comité du Centenaire, 44, rue de Lisbonne, Paris VIIIe.

**— Office international de documentation de médecine militaire.** *IIe session de conférences* (Liège, Belgique, 22-25 juin 1932). — Le Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires nous fait savoir que la deuxième session de l'Office international de documentation de médecine militaire se tiendra à Liège du 22 au 25 juin prochain.

A cette occasion, le Comité permanent inaugurera le local de l'Office que la Ville de Liège a bien voulu offrir au nouvel organisme international.

Cette cérémonie, organisée en l'honneur de la médecine militaire, sera rehaussée de la présence de nombreuses personnalités.

Tous les officiers des Services de santé des armées de terre, de mer et de l'air, de l'active et de la réserve, sont invités à y assister.

PROGRAMME PROVISOIRE. — Jeudi 23 juin, 9 heures: Ouverture de la session. — De 10 à 12 heures, de 15 à 17 heures, : Leçons et conférences (organisation et fonctionnement du Service de santé, hygiène, sciences médico-militaires, droit international, etc.). — 21 heures: Fête d'inauguration du local de l'Office pour tous les participants.

Vendredi 21 juin, de 9 à 12 heures, de 15 à 17 heures : Leçons et conférences (*suite*). — 21 heures : Soirée offerte par la Ville de Liège à tous les participants.

Samedi 25 juin, de 9 à 12 heures : Leçons et conférences (*suite*). — 16 heures : Séance inaugurale à Bruxelles des Journées médicales, honorée de la présence de S. M. la Reine.

Liste des conférences déjà annoncées :

*Belgique* : Titre non encore parvenu (Cap. pharm. MUSQUIN). — Aptitude au service des miliciens atteints de soudure incomplète de la colonne vertébrale (Cap. méd. GLORIEUX). — Traitement actuel de la syncope respiratoire (Cap. méd. CLAIRBOIS). — Une question de médecine aéronautique (Maj. méd. SILLEVAERTS.) — De la responsabilité du médecin militaire (Lieut. col. méd. VONCKEN).

*Espagne* : L'inspection médicale des contingents avant et après leur service militaire (Comm. méd. Don RICARDIO MURILLO UBEDA).

*France* : Les principes de l'hospitalisation dans l'organisation du Service de santé en campagne (Méd.-col. SCHICKELÉ). — La vaccination antidiphtérique à l'armée.

*Mexique* : Titres et noms de conférenciers non encore parvenus.

*Pays-Bas* : Du rôle des voies d'eau dans le Service de santé en temps de guerre.

*Pologne* : L'éducation physique dans l'armée : ses avantages et ses inconvénients (Col. méd. OSMOLSKI).

*Suisse* : Particularités du Service de santé dans une armée de milice (Lieut.-col. méd. VOLLENWEIDER). — Titre non encore parvenu (Col. pharm. THOMANN).

*Tchécoslovaquie* : Les laboratoires chimiques de campagne, leur rapport au service pharmaceutique et leur importance dans la guerre de mouvement ou de position (Cap. comm. Dr Bohumil SUCHARDA).

*Yougoslavie* : Le scorbut à l'armée (Lieut. col. NOVAKOVITCH). — Du rôle des laboratoires de bactériologie dans l'armée de campagne (Comm. méd. TADITCH).

Les cours se donneront en français. En ce qui concerne le Service de santé militaire français, le port de la tenue militaire n'est autorisé que pour les officiers faisant partie de la délégation officielle.

Pour les réductions de transport, etc., s'adresser aux succursales de l'agence Th. Cook et Cie et de la Compagnie internationale des wagons-lits.

S'inscrire auprès du lieutenant-colonel médecin Voncken, hôpital militaire, Liège (Belgique) avant le 1er mai 1932. L'inscription est gratuite.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

**R. C. Clermont 4264**

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

Rodez : M. Bousquet, docteur en médecine à Rodez. Suppléants : MM. Cornus et Lagarrigue, docteurs en médecine à Rodez.

Rouen : M. Vallée, docteur en médecine à Rouen. Suppléants : MM. Bellicaud et Cauchois, docteurs en médecine à Rouen.

Saint-Brieuc : M. Moy, docteur en médecine à Saint-Brieuc. Suppléants : MM. Lebreton et Pedron, docteurs en médecine à Saint-Brieuc.

Saint-Etienne : M. Riou, docteur en médecine à Saint-Etienne. Suppléants : MM. Mandy et Genairon, docteurs en médecine à Saint-Etienne.

Saint-Lô : M. Le Clerc, docteur en médecine à Saint-Lô. Suppléants : MM. Rauline et Dupont, docteurs en médecine à Saint Lô.

Strasbourg, 1re *section* : M. Baur (Paul), docteur en médecine à Strasbourg. Suppléants : MM. Brion (Albert) et Humbert (Félix), docteur en médecine à Strasbourg.

Strasbourg, 2e *section* : M. Blind, docteur en médecine à Strasbourg. Suppléant : MM. Brion (Willy) et Allenbach, docteurs en médecine à Strasbourg.

Tarbes : M. Prunet, docteur en médecine à Tarbes. Suppléants : MM. Benezech, docteur en médecine à Bagnères-de-Bigorre, et Salsac, docteur en médecine à Lourdes.

Toulon : M. Tramini, docteur en médecine à Toulon. Suppléant : M. Rit, docteur en médecine à Toulon.

Toulouse : M. Tapie, docteur en médecine à Toulouse. Suppléants : MM. Sorel et Chamayou, docteurs en médecine à Toulouse.

Tours : M. Babeau, docteur en médecine à Tours. Suppléants : MM. Faix et Guillaume (Louis), docteurs en médecine à Tours.

Troyes : M. Debret, docteur en médecine à Troyes. Suppléants : MM. Meynier et Serbource, docteurs en médecine à Troyes.

Tulle : M. Mazeyrie, docteur en médecine à Tulle. Suppléants : MM. Morély et Puyaubert, docteurs en médecine à Tulle.

Valence : M. Calvet, docteur en médecine à Valence. Suppléants : MM. Serre et Ratier, docteurs en médecine à Valence.

Vannes : M. Le Guen, docteur en médecine à Vannes. Suppléants : MM. Audic et Franco, docteurs en médecine à Vannes.

Versailles : M. Broussin, docteur en médecine à Versailles. Suppléants : MM. Fleury et Jean Gautier, docteurs en médecine à Versailles.

Vesoul : M. Petit jean, docteur en médecine à Vesoul. Suppléant : M. Talpain, docteur médecine en à Vesoul. (*J. O.* 30 *décembre* 1931.)

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Assurances sociales. Choix du médecin. Adhésion implicite à la convention Syndicat-Caisse.**

14967. — M. Marcombes expose à M. le minis-

tre du Travail : *a*) que le règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires, publié au *Journal officiel* des 20, 23 et 28 août 1930, indique en son article 13 :« Pour les soins à domicile ou au cabinet du praticien, l'assuré choisit librement son praticien entre tous ceux qui ont adhéré aux clauses des conventions passées entre les caisses et les groupements professionnels de praticiens » ; *b*) que le ministre du Travail demande à certaines caisses de payer des prestations à un assuré qui a utilisé le concours de praticiens n'ayant pas adhéré aux clauses des conventions de la caisse ; *c*) que, d'autre part, le syndicat médical qui a passé une convention avec la caisse dont il s'agit s'est refusé à exercer tout contrôle médical en dehors du département dans lequel il a été formé ; et demande : 1° en vertu de quelle clause, qui serait contraire aux statuts de la caisse, il peut faire payer des prestations ordonnées par des praticiens qui ne s'engagent pas à adhérer aux clauses des conventions de la caisse ; 2° dans le cas où la caisse serait tenue d'effectuer des payements dans de telles conditions, que deviendrait le contrôle médical auquel sont soumis les assurés et s'il est nécessaire d'abroger par une réglementation nouvelle les statuts des caisses départementales. (*Question du* 21 *janvier* 1932).

*Réponse.* — 1° S'il est désirable, conformément à l'article 13 du règlement type d'administration intérieure des caisses de répartition, que l'assuré s'adresse à un praticien ayant adhéré expressément aux clauses des conventions passées entre les caisses et les groupements professionnels de praticiens, une caisse ne saurait ni légalement ni pratiquement refuser les prestations à un assuré qui produit les justifications prescrites par son règlement intérieur, quel que soit le praticien choisi, sous la seule réserve que celui-ci n'ait pas été l'objet d'une mesure d'exclusion. Il y a lieu d'ailleurs de considérer que le praticien, qui n'a pas adhéré expressément aux clauses de la convention passée entre la caisse et le syndicat professionnel, adhère implicitement à ces clauses du fait qu'il se conforme aux dispositions du règlement de la caisse, en portant sur la feuille de maladie les indications prévues ; 2° le praticien qui n'a pas adhéré explicitement aux clauses de la convention, mais qui s'est conformé aux prescriptions relatives à l'établissement de la feuille de maladie, est soumis au contrôle du syndicat professionnel, non seulement par application de l'article 7 de la loi sur les assurances sociales, mais du fait de son adhésion tacite auxdites clauses. Si ce contrôle ne peut être exercé par le syndicat qui a contracté avec la caisse, rien ne s'oppose à ce qu'il le soit par le syndicat du département du domicile du praticien agissant comme mandataire du syndicat contractant. (*J. O.* 11 *mars* 1932.)

## LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASTHME

Le médecin qui veut se rendre compte de l'état actuel de nos connaissances sur une question comme l'asthme se trouve souvent embarrassé.

De nombreuses publications s'offrent à son attention qui ne l'éclairent pas toujours suffisamment. Chaque travail fournit des arguments en faveur de telle ou telle thèse, de telle ou telle méthode de traitement, thèses et traitements parfois fort opposés. Aussi est-il bon que, périodiquement, soit institué un vaste débat propre à faire la lumière, confronter les conceptions et dégager le plus possible de vérité pratique. Aucun moyen meilleur de mettre à profit les éléments nouveaux dont l'observation clinique, l'expérimentation, les investigations de toutes sortes enrichissent le champ de la pathogénie et de la thérapeutique.

C'est là, en ce qui concerne l'asthme, la raison et le but du Congrès international qui se tiendra au Mont-Dore, la célèbre station des asthmatiques, les 4 et 5 juin, sous la présidence du Professeur Fernand Besançon et qui attirera tous ceux que la question intéresse.

Rappelons les conditions à remplir pour assister à ce Congrès :

Les médecins, internes et externes des hôpitaux et les étudiants en médecine, français et étrangers, sont invités à y participer.

Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser leur demande directement avec le montant de leur cotisation (30 francs français pour les médecins ou étudiants et chacun des membres de leur famille directe) au Secrétariat du Congrès. Cette cotisation donne droit au volume des rapports, aux fêtes, réunions et excursions organisées en faveur des congressistes.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 25 mai 1932.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront mises à la disposition des congressistes par le Syndicat des hôteliers du Mont-Dore.

Une réduction de 50 % sur les tarifs des chemins de fer français sera accordée à tous les congressistes et à leur famille sur demande adressée avant le 1er mai, au Secrétariat du Congrès.

Adresser les adhésions et les demandes de renseignements au Secrétariat du Congrès international de l'asthme, 19, rue Auber, Paris (9e).

## IMPOT SUR LE REVENU

### Défalcation de la prime pour assurance contre la responsabilité professionnelle

Un de nos confrères est entré comme opérateur appointé à tant par mois, dans un cabinet dentaire. Le contrôleur des contributions directes n'admet pas qu'il puisse porter, dans ses dépenses professionnelles, le prix de sa police d'assurance contre la responsabilité professionnelle, sous le prétexte que le propriétaire du cabinet dentaire est, comme diplômé, responsable de ses aides et que, par conséquent, ces derniers n'ont pas besoin de s'assurer.

Le contrôleur est dans l'erreur, car il confond la responsabilité du docteur en médecine, même appointé et celle de l'aide sans diplôme.

Qu'il soit payé d'une manière ou d'une autre, le docteur en médecine reste responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques. Il ne dépend que de lui-même, car il soigne ses malades en toute indépendance. Il peut recevoir des conseils, des indications d'un maitre, d'un plus ancien dans la carrière ; mais il tient de la loi du 30 novembre 1892 sa liberté complète professionnelle et, par suite, il reste entièrement responsable de ses actes.

Il n'en serait autrement que dans des cas très exceptionnels, où il recevrait de son employeur (également diplômé) l'ordre formel d'avoir à employer telle ou telle méthode de traitement et qu'il obéirait à cet ordre.

Au contraire, le non-diplômé n'a pas le droit légal d'exercer : il ne peut que se livrer à des travaux d'aide sous le contrôle et la direction suivie de son employeur diplômé. Il ne peut même pas se livrer à des travaux professionnels délicats que seul un diplômé puisse avoir la capacité professionnelle de faire

Dans ces conditions, si ce non-diplômé commet une bévue, c'est le diplômé qui est civilement responsable.

Il en résulte que, si le contrôleur peut avoir raison pour le second cas, il a tort dans le premier. Un non diplômé n'a pas à s'assurer contre la responsabilité professionnelle, puisque c'est son patron qui le couvre.

Au contraire, l'employé, l'opérateur diplômé conformément à la loi du 30 novembre 1892, reste responsable de ses propres actes et c'est faire acte de prudence que de payer sa cotisation à la Ligue médicale de défense professionnelle (Sou médical) et acquitter la prime d'assurance complémentaire, si on croit devoir en contracter une.

Et ces cotisations, ou primes doivent figurer dans les dépenses professionnelles.

Dr Paul Boudin.

# CORRESPONDANCE

## Fiscalité

### 1352. — Justifications à fournir au contrôleur

Le contrôleur des directes me demande :

« Combien de clients traités à X ? »

Dois-je répondre à cette demande ? S'il me demande ultérieurement le montant des honoraires touchés *par client*, dois-je lui en donner le détail ?

Dr L.

**Réponse**

En principe, le contrôleur a le droit de demander au contribuable tous les renseignements susceptibles d'éclairer sa déclaration.

Les demandes signalées doivent donc être satisfaites.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 1421. — Base de la patente

Je me permets, en qualité d'abonné à votre journal de vous demander un renseignement concernant le mode de fixation de l'impôt sur les patentes concernant la profession médicale.

La patente en 1932 est-elle percevable seulement sur les locaux à usage professionnel, ou sur la totalité de l'immeuble, ou de l'appartement habité par le médecin comme il en avait été question ?

Dr F.

**Réponse**

Pour l'année 1932 il n'y a aucune modification.

La patente est calculée sur la totalité des locaux occupés.

A. M.

### 1772. — Les médecins réformés de guerre et la patente

Je viens de lire votre article « Les jeunes médecins et la patente ». Je suis entièrement de votre avis, et j'ai, moi aussi, malgré de vaines protestations, lors d'une première installation, dû subir sans défense et avant d'avoir gagné un sou, les rigueurs impitoyables du contrôleur, c'est-à-dire une véritable spoliation.

Mais, il y a dans mon cas, qui est aussi celui d'un certain nombre, quelque chose de beaucoup plus grave.

Je suis en effet ancien combattant de toute la guerre, réformé à 60 %, c'est-à-dire que j'ai perdu la santé au service du pays, que ma puissance de travail et par conséquent ma capacité de gain sont considérablement diminuées, que je suis souvent malade au point de ne pas pouvoir travailler du tout, que même il

m'est arrivé, à plusieurs reprises, d'être obligé de cesser d'exercer et d'abandonner cabinet et clientèle.

Je frémis à la pensée de ce que je serais devenu, si je n'avais eu ma famille pour me recueillir dans ces cruelles périodes.

De tout cela, l'Etat-profiteur et le Fisc - spoliateur. se soucient comme de leur première culotte !

C'est au point que je n'envisage qu'avec angoisse la perspective d'une nouvelle installation, et que tous comptes faits, je crois qu'il vaut mieux y renoncer .... Mais, ce n'est pas une solution pour gagner sa vie !

Je m'étais permis cependant, il y a plusieurs années, de signaler ce cas à je ne sais plus quel journal ou quelle union de médecins mutilés.

Je disais qu'il serait juste que la patente soit diminuée d'un taux correspondant à celui de la pension de guerre ou invalidité. Je n'ai même pas eu de réponse ...

Il serait juste également que le médecin invalide de guerre, qui se réinstalle après une longue période de maladie, soit considéré comme jeune médecin en 1re installation, et, de ce fait, exempté, à chaque fois, de patente pendant trois ans suivant votre vœu.

Ce que l'on se propose de faire pour les jeunes en bonne santé, on doit le faire *a fortiori* pour ceux qui ont donné leurs années, leurs forces et leur santé à la défense du pays. C'est de la justice la plus élémentaire et mieux vaut tard que jamais.

J'espère, très honoré confrère, qu'en raison de votre personnalité, la cause que je vous présente sera cette fois entendue.

Dr L.

### 1482. — Justifications à fournir au contrôleur

J'ai recours à vos bons offices pour vous demander la conduite à tenir pour répondre aux exigences du contrôleur des Contributions directes.

Je lui fournis régulièrement un détail des dépenses professionnelles, et cette année-ci, il me pose les questions suivantes :

« Pour chaque année 1926 à 1931, veuillez m'indiquer séparément :

1° Le montant des honoraires touchés des services publics ou de l'assistance médicale gratuite ;

2° Le montant des honoraires des compagnies d'assurances ;

3° Le montant des opérations ;

4° Le montant des accouchements ;

5° Le montant des visites à domicile ;

6° Le montant des consultations au cabinet ;

7° Le montant du remboursement kilométrique pour frais d'automobile ;

8° Le montant de vos recettes en tant que propharmacie.

Dois-je donner toutes ces précisions ?

Voilà un travail formidable à faire.

Par honoraires d'opération (je ne fais pas de chirurgie) que peut-il entendre ?

Quant aux autres décomptes à faire : visites, consultations, quote-part des frais kilométriques pour les visites, quel travail et dois-je m'y soumettre ?

Sur mes recettes de propharmacien, j'ai toujours déclaré un bénéfice net de 25 %. Le jugez-vous raisonnable ?

Dr Z.

**Réponse**

Votre Contrôleur a le droit de vous réclamer les explications qu'il vous demande. Il est de votre intérêt de les lui fournir pour échapper au danger d'une taxation d'office.

Si vous ne faites pas de chirurgie, il vous suffira de répondre néant à la demande du montant des honoraires touchés de ce chef.

Le bénéfice net de 25 % sur les produits pharmaceutiques semble raisonnable.

A. M.

### 1458. — Maison de santé. Taxe d'apprentissage

1° Le Contrôleur des Contributions directes me demande le relevé des salaires du personnel de ma Maison de Santé (8 religieuses + 2 gardes de nuit + 1 infirmier) en vue de l'établissement de la taxe d'apprentissage.

Suis-je soumis à cette taxe ?

Dans l'affirmative quel sera son montant, les salaires s'élevant à 41.000 francs.

Dr X.

**Réponse**

Vous êtes soumis à la taxe d'apprentissage pour les salaires payés au personnel de votre maison de santé. Les salaires s'élevant à 41.000 francs et le taux de la taxe étant de 0,20 %, vous aurez à payer 82 fr.

A. M.

### 1431. — Patente sur locaux professionnels et d'habitation situés dans deux communes différentes

Quand on exerce dans une commune et habite dans une commune voisine doit-on la patente sur les locaux occupés dans les deux communes ?

Dr H.

**Réponse**

Vous devez la patente pour les locaux que vous occupez dans les deux communes.

A. M.

### 1477. — Timbre des certificats délivrés aux agents de l'Etat

L'inspecteur des P.T.T. de notre département exige chaque fois qu'un employé des postes se présente à un médecin non assermenté, que le certificat médi-

cal qui lui octroie un congé de maladie soit fait sur papier timbré.

Je lis dans un vade-mecum, au chapitre « certificats exempts du timbre » : « certificats délivrés par les médecins assermentés ou non, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat (loi du 29 mars 1897, article 4) ».

Je lis aussi dans le livre de déontologie et jurisprudence médicale de Le Gendre et Ribadeau-Dumas au chapitre « certificats exempts du timbre » à peu près le même libellé : « certificat de maladie délivré par les médecins non assermentés quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat (loi du 30 mars 1897) ».

Le timbre est un impôt : a-t-on le droit d'exiger cet impôt d'une façon arbitraire ?

On objectera peut-être que c'est l'usage. Cet usage est-illégal ? Si je refuse de délivrer mon certificat sur papier timbré, l'inspecteur envoie mon malade à l'enregistrement pour le lui faire timbrer à 3 fr. 60. Brimade qui a pour but de diriger le malade vers le médecin assermenté. Mais si chaque administration, chaque collectivité, fait de même, que devient le libre choix ? et que devient le médecin non assermenté ?

Dr C.

### Réponse

Il est exact que les certificats délivrés par les médecins, assermentés ou non, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat, sont exempts de timbre.

Le timbrage du certificat ne peut être exigé d'une façon arbitraire. S'il en était autrement il faudrait adresser une réclammation.

A. M.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 1699. — C'est le médecin traitant et non le spécialiste qui doit « donner avis » s'il y a lieu au patron ou à son assureur

L'Assurance l'U., conteste une de mes notes pour un blessé atteint de plaie contuse, étendue et profonde du cinquième doigt, que j'ai dû opérer sous anesthésie générale avec un de mes confrères. J'ai tarifé cette intervention sous ce chapitre :

« Résection des tissus contus, ébarbage et suture de plaie contuse, étendue et profonde, 100 francs.

J'ai immédiatement rendu compte à la Compagnie de cette intervention par un petit rapport.

La même Compagnie conteste des consultations envoyées par le médecin traitant, consultations que je tarifais ainsi :

« Consultation envoyée par le Dr X., 45 francs »

Car chaque consultation était suivie d'un médecin traitant pour lui donner mes directives au sujet du traitement que je conseillais. Est-ce que dans ce cas là lorsque le médecin traitant m'envoie en consulta-

tion un blessé, consultation que je fais suivre toujours d'un rapport à la Compagnie, la Compagnie ne me doit-elle pas une consultation triple comme si le médecin traitant était là.

Si cette consultation n'était tarifée que comme une consultation simple, croyez-vous que je devrais envoyer un rapport à la Compagnie pour l'informer du résultat de notre consultation ; mais si d'autre part je n'envoie pas de rapport à la Compagnie comment pourra-t-elle nous donner les autorisations nécessaires pour faire une intervention et comment sera-t-elle au courant du résultat du traitement que je propose et ne pourra-t-il pas y avoir par la suite contestation, puisque les traitements faits par le médecin traitant ou par moi-même auront été faits sans que la Compagnie en soit avertie.

Dr D.

*Copie de la lettre de la Compagnie*

Messieurs,

Sinistre C/B.

Nous vous remettons sous ce pli un projet de quittance de 815 francs en vue du règlement des honoraires de Mr. D., se rapportant au sinistre ci-dessus.

Nous avons dû réduire de 1.025 francs à 815 francs le montant des honoraires de ce praticien par application de l'arrêté ministériel du 10 avril 1930 fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents de travail.

Une plaie contuse du cinquième doigt ne peut être considérée comme étendue et profonde et doit être assimilée à la régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse de la main et du pied, tarifée 40 francs. (Article 17, troisième paragraphe.)

D'autre part les consultations envoyées par le Dr X., doivent être comptées : 15 francs au lieu de 45 francs l'une, n'ayant pas été faites en la présence de ce second médecin.

*La Direction.*

**Réponse**

1° Il me paraît difficile de considérer comme « plaie contuse étendue et profonde » une plaie de l'auriculaire.

2° Les consultations d'un spécialiste sont non de 15 fr., comme l'écrit la compagnie, mais de 20 fr.

3° Il ne peut y avoir « consultation entre confrères » (art. 5) que lorsque les deux médecins sont *réunis* en consultation, ce qui ne me paraît être le cas dont vous parlez.

4° C'est le praticien et non le spécialiste qui doit « donner avis » au patron ou à son assureur, de la nécessité de la consultation d'un spécialiste (art. 7). C'est encore le praticien qui doit « donner avis » au cas d'une « opération mutilante ou de grande chirurgie » (art. 9). Mais « donner avis » n'est pas demander « autorisation », ainsi que vous me l'écrivez.

Dr F. DECOURT.

**1598. — Omission du nouveau tarif. Rayons U. V.**

J'ai lu et relu le nouveau tarif des accidents du travail : je ne vois pas mentionnée l'application de rayons ultra-violets.

Ayant quelques assistés assurés sociaux en traitement par les U. V. la Préfecture à laquelle j'ai demandé le tarif m'a dit de prendre celui qui est mentionné à l'*Officiel* du 6 février 1932.

Dr M.

**Réponse**

Dans le Tarif de 1926, de même que dans le Tarif « mort-né » d'octobre 1931, il y avait : « Art. 26-6° « Traitement comprenant (...haute fréquence, air chaud, lumière) chaque séance = 22 fr. 50 (dans le premier) 30 francs (dans le deuxième). Dans le nouveau Tarif Landry, le mot « lumière » a disparu. En sorte que je ne puis, comme auparavant, me baser sur le mot « lumière » pour donner le prix des U. V.

Encore une omission à réparer et notée par moi dans ce but. En attendant, vous pourrez demander 25 francs puisque le reste de la rubrique (où sont omis ces deux mots) porte le prix de 25 francs.

Dr F. Decourt.

## Honoraires de droit commun

**1704. — Privilège en cas de faillite**

J'ai accouché il y a environ un mois la femme d'un commerçant déclaré en faillite et je continue depuis à donner mes soins au nouveau-né.

J'ai adressé ma note au Syndic de la faillite qui m'envoie la réponse ci-jointe, me refusant l'admission de ma créance.

Qu'en pensez-vous ?

Il me semblait que ma créance fût privilégiée. Or, la dernière phrase de cette lettre me ferait croire le contraire.

Dr L.

**Réponse**

En vertu de l'article 2.101 du Code Civil, modifié par l'article 11 de la loi du 30 novembre 1892, les médecins bénéficient d'un privilège pour leurs honoraires, en cas de décès ou de faillite de leurs clients, mais seulement pour la dernière maladie dont leurs débiteurs ont été atteints avant leur décès ou leur déclaration de faillite.

D'autre part, conformément à une jurisprudence constante, le privilège ne concerne que les soins donnés au failli *lui-même* et non ceux donnés à sa femme ou à ses enfants.

Par conséquent, dès lors qu'il s'agit de soins donnés à la femme du failli et à l'enfant et postérieurement à la déclaration de faillite, c'est à

bon droit que le syndic vous refuse tout privilège et même de vous admettre au passif chirographaire de la faillite, puisque votre créance a une cause postérieure à la faillite.

Votre seule ressource pour vous faire payer consiste à agir contre la femme du failli, personnellement, si celle-ci possède une fortune personnelle, car une femme, même mariée, reste toujours débitrice des honoraires pour les soins qui lui sont donnés.

## Baux et Locations

### 1654. — Durée de la prorogation et taux de loyer

Je viens vous demander de bien vouloir me fixer sur mes droits à la prorogation et sur la date à laquelle ils prendront fin, en ce qui concerne mon bail se terminant en 1934.

La valeur locative de l'immeuble que j'habite, était de 1.400 fr. en 1914.

Dr T.

**Réponse**

Dès lors que le loyer de votre immeuble en 1914 excédait 1.000 francs, sans atteindre 2.500 francs, la prorogation à laquelle vous aurez droit à la fin de votre bail, comme occupant de locaux à usage professionnel, ne prendra fin que le 1er juillet 1936, à moins que d'ici là la législation spéciale des loyers n'ait été abrogée dans votre ville par un décret en Conseil d'Etat, rendu après avis du conseil municipal et du conseil général.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer, à partir du 1er juillet 1934, un loyer égal au loyer de 1914, majoré de 235 %, plus les charges qui, en cas de forfait, ne peuvent excéder 30 % du loyer de 1914.

Vous aurez à supporter une majoration supplémentaire de loyer égale à 15 % du loyer de 1914 à partir du 1er juillet 1935.

Bien entendu, nous restons à votre entière disposition pour tous les renseignements dont vous pourrez encore avoir besoin au sujet de votre affaire de loyer.

## Questions médico-militaires

### 1546. — Indemnités allouées aux membres des Commissions pour l'examen des candidats aux emplois réservés aux mutilés de guerre

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire : le prix de la vacation pour le médecin faisant partie de la Commission départementale prévue par l'article 15 de la loi du 26 avril 1924 sur l'emploi obligatoire des mutilés.

Il m'a été dit que je n'avais rien à percevoir pour cela ; je n'en crois rien et voilà plusieurs séances auxquelles j'ai assisté.

Dr F.

**Réponse**

Un décret du 19 février 1930 fixe les indemnités allouées aux médecins qui font partie de commissions instituées en exécution des articles 13, 14 et 15 de la loi du 26 avril 1924 :

A 5 francs par candidat examiné pour les médecins membres des Commissions prévues à l'article 13 sans que le montant total de la vacation soit inférieur à 15 francs par séance de la Commission ;

A 15 francs par séance pour les Commissions instituées en exécution des articles 14 et 15.

### 40. — Promotion au grade de médecin-lieutenant

Au point de vue militaire, j'étais de la classe 1925, mais sursitaire et breveté P. M. S., je n'ai donc fait qu'une année de service. Je suis parti en octobre 1930 et j'ai été libéré en octobre 1931. Quand aurais-je une période à faire ? Je suis pour l'instant médecin sous-lieutenant de réserve.

Dr D.

**Réponse**

Vos bonifications d'ancienneté pour études médicales doivent vous donner une majoration de trois ans (nouveau régime) ; il est donc vraisemblable qu'en 1932, au mois correspondant de 1931 où vous avez été promu sous-lieutenant, vous aurez atteint les quatre années de grade de sous-lieutenant qui sont requises pour être promu lieutenant.

*Mais,* vous devrez au préalable avoir accompli une période d'instruction ; vous serez donc convoqué pour cette période, au cours de 1932, selon toute vraisemblance .

### 6674. — Engagé volontaire. Fin des obligations militaires

Appartenant à la classe de mobilisation 1902 (engagé volontaire) et à la classe de *recrutement* 1904, (par l'âge 47 ans), veuillez me dire à quel moment je ne suis pius mobilisable en donnant ma démission d'officier.

Cette démission est-elle en général acceptée ?

Dr C.

**Réponse**

Puisque, de par votre engagement volontaire, vous marchez avec la classe 1902, vous êtes, comme elle, dégagé de toute obligations militaires, depuis le 15 octobre 1931, et cela sans donner votre démission d'officier de réserve, *à moins* que vous ne demandiez à être maintenu dans les cadres.

Nous vous conseillons d'exposer cette situation particulière qu'est la vôtre, au Directeur du Service de santé qui l'ignore probablement. Vous lui demanderez en même temps comment vous pourrez lui renvoyer votre fascicule de mobilisation.

Cinquante-quatrième année — N° 14 — 3 Avril 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***
***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**
***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

Nº 110. — Pour cause maladie, dans ch.-lieu canton, poste médic. à prendre.

Nº 111. — A vend. près gare, proxim. forêt Fontainebleau, maison avec jardin, bois. Electr. S'ad. M. Binache, av. de Brolles à Bois-le-Roi (S.-et-M.) Tél. 28.

Nº 112. — Haute-Auvergne. Très urgent. Région tourist., poste seul méd. en progress. continue depuis 12 ans. Prix : 15 % de la dernière annuité.

Nº 113. — A céder : 1º Paris. Très bon quart. popul., poste bon rendem., appartem. 7 p., bail. Indemn. 45.000, dont moitié compt. ;

2º Algérie. Jolie ville bord mer, poste gros prod. avec fixes intéress., villa conf. Facil. paiement ;

3º Nord. Ch.-lieu cant., poste peu concur., jolie maison, pet. indemn. ;

4º Jura. A reprend. dans bonne condit., client. ville très ancienne.

S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

## Renseignements

**Manoir**, ville Bretagne, ligne Paris-Brest, tout confort, vastes dépend., parc 9 ha, convient clinique, repos, colonies vacances, communauté. Agence Bretagne St-Brieuc (C.-du-N.).

*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer. deux médecins. Prospectus sur demande.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

**« La Soleillette »**, Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil; Drs CHARMOT et ROZET.

Les **phénomènes de croissance** se trouvent entravés par des troubles digestifs, souvent peu apparents. Utiliser chez les enfants le manganèse colloïdal diastasé, c'est-à-dire, 3 ou 4 TABLETTES DE MANGAINE par jour, et l'enfant grandira et se développera comme l'ont montré les courbes de Camescasse à l'Hôpital de Forges.

## AVIS

### Changements d'adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin.* — M. Lenormant, professeur de pathologie chirurgicale, sera titulaire, à partir du 1er octobre 1932, de la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté à l'hôpital Cochin, en remplacement du Professeur Delbet, atteint par la limite d'âge.

— **Lyon.** *En souvenir de la croisière médicale du « Foucauld ».* — Une exposition de différentes œuvres : peintures, photographies et autres documents, inspirés ou issus de la croisière 1931 du « Foucauld » à la Banquise, croisière organisée on se le rappelle par le *Bruxelles médical*, a eu lieu en mars à Lyon et a obtenu un vif succès.

— **La Semaine odontologique** (43e Congrès dentaire et exposition d'art dentaire) s'ouvrira le mercredi 6 avril, à 10 heures du matin, au Grand Palais (salle Goujon), à Paris.

— **Société de médecine publique et de génie sanitaire.** — L'assemblée générale de la Société de médecine publique et de génie sanitaire a eu lieu le 16 mars dernier, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. A.-A. Rey.

— **A l'Opéra.** *Conférence du Docteur Louis Duby sur Marie-Antoinette, musicienne.* — Le Docteur Louis Duby vient de faire, dans la grande salle de notre Académie de musique, une intéressante conférence sur « Marie-Antoinette, musicienne ».

Au cours d'une soirée de grand gala qui réunissait des artistes tels que Mmes Ninon Vallin, Lucy Caffaret, MM. Galeuil, Bouillon, Boudin, Poulet et son orchestre, et autres artistes de grande valeur, devant une salle comble et faite d'un public particulièrement élégant et attentif, le Docteur Louis Duby a présenté une Marie-Antoinette peu connue, protectrice des musiciens, artiste elle-même, exécutante et compositeur. Dans un style précis et nuancé, le conférencier retraça la vie artistique de la Reine musicienne, grâce à qui la France fut, au XVIII[e] siècle, le premier pays musical du monde.

Cette curieuse causerie, qui place son auteur au premier rang parmi nos meilleurs conférenciers, fut accompagnée d'auditions : Mme Marcelle Villeroy, incarnant Marie-Antoinette dans le plus riche et le plus exact des costumes, chanta, en s'accompagnant à la harpe ou au clavecin, les chansons de la Reine. Ce fut l'interprète rêvée, aussi brillante chanteuse que virtuose de grande classe. Elle provoqua dans l'auditoire autant d'émotion que d'admiration.

Chanteur et conférencier furent ovationnés et rappelés d'enthousiasme : ils remportèrent le plus grand et le plus légitime succès.

— **Médaille du Docteur Lortat-Jacob.** — Désireux d'honorer la mémoire de Léon Lortat-Jacob, un certain nombre de ses maîtres, collègues, élèves et amis ont eu la pensée de faire exécuter un médaillon qui sera offert au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Une souscription a été ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 francs aura droit à un exemplaire d'une médaille, réplique du médaillon.

Le comité est constitué par MM. Jeanselme et Queyrat, présidents ; Belot, Léon Bernard, Fernet, Gastinel, de Gennes, Gires, Gougerot, Grivot, Harvier, P. Jacquet, Marcel Labbé, Laignel-Lavastine, Legrain, Louste, Milian, Marcel Pinard, Ravaut, Robertil, Sézary, Solente, Turpin, Vitry.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris, 6[e]. (Compte chèques-postaux, Paris 599.)

— **Assemblée générale de l'Union syndicale des médecins propharmaciens français.** — L'assemblée générale statutaire de l'U. S. M. P. F. aura lieu à Paris, 47, rue du Docteur-Blanche, dans les salons du « Monde Médical », le dimanche 17 avril à 9 h. 30.

Un dîner, tout intime, réunira le soir quelques amis de la propharmacie, le bureau de l'U. S. M. P. F., ainsi que les confrères qui voudront bien s'inscrire d'urgence au secrétariat général, 16, rue de Sucy, Bonneuil-sur-Marne (Seine).

— **T. S. F.** — Le Dr Ch. Guilbert, chef du service de radiologie à l'hôpital Boucicaut, fera le 6 avril, à 17 heures, aux postes de radio-diffusion des P. T. T. et de la Tour Eiffel, une conférence sur *les rayons X en thérapeutique*. Le Dr Guilbert avait fait sur ce sujet une première conférence aux mêmes postes le 30 mars.

— **Paris.** — *Le Professeur Rolleston, de Londres, vient faire une conférence à la Faculté de médecine de Paris.* — Notre collaborateur et ami, le Dr Foveau de Courmelles, qui est membre honoraire de la *Royal Society of medicine* de Londres, a reçu d'Angleterre une lettre lui annonçant que le Professeur Sir Humphrey Rolleston se rendra à Paris le 8 avril pour donner le même jour, à 9 heures du soir, une conférence, au nom du Chadwick Trust, sur « Les pionniers et le progrès de la médecine préventive ». Cette conférence aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté ou dans la salle des séances de l'Académie de médecine.

— **Croisières médicales franco-belges.** — *Bruxelles médical* et *Le Concours médical* organiseront, à partir de 1933, d'un commun accord, des croisières médicales franco-belges.

La première aura lieu aux vacances de Pâques 1933 et visitera l'Adriatique, la Crète et peut-être certaines îles égéennes.

— **Association générale des médecins de France.** — *Bourses familiales du Corps médical* (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Il est rappelé que dix bourses de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront simplement avertir par lettre qu'ils maintiennent leur candidature pour 1932.

## A TRAVERS L'OFFICIEL

16 MARS

**Légion d'honneur.**

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de l'Intérieur : MM. les Dr Flandrin, chirurgien de la Maison de Santé des Gardiens de la Paix, et Marty.

17 MARS

### Service de santé de la marine militaire.

*Ecole principale du Service de santé de la marine.*

Par décision ministérielle en date du 10 mars 1932, le nombre des candidats à admettre à l'école principale du Service de santé, de la marine, à la suite du concours de 1932, est fixé comme suit :

*Ligne médicale.*

84 places, dont 19 pour la marine et 65 pour le corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves écrites auront lieu les 7 et 8 juillet 1932, à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger, dans les conditions fixées par l'avis de concours publié au *Journal officiel* du 29 janvier 1932.

18 MARS

### Enseignement de la médecine.

*Circulaire relative au délai d'ajournement après quatre échecs successifs à un examen de doctorat en médecine*

*Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts à MM. les recteurs d'académie.*

Paris, le 4 mars 1932.

J'ai été saisi de demandes d'instructions relatives aux modalités d'application du décret du 12 juillet 1913, aux termes duquel, à partir du quatrième échec à un même examen de doctorat en médecine (examen de fin d'année ou examen de clinique), le délai d'ajournement est de deux ans pour ce même examen.

J'ai l'honneur de vous informer qu'il doit être tenu compte des prescriptions suivantes concernant l'application de ce décret :

I. — La règle de l'ajournement à deux ans après quatre échecs successifs s'applique aux examens afférents au diplôme d'Etat de docteur en médecine et aux diplômes de docteur d'Université, mention « médecine ». Elle ne s'applique que dans le cas où le candidat a subi effectivement un échec et non dans le cas où il aurait été seulement absent aux jours et heures où il devait subir une ou plusieurs épreuves.

II. — Le décret du 12 juillet 1913 ne pouvait pas prévoir la session extraordinaire de février-mars qui est organisée par l'arrêté du 3 février 1927.

Cette session extraordinaire doit être considérée comme une annexe ou un prolongement de la session d'octobre-novembre . En conséquence, il y a lieu de ne compter que pour un seul échec les ajournements subis à la session ordinaire d'octobre-novembre et à la session extraordinaire suivante de février-mars. Dans tous les autres cas, il y a lieu de compter un échec chaque fois qu'un candidat est ajourné à une session d'examens.

Dans l'hypothèse la plus caractéristique, un candidat bénéficiaire des dispositions du décret du 3 février 1927 pourrait se présenter sans succès à un

même examen de fin d'année à huit sessions avant que lui soit applicable la sanction imposée par le décret du 12 juillet 1913. Tel serait le cas, par exemple, d'un étudiant ajourné en novembre 1928 et mars 1929 (1er échec), novembre 1929 et mars 1930 (2e échec), novembre 1930 et mars 1931 (3e échec), novembre 1931 et mars 1932 (4e échec).

III. — A partir de la session à laquelle le quatrième échec à un examen est subi, le candidat est ajourné à deux ans pour ce même examen, c'est-à-dire qu'un candidat à un examen de fin d'année ne peut pas se présenter aux trois sessions ordinaires (sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre) qui suivent la session au cours de laquelle il a subi l'échec considéré comme quatrième échec.

Si ce quatrième échec est subi, par exemple, à la session de juin-juillet 1931, il peut être réparé à partir de la session de juin-juillet 1933. S'il est subi à la session d'octobre-novembre 1931 ou à celle de février mars 1932, il peut être réparé à partir de la session d'octobre-novembre 1933.

Un quatrième échec à un examen de clinique ne peut être réparé que vingt-quatre mois après la date à laquelle il a été subi.

Je vous serais obligé de donner connaissance des prescriptions de la présente circulaire à MM. les doyens et directeurs de faculté ou écoles de médecine de votre ressort en les chargeant d'en assurer l'exécution.

Mario Roustan.

**Service de santé militaire (troupes coloniales)**

*Circulaire nº 679 1/8 relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de « professeur agrégé de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales » et pour des emplois de « professeurs agrégés de chirurgie » et de « professeurs agrégés de médecine » (armée active).*

Un concours s'ouvrira le 14 novembre 1932, à neuf heures, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'obtention du titre de « professeur agrégé de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ».

Le nombre des emplois mis au concours est de :

Deux emplois de « professeur agrégé de chirurgie » ;

Deux emplois de « professeur agrégé de médecine ».

En exécution de l'article 10 du décret du 22 août 1928, les médecins commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie, sont seuls admis à se présenter à ce concours.

Les épreuves seront subies dans les conditions et d'après les programmes déterminés par le décret du 22 août 1928 portant organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, et l'instruction du 3 novembre 1928 relatives aux concours pour le titre de « professeur agrégé de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ».

*Les demandes des candidats en vue d'être auto-*

risés à prendre part à ces concours seront revêtus de l'avis motivé et détaillé des chefs de chacun d'eux et adressées au ministère de la défense nationale, guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) pour le 1er octobre 1932 au plus tard. Seules seront admises les candidatures de médecins présentant des garanties scientifiques suffisantes pour leur permettre d'aborder un concours de cette nature avec possibilité de succès. Il devra être tenu compte de ces éléments d'appréciation dans les avis à exprimer par les autorités hiérarchiques.

Conformément au titre V de l'instruction du 3 novembre 1928, précitée, il pourra être accordé, si les conditions du service le permettent, des stages de préparation aux candidats à ces concours.

Paris, le 10 mars 1932.

*Le ministre de la défense nationale,*
François Piétri.

*Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien, des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du service de santé colonial (armée active).*

Les concours institués par le décret du 22 août 1928, pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du service de santé colonial, s'ouvriront le 13 juin 1932 à l'hôpital militaire d'inscription du Val-de-Grâce, à Paris, dans les conditions et suivant les programmes fixés par l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Les épreuves complémentaires du concours prescrites par les articles 3 et 4 du décret précité pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux coloniaux, auront lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Sont autorisés à se présenter à ce concours :

1° Les médecins et pharmaciens capitaines compris dans la 1re moitié de la liste d'ancienneté de leur grade au 1er janvier 1932 et les médecins et pharmaciens commandants, présents en France ou en Algérie-Tunisie ;

2° Les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels présents en France ou en Algérie-Tunisie et rentrés des colonies depuis le 1er janvier 1931.

Les médecins et pharmaciens des troupes coloniales qui désireraient prendre part à ces concours et aux épreuves complémentaires de ces concours devront faire parvenir leur demande, par la voie hiérarchique, au ministère de la défense nationale (guerre), direction des troupes coloniales, 3e bureau, avant le 1er mai 1932, au plus tard, en indiquant le concours (médecine, chirurgie, pharmacie) et le cas échéant, en ce qui concerne les médecins, la spécialité choisie, s'ils désirent se présenter aux épreuves complémentaires de spécialiste.

Les nécessités de service d'ordre divers pourront entraîner la limitation des autorisations à participer aux épreuves de ces concours.

En conséquence, les avis hiérarchiques ne devront pas se borner à une simple transmission favorable mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références utiles. Les autorisations de se présenter à ces concours ne seront délivrées qu'après étude approfondie des titres des candidats par l'administration centrale.

Suivant les nécessités du service, il pourra être accordé aux candidats un stage de préparation de trois mois.

Paris, le 10 mars 1932.

*Le ministre de la défense nationale,*
FRANÇOIS PIÉTRI.

**Soins aux pensionnés de guerre.**

*Mémoires pharmaceutiques.*

*Arrêté du 9 février 1932.*

*Article unique.* — L'article 2 de l'arrêté du 22 août 1927 modifiant l'arrêté du 3 juin 1927 est complété comme suit en ce qui concerne l'échelle des réductions proportionnelles à opérer, d'après leur importance, sur le montant des mémoires pharmaceutiques :

6 p. 100 sur le montant des mémoires de 3.001 à 5.000 fr.

8 p. 100 sur le montant des mémoires de 5.001 à 7.500 fr.

10 p. 100 sur le montant des mémoires de 7.501 à 10.000 fr.

12 p. 100 sur le montant des mémoires de 10.000 à 15.000 fr.

15 p. 100 sur le montant des mémoires de plus de 15.000 fr.

**Sanatoriums publics.**

*Avis de concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur de sanatorium public départemental de Liessies (Nord).

Le traitement de début est fixé à 39.000 fr. et peut atteindre 52.000 fr. par avancements successifs. Au traitement s'ajoutera une indemnité de 30.000 fr. allouée par le département du Nord. Les intéressés bénéficieront, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de quarante ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante de laboratoire et des services spéciaux de tuberculose.

La limite d'âge de quarante ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires, ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Les médecins adjoints, en fonctions dans les sana-

toriums publics ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur de sanatorium auquel ils sont affectés.

Les demandes devront être adressées, avant le 26 avril 1932 au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin directeur.

20 MARS

### Ecoles d'infirmières.

*Arrêté du* 15 *février* 1932.

Art. 1er. — L'article 1er de l'arrêté du 6 octobre 1931 approuvant le règlement de l'école d'infirmières hospitalières des hospices civils de Beaune, paragraphe 2°, est modifié comme suit :

« Les élèves effectueront à l'école d'infirmières et de visiteuses, 1, rue de la Charité, à Lyon, les stages dans les services d'enfants et de dermato-syphiligraphie exigibles pour l'examen conférant le diplôme d'Etat, soit au total cinq mois de stages. »

Art. 2. — Le conseiller d'Etat directeur de l'hygiène et de l'assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Refus des prestations des Assurances sociales en cas d'insuffisance des versements.

14813. — M. de Grandmaison demande à M. le ministre du Travail, lorsqu'un patron a retourné régulièrement au service départemental les feuillets trimestriels d'un assuré, munis de timbres insuffisants, si la caisse peut refuser le versement des prestations en raison de l'insuffisance des cotisations ou bien si le service départemental doit signaler au patron l'insuffisance des versements en réclamant, s'il y a lieu, les intérêts de retard. (*Question du* 12 *janvier* 1932.)

*Réponse.* — Une caisse primaire de répartition ne saurait faire état pour déterminer le droit aux prestations que des versements effectués pendant la période de référence qui précède la survenance du risque. Si ces versements n'atteignent pas le minimum légal, elle doit refuser les prestations. Lorsque le service départemental des assurances sociales se trouve informé, après la survenance du risque, que l'employeur n'a pas acquitté précédemment la totalité des versements lui incombant, il l'invite, conformément à l'article 14 du décret du 25 juillet 1930, à compléter sans délai ces versements et à verser les intérêts de retard dus, en provoquant, s'il y a lieu, les sanctions prévues à l'article 64 de la loi sur les assurances sociales. Mais la régularisation par l'em-

ployeur de sa situation ne saurait obliger la caisse à dispenser les prestations. Celui-ci reste éventuellement responsable vis-à-vis de l'assuré du préjudice qu'il a pu lui causer. (*J. O.* 10 *mars* 1392.)

**La solde des officiers de réserve n'est pas un revenu imposable.**

15152. — M. Marteau demande à M. le ministre des Finances si les officiers de réserve doivent tenir compte, dans leur déclaration sur le revenu, de la solde perçue pendant l'accomplissement des périodes d'instruction (*Question du* 4 *février* 1932.)

*Réponse.* — Il est admis qu'en raison des dépenses occasionnées aux officiers de réserve pour l'accomplissement des périodes d'instruction, la solde qui leur est allouée ne constitue pas un revenu imposable. (*J. O.* 10 *mars* 1932.)

**Choix du médecin par les indigents dans la Seine.**

15074. — M. Ballu demande à M. le ministre de la santé publique : 1° pour quelles raisons les indigents de la Seine bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, ne peuvent choisir d'autre médecin que les médecins de la Seine ; 2° pourquoi l'on n'applique pas, dans ce cas, l'article 12 de la loi sur les accidents du travail ou de la loi des pensions disant : « La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise : arrondissement de Versailles, etc. ; arrondissement de Pontoise ; les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, le Raincy » ; ajoute qu'il semble illogique qu'une famille soignée habituellement par un médecin de Seine-et-Oise soit contrainte de le quitter du fait que, privée de ressources, elle est inscrite sur la liste d'assistance médicale gratuite. (*Question du* 29 *janvier* 1932.)

*Réponse.* — D'après l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, le service d'assistance médicale gratuite est organisé, dans chaque département, sous l'autorité du préfet. Les assistés d'un département ne peuvent donc, en principe, s'adresser aux médecins rattachés au service d'assistance d'un autre département. La législation sur les accidents du travail et sur les pensions n'est pas applicable en la matière.

(*J. O.*, 24 février 1932).

**Paiement des allocations d'allaitement aux assurées sociales.**

14812. — M. de Grandmaison demande à M. le ministre du travail si, pour l'allocation des primes d'allaitement prévues par la loi sur les assurances sociales, les caisses chargées du payement de ces primes peuvent obliger les assurées à déplacer leurs enfants pour les soumettre à des visites men-

*Voir la suite page LV-1097*

# PROPOS DU JOUR

## Les voix latines

### Un remarquable aperçu d'histoire de la médecine espagnole par le Prof. Forgue

Les *Voix latines* pour la première fois se sont fait entendre, et c'est à Paris, dans le grand Amphithéâtre de l'Institut océanographique. Le choix de cet Amphithéâtre est vraiment symbolique, car le retentissement des *Voix latines* ne doit pas se borner aux trop étroites limites du Vieux Monde : il doit, par delà l'Océan, atteindre l'Amérique latine et le Canada.

Le puissant animateur de l'*Union médicale latine*, le Dr Dartigues, dont l'esprit, toujours en éveil, cherche sans cesse de nouveaux moyens de resserrer les liens qui doivent unir les médecins de culture latine, a eu l'heureuse idée de créer les conférences de l'Union médicale latine, et son cerveau fécond et inventif a trouvé le terme juste et pittoresque pour les désigner en les appelant les *Voix latines*. Elles ne prêcheront certes pas dans le désert ces voix, car ce seront des maîtres de la médecine et de la pensée, des savants universellement connus et réputés qui leur serviront d'organes et viendront tour à tour exposer ce qu'ils ont vu et appris dans les divers pays latins qu'ils ont visités, où ils ont vécu, qu'ils connaissent bien et qu'ils aiment comme une seconde patrie.

***

Au Professeur Forgue, de Montpellier, membre correspondant de l'Institut, est revenu l'honneur d'inaugurer les *Voix latines* par une conférence sur l'Espagne, avec *Regards sur la médecine espagnole : Son histoire et son évolution*.

C'était en effet un droit pour l'Espagne de venir en tête de la série de ces conférences. N'oublions pas qu'à son origine, l'Union médicale latine, l'ancienne Union médicale franco-ibéro-américaine, l'Umfia en un mot, fut une petite association uniquement franco-espagnole, fondée par le triumvirat : Dartigues, Bandelac de Pariente et Gaullieux l'Hardy, trois médecins qui ne se doutaient guère alors de l'avenir qui était réservé à leur groupement modeste. Ce fut par étapes que le Portugal, les Républiques américaines latines, le Canada, la Belgique, l'Italie, la Roumanie, la Suisse romande, en somme la Latinité toute entière, vinrent adhérer à l'Umfia et former la grande Union médicale latine.

Est-il besoin de faire encore ressortir tout ce qu'il y eut de judicieux dans le choix du conférencier ?

Tout le monde connaît les qualités d'orateur, de lettré, de philosophe, d'érudit, de savant du grand chirurgien de Montpellier et il n'est guère de gens qui, ayant entendu une fois le Prof. Forgue, ne soient restés éblouis sous le charme de sa parole et en aient perdu le souvenir.

Mais ce que le public médical ignore, c'est la connaissance approfondie du Prof. Forgue de tout ce qui touche à l'Espagne, c'est l'affection sincère qu'il a pour ce noble pays, ce sont les nombreuses relations et les solides amitiés qu'il a su se créer dans les Universités ibériques.

Le sujet de la conférence était délicat et difficile, car on connaît très peu en France les services rendus aux sciences médicales par la médecine espagnole et les traités les plus complets et les plus récents d'histoire de la médecine sont presque muets sur les médecins de la Péninsule.

M. Forgue, qui s'est livré sur ce thème à de longues et minutieuses investigations, a étudié tour à tour les origines arabes, les premières écoles nationales et l'évolution moderne de la médecine hispanique. Il a fait remarquer en passant que l'Espagne est un pays à part, en Europe, pays captivant, doté d'un potentiel considérable et inexploité, d'un individualisme étrangement susceptible qui est une grande qualité, mais parfois une cause d'échec. Il faut tenir compte, quand on veut étudier l'Espagne, de l'interminable état de guerre qui régna sans relâche dans ce pays, songer que les Arabes y dominèrent pendant huit siècles, que 711 offensives musulmanes furent déclenchées sur l'Espagne depuis que Tarik débarqua à Gibraltar et commença en 710, avec seulement sept mille guerriers arabes, la conquête de la péninsule.

Ce ne fut qu'en 1492, l'année de la découverte

◆◆

de l'Amérique, que l'Espagne fut complètement libérée de l'occupation musulmane, lorsque Gonsalve de Cordoue chassa sans peine Boabdil, le dernier souverain du petit royaume maure de Grenade.

Il ne faut donc pas s'étonner de l'empreinte profonde dont l'Islam a marqué toute la civilisation espagnole, et aussi, la médecine de ce pays.

Le Prof. Forgue a brossé un large tableau de cette civilisation arabe dont le Xe siècle connut l'apogée.

Il a montré quel centre merveilleux de rayonnement scientifique fut Bagdad où cent copistes ou traducteurs, dont beaucoup étaient juifs, reproduisaient et commentaient les chefs d'œuvres grecs et latins, dont les livres des médecins de l'Antiquité.

Il a décrit les voyages d'études en Orient, semblables aux pèlerinages de La Mecque, et l'exode des livres et des savants vers l'Occident conquis à l'Islam, car toute la Méditerranée était devenue alors une mer musulmane. Cordoue comptait à cette époque une bibliothèque de 600.000 volumes, et 40 volumes en contenaient à peine tout le catalogue. Tandis que Badgad et la Syrie avaient eu des médecins de premier ordre, comme Rhazès et Avicenne, l'Espagne musulmane donnait le jour au chirurgien de génie Abulcasis, aux grands médecins Avenzoar, Averrhoès et au juif Maïmonide.

C'est grâce à eux, à leurs élèves et à leurs émules, que les ouvrages hippocratiques, ceux de Galien, de Dioscoride, d'Alexandre de Tralles, d'Oribase, de Paul d'Egine, sans parler d'Aristote, ont été connus au Moyen-Age.

Mais voilà qu'au XIIe et XIIIe siècles, la puissance arabe décline. On voit alors surgir les universités nationales espagnoles. C'est d'abord Tolède libérée, qui devient pour les sciences la réplique chrétienne de Bagdad en Occident, où les lettrés vont chercher la pensée grecque. Dès 1208, est fondée l'Université de Palencia qui possède en 1240 une chaire d'anatomie ; nous voyons ensuite fleurir les Universités de Salamanque, de Valladolid, d'Alcala de Hénarès, patrie de Cervantès, à quelques lieues de Madrid, qui, fondée par le Cardinal Ximénès, en 1508, ne tardait pas à compter plus de 2.000 étudiants en médecine.

Le Prof. Forgue, qui sème sa conférence d'anecdotes et de tableaux intéressants sur l'exercice de la médecine et la vie des étudiants en Espagne, évoque les grands noms du catalan, Arnaud de Villeneuve, que revendique surtout l'Université de Montpellier où il vécut dix ans, de Raymond Lulle, de Majorque, le légendaire *doctor mirabilis* qui étonna le XIVe siècle par l'universalité de sa science ; puis, plus tard, apparaissent l'anatomiste Valverde, Michel Servet, l'inventeur de la circulation pulmonaire.

Après une éclipse au XVIIe siècle, la flamme scientifique se rallume à Cadix avec le Collège royal, fondé par Virgili, et dont sortit le chirurgien anatomiste Gimbernat.

A la période contemporaine, si aucune grande découverte, tant en médecine qu'en chirurgie, n'a vu le jour en Espagne, les chirurgiens et les médecins espagnols n'ont rien à apprendre, tant au point de vue scientifique que technique, de leurs confrères européens.

Il est cependant un maître, un homme de véritable génie, auquel le Prof. Forgue a tenu à rendre un profond et émouvant hommage, c'est le grand neuro-histologiste, Ramon y Cajal, dont les travaux sont admirés du monde entier et qui, de toutes les façons, a témoigné son affection pour la France.

Et, au cours d'applaudissements enthousiastes et longuement prolongés, le Prof. Forgue, qui a foi en l'avenir de l'Espagne, qui connaît les forces latentes dont dispose le peuple espagnol, qui ne doute guère des perspectives d'avenir brillant de ce pays, perspectives que le grand médecin Marañon a brillamment exposées, conclut par le mot de Victor Hugo :

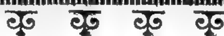
« *O vieille Espagne ! ô peuple tout neuf !* »

***

Le conférencier reçut à la sortie les félicitations de S. E. Ojeda, ministre, conseiller de l'ambassade d'Espagne, qui représentait l'Ambassadeur, des professeurs de l'Université et des personnages de distinction qui, malgré l'extrême rigueur de la température, étaient venus, nombreux, écouter le premier appel des *Voix latines* (1).

J. Noir.

(1) La conférence du Prof. Forgue ne saurait être fidèlement analysée. Le *Concours médical* espère pouvoir avant peu la donner *in extenso* à ses lecteurs.



# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LA TOXÉMIE ÉMÉTISANTE DE LA GROSSESSE

Dr R. BATLLE,

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Montpellier.

La grossesse, a dit Bar, est « une symbiose harmonique homogène », et la plupart du temps, en effet, la femme enceinte mène sa grossesse à terme sans troubles, dans des conditions d'euphorie parfaite et d'équilibre remarquable, l'état de gestation étant pour elle une période de profit. Cette conception s'oppose formellement à celle de la grossesse « maladie de neuf mois », d'après laquelle la gestation serait au contraire une période de sacrifices constants et journaliers que la mère consent à son enfant.

La nature des troubles légers ou graves, qui peuvent survenir au cours de la grossesse, leur physionomie particulière, paraissent justifier une division clinique de la gestation en trois périodes trimestrielles que nous schématiserons ainsi :

Pendant le premier trimestre, l'organisme maternel paraît s'adapter à son nouvel état, il se défend contre l'agression ovulaire qu'il subit, agression dont les manifestations sont désignées par le terme impropre, mais cependant classique de « troubles sympathiques ». Il s'agit bien ici de toxémie gravidique, dont la symptomatologie, à cette époque de la grossesse, est, semble-t-il, dominée par le vomissement. On peut donc dire : au cours du premier trimestre, la toxémie est « émétisante ».

Pendant le deuxième trimestre, au contraire, la grossesse paraît être admirablement tolérée, la phase d'adaptation est terminée, la gestation évolue sans incidents, et cette période est une phase d'euphorie parfaite, une période floride qui paraît parfaitement correspondre à la conception de Bar : « grossesse, symbiose harmonique homogène ».

Au début du troisième trimestre, les conditions paraissent changer encore, et parfois, à la période de stabilité ou de profit qui le précède, succède une phase nouvelle de toxémie. Mais il ne s'agit plus ici de toxémie émétisante, il s'agit de toxémie hypertensive, convulsivante parfois.

La toxémie émétisante, à laquelle nous consacrerons cette étude, apparaît au cours du premier trimestre de la grossesse, et il convient d'accueillir avec scepticisme les cas de vomissements plus ou moins sévères survenant après cette période. L'apparition des accidents est parfois très précoce, quelques jours à peine après la conception ou la greffe de l'œuf sur la muqueuse utérine.

D'autre part, cette toxémie a des degrés de gravité remarquables, pouvant revêtir tous les aspects, toutes les formes cliniques, depuis la plus bénigne et la plus discrète, celle des vomissements simples, se produisant à jeun et n'entraînant aucune dénutrition, jusqu'aux formes les plus graves qui seules méritent le nom de « maladie émétisante de la grossesse ». Alors que dans le premier cas, le vomissement n'est qu'un incident passager sans gravité, un signe dont la valeur diagnostique est appréciable, les vomissements graves sont une éventualité redoutable, qui met en danger la vie maternelle, et peut conduire l'accoucheur au sacrifice de la vie fœtale.

Un problème se pose :

Vomissements bénins et graves, sont-ils les deux extrêmes d'une même échelle de gravité, ou s'agit-il au contraire de deux entités pathologiques distinctes ?

La solution du problème nous paraît pouvoir être recherchée de trois côtés différents : du côté symptomatique, du côté thérapeutique, du côté pathogénique, enfin.

Parmi les signes cliniques, il en est un, dominant et de grande valeur, que l'on retrouve aussi bien dans la toxémie bénigne que dans la toxémie grave, dont l'intensité et la répétition sont en rapport avec la gravité de la maladie. Mais alors que dans les cas bénins le vomissement résume toute la symptomatologie, dans les cas graves au contraire, il fait partie d'un syndrome complexe de toxémie où se mêlent avec lui la déshydratation de l'organisme, l'acidose avec cétose, la défiscience hépatique, la constipation opiniâtre, l'anurie, l'amaigrissement, puis l'accélération du pouls, les phénomènes nerveux enfin, selon la description remarquable et si classique de Paul Dubois.

La thérapeutique nous donne également des

indications précieuses ; dans les cas bénins, tout traitement réussit et fait merveille, depuis la simple expectative jusqu'à la psychothérapie la plus banale. Dans la toxémie grave, au contraire, tous les moyens échouent, et seule la thérapeutique obstétricale qui interrompt la grossesse est susceptible de donner un résultat inespéré.

La pathogénie enfin, sur laquelle nous reviendrons plus longuement tout à l'heure, permet de souligner que toxémie bénigne et toxémie grave doivent être attribuées à une seule et même cause : la présence de l'œuf dans la cavité utérine.

Pour conclure, nous pensons donc qu'il n'y a qu'une seule toxémie émétisante, mais qu'elle présente deux formes cliniques, l'une bénigne et l'autre grave. La première de ces formes traduit une légère atteinte toxique et l'adaptation de l'organisme maternel à son nouvel état ; la seconde, au contraire, est un aveu de l'impuissance de l'organisme dans la lutte qui s'engage, et chez lequel la toxémie victorieuse produit les plus graves désordres, ceux de la maladie émétisante.

Nous passerons sous silence l'énumération et la description détaillée des symptômes, connus de tout médecin ; il en a d'ailleurs été question déjà, et nous avons souligné que le vomissement est le signe unique de la toxémie banale, la forme sévère étant caractérisée par un ensemble de troubles, groupés par Dubois en trois périodes de gravité croissante.

La pathogénie nous retiendra plus longuement, car elle constitue un chapitre complexe, nébuleux, obscurci sans cesse par des interprétations souvent erronées et parfois fantaisistes.

Leven pense qu'il n'existe pas de vomissements incoercibles de la grossesse. Les vomissements, dit-il, peuvent être rattachés à trois groupes de causes : l'aérophagie, la dyspepsie l'atonie gastrique. Dans diverses publications, l'auteur rapporte de nombreuses observations dans lesquelles les vomissements, même d'allure sévère, furent facilement guéris par une thérapeutique médicale bien élémentaire : absorption de liquides avec une paille, ingestion de bicarbonate de soude, port d'une ceinture abdominale. Cette théorie est évidemment la négation de toute toxémie émétisante, puisque la cause du vomissement est uniquement gastrique, et nous la croyons basée sur une erreur d'interprétation. On ne peut nier qu'il existe vraiment des vomissements très graves, qui font partie d'un ensemble clinique, désigné par le terme de maladie émétisante, que seule l'interruption de la grossesse peut guérir, et dans laquelle toute thérapeutique médicale reste vaine.

Nous ne citerons que pour mémoire l'hypothèse formulée par Aburel et Ornstein, d'après laquelle les vomissements de la gestation seraient dus à un état de spasmophilie dû à l'hypocalcémie de la grossesse. Le rôle joué par les déviations utérines, rétropositions surtout, ne nous retiendra pas longtemps non plus. On sait qu'elles peuvent, pendant la grossesse, être la cause de vomissements tenaces (réflexe hypogastrique de Jayle), qui cessent dès que l'anomalie est corrigée. Il ne saurait donc s'agir ici de toxémie émétisante de la gestation.

Que vaut la théorie névropathique ? Sans doute renferme-t-elle une part de vérité, et la notion du terrain doit être retenue, mais il n'en faut pas exagérer la valeur et prendre pour des hyst riques toutes les femmes qui vomissent. Sireday obtint une guérison miraculeuse de vomissements graves en étalant devant la malade sa plus belle robe qu'elle ne voulait pas souiller, mais il est bien certain qu'il ne s'agissait pas dans cette curieuse observation, de toxémie profonde. Lantuéjoul, dans une leçon du jeudi soir à la clinique Tarnier (1926) a présenté une défense remarquable de cette théorie névropathique, mais elle ne saurait faire oublier qu'il existe des cas de vomissements graves que la psychothérapie ne guérit pas.

Avec la théorie de Pinard et de Bar, nous arrivons enfin sur un terrain plus solide. Cette théorie de l'hépatotoxémie paraît être étayée sur des constatations anatomiques précises (lésions cellulaires, dégénérescence hépatique, graisseuse surtout), et sur des faits cliniques importants. Diverses méthodes de laboratoire permettent enfin de déceler la défaillance du foie et d'apprécier l'insuffisance de sa fonction :

La présence de sels et de pigments biliaires dans les urines, la fréquence de l'urobilinurie, sont des signes excellents.

La fréquence de l'acidose soulignée par Le Lorier, est interprétée par Marcel Labbé comme une précieuse indication, quoiqu'il faille cependant tenir compte de la possibilité d'une acidose de jeûne.

La fréquence de l'acétonurie, mise en évidence par la réaction de Gerhardt, au perchlorure de fer, par celle de Legal, ou par la méthode de Van Slyke, donne une indication précieuse.

Il en est de même pour la recherche des coefficients de Maillard, de Lenzenberg, de Derrien-Clogne, qui mettent en évidence l'imperfection uréogénique.

L'épreuve de l'hémoclasie digestive, enfin, constitue, grâce à Widal, une méthode d'appréciation de l'insuffisance hépatique.

Celle-ci est donc vraiment manifeste dans la toxémie émétisante grave, mais beaucoup moins certaine dans les formes bénignes. Aussi peut-on supposer que les signes de cette défaillance et sa traduction anatomique, ne sont que la conséquence et non la cause de la toxémie.

La théorie de la toxémie ovulaire, enfin, est

actuellement la conception la plus classique, celle qui paraît le mieux concorder avec les faits et la moins accessible à la critique. Le Lorier en a fait une excellente étude dans une leçon du jeudi à la clinique Tarnier.

C'est donc l'œuf que l'on doit incriminer dans la production des accidents et la preuve en est dans la constante efficacité de l'avortement provoqué. Mais quelle est la responsabilité du placenta et du fœtus dans cette toxémie ovulaire ? En d'autres termes, s'agit-il de toxémie villeuse ou fœtale ? A première vue la réponse paraît facile. Au cours du premier trimestre en effet, il y a dans l'œuf bien peu de fœtus mais beaucoup de placenta, et de plus au début de la grossesse ou se manifeste la toxémie, l'œuf est placenta partout. Il convient de souligner d'ailleurs que dans la dégénérescence môlaire des villosités, le syndrome toxique revêt une intensité particulière.

L'œuf, dit Le Lorier, est le résultat de la combinaison de deux albumines, l'une autogène et maternelle provenant de l'ovule, l'autre hétérogène et paternelle, provenant du spermatozoïde. Il serait bien surprenant que la première soit offensante, mais la seconde se comporte vis-à-vis de la mère comme un véritable agresseur. L'organisme maternel se défend contre cette atteinte, et sa défense peut être mise en évidence par diverses réactions biologiques telles que la réaction de déviation du complément (Fieux et Mauriac), la méthode de la dialyse d'Abderhalden, l'intradermo- ou la cuti-réaction aux extraits placentaires.

Cette théorie pathogénique paraît donc justifiée, elle explique fort bien la toxémie légère comme la toxémie grave, en tenant compte de l'intensité toxique et de la valeur de la défense de l'organisme.

La question du diagnostic ne nous retiendra pas longuement. Il faut être prudent dans son jugement, car certaines femmes savent que les vomissements graves peuvent amener le médecin à interrompre la grossesse, éventualité qu'elles peuvent avoir des raisons de rechercher. Aucune donnée clinique ne sera négligée pour trouver et traiter une déviation utérine, ou pour dépister une tumeur cérébrale qui peut donner le change, ainsi qu'en témoigne une observation rapportée par M. et Mme Gaussel en 1910. Enfin toutes les causes de vomissements telles que ulcus ou cancer de l'estomac, appendicite, tabès, méningite, seront successivement éliminées. D'ailleurs, dans les cas graves, la symptomatologie si bien résumée par Dubois, permet en général un diagnostic facile.

Quant au pronostic, il a dans la toxémie sévère une importance de premier plan, car c'est lui qui permettra de fixer l'heure ou l'intervention obstétricale est opportune. Elle est en effet la dernière planche de salut, et si son heure passe, la malade est irrémédiablement perdue. Quels sont donc les signes qui permettent de juger la gravité du cas et de fixer le moment de l'interruption de la grossesse ?

Pinard interprète comme un excellent signe de gravité l'accélération permanente du pouls au-dessus de 100, et en cela il est parfaitement d'accord avec le tableau classique de Dubois (deuxième période). Mais de nombreux auteurs estiment cependant que ce signe est parfois infidèle, certaines malades pouvant mourir de toxémie sans que ce chiffre n'ait jamais été atteint.

Devraigne base le pronostic sur la concentration globulaire du sang, signe constant de la déshydratation profonde de l'organisme.

Le Lorier pratique et conseille la recherche de l'acidose et la mise en évidence des corps acétoniques dans les urines par la réaction de Gerhardt. La solution de ce même problème pronostique peut être différemment recherchée en fixant le taux de la réserve alcaline du sang, comme le fait Coll de Carrera.

Voron et Pigeaud, dans un article paru dans *Gynécologie et obstétrique* (numéro de mars 1931), ainsi que dans une communication faite au dernier congrès de Bordeaux, propose la recherche du coefficient de Maillard pour fixer le pronostic. Les chiffres donnés par les auteurs sont les suivants : le coefficient est-il supérieur à 25, la toxémie est exceptionnellement grave et l'interruption de la grossesse parfaitement légitime.

Le coefficient est-il inférieur à 15, le pronostic est favorable et l'on peut tout espérer d'un traitement médical bien conduit.

Le coefficient est-il enfin compris entre les chiffres 15 et 25, il s'agit d'une toxémie de gravité moyenne qu'il faut combattre médicalement en suivant son évolution clinique de manière très attentive. Dans ce cas particulier, des recherches successives du coefficient, donneront une indication précieuse pour fixer cette évolution.

Nous dirons, pour terminer, quelques mots du traitement de la toxémie émétisante, mais en ce qui concerne les cas graves seulement, puisque les vomissements banaux guérissent spontanément sans aucun secours thérapeutique.

On peut poser en principe, croyons-nous, que dans les formes vraiment sévères de la maladie émétisante, l'interruption de la grossesse amène seule une guérison certaine.

Tous les petits moyens réalisant une médication symptomatique peuvent être mis en œuvre dès le début de la maladie : ce sont l'ingestion de liquides glacés, d'une potion de Rivière, l'application d'un sachet de glace ou les pulvérisations d'éther au niveau du creux épigastrique, etc.

La psychothérapie peut également rendre des services, mais il ne faut en attendre que ce qu'elle peut donner et son action curative ne s'exerce vraiment que dans les cas où il s'agit plus d'une psychose que d'une intoxication. Les ressources de la psychothérapie sont alors multiples : isolément, persuasion, explications étiologiques fantaisistes, exercices respiratoires à la bouteille spiroscopique de Pescher, simulacre d'avortement thérapeutique enfin.

Plus sérieux sont les moyens qui luttent contre l'intoxication ou la déshydratation de l'organisme, tels que la superpurgation de Bonnaire, l'administration de sérum glycosé par voie veineuse, sous-cutanée ou rectale, à la Murphy.

L'emploi du sérum bicarbonaté et de l'insuline pourra rendre des services, de même que l'action calmante du chloral à haute dose, qui permet, selon la technique de Brouha, d'alimenter les malades à la faveur de la somnolence qu'elle provoque.

L'opothérapie surrénale, les extraits de corps jaune, conseillés par les Américains, peuvent être employés, malgré les nombreux échecs rapportés par Le Lorier et qui démontrent que la méthode est inconstante dans ses résultats.

L'autohémothérapie et surtout les injections de sang de femme enceinte normale sont des agents thérapeutiques susceptibles de donner des guérisons et qui méritent d'être mieux étudiés.

Mais en définitive, des divers traitements que nous venons d'énumérer peuvent demeurer sans effet dans la toxémie grave, et seule, alors que tout échoue, la thérapeutique obstétricale est vraiment héroïque, car elle est la seule pathogénique, supprimant la cause même de la maladie. C'est donc à l'interruption de la grossesse que l'accoucheur devra parfois se résoudre, et l'utérus sera évacué de son contenu ovulaire et fœtal, sous rachianalgésie de préférence, après dilatation du col aux bougies de Hégar ou aux laminaires.

La conclusion de cette étude est, pensons-nous, que la toxémie émétisante est d'origine villeuse qu'elle est une manifestation parfois très grave d'une lutte entre l'agresseur ovulaire et la défense maternelle. Cette question est bien intéressante, incomplètement fouillée, et permet encore des recherches nouvelles. Mais elle est aussi bien décevante puisqu'elle amène parfois l'accoucheur au sacrifice le plus grave et le plus pénible, celui du produit de conception.

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

# Croissance staturale et taille dans les tumeurs de l'hypophyse (1)

Professeur P. NOBÉCOURT

En 1891, Paltauf publie l'observation d'un homme de 49 ans, ayant une taille de 112 cm. et dont la selle turcique est très agrandie.

Ensuite, plusieurs auteurs rapportent des observations de sujets très petits ayant des tumeurs de l'hypophyse.

En 1911, M. Burnier isole le *nanisme hypophysaire* et MM. Souques et Stephen Chauvet, à propos du même malade, décrivent l'*infantilisme hypophysaire.*

D'autre part, en 1885, M. Pierre Marie décrit l'*acromégalie*, qu'il attribue à une tumeur de l'hypophyse.

En 1894, Launois et Pierre Roy écrivent que les adultes géants, ont, dans 8 cas sur 10, une hypertrophie ou une tumeur de l'hypophyse.

Depuis ces premières études, les observations se sont multipliées. Actuellement, on admet que, d'une part, l'*hypertrophie staturale* et le *gigantisme*, d'autre part, l'*hypotrophie staturale* et le *nanisme* peuvent être associés à des *tumeurs de l'hypophyse*, peuvent être d'origine hypophysaire.

***

Etudions tout d'abord l'HYPERTROPHIE STATURALE et le GIGANTISME.

Dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Troubles de la nutrition et de la croissance*, est publiée ma leçon du 29 novembre 1924, dans laquelle j'ai présenté une *fille atteinte d'un syndrome d'hypertrophie staturale et d'acromégalie.*

Anna est née le 10 août 1911. Elle nous est amenée le 24 octobre 1924. Elle a 13 ans et 2 mois.

Sa taille est de 162 cm. ; la taille moyenne pour son âge est de 146 cm. 5 ; elle a donc un excès statural de 15 cm. 5, soit de 10,5 %. Elle présente une hypertrophie staturale à la limite supérieure des hypertrophies moyennes. Elle a la taille d'une femme adulte à la limite inférieure des hypertrophies staturales.

(1) Leçon du 6 juin 1931.

Voici ses caractères anthropométriques comparés à ceux d'une femme de 162 cm.

Le rapport de Manouvrier de 0,905 est conforme.

Le poids, de 58 kgr. 600, est inférieur de 3 kgr., et le rapport P/T, de 361, est inférieur de 19.

Le périmètre thoracique Pt, de 81 cm. 5, est inférieur de 1 cm. 5, et le rapport Pt/T, de 0,503, inférieur de 0,009.

Le coefficient de Pignet, de 22, est supérieur de 4,6.

Le périmètre cranien, de 56 cm., est supérieur de 1 cm.

Somme toute, cette fille de 13 ans 2 mois a un rapport de Manouvrier, un poids, un périmètre thoracique, un coefficient de Pignet très voisins de ceux d'une femme adulte ayant sa taille. Par suite, son poids, et le rapport P/T, son périmètre thoracique, et le rapport Pt/T sont très supérieurs, et son Pignet est très inférieur à ceux des filles de son âge. Sa morphologie est harmonieuse.

Son crâne est de volume moyen, pour la taille. Il n'est cependant pas absolument normal ; la protubérance occipitale est accentuée, l'occipital droit est saillant, les apophyses mastoïdiennes sont épaissies.

L'œil gauche présente une légère exophtalmie, un strabisme interne, qui a été constaté vers 11 ans et demi, dû à une paralysie du droit externe, une amblyopie notable ; mais les réflexes pupillaires et le fond de l'œil sont normaux des deux côtés.

Le tronc et les membres ne présentent rien de particulier. Toutefois, les mains sont un peu fortes, les pieds sont longs et gros ; Anna chausse du 42, alors que les femmes de même taille chaussent habituellement du 38 ou du 39.

A gauche, le gros orteil, à droite, le deuxième et le quatrième orteils sont hypertrophiés.

Sur les radiographies les os des mains paraissent normaux, les métatarsiens et certaines phalanges des orteils sont longs et épais.

Les poils pubiens sont fournis, comme chez les filles normales de cet âge ; il n'y a pas de poils axillaires. Les seins sont formés. Les règles ne sont pas encore apparues.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le métabolisme basal est de 39,5. Il est inférieur de 12 % à la moyenne pour les filles de cet âge, supérieur de 3,9 % et de 6,7 % aux moyennes des femmes de 18 à 20 ans et de 20 à 30 ans.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H[8]) négatif, le Hecht légèrement positif.

Anna se plaint d'une céphalée temporale sourde, a des tiraillements douloureux dans les mains, les pieds, les genoux, surtout la nuit. Elle se fatigue facilement, est apathique et triste ; son intelligence est normale.

Somme toute, Anna présente une hypertrophie staturale moyenne ; elle a la taille d'une femme adulte ayant une hypertrophie staturale légère.

Elle est bien proportionnée pour sa taille ; son hypertrophie staturale est une hypertrophie staturale simple.

Son développement pubertaire est normal ; comme il est fréquent pour les filles de 13 ans 2 mois, elle n'est pas encore réglée.

Ce qu'elle présente de particulier, c'est, d'une part, l'hypertrophie des extrémités, l'acromégalie, d'autre part, la céphalée et les troubles oculaires. Ces symptômes attirent l'attention sur l'hypophyse.

Sur la radiographie de la base du crâne, on constate une selle turcique un peu agrandie, dont la forme est conservée et les apophyses clinoïdes sont nettes.

Cette constatation, jointe aux symptômes que je viens de décrire, permet de considérer comme très vraisemblable, le diagnostic de *tumeur de l'hypophyse.*

Nous avons pu suivre la *croissance staturale* pendant quatre années.

C'est à l'âge de 9 ans que les parents ont remarqué que la taille de l'enfant dépassait la taille moyenne des filles de son âge.

De 13 ans 2 mois, à 17 ans 1 mois, sa taille s'est notablement accrue, comme le montre la courbe publiée dans mon mémoire des *Archives de médecine des enfants* sur les *Modalités de la croissance staturale des filles de haute taille.*

| Age | Taille Anna | Taille moyenne | Excès statural réel | Excès statural % | Accroissement statural Anna | Accroissement statural moyen |
|---|---|---|---|---|---|---|
| — | — | — | — | — | — | — |
| | cm. | cm. | cm. | | cm. | cm. |
| 13 ans 2 mois. | 162 | 146,5 | 15,5 | 10,5 | » | » |
| 15 ans 11 mois | 175 | 153 | 22 | 14,3 | 13 | 6,5 |
| 17 ans 1 mois | 176 | 154 | 22 | 14,2 | 1 | 1 |

Pendant cette période, l'accroissement statural d'Anna est de 14 cm., alors que l'accroissement moyen est de 7 cm. 5.

L'hypercroissance se poursuit jusqu'à 16 ans.

A 13 ans, l'hypertrophie staturale est à la limite supérieure des hypertrophies moyennes.

A 16 ans, elle est à la limite inférieure des hypertrophies très fortes. Anna a la taille d'une femme adulte ayant une hypertrophie staturale forte.

Entre 16 et 17 ans, l'accroissement statural est moyen.

Pendant cette évolution, le rapport de Manouvrier reste le même ; Anna reste mésoskèle.

A 17 ans un mois, la taille est de 176 cm. ; la

taille de cet âge est de 154 cm. ; l'excès statural est de 22 cm. (14,2 %). Le poids, de 85 kgr. 700, est supérieur de 11 kgr. 900, et le rapport P/T de 481, supérieur de 60 à ceux d'une femme normale de 176 cm.

Mais la santé s'altère de plus en plus. Anna souffre dans ses membres, surtout au niveau des cuisses ; les douleurs semblent être d'origine osseuse. La radiographie montre d'ailleurs des altérations au niveau des extrémités supérieures des fémurs. D'autre part, on constate la disparition des cartilages de conjugaison des phalanges et des métacarpiens.

A 17 ans 1 mois, Anna n'est pas encore réglée.

Le métabolisme basal étudié à 14 ans 8 mois et à 19 ans 2 mois est normal ; l'écart avec la moyenne de l'âge est de + 2 et de + 2,6.

Dans l'hypertrophie staturale d'Anna, il convient de considérer l'importance de l'excès statural, ensuite il faut préciser la modalité de la croissance.

Le *degré de l'hypertrophie staturale* n'a rien de caractéristique.

A 13 ans 2 mois, une taille de 162 cm., avec un excès statural de 15 cm. 5 ou 10,5 % n'est pas exceptionnelle.

Voici quelques exemples : à 13 ans 6 mois, Janine P... a une taille de 162 cm. et un excès statural de 14 cm. (9,4 %) ; au même âge, Janine H... a une taille de 163 cm., et un excès statural de 15 cm. (10,1 %) ; à 13 ans 7 mois, Yvonne a une taille de 162 cm. 5 et un excès statural de 14 cm. (9,4 %). Quelquefois même la taille est plus forte : à 13 ans 4 mois, Solange mesure 173 cm. 5, avec un excès statural de 26 cm. (17,6 %).

A 17 ans 1 mois, une taille de 176 cm. avec un excès statural de 22 cm. (14,2 %), est plus rare.

A cet âge, Solange, dont je viens de parler, mesure 178 cm., et a un excès statural de 24 cm. (15,5 %).

Du point de vue de la *modalité de la croissance staturale,* Anna présente de l'hypercroissance jusqu'à 16 ans ; elle atteint à cet âge, son excès statural maximum, qui est de 16 cm.

Il convient de remarquer que, chez les filles de haute stature, la croissance staturale se ralentit généralement plus tôt, avant 15 ans, et l'excès statural est atteint avant cet âge.

C'est de cette façon que se sont comportées Yvonne et Solange :

| | Age | T | Excès statural réel | % |
|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — |
| | | cm. | cm. | |
| Yvonne ... | 14 ans 11 mois | 168 | 16 | 10,5 |
| | 15 » 7 » | 168,5 | 16 | 10,4 |
| Solange ... | 13 ans 4 mois | 173,5 | 26 | 17,6 |
| | 18 » 2 » | 178,5 | 23,5 | 15,1 |

La *haute stature,* l'*hypercroissance* même *prolongée* au delà de l'âge habituel, ne suffisent pas à caractériser l'intervention de l'hypophyse.

D'autres éléments de diagnostic sont nécessaires.

C'est d'abord l'*acromégalie.*

Chez l'enfant, l'acromégalie n'est pas toujours caractérisée ; elle est souvent *fruste, passagère,* comme l'a noté Brissaud. M. Mossé et M. Babonneix parlent d'un *syndrome acromégaliforme.*

L'interprétation pathogénique de ces faits est hypothétique et rien n'autorise à invoquer l'intervention de l'hypophyse.

Par exemple, Mathieu B... grandit beaucoup à partir de 15 ans. A 17 ans, sa taille est de 174 cm. ; la taille moyenne étant de 163 cm., l'excès statural est de 11 cm. (6,7 %). Il a de grands pieds, de grandes mains ; ses poils pubiens sont bien fournis et ses organes génitaux bien développés ; il n'a pas de poils axillaires ; sa selle turcique est normale.

Ce sont surtout les symptômes relevant d'une *tumeur de la base du crâne* et l'*agrandissement de la selle turcique* qui ont de la valeur. Ce dernier symptôme est très manifeste dans certains cas ; souvent, il est discutable et alors il impose des réserves. Quant aux symptômes nerveux, au syndrome chiasmatique notamment, ils indiquent l'existence d'une tumeur de la région parahypophysaire, qui peut être soit une tumeur extra-sellaire de l'hypophyse, soit une tumeur indépendante de l'hypophyse.

On a beaucoup discuté sur les *rapports de l'acromégalie et du gigantisme.*

La taille des acromégaliques adultes est très différente. Certains ont une hypertrophie staturale très forte ou du gigantisme.

La haute stature dépend de l'âge où a débuté le processus pendant la période de croissance, et de l'âge où s'est effectué l'arrêt de la croissance par soudure des épiphyses.

Chez les géants acromégales, l'hypercroissance débute de 10 à 15 ans, quelquefois plus tard, à 17 ou 18 ans. C'est ainsi que s'explique le *gigantisme acromégalique,* l'*acromégalo-gigantisme* de Brissaud.

Si le processus acromégalique débute après la soudure des épiphyses, l'acromégalie ne s'accompagne pas d'une haute stature.

Chez les sujets que nous étudions, quand le processus débute à l'âge de la puberté, l'*évolution de la puberté* est généralement retardée ou avortée ; on constate l'absence ou la rareté des poils pubiens et axillaires ; les organes génitaux sont peu développés ; les règles n'apparaissent pas ou sont espacées et peu abondantes. Si la puberté s'est déjà installée, on peut assister à la régression des phénomènes sexuels.

Les radiographies du squelette révèlent une ossification normale ou précoce.

Telles sont les notions fondamentales relatives à l'hypertrophie staturale en rapport avec certaines tumeurs de l'hypophyse.

***

Etudions maintenant l'HYPOTROPHIE STATURALE et le NANISME.

Voici un exemple typique, que vous trouverez relaté dans *Le Concours médical* du 17 novembre 1929, où est publiée ma leçon du 16 mars 1929 : *Sur un garçon présentant une forte hypotrophie staturale et une selle turcique très grande. Hypotrophie staturale et nanisme dits hypophysaires.*

Jean est né le 15 mai 1916.

Le 12 février 1931, à 14 ans 9 mois, il mesure 124 cm. La taille de son âge est de 155 cm. 5. Il a donc une réduction staturale de 31 cm. 5, soit de 20,2 %. Il présente une hypotrophie staturale très forte, un véritable nanisme ; il a la taille d'un garçon de 8 ans 10 mois.

Voici ses caractères anthropométriques comparés à ceux d'un garçon de 8 ans 10 mois.

Le rapport S /B, de 0,922, est supérieur de 0,12, Jean est macroskèle.

Le poids, de 30 kgr. 850, et le rapport P /T, de 248, sont supérieurs de 8 kgr. 450 et de 68.

Le périmètre thoracique xiphoïdien, de 67 cm. et le rapport Pt /T, de 0,540, sont supérieurs de 8 cm. 5 et de 0,069.

Le coefficient de Pignet, de 26,1, est inférieur de 17.

Le périmètre céphalique, de 55 cm., est supérieur de 4 cm.

Somme toute, comparé aux garçons plus jeunes, dont il a la taille, Jean est macroskèle, a un poids, un périmètre thoracique, une corpulence forts.

Son crâne est gros.

Son facies paraît plus vieux que celui d'un enfant de 8 ans.

Il est bien musclé ; il n'a pas d'adiposité exagérée.

Il n'a pas de poils pubiens ; ses organes génitaux sont petits.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; de temps en temps, l'enfant a une légère polyurie. Nous constatons une augmentation du pouvoir d'assimilation des hydrates de carbone.

Il n'y a pas de céphalée. Il n'existe aucun trouble oculo-pupillaire ; le fond des yeux est normal.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H7) négatif.

La *croissance staturale* se comporte de la façon suivante :

En 1924, à 8 ans, Jean cesse de grandir.

Nous le mesurons depuis le 29 janvier 1929, c'est-à-dire depuis l'âge de 12 ans et 8 mois.

| Ages | Jean cm. | Taille moyenne cm. | Réduction staturale réelle cm. | Réduction staturale % |
|---|---|---|---|---|
| — | — | — | — | — |
| 12 ans 8 mois.. | 119 | 143 | 24 | 16,7 |
| 13 ans 4 mois.. | 120,5 | 147 | 26,5 | 18 |
| 14 ans 9 mois.. | 124 | 155,5 | 31,5 | 20,2 |
| 15 ans ....... | 125,5 | 157 | 31,5 | 19,9 |

De 12 ans 8 mois à 15 ans, l'accroissement statural de Jean est de 6 cm. 5, l'accroissement moyen de 14 cm ; la réduction staturale augmenté de 7 cm. 5.

A 12 ans 8 mois, Jean avait la taille d'un garçon de 8 ans ; à 15 ans, il a la taille d'un garçon de 9 ans un mois.

Le rapport de Manouvrier est, à 12 ans 8 mois, 0,880, à 14 ans 9 mois, 0,922, à 15 ans 0,916 ; il est, à ces différents âges, supérieur de 0,08-0,12-0,11 à la moyenne des garçons de même taille, mais conforme à la moyenne des garçons de même âge.

Jean est macroskèle pour sa taille, mésoskèle pour son âge.

Pendant cette période, le poids et le rapport P /T, le périmètre thoracique et le rapport Pt /T sont toujours inférieurs aux moyennes des garçons de son âge, mais supérieurs aux moyennes de garçons de sa taille.

De 12 ans 8 mois, à 15 ans, l'excès sur les moyennes pour la taille passent :

Pour P de 3 kgr. 600 à 9 kgr. 200 ;
Pour P /T de 30 à 75 ;
Pour Pt de 4 cm. à 9 cm. ;
Pour Pt /T de 0,032 à 0,069.

Le coefficient de Pignet est toujours inférieur aux moyennes pour l'âge et pour la taille : à 12 ans et 8 mois, il est de 34, à 15 ans, il est de 25,3, inférieur respectivement de 7,6 et de 17,8 aux moyennes pour la taille.

Jean présente donc des caractères stables : une grande réduction staturale, et, pour sa taille, de la macroskèle, un poids et un périmètre thoracique forts, un coefficient de Pignet faible, donc une forte corpulence, un crâne gros ; le périmètre de ce dernier n'a pas augmenté pendant la durée de l'observation.

Sur les radiographies du squelette des membres faites à 12 ans 8 mois, on constate que les points d'ossification de l'épiphyse inférieure du radius et du carpe sont grêles, ainsi que diverses autres particularités : l'ossification se rapproche de celle d'un enfant de 7 ans.

Le métabolisme basal, étudié à 12 ans 8 mois,

à 13 ans, à 13 ans 7 *mois*, à 13 ans 10 *mois*, a toujours été trouvé normal pour l'âge, mais il est un peu faible, sans dépasser les limites des variations physiologiques si on le compare aux moyennes des enfants plus jeunes dont Jean a la taille.

A 15 ans, Jean ne présente encore aucun signe de puberté.

Aucun trouble n'attire l'attention sur l'hypophyse et la région hypophysaire. Cependant, une radiographie du crâne, faite le 10 janvier 1929, à l'âge de 12 ans et 8 mois, révèle une selle turcique très grande. Ses mensurations faites par M. Duhem sont les suivantes : A B = 9 mill. (au lieu de 5 ou 6 mill.), BF = 15 mill. (au lieu de 8 mill.), MN = 17 mill. (au lieu de 6 à 8 mill).

Jean présente donc une *hypotrophie staturale très forte, un nanisme d'origine hypophysaire.*

Les observations de ce type publiées sont assez nombreuses. Elles concernent des enfants, des jeunes gens et des adultes.

Le phénomène caractéristique est la *réduction staturale.*

L'insuffisance ou l'arrêt de l'accroissement statural peut se produire pendant toute la période de croissance. La réduction staturale est d'autant plus forte que le début du processus est plus précoce ; elle se fixe à la fin de la jeunesse, à l'âge où le sujet normal cesse de s'accroître.

L'hypotrophie staturale est d'abord légère ; puis elle est de plus en plus forte ; finalement, elle devient très forte, le nanisme s'installe.

L'arrêt ou l'insuffisance de la croissance staturale débute à 5, 6 ou 7 ans dans 30 % des cas, à 8, 9 ou 10 ans dans 56 % des cas. Il est rare avant 5 ans et après 12 ans.

Si le trouble de la croissance débute avant 5 ans, le nanisme devient très fort ; s'il débute après 12 ans, l'hypotrophie staturale est plus forte chez les garçons que chez les filles . En effet, à 12 ans, les filles mesurent 142 cm. et ont acquis 91 % de la taille adulte, qui est de 156 cm. ; les garçons mesurent 139 cm. et ont acquis seulement 83,7 % de la taille adulte, qui est de 166 cm.

Voici quelques tailles relevées par les auteurs.

D'abord les enfants et les jeunes gens.

Haushalter et Lucien rapportent l'observation d'une fille de 6 ans et demi qui mesure 99 cm. au lieu de 107 cm., et a une réduction staturale de 8 cm.

Une fille de 12 ans observée par M. Roussy, a une taille de 120 cm. au lieu de 142 cm., et une réduction staturale de 22 cm.

Mme Mathilde de Biehles cite un garçon de 12 ans, dont la taille est de 105 cm., au lieu de 139 cm., d'où une réduction staturale de 34 cm.

M. et Mme Schiff citent l'observation d'un garçon de 14 ans et demi, dont la taille est de 123 cm., au lieu de 154 cm., et la réduction staturale de 31 cm.

Parmi les adultes, on trouve mentionnées des tailles de 102 cm., de 112 cm., de 115 cm., comportant des réductions staturales de 64 à 51 cm. pour les hommes, de 54 à 41 cm. pour les femmes.

Les *caractères anthropométriques* sont difficiles à préciser, car les observations ne relatent pas toujours les mensurations nécessaires.

La proportion du buste et des membres inférieurs est peu étudiée. Ces sujets sont souvent mésoskèles pour leur âge et macroskèles pour leur taille.

Le poids, le rapport P /T, le périmètre thoracique, le rapport Pt /T sont généralement intermédiaires aux moyennes pour l'âge et aux moyennes pour la taille.

Le coefficient de Pignet est inférieur à celui de l'âge et à celui de la taille.

Somme toute, la corpulence est forte, elle augmente avec l'âge. Quelquefois, il existe de l'obésité.

Le poids d'ailleurs dépend de l'état de santé ; il y a des sujets maigres, qui ont un coefficient de Pignet fort ; souvent ces sujets sont tuberculeux.

Le crâne est souvent gros pour la taille.

L'évolution pubertaire fait souvent défaut. Quand le sujet a atteint la jeunesse ou l'âge adulte, au nanisme se surajoute l'infantilisme.

Les *radiographies du squelette* permettent de constater le retard des processus d'ossification. On note la persistance anormale des cartilages de conjugaison, qui disparaissent normalement entre 18 et 25 ans, au plus tard. Les cartilages n'étaient pas soudés chez une femme de 22 ans et chez un homme de 27 ans, ayant respectivement des tailles de 7 et de 9 ans.

Somme toute, le squelette présente les caractères de celui d'un enfant plus jeune, dont l'enfant a la taille.

Le retard de l'ossification n'est pas toujours appréciable.

Chez une fille de 12 ans ayant la taille d'une fille de 9 ans, MM. Roussy, Bollack et Kyriaco, n'ont pas constaté de retard de l'ossification ; le fait n'est pas surprenant, car il n'y a pas à ces âges de grandes différences dans le squelette.

Chez certains sujets, assez rarement toutefois, on constate un *syndrome de tumeur de la région hypophysaire,* dû à la compression ou à la destruction du chiasma des nerfs optiques qui est couché sur la tente de l'hypophyse. Ce syndrome se traduit par une céphalée bitemporale persistante, par des troubles oculaires, réalisant le syndrome chiasmatique, avec hémianopsie bitemporale et finalement cécité par atrophie du nerf optique.

La radiographie de la base du crâne révèle l'agrandissement et la déformation de la selle

turcique, qui permet de penser à une hypertrophie ou à une tumeur intra-sellaire de l'hypophyse. Dans certains cas, celle-ci est également supra-sellaire.

***

L'OBSERVATION CLINIQUE établit les données suivantes :

1° On observe des enfants, des jeunes gens et des adultes présentant soit une *hypertrophie staturale* ou du *gigantisme avec acromégalie* plus ou moins caractérisée, ce qui est rare, soit une *hypotrophie staturale* ou du *nanisme*, ce qui est plus fréquent ;

2° Dans certains cas, on découvre les symptômes d'une tumeur de la base du crâne, notamment le syndrome chiasmatique ;

3° La radiographie montre une selle turcique agrandie et déformée, qui confirme ou révèle l'existence d'une tumeur de l'hypophyse.

La constatation d'effets aussi contraires sur la croissance staturale implique l'existence de LÉSIONS DIFFÉRENTES.

Dans les cas les plus caractéristiques, on trouve, lorsqu'il s'agit d'hypertrophie staturale avec acromégalie, un adénome à cellules éosinophiles, de l'hypophyse ; cette lésion est rare avant la puberté.

Lorsqu'il s'agit d'hypotrophie staturale, on trouve une tumeur développée aux dépens des vestiges embryonnaires de la poche de Rathke. Cette tumeur adamantinoïde peut être intrasellaire ou supra-sellaire, ou à la fois intra- et supra-sellaire. Sur la radiographie, elle est caractérisée par la présence de nodules opaques. Ces tumeurs sont, d'après M. Cushing, les plus fréquentes avant 20 ans ; ce sont elles que l'on découvre le plus habituellement.

L'EXPÉRIMENTATION fournit des données conformes à l'observation clinique.

L'*adénome à cellules éosinophiles* entraînerait de l'*hyperpituitarisme*. Or, chez l'animal normal jeune, l'implantation quotidienne de fragments de lobe antérieur frais, réalisée par Smith en 1926, les injections répétées de certains extraits du lobe antérieur de l'hypophyse, réalisées par MM. Brouha et Simonet, Putmann, Tiel et Benedickt, entraîneraient le gigantisme et l'acromégalie.

La *tumeur de la poche de Rathke* entraîne la compression et la destruction du lobe antérieur. Or l'ablation du lobe antérieur chez l'animal jeune provoque l'arrêt de la croissance staturale et pondérale, ainsi que l'absence de puberté et l'infantilisme.

Cette conception comporte une grande part de vérité, elle explique certains cas schématiques. Mais, en clinique, les faits ne sont pas toujours aussi précis.

Dans certains cas d'hypertrophie staturale avec acromégalie, on découvre, non pas un adénome à cellules éosinophiles, mais un épithélioma, un sarcome ou un kyste.

Certaines tumeurs de la poche de Rathke ne s'accompagnent pas de réduction staturale importante.

Dans ma leçon du 23 décembre 1929 publiée par *Le Concours médical* du 23 mars 1930, j'ai relaté l'*Histoire d'un garçon porteur d'une tumeur de l'hypophyse (tumeur de la poche de Rathke) operée avec succès.*

Paul est né le 12 septembre 1918.

Au début de 1925, à l'âge de 7 ans, il commence à éprouver des céphalées avec vomissements ; puis un syndrome chiasmatique s'installe.

Ce garçon entre dans notre service le 13 juin 1927, à 8 ans et 9 mois ; une radiographie du crâne montre la présence d'une tumeur supra et intrasellaire, avec des nodules calcaires caractéristiques.

Le 7 mai 1929, quand Paul a 10 ans 8 mois, M. Clovis Vincent pratique l'ablation de la tumeur supra-sellaire.

Pendant la durée de notre observation, voici l'accroissement statural du malade.

| | Taille Paul cm. | Taille Moyenne cm. | Réduction staturale cm. | S / B |
|---|---|---|---|---|
| 8 ans 9 mois. . | 122 | 133,5 | 1,5 | » |
| 9 ans 4 mois. . | 123 | 127 | 4 | 0,87 |
| 10 ans 6 mois. . | 127 | 133 | 6 | » |
| 10 ans 7 mois . | 127 | 133 | 6 | » |
| 11 ans 2 mois . | 129,5 | 135,5 | 6 | 0,90 |

Avant l'ablation de la tumeur, l'accroissement statural de Paul est de 5 cm., l'accroissement moyen de 9 cm. 5.

Après l'ablation de la tumeur supra-sellaire, l'accroissement statural de Paul est conforme à l'accroissement moyen. Or, on n'a pas touché à la tumeur intra-sellaire.

Dans d'autres cas, on rencontre, d'une part, soit un syndrome d'hypertrophie staturale avec ou sans acromégalie, soit du nanisme, d'autre part, des lésions du système nerveux de la base du crâne, lésions pouvant siéger ou bien dans la région parahypophysaire, ou bien dans une région plus éloignée de l'hypophyse. Le lobe antérieur de l'hypophyse est intact macroscopiquement et au microscope.

Par exemple, M. Ricaldori observe un garçon de 18 ans, qui a la taille d'un garçon de 12 ans, il découvre une tumeur du troisième ventricule, respectant l'infundibulum, l'hypophyse est intacte.

Dans une dernière catégorie de faits, il s'agit d'enfants très petits, qui reproduisent le même

type que Jean, qui ont des selles turciques normales et ne présentent aucun symptôme d'une affection du système nerveux.

Ces faits disparates établissent combien la prudence est nécessaire, pour apprécier le rôle de l'hypophyse dans la réalisation des troubles de la croissance, lorsqu'il n'existe aucun symptôme d'une affection de cette glande.

Le temps me manque pour discuter ce rôle. J'ai simplement voulu vous montrer deux types cliniques opposés que l'on rencontre chez des sujets porteurs d'une tumeur de l'hypophyse. Ces types sont : 1° un syndrome d'hypertrophie staturale et de gigantisme avec acromégalie ; 2° un syndrome d'hypotrophie staturale et de nanisme. NOBÉCOURT.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DE LA LEÇON DU PROFESSEUR NOBÉCOURT

De jeunes sujets, porteurs d'une tumeur de l'hypophyse, se présentent sous deux types cliniques diamétralement opposés : l'un caractérisé par l'hypertrophie staturale, avec gigantisme et acromégalie ; l'autre caractérisé par l'hypotrophie staturale, avec nanisme.

Des observations détaillées mettent en lumière tous les éléments anthropométriques et biologiques de chacun de ces deux types.

Des symptômes nerveux, le syndrome chiasmatique, révèlent la tumeur de la base du crâne ; la radiographie montre l'agrandissement de la selle turcique.

Comment expliquer cette opposition clinique, avec la même lésion ? Schématiquement, l'hypertrophie staturale serait due à un adénome, à cellules éosinophiles, de l'hypophyse, provoquant de l'hyperpituitarisme ; l'hypotrophie staturale, à une tumeur de la poche de Rathke, comprimant et détruisant même le lobe antérieur.

L'hypotrophie et l'hypertrophie staturales peuvent cependant exister sans que l'hypophyse soit en cause, d'où le devoir d'être prudent si l'on veut apprécier le rôle de cette glande, quand les troubles de la croissance ne s'accompagnent pas cependant de symptômes d'une affection hypophysaire. G. D.

## LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

### I. La luxation de l'épaule réduite par une méthode simple, et à peu près indolore

D'après M. A. SCHWARTZ (1)

Le procédé de Kocher peut être dangereux (fracture de l'humérus) ; il est toujours extrêmement douloureux. Celui de l'extension et de la contre-extension est également assez douloureux ; il est, de plus, toujours fatigant pour le praticien, qui a toujours beaucoup de peine à vaincre la résistance musculaire (point capital). Enfin, la traction élastique exige une installation, qu'on n'a pas toujours à sa disposition.

Voici en quoi consiste cette autre méthode.

Le patient est couché *par terre*, sur un drap ou une couverture, le corps reposant sur le côté opposé à la luxation.

Le praticien est debout, au dessus du tronc du blessé, une jambe de chaque côté de lui, et avec ses deux mains il empaume le bras atteint, à la hauteur du coude. Il porte ce bras lentement en abduction à angle droit, et, à partir de ce moment, *il soulève par le bras le tronc du patient*, le décollant du sol d'environ 20 centimètres, de telle façon que le blessé soit comme suspendu dans le vide, l'autre bras reposant sur le corps. Point capital : le blessé doit arriver à bien faire le mort, pour être pendu dans le vide par l'intermédiaire de son bras.

Au bout de quelques minutes, en général cinq à dix, rarement plus, la résistance musculaire du membre étant complètement vaincue, la tête humérale rentre *spontanément* dans la cavité articulaire, quelquefois sans qu'on en soit prévenu. Quand le praticien est robuste, aucun aide ne lui est nécessaire ; mais, en cas de fatigue, il peut se faire remplacer par n'importe qui, pour tenir le bras.

Si, au bout de cinq à dix minutes, la tête n'est pas rentrée spontanément, il suffit le plus souvent de la guider avec la main.

REMARQUES IMPORTANTES :

Ne pas oublier d'explorer, *avant la réduction*, la sensibilité de l'épaule pour s'assurer que le circonflexe n'est pas touché.

Immobiliser très peu le membre supérieur, et cela d'autant moins que le patient est plus âgé. Deux ou trois jours dans une écharpe de Mayor, puis laisser le bras libre dans la journée, et le fixer encore la nuit pendant une dizaine de jours ; enfin, le laisser complètement libre, le malade se servant de son bras dès qu'il a quitté l'écharpe. Commencer, en somme la mobilisation active dès le quatrième jour, en ayant recours un peu plus tard, si cela est utile, au masseur.

Recommander la diathermie, et prévenir le malade, surtout s'il est âgé, qu'il est exposé à un peu d'arthrite chronique de l'épaule.

Demander une radiographie après la réduction, si elle n'a pas été faite avant, afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'arrachement tubérositaire.

(1) Anselme SCHWARTZ. — Réduction d'une luxation de l'épaule. (*Paris médical*, 27 février 1932.)

## II. Ponctionner une vessie infectée n'est pas toujours sans dangers

D'après MM. H. Bayle et A. Bocquentin (1)

Un rétentionniste (blennorrhagie aiguë, rupture traumatique de l'urèthre prostatique, rétentionniste chronique à urines claires), que l'on n'a pu ou que l'on ne veut pas sonder, peut être facilement soulagé pour quelques heures par n'importe quel praticien, au moyen d'une ponction évacuatrice sus-pubienne de la vessie à l'aide d'un *trocart fin.*

Mais, cette intervention, considérée comme bénigne, n'est pas à l'abri d'accidents graves. Parmi ceux-ci, un des plus sérieux est *l'infection pré-vésicale,* qui peut avoir pour origine la filtration d'urines infectées le long de l'aiguille de ponction, ou au niveau de son trajet, lorsqu'elle a été retirée. Nous ne parlerons, que pour mémoire des blessures du péritoine, soit survenues parce que la ponction n'a pas été faite au lieu d'élection, soit qu'il y ait une malformation du cul-de-sac péritonéal.

Voici quelques précautions essentielles à prendre pour courir le minimum de risques.

Il faut éviter, autant que possible, de faire une ponction de la vessie, quand on soupçonne que les urines sont infectées.

Lors d'une ponction de la vessie, il convient *d'employer une aiguille de petit calibre, et non un trocart* (l'aiguille à ponction lombaire paraît très suffisante). On pratiquera de préférence l'*aspiration,* afin de vider aussi complètement que possible la vessie. Ainsi la perforation vésicale est infime, la tension intra-vésicale basse ; les risques d'une diffusion de l'urine à travers la paroi vésicale, qui peut être minime chez les distendus, seront réduits au minimum. Sinon, on s'expose à l'infiltration de l'urine dans la cavité de Retzins pouvant aboutir, si les urines sont infectées, à un phlegmon diffus de l'espace pré-vésical.

La ponction de la vessie étant une petite intervention chirurgicale, le malade, qui vient d'être ponctionné, doit être laissé au lit et au repos complet au moins vingt-quatre heures, pour permettre au trajet de la ponction de se trouver dans les meilleures conditions d'oblitération et de cicatrisation.

***

## III. Les coliques de gaz post-opératoires et l'iléus paralytique, traités par les lavements salés hypertoniques, à l'eau ou au lait (2)

Le Dr Jeanneney (de Bordeaux) (3) a eu l'idée, dès 1929, d'adapter à la voie rectale la très intéressante méthode, que Gosset a préconisée en France avec Binet. Frappé des heureux résultats obtenus par les injections intraveineuses de chlorure de sodium dans un cas d'occlusion paralytique post-opératoire désespérée, il avait, assez souvent, dans le tympanisme post-opératoire, injecté dans les veines de l'opéré une ou deux ampoules de 10 cc. de sérum hypertonique à 10 %, et en avait obtenu d'heureux effets, locaux et généraux. Depuis lors, il a continué la méthode chez les opérés fatigués, présentant de la tympanite.

Mais, chez les autres, surtout gênés par leurs coliques de gaz, il a préféré l'administration rectale de la solution salée hypertonique. Si, en pareils cas, en effet, les lavements post-opératoires d'huile, de bile, d'eau savonneuse n'amènent que de très médiocres résultats, au contraire le lavement de solution saline hypertonique procure toujours d'excellents effets.

Evidemment, il est nécessaire d'avoir mis en œuvre certaines mesures prophylactiques. C'est ainsi que l'auteur ordonne, l'avant-veille de l'opération, une très légère purgation saline, qui réalise une chasse biliaire de l'intestin. Une pratique recommandable consiste aussi dans l'administration d'une poudre ou d'une pâte, susceptible de faire masse avec le gros intestin, tout en absorbant les gaz, soit :

| | |
|---|---|
| Agar-agar.................... | 100 grammes. |
| Poudre de belladone.......... | 6 centigr. |
| Teinture de badiane.......... | 1 goutte |

Au cours de l'opération, on évitera les manœuvres brutales ou septiques, portant sur l'intestin ; on insensibilisera la paroi par un attouchement de la plaie avec la solution 20 p. 100 quinine-urée.

Après l'intervention, on remplacera la morphine par un goutte à goutte rectal légèrement laudanisé.

Enfin, dès la trentième heure, on cherchera à réveiller le péristaltisme régulier de l'intestin par les excitants normaux de la contraction

(1) H. Bayle et A. Bocquentin. — Sur le danger des ponctions des vessies infectées. (*Paris médical,* 30 janvier 1932.)

(2) Voir *Le Concours médical,* 21 février 1932.

(3) Dr Jeanneny. — Traitement des coliques de gaz post-opératoires par le lavement salé hypertonique. (*Bordeaux chirurgical,* 1er janvier 1931.)

intestinale (hypophyse, etc.), mais mieux encore par un petit lavement, de la valeur d'un à deux verres d'eau de sérum hypertonique à 10 à 15 p. 100 (une cuillerée de sel de cuisine par verre d'eau).

Celui-ci produit un léger appel liquide, et surtout réveille un péristaltisme normal, qui amène, sans effort volontaire, une expulsion de gaz suffisante pour soulager le malade.

Et voici que le Dr Maurice-Paul DURAND nous fait connaître les avantages, que l'on peut obtenir dans *l'iléus paralytique* des *lavements de lait salé froid*. Cette *méthode* vient ajouter, aux propriétés de la solution hypertonique chlorurée, l'action onctueuse des particules grasses du beurre et du lait, ainsi que le réflexe expulsif provoqué par le contact frais sur la muqueuse rectale.

Cet auteur prescrit :

| | |
|---|---|
| Un verre et demi de lait......... | 300 cc. |
| Un demi-verre d'eau (pour rendre le lavement plus fluide)........ | 100 cc. |
| Une cuillerée à soupe bien remplie de sel gris.................. | 40 gr. |

Le lavement, ainsi composé, peut donner des résultats chez des malades, qui, même depuis quelques jours, n'ont rien obtenu de bonnes doses d'huile de ricin, ou autres ingrédients purgatifs. (1)

G. F.

(1) Dr M. P. DURAND. — Les lavements de lait froid hypersalé dans l'occlusion intestinale paralytique. (*La Médecine Pratique*, 20 décembre 1931.)

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**Les myalgies thoraciques : douleur-signal dans les poussées évolutives tuberculeuses et leur traitement par l'étincelage de haute fréquence.**

Ces myalgies, dit le Dr MASMONTEIL (d'Angoulême), constituent un signe constant et précoce, facile à rechercher et très net, pour déceler une poussée évolutive tuberculeuse sous-jacente. Plus on arrive tôt pour les traiter par l'étincelage de haute fréquence, plus on arrête le trouble local et sa répercussion sur l'état général.

Par myalgies thoraciques, l'auteur entend simplement les douleurs inconscientes, qui sont révélées seulement par le pincement des muscles. Pour les rechercher, sans s'occuper de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on saisit toute la masse musculaire, qu'on fait rouler entre ses doigts en la tenant serrée jusqu'au moment où elle vous échappe en provoquant un petit claquement. Le plus souvent, le sujet se retire sous l'influence de la douleur. Si le muscle est malade, la douleur est bien différente de celle des muscles voisins, correspondant à des parties saines. Cette réaction douloureuse à la pression du muscle, qui correspond à la région malade, existe dans toutes les affections aiguës du poumon. Mais, devant la multiplication des autres signes, elle passe inaperçue.

Les grands dorsaux doivent être examinés toujours méthodiquement, non seulement chez les anciens pleurétiques, mais même chez tous les malades nécessitant un examen pulmonaire car il indiquera s'il y a une poussée sur une vieille pleurite chronique, ou si celle-ci est associée à une congestion des sommets, car, le plus souvent, on constatera qu'à base pleurale enflammée correspond une congestion du sommet opposé, c'est-à-dire qu'à myalgie du grand dorsal, il y a myalgie du trapèze opposé. Les pectoraux, eux aussi, désigneront une poussée inflammatoire dans la région voisine. Généralement ils ne sont pas douloureux, mais, dans le cours de l'évolution, leur myalgie peut devenir très vive et être associée ou non avec celle du trapèze correspondant ou du dorsal opposé.

C'est bien là la douleur-signal de toute poussée congestive évolutive, et pour la tuberculose à ses débuts, si longtemps latente et sans grande réaction, un signe précieux qui donnera l'alerte.

Une fois averti, on constate toujours les signes avertisseurs d'une affection tuberculeuse au début : température, teinte subictérique, sueurs au réveil, tendance plus grande à la fatigue, etc.

Quand, par le traitement et l'étincelage, on aura obtenu chez les femmes, par exemple, deux périodes de règles sans myalgies progressives à partir de six à huit jours avant la période menstruelle, on remarquera l'arrêt des signes locaux et le retour à la santé normale. Quand ces poussées subaiguës localisées, à l'occasion des règles, ne s'accompagnent pas de douleurs permanentes de la région, et que seul le claquement provoqué par la pression musculaire les révèle, l'étincelage se montre supérieur aux autres moyens de traitement (révulsion, frictions avec des huiles balsamiques et

antiseptiques). L'action sèche, brusque, pénétrante, qui ne laisse pas de traces, permet de recommencer l'application jusqu'à obtention du résultat. Presque toujours, aussitôt la première application, la myalgie disparaît, ce que le malade constate toujours avec satisfaction ; sa respiration devient plus facile. Le lendemain ou le surlendemain, la myalgie peut reparaître, mais diminuée. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, après quatre séances bien faites, tout a disparu jusqu'à ce qu'une nouvelle cause de poussée la fasse reparaître.

En général, voici comment on procède : tous les deux jours, une application d'étincelage jusqu'au moment où deux séances seront faites après disparition de toute myalgie ; ensuite, espacer très rapidement et très longuement les séances, à moins qu'un point myalgique apparaisse, auquel cas il faudrait reprendre de la même façon. Chez la femme, on la recherchera cinq à six jours avant les époques.

La myalgie disparue, on constate la diminution de la surélévation de la température matinale. Par l'auscultation et la radioscopie, on voit les signes d'induration disparaître en même temps que s'établit une amélioration de l'état général. C'est à ce moment qu'il faut, pour éviter une reprise, exercer une surveillance attentive par le régime, le repos et la médication. (*Compte rendu du Congrès international de radiologie*, Paris, juillet 1931.)

**Furoncle et anthrax : cuprothérapie intraveineuse.**

Le Dr M. Fainsilber jette un regard comparatif sur les différents moyens thérapeutiques les plus connus :

Moyens chirurgicaux : toutes les incisions sont à rejeter ; ce serait ouvrir dans les vaisseaux des plaies béantes pour l'entrée du pus. Les cautérisations, électriques ou non, ne constituent qu'un adjuvant, pas toujours utile, parfois nuisible ; il en résulte parfois un accroissement de l'inflammation, qui prolonge la durée du furoncle. Bains et pansements humides sont armes à deux tranchants ; souvent ils facilitent l'auto-inoculation ; un pansement trop humide peut faire œuvre de macération et de propagation infectieuse. L'oxygénothérapie présente des inconvénients ; il faut pratiquer plusieurs injections par jour, et les résultats sont bien tardifs. L'acide phosphorique doit être renouvelé de temps en temps, si on veut en maintenir les effets. L'étain donne une proportion élevée d'échecs. Le lait bouilli provoque des réactions trop violentes. L'auto-hémothérapie qui donne de si brillants résultats dans d'autres affections cutanées, demande dans la fuconculose une durée de traitement trop longue (deux mois).

A l'auto-vaccin, à la phagothérapie, à l'hémocrinothérapie, méthodes souvent longues, douloureuses et incertaines, l'auteur préfère la cuprothérapie ; il l'emploie depuis douze ans, d'une manière exclusive, et ne lui connaît aucun inconvénient, aucune contre-indication. On peut la pratiquer à n'importe quel âge, sur n'importe quel malade, même pendant l'époque menstruelle de la femme. L'injection est simple, facile, indolore ; rapidement la douleur diminue, le sommeil revient, le bourbillon entre en liquéfaction, l'état général s'améliore. Les furoncles guérissent très vite : une à six injections ; l'anthrax évolue vers la guérison après cinq à dix injections. Pas d'échec. Il faut injecter quotidiennement dans la veine 5 cc. d'une solution de sulfate de cuivre à 1/200 ; dès amélioration, une suffit tous les deux jours. En présence d'un cas grave, il est permis d'injecter 10 cc. par jour, en une ou deux fois ; mais il est interdit d'employer des solutions plus concentrées ; on obtiendrait le contraire du succès.

Certaines mesures locales et diététiques ne sont pas inutiles ; mais, pas de pansements humides à demeure. Les solutions de cuivre devront être chimiquement pures ; les sels de cuivre du commerce contiennent du fer, du zinc, et c'est à eux que l'on devrait des échecs. (*La Clinique*, novembre 1931.)

**Traitement des mastites aiguës de l'allaitement.**

La mastite est une maladie contemporaine de la mise en train de l'allaitement. Les abcès du sein ont pour cause principale l'infection du mamelon (érosions, fissures, crevasses, qui apparaissent du troisième au cinquième jour). Il faut aussi mentionner la rétention lactée, les traumatismes répétés.

On doit donc envisager tout d'abord un traitement prophylactique, qui est le suivant d'après MM. Hébert et Nicoglou. C'est tout d'abord la préparation du mamelon dans les derniers temps de la grossesse, par des frictions à l'huile ; l'alcool est plutôt à éviter, car il diminue la souplesse de l'épiderme. Après l'accouchement, on lavera dès le premier jour l'aréole avec de l'alcool à 90°, avant et après chaque tétée. Jusqu'au quinzième jour, on protégera le bout de sein avec une compresse aseptique. Si le lavage à l'alcool devient à un moment douloureux (ce qui indiquerait une crevasse, même imperceptible) on enduira le mamelon avec la pommade : carbonate de bismuth 8 grammes, cérat ou vaseline 100 grammes. La cicatrisation s'obtient rapidement. On peut également, au moins une fois par jour, passer le mamelon au filtrat antistaphylococcique.

Lorsque la fissure est petite et ne provoque qu'une douleur très supportable, mettre l'enfant au sein par l'intermédiaire d'un appareil protecteur.

La stagnation du lait sera évitée en maintenant les seins par un bandage un peu serré, et suffisamment élastique pour ne pas créer une compression.

Les mains et les ongles de la mère nourrice seront tenus en parfait état de propreté ; se méfier du contact direct de la chemise.

A la période de pré-suppuration, on laisse l'abcès se collecter, et on se contente d'appliquer des pansements humides chauds, ou de faire des applications de glace, lorsque la chaleur n'amende pas suffisamment les phénomènes douloureux. En outre, pendant toute la durée de cette période, on fait des injections sous-cutanées de vaccins à doses croissantes : trois injections de propidon, à deux jours de distance, sont en général suffisantes (1/2, 1, 2 cc.). Ainsi, l'abcès peut quelquefois avorter.

Lorsque la peau est amincie et sur le point de se perforer spontanément, alors seulement on intervient. L'observation montre, en effet, que la guérison est beaucoup plus rapide si l'intervention est tardive.

Le traitement de l'abcès constitué doit d'abord être bactériologique, et, en cas d'échec, chirurgical. Il est certain, en effet, que depuis l'emploi des vaccins, filtrats, bactériophages, la durée de suppuration des abcès du sein a été considérablement diminuée.

Les deux gros dangers d'un traitement insuffisant sont : la suppuration indéfinie et la récidive ou la propagation successive à tous les lobes de la glande. Pour prévenir cela, il faut éviter : les malaxations de la glande, et la continuation de l'allaitement, qui peuvent amener une diffusion du pus.

S'il s'agit d'un simple abcès superficiel lymphangitique au niveau de l'aréole, il suffit d'une simple ponction au vaccinostyle, ou d'un drainage continu par un faisceau de crins ; un lavage au filtrat, ou au bactériophage hâte la guérison.

S'il s'agit d'un abcès glandulaire vrai, bien mûr, bien fluctuant, il faut intervenir : on fait une ponction profonde au bistouri ; généralement, à la suite de deux ou trois pansements quotidiens suivis d'un lavage au filtrat antistaphylococcique ou d'injections sous-cutanées de propidon, la guérison survient en 5 ou 6 jours. Ceci pour l'abcès paraissant cliniquement limité à un lobe. Mais, il n'est pas rare qu'il y ait d'emblée un abcès multilobulaire ; il faut alors assurer le drainage de toutes les loges. Il semble logique, pour éviter les grandes incisions mammaires, d'un résultat inesthétique et dangereux, de faire une petite incision au niveau de l'aréole, au point le plus fluctuant, incision ayant au maximum 3 cm. Par cette incision, qui doit toujours être radiaire, on introduit l'index, qui explore ainsi toute la cavité, effondre les restes de cloisons entre les diverses loges, et assure ainsi par l'intérieur, un large drainage, presque toujours suffisant. On fait ensuite un lavage au filtrat, et on termine par un drainage avec une mèche, imbibée de filtrat. En règle générale, ce traitement est suffisant, et la guérison survient sans récidive en une dizaine de jours.

Dans les très gros abcès multi-lobaires, où un très large drainage deviendrait nécessaire, l'incision sous-mammaire avec abord des abcès par la face profonde, satisfait à la fois l'esthétique et la chirurgie. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, octobre, 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Intoxication par l'apiol et l'extrait de gingembre falsifiés.

(M. L. Van Itallie. — *Académie de médecine* ; 23-2-1932.)

On a signalé, dans la littérature médicale, quelques cas d'intoxication par l'apiol. Dans les Pays-Bas (et aussi en Yougo-Slavie), dit M. Van Itallie, les médecins ont eu à soigner une sorte d'épidémie de polynévrite causée par l'apiol. Les symptômes de cette polynévrite ont consisté en douleurs dans les mollets, démangeaisons aux jambes, troubles paralytiques de la marche. Il s'agissait de femmes qui avaient pris de l'apiol, vraisemblablement dans un but abortif. L'évolution de ces phénomènes fut assez longue, puisque, huit mois après, ils n'avaient pas encore totalement disparu. En 1931, 40 cas de ce genre ont été signalés aux Pays-Bas.

Les symptômes en question offraient une grande ressemblance avec ceux qui ont été décrits en Amérique sous le nom de *ginger paralysis*. Pendant l'année 1930, la *ginger paralysis* a fait aux Etats-Unis plus de 15.000 victimes et 10 morts ont été enregistrées. Elle apparaissait à la suite de l'absorption d'un extrait de gingembre.

Les recherches effectuées en Amérique ont montré que les accidents de la « ginger paralysis » relevaient non pas du gingembre lui-même mais d'une falsification, d'un ginger-extract contenant à peu près 2 pour 100 d'éther triorthocrésylphosphorique. Dans les apiols ingérés par les malades hollandaises (produits vendus sous les noms de « gouttes vertes »,

apiol, ou autres), M. Van Itallie a rencontré le même corps, l'éther triorthocrésylphosphorique mais en quantités beaucoup plus fortes, variant de 28 à 50 pour 100. Expérimentalement, la toxicité de ces apiols fut trouvée proportionnelle à leur teneur en éther crésylique et on put faire apparaître chez des lapins et des chiens des paralysies aussi bien avec l'éther crésylique qu'avec les apiols falsifiés qui avaient été pris par les femmes malades.

Les intoxications à forme paralytique observées en Amérique après ingestion d'extrait de gingembre, et aux Pays-Bas après absorption d'apiols, ont été dues à la falsification de ces substances par l'éther triorthocrésylphosphorique. Les apiols étaient vendus sous des noms divers : gouttes vertes, apiols verts (quelques-uns de fabrication allemande, de Hambourg et Nuremberg), gouttes d'apiol naturel, etc.

**Recherches expérimentales concernant l'influence de l'opothérapie parathyroïdienne associée à la vitamine D sur le développement du squelette et la croissance de l'individu.**

(M. A. Ranson. — *Académie de médecine* ; 23-2-1932.)

M. Ranson a fait une série de recherches relatives à l'assimilation du calcium, en particulier sur le rôle que peut jouer dans la fixation de cet élément l'adjonction du complexe : extrait parathyroïdien-ergostérol irradié. Ses expériences, poursuivies sur huit lapins, ont comporté un ensemble de dosages de la chaux et du phosphore et des coupes histologiques des fémurs de ces animaux.

L'auteur a constaté que l'association parathyroïde-ergostérine irradiée, en favorisant la fixation du calcium sur l'organisme, accélère la croissance du squelette et de tout l'organisme, sans qu'il y ait à redouter de calcifications anormales des organes. Ce résultat montre que la croissance de l'organisme est en rapport étroit avec l'assimilation de la chaux et que l'association parathyroïde-ergostérine irradiée constitue un puissant moyen d'aider la croissance de l'individu.

**Thérapeutique de l'hypotension au cours des rachi-anesthésies.**

(M. Leveuf. — *Société de chirurgie* ; 13-1-1932.)

Depuis le mois d'août 1929, M. Leveuf emploie l'éphédrine pour prévenir l'hypotension qu'on observe au cours des rachi-anesthésies.

Si l'on veut agir d'une façon efficace sur la pression artérielle il faut modifier le calibre des vaisseaux. Or, l'éphédrine est un vaso-constricteur de premier ordre, qui excite à la fois les terminaisons sympathiques et les fibres mucsulaires lisses des parois vasculaires. Ce médicament est, en outre, un toni-cardiaque.

M. Leveuf, en collaboration avec Mlle Perrier, a d'abord étudié l'action de l'éphédrine chez les sujets normaux, en dehors de toute anesthésie. Il a noté une élévation très appréciable de la tension, au bout de dix à quinze minutes quand le médicament est administré par voie hypodermique, et au bout de vingt à vingt-cinq minutes quand il est donné *per os*. Or, la tension artérielle commence à baisser dès le début de la rachianesthésie, comme l'ont montré MM. Forgue et Basset ; il faut donc administrer l'éphédrine dix ou vingt minutes avant (suivant la voie d'absorption).

L'auteur a eu recours à cette méthode chez vingt sujets. Chez tous, il ne s'est produit à aucun moment de crise hypotensive après la rachianesthésie. L'opéré conserve, pendant la durée de l'intervention, un faciès normal ou même légèrement vultueux. Cependant, dans les opérations choquantes, malgré la première dose d'éphédrine, la tension maxima peut, à un moment donné, atteindre un chiffre inférieur à celui de la pression initiale et il est nécessaire de surveiller ces baisses de pression qui sont annoncées, en général, par un changement dans la physionomie des malades. On injectera alors, sans plus tarder, une nouvelle dose d'éphédrine.

L'apparition des nausées ou vomissements, après rachianesthésie, écueil redouté des chirurgiens, a été sensiblement réduite par l'usage de ce médicament. S'appuyant sur deux ans et demi d'expérience, l'auteur croit pouvoir dire que l'éphédrine a transformé le cours des rachi-anesthésies chirurgicales.

— M. Picot, dans les rachi-anesthésies qu'il pratiquait autrefois, avait l'habitude de faire, avant la ponction lombaire, une injection de caféine pour remonter la tension.

— M. Basset emploie aussi l'éphédrine. Il fait faire trente à quarante minutes avant l'opération une piqûre de morphine et une dipûre d'éphédrine.

— M. Rouhier parle, à ce propos, des accidents de la rachianesthésie. Pour un chiffre de plusieurs milliers de rachi-anesthésies, il a eu à déplorer deux morts, toutes deux causées par le redressement brusque, l'opération finie, d'une malade en position de Trendelenburg. Ce redressement brusque fut suivi de syncope mortelle. M. Rouhier ajoute que des modèles de tables d'opération qui permettent des modifications brutales de la position de l'opéré devraient être proscrits. Seules devraient être employées les tables avec lesquelles ne sont possibles que les changements lents et progressifs ; les opérés ne pourraient plus être alors à la merci de l'inexpérience, de la nervosité d'un auxiliaire.

P. L.

**Deux cas de syphilis anormale chez l'enfant.**

(MM. Gaté, Cuvilleret et Boyer. — *Réunion dermatologique de Lyon* ; 26-11-1931.)

Ces deux observations sont intéressantes, car elles se rapportent à des syphilis infantiles, particulièrement anormales au point de vue symptomatologique ; pour la première (deux ans) on penserait volon-

tiers à une syphilis acquise, ne se manifestant pendant un an que par des lésions de l'anus, assez discrètes ; d'ailleurs la sérologie positive a été en faveur d'une telle hypothèse, l'examen clinique ne montrant par ailleurs l'existence d'aucun signe d'hérédité syphilitique. Dans la seconde (deux ans), il est bien probable que l'on se trouvait en présence d'un cas d'hérédo-syphilis un peu spéciale, l'hérédité spécifique pouvant être affirmée par le complexe clinique, malgré l'absence de renseignements en ce qui concerne les parents de l'enfant, et le fait important à remarquer est constitué par une sérologie sanguine très positive.

Les caractères spéciaux de cette syphilis infantile font l'intérêt de ces deux cas ; de plus, ils montrent la grande variabilité de la symptomatologie de la syphilis infantile, tant acquise qu'héréditaire.

### Sur la syphilis musculaire.

(M. FAVRE. — *Réunion dermatologique de Lyon* ; 26-11-1931.)

Contrairement à l'opinion généralement admise la syphilis musculaire est loin d'être rare. A toutes ses périodes la syphilis atteint les muscles striés du squelette. Les syphilomes circonscrits, les myosites scléro-gommeuses sont souvent méconnus, et sont la cause d'erreurs fréquentes de diagnostic ; on les prend pour des tumeurs, des fibromes, des sarcomes.

Ces altérations musculaires, qui peuvent créer dans certains muscles : adducteurs, muscles abdominaux par exemple, des infiltrations très étendues, peuvent coexister avec d'autres déterminations de la syphilis sur les téguments, le système osseux.

Une forme particulièrement intéressante de la syphilis musculaire est la syphilis musculaire sous-ulcéreuse, qui atteint des muscles sous-jacents à des territoires cutanés sur lesquels ont apparu des lésions ulcéreuses, qui d'ordinaire retiennent seules l'attention (gommes musculaires latentes), et que peu de signes fonctionnels manifestent.

On peut donc distinguer deux variétés de syphilis musculaire : la syphilis musculaire isolée et la syphilis musculaire associée.

Une place spéciale doit être réservée aux contractures syphilitiques, qui se trouvent plus fréquemment localisées, dès les premières périodes de la syphilis, à certains muscles, tels le biceps. D'autres fois, à une période plus tardive, on rencontre des contractures tardives, plus graves, devenues permanentes et fixes.

### Action thérapeutique remarquable d'une injection de vaccin antigonococcique, faite par erreur dans une orchiépididymite blennorhagique.

(MM. GATÉ, CUILLERET et BOYER. — *Réunion dermatologique de Lyon* ; 26-11-1931.)

Deux détails méritent de retenir l'attention : la violence des accidents consécutifs à l'injection intra-veineuse de vaccin, et la rapidité de la disparition de l'orchiépididymite, qui semble avoir fondu sous l'influence du choc. Il s'agissait d'un véritable choc anaphylactique, le malade ayant été sensibilisé par sept injections successives de vaccin antigonococcique sous la peau, et l'injection intra-veineuse d'une petite dose de vaccin ayant déclenché des accidents dramatiques, vite disparus d'ailleurs.

### Sur l'insuffisance du critère sérologique comme test de guérison de la syphilis : absolue nécessité d'un traitement prolongé.

(MM. GATÉ, MICHEL, CUILLERET et TIRAN. — *Réunion dermatologique de Lyon*. 26-11-1931.)

Il s'agit notamment d'un malade, atteint de syphilis certaine depuis cinq ans, énergiquement soigné (novarsénobenzol et bismuth) pendant trois ans consécutifs, avec cessation de toute thérapeutique spécifique à ce moment, sur la foi d'une sérologie négative (sang et liquide céphalo-rachidien). Deux ans après, on constate l'apparition de lésions condylomateuses érosives, donc éminemment contagieuses, localisées à la région anale, avec présence de tréponèmes et sérologie sanguine très positive.

De tels faits ne comportent qu'une leçon, c'est l'opportunité d'un traitement spécifique prolongé, indéfini, tel que le conseillait déjà Fournier. Ils établissent, par ailleurs, l'insuffisance du critère sérologique comme test de guérison de la syphilis.

### Deux cas de pathomimie vénérienne.

(MM. J. LACASSAGNE et FRIESS. — *Réunion dermatologique de Lyon* ; 17-11-1931.)

Il est possible d'imiter les lésions de la syphilis au moyen d'applications de permanganate de potasse en comprimé, préalablement mouillé, et maintenu 10 à 20 minutes à l'aide d'une compresse quelconque. Une érosion se manifeste bientôt, et le lendemain, une seconde application complète le résultat déjà obtenu. Trente-cinq cas de ce genre ont été observés à l'hôpital militaire de Lyon. Ces lésions guérissent bien entendu en quelques jours spontanément.

### Deux cas de crise nitritoïde d'origine bismuthique

(MM. J. NICOLAS et LEBEUF. — *Réunion dermatologique de Lyon* ; 17-11-1931.)

Ces crises nitritoïdes, consécutives aux injections bismuthiques, sont heureusement d'une très grande rareté. Les auteurs n'en ont observé que deux cas. La prudence s'impose donc dans l'institution d'une telle thérapeutique, car rien ne permet de prévoir cette sensibilité à l'hydroxyde de bismuth.

La première malade a présenté ses accidents après la deuxième injection, n'ayant jamais eu de bismuth auparavant, et elle a présenté une stomatogingivite bismuthique très intense avec pigmentation caractéristique.

La seconde malade, qui avait été traitée auparavant par de nombreuses séries d'injections bismuthiques depuis six ans, a été victime, après la troisième injection, d'une nouvelle série biennale, d'une crise nitritoïde intense, sans autre signe d'intolérance bismuthique (albuminurie, stomato-gingivite, etc.).

G. F.

---

*Société des chirurgiens de Paris*

Séance du 8 janvier 1932.

**Greffe ostéo-périostique pour mal de Pott fistulisé. Guérison.**

M. A. Trèves rapporte l'observation d'un jeune homme de 21 ans qui, atteint d'un mal de Pott dorsal depuis l'âge de 8 ans, présentait une fistule de la région dorsale persistant malgré 3 ans l'immobilisation et d'héliothérapie (de 18 à 21 ans) et dont la fistule s'est fermée 3 mois après la greffe. La guérison complète se maintient depuis 2 ans bien que le malade mène une existence très active. Le rôle ostéotropique du greffon dont Massart a rapporté, à la Société dans la dernière séance, un cas indiscutable, paraît ici certain.

**Urétrographie dans un cas de rétrécissement serré de l'urètre avec fistule périnéale.**

MM. Jack Mock et René Gambier communiquent cette observation dont ils présentent les urétrographies. Celles-ci montrèrent toute la configuration interne du rétrécissement ; elles permirent de repérer le point de départ de la fistule au niveau de l'urètre prostatique. Enfin, grâce à l'injection de lipiodol faite pour l'urétrographie, le cathétérisme par une bougie filiforme fut rendu possible et ainsi l'urétrotomie interne put être pratiquée.

**Deux cas de luxation sous astragalienne du calcanéum.**

M. Judet communique ces deux observations. Dans le premier cas — homme de 54 ans, — le calcanéum s'était luxé en dehors de l'astragale en entraînant le cuboïde et le scaphoïde. Quoique vue seulement sept jours après l'accident, la luxation put être réduite après allongement sous-cutané à deux étages du tendon d'Achille, abaissement du calcanéum et torsion du pied en varus. Dans le deuxième cas, — homme adulte — le calcanéum s'était luxé en dedans de l'astragale ; luxation concomitante astragalo-scaphoïdienne. Au quatrième jour la luxation put être réduite par manœuvres externes après ténotomie du tendon d'Achille. Dans les deux cas, immobilisation plâtrée pendant trois semaines, puis marche, Résultat parfait.

**Iléus paralytique compliquant l'aérocolie.**

M. Thévenard en communique deux observations. Quelle pathogénie invoquer ? Hystérie ou trouble réflexe de l'innervation des tuniques de l'intestin par action de leur distension sur les plexus de Meissner et d'Auerbach. Le diagnostic, le plus souvent facile, peut hésiter dans certains cas atypiques d'occlusion. Au moindre doute, l'indication opératoire devient formelle.

M. Léo pense que l'helminthiase peut être la cause de ces accidents.

Séance du 5 février 1932.

**Le silence des calculs du rein.**

M. Pasteau. — La radiographie doit être appliquée pour ainsi dire par principe : dans tous les cas d'hématurie dont la cause vésicale n'est pas nettement démontrée par l'exploration simple de la vessie ou par la cystoscopie ; dans tous les cas de douleurs persistantes ou répétées siégeant au niveau de la région rénale ou dans les points où se trouvent normalement les irradiations douloureuses dans les maladies du rein ; dans tous les cas enfin où il existe une purulence des urines qui ne cède pas à un traitement urétrovésical bien conduit. Elle fait ainsi bien souvent découvrir des calculs « silencieux », parfois anciens, qu'aucun symptôme ne permettait de soupçonner.

M. Peugniez communique l'observation d'un malade qu'il a opéré de néphrectomie pour des calculs du rein droit qui avaient fini par occuper la totalité de l'organe. Ce malade n'avait jamais souffert que du rein gauche qui était considérablement hypertrophié.

M. le Gac présente l'observation d'une malade et la radiographie de ses deux reins. Cette radio montre : à gauche, un très volumineux calcul corralliforme ; à droite, un calcul de l'urèthre du volume d'une banane. Les petits signes dataient de longtemps ; mais, pyurie et phénomènes urémiques, résultats de la destruction du rein, ont évolué en huit jours, rendant inutile toute intervention.

**Etranglement du côlon ascendant à travers l'hiatus de Vinslow : gangrène de l'appendice et péritonite généralisée secondaires.**

M. Henri Blanc communique cette observation dans laquelle l'enchevêtrement des signes d'occlusion et de péritonite a égaré le diagnostic. La mort a suivi l'intervention.

**Traitement des séquelles de la coxalgie : le grand raccourcissement.**

M. Raphaël Massart, en présentant un excellent résultat opératoire, étudie le traitement chirurgical du raccourcissement qui dépasse six centimètres. La résection d'une partie de la diaphyse du fémur du côté sain paraît le seul traitement rationnel ; c'est celui qu'il a exécuté chez la malade présentée. L'auteur étudie les objections qu'on peut faire à la méthode ;

mais il montre tous les avantages pour le malade de ne plus avoir une boiterie grave et gênante.

### A propos de quatre tumeurs rénales volumineuses

MM. Victor PAUCHET, LE GAC, LUQUET et HIRCHBERG communiquent les observations de quatre malades opérés pour de volumineuses tumeurs rénales de variétés différentes :

1° Tumeur à symptômes rénaux, grosse comme une tête de nouveau-né ; histologiquement, hypernéphrome ;

2° Tumeur prise cliniquement pour une tumeur périsplénique, de la grosseur d'une tête de fœtus, développée aux dépens du pôle supérieur et de la convexité du rein ; histologiquement, tumeur atypique, à cellules éosinophiles ;

3° Tumeur ressemblant à une tumeur mésentérique, développée aux dépens du pôle supérieur du rein ; histologiquement, épithélioma ;

4° Tumeur prise pour un néoplasme intestinal, adhérente au méso-côlon et au côlon ; histologiquement, sarcome du type spécial.

Les trois derniers malades ne présentaient pas de symptômes rénaux ; la tumeur était le signe principal. Dans les quatre cas, néphrectomie avec bonne guérison opératoire. La symptomatologie des volumineuses tumeurs rénales est donc pauvre et simulatrice ; la pyélographie semble le meilleur moyen de diagnostic.

### Péritonite appendiculaire aiguë généralisée et grossesse. Opération au 12e jour. Guérison.

M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'une primipare de 22 ans, qui au 7e mois de sa grossesse fait une crise d'appendicite méconnue. Elle est opérée au 12e jour en pleine péritonite généralisée ; on trouve un appendice gangréné et perforé. Accouchement quatre jours après l'opération d'un fœtus mort. Guérison.

### Perforateur courbe des os.

M. JUDET présente ce perforateur qu'il utilise, en particulier, pour suturer les extrémités osseuses après résection du genou, pour fixer les greffes dans l'opération d'Albee, pour coapter les os du pied au cours des arthrodèses.

# Les Congrès

## VIe Congrès international des accidents et des maladies du travail

(Genève, 3-9 août 1931)

SECTION A. — ACCIDENTS

### Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et maladies du travail

*Lorsqu'un ouvrier est blessé au cours de son travail (ou est atteint d'une maladie professionnelle), les conséquences de la blessure peuvent être aggravées du fait d'un état pathologique antérieur à l'accident, et sans rapport avec le travail. La question se pose de savoir comment on peut apprécier respectivement les deux facteurs et comment on doit indemniser l'ouvrier. On sait que la loi française sur les accidents de travail, loi forfaitaire, indemnise toutes les conséquences de l'accident, sans admettre de restrictions du fait d'un état pathologique antérieur.*

Rapport du Dr POMETTA (Suisse).

Du point de vue médical, il est désirable que l'on tienne loyalement compte, par une réduction des prestations, de l'état antérieur du sinistré, lorsqu'il aggrave les suites d'un accident. On ne fait ainsi qu'agir équitablement et respecter la vérité clinique.

La réduction pour état antérieur ne doit porter que sur les prestations en argent. Les frais de traitement de la lésion traumatique restent par contre entièrement à la charge de l'assurance-accident.

La réduction des prestations en espèces peut être appliquée soit sur le montant de la somme à verser — réduction verticale, — soit sur la durée des prestations — réduction horizontale, — soit encore sur les deux ensemble, suivant les effets dus à l'état antérieur et survenus dans l'état du sinistré.

Une vague prédisposition à une maladie ne doit pas être considérée comme état antérieur autorisant une réduction. Il n'est pas nécessaire que l'état antérieur soit déjà en évolution active ou manifeste au moment de l'accident. Il peut se développer après, mais doit avoir aggravé les suites de l'accident, soit : retardé ou rendu plus difficile la guérison, nécessité un ou des traitements spéciaux, laissé à lui seul une invalidité ou augmenté le degré de celle-ci, causé ou précipité la mort.

Une réduction n'est pas justifiée lorsque l'état antérieur a été la cause de l'accident, mais n'en a pas aggravé les suites.

La réduction des prestations en espèces faite au sinistré par suite de son état antérieur ne devrait pas être supportée — ou tout au moins pas entièrement — par le blessé, mais mise à la charge soit des caisses-maladie, soit d'autres assurances spéciales dont il faudrait encourager le développement.

Les dispositions suivantes de l'article 91 de la loi suisse : « Les prestations en argent de la Caisse natio-

nale subissent une réduction proportionnelle si la maladie, l'invalidité ou la mort ne sont qu'en partie l'effet d'un accident assuré », tiennent suffisamment compte de toutes les circonstances et peuvent servir de base légale.

Rapport du Dr Molineus (Allemagne).

L'importance du rôle souvent aggravant d'un état pathologique antérieur dans les suites d'accident, la déficience fréquente de la capacité réelle de travail des sinistrés rendent nécessaire qu'une disposition légale permette de reconnaître une réduction antérieure du gain annuel qui sert de base au calcul d'invalidité. Cette disposition existe déjà pour les ouvriers agricoles, elle devrait exister pour les ouvriers industriels.

Si ce n'était pas possible, il faudrait, dans les cas où l'état antérieur aurait agi par aggravation, tenir compte de ce fait pour diminuer le taux d'incapacité.

La réduction due à un tel état maladif antérieur doit porter uniquement sur le gain antérieur et sur la rente, et non sur les prestations thérapeutiques.

Cette réduction sera calculée selon une échelle lentement progressive, mais elle tiendra compte de la diminution de gain annuel et éventuellement du rôle aggravant de l'état antérieur sur les suites de l'accident.

Les maladies dites professionnelles assimilées aux accidents par l'assurance seront régies par les mêmes principes.

Rapport du Dr Tovo (Italie).

L'auteur rappelle les législations des différents pays et montre que le rôle des causes concomitantes est généralement laissé à l'appréciation du magistrat, et non codifié.

On peut distinguer parmi les « états antérieurs » d'une part les causes concomitantes des lésions, d'autre part les causes qui concourent à l'invalidité.

Lorsqu'on exclut les facteurs constitutionnels non morbides, on est amené à considérer :

1° *Des altérations à caractère statique*, qui comprennent :

*a*) les anomalies anatomiques ;

*b*) les particularités constitutionnelles pathologiques ;

*c*) les processus morbides antérieurs ;

*d*) les processus morbides latents.

2° *Des altérations à caractère évolutif*, qui comprennent :

*a*) les processus morbides en cours, aggravant volution de la lésion ;

*b*) les processus morbides aggravés par la lésion : le traumatisme peut être soit révélateur, soit accélérateur d'un état préexistant.

L'auteur estime que la meilleure solution légale, harmonisant le jugement médical avec les opinions juridiques est celle contenue dans l'article 91 de la loi suisse sur les accidents de travail. Pour ce qui est des maladies professionnelles, il estime que la solution la meilleure dans le problème concernant l'évaluation, est le principe de la réparation proportionnelle contenue dans le même article.

L'influence de l'état antérieur doit être en général admis plus largement pour les maladies que pour les accidents du travail. Il faut en chercher les symptômes dans tout l'organisme par un examen systématique.

Discussion

M. Kaufmann (Zurich) précise certaines dispositions de la loi allemande dont M. Molineus n'a pas parlé, en particulier ce qui concerne la substitution des caisses d'assurance-accident aux caisses de secours-maladie au bout d'un certain temps. Pour M. Kaufmann, l'article 91 de la loi suisse, qui a donné toute satisfaction, ne doit pas être modifié.

En Suisse, c'est le tribunal fédéral qui intervient pour constater en quelle mesure un état antérieur (tuberculose, alcoolisme) intervient pour modifier les conséquences des accidents.

M. Miller (New-York) distingue deux catégories dans les états antérieurs : ou bien la maladie antérieure est définitivement guérie et il n'y a pas à en tenir compte ; ou bien la maladie antérieure peut éventuellement entraîner de nouveaux symptômes à l'avenir. En ce cas l'ouvrier doit bénéficier du doute et obtenir un pourcentage plus élevé.

M. Daniel (Marseille) estime au contraire que l'on n'a le droit de faire intervenir l'état antérieur que lorsqu'on peut l'apprécier d'une façon précise, sans rester dans le doute. Il faut tenir compte de la façon dont l'ouvrier travaillait auparavant, et le montant de ses salaires renseigne. Il faut en outre tenir compte de l'état psychique des blessés, dont les uns montrent beaucoup de bonne volonté à guérir, tandis que d'autres sont atteints de sinistrose.

Lorsqu'il s'agit de plaies infectées, on pratiquera des immuno-réactions pour savoir comment réagissait le blessé.

Pratiquement, on ne tiendra que rarement compte de l'état antérieur parce qu'on manque de possibilité technique.

L'auteur montre en outre l'importance des assurances sociales : on doit associer les caisses-accidents et les caisses-maladies.

M. Strauss (Nuremberg). — L'accident interrompt la routine ouvrière. L'adaptation à l'invalidité est d'autant plus difficile que l'ouvrier est plus vieux. Il faut donc tenir compte de l'âge dans les évaluations.

M. Biondi. — On évoque souvent l'influence aggravante d'un traumatisme sur une tuberculose. Il est essentiel de prouver dans chaque cas particulier qu'il y a eu un traumatisme réel. En principe, le traumatisme d'un organe déjà malade se traduit par une symptomatologie nette, qu'il s'agisse d'un trauma thoracique chez un tuberculeux pulmonaire ou

d'un trauma portant sur une tumeur blanche au début. On ne peut donc admettre que l'ouvrier n'ait pas fait immédiatement constater le traumatisme.

### Communications

**L'état antérieur et les accidents de travail.** — M. Domenichini.

On devrait tenir compte du dommage provoqué par l'état antérieur lors de la liquidation de l'indemnité.

**Etat antérieur et tremblement parkinsonien.** — M. Turlais. (Angers).

Il existe un parkinson traumatique indiscutable ; mais des enquêtes précises sont nécessaires et permettent souvent de retrouver un parkinson fruste antérieur à l'accident.

**Evaluation des causes concomitantes dans les invalidités dues aux accidents de travail.** — M. Prosperi (Florence).

La jurisprudence ne tenant pas compte de l'état antérieur, certains industriels se défendent en organisant une visite médicale lors de l'embauchage. Ainsi, la jurisprudence risque de pousser au chômage.

Il n'est pas juste de forcer les industriels à indemniser identiquement un accidenté, qu'il fût auparavant sain ou malade.

Puisque l'on ne peut faire adopter de loi analogue à la loi suisse, l'auteur propose une sorte de caisse de compensation (analogue à celle fonctionnant en France pour les blessés de guerre).

**Le facteur salaire dans l'évaluation des invalidités successives.** — M. de Laet (Bruxelles).

Lorsqu'un ouvrier, victime antérieurement d'un accident, est atteint d'un second accident, le taux $T_2$ de l'incapacité seconde est égal au taux intégral de l'ouvrier T diminué du taux de la première incapacité $T_1$, c'est-à-dire $T_2 = T - T_1$. Cette formule doit être remplacée par un autre plus compliquée, donnée par Balthazard, lorsque des accidents successifs frappent des organes synergiques.

On considère, dans ces formules, qu'après l'accident entraînant une invalidité permanente l'ouvrier touche un salaire diminué proportionnellement à cette invalidité. Or, il n'en est pas toujours ainsi : très souvent l'ouvrier conserve son salaire intact, alors que d'autres fois il perd de son salaire primitif un pourcentage supérieur à celui fixé pour son invalidité.

Aussi l'auteur propose-t-il de faire intervenir la différence réelle de salaire dans le calcul de l'invalidité seconde en introduisant dans la formule le rapport du salaire antérieur au premier accident S, au salaire contemporain du second S, soit :

$$T_2 = (T - T_1) \frac{S}{S_1}$$

Ce coefficient ne décourage pas les efforts de réadaptation : si l'ouvrier, au moment du second accident, s'était réadapté, $T_1$, a diminué, donc $T_2$ augmente et l'invalidité proportionnellement.

**Sur l'évaluation des dommages provoqués par des causes secondaires.** — M. Diez (Rome).

Décider s'il faut ou non tenir compte des causes secondaires dans la réparation des dommages provenant d'accident, est une question essentiellement juridique. La loi italienne prescrit que l'on répond entièrement du préjudice causé à un tiers même si des causes secondaires ont contribué à provoquer le dommage. Il n'est donc pas question d'accepter les dispositions de l'article 91 de la loi suisse.

L'évaluation du dommage causé doit être calculée sans tenir compte des lésions ou des invalidités antérieures, et l'indemnité ne peut être calculée que sur le salaire touché par l'ouvrier au moment de l'accident, puisqu'il correspond théoriquement au rendement de l'ouvrier.

*(A suivre).*

# Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Raymond Dieulafé. — **La cavité cotyloïde. Anatomie chirurgicale. Développement. Malformations** (Travaux anatomo-cliniques, publiés sous la direction du Professeur Dieulafé, 1 vol. in-8, 243 pages, 189 figures.)

L'ampleur prise par les études radiographiques a suscité un vif intérêt dans l'interprétation des phénomènes pathologiques, jusque-là obscurs, qui se localisent avec tant de fréquence et tant de variété sur l'articulation de la hanche. Cette étude d'ensemble réunit tout ce qui touche la cavité cotyloïde aux divers points de vue de sa disposition anatomique, de ses malformations congénitales, de ses déformations pathologiques.

Laboratoires Heudebert (Service des Editions), 85, rue Saint-Germain, Nanterre (Seine). **Le régime des maladies du foie et des voies biliaires.**

La collection des recueils diététiques éditée par les laboratoires Heudebert vient de s'enrichir d'une nouvelle unité.

« Le régime des maladies du foie et des voies biliaires » vient de paraître sur cent pages, remplies de conseils pratiques et de recettes culinaires.

Cette brochure est conçue dans le même esprit pratique que les brochures qui l'ont précédée (le

régime du diabétique, le régime des maladies du rein, le régime des enfants, le régime de l'obésité), c'est-à-dire sans prétentions médicales, mais avec le souci de rendre service et de permettre au malade de suivre son régime aussi agréablement que possible, sans transgresser les prescriptions médicales.

De son côté, le médecin qui ne peut entrer dans les détails culinaires du régime trouve dans ces brochures un auxiliaire précieux qui vient compléter les indications générales de l'ordonnance.

Ces brochures sont gracieusement offertes aux médecins qui en font la demande.

---

***Les livres qui viennent de paraître....***

Chez J.-B. Baillière et fils,
1, rue Hautefeuille, Paris.

Prof. Claude. — **Pathologie interne. — Maladies du système nerveux. T. I : Cerveau, Cervelet, Protubérance; Bulbe.** — T. II: **Moelle, Scléroses, Plexus, Nerfs, Névroses**, 2e édition.

A. Fasquelle. — **Ernest Chambon.** Préface du Dr E. Roux, de l'Institut Pasteur.

L'Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

R. Boissier et A. Bouloux. — **Formulaire thérapeutique odonto-stomatologique** (30 fr.)

E. Cassoute. — **La dentition chez les enfants** (25 fr.)

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr Nobécourt. — **Clinique médicale des enfants. — Maladies infectieuses. — Rhumatisme articulaire aigu. Fièvre typhoïde. Scarlatine.**

# Les Thèses

— Leyden. — Dr Johannès Soer, 1931. — **Combien de vitamines D sont nécessaires pour guérir et prévenir le rachitisme.**

Le rachitisme est un des fléaux modernes de l'enfance. Soer en fait une étude importante et très documentée, et précise le moyen de le prévenir et de le guérir par la vitamine D.

On peut administrer à l'enfant la vitamine elle-même « per os » ou en provoquer la formation en le soumettant à l'action des rayons ultra-violets.

Le véhicule de la vitamine D est le plus souvent l'ergostérine soumise à l'irradiation ultra-violette. La condition essentielle de son activité est l'efficacité de son rayonnement. Ce dernier a été admirablement mis au point par van Wijk et Reerink dans le laboratoire de physique des usines Philips. Ils ont montré que l'ergostérine était transformée au maximum par un rayonnement d'environ 3.000 A. assez prolongé. Ils ont en outre réussi à être les premiers à obtenir la vitamine D à l'état cristallin.

C'est cette vitamine, mise par les usines Philips à sa disposition, que J. Soer a expérimenté, soit dissoute dans l'huile, soit incorporée au beurre de cacao auquel on ajoute du chocolat Van Houten qui rend cette médication particulièrement agréable aux enfants.

Les premières expérimentations ont porté sur une série d'enfants atteints de rachitisme, auxquels on a administré la vitamine D de Philips dissoute dans l'huile. Chez une autre série d'enfants la vitamine D fut donnée mélangée au chocolat : cette seconde préparation se trouve dans le commerce sous le nom de Dohyfral.

Les résultats furent identiques. L'avantage du Dohyfral est de pouvoir administrer aux enfants une vitamine D une pureté extrême et d'un dosage rigoureux. On obtient ainsi des cures rapides avec des doses très inférieures à celles utilisées jusqu'à présent.

Alors qu'il y a quelque temps on administrait des doses minimum atteignant 4 milligr. de vitamine D on peut avec le Dohyfral limiter la dose à 0.005 milligr, de vitamine D par jour.

La dose de 0.0001 milligr. par jour et par kilogr. de poids de l'enfant est suffisante.

Les observations publiées par l'auteur sont très démonstratives ; les résultats qu'il publie sont rapides et constants et il n'a pas dépassé les doses de 0,010 millgr. par jour.

Dans la seconde partie de son travail, Soer a recherché la dose minima de vitamine D nécessaire *pour prévenir le rachitisme.*

Alors que pour le guérir il faut une dose de 0,020 milligr. par jour de vitamine D, comme préventif, un dose moitié moindre suffit généralement.

Soer a comparé l'action de l'huile de foie de morue et du Dohyfral. Les résultats ont été supérieurs avec le Dohyfral.

Il n'a jamais constaté aucun accident, aucune intolérance.

Le dohyfral semble être le traitement spécifique du rachitisme, tant à titre préventif qu'à titre curatif.

## THÉRAPEUTIQUE

# Des échecs de la médication intraveineuse dans la blennorragie chronique

*Georges Luys, dans* une remarquable étude, vient d'apporter quelque clarté dans cette question si controversée et si obscure.

On sait que, parmi les innombrables médications proposées contre la blennorragie, une des plus récentes consiste à injecter dans les veines une solution de chloro-méthylate de diamino-acridine. C'est la méthode d'acridinothérapie, surtout préconisée par le Prof. Jausion, du Val-de-Grâce, qui compte des défenseurs et des détracteurs.

Georges Luys , range les différentes opinions émises dans les deux paragraphes suivants (*La Clinique*, mai 1930).

1° Tout le monde accorde à l'acridinothérapie intraveineuse une valeur réelle dans le traitement de la blennorragie aiguë ;

2° De l'avis de tous ceux qui l'ont essayée, il résulte qu'elle ne convient pas, d'une part, à tous les cas de blennorragie chronique (nombre de ceux-ci n'étant pas guéris par elle) et que, d'autre part, elle n'en prévient pas les complications.

Se basant sur les lésions anatomopathologiques, il conclut que toutes les méthodes qui empruntent au sang son torrent circulatoire ne peuvent avoir aucun effet sur le gonocoque, lorsque celui-ci se trouvera garanti par des remparts de défense constitués par le tissu fibreux.

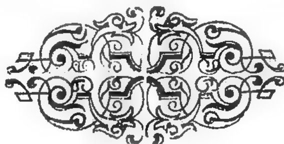
C'est cette loi imprescriptible et indiscutable qui régit toute la thérapeutique anti-blennorragique.

Si, au début de l'envahissement, les méthodes générales d'acridinothérapie et de vaccination peuvent compter des succès, plus tard, lorsque le gonocoque est bien défendu par du tissu fibreux, il devient invulnérable. Les lavages, les instillations, aussi bien que les injections intraveineuses passeront à côté de lui sans l'influencer et en le laissant vivre en parfaite quiétude.

Il n'y a plus, pour Luys, pour le déloger de ses repaires, que le seul traitement mécanique qui, s'attaquant violemment au tissu fibreux périgonococcique, le ramollit et le fait disparaître, mettant alors en liberté le microbe qui, sorti de sa tanière, devient vulnérable aux agents thérapeutiques.

Mais, c'est à ce moment qu'il est nécessaire de faire un choix judicieux parmi les nombreux médicaments en usage. Barbellion a montré l'infidélité des lavages, l'inefficacité de la vaccinothérapie, l'insuffisance de la gonacrine, la médiocrité du santal. Par contre, le complexe santalol-salol-héxaméthylène-tétramine, donné sous forme d'Eumictine (10 à 15 capsules par jour) agit remarquablement tout en permettant aux malades de ne pas perdre de temps et de continuer à se soigner. Or, dans les cas aigus aussi bien que dans les cas chroniques, où, dès que le tissu fibreux est ramolli, le bacille est vulnérable, l'Eumictine agit comme l'antiseptique idéal par sa judicieuse composition. C'est à la formation d'aldéhyde formique à l'état naissant que l'héméxathylène-tétramine contenue dans l'Eumictine doit ses propriétés désinfectantes. Ces propriétés sont encore renforcées par le salol qui y est associé et qui est lui-même une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique. Quant au santalol, il ajoute ses effets à l'action de la dilatation en décongestionnant la muqueuse uréthrale.

Les effets remarquables et constants de l'Eumictine s'expliquent donc par sa judicieuse composition qui en fait le remède héroïque de toutes les uropathies.



# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

### UNE FÊTE DE L'AMITIÉ

### Allocutions prononcées au dîner du Dr J. Noir
### Réponse de Noir

**Toast du Dr Bellencontre,**

*Président de l'Association générale des Médecins de France*

Mon cher Ami,

En des strophes lyriques bien qu'en prose, votre brillant coadjuteur Duchesne vient, avec la sensibilité, l'élégance, le charme qui lui sont propres, de nous conter votre vie médicale et d'en chanter les gestes.

Je ne recommencerai point cet éloge.

A quoi bon d'ailleurs ?

Voyez autour de vous ces visages qui expriment la joie, voyez tous ces regards chargés d'amitié.

Nous sommes tous heureux de votre bonheur ; il est un peu le nôtre.

Jamais, cher ami, croix ne fut plus méritée et si tardive cependant !

Qu'importe ? Il est des réparations éclatantes comme celle-ci. Quels titres n'aviez-vous pas ? Dévouement aux individus et aux collectivités, dignité de vie, passion du bien, savoir encyclopédique, élévation de la pensée et des sentiments, vous avez de surcroît la maîtrise du style qui fait de vous le plus lu, le plus suivi de nos écrivains corporatifs.

Je vous apporte, mon cher Noir, les félicitations cordiales de vos collègues de l'Association générale dont vous êtes un des dignitaires, un des conseillers les plus assidus et les plus influents.

Et en leur nom, je remercie M. le Dr Moulin, président de ce banquet, maire du Ve arrondissement, de s'être fait le promoteur de votre nomination dans l'Ordre de la Légion d'honneur.

Mon cher et grand ami, trouvez enfin dans ces simples mots le témoignage d'une longue et profonde amitié.

Messieurs, je n'aurai garde d'oublier de féliciter, au nom de l'Association des médecins de France, deux autres chevaliers de la Légion d'honneur, le Dr Paul Boudin et le Dr Dibos qui font partie tous deux du Conseil de l'Association.

Je salue en Paul Boudin un confrère envers qui la plupart de nos Sociétés et un nombre infini de nos collègues ont contracté une dette jamais acquittée.

Médecin et juriste éminent, il met, au service de ses confrères, son savoir, sa parole claire, son désintéressement.

Vous connaissez tous, Messieurs, le Président de la Confédération des Syndicats médicaux de France, le Dr Dibos, dont la physionomie souriante attire la sympathie et qui remplit ses fonctions délicates et difficiles entre toutes avec une autorité et un dévouement dont ses administrés lui sont reconnaissants.

Messieurs, je bois aux trois néo-chevaliers, bienfaiteurs, à des titres divers, du Corps médical.

**Allocution du Professeur Laignel-Lavastine**

Mesdames,
Monsieur le Maire,
Mes chers Confrères,
Mon cher Ami,

Au nom de la Maison du Médecin, j'apporte d'abord tous les regrets de notre cher Président, M. Cazin, qui aurait dit avec son cœur et son intelligence précise et réaliste de chirurgien tout ce que notre ami, M. Noir, a fait pour notre œuvre. Je suis aussi chargé par mon maître et ami, le Professeur Bernard Cunéo, premier vice-président de la Maison du Médecin, de transmettre à son collègue M. Noir, avec toutes ses excuses de n'avoir pu venir ce soir, ses plus vives félicitations.

Mon cher Noir, mon cher Ami, faisant miennes les phrases très justes de Duchesne et de Bellencontre exprimant vos qualités, je ne veux être que le ruban qui réunit en un bouquet ces gerbes qui disent vos mérites.

Vous avez fait partie, dès son origine, de la Maison du Médecin, quand elle n'avait même pas de maison et que la caisse était vide. C'était dans le salon du Dr Courtaud, rue Saint-Denis. Puis, on eut la villa de Brezolles, grâce à un généreux donateur, et enfin Valenton. Vous avez toujours, et d'œil vigilant, surveillé la croissance de l'œuvre et vous l'avez facilitée de mille manières, par votre prudence, votre bonté, votre amabilité et votre esprit d'à-propos.

L'an dernier encore, grâce à vous, 160.000 francs étaient donnés à la Maison du Médecin. Et encore plus que l'argent, vous attirez les cœurs. C'est pourquoi vous rayonnez dans votre quartier de la Montagne Sainte-Geneviève, où vous incarnez l'idéal du praticien familial. Ce m'est une joie, le matin quand je vais à la Pitié, de vous voir partant faire vos visites par les rues Linné, Lacépède et du Puits de l'ermite, qui s'étonne de voir surgir un minaret, pour arriver à la maison de Buffon, toute neuve dans son antiquité restaurée. Et l'on sent combien vous aimez votre province parisienne, chantée par Duhamel dans la Pierre d'Oreb, et où de chaque pierre se lève un souvenir d'histoire, des Arènes au Panthéon, en passant par le mur de Philippe-Auguste et Saint-Etienne-du-Mont.

Vous allez d'un tel calme par les rues qu'on comprend que vous ne vieillissiez pas. Cependant, il est admirable de pouvoir fêter aujourd'hui le centenaire de vos consultations. Voilà, en effet, cent ans que parurent les Consultations du Docteur Noir. C'est en 1832 qu'Alfred de Vigny les publia.

Je me permets ce souvenir, car vous êtes un humaniste. L'un et l'autre, nous avons connu le même deuil, l'atroce brisure du foyer. Les lettres, en facilitant l'évasion de soi-même, nous ont soutenus dans le travail quotidien. Et si, malgré les heurts de la vie, vous continuez à sourire, c'est qu'à votre aurore, vous avez goûté le lait de l'humaine tendresse dans les lettres gréco-latines.

Je lève mon verre en l'honneur de notre ami le Docteur Noir, au bienfaiteur de la Maison du Médecin, à l'humaniste, au praticien qui sait se donner tout à tous.

Vive notre ami Julien Noir !

**Allocution du Dr G. Paul-Boncour**

Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Lorsque les organisateurs de cette réunion m'ont prié de prendre la parole au nom de l'Institut médico-pédagogique, j'ai accepté avec plaisir, je dirai même avec un double plaisir : j'étais heureux d'être l'interprète des sentiments de mes collègues, et il m'était agréable d'y joindre une note plus personnelle, faite d'amitié et de sympathie.

Mon cher Noir, au nom des membres du Conseil d'administration de l'Institut médico-pédagogique dont tu es le président, au nom du directeur administratif et du directeur médical (c'est-à-dire de ton serviteur), je t'apporte une vaste gerbe de félicitations et t'affirme la joie que nous éprouvâmes en apprenant ta nomination dans l'Ordre de la Légion d'honneur : depuis longtemps, nous attendions cette distinction méritée.

Certes, nous eussions préféré que tu fusses promu au choix plutôt qu'à l'ancienneté : mais tout est bien qui finit bien, enseigne un vieil adage, qui comme tous les adages, exprime l'expérience des peuples et la sagesse des anciens.

A l'Institut médico-pédagogique, tout le monde apprécie ta loyauté, ton équité, ton désir de rendre à chacun ce qui lui est dû ; ton souci constant de reconnaître la valeur des efforts de tes collaborateurs. Avec le sens critique impeccable qui te caractérise, tu as saisi (à l'encontre de certains de tes devanciers), ce qu'il fallait faire pour obtenir des résultats positifs ; et puisque ce sont ces derniers qui permettent de mesurer la valeur des méthodes utilisées, il est juste de constater que, depuis que tu présides le Conseil d'administration, l'établissement a acquis une prospérité inconnue jusque-là, et même n'ayant pas subi la moindre défaillance au cours de cette dernière année, alors que partout (on peut le dire sans faire du mauvais esprit), la situation économique est peu brillante !

Les orateurs qui m'ont précédé ont mis en lumière tes nombreuses et incontestables qualités : permets-moi d'en indiquer l'origine. Certes, elles sont dues à ton éducation première, mais elles dépendent aussi de ta nature ethnique : c'est là un terrain spécial sur lequel je puis pénétrer, puisque c'est un ancien président de la Société d'anthropologie qui s'adresse à un autre ancien président de cette même Société.

Au cours d'une conversation que j'avais avec le Professeur Manouvrier, mon maître en anthropologie, que tu as soigné jusqu'à sa mort avec tant de dévouement, celui-ci, qui avait sans doute mesuré ton indice céphalique et analysé ton caractère, m'affirmait que tu étais un représentant de cette race alpine qui, venue de l'Orient, a institué en Europe une des civilisations les plus importantes de l'humanité. Cette race s'est enfoncée comme un coin entre les populations occupant notre sol, a séparé les Nordiques des Méditerranéens occupant le centre de la France, le Massif central et ses pentes. Or, tous les préhistoriciens sont d'accord sur un point (note cette union chez des gens dont les dissentiments sont souvent aussi éclatants que ridicules), l'*homo Alpinus* était robuste, intelligent,

réfléchi, laborieux, tenace, avait l'esprit clair et simplificateur. Tu es né dans un pays où prédomine cette race alpine, et tu en possèdes les qualités qui sont d'ailleurs le fonds de notre nation française ; elles sont chez toi d'autant plus solides qu'elles ont des racines plus profondes.

Avant de terminer, je m'en voudrais de ne pas t'exprimer toute ma sympathie et toute mon amitié : ces sentiments ne datant pas d'aujourd'hui et dont la naissance est déjà si éloignée qu'il est préférable de ne pas la situer dans le temps.

Ces sentiments sont nés spontanément du jour où j'ai été en contact avec toi dans le service de Bourneville, où nous étions internes l'un et l'autre. Je fus séduit par ton visage grave, sincère, ouvert, loyal, attirant. Mais pourquoi parler seulement au passé ? Rien n'est changé, ton visage dégage toujours autant de sympathie, seul le cadre est modifié : la barbe est devenue blanche, cette barbe à laquelle tu es indissolublement fidèle. La mienne aussi du reste a changé de couleur, mais moins conservateur et moins traditionnaliste que toi, je l'ai supprimée du jour où la neige de l'âge a commencé à la décolorer.

Je suis heureux de constater que cette sympathie, je ne suis pas seul à l'affirmer, et le grand nombre de ceux qui se pressent ici ce soir en est une vivante démonstration.

Mesdames, Messieurs, un conteur oriental enseigne que de toutes les entreprises humaines la plus chimérique est la découverte d'un homme aimé de tous. Eh bien ! sans avoir à la main la lanterne de Diogène ou de Soubise, nous voyons devant nous cet homme, c'est Julien Noir ! Il n'a pas d'ennemis et tous ceux qui le connaissent sont ses amis ou veulent le devenir ! Croyez-moi, peu de gens peuvent en dire autant.

C'est sous l'empire de ces sentiments que je lève mon verre en l'honneur du nouveau légionnaire ; fêtons sa croix si justement méritée, et de nous tous, et depuis longtemps, si ardemment désirée.

### Toast du Dr Dartigues

Mon cher Noir,
Mon cher Ami,

La Légion d'honneur est bien la plus belle décoration du monde ! Il n'en faut pas douter, puisque nous voyons les étrangers même y ajouter un tel prix qu'ils la préfèrent, *in petto*, souvent à leurs propres décorations ; il faut bien également qu'il en soit ainsi, puisqu'on voit des gens qui ne la méritent pas, la désirer à un tel point qu'il leur semble ainsi, par son prestige, se donner un brevet d'héroïsme et de haute vertu.

Mon cher ami, nous avions tous une telle estime pour vous que lorsque nous vous approchions, nous ne pensions pas un instant que vous n'aviez pas la Légion d'honneur et que l'on avait commis, envers vous, la plus coupable des omissions. C'est que cette décoration, en réalité, ne vous manquait pas à vous, vous manquiez à la Légion d'honneur. En vous ayant maintenant, celle-ci a agrandi, on peut le dire, son domaine moral.

En tout cas, et pour ma part, je vais vous faire un aveu : il y a deux catégories d'hommes devant lesquels j'ai envie d'ôter ma propre décoration de la Légion d'honneur : ceux que je juge indignes de la porter — car, hélas ! il y en a — et que je ne considère pas comme mes égaux dans l'honneur ; et ceux que je juge ou plus méritants ou tout au moins aussi méritants que moi et devant qui j'éprouve quelque humilité de ne pas les voir décorés : vous êtes de ceux, et pour cette raison dernière, devant qui j'avais envie de faire ce geste.

L'Umfia ou Union médicale latine, que j'ai fondée, il y a 20 ans, avec Bandelac de Pariente ici présent, a été tenue sur ses fonts baptismaux, avant la guerre, par un grand journaliste, le Docteur Helme ; depuis, elle a vécu avec la collaboration d'un autre journaliste médical éminent, notre Secrétaire général Molinéry ; mais, dans cette déjà longue période d'après guerre, c'est vous qui l'avez soutenue, guidée, conseillée, fait connaître plus largement aux praticiens de notre pays.

L'Umfia salue donc en vous un protecteur, un conseiller, un guide dont le talent et le cœur sont toujours au service des plus belles causes : de votre plume loyale ne sont jamais tombées de taches !

Vous êtes un chevalier sans peur et sans reproche de la Latinité !

Mon cher Noir, mon cher ami, nous vous souhaitons, à l'Umfia, de nombreuses années heureuses.

### Allocution du Dr Moulin

*Maire du Ve arrondissement*

Mon ami Louis Rollin, ministre du Commerce, aurait été heureux de présider ce banquet si des circonstances indépendantes de sa volonté ne le mettaient dans l'obligation, en raison des nécessités de l'heure, de se tenir à l'écart des manifestations collectives. Sa voix, certes plus éloquentes que la mienne, aurait pris plaisir, mon cher Noir, à célébrer vos mérites en présence de cette longue théorie d'amis venus vous apporter leur tribut de félicitations et d'éloges ; vous voudrez bien excuser la mienne et ne voir, en ses modestes accents, que le reflet de ma profonde estime et de mon affectueuse amitié.

De plus qualifiés que moi ont pu évoquer la large part que les vôtres et vous-mêmes avez prise à la création et à l'organisation de nos syndicats professionnels, vanter votre érudition,

votre valeur scientifique et vos talents de journaliste ; le Ministre se serait plu à exalter le rôle national que vous avez joué dans l'application des lois sur l'assistance médicale, les accidents du travail, les soins aux victimes de la guerre, à rappeler la collaboration précieuse et recherchée que vous avez si souvent apportée au Gouvernement; permettez, mon cher ami, au Maire du Ve arrondissement de ne se référer ici qu'aux circonstances, en quelque sorte locales, qui vous font participer à la vie intime de notre montagne Sainte-Geneviève.

La commission d'hygiène, la société archéologique de la Montagne, le bureau de bienfaisance, l'inspection médicale des écoles, les crèches, tel est le vaste domaine, toujours plein de votre bienfaisante activité, d'homme de science et de philanthrope ; profondément épris de commisération pour les humbles et les deshérités, on vous y voit sans cesse à la recherche du bien à faire, des améliorations sociales à réaliser. Que de visages troublés et pâles, sur lesquels la misère morale avait posé sa griffe, vous doivent le réconfort qui fait renaître à l'espérance ! Que de faméliques doivent leur retour à la santé aux soins que vous leur avez donnés, aux aumônes discrètes que vous leur avez prodiguées ! Vous êtes la Providence des malheureux ; vous vous efforcez de comprendre et de satisfaire leurs besoins, vous connaissez et soulagez leurs misères. Vous êtes, mon cher Noir, ainsi que je me plais à le dire et à le redire, le meilleur d'entre les meilleurs et vous donnez à tous vos concitoyens, qui vous estiment et vous aiment, le plus bel exemple de vertu civique. La haute distinction qui vient de vous être conférée n'est pour vous qu'une légitime, mais bien tardive récompense.

Les pauvres du Ve arrondissement m'ont demandé de vous remettre ce soir, en leur nom, le diplôme de la médaille d'or que le ministre de la Santé publique vous a récemment décernée, et vos collègues de nos commissions municipales, qui vous ont offert, il y a quelques jours, cette médaille d'argent, ont tenu à ce que je vous la donne ce soir en présence de vos amis de façon que tous se trouvent réunis autour de vous dans une même pensée d'estime de reconnaissance et d'affection.

Si tous les hommes s'inspiraient de votre exemple pour ne sacrifier comme vous qu'au même culte de la Bonté, ils iraient à ses autels la main dans la main, apprendre à se respecter et à s'estimer, et de cette estime mutuelle naîtrait la fusion des esprits et l'harmonie des cœurs qu'on nous donne comme l'idéal dernier du progrès moral.

***

**Réponse du Dr J. Noir**

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Je suis absolument confus de tant d'applaudissements et de tant d'éloges qui me paraissent dépasser de beaucoup mes mérites et je vous en remercie.

Monsieur le Maire du Ve arrondissement,
Mon cher Confrère, mon cher Ami,

Merci de m'avoir témoigné une fois de plus votre si précieuse amitié en acceptant de présider cette fête ce soir; merci à Madame Moulin et à votre fils, notre futur confrère, d'avoir bien voulu me faire l'honneur de vous y accompagner. Mais cette preuve d'affection, après tant d'autres, ne doit pas me faire oublier que vous êtes avant tout le maire du Ve arrondissement, que vous représentez ici ce soir, car c'est comme médecin praticien de ce Ve arrondissement que j'ai été décoré.

J'aime ce Ve arrondissement, cette montagne Sainte-Geneviève où s'est déroulée pendant 40 ans toute ma vie professionnelle.

J'aime ses vieilles rues, ses monuments, ses ruines.

J'aime ses institutions séculaires où ont été écrites les plus belles, les plus nobles pages de notre histoire, celles du passé moral et intellectuel de la France qui a fait la conquête du monde.

J'aime sa population simple, laborieuse, intelligente, policée.

Comment, sans ingratitude, ne pourrais-je pas aimer les habitants de mon vieux quartier quand je les ai vus, à diverses reprises, se presser par centaines, j'allais dire par milliers, dans notre vieille église de Saint-Etienne-du-Mont, pour partager mes joies et surtout pour m'apporter quelque consolation dans le malheur ?

Après mon vieux quartier, c'est ma famille et mes vieux amis que je dois remercier. Certains sont venus de très loin pour me féliciter ce soir. Je les prie d'exprimer toute mon affection et tous mes souhaits à ceux qui me sont chers et que des deuils trop récents, la maladie, les infirmités et les devoirs familiaux nous privent ce soir de leur présence.

Mes chers amis, j'ai une seconde famille qui tient encore une grande place dans mon cœur, c'est notre *Concours médical.* Notre cher Duchesne a bien voulu, en son nom, faire ce soir mon panégyrique, il s'en est acquitté avec son

éloquence coutumière : peut-être s'est-il, en trop me louant, trop bien acquitté de son rôle. Malgré cela, je lui adresse, et sans réserves, mes plus affectueux remerciements, car je sais que dans ce beau discours, il a mis tout son esprit et tout son cœur. Je suis trop l'ami de Duchesne, je vis trop dans son intimité et nos pensées et nos désirs s'entrepénètrent trop, pour que je puisse exprimer comme je le devrais mes sentiments à son égard.

Merci donc à mes chers amis du *Concours médical*, à Duchesne, à Boulanger, les organisateurs de cette belle fête, à Paul Boudin, que je suis si heureux de pouvoir féliciter à mon tour, à Dumesny, à Fischer.

Camarades, vous avez voulu donner à cette démonstration un caractère encore plus familial en y faisant participer vos chères femmes, ou les membres de votre famille, encore une fois, merci à vous, merci à eux.

Dans notre milieu du *Concours médical*, nous devons regretter des absents. C'est notre vénéré directeur, M. Gassot, que son grand âge retient ce soir chez lui, à Chevilly, dans le Loiret; c'est notre doyen Maurat, qui, malgré ses quatre-vingt-quatre printemps, s'est fait une joie de venir dîner avec nous ce soir, mais que la prudence oblige de ne pas rentrer trop tard à Chantilly ; c'est notre excellent Vimont qui, couché sur un lit de douleur, nous téléphonait, il y a quelques heures, ses regrets de ne pas être des nôtres. A tous, j'adresse mes plus affectueux sentiments et mes meilleurs souhaits.

Mes chers amis, en écoutant la douce harmonie de vos éloges, j'ai cru, pardonnez-moi cette pensée, assister à mon propre enterrement. Ne protestez pas. Vous m'avez couvert de fleurs, vous m'avez littéralement enterré sous les fleurs. Je vous en remercie, car je sais que vous êtes sincères. Mais je crois bien que votre amitié vous a singulièrement illusionnés sur mes mérites. Mes mérites ! Mais ce sont ceux de tout médecin praticien de mon âge qui a vécu dans le même milieu que moi, et j'ai la conviction qu'en me décorant, le ministre, voulant distinguer un vieux praticien, a choisi celui qui lui a été le mieux et le plus habilement présenté.

En jetant un regard sur cette nombreuse assemblée, chaque visage évoque une période de ma vie. C'est mon ami Chevant dont les relations cordiales de la famille avec la mienne sont séculaires, qui me rappelle ma petite ville natale, mon cher Brioude, et ce pays d'Auvergne où se sont écoulées mon enfance et une partie de ma jeunesse, où mon père a mené la rude vie de médecin de campagne, vie de pauvreté et de pénibles servitudes. Mais ces servitudes de l'exercice de la médecine rurale, qui existent encore de nos jours bien que singulièrement atténuées, en font certes la grandeur.

Le petit collège de Brioude, bien modeste, fut mon berceau intellectuel et ce fut au lycée de Clermont-Ferrand que je terminai mes études secondaires avec des maîtres de grande valeur qui m'ont marqué de leur empreinte et ont eu une grande influence sur mon esprit ; je n'en citerai qu'un : Bergson.

Je fus ensuite, à l'Ecole de médecine de Clermont, mais bien avant, mon père m'emmenait dans ce vieux petit hôpital de Brioude, me donnait des leçons d'anatomie sur un squelette, m'initiait à l'art des pansements, me faisait servir d'aide et, chose précieuse, m'apprenait à ausculter ses malades, après m'avoir fait lire le vieux traité de Barthe et Roger. De sorte qu'en arrivant à l'Ecole de médecine, j'étais beaucoup plus instruit que mes camarades et je pus devenir interne du légendaire Père Fleury, ancien interne de Dupuytren, qui avait eu déjà mon père, puis mon oncle, comme internes.

Certes, à l'Ecole de Clermont, on ne devenait pas des savants, mais on apprenait à devenir de bons médecins praticiens. Et ce n'est pas sans émotion, Monsieur le Professeur Laignel-Lavastine, qui voulez bien m'appeler votre ami, que j'ai trouvé dans votre belle leçon inaugurale l'éloge de ces études provinciales de médecine, où l'on apprend si bien son métier par une éducation familiale. J'ai songé que, toute distance gardée, j'ai débuté comme vous dont le grand-père, éminent médecin de l'hôpital d'Evreux, a été le premier maître. De Clermont-Ferrand, où j'eus encore l'honneur d'être l'élève du Prof. Bousquet qui a bien voulu me conserver une paternelle affection, je suis venu à Paris. Externe au vieil Hôtel-Dieu annexe et à Laënnec dans le service de mon bon maître V. Cornil, je fréquentais son laboratoire, où je rencontrai le Dr Cazin ; dans ce service, je reçus les leçons de Chantemesse, de F. Widal, alors interne médaille d'or, qui me prirent en affection et me conservèrent jusqu'à la mort leur amitié.

Interne provisoire, je fus à Bicêtre dans le service de Bourneville où je rencontrai les Drs Paul Sollier, G. Paul-Boncour et bien d'autres.

Bourneville, grand homme méconnu, qui, certes, avait ses défauts, dont on a dit beaucoup de mal, mais dont je pense et penserai tou-

jours beaucoup de bien, car il a fait de grandes choses, m'attacha à son journal, facilita mon installation dans son quartier, me fit connaître le Dr Paul Sollier qui, me prenant comme médecin adjoint dans sa maison de santé, m'aida à attendre la clientèle.

Bourneville me témoigna une paternelle affection, et la dernière preuve qu'il m'en donna fut de m'imposer, dans ses dernières volontés, de faire son autopsie, comme je faisais les autopsies de ses malades alors que j'étais conservateur de son musée pathologique à Bicêtre. Je remplis ce douloureux devoir à l'amphithéâtre de la vieille Pitié. Ce fut la dernière autopsie que je pratiquai.

Je ne vous dirai pas comment j'entrai au Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, où j'ai siégé pendant 17 ans ; notre distingué président, le Dr Hartmann, a bien voulu le rappeler. Je n'évoquerai pas ce que je fis pendant quinze ans comme secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France : il faudrait faire l'histoire de la période héroïque de notre syndicalisme. Qu'il me soit cependant permis de saluer la présence d'un maître, M. le Dr Comby, médecin honoraire des hôpitaux, qui eut le courage, avec le regretté chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Guinard, d'accepter d'être président de notre Syndicat à une époque où le syndicalisme n'avait pas encore conquis, malgré la sympathie du Doyen Brouardel, la considération des maîtres de la Faculté et des hôpitaux. M. Comby, toujours dévoué à la bonne cause, fut encore Président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Permettez-moi encore d'évoquer les hommes de grande valeur intellectuelle et morale qui furent mes guides ou mes compagnons de lutte. Ils sont presque tous morts aujourd'hui ; ce furent Cézilly, Le Baron, Porson, (de Nantes), Le Blond, Pouliot (de Poitiers), le Prof. Lande, de Bordeaux, qui fut frappé d'apoplexie au cours de l'assemblée générale de notre Association dont il était devenu président, après avoir présidé l'Union, René Blache, trésorier général de l'Association, qui eut la plus belle mort que puisse désirer un médecin, puisqu'il tomba foudroyé au chevet d'un malade, Gairal, ce pur héros, dont vous êtes le digne successeur à la tête de nos syndicats, mon cher Président Dibos, lui, qui, maire de Carignan, conseiller général des Ardennes, mourut de privations, dans les géoles allemandes, ayant refusé de s'incliner devant les fantaisies de l'envahisseur. Dois-je rappeler Jeanne, cet esprit droit et clair, qui fut si promptement enlevé à notre affection, Leredde qui, avec quelques autres, avait une clairvoyance à laquelle on rendra hommage un jour. N'est-ce pas, mon ami Lafontaine ?

Il en est qui, disparus, revivent dans leurs fils, devenus des hommes distingués. Le Prof. Lereboullet nous permettra de rappeler la mémoire de son père vénéré qui, à la tête de l'Association générale, appuya de toute son autorité, qui était grande, les efforts de nos syndicats. Le Dr de Fourmestraux, le chirurgien réputé de l'hôpital de Chartres, et qui, au dernier moment, vient de s'excuser par dépêche de ne pouvoir venir ce soir, eut pour père le Dr de Fourmestraux, de Versailles, qui fut un des premiers présidents de l'Union ; enfin, nous saluons ici le Dr Jacques Bertillon, jeune journaliste médical de talent, dont le père, mort prématurément, rendit d'importants services à nos syndicats.

La guerre vint. Nous vécûmes à Paris, nous efforçant, nous gens de l'arrière, de rendre le plus de services possibles. Ce fut alors que fut fondée la Caisse de secours que notre ami Bellencontre, appelé à la direction de l'Association générale, sut si bien pourvoir et si habilement administrer. Nous collaborâmes avec Vimont à la répartition des fonds de cette caisse qui rendit tant de services aux familles de médecins mobilisés ou morts pour la patrie.

Après la guerre, mon âge, une déjà vieille expérience, mon désir de servir le corps médical, me firent surtout collaborer aux œuvres de prévoyance et de bienfaisance médicales, à l'Association générale, à notre Mutualité familiale, à la Maison du médecin, indirectement à la Société des femmes et enfants de médecins. Vous me direz que c'est beaucoup, certes. Mais nous avons cru quelques-uns, dont Bongrand et Thiéry, ici présents, qu'il était bon de servir d'agents de liaison entre nos belles œuvres, qui doivent s'entr'aider, se compléter et non rivaliser et se combattre. Et je suis heureux de saluer ici et de féliciter Madame Jayle, la triomphatrice du Bal de la médecine, la bonne fée des veuves et orphelins de médecins, que non seulement elle secourt, mais qui, avec ses collaboratrices, fait mieux, en leur assurant des situations leur permettant de gagner dignement leur vie.

Permettez-moi de prier M. Claisse, médecin honoraire des hôpitaux, de transmettre aussi nos remerciements et le témoignage de notre

respectueuse admiration à Madame Claisse, encore une bonne fée, qui fait tant et tant pour nos vieux confrères de la Maison de Valenton.

Mon désir de contribuer, dans la faible mesure de mes forces, à une action patriotique et médicale, me poussa à donner mon concours à nos œuvres d'expansion de la médecine française, à l'A. D. R. M. que dirige avec tant d'autorité et de dévouement M. le Prof. Hartmann, et qui rend tant de services aux médecins et étudiants étrangers, venus à Paris, et même aux étudiants français, à l'Union médicale latine, l'Umfia, à laquelle nos amis Dartigues, Bandelac de Pariente, Molinéry ont fait prendre un si merveilleux essor, à l'Association professionnelle internationale des médecins, fondée par notre bon ami Decourt, son secrétaire général, qui nous renseigne sur la situation du corps médical à l'étranger et nous apprend que, si nous avons beaucoup à emprunter aux autres nations, nous pouvons dans bien des cas, notamment dans le domaine de l'assistance, de la prévoyance et de la bienfaisance médicales, leur servir d'exemple.

Mon cher Georges Paul-Bonoour, l'éloquence est héréditaire dans ta famille et, dans un discours que nous avons tous admiré, tu as bien voulu rappeler nos vieilles relations et indiquer le rôle que je joue à l'Institut médico-pédagogique de Vitry, dont ta confiance et celle de nos amis du Conseil d'administration, largement représenté ici, m'ont appelé à leur présidence. Cet Institut, une des fondations de Bourneville, génial organisateur, mais assez médiocre administrateur, puisqu'il est mort dans la misère, cet Institut, grâce à toi, grâce à son distingué directeur, M. Albouy, que je remercie d'être venu ce soir avec Madame Albouy, jouit d'une brillante prospérité. Merci.

Enfin M. Delort, au nom du Centre médical, vous avez bien voulu me remercier de l'aide que j'ai donnée autrefois à cette création, qui date de plus de dix ans et est toujours prospère. Mon cher confrère, j'ai émis l'idée de la coopération des médecins, il y a plus de 25 ans, car je considère que le temps est proche où le médecin isolé ne pourra plus exercer utilement sa profession. Vous et vos amis avez réalisé une idée qui m'est chère. Je me souviens avoir entendu un jour le Dr Jayle, l'habile organisateur de l'Hôtel de nos Syndicats, l'hôtel Chambon, dire : « Des idées, tout le monde peut en avoir. Ce qui est difficile, c'est de les réaliser. » J'ai eu avec bien d'autres cette idée, vous l'avez réalisée. C'est moi qui suis votre obligé.

Mes chers amis, excusez-moi, j'aurais encore beaucoup à dire, mais j'abuse de votre patience. Laissez-moi terminer par un conte que j'emprunte à Andersen ; c'est celui du *Vilain Petit Canard:*

Dans une ferme de l'île de Fionie, il y avait un vilain petit canard qui était si laid, si laid, qu'il était la risée et le souffre-douleur de toute la basse-cour. Les canes le mordaient, les poules le piquaient, la servante le repoussait du pied. Le vilain petit canard était bien malheureux.

Las de souffrir, il s'en fut. Après mille aventures et mille misères, il songea à mourir. Voyant passer dans le ciel un vol de cygnes, il se dit : « Je vais rejoindre ces oiseaux royaux ; s'ils me tuent, il vaudra mieux pour moi être leur victime que celle de ces méprisables volailles. »

Il rejoignit les cygnes. Mais, prodige ! il fut bien accueilli, adulé, soigné, choyé. Un jour qu'il volait au-dessus d'un lac, il y vit son image et s'aperçut qu'il était devenu un beau cygne qui faisait l'admiration de tous. Il en fut très heureux, mais n'en devint pas orgueilleux, car il avait bon cœur et, ajoute Andersen, quand on a bon cœur, on ne saurait être orgueilleux.

Mes amis, votre amitié a voulu ce soir faire de moi, vilain petit canard, un cygne au brillant plumage. Je vous en remercie, j'en suis très heureux. Je n'en serai pas pour cela plus orgueilleux. De toutes les qualités dont vous m'avez comblé, je ne ne m'en reconnais qu'une, c'est celle d'avoir bon cœur, et quand on a bon cœur, a dit Andersen, on ne saurait être orgueilleux.

Je lève mon verre en l'honneur de notre Président, le Dr Moulin, maire du Ve arrondissement, de vous Mesdames, charme de la fête de ce soir, de vous tous, mes confrères et mes amis ; je bois à la prospérité du médecin praticien français.

# L'actualité professionnelle

## Lettre ouverte au Dr Jean Charcot, membre de l'Institut, au sujet de propos desobligeants qui lui sont prêtés sur les causes de la mort du général Ferrié

Illustre et honoré Confrère,

Une publication d'inspiration voltairienne, qui, ne se contentant pas de cultiver son jardin, jette volontiers des pavés dans les jardins d'autrui, vient de consacrer un petit article nécrologique au regretté général FERRIÉ.

A propos de la disparition prématurée de ce grand magicien des vibrations et des ondes, dont l'univers a pu connaître les causes pathologiques, grâce à la publication régulière, dans la presse d'information, de ces bulletins de santé, qui sont la négation flagrante et formelle du secret professionnel, impunément violé, l'auteur de cet article nécrologique vous met en cause, en vous prêtant les propos suivants, que vous auriez proférés, murmurés, plutôt, les poings serrés de rage :

*Dire que tout ce qui arrive là est la faute d'un médecin de quartier qui a soigné pendant quatre jours notre pauvre Ferrié pour une crise de paludisme.*

Ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Institut de France, vous portez un nom fameux qu'illustra votre père, et que vous avez trouvé le moyen d'illustrer aussi à votre façon, en montrant que la médecine mène à tout, et même aux deux Pôles, à condition d'en sortir. Mais vous n'en êtes sorti qu'en apparence, et que, vous soyiez devenu l'explorateur hardi et savant que le monde entier admire, vous n'en demeurez pas moins médecin pour la vie : *tu es sacerdos in æternum* ! !

Vous savez donc, tout comme moi, votre Déontologie, et qu'il est malséant de parler de ses confrères d'une façon méprisante et discourtoise, de les juger, surtout devant des tiers, et de porter contre eux des accusations dont ils ne peuvent se défendre.

Aussi me refusé-je à croire que vous avez tenu le langage qui vous est prêté.

Une erreur de diagnostic a été commise... dit-on. Une appendicite a été prise, au début, pour une crise de paludisme.

Il est difficile d'en discuter de très loin et sur les très vagues données d'informations hâtivement rédigées par des profanes, sur des bruits recueillis on ne sait où ni comment. Il serait même présomptueux de s'y essayer. Tout ce qu'il est permis de dire pourtant, du point de vue particulier, c'est que cette appendicite, qui en imposa tout d'abord pour un accès paludéen, avait revêtu sans doute une physionomie anormale, propre à dérouter l'observateur, et qu'il est vraisemblable qu'elle avait déjà pris, à ce moment même, une forme grave hypertoxique, que des soins plus précocement appropriés n'auraient peut-être pas conjurée.

Quoiqu'il en soit, un diagnostic erroné a donc été porté, qui retarda l'intervention à laquelle on recourut trop tard, a-t-on dit.

Depuis quand l'erreur de diagnostic est-elle interdite au médecin ? Où gîte-t-il, le super médecin qui, ayant quelque pratique, n'en a jamais commis ? Dans quelle mesure celle qui passe pour avoir coûté la vie au général Ferrié, pouvait-elle être évitée ? Quand et comment ce diagnostic erroné fut-il redressé ? Par qui ?

Cette erreur est une faute, vous fait-on dire. Une faute d'une rare gravité puisqu'elle fut meurtrière... Quelle arme entre les mains d'une famille, incitée à en demander compte au présumé coupable, et réparation.. !

Quel argument aussi pour les tribunaux devant lesquels de semblables procès seront portés !

Tous ces aperçus, rapidement esquissés, ne montrent-ils pas à quel point nous devons être prudents quand nous apprécions la technique d'un confrère ? Et de cette nécessité, je suis assuré que vous êtes tout aussi convaincu que moi. Nous ne voudrions pas être de ceux qu'une décision de justice a flétris, à propos précisément d'une erreur de diagnostic, imputée à faute à un médecin sur les indications calomnieuses d'autres médecins, lorsque ayant fait état de documents particulièrement démonstratifs, elle s'exprime ainsi :

« *Attendu qu'apparaissent ainsi la part que certains médecins prennent à ce procès et le but qu'ils poursuivent*... véritables auteurs des manœuvres qui ne sauraient être trop sévèrement appréciées... » (1).

Vos origines, votre passé, votre carrière me sont un sûr garant de l'incapacité où vous êtes d'accuser publiquement un confrère d'avoir commis une faute, en se trompant.

(1) Trib. départ. de l'Aude, 8 mai 1930. In *Concours médical*, 1931, p. 119.

Et quel est donc le confrère qui porterait le poids, terriblement lourd, de cette responsabilité ?

Un médecin de quartier, un petit médecin de quartier, un médecin de troisième zone, un médicastre, sans nom ni renom, qu'on s'étonne de trouver au chevet d'un illustre savant, membre de l'Académie des sciences, que tant d'autres illustres savants auraient si volontiers soigné. Voilà tout ce que nous avons le droit de trouver dans les mots qu'on vous met dans la bouche, sous une forme qui leur donne un accent profondément méprisant.

Serait-il vrai que la lutte de classes put être pratiquée jusque dans ces amphithéâtres solennels où la sérénité des hautes spéculations scientifiques confère aux propos une tenue surhumaine, aussi éloignée des guerres fratricides, que se font trop volontiers les hommes, que l'Esprit quasi sublimisé l'est de la Matière grossière et brutale ?

Non, cela n'est pas vrai : un Charcot n'a pas parlé ainsi.

S'il existe une hiérarchie universitaire, il n'y a pas encore de hiérarchie professionnelle. Et la faute à ne pas commettre serait précisément d'opposer à ces Messieurs de l'Académie, et de la Faculté, considérés comme les aristocrates de la corporation, le menu fretin, la plèbe, la populace, composée des médecins de quartier, entre lesquels se logerait le tiers état des médecins des hôpitaux.

Cela ne veut pas dire que nous sommes tous et toujours irréprochables. Cela ne veut pas dire que nous n'avons jamais rien à regretter, et que nous soyions toujours indemnes de ces omissions, de ces négligences involontaires, dont les conséquences nous bourrèlent parfois de remords.

Cela ne veut pas dire que de justes et légitimes critiques ne puissent jamais être formulées contre nous.

Cela veut dire que des jugements sévères, aux répercussions inattendues, ne doivent être prononcés qu'avec la plus grande circonspection, et loin des indiscrets, trop prompts à les recueillir pour en tirer avantage, plus ou moins... candidement.

En 1885, nous commençâmes nos études ensemble. Nous sommes des contemporains : c'est, hélas ! tout ce que j'ai de commun avec vous, ainsi que mon titre de docteur en médecine.

C'en est assez pourtant, en raison du souvenir infiniment sympathique que j'ai conservé de l'étudiant qui fut mon condisciple, pour vous répéter encore une fois : « Non, mon cher et honoré Confrère, vous n'avez pas dit cela. »

En vous assurant de mes sentiments de très cordiale et déférente considération.

G. DUCHESNE.

---

## MISE EN COMMUN ET PARTAGE CONFRATERNEL DES HONORAIRES PROVENANT DES SITUATIONS FIXES

Au cours d'une réunion locale, nous n'avons pas pu résoudre trois points, faute de renseignements précis. Les voici :

Nous divisons, depuis dix ans, les revenus des travaux administratifs : traitements de l'hôpital, des écoles, de la visite sanitaire des filles publiques, des vaccinations à la mairie, et de l'hygiène cantonale, en cinq parties égales, pour que tout le monde soit content, puisque nous sommes cinq. Or, un des deux médecins de l'hôpital prétend : que les 4 francs touchés pour les assurés sociaux, par tête et par jour, doivent être « mis à part » et ne pas être divisés par cinq comme tous les autres traitements administratifs, sous prétexte principal « qu'il est le plus ancien ici ». A-t-il raison ou a-t-il tort ?....

Or l'hôpital est petit et ne demande qu'une demi heure de travail par jour. Deux confrères font chacun six mois de service. Ne peut-on donc pas admettre que les assurés sociaux, qui ne seront hospitalisés qu'en petit nombre, ne rapporteront pas beaucoup plus, avec les 4 francs par jour et que par suite, les appointements de l'hôpital doivent être considérés comme provenant de la médecine administrative, d'où versés au fond commun ?

### Réponse

Il faut, dès l'abord, établir une distinction entre la fonction et la rémunération.

L'autorité publique ou privée, qui nomme un médecin à une fonction quelconque, confie à ce praticien une mission de confiance, soit pour contrôler, soit pour soigner des malades.

Ou bien cette autorité ne connaît que le médecin qu'elle a désigné et qui doit lui rendre compte des missions exécutées, ou bien elle peut s'entendre avec l'ensemble des praticiens de la localité, pour qu'étant tous solidairement responsables du service, ils puissent accomplir ce dernier comme bon leur semble.

Il en résulte que, dans une localité, les praticiens peuvent s'entendre avec les diverses collectivités, pour qu'à tour de rôle, ils accomplissent tel ou tel service de contrôle, ou de soins.

Ils peuvent aussi convenir ensemble, pour que les services soient répartis entre eux, celui-ci

étant chargé de l'inspection des écoles, celui-là de la visite sanitaire des prostituées, le troisième vaccinant les enfants, etc.

Quant à la rémunération, chacun est libre d'en faire ce qu'il veut. Quelles que soient les fonctions médicales accomplies, rien n'empêche un praticien de garder pour lui les salaires qu'il a touchés pour ses fonctions publiques ou privées, ou de verser ces sommes dans une caisse commune, qui sera divisée en parts égales entre tous les médecins ayants droit.

C'est donc question d'entente locale, qui ne repose que sur la bonne confraternité.

Mais, le médecin de l'hôpital peut-il se refuser à verser au fonds commun l'indemnité qu'il reçoit, plus le tantième sur les journées d'hospitalisation des assurés sociaux ?

Ce tantième est fixé par la commission administrative de l'hôpital, qui peut donner tout ou partie de ces 4 francs journaliers au médecin de l'établissement.

Mais il convient d'examiner si le médecin de l'hôpital a un intérêt personnel à participer, ou non, au partage général des honoraires mis en commun ?

Question d'argent, question d'individualisme, de confraternité, qu'à distance, il m'est bien difficile d'apprécier, car il me faudrait entendre les deux sons de cloche et surtout savoir quelle est l'importance des apports de chacun à la caisse confraternelle commune.

Personnellement, je suis partisan qu'entre confrères, il soit possible d'atténuer les injustices professionnelles. Lorsque le libre choix du médecin est impossible à obtenir, lorsque le roulement présente des inconvénients, ou est refusé par la collectivité qui nomme ses médecins, il est très confraternel de s'entendre entre soi, pour partager les honoraires fixes, mis ainsi en commun.

Mais cependant, il ne faut pas que certains puissent apporter beaucoup, alors que les autres ne donneraient presque rien à cette caisse commune. On peut alors déterminer des pourcentages, surtout lorsqu'un confrère a beaucoup de travail à accomplir et partant une rémunération fixe plus considérable que celle de ses confrères.

Par suite, c'est question toute locale, amicale et confraternelle. L'entente vaut mieux que la discorde, d'autant que la commission administrative de l'hôpital sera conduite un jour ou l'autre à opérer la discrimination dans ses services : d'une part, l'hôpital proprement dit, gratuit pour les indigents dont le service médical restera confié aux deux medecins actuels ; d'autre part, la maison de santé à bon marché, ouverte à tous et aux assurés sociaux ; les administrateurs pourronts très bien décider alors que les malades auront désormais le libre choix de leur médecin dans cette maison de santé.

Entendez-vous donc ensemble et s'il n'y a pas moyen de vous mettre d'accord, demandez l'arbitrage confraternel d'un médecin n'habitant pas votre ville et qui décidera comme amiable compositeur après avoir entendu les parties en cause.

A mon avis personnel, tout honoraire fixe, provenant d'une collectivité publique ou privée, doit, dans le cas présent, être versé au fonds commun : donc les 4 francs des assurés sociaux hospitalisés doivent revenir à la masse commune confraternelle. Sinon, chaque confrère n'a qu'à reprende sa liberté, et garder pour lui tout ce qu'il gagne.

Mais je supplie mes confrères de ne pas rompre leur bonne harmonie pour une question de quelques gros sous. La jalousie et la concurrence n'ont jamais été profitables qu'à nos adversaires.

### Taxes municipales de balayage

Un commissaire de police a-t-il le droit d'obliger tous les habitants à balayer les ruisseaux et les trottoirs devant leurs demeures ? Le service de balayage des trottoirs et ruisseaux est-il à la charge des habitants de la ville ? Dans notre localité, il n'y a pas d'égouts et tout est versé dans les ruisseaux qui tombent par pente naturelle dans le fleuve.

L'article 133, 13° de la loi du 5 avril 1884 établit une taxe municipale de balayage au profit des communes. Cet article a été modifié par la loi du 13 août 1926, article 3 et fait l'objet de l'article 51 du décret du 5 novembre 1926.

Le conseil municipal délibère sur le point de savoir comment et par qui sera exécuté le balayage des rues, car, en vertu de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, la police municipale a pour objet ... tout ce qui intéresse la sûreté et la commodité du passage dans les rues, quais, places et voies publiques, ce qui comprend le nettoiement, l'enlèvement des encombrements... ni rien jeter qui puisse causer des exhalaisons nuisibles.

En vertu de ces textes, le Conseil municipal entendu, le maire arrête la police sanitaire de la voirie, impose les taxes municipales utiles (après approbation de l'autorité préfectorale) et peut donner au commissaire de police les ordres et instructions nécessaires, pour que chacun soit chargé de faire balayer devant sa porte, expulser les immondices, nettoyer en cas de chutes de neige, etc.

A Paris, bien que le service de nettoiement soit exécuté par des équipes municipales diverses, les concierges sont obligés de nettoyer devant chaque demeure les trottoirs et pas de porte.

Dr Paul Boudin.

## DOIT-ON RÉCLAMER A DEUX « TIERS PAYANTS » UNE CONSULTATION UNIQUE ?

**(Observations du Dr F. Decourt)**

Telle est la question que m'avait posée un confrère, alléguant un cas d'espèce qui s'était présenté devant lui, alors qu'à côté de l'ordonnance faite à un *Pensionné de guerre* pour l'affection causale de sa réforme, il avait eu à l'examiner pour une autre affection aiguë (bronchite), relevant, si je m'en souviens bien, de la qualité d'*assuré social* du malade.

« *Non* ! » avais-je répondu. Puisque vous n'avez fait, en réalité, qu'*une seule* « consultation », vous ne pouvez en compter *deux*. Et je rappelais l'adage que j'avais posé, il y a pas mal d'années déjà et qui avait sa valeur, semble-t-il, puisqu'il fut repris maintes fois depuis : « En médecine de « Tiers-payant » agir toujours, envers son malade, comme vous agiriez — ni plus, ni moins —, dans la clientèle ordinaire ». Or, soignant un de vos clients pour une bronchite et une plaie de doigt, par exemple, lui réclameriez-vous *deux* consultations ?

A ce sujet, un confrère m'écrivit, en substance, que je poussais l'honnêteté professionnelle jusqu'à des sentiments piriformes... Et voici que le Dr Houssiaux arrive à son tour à la rescousse et cette fois, avec des « décisions » du Syndicat de Cannes, dont il est le dévoué et actif secrétaire.

Comme la question paraît s'étendre, se généraliser fortement même, j'ai trouvé qu'il était intéressant — et utile à tous égards — de publier dans le *Concours* les *arguments* du Dr Houssiaux et les *documents* qu'il me fait connaître.

Je me bornerai ensuite à faire quelques observations, laissant à nos confrères le soin de conclure.

Mon cher confrère,

Puisqu'une courtoise controverse est ouverte dans le *Concours* (24 janvier et 14 février) sur la question suivante : « Doit-on réclamer à deux tiers-payants une consultation unique ? », je vous envoie à titre documentaire l'opinion de notre Syndicat, que vous pourrez publier dans le *Concours* si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

D'abord, en ce qui concerne votre argument que ne constitue pas un acte médical ouvrant droit à rémunération le fait d'inscrire une ordonnance sur le carnet de soins gratuits pour un réformé qui envoie son carnet au médecin sans se présenter lui-même, on peut discuter.

D'ailleurs, sauf erreur, on n'a pas le droit de faire une ordonnance pour un réformé sans voir le malade.

Mais, en tout cas, on peut avancer qu'un acte médical ne comporte pas toujours un examen et un traitement. Il peut comporter seulement un examen, sans traitement. Jugera-t-on alors que le médecin n'a pas droit au paiement de la visite ? L'acte médical peut de même comporter simplement la prescription d'un traitement, sans examen, quand il s'agit d'un cas chronique, bien connu du médecin, nécessitant le renouvellement périodique d'ordonnances en cas de prescription de stupéfiants par exemple. Si le médecin voit le malade, mais juge inutile de l'examiner, et que le malade de son côté juge inutile cet examen, jugera-t-on que le médecin qui se borne à faire l'ordonnance, sans examiner le malade, n'a pas droit au paiement de la visite ? Il semble que ce serait aller loin.

De même, si l'on avait le droit de faire une ordonnance sans avoir vu le réformé, qui enverrait simplement son carnet, il ne paraît pas évident que le médecin n'aurait pas droit à rémunération. La prescription d'une ordonnance constitue tout de même dans ce cas un travail et une responsabilité. Croit-on que, si le médecin faisait en pareil cas une ordonnance prescrivant des stupéfiants avec doses en chiffres, il éviterait une condamnation en alléguant que l'ordonnance était gratuite ?

Voici une DÉCISION DE NOTRE SYNDICAT en ce qui concerne les assurés sociaux réformés. Nous en avons une analogue en ce qui concerne les assurés sociaux accidentés du travail.

**Assurés sociaux réformés soignés à la fois pour l'affection cause de réforme et pour une autre maladie**

Un assuré réformé peut avoir besoin de soins à la fois pour l'affection cause de réforme et pour une autre maladie, que ce soit celle-ci qui survienne pendant le traitement de l'affection cause de réforme ou que ce soit au contraire l'affection cause de réforme qui nécessite des soins pendant le traitement de l'autre maladie.

En ce qui concerne les visites motivées à la fois par l'affection cause de réforme et par l'autre affection, que doit-on compter ?

En clientèle ordinaire quand le malade consulte le médecin pour deux affections à la fois, on ne peut, en pratique, compter un prix supérieur à celui de la visite ordinaire que dans le cas particulier où il s'agit de deux affections assez sérieuses pour occasionner au médecin une perte de temps nettement plus élevée qu'une visite courante.

Mais, quand il s'agit d'une affection cause de réforme, le tarif des réformés qui est imposé est très inférieur au tarif syndical minimum ; il parait en conséquence peu logique de donner pour ce prix réduit des soins même peu importants pour une autre maladie concomitante. D'autre part, si on effectue pour le même réformé deux actes médicaux motivés tous deux par l'affection cause de réforme et assez importants

pour que chacun d'eux soit à tarif spécial, il est prévu dans le tarif des réformés que chacun d'eux doit être compté à part. Il est par suite naturel de demander un supplément si l'on a à soigner au cours de la même visite l'affection cause de réforme et une autre affection.

Il a été décidé de laisser à apprécier aux confrères, dans chaque cas particulier, s'ils doivent :

— ou bien, quand la maladie non cause de réforme est trop légère pour justifier seule la visite ne tenir compte que de la visite pour l'affection cause de réforme.

— ou bien, quand l'affection cause de réforme est trop légère pour justifier seule la visite, ne compter que la visite pour la maladie non cause de réforme.

— ou bien, quand chacune des deux affections est assez importante pour justifier seule la visite, détacher d'une part un bulletin de visite du carnet de soins gratuits pour l'affection cause de réforme, comme si la visite n'était motivée que par celle-ci, et demander d'autre part à l'intéressé, pour la maladie non cause de réforme, soit le prix d'une visite ordinaire, soit seulement un supplément d'honoraires, en remplissant la feuille de maladie d'assurances sociales comme s'il s'agissait uniquement de la maladie non cause de réforme.

Si l'on se borne à demander un supplément d'honoraires, celui-ci doit être au moins égal à la différence entre le tarif réduit des réformés et le tarif syndical minimum. On demandera par conséquent, en cas de visite, au moins 10 francs : différence entre le tarif des réformés (15 francs) et le tarif syndical minimum de visite (25 francs). Sur ces 10 francs la Caisse remboursera 9,60. On demandera également au moins 10 francs en cas de consultation, bien que la différence entre le tarif des réformés (15 francs) et le tarif syndical minimum de consultation (20 francs) ne soit que de 5 francs. En effet, l'intéressé est remboursé également dans ce cas de 9,60, et il est contraire au principe général de l'assurance que celle-ci puisse jamais devenir une source de bénéfices pour l'intéressé.

Le fait de demander un supplément en plus du tarif des réformés, qui serait absolument illégal s'il s'agissait seulement d'une affection cause de réforme, paraît entièrement licite quand il y a en plus une autre maladie.

Recevez, je vous prie, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Cannes, le 13 mars 1932.

Dr HOUSSIAUX.

***

*Observations du Dr F. Decourt.*

Pour mettre un peu d'ordre dans mes « observations », je prendrai d'abord la lettre du Dr Houssiaux, puis les décisions du syndicat.

1° *Lettre du Dr Houssiaux.* — Je répondrai simplement aux divers cas présentés par notre excellent confrère qu'il ne s'agit pas de différencier la consultation et l'ordonnance, la première pouvant avoir lieu sans la seconde et les deux formant un acte médical *unique*, dans lequel l'ordonnance n'est que la conclusion écrite de la consultation effectuée. Mais, dans tous les cas, je ne conseillerai jamais à un médecin de compter sur sa note une consultation qu'il n'a pas faite, ni qu'il prenne la feuille de consultation (pour se faire payer ultérieurement le tiers responsable) dans le carnet d'un malade qu'il n'a pas effectivement « consulté », ni même *vu*, ce jour-là. Et je ne me reconnaîtrai jamais le droit, dans mes réponses du *Concours*, d'inciter les confrères à agir ainsi.

2° *Décisions du Syndicat.* — En clientèle ordinaire y est-il dit, on ne peut, en pratique, compter un prix supérieur à celui de la visite ordinaire, sauf en cas de deux affections sérieuses. Mais le tarif des réformés étant *très bas*, il n'en est plus de même ... Tout cela est fort bien, mais c'est *demander un supplément* au réformé de guerre, pour UNE consultation effectuée. Si justes que puissent être les raisons, je répète que je ne conseillerai jamais à un confrère d'agir ainsi, certain que cela pourrait lui attirer des « ennuis » sérieux devant les Commissions de contrôle. Ayant été membre, pendant pas mal d'années de la Commission supérieure, je puis l'affirmer, en toute certitude. Aussi n'oserais-je jamais *prendre la responsabilité* d'un tel conseil.

Je ne veux *nullement*, ici, discuter les idées du Dr Houssiaux et encore moins les décisions du Syndicat de Cannes. Chacun est libre d'agir à sa guise et l'autonomie syndicale ne fut jamais un vain mot, à mes yeux.

Ayant l'honneur et la lourde tâche de tenir, depuis de longues années, dans le *Concours médical*, la « Rubrique » spéciale concernant l'application des Tarifs de soins pour les accidentés du travail et pour les pensionnés de guerre, je sens toute la responsabilité morale qui m'incombe. *Je ne donne jamais une opinion personnelle.* Celle-là ne compte pas, en l'espèce, ce n'est que sentiment individuel qui n'a pas plus d'importance que celui de tout autre confrère. M'occupant, depuis plus de 20 ans de ces questions de tarification, je donne simplement à mes confrères les résultats de ce que j'ai vu, entendu, appris, sur tous ces points si complexes. Et, comme je l'ai maintes fois écrit, ce ne sont même pas là des « conseils », mais de simples « avis », basés sur une expérience déjà longue, et donnés en toute sincérité, comme en toute objectivité.

Fernand DECOURT.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*..... Un livre qui est ennuyeux est un mauvais livre. Nous n'en manquons pas aujourd'hui, dans notre belle époque de pédagogie.*

(Paul LÉAUTAUD).

DC. — André BILLY. — **Intimités littéraires.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1932, 12 fr.

Mais il en reste pour notre délectation qui ne sont ni mauvais ni ennuyeux. Celui de Monsieur André Billy est du nombre : nous allons voir qu'il est encore soutenu par d'autres qualités. Imaginez un instant ce qu'eût fait de pareil titre tel folliculaire sans pudeur, fouillant dans la vie privée de ses contemporains, dépiautant la corbeille à papier ou mouchardant l'alcôve. Monsieur Billy ignore ces procédés du scandale littéraire, cette recherche et cette exploitation commerciale du potin où quelques scribes déploient une ingénieuse et fielleuse virtuosité. S'il a su toujours éviter l'indiscrète inquisition, s'il s'abstient de dévoiler ce qui est vie privée hors de ses rapports avec la chose littéraire, sa clairvoyante amitié ne lui masque pas non plus les petits travers les marottes, qui sont l'humaine contre-partie des qualités qu'il nous signale généreusement à propos de chacun des quelque vingt écrivains qu'il nous présente. Le jeu était dangereux puisque les modèles sont bien vivants et qu'une partie d'entre eux est manifestement dépourvue de la passivité docile des Têtes de Turc. Mais même à ceux-ci, et peut-être à ceux-ci surtout, l'auteur réserve tant de spirituelle aménité, qu'ils ne sauraient lui en garder le moindre ressentiment. L'ordre de leur présentation pouvait créer de redoutables froissements : le « gendelettre » est pointilleux dès qu'il s'agit de préséance Monsieur Billy ne s'est pas arrêté à la solution simpliste du classement alphabétique. Il a campé en tête Paul Léautaud, qu'il ne pouvait que difficilement placer ailleurs, et fermant son cycle Georges Duhamel. Entre ces deux repères solides, avec un évident souci de justice inspirée du tirage au sort il esquisse avec le même brio, la même finesse critique le portrait des Tharaud et celui de Colette, de Mac Orlan et de Maurois ; de Zavie, de Dyssord, de Giraudoux, Béraud, Morand, Kessel, Lacretelle, Bonnard, Jean Vignaud, Carco, Dorgelès, François Mauriac, etc... J'ai eu tort de parler de qualité « critique », car ceci va dresser devant votre esprit l'idée d'exposé littéraire ; je voulais au contraire, laissant au mot son sens non spécialisé, marquer simplement cette subtile ingéniosité dans le choix du détail, cette adresse à composer une physionomie, à ordonner une esquisse, et qui met en lumière bien plus l'homme que l'œuvre, bien plus que l'inspiration et le contenu des livres les facettes et les arêtes de la personnalité. Le souvenir de deux disparus prolonge sans heurt (tant est vivante et émue la mémoire de Billy) cette galerie des vivants : Dalize (1) et Apollinaire, fantômes que réanime sa fervente amitié. A ce dernier surtout est réservé le chapitre le plus copieux du livre. Je me demande s'il n'eût pas criblé de quelques-uns de ses traits redoutables Monsieur Billy à propos de cette Tourangelle hypothétique, férue de littéature, à qui celui-ci est censé présenter par lettre les plus nobles de ses personnages, et s'il ne l'eût pas accusé d'imposer à la souplesse de sa plume, au mitan de délicieux calligrammes, quelques ronds de jambe.

DCI. Francis CARCO. — **Suite espagnole.** Un vol. 18,5 × 23, 5 illustré de pointes sèches de Daraguès, tiré à 301 ex. numérotés : quinze Japon nacré, 15 Japon impérial, 20 sur Hollande, 251 sur velin d'Arches filigrané au nom de l'éditeur. *Editions de La Belle Page.* Paris, 1931.

L'Espagne, (je parle de l'Espagne avant son réveil politique) devait séduire Carco. Il en a parfaitement saisi le violent enchantement. Si pleinement que nous nous prenons à regretter la brièveté de ses notes de voyage : après une courte halte au Prado et une retraite plus courte encore dans les sévères jardins de l'Escorial, il se hâte vers Huelva, la cité du cuivre, où il se replonge avec frénésie dans les milieux qu'il affectionne. Il se montre au musée critique d'art très averti, et médite très philosophiquement près de la « forteresse glaciale et sombre ». Il passe rapidement (deux lignes) sur la Semaine Sainte à Séville et se hâte vers les filles « flétries et sales » des quartiers réservés. On organise en son honneur un bal dans un des cabarets de la rue du Grand Capitaine. Que sont loin les petites infantes de Vélaquez ! Et voici magistralement démontré ce contraste constant de la vie espagnole, misère et hautaine élégance, piété bruyante, art pur et orgie. Le raisonnement est un peu rigoureux mais le talent du voyageur peut se permettre ces fantaisies. Nous le lui pardonnons d'autant plus aisément que la présentation de son texte est aussi de très remarquable qualité,

(1) Voir aussi une *Nuit de Behanzigue.* **Editions du Divan.**

sur beau papier, en caractères impeccables, alignés à la main, et d'une très pure netteté. Nous ne nous arrêterons pas à remarquer que dans le feu de ses souvenirs Monsieur Carco a *même* mis un adverbe au pluriel. Les lettrines (autant que j'en puisse juger à la méchante lumière de mon quinquet) sont d'une teinte où le piment rouge a laissé de sa pourpre fanée par trop de soleil. Elles ont de romantiques inflexions de longs coups de pinceau. Les pointes sèches de Daragnès ont une sobriété d'expression, une dureté aiguë bien accentuée par leurs recoins d'ombre, refuges où Carco doit retrouver l'écho du bourdonnement des guitares. Sur l'une, par une délicate attention, l'artiste a placé (en avant de la table où gisent les papiers d'où vont monter les souvenirs) un de ces pantins que les héros d'un roman de Carco voyaient de leur fenêtre. Il est à cheval, flasque sur... l'espagnolette, sans vie, sans autre vie que celle que lui prêtent les mirages de la mémoire.

**DCII.** — Paul Morand. — **Flèche d'Orient.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue française.* Paris, 1932.

Je ne voudrais pas diminuer les mérites de ce livre en prêtant à son intrigue la richesse d'un fait-divers. Brutalité, coups de tête, vraisemblance de l'impossible, logique du drame dénoué par un enchaînement rigoureux de sentiments et de circonstances concourent à lui donner cette ressemblance. Là n'est pas cependant l'intérêt primordial du livre : il réside davantage encore dans le foisonnement des images. Neuves, justes hardies, inattendues, innombrables elles donnent à l'œuvre un rythme de film. Toutes sont saisissantes mais nombre d'elles sont fort belles. Les préparatifs, puis la traversée d'Europe en avion, les descriptions du Delta du Danube (1) sont magnifiquement traités. Sans emphase cependant comme vous le laisserait supposer le qualificatif maladroit qui vient de baver de ma plume. Elles frappent par leur concision, la netteté méticuleuse de leur contour. Leur précision, leur raccourci loin d'en limiter la portée éveillent chaque fois en notre esprit d'innombrables résonances : puisqu'il est question de flèche pourrait-on penser qu'elles vibrent comme le trait brusquement fiché dans la cible ? Ce serait une piteuse explication d'un prodige déconcertant, mais une preuve indirecte de la prenante obsession du style d'un de nos plus curieux écrivains... qui me conduit à user d'images comme le geai bigarré de la fable.

**DCIII.** — Louis Corman. — **Visages et caractères.** Un vol. de 315 pages, in-8° carré sur Alfa, illustré de 15 croquis dans le texte et 25 hors texte. Etudes de physiognomonie, préfacées par le Docteur Vurpas, médecin de la Salpêtrière. *Editions Plon.* Paris, 1932.

Il me semble que l'un des internes du Dr Vurpas se nomme Corman. Il est bien possible que ce collaborateur direct du distingué médecin de la Salpêtrière soit l'auteur de cette très attachante et pénétrante étude de morphologie appliquée. Ce consciencieux et original exposé conduit avec beaucoup de méthode porte de toute façon le sceau de la grande école psychiatrique parisienne A ce titre je regrette qu'il sorte du cadre « *belletristique* » (comme écrit un monsieur solennel que ne doivent pas effrayer les néologismes) de ma Page. J'espère que le Docteur Duchesne se fera une joie de vous le présenter plus longuement.

**DCIV.** — C. Tieebrooy-de-Gruyter. — **Kabar Anghinn.** Impressions de Java et de Bali. Préface de Luc Durtain. Croquis de A. Breetvelt. Un vol. 12 × 19. *Editions Les Œuvres représentatives.* Paris, 1932. 12 fr.

Kabar Anghinn, la « nouvelle sur le vent » ! Que voilà un joli titre pour un livre venu d'Orient. Je vous le recommande très particulièrement, car il a été rédigé avec une très vive spontanéité par une Hollandaise qui a eu la délicatesse de l'écrire directement en français. Vocabulaire et syntaxe sont maniés avec une simplicité et une correction qu'il est rare de trouver chez les femmes-écrivains de chez nous. Les courts tableaux consacrés au climat, aux métiers, aux arts, à la méditation, au rêve, à l'anecdote n'ont pas les prétentions de la grande littérature. Luc Durtain a bien voulu les présenter au lecteur : simplement, comme ils furent écrits.

**DCV.** — César Fauxbras. — **Jean Le Gouin.** Journal d'un simple matelot de la Grande guerre. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1931. 12 fr.

Deux genres fâcheusement emmêlés : le récit du service à la mer, de bonne qualité, pittoresque émouvant quelquefois ; et un ramassis de toutes les idéologies creuses, socio-politico-anarcho-rococo-antimilitaristes, avec le vocabulaire *ad hoc* des arguments qui ornent les périodes trémolantes des meetings révolutionnaires.

**Varia** ***

Les *Livrets du Mandarin* (9, galerie de la Madeleine. Paris, 8e) repartent pour une nouvelle année. Je ne veux pas résumer leur contenu: la subtilité de leur langue, l'équitable férocité de leurs jugements sont au-dessus de toute tentative d'analyse. Abonnez-vous. Dans la livraison de février un commentaire de deux livres dont je vous ai entretenus. Typographie, rédaction sont à l'unisson sur un ton que de grosses revues n'atteignent pas.

(1) Reportez vous pour mieux en goûter l'originalité à celles du *Tsatsa-Minnka* d'Istrati (Editions Mornay) d'une si âpre désolation.

* Le *Figaro illustré* de mars traite de l'enfance heureuse. Les clichés de G. Krüll sont d'une expression sereine et d'un art consommé. Notre éminent confrère, le Dr Lesné, de l'Académie de médecine résume pour les mamans le problème de l'alimentation des enfants de 2 à 16 ans. Eugène Monfort nous rend plus transparent, plus compréhensible le « Monde secret de l'enfance ». René Jouglet nous parle des lettres, Louis Chéromet des dessins d'enfants. Les chroniques de la Vie du Mois ont leur coutumière distinction sous la plume de Georges Pillement, Jean Ravennes, Maurice Noël.

* La *Nouvelle Revue française* consacre à Goethe (no de mars) une énorme livraison. A son édification à collaboré une pléiade d'écrivains particulièrement informés ; seize en tout : traitant chacune d'un aspect du grand génie au cours de 300 pages denses et teintées sagement de plus de littérature que de préoccupations paneuropéennes.

**Tableau d'honneur*****

A la page 35, des Mémoires « conscients et organisés », (voir plus haut) de Jean Le Gouin :

« Assis à sa gauche, avec une culasse de canon à la mienne, j'essaie d'en tirer quelques tuyaux sur les agréments que procure le *Robespierre* à son équipage et que . . . ».

Pauvre Jean Le Gouin, à qui ces « vaches » d'officiers n'en font pas d'autre . . .

15 mars 1932.

L'Homme aux Bésicles.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles...

## UNE RÉPONSE DE L'ÉCOLE DENTAIRE SUPÉRIEURE DE RADIOLOGIE ET DE PHYSIOTHÉRAPIE

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Dans votre honorable organe portant le numéro 9 du dimanche 28 février 1932, à la page 662, vous avez inséré un article de deux colonnes et demi, reproduisant une lettre du Dr Herpin, secrétaire général du Groupe des syndicats généraux des médecins spécialistes et mettant en cause l'école dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie, 17-19, avenue d'Orléans.

Faisant appel à votre courtoisie, — car nous ne croyons pas devoir vous rappeler la loi sur la presse, quant au droit de réponse, — nous vous prions d'insérer la rectification présente, quant aux erreurs de fait commises par le Dr Herpin, aux allégations fantaisistes par lui apportées et aux appréciations, ainsi qu'aux insinuations anormales par lui posées.

L'Ecole dentaire supérieure est un établissement d'enseignement libre dûment et légalement déclaré, conformément à la loi, au ministère de l'Instruction publique ; administré par trois Français, âgés de 25 ans et jouissant de leurs droits civiques.

Elle prétend donner un enseignement libre, supérieur et technique indépendant et différent de ceux donnés par l'Etat. Elle affirme, comme elle l'a toujours affirmé, que le diplôme qu'elle délivre, ainsi qu'elle en a le droit, ne prétend en rien donner à ceux qui en seront titulaires le droit à exercer des professions réservées.

Le Dr Herpin commet une erreur de fait, lorsqu'il affirme que des cours sont donnés par des non-diplômés. Ces cours spécialisés sont professés uniquement et strictement par des personnes, ayant soit le doctorat en médecine, soit le diplôme de chirurgien-dentiste, et, pour une spécialité particulière, le titre de docteur ès sciences, même, en l'espèce, celui de professeur agrégé à la Faculté des sciences de Paris.

Comme l'Ecole ne prétend pas enseigner la médecine, mais bien une spécialité d'ordre odontologique, il suffit que celui qui enseigne ait un diplôme d'enseignement pour que la légalité soit normalement respectée.

D'autre part, il aurait été plus sage et plus prudent au Docteur Herpin d'attendre qu'un diplôme ait été délivré pour vouloir en apprécier la légalité. Il aurait pu alors demander conseil à un juriste — car sa compétence professionnelle ne paraît pas bien adéquate en l'espèce — et juger d'une réalité au lieu d'imaginer envieusement.

Enfin, son entrefilet se termine par une allégation que nous ne voulons pas qualifier et qui impute à mensonge une simple annonce.

Nous avons la prétention d'être dans la légalité la plus absolue, de faire œuvre scientifique, car la spécialité enseignée par nous est une création de MM. Barail et Djindjian, dont l'un est administrateur et directeur et l'autre, professeur de l'Ecole ; — qui n'est comprise dans aucun programme d'Etat, pas même, quoiqu'en insinue le Dr Herpin, dans celui du doctorat en médecine.

Pour terminer et pour mettre toutes choses au point, nous affirmons que si des personnes sans diplôme d'enseignement sont attachées à l'Ecole, elles y sont seulement à des titres administratifs et ne participent en rien aux cours professoraux, ou aux soins donnés, tant aux malades payants, qu'aux malades gratuits.

Nous ne craignons aucun contrôle.

Puis, d'ailleurs, que le Dr Herpin insinue que notre enseignement n'est pas utile à des docteurs en médecine, nous sommes à sa disposition pour lui offrir toutes possibilités de faire tel cours et démons-

tration qu'il désirera sur la matière spéciale que nous enseignons à des diplômés et seulement à des diplômés de l'Etat ayant faculté de pratiquer : nous lui réserverons bon accueil.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre haute considération.

*Pour le Conseil d'administration de l'Ecole :*

Louis C. BARAIL, Chirurgien-Dentiste, Administrateur-Directeur scientifique.

Jean PLAGNES, Avocat-Administrateur

***

Quelques bonnes raisons que nous donnent les dirigeants de l'Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiologie, nous ne pouvons admettre qu'un Centre d'enseignement de techniques qui procèdent de l'art de guérir, et qui sont si étroitement apparentées à la médecine, s'adjuge le droit de délivrer un diplôme de *doctorat en électro-radiologie dentaire.*

Sans rechercher ce qu'il peut y avoir d'illégal dans cette collocation fantaisiste d'un grade que n'estampille aucune autorité universitaire, tenant ses pouvoirs de l'Etat, nous ne pouvons admettre que ces dirigeants ignorent quelle confusion et quelle équivoque résulteront, au regard de leurs élèves et du public, d'un pareil diplôme.

S'il n'y a pas à proprement parler un abus juridique, il y a un abus moral et déontologique contre lequel nous entendons protester de toutes nos forces, sous réserve des droits que pourrait faire valoir le corps médical organisé à sa cessation éventuelle. N. D. L. D.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques** (Hôpital Saint-Louis.) — M. le Professeur H. GOUGEROT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, continuera ses cliniques les vendredis à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la Clinique, et les mercredis soirs à 20 h. 30, à la consultation de la Porte, à l'hôpital Saint-Louis. Les traitements des grandes dermatoses : l'indispensable en dermatologie avec présentation de malades et de moulages, projections.

Vendredi 15 avril : Nouveaux traitements de la lèpre. — Mercredi 20 avril : Les erreurs graves à éviter en dermatologie. — Vendredi 22 avril : Traitements des mycoses. — Mercredi 27 avril : Manière de formuler : les excipients et les corps actifs. — Vendredi 29 avril : Traitement des dermatoses inesthétiques : acnés, sycosis, rhinophyma, hypertrichoses, verrues, etc.

Mercredi 4 mai : Règles des traitements externes. — Vendredi 6 mai : Traitements locaux des lupus tuberculeux et érythémateux. — Vendredi 13 mai : Nouveaux traitements internes des eczémas : désensibilisation, etc. — Mercredi 25 mai : Traitements externes des eczémas. — Vendredi 27 mai : Nouveaux traitements des pyodermites et des dermo-épidermites : vaccins, bactériophages, etc.

Mercredi 1er juin : Nouveaux traitements des dermatoses bulleuses. — Vendredi 3 juin : Traitement de la syphilis nerveuse. — Mercredi 8 juin : Nouveaux traitements des prurits, lichens, urticaires, etc. — Vendredi 10 juin : Nouveaux traitements du psoriasis. — Mercredi 15 juin : Traitements des séborrhées de la face et du cuir chevelu. — Vendredi 17 juin : Traitement de la gale et des pédiculoses. — Mercredi 22 juin : Traitements des alopécies et des pelades. — Vendredi 24 juin : Propagande antisyphilitique (avec projections de films). — Mercredi 29 juin : Diagnostics et traitements des grandes érythrodermies.

HORAIRE DE LA CLINIQUE. — Les mardis : Policlinique par le Professeur, au Dispensaire du pavillon Bazin, à 10 heures. — Les mercredis matins : Visite des salles à 9 h. 30. Physiothérapie et petites opérations, à 10 heures, à la Policlinique. — Les mercredis soirs : A la consultation de la Porte, policlinique à 20 h. 30 et leçon clinique à 21 h. 30. — Les 1er, 3e, 4e, 5e jeudis du mois : Etudes de questions d'actualité par des spécialistes de chaque question, à l'amphithéâtre de la clinique à 10 heures. — Les vendredis : Consultation de la Porte, à 9 heures, par les assistants, présentation de malades à 9 h. 30, par le professeur. Leçon clinique à 10 heures, à l'Amphithéâtre.

*Les jeudis de la Clinique de Saint-Louis* (fondés sous le patronage de L. BROCQ.). — Etude de questions d'actualité les 1er, 3e, 4e et 5e jeudis de chaque mois, à l'Amphithéâtre de la Clinique, à 10 heures.

21 avril. Professeur JOYEUX (de Marseille) et DUCHE : Notions nouvelles de mycologie médicale. — 2 6 mai, Professeur DUBOIS (de Genève) : Epithéliomas cutanés spontanés. — 2 juin, BABONNEIX : Notions nouvelles sur les hérédo-syphilis cardio-aortiques. — 16 juin, CIVATTE : Notions nouvelles sur la maladie (cutanée) de Paget. — 23 juin, Paul BLUM : Le foie dans le traitement de la syphilis.

— **Médecine opératoire spéciale** (M. GRÉGOIRE, professeur.) — *Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme.* (Cours de M. le Docteur André SICARD, prosecteur.) — Ce cours commencera le lundi 18 avril 1932, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Chirurgie du rein et de l'uretère :* 1° Néphrectomie lombaire. Néphrectomies trans- et parapéritonéales. — 2° Décortication du rein. Néphropexie. — 3° Néphrotomie. Néphrostomie. Pyélotomie. — 4° Chirurgie de l'uretère supérieur. Urétéro-pyélonéostomie. — 5° Chirurgie de l'uretère inférieur. Urétéro-cysto-néostomie.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Chirurgie de la vessie, de la prostate, de l'urètre et des organes génitaux de l'homme :* 1° Cystostomie. Chirurgie des diverticules de la vessie. 2° Chirurgie des tumeurs vésicales. Cystectomies partielle et totale. — 3° Chirurgie de la prostate. Ouverture des abcès de la prostate. Prostatectomies transvésicale et périnéale. — 4° Chirurgie de l'urètre. Ruptures traumatiques. Urétrorraphie. Hypospadias. — 5° Chirurgie des organes génitaux de l'homme. Epididymectomie. Castration. Phimosis.

Les cours auront lieu tous les jours sauf le dimanche. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la

direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ces cours est limité ; seront admis les docteurs en médecine français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de seize inscriptions. Le droit à verser est de 300 francs pour les deux séries.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours pratique de physiothérapie* du lundi 4 avril au samedi 23 avril 1932.

PROGRAMME. — A. CONFÉRENCES, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/4 : Lundi 4 avril, M. le Professeur STROHL : Bases physiques de l'électrothérapie. — Mardi 5 avril, M. le Docteur DOGNON, agrégé : Bases physiques de la radiothérapie. Mercredi 6 avril, M. le Pofesseur STROHL : Electrodiagnostic. — Jeudi 7 avril, M. le Docteur DOGNON, agrégé : Appareils électriques. — Vendredi 8 avril, M. le Docteur DAUSSET : Radiothérapie. — Samedi 9 avril, M. le Docteur BENARD, agrégé : Bases physiques de l'actinothérapie. — Lundi 11 avril, M. le Docteur DEJUST : Actinothérapie pratique. — Mardi 12 avril, M. le Docteur CHAMBET : Electrothérapie des névrites et névralgies. — Mercredi 13 avril, M. le Docteur CHENILLEAU : Physiothérapie gynécologique. — Jeudi 14 avril, M. le Docteur DAUSSET : Diathermie. — Vendredi 15 avril, M. le Docteur FRIEDEL : Physiothérapie rectale. — Samedi 16 avril, M. le Docteur DEJUST : Physiothérapie abdominale. — Lundi 18 avril, M. le Docteur CHENILLEAU : Hydrothérapie. — Mardi 19 avril, M. le Docteur DUREY : Massage des membres et de l'abdomen. — Mercredi 20 avril, M. le Professeur HARTMANN : Action biologique des radiations (rayons X et radium) ; application à la thérapeutique du cancer. — Jeudi 21 avril, MM. les Docteurs DAUSSET et BRACE-GILLOT : Physiothérapie du rhumatisme. — Vendredi 22 avril, M. le Docteur FABRE : Curiethérapie dans les affections non néoplasiques. — Samedi 23 avril. M. le Professeur HARTMANN : Röntgenthérapie et curiethérapie des cancers de la peau, de la langue, de l'utérus (à 10 h. 1/2, amphithéâtre Trousseau).

B. EXERCICES PRATIQUES INDIVIDUELS, de 10 h. 1/2 à midi, à la Policlinique physiothérapique Gilbert, par le Docteur DAUSSET, chef du laboratoire ; les Docteurs CHENILLEAU et DEJUST, chefs adjoints : les Docteurs BRACE-GILLOT, CHAMBET et PAGES, assistants.

Il sera délivré un diplôme à la fin du cours. Le prix du cours est de 300 francs. L'inscription aura lieu au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 11 avril au samedi 16 avril 1932 inclus, par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 11 avril, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 12 avril, 11 heures, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme. — 15 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 13 avril, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 14 avril, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 15 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 17 h. 30, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 16 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins à 9 h. 1/2 (examen de malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Cours de clinique thérapeutique médicale.* (Fondation du Duc de Loubat. Professeur : M. F. RATHERY.) — M. le Professeur F. RATHERY fera son cours de clinique thérapeutique, tous les jeudis, à 11 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital. Leçon de policlinique thérapeutique par le professeur tous les lundis, à 11 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital.

Tous les autres jours, à 11 heures, conférences de clinique thérapeutique avec le concours de MM. BOLTANSKI, DÉROT, Mlle DREYFUS-SÉE, de MM. KOURILSKY, LARGEAU, JULIEN MARIE, MAXIMIN, MOLLARET, Maurice RUDOLF, SIGWALD, THOYER.

Tous les lundis, mercredis, vendredis de 9 heures à 9 h. 1/2, conférences élémentaires de sémiologie et de thérapeutique par les chefs de clinique et les internes.

Tous les jours, visites dans les salles, de 9 h. 1/2 à 11 heures.

*Consultations externes* : assistant, Docteur FROMENT ; le mardi et le vendredi, à 9 heures, maladies de la nutrition ; le mercredi, à 9 heures, maladies des reins.

*Examens radiologiques* : le mercredi et le samedi, sous la direction du Docteur PIFFAULT, assistant de radiologie.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — I. *Les thérapeutiques nouvelles.* Dix conférences qui auront lieu le dimanche à 10 h. 1/2, à partir du 10 avril 1932, à l'amphithéâtre des cours de la Pitié (ces conférences seront libres). — II. *Les maladies du rein.* Cours de perfectionnement du 31 mai au 11 juin 1932. Leçons théoriques et exercices de laboratoire. — III. *Le diabète sucré.* Cours de perfectionnement qui aura lieu en octobre-novembre 1932.

Des affiches spéciales donneront ultérieurement des renseignements détaillés au sujet de ces cours.

— **Cours de vacances, de révision et de perfectionnement** (Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. Professeur Maurice VILLARET.) — *Cours de perfectionnement.* (Pâques 1932, 18 avril au 2 mai), sous la direction de M. le Professeur Maurice VILLARET, médecin de l'hôpital Necker : La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 18 avril 1932, à 9 heures, à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri BÉNARD, agrégé, médecin des hôpitaux ; Henry BITH, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant du service ; François MOUTIER, SAINT GIRONS, chefs de laboratoire à la Faculté ; JUSTIN-BESANÇON, chef de clinique et du laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques à la Faculté ; WAHL, Jean BOURGEOIS, chefs de clinique à la Faculté, et Roger EVEN, ancien interne des hôpitaux.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures ; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 heures. Il comprendra 36 leçons, et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit du malade et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice VILLARET et le Docteur Henry BITH, avec le concours du Docteur BRUNET, assistant radiologique du service.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 30 avril, 1er et 2 mai, à Vichy où auront lieu les deux dernières leçons du programme. Les élèves de ce cours et des autres enseignements de perfectionnement que la chaire d'hydroclimatologie thérapeutique est susceptible de faire pendant l'année, et qui seraient désireux de participer à ce voyage, sont priés de s'inscrire à l'avance, au Laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, auprès de M. Roger EVEN, chef de laboratoire adjoint, qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

PROGRAMME DU COURS. — 1. *Introduction à la séméiologie du foie et du tube digestif. Les sympathoses hépato-digestives* : Déductions thérapeutiques, médicales et hydrologiques.

*La thérapeutique des symptômes* : 2. Les troubles neuro-sensitifs : Les réactions douloureuses et vago-sympathiques. L'aérophagie. Les viciations de la faim. Le déséquilibre psychique. — 3. Les troubles neuro-moteurs : Atonies, hypertonies et spasmes, hypo- et hyperkinésies. Les ptoses. Les sténoses et les occlusions. — 4. Les troubles sécrétoires : Syndromes gastriques et duodéno-vésiculaires. Gastrites et dyspepsies. — 5. Les insuffisances hépatiques. L'ictère grave. — 6. Le syndrome ictère : Cholémies pathologiques ; ictères par hyperhémolyse ; ictères choluriques et acholuriques symptomatiques. — 7. Les troubles endocriniens dans la séméiologie hépato-digestive. — 8. Le syndrome d'hypertension portale. Les pyléphlébites. — 9. Les hémorragies du tube digestif. — 10. Les constipations. — 11. Les diarrhées. — 12. Le syndrome entéro-rénal.

*La thérapeutique des maladies* : 13. Les cancers du tube digestif : Diagnostic précoce et indications opératoires. — 14. L'ulcère gastrique. — 15. L'ulcère duodénal. — 16. L'appendicite. — 17. Les colites. — 18. Les dysenteries. — 19. L'intestin des tuberculeux et la tuberculose intestinale. Le foie tuberculeux. — 20. L'helminthiase et les diverses parasitoses du tube digestif. — 21. Les affections du rectum et de l'anus : Rectites, anusites, hémorroïdes. — 22. La syphilis du tube digestif et du foie. — 23. Les congestions du foie. Le foie cardiaque. — 24. Le foie alcoolique. — 25. Les hépatites toxi-infectieuses et leurs séquelles. La spirochétose ictérigène. Le foie paludéen. — 26. Le foie amibien. Le foie échinococcique. Les abcès du foie. — 27. La lithiase biliaire non compliquée. — 28. Les complications de la lithiase biliaire. — 29. Les périviscérites. — 30. Les pancréatites aiguës et chroniques. Les cancers du pancréas. — 31. Le diabète simple : Régimes et épreuves de tolérance. — 32. Les complications du diabète : Acidose et coma diabétique. L'insuline et ses succédanés. — 33. L'obésité et les maigreurs. La goutte. — 34. Les états thyroïdiens.

*La crénothérapie* : 35. Notions générales de crénothérapie des maladies de l'appareil digestif et du foie. — 36. Notions générales de crénothérapie des états lithiasiques et prélithiasiques.

Le droit de laboratoire à verser est de 200 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. Il sera complété ultérieurement par un autre enseignement de vacances, probablement au début de juillet, portant sur la thérapeutique médicale et hydrominérale, des maladies de l'appareil circulatoire, des reins et des glandes endocrines.

— **Travaux pratiques de médecine légale.** — M. DERVIEUX, chef des travaux, fera une série supplémentaire de travaux pratiques les mardi 19, jeudi 21 et samedi 23 avril 1932, à 14 heures, au laboratoire de médecine légale (Institut médico-légal, place Mazas).

Cette série est exclusivement réservée aux étudiants de 5e année qui n'ont pu assister aux séances réglementaires. Les demandes d'inscription doivent être adressées (sur feuille de papier timbré à 3 fr. 60) à la Commission scolaire qui appréciera les excuses invoquées et qui accordera, s'il y a lieu, l'inscription à cette série supplémentaire. Les élèves devront verser, en s'inscrivant un droit de laboratoire de 250 francs.

S'adresser au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures (jusqu'au vendredi 15 avril inclusivement).

N. B. — Les étudiants qui ont assisté aux séances de leur série, mais dont les travaux pratiques n'ont pas été validés devront se présenter au laboratoire le samedi 23 avril, à 14 heures, pour y subir une nouvelle interrogation. Ils n'auront pas à s'inscrire au secrétariat et n'auront pas à verser de droits.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Hérold.** *Tuberculose infantile.* — M. P.-F. Armand-Delille fera du lundi 11 avril au jeudi 5 mai 1932, dans son service de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin, à 10 h. 30, à l'hôpital Hérold, place du Danube (19e), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire, avec le concours du Dr Ch. LESTOCQUOY, médecin assistant ; du Dr DIMIER, chef du service radiologique, qui fera une leçon sur le diagnostic radiologique de la tuberculose infantile, et du Dr PIERRE-LOUIS MARIE, chef de laboratoire, qui fera une leçon sur le diagnostic bactériologique, cytologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Droits d'inscription : 200 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

*Objet du cours.* — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. Contagion tuberculeuse et virus filtrant. — 2. Primo-infection ; premier stade ; adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques. 3. Diagnostic clinique de l'adénopathie trachéo-bronchique ; Signes stéthacoustiques et signes radioscopiques. — 4. Stade de généralisation ; tuberculoses aiguës. — 5. Tuberculose pulmonaire chez le nourrisson et l'enfant. — 6. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant.

7. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon ; injection intra-trachéale de lipiodol. — 8. Tuberculoses atténuées des séreuses ; pleurésies et péritonites. — 9. La fièvre de tuberculisation : son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 10. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 11. Tuberculoses viscérales ; symphyse cardio-tuberculeuse. — 12. Tuberculose rénale.

13. Tuberculoses cutanées et gommes tuberculeuses. — 14. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant ; recherche du bacille dans le contenu gastrique, culture du sang d'après les méthodes nouvelles. — 15. Méningite tuberculeuse. — 16. Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 17. Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. — 18. Héliothérapie et thalassothérapie.

19. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — 20. Prophylaxie ; la préservation de l'enfance contre la tuberculose ; l'œuvre Grancher. — 21. La vaccination antituberculeuse de Calmette. — 22. Visite d'un foyer de placement familial de l'œuvre Grancher.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Admissibles : MM. Basch et Dreyfus, 71 1/2 ; Escalier, 71 ; Lemaire et Wallich, 70 ; Layani, 69 1/2 ; Kourilsky, 69 ; Marie, 68 1/2 ; Clément, Laporte, Bourgeois, Oumansky, Benoist et Michaux, 68.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Admissibles : MM. Menegaux, 80 ; Funck-Brentano, 77 ; Meillère 75 ; Gueullette, 74 ; Redon, 73 ; Bauzet, Huard et Blondin (Sylvain), 72.

— **Concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris.** — Ce concours sera ouvert le jeudi 2 juin 1932, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 heures à 17 heures, du vendredi 6 mai au mercredi 18 mai 1932, inclusivement.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Electro-diagnostic.* — Séance du 3 mars. — MM. Devois 15 ; Moutard, 13 ; Busy, 15 ; Ordioni, 13.

Séance du 7 mars. — MM. Ordioni, 14 ; Busy, 14 Nadal, 15 ; Marchand, 15 ; Devois, 14.

Candidats déclarés admis pour les deux places mises au concours d'électro-radiologiste en 1932 : MM. Marchand et Nadal.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Constitution de la Fédération des diplômés d'hygiène.** — A l'occasion du Congrès international de technique sanitaire, les délégués des cinq instituts d'hygiène universitaires français se sont réunis le 6 mars à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Lyon, et ont constitué une Fédération.

Ce nouveau groupement, qui réunit dès maintenant près de 500 médecins diplômés d'hygiène, se propose de faire bénéficier les associations adhérentes, tout en laissant à chacune d'elles son autonomie la plus complète, d'un centre commun d'action et de représentation, à l'exclusion de toutes questions d'ordre commercial confessionnel ou politique. Ses buts essentiels sont d'établir un lien de solidarité entre les diplômés d'hygiène et de leur venir éventuellement en aide, de favoriser l'enseignement et la diffusion de cette science.

Le bureau du Conseil de la Fédération a été ainsi constitué pour l'année 1932 : président, Professeur Carrieu, (Montpellier) ; vice-présidents : Dr Benech (Nancy), Dr Clerc (Paris), Dr Dana (Alger), Dr Dequidt (Lyon) ; secrétaire général : Dr Leclainche (Paris) ; secrétaires adjoints : Dr Margaillan (Alger), Dr Sédaillan

(Lyon) ; rédacteur en chef du *Bulletin* : Dr Bourguin (Paris) ; trésorier : Dr Fernier (Nancy).

Au cours de cette première réunion, le Conseil a émis plusieurs vœux relatifs à l'unification des programmes d'enseignement de ces instituts, à l'obligation pour tous médecins hygiénistes en fonctions de posséder le diplôme d'hygiène.

— **Banquet toulousain de la jeune UMFIA** (5 mars 1932). — La vie toujours plus intense de l'UMFIA qui vient d'inaugurer les grandes conférences internationales des voix latines ne fait pas relâcher un instant l'activité et la sollicitude de cette association à l'égard de ses créations antérieures.

C'est ainsi que le 5 mars 1932, purent se réunir 40 jeunes umfistes sous la haute et paternelle présidence des Docteurs Dartigues et Molinéry, assistés du Docteur Bompart, président honoraire de la Jeune Umfia, et de M. Sigwald, président en exercice.

Les convives, fins gourmets, n'avaient pas reculé devant l'éloignement de la salle réputée pour la finesse et l'abondance de sa chère : ils ne furent pas déçus, et ainsi débuta heureusement la série des banquets régionaux de la Jeune Umfia, proposée par M. Decourt.

Le menu savouré, les vins dégustés, vint l'heure oratoire. La table entière apprécia particulièrement l'éloquence si fine, spirituelle, comique même, mais convaincue de Sigwald, nouveau président. Félicitant ses prédécesseurs de l'œuvre accomplie avec l'aide si dévouée de Mlle Roule, secrétaire générale, il déplora l'absence de celle-ci, et remercia les Docteurs Dartigues et Molinéry de leur présence, gage de l'affectueux intérêt qu'ils portent à ce jeune groupement. Il affirma la foi des jeunes dans les destinées de l'UMFIA et leur volonté d'y participer.

Le Docteur Molinéry annonça un Pactole de prix magnifique. Le Docteur Bompart reçut le prix de 2.000 fr., prix réservé aux internes de 4e année des hôpitaux de Paris, fondation du Docteur Dartigues ; MM. Fresnais et Schaeffer reçurent les prix de 500 francs pour l'interne et pour l'externe qui ont obtenu la meilleure place dans la promotion ; sur la proposition du Dr Molinéry, ces prix ont été donnés par la Revue de l'Umfia. Le crépitement des applaudissements félicita les heureux lauréats, et remercia les généreux donataires : le courant est créé, l'émulation fera le reste, chaque année la lutte sera plus ardente et le palmarès plus glorieux.

Le Docteur Dartigues, opposant son glabre visage de sénateur romain à la physionomie prophétique du Docteur Molinéry, mieux que jamais montra la verdeur de son esprit et la force de son verbe. Il salua tout d'abord l'élément féminin toujours nombreux et choisi, et, puisant aux savoureux souvenirs de sa vie d'étudiant, évoqua les fêtes d'antan et ses premiers bals de l'internat. Il déplora la disparition du sens de la méditation, si développé autrefois, incompatible avec la trépidante vie — à l'anglaise — à laquelle certains veulent nous voir défintivement contraints. Il montra ensuite aux jeunes ce que la plus grande France pouvait espérer d'eux, et qu'ils pouvaient espérer d'elle se riant de la pléthore s'ils savaient choisir et se résoudre à de lointaines installations. Car nous devons compter sur nous, et si l'étranger ne nous offre plus de débouchés, il travaille, et traduisant la secrète pensée de maints convives, le Dr Dartigues émit le vœu que des voyages permissent d'aller sur place apprécier les fruits merveilleux du génie latin en terre américaine.

Nous avons reconnu Mme Baglin, Mlles Bernheim, Jodin, Picard. MM. Cordebar, Dauphin, Decourt, de Traverse, Fontaine, Fresnais, Gaucher, Heudebert, Huber, Jodin, Lardenois, Lemaire, Mainguy, Molinéry, Maillard, Rogé, Schaeffer, Sigwald.

— **Fédération des Sociétés médicales d'Algérie.** — La Fédération a tenu ses assises annuelles sous la présidence de M. le Doyen Leblanc, à la Faculté de médecine d'Alger, les 16, 17 et 18 mars 1932.

Le programme comportait des rapports avec discussion et des conférences.

Les rapports avaient trait au paludisme chronique et étaient les suivants : 1° Comment il faut concevoir le paludisme chronique au point de vue clinique, par M. Aubry, professeur de clinique médicale et M. Dumolard médecin des hôpitaux, chargé de cours de clinique annexe, à la Faculté de médecine d'Alger. — 2° Paludisme et chirurgie, par M. Costantini, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Alger. — 3° L'hématozoaire dans le paludisme chronique, par M. Sénevet, professeur de parasitologie et zoologie médicale à la Faculté de médecine d'Alger.

Les conférences suivantes ont été faites au cours de la réunion : 1° M. Regaud, directeur de l'Institut du radium de l'Université de Paris. Vue d'ensemble sur les résultats actuels de la radiothérapie des tumeurs malignes. — 2° M. Weill-Hallé, chargé de cours de la Faculté de médecine de Paris. L'état actuel de la vaccination contre la tuberculose par le BCG. — 3° M. Anderson, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis Sur quelques acquisitions méditerranéennes récentes en médecine expérimentale. — 4° M. Vélu, chef du laboratoire de recherches du service de l'élevage à Casablanca. La greffe testiculaire, son passé, son présent, son avenir. — 5° M. Rose, professeur à la Faculté des sciences d'Alger. Les tropismes au point de vue médical. — 6° M. E. Benhamou, médecin des hôpitaux (Alger). Les anémies spléniques.

— **VIIe Congrès international de protection de l'enfance.** — Le Comité français de l'Union internationale de protection de l'enfance a décidé que le VIIe Congrès international de protection de l'enfance se tiendrait à Paris, les 5, 6, 7, 8 et 9 juillet 1933.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour : Première question : *Surveillance médicale des sports* (leurs avantages, leurs abus) ; Deuxième question : Etatisme et bienfaisance.

Tous les membres du Congrès pourront présenter des communications qui seront classées dans une des cinq sections suivantes : 1° Maternité ; 2° Première enfance ; 3° Seconde enfance ; 4° Enfance anormale ; 5° Service social.

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat du Congrès de la protection de l'enfance, Comité national de l'enfance, 26, boulevard de Vaugirard, Paris XVe.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

suelles ; fait remarquer que la loi n'a prévu que le contrôle à domicile et que l'obligation de sortir des enfants de un ou deux mois, à date fixe, par n'importe quel temps, peut exposer ceux-ci aux plus graves dangers. (*Question du* 2 *janvier* 1932.)

*Reponse.* — Le payement des allocations mensuelles d'allaitement est subordonné en vertu de l'article 9, paragraphe 5, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, à l'observation par la bénéficiaire des prescriptions qui doivent être faites par la caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne la fréquentation régulière des consultations de nourrissons. Il est évident que ces prescriptions iraient à l'encontre du but poursuivi, si elles n'étaient établies et appliquées judicieusement.

(*J. O.*, 24 février 1932.)

## LES RAYONS ET LES ONDES

### Les risques de la diathermie

Le rapport médico-légal que vous reproduisez (1) est des plus instructifs, mais il soulève une critique de pratique courante. Je vais vous dire où je vois tout de suite la cause de cet accident. Le rapport dit, (p. 801) : « les pieds étant largement appliqués sur une feuille métallique et maintenus assujettis (ce qui, à mon avis augmente encore la surface d'adhérence et de contact et aggrave la situation) au moyen de sacs de sable, etc, ... Il ne faut pas oublier que, plus les électrodes sont larges, plus la chaleur est lentement perçue et pour obtenir cette sensation de chaleur douce, il faut augmenter l'intensité du courant. Mais, ... mais ...d'une électrode à l'autre le courant traverse la jambe et en particulier la cheville, point rétréci et qui, en coupe, a une surface 2 ou 3 fois moindre que la plante du pied, surtout si on l'écrase au maximum avec des sacs de sable.

Il en résulte que la chaleur peut être à peine perçue à l'une et l'autre électrodes, et être intolérable au cou de pied ; de là à provoquer une escharre chez un sujet à sensibilité diminuée, il n'y a qu'un pas.

*Conclusion.* — Dans une application de diathermie où l'on tient à prendre dans le courant tout le membre, ne pas mettre à la plante du pied, pas plus qu'à la paume de la main, une électrode de surface supérieure à la surface en coupe du poignet ou de la cheville.

On n'atteindra certes pas les chiffres que l'on a un peu trop tendance à considérer comme classiques de 600, 800 ou même de 1.000 milliampères, (cf. Bordier, p. 488), mais les résultats thérapeutiques n'en seront pas moins heureux, en tout cas, les accidents beaucoup plus rares.

Dr TISSIER.

(1) *Concours médical*, N° 11, page 801.

## ACCOUCHEMENTS AU RABAIS

Une sage-femme nous écrit ses doléances : dans la ville industrielle, où elle exerce, les médecins, tous attachés à la compagnie minière, prennent 300 francs par accouchement, alors que les sages-femmes ne prennent que 250 francs.

Tout allait bien jusqu'au jour récent de l'installation d'un jeune médecin qui, désireux de s'acquérir vite une clientèle, se mit à faire des rabais et notamment, en matière d'accouchements, ne prend que 200 francs.

Qu'est-il possible de faire contre pareil état de choses ?

Juridiquement, il faut reconnaître que les praticiens qui, aux termes de la loi du 30 novembre 1892, exercent plus ou moins complètement l'art de guérir et celui des accouchements, sont libres de prendre les honoraires que bon leur semble.

Mais professionnellement et déontologiquement, on peut se défendre. Les médecins de la localité en question doivent certainement appartenir à un syndicat local, à une association professionnelle. C'est à ce groupe que la sage-femme peut porter sa plainte, d'autant que probablement les praticiens du lieu ne doivent pas voir d'un bon œil les procédés rabaisiens du nouvel installé.

S'il existe dans le département un syndicat de sages-femmes, il est préférable que l'accoucheuse passe par le canal de ce groupe professionnel, qui, à son tour, saisira le syndicat des médecins.

Je conseille donc la ligne de conduite suivante : la sage-femme porte plainte à son propre syndicat, en priant ce dernier de saisir le conseil de famille du syndicat des médecins. De leur côté, les médecins de la localité en feront autant vis-à-vis de leur syndicat et porteront plainte contre le confrère rabaisien.

Celui-ci sera convoqué devant le conseil de famille. Il se présentera, ou fera défaut. Dans ce dernier cas, après avoir été dûment convoqué pour une séance de jugement, il pourra être mis à l'index et toute relation confraternelle sera supprimée avec lui.

Cela lui sera fort égal, me dira-t-on. Pas autant qu'on puisse le croire, car cela se sait dans le public et progressivement, on s'étonne de voir un praticien n'avoir aucune relation confraternelle avec ses voisins, et il n'est pas rare de voir des praticiens, ainsi mis à l'écart, faire amende honorable, pour ne plus être mis en quarantaine.

Dr Paul BOUDIN.

## FAITS CLINIQUES

### Bradycardie extrême au cours d'une crise d'urémie

En juillet, je suis appelé de nuit chez un malade que je n'avais jamais vu auparavant.

Après une période d'excitation qui s'est traduite par une mauvaise humeur incessante, le malade s'est couché en proie à un délire violent, les yeux ouverts, agitation perpétuelle, coups à ceux qui l'approchent. L'interrogatoire de l'entourage ne m'apprend rien. L'examen du malade est quasi impossible.

Toutefois, j'arrive à saisir le poignet, le pouls bat à 16 par minute. Je fais tenir le malade, le cœur bat au même rythme. Tant bien que mal je fais huile éthéro-camphrée, caféine, spartéine, ouabaïne intraveineuse que j'ai la chance de réussir.

Je pensais à une crise de pouls lent permanent, mais c'est la première fois que l'entourage apprend que le cœur bat si lentement. Ebauche de Cheyne-Stockes.

Au bout d'une demi-heure, le pouls est à 11 par minute.

Je pense à l'urémie, mais sans signe indicateur certain. Je propose une saignée en prévenant que la mort peut survenir éventuellement, on refuse ; on me demande d'aller chercher les enfants qui habitent à 4 kilomètres. Je prends le pouls au départ, il bat à 9 coups, un vrai glas.

Je reviens au bout d'une demi-heure, le pouls est à 84. Depuis : albumine 0 gr. 50 dans les urines ; urée du sang : 0,97 ; mon malade va bien. Je ne l'ai pas saigné. Il a parfaitement suivi son régime et n'a pas eu de crise depuis juillet.

Dr DORDAIN.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Sou médical)

*Admissions prononcées par le Conseil dans sa réunion du 22 mars 1932.*

9.648 GHOUILA-HOURI, Sousse (Tunisie), Société de radiologie médicale.
9.649 POIRIER, 165, avenue de Wagram, Paris, Syndicat de Paris.
9.650 STEPHANOPOLI,, Coucy-le-Château (Aisne), Syndicat de Laon.
9.651 DESCHASEAUX, 16, rue Faidherbe, Paris, Syndicat de la Seine.
9.652 BEURNIER, Flayosc (Var), Syndicat du Var (demande d'admission).
9.653 SERBAT, Port-Sainte-Marie (Lot-et-Garonne), Syndicat du Lot-et-Garonne.
9.654 BERNARD, Figeac (Lot), Syndicat du Lot.

Ces admissions seront définitives 15 jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation (Art. 6 des statuts.)



NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME - PARIS

## À PROPOS DE LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

*Note à Messieurs les médecins-inspecteurs des écoles de Paris et du département de la Seine.*

La question de la conduite à tenir à l'égard des enfants présentés pour complément de vaccination antidiphtérique lorsqu'un intervalle prolongé s'est écoulé depuis la ou les premières inoculations d'anatoxine se pose si fréquemment que le Directeur de l'enseignement a cru devoir la soumettre de nouveau à l'Institut Pasteur.

Voici, de l'avis de M. le Docteur Louis Martin, le principe à adopter :

1° Pour les enfants qui ont reçu une seule injection d'anatoxine, il convient de recommencer la série de trois injections.

2° Pour les enfants qui ont reçu deux injections d'anatoxine, il suffit de pratiquer une troisième injection de 2 c.c.

Il aurait été constaté que l'augmentation de doses ne provoquait pas des réactions plus fortes ni plus nombreuses et un sujet qui présente une réaction avec 1 c.c. 5 réagit de la même manière avec une injection de 2 c.c.

Je vous prie de bien vouloir prendre note de ces indications et je vous confirme ma communication d'octobre dernier relative aux doses d'anatoxine qui sont les suivantes :

1re *inoculation* : 1 c.c. ; 2e *inoculation* : 1 c.c. 5 ; 3e *inoculation* : 2 c.c.

Le Directeur de l'enseignement

# CORRESPONDANCE

## Assurances

### Assurance automobile. Tarif médecin

Jusqu'en janvier 1932, j'avais une voiture monasix 8 CV assurée contre les accidents aux tiers à la P... pour 300.000 francs, je payais une prime de 650 francs environ.

J'ai actuellement une primaquatre 11 CV : l'agent de la P., m'informe que ma prime annuelle est portée à 900 francs environ pour le même risque. Sur ma demande d'explications au sujet de cette augmentation qui me semble exagérée, il me démontre par A plus B que, étant médecin, je ne puis bénéficier des tarifs réduits consentis aux huissiers, avoués, notaires, officiers, instituteurs, agriculteurs, etc... et même simples touristes, mais que je suis assimilé aux commerçants dont le véhicule sert à gagner plus d'argent.

Or, je ne fais pas de clientèle, ma voiture me sert à aller à mon sanatorium et j'en habite à 6 km. Que dois-je faire ? Dr F.

**Réponse**

Le tarif des Compagnies est divisé en cinq parties : un tarif applicable aux véhicules servant exclusivement à la promenade, un tarif des véhicules servant à la promenade et aux affaires, un tarif des véhicules servant aux transports de marchandises, un quatrième aux entreprises de transports, enfin un dernier tarif concerne les agriculteurs domiciliés sur leur exploitation.

La question de savoir si le véhicule sert à faire un bénéfice ou non ne doit pas être prise en considération et l'agent de la P. n'a pas compris les instructions de sa compagnie.

Un seul point doit être discuté avec la P. Celui de savoir si cette compagnie considérera comme servant uniquement à la promenade un véhicule qui vous sert à vous rendre sur le lieu de votre travail.

Donnez-nous le numéro de votre contrat et nous ferons une démarche près de la P.

En fait, pour assurer votre 11 CV pour 300.000 francs aux tiers à une compagnie du Syndicat, cela vous coûterait au nouveau tarif si votre voiture est considérée comme servant aux affaires et à la promenade : 1.009 francs (plus impôts) et 910 francs si elle est considérée comme servant à la promenade exclusivement, mais comme ancien assuré, vous devez bénéficier d'un tarif abaissé.

P. R. BAGLIN.
Conseil technique d'assurance,
Docteur en droit.

## Questions médico-militaires

### 58. — Légion d'honneur au titre de combattant volontaire

J'ai vu il y a quelques mois dans le *Concours* un article sur la Légion d'honneur aux engagés volontaires.

Est-ce que, étant passé pendant la guerre *sur ma demande du service auxiliaire au service armé*, j'ai quelque chance de me faire proposer ?

Voici mes services : Classe 1900, service auxiliaire ; mobilisé le 4 août, S. A. ; passé service armé sur ma demande, le 30 septembre 1914 ; aide-major 2[e] classe le 14 novembre 1914 ; parti aux armées le 20 juin 1915 ; deux blessures, non évacué ; évacué pour maladie, 9 novembre 1916 ; deux mois de convalescence ; arrière jusqu'au deuxième départ aux armées, le 11 décembre 1917 ; démobilisé en mars 1919 ; rayé des cadres en même temps que réformé à 30 % en 1920, portés depuis à 60 % ; une citation régiment ; une citation division.

Dans l'affirmative, quelle serait la marche à suivre ?

D[r] X.

**Réponse**

Il semble bien que vous avez droit au titre de « Combattant volontaire », puisqu'à la mobilisation vous n'étiez pas encore médecin de réserve, et que, sur votre demande, vous avez été classé service armé, qu'enfin *ultérieurement*, vous avez été promu à un galon, pour *servir* ensuite aux ar-

mées *dans une unité combattante*, ainsi qu'en témoignent vos blessures.

Adressez à ce sujet une lettre au Directeur du Service de santé de la Région, en y joignant copie (certifiée conforme) de toutes pièces officielles en votre possession, *à l'appui* de vos déclarations.

---

### 6.761, — Sursis pour les étudiants en médecine

La loi militaire en vigueur prévoit des sursis pour les étudiants en médecine jusqu'à la fin de leurs études.

Est-il vrai que pour ces sursis, le conseil municipal de la localité doit donner son avis ?

Si cet avis est défavorable, (cela s'est déjà vu à la campagne), doit-il être justifié et comment peut-on le savoir ?

En cas d'avis défavorable de la part du conseil, quel recours peut-on exercer et à qui faut-il s'adresser ?

Le fait de suivre des cours de préparation militaire supérieure est-il suffisant pour passer outre à la décision du Conseil ?

Dr M.

**Réponse**

Les demandes de sursis sont instruites par le Conseil municipal, qui donne son avis *motivé*, puis elles sont envoyées au Préfet, lequel transmet au *Conseil de révision, qui statue.*

En cas d'avis défavorable du Conseil municipal et de refus du sursis, il est possible de réclamer au Préfet, car c'est lui qui *préside* le Conseil de révision.

Le sursis est accordé pour parfaire les études ; la question de préparation militaire supérieure n'intervient pas.

---

### 41. — Première mise d'équipement

Je lis dans le supplément documentaire qu'il existe un décret du 31 octobre 1931 allouant une indemnité spéciale de première mise d'équipement aux officiers de réserve nommés avant ou pendant la guerre et convoqués en 1931.

J'ai égaré ce texte et comme je suis convoqué pour faire une période en 1932, je voudrais savoir si j'ai droit aussi à une première mise d'équipement.

Dr G.

**Réponse**

Le décret du 31 octobre 1931 alloue une indemnité de première mise d'équipement (350 francs) aux officiers de réserve nommés au grade de sous-lieutenant avant le 24 octobre 1919 ; ou pour prendre rang à compter d'une date antérieure au 24 octobre 1919, s'ils sont convoqués pour une période en 1931, *à la condition* de prendre l'enga-

gement de rester dans les cadres pendant une période de cinq années à compter du 1er avril 1931. Mais il ne faut pas avoir perçu une indemnité de même nature, soit comme officier de réserve, soit à un autre titre. Et l'on est tenu au remboursement si l'on démissionne avant le délai de cinq ans prévu plus haut.

La demande doit être adressée au Directeur du Service de santé.

---

### 59. — Libération des obligations militaires

Faisant partie de la classe 1895 (je suis né en 1875) médecin lieutenant de réserve, à quel âge puis-je être libéré de mes obligations militaires ?

Dépendant du gouvernement militaire de Paris, j'ai reçu une affectation en cas de guerre dans la *n*e région.

Ayant un cas de réforme, est-ce à la *n*e région ou à Paris que je dois demander à passer devant le conseil de réforme ? Dois-je faire connaître en même temps que ma demande le dit cas de réforme ?

Dr P.

**Réponse**

Vous serez dégagé de toutes obligations militaires à l'âge de 57 ans, donc prochainement.

S'il s'agit d'un cas de réforme, sans pension, c'est-à-dire administrative, adressez-vous au Directeur du Service de santé de la *n*e région, dont vous dépendez au point de vue militaire.

Si c'est, au contraire, une pension d'invalidité que vous sollicitez, adressez, par lettre recommandée, une demande de visite au médecin-chef du Centre de réforme de la Seine, 139, rue de Bercy, Paris-12e. Vous pouvez indiquer le diagnostic de votre maladie.

---

### 133. — Allocation d'ascendant

Mon père, médecin, se trouve dans la catégorie des ascendants ayant perdu un fils à la guerre, dans les conditions voulues au point de vue impôt sur le revenu.

A-t-il droit à l'allocation ?

Quel en est le montant annuel ?

A-t-il droit à un rappel depuis que la loi est en vigueur ou depuis 1915 ?

A qui faut-il adresser la demande de rappel s'il y a lieu ?

Dr B.

**Réponse**

Le montant annuel de l'allocation d'ascendant est de 1.920 francs. Le point de départ est celui de la demande.

Cependant, il peut y avoir rappel depuis le jour où l'intéressé remplissait à la fois les conditions d'âge et d'impôt sur le revenu, mais ce rappel ne saurait en aucun cas excéder la durée de trois ans.

Adressez la demande à l'Intendant militaire des Pensions du département.

### 138. — Avantages accordés aux pupilles de la nation

Je lis dans le *Concours* que les Pupilles de la Nation auraient une majoration de points aux concours pour les grandes écoles (polytechnique, centrale, mines, etc.) Est-ce possible ? Que la possession de certains diplômes donne une majoration de points, rien de plus juste, mais si c'est au seul titre de pupille de la nation, cela me paraît extravagant.

Je suis pensionné de guerre à titre temporaire à 30 %, n'ayant réclamé qu'en janvier 1931, et il faut, je crois, quatre ans et une troisième visite, pour l'être à titre définitif.

Ceci dit, voulez-vous avoir l'obligeance de répondre aux questions suivantes :

1° Est-il exact que les Pupilles de la Nation ont une majoration de points aux concours des grandes écoles ? Et si oui, combien ? pour polytechnique par exemple ?

2° Les Pupilles de la Nation ont-ils d'autres avantages ?

3° Ai-je, quoique seulement pensionné à titre temporaire, le droit de faire, dès aujourd'hui, une demande pour que mes enfants ( 18, 17, et 13 ans) soient Pupilles de la Nation ?

4° La demande, adressée au procureur, doit-elle être *sur papier libre, ou sur papier timbré*? Et les actes de naissance des enfants ? Et la copie de notification de pension ?

5° Est-ce la mairie qui doit certifier l'exactitude de cette copie ?

6° Pupille de la Nation, pour les fils de pensionnés de guerre, est-ce un droit ou une faveur ?

Dr X.

**Réponse**

1° Il est exact que le titre de Pupille de la Nation procure la majoration d'un certain nombre de points aux examens d'entrée pour les grandes écoles. Quant à vous dire combien ? Nous ne le savons pas, et n'avons pu encore nous en informer, afin de répondre plus rapidement à votre question.

2° Des subventions d'entretien peuvent être accordées aux enfants de familles nécessiteuses.

Des subventions d'études sont ensuite allouées sous forme de bourses d'études dans les établissements nationaux, dans les écoles spéciales d'enseignement primaire supérieur, secondaire, technique.

Les familles nécessiteuses peuvent obtenir aussi des subventions pour maladie ; puis, les pupilles reçoivent, à leur majorité, une prime d'établissement ou pécule, destinée à leur faciliter l'entrée dans la vie ; cette prime varie de 500 à 1.500 francs, elle est calculée proportionnellement à l'insuffisance des ressources.

3° Pensionné à titre temporaire, vous pouvez demander l'admission au titre de Pupille de la Nation, de tout enfant né avant le 23 août 1920.

4° La demande est fournie sur papier libre.

5° Le maire peut certifier conformes toutes les copies.

6° Il semble que ce soit un droit pour les enfants, dont le père est bénéficiaire d'une pension d'invalidité au titre de la loi du 31 mars 1919 (art. 1 de la loi du 27 juillet 1917, modifiée par la loi du 26 octobre 1922).

## Application du Tarif des accidents du travail

### 1591. — Omission du nouveau tarif Fracture de clavicule

Dans le nouveau tarif des accidents du travail il n'y a plus de fracture de la clavicule.

Comment faut-il tarifer celle que j'ai réduite et appareillée hier ? Dans le tarif précédent les honoraires étaient de 50 francs, ce prix doit subir une augmentation comparable à celle des autres, mais l'article 18 n'en fait pas mention.

Dr E.

**Réponse**

Vous avez raison : la « clavicule » a disparu dans la révision du premier tarif Landry, par simple *omission* dans la rubrique où elle se trouvait avec les autres fractures indiquées. J'en prends note pour la prochaine réunion de la Commission afin que cette omission soit réparée.

En tout cas, le prix de sa réduction ne saurait être inférieur à celui qu'il comportait dans le tarif Fallières, soit 50 francs. *Plus* ? Je n'ai pas le droit de vous le proposer, de moi-même.

Dr F. Decourt.

### 1601. — Le certificat de reprise « du travail » ultérieurement n'est pas une preuve de guérison totale le jour de sa signature

Je vous transmets ci-joint la lettre d'une compagnie d'assurances à son agent au sujet du règlement d'un accident pour lequel j'ai donné mes soins au blessé.

Voici les faits :

L'accident est survenu le 13 octobre. Le blessé tombe du haut d'une charrette de bois sur ses talons. Il ne peut marcher et est porté à mon cabinet par son patron.

Je constate : impossibilité de marcher d'un pied dont le talon est très douloureux à la palpation. Je crains une fracture du calcanéum. Je délivre les certificats de constatation d'accident nécessaires et informe l'assurance de la nécessité d'une radiographie. Celle-ci montre qu'il n'y a pas de fracture. Le blessé ne pouvant marcher, je le visite à domicile à M. distant de 8 kilomètres.

Le 30 octobre, je le vois, à M., pour la dernière fois, *un vendredi*, et je lui *remets* un certificat de guérison conçu en ces termes :

M...,

Je vous informe que j'ai visité ce jour 30 oct. le *blessé ... etc ... qu'il est guéri, et pourra reprendre* son travail le ... (vraisemblablement, j'ai dû donner le 2 novembre, *le lundi*, comme date de reprise du travail).

J'ai envoyé ma note le 15 janvier 1932, comme ceci :

| | | |
|---|---|---|
| 13 oct. | Consultation et certificats ... | 20 fr. |
| 14 » | Visite à 8 kil. .............. | 39 » |
| 16 » | *id.* .................... | 39 » |
| 23 » | *id.* .................... | 39 » |
| 30 » | *id.* .................... | 39 » |
| | | 176 fr. |

Voyez d'après sa lettre, ce que propose l'assurance. Que me conseillez-vous de faire ? Dois-je accepter ses propositions avec réduction, ou dois-je maintenir intégralement ma note ? Dans ce dernier cas pourrais-je informer l'assurance que je poursuivrai le paiement des honoraires qui me sont dus avec l'appui du « Sou Médical », (ce qui les ferait peut-être accepter), dont je fais partie.

Dr R.

**Réponse**

Votre faute, si faute il y a, mais qui permet la contestation de la Compagnie, fut de mettre sur votre certificat en date du 30 octobre : le blessé « est guéri ». Donc, il s'ensuit, dit l'assurance, qu'étant guéri, il pouvait ce jour-là, se rendre à votre cabinet pour y quérir son certificat de reprise de travail.

Personnellement, je ne mets jamais « est guéri », mais simplement « pourra » reprendre son travail le .... ». En tout cas, c'est là une chicane bien mesquine de la part de la Compagnie, car on peut objecter que le malade ne pouvait pas connaître sa « guérison » avant l'examen médical, donc se rendre, avant guérison assurée d'une affection du *talon*, au cabinet du médecin traitant.

Dr F. DECOURT.

## Fiscalité

### 1534. — Changement de situation et de résidence. Déclaration à effectuer

Je suis nommé subitement médecin-inspecteur d'hygiène à A., pour le 15 mars 1932.

J'ai fait ma déclaration d'impôts normalement. Dois-je maintenant payer l'impôt total de 1932 = Etat, départemental, communal, taxe de prestations, etc.., ou est-ce que j'ai droit à une forte réduction ou payer mes impôts à B... Je suis imposé comme profession libérale.

Dr Z.

**Réponse**

La déclaration que vous venez de faire vise vos

revenus de 1931. Par conséquent, le changement dans votre situation ne pourra affecter que la déclaration que vous ferez en 1933 pour l'année 1932.

Pour cette année, vous serez imposé uniquement à B... Faites une déclaration au contrôleur de votre nouveau domicile.

A. M.

**1465. — Revenu des immeubles à déclarer**

Je reçois de M. le Contrôleur des Contributions directes, pour l'établissement de l'impôt sur le revenu pour 1932 la note suivante :

« Dans votre déclaration, vous déclarez le revenu « net (1.356 fr. 08) servant de base à la contribution « foncière pour vos immeubles. Or, votre propriété « est louée 7.000 fr. Je me propose de substituer ce « revenu à celui déclaré, sauf justification. »

Ma déclaration a été faite conformément aux imprimés qui indiquent qu'on peut déclarer le revenu réel ou le revenu net servant de base à la contribution foncière.

Le contrôleur est-il en droit de substituer d'office le chiffre indiqué de 1.356 fr. 08 par celui de 7.000 fr. ?

Dr P.

**Réponse**

En principe, le contrôleur a le droit de substituer le revenu réel au revenu forfaitaire servant de base à la contribution foncière.

Mais il doit en déduire les charges notamment l'amortissement du mobilier de la maison (20 % de la valeur) et le coût des réparations.

A. M.

## Accidents du travail

**1756. — Rechute. Révision**

1° Le 3 janvier 1930, une dame L., accidentée du travail, vient me voir pour plaie pénétrante de la paume de la main consécutive à éclatement de bouteille ; je lui donne mes soins, je ne trouve aucun éclat de verre, le docteur X, quelques jours après, voit la blessée pour le compte de l'assurance et d'un commun accord nous décidons la reprise ; la blessée se déclarant d'ailleurs guérie.

2° Durant une année, la blessée travaille chez le même patron, sans accuser d'autre symptôme qu'une légère sensibilité de la paume blessée.

Mais voici un événement imprévu :

15 mois après l'accident initial du 3 janvier 1930, c'est-à-dire le 20 avril 1931, la blessée se présente chez moi avec un phlegmon de la main blessée l'année précédente, phlegmon localisé au niveau de la blessure antérieure. Un chirurgien appelé l'opère et retrouve dans les profondeurs de la paume un éclat de verre, l'éclat qui, 15 mois auparavant, avait blessé la main. La blessée guérit avec une incapacité permanente partielle important, le phlegmon ayant provoqué des désastres dans l'ossature du poignet.

3° L'assurance refuse la responsabilité de cet accident, en déclarant que, après un an, elle est couverte par la prescription. Le procès est engagé. Mes honoraires sont de même refusés.

4° Pouvez-vous me donner la jurisprudence ne permettant d'agir ?

Il ne semble que le phlegmon est en rapport direct avec le séjour dans les tissus de l'éclat de verre ; seul le mécanisme de cette infection tardive restant à expliquer.

Qu'en pensez-vous ?

Dr T.

**Réponse**

Dès lors que la blessée a été considérée comme guérie et a repris son travail quelques jours après son accident du 3 janvier 1930, il est exact qu'elle ne peut plus prétendre actuellement ni aux frais médicaux et pharmaceutiques, ni au paiement de son demi-salaire pour les soins qui lui ont été donnés à l'occasion de la rechute dont elle a été atteinte et pour l'incapacité temporaire nouvelle qu'elle a subie. La jurisprudence est depuis longtemps fixée dans ce sens.

Par contre, comme cette rechute est survenue moins de trois ans après la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière et comme elle doit entraîner une incapacité permanente partielle importante, la blessée peut agir par la voie de l'action en révision pour obtenir le paiement d'une rente.

Pour pallier à l'iniquité de la solution qui, en cas de rechute, empêche d'ouvrir à nouveau le droit au demi-salaire et aux frais médicaux et pharmaceutiques, un tribunal a admis récemment que le blessé qui agit en révision à la suite d'une rechute peut obtenir une indemnité d'incapacité permanente *totale*, pendant la période où de nouveaux soins sont indispensables, l'indemnité d'incapacité *partielle* ne commençant à courir que du jour de la consolidation définitive de la rechute.

Mais, quelle que soit la décision qui puisse être rendue en faveur de la blessée, il est un fait certain, c'est que vous, médecin traitant, n'avez plus aucune action contre le chef d'entreprise en paiement de vos honoraires, et vous trouvez réduit à votre action de droit commun contre la blessée elle-même.

Cependant, nous pourrions encore tenter une intervention amiable auprès de l'assurance pour tenter d'obtenir d'elle qu'elle consente de son plein gré à prendre à sa charge le montant de vos honoraires. Veuillez donc nous envoyer une copie détaillée de votre note avec toutes indications utiles pour que nous puissions faire cette démarche. Si elle échoue, il ne vous restera plus qu'à vous faire payer par la blessée.

Cinquante-quatrième année | N° 15 | 10 Avril 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.**

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 114. Méd. chef hopit., actif, ayant auto, 30 ans pratique méd.-chirurg. courante, accouch., dem. faire remplacem. juillet-août, bord mer, Bretagne de préfér.

Nº 115. Mesdames Savatier, de famille médicale distinguée, prendr. en pens., dans villa confort. et ensoleillée, jeunes gens et enf. délicats non malades. Vie de famille, enseignem. du français, latin, anglais, piano, par prof. diplômé. La Croix-St. Michel, alt. 1113 m. (Hte-Savoie), tél. 86 Mégève.

Nº 116. — Bord mer, ville d'Algérie, import. client., fixes transmiss., belle villa. A prendre de suite 25.000 fr. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Nº 117. — Jura. A céder cont. pet. indemn., anc. client. ville. Bel appartem. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Nº 118. — Paris. Anc. client. méd. génér. de quart., appartem. confort. 5 p. Prix à débatt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Nº 119. — Doct. 42 a. longue prat., posséd. sér. connaiss. admin. et commerc., rech. situat. méd. ou paraméd.

## Renseignements

*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer, deux médecins. Prospectus sur demande.

Toute **asthénie** reconnaît comme début et comme cause des troubles hyperacides. La TABLETTE DE MANGAINE qui reglobulise, qui aseptise le tube digestif, est le médicament le plus agréable et l'agent de guérison le plus rapide.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvese** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

**Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.**

**Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)**

*Ne pas confondre* **Silicyl**, gouttes, comprim., ampoules 5 cc. intrav., **produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.**

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

## *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Les voies latines. Conférences internationales de l'UMFIA.** *Conférence du Professeur Sergent.* — Le Professeur Sergent, membre de l'Académie de médecine, fera le 11 mai, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, à 21 heures précises, sous la présidence de l'honorable Philip Roy, ministre plénipotentiaire du Canada, une conférence sur : *Le Canada ; Impressions d'un médecin français en mission au Canada.*

Adresser les demandes de cartes d'invitation, directement au Docteur Dartigues, président de l'UMFIA, 81, rue de la Pompe, Paris, (16e) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris ; à l'*Informateur Médical*, Docteur Crinon, 111, boulevard Magenta, Paris, et à la cité Universitaire, Pavillon canadien, 5, boulevard Jourdan, Paris, (14e).

— **Assemblée française de médecine générale.** — *Première session d'assises départementales de l'Hérault.* (Montpellier, 3 avril 1932.) — La première session des assises départementales héraultaise de l'Assemblée française de médecine générale a eu lieu à Montpellier le dimanche 3 avril 1932, à la Faculté de médecine. Elle avait à son ordre du jour l'étude de la *tuberculose rurale*. Le premier numéro qui vient

de paraître du journal de l'Assemblée est consacré à cette question (étiologie : hérédité, terrain, conditions climatiques et sociales, contagion ; prophylaxie: action médicale anti-tuberculeuse, pratiques légales et administratives ; prophylaxie scolaire, vaccination, instruction anti-tuberculeuse, dispensaires, isolement).

— **La carte de la croisière à la Banquise.** — La carte coloriée, à grande échelle, de la 16e croisière de *Bruxelles-Médical*, à la Banquise, dressée par le Commandant Baron de Gerlache, vient de paraître. Elle est constituée en plusieurs éléments et placée dans une farde. Les personnes habitant Paris et ayant souscrit, peuvent la retirer aux Bureaux des Chargeurs-Réunis, 3, boulevard Malesherbes, Paris.

— **Association amicale des anciens médecins des corps combattants** (74, rue du Rocher, à Paris VIIIe). — Cette Association qui compte actuellement plus de 1.100 membres, a tenu son Assemblée générale le 17 mars à l'Hôtel Carlton, sous la présidence du Docteur J. Forestier, président sortant.

Elle a élu comme président, le Docteur Louis Leroux, comme président honoraire, le Docteur A. Landrin, et comme présidents d'honneur, le Professeur Balthazard et le Docteur Censier.

D'importantes modifications ont été apportées aux statuts. Il a été fondé une Caisse de solidarité, pour venir en aide aux infortunes de la famille médicale.

Le dîner qui a suivi a réuni une centaine de convives autour du Docteur Launay, chirurgien des hôpitaux de Paris.

— **Paris.** *Médecin de l'état-civil.* — Le Docteur Theulet-Luzié est nommé médecin de l'état civil du XIXe arrondissement.

— **Préfecture de la Seine.** *Service médical.* — Le Docteur Pescher est nommé médecin honoraire. Le Docteur Giacometti est nommé médecin titulaire de la 10e circonscription.

— **Ecole de chasse et de tir pour les médecins.** — *Le Saint-Hubert médical* vient d'organiser pour le dimanche 1er mai à Issy-les-Moulineaux un concours avec de nombreux prix.

Tous les médecins chasseurs et tireurs y sont conviés avec leurs dames. Ces dernières auront un concours spécial.

Le *Saint-Hubert* offre gratuitement l'entrée du stand.

Chacun pourra apporter ses armes ou trouvera à l'Ecole les armes nécessaires.

S'inscrire auprès du président le Docteur Maurice, à Sèvres (Seine-et-Oise). Téléph. Sèvres 03.33.

— **Asiles publics de la Seine.** *Internat.* — Le concours de l'internat des Asiles de la Seine s'est terminé le 21 mars. Questions posées : *Pathologie.* « Signes, diagnostic et traitement des péritonites tuberculeu-

ses ; Signes, diagnostic et traitement des cancers du sein ». — *Anatomie.* «Anatomie et physiologie des nerfs moteurs de l'œil. » — *Oral.* « Indications de la ponction lombaire(sans la technique). »

Sont nommés : internes titulaires : MM. Nodet, Doussinet, Got, Couléon, Boudard, Ferdières, Adnès, Royer ; internes provisoires : MM. Delmont-Bebet, Maillefer, Fortineau, Fardet, Mme Bobé.

— **Hospices civils de Rouen**. *Concours de chirurgien.* — Un concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints des hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 16 juin, à l'hospice général, à 16 h. 30.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, au plus tard le samedi 21 mai 1932. Pour tous renseignements, s'adresser à l'hospice général, à Rouen.

—**Société d'histoire de la pharmacie**. — La Société d'histoire de la pharmacie a tenu le dimanche 6 mars 1932 sa principale séance de l'année à la Faculté de pharmacie de Paris, son siège social, sous la présidence de M. le Doyen honoraire Radais et en présence de M. le Doyen Guérin.

Après l'élection partielle à laquelle il a été procédé, le bureau est actuellement composé de MM. Radais, président ; L.-G. Toraude et M. Bouvet, vice-présidents ; Docteur Dorveaux, secrétaire perpétuel ; E.-H. Guitard, secrétaire général, et A. Royer, trésorier.

M. Guitard a fait approuver ses projets pour les publications de la Société : 1° modification de la rubrique bibliographique de la *Revue d'histoire de la pharmacie*, dont les « comptes rendus » seront divisés à l'avenir en deux parties, l'une consacrée à l'analyse objective, l'autre à la critique proprement dite ; 2° création d'un supplément mensuel *Dionysos*, qui sera en quelque sorte la gazette du pharmacien lettré et artiste et contiendra les noms des membres bienfaiteurs de la Société. Malgré ces améliorations, l'assemblée décide après discussion de maintenir les cotisations au prix de 15 francs pour la France et 30 francs pour l'étranger (Donnant droit à toutes les publications de la Société. Inscriptions reçues à la Faculté de pharmacie de Paris, 4, avenue de l'Observatoire, Paris, 6e.)

On entend les communications de MM. Bondois, Dagen et Docteur Weitz ; MM. Beytout et Guitard sont désignés pour représenter la Société au prochain Congrès d'histoire des sciences médicales à Bucarest.

— **Mariage**. — Nous apprenons le mariage du docteur François Guindre avec Mademoiselle Berthe Virolle. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 29 mars 1932, en l'Eglise d'Egletons (Corrèze).

— **Naissance**. — Le Docteur André Marchand, de La Montagne (Loire-Inférieure), et Madame, nous font part de la naissance de leur fils *Michel* (19 mars 1932).

# A TRAVERS L'OFFICIEL

21 MARS

**Examen en vue du grade de docteur en médecine.**

Rectificatif au *Journal officiel* du 3 mars 1932 ; page 2331, 1re et 2e colonnes, 12e, 13 et 14e lignes :

Au lieu de :

Examens de fin d'année ; 3e examen : épreuves pratiques : Anatomie pathologique. Parasitologie, médecine expérimentale ; Epreuves théoriques, orales : Anatomie pathologique. Eléments de parasitologie.

Lire :

Examens de fin d'année ; 3e examen : Epreuves pratiques : Anatomie pathologique. Eléments de parasitologie ; Epreuves théoriques, orales : Anatomie pathologique. Médecine expérimentale. Parasitologie.

23 MARS

**Nomination à la chaire de médecine au Collège de France.**

Par décret du 17 mars 1932, M. Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine du Collège de France.

24 MARS

**Vacance de chaire.**

Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-arts en date du 23 mars 1932, la chaire d'hygiène de la faculté de médecine de l'université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

**Concours pour un emploi de professeur suppléant d'école préparatoire de médecine et de pharmacie.**

Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-arts en date du 23 mars 1932, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira, le mardi 11 octobre 1932, devant la faculté de médecine de l'université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Assurances sociales. — Honoraires du tiers médecin nommé par le juge de paix pour composer la commission technique de l'article 7.**

15132. — M. Jean Lerolle demande à M. le mi-

nistre du Travail à la charge de qui sont les honoraires du troisième médecin, nommé par le juge de paix, pour composer la commission technique prévue à l'article 7, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930. (*Question du 3 février* 1932.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 45 du règlement type d'administration intérieure des caisses primaires, les honoraires des médecins, désignés par l'assuré et par la caisse, pour composer la commission technique prévue par l'article 7, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, sont respectivement à la charge de chaque partie. Ceux du troisième médecin sont supportés par la partie perdante. (*J. O.*, 18 mars 1932.)

**Assurances sociales. — Changement de caisse. — Responsabilité des prestations.**

1231. — M. Louis Linyer, sénateur, demande à M. le ministre du Travail : 1° dans le cas où un assuré, changé de caisse le 1er septembre 1931 (effet de changement du 1er décembre 1931) tombe malade le 25 novembre, est jugé guéri le 15 janvier 1932 et souffre le 15 février 1932 d'une nouvelle maladie n'ayant aucun rapport avec la première, quelle est la caisse qui devra prendre en charge cette nouvelle maladie (il est bien entendu que la maladie du 15 novembre 1931 au 15 janvier 1932 a été indemnisée par l'ancienne caisse) ; 2° dans le cas où ce même assuré décède d'une maladie différente de celle qui a été indemnisée jusqu'au 15 janvier 1932, à quelle caisse incombent les prestations de l'assurance-décès. (*Question du 9 janvier* 1932.)

*Réponse.* — 1° et 2° Le décret du 22 septembre 1931 ayant prorogé jusqu'au 31 décembre 1931 la durée de validité des feuillets de cotisations de l'assurance-maladie qui arrivaient à expiration le 30 novembre précédent, le changement de caisse signalé par l'honorable sénateur n'a pu avoir d'effet que le 1er janvier 1932.

D'autre part, aux termes de l'article 35 de la loi sur les assurances sociales, la caisse ancienne reste responsable de la totalité des prestations tant que l'assuré n'a pu se trouver régulièrement garanti par la nouvelle caisse.

Les prestations maladie et décès ne devront donc pas être servies, en l'espèce, par la nouvelle caisse, puisque les conditions d'affiliation et de versements prévues par la loi pour le bénéfice de l'assurance-maladie et celui de l'assurance-décès ne se trouveront pas remplies vis-à-vis de la nouvelle caisse.

La caisse responsable pour le risque maladie ou pour le risque décès sera celle à l'égard de laquelle lesdites conditions seront remplies et, à défaut, la première des caisses de répartition à laquelle l'assuré aura été inscrit.

(*J. O.*, 19 mars 1932.)

**Assurances sociales. — Calcul de la période de six mois pendant laquelle sont dues les prestations de l'assurance-maladie.**

15195. — M. Maurice DORMANN expose à M. le ministre du Travail que l'article 4, paragraphe 8, de la loi sur les assurances sociales prévoit que les prestations sont dues pendant une période de six mois à compter de la première constatation médicale et demande si cette disposition a pour effet, comme le croient certaines caisses, de priver l'assuré de son droit aux prestations à l'expiration du délai de six mois sus-indiqué, même si l'intéressé, pour la même maladie, n'a bénéficié des prestations, pendant toute la durée des six mois écoulés depuis la première constatation médicale, alors qu'on peut supposer qu'il doit s'agir de six mois consécutifs de maladie. (*Question du* 5 *février* 1932.)

*Réponse.* — Réponse affirmative. Aucune prestation ne peut être accordée, en principe, au delà du délai légal, quelles qu'aient été la fréquence et l'importance des prestations attribuées pendant les six premiers mois de la maladie.

(*J. O.*, 18 mars 1932.)

**Assurances sociales. — Hospitalisation. — Tarif de responsabilité des caisses. — Examens de radiologie.**

15255. — M. Charles-Louis COUTEL demande à M. le ministre du Travail : 1° si, lorsqu'un hôpital d'une ville centre d'enseignement, n'incorpore pas dans son prix de revient le coût des examens spéciaux de radiologie, les caisses primaires sont autorisées, sans perdre leurs droits à la réassurance, à les rembourser en sus du prix des journées d'hospitalisation, alors que celui-ci a déjà atteint les limites du tarif de réassurances ; 2° si, sans perdre ses droits à la réassurance, une caisse peut s'engager pour l'hospitalisation, à payer le cas échéant, un rappel de la différence entre les prix de journée provisoirement appliqués et les prix de revient par journée tels qu'ils ressortent en fin d'année de la comptabilité de l'hôpital, même si cette mesure a pour effet de porter remboursement de la journée au-delà du tarif de réassurance, étant stipulé que ce rappel de frais sera porté, sans discrimination entre les assurés, au compte des frais communs d'hospitalisation de la caisse, comme si celle-ci avait des services généraux à la disposition de ses adhérents. (*Question du* 9 *février* 1932.)

*Réponse.* — 1° Réponse négative. Rien n'empêche toutefois les caisses d'assurance de réduire leur tarif de responsabilité en ce qui concerne les frais matériels d'hospitalisation dans une proportion telle qu'elles puissent, sans excéder le tarif limitatif des droits à la réassurance, prendre à leur charge une partie des frais matériels afférents aux examens de radiologie. Les honoraires médicaux ne sauraient donner lieu, dans tous les cas, qu'au payement d'une somme forfaitaire de 4 fr. par journée d'hospitalisation, dans les hôpitaux publics des villes de faculté; 2° réponse négative.

(*J. O.*, 18 mars 1932.)

## Justifications à fournir par les candidats aux sursis d'incorporation

La loi du 16 février 1932, complète, ainsi qu'il suit, l'article 23 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée :

Tout candidat au sursis d'incorporation devra justifier de son inscription dans un centre ou dans une société de préparation militaire.

Pour l'application de cette disposition, il y a lieu de se conformer aux indications ci-après :

1° Les jeunes gens désireux d'obtenir un sursis d'incorporation pour l'un des motifs énumérés à l'article 23 de la loi du 31 mars 1928 doivent joindre à leur demande et aux pièces justificatives prévues par l'instruction du 31 décembre 1925 un certificat établissant qu'ils sont inscrits dans un centre ou dans une société de préparation militaire.

Ce certificat, signé, soit par le président de la Société, soit par le directeur du centre de préparation militaire, est visé par l'officier départemental de l'éducation physique.

2° Sont dispensés de fournir ce certificat :

*a)* Les jeunes gens en résidence régulière à l'étranger ;

*b)* Ceux qui résident dans les colonies ou pays de protectorat où il n'existe aucune société ou aucun centre de préparation militaire.

Dans ce dernier cas, le fait est attesté par le gouverneur de la colonie.

3° Ces dispositions sont applicables aux jeunes gens qui, reconnus aptes au service, à l'expiration d'une réforme temporaire, demandent à bénéficier du sursis prévu par l'article 23 de la loi du 31 mars 1928.

4° Elles ne le sont, en aucun cas, aux jeunes gens sollicitant un sursis, en raison de la présence de leur frère sous les drapeaux (art. 22 de la loi du 31 mars 1928).

5° Le sursis se renouvelant par tacite reconduction, les jeunes gens qui l'ont obtenu ne sont plus tenus de fournir des justifications de quelques natures qu'elles soient, pour en obtenir le renouvellement. Le certificat d'inscription dont il est question au paragraphe 1er n'est donc exigé qu'à l'appui de la demande initiale de sursis.

6° Ce certificat ne sera pas réclamé aux jeunes conscrits incorporables en avril prochain, dont la demande de sursis doit être examinée au cours d'une séance que le conseil de révision tiendra dans la deuxième quinzaine de mars courant.

7° Les jeunes gens qui, appartenant aux fractions de classes devant être prochainement revisées, ont déjà constitué le dossier réglementaire en vue d'obtenir un sursis (article 23 de la loi du 31 mars 1928) seront avisés des nouvelles dispositions légales par les soins des préfets.

Par ailleurs, ces hauts fonctionnaires inviteront chacun des intéressés à leur faire parvenir, d'urgence, un certificat d'inscription dans un centre ou dans une société de préparation militaire.

Les dossiers qui n'auraient pas été complétés assez tôt pour pouvoir être soumis au conseil de révision du canton dans lequel les jeunes gens qui l'ont constitué ont été recensés seront examinés par ce conseil, à la séance de clôture.

(*Circulaire du* 9 *mars* 1932.)

## SERVICE DE SANTÉ

### Réserves

Par décret du 15 mars 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les médecins auxiliaires *titulaires du brevet de P M. S.* ci-après désignés :

(15 mars 1932) : Arnauld, 22e sect. inf. milit., aff rég. Paris ; Feisenswalb, Kohen, Lachter-Pachter, Pradaude, Roger et Tanguy, de la 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Debail, Decoulx et Pouchèle, de la 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég. ; Masson et Perdu, de la 1re sect. inf. milit., aff. 2e rég. ; Bergeron, 3e sect. inf. milit., aff. 3e rég. ; Berlemont, Cornille, Choltus, Degand, Druost, Houplain et Leoty, de la 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; Tholose, de la 8e sect. inf. milit., aff. 8e rég. ; Sourice, Lecuit, Gouzonnat, Rive et Dudit, de la 9e sect . inf. milit., aff. 9e rég. ; Vige et Relier, de la 12e sect. inf. milit., aff. 12e rég. ; Bret et Brachet, de la 14e sect. inf. milit., aff. 14e rég ; Aillaud, Carbonel, Cormaty, Figarella, Lena, Locquette, Lucadou, Montagnier, Murat et Picaud, de la 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; Arnal, Bert, Birot, Caveribère, Esprit, Lafon et Viguier, de la 16e sect. inf. milit., aff. 16e rég. ; Betoulières, Chemin, Combourieu, Dedieu, Delbose, Dupeyron, Escat, Greze et Lazorthes, de la 17e sect. inf. milit., aff. 17e rég. ; Audhuy, Clavel, Dupin, Halty, Lange, Lapouge, Penaud, Pitous et Saric, de la 18e sect. inf. milit., aff. 18e rég ; Bernhard, Jourdan, Liaras, Morand et Raynaud, de la 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Ben Guigi, Bonomo, Malmejac et Scalieri, de la 20e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Dumas, Ernoux, Jacob et Loorius, de la 23e sect. inf . milit., aff. 20e rég. ; Lecœur, de la 23e sect. inf. milit., aff. 5e rég. ; Rousseau, Simon, Thibaut, Wild, Zorn et Pelle, de la 23e sect. inf. milit., aff. à la 20e rég. ; Schattner, de la 25e sect. inf. milit., aff. tr. Tunisie.

Candon, 25e sect. inf. milit., aff. tr. Tunisie ; Benardeau, Barthelme, Dupuy, Grimaud, Huguenin, Hoffmann, Kuhlmann, Lefebvre, Stoquer et Wilmot, 32e sect. inf. milit., aff. tr. Maroc.

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les médecins auxil. *non titul. du brevet de P. M. S.*, ci-après désignés (20 mars 1932) : Aubrun, Auzepy, Bachman, Bardin, Bloch, Brunel, Boquet, Courtois, Chigot, Delinotte, de Font-Réaulx, Dupuy-Dutemps, Demaldent, Gazeau, Grasset, Josseran, Lazard, Lemant, Lecadre, Laquerrière, Lehmann, Nicolas, Oster, Richard, Tulasne, Tyrode et Prost, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Jauneau, 1re sect. inf. milit., aff. 2e rég. ; Leborgne, Olivier, Stefani et Trumel, 3e sect. inf. milit., aff. 3e rég ; Carlotti et Grabli, 4e sect. inf. milit., aff. 4e rég. ; Thorain, 5e sect. inf. milit., aff. 5e rég. ; Augeix, Huet, Jusseaume, Lefèvre, Lemelletier, Maleplate, Schwartz, Testu et Kreyts, 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; Mazonne, 7e sect. inf. milit., aff. 7e rég. ; Voizot, et Malgras, 8e sect. inf. milit., aff. 8e rég. ; Renault, 11e sect. inf. milit., aff. 11e rég. ; Gourçon, 12e sect. inf. milit., aff. 12e rég. ; Billard et Hermabessière, 13e sect. inf. milit., aff. 13e rég. ; Brizard et Bovier, 14e sect. inf. milit., aff. 14e rég. ; Dugas, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; Decourt et Maréchal, 18e sect., inf. milit., aff. 18e rég. ; Courvoisier, Dugue, Lévy, Roulin et Souilhe, 20e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Belètre, Christiany, Grozieux de La Laguerenne, Leblanc, Meylaender et Pour, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Simon, Hutin et Cavel, 25e sect. inf. milit., aff. tr. Tunisie ; Braillon, 32e sect. inf. milit., aff. 1re rég. ; Brisset, 32e sect. inf. milit., aff. 18e rég. ; Fournaud, 32e sect. inf. milit., aff. 7e rég. ; Guy, 32e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; Gigon, 32e sect. inf. milit., aff. tr. Maroc ; Hubster, 32e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Janvier, 32e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; Jomain et Kreis, 32e sect. inf. milit., aff. tr. Maroc ; Lioure, 32e sect. inf. milit., aff. 16e rég. ; Martin et Mace de Lépinay, 32e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Nicolai, Profichet et Pigeaud, 32e sect. inf. milit, aff. tr. Maroc ; Piel, 32e sect. inf. milit., aff. 10e rég. ; Sergent, Serre et Terrasse, 32e sect. inf. milit., aff. tr. Maroc ; Urbain, 32e sect. inf. milit., aff. 4e rég. ; Viala, 32e sect. inf. milit., aff. 16e rég. ; Pain, 32e sect. inf. milit., aff. tr. Levant.

## A PROPOS DE SERRURERIE EN PRATIQUE MÉDICALE

### SOUVENIR DE GUERRE

Par le Dr Gabriel Batier (de Strasbourg).

Vous avez peut-être lu, comme moi, dans un récent numéro du *Siècle médical*, la communication résumée de nos confrères Marc Papin et Peneaud à la Société de médecine de la Rochelle, sur « une opération de serrurerie... en urologie ».

Dans le doute je la rappelle ici.

Un vieillard de 86 ans, porteur d'une volumineuse hernie scrotale, voyant progressivement disparaître sa verge dans la tumeur, ne put sup-

*Voir la suite page LXIII-1173*

# PROPOS DU JOUR

## Les médecins coloniaux

**Outre la création d'une association destinée à les renseigner et au besoin à les défendre, n'y aurait-il pas intérêt à créer un cadre général qui dans les diverses colonies les placerait tous dans des mêmes conditions de recrutement, de solde et de retraite?**

Depuis déjà de longues années nous nous sommes intéressés aux médecins coloniaux. Nous nous sommes fait leurs interprètes ; nous avons publié leurs doléances, reproduit leurs plaintes souvent amères, exposé leurs désillusions, tâché de leur faire rendre justice. Nous avons pu nous rendre compte que, si parfois ils poussaient le tableau de leur situation un peu trop au sombre, s'ils faisaient preuve à l'égard de leurs confrères de l'armée coloniale d'une animosités quelquefois un peu excessive et dont ces derniers ne devaient pas toujours être rendus responsables, ils étaient trop souvent traités en parias et, dans certaines colonies, ils ne jouissaient d'aucun des avantages moraux et matériels auxquels leurs connaissances et les services qu'ils étaient appelés à rendre, semblaient devoir leur donner droit. En outre, notre tendance naturelle à vouloir redresser des torts et soutenir des faibles se doublait, avouons-le, d'un motif tout aussi intéressant bien que beaucoup moins noble, c'était celui de trouver aux colonies un débouché pour les milliers de nouveaux docteurs que nos Facultés déversent tous les ans sur la métropole qui en est à ce jour absolument saturée.

La campagne que nous avons menée, a été reprise par plusieurs autres de nos confrères, par le Dr Foveau de Courmelles dans la *Presse Coloniale* et aussi par le Dr Crouzat, dans le *Jeune Médecin* ; nos lecteurs se rappellent le succès qu'il a obtenu, lorsqu'il fit plaider la cause de la médecine coloniale devant plusieurs milliers de personnes, réunies par ses soins dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne. L'*Exposition Coloniale* et les *Journées médicales coloniales* ont encore mis la question d'une façon plus pressante à l'ordre du jour. Notre *Confédération des Syndicats médicaux français*, malgré les graves préoccupations qui l'assaillent, malgré toutes les difficultés qu'elle a à résoudre, ne se désintéresse pas de la solution de ce problème dont elle comprend l'intérêt pour tout le Corps médical français.

On peut donc affirmer que tout a été dit sur la médecine coloniale et les médecins coloniaux et sur leur grandeur et leurs servitudes. Les opinions les plus diverses, les idées les plus contradictoires, les projets les plus disparates ont été émis et cela simplement parce qu'il n'y a pas deux médecins coloniaux, nous ne disons pas dans des colonies différentes, mais dans la même colonie, qui soient appelés à exercer la médecine dans des conditions identiques.

Il serait temps de mettre un peu d'ordre dans ce chaos et d'arriver à une conclusion pratique.

Nous avouons que, n'étant instruit sur l'exercice de la médecine dans les colonies que par nos lectures, nos correspondances et des ouï-dire, nous ne nous reconnaissons ni la compétence, ni l'autorité suffisantes pour proposer une solution. Mais nous pouvons (et nous ne manquerons pas de le faire) donner toute la publicité du *Concours médical* aux propositions que des confrères particulièrement expérimentés et compétents peuvent nous faire.

C'est ainsi que naguère, nous avons fait connaître le projet du distingué Dr Griffault, de Papeete (Tahiti), pour la création d'une *Association des médecins coloniaux*. Malheureusement, comme nous l'a fait remarquer un de nos correspondants, médecin colonial très averti, qui désire garder l'anonymat, le projet est difficilement réalisable et ne donnerait pas tous les résultats qu'on pourrait en attendre.

Il nous envoie à ce sujet le texte d'une note qui fut adressée à tous les députés coloniaux, avant la discussion du budget des colonies, note que nous reproduisons ci-dessous et qui est intitulée :

*Demande de création d'un cadre général pour les médecins civils en service aux colonies.*

Au moment où va se discuter le budget des Colonies, il serait peut-être intéressant d'attirer l'attention des représentants de nos territoires d'Outre-Mer, sur la situation particulièrement inégale

réservée aux médecins des cadres locaux de l'Assistance. Alors, en effet, qu'en Indo-Chine, en A. O. F. et à Madagascar, les soldes des médecins civils atteignent un plafond de 62.000, elles tombent en Nouvelle-Calédonie à 36.000 et en Océanie française, elles atteignent au maximum 24.000 francs. C'est-à-dire qu'après 25 ans de service, un médecin civil qui aura consacré sa carrière tout entière à des œuvres d'assistance, touchera une retraite de 12.000 francs, alors que, pour ses confrères des colonies plus privilégiées, cette retraite pourra atteindre le chiffre de 30.000.

Cependant la technicité pour les uns et les autres est identique. Les diplômes acquis sont les mêmes. Mais à l'encontre de ce qui existe pour les administrateurs des colonies, pour les vétérinaires, pour les météorologistes, les cadres des médecins civils sont régis exclusivement par des arrêtés locaux spéciaux à chacune des colonies où ils sont appelés à servir, tandis que les administrateurs, les vétérinaires, les météorologistes appartiennent à un cadre général. Il y a là, une lacune importante à combler au bénéfice des médecins d'assistance, dont l'importance dans l'œuvre de la colonisation française n'est plus à démontrer. Il convient de régler par un statut définitif la situation de ces fonctionnaires et d'établir à leur profit un cadre général, qui fixera pour nos médecins coloniaux des bases de traitement égales pour tous. La mesure demandée est d'ailleurs semblable à celle qui fut prise en faveur des vétérinaires des colonies, lesquels appartenant avant 1924 à des cadres locaux, constituent depuis cette date un cadre général.

Cette note qui, en somme, rappelle les promesses faites par le ministre des Colonies en 1930 et en 1931, lors de la discussion du budget de son département, est précisée et complétée par le projet suivant :

*Projet de création d'un cadre général de médecins de l'Assistance médicale aux colonies.*

Lors de la discussion du budget des colonies en 1930 et en 1931, le ministre des Colonies, à la tribune de la Chambre des Députés, a promis de relever les soldes des médecins des cadres de l'Assistance médicale et même, en 1931, d'assimiler ces soldes aux soldes des médecins militaires.

Il existe des cadres réguliers de médecins d'Assistance en Indochine, en Afrique occidentale, à Madagascar, en Nouvelle-Calédonie et en Océanie. Ces cadres sont régis par des arrêtés locaux pris par les différents gouverneurs généraux ou gouverneurs et les soldes des médecins de ces cadres sont également fixées par des arrêtés propres à chaque colonie.

Les soldes des médecins du cadre de l'Indochine vont de 20.000 fr. (début) à 62.000 (plafond), celles des médecins de l'A. O. F. de 14.000 à 62.000, celles des médecins de Madagascar vont de 14.000 à 62.000 francs, celles des médecins de Nouvelle-Calédonie de 23.000 à 36.000 francs et enfin celles des médecins d'Océanie de 18.000 à 24.000 francs.

Le Gouverneur général de l'A. O. F. aurait l'intention, intention qui ne s'est pas encore manifestée, de porter les soldes de ses médecins civils de 19.500 (début), solde du médecin lieutenant, à 65.000 (plafond) solde du médecin colonel.

D'autre part, à Madagascar, les médecins reçus au concours annuel débutent à 23.000 francs et le Gouverneur général aurait également l'intention de porter le plafond des soldes à 65.000 francs.

Si donc certains Gouvernements ont répondu en manifestant l'intention de les suivre, aux suggestions et aux engagements pris par le ministre à la tribune de la Chambre, les autres n'ont aucunement répondu à ces suggestions et engagements.

Un seul moyen reste donc à la disposition du ministre pour que puissent être tenus les engagements pris par lui lors de la discussion du budget des colonies en 1930 et 1931, c'est la création d'un cadre général des médecins civils des Colonies.

Plusieurs précédents existent de la transformation de cadres locaux en cadres généraux.

C'est ainsi que, par le décret du 21 février 1924 *portant organisation du personnel des services vétérinaires dans les colonies autres que l'Indochine, les cadres locaux des vétérinaires* des colonies ont été remplacés par un cadre général dans lequel ont été admis dans les classes nouvelles et proportionnellement aux services accomplis les fonctionnaires des cadres locaux ; que, par le décret du 9 mai 1929 *portant organisation du personnel du cadre général du service météorologique aux colonies*, les cadres locaux des météorologistes des colonies ont été remplacés par un cadre général dans lequel ont été admis également et dans les classes correspondant au temps de service déjà accompli, les météorologistes des gouvernements locaux.

D'autre part, le personnel colonial des Services des eaux et forêts, des Services d'agriculture, des Services des travaux publics et mines est constitué en cadres généraux.

Les soldes de ces divers cadres généraux (vétérinaires, eaux et forêts, agriculture, météorologie, travaux publics) sont les mêmes quelle que soit la colonie où sont en service les fonctionnaires de ces cadres.

Seuls, de tous les fonctionnaires coloniaux des cadres supérieurs, les médecins continuent à être régis par des arrêtés locaux et leurs soldes continuent à être différentes suivant les colonies où ils servent.

Il semble donc juste pour faire disparaître ces inégalités choquantes, que ces soldes puissent être uniformisées, à l'instar de celles de leurs confrères militaires et des autres fonctionnaires des services — et pour cela de prévoir la création d'un cadre général des médecins civils dans les colonies.

L'Union indochinoise ayant ses cadres généraux spéciaux, il y aurait lieu d'envisager :

1° La création du cadre général des médecins de l'Assistance médicale de l'Indochine ;

2° La création du cadre général des médecins de l'Assistance médicale des colonies autres que l'Indochine.

Les soldes de ces médecins seraient équivalentes et obtiendraient la parité des soldes des médecins militaires.

On nous a fait remarquer que ce projet visait seuls les médecins de l'Assistance indigène mais ne faisait aucune allusion aux médecins civils absolument indépendants. Il faut remarquer que ces derniers sont fort peu nombreux, qu'ils ne peuvent exercer que dans les villes, pourvues d'une population européenne assez importante, et que ce sont surtout les médecins de l'Assistance indigène qui ont besoin d'un statut pour les faire vivre et les protéger. L'*Association des médecins coloniaux*, telle que le Dr Griffault, la conçoit, pourrait étudier les garanties que les médecins civils indépendants des villes ont le droit d'exiger, comme d'ailleurs tous les citoyens français, pour exercer librement leur profession. En tout cas, cette Association ne nuirait en rien aux médecins de l'Assistance indigène qui sont actuellement traités comme des fonctionnaires coloniaux *locaux* et, de ce fait, livrés au bon plaisir de l'Administration de chaque colonie, dans une situation très inférieure à celle, nous ne dirons pas des médecins de l'armée, mais des vétérinaires, des fonctionnaires des Eaux et forêts, des météorologistes, etc., etc.

Après toutes les proclamations officielles que nous avons entendu faire sur l'importance primordiale de la médecine et de l'hygiène pour l'avenir de nos colonies, nous sommes vraiment attristés de constater le peu de cas qui est fait au Parlement de la situation toujours précaire des médecins coloniaux.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LA GASTROPHOTOGRAPHIE

Par Victor-Pauchet et A. Bécart

La médecine, comme toute science, est tributaire du progrès technique et demande aux autres sciences de lui faciliter sa tâche dans la lutte contre la maladie. Elle se doit donc d'accueillir toute innovation susceptible d'augmenter la précision et la précocité de ses diagnostics.

Depuis longtemps déjà, on a cherché à obtenir une vision directe et complète de l'intérieur de l'estomac.

La cystoscopie, la rectoscopie, la laryngoscopie donnent d'excellents résultats, ces parties de l'organisme étant facilement accessibles. Moins satisfaisants, surtout plus difficultueux et plus incomplets sont forcément ceux de la gastroscopie, si intéressante puisse-t-elle être. La vision fugitive et limitée qu'elle permet ne laisse, en outre, aucune image susceptible d'être comparée à d'autres images.

Il était donc assez naturel qu'on songeât à photographier directement l'intérieur de l'estomac. Mais le problème se heurtait à de nombreux obstacles techniques, dont le plus sérieux était l'obtention d'une source lumineuse assez puissante pour permettre une prise de vues dépassant en rapidité le rythme des mouvements péristaltiques.

Il fallait aussi pouvoir prendre d'un seul coup la totalité de l'estomac, ce qui n'était possible qu'avec une camera d'une forme spéciale, disposant de plusieurs objectifs. Il fallait que le bloc photographique fût assez petit pour pouvoir être introduit sans difficulté et sans danger pour le patient. Il fallait un système efficace de repérage qui permît de situer exactement la région de l'estomac prise sur chaque film. Il fallait supprimer toute mise au point, la distance existant au moment de la prise de vues entre l'objectif et la paroi photographiée ne pouvant être déterminée avant la prise de vues, *mais il fallait néanmoins que cette distance put être contrôlée, après la prise de vues, sur les épreuves obtenues*, afin de rétablir schématiquement la position du bloc photographique dans l'estomac.

Sept années de tâtonnements et de recherches ont été nécessaires pour mettre au point un appareil répondant à toutes ces conditions essentielles. Un premier modèle réalisé il y a quatre

ans, a été, en raison de ses dimensions exagérées et de sa complication de fonctionnement remplacé par le modèle actuel, le gastrophotor.

Avec cet appareil, on peut de la manière la plus simple prendre en plein jour et d'un seul coup seize photographies instantanées stéréoscopiques, donc *plastiques*, des parois internes de l'estomac, *y compris le pylore.*

La technique est délicate, mais simple ; elle n'exige que de l'attention. Quand on la possède, elle donne d'évidentes satisfactions.

Pour la première fois, la topographie intérieure de l'estomac est mise sous les yeux du praticien qui dispose désormais d'une base de comparaison entre les estomacs normaux et les estomacs pathologiques et qui apprendra d'autant plus rapidement à bien lire et à bien interpréter les épreuves gastrophotographiques qu'il aura eu, grâce à la pratique préalable de la salle d'opération, l'occasion d'étudier de nombreuses pièces gastriques fraîches.

Il convient de remarquer que la gastrophotographie ne détrône ni ne remplace les autres méthodes en usage, méthodes cliniques, chimiques et radiologiques. Il suffit qu'elle les complète utilement. Elle révèle souvent des lésions à leur début, c'est-à-dire au moment où l'intervention opératoire a les meilleures chances de succès, particulièrement lorsqu'il s'agit du cancer. Elle facilite l'étude et le traitement des différentes sortes de gastrite ; elle permet les contrôles pré et postopératoires. Ce sont des titres suffisants pour en recommander l'emploi.

***

### Description de l'appareil

Le gastrophotor se compose de trois parties essentielles : *la sonde-cameras, le transformateur, l'appareil d'agrandissement.*

*La sonde-cameras* est un tube de caoutchouc semi-rigide de 10 mm. de diamètre, celui d'un tube de Faucher ordinaire, terminé à son extrémité antérieure par une poignée, munie d'un bouton médian de pression ; ce bouton sert à découvrir les orifices des cameras lorsqu'elles sont en place dans l'estomac. La poignée porte également sur ses deux côtés un raccord de fil électrique destiné à transporter le courant jusqu'à la lampe des cameras et un raccord d'insufflation sur lequel est branché un ballon de gonflage qu'on exprime dès que la sonde a franchi le cardia afin d'éloigner des objectifs les parois de l'estomac.

Enfin la sonde porte à son extrémité distale un bloc photographique de même diamètre, composé d'un alliage de cobalt et d'argent, opaque aux rayons X.

Ce bloc photographique se compose de deux cameras cylindriques superposées et séparées par une petite lampe à filament métallique.

Chacune de ces deux cameras, la supérieure plus courte, l'inférieure plus longue, contient un châssis à quatre cases, destiné à recevoir quatre films extra-sensibles de 6 mm. de large et de 11 mm. de long pour les films de la camera supérieure et de 13 mm. de long pour ceux de la camera inférieure. Cette différence de lon-

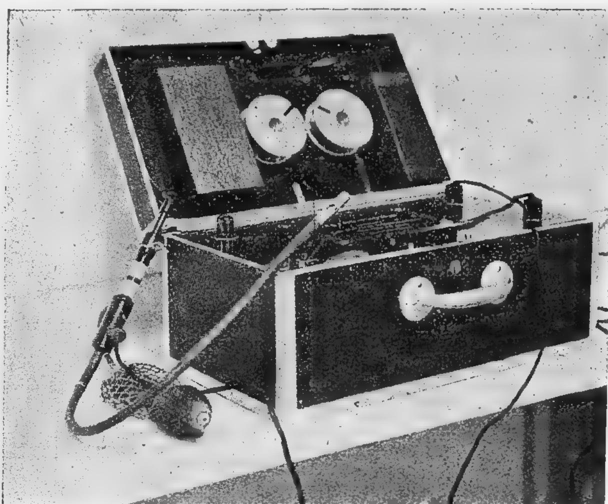


FIG. I. — *Le transformateur et la sonde-cameras.*

Le diamètre de la sonde qui est semi-rigide et du bloc photographique qui termine la sonde est de 10 mm., celui d'un tube de Faucher moyen. La longueur du bloc photographique est de 6 cm. La sonde est munie de son ballon de gonflage et reliée au transformateur.

gueur permet, lors du chargement et du développement, de ne pas confondre les films du haut avec ceux du bas.

En face de chacun de ces huit films, dans la paroi métallique des cameras (3/10es de mm. d'épaisseur) sont percés deux trous sténopés disposés verticalement à une distance de 1/2 centimètre l'un de l'autre. Le diamètre de ces deux trous est de 1/10e de mm. ; ils sont évasés vers l'extérieur en forme d'entonnoir à angle de 95°.

Il y a donc quatre paires verticales de trous

introduite dans l'estomac (le raccord de gonflage à droite de l'opérateur pour assurer chaque fois une orientation identique des films et des trous sténopés) et que l'estomac est insufflé — le patient étant simplement assis devant l'opérateur — ce dernier appuie sur le bouton médian de pression de la poignée, ce qui découvre les trous sténopés des cameras, il lance aussitôt la lumière, puis relâche le bouton de pression, ce qui referme les cameras. Il peut alors retirer la sonde.

Fig. II. — Film de la petite courbure en bas montrant la fin de la petite courbure comme un auvent (*Incisura angularis*) et dans le fond l'entrée du pylore qui apparaît tout à fait normal. Les petites taches blanches sont des taches de mucus dont le caractère est de se présenter à plat sans aucune ombre projetée.
Les mesures photométriques indiquent que l'épreuve est grandeur nature.

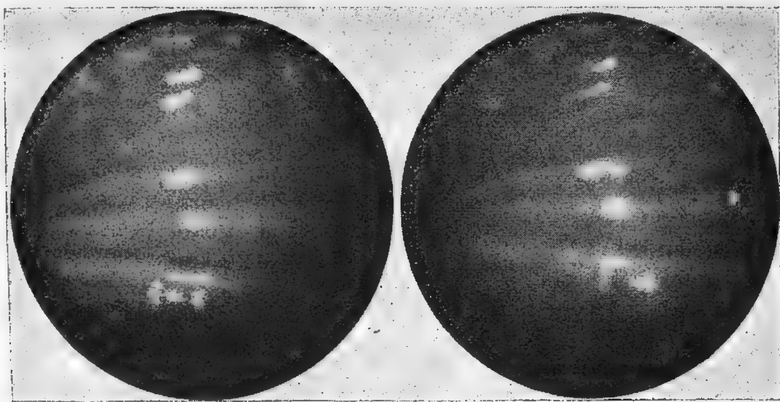


Fig. III. — Film de la petite courbure en haut montrant l'aspect normal des plis qui sont parallèles et se dirigent en s'incurvant vers l'antre pylorique.
Les mesures photométriques indiquent que l'épreuve est grandeur nature.

sténopés pour la camera supérieure et autant pour la camera inférieure, ce qui donne en tout 16 images, réparties deux par deux sur chaque film, assurant ainsi une double vue stéréoscopique pour chaque film.

Enfin le bloc photographique est muni d'un obturateur mobile *téléscopique* qui recouvre les trous sténopés des deux cameras, ce qui empêche les films d'être exposés prématurément et permet d'opérer en plein jour. Lorsque la sonde est

Toute l'opération (introduction de la sonde, gonflage de l'estomac, ouverture des cameras, lumière, fermeture des cameras) n'a duré que 20 secondes au maximum.

La petite lampe située entre les deux cameras représente (avec *le transformateur*) le principe essentiel de l'invention. Au contraire de ce qui se passe en photographie, on expose d'abord les films dans l'obscurité de l'estomac et c'est après seulemen qu'on crée la lumière dont l'in-

tensité, la valeur et la durée sont exactement déterminées.

*Le transformateur* qui alimente la lampe des cameras est branché d'un côté sur la sonde, de l'autre sur le courant de la pièce où l'on opère ; il repose sur un principe électro-magnétique.

La boîte rectangulaire du transformateur contient deux bobines, l'une primaire, servant à *gonfler* le courant ordinaire de la pièce (entre 50 et 300 volts) jusqu'à 450 volts, l'autre secondaire créant la lumière.

Du même coup non seulement la lampe est brûlée mais encore le fusible dont est muni le transformateur fond, par suite d'un court-circuit automatique, ce qui empêche tout échauffement de l'appareil et tout danger pour le patient. Il faut, bien entendu, changer la petite lampe et le fusible à chaque prise de vues.

Lors du chargement, les films ont été repérés, en leur coupant un, deux ou trois coins, et introduits dans leurs châssis suivant un ordre prescrit qui répond exactement à l'orientation du bloc photographique dans l'estomac. De cette

Fig. IV. — Film de la petite courbure montrant la cicatrice étoilée d'un ulcère. Les mesures photométriques indiquent que l'épreuve est du double de la grandeur nature.

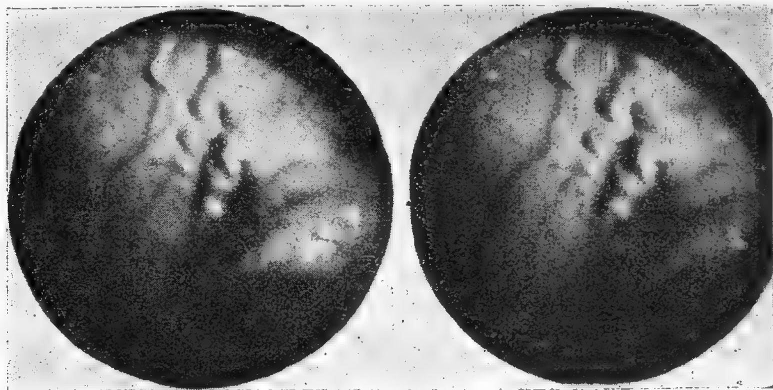


Fig. V. — Film de la paroi postérieure en bas, près du pylore, montrant le contour sinueux de veines dilatées (varices). Il faut remarquer l'ombre très nette projetée par chaque sinuosité en saillie. (Cliché du Dr Spehl.)

Quand l'opérateur a découvert les cameras dans l'estomac, pour lancer la lumière, il appuie d'un coup sec sur le bouton d'exposition du transformateur. Les 450 volts fournis par ce dernier sont instantanément lancés vers la petite lampe des cameras dont le filament métallique se volatilise en donnant naissance à un gaz qui se consume en 1 /120e de seconde avec une puissance éclairante de 20.000 bougies d'une lumière bleue froide particulièrement riche en ultra-violets (40 %) donc essentiellement photogénique.

façon on retrouve exactement la partie de l'estomac photographiée sur chaque film.

Une fois développés et fixés (1), les films sont agrandis au dixième dans *l'appareil d'agrandissement.*

Ils sont placés entre deux lamelles de verre. Une petite lampe de 6 volts se trouve dans l'élément optique de l'agrandisseur. Elle est branchée sur une résistance formée par deux

(1) Pour tous ces détails techniques *Cf.* La gastrophotographie, par A. Bécart.

lampes rouges qui servent en même temps à éclairer les manipulations. La mise au point est constante ; il n'y a qu'à régler l'intensité lumineuse de la petite lampe suivant la qualité des films en tournant un rhéostat fixé sur l'appareil. Cette intensité une fois déterminée, on éteint la lampe optique, on remplace le verre dépoli par la feuille de papier sensible et on expose le temps jugé nécessaire (de 5 secondes à 1 minute et

Petite courbure et région pylorique en haut (1) et en bas (2) ;

Paroi postérieure en haut (3) et en bas (4) ;

Grande courbure en haut (5) et en bas (6).

Paroi antérieure en haut (7) et en bas (8).

Au début on pourra se servir du *pseudoscope* pour examiner chaque épreuve et obtenir une bonne vision plastique. Ce pseudoscope est un stéréoscope à disposition prismatique qui réta-

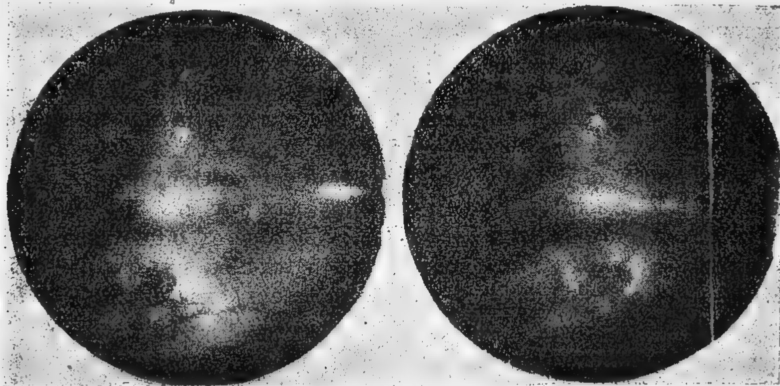


Fig. VI. — Film de la petite courbure en haut montrant, d'une façon typique, un ulcère rond qui rappelle en tous points l'aspect d'un cratère de volcan aux bords abrupts. Les plis qu'on aperçoit sont ceux de la petite courbure et s'incurvent dans le bas de l'image vers l'antre pylorique.
Les mesures photométriques indiquent que l'ulcère est grandeur nature.
La radio n'avait rien révélé.
*Vérification opératoire : Docteur Victor-Pauchet.*

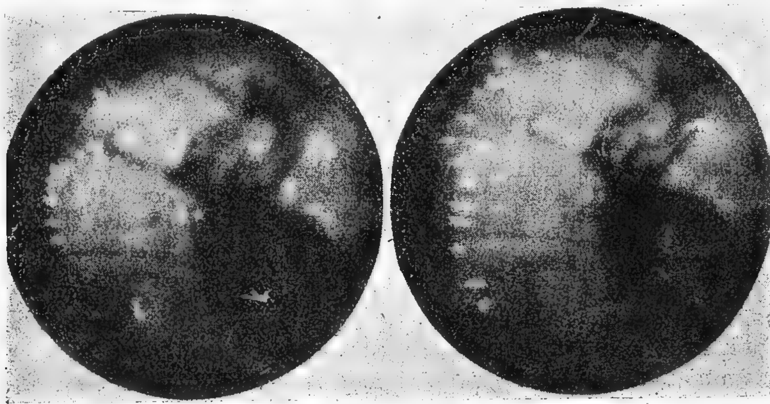


Fig. VII. — Film de la petite courbure en bas montrant un cancer du pylore au début. Il se présente à droite de l'entonnoir pylorique sous la forme d'une petite masse irrégulière, légèrement bourgeonnante, rompant la régularité de l'orifice.
Les mesures photométriques indiquent que l'image est grandeur nature.
*Vérification opératoire.*

demie suivant les films). Bien entendu, on reporte sur chaque feuillet positif, au dos, les indications fournies par les films (nombre de coins coupés) sur la partie de l'estomac photographiée.

Pour lire les épreuves, on les disposera sur deux rangées, l'une supérieure, l'autre inférieure, correspondant aux deux cameras, dans l'ordre suivant :

blit automatiquement l'ordre dans lequel les deux images ont été prises et dont l'agrandissement a inversé la succession ; celle de droite à gauche et celle de gauche à droite, sans qu'il soit besoin, comme avec un stéréoscope ordinaire, de séparer les deux images pour les intervertir.

Avec la pratique on acquiert très rapidement

la vision plastique directe, sans avoir recours au pseudoscope ou au stéréoscope.

***

### Technique de la gastrophotographie

Il est évident que la méthode gastrophotographique exige de la part de celui qui l'adopte un certain apprentissage, un « tour de main » qui ne s'acquiert pas du premier coup. N'en a-t-il pas toujours été de même pour chaque innovation technique, par exemple pour la radiologie à ses débuts ?

En pareil cas, la plupart des critiques émanent de ceux qui n'ont jamais pratiqué la méthode eux-mêmes.

Pour répondre à quelques objections, nous croyons utile d'exposer brièvement les résultats techniques que nous avons obtenus et les conclusions précises auxquelles la pratique nous a permis d'aboutir.

Le point principal et délicat de la gastrophotographie, c'est la préparation du patient. Toute photographie exige un milieu qui favorise l'effet de la lumière. Il importe donc au préalable *d'assécher* suffisamment l'estomac qu'on désire photographier pour que les cameras n'aillent pas se « noyer » dans du liquide.

Nous sommes d'avis de laver l'estomac à l'eau bicarbonatée avant la prise de vue et ensuite de le vider avec le petit tube gastroduodénal à mandrin de baleine (on retire ce mandrin une fois le tube en place, dans l'estomac) que nous avons préconisé (1). Le vidage a lieu en changeant à plusieurs reprises le patient de position ; assis, couché sur le dos, sur le côté droit, sur le côté gauche, sur le ventre. Il faut bien veiller, en outre à vider également l'œsophage, très souvent rempli de mucus, car le passage de l'œsophage étant étroit, la seule partie du bloc photographique non protégée, la lampe des cameras, serait susceptible d'être souillée de mucosités, ce qui diminuerait forcément l'intensité de la lumière au moment de la prise de vues.

L'introduction de la sonde-cameras se fait le malade assis devant l'opérateur. Elle est des plus faciles et beaucoup mieux supportée que celle du tube Faucher, par exemple, ceci en raison de la semi-rigidité du tube.

La sonde étant toujours introduite dans la même orientation, le tube de gonflage à droite de l'opérateur, les films chargés dans le même sens et repérés, on connaît exactement la partie photographiée sur chaque film. Mais à quelle profondeur exacte enfoncer le bloc photographique ? Une petite bague d'argent qui glisse le long de la sonde de caoutchouc permet de mesurer avant l'introduction la distance entre la lampe des cameras placée sur l'ombilic et la bouche du patient. On objectera que ce moyen est très empirique, car l'estomac ne répond toujours pas à cette mesure approximative. C'est possible, mais il existe un autre moyen de contrôle.

L'opérateur sent, en effet, de manière très nette, le passage du cardia (légère torsion du tube de caoutchouc) puis le contact avec le fond de l'estomac. Il lui suffit alors, de faire pencher le patient *à gauche*, après avoir retiré la sonde de un centimètre, puis de repousser la sonde à fond, afin de s'assurer que le bloc photographique n'était pas resté dans un pli de la paroi.

FIG. VIII. — Film de la petite courbure en bas montrant un cancer végétant du pylore. On a nettement l'impression visuelle d'une masse étrangère indépendante qui surplombe la paroi et écrase l'orifice pylorique.
Les mesures photométriques indiquent que la masse néoplasique est photographiée à la moitié de sa grandeur réelle.
*Vérification opératoire : Docteur Victor-Pauchet.*

(1) Nouvelle sonde gastro-duodénale, par A. BÉCART. *Bull. et mém. Soc. de méd. de Paris*, nº 14, séance du 24 octobre 1931.

La pratique répétée de l'introduction l'habituera peu à peu à toujours connaître le degré réel d'introduction de la sonde. Pour la position du bloc photographique dans le sens latéral, on pourra la déterminer pendant l'introduction, car on peut toujours rapprocher ou éloigner une paroi des trous sténopés qui lui font vis-à-vis, en inclinant le patient dans le sens de la paroi qu'on veut éloigner des objectifs, ce qui rapproche du même coup la paroi opposée. En effet la semi-rigidité de la sonde est calculée de telle façon que le bloc photographique rigide obéit aux mouvements de la sonde. C'est ainsi, par exemple, qu'il est toujours possible de prendre l'antre pylorique et le pylore, quand on introduit la sonde, la malade assis, d'abord le buste droit jusqu'après le passage du cardia, puis incliné légèrement vers la gauche jusqu'à ce que le bloc photographique touche le fond de l'estomac ; on retire alors très légèrement la sonde, puis on penche le malade à droite ; le bloc photographique qui était parvenu au fond de l'estomac en face de l'antre pylorique, s'en éloigne alors, ce qui assure un champ photographique plus étendu.

L'insufflation de l'estomac est destinée à éloigner le plus possible les parois du bloc photographique, mais il est clair que l'air insufflé se répartit très inégalement dans l'intérieur de l'estomac ; la quantité insufflée est en moyenne de trois ballons pleins. Les trois quarts de l'air insufflé se concentrent dans la grosse tubérosité ; un quart seulement dans la partie inférieure de l'estomac. Cette répartition est toutefois suffisante pour assurer une bonne prise de vues, car il ne faut pas oublier que les trous sténopés excluent toute mise au point et que la paroi photographiée donne des détails aussi nets à 6 millimètres des trous sténopés qu'à 4 centimètres par exemple. La seule différence c'est que si la paroi est très rapprochée, les deux images sont totalement différentes, donc *non stéréoscopiques*, tandis que plus la paroi est éloignée plus les deux images conjuguées sont semblables et par conséquent *stéréoscopiques*.

On objectera que ces moyens pratiques sont plus empiriques que scientifiquement exacts et précis. Oui, avant la prise de vues, encore que l'expérience apprenne à bien situer le bloc photographique à la place voulue, mais, en tout cas, et ceci est le point important, les vues obtenues et agrandies permettront de déterminer exactement la place où se trouvait le bloc photographique dans le sens vertical et dans le sens latéral et la forme même de l'estomac photographié. Il suffira pour cela de se servir du photomètre, en choisissant sur une double épreuve stéréoscopique un point précis. Le photomètre donnera les dimensions originales de ce point, à savoir tant de fois plus petit ou plus grand ou égal sur l'épreuve. On rétablira ainsi la distance qui existait pendant la prise de vues entre cette paroi et les trous sténopés et par conséquent la distance de la paroi opposée.

En particulier la vue de l'antre pylorique (seulement sur le film d'en haut, ou seulement sur le film d'en bas de la petite courbure ou bien encore à la fois sur le film d'en bas et sur celui d'en haut) fournira des renseignements précis sur la forme de l'estomac.

Ces déductions sont beaucoup plus justes que le contrôle de la position du bloc photographique dans l'estomac par les rayons X. On peut y procéder, car le bloc photographique est opaque aux rayons X, mais l'estomac n'est nettement visible que baryté ; or le baryte par sa pesanteur donne à l'estomac une déformation qui le différencie totalement de l'estomac insufflé.

En résumé la gastrophotographie, lorsqu'on en possède bien la technique, permet par l'étude raisonnée des épreuves positives non seulement de différencier les parois normales des parois pathologiques et de déceler les lésions, mais encore :

1° *d'évaluer la grandeur exacte de ces lésions,*

2° *de déterminer le champ photographique de chaque film,*

3° *de connaître la place occupée par le bloc photographique dans l'estomac pendant la prise de vues,*

4° *de reconstituer la forme et les contours de l'estomac photographié.*

***

Il n'y a pas de méthode infaillible. Au début, nous avons commis des erreurs, mais elles l'ont toujours été *par excès* et non *par défaut* ; en d'autres termes, il a pu nous arriver de prendre pour des lésions graves des lésions secondaires, mais jamais encore la salle d'opération n'a décelé de lésions là où notre diagnostic avait été négatif. C'est pourquoi nous croyons à l'avenir de la gastrophotographie, comme arme d'investigation. Le seul fait d'avoir réussi à introduire dans l'estomac rempli de ténèbres huit paires d'yeux et une source lumineuse de 20.000 bougies suffit d'ailleurs à justifier l'intérêt de la méthode.

# LES RHUMATISMES CHRONIQUES PROGRESSIFS INFECTIEUX ET LEUR TRAITEMENT PAR LES SELS ORGANIQUES D'OR

Par le Dr Henri FORESTIER, d'Aix-les-Bains.
Médecin de l'Hôpital thermal et de l'Asile Evangélique

Les premières applications thérapeutiques des sels d'or aux *rhumatismes chroniques progressifs d'origine infectieuse* faites par le Dr Jacques Forestier, mon fils, et moi-même depuis 1928 ont donné des résultats très satisfaisants. Ceux-ci ont fait l'objet de deux communications de Jacques Forestier à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* et de plusieurs articles dont l'un dans la *Presse médicale* du 20 mars 1931. L'observation de plus de cent cas de *polyarthrites chroniques progressives infectieuses* lui a permis d'établir les indications et la posologie de l'*aurothérapie* ou *chrysothérapie* et cela à la faveur d'un test biologique la *sédimentation globulaire du sang.*

Ces résultats sont pleinement confirmés par mon expérience personnelle portant sur onze cas de *polyarthrites chroniques progressives infectieuses* ou plus exactement *crypto-infectieuses,* dois-je dire, puisque la nature de l'infection est restée indéterminée. Aussi ai-je cru opportun de les faire connaître aux praticiens qui sont si souvent embarrassés pour distinguer la nature d'un rhumatisme chronique progressif en évolution et plus encore pour le soigner.

Afin de traiter cette question du point de vue pratique je ne crois pouvoir mieux faire que produire les observations des cas les plus typiques. De cette façon, dans le cours de leur exposé, on pourra suivre l'histoire de la maladie, son évolution et saisir les conditions du diagnostic basé sur la *réaction de sédimentation des hématies.*

Mais, préalablement, je dois expliquer ce qu'est cette *sédimentation* et quel est son rôle dans le diagnostic et le traitement.

Le principe de cette réaction est tout simplement la décantation plus ou moins rapide des globules rouges du sang mélangé à une solution de citrate de soude.

La technique de Westergren, médecin suédois, étant à la fois simple et précise est celle que nous avons employée. Le sang est recueilli par ponction veineuse dans une seringue spéciale contenant une certaine quantité de solution de citrate de soude à 3,7 %. Le sang ainsi citraté et incoagulable est déposé dans un tube de verre de 2 mm. 5 de diamètre intérieur de façon à former une colonne haute de 200 mm. Au bout d'une heure, les globules rouges ont décanté et au moyen d'une réglette on mesure la hauteur de la colonne du sérum incolore qui indique que la décantation ou la *sédimentation* est de *tant* de millimètres. Chez un sujet normal, elle est de 6 à 10 mill. pour la femme et de 3 à 5 mm. pour l'homme. Dans les cas de polyarthrite infectieuse, elle est de 20, 30, 50 mm. et plus.

Employée couramment dans les pays scandinaves, la *réaction de sédimentation* a permis de mesurer l'activité évolutive d'un certain nombre de maladies chroniques et, en particulier, des états inflammatoires infectieux. Appliquée par J. Forestier aux cas de rhumatismes chroniques progressifs d'allure infectieuse, elle y a été trouvée par nous constamment très exagérée, marquant de 30 à 60 mm. et plus après une heure.

D'après notre expérience de trois années, la S. R. (c'est la désignation abrégée en usage), paraît être, jusqu'à nouvel ordre, le meilleur test pour reconnaître dans ces cas s'il y a ou non *infection latente.* C'est qu'en effet dans la majorité des cas, il est difficile sinon impossible de découvrir une *infection focale* tant du côté des dents (pyorrhée), des amygdales ou des sinus que du côté des organes génito-urinaires et digestifs. Et alors le praticien est bien embarrassé pour instituer le traitement approprié, faute duquel la polyarthrite va évoluer progressivement vers les lésions ostéo-articulaires, vers ce qu'on appelait le *rhumatisme déformant.* C'est dans ces conditions de diagnostic difficile que la S. R. apparaît comme le guide précieux qui vient diriger le praticien, la réaction étant à la portée de tout laboratoire. Etant donné qu'elle est normale dans la goutte, le rhumatisme chronique simple ou dyscrasique, le rhumatisme endocrinien, elle permet d'entreprendre à bon escient l'aurothérapie. Celle-ci n'aurait d'autre contre-indication qu'un trouble des fonctions rénales.

Le sel d'or ou plutôt or et soufre que nous avons employé est l'*allochrysine* dont le nom chimique est l'*aurothiopropanolsulfonate de sodium.* On verra dans l'exposé des observations comment l'expérience clinique nous a appris à régler la posologie.

Les trois premières observations concernent des cas de *polyarthrites chroniques symétriques et progressives* dont les *lésions sont simplement synoviales.* La quatrième est un cas avec *lésions avancées ostéo-articulaires,* érosion des cartilages et ankyloses de plusieurs articulations :

OBS. I. — *Polyarthrite chronique progressive avec lésions synoviales.*

Miss Mur., 68 ans, Anglaise. Bonne santé jusqu'à

27 ans. A cet âge première atteinte de douleurs articulaires sans gonflement. Cures thermales à Bath. A 40 ans, rhumatisme des chevilles avec enflure. Cure thermale à Harrogate. Ménopause entre 48 et 50 ans. A ce moment (1912) elle fait vérifier ses dents. Le dentiste en enleva plusieurs en 1920. Quelques années plus tard à 62 ans, Miss M. est reprise de douleurs aux pieds, aux lombes, à la nuque. Elle m'est adressée à Aix-les-Bains en 1924. Je constate des points douloureux de la colonne cervicale, aux pieds avec gonflement, aux vertèbres lombaires. L'état général est bon. Il y a hypertension : 220-110 au Vaquez. Cœur normal. Miss M. fait la cure thermale et s'en trouve bien ultérieurement.

Les trois années suivantes elle revient à Aix, son état s'améliorant chaque fois.

Mais en 1928 elle a une hémorragie oculaire. Elle est soumise à Londres à un régime sévère qui la déprime. Elle ne vient pas à Aix et ses manifestations rhumatismales s'accentuant elle fait une cure de trois mois d'électrothérapie, radiations, ionisation. Pas de résultat satisfaisant ; l'état général laisse à désirer.

En 1929, entre janvier et juin, les manifestations articulaires s'aggravent. Les dents restant sont enlevées. Le 3 juin, Miss M. arrive à Aix. L'état général est médiocre (elle a 67 ans). Elle marche avec une certaine peine.

Les *genoux*, surtout le droit, sont volumineux ; les culs-de-sac distendus ; raideurs des mouvements ; pas de craquements : il y a synovite simple.

*Chevilles* et *pieds* : gonflement des gaines tendineuses. *Mains* : doigts épaissis ; ne peuvent fléchir qu'à moitié ; l'usage des mains est gêné. *Coudes* : culs-de-sac saillants ; mobilité réduite. *Epaules* : raideurs articulaires surtout à droite. *Cœur* : normal. Tension artérielle au Vaquez : 200-110. Urine : normale. Sang : urée 0 gr. 496.

L'état de la malade dans son ensemble paraît manifestement aggravé. Mais étant donnés ses antécédents, j'incline à croire qu'il s'agit seulement d'une poussée plus forte du rhumatisme chronique simple qui évolue depuis quatre ans, avec association probable des troubles endocriniens de la ménopause. En conséquence j'associe à la cure thermale les injections soufre et iode (*Seti*). La malade rentre en Angleterre améliorée.

En janvier 1930 je la retrouve à Cannes où elle vient passer l'hiver. Les pieds et les mains sont depuis un mois de nouveau gonflés et douloureux. La marche est pénible. Etat général médiocre. Les bains locaux de paraffine (Barthe de Sandford) donnent une sédation temporaire. J'achève la cure de vingt injections *Seti*.

*Le* 5 *mai* 1930 suivant Miss M... revient à Aix (68 ans). L'état général est médiocre : teint pâle, jaunâtre. La marche est pénible ; et la descente des escaliers plus encore.

*Mains* : doigts épaissis en fuseau ; flexion réduite. *Coudes* : culs-de-sac saillants ; raideurs articulaires. *Epaules* : raideurs surtout à gauche ; ne peut se coiffer. *Nuque* : points douloureux vertébraux ; induration raideur. *Pieds* : empâtés ; points douloureux de la voûte tarsienne.

*Genoux* : enflure ; culs-de-sac distendus ; points douloureux multiples. Mouvements conservés mais douloureux.

*Hanches* : intactes. *Région lombaire* : points douloureux sur $L^4$ et $L^5$.

Cœur : normal. Tension artérielle : 180-85. Urine normale. Température matinale : 37°6-37°8. Cet état subfébrile existe depuis quelque temps.

Cette fois l'état de la malade dans son ensemble me donne l'impression nette que les arthropathies ont changé d'allure. Je pense qu'un état infectieux s'est surajouté et que cette polyarthrite *chronique progressive* avec localisations symétriques est de nature infectieuse. A la vérité il n'existe aucune *infection focale* apparente. La rhino-pharyngite survenue en 1928-29 a été traitée et guérie.

D'autre part les lésions articulaires paraissent simplement synoviales. Les radiographies des mains, des coudes, des genoux ne montrent rien autre qu'une décalcification.

Je recours alors à la *réaction de sédimentation globulaire*. Elle est positive, 51 mm. après une heure. Il y a anémie. *Globules rouges* : 3.950.000, et hyperleucocytose : globules blancs, 14.000. Les épreuves biologiques, concordant avec les signes cliniques il me paraît rationnel d'admettre qu'il s'agit de polyarthrite chronique de *nature infectieuse* et je commence la cure d'allochrysine en même temps que la cure thermale.

Du 10 mai au 23 juin neuf injections sont faites : 10 mai 5 cent., 17 mai 5 cent., 22 mai 10 cent, puis quatre de 10 cent. La tolérance étant parfaite j'essaye le 17 juin 20 ccent. et répète la même dose le 23 juin. A cette date l'état de la malade est notablement amélioré. Examen du sang : *globules rouges*, 4.180.000 blancs, 14.000. Les articulations sont moins douloureuses : la malade se sert de ses mains et descend assez bien les escailers.

Miss M... séjourne en Angleterre de juillet à décembre et reçoit encore quatre injections de 20 cent., ce qui porte le total de l'Allochrysine à 2 gr. en cinq mois environ.

*En janvier* 1931, je retrouve la malade à Cannes très améliorée : faciès plein, coloré. Elle se sent forte, marche facilement et fait sa promenade chaque jour.

*Mains* : les doigts n'ont plus l'aspect fusiforme et fléchissent bien *sauf* le médius droit. *Coudes, gauche* : mobilité rétablie ; *droit* ; culs-de-sac encore saillants et extension incomplète. *Epaules* : mobilité rétablie surtout à droite ; elle peut se coiffer. *Cou* : moins induré et plus souple. *Pieds et chevilles* : l'empâtement a disparu sauf autour de la malléole *droite* ; flexion dorsale incomplète de ce côté.

Du 15 janvier au 6 mars je fais huit injections

d'allochrysine une de 5 cent. et sept de 10 cent. Total 0 gr. 75.

10 mai, Miss M... revient à Aix. L'état général est excellent. Elle a le complet usage de ses quatre membres. Elle peut se chausser comme avant 1929. Sédimentation après une heure 39 mm. Leucocytes : 12.950.

*Cure thermale.* — La *S. R.* étant encore exagérée je reprends l'*allochrysine*. Du 15 mai au 20 juin *six* injections de 10 cent. sont faites. La *S. R.* le 19 juin n'est plus que 14 mm. Leucocytes 11.240. Nouveaux progrès : la malade engraisse ; elle marche de mieux en mieux. Après un séjour de deux semaines en montagne elle retourne en Angleterre jusqu'en janvier dernier et de juillet à septembre elle reçoit encore *sept* injections de 10 cent. Le total de l'allochrysine injectée en 1931 en neuf mois est de 2 gr. 05.

1932. — Le 23 janvier je revois Miss M... à Cannes. L'amélioration n'a fait que se confirmer.

La *S. R.* fin janvier est 15 mm. Elle s'est donc maintenue au même point que fin juin. Ce fait est intéressant : il semble indiquer que l'état infectieux est en voie de s'éteindre. Cependant comme la S. R. témoigne qu'il ne l'est pas entièrement, je continue l'allochrysine et commence la troisième cure, la dose restant de 10 cent. Cliniquement il y a une telle amélioration qu'on peut espérer une guérison prochaine et que Miss M... se considère déjà comme guérie.

| | Sédimentation | Hématies | Leurocytes |
|---|---|---|---|
| 1930 8 mai.. | 51 mm. | 3.950.000 | 14.000 |
| 28 juin . | 53 mm. | 4.180.000 | |
| 1931 12 mai. | 39 mm. | | 12.950 |
| 19 juin . | 14 mm. | | 11.240 |
| 1932 janvier. | 15 mm. | | |

Ce tableau montre l'amélioration progressive de la sédimentation et celle des chiffres des globules rouges et blancs.

*Considérations.* — L'histoire de cette malade est instructive. Pendant 4 ans le rhumatisme chronique paraît être *simple*, de cause dyscrasique ou endocrinienne. Puis dans l'hiver 1928-29 les arthropthies changent de caractère sous une influence indéterminée et s'aggravent. En 1929, croyant encore qu'elles sont d'origine dyscrasique je les traite par les injections soufre et iode Seti, qui m'ont généralement donné un bon résultat dans les cas similaires. Ici elles ne me le donnent pas. Ce fait me frappe et éveille mes soupçons à l'égard d'un *état infectieux surajouté* à l'état dyscrasique primitif. Pour m'éclairer je recours à la réaction de sédimentation, et celle-ci nettement positive, 51 mm., me révèle l'existence d'un état infectieux latent. Dès lors l'aurothérapie est indiquée, appliquée et donne le remarquable résultat présenté par Miss Mu... Ce résultat est intéressant, car il témoigne que la polyarthrite chronique progressive traitée par l'aurothérapie pendant le stade des lésions purement synoviales peut être arrêtée dans son évolution.

Obs. II. — *Polyarthrite chronique progressive avec lésions synoviales.*

Mme R..., âgée de 68 ans, a été atteinte des premiers troubles articulaires en 1927. Sa santé jusqu'alors avait été bonne. Elle était mariée ; pas de grossesse ; ménopause à 54 ans.

En juillet 1927 première poussée articulaire et en janvier 1928 seconde poussée plus intense aux membres supérieurs et inférieurs. Traitement par injections d'iodure de sodium et ionisation. En juillet de la même année Mme R... est envoyée à Aix-les-Bains. Etat général médiocre ; adipose moyenne. Les articulations des quatre membres sont douloureuses et raides, sauf les hanches. Mains enflées, doigts épaissis en fuseau ; flexion réduite ; aux pouces crépitation. Poignets, coudes, épaules douloureux ; genoux, chevilles et pieds pareillement. Cœur normal. Légère hypertension (méth. aus. 150-70). Urine : aucun élément anormal. Pas de foyer infectieux décelable : ni du côté des dents et des amygdales, ni ailleurs. Le cas semble être une polyarthrite chronique au début avec lésions exclusivement synoviales.

Mme R... fait la cure thermale d'Aix. Pendant l'hiver (à Paris) 1928-1929, deux séries d'injections de naïodine.

Elle revient à Aix-les-Bains en juillet 1929. L'état général est meilleur ; mais les genoux sont plus atteints. Une deuxième cure thermale est faite. Pendant l'hiver (à Paris) 1929-1930, trois séries de vingt injections soufre et iode (Seti) sont faites.

Le 6 juin 1930, Mme R... revient à Aix-les-Bains. L'état général est moins bon. Les mains et les poignets, les genoux et les pieds sont enflés d'où marche pénible. *Mains* : les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius sont saillantes surtout à droite. Les doigts sont épaissis en fuseau ; ils fléchissent à moitié seulement. *Poignets* : gonflement des gaines synoviales palmaires et crépitation. *Coude* droit : culs-de-sac distendus. *Epaule gauche* : saillie de la gaine bicipitale. Articulation sterno-claviculaire gauche saillante. *Cou* : raideur et douleur des mouvements avec sensation de « *sable* ». *Genoux* : épaississement péri-articulaire douloureux ; craquements fins et gros ; le gauche rend pénible la descente de l'escalier. Au creux poplité cul-de-sac synovial saillant. *Chevilles* : épaissies ; gaines tendineuses distendues ; varices. *Cœur* : normal. Tension artérielle (méth. ausc.) : 120-80. Les fonctions respiratoires, digestives, génito-urinaires : normales. L'état de la malade dans son ensemble me donne l'impression de s'être aggravé et je pense qu'il y a probablement un état infectieux surajouté. A la vérité il n'existe aucune infection focale apparente. Je recours à la *réaction de sédimentation* pour éclairer le diagnostic. Elle est positive : 27 mm. après une heure, indiquant ainsi une infection latente.

Il s'agit donc de polyarthrite injectieuse d'origine inconnue, *crypto-infectieuse* puis-je dire.

En conséquence je commence de suite les injections

d'allochrysine à la dose de *cinq* centigrammes une foie par semaine. Du 21 juin au 15 septembre une première cure d'injections de 5 et plus tard de 10 cent. est faite jusqu'au total de 2 grammes ; la R. S. s'améliore à 20 mm. puis 17 mm.

Une deuxième cure d'injections de 10 cent. dont deux de 20 cent. est faite de fin décembre 1930, à avril 1931, au total 2 gr.

En juin 1931, Mme R... revient à Aix-les-Bains. Elle est transformée : teint coloré, état général bon,

Toutes les articulations ont repris leur aspect normal, notamment les genoux, les épaules, les poignets. Elle marche facilement. Aux mains les articulations métacarpo-phalangiennes sont encore un peu enflées, mais les doigts fléchissent. La sédimentation a de nouveau augmenté : elle est le 15 juin de 28 millim. Il y a donc indication de reprendre les sels d'or. Dans le cours de juin-juillet je fais quatre injections de 10 cent. La troisième cure se limite à ces quatre injections par suite d'une circonstance.

La *R. S.* s'améliore, le 24 juin : 27 mm. ; le 6 juillet 18 mm. De juillet à novembre la malade continue à s'améliorer. Le 26 novembre la *R. S.* est de 16 mm. par conséquent tendant vers la normale. Fin janvier 1932 la troisième cure d'allochrysine à la dose de 10 cent. par semaine est reprise, car je juge prudent de la poursuivre puisque la *R. S.* n'est pas encore normale. Cependant cliniquement la malade peut être considérée comme en voie de très grande amélioration et probablement de guérison à une échéance peu éloignée.

*Considérations.* — L'histoire de cette malade ressemble à celle de l'obs. I. Au début les manifestations articulaires semblent être du rhumatisme chronique dyscrasique. Au bout de trois ans tout en restant exclusivement synoviales les lésions s'aggravent, évoluent sous forme de polyarthrite progressivement et symétriquement, et sont peu modifiées par les injections Seti. Cette résistance à la médication iode et soufre éveille mes soupçons à l'égard d'un état infectieux nouvellement surajouté. La *réaction de sédimentation* éclaire le diagnostic. L'aurothérapie est instituée et la malade s'améliore rapidement. Je la présentai fin novembre à la *Société de Medecine de Paris.*

Obs. III. — Mme L..., 60 ans, a joui d'une santé excellente. Pas de grossesse ; pas d'affection utérine. Ménopause à 52 ans sans incidents.

En avril 1930 début de la maladie. Mme L... habite depuis plusieurs années une ville du centre à climat humide. Elle est prise de douleurs aux mains, coudes, pieds et chevilles avec gonflement modéré. L'état général devient médiocre ; amaigrissement. Puis la malade a de la peine à marcher et à se servir de ses mains. Le Dr X..., professeur à la Faculté de médecine de..., après avoir essayé un traitement de sulfoïdol m'adresse la malade à Aix-les-Bains fin juin sous ce diagnostic : « Rhumatisme peu douloureux mais à tendance ankylosante ».

26 juin. La malade est amaigrie (poids 50 kgr. 700) pâle avec teint jaunâtre (café au lait). Elle marche avec une certaine difficulté.

*Les mains* : enflées, doigts uniformément épaissis; raides, flexion réduite et douloureuse. Pouce : adducteur atrophié notablement.

*Coudes* : culs-de-sac distendus surtout à gauche, contrastant avec le bras et l'avant-bras amaigris ; extension incomplète.

*Epaules* et *genoux* : simples raideurs.

*Pieds* : volumineux ; malléoles enflées. Les mouvements sont douloureux et la marche est gênée. En somme les arthropathies sont limitées aux membres, et les lésions articulaires ne dépassent pas le stade de synovite. Cœur : normal. Tension artérielle (méthode ausc.) 130-75. Les autres fonctions sont normales. Température rectale au réveil 37°3. Le mauvais état général de la malade me frappe et me donne l'impression d'un état infectieux commençant son évolution et associé dans une certaine mesure probablement aux troubles endocriniens de la ménopause.

Je recherche le foyer infectieux. Les amygdales sont normales d'aspect. Les dents ont été vérifiées récemment. Rien du côté des organes génito-urinaires ou digestifs. En l'absence d'infection focale décelable, je recours à la *réaction de sédimentation*. Celle-ci est positive, 22 mm. après une heure, ce qui est une exagération anormale indiquant un état infectieux latent. Les épreuves biologiques suivantes sont faites sur le sang :

Urée : 0 gr. 334 ; acide urique : 0 gr. 048. Ces deux chiffres anormaux écartent l'idée de manifestation goutteuse. Globules rouges : 3.800.000 ; blancs : 8.890. Hémoglobine 77 %, correspondent à une anémie notable.

En présence de ces manifestations articulaires avec mauvais état général d'une part, et d'une sédimentation globulaire exagérée d'autre part, mon diagnostic penche vers une *polyarthrite chronique progressive d'origine infectieuse indéterminée*, c'est-à-dire *crypto-infectieuse* et je juge indiqué d'associer les sels d'or à la cure thermale.

Du 5 au 31 juillet cinq injections d'allochrysine sont faites, les quatre premières de 5 cent., la cinquième de 10 cent. Le 31 juillet la malade est nettement améliorée comme état général et local des membres, notamment aux mains et coudes. Je l'envoie faire un séjour à la montagne et je prie le médecin de la localité de continuer les injections d'allochrysine à la dose de 10 cent. par semaine sous la réserve qu'après l'injection de 10 cent. qui vient d'être faite le 31 juillet il n'y ait aucune manifestation cutanée : érythème ou prurit. Le 7 août la sixième injection est faite de 10 cent, la malade n'ayant pas accusé au médecin un petit placard érythomateux. Alors se produit une éruption d'érythème généralisée aux membres, au tronc, à la face, avec prurit. Les paupières sont gonflées et il y a légère stomatite. Ces accidents cutanés durent trois

semaines environ, avec desquamation. Vers le 8 septembre la malade est *blanchie.* Le 1er octobre, je la revois en excellent état : elle a gagné deux kilos.

Les mains ont désenflé : les doigts ont repris leur aspect normal et fléchissent assez bien. Les ongles ne sont pas altérés. Les coudes ont désenflé : le droit s'étend complètement. Elle a repris en grande partie l'usage de ses mains et marche assez facilement.

La réaction de sédimentation qui avait été les 27 *juin* 22 mm., 19 *juillet* 39 mm., 31 *juillet* 14 mm. est le 1er octobre 7 mm, c'est-à-dire à peu près normale. Les globules rouges ont augmenté à 4.210.000. L'hémoglobine 88 %. Leucocytes, 7.820.

La cure d'allochrysine qui a été de 40 cent. en six injections de juillet à octobre est reprise le 26 novembre. Quatre injections de 5 cent. sont faites. 26 novembre, 4, 11, 17 décembre, puis deux de 10 cent. le 24 décembre et le 5 janvier 1931. De fin janvier à juin 1931 douze injections de 10 cent. sont faites par intervalles de 8 à 10 jours. La malade a donc reçu un total de 2 grammes d'allochrysine.

Son amélioration s'affirme et en juillet elle se sent si bien, n'ayant plus qu'un peu de raideur des pouces, qu'elle diffère le renouvellement de la cure thermale d'Aix. Elle y renonce un peu plus tard en raison du temps défavorable. Depuis lors Mme L... se considère comme guérie et actuellement, mars 1932, est en parfaite santé.

*Considérations.* — Voilà un cas diagnostiqué par le Prof. X.. « *Rhumatisme à tendance ankylosante* » qui évolue en trois mois comme une polyarthrite progressive avec arthropathies symétriques. Dès le premier examen celle-ci me donne l'impression d'être d'origine infectieuse. A la vérité la recherche du foyer infectieux reste négative. Mais la réaction de sédimentation est positive ; elle signifie qu'il y a infection latente. Sur l'indication de ce test j'institue l'aurothérapie et au bout de trois mois comptant six injections d'allochrysine, soit 0 gr. 40 au total, se produit une amélioration considérable des arthropathies. Parallèlement la sédimentation se rapproche de la normale. L'incident cutané, l'*auride* provoquée par le sel d'or n'a pas d'influence défavorable. Au bout de six mois la malade est transformée comme état général, elle reprend sa vie habituelle, ne conservant qu'un peu de raideur des pouces et un an à peine après le début de la maladie elle se dit guérie et vraiment paraît telle. Le cas de Mme L... est intéressant par le résultat rapide obtenu. Il faut croire qu'il est dû à la précocité de l'aurothérapie, appliquée à la période de la polyarthrite où les lésions étaient purement synoviales.

OBS. IV. — *Polyarthrite chronique progressive avec lésions ostéo-articulaires.*

Mrs Cr..., 41 ans (1928), Anglaise. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé jusqu'à son deuxième accouchement, 1917. Pas de complications. Mais quinze jours après douleurs et gonflement des pieds, des mains, des épaules. Le médecin fait immédiatement enlever les dents, sauf six incisives et canines inférieures. Mrs C... continue à souffrir de ses rhumatismes par périodes. En 1919 : vaccinothérapie avec un stock-vaccin, puis ionisation, bains de lumière, massage. En 1920 le rhumatisme continue à évoluer et atteint les genoux : synovite, épanchement, raideurs. En 1922, elle essaye le traitement d'un ostéopathe : percussion des vertèbres. Pas de résultat.

En 1925, traitement interne par l'iodolysin et en 1926 douze injections de gaïacol et iode, pas de résultat.

En 1927 : elle est traitée par un spécialiste qui fait toutes les recherches biologiques pour découvrir le siège de l'*infection focale*, et lui fait seize injections (une par semaine) d'un stock-vaccin, pas de résultat. Dans l'hiver 1927-28 les arthropathies s'aggravent et la malade garde le lit trois mois.

16 août 1928, Mrs C... m'est adressée à Aix. Elle est presque impotente des quatre membres. Elle marche péniblement les genoux en flexion vicieuse.

*Mains* : déviées en « *coup de vent* » sur le bord cubital.

*Doigts* : pas tuméfiés, plutôt effilés. Flexion assez bonne ; extension réduite. L'articulation métacarpo-phalangienne des trois premiers doigts est enflée. *Peau* : aspect luisant souvent moite. *Poignets* enflure surtout le *droit* qui est à peu près ankylosé. Le gauche encore un peu mobile.

*Coudes* : droit plus atteint que le gauche ; culs-de-sac épaissis, saillants ; mouvements douloureux, réduits, l'extension notamment.

*Epaules* partiellement ankylosées ; mouvements très réduits ; craquements.

*Rachis* : 7e cervicale ; apophyse épineuse saillante, épaissie et douloureuse. *Hanches* : intactes.

*Genoux* : volumineux, globuleux. *Droit* : culs-de-sac distendus, épanchement. *Gauche* : laxité ligamentaire. Signes d'érosion des cartilages. En raison de la flexion vicieuse la marche est pénible.

Les fonctions respiratoires, digestives, génito-urinaires et circulatoires sont normales : T. A. Pachon Mx 11, M 7, indice 3.

En somme Mrs C... présente le tableau classique de ce qu'on appelait le *rhumatisme déformant* ou *rhumatoïd athritis* des Anglais, ce que nous appelons plus correctement *Polyarthrite chronique progressive symétrique.* Ce cas qui évolue depuis 10 ans avec des lésions progressant symétriquement et que les médications les plus rationnelles dont la vaccinothérapie n'ont pu modifier m'apparaît comme étant d'origine infectieuse malgré l'échec des vaccins. Et alors je pense à lui appliquer le traitement par les sels d'or, l'allochrysine, que précisément Jacques Forestier vient d'expérimenter avec succès depuis trois mois dans des cas similaires. A cette époque, août 1928, nous n'avons pas encore l'usage de la réaction de sédimentation. D'autre part de la posologie de l'allochrysine nous ne connaissons

que celle employée chez les tuberculeux, c'est-à-dire la dose hebdomadaire de 20 centigrammes. C'est ainsi que je suis amené à faire à la malade deux injections de 20 cent. à sept jours d'intervalle, en même temps que le traitement thermal, l'état des reins étant normal.

Mais trois jours après la seconde injection, le 5 septembre apparaît une éruption morbilliforme avec prurit et état fébrile. Le 7 septembre l'érythème est généralisé. Il y a un peu de conjonctivite et de stomatite, avec température 38° à 39°5. Du 8 au 12 septembre, détente : l'érythème s'efface. Le 12 septembre le traitement thermal est repris sans incident. A la fin de la cure l'état douloureux des membres est nettement diminué et les genoux notamment permettent une marche plus facile.

Ultérieurement après son retour en Angleterre fin septembre, la malade desquame, mais continue à s'améliorer. Dans l'hiver 1928-29 aucune poussée articulaire ne se produit. Il n'est pas fait de nouvelle injection de sels d'or.

*En août* 1929, Mrs C... revient à Aix. L'état général est très bon : faciès plein, coloré. La malade se tient plus droite et marche plus facilement. Toutes les articulations atteintes sont moins douloureuses et plus mobiles. Se trouvant suffisamment améliorée Mrs C... ne veut pas l'allochrysine et fait seulement le traitement thermal. L'état satisfaisant se maintient. En janvier 1930 elle se sent assez forte pour faire une croisière en Méditerranée. Un peu plus tard elle souffre de nouveau des genoux. Le 8 août 1930, Mrs C... revient à Aix. L'état général est excellent : elle a gagné 7 kilos ; elle peut faire 6 à 700 mètres aisément.

Les genoux sont cependant encore volumineux avec culs-de-sac distendus ; craquements fins. L'extension est à peu près complète à droite ; encore réduite à gauche ; la flexion est réduite de moitié. *Chevilles* : pas d'enflure. *Epaules* : mobilité rétablie en partie. *Coudes* : culs-de-sac saillants. *Mains* : aspect normal sauf la déviation « *en coup de vent* », et l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index où il y a des signes d'érosion des cartilages.

Comme on le voit l'état de la malade est resté stationnaire depuis deux ans. Le mauvais souvenir de l'incident cutané étant effacé, elle convient que son amélioration durable est due probablement à l'allochrysine, et quand je lui propose de faire l'épreuve de la *sédimentation* pour reconnaître où en est son état infectieux, elle accepte de suite. Celle-ci donne 43 mm. après une heure, ce qui est nettement significatif. En outre on trouve : *globules rouges*, 4.060.000 ; *blancs*, 11.100. En raison de ces épreuves positives, Mrs C... accepte la cure d'allochrysine. Par prudence je commence par une injection de 0 gr. 02 le 12 août et je fais le 18 août 0 gr. 03 et le 25 août 0 gr. 05. Aucune réaction cutanée. Je continue le 30 août 0 gr. 05 et le 5 septembre, ce qui fait un total de 20 centigr. 1/2 en un mois environ. La R. S. est le 18 août 44 mm. et à la fin de la cure 39 mm. Il y a une amélioration générale. Mrs C... rentre en Angleterre. Elle continue les injections d'allochrysine 0 gr. 05 jusqu'à fin novembre ce qui représente un total de 1 gr. 40 en quatre mois.

Les épaules, les mains et les pieds continuent à s'améliorer. Les genoux restent douloureux.

Une deuxième cure d'allochrysine est reprise en février 1931 : 90 centigr. en neuf injections de 10 cent. Les genoux s'améliorent notablement.

Dans le courant de l'été l'amélioration se confirme, le gonflement disparaît en grande partie ; la flexion devient facile. Mrs C... ne peut revenir à Aix et se trouvant très bien ne reprend aucune médication spéciale. En janvier dernier elle m'écrit que son état général comme celui de ses articulations reste très satisfaisant et qu'elle a repris en grande partie sa vie active.

*Considérations.* — L'histoire de cette malade montre, je crois assez nettement, que la *polyarthrite chronique progressive avec lésions ostéo-articulaires* avancées dont elle est atteinte depuis dix ans et qui a été rebelle à tous les traitements a été réellement arrêtée dans son évolution par l'aurothérapie. En effet, depuis les deux injections d'allochrysine de 20 centigr. et malgré l'incident cutané qui suivit la deuxième, l'évolution du mal a été enrayée puisqu'il n'y a eu aucune poussée articulaire nouvelle. En outre, à la suite de la reprise de l'aurothérapie en février 1931, qui porte le total d'allochrysine injectée à 2 gr. 30 cent., l'amélioration s'est confirmée et ne s'est pas démentie jusqu'à présent. Il paraît légitime de mettre ce résultat intéressant au crédit de l'aurothérapie.

J'avoue n'en avoir jamais obtenu de semblable dans une longue pratique à Aix-les-Bains chez les nombreux malades similaires au moyen de la thérapeutique thermale. En fait, tout ce qu'ils en obtenaient, c'était une sédation temporaire des douleurs pendant deux ou trois mois, mais non pas un arrêt de l'évolution de la maladie comme dans le présent cas.

*(A suivre).*

# TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS TRAUMATIQUES DU GENOU PAR LA PONCTION ET LA MOBILISATION PRÉCOCE

Dr Lop (Marseille)
Chirurgien-directeur de la Clinique chirurgicale de la Joliette

Voilà bientôt plus de vingt ans que je traite toutes les hémarthoses et hydartroses par la ponction immédiate et la mobilisation précoce. Quand je vois le blessé dans les premières 24 ou 36 heures, je le ponctionne immédiatement. Je commence la mobilisation dès le cinquième jour. Après la ponction, le malade est couché, on applique immédiatement une compression caoutchoutée serrée — mais pas assez pour gêner la circulation. Celle-ci reste en place de une à quatre heures par jour selon la tolérance du malade et surtout sa patience. La bande de caoutchouc enlevée, on applique un huit de chiffre assez serré avec une bande de crêpe. Dès le sixième jour, le blessé marche avec une canne qu'il doit quitter le dixième ou douzième jour.

Si le malade ne m'est amené qu'après le sixième jour, je ponctionne également et comprime mais je ne l'immobilise pas au lit. Le soir même ou le lendemain de la ponction, il est recommandé au blessé de marcher.

Les premiers jours, je ne fais lever les blessés dans le premier cas que pour aller à la selle ; ils prennent leurs repas et urinent au lit. Il est très rare, pour ne pas dire exceptionnel, que je sois obligé de refaire une deuxième ponction. A partir du huitième jour, massage méthodique doux auquel j'ajoute, dès le quinzième, la galvanofaradisation des muscles (1) afin d'éviter des phénomènes d'atrophie qui sont assez fréquents, malgré même la précocité du traitement. C'est d'ailleurs un fait très connu depuis les travaux de Vulpian et son élève Valta, que toute lésion articulaire, lorsque l'immobilisation est trop longtemps prolongée, s'accompagne d'atrophie musculaire plus ou moins grave.

Je ne crois pas manquer de modestie en affirmant que je ne connais par cette méthode ni insuccès ni incapacité partielle permanente chez les malades de bonne foi. L'on sait quelle part l'auto-suggestion et le désir d'être rentier jouent dans la réalisation de l'incapacité partielle permanente. Dès que celle-ci est admise, l'impotence, la douleur disparaissent par enchantement, elles ne réapparaissent que la veille de la révision de la rente ! ! !

Depuis que je ponctionne (environ dix à quinze traumatismes graves du genou par an) je n'ai eu qu'à me féliciter de ce procédé. Tout à fait au début, à l'exemple d'un confrère chirurgien de Bordeaux, dont le nom m'échappe, je lavais l'articulation à l'éther, mais réellement même sans anesthésie générale, quels que soient les soins mis à veiller à ce que l'écoulement de celui-ci se fasse à peu près intégralement, il en reste encore suffisamment pour donner pendant quelques heures des réactions très douloureuses, pénibles à supporter, même pour les plus courageux; d'autre part, le lavage à l'éther favorise une raideur douloureuse qui va à l'encontre du but recherché, c'est-à-dire l'immobilisation précoce.

Dans les traumatismes du genou avec fracture de l'extrémité inférieure du fémur ou de la rotule ou toute autre du squelette des articulations, je fais aussi des ponctions précoces; il va s'en dire que je ne mobilise pas immédiatement. Cette façon de procéder m'a donné des résultats appréciables. L'évacuation immédiate d'un épanchement d'une fracture articulaire ne peut d'ailleurs qu'être utile.

Je partage donc entièrement l'opinion de notre confrère Bresseau dont le *Sud médical* de décembre 1931 donne un exposé complet de sa pratique.

J'ajouterai, en terminant, qu'il m'arrive également de pratiquer la ponction avec mobilisation précoce dans les épanchements non traumatiques du genou, dont on peut redouter l'ankylose facile comme dans l'arthrite gonococcique. Je faisais suivre jadis la ponction de l'autosérothérapie, avec le liquide évacué. Je l'ai abandonnée n'ayant rien constaté de très appréciable, pas plus d'ailleurs dans l'autosérothérapie des arthrites que dans celle des affections de la plèvre et du péritoine.

(1) Je suis surpris, actuellement encore, de constater combien l'électrothérapie post-traumatique est peu ou appliquée trop tardivement. Mise en œuvre dès que ses indications se précisent, l'électrothérapie, entre les mains d'un spécialiste éprouvé, donne des résultats remarquables à tous égards : pour le blessé, quant à la durée de son indisponibilité, sur le taux de son incapacité permanente, quand il s'agit d'un accident du travail.

On ne peut que regretter le peu de fréquence de ce traitement complémentaire, dont les résultats, je le répète, sont bien connus.

Dans les hôpitaux, cette méthode paraît être ignorée, ou elle est si peu employée qu'on peut dire qu'elle ne l'est pas. Personnellement c'est là une constatation que je fais très fréquemment dans le courant de chaque année depuis très longtemps chez les malades et blessés soignés dans des services très importants.

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

## D'une conception nouvelle au sujet de l'évolution de la tuberculose dans la seconde enfance

### L'importance de cette conception vérifiée par l'efficacité du traitement rationnel, qu'elle permet d'appliquer

D'après le Dr J. Lévesque (1)

**I. Trop souvent encore, la notion d'adénopathie trachéo-bronchique est notée comme le point le plus important de la maladie à cet âge.**

*Dans la tuberculose du nourrisson*, seuls les signes d'adénopathie trachéo-bronchique sont surtout décelables ; les ganglions donnent alors lieu à un syndrome fonctionnel léger, et la grosseur de leur développement procure des images radiologiques, qui se projettent *le long de la trachée.*

*Au cours de la seconde enfance, par contre,* on ne rencontre *aucun signe net d'une adénopathie trachéo-bronchique dans la tuberculose : celle-ci y est d'ailleurs exceptionnelle* ; et la meilleure preuve de cette latence est l'impossibilité habituelle, où l'on est de déceler l'adénopathie dans la seule circonstance de cet âge, où elle soit constatable : dans la méningite tuberculeuse.

*Le fait est dû au rôle insignifiant qu'elle joue dans la tuberculose de la seconde enfance.*

C'est ainsi que, sur la foi d'interprétations radiologiques défectueuses, on a fréquemment attribué l'extension de lésions pulmonaires, médiastines ou péricardiques, si fréquentes dans la tuberculose du second âge, à un point de départ ganglionnaire, et cela, sans jamais avoir pu en fournir la preuve anatomique. Par contre, les autopsies démontrent nettement que le nodule pulmonaire primitif est le seul auteur des extensions tuberculeuses, que l'on peut dès lors appeler des réactions périfocales : splénisation autour du chancre d'inoculation, broncho-pneumonie essaimée à partir de lui, symphyse tuberculeuse, interlobaire, pleurale, médiastine ; *elles ont toutes leur origine dans le nodule pulmonaire primitif, et non pas dans le ganglion* ; celui-ci remplit le simple rôle de témoin ; il n'est pas le centre de la maladie.

On ne peut donc plus souscrire à cette opinion classique de la première phase (inoculation pulmonaire avec adénopathie), suivie au cours de la seconde enfance d'une période latente ganglionnaire plus ou moins longue, puis d'une troisième phase de réinfection des sommets pulmonaires.

Passée la primo-infection, les ganglions médiastinaux n'ont plus d'activité propre ; ils ne sont plus, comme beaucoup d'autres organes, qu'un réceptacle de bacilles vivants ; et, si la tuberculose reprend, elle n'a pas besoin de reprendre au niveau des ganglions trachéo-bronchiques d'abord : elle reprend suivant un mode nouveau, sans que, en somme, une réinfection extra-pulmonaire ou pulmonaire ait été précédée de réactivation des lésions ganglionnaires.

***

**II. La tuberculose de primo-infection est cependant plus fréquente dans la seconde enfance que dans la première enfance.**

La seule différence, c'est que la proportion des contagions familiales est moins forte au cours de la deuxième enfance, la notion de famille étant limitée aux père, mère, frères et sœurs. *Il faut donc compter à cet âge avec d'autres causes que la contagion familiale* ; ici interviennent, en effet, les contaminations scolaires, les contaminations d'hôpital, les contaminations fortuites, surtout par le contact précis avec un seul tuberculeux, porteur de bacilles.

Fait important à noter : dans l'immense majorité de ces cas de la seconde enfance, *le seul signe de la contamination sera la présence d'une cuti-réaction positive, sans jamais aucun autre signe.* Le plus souvent à cet âge, contrairement à ce qui se passe pour le nourrisson, la tuberculose revêtera la *forme latente.*

Mais, dans un certain nombre de cas, *elle pourra évoluer*, et ce sera le plus souvent sous l'aspect d'une spléno-pneumonie ou d'une méningite.

La *spléno-pneumonie tuberculeuse*, type le plus fréquent, débute en général, par une fièvre élevée et des signes généraux, tels que l'asthénie, l'anémie, un manque d'appétit marqué. L'enfant tousse beaucoup, mais, fait important, il ne présente aucun signe d'adénopathie trachéo-bron-

(1) Dr J. Lévesque. — Les formes de la tuberculose de la seconde enfance. (*Le Bulletin médical*, 19 décembre 1931.)

chique. L'examen du thorax montre les signes d'une lésion pulmonaire marquée, qui se révèle parfois par l'auscultation, mais surtout par la percussion. La radioscopie et la radiographie montrent très souvent l'obscurcissement d'un tiers, de la moitié ou de tout un poumon. Mais, dans un plus grand nombre de cas, la lésion pulmonaire apparaît limitée, et son siège est assez particulier : on aperçoit au hile comme une masse assez volumineuse, poussant des prolongements, plus ou moins ténus dans l'intérieur du poumon : c'est l'image radiologique la plus fréquente de la tuberculose du deuxième âge.

L'évolution est assez longue ; elle se fait en deux temps. Pendant cinq à six semaines, les signes généraux sont alarmants : fièvre élevée, pouls rapide, anémie, asthénie, sans que les signes pulmonaires augmentent notablement. Puis, la température tombe, l'enfant semble aller mieux, le poids peut même augmenter, sans qu'on fasse de traitement spécial. Mais, malgré la disparition de tous ces signes généraux et fonctionnels, l'image radiologique est susceptible de persister durant des mois, durant plus d'un an, ne laissant ensuite que des points calcifiés, soit au niveau du hile, soit en un point quelconque du poumon. La longue durée de ces signes physiques caractérise ces lésions de spléno-pneumonie de la seconde enfance, et ne doit pas faire croire le plus souvent à une évolution fâcheuse. Il peut y avoir des réveils légers, mais la guérison est la règle.

*La méningite tuberculeuse de la seconde enfance*, d'autre part, est mortelle ; elle doit être considérée comme la terminaison d'une évolution latente, qui s'est faite pendant les mois précédents, et qui n'a été marquée par aucun signe permettant de penser à une évolution quelconque antérieure de la maladie. Il est constant de trouver à l'autopsie des ganglions caséeux, souvent assez petits, dans le médiastin, ainsi qu'un chancre d'inocuculation caséeux.

Cependant, on peut aussi observer, à la suite de la contamination, en peu de mois, une succession de localisations tuberculeuses, cutanées, ostéo-articulaires ou viscérales. Et ces faits doivent presque toujours faire soupçonner l'évolution torpide de lésions pulmonaires de primo-infection avec *symphyse*. Les symphyses les plus connues sont certainement les symphyses cardio-tuberculeuses, aboutissant à la mort dans l'asystolie. D'autres symphyses moins bruyantes, plus latentes, doivent aussi être soupçonnées en pareils cas, car elles peuvent aboutir à la mort par généralisation : seule, une étude radiologique approfondie du thorax les fera diagnostiquer.

*Toujours est-il que cette phase de primo-infection n'a que deux alternatives* : ou bien, elle évolue rapidement vers la *mort* soit par généralisation granulique, soit par méningite ; — ou elle évolue vers la guérison, mais vers la guérison momentanée, *la guérison de la tendance à la généralisation,* en un an et demi à deux ans. Passée cette période de deux ans, on n'a plus de chance de voir apparaître des généralisations granuliques.

***

**III. Si la tuberculose reprend dans la suite, ce sera, non pas sous une forme de tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, mais sous une forme de réinfection tuberculose locale, pulmonaire et extra-pulmonaire, semblable à celle de l'adulte**

Dans un grand nombre de cas, en effet, les enfants ne feront pas de tuberculose de réinfection. De même, si l'immense majorité des enfants sont contaminés dans l'enfance, peu d'adultes feront cependant de la tuberculose par rapport au nombre des contaminations antérieures.

Les réinfections seront dues à l'influence du « terrain tuberculeux », lequel résulte des causes de déficience organique, permettant au bacille, pris dans l'enfance, de reprendre sa virulence.

Ces causes de rupture d'immunité sont parfois des causes passagères, telles une maladie infectieuse (sans qu'il en soit exagéré l'importance), le diabète ; le plus souvent dans l'impossibilité de les définir, on invoque un état d'insuffisance des glandes endocrines, une déchéance constitutionnelle chronique. En tout cas la contagion ne semble jouer ici aucun rôle.

Il est à noter qu'au cours de la seconde enfance les accidents de réinfection tuberculeuse sont plus souvent extra-pulmonaires que pulmonaires. La deuxième enfance est, par excellence, l'âge des adénites tuberculeuses suppurées, type scrofule ; on y observe aussi les tuberculoses osseuses, articulaires. Mais ces localisations extra-pulmonaires sont en général isolées, non plus multiples et se succédant rapidement comme celles qui caractérisent la primo-infection.

Enfin, elles se font suivant un rythme excessivement variable. Tantôt un enfant fait une seule réinfection, et c'est fini pour toujours : une coxalgie, un mal de Pott, et c'est tout. D'autres enfants, au contraire, font toute une série de localisations successives à intervalles éloignés, et il semble qu'ils n'arrivent pas à triompher de leur maladie : coxalgie, lésions ostéo-articulaires se succèdent pour aboutir parfois à la tuberculose pulmonaire chronique.

Mais, *jamais entre les deux phases, primo-in-*

*fection et réinfection, on ne peut savoir l'existence d'une phase intermédiaire, d'activité isolée des ganglions tuberculeux du médiastin.*

***

**IV. Quant au diagnostic, il exige d'autres méthodes que la recherche classique de l'adénopathie trachéo-bronchique**

Chez tout enfant du second âge que l'on soupçonne atteint de tuberculose, une première épreuve s'impose : c'est *la cuti-réaction.* Celle-ci démontre la présence de bacilles dans l'organisme, mais ne signifie pas que la tuberculose soit en évolution. *Négative, elle élimine la tuberculose.*

La *recherche de la contagion* fixe l'ancienneté de la maladie, et établit la primo-infection ou la réinfection.

Enfin, la *radiographie du thorax* doit toujours être pratiquée, même au cours d'une tuberculose extra-pulmonaire, car celle-ci peut être de primo-infection. Elle sera faite strictement de face (antéro-postérieure), et oblique, ou mieux de profil, par radioscopie et par radiographie.

Tout médecin, faisant un examen radiologique, doit savoir qu'il existe des images hilaires normales, que l'on ne doit pas prendre pour des images pathologiques.

Les images pulmonaires proprement dites, sont souvent analogues à celles que l'on rencontre dans la tuberculose de l'adulte ; mais la seule, qui soit véritablement spéciale à la seconde enfance, c'est l'image spléno-pneumonique, sous forme d'une nappe homogène, plus ou moins limitée, mais absolument homogène.

Les images juxta-médiastinales se révèlent comme juxta-trachéale, hilaire, juxta-cardiaque. *Seule l'image juxta-trachéale répond sûrement à des ganglions. Les images hilaires sont le plus souvent l'image du nodule pulmonaire primitif ainsi que l'image juxta-cardiaque.*

On *recherchera enfin les bacilles*, dans les sérosités, les gommes ; l'enfant ne crachant pas, il faudra examiner les selles ou faire le tubage de l'estomac avec lavage ; cette méthode doit toujours être employée.

L'ensemble de ces données permettra *d'éviter souvent un diagnostic erroné de tuberculose,* dans des cas, par exemple, d'une infection rhino-pharyngée ou d'une infection intestinale chronique ayant déterminé durant plusieurs mois un état fébrile. On pourra ainsi écarter également la tuberculose, en présence d'un état de déchéance de l'état général par hypotrophie constitutionnelle, par chétivité durable, dues à la constitution même de l'enfant, à un manque d'hygiène à un état névropathique chronique, etc., que l'on rapporte volontiers à la prétuberculose. La cuti-réaction est négative en pareille occurence, et si, en vérité, ces états de déchéance organique mènent souvent à la tuberculose, ils n'en sont pas dans les conditions actuelles.

A noter encore qu'une cause de toux chez l'enfant est, dans le second âge, rarement l'adénopathie trachéo-bronchique, mais, bien plus souvent, une infection rhino-pharyngée, l'asthme infantile qu'il faut bien connaître, et les séquelles d'infection broncho-pulmonaire aiguë coqueluche, rougeole, qui, dans ces cas, donnent lieu à des lésions de broncho-pneumonie chronique, et n'ont aucun rapport avec la tuberculose.

***

**V. Le traitement sera général en cas de primo-infection ; il sera local en cas de réinfection**

« Cette question de la division de la tuberculose en primo-infection et en réinfection tuberculeuse domine le traitement. »

Dans la *primo-infection,* en effet, l'importance de la lésion est moindre : *seule, la généralisation est à redouter* ; la manifestation locale suit le sort de la maladie en général, guérissant quand la maladie générale guérit, ne guérissant pas lorsque la maladie générale mène à la mort.

Or, aucune méthode de traitement local ne peut arriver à lutter contre cette tendance à la généralisation ; tout emploi d'une médication locale, par exemple le pneumothorax artificiel, contre une lésion pulmonaire de primo-infection, semble illogique puisque : si la tuberculose est curable, la manifestation pulmonaire guérit spontanément ; si la tuberculose est mortelle, la manifestation pulmonaire n'est pas isolée, il y a des ganglions caséeux et le pneumothorax ne peut rien contre eux.

*En réalité, le seul traitement de la tuberculose de primo-infection est le traitement général.* Traitement diététique, traitement de repos, bonne alimentation, sans suralimentation, avec des traitements adjuvants de rayons ultra-violets (sans se faire d'illusion sur la possibilité de faire disparaître des adénopathies par les rayons X ou les rayons ultra-violets).

*Les méthodes locales dominent, au contraire dans la tuberculose de réinfection.* On se rappellera à ce propos, que, si les images radiologiques hilaires, les images de spléno-penumonie sont le plus souvent de la primo-infection, par contre, les cavités isolées dans un poumon, les images de taches et de marbrures sont plus souvent de la réinfection ; il faut aussi savoir rechercher les signes de symphyse pleurale évolutive, le nodule d'inoculation pulmonaire au cours d'une

tuberculose extra-pulmonaire. Enfin, la réinfection se produit au minimum deux ans après la contagion (point utile à connaître si on a pu établir la date de celle-ci).

Les tuberculoses de réinfections seront soumises aux mêmes règles de traitement local que la tuberculose de l'adulte. Pour le *poumon*: mise en jeu, par exemple, du pneumothorax thérapeutique, qui donne d'excellents résultats quoique moins brillants que chez l'adulte. Immobilisation prolongée, appareil orthopédique pour la *tuberculose osseuse* ; cure locale par des modificateurs pour les abcès ; méthodes locales pour les *tuberculoses cutanées*.

***

Ce qu'il faut retenir c'est que, à tous moments de l'examen d'un enfant tuberculeux, on doit se demander si la manifestation, en présence de laquelle on se trouve, appartient à la tuberculose de primo-infection, ou de réinfection. Ce diagnostic est capital pour le traitement comme d'ailleurs pour le pronostic. « C'est de lui que dépend l'application des méthodes locales qui, dans un cas, n'auront aucune importance, mais qui, dans l'autre cas, au contraire, pourront sauver la vie d'un certain nombre d'enfants ». G. F.

## PÉDIATRIE

## Les affections gastro-intestinales du nourrisson

### Leur examen et leur traitement

L'altération des selles du nourrisson est généralement le premier signe d'une affection gastro-intestinale, surtout quand cette modification s'oriente dans le sens *diarrhée*. L'affection ressortit elle-même à deux ordres de phénomènes bien tranchés. Tantôt, il s'agit d'une inflammation primitive du tube digestif, et plus particulièrement de l'intestin ; tantôt on a affaire à un trouble fonctionnel de la digestion, à une dyspepsie.

Les selles dyspeptiques sont aqueuses, glaireuses, vertes, remplies de grumeaux, blancs ou jaunâtres, représentant surtout des savons calcaires. L'affection a pour cause elle-même une erreur d'alimentation (suralimentation, sous-alimentation ; usage d'un lait contaminé) ou une infection telle qu'une angine, une bronchite. Il y a plusieurs degrés dans la dyspepsie du nourrisson : la dyspepsie simple aiguë ; la dyspepsie atrophiante ; le choléra infantile.

Le premier degré évolue sans fièvre généralement, sans affaissement marqué de l'état général ; il cède rapidement à la suppression de la cause, et à quelques heures de diète hydrique. Le second degré, qualifié de dyspepsie atrophiante, en raison de la fonte rapide du nourrisson, par le Dr Léone Maryssael (1), à qui j'emprunte les éléments de cette petite étude, est caractérisé par une abondante déperdition aqueuse, accompagnée d'élimination en excès de substances minérales et protéiniques. L'enfant risque de verser dans l'hypothrepsie et de finir dans l'athrepsie. La diète hydrique, de courte durée (huit heures), suivie d'une reprise prudente de l'alimentation avec du babeurre, du lait albumineux, etc., forme la base du traitement.

(1) *Bruxelles médical*, 6 mars 1932.

Le choléra infantile imprime à l'habitus du nourrisson un aspect caractéristique bien connu. C'est une maladie très grave, qui se termine habituellement par une phase d'algidité et de collapsus. Les selles sont profuses, lientériques, muco-grumeleuses, vertes, projetées en jet. Elles s'accompagnent de vomissements plus ou moins abondants.

Là, la diète hydrique doit être pratiquée durant un temps assez long (24 heures, 36 heures, 48 heures même). On réhydratera le nourrisson de toutes les manières : thé de Chine très léger, eau minérale alcaline, par la bouche. Injections sous-cutanées d'une solution isotonique de bicarbonate de soude (1,75 pour 1.000) : 100 gr. par jour, et de sérum glucosé. On peut injecter également, sous la peau ou dans le péritoine, du sérum de cheval désalbuminé et aminé (Ribadeau-Dumas) à la dose de 30 à 80 cmc. par jour ; du sang citraté prélevé sur la mère peut être aussi injecté dans le péritoine (Siperstein, Montgomery, Cohen). La reprise de l'alimentation se fera par de petites doses de lait de femme écrémé ou non, ou à défaut, de babeurre, de lait albumineux, de petit lait, de poudre de lait maigre ou demi-maigre, de lait condensé écrémé.

Les entéro-colites primitives sont conditionnées par le bacille typhique, le bacille paratyphique et le bacille dysentérique. La fièvre typhoïde du nourrisson est relativement rare : 1,8 % (Nobécourt et Voisin). Elle ne diffère pas sensiblement, aux épistaxis près, de celle des grands enfants. Le début en est parfois brusque. Le diagnostic repose sur l'ensemble des symptômes, les données de l'hémoculture, et le séro-

diagnostic. Parmi les médications conseillées, l'auteur cite surtout les toni-cardiaques et la vaccination.

La dysentérie se traduit par des selles contenant du sang, et du pus, peu abondantes, mais fréquentes, et accompagnées d'épreintes très pénibles. L'état général est toujours fortement atteint.

Le traitement recourra au sérum spécifique antidysentérique, commandé par la nature du bacille, à la réhydratation par la bouche, la voie sous-cutanée. Les bains chauds sont indiqués, s'il y a hypothermie. C'est une affection très contagieuse.

On voit que l'auteur insiste, dans tous les cas envisagés par lui, sur la nécessité et l'urgence de la réhydratation, et recommande même à cet effet, plus particulièrement, une eau minérale alcaline.

Notre expérience nous a appris la supériorité, comme eau de cette nature, de la Reine de Vals, dans le traitement, comme dans la prophylaxie des affections gastro-intestinales des petits enfants.

Les avantages de cette eau ne résident pas seulement dans sa teneur en acide carbonique libre, mais aussi dans sa minéralisation, qui intervient opportunément pour saturer et neutraliser l'acidité anormale des voies digestives.

La Reine de Vals est l'agent essentiel de la diète hydrique. Toujours admirablement bien tolérée, elle apaise la soif inextinguible inséparable des déshydratations massives, tempère la sécheresse de la bouche, calme les vomissements, favorise la diurèse, et stimule la glande hépatique.

Administrée pure et froide, par cuillerée à café ou à dessert, et exclusivement, elle sera mélangée aux prudentes gorgées de lait avec lesquelles on reprendra peu à peu l'alimentation. S'il était nécessaire de pratiquer des lavages intestinaux, de petites irrigations, avec la Reine de Vals, y pourvoieraient excellemment et pourraient même contribuer à augmenter la masse sanguine.

La thérapeutique gastro-intestinale des enfants du premier âge, on ne saurait trop y insister, a pour principale arme — offensive et défensive — la Reine de Vals, justement réputée pour l'ensemble de ses qualités.

E.-D. Gaston.

## QUELQUES LIVRES

### Clinique médicale des Enfants

### Maladies infectieuses. Rhumatisme articulaire aigu. Fièvre typhoïde. Scarlatine

Professeur P. Nobécourt

Le neuvième Recueil des leçons du Professeur Nobécourt, qui vient de paraître (1), est consacré à quelques maladies infectieuses.

Sur les vingt leçons qu'il renferme, huit sont relatives au rhumatisme articulaire aigu, plus exactement dénommé maladie de Bouillaud, et plus particulièrement à ses manifestations cardiaques. Une localisation cervicale et cervico-sciatique permet de mettre en lumière cette variété, assez fréquente, chez les enfants, soit qu'il s'agisse de maladie de Bouillaud proprement dite avec complications cardiaques éventuelles, soit que les rhumatismes secondaires soient en cause : rhumatismes symptomatiques de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, etc.

Les manifestations cardiaques du rhumatisme articulaire aigu, étudiées par le professeur, sont l'endocardite aiguë simple, discrète ; les péricardites rhumatismales aiguës et subaiguës ; les pancardites rhumatismales ; la pancardite subaiguë avec troubles cardiaques graves ; l'aortite, probablement rhumatismale, observée chez un garçon de 14 ans. En outre des cardiopathies rhumatismales, le professeur a recueilli deux observations de syndromes de congestion pulmonaire, dont l'une ressortit indiscutablement au rhumatisme, l'autre étant plus douteuse : ce lui fut l'occasion d'étudier cet aspect pulmonaire de la maladie de Bouillaud. Enfin, le début peut être marqué par un syndrome abdominal douloureux, comme dans un cas où on élimina l'appendicite et la péritonite à pneumocoques, pour étiqueter exactement l'affection dès que les arthropathies apparurent.

La fièvre typhoïde, ses particularités chez l'enfant, ses débuts brusques ou rapides, ses complications cardiaques, la symptomatologie et l'évolution des paratyphoïdes, spécialement dans la première enfance, sont ensuite étudiées. sur le plan adopté par le professeur Nobécourt.

Une intrication de fièvre typhoïde et de scarlatine sert de transition pour aborder l'étude des arthrites et des adénites de la scarlatine chez l'enfant.

(1) Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Un vol. in-8° de 400 pages, illustré de nombreuses planches, graphiques, radiographies, etc. (55 francs).

Nos lecteurs connaissent la manière de l'auteur : ce n'est pas une étude complète des maladies envisagées qu'il prétend donner. Il présente les malades que le hasard lui permet d'observer, mettant en relief les enseignements qui s'en dégagent. Mais la présentation est tellement minutieuse, tellement fouillée, que, finalement, à l'occasion du cas concret que la clinique utilise comme objet d'enseignement, c'est une revue générale de la maladie en cause que passe M. Nobécourt, pour la meilleure instruction des élèves, et aussi des médecins, qui restent toute leur vie des étudiants, et trouvent dans ces intéressantes leçons un profit considérable.

G. DUCHESNE.

## L'Héritage de Janquet

Par Fernand VIALLE

Préface de Charles SYLVESTRE

C'est un Recueil de contes très brefs dont le premier donne son titre à l'ouvrage (1).

Encore que d'une simplicité poussée parfois à l'extrême, ils sont charmants, ces petits contes; émouvants aussi, comme la fin du vieux Janquet qui, découvrant que ses neveux, qui le veillent durant sa maladie, ne sont que des goujats qui ne souhaitent que sa mort pour jouir de son héritage, brûle ses liasses de billets de mille francs de telle façon qu'elles restent encore reconnaissables, avant que de se recoucher dans son lit, pour y rendre l'âme ; tel encore le miracle de ce ténor de qualité qui, ayant perdu la mémoire dans un accident d'auto, la retrouve, avec sa voix, en entendant un disque qui enregistra naguère l'un de ses triomphes.

Ils sont poétiques toujours : l'auteur aime la nature et ne s'en défend pas ; il en décrit les attraits puissants avec des accents d'une belle envolée.

Ils plairont à tous les âges, et seront lus par tous — petits et grands. Ils sont un peu ce que disait Napoléon des lettres de Madame de Sévigné : « C'est comme un panier de cerises ; on en goûte une, et on finit par les manger toutes ».

Bref, c'est un ouvrage hautement moral, où se montre le mieux cette chose légère si charmante, à peu près indéfinissable, que l'on sent sans pouvoir l'exprimer, et qui s'appelle l'esprit français.

E. ROY.

## Ernest Chambon (1836-1910)

Par le Dr André FASQUELLE (2)

Préface du Dr E. ROUX,

Directeur de l'Institut Pasteur

A la suite de la découverte de Jenner, en 1796, la vaccination contre la variole se pratiqua, durant de longues années, de bras à bras. Or, en 1860, le Dr Viennois publia un mémoire intitulé : *De la transmission de la syphilis par la vaccination*. Ce mémoire eut un tel retentissement que la question fut portée par Depaul à la tribune de l'Académie de médecine et qu'un Congrès international fut réuni à Lyon, à sa diligence, pour étudier les moyens de prévenir cette catastrophe. Evénement d'une gravité exceptionnelle, en effet, puisqu'il risquait de ruiner à tout jamais une méthode prophylactique dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

Parmi ces moyens, il en fut un que proposa un médecin de Naples, sous le nom de vaccine animale. Cette proposition frappa Ernest CHAMBON, qui poursuivait alors ses études médicales à Paris. Il s'associa avec le Dr Lanoix et envoya celui-ci à Naples étudier sur place la méthode proposée, dans le but d'en faire bénéficier la France.

Lanoix s'instruisit durant plusieurs semaines auprès du Dr Negri, directeur de l'Institut de vaccine de Naples, et il revint, en possession de toute la pratique de la vaccination animale, en même temps qu'il ramenait une génisse vaccinifère.

C'est à partir de ce moment que la vaccine animale commença, non sans de grandes difficultés et oppositions, à se répandre à Paris et en France. Le succès de curiosité remporté par l'originalité du procédé qui transportait l'animal à domicile ne fut sans doute pas étranger à sa diffusion.

André Fasquelle, disciple de Chambon et son successeur à la tête de l'Institut de vaccine animale de la rue Ballu, expose ce qui précède

(1) Editions de La Brise, 9, avenue de la Gare, Brive.

(2) J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris. Un vol. in-8° petit jésus de 1 10 pages

dans l'Introduction qu'il a écrite pour présenter pieusement les mémoires mêmes de son maître. Celui-ci relate les trois périodes principales de son apostolat. Grâce à sa ténacité, à sa puissance de suggestion, aux appuis qu'il sut se créer dans les milieux académiques et hospitaliers, Chambon triompha de tous les obstacles qui se dressèrent sous ses pas et imposa la vaccination animale qui est aujourd'hui classique. Mais il y avait longtemps déjà qu'il était populaire sous le nom de *l'homme à la génisse.*

L'installation de l'Institut rue Ballu — alors rue de Boulogne — remonte à 1879.

Le Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, a écrit pour cet ouvrage une préface qui se termine ainsi :

« Grâce à la vaccine animale, on peut maintenir toute une population en état réfractaire à la variole. Sans elle, l'application de la loi sur la vaccination obligatoire serait impossible.

« Les mérites de Chambon ne doivent pas être oubliés ; c'est avec un sentiment de reconnaissance que, l'ayant vu à l'œuvre jusqu'à ce que la maladie l'ait obligé à la retraite, j'écris ces quelques lignes comme introduction à la notice que lui consacre le Dr Fasquelle. »

G. Duchesne.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Les névralgies ano-rectales.

C'est, disent MM. P. Oury et Masselin, un syndrome douloureux, localisé à la région ano-rectale, dont le diagnostic ne peut être fait qu'après un examen endoscopique minutieux. Celui-ci met en évidence l'intégrité de la muqueuse ano-rectale, fait qui contraste avec l'intensité des crises paroxystiques. La névralgie rectale se différencie de la névralgie anale par les caractères suivants : la névralgie rectale se manifeste avant tout par une douleur, que le malade localise en un point déterminé et profond du rectum ; cette douleur se projette d'une façon constante de chaque côté de la crête sacrée. La névralgie anale est, au contraire, une paresthésie de la région anale. C'est une douleur superficielle de la virole sphinctérienne ; dans quelques cas, il est possible de constater une contracture du sphincter ; mais celle-ci, facile à vaincre, n'atteint jamais l'intensité de la contracture des états fissuraires.

La névralgie rectale, comme la névralgie anale, peuvent se rencontrer à l'état pur. Cependant, elles sont le plus souvent associées.

La névralgie ano-rectale n'est pas une névrose ; quelquefois secondaire à des lésions locales anciennes ou cicatrisées, elle est plus fréquemment une séquelle à longue échéance d'une affection génitale guérie, ou d'une intervention ayant porté antérieurement sur le pelvis.

Le traitement sera à la fois local et général.

Localement : douches tièdes générales, ou simplement localisées à la région sacrée ; bains de siège ; compresses chaudes. On obtient ainsi des sédations notables, malheureusement passagères. L'électrothérapie, par courants de haute fréquence ou diathermie trans-abdomino-rectale, ne semble pas donner de résultats appréciables La dilatation anale (diagnostic trop vite posé de fissure) est à prohiber formellement. Par contre, les insufflations intra-rectales d'oxygène radioactif semblent donner actuellement les résultats les plus durables (sédation durant plusieurs mois ou plus d'un an).

Le traitement général comportera la psychothérapie, le repos physique, l'isolement, les antispasmodiques généraux, les analgésiques : bromure, belladone, gardénal ; pas d'opium, ni morphine, ni cocaïne. Surveiller la constipation, l'entéro-colite ; faire de l'hydrothérapie. (*La Pratique médicale française,* novembre 1931-A.)

### Essai de classification des principaux types d'hépato-néphrites.

MM. Pasteur Vallery-Radot et Derat démontrent la fréquence de l'association de troubles rénaux et de troubles hépatiques. Il s'agit tantôt d'hépato-néphrites aiguës primitives, tantôt d'un syndrome hépato-rénal au cours d'une infection ou d'une intoxication, tantôt de manifestations hépatiques au cours d'une néphrite chronique (hépato-néphrite chronique).

Il faut savoir, dans les symptômes observés, faire la part de la lésion rénale et celle de la lésion hépatique.

La recherche de l'albuminurie et de la cylindrurie permet de déceler la *lésion rénale.* L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine est d'interprétation difficile : quand l'élimination est troublée, il n'est guère possible de reconnaître quelle est la part de la lésion rénale et celle de la lésion hépatique. L'élévation du taux de l'urée sanguine peut résulter d'une hyperuréogénèse hépatique ou d'une imperméabilité rénale aux

corps azotés ; on ne saurait donc attribuer l'azotémie à la lésion rénale seule. Un abaissement notable de la concentration de l'urée dans l'urine, coïncidant avec une élévation importante de l'urée sanguine, est un signe d'insuffisance rénale.

La *lésion hépatique* se révèle par l'ictère. Il est parfois peu net. Il faut donc rechercher dans les urines, pigments, sels biliaires et urobiline. L'urobilinurie est un des signes qui s'observe le plus souvent, et qui permet de mettre en évidence le trouble du fonctionnement hépatique. On recherchera dans le sang la cholémie. Enfin, le syndrome hémorragique, et parallèlement la prolongation du temps de saignement (épreuve de Duke) doivent être vraisemblablement rattachés aux troubles du fonctionnement hépatique.

La recherche systématique de signes hépatiques, au cours des néphrites, de signes rénaux au cours des affections du foie, permettra souvent de constater l'association des lésions des deux organes.

Au cours de toutes les infections ou intoxications, le syndrome hépato-rénal est fréquent. Bien qu'il soit ordinairement estompé dans la symptomatologie générale, il doit entrer en ligne de compte pour le pronostic de l'infection ou de l'intoxication. (*Le Bulletin Médical*, 7 novembre 1931.)

**Contribution à l'étude du diagnostic des hémorragies pelviennes d'origine génitale.**

M. G. Pascalis rapporte le cas intéressant d'une malade, qu'il dut opérer rapidement en raison d'accidents graves ; celle-ci présentait une tumeur abdominale, faisant corps avec l'utérus, montant jusqu'à trois travers de doigt en dessous de l'ombilic, parfaitement mobile. La consistance, très dure à la partie supérieure, était, dans les deux tiers inférieurs, tout à fait molle. Un petit caillot avait été expulsé avec douleur, et le toucher montrait la partie inférieure de la matrice, jusqu'ici molle et fluctuante, très tendue et augmentée de volume. L'auteur eut l'impression qu'il s'agissait d'un fibro-myome, et que la malade saignait, et continuait à saigner, dans son utérus, qui était certainement rempli de caillots.

Une laparotomie médiane sous-ombilicale montra que le ventre était rempli de sang rouge non coagulé, comme s'il se fût agi d'une inondation péritonéale par rupture récente de grossesse tubaire. L'utérus présentait un fibrome en haut, intra-mural, de la forme et de la dimension d'une orange moyenne. Les deux tiers inférieurs de l'utérus, mous, fluctuants, dilatés, étaient remplis par un gros caillot, qu'un orifice cervical atrésié n'avait pas permis d'évacuer. Les trompes, les ovaires, les ligaments larges étaient absolument normaux, indemnes de toute lésion. C'est par l'ostium abdominal, largement perméable, des trompes que le sang, ne pouvant s'écouler par en bas, avait reflué dans la cavité abdominale.

Le fait est fort rare ; ainsi voit-on la possibilité d'élargir le chapitre des hémorragies génitales internes, ne relevant pas de la rupture d'une grossesse tubaire. (*Gazette médicale des hôpitaux*, 11 novembre 1931.)

**L'association sucre-insuline en thérapeutique cardiaque.**

MM. L. Rimbaud, A. Balmès et G. Anselme-Martin pensent que l'association sucre-insuline ne doit pas se substituer aux toni-cardiaques, dont l'action est indiscutable ; mais ils estiment qu'elle doit prendre place à côté de ces substances en thérapeutique cardiaque.

Sont particulièrement justiciables de ce traitement :

*a*) Les asystolies irréductibles par inefficacité progressive des toni-cardiaques habituels. C'est dans ce groupe que le traitement sucre-insuline leur a donné des résultats remarquables.

La durée du traitement a varié, selon les cas, entre dix et douze jours. Le matin, injection sous-cutanée de 5 unités d'insuline, précédant de 10 à 15 minutes l'absorption de 100 grammes d'une solution aqueuse de sucre à 50 p. 100, ou de glycose obtenue par hydrolyse du saccharose, aromatisée avec du citron ou de la menthe. Si, au cinquième jour, aucun changement ne s'était produit, on injectait 10 unités d'insuline, et l'on donnait 200 grammes de sirop, soit 100 gr. de sucre, pris par moitié à une demi-heure d'intervalle. La détermination de la glycémie avant le début du traitement peut être utile ; elle montre si le cœur a déjà à sa disposition une quantité suffisante de sucre, par exemple dans les asystolies des diabétiques ou les asystolies avec hyperglycémie sans diabète ; ou, au contraire, elle indiquera s'il y a hypoglycémie. Indispensable dans le second cas, l'administration du sucre sera superflue dans le premier. Pratiquement, cette détermination préalable de la glycémie n'est pas absolument nécessaire. Il n'y a pas d'inconvénient à administrer du glucose aux hyperglycémiques comme aux hypoglycémiques, puisque le glycose supplémentaire sera immédiatement consommé par l'organisme à la faveur de l'insuline injectée.

Ce traitement pourra être administré isolément, ou combiné aux toni-cardiaques, en fin de cure, s'il n'a pas agi à lui seul.

*b*) Les insuffisances ventriculaires droites aux stades de dys- ou d'hyposystolie. Dans ces cas, l'association sucre-insuline a des effets équivalents à ceux des toni-cardiaques.

*c*) Les insuffisances ventriculaires gauches. Ici, dans les cas où le traitement par l'ouabaïne

a échoué, la thérapeutique sucre-insuline pourra encore donner des résultats favorables.

Ont paru faiblement influencés par ce traitement : *a*) L'insuffisance cardiaque des basedowiens ; *b*) les troubles du rythme ; *c*) l'hypertension artérielle .

N'ont, en réalité, résisté au traitement que les cardiopathies infectieuses aiguës. (*La Presse médicale*, 11 novembre 1931.)

### Les accidents digestifs, provoqués par le tænia.

Il existe, chez les gens porteurs de tænia, quoique plus rarement que chez d'autres sujets parasités, des accidents gastriques ou intestinaux, qui revêtent parfois des caractères impressionnants, et qui prêtent à des erreurs de diagnostic. Les plus remarquables sont, dit le Prof. Loeper :

D'une part, les phénomènes pseudo-ulcéreux ; d'autre part, les diarrhées abondantes ; enfin les crises pseudo-tabétiques.

Ces accidents peuvent être la conséquence d'un phénomène d'irritation locale, d'un phénomène réflexe, d'une décalcification locale du muscle intestinal, mais aussi de réactions entéro-névritiques.

Ces entéro-névrites sont toxiques. Elles peuvent avoir une origine anaphylactique, une origine chimique (dans les aldéhydes ou dans des acides gras ?). Elles l'ont certainement, et au moins en partie, dans l'acide oxalique, qui naît aisément de la transformation même du ténia, surtout de la transformation, prouvée maintes fois d'ailleurs, de son glycogène en acide oxalique. (*Le Progrès médical*, 7 novembre 1931.)

### Pneumonie épithéliale. Cellules à poussières et épithélium pulmonaire.

D'une étude de M. le Dr Morel une conclusion se dégage : c'est que le processus de la pneumonie épithéliale et celui de la pneumonie franche aiguë ne sont pas essentiellement différents. L'une et l'autre de ces modalités sont l'expression d'une réaction de l'organisme, amenant l'exsudation, dans les alvéoles, de cellules phagocytaires, grandes cellules mononucléaires ou leucocytes polynucléaires, suivant la nature de l'agent qui a suscité leur diapédèse. (*La Pratique médicale française*, novembre 1931-B.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### La mortalité des Enfants-Assistés de la Seine.

(M. Mourier. — *Académie de médecine* ; 1-3-1932.)

Le service des Enfants-Assistés de la Seine a pris, en 1921 et 1927, deux mesures qui ont grandement contribué à diminuer la mortalité des nourrissons dont il a la charge. Ces mesures ont été : en 1921, la création de centres d'élevage pourvus d'infirmières-visiteuses qui prolongent l'action médicale par liaison entre l'éleveuse et le médecin ; en 1927, la constitution, à la pouponnière d'Antony, d'un centre d'adaptation à la nourriture au lait de vache stérilisé par ébullition et l'envoi de ce lait aux centres d'élevage de province, l'allaitement artificiel étant devenu une nécessité depuis la quasi-disparition de la nourrice au sein.

M. Mourier montre que, grâce à cette double création, la mortalité des enfants assistés âgés de un an au maximum, a diminué dans des proportions considérables : de 30 à 40 p. 100 qu'elle était avant la réforme, elle est descendue à 15 p. 100 ; puis, à la suite de l'ouverture du centre d'adaptation d'Antony, en 1927, à 9, 8, et 6 pour 100.

L'efficacité du stage d'adaptation au lait de vache ressort avec évidence de ces chiffres. Elle se trouve corroborée, d'une façon plus précise encore, par la statistique de mortalité relevant de gastro-entérite. Cette affection, depuis 1927, a pratiquement disparu parmi les petits assistés de la Seine.

M. Mourier ajoute que de semblables résultats peuvent être obtenus partout : c'est uniquement une question de crédits et de méthode.

### Les mastites non suppurées de la typhoïde.

(M. J. Sabrazès, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 23-2-1932.)

On sait qu'au cours de la dothienentérie peuvent apparaître, rarement d'ailleurs, des inflammations de la glande mammaire. Ces mastites sont plus fréquentes chez la femme et on les observe surtout de vingt à quarante-cinq ans. C'est au déclin ou au début de la convalescence qu'elles se montrent habituellement. Tantôt, on aspire du pus à la ponction, pus contenant le bacille typhique ; tantôt, et c'est l'éventualité la plus commune, la ponction ne ramène ni pus, ni germes. Les mastites non suppurées en question rétrocèdent, en général, au bout de huit à vingt jours. Dans un cas de ce genre soumis à son observation, M. Sabrazès a fait pratiquer un prélèvement d'un segment de la glande mammaire malade, pour biopsie, ce qui lui a permis une étude anatomo-pathologique de cette complication de la fièvre typhoïde.

### Fréquence de la fièvre ondulante dans le Gard.

(MM. Ch. Dubois et N. Sollier, de Nîmes. — *Académie de médecine* ; 23-2-32.)

De 1928 à 1931, 259 cas de fièvre ondulante ont été diagnostiqués par le laboratoire des hôpitaux de Nîmes (séro-diagnostic de Wright et hémoculture). Comme nombre de malades du Gard ressortissent à d'autres laboratoires d'analyse (Nîmes, Arles, Avignon, Montpellier), et étant donné que beaucoup de « maltais » ne sont pas soumis à des examens de laboratoire, MM. Ch. Dubois et Sollier estiment que le nombre des malades atteints de fièvre de Malte dans le Gard est annuellement de 400 à 500, soit 1 pour 1.000 habitants environ de ce département. Il y a là une fréquence qui commanderait d'intensifier les mesures de prophylaxie.

### Sur les débits de boissons alcooliques.

(M. Sibur. — *Académie de médecine* ; 23-2-1932).

L'Académie vote les conclusions suivantes du rapport de M. Sieur sur les débits de boissons alcooliques :

1° Que le Parlement, tenant compte des graves dangers que le trop grand nombre de débits de boissons fait courir à la morale, à la santé et à la fortune publiques en favorisant l'alcoolisme dans toutes les classes de la société, prenne les dispositions nécessaires pour limiter le plus possible et dans le plus bref délai le nombre des débits de boissons alcooliques ;

2° Qu'en attendant une nouvelle législation, le ministre de la Santé publique veuille bien inviter les préfets et les municipalités à appliquer rigoureusement à ces établissements les lois, décrets et règlements, qui les régissent à l'heure actuelle, et à refuser toute ouverture nouvelle de débits ;

3° Qu'il soit défendu de servir dans les débits, de quelque nature qu'ils soient, des boissons alcooliques à consommer sur place aux enfants au-dessous de seize ans.

A la demande de M. Marcel Labbé, un quatrième paragraphe est adopté, demandant :

Qu'il soit créé dans toutes les régions de la France, des débits de boissons non alcooliques sur le modèle des Abris du marin et des Foyers du soldat.

### Le « carpe bossu »

(MM. J. Fiolle et Ailland, de Marseille. — *Société de chirurgie* ; 27-1-1932).

MM. Fiolle et Ailland rapportent une nouvelle observation de ce qu'ils ont appelé le « carpe bossu ». La lésion apparaît sur les clichés comme elle a été vue dans les observations précédentes : même saillie, même bec osseux, et même espace articulaire entre le grand os et le troisième métacarpien.

— M. Mouchet a observé également cette déformation qu'il a interprétée comme une séquelle d'entorse.

— M. Tavernier se demande s'il ne s'agit pas là d'une déformation par effort (pressions répétées de bas en haut s'exerçant sur l'index et le médius et tendant à tasser le métacarpien sur le carpe). Pour lui, cette curieuse saillie dorsale de l'articulation du grand os avec la base du troisième métacarpien n'est pas très exceptionnelle. Elle est souvent un stigmate professionnel chez les ouvriers spécialisés dont le travail nécessite des efforts répétés de pression avec les doigts médians ou avec la saillie palmaire des articulations métacarpo-phalangiennes de la main.

Il est arrivé à M. Tavernier, constatant par hasard sur un malade, à l'hôpital, un carpe bossu associé à des callosités prétibiales, d'étonner son entourage en dévoilant à l'improviste la profession de racleur de parquet du patient.

M. Tavernier demande enfin à M. Fiolle — qui est atteint lui-même de carpe bossu — s'il ne cultive pas quelque art d'agrément, sculpture sur bois ou autre, qui expliquerait la déformation de son carpe.

P. L.

### Le lever matinal précoce.

(M. Léopold-Lévi. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 12-2-1932.)

L'auteur fonde sur une quarantaine d'observations la conclusion qu'un traitement opothérapique, à base de glandes d'énergie, surtout surrénale, permet à un grand nombre de sujets, de se lever de bonne heure, alors que, par tempérament, ils ont de la difficulté, parfois de la souffrance, à sortir le matin de leur lit.

Il rapporte au fonctionnement des glandes endocrines et de l'appareil sympathique les quatre tendances des êtres humains.

Les couche-tard, lève-tôt, c'est-à-dire les sujets qui ont un besoin minimum de sommeil, sont des endocrino-sympathiques hypersthéniques ; ils sont en surpression par hyper-surrénalisme.

Les couche-tôt, lève-tard ont un besoin maximum de sommeil ; ils ont de l'asthénie endocrino-sympathique. Ce sont des hypo-surrénaliens fatigués ; ce sont parfois aussi des hypothyroïdiens ; ce sont souvent des hypo-pituitaires, fréquemment obèses et incapables d'effort.

Les couche-tôt, lève-tôt ont une orientation plutôt holo-sympathique dès le matin ; ils deviennent par contre hyper-vagotoniques dans la soirée.

Les couche-tard, lève-tard n'ont pas un besoin excessif de sommeil, sont instables au point de vue endocrinien ; ils ont de l'instabilité du sympathique à prédominance vagale le matin, avec sympathicotonie le soir.

### Le diagnostic et le traitement de la leishmaniose viscérale.

(MM. d'Œlnitz et Liotard. — *Soc. Méd. des hôpitaux de Paris* ; 29-1-1932.)

La leishmaniose viscérale infantile, peu fréquente

dans les Indes anglaises, est, au contraire, presque la seule observée sur les côtes méditerranéennes. Le kala-azar de l'adulte, d'observation banale dans les Indes anglaises, paraît exceptionnel en Europe, et l'on peut compter les cas décrits.

L'étude comparative de trois cas de kala-azar chez l'adulte, la comparaison que l'on peut en faire avec les nombreux cas de kala-azar infantile, permettent quelques considérations intéressantes.

On arrive à l'impression des médecins des Indes anglaises, c'est-à-dire que l'étiologie canine du kala-azar est loin d'être démontrée, le mode de contamination restant à trouver.

Si l'on admet que l'incubation, très courte certaines fois, peut se prolonger jusqu'à deux ans et plus, si l'on accepte encore que la durée de certaines formes peut atteindre trois, quatre et cinq ans, que ces formes peuvent comporter des périodes indéfinies d'apyrexie et se manifester seulement par des troubles digestifs et généraux nullement caractéristiques, il n'est plus défendu d'invoquer une étiologie coloniale et d'admettre parfois une évolution chronique et prolongée de l'infection leishmanienne.

Si, au contraire, l'on n'accepte pas cette dernière éventualité, force serait de conclure que la contamination peut avoir lieu sur notre territoire, et plus particulièrement dans la région méditerranéenne de Cannes et Nice, où les cas rapportés par l'auteur seraient alors les premiers publiés.

Contrairement aux réactions thermiques irrégulières désordonnées du kala-azar de l'enfant, qui échappent à toute description, la fièvre dans ces cas observés chez l'adulte a été régulièrement oscillante. La courbe thermique, dans son ensemble, a procédé par vagues rappelant les ondulations mélitensiques.

Quant à l'augmentation de volume de la rate chez l'adulte, comparée aux observations faites chez l'enfant, il semble que, dans une certaine mesure, le volume et surtout la consistance de la rate soient fonction de l'ancienneté et du degré d'activité de l'infection leishmanienne.

Les modifications de la formule sanguine sont constantes dans le kala-azar. La diminution des globules, souvent modérée chez l'adulte, est beaucoup plus marquée dans le kala-azar infantile, où l'anémie est souvent intense. La leucopénie, qui peut parfois manquer chez l'adulte, est variable chez l'enfant. Le rapport des leucocytes aux hématies est habituellement très diminué ; une proportion inférieure à 1 p. 1.500 serait presque caractéristique de la leishmaniose. L'inversion de la formule leucocytaire, caractérisée par l'hypopolynucléose, sans être caractéristique du kala-azar, est cependant habituelle dans cette maladie, et la diminution des polynucléaires est en rapport avec la gravité de l'évolution. Les polynucléaires augmentent assez vite avec l'amélioration provoquée par le traitement spécifique ; il en est de même des éosinophiles, qui disparaissent en cas d'aggravation de la maladie.

Parmi les réactions humorales permettant de présumer l'existence d'un kala-azar, la réaction au formol a été la plus étudiée : l'addition au sérum d'une leishmaniose de II gouttes par centimètre cube d'une solution de formol à 40 p. 100 provoque, le plus souvent dans un temps très court, non seulement la gélification, mais encore l'opacification laiteuse du sérum. L'auteur estime, qu'en raison de ses résultats parfois contradictoires, elle ne constitue qu'un signe de présomption ; elle peut être positive dans des cas totalement indépendants de la leishmaniose.

La réaction de Chapra et Gupta, caractérisée par la précipitation caséeuse massive du sérum, au contact d'une solution de sel organique d'antimoine (solution d'uréa-stibamine à 4 p. 100) paraît plus sensible que la précédente.

L'épreuve de certitude consiste dans la découverte du parasite lui-même, soit dans certains viscères et particulièrement dans la rate, soit dans le sang circulant, directement ou par hémoculture. La ponction de la rate n'est pas exempte de dangers, et, d'autre part, l'absence de parasites ne doit pas exclure la possibilité de la maladie, car il est des périodes de l'évolution où ceux-ci sont absents dans certaines parties du parenchyme splénique. Mieux vaut donc recourir à l'hémoculture après enrichissement artificiel.

Cependant si, malgré tout, l'apparence clinique et les signes de présomption rendent le diagnostic probable, il faut, même en cas de doute, recourir au traitement d'épreuve par les sels d'antimoine, qui, correctement appliqué, ne comporte aucun inconvénient sérieux. La voie intra-veineuse est à préconiser ; l'auteur a utilisé avec de bons résultats un sel inorganique d'antimoine trivalent, l'émétique de soude (stibyal) ; cependant les composés aromatiques d'antimoine pentavalents paraissent avoir une action plus rapide, notamment l'uréa-stibamine : peu toxique, rapide action, tolérance parfaite.

G. F.

---

*Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique.*

Séance du 29 janvier 1932.

**Restauration des pertes de substance de la pyramide nasale.**

Dr Sanvenero Roselli (de Milan). — L'auteur présente une série de photographies, avant et après opérations, concernant plus particulièrement les mutilations du dos et de la pointe du nez, mutilations subtotales et totales restaurées, d'après les différentes méthodes de la chirurgie plastique.

**Procédé amélioré d'ablation de kystes de la queue du sourcil et de l'orbite (avec instruments nouveaux).**

Dr A. Terson (de Paris). — Terson épile au lieu de raser, la région à opérer, et l'autre côté, pour éviter le disparate que produisait le rasage ; il libère

le kyste avec un bistouri mousse et charge le pédicule adhérent sur un grand crochet à strabisme. Les sutures cutanées sont faites avec une pince à extrémités bifurquées qui tendent bien la peau.

**Contribution à la réfection de la lèvre inférieure.**

Dr Burian (de Prague). — Dans la conservation des lèvres, Burian insiste sur la conservation de la motilité, et en particulier, préconise la transplantation de lambeaux musculaires, dont on a conservé les rameaux du nerf facial.

**A propos de la correction des nez ensellés.**

Dr Claoué (de Paris). — Présentation de cas de nez ensellés, corrigés par inclusion d'ivoire, avec photographies et radiographies avant et après l'opération. Le Dr Claoué expose la forme particulière qu'il donne au bloc à inclure et présente une de ses opérées.

**Une vieille méthode, un nouvel appareil : le self-ionisateur.**

Dr Acquaviva (de Paris). — Présentation du self-ionisateur qui a été conçu pour permettre l'emploi à domicile, par le patient lui-même, commodément et sans risques, de l'ionothérapie.

**L'ectropion de la lèvre supérieure.**

Dr Muller (de Belfort). — L'auteur explique très clairement comment il fait la résection de la muqueuse en ectropion et il présente deux photographies avant et après l'opération qui démontrent combien les résultats esthétiques sont satisfaisants.

**Un cas de correction morphologique et de reliquats laissés par une opération antérieure de chirurgie plastique du sein par transposition de l'aréole et du mamelon.**

Dr Dartigues (de Paris). — Il s'agit d'une femme de 35 ans qui avait été opérée par le procédé de la transposition, 5 mois auparavant, par un autre chirurgien et qui conservait des cicatrices très apparentes ne correspondant pas au pli sous-mammaire, encore un trop gros volume des seins et surtout un écart des deux mamelons, fort disgracieux. Pour amener cette correction, l'auteur a réséqué, de chaque côté, deux grands lambeaux ovalaires cutanés, opération suivie de la résection d'une portion des deux glandes, du poids d'une demi-livre. L'opération pratiquée, la forme générale des seins est devenue parfaite et les deux mamelons ont été rapprochés d'une façon normale. En position penchée en avant, les seins restent plaqués contre la poitrine.

**Procédé personnel des sutures des tendons fléchisseurs des doigts.**

Dr Montant (de Paris). — Quelques considérations personnelles sur la chirurgie réparatrice des sections des tendons fléchisseurs. L'auteur insiste sur les indications formelles de la suture primitive (ce qui est contraire à l'opinion classique) et sur l'inutilité de la réfection de l'appareil de glissement du tendon. Sa statistique comporte 28 succès sur 32 cas.

**Esthétique et aptitudes ptosées chez l'enfant.**

Dr Robin (de Paris). — Ce sont les deux termes qui, en médecine, pourraient servir de critérium pour exprimer l'état de santé parfaite et l'état de santé déficiente ou mauvaise. Chez de nombreux enfants, qui se portent mal sans être de vrais malades, l'attitude est toujours ptosée. La glossoptose restant une des causes les plus fréquentes de l'attitude ptosée, et conséquemment des ptoses en général, il est nécessaire de la rechercher et de la traiter dès que le diagnostic est fait, l'enfant n'eût-il que deux ans.

**De la sympathectomie péri-artérielle préalable pour les amputations des membres ; conséquences au point de vue plastique.**

Dr Petit (de Paris). — La sympathectomie péri-artérielle peut reculer les limites du champ d'action utile de la chirurgie plastique. Deux exemples le prouveront : Un artério-scléreux de 64 ans, menaçant de faire de la gangrène du petit orteil, présentait une faible oscillométrie à la cuisse et au mollet, La sympathectomie péri-artérielle de la fémorale au triangle de Scarpa, sur 7 centimètres, amena la disparition des crises douloureuses et le retour à l'état normal du petit orteil. Guérison depuis plus d'un an ;

2° Un artério-scléreux athéromateux de 70 ans perd par gangrène le 2e orteil et présente des signes de gangrène du 1er et du 3e orteils droits. Oscillométrie nulle au mollet, nulle à la cuisse au-dessus du genou. Sympathectomie au triangle de Scarpa. Onze jours plus tard l'oscillométrie étant redevenue bonne à la cuisse, au-dessus du genou, il devint possible de pratiquer raisonnablement l'amputation circulaire. Réunion par première intention.

**Revue générale concernant l'opération des rides, avec de nombreuses photographies.**

Dr Maliniak (de New-York).

**Résultats opératoires dans l'ankylose temporo-maxillaire.**

Dr J. Jiano (de Bucarest). — Présentation de deux observations concernant : l'une, l'ankylose temporo-maxillaire, suite d'ostéite post-exanthématique, l'autre concernant l'ankylose post-variolique.

**Traitement des plaies de la face par rapprochement sans suture.**

Dr Coudray (de Paris). — L'auteur présente un

procédé très simple de rapprochement des plaies de la face sans suture, donnant au point de vue esthétique des cicatrices aussi petites qu'il est possible.

**Le point de vue esthétique dans le traitement chirurgical, diathermique et radiumthérapique des épithéliomas de la face ; 2° Au sujet d'un angiome de la région sus-orbitaire traité en deux temps par l'association diathermo-chirurgie.**

Dr Ardouin (de Parthenay).

Doctoresse Enna Glasmer (de Heidelberg). — L'auteur insiste sur l'utilité de l'examen de la peau par la dactyioscopie, avant les opérations esthétiques de la poitrine.

**Tatouage et détatouage.**

Doctoresse A. Prost (de Paris). — L'auteur expose différents procédés de détatouage et décrit ceux qui sont les plus employés à l'heure actuelle. Les agents chimiques et physiques ont permis, depuis ces dernières années, d'obtenir grâce à des techniques spéciales des détatouages parfaits à la suite desquels la cicatrice est souple, plane, et très peu visible.

**Notes sur l'anatomie vasculaire de la glande mammaire.**

Drs Dartigues et Max Leydier (de Paris). — L'anatomie est immuable ; son utilité reste la même, mais son importance peut varier suivant les époques de la science. Ainsi la question artérielle qui intéresse le chirurgien au point de vue de l'exérèse reste tout de même au second plan, tandis qu'elle peut prendre un nouvel intérêt et alors primordial du fait de se rapporter à la chirurgie plastique. Pour celle du sein, il est nécessaire de réviser l'artérialisation de la glande mammaire pour éviter dans les techniques des phénomènes de sphacèle possibles. Sur des recherches et des dissections anatomiques, les auteurs ont pu rectifier certains points et préciser la description de la vascularisation artérielle à ce point de vue.

---

## *Lyon*

*Société nationale de médecine et des sciences médicales*

**Dentiers de l'œsophage.**

MM. Rebattu et Euvrard présentent trois dentiers ayant pénétré dans l'œsophage et dont le mode de sortie a été différent : le premier, arrêté à la hauteur des articulations sterno-claviculaires put être retiré à la pince de Brüning; le second, arrêté au niveau de la fourchette sternale, chemina par la suite jusque dans l'estomac, d'où on le retira par gastrotomie (Dr Desgouttes) ; le troisième, enfin, après arrêt à la hauteur du carrefour broncho-aortique, tomba dans la partie inférieure de l'œsophage, puis franchit successivement le cardia et le pylore et fut finalement retrouvé dans les selles (quatre jours après la déglutition).

**Corps étranger (dentier) du larynx.**

MM. Rebattu et Euvrard présentent l'observation d'un homme de 55 ans, épileptique, qui avala son dentier au cours d'une crise comitiale. Pas de dyspnée, mais dysphagie absolue avec rejet continuel de salive. Au miroir, on voit un volumineux appareil de prothèse dentaire logé dans le vestibule du larynx, reposant obliquement sur les bandes ventriculaires. Extraction assez facile à la pince.

**Tumeur du rein chez un enfant de 4 ans.**

M. Reynard présente une pièce enlevée à un enfant de quatre ans (néphrectomie). Hématurie 8 jours auparavant sans aucun trouble fonctionnel. Dans l'hypochondre droit, tumeur dure de la grosseur d'une orange, ayant le contact lombaire, non douloureuse. Néphrectomie. Suites simples.

**Décollement épiphysaire du radius. Paralysie du cubital.**

M. F. Pouzet présente un petit malade qui reçut un choc sur la main en hyperextension, le coude butant contre un mur. Radio : énorme décollement épiphysaire du radius, fracture en bois vert du cubitus. Réduction sous anesthésie, plâtre. Résultat anatomique excellent mais on constate une paralysie radiale nette : amyotrophie thénarienne et hypothénarienne. Cette paralysie rétrocède par la suite et, trois mois après l'ablation du plâtre, elle est en régression presque complète.

**Accouchement spontané d'un noyau fibromateux par un orifice de colpotomie.**

MM. Molin, Sassard et Bisch présentent une pièce provenant d'une femme de 32 ans, vierge, sans antécédents pathologiques, qui se mit à présenter un syndrome simulant une collection suppurée du Douglas, ce qui motiva une colpotomie. Celle-ci montre qu'il s'agit probablement d'un fibrome postérieur prolabé dans le Douglas. Trois semaines après la colpotomie, un toucher vaginal donne issue à une assez grande quantité de pus fétide ; puis, par l'orifice de colpotomie, la malade expulse, une nuit, presque sans douleurs, un volumineux noyau fibromateux. Dès lors la guérison survient rapidement.

**Vomissements graves de la grossesse guéris par l'insuline.**

MM. Pigeaud et Pizzera présentent l'observation d'une femme de 29 ans, ayant eu une fausse-couche de cinq mois et une grossesse terminée par

un accouchement normal à terme. A la fin du premier mois de la grossesse actuelle, apparition de vomissements, qui peu à peu augmentent d'intensité et s'accompagnent d'un amaigrissement assez sévère. Après échec de diverses thérapeutiques, on institue un traitement insulinique : 15 unités d'insuline par jour, en même temps qu'on faisait ingérer 15 gr. de glucose par jour. Le poids de la malade remonte, l'état général s'améliore, les vomissements diminuent progressivement et disparaissent enfin complètement. Les urines, avant le traitement renfermaient de l'acétone.

### Grossesse survenue trois mois après une insufflation tubaire.

M. VIOLET présente l'observation d'une femme de 30 ans, pesant 85 kgr., sans enfant : stérilité paraissant d'origine endocrinienne. A la suite d'un traitement iodé et d'un régime approprié, on obtient un amaigrissement de 12 kgr. On fait une insufflation tubaire et trois mois après une grossesse survient.

### Prostatectomie périnéale.

M. Ch. GAUTHIER présente, au nom de M. Tixier et au sien, un malade guéri par cette opération qui fut pratiquée à cause de sa plus grande bénignité.

### Néphrectomie sous-capsulaire atypique.

M. Ch. GAUTHIER présente une malade guérie d'une pyonéphrose calculeuse par une néphrectomie atypique. On se trouvait en présence d'une masse du volume de deux poings d'adulte qu'il importait de ne pas ouvrir. On y parvint en clivant prudemment les adhérences.

### Corps étranger de la bronche droite extrait par bronchoscopie supérieure.

MM. COLLET et CHARACHON présentent un enfant de 14 mois qui avait avalé un haricot. Accès de dyspnée intense, mais passagère. Le lendemain matin, légère cyanose, sans dyspnée véritable. A la radio, on constate que le poumon droit ne respire pas et que la base droite est nettement plus sombre que la gauche. M. Collet pratique une bronchoscopie qui est assez difficile et parvient néanmoins à voir le corps étranger et à l'extraire après deux tentatives. Cyanose marquée immédiatement après l'intervention ; mais cette cyanose cède rapidement aux inhalations d'oxygène. Les auteurs citent deux autres cas de corps étrangers de la bronche droite qui purent être extraits par bronchoscopie supérieure, sans trachéotomie préalable, ce qui va à l'encontre des affirmations de Brünings.

### Intoxication par la strychnine.

M. P. SASSARD relate l'histoire d'un malade, qui avait absorbé cent granules de strychnine à un milligramme. Il présentait tous les signes d'un tétanos confirmé, et ce ne fut que la notion, donnée par la femme du malade, de l'absorption des granules, qui permit de faire le diagnostic. A noter que le malade était un habitué de la strychnine. Le traitement consista en lavages de l'estomac, injections d'apomorphine, calmants. L'effet de cette thérapeutique fut rapide, au point que le sujet, entré à l'hôpital à 10 heures du soir, en sortait le lendemain à 10 heures du matin et rentrait à pied chez lui.

## *Société médicale des hôpitaux.*

### Méningo-encéphalite para-morbilleuse.

M. PÉHU et Mlle LAMBERT présentent l'observation d'un enfant de onze ans envoyé à l'hôpital Debrousse pour état méningé succédant à une rougeole. Eruption typique ayant duré deux jours. Puis nouvelle poussée fébrile à 39°4, signe de Kernig. A l'entrée, enfant abattu, restant couché en chien de fusil. Pas de raideur de la nuque, mais Kernig indiscutable, ébauche de Babinski ; pas de céphalée ; pas de paralysie oculaire ; examen des oreilles négatif. Ponction lombaire : liquide limpide, avec 108 éléments par mmc., sucre normal, albumine : 0,90, pas d'éléments microbiens. Lymphocytose. Amélioration lente et progressive : l'enfant quitte le service au bout de cinq semaines environ. La particularité de cette observation réside dans ce fait que la méningo-encéphalite est survenue en même temps que l'éruption.

Il semble bien que les fièvres éruptives se compliquent plus fréquemment qu'autrefois de lésions nerveuses. (Dufourt).

### Tumeur intra-rachidienne.

MM. L. BÉRIEL et LEVRAT présentent l'observation d'un homme de 58 ans, sans antécédents notables, sauf un éthylisme modéré (3 litres de vin par jour). Début en novembre 1929 par lourdeur des jambes, difficulté de la marche, puis apparurent des mictions plus fréquentes et difficiles, enfin douleurs en hémi-ceinture entre la dernière côte et la crête iliaque. A l'entrée, le malade ne peut faire que quelques pas en s'aidant de deux cannes. Paraplégie spasmodique ; réflexes rotuliens et achilléens normaux, certains plantaires en extension, trépidation épileptoïde bilatérale. Troubles de la sensibilité dans toute la partie inférieure du corps (abolition des sensibilités douloureuse et thermique, bande radiculaire d'anesthésie du côté gauche, dans la zone spontanément douloureuse). Ponction lombaire ; tension : 18 au Claude, lymphocytes un par bande à la cellule de Nageotte, albumine : 1 gr. ‰, Wassermann très positif, négatif dans le sang ; traitement d'épreuve sans résultat ; lipiodol arrêté au niveau du bord inférieur de $D^8$.

Intervention : Laminectomie au niveau de $D^8$,

D[9], D[10]. Pas d'amélioration. Une nouvelle radiographie montre que la laminectomie a porté sur une vertèbre trop bas. On intervient donc à nouveau sur D[5], D[6] et D[7]. Dès lors, amélioration rapide.

**Accidents oculaires dus aux sels d'or.**

MM. Dufourt et Damez. — Ces accidents sont rares et peu connus. Les auteurs en présentent quelques exemples observés à l'hôpital-sanatorium de Sainte-Eugénie (près Lyon). Ils ont consisté en conjonctivite, blépharite, épiphora, etc... Ils furent bénins mais tenaces et ne cédèrent qu'à la cessation du traitement aurique.

**Une cause rare de compression des méninges molles : les varices des méninges molles.**

MM. Bériel et Levrat relatent l'observation d'un homme de 28 ans, sans antécédents pathologiques nets. Wassermann négatif. Début de l'affection en août 1929 par de la constipation, de l'impuissance génitale et de la lourdeur des membres inférieurs ; puis apparition de dysurie, puis de paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes rotuliens et achilléens, pas de troubles de la sensibilité. Ponction lombaire : liquide clair, de tension un peu élevée (28), pas de leucocytose ; albumine : 1 gr. à 1 gr. 20. On s'arrête au diagnostic probable de compression médullaire diffuse d'origine méningée. Intervention (Dr Ricard) : laminectomie sur D[8], D[9] et D[10] ; on ouvre la dure-mère. La moelle est couverte de grosses veines variqueuses formant un gros paquet dont on tente l'ablation. Mort dans la soirée. Autopsie : dilatation énorme de toutes les veines médullaires.

**Thrombose cardiaque dans la diphtérie.**

MM. J. Chalier et A. Guicharo rapportent l'observation d'un enfant de 9 ans envoyé à l'hôpital au huitième jour de maladie : enfant anormalement pâle, angine pseudo-membraneuse bilatérale, avec bacilles de Lœffler à l'examen direct. Paralysie complète des voiles, avec anesthésie de toute l'arrière-gorge et perte du réflexe nauséeux. Au cœur, bruits rapides, mais réguliers, sans galop. Foie gros. Mort subite dans le collapsus.

*Autopsie* : en examinant le cœur, on est frappé par l'augmentation de volume et de consistance et par la coloration bleuâtre de l'oreillette droite. A l'ouverture de celle-ci, *gros caillot* du volume d'une grosse noix, adhérent sur plusieurs points aux parois, et qui doit être rendu responsable de la mort subite. A. C.

# Les Congrès

## VI[e] Congrès international des accidents et des maladies du travail

*(Suite)* (1)

**Les lésions traumatiques des vaisseaux sanguins (artérites et thrombo-phlébites)**

Rapport du professeur Imbert (Marseille : **Les phlébites traumatiques.**

La phlébite est presque constante dans les traumatismes. Dans tout foyer de contusion existe des veines thrombosées, mais ces phlébites localisées au foyer, sans tendance à l'extension, sont cliniquement inexistantes.

Dans un assez grand nombre de cas, la phlébite prend un peu plus d'extension et gagne la région avoisinante. Ce sont ces formes que l'auteur qualifie de microphlébites. Parfois reconnues cliniquement, elles passent généralement inaperçues, noyées dans le gonflement inflammatoire : elles ne modifient pas sensiblement la circulation du membre blessé.

La vraie phlébite enfin — parfois méconnue — atteint le système veineux principal du membre et se traduit par un œdème qui s'étend bien au-delà du foyer traumatique ; c'est elle qui peut laisser des troubles fonctionnels et parfois menacer l'existence par l'embolie pulmonaire.

Toute lésion accidentelle peut produire une phlébite, depuis la fracture ouverte jusqu'à la *simple* contusion sans atteinte aucune du revêtement cutané. L'auteur divise les cas observés en deux catégories principales : phlébites avec fractures ; phlébites sans fractures.

Leur fréquence est à peu près égale ; les chirurgiens observent surtout les cas s'accompagnant de fracture. Chez les fracturés de jambe, la phlébite s'observerait dans une proportion de 5 p. 100 environ.

Le syndrome phlébite n'est point limité au système veineux : on trouve de la lymphangite et les interventions opératoires — d'ailleurs rares — montrent que le système artériel est souvent atteint et même thrombosé. Enfin la participation du système nerveux, notamment du sympathique, est souvent manifeste. Au membre inférieur, la phlébite est relativement pure ; au membre supérieur, au contraire, elle se combine souvent avec les troubles physiopathiques observés pendant la guerre, et rattachés actuellement aux névrites sympathiques. Si la phlébite pa-

(1) V. *Concours médical*, n° 14.

raît rare au membre supérieur, c'est qu'elle est souvent masquée par les phénomènes nerveux.

Les suites des phlébites traumatiques sont graves au point de vue fonctionnel. Dans les cas à fracture de jambe, le taux moyen d'invalidité est de 50 p. 100, alors que le taux moyen d'une fracture seule ne dépasse guère 25 p. 100. Dans les cas de phlébite sans fracture, le taux moyen d'invalidité est de 25 p. 100.

Le traitement consiste en l'immobilisation ; l'auteur est quelquefois intervenu sur la veine principale : lorsqu'on ne trouve pas la lésion veineuse, la sympathectomie paraît indiquée.

Rapport du Dr Cottamorda (Marseille) : **La thrombophlébite par effort.**

L'auteur s'attache d'abord à montrer que la notion d'effort est bien réellement à l'origine de ces thrombo-phlébites, qu'il s'agisse d'un effort violent ou d'efforts professionnels chroniquement répétés chez des sujets particulièrement vigoureux.

Au point de vue clinique, outre les notions classiques actuellement bien connues, il faut attacher une grande importance aux troubles de la tension artérielle qui, dans certains cas, accompagnent la trombophlébite par effort et semblent devoir se rattacher à des troubles vasculaires spasmodiques, d'origine sympathique, qui expliquent les troubles éloignés, souvent graves.

L'anatomie pathologique montre que tous les éléments du paquet vasculaire sont lésés, et d'autre part que le syndrome (dont l'élément essentiel et constant est l'œdème) peut ne pas être accompagné de thrombose veineuse.

L'auteur croit donc qu'à côté des théories traumatiques et infectieuses il y a une large place à réserver à une théorie sympathique.

La thérapeutique doit s'orienter, dans les cas dont la guérison spontanée n'est pas rapidement évidente, vers la phlébectomie suivie de sympathectomie périartérielle.

Rapport du Dr Diez (Rome) : **Varices et travail.**

L'auteur estime que l'augmentation de la pression veineuse causée par l'effort n'est pas suffisante pour déterminer l'éclosion de varices. Il n'est pas possible d'admettre qu'un effort unique, même considérable, puisse provoquer les effets que l'on ne constate pas à la suite d'une hypertension, non seulement supérieure, mais permanente et répétée. Les varices se développent chez les individus à système valvulaire congénitalement lésé ou à élasticité et tonus des parois vasales altérés par une cause congénitale ou acquise.

Chez les enfants des écoles de Rome, l'auteur a constaté une incidence très élevée des varices : élément révélateur d'une maladie veineuse préexistante.

Discussion.

M. Daniel (Marseille). — A côté des thrombophlébites par traumatisme direct et des thrombophlébites par effort, existe une troisième variété : la *thrombo-phlébite par traction.* L'auteur cite le cas d'un homme qui, à la suite d'applications trop fortes ( 8 à 10 kilogrammes) d'extension continue fit une thrombo-phlébite très grave à répétition. Outre les traitements préconisés par Cattaorda, l'auteur propose la rœntgenthérapie des surrénales.

M. Guetig rappelle que Haim a récemment proposé dans les cas graves de thrombo-phlébite des extrémités inférieures de pratiquer une simple incision profonde suivie de drainage de la cuisse : les symptômes se modifient rapidement.

M. Duvoir (Paris) verse au débat plusieurs observations et rappelle en particulier un cas de Dervieux. Un livreur, descendant du toit de sa voiture, glisse, son bras gauche reste accroché à la galerie : cette dernière, située dans le creux de l'aisselle, fait pression sur la face interne du bras. Douleur vive et fièvre les jours suivants. Mort quinze jours plus tard. L'autopsie révéla un long caillot organisé de l'humérale, et dont l'extrémité se trouvait au niveau d'une déchirure partielle de la veine. La mort était due à des foyers de gangrène pulmonaire dont Duvoir discute la genèse.

M. Biondi (Sienne). — Il est possible que le traumatisme agisse sur le système sympathique.

**Communications**

**Les phlébites par effort.** — MM. Lenormant et Mondor (Paris).

Les thrombo-phlébites reconnaissent une origine infectieuse très fréquente. Les auteurs montrent que chaque fois (Grimault et Dantelo, cas de Lenormant examiné par Lecène, etc.), que l'on a opéré et examiné le caillot, on a trouvé des germes infectieux : strepto, staphylo, coli. Par conséquent, la thrombo-phlébite dite par effort est infectieuse.

**Phlébite à bascule des deux jambes, consécutive à un traumatisme de la jambe gauche, compliquée d'artérite oblitérante à marche extensive. Gangrène des deux membres inférieurs et obstruction des mésentériques.**—MM. Etienne Martin et Ravault (Lyon).

Les auteurs ont observé un ouvrier de cinquante-sept ans, atteint au cours d'un accident de travail d'une rupture musculaire au mollet gauche avec phlébite consécutive qui laissa un œdème persistant et de l'incapacité permanente partielle. Un an après, phlébite du membre inférieur droit, puis signes de gangrène artéritique. Amputation. La thrombo-artérite se déclare alors à gauche, imposant l'amputation. Mort par thrombose des artères mésentériques.

L'examen histologique, comme l'histoire clinique, montre que la phlébite est primitive et les thromboses artérielles secondaires aux phlébites.

**Thromboses veineuses traumatiques.** — M. Anglesio (Turin).

Deux cas de thrombose l'une de la veine sous-

clavière droite (l'auteur a pratiqué l'injection intra-veineuse d'urosélectan), l'autre de la saphène gauche.

**Thrombo-phlébite traumatique de la sous-clavière droite.** — M. Miege (Ancône).

Un barman, au cours d'un mouvement brusque, ressent une douleur à la partie supérieure du bras droit. Ensuite apparut la symptomatologie classique. Guérison en un mois avec invalidité permanente de 13 p. 100. L'auteur discute s'il faut admettre un accident de travail ou une maladie professionnelle.

**Anévrismes traumatiques.** — M. Bruni (Turin).

Discussion sur la dénomination, le diagnostic, le pronostic et le traitement des anévrismes traumatiques.

**Rapport entre les angiomes musculaires et le traumatisme.** — M. Bruni (Turin).

Généralement on considère l'angiome comme congénital, mais il est des cas où le traumatisme aggrave une affection prédisposante. Sur 4 cas, l'auteur élimine deux fois le trauma. Il retient les deux autres ; l'un serait apparu à la suite d'un trauma s'accompagnant d'ecchymose. Les années suivantes apparut une tumeur angiomateuse du volume d'une noix. L'autre, siégeant à la main, serait consécutif à la pression continue exercée par le malade.

**Thrombo-phlébite de la veine axillaire, due au travail.** — M. Marangoni (Padoue).

L'auteur discute la possibilité d'infection latente, d'anomalie anatomique dans les rapports de la veine avec le ligament costo-coracoïdien et le muscle sous-clavier, le ralentissement de la circulation, la lésion de la veine ou des collatérales. Le facteur traumatique est trop souvent perdu de vue. Mais si l'on considère le nombre des ouvriers et le nombre restreint des cas, on admet plutôt la coïncidence.

**Les résultats tardifs de l'accoutumance dans les lésions traumatiques du rachis**

Rapport de M. Akermann (Stockholm).

Ce rapport contient de très nombreuses statistiques dues à l'office d'Etat suédois pendant les années 1918-1927. Les traumatismes compliqués et partiels, ainsi que les morts immédiates sont exclus.

Les taux d'invalidités définitifs sont les suivants :

| Fractures : | Cervicales | Dorsales | Lombaires | Total |
|---|---|---|---|---|
| Nombre..... | 15 | 24 | 37 | 97 |
| Taux moyen d'invalidité.. | 44,6 % | 32,1 % | 45,6 % | 41,1 %. |

*(A suivre).*

# Les Livres

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

P. Colomban. — **Conseils aux tuberculeux et à leur entourage.** *Préface du Dr E. Rist* (in-8°, 170 pages, 4 radiographies, 1931. Prix : 16 francs).

Cette brochure n'est pas un formulaire de remèdes ; elle n'est pas davantage le panégyrique d'un nouveau traitement. Plus simplement, son auteur se propose de donner au lecteur les principes élémentaires du diagnostic, de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose. Mieux renseigné, le malade se soumettra plus volontiers aux rigueurs de la cure instituée par son médecin traitant.

Après « le diagnostic et la prophylaxie de la tuberculose », vient une deuxième partie consacrée au traitement de la tuberculose par la cure hygiéno-diététique. Pour guérir la tuberculose, la première condition c'est de le vouloir. Les chances de guérison sont au maximum dans un sanatorium ou une station climatique ; il n'y a pas de climats qui guérissent la tuberculose ; certains l'aggravent ; d'autres, en raison de conditions climatologiques particulières, facilitent la cure de repos au grand air.

Aucun remède spécifique n'existe contre la tuberculose. La tuberculose guérit spontanément par la simple cure de repos, parfois sans laisser de trace, même radiologique ; ces cas expliquent les résultats favorables à l'actif de nombreux médicaments. Le repos est indispensable aux tuberculeux parce qu'ils se fatiguent très rapidement et très facilement. L'alimentation des tuberculeux doit être saine, abondante, variée et sans aucune restriction. Les hémoptysies nécessitent le repos le plus absolu ; certaines précautions peuvent en éviter le retour.

La troisième partie est consacrée au traitement de la tuberculose par le pneumothorax artificiel (qui réalise le repos fonctionnel du poumon), et par les méthodes chirurgicales.

Enfin, la vie sociale du tuberculeux (4e partie), montre comment certains tuberculeux guéris récupèrent une activité normale, comment les infirmes de la tuberculose peuvent s'organiser une existence presque normale ; on y trouve exposée la question du mariage des tuberculeux.

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr A. Leprince. — **Défendons-nous contre la surdité. Traitement rationnel de la surdité, des bourdonnements et des vertiges** (1 vol. 72 pages, in-16. 5 francs broché).

Ce petit livre, destiné aux sourds, a pour but de les mettre en garde contre les appareils, prétendant guérir la surdité. L'auteur, comme pour ses tra-

vaux en réflexothérapie nasale et vertébrale, a utilisé ces procédés thérapeutiques pour le traitement de la surdité. En y adjoignant des applications électriques, il est parvenu à améliorer 50 % des surdités, même anciennes, à atténuer des bourdonnements aussi pénibles pour le sourd qui en est atteint que pour le médecin impuissant à les soulager.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Léon BLUM et C. Van CAULAERT, avec la collaboration de P. S. PETREQUIN. — **Le rôle du sel dans les néphrites. Etude clinique, physiopathologique et thérapeutique** (Un vol. de 294 pages avec 4 figures. 30 francs.)

C'est l'exposé des études poursuivies pendant 10 ans dans la Clinique de Strasbourg. Bien que cet ouvrage ne prétende pas être un traité didactique complet, les différents chapitres qui le composent forment un ensemble parce qu'ils traitent des points essentiels de la pathologie rénale, et principalement de ceux, au sujet desquels se sont affrontées les doctrines.

Les études sur le rôle des ions dans les *humeurs* établissent en particulier le rôle hydratant de l'ion sodium, et l'opposent à celui de l'ion chlore, dont l'effet est deshydratant par chloro-acidose. Cette notion importante aboutit à deux conclusions : elle introduit dans la thérapeutique l'action diurétique du chlorure de calcium dans les rétentions aqueuses (œdèmes, cirrhoses, pleurésies) ; elle explique en outre le mécanisme interne des néphrites à rétention chrorurée sèche.

Ainsi sont posées les bases de classification biologique des néphrites : néphrites hydratantes, néphrites sèches, néphrites à hydratation normale. Cette classification ne s'inspire que d'un seul principe : elle est basée sur des éléments ayant une importance physiologique capitale : hydratation et deshydratation, hyper et hypo-chlroruration.

L'urémie est étudiée d'une manière détaillée. Le syndrome de l'azotémie réduit des faits à pathogénie disparate. A côté de l'azotémie terminale des néphrites, le Prof. Blum décrit un nouveau type d'urémie, dû à l'appauvrissement du chlore et au trouble de la sécrétion rénale par manque de sel. Certains malades considérés comme des urémiques, et condamnés de ce fait, n'ont en réalité qu'une azotémie par manque de sel.

Si la constatation d'une urémie avec chloropexie doit faire appliquer avec toute la rigueur possible, un régime déchloruré strict, la constatation d'une urémie par chloropénie doit faire appliquer un traitement énergique, consistant, au contraire, en une rechloruration et une réhydratation intenses de l'organisme par toutes les voies possibles. Ces conséquences pratiques ne sont pas d'une application exceptionnelle, et permettent souvent d'appliquer une thérapeutique efficace, dans des cas que l'on aurait pu considérer comme désespérés.

---

***Les livres qui viennent de paraître...***

Chez MASSON et Cie.
120, boulevard Saint-Germain.

G. JEANNENEY, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux. **Sémiologie chirurgicale.** In *Collection des initiations médicales* publiées sous la direction du Dr A. Sézary (Un vol. 232 pages, 99 figures. Prix : 25 francs).

# Les Thèses

T. — Docteur Jacques PERÈS. — **L'hypermétropie monolatérale.** — Etude statistique de la Clinique ophtalmologique du Professeur Frenkel, 1931. Imprimerie Cléder, 28, rue de la Pomme. Toulouse.

Cette variété d'anisométropie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le supposerait. Plus fréquemment encore son importance est méconnue. Les statistiques qui ont servi de base à l'établissement de ce consciencieux travail inaugural ont un sérieux fondement : plus de *quarante mille* fiches de consultants ont été examinées. Notre jeune confrère, sous la direction du professeur Frenkel, a trouvé là moyen de prouver une fois de plus la ferme vitalité de la clinique ophtalmologique du vieil Hôtel-Dieu toulousain.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

#### OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES

**Rapports déontologiques**

Un médecin de campagne a, dans sa clientèle, une femme atteinte de surdité et de laryngite chronique. Elle lui exprime le désir de prendre l'avis d'un spécialiste de la ville voisine. Il l'approuve, et lui remet une lettre d'introduction pour un de ses confrères, le Dr A. Ce dernier étant absent, la malade va consulter le Dr B. L'un et l'autre sont spécialistes en O. R. L.

A son retour, elle rend compte à son médecin de ce qui s'est passé ; celui-ci l'approuve de n'avoir pas perdu son temps et de s'être rendue chez le Dr B. dont il est convaincu qu'il recevra une note concernant cette cliente. Espoir sans lendemain : pas de nouvelles de B.

La malade retourne une seconde fois le voir. Son médecin traitant lui a bien recommandé de le prier de bien vouloir lui écrire.

De nouveau revenue, Mme X lui affirme que le spécialiste écrira : il n'en est rien cette fois pas plus que la première.

Troisième visite de la cliente au Dr B., qui l'adresse *proprio motu* à un physiologue, lequel conseille un séjour dans une maison de santé permettant des examens radiographiques aussi fréquents qu'il en sera besoin... Mme X revient en pleurs, ne sachant à quoi se décider, et réclamant instamment à son médecin traitant un avis à ce sujet. Celui-ci ne sait lui-même quoi répondre, n'ayant jamais reçu de lettre de son confrère, bien que la cliente affirme avoir, à chacune de ses consultations, demandé au Dr B., de se mettre en rapport avec lui.

Mécontent, il adresse au Dr B. une lettre où il lui reproche, en termes très violents, sa conduite aussi peu déontologique que possible. A cette lettre, B. répond en termes non moins discourtois, menaçant son confrère des foudres syndicales.

Il paraît que les omnipraticiens de la région se plaignent volontiers des spécialistes de cette grande ville : les malades qu'ils leur envoient, ils ne les revoient souvent plus...

Le cas m'étant soumis pour avis, voici comment je le juge.

Les rapports des spécialistes avec les omnipraticiens sont définis dans tous les Règlements déontologiques. On les trouve ainsi codifiés dans le Règlement de la Fédération des Syndicats de la Côte d'Or. :

« Lorsqu'un médecin adresse un malade à un de ses confrères, spécialiste ou non, pour une consultation ou un examen spécial, il doit toujours munir le malade d'un mot d'introduction. Le consultant ou le spécialiste doit, de son côté, informer le médecin traitant du résultat de son examen et du traitement conseillé. Le consultant doit toujours s'abstenir de toute appréciation discourtoise et de toute critique de la conduite antérieure du médecin traitant.

« Les chirurgiens ou spécialistes qui reçoivent directement un malade en consultation doivent toujours s'informer du médecin de famille et ne doivent pas faire d'opération sérieuse sans l'en aviser, sauf opposition formelle du malade à cet avis. Ils doivent en tout cas s'efforcer d'expliquer au malade l'utilité de cette observation, étant données les conséquences ultérieures possibles d'une intervention auxquelles le médecin de famille pourra être appelé à faire face.

Le règlement de la Confédération, plus brièvement rédigé, s'exprime ainsi :

« Le chirurgien et les spécialistes ne doivent pas faire d'opération importante sans en avoir avisé le médecin traitant, sauf opposition formelle du malade.

« Les chirurgiens, les spécialistes, les médecins des villes d'eaux auxquels un malade est person-

nellement adressé par un médecin, doivent envoyer par écrit à ce confrère le résultat de leur examen... ».

Dans sa réponse à son confrère, le Dr B., déclare : « Je ne me rappelle pas du tout avoir lu un mot de recommandation de votre part ; je n'ai d'ailleurs pas mis d'annotation spéciale sur la fiche de la malade, *ce que je ne manque jamais de faire lorsqu'un confrère m'adresse un client.* »

Il y a donc, d'une part, l'affirmation de la malade qu'elle a prié B. de se mettre en rapport avec son médecin de famille, et de l'autre, l'affirmation du Dr B. moins catégorique, mais cependant formulée en des termes tels et avec assez de précision pour qu'il en résulte apparemment qu'il a ignoré le nom du médecin traitant de sa cliente.

De quel côté est la vérité ? Qui, des deux parties, la travestit ?

Je ne puis arbitrer ce malentendu tant que je n'aurai pas de réponse à ces questions.

Si la malade a dit la vérité, si elle a remis au Dr B. la lettre de son propre médecin destinée primitivement au Dr A. absent, B. est impardonnable de n'avoir pas pris la peine de renseigner son confrère. L'obligation à laquelle il était soumis de ce chef est impérieuse et il ne saurait chercher une excuse ni une justification de sa conduite dans ce fait que ce n'est pas à lui que la malade aurait été adressée tout d'abord, qu'elle ne serait venue chez lui que par surprise, et que, n'étant pas le destinataire nominal de la lettre, il n'était pas tenu d'entrer en relations avec son expéditeur. Ce sont de mauvaises raisons, qui n'ont aucune consistance valable. A. était absent ; B. a bénéficié de cette absence, et cela ne le dispensait pas de remplir ses devoirs déontologiques, bien définis en l'espèce.

Oui ! Mais voilà : la malade lui a-t-elle remis la lettre de son propre médecin ? On ne le dit pas. Et il est possible, étant donnée la mentalité bien connue des paysans, leur défiance, qu'elle l'ait au contraire dissimulée, craignant d'indisposer B. en lui remettant une correspondance destinée à son confrère, et sans doute concurrent, A.

«Je n'ai aucun souvenir de cette communication », écrit B. Prenons cette affirmation pour véridique. B. n'a pas connu la lettre du médecin de famille de sa consultante.

Il n'en résulte pas qu'il n'a pas connu cependant son existence et son nom. A-t-il demandé à cette femme : « Quel est votre médecin habituel ? » L'a-t-elle renseigné ? Nous n'en savons rien. La femme affirme avoir recommandé à B. de se mettre en rapport avec son médecin et les circonstances mêmes autorisent à donner créance à ses affirmations. B. déclare, de son côté, qu'il n'a rien noté sur sa fiche clinique, ce qu'il fait habituellement... Il y a évidemment là une contradiction qui rend l'appréciation difficile.

Il faut bien savoir que la véracité de nos clients est, d'une manière générale, très souvent suspecte et que les malentendus qui surgissent entre médecins sont souvent occasionnés par des propos tenus inconsidérément, inexactement rapportés, et même inventés de toutes pièces. J'ai quelques mésaventures de ce genre à mon passif de jeune médecin rural, et dans certaines des affaires qui sont soumises à notre Ligue médicale de Défense individuelle « Sou Médical », nous retrouvons volontiers, à leur origine et dans leur évolution, des faits du même ordre. Aussi, convient-il de conserver un certain scepticisme en cette matière, et de s'entourer de toutes les précautions possibles avant de partir en guerre contre un confrère à qui quelque client, plus ou moins conscient de la gravité de ses paroles, prête des dires, discourtois ou désobligeants, dans la façon dont ils sont rapportés, parce qu'ils ont été mal compris, mal interprétés, ou même déformés par des broderies intempestives.

D'autre part, la situation d'un spécialiste est particulière, au regard des omnipraticiens qui l'entourent, et délicate. S'il reçoit des malades qui viennent chez lui spontanément, il semble que le plus grand nombre lui sont adressés par ceux-ci, avec une lettre d'explication, ou sur une simple indication verbale. On saisit difficilement les raisons qui excuseraient un spécialiste de mécontenter, par un manque d'égards voulu, un omnipraticien dont il n'aurait plus désormais rien à attendre. Dans le cas même où cet omnipraticien ne serait pas son correspondant habituel, il aurait tout à gagner à se montrer correct, tout à perdre au contraire à négliger volontairement ses obligations déontologiques les plus élémentaires.

Le spécialiste doit toujours s'enquérir du nom du médecin habituel du malade qui le consulte, même *proprio motu*, surtout s'il propose une intervention, fût-ce celle d'un deuxième consultant d'une autre spécialité comme il est advenu dans le cas présent. Mais là, il ne faut pas manquer de tenir le plus grand compte de la mentalité du malade, surtout s'il s'agit d'un rural qui, à toute tentative d'investigation de ce genre, répondra : « Je n'ai pas de médecin habituel... J'ai consulté plusieurs de vos confrères avant de faire appel à vous... Je le fais de ma propre autorité... Je ne veux pas que d'autres le sachent, etc., etc. » Combien est difficile la lumière, en pareil cas ! Et difficile, sinon impossible, la preuve du refus du malade de faire connaître son médecin de famille, s'il en a vraiment un !

Le plus simple, dans ces conditions, le plus digne aussi, c'est tout d'abord d'aller droit au but, en entrant en rapports avec le spécialiste : «Vous avez bien voulu examiner un de mes ma-

lades, M. X... Puis-je vous demander ce que vous en pensez ? »

Voilà ce que j'aurais fait, si j'avais été à la place du médecin de médecine générale qui motive cette chronique. Si la réponse du spécialiste lui avait donné satisfaction, leur position respective était claire et ne prêtait pas à équivoque. Autrement, il était toujours temps, ou bien de faire intervenir le Syndicat, ou bien de lui dire son fait, plus ou moins vertement.

Des lettres ayant été échangées, qui sont de part et d'autre des manifestations franchement hostiles, si l'on ne veut pas en rester là, — et il ne faut pas en rester là, à mon avis, — il convient, par la voie syndicale, de faire demander au spécialiste sa parole d'honneur qu'il a ignoré, malgré ses tentatives en ce sens, le nom de son confrère. S'il la donne, il est difficile de ne pas le croire, et l'incident doit être considéré comme clos, la malade ne pouvant être prise comme arbitre ni confrontée avec lui, ce qui serait sans doute malaisé, et en tout cas déplorable. Mais s'il ne la donne pas, ou s'il répond par des faux fuyants, ou s'il cherche des échappatoires, des excuses, dont la plus vraisemblable serait celle-ci : « Cette femme ne m'étant pas adressée par mon confrère, je n'avais aucune obligation envers lui... », alors en ce cas, il aurait manqué aux règles de la déontologie, gravement surtout s'il avait eu entre les mains la lettre, qui ne lui était sans doute pas destinée, mais qui n'en méritait pas moins une réponse.

De pareils conflits sont profondément regrettables. Dans les temps que nous vivons, avec les menaces qui planent sur la profession tout entière et son proche avenir, et que contient, au moins en germes, la législation médico-sociale, je n'arrive pas à comprendre comment l'*invidia* peut être encore répandue ... Il faudrait s'accorder, s'entendre, vivre en bonne intelligence... Et l'on s'entre-déchire, pour des motifs souvent inconsistants, qu'un mot conciliant, dit à propos, aurait suffi à faire évanouir.

Ce qui est déplorable entre médecins en concurrence les uns avec les autres, devient franchement inexplicable quand il s'agit des rapports entre spécialistes et omnipraticiens. Ces malentendus seraient faciles à éviter, si chacun apportait une bonne volonté manifeste et une parfaite loyauté dans les rapports qu'il peut entretenir avec ses voisins, et aussi une franchise de mots et de gestes dissipatrice des nuages qu'accumulent fréquemment, je le répète, les agissements d'une clientèle trop faussement convaincue qu'elle a intérêt à ce que la confraternité ne soit qu'un mot ...

G. DUCHESNE.

## ASSURANCES SOCIALES

### I. — Remboursement des médicaments prescrits par des sages-femmes

Un débat, soulevé par une Caisse, au sujet des ordonnances d'une sage-femme, a été porté récemment devant le syndicat de l'intéressée et celui des médecins.

La praticienne avait prescrit à une de ses clientes des cataplasmes laudanisés et elle avait rédigé une ordonnance pour cinq grammes de ce médicament.

La caisse refusa le remboursement de la part qui lui incombait et saisit l'Office syndical des médecins de la Seine pour savoir si le délit d'exercice illégal de la médecine n'était pas ainsi caractérisé.

Si nous nous reportons aux textes législatifs et réglementaires, nous devons constater que les sages-femmes n'ont qu'un droit extrêmement restreint, en ce qui concerne leurs prescriptions pharmaceutiques.

L'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 spécifie qu'il est interdit aux sages -femmes de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 (prescription du seigle ergoté) et par les décrets, qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Disons de suite que le nombre de ces décrets est fort restreint, car en dehors du précité du 23 juin 1873, nous ne trouvons que celui du 9 juillet 1890 (prescription de sublimé corrosif) et du 19 avril 1909 (solution de nitrate d'argent).

De ceci résulte que la règle générale établit, pour les sages-femmes, l'interdiction absolue de prescrire, sauf quelques rares restrictions contenues dans les trois décrets précités.

En ce qui concerne la délivrance des médicaments toxiques, il faut nous reporter à l'article 19 du décret du 14 septembre 1916. Cet article 19 spécifie que les pharmaciens sont autorisés à délivrer les substances du tableau A sur la prescription d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme diplômée, selon une liste fixée par arrêté du ministre de l'Intérieur.

Cet arrêté est celui du 22 mai 1917, qui, en son article 2, spécifie que « les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sur la présentation d'une ordonnance signée d'une sage-femme diplômée et rédigée dans les conditions fixées par l'article 20 du décret du 14 septembre 1916 (ordonnance datée, signée, poids en toutes lettres, adresse du praticien) que les substances vénéneuses du tableau A, à savoir :

Ergot de seigle,
Poudre de sublimé corrosif et d'acide tartrique (formule du Codex) en paquets de 1 gr. 25 ;
Pommade au chlorure mercurique (Codex).
Solution d'azotate d'argent au 1/50e.

L'article 5 dudit arrêté décide que les pharmaciens sont autorisés à délivrer aux sages femmes, pour l'exercice de leur profession et contre remise d'une commande écrite rédigée dans les conditions fixées par l'article 7 du décret du 14 septembre 1916 (signature, doses en toutes lettres, date), les substances vénéneuses contenues dans la liste suivante :

Ampoules d'un centimètre cube de solution d'adrénaline au 1/1.000.
Extrait fluide d'ergot de seigle en flacons de 5 grammes.
Laudanum en flacons de cinq grammes.
Poudre de sublimé corrosif et d'acide tartrique en paquets (Codex).
Pavots.

Enfin, l'article 6 de l'arrêté dispose que les chirurgiens dentistes et les sages-femmes peuvent se faire délivrer par les pharmaciens les substances vénéneuses du tableau C., nécessaires à l'exercice de leur profession.

De la lecture de ces textes découlent un certain nombre d'observations.

I. Les dispositions de l'arrêté ministériel du 22 mai 1917 ne sont-elles pas entachées d'illégalité, parce que l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 est violé, puisque l'avis de l'Académie de médecine n'a pas été pris, préalablement à l'autorisation accordée aux sages-femmes de pouvoir se procurer certains médicaments sur ordonnance personnelle.

La loi du 16 juillet 1916, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses modifie la loi du 19 juillet 1845 et ne touche nullement aux termes de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

On peut donc soutenir que puisque la loi de 1845 comme celle de 1916 ne mentionnent nulle part, dans leur texte les droits des sages-femmes, celles-ci doivent par suite, rester soumises au droit commun, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent prescrire que les médicaments mentionnés sur une liste arrêtée par décret du Président de la République, après avis obligatoire de l'Académie de médecine.

Cependant, il serait un peu tard d'attaquer en 1932 la légalité d'un texte réglementaire, publié en 1916. Les délais, pour se pourvoir devant le Conseil d'Etat, sont périmés depuis fort longtemps.

On peut, de plus, faire observer, que, par l'article 7 de la loi de 1916, le législateur a délégué au pouvoir exécutif le droit de déterminer, par décrets rendus dans les six mois de la promulgation de la loi, les conditions d'application de la loi.

Cette délégation de pouvoirs à l'autorité administrative rend applicable, à l'instar d'une loi, les décrets portant règlement d'administration publique, c'est-à-dire, le Conseil d'Etat entendu.

Il est donc plus que probable que la juridiction administrative se prononcerait en faveur de la légalité du décret du 14 septembre 1916, en ce qui concerne les sages-femmes, ainsi que sur la légalité de l'arrêté ministériel du 22 mai 1917, pris en conformité des dispositions de l'article 19 du décret.

Voudrait-on cependant pousser au bout cette discussion de droit pur, qu'il conviendrait de soulever cette irrégularité, entachant d'illégalité ledit décret et l'arrêté precités, devant le tribunal correctionnel, ou devant le juge de paix, décidant comme tribunal de simple police.

Une sage-femme serait-elle poursuivie pour exercice illégal de la médecine pour avoir ordonné les médicaments spécifiés à l'article 2 de l'arrêté de 1917, ou exercice illégal de la pharmacie, pour avoir délivré à des parturientes des médicaments toxiques, inscrits à l'article 5 dudit arrêté, que son avocat pourrait plaider qu'elle en a le droit, alors que la partie civile, ou le ministère public pourrait soulever l'exception d'illégalité de ce texte réglementaire, comme ayant été pris sans avoir obtenu l'avis de l'Académie de médecine.

Mais le jeu en vaut-il la chandelle ? J'en doute fort, pour ma part, car d'autres glissements, d'une tolérance générale, se sont produits, du côté des sages-femmes comme des pharmaciens. L'extension considérable des spécialités pharmaceutiques et leurs réclames dans les journaux professionnels des sages-femmes, les articles et reproductions de cliniques médicales de médecine pure de gynécologie et de pédiatrie dans les journaux des accoucheuses, ont conduit insensiblement ces dernières à s'instruire et à donner des conseils courants en médecine ordinaire.

Comment déterminer ce qui est permis de ce qui est défendu ? Théoriquement, en droit pur, la sage-femme ne peut pas prendre part d'une manière suivie au traitement des maladies, puisque sa seule fonction sociale est de pratiquer des accouchements normaux, non laborieux, sans le secours d'instruments et sans pouvoir ordonner de médicaments en dehors d'une liste strictement limitée.

Pratiquement, comment réprimer l'exercice illégal de certaines sages-femmes dont l'activité professionnelle déborde les limites fixées par la loi de 1892, alors que les illégaux sans diplôme sont foison ?

A mon avis, délaissons la plupart du temps la voie judiciaire, pour nous tourner vers les syndicats professionnels et, par entente entre médecins et sages-femmes, savoir convoquer devant un conseil de famille inter-syndical les quelques

praticiennes, qui font outrageusement de l'exercice illégal, pour leur faire comprendre leurs droits et leurs devoirs.

II. La seconde remarque à tirer de la lecture des textes réglementaires cités plus haut, c'est que la sage-femme peut ordonner certains médicaments, directement à la cliente, mais, pour d'autres prescriptions, les produits pharmaceutiques ne peuvent être délivrés par le pharmacien qu'à la praticienne pour son usage professionnel.

Dans le premier groupe : l'ergot de seigle, paquets de sublimé, solution de nitrate d'argent peuvent être formulés magistralement et débités par le pharmacien au public sur ordonnance de la sage-femme.

Au contraire, dans le deuxième groupe, les ampoules d'adrénaline, l'extrait fluide d'ergot, le laudanum et les pavots ne peuvent être délivrés qu'aux seules sages-femmes, qui les utiliseront elles-mêmes chez les parturientes.

Cette distinction est aussi utile à faire, pour que la sage-femme ne soit pas inquiétée par un syndicat de pharmaciens.

Ce groupe professionnel pourrait en effet reprocher à une sage-femme de s'être fait rembourser, par une parturiente le prix d'un flacon de cinq grammes de laudanum, ou de seigle ergoté (extrait fluide) que la praticienne aurait utilisé elle-même au chevet de sa cliente.

Il est évident que l'article 27 du décret du 14 septembre 1916 spécifie que les médicaments toxiques doivent être utilisés par les praticiens eux-mêmes et qu'il leur est interdit de les céder à leurs clients à titre onéreux, ou gratuit.

Médecins, comme sages-femmes doivent savoir que, pour réprimer la vente illicite des toxiques, le praticien n'a pas le droit de vendre, ou de faire cadeau d'ampoules, ou autres modes de présentations des substances vénéneuses, pour que le client puisse les utiliser lui-même.

Mais, lorsque le praticien emploie personnellement une ampoule, un flacon ou autre, contenant un produit toxique, il peut en demander le remboursement au client, pour permettre le remplacement du produit utilisé dans la trousse d'urgence.

N'oublions pas que seuls les pharmaciens ont le droit de débiter et de vendre les drogues et produits pharmaceutiques, au poids médicinal. Serait donc coupable d'exercice illégal de la pharmacie le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme qui vendrait d'une manière habituelle des médicaments à ses clients : il n'a que le droit de se faire rembourser, au prix coûtant, pour pouvoir remplacer, dans la trousse, le médicament utilisé au chevet du malade, par le praticien lui-même.

Pour conclure, nous dirons que la caisse d'assurances sociales doit rembourser son quantum de responsabilité toutes les fois que la sage-femme a ordonné des médicaments conformément aux lois et règlements, ou qu'elle a utilisé des produits toxiques, employés par elle-même au chevet de sa malade, conformément aux dispositions des articles 5 et 6 de l'arrêté de 1917.

### II. — Sages-femmes ; vaccination par le B. C. G.

Il nous est également demandé de dire si les sages femmes peuvent pratiquer des vaccinations préventives contre la tuberculose, en administrant à leurs nouveau-nés des doses de B. C. G. par voie buccale.

L'Institut Pasteur délivre directement le B. C. G. soit aux docteurs en médecine, soit au sages-femmes.

Une circulaire du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du 30 janvier 1929 maintient l'autorisation donnée précédemment par circulaire ministérielle du 13 juillet 1927, pour que les services, qui dépendent du ministère du Travail et de l'Hygiène « puissent prendre les mesures nécessaires pour diffuser largement la vaccination préventive par le B. C. G. en réservant bien entendu aux médecins et aux sages-femmes l'initiative et la pleine liberté de son utilisation. »

« J'estime, a répondu le ministre à la protestation du Syndicat des médecins de la Seine du 17 septembre 1929, qu'il est de mon devoir de favoriser, dans la plus large mesure, la diffusion d'une méthode qui, de l'avis de mes conseils techniques, a fait largement ses preuves d'innocuité et d'efficacité, puisque, d'une part, il n'a pas été possible jusqu'ici de relever, soit en France, soit à l'étranger un seul cas prouvant scientifiquement qu'un accident, ou un incident pathologique, de nature tuberculeuse, a été provoqué, ou déterminé par le B. C. G. et que d'autre part, dans toutes les localités où la grande majorité des enfants qui naissent (en milieu contaminé, comme en milieu indemne) sont vaccinés au B. C. G. dès après leur naissance, la mortalité générale infantile (par toutes causes) se trouve réduite dans une notable proportion. C'est la preuve que le B. C. G. est à la fois inoffensif et efficace et cette preuve est unanimement fournie par une large expérimentation aujourd'hui étendue à beaucoup de pays.

« Je ne puis donc que m'en rapporter aux avis uniformes de mes conseils techniques et si certains membres apparemment peu nombreux du corps médical, sont d'un avis contraire, il leur appartient d'en saisir les sociétés savantes où la question peut être utilement discutée.

« En ce qui concerne l'utilisation du B. C. G. par les sages-femmes, il m'apparaît impossible de leur en contester le droit pour les raisons suivantes :

« 1° — Les sages-femmes font, surtout dans les communes rurales, les quatre cinquièmes au moins des accouchements et les médecins n'ont que rarement l'occasion d'intervenir auprès des accouchées et des nouveau-nés. Si la vaccination antituberculeuse, qui ne peut être pratiquée par voie buccale que pendant les dix premiers jours suivant la naissance, est efficace, il serait illogique et inhumain de priver de ses avantages tous les enfants mis au monde par les sages-femmes.

« 2° — Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer la vaccination antivariolique. Il n'y a aucune bonne raison à faire valoir pour les priver du droit de faire absorber *par voie buccale* le B. C. G. aux enfants qui naissent dans ces conditions normales. Il leur est d'ailleurs recommandé de recourir aux conseils d'un médecin toutes les fois qu'elles peuvent avoir un doute sur l'existence d'une contre-indication : malformations congénitales, ictère grave, ou autre. »

Une fois de plus, je fais au ministre le reproche de ne pas consulter un conseiller juridique technicien en Droit médical. Les conseillers techniques médicaux sont des professeurs très distingués de la Faculté de méecine de Paris ; mais ils n'ont pas la compétence juridique pour conseiller au ministre les mesures à prendre, pour que les sages-femmes soient autorisées à administrer le B. C. G.

En droit, la réponse ministérielle viole la loi du 30 novembre 1892, dont les termes doivent être de sens étroit, du moment où des pénalités sont prévues en cas d'exercice illégal de la médecine.

Une simple circulaire ministérielle ne peut étendre les prérogatives accordées aux praticiennes de l'art des accouchements, alors que la loi les a fixées. Il eut fallu que, l'avis de l'Académie de médecine ayant été sollicité, le Président de la République autorisât par décret les sages-femmes à utiliser le B. C. G.

Pratiquement, il semble difficile de refuser aux accoucheuses diplômées le droit de vacciner préventivement et par voie buccale les petits êtres qu'elles ont mis au monde, d'autant que, jusqu'ici, la méthode semble devoir être considérée comme inoffensive.

Cependant, la science médicale n'a pas encore dit son dernier mot sur la question et rien ne prouve que, dans quelques années, l'expérience ne démontre que cette vaccination a des répercussions sur la seconde enfanc , ou sur l'adolescence. Toute méthode nouvelle doit subir l'épreuve du temps.

De plus, peut-on soutenir, puisque la loi de 1892 autorise les sages-femmes à pratiquer la vaccination jennerienne, à plus forte raison peuvent-elles vacciner, par voie buccale.

Pratiquement, oui ; mais juridiquement, non ; *dura lex sed lex.*

Peut-on encore tirer argument des termes de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine et de l'article 5 de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique, faisant obligation pour tout docteur en médecine, officier de santé, ou sage-femme de faire à l'autorité publique la déclaration de tous cas de maladies transmissibles ?

Comment, m'est-il demandé, les sages-femmes peuvent-elles déclarer une maladie contagieuse, alors qu'elles n'ont pas le droit de faire de la médecine ?

Constatons une fois de plus l'ignorance du droit médical, même par nos législateurs : des conseillers techniques devraient pouvoir être appelés à étudier les textes législatifs, ou réglementaires en discussion, pour les mettre d'accord avec les lois et règlements déjà promulgués.

Théoriquement, une sage-femme n'est pas habile à diagnostiquer une rougeole, une scarlatine, des oreillons, etc., ni à les soigner. Cependant en pratique, l'accoucheuse peut être appelée à faire une constatation d'une de ces maladies, appelée qu'elle est par une cliente, ou au cours d'une visite prénatale, ou à la suite de l'accouchement.

De cette discussion quelque peu oiseuse, qui met en opposition le droit pur et théorique, avec la pratique journalière, il faut conclure que, dans le domaine de la santé publique, bien des lois et règlements auraient besoin d'être modernisés, étudiés, pour être révisés et modifiés.

Visiteuse d'hygiène, la sage-femme peut être appelée à reconnaître ou croire reconnaître une maladie contagieuse, dont elle fera la déclaration, alors qu'aux yeux de la famille, l'infection ne nécessite pas la visite d'un médecin, vu son peu de gravité.

Accoucheuse, la sage-femme, à qui il est interdit de se servir d'instruments, sera-t-elle condamnée pour avoir fait emploi, sur avis médical, d'une seringue hypodermique, alors que, pour le même cas, le tribunal acquitterait une infirmière quelconque ?

La stricte application de la législation actuelle, concernant les sages-femmes, aboutit, compte tenu de l'évolution de la science et des usages médicaux, à d'iniques absurdités.

Il serait temps de réviser les décrets, pris sur avis de l'Académie de médecine, en exécution de la loi de 1892, et ce pourra être l'œuvre préparatoire des syndicats médicaux.

Constatons enfin que le Droit médical est une science nouvelle, dont l'importance grandit de jour en jour et dont, à l'avenir, ministres et législateurs, feront bien de tenir compte.

Dr Paul BOUDIN.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### L'alimentation du soldat en campagne

Médecin lieutenant-colonel PILOD.

**Sixième Conférence de l'Union fédérative des Médecins de Réserve**

14 mars 1932.

L'alimentation du soldat, et plus particulièrement du soldat en campagne, est un problème d'une importance considérable, et d'une difficulté inouïe.

Il est important de bien alimenter le soldat, parce que de là dépendent sa valeur physique, sa résistance aux maladies, son entrain, ses qualités combatives. Et c'est difficile, en temps de guerre, parce que l'armée et la population civile, ayant des besoins accrus, se trouvent en présence d'une privation des moyens normaux de production ; il y a restriction dans les récoltes, dans le cheptel, et le nombre des producteurs diminue, par la mobilisation de la plupart d'entre eux.

La solution consiste à procéder à un rationnement méthodique, fixant la ration alimentaire nécessaire à chaque individu.

Dans l'armée, il y a trois espèces de rations : la ration normale, réservée aux périodes de calme, en dehors de l'activité des opérations. La ration forte, réservée aux périodes de combats. La ration de vivres de réserve. Celle-ci doit être portative, légère, consommable immédiatement, protégée contre les souillures et les gaz.

La ration normale se compose de 152 gr. d'albumines, de 89 gr. de graisses, de 464 gr. d'hydrates de carbone, et de 70 centilitres de vin, donnant un total de 3.228 calories.

La ration forte comprend 170 gr. d'albumines, 102 gr. de graisses, 505 gr. d'hydrates de carbone, 70 cl. de vin, donnant un total de 3.860 calories.

La ration de vivres de réserve comprend 146 gr., d'albumine, 67 gr. de graisses, 591 gr. d'hydrates de carbone, pour un total de 3.433 calories.

La ration normale et la ration forte font appel à la viande fraîche ou frigorifiée, au pain, aux légumes secs, au fromage, au sucre, au café et au vin. Mais, en raison des déchets considérables que donnent les troupeaux qui suivent les armées en campagne, on tend de plus en plus à substituer la viande congelée à la viande fraîche.

Les légumes secs, le riz viennent des magasins de ravitaillement, approvisionnés eux-mêmes par l'intérieur.

En outre, il est possible de procéder par achats sur place de denrées de substitution, tels le poisson, les légumes frais.

Les vivres de réserve sont représentés par du biscuit, des viandes de conserve, des potages comprimés salés, du café et du sucre. Chaque soldat dispose immédiatement de deux jours de vivres de réserve. Avec les approvisionnements prévus, une troupe peut vivre six jours sur ses vivres de réserve, si elle est privée de son ravitaillement normal.

L'alimentation doit répondre aux besoins plastiques et énergétiques de l'organisme. Chaque espèce d'aliments doit figurer dans la composition de l'alimentation pour un minimum indispensable, les substitutions n'étant pas possibles. Le sucre ne remplace pas, en effet, la graisse, par exemple ; si l'on admet que les besoins journaliers de l'organisme en albumine sont d'environ un gramme par kilogr. de poids de l'individu, un soldat de 70 kil. réclamerait 70 gr. d'albumines journalières. En fait, le soldat est généralement un homme jeune, de 18 à 25 ans ; ses besoins sont plus grands et atteignent environ 1 gr. 50 par kgr. de poids.

En contre-partie, il ne faut pas arriver à l'excès contraire de la suralimentation. Le maximum au-dessus duquel l'assimilation ne se fait plus, et les émonctoires s'encrassent, est de 200 gr. d'albumines, 800 gr. d'hydrates de carbone et 400 gr. de graisses par jour.

L'idéal est de se tenir dans le juste milieu au-dessus du minimum, au-dessous du maximum.

L'essentiel est de faire face aux dépenses énergétiques du soldat. Pour un sujet adulte de 65 kgr. au repos absolu, par température de 16° à 18°, le minimum irréductible, le métabolisme basal est de 1.800 calories, dont 200 pour le travail de la digestion. S'il fait une marche de 30 kilomètres sans chargement, il en a besoin de 2.800. S'il doit parcourir 25 kilomètres avec armes et bagages, il en exige 3.600. Or, un gramme d'albumine fournit 4 calories ; un grammed 'hydrat de carbone, 4 calories ; un gramme de graisses 9,2 calories.

En outre des aliments dont il vient d'être question, l'organisme a besoin de facteurs accessoires dont l'absence nuit à sa nutrition : ce sont les vitamines, les substances minérales, et les amino-acides.

En période de consommation prolongée de vivres de conserve, on parera à l'avitaminose en ajoutant à la ration prévue du cresson, du persil, de l'échalotte, du citron, des tomates, qui sont d'excellents agents de revitalisation.

Les vivres de réserve sont avitaminés ; on les revitalisera également avec des levures, du jus de citron.

Les amino-acides sont tout autant nécessaires au maintien de l'équilibre, ainsi que les sels minéraux : calcium phosphore sodium, potassium, fer, iode.

Le chlorure de sodium doit figurer dans l'alimentation rationnelle pour une dose de 15 à 20 gr. par jour. Il est avantageux de consommer des farines peu blutées, dont le gluten est riche en sels minéraux.

G. DUCHESNE.

## VARIÉTÉS

### Andersen et ses contes.

Si Peau d'Ane m'était conté,
J'y prendrais un plaisir extrême.
Le monde est vieux, dit-on ; je le crois ; cependant
Il le faut amuser encor comme un enfant.

C'est imbu de cette vérité, si bien exprimée par La Fontaine que nous avons lu les *Contes d'Andersen*. Ce fut pour nous un régal que d'en feuilleter la belle édition de la Collection des « *Contes de France et d'ailleurs* » si délicieusement illustrée (1) ; ce fut encore davantage un régal que de faire la connaissance d'Andersen, présenté par M. Edmond Pilon, le plus charmant des introducteurs.

Hans-Christian Andersen était un Danois, né à Odensee dans l'île de Fionie, en 1805. Il était fils d'un misérable savetier et d'une pauvre malheureuse qui aurait été quelque peu mendiante. La légende rapporte que son père lui avait taillé un berceau dans le bois d'un catafalque. Elevé par sa grand'mère « une petite vieille avec de jolis yeux bleus » qui l'emmenait cueillir des simples dans le jardin de l'hôpital des fous, il vivait avec son grand-père, pauvre d'esprit, qui avait la douce manie de découper des silhouettes pour amuser les enfants. Pendant ce temps, le savetier paternel, engagé, on ne sait trop pourquoi, dans les armées de Napoléon, parcourait l'Europe. Cette jeunesse, passée tristement, dans un pays féerique du Nord, bien différent de celui des Mille et une nuits, domaine de givre et de cristal, où les oiseaux migrateurs, les cigognes et les cygnes sauvages, viennent se poser à la cîme des hêtres et à la pointe des clochers, explique la mélancolie des Contes d'Andersen, mélancolie qui n'est pas sans douceur. Avec une naïveté touchante, il anime tout un monde mythologique nordique. Il a lu avec passion les romans de Walter Scott, a fait la connaissance d'Adalbert de Chamisso, l'homme qui avait perdu son ombre. Il se souvient que dans son enfance il a, une fois entre autres, figuré un troll dans une scène d'un ballet d'Armide au théâtre de Copenhague et une vieille lavandière a bercé ses jeunes ans avec le récit de contes fantastiques où la Chine avoisine Odensee et où les elfes, gnomes, sylphes, trolls et lutins dansent des rondes échevelées dans les landes la nuit au clair de la lune.

Ses contes sont les images de ces rêveries de jeunesse ; ils sont animés d'une poésie intense, pleine de pitié, de tendresse et de vie, vie qu'il communique même aux objets inanimés. Il se plaît à décrire dans la *Reine des Neiges* l'humble jardin de sa grand'mère, et évoque dans *la Petite Marchande d'allumettes*, avec une poétique émotion, les misères de sa propre enfance. Combien charmant est ce Conte du *Vilain petit Canard* qui, repoussé de tous à cause de sa laideur, mordu par les autres canards, piqué par les poules, traité à coups de pied par la fille de basse-cour, souffrant de tous les maux qu'amène en cortège l'hiver, prend la résolution héroïque de s'envoler, de rejoindre trois cygnes, qui volent dans les cieux, préférant être tué par ces oiseaux royaux que bafoué par la méprisable volaille de la ferme. Miracle, le vilain petit canard a grandi et s'est transformé, il est sorti d'un œuf de cygne, couvé par une cane, il se révèle cygne et ses congénères l'accueillent avec joie ; le voilà admiré de tous, heureux « mais n'éprouvant aucun orgueil, car un bon cœur, dit Andersen, ne devient jamais orgueilleux. »

Toute la vie et la douce philosophie du grand poète Andersen est dans ce conte charmant. Si les libéralités d'un souverain lui avaient permis de faire ses études, de voyager, d'aller même en Orient connaître le royaume enchanté du Soleil, il garda l'amour des mystères de son pays du Nord, et le vilain petit canard, devenu un cygne superbe, n'en fut pour cela pas plus orgueilleux, car un bon cœur ne devient jamais orgueilleux.

(1) L'édition d'Art H. Piazza : Paris MCMXXXI.

**Une nouvelle édition du Théâtre de Racine** (1). La Pléiade. Paris, 73, boulevard Saint-Michel.

Racine est le plus pur, peut-être le plus grand

(1) Collection : *La Bibliothèque reliée*, reliure, souple (format 11 × 17) papier et impression de choix 830 pages. Prix : 48 francs.

de nos poètes. En tout cas, il est le plus vivant, le plus naturel de nos classiques, il sut peindre toutes les passions humaines avec un réalisme qu'on lui reprochait de son temps : « Que faudrait-il, disait-il dans une de ses préfaces, pour contenter des juges si sévères ? La chose serait aisée pour peu que l'on voulût trahir le bon sens. Il ne faudrait que s'écarter du naturel pour se jeter dans l'extraordinaire. »

Ce poète si harmonieux, ce psychologue si profond, trop méconnu des romantiques, a été maintes fois édité et réimprimé, mais ces éditions ont été souvent accompagnées de tant de commentaires, ont été l'objet de tant de gloses qu'elles ont donné lieu à des traditions qui altèrent le texte de l'auteur. Nous devons donc remercier MM. Edmond Pilon et René Gross d'avoir restitué pour le lecteur contemporain le texte définitif du théâtre de Racine tel que l'établit la dernière édition parue du vivant de l'auteur en 1697. MM. E. Pilon et René Gross ont en outre fait suivre le théâtre de Racine de *Notes et variantes* dont l'érudition présente le plus grand intérêt. Cette édition de Racine est en outre parfaite dans son exécution matérielle.

J. Noir.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... C'est-à-dire que je n'éprouve pas le besoin impérieux de juger mes semblables...*
Colette.

DCVI. — Pierre Louys. — **Les Chansons de Bilitis.** Un vol. 14,5 × 20,5 illustré de 65 aquarelles de Pierre Lissac. Tiré à 1.000 ex. numérotés sur Madagascar, Annam, Arches, Rives. Trente-sixième livre de la Collection Française. *Editions Henri Cyral*, Paris, 1932.

Dans son *Dictionnaire des Ecrivains et Littérateurs* (1898), M. Frédéric Loliée plaçait fort sérieusement (dans une notice) au VIe siècle, avant notre ère la vie de la petite courtisane, précisant qu'on avait « conservé d'elle une série d'élégies et de pastorales d'un expressif et très particulier lyrisme ». Les érudits allemands marchèrent à fond de leur côté : l'un d'eux, saisi d'un beau zèle, signala des erreurs voisines du contresens dans la traduction de Pierre Louys. La qualité du pastiche les dispensait malencontreusement de remonter aux sources ! La fermeté de leur conviction ne les empêche pas d'ailleurs d'émettre des jugements motivés ; et on ne saurait mieux dire en affirmant que le lyrisme de cette amoureuse enfant, issue du crâne divin de Louys (sans lance, ni bouclier) est fort *particulier*. Cette définition me dispense de m'étendre sur la matière des épigrammes, trop connues d'ailleurs pour que j'insiste. Je m'arrêterai plus longuement ainsi à la présentation typographique : claire, égayée de larges blancs et traitée avec un sens artistique très attentif ; la dimension des caractères est suffisante ; la frappe d'une extrême netteté ; la mise en pages toujours très agréablement équilibrée, traversée de-ci, de-là avec une discrétion du plus heureux effet par quelques échappées du dessin : fumées de tisons, nuages... Et me voici conduit à l'illustration, qui enjolive le livre avec une très juvénile hardiesse. Dans l'ensemble, elle donne une intense impression de vie ; il y a une danseuse aux crotales que n'alourdit aucun costume (c'est entendu), mais qui est soulevée sur la pointe d'un pied dans un élan qui a l'air d'avoir rebondi au sol. Je ne peux pas, image par image, vous préciser les qualités que Lissac utilise avec beaucoup de bonheur. Je me contenterai sommairement de noter l'ingéniosité de ses interprétations littérales, la fraîcheur de ses coloris, l'harmonie de ses corps dont les courbes ont de si justes renflements et une vérité d'attitude très naturelle. C'est pourquoi j'ai été surpris de quelques *très rares* négligences de composition, sur lesquelles je ne veux pas m'appesantir, espérant ne pas les retrouver plus tard, gâtant le bleu des nuits, interprétant trop librement le costume ou la coiffure. Je n'y aurais pas fait allusion, si la valeur générale des aquarelles ne rendait plus apparentes ces mêmes imperfections, où un artiste de cette classe se doit de ne pas venir oublier le double respect, qu'il doit à son propre talent et à la confiance de ses admirateurs.

DCVII. — Docteurs Pierre Bouloumié et Maurice Boigey. — **Le Livre des plus de soixante ans.** Un vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel*, Paris. 1932, 15 fr.

Bonhomie souriante dans les conseils, sagesse et finesse philosophique, marquent ce livre où sont envisagés les meilleurs moyens d'éviter les accidents et les ennuis de sénescence. Le gros œuvre est tiré des notes, que laissa Bouloumié. L'affectueuse sollicitude de Boigey pour sa mémoire ordonna ces matériaux et apporte aussi une collaboration effective à cet exposé, qui se garde à toute page d'être dogmatique, et que parachève une abondante moisson de pensées et de maximes laudatives ou dénigrantes de la vieillesse. La critique des méthodes de rajeunis-

sement est écrite avec beaucoup de modération. Mais pourquoi diable, à propos de transfusion et sous prétexte que les vocables sont d'usage scientifique international, appeler « *donor* » et « *récipient* », les donneur et bénéficiaire de cet acte ? Le premier mot a une indéniable odeur de latin de cuisine et le second, n'en déplaise aux promoteurs de son adoption, évoque peut-être les vases communicants, mais plus automatiquement encore l'idée d'ustensile où l'on transborde sans précaution des liquides sans noblesse.

DCVIII. — Docteur Victor-Pauchet. — **L'Automne de la Vie**. L'homme et la femme à l'âge critique. Préface d'Eugène Brieux de l'Académie française. Un vol. cartonné de 350 pages. *Editions Oliven*, Paris, 1932, 20 fr.

J'ai voulu rapprocher ce livre du précédent. Consacré au même sujet, écrit aussi par un médecin, il tend plus encore que le précédent à inculquer au lecteur, à vulgariser (au sens scientifique), l'hygiène qui lui permettra de sauvegarder sa santé particulièrement menacée à cet âge. Monsieur Pauchet a cru devoir recourir au ton didactique familier. Cela donne plus d'amicale simplicité à ses conseils, qui sont d'ailleurs rédigés avec beaucoup de clarté. Trois études complètent le livre : la première sur le traitement chirurgical de la vieillesse, par Dartigues dont les innombrables activités me remplissent (voir plus haut l'acception « récipient ») d'une admirative stupéfaction ; la troisième de Prost, sur l'hygiène mentale, et inspirée également par une sereine compétence ; la seconde traitant du traitement biologique du cancer et qui me semble prématurément placée dans un ouvrage destiné à ce que l'on nomme (par antiphrase semble-t-il) le « grand public ».

DCIX. — Charles Léger. — **Louis Pergaud**. (1882-1915) ; sa vie ; son œuvre; avec la reproduction du monument et un portrait hors texte de Louis Pergaud. En appendice : l'Aube, l'Herbe d'avril et autres poèmes ; essai de bibliographie. Lettre-préface de Bourdelle. Un vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France*, 1932, 12 fr.

Le grand conteur rustique qu'était Pergaud est tombé, lui aussi, pour la défense de ce sol qu'il aimait et pour cette victoire, que mutilent un peu plus tous les jours d'un cœur léger ceux qui pendant la guerre mirent prudemment à l'abri leur précieuse personne. Charles Léger connaît admirablement l'œuvre et l'homme. Son histoire littéraire anecdotique est un hommage émouvant au talent naïf, à la courageuse droiture, à l'ascension de Pergaud, instituteur franc-comtois, ami compréhensif des bêtes, esprit sans détours, poète sincère. Vous connaissiez surtout le prosateur, lauréat bien digne du Prix Goncourt. Ecoutez l'écho de la voix de celui qui fut aussi un grand poète :

« *J'ai grandi libre et sain comme un arbre en plein vent, — L'air vif de la Comté tanna ma rude écorce, — Et gonflant de santé les bourgeons de ma force, — Me fit un front farouche avec un cœur d'enfant. — Le malheur, paternel, a veillé sur mes ans, — Les destins déchaînés ont fait fléchir mon torse, — Sans que la peur, ce vin dont le désir se corse, — Ait fait chanter plus clair les sources de mon sang* ..... ».

Si j'ai choisi ces deux strophes, c'est qu'elles me semblent résumer le destin tragique de Pergaud : au fond de son regard le reflet de ces lueurs inquiètes d'être traqué, ce courage persévérant qu'il emploie à vivre, puis à se jeter avec sa générosité en travers de la meute lancée à la curée de sa patrie ; puis, enfin, ouvertes dans un bouillonnement chaud, un soir rouge, on ne sait où, sur cette plaine gluante de la Woëvre, les sources de son sang.

DCX. — Michel Finlande. — **Savetiers ou financiers** ? Une plaquette 13 × 18, tirée à 1.020 ex. numérotés. *Editions du Sagittaire*, 1931, 20 fr.

Le début de cette brillante satire des milieux de haute Bourse lambine. L'auteur tâte son sujet puis, très rapidement le ton s'anime, les reparties fusent et cela tourne au pamphlet de belle ordonnance et d'excellente qualité, incisif, émaillé de mots d'une cruauté raffinée comme de sournois coups d'épingle dans le saindoux de ces Messieurs. La manie de « boursicoter » étant assez répandue dans le monde médical, cette humoristique et très juste dissection des combinaisons et des polichinelles de la finance me semble digne de retenir l'attention de ceux que ronge cette fièvre, au même titre que la formule efficace d'un savoureux contre-poison.

DCXI. — Colette. — **Ces plaisirs**. Un vol. 12 × 19. *Editions Ferenczi*, Paris, 1932, 12 fr.

L'effronterie et le cynique talent de Colette peuvent seuls faire accepter sans nausée ce déballage de souvenirs et de troubles confidences. Bric-à-brac de chairs mêlées, d'impudiques tendresses, qu'elle pêche dans sa mémoire ou son imagination avec une adresse féline de chatte chassant au bord d'un aquarium, où grouilleraient tous les monstres minuscules et tous les poissons nains fantastiques de la faune des eaux rassemblés par un collectionneur très averti. La facture *littéraire* du livre est évidemment hors de question : elle est tout à fait remarquable, même dans sa brutalité et jusque dans le demi-jour où elle plonge.

DCXII. — Pierre BASTIEN. — **Eau chaude, Eau froide, Douche écossaise.** Un vol. 12×19. *Editions Figuière,* Paris, 1932, 15 fr.

Les contes de Monsieur Bastien ne sont pas tous de la même veine : je veux dire qu'il en est de plus et de moins heureux. J'aime mieux la détente de ses contes gais et les très amusantes caricatures qu'il dresse, en parfaite connaissance de cause du monde solennel et médicophobe de la magistrature.

**Varia*****

Le docteur LEMESLE, en littérature Maurice Germain a été officiellement reçu à l'Académie de Rouen.

*Le *Mercure de France* (numéro du 15 mars) consacre un très intéressant article à un humaniste du 18e siècle, Gresset et une étude très profonde au culte de Gœthe en Allemagne. Une dramatique nouvelle de Georges Poncet. Deux critiques musicales pratiquement *inédites* de Villiers de l'Isle-Adam. A la revue de la quinzaine, Pierre Lièvre a repris depuis quelques mois la chronique théâtrale et il marche allègrement dans les foulées de ses redoutables prédécesseurs.

* Je « reviens » sur le numéro de mars de la *Nouvelle Revue Française* pour vous signaler plus spécialement dans cette monumentale apothéose de Gœthe l'émouvant article de Rougemont sur le « *Silence de Gœthe* » et la lettre spirituelle de l'abbé Mugnier, se récusant et s'excusant de ne pas entrer dans le chœur de thuriféraires du grand écrivain.

20 mars 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## AUTOUR DES THÉATRES

**Au Trianon Lyrique :**

### La Danse des Libellules

*Opérette en trois actes,* de MM. R. FERRÉOL et Max EDDY, musique de Franz LEHAR.

**Au Théâtre des Nouveautés :**

### Xantho chez les Courtisanes

*Opérette en trois actes* de M. Jacques RICHEPIN, Musique de M. Marcel LATTÈS.

AU TRIANON LYRIQUE : *La Danse des Libellules.*

Cette reprise de l'opérette de Franz Lehar au Trianon-Lyrique fut quelque chose d'agréable et de pénible à la fois pour ceux qui ont assisté aux fameuses soirées de Bataclan en 1920, où la Danse des Libellules avait connu un véritable triomphe auprès de tous les publics parisiens.

Elle fut à cette date jouée un nombre considérable de fois devant des salles combles avec une interprétation qui réunissait, si mes souvenirs sont exacts, la grande artiste Maria Koutznezof, l'élégante et jolie Marthe Ferrare, l'espiègle et trépidante Marie Dubas, qui y a conquis ses lauriers, Jacques Vitry, classique et distingué en jeune premier, et ce brave Oudart, la joie de la soirée, plein de rondeur et de malice. La partie « revue » du deuxième acte avait consacré le talent et le renom de Madame Rasimi : c'était une pure merveille d'art et de goût.

Nous avons retrouvé au Trianon-Lyrique un fac-similé, une copie de ce qui fut notre joie de jadis, nous l'avons goûtée et aimée quand même mais rétrospectivement, il ne pouvait en être autrement sur la scène étroite de notre théâtre populaire d'opérette, et Mesdames Nivel, dans le le rôle d'Hélène, Laborde dans le rôle de Charlotte, Ch. Naus dans celui de Zuzu, Messieurs Lenoty dans celui de Charles et Darthez dans celui de Dieulevent ne nous font nullement oublier les artistes cités plus haut qui tenaient primitivement leurs rôles. Pourquoi donc une grande scène comme Mogador ne reprendrait-elle pas ce joyau de la façon même que Bataclan l'avait compris ? Il n'y a pas d'opérette plus classique dans sa forme, plus « pierre de touche » au point de vue valeur des interprètes, plus « actuelle » par sa partie Revue où peuvent alterner et se combiner si aisément des attractions de Music-Hall, des chants, des danses et même les plus récentes présentations de nos couturiers et les audaces d'une mode nouvelle.

AU THÉATRE DES NOUVEAUTÉS : ***Xantho chez les Courtisanes.***

C'est également un peu un sentiment de regret que nous éprouvons à l'audition de la nouvelle opérette du théâtre des Nouveautés.

Nous avons connu Xantho non pas en opérette mais en comédie en 1910, au théâtre des Bouffes parisiens, et nous n'avons pas eu de l'opérette une impression aussi flatteuse. L'exiguité d'une salle tend toujours à ramener les qualités d'une œuvre à de moindres proportions, c'est évident, mais, néanmoins nous ne retrouvons pas cette même couleur locale de jadis, il

y a moins de vraisemblance, moins d'ambiance, les chants traités trop souvent à la moderne, sans rappel des sonorités et modulations de thèmes hellènes ou hébraïques en sont un peu la cause et écourtent forcément le développement de l'action qui demanderait à être plus finement distillé ; jadis le dernier voile de Xantho tombait après combien d'autres ! maintenant c'est un dévêtement rapide et conforme aux impatiences d'un temps sans temporisations, ni câlineries.

Je ne vous compterai pas en détails, l'histoire de Xantho qui souffrant de l'indifférence progressive de son mari Phaon vient à Corinthe consulter Myrrhine la célèbre courtisane, comptant apprendre à son école les moyens de retenir son négligent époux.

Par le « rideau des Sénateurs », Xantho s'apprête à prendre les indispensables leçons mais ciel ! c'est justement Phaon qu'elle aperçoit avec Myrrhine. Il est pressé d'entreprendre un voyage à Cythère et ne pense guère en l'occurrence à son honnête épouse. L'épilogue de cette affaire prouve indubitablement combien on peut faire de morale en utilisant parfois même l'immoralité : Xantho à son tour, voilée, se fait désirer par Phaon qui a pris sa place derrière le rideau ; sans mettre sa vertu en danger, elle s'empresse graduellement auprès d'un incapable que Phaon tient essentiellement à remplacer. C'est ainsi que tout finira bien.

Les quatre rôles principaux sont tenus, et fort bien, par quatre artistes qui possèdent l'art et la finesse nécessaires : Mmes Gabrielle Ristori en Xantho, Arletty en Myrrhine.

MM. Alerme en Phaon et Fizella en jeune débauché, sujet aux variations de température.

Il y a des chœurs et des danses, une jolie mise en scène, et de beaux décors ; c'est une gentille soirée et tout particulièrement d'intimité conjugale.

Jean Séjournet,
de la Société des Auteurs.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

### I

**Ligne de conduite à suivre par les médecins vis-à-vis des caisses, qui refusent de signer la convention**

Ignorer ces Caisses comme elles nous ignorent.

Ne *rien* inscrire sur la feuille de maladie (toute signature sur cette feuille marque adhésion à la convention).

Ne délivrer aucune attestation de durée probable, ni de terminaison de la maladie.

Donner simplement au malade, quand il le réclame, un reçu *global* d'honoraires sur notre papier et dans notre forme habituelle (par conséquent avec un timbre de quittance ; par exemple : « Reçu de M. Bernard la somme de 25 francs ou de 280 francs, pour honoraires. »

Dans la Seine, les caisses qui n'ont pas signé sont définitivement au nombre de 6 :

Caisse primaire Michelin ;

Union des Travailleurs de France ;

Damoysienne (maison Damoy) ;

Les chauffeurs d'automobiles ;

La Prévoyante ;

Caisse primaire du Crédit Lyonnais.

Les deux premières nous ont opposé un refus formel. Les trois suivantes ont préféré, comme tactique, laisser systématiquement toutes nos lettres sans réponse. Nous les ignorerons comme elles nous ignorent, en attendant d'autres décisions à l'étude.

Le Crédit Lyonnais ajourne son adhésion.

A l'inverse, 64 caisses ont signé.

### II

**Rapport sur l'activité du contrôle syndical technique de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine**

Par MM. Fanton d'Andon et Dupas.

Du 1er octobre au 31 décembre 1931, l'activité du contrôle syndical pour les Assurances sociales s'est exercée uniquement sur les soins donnés aux Assurés de la Caisse interdépartementale.

Les affaires soumises au Contrôle syndical par la Caisse ont été au nombre de 116, certaines signalées à plusieurs reprises.

Un triage de ces affaires a permis d'en confier 46 à la collaboration de l'Office d'exercice illégal dirigé par M. le docteur Jolly. Les suites ci-dessous leur ont été données :

Plaintes à la Préfecture, 14 ; lettres d'observations ou observations verbales, 14 ; conseil de famille du S. M. S., 3 ; affaires restant en cours d'enquête ou en observation, 15. Activité propre au contrôle syndical : contrôles effectués, 25 ; ces 25 contrôles ont eu les résultats suivants : affaires portées devant le Conseil de Famille fédéral, 9 ; lettres d'avertissement ou d'observations, 3 ; affaires mettant le médecin hors de cause, 10 ; affaires s'étant transformées en questions d'exercice illégal, 3.

Un certain nombre d'affaires n'ont pu déclencher de contrôle par défaut de pièces au dossier d'enquête. Elles restent en surveillance.

Le service de contrôle syndical apprécie la bonne

collaboration du contrôle de la Caisse interdépartementale et celle, très précieuse, du Directeur de l'Office de répression d'exercice illégal.

Pour les autres Caisses, qui n'ont pas eu recours au contrôle syndical, il y a lieu d'espérer une prochaine collaboration.

Une conférence a été faite à 80 délégués des Caisses par MM. Fanton d'Andon et Dupas, directeur et secrétaire du contrôle, sur le fonctionnement de ce service et ses résultats.

Cette conférence, due à l'initiative de M. Martin, directeur adjoint de la Caisse interdépartementale, a reçu le meilleur accueil des délégués des Caisses, et plusieurs ont depuis eu recours au Contrôle syndical.

### III

### Appel aux médecins non syndiqués

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine assumant entièrement la charge financière du contrôle syndical, il est juste que tout médecin qui y est assujetti contribue pour la même part aux frais qu'il nécessite. Les médecins syndiqués versant annuellement à la Fédération une contribution, il nous paraît équitable que les médecins non syndiqués versent la même contribution.

La contribution spéciale pour le contrôle et pour les syndiqués étant fixée annuellement à 30 francs, les non-syndiqués sont donc priés de vouloir bien l'adresser le plus tôt possible au Trésorier de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, Paris, 6e, par mandat ou par chèque.

### IV

### Compte rendu du Conseil de famille départemental

Le Conseil de famille de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a commencé ses travaux le 6 février 1932.

Le Conseil a mission d'instruire et de juger les plaintes relatives au Service médical, portées contre les médecins, syndiqués ou non, en matière d'Assurances sociales, et émanant des caisses, des syndicats des médecins ou des assurés, en application de la loi 30 avril 1930, du règlement d'administration publique et des conventions passées entre les caisses et les syndicats médicaux.

Dans sa première séance du 6 février, le Conseil de famille a examiné trois plaintes émanant des caisses, dont il a été saisi par le Bureau de la Fédération, après avis du directeur du service de contrôle et enquête faite par les médecins contrôleurs désignés à cet effet. Les trois affaires ont donné lieu à des sanctions disciplinaires.

La première a été jugée par défaut contre un médecin N., qui assumait la direction médicale d'une clinique ne lui appartenant pas, et qui employait comme adjoint un étranger dépourvu de tout dipôme français, mais qui se présentait aux malades comme docteur et leur donnait des soins suivis et compliqués. Le médecin N.., responsable, reconnu coupable d'abus de perception d'honoraires pour soins qui n'avaient pas été donnés par lui-même, a été frappé de la peine de l'exclusion pendant six mois du droit de donner des soins aux assurés de toutes les caisses avec lesquelles la Fédération a passé convention.

La seconde plainte concernait un docteur D..., qui avait accepté de se mettre à la solde d'un sieur G... directeur d'un « Institut chiropratic » déjà condamné pour exercice illégal de la médecine par le Tribunal correctionnel de la Seine. Le docteur D., servait simplement de prête-nom pour couvrir les opérations du « Chiropractor » et signait des feuilles de maladie pour des soins qu'il ne fournissait pas personnellement, et dont il ne contrôlait ni l'opportunité, ni la fréquence, ni l'efficacité. Considérant en outre que la méthode appliquée, qui consiste à soigner de façon analogue les maladies différentes et à soigner indéfiniment des maladies manifestement incurables, se rapporte plus à l'exploitation de la crédulité publique qu'à l'exercice de la médecine, le Conseil a prononcé contre le docteur D..., l'exclusion pendant deux ans du droit de donner des soins aux assurés de toutes les Caisses avec lesquelles la Fédération a passé convention.

La troisième plainte concernant un médecin, qui, pour une affection sans gravité et tout d'abord indéterminée, avait cru devoir faire pendant 2 mois des applications journalières de rayons ultra-violets et des injections sous-cutanées, a donné lieu à un avertissement avec communication à la Caisse interdépartementale.

Le Corps médical organisé, en frappant avec fermeté les médecins qui lui étaient déférés, a affirmé sa volonté de maintenir intacts les principes de haute moralité, qui ont toujours fait l'honneur de la médecine traditionnelle française.

## Syndicat médical de Cannes

*Assemblée générale du* 10 *décembre* 1931

### Assurés sociaux réformés soignés exclusivement pour l'affection cause de réforme.

En ce qui concerne l'affection cause de réforme, les réformés assurés sociaux sont soignés obligatoirement comme les réformés non assurés à l'aide du carnet de soins gratuits et ne peuvent être soignés à titre d'assuré social, les assurances sociales ne couvrant pas les affections cause de réforme. Bien entendu ne peut être soignée à l'aide du carnet que l'affection cause de réforme exclusivement.

Néanmoins, comme ces malades touchent au titre

des assurances sociales, s'ils sont incapables de travailler, l'indemnité d'incapacité de travail, même quand c'est l'affection cause de réforme qui les rend incapables de travailler , ils pourront être porteurs d'une feuille de maladie d'assurances sociales.

On remplira dans ce cas d'une part le carnet de soins gratuits, d'autre part la feuille de maladie comme pour un assuré social non réformé.

On indiquera notamment par « oui » à l'endroit réservé à cet effet sur la feuille de maladie d'assuré social qu'il s'agit d'une affection cause de réforme.

On ne peut en aucun cas donner d'ordonnance au titre d'assuré social en ce qui concerne l'affection cause de réforme ; en particulier on ne peut prescrire au titre d'assuré social aucune spécialité destinée à l'affection cause de réforme, mais ne pouvant être prescrite au titre de réformé parce que non autorisée.

Exception est faite dans le cas particulier d'affection cause de réforme ne donnant pas droit aux soins gratuits, ce qu'on reconnaît au fait que l'affection ne figure pas sur la deuxième page de la couverture du carnet de soins gratuits, ou n'y figure que précédée des lettres P. M. (pour mémoire) ou A. T. D. (à titre documentaire) ; en pareil cas, l'affection cause de réforme peut être soignée au titre d'assuré social.

On ne peut non plus en aucun cas porter sur l'ordonnance du carnet de soins gratuits de réformé aucune prescription concernant la maladie non cause de réforme.

Comme le médecin ne peut d'après la loi se faire rémunérer pour soins donnés à un réformé qu'en détachant un bulletin de visite du carnet de soins gratuits, sans avoir le droit de demander un supplément d'honoraires au malade, on ne mettra jamais sur la feuille de maladie la signature valant acquit. Mettre la signature valant acquit engagerait gravement la responsabilité du médecin. La signature valant acquit signifie en effet que le malade a payé le médecin, et dans le cas particulier elle inciterait la Caisse à payer indûment au réformé son tarif de responsabilité sur des visites que lui-même n'aurait pas payées au médecin.

Il n'y a utilité à remplir la feuille de maladie que lors de la première visite qui marque le début de l'incapacité de travail, lors de celle où l'on indique la fin de l'incapacité de travail, et quand il y a changement de feuille, si le malade est toujours incapable de travailler, pour indiquer à la caisse que l'incapacité continue.

A noter que le médecin a toujours le droit de refuser de soigner l'intéressé à titre de réformé, et de n'accepter de le soigner que comme un client ordinaire, en lui faisant payer entièrement de sa poche le tarif de clientèle ordinaire, ainsi qu'il est dit page 33-A ; dans ce cas on ne remplira pas le carnet de soins gratuits, mais, si l'on veut permettre à l'intéressé de toucher l'indemnité d'incapacité de travail, on remplira la feuille de maladie d'assurances sociales, comme il est dit plus haut, en indiquant qu'il s'agit d'une affection cause de réforme, en ne délivrant pas d'ordonnance à titre d'assuré social, mais seulement une ordonnance ordinaire, enfin en ne mettant jamais la signature valant acquit sur la feuille de maladie ; en pareil cas le malade n'aura droit à aucun remboursement sur les frais médicaux et pharmaceutiques, ni de la part de l'Etat, ni de la part des assurances sociales, mais touchera de celle-ci son indemnité d'incapacité de travail.

**Assurés sociaux réformés soignés à la fois pour l'affection cause de réforme et pour une autre maladie.**

Un assuré social réformé peut avoir besoin de soins à la fois pour l'affection cause de réforme et pour une autre maladie, que ce soit celle-ci qui survienne pendant le traitement de l'affection cause de réforme ou que ce soit au contraire l'affection cause de réforme qui nécessite des soins pendant le traitement de l'autre maladie.

*a*) En ce qui concerne les visites motivées uniquement par l'affection cause de réforme, la marche à suivre est indiquée à l'article « Assurés sociaux réformés soignés exclusivement pour l'affection cause de réforme », page 78.

*b*) En ce qui concerne les visites motivées uniquement par la maladie non cause de réforme, l'assuré social réformé est soigné obligatoirement comme les assurés sociaux non réformés et ne peut être soigné à titre de réformé ; le carnet de soins gratuits ne peut être utilisé en aucun cas ; le médecin remplira la feuille de maladie d'assurances sociales comme pour un assuré social ordinaire et indiquera qu'il ne s'agit pas d'une affection cause de réforme en n'inscrivant rien à l'endroit réservé à cet effet ; le médecin ne pourra d'autre part porter sur l'ordonnance d'assuré social aucune prescription concernant l'affection cause de réforme (et notamment aucune spécialité destinée à l'affection cause de réforme, mais ne pouvant être prescrite à titre de réformé parce que non autorisée).

*c*) En ce qui concerne les visites motivées à la fois par l'affection cause de réforme et par d'autre affection, que doit-on compter ?

En clientèle ordinaire quand le malade consulte le médecin pour deux affections à la fois, on ne peut en pratique compter un prix supérieur à celui de la visite ordinaire que dans le cas particulier où il s'agit de deux affections assez sérieuses pour occasionner au médecin une perte de temps nettement plus élevée qu'une visite courante.

Mais, quand il s'agit d'une affection cause de réforme, le tarif des réformés qui est imposé est très inférieur au tarif syndical minimum ; il paraît en conséquence peu logique de donner pour ce prix réduit des soins même peu importants pour une autre maladie concomitante. D'autre part, si on effectue pour le même réformé deux actes médicaux motivés tous deux par l'affection cause de réforme et assez importants pour que chacun d'eux soit à tarif spécial, il est prévu dans le tarif des réformés que chacun d'eux

doit être compté à part. Il est par suite naturel de demander un supplément si l'on a à soigner au cours de la même visite l'affection cause de réforme et une autre affection.

Il a été décidé de laisser à apprécier aux confrères, dans chaque cas particulier, s'ils doivent :

Ou bien, quand la maladie non cause de réforme est trop légère pour justifier seule la visite, ne compter que la visite pour l'affection cause de réforme. On agira alors ainsi qu'il est dit dans l'article spécial : « Assurés sociaux réformés soignés exclusivement pour l'affection cause de réforme », page 78.

Ou bien, quand l'affection cause de réforme est trop légère pour justifier seule la visite, ne compter que la visite pour la maladie non cause de réforme (voir plus haut paragraphe *b*).

— Ou bien, quand chacune des deux affections est assez importante pour justifier seule la visite, détacher d'une part un bulletin de visite du carnet de soins gratuits pour l'affection cause de réforme, comme si la visite n'était motivée que par celle-ci, et demander d'autre part à l'intéressé, pour la maladie non cause de réforme, soit le prix d'une visite ordinaire, soit seulement un supplément d'honoraires, en remplissant la feuille de maladie d'assurances sociales comme s'il s'agissait uniquement de la maladie non cause de réforme.

Si l'on se borne à demander un supplément d'honoraires, celui-ci doit être au moins égal à la différence entre le tarif réduit des réformés et le tarif syndical minimum. On demandera par conséquent en cas de visite au moins 10 francs, différence entre le tarif des réformés (15 francs) et le tarif syndical minimum de visite (25 francs). Sur ces 10 francs la Caisse remboursera 9 fr. 60. On demandera également au moins 10 francs en cas de consultation, bien que la différence entre le tarif des réformés (15 francs) et le tarif syndical minimum de consultation (20 francs) ne soit que de 5 francs. En effet, l'intéressé est remboursé également dans ce cas de 9 fr. 60, et il est contraire au principe général de l'assurance que celle-ci puisse jamais devenir une source de bénéfices pour l'intéressé.

Le fait de demander un supplément en plus du tarif des réformés, qui serait absolument illégal s'il s'agissait seulement d'une affection cause de réforme, paraît entièrement licite quand il y a en plus une autre maladie.

*Le Secrétaire* :

Dr HOUSSIAUX.

# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale des enfants** (Professeur : M. NOBÉCOURT) et **Clinique de la tuberculose** (Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Enseignement complémentaire* : *Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile.* — Le Docteur P.-F. ARMAND-DELILLE, fera, du lundi 11 avril au jeudi 5 mai 1932, dans son service de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold, place du Danube (XIXe), suivie d'examens cliniques dans ses salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire, avec le concours du Docteur Ch. LESTOCQUOY, médecin assistant ; du Docteur DIMIER, chef du service radiologique, qui fera une leçon sur le diagnostic radiologique de la tuberculose infantile, et du Docteur Pierre-Louis MARIE, chef de laboratoire, qui fera une leçon sur le diagnostic bactériologique, cytologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Droits d'inscription : 200 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

OBJET DU COURS. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. Contagion tuberculeuse et virus filtrant. — 2. Primo-infection ; Premier stade ; Adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques. — 3. Diagnostic clinique de l'adénopathie trachéo-bronchique ; Signes stéthacoustiques et signes radioscopiques. — 4. Stade de généralisation ; Tuberculoses aiguës. — 5. Tuberculose pulmonaire chez le nourrisson et l'enfant. — 6. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 7. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon ; Injection intra-trachéale de lipiodol. — 8. Tuberculoses atténuées des séreuses ; Pleurésies et péritonites. — 9. La fièvre de tuberculisation ; Son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 10. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 11. Tuberculoses viscérales ; Symphyse cardio-tuberculeuse. — 12. Tuberculose rénale. — 13. Tuberculoses cutanées et gommes tuberculeuses. — 14. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant ; Recherche du bacille dans le contenu gastrique ; Culture du sang d'après les méthodes nouvelles. — 15. Méningite tuberculeuse. — 16. Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 17. Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. — 18. Héliothérapie et thalassothérapie. — 19. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — 20. Prophylaxie ; La préservation de l'enfance contre la tuberculose ; L'Œuvre Grancher. — 21. La vaccination antituberculeuse de Calmette. — 22. Visite d'un foyer de placement familial de l'Œuvre Grancher.

— **Chaire d'hygiène.** — *Cours des grandes endémies tropicales* (études de pathogénie et de prophylaxie.) — Cet enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le Professeur L. TANON et de M. le Médecin-Inspecteur général BOYE, directeur du Service de santé des troupes coloniales, au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 heures, à partir du lundi 11 avril 1932. Il aura lieu les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure, et sera accompagné de projections.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 11 avril, M. MURAZ : Etat actuel des traitements chimio-thérapeutiques de la maladie du sommeil. — Mercredi 13 avril, M. HUARD : Les aspects chirurgicaux de la dysenterie amibienne. — Vendredi 15 avril, M. MONTEL : Influence du climat tropical de la Cochinchine sur l'organisme humain. — Lundi 18 avril, M. BOTREAU-ROUSSEL : Les ostéopathies pianiques. — Mercredi 20 avril, M. TOULLEC : Les fièvres exanthématiques. — Vendredi 22 avril, M. BLANC : La fièvre bilieuse hémoglobinurique. — Lundi 25 avril, M. Marcel LÉGER : Coup d'œil épidémiologique sur les principales maladies d'une vieille colonie : la Guadeloupe. — Mercredi 27 avril, M. Gustave MARTIN : La psychologie du fumeur d'opium.

**— Prix André Léri.** — Le prix André Léri d'une valeur de 1.500 francs destiné à récompenser chaque année un travail sur : les maladies des os ou des articulations sera attribué pour la première fois en 1932.

Les candidats sont priés de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté avant le 25 avril 1932 (demande établie sur papier timbré à 3 fr. 60) accompagnée d'un exemplaire du travail.

**— Pathologie médicale.** — (Professeur : M. A. CLERC. Semestre d'été.) — *Deuxième série* (mai-juin). — M. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, agrégé : maladies des reins ; M. DONZELOT, agrégé : Maladies infectieuses (*suite*).

M. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT commencera ses leçons le lundi 9 mai 1932, à 18 heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre.

M. DONZELOT commencera ses leçons le mardi 10 mai 1932, à 18 heures, et les continuera les jeudis, samedis, et mardis suivants à la même heure, au Petit amphithéâtre.

**— Médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. GRÉGOIRE. Cours de M. le Docteur R. SAUVAGE, prosecteur.) — *Chirurgie abdominale*; *pratique chirurgicale courante*. — Sous la direction de M. le Professeur A. GOSSET, et en liaison avec un cours de perfectionnement de chirurgie abdominale fait aux mêmes dates et avec le même programme à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 47.

Ouverture du cours le lundi 30 mai 1932, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Chirurgie du tube digestif et des voies biliaires* : 1° Appendicectomies. Cure opératoire des hernies. — 2° Gastro-entérostomies. — 3° Pylorectomies. — 4° Cholécystectomies. Cholédocotomies. — 5° Colectomies. Anus cæcal et iliaque.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Chirurgie gynécologique* : 1° Hystérectomies pour fibrome. — 2° Hystérectomies pour annexites. Castration unilatérale. — 3° Hystérectomies pour cancer. — 4° Périnéorraphies. Hystéropexies. — 5° Amputation du sein.

Ces cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour les deux séries. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

**— Médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. GRÉGOIRE. Cours de M. le Dr MÉNEGAUX, prosecteur, sous la direction de M. le Professeur Pierre DUVAL.)— *Chirurgie du tube digestif*. — Ouverture du cours le lundi 2 mai 1932, à 14 heures.

PROGRAMME DU COURS. — *Première série* : 1° Chirurgie de l'œsophage. Diverticules de l'œsophage. Œsophagoplastie pour mégaœsophage (GRÉGOIRE). — 2° Voies d'abord et exploration de l'estomac. Gastrotomie. Gastrostomie : Fontan, Witzel. — 3° La gastro-entérostomie. — 4° Traitement de l'ulcère de l'estomac. Résection en selle. Résection annulaire. — 5° Traitement du cancer de l'estomac. Gastro-pylorectomie : Péan, Billroth, Polya, Kocher, Finsterer.

*Deuxième série* : 1° Traitement de l'ulcère du duodénum. Traitement des sténoses duodénales. La duodéno-jéjunostomie. — 2° Les résections intestinales. — 3° Chirurgie du côlon droit. La colectomie. L'iléosigmoïdostomie. Les exclusions uni et bilatérales. — 4° Chirurgie du côlon transverse et du côlon gauche. Colectomie en un temps, en deux temps. — 5° Chirurgie du rectum ; amputation périnéale, amputation abdomino-périnéale.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de seize inscriptions. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

**— Thèses.** — Lundi 14 mars. Jury : MM. Couvelaire, Legueu, Strohl, Dognon. — M. ALBERTINI : Les ruptures d'utérus ayant subi la section césarienne. — M. FRITSCH : Etude de la coexistence de la colibacillose et de la tuberculose rénale. — M. GROS : Eblouissement rétinien.

Mardi 15 mars. — Jury : MM. Bezançon, Gougerot, Roussy, Philibert. — MM. PASQUEREAU : Le traitement de l'état de mal épileptique. — M. FAYNER : Considérations sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculides. — M. HAMON : Etude des lésions buccales au cours de la leucémie aiguë. — M. ETESSE : Etude statistique de 159 cancers du sein. — M. REVESZ : Le cancer chez es vieillards.

Jury : MM. Brindeau, Carnot, Rathery, Gastinel. — Mlle SOPROUNOFF : Etude de la pathogénie de la stérilité chez la femme. — M ALFONSI : Etude de la cyclonéphrite gravidique et de son traitement, en particulier par le sérum anti-coli-bacillaire de Vincent. — M. PHAM-BA-VIEN : Etude sur un nouveau balsamique « Le Fohienol » et ses applications dans le traitement des maladies des voies urinaires. — Mme JANY : L'élimination de l'eau dans la pratique courante.

Mercredi 16 mars. — Jury : MM. Lemierre, Loeper, Fiessinger, Cathala. — M. RACHEF : Le rôle du pancréas dans les ictères catarrhaux. — M. VANNIER : Etude de l'amibiase pulmonaire.

Jeudi 17 mars. — Jury : MM. Claude, Laignel-Lavastine, Tanon, Chevassu. — MM. SCHULSINGER : Sur quelques principes de la psychoanalyse. — Mme COCHARD : Premières recherches sur le pH urinaire chez l'enfant normal.

Jury : MM. Léon Bernard, Guillain, Nobécourt, Verne. — M. BALDÉ : Etude des rapports entre la maladie de Hodgkin et la tuberculose. — M. CARLET-SOULAGES : Histoire d'une myxœdémateuse congénitale.

Mercredi 6 avril. — Jury : MM. Baudouin, Clerc, Loeper, Alajouanine. — M. AUVYNET : Etude du traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par la radiothérapie médullaire. — M. FRAIN : Etude radiologique du cœur ; de la mensuration des diamètres cardiaques.

Samedi 9 avril. — Jury : MM. Bezançon, J.-L. Faure, Lejars, Vaudescal. — MM. DEZAMY : Etude du traitement des cervicites chroniques par la diathermo-coagulation. — M. TUGLER : Sur un nouveau procédé de traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren. — M. DUPUY : Les écoulements de sang par le mamelon.

*Thèses vétérinaires. — Mardi 15 mars. — Jury : MM.*

Sergent, Tanon, Panisset, Robin, Coquot, Lesbouyries. — MM. LABBÉ : Des pneumonies du cheval et leur traitement par le sulfate neutre potassique d'oxyquinoléine. — M. BLOT : Le piétin du mouton, de la chèvre. Etiologie, traitement.

Jeudi 17 mars. — Jury : MM. Binet, Brumpt, Maignon, Nicolas, Henry, Panisset, Lesbouyries. — MM. NOUVEL : Recherches expérimentales sur les catalyseurs tissulaires. — M. SAINT-PRIX : Etude expérimentale de l'infection du chien par trypanosoma Brucès. — M. PÉRIN : La coccidiose du lapin, son traitement, sa prophylaxie en particulier par le lactosérum et les dérivés du lait.

Jeudi 7 avril. — Jury : MM. Brindeau, Bresson, Lesbouyries. — M. ARIBERT-DESJARDINS : Notes pratiques d'obstétrique vétérinaire.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital de la Pitié.** *Leçons du dimanche sur les thérapeutiques nouvelles.* — Dimanche 10 avril, à 10 h. 1/2, leçon du Professeur RATHERY sur les régimes chlorurés et déchlorurés. — Dimanche, 17 avril, leçon du Docteur FROMENT sur le traitement des ulcères digestifs. — Dimanche 24 avril, leçon du Professeur BINET sur le traitement des asphyxies.

— **Hôpital Laënnec et hôpital des Enfants-Malades.** *Conférences d'ophtalmologie.* — Dix conférences d'ophtalmologie élémentaire seront faites par MM. CANTONNET, MONTHUS, FAVORY et PARFONRY, le dimanche à 10 h. 30 à partir du 17 avril à l'hôpital Laënnec (les six premières conférences) et aux Enfants-Malades (les quatre dernières conférences).

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** — M. ROBINEAU, chirurgien de l'hôpital Necker, est nommé directeur scientifique de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, en remplacement de M. Dujarier.

— **Polyclinique du boulevard Ney.** *Assistants de consultation.* — Une place d'assistant suppléant de la consultation de médecine générale et une place d'assistant suppléant de la consultation de médecine infantile ouverte tous les jours (dimanches et fêtes compris) à la polyclinique du boulevard Ney sont actuellement vacantes.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 15 avril prochain, dernier délai.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

—**Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Joseph VADON, de Saint-Raphaël, qui était le père de l'interne des hôpitaux de Paris, Henri Vadon, mort victime du devoir professionnel ; du Dr Camille GIRAL, président de la Fédération des Syndicats médicaux du Gard ; du Dr BRET, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon ; du Dr René VAUCAIRE, de Paris ; du Dr KAHN, de Paris ; du Dr PASQUET, de Nemours (Seine-et-Marne) ; du Dr VIEL, de Pont-l'Abbé Picauville (Manche) ; du Dr FAUCONNEAU, de Bourges (Cher) ; du Dr Julien ISAY, de Pantin ; du Dr MATARANGAS, de Paris ; du Dr TOUSTEN, de Nice.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le jeudi 17 mars a eu lieu, au Buffet de la Gare de Lyon, la deuxième réunion de 1932 des médecins de Toulouse à Paris. Etaient présents, les Docteurs Mont-Réfet, Digeon, Dartigues, Flurin, Groc, Andrieu, Privat, Bory, Armengaud, Roule, Faulong, Tailhefer, Montagne, Foures, Quériaud, Millas, Duraud, Mazet. S'étaient excusés, les Docteurs de Parrel, Delherm, Félix, Cany, Dupau, Esclavissat, Mouchart, Estrabaut, Jausion, d'Ayrenx, Constantin, Thomas, Terson. A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Docteur Groc, secrétaire général, pour la lecture de la correspondance et questions diverses ; le Professeur Roule, pour attirer l'attention des confrères présents sur l'exposition des artistes toulousains, actuellement ouverte au Musée Galliéra ; le Docteur Dartigues, pour souligner l'intérêt que présente une nouvelle manifestation d'activité de l'Umfia : les grandes conférences sur les peuples latins inaugurées récemment par une Conférence du Professeur Forgues sur l'*Espagne* et le *mouvement médical* ; le Docteur Armengaud, président en exercice de la Société, qui remercia ses camarades de la marque d'amitié qu'ils venaient de lui donner en l'élevant à la présidence. La prochaine réunion aura lieu au début de mai.

— **Voyage en France des professeurs et étudiants de 6e année de Barcelone.** — Conduits par leurs éminents maitres de l'Université de Barcelone, les professeurs Antonio Salvat Navarrro, Angel A. Ferrer Cagical, Juan Homeder Cortiella, Roman Pina Fuster, 50 étudiants appartenant à leur sixième année de médecine ont visité certains grands services de nos hôpitaux, et quelques-uns des laboratoires qui se placent au premier rang de la pharmacologie française.

Parmi ceux-ci, les laboratoires du Docteur Pierre Astier, de MM. Clin Comar, du Docteur Debat, ont fait l'objet d'une visite.

Le Docteur Angel A. Ferrer Cagical, ancien doyen de la Faculté, ex-président de l'Académie de neurologie de Barcelone est actuellement vice-président de la Ligue catalane contre le rhumatisme.

Le Docteur Antonio Salvat Navarro, ancien médecin de la Marine de guerre, occupe avec une haute distinction la chaire d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de Barcelone.

Tous ces jeunes gens empreints du meilleur esprit médical et d'une forte culture, désiraient au cours d'un voyage en Europe, voir ce que Paris leur présentait de plus complet sous divers angles.

A l'hôpital Saint Louis, le docteur Belot, radiologiste des hôpitaux de Paris, leur fit les honneurs du nouveau service de radiologie, qui actuellement peut compter parmi ce qu'il y a de plus parfait au monde.

L'après-midi de ce jour, fut tout entier consacré à la visite des services du fichier du *Monde médical*, qui permit d'admirer la méthode de travail, l'exactitude documentaire avec lesquelles ces services fonctionnent.

Le lendemain à l'hôpital Broca, le Professeur J.-L. Faure, membre de l'Académie de médecine avait bien voulu réserver une matinée aux professeurs, médecins et étudiants ; séance opératoire, présentation cinématographique, conférence magistrale, tel fut le merveilleux programme auquel les avait convié l'un des maîtres de la gynécologie mondiale.

Un déjeuner réunit au Royal Haussmann, avec tous les membres du voyage, le bureau directeur de l'Umfia, ainsi que les membres du Conseil d'administration de cette puissante association. Nous avons reconnu les Docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente, Delaunay, Molinéry, Dausset, Cambiès, Berty-Maurel, Milian, Cathala, Debat, Mazeran, Armengaud, Wallet, ainsi que M. Dalby, M. Castanet, M. Delaunay, des Laboratoires Heudebert, etc ...

Le Docteur Dartigues dans une de ses improvisations dont il a le secret remercia tous les convives de l'honneur qui était fait à la France, et en particulier à l'Umfia. Le Professeur Cagical prononça un remarquable discours haché d'applaudissements ; le Docteur Delaunay nous demanda de voir seulement ce qui peut unir les cœurs et les esprits.

Le Docteur Ferran leva sa coupe pour l'Umfia et pour la France.

Les voyageurs continuèrent leur visite à Paris, par les services d'hygiène de la ville.

Quelques heures plus tard, le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, assisté du Professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M., reçut les voyageurs dans ses appartements personnels et leur offrit une tasse de thé.

Avec infiniment d'esprit, M. le Doyen Balthazard rappela qu'il était le lointain successeur du Doyen Orfila né aux Iles Baléares et qui, voici près de cent ans, donna à la Faculté de Paris un lustre incomparable.

Le lendemain, le Professeur Sergent reçut les membres de la caravane à l'hôpital de la Charité, et après leur avoir fait les honneurs de son service, donna une conférence sur la nécessité des études cliniques. La haute personnalité du Professeur Sergent s'adapte merveilleusement au sujet qu'il a traité et nous avons été le témoin de l'impression profonde que chacun a ressentie de cette belle séance.

Le Professeur Desmarest reçut encore cette caravane qui alla aussi visiter l'Institut Pasteur.

Quelques-uns d'entre eux ayant manifesté le désir d'assister à une séance opératoire du Docteur Pauchet, celui-ci leur donna rendez-vous à l'hôpital Saint-Michel.

Avant de rentrer à Barcelone, médecins et étudiants s'arrêtèrent aux Escaldes, où ils visitèrent le sanatorium du Docteur Hervé, qui les a accueillis très cordialement.

Nous ne saurions trop souligner l'importance de ces voyages non seulement du point de vue médical qui est déjà considérable, mais encore et tout simplement du point de vue international. C'est par les amitiés d'individu à individu, que les peuples verront leurs liens se resserrer davantage et espérons-le, dans une très large mesure, verront s'éloigner aussi les risques redoutables de conflits.

— **Société amicale des médecins alsaciens**, (9, rue d'Astorg, Paris).— Cette société s'est réunie le samedi 5 mars, au restaurant de la gare de l'Est, antichambre de l'Alsace comme le fit judicieusement remarquer le président, le Docteur Blind. Elle fut, comme d'habitude, vive et animée, empreinte de la plus franche cordialité. Etaient présents : MM. les Docteurs Blind et Mme, Gaston Bloch et Mme, Bloch-Vormser, Alfred Blum, Brüder, Brucker, Prof. Froelich, de Nancy, Fuchs, Keim et Mme, Laforgue, Prof. Mauclaire et Mme, Ménégaux et Mme, Quirin et Mme, Rosenthal, Rudolf et Mme, Schmitt et Mme, Troller, Ulrich, Walther, Suz. Weill.

Le secrétaire général présente les excuses de MM. Bitterlin (de Joinville-le-Pont), Boeckel (de Strasbourg), Marcel Kalt, Prof. Lereboullet, Merklen (d'Aix-les-Bains), Munch, Rouèche, Spindler, père et fils, Anselme Schwartz ... Il invite ses compatriotes à assister le 15 mars, au bal de l'Union des présidents d'Associations d'originaires de province. Jetant un regard en arrière, il constate que la société fondée en décembre 1924, après avoir recueilli une trentaine d'adhésions, compte aujourd'hui plus de cent membres de Paris, d'Alsace ou de province.

Il présente la candidature du Docteur Rudolf qui est admis à l'unanimité. On décide ensuite de fixer la prochaine réunion à Nancy, à la Pentecôte.

Le président Blind, après s'être excusé de ne pas parler en patois alsacien et en avoir donné les raisons, remercie le Prof. et Mme Mauclaire, le Prof. Froelich, et les dames qui ont bien voulu assister à cette amicale réunion, les organisateurs du dîner et le secrétaire général qui assure la bonne marche de la société. Il regrette l'absence du président sortant, le Docteur Munch, dont le père le mit au monde et veilla sur sa jeunesse. Cet éminent praticien connaissait déjà les rapports des infections pulmonaires et intestinales, il fit une très heureuse application, sur son jeune sujet, de cette notion qui passe pour récente. Des liens semblables de reconnaissance nous lient tous à nos aînés et nos réunions sont autant d'occasions de resserrer ceux qui unissent leurs fils.

Prochaine réunion : Nancy, Pentecôte. Les confrères de Lorraine et d'Alsace y sont tout particulièrement invités. La SAMA leur sera très reconnaissante de vouloir bien lui envoyer leur adhésion le plus tôt possible, pour faciliter la tâche des organisateurs et les en remercie à l'avance.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

porter ce spectacle affligeant et eut l'idée de s'opposer mécaniquement à ce qu'un simple ombilic la remplaçât. Il introduisit l'organe dans un anneau d'acier, long de 4 centimètres, épais d'un demi, et dont le diamètre mesurait un centimètre et demi. Contre toute vraisemblance il y parvint et la chose fut tolérée quelque temps. Mais un jour, il y eut œdème et paraphymosis, avec compression de l'urèthre et rétention d'urine. Le gland tuméfié d'une façon prodigieuse, ne laissait plus glisser l'anneau et aucun instrument de chirurgie ne pouvait permettre de scier cette lame d'acier.

« Après avoir introduit une sonde cannelée, entre la peau de la verge et l'anneau métallique, nous le fîmes scier par un serrurier, disent les auteurs... dans le sens de la longueur, et cela sur la face supérieure et sur la face inférieure. L'opération fut extrêmement délicate, car la scie du serrurier, assez longue, risquait de mordre en avant le gland tuméfié et, en arrière, à la racine de la verge, la tumeur scrotale... »

Cette observation m'a rappelé un souvenir personnel de guerre.

J'étais alors dans une petite ville de Hongrie avec un régiment d'infanterie coloniale. La guerre venait de finir et nous occupions le pays. Un soldat vient me montrer un doigt tuméfié depuis plusieurs jours, comprimé qu'il est dans une bague dite « de tranchée », volumineuse et assez grossière ; il y a menace de gangrène.

Je gronde cet homme de venir si tard devant le médecin. Puis, ayant constaté l'insuffisance de mes moyens, je le conduis chez un bijoutier de la ville qui, sur mon insistance et après de longues hésitations, accepte de scier la bague avec une petite scie à métaux.

Je crois me souvenir que le bijoutier fut satisfait de recevoir trois couronnes en paiement. Mais c'est ici que l'histoire devient amusante.

Je ne disposais d'aucun crédit, étant dans un régiment. (Dans une ambulance, c'eût été différent.) Je demandai donc par lettre au médecin divisionnaire un crédit de régularisation pour cette dépense.

Dire que je n'y mis aucune malice, serait mentir effrontément, car je savais l'incapacité administrative du pauvre homme, bactériologiste myope — en tous les sens du mot — égaré dans un rôle de direction.

Il me répondit que le médecin doit savoir se débrouiller et faire face à toutes situations par ses propres moyens ; en conséquence il refusait le crédit.

Patiemment je repris la plume et lui demandai de m'instruire : incapable de résoudre le cas moi-même avec les moyens précaires du régiment, je le priais de m'éclairer de son savoir, en me précisant ce qu'il faudrait faire une autre fois en pareil cas.

Le pauvre homme me répondit : « Une autre fois, vous... enverrez l'homme à l'ambulance ! »

## « LES VOIX LATINES »

### Les formes spirituelles scientifiques de la latinité

**Conférences internationales de l'Umfia ou Union médicale latine pour la conservation de l'influence de la civilisation et de la spiritualité latines dans le monde.**

*Prochaines conférences : leurs titres et les conférenciers*

L'Umfia ou Union Médicale Latine, qui fut *initiatrice* pour les relations médicales internationales du monde latin, qui a fait un constant effort et qui est sur la brèche depuis déjà vingt ans pour mener cet admirable combat qu'on pourrait appeler, paradoxalement, pacifique, qui a lancé déjà et réalisé tant d'idées neuves dont beaucoup se sont prévalus à sa suite et en s'abreuvant à sa source première, sous l'inspiration de son toujours actif président-fondateur, le Docteur Dartigues, vient de créer, sous ces belles rubriques colorées et sonores dont il a le secret et qui sont comme de puissants appels de ralliement en faveur de la Latinité *à laquelle la civilisation universelle doit tout originellement*, des conférences appelées à la plus efficace action.

C'est le Professeur Forgue, de Montpellier, qui à l'instigation du Docteur Dartigues, a « ouvert le feu » de ces conférences, le 12 mars dernier, dans la belle salle de l'Institut océanographique, devant un nombreux public d'élite où se pressaient de grands maîtres de la médecine et de la chirurgie et des personnalités éminentes diverses, sur « *L'Espagne : Regards sur l'Histoire de la médecine espagnole et son évolution* ».

Nous sommes en mesure de pouvoir renseigner nos lecteurs sur les prochaines conférences des « *Voix latines* » pour lesquelles sont inscrits :

Le Professeur Sergent : *Le Canada : Impressions d'un médecin français en mission au Canada* (Chansons canadiennes par les étudiants canadiens de la Cité universitaire de Paris), qui aura lieu le 11 mai prochain à l'*Institut océanographique*, à 9 heures (195, rue Saint-Jacques) sous la présidence de S. Exc. Philippe Roy, Ministre Plénipotentiaire du Canada à Paris.

Le Professeur J.-L. Faure (de Paris) : *Le Brésil : La chirurgie au Brésil.*

Le Professeur Léon Bernard (de Paris) : *L'Italie. Ce que la médecine doit à l'Italie.*

Le Professeur Legueu (de Paris) : *L'Argentine : La médecine et la chirurgie en République Argentine*.

Le Professeur Lépine (Doyen de la Faculté de Lyon) : *L'Uruguay.*

Le Professeur Brumpt et Mme Brumpt : *Le Vénezuela.*

Le Professeur Bordet (de Bruxelles) : *La Belgique devant la science médicale.*

Le Professeur Roule (de Paris, professeur au Muséum) : *La Mer latine « Le Monde vivant de la Mer latine ».*

Le Professeur Daniel (de Bucarest) : *La Roumanie « La science roumaine devant les sciences médico-chirurgicales, et ses rapports avec la science française ».*

Etc., etc., etc.

L'Umfia a en vue d'autres conférences faites par les conférenciers les plus éminents qui les feront, non pas d'une façon livresque, mais sur des *Impressions vécues.* Comme le dit si bien son président le Docteur Dartigues : « *L'Umfia est, à l'heure actuelle, le centre de la Latinité médicale et elle a l'idéal d'en être le cœur d'animation, aussi tient-elle à faire parcourir par de grands esprits, qui les feront plus spécialement connaître en les exaltant, les Nations latines en un vaste et merveilleux périple.* »

## ACCIDENTS DU TRAVAIL AGRICOLE HONORAIRES MÉDICAUX

Cour de Cassation, chambre civile

8 février 1932.

(Archives du « Sou Médical »).

I. *L'exploitant agricole, assujetti volontaire, victime d'un accident du travail, doit payer intégralement les honoraires du chirurgien, non pas d'après le tarif ministériel des accidents du travail, mais selon le tarif usuel de droit commun.*

II. — *Le médecin traitant, qui fait appel à un chirurgien, doit être considéré comme le* « negotiorum gastor » *de la victime ; par suite celle-ci ne saurait se refuser à payer les honoraires du chirurgien, sous le prétexte que ce n'est pas elle qui l'a fait appeler.*

La Cour,

Ouï en l'audience publique de ce jour, le Conseiller Casteil en son rapport, Me Auger, en ses observations, ainsi que M. Bloch-Laroque, avocat général en ses conclusions, et après en avoir immédiatement délibéré conformément à la loi ;

Donne défaut contre le défendeur ;

Sur le moyen unique :

Vu l'art. 4, paragr. 2 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905 et l'art. 1375 du Code civil,

Attendu que, pour la partie de ses honoraires excédant le tarif établi par arrêté ministériel, le médecin a une action contre la victime qui l'a choisi :

Attendu qu'A...., exploitant agricole, assujetti volontaire à la loi du 15 décembre 1922, ayant été victime d'un accident du travail, le Dr E. T...., chirurgien à V...., mandé à C.... par le médecin traitant, a pratiqué deux opérations pour lesquelles, sur la somme de 3.600 francs réclamée par lui à titre

d'honoraires, l'assureur de la victime ne lui a versé que 1.500 francs ; que sur l'action en paiement du reliquat exercé contre A.... par le chirurgien, le jugement attaqué a débouté ce dernier de sa demande par le motif que « A.... ne saurait être tenu au paiement des opérations chirurgicales pratiquées par un médecin qu'il n'avait pas choisi » ;

Mais attendu qu'il résulte des motifs de la décision du premier juge adoptés par le jugement attaqué que le médecin de C.... a jugé indispensable de faire appel dans un cas difficile et dans un but louable à son confrère de V...., chirurgien spécialiste ;

Que d'autre part, le jugement constate lui-même que le médecin de C... en faisant appel au concours du chirurgien a agi « comme negotiorum gestor » et dans l'intérêt d'A.... ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 1375 du code civil, le maître dont l'affaire a été bien administrée doit remplir les engagements que le gérant a contractés en son nom ; que, par suite en l'état des constatations qui précèdent, le jugement attaqué, en refusant de reconnaître l'engagement contracté au nom d'A.... par le médecin traitant envers le chirurgien, E. T...., et écartant la demande de ce dernier, n'a pas déduit les conséquences juridiques des faits par lui souverainement constatés ;

Par ces motifs,

Casse et annule le jugement rendu entre parties par le tribunal départemental de la Drôme le 13 janvier 1930 et renvoie devant le tribunal civil de Vienne.

*Note.*

L'intérêt de cet arrêt réside en deux points : tout d'abord en matière d'accidents agricoles, le patron, qui est blessé, ne saurait se retrancher derrière son assurance, pour refuser de payer au médecin des honoraires complémentaires, en sus de ceux alloués par la compagnie d'assurances.

Ce n'est pas parce que, dans l'immense majorité des cas, lorsqu'il s'agit d'un ouvrier, le médecin se contente des honoraires laissés à la charge du chef d'entreprise et réglés par l'assurance de ce dernier qu'il faut croire que le même régime de faveur doit profiter aux riches exploitants agricoles, lorsque ces derniers sont victimes d'un accident au cours de leur travail.

Que ce patron agriculteur contracte avec son assurance, sur les bases arrêtées par la police, qui les lie l'un à l'autre : c'est leur affaire. Cette police ne saurait être opposable au médecin, qui y est resté entièrement étranger.

Le patron blessé n'a qu'à payer son médecin, selon les tarifs de droit commun, quitte à ce patron à se faire rembourser par son assurance, le quantum de participation arrêté et convenu entre eux.

Le médecin ne saurait faire bénéficier les

exploitants agricoles des mêmes faveurs et réductions d'honoraires qu'aux ouvriers agricoles, au service de ces exploitants.

L'arrêt précité de cassation détermine parfaitement ce point de droit.

En second lieu, ce n'est pas parce que la victime d'un accident n'a pas fait appel elle-même à un chirurgien, qu'elle croit devoir se dérober aux règles de reconnaissance envers le praticien, qui l'a guérie. Le médecin traitant est le negotiorum gestor du blessé : il agit pour le mieux des intérêts de ce dernier et s'il croit devoir faire appel à un chirurgien, c'est que l'état de la victime le commande. Au bénéficiaire des soins, à celui qui en retire profit d'avoir à payer la note des frais et soins.

A l'heure du danger, personne ne songe à prendre des engagements par écrit ; mais la guérison survenue, il ne reste plus qu'un débiteur vis-à-vis de son créancier et la reconnaissance alors n'a plus cours : le service rendu est bien vite oublié : ainsi le veut l'ingratitude humaine, surtout lorsqu'entre le malade et le médecin s'interpose une compagnie d'assurances.

Dr Paul BOUDIN.

# CORRESPONDANCE

## Divers

### 1765. — Responsabilité en cas de transport automobile d'une infirmière

Mon infirmière, en service *non* commandé, est susceptible d'être emmenée avec moi en auto dans un seul but de promenade et même de conduire avec son permis. Je suis assuré pour les tiers, mais ma police exclut cette infirmière, même en service non commandé, *si elle conduit*. Comment puis-je me mettre à l'abri, en cas d'accident, d'une réclamation en dommages et intérêts ?

1° Puis-je lui faire signer une décharge sur papier libre ou timbré et sous quelle forme ?

2° Si non, peut-elle faire son testament en ma faveur, ce qui me paraît-il annulerait toute réclamation, en cas de décès de sa famille, qui, de ce chef, n'aurait subi aucun préjudice.

3° A défaut y a-t-il une autre solution ?

Dr L. T.

**Réponse**

Le fait de faire signer par l'infirmière un acte déchargeant la responsabilité du médecin ne sert à rien : nul ne peut s'exonérer de sa faute. Cet acte aurait simplement pour résultat de faire

déplacer le fardeau de la preuve. La victime ou ses ayants droit auraient à prouver la faute du médecin.

Ce déplacement de responsabilité est sans intérêt pratique puisque, en matière de tiers transportés en automobile à titre gracieux, le propriétaire n'est responsable que de sa faute et que, à l'encontre de la jurisprudence applicable aux tiers ordinaires, la personne transportée à titre gratuit doit apporter la preuve de celle-ci.

Un testament fait en la faveur du praticien éventuellement responsable annulerait-il toute réclamation de la part de la famille de l'infirmière ? Pas absolument : parce que le testament peut être annulé ou cassé (le praticien ne serait jamais tranquille), parce que la famille pourrait, dans certains cas, demander des dommages intérêts pour préjudice moral, parce qu'il peut y avoir des créanciers qui passeraient avant le medecin légataire de la défunte.

Enfin, signalons que le Dr L. T. n'a envisagé qu'un cas : celui où son infirmière serait tuée, il n'a pas pensé à la mutilation que celle-ci peut subir dans un accident de voiture.

Comment peut-il se garantir ?

1° Par la police accident du travail — mais cette police ne joue que si l'infirmière est accidentée en service commandé, et, d'autre part, les indemnités accordées par cette loi sont, en cas de décès et surtout en cas de mutilation tout à fait modiques.

2° Par une police individuelle contre les accidents. Cette police peut garantir une somme déterminée en cas de mort et peut être contractée au bénéfice de n'importe quelle personne. Elle garantit, en outre, une indemnité en cas de mutilation, capital qui est en rapport avec le degré de mutilation et le montant de la somme assurée.

Cette police peut être souscrite par l'infirmière elle-même au bénéfice du médecin, mais il est préférable qu'elle soit souscrite par le médecin sur la tête de son infirmière car il peut alors insérer dans le contrat une clause, par laquelie la bénéficiaire perdrait le bénéfice du contrat, si elle actionnait le souscripteur de la police (le médecin) en responsabilité civile pour un accident découlant de son fait.

P. R. Baglin,
Conseil technique d'assurances
Docteur en droit.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 1743. — Hémostase par pince au fond d'une plaie

Combien tarifer l'hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie qui était marquée 40 francs au tarif Fallières ? Dr G.

**Réponse**

Cette rubrique n'existe plus dans le tarif Landry. Désormais, il faudra donner le nom de l'artère qui fut l'objet d'une ligature et celle-ci sera payée 150 francs.

L'hémostase par pince au fond d'une plaie est « comprise » dans l'intervention effectuée. Pourquoi cette modification ? Je crois devoir supposer que c'est à cause des multiples « hémostases » réclamées, à 40 francs, en plus de la suture de la peau, pour des collatérales des doigts, par exemple, ou autres « artères » du même calibre ...

Dr F. Decourt.

---

### 1808. — Distance kilométrique

Permettez-moi de demander au *Concours* un renseignement.

Il s'agit, en l'espèce, de l'interprétation du nouveau tarif A. T. (arrêté ministériel du 5 février) art. 2, tarif kilométrique.

Il y est dit par. 2 :

« Dans les autres villes (c'est-à-dire celles de moins de 100.000 habitants) et les campagnes 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. »

Ce que le médecin interprète ainsi : « Indemnité horo-kilométrique due en dehors de l'agglomération, c'est-à-dire dans la banlieue ou en dehors de l'octroi » Est-ce bien cela ?

Mais alors, comme il s'agit de la même localité ; faut-il compter, comme distance, « celle qui sépare les deux domiciles considérés » (texte officiel, quelques paragraphes plus bas) ou plutôt :

« Celle qui sépare la mairie de la ville où réside le médecin du domicile du malade ».

Voilà ce que voudraient bien savoir, pour éviter toute contestation, les confrères qui traitent des accidents du travail.

Dr M.

**Réponse**

Le tarif dit clairement : pour les villes autres que celles de moins de 100.000 habitants et les campagnes : « cette indemnité s'étendra de la *mairie* du domicile du médecin au *domicile* du malade ». Il n'y a pas à s'occuper d'octroi ou autres questions analogues, quand le médecin s'en va de la ville dans une *autre commune.*

Si, au contraire, il s'agit de la *même commune*, il faut tout d'abord qu'il y ait non pas continuité d'agglomération, mais *deux agglomérations différentes*. Dans ce cas, on n'a plus à s'occuper de la mairie du médecin, mais simplement « de la distance qui sépare les deux domiciles considérés » ; compte tenu naturellement, dans tous les cas, du domicile du *médecin le plus rapproché* du malade.

Dr F. Decourt.

---

## Questions médico-militaires

### 2071. — Médecins de réserve. Périodes. — Avancement. — Etat actuel de la question

Voici l'époque où nos camarades vont recevoir de l'autorité militaire des demandes pour faire des périodes d'instruction.

Permettez-moi à ce sujet de vous faire part de quelques remarques.

Je suis abonné au *Concours médical* et je lis toujours avec intérêt les demandes et réponses de votre correspondance. Et je m'étonne souvent des illusions que nombre d'entre nous semblent encore avoir vis-à-vis de la sacro-sainte administration militaire (je dis : administration ; nos camarades militaires pris individuellement sont fort bien).

C'est ainsi que je viens d'apprendre avec quelque étonnement qu'actuellement pour être proposable pour le 3e galon il faut faire trois périodes d'instruction — je dis trois — et je copie un extrait de la circulaire :

« Les périodes à accomplir pour être proposable au grade supérieur sont les suivantes :

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

3° Médecins et pharmaciens-lieutenants et lieutenants d'administration : trois périodes dont deux au titre de la loi du 8 janvier 1925 (*avancement*) et une au titre de la loi du 31 mars 1928 (*recrutement*).

Or, tout récemment, numéro du 13 mars 1932 du *Concours médical*, vous répondiez à un de vos correspondants que *deux* périodes seulement étaient nécessaires pour l'obtention du 3e galon.

Ne croyez-vous pas qu'il serait intéressant d'avoir quelques explications, et que, s'il le fallait, plusieurs pages du *Concours médical*, pourraient être un jour réservées à la publication des principaux textes de lois — *avec explications* ?

Il y a aussi la nouvelle circulaire relative à l'avancement et favorisant ceux d'entre nous qui fréquentent les cours des écoles de perfectionnement. Mais, — et nos camarades, médecins de campagne — qui ne peuvent suivre ces cours ? Les voilà relégués à l'arrière-plan — *même s'ils ont fait la guerre* ?

Autre question : celle des affectations en temps de guerre.

J'ai un de mes amis, 42 ans, médecin lieutenant de réserve ayant fait toute la guerre dans une unité combattante (bataillon d'infanterie et groupe d'artillerie, si mes souvenirs sont exacts), qui est mobilisable immédiatement dans un régiment d'infanterie.

Je crois qu'il serait utile que par la voie du *Concours médical* vous engagiez vivement nos confrères (*surtout les anciens, ceux qui ont fait la guerre*) à s'occuper de leur situation militaire — et à signaler à la Confédération des syndicats, les erreurs (ou abus) qui, d'après mes renseignements, sont assez fréquents.

#### Réponse

1° Les renseignements donnés dans le numéro

du *Concours médical* que vous citez étaient exacts à la date où la réponse a été adressée à notre correspondant. En ce qui concerne l'avancement (loi du 8 janvier 1925), obligation de deux périodes dans le grade de lieutenant pour être promu au choix au grade de capitaine.

Depuis lors, sont intervenues de nouvelles instructions ministérielles ayant trait aux officiers qui ont fait une partie de la guerre avec leur grade actuel. Jusqu'à présent, ceux-ci pouvaient être dispensés d'une ou deux périodes réglementaires pour l'avancement. Mais, le Ministre a pensé que, quatorze ans après la fin de la guerre, il devenait difficile d'apprécier, même sur des notes de guerre brillantes, l'aptitude au grade supérieur de ces officiers. Pratiquement, on ne connaissait plus que ceux qui, depuis 1918, avaient accompli des stages volontaires. On pouvait penser que les autres n'étaient plus au courant des modifications apportées au Service de santé en campagne, surtout s'ils ne suivaient aucune Ecole de perfectionnement.

Sans enfreindre la loi de 1925, le Ministre a donc décidé, jusqu'à nouvel ordre, que ne seraient plus proposables, qu'en très petit nombre, pour l'avancement, les officiers sans périodes, et à la suite des officiers ayant fait des périodes.

2° Sur la durée de ces périodes, l'article 49 de la loi sur le recrutement limite à un maximum de 4 mois (120 jours), la durée totale des périodes à effectuer par les officiers de réserve. Lisez, d'autre part, la circulaire ministérielle du 30 septembre 1930, qui règlemente ces périodes (recrutement) : les sous-lieutenants de réserve doivent faire 25 jours. Les lieutenants et capitaines, deux périodes de 25 ou 21 jours, l'une au cours des trois premières années de grade, l'autre au cours des trois années suivantes. Les chefs de bataillon, une période de même durée au cours des quatre premières années de grade.

Mais tout officier peut être convoqué pour des périodes supplémentaires, en vue de l'avancement, si l'autorité militaire ne se juge pas suffisamment éclairée sur ses aptitudes à remplir les fonctions d'un grade supérieur ; mais alors les périodes supplémentaires ne sont pas obligatoires.

D'autre part, sauf pour le passage du grade de sous-lieutenant au grade de lieutenant, l'avancement dans la réserve a lieu exclusivement au choix. Un officier peut être proposé pour le grade supérieur s'il justifie du minimum de périodes exigé par la loi du 8 janvier 1925. Mais l'autorité militaire est toujours libre de porter son choix préférentiel sur celui qui en aura accompli davantage.

3° Les Ecoles de perfectionnement existent actuellement partout. Il est toujours possible de s'y faire inscrire et, d'une façon générale, d'en suivre la plus grande partie, sinon la totalité des

démonstrations, d'autant plus que de larges facilités de déplacement sont accordées aux officiers qui habitent en dehors de leur siège, et que certains exercices peuvent être faits à domicile, sous la forme d'une composition écrite. Je connais des provinciaux qui viennent chaque mois assister aux conférences parisiennes de l'Union fédérative des médecins de réserve.

4° Le confrère dont vous me parlez, et qui se plaint de son affectation de mobilisation, a le droit de faire une démarche auprès de son Directeur du Service de santé pour lui exposer ses états de service, son âge et les raisons qui militent en faveur d'une affectation plus en rapport avec ces considérations.

5° Les obligations militaires des médecins ont été très longuement traitées dans notre agenda-memento du Praticien, édition 1932, pages 294 à 341.

G. Duchesne.

### 586. — Deux périodes seulement sont obligatoires pour les lieutenants de réserve

Dans une demande-circulaire de la Direction du Service de santé, j'ai relevé la phrase suivante : « Les lieutenants de réserve doivent obligatoirement accomplir trois périodes de 25 jours dans les neuf premières années de leur grade ».

N'y a-t-il pas là une contradiction avec l'article 6 du décret du 7 juillet 1929 ?

Ce ne sera, dois-je dire, que ma seconde période et je n'aurai six ans de grade qu'en 1933.

Dr T.

**Réponse**

Il doit, en effet, y avoir erreur. Le décret du 7 juillet 1929 n'a jamais exigé que deux périodes pour les lieutenants de réserve. Et la circulaire ministérielle du 30 septembre 1930 précise que la première période doit être effectuée au cours des trois premières années de grade, la deuxième au cours des trois années suivantes.

### 616. — Décorations auxquelles donne droit la carte de combattant

Je désirerais connaître par la voie de la revue (ainsi les camarades profitent des renseignements) toutes les décorations et tous les avantages auxquels a droit un médecin lieutenant des réserves classe 1905, titulaire de la carte du combattant, pensionné définitif à 25 %, — et la marche à suivre pour l'obtention de ces divers droits.

Dr G.

**Réponse**

Un médecin, titulaire de la carte de combattant, a droit automatiquement :

1° A la Croix du combattant ;

2° A la Médaille interalliée ;

3° A la Médaille commémorative de la Grande güerre.

De plus, à l'âge de 50 ans, il aurait droit à une allocation de 500 francs, et cette allocation sera portée à 1.200 francs à partir de 55 ans.

Toutes ces questions ont été traitées en détail dans le *Concours médical*, et le sont encore dans l'Agenda-memento de 1932.

---

### 324. — Soins aux militaires de la gendarmerie

Je serais très heureux si vous pouviez me fixer sur les points suivants :

Les soins gratuits aux militaires de la gendarmerie sont-ils une pratique générale en France ?

Ces soins s'étendent-ils aux familles des militaires précités ?

Existe-t-il dans certains endroits des modes de rémunération tels que acte médical avec libre choix, commissionnement, forfait ?

A quels textes réglementaire ou circulaire se réfère cette pratique des soins gratuits ?

Est-il exact que si de nombreux confrères ont été payés (?!!) de lettres de félicitations ou médailles, aucun, si ancien soit-il, n'a obtenu à ce titre, le ruban rouge ?

Dr V.

**Réponse**

Lorsque les militaires de la gendarmerie sont stationnés dans une ville de garnison, les soins médicaux leur sont dus, ainsi qu'à leurs familles (personnes logées sous le même toit), par les médecins militaires de la garnison.

Dans le cas contraire, ces soins sont assurés, soit après convention passée avec un médecin civil par le Directeur du Service de santé de la région, sur proposition du commandant de gendarmerie, soit par un médecin civil, à titre bénévole et sous réserve des récompenses prévues par la circulaire du 29 mars 1900 (lettres de félicitations, médailles de bronze, argent, vermeil, Légion d'honneur).

Chaque année, il est accordé une ou plusieurs croix de Chevalier de la Légion d'honneur, après 30 années de soins gratuits.

---

## Fiscalité

### 1519. — Déclaration d'une indemnité pour accident

J'ai eu un accident d'automobile quelquessemaines après la faillite des Assurances syndicales de X... Je n'étais donc pas assuré. Le règlement m'a coûté une forte somme, la victime ayant été gravement blessée.

L'enquête indique clairement que c'est au cours de mes visites médicales que l'accident est survenu.

Ai-je le droit de défalquer la somme que j'ai dû verser de mes bénéfices médicaux pour la déclaration au fisc ?

Puis-je porter la moitié de la somme sur 1931, l'autre moitié sur 1932 comme cela se fait pour les pertes industrielles ?

Dr A.

**Réponse**

Vous pouvez déduire de vos bénéfices 1931 le montant des indemnités que vous pouvez avoir versées. Mais vous ne pouvez en reporter l'excédent sur 1932. A. M.

### 1933. — Les enfants majeurs ne donnent pas lieu aux abattements pour charges de famille

J'ai deux fils : l'un de 26 ans, étudiant en médecine, fait actuellement son service militaire ;

L'autre de 23 ans, étudiant en droit. Tous deux sont entièrement à ma charge.

Je les ai portés au titre de charges de famille dans ma déclaration d'impôt sur le revenu : le contrôleur me répond : la déduction de vos fils au titre charges de famille est abusive et ne saurait être admise.

Le contrôleur est-il dans son droit et dois-je m'incliner ou maintenir ma déclaration ?

Dr F.

**Réponse**

Les enfants ne peuvent compter comme charges de famille que jusqu'à 21 ans, à moins qu'ils soient infirmes.

A. M.

### 1751. — Abattements pour charges de famille

Que faut-il exactement défalquer du revenu net d'un médecin pour savoir exactement le chiffre sur lequel il sera imposé, pour l'impôt sur le revenu, lorsque :

1° Il est marié ?

2° Il est marié et père d'un enfant de moins de 18 ans ?

3° Il est marié et père de deux enfants de moins de 18 ans ?

4° Il est marié, père de trois enfants de moins de 18 ans ?

5° Il est marié, père de trois enfants, et a une belle-mère infirme, de plus de 70 ans, à sa charge.

Dr H.

**Réponse**

Vous avez droit aux abattements suivants :

5.000 francs pour votre femme ;
4.000 francs pour votre premier enfant mineur ;
5.000 francs pour le deuxième enfant mineur ;
6.000 francs pour le troisième enfant mineur ;
3.000 francs pour votre belle-mère infirme à votre charge.

Total : 23.000 francs. A. M.

Cinquante-quatrième année | N° 16 | 17 Avril 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



## SOMMAIRE

## Partie Professionnelle

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.**



## Demi-colonnes




**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

### Changements d'adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.***

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

N° 120. — Dr 42 ans, longue prat., posséd. sér. connaiss. administr. et commerc., recherche situat. méd. ou paraméd.

N° 121. — Femme de méd. au cour. récept. et service de cab. méd. cherche emploi secrét. ou assist. près de méd. ou dans mais. santé.

N° 122. — Seine-et-Marne. Proxim. ville, libre de suite, import. client. seul méd., avec belle maison. Prix intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 123. — Normandie. Cab. Y. O. R. L. gros rendem. Collabor. préalab. Prix : 100.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 124. — Paris. Quart. popul., cab. bien situé, méd. génér. consult. fac. à dévelop. Appartem. agréab. Loyer 7.500 ch. cent. Prix avec install. profess. 25.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 125. — Eure-et-Loir. Client. de ville, méd. ch. de fer, à céder dans bonnes condit. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 126. — J'achèterais spécialité pharmac. en plein rapport, ou m'associerais à affaire existante. Discrétion assurée.

N° 127. — Bretagne. Poste créé récemment, bon rapport, fixes intéress. Possibil. faire pharmac. A reprend. sans indemn.

N° 128. — On offre marque et procédé fabricat. farine de régime ayant fait ses preuves. On mettrait à la disposit. du preneur éventuel toutes quantités pour essais dans hôpit. et cliniques.

## Renseignements

**La Bourboule.** — Maison médicale p. enfants. Tout confort. Cures therm. et clim. Pour tous renseign. et prospectus, s'ad. Dr Barthomeuf, Sanguinet (Landes).

*La Colline* à **Saint - Antoine. Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer. deux médecins. Prospectus sur demande.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil; Drs Charmot et Rozet.

La salive est digestive. Faites-donc saliver au moyen d'une pastille eupeptique telle que la TABLETTE DE MANGAINE, vous obtiendrez une euphorie stomacale immédiate.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

L'agence « **Ophel** », direct. G. Raynaud, effectue tous recouvrements d'honoraires médicaux, 13e année, Paris, 9, avenue Versailles (16e). Tél. Auteuil 82-54.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Le docteur Ricard. — Nous avons la tristesse d'annoncer la mort du Dr Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, dont les obsèques viennent d'avoir lieu dans une stricte intimité, à l'Isle-sur-Serein.

Ricard fut un grand chirurgien et un Maître essentiellement bon, à qui l'on doit d'importants travaux, concernant en particulier la gynécologie et l'anesthésie générale. Il fut un des premiers, en France, à comprendre l'importance d'une technique rationnelle de l'anesthésie générale et son appareil d'inhalation, qui permet de réduire au minimum la quantité de chloroforme absorbée par l'opéré, est connu de tous et classique.

A la fin de la guerre, désigné pour une chaire de chirurgie à la Faculté mais sentant ses forces compromises par les fatigues de ces dures années, Ricard, pour ne pas accepter et continuer des fonctions auxquelles il n'aurait pu se donner tout entier, préféra briser volontairement son bistouri et laisser son service et sa clientèle à son élève Labey, chirurgien de Boucicaut, devenu à son tour un Maître aussi éminent que modeste. Ricard vint habiter le Midi, Saint-Raphaël, puis Beaulieu, où j'eus la douce surprise de le rencontrer lors du premier voyage organisé sur la Riviera, par la Société médicale du Littoral médi-

terranéen. Le soleil de notre belle Côte-d'Azur lui avait redonné des forces et je sentais l'émotion l'étreindre quand il me parlait de son service hospitalier, de ses malades et de ses élèves qu'il avait été contraint de quitter prématurément. La chirurgie était restée sa passion et l'on comprenait ce qu'avait dû lui coûter sa décision d'abandonner son service.

Ricard honora grandement la chirurgie française et nous nous inclinons avec un douloureux respect devant la tombe de ce Maître profondément aimé de ses malades et des ses élèves. P. Lacroix.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le Professeur H. Handovsky, de l'Université de Gœttingue, a fait le 12 avril, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, une leçon accompagnée de projections, sur les *théories modernes de la narcose.*

— **Journées médicales d'Evian (septembre** 1933) **et « Prix Chiaïs ».** — La Société médicale d'Evian fait savoir que, pour la seconde fois, des Journées médicales auront lieu dans cette station au mois de septembre 1933. Ces Journées médicales seront présidées par le Professeur Lemierre et seront consacrées à l'étude de « l'insuffisance rénale ».

A cette occasion, la Société anonyme des Eaux minérales d'Evian-les-Bains, pour honorer la mémoire du grand hydrologue Chiaïs, a décidé de décerner un prix international de dix mille francs, au meilleur travail original sur le sujet suivant : « Valeur séméiologique des épreuves de diurèse provoquée ».

Les manuscrits, anonymes, devront être déposés au Siège social de la Société des Eaux minérales d'Evian-les-Bains, 21, rue de Londres, à Paris (IX[e]) au plus tard le 15 mai 1933 ; ils devront être rédigés en français.

Pour tous renseignements concernant les conditions du concours et la composition du jury, prière de s'adresser à la Société des eaux d'Evian à Paris, 21, rue de Londres.

— **XXV[e] Voyage d'études médicales aux stations thermales.** — Le XXV[e] Voyage d'études médicales aura lieu dans la première quinzaine de septembre, dans les stations hydrominérales et climatiques de l'Auvergne et du Bourbonnais, sous la direction scientifique du Professeur Maurice Villaret et du Professeur agrégé E. Chabrol. Il se terminera le 19 septembre à Vichy, par le Congrès international de la lithiase biliaire.

Le programme détaillé sera donné ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mlle Machuré, 21, rue de Londres, à Paris.

— **Cinquantenaire de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris.** — Le banquet de l'internat des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 30 avril dans les salons du Palais de la Mutualité. Il aura cette année un éclat particulier, car il coïncidera avec le cinquantième anniversaire de la fondation de l'Association.

Il sera précédé par l'assemblée générale qui se tiendra le même jour, à 16 h. 30, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

— **La Semaine odontologique** a eu lieu au Grand Palais du 6 au 13 avril 1932. Elle a été marquée par plusieurs manifestations en faveur de l'hygiène dentaire.

Le 6 avril, à 11 heures, le Docteur Friteau, président du Comité, assisté de M. Guinat, donna le départ à 600 pigeons voyageurs apportés de Toul. Ces pigeons portaient comme message de la propagande d'hygiène spécialement rédigée pour les militaires.

L'après-midi, M. Guinat, président de la Ligue nationale de propagande d'hygiène dentaire « La Croix violette », exposa l'utilisation du tract dans la propagande d'hygiène et relata le bénéfice qui en est retiré. L'orateur donna lecture d'une série de devoirs exécutés par de jeunes élèves en commentaires des brochures distribuées dans les écoles. Puis il fit la démonstration de l'exposition de l'hygiène dentaire ambulante composée de tracts et d'affiches placés sur quelques plants que quatre boulons suffisent à assembler.

— **Hôpitaux de Carcassonne.** — M. le Dr Gally est nommé, après concours, ophtalmologiste des hôpitaux de Carcassonne.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Un concours pour deux places de médecins adjoints de l'Assistance médicale gratuite aura lieu le 24 mai 1932 à Bordeaux.

— **Naissances.** — Jacqueline, Bernadette, François, Anne-Marie, Dominique, Joseph et Marie-Jeanne Biot ont la joie de nous faire part de la naissance de leurs deux frères, qui ont reçu au baptême les prénoms de *Christian* et *Claude* (Lyon, 13, rue Jarente, le 13 mars 1932). Nos sincères compliments à notre excellent confrère, le Dr Biot, de Lyon, et à sa belle famille médicale.

— Le Docteur et Madame Marcel Rochette, née Combaluzier, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Christiane* (Saint-Raphaël, Var, 22 mars 1932).

— **Æsculape.** — Le numéro spécial de mars qui vient de paraître est consacré aux maladies nerveuses et mentales dans l'art, l'histoire et la littérature. Il est luxueusement présenté, orné d'une centaine de reproductions de vieilles gravures, d'œuvres d'art des temps anciens et modernes, riche d'un texte émanant d'écrivains médicaux appréciés et de maîtres autorisés des Facultés. Voici un aperçu des articles :

Le jeune idiot riant (1 ill.). — L'opération des pierres de tête, par le Dr Henry Meige (13 ill.). — Le somnambule, par Maurice Rollinat (1 ill.). — Le culte de la beauté (1 ill.). — Le délire des Bacchantes, par le Dr Benjamin Bord (9 ill.). — La

folie de Charles VI, par le Prof.-agr. J. Lévy-Valensi (7 ill.). — Le fou et la folle de Géricault (2 ill.). — Le poète Maurice Rollinat était-il atteint de névrose ? par le Dr Emile Quillon (8 ill.). — Deux « Sots » du Recueil d'Arras (2 ill.). — Un faux czar au XVIIIe siècle : Jemeljan Pugatschew, par le Prof. Laignel-Lavastine et le Dr Jean Vinchon (8 ill.). — Un cas de paralysie saturnine, par le Dr M. Trenel (2 ill.). — Les mordus de la Tarentule, par Jean Avalon (4 ill.). — La femme et la folie (1 ill.). — Supplément (27 ill.).

Ce numéro spécial est vendu 15 francs.

## A TRAVERS L'OFFICIEL

31 MARS

### Service de santé militaire.

Par décret du 26 mars 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les médec. auxil. titul. du brev. de prép. milit. supér. ci-après : (15 mars 32) Lefebvre, 1re sect. infirm. milit., aff. 1re rég. ; Minot, 1re sect. infirm. milit., aff. 2e rég. ; Bec, 16e sect. infirm. milit., aff. 16e rég. ; Cantaloube, 17e sect. infirm. milit., aff. 17e rég. ; Cabanes, 18e sect. infirm. milit., aff. 18e rég. ; Nogue, 19e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A. Ferradou, 21e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A.

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

(20 mars 32) Le médec. auxil. non titul. du brev. de prép. milit. supér. Lesage, 21e sect. infim. milit. aff. 19e C. A.

1er AVRIL

### Budget.

*Loi du 31 mars* 1932 *portant fixation du budget général de l'exercice* 1932.

Nous publierons prochainement des extraits du budget susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

### Hygiène coloniale.

M. Hermant, médecin principal de l'assistance médicale de l'Indochine a été nommé inspecteur général de l'hygiène et de la santé publique en Indochine.

3 AVRIL

### Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de l'Intérieur (Algérie) : M. le Dr Saffar, de Bougie.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur : Florentin, doct. en médec., à Thenon (Dordogne),

44 ans de pratique et de soins gratuits aux militaires de la gendarmerie.

5 AVRIL.

**Légion d'honneur.**

Est nommé officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de l'Intérieur : M. le Dr Cauvy, maire de Lamalou-les-Bains.

**Asiles publics d'aliénés.**

Un poste de médecin-chef de service est créé à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

6 AVRIL.

**Légion d'honneur.**

Est nommé chevalier, au titre du ministère de l'Intérieur : M. le Dr Mignon, maire des Essarts, conseiller général de la Vendée.

### Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Assurances sociales. — Les avantages de l'assurance-maladie suspendus pendant la durée du service militaire sont accordés à nouveau à l'assuré dès sa libération.**

1298. — M. Maurice VIOLETTE, sénateur, demande à M. le ministre du Travail si un jeune homme immatriculé aux assurances sociales le 1er juillet 1930 et remplissant les conditions légales de versement au moment de son appel sous les drapeaux, en octobre 1930, a droit au remboursement des prestations pour une maladie survenue en novembre ou décembre 1931, c'est-à-dire quelques semaines après sa libération qui a eu lieu vers le 20 octobre 1931 et si les caisses d'assurances sont fondées à exiger de l'assuré les 60 cotisations obligatoires après son retour du régiment, avant d'effectuer le remboursement des prestations. (*Questions du 9 février 1932.*)

*Réponse.* — Cette question vient d'être résolue, après nouvel examen, dans un sens favorable aux assurés par une circulaire du 17 février 1932.

Dès l'instant que les avantages de l'assurance-maladie sont suspendus pendant la durée du service militaire, il a paru possible d'admettre que l'assuré conservait le bénéfice de cette assurance, au retour dans ses foyers, pour lui et les membres de sa famille, sans période d'attente. Il suffit qu'il compte, au cours de la période de référence qui a précédé la maladie, 60 jours ouvrables passés sous les drapeaux ou ayant donné lieu au versement des cotisations légales ou de l'indemnité journalière de maladie. Mais, bien entendu, il doit justifier qu'il remplissait, lors de son départ sous les drapeaux, les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'assurance-maladie.

(*J. O.*, 19 mars 1932.)

15212. — M. Maupoil demande à M. le ministre du Travail : 1° si un assuré, appelé sous les drapeaux pour la période normale d'instruction militaire, malade quelques jours après sa démobilisation, a droit aux prestations ; ajoute que la loi a précisé qu'un assuré, à jour avant son départ sous les drapeaux, confère à ses ayants droit le bénéfice des articles 9, 19 et 20, mais que rien n'a été prévu pour la maladie ; 2° s'il faut que l'intéressé ait cotisé 60 jours au cours du trimestre civil précédant la maladie ; faisant remarquer qu'il y a là, semble-t-il, une injustice flagrante. (*Question du* 6 *février* 1932.)

*Réponse.* — Cette question vient d'être résolue, après nouvel examen, dans un sens favorable aux assurés par une circulaire du 17 février 1932. Dès l'instant que les avantages de l'assurance-maladie sont suspendus pendant la durée du service militaire, il a paru possible d'admettre que l'assuré conservait le bénéfice de cette assurance, au retour dans ses foyers, pour lui et les membres de sa famille, sans période d'attente. Il suffit qu'il compte, au cours de la période de référence qui a précédé la maladie, 60 jours ouvrables passés sous les drapeaux ou ayant donné lieu au versement des cotisations légales ou de l'indemnité journalière de maladie. Mais, bien entendu, il doit justifier qu'il remplissait, lors de son départ sous les drapeaux, les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'assurance maladie.

(*J. O.*, 23 mars 1932.)

Assurances sociales. — **Les prestations de l'assurance-maladie ne sont dues que pendant une période de six mois, même s'il n'y a pas eu interruption du travail pendant cette période.**

15173. — M. Jacques Duclos demande à M. le ministre du Travail : 1° quelle est la durée pendant laquelle un assuré obligatoire atteint d'une maladie chronique n'entraînant pas une cessation de travail, et, par conséquent, continuant ses versements sans interruption a droit au remboursement des frais de docteur et pharmaceutiques ; 2° si, cette durée étant limitée, il peut et au bout de combien de temps, être remboursé à nouveau. (*Question du* 4 *février* 1932.)

*Réponse.* — 1° Les soins médicaux et pharmaceutiques sont dus à l'assuré malade pendant une période de six mois, à partir de la date du début de la maladie, qui est celle de la première constatation médicale. Ce délai est applicable à toutes les maladies, qu'elles entraînent ou non la cessation du travail de l'assuré ; 2° les prestations ne pourraient être dues, à nouveau, pour la même maladie que si l'assuré, après avoir été considéré comme guéri, faisait une rechute plus de deux mois après la guérison apparente.

(*J. O.*, 23 mars 1932.)

Assurances sociales. — **L'immatriculation doit précéder l'état de maladie ou de grossesse pour que les prestations puissent être dispensées.**

1321. — M. Mauger, sénateur, demande à M. le

ministre des Finances sur quel article de la loi des assurances sociales s'appuie l'administration pour refuser à la femme d'un assuré en règle avec la loi au moment de l'accouchement de sa femme le bénéfice des prestations médicales et pharmaceutiques de l'assurance sociale, sous le prétexte que cet assuré devrait avoir été immatriculé avant le début présumé de la grossesse de sa femme, et avoir effectué à la fin du mois précédant, soit la première constatation médicale de l'état de grossesse, soit le début présumé de la grossesse, le minimum des versements légaux. (*Question du 18 février* 1932.)

*Réponse de M. le ministre du Travail.* — Il résulte des principes généraux de l'assurance que celle-ci ne peut jouer que vis-à-vis des éventualités non encore réalisées à son point de départ. L'immatriculation doit ainsi précéder l'état de maladie ou de grossesse, pour que les prestations puissent être dispensées. Si, en ce qui concerne les conditions de versement, il a été admis qu'il était possible de se placer, pour déterminer le droit aux prestations, soit au début présumé de la grossesse, soit à la première constatation médicale de la grossesse, c'est par une interprétation libérale des dispositions combinées des paragraphes 1er et 2 de l'article 9 de la loi sur les assurances sociales.

(*J. O.*, 26 mars 1932.)

---

**Assurances sociales. — Répartition du prix de journée en cas d'hospitalisation d'un assuré notoirement indigent.**

1336. — M. Armbruster, sénateur, demande à M. le ministre du Travail : 1° si en cas d'hospitalisation d'un assuré, celui-ci doit supporter sur le montant alloué par le tarif de responsabilité pour le prix de journée, la réduction de 15 ou 20 p. 100 ; 2° en ce qui concerne les assurés notoirement indigents, comment doit être réparti ce prix de journée, abstraction faite des frais pharmaceutiques ; 3° dans le cas où le prix de journée effectivement prévu est inférieur au tarif de responsabilité, si les caisses en doivent la totalité ou seulement 80 p. 100, les 20 p. 100 de surplus paraissant devoir rester, d'après l'article 59 de la loi, à la charge de la collectivité de secours. (*Question du 23 février* 1932.)

*Réponse.* — 1° Réponse négative.

2° Les dispositions de l'article 59 de la loi sur les assurances sociales ne sont pas applicables en cas d'hospitalisation. Il en résulte que le prix de journée d'hospitalisation dû pour les assurés notoirement indigents est celui qui est fixé par la convention passée par la caisse d'assurances avec l'établissement public hospitalier. Ce prix de journée ne peut, aux termes de l'article 6, paragraphe 2, de ladite loi, dépasser les limites du tarif le plus bas auquel l'établissement admet les malades payants. Il est supporté par la caisse jusqu'à concurrence de son tarif de responsa-

bilité, le surplus étant à la charge de la collectivité du domicile de secours. En ce qui concerne les honoraires médicaux, la caisse en rembourse le montant fixé par la convention sous déduction de la participation légale de l'assuré, laquelle est à la charge de la collectivité susvisée ;

3° Si le prix de journée est inférieur au tarif de responsabilité de la caisse, celle-ci doit en prendre la charge en totalité.

---

**Les soins donnés, sur la demande de la gendarmerie, à un individu en état d'arrestation, doivent être payés au titre des frais de justice criminelle.**

1221. — M. Faugère, sénateur, demande à M. le ministre de la Justice par qui et suivant quel tarif doivent être payés les honoraires d'un médecin qui a soigné à la gendarmerie et sur appel téléphonique des gendarmes, un individu en état d'arrestation à la suite d'un flagrant délit, qui avait été blessé, après son arrestation, à la gendarmerie, aussitôt après son arrivée. (*Question du* 24 *décembre* 1931).

2e *réponse.* — Les honoraires du médecin peuvent être payés, au titre des frais de justice criminelle : le tarif applicable est celui de 25 fr., établi par l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 modifié le 22 décembre 1927.

(*J. O.*, 26 mars 1932.)

---

**Règlementation des substances vénéneuses. — Substances en nature**

15338. — M. Jean-Pierre Renaitour expose à M. le ministre de la Santé publique que les décrets du 16 septembre 1916 et du 20 mars 1920, relatifs à la réglementation des substances vénéneuses, parlent de substances en nature, sans préciser le sens que l'on doit attribuer à ce terme, et demande : 1° si, par substances en nature, on doit entendre tous les produits nommément inscrits aux tableaux A, B ou C, c'est-à-dire les matières premières et les préparations, ou si, au contraire, on ne doit comprendre, sous ce terme, que les matières premières, à l'exclusion des préparations ; 2° si, par exemple, le laudanum de Sydenham, inscrit au tableau B et délivré pur, sans mélange, doit être considéré comme substance en nature et, à ce titre, soumis à la réglementation spéciale à ce groupe de produits ; 3° si la teinture de belladone, inscrite au tableau C, la liqueur de Fowler inscrite au tableau A, délivrées pures, doivent être considérées comme substances en nature ; ajoute qu'il serait important que les pharmaciens soient fixés sur ce point, en raison de l'ambiguité des textes. (*Question du* 15 *février* 1932.)

*Réponse.* — 1° Les mots « en nature » employés dans le décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, ne signifient pas nécessairement « matières premières » ; leur sens est plus étendu. Par substances vénéneuses en nature, ces règlements

visent tous les produits (matières premières ou préparations) dont le nom est inscrit sur l'un des tableaux A, B, C et qui sont délivrés sans mélange. Les préparations indiquées sur ces tableaux ne sont pas toutes soumises aux mêmes règles : les unes sont désignées par leur nom (exemple : liqueur de Fowler, teinture de belladone) ; ce sont celles qui sont soumises aux dispositions sur les produits en nature ; les autres sont comprises dans une spécification générale, sans être individuellement désignées par leur nom (exemple : les préparations non dénommées indiquées au n° 2 du tableau B). D'autre part, les préparations ont été classées dans tel ou tel tableau, suivant leur degré de toxicité, tantôt sur le même tableau que la matière première d'où elles dérivent, tantôt sur un tableau différent. Elles suivent, bien entendu, la réglementation à laquelle se réfère leur tableau. L'arrêté du 7 juillet 1931 est venu compléter ces indications en fixant les doses à partir desquelles ces préparations cessent d'être dangereuses et, par suite, échappent aux dispositions du décret ; 2° le laudanum de Sydenham qui n'est pas nommément inscrit au tableau B, est classé par le décret du 20 mars (art. 3) dans la catégorie des préparations visées au n° 2 du tableau B. La réglementation fixée pour les substances en nature ne lui est donc pas applicable ; 3° La liqueur de Fowler, préparation arsenicale ayant conservé le caractère toxique de l'acide arsénieux, a été classée au tableau A ; la teinture de belladone, préparation ayant perdu par dilution une partie du caractère toxique de la belladone, a été classée au tableau C.

(*J. O.*, 15 mars 1932.)

## JURISPRUDENCE

**Admission dans une maison de santé d'un patron agriculteur. Honoraires médicaux**

COUR DE CASSATION (CHAMBRE CIVILE)
8 février 1932.
(Archives du « Sou Médical »).

I. — *Le patron agriculteur, qui est soigné sur sa demande, dans une clinique privée, ne doit pas bénéficier du « tout compris ». Il doit, en conséquence, payer les honoraires du chirurgien.*

II. — *La prescription de deux ans repose sur une présomption de paiement et n'est pas opposable au médecin que le client reconnaît ne pas avoir payé.*

La Cour,

Ouï en l'audience publique de ce jour, M. le Conseiller Casteil en son rapport, MM^es Chalvon, Demersay et Auger, avocats des parties, en leurs observations respectives ainsi que M. Bloch-Laroque, avocat général, en ses conclusions, et après en avoir immédiatement délibéré conformément à la loi ;

*Voir la suite page LV-1241*

# PROPOS DU JOUR

## Une visite à la Cité sanitaire de Salagnac

Toute la côte retentissait des cris des ouvriers et des coups de marteau ; les pierres étaient suspendues en l'air par des grues avec des cordes. Tous les chefs animaient le peuple au travail dès que l'aurore paraissait ; et le roi Idoménée, donnant partout les ordres lui-même, faisait avancer les ouvrages avec une remarquable diligence.

(FÉNELON. *Télémaque,* livre VIII : La fondation de Salente.)

Il est des rêves qu'on cherche à réaliser.

L'abbaye de Thélème, de Me François Rabelais, les Cités de l'île d'Utopie de Thomas Morus, la Cité du Soleil, de Campanella, la Salente, de Fénelon, vont-elles enfin vivre dans la ville sanitaire qui, tout à coup, a surgi sur les pentes des collines de Salagnac en Dordogne comme sous le coup de baguette d'un magicien ?

Etant allés séjourner quelques jours sur les confins du Quercy et du Périgord, nous eûmes la curiosité de visiter cette ville merveilleuse, dont nous avions entendu parler, et qui nous paraissait une cité de légende. Nous eûmes l'avantage d'y être conduits par M. François Gouyon, ancien député, conseiller général de la Corrèze, qui habite la petite ville de Juilliac, le centre urbain de quelque importance le plus rapproché de Salagnac, à 10 kilomètres environ. Guidés par un homme aussi distingué et aussi averti que M. Gouyon, nous étions certains de ne pas faire un voyage inutile. Il avait d'ailleurs eu l'amabilité de prévenir le Directeur de Salagnac; qui avait bien voulu nous y attendre.

La nouvelle cité, qui est destinée à recevoir des tuberculeux de guerre avec leur famille, est édifiée par la puissante Fédération nationale des blessés du poumon et des chirurgicaux (F. N. B. P. C.), association qui compte près de 100.000 membres et qui, grâce à l'énergie de son comité, dispose d'une influence morale et politique considérable. Les dirigeants de la Fédération qui connaissaient le fonctionnement des villages sanatoriums qui existent déjà à l'étranger et en particulier, celui de Papworth en Angleterre, qui savaient combien avait été intéressante l'expérience du Sanatorium-Ecole de rééducation de Campagne-les-Bains, dans l'Aude, que dirigea un phtisiologue distingué, le Dr Roux, mais qui ne put être continuée parce que le directeur aurait eu besoin d'être plus énergiquement secondé, résolurent de faire mieux et plus grand. Ils obtinrent du Parlement 60 millions de crédits qui furent votés d'enthousiasme ; aussitôt, ils se mirent à l'œuvre et en quelques mois on vit s'élever sur le versant occidental d'une colline périgourdine, d'où l'on jouit d'un panorama merveilleux et très étendu, une véritable ville.

La Cité de Salagnac n'a rien de l'aspect lamentable des lotissements qui déshonorent notre banlieue parisienne. Son plan, très étudié, est un chef-d'œuvre d'uranisme ; du bas de la colline, l'aspect des villas roses qui s'étagent, bien ordonnées, espacées de façon à ne pas se gêner et à laisser entre elles de vastes espaces libres qui seront des jardins et des parcs, est des plus pittoresques.

Le nouveau Salagnac s'élève à l'orée d'une forêt qui recouvre le faîte de la colline ; une maison forestière a été construite là sur les ruines du château de Bellegarde, qui vit naître, au milieu du XIIe siècle, le fameux Bertrand de Born, vicomte de Hautefort, qui sut allier la brutalité barbare et féroce des guerriers de son époque, à la courtoisie des troubadours dont il fut un des plus remarquables exemples. Ce hobereau qui, de nos jours, serait considéré comme un bandit et de la pire espèce, n'ayant pu trouver la mort au cours de ses aventures, termina sa vie, toute de violences et de crimes, au monastère de Citeaux.

N'est-ce pas un contraste symbolique, que de voir élever une cité sanitaire, asile où devra régner le calme et la paix, à côté de ce nid d'aigles où se livrèrent, il y a sept à huit siècles, tant de combats acharnés et tant de luttes féroces et fratricides ?

Mais ce n'est pas pour méditer sur les destinées de notre triste humanité que nous étions venus à Salagnac.

M. Gouyon nous conduisit à la maison qu'occupe le Directeur, auquel il nous présenta. Nous ne fûmes pas peu surpris de reconnaître en lui le secrétaire général de la Fédération nationale des blessés du poumon, qui est notre collègue à la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits, au ministère des Pensions, M. Delsuc. Il nous acceillit très aimablement et, accompagné de l'architecte, M. Forestier, qui consacre son jeune talent à la direction des travaux, il tint à nous faire lui-même les honneurs de sa cité, ou plutôt des chantiers de sa cité, car on construit à Salagnac avec une activité fébrile ; 600 ouvriers y travaillent jour et nuit.

La cité sera très importante et comptera, quand elle sera terminée, environ 3.000 habitants. La première tranche qui comprendra les services généraux et 75 villas, doit être terminée avant la fin de cette année. Il y a un an, nous a affirmé M. Gouyon, rien n'avait été encore commencé. Il a fallu, pour mener cette œuvre à bien, l'énergie et la volonté de fer de M. Delsuc qui ne recule devant aucun obstacle et a su, jusqu'ici, briser toutes les résistances administratives et autres. Chaque pavillon est destiné à deux familles dont les logements sont identiques et parfaitement séparés.

Ces logements comprennent un petit vestibule, la chambre du malade, bien orientée, pourvue de nombreuses fenêtres et relativement isolée, une pièce commune (salle à manger), plusieurs chambres pour la mère et les enfants, une cuisine, une salle de bains, des water-closets. Certains pavillons sont à deux étages pour les familles nombreuses. Le chauffage, le fourneau de la cuisine seront électriques. Chaque appartement sera pourvu d'un frigidaire et disposera du téléphone. Le toit de chaque maison formera une terrasse dont les habitants pourront jouir.

Les services généraux consisteront en des *magasins centraux*, où les habitants trouveront tout ce dont ils auront besoin, tant pour l'alimentation que pour le vêtement, un *hôpital*, des *écoles*, des *Centres* pour le service social, la *Direction*, etc.

Un hôtel pourra loger 150 célibataires qui disposeront de deux pièces chacun.

Une usine électrique, tout en haut, éclairera et chauffera la cité.

A quelque distance des habitations s'élèveront l'abattoir et la ville industrielle, car on travaillera à Salagnac. Une imprimerie importante, qui recevra de sérieuses commandes de l'Etat, des ateliers de reliure, de maroquinerie, etc., seront organisés.

Des parcs, plantés d'arbres, sépareront les pavillons, et les vieux arbres qui existaient déjà ont été soigneusement conservés. Un verger très vaste, planté d'arbres fruitiers divers, existe depuis plusieurs mois. L'adduction d'eau potable, l'évacuation des eaux usées ont fait l'objet d'une étude sérieuse.

Comme l'eau abonde à Salagnac, un ruisseau a été aménagé qui descend en cascades, coupé en bassins par des barrages, et gagne en serpentant le vaste étang qui, à quelques centaines de mètres, s'étend au pied de la colline.

Tout a été prévu : des courts de tennis, des terrains de jeux pour les enfants et les jeunes gens, des allées réservées aux mères qui promèneront dans des voitures leurs bébés.

Une île, au milieu de l'étang, sera dotée d'un restaurant où les visiteurs pourront prendre des repas. Des canots seront à la disposition des habitants et, comme l'étang est très poissonneux, ces derniers pourront se livrer aux douceurs reposantes de la pêche à la ligne.

Salagnac est actuellement un maigre village de 100 à 150 habitants, situé à quelques centaines de mètres de la cité. Aucune autre agglomération n'existe dans le voisinage.

Les bourgs de quelque importance, à plus de 10 kilomètres, sont Juillac, en Corrèze, et Excideuil, en Dordogne. Une route relie Salagnac à ces deux villes et M. Delsuc, qui projette des services de cars et d'autobus, espère bien voir transformer les routes vicinales assez étroites en une importante route nationale de Brives à Périgueux, reliant Salagnac à ces deux villes.

Vraisemblablement l'inauguration de la Cité sanitaire aura lieu en avril prochain et, du train dont vont les travaux, nous ne doutons guère de la réalisation du plan fixé dans ses moindres détails par M. Delsuc et M. Forestier, son architecte.

Les entrepreneurs, MM. Gross, de Mulhouse, fabriquent sur place tout ce dont ils ont besoin ; ils exploitent sur place une carrière de grès schisteux, avec lesquels ils fabriquent leurs agglomérés, et disposent d'un matériel considérable.

Comme nous nous enquérions du prix auquel pouvait s'élever chaque pavillon, M. Delsuc nous affirma que, l'un dans l'autre, chacun reviendrait à 106.000 francs, ce qui fera 53.000 francs pour loger une famille dans des conditions d'hygiène

et de confort qui seraient ailleurs difficilement réalisables.

Les frais engagés sont scrupuleusement contrôlés.

Les loyers prévus seront vraisemblablement de 1.000 à 1.200 francs : ils alimenteront, avec les autres bénéfices, une caisse destinée à assurer les divers services de la Cité et à couvrir les frais d'entretien des bâtiments.

***

Cette création de villages de tuberculeux, y vivant avec leur famille, dans un appartement commun, nous paraît assez originale pour être signalée. Qu'auraient dit, il y a moins de trente ans, M. le doyen Landouzy et les pontifes de la lutte antituberculeuse, si on leur avait soumis pareil projet ? Mais les temps sont changés, et il faut croire que nos maîtres se font une idée assez différente de la contagion de la tuberculose puisque le Comité national de défense contre la tuberculose a donné son approbation au profit du village sanitaire et que plusieurs de ses membres, et non des moindres, feraient partie de son Comité technique.

Pour nous, nous ne serions pas surpris, étant données les réalisations d'hygiène excellentes de la nouvelle création et les conditions d'existence toutes particulières dont bénéficieront ses habitants, que la mortalité y soit inférieure aux agglomérations voisines de population analogue.

Un de nos correspondants les plus compétents et les plus expérimentés qui, depuis de longues années, participe activement et intelligemment à la lutte antituberculeuse, nous écrivait au sujet de Salagnac :

« Je retiens surtout la leçon qui se dégage de l'expérience : l'union de la technicité, de la volonté et des moyens financiers constitue le trépied indispensable à toute création sanitaire. C'est ce qui explique l'impuissance de notre administration sanitaire, où la technicité n'est presque jamais étayée par les deux autres facteurs qui conditionnent le succès ».

C'est bien aussi notre conviction. C'est la réunion de ces trois facteurs : technicité, volonté indomptable, et moyens financiers puissants, qui permet à Salagnac de s'élever avec cette rapidité et de réaliser l'idéal d'une ville sanitaire. Et ce n'est pas pour faire un rapprochement plaisant que nous avons mis en épigraphe, à la tête de cet article, le passage de Télémaque où Fénelon décrit la fondation de Salente. Nous avons vu l'activité qui régnait dans les chantiers de Salagnac, nous avons vu M. Delsuc, secondé par M. Forestier, son architecte, nouvel Idoménée, « donnant partout les ordres lui-même et faisant avancer les ouvrages avec une incroyable diligence. »

Mais une fois que la Cité sera terminée (ce qui, au train où vont les choses, ne saurait guère tarder), le plus difficile peut-être restera à faire. Il faudra sélectionner les candidats qui désireront habiter Salagnac, établir des règlements, une discipline, surveiller les malades et leur famille, encourager ceux qui pourraient et voudraient travailler, s'occuper de l'avenir de la famille, si son chef vient à mourir.

De cette organisation dépendra le succès de cette belle et curieuse expérience.

Avec une direction à la fois énergique et libérale et des moyens financiers suffisants, l'œuvre de Salagnac peut réussir et, dans quelques années, son fonctionnement pourra transformer du tout au tout nos idées sur la prophylaxie de la tuberculose.

M. Delsuc a l'intention de laisser aux habitants la plus grande liberté possible, de borner la réglementation au respect de la liberté et de la sécurité des voisins. Salagnac sera une ville absolument ouverte et l'on pourra écrire à son entrée, nous ne disons pas sur ses portes, car il n'en existera pas, la devise de l'abbaye de Thélème. Nous souhaitons bien sincèrement la réussite de cette généreuse tentative ; ce serait la réalisation de l'Eden de la Légende biblique. Après tant d'efforts, une désillusion serait vraiment trop pénible.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### L'INTERVENTION INTEMPESTIVE EN OBSTÉTRIQUE

par G. CHAPPAZ

On a dit, par humour, qu'un bon accoucheur serait un « bon spectateur », lequel fumant agréablement une cigarette , et conversant avec la famille de la gisante, se bornerait à encourager de la voix, des fonctions qui sont toutes naturelles. Je ne partage point cet avis et j'ai écrit ailleurs qu'on juge un bon accoucheur à la manière dont il préside à un acte normal. La douleur atténuée, le temps de souffrance écourté, l'absence de toutes déchirures du canal génital, l'économie de sang, l'asepsie, sont absolument sous sa dépendance ; j'ajouterai, en transposant dans un cadre plus modeste, que si un chirurgien est jugé par le public médical sur la façon élégante, aisée dont il se joue des grandes difficultés, l'accoucheur est apprécié de son entourage quand il ne laisse pas après lui un tableau saisissant de « carnage » : cuvettes, seaux, instruments, bassins, bocks, blouses, draps, parquets, et même sa malade, imprégnés d'une pourpre qui stigmatisera pour longtemps son impatience, son affolement ou son incompétence.

Mais il faut bien l'avouer, nous avons tous une tendance à vouloir faire trop. L'accouchement est bien un acte physiologique normal, qui ne demande pas souvent des interventions importantes ; et ceci en dehors de l'enseignement et de la logique, est une notion qui ne s'acquiert que par l'expérience ; j'en offre la preuve dans la constatation suivante que chacun peut faire : un confrère qui a peu de pratique obstétricale ne vous parlera jamais que d'accouchements dystociques ; celui qui fait beaucoup d'accouchements n'a qu'un pourcentage normal d'interventions à vous conter. Dans ma pratique déjà importante de spécialiste, j'ai noté les cas dans lesquels on est particulièrement tenté à tort de faire quelque chose ; ceci soit dit sans esprit de médisance, mes chers confrères, et si vous vous croyez visés dans l'un des exemples suivants, consolez-vous en pensant de suite que j'ai fait comme vous avant d'apprendre plus tard que j'aurais pu ne pas le faire.

#### L'expression abdominale

Elle ne mérite pas le nom d'intervention, mais c'est une des manœuvres les plus tentantes. J'ai vu des sages-femmes pilonner littéralement le ventre de leur malade avec leurs poings. Si cette manœuvre peut s'utiliser dans quelques cas (tête dernière, sommet à la vulve chez une malade qui ne pousse pas), il faut s'en garder le plus souvent, et elle n'est pas complètement sans danger ; les matrones du centre africain font éclater des utérus par ce procédé ; d'autres, plus proches contusionnent l'organe ou l'irritent jusqu'à l'apparition d'anneaux de rétraction.

#### L'épisiotomie

Un confrère, de mes amis, me disait un jour : « j'en ai pratiqué une dernièrement, j'ai trouvé cela très pratique et suis bien tenté de le faire toutes les fois ». Son opinion, dont je n'ai pas ri, prouve la valeur de la tentation ; on évite une mauvaise déchirure et l'on gagne un grand nombre de poussées fatigantes pour la malade et pour son médecin. Je la tiens pour une des interventions les plus rares ; même si une déchirure inévitable s'amorce, il est presque toujours très facile de la limiter si l'on maintient bien de la paume gauche l'occiput de l'enfant dont on laisse dégager la tête millimètre par millimètre, faisant pousser en dehors des douleurs, guidant de la main droite les bosses pariétales afin qu'elles s'extériorisent doucement l'une après l'autre. Petite déchirure médiane ou pas de déchirure, tels seront les résultats qui presque toujours vous récompenseront d'avoir laissé là les ciseaux.

#### L'avortement thérapeutique

Sur cette intervention, tout le monde est de plus en plus éduqué. On en pratique de moins en moins. Vomissements incoercibles, cardiopathies, néphrites avec rétinite, etc., chacun de nous connaît bien les rares indications précises dans ces différents syndromes, et n'est plus tenté d'en abuser. Mais il est encore deux cas, pour lesquels le médecin spécialisé est trop souvent sollicité :

1° Les utérus qui saignent depuis plusieurs jours au début de la grossesse.

Il s'agit le plus souvent d'endométrite déciduale, ou de menaces d'avortement par décollement de l'œuf. La malade perd du sang liquide ou des caillots ; elle n'a pas de douleurs ; la fausse couche semble inévitable, la famille et le médecin

s'impatientent. On nous prie de faire un curettage.

2° On a fait le diagnostic de rétention d'œuf mort.

On craint des accidents septiques ; la malade et son entourage s'accommodent mal de la présence d'un fœtus mort qui, parfois, met plusieurs mois à s'évacuer, et l'on appelle encore pour un curettage.

Or, on a vu des hémorragies déciduales durer assez longtemps et la grossesse continuer ; on a, dans les rétentions de fœtus morts au début de la grossesse, des causes d'erreurs qui pourraient faire sacrifier quelquefois un embryon vivant. D'autre part, l'anémie dans les hémorragies moyennes ne survient que très tard, les pertes étant vite compensées par l'hématopoïèse, et les risques de septicité dans les deux cas sont moins fatals que l'on ne pourrait le croire. En plus, si l'on est obligé de « vider » de temps à autre un utérus qui contient encore le fœtus, surtout après deux mois, il faut bien se rappeler qu'envisager un curettage est une faute. C'est par l'emploi de moyens lents et doux, si l'on a le temps, ou alors par une petite césarienne vaginale, ou par voie haute, s'il faut agir vite que l'on évitera des surprises dangereuses et désagréables.

Dans presque tous les cas, sauf si la vie de la malade se trouve directement menacée soit par l'hémorragie, soit par l'infection, quelle satisfaction l'on éprouvera après avoir patienté! La bonne nature suppléera un jour tranquillement, sans effusion de sang et sans difficulté, en quelques heures, à l'intervention délicate que l'on avait projetée.

### Dilatation forcée du col

Je ne parlerai point de l'évacuation extemporanée de l'utérus avant tout début de travail, méthode de Delmas, qui n'est pas entrée encore dans le cadre des abus. Il n'y a rien à retenir non plus pour mon sujet, des dilatations instrumentales : ballons, dilatateurs de Bossi ou autres. Ce sont des moyens que chacun n'a pas sous la main, et auxquels on pense rarement.

Mais, en présence d'un travail qui traîne un peu, qui de nous n'a jamais éprouvé le besoin, au cours d'un toucher, de « tripoter » un peu le col, d'essayer d'élargir un peu les bords du cercle qui retarde votre sommeil ou vos autres occupations ? C'est là une mauvaise pratique. Du col partent des réflexes que vous ne pouvez pas prévoir ; en général surviendront un travail plus irrégulier, des douleurs subintrantes, des contractures, et vous pourrez avoir la déception de trouver à votre toucher suivant un œdème du col « en représailles ». Puis, au lieu de laisser s'étirer, par le seul jeu de la musculature utérine, les fibres du canal cervical, vous les aurez quelquefois plus ou moins rompues ; vous aurez fait effraction laquelle même légère sera une porte d'entrée aux hordes microbiennes des suites de couches.

Quand cette intervention est indispensable, elle ne nous plaît qu'à demi, et l'on a tendance de plus en plus, quand c'est possible, à inciser plutôt qu'à dilater.

### Les grandes incisions du col

Ici, point d'abus. Je ne sais pourquoi, on est toujours moins tenté de couper que de forcer.

### Césarienne vaginale

Pour les mêmes raisons obscures, elle ne tente personne, pas même celui qui voit surgir ses rares indications formelles, s'il en est encore.

### Le forceps

Le choix du nom de cet instrument, qui a révolutionné l'art obstétrical, n'est pas heureux. Il implique l'idée de force et uniquement l'idée de force, et chacun se sent suffisamment musclé pour en user et ... en abuser.

Bien des traités classiques, d'autre part, mentionnent la conduite à tenir suivante : « quand la dilatation est complète depuis deux heures, l'indication du forceps se pose ». Cette affirmation néfaste ne tient compte que du facteur temps ; toute intervention obstétricale qui n'est décidée que sur une notion de temps est *a priori* dangereuse, sauf quand il s'agit d'arrêter une hémorragie abondante. Il faut tenir compte : de l'état d'épuisement de la mère, des signes possibles de souffrance fœtale, des dimensions de la présentation, de la compression supposée au niveau des parois vaginales, des difficultés à prévoir par l'extraction au forceps, etc... ; ce sont là, il est vrai, des appréciations qui risquent d'être inexactes pour celui qui n'a pas une pratique obstétricale suivie, et, dans le doute, on penche nettement vers l'action ; un succès partiel est assuré, car il est impossible, quand une tête est engagée, de ne pas arriver à extraire un enfant ; ce dernier sera présenté quelquefois sans vie, des déchirures plus ou moins graves du vagin ou du périnée seront à réparer, mais après les efforts physiques puissants et impressionnants auxquels les témoins auront assisté, personne ne songera à reprocher à l'accoucheur la carence de l'effort intellectuel qui aurait déterminé l'attente dans bien des cas. « Puisqu'il a fallu tant tirer, dira-t-on, l'enfant ne serait jamais venu tout seul ». Mais avec ses mécanismes naturels de flexions, de rotations, d'asynclitismes, de déflexions, l'accouchement spontané était parfois possible, avec des suites normales, ou bien, en un moment mieux choisi, l'intervention eut été plus aisée.

Certains seront tentés de compléter une dilatation avec l'instrument ; la chose n'est pas im-

possible ; elle peut être même souhaitable dans des conditions assez rares, mais combien faut-il être exercé pour prévoir quand un col va se rompre ou se dilater ! Je ne suis pas adversaire résolu cependant du « forceps dit de complaisance », quand une malade pusillanime souffre abominablement, quand je prévois l'intervention comme extrêmement facile, alors que les dernières poussées sont sans effet bien efficace, mais je préfère encore l'emploi de l'hypophyse avec un peu d'anesthésie à la reine. Enfin, je ne cite que pour mémoire des exemples d'impatience dus à une incompétence notoire; et je ne pourrais compter pour ma part, les appels urgents après lesquels la sage-femme, voire le confrère, sollicitaient un forceps alors que la dilatation du col était entre deux et cinq centimètres, la famille ayant été prévenue que l'intervention du spécialiste allait rapidement mettre fin aux souffrances interminables. Je reconnais, par ailleurs, avoir placé des forceps faciles pour épargner l'amour-propre de ceux qui avaient affirmé un peu vite l'accouchement spontané impossible.

Nous avons tous une grande excuse dans notre hâte à saisir le forceps ; il est pénible d'entendre gémir, d'assister sans rien tenter à des douleurs qui sont toujours trop longues. Il est cependant un moyen de faire patienter et de patienter soi-même, c'est l'emploi de procédés d'analgésie obstétricale non dangereux, morphine au début et chloroforme à la reine vers la fin, la malade se calme, l'entourage ne se désespère plus, et... l'accoucheur est occupé !

**La version**

L'on sait que Potter et quelques disciples américains se sont faits les champions de la version prophylactique : quand la dilatation est presque complète, la présentation non engagée, faire la version et extraire l'enfant pour éviter des souffrances à la mère. L'exemple n'a pas été suivi en France. Pour ma part, je suis loin d'accepter cette suggestion. La version suivie d'extraction est une intervention que je considère comme plus délicate que la plupart des forceps, et je n'ai jamais compris qu'on autorise les sages-femmes à la pratiquer ; quelques enfants sont tous les ans la rançon de cette licence.

Je n'ai pas l'impression qu'on en abuse, car les conditions requises pour faire une version se présentent en général avant les manifestations habituelles de l'impatience.

**L'embryotomie**

Opération qui ne tente personne. Il m'arrive tous les ans de voir des épaules sur lesquelles, malgré une main à la vulve, on a fait pousser deux ou trois jours. Ce n'est jamais de gaieté de cœur que j'entreprends l'embryotomie. Nous éliminons aussi de notre sujet les cranioclasies et les basiotripsies qui, nécessitant une instrumentation non courante, ne sont pas à la portée de tous.

**Les pelvitomies**

Cette opération, malgré la nouvelle faveur qu'elle a retrouvée ces dernières années, malgré la simplification de Zarate qui pourrait la mettre à portée de tout praticien à domicile, n'est pas à retenir dans notre pays dans le cadre des abus possibles.

**Les césariennes**

Les techniques modernes de la césarienne ont réalisé l'un des progrès les plus importants de l'obstétrique ; elles ont aussi menacé tout l'art obstétrical ! La césarienne est la solution facile, celle qui évite tous les dilemmes, angoissants parfois, des accouchements dystociques.

Une césarienne, basse ou haute, est une opération automatiquement réglée ; et l'initiative pendant l'acte opératoire n'est pas soumise à de dures épreuves. On peut faire avec elle table rase de toute une science lentement acquise et perfectionnée, de Soranus à nos maîtres contemporains, d'une science qui a fixé durant des siècles les schémas les plus minutieux de l'accouchement eutocique et dystocique pour laisser à l'art du praticien la mission de guider ou de diriger selon la bonne voie un mécanisme momentanément défaillant. Point d'hésitations pénibles ; l'accouchée ne connaîtra plus les longues heures de réflexion et d'observation au cours desquelles l'on craint toujours de laisser passer le moment propice à telle ou telle décision. Il ne s'exposera plus aux surprises : les bras relevés, la tête retenue au détroit supérieur, les cordons procidents, les présentations transversales, les sièges décomplétés bloqués dans l'excavation des primipares, les épaules des gros enfants, les hémorragies du placenta prœvia, et combien d'autres éventualités fâcheuses seront désormais ignorées. Cependant, appliquant avec discernement, sans perdre de sang froid, les multiples et astucieux enseignements de Levret, de Champetier de Ribes, de Tarnier, de Farabœuf, de Baudelocque, de Braxton Hicks, de Lachapelle, de tous ceux qui devaient compter sans l'hystérotomie, l'obstétricien avisé et moins fervent du bistouri, a toujours des résultats satisfaisants. Il ne faut pas tomber d'un excès dans l'autre et la césarienne a étendu ces dernières années à juste titre son champ d'indications ; mais on ne doit la décider que devant la faillite des procédés courants ; quel que soit son peu de gravité, ses indications ne doivent procéder que de la défaite de toute autre thérapeutique. La césarienne pour celui qui en a quelque peu la pratique donne une statistique excellente, mais le risque qu'elle comporte est un risque vital ; les manœuvres purement obstétricales pratiquées dans les conditions

que l'on impose pour les hystérotomies (cliniques ou hôpitaux), par des accoucheurs experts, nous laissent moins désarmés quand elles comportent des suites morbides.

J'ai vu pratiquer par des chirurgiens des césariennes alors que l'enfant était mort, pour éviter par exemple une basiotripsie ; d'autres pour un bassin limite préfèrent ne pas attendre l'épreuve du travail. Il n'est pas un obstétricien qui, dans sa pratique, n'ait vu accoucher spontanément des femmes pour lesquelles une césarienne était décidée à l'avance par des confrères trop interventionnistes. Accoucheurs d'abord, avec le forceps pour symbole, le bistouri ne doit être que l'aveu de notre impuissance !

### La délivrance artificielle

Pratiquée en toutes occasions, en tous lieux, sans gants, sans asepsie, cette intervention est à l'origine de nombreux cas d'infection puerpérale. Avec un peu de réflexion, l'on s'imagine la main obligatoirement souillée des produits septiques du vagin, travaillant sur l'aire placentaire, foyer de résorption rapide, décollant, grattant, ensemençant. Quant elle est obligatoire, bien peu comprennent l'excès de précautions dont on doit s'entourer ; souvent aussi, à la vue d'un flot de sang qui traduit seulement le décollement normal du placenta, d'autres, trempant vite leur main souillée dans une solution plus ou moins antiseptique, vont au devant du corps du délit, le refoulent, le broient, le malaxent, l'étreignent, enfin, et pleins de satisfaction, l'extériorisent ; cette fois, la septicémie puerpérale, la phlébite, l'embolie pulmonaire seront parfois la rançon d'une hâte coupable. Il faut apprendre à voir du sang avec calme, maîtrisant des réflexes dangereux ; la malade en quelques jours refait ses globules, alors qu'elle luttera vainement contre le streptocoque.

Si la délivrance naturelle ne se fait pas... attendre.

Si l'hémorragie devient menaçante, si l'attente suffisante est vaine, commencer par l'expression placentaire ; on réussira neuf fois sur dix avec les utérus mous ; les quelques rares cas où la délivrance artificielle s'impose sont avec des utérus contracturés qui saignent, syndrome qui est lui-même, parfois, le résultat de manœuvres intempestives.

### La face et le siège

Voilà, certes, les deux présentations qui souffrent le plus de notre désir d'agir. Personne ne veut se rappeler qu'il s'agit, dans ces deux cas, d'accouchements ordinairement eutociques.

On tente des versions s'il est temps pour la face, on applique le forceps dès que possible ; j'ajoute que l'on oublie souvent de tourner en tirant et le spécialiste doit achever, au cranioclaste, la manœuvre qui a enclavé en position postérieure, un menton qui se serait placé petit à petit sous le pubis.

S'il s'agit d'un siège, on s'évertue à hâter l'expulsion ; dès qu'une fesse apparaît, on introduit la main, on cherche un pied, en frictionnant au passage l'abdomen de l'enfant ; ce pied abaissé, on tire ; on va chercher l'autre, on tire encore, puis l'on va vite au devant des bras ; il semble, dès lors, qu'une menace grave impose l'extraction rapide même quand l'enfant ne fait pas d'inspirations prématurées ; puis, interdisant au mécanisme naturel des douleurs, la tactique habile et difficile à imiter qui, inclinant et faisant pivoter la tête dernière, lui permettra l'entrée de l'excavation, l'on se trouve devant la fâcheuse éventualité d'une tête retenue au détroit supérieur ; la manœuvre de Champetier étant l'une de celles qui s'oublient le plus vite (simple constatation sans aucun sens péjoratif, car je suis l'admirateur de ces enseignements de la plus belle obstétrique), l'enfant paye de sa vie l'intervention intempestive de l'accoucheur. Cependant, notre maître Démelin a répété tant de fois : « le fœtus résiste mieux à l'asphyxie qu'au trautraumatisme. » !

### Conclusion

J'ai fait moi-même, mes chers confrères, mon *mea culpa* ; faites comme moi, et ne m'en veuillez pas de cette énumération pessimiste ; vous retrouverez, certes, un peu de cette hâte fébrile dans vos observations passées d'obstétrique courante ; les hommages qui vous sont dus d'autre part, pour vos décisions pleines d'à-propos et de science, vous rendront légère cette auto-accusation loyale. Plus que d'autres, l'accoucheur a besoin de rester toujours calme ; nous avons trois grands ennemis contre cette qualité indispensable : la souffrance énervante de notre malade, le sang, et l'entourage de la parturiente. Qu'il me soit permis pour terminer de vous dire ce que je leur oppose : Considérer toujours qu'un accouchement, acte physiologique simple, peut à un instant donné nécessiter une assistance assez compliquée et rapide ; partant de cette donnée, s'entourer du maximum de « confort » opératoire ; clinique ou hôpital avec salle d'opérations et aides à proximité. A domicile, en attendant que le public soit suffisamment averti du danger de rester chez soi, assistance d'une sage-femme ou d'une garde compétente, et maximum d'attention dans le choix de la chambre, et de son aménagement ; matériel suffisant en vue de toutes éventualités.

Emploi plus généralisé de l'analgésie obstétricale. Eloigner le plus possible, avec de bonnes paroles, les membres de la famille.

Avant toute décision d'intervention, même urgente, se recueillir et envisager la situation rai-

sonnablement, comme le fait un chirurgien avant d'opérer ; rien ne presse autant que de réfléchir. S'il n'y a pas urgence absolue, se retirer dans une pièce voisine ; au besoin, allumer cette fois la cigarette qu'on nous reproche pendant l'accouchement normal ; si l'atmosphère chaude de l'appartement est accablante, sortir prendre l'air quelques minutes laissant la garde prodiguer ses encouragements, puis, avec un plan bien dessiné, des responsabilités bien pesées, revenir alors, pour attendre, ou pour faire au bon moment ce qu'il convient, sans rien de plus.

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

### Hôpital des Enfants Malades

### La croissance staturale (1)

Professeur P. Nobécourt

Chaque jour j'insiste sur l'intérêt pour le médecin de mesurer la taille des enfants.

Je voudrais vous donner aujourd'hui quelques précisions sur la *croissance staturale.*

Dastre, dans un livre sur *La vie et la mort*, écrit que les deux phénomènes essentiels de la vie sont l'*assimilation formatrice* et la *désassimilation destructrice* ; ils commencent et finissent avec elle.

Pendant la première période de l'existence, l'assimilation formatrice l'emporte sur la désassimilation destructive ; pendant la deuxième, ces deux phénomènes se compensent ; enfin, pendant la troisième, la désassimilation prédomine sur l'assimilation.

Aussi longtemps que l'assimilation formatrice prédomine, la masse du corps augmente : c'est la *période d'accroissement*, qui se traduit par l'augmentation de la taille, du poids, du volume du corps.

Chacune de ces modalités a son accroissement propre : l'accroissement du poids et du volume se poursuit après arrêt de l'accroissement statural.

L'*accroissement statural* est un phénomène très particulier. C'est à lui que s'applique plus spécilalement le mot *croissance* : *crescentia*, de *crescere*, croître, grandir.

La période de croissance staturale commence quand l'embryon succède à l'œuf, quinze jours après la fécondation ; elle se termine, pour l'espèce humaine, à 20 ou 21 ans. Le terme de la croissance marque le début de l'âge adulte.

La croissance staturale n'est pas uniforme ; elle présente, suivant les âges, des modalités diverses. Elle parcourt plusieurs étapes.

Ces étapes sont les suivantes :

1° La *vie intra-utérine*, d'abord l'*embryon*, de 15 jours à deux mois, puis le *fœtus*, de 2 mois à la naissance ;

2° La *première* ou *petite enfance*, de la naissance à deux ans et demi ;

3° La *deuxième* ou *moyenne enfance*, de 2 ans et demi à 6 ans ;

4° La *troisième* ou *grande enfance*, de 6 ans à 12 ans pour les filles, de 6 ans à 14 ans et demi pour les garçons.

5° La *quatrième enfance* ou *période pubertaire*, comprise, pour les filles entre 12 et 15 ans, pour les garçons, entre 14 ans et demi et 17 ans et demi.

6° La *jeunesse*, qui va jusqu'à 20 ou 21 ans.

La période pubertaire, à laquelle j'ai consacré une leçon parue dans le *Journal des Praticiens* du 7 janvier 1928, est une phase intermédiaire entre l'enfance et la jeunesse. Souvent on l'appelle *adolescence* ; mais ce mot est mauvais, car *adolescere* veut dire croître ; l'adolescence, c'est toute la période de croissance.

La puberté est l'époque où les glandes sexuelles, qui jusque là étaient à l'état de sommeil, mais non inertes, s'accroissent, se perfectionnent, entrent en activité.

Elle est caractérisée par des phénomènes complexes. On note l'apparition des caractères sexuels secondaires, l'augmentation du volume et la transformation des organes génitaux externes, des modifications somatiques, physiologiques, et psychiques.

Le *début* de la période pubertaire est indiqué par l'apparition des poils dans les régions pubienne et génitale : *pubère* veut dire qui commence à se couvrir de poils.

Les étapes sont marquées, d'après M. Paul Godin, par un certain nombre de signes, notamment par la pousse des poils pubiens (P) et axillaires (A).

La période pubertaire dure trois années.

Somme toute, la croissance staturale est un des phénomènes les plus caractéristiques de la première partie de la vie ; elle la différencie nettement de la période suivante, c'est-à-dire de l'âge adulte, où la taille reste immuable.

Une croissance régulière témoigne, que les processus d'ossification s'effectuent normalement.

(1) Leçon du 18 avril 1931.

| | *Début* | *Eclosion* | *Achèvement.* |
|---|---|---|---|
| *Garçons* | 14 *ans* 1/2 : Premiers poils pubiens $P^1$ ; | 15 *ans* 1/2 $P^3$, premiers poils axillaires $A^1$; mue de la voix. | 17 *ans* 1/2 : $P^5$ $A^{4-5}$ ; les organes génitaux grossissent. |
| *Filles* | 12 *ans* : premiers poils pubiens $P^1$ ; les glandes mammaires grossissent. | 13 *ans*, $P^3$ ; $A^1$ ; premières règles ; seins et organes génitaux grossissent | 15 *ans*, $P^5$ $A^{4-5}$ ; |

Une croissance irrégulière témoigne au contraire, que les processus d'ossification sont troublés. Ces troubles peuvent relever de facteurs très divers, que le médecin doit rechercher avec soin.

Pour bien apprécier les anomalies de la croissance staturale, il faut connaître le rythme de la croissance régulière.

Les tailles et les modalités de la croissance staturale diffèrent suivant les *races*. Je m'occupe seulement de la *race blanche de stature moyenne*, celle qui peuple la France et notamment Paris.

***

La TAILLE (T), HAUTEUR DU CORPS OU STATURE, est la distance de la plante des pieds ou du sol, sur lequel elle repose, au sommet de la tête ou vertex. Elle se mesure à l'aide d'une toise.

Je serai très bref sur la CROISSANCE STATURALE PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE.

Au moment de la fécondation l'*ovule humain* a un diamètre de 0 mm. 2.

A 15 jours, le diamètre de l'*œuf* atteint 10 millimètres. A 2 mois, le *fœtus* mesure 4 cm., à 9 mois, quand il est à terme, 50 cm.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les modalités de l'accroissement statural du fœtus ; pour les uns, il existe des phases d'accélération et des phases de ralentissement ; pour les autres, l'accroissement est régulier.

Voyons maintenant la CROISSANCE STATURALE PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE.

La taille du nouveau-né à terme est de 50 cm.

A 4 mois, la taille est de 62 cm.

A un an, elle est de 70 cm.

Donc *l'accroissement total* pendant la première année est de 20 cm.

L'*accroissement mensuel de la taille est* :

| | |
|---|---|
| De la naissance à 1 mois | 4 cm. |
| De 1 mois à 2 mois | 3 cm. |
| De 2 à 3 mois | 3 cm. |
| De 3 à 4 mois | 2 cm. |
| De 4 à 12 mois | 1 cm. |

La *taille* est :

| | |
|---|---|
| à 1 mois | 54 cm. |
| à 2 mois | 57 cm. |
| à 3 mois | 60 cm. |
| à 4 mois | 62 cm. |

Jusqu'à un an, la taille des filles et des garçons est sensiblement la même. Ensuite, la croissance staturale diffère suivant le sexe.

Etudions la CROISSANCE STATURALE DES GARÇONS.

En examinant la courbe de leurs tailles nous constatons que la croissance staturale n'est pas uniforme ; on remarque des périodes où elle est plus forte, d'autres, où elle est plus faible.

Pour acquérir une vue d'ensemble, il convient d'envisager des périodes de quatre années, à partir de la naissance.

| Périodes | Accroissement statural |
|---|---|
| De la naissance à 4 ans | 47 cm. |
| De 4 à 8 ans | 22 cm. |
| De 8 à 12 ans | 20 cm. |
| De 12 à 16 ans | 23 cm. |
| De 16 à 20 ans | 4 cm. |

Vous constatez que l'accroissement statural se ralentit de la naissance à 12 ans, puis s'accélère de 12 à 16 ans et enfin est très réduit entre 16 et 20 ans.

L'accroissement total est de 116 cm.

Arrêtons-nous sur la poussée de croissance de 12 à 16 ans.

L'accroissement statural était annuellement de 4 cm. pendant les onzième et douzième années.

Pendant les treizième, quatorzième et quinzième années, il atteint annuellement 6 cm. ; pendant la seizième, il est de 5 cm.

Pendant les années suivantes, il n'est plus que de 1 cm.

Somme toute, la poussée d'accroissement statural n'est pas très forte : en quatre années, de 12 à 16 ans, l'accroissement statural est de 23 cm. tandis qu'il était de 20 cm. pendant les quatre années précédentes, de 8 à 12 ans.

Si nous étudions les *relations entre la poussée de*

*croissance et l'évolution pubertaire*, nous constatons les corrélations suivantes.

La poussée de croissance commence à 12 ans, deux ans et demi avant le début de la puberté, qui est à 14 ans et demi ; elle se ralentit pendant la seizième année, alors que l'éclosion de la puberté se produit vers 15 ans et demi ; elle se termine à 16 ans, avant l'achèvement de la puberté, à 17 ans et demi.

La poussée de croissance est donc prépubertaire.

Comme l'a remarqué M. Paul Godin, l'homme acquiert sa taille d'adulte 166 cm. de la façon suivante :

50 cm. sont acquis pendant les neuf mois de la vie intra-utérine.

50 cm. sont acquis de la naissance à 4 ans et demi (T. = 100 cm.).

50 cm. sont acquis de 4 ans et demi à 14 ans (T. = 151 cm.), en neuf ans ou neuf ans et demi.

16 cm. sont acquis de 14 à 20 ans, en six années.

La taille de naissance est doublée à 4 ans et demi, triplée à 14 ans.

Etudions maintenant la CROISSANCE STATURALE DES FILLES.

En examinant la courbe de leur taille, nous pouvons faire, au sujet de leur croissance, les mêmes remarques que pour les garçons, mais nous constatons des différences.

Au lieu d'envisager des périodes de quatre années, comme nous l'avons fait pour les garçons, nous devons considérer des périodes de trois années.

| Périodes | Acroissement statural |
|---|---|
| De la naissance à 3 ans | 35 cm. |
| De 3 à 6 ans | 19 cm. |
| De 6 à 9 ans | 16 cm. |
| De 9 à 12 ans | 22 cm. |
| De 12 à 15 ans | 10 cm. |
| De 15 à 18 ans | 3 cm. |
| De 18 à 20 ans | 1 cm. |

L'accroissement total est de 106 cm.

Ce tableau établit nettement que l'accroissement statural se ralentit de la naissance à 9 ans, s'accélère de 9 à 12 ans, se ralentit de 12 à 15 ans et reste très faible de 15 à 20 ans

La poussée de croissance se produit de 9 à 12 ans.

Je résume les données que j'ai déjà exposées dans une leçon sur *La croissance staturale des filles à la période pubertaire*, publiée par le *Journal des Praticiens*, du 30 août 1930.

L'*accroissement statural annuel* était :

| | |
|---|---|
| pendant les septième et huitième années de | 6 cm. |
| pendant la neuvième années de | 4 cm. |

Il est :

| | |
|---|---|
| pendant la dixième année de | 6 cm. |
| — la onzième — — | 9 cm. |
| — la douzième — — | 7 cm. |

Il est seulement :

| | |
|---|---|
| pendant les treizième et quatorzième années de | 4 cm. |
| — la quinzième année de | 2 cm. |
| — les seizième, dix-septième et dix-huitième années de | 1 cm. |
| — les dix-neuvième et vingtième années de | 0 cm.5 |

La poussée de croissance est assez forte ; elle se fait en trois années, entre 9 et 12 ans. L'accroissement statural est de 22 cm., tandis qu'il n'est que de 16 cm. de 6 à 9 ans, l'excès d'accroissement statural est donc de 6 cm.

Il existe des *relations manifestes entre la poussée de croissance et l'évolution pubertaire.*

La poussée de croissance staturale commence à 9 ans, c'est-à-dire trois années avant le début de la période pubertaire, elle se ralentit à partir de 12 ans, âge du début de la puberté, et surtout à partir de 13 ans, moment de l'éclosion de la puberté ; elle est terminée à 14 ans, avant l'achèvement de la puberté, qui est à 15 ans.

Somme toute, si on admet que la taille de la femme adulte est de 156 cm. on voit que, sur ces 156 cm. :

50 cm. sont acquis pendant les neuf mois de vie intra-utérine.

50 cm. sont acquis de la naissance à 5 ans et demi (T = 101 cm.).

50 cm. sont acquis de 5 ans et demi à 14 ans (T. =150 cm.), en huit ans et demi.

6 cm. sont acquis de 14 à 20 ans, en six années.

La taille de naissance est doublée à 5 ans et demi, triplée à 14 ans.

Comparons maintenant l'ACCROISSEMENT STATURAL DES GARÇONS ET DES FILLES.

Les *lois générales* sont les mêmes :

1° Phase de ralentissement à partir de la naissance ;

2° Phase d'accélération à la période prépubertaire ;

3° Phase de ralentissement.

Mais on note des *différences dans les modalités* ; ébauchées pendant les premières années, elles deviennent ensuite de plus en plus manifestes.

Chez les garçons, la phase de ralentissement, est longue ; elle se prolonge jusqu'à 12 ans ; l'accroissement statural annuel est minimum (4 cm.) pendant les onzième et douzième années.

Chez les filles, cette période de ralentissement est plus courte ; elle se termine à 9 ans ; l'accrois-

sement statural annuel est minimum (4 cm.), pendant la neuvième année.

Le ralentissement de l'accroissement statural est plus rapide chez les filles que chez les garçons. Aussi entre 3 et 10 ans, la taille des filles, est inférieure à celle des garçons de 3, 4 ou 5 cm.

La phase d'accélération, la poussée de croissance, chez les garçons, est comprise, entre 12 et 16 ans ; elle dure quatre années ; l'excès d'accroissement est relativement faible ; chez les filles, elle est comprise entre 9 et 12 ans ; elle dure trois années seulement ; l'excès d'accroissement est relativement fort.

Au total, pendant cette phase, l'accroissement statural est le même chez les filles et les garçons ; chez les premières, il est de 22 cm., chez les seconds de 23 cm., mais il est réparti sur un temps plus long chez les garçons que chez les filles.

Par suite, du décalage dans l'évolution de la croissance, les tailles sont différentes :

A 11 ans, la taille des filles est égale à celle des garçons : 135 cm.

A 12 ans, la taille des filles est supérieure de 3 cm. à celle des garçons.

A 14 ans, la taille des filles est égale à celle des garçons : 151 cm.

A 15 ans, et ensuite la taille des filles est inférieure à celle des garçons.

Les courbes de croissance des garçons et des filles se croisent à 11 ans et à 15 ans.

Pendant la période de ralentissement qui suit la poussée de croissance, l'accroissement statural est beaucoup plus faible chez les filles que chez les garçons.

Chez les filles de 14 ans, la croissance est presque achevée ; de 14 à 20 ans, l'accroissement statural n'est que de 6 cm.

Chez les garçons, c'est à 16 ans seulement que la croissance est presque achevée ; de 16 à 20 ans, l'accroissement statural n'est que de 4 cm.

L'accroissement statural est plus grand chez les garçons que chez les filles à partir de 14 ans ; c'est là la cause de la différence de taille entre les hommes et les femmes.

Les *relations de la croissance staturale avec l'évolution pubertaire* sont de même ordre chez les filles et les garçons.

La poussée d'accroissement statural est prépubertaire, elle se ralentit au début et surtout à l'éclosion de la puberté ; à la fin de la période pubertaire et après l'achèvement de la puberté, la croissance est très faible.

Les différences résident dans les âges où se produisent ces phénomènes.

La puberté est plus précoce chez les filles, de 12 à 15 ans, que chez les garçons, de 14 ans et demi à 17 ans et demi.

Dans l'exposé précédent, j'ai envisagé la CROISSANCE STATURALE MOYENNE, mais il existe des MODALITÉS INDIVIDUELLES très nombreuses.

Parmi les enfants et les jeunes gens de tailles moyennes, il y en a des plus ou moins petits, de plus ou moins grands. J'admets comme tailles moyennes celles qui présentent avec les moyennes, des écarts en plus ou en moins de 5 cm. au maximum.

Les *époques où se produisent les phases de la croissance* peuvent différer. Je ne m'occupe que de la poussée de croissance de la grande enfance. Elles sont différemment appréciées par les auteurs.

Voici quelques exemples :

| *Garçons :* | *Ages* | *Durée* | Accroissement |
|---|---|---|---|
| Nobécourt .... | 12 à 16 ans | 4 années | 23 cm. |
| Apert......... | 12 à 15 ans | 3 années | 20 cm. |
| Mac Auliffe ... | 12 à 14 ans | 2 années | 13 cm. |
| Variot........ | 13 à 15 ans | 2 années | 16 cm. |

Quételet : n'est pas appréciable.

| *Filles :* | | | |
|---|---|---|---|
| Nobécourt ..... | 9 à 12 ans | 3 années | 22 cm. |
| Apert ........ | 9 à 12 ans | 3 années | 24 cm. |
| Mac Auliffe ... | 10 à 12 ans | 2 années | 13 cm. |
| Variot........ | 12 à 14 ans | 2 années | 13 cm. |

Quételet : n'est pas appréciable.

Je m'intéresse depuis de longues années à cette question ; je pense que mes moyennes correspondent à la réalité.

Les mêmes différences se retrouvent à propos de l'évolution pubertaire. Pour ne parler que des filles, l'âge d'apparition des premières règles est assez divers. M. Vignes considère leur apparition entre 11 et 15 ans comme normale.

***

La taille est la somme des hauteurs du crâne, du cou, du tronc, des membres inférieurs.

Chacune de ces parties à un accroissement propre. Pour être précis, il faudrait les mesurer séparément. En clinique, on observe des cas particuliers où il y a intérêt à le faire. En général, il suffit d'envisager, avec Manouvrier : 1° le *buste* (B), c'est-à-dire la distance entre le vertex et le plan du siège sur lequel le sujet est assis ; 2° la *longueur réduite des membres inférieurs* : S = T-B.

Le *rapport de Manouvrier* S/B permet d'apprécier les proportions respectives des membres inférieurs et du buste.

Les bourgeons des membres apparaissent chez l'embryon vers le vingt-septième jour.

Pendant la vie intra-utérine, les membres s'allongent.

A la naissance, pour une taille de 50 cm., le

buste mesure 33 cm. 5, les membres inférieurs sont longs de 16 cm. 5. Le buste constitue les deux tiers de la taille : un tiers appartient aux membres inférieurs. Le rapport de Manouvrier est de 0,492.

A partir de la naissance, les membres inférieurs s'allongent rapidement comme l'établit le rapport de Manouvrier.

Chez les *garçons*, le rapport de Manouvrier est le suivant, de la naissance à 12 ans :

| | |
|---|---|
| A la naissance | 0,49 |
| A un an | 0,66 |
| A 8 ans | 0,80 |
| A 12 ans | 0,82 |

L'augmentation du rapport est donc :

| | |
|---|---|
| De la naissance à 1 an, de | 0,17 |
| De 1 an à 8 ans, de | 0,14 |
| De 8 à 12 ans, de | 0,02 |

Donc, les membres inférieurs s'allongent d'abord beaucoup, puis de moins en moins, enfin très peu, de 8 à 12 ans. Le rapport de Manouvrier varie dans le même sens que l'accroissement de a taille.

De 12 à 16 ans, pendant la poussée de croissance, les rapports de Manouvrier sont les suivants :

| | |
|---|---|
| A 12 ans | 0,82 |
| A 14 ans | 0,92 |
| A 15 ans | 0,92 |
| A 16 ans | 0,90 |
| De 16 à 20 ans | 0,90 |

De 12 à 14 ans, le rapport augmente de 0,10, les membres s'allongent proportionnellement plus que le buste.

De 15 à 16 ans, le rapport diminue de 0,02, les membres inférieurs augmentent proportionnellement moins que le buste.

A partir de 16 ans, le rapport ne varie pas, l'allongement du buste et des membres inférieurs est sensiblement le même.

Le rapport de Manouvrier des *filles* a été moins étudié que celui des *garçons*.

Jusqu'à 8 ans, il est sensiblement le même que chez les garçons.

De 9 à 12 ans, pendant la poussée de croissance staturale, il est le suivant :

| | |
|---|---|
| A 9 ans | 0,81 |
| A 12 ans | 0,92 |
| A partir de 13 ans | 0,90 |

De 9 à 12 ans, il augmente donc de 0,11, l'allongement des membres inférieurs est proportionnellement plus fort que celui du buste.

De 12 à 13 ans, l'allongement des membres inférieurs est moindre que celui du buste.

Ensuite, l'allongement des deux segments est parallèle.

Les valeurs, que je viens de donner, sont assez variables. Pour les adultes, le rapport S/B, au lieu de 0,90, est, d'après divers auteurs de 0,88 chez l'homme et même de 0,85 chez la femme.

En tout cas, les faits, que je viens de vous exposer, légitiment la loi formulée par M. Paul Godin : « La taille doit la plus grande part de son allongement, avant la puberté, aux membres inférieurs, après la puberté, au buste ».

Le rapport de Manouvrier moyen peut varier dans certaines limites. Les écarts en plus ou en moins de 0,04 au maximum restent dans la moyenne. Les sujets qui ont ces rapports moyens sont *mésoskèles*.

Les écarts avec les moyennes de 0,05 et au delà, en plus ou en moins, indiquent une dysharmonie entre le buste et les membres inférieurs.

Quand le rapport est inférieur, le sujet est *brachyskèle*.

Quand le rapport est supérieur, le sujet est *macroskèle*.

Les trois types se rencontrent avec des tailles moyennes.

Dans un mémoire paru dans *Le Progrès médical* du 7 décembre 1929, où j'étudie les « *Proportions des membres inférieurs et du buste, suivant les tailles pendant l'enfance et la jeunesse*, je relate, pour des sujets ayant des tailles moyennes, les statistiques suivantes :

| | Mesoskèles | Macroskèles | Brachyskèles |
|---|---|---|---|
| Pour 100 garçons.. | 50 | 50 | 0 |
| Pour 100 filles.... | 45 | 27,5 | 27,5 |

***

Pendant la période de croissance staturale, il y a accroissement non seulement de la taille, mais aussi du POIDS et du PÉRIMÈTRE THORACIQUE. Ces accroissements ne sont pas parallèles ; on note des différences suivant chaque âge.

L'étude des *rapports du poids et la taille*, du *périmètre thoracique à la taille*, de la *corpulence* que donne le *coefficient de Pignet* apporte des données intéressantes.

Parallèlement se produisent un accroissement et des modifications des *tissus*, des *appareils*, des *organes*, des *activités fonctionnelles*, des *modifications d'ordre physiologique*, *intellectuel* et *moral*.

Des transformations particulièrement importantes s'effectuent pendant la période pubertaire : l'enfant devient un *jeune homme* ou une *jeune fille*.

L'*accroissement continu*, sans arrêt, réalise une différence essentielle entre les enfants et les jeunes gens d'une part, les adultes de l'autre. Les enfants et les jeunes gens ne sont pas des réductions d'hommes ou de femmes : ils sont autres.

Les enfants et les jeunes gens sont des machi-

nes en construction, les adultes des machines achevées.

Cette machine en construction, inachevée, doit fonctionner ; elle doit fournir un travail considérable pour l'édification des tissus nouveaux. Aussi l'organisme des enfants et des jeunes gens est-il délicat et fragile ; son équilibre est instable.

A toute la période de la croissance peut s'appliquer la phrase écrite, en 1877, dans l'*Athrepsie* par Parrot, à propos du nouveau-né et du nourrisson : « La tendance *formative* est considérable. Seule une autre l'égale : c'est la *destructive*, quand agit une impulsion contraire à celle qui favorise la première ».

Cependant, toutes les périodes de l'enfance et de la jeunesse ne sont pas absolument semblables : dans les phases de croissance ralentie, la résistance de l'organisme est plus grande, dans les phases de croissance accélérée, la résistance plus faible.

Ces considérations doivent être présentes à l'esprit des parents, qui ont un légitime souci de la santé de leurs enfants, des médecins, qui surveillent cette santé, des éducateurs, qui doivent faire en sorte que l'instruction ne nuise pas au développement de l'enfant, les chefs d'industrie, qui ont sous leurs ordres des apprentis et des jeunes ouvriers, enfin des législateurs, qui font les lois de protection de l'enfance.

Les problèmes sont complexes et je ne puis aborder leur étude en ce moment. Je les ai exposés longuement, à propos du *malmenage et du surmenage scolaires*, ici même, dans une leçon publiée le 24 mars 1929 dans *Le Concours médical*, et dans une conférence donnée à l'*Union nationale des membres de l'enseignement public*.

Je ne vous dirai que quelques mots à propos de la poussée de croissance prépubertaire et du début de la période pubertaire.

Si l'enfant n'a pas de tares, si l'hygiène, — sous ce mot, je comprends l'hygiène physique, intellectuelle et morale — est appropriée, il ne se produit pas de perturbations. Si l'hygiène est défectueuse, la santé s'altère.

Or, des erreurs de tous ordres sont couramment commises : l'alimentation, les exercices physiques, les jeux, le travail manuel, le travail scolaire, sont mal compris. Fréquemment des troubles de la santé en sont la conséquence.

Une erreur commune est l'assimilation des garçons et des filles de même âge.

Or, nous venons de le voir, leur croissance et leur évolution pubertaire présentent des modalités différentes.

Chez les filles, la poussée de croissance et la puberté sont plus précoces ; la fille devient jeune fille de bonne heure ; les transformations de son organisme sont rapides et profondes.

Chez les garçons, la poussée de croissance et la puberté sont plus tardives ; le garçon est encore un enfant quand la fille est déjà une jeune fille, les transformations sont relativement lentes.

C'est donc une grosse erreur que de vouloir, aux mêmes âges, leur imposer les mêmes travaux, les soumettre à la même éducation.

***

J'ai voulu vous montrer aujourd'hui tout l'intérêt que comporte l'étude des modalités de la croissance staturale et quelques-unes des déductions pratiques qu'elle comporte.

J'ai envisagé les types moyens de croissance staturale ; mais il existe de nombreuses modalités individuelles.

D'autre part, beaucoup d'enfants et de jeunes gens ont des croissances staturales différentes du type moyen. La croissance peut être réduite et la taille rester petite, ou bien la croissance peut être exagérée et la taille haute.

Or, ces tailles trop petites ou trop hautes, ces croissances staturales réduites ou exagérées prêtent à des remarques importantes, que je vous exposerai, sans doute, un de ces jours.

NOBÉCOURT.

## RÉSUMÉ SOMMAIRE DE LA LEÇON DU PROFESSEUR NOBÉCOURT

Cette leçon fait partie d'une étude sériée de la croissance staturale, de ses modalités normales, de ses anomalies. Etude un peu aride peut-être, mais des plus instructives, en un temps où la puériculture, qui s'appuie partiellement sur de telles données, retient légitimement l'attention des hygiénistes et des médecins. Elle se recommande à ce titre à tous les praticiens qui s'intéressent à ces questions.

Présentement, le professeur étudie la croissance staturale normale (ou accroissement statural), l'un des phénomènes les plus caractéristiques de la première partie de la vie, quand l'assimilation formatrice l'emporte notablement sur la désassimilation destructrice. Elle commence 15 jours après la fécondation, quand l'embryon a succédé à l'œuf, et cesse à 20 ans, 21 ans, tandis que l'accroissement en poids et en volume continue encore.

La croissance staturale se poursuit en plusieurs étapes bien tranchées, différentes aussi pour les garçons et les filles. La taille moyenne étant de 166 cm. pour les hommes et de 156 cm. pour les femmes, le gain est de 0,50 durant la vie intra-utérine ; de 0,50, de la naissance à 4 ans 1/2 chez les garçons, à 5 ans et demi chez les filles ; de 0,50 jusqu'à 14 ans dans l'un et l'autre sexe ; de 0,16 jusqu'à 20 ans, chez les garçons ; et de 0,06 seulement chez les filles.

Le professeur étudie le rapport de Manouvrier, entre le buste (B) et la longueur réduite des membres inférieurs ($S = T - B$). Ce rapport étant défini moyennement, ceux qui le présentent sont des *mésoskèles*; ceux qui s'en écartent par excès, sont des *macroskèles*, ceux qui s'en écartent par défaut des *brachyskèles*.

La taille moyenne est celle qui ne s'écarte pas de plus de 0,05, en plus ou en moins, des chiffres primitivement donnés (166, 156.)

De ces chiffres et de ces considérations découle cette conclusion que les enfants et les jeunes gens ne sont pas des réductions d'hommes ou de femmes ; ils sont autres ce sont des machines en construction.

G. D.

# LES RHUMATISMES CHRONIQUES PROGRESSIFS INFECTIEUX & LEUR TRAITEMENT PAR LES SELS ORGANIQUES D'OR (1)

Par le Dr Henri FORESTIER, d'Aix-les-Bains,

Médecin de l'Hôpital thermal et de l'Asile Evangélique.

**Résumé des douze cas de Polyarthrites chroniques infectieuses.**

| | Age | Début depuis | Lésions articulaires principales | Sédimentation première | Sédimentation dernière | Allochrysine cures de 2 grammes | Résultats |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | *Formes synoviales.* | | | | |
| Obs. I. Miss M. | 62 ans | 2 ans | Grandes artic. symétriques, pieds, mains, cou. | 51 mm. | 15 mm. | 5 gr. en 22 mois. | En voie de guérison. 3e cure en cours. |
| Obs. II. Mme R. | 68 ans | 2 ans | Grandes artic. symétriques, mains, pieds, genoux. | 27 mm. | 16 mm. | 6 gr. en 21 mois. | En voie de guérison. A fini la 3e cure. |
| Obs. III. Mme L. | 60 ans | 6 mois | Grandes artic. symétriques, mains, coudes. | 22 mm. | 7 mm. | 2 gr. en 11 mois. | Guérie. |
| Obs. V. Miss Bat. | 31 ans | 2 ans | Grandes artic. symétriques, mains, hydarthrose genou droit. | 12 mm. | 9 mm. | 6 gr. en 20 mois | En voie de guérison. |
| Obs. VI. Mme D. | 51 ans | 1 an ½ | Grandes artic. symétriques, genoux, mains, épaules. | 41 mm. | 38 mm. | 1 gr. 40 en 9 mois. | Très améliorée. 2e cure en cours. |
| Obs. VII. Mme G. | 26 ans | 6 mois | Grandes articulations, mains. | 70 mm. | | 2 gr. en 4 mois. | Très améliorée. 2e cure en cours. |
| | | | *Formes ostéo-articulaires.* | | | | |
| Obs. IV. Mrs. Cr. | 43 ans | 10 ans | Grandes artic. symétriques, genoux, mains, épaules. | 43 mm. | 39 mm. | 2 gr. 30 en 9 mois. | Très améliorée. |
| Obs. VIII. Mme Vig. | 52 ans | 10 ans | Grandes artic. symétriques, mains, genoux, *psoriasis.* | 30 mm. | 18 mm. | 2 gr. 75 en 12 mois. | Améliorée. 2e cure en cours. |
| Obs. X. Mrs. Bow. | 52 ans | 11 ans | Grandes artic. symétriques, genoux, hanche droite épaules. | 41 mm. | 28 mm. | 4 gr. en deux ans. | Etat stationnaire. |
| Obs. XI. Mme B. W | 70 ans | 2 ans | Grandes artic. symétriques, poignets, coudes, genoux. | 16 mm. | 18 mm. | 2 gr. 50 en 18 mois. | Etat stationnaire. |
| Obs. IX. Mr Des. | 57 ans | 1 an ½ | Genoux, gauche surtout, mains. | 25 mm. | 9 mm. | 4 gr. en un an. | Très amélioré. |
| Obs. XII. Mr Van Meer | 58 ans | 15 ans | Grandes et petites articulations. | | | 1 gr. 60 en 7 mois | En voie d'amélioration. |

(1) V. *Concours médical*, n° 15.

## Considérations générales

Les quatre observations *détaillées* qui précèdent et les huit autres *résumées* dans le tableau ci-dessus présentent un certain nombre de points intéressants.

### §I. Résultats thérapeutiques

Les résultats thérapeutiques obtenus par l'aurothérapie chez les douze malades peuvent être considérés comme satisfaisants.

La malade de l'observation III est guérie cliniquement. Ses articulations à l'exception des pouces ont repris leur état normal. La sédimentation était normale dès le quatrième mois de la cure d'allochrysine. La précocité de celle-ci, instituée dès le sixième mois de la maladie explique le résultat rapide et remarquable qui se maintient et qui a permis à la malade de reprendre sa vie habituelle.

Les malades des observations I et II, dont les cas se ressemblent en ce qu'ils présentèrent au début le caractère de *rhumatisme chronique dyscrasique*, sont en voie de guérison, la première après 22 mois de traitement (5 gr. d'allochrysine), la seconde après 21 mois (6 gr.). Par le fait de l'aurothérapie appliquée tardivement, les lésions synoviales étant plus anciennes ont été plus longues à se modifier que dans le cas de l'observation III. La sédimentation s'est améliorée parallèlement à l'amélioration clinique, qui s'accuse encore actuellement, et sera probablement complète à la fin de la troisième cure d'allochrysine.

La malade de l'observation V *résumée* est pareillement en voie de guérison. Miss Bat..., âgée de 30 ans, était atteinte depuis deux ans (en 1930) de polyarthrite chronique symétrique intéressant les mains, poignets, coudes, épaules, chevilles et genoux surtout le droit, affecté d'hydarthrose avec gros épanchement, à la suite de traumatisme accidentel, ce qui la rendait impotente des jambes. Après une première cure d'allochrysine, l'hydarthrose du genou entra en résolution en même temps que les autres arthropathies. Elle achève la troisième cure d'allochrysine, soit 6 gr. en vingt mois. Depuis la fin de la deuxième cure, elle a pu reprendre son activité y compris les sports.

Les malades des observations VI et VII sont des cas de polyarthrite chronique symétrique de date récente, avec mauvais état général, comme la malade de l'observation III, et tendance progressive. Grâce à l'aurothérapie précoce elles sont déjà en voie d'amélioration, cessation des poussées articulaires, meilleur état général, et diminution marquée des lésions synoviales.

Voilà donc six cas de polyarthrite chronique d'origine infectieuse nettement modifiés par l'aurothérapie, appliquée en temps opportun, au premier stade de la maladie, celui des lésions limitées à la synoviale.

Ces résultats confirment ceux obtenus par J. Forestier ; ils indiquent que, plus l'aurothérapie est précoce, plus les chances d'amélioration et même de guérison sont grandes.

Et, en effet, sur mes *six* autres malades atteints de lésions ostéo-articulaires, il y en a deux (observation X et observation XI) ayant des lésions très avancées dont l'état reste stationnaire. La malade de l'observation X est atteinte depuis 11 ans, et les lésions ostéo-articulaires des genoux, de la hanche droite l'ont rendue impotente depuis six ans. Si j'ai tenté l'aurothérapie dans ces conditions peu favorables, c'est dans l'espoir d'arrêter la marche progressive de la maladie ; et, en fait celle-ci depuis les cures d'allochrysine n'a pas fait de progrès.

Par contre, les lésions ostéo-articulaires peu avancées ont été très favorablement modifiées chez la malade de l'observation IV *détaillée* comme on a pu le voir. Là, des lésions presque aussi accusées que chez la malade de l'observation X, âgée de 52 ans, ont été nettement enrayées, probablement du fait de l'âge de 43 ans.

Pareillement, chez la malade de l'observation VIII âgée de 52 ans, atteinte de lésions ostéo-articulaires des mains, poignets, genou droit, l'aurothérapie paraît avoir stabilisé la polyarthrite. Depuis un an, les arthropathies des articulations métacarpo-phalangiennes avec rétractions et déviations des doigts, des poignets et genoux n'ont pas présenté la moindre poussée. Le psoriasis dont cette malade est atteinte reste stationnaire.

Le cinquième cas de polyarthrite chronique avec lésions ostéo-articulaires, M. Des... (l'un des deux cas de sexe masculin) dont la plus grave était celle du genou gauche, présentant des signes d'ostéo-arthrite, a été nettement très amélioré, par deux cures d'allochrysine en un an.

Le sixième cas. Observation XII (résumée). M. Van Meer ..., Hollandais, 59 ans (1932), est particulièrement intéressant. Le début des arthropathies est de 1916 envahissant progressivement toutes les articulations, avec état subfébrile. Il vient à Aix en 1920 et déjà il représente un cas typique de ce qu'on appelait le rhumatisme déformant : toutes les grandes articulations et les petites des mains et des pieds, y compris le cou et la mâchoire, douloureuses, gonflées, et raides. Amélioré temporairement par trois cures à Aix en 1920 et 1921. En 1922 cure de onze mois à Aix-la-Chapelle où toutes les médications sont essayées sans succès. L'état s'aggrave. Je le vois en Hollande en 1928 : impotent, immobilisé dans son fauteuil. En juin 1931, son médecin d'Utrecht très judicieusement lui applique l'allochrysine. De juin

1931 au 5 février 1932, il fait trente-deux injections de 0 gr. 05 c. soit 1 gr. 60. Il m'écrit le 12 mars 1932 que son état général est énormément amélioré : après le deuxième mois de la cure le dégonflement des mains et des doigts a commencé et actuellement toutes les autres articulations sont en grande partie dégonflées. Les douleurs ont diminué beaucoup : le sommeil est bon ; les forces reviennent, et le moral remonte. Il a pu réduire de moitié les doses d'aspirine et de pantopon. L'aurothérapie va être continuée.

Ces résultats sont d'autant plus remarquables que plusieurs de mes malades notamment les quatre Anglaises des observations I, IV, V, et X, furent traitées par la vaccinothérapie, des médications rationnelles variées (régimes) et toutes les ressources de la physiothérapie, sans obtenir jamais une amélioration durable.

En somme des douze cas de polyarthrite chronique d'origine infectieuse, je me crois autorisé à conclure que l'aurothérapie peut améliorer et même guérir les cas avec lésions limitées à la synoviale, et arrêter l'évolution de ceux comportant des lésions ostéo-articulaires, conclusions confirmant entièrement celles de J. Forestier. L'aurothérapie agissant sur l'élément infectieux, arrête l'évolution des lésions articulaires, mais ne les répare pas ; la réparation est l'affaire de la crénothérapie, et surtout des cures *thermales sulfureuses externes*. C'est ainsi que j'ai conçu chez les onze malades et que je conçois l'association de l'aurothérapie et de la cure thermale sulfureuse externe. A celle-ci, il appartient d'obtenir la résolution des empâtements et épaississements péri-articulaires, des raideurs articulaires et musculaires, des rétractions tendineuses et aussi d'améliorer l'état général.

### § II. Sédimentation des hématies

Comme on a pu s'en rendre compte par la lecture des quatre observations détaillées la *réaction de sédimentation globulaire* des hématies a joué un rôle capital dans le diagnostic de l'état infectieux latent et dans la conduite de l'aurothérapie.

Quand en présence d'une *polyarthrite chronique symétrique et progressive,* l'exploration des organes ne décèle aucun «*focus* », quand il n'existe pas de signes nets de carence endocrinienne, la R. S. est *le seul test pratique* permettant de reconnaître s'il y a ou non présomption d'état infectieux latent. Toutes les fois par conséquent que la sédimentation des hématies qui, normalement chez la femme est de 6 à 7 mm. après une heure de décantation, dépasse 15 mm., l'indication de l'aurothérapie existe.

Dans le cours du traitement, c'est encore la R. S. qui permettra de suivre les effets thérapeutiques et de régler la succession des cures d'allochrysine, comme on l'a vu dans l'exposé des quatre observations. Elle paraît se modifier parallèlement à l'amélioration clinique. Mais, comme le montrent les observations I et II, dans l'intervalle des premières cures, elle redevient moins bonne comme si l'état infectieux reprenait une certaine activité. Puis, finalement, après la deuxième cure, elle ne rétrograde plus et se rapproche de la normale, témoignant ainsi que l'infection focale est éteinte (observation III) ou en voie de s'éteindre (observations I et II). L'expérience de J. Forestier et la mienne montrent donc qu'il faut considérer comme en voie de guérison ou guéries les seules polyarthrites qui accusent une R. S. presque normale ou normale (observation III), et qu'il faut répéter les cures d'aurothérapie à intervalles de deux à trois mois jusqu'à ce que ce résultat soit atteint.

Quoi qu'on puisse dire de la valeur de la R. S. dans les états infectieux en général, notre expérience de trois années nous permet de penser que *du point de vue pratique* elle est le seul critère qui puisse actuellement donner au praticien une directive sûre dans la conduite de l'aurothérapie.

Je signale pour mémoire que chez la plupart de mes malades, les dosages de l'acide urique du sang, n'avaient pas révélé d'uricémie, celle-ci étant plutôt l'apanage des rhumatisants dyscrasiques. Le fait était une présomption de plus en faveur de la nature infectieuse des polyarthrites.

J'ajoute que l'état anormal de la sédimentation des hématies est souvent accompagné d'*hyperleucocytose*. Celle-ci existait chez les malades des observations I, II, III, IV, V.

Chez les malades des observations I et III, il y avait, en outre, diminution des hématies autour de 3.900.000. L'anémie fut rapidement modifiée dans le cours de la première cure d'allochrysine. L'hyperleucocytose et l'anémie doivent être interprétées chez les polyarthritiques comme signes de mauvais état général.

### § III. Posologie. Incidents de cure

En 1928, au moment des premières applications de l'aurothérapie, nous avions été naturellement entraînés à employer les doses usitées chez les tuberculeux, c'est-à-dire 20 centigrammes par injection hebdomadaire. Nous eûmes des *accidents cutanés précoces,* des érythrodermies d'aspect morbilliforme ou scarlatiniforme. Les malades des observations III et IV en furent des exemples de ces *aurides*.

Chez d'autres malades même avec les petites doses hebdomadaires de 10 centigr., il peut y avoir une auro-intolérance se traduisant par une légère stomatite, des érosions gingivales, de la conjonctivite palpébrale avec ou sans placards d'érythème prurigineux *Ces accidents cutanés tardifs* cessent rapidement en suspendant d'abord la cure et en espaçant ensuite les injections de 10 jours ou plus, s'il y a lieu.

L'enseignement de la pratique de J. Forestier et de la mienne est après vérification de l'état des reins, de commencer par deux ou trois doses de 5 centigr. à une semaine d'intervalle ; puis, d'aborder la dose de 10 centigr. et de ne pas la dépasser, sauf cas exceptionnel. C'est la méthode la plus sûre pour éviter les accidents cutanés, les aurides, toujours pénibles quoique sans gravité. Pourquoi les rhumatisants chroniques n'ont-ils pas à l'égard des sels d'or, la même tolérance que les tuberculeux ? Je ne me l'explique pas, mais c'est un fait.

Dans ces conditions, une cure de 1 gr. 80 à 2 grammes d'allochrysine nécessitera environ 18 à 20 injections, à raison d'une par semaine soit environ quatre mois et demi à cinq mois. En admettant une interruption de deux mois, il y aurait facilité de faire deux cures dans le cours d'une année. L'expérience nous fait admettre que trois cures de deux grammes d'allochrysine peuvent obtenir une amélioration ou une guérison définitive, comme semblent le témoigner les cas des observations I, II, III et V.

L'aurothérapie, il est bon de le répéter, est contre-indiquée s'il y a troubles des fonctions rénales avec albuminurie.

---

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

## L'offensive et la défensive dans l'œdème pulmonaire aigu

D'après M. le Professeur agrégé C. Lian (1)

### I

### Le drame

C'est au milieu de la nuit, que survient habituellement la crise d'œdème pulmonaire aigu. Le malade, qui souvent s'était couché paisiblement, est réveillé en sursaut ; il sent un chatouillement particulier de la gorge, qui l'amène à tousser ; les quintes de toux sont assez pénibles. En même temps surgit une gêne respiratoire, qui atteint d'emblée une intensité considérable : le patient suffoque, s'assied ou se lève ; au bout de quelques instants apparaît une expectoration, en général abondante, mousseuse, très souvent rosée, saumonée, toujours fortement albumineuse, qui est due à une brusque inondation des alvéoles pulmonaires par une forte transsudation de sérosité.

Si l'on ausculte à ce moment le sujet, on entend, selon l'expression classique, la marée montante de râles fins, qui partent des bases et montent peu à peu pour envahir la plus grande partie du parenchyme pulmonaire.

Ce drame angoissant se termine, en général, favorablement à la suite de la saignée libératrice, faite par le médecin. Mais, si cette saignée n'est pas faite ou qu'elle intervienne trop tard, la dyspnée s'accentue de plus en plus ; la cyanose, le refroidissement des extrémités sont de plus en plus importants ; le cœur est ensuite irrégulier ; le pouls, d'abord bien frappé, devient petit et difficile à sentir ; le sujet voit ses idées s'obnubiler ; enfin, il succombe dans l'asphyxie progressive.

Quelques points particuliers doivent être mis en évidence.

*L'expectoration* de l'œdème pulmonaire aigu est très riche en albumine : et cette notion permet d'écarter certaines crises d'étouffement, où l'expectoration est abondante, mais ne renferme que peu ou pas d'albumine : par exemple, les catarrhes pituiteux des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire. D'autre part, il y a des variations dans leur liquide de constitution, qui sont fonction des variations de la constitution du sérum du malade lui-même (teneur en urée et en chlorure de sodium).

Quant à la *tension artérielle*, assez souvent il y a une poussée d'hypertension avant la crise, et celle-ci persiste au cours de l'accident, à moins d'une insuffisance cardiaque considérable, qui amène une diminution progressive de la tension artérielle.

D'autre part, une *poussée très importante d'albuminurie* peut s'observer à la fin de la crise et cela sans qu'il s'agisse d'une néphrite, ou sans que la néphrite préexistante ait subi une poussée aiguë.

Enfin, on voit habituellement se produire des *récidives* de crises d'œdème pulmonaire aigu, malgré les prescriptions thérapeutiques les plus sévères. Quoiqu'on fasse, tout malade cardio-artériel, qui a présenté une crise d'œdème aigu du poumon, en aura à peu près fatalement plusieurs autres ; et ceci précise l'importance étiologique d'un *facteur nerveux*, dont le *traitement* devra tenir compte ; il n'en irait pas ainsi, s'il s'agissait, en effet, d'un simple manifestation cardiaque, qui, elle, serait certainement influen-

(1) C. Lian. — L'œdème pulmonaire aigu. (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, tome 4 1931.)

cée par une médication énergique, par un régime alimentaire, par un repos sévère. On est débordé du point de vue thérapeutique par la brutalité de la perturbation vaso-motrice, qui survient brusquement comme un orage, et qui change ainsi, d'une façon aussi intense que soudaine, les conditions mécaniques de la circulation.

Une simple manifestation cardiaque n'étant pas en jeu dans l'œdème pulmonaire aigu, il faut savoir *le distinguer du pseudo-asthme cardiaque*, pour lequel il est très facile de faire disparaître *immédiatement* les crises d'étouffement par des prescriptions thérapeutiques sévères ; leur efficacité, certaine en pareil cas, permettra d'affirmer, à ces malades que le soir même ou le lendemain ils pourront se coucher, et qu'ils continueront à passer toutes les nuits dans leur lit sans avoir de nouvelle crise d'étouffement.

II

## Le passé de la victime

C'est *l'aortite avec insuffisance aortique* (dans 80 % des cas, de nature syphilitique), qu'il faut le plus souvent incriminer parmi toutes les maladies, se compliquant de crises d'œdème pulmonaire aigu. Les autres aortites (non syphilitiques) sont également susceptibles d'être en cause : aortites aiguës et chroniques, voire même anévrysmes ; affections valvulaires aortiques, d'origine rhumatismale ou infectieuse.

La seconde place revient à *l'hypertension artérielle permanente*, surtout moyenne ou grande, accompagnée ou non d'une néphrite. Dans ces deux cas, il peut y avoir la *crise foudroyante*, où la terminaison fatale survient avant que le sujet ait pu expectorer.

Une place spéciale est réservée aux *néphrites aigues*, avec tension artérielle normale ou hypertension seulement légère.

A part ces trois causes principales, maladies de l'aorte, hypertension artérielle et néphrites, d'autres facteurs de moindre importance peuvent intervenir.

Ce sont d'abord les *cardiopathies valvulaires mitrales* : en général, il s'agit d'un rétrécissement mitral produisant des accidents d'insuffisance cardiaque légère, sans hyposystolie, et sans arythmie complète ; l'œdème pulmonaire aigu survient alors à l'occasion d'une émotion, d'un effort, ou bien au cours d'une maladie infectieuse intercurrente, ou d'une nouvelle poussée rhumatismale. On n'observe pas la grande crise des aortiques, mais des crises discrètes ; en particulier, il n'est pas rare qu'une petite crise se produise à la fin du coït : quelques secousses de toux, un peu de dyspnée passagère, et rejet de deux ou trois crachats mousseux et rosés.

*Une maladie infectieuse aiguë*, la pneumococcie, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu, donnent un tableau clinique d'œdème pulmonaire aigu, moins franc, moins caractéristique que la grande forme classique, qu'il y ait, ou non, une complication pulmonaire préalable.

On retrouve aussi certaines *intoxications*, telles les gaz de combat, qui occasionnent soit une forme foudroyante immédiate, soit une forme précoce, au bout de 6 à 10 heures, pour laquelle une saignée précoce est efficace, — soit une forme tardive, deux ou trois jours après quelques accidents de bronchite et une suffocation passagère.

Enfin, d'après une notion nouvelle, on doit compter l'œdème pulmonaire aigu parmi les complications possibles d'un *ictus par thrombose ou par embolie cérébrale*, en raison des perturbations vaso-motrices, qu'il peut provoquer.

III

## Les remèdes

*Un principe doit être rappelé*, qui découle de l'observation clinique et de l'expérimentation : c'est *qu'un facteur vaso-moteur s'associe, pour produire la crise d'œdème pulmonaire aigu, au mécanisme cardiaque*, lequel tient particulièrement à l'insuffisance ventriculaire gauche. Ce facteur vaso-moteur aboutit, soit, par une vaso-dilatation active capillaro-artérielle de la petite circulation, soit par une vaso-constriction active capillaro-veineuse de la grande circulation, à distendre la circulation pulmonaire et à surcharger le cœur gauche, qui succombe à la tâche trop lourde lui incombant momentanément, et cause ainsi l'inondation séreuse de l'œdème pulmonaire aigu.

### 1° Le remède immédiat

Le remède qui s'impose, c'est *la saignée libératrice* ; il importe qu'elle soit *immédiate*, si elle se fait attendre une demi-heure ou trois quarts d'heure, il est possible qu'elle arrive trop tard et que le sujet succombe.

Mais, comme le médecin est parfois long à trouver, il est bon que, près du patient susceptible de faire de l'œdème pulmonaire aigu, une personne de l'entourage apprenne à poser des

ventouses ; et celui-ci ne se déplacera pas sans cet aide, capable de lui mettre immédiatement des ventouses scarifiées, dès qu'une crise d'œdème pulmonaire aigu commence ; pendant ce temps, une autre personne court chercher le praticien, et l'on a ainsi quelques chances d'empêcher le malade de succomber.

En dehors de la *saignée abondante* (500, 600, 700 ou même 800 grammes), on conseille l'*injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine* ; bien que proscrite jadis, on reconnaît à celle-ci actuellement une action à la fois cardio-dynamique et antispasmodique. Cependant, en cas de *néphrite grave concomitante*, il faut y renoncer, car la morphine possède une influence oligurique manifeste.

On conseille ensuite de faire une injection intra-veineuse d'*ouabaïne* (1/4 de milligr.), renouvelée pendant 3 à 5 jours, le malade restant au repos absolu, avec théobromine et régime sévère.

2° Le remède ultérieur

La saignée a été précoce ; l'expectoration a été abondante et a évacué l'inondation des alvéoles pulmonaires ; le malade a toutes chances de survivre à sa crise d'œdème pulmonaire aigu.

Mais il faut ensuite s'enquérir de l'état de l'appareil cardio-vasculaire, qui a une tâche extrêmement importante à fournir et peut d'autant plus succomber à sa tâche qu'une insuffisance mitrale fonctionnelle est devenue possible. Surveiller l'évolution de la tension artérielle : convergence de la maxima et de la minima. Rechercher s'il n'y a pas de bruit de galop, de pouls alternant. L'oligurie, le gonflement du foie, des œdèmes peuvent témoigner d'une insuffisance cardiaque croissante.

Le malade pourrait succomber en quelques jours ou quelques semaines, si la tension artérielle effondrée n'arrivait pas à remonter ; et surtout les récidives de crises seraient à redouter.

Nous ne développerons pas ici le *traitement de fond, indiqué par le passé pathologique de chaque malade.*

Il faudra surtout se rappeler *le facteur pathogénique important de l'œdème pulmonaire aigu, qui est la coexistence de troubles vaso-moteurs et cardiaques.*

D'avance, on mettra le cœur du malade dans les meilleures conditions dynamiques pour qu'au moment de la crise il puisse fournir le surcroît considérable de travail, qui lui est demandé. On instituera une médication digitalique très tenace, très méthodique par cures longues (1/5 de milligr. de digitaline cristallisée par jour pendant 7 jours, ou bien 3 jours à 1/5 de milligr. et 4 jours à 1/10 de milligramme) d'une semaine environ, cures espacées d'abord de cinq jours seulement, et à la longue espacées de sept ou de huit jours au plus.

A cette médication digitalique, qui ne se relâchera jamais, on ajoutera la théobromine (d'abord en permanence, puis plus tard en alternance avec la digitaline), un régime déchloruré strict, d'abord permanent, puis intermittent, la réduction des liquides, le repos d'abord absolu, puis tantôt absolu, tantôt relatif.

Enfin, n'oubliant pas le rôle des perturbations nerveuses, on diminuera l'excitabilité du système nerveux et les perturbations vasomotrices, en prescrivant tous les soirs, tantôt du bromure, tantôt du gardénal, tantôt de l'extrait thébaïque, dans l'espoir d'éloigner les récidives des crises. G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Les adénopathies inguinales malignes.

MM. Paul Chevalier et Jean Bernard étudient successivement : la forme inguinale de la maladie de Hodgkin, les adénopathies inguinales leucémiques, les lymphosarcomes des ganglions inguinaux, les adénopathies inguinales des cancers.

La *localisation inguinale de la maladie de Hodgkin* (ou lymphogranulomatose maligne, adénie éosinophilique prurigène) est d'ordinaire tardive, car elle succède aux adénopathies cervicales, axillaires ou médiastinales. Cependant, parfois, cette localisation inguinale est le premier symptôme constaté. Les auteurs font de cette adénopathie, une étude histologique complète, et ils envisagent son diagnostic anatomique.

Cliniquement, le début se fait par une masse ganglionnaire indolente, dont le volume est généralement déjà important, lorsque le malade vient consulter. L'adénopathie est pluriganglionnaire, multilobée, ou en forme de marron d'Inde ; elle est assez volumineuse pour déformer la région crurale ; tous les ganglions d'ailleurs ne sont pas pris, et l'irrégularité de la distribution est constante. L'examen du sang peut donner des renseignements utiles : la leucocytose est constante (entre 15 et 20.000) ; il en est de même de la polynucléose neutrophile, dont l'association avec la

précédente est intéressante ; l'éosinophilie est fréquente, mais non constante.

L'affection reste longtemps latente ; puis, c'est brusquement qu'explosent les signes caractéristiques de la maladie, qui évolue généralement en un à six ans,

Le traitement radiologique de la maladie donne de bons résultats, mais pour quelques années au plus.

Pour le diagnostic des *adénopathies inguinales leucémiques*, l'examen du sang possède une importance primordiale : abondance des globules blancs (50.000 à 300.000) ; qualité des cellules : l'abondance et l'uniformité de l'élément mononucléé est un caractère important de la leucémie lymphoïde chronique.

Le seul traitement pratique est la radiothérapie ; mais celle-ci n'amène que des améliorations transitoires.

Les *lymphosarcomes des ganglions inguinaux* sont assez rares ; mais leur aspect clinique est typique. Les ganglions sont fermes, ou, plus souvent, mous, encéphaloïdes, grisâtres. L'adhérence aux vaisseaux fémoraux est constante. A la coupe, ils présentent des zones hémorragiques et caséeuses et des zones fibreuses. Dans le cas le plus habituel de lymphosarcome typique, la tumeur est formée de gros lymphocytes à noyau clair ou sombre, de taille inégale avec de nombreuses mitoses.

Le lymphosarcome inguinal se voit surtout chez les sujets jeunes ; le début est marqué par l'hypertrophie indolente d'un ganglion de l'aine ; mais, très vite, le ganglion grossit, et l'on pense d'emblée à une affection maligne. Une tumeur énorme déforme complètement la racine de la cuisse, et contraste avec la maigreur du membre. Elle est irrégulière, fortement bosselée ; c'est une nappe de ganglions agglomérés. Le malade prend un aspect anémique, amaigri ; il est confiné au lit.

La formule sanguine n'est jamais celle d'une leucémie ; tout au plus, note-t-on une légère polynucléose. Surtout caractéristique, est la rapidité extrême de l'évolution. En quelques semaines, quelques mois au plus, la masse ganglionnaire s'étend ; la peau se distend, rougit, s'ulcère ; l'adénosarcome inguinal s'étend de proche en proche, mais ne se généralise pas à la manière d'une lympho-granulomatose.

Les différents traitements entrepris restent sans effet. La radiothérapie assure quelquefois une rétrocession momentanée des symptômes.

Quant aux *adénopathies inguinales des cancers*, il s'agit presque toujours de cancers des organes génitaux externes.

Le traitement par les rayons ou le radium doit être très prudent en cas de cancérisation, il n'est indiqué sans discussion, que si les tumeurs sont inopérables et extensives. (*Revue de médecine*, novembre 1931.)

**Trois nouveaux cas d'occlusion intestinale après appendicectomie.**

Le Dr Ch. Viannay laisse de côté l'occlusion tardive par bride, qui peut survenir plusieurs mois ou même plusieurs années après une appendicectomie, comme après toute laparotomie. Il envisage exclusivement l'occlusion intestinale de la période post-opératoire de l'appendicectomie, celle, qui apparaît dans les deux ou trois semaines qui suivent l'ablation de l'appendice enflammé, et qui pose un grave problème de thérapeutique chirurgicale.

En pareil cas, il faut d'abord mettre en action les moyens médicaux : lavements de toute nature et de tout volume, huile de ricin à doses fractionnées et répétées, injections hypodermiques de péristaltine. L'essai de ces moyens est légitimé par la connaissance des cas d'occlusion ayant cédé sans nouvelle intervention : sur six cas observés au cours de sa pratique, l'auteur a assisté deux fois à cette heureuse solution.

Mais, il ne faut pas trop s'attarder à ces moyens, qui risquent de faire perdre un temps précieux et de laisser s'user la résistance du malade. On ne doit pas dépasser 2 à 3 jours, sans qu'il soit naturellement possible d'établir un horaire fixe. Mais il est nécessaire de se presser davantage quand le début de l'occlusion a été dramatique, et quand les douleurs et les ondes péristaltiques visibles sous la paroi abdominale se répètent à intervalles réguliers.

Une fois la décision opératoire prise, l'intervention de choix est la laparotomie médiane, qui permettra de reconnaître l'obstacle et de pratiquer, autant que possible, une libération correcte et complète des anses grêles coudées ou tordues, exceptionnellement une entéro-anastomose, plus exceptionnellement encore, une des interventions de nécessité suivantes : fistulisation du grêle, résection intestinale ou extériorisation d'une anse non réintégrable, si l'état du malade ne permet pas l'entérectomie. Mais, encore une fois, l'intervention vraiment satisfaisante est la libération complète des anses coudées ou comprimées ou tordues. (*La Loire médicale*, novembre 1931.)

**Les fractures du calcanéum.**

Voici les conclusions du travail, très intéressant et particulièrement documenté, publié par les Docteurs Lorthioir et Kempeneers :

La pathologie du calcanéum est dominée par son anatomie : c'est un os de texture spongieuse, recouvert pauvrement d'un tissu dense inégalement réparti. Les fractures les plus fréquentes sont celles par enfoncement du thalamus. Ce sont aussi les plus graves. Leur gravité est due à l'arthrite sous-astragalienne et à l'affaissement de la voûte, que déterminent ces fractures.

Sur la radiographie, l'angle tubérositaire permet d'apprécier le degré de l'effondrement de la voûte plantaire et l'efficacité du traitement appliqué.

Le traitement est essentiellement commandé par la nature des lésions, et la nécessité de reconstituer éventuellement la voûte plantaire.

Dans les enfoncements thalamiques du troisième degré, les indications opératoires sont les plus impérieuses : il faut relever le thalamus et le maintenir en place. Wilmoth et Lecœur maintiennent le thalamus au moyen de greffes ostéopériostiques, Leriche au moyen de prothèse métallique. Böhler réduit ces fractures par extension et modelage mécaniques. Sa méthode semble donner les résultats les plus intéressants. (*Le Scalpel*, 31 octobre, 7 et 14 novembre 1931).

**Que faut-il entendre par l'expression : traumatisme obstétrical chez le nouveau-né ?**

MM. I. VORON et H. PIGEAUD précisent quelles peuvent être les causes de souffrance fœtale au cours de l'accouchement mécaniquement normal, et les recherchent, soit dans les compressions du cordon ombilical, soit dans les anomalies de la contraction utérine, soit dans les maladies ou les tares du nouveau-né (la syphilis en premier lieu).

Indépendamment de toute dystocie réelle, l'enfant peut ainsi présenter des signes de souffrance au cours du travail, par gêne, puis arrêt des échanges fœto-maternels, aussi par tare héréditaire frappant le fœtus dans le cours de son développement. Dès lors, le traumatisme le plus léger sera capable d'entraîner la mort de l'enfant, sans qu'aucun facteur mécanique précis ne puisse raisonnablement rendre compte de cette mort inattendue.

Il faut ainsi comprendre le mot « traumatisme » dans son sens le plus large. Il n'est pas nécessaire pour en apprécier les effets qu'une intervention laborieuse vienne rendre saisissante pour l'esprit la pathogénie des troubles observés. Au cours d'un accouchement sensiblement normal au point de vue mécanique, un hasard malheureux, entraînant une gêne brusque des échanges fœto-maternels, peut parfaitement suffire à créer cet état de traumatisme, que l'on pourrait avoir tendance à n'admettre que lorsqu'il est évident. Enfin, on doit reconnaître aussi que tout accouchement, le plus simple soit-il, est susceptible de déterminer un traumatisme de gravité variable chez un nouveau-né fragile ou taré.

En conséquence, le traumatisme obstétrical voit son importance varier avec le degré de résistance de l'enfant : des enfants sains sont, en pratique courante, capables de supporter sans en souffrir des interventions obstétricales laborieuses et *a priori* traumatisantes.

Il ne faut donc pas perdre de vue, actuellement surtout où les manœuvres obstétricales de force ont pratiquement disparu du cadre de la thérapeutique dans les maternités, que l'importance du traumatisme, subi par l'enfant, dépend à la fois de facteurs mécaniques, que l'on peut surveiller, et de facteurs réglant la résistance fœtale, dont on n'est pas maître. (*Lyon médical*, 22 novembre 1930.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**La stérilisation des sondes urétérales par la chaleur.**

(M. Maurice CHEVASSU. — *Académie de médecine* ; 1-3-1932.)

Les sondes urétérales, destinées au cathétérisme des uretères et des reins, sont depuis trente-cinq ans désinfectées au moyen de vapeurs de formol. Redoutant en principe la détérioration de la gomme par les hautes températures, il semble qu'on ait renoncé à les stériliser par la chaleur.

Les expériences que M. Chevassu a faites sur la stérilisation des instruments par les vapeurs de formol lui en ont montré — pour le cas particulier dont il parle — les imperfections. Le désinfectant ne peut agir que là où il pénètre. En raison de la structure quasi-capillaire du tube qui constitue la sonde urétérale, il était à prévoir que la pénétration des vapeurs formolées y serait insuffisante, pour le centre de la sonde surtout, le plus tardivement touché par l'antiseptique.

Aussi, M. Chevassu a-t-il cherché à s'adresser à la chaleur et, depuis 1919, il n'emploie, dans son service de Cochin, que des sondes urétérales stérilisées par ce moyen. Quelques précautions sont à prendre. Quand une sonde en gomme est placée dans de l'eau bouillante à 100° ou dans un autoclave à 120°, il n'est pas douteux qu'à ces hautes températures, la gomme devient très molle et que si à ce moment on la manipule, elle se crevasse. Mais, lorsqu'on a soin, après cinq minutes d'ébullition ou dix minutes d'autoclave, de laisser refroidir les cathéters sans les manipuler, on voit peu à peu la gomme reprendre sa consistance primitive.

Avec 10 minutes d'autoclave à 120°, on a réellement des sondes urétérales stériles, que l'on peut placer dans des tubes individuels également stériles et transporter.

**Sur les fièvres exanthématiques.**

(M. Ch. Nicolle. — *Académie de médecine* ; 1-3-1932)

Dans une séance précédente, M. Roux demandait que le nom de fièvre boutonneuse soit attribué à la fois à la fièvre tunisienne et à la fièvre marseillaise, les deux affections étant identiques, le terme de fièvre boutonneuse, plus ancien, correspondant à la maladie décrite à Tunis en 1910, par Nicolle, Bruch, Hayet et Porot, et transmise par la tique du chien.

M. Nicolle propose, d'autre part, de comprendre sous la qualification de fièvre exanthématique l'ensemble du groupe des maladies, dont le typhus exanthématique du Vieux-Monde est le type le plus anciennement connu. En dehors de lui, il englobera : le typhus d'origine murine qui ne constitue sans doute qu'une seule et même infection (typhus du Mexique et des Etats-Unis, d'Australie, de Nouvelle-Zélande, des Etats maltais, de Toulon, d'Athènes, etc.), la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, la fièvre fluviale du Japon et d'autres fièvres voisines, mal définies.

**Nouveau cas de perforation d'ulcus duodénal par contusion externe.**

(M. Daniel Ferey, de Saint-Malo. — *Société de chirurgie* ; 27-1-1932.)

Comme suite aux cas de MM. Menegaux, Maisonnet, Magnant et Guimbellot, M. Ferey rapporte une observation (la onzième de cet ordre) de perforation d'ulcère du duodénum consécutive à une contusion de la paroi abdominale.

Le patient reçut dans la région épigastrique un violent coup de levier, à la suite duquel il ressentit une vive douleur et perdit un instant connaissance. Le lendemain matin, état grave, 38°5, pouls à 150, contracture abdominale. Pas de passé gastrique. On pense à une rupture traumatique d'un viscère creux. L'opération montre la présence d'un ulcère calleux ancien portant une petite perforation.

M. Ferey insiste dans sa communication sur l'absence d'antécédents gastriques, chez ce patient ; sur l'existence de l'intervalle libre entre le traumatisme et le début de la douleur, intervalle déjà signalé dans les autres observations. Il attire l'attention, enfin, après M. Magnant, sur le point de vue médico-légal de cette perforation d'ulcus au cours d'un accident du travail. Le malade n'avait jamais souffert de l'estomac et seul le traumatisme l'a conduit sur la table d'opération. L'interprétation de la loi des accidents du travail ne tient d'ailleurs pas compte de l'état antérieur. La compagnie d'assurances a cependant refusé à ce blessé une indemnité prétextant qu'il s'agissait non d'un accident, mais d'une perforation d'ulcus.

**Hémorragies viscérales après interventions sur la moelle.**

(MM. Ledoux et Tisserand, de Besançon, M. de Martel. — *Société de chirurgie* ; 27-1-1932.)

M. de Martel rapporte, au nom de MM. Ledoux et Tisserand, de Besançon, une observation d'hémorragies intestinales profuses survenues après une laminectomie pour arachnoïdite lombo-dorsale. Les hémorragies en question se produisirent neuf jours après l'opération.

Ces cas d'hémorragies post-opératoires de l'intestin survenant à la suite d'intervention sur la moelle, dit M. de Martel, ne sont pas absolument exceptionnels. On peut penser que, souvent, ces accidents sont liés à des troubles sympathiques, pathogénie qui ne semble pas toutefois s'appliquer au malade de MM. Ledoux et Tisserand.

M. de Martel rappelle qu'il a relaté un cas de ce genre, avec M. Camus, il y a une vingtaine d'années. Depuis, ayant opéré un grand nombre de tumeurs médullaires, il a plusieurs fois noté les mêmes troubles post-opératoires, qui se produisent très vite après l'opération et quelquefois pendant. On constatait une hyperthermie très marquée, une chute de la tension artérielle et parfois des hémorragies viscérales, le tout se terminant par le coma et la mort. L'auteur a vu, également, à plusieurs reprises, les mêmes phénomènes chez des malades opérés de tumeurs cérébrales. Le cas du patient opéré par M. Tisserand est un peu différent ; il n'a pas eu d'hyperthermie marquée et l'hémorragie intestinale s'est produite chez lui neuf jours après l'intervention.

P. L.

**La tuberculino-réaction cutanée chez l'homme et chez l'animal, au moyen de timbres-tests tuberculiniques.**

(M. Ph. Khouri. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-12-1931.)

C'est un procédé, par lequel on peut réaliser l'imprégnation locale suffisante et efficace du derme par la tuberculine au moyen de l'application, suffisamment prolongée sur la peau, d'un timbre-test tuberculinique individuel. Ces timbres sont des carrés de papier buvard de toutes petites dimensions, convenablement imbibés de vieille tuberculine de Koch non diluée, stérilisés et conservés aseptiquement. Chez l'homme, ce timbre-test est appliqué sur la peau du bras, soit après scarification (cuti-réaction), soit après griffage entre-croisé très superficiel, d'une petite surface de quelques millimètres de côté (dermo-réaction), ou bien simplement après dégraissage de la peau à l'alcool sans nulle autre préparation (épidermo-réaction). Ce timbre est maintenu en place au moyen d'une bandelette de papier gommé et d'une compresse nouée autour du bras.

Chez les animaux le procédé diffère suivant la taille du sujet. Ce procédé rapide et commode permet de multiplier la recherche de l'allergie tuberculeuse et de se mettre à l'abri des fausses réactions par contamination extérieure.

**Septicémie colibacillaire post-abortum ; pyopneumothorax putride fistulisé dans les bronches ; guérison.**

(MM. Lemierre, Laporte et Mahondeau-Campoyer. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-1-1932.)

C'est une femme de 25 ans, chez laquelle se manifesta, immédiatement après un avortement, un état fébrile avec température de 38°5 ; puis, après un curage digital, la température monta à 40°, 41°, et s'y maintint. Deux hémocultures, pratiquées à 48 heures d'intervalle, donnèrent un coli-bacille. Au sixième jour de l'infection, une immuno-transfusion fut immédiatement suivie de toux, de dyspnée, puis de crachats hémoptoïques ; au bout de quatre jours, se montra un foyer de concentration pulmonaire à la base droite. Un mois plus tard, l'expectoration, jusque-là hémoptoïque devint purulente et l'haleine très fétide ; une ponction, pratiquée à la base droite, permit de retirer un pus d'odeur nauséabonde et urineuse. A partir de ce moment apparurent, dès que la malade quittait le décubitus horizontal, des vraies vomiques purulentes très fétides, avec phénomènes de collapsus extrêmement inquiétants ; en raison de ces phénomènes, on ajourna toute intervention chirurgicale, et l'on se contenta de ponctionner l'épanchement à plusieurs reprises. Un mois plus tard seulement, l'état général s'étant amélioré, on fit une empyème du pyopneumothorax, constaté à la *radioscopie* ; cette opération amena la suppression immédiate des vomiques, un relèvement de l'état général, et la guérison survint avec une extraordinaire rapidité.

Peut-être, parmi les facteurs d'une si heureuse évolution, faut-il faire entrer en ligne de compte la jeunesse de la malade, sa constitution robuste, et sa bonne santé antérieure ? Peut-être aussi, la nature de l'infection elle-même n'y est-elle pas étrangère car les septicémies colibacillaires, et particulièrement les septicémies à point de départ utérin peuvent entraîner une terminaison fatale.

**Pseudo-tabès d'origine typhique.**

(M. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Robert-Wallich et Fouquet. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 15-2-1932.)

Le malade, indemne de toute syphilis antérieure, a présenté, à l'occasion d'une émotion, dans le décours d'une fièvre typhoïde grave, un syndrome ataxique aigu polynévritique pseudo-tabétique, sans aucun signe cérébello-spasmodique ou pyramidal surajouté.

Il était remarquable de voir le caractère fruste des troubles sensitifs tant subjectifs qu'objectifs, malgré l'extension de la polynévrite, et de noter aussi une élévation paradoxale de l'albumine céphalo-rachidienne à 2 grammes, malgré la négativité de toutes les autres recherches humorales. Le dernier fait, qui, bien que non expliqué, n'est pas absolument exceptionnel au cours des polynévrites, semble indiquer la participation des centres dans la production des phénomènes cliniques périphériques observés.

Sous l'influence d'injections sous-cutanées de venin de crotale chauffé à haute dilution (1/3.000), on a arrêté l'évolution progressive de cette polynévrite. A partir du moment où celle-ci est entrée dans la phase régressive, les injections n'ont par contre pas semblé avoir la moindre influence. Cette action n'a d'ailleurs rien de spécifique, car tout choc est capable d'arrêter l'évolution d'une polynévrite toxique ou infectieuse. Ce qui est vraiment extraordinaire, c'est la dose infinitésimale qui a été suffisante pour produire cet arrêt, et cela en l'absence de tout choc cliniquement appréciable.

**L'influence sur l'évolution des œdèmes du syndrome humoral, dit de néphrose, au cours de néphrites chroniques.**

(MM. Abrami, Robert-Wallich et Fouquet. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-1-1932.)

L'œdème brightique, qu'il s'agisse de néphrites ou de néphroses pures, reconnaît comme cause déterminante unique la rétention du chlorure de sodium. Lorsque cette rétention survient chez des sujets qui présentent de l'hypo-protéinémie par hyposérinémie très marquée, c'est-à-dire un abaissement considérable de la tension osmotique des protéines sanguines, il est possible, bien que très difficile à prouver, que ce facteur extra-rénal exagère la rétention saline et favorise par conséquent l'accroissement rapide de l'œdème ; il paraît en tout cas certain qu'il peut s'opposer à une déchloruration et, partant, à une déshydratation rapide et jouer, par conséquent, un rôle dans l'irréductibilité plus ou moins grande des œdèmes. C'est à ce rôle *secondaire* que se borne, d'après les faits observés par les auteurs, l'action de ce facteur humoral dans la pathogénie des œdèmes néphrétiques. G. F.

---

## *Toulouse*

*Société d'obstétrique et de gynécologie.*

**Intoxication mortelle par ingestion d'armoise.**

M. Durand-Dastes communique l'observation d'une jeune fille de 24 ans, enceinte d'un mois et demi, qui, dans le but de mettre fin à une grossesse indésirée, absorba plusieurs tasses d'infusion d'armoise.

L'avortement ne tarda pas à se produire, mais très rapidement, il se manifesta de l'ictère ainsi qu'une anurie complète, pendant que le pouls tombait à 56, et la température à 36,2. Malgré toutes les médications mises en œuvre, la malade ne tarda pas à succomber.

**Métrorragies essentielles.**

M. Durand-Dastes rapporte deux cas de métrorragies survenues chez des jeunes filles âgées de

16 et de 18 ans ; en l'absence de tout symptôme permettant de rattacher l'émission sanguine à une cause médicale, gynécologique ou obstétricale, on porta le diagnostic de métrorragies essentielles. Devant la carence de toute thérapeutique, des irradiations spléniques amenèrent la guérison.

### Considérations sur la grossesse extra-utérine.

M. Audibert relate trois cas de grossesses extra-utérines rompues ; dans l'un les symptômes de collapsus et de shock déclenchés par une inondation péritonéale massive empêchèrent tout traitement chirurgical ; dans les deux autres, l'intervention fut suivie de guérison. Bien souvent dans la pratique rurale, malgré les conditions défavorables, l'intervention doit être pratiquée à domicile, le transport de la malade ne pouvant qu'aggraver la situation.

### Deux cas d'hydrosalpinx à pédicule tordu.

MM. Dambrin et Pommepuy ont eu à intervenir dans deux cas de torsion d'hydrosalpinx s'étant effectuée chez des femmes âgées respectivement de 37 et de 28 ans. Dans le premier cas, compliqué de rétroversion fixée et où il y avait eu une crise douloureuse intense, on fit une ligamentopexie après salpingectomie ; dans le second où l'utérus était fixé par de nombreuses adhérences et où tout s'était passé insidieusement, il fallut faire une hystérectomie.

### Les métrorragies après la ménopause.

M. Ducuing communique la statistique relevée au centre anticancéreux depuis qu'il en a assumé la direction. Sur 326 femmes ménopausées présentant des métrorragies, il y a eu 256 cancers du col, 40 cancers du corps, 3 cancers de l'ovaire, 20 métrites séniles, 6 fibromes et 1 polype du col.

Ces chiffres montrent, en laissant de côté la localisation cervicale, la grande fréquence du cancer du corps, qui comprend près des deux tiers des cas. Il convient donc de toujours le suspecter, de l'admettre même en principe, et de n'arriver au diagnostic de métrite sénile que par élimination.

M. Lefebvre, sur 61 cas de métrorragies post-ménopausiques, a vu 12 cancers du col, 8 cancers du corps, 8 polypes muqueux et 33 métrites séniles.

Il estime que le diagnostic entre cancer du corps et métrite ne peut être porté en dehors d'un examen intra-utérin, un curetage, dont il trouve que l'on a exagéré les dangers. Il a toujours fait des curetages explorateurs et n'a jamais eu aucun accident.

M. Dambrin, sans vouloir apporter personnellement des statistiques, estime que les chiffres donnés par M. Lefebvre au sujet du pourcentage du cancer du corps utérin sont un peu faibles ; ses constatations cliniques et opératoires le font se rapprocher des chiffres indiqués par Ducuing.

M. Garipuy, tout en reconnaissant la très grande fréquence du cancer du corps, croit qu'il ne faut pas cependant négliger l'existence des métrites séniles dont il a eu l'occasion de voir deux cas incontestables.

M. Dieulafé pense comme Ducuing que la plupart des cas de métrorragies post-ménopausiques se rapportent au cancer utérin.

M. Clermont reconnaît, lui aussi, la grande prédominance du cancer du corps ; néanmoins, il existe des cas de métrite sénile, dont il importe de tenir compte.

M. Fournier a vu, en 10 ans, 27 métrorragies post-ménopausiques, 26 relevaient de cancer et 1 de métrite.

M. Tourneux rapporte sa statistique s'étendant de 1920 à 1930 ; sur 68 cas de métrorragies survenues après la ménopause, il y avait 25 cancers du col, 28 cancers du corps et 15 métrites.

En éliminant les cas de cancers cervicaux, le diagnostic a été porté trois fois après l'examen clinique seul et 40 fois après curettage sans qu'il y ait eu jamais d'accident. Il a été fait 30 hystérectomies (28 pour cancer et 2 pour métrite rebelle), dont 23 totales et 7 subtotales avec 4 morts. La plupart des cas étiquetés métrite sénile ont pu être suivis pendant plusieurs années, sans qu'aucune complication se soit manifestée.

M. Bernardbeig estime qu'à côté du curettage qui peut donner des renseignements inexacts, l'examen radiologique de la cavité utérine après lipiodol pourrait rendre de très grands services pour le diagnostic.

M. Pouchet reconnaît que dans certains cas, les renseignements donnés par l'examen des biopsies sont insuffisants ou inexacts. Il rapporte un cas personnel où malgré l'indication de métrite donnée par le laboratoire, l'examen clinique lui ayant fait craindre une évolution maligne, il a pratiqué une hystérectomie : il s'agissait de sarcome utérin.

M. Bertrand se demande si devant un cas de métrorragie post-ménopausique, on doit faire un curetage explorateur ou pratiquer l'hystérectomie d'emblée.

La Société d'obstétrique et de gynécologie décide de mettre cette question à l'ordre du jour de sa prochaine séance.

J.-P. Tourneux.

# Les Thèses

P. — Dr J. BRUNEVAL. — **Syphilis et endocardites infectieuses.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine).

La syphilis ne semble pas pouvoir intervenir comme cause prédisposante de l'endocardite infectieuse. Elle ne saurait non plus intervenir comme agent déterminant de cette endocardite.

Cependant il est certain que la syphilis modifie le terrain et peut faire que l'endocardite évolue plus rapidement, non pas de son propre fait, mais du fait que l'insuffisance cardiaque se précipite, les phénomènes évolutifs se succédant sur un myocarde préalablement et chroniquement atteint.

Quant à la valeur de la réaction de Bordet-Wassermann au cours de l'endocardite infectieuse, elle semble nulle. Certaines modifications humorales peuvent expliquer suffisamment les variations des résultats dans le Wassermann, qu'il s'agisse de syphilitiques récents ou anciens, traités ou non, et que ce Wassermann soit positif ou non.

La thérapeutique antisyphilitique, par conséquent, n'apporte aucune amélioration au cours de l'évolution des endocardites infectieuses, même s'il s'agit de malades vraiment syphilitiques. Le seul traitement raisonnable qu'on puisse opposer à la marche de l'affection ne peut être, dans l'état actuel des choses, qu'un traitement de choc associé avec autant de prudence que possible à un traitement, soit par la digitaline, soit par l'ouabaïne auquel on ajoutera des toniques généraux appropriés.

Mp. — Dr P. THIRY. — **Des calculs secondaires aux interventions sur la région cervico-prostatique.** (Causse, Graille et Castelnau, imprimeurs-éditeurs, Montpellier.)

Après les opérations sur la région cervico-prostatique (prostatectomie hypo-gastrique et périnéale, discision du col vésical, urétrotomies), il peut survenir des calculs secondaires de cette région. Cette complication, rencontrée à peu près dans 2 p. 100 des cas, peut être attribuée à des facteurs divers : causes générales (alcalinité de l'urine, phosphaturie), causes rénales (lithiase et infections rénales), causes locales (existence d'une cavité sous-vésicale vaste et anfractueuse, pouvant renfermer des corps étrangers divers ; stagnation de l'urine ; rétrécissements de l'urètre ; existence d'un diaphragme intervésico-prostatique ; asystolie vésicale ; cystite ; fistules périnéale ou hypogastrique).

Les calculs sont habituellement composés de phosphates ; la loge qui les renferme présente des lésions d'atrophie scléreuse ou d'infection. La vessie en est atteinte également.

La lithiase prostatique révèle son existence par des symptômes de cystite auxquels s'associent des signes dus à la présence d'un calcul. Il y aura donc des troubles dysuriques avec douleurs, pyurie ; de l'incontinence ou de la rétention ; des hématuries ; des modifications du jet de l'urine et de l'éjaculation; enfin des troubles de l'état général.

Le diagnostic se fait par la recherche des signes physiques. On aura recours au toucher rectal, au cathétérisme, aux examens endoscopiques, à la radiographie.

Ces calculs, pouvant rester longtemps ignorés, amènent, s'ils ne sont pas enlevés, des troubles graves. Débarrassé de ses calculs et de son infection vésico-prostatique, le malade guérit en général rapidement. Cependant, quelques cas de récidive ont été signalés.

Le traitement préventif vise les soins opératoires et post-opératoires à l'occasion des interventions pouvant engendrer des calculs. La lithiase prostatique confirmée se traite, suivant les indications, par la lithotritie, la périnéotomie ou la taille.

St. — Dr H. KNECHT. — **Contribution à l'étude de la myomectomie en dehors et au cours de la grossesse.** (Librairie universitaire d'Alsace, Strasbourg).

La myomectomie est une excellente opération, lorsqu'elle est faite avec de bonnes indications et dans des cas bien choisis. Ses indications, bien que limitées, sont cependant assez nombreuses, pour qu'on fasse profiter les malades de ses avantages aussi souvent que possible.

Pratiquée en dehors de la grossesse, la myomectomie conserve à la femme encore jeune la fonction de la menstruation et, dans au moins 10 % des cas, celle de la reproduction.

Faite pendant la grossesse même, c'est l'opération idéale — lorsqu'il y a indication opératoire vraie — puisqu'elle permet dans 4/5 des cas l'évolution normale de la grossesse.

Une réserve doit être faite pour la période du travail. Le danger d'infection étant alors très grand, l'opération conservatrice ne devra être pratiquée que très rarement dans ces cas, et seulement avec un concours de circonstances favorables.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Jean LEREBOULLET, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. — **Les tumeurs du quatrième ventricule.** (Un vol., 431 pages avec 39 fig. et 21 planches hors texte. Prix : 56 fr.)

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement général de l'urétrite chronique

On connaît depuis longtemps l'influence du terrain sur l'évolution et la ténacité de l'urétrite chronique ; Ferrier vient de mettre en lumière que la principale indication thérapeutique consiste dans le traitement de l'état général (*Revue Médic.* 1930, nº 99).

Pour lui, si la santé du sujet atteint d'urétrite chronique laisse à désirer tant soit peu, on devra chercher à l'améliorer par la médication et l'hygiène. Le régime sera généreux et très libéral. Il ne comportera que l'exclusion des mets indigestes ou trop épicés et des boissons alcooliques.

Dans l'intervalle des périodes de traitement, on conseillera les cures d'aération, en particulier le séjour au bord de la mer, en évitant la fatigue et les bains prolongés. Enfin, il rappelle qu'il est une cause de débilitation que l'on doit prévenir et combattre, c'est l'état psychique déplorable si souvent observé chez ces malades. La neurasthénie d'origine urinaire est, en effet, bien connue ; elle est particulièrement fréquente chez les sujets atteints d'urétrite chronique, caractérisée par l'obsession, l'anxiété ; elle s'accompagne de dépression plus ou moins marquée et peut aboutir parfois aux formes graves de la mélancolie. Il faudra donc s'appliquer à relever le moral du malade et le mettre en garde contre le découragement pouvant résulter d'un échec thérapeutique momentané. En procurant le calme et le sommeil, l'hydrothérapie tiède (bains ou douches) aura souvent de bons effets.

S'il est une médication qui trouve ici ses indications les plus parfaites, c'est bien la nucléinothérapie sous la forme du Rhomnol. Il s'agit en effet, de rétablir la nutrition dans son ensemble et de régénérer la cellule nerveuse. On le sait, le phosphore joue un rôle prépondérant dans les échanges de l'organisme et principalement dans le fonctionnement du système nerveux.

C'est son insuffisance, qui est à la base de la dépression générale et de la neurasthénie des urinaires.

On devra donc donner à ces malades des aliments riches en phosphore : œufs, poissons, cervelles, etc... Mais la nucléinothérapie consiste surtout dans l'apport régulier, constant, bien dosé, de phosphore organique. L'acide nucléinique présente comme principaux avantages : 1° sur le phosphore et les phosphates de ne pas avoir d'action stéatosante sur les viscères ; 2° sur les phosphates et les glycérophosphates, de ne pas rester en dehors de l'absorption. En effet, on retrouve les phosphates dans les urines et les fèces, mais jamais l'acide nucléinique ; 3° enfin, sur les lécithines et les nucléines, de ne pas donner naissance à des poisons de la série xanthique, qui fatiguent l'estomac et le foie, et produisent des accidents uricémiques parfois graves. Le Rhomnol est une préparation d'acide nucléinique pur, qui permet d'apporter à l'économie générale et à la cellule nerveuse un phosphore assimilable et sans danger. Chez les malades urinaires (urétrites ou cystites), on peut le donner sous forme de 4 à 6 pilules par jour, dosées à 0,05 centigr. ou de granulé à raison de deux cuillerées à dessert. Ainsi prescrit, le Rhomnol, s'avère comme le médicament de choix pour relever l'état général des urétrites chroniques et de tous les urinaires.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## L'Actualité Professionnelle

### A PROPOS DES CENTRES DE RECHERCHES

Comme je m'y attendais, mon article du 6 mars m'a valu quelques rebuffades, des désapprobations. Un ami m'a écrit, de l'Ouest, où il exerce et joue en même temps un rôle important dans son Syndicat :

« Pour la première fois, j'ai le regret de ne pouvoir me ranger à votre avis. L'impression dominante pour nous est celle-ci : même faits soi-disant avec nous, ces centres de dépistage le sont en fait contre nous : ce sont des centres de pistage. On veut nous imposer les inconvénients de la fonctionnarisation, mais sans ses avantages... Quoiqu'on dise et quoiqu'on fasse, les Syndicats, qui savent déjà ce que c'est, ne veulent pas de cela, dans leur presque unanimité... Pour ma part, je comprends très bien vos arguments, mais les faits les contredisent, et c'est sur les faits que nous jugeons... »

D'autre part, le Dr Houssiaux, dont j'apprécie infiniment l'activité, m'a adressé la lettre suivante ; je la reproduis intégralement.

« Je viens de lire votre intéressant article du *Concours* du 6 mars 1932.

« Si nous sommes hostiles aux centres de recherches, c'est d'abord que nous n'y voyons aucun intérêt technique pour le malade.

« Pourquoi supposer qu'il sera mieux examiné si les spécialistes auxquels il aura affaire sont réunis dans un même immeuble au lieu d'être disséminés dans leurs cabinets respectifs ?

« Je veux bien que le malade y gagne d'avoir moins à se déranger, mais il y perdra l'avantage apprécié de pouvoir choisir ses spécialistes.

« Au point de vue des médecins, les centres sont désastreux.

« D'abord, nous sommes persuadés qu'ils ne tarderont pas à être des centres de cure en même temps que de diagnostic. C'est déjà commencé.

« Ensuite, leur seule raison d'être est d'obtenir des médecins du travail à prix réduit.

« Voilà pourquoi nous y sommes opposés. Nous savons parfaitement que dans beaucoup d'endroits, on ne pourra les éviter. Nous pensons que dans d'autres, on le pourra.

« Mais encore, faut-il pour cela ne pas en accepter le principe, mais se borner à le subir là où on ne pourra faire autrement en tâchant de limiter leur nocivité. »

Dr Houssiaux

Mais, je n'ai pas reçu que des désapprobations. Et un autre confrère, qui a l'expérience des organismes centralisateurs de nos techniques, m'a écrit ce qui suit :

« Permettez-moi de vous féliciter de l'ardeur que vous mettez à préconiser l'organisation de notre profession.

« Si vos idées suscitent parfois des critiques, ces critiques sont toujours bienveillantes, car tous s'accordent à reconnaître qu'en toutes causes, vos efforts tendent toujours et uniquement à améliorer notre condition.

« Ayant moi-même commencé à constituer un groupement médical dans les cadres visés par votre article, je voudrais signaler à mes confrères les avantages de ces formations.

« Les malades tiennent moins à être introduits dans un salon somptueux que dans un établissement d'allure hospitalière, dans laquelle l'attente sera écourtée et les tarifs faciles à connaître. Le règlement des honoraires, dans ces centres, se trouve facilité du fait de la présence d'une caissière qui explique aux malades les avantages du comptant.

« Il faut signaler, de plus, que la mentalité du malade qui a versé ses honoraires d'avance est très différente de celle de celui qui voit cette échéance approcher et la redoute souvent. Et si les médecins pouvaient savoir combien le malade qui s'est acquitté ainsi devient agréable, ils n'hésiteraient pas à se grouper pour créer ces centres. »

Je dois reconnaître que ce son de cloche est infiniment moins bruyant que le son opposé. Mais je sais aussi un département dans lequel le Syndicat médical a décidé de participer au fonctionnement des centres de recherches qui doivent y être prochainement créés. Et c'est un département où le syndicalisme est particulièrement agissant et puissant.

Les Syndicats sont maîtres de leurs destinées, et je n'ai nullement l'intention de leur faire la leçon. Je puis déplorer, à part moi, qu'ils s'engagent dans une voie que je juge hasardeuse et même périlleuse, mais ce sont des groupements majeurs, qui doivent savoir où ils vont. L'essentiel, c'est qu'ils soient documentés.

Or, c'est pour les documenter que j'ai tenu à montrer la floraison de centres divers dont j'ai eu récemment connaissance. Je puis leur dire que c'est un commencement, et que ces créations iront en se multipliant.

Sans doute n'en rencontrera-t-on pas dans toutes les communes de France; sans doute est-il présumable que les grandes villes, et les villes de moyenne importance, seront les premières pourvues.

Mais il y a les centres de puériculture, dans le cadre de la loi Roussel, qui semblent devoir correspondre au chef-lieu de la circonscription médicale du médecin inspecteur du service des enfants du premier âge, et qui seront plus ruraux qu'urbains, les nourrices habitant surtout la campagne.

Donc, de nombreux organismes, qualifiés Centres, vont surgir, de toute évidence, un peu partout et formeront finalement un vaste réseau de par toute la France.

C'est donc en parfaite connaissance de cause que le syndicalisme s'en désintéressera, et les laissera fonctionner en dehors de lui.

J'en prends acte et n'en soufflerai plus mot.

G. Duchesne.

## ENCORE LE SECRET MÉDICAL

Il s'agit, cette fois, de ma lettre ouverte au Garde des Sceaux, du 31 janvier dernier, et de l'une des réactions qu'elle a provoquée.

« Si vos idées suscitent parfois des critiques, m'écrivait mon sympathique confrère T., dont j'ai reproduit la lettre ci-dessus, ces critiques sont toujours bienveillantes... »

Hélas ! mon cher T., croyez-vous qu'elles le soient toujours ? Comment qualifierez-vous ce commentaire de M. L. Goubin, publié dans le numéro de mars du *Bouclier* ?

Comme c'eut été dommage d'en borner la diffusion aux seuls lecteurs de ce Bulletin syndical, à la couverture rouge sang, et à la devise agressive, je tiens à lui donner la publicité du *Concours Médical.*

J'espère qu'il ne s'en plaindra pas.

Le *Concours Médical* mène grand tapage autour de la violation du secret médical qui a été commise récemment à propos de la maladie et de la mort d'un grand ministre. Notre confrère Duchesne, qu'enflamment toutes les grandes causes, a écrit, d'une plume majestueuse, une lettre ouverte au Garde des Sceaux, où il réclame à peu près explicitement une réforme de la législation qui la mette « en harmonie avec les exigences de l'Etat social actuel et même le bien public. »

Notre Garde des Sceaux, qu'on dit très fin, a dû sourire. Ce que vient de découvrir le *Concours Médical*, tout le monde le savait depuis longtemps. Il n'y a rien de secret dans la vie des grands hommes, ni leur anatomie, ni leur physiologie, ni leurs tares, ni le nom, l'âge et les avantages de leurs maîtresses, ni leur fortune et la façon dont ils l'ont acquise. C'est la rançon de la gloire, c'est peut-être même la gloire tout court. C'est pourquoi, loin de réprimer une publicité parfois intempestive, ils songeraient plutôt à l'entretenir.

Aussi bien, les médecins qui signent pour le public les bulletins de santé d'un homme illustre ont tort ; ils pratiquent une concurrence déloyale envers ceux d'entre nous qui soignent de simples contribuables. C'est entendu :

Quant à la violation du secret, vous plaisantez, confrère Duchesne, à moins que le respect des « situations sociologiques » ne vous aveugle. En fait de secret, voyez-vous, confrère, vous aurez du mal à convaincre un médecin praticien qu'une prostate ministérielle ou cardinalice vaut la vérole d'un pauvre homme, ce pauvre homme fût-il sur le point de prendre femme.

Louis Goubin.

Ainsi donc, vous apprendrez tout à la fois, qu'il y eut grand tapage mené par nous — c'en est pour moi la première nouvelle, et j'aime à la tenir de M. Goubin — et que j'ai écrit d'une plume majestueuse, et aussi que je m'enflamme pour les grandes causes, même quand j'enfonce des portes ouvertes, ce qui ne doit pas aller sans quelque ridicule, vraisemblablement... n'est-ce pas ?

Je ne sais si Léon Bérard a souri de cette lettre. Je le tiens en effet pour un esprit très fin et d'un humanisme supérieur, et j'ai conservé un souvenir exquis des quelques entretiens que j'eus avec lui aux Eaux, il y a quelques années : s'il a ri, je suis sûr qu'il n'a pas raillé.

Mais je sais quelqu'un qui rira bien de la prose de M. Goubin. C'est mon excellent maître, le Dr Paul Le Gendre, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, qui voulut bien m'écrire une lettre que je publie ci-après et qui commence ainsi :

« Bravo, mon cher Duchesne, pour votre lettre ouverte sur le secret. Cette spirituelle ironie monte en épingle la nécessité de réviser

l'article 378, sur laquelle j'ai bien des fois insisté depuis l'affaire Watelet... »

Paul LE GENDRE fut le premier à estimer, il y a longtemps déjà, que l'enseigneur ne doit pas se limiter à apprendre à l'étudiant ce qu'est un râle sous-crépitant, un souffle cardiaque, un tintement métallique spélonculaire ; mais qu'il doit en même temps l'entretenir de la technique professionnelle, c'est-à-dire de la façon d'aborder le malade, de lui parler, des égards qu'il lui doit, de ses devoirs envers lui, des droits qu'il pourra faire valoir à une légitime rémunération, etc., tout ce qui constitue la déontologie, dont il fit l'objet d'un volume du Traité de pathologie médicale et qu'il réédita l'an dernier, corrigé et augmenté, sous le titre « La Vie du médecin ». Et il prêcha d'exemple avec un succès qui doit être l'un des plus précieux souvenirs de sa brillante carrière. Son jugement vaut bien, je pense, celui de mon satirique contradicteur.

Il rira, dis-je, à moins qu'il ne s'en effraie, du manque de perspicacité du Dr Goubin, et de la méprise qu'il a commise dans l'interprétation de la forme, volontairement humoristique, sous laquelle j'ai mis en évidence l'éventualité de donner au secret professionnel les justes limites que l'évolution des mœurs appelle, comme il le proclame.

Quant à moi, je me bornerai à lui dire paternellement : Mon cher et jeune confrère, vous n'étiez pas encore né que, depuis cinq ou six ans, je menais la vie de médecin de campagne, dans des conditions infiniment plus inconfortables que vous. Votre jeunesse, c'est un inappréciable avantage que vous avez sur moi : de grâce, n'en abusez pas ! Mes quarante ans de vie professionnelle, mes trente ans de journalisme médical, m'ont fortifié dans cette idée que c'est vraiment avec du miel, et non avec du vinaigre, que l'on prend les mouches. J'ai écrit beaucoup, trop peut-être, à votre gré ; j'espère bien pourtant continuer encore quelque temps. Quoique je dise, vous me rendrez cette justice que je n'ai jamais trempé ma plume dans du fiel. Mon fils, faites comme moi, vous vous en trouverez bien.

Avez-vous voulu m'être désagréable ? Tout au moins n'avez-vous pu ignorer que vos propos aigres-doux risquaient de ne pas m'être agréables. Vous vous êtes trompé. Ma philosophie m'a cuirassé contre les coups d'épingle de cette nature.

Critiquez-moi tant qu'il vous plaira. Désapprouvez-moi quand vous serez d'avis que je le mérite. Mais faites-le sans vous croire obligé d'adopter un ton acerbe et désobligeant.

C'est dans votre intérêt que je me permets de vous donner ce conseil. Je vous assure que vos publications ne pourront qu'y gagner. Puissiez-vous, la soixantiane dépassée, avoir encore des idéals et vous enflammer pour eux !

Et pour vous dire, en terminant, toute ma pensée sur le secret professionnel, ce n'est pas moi qui mène grand tapage autour de lui. Mais tous ceux qui le considèrent comme un bloc intangible, irréductible, dans lequel pourtant ils admettent que des brèches soient pratiquées, quand il s'agit, par exemple, des grands hommes — ce qui les met en contradiction avec eux-mêmes.

Je ne vois aucun inconvénient à ce que les maladies des grands soient révélées publiquement. Je pense, comme vous, que c'est une grâce de leur état, et je ne m'en indigne pas, croyez-le bien. Mais, à partir du moment ou nous acceptons certaines tolérances, que pourtant la jurisprudence et la doctrine condamnent, ne nous révoltons pas contre ceux, dont je suis, qui pensent que des accommodements pourraient être admis pour faciliter les rapports des malades avec les organisations qui leur dispensent les soins médicaux, et rendre service en même temps à la santé publique.

« Hippocrate ne pouvait avoir en vue, m'a encore écrit Paul LE GENDRE, que la discrétion professionnelle, qui n'a pas besoin du Code pénal pour s'imposer aux médecins dignes de ce nom et bien éduqués par leurs maîtres. »

Pauvre secret médical, si mal traité, si ballotté, dans la vie courante, que de paradoxes n'a-t-on pas dits en ton nom ! ! !

G. DUCHESNE.

*Voici la lettre du Docteur Paul Le Gendre qu'il m'a autorisé à publier.*

Bravo, mon cher Duchesne, pour votre lettre ouverte sur le secret. Cette spirituelle ironie monte en épingle la nécessité de réviser l'article 378, sur laquelle j'ai bien des fois insisté depuis l'affaire Watelet. Voilà pourtant un syndicat qui réclame l'intangibilité du secret au point de vue administratif. C'est cependant dans les questions de médecine sociale que l'art. 378 est le moins défendable. Hippocrate ne pouvait deviner les exigences de la curiosité publique, les importunités de la presse d'informations, l'organisation de l'hygiène publique. Il ne pouvait avoir en vue que la discrétion professionnelle, qui n'a pas besoin du code pénal pour s'imposer aux médecins dignes de ce nom et *bien éduqués* par leurs maîtres. Beaucoup de médecins croient faire une auréole à notre profession en parlant du secret absolu ! Mais combien en ai-je rencontré qui se laissaient aller, dans un dîner ou au fumoir et chez leurs clients à potiner indiscrètement sur ce qu'ils avaient « vu, entendu et compris » dans certaines familles...

Cordialités.

Paul LE GENDRE.

## DE L'INFLUENCE DES RADIATIONS ASTRALES ET DES TACHES SOLAIRES SUR LA PATHOLOGIE HUMAINE

### Projet de création d'un Institut de recherches à Nice

Lors de mon dernier séjour à Nice, courant février, j'ai été prié par le Dr Maurice Faure, d'accompagner une délégation des membres de la Société médicale du Littoral méditerranéen, auprès du maire de Nice. Nos confrères venaient demander au jeune et actif premier magistrat de la ville de s'intéresser à la création d'un Institut de recherches sur l'influence des radiations astrales et des taches solaires.

Il est hors de conteste que nous subissons des influences mal définies, parfois inexplicables, en tout cas mal étudiées.

Des médecins, des physiciens, des astronomes, ont étudié les répercussions que certaines radiations astrales peuvent avoir sur l'organisme humain. Je n'en veux pour preuves que les nombreuses communications et travaux des Docteurs Gaston Sardou, de Nice, de Maurice Faure, de Nice et de La Malou, de Foveau de Courmelles, de Raphaël Blanchard, de Vallot, de l'abbé Moreux, et tutti quanti.

Nos confrères Maurice Faure et Sardou ont surtout essayé d'intéresser le monde scientifique par des communications et articles divers, afin d'établir empiriquement d'abord, scientifiquement ensuite, l'influence de ces radiations inconnues sur l'organisme vivant.

Laissant, un peu plus de côté, les théories de science pure, ils ont démontré expérimentalement que de même que les radiations invisibles des appareils de rayons X déterminent des troubles trophiques sur la vitalité des tissus, de même les radiations inconnues, venant des astres, nous influencent de telle manière, que parfois mort subite s'en suit.

Maurice Faure cite notamment les expériences d'un physicien des Etats-Unis, Millikan, qui, travaillant dans une région particulièrement claire et limpide d'Amérique, enregistra des radiations, dont la force est telle qu'elles traversent des lames de plomb d'un mètre 80 d'épaisseur.

Les orages de flammes et de gaz, qui éclatent dans le soleil provoquent des désordres telluriques, sur notre planète. Et les biologistes, les médecins, les physiciens de constater que, lorsque des perturbations exceptionnelles surviennent dans cet immense bouillonnement solaire, la Terre et ses habitants en ressentent les effets ; ce sont tremblements de terre, cyclones, raz de marée, coups de grisou, éruptions volcaniques.

Et parmi les humains, de véritables épidémies de suicides se produisent, des crimes absurdes. Une sorte de délire collectif semble régner sur la nature entière.

D'ailleurs, la démonstration n'est plus à faire du nombre impressionnant de morts subites, qui se produisent pendant la période des 4 à 5 jours d'évolution de chaque tache solaire.

Bien qu'en apparence la question ne paraisse pas, à première vue tout à fait semblable, j'ai été conduit à faire personnellement une série d'observations sur l'état psychique et neuro-végétatif de toute une série de malades.

Je n'insiste pas, par exemple, sur la faculté pathologique qu'ont certains sujets, qui, quelque temps à l'avance, prédisent le temps qu'il fera, à cause de douleurs, ou autres sensations pénibles, qu'ils éprouvent.

Je ne signale également que pour mémoire les observations faites, par les paysans, sur certains animaux qui, par leurs attitudes, ou leurs mouvements, annoncent un changement de temps.

Mon champ d'observations cliniques porte sur de nombreux trépanés, commotionnés et épileptiques traumatiques de guerre, qui, au nom e leur Fédération nationale, viennent me demander des consultations de droit médical.

Ainsi ai-je été conduit à me rendre compte que ces malades sont de véritables baromètres physiologiques suprasensibles. Si, d'une part, les variations barométriques peuvent d'avance les influencer, d'autres fois, la mutabilité de leurs troubles subjectifs est plus inexplicable.

Tantôt, ils sont sympathicotoniques, tantôt vagotoniques ; parfois, ils traversent des périodes de calme, alors que d'autres fois, ils ont des réactions accusées, dans un sens, ou dans l'autre, au cours de la même journée.

Le vent du midi provoque très fréquemment une excitation du parasympathique : angoisse, cafard, besoin de se mettre dans un coin, en boule, comme un animal malade. Le malade a froid, les mains moites ; il n'a du courage pour rien.

Vienne le vent du nord, ou surtout celui de l'est, dans notre région parisienne et de suite, excitation du sympathique, avec des phénomènes, qui parfois peuvent rappeler le léger basedowisme : l'œil est brillant, le malade agité, son caractère est instable, emporté, coléreux. Il a besoin de mouvements et ne peut pas tenir en place.

A un autre point de vue, j'ai constaté que des trépanés, qui, abandonnant Paris, étaient partis s'installer dans certaines régions de province, m'avouaient se trouver nettement améliorés loin de la vie bruyante de la capitale.

Certes, à Paris, l'agitation, la précipitation et

la nervosité des gens sont entretenues par le mouvement intense des rues, le bruit perpétuel ; tout le monde à l'air d'être pressé.

Cependant, je crois personnellement qu'il faut mettre en cause une autre source peu connue d'agitation : Paris constitue un vaste champ magnétique ; l'électrisation du sous-sol est considérable, avec les canalisations de force et de lumière, le retour à la terre de l'électrification du métro, des tramways, avec toutes les radiations sans fil, émanant jour et nuit de la tour Eiffel et autres postes d'émission.

Joignons à cela un air surchargé de fumées, de poussières, de produits mal carburés, ou incomplètement brûlés, ce qui nous gratifie d'un ciel bas, chargé de brume, avec parfois des brouillards intenses, qui égalent ceux de Lyon.

Je considère Paris comme une vaste cage électrique, qui nous influence et provoque en nous non seulement des courants induits, en circuit ouvert, ou fermé, mais également des répercussions magnétiques, d'origine tellurique, ou astrale.

J'ai étudié sur moi-même ces réactions : je suis un sympathicotonique et la vie fiévreuse de Paris, avec le surmenage cérébral, me provoque des insomnies, des nuits blanches, qui disparaissent dès que j'ai pu quitter la capitale pour quelques jours.

Certes, on peut discuter l'étiologie de certains de ces symptômes, surtout lorsque chez moi la sympathicotonie s'accompagne de maux de tête survenant vers 4 heures du matin.

« Prenez de la Panbiline, 3 pilules une demi-heure avant chaque repas, avec un grand verre de Reine de Vals », me conseille mon ami Plantier, d'Annonay, ce bienfaiteur discret et souvent anonyme des misères médicales.

Cependant, me fait-il également remarquer, certaines personnes sont douées d'une sensibilité magnéto-tellurique spéciale : témoin les trouveurs de sources, par l'action de la baguette de coudrier. D'autres peuvent, grâce à un petit pendule, reconnaître le sexe d'un enfant, encore dans le sein de sa mère, par l'oscillation rectiligne du pendule, dans le cas d'un garçon et la rotation en cercle, dans le cas d'une fille.

Ne sont-ce pas là des exemples, qui prouvent que certains êtres humains sont plus récepteurs, ou plus conducteurs d'électricité, ou de magnétisme terrestre que d'autres ?

Lorsque je me retrouve à Nice, dans ce cadre que j'aime tant, lorsque sur la terrasse de l'hôtel des Néréides, à la pointe du Mont Boron, à 55 mètres à pic au-dessus de la mer, je me laisse baigner de soleil, je me gorge d'horizon, de bleu d'azur et de mer infinie, je sens immédiatement la détente se produire : j'éprouve avec intensité la joie de vivre, le bonheur de sentir le beau de la nature.

Là-bas, je suis sous l'influence d'autres radiations qu'à Paris, radiations qui probablement m'arrivent parce que l'air est plus pur, plus limpide, sans brouillard.

Et je comprends parfaitement le désir de nos confrères du Littoral méditerranéen de vouloir obtenir de la municipalité de Nice les moyens d'investigations scientifiques, pour déterminer, différencier et peut-être même canaliser ces radiations ressenties, mais mal connues.

C'est à Lyon, pays de brume, où l'on a mis en honneur l'héliothérapie : chacun de nous a besoin de soleil, de s'y retremper aux vacances, de même que la plante se courbe, pour se diriger vers l'astre du jour.

Cependant, aussi bien en thérapeutique d'insolation qu'en actinothérapie artificielle, grâce aux rayons ultra-violets, il convient de doser l'absorption de ces radiations.

Ne serait-il donc pas intéressant de pouvoir différencier, reconnaître, puis doser ces influences d'origines diverses, qui nous environnent ? Toutes radiations, d'où qu'elles viennent, de la terre, des astres, du soleil retentissent sur notre vitalité, dans un sens favorable, ou dans un sens néfaste, pouvant aller jusqu'à entraîner la mort subite.

Des explications sans nombre ont été tentées, nous enseigne le Dr Sardou. Ne conviendrait-il pas mieux de permettre à nos confrères du Littoral méditerranéen de pousser scientifiquement leurs études biologiques, de concert avec des physiciens et des astronomes avertis ?

Nice jouit d'une limpidité d'air exceptionnelle. La montagne escarpée domine la mer. Il est facile d'instituer un laboratoire de recherches, dans les meilleurs conditions possibles.

Ce faisant, la ville de Nice rendrait un réel service à la science et à l'humanité, cependant que les savants du monde entier, intéressés par cette question des radiations astrales, pourraient venir dans la belle cité, non seulement comme touristes, qui cherchent le repos, à la suite de leurs labeurs, mais comme savants qui apporteraient le fruit de leurs recherches et de leurs réflexions.

Je crois à la réussite de l'entreprise de la Société médicale du Littoral méditerranéen.

Dr Paul BOUDIN.

II

## Médecine à forfait et décisions syndicales

**Un médecin exclu du syndicat peut-il continuer ses soins aux assurés sociaux ?**

Un de nos confrères syndiqués nous fait part de ses scrupules. Dans la ville où il habite, les situations à forfait sont réparties entre tous les confrères : les uns détiennent l'inspection des écoles, les vaccinations ; un autre est médecin légiste, médecin assermenté, etc..., un troisième possède le chemin de fer, ce qui constitue un poste important.

Notre correspondant est depuis de nombreuses années médecin de différentes sociétés de secours mutuels, dont il soigne les membres, qui ne peuvent pas faire partie des assurances sociales.

Or, le syndicat local met en demeure notre confrère d'avoir à abandonner sa situation de médecin de mutualité, alors que les autres confrères syndiqués continueront à détenir leurs situations officielles, tant à la mairie, qu'au département, ou au chemin de fer.

Pourquoi, nous est-il demandé, ces deux poids et ces deux mesures ? Pourquoi un seul praticien doit-il se démettre, alors que ses confrères immédiats conserveront leurs prébendes ? Pourquoi cette obligation pour un médecin de petite ville, appointé par quelques sociétés mutuelles, alors que des professeurs de Faculté, ou des personnages importants de certaines grandes villes sont les salariés de grandes fédérations mutualistes, bien que présidents, ou membres du bureau de syndicats médicaux, ou de Fédérations ?

La question, qui nous est posée, nous embarrasse fort : il faut admettre qu'un syndicat est maître chez lui et qu'il doit résoudre toutes les questions locales au mieux des intérêts corporatifs locaux, tout en s'inspirant des grandes directives votées par les assemblées générales de la Confédération.

En principe, et pour rester logiques avec leurs décisions, les médecins syndiqués devraient tous renoncer à leurs situations fixes de médecin traitant, pour que le libre choix et le tarif à l'acte médical ne soient plus une utopie, mais une réalité.

Malheureusement, il en est qui accepteraient bien une nuit du 4 août théorique, pourvu, que pratiquement, ils n'en souffrent pas.

Aussi, sur ce point particulier, pourrais-je dire que le conseil de famille local devra prendre une décision, soit à l'égard d'un confrère isolé, soit à l'endroit de tous les confrères de la localité : les directives de la décision devront s'inspirer des situations particulières, des questions de fait et de politique syndicale locale.

Si un confrère avait à se plaindre de la décision du conseil de famille, pourquoi ne proposerait-il pas à son syndicat de prendre comme arbitre le conseil de famille syndical national de la Confédération ? En cette matière arbitrale, les règles précises de la procédure et du Droit pur sont délaissées, pour que les arbitres puissent décider comme amiables compositeurs.

Mais une question tout aussi grave nous est posée : si notre correspondant se refuse à démissionner de ses sociétés mutuelles, tant que ses confrères ne se seront pas également dépossédés de leurs fixes, il sera probablement radié de son syndicat. S'il n'en réfère pas au conseil de famille national, ou si le syndicat local repousse cette juridiction toute confraternelle d'appel, la radiation du syndicat impliquera-t-elle le retrait de la qualification, pour donner des soins aux assurés sociaux ?

Si, en sa qualité de syndiqué, le confrère a déjà adhéré à la convention intervenue entre le syndicat et la caisse, il ne peut être exclu de la médecine des assurés sociaux qu'en cas de faute grave, d'actes contraires aux directives légales et réglementaires, constatées et appréciées par le conseil de famille syndical, qui prononcera un jugement dûment motivé, après audition du confrère incriminé.

Il s'agirait donc d'une pénalité prononcée contre un praticien qui aurait sciemment violé les lois et règlements sur le fonctionnement des assurances sociales.

Mais, ce n'est pas parce qu'il ne sera plus syndiqué (à la suite de sa démission, ou de sa radiation) qu'un médecin cesserait d'avoir le droit de donner ses soins aux assurés sociaux, tant qu'une pénalité syndicale d'exclusion desdits soins n'aura pas été prononcée contre lui.

La loi, comme les textes règlementaires sur les assurances sociales, admettent que syndiqués comme non syndiqués sont qualifiés pour donner leurs soins, à la condition de se soumettre aux contrôles tant de la caisse que du syndicat.

Une réponse parue au *Journal Officiel* du 6 juin 1931 est formelle à ce sujet : bien qu'il ne soit pas membre du syndicat contractant, un praticien a le droit de soigner les assurés sociaux, à la condition d'adhérer aux conventions intervenues entre le syndicat local et les caisses locales.

Exclu du syndicat, parce qu'il se refuse à démissionner des sociétés de secours mutuels, qui ne groupent que des personnes qui ne sont pas assujetties aux assurances sociales, notre correspondant n'en conservera pas moins le droit de donner ses soins aux ressortissants des caisses,

comme s'il continuait à faire partie du syndicat.

Si ce groupe corporatif croyait devoir rayer le confrère de la liste des médecins qualifiés pour donner des soins aux assurés sociaux, le praticien ainsi lésé pourrait d'abord protester auprès des caisses, en les informant qu'il continue à adhérer à la convention syndicat-caisse.

Mais, si les caisses entérinent la décision du syndicat, un recours pourrait être formé devant les tribunaux de droit commun pour abus de droit et dommage occasionné en vertu de l'article 1382 du code civil.

Nous espérons cependant qu'on n'en arrivera pas à cette extrémité : en pareille occurrence, je conseille toujours l'arbitrage devant un médecin pris en dehors des luttes locales.

Dr Paul BOUDIN.

## EN CAS DE CONTESTATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL PAR UNE Cie D'ASSURANCE, LE MÉDECIN TRAITANT DOIT ÉQUITABLEMENT, ÊTRE AVERTI

On se rappelle, peut-être, la note que j'avais fait paraître dans le *Concours* du 13 mars dernier, concernant l'heureuse décision prise par la *Réunion des assureurs* de prévenir le médecin traitant, ainsi que nous l'avions demandé, au nom de la *Confédération*, quand une Compagnie d'assurance contestait un accident du travail. Et j'avais donné comme exemple de l'application de cette décision une lettre personnelle, que j'avais reçue, me prévenant d'un accident contesté, au sujet d'un blessé que je soignais.

Mais il était un point qui n'avait pas été examiné, c'est quand (même en cas d'un accident du travail reconnu comme tel), la Compagnie d'assurance refusait de payer le médecin, parce que le patron du blessé n'avait pas continué à payer ses primes... C'était le cas que m'avait signalé un confrère, à la suite de ma note du *Concours*.

J'écrivis aussitôt à M. Dussau, président de la Réunion des assureurs, la lettre suivante qu'accompagnait la lettre même du confrère :

Mon cher Président,

A propos d'une lettre reçue personnellement au sujet d'un accident *refusé* par la compagnie d'assurance (je l'avais d'ailleurs refusé moi-même sur le certificat de constatation), j'ai fait paraître une note dans le *Concours médical* concernant l'utilité de ce *modus vivendi* à la suite d'un accord entre la Confédération et la Réunion des assureurs.

Or, je reçois la lettre ci-jointe d'un de mes confrères qui, à ce propos me fait part d'une « mésaventure » du même ordre d'idée que celle, à laquelle nous avons si heureusement remédié d'un commun accord.

Je dis « du même ordre d'idée », en réalité c'est la même question, absolument *identique*. La compagnie a refusé le *sinistre* (avec raison puisque le patron ne payait pas ses primes), mais a prévenu de ce refus *X mois plus tard* le médecin traitant, dont elle avait pourtant le certificat initial entre les mains depuis les premiers jours de l'accident.

Je viens donc vous demander de vouloir bien envoyer une *Note* aux compagnies faisant partie de la Réunion des assureurs, afin qu'elles préviennent le médecin de leur refus de reconnaissance de l'accident, *quelle qu'en soit la cause*, et en spécifiant celle relevée par mon confrère.

Vous pourriez me donner copie de cette note, si vous le voulez bien, pour que j'en fasse part à mes confrères. Cette nouvelle preuve de bonne volonté des compagnies d'assurance envers le Corps médical ne pourrait que faciliter encore les bonnes relations, que je tiens tant à mettre en valeur, et assurer des médecins traitants, la plus cordiale collaboration avec les compagnies.

Qu'en pensez-vous ? Je vous serais particulièrement reconnaissant de me dire ce que vous avez décidé à ce sujet.

Croyez, cher Monsieur, à mes sentiments les meilleurs.

Dr Fernand DECOURT.

***

A la suite de cette lettre, je recevais de M. le Secrétaire général de la « *Réunion des assureurs* », la lettre suivante, qui était accompagnée d'une circulaire de ce Groupement aux Directeurs des Compagnies d'assurance, les priant d'*avertir le médecin traitant*, dans tous les cas, où il y aurait une contestation d'assurance. Et cela « quelle qu'en soit la cause », ainsi que je l'avais demandé.

Ces deux documents me paraissent devoir présenter un certain intérêt pour nos confrères, si j'en juge les lettres que j'ai reçues à ce sujet. Aussi je crois utile de les publier dans le *Concours*.

RÉUNION
DES
Assureurs contre les accidents
du travail
—
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
42, rue de Clichy, 42
PARIS, (9e).

Paris, le 22 mars 1932,

à Monsieur le Docteur F. DECOURT

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 17 mars courant et du document, qui était joint.

J'avais remarqué et vivement apprécié la note, que vous aviez publiée dans le *Concours médical* au sujet de la décision prise par les Sociétés d'assurances de la Réunion d'avertir dans la mesure du possible le médecin traitant, lorsqu'elles contestent un accident du travail.

A la suite du cas d'espèce que vous me signalez, j'ai adressé à tous les membres de notre groupement la *Circulaire*, dont vous trouverez ci-joint un exemplaire, pour leur demander d'aviser sans délai le médecin et de le faire, quel que soit le motif de la contestation.

Vous verrez ici une nouvelle preuve de l'esprit d'entente et de bonne collaboration, que les médecins sont toujours certains de rencontrer auprès des compagnies d'assurances.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Secrétaire général,
Louis Fournier.

**Voici la CIRCULAIRE qu'ont reçue les Compagnies d'assurances, adhérentes à la Réunion des assureurs, c'est-à-dire *la très grande majorité des compagnies* :**

**RÉUNION**
**DES**
**Assurance contre les Accidents du Travail**
—
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
42, rue de Clichy, 42,
Paris (9e).

**Paris, le 19 mars 1932,**

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous rappeler que, au cours de sa séance du 17 décembre 1931, la Réunion des assureurs a recommandé à ses membres d'avertir le médecin traitant, dès qu'ils ont pris la résolution de contester la matérialité et la recevabilité d'un accident du travail ; un modèle de note établi à cet effet, d'accord avec la Confédération des Syndicats médicaux français vous a été adressé le 27 janvier dernier.

Je vous serais très obligé de bien vouloir donner à vos services les instructions nécessaires, pour qu'ils préviennent le médecin à l'aide de cette note, le *plus rapidement possible et quel que soit le motif de la contestation* (accident survenu hors du travail, déchéance opposable à l'assuré, etc.).

Un médecin me signale, en effet, qu'ayant adressé à une compagnie sa note d'honoraires de 1931, pour des soins donnés à trois accidentés employés chez le même patron, la compagnie aurait refusé de lui régler les deux derniers sinistres, qui dataient du mois de mars, arguant que le patron n'avait pas acquitté alors sa prime annuelle et qu'il n'était plus par suite garanti. Or, dès l'origine, cette compagnie avait reçu les certificats de ce praticien, mais elle avait négligé de l'avertir de la défaillance de son assuré.

Il est nécessaire — vous le comprenez — de chercher dans toute la mesure du possible, à éviter tout ce qui pourrait être de nature à créer chez les médecins des sujets de mécontentement, et je me permets d'insister tout particulièrement auprès de vous pour que vous veilliez à ce que cette mesure, dont ils ont déjà su apprécier l'esprit, soit strictement observée.

Je vous en remercie à l'avance et je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués et tout dévoués.

Le Secrétaire général,
Louis Fournier.

***

**Et maintenant, en terminant cette « mise au point », je crois qu'il est équitable de noter spécialement l'état d'esprit des dirigeants de la « Réunion des assureurs », qui trouvent « nécessaire de chercher dans toute la mesure du possible, à éviter tout ce qui pourrait être de nature à créer chez les médecins des sujets de mécontentement. »**

**Je suis certain que le Corps médical français, devant ces preuves de bonne volonté, s'efforcera, de son côté, d'éviter toute « friction » inutile. Et c'est ainsi que pourront s'établir de parfaites relations, en une harmonieuse collaboration, sincère et loyale, au plus grand profit de tous.**

Fernand Decourt.

## CLIENTS ET MÉDECINS

*Conférence publique donnée à l'Athénée municipal de Bordeaux,*

Par le Dr Alf. Pousson,

Professeur honoraire.

De tout temps, les médecins ont tenu une place importante dans la société. Aussi loin qu'on puisse remonter dans les civilisations, on les trouve mêlés à la vie publique des Etats comme à la vie privée des individus. Les noms des plus illustres d'entre eux ont été conservés parmi les philosophes, les littérateurs, les savants, les économistes, les politiques, qui ont jeté le plus d'éclat dans l'histoire de leur pays ; et, parmi la foule anonyme de ceux qui se sont cantonnés dans l'exercice de leur profession, le plus grand nombre ont mérité de leur vivant l'estime et la considération de leurs contemporains. Malgré les changements apportés dans les conditions de l'exercice de la médecine en raison de l'évolution scientifique et sociale de la médecine, les médecins doivent encore revendiquer de nos jours la place d'honneur, qu'ils ont toujours occupée dans la hiérarchie professionnelle, en dépit des critiques et des attaques inconsidérées dirigées contre eux. C'est pour faire justice de ces attaques que le Syndicat professionnel des médecins bordelais a voulu que soit exposée ce soir ouvertement, devant le grand public, une série de questions, qui, discutées dans les divers comices des médecins de France, ont créé à la suite d'une interprétation erronée un malaise qu'on ne saurait méconnaître entre les médecins et leurs clients.

En me confiant la mission d'être leur porte-parole, mes confrères m'ont fait un honneur, dont j'apprécie tout le prix. J'ai à cœur de leur en exprimer tout d'abord mes plus sincères remerciements.

Je ne saurais me dissimuler la difficulté de ma tâche. Je n'aurais osé l'entreprendre si, faisant appel à une expérience de plus de cinquante ans et mettant dans mon exposition la plus entière bonne foi, je n'avais espéré trouver dans l'auditoire d'élite, qui se trouve dans cet amphithéâtre la bienveillance et la sympathie que je me permets de solliciter.

Pour appuyer sur une base solide la discussion des diverses questions que je me propose de traiter, je crois tout d'abord nécessaire de déterminer les caractères intrinsèques, pour employer une expression fort usitée en terminologie médicale, qui distinguent la profession médicale de toutes les autres. A l'origine des temps, les malades étaient exposés sur la voie publique, afin que les passants, faisant appel à leur mémoire, indiquassent les moyens de guérison, qu'ils avaient vu réussir en pareils cas. Tout le monde était alors médecin. Plus tard, la médecine fut pratiquée dans les temples par des prêtres inspirés des dieux. Plusieurs d'entre eux furent édifiés par la reconnaissance de leurs contemporains : tel Esculape, fils d'Apollon, qui donna naissance à une longue lignée de médecins, dont le plus illustre fut Hippocrate. Affranchie par cet homme de génie du mysticisme et de la superstition, qui dominaient jusqu'alors sa pratique, la médecine perdit son caractère de sacerdoce pour devenir une profession, qui de suite s'éleva au-dessus de toutes les autres dans la considération des hommes. Cette supériorité, elle la dut à la haute conception que se firent de l'exercice de la médecine Hippocrate, ses disciples et ses successeurs. Le fameux serment, qui porte son nom et en résume les principes, est demeuré à travers les siècles la charte du corps médical.

Outre le dévouement de tous les instants, l'abnégation allant jusqu'au sacrifice, bien d'autres obligations sont exigées du médecin. Pénétrant dans les familles, il est le témoin de bien des événements domestiques, il surprend bien des secrets ou en devient le dépositaire, son immixtion à la vie intime de ses clients lui crée des devoirs, que ne connaît aucune autre profession. Ce sont ces devoirs moraux, qui font la grandeur et la dignité de l'art, qu'il exerce. Mais, ce qui donne à la médecine sa supériorité sur toutes les autres professions, ce sont les lourdes et redoutables responsabilités vis-à-vis de sa conscience qu'encourt celui qui la pratique, dans sa lutte contre la souffrance et la mort.

La noblesse de la profession médicale a été reconnue chez tous les peuples, comme je le disais au début de cet entretien ; les plus grands philosophes l'ont célébrée, les chefs de nations, les grands, avaient leurs médecins, qui souvent devenaient leurs conseillers pour toutes autres choses que le soin de leur santé. Mais, me direz-vous, votre art a fait l'objet des railleries et des sarcasmes, qui de nos jours encore ne lui sont pas épargnés. A la vérité, les épigrammes de Lucien et de Martial ne visaient que les charlatans et les empiriques, qui pullulaient à Rome sous le Bas-Empire, et, au siècle du grand roi, les bouffonneries de Molière s'adressaient au formalisme ridicule des médecins plutôt qu'à leur savoir et à leur honnêteté. Ces critiques, plus spirituelles que méchantes, qui pendant longtemps n'ont fait qu'effleurer la personnalité de certains médecins, ont pris hélas ! de nos jours, un caractère offensant et injurieux et tendent à se généraliser à l'ensemble des praticiens. La cause en est dans le nombre croissant des médecins, dont les besoins de la vie font fléchir les consciences de quelques-uns ; elle est surtout dans ce flot montant de médecins marrons, qui, tirant

profit des lois d'assurances contre les blessures et les maladies professionnelles, attirent ces malheureuses victimes dans leurs cabinets, leurs cliniques et leurs instituts, et, retardant leur guérison ou aggravant leur état, exploitent les accidents de travail, rançon sacrée de l'activité humaine, à l'instar d'un produit commercial.

Hélas ! comme toutes les professions, la profession médicale compte des membres indignes, mais elle n'en compte pas plus que les autres. La publicité donnée par les journaux aux poursuites, dont ils sont l'objet, en a fait considérablement exagérer le nombre dans l'esprit public, et bien des praticiens honnêtes, surtout parmi les chirurgiens, sont confondus avec la tourbe des forbans de la médecine, lorsque, à la suite d'une complication ou d'un accident survenu en dépit de leur savoir, de leur sagesse thérapeutique, de leur prudence et de leur habileté opératoire, ils sont appelés en responsabilité civile devant les tribunaux.

En élargissant leur champ d'action, les progrès réalisés dans l'art de guérir ont augmenté les responsabilités de ceux qui l'exercent. Mis au courant par la grande presse de toutes les victoires remportées sur la mort par l'application des découvertes de laboratoire au diagnostic et à la pratique des maladies médicales et par le perfectionnement sans cesse croissant des méthodes et procédés opératoires appliqués aux affections chirurgicales, le public tend de plus en plus à imputer aux médecins l'échec partiel ou total d'un traitement malheureux. Quelque prestigieux qu'aient été ces progrès, la médecine de nos jours est, et demeure comme au temps d'Hippocrate, un art conjectural, et elle n'atteindra jamais, si grands que soient les efforts des savants scrutant les problèmes biologiques, la précision mathématique des sciences exactes. Le médecin appelé à soigner un malade ne saurait être assimilé à un architecte chargé d'édifier une maison, ou à un ingénieur appelé à construire un pont. Tandis que ces derniers mettent en œuvre des matériaux inertes, dont ils peuvent et doivent calculer la résistance, et les agencent selon les règles d'une tactique immuable, les médecins agissent sur de la matière vivante, dont les réactions, déjà difficiles à déterminer à l'état de santé, le deviennent davantage à l'état de maladie. La responsabilité de l'architecte et de l'ingénieur demeure dans tous les cas entière, celle du médecin ne peut être mise en cause que dans certaines circonstances.

En dépit des recherches des biologistes sur la résistance de l'organisme, la pratique de la médecine et de la chirurgie comportera toujours de redoutables aléas. Si grande que soit la puissance actuelle de notre art et qu'elle puisse le devenir, cette puissance aura toujours des limites.

Puisque je viens de signaler un des inconvénients des articles de vulgarisation scientifique, je voudrais en quelques mots attirer votre attention sur les conséquences fâcheuses, que présente cette abondante littérature médicale, à laquelle les journaux de notre époque ouvrent si largement leurs colonnes. Je dois à la vérité de reconnaître que certains de ces articles constituent des chapitres de pathologie, qui ne seraient pas déplacés dans les meilleurs manuels classiques. C'est là précisément ce qui fait leur danger, car, présentant la synthèse des maladies sans tenir compte des modalités cliniques, ils conduisent les profanes se soignant eux-mêmes à des erreurs thérapeutiques contrariant l'évolution du mal, l'aggravant ou demeurant sans effet ; si, dans cette occurrence, un médecin est enfin appelé, la médication la plus rationnelle risquera d'échouer, l'heure de la guérison étant passée.

Un autre danger de la vulgarisation des connaissances médicales est de jeter l'alarme dans l'esprit de certains sujets et d'en faire des malades imaginaires. Ce danger se trouve surtout dans les annonces vantant les vertus d'un grand nombre de spécialités pharmaceutiques. Tout sujet, qui, par sa nature, est enclin à se préoccuper outre mesure de sa santé, les surmenés et plus souvent encore les désœuvrés, trouve toujours dans l'énumération des troubles morbides, que combattent ces spécialités, quelques symptômes sur lesquels il concentre son attention et qui, prenant corps dans son imagination, en font bientôt un nosomane. Aussi bien s'empresse-t-il, sans consulter son médecin et au risque de nuire à son organisme tout entier, d'acheter le produit qui doit le guérir. Bien qu'à mon avis l'annonce de ces spécialités pharmaceutiques trouverait mieux sa place dans les publications médicales, je ne crois pas qu'on puisse en demander la suppression dans les organes de la grande presse ; ce serait léser un très grand nombre d'intérêts, mais il est du devoir du corps médical de mettre en garde le public contre leur emploi, sans avis préalable du médecin. Reconnaissons d'ailleurs que le plus grand nombre des fabricants de ces médicaments recommandent de recourir aux conseils d'un praticien, avant d'en user.

Il est un autre genre de publicité médicale, qui devrait être réglementée au nom de l'hygiène et de la probité commerciale ; elle a trait à ces annonces qui, ne reposant sur aucune base scientifique, promettent la guérison de toutes les maladies en prônant l'empirisme le plus grossier. Ouvrez un grand quotidien, quelle que soit l'opinion politique qu'il défende dans ses colonnes, vous verrez qu'il s'accorde avec ses confrères pour vanter le traitement des maladies les plus diverses, depuis le pipi au lit jusqu'aux affections les plus graves des grands viscères de l'économie. C'est en vain que l'on chercherait au bas de ces promesses les noms des médecins, dont je flétrissais, il y a un moment, les agissements. S'il y a parmi eux des docteurs munis de leur diplôme, ils le cachent soigneusement et s'abritent derrière le masque des professions les plus honorées et les plus désintéressées : moines, prêtres, religieux, professeurs, philanthropes, pour présenter leurs orviétans. Ah ! qu'ils connaissent bien la psychologie de la gent malade, ces dupeurs de la crédulité publique. A lire

les cures de toutes les affections, qui peuvent frapper le genre humain, promises dans ces réclames, on se demande comment il y a encore des clients assez naïfs pour fréquenter les cabinets des docteurs en médecine.

Malgré tous les déboires et les risques de la profession médicale, malgré le discrédit jeté sur elle par ceux qui l'exercent sans honneur, le médecin honnête, tel que le voulait Hippocrate dans la personne de ses disciples, existe encore de nos jours dans toute sa dignité professionnelle et sa valeur. Mais les changements, survenus dans l'exercice de son art par suite des progrès de la science et de l'organisation de la médecine sociale, lui ont fait perdre sa physionomie morale d'autrefois et porté atteinte à sa respectabilité.

Naguère, le médecin, étendant sa compétence à l'universalité des affections, donnait ses soins à tous les malades de sa clientèle, et s'il faisait appel dans les cas graves au concours d'un confrère, c'était moins souvent pour obtenir un conseil que pour mettre à couvert sa responsabilité ; le client lui-même ou les siens ne réclamaient une consultation qu'exceptionnellement et en y mettant toutes les formes pour ne pas blesser leur docteur de famille. La consultation faite et les honoraires du consultant réglés, le médecin traitant continuait ses soins, et ni le patient ni les parents ne songeaient à faire appeler le consultant en sous main. La complexité du savoir médical et la création des spécialités, en morcelant le domaine du praticien, ont porté un premier coup aux règles, qui pendant des siècles formaient comme la charte du corps médical dans ses rapports avec ses clients. A l'heure actuelle, les clients les plus attachés à leur docteur n'hésitent pas, pour peu que sa thérapeutique paraisse flottante ou inopérante, à aller consulter ou à faire appeler à leur domicile, à son insu, un autre médecin. Ainsi se sont relâchés les liens moraux unissant le médecin à la famille, dont il était jadis le conseiller dans toutes les questions intéressant sa santé et son hygiène, l'arbitre écouté dans toutes les décisions à prendre pour l'avenir de ses membres : profession, mariage, etc. Petit à petit, tend à se dissoudre cette traditionnelle union psychologique entre médecins et clients, génératrice de confiance réciproque, qui, dans les heures angoissantes où le médecin reste désarmé, heures que les progrès de la science n'empêcheront jamais de sonner au cadran de la vie, ouvre la porte à l'espérance.

Sans méconnaître les bénéfices que peut en retirer un malade dans les crises graves d'une affection aiguë ou au cours de la lente évolution d'une affection chronique, il convient de mettre en garde la clientèle contre les inconvénients et les dangers mêmes des consultations en dehors du médecin habituel. Si, sous l'influence des conseils d'une sommité, en qui le malade a mis sa foi, des modifications surviennent dans son état psychique qui aident à la guérison dans les affections chroniques, ces conseils ne peuvent que procurer des trêves décevantes. C'est surtout dans les maladies de longue durée, comme la tuberculose et le cancer, que l'abus des consultations, demandées à plusieurs médecins à l'insu des uns et des autres, offre de grands dangers. Chacun d'eux interprétant à sa façon les grandes lois de la physiologie pathologique, chacun ayant sa conception des réactions organiques, chacun ayant son opinion sur l'action de telle médication, de telle méthode de traitement, n'est-il pas à craindre que les résultats, qu'il escompte de sa thérapeutique, ne soient annihilés et contrariés par le traitement prescrit par ses confrères et que même l'état du malade en soit aggravé ? La coopération de plusieurs médecins au traitement d'une maladie ne vaut que par la coordination. Il appartient au médecin traitant de l'assurer en provoquant une consultation dans les cas embarrassants et en se gardant de s'y soustraire, lorsque le malade ou sa famille en manifeste le désir. Que les clients soient persuadés qu'un praticien, vraiment instruit et conscient de ses devoirs, ne saurait souffrir dans son amour-propre de cet appel à un confrère, car, en acceptant avec empressement son concours et mieux encore, en en prenant l'initiative, il fera preuve de perspicacité clinique et de volonté de guérir celui, dont la vie lui a été confiée. Ainsi il gagnera en autorité et en prestige. C'est surtout dans les maladies chroniques que la fidélité au médecin familial doit demeurer intangible, et il serait à désirer que les parents des malades traînant la lente agonie des maladies du cœur, du foie, du cerveau, du cancer, de la tuberculose, se pénétrassent de cette vérité que, sans se priver des lumières des personnalités s'étant acquis une grande réputation dans le traitement de ces affections, ils ont le plus grand intérêt à ne pas rompre avec leur docteur habituel. Comme je l'ai dit précédemment, par leur vertu psychique, les avis des sommités incidemment consultées ne sont pas sans effet dans les maladies chroniques, mais combien éphémères ! Lorsque le malheureux patient voit invariablement revenir ses souffrances après chacune des consultations qu'il a sollicitées, sa confiance dans la médecine s'ébranle, de déception en déception il perd tout espoir, il comprend l'incurabilité de son mal. C'est alors que pour obtenir quelque soulagement il retourne à son médecin de famille comme vers un hâvre, qu'il n'aurait jamais dû perdre de vue.

L'organisation de la médecine sociale est la seconde cause qui, en faisant sortir le rôle du praticien du cadre de la famille pour l'étendre à la collectivité, a contribué à relâcher les liens d'union des clients et des médecins. Jusqu'au milieu du XIXe siècle, sous la monarchie comme après la Révolution de 1848, l'aide aux malades et aux infirmes était dispensée par des œuvres privées. Le concours des médecins ne leur faisait pas défaut et tous avaient à honneur d'y participer, sans préoccupation de rémunération pécuniaire. Ce n'est qu'en 1848 que l'on voit figurer dans le préambule de la Cons-

titution le mot assistance, qui résume le devoir de fraternité que l'Etat a à remplir vis-à-vis des déshérités de la vie. Pour la première fois, disait le ministre Dufaure, le précepte chrétien, qui a renouvelé la face du monde il y a dix-huit siècles, allait devenir la base de tout un code administratif. A cet effet, fut élaboré par le Gouvernement un vaste programme, dont la réalisation, poursuivie pendant des années à une allure lente et régulière, a pris tout à coup de nos jours un rythme accéléré pour aboutir à la loi des assurances sociales. Qu'il s'agisse de l'assistance médicale, de l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, de l'assistance aux femmes en couches et aux mères allaitant leur enfant, des accidents du travail, de la prévoyance, et j'en oublie, l'Etat, en organisant sous ces diverses formes la bienfaisance officielle, a été obligé de faire appel au concours du corps médical, de le plier à l'observation de règles et de règlements et de faire de ses membres, en fait sinon en droit, des fonctionnaires. Dès lors s'est modifiée la mentalité des médecins, ne considérant plus comme un devoir de conscience de se dévouer aux soins des malheureux, mais comme une charge publique. Tous les gens dénués de ressources étant désormais soignés aux frais des collectivités (Etat, départements, communes), et assurés contre les risques des maladies et des accidents par de puissantes compagnies, qui en tirent bénéfice, serait-il équitable que seul le médecin, qui, par son savoir et son dévouement, assure la réalisation de ces lois humanitaires, ne touche aucune rémunération ? Le corps médical, continuant la tradition transmise par ses ancêtres, a donné sans marchander son concours aux œuvres d'assistance médicale, aux indigents, mais il s'est ému lorsqu'à l'application de la loi des assurances sociales, loi de prévoyance et non d'assistance, on a voulu lui imposer sans une juste rétribution un rôle des plus délicats, mettant à l'épreuve sa science et sa conscience et engageant sa responsabilité. De là l'agitation de la corporation des praticiens dans ces dernières années, pour être au moins défrayés honorablement du temps consacré aux soins des assurés et aux multiples formalités exigées pour le fonctionnement d'une loi, qui a fait l'objet de tant de critiques de la part des employeurs, assurant les versements à la caisse, et des ouvriers eux-mêmes, qui en bénéficient. Les pourparlers longs et pénibles qu'ont dû entreprendre les syndicats médicaux avec l'autorité supérieure pour faire triompher leurs légitimes revendications, bien que poursuivis avec un esprit des plus conciliants, n'ont pas toujours été jugés avec aménité par tous, et je ne suis pas sûr que le bon renom de la profession n'en eût pas souffert, si elle n'avait eu pour base des siècles de noblesse.

Sans laisser aller son âme aux conceptions trop généreuses de ceux, qui voudraient considérer l'exercice de la médecine comme un sacerdoce, on ne peut méconnaître que la profession médicale se différencie des autres par quelque chose qui l'idéalise. Autrefois les familles ne se considéraient pas comme quittes envers leur médecin lorsqu'elles lui avaient versé leurs honoraires ; elles lui conservaient une dette imprescriptible de reconnaissance. Ce lien moral n'existe plus guère, et le médecin de nos jours est considéré, dans l'esprit d'un bon nombre, comme exerçant, dans le cadre de l'honnêteté et de la probité en affaires, un métier ne se différenciant pas de tous les autres.

*(à suivre)*

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...J'ai toujours eu trop grand respect de la personnalité d'autrui pour avoir cherché à incliner qui que ce soit dans mon sens ...*

(André Gide).

**DCXIII. — Stendhal. — Mélanges d'Art.** Salon de 1824 ; Des Beaux-Arts et du caractère français ; Les Tombeaux de Corneto ; Notes d'un dilettante. Etablissement du texte et préfaces par Henri Martineau. Un vol. 10 × 16 tiré à 1.825 ex. numérotés. *Editions Le Divan,* Paris, 1932.

Cette affirmation de tolérance surprend un peu dans la bouche de Monsieur Gide. Je la verrais, à peine teintée d'un peu plus d'ironie condescendante, mieux à sa place, si elle eût été signée de Stendhal, et glissée au cours de ces articles de *journaux* ou de *revues* que Monsieur Martineau a très ingénieusement regroupés pour nous présenter un aspect très particulier de l'œuvre de Beyle: critique d'art, archéologue, critique théâtral.

Avec l'extraordinaire vivacité de son jugement S. devait se montrer, au cours de ces exposés, juge redoutable et très averti. L'éloge et le blâme ont une souple fermeté : aiguisée encore par les dimensions limitées et la rapidité de composition qu'exige la véritable « copie ». Ecrites avec un mordant et une pénétration incisive, ses chroniques comportent en prolongement de très précises constatations objectives des impressions plus générales, des vues d'ensemble touchant la peinture, la sculpture, la musique au théâtre. Pour chacun de ces chapitres, où se déploient avec une extrême richesse d'inspiration l'originalité et la pénétration aiguë de son sens critique, il excelle à noter en formules enjouées ou caustiques, lapidaires ou très harmonieusement

construites, le potentiel d'émotion artistique que renferme chacun des spectacles où se fixa son attention. Il est miraculeux que ces constatations n'aient pas vieilli : leur paradoxale jeunesse tient sans doute à leur justesse et au tour saisissant de leur spontanéité. Ce n'est pas un des moindres avantages du journalisme que d'obliger la pensée à fixer, sans retouches ni repoli, les idées et les sentiments dans leur fraîcheur première et leur exubérance. A cette gymnastique de l'esprit S. devait montrer une singulière virtuosité, et son talent en se jouant se prête au rythme très spécial de cette écriture. La corrosive nonchalance de Monsieur Bergeret, la massive solennité de célèbres Aristarques contemporains s'y essoufflent, par comparaison avec une touchante application. Dans ces *Mélanges* eussent-ils trouvé peut-être le secret et la formule, qu'il est fort malaisé de définir, et qui résident probablement en dernière analyse dans la sincérité de l'écrivain.

Ce recueil (comme ceux qui l'ont précédé dans cette remarquable collection de textes stendhaliens, que s'attache à nous révéler Monsieur Martineau) est éclairé d'une préface et accompagné de notes, qui nous conduisent de plain-pied à ces recessus de l'activité littéraire de Stendhal et nous en expliquent le développement. La présentation typographique est très soignée (sur un vergé d'excellente tenue) et d'une sobre distinction.

DCXIV. — Docteur SECRET et Fernand CAUËT. **Le Beffroi.** 1900. Revues et régionalisme. Un vol. 14,5 × 19,5. *Editions Messein,* Paris, 1932. 10 francs.

Les académies de province sont quelquefois de brillants foyers littéraires. Il en est aussi parmi elles qui ont l'éclat discret de veilleuses : à leur « obscure clarté », quelques vieux messieurs se réunissent pour somnoler en paix ou radoter doucement en commun. L'Académie d'Amiens est de la première catégorie et quand elle admit en son sein notre distingué confrère, le Dr Secret, ce fut prétexte à une cérémonie dont les fastes furent transcrits dans la très intéressante plaquette commémorative intitulée « *Le Beffroi* » (1).

Le discours du récipiendaire évoque avec une modestie soutenue ses souvenirs littéraires du calme commencement du siècle. Quelques grandes ombres : Samain, Dorchain, Pergaud, Deubel ; la naissance du régionalisme littéraire, (où il me semble que notre confrère ne fait pas une place suffisante à Mistral et au félibrige) ; un hymne de reconnaissance aux amis vivants.

Et Monsieur Cauët, chargé d'accueillir le nouvel académicien, prend à son tour la parole. L'éminent professeur de Lettres, avec un style chantant de poète et de pur lettré, avait composé un très remarquable morceau d'éloquence, où j'ai été particulièrement frappé de l'analyse consacrée aux rapports de la médecine et de la littérature. Il laisse affleurer les épines sous les fleurs dont il couvre le nouvel académicien, comme il est de règle en ces sortes de solennités. Son discours est un très remarquable exercice de discours français, paré de toutes les qualités du genre : finesse, esprit, souci de la forme, noble balancement, sans recherche, du vocabulaire et du mouvement oratoire.

(1) Du nom de la revue d'avant-guerre dont le Dr Secret fut un des premiers et des plus fidèles collaborateurs.

DCXV. — André GIDE. — **Jacques Rivière.** Une plaquette 12 × 19 tirée à 300 ex. numérotés : Japon, Hollande, velin d'Arches, dans la collection « Le Livre Neuf ». *Editions de la Belle Page,* Paris, 1931.

Monsieur Gide pense que la juste notoriété dont il jouit le dispense de surveiller d'aussi près les ébats de sa syntaxe. Je suis navré de le remarquer à propos du bel hommage qu'il rend avec un fervente émotion à Jacques Rivière. Il consacre à la mémoire de son ami disparu une lucide et brève analyse, juste et aussi attentive qu'il la devait au plus indépendant et au plus fier de ses disciples. La typographie est d'une magnifique ordonnance, en Baskerville d'une insigne pureté.

DCXVI. — D. H. LAWRENCE. — **L'Amant de Lady Chatterley,** Roman. Un vol. 12 × 19. Traduit par F. Roger-Cornaz. Préface d'André Malraux. *Editions N. R. F.,* 1932.

On a mené grand tapage autour de ce livre. Il me semble inique d'accuser le grand écrivain qu'était Lawrence d'avoir suivi une inspiration purement pornographique, d'avoir cherché un succès d'édition en flattant les bas instincts de son lecteur. Ce serait indigne de son vigoureux talent. Il me semble plus juste de chercher les raisons qui l'ont conduit à écrire, avec cette impitoyable minutie de romancier anglais, un scabreux *Précis* de physiologie érotique. La place me manque pour développer l'hypothèse la plus vraisemblable. Lawrence était malade : on connaît la redoutable excitation du sens génésique qui consume ses pareils. Elle explique la richesse des descriptions spéciales. Pour comprendre le livre, il nous faut aller un peu plus loin dans le psychisme du bacillaire intelligent et *aigri* : il a conscience obscure de sa fin dans le cas particulier. Et pour adoucir les regrets qu'éveille en lui son détachement progressif, irrémissible, de la vie, il s'acharne posément à nous exposer les chienneries du « bien-portant », la bestialité de cette femme, la cynique hideur de son appétit (si

appétit on peut dire) ! Vu sous cet angle, je trouve son livre beaucoup plus cruel qu'obscène. Et ce Clifford, ce mari bafoué, diminué par ses infirmités, est-il bien difficile d'y voir la réplique de l'écrivain, et de l'autobiographie dans sa sereine résignation de mort vivant parallèle à celle, que l'écrivain veut se forger pour glisser sans douleur jusqu'à sa tombe ! A la faveur de ces quelques considérations, ce roman (1) prend une grandeur humaine singulière. Le relent d'ordure, l'odeur suspecte de ses pages s'évanouit. Et je me prends de pitié pour le douloureux rictus du malheureux, qui se forçait à caricaturer, pour les moins regretter, les joies physiques, dont la poigne solide de la Mort l'éloignait tous les jours davantage.

DCXVII. — Commandant BAUDESSON. — **Au Pays des Superstitions et des Rites.** Un vol. in-8° écu avec 40 gravures hors texte et une carte. *Editions Plon*, Paris, 1932, 20 francs.

Voici exposées par un officier qui vécut de longues années au milieu d'eux, les mœurs et les coutumes des indigènes des peuplades incultes de l'Indochine. Le récit très détaillé de leurs manifestations est extrêmement attachant et conduit avec une méthode, soucieuse de ne rien omettre de l'essentiel et du pittoresque. Vie sociale, vie religieuse, vie psychique, vie intellectuelle donnent matière (à propos de chacun des deux grands groupes ethniques étudiés) à une présentation, où l'absence de toute forfanterie (qui grève d'ordinaire les ouvrages de cet ordre) augmente très nettement l'intérêt de ces excellentes observations qu'étoffent discrètement quelques considérations d'ethnographie comparée.

DCXVIII. — Sinclair LEWIS. — **Coups de Pompe gratis.** Roman. Un vol. 12 × 19 traduit de l'anglais par Maurice Rémon. *Editions Albin Michel*, Paris, 1932, 15 francs.

Ce gros roman est très drôle. Humour, naïveté, douce sentimentalité ronronnante ; des pages remarquables d'entrain, de drôlerie ; quelques-unes plus floconneuses. Dans l'ensemble cette gaieté un peu grosse, correcte et enfantine, de l'Américain pour qui la bourrade au creux de l'estomac reste un moyen direct d'exprimer la joie et la vivacité de la sympathie.

**Varia** ***

Parmi les collections littéraires, qui ont vu le jour au cours de ces dernières années, il en est une sur laquelle peu de bruit s'est fait : celle des *Images du Temps.* Je vous ai présenté, il y a longtemps déjà, deux de ses volumes : *Fugues sur Siegfried* et *Cahier d'idées et d'impressions.* Si j'y reviens aujourd'hui, c'est pour vous signaler que le décès de l'éditeur vous permet d'acquérir la collection complète sur Japon (dix volumes) à des prix extrêmement intéressants. Les papiers ordinaires sont épuisés. Monsieur Dorbon-Aîné, le libraire parisien, 19, boulevard Haussmann, vous donnera toutes précisions.

* *Le Divan* (février-mars) donne une excellente étude (à suivre) sur Raymond Schwab ; une petite chinoiserie philosophique de Louis Thomas ; trois bons petits poèmes de Philippe Chabaneix. Le poème, auquel Schwab travaille depuis quinze ans sous le titre de *Nemrod*, est sous presse. La souscription est ouverte, nous dit le Divan, aux *Editions de la Pléiade.* La revue des nouveautés littéraires est effectuée comme de coutume, en fin de numéro. Vous aurez le plaisir d'y lire, sur quelques-uns des livres ici examinés, des opinions fort différentes de celles que j'ai pu exprimer, sur le Lawrence en particulier qui est sommairement exécuté, comme s'il se fut agi d'une œuvre commerciale de Monsieur Victor Margueritte.

28 mars 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles...

## Syndicat médical de Chartres

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 29 NOVEMBRE 1931 A L'HÔTEL-DIEU.

### Modification aux statuts.

ARTICLE 1. — Sont ajoutés à la fin de cet article les mots : « Syndicat affilié à la Fédération départementale. »

ARTICLE 10. — Modifié.

Les trois derniers paragraphes sont remplacés par celui-ci : « Tout différend soumis au Bureau et non « solutionné par celui-ci à la satisfaction des deux « parties sera transmis au Conseil de Famille dépar- « temental. »

### Budget.

| | | |
|---|---|---|
| En caisse le 26 octobre 1930 | | 346 88 |
| *Recettes* | | 3.900 » |
| Total | | 4.246 88 |
| *Dépenses* : | | |
| Cotisation à Confédération pour 39 membres | 1.950 50 | |

(1) La traduction est très inégale : zébrée de passages lamentablement négligés.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisation à Fédération pour 40 membres | 600 » | |
| Déjeuner Orléanais | 398 15 | |
| Indemnités de présence | 295 » | |
| Secrétariat et trésorier | 278 50 | |
| L'Assemblée décide le dernier remboursement de 50 fr. aux 6 membres créanciers du Syndicat pour l'Hôtel Chambon, soit | 300 » | |
| Total des dépenses | 3.822 45 | 3.822 45 |
| En caisse le 29 novembre 1931 | | 424 43 |
| En plus : 1.000 fr. représentés par 10 actions de 100 francs | | 1.000 » |

La cotisation reste à 100 fr. *plus 20 fr. pour contrôle assurances sociales*, soit globalement 120 fr. qui seront recouvrés par le trésorier du Syndicat.

L'indemnité de présence reste à 10 fr.

**Assistance médicale gratuite.**

Le secrétaire expose les difficultés d'application de l'art. 59 des assurés indigents et le vœu transmis au Préfet et au Conseil général. Des instructions seront données ultérieurement.

**Fisc et remplaçants.**

Le Secrétaire donne tous renseignements utiles pour permettre aux médecins de comprendre les dépenses de remplacement sans sortir de la légalité.

**Assurances sociales.**

La nomenclature indiquée colonne 1 du tarif imprimé subira quelques modifications pour la mettre en concordance avec la nouvelle nomenclature officielle parue au mois de décembre. Elle serait mise en vigueur, d'accord avec les Caisses, le 1er mars 1932, date de renouvellement de la convention. Pour toute autre question, lire le compte rendu de la Fédération qui paraîtra dans le *Centre médical*, les *Archives de Province* et le *Concours médical*.

*Le Secrétaire* :

Docteur Poirel.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Laboratoire d'anatomie pathologique** (Professeur : M. G. Roussy.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire. Ce cours comprendra seize leçons, commencera le lundi 9 mai 1932, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties :

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Programme des conférences. — 1. Généralités sur l'instrumentation nécessaire ; numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2. Le sang sec, technique d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3. Le sang sec : globules blancs et formule leucocytaire. — 4. — Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6. Les anémies pernicieuses,. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8. Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9. Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. le Docteur Benda (chef de clinique). — 10. La réaction de fixation (B. W.). Le principe. — 11. La réaction de fixation (B. W.). Les dosages. — 12 et 13. La réaction de fixation (B. W.). Les méthodes. — 14. Les méthodes de floculation, par M. le Docteur Targowla. — 15. Cytologie des épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien (Réactions biologiques), par M. le Docteur Targowla (ancien chef de clinique). — 16. Les propriétés physiques appliquées au sang (pH Cryoscopie, viscosité, etc.), par M. le Professeur agrégé Sannié.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences.

Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Laboratoire de parasitologie.** (Professeur : E. Brumpt.) — *Mycologie. Théorique et clinique.* (vingt-quatre manipulations sous la direction du Docteur Maurice Langeron.) — Le but de cet enseignement, essentiellement pratique, est d'exercer individuellement les élèves à toutes les manipulations nécessaires pour l'étude des champignons pathogènes. Les élèves prépareront donc eux-mêmes leurs milieux de culture et feront chacun les ensemencements, inoculations, colorations, etc.

La durée de l'enseignement est de 24 jours. Les séances auront lieu tous les jours à 15 heures, du 2 au 31 mai 1932 :

1. Lundi 2 mai : Méthodes d'étude des champignons. Matériel nécessairee. Milieux naturels et artificiels. Ennemis des cultures, moyens de les détruire. Préparation et stérilisation de la verrerie.

2. Mardi 3 mai : Préparation des milieux artificiels solides : géloses glycosées, gélose de Gorodkowa.

3. Mercredi 4 mai : Préparation des milieux liquides : bouillon glycosé et eau de pommes de terre.

4. Vendredi 6 mai : Préparation des milieux naturels : grains, paille, champignons, crottin de cheval.

5. Samedi 7 mai : Méthodes d'isolement des champignons pathogènes en partant des lésions. Méthodes d'ensemencement. Méthodes d'inoculation. Animaux sensibles. Causes d'erreur. Fausses mycoses et pseudomycoses.

6. Lundi 9 mai : Technique des microcultures.

7. Mardi 10 mai : Morphologie générale des champignons : appareil végétatif, appareils sporifères et reproducteurs.

8. Mercredi 11 mai : Classification des champignons. Classification des hyphomycètes.

9 et 10. Jeudi 12 et vendredi 13 mai : Les microsiphones et les actinomycoses. Méthodes de diagnostic et d'étude. Milieux spéciaux. Plan de l'étude d'un actinomycète.

11 et 12. Samedi 14 et mardi 17 mai : Les mycoses à thallosporés. Blastomycoses ; vraies et fausses blastomycoses. Plan de l'étude d'un blastomycète. Préparation des milieux au moût de bière. Méthode des petites fermentations de Lindner.

13 et 14. Mercredi 18 et jeudi 19 mai : Les mycoses à conidiosporés : sporotrichoses, aspergilloses ; etc. Méthodes de diagnostic et d'étude. Inoculations.

15 et 16. Vendredi 20 et samedi 21 mai : Les mycoses à ascomycètes. Place des ascomycètes pathogènes dans la classification. Importance de ces mycoses généralement méconnues, auxquelles se rattachent diverses blastomycoses, teignes, aspergilloses, mycétomes, etc.

17 et 18. Lundi 23 et mardi 24 mai : Les mycoses à ascomycètes (suite) : dermatophytes ou champignons des teignes. Eléments morphologiques. Classification. Méthodes d'isolement et d'étude.

19 et 20. Mercredi 25 et jeudi 26 mai : Les mycoses à phycomycètes : mucormycoses et chytridiomycoses (ces dernières confondues avec les blastomycoses).

21 et 22. Vendredi 27 et samedi 28 mai : Les mycétomes. Classification de ces tumeurs mycosiques : actinomycoses, maduromycoses, pied de Madura. Méthodes de diagnostic et d'étude.

23 et 24. Lundi 30 et mardi 31 mai : Les phénomènes de sexualité chez les champignons, leur importance pour l'étude et la classification des espèces pathogènes.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit d'inscription est de 400 francs.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laënnec. Dispensaire Léon-Bourgeois, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. Léon Bernard.) — *Cours complémentaire de chirurgie pulmonaire.* — Un cours de vingt leçons sur la chirurgie de l'appareil respiratoire sera fait sous la direction du Docteur Proust, agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec, avec la collaboration du Docteur Maurer, chirurgien des hôpitaux, du Docteur Rolland, assistant à l'hôpital Laënnec et du Docteur Triboulet, chef de clinique.

Ce cours comprendra : Des leçons faites à l'hôpital Laënnec qui auront lieu dans la salle des conférences de la Clinique, tous les jours (sauf le dimanche) à 16 heures ; quatre leçons de démonstration opératoire qui auront lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e), les 28, 30 avril et 2, 4 mai, à 15 heures.

1° *Salle des Conférences de la clinique.* — Lundi 18 avril, à 16 heures, Docteur Maurer : Les Thoracoplasties paravertébrales. — Mardi 19 avril, à 16 heures, Docteur Proust : Apicolyse. — Mercredi 20 avril, à 16 heures, Docteur Maurer : Thoracoplasties élargies. — Jeudi 21 avril, à 16 heures, Docteur Maurer : Thoracoplasties d'indication pleurale. — Vendredi 22 avril, à 16 heures, Docteur Proust : Kystes hydatiques du poumon. — Samedi 23 avril, à 16 heures, Docteur Maurer : Abcès du poumon. — Lundi 25 avril, à 16 heures, Docteur Maurer : Dilatation des bronches. — Mardi 26 avril, à 16 heures, Docteur Proust : Traitement des plaies du cœur et du péricarde. — Mercredi 27 avril, à 16 heures, Docteur Maurer : Traitement des pleurésies purulentes.

2° *Amphithéâtre des hôpitaux,* 17, rue du Fer-à-Moulin (Ve). — Jeudi 28 avril, à 15 heures, Docteur Maurer : Phrénicectomie et scalénotomie. — Samedi 30 avril, à 15 heures, Docteur Maurer : Thoracoplasties paravertébrales. — Lundi 2 mai, à 15 heures, Docteur Proust : Apicolyse et désarticulation costale. — Mercredi 4 mai, à 15 heures, Docteur Maurer : Les Thoracoplasties élargies.

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine** (Professeur : M. Fernand Bezançon.) — *Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire,* par MM. F. Bezançon et P. Braun, avec la collaboration de MM. M.-P. Weil, L. de Gennes, Et. Bernard, A. Jacquelin, R. Azoulay, V. Tribout, Duchon, J. Destouches, R. Wahl, Duruy, J. Delarue, V. Oumansky, Mme J. Frey-Ragu, Mlle J. Scherrer, M. A. Meyer.

Lundi 18 avril, V. Oumansky : La tuberculose du cobaye. — Mercredi 20 avril, M. Delarue : Histogénèse des lésions tuberculeuses. Etude histobactériologique. — Vendredi 22 avril, F. Bezançon : Les enseignements de la tuberculose animale et de la tuberculose expérimentale. — Lundi 25 avril, P. Braun : Tuberculose familiale (intérêt du dispensaire dans son dépistage). — Mercredi 27 avril, V. Oumansky : Le diagnostic bactériologique (en dehors de l'examen direct). Culture et inoculation. Le problème de la bactériémie tuberculeuse. — Vendredi 29 avril, F. Bezançon : La notion d'allergie en tuberculose.

Lundi 2 mai, P. Braun : Le stade de tramite initiale. — Mercredi 4 mai, A. Jacquelin : Morphologie et tuberculose. — Vendredi 6 mai, F. Bezançon : La question de la tuberculose latente, l'infection tuberculeuse secondaire. Le critérium de la nature tuberculeuse d'un processus pathologique. — Lundi 9 mai, P. Braun : Les causes d'éclatement de la tuberculose. — Mercredi 11 mai, F. V. Tribout : L'aspect radiologique normal du poumon et les aspects radiologiques élémentaires de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 13 mai, F. Bezançon : Les formes cliniques de la pleurésie et l'état humoral des pleurétiques. — Mercredi 18 mai, L. De Gennes : Tuberculose et glandes endocrines. La tuberculose de la puberté. — Vendredi 20 mai, F. Bezançon : L'état du poumon dans les tuberculoses externes. — Lundi 23 mai, P. Braun : L'infiltrat précoce des auteurs allemands. — Mercredi 25 mai, J. Delarue : Le granulie froide. — Vendredi 27 mai, F. Bezançon : La tuberculose discrète à bacilles rares et intermittents. — Lundi 30 mai, M.-P. Weil : Tuberculose et diabète. La nutrition des tuberculeux.

Mercredi 1er juin, R. Wahl : Les albumines du sérum. La réaction de sédimentation. — Vendredi 3 juin, F. Bezançon : Les réactions de fixation et de floculation dans la tuberculose. — Lundi 6 juin, P. Braun : Les phénomènes congestifs et fluxionnaires dans la tuberculose : Les formes dites pneumoniques. — Mercredi 8 juin, R. Azoulay : Les principaux aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 10 juin, F. Bezançon : Le problème de l'évolutivité dans la tuberculose. — Lundi 13 juin, Et. Bernard : La tuberculose de la cinquantaine. — Mercredi 15 juin, J. Destouches : Le problème pratique de la prophylaxie antituberculeuse. — Lundi 20 juin, A. Jacquelin : Asthme et tuberculose. — Mercredi 22 juin, P. Braun : Indications et mode d'action du pneumothorax. — Vendredi 24 juin, A. Meyer : La section des brides. — Lundi 27 juin, A. Duruy : Les épanchements du pneumothorax. — Mercredi 29 juin, F. Bezançon : L'état actuel de la thérapeutique médicale de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Des démonstrations pratiques (consultations, pneumothorax) seront faites au centre de triage, les mardis, jeudis, samedis, par M. P. Braun, Mme Frey-Ragu, M. Destouches, Mlle Scherrer.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** — *Conférences du dimanche.* — Ces conférences ont lieu le dimanche à 10 heures, 45, rue des Saints-Pères.

17 avril. — M. Noël PÉRON, médecin des hôpitaux : La malariathérapie et la pyrétothérapie dans la syphilis.

24 avril. — M. CROUZON, médecin des hôpitaux : La dysostose cranio-faciale héréditaire.

— **Hôpital Broca.** — *Gynécologie.* — Du 18 avril au 30 avril 1932, cours de perfectionnement par MM. E. DOUAY, PEYTAVIN et SAINT-PIERRE (droits : 250 fr.)

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Jury (provisoire) : MM. Guillemot, Paisseau, Ravaut, de Massary, Gandy, Crouzon, René Marie, May, Lechelle, Milian, et Baumgartner.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Jury (provisoire) ; MM. Okinczyc, Mondor, Marion, Chevrier, Rche, Robert, Monod et Achard.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

—**Nécrologie.**—MORT DU DOCTEUR MARCHAIS, de Carhaix. — Le 23 mars dernier ont eu lieu à Carhaix, au milieu d'une foule considérable de parents et d'amis, les obsèques du docteur Marchais, âgé de 66 ans.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. les docteurs Chauvel, Querneau, Vourch, Menguy, Damey, et M. Troadec, négociant à Carhaix.

Nous avons remarqué dans l'assistance : MM. les docteurs Andrieux, Bagot père, Bastid, Classe, Hutin, Lohéac, Morvan, Pouliquen fils, Strosky, Bellec, Ropers, Gouriou, Barthélémé, Le Janne, Le Couteur, Bollot, Martin, Baryer ; M. Lavollay, ingénieur des chemins de fer économiques.

Depuis une quarantaine d'années qu'il exerçait à Carhaix, le Dr Marchais avait su gagner l'estime et la considération de la population carhaisienne. Il était président du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Châteaulin. Il fut élu membre du conseil municipal en 1900 et devint adjoint au maire sous la municipalité Antoine.

Pendant la guerre il dirigea avec beaucoup de dévouement l'ambulance constituée salle de la mairie. Resté seul médecin dans le canton, il travailla nuit et jour, et c'est ce dur labeur qui porta atteinte à sa santé, pourtant robuste.

Puissent les nombreux témoignages de sympathie qui leur ont été présentés atténuer quelque peu la douleur de sa veuve, de ses deux filles et de son fils, M. Louis Marchais, ingénieur agronome.

Au cimetière, MM. les docteurs Lagriffe, Chauvel et Vourch prononcèrent des discours.

Du discours du Dr Vourch, nous extrayons ces lignes, particulièrement symboliques du caractère du Dr Marchais :

« A lui plus qu'à tout autre s'applique le schéma du médecin rural, pour qui la loi de 8 heures n'existera jamais, qui s'en va la nuit comme le jour, que n'arrêtent ni la pluie, ni la tempête, ni les chemins boueux. Durant la guerre où il délégua et sacrifia un de ses enfants, il donna la mesure de sa puissance de travail et de dévouement et cette mesure il la fit telle qu'il faillit en être submergé.

« Il aurait pu aspirer à un repos relatif. A des natures de cette trempe l'idée d'une retraite ne peut venir : on se repose d'une besogne par une autre besogne. Tout en assurant le service d'une clientèle chargée, qu'expliquent une intelligence toujours en éveil, sa conscience, son caractère, sa bonté, nous le vîmes, donner libre cours à de nobles aspirations peu connues sans doute de ses malades, mais par lesquelles il restera pour les médecins du Finistère et d'ailleurs sur un haut piédestal.

« Nous l'avons vu, lui notre aîné, déjà un ancien, se lancer avec une ardeur juvénile dans un effort d'adaptation de la profession médicale aux conditions nouvelles créées par l'évolution de la société. Son esprit était pénétré de la nécessité, de l'urgence de cette adaptation. A cette œuvre, il apporta sa pierre, il créa le syndicat médical de son arrondissement ; et par ce modeste groupement l'influence du docteur Marchais s'étendit à tout le département du Finistère, aux départements voisins, et même dans les Conseils nationaux à Paris.......................... ............................ ..............

« Puisse l'assurance de la haute estime où nous tenions le docteur Marchais, de l'admiration que nous avions pour son caractère, du souvenir de lui qui restera dans nos cœurs, atténuer le poids de la douleur qui atteint sa veuve ainsi que ses enfants. »

— Le docteur et Madame Georges PASQUET, (Paris, 42, rue de Bretagne), viennent d'avoir la douleur de perdre leur fils, âgé de onze mois, décédé au domicile de ses parents. L'inhumation a eu lieu le 25 mars 1932 à Tulle (Corrèze).

— **Journées médicales aragonaises.** — Les Journées médicales aragonaises, organisées par les sociétés médicales de Saragosse, Huesca et Teruel, auront lieu à Saragosse, du 26 au 29 mai 1932.

Le 26, à midi : réception ; à 4 heures : inauguration de l'exposition ; à 5 heures : séance solennelle d'ouverture ; à 6 heures : lunch.

Le 27, à 10 heures : séances pour la lecture et la discussion des communications ; à 1 heure : déjeuner ; à 4 heures : lecture et discussion du rapport sur le *Rhumatisme polyarticulaire.* Rapporteur : Professeur Maranon (Madrid) ; à 10 heures : réception de gala.

Le 28, à 10 heures : suite de la lecture et de la discussion des communications ; à 4 heures : lecture et discussion du rapport sur l'*Echinococcose.* Rapporteur : Professeur DEVÉ (Rouen) ; à 9 heures : banquet officiel.

Le 29, à 8 heures : excursion au monastère de Piè-

dra ; à 5 heures : retour à Alhame d'Aragon et visite des Thermes ; à 7 heures : conférence du Docteur P. MATEOS sur la *Prévision médicale nationale* ; à 8 heures : séance de clôture ; à 9 heures : retour à Saragosse.

Le secrétaire général est le Docteur Ricardo Horno Alcorta, à Saragosse.

**— Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Enseignement.* — Un cours de service social antivénérien, pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes, sera fait du 23 au 28 mai 1932 et comprendra les leçons suivantes :

Lundi 25 mai, M. le Professeur GOUGEROT, à 9 heures : Danger des maladies vénériennes. Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire. — A 10 heures : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultramicroscope, examen du sang, ponction lombaire).

Mardi 24 mai, M. MILIAN, à 9 heures : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. Modes de contaminations. — M. QUEYRAT, à 10 h. 15 : Les modes de traitement de la syphilis.

Mercredi 25 mai, M. JANET, à 9 heures : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. Moyens de diagnostic. — M. LOUSTE, à 10 h. 15 : Technique du service social dans un dispensaire. Devoirs de l'assistante sociale. — M. MARCEL PINARD, à 15 heures : Grossesse et syphilis. Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. Rôle de l'assistante sociale.

Jeudi 26 mai. M. RABUT, à 9 heures : La lutte contre la prostitution. Œuvres de protection et de relèvement. — M. SICARD DE PLAUZOLES, à 10 h. 15 : Histoire de la syphilis.

Vendredi 27 mai : M. Pierre FERNET, à 9 heures : Les hérédo-syphilitiques. — M. SICARD DE PLAUZOLES à 10 h. 45 : Syphilis familiale. Les enquêtes dans les familles.

Samedi 28 mai, M. le Professeur GOUGEROT, à 9 heures : Propagande antivénérienne. — M. SICARD DE PLAUZOLES, à 10 h. 30 : Education et hygiène des vénériens. Examen prénuptial.

Toutes ces leçons seront faites à la Faculté de médecine sauf celle de M. Marcel PINARD qui aura lieu à la Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal.

Deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. BRODIER : le jeudi 26 et le samedi 28 mai, à 14 h. 30.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours, qui est gratuit, sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e), le plus tôt possible.

Une carte d'admission, strictement personnelle, leur sera délivrée.

**— Chez les étudiants. Gala de la médecine parisienne.** — Le gala de la Médecine parisienne a eu lieu au Lido le 15 mars à partir de 21 heures. Un public médical de choix se pressait dans la vaste salle, si originale, entre sa piscine et ses naïades d'une part, et son dancing de l'autre. Pendant le dîner qui se prolongea jusqu'au delà de minuit les artistes ne cessèrent d'évoluer sur le plateau, et quels artistes !

Philippe et Gaston, les grands couturiers, n'ont-ils pas organisé un déploiement de mannequins du meilleur goût et du plus pur style parisien symbolisant les élégances de la maladie ? La Maison Pariset a corsé le tableau en présentant toute une série de déshabillés, suivis de maillots Appollon, qui laissent au soleil la plus large place pour assurer sa cure : on sait que la Parisienne remporte toujours les plus grands succès dans ces vêtements sommaires ! Les nombreux médecins de l'assistance habitués par profession à cet ordre de spectacle ont approuvé l'originalité de l'idée et applaudi vivement les charmantes femmes de ce défilé qui n'a pas duré moins d'une heure.

Des chanteuses, des danseuses, une princesse indienne au teint bistre, Elan Moucheté ; Lydia Wysiakovwa, de l'Opéra-Comique, et Veltchek ; les Ballets du Lido, enfin les harpistes de Mlle Riou se sont succédés sans trêve jusqu'à 2 heures du matin. Entre temps les invités ont pu danser sur des rythmes bien modernes : jusqu'aux airs de salles de garde qui avaient été harmonisés pour la danse d'actualité.

Une « Radio-Consultation » demandée par un navire en mer à un médecin parisien fut le clou de la soirée. Jean Marsac le chansonnier montmartrois tint à peu près honorablement le rôle du professeur, auquel un camarade de la Corpo donna brillamment la réplique, et Ginette de Marsy, des Folies-Bergère, dans une parfaite tenue de Vénus, figura la belle malade.

Il est certain que l'ensemble du décor et du spectacle par son originalité et sa tenue artistique a frappé les assistants qui ne s'attendaient pas du tout à contempler les nouveautés présentées.

L'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris a fait preuve de sagesse en choisissant M. et Mme Gaston Antignac pour organiser cette soirée, pleinement réussie. Les efforts conjugués des organisateurs et des camarades qui se sont dévoués à cette œuvre ont abouti à un résultat inespéré pour un début : la Caisse de secours reçoit un bénéfice net qui dépasse déjà 5.000 francs.

Nos maîtres se sont rendu compte des efforts déployés. Le Doyen honoraire et Mme H. Roger ; le Dr Lobligeois, radiographe des hôpitaux de Paris, délégué du Conseil Municipal, et Mme ; le représentant de l'Académie de médecine ; les professeurs-agrégés médecins et chirurgiens des hôpitaux parmi lesquels les Drs Boppe, Deniker, Duvoir, Leveuf, Lian ; des anciens internes, tels que Delivet ; le Dr Dibos, président de la Confédération des syndicats médicaux ; le comité d'accueil avec Mmes Colanéri, Deniker, M. Fabre ; le comité de la Corporative, impeccable dans ses habits à la française ; une abondance de femmes de médecins très élégamment vêtues, ce monde vivant et heureux de sortir pour quelques heures du souci constant d'une profession très absorbante, contribua au succès du Gala.

Dans une telle fête en effet tout le monde est acteur : l'artiste qui joue et celui qui l'applaudit. (Maurice MORDAGNE).

**— Paris.** — *Médecine préventive dans les hôpitaux.* — Le Conseil municipal de Paris a prononcé le renvoi à l'administration de la proposition suivante de M. Besson :

« L'Administration est invitée à créer, à l'hôpital Tenon, un service de consultation préventive contre les maladies de la nutrition. »

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Sur le premier moyen :

Attendu qu'Y., exploitant agricole, assujetti bénévole à la loi du 15 décembre 1922 a été, le 14 août 1923, victime d'un accident au cours de son travail ; que soigné à la clinique du Dr P., il a payé à cet établissement une somme de 524 fr. 20, sur laquelle 500 francs lui ont été remboursés, suivant quittance du 6 mai 1926, par la Compagnie « La P. » qui l'a assuré contre les accidents personnels pouvant lui survenir dans les conditions de la loi du 9 avril 1898 ;

Que, sur une action, postérieurement intentée, le 23 avril 1928, par le Docteur P., en paiement de 1.000 francs d'honoraires et de 1.000 francs de dommages-intérêts, le jugement attaqué, écartant l'exception de prescription annale, opposée à la demande tant par Y., que par La P., appelée par ce dernier dans l'instance, a condamné cet exploitant à payer au médecin 500 francs pour ses honoraires ;

Attendu que le jugement constate que le Dr P... a été choisi par la victime pour lui donner ses soins, que c'est donc en vertu de l'engagement contractuel impliqué par ce choix et non en vertu de la loi du 9 avril 1898 que ce praticien a poursuivi contre son client l'action personnelle et mobilière en paiement de ses honoraires, bien distincte et indépendante de celle que l'art. 4, paragr. 4 de cette loi accorde contre le chef d'entreprise au médecin subrogé aux droits de la victime ; qu'ainsi la prescription d'un an établie par l'art. 18 pour l'extinction de cette dernière action ne saurait être opposée à l'action du Dr P., exercée suivant les règles du droit commun ;

Que cette appréciation de l'existence et de la portée de l'accord intervenu entre dans le pouvoir souverain du juge du fond ; que, par suite, le premier moyen n'est pas fondé ;

Sur le deuxième moyen :

Attendu que le jugement attaqué a déclaré également atteinte par la prescription annale l'action en garantie dirigée, par application des clauses de la police, par Y. contre la Compagnie « La P. » ; que le moyen qui critique cette décision ne fait pas grief au Dr P. et vise la Compagnie d'assurances contre laquelle le pourvoi n'a pas été formé ; que ce moyen n'est donc pas recevable ;

Sur le troisième moyen subsidiaire :

Attendu que, pour écarter la prescription de deux ans, opposée subsidiairement par Y. à la demande du Dr P., le jugement attaqué se fonde sur l'aveu fait par cet exploitant de n'avoir pas payé les honoraires de son médecin ; que cette prescription repose en effet sur une présomption de paiement qui peut toujours être détruite par un aveu contraire, même implicite, émané du débiteur poursuivi ; qu'ainsi le moyen n'est pas fondé ;

Par ces motifs :

Rejette le pourvoi.

*Note.*

Ce n'est pas parce qu'il s'assure à une compagnie d'assurances contre les accidents du travail, que le patron agriculteur doit pouvoir bénéficier des mêmes avantages que ses ouvriers. Alors que ceux-ci, lorsqu'ils sont hospitalisés, ne doivent pas faire supporter à leur employeur plus que le tout compris, il n'en est plus de même lorsque l'employeur, blessé dans son travail, demande lui-même son admission dans une maison de santé.

Le droit commun est alors applicable et l'arrêt ci-dessus de la Cour de cassation le proclame sur deux points : le premier, c'est que les honoraires du médecin seront payés selon le droit commun et non d'après le « tout compris » ; le second, c'est que la prescription d'une année, imposée par la loi en matière d'accidents du travail, n'est pas opposable dans les rapports qui lient le médecin au patron agriculteur blessé. Seule la prescription de droit commun, de deux années est opposable en l'espèce.

Une fois de plus la cour suprême vient de décider que la prescription de deux ans ne repose que sur une présomption de paiement. Par suite, lorsque le débiteur reconnaît ne pas avoir honoré son médecin, la prescription est interrompue.

Dr Paul BOUDIN.

# CORRESPONDANCE

## Application du Tarif des accidents du travail

### A propos du « demi-tarif » pour la 2e opération concomitante à une première (Art. 10 et 14)

*Plusieurs confrères m'ont demandé des explications au sujet de la restriction apportée aux honoraires, en cas de deux opérations concomitantes. J'ai déjà répondu à quelques-uns, mais d'autres lettres m'arrivent. Aussi je réponds, dans le* « Concours » *même, pour ces dernières..... et pour les futures demandes semblables :*

Lorsque fut ajouté à l'article 10, le deuxième paragraphe : « *En cas d'intervention chirurgicale comportant plusieurs opérations concomitantes effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule comptée au tarif plein, les autres sont comptées au demi-tarif* » — on ne faisait que codifier, dans le nouveau tarif, ce qui avait toujours existé jusqu'alors, en pratique, suivant la « jurisprudence », si je puis dire, instituée sur ce point.

*Mais*, il s'agissait — ainsi que je l'ai expliqué, plusieurs fois déjà dans le *Concours* — d'*opérations chirurgicales*, pour lesquelles les « à-côtés »

sont faits une fois pour toutes (préparation de la salle d'opération, présence des aides, désinfection des instruments, asepsie du champ opératoire, chloroformisation, etc., etc.), en somme, de ce qui, dans le tarif forme l'objet du *titre III* « *chirurgie générale* ».

Il n'est jamais venu à l'esprit de personne qu'on paierait à demi-tarif en cas de blessures multiples (art. 14), les 2e ou 3e pansements ou réduction de fractures, etc... Il est dit expressément en effet que, dans ces cas, « chaque acte *est tarifé à part* » sous réserve, *en cas* d'intervention chirurgicale (donc, pas dans les autres cas), de l'application du 2e § de l'art. 10. Puisqu'il est donné précisément *comme exemple* « une fracture de bras et une fracture de jambe » cela démontre bien, (sans quoi ce serait une véritable absurdité) qu'il ne s'agit pas là d'un des cas « réservés ». D'ailleurs, les fractures ne figurent pas dans le *titre III* qui concerne les actes nécessitant une *opération* mais bien dans le *titre II*, avec les pansements et les petites interventions courantes — tout ce qui, en pratique, ne nécessite pas l'intervention spéciale d'un « chirurgien ».

Fernand DECOURT.

**1967. — 1° « Appareils provisoires » pour transport ? 2° Accouchement avec complications**

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner des éclaircissements sur certains articles du nouveau tarif des accidents du travail.

1° Le certificat initial est tarifé 8 francs y compris la copie. Lorsque le blessé reprend son travail avant le cinquième jour, il n'y a pas lieu de déclarer l'accident à la mairie. La copie devient, dans ce cas, inutile. Quel est le prix du certificat sans copie ?

2° A l'article 18 je lis « réduction et contention sans appareils plâtrés ou silicatés ni extension des fractures de doigts, orteils, côtes, omoplate, péroné, etc., etc. » et cela me paraît normal. Mais je me demande ce que l'on entend par « réduction et contention sans appareils plâtrés ou silicatés et sans extension d'une fracture de cuisse » ?

Il s'agit, je pense, de l'appareillage provisoire, devant permettre le transport du blessé. Est-ce votre avis ?

3° L'article 22 ne prévoit pas d'accouchement traumatique avec complications, application de forceps, version, basiotripsie. Cette omission est bien excusable car ces éventualités doivent se présenter rarement.

Dr B.

**Réponse**

1° Nous avons à délivrer le certificat en double exemplaire, pour le prix de 8 fr. Quant à savoir si le second exemplaire aura à servir, ce n'est plus de notre ressort : il n'y a pas à s'en occuper.

2° Je ne sais pas plus que vous comment, on peut faire une *réduction et contention* de fracture de cuisse sans « appareil plâtré ou silicaté, ni extension ». Mais, je ne suis pas chirurgien et ne me suis pas occupé de cette rubrique qui fut établie par les représentants des chirurgiens. On peut penser qu'il s'agit « *d'appareil provisoire* » *pour transport*. Et cela d'autant mieux que la rubrique concernant les appareils provisoires pour transport *a disparu* dans le nouveau tarif.

3° S'il y a forceps, version, etc., n'est-ce point là la rubrique « accouchement provoqué : 750 francs » qu'il convient d'appliquer ?

Dr Fernand DECOURT.

**1971. — Visites dominicales et visites de nuit dans les villes de 100.000 habitants et leur banlieue**

1° Faut-il, depuis le 15 février, compter 18 fr. les visites faites aux assurés sociaux faisant partie de l'article 59 ?

2° Quels prix pour les visites du dimanche et de nuit ?

3° A-t-on le droit de compter le déplacement en plus de l'intervention ? Quel tarif ?

Par exemple : injection de sérum antitétanique plus visite, ou simplement sérum antitétanique ?

On a refusé de me payer 2 fr. de déplacement pour les assurés de l'article 59. Dr D.

**Réponse**

1° Pour les assurés-assistés, vous devez, légalement, suivre le tarif des accidentés du travail, donc avec ses modifications éventuelles.

Vous qui êtes « banlieue de Paris », vous comptez : visite 15 fr. + déplacement 3 fr. quelle que soit la distance, total : 18 fr. par visite. De même, pour une intervention x fr., le prix de l'intervention + 3 fr. de déplacement quand cette intervention a lieu à domicile.

2° Visites du dimanche : majoration de 50 % de la visite, soit 15 + 50 % = 22 fr. 50 (déplacement 3 fr. en sus).

3° Visite de nuit = 15 × 3 = 45 fr. + 3 fr.

Dr Fernand DECOURT.

## Questions syndicales

**1868. — Assiduité aux réunions syndicales**

Je viens de lire dans le numéro du 13 mars 1932 du *Concours médical* votre article concernant « l'assiduité aux réunions syndicales et jetons de présence ».

Permettez-moi, en qualité de trésorier du syndicat des médecins du Sud-Finistère, de vous signaler que notre syndical, depuis le 1er janvier 1929 alloue un jeton de présence de 10 fr. aux membres qui assistent aux assemblées générales (2 par an).

Notre regretté confrère, le Dr Jocet, alors tré-

sorier du syndicat, ayant constaté comme vous le dites si bien que les pénalités pour absence non justifiée restaient toutes platoniques — imitant en cela le syndicat des pharmaciens du Finistère — proposa la suppression des amendes pour les absents et l'attribution d'un jeton de présence de 10 fr. à chaque assemblée générale.

Le syndicat adopta cette proposition à l'unanimité. Cette décision figure maintenant dans nos statuts.

Dr Robert CLOUARD.

## Fiscalité

### 1805. — Exonération de la taxe des prestations pour invalidité

Réformé 100 % pour mal de Pott, complètement alité depuis plusieurs mois, puis-je demander d'être déchargé de la taxe des prestations et de la taxe vicinale ?

Je ne circule plus en auto, mais mes enfants mineurs se servent parfois de ma voiture.

La loi sur les prestations dit, je crois, qu'en sont exempts ceux qui, par suite d'infirmités, ne pourraient les exécuter. Dr R.

**Réponse**

Vous pouvez demander d'être déchargé de la taxe des prestations, comme n'étant pas « valide » mais non de la taxe vicinale. A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 1823. — Base de la patente en 1932

Pourriez-vous être assez aimable pour me donner le renseignement suivant :

Savoir : A quel taux est fixée la patente cette année ? On m'a parlé d'une augmentation considérable, Est-ce exact ?

Dr L.

**Réponse**

Il n'y a aucune modification au tarif de base de la patente, mais l'augmentation pourra résulter de celle des centimes additionnels départementaux et communaux.

A. M.

### 1701. — Déclaration des revenus provenant de fermages

Ma belle-mère possède deux petites fermes qui sont louées depuis cette année 2.400 francs. Ces propriétés situées dans les régions envahies avaient, au lendemain de la guerre été louées pour moins de 1.500 francs. Remises en état de culture et remembrées, elles ont repris un peu plus de valeur et au fur et à mesure de leur remise en état, le fermage a été progressivement augmenté de 3 ans en 3 ans jusqu'au prix actuel.

Est-elle tenue de faire déclaration au contrôleur du fait que ce revenu dépasse 1.500 francs ?

Elle ne possède pas par ailleurs de revenus des autres catégories. Dr Z.

**Réponse**

Votre belle-mère doit déclarer le revenu de ses deux fermes quoique non assujettie aux autres impôts cédulaires.

Cette déclaration n'entraînera pour elle aucune imposition, mais elle doit être tout de même souscrite. A. M.

---

### 1735. — Frais professionnels. Proportion par rapport aux recettes

Membre du « Sou médical » je viens solliciter vos conseils.

Je reçois du contrôleur des contributions directes la demande suivante de renseignements :

Détail de vos dépenses professionnelles s'élevant à 26.470 fr.

Amortissements :

1° Nature des éléments amortis ;

2° Date de l'acquisition ;

3° Prix d'achat.

Voici le détail que je compte lui adresser :

Frais généraux.

| | | |
|---|---|---|
| 1931 | Patente | 1.083 fr. |
| | Impôt sur bénéfices professionnels | 540 » |
| | Loyer des locaux professionnels : salle d'attente, cabinet de consultation, garage | 1.000 » |
| | Domestique (usage professionnel) | 6.000 » |
| | Chauffage et éclairage profession. | 400 » |
| | Entretien locaux professionnels | 300 » |
| | Fournitures de bureau | 500 » |
| | Bibliothèque | 500 » |
| | Journaux et revues | 150 » |
| | Téléphone | 600 » |
| | Instruments et objets de pansements | 1.000 » |
| | Assurances, syndicat, Sou médical | 400 » |
| | Vêtements à usage médical | 600 » |
| | Assurance incendie | 200 » |
| | Machine à écrire, indemnité à dactylo | 1.200 » |
| | Moyens de transport pour 7.000 km. environ | 7.000 » |
| | Amortissement auto | 5.000 » |
| | | 26.473 » |

Je vous serais obligé de me dire d'abord si je n'ai rien omis de ce qu'un médecin peut compter dans ses frais généraux ; ensuite si mes frais généraux vous paraissent excessifs. J'ai déclaré 49.000 francs de recettes pour 1931.

J'ai une voiture que j'ai achetée 25.000 fr. en septembre 1930. J'avais, à cette époque, proposé au contrôleur d'en faire l'amortissement en cinq ans. Il ne fit aucune objection et en 1930 et 1931 il a accepté cette façon de procéder.

Je serais très heureux de recevoir vos avis, dès qu'il vous sera possible. Dr X.

**Réponse**

Le détail des frais généraux que vous soumettez est complet. Mais la proportion des frais généraux au total des recettes peut sembler excessive.

Néanmoins, puisque la déclaration a été faite sur ces bases, il convient de s'y maintenir. L'amortissement de la voiture automobile s'il a été accepté par le contrôleur peut être maintenu tel quel.

La règle veut néanmoins que l'auto ne soit amortissable que l'année de l'achat en portant le prix aux frais généraux. A. M.

### 1795. — Justification de déclaration. Questions diverses

Je reçois de mon receveur-contrôleur la note suivante :

« Evaluation de la différence à justifier.

*Dépenses personnelles* :

| | |
|---|---|
| Nourriture | 16.000 fr. |
| Une bonne | 3.600 » |
| Une femme de chambre | 3.600 » |
| Auto personnelle | 5.000 » |
| Divers | 10.000 » |
| Loyer | 2.000 » |
| | 40.200 » |
| Déclaration | 19.800 » |
| Différence | 20.400 » |

1º Ayant un jardin, nous ne dépensons pas comme nourriture plus de 7.000 fr.

2º Le salaire de la bonne ne doit-il pas être partagé moitié pour le service médical, moitié pour le service personnel ?

3º Je n'ai pas de femme de chambre, mais seulement une jeune fille pour aider aux gros travaux et seulement depuis octobre 1931.

4º Je ne fais pas 1.000 kilomètres par an pour mon compte personnel.

5º Divers : Quelles sont les dépenses qui doivent entrer dans « divers » ?

Dois-je y comprendre un appareil de T. S. F. que j'ai payé avec l'argent d'une vente de titres ?

6º Loyer : depuis un an, j'habite chez moi. Dois-je tout de même compter un loyer dans mes dépenses personnelles ?

7º Dois-je maintenir ma déclaration de bénéfice net de 19.800 fr. ?

Dr Z.

**Réponse**

Vous pouvez maintenir votre déclaration telle quelle puisqu'elle est des plus vraisemblables. Vous pouvez partager par moitié entre le service médical et le service personnel le salaire de votre bonne.

Quant aux divers, l'évaluation du contrôleur est fantaisiste. Pour le loyer vous n'avez pas à le faire figurer dans votre budget des dépenses

puisque vous habitez chez vous. Votre contrôleur cherche à vous embarrasser mais il lui est impossible de justifier les évaluations.

A. M.

---

## Assurances

### 2025, — Du choix d'une Compagnie d'assurance-vie

Je désire contracter une assurance-vie. Les agents de nombreuses compagnies se pressent chez moi, chacun me recommandant sa compagnie en ayant soin de « critiquer » (le mot n'est pas assez fort) les autres compagnies concurrentes.

Je suis fort embarrassé et voudrais savoir s'il est possible de se procurer au ministère du Travail (contrôle des assurances) une liste des compagnies françaises d'assurances-vie, classées, au 31 décembre de chaque année, d'après leur coefficient de sécurité. Il me semble qu'avec un tel classement il serait plus facile de fixer son choix...

Il existe des compagnies d'assurance-vie qui font une réclame monstre, et dont les titres ne sont même plus cotés en bourse.

Qu'est-ce à dire ?

Je ne tiens pas du tout à verser, chaque année plusieurs milliers de francs, pour que dans cinq ou dix ans, je me trouve Gros-Jean comme devant, la compagnie à laquelle j'aurai confié ces sommes étant déclarée en faillite... Ceci arrive assez fréquemment de nos jours pour que je me permette de vous demander conseil à ce sujet.

Dr L.

**Réponse**

Il n'existe pas de tableau officiel émanant du ministère du Travail et classant les Compagnies d'assurance sur la vie d'après les garanties qu'elles peuvent présenter.

Le ministère du Travail se borne à contrôler les Sociétés d'assurance sur la vie humaine, de façon à vérifier que chaque année, le montant des réserves mathématiques soit inscrit au compte des assurés.

Les réserves mathématiques sont les sommes affectées au compte de chaque assuré, et représentent la somme que l'assurance devrait verser si la police venait à échéance ou était rachetée au cours de l'année envisagée. Cette mesure donne donc, en principe, ne certaine sécurité au souscripteur d'un contrat-vie.

Quelle compagnie choisir ? Le problème se présente sous un triple aspect : 1° La question des réserves ; 2° la question des risques annexes et 3° la question des clauses du contrat.

1° *La question des réserves.*

En ce qui concerne les réserves des Compagnies d'assurance sur la vie, deux catégories distinctes doivent être envisagées : les réserves léga-

les, imposées par l'Etat et le contrôle des assurances et les réserves libres.

Avant de souscrire un contrat le proposant doit bien se pénétrer d'un point fondamental : il ne doit pas tenir compte des réserves légales. Toutes les compagnies ont les mêmes réserves légales. Ces réserves indiquent par leur volume, l'activité de la Société, elles n'en indiquent pas la richesse. Les réserves légales n'appartiennent pas à l'organisme assureur, elles sont la propriété des assurés. Les immeubles possédés par les compagnies d'assurances sur la vie sont le plus souvent frappés d'une hypothèque au profit des assurés.

Seul le montant des réserves libres indique la richesse de la Société.

La cotation des actions à la Bourse n'est pas non plus un critérium auquel on se doit fier aveuglément. Un tel système tendrait à éliminer comme assureurs possibles les compagnies d'assurances mutuelles. Si parmi ces dernières quelques-unes sont à éliminer — soit parce que trop petites et ne présentant pas la surface de vieilles compagnies prospères, soit parce que leur gestion a subi de façon trop importante les conséquences de la crise on les erreurs commises dans d'autres branches d'assurance pratiquées par la même entreprise — d'autres mutuelles au contraire, peuvent rivaliser avec les organismes commerciaux.

Signalons que des Sociétés commerciales voient leurs actions baisser à la Bourse, parce que, jouant la prudence, chaque année, elles portent de grosses sommes en réserves libres au lieu de les distribuer en dividende.

Au point de vue financier, la seule pierre de touche qui reste à la disposition de l'assuré est le bilan. Suivant que le poste des réserves libres est plus ou moins important compte tenu du volume des affaires, suivant que le poste des commissions à amortir, des valeurs à recouvrer, des réserves pour fluctuations de valeur, etc., est plus ou moins important, la Compagnie présentera au point de vue financier une plus ou moins grande sécurité.

Pour un assuré, la question financière est importante, mais d'autres points doivent encore retenir l'attention.

2° *Les risques annexes.*

L'assuré doit tenir compte avant de souscrire un contrat de la garantie des risques annexes. Il faut principalement en signaler trois groupes : la garantie du risque guerre — la police complémentaire — enfin, la répartition des bénéfices.

Certaines compagnies couvrent le risque de guerre sans surprime. Cette garantie, si elle n'est soumise à un certain nombre de conditions est un trompe l'œil. Je préfère pour ma part qu'une compagnie mentionne par exemple que risque de guerre sera garanti moyennant un fonds spécial que si elle ne spécifiait pas les conditions de la garantie. Une telle réserve

indique le souci de ne pas faire de promesses inconsidérées.

La police complémentaire garantit un certain nombre de prestations en annexe au contrat-vie, prestations qui sont toutes basées sur l'incapacité pour l'assuré d'exercer sa profession. Très bonne mesure en soi, la police complémentaire doit être sérieusement étudiée avant sa souscription, car ses conditions varient essentiellement avec les sociétés et suivant les cas, elle donne au praticien une véritable garantie ou bien une promesse sans exécution pratique. Signalons que cette police annexe n'est pas soumise au contrôle de l'Etat.

Enfin, certaines sociétés font miroiter la répartition des bénéfices . Dans cette matière encore, le praticien devra soigneusement étudier et les exemples de répartition qui lui sont soumis et les conditions de leur attribution notamment dans les cas où par suite de circonstances économiques, le praticien viendrait à suspendre ses paiements pour demander soit la valeur de rachat, soit la valeur de réduction du contrat.

Enfin, s'il s'agit de la répartition des bénéfices d'une société à forme mutuelle, il devra songer que, sur simple décision de l'assemblée générale, la répartition des bénéfices peut être suspendue. (Cette mesure vient d'être prise par un des plus gros organismes mutuels).

3° *Clauses du contrat.*

Bien que la loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurances ait mis fin à de nombreux abus en unifiant en partie les conditions générales des contrats-vie, le praticien qui désire souscrire un de ces types de contrats, doit en examiner soigneusement les clauses. Signalons celle dite « d'incontestabilité » qui souvent est dénaturée — signalons les avances qui peuvent être consenties — les clauses de l'endossement du contrat, etc., etc.

En conclusion, le contrat d'assurance sur la vie doit être étudié du point de vue pratique et du point de vue juridique. Le « Sou médical » est à la disposition de ses membres pour les renseigner sur des points précis.

P. R. Baglin,
Conseil technique d'assurance
Docteur en droit.

## Questions médico-militaires

### 135. — Avantages réservés aux Pupilles de la Nation

Je suis le tuteur légal d'un neveu qui a perdu son père au Champ d'honneur. On me conseille de faire admettre ce jeune homme de 17 ans comme pupille de la Nation.

Avant de faire quoi que ce soit, je voudrais savoir :

1° Si cette admission peut procurer des avantages à l'intéressé et dans l'affirmative, lesquels ?

2° Quelles sont les formalités à remplir et à qui faut-il adresser la demande ?

Dr M.

**Réponse**

1° Les pupilles de la Nation bénéficient de différents avantages :

Subvention d'entretien ou de maladie, s'ils appartiennent à des familles nécessiteuses.

Subventions d'études, sous formes de bourses d'études dans les établissements nationaux, dans les écoles spéciales d'enseignement primaire supérieur, secondaire, technique.

Majoration de points pour les examens d'entrée aux grandes écoles.

A leur majorité, prime d'établissement au pécule, destinée à faciliter l'entrée dans la vie ; cette prime varie de 500 à 1.500 francs et doit être calculée proportionnellement à l'insuffisance des ressources ;

2° La demande sur papier libre doit être adressée au Procureur de la République près le tribunal du ressort de la résidence.

Il faut y joindre :

1° L'acte de naissance de l'enfant ;

2° Copie certifiée de l'acte ou de l'avis de décès ou de disparition du père.

---

## 334. — Point de départ d'une pension d'invalidité

J'ai lu dernièrement dans un article de journal que le Tribunal des Pensions venait de décider que les anciens combattants, ayant formé leur demande de pension en vertu de la loi du 9 janvier 1926 et qui réclament le paiement des arrérages depuis le point de départ légal, avaient droit au rappel intégral de leur pension.

Je viens vous demander si je puis avoir droit à ce rappel de pension ; si oui, à qui dois-je faire ma demande et sous quelle forme ? Et si j'ai des chances d'obtenir satisfaction ?

Je suis en ce moment titulaire d'une pension temporaire à 20 % pour paludisme chronique depuis le 10 février 1931. J'ai été atteint de paludisme en Orient, et suis entré à l'hôpital le 28 juin 1917 (billet d'hôpital).

Dr R.

**Réponse**

Le point de départ de votre pension d'invalidité est fixé légalement au jour de la première commission de réforme, qui a constaté pour la première fois l'invalidité, soit pour vous, au 10 février 1931.

Vous ne sauriez donc, quoiqu'il en soit, réclamer un arrérage à partir du 28 juin 1917.

---

**93. — Pères de six enfants. Libération des obligations militaires**

J'ai lu dans le *Concours* que dès la naissance de son 6e enfant, un officier de réserve était dégagé de toute obligation militaire. Mais, par cette phrase faut-il entendre que les six enfants doivent être vivants ?

Je m'explique : mon premier enfant est venu à terme mais a succombé pendant le travail. Il a été inscrit sur mon livret de famille comme *mort-né*. Depuis j'en ai eu cinq autres qui sont actuellement vivants. J'ai donc eu six enfants. Puis-je demander à être dégagé de toute obligation militaire ?

Dr X.

**Réponse**

L'art. 58 de la loi du 31 mars 1928 spécifie :

« .... Les pères de six enfants vivants et d'un nombre plus élevé d'enfants, sont libérés de toutes obligations militaires dès la naissance de leur sixième enfant. »

Il ne semble donc pas se rapporter à votre cas, puisqu'au moment de la naissance de votre sixième enfant, vous n'étiez pas père de six enfants vivants.

---

**296. — Période volontaire. Choix de l'époque et du lieu**

Je viens de recevoir une lettre du médecin général inspecteur de ma région me demandant si je suis volontaire pour accomplir en 1932 une période militaire de 25 jours, et, dans l'affirmative, lui indiquer mes désirs à ce sujet (date, ville, service, etc.). Je suis médecin-lieutenant de réserve et n'ai pas encore accompli de période à ce titre.

Or, j'ai entendu dire que, si l'on renonçait à la solde afférente au grade, on pouvait sur sa demande, être affecté dans sa propre ville et pour une période de 17 jours au lieu de 25. Le fait m'a été confirmé par un de mes confrères parisiens qui a fait sa période à Paris dans ces conditions-là. Je voudrais toutefois être absolument sûr que la chose se fait toujours et je m'adresse à vous pour vous demander ce que vous savez à ce sujet et ce que je dois répondre pour faire ma période dans ces conditions-là.

Dr G.

**Réponse**

Rien n'est écrit à ce sujet dans les textes législatifs ; mais il est d'un usage constant, que tout volontaire pour une période peut en choisir, dans la limite des propositions qui lui sont faites, l'époque et le lieu. A plus forte raison, si vous abandonnez votre solde, pourriez-vous être autorisé à faire votre période sur place.

Quant à la durée de la période, elle ne peut être réduite par le Directeur, car elle est uniformément fixée pour chaque grade par le Ministre.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains** Boël.

**Amélie-les-Bains**. Alardo, Bouix

**Ax-les-Thermes** (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre** : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin A. Gandy (chir.), Mulle, Ricard-Pomarede.

**Bagnoles-de-l'Orne**. Joly, R. Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

**Bains-les-Bains**. M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges**. Fourment, Orliac, Pinat.

**Besançon La Mouillière**. Tronchon.

**Biarritz**. Augey, Clavel, Hallot, Lacour.

**Bourbon-Lancy**. Bellœuf, Compin.

**Bourbon-L'Archambault** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains et Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains**. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern**. Pouy.

**Cauterets**. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon**. J. M. Ballan, Baumann. Casar, de Montgolner Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville**. J. Thiéry. Contal.

**Dax**. Armaud Barrau Delmas.

**Divonne-les Bains**. Ballivet.

**Eaux-Bonnes**. Creignou.

**Enghien-les-Bains**. Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains**. Dr Sarda.

**Evaux-les-Bains** G. Benabu, Legate.

**Evian les-Bains** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux**. Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). **Rigal**.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Féré.

**La Bauche-les-Bains** : Brissaud.

**La Bourboule** Cany, Dulliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Rééd. moir.*), M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains** : Roger Causeret, Cugnior, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Dore.** J. André, Béal, Débidour, Dulin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros. Jossand.

**Plombières-les-Bains** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bains** Bourny

**Salies-du-Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint-Gervais-les-Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches** : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Sérane, Siguret Versepuy.

**Santenay-les-Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains** Fritsch (H.), Ramonet (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornilion, Cotar, Déléage, Fasré (Ch.) (*stom.*). Fan, Ganuat, Lère, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Monsseaux.

## *DEMANDES et OFFRES*

No 129. — Dr 42 ans, longue prat., posséd. sér. connaiss. administr. et commerc., recherche situat. méd. ou paraméd.

No 130. — On rech. pour la saison dans stat. therm. du Centre, jeune fille sér. bonne éduc., pour surveill. d'enf. dans maison médicale.

No 131. — Tillières s.-Avre (Eure). A vend. grande et jolie maison moderne, très gr. jardin, sur emplacem. d'un anc. château féodal. S'ad. Dr Mouton, à Tillières (Eure).

No 132. — 120 km. sud Paris. Bon poste dans ch.-lieu cant., seul méd. propharm. accouch. Gros rendem. Ind. à débatt. Pressé.

No 133. — A vend. App. compl. graphie-scopie, tranf. dossier, porte tube, porte écran, plaque malade tournante, tube B. B. Coolidge neuf, écran fluoresc., etc. Prix : 7.000. Pt. pied radio Gaiffe compl. cupule, étriers. Prix : 800. S'ad. M. Lorin, 4, rue des Volontaires (15e).

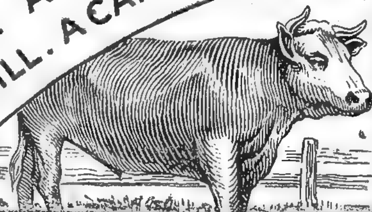
No 134. — Jeune femme du monde, distinct. éducat., ferait visites médic. Paris pour représent. spécial. pharmaceut. Toutes réf.

No 135. — Confr. recherche pension très sérieuse pour ses 2 fillettes, 5 et 6 ans bien portantes. Séjour prolongé. Côte d'Azur, de préfér. rég. d'Hyères.

No 136. — Infirmière jeune, même non diplômée, au courant piqûres, est dem. pour clin. chirurg. rég. Est.

No 137. — 50 km. Paris. Client. rur. rendem. intéress., fixe chem. fer. Maison agréab. Indemn. 35.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.





N° 138. — Auvergne. Anc. client. ville d'eaux, avec jolie villa. Condit. intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 139. — Paris. Bonne client. de quart., gros produit. Grand appartem. loyer 10.000. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 140. — Vve méd. pouv. fournir réf. prem. ordre, dés. trouver direct. clin. ou mais. santé. ou diriger intérieur de méd., garder propriété en fourniss. quelque travail, ou encore élever jeunes enfants.

## Renseignements

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

*La Colline* à **Saint-Antoine, Nice.** Maison de repos, régimes, convalescence, 250 mètres sur mer, deux médecins. Prospectus sur demande.

**Hôtel du Mont-Besset à La Louvesc** (Ardèche), **station de villégiat., cure air et altitude** (1.050 m.), **ni malades, ni contagieux.** Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Pour améliorer le **moral** de votre malade : soigner son estomac. Donner à tous les douloureux de l'estomac 3 ou 4 TABLETTES DE MANGAINE par jour, et en fort peu de temps, votre malade aura retrouvé son sourire.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le Congrès international de l'asthme.** — La multiplicité des travaux sur l'hydrologie, la création dans chaque Faculté de médecine d'une chaire magistrale consacrée à cette science ont imprimé un vif élan à la thérapeutique hydrominérale et, par là-même, accru le prestige et le renom des grandes stations françaises.

Dans le même ordre travaillent ces assises scientifiques organisées par les principales d'entre elles et qui ont pour objet quelques-unes des maladies ou diathèses qui relèvent plus particulièrement de la cure thermale. Ainsi, après les Congrès de l'arthritisme et de la lithiase urinaire, allons-nous assister au Congrès de l'asthme, qui aura lieu les 4 et 5 juin au Mont-Dore, précédant de peu celui de la lithiase biliaire qui se tiendra en septembre à Vichy.

Nul lieu ne pouvait convenir mieux à l'étude de l'asthme que l'antique et célèbre station dénommée « La Providence des asthmatiques » et qui se glorifie d'avoir été spécialisée de tout temps à cette affection. Ce Congrès où seront produits 26 rapports sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de l'asthme marquera une étape importante dans la connaissance d'une question encore obscure sur bien des points.

Rappelons les conditions offertes aux membres du Corps médical qui voudraient participer au Congrès.

Médecins, internes, externes des hôpitaux, étudiants en médecine, français et étrangers, y sont conviés.

Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser leur demande directement avec le montant de leur cotisation (30 francs français pour les médecins ou étudiants et chacun des membres de leur famille directe), au secrétariat du Congrès. Cette cotisation donne droit au volume des rapports, aux fêtes et excursions organisées en faveur des congressistes.

Les demandes d'inscription sont reçues jusqu'au 25 mai. Pendant la durée du Congrès des chambres seront mises gracieusement à la disposition des congressistes par le Syndicat des hôteliers du Mont-Dore.

Une réduction de 50 % sur les tarifs des chemins de fer français sera accordée à tous les congressistes et à leur famille sur demande adressée avant le 1er mai, au secrétariat du Congrès.

Adresser les adhésions et demandes de renseignements au secrétariat du Congrès international de l'asthme, 19, rue Auber, à Paris.

— **Ligue française contre le rhumatisme** (51, rue Bonaparte, Paris.) — La Ligue française contre le rhumatisme a tenu son assemblée générale le 14 mars dernier à l'Hôtel de l'Union des syndicats médicaux, sous la présidence du Professeur Fernand Bezançon.

Au cours de cette assemblée, la Ligue a décidé d'apporter sa contribution à la Ligue internationale contre le rhumatisme et a accepté la charge de l'organisation du Congrès de cette Ligue, en octobre 1932, à Paris.

Pour tous renseignements concernant la Ligue, s'adresser au secrétariat-trésorerie : 51, rue Bonaparte, à Paris.

— **Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest.** — La session-congrès de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest, présidée par le Professeur J. Sellier, s'est tenue à la Faculté de médecine les 22 et 23 avril 1932. Des rapports ont été présentés : 1° Sur la pathogénie du diabète, par MM. le Professeur agrégé Delmas-Marsalet, médecin des hôpitaux, et le Docteur Gré, chef de clinique à la Faculté de Bordeaux ; 2° Sur le traitement hydrominéral du diabète, par MM. les Docteurs Henri Paillard, professeur à l'Ecole de plein exercice de Clermont-Ferrand, et Henri Walter, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— **Bourses de vacances du Dr Debat.** — Comme chaque année, les laboratoires du Dr Debat offrent 100 bourses de 1.000 francs chacune à des étudiants fatigués et peu fortunés, afin de leur permettre de prendre quelque repos.

Les demandes doivent être adressées aux laboratoires du Dr Debat, service des bourses de vacances, 60, rue de Prony, à Paris, avant le 15 mai.

Prière d'indiquer la situation de famille, le numéro de dossier, etc.

— **Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France.** — Bureau élu : M. Rigolet, d'Auxerre ; secrétariat général : M. Blanpin ; trésorier : M. Croce-Spinelli.

— **Sanatorium de Fontenay-aux-Roses.** — La cérémonie de la pose de la première pierre du sanatorium suburbain de Fontenay-aux-Roses a eu lieu le 14 avril, sous la présidence du Professeur Léon Bernard, assisté des membres du Conseil d'administration de l'œuvre mutualiste « La Renaissance sanitaire ».

— **Association française d'urologie** (Reconnue d'utilité publique.) — *Prix Etienne Taesch.* (Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve.) — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier, dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et leurs résultats.

Ce travail, ou un résumé de ce travail, pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Pour l'année 1932, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1932, à M. le Dr O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris, 7e.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Par délibération de la Commission administrative en date du 11 mars 1932, le Docteur Mathey-Cornat, électro-radiologiste des hôpitaux, a été nommé électro-radiologiste à l'hôpital des Enfants, en remplacement du Docteur Roques, atteint par la limite d'âge.

— **Autriche**. — Le Professeur Alexandre, spécialiste des maladies de l'oreille, a été tué par un Tchèque

nommé Soukop. La victime a été atteinte de trois balles de revolver.

Le professeur échappa, en 1910, à un attentat du même genre. Or, le meurtrier Soukop a déclaré être l'auteur du premier attentat et a ajouté que le mobile du crime était le même qu'en 1910, c'est-à-dire d'avoir été défiguré par une opération qu'avait pratiquée sur lui le Professeur Alexandre. (*Le Journal*).

— **Caducée Normand.** — Le prochain dîner amical du « Caducée Normand », aura lieu, le jeudi 28 avril, à l'Auberge du Père-Jean, 8, rue des Volontaires, Paris, à 20 heures.

Tous les médecins, pharmaciens et dentistes d'origine normande seront les bienvenus et sont priés de s'inscrire auprès du secrétaire général Robert Colas, pharmacien, 133, rue Lecourbe, Paris (Vaug. 48-10), ou du président, le Docteur Robert Sorel, 1, rue d'Orléans, à Neuilly-sur-Seine (Galvani 41-17).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance d'André GORISSE, troisième enfant de la fille de notre excellent collègue et ami le Dr Louis Pamart.

Tous nos compliments très cordiaux à Pamart et à sa famille et nos meilleurs vœux de prospérité pour son petit-fils.

— Le Docteur BRUNERYE, de Paris, et Madame, née Choulet, nous font part de la naissance de leur fille Laurence.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

6 AVRIL

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Dr Gilles, médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Pau a été nommé médecin directeur dudit asile, en remplacement de M. le Dr Monestier, admis à la retraite.

M. le Dr Mouchette, médecin chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen a été nommé médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. le Dr Fouque, appelé à un autre poste.

7 AVRIL

**Pensions militaires.**

*Loi du* 5 *août* 1932 *prorogeant jusqu'au* 31 *décembre* 1932 *le délai imparti aux victimes de la guerre par la loi du* 9 *janvier* 1926 *complétée par la loi du* 26 *mars* 1927 *et la loi du* 30 *décembre* 1928.

*Article unique.* — Le délai imparti aux intéressés par la loi du 9 janvier 1926, complétée par la loi du 26 mars 1927 et la loi du 30 décembre 1928 (art. 85), pour faire valoir leurs droits à pension, est prorogé dans les mêmes conditions jusqu'au 31 décembre 1932.

**Légion d'honneur.**

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé publique : MM. les Docteurs Gilormini, de la Ciotat et Lambron, de Paris.

8 AVRIL

**Compétence des tribunaux.**

*Loi du 6 avril 1932 modifiant les articles 2, 50, alinéa 1er, et 59, alinéa 1er, du code de procédure civile en ce qui concerne la compétence des tribunaux : 1° en matière de pension alimentaire ; 2° en matière de contestations relatives à des fournitures, travaux, locations, louage d'ouvrage et d'industrie.*

Art. 1er. — L'article 2 du code de procédure civile est complété ainsi qu'il suit :

« La demande en pension alimentaire prévue par les articles 205 et 206 du code civil peut être portée par l'ascendant demandeur devant le juge de paix de son domicile. »

Art. 2. — L'article 50, alinéa 1er, du code de procédure civile est modifié ainsi qu'il suit :

« En matière de pension alimentaire, le défendeur peut être cité en conciliation devant le juge de paix du domicile de l'ascendant demandeur. »

Art. 4. — Les articles 2, 50, alinéa 1er, et 59, alinéa 1er, du code de procédure civile sont complétés ainsi qu'il suit :

« Les contestations relatives à des fournitures, travaux, locations, louage d'ouvrage ou d'industrie, peuvent être portées devant le juge du lieu où la convention a été contractée ou exécutée lorsqu'une des parties sera domiciliée en ce lieu. »

Art. 3. — L'article 59, alinéa 1er du code de procédure civile est complété ainsi qu'il suit :

« En matière de pension alimentaire, l'instance peut être portée devant le tribunal du domicile de l'ascendant demandeur. »

Art. 5. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

9 AVRIL

**Service de santé militaire.**

*Comité consultatif de santé.*

Par arrêté du 1er avril 1932 :

1° M. le médecin général Lévy, directeur de l'école d'application du Service de santé militaire et des hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Percy, est maintenu membre titulaire du comité consultatif de santé ;

2° M. le médecin général Lahaussois, directeur du Service de santé de la 6e région, membre consultant militaire du comité consultatif de santé, est nommé, pour l'année 1932, membre titulaire dudit comité, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Rouvillois, appelé à d'autres fonctions ;

3° Sont nommés membres consultants militaires du comité consultatif de santé pour l'année 1932 ;

M. Morvan, médecin général, directeur de l'école du service de santé militiaire, en remplacement de M. le médecin général Lahaussois, nommé membre titulaire.

M. Beyne, médecin colonel, de la direction générale des forces aériennes au ministère de la défense nationale (air), en remplacement de M. le médecin général Rubenthaler, passé dans le cadre de réserve.

### Asiles publics d'aliénés.

Le poste de médecin-chef de service du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen est vacant par suite du départ de M. le Dr Mouchette, appelé à un autre poste.

Le poste de médecin chef de service de l'Asile public d'aliénés de Pau est vacant par suite de la nomination de M. le Dr Gilles, comme médecin directeur.

12 AVRIL

### Substances vénéneuses.

*Circulaire du 25 mars 1932 relative à l'étiquetage des substances vénéneuses.*

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

### Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Médaille d'or : MM. les Docteurs Lorieux, de Ploermel ; Daniel et Froment, de Paris.

Médaille d'argent : MM. les docteurs Fallen, d'Aubagne ; Gosselin, de Caen ; Ollivier, de Lehon (Côtes-du-Nord ; Bouriot, de Lourdes ; Cange, Gouffier, Morin, Pasteau, Rieu, de Paris.

Médaille de bronze : MM. les Docteurs Delvincourt, de Liesse ; Lieutaud, d'Aubagne ; Debrade, de Sancoins ; Picheral, de Nîmes ; Nandrot, de Montargis ; Couffon et Lelièvre, d'Angers ; Jourdin, de Pouancé ; Garçon, de Ploermel ; Aufschlager et Keller, de Strasbourg ; Mlle le Dr Blavette, de Paris.

### Sanatoriums publics.

*Avis de concours pour un poste de médecin adjoint de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

Le traitement de début est fixé à 22.000 fr. et peut atteindre 36.000 fr., par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judi-

ciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 20 mai 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin adjoint.

---

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Assurances sociales. Remboursement des frais d'hospitalisation.

15431. — M. René GOUNIN demande à M. le ministre du Travail si une caisse primaire peut se refuser de payer les frais d'hospitalisation à la femme d'un assuré social sous prétexte que l'établissement hospitalier où a été traitée la malade n'avait pas à ce moment là de conventions avec la caisse. (*Question du 25 février* 1932.)

*Réponse.* — Réponse affirmative, à moins que, conformément à l'article 35 du règlement type des caisses, la malade n'ait adressé à sa caisse d'assurances une demande en vue d'être hospitalisée dans cet établissement, n'ait souscrit un engagement général de se soumettre au contrôle de la caisse et au contrôle technique.

(*J. O.*, 31 mars 1932.)

---

### Soins thermaux aux bénéficiaires de l'art. 64 de la loi des pensions.

15296. — M. Léonce SALLES expose à M. le Ministre des pensions qu'à la faveur d'une diversion, il n'a pas été répondu explicitement à la question n° 14396 ; et lui demande : 1° si le droit aux soins médicaux et pharmaceutiques prévu par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, ne s'étend pas, le cas échéant, à la cure thermale gratuite, lorsque celle-ci est nécessitée par la blessure ou la maladie ; et, dans le cas de la négative quel texte législatif s'y oppose ; 2° s'il ignore qu'au cours de l'année 1931 de très nombreux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, notamment pour les stations de Châtel-Guyon et Plombières, se sont vus refuser la cure thermale gratuite sous prétexte, soit d'encombrement, soit d'insuffisance budgétaire, et si les victimes de la guerre n'ont pas la priorité sur les fonctionnaires civils et militaires en activité ou en retraite pour le droit à la cure thermale gratuite ; 3° quelles mesures il compte prendre, lors de la prochaine discussion budgétaire, pour que tous les mutilés habiles à se réclamer de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 puissent bénéfi-

cier, par priorité, de la cure thermale gratuite, lorsqu'elle est expressément nécessitée par la blessure reçue ou la maladie contractée pendant la guerre. (*Question du* 11 février 1932.)

*Réponse.* — 1° Les soins thermaux sont donnés aux anciens militaires en vertu de la loi du 12 juillet 1873, non abrogée par la loi du 31 mars 1919 ; 2° et 3° l'attention du ministre de la défense nationale, seul compétent pour l'application des dispositions de la loi du 12 juillet 1873, va être appelée par le ministre des pensions sur les faits signalés par l'honorable député au sujet des stations de Châtel-Guyon et de Plombières et sur la situation particulière des victimes de la guerre.

(*J. O.*, 31 *mars* 1932.)

### Droit d'un pensionné de guerre aux soins gratuits pour infirmité nouvelle.

15660. — M. Laroche demande à M. le ministre des Pensions quels sont les droits aux soins gratuits d'un pensionné définitif qui a obtenu une augmentation du taux de sa pension depuis le 1er janvier 1932 pour infirmité nouvelle. (*Question du* 10 *mars* 1932.)

*Réponse.* — Conformément aux dispositions de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les bénéficiaires de ladite loi ont droit à la gratuité des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pour les blessures ou maladies donnant lieu à pension. Dans le cas d'espèce visé par l'honorable parlementaire, l'intéressé ne pourra prétendre au bénéfice de l'article 64 de la loi susvisée pour son infirmité nouvelle, qu'autant que celle-ci pourra donner lieu à pension.

(*J. O.*, 31 mars 1932.)

## VOYAGES MÉDICAUX INTERNATIONAUX DANS LE MIDI DE LA FRANCE

Sous le patronage des Facultés de Bordeaux, de Lyon, de Marseille et de Montpellier, avec la collaboration de l'école de médecine de Grenoble, de la Société médicale du littoral méditerranéen, de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées, et des Sociétés médicales de la région des Alpes, quatre voyages médicaux internationaux parcourent annuellement le Midi de la France. Deux durant la saison d'hiver (Noël et Pâques), visitent la Provence, la Côte d'Azur et la Corse. Deux parcourent, durant la saison d'été, les Alpes, les Cévennes et les Pyrénées.

Ces voyages bénéficient d'une technique, d'un confort et d'avantages moraux et matériels, résultant d'une organisation commune et permanente, réglée par dix années d'expérience. Leur caractère scientifique est assuré par la direction de professeurs des Facultés françaises et étrangères et les démons-

*Voir la suite page LXIII-1317*

# PROPOS DU JOUR

**Une belle et bonne initiative : La création d'une filiale algérienne de la Société de secours mutuels pour femmes et enfants de médecins (F.E.M.). Nécessité d'imiter cette initiative pour les autres œuvres médicales telles que la Maison du Médecin.**

Nous lisons dans la Revue : *L'Algérie médicale* (février 1932) :

« Grâce à la généreuse initiative de M. le Prof. LEBLANC, doyen de la Faculté de médecine, la Société de Secours mutuels pour femmes et enfants de médecins, qui a son siège, auprès de l'Association des médecins de France, à Paris, 95, rue du Cherche-Midi, vient de créer une filiale pour l'Algérie. »

Le bureau est constitué par M. le Prof. Leblanc, président ; Mmes F. Gauthier et Costantini, vice-présidentes ; Mme Bernard, secrétaire générale ; Dr Le Génissel, secrétaire général adjoint ; Dr Witas, trésorier général.

*Comité de patronage* : Mmes Ardin-Delteil, Aubry, Benhamou, Bonnet, Curtillet, Fourcade, Gillot, Lescuyer, Montpellier, Picard, Ed. Sergent, Viallet.

Quatre-vingt-deux personnes ont adhéré à la nouvelle société le jour même de sa fondation, le 28 janvier.

Nous ne saurions trop féliciter nos confrères algériens de cette initiative qui nous l'espérons, trouvera des imitateurs dans toutes les grandes villes de France et plus particulièrement aux sièges de nos universités.

A la F. E. M., comme du reste à la MAISON DU MÉDECIN, le plus grand nombre des secourus ou admis sont des médecins ou des familles de médecins de Province. Or, ces œuvres ne sont pas suffisamment riches pour équilibrer leurs budgets et répondre à toutes les obligations bienfaisantes que leurs administrateurs se sont assignés. Elles sont obligées de chercher des ressources extraordinaires anormales : La F. E. M. les trouve dans les recettes du *Bal de la Médecine* ; la MAISON DU MÉDECIN dans celles de sa vente de Bienfaisance et de sa tombola (1). Jusqu'ici, ces recettes extraordinaires ont été suffisantes, mais elles sont précaires, dues à l'activité de quelques dames dévouées et peuvent un jour être insuffisantes ou totalement manquer.

Ces recettes sont recueillies presque uniquement dans le Corps médical de la région parisienne. Ne serait-il pas juste et utile d'inciter nos confrères de province à venir en aide à des institutions qui leur sont largement ouvertes ?

Les uns pourraient fonder des filiales comme nos confrères d'Algérie ; les autres pourraient créer des Comités qui, dans nos grandes villes, suivant l'exemple de Paris, organiseraient des bals de la médecine ou des ventes de charité. Le produit de ces bals ou de ces ventes pourrait être divisé : une part servirait à alimenter une caisse de prompt secours qui serait confiée, par exemple, au trésorier de la Société locale de l'Association générale ; le reste pourrait être versé à la Maison du Médecin, à la Société pour femmes et enfants de médecins, au besoin même avec une affectation spéciale qui serait déterminée après entente avec les Conseils d'administration de ces œuvres. Si, dans les 10 ou 20 plus grandes villes de France, les médecins donnaient des bals ou des ventes au bénéfice des œuvres médicales, nous ne tarderions pas à voir ces dernières florissantes, et pouvant faire face à toutes leurs obligations avec leurs seuls revenus.

C'est aux bureaux de nos Sociétés locales, à ceux de nos Syndicats, aux maîtres des Facultés et des Ecoles de médecine, à tout confrère jouissant de quelque notoriété, et sans doute peut-être plus à leurs femmes, à prendre l'initiative de la création de ces comités et nous pouvons, s'ils veulent s'en donner la peine, leur assurer les mêmes succès que ceux obtenus à Paris.

En tout cas, M. le Doyen Le Blanc, de la Faculté d'Alger, vient de donner le bon exemple et nous ne saurions trop le féliciter, ni trop le remercier.

J. NOIR.

(1) Rappelons à ce propos que la vente au profit de *La Maison du Médecin* aura lieu le samedi 7 mai, à la Faculté de Médecine de Paris.

## Un médecin précurseur de l'organisation de la Paix

L'an 1905, le 21 mars, un certain nombre de médecins français et étrangers, pressentis antérieurement par le Dr J. A. Rivière, à ce sujet, se réunirent à Paris à son domicile, 25, rue des Mathurins et fondèrent l'*Association médicale internationale contre la guerre.* Cette association, qui fit preuve d'une grande activité de 1905 à 1910, tant en France qu'à l'étranger, grâce à l'enthousiasme de son président, le Dr J.-A. Rivière, avait discuté et élaboré tous les projets d'organisation de la Paix que nous voyons à l'heure actuelle soumettre à Genève à la Société des Nations.

Michelet avait dit un jour : Au XXe siècle, la France déclarera la Paix au monde. Souhaitons que cette formule, reprise avec un médiocre succès par Aristide Briand, devienne une réalité à la fin de ce siècle qui, hélas ! a si mal débuté.

M. le Dr Rivière, évitant les grands mots sonores et creux, a étudié le problème de l'organisation de la paix d'une façon plus pratique, plus réaliste, et nous ne sommes pas peu étonnés de voir l'analogie, nous allions dire presque l'identité, de son projet avec les propositions déposées récemment à Genève par M. A. Tardieu, au nom de la France, à la Commission de désarmement de la S. D. N.

Le Dr Rivière propose de faire juger les conflits entre nations par un Haut-Tribunal qu'il dénomme le *Tribunal international* où seraient représentées chaque profession, chaque corporation de chaque pays. Au-dessus de lui serait constituée une juridiction suprême, le *Tribunal humanitaire,* dont les membres seraient directement élus par les citoyens de chaque pays.

Si la sanction morale qui se dégagerait du verdict du *Tribunal humanitaire* était insuffisante, une *police internationale*, une armée internationale organisée, serait chargée d'assurer l'application de la sanction.

Le Dr Rivière préconisait en outre la prohibition de certaines armes meurtrières, le contrôle de la fabrication de toute arme de destruction.

Il demandait à ce que la rééducation altruiste fût le but sacré de tout gouvernement. Cette rééducation devait être l'œuvre de l'école, de la presse, du théâtre et du cinéma et assurer ce que l'on appelle actuellement le désarmement moral, sans lequel on ne peut envisager une organisation durable de la Paix.

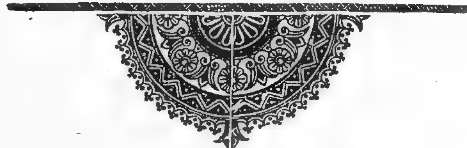
Entraîné par ses généreuses conceptions, le Dr Rivière entrevoyait dans un avenir plus lointain l'unification des poids, des mesures, des monnaies, des langues et des religions, unification qui assurerait la bonne harmonie universelle. C'était sans doute beaucoup.

La plupart de ces idées ont été émises en avril 1905, et nous les empruntons à un extrait des *Annales de Physiothérapie* de cette époque.

Nous sommes loin de la réalisation de ce beau rêve, mais le Dr Joseph Rivière n'a pas abandonné cet espoir, et nous le revoyons au Conseil d'administration de l'*Union médicale latine*, seconder activement Dartigues dans ses efforts de rapprochements des peuples par la création de liens amicaux entre les médecins de divers pays.

La tâche des pacifistes pratiques et raisonnables est ardue, mais n'est-il pas curieux de constater que, 9 ans avant la guerre mondiale et 27 ans avant notre époque, un médecin parisien avait conçu un projet pour assurer la paix du monde, analogue à celui qui est en discussion à Genève ?

J. Noir.



# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LE TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE

Par R. Benon,

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Sommaire. — 1. *Traitement des crises* ; 1) *isolement* ; 2) *traitement moral* ; 3) *mariage* ; 4) *hydrothérapie et autres moyens physiques* ; 5) *hypnotisme* ; 6) *voyages* ; 7) *régime alimentaire* ; 8) *médicaments* ; 9) *l'hystérie chez les enfants*. — 2. *Traitement des séquelles* : *paralysies, contractures, etc.*

Nous distinguons, dans l'hystérie, les crises et les séquelles de crises. Or, toutes espèces de traitement paraissent susceptibles de guérir l'hystérie, qu'il s'agisse de crises ou de séquelles. Mais toutes sortes de traitement aussi sont susceptibles d'échouer dans l'hystérie. La magie, le charlatanisme, la religion ont la partie belle près des hystériques. En principe, le praticien ne doit jamais abandonner à eux-mêmes cette variété de malades, car ce sont eux, du fait de leurs guérisons subites, étranges, qui contribuent à jeter le discrédit sur les choses médicales. Le thérapeute embarrassé devant un cas d'hystérie doit demander le secours d'un confrère, ou bien même passer la main à ce confrère : cela vaut mieux que de dédaigner le patient et de l'incliner ainsi à subir les pratiques des magiciens. Nous étudions séparément le traitement des crises et le traitement des séquelles (1).

***

1. **Traitement des crises.** — Nous aurons en vue, ici, les cas d'hystérie avec crises fréquentes, répétées, durables, et surtout les crises revêtant soit la forme moyenne, soit la forme aiguë (grandes crises d'hystérie). Nous estimons avec Charcot que, chez de tels malades, la première indication du traitement est l'isolement, et non pas la persuasion comme le pensent M. Babinski et ses élèves. L'état passionnel, grand ou petit, qui détermine et entretient l'énervement chez l'hystérique, est très important à connaître, mais lorsque les crises se succèdent, soit chaque jour, soit plusieurs fois par semaine, il importe d'abord, presque toujours, de changer le sujet de milieu : le traitement par la persuasion ou mieux le traitement moral passe donc après le traitement par l'isolement. Ensuite, dans cette question de thérapeutique spéciale, nous dirons ce que nous pensons du mariage chez les hystériques, de l'hydrothérapie, de l'hypnotisme, du régime alimentaire et des diverses médications. Un petit appendice suivra relativement à l'hystérie-crises chez les enfants.

1) Isolement. — L'isolement doit être appliqué sans hésitation à tout hystérique qui présente des crises fréquentes, quotidiennes ou hebdomadaires, durables en un mot. Il ne peut guère être pratiqué à la maison, — sauf dans des cas exceptionnels, — parce que le plus communément les causes d'énervement qui engendrent la crise viennent du milieu même où vit le sujet. A la clinique ou à l'hôpital, le malade ne doit pas être placé dans une salle ordinaire, mais dans une chambre particulière, une sorte de cellule, spacieuse, bien aérée, bien éclairée (l'obscurité n'est nullement nécessaire). Le malade doit être alité par terre, afin d'éviter les chutes, rares il est vrai, afin d'éviter surtout que le sujet dans son agitation ne saisisse les barreaux ou les pieds du lit pour les tordre ou briser, etc. Aucun meuble ne doit occuper la chambre, afin d'éviter les bris d'objets au moment des contorsions : le sol sera simplement garni de plusieurs matelas.

Le patient doit être laissé libre dans sa cellule : nulle personne ne doit le maintenir pendant ses crises. Ces grands agités ne se blessent jamais gravement : quelquefois, ils s'écorchent le dos des mains, les joues, mais les plaies sont toujours superficielles, sans profondeur ; quelquefois, ils frappent le sol de la tête ; il ne faut pas intervenir pour les protéger.

Aucun spectateur ne doit assister à la crise : seul, un infirmier compétent rendra compte des faits observés.

Il est inutile et quelquefois très fâcheux de prononcer des paroles devant le patient : les

(1) V. Benon R. — L'hystérie. Crises et séquelles. 1928. Paris, Editeur : Legrand.

paroles bienveillantes comme les intimidations et menaces sont vaines ; parfois, elles provoquent la réapparition des convulsions.

Les inhalations d'éther, les aspersions avec de l'eau froide, le siphonage, sont inutiles, contre-indiqués : il est préférable de ne pas toucher le sujet ni de lui parler.

Lorsque la crise est passée, si le sommeil tend à s'emparer du patient, on l'installera sur un matelas et on le couvrira. Si le moindre geste d'agitation nerveuse se produit, on s'éloignera immédiatement, la crise n'étant pas terminée. Un infirmier, qui connaît bien les crises d'hystérie, n'interviendra jamais avant d'avoir constaté les pleurs, les sanglots, qui marquent sûrement la fin de l'accès.

Dans l'intervalle des crises, le sujet doit être visité, étudié psychiquement, rassuré, consolé. Maintes fois, il demande à sortir de sa chambre, à travailler un peu : on ne se hâtera pas de lui accorder ces facilités ; on attendra que les crises aient complètement disparu ou presque. C'est au médecin, avec ses collaborateurs, à en décider, généralement après plusieurs semaines.

Il est d'observation courante que les plus grandes crises, ainsi traitées, disparaissent en quelques semaines, en quelques mois, mais, chez certains sujets, très sensibles, les rechutes sont fréquentes.

On pourrait penser que l'isolement prédispose aux idées obsédantes, que les causes d'énervement qui engendrent les crises en se fixant dans la pensée du sujet, vont aggraver la situation. Cela se produira parfois et sera sans inconvénient si la psychothérapie n'est pas négligée.

2) Traitement moral. — Il y a un traitement moral général et varié de l'hystérie. La persuasion, suivant le mode de M. Babinski, est une sorte de traitement moral, mais rétréci, comme étriqué, du fait de l'uniformité de ses modalités ; cette persuasion là, douce ou vive, lénitive ou brutale, ne suffit jamais pour guérir un hystérique atteint de crises qui se répètent à peu près quotidiennement.

Pendant la crise, la persuasion est inefficace. En principe, le silence absolu auprès du malade s'impose. Il arrive pourtant que la présence d'une personne amie, survenue à l'improviste, ou que la perception, d'une voix chère, fassent cesser de suite la crise.

Dans l'intervalle des crises, le traitement moral ne consiste pas seulement à « persuader le sujet de la guérison ». Le travail est plus complexe. La « volonté », seule, d'une tierce personne n'a jamais guéri un hystérique de ses crises. La crise d'hystérie elle-même n'est pas un acte volontaire simple : les convulsions hystériques représentent une série d'actes automatiques impulsifs. Ce qu'il importe de connaître chez l'hystérique, dans presque tous les cas, c'est sa vie morale, ses états passionnels, les idées qui l'obsèdent et les émotions qui en résultent, en un mot les causes d'énervement contenu qui déterminent les crises. La confession scientifique du sujet doit être la règle. Elle n'est pas aisée. Elle doit se pratiquer dans le calme du cabinet médical. Elle nécessite la confiance absolue du patient dans le médecin. Elle sera rarement complète lors du premier examen. Elle exige la connaissance de notions psychologiques élémentaires et surtout la compréhension des émotions courantes : chagrin, anxiété, joie, énervement. Alors, ensuite, on pourra donner des conseils à l'hystérique, le mettre en garde contre sa sensibilité exquise, informer l'entourage des causes déterminantes des crises, éduquer cet entourage, le discipliner pour éviter de nouveaux accès. Ainsi, un jour, la rentrée dans la famille, — si une mesure d'isolement a été prise vis-à-vis du sujet, — pourra être réalisée. La vie familiale, avec ses heurts quotidiens chez de tels individus, n'est possible que dans de pareilles conditions. Il faut bien comprendre l'hypersensibilité et la susceptibilité des hystériques, s'observer à chaque instant, être toujours bien maître de soi, laisser passer beaucoup de gestes et de paroles, si l'on veut continuer de vivre avec eux.

3) Mariage. — L'heureuse influence du mariage dans l'hystérie est une notion hippocratique ; elle est encore une notion populaire, Hippocrate a dit : « ...Pour la veuve..., le mieux est de devenir enceinte. Quant à la fille, on lui conseillera de prendre un mari. »

Nous pensons qu'il y a du vrai dans la formule du médecin de Côs, mais dans un tiers seulement des cas. Le changement de milieu, pour une jeune fille qui a des contrariétés dans sa famille, qui aspire à une vie nouvelle et relativement libre, enfin qui trouve un mari à sa convenance, est du meilleur effet. Mais aussi, lorsque l'homme devient indifférent, se montre brutal, rigoriste, lorsqu'il séquestre partiellement sa femme, excite sa jalousie ou son envie par ses légèretés de conduite ou dissipations de fortune, alors le mariage est bientôt une autre source de crises nerveuses.

L'importance qu'Hippocrate attachait au mariage pour les veuves et les filles paraît s'expliquer en évoquant le temps de son époque, temps où la condition de la femme était adaptée presque uniquement à des exigences physiologiques par suite la non-satisfaction d'un certain amour devait le plus souvent engendrer chez elle les manifestations de la grande névrose.

4) Hydrothérapie et autres moyens physiques. — L'hydrothérapie, surtout lorsque le malade est traité dans une clinique ou dans un

établissement hospitalier, est particulièrement indiquée. On ne la proscrira que lorsqu'elle détermine de la fatigue ou de la courbature. On essaiera d'abord la douche chaude, ou tiède, puis la douche écossaise, enfin peut-être la douche froide. Celle-ci, parfois, est supportée d'emblée. Chez les femmes ou les hommes de faible constitution, elle est douloureuse, pénible, intolérable. Le drap mouillé, le bain prolongé, en cas d'énervement continu, ont leurs indications.

Le massage, l'électricité, la gymnastique, sont susceptibles, à la maison de santé, de donner de bons résultats. Ils occupent le malade, assouplissent son corps. Toutefois, ils ne doivent jamais être imposés : le sujet sera préparé, disposé par le psychothérapeute à les supporter ou essayer.

5) Hypnotisme. — L'hypnotisme, le magnétisme, qui diffèrent de l'hystérie, sont capables de guérir des sujets hystériques à crises répétées, tout comme d'autres procédés. On ne pratique plus guère l'hypnotisme aujourd'hui parce qu'il a peu d'apparences scientifiques. Son efficacité n'est pas contestable, mais aussi il arrive que, loin de diminuer le nombre des crises, il l'augmente. Il n'est rationnel que s'il est associé à une psychothérapie appliquée, douce, tenace et bienveillante.

6) Voyages. — Les voyages, les distractions conviennent aux hystériques. On peut les conseiller dès que les crises sont devenues rares ; ils contribuent même parfois à les faire disparaître totalement. Il va de soi que, dans ces voyages, il faut éloigner du sujet toutes les personnes qui lui ont fait du mal, qui l'ont contrarié et mortifié. La mer, la montagne, la campagne seront prescrites indifféremment, l'essentiel est que le malade se plaise là où il est.

Les voyages et les distractions sont contre-indiqués chez les hystériques qui sont des asthéniques chroniques, ou qui, du fait de leurs crises, ont des tendances marquées à la dépression nerveuse générale. Ici, le repos au calme, la vie régulière, sont indispensables.

7) Régime alimentaire. — Il n'y a pas de régime alimentaire spécial à ordonner chez l'hystérique ; il est rare d'ailleurs qu'il se plaigne spontanément de troubles gastriques ou intestinaux, par dyspepsie ou constipation. Cependant, on conseillera d'éviter l'abus des viandes et des œufs ; on insistera auprès du malade pour qu'il ne commette ni excès de café ou de thé, ni excès de boissons alcooliques. Si l'état général est médiocre, on s'ingéniera à trouver des aliments qui flattent ses goûts. — Lorsqu'on constate un syndrome asthénique avant que ne surviennent les crises ou lorsque l'asthénie se prolonge après les crises, — mais surtout dans le premier cas, — il importe de fixer davantage l'attention sur le régime alimentaire, à cause de la lenteur des digestions et de la constipation qui sont d'origine asthénique. On ne se montrera pas toutefois d'une sévérité excessive en cette matière : on se bornera, avant tout, pour les prescriptions, sur les sensations éprouvées par le malade à l'occasion des repas et digestions.

8) Médicaments. — C'est une erreur de dire qu'il ne faut pas donner de médicaments aux hystériques ; leur effet, bien que très souvent complexe, peut être un appoint de premier ordre pour le psychothérapeute. On prescrira des médicaments fortifiants, par périodes, avec des intervalles plus ou moins longs. Les doses seront faibles. Le fer, l'arsenic, le phosphore, le quinquina, l'eau de mer, seront ordonnés suivant les cas. On en surveillera l'action excitante, et on cessera de suite en cas d'insomnie, d'agitation nerveuse. Les antispasmodiques dans l'hystérie ont connu, après l'enthousiasme, le dédain. Quelques-uns, comme l'opium, ont été déclarés d'un emploi dangereux dans la névrose : cela est grandement exagéré. Nous prescrivons volontiers des antispasmodiques dans l'hystérie, comme la valériane, le véronal, le gardénal, le bromure de sodium, les opiacés, la belladone, l'hyoscine, etc., et nous en observons de bons effets. Ce sont, certes, des médications à surveiller de très près, mais les résultats qu'on en obtient sont satisfaisants. En matière de thérapeutique hystérique, nul médicament n'est vraiment à interdire : ce n'est pas leurrer son malade que de le soigner prudemment par tous les moyens. L'action des drogues est obscure, mais réelle ; il appartient à la biologie de l'éclaircir si elle peut.

9) L'hystérie chez les enfants. — Y a-t-il une prophylaxie de l'hystérie ? Des signes, observés chez les enfants et jeunes gens, permettent-ils de prévoir l'apparition prochaine ou lointaine de la névrose ? Question délicate. Il faut pour cela étudier directement (ou mieux indirectement, car l'observation directe nécessiterait presque la vie avec le sujet), les diverses réactions émotionnelles que présente quotidiennement le patient. Ce sont naturellement les manifestations à base d'énervement qu'il faut rechercher le plus attentivement, étudier dans leur origine et leur développement. Cela n'est pas aisé, surtout si le petit malade est d'un caractère seul, sombre, renfermé.

Faut-il agir d'autorité avec ces sujets ? La méthode sévère, rigoriste, est-elle la meilleure ? Nous pensons, hélas ! qu'elle peut être bonne, mais très exceptionnellement. Nous n'allons pas jusqu'à en déconseiller l'essai dans la famille seule, quoique nous voyions bien le plus souvent qu'elle

soit désastreuse. Il faut développer chez les enfants, l'amour du foyer et non la haine. Nous avons vu en cette matière des mères admirables qui comprenaient exactement leurs enfants ; nous en avons vu d'autres qui étaient de véritables monstres. Sans doute, il est pénible, fatigant de vivre avec des enfants doués d'une susceptibilité excessive, d'une irritabilité concentrée et presque permanente. Mais tous ces êtres malheureux n'ont pas demandé à vivre ; comment mieux faire que d'essayer de bien comprendre ces natures ultra-sensibles, et de leur épargner les émotions douloureuses qui les crispent ou les exaltent ? Une vie très libre, sans entraves autres que celles de l'ordre social et non pas familial, une porte largement ouverte, convient à ces hyperémotifs, à ces dysthymiques constitutionnels, atteints de grandes ou de petites crises d'hystérie.

***

**2. Traitement des séquelles.** — Le traitement des séquelles hystériques ne se résume pas en un mot, la persuasion, comme le pense M. Babinski. Le traitement moral, qui comprend la persuasion, joue sans doute un rôle important dans la conduite à tenir vis-à-vis des accidents secondaires de l'hystérie, mais il doit être associé à toutes sortes d'autres thérapeutiques. En principe le traitement des séquelles post-hystériques doit être précoce, très actif, et sans violence. L'énergie, la force, la brutalité, peuvent avoir raison de certaines complications motrices, — le fait semble exact, — mais dans quelles conditions et à quel prix ? Il y a un point de vue médical professionnel, moral, qui n'est pas vain thérapeutiquement, en temps de paix, comme en temps de guerre. Nous pensons que, à l'égard de certaines paralysies ou contractures post-hystériques, il faut d'autant plus abandonner les méthodes de violence qu'il est possible d'obtenir les mêmes guérisons par des méthodes de douceur.

Les paralysies post-hystériques sont généralement transitoires ; on les guérit d'ordinaire facilement ; si elles persistent, on pourra, après une étude psycho-clinique très complète, étayée au besoin sur le témoignage de tierces personnes, on pourra recourir aux diverses méthodes physiques thérapeutiques de ces accidents : hydrothérapie, électricité, massage, gymnastique, mécanothérapie, associées au besoin à l'isolement individuel. Rappelons que l'astasie-abasie, la quadriplégie paraissent ne se développer que chez des asthéniques, et que, en conséquence, il faudra, dans le traitement, tenir compte de cet état d'asthénie nerveuse générale, laquelle exige le repos partiel ou complet.

Les contractures qui succèdent aux crises d'hystérie sont plus difficiles encore à guérir que les paralysies. Une fois constituées, elles affectent des formes stéréotypées, durables ou intermittentes, et leur réduction devient presque impossible. Le traitement moral s'impose d'abord avec ou sans isolement, puis le traitement par les moyens physiques. On a pu faire disparaître des contractures post-hystériques violemment, brusquement, immédiatement, avec ou sans électricité. N'aurait-on pas obtenu des résultats identiques par d'autres procédés ? La patience est une vertu humaine, mais ce doit être maintes fois une vertu spécialement médicale. — Quant au traitement chirurgical des rétractions fibro-tendineuses par contracture dynamique, il n'a plus guère de partisans.

Le tremblement généralisé, l'astasie-abasie, sont des séquelles hystériques qui tendent souvent, comme les contractures et paralysies, à la chronicité ; nous pensons qu'ils guérissent plutôt lentement que d'un coup ; nous pensons aussi qu'ils coexistent souvent avec de l'asthénie musculaire et psychique.

La surdité, l'amblyopie, post-hystériques, sortes de troubles réflexes, — et de même : l'aphonie le mutisme, le bégaiement, le blépharospasme qui suivent les crises d'hystérie, — sont curables par des procédés physiques, mais, mieux encore, par les mêmes actions associées à un traitement psychique approprié à chaque cas, avec ou sans isolement.

La stupeur, la léthargie nécessitent le plus souvent le placement dans une maison de santé. Le sujet a besoin de repos, de calme, et on ne pourra guère le lui procurer que par un changement immédiat et complet de milieu. Ces états, qui peuvent durer des mois, des années, guérissent presque toujours : pour aider les malades à en sortir, on ne négligera ni le traitement moral, ni le traitement somatique.

L'anorexie qui suit certaines crises d'hystérie est généralement transitoire. En rapport avec l'épigastralgie, elle cède aux moyens thérapeutiques d'ordre physique et d'ordre moral, alors que persistent les anorexies d'origine parathymique anxieuse ou d'origine mélancolique. Elle n'exige que rarement l'alimentation artificielle à la sonde.

Les états seconds, les délires post-hystériques, les premiers surtout, sont bénins et ne nécessitent qu'un traitement moral spécial, mais toujours très délicat, comme celui des crises. Le délire des hystériques n'entraîne que rarement le placement à l'asile ; il n'y contraindrait jamais les familles, étant presque toujours curable, s'il existait des services ouverts de psychiatrie pour le traitement des agités, aigus et subaigus.

# LES LOCALISATIONS VEINEUSES DU RHUMATISME

Par MM.

R. Hügel et G. Delater.
de Bagnoles-de-l'Orne.

Rhumatisme articulaire aigu, — rhumatisme chronique, — goutte, représentent-ils trois variétés d'une même maladie infectieuse dont le virus s'adapterait à des terrains divers ? — représentent-ils plutôt trois affections distinctes, dont la première a tous les caractères d'une maladie microbienne qui nous cache encore sa cause ; — dont la troisième, pour beaucoup d'observateurs, semble répondre à une surcharge de l'organisme en déchets toxiques de l'alimentation, tandis que pour d'autres, elle subit l'influence de migrations bactériennes parties de l'intestin ; — dont la deuxième, enfin, tantôt se comporte comme une forme dimidiée de la première, tantôt se rapproche de la troisième ?

L'étude de leurs localisations veineuses aidera peut-être un jour à éclaircir ces problèmes. Elles offrent en effet, actuellement, à notre avis, cet intérêt : qu'elles mettent en évidence une dualité entre des fluxions apparemment *amicrobiennes* et d'autres, à peine différentes par la superposition d'une accentuation de leurs caractères, où la thérapeutique n'intervient avec des chances de succès rapide que si elle fait appel à des *procédés anti-infectieux*.

Cette dualité de formes serait peut-être à rapprocher de celle qui sépare arthroses et arthrites selon les conceptions de Coste et Forestier (*Presse méd.*, mars-mai 1931) ; les termes : « Phlébose » et « phlébite » s'imposeront peut-être aussi à son propos ; il serait intéressant de la consacrer, éventuellement, par la découverte de différences dans la leucocytose, la sédimentation globulaire, etc...

On reconnaît déjà que nous avons surtout à l'esprit l'étude de manifestations veineuses inflammatoires apparaissant au cours du rhumatisme chronique ou de la goutte. Nous négligerons en effet celles qui compliquent le *rhumatisme articulaire aigu*, parce que leur étude est moins susceptible d'enseignement. Vaquez d'ailleurs a précisé que les atteintes veineuses de cette infection, toujours *bénignes*, se font d'ordinaire sur l'*adventice des veines superficielles*, — ce qui est conforme à ce que nous avons écrit antérieurement sur les *phlébites métastatiques* survenant au cours des septicémies (*Presse médicale*, 29 mars 1930) ; au contraire, Censier estime que leurs lésions répondent à une panphlébite tout en reconnaissant qu'elles sont sans gravité ; or, la contradiction n'est peut-être qu'apparente, car on ne saurait prétendre qu'une lésion, portant sur l'adventice, y reste localisée : elle y prédomine seulement et s'étend plus ou moins aux tuniques moyenne et interne. Ces manifestations trouvent, dans leur sensibilité au salicylate de soude à fortes doses, la confirmation de leur parenté avec le rhumatisme articulaire aigu.

### Localisations dans le rhumatisme chronique et la goutte

A. Précisions cliniques. — Les manifestations fluxionnaires que nous avons en vue semblent établir un trait d'union entre le rhumatisme chronique et la goutte ; elles se rencontrent, sous les mêmes aspects, dans ces deux maladies. Aussi leur appellation, variable selon les auteurs, invoque-t-elle confusément l'une ou l'autre de ces étiologies : phlébite rhumatismale, phlébite goutteuse, rhumatisme veineux...

Nous leur reconnaissons deux variétés, qui ne diffèrent l'une de l'autre par aucun symptôme particulier, mais seulement par la gravité de leurs caractères. On aurait tort, toutefois de les considérer comme deux degrés du même processus, car la bénignité de l'une, sa sensibilité aux médications chimiques, témoignent en faveur d'une lésion non microbienne ; — l'atteinte plus profonde, plus durable, plus compromettante, de l'autre, sa sensibilité à l'adjonction d'un vaccin, semblent montrer qu'un agent microbien s'est superposé à l'agent étiologique de la première. Que la cause soit toxique ou qu'elle soit bactérienne ; que sa localisation provoque le premier ou le second de ces degrés ; elles occasionnent assez bien, en toutes circonstances, le type de la septicémie veineuse subaiguë décrite par Vaquez : localisations portant sur des veines superficielles, localisations multiples et successives, localisations peu sérieuses par elles-mêmes, mais graves par leur répétition et par leur retentissement, à la longue, sur la fonction des membres et l'économie générale.

On retrouvera donc, comme dans la maladie de Vaquez : une fièvre généralement peu élevée parfois accompagnée de frissons ; un empâtement chaud et douloureux s'allongeant en traînée de chaque côté d'une veine dilatée, mais ne provoquant pas d'œdème notable à distance ; cet empâtement s'atténue, puis disparaît en 2 à 4 semaines ; et le malade reprendrait ses occupations si, fréquemment, le même accident ne se renouvelait sur un autre segment veineux du

même membre ou d'une autre partie du corps, affectant les mêmes caractères ; souvent les récidives se poursuivent ainsi pendant plusieurs mois, même plusieurs années, supprimant toute vie sociale.

Mais certains caractères sont nuancés d'une teinte personnelle, qui varie d'ailleurs selon que la lésion qui les engendre se classe dans la variété que nous étiquetterons: phlébose ou, dans celle qui, plus nettement infectieuse, mérite l'appellation de phlébite.

1° *Phléboses rhumatismales ou goutteuses.* — *a*) La veine est atteinte en un point très localisé au début : l'empâtement occupe pendant quelques jours une surface ovalaire qui ne dépasse pas 5 cm. de longueur;

*b*) Cet empâtement n'a pas une teinte rouge vif franc, mais est plutôt *jambonné*, par suite de la superposition d'un certain degré de cyanose : la congestion active, artériolaire, est ici réduite en raison du peu d'intensité du processus inflammatoire et laisse apparaître l'effet d'une congestion passive, veinulaire, comme dans les inflammations chroniques.

*c*) Les jours suivants, cet empâtement quitte ses limites et s'allonge progressivement, *par continuité sans interruption*, sur tout un segment de la veine variqueuse, parfois jusqu'à 50 cm. Il descend ainsi vers l'aval du collecteur et, s'il rencontre un affluent, le remonte au contraire de son embouchure vers ses origines.

*d*) Au bout d'une ou deux semaines, la flambée au point primitivement atteint paraît s'éteindre : la coloration se fane, la tuméfaction s'assouplit ; et, lentement, la guérison gagne, en un mois environ, tout le segment préalablement enflammé. L'induration n'est déjà plus perceptible au doigt, que la coloration jambonnée persiste encore assez longtemps, accompagnée d'un œdème périveineux perceptible seulement à une palpation avertie ; la *pigmentation* ocre qui leur fait suite est généralement définitive.

*e*) Il peut persister, surtout si l'atteinte a porté au tiers moyen ou inférieur de la jambe, un état inflammatoire chronique de la peau voisine de la veine, qui conserve son induration, sa coloration, sa pigmentation ; entre deux berges à pic, la veine distendue a repris sa souplesse, interrompue parfois par quelque phlébolithe. Cet état peut s'étaler dans ses deux dimensions et gagner circonférentiellement le pourtour de la jambe ; les mailles conjonctives peuvent se resserrer sur l'œdème et donner à la peau un aspect rétractile en bracelet ; il entre dans le cadre des inflammations chroniques, apparemment amicrobiennes, que nous avons appelées « *Pachydermoses* ».

*f*) Cet état local ne doit pas empêcher de reconnaître, par un examen général, la *pathologie particulière qui le conditionne* : oligurie diurne et polyurie nocturne, hyperazotémie, hyperuricurie et insuffisance rénale ; sensibilité, dilatation du foie et signes divers d'insuffisance hépatique ; scléroses isolées ou associées du rein, du foie, du cœur ; artério-sclérose et hypertension, même sur des sujets de 30 ans ; constipation, cæcum gros et clapotant, coudure excessive des angles coliques ; algies nerveuses et articulaires diverses, arthroses, arthrites ; toutes altérations qui relèvent de l'imprégnation rhumatismale ou goutteuse, dont la localisaition veineuse n'est qu'un symptôme.

2° *Phlébites rhumatismales ou goutteuses.* — Cette physionomie clinique, dessinée légèrement dans la première variété, se présente sous des traits plus accusés dans la deuxième et s'identifie avec une maladie de Vaquez qui évoluerait chez un rhumatisant. L'inflammation mord plus profondément sur la veine et frappe, plus ou moins, les trois tuniques.

*a*) La fièvre, plus accusée que tout à l'heure, montre souvent des oscillations successives ;

*b*) L'empâtement est plus étalé, plus rouge, plus chaud ; il en impose parfois pour une lymphangite ;

*c*) Il s'attarde au long de chaque segment atteint par la maladie et même, rarement, suppure en un point limité.

*d*) La thrombose du trajet s'affirme dans certains cas par une *induration linéaire* de longue durée, exceptionnellement par une petite *migration embolique* ;

*e*) L'intestin a de brèves débâcles diarrhéiques accompagnées d'un trouble des urines, d'une dysurie et de pertes blanches, qui traduisent une *migration entéro-réno-génitale de colibacilles* ou d'*entérocoques* décelables par l'examen bactériologique. Par contre, les hémocultures restent stériles, ce qui ne doit pas surprendre si l'on se rend compte que le prélèvement du sang est fait au pli du coude, après son passage au travers du filtre capillaire et de son barrage réticulo-endothélial : parties de l'intestin en nombre relativement faible, les bactéries ont traversé le cœur droit, puis un premier obstacle : le barrage capillaire et réticulo-endothélial du poumon ; quelques-unes sont parvenues dans le système artériel jusqu'aux tissus où elles ont été arrêtées, dans les petits vaisseaux adventitiels — ectasiques et caverneux — d'une veine variqueuse, où la stase favorise leur bactériopexie (N. Fiessinger) ; elles peuvent y développer une lésion inflammatoire ;

*f*) Le traitement soulignera encore l'intervention de ces microbes et la différence qui sépare cette variété de la première.

B. Précisions étiologiques. — Rhumatisme dans les phléboses ; rhumatisme et infection

latente dans les phlébites, représentent les *causes premières, essentielles.*

Insuffisance veineuse, état variqueux, déséquilibre endocrino-sympathique représentent les *causes secondes, prédisposantes.*

Des *causes occasionnelles* peuvent intervenir qui déclenchent ou rallument l'inflammation : les dépressions barométriques : le froid, qui fait intervenir, comme dans toutes les ecto-sympathoses, disent Wiessenbach et Françon, un réflexe sympathique, favorisé ici, pensons-nous, par la prédisposition attribuable à l'insuffisance veineuse ; certaines cures thermales. Il est à remarquer, en effet, que Bagnoles, comme d'autres stations actives, expose les patients à une aggravation momentanée de l'affection qu'elle améliore par la suite ; tous les médecins de ville d'eau connaissent ces incidents de « crise thermale » ; et l'on voit parfois, à Bagnoles, chez certains variqueux ou anciens phlébitiques entachés de rhumatisme, survenir pour la première fois, une localisation veineuse rattachable à cette étiologie.

C'est pour éviter le dommage de ces réactions, que nous avons maintes fois recommandé de soumettre de tels malades à une cure préalable de désintoxication, à domicile ou dans une station pour rhumatisants.

C. Traitement. — 1° *Phléboses. a)* Immobilisation relative, au lit, sans gouttière ; jambes déclives vers le bassin, *sommier ou châssis du lit* relevé de 10 à 15 cm. du côté des pieds. Repos absolu, en observation, pendant les 5 ou 6 premiers jours.

*b)* Enveloppements ouatés imperméables après onction au *salicylate de méthyle* désodorisé ;

*c)* A condition que les reins soient perméables, *aspirine* à hautes doses : 2 à 5 gr. par 24 heures, fragmentées en prises de 0,50 centigr. toutes les deux heures, de préférence sous forme granulée, beaucoup plus active et mieux tolérée. Le traitement d'attaque est poursuivi 2 ou 3 jours, puis diminué lentement par suppression d'une prise chaque jour.

Salicylate de méthyle et aspirine conjugués atténuent promptement douleur et inflammation ; celle-ci n'en continue pas moins son extension mais avec une allure plus torpide et plus tôt interrompue.

*Le salicylate de soude est généralement inactif.*

*d)* Favoriser la désintoxication par un régime approprié, par une meilleure neutralisation hépatique des produits de la désintégration digestive, par une plus facile élimination rénale, par une plus prompte évacuation intestinale. Ce complément général de la thérapeutique symptomatique est indispensable pour arrêter les récidives et obtenir la guérison en 1 à 3 semaines.

Dans le cas exceptionnel où le processus inflammatoire résisterait à ces traitements combinés, on aurait recours à l'ionisation salicylée préconisée par Laubry, Louvel et Beau (*Rev. méd. franç.*, mai 1931).

*e)* Après 5 à 6 jours de repos absolu, — ou plus en cas d'élévation thermique — mobilisation *passive* des articulations des pieds, puis des genoux, puis des hanches, deux ou trois fois par 24 heures ; 3 ou 4 jours plus tard mobilisation *active* progressive pendant trois autres jours. Puis, descente du lit et premiers pas, jambes étroitement bandées à travers coton cardé ; pas de massage ; continuation de la mobilisation active et mouvements d'opposition.

Traitement thermal, dans le délai le plus court après la première semaine qui suit toute oscillation fébrile, toute douleur, toute progression de l'inflammation.

2° *Phlébites.* — Souvent ce traitement ne sera entrepris qu'après le premier, avéré insuffisant, parfois après répétition d'un certain nombre d'atteintes.

*a)* L'immobilisation sera prolongée pendant les 6 à 8 jours qui suivent la défervescence et l'arrêt de l'extension inflammatoire.

*b)* On associera aux enveloppements salicylés des pansements humides avec ouataplasme et eau distillée d'hamamélis *frais* qu'on emploiera pure : les premiers, le jour ; les seconds, la nuit.

Si ces derniers sont plus efficaces ou si la phlegmasie est intense, on les appliquera exclusivement pendant quelques jours, en les renouvelant matin et soir et en ayant soin de laisser chaque fois pendant une demi-heure la peau nue sous les couvertures.

*c)* On associera à l'aspirine un *vaccin buccal*, pris le matin à jeun et qui devra contenir au moins colibacilles et entérocoques. Prévoyant l'insuffisant effet de ce stock-vaccin, on fera aussitôt préparer un auto-vaccin avec les germes vésicaux ou intestinaux du malade qu'on aura repiqués le moins possible ; il sera au besoin complété avec les souches de coli, entéro, staphylo, strepto du laboratoire ; on en favorisera l'effet par l'administration de ferments lactiques authentiquement vivants et à hautes doses, de képhir, de lactose.

*d)* On complètera cette désinfection intestinale par une désinfection urinaire à l'aide d'hexaméthylène tétramine ou de mictasol.

*e)* Si la phlébite est rapidement extensive, très douloureuse, ou manifestement infectieuse, on appliquera à la racine de la cuisse 2 à 4 sangsues, qu'on renouvellera au besoin 2 à 3 jours plus tard. S'il le faut, désinfection parentérale par injections de vaccins ou de septicémine ;

*f)* Mobilisation progressive particulièrement prudente. Traitement thermal précoce.

On aura remarqué l'utile intervention du sali-

cylate de méthyle et de l'ionisation salicylée (Laubry-Louvel, Beau) pour assécher les œdèmes fluxionnaires des phléboses ; il nous paraît logique de l'attribuer à l'*anion*: *acide salicylique.* Traversant les téguments, celui-ci parvient dans les espaces interstitiels, s'y combine avec le *cathion*: *Na* et le déplace : on sait la facilité avec lquelle circule et s'élimine le salicylate de soude ; *Na* disparaît donc des espaces lacunaires, cessant d'y favoriser l'hydrophilie des protéines et la rétention d'eau dans leurs mailles. L'administration de salicylate de soude, n'ayant pas le même pouvoir, serait pour cela inactive.

Cette interprétation s'accorde avec les constatations et les hypothèses que l'un de nous a présentées dans la *Presse médicale* (18 novembre 1931). Peut-être trouvera-t-on que l'insuffisante utilité de l'ion salicylique dans les phlébites type Vaquez plaide encore en faveur d'une superposition microbienne à l'imprégnation toxique des phléboses : il est possible que sa dispersion tissulaire, suffisante pour exercer une neutralisation chimique, ne le soit pas pour assurer une action antiseptique.

## HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET CRISES ANGINEUSES

Par V. Aubertot (de Royat).

Depuis la coronarite d'Huchard, Potain, Gallavardin jusqu'à l'angine d'effort et de décubitus de Vaquez, Laubry, Merklen, Teissier, l'angine de poitrine ainsi que vient de la définir notre maître Laubry est « une crise douloureuse, thoracique, de siège habituellement rétrosternal, accompagnée de sensation constrictive et provoquant de ce fait une réaction angoissante » (1).

Royat par sa spécialisation nous a permis d'observer et de traiter un certain nombre d'angineux ou même de simples sujets atteints d'algies précordiales, à la fois très émotifs. Ne retenant qu'un groupe d'angineux présentant de l'hypertension artérielle nous avons cru intéressant de publier une observation type qui synthétise tout le groupe que nous avons observé. Comme on le verra dans cette observation deux symptômes primordiaux dominent à la fois : hypertension artérielle et douleur angineuse d'effort.

Il s'agit d'un sujet masculin aux alentours de la cinquantaine, chez lequel l'anamnèse ne révèle ni spécificité héréditaire ou acquise, pas plus que d'angor pectoris héréditaire ; pas de maladies infectieuses ; il fume seulement 4 à 5 cigarettes par jour qu'il finit par abandonner.

Le moindre effort, la moindre marche un peu rapide, surtout après les repas ou en plein vent, gravir un escalier ou une rampe infime, une émotion joyeuse ou triste, déclenchent immédiatement une douleur en griffe rétrosternale, très vive, irradiant dans le bras gauche et clouant le sujet presque sur place ; pas de dyspnée mais une pâleur très prononcée de la face au moment de la crise.

Normalement et en dehors des crises la pression artérielle est de 22/12 au Vaquez-Laubry ; le pouls est de 84.

L'examen du cœur ne révèle rien à l'inspection ; la palpation permet de voir que la pointe bat dans le 6e espace intercostal gauche en dehors de la ligne mamelonnaire ; l'auscultation montre des bruits bien frappés, et quelques extra-systoles. L'auscultation attentive du foyer aortique ne fait pas révéler la présence d'un second bruit clangoreux pas plus que déceler une ébauche de souffle diastolique, même recherché à la base de l'appendice xyphoïde.

L'examen radioscopique (orthodiagramme) montre une augmentation des diamètres du cœur et un diamètre aortique presque normal ; l'aorte n'est pas grisée.

L'examen systématique des autres appareils, ne révèle rien : foie, rate, poumons, normaux. Tous les réflexes tendineux, cutané, cutané-plantaire, sont normaux. Pas d'Argyll-Robertson. Ni sucre ni albumine dans les urines. Perméabilité rénale au rouge de phénolsulfonephtaléine normale. L'examen du sang ne révèle pas d'excès d'urée ni de cholestérine. Viscosité et taux du calcium normaux. R. W. négative.

Le malade a subi divers traitements : iodures de potassium ou de sodium, traitement spécifique (suppositoires de Hg., arsenic en injection), antispasmodiques de toute sorte qui n'ont rien amené en fait de sédation de la douleur et de chute importante dans la pression artérielle.

La thérapeutique carbo-gazeuse de Royat, bains très courts et peu gazeux à température indifférente, et conduits très prudemment, ont amené une rémission du symptôme angineux, qui est allé en s'atténuant à mesure que la pression artérielle s'est abaissée.

Un jour, après le cinquième bain, tandis que la pression artérielle était de 19/11, une crise angineuse se déclara après une courte marche sur le début de la digestion obligeant le malade à s'arrêter puis à s'aliter. Je l'examinai peu après et tandis que dans un geste douloureux il portait une main sur sa poitrine, je mesurai au Vaquez-Laubry au bras opposé la pression artérielle qui était à 21/12 et le pouls à 95. Une injection

sous-cutanée de sédol jugula la crise et insensiblement le calme revenant, je notai une heure après les chiffres de pression de la veille soit 19/11.

On suspend le traitement hydrocarbonique pendant deux jours, puis il est repris doucement et le malade quitte Royat vingt jours après, très amélioré, avec une pression de 17/10. Il peut faire un peu d'exercice modéré, sans éprouver la douleur atroce qu'il ressentait depuis un an. Ce malade est revenu pendant trois années suivre sa cure ; puis nous l'avons perdu de vue. Un point noté c'est qu'après sa première cure, pendant six mois il n'a plus souffert à l'effort, tandis que sa pression ne dépassait pas 20 de maxima. Vers les mois de février et mars la pression artérielle s'élevant, les douleurs le reprirent, mais avec moins d'acuité. Durant ces trois années les antispasmodiques, benzyles, gardénal, quinine et jusquiame, ces derniers associés sous forme de spasmosédine (Deglaude) ont fait tout le traitement et le malade vaquait à ses occupations comme si rien n'était, observant le repos après les repas, et suivant un régime alimentaire presque normal où tout excitant était banni.

Nous avons cru intéressant de présenter cette observation vu que les traités ne parlent pas en général de cette double association, cependant Aubertin et Gambillard (2) avaient noté de l'hypertension à forme paroxystique au cours de l'angine de poitrine bien qu'il soit classique de dire qu'au cours de la crise angineuse la pression artérielle ne varie pas. Lutembacher (3) avait noté la même chose. Après eux Gallavardin (4), Danielopolu (5), M. Labbé qui en rapporte un très beau cas (6), Magniel (7), Richou (8), Lian (9), Langeron (10). Notre maître Laubry y fait aussi allusion (11), mais les opinions sont divergentes quant à l'explication de ces deux symptômes. Lian voit dans l'hypertension un effet de la crise et non la cause. Gallavardin constate que l'hypertension précède la douleur, et ne croit qu'à une simple coexistence. Langeron voit la complexité du problème et estime qu'il faut se montrer éclectique, bien qu'il ait parlé d'un cas où l'on ne révélait à l'auscultation aucune lésion valvulaire et où l'autopsie révéla une aortite syphilitique sus-sigmoïdienne avec oblitération des orifices coronariens et infarctus ancien étendu du cœur.

Ch. Laubry estime que vraisemblablement l'hypertension provoque l'angine par distension cardio-aortique ; malgré tout on est en droit de penser qu'il peut exister une ébauche d'aortite, et c'est pourquoi il faut rechercher la présence du clangor du deuxième bruit et celle du souffle diastolique qui s'installeraient d'une façon progressive.

Tout récemment MM. Samuel A. Levine, Carlton Ernstene et Bernard M. Jacobson (12) ont employé l'adrénaline pour diagnostiquer l'angor pectoris. Ils ont pris un certain nombre d'angineux et de même des sujets normaux ; ils leur ont injecté 1 c.c. d'adrénaline, ils ont mesuré toutes les deux à trois minutes leur pression artérielle qui s'est insensiblement élevée jusqu'au moment ou vingt minutes après, la crise angineuse est apparue. La crise douloureuse devint très vive chez les malades, de même que chez les témoins tandis que le pouls s'accélérait et la pression artérielle atteignait un paroxysme. Ces recherches ont conseillé de s'abstenir d'adrénaline chez les angineux.

Nos malades ne présentaient aucun de ces signes et il en a été ainsi tout le temps où nous les avons suivis. Dominaient seulement chez eux : hypertension artérielle, distension cardio-aortique, douleurs angineuses d'effort, ces dernières disparaissant à mesure que la pression artérielle s'abaissait entraînant la diminution de la distension cardio-aortique.

Mais à quoi penser si n'interviennent pas l'hérédité angineuse ou hypertensive ; la spécificité, les infections aiguës, ou les auto- et hétéro-intoxications comme causes prédisposantes ? Peut-on invoquer un état neurotonique du sujet ; celui-ci ne fait pas tout, bien que certains de nos sujets le présentaient. Nous ne voyons chez eux qu'un état d'hypertension primitive qui se serait établi d'une façon insidieuse et qui un beau jour est devenu permanent entraînant tout le cortège de complications secondaires. Peut-être y a-t-il caché un état d'aortite latente ?

Quoi qu'il en soit, tous nos malades voyaient leur douleur angineuse céder à mesure que s'abaissait leur hypertension de luxe. Voici schématiquement résumé le processus au cours de la cure hydro-carbonique :

Début cure pression : 22-12, phénomènes angineux.

Abaissement de Mx 4 et Mn 2 (hypertension de luxe).

Fin cure : 17/10, disparition des troubles angineux sans insuffisance ventriculaire.

Ceci conduit donc à observer la tension artérielle et à s'efforcer à juguler les poussées et crises vaso-motrices. Les poussées de pression qui entraînent des crises angineuses peuvent à la longue produire de l'athérome ou de l'aortite du fait que tenant compte des notions d'élasticité et d'extensibilité du vaisseau l'ondée sanguine qui vient frapper comme un coin au niveau de la crosse finit par entraîner ces lésions et ouvre la voie à l'insuffisance ventriculaire, Ch. Laubry, A. Mougeot et J. Walser (13), A. Mougeot et V. Aubertot (14).

On peut encore formuler de nombreuses hypothèses sur cette douleur angineuse, on peut toujours faire un essai de pathogénie à savoir qu'est-ce qui a commencé, de l'hypertension

artérielle ou de la crise angineuse : y a-t-il simplement aortite latente très discrète et hypertension concomitante ? Les deux symptômes se subordonnent-ils réciproquement ? Faut-il invoquer les causes nerveuses de l'angine et faire intervenir l'excitation du plexus nerveux cardio-aortique, par un déséquilibre sympathique ?

Si nous demeurons sur le terrain de la pratique il y a deux symptômes dominants : hypertension et crises angineuses entraînant de la douleur chez un sujet. En médecine les faits dominent et dépassent la plupart du temps ; c'est pourquoi il faut après avoir envisagé le pronostic s'attacher à traiter le symptôme.

Le grand sens clinique de notre maître Laubry lui a fait formuler deux lois sur le pronostic de l'angine de poitrine. Reposant sur l'éclectisme elles se font antithèse et montreraient un aveu d'impuissance devant les faits s'il ne s'appuyait pas sur des considérations secondaires. Chez tel angineux où l'on portait un pronostic sombre, aucun accident ne se produit ; chez tel autre que l'on considère comme bénin, les accidents sont graves. Propositions difficiles à départager, mais dans notre cas le problème est plus facile puisque c'est à l'hypertension qu'il faut s'attaquer.

C'est pourquoi les notions d'âge, de sexe du sujet viennent apporter leur contribution dans la balance. Plus un sujet avance dans la vie moins les accidents sont à redouter surtout si des troubles du système nerveux sensitivo-moteur interviennent ; il y a des hommes dont l'émotivité et la sensibilité sont tellement grandes que l'on peut les mettre sur les mêmes rangs que le sexe féminin chez lequel l'hypertension peut entraîner aussi des troubles angineux, mais la femme extériorise très vite ses sensations et il faut tenir compte chez elle des troubles endocriniens tout comme chez l'homme

A étiologie inconnue dans cette hypertension et angine de poitrine doit correspondre une thérapeutique symptomatique. On s'adresse à toute la gamme des hypotenseurs et antispasmodiques, nitrites, benzyles (Laubry et Mougeot) papavérine, gui, ail (Loeper), extraits pancréatiques (Giroux et Kisthinos), acétylcholine (Villaret et Besançon), gardénal, jusquiame, quinine sous forme de spasmosédine (Deglaude).

A cela un régime alimentaire modéré et sans excès où doit être donné un peu de viande, tous les légumes et des fruits. Tolérer un peu de vin, l'eau faisant le complément et ne pas bannir le sel si l'on exclut les viandes faisandées et les abats.

Les ressources de la physiothérapie sont très bonnes pour aider ces traitements comme l'ont dit Ch. Laubry et D. Routier et s'ils parlent du climat qui a son action sur l'angineux, ils n'hésitent pas à dire que suivant les cas il bénéficie de certaines stations minérales, parmi lesquelles Royat (15).

Telles sont synthétisées quelques réflexions sur l'hypertension et les crises angineuses. Peut-être un jour la lumière se fera-t-elle et on pourra écrire un chapitre nouveau. Tous les essais de pathogénie de l'hypertension sont permis ; ce ne sont que de nouvelles contributions hypothétiques en vue d'éclairer le mystère qui laisse souvent le médecin impuissant devant un fait.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Ch. Laubry. — Nouveau traité de pathologie interne. Maladies du cœur et des vaisseaux. Chez Doin, 1930.

(2) Aubertin et Gambillard. — Hypertension paroxystique dans l'angine de poitrine. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 8 février 1924.

(3) Lutembacher. — Angine de poitrine et hypertension. *Presse médicale*, 1921.

(4) Gallavardin. — La pression artérielle en clinique. Chez Masson.

(5) Daniélopolu. — Angine de poitrine réflexe presseur. *Presse médicale*, 11 novembre 1926.

(6) M. Labbé. — Hypertension artérielle et angor. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1927.

(7) Magniel. — Syndrome angineux terminal chez une jeune femme grande hypertendue. *Pratique médicale française*, janvier 1927.

(8) Richon. — Rapport au XVIII[e] Congrès français de médecine, 1925.

(9) Lian. — *Pratique médicale française*, 1927.

(10) M. Langeron. — Note sur l'état de tension artérielle pendant la crise d'angine de poitrine ; inconstance du réflexe presseur. *Archives des maladies du cœur*, mai 1928.

(11) Ch. Laubry. — Nouveau traité des maladies du cœur. *Loc. cit.*

(12) S. A. Levine, A. C. Ernstene et B. M. Jacobson. — L'emploi de l'adrénaline comme moyen de diagnostic dans l'angine de poitrine. *Arch. of. intern. médic. Chicago*, t. CXLV, février 1930.

(13) Ch. Laubry, A. Mougeot et J. Walser. — Syndrome d'aortite postérieure. Chez Doin, 1929.

(14) A. Mougeot et V. Aubertot. — L'élasticité aortique et la clinique. *Revue de l'Umfia*, 1929.

(15) Ch. Laubry. — Nouveau traité des maladies du cœur, loc. cit. p. 135.

## AU CHEVET DES PATIENTS

### I

### De l'emploi de l'eau oxygénée dans l'oreille et le rhinopharynx

#### A. Dans l'oreille, on peut tirer un bon parti de l'eau oxygénée, si on en limite l'emploi, en raison de son acidité de constitution

Cette solution d'oxygène dans l'eau (à 12 volumes généralement) serait instable, si l'on n'y ajoutait une certaine dose d'acide sulfurique (4 et 5 %), souvent mal supportée par les organes délicats, notamment par le conduit et, plus encore, par la muqueuse de la caisse.

En général, le dégagement d'oxygène, auquel ce médicament donne naissance lorsqu'il arrive au contact de matières organiques, est utilisé comme désodorisant, antiseptique et hémostatique ; secondairement, il est employé comme désagrégeant, comme décollant des pansements adhérents (L. Beco) (1).

*Contre les bouchons du conduit,* et surtout contre les bouchons épidermiques, l'eau oxygénée, non diluée, à peine légèrement tiédie, est unanimement préconisée préalablement au seringage.

*Dans les otites suppurées* aiguës ou chroniques, son emploi exige plus de circonspection, en raison de son acidité. Cette acidité renforcerait encore son action désodorisante et désinfectante des tissus et substances ; malheureusement celle-ci exerce parfois une action irritante ; mieux vaut donc, pour éviter tous les ennuis qui ont été signalés, *toujours la neutraliser.* Dans ces conditions, il faut exiger une eau oxygénée, neutre, ou que l'on neutralisera au moment de s'en servir par l'addition d'une minime quantité de borax.

Elle peut être utilisée pure ou coupée : pure, on la tiédit en versant quelques gouttes dans une cuiller à café, échauffée par l'immersion pendant quelques instants dans de l'eau chaude ; coupée, en faisant un mélange, dans la cuiller, du médicament et de quelques gouttes d'eau chaude. *Ne jamais chauffer au bain-marie le flacon contenant l'eau oxygénée* ; c'est ce qu'il faut rappeler à l'entourage du malade.

Puisqu'il serait illusoire de compter sur le seul dégagement de bulles pour nettoyer mécaniquement le conduit, puis pour le désinfecter, et qu'ainsi une suppuration d'oreille pourrait rester indéfiniment fétide, *il faut au préalable donner opportunément un coup de seringue pour déterger le conduit.*

Ainsi donné, le bain d'eau oxgyénée réalise l'asepsie du conduit, surtout si l'on en fait deux successivement. Ce résultat est fort appréciable, car le conduit constitue le drain de la caisse ; or, le maintien d'une asepsie, aussi parfaite que possible à son niveau, influence considérablement l'allure de l'otite.

*Dans la déchirure traumatique du tympan, il faut proscrire l'eau oxygénée,* malgré son action hémostatique et antiseptique ; on se contentera d'obturer le méat par un tampon d'ouate ou de gaze.

En effet, une injection destinée à laver le conduit, à laver les caillots, passe facilement à travers la déchirure, dont elle décolle les lèvres, et peut *infecter* la caisse par les germes du conduit, qu'elle a entraînés. De même, les bulles d'oxygène peuvent désagréger le caillot obturateur et protecteur, pénétrer dans la caisse, y occasionner de la *douleur,* de l'*irritation,* voire de l'infection par les germes véhiculés, mais non détruits par elle ; en un mot, elles peuvent contrarier la cicatrisation de la déchirure.

Au contraire, *après une paracentèse, l'eau oxygénée est de grande utilité* pour arrêter l'hémorragie, désagréger le caillot, qui obstrue l'incision, et ainsi favoriser le drainage de l'oreille moyenne, ce qui a été le but de l'intervention.

#### B. Dans le rhinopharynx, l'eau oxygénée doit être employée judicieusement

*Pharynx.* — Malgré l'opinion courante, il ne faut pas attacher grande valeur à la vertu antiseptique de l'eau oxygénée, utilisée en gargarismes dans les angines banales, ni dans les irritations du pharynx.

Ajouter une cuillerée à café d'eau oxygénée à un verre d'eau est aussi inoffensif qu'inopérant ; il faudrait ajouter un tiers au moins de médicament. Mieux vaudrait même, surtout s'il s'agit d'ulcération plus ou moins gangréneuse de l'amygdale, procéder à des attouchements directs, avec le produit pur, ou à peine dilué, suivant la tolérance du sujet.

(1) Dr L. Béco. — De l'emploi de l'eau oxygénée. (*Liège Médical,* 6 décembre 1931.)

Dans les irritations du pharynx, l'eau oxygénée ne donne aucun résultat pour faire disparaître les sensations de chatouillement, de grattement, de brûlure ; son acidité la rend, au contraire, plus nuisible qu'utile ; l'emploi des alcalins (borax, bicarbonate, chlorate de potasse ou de soude, etc.), à dose non exagérée, se montre plus efficace.

Naturellement, l'angine de Vincent et l'angine diphtérique réclament des médications plus héroïques.

*Gencives.* — L'acidité de l'eau oxygénée est le plus souvent particulièrement mal tolérée en cas de gingivite banale, parce qu'elle agace les dents. Elle est franchement nuisible, s'il existe un certain degré d'usure de l'émail, à cause de son acidité.

S'il s'agit cependant de simples soins hygiéniques, tels le brossage des dents matin et soir, et le rinçage buccal, on peut se contenter d'une solution au dixième.

*Epistaxis.* — L'eau oxygénée est hémostatique. Un petit tampon serré, bien imbibé, appliqué et pressé sur le ramuscule déchiré, *débarrassé de tout caillot*, réussit très bien. *Mais*, si la quantité du liquide est suffisante pour qu'il s'en répande dans les fosses nasales, le dégagement d'oxygène provoquera des éternuements irrésistibles, qui reproduiront inévitablement l'hémorragie.

Les mêmes considérations s'appliquent aux cas d'hémorragie par l'amygdale, quand la grande quantité de mousse provoque de la toux, des efforts de nausées, et entretient ainsi l'hémorragie, que l'on combat. Mieux vaut employer une solution forte d'antipyrine, l'hémostyl, etc., et en tout cas chercher à bien appliquer le tampon sur le point saignant, en comptant plutôt sur l'action de la compression, qui peut, à elle seule réussir. S'abstenir toujours de perchlorure de fer, destructeur des tissus.

II

## Méfiez-vous des Rayons X

Cette mise en garde du Dr Louis Bory (1) s'appliquerait aussi bien à n'importe quelle substance médicamenteuse toxique, à laquelle chacun de nous peut réserver une sensibilité particulière et imprévue. Mais il s'agit ici d'agents puissants, dont le dosage reste presque toujours très approximatif, qui sont de profonds modificateurs des énergies cellulaires. Il n'est donc pas inutile de rappeler aux médecins, même aux radio- et aux radium-thérapeutes spécialisés, tentés peut-être souvent de recourir aux radiations dans des cas, qui eussent pu guérir sans elles, que celles-ci comportent des inconvénients sérieux et des dangers ; dès lors, *il convient de n'y exposer les patients que si la gravité du cas fait équilibre au risque.*

Un exemple : les *verrues plantaires*, affection certes gênante et douloureuse, loin de nécessiter la coûteuse radiumthérapie, peuvent guérir, en une ou deux séances, par la neige carbonique, à la portée de tous.

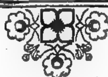
Un autre exemple : un patient, atteint d'*acné du dos*, affection si facile à dissimuler, avait, à la suite d'applications de rayons X, puis d'ultra-violets, été atteint d'une brulûre étendue de la région du dos ; celle-ci était une plaie irrégulière et douloureuse, empêchant le sommeil depuis six mois, gênant les mouvements, et troublant le physique, autant que le moral. Il fallut un long temps pour guérir ces lésions par des pulvérisations (3 fois par jour) de sérum artificiel chaud, puis par des applications locales de ce même sérum, et de sérum de cheval (antidiphtérique par exemple) sans toile imperméable, sous une couche extrêmement épaisse de ouate non hydrophile.

Aussi, doit-on se demander : *l'acné du dos*, « si facile à améliorer, à maintenir guéri souvent par des applications hebdomadaires de savon mou de potasse, de poudres ou de pâtes soufrées-résorcinées, justifie-t-il l'emploi de moyens susceptibles d'entretenir d'aussi graves complications ? »

La réponse du Dr B. est la suivante : « Je ne traite jamais l'acné par les rayons X, pas plus que je ne songe à utiliser le radium, admirable pour de plus hautes tâches, au traitement de modestes verrues plantaires ».

G. F.

(1) Louis Bory. — Méfiez-vous des Rayons X. (*Le Progrès médical* ; 9 janvier 1932.)



## L'ANGOISSE DES ANGINEUX

Dr Vital-Lassance

L'angine de poitrine, que l'on se plaît à considérer comme une affection essentiellement douloureuse, comporte une triade symptomatique des plus caractéristiques et que l'on retrouve dans toutes les descriptions, dans le magistral mémoire de Héberden (1), comme dans les études les plus fouillées des auteurs contemporains.

Les trois éléments de cette triade sont constitués par un *trouble profond des fonctions myocardiques*, par la *douleur* et par l'*angoisse*.

C'est d'abord et par-dessus tout, un *trouble des propriétés fondamentales du myocarde* qui conditionne la crise angineuse. Daniélopolu (2) insiste tout spécialement sur son importance. Il n'apparaît parfois que dans de minimes anomalies des tracés électrocardiographiques, tandis que d'autres fois, il se révèle brutalement par une syncope ou par la mort subite du malade. C'est ce trouble qu'envisageait Héberden, lorsqu'il parlait du danger attaché à la maladie nouvelle qu'il décrivait. C'est lui aussi que Parry désignait sous le nom très significatif de « syncopa anginosa ». Sans vouloir insister sur les conséquences de ces perturbations des fonctions myocardiques, il ne faut pas méconnaître qu'elles sont au fond l'élément primordial du syndrome angineux, celui d'où vient tout le danger.

La *douleur* représente le second élément du trépied symptomatique. C'est elle qui d'ordinaire accapare l'attention, et vers elle convergent toutes les descriptions et toutes les théories pathogéniques qui encombrent l'histoire de l'angine de poitrine.

On en connaît le siège, les irradiations, l'intensité parfois extrême. Nous ne voulons parler ici que de son caractère constrictif, parce qu'elle touche au sujet qui nous occupe. Cette douleur constrictive est faite d'une sensation de serrement, d'écrasement, d'étranglement (ἄγχω, j'étrangle). Les termes qu'emploie pour la traduire le malade terrassé par cette douleur, qui est des plus pénibles, sont aussi variés qu'expressifs : une griffe comprime le cœur, un étau de fer enserre la poitrine, un poids écrase le thorax, une chappe de plomb pèse sur les épaules, etc... D'autres enfin, d'un geste de leur main, représentent, sans en parler, cette griffe qui les étreint.

Ce caractère constrictif de la douleur est si spécial que, pour la plupart des auteurs, il suffit à caractériser la douleur angineuse. Laubry (3) ne demande pas, en pratique, un autre critérium pour affirmer l'angine de poitrine. Cet auteur attribue, comme Mackenzie, cette constriction à un réflexe viscéro-moteur se traduisant par le spasme des muscles du thorax ; Mackenzie (4) en rapproche la contracture de défense des muscles abdominaux au-dessus d'un foyer d'inflammation profonde.

Il est remarquable de voir que ce caractère constrictif se retrouve dans toutes les douleurs associées à une perturbation de l'appareil neuro-végétatif — l'asthme qui enserre la base du thorax, la migraine qui comprime les tempes, par exemple.

**L'angoisse.** — Elle est le troisième élément du trépied angineux. C'est un symptôme bien difficile à définir.

Lorsqu'on interroge les malades avec toutes les précautions nécessaires, pour ne pas les influencer et leur dicter une réponse, il en est peu qui savent comprendre ce dont on veut parler. Très peu signalent spontanément la terreur dans laquelle ils ont été plongés. Un de mes malades, le jour de sa première crise, jeta, cependant, aux personnes qui l'entouraient, cette plainte bien expressive : « Je ne sais pas ce que j'ai, mais il me semble que l'on m'étrangle et que je vais mourir ».

D'autres disent simplement : « je ne sais pas ce que j'éprouve, mais je sens qu'il ne faut pas que cela dure ».

D'autres n'ont, pour l'exprimer, que le geste de leur main crispée et la terreur que l'on peut lire sur leur visage.

Il en est d'autres enfin chez lesquels la crainte, sinon l'angoisse, est indirecte pour ainsi dire. Instruits des manifestations habituelles de l'angine de poitrine et de ses dangers, ils ont cru reconnaître la redoutable maladie dans le malaise dont ils souffrent, et ils ont la frayeur de celui qui connaît un danger, dont il se croit menacé. Un de mes clients, pharmacien distingué, aortique scléreux, a souffert de cette anxiété, dès qu'il eut sur lui-même porté le diagnostic d'angine de poitrine, et il n'en fut débarrassé que le jour où mes explications l'eurent persuadé que les douleurs, qu'il éprouvait, étaient d'autre nature et qu'il ne s'agissait pas d'angor vrai.

Mais, beaucoup de malades n'arrivent pas à prendre conscience de cette impression d'inquiétude, de peur, qui constitue la base psychique de l'angoisse ; certains enfin n'en parlent pas, parce qu'ils ont pris l'habitude de cette sensation angoissante qui les torturait au début : « on s'y fait » ; tandis que d'autres, au contraire, ayant une fois senti, dans une crise violente, passer ce qu'ils appellent « le vent de la mort », le sentent

venir par suite d'une *simple* constriction thoracique (Laubry).

La difficulté d'analyser ces impressions, parfois fugaces, et l'accoutumance sont autant de raisons qui expliquent l'inconstance de ce symptôme. Il dépend aussi, comme le dit Vaquez (5), de la disposition psychique du sujet. Malgré tout, sa fréquence, sous une forme plus ou moins atténuée, semble bien plus grande qu'on ne le pense.

Les médecins, de leur côté, sont aussi embarrassés que les malades pour donner une bonne définition de l'angoisse. La plupart des auteurs s'en tirent en disant que l'angoisse est quelque chose d'indéfinissable. Cela est un peu vrai : c'est, dit Brissaud, une agitation intérieure indéfinissable, et l'indéfinissable est précisément ce qu'il y a de plus caractéristique.

Voici pourtant comment ils en parlent :

Héberden avait dit : « Ceux qui sont affligés d'angine de poitrine sont saisis pendant la marche, surtout en montée et après le repas, d'une sensation pénible et douloureuse dans la poitrine, qui semblerait devoir leur coûter la vie, si elle durait ou si elle augmentait.

Monsieur Charles éprouvait, dit Rougnon (6), une « gêne particulière » sur toute la partie antérieure de la poitrine..

Il semble que la douleur s'attaque aux sources mêmes de la vie (Lartigue) ; c'est une pause de la vie (Elsner).

A cette douleur, s'ajoute quelque chose de mental qui la distingue des autres (Forber), et c'est bien là, comme le fait observer Huchard (7), le caractère que Bichat attribuait aux douleurs des viscères, en disant qu'elles sont « profondes et spéciales ».

« Le malheureux, ne pouvant ni parler, ni bouger, mais conservant sa connaissance tout entière, éprouve cette inexplicable sensation de la vie qui s'éteint. » [Dieulafoy (8)].

« Rien n'est plus affreux que cette insécurité, que cette impression que la vie ne tient qu'à un fil. » [Brissaud (9)].

« Sur son visage pâle, se devine l'angoisse d'une âme aux prises avec la mort. » (Laubry).

Malgré la diversité des termes employés, tous les auteurs regardent bien l'angoisse comme traduisant la claire vision d'un danger suprême: c'est, suivant le langage de Sénèque, « la méditation de la mort ».

Il est pourtant des cas, dit Brooks (10), où cette image n'est pas exacte : l'angoisse du malade est telle, qu'il craint plutôt que la mort ne l'en vienne délivrer.

Mackenzie fait surtout de l'angoisse une impression d'accablement extrême, une sensation de fatigue profonde, qui envahit le malade : il sent qu'il va mourir.

Un symptôme d'une telle gravité mérite bien d'être étudié en lui-même ; il a une place bien à part dans le trouble angineux. L'angoisse des angineux n'est d'ailleurs qu'une forme particulière et paroxystique de cette angoisse, qui fait le fond des états anxieux, bien connus des psychiatres. Elle est, comme l'a dit Merklen (11), l'avertissement mental de la souffrance du cœur.

Brissaud a bien résumé ce qu'il faut retenir de ce symtôme, en définissant l'anxiété paroxystique, à laquelle il reconnaît, d'ailleurs, les origines les plus diverses. L'angoisse est faite de deux éléments, l'un psychique, l'autre physique.

Le premier n'est, au fond, qu'un sentiment d'inquiétude et de peur. Pour Littré, l'inquiétude, l'anxiété et l'angoisse ne sont, par ordre d'intensité croissante, que les trois degrés d'un même état. C'est une frayeur soudaine qui envahit le malade, parce qu'il sent qu'un trouble mystérieux et profond est venu déranger la marche impassible et sûre de son cœur, qui est la source même de sa vie.

A côté du malaise mental, de cette « claire vision du danger suprême », toute angoisse s'accompagne d'une sensation physique de constriction thoracique liée à la douleur angineuse.

Laubry, pour étayer sa conception du réflexe viscéro-moteur comme fondement essentiel de la crise angineuse, lui subordonne l'angoisse. Celle-ci, d'après lui, suppose la constriction thoracique, c'est-à-dire l'intervention du réflexe viscéro-moteur.

Il semble plus conforme à la réalité de bien distinguer les deux phénomènes : la douleur constrictive, résultat du retentissement moteur du trouble myocardique primitif, est loin d'être toujours superposable à l'angoisse, conséquence du retentissement mental du même trouble. Les deux phénomènes ne coexistent pas toujours : il y a des douleurs sans angoisse ; il y a des angors sans douleur. Et si les deux manifestations coexistent, elles sont loin d'être proportionnées l'une à l'autre.

Huchard a vu souvent des angines méconnues, parce que la douleur était peu prononcée ou presque absente, alors que le malade n'éprouvait, à l'effort, que la sensation si spéciale de l'angoisse. Cela suffit, ajoute cet auteur, et le diagnostic ne fait aucun doute.

Brissaud n'hésite pas à affirmer que, dans nombre de cas, l'angoisse l'emporte sur la douleur. S'il y a des angines de poitrine non douloureuses, il n'y en a pas qui laissent au malade sa pleine et entière sécurité.

Daniélopolu, Broocks sont aussi formellement d'avis que douleur et angoisse sont nettement indépendantes. Sur 350 cas étudiés par Brooks, 122 fois, l'anxiété apparaissait comme le symptôme prédominant dépassant de beaucoup en intensité le symptôme douleur. Il a vu des malades, améliorés par une intervention chirurgicale, conser-

ver leurs crises d'angoisse alors que la douleur avait disparu.

En un mot, l'angoisse, avec son malaise physique, ne peut être assimilée à la douleur constrictive de l'angine de poitrine. Elle peut s'associer à cette douleur ; elle peut d'autres fois, en être, en quelque sorte, l'équivalent, mais elle garde son individualité : elle a une pathogénie et des indications thérapeutiques qui lui sont propres.

## Considérations pathogéniques et thérapeutiques

Cette analyse minutieuse de l'angoisse, observée dans l'angine de poitrine, n'est pas dépourvue d'intérêt pratique.

On peut dire, de l'angoisse, ce que Leriche (12) a dit de la douleur : elle est comme une lampe qui s'allume en dérivation sur un cycle réflexe. Elle s'allume pour marquer le passage du trouble myocardique.

L'angoisse naît, en effet, du retentissement sur la conscience du trouble cardiaque qui met la vie en danger : elle a une origine centrale et l'on s'accorde à fixer son point de départ dans les noyaux bulbaires du grand sympathique. Lorsque survient le trouble fondamental des fonctions myocardiques, qui constitue l'essentiel du syndrome angineux, on observe parallèlement, ou peut-être consécutivement, une perturbation des centres bulbaires. Elle survient dans cette région du bulbe, qui constitue le foyer régulateur des fonctions essentielles de l'existence, de toutes les fonctions végétatives, que Flourens appelait le « nœud vital », et où von Monakow, en une expression imagée, place « l'âme végétative ». Ce centre, où se trouve l'origine du grand sympathique, avec ses deux branches ortho- et parasympathique, représente, pour Léopold-Lévi (13) le centre de la sécurité.

Lorsqu'il vient à être troublé, une crise d'angoisse apparaît, faite précisément d'une impression profonde d'insécurité et de peur : la souffrance de ce noyau se traduit par le malaise fondamental de l'angoisse qui sonne l'alarme d'un danger imprévu.

Il est sans doute difficile d'analyser davantage le mécanisme de l'angoisse, mais ces intéressantes notions suffisent pour établir la nature de l'angoisse, qui est un *symptôme d'ordre neuro-végétatif*. Elles permettent aussi de comprendre l'inconstance de ce symptôme et sa variabilité, suivant les sujets.

Pour que survienne l'angoisse de l'angor, comme celle des états anxieux en général, il faut que le sujet y soit prédisposé. Car, si la bouffée d'angoisse, qui accompagne la crise angineuse témoigne d'un ébranlement subit du système vago-sympathique et du centre bulbaire, elle apparaîtra d'autant plus facilement que le sujet y sera plus prédisposé par une excitabilité neuro-végétative anormale.

Du point de vue particulier de l'angoisse, cette prédisposition appartient surtout à ceux qui présentent cette « constitution anxieuse », qui n'est qu'une variété de la constitution émotive de Dupré (14), et dont on connaît les stigmates : exagération dans leur instantanéité et leur amplitude, plutôt que dans leur vitesse, des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés, hyperesthénie sensorielle, déséquilibre des réactions vasomotrices et sécrétoires, tendance aux spasmes, enfin intensité et diffusion anormale des effets psychiques et physiques des émotions (Dupré).

En un mot, l'angoisse paraît dépendre, par-dessus tout, de la tonalité neuro-végétative du malade.

Il est intéressant de noter que ces considérations sur l'angoisse des angineux vont rejoindre les conclusions de Mackenzie et de Laubry, au sujet du mécanisme de la douleur angineuse.

Pour ces auteurs, la douleur de l'angor dépend de deux conditions principales : la force et la qualité de l'excitation et, d'autre part, la susceptibilité du sujet à cette excitation.

Il y a, dit Mackenzie, des cas d'angor « primaires », qui sont dus à des altérations organiques du cœur ; ils progressent, parfois, avec une telle lenteur qu'ils semblent ne pas raccourcir l'existence, bien que les lésions puissent dans d'autres circonstances faire des progrès plus rapides.

L'angine est dite « secondaire », lorsque la cause ne peut en être découverte par l'examen du cœur ; et l'on ne trouve alors rien en dehors d'un état, que Mackenzie appelle un état neurasthénique, et que caractérise un système nerveux hyperexcitable et hypersensible. Les signes, les plus sûrs, en sont ceux que l'on retrouve dans la constitution émotive.

Nous voilà donc conduits, par cette double voie, à considérer comme un des facteurs essentiels du syndrome angineux, l'état de sensibilité du système nerveux, l'état du tonus neuro-végétatif.

Cette notion paraît capable, comme nous comptons le démontrer, de jeter des clartés sur la pathogénie encore obscure du syndrome angineux ; mais elle entraîne aussi une conséquence pratique de première importance. Il ne faut pas se contenter de traiter exclusivement la maladie cardio-vasculaire que l'on peut quelquefois découvrir, il faut toujours tendre à diminuer cette fragilité neuro-végétative, cette hyperexcitabilité fondamentale, sans laquelle l'angoisse ne pourrait survenir.

Contre cette hypersensibilité, il n'est pas d'action plus utile que celle des sédatifs du système nerveux. A côté des conseils d'hygiène morale et physique toujours indispensables, l'emploi des médications calmantes s'impose. Celles que l'on

doit préférer, parce qu'elles sont les plus efficaces, tout en agissant sans nocivité et sans accoutumance, sont les médications phytothérapiques. Une longue expérience a montré que les meilleurs résultats sont donnés par les préparations, où les divers calmants, cratægus, valériane, passiflore, ballotte, guarana, sont associés en un complexe particulièrement efficace et polyvalent. L'usage prolongé de ces préparations, parmi lesquelles se distingue l'*euphytose*, a toujours été marqué par une atténuation remarquable du nombre et de la gravité des crises angineuses, et par l'apaisement de l'angoisse qui les accompagne.

BIBLIOGRAPHIE

(1) HEBERDEN. — College of physicians of London, 21 juillet 1768.
(2) DANIÉLOPOLU. — L'angine de poitrine, 1 vol. (Masson, 1926).
(3) LAUBRY. — Séméiologie cardio-vasculaire, 1 vol. (Doin, 1924).
(4) MACKENZIE. — L'angine de poitrine. Trad. française. (Félix Alcan, 1925).
(5) VAQUEZ. — Maladies du cœur. 1 vol. (Baillière, 1926.)
(6) ROUGNON. — Lettre à Monsieur Lorry, Besançon. Charmet, 1768.
(7) HUCHARD. — Les maladies du cœur et des vaisseaux, Doin, 1893.
(8) DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. Tome I, Masson, 1898.
(9) BRISSAUD. — *Tribune médicale*, 1890, p. 181. — Congrès des aliénistes, Grenoble, 1902.
(10) BROOKS. — *Angina pectoris*, 1 vol., London, 1930.
(11) MERKLEN. — Leçons sur les troubles fonct. du cœur, Masson, 1908.
(12) LERICHE. — *Bulletin* de la Soc. Nat. de Chirurgie, 21 mars 1931.
(13) LÉOPOLD LÉVI. — L'angoisse. *Revue de médecine*, mars 1930.
(14) DUPRÉ. — Les anxieux. Congrès de Grenoble, 1902.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**Sur le traitement ambulatoire des métrites cervicales chroniques par les cautérisations au Filhos.**

Parmi les multiples procédés thérapeutiques destinés à guérir les métrites cervicales chroniques, les cautérisations du col au Filhos paraissent être sans conteste, dit le Dr CHALIER, le procédé de choix.

Certes, on publie bien, de temps en temps, quelques erreurs ou quelques accidents de cette méthode, mais, au total, celle-ci va se généralisant, et elle guérit un nombre considérable de malades. Cependant, on discute encore sur quelques points de technique.

L'auteur ne s'occupe pas des cautérisations assez fréquentes, assez rapprochées, accompagnées chaque fois d'un repos assez prolongé ; il n'envisage que les cautérisations rares, très espacées, et non suivies de repos ; ce qui constitue le traitement ambulatoire. Celui-ci peut très bien se réaliser dans le cabinet même du gynécologue.

Voici quelles sont les principales conditions de réussite et d'innocuité des cautérisations par le filhos : 1° la nécessité d'une bonne installation, qui permette d'y voir clair et de pouvoir procéder à la cautérisation avec une asepsie parfaite ;

2° La nécessité d'un bon examen préalable, toucher soigneux et compétent de tout l'appareil génital, bonne vision du col au spéculum ; cet examen clinique doit être renouvelé avant chaque cautérisation, de la première à la dernière. On ne saurait trop répéter que le filhos est absolument contre-indiqué dans les métrites aiguës, comme aussi dans les métrites chroniques qui s'accompagnent d'une poussée de salpingite. Cependant, une annexite résiduelle ou une paramétrite douloureuse ne constitue pas une contre-indication, à condition qu'il ne s'agisse pas d'une infection récente ou d'une lésion évolutive, et si, par ailleurs, l'application du filhos est pratiquée avec douceur, parcimonie et asepsie.

3° La suppression de toute manœuvre intra-utérine, en particulier de toute dilatation immédiatement préalable à la cautérisation. S'il faut cependant dilater un col, redresser un utérus dévié, on y consacrera une séance spéciale.

Quant au nombre et à la durée des cautérisations, tout cela est, malgré l'opinion de certains auteurs, affaire d'espèce. D'une manière générale, mieux vaut cependant faire des cautérisations légères et très régulières, c'est-à-dire portant avec une égale intensité sur les divers points de la muqueuse cervicale malade, quitte à y revenir, mais sans multiplier les séances, et sans trop les rapprocher.

Grâce à ces quelques précautions bien simples, on n'a observé aucun accident sérieux, ni précoce, ni tardif, et les résultats ont été si bons que l'intervention chirurgicale est restée tout à fait exceptionnelle. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, novembre 1931.)

**La pathogénie de l'angine de poitrine. Les principes et les indications de son traitement chirurgical.**

Les causes occasionnelles de l'angine de poitrine peuvent être : l'insuffisance cardiaque ; des lésions d'endartérite coronarienne, de myocar-

dite, d'aortite ; l'effort. Mais MM. P. MAURIAC et P. BROUSTET pensent qu'aucune d'entre elles ne se rencontre constante dans la pathogénie de l'angine de poitrine. Un seul symptôme existe, sans quoi la crise n'existe pas ; il doit nous guider dans l'explication pathogénique : c'est la douleur constrictive cardiaque, qui est le signe capital. On peut dire que l'angine de poitrine est une névralgie cardiaque, c'est-à-dire une douleur par atteinte des nerfs du cœur.

La circulation dans le myocarde devenant insuffisante, soit du fait d'une coronarite, soit du fait d'un spasme vasculaire, il se produit une accumulation de produits toxiques ou de désassimilation irritant les terminaisons nerveuses intra-cardiaques, et déclenchant les réflexes presseurs. L'hypertension, la tachycardie, la vaso-constriction, qui s'ensuivent, ne font qu'exagérer l'effort demandé à un muscle déjà malade, et le déséquilibre entre sa capacité et le travail imposé se manifeste par le cri de souffrance, qu'est l'angine de poitrine. Cette opinion, peut-être un peu trop exclusive, explique pourtant bien les crises d'angor s'accompagnant d'hypertension, et bien d'autres cas encore, qui furent améliorés par la thérapeutique chirurgicale.

L'intervention chirurgicale doit avoir pour but d'intercepter le réflexe presseur et le réflexe douloureux ; elle doit, par contre, laisser intacte la plus grande partie des voies centrifuges. Ainsi, la vagotomie est dangereuse et inutile ; il en est de même de la section du nerf dépresseur, de l'ablation du ganglion cervical supérieur.

Les seules manœuvres opératoires actuellement réalisées portent sur le ganglion étoilé et ses branches ; il suffit généralement d'intervenir du côté gauche, où cheminent la presque totalité des voies centripètes et centrifuges. Il existe différentes techniques chirurgicales ; c'est ainsi que Daniélopolu conserve le ganglion étoilé, en sectionnant le nerf vertébral, le tronc du sympathique cervical au-dessus du ganglion, et toutes les anastomoses, qui relient ce dernier au vague et à ses branches ; il conserve aussi les branches inférieures du ganglion étoilé, ainsi que les antérieures, qui constituent le nerf cardiaque inférieur, et les postérieures, qui sont les rami-communicantes dorsaux. Leriche, au contraire, pratique l'ablation du ganglion étoilé.

C'est l'intensité et la répétition des crises douloureuses, qui doivent être les indications majeures du traitement chirurgical, si le traitement médical reste impuissant. L'angor d'effort, avec conservation d'une bonne valeur fonctionnelle du cœur paraît la forme la plus favorable pour l'intervention ; encore mieux si la tachycardie, l'hypertension permettent de supposer l'intervention du réflexe presseur. Une contre-indication majeure réside dans l'insuffisance cardiaque.

Les résultats sont assez encourageants ; on obtient 60 p. 100 d'améliorations très appréciables, et la mortalité opératoire n'atteint pas 10 p. 100. La survie est celle que comporte l'état du myocarde. (*Paris médical*, 14 novembre 1931.)

**Le traitement diététique de l'eczéma des nourrissons**

MM. R. MATHIEU et Gaston LÉVY démontrent que le traitement diététique de l'eczéma des nourrissons ne doit être ni méprisé, ni surestimé. Evidemment, la dermatose guérit en général au cours de la deuxième année, sans qu'on fasse rien pour la soigner. Il faut convenir aussi que les régimes les plus savants n'empêchent pas les récidives. Une petite infection, une poussée dentaire suffisent pour extérioriser la maladie latente, et toujours prête à se manifester. Toutes ces objections sont parfaitement valables, mais nous n'avons pas le droit de laisser un enfant souffrir de troubles digestifs, de démangeaisons douloureuses et présenter une croissance insuffisante, quand nous savons parfaitement que des précautions d'hygiène alimentaire et certaines formules diététiques peuvent lui procurer un soulagement réel, et lui permettre de se développer aussi bien qu'un sujet normal.

On voit, souvent, un changement de climat amener une amélioration notable, ou une guérison véritable. Chez les uns, c'est la mer qui réussit ; chez les autres, c'est la montagne. Ceci, par stimulation de l'état général, par excitation de l'appétit et des diverses fonctions organiques. Les extraits thyroïdiens exercent aussi sur le métabolisme de ces malades une action souvent utilisée en thérapeutique.

L'influence des régimes alimentaires sur l'eczéma ne paraît pas douteuse ; mais elle n'est pas appréciée de la même *manière* par tous les auteurs. Cependant, tous s'accordent pour reconnaître la nocivité extraordinaire, pour les eczémateux, des régimes carencés, composés de décoction de farines, ou de légumes cuits à l'eau, ou de toute autre mixture alimentaire incapable de maintenir un enfant normal en bonne santé.

Il ne faut pas notamment supprimer purement et simplement le lait chez les eczémateux, et le remplacer par un mélange quelconque de céréales et de légumes.

Le régime usuel doit être réglé convenablement. Certains eczémateux sont des suralimentés, qui reçoivent une ration trop copieuse ou un lait trop riche. Les autres, au contraire, sont des hypotrophiques, malgré la bouffissure de leur visage, et ils ne prennent pas la quantité de lait nécessaire. Il faut s'appliquer aussi à corriger les troubles digestifs par des moyens appropriés ; combattre la diarrhée, les vomissements, la constipation.

Mais les soins d'hygiène alimentaire ne suffisent pas toujours pour obtenir l'amélioration dé-

sirée ; il faut alors faire une enquête sur la provenance du lait et sur sa composition chimique. Si l'enfant est au lait de femme, l'analyse montre parfois une quantité excessive de beurre, qui peut aller jusqu'à 60 grammes, par litre ; on modifiera alors le régime de la nourrice (légumes verts, crudités, salades ; diminuer les farineux ; interdire les boissons alcoolisées, la charcuterie, les crustacés, les mollusques). Si ces mesures ne suffisent pas, on supprimera une ou deux tétées par jour et on les remplacera par des biberons de lait de vache écrémé, ou par du bouillon de légumes. Pratiquement, on peut aussi changer la nourrice ; on instituera un allaitement mixte dans les cas légers, en donnant en même temps que le lait maternel une petite dose de lait homogénéisé. Dans les cas graves, dans les formes intenses et tenaces, avec coexistence de troubles intestinaux et de diarrhée, le sevrage est parfois indispensable.

Les vitamines sont nécessaires, en quantité surabondante, pour les nourrissons malades, ou en état de moindre résistance. La vitamine A peut être donnée sous forme d'huile de foie de morue, ou de substances végétales extraites de la carotte.

La vitamine B existe en grande quantité dans les extraits de levure de bière (sirop ou comprimés du commerce). La vitamine C existe dans le jus de fruits. La vitamine D peut être administrée avec l'huile de foie de morue ou avec l'ergostérine irradiée.

Quant à l'administration des albumines, les auteurs donnent des recettes très détaillées pour les bouillies à la crème de riz, avec farine de soja ou de tournesol. Il ne faut pas oublier de prescrire toujours un peu de graisse, huile de foie de morue ou beurre, quand la bouillie est préparée sans lait ; car on restera convaincu de l'utilité des régimes sans lait pour le traitement de certains eczémas. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 novembre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### La pneumococcie dans la race noire.

(M. G. Bouffard. — *Académie de médecine* ; 15-3 1932.)

M. Mesnil présente, au nom de M. G. Bouffard, médecin général des troupes coloniales, une note sur la « pneumococcie du Noir ».

On sait combien les sujets de race noire sont sensibles aux atteintes du pneumocoque. Cette pneumococcie du Noir revêt, en outre, une allure spéciale. Tandis que chez l'européen, le pneumocoque détermine généralement une pneumonie, une manifestation ne débordant pas le poumon, sans septicémie à l'habitude, chez le Noir, au contraire, la pneumonie franche, localisée à l'arbre pulmonaire, est l'exception. Dans la grande majorité des cas, on a affaire à une véritable septicémie avec localisation et culture du pneumocoque dans d'importants organes, en particulier le poumon, le foie et le cerveau.

M. Bouffard envisage la pneumonie du Noir comme une maladie infectieuse, contagieuse, susceptible de devenir épidémique, et se caractérisant le plus souvent par un état septicémique, avec le syndrome pulmonaire habituel, et parfois aussi une colonisation d'emblée du pneumocoque sur le cerveau ou sur le foie.

C'est surtout quand l'indigène quitte son village, qu'on le dépayse pour en faire un militaire ou un travailleur, qu'on voit apparaître chez lui la pneumococcie. M. Bouffard a pu contrôler le fait, une fois de plus, en Afrique équatoriale française, au camp d'entraînement au travail de Brazzaville, où passent d'importants effectifs de travailleurs destinés au chemin de fer Congo-Océan. L'indigène, rapidement fatigué par un travail qu'il n'est pas coutumier d'accomplir, dont l'organisme aussi, sans doute, est prédisposé, contracte facilement ces pneumococcies, à pronostic grave, puisque la mortalité varie de 25 à 70 p. 100, malgré les thérapeutiques réputées les plus actives (sérothérapie, salicylate de soude intraveineux, camphre à haute dose).

La prophylaxie s'inspirera de l'étiologie habituelle : refroidissement, fatigues, surmenage, épidémicité. On luttera contre l'épidémicité en arrêtant le travail, en réduisant la densité des campements, par le dépistage quotidien des malades, par la vaccination. Il est bon aussi de se renseigner sur l'état sanitaire des contingents nouveaux de travailleurs attendus, et cela pour une période antérieure assez longue, les malades pouvant être guéris et rester porteurs de germes.

Il sera utile, en outre, de renforcer la résistance individuelle du Noir par une ration alimentaire azotée et riche en vitamines, par la chimiothérapie (administration, deux jours de suite, de deux comprimés de stovarsol aux occupants de la chambrée où un cas s'est déclaré), par la vaccination (2 injections à huit jours d'intervalle, de 2 c. c. de vaccin de l'Institut Pasteur.)

**Septicémie à streptocoques traitée par le sérum de Vincent. Guérison.**

(MM. PARIS et LOLE. — *Académie de médecine* ; 15-3-1932.)

Une enfant de neuf ans fait, à la suite d'une scarlatine, une otite moyenne aiguë suppurée avec mastoïdite. La mastoïde ayant été trépanée, la fièvre tomba en quelques jours, puis reprit pour atteindre 40°, 41°2, avec frissons violents.

Après une nouvelle intervention chirurgicale restée sans effet, on pratique l'hémoculture qui donne en 18 heures du streptocoque hémolytique. Etat général grave. Frissons fréquents. Fièvre. Somnolence très prononcée. Langue sèche.

Les thérapeutiques mises en œuvre n'ayant pas amené de sédation, on a recours aux immunotransfusions, sans résultat également. On commence alors les injections de sérum antistreptococcique de Vincent, 100 c.c. chaque jour, sous la peau d'abord, puis dans la veine. Sept jours après, la température descend à 36°9 et se maintient à ce taux. Une nouvelle hémoculture est négative. Par prudence, le sérum est continué pendant quelques jours à doses plus faibles. Des réactions sériques (fièvre, œdème, urticaire) ont été observées.

A noter que la guérison fut obtenue malgré l'emploi tardif (20e jour de la septicémie) de la sérothérapie.

**Cancer du pancréas à évolution lente (cinq années).**

(M. RAYMOND GRÉGOIRE. — *Société de chirurgie* ; 27-1-1932.)

On se rappelle que l'an dernier une discussion s'est poursuivie à la Société de chirurgie, concernant le diagnostic différentiel du cancer du pancréas et de la pancréatite chronique. Un des caractères accordés à cette dernière était la longue durée de la maladie comparée à la marche généralement rapide du cancer.

M. Raymond Grégoire relate aujourd'hui l'histoire d'une femme, qui fut atteinte d'un épithélioma ayant envahi la totalité du pancréas et dont l'évolution a été de cinq années. L'état général de la malade présenta des alternatives d'aggravation et d'amélioration, et M. Grégoire eut l'occasion de l'examiner à différentes époques, dans le service de M. Rathery en particulier. En juillet 1931, cette femme entra à nouveau à l'hôpital. L'abdomen était très augmenté de dimensions, dans sa portion sous-diaphragmatique principalement. Tout l'épigastre et les hypochondres étaient occupés par une masse d'une dureté de bois, mal limitée.

La malade mourut en septembre, dans le marasme, cinq ans environ après le début des accidents. L'autopsie montra un bloc comprimant le foie, l'estomac et le duodénum, de nature cancéreuse.

Cette tumeur pancréatique, dont M. Grégoire a pu ainsi suivre l'évolution progressive pendant près de cinq années, était en réalité un cancer acineux du pancréas ayant provoqué une grosse réaction fibro-conjonctive.

Le cancer pancréatique n'a donc pas toujours l'évolution rapide, ni la tendance à la sténose biliaire et duodénale que l'on considère comme habituelles quand il envahit la tête de la glande. Un tel fait ne saurait évidemment simplifier le diagnostic différentiel des tumeurs du pancréas.

P. L.

**Œdème aigu du poumon, à forme hémoptoïque, par collapsus aigu cardio-vasculaire avec hypotension.**

(M. Ed. DOUMER. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 15-2-1932.)

L'observation rapportée a pour intérêt de montrer, non seulement que l'hypertension (insuffisance ventriculaire gauche des hypertendus et des brightiques) n'est pas un facteur nécessaire de l'œdème aigu du poumon, mais aussi que celui-ci peut compliquer le collapsus aigu cardio-vasculaire avec hypotension. Dans ces dernières conditions, la crise d'œdème prend cependant des caractères cliniques particuliers ; elle a revêtu ici une forme hémoptoïque, caractérisée par une expectoration peu abondante et franchement sanglante ; l'absence d'hypertension fut vraisemblablement en partie responsable de la discrétion remarquable du processus de transsudation. Ceci peut aider à comprendre dans quelle mesure et de quelle façon le rôle mécanique de l'hypertension intervient habituellement dans le déterminisme de l'œdème aigu du poumon.

Il n'est pas possible de dire pourquoi ce collapsus cardio-vasculaire d'allure aiguë s'est développé brusquement à la suite d'une angine banale en apparence.

**Œdème aigu du poumon, compliquant un syndrome hydropigène d'origine thyroïdienne et cédant au traitement thyroïdien.**

(M. Ed. DOUMER. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 15-2-1932.)

L'œdème aigu du poumon ne menace pas les brightiques en proportion de leur azotémie ; il se développe à la faveur de l'hypertension, quand le cœur faiblit, et se présente comme une manifestation de défaillance cardiaque. L'œdème aigu du poumon est exceptionnel dans les néphropathies œdémateuses, et ne se présente que s'il y a défaillance cardiaque.

Ici sa pathogénie fut autre. Le malade, qui présentait le tableau clinique des néphropathies œdémateuses, et chez qui des œdèmes périphériques abondants, du type des œdèmes rénaux, se sont compliqués secondairement de petites crises répétées d'œdème pulmonaire, portait un cœur normal et des chiffres de tension normaux. On ne peut incriminer ici l'imperméabilité rénale aux chlorures, car

les œdèmes n'étaient pas un symptôme de néphrite dite chlorurémique ; ils s'attachaient à un processus hydropique d'origine thyroïdienne, où l'infiltration œdémateuse ne semble pas être une manifestation de rétention de chlorures par le rein.

Ainsi donc, un syndrome hydropigène d'origine thyroïdienne, s'apparentant aux néphroses d'Eppinger, peut se compliquer de petites crises d'œdème pulmonaire.

L'apparition de ces crises implique l'intervention de facteurs particuliers, sensibilisant à la transsudation œdémateuse le réseau vaso-endothélial du poumon. On est conduit à incriminer l'insuffisance thyroïdienne, qui serait à la base du syndrome observé. D'ailleurs, à l'appui de cette hypothèse, vient l'efficacité du traitement thyroïdien.

**Présentation de malades soignés par la radiumthérapie pour cancer de l'œsophage.**

(M. J. Guisez. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 22-5-1931.)

Les résultats obtenus, grâce aux perfectionnements de la technique, sont encourageants dans une affection, contre laquelle, devant l'échec de toutes les tentatives d'extirpation chirurgicale, le seul traitement à opposer était, jusqu'à présent, la gastrostomie.

Tous les malades choisis, et qui sont encore vivants, étaient en état de dysphagie complète, au dernier degré de l'inanition par la faim. Tous avalent maintenant normalement, ont repris du poids, des forces et un métier trop souvent pénible.

Le diagnostic avait toujours été posé d'une façon aussi exacte que possible par les données combinées de la radiographie, de l'œsophagoscopie, et le contrôle biopsique, chaque fois que celui-ci était possible. La radiographie montre le siège exact de la sténose, la forme de la rétro-dilatation. L'œsophagoscope ne trompe jamais au point de vue du diagnostic. La biopsie n'a de valeur que si elle est nettement positive.

Les cas les plus favorables pour la radiumthérapie semblent être ceux du tiers moyen de l'œsophage, où il s'agit le plus souvent d'épithélioma basi-cellulaire ou de formes mixtes. L'auteur place le radium sous le contrôle de l'œsophagoscope, surtout pour les premières séances particulièrement difficiles et décisives ; il fait des séances de six à sept heures, répétées tous les jours, avec parfois un ou deux jours de repos, suivant la résistance du malade ; un total de 15 à 20 jours de traitement est au minimum indispensable. Le traitement n'est ni douloureux, ni dangereux (quand la sonde porte-radium est en bonne place) ; il est toujours très bien supporté, et les malades sont encouragés dès leurs premières applications, parce que leur déglutition est rapidement bien meilleure, et que leur appétit revient souvent très vif.

**Etude phonocardiographique d'un cas de rythme à quatre temps.**

(MM. Mach et Duchosal, présentés par M. Laubry. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 23-5-1931.)

Le rythme à quatre temps est caractérisé par l'adjonction aux deux bruits normaux du cœur de deux bruits supplémentaires, se produisant pendant la diastole : l'un est dû à une onde-choc présystolique d'origine auriculaire, et l'autre à une onde protodiastolique auriculo-ventriculaire, indépendante de la systole ventriculaire. En d'autres termes, il s'agit d'un rythme de galop présystolique banal et d'un rythme de galop ventriculaire.

Constaté généralement à la période ultime de la myocardie, son apparition est interprétée comme la signature d'un pronostic fatal.

Les auteurs en ont observé un cas chez un malade, atteint d'anémie pernicieuse ; ils l'ont étudié parallèlement au cardiophonogramme et à l'électrocardiogramme. Le pronostic ne semble pas toujours aussi sévère qu'il est admis généralement. Ici, le rythme à quatre temps fut transitoire ; son apparition était due vraisemblablement à l'adynamie et à l'hypotonie cardiaque, causées par l'anémie.

**Un cas de silicose pulmonaire pure probable.**

(M. Garin, de Lyon. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 22-1-1932.)

La silicose peut être définie comme une sclérose pulmonaire bilatérale des poumons à évolution lente provoquée par l'inhalation prolongée de poussières siliceuses (tailleurs de pierre, etc.). C'est une maladie rare à l'état pur ; elle est plus souvent associée à la tuberculose.

L'observation rapportée est bien un cas de silicose : les antécédents, la lente évolution du mal, l'image radiographique l'établissent sans discussion possible. Il est, d'autre part, vraisemblable qu'il s'agit d'un cas de silicose pure, l'inoculation des crachats au cobaye étant restée négative. L'auteur fait cependant des réserves expresses sur ce point, en faveur d'une association possible avec une tuberculose latente, non encore ouverte.

G. F.

---

*Société des chirurgiens de Paris*

Séance du 4 décembre 1931

**Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la section des canaux déférents.**

M. J. Mock communique les bons résultats obtenus par la vasectomie. Si toutes ses préférences vont à la prostatectomie, il pense que la vasectomie doit garder une place dans la thérapeutique chirurgicale, et toujours se faire en cas de contre-indication de la prostatectomie ; on devra l'associer à la radiothé-

rapie, lorsque celle-ci est pratiquée. On peut espérer beaucoup d'elle comme opération préventive. Ses résultats s'appuient sur les données de la physiologie simple, pathologique et comparée.

**Rupture d'un isthme tubaire avec hématocèle cataclysmique, coïncidant avec une grossesse utérine qui va ensuite à terme.**

M. Barbet apporte une observation, où la concomitance de deux grossesses, l'une utérine, l'autre extra-utérine a été établie par le fait que l'une d'elle a été menée à terme alors que l'autre, interrompue, a nécessité une intervention d'urgence.

**Fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée.**

M. Trèves présente une malade de 25 ans, chez laquelle il a pratiqué la réduction sanglante de cette fracture quatre mois et demi après l'accident. Le résultat est excellent; mais, dans la majorité des cas, l'auteur pense qu'il faut faire l'astragalectomie. Il s'élève contre l'ostéosynthèse. Pour éviter les consolidations vicieuses, il faut réduire sous écran et appliquer une botte plâtrée circulaire en hypercorrection.

**Fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.**

M. R. Massart croit que l'astragalectomie, avec ostéoclasie du péroné pour le remettre en bonne position, est l'opération de choix, celle qui laisse un pied mobile en bonne position permettant la marche et l'appui. La voie d'abord, dorsale, préconisée par Chaput, trouve ici une indication.

**A propos du traitement des fractures bi-malléolaires vicieusement consolidées.**

M. Judet a opéré trois cas de fractures bi-malléolaires basses, consolidées en valgus. Après ostéotomie des deux malléoles à ciel ouvert, la subluxation en dehors de l'astragale se réduit en tordant fortement le pied en varus. Plâtre dans cette position en varus pendant quarante jours. Ensuite, appareil de marche. Le résultat a été très bon dans deux des cas opérés ; chez le troisième il y a une raideur persistante du cou-de-pied. L'auteur rapporte un cas de fracture de Dupuytren type, consolidée, qu'il a opérée six mois après l'accident. Après astragalectomie le pied n'a pu être remis en position normale ; il a fallu réséquer l'extrémité inférieure du tibia sur une épaisseur de 1 cm. Le résultat a été des plus favorables ; non seulement le pied est resté en bonne place, mais la néarthrose tibio-calcanéenne a récupéré une grande quantité de mouvements. La marche est facile et indolore. (Résultat vieux de sept ans.)

**Invagination sigmoïde rectale.**

M. Hautefort, à propos d'une pièce qu'il a déjà présentée, nous indique qu'il s'agissait d'une tumeur villeuse typique, sans indice d'évolution maligne.

Séance du 19 février 1932.

**A propos de l'étranglement du cæco-ascendant dans l'hiatus de Winslow.**

M. Thévenard note la rareté de ces cas d'étranglement ; celui, communiqué par M. Blanc à la dernière séance, serait le troisième cas connu et, si l'on ne fait pas de distinction entre gros intestin et grêle, les cas seraient au nombre de vingt-cinq. M. Thévenard est un peu surpris que, contrairement à tous les auteurs, M. Blanc ait pu lever assez facilement l'étranglement et surtout qu'il ait pu dilater l'orifice de l'hiatus de Winslow. Il se demande si l'intestin n'aurait pas, dans ce cas, été étranglé au niveau d'un ligament hépato-colique qui constitue une sorte d'entonnoir au devant de l'hiatus de Winslow.

**Technique de la gastrectomie.**

M. Victor-Pauchet fait un rapport sur un travail de Hans Finsterer (de Vienne). Cet auteur, qui a pratiqué actuellement plus de deux mille gastrectomies, considère l'opération comme relativement bénigne. L'amélioration des résultats tient à : 1° anesthésie locale faite systématiquement ; 2° drainage par tube de caoutchouc s'il y a un risque quelconque d'infection ; 3° anastomose par implantation termino-latérale de la première anse jéjunale avec l'estomac, mais de façon que l'anse proximale du jéjunum soit à un niveau plus élevé que l'anse distale. L'auteur n'est pas partisan de la gastrectomie en deux temps : cependant, chez les sujets très affaiblis, on peut faire la jéjunostomie préalable.

M. Victor-Pauchet pense que la gastrectomie en un temps est l'opération idéale ; mais qu'il vaut encore mieux pratiquer l'opération en deux temps, malgré les défauts qu'elle peut avoir, que de ne pas faire la gastrectomie nécessaire. L'anastomose bout à bout à la Péan après la résection est une bonne méthode chaque fois que le duodénum est large. Parfois, il vaut mieux recourir à l'opération de Polya modifiée, c'est-à-dire après suture du tiers environ de la tranche gastrique, avant l'anastomose par implantation.

**Anus vaginal chez une fillette de douze ans et chez une adulte de trente-quatre ans. Restauration de l'anus normal.**

M. Victor-Pauchet communique ces deux observations et donne, avec des figures, la technique qu'il a suivie pour rétablir le cours normal des matières.

**Le traitement chirurgical des paralysies définitives.**

M. R. Massart apporte comme contribution à la question des indications et des résultats des anastomoses et transplantations de tendons deux travaux importants :

1° M. Fairbank (de Londres) réserve à peu près

uniquement les opérations tendineuses aux paralysies du pied et il les combine aux arthrodèses, en particulier pour le pied talus où il fait l'opération de Dunn.

2° M. Fritz Lange (de Munich) défend les opérations tendineuses, qu'il pratique depuis trente-quatre ans et dont il a pu apprécier les avantages sur les arthrodèses. Il compare les méthodes utilisées en Amérique (opération de Whitmann) à celle qu'il utilise lui-même, et qui lui permet de rétablir l'équilibre du pied si seulement trois muscles longs restent indemnes sur les neuf, qui donnent au pied sa mobilité. Ce travail montre qu'il ne faut pas rejeter systématiquement les opérations tendineuses, mais plutôt « assimiler » les techniques, qui donnent de bons résultats comme celles de Lange.

**Résultat éloigné d'une cranioplastie par le procédé de la charnière.**

M. Mayet communique les résultats d'une prothèse cranienne faite par lui il y a quinze ans. Le blessé qui, depuis l'opération, n'a présenté aucun trouble cérébral a une paroi cranienne solide. La radiographie montre la soudure complète du bord libre du volet à la paroi osseuse sur laquelle il a été rabattu ; il n'y a ni saillie, ni hyperostose. Il est intéressant de noter l'apparence lisse de la face profonde du greffon en rapport avec le cerveau. Ce cas montre que la prothèse par le procédé de la charnière est excellente.

**Epithélioma cylindro-cubique de la cavité du corps utérin avec propagation au système lymphatique. Biopsie négative.**

M. Muller (de Belfort). — Chez une femme de 68 ans présentant de l'hydrorrhée, on trouve un corps utérin augmenté de volume et un col intact. Une biopsie ne montre que de la métrite banale. Malgré les résultats de cet examen histologique et en raison des signes cliniques, on pratique une hystérectomie totale élargie. La cavité utérine est occupée par une tumeur gélatineuse ; l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma avec propagation lymphatique. Puis, métastase rectale traitée par le radium ; perforation recto-vaginale. Mort deux ans après l'intervention.

**Appareil de marche pour luxation congénitale de la hanche.**

M. R. Massart présente cet appareil que M. Rocher (de Bordeaux) a fait construire et qu'il utilise avec succès depuis quelques années. Entre autres avantages, cet appareil permet de gagner du temps sur la durée du traitement de la luxation.

---

*Société française de gynécologie.*

Séance du 18 janvier 1932

**Les embolies post-opératoires du fibrome utérin.**

M. Paul Ulrich (de Paris) étudie d'abord la prédisposition aux accidents de phlébites et d'embolies post-opératoires.

Il insiste sur le fait que la prophylaxie comprend une multiplicité de mesures avant, pendant et après l'opération, et discute un à un, les principaux points de la thérapeutique préventive.

Il attache une importance particulière *à la technique opératoire,* notamment en ce qui *concerne la ligature des pédicules vasculaires.* Il critique la traumatisation excessive et inutile des pédicules vasculaires par le clampage et l'écrasement avec les pinces des modèles les plus variés, et condamne la transfixion des pédicules pour la pose des ligatures avec l'aiguille de Reverdin ou à pédale.

Les tiraillements d'un pédicule malmené et dilacéré occasionnent, d'après U., des déchirures des parois veineuses qui se trouvent d'ailleurs très souvent déjà dans un état de périphlébite chronique inhérente à l'affection même qui a motivé l'hystérectomie.

La traumatisation opératoire, qui entraîne la formation de petits hématomes, détermine la thrombose des plexus veineux du pelvis avec ses conséquences possibles.

U. propose donc d'adopter méthodiquement comme ligne de conduite dans la ligature des pédicules vasculaires la technique de Terrier-Hartmann, selon laquelle les pédicules vasculaires sont liés moyennant un passe-fil sans qu'il soit nécessaire d'écraser ou de dilacérer les pédicules. U. est convaincu que maints cas d'embolies pourraient être évités grâce à cette technique associée, il est vrai, à toutes les autres mesures recommandées.

MM. Bender, Dartigues et Jayle s'opposent énergiquement au lever précoce que préconise l'auteur. Leur expérience personnelle leur fait considérer cette pratique comme dangereuse. Comme lui, ils sont partisans d'éviter toute brusquerie avant, pendant et après l'opération.

M. Jayle, attache une importance capitale à l'examen de la coagulation sanguine.

M. Papillon, emploie la technique de M. Marcel Sénéchal en ce qui concerne les ligatures des pédicules vasculaires.

M. Louis Michon (de Lyon) est partisan du clampage à condition qu'il soit pratiqué avec douceur.

M. G. Delater, expose la conception actuelle de la pathogénie des phlébites post-opératoires telle qu'elle résulte de ses travaux personnels et des recherches d'autres auteurs.

**In appendice venenum.**

M. Louis Aubert (de Genève) est un partisan con-

vaincu de l'ablation systématique de l'appendice au cours de toute laparotomie pour intervention sur l'utérus ou ses annexes. Il apporte à l'appui de sa thèse une observation dans laquelle une malade ayant subi une hystérectomie sans appendicectomie fit quelques années plus tard une crise d'appendicite foudroyante avec septicémie aiguë et rapidement mortelle.

M. Marcel Sénéchal résume l'opinion des membres présents qui est de pratiquer l'appendicectomie au cours des laparotomies gynécologiques chaque fois qu'elle est possible sans danger pour la malade.

# Les Congrès

## VIe Congrès international des accidents et des maladies du travail

(*Suite*) (1)

### Les résultats tardifs dans les lésions traumatiques du rachis.

Rapport de M. FAUQUEZ (Paris).

L'auteur étudie 350 observations, détaillées :

Dans 60 p. 100 l'I. P. P. ne dépasse pas 30 p. 100;

Dans 50 p. 100 l'I. P. P. ne dépasse pas 20 p. 100.

(Ces pourcentages s'entendent, éliminés les cas rapidement mortels qui peuvent atteindre 40. p. 100.)

En dépit de l'aide que la radiographie apporte, il est très difficile de prévoir l'évolution d'un traumatisme rachidien et d'en établir le pronostic immédiat ou tardif. Il n'y a aucun rapport entre la violence du traumatisme et la gravité des lésions. Il n'y a pas de rapport forcé entre le degré de gravité des lésions initiales et l'importance des séquelles définitives. Des fractures de plusieurs vertèbres se consolident en deux à trois mois sans séquelles, alors que la fracture isolée d'une apophyse transverse peut laisser une incapacité de 50 à 85 p. 100.

Même incertitude de pronostic, en ce qui concerne les lésions médullaires. L'auteur étudie en détail les éléments du pronostic.

*Age.* — La réparation se fait plus vite chez les sujets jeunes que chez les gens âgés, où elle est troublée par l'ostéoporose.

*Etat local antérieur.* — Le rhumatisme chronique, la spondylose, la scoliose des mineurs aggravent le pronostic.

*L'état psychique* est considérable : les pusillamines, les sinistrosés finissent par se fixer dans une attitude vicieuse dont la correction devient avec le temps de plus en plus difficile et douloureuse. Grumault suggère de leur laisser ignorer la véritable nature de leur lésion.

*Le siège* est important :

Cervical : Mortalité de 37 p. 100. Possibilité d'observer des luxations sans troubles médullaires, mais, par contre, déformations secondaires entraînant souvent des complications médullaires tardives très graves. Indépendamment d'elles, la raideur est fréquente, elle peut s'atténuer par accommodation grâce au déplacement en bloc du tronc tout entier. Même alors les pourcentages restent élevés, car les travaux de force restent interdits.

Dorsal : Mortalité 25 p. 100. La fréquence de la localisation sur $D_{11}$-$D_{12}$ rend le pronostic moins grave : bons résultats chez 50 p. 100 des blessés. L'incapacité n'excède pas 25 p. 100.

Lombaire : C'est le siège le plus favorable au point de vue vital. Mais, contrairement à certaines statistiques, l'auteur constate chez la moitié de ces blessés des taux d'incapacité définitifs supérieurs à 50 p. 100.

*Fractures partielles.* — Les fractures des apophyses transverses sont les plus fréquentes (9 fois sur 100 des traumas rachidiens), surtout lombaires ; elles sont souvent multiples. Leur pronostic est très difficilement apprécié ; cela tient à la possibilité de névralgies persistantes.

L'état peut se modifier tardivement. En Allemagne, on a raison de prévoir des révisions successives.

*En résumé*, il serait vain de chercher à dresser un tableau où serait fixé en regard de chacune des lésions, un pourcentage probable d'invalidité définitive car trop de facteurs entrent en jeu.

Rapport de M. MICHEL (Nancy).

La maladie de Kümmel est très rare, mais elle existe et peut succéder à des traumatismes faibles avec fracture méconnue. Les auteurs suisses et allemands insistent sur le fait que la lésion se développe parce que la fracture n'est pas traitée par l'immobilisation.

La spondylose tuberculeuse post-traumatique a été niée, elle est peut-être possible.

Le traitement immédiat par l'immobilisation est capital, et il faut même prévoir des brancards spéciaux pour transporter les blessés.

Le traitement sanglant est parfois indiqué dans les premiers jours, il l'est moins souvent à une période tardive. Certains auteurs sont d'ailleurs très interventionnistes dans les fractures des apophyses transverses, surtout lorsqu'elles occasionnent des douleurs persistantes.

(1) V. *Concours médical*, nos 14 et 15.

Rapport de M. MAGNUS (Bochum).

Ce rapport, fondé sur les 827 cas observés par l'auteur montre tout d'abord que les paralysies n'ont pas nécessairement un mauvais pronostic, car sur 79 paralysies complètes, 4 ont présenté une régression totale et 7 ont presque guéri. L'auteur insiste sur le traitement : jamais personnellement, il n'a eu à intervenir chirurgicalement sur la moelle épinière. Le traitement des cas simples consista en repos au lit pendant quatre semaines avec massage en décubitus latéral et mécanothérapie prudente dès le début. Repos au lit moins sévère de deux semaines. Lever après six semaines et reprise du travail après seize semaines. La moitié des blessés n'ont plus d'invalidité au bout de six ans. L'auteur n'est partisan, ni de fixation, ni d'allègement, ni de réduction de la gibbosité. D'après lui, le corset serait, avec la lésion de la moelle épinière, la complication la plus grave des traumatismes du rachis.

**Séquelles nerveuses tardives des traumatismes du rachis**

Rapport de M. CROUZON (Paris).

Dans ce rapport très complet, l'auteur se borne à rappeler rapidement les faits connus depuis longtemps pour, au contraire, insister longuement sur les notions nouvelles.

1° *Lésions anatomiques.* — L'auteur décrit la hernie du nucléus pulposus, récemment identifiée. Il rappelle que les sections complètes, anatomiques, de la moelle sont rares : Guillain et Barré ne les ont trouvées que quinze fois sur 138 autopsies ; mais que, par contre, une sclérose progressive peut se développer, réalisant à la longue une section physiologique complète.

L'auteur montre l'importance des petits foyers d'hématomyélie, auxquels on ne pense pas suffisamment ; ils peuvent aboutir à une myélomalacie tardive.

2° *Cliniquement.* — L'auteur discute la valeur respective des renseignements fournis par l'étude de la sensibilité et des différentes épreuves, et il rappelle à ce propos l'importance des travaux de l'école française avec Babinski et Sicard et de l'école américaine avec Stookey.

Les formes cliniques des lésions médullaires sont nombreuses. Outre le syndrome de Brown-Séquard, bien connu, on peut observer l'*hémisection transverse postérieure* décrite par Déjerine et Lhermitte. Il faut bien connaître la possibilité de *commotion médullaire.* Cette dernière se traduit par une paralysie qui rétrocède.

Quant à l'hématomyélie, elle ne donne pas souvent au début une dissociation syringomyélique bien typique. Ce syndrome peut, au contraire, apparaître tardivement : certaines formes de syringomyélie sont, en effet, d'origine traumatique ;

3° *Les complications.* — Les méningo-médullaires *sont importantes et peuvent dominer le pronostic.* Outre la *syringomyélie*, complication tardive que nous venons de voir, on peut observer : *des méningites séreuses*, surtout intéressantes dans leur forme tumorale ; des *pachyméningites hypertrophiques.*

Quant aux *troubles trophiques*, ils sont capitaux : l'auteur les étudie et montre l'allure clinique et les conséquences des œdèmes, des amyotrophies, des escarres, des ostéo-arthropathies décrites par Mme Déjerine et Collier ; l'infection urinaire, le syndrome péritonéal de Guillain et Barré ; les troubles pulmonaires décrits par Cornil et Cornu assombrissent le pronostic.

Un élément psychopathique peut se surajouter aux troubles organiques, réalisant l'*astasie-abasie.*

Enfin, l'auteur étudie l'*influence des traumas sur les lésions antérieures* : le mal de Pott, la myélite syphilitique, le tabès sont réveillés par le trauma. La polyomyélite antérieure chronique ne semble pas influencée ; la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques ont parfois été aggravées.

L'auteur montre enfin l'importance du traitement médical, des petits soins journaliers. Il conclut en étudiant les taux d'invalidité, qui peuvent parfois atteindre 100 p. 100 et même donner lieu chez certains blessés de guerre à des surpensions.

DISCUSSION

M. OSTERMANN (Essen) est d'accord avec M. Magnus pour rejeter la laminectomie et le corset : le porteur d'un corset se rappelle sans cesse qu'il a été grièvement blessé. Ayant personnellement souffert d'un traumatisme rachidien guéri en quinze jours, sans traitement, et ayant constaté plus de dix ans plus tard, par la radio, qu'il avait eu une double fracture, M. Ostermann se propose de lever les blessés atteints de fracture dès le quinzième jour et les faire travailler au bout de quatre à cinq semaines, sans leur faire allouer de rente. Mais il est capital que le blessé ignore qu'il a une fracture.

M. SCHAUZ (Dresde). — M. Magnus a eu le mérite d'indiquer qu'un grand nombre de cas — plus qu'on ne le dit classiquement — guérissent sans traitement; mais ce serait un tort de généraliser. Le corset permet une activité plus grande, et il ne faut pas lui attribuer les douleurs qu'il sert à combattre. La différence de point de vue entre M. Magnus et M. Schauz tient surtout à ce que le premier traite surtout les fractures récentes, tandis que le second, orthopédiste, traite les cas anciens que M. Magnus n'a pu guérir : dans ces cas, le corset est précieux.

M. WAEGNER n'est pas d'accord avec le rapporteur : les vrais troubles sont reconnus trop tard ou pas du tout. Il préconise personnellement dans les deux ou trois premiers mois, le lit et un plâtre, puis, pendant près d'un an un corset. Sur 209 cas, 64 p. 100 reconnus à temps voulu n'atteignirent que 10 à 20 p. 100 d'invalidité. Les cas reconnus tardivement atteignent 35 p. 100 d'invalidité.

M. REINBOLD. — Lorsqu'il n'y a pas atteinte mé-

dullaire, le pronostic est favorable et la durée du traitement peut être ramenée au-dessous des limites classiques. Toutefois, les chiffres indiqués par M. Magnus sont des chiffres extrêmes. Il faut, en outre, faire une réserve pour certaines localisations. Les fractures de l'odontoïde ont un pronostic variable suivant qu'elles s'accompagnent de luxation en arrière ou en avant. La subluxation en arrière n'est pas défavorable. La luxation en avant est sérieuse, peut entraîner des troubles secondaires très graves ; il faut être prudent et fixer la colonne jusqu'à consolidation certaine de la fracture.

Pour $L^5$, il faut être réservé dans l'interprétation d'état pathologique sans rapport avec l'accident ; c'est le cas pour le spondylolisthésis vrai, jamais traumatique, qu'il faut distinguer de la subluxation de $L^5$ sur le sacrum, par fracture interapophysaire postérieure.

M. Boehler (Vienne) montre de remarquables photographies illustrant son procédé de réparation des fragments fracturés. Le blessé repose sur le lit, par la face et la face antérieure du thorax, le pubis est surélevé par des coussins, les jambes verticales. Les radiographies montrent le redressement de la courbure anormale.

### Communications

**La consolidation des fractures parcellaires de la colonne vertébrale. Le greffon naturel de soudure des vertèbres traumatisées.** — M. Etienne Martin (Lyon).

La consolidation doit être définie comme l'époque, où l'on ne risque plus l'affaissement ou le déplacement d'un corps vertébral traumatisé, donc une déformation de la colonne et des lésions nerveuses tardives. L'examen clinique ne permet pas d'en établir le montant. Les radiographies successives sont seules capables de l'établir. L'auteur envisage les procédés de soudure naturelle, qui se font en l'espace de quelques mois entre vertèbre traumatisée et vertèbres sus et sous-jacentes ; il indique l'existence d'un greffon naturel de soudure, apparaissant progressivement, très net sur les radiographies successives. Ce greffon est différent des becs de corbeau trouvés sur les colonnes pathologiquement déformées ; les vertèbres pathologiquement ankylosées peuvent d'ailleurs, sous l'influence de traumatisme, se fissurer et donner lieu à des lumbagos chroniques.

**Tuberculose post-traumatique tardive de la colonne vertébrale.** — M. Leclerc (Lille).

L'auteur signale la rareté des observations, où la relation de cause à effet entre un accident et la localisation d'une infection tuberculeuse au niveau du rachis est établie d'une façon indiscutable.

Il n'a jusqu'ici rencontré, au cours de ses expertises médico-légales, que quatre cas de maux de Pott post-traumatiques.

Il en rapporte en détail une observation et présente les radiographies, qui permettent de suivre l'évolution des lésions locales. L'ouvrier, atteint le 1er février 1929 d'une fracture de l'apophyse transverse, a dû cesser de nouveau le travail en septembre 1930, pour un effondrement tuberculeux de la partie droite du corps de la vertèbre atteinte.

Il s'agit là d'une observation démonstrative, où le diagnostic de la tuberculose osseuse n'a pu être apporté que tardivement, plus de dix-neuf mois après l'accident.

L'apparition si tardive de cette infection ne permet pas à l'ouvrier, suivant les dispositions de la loi française sur les accidents du travail, de recevoir les soins médicaux nécessités par son état, aux frais de son employeur.

C'est là une anomalie regrettable de la loi du 9 avril 1898.

**Séquelles des traumatismes rachidiens.** — M. Mutel (Nancy.)

L'immobilisation plâtrée longue et le corset orthopédique, dit de la convalescence, favorisent la sinistrose et augmentent l'intensité du processus ankylosant. Cependant, il faut se méfier des sujets âgés et ne les renvoyer au travail que lorsqu'on est sûr qu'il n'y a qu'une contusion.

**Colonne vertébrale et traumatisme.** — M. Schan (Dresde).

L'auteur insiste sur la fragilité de la colonne vertébrale, qui ne peut travailler qu'à l'aide d'organes de secours. Pour lever un poids on bombe l'abdomen et le thorax, on met, en somme, l'air sous tension, comme dans un pneumatique, et, comme un pneumatique, par le même mécanisme on peut porter un gros poids. Lorsqu'on analyse les cas où pour des traumatismes peu importants, la colonne s'est brisée, on s'aperçoit que pour une raison ou pour une autre, le système de secours thorax-ventre n'a pu fonctionner.

L'auteur analyse ensuite longuement le rôle des disques intervertébraux.

**Diagnostic différentiel radiologique des lésions rachidiennes.** — M. Altschul (Prague).

Difficultés à établir la cause d'une lésion de la colonne vertébrale, si elle est secondaire à une tuberculose ou à un traumatisme.

**Traitement des fractures par écrasement du rachis.** — M. Albee (New-York).

L'auteur, se basant sur ses observations personnelles, préconise la méthode conservatrice pour le traitement des fractures par écrasement de la colonne vertébrale. Le traitement consiste en extension, soit sur matelas spécial, soit sur cadre de Bradford pour huit à douze semaines, suivi d'appareil plâtré ou de corset, pour quatre à six mois. Si la guérison n'est pas obtenue au bout de ce temps, il pratique sa greffe osseuse, qui lui a donné des résultats satisfaisants.

**Les lésions des disques intervertébraux.** — M. Gocke (Dresde).

A la suite de la déchirure traumatique du disque

intervertébral, se forment des nodules, qui troublent le développement des vertèbres, par exemple dans les cyphoses juveniles. La masse du disque peut s'enfoncer aussi dans la vertèbre voisine, en cas d'ostéoporose.

**Les résultats tardifs dans les fractures isolées des apophyses épineuses et dans les fractures des apophyses transverses lombaires.**

M. Barta a trouvé que 20 p. 100 des fractures des apophyses transverses lombaires sont restées pour toujours totalement guéries sans aucun trouble. Les autres ont entraîné des douleurs continuelles, si fortes que quelques-uns des malades ont dû changer de profession. Dans un seul cas, l'invalidité est restée complète, tandis que les autres sont retournés à leur travail après un, trois, six, douze mois de traitement.

**Traitement des fractures de la colonne vertébrale. Ostéomalacie traumatique tardive du corps vertébral.** — M. Ettorre (Milan).

L'auteur n'est pas favorable à la réduction des fractures de la colonne vertébrale. Il n'a pas tendance à admettre comme entité nosologique la spondylite traumatique.

**La maladie de Kümmel comme accident de travail.** — MM. Oller et Bravo (Madrid).

Les auteurs ont étudié trois cas d'accidents de travail, où s'est posé le problème du diagnostic de maladie de Kümmel. Dans le premier cas, le diagnostic définitif a été tuberculose vertébrale, mais dans les deux autres cas, il s'agissait de maladie de Kümmel.

L'évaluation de l'incapacité, difficile dans tous les pays, l'est davantage en Espagne à cause des conditions spéciales de la loi qui fait payer les indemnités sur la base d'un an, un an et demi et deux ans de salaire.

**Pathologie ostéo-articulaire des vertèbres.** — M. Sulli.

L'auteur étudie les cas fréquents de douleurs, vraies ou simulées, localisées à la région lombaire. Souvent rhumatismales, elles sont souvent attribuées aux efforts normaux du travail.

**Observations sur les séquelles des fractures vertébrales, en particulier sur le syndrome cérébral de Néri associé aux fractures cervicales.** — M. Serra (Bologne).

L'auteur insiste sur les symptômes traduisant la souffrance des centres supérieurs lors des fractures cervicales. Ils permettent d'assurer un diagnostic douteux. Avec Néri, l'auteur fit sur le chien des expériences tendant à établir le rôle du plexus de l'artère vertébrale sur la circulation bulbo-cérébelleuse et générale.

**Résultats tardifs des lésions traumatiques du rachis.** — M. Marangoni (Padoue).

Montre que l'évaluation de l'incapacité doit être très tardive. La limite de deux ans fixée par la loi italienne est trop courte.

**La spondylite déformante.** — M. Milko (Budapest).

Une spondylite déformante peut avoir été causée par un accident là où il s'agit d'un traumatisme de la colonne vertébrale (contusion ou fracture). Une aggravation d'une sponkylite déformante ne peut être admise qu'en cas de traumatisme grave portant sur le rachis. Les constatations radiologiques d'une spondylite déformante peu de temps après l'accident présumé excluent toute origine traumatique.

**Traitement par la colle.** — M. Hedri.

Injecte, sous le contrôle radiographique, de la colle stérile pour le traitement des fractures des apophyses transverses des vertèbres, ce qui active l'ossification.

### Communications libres

**Les corps étrangers du genou, ostéochondrite disséquante.** — MM. Grimault et Wilwertz (Algrange, Moselle).

Certains auteurs attribuent à cette affection une origine traumatique, d'autres la considèrent comme spontanée. Le problème est important au sujet des accidents de travail. Les auteurs ont minutieusement étudié quatre cas. La cause serait le plus souvent traumatique, l'hyperémie entraînant la fonte ostéo-cartilagineuse. Les lésions prédominent au niveau de l'insertion fémorale du ligament croisé postérieur arraché au moins partiellement. Une susceptibilité particulière du sympathique favorise la lésion. La sympathectomie est l'opération de choix ; en outre, on enlèvera les corps étrangers libres.

**Technique spéciale de radiographie de l'épine de l'omoplate.**—MM. Betocchi (Milan) et Miege (Ancône).

**Fracture isolée de l'omoplate.** — M. Marsili (Bologne) : Quatre-vingts cas de fracture isolée.

**Les fractures du plateau tibial.** — M. Cadore (Padoue) : Vingt et un cas personnels.

**Etat de fond d'œil, de la tension rétinienne et rachidienne des commotionnés.** — M. Serra (Bologne).

Chez les individus présentant des signes subjectifs, les examens fourniront la plupart du temps des chiffres normaux ; chez quelques-uns, on note pourtant de l'hyper ou de l'hypotension.

**La céphalée post-traumatique.** — M. Zanelli (Bologne).

Il faut distinguer la céphalée immédiate de la céphalée intense et tardive due à une hémorragie secondaire, à une méningite séreuse. En général, la céphalée disparaît au bout de deux ans.

**L'apoplexie post-traumatique à la lumière des nouvelles recherches pathogéniques.** — M. Hirsch (Francfort).

Pour l'auteur, il ne s'agirait pas toujours d'une altération anatomique primitive du vaisseau. La pathogénie est complexe, et il faut faire intervenir des spasmes gênant la régularité de la pression sanguine et

pouvant occasionner un ramollissement ou une hémorragie.

**Les fractures du calcanéum.** — M. Boehler (Vienne) présente un film illustrant sa méthode, qui vise en quelque sorte à remodeler l'os.

**Affections rénales en rapport avec le travail.** — — M. Ascoli.

Étude du rein flottant traumatique et des rapports entre calculs du rein et rein flottant.

**Les calcifications pleurales.** — M. Weill (Stuttgart).

Il faut plusieurs années à la suite du trauma pour que se forment des incrustations. La radio est parfois seule capable de les déceler. Elles peuvent avoir une répercussion sur la petite circulation et causer ainsi une diminution de la capacité de travail.

**Lumbagos traumatiques.** — M. Oller (Madrid).

L'auteur ne croit guère aux ruptures musculaires par simple effort. Les traumas radiculaires et funiculaires sont fréquents. L'indemnisation est difficile, car certaines manifestations rhumatoïdes sont favorisées par le trauma.

**Nécrose du semi-lunaire par accident de travail.** — — M. Oller (Madrid).

Pour qu'une ostéomalacie soit reconnue comme accident de travail, il faut qu'un traumatisme grave suspende immédiatement le travail, et que la radiographie soit décisive. L'auteur rejette l'extirpation pour préconiser l'immobilisation prolongée, respectant la mobilité digitale.

*Discussion.* — M. Strauss (Nuremberg).

Il est utile de faire une radiographie de l'autre main ; le bandage de la main laissant les doigts libres pendant le travail, maintenu durant des années, est la méthode de choix.

**Quatre cas de traumatisme du scaphoïde et du semi-lunaire.** — M. Pachner (Turin).

**Etude des anomalies du scaphoïde.** — M. Mori.

Le scaphoïde présente souvent deux noyaux non soudés. La radio bilatérale est indispensable.

**Fractures du scaphoïde tarsien.** — M. Spelta (Padoue) : six cas personnels.

**Evolution des ostéomes musculaires traumatiques.** — M. Mori.

Quatre cas personnels ; l'évolution peut aboutir à la résolution complète.

**Les fractures des métatarsiens.** — M. Roberti (Padoue).

Analyse de 100 cas ; le déplacement des fragments est fréquent.

**Les fractures du bassin.** — M. Marangoni (Padoue).

L'auteur a étudié 60 cas. Il en décrit les séquelles ; le taux des incapacités constatées jadis était dû au fait que l'observation ne portait que sur les cas graves.

**Les épithéliomas traumatiques.** — MM. Leclercq et Muller (Lille).

Ces auteurs apportent au Congrès quelques observations tirées de leur pratique personnelle dans lesquelles on peut voir des épithéliomas qui se sont développés sur des plaies vives (cancers aigus), sur des plaies en voie de cicatrisation, ou en partie cicatrisées (cancers subaigus). Ils montrent aussi que le cancer venant compliquer une plaie résultant d'un accident de travail peut entraîner au titre de la loi de 1898 française, des indemnisations, et ils insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce de ces transformations néoplasiques, diagnostic basé sur des biopsies parfois répétées.

**Sur un cas de maladie de Pellegrini-Koehler-Stieda.** — M. Massad (Marseille).

Le nom de Stieda peut prêter à confusion avec la fracture de Stieda (fracture de l'épicondyle interne du fémur) qui est la véritable maladie décrite par cet auteur. Quant au nom de Kœhler que Mme Kaufmann a cru devoir ajouter à celui de Stieda, sa présence ne s'y justifie pas non plus, puisque c'est le professeur Pellegrini de Florence qui a, le premier, en 1905, pafaitement décrit cette maladie et que les travaux de Koehler et de Stieda sont bien postérieurs.

**Causes de mort des électriciens et des maçons.** — M. Romanelli.

Les causes de décès par fulguration et autres causes d'accident chargent d'environ 20 p. 100 la mortalité normale des électriciens. Ces causes, par contre, sont bien moins importantes chez les maçons, où les accidents figurent avec un pourcentage de 5,70 p. 100.

*(A suivre).*

Henri Desoille.

# Les Livres

MASSON ET Cie,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

P. GILIS. — **Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme.** Deuxième édition, revue par J. EUZIÈRE.

M. P. Gilis, professeur d'anatomie à la Faculté de Montpellier, avait condensé son enseignement sur l'anatomie du système nerveux et du sympathique dans un petit livre de 200 pages environ, écrit avec une remarquable clarté et illustré de 37 figures schématiques qui rendent par leur netteté l'étude jadis assez rebutante de l'anatomie des centres nerveux facile, nous allions dire attrayante. Le but du Prof. Gilis était de démontrer ce qui est rigoureusement établi, c'est l'unité du système nerveux, c'est la dépendance étroite qui règne entre le système nerveux dit de relations et le sympathique. Sans doute il y a encore beaucoup de recherches à faire pour établir d'une façon définitive l'anatomie complète du système nerveux.

Mais M. Gilis a primitivement composé son livre de façon à ce qu'il pût facilement être complété. La première édition de 1926 fut vite épuisée et M. Gilis préparait une seconde édition quand la mort vint le surprendre. Ce fut un neurologiste et psychiatre des plus éminents, le Prof. J. Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, à qui incomba la pieuse mission de mettre au point l'œuvre du Prof. Gilis en utilisant les notes que ce dernier avait réunies. Il suffit de parcourir l'ouvrage pour se convaincre qu'il y a pleinement réussi.

On ne saurait analyser un travail de ce genre. Qu'il nous suffise de dire qu'après avoir exposé l'organogénèse, l'histogénèse et l'histophysiologie des systèmes nerveux central et périphérique, les auteurs dans une première partie abordent l'étude du système nerveux de la vie de relation. Ils consacrent plusieurs chapitres à l'appareil sensitif, à ses neurones extra-axiaux et centraux, aux fibres nerveuses sensitives et sensorielles ; puis ils passent à l'appareil moteur, aux neurones de la voie pyramidale principale, aux neurones des voies motrices secondaires et tirent de cet examen des déductions cliniques sur l'hémiplégie, le syndrome de Brown-Séquard, les réflexes cutanés et tendineux.

Le système nerveux de la vie végétative, le sympathique, est l'objet de la deuxième partie de l'ouvrage.

Le grand sympathique, le parasympathique, l'appareil sensitif sympathique, l'appareil moteur et sécrétoire du grand sympathique, du parasympathique supérieur, du parasympathique pelvien, colo-rectal et uro-génital forment la seconde partie et l'ouvrage se termine par une page de généralités sur les synapses qui laisse entrevoir toutes les recherches qu'il reste à faire pour rendre complète la connaissance de l'anatomie des centres nerveux.

J. N.

---

## *Les livres qui viennent de paraître....*

R. HYVERT, médecin consultant à Pougues-les-Eaux. — **Pougues**, monographie illustrée de 31 pages, récompensée par l'Académie de médecine.

*Nouvelle édition*, contenant l'historique, les propriétés des Eaux de Pougues, leurs indications, le traitement à la station, conseils aux baigneurs, excursions voisines, etc...

Chez MASSON ET Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

**Hygiène et pathologie Nord-Africaines. Assistance médicale en Algérie**, par le Dr LUCIEN RAYNAUD, le Dr HENRI SOULIÉ et le Dr PAUL PICARD. Etudes scientifiques. *Collection du Centenaire de l'Algérie* (1830-1930.)

TOME I. **Hygiène et pathologie Nord-Africaines**, par le Dr Lucien RAYNAUD, médecin des hôpitaux d'Alger (Un vol. 550 pages, nombreuses planches hors texte).

TOME II. — **L'assistance médicale en Algérie**, par le Dr PAUL PICARD, président de la Fédération des Syndicats médicaux d'Algérie (Un vol. 614 pages. Nombreuses planches et une carte hors texte.)

Chez GASTON DOIN ET Cie, éditeurs, Paris.

Dr DARTIGUES. — **Guerre. Paix.** (FAISCEAU SCRIPTURAL, 2e volume) avec présentation par le Professeur Félix Legueu, membre de l'Académie de médecine (un vol. 527 pages, 2 portraits.)

Chez J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille.

FÉLIX LANDOT. — **L'Hygiène du dentiste dans la pratique professionnelle moderne.** Préface du Dr P. E. BOUSQUET (un vol. in-16, 200 p., 15 fr.)

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité professionnelle

**Les offensives de la mutualité contre le service médical des assurances sociales. — Etat de guerre imminent. — Les spécialités pharmaceutiques et les assurances sociales. — « Tenons notre poudre sèche », dit Paul Cibrie.**

Dans un Propos de quinzaine publié par le *Médecin de France* du 1er avril, Cibrie, prévoyant que la période de calme relatif que nous venons de vivre depuis une vingtaine de mois, allait faire place sans doute à un état de guerre, termine par ces mots qui résonnent comme un appel aux armes :

« .... Les attaques qui se dessinent contre nous, dont certaines sont menées plus ou moins ouvertement par de très hauts fonctionnaires, nous obligent à rester sur nos gardes, et nos précautions sont prises. Nous voulons être des collaborateurs, non des dupes, et nous gardons — en cas — notre poudre sèche. »

De ces attaques, il nous est facile de discerner les principaux meneurs : ce ne sont autres que nos éternels ennemis, MM. les Mutualistes. Il est évidemment navrant de voir, à cette heure, à quoi se réduit cette belle et généreuse idée de la Mutualité. Vieille comme le monde chrétien, procédant, en principe, de la grande loi d'Amour et d'Entr'aide, la Mutualité est devenue une vaste entreprise politique, disposant d'un budget considérable, d'effectifs énormes, d'une influence puissante sur le Parlement. Le moment est favorable : des élections prochaines vont envoyer à la Chambre des députés dont les sièges sont brigués par de multiples candidats. Les Mutualistes sont des électeurs ; leurs chefs vont donc faire pression sur ces candidats pour que, quel que soit leur pavillon, de l'extrême droite à l'extrême gauche, tous prennent l'engagement de faire triompher leurs revendications et leurs ambitions. Et c'est ce qui vient d'être fait par les députés sortants de la Seine, au nombre de 28. Ils déclarent, dans un ordre du jour publié dans la grande presse le 15 avril, « prendre l'engagement formel et solidaire de réclamer au Parlement le vote d'un projet de remaniement qui.... fera rentrer la loi dans le cadre de la Mutualité. » C'est un commencement.

De là aussi ces manifestations populaires dont Rennes, Lisieux et Caen viennent d'être le théâtre. Manifestations de grande envergure, soutenues par la grande presse acquise à ces ambitions, contre la forme actuelle des Assurances sociales et en faveur de la nécessité d'en supprimer le caractère obligatoire, mais surtout, SURTOUT, d'en confier la gestion aux Sociétés de Secours mutuels.

Nous n'ignorons pas, certes, que déjà, les Sociétés mutuelles qui sont entrées dans le fonctionnement de la loi, en se transformant partiellement en Caisses primaires, ont su montrer que les avantages qu'elles donnent à leurs affiliés sont très nettement supérieurs à ceux des Caisses de l'Etat. Tactique habile, dont elles n'ont pas manqué de se servir et qui pèse fortement à leur avantage.

Elles avaient trouvé, dans l'ancienne Chambre, deux députés, MM. Dormann et Montigny pour prendre leur cause en mains et déposer un projet de loi que la fin de la législature a empêché d'aboutir. Ces messieurs n'ont pas renoncé à leur plan et M. Dormann a prononcé récemment, à Saumur, un discours qui fut, en partie, un réquisitoire contre le corps médical.

C'est en cela que la question nous intéresse professionnellement. Quelle que soit notre opinion individuelle de citoyens et de contribuables sur les Assurances sociales, nous avions obtenu un régime qui, d'une façon générale, nous donne satisfaction. Ce qui nous préoccupe, c'est précisément de ne pas laisser entamer les avantages légitimes que la loi nous accorde.

Or, nous savons que le jour où la Mutualité serait reine et maîtresse dans l'Assurance sociale, elle s'empresserait d'essayer de les réduire, en revendiquant le droit de se mouvoir dans le cadre de sa loi organique de 1898. Et comme cette loi la laisse libre d'organiser son service médical à sa guise, c'en serait fait du libre choix auquel nous demeurons indissolublement attachés dans nos Syndicats.

Si vous en doutiez, prenez la peine de lire attentivement ce passage d'un article de M. L. HELLER, président de la fédération nationale de la mutualité française, publié dans le *Matin* du 14 avril dernier :

« .... (La Mutualité) demande la faculté de gérer les caisses d'Assurances sociales qu'elle a créées, comme celles qui seront créées par les sociétés de secours mutuels, *selon les dispositions libérales de la loi du* 1er *avril* 1898. *Cela veut dire qu'elle exige d'être débarrassée des conventions médicales prévues par les lois de* 1928 *et de* 1930 *qui ne constituent que des contrats unilatéraux au profit exclusif des médecins, les honoraires étant laissés à la discrétion des praticiens et le tarif des actes médicaux ne figurant pas dans les conventions.*

« La Mutualité ne veut pas que ses adhérents assurés sociaux qui paient des cotisations élevées ajoutent encore à ces cotisations et dépensent plus, sous le régime des assurances sociales, qu'ils dépensaient avant pour recevoir les soins médicaux avec des cotisations très inférieures. »

« Certes, la mutualité, en défendant les intérêts des assurés sociaux, ne demanderait pas mieux de le faire en plein accord avec le corps médical. Si celui-ci veut faire quelques concessions et les tarifs des caisses étant relevés, la chose devient possible et tout le monde s'en réjouira.

Ce dernier alinéa, conçu en un ton d'apparence plus conciliante, ne retire rien à l'insolence du défi que nous lance M. Heller. Pénétrons-nous-en bien.

La loi de 1898 sur la mutualité appliquée au service médical des assurances sociales ?

C'est ce que, à notre tour, nous ne voulons pas. C'est pour lutter contre une prétention inadmissible que nous devons tenir notre poudre sèche et nous préparer à une bataille imminente. La Mutualité EXIGE...., la Mutualité NE VEUT PAS. De quel côté est-elle, l'unilatéralité ? N'est-ce pas la guerre déclarée ?

Nous avions pu nous bercer de l'illusion qu'il serait possible de parvenir à une entente de principe entre le corps médical et la Mutualité. Nous nous étions réjouis, trop tôt peut-être, des accords qui avaient été conclus à Bordeaux, par exemple, et dans les Pyrénées Orientales.

Cette entente, en tout état de cause, demeure souhaitable, mais sur des bases acceptables pour nous. Il faut que nous soyons assez forts, assez puissamment organisés et disciplinés, pour l'imposer au besoin.

Telles sont, de ce point de vue, les perspectives qu'ils nous faut envisager calmement, mais résolument. C'est en nous y préparant qu'il convient de supputer un proche avenir où nous percevons déjà une odeur de bataille.

Comme quoi le pacifisme le plus franc ne peut être que transitoire, et que nous sommes conduits à commencer par armer cette paix, à laquelle pourtant nous sommes passionnément attachés, pour passer, le moment venu, aux formations de combat, dont l'état-major de la Confédération saura nous donner les plans et diriger les opérations. Que dis-je ? C'est chose faite et la riposte ne s'est pas fait attendre. La voici telle que Cibrie l'a fait publier dans *Le Matin* du 15 avril :

Si une quelconque des garanties essentielles inscrites dans la loi des assurances sociales touchant les assurés eux-mêmes et ceux qui concourent à leur donner des soins était en droit ou en fait supprimée par l'action annoncée et concertée de la Mutualité, le corps médical français tout entier cesserait, d'une façon immédiate, sa collaboration à la loi.

Le corps médical continue à tenir loyalement tous les engagements pris envers le gouvernement et le Parlement.

Il considérerait comme une injure grave que la même loyauté ne soit pas observée vis-à-vis de lui et, dès à présent, informe solennellement le gouvernement et le Parlement — présent et à venir — de la gravité de la situation qui serait ainsi créée par les agissements de la Mutualité.

Le corps médical, fort de son droit, ira jusqu'au bout de ses résolutions.

Nous répondrons, autrement que par un simple communiqué, à l'argumentation tendancieuse de la Mutualité.

Tel est l'événement principal, telles sont les réflexions qu'il appelle.

Il en est un autre, moins bruyant, mais qui n'est pourtant pas demeuré étranger à vos méditations. Vous savez que le § 4 de l'article 7 de

la loi du 30 avril 1930 consacre notre liberté de prescription et ajoute :

« Une commission spéciale sera prévue au règlement d'administration publique avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés.

La commission a fonctionné. Travail de bénédictin qu'elle n'a pu terminer. Ayant adopté 4.000 marques, elle a été saisie de scrupules : Est-ce trop ? N'est-ce pas assez ? Elle a renoncé à aller plus loin.

Lors, le Ministre n'a pas caché son intention de supprimer cet alinéa de l'article 7, par. 4 et de laisser les Caisses libres de régler la question à leur guise.

C'est encore un point où nous aurons notre mot à dire. M. Laval sera-t-il ministre dans le prochain cabinet qui succédera aux élections ? Nul ne peut le dire à cette heure. Supposons qu'il le demeure et que ce soit le Travail qui étiquette son maroquin. Voilà donc son intention passée en acte : l'alinéa est supprimé et la prescription des spécialités doit être réglée par les Caisses. Elles ne peuvent le faire qu'en accord avec la loi qui précise que :

« Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments conformes aux lois existantes. »

Cette formule n'a de valeur en effet que si les Caisses sont tenues de rembourser aux assurés leur part de responsabilité du montant des médicaments qui leur sont ordonnés. Il ne faudrait pas que les Caisses vinssent dire : « les médecins sont libres évidemment... Mais nous le sommes aussi et nous ferons à notre guise ».

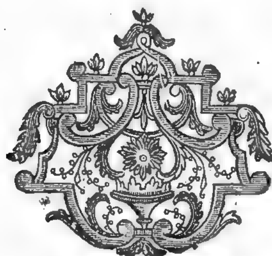
Je présume que ce sont les conventions qui devront alors prévoir l'établissement d'un commun accord de la liste des spécialités dont la prescription ne pourra pas être discutée. Faute de quoi la liberté légale deviendrait une caricature de liberté. Certes, on ne manquerait pas d'objecter que les Caisses ont le devoir de se prémunir contre des abus ruineux de prescription. C'est là que le contrôle devra jouer : sa tâche ne sera pas aisée....

Mais à quoi bon épiloguer davantage ? Nous n'en sommes pas encore parvenus à la période des hostilités actives. Si M. Heller embouche sa trompette pour exprimer ses exigences, il s'en faut qu'elles soient sur le point de recevoir satisfaction.

Demeurons attentifs et vigilants. Si le corps médical organisé en était réduit à reprendre l'attitude qu'il adopta en 1928, lors de la discussion du premier texte législatif, et à refuser sa collaboration à une loi dont les dispositions auraient été modifiées à son désavantage, il ne saurait plus être question de liberté de prescription plus ou moins limitée, puisque les assurés sociaux ne seraient plus soignés ès-qualités, mais comme des malades ordinaires de la clientèle privée.

Nous savons à quel adversaire nous avons affaire. Nous connaissons ses projets, ses buts de guerre : il les claironne bruyamment par le truchement d'un journal qui, pourtant, se dit l'ami du corps médical. Un bon averti en vaut deux, dit le proverbe. Nous sommes des milliers à l'être. Nous saurons nous défendre, et nous le ferons d'autant plus vaillamment que, loin de tout esprit démagogique, nous ne perdons pas de vue l'intérêt des malades dont nous ne cessons de nous préoccuper.

G. DUCHESNE.



## PENSIONNÉS DE GUERRE ET SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Voici l'ordonnance que j'ai faite à un blessé de guerre :

Diallymalonylurée et diallylmalonylurate d'éthylmorphine (DIDIAL.)

Un tube de douze comprimés de 0,10 centigrammes.

Le pharmacien a délivré l'ordonnance ; la Commission de contrôle des Soins gratuits aux blessés de guerre a refusé le paiement de cette ordonnance.

Est-ce légal ? Et que faire en pareil cas ?

Dr L.

### Réponse

Pour ma réponse, je me placerai sous deux angles différents : la situation actuelle et a situation de droit pur.

Les errements actuels donnent entièrement raison à la Commission départementale. En effet, l'arrêté ministériel du 12 janvier 1923 décide, dans son article premier, que « les bénéficiaires de a loi de 1919 ont droit à tous les produits pharmaceutiques, énumérés dans la nomenclature de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France ».

Or, ladite nomenclature ne comprend pas le didial, ni sous son nom courant, ni sous sa formule chimique.

C'est donc à bon droit que la Commission départementale se refuse à rembourser au pharmacien le prix d'un produit, qui ne figure pas sur cette nomenclature.

Si les médecins entendent faire bénéficier leurs malades de toutes les découvertes de la science pharmacologique, ils décideront dans leurs syndicats, ou dans leurs sociétés scientifiques, qu'ils se refusent à continuer à se laisser imposer par des pharmaciens la liste des médicaments qu'ils doivent utiliser.

Je le répète une fois de plus : le tarif précité, établi par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France n'est qu'un tarif de vente, une liste de prix, variant selon les cours et marchés, arrêté par les pharmaciens eux-mêmes, eux seuls et applicable aux seuls pharmaciens de détail.

Jamais les médecins, ni leurs syndicats, n'ont été invités à collaborer à ce tarif.

Or, les pouvoirs publics ultilisent ce tarif comme nomenclature, vis-à-vis des médecins, en décidant que pour la médecine sociale (accidents du travail, assistance médicale gratuite, pensionnés de guerre) les médecins ne pourront utiliser que les seuls médicaments inscrits sur cette liste.

Il en résulte que le corps médical est mis en tutelle vis-à-vis du corps pharmaceutique : c'est ce dernier qui décide des médicaments que seuls nous pourrons ordonner à défaut de tous autres. Nous sommes ainsi limités dans notre indépendance professionnelle par des pharmaciens, qui sont incompétents en la matière.

Que ces derniers préparent leurs médicaments, c'est parfait, mais ils n'ont pas la compétence pour décider quels sont les produits pharmaceutiques que les médecins pourront utiliser à l'exclusion de tous autres.

Il semble pourtant naturel que ce soient les médecins, qui soient qualifiés pour savoir quelles doivent être les drogues qu'ils peuvent employer pour le traitement des maladies et je m'étonne que, malgré mes protestations, jamais à ma connaissance un syndicat médical n'ait réclamé auprès de la Confédération, pour faire respecter les prérogatives professionnelles des médecins, en ce qui concerne leur thérapeutique. C'est au corps médical à exiger que la nomenclature pharmaceutique qui lui est applicable ne soit dressée que par les soins d'une commission composée de médecins.

Le tarif de l'A. G. des pharmaciens est un tarif de vente, la nomenclature des produits à ordonner est une liste qui ne peut être déterminée que par ceux qui ont qualité pour savoir ce qui peut être indispensable ou utile aux malades qu'ils ont en traitement.

Si nous abordons maintenant le point de droit pur, nous constatons que le corps médical s'est laissé imposer des limites, dans sa libre prescription pharmaceutique, parce qu'il a accepté sans protester des arrêtés et circulaires ministériels qui ne sont pas conformes à la loi.

La législation du 31 mars 1919, sur les pensionnés de guerre n'a prévu aucune limitation dans les soins à donner aux réformés, au compte de l'Etat.

Le décret du 26 septembre 1919 décide dans son article 19, dernier paragraphe, que « les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, ainsi que les dépenses d'hospitalisation, sont remboursés par l'Etat, sous réserve du contrôle adopté dans le département pour l'assistance médicale gratuite. »

Ainsi le Président de la République et le Conseil d'Etat (puisque le décret précité porte règlement d'administration publique ) n'ont pas entendu limiter de prescription pharmaceutique du médecin : sa thérapeutique reste simplement soumise au contrôle institué dans chaque département pour l'A. M. G.

Rappelons qu'à cette époque, les services de contrôle n'existaient pas encore, comme ils fonctionnent aujourd'hui : seuls existaient, bien que relativement embryonnaires, les services de contrôle prévus par la loi du 15 juillet 1893 sur l'A. M. G.

La première limitation dans la liberté de prescription pharmaceutique se manifeste dans une circulaire ministérielle du 16 octobre 1919, qui dit que« les soins médicaux et pharmaceutiques seront donnés dans les mêmes conditions que pour l'assistance médicale gratuite. »

Le corps médical a accepté sans protester que les pensionnés de guerre soient soignés comme des indigents, bien que la circulaire ministérielle soit rédigée en contradiction avec la loi, dont elle restreint la portée.

C'est l'arrêté ministériel du 12 janvier 1923 qui, dans son article premier, a indiqué que « les bénéficiaires de la loi de 1919 ont droit à tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques ». Et le corps médical s'est encore incliné, sans réclamer soit d'être consulté par le ministre pour décider de la nomenclature des médicaments, qui peuvent être prescrits, soit pour exiger que, si le tarif de l'A. G. doit être pris comme nomenclature, les syndicats pharmaceutiques doivent inviter les syndicats médicaux à collaborer pour arrêter en commun ladite nomenclature, au lieu de rester en tutelle au regard des syndicats de pharmaciens.

Comme conclusion aux questions posées, je puis dire qu'en l'état des errements actuels, la commission départementale a le droit de refuser le remboursement de spécialités pharmaceutiques. Mais il appartient aux syndicats de médecins, ainsi qu'aux groupements de pensionnés de guerre et mutilés de réclamer le bénéfice des découvertes pharmacologiques.

Le médecin ne saurait voir sa liberté de prescription limitée par le bon vouloir des pharmaciens, qui, pour des raisons diverses, surtout d'ordre commercial, entendent boycotter telles et telles spécialités pharmaceutiques, en ne les faisant pas figurer à leur tarif officiel.

C'est leur droit ; mais c'est aussi le nôtre que d'exiger notre indépendance professionnelle. La parole est donc aux syndicats médicaux.

Dr Paul BOUDIN.

## TOUJOURS A PROPOS DE L'HOSPITALISATION FACILE DANS LES HOPITAUX PUBLICS

Par le Docteur André BARANGER,

Laryngologiste à Beauvais.

L'article, que mon collègue Lepaumier et moi-même avons publié dans le *Concours* en décembre dernier sur ce même sujet, ne nous a valu que quelques rares lettres de confrères et quelques communications orales. Est-ce apathie ? Est-ce habitude d'un mal ancien avec lequel on est habitué à vivre et dont on a fait la part ? Est-ce plutôt sentiment de la difficulté du remède ? Je l'ignore. Toutefois les quelques lettres reçues, venant comme par hasard des quatre points cardinaux, ont une telle précision que nous sommes autorisés à dire : Confrères, attention, ne vous désintéressez pas de ce chancre, qui progressivement rongera vos clientèles ; ouvrez les yeux et voyez l'étendue du péril !

*A Paris*, les chirurgiens et spécialistes des hôpitaux publics et privés, agissant en grands seigneurs, opèrent gratuitement à l'hôpital, non seulement les indigents, mais les payants de Paris, mais aussi les recommandés des étudiants, des employés de l'A. P., des amis plus ou moins lointains de partout. Ils pensent, en agissant ainsi, d'une part perfectionner leur technique, d'autre part se créer une réputation, qui leur permettra de prendre des prix forts à une élite fortunée. Posons-nous la question suivante : Les sacrifices, faits ainsi à la classe moyenne, sont-ils effectivement récompensés par les prix plus forts faits au petit groupe des fortunés ? S'il en était toujours ainsi, verrions-nous certains des chirurgiens, et spécialistes officiels de Paris, venir une à deux fois par semaine en province opérer contre rémunération des clients d'une fortune moyenne égale à celle de leurs clients gratuits d'hôpital ?

*A Lyon*, et dans les autres villes de faculté, la situation est absolument la même qu'à Paris et un chirurgien lyonnais non officiel nous fait remarquer que les malades opérés dans les hôpitaux publics, non seulement ne lui rapportent rien en tant que chirurgien, mais lui coûtent en tant que contribuable lyonnais.

*Pour les villes de province*, petites ou moyennes, situées dans l'orbite d'une ville de faculté et principalement de Paris, nous avons insisté dans notre précédent article, sur les facilités vraiment abusives (complaisance d'amis, de

concierges, pourboires) et même sur le racolage pseudo-philanthropique, qui permettaient à tous d'entrer pratiquement à l'hôpital et de s'y faire opérer. Bien mieux un confrère du Cantal, le Docteur D. nous montre qu'à 500 km. de Paris l'attraction de l'hôpital public parisien se fait sentir encore. Lisez plutôt les détails savoureux, que donne notre confrère, et réfléchissez avec lui sur les remèdes qu'il propose :

Mon cher confrère,

Le mal, que vous signalez si justement dans le *Concours médical*, a étendu ses ravages jusqu'ici, où je suis pourtant à plus de 500 km. de Paris. Depuis quelque temps je renonce à compter les gens de situation aisée, qui vont se faire opérer quasi-gratuitement dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris. Il est vrai que dans ma région il n'y a pas une famille sur 10, qui n'ait un représentant dans la Seine (frère, fils, neveu, gendre, oncle ou cousin). Dès que le médecin parle d'opération, on écrit au parent parisien, qui sur le champ convoque le malade chez lui. Dans ces conditions nous ne conservons guère que les cas urgents, l'A. P. drainant presque tous les autres cas (je ne parle toujours que des malades de situation aisée).

Un simple exemple en ce qui concerne une intervention courante dans ma spécialité : la cataracte. Homme de 75 ans, propriétaire d'une grosse ferme, inscrit au rôle de l'impôt général sur le revenu ; fils à Paris, gros commerce. Dès qu'il connaît le diagnostic de cataracte et la nécessité d'une intervention, je ne le revois plus que.... 6 mois plus tard et opéré. Il ne fait d'ailleurs pas de difficultés pour me raconter son histoire :

Après sa visite chez moi, il a écrit à son fils, qui l'a convoqué à Paris, l'a fait hospitaliser aux Quinze-Vingts durant 8 jours. Il a continué ensuite à se faire panser chez son fils, où un infirmier (?) venait lui faire les pansements. Voici d'après ses comptes, ce que lui a coûté l'opération de cataracte :

| | |
|---|---|
| Voyage à Paris 2e classe (et retour).... | 350 fr. |
| Hospitalisation durant 8 jours........ | 256 fr. |
| Opération de la cataracte............ | 0 fr. |
| Soins consécutifs par l'infirmier et ponctions ...................... | 250 fr. |
| 2 paires de lunettes chez l'opticien (recommandé par l'infirmier) ......... | 420 fr. |
| | 1.276 fr. |

Sans commentaires, n'est-ce pas.

Autant le corps médical s'honore en soignant gratuitement les vrais pauvres, autant il se ridiculise en traitant de même des gens de situation aisée. Notre malheureuse profession risque d'être coincée entre nos clients (particuliers ou collectivité), qui cherchent à honorer le moins possible leur médecin et notre personnel (domestiques, infirmiers, mécaniciens, sans oublier le fisc), qui ne cesse de nous pressurer de plus en plus. Si cela continue, nous n'aurons plus en effet qu'à accepter la casquette dont vous parlez.

*Remèdes généraux.*

Se souvenir du principe « *N'être ni mercantis ni poires* ». Avoir un tarif équitable, bien étudié et s'y tenir rigoureusement. Le tarif exagéré est souvent proposé dans les réunions syndicales, souvent même par ceux qui le violeront ensuite sans vergogne. Mais l'injustice d'un tarif exagéré se retourne souvent contre le corps médical ; d'une part, il fait fuir le client qui nous traite « d'exploiteur de la misère », d'autre part son exagération même le rend inapplicable.

Ne pas demander d'honoraires « à la tête du client » ce qui le vexe profondément mais n'avoir que trois tarifs : tarif ordinaire, tarif social, tarif gratuit.

*Remèdes particuliers.*

Faire appel à la solidarité confraternelle des chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de Paris et leur faire admettre, en attendant de le faire admettre (par les commissions administratives ou la direction de l'A. P.) le règlement suivant, en ce qui concerne l'admission à l'hôpital des *malades non domiciliés dans la ville* (ou même dans le département pour Paris et Lyon.)

*En cas de consultation simple* : Toute cette catégorie de malades passe en groupe, après les autres. Le diagnostic seul est donné, donc pas de traitement, mais revoir un médecin traitant.

*En cas d'hospitalisation* : 1° *cas non urgents* (cure, radicale de hernie, déviation de la cloison nasale, cataracte, etc..). N'admettre que les cas appartenant aux catégories suivantes : Assisté médical ; accidenté du travail ; assuré-assisté ; assuré social des catégories, 1, 2, 3 ; exceptionnellement malades adressés par leur médecin traitant.

Dans tous ces cas : certificat de non-imposition à l'impôt général sur le revenu.

2° *Cas urgents* (hernie étranglée, mastoïdite, accidents de la rue, etc.) l'hospitalisation immédiate est la règle, mais celui qui n'appartiendrait pas aux catégories précédentes devrait payer.

A l'hôpital : le prix de journée de l'A. M. G. majoré de 50 % au médecin-chef du service : le prix de l'opération conforme à la nomenclature de la Confédération (prix, à répartir entre le personnel médical et infirmier.

Avec mes sentiments les meilleurs, etc...

D. D.

Notre confrère du Cantal, on le voit, propose des remèdes précis :

*Remèdes généraux* : avoir un *tarif équitable*, en particulier pour les opérations. J'ajouterai également : des frais de clinique modérés. Et j'ajouterai encore : avoir sur place une organisation médicale suffisante, où, dans l'union des différents techniciens médicaux de la ville, on puisse faire les examens et les opérations même au-dessus du domaine courant. Est-il permis d'ajouter que les médecins généraux, à tous points de vue, ont intérêt à voir leurs malades opérés sur place et à pouvoir les suivre ?

*Remèdes particuliers* : « Faire appel à la solidarité confraternelle des chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de Paris.. ». Ceci nous semble actuellement assez difficile, mais progressivement possible : les officiels, puisqu'ils commencent à entrer dans les syndicats, commencent donc aussi à sentir la solidarité, qui lie leur sort à celui des autres médecins.

D'autre part, le corps médical hospitalier, comme nous le fait remarquer le docteur Duchesne, est nommé actuellement d'une façon unilatérale par les administrations hospitalières et doit donc opérer tous les malades que celles-ci ont admis à l'hôpital (nous avons vu que certains y sont admis à la demande du chirurgien).

« Il faudrait que ce corps médical hospitalier poursuive la réforme de son statut pour exercer à l'hôpital *contractuellement*.

. . . Ce premier point acquis, qu'il refuse de la façon la plus formelle de soigner et d'opérer à l'hôpital des malades en situation d'honorer convenablement un médecin, ou un chirurgien, ou un spécialiste... »

Ces réflexions du docteur Duchesne nous montrent où est le nœud de la question : dans un développement de l'esprit de solidarité médicale du corps médical hospitalier des grandes villes.

## CLIENTS ET MÉDECINS

*Conférence publique donnée à l'Athénée municipal de Bordeaux,*

Par le Dr Alf. POUSSON,

**Professeur honoraire**

(*Suite et fin*) (1)

Je ne veux pas énumérer toutes les causes qui, en commercialisant la profession médicale, tendent à lui faire perdre la prééminence que pendant des siècles elle a eue sur toutes les autres. En toute franchise, nous les trouverions également du côté des clients et du côté des médecins. Elles sont la conséquence du bouleversement des conditions de l'existence dans les temps modernes, conditions qui, en transformant les mœurs de la collectivité, ont modifié la mentalité de l'individu. Lentement poursuivie avant 1914, cette évolution s'est précipitée à la suite de la grande tourmente qui, pendant plus de quatre années, a ébranlé le monde et a porté de profonds changements dans la psychologie des peuples. La profession médicale n'a pas échappé à l'influence de ces facteurs et plus peut-être que toutes les autres elle en a subi les effets. Le médecin, en rapport constant avec les individualités les plus différentes du corps social, en a pris malgré lui les habitudes et les usages et en reflète l'image.

Au nombre des causes qui, dans l'état actuel des besoins de l'existence, sont de nature à altérer les rapports unissant clients et médecins, est la question des honoraires. Je ne me dissimule pas combien délicate est cette partie de mon sujet, et avant de l'aborder, en toute bonne foi, permettez-moi de renouveler l'appel à votre bienveillance, que je sollicitais au début de cette conférence. En désignant par cette expression « honoraires » la rétribution due à ceux qui exercent une profession libérale, l'usage a implicitement reconnu que les services rendus par le notaire, l'avocat, le médecin, pour ne parler que de ceux qui sont le plus souvent appelés à défendre les intérêts matériels et moraux d'autrui, ne doivent pas être absolument rémunérés pour le temps qu'ils y ont consacré, mais encore pour le savoir, l'intelligence, le dévouement qu'ils y ont déployés. Les honoraires, se différenciant ainsi des salaires, grandissent autant celui qui les donne que celui qui les reçoit.

Il y a plusieurs manières pour le client d'honorer son médecin, tout comme pour le médecin de se faire honorer. Il arrive rarement qu'un client remette discrètement à son médecin les honoraires, dont une juste reconnaissance lui a dicté l'évaluation. Si cette évaluation dépasse celle que le médecin serait en droit de fixer, si elle est considérable et que le praticien juge qu'elle est bien au-dessus des ressources du client et de nature à le mettre dans la gêne, il devra, en y mettant toutes les formes pour ne pas froisser son trop généreux débiteur, lui faire observer que le sacrifice, qu'il s'est imposé, dépasse la valeur du service rendu et se mettre à sa disposition pour le ré-

(1) V. *Concours médical,* no 16.

duire. Inversement il peut arriver que la somme spontanément offerte soit par trop insuffisante ; dans cette occurrence, le médecin ne doit pas hésiter à réclamer les honoraires raisonnablement dus. Toute peine mérite salaire, et, en demandant ce qu'en toute conscience il croit lui être dû, le médecin n'abdique pas sa dignité. Le cas que je viens d'envisager, qui n'était pas absolument exceptionnel jusqu'à la fin du siècle dernier, alors qu'il y avait encore nombre de médecins de famille, est de nos jours des plus rares, et il appartient au praticien de fixer lui-même le montant de ses honoraires. Sans doute tout est difficile dans notre profession : l'établissement d'un diagnostic est la première difficulté qui se pose à notre esprit ; viennent ensuite la détermination des indications thérapeutiques, et enfin le traitement lui-même. Mais après la terminaison de la maladie, quelle qu'en soit l'issue, une dernière question est à résoudre, qui, bien que d'ordre moral, dépasse toutes les autres en difficulté : c'est celle de la fixation des honoraires.

Pour éviter la défaveur que pourrait jeter sur le médecin une évaluation non adéquate à ses offices, il convient de ne la déterminer qu'avec la plus grande circonspection ; la situation de fortune du client, la renommée de l'homme de l'art, l'importance du service rendu, tel est le triple critère permettant au praticien d'évaluer à leur juste valeur ses honoraires. Passons en revue chacun de ces éléments.

Dans les villes de moyenne importance, où tout le monde se connaît, il est ordinairement facile de savoir les ressources de son client. Mais dans les grandes cités, ou encore lorsque le client provenant de la région se présente inconnu dans le cabinet du médecin ou du chirurgien dont la réputation est venue jusqu'à lui, comment évaluer sa capacité financière, alors même qu'il ne cherche pas à la dissimuler ? Si le médecin peut et doit se faire largement honorer par un client notoirement fortuné, il convient toutefois qu'il ne dépasse pas certaines limites, qui pourraient le faire soupçonner de cupidité. En face d'un client à situation modeste, le devoir du praticien est plus difficile à connaître qu'à remplir. Le médecin consciencieux, mis loyalement au courant de ses moyens, devra toujours proportionner ses honoraires à ces derniers. Il serait fâcheux que, faute d'agir ainsi, il le privât de toutes ses ressources et le condamnât à mourir de faim après lui avoir sauvé la vie. S'il est induit en erreur sur la véritable situation d'un client de mauvaise foi, qu'il se console en se rappelant ce précepte d'Hippocrate : « Mieux vaut faire des reproches à des gens qu'on a sauvés que d'écorcher des gens qui sont en danger. »

Le second élément servant de base à la taxation des honoraires gît dans la réputation que le médecin s'est acquise par les cures qu'il a faites, par la situation scientifique qu'il occupe. C'est là la vraie notoriété, la notoriété de bon aloi, que doit convoiter tout médecin pénétré de la noblesse de son art. N'est-il pas juste qu'après avoir acquis sur ses pairs un supplément de considération il bénéficie d'un supplément de rémunération de ses services ? Mais encore faut-il que sa conscience impose des limites à ses prétentions. Sa réputation, en ouvrant des droits à la majoration de ses honoraires en face de clients fortunés, lui crée en retour des devoirs vis-à-vis des malades de situation modeste, qu'il ne doit pas priver de l'espoir qu'ils ont mis en son talent, et auxquels il devra consentir la réduction, que lui dictera sa générosité.

La valeur du service rendu par le praticien varie avec chaque cas d'espèce et, seul, il peut l'apprécier et y trouver le troisième facteur de fixation de ses honoraires. Les maladies n'évoluent pas dans un cadre immuable, les opérations chirurgicales comportent dans leur exécution et dans les suites de nombreux aléas, n'est-il pas juste que médecins et chirurgiens tiennent compte dans leurs notes de la peine, des difficultés dont ils ont eu à triompher, des préoccupations, qui les ont assaillis pour guérir leur malade et qu'ils en fassent ainsi état. Les clients ne comprennent pas toujours que les honoraires pour une maladie déterminée et de même durée ne soient pas uniformes et que ceux, réclamés pour une intervention chirurgicale de même nature, varient dans des proportions parfois considérables. Quelques exemples concrets peuvent leur être donnés, qui dissiperont leur surprise. Voici deux clients, qui l'un et l'autre ont été atteints de pneumonie. Chez l'un la maladie a évolué régulièrement, chez l'autre sont survenues diverses complications, notamment du côté du cœur et des reins, qui, passant inaperçues de la famille, ont inquiété le médecin et dont il a heureusement triomphé par une décision thérapeutique énergique. La fièvre typhoïde, sans parler des perforations et hémorragies intestinales, offre dans son cours des complications portant sur tous les appareils organiques, dont les manifestations échappent à l'entourage, mais que doit surprendre le clinicien averti, pour les combattre. N'est-il pas équitable qu'un praticien s'étant trouvé aux prises avec ces complications de la pneumonie ou de la typhoïde demande des honoraires supérieurs ? Sauf pour les maladies légères, relevant plutôt de la prophylaxie que de la thérapeutique proprement dite, les soins médicaux ne devraient pas être rémunérés d'après le nombre des visites. La chirurgie, plus que la médecine, offre des exemples nombreux de la disproportion apparente dans certains cas entre l'acte opératoire et les honoraires. Supposons un même chirurgien appelé auprès de deux malades souffrant de rétention d'urine par hypertrophie de la prostate : chez l'un le sondage a été facile, chez l'autre il a fallu recourir à des manœuvres longues et laborieuses pour introduire la sonde dans la vessie. N'est-il pas dès lors équitable que la deuxième intervention soit plus largement rétribuée que la première ?

En cas de contestation, le litige peut être porté devant les tribunaux. Cette intervention de la justice pour régler les différends entre clients et méde-

cins, autrefois exceptionnelle, tend à devenir de plus en plus fréquente de nos jours. Elle n'a pas seulement pour objet la question des honoraires, mais s'étend aux responsabilités encourues par l'homme de l'art pour une prétendue faute thérapeutique médicale, plus souvent pour de supposés accidents à la suite d'une intervention chirurgicale.

Innombrables sont les cas, qui peuvent amener en justice médecins et chirurgiens en difficulté avec leurs clients. Il y aurait matière à tout un chapitre à ce sujet. Je ne peux l'entamer, mais je veux indiquer à quelles impossibilités se heurtent les magistrats les plus consciencieux pour rendre un arrêt conforme à l'équité dans les cas soumis à leur juridiction. Si instruits qu'ils soient de toutes choses, les juges appelés à trancher une question médicale sont obligés de recourir à des experts. Or, quels que soient leur savoir et leur expérience, les experts nommés ne voient que les résultats du traitement médical ou chirurgical dans le cas qui leur est soumis. Toutes les précautions prises par le médecin pour prévoir, prévenir et combattre les complications surgissant chez son client, toutes les difficultés qu'a eues à surmonter un chirurgien pour mener à bien son intervention, l'expert ne peut les contrôler, et, s'en rapportant au récit des mis en cause, il ne peut que certifier auprès des magistrats leur possibilité et leur matérialité. Un exemple tiré de faits qui reviennent de temps en temps devant les tribunaux, excitant les plaisanteries, d'assez mauvais goût d'ailleurs quand il s'agit de vies humaines, vous montera l'injustice à laquelle peuvent être exposés les chirurgiens les plus habiles. Il s'agit de ces cas, où un opérateur a laissé dans l'abdomen une compresse ou une pince, transformant ainsi, pour les journalistes impitoyables, le ventre en une armoire à linge ou en une boutique de quincaillerie. Il faut connaître les incidents, dont ne sont pas à l'abri les techniciens les plus expérimentés au cours d'une laparotomie longue et laborieuse, telle qu'une syncope, une hémorragie pour trouver une circonstance fortement atténuante, sinon une excuse, à pareille mésaventure. Pressé par la mort imminente de son opéré, le chirurgien a-t-il véritablement commis une faute lourde en fermant au plus tôt l'abdomen de son sujet pour lui sauver la vie, sans prendre le temps de rechercher le corps étranger, au risque de le voir expirer sur la table d'opération. Qu'on me permette de conclure des faits que je viens d'exposer qu'au médecin et au chirurgien appartient seul la possibilité d'apprécier son travail en cas de contestation d'honoraires, et celle de justifier ses actes en cas de poursuites en responsabilité. C'est dans la réputation qu'il se sera fait de probité professionnelle, de science clinique, d'habileté opératoire, qu'il puisera les moyens de convaincre le tribunal en sa faveur.

Après la question des honoraires, que je viens de traiter, il en est une que je dois maintenant aborder. Il s'agit de la rémunération devant être attribuée à un médecin, ayant appelé un confrère en consultation ou lui ayant confié un client pour une opération. Ce problème, car c'est bien un problème d'une solution des plus délicates, a suscité dans ces dernières années les plus graves discussions au sein des associations médicales, discussions qui ont donné lieu à des commentaires fâcheux de la part du public. La dichotomie, puisqu'il faut l'appeler par son nom, divise le corps médical et est l'objet dans la clientèle de suspicion sur l'honorabilité de ceux qui la pratiquent. Puissé-je en exposant franchement et loyalement les cas d'espèce que je vais envisager en toute objectivité, rallier l'opinion de tous mes confrères et réformer les jugements téméraires du public.

En principe, il paraît de toute justice qu'une rétribution supplémentaire, s'ajoutant au prix de ses visites ordinaires, soit allouée au médecin traitant ayant appelé un confrère en consultation. Il en a été ainsi de tout temps. Les choses se passaient autrefois et se passent sans doute encore de deux manières : ou bien le client remet au consultant le prix qu'il réclame après l'avoir invité à y comprendre la rémunération de son médecin ordinaire ; ou bien le consultant, sans en avoir été prié, incorpore dans sa note d'honoraires ceux de son confrère. A moins que le consultant ait majoré dans des proportions exagérées la somme réclamée et remis au médecin traitant une somme très élevée, pouvant être considérée comme une invite à se ménager en lui un pourvoyeur de malades, rien dans sa conduite ne pouvait imputer à forfaiture. Ainsi agissaient au siècle dernier les médecins de la plus haute moralité, mais depuis les choses ont bien changé.

Ce changement est dû surtout au développement de la spécialisation et à l'essor de la chirurgie, qui ont multiplié pour le praticien les occasions et les obligations d'avoir recours à des confrères d'une compétence et d'une habileté supérieures à la sienne. En confiant à un autre le soin d'instituer un traitement ou de pratiquer une opération sur un de ses clients, le médecin habituel n'a pas voulu perdre le profit de sa clientèle. C'est là un souci des plus légitimes, d'où est née la dichotomie, qui ne se justifie que par les moyens de la réaliser. La part faite au praticien traitant par le consultant — médecin général, spécialiste — ou par l'opérateur ne doit pas avoir le caractère d'une entente, d'une collusion entre lui et le consultant, le spécialiste et le chirurgien. De plus, elle n'est due qu'au médecin ayant concouru à l'élaboration du diagnostic, à l'établissement du traitement médical ou participé au traitement chirurgical. Par exemple, à mon avis, aucune rémunération ne saurait légitimement revenir à un médecin ayant adressé à un confrère un client avec une simple carte sans les moindres renseignements médicaux. Semblable pratique ravalerait le rôle du praticien à celui de rabatteur, ferait d'un consultant un complice et l'exciterait par l'appât de commissions et de surenchères au pourchas de la clientèle. Par contre, la remise au malade d'une lettre faisant connaître ses antécédents personnels et familiers, son passé morbide, les

troubles dont il se plaint, la médication employée jusqu'alors, en un mot l'observation, ouvre droit incontestablement à une rémunération. Il s'agit bien d'une consultation, à laquelle le médecin habituel absent fournit par écrit les éléments du problème pathologique à résoudre.

Examinons maintenant comment se pose la question des honoraires d'un médecin ayant adressé son client à un médecin pour une intervention. S'il n'assiste pas à l'opération, rien, me semble-t-il, ne lui est dû ; mais, dans le cas contraire, il serait injuste qu'il ne fût pas rétribué. L'appui moral qu'il prête à son patient, les encouragements qu'il lui prodigue, la tranquillité d'esprit qu'il lui procure ainsi qu'à sa famille, ont leur prix. A plus forte raison, des honoraires lui sont-ils dus s'il a donné les anesthésiques ou en a seulement surveillé les effets et, bien plus encore, s'il a concouru techniquement à l'acte opératoire. Les visites qu'il a faites après l'opération, les pansements qu'il a pratiqués et les soins consécutifs, qu'il a donnés jusqu'à complète guérison après retour de l'opéré à son domicile, ne doivent-ils pas aussi être reconnus. Tous ces services font partie d'un ensemble propre à assurer le succès de l'opération, mais leur importance échappe au patient et à son entourage et ne saurait être évaluée à sa juste valeur que par le chirurgien lui-même. En conséquence, il me paraît raisonnable que l'opérateur incorpore les honoraires du médecin traitant à sa note, en en prévenant le client.

Un dernier point que soulève cette délicate question de la dichotomie, c'est celle du pourcentage que doit prélever sur ses honoraires le chirurgien au profit de son confrère. Ce pourcentage ne saurait être déterminé d'avance. En le fixant à 20 p. 100 comme quelques-uns l'ont proposé, taux au-dessus duquel la pratique de la dichotomie cesserait d'être honnête selon eux, on risquerait de voir les services de certains médecins traitants insuffisamment rémunérés et d'autres, au contraire, trop largement payés. C'est au chirurgien ayant touché une somme globale de faire suivant sa conscience et, après entente loyale avec son confrère, la part qui revient à chacun d'eux pour prix des efforts communs qu'ils ont faits pour sauver la vie de leur malade.

Bien d'autres questions pourraient être abordées, qui contribueraient à dissiper le nuage de malaise planant de nos jours entre le corps médical et la clientèle, à maintenir et à resserrer les liens qui doivent les unir, à ramener dans leurs rapports l'estime et la confiance, agents psychologiques de guérison, toujours indispensables à notre thérapeutique et souvent plus puissants que nos remèdes. Mais je m'arrête en m'excusant d'avoir retenu si longtemps votre attention, et en vous remerciant de la bienveillance avec laquelle vous avez bien voulu m'écouter. Puissiez-vous emporter en sortant de cette enceinte la conviction que la profession médicale est toujours digne de l'estime et de la considération dont elle a joui dans les temps passés et qu'elle conserve jalousement le patrimoine d'honnêteté, de dévouement, d'abnégation, que depuis Hippocrate se sont transmis les générations qui se sont succédé pendant plus de vingt siècles. Si trop souvent, hélas ! la science demeure impuissante à faire reculer la mort, soyez persuadés, Mesdames, Messieurs, qu'un vrai médecin sait toujours trouver dans son cœur la pitié qui soulage et les paroles qui consolent.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### La femme du médecin

En annonçant que le maximum des pensions de retraite était porté de 2.400 fr. à 4.800 fr. j'ai dit que les femmes des sociétaires, qui sont admises aux combinaisons P et R dans les mêmes conditions que leurs maris, bénéficiaient de cette mesure.

Elles peuvent donc dès maintenant être inscrites pour des pensions de 3.600 et 4.800 francs, et celles, qui sont inscrites pour des sommes moindres, peuvent augmenter en s'inscrivant pour des parts complémentaires.

Mais, j'ai une autre nouvelle à apprendre qui intéresse la femme du médecin.

Jusqu'à présent le maximum des pensions aux veuves était de 1.200 francs, il est porté à 1.800 francs, soit cinq francs par jour.

Le Conseil d'administration a pris cette décision en conformité de l'avis émis par M. Fleury qui, dans son rapport à la suite de l'inventaire quinquennal, s'exprime ainsi :

> La combinaison V, qui assure une pension à la veuve du médecin adhérent, continue à ne pas se développer comme elle le mériterait... une propagande plus active pourrait être faite pour cette combinaison et même s'accompagner de la possibilité d'assurer des pensions plus élevées, 1.800 francs par exemple, par augmentation proportionnelle des cotisations en application des tarifs actuels.

M. Fleury nous avait déjà manifesté son regret de voir que la combinaison V ne prenait pas plus d'extension, bien qu'il la jugeât très intéressante, et, si nous avions eu le nombre, il y a

longtemps que le maximum de la pension eût été relevé.

La modicité de cette pension, qui longtemps est restée au chiffre initial de 600 francs, faisait qu'elle ne présentait pas grand intérêt : nous l'avons, ces années dernières, portée à 1.200 francs, mais les conditions de la vie sont telles que ce chiffre paraissait encore infime ; nous arrivons à 1.800 francs, peut-être ce dernier taux sera-t-il mieux accueilli.

Nos confrères devraient comprendre que la Mutualité familiale sera ce qu'ils voudront qu'elle soit, et que ce n'est pas en se tenant à l'écart qu'ils peuvent améliorer ses services. C'est le nombre qui est indispensable si l'on veut faire quelque chose de sérieux et de durable ; qu'ils nous donnent donc le nombre !

Je relis ce qu'écrivait Mignon en 1925 :

A l'objection, disait-il, de ceux qui trouvent insuffisante la pension de 600 francs, je répondrai que ce chiffre n'est pas immuable et qu'il serait vite augmenté si les adhésions nous arrivaient plus nombreuses.

Le jour où les médecins le voudront, cette pension pourra être doublée, triplée, quadruplée. Si les 400 adhésions de principe que nous avions reçues, lors de l'enquête qui a précédé l'ouverture de la combinaison V, s'étaient transformées en adhésions fermes, nous ne nous serions pas arrêtés à ce chiffre de 600 francs.

Et Mignon continuait :

Quant à l'insouciance de son propre sort, le médecin français est véritablement un être à part. Il est invraisemblable de penser que cet homme, d'esprit ouvert, d'intelligence cultivée, qui, chaque jour, coudoie la maladie, qui lutte sans cesse contre la mort et la rencontre à chaque pas, songe si peu à lui et aux siens et ne trouve pas cent ou cent cinquante francs pour faire l'effort d'assurer à sa veuve une pension viagère !

On ne pouvait mieux dire.

Les médecins ne font pas mener à leur famille une vie très luxueuse en général, mais, comme tant d'autres, ils la laissent parfois dans la misère ou tout au moins la gêne sans avoir rien fait pour l'en préserver. Nous estimons qu'ils sont coupables.

Certains contractent une assurance sur la vie et nous ne saurions trop les en louer, mais la rente de survie que nous offrons est une autre affaire. Combien de fois n'a-t-on pas vu un modeste capital englouti par les nécessités de la vie, par une gestion malheureuse, et la veuve rester, au bout d'un temps souvent fort court, dans un dénûment qui la suivra pendant toute sa vie ? La rente viagère, elle, demeure, elle est toujours régulièrement servie quoiqu'il arrive. Et, cette rente, à la Mutualité familiale, elle est de droit, il n'y a pas à la solliciter de la bienveillance de personne, il n'y a pas de démarches plus ou moins pénibles et parfois humiliantes à faire, pas de refus à craindre.

Il est évident que la cotisation à payer varie avec l'âge du mari et celui de la femme et il est indispensable de consulter les barèmes, je dirai cependant qu'avec une cotisation annuelle de 600 francs qui au maximum ne sera payée que 25 fois (car à 65 ans on ne paie plus de cotisation tout en conservant ses droits), un médecin de 35 ans peut assurer à sa femme âgée de 30 ans une pension viagère de 1.800 francs, qui commencera à courir dès le lendemain de son décès, ce décès arrivât-il au bout d'une année, et qui, en cas de décès de la mère, est réversible sur les enfants mineurs.

Citerai-je l'exemple de ce confrère qui, ayant versé 648 francs de cotisation, a laissé à sa veuve une pension de 600 francs, et cette veuve, toujours vivante, a déjà reçu plus de 10.000 francs ; de cet autre qui a versé 3.003 francs et dont la veuve, vivante également, a déjà reçu près de 8.000 francs ; de ce troisième qui a versé 1.757 francs et dont la veuve a déjà reçu 5.500 francs ?

On voit quels secours il est possible d'attendre de cette combinaison V, et, comme M. Fleury, je m'étonne qu'elle ne soit pas mieux appréciée car je ne puis attribuer cette abstention à l'égoïsme du mari, comme certains voudraient le prétendre.

Mais il est un autre point sur lequel je voudrais attirer l'attention de mes confrères.

Beaucoup hésitent à faire inscrire leur femme à l'une des combinaisons P ou R, qui donnent la pension de retraite, dans la crainte que, s'ils venaient à mourir, elle ne pût continuer le versement de ses cotisations.

Le règlement a bien prévu que, si cinq cotisations annuelles ont été versées, la veuve peut cesser ses versements pour, à l'âge voulu, recevoir une pension réduite ; mais quel sera le quantum de cette pension ? et si les versements statutaires n'ont pas été effectués ?

Eh bien, l'adhésion à la combinaison V peut faire disparaître ces craintes.

En effet, la pension est servie à la veuve dès le lendemain du décès de son mari et cette pension lui donne le moyen de continuer ses versements en vue de la pension de retraite, tout au moins de faire les cinq versements exigés. Et quand l'âge statutaire arrivera, la veuve touchera sa pension de retraite sans préjudice de sa pension comme veuve. La combinaison V joue alors accessoirement le rôle d'assurance vis-à-vis de P ou de R.

On le voit, la Mutualité familiale s'est efforcée de venir en aide à la femme du médecin aussi

bien qu'au médecin lui-même, justifiant ainsi son titre de *Familiale*.

Or, si les femmes figurent en nombre appréciable aux combinaisons P et R, la combinaison V, qui maintenant peut leur assurer une pension de survie de 1.800 francs, est moins bien comprise et, disons-le, végète d'une manière aussi regrettable qu'injustifiée. Pourquoi cette indifférence ?

Confrères, qui avez été prévoyants pour vous-mêmes, soyez-le également pour votre compagne : assurez-lui une pension de retraite, garantissez-la contre une catastrophe toujours possible.

Si vous saviez le nombre de secours qui, chaque année, sont sollicités par des veuves, vous n'hésiteriez pas. Un secours, c'est sans doute quelque chose, mais un droit est tout autre, et c'est un droit qu'assure la Mutualité familiale.

A. Gassot.

## LE PROFESSEUR NICOLAS PIROGOFF (1810-1881)

### Le cinquantenaire de la mort du grand chirurgien russe

Par Mme le Dr I. Trifonoff

Pirogoff, le nom est russe : n'empêche que l'homme qui le porta fut connu dans le monde entier.

Il fut chirurgien..... Son procédé d'amputation du pied, dans lequel on enlève par un trait de scie les surfaces articulaires du calcanéum et des os de la jambe, de manière à amener la soudure intime du calcanéum avec le tibia et le péroné, est connu de tous.

Un demi-siècle s'est écoulé depuis sa mort, mais son souvenir est encore vivant au cœur et à l'esprit de tous les médecins russes.

Ce fut un grand maître, un médecin loyal, un lutteur pour la science, le bien d'autrui.

Le 8 décembre dernier, le groupe académique russe, les anciens élèves de l'Université de Moscou et la Société amicale des médecins russes à Paris, ont célébré la mémoire du grand Maître que fut Pirogoff.

Les Professeurs russes Abramoff, Alexinsky, Zenkovsky et Gronsky firent revivre, devant un auditoire attentif et recueilli, N. Pirogoff.

La vie et l'activité médicale, autant que sociale, de Pirogoff sont dignes d'être connues en France.

En Russie, Pirogoff fut l'idéal du médecin ; lui ressembler, agir comme il a agi, tel fut le but des générations médicales qui le suivirent.

Pirogoff est né à Moscou, en 1810, le 13 novembre.

L'atmosphère familiale laissa en lui pour toute la vie une empreinte de bonté, de douceur et de simplicité, autant que de loyauté.

Il semblerait que ce soit le médecin de la famille, le Dr Moukhine, doyen de la Faculté de Médecine, qui le premier poussa le jeune Pirogoff vers la carrière médicale.

C'est grâce à sa protection que Pirogoff entre en 1824 à l'Université de Moscou, âgé de 14 ans, à peine ayant terminé ses études.

Les études médicales de ce temps, n'étaient que théoriques ; les élèves non seulement ne faisaient aucune autopsie, mais n'en voyaient même pas.

En 1828, Pirogoff termina ses études à la Faculté de médecine.

A ce moment, les meilleurs élèves des Universités russes étaient envoyés à Dorpat (Livonie, province Baltique) pour s'y perfectionner à l'Institut spécial qui préparait les futurs professeurs russes.

Pirogoff y fut envoyé : il y choisit comme spécialité la chirurgie ; c'est la chirurgie qui l'intéresse, car c'est l'anatomie appliquée au vivant.

Il travaille chez le Prof. Moyer, qui, voyant en lui un élève intelligent et assidu, s'intéresse à lui, l'aide dans son travail, le pousse dans ses recherches.

En 1832, Pirogoff reçoit le titre de Docteur en Médecine.

Au lieu des deux ans réglementaires, Pirogoff reste à Dorpat cinq ans (la révolution française l'ayant empêché d'aller à l'étranger).

Enfin, en 1833, il part pour Berlin, où il travaille chez Langubeck et ce n'est qu'en 1835 qu'il revient en Russie pour occuper à la Faculté de Moscou, la chaire de chirurgie.

En cours de route, il tombe gravement malade ; de ce retard profite un de ses collègues pour occuper sa place.

Lorsqu'il est guéri, il reste encore quelque temps à Riga, où la maladie l'avait arrêté.

Il ne peut rester inactif, il fait donc une série de leçons pratiques pour les médecins, leçons avec démonstration sur le cadavre.

Ces leçons, étant chose toute nouvelle, ont grand succès.

Moyer l'invite à revenir à Dorpat et lui propose sa chaire.

C'est en 1836, que Pirogoff est nommé professeur de chirurgie à Dorpat. Son principe fondamental est de ne jamais pécher contre la vérité de la science. Ne

rien cacher devant ses élèves, reconnaître ses fautes, c'est muni de ces principes qu'il débuta dans sa carrière de professeur.

Son amour, sa bienveillance pour la jeunesse lui valurent l'affection de ses élèves ; Pirogoff conseillait de pardonner les offenses que vous fait la jeunesse — car elle pense bien faire, elle est sincère ; il respectait la jeunesse, il la comprenait.

Ses élèves venaient librement le consulter pour maintes questions, sa simplicité les y encourageait.

Il édite les Archives de sa clinique, où il montre avec autant de franchise ses insuccès, ses fautes que ses succès, là encore il suit son principe de franchise.

En 1838, Pirogoff va à Paris, il visite les cliniques de Velpeau, Roux et d'autres, il y travaille pendant six mois environ.

Enfin, en 1841, il est nommé professeur de clinique chirurgicale et d'anatomie appliquée, à l'Académie médico-chirurgicale de Pétersbourg. Là, il se donne âme et corps à son travail, en dehors des cours, il reste des journées entières dans les laboratoires, à l'Institut anatomique, malgré les conditions déplorables, la mauvaise organisation qui y règnent il y travaille d'arrache-pied.

Pirogoff a la conscience ferme du devoir et ce dernier pour lui est le travail pour le bien d'autrui.

Tout en se donnant à la science, il n'abandonne pas les malades ; les pauvres ne lui doivent rien, et bien souvent, c'est encore lui qui leur laisse de l'argent pour les médicaments, le cachant discrètement sous l'ordonnance.

En 1846, il étudie et essaie l'anesthésie à l'éther par voie rectale. C'est en 1847, au front, que Pirogoff, a recours aux premières anesthésies. C'est là qu'il voit l'urgence et la nécessité absolue de la réorganisation de l'aide médicale aux blessés.

Il arrive à l'idée précise que l'infection des plaies est de cause exogène, il cherche par l'hygiène, la propreté à lutter contre ce mal. Pirogoff fut le premier chirurgien qui déclara que la guerre n'était autre chose qu'une « épidémie traumatique », pour bien la combattre ainsi que pour toute autre épidémie, il faut avoir une administration rationnellement organisée.

Il voit que les soins à donner aux blessés, que le traitement conservatif sont bien plus importants que les opérations trop rapides pratiquées au front dans des conditions le plus souvent défavorables, c'est pourquoi il cherche à organiser l'évacuation rapide des blessés.

Il applique les pansements plâtrés pour faciliter le transport des blessés.

Lorsqu'il revient du front, absorbé par ses idées de réorganisation, ayant vu de près la situation déplorable des blessés, il ne pense, certes, pas aux changements qui furent introduits dans l'uniforme pendant son absence, et pour ce manque de tenue, il reçoit une remarque bien imméritée.

Il donne sa démission à l'Académie et pense même quitter la Russie. Mais la grande Duchesse Hélène Pavlovna réussit à le convaincre, il reste. En collaboration avec la grande duchesse, il crée une organisation toute nouvelle sans précédents, il forme le premier détachement d'infirmières (de Sœurs de Charité comme on les appelle en Russie) pour le front.

Le rôle de ces infirmières fut énorme, elles devaient en dehors des soins prodigués aux blessés, veiller à ce qu'il n'y ait pas de vols, de détournements dans les ambulances.

Son activité administrative et chirurgicale est intense surtout au moment de la campagne de Crimée ; il reste au front pendant 10 mois sans repos, travaillant jour et nuit, réorganisant de fond en comble la chirurgie de campagne, opérant des milliers de blessés.

Voici, pour caractériser sa réputation au front, un fait curieux : on porte vers une ambulance un brancard, sur lequel repose le corps d'un soldat sans tête. L'infirmier arrête les porteurs : « Que faites-vous, c'est un mort que vous nous apportez ! » — Réponse des porteurs : « La tête est à côté, le Docteur Pirogoff pourra sûrement la remettre, et un soldat de plus est toujours utile, même s'il est mutilé. »

La confiance des soldats, en Pirogoff et ses capacités chirurgicales est bien illustrée par ce petit épisode.

Son activité loyale, franche, droite lui vaut de nombreux ennemis dans la bureaucratie et lorsqu'il envoie au Ministère un mémorandum défendant les intérêts de ses meilleurs et plus dévoués aides au front la forme de ce memorandum paraît indue, on profite de cette occasion pour relever Pirogoff de ses fonctions au front.

En 1856, on le nomme curateur à l'instruction publique du département d'Odessa.

C'est à ce moment qu'il publie son livre intitulé « Les questions de la vie », premier ouvrage russe traitant les questions d'éducation des enfants.

Il y développe ses idées sur le rôle important, capital de la femme mère. C'est elle qui forme les futurs hommes, c'est elle qui leur donne les bases de l'éducation, elle doit connaître l'individualité, la psychologie de son enfant, elle doit le diriger dans ses jeux ; les lui choisir. Jamais elle ne devra donner de réponses erronées, car l'enfant assimile vite, il garde parfois les impressions de l'enfance pour toute la vie.

C'est pour quoi l'éducation et l'instruction de la femme doivent être modifiées, élargies, amplifiées.

Etant curateur à l'Instruction publique du district d'Odessa, son activité n'est pas moins intense qu'elle ne le fût au front.

Il cherche à modifier l'école primaire, les élèves des écoles primaires le plus souvent ne continuent pas leurs études dans des institutions supérieures, donc c'est à l'école qu'il revient de les préparer à la vie, d'en faire des hommes, de développer en eux la conscience individuelle, la compréhension du devoir.

Son grand mérite fut d'avoir supprimé les punitions corporelles dans les écoles.

Pirogoff contribue au développement du goût ar-

tistique et esthétique chez la jeunesse, il fait organiser des concerts et des spectacles pour les étudiants ; quant aux enfants d'écoles, il trouve nuisible de les initier aux jeux théâtraux, car l'enfant ne comprend pas toujours le dualisme psychique de l'homme, il peut se méprendre sur les faits d'être et de paraître.....

Étant un grand patriote, il chercha les moyens pour mieux attacher à la Russie les divers peuples en dépendant.

Il pense trouver un moyen dans l'institution d'écoles où l'instruction se ferait en langue maternelle pour les diverses races habitant la Russie.

Les instituteurs de même race, de même religion et parlant la même langue que leurs élèves, ne peuvent-ils pas avoir une plus grande influence sur ces derniers ?

Pirogoff s'occupe aussi de l'édition d'un journal local, ou plutôt, il cherche à modifier celui qui existe déjà, il voudrait par ce moyen diffuser le progrès, la culture dans les masses.

En 1858, Pirogoff change de département, il est nommé à Kiew, là il organise des écoles dominicales où les leçons se font en langue ukrainienne. Pirogoff s'occupe aussi des questions universitaires, il insiste sur la nécessité d'ouvrir les portes de l'Université à tout homme capable de faire ses études, sans considération de sa position sociale.

L'université devrait d'après lui, former des hommes pour la Patrie, elle devrait en dehors de toute influence scientifique en exercer une morale de grande importance.

Combattant partout et dans tous les domaines où son activité s'applique la vieille routine bureaucratique, ne voulant jamais s'incliner devant les exigences arriérées de l'administration, critiquant à chaque pas et dévoilant le principe bureaucratique « d'être agréable et de paraître utile », sans toutefois l'être en réalité, il se fait de plus en plus d'ennemis.

En 1861, on l'oblige à quitter son poste.

Pendant cette période d'activité sociale et pédagogique, il édite son travail capital (1854-1859), son Atlas d'anatomie topographique, basée sur l'étude des pièces anatomiques obtenues par la congélation des cadavres.

Pour Pirogoff, plein d'énergie, de forces morales pour la lutte, la nouvelle de sa mise à l'écart fut une terrible nouvelle.

Il cherche à se consoler en se disant : « Tout passe sur terre, mais les idées restent, nous partis, nos idées resteront .... ».

En 1862, Pirogoff part pour l'étranger ; il séjourne pendant 4 ans à Heidelberg, en Allemagne, là comme partout et toujours, les étudiants l'entourent, le nomment « Patriarche », il est le patriarche des étudiants russes qui, en ce moment, sont très nombreux à Heidelberg.

Pendant son séjour à Heidelberg, Pirogoff fut appelé auprès de Garibaldi pour l'opérer ; nombreux furent les chirurgiens qui cherchèrent en vain la balle ayant atteint Garibaldi, c'est Pirogoff qui la trouva et qui réussit à l'extraire.

C'est aussi pendant sa vie à Heidelberg qu'il écrit son livre « Introduction à l'étude de la chirurgie de campagne ».

Se consacrant uniquement à la science, il cherche à oublier sa retraite de l'activité sociale.

Il dit : « Rien autant que la science ne fait disparaître le vide de l'âme. »

Rentré en Russie, il va s'installer dans sa propriété « La cerise » (gouvernement de Podolie).

C'est là qu'il commence (en novembre 1879) *Le journal d'un vieux médecin* qu'il ne termine qu'à sa mort.

En 1870, Pirogoff est envoyé au front lors de la guerre franco-prussienne, pour visiter et étudier l'installation des hôpitaux et des ambulances allemandes. Partout, on le reçoit comme un grand Maître de la chirurgie, les médecins allemands le connaissent et le vénèrent. Il va la dernière fois au front en 1877 au moment de la guerre russo-turque.

En 1881, on célèbre le 50e anniversaire de son activité scientifique, sociale et administrative et quelques mois plus tard, le 23 novembre de la même année, Pirogoff mourait d'un cancer de la bouche, à 70 ans.

C'est dans sa propriété « La cerise » que repose ce grand homme, ce perpétuel chercheur, ce défenseur des droits des hommes.

Pirogoff fut un grand patriote, un patriote conscient des défauts de son pays.

Il lutta contre la restriction des droits nationaux, de ceux des diverses classes sociales.

Il trouvait la vérité dans la science. La haine pour lui n'existait pas, puisque sa religion était celle de l'activité pour le bien-être de la Société.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Ils étaient deux*
*Qui montaient*
*Qui descendaient*
*Qui ne se reconnaissaient pas ...*
(Fernand MARC)

DCXIX. — André THÉRIVE. **Discours** prononcé à l'Académie française par M. le Vicomte de Bornier pour la réception de M. Emile Zola et recueilli par André Thérive, pour la Collection des Réceptions posthumes. Un vol. 11 × 17,5 orné d'un frontispice de Joseph Hémard. Tiré à 885 ex. numérotés (Japon nacré, Japon impérial, papier d'Auvergne fait à la main) ; en caractères Baskerville. *Editions du Trianon,* Paris, 1932.

Nous ne savons pas si Zola reconnut mieux Monsieur le Vicomte Henri de Bornier au cours de cette rencontre imaginaire. A celui-ci du moins, André Thérive prête avec une cruelle vraisemblance cet effarement poli, ce dédain supposé et concret qui est pire pour le récipiendaire improvisé que l'éloignement effectif où le tint, sa vie durant, l'Académie. Il est dommage que ne nous soit pas donné en réplique le discours qu'eût préalablement prononcé Zola. Car à ce jeu du pastiche André Thérive excelle ; et dans cette collection (1) des *Réceptions posthumes* il a caricaturé de très brillante façon le style académique, de pompeuse réputation. Ce n'est plus le Thérive qui n'a pas le droit de plaisanter ni de sourire quand il est coincé dans le fauteuil de feu Souday d'où il nous inflige gravement son pensum littéraire. Peut-être doit-il à cette contrainte et à cette discipline d'austérité spirituelle (qu'il doit subir au climat du Grand Journal de la République) la vivacité de cette détente, la pétulance de son ironie, l'ardeur cinglante de sa moquerie, libérées brusquement dans ce livre qui a la juvénile exubérance d'une satire plus malicieuse que cruelle. Je vous ai déjà signalé, écrit pratiquement de la même encre son *Supplément* (2) aux Caractères. Son Addendum irrévérencieux aux œuvres épiques de Monsieur le Vicomte Henri de Bornier a plus de verdeur encore, d'acidité. Ces qualités sautent à l'œil, mais si l'on ralentit le rythme de la lecture elles semblent se multiplier, rebriller et scintiller à chaque mot, à chaque tour de phrase où sous le sens littéral affleure la sarcastique sollicitude imitative du pastiche. Monsieur de Bornier, oriflammes au vent, s'anime au tournoi d'éloquence : il rompt lances sur lances sur la trivialité populacière de Monsieur Zola et de ses héros fleurant le vin rouge, la canaille, la sueur, ou le fumier. Il fulmine avec toute la distinction dont il est capable, fustige avec dignité au nom des principes, tonne avec cette mesure dont ne se départissent jamais les personnages bien nés et accable Zola avec une générosité terminale de croisé bardé de fer chargeant..... puis graciant l'infidèle rempli d'épouvante. Le fracas des périodes, leur poncif, leur grandiloquence, coupés des jetés-battu de l'ironie émoussée en usage sous la Coupole ont fort grande allure : cette allure martiale des vieux beaux qui promènent, ostentatoires, la vanité de leur décrépitude. Monsieur Thérive a été fort heureux dans la réalisation de cette complexe entreprise de contrefaçon, et je sors de son livre, tout ému, semblable aux auditeurs enfiévrés du concert dominical, quand s'est tu sur le mail le frémissement héroïque de la « musique militaire » ; tout ému sans doute mais réjoui bien davantage par la componction grave avec laquelle Monsieur Thérive traite imperturbablement son sujet.

Le frontispice de Joseph Hémard gravé sur cuivre par Gorvel est inspiré par une spirituelle fantaisie. Zola, comme un bourgeois jardinant en banlieue, en manches de chemise, délibérément retroussées, arrose avec application l'arbre généalogique des Rougon-Macquart, fleuri des personnages principaux.

Le papier d'Auvergne où est couchée cette clinquante éloquence est rude, grenu, robuste, et de fort belle qualité. Il supporte sans la moindre déformation la typographie menue et parfaitement ordonnée, en Baskerville très pur.

DCXX. — Stefan ZWEIG. **Freud.** Un vol. 12 × 19 avec quatre portraits hors-texte. *Editions Stock,* Paris 1932, 15 fr.

Monsieur Zweig a eu pour le public français une délicate attention. Le texte original allemand groupe dans un même volume le présent essai sur Freud, un essai sur Mesmer, et un essai sur Baker Eddy, fondatrice de la *Christian Science,* sous le titre : *La guérison par l'Esprit.*

---

(1) Je voulais vous présenter la collection en bloc. J'y renonce : ces jeux d'esprit valent bien un examen particulier. Je vous parlerai encore de la réception de Michelet par Mgr. Dupanloup.

(2) *Supplément aux Caractères* de La Bruyère. Editions du Trianon, Paris, 1930.

Cette idée de scinder un livre en plusieurs tranches pour la vente, « *selon le désir de l'auteur lui-même* » témoigne d'un sens des réalités solidement assis. C'est un gage préalable que Monsieur Zweig ne s'en laissera point conter (1) par les fumées de la psychanalyse : or ce gage a la fabuleuse fragilité d'un « diktat » ! Sous couleur de nous exposer les travaux de Freud, Monsieur Zweig se dispense de tout examen critique profond et se livre aux vocalises du dithyrambe. A la page 31 (je cite textuellement) nous en sommes déjà à la métaphysique freudienne :

« En la soixante-dixième année de son âge, Freud a entrepris l'œuvre ultime d'appliquer sa méthode, dont il avait fait l'expérience sur l'individu, à l'humanité entière *et même à Dieu.* »

Nous voici loin du pouce auto-érotique que nous sucions avec perversité dès nos premiers vagissements. Nietzsche, deux ou trois fois nommé dans le livre, n'avait point osé rêver si avant. Si tout ce qu'écrit Monsieur Zweig était exact, Freud serait bien le « surhomme ». Mais il oublie que les postulats ne sont point théorèmes. Comme il a beaucoup de talent, comme son livre est d'agréable et facile lecture, il compte, de très bonne foi certainement que vessies étant lanternes, nous allons prendre pour syllogismes ses très brillants sophismes. Il est de notoriété internationale que la candeur française est insondable, abyssale eût dit Monsieur de Bornier plus haut nommé ! Je suis un peu à l'étroit pour détromper notre auteur : je l'assure sommairement que la forme de son livre est d'heureuse venue, mais que le fond me semble mouvant. On a reproché à Freud de faire de la *libido* le seul vecteur des phénomènes biologiques. Le reproche méritait une réfutation. L'occasion était excellente de nous montrer la vérité et les fondements de cette caporalisation psychique dont le farouche pessimisme peut être doux à l'âme allemande : à la nôtre, puisque la démonstration n'est pas faite, reste le droit de croire qu'il y a dans nos vies autre chose que des formules et des « refoulements » ; qu'il y a au-dessus des rêves le rêve tout court, au-dessus de la bête une immatérielle présence, au-dessus de notre carcasse nos sentiments, nos espoirs, nos ÉLANS ! Et de croire que même présenté par un écrivain de grand talent ce système philosophique garde les dimensions du mythe de Croquemitaine.

DCXXI. Robert DE TRAZ. — **A la poursuite du vent.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset,* Paris, 1932, 15 fr.

Le titre est séduisant. J'avais lu un feuilleton de Monsieur de Régnier qualifiant cette œuvre de « remarquable » ! Il n'en fallait pas davantage pour me faire ouvrir ce livre avec sympathie, Monsieur de Régnier récidivant et précisant que le roman était « solide et vigoureux ». J'ai l'impression au contraire que la poursuite symbolique qui nous est contée est bien décevante et creuse entreprise. J'ai eu l'illusion que le livre était artificiel et étayé de trucs conventionnels ; que les personnages trop schématiques n'avaient qu'une falote individualité ; qu'il s'agissait en somme d'une aventure factice plus que d'un roman. Et sans plus tarder je bats publiquement ma coulpe car il ne saurait me venir à l'idée que Monsieur de Régnier a mal lu.

DCXXII. — Charles LE GOFFIC. **Poésies complètes.** Deux volumes 12 × 19 avec deux portraits de l'auteur. *Editions Plon,* Paris, 1932.

J'ai voulu glisser ces deux volumes dans la chronique où je vous parlais des abracadabrances de la psychanalyse. Leur pureté repose, leur cadence berce. Ils ont tantôt dans leurs poèmes une ondulation puissante de houle, tantôt une rumeur de forêt, un murmure soumis de prière, un écho de légende. Une simplicité radieuse anime leur inspiration, « *au son cadencé des flûtes celtiques* ». Je ne peux m'occuper en si brève chronique ni de leur métrique, ni de leur essence, qui me semblent très représentatives des qualités et des caractères de l'âme bretonne. J'y ai cueilli pour Monsieur Zweig ce vers qui concrétise à la fois leur lumineuse douceur et (pour Monsieur Zweig, déjà nommé) notre conception française de l'enfance :

« — *Ils luisent légers et clairs comme des cœurs d'enfants* »...

DCXXIII. — Fernand MARC. **Chansons.** Poèmes. Une plaquette sous couverture chamois ; tirée à 151 ex. sur Hollande. *Editions Sagesse,* Paris, 1932.

Ce petit recueil sacrifie aux modes semi-hermétiques de la poésie d'avant-garde. Les rythmes y sont, comme il sied en ce genre, capricieux. L'indocilité des conventions prosodiques les libère *a fortiori* des servitudes de la rime. Les images surgissent avec des audaces de dissonnance, et leur enchaînement laisse pantois notre vieux besoin de logique, comme si très aimablement nous entraînaient dans leur farandole d'ingambes adolescents. Elles sont d'une extrême originalité et quelques-unes d'une vigueur que je suis navré de voir s'épandre en vertigineuses acrobaties verbales. Les illustrations de Joaquim suivent le texte, en transcrivent littéralement les mots suivant le procédé sim-

(1) Ne pas prononcer : *compter !*

plifié et la technique émondée du dessin d'enfant.

DCXXIV. — Pierre BOUCHARDON. **Troppmann.** Un vol. 12 × 19. Paris, 1932, 15 fr. *Editions Albin Michel.*

L'auteur qui excelle à présenter très dramatiquement les causes judiciaires les plus retentissantes, expose la sinistre série des crimes de Troppmann, jeune scélérat qui, quelques mois avant la guerre de 1870, « supprima » huit personnes. Il apporte à ce travail l'objective et lucide intelligence d'un juge d'instruction ordonnant un monstrueux dossier.

DCXXV. — Robert BOUCARD. **Les dessous de l'espionnage allemand.** Un vol. 12 × 19. *Editions Documentaires,* Paris, 1932, 15 fr.

Boucard continue la série de ses documentaires. Il a très adroitement groupé les renseignements qu'il possède sur les « services secrets » de nos voisins, et sur les complaisances qu'ils surent trouver dans l'accomplissement de leur fonction de renseignements, avant et pendant la guerre surtout, en France, en Europe centrale, en Espagne et dans la malheureuse Russie de Raspoutine.

10 avril 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## AUTOUR DES THÉATRES

### Théâtre de l'Athénée

### La Belle de Nuit

*Pièce en trois actes de* M. Pierre WOLFF.

C'est une pièce assez spéciale, pour bien l'apprécier, il faut avoir vécu et même (j'allais dire et par conséquent) souffert. L'action se passe dans un milieu d'une qualité nettement délimitée, les sujets principaux sont des intellectuels ni travailleurs ni oisifs, des gens ni amoraux totalement ni honnêtes et droits, une femme existe momentanément au milieu d'eux, c'est « un moyen », ni un but ni une fin.

Monsieur Pierre Wolff ne pouvait pour traiter son sujet se faire le prisonnier de principes ou d'habitudes; il lui plaît de nous démontrer d'une part que chez une femme déchue, une fille de joie, l'instinct de la conservation qui la fait vivre n'exclue pas toujours des sentiments plus nobles souvent en sommeil ; qu'elle possède aussi un cœur et une âme relativement faciles à faire vibrer surtout quand sa sensibilité est naturelle et son éducation première suffisamment ébauchée. Par un choc en retour fort habilement manœuvré, l'auteur nous montre que cette heureuse ascension, cette presque rédemption, ne peut avoir, hélas, vis-à-vis de celui qui aime et désire ardemment cette femme sans rien connaître de sa vie intérieure, aucune valeur quand la vérité lui est révélée ; que l'homme dans ce cas, la considérera même avec d'autant plus de dégoût qu'il a lui-même une conduite plus suspecte et des mœurs plus libres, surtout si, fortuné et intelligent, son égoïsme se double d'une tumultueuse vanité. Il faut en effet, à ce type d'homme particulièrement, la difficulté de la conquête provenant non pas de la satiété de l'abus de la part de la femme, mais bien de la chute lente et progressive de toutes ses vertus s'évanouissant sous l'attrait de l'inconnu et la réciprocité du désir.

L'auteur n'a pas voulu et c'est là son habileté faire de ces évidentes déductions, pour qui connaît la vie, l'attrait et la parure même de sa pièce ; il nous intéresse plus encore par la façon originale dont il amène et développe son action et par les diverses incidences de son sujet que la mentalité de ses personnages rend assez vraisemblables.

Claude, homme de lettres, avait comme femme et maîtresse à la fois Maryse Lancel, il a été trompé par Jean, son ami le plus cher à qui il a sauvé la vie pendant la guerre, il jure de se venger et, rencontrant un soir « une belle de nuit », une femme encore jeune, il la suit avec d'autant plus de facilité qu'elle ressemble étonnamment à Maryse. Après quelques confidences de Maïthe (c'est le nom de la fille), Jean voyant en elle l'instrument de sa vengeance l'emmène chez lui. Au bout de quelque temps consacré à la mise au point de la personne tant dans ses façons que dans sa toilette, Claude se décide à présenter à Jean la doublure de Maryse. Ce dernier gagné par la ressemblance de Maïthe avec Maryse tente une seconde fois de ravir à Claude sa conquête nouvelle dont il ignore la vie, mais qu'il trouve charmante et essentiellement désirable. Maïthe réussit fort bien à exécuter le plan de Claude, c'est-à-dire à n'accorder à son trop entreprenant partenaire que les miettes du festin tout en lui coûtant très cher en gâteries de toutes sortes. Claude cependant ne paraît pas avoir vu plus clair avec Maïthe qu'avec Maryse dans

les sentiments tourmentés qui peuplent l'âme des femmes surtout placées dans l'ambiance qu'il leur réserve ; il a pris un jeune secrétaire : Pierre, et Maïthe qui le coudoie à chaque heure est vite conquise à son tour par sa jeunesse, son âme candide et neuve, son physique séduisant ; elle ne veut plus s'arrêter sur le chemin de sa transformation, elle se sent purifiée par cet amour auquel Pierre répond si bien et veut fuir avec lui. C'est alors que Claude qui ne peut s'opposer à ce départ, car il a l'intention de reprendre Maryse révèle à Jean les origines de celle qui l'avait tant séduit, il lui reproche amèrement pour la première fois sa conduite et, lui rappelant le passé, l'écrase de son mépris et le chasse.

Mme Madeleine Soria joue deux rôles : Maïthe et Maryse, c'est une artiste frappante de vérité, sans affectations ni déficiences, elle sait être aussi bien une dévoyée pitoyable d'une femme adulée et heureuse aux allures hautaines et félines. M. Constant Rémy est un remarquable artiste, impulsif et réfléchi à la fois, un fin sourire rend son jeu infiniment subtil et agréable, M. Constant Rémy pare le rôle de Claude de ses éminentes qualités.

MM. Henry Bosc et Jose Noguéro ont créé très brillamment les personnages de Jean et de Pierre, et les rôles accessoires et d'utilités sont habilement tenus par Mesdames Maria Mascelli, Ginette Maddie, MM. Geo Lecomte et Marc Roland.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de perfectionnement 1932, du 29 avril au 27 mai.* — M. le Professeur F. TERRIEN, avec le concours de MM. les Professeurs RATHERY, REGAUD, STROHL, TIFFENEAU, de MM. les agrégés VELTER, ZIMMERN, de M. le Docteur TERSON et de MM. les Docteurs M. CASTERAN, VEIL, RENARD, J. BLUM, DOLLFUS, HUDELO, SUZ, BRAUN et GOULFIER, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants du service, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 29 avril au vendredi 27 mai 1932. (Droits : 300 fr.).

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. GRÉGOIRE.) — *Chirurgie d'urgence.* — Cours de MM. Jean GOSSET et Jean PATEL, prosecteurs. Ouverture le lundi 27 juin 1932, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE (Dr J. GOSSET) : *Membres, crâne, poitrine.* — 1° Sutures des tendons, nerfs, vaisseaux. — 2° Abcès et phlegmons en général. Phlegmons de la main, panaris, ostéomyélite. — 3° Amputation des membres pour lésions traumatiques. Arthrotomies. — 4° Traumatismes du crâne. Mastoïdites. Abcès du cerveau. — 5° Trachéotomie. Plaies du larynx et de la trachée. Phlegmons du cou. Pleurésies purulentes. Plaies de poitrine

DEUXIÈME SÉRIE (Dr J. PATEL) : *Abdomen.* — 1° Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale). — 2° Appendicite. Ulcère perforé. Sutures intestinales, sutures du foie. — 3° Splénectomie. Gastrostomie. Gastro-entérostomie. Cholécystectomie. Cholécystostomie, Traitement des pancréatites aiguës. — 4° Anus cæcal-anus iliaque. Iléosigmoïdostomie. Péritonites localisées et généralisées. — 5° Phlegmon périnéphrétique. Néphrostomie. Néphrectomie. Cystostomie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Médecine opératoire spéciale** (M. GRÉGOIRE, professeur.) — *Chirurgie de la tête et du cou. Chirurgie nerveuse.* — Ouverture du cours, lundi 13 juin 1932, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — 1° Interventions sur le corps thyroïde. Enucléations intraglandulaires. Ligature des artères thyroïdiennes. — 2° Thyroïdectomies pour le goitre simple et goitre exophtalmique. — 3° Amputations de la langue. Exérèses ganglionnaires cervicales. Extirpation de la sous-maxillaire, de la parotide. — 4° Trépanations de la mastoïde, des sinus de la face. Résection des maxillaires. — 5° Chirurgie de la tête et du cou chez l'enfant : torticolis, fistules branchiales, les becs-de-lièvre.

DEUXIÈME SÉRIE. — 1° Technique générale des trépanations craniennes et de l'exploration du cerveau. Traitement des fractures de la voûte. — 2° Trépanations pour tumeurs cérébrales, pour tumeurs ponto-cérébelleuses, pour tumeurs de l'hypophyse. — 3° Technique des laminectomies. Section des racines postérieures. Cordotomies. — 4° Chirurgie du trijumeau (neurotomie rétro-gassérienne), du facial, du phrénique. Découverte du plexus brachial. — 5° Chirurgie du sympathique : sympathique cervical, sympathectomies périartérielles.

Ces cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Médecine opératoire spéciale** (Professeur M. GRÉGOIRE.) — *Chirurgie des annexes du tube digestif* (Foie, voies biliaires, rate, pancréas, glandes salivaires, péritoine.) — Cours de M. le Docteur Jean PATEL, prosecteur. Ce cours commencera le lundi 17 mai 1932, à 14 heures

PREMIÈRE SÉRIE. — 1° Chirurgie du foie : voies d'abord. Suture. Résection partielle. Traitement des kystes hydatiques et des abcès. — 2° Exploration des

voies biliaires (portion sus-duodénale et rétro-pancréatique). Cholécystostomie. — 3° Les cholécystectomies. — 4° La cholédocotomie (sus-duodénale-trans-duodénale). — 5° Les opérations destinées à rétablir le cours de la bile (anastomoses-bilio-digestives et réparation de la voie principale).

DEUXIÈME SÉRIE. — 1° Cure opératoire des hernies. — 2° Chirurgie de l'épiploon et du pancréas. — 3° Chirurgie de la rate. — 4° Gastropexie. Cæco-colopexie. — 5° Chirurgie des glandes salivaires (tumeurs, fistules),

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ces cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié** (Professeur : F. RATHERY.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins*, du 31 mai au 11 juin 1932.

Ce cours sera fait par M. le Professeur RATHERY avec la collaboration du Docteur CHEVASSU, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin, du Docteur FROMENT, ancien chef de clinique, médecin assistant du service, des docteurs BOLTANSKI, Germaine DREYFUS-SÉE, Julien MARIE, Maurice RUDOLF, chefs de clinique et du Docteur DEROT, ancien interne des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS : Les théories de la sécrétion rénale. — Les grands syndromes : Albuminurie ; Polyurie et diabète insipide ; Anurie ; Acidose rénale ; Œdèmes. — Les méthodes d'exploration rénale : Sécrétion de l'eau, du NaCl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et glucides, des substances colorantes. — Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale. — Les classifications des néphrites : Les lésions anatomo-pathologiques types. — Les néphrites aiguës : Néphrite mercurielle ; Néphrites infantiles ; La syphilis rénale. — Les différents types cliniques des néphrites chroniques : Néphrites avec œdème ; Néphrites avec azotémie ; La néphrose lipoïdique. — La thérapeutique des néphrites : Les diurétiques ; Les régimes.

Exercices pratiques sous la direction de Mlles L. LÉVINA, Y. LAURENT et du Docteur DOUBROW, chefs de laboratoire.

Les auditeurs seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : La réserve alcaline ; Le dosage du Na Cl dans le sang et les urines ; La recherche de l'urée sanguine ; La constante uréo-sécrétoire ; L'indoxylémie ; La réaction xantho protéïdique ; La créatininémie ; L'épreuve de la phénolsulfone phtaléine ; La cylindrurie ; Les techniques histologiques.

HORAIRE DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES. — Mardi 31 mai, 10 heures, Professeur RATHERY : Les théories de la sécrétion rénale. — 5 heures, Docteur F. FROMENT : Albuminurie. — Mercredi 1er juin, 10 heures, Docteur JULIEN MARIE : Polyurie et diabète insipide. — 5 heures, Docteur BOLTANSKI : Anuries. — Jeudi 2 juin, 10 heures, Docteur MAURICE RUDOLF : Les œdèmes rénaux. — 4 heures, Exercices pratiques : Réserve alcaline. — 5 heures, Professeur RATHERY : Acidose rénale. — Vendredi 3 juin, 10 heures, Docteur DÉBOT : La polyurie provoquée et les épreuves de Volhard. — 4 heures, Exercices pratiques : NaCl dans le sang et les urines. — 5 heures, Docteur MAURICE RUDOLF : Les rétentions chlorurées et l'hypochlorémie. — Samedi 4 juin, 10 heures, Docteur FROMENT : La rétention de l'urée. — 4 heures, Exercices pratiques : L'urée dans le sang. — 5 heures, Docteur DÉROT : Azote résiduel. Acide urique. Créatininémie. Indoxylémie. Réaction xantho-protéique. — Lundi 6 juin, 10 heures, Docteur CHEVASSU agrégé : Les méthodes d'exploration chirurgicale en pathologie rénale. — 5 heures, Professeur RATHERY : Lipémie et hyperprotéïdoglycémie. — Mardi 7 juin, 10 heures, Professeur RATHERY : Les classifications des néphrites. — 4 heures, Exercices pratiques : Technique histologique. — 5 heures, Professeur RATHERY : Les lésions anatomo-pathologiques types des néphrites. — Mercredi 8 juin, 10 heures, Docteur FROMENT : Néphrite mercurielle. — 5 heures, Docteur GERMAINE DREYFUS-SÉE : Les néphrites infantiles. — Jeudi 9 juin, 10 heures, Professeur RATHERY : Les types cliniques des néphrites chroniques. — 5 heures, Professeur RATHERY : Les types cliniques des néphrites chroniques. — Vendredi 10 jun, 10 heures, Professeur RATHERY : La néphrose lipoïdique. — 5 heures, Docteur FROMENT : La syphilis rénale. — Samedi 11 juin, 10 heures, Docteur GERMAINE DREYFUS-SÉE : Les diurétiques. — 5 heures, Professeur RATHERY : Les régimes en pathologie rénale.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours. Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Salle Béclard) tous les jours de 9 à 11 heures (sauf le samedi après-midi).

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Tenon** (4, rue de la Chine, Métro Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des artères, des veines et des capillaires.* — Ce cours, qui aura lieu du 23 au 28 mai 1932, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. HAGUENEAU, médecin des hôpitaux ; WELTI, chirurgien des hôpitaux ; A. C. GUILLAUME, ancien chef de clinique ; A. BLONDEL, ancien interne, lauréat des hôpitaux, premier assistant du service ; GILBERT-DREYFUS, EVEN, P. MERKLEN, ODINET, P. PUECH, RACINE, anciens internes du service ; GAUGIER, ancien assistant du Prof. Sicard ; GOLBLIN, assistant d'électrocardiographie ; MARCHAL, assistant de radiologie du service ; PAUTRAT, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, électrocardiographie, radiologie, pression veineuse, capillaroscopie).

PROGRAMME. — Lundi 23 mai, 10 heures, M. LIAN : Valeur séméiologique de la pression artérielle maxima, moyenne et minima ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. P. MERKLEN : Mécanisme régulateur de la pression artérielle ; 16 heures,

M. Odinet : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. Haguenau : Accidents artériels de l'hypertension.

Mardi 24 mai, 10 heures, M. Lian : Conférence-consultation ; 15 heures, Gilbert-Dreyfus : Accidents cardiaques et rénaux de l'hypertension artérielle ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Formes cliniques et traitement de l'hypertension artérielle.

Mercredi 25 mai, 10 heures, M. Lian : L'hypotension artérielle ; 11 heures, M. Golblin : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes ; 15 heures, M. Welti : Anévrysmes artériels et artério-so-veineux ; 16 heures, M. Racine : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. Hagueneau : Manifestations viscérales de l'athérome et de l'artériosclérose.

Jeudi 26 mai, 10 heures, M. Gaugier : Varices ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Artérites oblitérantes ; 16 heures, M. Even : Technique et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2. M. Blondel : Phlébites.

Vendredi, 27 mai, 10 heures, M. Lian : Conférence-consultation ; 15 heures, M. Puech : Syndrome de Raynaud et érythromélalgie ; 16 heures, M. Guillaume : Technique de la capillaroscopie et de la mesure de la pression capillaire ; 17 h. 1/2, M. Guillaume : Valeur séméiologique de la capillaroscopie.

Samedi 28 mai, 10 heures M. Lian : Traitement des phlébites ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en 4 cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de novembre 1932 portera donc sur : endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

— *Voyage d'études médicales à Bagnoles-de-l'Orne.* Le cours sera suivi du deuxième voyage d'études médicales cardio-vasculaires, qui aura lieu à la station hydro-minérale de Bagnoles-de-l'Orne (maladies des veines) : visite de l'Etablissement thermal ; deux leçons sur les indications, la technique et les résultats de la cure ; excursion aux environ de Bagnoles. Départ samedi 28 mai après-midi ; retour à Paris dimanche soir 29 mai.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours ; 100 francs (tous frais compris) pour le voyage à Bagnoles-de-l'Orne.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

— **Ecole d'infirmières de l'Assistance publique de Paris.** — Un concours pour l'admission d'environ 140 élèves à l'Ecole d'infirmières de l'Assistance publique de Paris aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, le 12 octobre 1932, à 13 heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1er octobre 1932, à l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, (sous-direction du personnel, 2e bureau),

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Benoist, de Pithiviers (Loiret) ; du Dr Joseph Parrocel, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Marseille, Rédacteur en chef de la *Provence médicale* ; du Dr Jacques Silhol, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Marseille ; du Dr Georges Guinon, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; du Dr Pierre Teissier, professeur de clinique des maladies contagieuses à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine ; du Dr Jalabert, de Narbonne ; du Dr Auguste Ménard, de Remoulins (Gard) ; du Dr Julien Isay, de Pantin ; de Madame Huchard, veuve du Dr Huchard ; de Madame S. Pozzi, veuve du professeur Pozzi.

— **Congrès international de la lithiase biliaire** (Vichy, 19-22 septembre 1932, sous le haut patronage de M. le ministre de la Santé publique.) — Le Congrès international de la lithiase biliaire comprend quatre sections : 1° une section de médecine ; 2° une section de chirurgie ; 3° une section de thérapeutique et d'hydrologie ; 4° une section d'électro-radiologie et de physiothérapie.

*Bureau du Congrès* : Président : Professeur Paul Carnot ; Section de médecine : Président : Professeur Maurice Loeper ; Section de chirurgie : Président : Professeur Pierre Duval ; Section de thérapeutique et d'hydrologie : Président : Professeur Maurice Villaret ; Section d'électro-radiologie et physiothérapie : Président : Docteur J. Belot ; secrétaire général : Docteur J. Aimard ; secrétaire adjoint : Docteur Roger Glénard.

Programme du Congrès : Lundi 19 septembre 1932 16 h. 30 : Séance inaugurale du Congrès sous la haute présidence de M. le ministre de la Santé publique. Allocution de M. le Professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine, président du Congrès. Allocution du président de la Société des sciences médicales de Vichy. — 20 heures : Banquet présidé par le Ministre et soirée de bienvenue offerts aux membres du Congrès.

Mardi 20 septembre, 9 h. 30 : Communications dans les sections. — 14 heures : Rapports sur la première question en séance générale et discussion des rapports. — 17 heures : Thé au Sporting-Club de Vichy. — 20 heures : Soirée de Gala.

Mercredi 21 septembre, 9 h. 30 : Communications dans les sections. — 12 heures : Déjeuner offert aux membres officiels du Congrès par le président. — 14 h. 30 : Rapports sur la deuxième question en séance générale et discussion des rapports. — 20 h. 30 : Représentation de Gala au théâtre du Grand Casino.

Jeudi 22 septembre, 9 h. 30 : Communications dans les sections. — 14 heures : Rapports sur la troisième question en séance générale et discussion des rapports.

— 20 heures : Banquet de clôture offert par le Congrès.

Ordre du jour : Trois questions sont à l'ordre du jour du Congrès, et feront l'objet des rapports suivants :

1° *Les séquelles de la cholécystectomie* : A. Etude pathogénique des séquelles de la Cholécystectomie. Docteur Victor Donnet (New-York). — B. Etude clinique des séquelles de la Cholécystectomie. Professeur Mariano Castex (Buenos-Aires). — C. Les phénomènes douloureux consécutifs à la cholécystectomie. Professeur Castaigne (Clermont-Ferrand). — D. Indications chirurgicales. Professeur Gosset et Docteur Petit-Dutaillis (Paris). — E. Thérapeutique médicale et hydrologique. Professeur Giraud (Montpellier). — F. Diagnostic radiologique. Docteur H. Béclère (Paris).

2° *Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la Lithiase biliaire* : A. Les indications principales du drainage vésiculaire médical dans la lithiase biliaire. Professeur agrégé Chiray (Paris) et Docteur Pavel (Bucarest). — B. Indications et contre-indications des cholérétiques dans la lithiase vésiculaire. Professeur agrégé Chabrol (Paris). C. La thérapeutique des infections du cholécyste. Professeur agrégé Abrami (Paris). D. Thérapeutique protectrice du foie dans la lithiase biliaire. Professeur Umber (Berlin). — E. Action des eaux minérales sur le milieu vésiculaire. Professeur Piéry (Lyon). — F. La physiothérapie sédative dans les affections vésiculaires. Docteurs Delherm et Dausset (Paris).

3° *Le Foie lithiasique* : A. Le Rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase biliaire. Professeur Noël Fiessinger (Paris). B. L'Ictère dans la lithiase de la voie biliaire principalement. Professeur agrégé Brulé (Paris). C. Les lésions du foie dans les ictères lithiasiques. Professeur agrégé Harvier (Paris). — D. Méthodes d'exploration du foie dans l'ictère lithiasique : *a*) Méthodes chimiques, Docteur Dieryck (Louvain). *b*) Méthodes radiologiques, Docteur Gilbert (Genève). — E. Déductions chirurgicales dans l'ictère lithiasique. Professeur agrégé Gatellier (Paris).

Participation au congrès : Sont admis comme membres titulaires du Congrès les médecins français et étrangers.

Les médecins désireux de participer au Congrès sont priés de remplir et de faire parvenir au secrétariat la formule jointe, avec la somme de 50 francs français, montant des frais d'inscription et donnant droit aux publications du Congrès.

Les membres titulaires, accompagnés de personnes de leur famille désireuses de prendre part aux fêtes et réceptions organisées à l'occasion du Congrès, sont priés de les annoncer en s'inscrivant.

Ces personnes qui recevront le titre de membres associés, et pour chacune desquelles il sera versé une somme de 25 francs français, ne pourront pas participer aux discussions.

L'inscription de membres associés (femme et enfants non mariés) *est limitée à deux par membre titulaire.*

Les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine français et étrangers seront admis comme membres du Congrès, ils paieront une cotisation de 25 francs.

Les congressistes recevront leur carte dès qu'ils auront payé leur cotisation.

La limite des inscriptions au Congrès est fixée au 1er août 1932.

Conditions de séjour : Les prix suivants ont été fixés, par jour et par personne, pour le séjour des congressistes à Vichy pendant les quatre journées du Congrès Hôtels de luxe, 60 francs ; Hôtels de 1er ordre A, 50 francs ; Hôtels de 1er ordre B, 40 francs.

Ces prix comprennent la pension complète (chambre et trois repas) la taxe d'Etat et la taxe de séjour.

Service 10 % en plus.

Une réduction de 50 % sera consentie sur les vins et liqueurs par les hôtels recevant les congressistes.

Voyages : Les grands réseaux français accordent une réduction de 50 % sous forme de bons individuels, aux congressistes français et étrangers, ainsi qu'à *leurs femme et filles non mariées* les accompagnant. Ces bons seront valables, à l'aller, du lieu de résidence (ou du point d'entrée en France) à Vichy, et, au retour, de Vichy à la résidence (ou au point de sortie de France), avec passage facultatif par Paris.

Les titres de transport ainsi établis seront valables du 14 au 27 septembre.

En envoyant leur adhésion, MM. les congressistes pourront donc demander au secrétariat général du Congrès un titre de transport à demi-tarif. Les demandes de réduction devront être faites en temps utile, c'est-à-dire avant le 1er août, dernier délai.

Un train spécial (voitures de 1re et 2e classes) quittera Paris (gare de Lyon) le 19 septembre, vers 9 heures, à destination de Vichy.

Comité de dames : Un Comité de dames organisera, pendant le Congrès, pour les membres associés, des promenades aux environs de Vichy.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations, doivent être adressées au docteur J. Aimard secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris, (9e).

**— Centenaire du professeur Alfred Fournier.** — Placées sous le haut patronage de M. Paul Doumer, Président de la République, du 8 au 12 mai, se tiendront à Paris les cérémonies du Centenaire du professeur Alfred Fournier, d'après le programme suivant :

Dimanche 8 mai, à 10 h. 30 : Assemblée générale de l'Union internationale contre le Péril vénérien, au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e arrt.).

Lundi 9 mai, à 9 heures : Inauguration de l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e) par M. le ministre de la Santé publique. — A 14 h. 30 : à l'hôpital Saint-Louis, ouverture de la conférence internationale de défense sociale contre la syphilis. Exposition de produits et d'appareils. — A 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville.

Mardi 10 mai, à 11 h. 30 : A l'hôpital Saint-Louis, inauguration des nouveaux bâtiments de la Clinique de la Faculté de médecine. — A 17 heures : Séance de la Société française de sérologie appliquée.

Mercredi 11 mai, à 11 h. 30 : Visite de la Cité universitaire sous la direction de M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique. — A 14 h. 30 : A l'hôpital Saint-Louis, séance de clôture de la Conférence internationale. — A 16 heures : Inauguration du Musée d'histologie de l'hôpital Saint-Louis, sous la présidence de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique. — A 17 h. 30 : Réception offerte par le Comité du Centenaire.

Jeudi 12 mai, à 9 heures : Séance de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie à l'hôpital Saint-Louis. — A 15 heures : Cérémonie du Centenaire d'Alfred Fournier à la Sorbonne en la présence de M. le Président de la République. — A 17 heures : Réception à l'Elysée. — A 20 heures : Banquet par souscription.

Toute la correspondance doit être adressée à M. Sicard de Plauzoles, secrétaire du Comité du Centenaire, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e).

**— XIXe Congrès annuel d'hygiène.** (Paris, Institut Pasteur, les 24, 25, 26 et 27 octobre 1932). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise, cette année comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique ; il tiendra séance les lundi 24, mardi 25, mercredi 26 et jeudi 27 octobre 1932, à Paris, dans le Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous

la présidence de M. A.-A. Rey, président de la Société pour 1932.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

L'inscription est gratuite ; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement Sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

RAPPORTS. — Ce Congrès sera consacré à un examen général de la situation actuelle de l'hygiène en France.

I. Formation technique des hygiénistes (médecins-hygiénistes, ingénieurs sanitaires, urbanistes, etc...).

II. Œuvre réalisée, en France, par les hygiénistes professionnels (Inspecteurs départementaux d'hygiène, directeurs de bureaux d'hygiène, ingénieurs, architectes et techniciens municipaux, etc...) depuis la mise en application de la loi de 1902.

III. Réalisations en hygiène dues à l'initiative et à l'action des œuvres publiques et privées.

IV. Groupements, Sociétés (associations, syndicats) d'hygiénistes. Projet de fédération de ces groupements.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui seront adressés avant le 1er juillet 1932.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de cinq pages (pages de 39 lignes ; lignes de 52 lettres), format du *Mouvement Sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ;

2° Les manuscrits devront être préalablement soumis à l'approbation du Conseil d'administration de la Société de médecine publique ;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs.

*N. B.* — Les titres de communications devront être adressés au Secrétaire général de la Société, M. R. Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

— **Congrès international d'hygiène méditerranéenne.** — Organisé sous les auspices de la Faculté de médecine de Marseille, ce congrès aura lieu dans cette ville, du 19 au 25 septembre prochain. Son programme a été fixé ainsi qu'il suit :

Lund 19 septembre. — Matin 9 heures : Séance solennelle d'ouverture. Premier rapport : La spirochétose espagnole, par M. SADI DE BUEN. Discussion. Après-midi 2 heures : Communications : Démographie. — Mouvements de la population. — Emigration. — Immigration.

Mardi 20 septembre. — Matin 9 heures : 2e rapport : La dengue, par M. BLANC. Discussion. Après-midi 2 heures : Communications : Météorologie. — Climatisme. — Urbanisme. — Génie sanitaire. — Hygiène du rivage le long des mers sans marée. — Questions connexes d'hydrologie et de géologie.

Mercredi 21 septembre — Matin 9 heures : 3e rapport : La fièvre ondulante, par M. BURNET. Discussion. Après-midi 2 heures : communications : Etude des maladies les plus communes dans le bassin méditerranéen. Maladies par contamination directe : Trachome. — Lèpre. — Tuberculose. — Maladies vénériennes. — Fièvre typhoïde.

Jeudi 22 septembre. — Matin 9 heures : 4e rapport : La fièvre exanthématique méditerranéenne, par M. OLMER. Discussion . Après-midi 2 heures : Communications : Maladies transmises par contamination indirecte : Phlébotomes. — Leishmanioses. — Poux : typhus exanthématique. — Spirochétoses en général. — Puces : peste. — Moustiques : Fièvre jaune. — Paludisme.

Vendredi 23 septembre. — Matin 9 heures : 5e rapport : Des procédés modernes de dératisation des navires, par M. LUTRARIO. Discussion Après-midi 2 heures : Communications : Prophylaxie publique et privée des maladies infectieuses les plus communes dans le bassin méditerranéen. Ententes internationales.

Des excursions auront lieu le samedi 24 et le dimanche 25 septembre.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : à Marseille : M. H. Violle, Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine, 40, Allées Léon-Gambetta; à Paris : M. Ch. Broquet, 195, boulevard Saint-Germain (7e).

— **Le Congrès des aliénistes et neurologistes** de France et des pays de langue française se tiendra en 1932 à Limoges, au cours de la dernière semaine de juillet. Renseignements et adhésions auprès du secrétaire général, M. le Docteur René Charpentier, 19, rue Perronnet, Neuilly-sur-Seine.

— **Les Journées médicales belges de** 1932. — Le Canada est le premier Etat à faire connaître son représentant à la XIIe session . M. Halker, sous-secrétaire d'Etat aux Affaires Etrangères, vient en effet de porter à la connaissance du Comité que le Premier Ministre a désigné M. le Docteur G. Audet, professeur agrégé à l'Université de Quebec, pour représenter le Gouvernement du Dominion.

Dans le Comité d'Honneur, on note encore l'adhésion de LL. EE. MM. Hugh Gibson, ambassadeur d'Amérique ; M. Navotake Sato, ambassadeur du Japon ; M. Léon Dens, ministre de la Défense nationale.

Enfin le programme scientifique se complète des noms des docteurs Robert d'Ernst (Genève) et O. Mistal, de Montana (Suisse), du professeur E. Tytgat, de la Faculté de médecine de Gand, et du professeur D. Danielopolu, l'éminent maître de la Faculté de Bucarest, dont les travaux ont une notoriété mondiale.

— **Chemins de fer P. L. M.** *Au départ de Paris, de Lyon et de Marseille, les voyageurs de 1re classe, de couchettes et de lits-salon, peuvent obtenir, en retenant leur place d'aller, qu'on réserve également leur place de retour.* — Cette location spéciale est mise à l'essai : à Paris, gare de Lyon et agence P. L. M., rue Saint-Lazare, 88 ; à Lyon, gare de Perrache et agence Bellecourt ; à Marseille, gare Saint-Charles et bureau P. L. M., 17 rue Grignan.

Les voyageurs acquittent d'avance les droits de locadion d'aller et de retour en déposant une demande qui devra indiquer l'adresse où leur sera envoyé ultérieurement le ticket de la place qui leur a été retenue par la gare de retour.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

trations de médecins, de géologues, et d'historiens, spécialisés dans l'étude des régions visitées. Leurs programmes ont été basés sur les demandes des voyageurs et aucune obligation étrangère à leurs buts n'y a été acceptée. Ils n'ont pas d'autre objet que l'instruction, le bien-être et la distraction des adhérents, et sont conçus dans leur intérêt autant que dans l'intérêt des stations visitées. Leurs itinéraires permettent de visiter commodément et sans fatigue, en outre des villes climatiques et thermales, les plus belles parties des Alpes, du Languedoc, des Cévennes, et des Pyrénées. On y voit tous les sites et les monuments historiques de ces régions célèbres, qui ont attiré si souvent l'attention des artistes, des littérateurs et des savants.

Voici les programmes de la saison d'été 1932 :

**Voyage dans les Alpes** du 26 juin au 6 juillet : Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. — Le monastère des Chartreux, Villars-de-Lans, le Vercors, Uriage, l'Oisans, le Lautaret, le Galibier. — La Maurienne, Allevard, Challes, le Mont-Revard, Aix-les-Bains, le lac du Bourget, Marlioz, Annecy et son lac, la Léchère, Moutiers-Salins et Brides. — La Tarentaise, le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille du Midi. — Les sanatoria d'Assy et de Passy, Thonon, Amphion, Evian, le lac Léman. — Une excursion facultative de cinq jours en Suisse, terminera le voyage.

**Voyage dans le Languedoc, les Cévennes et les Pyrénées** du 28 août au 12 septembre : Concentration à la Faculté de médecine de Montpellier (du Xe siècle). — Palavas et la Méditerranée. Les cités médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. La source Périer. — Nîmes et ses monuments romains : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison carrée, le pont du Gard. — Les Cévennes : l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou. — La cité de Carcassonne et la Montagne Noire, Usson-les-Bains. — Les Pyrénées : la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac, Saint-Bertrand-de-Comminges, Superbagnères et Luchon. — Lourdes, Barèges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, les Eaux-Bonnes, le Eaux-Chaudes. — La dissociation aura lieu à Pau. — Ce voyage sera divisé en trois parties, auxquelles on peut adhérer isolément : 1° de Montpellier à Carcassonne ; 2° de Carcassonne à Luchon ; 3° de Luchon à Pau.

Les voyages créés par les grands groupements médicaux du Midi de la France, sont destinés aux médecins et à leurs familles. Les étudiants en médecine y sont admis. Ces voyages n'ont pas seulement pour objet de faire connaître aux médecins, les richesses thermales et climatiques d'une région de la France, particulièrement bien douée à cet égard, mais aussi de resserrer les liens qui unissent les membres de la grande famille médicale et de leur fournir une occasion instructive et agréable, de se manifester leurs sympathies anciennes ou de s'en créer de nouvelles. Ils sont une manifestation de solidarité, de collaboration et d'affection mutuelle.

L'inscription est ouverte dès à présent. Les adhésions seront admises après examen et selon l'ordre des demandes. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français, italiens et suisses. Les séjours et les transports seront de la meilleure catégorie, c'est-à-dire très confortables et aussi luxueux que possible.

Pour les renseignements et les conditions d'admission, écrire au secrétariat des voyages médicaux du Midi de la France, à Nice, 24, rue Verdi, de novembre à mai, et à La Malou (Hérault) de juin à novembre.

## STATIONS THERMALES

Notre confrère Truelle (de Plombières) se fait un plaisir de nous annoncer le vote de la loi approuvant la convention entre l'Etat et la Cie des Thermes de Plombières et prévoyant la réalisation, dans les Etablissements thermaux, de travaux importants pour un montant de six millions de francs.

Du fait des transformations importantes prévues, une ère nouvelle s'ouvre pour Plombières. Désormais ses traitements thermaux, dont les vertus thérapeutiques sont si anciennement et si solidement établies, seront pris dans un cadre aussi élégant que confortable.

Ainsi s'accroîtront les attraits de ce coin si réputé où les malades, dans le climat tonique et vivifiant des Vosges, peuvent faire une cure d'air en même temps qu'une saison d'eaux.

D'où qu'on vienne à Plombières le regard est séduit. Toutes les routes qui y accèdent rivalisent de pittoresque : les unes en pente douce, comme celles d'Aillevillers et de Remiremont qui longent la délicieuse vallée de l'Eaugronne, se prêtant admirable à la cure de terrain, les autres plus escarpées comme celles d'Epinal ou des Feuillées, offrant aux yeux de ravissantes perspectives, des horizons toujours nouveaux.

C'est tout cela, c'est aussi la proximité de l'Alsace dans sa région montagneuse, qui contribuent à faire de Plombières un centre idéal de tourisme en même temps qu'une cité thermale des plus appréciées.

## JURISPRUDENCE

### Blessure par automobile ; admission de la victime dans une clinique. Exception d'accident du travail

*Tribunal civil de Belfort.*

19 *janvier* 1932.

(Archives du « Sou médical »).

*L'action d'un chirurgien en payement d'honoraires,*

*basée sur une convention conclue par lui et le chef d'entreprise, ou la victime d'un accident du travail, ou enfin un tiers responsable, rentre dans les termes du droit commun et est de la compétence des tribunaux de droit commun et non de ceux de la loi du 9 avril 1898.*

Attendu que par exploit de R., huissier, en date du 9 juillet 1931, enregistré, le demandeur, docteur B., a assigné le défendeur D. et les époux L. devant le tribunal de ce siège ; attend u que D. par exploit de G., huissier, en date du 17 octobre 1931 a appelé en garantie le sieur D. ;

Attendu qu'il résulte de la pièce de la procédure que le 5 avril 1930, D. fut victime au B.-de-C. (H.-S.), d'un accident causé par l'automobile de la dame L. ; que celle-ci conduisit D. à la clinique du Dr B., à B. ; que la dame L., ainsi qu'il ressort d'un sousseing privé signé par elle en date du 5 avril 1930, lequel sera enregistré en même temps que le présent jugement, déclara se porter garante des frais occasionnés par les soins à donner à D. « ajoutant que cet engagement « était indépendant de sa responsabilité ou de sa non-responsabilité dans l'accident » ; que D. se laissa ainsi soigner à la clinique du demandeur ; que les frais dus de ce chef à celui-ci s'élèvent à la somme de 6.291 fr. 60 ; que le Docteur B. réclame en conséquence condamnation solidaire au payement de cette somme contre D. et les époux L. ;

Que, d'autre part, les défendeurs excipent que l'accident survenu à D. a eu lieu alors que ce dernier travaillait pour le compte de l'entrepreneur D. son patron ; qu'il s'agit donc d'un accident de travail ; que c'est dans ces conditions que D. a appelé en cause son patron ; que, d'autre part, la dame L. demande acte de ce qu'elle renouvelle l'offre qu'elle a faite de payer au Dr B. les frais médicaux et pharmaceutiques dont était tenue la Compagnie d'assurances générales substituée au sieur D. son assuré et conclut à l'incompétence du tribunal civil en vue d'évaluer le montant de ces frais, celui-ci aux termes de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 ne pouvant être fixé que par le Juge de paix du canton où est survenu l'accident; que D. enfin demande acte de ce qu'il reconnaît son obligation en qualité de patron, et déclare être garanti de sa responsabilité patronale par la Compagnie d'assurances générales, laquelle a été exonérée du fait d'un jugement rendu à la date du 11 septembre 1930 par le tribunal correctionnel de L. condamnant la dame L. à rembourser à ladite Compagnie, les sommes avancées par elle par application de la loi du 9 avril 1898 ; que D. demande par suite, sa mise hors de cause ;

Attendu que la dame L. ayant conclu sur l'exception d'incompétence sans aborder le fond, il échet de statuer sur ce point seulement ;

Or, attendu que l'action d'un chirurgien en paiement d'honoraires basée sur une convention conclue par lui et le chef d'entreprise, la victime d'un accident du travail ou un tiers, rentre dans les termes du droit commun et ne peut s'exercer suivant la compé-

tence exceptionnelle de l'article 15 paragr. 4 de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que, dans ces conditions, si la victime ne peut, en choisissant elle-même son médecin, ou un tiers pour elle, imposer au chef d'entreprise, le payement de frais médicaux que jusqu'à concurrence du tarif fixé par arrêté ministériel en application de l'art. 4, paragr. 2 de la loi du 9 avril 1898, elle ou le tiers s'engageant vis-à-vis de l'homme de l'art auquel ils ont eu recours, au payement du surplus des honoraires que celui -ci lui réclame légitimement et le médecin a une action de droit commun non contre le patron, mais contre la victime elle-même ou contre le tiers qui s'est engagé personnellement vis-à-vis de lui (Cassation 2.2 . 1915. Dalloz 1917 1.1. Rouen, 6 juillet 1925. *Gazette du Palais*, 1925. 2.605) ;

Attendu que cet accord de droit commun peut être implicite ;

Attendu qu'en se laissant soigner pendant une longue période par le Dr B. et en acceptant les soins que lui a donnés ce praticien, D. s'est engagé vis-à-vie de celui-ci implicitement à lui payer les honoraires et les frais de clinique même excédant le tarif légal, qu'en effet, il est entré à la clinique du demandeur en dissimulant sa situation d'ouvrier accidenté du travail, persuadant ainsi au praticien qu'il était simplement victime dun accident d'automobile dont la dame L. auteur de l'accident se déclarait responsable et acceptait d'ores et déjà la responsabilité et ses conséquences pécuniaires ;

Attendu que, dans ces conditions, le Tribunal de ce siège est compétent pour juger du litige ; que c'est à bon droit que le Dr B. a intenté la présente action aux fins de condamnation solidaire contre D. et la dame L. ;

Attendu qu'il convient de joindre les deux instances au principal et en garantie figurant au rôle général de l'année courante sous les nº 38 et 68.

Par ces motifs,

Le tribunal après en avoir délibéré conformément à la loi, statuant publiquement en premier ressort et en matière sommaire, donne acte à la dame L. de ce qu'elle renouvelle l'offre qu'elle a faite de payer au Dr B., les frais médicaux et pharmaceutiques dont était tenue la Compagnie d'assurances générales substituée au sieur D. son assuré,

Donne acte à D. de ce qu'il reconnaît son obligation en qualité de patron et déclare être garanti des conséquences de sa responsabilité patronale par la Compagnie générale d'assurances laquelle a été exonérée du fait d'un jugement rendu à la date du 11 septembre 1930 par le tribunal correctionnel de L. condamnant la dame L. à rembourser à la dite compagnie les sommes avancées par elle en application de la loi du 9 avril 1898 ;

Ordonne la jonction des deux instances au principal et en garantie figurant au rôle général de l'année 1932 sous les numéros 38 et 68 ;

Se déclare compétent, ordonne aux parties de plaider au fond à l'audience du mardi 2 février 1932 ;

Condamne les défendeurs époux L. et D., aux dépens.

**Commentaires**

Voilà un jugement, qui prouve quelle peut être l'utilité de la Ligue médicale de Défense individuelle (Sou médical), en comparaison avec les Compagnies d'assurances contre la responsabilité professionnelle.

Alors que ces dernières n'auraient pas pu intervenir en faveur du Dr B., puisque sa responsabilité n'est pas mise en cause, notre Ligue médicale, au contraire, a assumé la charge des intérêts de notre adhérent, et lui a permis, en réglant les honoraires de l'avoué et de l'avocat, de faire valoir ses légitimes revendications.

Un automobiliste blesse un individu sur la route, le transporte chez un médecin, dans sa clinique, déclare, par écrit, reconnaître la responsabilité des honoraires et frais. Plus tard, lorsqu'il s'agit de régler le total des frais, pour soins donnés, on essaye d'attirer le médecin dans le maquis de la procédure, pour le décourager et lui faire accepter des honoraires réduits.

Alors que personne n'en avait soufflé mot, au moment de l'admission dans la clinique, on déclare que l'ouvrier a été blessé pendant son travail, par l'automobiliste. Par conséquent, l'adversaire du médecin soutient que c'est la loi de 1898 qui est applicable, non seulement pour le « tout compris », mais encore pour ne pas payer les honoraires personnels du chirurgien.

Ce dernier ne veut rien savoir et, considérant qu'il a été mis en œuvre par l'automobiliste, il le poursuit devant le tribunal civil de droit commun.

Et les défendeurs de soulever l'incompétence de ce tribunal, sous prétexte que, s'agissant d'un accident du travail, c'est le juge de paix du lieu où s'est produit l'accident, qui est seul compétent.

L'appui pécuniaire du « Sou médical » a permis à notre confrère d'accepter la lutte et de gagner son procès. Si les adversaires font appel, nous les suivrons dans l'intérêt de notre adhérent.

Cependant, l'article 7 de la loi du 9 avril 1898, ainsi que la jurisprudence de la Cour de Cassation déterminent la responsabilité du tiers auteur de l'accident par rapport au patron responsable de la blessure du travail : la victime ou ses représentants conservent contre les auteurs de l'accident, autres que le patron, ou ses employés et préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun. L'indemnité qui leur sera accordée exonérera le chef d'entreprise des obligations mises à sa charge par la loi de 1898.

Même, cette action contre les auteurs de l'accident pourra être exercée par le chef d'entre-

prise, lui-même, à ses risques et périls, pour se faire rembourser ce qu'il a dû débourser, en prenant les lieu et place de la victime ou de ses ayants droit, si ceux-ci négligent de faire usage de leurs droits.

Le jugement rendu par le tribunal de B... est donc conforme à la doctrine et à la jurisprudence.

Dr Paul Boudin.

# CORRESPONDANCE

## Assurances sociales

### 1961. — Enfants assurés sociaux indigents. Inscription sur la liste spéciale

Pourriez-vous me renseigner sur les cas suivants, qui se trouvent posés dans ma clientèle, clientèle de campagne où le médecin est consulté sur tout.

1° Une mère de famille, 6 enfants en bas âge (moins de 13 ans) mariée à un marin du commerce fait des ménages et s'est inscrite depuis au moins un an aux A. S. Elle vient d'avoir deux enfants malades. La mairie lui refuse tout bon gratuit (assistance aux assurés sociaux indigents) et même la feuille de maladie ordinaire d' assurance sociale sous prétexte qu'elle seule peut bénéficier de ses versements aux assurances sociales et que pour que ses enfants en bénéficient il faudrait que ce soit le mari qui soit inscrit. Or, c'est impossible puisqu'il est inscrit maritime.

2° Une fille-mère de 18 ans vient d'être accouchée par moi au forceps. Elle travaille comme bonne dans une ferme mais n'est pas inscrite aux assurances sociales (la loi pénètre très lentement dans la culture). La mairie lui refuse les feuilles d'assistance médicale ordinaire, qu'une autre commune vient d'accorder pour un cas identique.

Les deux communes envisagées sont celles qui dans la région ont de tout temps été les plus dures à la détente pour l'A. M. G.

Dr D.

**Réponse**

1° L'assurée du sexe féminin, comme l'assuré du sexe masculin, ouvre à ses enfants à charge non salariés, âgés de moins de 16 ans, le droit aux prestations de l'assurance-maladie.

Mais, comme il s'agit, en l'espèce, d'indigents, il faudrait qu'ils soient inscrits sur la liste spéciale instituée par l'article 59 de la loi sur les assurances sociales. Il appartient aux parents de demander cette inscription et, si elles est refusée, de saisir la Commission cantonale instituée par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1893. La réclamation en inscription peut être faite, par tout habitant ou contribuable de la commune, pendant

un délai de vingt jours à compter du dépôt de la liste des assistés au secrétariat de la mairie.

2° De même, pour la bonne qui n'a pas été inscrite sur la liste des assistés, une réclamation peut être faite de la même manière et dans le même délai.

### 1934. — Assurance-maladie et assurance-maternité

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire savoir si une assurée sociale ayant touché des prestations pendant six mois consécutifs pour tuberculose et se trouvant en état de grossesse à l'expiration de cette période, peut bénéficier de l'assurance-maternité au cours de sa grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement.

Dr G.

**Réponse**

L'assurance-maladie et l'assurance-maternité sont deux branches tout à fait distinctes de l'assurance sociale et la limitation des prestations de l'une de ces deux branches ne peut s'appliquer à l'autre.

Par suite, une assurée sociale qui a été soignée au compte de la Caisse pendant six mois consécutifs pour tuberculose a certainement droit aux prestations de l'assurance-maternité, si elle remplit les conditions fixées par la loi, c'est-à-dire si elle a cotisé 60 jours durant les trois mois antérieurs à la constatation médicale de la grossesse ou 240 jours pendant les 12 mois antérieurs à cette date, les journées de maladie indemnisées au compte de l'assurance-maladie étant décomptées comme journées de cotisations.

### 2083. — Les interventions obstétricales dans les assurances sociales

Médecin contrôleur de la Caisse départementale des assurances sociales, j'ai recours encore une fois à votre précieuse documentation, et je vous serais très obligé de me renseigner sur les questions suivantes, concernant les interventions obstétricales dans les assurances sociales.

1° Une Caisse primaire doit rembourser un avortement thérapeutique. Cependant, étant donné que l'avortement thérapeutique, qui n'est pas reconnu par la loi française, est soumis à une réglementation déontologique sévère (rédaction d'une consultation avec un autre confrère, déclaration au commissaire de police), la Caisse a le devoir de s'entourer de garanties sérieuses pour ne pas rembourser une intervention illégale.

Est-elle en droit de réclamer un exemplaire de la consultation écrite ? Si la famille ou le médecin refuse de communiquer cette consultation en raison du secret professionnel, ou bien parce qu'elle n'a pas été rédigée, la Caisse peut-elle rembourser sans garan-

ties, une intervention, qui n'est pas reconnue par la loi ?

2° La Caisse-maladie peut-elle rembourser un avortement thérapeutique, pratiqué avant le 3e mois de la grossesse ?

3° Une réponse ministérielle au sénateur Veillard, publiée à l'*Officiel* du 29 janvier 1932, indique que lorsque la sage-femme fait appel à un médecin pour une intervention de pratique médicale courante (forceps, etc.), la Caisse rembourse les honoraires globalement avec une majoration de 50 %.

Dans l'ancienne nomenclature du tarif de réassurance, il était permis à une Caisse de rembourser une application de forceps suivant l'acte isolé, ou suivant le prix global, en se basant sur les soins consécutifs (sondages, visites, etc.).

Lorsque la Caisse accorde une majoration de 50 % pour une application de forceps, faut-il entendre que cette majoration comporte les soins consécutifs pendant vingt jours, ou bien qu'elle représente le remboursement d'un acte isolé ?

4° Dans la même réponse ministérielle, on lit : que les honoraires des deux praticiens (sage-femme et médecin) sont remboursés :

Soit globalement, lorsqu'il s'agit d'une intervention de pratique médicale courante ;

Soit séparément lorsqu'il s'agit d'un acte de spécialistes (césarienne, etc.).

Lorsque les honoraires seront remboursés globalement, il est fort probable que la même Caisse, la Caisse-maternité prendra à sa charge le remboursement de l'accouchement et celui du forceps par exemple.

Cette interprétation est-elle exacte ? En effet, le Dr Boudin dans un article du *Concours Médical* (n° 18, 3 mai 1931), a soutenu au contraire que la Caisse-maternité ne devait rembourser que l'accouchement normal, et non pas les interventions telles que forceps.

Dr G.

**Réponse**

L'avortement thérapeutique est un acte médical parfaitement légal, qui figure sous cette rubrique à la catégorie 7 de la première nomenclature de la Confédération, avec le coefficient 10 pour l'acte isolé et 20 pour le prix global, applicable de préférence en l'espèce. Cette intervention étant de pratique médicale courante a dû être intégrée dans les tarifs syndicaux minimums annexés aux conventions Syndicat-Caisse.

Il est indiqué, selon les accoucheurs, et notamment Pinard, quand une maladie produite ou aggravée par la grossesse menace la vie de la femme.

On recommande en effet aux praticiens de ne pas entreprendre cette intervention sans s'être couverts par une consultation avec un confrère, après avoir rédigé, en commun, une consultation, écrite en deux exemplaires, dont un est remis à la

patiente et l'autre conservé par le médecin traitant. Mais ces formalités n'ont rien d'obligatoire : c'est une bonne précaution. Quant à prévenir le commissaire de police, c'est absolument inutile, et même c'est une violation du secret professionnel.

Les renseignements qui précèdent ont été en partie recueillis par moi dans la *Pratique médico-chirurgicale*, 3e édition, tome I.

Donc, quand il s'agit d'une assurée sociale, la Caisse est dans l'obligation de lui rembourser sa part de responsabilité. Toutefois, elle a le droit de procéder à un contrôle exercé par son médecin propre, conformément au § 1er de l'article 9 du décret du 30 juin 1930, ou de faire exercer le contrôle technique du Syndicat professionnel, comme il est prévu à l'article 10 du même décret. Mais elle ne peut exiger du médecin traitant qu'il communique la consultation qu'il aurait rédigée éventuellement avec un consultant.

Le remboursement doit être effectué, quelle que soit la date où l'intervention a été pratiquée au cours de la grossesse.

La réponse ministérielle qui fait état d'un passage de la circulaire du 21 mars 1931, concernant la modalité du remboursement par les Caisses de leur part de responsabilité dans les prestations fournies en nature, est illégale. Les mesures envisagées lèsent les intérêts des assurées. Lorsqu'il y a convention entre la Caisse et le Syndicat professionnel, les actes de pratique médicale courante doivent être tarifés selon un coefficient *commun* au tarif syndical et au tarif de responsabilité de la Caisse, qui multiplie le chiffre-clé adopté par la Caisse.

La Caisse ne peut substituer un règlement forfaitaire au règlement légal, qui s'appuie sur la nomenclature adoptée d'un commun accord, aussi bien que sur les tarifs syndicaux. L'avortement thérapeutique étant placé sous le coefficient 20, pour le prix global de l'intervention, si le chiffre-clé de la Caisse est de 12 francs, sa part de responsabilité à rembourser à l'assurée est de 12 × 20 = 240 francs, moins 20 %, soit 48 francs. Total : 192 francs.

La feuille assurance maternité ne concerne que l'accouchement normal. Dès qu'il est anormal, et réclame l'intervention d'un médecin, la feuille assurance-maladie doit être employée, si c'est le médecin qui a procédé à la totalité de l'accouchement. S'il est intervenu sur appel d'une sage-femme, la sage-femme utilise pour son compte, la feuille assurance-maternité, tandis que le médecin utilise la feuille maladie, où il inscrit ses prestations sous la rubrique C multiplié par le coefficient, C étant le chiffre clé de la pratique médicale courante.

Lisez d'ailleurs mon article du *Concours Médical* du no 13, 27 mars 1932, page 1009, où tout cela est exposé en détails.

Dr DUCHESNE.

**2097. — Signature de la feuille de maladie**

Je me permets de vous écrire pour vous demander un renseignement au sujet des Assurances sociales.

Il s'agit du cas des malades dont la durée de la maladie est de six mois (terme maximum actuellement .

N'y a-t-il pas eu une circulaire ministérielle depuis quelques mois, à ce sujet ? Je crois l'avoir lue dans un des numéros du *Médecin de France.*

Malheureusement je ne l'ai pas conservée. Il y était dit que le médecin traitant après avoir fixé la durée probable de la maladie, n'avait plus à signer la feuille de maladie tous les quinze jours, la Caisse délivrant seulement une feuille tous les quinze jours.

En effet, s'il faut que le médecin signe tous les quinze jours la feuille de maladie, cela est très embêtant pour lui et onéreux pour le malade.

Prenez le cas d'une malade atteinte de mal de Pott et de plus indigente. Le médecin ne peut aller lui rendre visite tous les quinze jours, puisqu'il s'agit d'une maladie de longue durée.

Et, d'autre part, les caisses veulent des feuilles signées tous les quinze jours.

Qui faut-il croire ?

Si vous pouviez retrouver la circulaire à ce sujet, vous me rendriez un grand service.

Dr B.

**Réponse**

Renseignements pris aux sources les plus autorisées, il n'existe jusqu'à ce jour aucune circulaire ministérielle relative au cas que vous nous soumettez.

D'ailleurs, aucun texte légal ni réglementaire ne fait obligation au médecin traitant de signer tous les quinze jours la feuille de maladie s'il estime devoir faire ses visites à des intervalles plus espacés.

Peut-être dans le cas particulier que vous nous signalez, le règlement intérieur d'une Caisse impose-t-il cette obligation à ses assurés et dans ce cas, ils doivent s'y conformer pour obtenir le remboursement des frais médicaux dans les limites légales.

## Questions médico-militaires

### 188. — Intervention du médecin auprès du Conseil de revision

Pourriez-vous m'indiquer quelles sont les démarches à effectuer de ma part pour attirer l'attention du Conseil de révision sur un de mes petits clients tuberculeux, dont la lésion est actuellement bien stabilisée et que je craindrais de voir passer inaperçue.

Dr F.

**Réponse**

Une Commission médicale, composée de trois médecins militaires, dont au moins un de réserve, est chargée avant la réunion publique, et *le même jour*, d'examiner les jeunes gens *qui en font la de-*

*mande.* A cette commission peuvent être remis directement *par les intéressés* les certificats médicaux utiles.

Votre client peut donc, dès maintenant, remettre au maire de sa commune, une demande de visite médicale avant le Conseil. Il se trouvera sur place avant le Conseil, et renouvellerait au besoin cette demande, s'il n'avait pas été appelé.

Vous rédigerez, d'autre part, tout certificat médical que vous jugerez utile, et celui-ci sera remis directement par l'intéressé à la commission médicale.

---

### 284. — Périodes d'instruction. Questions diverses

A titre d'abonné au *Concours médical* et au « Sou médical », voudriez-vous me faire savoir si mon directeur du Service de santé peut m'obliger à effectuer une période militaire avant que je ne sois dégagé de toute obligation militaire.

Je suis réformé de la classe 1906. Pris bon service armé en décembre 1914, j'ai fait campagne zone des armées, depuis décembre 1915 jusqu'au 26 avril 1919, sans aucune interruption. Je suis actuellement de la 2e réserve. Médecin lieutenant à titre définitif depuis le 31 octobre 1917. Démobilisé avec ce grade le 26 avril 1919. Depuis cette date, je n'ai fait aucune période militaire.

Aujourd'hui, mon directeur du Service de santé m'écrit : « Vous réunissez les conditions pour être proposé pour le grade supérieur sans avoir à accomplir une période d'instruction militaire. Toutefois ..... les inscriptions au tableau ne seront faites que dans une assez faible proportion parmi ceux qui n'ont accompli aucune période depuis leur démobilisation. Dans ces conditions, j'ai l'honneur de vous demander si vous accepteriez d'être convoqué cette année (pour 15 jours). »

1° Si je refuse, est-ce que je ne cours pas le risque d'être astreint obligatoirement à une période l'année prochaine ?

2° Quelle sera l'année prochaine la durée de cette période ?

3° Est-ce que pour faire une période d'instruction militaire, mon uniforme bleu horizon est toujours réglementaire ?

4° De quelle façon puis-je éviter de faire une période d'instruction, tout en conservant mon grade actuel ?

5° Quelle est la solde quotidienne des médecins lieutenants de réserve pendant ces périodes ?

6° Est-ce que leur trajet remboursable peut se faire, *ad libitum*, en chemin de fer ou en automobile ?

7° Si je deviens médecin capitaine de réserve, à quel âge serai-je alors dégagé de toute obligation militaire dans ce grade ?

Dr N.

**Réponse**

1° Il ne ressort pas de la lettre du Directeur du Service de Santé qu'il ait l'intention de vous

obliger à effectuer une période d'instruction ; il vous demande seulement d'effectuer pareille période pour lui faciliter, en votre faveur, une proposition à l'avancement.

2° L'année prochaine, cette période serait vraisemblablement aussi d'une durée de 15 jours.

3° La tenue bleu-horizon est toujours réglementaire.

4° Vous pourriez vous faire ajourner un an pour raison de clientèle, par exemple.

5° La solde est calculée pour un lieutenant sur 19.493 francs par an, environ 50 francs par jour.

6° Le trajet est remboursé en chemin de fer.

7° Vous serez libéré dans 4 ans, ou, si vous êtes capitaine et avez demandé à être maintenu dans les cadres, après votre classe, à l'âge de 58 ans.

**247. — Libération du service militaire. Légion d'honneur**

Une fois de plus j'ai recours à votre obligeance pour me renseigner sur ma situation militaire : je suis né en 1885, mais par engagement, j'appartiens à la classe 1902 ; je suis médecin lieutenant depuis 1917 à titre définitif. Je pensais être libéré du service le 15 octobre dernier ; n'ayant rien reçu de la direction, j'ai réclamé en demandant pourquoi j'étais maintenu en activité et dans l'affirmative, pourquoi je n'étais pas, comme les trois années précédentes, proposé pour la Légion d'honneur. Je reçois la réponse ci-jointe qui me paraît bizarre et vous serais très obligé de me donner votre avis, d'abord au sujet de ma date de libération de tout service, puis au sujet de la croix pour laquelle aucun état de service ne m'a été envoyé en communication cette année ; j'ai donc la conviction qu'aucune proposition n'a été faite malgré les dires du médecin chef. Remarquez qu'étant bien décidé à ne faire intervenir aucun piston dans cette affaire, j'ai la certitude de n'être jamais inscrit, mais je n'aime pas qu'on se paie ma tête ! ! Dr Y.

*Lettre du Directeur du Service de santé.*

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre.

Il vous sera demandé, au cours de l'année, si vous désirez être maintenu dans les cadres ou rayé des cadres.

Vous êtes toujours mobilisable et par conséquent, proposé chaque année pour chevalier de la Légion d'honneur.

**Réponse**

La Direction du Service de santé est dans l'erreur, car elle ignore votre situation d'engagé volontaire (classe 1902).

Dans l'intérêt de votre Légion d'honneur, laissez-la dans son erreur, et réclamez aussitôt (quoiqu'il soit un peu tard) d'émarger votre état de proposition. Dites-lui, à ce propos, qu'il doit y avoir eu omission, puisque, dit-elle, dans sa lettre, vous êtes encore, comme chaque année, proposé pour la Légion d'honneur.

Cinquante-quatrième année — N° 17 *bis* — 27 Avril 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



## SOMMAIRE

**Demi-Colonnes**



## SERVICE de PROPAGANDE
## « du CONCOURS »

**Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical* afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.**

### Envois de Fonds.

**Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :**

*Concours médical*, **Paris, 167-95.**
*Sou Médical*, **Paris, 182-31.**
*Mutualité Familiale*, **Paris, 182-32.**

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN

### PAR LA LIGUE MÉDICALE

### (Sou Médical)

---

Comme le mouvement se démontre en marchant, notre Ligue médicale de défense individuelle prouve son activité en énonçant le nombre d'affaires dont elle a eu à s'occuper dans un temps donné. Elle prouve, en même temps, la qualité de son action, en faisant connaître les résultats qu'elle a obtenus.

C'est ainsi que, au cours du premier trimestre de la présente année, elle a terminé 126 affaires de la façon suivante :

Sept d'entre elles ont abouti à un échec : c'est un pourcentage insignifiant de 5,5 % d'insuccès.

Une affaire de responsabilité professionnelle s'est terminée, à l'instigation des experts, par une transaction dont le coût s'est élevé à 5.936 francs.

Vingt-neuf affaires n'ont pas eu de suites : il a le plus souvent suffi que l'adversaire du confrère en cause sache que celui-ci était soutenu par nous pour qu'il abandonne ses poursuites.

Une affaire a été réglée par un arbitrage.

Soixante-neuf affaires ont reçu des solutions favorables aux intérêts de nos sociétaires, sans qu'il ait été besoin d'aller devant le juge.

Enfin, dix-neuf d'entre elles représentent autant de gains devant diverses juridictions : deux procès ont été gagnés en appel ; deux devant le Tribunal civil ; un devant le Tribunal de Commerce ; neuf en justice de paix ; un en référé ; un devant la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre ; trois non-lieu ont été prononcés en matière pénale.

L'objet de chacune de ces affaires a été, seize fois la responsabilité du médecin ; cinquante-deux fois le recouvrement d'honoraires contestés, discutés, reniés..... Remarquez que cette matière apparaît, dans cette statistique instructive, plus de trois fois plus souvent que la responsabilité professionnelle. Pourquoi Eh ! réponse facile..... La responsabilité professionnelle est garantie par toutes les Compagnies d'assurances. Aucune d'entre elles ne s'occupe de faire rendre justice au médecin quand ses clients refusent de le payer, arguant de la mauvaise qualité de ses soins, de leur inutilité, réclament même des dommages-intérêts. Le « Sou médical », seul, s'y intéresse. De même qu'il est le seul à intervenir dans les affaires de loyers professionnels, de diffamation, de contestations fiscales.....

Aussi, ses effectifs vont-ils grossissant de semaine en semaine. Augmentation pourtant trop lente. Je ne saurais assez le répéter : la puissance est fonction du nombre. Venez donc vous join-

dre à nous, ô hésitants qui atermoyez devant le geste à faire, pour envoyer à notre trésorier votre bulletin d'adhésion et la cotisation de cent francs, valable pour l'année en cours. Vous ne le regretterez pas. Dr G. DUCHESNE.

## LES CROISIÈRES MÉDICALES FRANCO-BELGES

(*Bruxelles Médical-Concours Médical*)

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre numéro du 3 avril, nos croisières, à partir de 1933, prendront cette nouvelle dénomination, issue de l'union de nos efforts futurs avec notre grand confrère belge. N'oubliant pas que nous devons, avant tout, compter sur la collaboration des médecins ; nous tiendrons, comme par le passé, à suivre leurs suggestions. Suivant les directives, émanant de milliers de lettres provenant de quinze pays, le programme de 1933, comporte l'étude de trois projets : pour l'hiver, un circuit Marocain *exclusivement médical* à nombre réduit de participants et comprenant la visite de régions du Moghreb inaccessibles jusqu'ici aux touristes ; pour la période de Pâques, l'Adriatique, la côte dalmate, l'Albanie, l'ancien Monténégro, la Crète ; pour l'été, une nouvelle croisière nordique d'un itinéraire différent de celle du « Foucauld » de l'an dernier, et qui comprendra vraisemblablement l'Irlande et l'Islande. Ces voyages prendront les numéros d'ordre XVII, XVIII et XIX, continuant ainsi une tradition solidement établie. Ils continueront à être « à bureaux fermés », à l'exclusion absolue des agences et intermédiaires, pour leur conserver le caractère d'œuvre professionnelle, faute de quoi ils perdraient leur raison d'être.

Nous tenons essentiellement, en effet, à ce que nos Croisières soient réellement *médicales*. Et nous nous hâtons d'ajouter, et nous voulons couper court ainsi à certains bruits tendancieux dont l'origine est facile à discerner, que ni *Bruxelles médical*, ni le *Concours médical* n'ont jamais eu d'intérêt financier dans leur réalisation : le seul profit qu'ils en attendent et qui répond à leurs ambitions est pur de toute préoccupation matérielle.

## Budget général de l'Exercice 1932

(*Loi du* 31 *mars* 1932).

### Dispositions susceptibles d'intéresser les médecins.

*Réclamations en matière de contributions directes.*

Art. 4. — L'article 10 de la loi du 27 décembre 1927 est ainsi complété :

« Ces réclamations pourront être rédigées sur papier libre » (1).

(1) Il s'agit des réclamations adressées au directeur des contributions directes.

Le deuxième alinéa de l'article 3 de la loi du 31 mars 1931 est remplacé par la disposition suivante :

« Il devra alors faire parvenir, dans le délai susindiqué, au greffe départemental du conseil de préfecture, une demande sur papier timbré, accompagnée de l'avis de notification de la décision du directeur, dont il lui sera délivré récépissé. »

Est abrogé le dernier alinéa de l'article 28 de la loi du 21 avril 1832, modifié par l'article 17 de la loi du 13 juillet 1903.

*Impôts sur les revenus.*

Art. 8. — L'article 66 des lois codifiées relatives aux impôts cédulaires et à l'impôt général sur le revenu (décret du 15 octobre 1926) est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les contribuables qui disposent à la fois de revenus provenant de traitements publics et privés, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères et de bénéfices de professions non commerciales, autres que les bénéfices des charges et offices, sont cotisés pour l'ensemble de ces revenus, déterminés suivant le mode propre à chaque catégorie, d'après les règles applicables à l'impôt sur les traitements et salaires, pensions et rentes viagères.

« Le total imposable sera ensuite fractionné proportionnellement au montant des revenus de chaque catégorie et chaque fraction sera taxée d'après le taux spécial à sa cédule. »

Art. 9. — Les articles 70 et 97 des lois codifiées relatives aux impôts cédulaires et à l'impôt général sur le revenu (décret du 15 octobre 1926) sont modifiés comme suit :

« *Art.* 70. — Les omissions totales ou partielles constatées dans l'assiette de l'un quelconque des impôts visés aux titres Ier à IV ci-dessus peuvent être réparées jusqu'à l'expiration de la troisième année suivant celle au cours de laquelle l'imposition aurait dû être établie.

« *Art.* 97. — Lorsqu'une insuffisance du revenu déclaré est constatée par l'administration après l'établissement du rôle, la cotisation correspondant à cette insuffisance peut être réclamée au contribuable soit dans l'année même, soit au cours des trois années suivantes.

« Cette disposition aura effet à dater du 1er janvier 1932. »

Art. 12. — L'article 60 des lois codifiées relatives aux impôts cédulaires et à l'impôt général sur le revenu (décret du 15 octobre 1926) est complété comme suit :

« La commission comprend, en outre :

« Un membre de la chambre de commerce du chef-lieu du département désigné, ainsi que son suppléant, par cette chambre de commerce ;

« Un agent des contributions indirectes et un agent de l'enregistrement, ayant au moins le grade d'inspecteur et désignés par leur chef de service. »

Art. 17. — Le premier alinéa de l'article 59 de la loi du 13 juillet 1925 est modifié ainsi qu'il suit :

« L'expertise est ordonnée dans le mois de la demande et il y est procédé par un seul expert, qui est nommé par le tribunal statuant en chambre du conseil. Toutefois, si le contribuable ou l'administration le requiert, l'expertise pourra être confiée à trois experts. »

Art. 20. — L'impôt sur le revenu des capitaux mobiliers est applicable aux jetons de présence payés aux actionnaires à l'occasion des assemblées générales.

*Taxes postales.*

Art. 57. — Dans le régime intérieur, ainsi que dans les relations franco-coloniales et intercoloniales, les taxes des échantillons sont modifiées comme suit :

Jusqu'à 50 grammes, 20 centimes.

De 50 à 100 grammes, 30 centimes.

Au-dessus de 100 grammes : augmentation de 20 centimes par 100 grammes ou fraction de 100 grammes.

Art. 59. — Les retraits opérés sur les comptes courants postaux au moyen de chèques nominatifs émis par les titulaires à leur profit donnent lieu à la perception d'une taxe proportionnelle fixée à 20 centimes par 1.000 fr. ou fraction de 1,000 fr. avec minimum de perception de 1 fr.

Art. 60. — Le taux applicable aux versements sur les comptes courants postaux et aux virements postaux est majoré de 25 centimes lorsque les coupons ou avis de crédit des formules employées pour les opérations comportent une correspondance de l'expéditeur au bénéficiaire.

Art. 61. — Les versements sur les comptes courants postaux sont soumis au payement par la partie versante d'un droit fixe de 75 centimes représenté sur la formule de versement au moyen d'un timbre-poste.

Art. 62. — Les virements d'office du service des chèques postaux sont passibles d'une taxe fixe de 1 fr. qui est prélevée sur le compte débité.

*Classification des emplois de l'Etat.*

Art. 75. — La classification actuelle des emplois entre emplois sédentaires et emplois actifs est supprimée. Les emplois seront divisés en services de la catégorie A et services de la catégorie B. Les règlements d'administration publique établiront la nomenclature des emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles qui seront rangés dans les services de la catégorie B et qui donneront lieu aux avantages actuellement réservés aux services actifs.

Les fonctionnaires et employés civils passant des services actifs à la catégorie A conserveront le bénéfice des services de la catégorie B pour les années de service qu'ils ont déjà fournies dans les servics actifs.

*Gratuité de l'enseignement secondaire.*

Art. 113. — Par extension des articles 157 de la

loi de finances du 16 avril 1930 et 91 de la loi de finances du 31 mars 1931, instituant la gratuité de l'externat dans les classes de sixième et de cinquième de tous les établissements d'enseignement secondaire de l'Etat, les rétributions scolaires de l'externat simple cesseront d'être perçues, à dater du 1er octobre 1932, pour les élèves des classes de quatrième des mêmes établissements.

Sont abrogées, les dispositions de l'article 238 de la loi du 13 juillet 1925 en ce qu'elles ont de contraire au présent article.

*Dotation des chaires d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.*

Art. 115. — Le dernier alinéa de l'article 139 de la loi de finances du 30 décembre 1928 est modifié comme suit :

« Le prélèvement destiné à assurer le fonctionnement des chaires d'hydrologie thérapeutique et de climatologie aux facultés de médecine des universités de France est fixé à 800.000 fr. »

*Laboratoire des travaux chimiques.*

Art. 126. — Est rattaché au ministère de la santé publique le laboratoire des travaux chimiques de l'académie de médecine, dépendant antérieurement du ministère de l'instruction publique.

*Retraite du combattant.*

Art. 114. — Le mot « allocation » qui figure dans les articles 197 à 199 de la loi de finances du 16 avril 1930 est remplacé par le mot « retraité » sans qu'il puisse en résulter aucune obligation nouvelle pour le Trésor.

La retraite visée au paragraphe précédent ne pourra en aucun cas ouvrir aux titulaires des droits à des avantages nouveaux et notamment donner lieu à réversibilité au profit de ses ayants cause.

*Allocations aux invalides de guerre.*

Art. 145. — A compter du 1er juillet 1932, il est institué une allocation aux grands invalides portant le no 4 *bis*. Cette allocation est attribuée aux grands invalides non bénéficiaires des articles 10 ou 12 de la loi du 31 mars 1919, titulaires d'une pension de 95 p. 100 ou de 100 p. 100 pour plusieurs infirmités dont la plus grave entraîne une invalidité au moins égale à 85 p. 100.

Le taux en est fixé ainsi qu'il suit, en fonction de la somme arithmétique des pourcentages d'invalidité attribuables aux infirmités dont l'intéressé est atteint et qui lui ouvrent droit à pension et sans qu'il soit fait application des dispositions prévues par le dernier alinéa de l'article 11 de la loi du 31 mars 1919 :

1o Si la somme des pourcentages d'invalidité atteint 400 p. 100 et plus, 4.000 francs ;

2o Si la somme des pourcentages d'invalidité est comprise entre 300 et 295 p. 100, 3.000 fr. ;

3o Si la somme des pourcentages d'invalidité est comprise entre 200 et 395 p. 100, 2.000 fr. ;

4° Si la somme des pourcentages d'invalidité est comprise entre 150 et 195 p. 100, 1.000 fr. ;

5° Si la somme des pourcentages d'invalidité est comprise entre 105 et 145 p. 100, 500 fr. ;

L'allocation n° 4 *bis* se cumule avec les allocations n^os^ 3 et 4 ; elle ne se cumule pas avec l'allocation n° 7. Les amputés ayant droit simultanément aux allocations n° 4 *bis* et 7 pourront opter pour la plus avantageuse.

Art. 146. — A compter du 1er juillet 1932, le taux de l'allocation n° 5 *bis* est porté à 16.000 fr., pour les catégories ci-après de pensionnés des lois des 31 mars 1919 et 24 juin 1919, bénéficiaires de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 :

1° Aveugles ;
2° Amputés de deux ou de plus de deux membres ;
3° Paraplégiques.

Art. 147. — A compter du 1er juillet 1932, il est créé une allocation aux grands invalides portant le n° 7 et attribuée aux amputés d'un membre et dont les taux sont fixés ainsi qu'il suit :

Amputés du membre supérieur :
Poignet 200 fr. fr.
Avant-bras, 300
Coude, 400 fr.
Bras, 600 fr.
Sous-tubérositaire, 800 fr.
Désarticulation de l'épaule, 1.000 fr.
Amputés du membre inférieur :
Tibio-tarsienne, 100 fr.
Jambe, 200 fr.
Genou, 400 fr.
Cuisse, 600 fr.
Sous-trochantérienne, 800 fr.
Désarticulation de la hanche, 1.000 fr.

L'allocation n° 7 est cumulable avec les autres allocations spéciales aux grands invalides.

# CORRESPONDANCE

## Accidents du travail

### 2227. — Rechute après aggravation

Je viens de lire page 1108-L-XVI du n° 19 du 3 avril 1932 du *Concours médical*, une réponse concernant un accident du travail. Or, dans cette réponse vous faites allusion à une jurisprudence qui donnait droit à un blessé à une indemnité et à une rente en cas où les suites de l'accident n'étaient pas terminées après l'établissement du bulletin de guérison. Je vous serais très obligé si vous pouviez me fournir plus de détails sur ce jugement. J'ai un cas analogue et je pense qu'en citant un cas de procédure le blessé pourrait faire valoir ses droits.

Dr G.

*Voir la suite page XXXIX-1373*

# PROPOS DU JOUR

## La fin de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris. Elite ou Caste.

Nous venons de recevoir le dernier *Bulletin* de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris. Il contient le compte rendu de l'Assemblée générale du 19 février 1932 où, sous la présidence de M. Delaunay, a été votée à l'unanimité la dissolution de cette Société.

Le secrétaire général, le Dr Jayle, fondateur de la Société, y a lu un très intéressant aperçu historique de ce groupement, dont la vie relativement courte, car il ne survécu que virtuellement à la guerre, ne manqua pas d'activité, ni de noblesse.

Les anciens internes des hôpitaux de Paris déploraient les difficultés qu'ils rencontraient à faire connaître leurs travaux et à soumettre leurs idées à la critique de leurs pairs dans les groupements scientifiques réputés. L'Académie de médecine, la Société de chirurgie, la Société médicale des hôpitaux étaient des milieux très fermés et la plupart des autres Sociétés médicales étaient alors ou très spécialisées ou peu fréquentées par les médecins qui consacraient leur temps à des recherches scientifiques.

Le Dr Jayle prit le 22 octobre 1903, l'initiative de réunir quelques anciens internes des hôpitaux de Paris et de constituer un Comité pour créer une Société de l'Internat. Une opposition assez vive se manifesta contre cette nouvelle création, car il existait déjà une Association amicale de l'Internat, surtout œuvre de bienfaisance, et d'aucuns craignaient que la Société projetée gênât son recrutement.

Le Dr Jayle brisa ces résistances en montrant le but très différent des deux Associations et, le 10 février 1904, sous la Présidence du Prof. Joffroy, vice-président de l'Amicale, se tint l'Assemblée générale constitutive de la Société de l'Internat. Le bureau élu comprenait comme président, Jacquet ; comme vice-président, Berthod, qui fut président du Syndicat des médecins de la Seine, comme secrétaire général, Jayle, comme archiviste, Marcel Baudouin. Dans le comité, à côté de médecins et de chirurgiens des hôpitaux comme Joffroy, Pozzi, Hartmann, se trouvaient des praticiens distingués comme Chevallereau, Verchère et Rist (de Versailles). Une commission scientifique devenait l'animatrice de la nouvelle société ; elle était formée de MM. Sollier, Hallion, Jayle, Louis Martin, Verchère, Leredde et Paul Le Noir.

Outre le travail courant de toute société scientifique, la Société de l'Internat eut l'heureuse idée d'organiser des conférences qui eurent un grand succès, car y furent exposés par des hommes de grande valeur les sujets médicaux d'actualité les plus intéressants et même des questions situées aux confins du domaine des sciences médicales. M. Mesureur, par exemple, y traita en 1904 : Le rôle social de l'Assistance publique ; le Prince Albert de Monaco, en 1905 : Considération sur la biologie marine ; M. J.-B. Charcot en 1906 : L'Expédition antarctique française ; M. Emile Reymond, qui fut le sénateur aviateur, vice-président du Congrès des Praticiens, mort au champ d'honneur, en 1915, prit pour sujet de sa conférence, en 1907 : Le Médecin de ville et le Médecin de campagne ; M. Jeanselme prit comme thème : Les fumeurs d'opium ; M. Capitan : Idée générale sur l'Evolution humaine ; le Dr Fontoynont : Madagascar au point de vue médico-social ; M. Pozzi : Un voyage chirurgical en Argentine et au Brésil ; M. Laignel-Lavastine : L'utilité des Etudes classiques pour la carrière médicale ; M. Cayla : L'alpinisme ; M. Triboulet : La Maison du médecin ; M. Doisy : De la nécessité de la révision de la loi de 1902 sur la Santé publique ; M. Monprofit : D'Athènes à Belgrade par Salonique et Uskub ; M. Tuffier : La chirurgie en Amérique.

Nous avons volontairement choisi ici parmi les 74 conférences données en dix ans par la Société de l'Internat, celles qui s'éloignaient le plus des sciences purement médicales, pour montrer

la largeur de vue des organisateurs. Cependant les autres conférenciers parmi lesquels nous relevons les noms de Widal, Grancher, Robin, Guyon, Dieulafoy, Le Dentu, Babinski, Hayem, Béclère, Broca, Netter, Chauffard, Marcel Labbé, etc., etc., mériteraient tout autant d'être cités.

La première conférence, le 28 avril 1904, fut faite par Widal qui traita de la Cure de déchloruration dans le mal de Bright. La dernière qui eut lieu le 28 mai 1914 fut faite par Levaditi sur le traitement du cancer par le radium.

La Société de l'Internat, outre les sujets scientifiques, abordait l'étude de questions professionnelles, mais en s'efforçant de ne pas empiéter sur le domaine syndical. Elle cherchait à maintenir le prestige de l'Internat, s'occupait de la réforme de son concours, de celle des études médicales.

En 1914, elle comptait 353 membres.

La guerre fut fatale à cette Société qui depuis ne s'est réunie que pour prononcer naguère sa dissolution.

Au cours des hostilités les contacts intimes se multiplièrent entre les anciens internes et leurs confrères qui ne l'avaient pas été.

Une fois la paix établie, la Société de chirurgie, la Société médicale des hôpitaux entrebaîllèrent plus largement leurs portes ; la vieille Société de médecine, la Société des chirurgiens de Paris et de nombreuses sociétés médicales de province, sans parler d'importantes associations de spécialistes, prirent un développement considérable et jouirent d'une prospérité jusqu'alors inconnue.

Les anciens internes des hôpitaux de Paris eurent conscience, sans se concerter, qu'ils n'avaient aucun intérêt à s'enfermer entre eux dans une tour d'ivoire et qu'il était pour eux comme pour tous les médecins, plus utile et plus noble de se mêler à leurs confrères, et de faire bénéficier le Corps médical entier de leur expérience et de leur science. L'Internat, constituant une élite, refusa de former une Caste.

Certes, pendant les dix années de son activité d'avant-guerre, la Société de l'Internat fut loin de vouloir s'isoler du monde médical ; il suffit de parcourir la liste de ses membres et de ses conférenciers où sont nombre de praticiens universellement aimés et estimés pour se rendre compte que jamais une pensée de mesquin égoïsme n'entra dans l'esprit de ceux qui la fondèrent et la dirigèrent. Mais à notre époque, elle était condamnée, nous le répétons, à devenir une caste.

Nos confrères anciens internes ont préféré rester une élite. Au milieu du Corps médical, occupant le plus souvent les situations en vue auxquelles leur donne accès leur mérite personnel, ils collaborent étroitement à notre vie professionnelle et secondent utilement nos efforts. Les confrères qui n'ont pas eu l'avantage ou la possibilité de pousser aussi loin qu'eux leurs études, ne peuvent que leur être reconnaissants de ce geste de solidarité.

La Société de l'Internat est morte en beauté. Ses membres ne voulant pas se constituer en caste, sont restés une élite, dont le mérite sera universellement reconnu et respecté.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES BRADYCARDIES

Par Léon GIROUX,

Ancien chef de clinique à la Faculté.
Médecin de l'hôpital Foch.

Les bradycardies ou ralentissements du pouls, correspondent à des états fonctionnels ou pathologiques distincts par leurs mécanisme et leur évolution. Pour comprendre cette variété d'arythmie, le médecin doit avoir présentes à l'esprit, certaines notions élémentaires d'anatomie et de physiologie cardiaques et dans bien des cas comme nous le verrons, il ne pourra l'identifier qu'à l'aide de l'électrocardiographie.

#### I. — Anatomie et physiologie normale du cœur.

Le cœur se compose de deux systèmes anatomiques fonctionnellement distincts, l'un qui représente les vestiges du tube cardiaque primitif de l'embryon et dans lequel naissent et se propagent les excitations destinées à déclencher la contraction cardiaque ; l'autre qui a pour fonction de répondre à ces excitations par une contraction.

Le premier système comprend différentes formations : 1° *le noyau de Keith et Flack* situé sous le péricarde au niveau de l'orifice de la veine cave supérieure et qui entre en connexion avec l'oreillette ; 2° *le noyau de Tawara* situé sur la face droite de la cloison interauriculaire en avant du sinus coronaire au-dessus de la valve interne de la tricuspide ; 3° *le faisceau de His* qui part de la formation précédente et se divise bientôt en deux branches, l'une droite, qui se rend au ventricule droit ; l'autre gauche qui traverse la cloison interventriculaire dans sa partie supérieure et gagne le ventricule gauche en passant sous le plancher valvulaire aortique ; 4° *le réseau de Purkinje*, épanouissement sous-endocardique des branches hisiennes qui tapisse la face interne des ventricules et se met en rapport avec les masses ventriculaires.

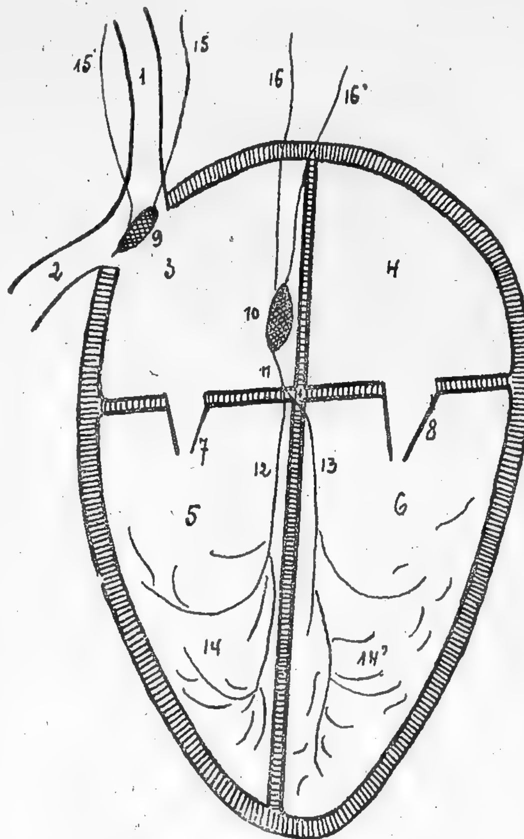



FIGURE I. — 1. Veine cave supérieure ; 2. Veine cave inférieure ; 3. Oreillette droite ; 4. Oreillette gauche ; 5. Ventricule droit ; 6. Ventricule gauche ; 7. Valvule tricuspide ; 8. Valvule mitrale ; 9. Nodule de Keith et Flack ; 10. Noyau de Tawara ; 11. Faisceau de His ; 12. Branche droite du faisceau de His ; 13. Branche gauche du faisceau de His ; 14, 14'. Réseau de Purkinje ; 15, 15'. Filets nerveux vago-sympathiques se rendant au nodule de Keith et Flack ; 16, 16'. Rameaux vago-sympathiques destinés au noyau de Tawara.

Le second système est représenté par les oreillettes et les ventricules droit et gauche.

A l'état normal, l'onde d'excitation encore appelée stimulus, qui est à l'origine des phénomènes cardiaques prend naissance au noyau de Keith et Flach ; de là, elle gagne l'oreillette dont elle provoque la contraction ; puis le nœud de Tawara ; le faisceau de His et ses branches, le réseau de Purkinje et enfin les ventricules qui, sous son influence entrent à leur tour en activité ; le premier système est excito-conducteur ; c'est lui qui commande le second en fidèle serviteur exécute les ordre qui lui parviennent et réalise ainsi les actes effis caces de la fonction cardiaque. Telle est la théo-

rie classique, généralement admise, mais, en raison de ce fait, qu'elle est incapable d'expliquer tous les cas, certains auteurs et en particulier Géraudel qui s'est particulièrement attaché à l'étude du mécanisme du cœur, considèrent qu'il existe deux centres d'automatisme cardiaque, l'un localisé au sinus et propre à l'oreillette, c'est l'atrio-necteur ; l'autre situé au nœud de Tawara et réservé aux ventricules, c'est le ventriculo-necteur ; à l'état physiologique, ces deux centres fonctionneraient séparément, mais parallèlement. Enfin, pour comprendre les bradycardies par dissociation dont la maladie de Stokes-Adams est le type le plus complet, le médecin doit savoir qu'il existe tout le long du tissu primitif des centres secondaires d'automatisme cardiaques, masqués à l'état normal par le centre sinusal dont le rythme est plus rapide, mais qui sont susceptibles à l'état pathologique d'entrer en action dans le but d'entretenir la permanence de la fonction et de la vie menacée. Ce sont précisément ces centres de secours dont le cœur a seul le privilège qui entreront en action au cours des bradycardies par dissociation.

### II. — Les bradycardies

Les bradycardies occupent une place importante dans le groupe des anomalies du rythme cardiaque ; elles ont leur origine au sinus, ou au niveau du faisceau de His ; les premières sont les bradycardies sinusales, les secondes, les bradycardies par dissociation : rarement, on observe des bradycardies nodales dont le point de départ, se trouve au nœud de Tawara.

A. — **Bradycardies sinusales.** — Les bradycardies sinusales décrites la première fois par Mackenzie sous le nom de bradycardies totales ont pour caractère essentiel d'intéresser à la fois les oreillettes et les ventricules ; elles présentent des formes nombreuses, mais qui présentent entre elles de grandes analogies tant au point de vue de leur mécanisme, que de leur signification.

*a*) Forme permanente. — Le ralentissement du pouls dans les cas les plus accentués est relativement marqué ; il est régulier et bat aux environs de 40 pulsations à la minute ; mais il s'agit d'un rythme qui manque de fixité sans toutefois présenter de grandes variatibns. Quoique régulier ce pouls présente le plus souvent dans les profondes inspirations un degré plus ou moins marqué d'arythmie sinusale, enfin, c'est un pouls qui obéit aux influences accélératrices habituelles, tels que l'effort, les émotions, la fièvre.

D'une façon générale, les bradycardies sinusales permanentes n'entraînent pas de troubles fonctionnels : mais, il ne s'agit pas là d'une règle et l'on peut observer des éblouissements, des sensations vertigineuses, des lipothymies et même des syncopes. Ces toubles surviennent isolément à intervalles plus ou moins éloignés et par périodes et correspondent probablement à des paroxysmes de vagotonie, accompagnés d'une accentuation de la bradycardie. Chez de tels sujets, on observe un réflexe oculo-cardiaque exagéré caractérisé par de forts ralentissements ; parfois des phénomènes d'échappement ventriculaire ou même de dissociation auriculo-ventriculaire. Les malaises sont souvent déclenchés par des émotions ou des réflexes viscéraux éloignés.

A côté de cette forme nettement caractérisée, se placent des formes frustes dont le ralentissement moins marqué, se maintient aux environs de 50 à 60. A ces troubles s'associent souvent des extra-systoles et des symptômes de vagotonie digestive ou respiratoire ; c'est ainsi que ces sujets présentent des douleurs gastriques sans horaire fixe, de la constipation de l'aérophagie ; une respiration suspirieuse, une soif d'air, etc. A ces troubles fonctionnels s'associe souvent un état mental, particulier fait d'inquiétude, d'angoisse et d'anxiété.

Ces bradycardies sinusales permanentes sont congénitales ou acquises, mais rien ne permet d'en fixer l'origine et la date d'apparition ; elles peuvent être la conséquence d'une infection ou d'une intoxication soit maternelle, soit acquise, ayant entraîné une perturbation fonctionnelle du noyau sinusal et secondairement, une bradycardie permanente.

*b*) Bradycardie sinusale transitoire. — La bradycardie sinusale transitoire est d'une très grande fréquence et s'observe souvent au cours des intoxications et surtout de la convalescence des maladies infectieuses. La plus connue de ces bradycardies est le pouls lent ictérique, observé au cours de l'ictère catarrhal et secondaire à l'imprégnation du système nerveux modérateur par les sels biliaires.

Ces bradycardies transitoires sont généralement peu accentuées, ne s'accompagnent pas d'accidents nerveux et disparaissent avec l'infection ; l'intoxication ou la maladie nerveuse dont elles dérivent. Ces bradycardies se rencontrent au cours des maladies nerveuses accompagnées d'hypertension intra-cranienne, telles que les méningites, les tumeurs, l'hémorragie cérébrale ou méningée, ou au cours de l'intoxication digitalique, de l'urémie ou de certaines infections telles que les oreillons ou l'appendicite à la période de convalescence.

*c*) Bradycardies mixtes. — Dans cette variété étudiée par Gerhardt au ralentissement sinusal, s'ajoute un trouble de la conductibilité se caractérisant soit par l'allongement de l'espace P. R. de l'électrocardiogramme, soit dans certains cas, par une pause cardiaque totale, soit par un certain degré de dissociation se traduisant de temps à autre par une contraction auriculaire sans ré-

ponse ventriculaire ; dans cette variété, les accidents nerveux sont moins rares et l'on peut observer des syncopes.

*d*) Bradyarythmie sinusale. — Cette bradycardie souvent inaperçue du malade s'observe souvent chez des sujets âgés et déprimés ; il s'agit d'une bradycardie plus ou moins accentuée caractérisée par son irrégularité, ses longues pauses, son indépendance de la respiration, son absence de syncopes. D'un pronostic relativement satisfaisant, elle peut s'améliorer par le repos.

*e*) Bradycardie sino-auriculaire. — Cette forme est caractérisée par la difficulté du passage de l'onde d'excitation du sinus à l'oreillette ; on y pensera en présence d'un rythme bi- tri- ou quadrigéminé comportant un nombre égal de contractions auriculaires et ventriculaires ou encore quand, au cours d'un rythme régulier, il se produit une pause cardiaque totale dont la durée est un multiple des pulsations normales.

D'après les auteurs certaines bradycardies totales basses aux environs de 32 pulsations à la minute représentent un bloc sino-auriculaire. Les efforts en améliorant la conduction sino-auriculaire font disparaître le blocage et reparaître momentanément le rythme normal.

*f*) Bradycardie nodale. — Quand le nœud sinusal est inhibé sous certaines influences infectieuses ou toxiques d'une façon permanente et totale, il est incapable d'émettre l'influx destiné à engendrer la contraction ; dans ces conditions le nœud de Tawara, le remplace et on voit apparaître un rythme spécial étudié par Mackenzie en 1909 ; il s'agit d'un rythme lent entre 40 et 50 ; légèrement irrégulier et pouvant s'accompagner de troubles identiques à ceux du syndrome de Stokes-Adams ; dans cette variété de bradycardie, le stimulus prend naissance dans le segment auriculo-ventriculaire du septum à la partie inférieure de l'oreillette, et les irrégularités seraient la conséquence du déplacement permanent de l'influx au sein du nœud de Tawara. Gallavardin et Gravier distinguent trois types cliniques du rythme nodal, une forme provoquée par la compression oculaire ou l'atropine qui libèrent plus vite le nœud auriculo-ventriculaire de l'influence du vague que le nœud sinusal ; une forme transitoire observée au cours d'affections diverses généralement aiguës et capables d'influencer par irritation ou action nerveuse le nœud de Tawara. Hume aurait constaté un rythme nodal dans trois cas de diphtérie ; on l'a rencontré dans la scarlatine, le rhumatisme, la fièvre typhoïde ; de cette forme d'un pronostic bénin, cependant on pourrait observer une forme permanente, accompagnée de légères syncopes.

B. — **Bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire.** — Cette forme de bradycardie se distingue de la précédente par son mécanisme ; l'importance et la fixité du ralentissement ; la nature des accidents nerveux qui l'accompagnent, enfin, par la gravité de son évolution.

*a*) Signes fonctionnels. — Le pouls lent par dissociation s'observe en général dans la seconde moitié de la vie ; il est rare en effet de le rencontrer dans le jeune âge. Parfois, il est découvert d'une manière fortuite au cours d'un examen chez des sujets qui n'en soupçonnaient pas l'existence , mais en général, c'est à l'occasion d'accidents nerveux tels que vertiges, syncopes ou accidents convulsifs, qu'il est recherché et identifié. Dans la forme la plus légère de ces manifestations, la perte de connaissance n'est pas absolue, le sujet est simplement obnubilé, la vue se brouille, la chute paraît imminente, mais le retour à la lucidité est presque immédiat, et le malaise ne dure que quelques secondes à peine. A un degré plus accentué survient une perte de connaissance complète, le malade tombe inerte subitement ; le visage est pâle, l'œil vague, les muscles sont relâchés ; les yeux parfois révulsés.

Si l'on explore le pouls et le cœur, on constate que leurs mouvements sont suspendus ; au bout de quelques secondes le visage se recolore brusquement ; le regard retrouve son éclat ; les pulsations reparaissent, le malade pousse un soupir et reprend connaissance. Dans les formes les plus graves secondaires aux pauses les plus longues, on observe l'ictus apoplectiforme ou épileptiforme ; au bout de quelques secondes surviennent des convulsions souvent discrètes et peu étendues et consistant plutôt en des soubresauts, sans qu'il existe ni aura, ni cri initial ; c'est l'accident nerveux le plus grave, surtout s'il est subintrant et réalise un véritable état de mal. La mort subite n'est que la dernière scène du drame ; elle n'est en réalité que la prolongation de la syncope et elle peut à tout instant en être une complication et comme le dit Gallavardin, si on ne peut la prédire, il faut toujours la prévoir.

Le caractère dominant de tous ces états de gravité variable est leur début et leur fin brusques ; ils se rencontrent surtout dans les dissociations incomplètes, mais il n'est pas exceptionnel de les observer au cours des dissociations complètes et de constater leur absence chez des sujets en état de blocage incomplet. Ces accidents peuvent se succéder avec leurs différentes modalités chez le même sujet : ils peuvent s'espacer ou se fusionner en un véritable état de mal : et même dans les cas légers, ils peuvent être suivis de mort subite.

*b*) Signes physiques. — Les signes physiques sont surtout nets dans la dissociation complète ; le chiffre du pouls bat au voisinage ou au-dessous de 30 pulsations à la minute ; cependant on l'aurait trouvé au voisinage de 40 et 50 pulsations et même davantage ; c'est un pouls régu-

◆◆

lier, souvent troublé par des extra-systoles décalantes, c'est-à-dire sans repos compensateur ; cette lenteur du pouls est à peu près fixe sans toutefois l'être d'une façon absolue.

La longueur des diastoles, en raison du remplissage anormal du ventricule entraîne une surélévation de la pression systolique, et un abaissement de la minima en favorisant l'évacuation périphérique ; aussi trouve-t-on une pression différentielle élevée.

L'auscultation du cœur ne fait en général percevoir aucun bruit pendant la diastole ventriculaire ; dans certains cas cependant on entend des bruits sourds et lointains et qui sont la conséquence, comme le pensait Stokes des contractions auriculaires ; quand ces contractions coïncident avec la contraction ventriculaire, on entend un bruit systolique renforcé et éclatant. D'après Gallavardin on n'entendrait ces bruits auriculaires que dans les cas d'insuffisance cardiaque ; ils représenteraient un phénomène analogue au bruit de galop, aussi les désigne-t-il sous le nom de galop du bloc.

Dans les dissociations incomplètes : le pouls, moins lent que dans la dissociation complète se maintient à 30, 40 pulsations à la minute et même davantage ; il s'agit d'un pouls régulier ou irrégulier ; il est régulier et plus ou moins fréquent, quand le ventricule répond une fois sur deux ce qui est le cas habituel, ou une fois sur trois ce qui est déjà plus rare ou une fois sur quatre ce qui représente un cas exceptionnel ; il est irrégulier quand les réponses ventriculaires surviennent d'une manière capricieuse, toutes les deux ou trois sollicitations auriculaires et cela sans régularité et aussi quand au cours du blocage on peut constater le retour au rythme sinusal ; c'est surtout dans de telles circonstances que l'électrocardiographie rend de grands services pour l'identification de l'arythmie.

*c)* Formes cliniques. — 1° *Forme permanente.* — Vaquez et Esmein ont décrit une variété dont l'évolution présente deux phases ; une première phase de dissociation incomplète accompagnée d'accidents nerveux ; une seconde phase de dissociation complète au cours de laquelle disparaissent les troubles de la période précédente ; la première phase serait la période dangereuse en raison de la mort subite qui est à redouter ; la seconde serait au contraire bien tolérée du fait que la circulation cérébrale ne serait plus soumise aux variations subites et imprévues de la période de dissociation incomplète.

En réalité, cette distinction commode est trop schématique et est loin de concorder avec les faits cliniques ; il n'est pas rare en effet, de constater l'absence d'accidents nerveux à la période de dissociation incomplète, et d'en observer le retour à la période de dissociation complète.

Dans certains cas, d'une fréquence relative, il n'est pas rare de rencontrer chez un adulte ou un vieillard un pouls lent par dissociation instable depuis plusieurs années sans jamais avoir été accompagné de phénomènes nerveux ; c'est à cette variété qu'on réserve le nom de pouls lent solitaire monosymptomatique.

Le pouls lent permanent est dans certains cas d'origine congénitale, mais le plus souvent il est acquis. Le pouls lent congénital correspond le plus souvent à une dissociation complète solitaire : il est généralement la conséquence d'une malformation congénitale telle que la communication interventriculaire, d'origine hérédo-syphilitique. Les sujets qui en sont atteints peuvent vivre jusqu'à l'âge avancé de 70-80 ans ; cependant on connaît quelques cas de dissociation incomplète accompagnée de phénomènes nerveux et dont le pronostic est assombri par la mort subite toujours à redouter.

Les bradycardies permanentes acquises, relèvent d'une syphilis gommeuse ou scléro-gommeuse, d'une coronarite ou d'une sclérose sénile : dans le jeune âge, elles peuvent être secondaires à un rhumatisme articulaire aigu, généralement accompagné d'une lésion aortique.

2° *Forme paroxystique.* — Cette forme purement clinique survient chez des sujets, dont le pouls est habituellement normal et qui, a intervalles variables, présentent des crises syncopales ou épileptiformes, accompagnées d'un fort ralentissement du pouls et au cours desquelles, ils peuvent succomber subitement ; dans un cas de Simon et Robinson rapporté par Lian, l'électrocardiogramme avait décelé une dissociation complète : mais dans l'intervalle des crises, on constatait uniquement un trouble léger de conduction se traduisant par l'allongement de l'espace P. R.

Ces formes paroxystiques sont généralement la conséquence d'une ischémie coronarienne : chez des hypertendus artério-scléreux ; mais il s'agit probablement d'une lésion discrète qui est le point de départ de réactions spasmodiques sous l'influence de réflexes dont l'origine peut être variable.

3° *Forme transitoire.* — Cette forme est d'un intérêt secondaire par rapport aux modalités que nous venons d'envisager, on peut la rencontrer au cours d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication, en particulier au cours du rhumatisme articulaire aigu, de la diphtérie ou à la suite d'une intoxication par de fortes doses de digitale.

*d)* Mécanisme des accidents nerveux. — L'histoire clinique des brachycardies par dissociation est dominée par les accidents nerveux : ils en représentent en effet l'élément dramatique en raison de leur signification et de leur soudaineté. Avant d'en fixer le mécanisme il n'est pas sans

intérêt de rappeler en raison de son imprévu et aussi de l'importance de son rôle, la coexistence de la dissociation et d'épisodes tachycardiques. Naturellement, les extra-systoles auriculo-ventriculaires, ou les crises de tachycardie paroxystique nodales, qui apparaissent comme phénomène initial, sont d'un intérêt secondaire ; elles traduisent uniquement l'hyperexcitabilité des centres hétérotropes et annoncent l'inhibition prochaine et le trouble de la conduction qui en sera la conséquence. Beaucoup plus curieuse est l'association du trouble de conduction, du ralentissement du pouls et des crises tachycardiques en raison de leur caractère paradoxal et de leur rôle important dans le mécanisme des accidents nerveux. Naturellement, le seul type de tachycardie qui puisse se combiner au blocage, c'est la tachycardie ventriculaire dont le stimulus prend naissance au-dessous du faisceau de His ; l'expérience a montré que ces tachycardies se rencontraient surtout quand le myocarde et les ramifications du système de commande ventriculaire sont atteints d'altérations profondes et débordent en haut sur le faisceau de His ; ainsi ces épisodes de tachycardies et de bradycardies ne seraient que des troubles alternés trahissant la faillite définitive du myocarde. Trocmé dans trois observations de dissociation complète a constaté des salves tachycardiques durant la syncope ; personnellement nous avons observé dans un cas des pauses cardiaques d'une durée de près de deux minutes et suivies d'épisodes tachycardiques.

Ces notions sont d'un grand intérêt en ce qui concerne le mécanisme encore bien obscur des accidents nerveux. Actuellement on admet que le rôle prédominant revient à l'ischémie cérébrale conséquence d'une pause ou d'une fibrillation ventriculaire. En effet, il est acquis, qu'au cours des syndromes de Stockes-Adams, il existe des syncopes qui ne sont pas dues à une pause ventriculaire, mais à une crise de tachycardie préfibrillatoire ou même à une fibrillation passagère, comme dans les observations de Gallavardin, de Kerr et Bender, de Levine et Matton, etc. Ces syncopes ont le même aspect que les autres et pendant leur durée il est fréquent de ne constater aucun signe d'activité cardiaque ; le seul phénomène habituellement observé est l'existence comme dans notre cas d'un rythme tachycardique de 140 à 200 pendant les instants qui suivent le syncope. L'impossibilité à peu près complète ou l'on se trouve de pratiquer un enregistrement en période syncopale empêche d'apprécier la fréquence de ces syncopes d'origine fibrillatoire. Quoiqu'il en soit, on sait que les crises tachycardiques annoncent généralement la mort dans un délai très court, qu'elles peuvent être déclenchées par l'effort ou certaines substances telles que la digitale et la quinidine, qui favorisent l'onde circulaire et secondairement la fibrillation.

Actuellement donc on admet que les accidents nerveux de la maladie de Stokes-Adams sont secondaires à une pause ou à la fibrillation ventriculaire, sans qu'on pense fixer la fréquence de l'un et l'autre de ces mécanismes. Mais on n'est pas encore fixé sur les facteurs qui interviennent pour les provoquer ; en ce qui concerne les crises tachycardiques, on peut admettre une influence nerveuse sympathique s'exerçant, puisque le faisceau de His est fonctionnellement supprimé, par la voie coronarienne, pour provoquer au niveau du centre autonome des phénomènes d'excitation. Cette influence nerveuse est peut-être déclenchée par des troubles circulatoires locaux ; la stase veineuse et la rétention du gaz carbonique pendant les grandes pauses ; un état particulier du métabolisme local, des réflexes à distance, l'état de la circulation cérébrale ; mais en réalité le substratum essentiel est une lésion sur laquelle tous ces facteurs retentissent.

*e*) SIGNES ÉLECTRO-CARDIOGRAPHIQUES. — L'électrocardiographie est une méthode dont il est dans bien des cas impossible de se passer quand il s'agit d'identifier les bradycardies et d'en suivre l'évolution. Elle fournit en effet au médecin, surtout en ce qui concerne les bradycardies par dissociation, les renseignements fondamentaux, qui le guideront sur la route incertaine du diagnostic, du pronostic et du traitement.

1° *Electrocardiogramme normal.* — L'onde d'excitation qui descend du sinus vers les ventricules crée sur son passage des variations de potentiel électrique et secondairement des courants ascendants ou descendants. Ces courants sont amenés au galvanomètre à corde composé d'un fil très fin en quartz argenté tendu dans un champ magnétique fourni par un électro-aimant puissant. Or, tout courant électrique introduit dans un champ magnétique est dévié suivant sa direction vers la droite ou vers la gauche. En photographiant simultanément ces oscillations et une échelle des temps qui indique les 1/10 et les 1/50 de seconde on obtient une image appelée électrocardiogramme formée d'une série d'accidents dont la forme et la durée sont à peu près fixes chez les sujets normaux.

Cette image comme on peut s'en rendre compte sur la figure II comprend un premier accident positif P en rapport avec les phénomènes électriques auriculaires ; puis une série d'oscillations Q R S T désignées sous le nom de complexe ventriculaire et secondaire aux variations électriques des ventricules : Q est inconstant et négatif ; R est positif et d'origine ventriculaire droite ; S négatif et de provenance ventriculaire gauche. Mais Lewis par des recherches précises et des moyens différents et en particulier par la section

des branches du faisceau de His, a démontré que l'électrocardiogramme normal était la synthèse des effets électriques droits et gauches ; la combinaison d'un dextrogramme et d'un levogramme ; en un mot que l'électrocardiogramme normal était un bigramme. La section des branches droite ou gauche en barrant la route à l'onde d'excitation permet de dissocier les effets électriques droits et gauches ; dans le premier cas on obtient un levogramme caractérisé par

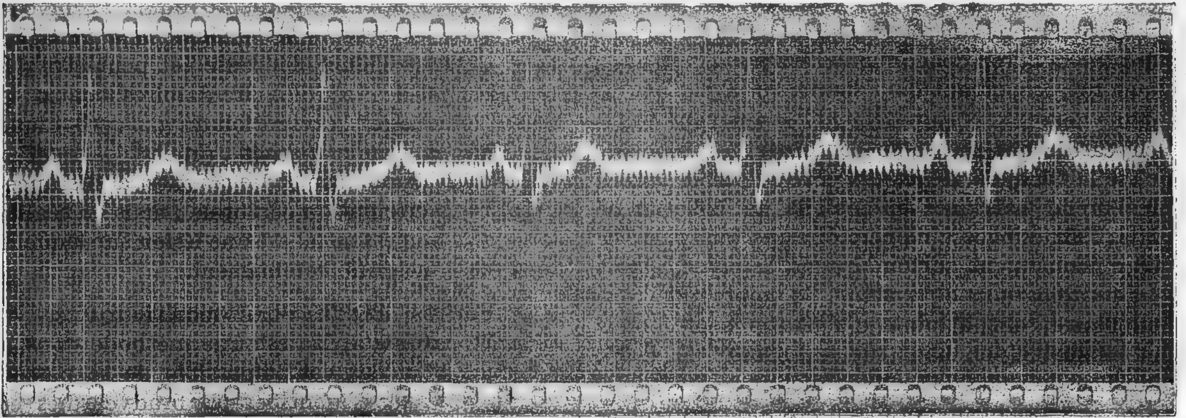


Figure II. — Electro-cardiogramme normal. P, accidents auriculaires. QRST, complexeventriculaire. T. P., diastole

une grande flèche négative suivie d'un T positif (*figure III*), dans le second un dextrogramme caractérisé par une flèche positive et un T négatif (*figure IV*).

Par des calculs sur lesquels nous ne pouvons insister Lewis a pu à l'aide du levogramme et du dextrogramme reconstituer l'image normale. Ces notions sont importantes à retenir, car c'est grâce à elles que nous pouvons interpréter certaines images anormales et en particulier le blocage des branches du faisceau de His souvent

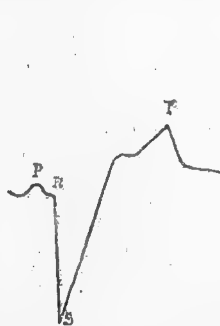



Figure III.
Levogramme.

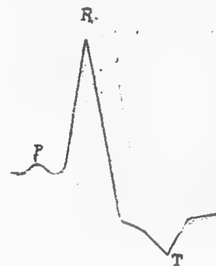



Figure IV.
Dextrogramme.

associées aux dissociations complètes et incomplètes et dont l'importance est à retenir au point de vue du pronostic.

2° *L'électrocardiogramme des bradycardies sinusales.* — Dans les bradycardies sinusales avec ralentissement relativement marqué et accompagné de phénomènes nerveux tels que lipothymies et syncopes, l'identification du trouble rythmique peut être délicate. Dans ces circonstances il y a toujours intérêt à enregistrer un électrocardiogramme qui fixera d'emblée le diagnostic en montrant que le complexe ventriculaire est toujours précédé dans les délais normaux de l'accident P d'origine auriculaire. Une telle image (*figure V*) permet de conclure que le point de départ du ralentissement est au sinus et que le pronostic quels que soient les troubles associés est sans gravité.

3° *L'électrocardiogramme de la bradycardie nodale.* — Le rythme nodal est comme nous l'avons dit plus haut caractérisé par un pouls relativement lent à 40 ou 50 pulsations à la minute et légèrement irrégulier ; sans le secours de l'électrocardiogramme l'identification en serait impossible. Sur l'image électrique on constate dans les formes pures relativement rares que l'accident P est négatif et situé avant ou après le complexe ventriculaire et dans certains cas confondu avec lui. La négativité tient à ce fait

que l'onde d'excitation naît au nœud de Tawara et parcourt l'oreillette de bas en haut, et l'irrégularité du pouls à ce qu'elle naît en des points différents du nœud de Tawara. Généralement on constate une forme dite impure avec des P positifs et négatifs indiquant une grande mobilité dans l'origine de l'influx qui naît tout le long de la paroi auriculaire jusqu'au sinus.

4° *L'électrocardiogramme des bradycardies par dissociation.* — Si par ses seules ressources la clinique peut identifier une bradycardie par dissociation complète, par contre elle est impuissante à faire la discrimination des formes incomplètes et instables ou paroxystiques et encore davantage à nous renseigner sur les altérations associées du système de conduction dont la fréquence est grande et le pronostic sévère.

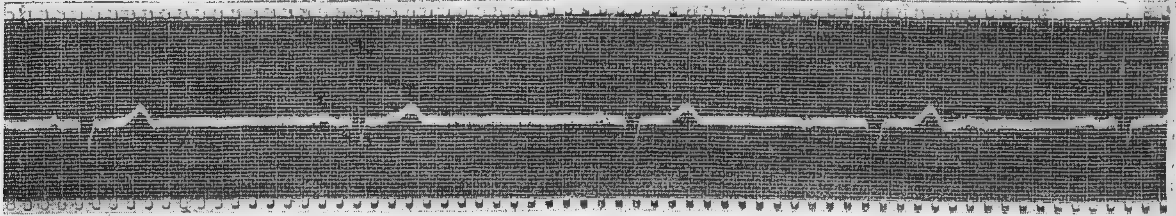


FIGURE V.
Bradycardie sinusale.

Le bloc total (*figure VI*) est caractérisé sur l'image électrique, d'une part par la lenteur du rythme cardiaque mais surtout par l'indépendance complète des battements de l'oreillette et du ventricule. Le bloc partiel se traduit par l'inconstance des réponses ventriculaires qui surviennent toutes les deux (*figure VII*) ou toutes les trois ou quatre contractions auriculaires d'une manière régulière ou non (*figure VIII*).

Mais l'image électrocardiographique fournit beaucoup d'autres renseignements en ce qui concerne l'évolution du trouble de conduction et du pronostic qu'il comporte. C'est ainsi qu'on peut constater au début un simple bloc de branche suivi ultérieurement d'un blocage auriculo-ventriculaire à 2/1 comme le montre la figure VII. Ces blocages de branches isolés ou associés au blocage auriculo-ventriculaire sont d'une grande fréquence ; d'après Veil et Codina, Altès, le bloc de la branche droite se rencontrerait dans 50 pour 100 des cas et celui de la branche gauche dans 16 pour 100 des observations ; il n'est pas exceptionnel non plus de rencontrer des blocs incomplets et alternants.

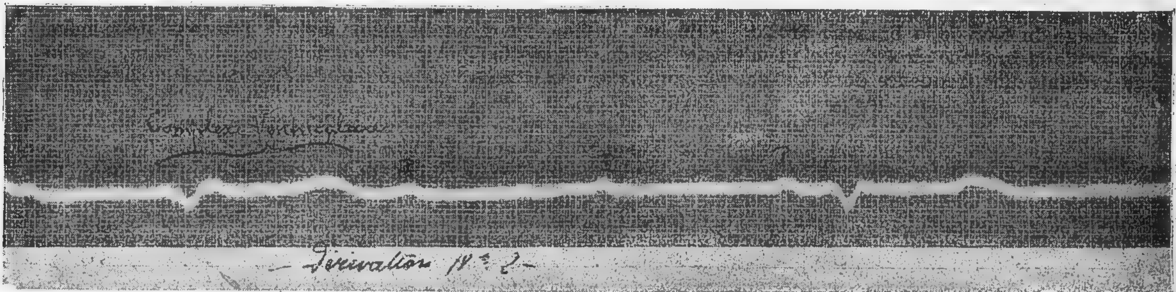



FIGURE VI. — Dissociation complète : Del. Remarquer l'indépendance des accidents auriculaire et ventriculaire ; l'élargissement, le faible voltage, le crochetage des ondes initiales du complexe ventriculaire, d'autre part très allongé.

L'électrocardiogramme montre en outre, comme vous pouvez le constater sur la figure VI et plus spécialement dans les dissociations complètes, un complexe ventriculaire dont les ondes initiales sont élargies, déformées, crochetées d'un faible voltage et dont la durée anormale peut atteindre 65/100 de seconde au lieu de 33/100 de seconde comme à l'état normal. D'autre part l'accident T prend souvent la forme d'une voûte surbaissée et présente en ce qui concerne le rapport de sa durée à celle de l'espace isoélectrique, des modifications considérables et au lieu d'avoir comme dans les conditions physiologiques une durée à peu près double il n'est pas rare que le rapport soit inverse. Ainsi l'image électrocardiographique décèle dans bien des cas, des altérations graves et diffuses de tout le système de conduction qui sont pour le médecin d'un grand secours quand le moment est venu de formuler un pronostic plein d'imprévus.

c) DIAGNOSTIC. — a) *Des bradycardies sinu-*

*sales.* — D'une façon générale le médecin ne rencontrera pas de grandes difficultés pour identifier une bradycardie sinusale ; le ralentissement en effet est moins marqué que dans les bradycardies par dissociation et il est rare qu'il tombe au-dessous de 45 pulsations ; d'autre part il s'agit d'une bradycardie qui n'a pas la fixité des ralentissements d'origine intra-cardiaque et qui obéit aux causes accélératrices habituelles telles que l'effort, l'émotion ou la fièvre, enfin les troubles fonctionnels quand ils existent sont plus vagues et n'ont ni la soudaineté du début, ni la brusquerie de la fin qu'on observe dans le syndrome de Stokes-Adams. Cependant dans

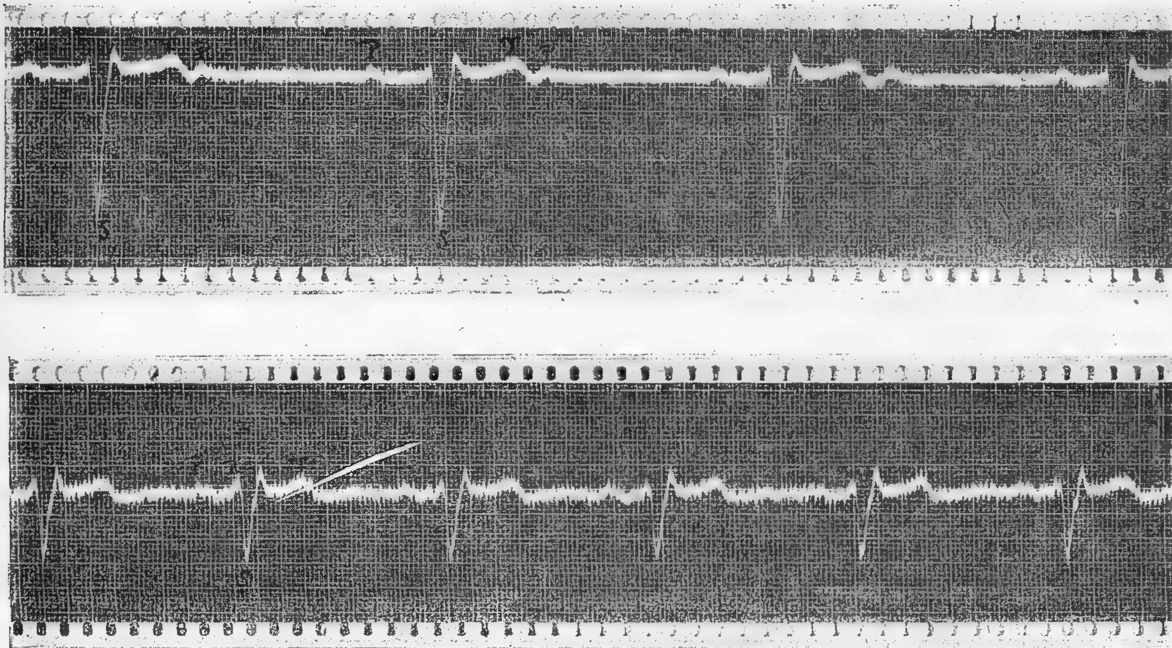


FIGURE VII. — M. Var. Blocage à 2/1. Le ventricule ne répond qu'une fois sur deux. D'autre part on constate une image du bloc de la branche droite. — En bas, le film appartient au même malade ; on constate le même blocage de la branche droite ; mais il n'existe pas de dissociation auriculo-ventriculaire ; le rythme cardiaque présente une fréquence double et chaque complexe ventriculaire est précédé de l'accident P auriculaire.

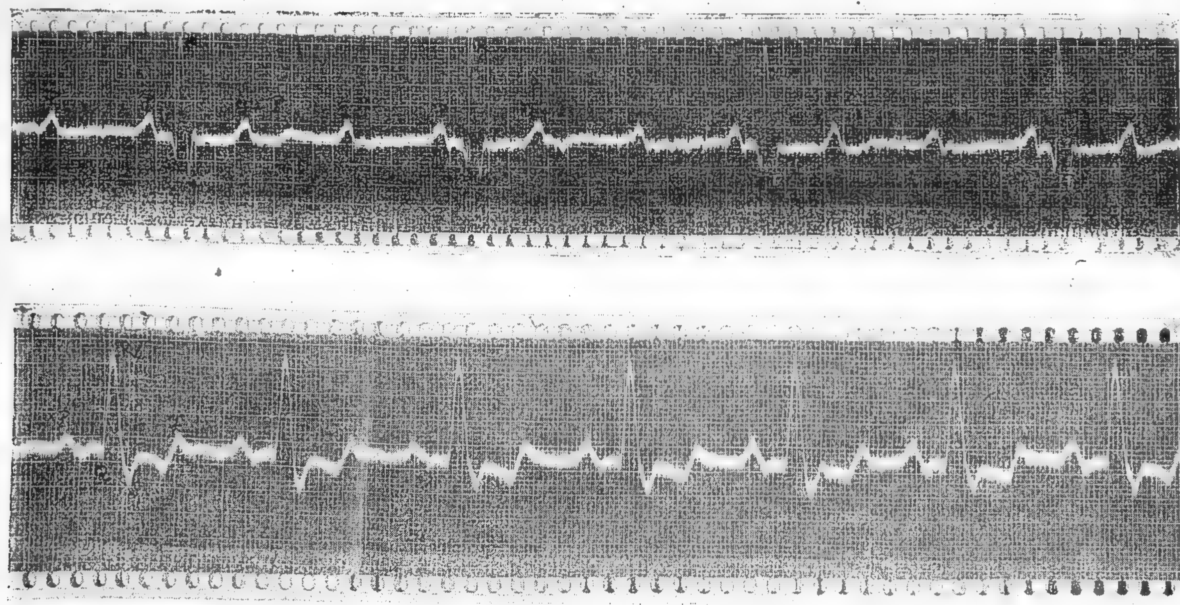


FIGURE VIII. — Mme Teis., 52 ans. En haut blocage à 3/1, ventricule à 40, oreillette à 120. Pas d'altérations des ondes initiales du complexe ventriculaire. En bas, film de la même malade enregistré un mois après. Le blocage auriculo-ventriculaire n'existe plus mais par contre on constate un blocage de la branche droite.

les bradycardies accentuées et relativement stables surtout si les troubles fonctionnels sont accusés, la discrimination peut être délicate. Dans ces circonstances, l'épreuve de l'atropine ou du nitrite d'amyle, en provoquant l'inhibition du pneumogastrique ou l'excitation du sympathique sera en faveur d'une bradycardie sinusale ou d'un pouls lent par dissociation suivant que le pouls s'accélérera ou non ; mais encore faut-il que la recherche soit correctement pratiquée et que la réaction soit nette car le pouls lent par dissociation n'est pas d'une fixité absolue. Cependant il n'est pas sans inconvénient dans les dissociations incomplètes de pratiquer ces épreuves, car les accélérations qui en sont la conséquence, peuvent être suivies de bradycardies réactionnelles qui ne sont pas sans danger. Le médecin aura donc intérêt, puisque d'une façon générale les conditions le lui permettent, à recourir à l'électrocardiographie qui lui fournira la certitude que lui manque, sans que son malade n'ait rien à redouter.

b) *De la bradycardie nodale.* — La bradycardie nodale n'a dans la pratique qu'un intérêt secondaire ; c'est une variété d'arythmie rarement observée mais du fait qu'il s'agit d'une bradycardie moyenne et légèrement irrégulière le médecin ne pourra l'identifier qu'à l'aide de l'électrocardiographie.

c) *De la bradycardie par dissociation.* — Le diagnostic des bradycardies par dissociation comporte de grandes difficultés et dans bien des cas insolubles, pour le médecin qui ne dispose que des ressources de la clinique ; son embarras sera d'ailleurs variable suivant qu'il se trouvera en présence d'une forme paroxystique ou d'une forme permanente.

Dans le premier cas s'il assiste aux accidents, leur nature et le ralentissement du pouls l'orienteront sans difficulté ; mais en général, ils surviennent en dehors de sa présence, dans ces circonstances il doit d'abord s'enquérir s'ils surviennent d'une façon soudaine pour se terminer brusquement : cette évolution serait en faveur d'un trouble de conduction ; par contre des vertiges vagues, des lipothymies prolongées devraient plutôt faire penser à des troubles de vagotonie ou encore à des lésions telles qu'une tumeur cérébrale ; un processus méningé chronique ou encore un vertige de Ménière. Dans de telles conditions il y aura encore intérêt à recourir à l'enregistrement d'un électrocardiogramme qui résoudra le problème en décelant dans l'intervalle des crises un allongement de l'intervalle P. R, c'est-à-dire un trouble léger de conduction.

Dans les bradycardies permanentes par dissociation incomplète l'identification du trouble est plus ou moins délicate suivant que la bradycardie est régulière ou non ; dans les blocages à 2/1 on éliminera facilement le faux pouls lent par extra-systoles ; l'auscultation révélera en effet à chaque révolution cardiaque, immédiatement après le bruit aortique une contraction vibrante, surajoutée et due à l'extra-systole. Quand le blocage est variable à 2/1, 3/1 sans régularité et dans les cas où il s'intrique avec le rythme sinusal, l'électrocardiographie est seule capable de nous renseigner avec certitude sur la nature de l'arythmie.

Enfin dans les dissociations complètes, l'importance du ralentissement, sa stabilité rendent le diagnostic facile sans l'intervention d'un contrôle par l'atropine ou le nitrite d'amyle dont l'emploi n'est pas toujours sans inconvénients.

d) PRONOSTIC. — a) *Des bradycardies sinusales.* — Les bradycardies sinusales n'ont aucune gravité ; cependant l'hypervagotonie à laquelle elles seront souvent associées peut être à l'origine de troubles divers tels que troubles digestifs, extra-systoles, sensations vertigineuses, lipothymies et même syncopes ; aussi quoique, non menacés pour l'avenir, les sujets atteints de cette variété de bradycardie ont souvent une existence malheureuse qu'il appartient au médecin de comprendre s'il veut que son intervention soit bienfaisante.

b) *Des bradycardies permanentes.* — Les bradycardies par dissociation sont toujours graves mais le pronostic est surtout sévère à la période de dissociation incomplète en raison des variations subites de l'irrigation cérébrale et de l'ischémie qui favorise les accidents nerveux ; cependant la dissociation complète ne met pas complètement à l'abri des symptômes de cette nature et la mort subite est toujours à redouter.

Les formes solitaires ont un pronostic relativement satisfaisant ; les formes congénitales comportent un avenir plus incertain, car la mort peut survenir dans le jeune âge.

En réalité, si en présence d'une bradycardie par dissociation, le médecin doit toujours prévoir la mort subite, par contre il lui est difficile d'en fixer l'échéance à la famille qui l'interroge. A ce point de vue certains éléments d'ordre clinique et électrocardiographique sont importants à retenir : l'exagération du ralentissement par l'effort ; l'existence de crises tachycardiques à la fin des syncopes ; l'angor associé ; l'insuffisance cardiaque sont des signes de mauvais augure ; d'autre part l'élargissement et le faible voltage des ondes initiales de l'électrocardiogramme ; le blocage des branches du faisceau de His ; la déformation en dôme surbaissé de l'accident T ; l'allongement anormal par rapport à T de l'espace isoélectrique S T sont des anomalies électriques qui représentent une grave menace pour l'avenir.

*f*) TRAITEMENT. — a) *Des bradycardies sinusales.* — La bradycardie sinusale est dans bien des cas une manière d'être qui ne comporte aucun traitement ; quand elle est associée à des troubles liés à la vagotonie et en particulier à des troubles digestifs ou cardiaques tels que douleurs gastriques et extra-systoles, on aura recours à l'atropine ou à la belladone. L'atropine sera administrée sous forme de sulfate soit par la bouche à la dose de 1 à 2 milligrammes soit en injections sous-cutanées de 1/4 de milligramme une ou deux fois dans les 24 heures. La belladone sera prescrite en pilules contenant un centigramme de poudre et d'extrait ou en teinture ; on pourra également utiliser la génatropine moins toxique et plus maniable. En présence de troubles de l'excitabilité cardiaque, on associera avec avantage la belladone et le valérianate de quinine. En ce qui concerne d'une façon générale les doses à employer, on se basera sur les signes de saturation, troubles de la vue, sécheresse de la bouche, pour suspendre le traitement ou diminuer les doses. Ces sujets sont en effet sensibles aux médicaments et la posologie qui leur convient ne peut être fixée que par le médecin qui surveille les réactions du malade.

b) *Des bradycardies par dissociation.* — En présence d'une bradycardie par dissociation, le médecin est est en général bien désarmé et, d'autre part, il doit se comporter avec prudence .

Dans certains cas, d'ailleurs de beaucoup les moins fréquents, un traitement étiologique pourra être indiqué, c'est ainsi que le salicylate de soude sera recommandé au rhumatisant et le traitement spécifique au syphilitique. Mais ce dernier sera surveillé attentivement car il n'est pas sans inconvénient ; chez les sujets âgés, on n'usera que de mercure associé chez les polyscléreux à l'iodure de potassium ou aux injections d'huile iodée.

D'une façon générale, l'action médicale sera symptomatique ; dans l'intervalle des crises on s'efforcera de supprimer tout ce qui est susceptible de bouleverser, un rythme instable ; aussi prescrira-t-on une hygiène digestive, rigoureuse et des sédatifs, tels que le bromure, dans le but de diminuer l'excitabilité nerveuse. Théoriquement, il semble logique de conseiller l'atropine, l'adrénaline, le nitrite d'amyle dans le but de favoriser ou d'obtenir, le déblocage ; en réalité, même au cas où l'on obtiendrait ce résultat d'ailleurs exceptionnel, il y aurait à redouter une bradycardie réactionnelle dangereuse. Donc, il est plus sage de n'utiliser ces substances que chez les sujets atteints de crises subintrantes, c'est-à-dire gravement menacés.

En dehors de ces circonstances où il faut tout tenter on mettra simplement le malade au repos, et on pratiquera des injections d'huile camphrée, ou même de caféine qui dans certains cas donnent de bons résultats.

Quand, au trouble de conduction, s'associe l'insuffisance cardiaque on pourra si la dissociation est complète, recourir à la digitale ou au strophantus ; en améliorant la fonction cardiaque et secondairement la circulation périphérique ; ces substances peuvent dans une certaine mesure améliorer les accidents cardiaques. Cependant si l'on constate que leur emploi provoque des extra-systoles ou en augmente le nombre, il faut se méfier et même le suspendre, car il y a lieu de redouter des troubles plus graves de l'excitabilité cardiaque.

*f*) CONCLUSIONS. — Le médecin au cours de sa pratique est appelé à se trouver en présence de deux variétés de bradycardies, essentiellement opposées par leur mécanisme et leur évolution, des bradycardies sinusales sans gravité mais souvent associées à une constitution favorable à toute une série de troubles fonctionnels que le médecin doit bien connaître s'il veut que son intervention soit bienfaisante ; des bradycardies par dissociation, surtout rencontrées, dans la seconde moitié de la vie et dont la gravité est telle, que la mort subite est toujours à redouter. Dans l'un et l'autre cas et surtout dans le second la clinique ne pourra lui fournir toute la lumière dont il a besoin, aussi aura-t-il intérêt pour éclairer sa route tant au point de vue du diagnostic, que du pronostic et du traitement, à demander à l'électrocardiographie un supplément d'information.

# LA SYPHILIS ARSÉNO-RÉSISTANTE EN PRATIQUE MÉDICALE

Par le Dr G. FISCHER

L'arséno-résistance de la syphilis est devenue un phénomène courant, plus fréquent de nos jours qu'autrefois : tout praticien a des chances de la rencontrer, et la méconnaissance des anomalies d'évolution, qu'elle détermine, devient une cause d'hésitation, d'erreurs, de méfaits, car la syphilis ne tolère ni fausse manœuvre, ni temporisation.

## I

## Comment se manifeste l'arséno-résistance ?

*Une syphilis résiste à l'arsénic, lorsque chez les malades qu'on a cru blanchir par l'arsénic, le tréponème ne disparaît pas, ou bien réapparaît sous une forme cutanée, muqueuse ou viscérale. Et c'est là, il faut l'avouer, un cruel objet de déception pour le praticien.*

Un syphilitique présente des lésions en pleine activité, et, sur celles-ci, l'action des injections d'arséno-benzol est nulle ou presque nulle ; les accidents syphilitiques persistent aussi longtemps que s'ils n'avaient pas subi un traitement arsénical, cependant bien conduit avec des doses suffisamment fortes et rapprochées. *C'est l'arséno-résistance typique* d'emblée, forme la moins fréquente.

Chez un autre syphilitique, les premières injections arsénicales ont, tout d'abord, fait disparaître les lésions ; mais, quelques jours ou quelques semaines après la cessation de l'arsénothérapie, la maladie réapparaît, soit sous la même forme, soit sous une autre, et cela *dans un temps toujours plus court* que chez un malade normal, qui n'aurait pas reçu de traitement de consolidation après le traitement d'assaut. *C'est l'arséno-récidive.*

Ces *deux cas* ne s'opposent pas forcément ; mais ils *peuvent s'associer*, et se succéder ; le fait s'observe assez fréquemment. C'est ainsi qu'un syphilitique « blanchi » plus ou moins vite sous l'action des premières injections, voit ses lésions réapparaître sur la fin de la cure, alors qu'il reçoit justement les fortes doses et que, malgré la répétition de ces dernières, il est impossible d'obtenir la disparition des accidents. Il s'agit là d'arséno-récidivance précoce, ou encore d'arséno-résistance finale (H. Gougerot et A. Carteaud.)

PLUSIEURS MANIFESTATIONS PEUVENT PARTICULIÈREMENT ATTIRER L'ATTENTION DU PRATICIEN

**1) Les accidents syphiliques réapparaissent d'une manière précoce.**

Ce sont parfois des *récidives chancriformes* ; ces accidents, fort rares dans la pratique courante, se rencontrent environ une fois sur quatre ou cinq observations d'arséno-résistance. Mais, sans parler des lésions banales de syphilis (cas le moins fréquent), l'attention doit être mise en éveil par les éruptions papulo-squameuses, et par les viscéro-récidives.

Les *syphilides papulo-squameuses* sont considérées comme habituelles dans l'arséno-récidive, à tel point que Gougerot a pu dire : « Chaque fois que nous apercevons des syphilides papulo-squameuses disséminées, nous suspectons un arséno-résistant, ou un arséno-récidivant. » Lors des dernières injections, ou quelques jours (quinze jours environ) après la cessation de la cure, réapparaissent de nombreuses papules infiltrées, de couleur cuivrée, dont le diamètre varie de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 à deux francs. Celles-ci sont nettement squameuses, souvent psoriasiformes, parfois même crustacées. Elles sont d'abord soit isolées, soit agminées, formant alors des nappes d'étendue variable. On les observe principalement à la face, à la nuque, au tronc, aux organes génitaux et aux membres supérieurs. A noter que *ces syphilides secondo-tertiaires ne s'accompagnent généralement pas de plaques muqueuses.*

Il s'agit encore *d'accidents viscéraux précoces* ; relativement rares dans les syphilis régulières, on les voit ici avec une fréquence notable. Les *ictères* en particulier se rencontrent souvent. Il faut aussi mentionner les *accidents nerveux* (méningite, etc.), la *périostite tibiale.*

**2) Il se produit une tertiarisation précoce.**

Les lésions sont d'aspect typique, tertiaires ou secondo-tertiaires, mais elles surviennent à une période anormale, c'est-à-dire dès les premières semaines ou les premiers mois de la syphilis. C'est là, d'après R. Cohen, un phénomène frappant dans un grand nombre d'observations. Si, assez rarement, ce peuvent être des accidents nerveux, il s'agit habituellement de lésions papuleuses, qui ont une tendance très nette à se grouper, revêtant une forme serpigineuse, circinée ou en nappe ; celles-ci deviennent régionales et affectent la même prédilection pour

certains points que les syphilides tertiaires ; c'est ainsi que, le plus souvent, celles-ci siègent à la face, où leur point de prédilection est le nez, ou aux mains et particulièrement aux paumes ; ces syphilides palmaires, comme les récidives secondaires, sont squameuses, fait un peu anormal dans le tertiarisme.

Sur les viscères, ce sont des lésions graves distinctes de la période tertiaire, et non des lésions bénignes, comme celles du virus secondaire.

**3) Ce sont encore des efflorescences atypiques.**

Leur diagnostic serait difficile sans la notion de traitement arsénical. Ces éruptions sont formées par des *taches ou des nappes érythémato-squameuses, légèrement infiltrées.* Le plus souvent, ce sont les membres, en particulier les avant-bras, qui sont atteints ; les éléments sont arrondis, de dimensions variables, rosés et recouverts de fines squames. Objectivement, on a l'impression de lésions parakératosiques, et l'on penserait volontiers à l'eczéma séborrhéique, à des parakératoses psoriasiformes.

**4) Le traitement aggrave les lésions : arséno-activation.**

Tantôt l'aggravation est progressive : un chancre s'étend, et devient peu à peu ulcéreux ; une roséole gagne les membres, devient plus colorée.

Tantôt, et ce sont les cas les plus typiques, il y a véritable « réaction de résistance ». A chaque injection, les lésions, au lieu de s'amender, subissent une poussée évolutive, la syphilis s'aggrave d'une injection à l'autre. Ce phénomène ne doit pas être confondu avec la réaction d'Herxheimer, pour laquelle la recrudescence lésionnelle ne se manifeste qu'aux premières injections et s'éteint aux suivantes. Il faut aussi mentionner les cas, où la reprise brusque d'un traitement provoque un réveil, que le même médicament est ensuite incapable de guérir.

**5) L'arsenic n'agit que lentement : demi-arséno-résistance.**

C'est la forme la plus importante, car elle est la plus fréquente et la plus trompeuse ; elle n'est, en effet, que tardivement reconnue dans la plupart des cas ; de ce fait, on perd un temps précieux dans la conduite du traitement.

Les injections d'arséno-benzène semblent, pour ainsi dire, conserver les lésions, car la guérison se produit avec une lenteur anormale ; le chancre persiste pendant des mois, et il se cicatrise peu à peu, sans qu'on puisse dire si l'arsenic a, ou non, abrégé son évolution spontanée ; les plaques muqueuses mettent dix, vingt jours, des semaines parfois pour disparaître. Elles peuvent être plus grandes que les plaques muqueuses vraies, avec une tendance à l'ulcération. Cependant la guérison, une fois qu'elle a été péniblement obtenue, semble se maintenir.

Il est à remarquer enfin que l'intrication de ces différentes formes cliniques est une chose fréquente.

II

## Comment se reconnaît en clinique l'arséno-résistance

Il faut, en effet, compter sur la *clinique* seule pour dépister l'arséno-résistance car, chez ces malades, l'évolution de la réaction de Wassermann, quoique généralement négative, semble n'obéir à aucune logique, ce qui accroît les difficultés de diagnostic.

Certes, il est relativement facile de reconnaître l'arséno-résistance lorsqu'il s'agit de *lésions cutanées ou muqueuses* ; et ce qui a été dit plus haut est d'une grande utilité pour le praticien.

D'autre part, la mise en évidence du tréponème, fait important, constitue le meilleur moyen de diagnostic ; on le retrouve même dans les formes papulo-squameuses ou papulo-croûteuses ou papulo-psoriasiformes, et on peut ainsi éviter une confusion avec les lésions fuso-spirillaires banales ou infectieuses.

Mais l'action thérapeutique de l'arsenic est plus difficile à déceler, quand il s'agit de *manifestations viscérales* ; car, à côté des réactions dues directement au tréponème, on assiste à l'éclosion de syndromes cliniques en rapport avec des manifestations viscérales fonctionnelles. « C'est ainsi, par exemple, que dans la syphilis secondaire du rein ou du foie, nous n'avons pas seulement des manifestations tréponémiques, mais nous sommes en présence d'un syndrome clinique d'insuffisance glandulaire, qui peut exister à un degré plus ou moins marqué, et qu'il ne faut pas négliger dans le traitement de la syphilis viscérale (médication hépatique, rénale, thyroïdienne, surrénale, etc., ou régime alimentaire concomitant) ». Or, *il n'y a réellement syphilis viscérale arséno-résistante que si le traitement arsénical a été poursuivi à doses suffisantes, et suffisamment prolongées* ; cependant, on ne peut pas considérer comme syphilis arséno-résistante les manifestations scléreuses et cicatricielles, sur lesquelles l'arsenic reste impuissant.

Cependant, la persistance simultanée des accidents cutanés et muqueux, comme leur récidive concomitante, peut mettre sur la voie du diagnostic de l'arséno-résistance viscérale.

En général, on reconnaît cette arséno-résistance ou récidive à ce fait que, au décours ou peu de temps, parfois quelques mois, après un traitement arsénical, apparaissent les lésions destructives, graves de la période tertiaire.

Les neuro-récidives ont été les plus étudiées; elles se manifestent souvent sous la forme de paralysies oculaires, de troubles méningés, de manifestations auditives.

L'hépato-récidive se traduit sous forme d'ictère, même tardif, sans qu'il s'agisse d'ictère toxique arsénical; le diagnostic en est malaisé.

Même considération pour la forme rénale; celle-ci se révèle par une albumine considérable avec œdèmes, sous l'aspect aigu ou subaigu. Ces néphro-récidives sont très difficiles à soigner.

*L'épreuve du traitement a une grosse valeur diagnostique* ; c'est une question de premier ordre pour le praticien, qui se demande s'il doit continuer la thérapeutique spécifique, ou s'il ne doit pas considérer les troubles observés comme des accidents toxiques, et même des accidents infectieux attribuables à d'autres germes.

En tout cas, comme le dit Milian, il *faut s'assurer qu'on a traité le malade à des doses suffisantes.* Parfois, en continuant le traitement par des doses suffisamment élevées, on triomphe de soi-disant accidents arséno-résistants, de lésions qui sont surtout rebelles à la thérapeutique réalisée d'une façon épisodique. On a, par exemple, guéri de cette manière des accidents tertiaires qui se montraient tenaces, des lésions qu'on avait jugées incurables ou néoplasiques.

En ce qui concerne les *lésions cutanées*, l'attention doit être attirée sur celles que peut déclencher le traitement (biotropisme). Certaines parakératoses psoriasiformes, ainsi apparues, n'ont ni la couleur cuivrée, ni l'exubérance des syphilides papuleuses. Pour les lévurides, les trichophytides, les mycoses, les formes atypiques érythémato-squameuses de lichen, l'examen des squames, leurs cultures et toutes les recherches mycologiques lèvent les doutes.

Quant à l'arséno-résistance, et surtout à l'arséno-récidivance *viscérale*, le problème n'est pas toujours aisé à résoudre ; il faut, après avoir étudié de près toutes les réactions viscérales du malade, surveiller avec une grande prudence l'épreuve du traitement spécifique : température, pouls, réactions cutanée et intestinale, état du foie et du rein.

En cas de réaction thermique accentuée, s'agit-il d'une réaction d'Herxheimer, ou d'une réaction d'arséno-activation de Gougerot ? Dans la réaction d'Herxheimer, la courbe évolutive est en *escalier descendant* : la poussée d'aggravation provoquée par l'injection arsénicale est passagère, et l'amélioration augmente d'injection en injection. Par contre, s'il y a arséno-activation, ou réaction de résistance, la courbe évolutive est en *escalier montant* : après chaque injection, éclate une poussée, qui garde toute son intensité, ou bien se produit une atténuation mais incomplète, la syphilis restant aggravée par rapport à l'injection précédente.

La *date d'apparition* ne peut apporter aucun élément précieux car l'arséno-résistance est susceptible de se montrer précocement, parfois même avant la fin de la cure novarsénobenzolique.

*L'examen du sang*, fait après les injections de novar, permettrait d'après Gouin et ses collaborateurs, de diagnostiquer, et même de prévoir l'arséno-résistance. Il s'agit de la *leucocyto-réaction.* Celle-ci consiste en une leucopénie franche, deux heures après l'injection médicamenteuse (chute du nombre des leucocytes de 8.000 à 2.000, par exemple); quand cette réaction se produit, elle permettrait de diagnostiquer ou même de prévoir, la résistance au médicament injecté.

### LA QUESTION DU PRONOSTIC

*L'épreuve du traitement* conduit à des constations très importantes au point de vue du *pronostic*, à condition qu'on complète celle-ci, en cas d'insuccès (même avec des doses suffisantes et suffisamment prolongées, ou un autre produit arsénical) par *l'essai d'autres médications spécifiques.*

Ainsi une syphilis, démontrée arséno-résistante, peut s'amender rapidement sous l'influence d'une thérapeutique bismuthique ou mercurielle. Le pronostic rapproché est alors favorable : quant au pronostic éloigné, même si on a perdu du temps, si le tertiarisme est apparu ou s'est rapproché, l'avenir du malade n'est, en somme, pas plus compromis que celui de tant d'autres qui se soignent un peu tardivement.

La situation est autrement plus grave, si le sujet est également résistant à l'arsenic, au mercure et au bismuth, s'il est *pluri-résistant.* Le pronostic lointain et même immédiat, doit être réservé dans ces conditions ; car, si les cas en sont heureusement exceptionnels, la syphilis jeune peut causer des morts ; et, sans aller jusqu'à ces cas mortels, il ne faut pas oublier les formes tertiaires graves, qui peuvent laisser des séquelles (paraplégie ; méningite suivie de troubles visuels définitifs, etc.)

Heureusement, ces observations sont rares, et

presque toujours, avec de la patience, des cures répétées, prolongées, variées, l'institution des méthodes protéiniques, on arrive à rendre bénigne une syphilis, qui au début se présentait sous un jour des plus sombres (Gougerot et Carteaud.)

III

## Comment on peut, d'une manière rationnelle, traiter l'arséno-résistance

### 1) Les causes de l'arséno-résistance brièvement exposées

*Dans la production de l'arséno-résistance on peut incriminer soit le tréponème, soit l'organisme du syphilitique, soit les erreurs thérapeutiques.*

*Le tréponème.* Si les cas d'arséno-résistance deviennent de plus en plus nombreux, peut-être l'action combinée du temps et de la généralisation du traitement augmente-t-elle la proportion des races de tréponèmes devenant arséno-résistantes ?

*L'organisme du malade.* Il est maintenant prouvé que, d'une part, il y a combinaison des médicaments à base d'arsenic avec les albumines du malade, et que, d'autre part, si, pour une raison quelconque, les toxalbumines arséniées ne se forment pas ainsi en quantité utile, le médicament n'agit pas. La leucocyto-réaction (leucopénie) en serait la preuve.

*Les erreurs thérapeutiques.* Tous les auteurs sont d'accord sur ce fait qu'on risque de rendre un malade arséno-résistant en employant des doses insuffisantes d'arsénobenzol, ou des injections trop espacées (huit jours d'intervalle ou plus encore). Témoin le malade de Milian : un syphilitique soigné sans arrêt depuis quatre ans, présentait sans cesse des syphilides ; or, il suffit de lui faire des injections tous les cinq jours, pour que disparussent enfin définitivement les accidents.

On a incriminé aussi le médicament, et l'on a prétendu que les fabricants, émus par la fréquence des accidents graves dus aux arsénobenzols de la première heure, avaient cherché à diminuer la toxicité du 914, et par là avaient involontairement diminué l'activité du produit. Pourtant le pouvoir spirillicide des produits n'a pas diminué, et il ne semble pas non plus que l'inefficacité soit due à telle ou telle marque d'arsenic.

### 2) Le traitement rationnel

Ce sont peut-être les syphilis arséno-résistantes qui sont en partie la cause de la recrudescence actuelle de la syphilis ; aussi doivent-elles retenir particulièrement l'attention du praticien, « qui ne devra pas tenir compte, pour le diagnostic par traitement d'épreuve, d'un échec à la suite d'une thérapeutique arsenicale » (Gougerot).

Or, d'après ce qui vient d'être dit, et le facteur tréponème ne pouvant être envisagé, il ne convient de ne retenir que deux éléments : *la méthode thérapeutique et le terrain.*

La méthode thérapeutique

*A. Empêcher l'arséno-résistance de se produire dès le début du traitement.*

Il faudra surtout mettre en œuvre les meilleurs médicaments possibles, et les administrer à des doses suffisantes avec des délais suffisamment rapprochés. On se rappellera notamment qu'un syphilitique doit être suivi pas à pas, d'une façon prolongée et continue, et qu'il est difficile d'instituer un traitement en formule passe-partout pour tous les malades.

Ainsi, « un traitement arsénical peut être contre-indiqué. Mais s'il n'est pas contre-indiqué, on a le droit de lui préférer le bismuth. Cependant si le médecin choisit l'arsenic, il doit se soumettre aux règles, depuis longtemps formulées par Ehrlich : 1 cgr. 5 par kilogramme par injection, et autant de grammes par série que le sujet pèse de dizaines de kilogrammes, c'est-à-dire que, pour un individu pesant 60 kilogrammes, on devra atteindre la dose de 0 gr. 90 par injection, et la dose de 6 grammes par série ». L'intervalle entre deux séries devra être réduit à 21 jours. Ensuite, il faut respecter, en plus de la loi des intervalles, la loi des séries, à savoir : le traitement d'attaque de la syphilis doit comporter trois séries, si le malade est pris à la phase présérologique ; et, s'il est pris à la phase sérologique, trois séries, plus autant de séries qu'il en a fallu pour négativer les réactions sérologiques. Après ce traitement, on sera guidé par les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien, pour la conduite ultérieure du traitement (Marcel Pinard et R. Even).

*Les traitements mixtes.*

De nombreux médecins, alarmés par la fréquence des arséno-résistances, préconisent d'emblée pour l'attaque d'une syphilis récente le traitement mixte arsénico-bismuthique, ou arsénico-bismutho-mercuriel. Cette méthode a le grand

avantage de ne pas faire perdre de temps au malade, de le blanchir plus sûrement, et d'apporter le plus de chances de succès. Mais, afin de ne pas camoufler ainsi une arséno-résistance ou une bismutho-résistance, une mercuro-résistance, toujours possibles, M. Gougerot n'intercale le bismuth qu'après l'injection de 0,60 d'arsénic, ce qui permet de reconnaître l'arséno-résistance, quand on a observé avec soin l'évolution des lésions, pendant les premières injections, qui doivent normalement effacer une grande partie des accidents secondaires.

B. *En présence d'une arséno-résistance primitive, ou secondaire à un traitement arsénical antérieur,* CHANGER DE TRAITEMENT.

Abandonner les arsénicaux et se servir du bismuth ou du mercure, même pour la demi-arséno-résistance primitive de Gougerot, car « ce serait une faute que de perdre un temps précieux à vouloir respecter et accumuler des doses ou même à changer de marque ou de produit arsénical. »

Voici quelques indications données par MM. R. Barthélemy et R. Rabut.

Pour une *syphilis secondaire,* qu'il est urgent de blanchir, le *bismuth* s'impose de préférence aux mercuriaux vraiment actifs comme le cyanure ou le calomel. Les composés les plus maniables, sans risques de stomatite, de néphrite ou d'atteinte rapide de l'état général, sont les campho-carbonates solubles dans l'huile et l'iodo-bismuthate de quinine, en suspension huileuse vite résorbée. Quelques injections, aux doses dites normales, effacent d'ordinaire sans peine la floraison secondaire la plus arséno-résistante.

Pour les sujets qui répugnent aux injections intra-musculaires et peuvent se soigner journellement, l'intraveineuse quotidienne d'un centigramme de *cyanure* en longues séries de 20 à 25, avec deux semaines de repos intercalaire, peut donner un aussi bon résultat, mais celui-ci risque d'être fugace.

Pour une *syphilis plus ancienne,* cutanée, viscérale ou sérologique (Bordet-Wassermann irréductible), c'est encore le *bismuth* que l'on doit préférer ; mais alors on peut espacer les injections, faites à doses doubles ; hebdomadaires, elles restent efficaces et suffisantes. Cependant le bismuth n'est pas supporté en cas de lésions viscérales (rénales, en particulier). On revient alors aux *composés mercuriels solubles* : le cyanure intra-veineux sera bien toléré, à condition de ne pas être en ampoules scellées vieillies, mais en flacon, et en solution fraîche à un ou deux pour cent. Les autres mercuriaux solubles, moins riches en mercure, ne constituent qu'un pis-aller, avec risques de douleurs locales et de toxicité. Si l'on est obligé d'aller vite, et que l'état du rein le permette, recourir au calomel bien préparé (formules de Lafay, de Duret), qui, bien supporté par la voie veineuse, se résorbe lentement, et permet ainsi d'espacer les injections. Si le calomel est douloureux, employer une bonne huile grise, ou une huile grise argentique, vieux traitement classique, lent, mais efficace. L'huile grise ou le calomel sera également indiqué, si le sujet est intolérant au cyanure de Hg (entérite, par exemple).

En des cas, heureusement rares, de *tri-résistance* aux trois antisyphilitiques majeurs, on peut trouver dans la grande série de leurs composés, spécialisés ou non, un produit actif, quitte à recourir aux préparations buccales, aux suppositoires, aux frictions mercurielles.

A défaut, on essaiera les iodures et iodiques, en particulier les injections intra-musculaires d'huile iodée (lipiodol).

Puis, on tentera des antisyphilitiques mineurs : *or, vanadium, zinc, cadmium, antimoine, tellure.*

L'*or* s'emploie par la bouche ou en injection. *Par la bouche* : bromure ou chlorure d'or, à la dose maxima de dix milligrammes par jour, en solution non sucrée, ni acide, ou en pilules ; chlorure d'or et de sodium (sel de Chrestien), plus maniable, à la dose quotidienne maxima de trois à cinq centigrammes. *En injection* : cyanure double d'or et de potassium, très actif, solution aqueuse à un pour cent, dont on injectera au maximum cinq centimètres cubes dilués, dans 50 à 100 cent. cubes de sérum physiologique en intraveineuse, tous les deux ou trois jours, en surveillant les réactions, pendant huit à dix jours. Essayer aussi les nouveaux sels d'or préconisés contre la tuberculose.

Le *vanadium*, sous forme de tetra et d'hexa-vanadate de potassium, a donné, en injections intra-musculaires, des succès comparables à ceux du bismuth. Le tartro-vanadate de potassium, en solution de 2 à 3 %, se prescrit à la dose de 2 à 10 cmc. tous les deux ou trois jours.

L'iodure et le valérianate de *zinc* par voie intra-veineuse se donnent à la dose de 0 gr. 03, et l'oxyde de zinc par voie intra-musculaire à la dose de 0 gr. 15.

Le sous-salicylate de *cadmium*, en suspension huileuse à 10 %, est prescrit en injections musculaires de 0,5 à 1 cmc., à raison de deux injections par semaine.

L'*antimoine* est donné sous la forme d'émétique, en solution à 1 p. 1000 dans le sérum physiologique à 7,50 p. 1000, au taux de 5 à 10 centigrammes par jour, en injections intra-veineuses quotidiennes pendant une dizaine de jours.

L'*uranate d'ammonium* en suspension huileuse (préparation Lafay) est donné à raison

d'une injection fessière hebdomadaire de 0 gr. 15 pendant deux mois.

### Le terrain

Pour bien soigner un syphilitique d'une manière générale, un arséno-résistant d'une manière spéciale, on devra « ici comme ailleurs, tenir compte des capacités réparatrices de l'organisme, les faire naître, les stimuler ou les développer par tous les moyens » (R. Barthélemy). Il faudra donc chez les arséno-résistants se rappeler deux notions, de la plus haute importance : l'une d'ordre expérimental, d'après laquelle les antiseptiques ne sont pas capables, à eux seuls, de détruire tous les microbes ; l'autre, d'ordre clinique, établie par Jacquet, qui guérissait des syphilides tertiaires, sans traitement spécifique, par le repos et des pansements.

*Qu'il s'agisse d'une arséno-résistance primitive ou d'une arséno-résistance secondaire*, on devra donc lutter contre le mauvais état général par tous les moyens usuels de bonne hygiène, grand air, hydrothérapie, bains de vapeurs, bains de lumière.

La médication tonique sera d'une grande utilité, à condition d'être maniée sans excès.

Les préparations phosphatées, nucléinées, iodo-tanniques, ferrugineuses, l'huile de foie de morue et ses succédanés, le quinquina, en feront le fond.

Les cures de désintoxication, avec l'antique salsepareille, seront indiquées chez les sujets pléthoriques, et chez ceux dont le foie et les reins sont déficients. L'hexaméthylène-tétramine est souvent utile.

De pareille façon, s'il y a insuffisance humorale ou endocrinienne (dûment reconnue par un examen soigneux), l'opothérapie sera conseillée. Même, en l'absence de troubles endocriniens nets, Villaret recommande systématiquement l'extrait hépatique, qui, d'après lui, renforcerait incontestablement la puissance thérapeutique des arséno-benzols, l'insuffisance hépatique dominant d'après Bacquelin la pathogénie des arséno-résistances.

On essaiera systématiquement l'opothérapie pluri-glandulaire : thyroïdienne, hypophysaire, surrénale, ovarienne, orchitique, pancréatique, hépatique. L'insuline s'est montrée efficace dans trois cas.

On peut encore modifier le terrain par la protéinothérapie, l'auto-hémothérapie, la pyrétothérapie, la malariathérapie. La chose est rationnelle, car certains faits expérimentaux ont démontré chez les arséno-résistants une véritable « inertie humorale », que la thérapeutique de choix arrive parfois à stimuler.

La *protéinothérapie* pourra consister à faire des injections intra-dermiques d'hémostyl, à la dose de 0,02, tous les deux jours par exemple ; on provoquera des injections plus violentes au moyen d'injections de lait.

La *malariathérapie* constitue un moyen d'exception ; cependant elle peut devenir un adjuvant utile, en cas d'une résistance multiple, non plus cantonnée aux seuls arsénos, mais étendue au bismuth, au mercure. De cette pluri-résistance résultent parfois des syphilis graves, notamment au point de vue nerveux ou mutilant, et celle-ci est parfois susceptible de céder à la malariathérapie.

### BIBLIOGRAPHIE

H. Gougerot et A. Carteaud. — Ce qu'on doit savoir des syphilis arséno-résistantes (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1931.)

J. Lacassagne et F. Lebeuf. — Comment expliquer l'arséno-résistance (*Le Journal médical français*, août 1931).

R. Cohen. — Etude clinique des syphilis arséno-résistantes (*Ibid.*).

P. Blum et J. Brales. — Modalités cliniques des syphilis arséno-résistantes. Leur diagnostic (*Ibid.*)

R. Barthélemy et Rabut. — Le traitement des syphilis arséno-résistantes (*Ibid.*).

Marcel Pinard et Roger Even. — Les syphilis arséno-résistantes et arséno-récidivantes (*Paris médical*, 26 mars 1932.)

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Le nodule rhumatismal de Meynet.

MM. R. Debré et P. Uhry rappellent que les nodosités de Meynet ont pour caractère essentiel de siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané, de ne pas adhérer à la peau qui garde un aspect normal, d'être fréquemment en connexion intime avec les plans profonds et d'avoir une évolution variable. Elles se révèlent plus souvent qu'on ne le croit, à la simple inspection du sujet, pour peu qu'on cherche avec attention la saillie qu'elles déterminent. Ce sont de petites tumeurs arrondies, sphériques ou ovalaires, parfois discoïdes, et de consistance variable ; rarement molles, elles sont, dans la règle, fermes, donnant la sensation de tissu fibreux dense ou même cartilagineux, voire osseux. Leur taille est extrêmement variable depuis celle d'un grain de mil jusqu'à celle d'une grosse noix. Il est rare qu'elles soient peu abondantes ; pour peu qu'on les recherche toutes, on finit par en trouver six, huit, dix ; parfois, elles se comptent par dizaines. Un de leurs caractères essentiels, c'est d'être indolentes spontanément, et à la pression, de ne pas altérer le revêtement cutané, si ce n'est par la distension, lorsqu'elles siègent au contact d'un plan osseux.

Leur localisation est extrêmement variable ; mais on les retrouve avec prédilection au niveau de la voûte cranienne, particulièrement sur l'occipital et les pariétaux, le long des apophyses vertébrales, au niveau des omoplates, au voisinage des articulations (genoux, coudes, doigts) ; aussi doit-on insister auprès des cliniciens pour que, en examinant un cas de maladie de Bouilland, de chorée, ils ne manquent jamais de passer la main sur les régions énumérées.

En général, les nodosités de Meynet évoluent, ou bien en trois, quatre jours, ou bien en trois, quatre semaines. Dans l'ensemble, la durée totale des poussées nodulaires dépasse rarement trois ou quatre mois. (*Paris médical*, 7 novembre 1931.)

### La maigreur.

M. le Professeur Loeper et M. Soulié définissent la maigreur : un syndrome clinique, où dominent deux processus principaux et d'inégale importance. Le premier est caractérisé par la diminution ou l'absence de graisse dans les tissus, et réalise une véritable dystrophie générale du tissu adipeux ; il porte sur l'adiposité. Le second trouble provient d'une diminution ou d'un faible développement des masses musculaires ; il porte sur la myosite.

Les variétés d'apport alimentaire sont multiples. Ce sont : l'insuffisance d'apport alimentaire, l'insuffisance d'absorption, l'insuffisance d'utilisation, l'exagération des dépenses énergétiques, l'élévation du métabolisme organique. Il y a enfin une maigreur essentielle, qu'on appelle macilence.

Le traitement de la maigreur est des plus difficiles et des plus décevants. Il est fondé, avant tout, sur un examen complet du malade, qui pourra découvrir la cause du déséquilibre de la nutrition et la traiter. Il y a donc la thérapeutique de la cause, et la thérapeutique du syndrome.

Le traitement de la cause rentre dans les règles générales de la thérapeutique. Dans les cas de « maigreur essentielle », il faudra toujours penser à un trouble latent ou très fruste des glandes endocrines et du système neuro-végétatif pour donner une note d'orientation étiologique au traitement symptomatique que l'on appliquera.

Quant au traitement du syndrome maigreur, il comprend deux directives principales : la diminution des dépenses énergétiques, l'augmentation des recettes ; cette dernière constitue le point capital ; l'intégrité du tube digestif et un régime approprié sont les deux buts recherchés. Le régime de suralimentation sera abondant et varié, agréable au goût, et tiendra compte pour une large part des préférences du malade ; il comprendra avant tout, les aliments qui vont former de la graisse et des muscles ; il sera appliqué progressivement avec prudence et adapté aux aptitudes digestives du malade. Les graisses ont une grosse valeur calorique ; les acides gras saturés engraissent d'ailleurs plus que les autres variétés (lait, fromage, beurre, œufs).

L'insuline est souvent utile, par son rôle hydropexique (véritable assimilation d'eau), par son action favorisante de la transformation des hydrates de carbone en graisse. Elle paraît agir sur la sécrétion gastrique qu'elle augmente, et peut-être sur la sécrétion pancréatique. On y associera un régime riche en hydrates de carbone. Les meilleurs résultats de l'insulinothérapie ont été observés dans les maigreurs d'apparence primitive, ou relevant d'un trouble endocrinien, en particulier thyroïdien. Celle-ci présente cependant quel-

ques contre-indications. Dans les cas de tuberculose pulmonaire, elle semble réservée aux cas de tuberculose fibreuse apyrétique. Au cours des ulcères gastriques, le rôle hypervagotonique de l'insuline paraît, quoiqu'on ait dit de l'influence cicatrisante de l'insuline, contre-indiquer son application. (*Le Journal médical français*, novembre 1931.)

### La rachianesthésie « contrôlable »

Le Dr F. DE ROM (Gand) appelle ainsi une rachianesthésie moins dangereuse au point de vue des troubles circulatoires et respiratoires, et réglable au point de vue étendue et durée de l'anesthésie.

Les dangers de la rachi étaient en effet : le collapsus par paralysie respiratoire ; la forte baisse de la pression sanguine ; la difficulté de régler le niveau de la zone anesthésiée, surtout pour les anesthésies hautes, sus-ombilicales.

La paralysie respiratoire ne serait nullement due à l'imprégnation du bulbe par l'anesthésique, mais bien au fait de l'anémie cérébrale aiguë causée par la rachi. Or, on peut combattre ces accidents par la position de Trendelenbourg, qui amène par les seules forces de la pesanteur le sang accumulé dans les viscères abdominaux vers le thorax, où bat un cœur intact, et ainsi vers le cerveau. L'anémie cérébrale peut ainsi être évitée en mettant le malade dans cette position, immédiatement après l'injection intra-durale ; ainsi la syncope fatale sera évitée.

Pour éviter la baisse de la pression sanguine, on a employé l'adrénaline ; mais celle-ci a deux défauts : la brutalité et la fugacité de son action. Or, l'éphédrine n'a pas ces inconvénients. On fait actuellement une injection d'éphédrine préparatoire à la rachi, afin de prévenir l'hypotension, quitte à compléter cette mesure prophylactique par des injections itératives, si la pression sanguine venait à fléchir quand même au cours de l'opération.

Quant au niveau à réaliser pour l'étendue de zone anesthésiée, on essaie un liquide (de Pitkin), solution légère, d'un poids spécifique inférieur à celui du liquide céphalo-rachidien, y flottant sans se diffuser, et qui serait amené au niveau désiré par une inclinaison plus ou moins prononcée du malade dans l'un ou l'autre sens, suivant qu'on veut chasser le liquide anesthésiant vers la partie inférieure ou supérieure de la moelle, suivant qu'on veut obtenir une anesthésie basse ou haute.

Enfin, de nouveaux produits (percaïne, pantocaïne) procureraient, en concentration relativement faible, des anesthésies dépassant 3 ou 4 heures, combattant ainsi les difficultés causées par l'insuffisance de la durée de l'anesthésie lombaire pour les opérations longues et difficiles.

Si ces essais donnent les résultats positifs, que l'on espère obtenir, la rachi aura reconquis sa place d'anesthésie de choix dans les grandes opérations sous-diaphragmatiques. (*Revue belge des Sciences médicales*, novembre 1931.)

### Le traitement de la narcolepsie par l'éphédrine.

Les formes graves du sommeil pathologique ne sont pas très fréquentes : les grandes léthargies de l'encéphalite épidémique ou des tumeurs cérébrales, les crises cataplectiques, qui accompagnent la narcolepsie dite essentielle, ne sont pas d'observation courante. Mais les formes atténuées, les somnolences de surmenés, des diabétiques, des dyspeptiques et des hépatiques par exemple sont du domaine de l'observation journalière, et contre elles, le médecin est souvent bien mal armé.

Sans doute, il est assez facile d'en réduire un certain nombre par un traitement étiologique ; mais il en reste d'autres qui sont irréductibles, soit que leur cause reste inconnue, soit qu'elle échappe à tout traitement étiologique, comme il arrive pour certains accidents post-encéphalitiques et pour certaines tumeurs inaccessibles.

C'est contre elles qu'on s'est efforcé de chercher un traitement symptomatique et physiologique de la narcolepsie : méthodes stimulante, calmante, opothérapie (thyroïde, hypophyse) ; tout cela, sans grand résultat.

M. MOUZON attire l'attention sur l'éphédrine, qui par voie sous-cutanée, a pu exercer une action durable sur la narcolepsie, mais n'a pas, ou guère, amélioré les attaques de cataplexie. Sans doute, le nombre des observations est encore restreint ; mais il ne s'agit que d'un traitement symptomatique, qui doit céder le pas, chaque fois qu'il est possible, à un traitement pathogénique ; mais, quand il est impossible de guérir, il ne faut rien négliger de ce qui peut soulager. (*La Presse médicale*, 26 décembre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Kyste hydatique thoracique évacué dans le péritoine à la faveur d'une rupture du diaphragme.**

(M. G. Chavannaz, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 15-3-1932.)

Malade soignée pour un kyste hydatique de l'hypochondre droit, rattaché à une origine hépatique. Elle est prise un jour de vomissements et de douleur abdominale vive. A l'opération, on trouve du liquide aqueux dans le péritoine, et l'on arrive sur une déchirure de la coupole diaphragmatique droite. Pénétrant au travers de cette brèche, on extrait une poche hydatique vide, qui était intra-thoracique, sus-diaphragmatique. Guérison.

En somme, il s'est agi d'une pénétration intra-péritonéale, à travers le diaphragme, d'un volumineux kyste hydatique né dans le thorax, à localisation probablement pleurale. La brèche diaphragmatique était nette. La communication entre la cavité thoracique et la cavité abdominale ne pouvait relever d'une usure du muscle par compression lente ou infection. Dans quelles conditions cette déchirure s'était-elle produite ? Il est classique de considérer l'effort, en particulier celui du vomissement, comme susceptible d'amener la rupture du diaphragme. C'est la cause qui paraît devoir être invoquée ici. Les vomissements ont marqué le début des accidents. Ils ont cessé dès que la pénétration abdominale a été un fait accompli.

Des cas de ce genre sont probablement tout à fait exceptionnels. Les recherches bibliographiques de l'auteur ne lui ont pas permis d'en rencontrer un autre comparable.

**Une méthode utilisée dans l'antiquité pour caractériser l'eau potable.**

M. A. Trillat. — *Académie de médecine* ; 15-3-1932.)

La lecture des anciens auteurs montre que les Grecs et les Romains attachaient une grande importance au choix de l'eau d'alimentation. Les anciens, dans le captage des eaux, s'efforçaient de trouver une eau douce et peu minéralisée et l'on relate même qu'en temps de guerre, les premiers soins des généraux romains, dans l'établissement d'un camp, était de s'assurer des qualités de l'eau destinée à l'alimentation des troupes.

M. Trillat signale une méthode dont il a trouvé la description dans les historiens latins, destinée à différencier les eaux douces des eaux dures. Cette épreuve dite « du vin sur l'eau » consiste à ajouter à l'eau de très petites quantités de vin rouge très coloré. On remarque que l'apparition de la coloration rouge varie avec la teneur de l'eau en sels alcalins (CaO). Pratiquement, on laisse tomber goutte à goutte le vin rouge dans une quantité déterminée d'eau contenue dans un récipient à fond blanc ; on compte le nombre de gouttes nécessaires pour amener la coloration de l'eau. M. Trillat a vu la teinte rouge apparaître avec une ou deux gouttes (eau de pluie), 18 à 20 gouttes (eau de la Vanne), etc., le nombre de gouttes étant proportionnel à l'alcalinité en CaO et au degré hydrotimétrique.

**Dyskinésies « fonctionnelles » de la parole et du chant.**

(M. J. Tarneaud. — *Académie de médecine* ; 15-3-1932.)

Il existe des affections de la voix qui ne s'accompagnent d'aucune altération laryngée apparente à l'examen laryngoscopique. On les qualifie de dyskinésies « fonctionnelles », diagnostic que l'on ne porte qu'avec circonspection, car il pose plutôt un problème qu'il ne le résout.

Pour établir le diagnostic différentiel des dysphonies et la vérification de leur nature, organique ou fonctionnelle, M. Tarneaud, laryngologiste du Conservatoire national de musique de Paris, utilise l'épreuve d'assourdissement de Lombard, qui supprime le contrôle acoustique de la voix.

Lombard a montré que, chez l'aphone pithiatique, la voix revient au cours de l'assourdissement. M. Tarneaud a constaté le même fait dans de nombreux cas de dysphonie non pithiatique. Il a vu que, dans les altérations lésionnelles de la voix, l'épreuve d'assourdissement amplifie le trouble vocal. Dans les troubles dysphoniques simples, au contraire, l'épreuve d'assourdissement permet d'affirmer, lorsque la voix reprend, au cours de l'épreuve, ses qualités de timbre et de tonalité, qu'il s'agit d'une perturbation fonctionnelle, d'une dyskinésie.

La dyskinésie vocale, ainsi établie, résulte d'un trouble du tonus musculaire, d'hypertonies ou d'hypotonies vocales. Elle prend son origine dans des causes diverses, perturbations du système nerveux sympathique, dérèglement moteur qui est lui-même, ou post-opératoire, post-inflammatoire, ou dû à l'habitude, ou consécutif à la fatigue, au malmenage vocal.

**Hernie de l'utérus gravide à travers l'anus.**

(M. Brandao Filho, de Rio-de-Janeiro. — *Société de chirurgie* ; 3-2-1932.)

M. J.-L. Faure rapporte au nom de M. Brandao Filho, de Rio-de-Janeiro, un cas de hernie de l'utérus gravide à travers l'anus. Il s'agit d'une mulatresse de 25 ans, enceinte de cinq mois, qui au mo-

ment d'un effort pour aller à la selle, vit sortir de son anus une grosseur du volume d'une tête de fœtus. Il s'agissait bien, en réalité, de l'utérus gravide qui avait refoulé la paroi rectale antérieure et était venu faire saillie au dehors par l'anus. M. Brandao Filho évacua l'utérus extériorisé, par embryotomie et incision du col, et la malade guérit.

Je ne sais, dit M. J.-L. Faure, si observation semblable a jamais été publiée. Quoiqu'il en soit, on peut se rendre compte comment, sous l'influence de la poussée intestinale, un utérus en rétroversion et gravide a pu déprimer la paroi rectale antérieure, s'en coiffer, et forcer le passage à travers un anus déficient.

P. L.

# Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ivan BERTRAND, directeur de l'Ecole pratique des Hautes Etudes.— **Techniques histologiques de neuropathologie**. Préface du Professeur G. GUILLAIN. (Un vol. de 376 pages, 50 francs.)

L'auteur a groupé et mis au point les techniques modernes d'histologie, concernant le système nerveux et susceptibles de rendre des services dans les laboratoires : coloration des neurofibrilles, de la névroglie, de la mésoglie, de l'oligodendroglie. Voici les divisions de l'ouvrage : Généralités. Méthodes cytologiques. Méthodes myéliniques. Méthodes neuro-fibrillaires. Méthodes névrogliques. Méthodes pour la microglie et l'oligodendroglie. Tissu conjonctif. Les produits de désintégration. Les nerfs périphériques. Recherches bactériologiques.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L. AMBARD. — **Physiologie normale et pathologie des reins** (3e édition entièrement remaniée). (Un vol. 502 pages avec 52 figures, 55 francs.)

Cette étude très précise et très étendue de la physiologie des reins est écrite au point de vue de la physiologie normale aussi bien qu'à celui de la pathologie et même de la clinique médicale. Si les modifications, apportées par cette nouvelle édition, portent sur l'ensemble de l'ouvrage, certains chapitres ont été entièrement modifiés ou écrits : Mécanisme interne de la sécrétion rénale. Conception générale du transit des substances solides. Le seuil du chlore. La sécrétion de l'eau. Le rôle du rein dans la régulation de la réserve alcaline. L'hypertrophie compensatrice et d'hyperfonctionnement compensateur. Causes générales des symptômes de l'urémie. Syndromes d'hypochlorurémie.

Après la physiologie du rein sont envisagées les néphrites : avec œdèmes, avec rétention chlorurée sèche, avec azotémie. Un chapitre sur l'exploration des fonctions rénales en chirurgie termine cet ouvrage intéressant et éminemment pratique.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Jean LERDY (Brides-les-Bains). — **Embonpoint et obésité. Conceptions et thérapeutiques actuelles.** Préface du Dr CHIRAY. (Un vol. de 196 pages, 20 francs.)

Dans une première partie, l'auteur donne une définition clinique des obésités sans règle mathématique absolue ; il donne son opinion sur la valeur relative des causes prédisposantes et déterminantes des obésités. Il montre les progrès réalisés dans l'étude du métabolisme des graisses, du rôle que paraît y jouer le foie, et de celui qu'y jouent les glandes endocrines et le système nerveux. Il établit ensuite sous quelles réserves l'étude des échanges respiratoires, et en particulier du métabolisme basal peut, comme test de certaines insuffisances glandulaires, être d'un réel intérêt dans le dépistage des obèses ralentis de la nutrition, constituant une minorité mais réclamant des directives thérapeutiques spéciales. L'auteur fait une critique de la valeur pratique du coefficient respiratoire ; il signale l'importance des complications de l'obésité, et prouve que le pronostic général des obésités doit être basé surtout sur la réductibilité de ces complications.

La deuxième partie est consacrée au traitement. La diététique de l'obésité est la seule rationnelle par un régime équilibré, varié, individuel ; l'auteur fait une critique sévère des cures de jeûne ; il indique ses idées sur les limites et la rapidité des cures d'amaigrissement.

Viennent ensuite la cure hygiénique et les cures hydrominérales. Enfin une mise au point impartiale d'opothérapie met en évidence la faible valeur des autres adjuvants médicamenteux ; le traitement à opposer aux associations si fréquentes de l'obésité avec les autres maladies de la nutrition termine cet ouvrage.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

### LA JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE DES ASSURANCES SOCIALES

Voilà plus d'un an et demi que la loi des assurances sociales est franchement entrée en application et déjà, des quelques documents de jurisprudence que nous possédons, il nous est possible de faire une étude d'ensemble, pour en dégager un enseignement et une conclusion.

**Organisation de la justice médicale professionelle**

La loi du 30 avril 1930 et le décret portant règlement d'administration publique ont mis à la charge des syndicats de praticiens l'organisation du contrôle technique et la répression des abus, en matière d'assurances sociales.

Du contrôle technique, nous ne dirons rien aujourd'hui, puisqu'il s'agit là de mesures de vérification, d'examens des situations particulières, qui ont été signalées à l'attention du syndicat.

L'organisation judiciaire syndicale est la suivante :

Jusqu'à la mise en vigueur de la loi sur les assurances sociales, presque tous les syndicats médicaux de France avaient institué un conseil de famille, qui, s'imposant aux seuls syndiqués, était chargé de faire respecter les règles de déontologie et même d'infliger certaines sanctions, prévues aux statuts du groupe.

L'appel était porté devant l'assemblée générale du syndicat.

Cependant, comme tout citoyen, le syndiqué conserve le droit de recourir aux tribunaux de droit commun, qui, dans notre droit français, sont toujours compétents pour vérifier si toutes les formes ont été observées, notamment si les droits de la défense ont été respectés. Enfin, si aucun vice de forme n'est constaté, les tribunaux de droit commun connaissent, en appel, du litige syndical et se prononcent définitivement, sauf recours en Cassation pour violation de la loi.

Ainsi, toutes les juridictions d'exception institués par une loi (tribunaux de commerce, juridictions des prud'hommes, arbitrages survenus après clauses et actes compromissoires, etc.), décident en premier ressort, l'appel étant porté, selon les cas, devant le tribunal civil, ou devant la cour d'appel du ressort.

En application de la législation sur les assurances sociales et pour se conformer aux directives données par le modèle de convention, publié dans le *Journal officiel* du 8 août 1930, les syndicats médicaux ont inscrit dans leurs statuts, une nouvelle réglementation, pour connaître des conflits professionnels nés du fonctionnement du service médical des assurances sociales.

En première instance, le conseil de famille départemental connaît des plaintes portées contre un praticien, les instruit, les juge.

L'appel peut être porté devant un conseil de famille national, organisé par la Confédération des syndicats médicaux, avec dernier appel possible devant une commission arbitrale de trois membres, nommés pour un an par le conseil supérieur des assurances sociales, dont deux choisis dans le sein dudit conseil, l'un parmi les représentants des caisses primaires, l'autre parmi les délégués des groupements professionnels des médecins, le troisième ne pouvant être ni un représentant des caisses, ni un médecin praticien, ni un fournisseur des caisses.

Cette juridiction d'exception est inscrite dans les statuts du syndicat : elle s'impose donc à chaque syndiqué, en vertu du pacte syndical, bien que chacun conserve toujours le droit de recourir aux tribunaux de droit commun, en toutes circonstances, du moment où cette juridiction professionnelle n'a pas été organisée par une loi.

Mais, également, le non-syndiqué doit déférer aux convocations du conseil de famille, lorsqu'il a accepté de soigner les assurés sociaux de la région, conformément aux termes de la convention passée entre le syndicat de praticiens et les caisses du département.

Les statuts du syndicat, comprenant la réglementation de cette juridiction professionnelle d'exception sont annexés à ladite convention et font l'objet de l'article 7 du modèle de convention.

Par conséquent, les non-syndiqués, qui, pour être qualifiés à soigner les assurés sociaux, doivent adhérer à la convention syndicat-caisse, donnent, par le fait même, leur adhésion à la juridiction du conseil de famille du syndicat.

Refuseraient-ils la compétence de cette dernière qu'ils seraient poursuivis devant les tribunaux de droit commun, soit au civil, soit au correctionnel, selon la qualification juridique de la faute, ou du délit, qui leur serait reproché.

### Procédure Suivie

Sur plainte d'une caisse d'assurances sociales, ou de toute autre personne participant au dit service, comme encore sur citation directe du conseil de famille saisi par son service de contrôle technique syndical, le praticien est appelé à comparaître devant ses pairs.

Le conseil de famille est élu et ses membres désignés d'après les modalités inscrites aux statuts du groupe confraternel.

Au jour dit, le praticien inculpé doit se présenter en personne, assisté ou non d'un défenseur, pour pouvoir librement exposer ses explications, ou excuses. Après quoi, le conseil de famille délibère, prononce sa sentence et décide s'il y a lieu, ou non, d'en informer la caisse.

Cette dernière s'est engagée, aux termes de la convention qui la lie au syndicat, à respecter les décisions de ce groupe corporatif, sauf appel soit devant le conseil de famille national, soit devant la juridiction de droit commun.

Les pénalités prononcées sont en général l'avertissement, le blâme, l'amende et même l'exclusion temporaire, ou définitive du service des assurances sociales.

### Chefs d'accusation

D'une manière générale, sont déférés au conseil de famille les délits professionnels, qui sont qualifiés par le Code de déontologie, mais ne sont pas définis par le Code pénal de droit commun.

Le syndicat a le plus grand intérêt à faire régner une moralité et une probité professionnelles parfaites ; le groupe corporatif est chargé par la loi du 30 avril 1930 de punir et de réprimer les abus professionnels. Il doit également pouvoir donner l'assurance à son co-contractant, la caisse, que tous les praticiens, qui participent au service des assurances sociales,observeront, dans leur pratique médicale, les règles usuelles du Code dit de Déontologie, c'est-à-dire d'un droit coutumier, réglant les rapports moraux et professionnels, tant des médecins entre eux qu'avec leurs malades, ou les collectivités aux frais desquelles ils donnent des soins.

Il en résulte que l'obligation de signer des conventions avec les caisses d'assurances sociales conduit le syndicat à faire connaître à ses co-contractants en quoi consiste ce code de déontologie, quelle est sa rédaction et surtout ce qui est qualifié de délit professionnel, justiciable du conseil de famille.

Cette idée nouvelle a eu la faveur d'un certain nombre de syndicats qui ont vu la possibilité d'organiser la moralité professionnelle, de la codifier autrement que par des usages coutumiers non-écrits, ainsi que cela existait jusqu'à présent, enfin de pouvoir faire respecter par les syndiqués et surtout par les non-syndiqués certaines directives consacrées par la coutume.

Cela est si vrai que si, jusqu'ici, les syndicats avaient parfois annexé à leurs statuts des règles de déontologie, fréquemment restées à l'état platonique, ou de lettre morte, faute de sanctions pratiques, nous voyons aujourd'hui de nombreux groupes corporatifs définir l'abus professionnel et décider qu'en matière d'assurances sociales, ces abus seront déférés à la connaissance du conseil de famille, pour être réprimés, ainsi que le veulent la loi et le règlement d'administration publique.

Toute collectivité humaine doit avoir son statut, ses règles de moralité et son code pénal, ainsi que ses tribunaux régressifs. Pendant des siècles, la médecine a été libre, exercée en toute indépendance par des individualistes, qui n'étaient liés à leurs malades que par les règles du droit commun.

L'évolution de la sociologie a interposé entre le médecin et son malade, un tiers qui, parce qu'il paye tout ou partie des honoraires, entend avoir le droit de regard sur les rapports entre malade et praticien.

Celui-ci est donc obligé de renoncer à son ancienne liberté, à son indépendance absolue, dont il était si jaloux : il doit maintenant se grouper, tant pour défendre collectivement ses intérêts, que pour pouvoir faire représenter l'ensemble des praticiens d'une région. La convention collective ne peut être signée que de groupe à groupe et elle doit comporter la définition de ce qui est permis et de ce qui est défendu, dans l'exercice de notre profession.

Est-ce un bien ? est-ce un mal ? Ce n'est pas le moment de philosopher : nous devons accepter la vie sociale collective telle que l'évolution des idées des peuples nous l'impose. Au lieu de nous mettre en travers d'un courant d'opinion, alors que nous ne saurions nous y opposer, mieux vaut canaliser ce mouvement pour qu'il se fasse avec nous, avec nos directives de collaboration et non pas contre nous et sans nous.

### L'instruction : le contrôle technique

La caisse d'assurances sociales porte plainte contre un médecin ; ou bien le syndicat décide de sa propre initiative de faire un contrôle technique sur les agissements professionnels d'un médecin.

Certains syndicats ont fait connaître le résultat de leur activité sur ce point. Nous lisons dans le *Médecin de France*, du 15 mars 1932, p. XXXII, le rapport sur l'activité du contrôle syndical technique de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine.

Du premier octobre au 31 décembre 1931, le contrôle technique, exercé uniquement sur les soins donnés aux assurés de la Caisse interdépartementale a porté sur 116 affaires.

46 dossiers ont été transmis à l'Office de la répression de l'exercice illégal de la médecine et sur ces derniers, 14 ont fait l'objet d'une plainte au Parquet et 3 ont été renvoyés au Conseil de famille du syndicat.

Le contrôle technique a permis de retenir 25 affaires, dont 9 ont été déférées au Conseil de famille fédéral ; 3 ont été l'objet de lettres d'avertissement, ou d'observations aux confrères en cause ; 10 ont démontré la parfaite bonne foi du praticien et 3 se sont transformées en affaires de complicité d'exercice illégal.

C'est dire l'utilité de ce contrôle, qui, en réalité, consiste en une mesure d'instruction. Une plainte ayant été formulée contre un praticien, le service de contrôle du syndicat l'étudie, fait procéder immédiatement à tous contrôles et enquêtes utiles, alors qu'il en est encore temps, car il ne faut pas attendre que le malade soit guéri pour le contrôler médicalement.

Puis, s'il y a lieu, le dossier est transmis au conseil de famille, qui constitue la juridiction arbitrale du premier degré.

**Litiges professionnels ayant été l'occasion de décisions des conseils de famille**

Nous ne recevons pas tous les journaux professionnels régionaux, de même que nous ne connaissons qu'un certain nombre de décisions de conseils de famille, certains omettant de les publier.

Enfin, la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales ne donne pas rapidement — lorsqu'elle les donne — connaissance de ses décisions.

Nous ne pouvons donc nous guider que d'après les éléments que nous possédons et malgré leur petit nombre, nous pourrons néanmoins en tirer des conclusions intéressantes pour l'avenir du syndicalisme médical.

1° Abus de visites et de consultations

Voici l'accusation la plus fréquente, que nous voyons se renouveler tantôt en matière d'assistance médicale gratuite, tantôt en matière d'accidents du travail et, pour la partie qui nous occupe actuellement, en matière d'assurances sociales.

Lorsqu'il doit payer la note médicale, le tiers soutient toujours que le médecin a fait trop de visites, trop de pansements, qu'il a soigné le malade, ou blessé, autrement que si ledit malade ou blessé s'était fait soigner à son propre compte.

Le contrôle, que le chef d'entreprise peut faire chaque semaine, en vertu de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, et le contrôle technique organisé par le syndicat, en matière d'assurances sociales, ne peuvent donner de résultats efficaces et probants que si le malade peut être examiné, alors que le praticien lui donne encore des soins. De cette manière, le médecin contrôleur peut se rendre un compte technique exact de l'assiduité de son confrère, qui agit correctement, ou qui abuse quelque peu de la situation.

Trois fois seulement, le résultat du contrôle technique, en matière d'assurances sociales, a provoqué une décision du conseil de famille local.

Celui de la Fédération des syndicats médicaux du Nord, dans sa séance du 28 juin 1931, a eu à s'occuper d'une plainte, pour abus de pansements ; après enquête et audition du praticien, celui-ci se vit infliger un avertissement.

Dans sa séance du 6 octobre 1931, le Conseil de famille des Bouches-du-Rhône a condamné un médecin à l'exclusion pendant un an du droit de donner des soins aux assurés sociaux, pour abus manifeste de visites et de consultations et autres infractions au code de déontologie et aux conventions passées entre caisse et syndicat.

Dans sa séance du 6 février 1932, le Conseil de famille départemental de la Seine a donné un avertissement, avec communication à la caisse interdépartementale, à un médecin qui, pour une affection de peu d'importance, avait cru pouvoir faire, pendant deux mois, une séance quotidienne de rayons ultra-violets et des injections sous-cutanées.

a) *Abus de prescriptions pharmaceutiques.*

Le Conseil de famille de l'Aude a eu à s'occuper de cas dans lesquels les médecins contrôleurs des caisses signalaient des abus manifestes de consommation de médicaments. Des avertissements ont été donnés aux praticiens, car beaucoup pèchent par ignorance. Ils ne se doutent pas que, tout en soignant correctement leurs malades, ils doivent néanmoins se montrer ménagers des finances du tiers, qui doit payer les frais pharmaceutiques et ne prescrire aux clients que ce qui est nécessaire au traitement, comme si c'étaient ces malades eux-mêmes qui eussent à payer entièrement de leur propre poche.

Cependant, pour des affaires plus graves, le Conseil de famille départemental de l'Aude a eu à prononcer cinq avertissements et un blâme, contre des confrères qui avaient manifestement exagéré leurs prescriptions pharmaceutiques.

b) *Erreurs de tarification.*

Ici, les fautes sont plus vénielles, car souvent le praticien s'est trompé de bonne foi — lorsqu'il est prouvé qu'il est dans son tort. Il est assez difficile de s'y reconnaître dans les nomenclatures diverses et surtout dans les différents tarifs qu'il nous faut appliquer, selon que le malade est un assuré social, un accidenté du travail, un indigent. Quand donc aurons-nous l'unification de tous ces tarifs, que récemment j'ai défendue au conseil supérieur de l'Assistance publique, au nom

de la Fédération des syndicats médicaux d'Eure-et-Loir ? (*Concours médical*, 1932.579).

Dans un autre litige, un confrère avait demandé un prix global pour une intervention, puis avait compté deux visites consécutives avec pansements. Le conseil de famille de la Fédération du Nord, dans sa séance du 17 mai 1931, considéra, après enquête, que le praticien avait péché surtout par inexpérience et lui donna un simple avertissement.

Un spécialiste inscrit ses actes médicaux dans une catégorie supérieure à celle qu'il devrait mentionner sur la feuille d'assurances sociales. De sorte que le malade al ait toucher de la caisse plus qu'il n'avait payé au praticien. Celui-ci reconnu coupable se vit infliger un blâme, par le Conseil de famille du Nord, en sa séance du 16 mai 1931.

Un autre confrère n'a pas suivi la nomenclature annexée à la convention locale, mais s'est appuyé sur la nomenclature de la Confédération : avertissement lui a été donné par le Conseil de famille du Nord, le 28 juin 1931.

Un autre a cru pouvoir totaliser la catégorie de la visite de nuit et celle de l'intervention exécutée : avertissement lui est donné par le Conseil de famille du Nord, le 2 septembre 1931.

Un praticien des Bouches-du-Rhône a réclamé des honoraires personnels, alors que les pansements avaient été faits par son infirmier. Le conseil de famille estima que la conduite du praticien n'avait pas été frauduleuse, mais dictée par l'ignorance des modalités de l'application de la loi. Il fut renvoyé des fins de la plainte, mais dut rembourser l'indû (séance du 6 octobre 1931).

c) *Avilissement des honoraires.*

Le syndicat médical du Gard cita devant son conseil de famille un praticien, convaincu d'avilissement des honoraires en matière d'assurances sociales et le condamna le 25 janvier 1931 à l'exclusion temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux, pour trois mois.

Appel fut interjeté par le condamné devant le Conseil national de famille, qui décida d'attendre avant de statuer, que le tribunal correctionnel, saisi de ce délit et d'autres connexes, ait rendu son jugement.

Disons à ce sujet que, par deux fois, la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales s'est prononcée en sens opposé à l'opinion de certains syndicats médicaux : pour ne pas violer le libre choix du médecin, le praticien pourrait prendre des honoraires en dessous du tarif syndical, pourvu qu'il ne descende pas au-dessous du tarif de responsabilité de la caisse. Et certains syndicats médicaux de demander des consultations juridiques, pour savoir comment porter devant le Conseil d'État cette question, primordiale, pour l'avenir syndical, à savoir la lutte contre les médecins raba siens.

d) *Faux reçus d'honoraires.*

Le même Conseil de famille du Gard a eu à s'occuper d'un litige, qui d'ailleurs a été porté devant le tribunal correctionnel par la caisse d'assurances sociales lésée.

Le praticien aurait signé, sur la feuille de maladie, l'acquit d'honoraires qu'il n'aurait pas touchés ; il aurait même signé des visites, ou consultations en trop et enfin aurait perçu de son client une somme minime pour ses soins : de sorte que le malade avait touché de la caisse plus qu'il n'avait versé au médecin. Le chef d'accusation est celui d'escroquerie et de complicité d'escroquerie, ainsi que ristourne sur les honoraires médicaux, délits tombant sous le coup de l'article 67 de la loi.

Quelques syndicats se sont émus de la situation suivante : parce que le client est gêné, peu fortuné, le médecin traitant croit pouvoir signer, dans la colonne réservée à l'acquit des honoraires, pour que le malade puisse se faire rembourser par sa caisse, sans délai.

Or, ingratitude bien connue, le malade oublie ensuite de payer le praticien et garde tout pour lui. Ou bien le praticien demande des honoraires globaux pour la maladie, qui sont soit égaux, soit même inférieurs à ce que le malade a touché de sa caisse.

Et les syndicats de se trouver gênés, pour pouvoir décider si ces manières de faire sont répréhensibles et si elles peuvent être réprimées.

Dans nos réponses, nous faisons valoir que les textes législatifs et réglementaire, permettent aux Caisses de faire l'avance des honoraires médicaux, calculés au tarif de responsabilité, à la condition que le malade apporte la preuve que le praticien a été honoré pour les actes médicaux précédents.

Personnellement, j'estime que le fait, pour un médecin de donner à son malade la quittance de ses honoraires, sans en avoir été payé, constitue d'abord une imprudence, car si le malade, ultérieurement, nie sa dette, le médecin ne peut rien réclamer : on lui opposera son reçu.

De plus, pareille manière peut rendre le praticien volontairement, ou à son insu, complice d'une escroquerie, car le client peut abuser et de la caisse et du médecin, pour toucher indûment des sommes auxquelles il n'a pas droit.

e) *Secret professionnel.*

Le conseil de famille a retenu à faute contre un médecin le fait d'avoir indiqué un diagnostic sur les feuilles de maladie (Séance du 6 octobre 1931).

f) *Complaisances coupables vis-à-vis du malade.*

Dans cette même séance et contre le même -

confrère, le Conseil de famille des Bouches-du-Rhône a retenu l'inculpation d'avoir autorisé les sorties de 9 heures à 11 heures, indiquées sur la feuilles de maladie, alors que le malade n'avait pas cessé de travailler, ce qui lui permettait de toucher indûment de la caisse, son indemnité de cessation de travail.

Le Conseil de famille de la Loire a également infligé un blâme, avec communication à la caisse à un médecin qui, après une visite de contrôle d'un malade absent de chez lui, avait délivré un certificat antidaté à son client, donnant l'autorisation de sortir toute la journée.

Blâme est infligé par le Conseil de famille du Nord le 17 mai 1931, à un praticien qui par deux certificats, a permis à une femme enceinte de toucher deux indemnités à deux caisses différentes, pour le même accouchement. Pour une caisse, elle était assurée sociale ; pour une autre, elle était la femme d'un assuré social.

Le Conseil de famille de la Loire a dû encore sévir contre un praticien et lui infliger un blâme, plus une amende de 200 francs, parce qu'il avait délivré à une femme enceinte six feuilles de maladie de quinze jours chacune, permettant à la future maman de toucher des allocations d'interruption de travail, alors que sa grossesse n'était nullement pathologique.

g) *Médecins salariés de cliniques.*

Dans deux affaires, le Conseil de famille départemental de la Seine a eu à s'occuper de médecins, qui louent leurs services à des tenanciers de cliniques (séance du 6 février 1932. S. M. S. 1932. 113).

Dans la première affaire, jugée par défaut, le médecin assurait la gérance médicale d'une clinique, qui ne lui appartenait pas ; il couvrait de son diplôme l'exercice illégal, pratiqué par un étranger, dépourvu de tout diplôme, qui appliquait aux malades des traitements compliqués et fort longs, partant très coûteux pour la caisse d'assurances sociales.

Le praticien fut frappé d'une suspension de six mois du droit de donner des soins aux assurés sociaux, sans préjudice de poursuites en correctionnelle, pour complicité d'exercice illégal.

Dans la seconde affaire, le médecin, employé dans un « Institut Chiropratic » servait simplement de prête-nom à un illégal, déjà condamné deux fois par le tribunal correctionnel, à la requête du syndicat des médecins de la Seine. Il se contentait de signer des feuilles de maladie pour des soins qu'il ne fournissait pas lui-même et dont il ne contrôlait ni l'utilité, ni l'efficacité, ni l'opportunité, ni la fréquence.

Dans cet Institut, toute maladie, quelle que soit sa nature (ou son degré de curabilité), était entreprise de la même manière et avec la même méthode.

Le médecin a été exclu pour deux années du droit de donner des soins aux assurés sociaux, et est l'objet d'une plainte au Parquet, pour complicité d'exercice illégal de la médecine.

h) *Questions diverses.*

Plainte avait été portée contre un spécialiste, qui aurait exigé, de la part d'un assuré social indigent, le versement immédiat d'une somme assez forte, pour une intervention chirurgicale.

Le Conseil de famille du Nord, dans sa séance du 17 mai 1931, constata que le praticien aurait pu peut-être demander des honoraires moins élevés, eu égard à la situation modeste de ses clients, mais qu'il n'avait commis aucune faute déontologique.

Une affaire tout aussi sérieuse avait fait l'objet d'une plainte d'une caisse contre un médecin. Ce dernier, appelé auprès d'une personne, ayant une crise d'appendicite, laissa refroidir ; puis, devant le peu d'enthousiasme pour l'opération de la part de sa cliente, laissa les choses en état. Nouvelle crise, opération ; mais six mois s'étaient écoulés depuis le début de la maladie et la malade n'eut plus droit aux prestations de la caisse.

Après enquête, le Conseil de famille du Nord, dans sa séance du 17 mai 1931, après audition du chirurgien, décida que celui-ci avait agi correctement et que si la malade n'avait pas été opérée auparavant, ce n'était nullement un fait imputable au médecin mis en cause.

En annexe de toutes ces décisions et bien que le conflit ne soit pas occasionné par les assurances sociales, rappelons une réunion du Conseil de famille de la Sarthe, le 14 mai 1931, au sujet des tournées à jours fixes et de l'avilissement des honoraires qui découlait de ces pratiques. Le médecin reconnu coupable fut condamné à 500 francs d'amende.

i) *Plaintes correctionnelles.*

Nous avons relaté plus haut la plainte de la caisse de Vaucluse, contre un praticien du Gard, qui aurait signé d'avance l'acquit de ses honoraires, aurait marqué un plus grand nombre d'actes médicaux qu'il n'en aurait fait, enfin aurait réclamé à son client moins que celui-ci n'avait touché de la caisse. Le jugement n'est pas encore rendu.

Un autre procès a eu son dénouement devant le tribunal correctionnel de Saint-Etienne (29 décembre 1931).

Un médecin a été condamné à un mois de prison avec sursis et 200 francs d'amende, pour avoir signé la feuille de maladie d'une assurée sociale, qui était absente de France (et par conséquent n'avait droit à aucune indemnité) et pour avoir signé la feuille de maladie, en inscrivant une con-

sultation, comme si la malade avait été présente dans son cabinet.

#### Résultats pratiques

De ces premières manifestations de la justice syndicale, quelles remarques pouvons-nous tirer ?

A. — Rapports entre caisse et syndicat

La plupart des affaires ont été suivies sur la plainte de la caisse d'assurances sociales. C'est elle qui signale au syndicat, soit un acte qui lui est dommageable pécuniairement, soit des agissements, qui ne lui semblent pas être d'une correction déontologique parfaite.

Parfois, l'enquête démontre le bien-fondé de la plainte de la caisse et cette dernière est informée des sanctions prises contre le mauvais praticien.

D'autres fois, le contrôle technique d'abord, puis les débats devant le conseil de famille apportent la preuve de la parfaite bonne foi du praticien. Quelquefois aussi, il apparaît que la plainte de la caisse a été portée à la légère, ou même avec une certaine mauvaise foi.

Toujours est-il que la justice syndicale agissant comme tribunal d'arbitrage, a donné les meilleurs résultats pour les bons rapports entre caisses et syndicats de praticiens. Ces derniers peuvent donner la certitude à leurs co-contractants que médecins syndiqués, ou non syndiqués, agiront, vis-à-vis des caisses, suivant les règles de la saine déontologie, ou même plus simplement selon les directives de l'honnêteté la plus élémentaire.

D'ailleurs, les caisses ont la sensation que les conseils de famille ne sont pas tendres pour les confrères et que les pénalités (avertissement ou blâme) sont facilement prononcées : le doute ne profite pas toujours à l'accusé médecin.

B. — Rapports confraternels

Se sachant surveillé, pouvant être inopinément l'objet d'un contrôle technique, le praticien résiste aux demandes de ses clients. Toutes les fois qu'un tiers doit payer, on est tenté de faire supporter à la « princesse » beaucoup de dépenses injustifiées, ce qui est le résultat souvent de complaisances, au moyen d'un certificat médical, trop facilement délivré.

Mais le praticien sait également qu'il peut lui en cuire s'il prête l'oreille aux demandes injustifiées de ses clients, ou si, dans un but de racolage de clientèle, il oublie trop facilement ses devoirs d'honnêteté vis-à-vis du tiers qui doit payer tout ou partie des prestations, auxquelles le malade a droit sur présentation d'une attestation médicale.

Jadis, les poursuites étaient difficiles, car la plupart du temps, il fallait s'adresser aux tribunaux répressifs et surtout préciser la qualification du délit, dans le cadre du code pénal de droit commun. Rappelons l'adage « nulla poena sine lege ». Aussi, bien des infractions professionnelles médicales restaient-elles impunies.

Désormais, dans le cadre des assurances sociales, les petits délits déontologiques seront appréciés par les conseils de famille. Il en résultera une admonestation, une invitation à ne plus recommencer, un avertissement, un blâme même : telles sont les pénalités confraternelles infligées pour des fautes vénielles.

Joignons à cela l'ennui d'avoir à se déranger, pour comparaître devant le conseil de famille, après avoir déjà subi l'enquête du confrère chargé de faire le contrôle technique.

Même innocent, ou absous par indulgence, le praticien ne se souciera plus de recommencer, pour se trouver en butte aux mêmes inconvénients. Il préférera respecter les règlements, les conventions, la saine déontologie et l'honnêteté professionnelle. Il dira adieu aux petites complaisances coupables, aux truquages des feuilles, aux émargements de pure fiction.

La crainte du gendarme a de tout temps été le commencement de la sagesse : *initium sapientæ timor domini.*

#### Conclusions

Délaissant les rares procès en correctionnelle qui ne peuvent concerner que des confrères qui restent en marge des usages confraternels, nous pouvons attendre les meilleurs résultats de cette justice disciplinaire syndicale. Par convention compromissoire, elle est acceptée tant par les caisses que par les praticiens, qui donnent leurs soins aux assurés sociaux.

Justice rapide, se rapprochant plus de l'équité que de la lettre du Droit, rappelant la justice simplifiée du juge de paix, elle frappe mieux les esprits et joue un rôle efficace de prévention.

Ce n'est que dans les cas graves que les recours sont portés devant la juridiction de droit commun, qui doit toujours avoir le dernier mot, comme l'exige tout notre Droit français.

Mais qu'il me soit également permis d'espérer que grâce à cette justice syndicale, nous pourrons voir s'écarter de nous cette menace d'un Ordre des médecins que certains confrères, bien intentionnés certes, mais peu avertis des conséquences veulent voir être donné, au corps médical, par des incompétents en médecine et en droit professionnel médical : j'ai nommé les députés et les sénateurs.

Le jour où le Parlement aura fait peser sur notre profession le joug d'un Ordre, nous aurons perdu notre liberté, qui nous est si chère et nous risquerons d'être les victimes de l'arbitraire et des brimades des anciens, ou des pontifes.

*Gardons notre justice syndicale qui est nou-*

vellement née à l'action. Faisons-lui confiance, aidons-la à acquérir force et vigueur. Mais praticiens, soyons jugés par des praticiens, uniquement par eux et non par des personnages médicaux illustres par leur science, mais qui, parce que haut gradés dans le monde enseignant, auraient à connaître des fautes de pratique, pour une médecine qu'ils n'ont jamais exercée.

Certains experts de métier commettent trop d'erreurs, en ce qui concerne notre pratique journalière, pour admettre que nous puissions vouloir encore goûter à leur justice professionnelle.

Plus tard, bien plus tard, lorsque la pratique aura cristallisé, codifié nos règles de déontologie, alors seulement le Parlement pourra être invité, si besoin en est, à voter une loi, qui ne fera que consacrer l'usage. Mais d'ici là, soyons prudents en ce qui concerne un Ordre : celui-ci est actuellement constitué par la discipline syndicale bien comprise et par la juridiction du conseil de famille, agissant au premier degré comme agent de moralisation et d'avertissement.

Dr Paul BOUDIN.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Lettres à méditer

Je recevais ces semaines dernières la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Mon état continue à s'améliorer, et, s'il ne m'est pas possible encore de me déclarer guéri, j'entrevois cependant pour un avenir pas trop éloigné le moment où je pourrai reprendre mes occupations et renoncer à l'aide de la Mutualité Familiale. Et je tiens à vous dire tout le réconfort matériel et moral que j'ai trouvé dans notre société.

C'est un des articles que vous avez publiés dans le *Concours* qui m'a décidé à y entrer : j'étais bien portant alors et étais loin de me douter que j'étais bien près d'être arrêté à mon tour et pour de longs mois ; mais vous insistiez sur l'inconstance de la santé comme de la fortune, vous nous prêchiez la prévoyance, mettant en parallèle et les sacrifices infimes que réclamait de nous la Mutualité Familiale et les énormes services que, le cas échéant, elle pouvait nous rendre... j'ai suivi vos conseils et bien m'en a pris.

C'est quand pendant un long temps on est arrêté, quand on ne peut gagner un centime et qu'aux douleurs physiques s'ajoute l'angoisse morale de l'avenir, c'est alors qu'on apprécie une œuvre comme celle que le *Concours* a fondée.

J'estime que ceux qui ont bénéficié de son aide doivent le dire hautement et engager de toutes leurs forces leurs confrères à s'y agréger. Vous dites souvent qu'ils ne le regretteront pas, j'en suis témoin.

Veuillez agréer...

Dr D...

Je n'ai pu résister au plaisir de publier cette lettre si touchante et qui montre si bien l'utilité de la Mutualité Familiale, je dirai même sa nécessité pour le Corps médical.

Si nos confrères pouvaient lire les lettres de remerciements que, chaque trimestre, nous recevons, Mignon et moi, ils seraient bien vite convaincus, et nombre d'hésitants se décideraient sans remettre à plus tard une décision qu'ils seront tout heureux d'avoir prise alors que la chose leur était possible.

Combien de fois ne l'ai-je pas dit, beaucoup attendent sans trop savoir pourquoi et ne se décident que lorsqu'il n'est plus temps.

En veut-on la preuve ? Qu'on lise la lettre suivante que je trouve dans ma correspondance du trimestre écoulé :

Monsieur le Trésorier et cher Confrère,

Je serais désireux d'entrer à la Mutualité Familiale ; j'ai cinquante et un ans et j'estime que le moment est venu de penser à l'avenir : je ne suis pas malade, mais je sens venir la fatigue...

Dr H.

A cette lettre, nous avons dû répondre : trop tard, vous avez passé l'âge limite et il ne nous est plus possible de vous accepter à aucune combinaison.

Et cette autre :

Mon cher Confrère,

Je viens de passer par une attaque de rhumatisme articulaire aigu et mon cœur est légèrement touché. Ne me serait-il pas possible d'entrer à la Mutualité Familiale ? J'avais depuis bien longtemps l'intention de m'y agréger, j'ai toujours remis, mais je vois qu'il ne m'est plus permis d'attendre.

J'ai 43 ans et voudrais l'indemnité de 50 francs par jour.

Dr B.

A celui-ci il a fallu répondre encore : trop tard, on n'assure pas sa maison quand l'incendie s'est déclaré. Nous compatissons certainement à votre inquiétude, mais, placés à la tête de la Mutualité

Familiale par la confiance de nos confrères, nous sommes tenus de nous conformer à ses statuts.

Je pourrais multiplier ces extraits de lettres de gratitude et de ces demandes trop tardives, mais ce serait me répéter et je n'apprendrais rien à mes lecteurs. Je préfère m'adresser directement à eux, surtout aux jeunes, et leur dire :

Réfléchissez : vous êtes bien portants, vous êtes actifs, vous voyez l'avenir en beau... mais vous savez que, chaque jour, vous côtoyez l'accident et la maladie, que comme tant d'autres vous pouvez être arrêtés, que les incapacités de travail se prolongent souvent et que votre situation peut, du jour au lendemain, changer du tout au tout.

Soyez prévoyants : entrez à la Mutalité Familiale ; si vous êtes arrêtés, elle vous donnera une indemnité qui n'est nullement à dédaigner et elle pourra aussi, si vous le voulez, vous donner une pension viagère le jour où la fatigue et l'âge diminueront votre activité.

Ce qui vous menace immédiatement, c'est la maladie et l'accident, commencez par vous assurer l'indemnité-maladie, choisissez celle qui correspond le mieux à vos besoins et à vos possibilités ; la cotisation que la Mutualité Familiale vous demande est loin d'être pour vous une charge et l'aide que peut-être un jour elle pourra vous prêter sera la bienvenue.

Si vous étiez certains de n'être jamais arrêtés que quelques jours, je n'insisterais pas ; mais s'il vous arrivait — et vous voyez la chose tous les jours — d'être arrêtés pendant des mois, voire pendant des années, croyez-vous que l'aide de la Mutualité Familiale serait négligeable ?

Deux ou trois cents francs peuvent être dédaignés, mais lorsqu'il s'agit de douze, de quinze, de vingt mille francs et plus, peut-on envisager la chose avec la même indifférence ?

Et puis, croyez bien malgré tout que les indemnités, même les plus faibles ne sont pas si négligées, si méprisées qu'on serait tenté de le croire.

Un de nos vieux chroniques, le Dr R... écrivait ces jours-ci à Mignon :

« Trouvez toujours dans ma lettre l'hommage de ma plus vive reconnaissance pour la Mutualité Familiale qui adoucit bien des peines et la mienne en particulier... ».

Et cette lettre émane d'un confrère ancien régime auquel nous ne pouvons accorder que 300 francs par trimestre ! Si des confrères qui ne reçoivent que l'indemnité la plus faible tiennent ce langage, que diront ceux qui reçoivent 50 francs par jour et 500 francs par mois ?

Et si je tiens ce langage aux jeunes, combien ne suis-je pas autorisé davantage à le tenir aux confrères de 35 à 40 ans ? à ceux de 40 à 45 ans qui approchent de la limite d'âge au delà de laquelle il nous sera impossible de les recevoir ?

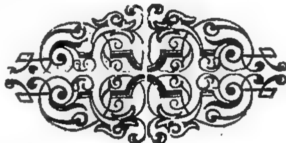
Qu'ils sachent que la Mutualité Familiale a près de quarante ans d'existence, qu'elle n'en est plus à faire ses preuves, que sa situation est solide, qu'elle table sur sa propre expérience et non sur des hypothèses plus ou moins fondées.

Pour ne parler que de l'indemnité maladie, je dirai qu'en 1931, elle a encaissé 263.000 francs de cotisations et versé 184.000 francs d'indemnités à 244 confrères. Les journées de maladies aiguës ont été de 6.354 et celles de chronicité de 14.311.

Confrères,

Je vous disais de méditer les lettres, méditez également les chiffres.

A. GASSOT.



# L'HELLÉNISME ET L'UMFIA OU UNION MÉDICALE LATINE

Par le Dr DARTIGUES,
Président-fondateur de l'Umfia.

Une Union, une confédération d'individus et de peuples qui repose tout d'abord sur un principe spirituel, avant de se concréter en un groupement qui se manifeste en une action effective, se doit de faire rentrer tout ce qu'il est possible de nationalités et d'individualités, qui ressortent de ce même principe, afin de lui donner son maximum de puissance et de rayonnement.

L'Union médicale latine a sa raison d'existence parce qu'elle repose sur deux principes : linguistique, c'est-à-dire la similitude ou du moins la parenté des langues, et civilisateur, c'est-à-dire l'ensemble des forces spirituelles qui, lentement, à travers les siècles, aboutissent à une culture intellectuelle et sentimentale de même ordre et de même signification poursuivant une évolution toujours de même nature : les deux principes sont d'ailleurs le plus souvent inséparables et l'un ne va guère, dans l'ensemble, sans l'autre. Une civilisation ou, du moins, une tendance civilisatrice est surtout consignée dans la langue : c'est la langue qui recueille les fruits de cette civilisation et la rend transmissible dans la vie des peuples, comme aussi elle contribue à la créer sans cesse plus belle, plus raffinée par les trésors qu'elle a accumulés et qui recèlent en eux le pouvoir éducateur de la race.

Il est donc logique de penser, sans aller aux extrêmes, qu'une civilisation doit être prise et envisagée à ses sources mêmes et que si on veut, sur elle, baser un vaste groupement, on doit y comprendre les éléments qui furent à l'origine et à la source première. La civilisation latine, la culture latine sont un complexe mais qui possède encore une homogénéité dont la force est très grande et qui est représentative sur la terre au point que les nations qui n'en font pas partie expressément ont tout de même reçu d'elles une grande part de leur éducation. C'est que la civilisation, nous pouvons en plein XXe siècle nous en rendre compte aisément par le recul, est, en somme, une unique et même chose, car elle représente l'homme dans le progrès intellectuel, sentimental et matériel auquel il tend et l'on pourrait dire : il n'y a, il ne doit y avoir sur le globe qu'une seule civilisation puisque la civilisation est l'expression de la surélévation de l'homme parti d'origines bien rudimentaires ; mais il y a eu et il y aura encore des foyers civilisateurs divers qui ont contribué à l'établir d'une manière plus générale, plus uniforme et plus harmonieuse.

Il est acquis que la civilisation moderne, vue sous le jour matériel, est la même partout, car elle repose sur les acquisitions scientifiques réalisées de toutes parts. Sous ce rapport, ce qui peut se faire à Paris, Londres, Rome, New-York, Pékin ou Yokoama tend au même but : faire vivre l'homme dans les conditions qui facilitent la vie matérielle par des *découvertes* qui lui assurent plus de confortable, qui lui permettent de se mettre en relations avec une vitesse croissante, de préserver sa vie contre les atteintes de la maladie. Sous ce rapport, il n'y a aucune différence. Mais tout n'est pas là ; de grandes oppositions existent surtout dans la façon de comprendre la vie, de la sentir et de vouloir la vivre. Pourtant de ce côté, un jour viendra où il y aura, sur terre, une même conception pour l'édification d'une même personnalité humaine, en tenant compte bien entendu, de nuances qui resteront toujours et qui seront en rapport avec le sol, le climat et surtout l'ambiance.

On parle, à notre époque, beaucoup de latinisme et d'anglo-saxonisme ; ce n'est pas suffisant et on pourrait parler aussi de slavisme et d'asiatisme pour ne pas oublier l'ensemble du monde civilisé sur terre. Mais bornons-nous au latinisme et à l'anglo-saxonisme. Il est de toute évidence que ces deux immenses groupes vont vers la même réalisation civilisatrice sur le plan matériel ; mais ils n'y vont pas avec le même esprit et la même pensée, et je pourrais ajouter les mêmes moyens d'esprit et de pensée. Ils n'y vont même pas exactement pour le même but. Il est certain, et sans blesser aucune nationalité, que le but latin de la jouissance procurée par la civilisation basée sur la puissance et les possibilités matérielles, est d'essence plus relevée, parce que moins égoïste, plus universelle et parce qu'elle tend à satisfaire davantage le sens intellectuel et sentimental. L'âme latine a, en général, plus de joie à jouir d'un bonheur commun et partagé : sa joie, en partie, vient de la joie des autres, et, chose curieuse, elle a cette supériorité paradoxale, c'est de vouloir profiter de cette communauté dans la collectivité organisée, mais sans rigueur méthodique, mathématique, géométrique et parquée, et *en conservant son individualité.* Chaque latin, on pourrait le dire, sort, se mêle expansif à la foule, il se confond avec elle dans les différents plans sociaux, mais il a sa tour d'ivoire à lui, bien personnellement : il est en réalité un chevalier qui mène les bons combats et cultive les amitiés nombreuses ; mais il rentre en soi, et cette rentrée dans son château d'idéal est

un signe de spiritualisme. Si vous prenez un type de latin, le Français par exemple, il ne voudra pas la civilisation et ses avantages pour lui seul et il lui est vraiment agréable de penser qu'il trouvera un terrain de fraternité ou de plus grande entente dans une civilisation commune obéissant aux mêmes lois et tendances, poursuivant le même but vraiment altruiste, international. Puis-je dire que l'Anglais, l'Allemand, s'intéressent peu au bonheur des autres peuples ? Il leur importe seulement d'avoir le leur et d'imposer en tout cas leur idée, leur pensée, leurs goûts, leurs habitudes. Le latin veut bien respecter la pensée d'autrui ; il veut même la comprendre et l'assimiler, mais il ne peut tolérer qu'on veuille, dans un esprit dominateur, lui imposer la volonté d'une intellectualité dont il n'admet pas la supériorité.

Quoi qu'il en soit, cet esprit de latinisme qui sut à certains moments de sa prodigieuse histoire, travailler en force, en cohésion et en collectivité serrée et méthodique, et en continuité, dont la volonté romaine a donné un exemple jamais dépassé, a toujours pu cependant sauvegarder l'individualité : c'est l'individualité qui a créé les initiatives, qui a fourni les exemples et qui a donné les hommes, et ces hommes ont été des points de concentration et d'expansion à la fois qui guidaient, plus qu'ailleurs, les événements.

La Grèce, par Athènes surtout, a donné la prime à l'individualité humaine, d'où sa richesse et diversité de pensée et de personnalités ; mais chez elle il y a eu, malheureusement pour elle, excès ; aussi a-t-elle subi, plus qu'aucune autre, les vicissitudes les plus malheureuses ; elle a connu la finale défaite devant la force romaine toute de volonté de puissance ; mais elle n'est pas morte tout entière ; on a dit souvent qu'elle avait en quelque sorte pénétré son vainqueur ; elle a vaincu son vainqueur ; elle l'a affiné de toute la spiritualité qui était en elle, et cela tant mieux pour nous ; elle s'est en somme servi de Rome pour arriver jusqu'à nous à travers les siècles, et ce qui nous domine à l'heure actuelle, nous pousse et nous dirige, c'est bien plus l'helléno-latinisme que le latinisme pur. Nous sommes fils de la civilisation méditerranéenne par les Grecs, car ce sont eux surtout qui ont fait planer leur esprit, sur les bords de la mer enchantée. La Méditerranée bleue est le grand lac des Sirènes ; mais ce sont les Grecs qui lui ont fait une couronne immense, harmonieuse et chantante.

C'est dans cette pensée, que je crois que dans le groupe échafaudé des nations latines, il ne faut pas oublier la Grèce dont la flamme spirituelle a traversé les temps en s'appuyant sur la force des faisceaux de Rome. C'est la Grèce qui est à la fois à la base et au sommet de la pyramide édifiée par le labeur, les angoisses et les sacrifices du monde latin. Je crois donc qu'il faut lui rendre justice et lui faire une place, trop tardive, en Umfia.

Si, dans le monde universel latin, un peuple tient de cette origine spirituelle grecque, qui semble lui avoir donné sa finesse, sa spontanéité, sa clarté, son caractère affable et aussi parfois son défaut de légèreté, d'inconstance et d'insouciance, c'est bien le peuple français qui a hérité au plus haut degré de ses qualités comme de ses travers. De toutes façons il n'y a pas de peuple latin qui ne doive par origine et répercussion à la Grèce ; il faut qu'en Umfia nous sachions rendre hommage et donner un asile de pensée et de cœur, à la Grèce, cette aïeule qui est éternellement jeune, comme le voulait être Thaïs. Cette jeunesse, c'est nous qui la lui continuerons. Songeons à faire entrer en Umfia la Grèce où nous avons déjà depuis plusieurs années, de nombreux adhérents individuels et des amis très sûrs qui ont voulu se joindre à nous.

Dans un poème admirable, Alfred de Musset a évoqué la Grèce et l'Italie, et montré leur superdomination civilisée et civilisatrice, et, dans un élan spontané de son âme, il a dit :

Grèce, Mère des Arts, terre d'idolâtrie
De mes vœux insensés, éternelle patrie...

Reconnaissons avec lui que la Grèce est pour nous, doit être pour nous, la patrie originelle, *l'éternelle patrie*, sur le plan de la pensée et de la civilisation.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

### (Le Sou médical)

### Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration

#### Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

9.655 AUCLAIR, Argenteuil (S.-et-O.), Syndicat de Seine-et-Oise.
9.656 MÉRAUD fils, Nozay (Loire-Inférieure), Syndicat de la région nortaise.
9.657 GUÉRIN, 22, quai des Chartrons, Bordeaux, Syndicat de Bordeaux.
9.658 PAILHES, Mont-de-Marsan (Landes), Syndicat des Landes.
9.659 GIUDICELLI, Trets (Bouches-du-Rhône), Parrains : Docteurs Casse et Sandino.
9.660 FOURCADE, Marmande (Lot-et-Garonne), Syndicat de Lot-et-Garonne.
9.661 HUET, Bouy (Marne), Syndicat de Châlons-sur-Marne.
9.662 PRADEL, Châtellerault (Vienne), Parrains : Docteurs Denis et Duchesne.

#### Activité de la Ligue pendant le premier trimestre 1932

*Admissions.* — 81 admissions, au lieu de 108 en 1931 et 148 en 1930.

*Correspondance.* — 2.098 lettres reçues, au lieu de 1.851 en 1931 et 1.383 en 1930.

*Appuis pécuniaires.* — 83 au lieu de 78 en 1931.

*Répartition des affaires d'appui pécuniaire.*

| | |
|---|---|
| A. — Affaires de responsabilité professionnelle ou recouvrements d'honoraires avec menaces de mise en cause de la responsabilité | 16 |
| B. — Recouvrement d'honoraires de droit commun | 28 |
| C. — Recouvrement d'honoraires contre le tiers qui a mis en œuvre le médecin | 7 |
| D. — Recouvrement d'honoraires pour soins donnés à des victimes d'accidents d'auto | 5 |
| F. — Recouvrement d'honoraires en matière d'accidents du travail | 3 |
| G. — Contestation au sujet du « Tout compris » | 1 |
| H. — Recouvrement d'honoraires contre des patrons agriculteurs b esssé dans leur travail | 8 |
| J. — Affaires de diffamation | 2 |
| K. — Contentieux de l'assistance médicale gratuite | 3 |
| L. — Affaire de loyer | 1 |
| M. — Difficultés entre confrères | 1 |
| N. — Exercice illégal | 1 |
| P. — Contentieux administratif | 3 |
| Q. — Difficultés au sujet d'honoraires d'expertises | 2 |
| R. — Responsabilité pénale | 1 |
| S. — Affaires fiscales | 1 |
| Total | 83 |

*Résultat des affaires ayant bénéficié de l'appui pécuniaire.*

Affaires terminées au cours du trimestre : 126.

Echecs : 7, dont 3 devant le tribunal civil, 3 en justice de paix et 1 devant le tribunal correctionnel.

1 affaire de responsabilité professionnelle a donné lieu au versement, à la suite d'une transaction, d'une somme de 5.935 francs.

29 affaires n'ont pas eu de suites.

1 affaire s'est terminée par un arbitrage.

69 affaires ont abouti à des solutions amiables entièrement favorables.

19 procès ont été gagnés, dont 2 devant une Cour d'appel, 2 devant un tribunal civil, 1 devant un tribuna de commerce, 9 en justice de paix, 1 en référé, 1 devant la Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre et 3 d'ordre pénal par des ordonnances de non-lieu.

Ces 126 affaires ont coûté à la Ligue, en frais de justice et honoraires, 29.792 francs, soit une moyenne de 236 fr. 45 par affaire, conforme à la normale.

#### Responsabilité professionnelle.

Le Dr C. a obtenu l'admission, par la Chambre des Requêtes, de son pourvoi de cassation contre l'arrêt qui l'a condamné à 25.000 francs de dommages-intérêts pour responsabilité civile.

L'affaire va être portée devant la Chambre civile de la Cour de cassation.

Le Dr L. est assigné en dommages-intérêts, conjointement avec un autre médecin, qui n'est pas membre de la Ligue, pour mauvaise réduction d'une fracture du radius.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et l'admet au bénéfice de la Caisse de garantie et est d'avis, étant donné les faits de la cause, qu'il y a lieu de former une demande en dommages-intérêts pour abus de citation en justice.

Le Dr H., ayant soigné, en 1929, un client qui a reconnu sa dette, est menacé d'une demande

en dommages-intérêts pour séquestration arbitraire, par son client, qui est entré volontairement dans une maison de santé.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, qui s'élèvent à 3.000 francs et éventuellement pour défendre à la demande en dommages-intérêts dont il est menacé.

Le Dr B. a obtenu, dans son procès en responsabilité, après désistement de l'adversaire à la suite du rapport d'expertise, un jugement condamnant celui-ci aux dépens pour tous dommages-intérêts.

L'avocat demande 400 fr. d'honoraires, sur lesquels, il a reçu une provision de 300 fr. Le Conseil ordonnance le versement des 100 fr. de complément.

Le Dr L. est mis en cause dans un procès qui a été intenté à un hôpital et à un interne, en 200.000 francs de dommages-intérêts, pour une mauvaise réduction d'une fracture de jambe, qui aurait nécessité l'amputation qu'il a lui-même pratiquée.

L'appui pécuniaire lui a été accordé précédemment pour recouvrer ses honoraires, qui sont de 3.500 francs.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie au Dr L. dans cette nouvelle affaire.

### Assurances sociales.

Le Dr H. voit réduire par le Préfet les honoraires pour soins donnés aux assurés sociaux agricoles indigents, qu'il avait comptés au tarif des accidents du travail, à concurrence du tarif des honoraires d'assistance médicale gratuite.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour demander devant la Commission cantonale, le paiement de ses honoraires au tarif des accidents du travail.

### Assistance médicale gratuite.

Le Dr E. se voit refuser le paiement d'une boîte de bactéri-intestiphage, qu'il a délivrée comme propharmacien à un assisté, sous prétexte que cette spécialité ne figure pas au tarif de l'Association générale des pharmaciens de France, alors que la maison qui la fabrique a fourni des précisions en sens contraire.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr E. pour saisir le Conseil de préfecture.

Le Dr P. ne peut obtenir paiement de 960 fr. d'honoraires pour soins donnés à une malade inscrite régulièrement à l'Assistance médicale gratuite, bien que l'inspecteur de l'Assistance ait reconnu la régularité de l'inscription et qu'il ait été délivré des bons de visite réguliers.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr P. pour saisir le Conseil de préfecture.

### Impôts.

Le Dr J., ayant porté dans ses dépenses professionnelles un salaire de 3.600 fr. qu'il alloue à sa femme, qui l'aide dans l'exercice de sa profession, le contrôleur conteste à cette allocation le caractère de dépense professionnelle déductible.

M. Martinot estime que, le Dr J. étant séparé de biens contractuellement, il serait intéressant de faire juger la question.

Le Conseil accorde à cet effet, l'appui pécuniaire au Dr J.

### Baux et locations.

Le Dr F., bénéficiaire de la prorogation, a reçu congé de son propriétaire, qui prétend reprendre son immeuble, en qualité de fonctionnaire admis à la retraite.

Le Conseil, étant donné que le droit de reprise du propriétaire ne s'applique pas aux locaux professionnels, accorde l'appui pécuniaire au Dr F. pour résister à la demande de son propriétaire.

Le Dr V. demande l'appui pécuniaire pour se pourvoir en cassation contre un jugement qui, sur une demande en déchéance de la prorogation formée par son propriétaire, a ordonné une expertise.

Conformément à l'avis de Me Auger, le Conseil accorde au Dr V. l'appui pécuniaire pour se pourvoir en cassation.

### Exercice illégal de la médecine.

Le Dr A. se plaint de faits d'exercice illégal commis par un curé et demande, d'accord avec le Syndicat de Bourg-Trévoux, l'appui pécuniaire pour le poursuivre.

Le Conseil accorde cet appui intégralement au Dr A. et proportionnellement au nombre de ses membres adhérents à la Ligue, au Syndicat.

### Divers.

Le Dr X., inculpé de complicité d'avortement, a obtenu un non lieu, que son avocat attribue en partie à l'intervention de la Ligue, qui lui a accordé son appui et ses conseils.

Les honoraires et frais de l'avocat, s'élevant à 550 francs, sont ordonnancés par le Conseil.

Le Dr M. se plaint de ce qu'un patron ait voulu détourner de se faire soigner par lui un accidenté du travail, en le menaçant de renvoi et produit une attestation de l'ouvrier.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour

poursuivre le patron par application de l'article 30 de la loi sur les accidents du travail, pour tentative de détournement de clientèle.

Le Dr M. ayant réclamé 1.286 francs d'honoraires à une cliente, celle-ci l'a appelé en conciliation devant le juge de paix pour lui demander 3.000 francs de dommages-intérêts pour injures.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande et demander reconventionnellement le paiement de ses honoraires.

Le Dr S. assigné en 50.000 fr. de dommages-intérêts, par les parents d'une jeune fille, à la suite de soins donnés par une sage-femme, pour injures à la mémoire de la morte, a obtenu un jugement qui a déclaré l'action prescrite comme intentée plus de trois mois après les faits.

Les honoraires de l'avocat s'élèvent, pour deux déplacements et la plaidoirie, à 1.800 francs, dont le Conseil ordonnance le paiement.

**Contestations d'honoraires.**

Le Dr P. a obtenu gain de cause dans l'action introduite pour avoir paiement du solde de ses honoraires, contre un agriculteur blessé dans son travail.

Les honoraires de son avocat se sont élevés à 200 francs, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr D. a obtenu confirmation, en appel, du jugement de paix qui avait condamné un automobiliste à payer ses honoraires pour soins donnés à un enfant qu'il avait blessé. Les honoraires ont même été élevés par le tribunal d'appel de 1.200 à 1.800 francs.

L'avocat demande 350 francs d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr D. a obtenu à l'amiable, devant le juge de paix, le paiement d'une indemnité de 100 francs d'un client qui l'avait dérangé inutilement.

Les frais de son huissier se sont élevés à 44 fr. 50, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr D. fait don à la Caisse de la Ligue d'une somme de 10 fr., ce dont le Conseil le remercie.

Le Dr C. a été débouté par le juge de paix d'une demande en paiement d'un complément d'honoraires contre le fils d'un agriculteur blessé dans son travail. La Compagnie d'assurances avait payé ses honoraires au tarif des accidents du travail.

Conformément à l'avis de Me Auger, le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr C. pour se pourvoir en cassation contre cette décision.

Le Dr M. a obtenu, après jugement ordonnant une expertise, le paiement au tarif de droit commun des honoraires dus par un agriculteur blessé dans son travail.

Il a payé à son huissier, pour honoraires et frais de copie de jugement, 115 francs, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr B. a soigné un agriculteur, blessé dans son travail, qui refuse de payer les 615 francs d'honoraires qu'il lui demande, au tarif de droit commun, parce que son assurance ne le couvre que dans les limites du tarif des accidents du travail.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr G., ayant soigné dans sa clinique une malade, qui est décédée depuis, à la suite d'une opération pratiquée en dehors de lui, la famille refuse de payer le solde de ses honoraires (1.175 francs), en lui attribuant la responsabilité du décès sous prétexte qu'il aurait commis une erreur de diagnostic.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour le recouvrement de ses honoraires et il aura droit, éventuellement, pour cette affaire, au bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Dr R. ne peut obtenir le paiement, malgré un engagement écrit de son client, de 2.740 francs qui lui restent dus sur les honoraires d'une opération. Le refus de paiement est motivé par le décès de la femme opérée, quelque temps après l'opération.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr R. pour recouvrer ses honoraires.

Le Dr B., ayant réclamé à un client 3.000 fr. d'honoraires pour une opération sur la personne de sa fille, le client refuse de payer sous prétexte qu'il aurait convenu d'un forfait et que le montant de ce forfait aurait déjà été dépassé par les frais de clinique.

Le Conseil, étant donné que l'allégation du client du Dr B. est contraire à la vérité, accorde à ce dernier l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr B. a recouvré amiablement les honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile.

Sur les honoraires et frais de son huissier, s'élevant à 43 francs, il abandonne 10 francs, à la Caisse de la Ligue. Le Conseil l'en remercie et ordonnance le paiement des 33 fr. de surplus.

Le Dr B., ayant été appelé dans une commune voisine pour un accouchement et le père, assuré social, n'ayant pas payé, a envoyé quelque temps

après sa note d'honoraires, qui a été refusée, sous prétexte que l'enfant, qui est mort par la suite, aurait dû, comme né avant terme, être mis dans une couveuse.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr A. a soigné dans la clinique de l'hôpital, un agriculteur blessé dans son travail, qui n'a pas fait connaître qu'il s'agissait d'un accident du travail. La Compagnie ne veut payer les honoraires, qui sont de 830 fr., que sur la base du tarif des accidents du travail

Le Conseil accorde au Dr A. l'appui pécuniaire pour citer son client en paiement de ses honoraires calculés au tarif de droit commun.

Le Dr L. en remerciement de règlement d'honoraires contestés pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé, fait don de 20 francs à la Caisse de la Ligue.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

— **Pour l'avancement des sciences.** — Rappelons que la Société française pour l'avancement des Sciences, qui groupe, comme on sait, les noms les plus illustres dans le domaine du savoir humain, a décidé de tenir sa 56e session à Bruxelles, en juillet prochain, pour rendre hommage à notre pays. A l'occasion de ce congrès, qui groupera en sections les spécialistes de toutes les branches (sciences exactes, sciences naturelles, sciences sociales, sciences médicales, sciences appliquées, etc., etc., dans chaqcune de leurs subdivisions), il est fait appel à toutes les sociétés ou groupements scientifiques belges qui voudraient participer à ces travaux, en y présentant des rapports, mémoires ou communications collectifs ou individuels. Les hommes de science isolés, sont également invités à participer à l'activité de cette session pour ce qui concerne leur spécialiét. Tous renseignements peuvent être obtenus chez le secrétaire général, M. Poutrain, 20, rue des Chevaliers, à Bruxelles.

— **Asile Michelet.** — M. le Dr Guéniot, accoucheur des hôpitaux de Paris, est nommé médecin de l'Asile Michelet.

— **Asile de retraite Jules Siegfried.** — Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre un vote tendant à affecter l'asile Jules Siegfried, 88, rue de Gergovie, à l'hospitalisation payante de femmes âgées remplissant des conditions habituelles d'admission aux maisons de retraite de l'assistance publique, le prix de pension annuelle étant fixé à 1.800 francs pour les pensionnaires en dortoir et à 2.400 francs pour les pensionnaires en boxes.

— **XIVe Congrès international de physiologie.** — Le prochain congrès international de physiologie se tiendra à Rome du 29 août au 3 septembre prochain. Les séances auront lieu dans les instituts de la Faculté des sciences de l'Université royale de Rome.

Pendant la durée du congrès, des excursions sont prévues pour les membres du Congrès, les 4, 5 et 6 septembre : Vésuve et Pompéi, Capri, Herculanum, Paestum, Campi Flegrei (Solfatara) et Cumes.

La cotisation est de 100 lires. Les inscriptions doivent être adressées à M. le président du Comité d'organisation du XIVe congrès international de physiologie, S. Andrea Delle Dame, 21, Naples.

— **XXIIe Congrès français de médecine.** — Le XXIIe Congrès français de médecine se tiendra les 10, 11 et 12 octobre 1932 à Paris. La composition du bureau est la suivante : président, M. le Professeur Besançon ; vice-présidents, MM. le Professeur Marcel Labbé, le Docteur Jules Renault, le Médecin général inspecteur Sacquépée, le médecin général Dufressine, inspecteur général du Service de Santé de la Marine ; secrétaire général, M. Abrami (9, rue de Lille, Paris) ; secrétaires adjoints, MM. Mathieu Pierre-Weil et René Moreau ; trésoriers, M. le Professeur Noël Fiessinger et M. Georges Masson.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° La lymphogranulomatose maligne ; 2° les acrocyanoses ; 3° le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

— **VIIe Congrès de stomatologie.** — Ce congrès aura lieu à Paris en octobre 1932, sous la présidence de M. le Dr A. Bozo.

Les rapports suivants seront présentés : L'ostéite non spécifique du maxillaire supérieur, par MM. Cadenat (de Toulouse), et Vilensky (de Paris). — Les mycoses cervico-faciales, par M. Dechaume (de Paris).

Question mise en discussion : Indications et contre-indications des extractions d'urgence, par M. Raison (de Paris).

Pour renseignements s'adresser au Dr Lattes, secrétaire général, 54, boulevard Saint-Michel, Paris.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

**Réponse**

Voici les arrêts et jugements qui décident que lorsque l'ouvrier a été consolidé, mais qu'il subit une rechute, il ne peut pas demander l'allocation d'une indemnité temporaire, mais agissant par la voie de la procédure de la révision, il peut obtenir une rente, pour incapacité de travail absolue, pendant la période où il doit à nouveau, reprendre son travail ; après quoi le tribunal civil déterminera le taux de l'incapacité permanente partielle nouvelle, à laquelle il a droit.

*Cour de Cassation, chambre civile, 28 juillet* 1930.

La loi du 9 avril 1898 admet, dans son article 19, que pendant trois ans à partir de la date fixée par cet article, l'état des victimes peut demeurer incertain et être soumis à des révisions successives, susceptibles d'entraîner, pour la détermination des taux de la rente, des décisions différentes répondant à des situations différentes.

Spécialement, au cas où un ouvrier déjà bénéficiaire d'une rente s'est trouvé dans l'impossibilité absolue de travailler par suite d'une aggravation de son état, pendant une période à l'expiration de laquelle un nouveau degré d'invalidité a été fixé, son action en révision doit aboutir à l'allocation non seulement d'une rente majorée à partir de cette dernière date, mais aussi, la loi n'admettant pas le paiement d'invalidité journalière en matière d'action en révision, d'une rente pour la période pendant laquelle il a été dans l'impossibilité de travailler, cette dernière rente calculée sur une base d'incapacité absolue.

*Cour d'appel de Paris, 7e chambre, 23 juin* 1930.

Aucune disposition de la loi ne s'oppose à la constatation d'une aggravation dans l'état du blessé, suivie d'une amélioration, ces circonstances à elles seules justifient une modification de la rente primitivement fixée.

*Cour d'appel de Paris, 7e chambre, 16 février* 1931

En cas de rechute d'un ouvrier, qui n'a été atteint que d'incapacité temporaire, il peut lui être alloué une rente de 66 % pendant la durée de l'incapacité absolue et quoiqu'il n'ait jamais été atteint d'une incapacité permanente.

*Tribunal civil de Dôle, 10 décembre* 1930.

La victime d'un accident du travail, qui s'est reconnue guérie et a repris son travail, ne peut, au cas de rechute, qu'introduire une demande en révision, même si l'aggravation donnant ouverture à l'action entraîne seulement une incapacité temporaire.

Le tribunal civil est seul compétent pour statuer sur cette demande qui peut être introduite dans un délai de trois ans.

Il y a lieu d'accorder à la victime une rente correspondant à une incapacité absolue, pour la période pendant laquelle elle a dû cesser son travail.

*Conclusion.* — Ainsi, la Cour de cassation a définitivement réglé une controverse, qui existait depuis longtemps... Certains tribunaux refusaient toute indemnité à la victime, atteinte d'une rechute, parce qu'elle n'avait plus droit à une indemnité temporaire, puisque la consolidation était définitive.

D'autres tribunaux, au contraire, admettaient que la consolidation n'avait été qu'apparente, puisque suivie de rechute et, dans ces conditions, le blessé pouvait à nouveau toucher son demi-salaire.

Désormais, la victime pourra demander, par la voie de la révision, l'allocation temporaire d'une rente pour incapacité absolue de travail, si, par suite d'une rechute, elle doit interrompre complètement ses occupations. Après quoi, à la nouvelle consolidation, il y aura lieu de fixer la nouvelle incapacité permanente partielle, si elle existe.

Avec cette rente d'incapacité absolue, le blessé se fera soigner à ses frais, et n'aura plus droit aux frais médicaux et pharmaceutiques, à la charge de son patron.

Mais, je ne saurais trop recommander à mes confrères de se montrer prudents dans la rédaction de leurs certificats terminaux. Si le blessé est déclaré *guéri*, c'est que son état est définitif, qu'il n'a plus besoin de soins et qu'aucune rechute n'est à prévoir.

Est-il déclaré *consolidé*, cela veut dire qu'il n'a plus à espérer un bénéfice quelconque d'un traitement médical ou chirurgical. Les soins sont désormais inefficaces et inutiles.

C'est à partir de ce moment que commence le droit à pension pour incapacité permanente partielle.

Si le médecin a des doutes, il peut l'énoncer dans son certificat, en disant qu'à son avis, la blessure est consolidée à la date du ......., qu'une rechute est ou non à prévoir, mais que cependant, la procédure peut être entamée, pour la fixation d'une rente d'incapacité permanente partielle. Par suite, si la rechute se produisait à bref délai, avant que la rente n'ait été définitivement fixée par le président du tribunal, ou par jugement du tribunal civil, il serait possible de faire allouer à la victime son demi-salaire, et les frais médicaux et pharmaceutiques.

Mais, une fois la rente fixée, l'état est devenu définitif. Si alors se produit une rechute, le blessé s'adressera au président du tribunal civil (dans le délai de trois années) et donnant à l'appui de sa demande un certificat médical attestant qu'il a dû cesser son travail, l'ouvrier pourra toucher

une rente de 66 %, pour incapacité de travail absolue, pendant toute la période où il ne pourra pas travailler et où il devra se faire soigner à ses frais. Dr Paul BOUDIN.

## Fiscalité

### 1925. — Justifications à l'appui de la déclaration des revenus

En portant au contrôleur de mon canton ma déclaration d'impôt sur le revenu, il m'a remis une feuille contenant les questions suivantes auxquelles je dois répondre dans les vingt jours :

L'inspecteur me demande de lui donner le détail de mes frais généraux de 1930 et 1931 avec le nombre de kilomètres d'automobile, le prix de revient au kilomètre et le prix coûtant du kilomètre payé par mes clients.

Je crois que je suis obligé de lui fournir le détail de mes dépenses professionnelles, mais jusqu'à quel point les autres questions sont-elles justifiées ? et a-t-il le droit de me les poser ?

Dr Y.

**Réponse**

Ainsi que nous l'avons toujours recommandé, les médecins ont intérêt à fournir les renseignements qui leur sont demandés, afin que le contrôleur admette sans contestation leur déclaration.

Votre compteur vous fournit le nombre de kilomètres et vous savez combien votre voiture consomme aux 100 kil., généralement un litre par cheval.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 1947. — Majoration pour retard dans le paiement des impôts.

Je lis avec intérêt votre note n° 548 page 748 du *Concours médical*, et je vous informe du fait suivant : J'ai essayé depuis plusieurs années de déclarer à la rubrique traitements et salaires une subvention qui m'était versée par la commune où j'exerce, et séparément mon bénéfice médical ordinaire à la rubrique professions non commerciales. Résultat : J'ai été imposé pour l'ensemble à la rubrique professions non commerciales et non à la rubrique salaires comme vous l'indiquez. Toutes les réclamations que j'ai faites n'ont pas abouti, même devant le conseil de préfecture.

J'ai payé sans aller au conseil d'Etat. Le délai d'appel est passé. Avis m'a été communiqué le 11 juin 1931. J'ai payé le 14 septembre. Et le percepteur me réclame encore par dessus le marché 10 % de majoration, parce que ma réclamation était suspensive de payement (il s'agit de l'impôt de 1929 sur les bénéfices de 1928).

Dois-je payer la majoration ? Dr T.

**Réponse**

Vous devez payer la majoration de 10 % puisque vos impôts n'ont pas été payés dans les délais.

A. M.

---

### 1985. — La qualité de réformé et la situation de famille n'exonèrent pas des frais d'achat d'un immeuble

Je suis réformé de guerre : 60 % définitif.

J'ai trois enfants.

J'achète une maison 150.000 francs.

Ai-je droit à une exonération fiscale pour les frais d'acte et droits de mutation ?

Si oui, quelles pièces à produire, quelles démarches à faire ?

Dr D.

**Réponse**

Votre qualité de réformé de guerre et votre situation de famille ne vous donnent droit à aucune réduction sur les frais et droits de mutation de la maison que vous allez acquérir.

A. M.

---

### 2172. — Amende pour défaut de timbre d'un certificat

Je viens de recevoir du bureau de l'enregistrement l'avis d'avoir à payer une amende de 93 fr. 60 pour avoir délivré, il y a un an, un certificat sur papier non timbré, parce que « cette pièce a été produite dans une instance devant le tribunal ».

Tout d'abord, la bonne foi du médecin peut être surprise, car il nous arrive à tous de délivrer des certificats sur papier libre que l'on nous dit destinés à des compagnies d'assurances, ou à des employeurs. Le tribunal devait-il accepter ce certificat sur papier libre ? Ne devait-il pas plutôt le considérer comme sans valeur et exiger qu'il lui fut représenté sur papier timbré ?

Ai-je un recours contre le client qui a pu surprendre ma bonne foi ?

Enfin, en admettant que j'aie commis une faute, cette dernière peut-elle être considérée comme professionnelle, et dans ce cas, une assurance contre les risques professionnels doit-elle me couvrir ?

Dr N.

**Réponse**

Les certificats doivent toujours être établis sur timbre à moins qu'ils en soient spécialement exemptés. Vous devez donc payer l'amende.

Le Tribunal n'a pas à se faire juge de la régularité des pièces qui lui sont soumises. Cette question doit être envisagée par les avoués qui constituent les dossiers. Le Tribunal se borne à ordonner l'enregistrement des pièces en même temps que de la minute du jugement.

Vous n'êtes certainement pas couvert par votre assurance, car l'erreur que vous avez commise ne peut être assimilable à un risque professionnel.

A. M.

**2156. — Proportion entre l'usage personnel et l'usage professionnel de l'automobile**

En réponse à ma déclaration d'impôts le contrôleur, au sujet des frais d'auto, me répond ceci :

« Le prix d'achat et les frais d'entretien de la voiture automobile ne peuvent être portés en déduction que si celle-ci sert entièrement à l'usage professionnel. Comme tel n'est pas votre cas, on doit ajouter à votre revenu la quote part correspondant à l'usage personnel soit le quart des frais d'entretien et d'amortissement. »

Je désirerais savoir si cette interprétation de l'usage d'une voiture de chirurgien est conforme à la loi, si elle ne l'est pas à la réalité et dans l'affirmative si le taux de un quart est arbitraire ou répond à une circulaire quelconque.

Dr L.

**Réponse**

Si l'auto sert exclusivement pour l'exercice de la profession, ses frais sont déductibles en entier.

Dans le cas contraire, la proportion à déduire dépend de la proportion entre l'usage professionnel et l'usage personnel. C'est une question de fait.

A. M.

## Assurances Sociales

**2315. — Affiliation des salariés âgés de moins de seize ans**

J'ai encore recours aux lumières des juristes du « Sou » au sujet des assurances sociales. J'ai une bonne qui a treize ans et demi.

Est-elle forcée d'être aux assurances sociales ou bien ne doit-elle être inscrite qu'à partir de 16 ans ?

Les uns me disent qu'il faut payer et les autres qu'il n'y en a pas besoin. Un de vos juristes doit le savoir.

Dr B.

**Réponse**

Aux termes du § 2 de l'article 1er de la loi sur les assurances sociales, sont affiliés obligatoirement tous les salariés de l'un ou de l'autre sexe, mais ne sont pas considérés comme salariés les enfants : 1° soumis à l'obligation scolaire qui effectuent un travail salarié non interdit par le livre II (art 1er) du code du travail ; 2° qui, sans recevoir de salaire en argent, travaillent chez leurs parents et pour le compte de ceux-ci.

Ainsi la loi n'a admis que ces deux exceptions limitatives à l'affiliation obligatoire des enfants salariés.

En l'espèce, votre jeune bonne a cessé d'être soumise à l'obligation scolaire, puisqu'elle est actuellement âgée de 13 ans 1/2 et que l'instruc-

tion primaire est obligatoire pour les enfants des deux sexes âgés de six ans à treize ans révolus (loi du 28 mars 1882, article 4).

D'autre part, l'article 4 de la loi sur les assurances sociales dispose que l'assurance-maladie couvre les frais, etc... pour l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge non salariés âgés de moins de seize ans, ce qui implique que les enfants des assurés sociaux, âgés de moins de seize ans, qui sont eux-mêmes salariés, bénéficient par eux-mêmes des assurances sociales.

Dans ces conditions, nous estimons que vous ne pouvez éviter de faire inscrire votre jeune bonne aux assurances sociales.

## Questions médico-militaires

### 539. — Père de 4 enfants. Libération du service militaire. Démission

1° Je suis né en 1887, j'ai donc 44 ans. Je fais partie de la classe 1907 de recrutement. Je me suis engagé et de ce fait je fais partie de la classe 1904 de mobilisation.

J'ai quatre enfants.

Quand dois-je être libéré du service militaire comme homme de troupe ? Le suis-je plus tard comme officier ? (trois galons).

2° Faut-il dans un envoi de démission d'officier donner des raisons, ou a-t-on le droit de démissionner quand il plaît ?

3° Je suis sourd et j'ai demandé à être réformé. Si je n'ai pas de réponse, comment puis-je faire pour obliger le service de santé à me faire donner en cas de mobilisation un emploi conforme à mes aptitudes ?

D[r] X.

**Réponse**

1° Vous serez, avec la classe 1904, libéré de toutes obligations militaires le 15 octobre 1933, bien que vous ayez rang d'officier.

2° Il est préférable de donner une raison : votre hypoacousie conviendrait parfaitement.

3° Votre demande a dû être envoyée à votre Directeur régional du Service de santé. Renouvelez-la au besoin, et dites qu'en raison de votre hypoacousie marquée, vous ne vous croyez pas apte à remplir des fonctions actives en cas de mobilisation.

### 664. — Croix de guerre : droit au port d'une palme. Cours de perfectionnement

1° Titulaire de la croix de guerre (3 étoiles) et de la médaille militaire avec traitement au titre des réserves, est-il exact que cette deuxième décoration donne le droit de porter une palme, ainsi que je le vois à la petite correspondance du *Larousse mensuel* de novembre 1931 ?

2° Il me semblait avoir vu dans le *Concours médical* qu'une des périodes nécessaires pour passer au grade supérieur pouvait être remplacée par l'assi-

duité aux cours de l'école de perfectionnement ; je ne vois rien de tel dans l'annuaire « Agenda-memento du Praticien ». Mes souvenirs de lecture sont donc faux ? Dr A.

**Réponse**

1° Pour que la médaille militaire donne droit au port d'une palme, il faut qu'elle ait été accordée sur le champ de bataille avec une mention spéciale « *ordre D* ».

Les décorations de rappel, accordées au titre de la « Commission Fayolle », et toutes en date du 16 juin 1920, ne donnent pas droit non plus au port d'une palme.

2° L'assiduité au cours de perfectionnement ne peut remplacer les périodes de réserve ; seule, elle permet de recevoir des témoignages de satisfaction, dont on tient grand compte pour les propositions de la Croix ou pour l'avancement.

## ANTHOLOGIE MÉDICALE

### A Thérèse

. . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Enfant, apprends à lire. Homme apprends à penser.
Mère, mets sur ce front dans ton premier baiser
Le goût sain du travail, de la tâche acceptée,
De plein gré, sans révolte, et gaiement supportée.
La vie est la leçon que sans cesse on apprend ;
Et plus l'effort s'accroît, plus le plaisir est grand.

La plaine a ses chardons ou sa pâture herbue.
Quel que soit le métier que le sort t'attribue,
Fais bien, toujours possible ; et fais beau, si tu peux.
Ne porte pas trop haut tes espoirs et tes vœux.
Sois pratique d'abord. Avant tout il faut vivre.
Surveille-toi. Ne t'endors pas. Ferme le livre
Que tu ne comprends pas. N'égare pas tes pas.
Quand il gèle, on ne marche pas sur le verglas.
Occupe ta pensée aux choses de la terre :
Le gros lot, le destin, les dieux, troublant mystère :
Inventions des grands pour berner les petits.
Le pauvre doit savoir borner ses appétits.
Ne te laisse pas prendre aux promesses menteuses ;
Le maître aime à duper les mains laborieuses.
Sans faire de l'argent l'unique déité,
Tiens-le simplement comme une nécessité.
Aux mains du paresseux, la justice l'abhorre.
Aux mains du travailleur, il a droit qu'on l'honore,
Etant le bien gagné, légitime et loyal,
Je n'ignore pas que d'un sans-gêne royal
La morale à cheval devant les sous détale.
« A chacun selon l'œuvre » affirme la morale.
Tant pis si c'est l'envers dont nos yeux sont témoins.
Les plus riches sont ceux qui travaillent le moins.
« Travaille » est le refrain qui berça mon enfance.
Je te le chante à toi, plein de reconnaissance.

---

# LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

## (LE SOU MÉDICAL)

Siège Social : **37, Rue de Bellefond, PARIS (9e)**

C. M. 4-1932

### BULLETIN D'ADHÉSION

*Je soussigné* (nom, prénoms, qualités) ____________________

*médecin à* ____________ *Rue* ____________ *Dépt* ____________

*né le* ____________________ *à* ____________________

*reçu devant la Faculté de* ____________________ *le* ____________

*membre de* (1) ____________________

*ou présenté par MM.* (2) ____________________ *déclare*

*adhérer à la Ligue médicale de défense individuelle* (LE SOU MÉDICAL)

ou (3) { *Envoie au Trésorier la somme de* **cent francs** *pour la cotisation de l'année* 1932.
*Verse cette somme au compte de chèques postaux : Sou Médical, Paris* 182-31.

*Je déclare, en outre, être déjà assuré contre la responsabilité civile à* ____________

____________ *jusqu'à concurrence de* (4) ____________________

*et abonné au « Concours Médical »* (5) *A* ____________, *le* ____________

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères membres du Sou Médical.
(3) Rayer la mention qui ne convient pas.
(4) En cas d'assurance antérieure, indiquer la ou les Compagnies auxquelles l'adhérent est déjà assuré et la somme assurée.
(5) Rayer cette mention, s'il y a lieu.

**Envoyer ce Bulletin AVEC LE MANDAT INCLUS au Trésorier du Sou Médical : Dr A. Gassot à Chevilly (Loiret) ou remplacer le mandat par un versement au compte de chèques postaux : SOU MÉDICAL PARIS 182-31**

« Le vent chasse l'orage et le travail l'ennui.
« Doux maître, le travail. Courbe-toi devant lui
« Comme un croyant baisse le front devant l'idole.
« Jeune, il nous protège, et vieux, il nous console.
« Le secret de bien faire est d'aimer son outil.
« Que le bras soit vêtu de soie ou de coutil,
« Chaque profession peut révéler un maître.
« Qu'importe si d'abord on l'ose méconnaître.
« Le talent tôt ou tard fatal s'imposera,
« Et le besoin à son secours l'appellera.
« Pour mener à son terme un difficile ouvrage,
« Redouble tes efforts et force ton courage.
« La volonté, l'altière et suprême vertu
« Seule conduit le navire à bon port.
Crois-tu
« Que la rime qu'on cherche et qui n'est plus [de mode,
« Au bout des douze pieds se place et s'accommode
« Pour bien assujettir et fixer au son clair
« Du marteau la pensée en un rivet de fer,
« Nous présente toujours son rutilant panache
« Sans que l'on ait battu le buisson qui la cache ?
« Sais-tu que, sans quitter du regard sa maison,
« Millet courut deux ans les champs de Barbizon
« Pour rencontrer les traits de son « Homme à la [houe » ?
« Un peintre m'a conté les larmes à la joue
« Comment un soir son grand ami rentra chez lui
« Halluciné, tremblant, criant, l'œil ébloui :
« Mes pinceaux ! mes pinceaux ! j'ai trouvé ma figure ! »
« La trouvaille imprévue arrête et transfigure
« Et jette pantelant l'artiste au chevalet.
« Car pour que le travail donne son plein effet,
« Il faut que dans l'effort le plaisir l'accompagne :
« Au dessert la gaieté fait mousser le champagne
« Sais-tu que se faisant son propre animateur,
« Lequesne, répétant son geste créateur,
« Dansait avec un Faune en pétrissant sa glaise ;
« Que Rude en la taillant gueulait sa Marseillaise,
« Bouche ouverte ; que devant son Penseur Rodin.
« S'accoudait aux genoux, et se rongeait le poing ?
« Au cœur du grand artiste une aurore flamboie
« Le bel enfant d'amour est conçu dans la joie.

« Qui que tu sois, artiste, ouvrière, artisan,
« Pâle apprenti d'usine ou rougeaud paysan,
« Sois fier dans l'emploi sombre où ta vie est bornée,
« D'avoir utilement occupé ta journée.
« Penché sur l'établi dès le soleil levé,
« Le soir en contemplant le modèle achevé,
« Jette au loin ta casquette et redresse la tête.
« L'orgueil du vrai labeur sied au labeur honnête.
« Le nerf tendu s'apaise et réjouit le cœur.
« A l'heure où lève la moisson, le laboureur
« Du bout du champ, visant la ligne d'herbe drue,
« A la fierté d'avoir poussé droit la charrue. »

Dr Paul GROSSIER.

Cinquante-quatrième année No 18 1er Mai 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**
Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

III

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :

**Annecy.** J. Cons, Lortet.
**Besse** : Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche) J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maiche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Pau.** Cornet. Sendral.
**Rousses (les).** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianès.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barrand G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Lacanau.** Dubrocq
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
**Palavas-les-Flots** : Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Roscoff.** Bagot. Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer** (Calvados). Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau.
**St-Georges de Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de MM. les Docteurs Guyot, de Chateaumeillant ; Wojlansky, d'Etréchy et Arsonneau, de St-Arnoult, la somme de cinquante francs pour bons offices de cette Société.

## DEMANDES et OFFRES

Nº 141. — Ch.-lieu cant. à 100 km. Paris, à prend. après décès, avec très pet. indemn., client. anc., tenue depuis 30 ans. Fixes intéress. pour titulaire. Extrême urgence.

Nº 142. — On dem. pour octobre, au Quartier Latin ou alentours, dans famille, de préf. profes. ou médecin, deux chambres avec ou sans pension, pour deux frères, 19 et 18 ans, prépar. méd. etgr. écoles. Ecr. Dr Blancard, à Millau (Aveyron).

Nº 143. — A vend. splend. ch. moderne acajou et cuivre, armoire 3 portes, coiffeuse 3 glaces, tab. de nuit. Coûte 5.000 à vend. 2.000 fr.

Nº 144. — Ile de Ré. Vve doct. reçoit toute l'année familles, jeunes filles, jeunes gens ayant bes. clim. marin. Vie très confort., prix modérés. Mais. Familiale Roy, à Saint-Martin-de-Ré. Très recomm. par doct.

Nº 145. — A vend. antidiffuseur oscillant Potter-Bucky, moteur électr. Excell. état.

Nº 146. — Côte d'Azur. Import. mais. santé, en pleine exploit., existe depuis 30 ans. Régime, convalesc., hydroth., hélioth., électroth., install. moderne, vaste parc. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Nº 147. — Paris. Anc. client. méd. génér., rendem. intéress., grand appartem. Condit. avantag. S'ad- Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Nº 148. — Nord. Gr. ville, méd. génér., poumons, estom. radio. Produit import., deux appartem. Indemn. 60.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

## Renseignements

**La Bourboule.** — Maison médicale p. enfants. Tout confort. Cures therm. et clim. Pour tous renseign. et prospectus, s'ad. Dr Barthomeuf, Sanguinet (Landes).

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Nos pères ordonnaient le manganèse pour relever les fonctions alanguies. Toute dyspepsie s'accompagne d'une asthénie. Donner 4 à 6 tablettes de mangaine à vos malades. Vous guérirez à la fois la dyspepsie et l'asthénie.

Dr W. de Froutiguen, 68, av. Gare, Perpignan, offre à confr. « rancio » 1er cru M. D. C. (vin de liqueur naturel, type Porto) proven. exclusiv. des récoltes de ses vignes de Haut-Roussillon. Lui écr. direct.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **L'Assemblée générale des médecins-propharmaciens.** — Le dimanche 17 avril 1932, s'est tenue à Paris l'Assemblée générale statutaire de l'Union syndicale des médecins pro-pharmaciens français. Diverses questions importantes ont été étudiées, notamment : la défense de la propharmacie, la propharmacie et les assurances sociales, les accidents du travail, l'assistance médicale gratuite, l'art. 64, les spécialités, etc.

Le soir, un dîner intime réunissait, dans les Salons Marguery, sous la présidence du Dr Cazin, les médecins propharmaciens qui avaient participé aux travaux de l'assemblée générale. Brillante réception, empreinte de gaieté et de la plus grande cordialité, rehaussée par la présence de femmes de confrères, qui avaient accompagné leurs maris. Plusieurs firmes importantes de produits pharmaceutiques s'étaient fait représenter à cette belle réunion.

Le *Concours médical* avait tenu à témoigner, par la présence d'un de ses délégués, le grand intérêt et la vive sympathie que toujours il a portés aux confrères qui exercent la propharmacie. C'est ce qui n'a pas manqué d'être dit à l'heure des toasts, en même temps que la thèse, chère au *Concours médical*, était de nouveau évoquée, sur le paradoxe du dualisme médical et pharmaceutique actuel, et de l'intégration nécessaire de la pharmacie dans l'art de guérir, dont elle est une branche.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le Professeur Joseph Colt Bloodgood, de la John Hopkins University, a fait, sous les auspices de la Ligue française contre le cancer, le mardi 26 avril, dans le Grand amphithéâtre de la Faculté, une conférence sur *la lutte contre le cancer aux Etats-Unis* (avec projections), et le jeudi 28 avril, au laboratoire d'anatomie pathologique à l'Ecole pratique, la démonstration de deux films, un sur le développement des tumeurs humaines et des cellules cancéreuses humaines *in vitro*, l'autre sur le diagnostic radiologique des tumeurs osseuses.

— **Légion d'Honneur.** — M. Antoine-Elysée Bailly, directeur des Laboratoires Bailly, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, avec les titres suivants : Industriel (Exportation de produits pharmaceutiques) ; fondateur de prix pour les médecins et les pharmaciens coloniaux.

Nous sommes heureux d'adresser à M. Antoine-Elysée Bailly, dont les laboratoires de spécialités pharmaceutiques sont bien connus de nos lecteurs, nos plus sincères félicitations.

— **Bourses d'études à l'Institut «Benito Mussolini» à Rome.** — Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de

6.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Benito Mussolini » à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le Directeur de l'Institut et le candidat.

Les publications résultant de ces travaux pourront être payées partiellement ou totalement par l'Institut.

Les noms des candidats accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc..., leur expérience professionnelle doivent parvenir au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI^e), avant le 15 juillet 1932.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — M. le Dr Viaud, ancien chef de clinique ophtalmologique, et nommé, après concours, ophtalmologiste adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

— **Hôpital français de Tunis.** — *Internat.* — Une place d'interne est vacante à l'hôpital civil français de Tunis. Traitement de début : 9.000 francs, plus une indemnité de 2.000 francs pour les internes docteurs en médecine. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital.

— **Hôpital indigène de Casablanca.** — Mlle Marie-Antoinette Piétri, docteur en médecine de la Faculté de Marseille, a été nommée, après concours, médecin-chef du service des femmes, à l'hôpital indigène de Casablanca.

— **Les Journées médicales belges de 1932.** — L'*Exposition.* — Comme chaque année, une exposition internationale des Sciences et Arts appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire, se tiendra dans les locaux de l'Université libre de Bruxelles, avenue des Nations, pendant la durée des Journées médicales. La distribution des emplacements se fera, le vendredi 20 mai, de 9 à 12 heures et de 2 à 5 heures, à l'Université.

Pour renseignements, s'adresser à M. René Lépine, directeur commercial, 39, rue d'Amsterdam, Paris (VII^e).

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — Le jury du concours des médecins de Dispensaires est composé de MM. Ravaut, Roberti, Marcel Pinard, Guy-Laroche, Haguenau, Lévy-Bing, Lucien Périn.

Candidats inscrits : MM. René Cachera, Marcel

Colin, Bernard-Louis Degos, de Douhet, Pierre Durel, Roger Even, Roger-Louis Goldberg, Adolphe Horowitz, Louis Mansour, André Morel, Maurice Racine, Jean Ragu, Schœngron, Taquet et Mme Teclagardère.

La première séance du concours a eu lieu le 18 avril 1932, au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

**— Conférence sur : « La formation du médecin ».** — Une réunion, organisée par le Redressement français et la revue *L'Education*, sous la présidence du Prof. Lépine, de Lyon, a eu lieu le 21 avril à la salle des fêtes de la Mairie du Xe arrondissement à Paris. La question de « La formation du médecin » (Doit-il savoir le grec ?) y a été envisagée. Le Docteur Rist et le Docteur Armbruster, sénateur de l'Aube, y ont pris la parole.

**— Dispensaires antituberculeux du Lot.** — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin de dispensaires antituberculeux du Lot, et pouvant éventuellement être chargé de quelques services d'hygiène publique.

Les conditions de nomination, de titularisation et de traitement seront celles prévues au règlement-type des dispensaires antituberculeux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers de candidatures, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris.

Le registre d'inscriptions restera ouvert jusqu'au 20 mai.

**— Deux heureuses initiatives du Professeur Laignel-Lavastine.** — Le professeur Laignel-Lavastine est un grand érudit. Qui n'a pas fait avec lui quelque voyage d'études ignore la profondeur et, si j'ose dire, le recul de sa culture. Les civilisations les plus anciennes n'ont pas de secrets pour lui. C'est son culte de l'érudition et de l'histoire qui lui inspira sans doute ces initiatives originales : l'exposé de la *technique bibliographique* et les *conférences-promenades.*

Quatre séances seront donc consacrées aux manipulations des manuscrits et des imprimés. Les deux premières auront lieu à la Faclté de médecine ; la troisième au Cercle international de synthèse, et la dernière à l'Institut bibliographique.

Les conférences-promenades visiteront l'infirmerie de Saint-Lazare, la Faculté de Médecine, le Val-de-Grâce et l'Hôtel-Dieu.

Voici, pour des amateurs que nous souhaitons nombreux, dans leur intérêt, un fameux régal en perspective.

Lundi 2 mai, à 17 heures, au petit amphithéâtre : première manipulation : « Des manuscrits ».

Lundi 9 mai, à 17 heures, au petit amphithéâtre : deuxième manipulation : « Des imprimés ».

Lundi 23 mai, à 17 heures, au Centre international de synthèse, 12, rue Colbert : « Principes de la bibliographie générale des imprimés ».

Lundi 30 mai, à 17 heures, à l'Institut bibliographique, 47, rue du Docteur-Blanche : «Technique bibliographique moderne ».

Dimanche 8 mai, à 10 heures 1/2 : Infirmerie de Saint-Lazare (lieu de réunion : angle du faubourg Saint-Denis et du boulevard Magenta).

Dimanche 22 mai, à 10 heures 1/2 : Faculté de médecine (Réunion dans la Galerie d'entrée).

Dimanche 12 juin, à 10 heures 1/2 : Val-de-Grâce (Réunion dans la cour d'honneur), avec conférence par M. le médecin-général inspecteur Rouvillois.

Dimanche 26 juin, à 10 heures 1/2 : Hôtel-Dieu. (Réunion dans le péristyle) avec conférence de M. Marcel Fosseyeux.

— **Sanatorium des Neiges.** — On nous prie d'annoncer que le sanatorium moderne des Neiges, à Briançon (Hautes-Alpes), inauguré au cours de cet hiver, peut consentir des prix spéciaux pour la saison d'été qui est très agréable à Briançon. S'adresser au Docteur Pin, directeur médical.

— **Naissance.** — Monsieur et Madame André Bardet nous font part de la naissance de leur fille *Odette-Micheline* (Suresnes, 6 avril 1932.)

# A TRAVERS L'OFFICIEL

13 Avril.

**Enseignement de la médecine.**

La chaire de pathologie chirurgicale de la Faculté de Paris est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours à compter de la publication au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

**Médaille d'honneur des épidémies.**

La médaille d'honneur en or a été décernée à M. Edouard Pelissier, externe des hôpitaux de Marseille, qui a contracté dans son service une maladie très grave.

15 Avril.

**Insaisissabilité des livres et instruments.**

*Loi du 13 avril 1932 modifiant les paragraphes 3 et 4 de l'article 592 du code de procédure civile relatif aux saisies-exécution.*

Art. 1er. — L'article 592 du code de procédure civile est modifié ainsi qu'il suit :

« Ne pourront être saisis :

« 1° ....................................... ;

« 2° ....................................... ;

« 3° Les livres relatifs à la profession du saisi jusqu'à la somme de 5.000 fr. (1) à son choix ;

« 4° Les machines et instruments servant à l'enseignement, pratique ou exercice des sciences et arts, jusqu'à concurrence de la même somme et au choix du saisi ;

« 5° (La suite sans modification.) »

Art. 2. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

### Hygiène publique.

*Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.*

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vitry-sur-Seine.

Le directeur remplira en même temps les fonctions de médecin du dispensaire municipal.

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. comme directeur du bureau d'hygiène et à 27.000 fr. comme médecin du dispensaire, soit au total 45.000 fr. par an avec interdiction de faire de la clientèle.

(1) Antérieurement jusqu'à 300 francs.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 6e bureau, 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

### Service de santé militaire.

Sont admis à l'honorariat de leur grade :

M. O'Followell médecin sous-lieutenant de réserve, rayé des cadres ;

M. Wilborts, médecin capitaine de réserve, rayé des cadres.

Par décret du 2 avril 1932, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin lieutenant.*

Les médec. sous-lieut. : (17 oct. 29) Barrault, 9e rég. ; (16 mai 31) Frère, 9e rég. ; Gourdeau, 9e rég. ; (22 mai 31) Schtein, 9e rég. ; (30 mai 31) Royer, 9e rég. ; (3 juin 31) Beaumont, 18e rég. ; (17 juin 31) Jagot, 11e rég. ; (19 juin 31) Baugas, 9e rég. ; (7 juil. 31) Metzger, 20e rég. ; (29 juil. 31) Surville, 18e rég. ; (1er août 31) Moreau, 9e rég. ; (10 août 31): Benoit, 14e rég. ; Rolland, 14e rég.

(17 août 31) Blaizot, 3e rég. ; (24 août 31) Lenger, rég. Paris ; Boël, 13e rég. ; (28 août 31) Trubert, 19e C. A. ; (28 août 31) Bineau, 11e rég. ; (1er sept.

31) Aubin, rég. Paris ; Agnès, 12e rég. ; Testart, 12e rég. ; (7 sept. 31) Mutricy, 4e rég. ; Berger, 8e rég. ; (8 sept. 31) Bennetin, 8e rég. ; Schiever, 8e rég. ; (10 sept. 31) Andler, 5e rég. ; (11 sept. 31) Faucher, 5e rég. ; Magnard, 14e rég. ; (15 sept. 31) Cortès, 19e C. A. ; (17 sept. 31) Fortat, 5e rég. ; (19 sept. 31) Couton., 5e rég. ; Menon, 5e rég. ; (20 sept. 31) Kuborn, 3e rég.

(21 sept. 31) Bonto, 2e rég. ; Ducellier, 2e rég. ; Fournier, 2e rég. ; Duchesnay, 5e rég. ; Jossinet, 9e rég. ; Descottes, 12e rég. ; Faure, 12e rég. ; (22 sept. 31) Leroy, 4e rég. ; Dagorne, 6e rég. ; Aubert, 8e rég. ; Boccard, 8e rég. ; Burlats, 8e rég. ; Charpiot, 8e rég. ; ;Depaulis, 8e rég. ; Langeron, 8e rég. (p. o.). ; (23 sept. 31) Bellard, Cornier, Coureau, Delville, Huguenin, Jacquemard, Noirot, Perrin, Piet-Lataudrie, Redaud et Simon, 2e rég. ; Beaume, 5e rég. ; Etienne, 10e rég. ; (25 sept. 31) Dubois, 4e rég. ; Blaise, 6e rég. ; Mitelette, 6e rég. ; Renard, 6e rég. ; Lejeune, 13e rég. ; Abulker, 19e C. A. ; (26 sept. 31) Couadeau, 17e rég. ; (27 sept. 31) Landard, 2e rég. ; (28 sept. 31) Guilloux 4e rég. ; Delorme, 8e rég. ; Mazuez, 8e rég. ; Duffort, 17e rég. ; Maure, 19e C. A.

(30 sept. 31) Chaussepied, 9e rég. ; (1er oct. 31) Vidal, rég. Paris ; Fallex, 4e rég. ; (2 oct. 31) Dunaud, 13e rég. ; (3 oct. 31) Mondor, 4e rég. ; (7 oct. 31) Guindre, 12e rég. ; (8 oct. 31) Vaurs, 13e rég. ; (9 oct. 31) Gisclard, rég. Paris ; Pacaud, rég. Paris ; Tillé, rég. Paris ; (12 oct. 31) Besseyrias, 8e rég. ; (13 oct. 31) Gindraud, rég. Paris ; (16 oct. 31) Hervy, rég. Paris ; Flahault, 9e rég. ; (19 oct. 31) Dewing, 4e rég. ; (22 oct. 31) Mirault, 5e rég. ; (30 oct. 31) Barthélémy, 14e rég. ; Mouchette, 17e rég. ; Zambeaux, 17e rég.

(9 nov. 31) Fournié, 17e rég. ; Guilhem, 17e rég. ; Trensz, 19e C. A. ; (16 nov. 31) Lefèvre, rég. Paris ; Fontanille, 9e rég. ; (17 nov. 31) Magnand, 1re rég. ; Potié, 1re rég. ; (18 nov. 31) Gauillard, rég. Paris ; Gaulier, rég. Paris ; André, 15e rég. ; (20 nov. 31) Daynez, 1re rég. ; Dupalud, 14e rég. ; Allain, tr. Tunisie ; (26 nov. 31) Charles, 19e C. A. ; (29 nov. 31) Aubrée, 11e rég. ; Briton, 11e rég. ; Guerlot, 11e rég. ; Guynot de La Boissière, 11e rég. ; Champeval, 19e C. A. ; (30 nov. 31) Dubois, 13e rég. ; (1er déc. 31) Ey, rég. Paris ; Guillot, rég. Paris ; Sabathier, 8e rég. ; (5 déc. 31) Tounissont, 6e rég. ; (7 déc. 31) Daude, 12e rég.

(11 déc. 31) Frémont, 13e rég. ; Gassiot, 19e C. A. ; (16 déc. 31) Bleicher, 20e rég. ; Lévy, 20e rég. ; (7 janv. 32) Hassler, 14e rég. ; (6 févr. 32) Arnon, Guybert, Halphen, Houzel, Le Guay et Vinot, rég. Paris ; Barazer, 4e rég. ; Chevallier, 10e rég. ; Mérand, 11e rég. ; Bernard, 13e rég. ; Chaux, 13e rég. ; Ravon, 13e rég. ; Feuillade, Larger, Leloutre et Pichat, 14e rég. ; Gastaud, Jougiard, Moulard, Silhol et Thaon, 15e rég. ; Philip et Traissac, 18e rég. ; Pagès, tr. Maroc ; (10 févr. 32) Bazile, 3e rég. ; Tambareau, 3e rég. ; Bazin, 14e rég. ; Carret, 14e rég. ; Loewenberg, 20e rég. ; (16 févr. 32) Bachelier, Batut, Carbuccia, Hodanger, Janin et Kopaczewski, rég. Pa-

ris ; Lucien, 8e rég. ; Viet-Villeneuve, 10e rég. ; Desjardin, 18e rég. ; Estradère, 18e rég. ; Peiffer, 20e rég. ; (15 mars 32) Lacoste, 12e rég.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Assurances sociales. Variation du chiffre-clé de la nomenclature.

15075. — M. Henri Lorin demande à M. le ministre du Travail si, bien que la circulaire ministérielle no 52, du 1er décembre 1931, commentant la nouvelle nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialité, ne le prévoit pas expressément, il n'est pas conforme à son esprit qu'un syndicat médical puisse faire varier le chiffre-clé (k) autrement que par spécialité pour tenir compte dans la plus large mesure de la situation locale des tarifs médicaux, et si, par exemple, il est autorisé à diviser les interventions d'électro-radiologie, ou d'une autre spécialité en trois séries, auxquelles il appliquerait respectivement les chiffres-clefs 15, 20 et 25. (*Question du 29 janvier* 1932.)

*Réponse.* — Réponse affirmative, sous réserve que les modifications apportées au tarif syndical minimum soient notifiées aux caisses contractantes.

(*J. O.*, 31 mars 1932).

### Assurances sociales. Rémunération des membres de la Commission pour la délivrance des appareils de prothèse.

15076. — M. Henri Lorin demande à M. le ministre du Travail : 1o si les membres de la commission prévue à l'article 4, paragraphe 1er, dernier alinéa, de la loi sur les assurances sociales et à l'article 20 du règlement d'administration publique pour la délivrance des appareils de prothèse dentaire ont droit à une rémunération ; 2o dans le cas de l'affirmative, si les syndicats médicaux et les syndicats de chirurgiens-dentistes sont fondés à demander que les honoraires de leurs délégués soient à la charge des caisses primaires ou si ces dernières ne doivent pas se borner à rétribuer leurs propres délégués en admettant que ces derniers n'acceptent pas cette mission à titre purement gratuit. (*Question du* 29 *janvier* 1932.

*Réponse.* — Le contrôle effectué par la commission technique prévue à l'article 4, paragraphe 1er, dernier alinéa, de la loi sur les assurances sociales étant assimilable au contrôle que les caisses primaires exercent par l'intermédiaire de leurs médecins contrôleurs, celles-ci paraissent pouvoir allouer des indemnités aux membres de ladite commission. Il leur appartient de fixer, le cas échéant, ces indemnités dans les conventions qu'elles passent avec les syndicats professionnels de praticiens.

**Assurances sociales. Les prestations ne peuvent être prolongées au-delà de la période de six mois.**

14595. — M. André J.-L. Breton demande à M. le ministre du Travail si les caisses d'assurances sociales, en se basant sur l'article 37, paragraphe 1er, du réglement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 30 avril 1930, ainsi rédigé : « La caisse d'assurance-maladie doit, dans la mesure de ses resssources, prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie », peuvent, tout en restant dans la légalité, continuer à servir à leurs assurés, dont l'état de maladie se prolonge au-delà de six mois des indemnités forfaitaires pour prévenir l'invalidité. (*Question du 17 décembre* 1931.)

*Réponse.* — Il n'est pas possible aux caisses primaires à raison des termes précis des articles 4, paragraphe 8, et 5, paragraphe 1er de la loi du 30 avril 1930, de prolonger, au titre de l'assurance-maladie, les prestations en nature ou en argent, ou les indemnités forfaitaires, au-delà de la période maximum de six mois prévue par cesdits articles. Les dispositions de l'article 37, paragraphe 1er, du règlement d'administration publique, en date du 25 juillet 1930, mentionné par l'honorable M. Breton, ont bien pour objet d'inviter les caisses-maladie à tenir compte dans l'octroi des prestations, de la nécessité de prévenir l'invalidité mais ne permettent pas de prolonger la durée de ces prestations limitativement fixée par la loi.

(*J. O.*, 10 avril 1932.)

**Pourcentage moyen des décès dans les sanatoria.**

15339. — M. Thomas demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° quel est le pourcentage moyen des décès : *a*) dans les sanatoria ; *b*) parmi les malades qui ont été soignés dans les sanatoria ; 2° quel est ce pourcentage, comparé à celui des tuberculeux qui n'ont pas été hospitalisés. (*Question du* 15 *février* 1932.)

*Réponse.* — D'après les renseignements recueillis, le pourcentage moyen des décès dans les sanatoria ressort à 1,5 p. 100 environ. Aucun chiffre ne peut, par contre, être fourni en ce qui concerne les deux autres points, les malades sortis des sanatoria n'étant pas suivis régulièrement par ces établissements et d'autre part, la déclaration de la tuberculose n'étant pas obligatoire.

(*J. O.*, 10 avril 1932.)

**Admission d'un propriétaire à l'assistance aux vieillards.**

15582. — M. le Cozannet demande à M. le ministre de la Santé publique si un conseil municipal peut refuser d'inscrire sur la liste d'assistance aux vieillards une personne remplissant les conditions

*Voir la suite page LV-1437*

# PROPOS DU JOUR

## L'hygiène de Paris il y a un siècle
## A propos du Centenaire du Choléra de 1832

Notre époque est celle des centenaires. On les célèbre tous, même les plus néfastes, et nous voyons déjà la presse faire revivre dans des articles saisissants la funeste année 1832, l'époque où le choléra morbus fit pour la première fois son apparition à Paris.

Si nous aussi en parlons aujourd'hui, ce n'est pas pour commémorer ou reproduire les descriptions plus ou moins romantiques et romanesques qu'en ont laissées les contemporains, mais pour bien montrer ce qu'était Paris à cette époque et faire juger des progrès accomplis en un siècle, en ce qui concerne l'hygiène urbaine de la capitale. Le lecteur, après en avoir pris connaissance, s'il est un amoureux du bon vieux temps, nous dira s'il eut préféré le Paris de 1832, si étrangement pittoresque, à notre Paris de 1932 qui, s'il n'a pas atteint l'idéal rêvé en fait d'urbanisme, est quelque peu différent de ce qu'il était il y a un siècle.

Voulant éviter toute interprétation sentimentale et littéraire, nous nous bornerons à analyser le volumineux *rapport de la Commission spéciale* (1) *instituée pour recueillir les faits relatifs à l'invasion et aux effets du choléra morbus dans le département de la Seine en* 1832, rapport déposé le 28 mai 1834 et publié par les soins du Préfet de la Seine et du Préfet de police.

Le choléra morbus, maladie jusqu'alors inconnue en Europe, prit en 1817 un caractère épidémique terrifiant à Jessore, dans la presqu'île de Malacca ; il gagna Java et s'étendit dans les Indes, de Calcutta à Bombay, en 1818, ravagea les îles Molluques, les îles de France et Bourbon en 1819, visita la Birmanie et la Chine (1820), la Perse (1821), l'Arabie, Bassora, Bagdad, le Caucase (1823), les bords de la Caspienne et la Sibérie (1825). Moscou et Pétersbourg furent atteints en 1830, l'Europe Centrale en 1831. La même année, il ravagea Londres et le 15 mars 1831, franchissant le Détroit, il éclatait à Calais.

On ne peut accuser les Pouvoirs publics d'imprévoyance. Dès le 20 juillet 1831, le Préfet de la Seine, Comte de Bondy, créa deux commissions au Conseil général des hospices de Paris ; une était administrative et comptait le comte Chaptal, le baron Camet de la Bonardière, Cochin, etc., parmi ses membres ; l'autre, sanitaire, comprenait Portal, Cruveilhier, Antoine Dubois, Lisfranc, Chomel, Parent-Duchâtelet, Guéneau de Mussy, en somme les médecins les plus réputés de Paris.

Il fut décidé que quatre hôpitaux, éloignés du centre de la ville : Beaujon, Saint-Louis, Saint-Antoine et Cochin, serviraient à séquestrer les cholériques. Les hospices de Montmartre et du Mont-Valérien recevraient les convalescents.

Les grandes réunions d'hommes seraient interdites. Il en serait de même de la vente de la friperie et des hardes. On préconisa le transport des marchés sur les boulevards extérieurs. Des distributions de vêtements, de vin, de bière, même d'eau-de-vie, aux pauvres, devaient être organisées.

Les Préfets de police et de la Seine, par arrêté du 21 août 1931, créèrent une Commission centrale de salubrité de 43 membres. Douze commissions d'arrondissement, des sous-commissions dans chaque quartier, deux commissions pour les arrondissements ruraux furent instituées. Ces commissions comprenaient des médecins, des pharmaciens, des chimistes, des notables. On leur adjoignit des commmissaires-voyers et des commissaires de police.

Les commissaires de quartiers devaient visiter les maisons, constater l'état des fosses d'aisance, des plombs, des puits, des puisards. Ils devaient surveiller les institutions, les écoles, les établissements de nourrices, les maisons de sevrage,

(1) Membres de la Commission : MM. Chevallier, de l'Académie de Médecine, Léon Devaux (du Cher), Millot, Parent-Duchâtelet, de l'Académie de Médecine, Petit (de Maurienne), docteur en médecine, Pontonnier, Trebuchet, chef du Bureau sanitaire de la Prétecture de Police, Villermé, de l'Académie de Médecine, Villot et Benoiton de Châteauneuf, rapporteur.

les maisons de santé. Leur vigilance s'étendait aux nourrisseurs de chevaux, de chiens, de porcs, de lapins, de poules, de pigeons, répandus alors dans tout Paris, aux logeurs, aux hôteliers, aux tanneurs, aux baigneurs, aux boyaudiers, aux chiffonniers et aux ateliers de toute espèce. Les rapports de ces commissaires devaient être envoyés aux commissions d'arrondissement, qui, après examen, en adressaient un extrait à la commission centrale qui se réservait la surveillance directe des grands établissements publics.

L'inspection sanitaire commença aussitôt et pour donner une idée de son travail, il convient de prendre un exemple : *le quartier du Luxembourg*, si vous le voulez bien.

Ce quartier comptait 924 propriétés publiques ou particulières qui furent visitées ; 402 furent reconnues insalubres du fait du mauvais état de leurs fosses d'aisance, des puits, des puisards, des plombs, des ruisseaux encombrés, du mauvais état du pavé qui permettait la stagnation des eaux pluviales et ménagères, de l'entassement des animaux domestiques, des amas de fumier et d'immondices. En somme, le quartier du Luxembourg en 1832 était infiniment plus malpropre et malsain que le village le plus sale d'Auvergne ou de Bretagne, il y a cinquante ans.

Le 15 novembre 1831, on organisa des *postes médicaux* dans chaque quartier, disposant d'un médecin, d'un pharmacien, d'étudiants, d'infirmiers, de gardes-malades, prêts jour et nuit à donner leurs soins aux malades. Ces postes étaient pourvus de médicaments, de lits, de couvertures, de brancards, etc. Les maires avaient la haute autorité sur ces postes.

Des instructions pour préserver du choléra furent affichées. Elles recommandaient aux habitants la propreté, la sobriété, la modération dans les plaisirs ; elles mettaient le public en méfiance contre les charlatans et la presse qui recommandaient les préservatifs les plus bizarres et les plus variés contre le fléau.

Des salles nouvelles furent aménagés dans les hôpitaux ; on procéda à l'assainissement des anciennes ; on recruta du personnel ; les cours d'anatomie furent suspendus. Paris avait alors 785.000 habitants (recensement de 1831) entassés dans 29.000 maisons dont 11.000 seulement étaient pourvues de portes cochères.

L'administration et la population étaient persuadées qu'on était en mesure de lutter contre l'épidémie.

Le 13 février 1832, un portier mourut dans la rue des Lombards ; le cas fut considéré comme suspect, mais on hésita sur le diagnostic. Le 26 mars, quatre décès survenus en quelques heures, rue Mazarine (1), dans la Cité, rue des Jardins-Saint-Paul, et rue de la Mortellerie près de l'Hôtel de Ville, ne laissèrent plus de doutes sur l'invasion du choléra. Le 27 mars, six malades étaient transportés à l'Hôtel-Dieu ; 22 le lendemain. Le 31 mars on signalait 300 cholériques. Le 1er avril l'épidémie s'étendait sur tout Paris. Le 2 avril, 100 décès étaient déclarés ; 200 le 3 avril ; 300 le 5 avril ; le 9 avril, 1.200 personnes (dont 814 périrent) étaient atteintes. Le 14 avril, on comptait 12 à 13.000 malades et 7.000 morts.

Le Préfet de police prit des mesures draconiennes ; il fit supprimer les cloaques, les mares à l'intérieur de la ville, fit fermer les ruelles infectes si nombreuses. Du chlorure de chaux fut jeté dans les fosses d'aisances et dans les fossés des boulevards, remplis d'eaux croupissantes à exhalaisons infectes et que l'on n'osait pas curer. On arrosa les rues, les carrés des marchés avec une solution de chlorure de chaux ; on augmenta le nombre des bornes fontaines ; on submergea les fosses putrides de l'île Louviers à l'extrémité de l'île Saint-Louis.

Des secours à domicile pour les indigents furent organisés. Des ambulances furent créées à Saint-Germain-l'Auxerrois, rue Grange-Batelière, à l'Elysée-Bourbon. Les étudiants en droit, de jeunes femmes donnèrent leur concours aux médecins. On améliora le sort des prisonniers.

Le service de l'état civil pour l'enregistrement des décès fut débordé. On se heurta dès le début à l'insuffisance des corbillards. On essaya de leur substituer des fourgons d'artillerie, mais, dépourvus de ressorts, ces fourgons sur le sol défoncé des rues parisiennes se renversaient, les cercueils en tombaient, se brisaient, les corps à demi-putréfiés éclataient, les viscères en sortaient et laissaient s'écouler sur le sol un liquide infect. On dut renoncer à cet épouvantable mode de transport et réquisitionner toutes les voitures de tapissiers dans lesquelles on entassa les cercueils.

Les fossoyeurs effrayés, craignant la contagion, s'enfuirent ; il y eut des révoltes, des émeutes sanglantes. On arriva péniblement à convaincre les uns, en les payant davantage, de remplacer les autres. Chaque journée amenait dans les cimetières 700 à 800 victimes. La popu-

(1) Le cuisinier du Maréchal Lobau considéré comme la première victime.

lation terrorisée s'enfuyait en partie hors de la ville.

A partir du 14 avril, l'épidémie s'atténua, on ne compta que 650 décès ; le 30 avril à peine 100 ; du 17 mai au 17 juin, 15 à 20 décès par jour. En juillet survint une recrudescence, 128 décès le 15 juillet ; 225 le 18 ; puis leur chiffre tomba progressivement à 25 ou 30 à partir du 28 juillet. L'état resta stationnaire en août et durant la première quizaine de septembre ; du 18 septembre au 1er octobre le nombre des victimes varie de 0 à 6. A dater du 1er octobre l'épidémie fut considérée comme terminée.

La mortalité portait sur les deux cinquièmes des malades au début, puis sur la moitié, enfin sur le tiers. Les quartiers surpeuplés du centre et les plus pauvres furent les plus frappés. Du 1er avril au 1er octobre la mortalité de Paris fut de 32.200 décès dont 18.402 cholériques. Les sexes furent à peu près également frappés. Ce fut chez les sujets de 30 à 60 ans que le choléra fit le plus de victimes (8.411).

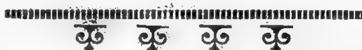
La maladie évoluait avec une rapidité foudroyante ; la durée moyenne était de 61 heures 8 minutes ; le plus souvent elle ne dépassait pas une journée, parfois une heure ou six heures. Les prisons furent relativement moins éprouvées ; les casernes malsaines le furent beaucoup plus. La banlieue fut un peu moins atteinte ; tandis qu'à Paris, il y eut 18.402 décès, soit 23,42 pour 1.000 habitants, l'arrondissement de Saint-Denis ne compta que 2.001 décès soit 21.03 pour 1.000 habitants et l'arrondissement de Sceaux 1.335, soit 17.62 pour 1.000 habitants. Au total, il mourut en six mois dans le département de la Seine 21.514 personnes ; soit 22. 75 pour 1.000 habitants.

L'entassement et la misère furent les deux facteurs qui favorisèrent le développement de l'épidémie ; les maisons garnies où les chiffonniers et la basse classe des demi-nomades se réfugiaient et qui comptaient 35.000 à 40.000 personnes, eurent une mortalité cholérique de 35 pour 1.000. Dans quelques rues malsaines et surpeuplées du centre, la mortalité atteignit 45 décès pour 1.000 habitants, le double de la moyenne. Parmi les personnes attachées au service des malades et des morts, la mortalité fut la suivante : 30 médecins, 12 étudiants, 13 pharmaciens, 2 élèves en pharmacie, 9 sages-femmes, 1 élève sage-femme ; 75 gardes-malades ; 48 religieuses, 1 religieux, 19 infirmières, 18 infirmiers, 2 dentistes et *un seul fossoyeur*.

La Commission conclut qu'il était absolument nécessaire d'élargir les rues qui, très larges aux portes de Paris, se rétrécissaient au fur et à mesure qu'on pénétrait dans le centre de la ville. Elle déplorait l'élévation progressive des immeubles, hors de proportion avec la largeur des rues. Ces maisons, souvent sans cours, avaient des logements exigus sans air et où la lumière du jour n'avait souvent pas accès. Les loges des portiers encore plus obscures et sans air, donnèrent lieu à une mortalité effroyable. Il importait de modifier les fosses d'aisance et d'assurer l'évacuation des eaux ménagères ; de doter les rues de trottoirs qu'on commençait à construire dans les voies larges depuis 1827. La construction d'urinoirs s'imposait. Le pavage devait être remplacé et reposer sur un sol imperméable ; le balayage des rues devait être assuré. On devait au plus tôt remplacer les ruisseaux des cours et des allées de maisons et des rues où coulaient les eaux usées, par des conduits souterrains, qui évacueraient ces dernières dans les égouts dont on devrait presser l'achèvement. Il faudrait de toute nécessité multiplier les bornes fontaines, amener de l'eau en quantité suffisante dans la ville, car Paris ne disposait en 1832 que de *sept litres d'eau par personne et par jour*, tandis qu'un habitant de Londres en avait 62 litres pour son usage.

Enfin, disaient en terminant les rapporteurs, il fallait convaincre la population peu aisée qui était rétive ou insouciante du fait de son ignorance, de la nécessité des mesures de propreté et d'hygiène. Ce ne fut qu'une vingtaine d'années plus tard que le baron Haussmann, préfet de la Seine, commença avec une indomptable énergie et continua envers et contre tout, pendant quinze ans, l'exécution de ce plan d'assainissement de Paris qui s'est régulièrement poursuivi depuis et qui a fait du cloaque immonde qu'était Paris en 1832, la belle ville, relativement saine, que nous habitons aujourd'hui. Aussi pouvons-nous célébrer le centenaire du choléra de 1832, qui démontra la nécessité urgente de transformer la vieille ville que nous ne saurions regretter, quel que soit notre amour du passé.

J. Noir.



# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### AMOUR ET DÉLIRE (1)

Par J. Lévy-Valensi

« *L'amant aime l'aimée comme le loup l'agneau* ».
(Platon).

« *Ecce deus fortior me qui veniens dominabitur mihi* ».
(Dante).

S'il y a quelque témérité à parler d'amour à des étudiants en médecine, ce n'est pas que le sujet leur soit indifférent, mais il peut ici les surprendre. Sur les bancs de nos Ecoles, on apprend, de l'acte de chair, les conséquences obstétricales et les autres, mais on n'a pas accoutumé de discourir sur la « Maladie de l'Amour », pour emprunter son titre à l'ouvrage de Voivenel.

Entreprenant cette tâche un tantinet audacieuse, et pour l'accomplissement de laquelle je n'ai, au demeurant, aucune lumière particulière, je serais fort inquiet si j'ignorais qu'en « Amour tout est vrai, tout est faux et c'est la seule chose sur laquelle on ne puisse dire d'absurdité » (Chamfort).

Faut-il, pour justifier cette incursion de la clinique dans l'amour, rappeler des précédents ?

C'est, au XVIIIe siècle, Boissière de Sauvage et sa thèse « *De Amore* », au siècle précédent le pieux évêque d'Avranches déclarant que « l'amour est une fièvre que l'on doit traiter par d'abondantes saignées » (Huet).

L'amour, je ne vous l'apprendrai point, a pour origine l'instinct sexuel et les adversaires les plus acharnés du freudisme ne laissent pas de l'admettre.

Cet instinct a fait l'objet des comparaisons et des explications les plus réalistes : il a pour but la *perpétuation de l'espèce* (Schopenhauer), l'expulsion de *cellules parasitaires* (Lieutaud), l'attraction chimique de cellules de sens contraire, etc...

Ch. Feré a repris la thèse jadis brutalement soutenue par Montaigne qui n'avait pas accoutumé de mâcher ses mots : « Je trouve que Vénus après tout n'est rien de plus que le plaisir de nous décharger, exactement comme la nature rend agréable la décharge d'autres parties ».

(1) Leçon faite en janvier 1932 à la Clinique de M. le Professeur Claude.

Les rapports conjugaux, dira, dans le même esprit, Luther, « sont aussi nécessaires que l'émission d'urine ».

Un tel prosaïsme attaché à la fonction sexuelle explique, sans la justifier, cette opinion d'un théologien du Moyen-Age : « la femme est un temple construit sur un égout ».

On est loin, vous le voyez, de la délicate pensée de Diderot écrivant que « pour parler de la femme, il faut tremper sa plume dans de l'arc-en-ciel et semer son papier d'ailes de papillons ».

Michelet suivit sans doute à la lettre ce conseil, lorsque, après s'être agenouillé devant la planche anatomique d'un utérus, ce « temple de l'amour », il écrivit « quiconque a eu une mère me comprendra ». Pour les autres, l'illustre historien admettait sans doute la génération spontanée !

***

L'amour n'est pas le seul instinct génital, il est, avant tout, la superstructure élevée sur cet instinct.

Il n'est pas seulement « le contact de deux épidermes », sans quoi les problèmes de la vie sociale seraient bien simplifiés ; il est aussi « l'échange de deux fantaisies », parfois l'offre d'une seule, d'où ses complications.

Car, par « fantaisie », il faut entendre toute la partie intellectuelle de l'amour, la sublimation du besoin *biologique* de possession devenu le besoin partiellement *psychologique* et plus exigeant d'aimer.

Les facteurs sociaux sont innombrables qui conduisent à cette métamorphose : éducation, exemples, lectures, contagion. « On devient amoureux à force de parler d'amour » (Pascal). « Que de gens n'auraient jamais été amoureux s'ils n'avaient pas entendu parler de l'amour » (La Rochefoucauld).

L'imagination va polariser sur un seul objet ce

besoin idéalisé et la folle du logis fait trouver dans l'être aimé toutes les qualités que l'on souhaiterait y voir : Don Quichotte prête son âme héroïque et éprise du beau à l'insignifiante Dulcinée. « Byron croyait donner à ses héroïnes les qualités de ses maîtresses, en réalité c'est ses maîtresses qu'il parait des qualités de ses héroïnes » (Thomas Moore).

Une fois ainsi polarisé, le besoin d'aimer se fixe et l'amour-propre le rend exclusif. « Otez l'amour-propre de l'amour, il en reste trop peu de chose. Une fois privé de vanité, c'est un convalescent affaibli qui peut à peine se traîner » (Chamfort).

Alors, naît la jalousie qui « suit l'amour comme l'ombre suit son homme » (Rabinowicz) et qui fera l'objet de ma prochaine leçon.

Selon les auteurs consultés, l'amour est toute laideur ou toute beauté.

« Famine, épidémie, ni guerre ne font pas tant de mal sur la terre comme l'amour » (Marcabrun, XII<sup>e</sup> s.).

« Si l'on juge l'amour par la plupart de ses effets, il ressemble plus à la haine qu'à l'amitié » (La Rochefoucauld).

L'amour « n'est et n'a jamais été, et ne peut être la grande affaire que de quelques désœuvrés dont le temps n'est ni de l'argent, ni du travail, ni de l'action, ni quoi que ce soit qui se puisse transformer en utilité sociale » (Brunetière).

Autre son de cloche : « On ne fait rien de grand quand on n'aime pas les femmes » (Puvis de Chavannes).

« Il n'y a qu'une science, l'amour, il n'y a qu'une richesse, l'amour, qu'une politique, l'amour ; tout le reste n'est que vanité, fumées abusives » (A. France, d'après Brousson).

Entre ces opinions extrêmes, il y a place peut-être pour des croyances plus modérées.

Le regretté Maurice de Fleury a, assez judicieusement, comparé l'amour maladif (?) à une toxicomanie : « être amoureux maladivement, cela consiste à ne plus pouvoir vivre loin de l'objet aimé, à souffrir quand il n'est pas là, à le revoir le plus souvent possible, à se sentir quand on le quitte plus amoureux qu'avant, plus intoxiqué que jamais. » Et, évoquant l'amant de Sapho : « tout d'abord elle ne lui plaît guère, mais le charme vient lentement ; il s'accoutume à sa présence ; elle lui devient nécessaire ; il se méprise, il la méprise, ils se querellent constamment. Mais la chaîne est rivée, il ne peut plus vivre sans elle et pour retrouver cette femme qui littéralement empoisonne sa vie, il devient peu à peu capable de toutes les lâchetés, des pires avilissements ».

Cette puissance invincible de l'amour, la littérature n'a pas laissé d'en user et d'en abuser même, et elle en a déduit le *droit à l'amour*, facteur actif de destruction sociale, la fonction de Vie ouvrant la porte à la Mort.

Selon que prédomine plus ou moins dans l'amour l'instinct sexuel, on a accoutumé d'envisager l'amour platonique ou l'amour sensuel. Le premier, si tant est qu'il existe, ne court ni rues ni ruelles, il est, comme le Mysticisme, comme certaines manifestations d'altruisme ou d'art, une sublimation de l'instinct. Chez quelques sujets, l'instinct *refoulé* serait *dévié*, d'où *psychoses* et *psycho-névroses*, mais je me défends d'effleurer ici les théories freudiennes.

***

Le bon sens populaire dit que l'amour est *aveugle*, et quelques artistes ont représenté Eros, un bandeau sur les yeux. A qui est voué à la nuit éternelle, comme à qui joue à Colin-Maillard, il est impossible de suivre la droite ligne ; fatalement il est entraîné hors du sillon (*delire*). Si nous acceptions de telles comparaisons, nous pourrions poser l'équation : amour = délire. C'est une opinion que je ne me chargerai pas de défendre ; cherchons un peu plus loin.

L'idée délirante amoureuse tient-elle à la qualité de l'objet ? — Non, certes : « personne n'aime une femme parce qu'elle a tel ou tel âge ; parce qu'elle est belle ou laide, bête ou spirituelle ; on aime parce qu'on aime » (Balzac).

Bien avant l'auteur de la « Comédie humaine », Montaigne à qui l'on demandait les raisons de son amitié pour La Boëtie, répondait : « Je l'aime parce que c'est lui et parce que c'est moi ».

Les différences de situation ne créent pas l'idée délirante. Ruy Blas n'est pas fou lorsqu'il aime silencieusement la reine d'Espagne. Le ver de terre peut sans délirer être amoureux de l'étoile.

On n'est pas délirant parce que l'on aime, quel que soit l'objet aimé, le délire peut apparaître lorsque *l'on croit être aimé*, lorsque *l'on veut imposer l'amour.*

« Aimer, c'est vouloir être aimé » (E. Faguet), et combien de se satisfaire d'une illusion d'amour ! mais encore faut-il que le ou la partenaire se prête à ce jeu où il y a souvent duperie, parfois miséricorde. Mais quand l'être aimé repousse la requête amoureuse, quand il ferme sa porte, quand il appelle les agents, quand il demande l'internement, et quand on continue de croire à l'amour, quand on invoque je ne sais quelle explication pour justifier une attitude paradoxale : l'amour est devenu délire *érotomaniaque.*

Observation I.

E. Marie, 49 ans, employée auxiliaire dans un ministère.

Cette malade a été conduite à l'Infirmerie spéciale après scandale chez le D<sup>r</sup> C.

Elle connaît notre confrère depuis juillet 1928,

elle l'a vu à la consultation de chirurgie d'un hôpital, où elle se faisait soigner pour furonculose. Depuis, elle le rencontre dans la rue, dans le métro, il ne lui parle pas, mais baisse les yeux quand il la rencontre, *parce qu'il est timide.* Déjà naît l'explication de la réserve naturelle de ce confrère.

Le délire de la malade fait remonter à plus haut les premières rencontres : « J'ai connu Paul par l'intermédiaire de parents à moi qui auraient bien voulu nous voir mariés ensemble ; je l'ai souvent vu à la terrasse du café de la Régence ; il me regardait avec douceur et je comprenais qu'il *n'osait* pas m'accoster, ni s'asseoir à mes côtés. Quand je le rencontrais dans la rue, il baissait les yeux comme une jeune fille, *tellement il était timide.* Il ne me saluait pas, mais *il y a des façons...* »

Le 15 septembre « voyant que cela pouvait durer longtemps ainsi », s'étant procuré son adresse, elle se présente au domicile de notre confrère. Celui-ci l'opère d'un kyste sébacé du dos sous anesthésie locale et se fait honorer, « *il ne pouvait pas m'opérer pour rien, il fallait sauver les apparences* ». La tasse de café offerte pour combattre l'intoxication cocaïnique est *interprétée* comme un gage d'amour. D'ailleurs n'a-t-il pas murmuré : « Je vous aime et ne vous souhaite que la santé ».

Dès le lendemain, elle écrit : « *Chéri que j'aime, je ne demande qu'une seule chose, que vous ayez la santé* », oui, cher Docteur, la santé c'est tout et j'en suis d'autant plus touchée que je garde dans mon cœur vos bons vœux et vos deux mots si doux. A notre époque, où tout est matérialisme, l'âme et le cœur ne peuvent qu'éprouver un grand bien-être à ces paroles sublimes précédées de soins, dévouement, amour. — Que puis-je faire pour vous ? »

Le D$^{r}$ C., nullement flatté et sans doute un peu inquiet, se fait remplacer par un aide lorsque l'opérée vient pour faire enlever les points de suture. Elle réclame le docteur, on lui répond qu'il a quitté Paris. Alors : « Chéri, votre départ me laisse désemparée, c'est tout ce que je trouve à vous dire. Ma lettre a dû dissiper le malentendu créé par ma timidité, car croyez-moi, je n'étais pas insensible à votre aveu, et mon indifférence n'était qu'apparente. Que s'est-il passé entre ce laps de temps, mystère ! Si vous tenez à me voir avant votre départ, croyez que je serai contente, sinon heureuse. En tout cas ma pensée vous accompagnera ».

Ne recevant pas de réponse, elle se présente au domicile de l'aimé, on lui répond que le docteur est parti, pour un an, en Amérique. Après trois tentatives vaines, elle parvient au Cabinet du médecin et y fait du tapage.

Conduite au commissariat de police, elle promet de se tenir tranquille. Pendant cinq mois, elle se contente de faire prendre des nouvelles par des amis qui demandent si le docteur est toujours en Amérique.

Le 1$^{er}$ mai 1929, est envoyé un brin de muguet avec une signature : Marie, — puis envoi de sa concierge aux renseignements auprès de la concierge du D$^{r}$ C. Notre confrère se rend auprès de la première pour lui expliquer que sa locataire est malade ; la bonne femme veut bien admettre qu'elle est bizarre.

Le 13 septembre 1929, nouvelle visite, nouveau scandale ; — elle déclare alors au commissaire que le médecin a eu envers elle une attitude significative, il a fait une enquête auprès de sa concierge, il y a donc promesse de mariage, etc...

Elle promet une fois encore de s'abstenir de toute démarche.

Mais le téléphone va jouer sans cesse, ou directement ou par intermédiaires. Elle réclame un rendez-vous, elle va supplier le commissaire de police de l'autoriser à voir l'élu.

Le 5 mai 1930, elle force sa porte, est chassée, s'installe sur le palier. Un agent la conduit au poste. Elle affirme au commissaire avoir vu le D$^{r}$ C. l'attendre à la sortie de son bureau, une casquette sur les yeux. On lui dit que le D$^{r}$ est marié, elle refuse d'y croire. Nouvelles promesses.

Le 19 mars, elle fait scandale à l'hôpital.

Le 1$^{er}$ mai, nouvel envoi d'un brin de muguet avec ces mots : « j'apporte le pardon à une âme repentante. Marie ».

En juin et septembre, nouvelles visites au Cabinet du D$^{r}$ C.

En décembre, nouveau scandale : elle saute au cou du médecin qui reconduit des clients à la porte, voulant commémorer l'anniversaire de leur amour.

Le médecin, obsédé, fait de vaines démarches à la Préfecture ; exaspéré, il déclare qu'il recevra l'amoureuse à coups de revolver. Enfin, l'internement est obtenu.

Marie, si l'on ne considère que les faits précédents, est une *érotomane pure,* au sens de Clérambault. L'élément interprétatif intervient sans être néanmoins prépondérant. L'élément primordial est le *postulat* « être aimée », les interprétations sont explicatives.

L'attitude paradoxale de l'amant est expliquée par l'influence familiale. Le mariage, nié d'abord, est admis, mais la femme du docteur C. est morte.

Autre explication : il a su que j'en avais aimé un autre et veut me le faire expier.

Mais l'enquête sociale faite auprès de la concierge apporte des faits intéressants :

« Mme E. habite ici depuis 8 ans. Elle travail-« lait régulièrement et *ne recevait jamais personne chez elle.* Mais elle me racontait des histoires « de roman, et toujours à propos d'hommes.

C'est à croire qu'elle avait « la persécution des hommes » ! Il y a quelques années, c'était un monsieur riche, avec une auto, qui *l'aimait* et qui voulait l'épouser. Elle *le voyait partout*, elle disait que parfois des autos s'arrêtaient devant elle dans la rue, et c'était toujours ce monsieur qui voulait l'emmener.

« Puis, plus récemment, il y a eu l'histoire du docteur, qui lui aurait dit aussi qu'il l'aimait, etc... Il est même venu ici me voir, car il était très ennuyé... elle passait son temps à vouloir le voir ; elle embêtait sa concierge.

« Et moi, elle m'en a voulu beaucoup, car elle a cru que c'était moi qui avais empêché son mariage avec le docteur.

« Voyez-vous, elle fréquentait trop les cartomanciennes, et elle croyait tout ce qu'elles lui disaient... C'est une cartomancienne qui lui aurait prédit son mariage avec le docteur et qui lui aurait dit aussi que je l'empêcherai...

« Il y avait aussi une histoire d'héritage... auquel j'ai cru longtemps... Des gens, ses tuteurs, auraient pris des biens lui appartenant, un château... Elle avait même engagé un procès et l'année dernière, elle a fait un voyage, du côté de Marseille, pour aller « surveiller ses intérêts ».

« A part toutes ces sornettes, elle avait l'air comme tout le monde ».

La malade vient de vous répéter ce que je vous ai dit. Elle affirme l'amour du Dr. C. qui « *n'est pour rien dans son arrestation* ». Quand je lui demande indiscrètement si son amour est seulement platonique, elle rougit pudiquement et me répond « Je ne suis pas en bois ».

La malade précédente se *croit aimée*, d'aucuns disent qu'une telle croyance est folie. C'est folie certainement dans ce cas particulier.

L'autre malade est aussi une psychopathe, mais combien plus voisine de la normale ! Elle ne croit pas être aimée, elle se contente d'aimer, mais avec exagération ; le délire, chez elle, est moins dans les idées que dans les *actes*.

### Observation II

Mlle M. Charlotte, 41 ans (1).

La malade eut une enfance assez triste ; ses parents lui donnaient tout ce qu'il lui fallait matériellement, on l'éleva « comme un petit chien de luxe », mais sans la gâter, cependant. Au contraire, elle fut toujours privée d'affection : son père était violent, autoritaire, il battait ses enfants lorsqu'ils tentaient de lui résister. Quant à la mère, elle était absolument anihilée par son mari ; tout ce qu'il faisait était bien fait ; elle ne défendait jamais ses enfants. Le frère était un enfant brillant, intelligent ; on ne pensait qu'à sa santé, à son instruction, négligeant celle de la malade, car le père trouvait qu'une fille n'a pas besoin d'être instruite. Ce frère était indifférent, considérant sa sœur comme une quantité négligeable, ne voulant d'ailleurs pas contrarier le père en s'en occupant : « débrouille-toi comme tu pourras », lui disait-il.

Elle n'avait donc aucun appui moral, aucune affection.

Le père étant protestant et la mère catholique, elle ne fut baptisée qu'à 10 ou 11 ans, un an seulement avant sa première communion ; cela la frappa beaucoup ; elle se trouvait inférieure aux autres à cause de ce retard du baptême. Elle en souffrit beaucoup, surtout à l'époque de sa première communion. Elle alla en classe de 13 à 16 ans, puis elle s'occupa de son intérieur. Son père avait un collaborateur qui, étant reçu dans la famille, crut pouvoir demander la jeune fille en mariage quand elle eut 18 ans. Le père, furieux, le mit à la porte et fit de violentes scènes à sa fille ; celle-ci très enfant — « J'avais dix ans comme raisonnement » — ne tenait pas particulièrement à ce jeune homme ; ce refus lui était indifférent, mais elle était ennuyée de ces scènes, à cause des domestiques.

A 18 ans, elle fut opérée d'une hernie. A 25 ans, elle eut une appendicite et une péritonite ; elle resta six mois au lit avant d'être opérée.

A 28 ans, elle eut une vomique : elle avait un kyste hydatique du foie, non diagnostiqué auparavant. Depuis l'âge de 26 ans, elle n'a *plus ses règles*. Elle avait été réglée pour la première fois à 13 ans.

A l'âge de 27 ans, elle eut pour un ami de son frère une affection d'ailleurs partagée. La mère du jeune homme, puritaine, ne voulut pas de ce mariage à cause de la différence de religion. La jeune fille eut un chagrin « supporté calmement, normalement ». Pas de douleur violente.

Vers 1918, peu après sa vomique, elle partit se reposer à la campagne, chez une amie.

« J'étais impeccable, trop innocente, je ne connaissais rien de mal ; je regrette d'avoir été élevée comme cela ». Le père de son amie, âgé de 70 ans, était très gentil pour elle, lui apportait des fleurs ; elle avait confiance en lui ; il était aimable, pensait-elle, parce qu'elle était souffrante.

Mais, un jour, il l'entraîna dans une maison voisine et se livra sur elle, avec ses doigts seulement, à certains attouchements qui procurèrent à la malade des sensations encore jamais éprouvées.

La malade eut ensuite un profond dégoût ; peu de jours après, elle quitta la campagne sans dire aux siens la cause de ce départ précipité. « Quant à cet homme, dit-elle, je n'ai que du mépris pour lui, j'ai prié pour lui ». Il était, paraît-il,

(1) Observation prise par Mme le Dr Michon, à qui j'exprime ma respectueuse gratitude.

coutumier d'actes de ce genre : « C'est un monstre ».

Mais, depuis ce jour, ses sens furent éveillés. Elle eut certains désirs auxquels elle résista d'abord, puis peu à peu, elle se laissa aller, elle se masturbait assez souvent, surtout lorsqu'elle était fatiguée, malade. Depuis l'acte auquel s'était livré cet homme, elle a beaucoup souffert : « Je ne suis plus depuis, ni une femme, ni une jeune fille ».

« Je ne suis pas comme une autre ». Elle a des remords de ses sensations, de ses habitudes. Elle en souffre profondément.

Pendant les deux mois qui suivirent, elle ne voulut voir personne. Elle ne souhaitait plus aucun luxe, voulait demeurer dans une chambre nue, seule.

A cette époque, elle eut de nombreux entretiens avec un dominicain qui lui dit *qu'elle avait la vocation religieuse*, elle entra dans un couvent de dominicaines comme postulante.

Cependant : « J'avais trouvé la force de supporter ce chagrin dans la religion, tout pour l'amour du Bon Dieu ».

« Je vais m'offrir comme un cierge, pour mon père protestant, et pour cet homme ; pour qu'ils ne soient pas damnés ».

Mais la règle du couvent était trop dure pour elle. Elle travaillait beaucoup, s'occupait de tout, du linge, etc. ; de plus beaucoup de choses la choquèrent. Par exemple : on mangeait dans le même plat, posé à terre (?) « comme des bêtes ».

Ou encore, l'aumônier ayant subi une opération, elle mit avec le linge sale un mouchoir qui avait servi à essuyer le front de l'aumônier ; on la réprimanda pour ce fait : ce mouchoir était une relique, il ne fallait pas le laver, mais le garder. La malade était outrée de cela ; d'ailleurs, dit-elle, toutes ces religieuses étaient amoureuses platoniques de l'aumônier, sans s'en douter. Jugeant ainsi les personnes avec qui elle devait vivre, elle ne put rester dans le couvent et le quitta après deux mois.

« D'ailleurs, dit-elle, j'étais entrée pour fuir le monde. Si j'avais connu comme maintenant des maisons de santé, c'est là que je serais allée. »

Quand elle revint chez elle, son père lui fit des scènes parce qu'elle avait été dans un couvent ; il lui dit qu'elle était un monstre. Son frère et sa sœur la critiquèrent aussi, ignorant ce qui l'avait poussée à quitter le monde.

A ce moment, ses parents l'emmenèrent en Angleterre où ils accompagnèrent leur fils qui venait de divorcer. Elle souffrait beaucoup d'être loin de la France ; elle suivait les gens qui parlaient français ; cela lui était insupportable d'entendre parler anglais.

« Je voulais l'air de la France ». Elle pensait sans cesse à l'acte dont elle avait été l'objet de la part de cet homme ; elle se sentait diminuée, anormale. C'est deux mois après que ses *règles cessèrent.*

Dans le couvent où elle était on se donnait la discipline, on portait un cilice.

Pour se purifier de cet acte, et aussi sans doute ne plus se laisser aller à la masturbation, elle chercha à se mortifier comme dans le couvent : discipline, cilice.

A cette époque, elle subit une nouvelle opération.

Elle eut un choc opératoire violent, fut très affaiblie.

« Quand je suis forte physiquement, je suis forte normalement ».

Après l'opération, elle tenta de se jeter par la fenêtre.

C'est alors que, comme mortification, elle eut l'idée de se brûler : elle se fit des brûlures aux parties génitales en enflammant du coton imbibé d'alcool. Elle se tailladait les mains avec un rasoir.

Elle avait d'autres obsessions : quand elle voyait les rails du métro, alors que le métro venait de partir, elle avait envie de s'y jeter.

De même, quand elle passait sur le pont de la Concorde, elle était poussée à se jeter dans la Seine. Mais elle n'accomplit jamais aucun de ces actes.

Quand elle s'est brûlée ou coupée avec le rasoir, elle se sent plus calme, elle est mieux.

Après son opération, on l'envoya à Néris ; elle avait alors un profond dégoût de la vie, des idées de suicide, sans aucune tentative ; elle était parfois très violente ; elle cassa un jour le parapluie de sa mère dans un accès de colère.

Il y a quatre ans, un médecin, ami de son frère, lui recommanda un médecin psychiatre, le Docteur V., psychanalyste distingué qui ne l'a pas psychanalysée, complètement, mais... dès le début, elle a senti que *c'était enfin le médecin* qu'il lui fallait. Cette idée est devenue de plus en plus arrêtée, à tel point que maintenant, elle ne pense plus qu'à lui et le poursuit sans cesse.

Parfois, lorsqu'elle est chez elle, il lui prend une envie violente d'aller chez lui ; elle essaye de ne pas le faire ; puis elle part ; arrivée à un certain point de son trajet, elle s'arrête, puis retourne en arrière, repart encore et recommence ainsi pour arriver ensuite jusqu'à sa porte ... Elle y reste des heures entières, parfois même toute une nuit, pour le voir passer. Quand il passe, elle ne lui dit rien en général, car il le lui a défendu. Quelquefois elle lui a parlé.

D'autres fois, malgré sa défense, elle est entrée chez lui.

Un jour qu'elle était venue chez lui, elle eut une violente crise de nerfs, il fallut trois personnes pour la maintenir. Un autre jour, crise chez la concierge ; il fallut aller chercher les agents pour la faire partir. Elle lui écrit souvent.

La malade a déjà été internée et à fait différents séjours dans des maisons de santé.

Depuis qu'elle est dans le service, elle a été très calme les premiers jours ; elle paraissait normale.

Quelques jours après son entrée dans le service, elle vit mardi dernier, quelques instants, le Docteur V. En le quittant, elle fut prise de tremblements violents, claquant des dents, pouvant à peine parler, dans une anxiété extrême ; elle vint demander secours : « je vais faire une bêtise, laissez-moi partir, je vous en prie, car on m'internera ». Puis elle pleurait ; je sens que je vais faire une bêtise, je vous en prie, calmez-moi ; elle demanda elle-même qu'on lui mit la camisole de force : « comme cela, je suis plus tranquille, je ne pourrai rien faire ».

Le lendemain, elle était plus calme. Mais depuis, tous les jours, elle parle du Docteur V. « Il m'a promis de me voir mardi, dites, vous me le promettez ; vous irez le lui dire, il viendra. Je lui dirai seulement bonjour.

« Il m'a fait tant de bien.

« Il a beaucoup de tact, il est discret, correct, distant, « comme un prêtre », très ferme, très juste ; quand il dit une chose, je suis sûre de sa parole. Il m'a dit qu'il me verrait, j'en suis sûre.

« Il ne m'a jamais trompée.

« Son physique est distingué, mais cela m'est égal, ce n'est pas un amour sensuel. Il est droit, honnête, jamais il ne fera un acte indélicat.

« Je suis sûre de lui ; dans une chambre, il ne fera jamais un acte, un geste équivoque ou familier.

« Il fait du bien moralement ; il sait ce qu'il faut dire ; il dose le traitement à l'état de son malade.

« Je puis lui parler comme avec vous, avec autant de tranquillité.

« Je me suis aperçue que je me suis attachée à lui ; je ne veux pas l'aimer. C'est une chose que je considère comme maladive.

« Quand je lui dis bonjour, je suis l'être le plus normal qu'il soit. Quand je suis huit jours sans le voir, je sauterais par la fenêtre. En Angleterre, j'ai vendu toutes mes affaires pour avoir de l'argent, pour venir le retrouver à Paris. C'est cela ma maladie.

« Je comprends que je dois m'en détacher, mais je veux le faire doucement, sans cela je me tuerai. Je connais sa femme, je l'aime beaucoup. Je ne veux pas lui faire de tort, tant je souffre. Les gens ne comprennent pas, c'est une chose maladive. C'est la pire des choses que je puisse avoir. Je n'ai jamais pensé à l'épouser. Je le respecte trop pour cela. Il est tout pour moi, c'est le seul être en qui j'ai confiance ici-bas. Personne ne s'occupait de moi, il m'a soignée. Pour moi, c'est tout. *J'ai perdu la foi, depuis que je connais le Dr V., Il me tient lieu de religion, de tout* ».

Parmi les innombrables lettres qu'elle écrit, la plupart au Dr V., j'ai relevé cette page assez caractéristique :

« Maintenant que je m'analyse, que le Docteur m'a donné de comprendre mon mal, que je ne vois rien à qui ou à quoi je peux m'attacher pour détourner mon affectivité maladive, je n'ai plus qu'une idée. Trouver l'Eucharistie humaine qui me permettrait de vivre en communion d'âme avec lui ; un moment, j'avais eu des désirs humains. Mais je ne comprends cet acte que dans le mariage, tant que l'acte en dehors me répugne.

« Ce désir eucharistique ne peut pas être mal puisque Dieu l'a éprouvé ; quoi de plus légitime que nous, dans le paroxysme de l'amour, nous désirions cette eucharistie humaine quand nous avons rencontré l'être parfait, l'être idéal d'ici-bas.

« J'avais pensé un moment boire un jour de la salive du Docteur, mais l'âme réside plutôt dans le sang qui vient du cœur qui est le moteur, le distributeur de vie ; sans sang un être ne peut vivre. C'est pourquoi souvent, je désire ardemment qu'on me fasse une piqûre du sang du Docteur, en prenant un jour de son sang et en l'injectant dans mon épaule. C'est un traitement qui existe, pourquoi ne pas me l'appliquer ? Dans son traitement, je lui ai donné toute mon âme, mon père m'arrachant brusquement à lui a laissé mon âme en lui et c'est pourquoi vous me voyez dans l'impossibilité de vivre sans lui. »

***

Est-il besoin de dire que de telles malades sont extrêmement dangereuses, que chez elles, s'imposent les mesures légales de l'internement. Cependant, si la première est une *délirante*, au sens courant du terme, l'autre n'est qu'une passionnelle sans retenue. Mais quand la passion conduit au comportement que je viens de vous raconter, elle est du délire, un *délire affectif*, un *délire d'actes*, mais un délire tout de même.

Cependant, si Germaine X avait tué le Dr V., on aurait pu se poser la question du crime passionnel pur : *il me résistait, je l'ai assassiné* ; un expert ne s'y serait pas trompé ; un magistrat aurait pu négliger de désigner un expert ; un avocat malin aurait évité de le faire désigner, car Germaine, meurtrière du Dr V., *délirante*, risquait de finir ses jours à l'asile ; *passionnelle*, elle allait au-devant de l'acquittement.

Je préfère de beaucoup la solution adoptée ; au lieu d'acquitter les passionnels dangereux, internons-les, quand nous les jugeons tels. Un internement de quelque temps pourrait déjà être un avertissement. « L'avenir, écrit Ernest-Charles, résoudra ce problème de savoir si l'amour au degré qui le fait criminel n'est pas proprement une folie ».

N'attendons pas la résolution de l'avenir et agissons présentement. Pour ma part, je fais

mienne l'opinion de Courbon consignée dans mon rapport sur « les crimes passionnels » (1).

« Conclure à la nature pathologique d'un état passionnel quand il y a seulement *imminence* de crime, conclure au contraire à la nature non pathologique du même état passionnel, quand il y a eu exécution ou tentative d'exécution du crime ».

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

## des néphroses lipoïdiques et des hésitations que peut marquer leur traitement rationnel

D'après le Dr P. ABRAMI (2)

« Il y a des maladies, qui ont des néphrites les symptômes les plus flagrants, l'albuminurie et les œdèmes ; qui sont cliniquement identiques à certaines formes de néphrites ; qui peuvent même un jour devenir des néphrites, mais qui ne sont pas des néphrites. Ce sont les *néphroses lipoïdiques.* »

Dans ces fausses néphrites, les altérations constatées sur les *reins* sont d'ordre, non pas inflammatoire, mais *dégénératif.* De plus, les lésions sont la conséquence d'un trouble général portant sur certains constituants normaux du *plasma sanguin*, sur le *métabolisme des lipides.*

I

### Les malades

Ce sont généralement des sujets jeunes, des adultes, qui se mettent à enfler, sans raison apparente. Très rapidement l'*œdème*, qui a les caractères habituels de blancheur, d'indolence, de mollesse des œdèmes brightiques, prend des proportions considérables ; il envahit les membres, la face, le corps entier, les cavités pleurale et péritonéale, où du liquide s'accumule. Cet œdème est particulier, car il s'accroît malgré tout, même malgré le régime déchloruré, qui semble ici faire faillite.

L'œdème s'accompagne d'une *albuminurie*, particulière elle aussi. Celle-ci est considérable, atteint et dépasse 10, 15, 20 grammes par 24 heures. *Elle est presque exclusivement composée de sérine.* Elle ne s'accompagne, typiquement, d'aucun des signes urinaires de l'inflammation rénale : cylindrurie granuleuse, hématurie ou leucocyturie.

Cette albuminurie enfin est toujours associée, en proportions d'ailleurs variables, à la présence de *corpuscules bi-réfringents*, visibles au microscope polarisateur, et qui sont des granules lipoïdes, très probablement de cholestérol.

*Aucun autre symptôme néphrétique* : tension artérielle et cœur normaux ; constante uréo-sécrétoire normale ; pas d'azotémie.

L'*analyse chimique du sang* révèle deux syndromes plasmatiques capitaux : un *syndrome lipémique* et un *trouble dans l'équilibre des protides.*

A l'examen du rein d'un sujet mort de cette maladie, on trouve l'image classique du gros rein blanc, avec sa capsule facile à décortiquer, sa surface de section lisse, pâle et brillante. Mais, il n'y a pas de lésions de néphrite. Le rein est gros, parce que toutes les cellules des tubuli sont tuméfiées, élargies et infiltrées d'innombrables globules lipoïdiques, dont la plupart offrent la même croix de polarisation que celle des corpuscules tombés dans les urines. Aucune lésion de type inflammatoire ; nulle ébauche de sclérose.

L'*évolution* de la maladie peut se faire en deux sens opposés.

Après une durée de plusieurs mois (car il s'agit toujours d'une évolution subaiguë, sinon chronique), la néphrose lipoïdique guérit spontanément, ne laissant d'autre séquelle qu'une albuminurie parfois résistante et qui finit par disparaître. Ce sont les *formes pures.*

Mais, assez fréquemment, l'affection s'éternise ; elle se complique alors de cylindrurie granuleuse, d'hématuries microscopiques ; la tension artérielle s'élève, et surtout, l'azotémie, jusqu'alors absente, fait son apparition puis s'accroît progressivement : c'est une néphrite chronique véritable, qui se termine par l'azotémie. La néphrose a cessé d'être pure ; elle s'est *compliquée de néphrite.*

(1) J. LÉVY-VALENSI. — Les crimes passionnels (l'homicide passionnel). *Annales de médecine légale*, avril 1931.

(2) Dr P. ABRAMI. — La question des néphroses lipoïdiques. (*Bruxelles médical*, 7 février 1932.)

II

## A pathogénie discutée, traitement rationnel hésitant.

L'œdème et l'albuminurie semblent accuser une *origine rénale*, et par conséquent indiquer un *traitement rénal*.

En effet, les faits sont là pour réfuter toute autre théorie. Quoiqu'on ait dit, le rôle de la rétention du chlorure de sodium dans la pathogénie de l'œdème des néphrosiques est aussi évident que dans les néphrites hydropigènes les plus authentiques, et il n'est pas besoin d'invoquer un abaissement de la tension osmotique des protéines. Quand on établit parallèlement le bilan quotidien exact des chlorures et la courbe du poids des malades, on voit que, comme pour les néphrites, l'hydratation de l'organisme est rigoureusement proportionnelle à la rétention du sel, et qu'il n'y a pas augmentation de l'œdème sans rétention correspondante de chlorure de sodium. Cependant, dans la néphrose lipoïdique, cette rétention saline atteint un degré, qu'on observe très rarement au cours des autres néphrites hydropigènes ; c'est ce qui explique le volume important des œdèmes, et la *difficulté qu'on éprouve à faire disparaître ces œdèmes par la déchloruration.* Tout se passe comme si l'imperméabilité du rein au chlorure de sodium y était portée à son maximum ; la moindre quantité de sel introduite dans l'organisme est retenue et n'en peut plus sortir.

Dès lors, le *régime déchloruré le plus strict se trouve impuissant à produire la résorption des œdèmes*. Les aliments, qui le composent apportent, en effet, 1 gr. 50 de chlorure de constitution, et cette quantité, cependant faible, peut encore être trop considérable pour des sujets, qui ne peuvent éliminer quotidiennement que quelques centigrammes de sel. En pareil cas, le régime déchloruré reste malgré tout un régime de chloruration excessive.

Cependant, *dans la majorité des cas, le régime déchloruré* conserve un avantage dans les néphroses lipoïdiques ; s'il ne le réduit pas, il *empêche l'œdème d'augmenter*, et maintient les malades en équilibre de poids. Il peut même arriver que *chez certains sujets, à certaines périodes de la maladie*, le rein recouvre une perméabilité au sel suffisante pour que le *régime déchloruré strict provoque l'effondrement des œdèmes*, et récupère alors toute son efficacité.

Les mêmes considérations de pathogénie rénale s'appliquent à l'albuminurie même massive, qui ne dépend pas de l'infiltration lipoïdique des cellules rénales, même s'il y a lipurie et hyposérinémie.

L'observation montre donc que les *symptômes, qui caractérisent la néphrose lipoïdique, à savoir l'albuminurie et les grands œdèmes, n'ont pas une pathogénie différente de celle qu'on leur attribue dans les néphrites*. Ces symptômes sont la conséquence, non pas d'altérations plasmatiques, mais d'*altérations rénales*.

Que penser maintenant, au point de vue d'un traitement rationnel, à une *origine métabolique des lésions rénales* ? Les lésions du rein ne sont-elles pas consécutives à une perturbation du métabolisme des lipides sanguins ?

Avant tout, on doit écarter l'hypothèse d'une altération fonctionnelle de la glande thyroïde, car l'opothérapie thyroïdienne est loin d'apporter des résultats aussi réguliers que ceux invoqués par certains auteurs. En France, le *traitement thyroïdien n'a fourni dans la grande majorité des cas que des échecs* ; et même il aggraverait plutôt la maladie.

D'autre part, on n'*a jamais pu prouver que la néphrose lipoïdique était consécutive aux troubles plasmatiques*, ni que son amélioration, dans les cas qui guérissent, était précédée par un retour de l'équilibre sanguin vers la normale.

Voici en quoi consistent, rapidement esquissés, les troubles plasmatiques du sang.

Les graisses y sont considérablement accrues en quantité, atteignant 10, 15, 20, 30 grammes par litre, au lieu de 5 à 6 grammes, limite extrême de leur taux normal ; le cholestérol, de 1 gr. 50 au maximum chez le sujet sain, s'élève à 4 et 5 grammes, au plus (syndrome lipémique).

En second lieu, l'équilibre des protides est troublé ; ceux-ci tombent de 75 ou 80 grammes à 50, 40 grammes par litre, en particulier pour la sérine ; la globuline (lipides) se maintient à son taux normal de 25 et même davantage ; si bien que le quotient albumineux S/G, qui normalement dépasse 2, s'abaisse et fréquemment s'inverse. Cet appauvrissement en sérine, du fait de sa déperdition quotidienne par une albuminurie de 10, 20, 30 grammes de sérine, par rapport à la globuline résulte du fait que le *foie*, chargé de réparer les pertes en albumine, s'acquitte très aisément de son rôle, quand il s'agit de la globuline, et s'en acquitte au contraire avec beaucoup de lenteur, quand il s'agit de la sérine. Le rein produit donc la saignée de sérine plus vite que le foie ne peut la compenser. De là, l'hyposérinémie. Et ces altérations lipido-protidiques du plasma rendent compte de l'*aspect lactescent* que présentent, non seulement le sérum sanguin, mais le liquide des épanchements, péritonéal et pleural.

D'ailleurs, ces troubles plasmatiques, comme les mêmes altérations parenchymateuses du rein, se retrouvent dans l'amylose rénale (maladie

appartenant probablement au même groupe que la néphrose lipoïdique) ; or, on sait, tant par l'expérimentation que par la clinique, que, dans cette maladie, les troubles plasmatiques peuvent exister, très longtemps parfois avant l'atteinte rénale, que même ces altérations sanguines se trouvent parfois dans l'amylose du foie ou de la rate, alors que le rein reste indemne.

*On ne peut donc pas attribuer les lésions de néphrose aux altérations de l'équilibre sanguin* ; si cette origine est possible, elle n'est nullement démontrée, en l'état actuel de nos connaissances.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est que les symptômes de la néphrose lipoïdique sont la conséquence d'altérations rénales, et non d'altérations plasmatiques ; cette notion doit guider tout traitement rationnel de la maladie.

G. F.

## INSUFFISANCE RÉNALE ET AZOTÉMIE

### (Notes de Clinique)

Dr Porge (de Saint-Nectaire)

Le praticien rencontre ce problème tous les jours ; je schématise le cas : un malade vient le consulter pour des troubles très divers, céphalées à répétition, fatigue générale sans cause apparente, quelques crampes ; ou encore des démangeaisons, du nervosisme, des troubles de la vue. Interrogatoire, examen ; le médecin constate, outre le teint gris du malade, une hypertension modérée et une faible dose d'albumine. Il demande un dosage d'urée sanguine et l'analyse révèle un chiffre anormal. Aussitôt sont mis en œuvre les moyens habituels ne variant que dans les détails et la mesure : repos absolu, purgation, et après une journée de diète hydrique ou fruitaire, régime végétarien hypoazoté avec un demi-litre de lait et des fruits. Au bout de quinze jours, nouvelle prise de sang ; le malade revient à la consultation rassuré : il est plus fort malgré le régime de restriction sévère, il ne se plaint de rien et l'analyse est concluante, l'urée sanguine est tout à fait normale. Il réclame du médecin un régime plus libéral et la faculté de sortir. Le médecin accorde l'un et l'autre parcimonieusement : une petite promenade quotidienne ; trois jours par semaine, un peu de viande au repas de midi ; deux fois du poisson frais ; les autres jours des pâtes, des légumes, laitages, fromages frais, fruits. Du sel en quantité modérée.

Le malade rentre chez lui et suit exactement la diététique qui lui est prescrite, un peu effrayé malgré les bons résultats acquis, par les recommandations insistantes de son médecin qu'il doit revoir dans un mois. Sur ce dernier point il se trouvera en défaut. Les premières semaines se passent sans amener de changement. Le malade ressent bien parfois un peu de fatigue, mais il l'attribue d'abord aux promenades dont il a perdu l'habitude pendant son repos forcé.

Quand on suit un régime médicalement imposé, fût-il suffisamment réparateur et varié, le fait seul qu'il est un régime le rend responsable de bien des petits malaises auxquels on n'attache pas grande attention d'abord et pas d'autre intérêt que de résulter, sans doute, de l'anémie, de la faiblesse que détermine la privation de viande 11 fois sur 14 jours. Aussi n'est-il pas nécessaire de consulter sur un point aussi évident. L'appétit n'est pas brillant par suite, sans aucun doute, du manque de variété, et le malade insiste sur les aliments permis, peut-être plus que de raison, pour compenser l'absence de ceux qu'il préfère et qui lui sont défendus.

Moins de deux mois après, les mauvais signes se sont accentués et le malade appelle le médecin à son secours. Tout est à recommencer.

Je passe sur l'erreur si fréquente du malade qui ne tient pas compte du conseil médical et développe, par ce fait, en les interprétant à faux, les premiers troubles que le médecin n'aurait pas négligés. Mais le médecin lui-même qui se serait contenté de son investigation clinique et d'un nouveau dosage d'urée, avec toutes les recherches d'urines complémentaires, n'aurait possédé que d'une manière imparfaite les moyens de définir la gravité de la maladie et par conséquent de prescrire le régime qui convient le mieux.

La constatation de l'hyperazotémie a d'abord inspiré un ensemble de prescriptions destinées à ramener l'urée à la normale. Ce résultat a été atteint. Mais la médication, purement symptomatique dans sa première partie, a perdu, une fois le symptôme disparu, sa base solide, pour devenir flottante, établie, si je puis dire, au petit bonheur. Par chance elle aurait pu réussir ; mais elle a échoué. Les mesures étaient insuffisantes. Une prescription plus sévère aurait sans doute maintenu les bons résultats ; mais plus sévère, ne pouvait-elle l'être exagérément et entraîner un état d'affaiblissement du malade ? En réalité, elle ne le fut pas assez et l'hyperazotémie a reparu.

Cette notion est véritablement incomplète et ne peut fournir le fil conducteur indispensable au

médecin. C'est le point de côté dans la pneumonie, la céphalalgie dans la méningite qui sont des symptômes importants, certes, mais insuffisants par eux-mêmes pour orienter une thérapeutique rationnelle et un pronostic.

Un taux d'urée exactement le même peut se rencontrer, sans apporter au cas un caractère distinctif, chez un malade subissant une poussée rénale transitoire, ou dans le cours d'une néphrite dont l'évolution est progressive, ou dans tel cas d'azotémie par perversion du métabolisme des substances protéiques où le rôle du rein est généralement très réduit.

En somme l'hyperazotémie signifie une complication de la maladie causale, ou plutôt est l'indice que cette maladie est déjà entrée dans sa phase toxique. Mais nous n'avons aucun renseignement sur l'évolution de cette maladie. Dans l'hypothèse d'une néphrite à marche lente, nous ignorons si nous ne saisissons pas, fortuitement, une poussée fluxionnaire sur le point de disparaître sans laisser de traces bien importantes. Nous pouvons, au contraire, nous trouver déjà en présence de lésions étendues, diffuses et irrémédiables qui comportent un pronostic très réservé. Les lésions commandent une insuffisance plus ou moins accusée d'où résulte une perméabilité qui varie en sens inverse, au minimum d'insuffisance correspondant la plus forte perméabilité. A mesure que s'accroît l'insuffisance du bloc des deux reins, les substances toxiques ne s'éliminent plus librement et l'urée, leur prototype le plus aisément décelable, s'accumule dans le sang.

Mais la présence seule de l'urée dans le sang ne permet pas de juger le degré, la fixité ou l'instabilité de l'insuffisance. Celle-ci a suivi dans son développement des fortunes diverses selon les modalités si variables dans le temps et dans l'espace des agressions subies par les reins (périodes fluxionnaires, topographie des lésions, leur diffusion...). Donc, insuffisance et perméabilité sont liées. Elles sont plus ou moins durables. Mais si elles sont susceptibles de se modifier avec le temps, elles ne sont pas mobiles comme le taux de l'urée sanguine. Nous tenons là l'élément stable et précis qui pourra servir de base à un traitement de longue haleine.

Ainsi la recherche de l'azotémie ayant permis de dépister la maladie, d'expliquer l'intoxication qui se révèle, la mesure de la perméabilité fera préciser le diagnostic et constituera le premier temps de la défense du malade.

Plusieurs moyens s'offrent à nous pour établir la perméabilité rénale : l'élimination du bleu de méthylène, la constante d'Ambard, l'élimination de la sulfone-phénol-phtaléine (P. S. P). Je ne m'arrête pas à la méthode de densimétrie des urines fractionnées (Castaigne), si ingénieuse et si simple, mais imaginée pour déceler une insuffisance rénale et non pour la mesurer. J'écarte dans cette note de pratique médicale tout ce qui peut gêner ou retarder l'intervention du médecin. Pour cette raison je ne retiens pas les deux premiers moyens parce que l'élimination du bleu dure longtemps même si elle est normale. La constante qui, à certains points de vue, est un moyen de recherche d'une grande finesse, ne peut en ce qui nous concerne, offrir des chiffres rigoureux dès que l'azotémie atteint 0,60, 1 gr. et surtout au delà. Au contraire l'élimination de la P. S. P. en injections intra-musculo-lombaires est assez rapide pour être renouvelée autant qu'il est utile et très précise, à condition d'observer certaines précautions. On évitera les causes d'erreur les plus fréquentes en préparant les malades à l'épreuve dans le calme, le repos, hors de toute fatigue, et chez les femmes, en éloignant cet examen de la période prémenstruelle.

La recherche simultanée du taux de l'urée sanguine et de la mesure de la perméabilité rénale permet de se rendre compte d'abord de ce fait capital que les résultats des deux épreuves ne sont pas parallèles. Il semblerait à première vue que l'azotémie, ce signe d'alarme de l'intoxication qui débute ou se développe, s'accompagne toujours d'une mauvaise perméabilité et réciproquement. Il n'en va pas ainsi.

Nous pouvons former trois catégories où classer nos divers malades. Dans une première, nous trouvons une perméabilité diminuée avec une azotémie normale. Si, en effet, l'hyperazotémie dénonce une néphrite qui est entrée dans la phase des troubles toxiques, pendant toute une période antérieure au cours de laquelle s'est préparée et développée l'insuffisance, ce signe demeure muet. Seule la perméabilité déjà diminuée révèle le dommage des reins et peut nous expliquer bien des malaises dont l'interprétation échappait en l'absence d'intoxication uréique apparente. Elle nous permet ainsi de leur opposer une médication appropriée avec l'espoir de retarder, peut-être de supprimer l'échéance de la phase toxique.

De même dans certaines formes de néphrites anciennes stabilisées, dans lesquelles tout processus actif est bien éteint, y compris l'absence de l'albumine, persiste seule une insuffisance rénale, une perméabilité réduite qu'il convient de connaître et de mesurer car dans cet état de méiopragie permanente, peuvent survenir des épisodes toxiques que, sans cette notion, on ne saurait définir ni bien traiter.

Dans une seconde catégorie, nous avons la surprise de trouver des cas assez nombreux qui opposent une azotémie parfois élevée à une perméabilité absolument normale. Ici les signes toxiques se manifestent, mais les reins n'y participent que pour peu de chose, par une sorte de débilité particulière limitant la faculté de concentrer l'urée.

Il s'agit ici, en dehors de faits exceptionnels de

défaillance circulatoire, ou de choc traumatique, d'une anomalie du métabolisme azoté du foie. Nous pouvons y ajouter les faits d'azotémie par hypochlorémie.

Dans une dernière catégorie enfin nous rencontrons généralement, avec l'azotémie élevée, une perméabilité plus ou moins réduite. Nous avons affaire à une néphrite et, nous trouvant en présence de la notion prédominante de perméabilité, il nout faut l'interpréter. Par exemple la maladie est ancienne, d'origine scarlatineuse, avec hypertension manifeste ; le taux de l'urée est de 1 gr. 20 ; celui de la perméabilité est de 35 %. Nous assistons à une évolution progressive qui s'est développée en une quinzaine d'années. La gravité de la maladie ne répond pas au taux de l'azotémie dont la majoration dépend, pour la plus grande part, de l'absence de tout régime et de tout ménagement de santé. Si le foie est normal, si les signes cliniques n'indiquent pas de trouble général notable, l'équilibre uréique sera obtenu aisément en 10, 12 jours au bout desquels le régime approprié ne permettra plus à l'hyperazotémie d'apparaître.

La recherche de la perméabilité, renouvelée périodiquement, nous fait saisir les modalités d'évolution d'une néphrite, les poussées fluxionnaires, le processus général de développement, je ne dis pas avec la rigueur scientifique d'un graphique, mais avec un jalonnement pratique qui est de premier ordre pour le praticien et pour le malade.

Dans l'hypothèse d'un malade docile, se pliant au régime institué et aux modifications successives de ce régime, cette méthode permet de suivre l'amélioration progressive des fonctions rénales, progrès d'autant plus sensibles et rapides que l'équilibre uréique n'est pour ainsi dire plus jamais rompu.

Dans les formes curables, la recherche de la perméabilité, pratiquée de 3 mois en 3 mois permet d'apporter à l'alimentation les modifications possibles. Ces modifications se superposent à celles de la perméabilité. J'ai suivi des malades de Saint-Nectaire, dociles, chez qui j'ai vu, s'élever ainsi progressivement de 20 ou 25 % d'élimination à 55 % sans avoir plus jamais présenté, pendant le cours du traitement, un taux d'azotémie supérieur à la normale. Et il faut avoir observé des malades jusqu'au terme de la guérison pour donner tout son prix à une méthode simple, dont les indications suffisamment précises entretiennent chez le patient comme chez le médecin cette ferme volonté si facile à fléchir pendant les longues périodes où le régime est, pour le moins, la moitié du traitement. Même dans le cas où le chiffre demeure immuable et très bas (15-20 % par exemple), cette fixité revêt un aspect relativement favorable à cause de la *stabilisation* qu'il indique. Je vois des vieillards de cette catégorie se maintenir ainsi à un âge avancé, sans trouble toxique, et sans que le taux d'urée dépasse 0,50 à 0,55.

Pour l'organisation pratique de l'alimentation du malade établie d'après les données de la perméabilité, j'utilise une sorte de barème que j'ai dressé depuis plusieurs années. Mais chacun peut établir des tables de progression alimentaire suivant les données de sa clinique personnelle. Dans l'échelle, les nombres entiers exprimant les diverses valeurs de perméabilité s'élèvent de 0 à 65. J'ai formé de 20 à 50 (limites pratiquement intéressantes) des groupes de cinq nombres représentant des zones de perméabilité auxquelles correspondent des ensembles alimentaires de valeur azotée connue. Les questions d'âge, d'habitudes, de travail, de suppléances ou de défaillances fonctionnelles d'autres organes interviendront pour apporter toutes corrections indispensables.

Une fois le régime institué, on fera, au bout de deux ou trois semaines, le contrôle de sa correction par la recherche du taux de l'azotémie qui ne sera plus renouvelé ultérieurement, s'il est correct, sauf accident ou modification de l'état général.

De même des pesées régulières indiqueront si le malade maigrit afin de pouvoir, dans le régime, insister sur les graisses et les glyco-amylacés.

Dans mon barème, que je reproduis ci-dessous, j'appelle *régime hypo-azoté* l'ensemble des aliments suivants : les potages aux légumes frais type julienne avec ou sans tapioca ; tous les légumes frais (1) sauf ceux qui sont mal digérés ; les pommes de terre, le riz, le petit suisse ou autre fromage de crème, le beurre, la crème fraîche de lait, laitages au tapioca ou au riz (le lait étant prélevé sur le volume autorisé pour 24 heures), le miel, confitures, gelées ou marmelades de fruits, tous les fruits frais et secs. Le sel est autorisé sauf intolérance personnelle ainsi que certains condiments. Eau, infusions ; vin sur ordonnance particulière. Tous ces aliments à discrétion, en corrigeant seulement la boulimie ou les mauvaises habitudes de chacun.

A partir de la catégorie III et surtout avec V et VI, il sera indispensable de mesurer très largement les quantités de beurre, crème, sucre, gelées de fruits, dattes, bananes. Je n'aborde pas ici la question de diététique générale.

---

(1) Le régime hypoazoté large comprend tous les légumes frais, les pommes de terre, le riz, tous les fruits frais et secs. Le régime hypoazoté plus rigoureux comprend tous ceux-ci moins : artichauts, crosnes, haricots verts, épinards, choux verts et de Bruxelles, salsifis, petits pois, pommes de terre frites. Tous les fruits, moins : marrons frais, pruneaux, fruits secs (dattes permises).

| | I | II | III | IV | V | VI |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P. S. P. %..... | 50/45 | 45/40 | 40/35 | 35/30 | 30/25 | 25/20 |
| Pain-BH p. j. (1) | 200/250 | 150/200 | 5-6 B | 4-6 B | 3-4 B | 2-3 B |
| Lait p. j......... | 400/500 | 300/400 | 250/300 | 200/250 | 150/200 | 150/200 |
| Viande p. s....... | 3 × 150 | 2-3 × 100/150 | 1-2 × 100 | 1 × 75/100 | 0-1 × 75/100 | 0-1 × 75 |
| Pâtes p. s........ | 2-3 | 3-4 | 3-4 | 2-3 | 2-3 | 1-2 |
| Hypo p. s........ | 1-2 | 1-2 | 1-2 | 3-4 | 3-4 | 4-5 |

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### La ligature de l'arc artériel de la petite courbure gastrique.

D'après Félix Ramond, cette ligature peut avoir une certaine importance en pathologie humaine, car elle est susceptible d'améliorer le pronostic du cancer gastrique, et de l'ulcère du bord droit. Pour l'ulcère du bord droit, en particulier, la vascularisation excessive explique, en effet, l'élection à ce niveau de la presque totalité des ulcères. Jusqu'à présent, les résultats obtenus semblent encourageants, mais le recul nécessaire n'a pas encore été obtenu, pour consacrer la valeur de la méthode (*Le Progrès Médical*, 28 novembre 1931).

### L'azotémie dans la spirochétose ictéro-hémorragique.

La spirochétose ictéro-hémorragique, surtout dans nos climats, peut prendre l'allure d'ictères de types assez variables, mais dont le caractère commun le plus constant est réalisé par l'adjonction de l'azotémie aux manifestations cliniques. Son chiffre oscille entre 2 et 3 gr. par litre ; dans les cas graves, on trouve jusqu'à 4 et 5 grammes, et ces proportions sont fréquemment dépassées au moment de la période terminale de l'affection.

L'ictère infectieux spirochétosique, véritable forme clinique atténuée, est aussi accompagné d'une élévation légère du taux de l'urée sanguine (0,50 à 0,80):

Tout ictère infectieux, à début brusque, accompagné d'une forte azotémie, devra être suspect d'une étiologie spirochétosique. L'évolution même de cette azotémie, l'adjonction d'une réaction méningée à lymphocytes seront des éléments de grosse valeur, qui ne peuvent cependant pas exclure les preuves décisives du laboratoire.

On peut néanmoins rencontrer des cas de spirochétose ictéro-hémorragique, de gravité moyenne, qui évoluent avec une azotémie normale.

(1) BH = Biscottes hypoazotées ; p. j. = par jour ; p. s. = par semaine ; j. p. s. = nombre de jours par semaine ; Hypo = Régime hypoazoté strict.

C'est surtout l'évolution de l'azotémie, qu'il importe d'étudier en détail pour considérer comme graves les cas, dans lesquels s'accusent progressivement les chiffres indiquant la rétention uréique. L'azotémie normale sera toujours un indice de bon pronostic, et cela d'abord parce qu'elle indique une intégrité du rein, qui ne peut que favoriser l'évolution vers la guérison ; ensuite, en ce qu'elle permet, lorsqu'on ne dispose pas du sérum spécifique de Martin et Petit, de mettre en œuvre avec des résultats intéressants, une thérapeutique par les sels de bismuth, basée sur les mêmes principes que la bismuthothérapie primitive dans la fièvre jaune (*Toulouse Médical*, 1er décembre 1931).

### Migraines digestives, en particulier dans la stase intestinale chronique.

Le Dr J. Foucaud (de Châtel-Guyon) rappelle que l'on observe dans diverses affections de l'appareil digestif, dans la stase intestinale chronique en particulier, des états migraineux et des crises de migraine, dont l'évolution et la thérapeutique confirment les relations. Ces troubles surviennent de préférence chez les stasiques avec colite, colite de putréfaction surtout, déficience hépato-rénale, troubles humoraux et instabilité neuro-végétative.

Ils semblent relever du choc anaphylactique. Par son action entéro-hépatique, et par son action générale, la cure de Châtel-Guyon les modifie souvent très favorablement. (*Toulouse Médical* ; 1er décembre 1931.)

### Traitement de la cellulite.

La cellulite est, anatomiquement parlant, une altération du tissu cellulaire lâche, consistant en congestion, œdème, infiltration de ce tissu, et, cliniquement, en un épaississement particulier du tissu malade, infiltré régulièrement dans sa masse ou chargé de petites nodosités. Subjectivement, il y a douleur : douleur provoquée par la palpation des tissus, douleur spontanée, dont la principale caractéristique est la variabilité dans

l'intensité, le siège, la durée, l'heure d'apparition.

Comme le disent M. Guy LAROCHE et Mlle MEURS, ce ne sont pas seulement des douloureux à soulager, ce sont des malades à guérir. Un examen clinique minutieux s'impose, car, sous le symptôme douleur, se voilent des organes en souffrance. De cet examen clinique et minutieux doivent se déduire les prescriptions thérapeutiques.

Or, les cellulitiques sont le plus souvent des individus de souche arthritique, des auto-intoxiqués atteints de troubles de la nutrition de nature diathésique. Ce sont fréquemment, mais non toujours, des obèses. Ce sont souvent des hépatiques. Dans certains cas, ils ne sont plus des auto-intoxiqués, mais ils présentent des infections lentes, à évolution torpide, qui restent souvent ignorées, lorsqu'on ne les recherche pas avec le plus grand soin (infections génitales, dentaires, rhino-pharyngées, sinusitiques, urinaires, coli-bacillose, etc.). Le terrain, sur lequel évolue la cellulite, est fréquemment préparé par des insuffisances glanduleuses et des déréglages nerveux.

Le traitement de la cellulite consiste, d'une part, à modifier les causes qui ont fait éclore la maladie, d'autre part à traiter les noyaux cellulitiques par un massage spécial. Ces deux modes d'attaque doivent être utilisés simultanément.

Rien à dire de particulier quant au traitement général, sinon qu'il faut abandonner tous les médicaments et cachets calmants, dont l'effet sur la douleur est plus qu'incertain, mais dont l'influence sur la maladie est sûrement préjudiciable, puisqu'ils ajoutent à l'état d'intoxication.

Localement, les rayons infra-rouges calment quelquefois, mais seulement tant que dure leur application ; les rayons ultra-violets sont inefficaces ; les traitements électriques (continus, interrompus, haute-fréquence) sont néfastes ; la diathermie, en particulier, est à rejeter, car elle exacerbe des douleurs. Le seul traitement local efficace est le massage, mais non le massage empirique (néfaste), le massage dosé, surveillé, répondant à une méthode logique rigoureusement observée. Le massage produit des réactions locales au point d'application et, par voie réflexe, une série de modifications à distance : aucune d'entre elles ne devra passer inaperçue ; chacune d'entre elles devra être appréciée comme il convient. Ainsi l'apparition d'une réaction vaso-motrice commande souvent la suspension de la séance ; la fatigue du sujet ou une recrudescence de douleur oblige toujours à écourter la séance qui suit, à alléger les manœuvres ou à espacer davantage les séances ; une sensibilité particulièrement douloureuse exige une prudence extrême dans le début du traitement. Ainsi la massothérapie de la cellulite, qui repose sur les lois bien précises de la réflexothérapie, sur des principes directeurs immuables (légèreté, douceur des manipulations) varie dans son mode d'application avec chaque sujet.

D'autre part, quelle que soit l'intensité de la douleur, il n'est pas besoin d'imposer l'immobilité et le repos absolu ; il faut, de plus, créer autour du malade une atmosphère de calme, de repos, car les cellulites s'aggravent en raison directe des émotions, des soucis. (*Paris Médical*, 5 décembre 1931.)

**Sur la thérapeutique de l'amibiase pulmonaire.**

Il faut actuellement considérer l'amibiase comme une maladie générale, à localisations multiples : gros intestin, foie et fréquemment poumons. L'amibiase pulmonaire, ainsi que le rappelle le Prof. A. PELLÉ (de Rennes), succède presque toujours à la dysenterie, ordinairement quelques semaines, plus souvent quelques mois ou quelques années après les manifestations intestinales (parfois méconnues). Il y a des abcès du poumon (formes aiguës ou subaiguës), des bronchites, des broncho-pneumonies, des complications chroniques souvent confondues avec la tuberculose : d'où les grandes difficultés du diagnostic clinique ; il importe toujours de penser à l'amibiase ; c'est une affection dont la fréquence augmente très nettement.

Un dépistage précoce est d'autant plus important que le chlorhydrate d'émétine constitue une arme puissante, pouvant, lorsqu'il est employé à temps, arrêter à lui seul avec une rapidité surprenante l'évolution des abcès pulmonaires les plus graves et les guérir radicalement.

Aujourd'hui, le traitement médical par l'émétine est devenu la règle, et l'intervention chirurgicale l'exception ; cette dernière a pourtant été longtemps considérée comme la seule susceptible d'amener une guérison.

Si l'émétine détruit en 24 ou 48 heures les symptômes gênants, le malade n'est cependant que blanchi ; il est passible de rechutes par l'amibe qui, s'étant enkystée, devient rebelle au médicament. Il faut donc multiplier les cures d'émétine pour détruire les nouvelles amibes, et détruire les kystes par les arsénicaux et les iodiques.

L'émétine doit être employée aussitôt à doses fortes : injections sous-cutanées de huit centigrammes par jour en deux fois pendant 6 à 10 jours par mois. Ne pas dépasser 60 à 80 centigrammes pour une cure, et y associer les injections d'huile camphrée, à cause de l'asthénie cardio-vasculaire possible.

Les arsénicaux, efficaces contre les kystes amibiens sont : le novarsénobenzol, le stovarsol et le tréparsol. Ravaut pratique une série de dix injections de 0,30 de novarsénobenzol à quatre jours d'intervalle ; entre chaque injection, il fait de l'émétine sous la peau à la dose de 4 centigram-

mes deux fois par jour jusqu'à concurrence de 80 centigrammes. On fait ainsi une série de cures séparées par des périodes d'un mois.

Parmi les iodiques, l'yatrène, efficace et inoffensif, s'emploie en pilules de 0,25, à raison de 6 à 8 par jour, à doses graduellement croissantes. La cure dure en principe 6 à 7 jours, et peut être renouvelée après un repos d'une semaine. (Lui associer deux ou trois fois 15 gouttes par jour d'élixir parégorique en raison de son effet laxatif).

Avant l'émétine, la mortalité de l'abcès pulmonaire était de 50 p. 100 ; aujourd'hui, elle est une rareté, si le traitement est appliqué d'une manière précoce.

Cependant, on sera toujours obligé d'évacuer une collection purulente mal drainée, ainsi qu'une collection envahie par les microbes d'infection secondaire, de même que les abcès volumineux, se drainant mal, avec état général mauvais. Mais, il faut savoir que ces interventions sont graves, avec risques d'hémorragies mortelles. (*Paris médical*, 5 décembre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### La sorbite dans l'alimentation des diabétiques.

(M. Marcel Labbé. — *Académie de médecine* ; 15-3-1932.)

Une maison allemande fabrique depuis quelque temps un sucre spécial, la sorbite, qu'elle incorpore au cacao pour remplacer le chocolat sucré ordinaire. Aux dires des fabricants, la sorbite et le chocolat qui en dérive n'offrent aucune nocivité pour les diabétiques et pourraient être employés dans l'alimentation des glycosuriques sans inconvénient. Ce produit est d'ailleurs mis en vente à un prix beaucoup plus élevé que le chocolat ordinaire.

M. Marcel Labbé se montre un peu sceptique quant à l'innocuité de la sorbite et de ses dérivés chez les diabétiques. La formule chimique de ce sucre fait, en effet, supposer qu'il ne doit pas être mieux utilisé que le glycose ou le saccharose par les diabétiques et qu'il doit provoquer également de l'hyperglycémie et de la glycosurie.

Le prospectus des fabricants annonce bien que des essais expérimentaux ont montré la bonne utilisation de la sorbite dans le diabète, mais il ne donne aucune référence nette à ce sujet.

Dans ces conditions, M. Marcel Labbé estime qu'avant de recommander à des malades l'usage de cette substance, il est nécessaire que des expériences soient entreprises avec rigueur. La sorbite, comme d'autres produits vantés par des réclames imprécises, devrait être soumise à des épreuves scientifiques. Son prix très élevé ne permet pas aux laboratoires de la Faculté ou des hôpitaux de faire cet essai par leurs propres moyens.

### Etat sanitaire des huîtres vendues à Paris.

(MM. Tanon et Neveu. — *Académie de médecine* ; 22-3-1932.)

Les huîtres ont été accusées d'être parfois vecteur de bacille typhique et origine possible de cas de fièvre typhoïde. Il est certain que ces mollusques, et autres coquillages, qui sont ingérés crus, peuvent, s'ils ont séjourné dans des eaux impures, être contagionnés et par suite contagionnants. La fièvre typhoïde d'origine ostréaire a même la réputation d'être généralement grave.

Il y a quelques années des mesures d'hygiène ont été prises pour parer à ce danger. L'élevage des huîtres a été réglementé, à la demande même des ostréiculteurs, et aujourd'hui les parcs d'élevage de ces mollusques sont surveillés et ne peuvent être établis qu'en des points éloignés des agglomérations humaines et des bouches d'évacuation des égouts.

Pour apprécier l'état sanitaire des huîtres vendues à Paris actuellement, MM. Tanon et Neveu ont prélevé chez les débitants, dans les quartiers les plus divers de la capitale, 500 échantillons de portugaises, marennes ou Belons, au cours des mois de décembre 1931, janvier et février 1932. Ils ont fait des ensemencements avec la chair de l'huître, l'eau de la coquille, l'eau répandue sur le plat (souvent bue par le consommateur). Ils ont constaté que les huîtres elles-mêmes n'étaient pas contaminées mais qu'au cours des manipulations, elles pouvaient se souiller par l'eau de lavage ou les mains des vendeurs. La consommation des huîtres, à Paris, n'offrirait donc aucun danger de contagion typhique, sous condition de les laver uniquement avec de l'eau potable et de veiller à ce que les écailleurs ou écailleuses se lavent les mains avant de servir leurs clients.

### Pouvoir phylactique des eaux minérales.

(MM. Mougeot et Aubertot, de Royat. — *Académie de médecine* ; 5-4-1932.)

MM. Mougeot et Aubertot, de Royat, ont poursuivi leurs expériences sur le pouvoir phylactique des eaux minérales en général et des eaux des stations du Massif central, en particulier. Ils se sont servi de doses massives d'aconitine, en injections sous-cutanées, chez les petits mammifères de laboratoire, Si, 40 minutes avant l'administration du poi-

son, il est injecté de l'eau minérale dans le péritoine des animaux, ceux-ci ont une survie de 2 heures avec le Mont-Dore et Saint-Nectaire, indéfinie avec Royat et Châtel-Guyon.

L'addition préalable de certains acides gras supprime le pouvoir phylactique en précipitant les cathons plurivalents et ce fait laisse espérer pour l'avenir la possibilité de réaliser une médication capable de mettre l'organisme humain à l'abri des intoxications à affinité nerveuse.

### Hémorragie intra-durale traumatique à symptomatologie retardée.

(M. Bourgeat, de Cosne-sur-Loire; M. Guibal, de Nancy. — *Société de chirurgie* ; 3-2-1932.)

M. Lenormant rapporte, au nom de M. Bourgeat et au nom de M. G. Guibal, deux observations d'hémorragie intra-cranienne traumatique à symptomatologie retardée. Toutes deux concernent des hémorragies sous-durales, consécutives à des traumatismes craniens qui n'ont pas entraîné de troubles primitifs importants et se sont manifestés au bout de plusieurs semaines par des accidents menaçants de compression encéphalitique.

Le malade de M. Burgeat, un homme de 53 ans, avait fait une chute de quatre mètres avec choc sur la région occipitale. Pendant plus d'un mois, le blessé n'eut aucun trouble, sauf un peu de céphalée. Puis s'installa une hémiplégie avec aphasie. L'intervention conduisit sur un hématome intra-dural, qui fut évacué. Guérison.

Le patient de M. Guibal, au cours d'un accident d'automobile, avait été projeté sur un montant de la voiture. Choc à la région frontale. Un mois plus tard, après une période de céphalées et de lourdeur intellectuelle, se montrent des accidents plus sérieux (délire, vomissements...). L'opération conduisit également sur un hématome intra-dural. Guérison.

M. Lenormant rappelle que la question des hémorragies sous-durales traumatiques a été étudiée en 1921 par Rouvillois et lui-même à propos d'observations de Phélip etLombard, et en 1928 par Auvray. Il est bien certain que la fréquence de ces hémorragies sous-durales est plus grande qu'on ne le pensait autrefois. Il faut d'ailleurs distinguer avec Patel les hémorragies diffuses et les hématomes localisés circonscrits.

Au point de vue clinique, pour ces derniers, le fait le plus frappant est le long espace de temps écoulé entre le traumatisme et l'apparition des signes de compression encéphalitique. Cette donnée de l' « intervalle libre » est présentée partout comme un des meilleurs signes différentiels de l'hématome sous-dural et de l'hématome extra-dural (Brion). Cet intervalle libre peut manquer, mais il peut atteindre une semaine, deux, trois et quatre mois même.

S'agit-il toujours vraiment d'un intervalle libre ? Souvent, si l'on interroge les malades avec soin, on trouve quelques petits signes cérébraux (céphalée, phénomènes psychiques).

La thérapeutique, dans les cas d'accidents sérieux, de signes de compression encéphalitique grave, comportera la trépanation.

P. L.

### Forme respiratoire ou asphyxique de la poliomyélite antérieure aiguë.

(MM. J. Lhermitte, Ph. Pagniez et Plichet.— *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 22-1-1932.)

Il n'est pas exceptionnel d'observer, à une phase plus ou moins rapprochée de l'éclosion des premiers accidents paralytiques, l'extension de la poliomyélite aux muscles respiratoires, d'où l'asphyxie progressive et l'atteinte des nerfs bulbaires. Ce qui est plus rare c'est l'atteinte directe et primitive, semble-t-il, de la région bulbaire par le virus poliomyélitique. Lorsque cette agression se produit, elle réalise un tableau clinique particulier, dont l'origine n'est pas toujours aisée à saisir par le clinicien.

Un homme dans la force de l'âge, présente tout d'abord de l'asthénie ; puis, brutalement, survient une dyspnée tellement accusée que l'on se pose la question d'un œdème aigu du poumon, d'une insuffisance cardiaque brutale, et que l'on recherche même l'existence d'un pneumothorax ou d'une oblitération laryngée.

Cependant, la soudaineté des accidents respiratoires, l'absence de fièvre, les crises de suffocation, l'assourdissement du timbre de la voix, la dysphagie, l'abolition des réflexes rotuliens contrastant avec la conservation des achilléens, l'absence de tout phénomène paralytique des membres et des nerfs crâniens, évoquaient bien l'idée d'une lésion bulbaire aiguë, mais n'imposaient pas le diagnostic des poliomyélite.

Mais celui-ci peut être affirmé par les résultats de l'étude histopathologique. Les lésions ont donné l'explication, et du syndrome clinique observé, et de la terminaison fatale de la maladie. Les lésions du bulbe rachidien, notamment, étaient considérables ; d'autre part, les lésions histologiques étaient des plus caractéristiques de la maladie de Heine-Médin.

De cette observation, ainsi que des faits déjà publiés, il résulte qu'il existe réellement une forme respiratoire pure de la poliomyélite aiguë. Le fait est intéressant, car il permet d'appliquer, plus rapidement qu'on ne le fait généralement, un traitement spécifique : injections de sérum antipoliomyélitique, ou mieux injections de sérum de convalescent de poliomyélite. Cette thérapeutique précoce est d'autant plus nécessaire que les formes respiratoires revêtent toujours une exceptionnelle et rapide gravité.

### L'auscultation gastrique sous le contrôle radioscopique

(MM. A. Delaigne, et G. Hutet, présentés par M. Noël Fiessinger. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 15-5-1931.)

L'auscultation gastrique est un mode d'investigation, relativement peu répandu. Le malade étant couché, elle est pratiquée avec un stéthoscope biauriculaire, à membrane large et à caoutchoucs longs et souples.

Cette auscultation digestive n'est pas appelée à atteindre le même degré de précision que les auscultations pulmonaire et cardiaque ; les renseignements qu'elle fournit peuvent être utiles pour l'étude du mode de réplétion, de contraction et d'évacuation de l'estomac.

L'étude du bruit pylorique, en particulier, est des plus instructives. Bien entendu, la radiologie demeure le procédé d'exploration de beaucoup le plus précis ; mais l'auscultation a l'avantage de porter sur des aliments et non sur de la baryte, ce qui n'est pas la même chose, en ce qui concerne l'évacuation. Elle peut fournir des résultats immédiats lors du premier examen et servir à orienter le diagnostic ; enfin, elle donne des renseignements d'un ordre différent, et c'est de ce côté qu'il faut chercher à faire progresser la méthode.

### Observation d'un cas d'encéphalite morbilleuse. Etude anatomique.

(MM. Léchelle, Bertrand et Fauvert. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 22-5-1931.)

L'étude des encéphalites et méningo-encéphalites aiguës simples, non tuberculeuses, consécutives aux maladies toxi-infectieuses de l'enfance, présente encore beaucoup d'obscurités, notamment au point de vue anatomo-pathologique. Il est rare que l'on puisse suivre la maladie jusqu'à vérification anatomique ; aussi le cas, rapporté aujourd'hui, est-il particulièrement intéressant.

Cliniquement, il s'agissait d'une forme suraiguë, ayant évolué en 20 heures, en deux périodes : l'une caractérisée essentiellement par une élévation thermique soudaine et importante et des phénomènes moteurs d'ordre clonique ; la seconde par l'apparition de paralysies et l'établissement d'un coma aboutissant à la mort. C'était une fillette de 21 mois.

C'est la forme la plus grave des encéphalites morbilleuses. La mort en est la terminaison fréquente ; l'évolution peut cependant se faire vers la guérison et sans séquelles.

### Cécité corticale d'origine complexe ; effets de l'acétylcholine.

(MM. Laignel-Lavastine, Bailliart et Boquiem. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 22-1-1932.)

Il est curieux de voir une hémianopsie double rétrocéder partiellement sous l'influence des antispasmodiques, et malgré l'existence de lésions constituées, démontrées par l'autopsie.

L'intérêt de cette communication est celui de la médication antispasmodique au cours d'accidents neurologiques consécutifs, soit à des déperditions sanguines, soit à des troubles artéritiques, où le spasme surajouté joue le plus grand rôle ; il est donc important de ne pas porter un pronostic fonctionnel trop grave, même dans les cas où les troubles sont déjà relativement anciens.

### Fausse maigreur.

(M. Léopold-Lévi. — *Soc. de médecine de Paris* ; 22-1-1932.)

L'auteur étudie le syndrome de la fausse maigreur, qui se caractérise par un contraste marqué entre l'apparence amaigrie du sujet dans ses parties découvertes et l'obésité, tout au moins relative, de certaines parties du corps. Ce syndrome se rencontre au cours de divers états endocriniens, par insuffisance hypophysaire, hyperthyroïdie, insuffisance ovarienne.

Parmi les glandes qui interviennent dans la constitution de ce syndrome, l'hypophyse est à mettre au premier rang, puis la thyroïde et les glandes sexuelles. Le traitement de la fausse maigreur, difficile dans les formes accentuées, comporte en dehors du régime approprié, des exercices spéciaux et une opothérapie adéquate à chaque cas.

G. F.

# Les Congrès

## VIe Congrès international des accidents et des maladies du travail

(*Suite*) (1)

### B. — MALADIES DU TRAVAIL

**Les affections cutanées en relation avec le travail**

Rapport de M. Prosser White (Grande-Bretagne).

Il existe trois groupes de causes d'irritation :

1° Causes indirectes agissant par leur action physico-chimique ;

2° Causes secondaires ;

3° Causes indirectes qui n'agissent que sur les sujets prédisposés.

Après avoir rappelé les modifications physico-chimiques que provoquent au niveau de la peau les produits industriels et montré l'importance de l'hydrolyse et de la coagulation, l'auteur remarque que ces processus sont employés dans l'industrie du cuir. Il suggère que l'étude des principes du tannage scientifique moderne peut être d'un grand secours pour comprendre le mécanisme de certaines dermatoses artificielles.

L'industrie du tannage n'emploie que la peau morte. L'auteur étudie en détail l'influence de l'excitation des terminaisons nerveuses, réagissant sur l'irrigation de la peau et donnant lieu à un érythème, voire à une nécrose.

L'auteur admet l'allergie. Il proteste contre la facilité avec laquelle les cas d'eczéma sont admis comme professionnels, alors qu'il s'agit d'intoxication interne, ou d'irritation externe sans rapport avec le travail.

Rapport de M. Kielsch (Allemagne).

Les dermites professionnelles aiguës doivent être considérées comme des accidents du travail et indemnisées comme telles. Il en est ainsi, par exemple, pour les manifestations du charbon cutané. Parmi les dermatoses chroniques professionnelles, l'eczéma chronique récidivant est le plus important. L'auteur pense que l'on pourrait indemniser les cas d'eczéma chronique professionnel durant plus de six mois ou récidivant plusieurs fois pendant ce laps de temps.

Parmi les affections cutanées chroniques professionnelles, il est surtout nécessaire de réparer les dommages provoqués par l'énergie radiante (rayons X, radium, mésothorium), ainsi que le cancer professionnel de la peau. Le diagnostic de ces affections s'impose le plus souvent.

(1) V. *Concours médical*, nos 14, 15 et 17.

Rapport de M. Oppenheim (Autriche).

Pour établir une classification scientifique, on devrait se fonder sur les causes des dermatoses, mais cette classification n'est pas toujours possible ; on est obligé d'adopter une division à la fois clinique et étiologique. Voici celle que propose le rapporteur :

1° Lésions d'origine physique (chaleur, froid, électricité, lumière, radium, rayons X) ; 2° Lésions d'origine chimique (acide, alcalin, sels, produits chimiques, eau) ; 3° brûlures ; 4° maladies des glandes sudoripares et sébacées ; 5° maladies des ongles, cheveux, etc. ; 6° lésions du pigment et du tissu conjonctif ; 7° tumeurs bénignes et malignes ; 8° infections.

La cause de la lésion cutanée est précise pour les groupements : 1, 2 et 8. Le groupe 3 doit être considéré comme se composant d'affections par hypersensibilité et de maladies par exposition. En ce qui concerne les groupes 5, 6 et 7, la prédisposition joue un rôle très important. Pour le groupe 4, tous les facteurs sont à considérer.

Ce qui rend difficile une classification uniforme, c'est qu'une seule substance peut produire les affections cutanées les plus diverses ; de même des substances très différentes sont capables de donner naissance à des lésions semblables, impossibles à distinguer cliniquement. La technique suivant laquelle est exécuté le travail constitue d'ailleurs un facteur étiologique important.

Discussion

M. Ramiel (Lausanne). — Lorsque la médecine des accidents professionnels était à ses débuts, on crut reconnaître une symptomatologie spécifique à chaque intoxication professionnelle. En fait, on a abusé du principe de causalité. Comme l'a montré la méthode expérimentale, l'eczéma n'est qu'une réaction cutanée envers des antigènes divers. Il faut distinguer :

Les dermatoses toxiques proprement dites ;

Les dermatoses de sensibilisation (eczéma professionnel) ;

Le biotropisme.

Un même corps peut donner les trois réactions : c'est ainsi que tel dérivé du mercure peut produire une nécrose toxique, un eczéma iodiosyncrasique et une stomatite fuso-spirillaire.

Ramel classe donc les dermatoses professionnelles en trois groupes :

I. *Les dermatoses professionnelles par action directe d'un facteur pathogénique exogène :*

*a.* Traumatismes physico-chimiques comprenant

d'une part les brûlures, les gelures, les plaies par instrument tranchant ou contondant, les broyages mécaniques, puis les lésions caustiques d'origine chimique (acide phénique, chlore, acide picrique, etc.).

*b.* Eczémas paratraumatiques (exemple : iodiomycoses eczématogènes post-traumatiques).

*c.* Processus néoplasiques locaux post-traumatiques.

*d.* Inoculations post-traumatiques de maladie infectieuse (tuberculose verruqueuse, érysipèle, rouget du porc, etc....).

II. *Les dermatoses professionnelles, procédant d'une hypersensibilité allergique* (eczémas professionnels dus au ciment, au nickel).

III. *Les effets directs des traumatismes physico-chimiques survenant durant le travail.* — Ces effets directs agissant par le réveil du microbisme latent dans l'organisme touché, ne sont que l'expression du biotropisme. Ils sont démontrés entre autres par le zona consécutif aux intoxications arsenicales. De même la tuberculose et la syphilis post-traumatiques d'origine endogène jouent ici un rôle très important.

M. Sulzberger (New-York). — Les « patch-tests » (réaction de Jadassohn et Bloch) sont les meilleurs moyens que l'on possède actuellement pour reconnaître les eczémas professionnels. L'auteur, au « Post Graduate Hospital » a réussi à déterminer la cause des eczémas dans plus du tiers des cas.

M. Jadassohn (Zurich) insiste sur le fait que le test, pour avoir de la valeur, doit donner une réaction eczémateuse, et non pas seulement une réaction urticarienne.

### Communications

M. Raneletti (Rome). — **L'acné chlorique professionnelle.** — A propos de cinq cas d'acné chlorique observés dans une fabrique de chlore électrolytique, l'auteur résume la controverse pathogénique relative à cette affection. Pour lui, l'agent étiologique est bien le chlore, et non un dérivé du goudron. L'action n'est pas externe mais interne, due à l'élimination par les glandes sébacées, comme dans l'acné médicamenteuse.

Des causes prédispostantes (irritant les glandes sébacées) peuvent surajouter leur action.

M. Ramel (Lausanne). — **Pathogénèse des eczémas professionnels.** — Les eczémas professionnels procèdent d'une sensibilisation allergique, manifestée par l'action réciproque d'un antigène spécifique avec ses anticorps correspondants de siège cutané. Ils traduisent par définition une réaction cutanée, susceptible d'être produite à volonté sur la peau saine, mais sensibilisée, au moyen de tests eczématogènes selon la technique pratiquée par Jadassohn et Bloch. La simple application sur la peau saine pendant vingt-quatre heures de la substance eczématogène incriminée (antigène) produit dans les cas positifs une dermite érythémato-vésiculeuse localisée présentant tous les caractères de l'eczéma.

En fait les tests eczématogènes, appliqués au diagnostic des eczémas professionnels, n'ont pas toujours donné jusqu'ici les résultats positifs qu'on pouvait en attendre *a priori*. Ainsi Steiner ne trouve de résultats positifs que dans une proportion de 12,5 p. 100 et Oppenheim conclut au rôle secondaire de la sensibilisation spécifique dans la genèse des eczémas professionnels, qu'il sépare pour cette raison des eczémas vrais. Il insiste sur l'importance des facteurs physico-chimiques qui agissent au cours du travail à la façon d'un *locus minoris resistentiæ* sur les téguments exposés. C'est ainsi que les tests eczématogènes, trouvés négatifs de prime abord, donnent un résultat positif si, au lieu d'appliquer la substance sensibilisante sur la peau saine, on a soin de la traumatiser au préalable (test eczématogène scarifié). D'autre part, l'application du test eczématogène à proximité immédiate de lésions eczémateuses a donné souvent un résultat positif, alors que le même test éprouvé dans une région très éloignée des mêmes placards, restait négatif.

Toutefois il est des examens professionnels pour lesquels les recherches les plus minutieuses n'ont découvert jusqu'ici aucune substance sensibilisante de nature chimique susceptible d'expliquer la genèse de la dermite ; on pourrait être tenté d'exclure ces cas du domaine de l'eczéma pour les considérer comme de simples dermites d'irritation. En réalité il s'agit, en l'occurrence, d'eczémas microbiens (oïdiomycètes) développés sur les téguments traumatisés.

La législature suisse actuelle a établi une liste officielle de substances nocives, dont les conséquences sont indemnisées. Il ne s'agit que d'une liste provisoire, car la loi laisse au Conseil fédéral la faculté de modifier la liste. Néanmoins cette liste est gênante, car limitative.

M. Jeager (Zurich).— **L'eczéma professionnel et la Caisse nationale suisse d'assurances.**—De 1922 à 1929, 2.700 cas d'affections cutanées ont été indemnisés, soit 6 p. 1.000 de tous les accidents déclarés. Il existe 80 substances déclarées comme donnant des affections graves. D'ailleurs la Caisse admet même les cas n'étant pas portés sur la liste officielle, à condition que l'ouvrier ne donne pas l'impression d'abuser.

M. Teleky (Dusseldorf).— **L'eczéma professionnel.** — Quoiqu'il s'agisse d'un problème difficile, il est nécessaire de réaliser l'assurance de l'eczéma professionnel. Il n'existe pas d'affection forçant à changer de profession aussi souvent que l'eczéma. Ce dernier est fréquent chez les boulangers : 5 sur 21 sont atteints. En Allemagne, le problème est complexe du fait de l'existence d'une liste officielle restreinte. L'auteur propose d'accorder une rente temporaire permettant d'apprendre une autre profession.

M. Bettazzi.— **Dermite et cancer par le goudron** — Dermites et cancers de la peau chez les ouvriers des usines à gaz, des distilleries du goudron et sous-produits.

M. L. Hoffman (San Francisco). —**Le cancer dans les diverses professions.** — Revue des grandes publications et statistiques de 1892 à 1929 ; statistiques de l'auteur qui s'étendent sur une période de huit ans, de 1920 à 1928.

### Pathologie des ouvriers du ciment et des pierres artificielles.

Rapport de M. Agasse-Lafont (Paris)

1° *Troubles morbides d'origine toxique.* — Il ne semble pas qu'on ait à les redouter pour les ciments vrais : aucun élément toxique n'entre dans leur composition. Rappelons cependant le danger éventuel des gaz toxiques et malodorants émanés des fours (oxyde de carbone, anhydrides sulfureux et sulfurique, etc.).

Quant aux pierres artificielles, elles peuvent entraîner la manipulation de toxiques plus ou moins violents, introduits dans la composition de certaines d'entre elles, en particulier comme colorants (plomb, arsenic, mercure, etc.).

2° *Troubles morbides d'origine infectieuse.* — Il semble en réalité qu'ils ne doivent se présenter que comme des faits exceptionnels et isolés.

3° *Troubles morbides d'origine caustique.* — En ce qui concerne les ciments, on a surtout insisté sur la causticité de la chaux pour expliquer les lésions cutanées assez souvent attribuées à leur contact. En réalité, il convient de préciser que la chaux est au nombre des éléments utilisés pour fabriquer les ciments, mais que les ciments vrais une fois constitués, en poudre et secs, n'en renferment que des quantités minimes à l'état libre. Ils ont cependant une action caustique sur les tissus avec lesquels ils entrent en contact prolongé, peau et muqueuses ; mais c'est du fait de l'alcalinité, surtout des silicates, aluminates et silico-aluminates qui les constituent, et accessoirement de la petite quantité de chaux préexistante ou libérée au moment du gâchage, en même temps que de l'élévation de la température qui se produit au moment de cette opération.

Pour les pierres artificielles, l'action caustique peut être due à l'emploi de la chaux, des chlorures de calcium, de magnésium, de zinc, d'étain, du goudron, de l'ammoniaque, de la soude caustique, des acides sulfurique et chlorhydrique, etc.

*Troubles morbides d'origine mécanique.* — L'action nocive peut enfin être d'origine purement mécanique, par traumatisme de la peau et des muqueuses. Pour les ciments, cette action est due éventuellement aux poussières de calcaire et d'argile traitées à sec pour les fabriquer, et à celles des silicates, aluminates et silico-aluminates qui constituent les ciments fabriqués.

Remarque importante : comme pour toutes les questions d'hygiène industrielle, pour juger de la valeur exacte des documents que l'on utilise, il convient de tenir le plus grand compte de leur origine et de la date où ils ont été recueillis.

C'est ainsi qu'actuellement la grande extension prise par l'emploi des pierres artificielles (faux marbres, etc.) doit faire craindre que le désir d'en augmenter les variétés et l'agrément, en vue de l'ornementation, incite les industriels à faire appel de plus en plus aux colorants toxiques dont l'usage était autrefois presque ignoré dans cette branche de l'industrie.

Au contraire, en ce qui concerne les ciments, le perfectionnement de la technique de fabrication permet d'espérer la disparition de leur nocivité.

Rapport de M. Van Bemmel (Pays-Bas).

1° L'examen des malades confirme l'opinion générale suivante : « Les atteintes de la santé par le fait des poussières de ciment sont faibles » ;

2° La protection efficace des travailleurs du ciment ne doit pas être cherchée dans des mesures individuelles de protection, mais dans une méthode de travail techniquement et hygiéniquement rationnelle.

Rapport de MM. Gilbert et Langelez (Belgique).

1° Le travail dans les cimenteries n'affecte pas, de façon appréciable, l'état de santé générale des ouvriers ;

2° Les cas d'affections pulmonaires tuberculeuses sont l'infime exception ;

3° Il n'est pas permis de conclure à l'existence de troubles respiratoires dus à l'inhalation des poussières, les troubles constatés étant aussi bien ceux d'affections *a frigore.*

Rapport de M. Jotten (Allemagne).

L'auteur note uniquement une augmentation des maladies aiguës des voies respiratoires (notamment de la bronchite) sans augmentation de la mortalité générale. La tuberculose pulmonaire n'a pas montré d'augmentation de chiffres. Les pneumoconioses ont été relevées en petit nombre ; elles n'apparaissent qu'après de nombreuses années ; ces pneumoconioses se distinguent nettement, au point de vue radiologique, de l'image typique de la silicose (poumon en grenaille de plomb) et n'entraînent pour ainsi dire pas d'incapacité de travail.

Il n'existe pas de lésions de l'appareil respiratoire chez les travailleurs de la brique pure ; les lésions ne s'installent que quand on ajoute à l'argile pure, au cours de la fabrication, du sable quartzeux, ou du schiste argileux. On peut trouver alors chez cette catégorie de travailleurs de la tuberculose pulmonaire et de la silicose.

Parmi les poussières qui se dégagent de la fabrication des terres réfractaires, le quartz, la silice, la pierre dinas et le ganister semblent être particulièrement nocifs pour le poumon.

Rapport de M. Russel.

L'auteur présente des tableaux statistiques : les uns indiquent la proportion de silice contenue dans la poussière du ciment, les autres, le pourcentage des maladies observées chez les cimentiers. Celles-ci sont principalement les maladies de la peau, les bronchites, le rhumatisme, la grippe, les lésions des oreilles et des yeux, du pharynx et des fosses nasales. Les affections pulmonaires sont plutôt rares. La pneumoconiose est l'exception. Les signes en sont très atténués, on la décèle seulement par l'examen aux rayons X. La tuberculose pulmonaire non plus n'est pas fréquente ; on n'a constaté que 21 cas de tuberculose perceptible sur 570 sujets examinés et, sur les 21 cas, 2 seulement étaient des formes évolutives.

Discussion

M. Ramel (Lausanne). — Le ciment est rarement une cause de troubles internes, mais il joue un rôle dans la genèse des dermites professionnelles. En Suisse tout au moins, les dermites du ciment constituent le quart environ (775) de l'ensemble des dermites professionnelles (5.000). Ces dermites se développent pour une part à la faveur des traumatismes minimes subis par les maçons. L'action du ciment (étudiée par les tests) n'est pas tant une action toxique qu'une action de sensibilisation.

M. Askanzy (Genève), dans les cas qu'il a autopsiés, n'a jamais trouvé de tuberculose dans les cas où la silicose était nette. La mort était due à une hypertrophie du cœur droit. La raison pour laquelle une partie seulement des ouvriers est atteinte est expliquée par les travaux de Schriddes sur la prolifération du tissu conjonctif. D'autre part, le fait que l'on envisage maintenant la silice colloïdale comme cause principale explique pourquoi dans une grande quantité de scléroses on ne trouve pas de poussières au microscope.

**Communications**

MM. Quarelli et Boidi Trotti. — **Contribution à l'étude de la pneumoconiose lors du polissage sur émail des objets en acier** — Les auteurs en ont étudié les rapports avec la tuberculose. Ils ont examiné deux générations : la plus ancienne fournit un contingent plus fort de tuberculose. Cette différence est due à l'amélioration de l'hygiène.

M. Devoto est du même avis : du fait de l'hygiène, la tuberculose et l'alcoolisme sont en diminution.

M. Manuel de Vasconcellos (Lisbonne). — **Les lésions oculaires dues au ciment.** — L'auteur attire l'attention sur certaines conjonctivites et blépharites chez les ouvriers en ciment ; l'empaquetage serait le moment le plus dangereux.

M. Coutela (Paris).—**Lésions cornéennes consécutives à la projection de ciment à la surface des yeux** — La gravité de l'évolution contraste avec l'apparente bénignité des lésions constatées sitôt après l'accident. C'est là d'ailleurs une règle générale concernant les brûlures cornéennes dues aux caustiques.

M. Jarger (Zurich).— **Eczémas des maçons.**— C'est une affection très fréquente en Suisse. L'auteur admet l'irritation spécifique de la peau par le ciment.

MM. F. Heim de Balzac, E. Agasse-Lafont et A. Feil (Paris). — **Enquêtes récentes dans les fabriques de ciment artificiel.** — Les auteurs ont rencontré, dans des proportions encore assez fortes, les diverses manifestations cutanées signalées dans cette profession, éruptions prurigineuses (gale du ciment), et surtout eczéma, etc. ; altération non érosive de la pulpe des doigts, et parfois lésions tuberculeuses rappelant le pigeonneau.

L'atteinte des voies respiratoires est fréquente. Il en est de même de l'inflammation de la muqueuse nasale, avec épistaxis récidivantes. Les lésions oculaires, assez rares, sont dues à la projection accidentelle de poussières de ciment dans l'œil, et guérissent en général rapidement par le traitement immédiat. Sur l'ensemble des cas de mort, la tuberculose est relevée dans la proportion de 15 p. 100.

C'est parmi les ouvriers de l'ensachage et du triage des sacs, déjà utilisés et réexpédiés vides à l'usine pour un nouvel usage que les différents troubles morbides sont le plus souvent constatés.

Malgré la fréquence relative de ces troubles, il est à noter qu'ils sont en général peu accentués, que, d'autre part, on voit diminuer progressivement, par les perfectionnements de technique, les causes qui les provoquent. C'est ainsi que l'emploi des sacs en papier, imperméables et utilisés une seule fois, se généralise de plus en plus ; il y a là un moyen puissant de diminuer le danger de contact avec les poussières.

M. Feil (Paris). — **Ciment et tuberculose. La poussière de ciment prédispose-t-elle à la tuberculose pulmonaire ?** — Les ouvriers présentent en assez forte proportion des lésions irritatives des premières voies respiratoires qui les font tousser et cracher, mais peu sont atteints de lésions pulmonaires graves. La tuberculose est rare : la poussière de ciment n'y prédispose pas.

M. Trivino (Madrid). — **Les maladies respiratoires causées par l'inhalation de poussières** : fréquence des rhinites, stomatites, pharyngites, laryngites, bronchites, asthme, emphysème.

MM. Caruri et Pignatari (Naples). — **Le système endothélial du poumon dans la pneumoconiose expérimentale du poumon.** — Les auteurs exposent leurs recherches expérimentales sur le système réticulo-endothélial du poumon dans les pneumoconioses provoquées chez les lapins avec le ciment contenant 15,6 p. 100 de $SiO^2$.

MM. Teleky et Lochtkemper. — **Recherches nouvelles sur les poussières pulmonaires.** — L'éclosion d'une pneumoconiose est conditionnée par la

quantité de poussière présente dans l'air, par la teneur en quartz et par la durée du séjour dans le milieu poussiéreux. La forme grave de la pneumoconiose, à l'exception de l'asbestose, n'est due qu'à l'inhalation de poussières contenant de la silice. Toutefois, la présence de poussières d'autre nature ne diminue ni n'accentue l'action nocive de la silice.

M. Zanelli (Bologne). — **La pneumoconiose professionnelle ignorée.** — L'examen radiologique révèle des altérations pneumoconiotiques d'origine professionnelle chez les personnes qui n'accusaient aucun trouble fonctionnel.

M. Mierzecki. — **Stigmates professionnels chez les des maçons.** — Chez huit porteurs de briques, certaines altérations de la peau étaient en rapport avec leur métier.

M. Alf. Gaetano Croce. — **Les affections cutanées en rapport avec le travail des cimentiers.** — Les dermites chez les cimentiers sont d'autant plus graves que le ciment est mélangé à la chaux, même éteinte. Cette dermite est une maladie professionnelle et non un accident.

(*A suivre.*)

# Les Thèses

Mp. — Dr M. Saheb. — **Les phénomènes congestifs et fluxionnaires au cours de la tuberculose pulmonaire.** (Marcel Vigné, éditeur, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1931.)

L'histoire clinique d'un tuberculeux pulmonaire chronique est jalonnée par un certain nombre d'incidents plus ou moins aigus, mais susceptibles de régression, séparant les périodes latentes de la maladie. Ce sont les *incidents fluxionnaires* de la tuberculose pulmonaire. Le type de ces incidents est représenté par la *pneumonie tuberculeuse curable.* Il convient d'en rapprocher l'ensemble des poussées décrites classiquement sous la rubrique impropre de « *congestions pulmonaires* ». L'étude de ces incidents montre, en effet, qu'ils sont la traduction clinique de *fluxions* caractérisées par la production d'un *exsudat alvéolaire.*

Mais des fluxions analogues peuvent se produire au niveau de chacun des autres éléments constitutifs de l'appareil broncho-pleuro-pulmonaire ; c'est-à-dire, en outre de l'alvéole, sur la plèvre, sur la bronche. Il y a donc lieu de comprendre dans un même groupe : les fluxions alvéolaires, dont il vient d'être question, les *fluxions pleurales*, dont le type est la pleurésie séro-fibrineuse aiguë ; les *fluxions bronchiques*, dont le type est la bronchite aiguë.

Mais, en outre, la congestion vasculaire, qui est à l'origine de toutes ces fluxions, peut, dans certains cas, se présenter en apparence à l'état isolé, ou en tout cas prendre une importance telle qu'on est en droit de décrire, dans ce même groupe de fluxions, une *fluxion vasculaire*, dont le type est l'hémoptysie fébrile.

Dans tous les cas, il s'agit de poussées aiguës revêtant dans leur ensemble l'allure générale des poussées évolutives décrites par MM. Bezançon et de Serbonnes.

Ces poussées fluxionnaires présentent un certain nombre de caractères communs ; elles s'accompagnent de l'apparition de manifestations importantes d'ordre fonctionnel, acoustique, radio-optique, et bactériologique, dépendant des fluxions élémentaires qui y participent. Il se crée ainsi autour de la poussée, une symptomatologie bruyante qui, s'ajoutant à son caractère d'incident aigu, contribue à lui donner une apparence de gravité.

Contrastant avec leur gravité apparente, l'évolution naturelle de ces poussées aboutit à la *régression* de tous leurs éléments symptomatiques. Cette *regression* peut être complète, dans les cas les plus favorables. Mais souvent il persiste après la poussée des *séquelles* plus ou moins importantes. Ces *séquelles* se traduisent par des signes fonctionnels, acoustiques, bactériologiques et radiologiques en proportions variables, et pouvant exister les uns sans les autres.

A côté de ces poussées types, dont les caractères fluxionnaires sont manifestes, il y a place pour une foule d'incidents dont le caractère fluxionnaire ne se comprend qu'à travers la gamme des formes intermédiaires qui les rattachent aux formes types. Ce sont les *formes dégradées* des poussées fluxionnaires, caractérisées : soit par l'atténuation des symptômes, soit par la limitation du foyer, soit par sa pauvreté en signes cliniques.

Il convient de faire une place à part pour les *formes dissociées* dans lesquelles il existe une disproportion entre les différents éléments symptomatiques, en particulier entre les signes acoustiques et radio-optiques.

Les incidents fluxionnaires sont d'une extrême fréquence ; ils représentent dans la pratique les manifestations apparentes les plus fréquentes de la tuberculose pulmonaire. Ils se rencontrent dans toutes les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire ; c'est à leur variabilité qu'est dû en partie le grand polymorphisme de la maladie.

Chez l'individu porteur de lésions cliniquement reconnues, les poussées fluxionnaires peuvent se produire en n'importe quelle région du poumon, autour d'une épine quelconque quelles que soient son étendue et sa nature anatomique ; mais non pas toujours au niveau du poumon le plus atteint, ni autour des plus grosses lésions. Il n'y a aucun rapport entre l'importance du foyer et les dimensions de l'épine

autour de laquelle il s'est produit, pas plus qu'entre l'étendue du foyer et celle des séquelles qu'il laisse après lui. Enfin, les poussées se reproduisent chez un même malade en un point quelconque de l'un ou l'autre poumon, en revêtant indifféremment l'un des différents types de poussées.

Les manifestations fluxionnaires sont susceptibles d'accompagner les premières manifestations de l'infection de l'organisme par le bacille de Koch.

Avant même l'apparition de toute lésion cliniquement constatable, aussi bien chez l'adulte que chez l'adolescent ou le grand enfant, on peut voir survenir des manifestations fluxionnaires : bronchites à répétition, congestions pulmonaires, poussées pleurétiques, hémoptysies, dont la vraie nature n'est souvent confirmée que plus tard, par les progrès de la maladie. Tout porte à croire que chez ces sujets, les poussées fluxionnaires se produisent autour d'une épine irritative minime, en particulier autour des lésions légères et diffuses de la trame conjonctive (*tramite initiale*).

Chez le nourrisson, l'*infiltration épituberculeuse*, plus tard, chez le grand enfant, la *spléno-pneumonie* froide rentrent également dans le cadre des poussées fluxionnaires.

Des poussées fluxionnaires se produisent aussi au cours du traitement par le pneumothorax, soit au niveau du poumon comprimé, le plus souvent sous forme de réaction liquidienne, ou d'hémoptysies ; ou bien au niveau du poumon opposé (foyer congestif, pleurésie contro-latérale).

Au point de vue du *diagnostic*, il convient d'éviter un double écueil : chez un tuberculeux avéré, il faut se garder de mettre toutes les manifestations d'ordre fluxionnaire sur le compte du bacille de Koch. Il importe au contraire de reconnaître ces poussées et leur vraie nature, alors qu'elles sont les premières manifestations d'une tuberculose latente.

Le *pronostic actuel* d'une poussée fluxionnaire est relativement bénin, quelles que soient sa gravité apparente et sa localisation, puisque ces poussées sont essentiellement susceptibles de régression. Mais il faut tenir compte du *pronostic éloigné* ; celui-ci se confond avec celui des lésions que couvrait la poussée et dont il est souvent très difficile d'apprécier le potentiel évolutif.

La *thérapeutique* des poussées fluxionnaires doit être : *a*) Préventive : il convient d'éviter toutes les causes susceptibles de provoquer la congestion locale, en particulier de s'abstenir de toute médication congestive (tuberculine, arsenic, iode, gaïacol, etc., parfois même des révulsifs). *b*) Curative : le traitement hygiéno-diététique suffit en général à lui seul à faire régresser les phénomènes. Il y a lieu souvent de le compléter par la médication sédative.

En outre, le pneumothorax artificiel paraissant favoriser la régression, il convient de l'instituer de façon précoce, d'autant plus qu'il existe une incertitude au sujet de l'importance que pourraient prendre les séquelles. Enfin, quand un incident fluxionnaire survient comme première manifestation d'une tuberculose latente, il doit être considéré comme un avertissement salutaire et inciter à une surveillance médicale prolongée avec suppression de tout surmenage physique et moral, afin d'éviter l'éclatement de manifestations plus graves.

---

***Les livres qui viennent de paraître...***

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE, 26, rue Jacob, Paris, VIe.

S. MOTTET et L. SABOURIN. — **Les plantes grimpantes en plein air.** *Description, emplois, multiplication.* Un vol. 192 pages, 63 fig. Prix : 11 fr. franco.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### A propos de l'insomnie

Par le Dr P. LONJON

Parmi les plaintes le plus vivement exprimées par les malades, l'insomnie occupe une place prépondérante, aussi existe-t-il peu de symptômes contre lesquels il importe autant d'être bien armé.

Le sommeil normal est une nécessité physiologique. Pendant le temps qui lui est consacré, la vie cellulaire se ralentit, les tissus se désintoxiquent, les centres nerveux sont inhibés, l'assimilation l'emporte sur la désassimilation. Il en résulte pour l'individu un stockage d'énergie, dont il usera à l'état de veille. On conçoit les conséquences graves, que peut amener la suppression du sommeil. Ces conséquences seront évidemment plus grandes chez l'homme malade que chez le sujet sain. L'insomnie constitue alors une aggravation redoutable, qu'il suffira quelquefois de traiter pour voir rétrocéder un état alarmant.

Avant d'entreprendre l'étude d'un trouble, qui préoccupe si souvent et à juste titre le thérapeute, il importerait d'abord de connaître les conditions efficientes du sommeil. Sur ce point, l'accord est loin d'être fait. La recherche du mécanisme et de la nature du sommeil a été, ces dernières années, l'objet de nombreux travaux. Mettant à profit les hasards de l'observation clinique et les ressources nouvelles de l'anatomo-

pathologie, physiologistes et neurologues ont abordé le problème du sommeil d'un point de vue biologique. Certains ont rapproché le sommeil d'autres phénomènes biologiques, tels que les instincts. D'autres ont admis l'hypothèse de la formation d'une hypnotoxine, ou encore, considérant le fonctionnement du système nerveux central pendant le sommeil, celle de la formation d'une auto-narcose carbonique. Pour d'autres auteurs, le sommeil peut-être déterminé par des substances spéciales analogues aux hormones. De plus, on a émis la conception de l'épuisement durant la veille, de substances nécessaires à l'activité des cellules. D'autre part, on a étudié le rôle important que joue dans la production du sommeil, le déplacemen des ions entre le sang et la substance cérébrale. Enfin, toute une série de théories explique la fonction hypnique par un manque d'excitations extérieures qui normalement tiennent l'homme en éveil. L'inactivité de l'organisme serait ramenée à une inhibition des fonctions. Le point de départ des influx inhibiteurs serait dans le tronc ou dans l'écorce.

Tant d'imprécision ne permet pas encore, dans la plupart des cas, d'opposer un traitement vraiment rationnel à l'insomnie, d'autant plus que chez l'adulte, l'insomnie résulte de causes nombreuses et que les formes en sont variées. Il va de soi que, lorsque la cause aura été reconnue, c'est elle qu'il faudra traiter. Il en est ainsi pour les insomnies secondaires : insomnies des grands douloureux viscéraux, insomnies des cardiaques, des respiratoires. C'est la cause également qu'il faudra rechercher dans les insomnies dites symptomatiques, insomnies des grandes infections à leur début, insomnies des intoxications exogènes et endogènes, insomnies consécutives à la fatigue. Vis-à-vis de toutes ces insomnies, on usera d'une thérapeutique en quelque sorte pathogénique. Il n'en sera pas de même pour les insomn'es d'ordre psychique dans lesquelles on rencontre rarement souvent l'insomnie pure, car le symptôme angoisse est certainement très répandu. On trouve l'insomnie aussi chez les déments, dans la paralysie générale au début, et elle fait partie intégrante de la confusion mentale. L'insomnie est de règle chez le maniaque et l'agité ne saurait dormir. L'insomnie peut compliquer toutes les obsessions ; le phobique, le douteur, sont assez préoccupés pour ne pas dormir. L'insomnie chez le délirant chronique est également logique ; l'halluciné est tenu en éveil par ses hallucinations, le revendicateur, par cette excitation spéciale, qui l'a fait comparer au maniaque.

Dans tous les cas précités, il faut se préoccuper de l'affection nerveuse ou autre qui conditionne l'insomnie, et l'on sait l'action du bromure (sédobrol) et celle des barbituriques (somnifène, allonal, etc.) contre les symptômes neurocérébraux.

L'insomnie pure peut être aussi un phénomène capital, apparaissant comme primitif. Ici, la thérapeutique repose surtout sur l'emploi des hypnotiques. D'ailleurs, entre les deux variétés d'insomnie, nous trouvons tous les cas intermédiaires, où l'importance de la cause s'efface devant l'intensité du symptôme, et où la thérapeutique devient de plus en plus symptomatique.

On a cherché de tout temps à provoquer le sommeil par l'ingestion de substances médicamenteuses. Mais, c'est surtout au cours de ces dernières années que la pharmacologie des hypnotiques s'est considérablement enrichie. Cet accroissement est dû, d'une part, aux progrès de l'expérimentation, qui ont permis d'étudier le retentissement de tel ou tel hypnotique sur les grandes fonctions vitales, d'autre part, aux acquisitions de la chimie organique. On sait aujourd'hui composer synthétiquement un corps suivant une formule préconçue et étudier l'action de tel ou tel radical constitutif. Parmi ces nouveaux composés de la chimie contemporaine, l'allylisopropylacétylcarbamide est un des derniers venus. Ce médicament, spécialisé sous le nom de sédormid, est un dérivé de l'urée dans laquelle un des hydrogènes du groupe aminé est remplacé par le radical allylisopropylacétique. Avant d'être lancé dans la thérapeutique, ce médicament a été l'objet d'une expérimentation minutieuse. On peut conclure des travaux de MM. Demole, Peters, Pouchet, etc., que ce produit est sans action nocive sur le foie ou le rein. Les effets d'accumulation ne sont pas à craindre, le médicament se détruisant presque complètement dans l'organisme. Ces auteurs ont obtenu régulièrement un sommeil rapide, tranquille, sans phase d'excitation au moment du réveil.

Le sédormid est un hypnotique léger et un sédatif. Il est surtout indiqué comme traitement de l'insomnie moyenne et de l'anxiété. Toutefois, il a été également utilisé dans l'insomnie des psychoses. Il semble qu'il procure le sommeil même aux grands agités, s'il est donné aux doses suffisantes. On peut sans crainte atteindre aux doses fortes, sa toxicité étant faible. Il se présente sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 25 faciles à absorber, sans saveur désagréable, ni action nocive sur l'estomac ; on en prescrira un à trois à prendre le soir au moment du coucher.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité bibliographique

#### De Paris à New-York

Robert MORCHE

De toutes les infirmités sensorielles qui frappent l'homme, il n'en est pas de plus pénible, semble-t-il, que la surdité. L'aveugle, qui a perdu, ou n'a jamais connu, l'infinie jouissance de la lumière, est habituellement gai : il n'est pas d'égards, de prévenances qu'on n'ait pour lui. Le sourd est triste. Isolé du reste du monde par la perte de l'ouïe qui l'emmure dans le torturant cachot du silence, objet à l'occasion des risées que provoquent les quiproquos de ses réponses inadéquates, et que le théâtre, sans aucune pitié, n'a pas manqué d'exploiter comiquement, il se renferme en lui-même, s'assombrit, et verse volontiers dans la mélancolie.

Aussi, convient-il de se montrer plein de gratitude envers ceux qui se préoccupent de remédier à un sort, en vérité lamentable.

De ceux-là, et au premier rang, est notre distingué confrère Robert Morche, sourd de guerre lui-même, fondateur de l'*Association des mutilés de l'ouïe*, directeur de la *Revue de l'Ouïe* et de la *Revue des Indépendants*. Il a été envoyé en mission en Amérique pour y étudier tous les procédés employés outre-atlantique pour remédier à la surdité et appareiller les sourds. C'est le récit pittoresque et instructif de ce voyage, qui dura exactement vingt-huit jours, depuis l'embarquement du départ, jusqu'au débarquement du retour, que Robert Morche a rapporté dans ce volume, illustré de belles photographies (1).

Langue souple, spontanée, observation aiguë, notations exactes... Tels sont les principaux mérites de ce livre. En voulez-vous un exemple ?

« *En résumé, à New-York, trois merveilles* : les buildings, les rues droites, l'éclairage de Broadway.

« *Trois horreurs* : le métro, la prohibition, les pourboires.

« *Trois commodités* : le téléphone, le métro — tout de même — les cafétérias.

« *Trois incommodités* : la pénurie de W. C. publics, l'absence de cafés terrasses, le grand vent ou l'atroce chaleur.

« *Trois excellents souvenirs* : la cordialité américaine, les restaurants music-hall, le confortable des hôtels.

Et des conclusions de son rapport, ces extraits :

« Les sourds et durs d'oreille d'Amérique sont puissamment groupés dans d'utiles et puissantes organisations. Les durs d'oreille s'adaptent mieux qu'en France à leur infirmité, ils sont fervents des microphones et de la lecture labiale......

« .....La France... se doit de travailler, elle aussi, à l'amélioration du sort des sourds. »

Après Luc Durtain, après Georges Duhamel, après Paul Morand, sans tenter la moindre comparaison entre Robert Morche et ces écrivains, en lisant « de Paris à New-York », vous aurez une idée exacte de la véritable figure des Etats-Unis d'Amérique, et, ayant pris note de tout ce qui nous en sépare, vous comprendrez mieux l'utilité de tout ce qui peut nous en rapprocher.

G. DUCHESNE.

(1) Un volume de 110 pages avec 14 photographies hors textes. Edition de la *Revue des Indépendants*, Sanary (Var). Prix : 20 francs.

**Deux Livres sur la Guerre**

I

## La Guerre sans Galon

Georges CUVIER

Georges Cuvier, fils et neveu de confrères, — son oncle avait débuté dans la carrière comme médecin militaire, — est médecin lui-même. Mais il n'avait encore que trois inscriptions de doctorat quand il fut, jeune soldat, versé, au printemps de 1917, au 162e régiment d'infanterie, le Cent six deux, — comme il le dit selon le langage poilu, — avec lequel il part à l'aventure, *des Révoltes à la Victoire* (1).

C'est son journal de route, tenu scrupuleusement jour par jour, dont il a transcrit, avec ses impressions, tous les détails : « instantanés sans retouche, dit-il encore, pouvant donner quelque valeur à leur succession ininterrompue, aucun fait de guerre n'y dépassant la moyenne des émotions vécues par l'ensemble des poilus ».

Et nous l'accompagnons partout, dans l'Aisne, à la période troublée des révoltes qui succédèrent à l'échec de l'offensive d'avril, à Verdun, en Lorraine, en avant de Compiègne. Avec lui, nous prenons part à la reprise de Soissons en juin 1918, et nous le suivons jusqu'au moulin de Laffaux, en septembre 1918, quelques semaines avant la fin de l'horrible cauchemar, dont aucun récit ne peut donner une idée plus exactement rigoureuse, que cet exposé, simple, exempt de grandiloquence, de périodes sonores. Dans les tranchées de première ligne, sur le champ de bataille, lui-même en pleine action, au repos, en mouvement,..... partout où il plaît à Georges Cuvier de nous emmener, nous sommes saisis d'une horreur sacrée, et nous nous demandons anxieusement : « Est-il possible que des créatures humaines aient pu tenir, des années durant, en un tel enfer ? » A lire un tel livre, on maudit plus encore la guerre, *Bella matribus detestata*, et on glorifie tous ceux qui cherchent, de bonne foi, à la rendre désormais impossible.

Donc, ce jeune étudiant en médecine fit toute la campagne comme téléphoniste appartenant à l'équipe du 2e bataillon du 162e R. I., Cie H. R.

De toutes les aventures qui lui advinrent, et où il en fut de si périlleuses qu'on s'étonne qu'il en soit revenu, je n'en connais pas de plus savoureuse que celle-ci : un jour, il se sent malade et se rend à la visite. Celle-ci est passée par un jeune médecin auxiliaire, qui ne totalise, lui, que deux inscriptions. Et savez-vous comment il accueille son camarade ? Tenez-vous bien : « Tes cheveux sont trop longs. Va d'abord les faire ajuster ! ! »

Georges Cuvier encaisse avec bonne humeur cette réponse grotesque, de ce gamin tout frais galonné d'argent panaché de soie, et qui exhibe ainsi une âme de vieux sous-off, propre à lui attirer ce qu'il n'aurait pas volé : un coup de pied au ..... bas des reins.

Car il demeure toujours d'humeur égale, à travers les mille risques qu'il court. Et il trouve même le temps de versifier. Vers sans prétention, mais où résonnent les rumeurs affolantes du combat auquel, si souvent, il fut mêlé. Jugez-en plutôt sur ce sonnet, dédié à son « bon copain » Brugère :

Fier sapeur du Génie, ô Brugère, ô mon Maître !
Ton beau chef s'est casqué des écouteurs jumeaux ;
Et tout un jasement, tel un air de pipeaux,
Grésille en ton conduit auditif, y fait naître

Le message officiel, que $V_3$ doit transmettre.
Hirsute quelque peu, râleur quand un « Allo »
T'importune, et vient, las ! faire tomber à l'eau
L'écoute fructueuse ! ... en des transes te mettre.

Les nôtres en avant sont en train d'encaisser.
« Barrage... coups trop courts... » Oh ! qu'il est à fesser,
L'animal des « Allo » ! Tous tes signaux se tronquent.

A l'entour du P. C. — Braoum ! ! ! — le 105 choit ;
Tout mugit dans l'ampli. A l'écouteur, nul choix :
Tel pour la mer, sans but, le bruissement des conques !

J'ai connu Georges Cuvier enfant. J'avais grande sympathie pour son père. Il m'est agréable de présenter, aux lecteurs du *Concours Médical*, ce livre qui dessine, sans ornements superflus, sans recherche de style, sans effets de rhétorique, d'un trait fidèle, des scènes réitérées sur la vie, et la mort, telles que la guerre les dispensa à ceux qui la firent, comme lui, *sans galon*.

G. DUCHESNE.

(1) Un volume de 280 pages, illustré par Henri Bernard, aux Editions du Combattant, 80 rue de Bondy. Paris : 12 francs.

II

## Souvenirs d'un médecin-major (1914-1917)

Edouard Laval,

Médecin-colonel de réserve.

Ici, nous suivons cette fois la guerre avec un sympathique confrère galonné ; nous en suivons les péripéties du point de vue sanitaire. C'est encore son journal de campagne que l'auteur publie (1), et qui nous le montre, à partir de la mobilisation, médecin chef d'une ambulance divisionnaire jusqu'en mars 1915 ; puis, médecin chef d'un hôpital d'armée installé à l'hospice mixte de Neufchâteau, puis attaché au Cabinet du Général Galliéni, ministre de la guerre. A la mort de celui-ci, le Dr Laval retourne, sur sa demande, aux Armées, où il est chargé de construire à Amiens un hôpital d'armée barraqué, dont il prendra la direction. Il y restera jusqu'en novembre 1916, pour passer de là à la chefferie médicale du commandement d'étapes de la régulatrice de Creil, et arriver enfin au poste d'adjoint du chef supérieur du Service de santé de la 6e armée, le 1er mars 1917.

Tous les événements dont l'auteur a été témoin, ou auxquels il prit part, sont relatés, jour après jour, assaisonnés, si j'ose dire, du récit d'anecdotes qui sont autant de visions de guerre sur la vie, et je répète aussi, sur la mort, photographiées instantanément, quelques-unes humoristiques, telle celle-ci que je reproduis intégralement :

Dans un village, pour remercier l'institutrice de la réception qu'elle avait faite aux officiers (n'avait-elle pas, en particulier, poussé l'obligeance jusqu'à céder son lit ?) au moment de partir, il (le médecin chef d'une ambulance) l'embrasse devant toute l'ambulance, « oh ! sans concupiscence, je vous prie de le croire », ajoute-t-il. Quelle ne fut pas sa stupéfaction, quelques jours après, de voir arriver à la gare son hôtesse flanquée d'une adjointe jeune et accorte. Il dut user de toute son autorité pour faire comprendre à ces dames qu'il valait mieux pour elles retourner dans leur petit village. »

Le plus grand nombre, par contre, poignantes, dans leur réalisme sans apprêts :

A Carency, un homme du génie, tandis qu'il coupait les fils de fer pour se lancer à l'assaut des maisons occupées par les Allemands, a reçu une balle dans le ventre. Pendant qu'on l'examine, il ne gémit pas, raconte posément comment cela s'est passé, et voilà tout.

Dans la soirée, le pouls devient petit, l'abdomen se ballonnne, la vessie est perforée : début de péritonite. Cependant il continue à parler simplement, demande à boire. Puis, au bout de quelques heures, sans un cri, il s'éteint sur ces simples mots : « Ça y est. »

Des souvenirs du Docteur Laval, ceux que j'ai pris le plus vif intérêt à lire sont relatifs à son passage au cabinet de Galliéni, ministre de la guerre, dont il était le médecin particulier. Intérêt dû aux révélations qui nous sont ainsi faites des idées, des projets, des décisions d'un chef, d'un grand chef, qui n'a pu donner toute sa mesure, la mort l'ayant pris trop tôt. Et ce fut dommage pour la France...

De ces souvenirs, celui-ci :

« Le général est entré hier soir à la Maison de santé... Il est remarquable de voir comme la calomnie s'attache à lui, ainsi qu'à tous les grands hommes.

Depuis plusieurs semaines, ne raconte-t-on pas qu'il va se faire opérer pour se marier ensuite avec Mme X ? Le bruit en est venu jusqu'aux oreilles des sœurs qui le soignent. »

Ce qu'il y avait de calomnieux dans ce bruit, c'était d'attribuer sa décision prise, de subir l'opération, au désir de se remettre physiquement en bonne posture de mari. Mais je suis fondé à croire que le bruit lui-même était exact, et j'ai connu Mme X, qu'on lui donnait comme fiancée. Comme j'ai connu et connais encore toute sa famille, dont je suis l'ami.

De la préface du Médecin général inspecteur Toubert, j'extrairai ces lignes, qui me serviront de conclusion :

L'auteur, qui fut un brillant médecin de l'armée active, avant de devenir un distingué praticien civil, est, pour le moment, le seul appartenant au Service de santé militaire français, parmi les nombreuses personnalités de France et de l'étranger qui ont enrichi cette collection. Il le représente avec une autorité et une compétence auxquelles il m'est agréable de rendre un public hommage... En présentant son beau livre, où la vivacité de la forme ne le cède en

---

(1) Un volume de 240 pages in-8°. Préface du Médecin général inspecteur Toubert. Payot, éditeur, 106, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 20 francs.

rien à la solidité du fond, je lui souhaite, pour son œuvre présente, qui aura sans doute une suite, un grand et légitime succès, en France et aussi dans les pays alliés ou amis qui ont vécu la grande guerre. »

Je formule le même souhait. Je ne puis m'empêcher, en outre, de faire un rapprochement entre le livre du médecin-colonel Laval et celui du simple soldat Cuvier, aujourd'hui docteur en médecine, et sans doute médecin de réserve, ce qui, dans une certaine mesure, montre que d'autres membres du Service de santé militaire français ont enrichi la collection des études et documents qui peuvent servir à l'histoire de la *guerre mondiale*. Certes, Cuvier ne l'a pas faite comme médecin, et on se demande pourquoi, puisque des médecins auxiliaires se trouvèrent aux armées, qui avaient moins d'inscriptions que lui. Mais il était déjà médecin, en puissance, et par son atavisme, et par le début de ses études médicales, qu'il a reprises plus tard, et menées avec tant d'ardeur et de sérieux qu'il est devenu un biologiste des plus distingués. Et cela donne à son livre une saveur particulière que goûteront les médecins, ses confrères.

G. DUCHESNE.

## LOI DES PENSIONS

### Liberté de prescriptions pharmaceutiques et autorisations nécessaires

On nous demande ce qu'il faut penser de la légalité de la circulaire ci-dessous du Préfet de l'Aude. Le corps médical doit-il se soumettre sans observations aux directives de la préfecture, sans se demander si ces ordres sont légaux ?

PRÉFECTURE de l'AUDE.
2e *division*
2e *Bureau.*
—
Soins médicaux et pharmaceutiques aux bénéficiaires de l'article 64.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Carcassonne, le 12 septembre 1931

Le Préfet de l'Aude,
aux Médecins du département,

Monsieur le Docteur,

*A la demande pressante de la Commission de contrôle* des soins aux mutilés, j'ai l'honneur de vous rappeler ma circulaire du 9 mars dernier, au sujet de la prescription, à des bénéficiaires de l'art. 64, d'ampoules de sérum de cheval ou de plasma musculaire et dont voici les dispositions :

1° La prescription de cette médication est subordonnée à l'*autorisation préalable* de la Commission de contrôle ;

2° Elle ne peut se faire que dans *les cas d'hémorragies* ;

3° Il appartient *exclusivement au médecin* de demander cette autorisation à la Préfecture.

Dorénavant, la Commission mettra, *sans autre avis, à la charge des médecins*, le montant de ces médicaments, quand ils seront prescrits en dehors des conditions exposées ci-dessus.

La même réglementation s'applique au *Service de l'Assistance médicale gratuite.*

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Préfet,

E. BOUGOUIN.

Cette circulaire préfectorale pose une double question : d'abord le point de fait, d'ordre médical ; puis le point de droit.

Considérée en fait, cette circulaire montre qu'elle a été rédigée par des personnes peu versées dans les choses de la médecine. Il eût fallu établir une distinction entre la prescription d'ampoules de sérum de cheval dans les cas graves et urgents d'hémorragies et la répétition des ordonnances, formulant ledit sérum comme moyen thérapeutique continuel.

Dans le premier cas, le préfet aurait dû appeler l'attention des médecins sur la nécessité de soigner d'abord le malade, vu l'urgence, l'hémorragie, pour laquelle le sérum doit être utilisé de suite. La seule recommandation à faire aux praticiens, c'est d'avertir la commission de contrôle qu'en raison de l'urgence, la prescription a été faite et exécutée sans formalité préalable.

Mais s'agit-il de la répétition d'ordonnances, dans un cas, où le médecin estime utile la prescription de ce sérum, le praticien doit avertir la commission départementale, non pour demander une autorisation, mais pour que la commission déclenche le contrôle si elle le juge à propos.

Voilà pour la question de forme, ne considérant que le fait lui-même : le médecin doit agir selon sa conscience ; mais comme il s'agit de malades, pour lesquels paie une collectivité (en l'occurrence, l'Etat) il faut donner à ce tiers payant la possibilité de faire contrôler, si ses intérêts ne sont pas spoliés : d'où la nécessité, — non pas de demander une autorisation, — mais d'avertir la commission, pour que le contrôle puisse fonctionner utilement.

Reste maintenant la question de droit.

Le Préfet interdit au médecin de prescrire un médicament spécialisé, avant d'avoir reçu l'autorisation de le faire. Sinon, il subira une péna-

lité, consistant *dans le remboursement, par lui-même*, des frais de médicaments indûment prescrits.

Nous devons nous demander d'abord si la liberté de prescription du médecin est ainsi limitée ; puis, si la pénalisation infligée est régulière et légale.

Une fois de plus, je m'élève contre la limitation du droit de prescrire que le corps médical s'est laissé imposer progressivement par l'autorité ministérielle, sans se demander si le ministre ne faussait pas ainsi la volonté du législateur.

Je n'aborderai pas à nouveau cette discussion juridique, que je soutiens ; mais j'estime que la loi du 31 mars 1919 n'a pas entendu ordonner que les pensionnés de guerre seraient soignés par des moyens limités. Le texte de l'article 64 est large et général : tous les procédés thérapeutiques sont à la disposition des médecins, lorsque ceux-ci sont appelés à traiter des pensionnés de guerre.

Mais, comme l'Etat paye, il a un droit de regard et de contrôle. Et c'est ici où commence la violation de la loi.

Je sais très bien que des abus nombreux ont été commis jadis et qu'il s'en commet encore aujourd'hui, moins à la vérité. Que ces abus soient vérifiés, contrôlés, punis, même sévèrement ; je suis tout à fait d'accord, car nous ne saurions soutenir, ni approuver un confrère peu consciencieux, ou négligent, qui fait supporter à l'Etat — c'est-à-dire à nous tous, les contribuables — des dépenses inutiles et injustifiées.

Mais, il ne faut pas que les bons pâtissent pour les quelques coupables. Nous ne pouvons pas admettre — moi du moins — que, parce qu'il y a un petit nombre de mauvais confrères, l'ensemble du corps médical, ainsi que les réformés aux mêmes aient à pâtir de mesures de restriction et de suspicion.

Au lieu donc de permettre sans protestation de notre part à un ministre de décider que seuls pourront être ordonnés les produits inscrits sur le tarif de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques — liste dressée en dehors de toute collaboration du corps médical — nous aurions dû porter le problème devant le Conseil d'Etat, pour faire décider par cette haute assemblée le droit de libre prescription du médecin, sous le couvert du contrôle.

Le second point, qui me paraît discutable, dans la circulaire du Préfet de l'Aude, c'est la mesure de coercition qu'il édicte : seront imputées à charge du médecin traitant, les dépenses de médicaments, notamment celles de sérum de cheval, qui préalablement n'auront pas été autorisées par la commission de contrôle.

On fait découler ce droit de punition de l'article 102 de la loi du 19 décembre 1926, ainsi conçu : « Les commissions auront qualité pour *imputer à l'une des parties en cause, soit isolément*, soit conjointement, les sommes indûment réclamées à l'Etat et pour prononcer éventuellement, en cas d'abus caractérisé, l'exclusion temporaire, ou définitive du droit de recevoir ou de délivrer des soins, ou des produits au titre du présent article. »

En matière de droit pénal, les textes de loi doivent toujours être pris dans leur sens étroit.

Il en résulte que, par application *stricto sensu* des termes de l'article 102 précité, il faut pour que des frais de pharmacie puissent être imputés comme punition à un médecin, que ce dernier soit *une partie en cause*, c'est-à-dire que ce soit lui qui réclame le paiement de ces frais pharmaceutiques (comme propharmacien, par exemple) ; ou qu'il ait été appelé en garantie par le pharmacien devant la commission de contrôle ; il faut ensuite qu'il soit prouvé qu'il a indûment ordonné le médicament, ou qu'il a commis un abus caractérisé.

Voyons tour à tour ces conditions.

Dans l'immense majorité des cas, la seule partie en cause, c'est le pharmacien, qui présente à la commission départementale de contrôle son mémoire d'honoraires. Si celle-ci croit devoir repousser tout ou partie du mémoire, elle se refuse à ordonnancer le mandat de paiement.

Au pharmacien de faire appel devant la commission supérieure, ou de se retourner contre ses débiteurs immédiats : le malade et le médecin.

Le malade est le consommateur des produits médicamenteux en litige ; ceux-ci ont été ordonnés dans son seul intérêt ; il doit donc en payer le montant, puisqu'il a profité de cette médication.

Mais si le pharmacien croit devoir appeler en garantie le médecin qui a signé l'ordonnance, il peut le faire et les tribunaux de droit commun apprécieront s'il y a eu, ou non faute du médecin, en prescrivant les médicaments objets du litige.

Mais, je ne puis admettre que, croyant simplifier le litige, la commission départementale de contrôle puisse imputer à charge au médecin le prix des médicaments, qu'il aurait ordonnés indûment, ou par erreur et en défalquer le montant sur le mémoire d'honoraires médicaux du praticien.

Il est un principe de droit pénal absolu : on ne peut pas condamner quelqu'un sans que ce dernier n'ait été mis à même de présenter sa défense.

Or, avant de diminuer le mémoire d'honoraires du médecin des frais de médicaments déclarés indûment ordonnés, la commission de contrôle a-t-elle cité à sa barre le praticien, pour entendre ses explications ?

Car, nous plaçant dans le cadre de l'article 102 précité, il s'agit maintenant, de faire décider par la commission de contrôle, si tel ou tel médicament a été « indûment » prescrit.

Lorsque le médecin a porté, sur son ordonnance, des médicaments autres que ceux nécessaires pour traiter le cas pathologique, qui a motivé la réforme, le praticien a commis une erreur plus ou moins involontaire, mais dont il doit être rendu responsable. Il doit savoir qu'il ne peut faire supporter à l'Etat que les dépenses pharmaceutiques, nécessitées par la blessure, motif de la pension.

Mais s'agit-il de divergences d'ordre scientifique, ou technique, le médecin traitant pourra présenter ses explications, dire pourquoi il utilise telle, ou telle méthode de traitement. D'ailleurs il faut supposer que la commission de contrôle, avant de juger, a commencé par faire contrôler le blessé.

Enfin, faut-il dire juridiquement que « les sommes sont indûment réclamées à l'Etat », lorsque le pharmacien présente un mémoire, concernant des préparations, qui ne figurent pas au tarif de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques, ou qui n'ont pas été l'objet, au préalable, d'une autorisation de la commission départementale ?

A mon avis, la commission peut se refuser à ordonnancer le mémoire d'honoraires du pharmacien, parce que les médicaments prescrits ne sont pas mentionnés au tarif de l'A. G. Au pharmacien de porter, en appel, la question devant la commission supérieure, puis devant le Conseil d'Etat, pour faire juger la légalité de l'application dudit tarif de l'A. G.

Le médecin, à mon sens, doit rester en dehors du débat. Je sais bien qu'on peut m'objecter que c'est lui qui a prescrit les médicaments en litige et que le pharmacien n'a qu'à se conformer à l'ordonnance médicale.

Cependant, tous les pharmaciens de France possèdent dans leur officine le tarif de l'A. G., qui leur est indispensable pour préparer tous leurs mémoires de frais, alors qu'il n'y a aucun médecin de France, ne faisant pas de propharmacie, qui ait ce tarif en sa possession, d'autant que ce tarif n'est fait que pour le seul usage des pharmaciens.

J'estime donc que, devant une ordonnance que lui présente un mutilé de guerre, le pharmacien a le devoir de vérifier si tous les médicaments prescrits figurent bien sur ledit tarif de l'A. G. et, sinon, prévenir immédiatement le médecin.

Si ce dernier maintient sa prescription, ce sera alors à ses risques et périls, du moment où il aura été averti par le pharmacien que probablement, les médicaments ordonnés ne seront pas portés aux frais de l'Etat, par la commission départementale de contrôle.

De ceci, je conclus que si la commission départementale veut s'ériger en tribunal et infliger des punitions, c'est à la condition d'agir comme le font les véritables tribunaux répressifs de droit commun, de respecter les droits de la défense et de n'infliger de pénalités que dans les limites de l'article 102 de la loi du 19 décembre 1926.

Si elle veut réprimer des abus flagrants, qu'elle demande au préfet de lui venir en aide, au cas où le texte précité ne lui permettrait pas de frapper les coupables : le préfet peut toujours déférer devant les tribunaux correctionnels de droit commun le ou les médecins, accusés de complaisances abusives, ou de connivence avec des tiers intéressés.

De tout ceci je fais découler les conclusions suivantes : il faut réprimer les abus, lorsqu'ils se produisent ; mais je m'élève contre les errements du préfet de l'Aude et de quelques commissions départementales. Le médecin ne doit pas avoir d'autorisation à demander, pour pratiquer librement son art ; il soigne ses malades selon sa science, sa conscience et sous sa responsabilité civile.

Mais, lorsqu'un tiers intervient pour payer tout ou partie des frais médicaux et pharmaceutiques, le médecin doit avertir les organismes de contrôle, lorsque besoin en est, pour que ces derniers puissent fonctionner en temps utile. De plus le praticien doit se soumettre aux dits contrôles, du moment où il accepte de soigner le malade en question, dans le cadre de la loi spéciale qui régit son client.

Si des doutes s'élevaient sur la légalité de tel ou tel procédé de coercition, saisissons soit le Conseil d'Etat, soit la cour de Cassation, selon les espèces en cause ; mais ne laissons pas s'implanter des habitudes, que subrepticement impose l'administration soit ministérielle, soit préfectorale ; plus d'une fois les ministres, ou les préfets violent les textes de lois pour les besoins de la cause. Et la loi, expression de la volonté du peuple, doit être respectée par tous.

Dr Paul BOUDIN.

Notre article était déjà imprimé, lorsque nous avons reçu la circulaire suivante du Préfet de la Seine.

| | |
|---|---|
| DIRECTION des AFFAIRES DÉPARTEMENTALES — Commissions départementales de Surveillance et de Contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques aux Victimes de la Guerre — Cabinet du Président | RÉPUBLIQUE FRANÇAISE LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ — Préfecture du département de la Seine — Paris, le 25 mars 1932. |

Le Président des Commissions de surveillance et de contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques aux victimes de la guerre, à MM. les médecins et pharmaciens du département de la Seine.

Les Commissions tripartites de contrôle, émues de constater que, dans des cas fréquents, il a été

prescrit et délivré en quantités anormales des ampoules de sérum hémopoïétique de cheval et du plasma musculaire, ont décidé qu'à l'avenir, et par analogie avec les mesures déjà mises en vigueur dans certains départements, la délivrance de ces produits sera soumise, *à partir du 1er avril prochain*, à la réglementation ci-après :

1° La délivrance des ampoules de sérum hémopoïétique de cheval et du plasma musculaire est subordonnée, dans tous les cas, à une autorisation de la Commission tripartite ;

2° Le nombre d'ampoules de sérum susceptible d'être délivré *est limité à 24 par trimestre*. Le prix à compter à l'Etat sera celui de la fourniture faite en vrac ;

3° La quantité de plasma musculaire *ne pourra dépasser* 500 *grammes par trimestre* ;

4° En aucun cas, il ne pourra être prescrit cumulativement sur une même ordonnance, des ampoules de sérum et du plasma musculaire ;

5° En présence d'une situation nécessitant d'urgence l'emploi de sérum comme hémostatique et sous la responsabilité du médecin traitant qui aura alors à motiver sur le feuillet d'ordonnance sa prescription, il pourra être délivré 6 ampoules sans autorisation spéciale ;

6° Dans certains cas d'espèce, les Commissions tripartites pourront autoriser la délivrance d'un nombre d'ampoules de sérum supérieur à celui de 24 par trimestre, ou d'une quantité de plasma supérieur à 500 grammes à la demande motivée du médecin traitant, mais après contrôle technique, s'il y a lieu.

Hors le cas d'urgence stipulé au paragraphe 5, les ordonnances comportant des ampoules de sérum ou du plasma devront en conséquence être soumises *avant exécution* par le pharmacien, à la Commission de contrôle qui les retournera revêtues du bon à délivrer suivant la procédure déjà adoptée en matière d'eaux minérales.

Quant aux prescriptions rentrant dans le cas prévu au paragraphe 5, le pharmacien devra *après exécution* en aviser la Commission de contrôle en lui transmettant une copie de l'ordonnance de façon à permettre à l'Administration d'inscrire la fourniture sur la fiche de contrôle du malade.

Afin d'éviter toute contestation dans l'avenir au moment du règlement des mémoires, les Commissions de Contrôle ont le ferme espoir que vous voudrez bien vous conformer désormais à ces dispositions inspirées de la légitime préoccupation de ménager tous les intérêts en présence. Ces dispositions ont recueilli l'assentiment unanime des représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques siégeant dans ces Commissions.

A. VERLEY.

Cette circulaire est, comme on peut s'en rendre compte, nettement supérieure à celle du Préfet de l'Aude : en cas d'urgence, le médecin peut prendre toute initiative, en ce qui concerne la prescription d'hémostatique ; mais sous sa propre responsabilité.

Cependant, bien que cette circulaire émane, à n'en pas douter, de la collaboration entre les services de la Préfecture et les syndicats médicaux de la Seine, elle ne me donne pas entière satisfaction. Je ne puis pas admettre, que sous le prétexte de réprimer les abus et atteindre préventivement les mauvais confrères, l'autorité administrative vienne porter atteinte à ma liberté de médecin praticien. Je tiens de la loi du 30 novembre 1892 le droit d'exercer librement la médecine sous ma responsabilité et sous la caution des tribunaux de droit commun.

Je ne vois donc pas pourquoi le Préfet de la Seine vient limiter ma faculté des prescription à 24 ampoules par trimestre, sauf bien entendu, autorisation spéciale de la commission de contrôle.

Certes, je sais que ma manière de voir est très absolue et que des confrères ne la partageront pas. Mais ce sont ces petites concessions, ces légers abandons de notre liberté et de notre indépendance, qui progressivement autorisent les collectivités publiques ou privées à nous donner des directives, pour ne pas dire des ordres. Et, en en ayant pris l'habitude, nous ne nous regimbons pas.

Du point de vue des principes, j'estime que la liberté de prescrire doit demeurer intangible ; mais comme la collectivité paye les frais pharmaceutiques, j'ai l'obligation de signaler ma thérapeutique (si elle doit être répétée et coûteuse) à la commission départementale de contrôle, qui contrôlera, si elle croit devoir le faire.

Ai-je commis un abus ? condamnez-moi, soit par les juridictions professionnelles, soit par les tribunaux de droit commun. Mais respectez ma liberté de médecin praticien.

Je sais bien que la circulaire préfectorale de la Seine facilite beaucoup le travail des commissions de contrôle et empêche les abus de se produire ; car il y en a, il ne faut pas le nier. Mais, au lieu de voir prendre ces mesures restrictives, je serais heureux que puisse s'établir une liaison étroite entre les diverses commissions de contrôle et les conseils de famille des syndicats.

De concert, ces groupes de praticiens proposeraient au préfet telle ou telle sanction, dans tel cas particulier et même pourraient déférer le confrère délinquant et récidiviste devant les tribunaux correctionnels. Mais, au nom du principe de liberté, laissez les confrères consciencieux libres de leur pratique médicale, sous leur propre responsabilité.

Sinon, nous sommes bientôt prêts à accepter sans murmure, la médecine administrative, soit par fonctionnarisation, soit par salariat.

Dr Paul BOUDIN.

## A PROPOS DE LA SUPPRESSION DES MAISONS DE TOLÉRANCE

Dans le *Concours médical* du 8 novembre 1931 le médecin général Chavigny a écrit à l'adresse des partisans de l'abolition du régime réglementariste :

« ... leurs affirmations comportent une méconnaissance absolue et un mépris tout aussi total des données médicales.

« Même, quand on leur fait remarquer que, d'après toutes les tentatives faites en ce sens jusqu'ici, l'abolitionnisme a toujours abouti à une recrudescence d'immoralité, et à une multiplication des maladies vénériennes, ils se refusent à croire, ils ne veulent pas être convaincus.

« Presque jamais les abolitionnistes ne sont des gens, qui aient quelque documentation d'épidémiologie générale.....

« La libre pratique de la prostitution, la suppression de son contrôle médical ont toujours eu jusqu'ici des résultats, tellement fâcheux que les gouvernements en ont toujours été réduits, tôt ou tard, à rétablir les maisons de tolérance, lorsque, par vertu, ils s'étaient cru obligés à les fermer.

« Ce fut le cas d'un pape.

« Ce fut le cas de Saint-Louis.

« Et de combien d'autres. »

La documentation, ou plutôt les allégations, de M. le médecin général Chavigny nous semblent un peu anciennes et un peu vagues.

Il vient de nous tomber sous les yeux *l'Etude des lois et règlements propres à protéger l'ordre et la santé publics dans les pays, où le système des maisons de tolérance a été aboli.*

Ce document a été publié par la Société des Nations en 1930.

Nous en citerons quelques passages ; ils montreront que les abolitionnistes ont au moins autant que les réglementaristes « quelque documentation d'épidémiologie générale »

« *Le secrétariat a reçu des communications des trente pays suivants, n'ayant jamais eu ou ayant aboli le système des maisons de tolérance.* » Parmi ces trente pays se trouvent : l'Allemagne, l'Autriche, la Bulgarie, le Canada, les Etats-Unis d'Amérique, la Finlande, la Grande-Bretagne, la Norvège, la Pologne, la Suède, la Suisse, la Tchécoslovaquie, l'Uruguay, etc....

Dans cette très longue étude documentaire exposant la législation de ces pays, nous n'avons pu relever qu'aucun ait jamais rétabli le système des maisons de tolérance après l'avoir supprimé. C'est l'inverse qui s'est au contraire toujours produit.

Nous rapporterons ci-dessous quelques-unes des considérations médicales rapportées dans cette étude, laissant volontairement de côté les autres arguments, qui militent en faveur de l'abolition du système réglementariste.

Allemagne. — « Il est encore prématuré de juger de l'efficacité de la nouvelle loi (18 février 1927) par les résultats. Il est toutefois intéressant de noter que, conformément à un rapport présenté au Reichstag en décembre 1928 les nouveaux cas de syphilis à Berlin ont diminué depuis 1927 de 30 % et les nouveaux cas de blennorragie de 15 % ».

« Les autorités médicales sont d'avis qu'en règle générale le nouveau système s'est montré d'une efficacité surprenante, en ce qui concerne les maladies. A Berlin, au cours de la première année qui a suivi la mise en vigueur de la loi, 30.000 cas ont été traités par les bureaux de consultation, dont 65 % d'hommes. Le nombre de ceux qui, de leur propre mouvement, sont venus réclamer un traitement médical a considérablement augmenté. A Cologne, par exemple, leur nombre est vingt fois plus élevé que l'année précédente. La proportion des clients volontaires des bureaux est de 60 à 70 %....

Des 5.000 prostituées, dont on s'est occupé à Berlin, 1.500 ont été ramenées à une vie normale, 3.000 se sont soumises à la nouvelle forme de traitement, et 300 ont esquivé la continuation de la surveillance ».

Finlande. — « Au point de vue sanitaire, les autorités compétentes estiment que le système actuellement en vigueur a été d'une efficacité considérable, ce qui est prouvé, entre autres, par le fait que le nombre des cas de maladies a beaucoup augmenté aux époques où le système, à la suite des troubles causés par la guerre, etc..., n'a pu être appliqué ».

Grande-Bretagne. — « Depuis 1886, en ce qui concerne le problème de la prostitution, la Grande-Bretagne a renoncé à la réglementation officielle, sous quelque forme que ce soit, et la même politique a été adoptée d'une manière presque générale dans les autres parties de l'Empire britannique.

L'essai limité de réglementation officielle, tenté de 1864 à 1886 était préconisé presque exclusivement pour des raisons d'ordre médical. Si l'on considère simplement cet essai du point de vue médical, sa valeur n'a été nullement prouvée. Au cours des années en question, les maladies vénériennes ont accusé une tendance à décroître parmi les soldats, mais ce recul a été encore plus accusé quand cette expérience eut pris fin, et les méthodes modernes, dans lesquelles la réglementation officielle ne joue aucun rôle, ont produit des effets incontestablement supérieurs.

« On peut admettre que la vive opposition du public à l'égard du régime de la réglementation, qui a conduit le Parlement à annuler la loi autorisant cette

mesure, était fondée sur des arguments d'ordre moral et social, plutôt que d'ordre médical. Dans le présent mémorandun, nous ne faisons pas valoir les arguments présentés à cet effet. L'expérience ultérieurement acquise à nettement justifié l'abandon de ce système pour des motifs d'ordre médical, et les médecins, spécialistes en matière de traitement des maladies vénériennes, qui pourraient encore préconiser un retour à l'ancien systèmes, ont en très petit nombre. Au cours des vingt ou trente dernières années, l'opinion du monde médical s'est considérablement modifiée à cet égard, comme l'indique le rapport d'une Commission royale, nommée en 1913 pour procéder à une enquête sur la fréquence des maladies vénériennes dans le Royaume-Uni ».

Depuis 1886 la proportion de malades atteints de maladies vénériennes (par 1.000 et par année) parmi les troupes du Royaume-Uni a diminué progressivement de 267,1 à 22,3.

L'incidence de la maladie dans la marine, suit, d'une manière générale, la même courbe que dans l'armée.

Il est plus difficile d'obtenir des statistiques concernant la population civile ; néanmoins, les faits qui permettent de croire que l'incidence des maladies vénériennes est en diminution sont les suivants : *a*) les séquelles des maladies non traitées sont en diminution ;

*Morbidité infantile* au-dessous d'un an imputable à la syphilis (diminution de 57 % approximativement),

*Ophtalmie purulente* des nouveau-nés (diminution de moitié environ depuis 1920),

*Diminution du nombre des cas de syphilis dans les chiffres des recrues* de l'armée, réformées pour cause de syphilis (proportion tombée depuis 1920 de 0,65 à 0,06 par 1.000 hommes).

*b*) Le nombre des personnes atteintes d'infections récentes, qui vont se faire soigner dans les centres de traitement, est en diminution.

*c*) La diminution de l'incidence parmi les troupes de garnison dans la métropole est l'indice d'une diminution semblable dans l'incidence de la maladie parmi la population civile.

NORVÈGE. — « Le système de la prostitution réglementée n'a existé que dans une certaine étendue, dans quelques villes de Norvège et fut aboli vers 1890. Ce système s'harmonisait peu avec la législation en vigueur dans la matière et avec la conception morale de la population. Le système, qui avait en vue d'empêcher la propagation des maladies vénériennes, ne paraissait d'ailleurs pas approprié pour atteindre ce but. »

PAYS-BAS. — « La plupart des autorités néerlandaises sont convaincues qu'il n'est pas non plus nécessaire d'avoir recours à un système de contrôle obligatoire afin de limiter la propagation des maladies vénériennes, parce qu'une telle surveillance sanitaire ne donne pas les garanties que les adhérents de la réglementation considèrent comme un avantage de ce système. »

POLOGNE. — « Les maisons de tolérance ont été supprimées en 1910 sur l'initiative et à la suite de l'activité énergique des médecins de Varsovie malgré la résistance des autorités russes en Pologne, lesquelles se servaient des prostituées pour espionner la population polonaise... A la suite de la suppression des maisons de tolérance en Pologne, l'affluence de prostituées venant de l'étranger a presque entièrement cessé. »

Cette mesure n'était pas dictée par des raisons exclusivement politiques. En effet la République de Pologne, loin de la rapporter, a pris soin, dès le moment de sa libération, de régler la question de la surveillance de la prostitution libre.

Un nouvel arrêté a encore interdit les maisons de tolérance en 1922, deux ans avant l'adhésion de la Pologne à l'accord international en vue de la lutte contre la traite des femmes et des enfants.

TCHÉCOSLOVAQUIE. — Voici quelques-uns des motifs, sur lesquels le Gouvernement tchécoslovaque s'est basé en supprimant le système de la réglementation officielle.

« Le système de placement des prostituées dans les maisons de tolérance répand la débauche et le cynisme parmi la jeunesse dont le moral serait, autrement, moins menacé... En plus, les maisons de tolérance sont le lieu où l'on assouvit de façon perverse les instincts sexuels. Ce sont ces maisons qui rendent possible le métier de proxénète et la traite des femmes... Les maisons de tolérance facilitent aux jeunes filles paresseuses, et moralement corrompues, les derniers pas vers la prostitution... La vie dans les maisons de tolérance exerce un effet pernicieux sur les filles, tant au point de vue moral que physique. La consommation démesurée de l'alcool, qui constitue une des exigences du métier, le séjour constant dans des locaux non aérés, empestés, en outre, de la fumée des cigares ; la vie paresseuse, sans impulsions, même un peu élevées ; l'épuisement par l'insuffisance du sommeil et les excès ruinent la santé des femmes, même très robustes, en quelques années. Les femmes prédisposées à la phtisie sont inévitablement perdues.

« La promiscuité constante d'hommes chez qu ques-unes des prostituées, cause des maladies vééliennes, beaucoup plus souvent en ce qui concerne les prostituées de maisons de tolérance que celles en liberté...

« Chacune des prostituées de maison de tolérance est atteinte de syphilis au bout de trois ans, celles en liberté au bout de cinq ans seulement. Par suite de cette grande promiscuité, le danger de contagion de maladies vénériennes grandit considérablement. Il suffit, pour chaque maison de tolérance, d'une seul prostituée atteinte d'une maladie contagieuse en état

de virulence pour que soient contaminés une grande quantité d'hommes... On a pu établir le fait que la morbidité des prostituées des maisons de tolérance par suite des maladies vénériennes est plus grande que celle des prostituées libres. »

SUISSE. — La ville de Genève seule a fourni des chiffres relatifs à son état sanitaire vénérien.

Tous les cantons prohibent d'ailleurs, de manière directe ou indirecte, les maisons de tolérance.

Le traitement libre et gratuit est appliqué à Genève et les statistiques démontrent :

1° une diminution constante de la syphilis depuis 1918 ;

2° un statu quo dans le domaine de la blennorragie ;

3° l'absence de toute influence de la fermeture des maisons de tolérance sur la morbidité vénérienne ;

4° l'inexactitude complète de certaines affirmations prétendant que Genève est l'objet d'une extension insoupçonnée des maladies vénériennes.

Le projet de Code pénal que le Conseil général a soumis en 1918 aux Chambres frappe de châtiments graves le proxénétisme professionnel et le fait de tenir une maison de tolérance. Dans le message que le Conseil fédéral a adressé aux Chambres à l'appui de son projet de Code pénal, le système des maisons closes est jugé dans les termes suivants :

« Le proxénétisme professionnel organise en quelque sorte la prostitution. Il favorise l'offre et provoque la demande, et, facilitant ainsi la prostitution, il en aggrave les dangers tout en exploitant honteusement les malheureuses, qui sont tombées à ce métier. Cela est tout particulièrement vrai de l'organisation industrielle de la prostitution, du bordel, qui offre la satisfaction sexuelle sous sa forme la plus basse, la plus humiliante et la plus corruptrice aussi pour la femme. Y voir le moyen de protéger la santé et la décence publiques, parce que le tenancier est soumis à certaines prescriptions dont l'Etat contrôle l'observation, c'est — l'expérience l'a montré — être le jouet d'une illusion pure. La sécurité apparente et réelle qu'on offre par là à la débauche n'aboutit qu'à multiplier les victimes. Cette forme du proxénétisme professionnel doit donc, elle aussi, être punissable dans tous les cas. Elle ne doit être tolérée ni par l'Etat, ni par les communes. »

D'après M. le Médecin général Chavigny, la psychologie de la campagne abolitionniste procède d'une logique du sentiment. Cela s'expliquerait en raison de sa triple origine anglaise, féminine et presbytérienne.

Il estime encore que « c'est un devoir médical actuel de disséquer le mécanisme mental de cette campagne ».

Tout cela reste à démontrer.

Nous lui sommes reconnaissant de nous avoir fourni l'occasion d'apporter un exposé, forcément sommaire mais exact, de l'état de la question dans plusieurs pays d'Europe. Que ceux qui veulent en savoir davantage consultent les documents où nous avons puisé pour ne citer que ceux-là. Ils verront l'ampleur du mouvement abolitionniste mondial et les véritables mobiles qui en font la force et les succès.

A côté des faits rappelés, ils trouveront d'autres arguments d'ordre médical, social et moral — ces derniers ont aussi leur valeur.

Ils verront que le programme abolitionniste n'est pas une politique de laissez-faire et que d'autres mesures que la réglementation sont infiniment mieux adaptées à la lutte antivénérienne. Dr S. LORTSCH.

## LES SYNDICATS MÉDICAUX ET LES DIFFÉRENCIATIONS DE LA MÉDECINE (1)

La mise au point de la définition des intérêts légitimes, qui doivent nécessairement être défendus dans la forme syndicale, est le problème de l'heure présente à la Confédération.

Pour nous, la seule façon de résoudre élégamment la question, étant donné la multiplicité de ses aspects et la vivacité des opinions antagonistes, est la constitution d'une *Commission consultative technique* (2), organisme permanent et organisé, permettant à tous ces intérêts légitimes de faire entendre leur voix et de suivre les graves points d'interrogation qui se posent devant notre organisme corporatif central.

Puisque cette solution d'ensemble voit sa réalisation s'éloigner, il importe d'étudier cette différenciation de la médecine que l'on peut déplorer, mais qui est un fait, de l'analyser exhaustivement pour bien situer les données de ce problème, qui ne recevra d'ici longtemps que des réponses plus ou moins hâtives, bâtardes et forfaitaires, qui auront tout au moins l'avantage de laisser, du moins en théorie, la priorité au Syndicat local, priorité absolument nécessaire si nous voulons bâtir haut et ferme notre puissance corporative.

Voyons donc comment, et par quoi, se différencient les médecins.

Si nous examinons à fond cette question, nous voyons que tous les cas, pouvant créer des « espèces » médicales particulières, peuvent se résumer en trois « genres », ceux-ci :

*Des médecins techniquement différenciés* ;
*Des médecins fonctionnellement différenciés* ;
*Des médecins pratiquement différenciés* ;

(1) Cf. *L'Echo du Syndicat*, n° 1, 1932.
(2) Voir « La représentation au Conseil de la Confédération », *Propharmacien* du 15 mars 1930 et *Concours médical* du 27 juillet 1930, p. 2341.

I. — Les médecins techniquement différenciés. — Ce sont les spécialistes, et les définitions données par la *Commission du droit syndicaliste*, le 31 janvier 1931, nous satisfont dans l'ensemble :

— La spécialité est l'exercice, dans une limitation exclusive et pratiquement organisée, d'une branche de la médecine ou de l'hygiène.

— Le spécialiste est le médecin, qui limite son activité, soit au diagnostic ou au traitement des maladies de certains organes ou appareils, soit au diagnostic ou au traitement de certaines maladies, soit au diagnostic ou au traitement par certaines techniques.

Ceci, avec les excellentes règles de qualification adoptées en même temps, permet enfin de réglementer syndicalement un titre vraiment trop galvaudé et de faire tomber sous le coup de la déontologie certaines plaques, affiches, ordonnances, réclames aussi défavorables pour le corps médical que funestes pour le public qu'elles trompent.

Nous serons enfin armés grâce au test de la définition de la *spécialité* et pourrons rejeter de notre sein tous ces « *omnispécialistes* », aussi odieux qu'indésirables (1).

II. — Les médecins fonctionnellement différenciés. — Nous abordons ici les médecins dits : « *catégorisés* » en langage confédéral, nous croyons nécessaire, comme pour le spécialiste, d'émettre des définitions à leur égard :

— La « catégorisation » est l'exercice, concomitant et connexe, de la médecine et d'une fonction lucrative.

Le médecin catégorisé est un médecin qui exerce, concurremment à la médecine, une fonction connexe qui lui fournit un appoint indispensable de ressources.

C'est le cas des Propharmaciens, des Directeurs de Maisons de santé : les intérêts de ces praticiens sont d'une très grosse importance, tant au point de vue médical particulier et général qu'au point de vue national.

(1) Un fait douloureux, dont nous avons eu à entendre ces jours derniers, illustre bien ce caractère : Un enfant de 18 mois est conduit chez un médecin pour un strabisme brusque, l'enfant ne présentant aucun autre symptôme. Avis est demandé à un oculiste qui, étant donné une angine légère quelques semaines auparavant, demande un examen d'exsudat pharyngé (diphtéries frustes dans la région). Examen négatif. Entre temps une légère réaction méningée s'installe ; le médecin traitant décide une ponction lombaire. Au moment d'aller la faire, on le prie de ne pas se déranger : L'enfant a été, entre les deux visites, vu par un jeune médecin de médecine générale de la localité voisine, qui sans aucune qualification hospitalière ou de pratique, s'intitule en grosses lettres sur son enseigne, entre autres : « *Spécialiste des maladies des femmes et des enfants* » et ce « SPÉCIALISTE » de dire, en daubant sur les premiers praticiens et réel spécialiste :

« *Votre gosse n'a rien du tout, ce sont les dents. Quels sont les ânes que vous avez vus* ? (sic).

Moins de huit jours après, l'enfant mourait de méningite.

Que les rêves de mercantilisme exclusif (1) dont se nourrissent certains pharmaciens deviennent réalités : ce sont des centaines et des centaines de confrères ruinés, ne pouvant plus vivre dans leurs postes ruraux qui ne sont viables qu'avec l'appoint de la vente des médicaments, qui se ruent dans les villes et viennent y augmenter la pléthore angoissante.

Parallèlement, c'est l'exode si funeste des campagnes encore multiplié !

Nous avons vu que certains mutualistes caressent également cette éventualité comme favorable à leur mégalomanie mendiante, oppressive, congénitale et incurable (2).

Que les A. S. ou autres lois sociales, ruinent les maisons de santé privées, ce peut être, outre le dommage très réel fait à la médecine, la ruine pour les régions entières qui ne vivent que de ces établissements, comme le plateau d'*Hauteville-Lompnès* pour ne donner qu'un exemple.

Devant de pareilles répercussions sur le pays entier, des intérêts particuliers aux médecins catégorisés, il importe au premier chef que ces intérêts vitaux soient défendus par des syndicats nationaux actifs et forts, ayant une place légitime à la confédération.

III. — Les médecins pratiquement différenciés. Nous n'avons là aucune dénomination existante : vous nous permettrez d'employer pour ce troisième les termes « *classification* » et « *classifié* » pour les définitions :

— La « classification » c'est l'exercice de la médecine dans des conditions analogues de pratique.

— Le médecin « classifié » est un médecin qui pratique la médecine dans des circonstances ou des conditions particulières d'exercice.

Là, nous sommes en présence d'une légion de classifications : médecins de frontière, médecins de hautes montagnes, médecins de lycées, de théâtres, etc., etc...

Heureusement pour l'encombrement de notre conseil confédéral, qui du coup deviendrait, au propre et au figuré, « un parlement », les intérêts des classifications ne sont pas des intérêts vitaux et la médecine dans son omnipratique reste l'essentiel de ce qui fait vivre le médecin « *classifié* » et sa famille. C'est là le test nécessaire.

Des amicales générales, en liaison avec des groupes de ces *classifiés* dans les syndicats locaux, suffisent à la besogne d'organisation et de défense de ce cas III de la différenciation médicale, sans alourdir notre Confédération, et sans consacrer l'émiettement de notre corporation.

La Médecine doit rester forte et une si elle veut, faire face, avec chances de succès, aux dangers de l'heure présente.

Docteur Fougerat.

(1) Voir *Le Temps médical* de septembre 1931, et de février 1932 ; Editorial, *Le Propharmacien* du 15 octobre 1931 et du 1er mars 1932, et le *Concours médical* du 6 décembre 1931, article du Dr Duchesne.

(2) Voir *L'Echo du Syndicat*, 1931, no 12, page 2.

## GENDARMES ET MÉDECINS

A propos, non de bottes, mais de gendarmes et rubans, je suis mis en cause avec le Syndicat des Médecins de la Seine par un « médecin de campagne », qui a pris très courtoisement le soin de m'adresser son article et son nom.

Ne voulant pas encombrer le *Concours médical* de ma prose, j'enverrai à qui le demandera un extrait du *Lien médical* d'avril 1930, le Mensonge de la Médecine gratuite, qu'à l'époque je dédiai à un sénateur par la suite Excellence.

Le Syndicat des Médecins de la Seine ne m'a donné dans l'actuelle controverse aucun mandat. Je l'ai cité, et vais le citer encore, en découpant dans son *Bulletin* de septembre 1928 un entrefilet, à seule fin d'établir que le dit syndicat est bien intervenu dans une question de son ressort :

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Le *Journal officiel* publie une longue liste des médecins ayant obtenu, par décision du 21 juillet 1928, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent *gratuitement* aux militaires de la gendarmerie.

Nous y relevons les noms de quatre membres de notre Syndicat : Dr de Gébert, à Pantin ; lettre d'éloges officiels (10 années de soins gratuits) ; Dr Sigwald, à Clamart : médaille de bronze (5 années de soins gratuits) ; Dr Meuvret, à Sceaux : médaille d'argent (20 années de soins gratuits) ; Dr Dauzats, à Sceaux : médaille de vermeil (25 années de soins gratuits).

Tout en félicitant nos collègues de leur grandeur d'âme (il n'y a pas que les gendarmes qui en ont), nous n'irons pas jusqu'à recommander à nos syndiqués de les imiter, car nous ne vivons plus aux temps heureux de l'Évangile, alors que se donnait « le pain quotidien ». Aujourd'hui le pain se vend, et même fort cher..... comme tout le reste d'ailleurs. Réservons donc notre pitié pour les déshérités de la vie, pour les véritables malheureux ; ne la généralisons pas surtout à toute une catégorie de fonctionnaires, si braves et estimables soient-ils, qui reçoivent un traitement de l'Etat et ne sont pas, par conséquent, dans le besoin. Mettons-nous d'ailleurs à leur place : il nous semble que ces gendarmes ont une certaine dignité personnelle et doivent se trouver humiliés, quand ils vont consulter ou appellent un médecin, sachant qu'ils le dérangent *gratuitement* ; ce médecin ne doit-il pas vivre de l'exercice de sa profession ; n'est-il pas payé, même lorsqu'il soigne les indigents, par l'Assistance publique ? L'Etat ne pourrait-il pas également payer pour les gendarmes ?

La gratuité systématique a fait son temps ; la gratuité ne se comprend plus actuellement que comme un service personnel et momentané ou comme une aumône. Rappelons-nous aussi qu'il n'y a que ce que l'on paie, qui passe pour avoir de la valeur. Nous en avons la preuve chaque jour où dans les magasins, celui qui achète choisit trop souvent, de préférence, l'objet marqué au plus haut prix.

Confrères qui soignez pour rien, craignez qu'on ne sous-estime vos soins.

Ces lignes ne sont pas de moi.
Je les contre-signe sans réserves ;

Docteur JOLLY.
63, boulevard de Sébastopol.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*.....Je vois d'ici la tête de nos contemporains de jeune âge, en lisant cette page, eux pour qui la joie suprême, ou la seule joie est celle que donne un moteur qui tourne bien...*

(D'après un Académicien.)

DCXXVI. — Georges GIRARD. **Discours** prononcé à l'Académie française par Mgr. Dupanloup pour la réception de M. Jules Michelet et recueilli par G.-G. pour la collection des Réceptions posthumes. Un vol. 11,5 × 17,5, orné d'un frontispice de J. Hémard gravé sur cuivre par Gorvel ; tiré à 935 ex. numérotés : Japon nacré, Japon impérial, papier d'Auvergne. *Editions du Trianon*, Paris, 1932.

Je persiste à croire qu'il est d'autres joies que celles données à l'oreille par un moteur qui « tourne rond », et je plains, de toute ma charité, ceux qui ne sauraient prendre le temps d'en chercher par exemple de neuves dans ces jeux de l'esprit, où un groupe d'excellents écrivains s'attache à réparer très humoristiquement l'injustice qui éloigna de l'Académie de notoires candidats. Comme pour les tomes précédents de la même collection, on a confié à un personnage qui fut réellement académicien, le soin d'accueillir virtuellement un personnage des Lettres que l'Académie ignora, mais dont les œuvres ont survécu à celles du membre officiel, mais oublié, de l'illustre assemblée. Pour recevoir Michelet,

Georges Girard a désigné Mgr. Dupanloup. Le célèbre prélat (1) revit, tel que la légende l'a campé, dans cette magnifique harangue. Son exorde est grave : sur l'auditoire recueilli, on dirait que passe le souffle puissant de Bossuet. Et quand il s'est ressaisi, l'orateur retrouve aussi pour la péroraison des accents d'une toute chrétienne onction. Mais de l'un à l'autre morceau, durant les épisodes du discours, nous assistons à une lutte fort curieuse entre la nature humaine (de vigoureuse mémoire) et les convenances épiscopo-académiques, auxquelles il s'efforce de se plier. On sent Mgr Dupanloup se cramponner à une sorte d'éloquence sacrée, que balaient torrentiellement, avec des caprices de bourrasque, les saillies de son tempérament. Ce conflit est d'une grandiose cocasserie : il est conforme à la physionomie *légendaire* de l'homme. Il faut louer encore Georges Girard d'avoir su conserver à son pastiche cette mesure dont son modèle l'incitait peut être à se départir ; il s'est abstenu de tourner en dérision les sentiments religieux ; sa satire reste psychologique, sans outrance, sans recours aux classiques plaisanteries sacerdophages. La piété de Mgr D. avait en fait quelque chose de rude, d'ombrageux, de militaire si j'osais dire, et d'inattendu dans ses élans, dont il fallait bien tenir compte. Appels du pied à la Providence, adjurations au récipiendaire éclatent avec des sonorités de fanfare ! Subtilité des casuistes, maniement respectueux du subjonctif, maximes éprouvées à l'usage, exemples édifiants et inusables viennent en tempérer les éclats. Louanges des institutions académiques, de leur recrutement, de leurs membres les plus discrètement éminents donnent à certaines pages une odeur d'encens et l'atmosphère de paternels conseils, que l'âge teinterait d'une égoïste et puérile vanité. La rondeur verbale de l'orateur couvre d'ailleurs ces nuances, dont je ne peux marquer que les plus saillantes. Il serait injuste d'oublier un trait fort juste, qui doit compter parmi les plus acérés : celui de l'aveuglement, du contentement de soi, qui pousse Mgr à surestimer la grandeur de ses propres mérites. De cette plateforme, il distribue plus aisément les nvectives, les sornettes, avec le bourdon grave du prédicateur ou la basse sonore du grognard. Son éloge de la médiocrité couronnée est splendide de vraisemblance, de justesse dans l'expression et l'illusion. Tout cela me rajeunissait beaucoup : je pensais aux farces magnifiques que notre jeunesse réservait avec une diabolique imagination aux barbes vénérables de nos bons maîtres. Comme nous fûmes, Georges Girard est sans pitié : mais il atteint à ces voltiges de l'esprit, une maîtrise, qui classe son livre au nombre de ceux qui méritent sous leur apparente légèreté un examen très attentif..... et des éloges. Son habileté dialectiqe, ce dosage fielleux de la naïveté la plus redoutable et de candeur tonitruante constituent les bases d'un exercice littéraire de haute qualité. Il faut lui pardonner son i révérence intermittente pour des institu ions, des coutumes, des personnages peu accoutumés aux blessures des brocards, puisqu'il leur redonne vie et jeunesse, et qu'il nous divertit avec tant de spirituelle impertinence. Ce sont là caractères qui deviennent peu courants : on ne sait plus d'ordinaire maintenant être en littérature que grossier ou amorphe. Le livre de Girard se tient avec aisance dans ces régions de l'esprit, où ne pénètrent plus que rarement les jeunes générations : celles où l'on peut être insolent avec courtoisie, frondeur avec élégance, blessant et caustique avec une délicieuse politesse et respectueux, sans ostentation, du beau langage.

(1) J'avoue, à ma honte, n'avoir jamais lu une ligne de lui. Comme vous, j'en ai beaucoup entendu parler autrefois, cependant et..... en musique.

La présentation technique de cette charge est fort soignée. Le frontispice symbolise une des occupations favorites de Michelet historien. Le papier est robuste, solidement tramé dans ces pâtes d'Auvergne bien faites pour supporter la rude éloquence, qui lui est assénée. Son grain blanc très ferme lui donne cette rigide tenue qu'avait le col majestueux de Monsieur Prudhomme, à pointes offensives. La typographie est d'une extrême régularité, en lettres menues, et même caractère que pour le précédent ouvrage de la même collection, que je vous signalais il y a huit jours. La couverture est d'un azur pâli qu'adoucit et protège un papier cristal, et discrètement ornée sous le titre, bien réparti, d'un bois où la Coupole marque de ses lignes, le pastiche du sceau d'une librairie très académique.

DCXXVII. — Jacques de Lacretelle. **Sabine.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue Française*, Paris, 1932.

Il y a dans cette jeune génération d'écrivains dont il m'était tout à l'heure facile de médire, de brillantes exceptions. Le soin que Lacretelle apporte à la surveillance de son écriture et de l'équilibre de ses romans le laisse éloigné de cette phalange impatiente de romanciers à qui la publicité tient lieu de talent. Après de remarquables préludes, il aborde maintenant une œuvre de longue haleine dont *Sabine* est le premier volume, et qui sera consacrée à l'histoire d'une famille et de son domaine des Hauts-Ponts en Vendée. L'intrigue est d'une ténuité d'esquisse : elle suffit à donner au livre une étrange et prenante personnalité. Je ne vous la conterai pas pour vous signaler plus longuement les qua ités qui l'animent. Son analyse des caractères ouille et expose les mobiles des actes avec une justesse de lo-

gique formelle. Et il suit avec une pénétration étonnante les mornes, plates existences de ses héros, dont les destinées s'effilochent sans heurts, comme fumées sur la campagne. Il a réussi cette paradoxale entreprise de nous conter des vies enlisées dans l'ennui sans que ce sentiment puisse nous atteindre à la lecture. Je repense à l'histoire d'un autre domaine : *Saint-Saturnin* (1), plus heurtée, plus brutale et je trouve à celle-ci un son plus émouvaut et plus humain. Il incorpore ses personnages au cadre, ils *tiennent* au sol ; une cohésion les lie fortement à la tragique amertume de leurs destins. Leurs tourments quotidiens leurs joies, leurs épreuves, sont dessinés avec ce flou qui estompe les lumières et les jours gris de Corot. Ils gardent par là un peu plus du mystère redoutable de la vie, où il est faux de ne vouloir retrouver que des formules concrètes, des arêtes vives et les couleurs fondamentales. La simplicité de son style s'adapte à la perfection à la simplicité de l'œuvre. En touches d'une extrême légèreté, il marque les pensées les plus secrètes, celles qui cheminent sourdement au fond des cœurs. La plus belle et la plus douloureuse, celle qu'il ne fait jamais affleurer, et qui donne au livre son pathétique, vient de cette impression de désunion psychique, d'incompréhension réciproque qui oppose dans cette famille unie le mari, la mère et l'enfant..... « *Ce qui est fini est fini* » dit une fois Alexandre Darembert après la mort de Sabine, la mère de Lise. Il le dit posément, sans regrets, sans chagrin, sans calcul parce que tel est l'impérieux ressaut de son égoïsme après la mort de sa femme et la ruine qui l'a obligé à vendre les Hauts-Ponts. Il meurt peu après et Lise, jeune fille, reste seule à l'entrée du prochain livre. Le pessimisme foncier de Lacretelle n'a pas la désolation de celui de Mauriac. Il est plus ondoyant, plus insaisissable mais plus profond peut-être et plus barbare, sous l'apparente placidité de son cours à peine creusé des tourbillons qui marquent, sur la fuite incessante et calme de l'eau, les gouffres.

**Varia*****

Dans le *Mercure de France* du 1er avril, je vous signale tout particulièrement deux articles d'un extrême intérêt. L'un signé du Docteur Bizard (et Jane Chapon), sur la Foire Saint-Laurent et son théâtre, est consacré à la divertissante et pittoresque étude des réjouissances populaires qui accompagnaient chaque année la tenue de cette assemblée, annuelle, dont les origines remontent au moins à une charte de 1191, et où prirent naissance les groupements de comédiens, qui devaient donner corps à l'Opéra-Comique et au Théâtre Pittoresque, ancêtre du Châtelet. Le second article, de Georges Soulié de Morant expose avec des planches explicatives très nettes, la curieuse méthode thérapeutique des Chinois, l'*Acupuncture*. L'auteur, qui a longtemps vécu en Chine et qui est un observateur fort intelligent, ne se gausse pas des résultats qu'il a observés, sous couleur qu'ils sont d'interprétation ardue et qu'ils échappent à nos classifications dogmatiques et routinières normales. Il souhaite qu'une étude scientifique arrive à débrouiller le mécanisme des guérisons pour permettre la transmission plus facile de cet art de guérir, dont il nous précise les rudiments et les résultats. La suggestion que les esprits forts vont invoquer pour expliquer notre crédulité, ne suffit pas, je crois, à justifier les guérisons *vétérinaires* que signale l'auteur. Vers la fin de son article, j'ai noté avec intérêt la prudente comparaison que S. de M. fait entre cette méthode et l'homéopathie, retrouvant et signalant de l'un à l'autre des constatations *superposables*. Les confrères qui ne peuvent entendre parler d'Hahnemann et de ses adeptes, sans se frapper charitablement le front à petits coups, à leur intention ou sans être secoués par le fou rire y trouveront la preuve qu'il faut philosophiquement savoir se résigner à l'étonnement (1) et que nier des *faits* ne supprime pas leur réalité.

*Le *Figaro Illustré* de mars est intitulé : *Sur les Routes du ciel*. Illustré de belles images, photographies aériennes, beaux appareils de tourisme et (hélas ! de guerre). De bonnes chroniques de Georges Pillement, Jean Ravennes ; et quelques pages de modes qui ne sauraient laisser indifférentes les lectrices de votre foyer puisqu'elles sont consacrées au panorama de la mode de Printemps.

*Le *Crapouillot* (avril) donne de Poiret, le couturier retraité, d'amusantes « histoires de femmes » ; un « documentaire » sur la vie des phoques ; une étude critique, très pommadée, de la *Vie Etrange de l'Argot* (livre que je vous ai présenté) ; un récit inédit d'Henri de Monfreid, dramatique et très simplement conduit. Et la cinquième série : « *Sic* », de documents grotesques empruntés à la littérature..... privée et à l'iconographie de la Grande Guerre...., provisoirement : la dernière !

16 avril 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) Roman par Jean Schlumberger. Editions N. R. F., 1931.

(1) Dans un ordre de faits parallèles, je vous signale les travaux de Bonnier dont le célèbre Asuero ne connaissait peut-être pas la priorité. Et par ricochet puisque je parle du *cavum*, la théorie pathologique du Dr Auguste Colin, de Nice (*Concours médical*, novembre 1927, octobre 1928 et un volume : *A la recherche de la Santé*. Editions Mathieu, Nice).

## AUTOUR DES THÉATRES

### Aux Bouffes-Parisiens

### La Pouponnière

*Opérette en 3 actes de* René PUJOL et Ch.-L. POTHIER.

*Musique* de Henry VERDUN et C. OBERFELD.

Après les « Aventures du Roi Pausole » dans lesquelles l'esprit et le charme édulcoraient finement ce que le fond de la pièce même pouvait avoir d'un peu heurté et audacieux ; après la délicieuse revue : « Sous son bonnet », où Rip n'a jamais été meilleur, nous étions en droit de nous attendre, de la part des Bouffes-Parisiens, à un troisième spectacle de qualité. Nous sommes bien tentés de dire non, car au lieu de nous donner une piècecha, rmante dans sa simplicité, reposante et claire dans son homogénéité, les auteurs de « la Pouponnière », qu se sont certes donné beaucoup de mal, et même trop par instant, se perdent dans d'infinies complications dont ils n'ont soigné que les détails. On reconnaît facilement leurs apports respectifs, fruits d'un talent certain, mais si les pierres de l'édifice sont bien taillées et agréablement burinées, le tout n'a aucun style et les raccords sont trop visibles. Une preuve entre toutes m'est fournie par la finale du deuxième acte : il fallait bien, comme dans toute opérette, un ensemble animé et amusant pour clore le rideau et déclencher les applaudissements, comme c'est d'usage ; on a imaginé de faire partir, au bal de l'internat, tous les personnages présents qui se retrouvent, comme par hasard, dans la garçonnière du mari, chambre nuptiale en l'occurence (!) Et voilà tout le monde en gaîté, jusqu'aux infirmièr s de la fondation philanthropique assez éloignée de là, qui ntrent par les fenêtres, déguisées en peaux-rouges, et gambadent bras-dessus bras-dessous avec les bienfaiteurs, le docteur, etc., etc. (il n'y a que les poupons qui manquent à l'appel) ! Non, quand on réalise une œuvre qui s'adresse à un public de choix et particulièrement choyé par surcroît, il ne suffit pas d'assembler des ficelles bien emmêlées, si soyeuses soient-elles : la pelote est curieuse peut-être et par endroit agréable, mais dans son entier, elle n'a ni chic, ni solidité.

Ces réserves faites, nos devons souligner avec quelle conscience professionnelle, quel agréable rendement, l'admirable troupe des Bouffes-Parisiens nous captive et nous amuse : Koval joue le rôle de William Brown, richissime américain fondateur de la Pouponnière ; Mademoiselle Françoise Rosay, celui d'Adélaïde de la Noy, créatrice et directrice de l'œuvre, femme sans scrupules dont la charité sert de moyen pour mieux dominer et arriver. Jacqueline Francell, naïve, ingénue et charmante s'identifie parfaitement à Christiane, fille natrelle de Brown et d'Adélaïde. M. José Sergy tient le rôle de Jean Moreaux, interne en médecine du lieu, amoureux de Christiane et éconduit par sa mère, sauf cependant à la fin de la pièce, où il triomphe des embûches qu'elle accumule contre lui. M. Louis Blanche (parfait metteur en scène de l'opérette) est ridicule à souhait dans le rôle de Maximin Rocher ; c'est à Maximin (dont Titou [Meg Lemonnier] est toujours la maîtresse) que Brown et Adélaïde veulent marier Christiane, parce qu'il est un mari complaisant, bébête et riche, et que le pauvre Jean, l'interne, est sincère et pauvre ; l'amour ne perdant jamais ses droits. Christiane, comme je vous le dis plus haut, épousera Jean. Je ne voudrais pas oublier non plus deux excellents artistes : Mlle Davia dans le rôle d'Irma, une fille-mère à répétitions d'un comique ahurissant, et M. Carette, dans le rôle de Poilras, infirmier amnésique et balourd.

Si la pièce respire mieux, grâce à cette interprétation de choix, nous pouvons dire aussi que la partie musicale la ventile quelque peu et d'agréable manière ; il y a de gentilles mélodies, des valses, des tangos, des fox-trott, et chose assez rare, il apparaît que les ensembles (particulièrement un certain quatuor au premier acte) sont fort bien écrits.

Ne soyons donc pas trop sévères : c'est si difficile aussi quand on complique trop, quand on dissémine trop le travail, de présenter un tout cohérent et impeccable.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité.** (Prof. Emile Sergent). — Le cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du 13 juin au 9 juillet inclus.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

— **Thèses.** — Lundi 11 avril. — Jury : MM. Binet, Legueu, D'Allaines, Heitz-Boyer. — M. Joccotton : Etude de l'administration des hormones pancréatiques par voie entérale.

Jeudi 14 avril. — Jury : MM. Achard, Rathery, Tanon, Gastinel. — M. Sigwald : L'hypoglycémie.

Jury : MM. Léon Bernard, Gougerot, Lemaître, Philibert — M. Monceau : Etude de la bacillémie tuberculeuse chez l'enfant à l'aide de la méthode de Lowenstein. — M. Fougoux : La verrue plantaire et son traitement par l'électrocoagulation. — M. Kerboul : Hémorragies graves en pratique dentaire, traitements curatif et préventif.

Lundi 18 avril. — Jury : MM. Baudouin, Clerc, Lœper, Sézary. — M. Damon : Le syndrome adiposo-génital d'origine infundibulo-hypophysaire sans tumeur. — M. Pannet : Les névrites arsénobenzéniques. — M. Canalé : Etude de la tension moyenne à l'état normal et dans quelques cas pathologiques. — M. Larralde : Conceptions actuelles de l'insuffisance cardiaque et son traitement.

Mardi 19 avril. — Jury : MM. Balthazard, Claude, Guillain, Richet. — Mlle Deschamps : Essai d'exploration pharmaco-dynamique du psychisme des déments précoces.

Jury : MM. Carnot, Lereboullet, Nobécourt, Lian. — M. Pétroff : Etude de staphylococcémies à formes douloureuses. — M. Laguzet : Etude du mongolisme et de son étiologie. — M. Giard : A propos de quelques malformations diaphragmatiques chez le jeune enfant.

Jury : MM. Terrien, Lenormant, Brocq, Moulonguet. — M. Rousseau : Décollement de la rétine et traitement par la méthode de Gouin. — M. Crémet : Etude des artérites aiguës des membres inférieurs au cours de l'appendicite. — Mlle Duba : L'iode. — M. Dupuidenus : Suppurations typhiques et paratyphiques des kystes de l'ovaire. — M. Larroumets : Etude sur les fractures isolées de l'os crochu.

Mercredi 20 avril. — Jury : MM. Marcel Labbé, Tanon, Hazard, Moreau. — M. Poisbeau : Etude du traitement de la lambliase par les composés arsénicaux. — M. Badaran : Etude de l'hérédité en pathologie humaine — M. Cuvier : Le vin, étude générale, rôle antitoxique. — M. Foucault : Considérations sur la vaccination antityphoïdique par le vaccin polyvalent chauffé. — M. Gorokhoff : Influence de l'alimentation dans les pays tropicaux.

Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Grégoire, Quénu. — M. Goldenberg : Etude du décollement traumatique du placenta au cours de la gestation. — Mlle L'Horn : Etude critique des différents procédés de césarienne dans la dystocie pelvienne. — M. Denis : Etude des luxations divergentes du métatarse. — M. Dussonil : Etude des stases duodénales chroniques associées aux ulcères gastro-duodénaux.

Jeudi 21 avril. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Rathery, Maurice Villaret, Aubertin. — M. Diais : Etude de quelques formes spinales de la névraxite épidémique. De la forme amyotrophique en particulier. — M. Levannier : Etude de la syphilis oculaire.

Jury : MM. Cunéo, Pierre Duval, Lejars, Gatellier. — M. Moyse : Etude des formes tumorales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin. — M. Avril : Etude du traitement des luxations récidivantes de l'épaule (variété antéro-interne). — M. Goico : Les techniques de la colectomie pour cancer.

*Thèse vétérinaire.* — Jeudi 21 avril. — Jury : MM. Tiffeneau, Nicolas, Panisset. — M. Maspoli : Les injections intraveineuses.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

## Enseignement

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.** — Cours de chirurgie infantile du Professeur H.-L. Rocher avec la collaboration de MM. les Professeurs Cruchet, Dupérié, Réchou ; le Professeur agrégé Loubat ; les Docteurs Philip, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Beauvieux, ophtalmologiste des hôpitaux ; J. Villar, chirurgien des hôpitaux ; Mathey-Cornat, directeur du service d'électro-radiologie de l'hôpital des enfants ; Despin, stomatologiste des hôpitaux ; R. Guérin, ex-chef de clinique ; G. Roudil, chef de clinique, et du Docteur Le Bourgo.

Programme du lundi 6 juin au mardi 14 juin 1932. — Les conférences auront lieu tous les jours, aux heures indiquées, à l'Hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, n° 168. Elles seront accompagnées de présentations de malades et de séances opératoires. Deux séances de médecine opératoire auront lieu à la fin du cours à la Faculté de médecine.

Lundi 6, à 9 heures : La chirurgie du nourrisson et de l'enfant. Soins préopératoires. Anesthésie. Hémostase. Shock. Soins postopératoires. (Professeur Rocher.) — A 14 h. 30 : Les avitaminoses. Rachitisme et scorbut. (Professeur Cruchet.) — A 16 heures : Les notions essentielles de stomatologie et d'orthodontie chez l'enfant. (Docteur Despin.)

Mardi 7, à 9 heures : Les lésions traumatiques du squelette. Fracture du coude, du fémur, du crâne. Fractures obstétricales. (Professeurs Rocher et Le Bourgo.) — A 14 h. 30 : Décollements épiphysaires et luxations. Les brûlures et cicatrices (peau, œsophage). Les autoplasties et les greffes. (Docteur R. Guérin.) — A 16 heures : Les notions essentielles de laboratoire et d'anatomie pathologique en chirurgie infantile. (Professeur Dupérié.)

Mercredi 8, à 9 heures : Les infections aiguës osseuses et ostéo-articulaires. (Professeur Rocher.) — A 14 h.30 : Les infections chroniques osseuses et ostéo-articulaires. Considérations générales étiologiques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques. (Docteur R. Guérin.) — A 16 heures : Les notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie chez l'enfant. (Docteur Philip.)

Jeudi 9, à 9 heures : Les tumeurs malignes chez l'en-

fant (reins, testicules, os). (Professeur LOUBAT.) — A 14 h. 30 : Les tumeurs tissulaires. Angiome, lymphangiome, kystes et fistules congénitales du cou. Tumeurs sacro-coccygiennes. (Docteur G. ROUDIL.) — A 16 heures : Les applications de l'électrologie et de la radiologie en chirurgie infantile. (Docteur MATHEY-CORNAT.)

Vendredi, 10, à 9 heures : Malformations de la face et de la bouche. Coloboma, Macrostomie. Bec-de-lièvre. Fissure vélo-palatine. (Professeur ROCHER.) — A 14 h. 30 : Malformations du crâne et du rachis. Méningocèle. Spina bifida. (Docteur G. ROUDIL.) — A 16 heures : Les notions essentielles d'ophtalmologie chez l'enfant. (Docteur BEAUVIEUX.)

Samedi 11, à 9 heures : La sténose du pylore et l'invagination intestinale. (Professeur ROCHER et J. VILLAR.) — A 14 h. 30 : Affections chirurgicales du thorax et de l'abdomen. Pleurésie purulente. Péritonites bacillaire et à pneumocoque. Appendicite. (Docteurs J. VILLAR et R. GUÉRIN.) — A 16 heures : Les applications radiothérapiques et radiumthérapiques en chirurgie infantile. (Professeur RÉCHOU.)

Lundi 13, à 9 heures : Malformations congénitales de la région ombilicale. Hernie ombilicale. Fistule diverticulaire. (Professeur ROCHER.) — A 14 h. 30 : Malformations congénitales du canal vagino-péritonéal. Hernie. Kyste du cordon. Hydrocèle. Ectopie testiculaire. (Docteur R. GUÉRIN.) — A 16 heures : Médecine opératoire concernant certaines questions traitées dans le cours.

Mardi 14, à 9 heures : Malformations congénitales génito-urinaires. Exstrophie de la vessie. Hypospadias, épispadias. Torsion du testicule. (Professeur ROCHER). — A 14 h. 30 : Malformations congénitales ano-rectales. Imperforation anale. Prolapsus rectal. Anus vulvaire. (Docteur R. GUÉRIN). — A 16 heures : Médecine opératoire concernant certaines questions traitées dans le cours.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 30 mai 1931.

Droit d'inscription : 200 francs.

Inscription gratuite pour les internes des hôpitaux et les étudiants de la Faculté de Bordeaux.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.** — *Cours de perfectionnement d'orthopédie* du Professeur H.-L. ROCHER, avec la collaboration de MM. les Docteurs CHARBONNEL, MASSÉ, chirurgiens des hôpitaux ; GOURDON, chargé de cours ; de MM. les Docteurs E. PAPIN, Ch. LASSERRE, R. GUÉRIN, anciens chefs de clinique ; G. ROUDIL, chef de clinique ; Docteur LE BOURGO ; M. A. LAPORTE, interne des hôpitaux.

PROGRAMME DU LUNDI 20 JUIN AU SAMEDI 25 JUIN 1932. — Lundi 20, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Les corsets, les lits plâtrés, les extensions. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Ouverture du cours : Les bossus, pottiques et scoliotiques. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : Techniques opératoires : Interventions dans le mal de Pott et la scoliose. Laminectomie, costo-transversectomie. Ostéotomies, ostéoclasies. M. H.-L. ROCHER (Faculté de médecine). — A 16 heures : Butées et arthrodèses extra-articulaires. Présentation de malades. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 17 h. 30 : La scoliose congénitale et le spondylolisthésis. M. G. ROUDIL (Hôpital des Enfants).

Mardi 21, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Redressements orthopédiques des membres. Ostéotomies. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Le rachitisme du nourrisson. Les dyschondroplasies. Les déviations de l'adolescence. Les exostoses ostéogéniques. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : Examen des pièces les plus intéressantes de la collection osseuse du Musée de la Faculté et de la Clinique. MM. ROUDIL et A. LAPORTE (Musée de la Faculté). — A 17 heures : Les kystes osseux, les ostéopathies chroniques. M. LASSERRE (Hôpital des Enfants).

Mercredi 22, à 8 h. 30 : Séance opératoire et présentation de malades opérés, M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Les malformations congénitales des membres : luxation de la hanche ; pieds bots, mains botes. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : Techniques opératoires : Réduction sanglante de luxations ; butée ostéoplastique de la hanche ; bifurcation de Lorenz. Les évidements osseux : les tarsectomies. Opérations pour la luxation congénitale de la rotule. M. H.-L. ROCHER (Faculté de médecine). — A 17 heures : Les opérations osseuses dans les pieds bots. M. PAPIN (Hôpital des Enfants).

Jeudi 23, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Appareillage pour les tuberculoses articulaires. Ponction. Plombage des os. Evidement ostéomyélitique. Résection. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Les infections osseuses et articulaires des membres ; ostéomyélite ; tuberculose ; syphilis. MM. H.-L. ROCHER et LE BOURGO (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : Visite du Sanatorium Arnozan. Service des tuberculoses osseuses (adultes). Séance orthopédique (Sanatorium Arnozan).

Vendredi 24, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Torticolis ; pied creux ; arthrodèses, etc. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Les difformités paralytiques des membres et les dysmorphoses de l'appareil aponévrotique et musculaire : paralysie obstétricale, poliomyélitique, spasmodique ; myopathie ; raideurs congénitales ; aplasies musculaires ; torticolis, pied creux. MM. H.-L. ROCHER et LE BOURGO (Hôpital des Enfants. — A 15 heures : Techniques opératoires : Ténotomie ; ténoplastie ; transplantation tendineuse ; arthrodèse ; arthrorise. Les grandes résections. Reposition sanglante et ostéosynthèse pour fractures, arthroplastie, méniscectomie, butée d'Oudard. M. H.-L. ROCHER (Faculté de médecine). — A 16 h. 30 : Les grands principes de l'appareillage des amputés. M. GOURDON. — A 17 h. 30 : Technique et résultats des arthroplasties. M. CHARBONNEL (Hôpital des Enfants).

Samedi 25, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Présentation d'opérés et de malades en traitement. Opérations. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Les difformités des membres d'origine traumatique ; cal vicieux, pseudarthrose, membre ballant, luxation récidivante, lésions des ménisques ; chondromatose et corps étrangers articulaires ; les syndromes de Volkman ; les ruptures musculaires. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : L'adaptation professionnelle des mutilés. Visite de l'Ecole et présentation de mutilés au travail. MM. DIJONNEAU et THIBAUDEAU (Ecole des mutilés). — A 17 h. 30 : Les indications et le devenir des greffes osseuses. MM. H.-L. ROCHER et MASSÉ (Hôpital des Enfants).

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 1er juin 1931.

Droit d'inscription : 200 francs.

Inscription gratuite pour les internes de hôpitaux et les étudiants de Bordeaux.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Salpêtrière.** — *Maladies chroniques des os et des glandes endocrines.* — M. Crouzon fera, au pavillon du Perron, avec le concours de M. Christophe, assistant du service, le samedi 7 mai 1932, et les samedis suivants, jusqu'au mois de juillet, à 10 h. 30, des conférences sur les maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines.

Chaque conférence comprendra la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques.

En outre : les mardis, à 11 heures, au pavillon du Perron : Consultation psychiatrique par M. le Dr Vurpas ; les mercredis, à 10 heures, consultation à la porte de l'Hospice : Examen des nouveaux malades externes ; les vendredis, à 10 heures, au pavillon du Perron : Examen des anciens malades externes.

— **Hôpital de la Pitié** (service du Prof. Rathery). — Le 1er mai, à 10 h. 1/2, conférence du Dr Dérot sur le *traitement de l'asthme.*

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Jury définitif : MM. Guillemot, Paisseau, Ravaut, de Massary, Gandy, Crouzon, Faure-Beaulieu, May, Léchelle, Milian et Baumgartner.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Jury définitif : MM. Okinczyc, Mondor, Marion, Chevrier, Riche, Robert Monod et Achard.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Sherwood-Dunn, ancien médecin-chef des Formations de la Croix-Rouge américaine pendant la guerre, décédé à Nice ; du Dr René Collignon, correspondant de l'Académie de médecine, décédé à Jaulny (Meurthe-et-Moselle) ; du Dr Louis Waldmann, de Lyon ; du Dr Maurice Coriat, de Valloire ; de Madame Veuve Louis Wallet-Josse, mère du Docteur A. Wallet, décédée à Paris, 53, rue Condorcet, le 13 février 1932, dans sa 75e année, et dont l'inhumation a eu lieu dans la plus stricte intimité, à Chennevières-sur-Marne.

— **XVIIe Congrès de médecine légale de langue française.** — Ce Congrès a son bureau composé comme suit : président : M. Raviart (Lille) ; vice-présidents : MM. Georges Bourgeois, Costedoat, Heuyer (Paris) ; secrétaire général : M. Piédelièvre (Paris) ; secrétaires des séances : MM. Desoille et Szumlanski (Paris). Il s'ouvrira le lundi 23 mai 1932, à 9 h. 30, à l'amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas, à Paris.

Heures et lieux de séances. — 1° Lundi 23 mai, 9 h. 30 : Institut médico-légal. Ouverture du Congrès. Discussion du rapport de M. Etienne Martin (de Lyon). Les lésions du foie dans la submersion. — 14 h. 30 : Institut médico-légal. Séance de communication.

2° Mardi 24 mai, 9 h. 30 : Institut médico-légal. Discussion du rapport de MM. Naville et de Morsier (de Genève). Traumatismes et syndromes parkinsoniens. — 14 h. 30 : Institut médico-légal. Séance de communications.

3° Mercredi 25 mai, 9 h. 30 : Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis : amphithéâtre de la clinique. Discussion du rapport de M. Genil-Perrin (de Paris) : La psychanalyse en médecine légale. — 14 h. 30 : Organisation du XVIIIe Congrès.

S'inscrire auprès de M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris.

Cette inscription devra être accompagnée de la somme de 60 francs, montant de la cotisation, ou mieux encore être versée dans un bureau de poste, au compte-courant de M. Vernis (chèques-postaux n° 818-43, Paris). La cotisation n'est que de 30 francs pour les abonnés aux *Annales de médecine légale* et pour les membres de la Société de Médecine légale.

L'assemblée générale du syndicat des médecins légistes français se tiendra le mercredi 25 mai 1932, à l'issue du XVIIe Congrès de médecine légale de langue française.

— **Ve Congrès de la Société internationale de logopédie et phoniatrie.** — Ce Congrès aura lieu à Budapest du 14 au 17 juillet 1932.

Les rapports seront en allemand et en italien. Les publications et discussions seront acceptées en français, allemand, anglais et italien.

Annoncer les participations, publications et envois pour l'exposition phonétique sans retard au Prof. Dr Fröschels, Vienne IX, Ferstelgasse 6, ou au Doz. Dr. Stern, Vienne IX, Mariannengasse 15.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

d'âge et d'indigence, sous prétexte que sa maison d'habitation lui appartient, même lorsque la valeur du loyer est inférieure au taux de l'assistance dans la commune. (*Question du 4 mars* 1932.)

*Réponse.* — La situation varie suivant les cas d'espèce. En principe, lorsqu'un assisté, bénéficiaire de la loi du 14 juillet 1905, est propriétaire d'une petite maison, il convient de réduire le taux de l'allocation du montant de la somme que représenterait le revenu d'un capital correspondant placé en viager. Si le petit bien immobilier peut être considéré comme un produit de l'épargne, il peut être admis aux dispositions de faveur relatives aux ressources provenant de l'épargne, qui ne sont déductibles que pour partie. Lorsque la maisonnette, habitée par son propriétaire, est très modeste, il est admis que le taux de l'allocation peut n'être diminué que de la quote part de l'allocation qui, dans la commune, représente le prix du logement d'un assisté.

(*J. O.*, 10 avril 1931.)

**A propos des assistants à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.**

15690. — M. Henri Guernut demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° de lui faire connaître les conditions et détails dans lesquels les candidats, reçus au concours d'assistants à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts et exerçant au titre d'assistants provisoires, doivent être titularisés ; 2° s'il est exact que les médecins ou étudiants dont l'un ne s'est jamais présenté au concours d'assistants et dont deux ont été refusés au dernier concours (de janvier 1930) sont appointés au titre d'assistants, alors qu'un médecin reçu au même concours du mois de janvier 1930 attend encore sa titularisation ; 3° d'une manière plus générale, l'indication des textes dont l'ensemble constitue le statut des assistants de la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. (*Question du* 11 *mars* 1932.)

*Réponse.* — 1° Les conditions d'admission sont réglées par la dépêche ministérielle en date du 24 janvier 1931, décidant que le titre d'aide de clinique institué par décision ministérielle du 12 novembre 1888 sera désormais supprimé et remplacé par celui d'assistant de clinique, le réglement des assistants de clinique décide, article 9, que : « Les candidats sont classés d'après le nombre de points qui leur sont donnés au concours et les places vacantes d'assistants titulaires sont attribuées en suivant l'ordre ainsi établi. Les quatre candidats qui viennent après leurs concurrents qui ont obtenu les places d'assistants titulaires, vacantes, sont nommés assistants provisoires et ils conservent ce titre jusqu'au concours suivant » ; 2° sur le second point le règlement des élèves bénévoles, en date du 14 avril 1921, article 5, précise : « Le nombre des élèves est limité à six par service. En cas de besoin

deux élèves bénévoles pourront être affectés à la consultation externe ». C'est en vertu de cet article que les médecins chefs ont toujours été autorisés à pourvoir au remplacement provisoire des assistants malades, nommés à d'autres emplois ou empêchés par une cause quelconque, par des élèves bénévoles qui peuvent recevoir un dédommagement du travail effectué et sur la demande du médecin chef de service les indemnités allouées aux assistants titulaires ; 3° sur le troisième point les textes dont l'ensemble constitue le stetut des assistants de la clinique ophtalmologiqueade l'hospice national des Quinze-Vingts sont compris : 1° dans le règlement des assistants de clinique en date du 14 avril 1921 ; 2° dans le règlement des élèves bénévoles en date du 14 avril 1921 ; 3° dans l'arrêté du ministre de la santé publique en date du 28 octobre 1928 ; 4° dans la dépêche du même ministre en date du 24 janvier 1931, changeant la dénomination d'aide de clinique en celle d'assistant de clinique.

(*J. O.*, 10 avril 1932.

## Tableaux d'avancement et de concours pour la Légion d'honneur dans les réserves en 1932

Nous croyons pouvoir annoncer que le tableau d'avancement des réserves pour 1932 est susceptible de paraître vers le milieu du mois de mai.

Il est encore impossible de donner une indication quelconque pour le tableau de concours pour la Légion d'honneur des réserves pour cette même année 1932 ; le cabinet du ministre de la Défense nationale (Guerre) ne commencera à s'en occuper qu'après la publication du travail d'avancement.

## ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

***28, rue Serpente, Paris***

*Assemblée générale du 10 avril* 1932.

(Faculté de Médecine de Paris.)

Ordre du jour :

L'Association française des chirurgiens-dentistes réunie en assemblée générale à la Faculté de médecine, de Paris, le 10 avril 1932, placée devant une décision de l'Académie de médecine hostile à la propositin de loi Milan-Rio, se refusant d'autre part, à retarder plus longtemps une réforme des études et de la pratique dentaires que la profession réclame impérieusement, décide de poursuivre en deux temps la réalisation de sa déclaration de principes en s'arrêtant aujourd'hui à une première modification des études de chirurgie dentaire, savoir :

*a*) Le baccalauréat de l'enseignement secondaire

et le P. C. N., dans les conditions réglementaires et inséparables où ces deux actes universitaires sont exigés des candidats au doctorat en médecine ;

*b*) Une scolarité qui ne doit être en aucun cas inférieure de plus d'une année à la scolarité médicale et qui sera confiée aux établissements supérieurs d'enseignement médical de l'Etat pour la partie médico-chirurgicale de l'enseignement ;

*c*) Et, transitoirement, le grade de chirurgien-dentiste.

L'Assemblée, en outre, maintient formellement les droits de ses membres à l'égard de toutes mesures transitoires et équivalences qui pourraient intervenir et renouvelle sa confiance à son Conseil d'administration.

*Le Président :* Marcel Billoret. *Le Secrétaire général :* Paul Arnold.

## JURISPRUDENCE

### Accidents du travail. Honoraires d'expertise

Cour d'appel de Montpellier

16 octobre 1931

(Archives du « Sou Médical).

*En matière d'accidents du travail, les honoraires des experts doivent être fixés par les juges, eu égard aux difficultés de l'expertise, au travail nécessité et à la valeur professionnelle des experts.*

Attendu que l'opposition doit être dirigée toujours contre la partie ;

Attendu que l'Administration de l'Enregistrement, bien que distractionnaire de droit des dépens adjugés à l'assistance judiciaire ne peut se voir opposer les effets de la distraction des frais qu'après que la taxe a été définitivement réglée ;

Qu'ainsi l'opposition à l'exécutoire de taxe délivrée le 24 mars 1931 pour le recouvrement de la somme de 1.680 francs, montant des honoraires et des frais d'experts commis par arrêt de la Cour du 29 novembre 1929 signifié avec l'ordonnance en même temps qu'un commandement le 11 avril 1931 a mal procédé en tant qu'elle a été notifiée le 21 avril 1931 à Monsieur le Conseiller d'Etat, Directeur général de l'Enregistrement des Domaines et du Timbre ;

Qu'en conséquence, son administration doit être purement et simplement mise hors de cause sans dépens ;

Attendu que le Docteur A..., professeur agrégé à la Faculté de médecine de M., l'un des experts nommés par l'arrêt précité, a été appelé à intervenir dans la présente instance par la Mutuelle X...

Qu'assignation en intervention a été également délivrée par cette Compagnie au sieur S ..., bénéficiaire de l'arrêt au fond du 21 juin 1930 qui a débou-

té la Mutuelle de son appel et l'a condamnée aux dépens;

Attendu que la Mutuelle estime exagéré le chiffre de 1.500 francs auquel ont été liquidés les honoraires des trois experts désignés dans l'affaire S... et demande sa réduction à la somme globale de 600 francs dont elle déclare faire offre :

Attendu qu'il convient de prendre en considération pour la fixation desdits honoraires, l'importance du travail confié par la Cour à ses mandataires et leur valeur professionnelle ;

Attendu que l'arrêt du 21 juin 1930 constate que l'expertise a exigé : non seulement l'étude des pièces du dossier, mais l'examen clinique, radiographique et photographique de S... ce qui suppose une étude approfondie du cas de l'ouvrier blessé ;

Que cette étude à laquelle ont procédé trois professeurs à la Faculté de médecine de M., dont deux sont titulaires d'une chaire magistrale serait insuffisamment honorée par le versement d'une somme de 600 francs et que celle de 1.500 francs adoptée par le magistrat taxateur paraît être la juste rémunération de leurs peines et de leurs soins ;

Par ces motifs,

La Cour, le Ministère public entendu ;

Après en avoir délibéré en secret;

Met hors de cause l'Administration de l'Enregistrement des Domaines et du Timbre ;

Donne acte à S... de ce qu'il s'en remet à justice ;

Rejette l'opposition à taxe de la Mutuelle et la condamne aux entiers dépens.

**Note**

Il n'y a pas de tarif qui soit applicable, en matière d'expertises civiles : les experts doivent justifier du temps passé, des difficultés de l'expertise, des opérations qu'ils ont dû faire, de la difficulté de l'étude du dossier. Enfin, leur notoriété entre en ligne de compte pour que les juges puissent fixer le quantum des honoraires à allouer.

Malheureusement, nous sommes ici en plein arbitraire et si les magistrats se montrent déférents envers les professeurs de Faculté, lorsque ceux-ci présentent leurs mémoires d'expertises, il n'en est plus de même, s'il s'agit d'un modeste praticien de campagne, nommé expert en matière d'accidents du travail. Je cite pour mémoire la grève que nos confrères de Saintonge ont dû soutenir, pour obtenir des indemnités d'expertises, qui ne soient pas ridiculement basses.

Tout ceci serait évité, si l'on voulait enfin aborder la réforme de l'expertise. Au lieu de confier à un ou trois praticiens la mission d'éclairer la justice et de donner leur avis, mieux serait de laisser chaque partie désigner son représentant technique, qui, tel un véritable avocat, présenterait à la barre les arguments, qui sont

favorables à la demande ou à la défense de leur client. Un débat technique serait ainsi engagé entre ces représentants techniques, de même que chaque avocat expose au tribunal, au nom de son client, la thèse juridique, qu'il entend faire triompher.

De la sorte, chaque partie supporterait elle-même les honoraires de son représentant technique (jusqu'ici appelé expert) qu'elle choisirait librement, au lieu de voir les juges toujours désigner les mêmes experts, qui arrivent peu à peu à ne plus faire que des expertises et à acquérir une certaine déformation professionnelle d'esprit et de jugement.

Malheureusement, trop d'intérêts sont en jeu, pour que cette réforme soit prise en considération, alors qu'elle est demandée depuis de très nombreuses années.

Dr Paul Boudin.

# CORRESPONDANCE

## Assurances Sociales

### 2103. — Assurances sociales et accidents du travail

L'ouvrier Z est accidenté (me dit-il à ma consultation du 21 décembre 1931), le 19 décembre 1931 au cours de son travail.

Je porte sur le certificat d'origine : « Dans la paume de la main gauche au niveau du pli deflexion entre la première phalange de l'annulaire et son métacarpien un durillon infecté. » La reprise du travail eut lieu le 7 janvier 1932.

Le 30 décembre 1931, je reçois de la Compagnie d'assurances, une lettre m'informant : « Qu'il résulte des renseignements que nous possédons que l'état du nommé Z. ne serait pas la conséquence d'un accident survenu au cours de son travail. Nous nous croyons par suite dans l'obligation de faire les plus expresses réserves en ce qui concerne le paiement de vos honoraires pour les soins que vous pourriez donner à cet ouvrier. »

Au reçu de cette lettre, j'ai évidemment fait payer l'ouvrier contre reçu régulier, en lui disant que, si la Compagnie refusait le payement au titre accident du travail, le cas « durillon infecté » étant litigieux, il avait la ressource de demander une feuille d'assurance sociale. Ce qu'il fit, sur présentation de cette feuille ; j'apposai les signatures régulières.

Or, aujourd'hui, Z. revient me voir avec une lettre datée du 22 mars 1932 émanant de la Caisse départementale des assurances sociales et disant ceci :

« Nous regrettons de vous informer que nous ne pouvons vous accorder les avantage des Assurances sociales pour votre accident de travail, après enquête que nous avons fait faire à notre contrôle médical. »

Or, le blessé (ou malade) n'a vu aucun autre médecin que moi (il l'affirme) soit de lui-même, soit par

convocation quelconque. Alors, qu'a été ce contrôle médical ? Comment aurait-il pu s'exercer ?

L'assurance refuse de considérer Z. comme accidenté du travail (a-t-elle tort eu raison ?), les assurances sociales refusent de le considérer comme malade (pour quelles raisons ?).

Que peut cet ouvrier pour faire reconnaître ses droits ?

Je trouve qu'il y a injustice et que c'est un peu affligeant de voir abuser de l'ignorance d'un ouvrier.

Dr E.

**Réponse**

Conformément à l'art. 8 de la loi sur les assurances sociales, ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent les maladies et blessures indemnisées ou *susceptibles* d'être indemnisées, par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

Or, conformément à la jurisprudence en vigueur en matière d'accidents du travail, un durillon infecté ne peut être considéré comme accident du travail que s'il a été forcé à la suite d'un traumatisme violent et soudain et non sous l'action lente et progressive du frottement d'un outil.

A moins que votre client ne soit en état de faire la preuve du traumatisme initial, il nous semble donc que le refus opposé par la Compagnie est conforme à la loi et que, dans ces conditions, c'est la loi sur les assurances sociales et non la loi sur les accidents du travail qui doit être appliquée.

Puisque la Caisse refuse de son côté d'admettre votre client au bénéfice des assurances sociales, il y a lieu de porter l'affaire devant la Commission cantonale, prévue par l'art. 63.

Conformément aux articles 230 et suivants du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, la Commission cantonale compétente pour connaître du litige est celle du domicile du défendeur, donc, en l'espèce, celle du siège de la caisse.

La Commission doit être saisie par lettre recommandée adressée au Juge de paix en sa qualité de président de la Commission.

Que votre client expose donc l'affaire par lettre recommandée au Juge de paix, président de la Commission cantonale et qu'il lui demande de le convoquer à l'audience de la Commission pour qu'il soit statué sur son cas. L'art. 233 du règlement dispose que la Commission cantonale doit être saisie dans le délai de dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision de la Caisse. Plus de dix jours se sont écoulés en l'espèce depuis cette date, mais nous ne pensons pas que cependant l'ouvrier puisse être considéré comme forclos.

## Fiscalité

### 1917. — Amortissement de prix d'achat d'automobiles ; caractère professionnel

Vous seriez aimable de me donner votre avis dans le différend suivant que j'ai avec mon contrôleur des Directes au sujet des dépenses professionnelles automobiles :

*Question I.* — En 1929, le contrôleur me demande de bien vouloir achever d'amortir d'un seul coup mes frais d'achat d'auto, que j'avais jusque-là amortis par annuités.

Voici le calcul que je fais :

| | |
|---|---|
| En 1924, j'achète une première auto.. | 15.365 fr. |
| En 1928, j'achète une deuxième auto 22.500 francs et la reprise de la première est de 8.000 francs. Donc, prix réel de la deuxième auto | 14.550 » |
| J'ai donc déboursé en tout | 29.915 » |
| Au cours des années 1924-25, 26 et 27, j'avais amorti ma première voiture en tout de | 7.365 » |
| En 1928, j'avais amorti ma deuxième voiture de | 5.050 » |
| Donc amortissement total | 12.415 » |

Pour satisfaire à la demande du contrôleur en 1929, je me suis cru autorisé, pour achever l'amortissement, à déduire de mes bénéfices la somme de :

29.915 — 12.415 = 17.500 fr.

Le contrôleur n'admet pas ce chiffre et fait, lui, le calcul suivant :

| | |
|---|---|
| Prix réel de la deuxième voiture | 14.550 fr. |
| En 1928, amortissement de | 5.050 fr. |
| Reste à amortir en 1929 : 14.550 — 5.050 = | 9.500 fr. |

J'aurais donc déduit en trop :

17.500 — 9.500 = 8.000 »

Qui, à votre avis, aurait raison, devant la commission consultative ? Le raisonnement du contrôleur me paraîtrait juste si, au moment de l'achat de la deuxième voiture, j'avais achevé d'amortir la première.

*Question II.* — Mon auto me sert à peu près exclusivement à l'exercice de ma profession. Sur 10.000 km. que je fais environ par an, je n'en fais certainement pas plus de 7 à 800 d'extra-professionnels et, dans mes déclarations, je n'en tenais pas compte.

Le contrôleur déduit d'office un quart pour emploi extra-professionnel.

Y a-t-il une jurisprudence qui l'autorise à le faire ?

J'admettrais à la rigueur un dizième et certainement je ne l'atteins pas.

Dois-je encore ici me pourvoir devant la Commission consultative ? Dr X.

#### Réponse

Il est indiscutable que votre calcul d'amortissement est exact ; il serait bon de prier le contrôleur d'expliquer le sien.

L'emploi de l'auto pour des besoins personnels est une question de fait ; si vous pouvez indiquer d'une façon assez précise la moyenne par jour de kilomètres parcourus pour voir votre clientèle, la différence formera le parcours personnel et la déduction des frais sera proportionnelle aux chiffres obtenus.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

**1784. — Impôt sur le chiffre d'affaires des cliniques**

Veuillez être assez aimable pour me dire si un médecin propriétaire d'une clinique où il opère seul est soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires, dans l'affirmative si cet impôt est dû seulement sur la nourriture et le logement des malades ou sur la nourriture et le logement et également sur les fournitures d'objets de pansements ... et les soins des infirmières.

Dr S.

**Réponse**

Vous devez l'impôt sur le chiffre d'affaires sur la nourriture et le logement des malades, sur la fourniture des objets de pansement si cette fourniture représente une vente.

Les soins des infirmières comme vos honoraires en sont exempts.

A. M.

**1788. — Les rapports d'expertise de droit commun doivent être faits sur papier timbré**

Je vous serais obligé de vouloir bien me faire savoir si nous sommes contraints de nous servir de papier timbré pour les rapports concernant les expertises de droit commun (en l'espèce accident d'automobile), expertises faites pour le compte d'une Compagnie d'assurances et commençant par ces mots : Je déclare.

Je crois avoir lu dans le *Concours médical* auquel je suis abonné que le papier timbré n'est nécessaire que dans le cas où le rapport commence par les mots : Je certifie.

L'enregistrement a failli me chercher noise dernièrement et je serais heureux très d'être fixé sur ce point.

Dr B.

**Réponse**

Vous n'avez certainement pas lu dans le *Concours médical* que le papier timbré ne serait nécessaire qu'au cas où le rapport commencerait par les mots « je certifie » ; ces rapports doivent, en effet, être toujours établis sur timbre.

A. M.

**1935. — Justification du caractère professionnel des automobiles**

J'ai deux autos depuis deux ans. Jusqu'ici, je me contentais d'une seule et le contrôleur n'avait ja-

mais discuté ma déclaration pour mes dépenses d'auto. Le 1er janvier 1930, j'ai acheté une Citroën 5 CV pour 7.000 francs. Sur ma déclaration faite en 1931, j'ai déclaré cet achat à mes dépenses professionnelles et j'ai augmenté mes frais d'entretien, garage, en les comptant désormais pour ces deux autos. Le contrôleur me refuse cette deuxième voiture, prétendant que ma clientèle ne la justifie pas ? Il veut me faire enlever ces 7.000 francs d'achat et ces dépenses supplémentaires de ma déclaration de 1931 et de 1932. Qu'en pensez-vous ?

Dr H.

**Réponse**

On ne peut résoudre en principe le cas que vous nous soumettez, car c'est une question de fait de savoir si votre clientèle vous oblige à avoir une ou deux autos.

Si l'une d'elles ne sert pas plutôt vos besoins personnels et ceux de votre famille, vous avez le droit de porter les deux dans vos frais professionnels.

A. M.

## Accidents du travail

### 2266. — Rente d'un apprenti accidenté du travail

Un apprenti qui gagne 10 francs par jour est atteint, après un accident du travail, d'une incapacité permanente de 5 % par exemple. Il est pensionné sur cette journée de 10 francs. Or, quand il sera ouvrier, il gagnera 50 ou 60 francs par jour. Sa pension est-elle définitive sur cette base de 10 francs ou bien doit-elle suivre les oscillations de ses gains ?

Dr A.

**Réponse**

L'article 8 de la loi sur les accidents du travail dispose que pour les ouvriers âgés de moins de 16 ans et les apprentis, le salaire annuel de base pour le calcul des rentes ne doit pas être inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie, occupés dans l'entreprise.

Par conséquent, la rente qui a été attribuée à votre client, apprenti, a dû être calculée non sur le salaire qu'il touchait effectivement au moment de l'accident, mais, conformément aux dispositions de l'art. 8, sur le salaire le plus bas des ouvriers de la même catégorie.

S'il en est bien ainsi, votre client ne peut obtenir aucune majoration de rente, mais si, contrairement à ce que nous pensons, sa rente n'a été calculée que sur son salaire réel, il peut interjeter appel du jugement dans les 30 jours de sa date, conformément à l'art. 17 de la loi. Au cas où plus de 30 jours se seraient écoulés depuis le prononcé du jugement, votre client serait actuellement forclos et le jugement rendu aurait acquis force de chose jugée et ne pourrait plus être attaqué par aucune voie de recours.

## 2120. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail

Vous m'obligeriez en me faisant savoir la rente due à un accidenté du travail atteint d'une incapacité partielle et permanente de *huit pour cent*. Le salaire était de 12.000 francs.

Dr M.

**Réponse**

Conformément à l'art. 2 de la loi, sur les accidents du travail, tel qu'il a été modifié par la loi du 8 juillet 1926, le salaire n'entre en ligne de compte pour son intégralité dans le calcul de la rente que jusqu'à concurrence de 8.000 francs.

Pour le surplus et jusqu'à 18.500 francs, il n'est retenu que pour le quart seulement. Par conséquent, la rente de votre client sera calculée sur un salaire de :

$$8.000 + \frac{(4.000)}{4} = 9.000 \text{ francs.}$$

En cas d'incapacité partielle et permanente, la rente doit être égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir au salaire. En l'espèce, elle sera donc obtenue au moyen de la formule suivante :

$$\frac{9.000 \times 8}{100 \times 2} = 360 \text{ francs par an.}$$

---

# Baux et Locations

## 2115. — Domaine et application de la loi sur les prorogations

Jusqu'à présent, depuis six ans, j'avais eu un premier bail de trois ans avec loyer de 2.500 francs, puis un deuxième de trois ans aussi, avec loyer de 4.000 francs. Le prix est exagéré pour le village (1.900 habitants), mais la loi des loyers ne s'y appliquait pas.

Mon présent bail prend fin le 31 mars 1933. Mais j'ai appris que le dernier recensement avait montré une augmentation de plus de 5 % de la population. Dans ces conditions, y aurait-il possibilité de m'opposer à une augmentation probable à fin de bail de la part d'un propriétaire insatiable ?

Dr X.

**Réponse**

Aux termes de l'art. 1er de la loi du 1er avril 1926 tel qu'il a été modifié par la loi du 29 juin 1929, la législation spéciale des loyers est applicable dans les communes où le *dernier* recensement accuse un accroissement de la population municipale d'au moins 5 % sur le précédent recensement.

Le dernier recensement qu'a pu viser la loi du 29 juin 1929 est forcément celui de 1926 qui a précédé sa promulgation. Nous estimons en conséquence que les résultats du recensement de 1931, même s'ils font ressortir un accroissement de plus de 5 % de la population municipale de votre com-

mune par rapport aux résultats du recensement de 1926, ne peuvent rendre applicable dans votre commune la législation spéciale des loyers.

A notre avis, il faudra que vous vous entendiez avec votre propriétaire pour la conclusion d'un nouveau bail si vous désirez continuer à occuper votre maison à l'expiration du bail actuellement en cours.

---

**2191. — Droit à la prorogation. Taux-limite du loyer.**

Devant la complexité de la loi sur les loyers, je serais heureux que vous me fixiez sur la situation suivante :

J'habite une maison (à usage professionnel) avec un bail de 15 ans commencé le 1er avril 1920. Mon loyer est de 2.500 francs.

Je pense que mon propriétaire en acceptera le renouvellement. Dans ce cas, l'augmentation du loyer est-elle soumise à une réglementation quelconque ou simplement réglable de gré à gré sans limite légale ?

Dans le cas où mon propriétaire me refuserait le renouvellement de mon bail, ai-je *droit* à une prorogation ? De quelle durée ?

D'autre part, dans ce dernier cas, la qualité d'ancien combattant peut-elle être de quelque utilité ?

Dr L.

**Réponse**

Votre bail de 15 ans ayant commencé à courir du 1er avril 1920, ne prendra fin que le 1er avril 1935. A cette date, si la législation spéciale des loyers n'a pas été abrogée d'ici-là dans votre ville par un décret en Conseil d'Etat rendu après avis du Conseil municipal et du Conseil général, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation de la loi du 29 juin 1929, jusqu'au 1er juillet 1936 si la valeur locative de l'immeuble au 1er août 1914 était comprise entre 1.000 et 2.500 francs, ou jusqu'au 1er juillet 1937 si cette valeur locative était comprise entre 500 et 1.000 francs.

Votre qualité d'ancien combattant ne vous conférer a en l'espèce aucun avantage particulier.

Mais si la législation spéciale des loyers est abrogée dans votre ville avant le 1er avril 1935, vos rapports avec votre propriétaire seront alors uniquement régis par le droit commun et vous serez dans l'obligation de vous entendre avec lui à l'amiable pour le renouvellement de votre bail, sans que le taux du loyer puisse être limité par une taxation légale.

En effet, la loi sur la propriété commerciale qui a pour but de protéger les locataires contre les exigences abusives de leur propriétaire, ne concerne que les locaux à usage industriel ou commercial et non pas ceux affectés à l'exercice d'une profession libérale.

---

## Questions médico-militaires

### 402. — 100 % aux tuberculoses viscérales

J'ai vu ces jours-ci dans je ne sais plus quelle feuille que j'ai perdue, que tous les pensionnés de guerre pour tuberculose locale, auraient d'office droit à 100 p. 100. Or, je soigne un pauvre diable, réformé à 40 % pour maladie d'Addison (diagnostic répété ou maintenu à chaque réforme).

Il s'agit, si mes souvenirs sont exacts, de tuberculose surrénale. Puis-je pour lui, demander l'application de ce décret, sans nouvelle visite, et, dans ce cas, je vous prierais de me donner la date dudit décret tout récent. Ou dois-je demander pour lui une nouvelle visite pour aggravation, mais visite à domicile, car c'est une pauvre loque, atteint en même temps de Parkinson que la C. R. n'a jamais voulu admettre comme motif de réforme.

Dr L.

**Réponse**

Il s'agit du décret du 17 juillet 1931, qui accorde 100 % aux tuberculoses viscérales.

Mais le bénéfice n'en peut être accordé qu'après surexpertise par un phtisiologue qualifié. Il faut donc que votre client, par lettre recommandée au médecin-chef du Centre de réforme, demande une visite pour bénéficier de ce décret.

### 794. — Promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur

Que faire pour provoquer l'inscription au tableau de la Légion d'honneur pour le grade d'officier ?

Je suis chevalier depuis 1917, 1er janvier, décoré à Verdun.

En mars 1918, j'ai été blessé grièvement par les gaz de guerre : d'où un mois et demi d'hôpital, deux mois de convalescence, une citation à la division et 20 % d'invalidité.

Devant être mis (il y a quatre ans) hors-cadre, j'ai été maintenu, suivant demande d'ancienneté de grade dans la légion, quinze ans ; nommé médecin commandant il y a deux ans ; j'avais écrit, il y a deux ans au directeur du Service de santé et n'ai jamais plus eu de nouvelles.

Dr T.

**Réponse**

Afin d'être proposé pour la rosette, il faut cinquante annuités, dont huit de Chevalier (ce qui est votre cas).

Si vous ne réunissez pas les cinquante annuités, demandez à être proposé à titre exceptionnel en raison de votre blessure par gaz, postérieure à votre croix ; mais pour le tableau en préparation (1932), il semble un peu tard cette année.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

1, 80 depuis 1926. — Visite à un blessé pour certificat de guérison. — *Questions médico-militaires* : Situation militaires des pères de quatre enfants. — Situation du médecin de réserve démissionnaire. — Victime civile de la guerre. — Pension d'un médecin-lieutenant réformé à 100 pour cent. — Démission d'un élève de l'Ecole du Service de santé militaire. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant. — Situation des sursitaires. Père de 3 enfants. — *Accidents du travail* : Révision de rente pour aggravation. Frais médicaux. — Accident survenu à une cultivatrice.......... 1514

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie-les-Bains.** Alardo, Bouix

**Ax-les-Thermes** (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre** : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Joly, R. Hügel. Le Gouriérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Hallot, Lacour.

**Bourbon-Lancy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon-L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann. Casat, de Montgolner Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry. Contal.

**Dax.** Armaud Barrau Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet. Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** Dr Sarda.

**Evaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). **Rigal.**

**Hammam-Lif** (Tunisie). Féré.

**La Bauche-les-Bains** : Brissaud.

**La Bourboule**. Cany, Dullège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains**. Goirand.

**Lamalou-les-Bains**. Gauvy (*Rééd. motr.*), M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains**. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon**. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains** : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny**. Payen.

**Mont-Dore**. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris**. Ducros, Jossand.

**Plombières-les-Bains**. Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux**. Hyvert.

**Préchac-les-Bains**. Degos.

**Royat**. Cany, Mougeot.

**Salers**. Rongier.

**Salies-de-Béarn**. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bains**. Bourny

**Salies-du-Salat**. Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan**. François.

**Saint-Didier**. (Vau.) Masquin.

**Saint-Gervais-les-Bains**. Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains**. Charpin, Segard, Silvestre.

**Sallanches** : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire**. Sérane, Siguret Versepuy.

**Santenay-les-Bains**. Boudeille.

**Sermaize-les-Bains**. Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage**. Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains**. David.

**Vernet-les-Bains**. Ponson.

**Vichy**. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fan, Gannat, Lère Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel**. Adda, G. Constant, Monsseaux.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Docteurs GIRAUD, de Lignières; BARTHOMEUF, de Sanquinet et GODOMEL, de Gannat, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 149. — A céder après décès survenu en avril, cab. méd. génér. dans ville agréab. à 1 h. Paris. S'ad. Mme Lucas, 35, rue des Domeliers à Compiègne.

No 150. — Dr Lopez, très bon traduct. français-espagnol, demande emploi, 22 rue Barrault, Paris (13e).

No 151. — Dame seule, sérieuse, sténo-dactylo, dem. emploi. Référ. de doct.

No 152. — Paris. Quart. popul., clin. parfait, installée méd. génér., bon rendem. Prix : 20.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 153. — Auvergne. Ville d'eau réputée belle client., gros produit, villa confort. Prix 100.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 154. — Vallée de l'Oise. Jolie résid. sur gr. ligne (chasse et pêche), à reprend. poste ancien. Prix : 100.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 155. — Appartem. à louer dans immeub. neuf, 6 p., 2 salles bains, quartier Passy-Auteuil, s'ad. 28, rue du Ranelagh. Paris.

AVIS. — Ceux de nos lecteurs qui sont créanciers de la Banque Vasseur, 9,r ue des Filles-Saint-Thomas, à Paris, actuellement en liquidation judiciaire, ou qui connaissent des créanciers de cet établissement,sont priés de nous faire connaître leur nom et leur adresse.

## Renseignements



# *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Nécrologie.** — Nous venons d'apprendre la mort de notre distingué confrère et fidèle collaborateur, le Docteur CHABANON, de Lyon, décédé le 28 avril.

Le Docteur Chabanon était, depuis de longues années, attaché à la rédaction du *Concours médical*, auquel il fournissait régulièrement les comptes rendus des Sociétés médicales lyonnaises.

Sa fin prématurée nous attriste profondément. Nous saluons sa mémoire de nos regrets les plus émus, et nous offrons à Madame Chabanon, l'hommage de nos sympathiques condoléances.

— **Conférences médicales de l'Hôtel Chambon.** — Le lundi 9 mai 1932, à 21 heures, dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, M. le Docteur Max ARON, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, donnera une conférence intitulée : *Des phénomènes de la croissance au problème de la vie.*

La précédente conférence, faite le 22 avril 1932, par M. le Docteur Et. Burnet, directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, avait eu pour sujet : *Le monde des lépreux.*

— **Journées médicales de Bruxelles.** — Nous rappelons que les adhérents aux Journées médicales de

Bruxelles seront conviés à toutes les séances, fêtes et réceptions, notamment à la représentation de gala qui aura lieu au Théâtre Royal de la Monnaie, le 26 juin. Le 27 juin, banquet, par souscription, en l'honneur des délégués officiels des Gouvernements étrangers.

Adresser les adhésions au Docteur Beckers, secrétaire-général, 141, rue Belliard, à Bruxelles. Les cotisations restent fixées à 75 francs pour les médecins et 50 francs pour les dames et les personnes les accompagnant.

—**Voyage médical au Canada et aux Etats-Unis.** — Le Comité des Voyages d'étude et Congrès de l'« *Univers Médical* », placé sous la présidence d'honneur du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, organise son deuxième voyage au Canada et aux Etats-Unis.

Départ de Paris le 17 août, retour à Paris le 18 septembre. Grandes lignes de l'itinéraire : Cherbourg, Québec, Montréal, Toronto, Lac Ontario, Chutes du Niagara, Chicago, Washington, Philadelphie, New-York, Montréal, Cherbourg.

Prix du voyage, du départ de Paris au retour à Paris : 16.650 francs avec passage en 1re classe, et 12.950 francs avec passage en classe « touriste ».

Tous renseignements et brochure illustrée, renfermant le récit du voyage de l'an dernier, sur demande à la Direction technique des Voyages et Congrès de l' « *Univers Médical* », 33, avenue de l'Opéra. Paris. Tél. : Opéra 01.80.

— **Distinctions honorifiques** — M. le Docteur Raymond CORBIN, directeur de la maison médico-chirurgicale Raymond Corbin, à Amiens, vient d'être promu officier dans l'ordre de la Légion d'honneur, au titre militaire. La cravate de commandeur de l'Ordre Royal du Cambodge vient, d'autre part, de lui être conférée par S. M. le Roi du Cambodge.

— **Fiançailles.** — Nous apprenons avec plaisir les fiançailles de M. Charles HEUDEBERT, fils de Madame et Monsieur Charles Heudebert, directeur de la grande Firme bien connue de produits diététiques, avec Mademoiselle Raymonde BREUGNOT. Nos plus sincères compliments.

— **Mariage.** — Le mardi 3 mai, en l'Eglise Saint-François Xavier, a eu lieu, au milieu d'une brillante assistance, le mariage du Docteur Jean LEREBOULLET, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Lereboullet, Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés, avec Mademoiselle Marie-Josèphe MICHON. La bénédiction nuptiale a été donnée aux jeunes époux par Son Excellence Monseigneur Baudrillart, de l'Académie française, Archevêque de Mélitène, Recteur de l'Institut catholique.

Le *Concours Médical* adresse au Docteur et à Madame Jean Lereboullet ses souhaits les plus sincères de bonheur.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame MARTY nous annoncent la naissance de leur fils *Bernard* et troisième enfant (Pont-du-Château, 12 avril 1932).

## LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASTHME

Une des particularités de ce Congrès, et non des moins intéressantes, sera l'exposé avec démonstration de la thérapeutique hydrominérale de l'asthme, qui sera fait au sein même de l'Etablissement thermal du Mont-Dore.

Ainsi les Congressistes pourront-ils se rendre compte dans les services en pleine activité, de l'ensemble des opérations qui constituent ce qu'on appelle la cure Mont-Dorienne. Quelques-unes de ces pratiques thermales, les *demi-bains hyperthermaux*, les *douches nasales de gaz thermaux*, surtout les fameuses *aspirations* de vapeurs minérales à températures croissantes revêtent un caractère bien spécial qui donne à la cure Mont-Dorienne son originalité et explique son efficacité.

L'Etablissement thermal du Mont-Dore, véritable arsenal hydrominéral réputé pour sa beauté et ses dimensions tire surtout sa renommée de cette chance unique que, construit sur le rocher même qui forme sa paroi postérieure, il contient les griffons des treize sources qui y sont exploitées et qui sont ainsi utilisées à leur naissance même, c'est à dire dans leur maximum de puissance et de vitalité.

Il est réservé aux Congressistes de pouvoir vérifier en ce qui concerne le traitement de l'asthme, la valeur réelle de cette thérapeutique hydrominérale dont l'importance et les résultats sont aujourd'hui unanimement reconnus.

Rappelons les conditions qui sont faites aux médecins désireux d'assister au Congrès :

Les médecins, internes et externes des hôpitaux et les étudiants en médecine, français et étrangers, sont invités à y participer.

Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande avec le montant de leur cotisation (30 francs français pour les médecins ou étudiants et chacun des membres de leur famille directe), au Secrétariat du Congrès. Cette cotisation donne droit au volume des rapports, aux fêtes, réunions et excursions organisées en faveur des Congressistes.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 25 mai 1932.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront mises gracieusement à la disposition des Congressistes par le Syndicat des Hôteliers du Mont-Dore.

Une réduction de 50 % sur les tarifs des chemins de fer français sera accordée à tous les Congressistes et à leur famille sur demande adressée avant le 1er mai au secrétariat du Congrès.

Adresser les adhésions et demandes de renseignements au secrétariat du Congrès international de l'asthme, 19, rue Auber, Paris (9e).

# A TRAVERS L'OFFICIEL

21 AVRIL

**Service de santé des troupes coloniales.**

*Concours, en 1932, pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales.*

Un concours sera ouvert à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris, le 1er décembre 1932, à neuf heures, pour l'admission à :

Cinq emplois de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales.

Pour être admis à concourir, les docteurs en médecine devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ;

3° Avoir satisfait au 31 décembre 1931 aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Etre âgé de moins de trente-deux ans au 1er janvier 1932, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1900. Cette limite d'âge pourra être élevée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

5° Souscrire l'engagement de servir effectivement pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° Interrogation sur un sujet de pathologie médicale et chirurgicale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Interrogation sur l'anatomie chirurgicale d'une région et sur une question de technique opératoire ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

*Pièces à produire.*

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministère de la défense nationale (guerre), direction des troupes coloniales, 3e bureau, avant le 15 octobre 1932.

Ces pièces sont :

1° Un acte de naissance sur papier libre dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours). Le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement établi l'année de l'admission, constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service armé.

Cette aptitude, ainsi que celle au service colonial, seront constatées par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin capitaine au moins ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou un état signalétique et des services ;

5° Indication du domicile où doit être adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

6° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve ;

7° Engagement dans la forme indiquée ci-après, de servir effectivement pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de l'admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les docteurs en médecine admis sont nommés médecins sous-lieutenants, pour compter du 31 décembre 1932 et bénéficient d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de deux ans des études d'enseignement supérieur, près des facultés de médecine, exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, c'est-à-dire que par application de ces bonifications, les docteurs en médecine seront immédiatement nommés médecins lieutenants, pour prendre rang du 31 décembre 1931.

Ils suivent à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Ils concourent, à la fin de ce stage, avec les médecins de leur promotion provenant des écoles du service de santé de la marine et du service de santé militaire et prennent rang, avec eux, sur la liste d'ancienneté, dans le grade de médecin lieutenant, dans l'ordre du classement de sortie et deviennent disponibles pour le service colonial.

Fait à Paris, le 14 avril 1932.

François PIÉTRI.

22 AVRIL

**Stations thermales et climatiques coloniales.**

*Commission consultative des stations thermales et climatiques aux colonies.*

Sont nommés membres de la commission consultative :

1° L'inspecteur général du service de santé des colonies ou son représentant ;

2° Le docteur Abbatucci, représentant la société de pathologie exotique ;

3° M. Blanchard de La Brosse, résident supérieur, directeur de l'agence économique de l'Indochine ;

4° Le pharmacien général Bloch, chef de la 3e section à l'inspection générale du service de santé ;

5° Le professeur Brumpt, représentant l'institut de médecine coloniale ;

6° Le professeur Desgrez, professeur de chimie minérale et organique à la faculté de médecine de Paris ;

7° M. Drouin, administrateur en chef des colonies, délégué de Madagascar ;

8° Le docteur Flurin (Henri), président de la société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris ;

9° Le docteur Pierret, représentant de la société de médecine et d'hygiène tropicales ;

10° Le professeur Sommelet, professeur d'hydrologie et d'hygiène à la faculté de pharmacie de Paris ;

11° Le médecin général Sorel, du corps de santé colonial, désigné par l'académie des sciences coloniales ;

12° Le médecin général Thiroux, du corps de santé colonial, désigné par l'institut colonial français ;

13° Le docteur Villaret (Maurice), professeur d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la faculté de Paris ;

14° Le médecin lieutenant-colonel Le Dentu de la 4e section à l'inspection générale du service de santé.

24 AVRIL.

### Hygiène publique.

*Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.*

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Laval.

Le traitement alloué est fixé à 6.000 francs par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel*, pour adresser au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

26 AVRIL.

### Service de santé militaire.

Par décret du 17 avril 1932, est promu :

*Au grade de médecin lieutenant.*

Le méd. sous-lieut. (rang 16 juillet 1931) : Griveaud rég. Paris.

*Prises de rang*

Par décret du 17 avril 1932, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après libérés du service actif est fixé ainsi qu'il suit et, par décision du même jour, ces officiers reçoivent les affectations suivantes :

Les méd. sous-lieut. (rang 20 sept. 1927) : Griveaud, 8e rég., aff. rég. Paris ; (rang du 20 sept. 1928) : Gaudin, Viala, Thoizon, Sliosberg, Raganeau, rég. Paris, maint. ; Sanz, 1re rég., aff. rég. Paris ; Marie, 2e rég., aff. rég. Paris ; Merlaud, 9e rég., aff. rég. Paris ; Izard, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Carbonell, 19e C. A., aff. rég. Paris ; Joly, 1re rég., maint. ; Léger, 2e rég., maint. ; Léger, 3e rég. , maint. ; Lambert, 10e rég., aff. 3e rég. ; Dumans, 4e rég., maint. ; Chiclet, 20e rég ; aff. 7e rég. ; Fort, 8e rég. , maint. ; Saint-Arro- man, 8e rég. , maint ; Perron, 6e rég., aff. 8e rég. ; Michelet, 19e C. A., aff. 9e rég. ; Sevin, 10e rég., maint. ; Thison, rég. Paris, aff. 11e rég. ; Lacote, 19e C. A., aff. 12e rég. ; Faure, 12e rég., maint. ; Colombet, 12erég., maint. ; Allard, 13e rég. , maint. ; Carret, 14e rég., maint. ; Appaix, 14e rég., maint. ; Desplanche, 14e rég., maint. ; Corajod, 14e rég., maint. ; Badinand, tr. Maroc, aff. 14e rég.

Fischer, tr. Maroc, aff. 14e rég. ; Dardaillon, 19e C. A., aff. 15e rég. ; Guiot, 19e C. A., aff. 15e rég.; Marron, 15e rég., maint. ; Atger, 16e rég., maint. ; Dupuy, 14e rég., aff. 16e rég. ; Rouffiac. tr. Tunisie, aff. 16e rég. ; Demage, 18e rég., maint. ; Grabe, 18e rég., maint. ; Reboul, 18e rég., maint. ; (rang 13 nov. 1928) : Pitot, 15e rég., maint. ; (rang 20 sept. 1929) ; Klotz, 19e C. A., aff. rég. Paris ; Frieh, tr. Maroc, aff. 14e rég. ; Bonamour, tr. Maroc, aff. 15e rég. ; Girard, tr. Maroc, aff. 15e rég.

### Pensions militaires.

*Instruction portant application des articles* 145, 146 *et* 147 *de la loi de Finances du* 31 *mars* 1932 (*allocations aux grands invalides.*)

Cette instruction sera publiée ultérieurement.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Remboursement des frais pharmaceutiques et médicaux aux assurés sociaux.

15566. — M. Henri Guernut rappelle à M. le ministre du Travail les plaintes de nombreux assurés qui sont obligés de faire l'avance des frais pharmaceutiques et médicaux et ne sont remboursés qu'après un trop long temps ; et lui demande s'il ne pourrait prendre l'initiative d'une modification à la loi des assurances sociales permettant aux assurés de se faire rembourser sans délai par leur caisse, sur simple présentation des factures authentiques des médecins et pharmaciens. (*Question du* 3 *mars* 1932.)

*Réponse.* — Il résulte des articles 20, 21 et 28 du règlement-type d'administration intérieure des caisses d'assurances sociales que le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques peut être opéré au gré de l'assuré, soit à la fin de la maladie, soit au cours de la maladie, mais seulement par semaine, aux jour et heure fixés par la caisse. Ce remboursement

est effectué sur le vu de la feuille de maladie, soit en espèces aux guichets de la caisse, soit par chèque postal ou mandat dont les frais sont à la charge de l'assuré, entre les mains de l'assuré lui-même ou de toute personne dûment autorisée par ce dernier. Si l'assuré est dans l'impossibilité de payer ces frais, la caisse peut lui en faire l'avance sur le vu de la feuille de maladie visée par le médecin ou de l'ordonnance tarifée par le pharmacien. Il n'est pas possible de prévoir des dispositions plus libérales sans porter atteinte au droit de contrôle des caisses et à la bonne marche de leurs services.

(*J. O.*, 10 avril 1932.)

---

**Commission technique. Compétence.**

15567. — M. Ravanat rappelle à M. le ministre du Travail : *a*) que l'article 7, paragraphe 3, de la loi sur les assurances sociales prévoit que les contestations doivent être appréciées par une commission technique présidée par le juge de paix du canton ; *b*) qu'il se produit, dans les villes sectionnées en cantons que le siège de la caisse se trouve dans un canton et l'assuré dans le canton voisin ; et demande quel est, dans ce cas, le juge de paix qui doit être saisi du différend : est-ce celui du siège ou celui de l'assuré. (*Question* du 3 mars 1932.)

*Réponse.* — La commission technique, instituée par l'article 7, paragraphe 3, de la loi sur les assurances sociales pour apprécier l'état du malade, est composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'une incapacité permanente, ce troisième médecin est un médecin expert désigné par le président du tribunal civil. L'assuré qui conteste la décision prise par la caisse d'assurance-maladie doit saisir de sa réclamation, le greffier de la justice de paix, lequel provoque immédiatement la réunion de la commission technique conformément aux dispositions de l'article 7, paragraphe 3, susvisé. Le greffier compétent est, suivant les principes généraux du droit, celui de la justice de paix du domicile du défendeur, par conséquent du siège de la caisse. C'est, par suite, le juge de paix du canton dans lequel la caisse a son siège qui a qualité pour désigner le troisième médecin.

(*J. O.*, 10 avril 1932.)

---

**Droit aux prestations pour une maladie chronique.**

15666. — M. Hubert Rouger demande à M. le ministre du Travail : 1° si un assuré social, inscrit au 1er juillet 1930 (début) et cotisant régulièrement, peut bénéficier des prestations pour une maladie dite chronique, dont il était atteint avant l'application de la loi, et n'entraînant pas la cessation absolue du travail ; 2° quelles conditions doit remplir le même assuré pour être en mesure de bénéficier des presta-

*Voir la suite page LXIII-1513*

# PROPOS DU JOUR

## Au Congrès de l'Ecole des Parents
## La vocation médicale

Sous le titre de « La Jeunesse » vient de paraître, en un volume de près de 400 pages (1), le compte rendu du dernier *Congrès de l'Ecole des parents.*

« Quelle merveilleuse idée eut Madame Vérine, lorsque, avec Madame J. Camus, elle fonda l'Ecole des parents ! » (2) répéterons-nous après M. Georges Risler, membre de l'Institut, président du Musée social, qui, par cette exclamation, ouvrit le Congrès en prononçant un très beau discours sur *La jeunesse devant le devoir social.*

Nous serions tentés de reproduire tous les discours, tous les rapports qui ont rempli l'ordre du jour des trois journées du Congrès qui fut clôturé par Mme Vérine. Elle prit pour thème, non pas : Comment on peut « vivre sa vie » ? selon l'expression un peu trop à la mode dans certaine jeunesse d'aujourd'hui, mais : Comment on doit faire *Pour vivre, une belle vie* ? Belle vie qui doit reposer sur le trépied : travail, morale, amour. Mais ne nous laissons pas entraîner à analyser tout ce qui nous a charmés dans « *La Jeunesse* », arrêtons-nous à un discours, prononcé par un distingué chirurgien, discours qui intéressera tous les médecins.

Le Dr Okinczyc, chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, présidant la séance du Congrès ayant trait à l'examen de *La jeunesse devant la profession*, a fait une étude remarquable de la vocation en général et de la *vocation médicale* en particulier.

***

La vocation, dit M. Okinczyc, est un appel. C'est plus qu'un attrait, une inclination, un plaisir qui peuvent orienter vers un métier, vers une carrière. La vocation appelle à une profession, ce qui est très différent. On peut aborder la médecine, le barreau, la politique sans vocation ; avec du travail et de l'intelligence ; on pourra alors devenir un bon thérapeute, un homme d'affaires retors, un habile politicien, mais sans vocation, on ne sera jamais un médecin, un avocat, un homme d'Etat.

M. Okinczyc met à part la vocation religieuse, différente des vocations professionnelles, parce qu'elle est placée sur un plan surnaturel qui nous dépasse. Il se borne à examiner les vocations qui sont situées sur le plan naturel et où l'appel ne vient pas d'en haut, mais bien de l'homme vers l'homme.

La vocation professionnelle n'est pas le privilège d'une classe ni d'une hérédité. Cependant, il existe des conditions favorables d'atavisme, de milieu familial qui peuvent éveiller une vocation. M. Okinczyc met en garde contre l'influence du milieu, de la famille, du désir des proches, des parents, qui peuvent inciter l'enfant à adopter la profession de son père et lui donner l'illusion qu'il en a la vocation. Le devoir de l'éducateur en pareil cas n'est pas de susciter la vocation mais de la contrôler, d'empêcher que l'adolescent prenne pour un appel ce qui n'est qu'une sorte d'abandon à la vitesse acquise en prenant en quelque sorte la succession professionnelle du père.

L'éducateur, s'il doit contrôler la réalité d'une vocation, doit se garder de la contrarier, mais la respecter et même la servir.

Les parents qui aiment leurs enfants, doivent aussi aimer leurs vocations, l'appel qui les consacre au service du prochain, même si cet appel va à l'encontre de leurs secrets désirs, ou de leurs ambitions les plus légitimes. Comment reconnaître une vraie vocation ? Elle n'est ni un enthousiasme qui peut être passager, ni un goût qui peut être sans lendemain, ni une ardeur qui brûle comme un feu de paille, ni une ambition, une émulation. C'est un acte d'amour, un

(1) F. Lahure. édit., 48, rue d'Assas, Paris. VIe.
(2) Siège social : 26. rue du Quatre-septembre. à Paris, 11e.

élan, qui est moins le fait de l'intelligence que du cœur, qui même, selon le mot de Pascal, peut avoir des raisons que la raison ne connaît pas.

Et M. Okinczyc prenant comme exemple la vocation médicale, prononce des phrases si éloquentes et si émues que nous ne pouvons nous empêcher de les reproduire *in extenso* :

« Ce n'est pas toujours l'aisance, ni la gloire que le fils du médecin trouve à son foyer, pour le tenter et l'entraîner dans la voie où la vocation le mène. Il a plutôt le souvenir des inquiétudes, des fatigues, de l'effort multiplié, que ne règlent plus les heures, que n'apaisent plus les nuits. Il voit encore son père, rentrant ainsi très tard, trop tard, harassé, imposant silence dès la main levée, dès la porte ouverte, puis tombant sur un fauteuil et jetant à tous les assaillants de la famille, de la rue, du téléphone : « Pas un mot ou je vais mordre ! » Boutade héroïque dont la drôlerie ne peut faire oublier l'épuisement. Il sait, ce fils, l'imprévu toujours menaçant le médecin et qui lui rappelle que sa journée n'est jamais finie. Il sait que le médecin appartient à autrui avant de lui appartenir, il a mesuré tous les renoncements d'une existence vouée aux autres et qui ne réserve ni les délassements de la famille ni ceux de l'amitié, ni ceux du monde. Si sa vocation s'affirme à ces spectacles, à ces souvenirs, s'il retient qu'elle est avant tout un sacrifice de ses goûts personnels et un renoncement presque constant de ses joies les plus légitimes, et, s'il persévère, je dis que sa vocation est digne d'examen et d'encouragement et qu'elle est marquée au bon coin. Il aime le malade qui l'appelle plus que lui-même, il se donne à lui avec toutes les conséquences de ce don délibéré, avec les sacrifices et les renoncements qu'il comporte. La raison n'a rien à voir avec cet attrait où le cœur se meut à l'aise : Telle est la vocation véritable, et plus tard encore vous la reconnaîtrez à ses fruits. »

C'est le rôle de l'éducateur de se rendre compte si la vocation est bien réelle. La fausse vocation est un « désir sans amour, sans don de soi, attrait des choses, mais non pas appel du prochain entendu, compris et aimé. »

Le médecin peut aussi avoir son mot à dire en ce qui concerne une vocation. La santé, les forces physiques insuffisantes peuvent mettre obstacle à cette dernière. Prenant la profession médicale comme exemple, M. Okinczyc fait remarquer qu'il faut plus de résistance physique pour pratiquer la chirurgie que la médecine ; que la médecine de campagne paraît souvent plus pénible que celle de la ville, bien que s'exerçant dans une atmosphère plus pure, elle s'adapte mieux à certaines santés débiles.

Chemin faisant, il déplore la disparition progressive du médecin de campagne et la considère comme un signe de la diminution des vocations médicales véritables. Il regrette que sans discernement les jeuns médecins abordent la voie des concours par pure ambition, par séduction d'un mirage souvent trompeur. Pour aborder les concours, il faut une souplesse, une adaptation, un asservissement auxquels toutes les intelligences ne peuvent pas se soumettre.

« Les fruits d'une vocation ne se mesurent pas au bruit fait autour de nous, mais aux œuvres qui suivent ceux qui ont rempli leurs jours de l'amour du prochain. » Quel est le plus grand de ce médecin à la mode, encensé aujourd'hui oublié demain, de celui qui, s'il a le savoir, a surtout le « savoir-faire » et le « faire savoir » ou du praticien obscur dont la tombe est fleurie de longues années après sa mort, par les enfants et les petits enfants de ceux qu'il a soignés ?

La véritable vocation suppose la connaissance de l'homme avant toute connaissance professionnelle. C'est pour cela que le médecin doit être un humaniste, un esprit cultivé. Les humanités permettent au futur médecin de s'initier au secret de la mesure, du goût, de la méthode, de l'équilibre qui lui permettront de remplir complètement sa mission. M. Okinczyc redoute une science trop exclusive, qui ne se tempère pas d'humanisme et le spécialiste savant mais sans culture, avec ses audaces expérimentales lui fait peur.

Pour que la vocation médicale s'épanouisse entièrement, il faut que celui qui la possède fasse un choix judicieux de ses maîtres, de ses camarades d'étude et plus tard de celle qu'il associera à sa vie, qui sera la gardienne de son foyer et lui facilitera avec tact et discrétion la rude tâche qu'il a entrepris de remplir.

En terminant, M. Okinczyc, tout en admirant, l'effort collectif qui tend à améliorer les conditions de la vie humaine, craint que la fonctionnarisation de la médecine n'arrive à supprimer les vocations. Les organisations matérielles nouvelles qui doivent assurer la sauvegarde de la santé, le bien être de la mère et de l'enfant, la sécurité de la vieillesse peuvent avoir pour résultat l'atténuation des responsabilités, l'affaiblissement de la notion du devoir, la mort des vocations et le chirurgien de Beaujon se

pose avec angoisse cette question : Que deviendra le médecin fonctionnarisé, empêtré dans une paperasserie imbécile ? Constatant l'invasion de notre carrière par toute une armée d'incapables et d'indésirables qui sapent les traditions morales qui font encore l'honneur de la profession médicale, il conclut : « Comment veut-on que sur ces ruines fleurissent encore les fleurs ardentes et pures des vocations véritables et désintéressées ? »

Tout en partageant dans une certaine mesure les craintes de M. Okinczyc et même ses regrets, tout en admirant l'idée vraiment mystique qu'il se fait de la vocation médicale, nous avouons être beaucoup plus optimistes que lui. La fonctionnarisation de la médecine ne gênera pas l'éclosion des vraies vocations médicales, pas plus qu'elle ne gêne celle des prêtres, des officiers, des magistrats, et même des médecins fonctionnarisés de l'armée, des colonies, des asiles d'aliénés, qui, tous les jours, donnent des exemples d'abnégation et de dévouement admirables bien que soumis à des disciplines et des exigences, souvent plus étroites que celles des autres fonctionnaires. Bien plus, nous prétendons que le jeune médecin qui aborde sans vocation, la carrière médicale, arrive souvent, en exerçant (et nous en avons observé maints exemples) à acquérir toutes les qualités morales et professionnelles de celui qui avait dès le début de ses études la véritable vocation. Le spectacle de la maladie, de la misère, de la souffrance, la reconnaissance que lui témoignent ceux qu'il a soulagés ou qu'il a aidés à guérir, ne tardent pas à créer en lui, s'il a le cœur bien placé, une véritable vocation tardive.

Nous ne pouvons savoir quelle sera la médecine de l'avenir. Sera-t-elle fonctionnarisée ? Peut-être. Nous sommes à une période de transition qui crée, chez nous qui avons connu l'exercice de la médecine de jadis, un malaise angoissant, comme on en éprouve devant l'incertain et l'inconnu. Les transformations profondes qui s'opèrent et s'opéreront encore davantage dans le domaine médical, sont le fait des progrès techniques de notre art, des améliorations sociales, du changement des conditions d'existence qui exigent plus de bien-être et partant plus d'hygiène. Tout cela, on ne saurait le regretter, et d'ailleurs la puissance de cette évolution est telle qu'elle ne peut être influencée par notre volonté. De tout ce progrès qui commence à se réaliser actuellement et se développera lentement, ne peut résulter un mal, même pour notre profession. Le rôle du médecin sera, soyons en persuadés, de plus en plus important et de plus en plus noble. Quand la période actuelle des tâtonnements aura fait place à une organisation équilibrée et méthodique, il y aura encore de beaux jours pour la profession médicale et nos enfants, sinon nous, verront s'épanouir chez elle des vocations admirables comme par le passé.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### L'ENSEIGNEMENT DE LA CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (1)

Professeur P. Nobécourt

Quand j'ai pris possession de la *chaire de clinique médicale des enfants*, à la suite de mon maître le Prof. Hutinel, le 8 janvier 1921, j'ai, dans ma leçon d'ouverture, publiée par *La Presse médicale* du 19 février 1921, montré l'importance du rôle dévolu aux médecins des enfants dans la société moderne. Ils doivent non seulement les soigner quand ils sont malades, mais encore veiller à la conservation de leur santé et à leur croissance ; par suite, ils doivent s'occuper des problèmes que posent leur hygiène, leur assistance, leur protection, leur éducation.

Il serait désirable d'aborder ici l'enseignement de toutes ces matières, mais de nombreuses raisons s'y opposent, dont la principale, est le manque de temps dont nous disposons.

Nous sommes obligés de nous limiter à l'objet principal de l'enseignement clinique, qui est de former des médecins aptes à bien soigner les enfants.

***

Tous les médecins qui ont écrit sur les maladies des enfants parlent des DIFFICULTÉS que comporte leur étude et leur pratique. Leurs particularités déroutent les étudiants et les médecins habitués aux adultes.

Les témoignages abondent. Je n'en citerai que deux.

Dans la préface de leur célèbre *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, publié en 1843, Rilliet et Barthez écrivent : « Nous n'avons jamais dû conclure de ce qui *est* chez l'adulte à ce qui *doit* être chez l'enfant... Une pareille manière de procéder est essentiellement vicieuse et conduit à des résultats erronés... »

Et, en 1853, dans l'introduction de la deuxième édition, ils parlent des doutes qui assiègent l'esprit des médecins, surtout de ceux « qui débutent dans la carrière et qui ont eu rarement l'occasion d'étudier un enfant dans l'état de santé ou de maladie. Pour eux, tout est nouveau, tout est confus, et leur embarras redouble quand, à la difficulté de l'examen, se joint l'incertitude sur la valeur de son résultat ».

Le grand pédiatre anglais, Charles West, a publié en 1848, des *Leçons sur les maladies des enfants*. Elles ont eu plusieurs éditions. La sixième a été traduite en français, en 1875, par Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Nous y lisons, dans la première leçon qui sert d'introduction, à propos de l'examen des enfants : « Votre mode ordinaire d'observer la maladie sera en grande partie inapplicable ici, et vous vous sentirez comme si vous aviez à rapprendre l'alphabet. Vous croyez entrer dans un pays dont les habitants parlent le langage et ont les manières du peuple que vous venez de quitter, et vous entendrez autour de vous les accents d'une langue étrangère ; vous observerez des manières et des coutumes telles que vous n'avez pas encore vues ».

Puis West décrit les grandes difficultés rencontrées par le médecin qui soigne des enfants et il ajoute : « Quelques médecins ne surmontent jamais ces difficultés et, pour eux, la médecine infantile reste par conséquent close. Ils finissent par vivre tranquilles dans leur ignorance et vous assurent, avec le plus grand sérieux, qu'il est inutile de chercher à comprendre ces affections. Ils sont tombés dans cette funeste erreur pour n'avoir pas pris la peine de bien commencer ».

Je serais désolé de vous voir prendre rang dans cette catégorie de médecins, de vous voir, si j'ose dire, tourner aussi mal. J'en serais désolé et pour vous-mêmes et pour les enfants que vous aurez à soigner et pour leurs parents.

J'en serais désolé *pour vous-mêmes* ; ce serait vous priver de très grandes satisfactions.

Satisfactions d'ordre moral.

Rien d'aussi attachant, en effet, que la médecine des enfants. Observer le petit malade, analyser sa psychologie, pénétrer ses sentiments, capter sa confiance conduit forcément à l'aimer. Or aimer son malade rend facile le dévouement que son médecin lui doit.

(1) Leçon du 14 novembre 1931, à la Clinique Médicale des Enfants. Hôpital des Enfants-Malades.

Satisfactions d'ordre médical.

L'étude des maladies, des réactions de l'organisme vis-à-vis des processus morbides, réactions différentes aux diverses étapes de l'enfance, l'étude de l'influence de ces processus sur le développement des enfants conduisent à des observations d'un grand intérêt.

Une thérapeutique bien conduite donne souvent des succès, même alors qu'on n'osait pas les espérer, car on s'adresse à des organismes en pleine vitalité, possédant des ressources que n'ont plus les adultes et surtout les vieillards.

J'en serais désolé *pour les enfants,* à qui vos soins éclairés peuvent sauver la vie, assurer une croissance régulière et la santé pour toute leur existence. Que d'hommes traînent, toute leur vie, des infirmités, des tares, une constitution débile, parce que, étant enfants, ils n'ont pas été bien soignés, parce qu'ils n'ont pas été l'objet d'une hygiène et d'une éducation judicieuses.

J'en serais désolé enfin *pour les parents* qui mettront en vous toute leur confiance et à qui vous pouvez épargner, par une connaissance précise des maladies des enfants et de leur pronostic, bien des soucis, des angoisses, souvent d'ailleurs justifiés, des deuils.

Il ne faudrait toutefois pas exagérer les difficultés. Celles-ci ne sont pas toujours aussi grandes que je viens de le dire. Notamment elles ne sont pas les mêmes aux diverses périodes de l'enfance ; elles diminuent à mesure que l'enfant avance en âge.

Les difficultés sont à leur maximum pendant la *première* ou *petite enfance,* depuis la naissance jusqu'à 2 ans et demi. Elles deviennent moindres pendant la *deuxième* ou *moyenne enfance,* de 2 ans et demi à 6 ans, pendant la *troisième* ou *grande enfance* et pendant la *période pubertaire,* période intermédiaire entre l'enfance et la jeunesse, qui, chez les filles, s'étend de 12 à 15 ans, et chez les garçons de 14 ans et demi à 17 ans et demi.

Les difficultés diminuent parce que, à mesure que l'enfant se perfectionne, les méthodes d'examen, la constatation et l'interprétation des symptômes sont de plus en plus analogues à celles de la clinique des adultes.

Toutefois, pendant ces périodes intermédiaires, la pathologie et la clinique conservent toujours des particularités qui justifient la spécialisation de la médecine des enfants.

*La médecine des enfants est spécialisée* à juste titre. Les raisons de sa spécialisation sont différentes de celles qui justifient les spécialisations d'autres branches de la médecine.

L'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, la neurologie, l'urologie, la cardiologie, etc., sont spécialisées, parce qu'elles étudient un organe déterminé, parce qu'elles utilisent des techniques et des instruments qui leur sont propres.

La pédiatrie est spécialisée uniquement à cause de l'âge des malades. Du fait de l'âge, l'anatomie, la physiologie, la pathologie sont particulières. Elles sont dominées par les phénomènes de la croissance, et, à un moment donné par ceux de la puberté.

La croissance persiste après la terminaison de la puberté, elle se poursuit pendant la jeunesse et ne s'arrête qu'au début de l'âge adulte. Aussi le pédiatre, médecin des sujets en période de croissance, doit-il s'occuper des jeunes gens.

La jeunesse est une période intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte. La physiologie et la pathologie des jeunes gens présentent des particularités qui les rapprochent de celles des enfants ; leur signification ne peut être bien comprise que si on les situe à leur place pendant la période de croissance.

Au cours de la guerre, j'ai souvent rencontré des soldats appartenant aux jeunes classes, âgés de 18 ou 19 ans ; par leur constitution, par leurs réactions, par leurs maladies, ils me rappelaient les enfants que j'étais accoutumé à soigner.

Avant 21 ans la croissance n'est pas terminée, l'organisme n'a pas achevé son développement. Les médecins militaires insistent, avec raison, sur les inconvénients de l'appel des jeunes soldats avant cet âge.

La pédiatrie est une *partie de la médecine générale.* Un bon pédiatre doit bien connaître la médecine générale ; d'autre part, on ne peut pas faire de médecine générale sans connaître la pédiatrie.

Tous les médecins exerçant à la ville ou à la campagne ont des enfants à soigner ; souvent les enfants constituent la majeure partie de leur clientèle. Ils doivent donc être instruits de la médecine des enfants.

Il ne peut guère y avoir de médecins spécialisés en pédiatrie que dans les grands centres. Pour devenir un pédiatre qualifié il faut poursuivre de longues études sur les enfants et leurs maladies.

L'enseignement de la *Clinique médicale des enfants* doit avoir pour but de former : 1° des *médecins destinés à exercer la médecine générale;* 2° des *médecins désirant se spécialiser en pédiatrie.*

Comment réalisons-nous cet enseignement ?

***

La CLINIQUE est la *Science médicale appliquée,* l'*Art médical,* la *Pratique médicale.*

Le médecin, mis en présence d'un malade, doit d'abord recueillir tous les renseignements

utiles sur sa famille, sur son passé, sur l'affection dont il est atteint. Puis il l'examine méthodiquement et provoque les recherches nécessaires pour compléter son examen. Enfin, après l'analyse, il arrive à la synthèse. Il pose le diagnostic, précise les particularités de l'affection, porte un pronostic et prescrit le traitement.

Pour faire de la bonne clinique, il faut connaître l'anatomie, la physiologie, la sémiotique, cette partie de la médecine qui parle des signes de la maladie, la pathologie, c'est-à-dire les maladies, et enfin la thérapeutique. Cet ensemble de connaissances constitue la *Science médicale théorique.*

En bonne logique, l'enseignement de la *Clinique médicale des enfants* devrait comprendre l'enseignement de cette *Science théorique spécialisée,* mais le peu de durée du stage ne le permet pas. Cependant, M. Jean Hutinel, agrégé, donnera, les mercredis à 10 heures et demi, des conférences sur les *Affections de l'appareil respiratoire* et mes chefs et anciens chefs de clinique donneront les mardis à 10 h. et demie, des leçons de *Médecine et de thérapeutique.*

Mais cet enseignement est insuffisant et il faut compléter vos connaissances théoriques en lisant un *Précis* ou un *Traité de médecine des enfants.*

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE est donné dans les salles d'hospitalisation, à la Policlinique et aux consultations, ainsi que le samedi à cet amphithéâtre, où je fais toutes les semaines un cours de clinique.

L'*enseignement au lit du malade,* est le véritable enseignement clinique.

Notre clinique comprend :

Une salle de nourrissons, la salle Husson, qui contient 21 berceaux et 3 lits de mères nourrices.

Deux salles pour enfants de 1 à 15 ans, la salle Parrot réservée aux filles et la salle Bouchut destinée aux garçons ; chaque salle possède 26 lits.

Cette répartition est défectueuse. Pour bien faire, il faudrait une salle réservée aux enfants de un à 2 ans et demi. C'est pour moi, un regret, je dirai presque un remords, de les mettre à côté des enfants plus âgés, car cette intrication les expose à contracter des maladies, qu'ils pourraient éviter si elle n'avait pas lieu.

Les 73 lits que nous avons au total sont insuffisants pour les nécessités de l'enseignement.

Chaque matin, je vais dans une salle ; je reviens donc deux fois par semaine dans chaque salle.

Au cours de ma visite on me présente ou bien des malades nouveaux ou bien d'anciens malades, en cours de traitement.

Le malade nouveau est étudié tout d'abord par un des externes de la salle, souvent aidé par les stagiaires. L'externe recueille l'observation en interrogeant l'enfant, si son âge le permet, et la mère. L'observation doit être aussi détaillée que possible. Puis l'enfant est examiné par l'interne ou le chef de clinique, qui fait pratiquer les recherches complémentaires utiles. C'est donc une observation complète et précise que l'externe lit devant les élèves. Il doit me donner le diagnostic, le pronostic et le traitement, car je demande qu'il prenne l'habitude des responsabilités.

Après la lecture, je demande à l'interne ou au chef de clinique d'exprimer son opinion.

Puis j'examine le malade complètement, je commente chemin faisant les méthodes que j'emploie, les symptômes que je constate. Ensuite, je résume l'histoire, je discute le diagnostic, j'admets ou je modifie celui qui m'a été proposé, j'indique le pronostic et le traitement. Je fais, s'il y a lieu, une excursion dans le domaine de la pathologie, pour rappeler les caractères classiques et les particularités de la maladie en cause. Jeudi dernier, par exemple, en vous présentant une fille de 6 ans atteinte d'un myxœdème congénital, je vous ai parlé de la croissance staturale et des troubles que lui imprime l'athyroïdie.

Lorsqu'il s'agit d'un ancien malade, que j'ai déjà examiné, on me résume son observation, qui doit être tenue à jour par l'externe. Il est en effet très instructif de suivre l'évolution des maladies, d'observer les modifications des symptômes, de constater si l'état s'améliore ou s'aggrave, d'apprécier les effets du traitement.

La méthode d'enseignement clinique, que je viens de vous exposer, est la méthode clinique française ; elle a fait les succès de la clinique française. J'ai pu me rendre compte, pendant le voyage que j'ai accompli cet été à Buenos-Aires, à Montevideo, à Sao-Paulo, à Rio-de-Janeiro, combien nos amis d'outre-mer l'apprécient.

L'étudiant, qui a écouté la lecture de l'observation et ma leçon, n'a accompli que la moitié de sa tâche ; ce faisant il ne joue qu'un *rôle passif.* Pour bien apprendre, il doit jouer un *rôle actif.*

Pour lui permettre de remplir un rôle actif dans la vie de la clinique, nous l'attachons à une salle. Il doit examiner les malades, s'intéresser au traitement appliqué, à la manière de donner les soins, apprendre à poser des ventouses, à appliquer des enveloppements humides, à donner des bains, etc. Devenu médecin et livré à lui-même, il aura alors l'autorité indispensable pour donner les instructions nécessaires aux parents de leurs petits malades ou aux infirmières.

Dans toutes les salles, et, en particulier, dans la salle des nourrissons, à laquelle est annexée une cuisine spéciale, l'étudiant devra se renseigner sur l'alimentation, sur la préparation des aliments, du lait, du babeurre, les bouillies maltées, etc.

Nous ne pouvons organiser des enseignements méthodiques de ces sujets, mais l'étudiant trouvera auprès des surveillantes, Mme Roël à la salle Husson, Mlle Caussade à la salle Parrot, Mlle Queyrat à la salle Bouchut, auprès de mes chefs de clinique, MM. René Martin, Kaplan et Liège, de mon interne, M. Ducas, les renseignements qu'ils désireront obtenir.

Dans les salles vous aurez l'occasion de voir un nombre important de malades. Pour vous donner une idée du mouvement des malades, je vous donne quelques chiffres :

| | 1930 | 1931 1er semestre |
|---|---|---|
| Salle Husson | 427 | 185 |
| Salle Parrot | 302 | 137 |
| Salle Bouchut | 386 | 206 |
| Total | 1.115 | 528 |

En outre, au titre non plus de professeur de clinique, mais de médecin de l'hôpital, j'ai la charge du service temporaire de la salle Bazin destinée aux enfants atteints de maladie de Heine-Médin, où nous avons reçu 37 malades en 1930 et 11 malades pendant le premier semestre de 1931, et du pavillon de la rougeole, qui a hospitalisé 777 malades en 1930 et 698 pendant le premier semestre de 1931.

Je ne puis conduire tous les élèves dans ces services, mais ceux qui le désirent peuvent s'y rendre soit avec moi, soit avec M. Ducas ou avec M. Lackman qui s'occupent l'un du pavillon de la rougeole, l'autre de la salle Bazin.

L'enseignement donné dans les salles est fondamental ; il permet une étude approfondie des malades.

Mais les conditions réunies dans une salle d'hôpital ne se rencontrent guère dans la pratique de la campagne ou de la ville. Là le médecin est mis en présence d'un enfant sur lequel il doit se faire une opinion en peu de temps ; il n'a que les données fournies par son examen clinique ; il doit faire son diagnostic et son pronostic, prescrire son traitement, avant d'avoir les renseignements complémentaires que pourra lui donner le laboratoire. Il doit donc s'habituer à agir rapidement ; interroger les parents qui souvent sont trop prolixes, examiner le malade, effectuer les opérations mentales qui conduisent au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Cette série d'actes est une des grandes difficultés de la pratique médicale. La pratique nécessite d'abord la connaissance approfondie des malades, connaissance que donne l'enseignement dans les salles, et ensuite la précision des méthodes, la force d'attention, le don d'observation, la souplesse intellectuelle, la rapidité de décision, qualités qui s'acquièrent à la longue par la pratique elle-même.

J'attache à cette partie de l'enseignement une très grande importance. Il est donné à la *Policlinique*, qui se tient deux fois par semaine, le lundi et le jeudi à 10 heures, dans cet amphithéâtre. Pour être fructueux, il doit être organisé, méthodiquement.

La *Policlinique* est la consultation donnée aux malades de la ville.

Je ne puis voir tous les malades. Ils sont trop nombreux et beaucoup sont sans intérêt médical. Je n'aurais pas le temps d'enseigner. Il faut faire une sélection. A la consultation de l'hôpital, qui se tient le lundi à 9 heures, il y a eu, en 1930, 3.586 consultants, et, pendant le premier semestre de 1931, 2.081. Mon ancien chef de clinique, M. Marcel Maillet, qui est chargé de cette consultation, choisit un certain nombre de malades qu'il envoie à la Policlinique.

L'enfant arrive avec sa mère. La surveillante, Mlle Moreau, le reçoit, l'inscrit sur un registre spécial et, avec l'aide des élèves de l'*École d'assistantes d'hygiène scolaire* annexée à la Clinique, établit la fiche sociale. Ensuite, l'observation est recueillie et le malade examiné par un stagiaire de bonne volonté et par mes anciens chefs de clinique, Maillet, Boulanger-Pilet et Lebée, qui ont ce service à tour de rôle.

Je n'ai pas obtenu d'externes, malgré l'importance des services rendus aux enfants par la policlinique. Aussi, pour la prise des observations, nous avons recours à la bonne volonté des stagiaires, qui, je me plais à le dire, ne nous a jamais manqué.

On me présente le malade et on me lit son observation. Celle-ci peut être succinte, mais elle doit être précise. Muni des renseignements, je procède à l'examen du malade. Je suis la même ligne de conduite que dans les salles, mais je procède plus rapidement. Ces conditions d'examen sont semblables à celles où se trouve le médecin dans sa pratique.

Dans la mesure du possible je fais un diagnostic et en donne les raisons. Sinon, j'indique pourquoi un diagnostic définitif est impossible, je discute les éventualités qui se posent, j'indique les recherches complémentaires à faire et je demande à revoir le malade quand ces recherches auront été effectuées. Enfin je prescris un traitement, traitement définitif ou traitement d'attente, suivant les cas. Le cas échéant, je discute l'envoi de l'enfant dans un préventorium, un sanatorium, à la mer, à la campagne, etc.,

en tenant compte de la condition sociale de la famille.

Les malades ne nécessitant pas l'hospitalisation reviennent de temps en temps à la policlinique.

La policlinique ne fonctionne que pendant l'année scolaire. Le nombre de malades, qui y sont passés en 1930 et pendant le premier semestre 1931, a été respectivement de 921 et de 553.

En plus de la consultation du lundi et de la policlinique nous avons plusieurs *consultations spéciales*, qui ne fonctionnent pas pendant les vacances ; leur activité a été la suivante :

| | *Nombre de consultations* | |
|---|---|---|
| | 1930 | 1931 1er semestre |
| Oto-rhino-laryngologie (Dr Vassal) | 684 | 527 |
| Voies respiratoires et tuberculose (Dr Boulanger-Petit).......... | 936 | 660 |
| Nourrissons (Dr Schreiber)....... | 421 | 385 |
| Hérédo-syphilis (Dr Nadal)...... | 2.480 | 1.441 |
| Dermatologie (Dr Jean Hallé).... | | |

Ces consultations sont des consultations de diagnostic et de traitement. Une des plus importantes est celle de la syphilis héréditaire. Le diagnostic est souvent très difficile, car les formes occultes sont les plus fréquentes. M. Nadal s'attache à les reconnaître par la clinique et par les examens de laboratoire. Il élimine ainsi un certain nombre d'enfants qui ne sont pas syphilitiques et il traite les syphilitiques avérés ou douteux.

Je dois encore mentionner la consultation pour les enfants présentant des insuffisances respiratoires, dirigée par les Docteurs Du Pasquier et Danhier. Ils y font la rééducation respiratoire. Elle est récente. Le nombre des présences a été de 108 en 1930, de 405 pendant le premier semestre de 1931.

Toutes ces consultations ne peuvent fonctionner que grâce à la collaboration bénévole des médecins qui les dirigent ; je leur suis grandement reconnaissant, car non seulement ils enrichissent mon enseignement, mais encore ils rendent des services incontestables aux petits Parisiens qui fréquentent notre hôpital.

Pour ces consultations nous ne disposons malheureusement, que de trois pièces dont l'une sert de salle d'attente. Elles sont bien insuffisantes. Je souhaite qu'un jour une installation plus vaste et mieux comprise nous permette de mieux faire.

L'enseignement comprend enfin le *cours de clinique* du samedi. Il est le complément de l'enseignement donné dans les salles et à la Policlinique. Ce dernier nous place dans les circonstances de la vie, au contact du malade ; il a les avantages de la spontanéité, de l'improvisation ; mais, de ce fait, il ne peut suffire.

Certains malades demandent une étude approfondie, posent des problèmes cliniques intéressants à étudier en détail, provoquent des considérations étiologiques, pathologiques et thérapeutiques qui demandent à être exposées après réflexion.

Par exemple, nous soignons à la salle Parrot, une fille atteinte d'une fièvre typhoïde à rechutes. Il s'agit d'une forme de la maladie qu'il importe de bien connaître. Aussi samedi prochain, je vous parlerai des *fièvres typhoïdes à rechutes chez les enfants.*

Pour des raisons de même ordre la leçon du samedi suivant sera consacrée aux *formes méningées de la maladie de Heine-Médin.*

Les leçons du samedi demandent une certaine préparation. Il faut, en plus de l'observation du malade qui en est l'objet, relater d'autres observations, les comparer, il faut discuter les connaissances acquises sur le sujet, exposer les problèmes que pose le malade. Ces leçons, qui constituent en quelque sorte le mémorial de la clinique, sont publiées dans les journaux médicaux, puis réunies dans mes livres de *Clinique médicale des enfants.*

L'enseignement, enfin, est complété par des *cours de vacances* donnés à Pâques et au mois de juillet. Le premier est plus spécialement réservé à l'exposé des notions nouvelles de médecine et de thérapeutique des enfants.

***

Le travail poursuivi à la clinique ne se borne pas à l'examen des malades dans les salles et dans les consultations. Il se poursuit dans les *laboratoires* et est complété par le *service social* ou *médico-social.*

L'étude et le traitement des malades ne peuvent être complets qu'avec l'aide de divers LABORATOIRES.

Dans le *laboratoire de la clinique* MM. Bidot, Prétet, Brunet, aidés par Mlle Roman, poursuivent les recherches biologiques, bactériologiques et anatomiques. On y fait des hémocultures, des examens de sang auxquels participe le Dr Grodnitski, des examens de selles et des urines avec le concours du Dr Cominos.

Pour certaines recherches, telles que le dosage du calcium dans le sang, par exemple, nous avons recours à l'obligeance de notre collègue le Prof. Fabre, pharmacien de l'hôpital, qui dirige le travail de notre interne en pharmacie, M. Lorian.

Nous avons un laboratoire pour le *métabolisme*

*basal*, où travaillent les Drs Henri Janet et Lebée et Mlle Bochet.

La clinique ne possède malheureusement pas de *service de radiologie*. Grâce à l'amabilité de notre collègue et ami le Dr Duhem, nous ne nous apercevons pas de cette lacune.

Grâce au Dr Petit, nous avons la possibilité de recueillir des *électrocardiogrammes*.

Un SERVICE SOCIAL ou MÉDICO-SOCIAL fonctionne actuellement dans la plupart des hôpitaux de Paris, dans les services de médecine, de chirurgie, dans les maternités, etc. Ce service est organisé et entetenu par l'*Œuvre du service social à l'hôpital*, en liaison avec l'administration de l'Assistance publique.

Il comprend une *section des enfants*, dirigée par Mme Getting, mon collègue Lereboullet et moi-même.

Le service social de la Clinique a été créé en 1921 ; ce fût un des premiers. Il est dirigé depuis cette époque par Mme Fournier-Mottaz.

Dans ma leçon du 12 novembre 1921, publiée par *La Presse médicale* du 7 décembre 1921, où j'ai parlé de *La clinique médicale des enfants, école médico-sociale*, j'ai exposé les buts, le rôle, le fonctionnement du service médico-social. Je n'y reviens pas.

L'activité de notre service social est grande. En 1930, il s'est occupé de 375 enfants hospitalisés ou fréquentant nos consultations.

***

J'ai essayé de vous montrer que la *Clinique médicale des enfants* est un organisme complexe, de vous exposer les ressources qu'elle offre aux étudiants et aux médecins désireux d'apprendre la médecine des enfants. Mais il vous faut utiliser ces ressources.

Je m'adresse d'abord aux *stagiaires*. Vous ne pouvez pas tout apprendre, car vous restez ici trop peu de temps. Vous devez suivre mon enseignement dans les salles, à la Policlinique, à la leçon du samedi, vous devez assister aux leçons données à l'amphithéâtre.

Mais il ne suffit pas d'être simples spectateurs, plus ou moins attentifs ; vous êtes répartis dans les salles et à la policlinique ; vous devez prendre une part active au service, recueillir des observations, me présenter des malades.

Il ne vous est pas défendu d'aller ailleurs ; mais vous n'en avez pas le temps.

Avec de la bonne volonté vous pouvez apprendre beaucoup de choses, bien que ne consacrant chaque jour que trois heures de la matinée à la Clinique.

Je m'adresse maintenant aux *médecins désireux de se perfectionner en pédiatrie*.

Je leur conseille de suivre le programme tracé pour les stagiaires. Il n'y a pas un enseignement clinique élémentaire et un enseignement clinique supérieur.

Le malade est toujours le même ; c'est le médecin qui diffère.

Le débutant hésite dans son examen, dans l'interprétation des symptômes, dans le diagnostic, le traitement ; il ne sait pas découvrir les particularités intéressantes et tirer toutes les déductions que comporte l'étude d'un malade.

Le médecin plus ancien, du fait qu'il a étudié beaucoup de malades, examine mieux, hésite moins ou sait mieux analyser les raisons de ses hésitations ; il sait mieux discuter le diagnostic et découvrir les faits intéressants.

Lorsque le professeur parle, il peut être entendu de tous, mais ses paroles trouvent plus d'écho chez les anciens que chez les jeunes et son enseignement porte davantage.

En outre les médecins, suivant leurs aspirations et leurs désirs, peuvent suivre les consultations spéciales qui les intéressent, fréquenter les laboratoires.

Tous mes collaborateurs les accueilleront avec plaisir. Je suis particulièrement heureux quand l'un d'eux me demande à poursuivre des recherches personnelles.

Je n'ignore pas les *lacunes* de notre organisation. Nous nous efforçons de les combler. Mais, dans l'état actuel des choses, je ne puis offrir mieux.

Les raisons de ces lacunes sont indépendantes de ma volonté. Elles sont multiples.

La première raison est le défaut de temps. Le stage est trop court, car il est d'un semestre et un semestre universitaire ne dure que quatre mois, dont il faut encore déduire les dimanches et les fêtes ; le stage est limité à la matinée et les matinées sont suffisamment remplies pour qu'il soit impossible d'y introduire un autre enseignement. Par ailleurs, nous ne pouvons pas instituer un enseignement dans l'après-midi pour les étudiants et médecins qui ne sont pas appelés par d'autres obligations, car un tel enseignement doit être suffisamment fourni et le personnel manque. La deuxième raison est l'insuffisance numérique du personnel. Les cadres officiels sont limités. Sans les asssitants bénévoles, la plupart des consultations ne pourraient pas fonctionner.

Cette situation est d'ailleurs commune à toutes les cliniques.

La troisième raison est le défaut de place.

Les services d'hospitalisation sont trop petits, le nombre de lits insuffisant. Nous ne pouvons pas procéder à une répartition rationnelle des malades.

Le service de la policlinique est trop à l'étroit ; il exigerait des locaux plus vastes.

Je n'insiste pas, car je ne pense pas que mes doléances aient quelque chance d'être entendues.

A tout prendre, d'après ce que j'ai vu dans certaines Facultés de médecine de l'étranger — je ne dis pas dans toutes, loin de là — nous ne sommes peut-être pas les plus mal partagés.

## BIBLIOGRAPHIE

### Sémeiologie chirurgicale

Par G. Jeanneney,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des hôpitaux.

Sous ce titre : *Sémeiologie chirurgicale*, le Professeur Jeanneney, de Bordeaux, vient de publier un petit ouvrage, excellemment écrit, consacré à la technique de l'examen chirurgical, véritable livre de chevet pour l'étudiant et memento précieux pour le praticien, à qui il remémorera nombre de renseignements d'application journalière en clientèle (1).

Le Professeur Jeanneney prend l'étudiant à l'hôpital, au lit des malades, et il lui montre, avec son talent d'enseigneur si apprécié, comment on recueille une observation, comment se poursuit un interrogatoire, comment se pratique un examen. En termes clairs et précis, mettant en relief les symptômes importants, donnant à chaque signe la valeur qui convient, l'auteur décrit tous les temps et les détails techniques de l'examen clinique, général et local, l'exploration des diverses régions, les recherches spéciales (endoscopies, cathétérismes, oscillométrie, ponctions exploratrices, biopsies, etc.). Pour l'exploration clinique des régions, M. Jeanneney rappelle les notions anatomiques principales, les repères anatomiques perceptibles sous les téguments, et il expose la technique du palper, de la percussion, au crâne, à la face, au cou, au thorax, à l'abdomen, au rachis, au bassin, aux membres, supérieur et inférieur. Il étudie successivement, les épanchements, la façon de les reconnaître ; les infections ; les adénopathies, leur siège, où les rechercher ; les caractères des tumeurs bénignes, des tumeurs malignes, les voies des métastases néoplasiques ; les traumatismes, fractures, luxations, comment explorer les os, les articulations ; il expose les syndromes les plus fréquents, etc. Les descriptions sont simples, pratiques et d'une grande clarté. Elles sont accompagnées de nombreuses figures qui mettent en relief chaque détail de technique et augmentent la valeur didactique de l'ouvrage.

Le Professeur Jeanneney, virtuose du bistouri, dont l'œuvre scientifique est à ce jour importante, est aussi un virtuose de l'enseignement : heureux les élèves qui peuvent s'instruire auprès d'un tel Maître !

Nous publions, ci-après, un des chapitres de cet excellent ouvrage d'initiation chirurgicale, le chapitre V, consacré au *diagnostic*.

P. Lacroix.

## Le diagnostic

Le but de la *sémeiologie*, c'est le DIAGNOSTIC, c'est-à-dire la science qui permet de reconnaître une maladie, de la classer dans un groupe précis. En posant un diagnostic, le médecin fait plus et mieux que poser une étiquette sur un ensemble de signes : il les interprète et cherche à en comprendre le mécanisme.

Le diagnostic participe à la fois de l'art et de la science : l'élément personnel d'intelligence, d'imagination dans l'hypothèse, de contrôle dans l'approximation, relève de l'art ; mais à l'avenir, cet art doit s'appuyer de plus en plus sur des données plus précises, plus scientifiques. Résoudre un diagnostic n'est donc pas encore l'équivalent de résoudre une équation, puisque ce problème contient parfois quelques facteurs qui sont ou inconnus ou imprécis, mais cependant la médecine moderne tend à s'en rapprocher. Pour poser correctement un diagnostic, il faut suivre certaines règles et passer par plusieurs étapes :

Première étape. — Analytique : observation méthodique et complète.

Deuxième étape. — Synthétique : subordination des symptômes : syndrome.

Troisième étape. — Diagnostic différentiel.

Quatrième étape. — Diagnostic positif complet.

### Première étape. Analytique.

Il est indispensable de RECUEILLIR TOUS LES SYMPTÔMES par une observation complète, et pour cela méthodique. Celle-ci terminée, il faut établir mentalement, le bilan des symptômes observés.

(1) *Sémeiologie chirurgicale*, par G. Jeanneney. Un vol. 232 pages, 99 figures. Collection des « Initiations médicales ». Masson et Cie, éditeurs, Prix : 25 fr.

Tous les symptômes seront notés pour plusieurs raisons :

1° Il est des SIGNES RÉVÉLATEURS dont la valeur est considérable (point de côté appendiculaire, coup de poignard dans la grossesse extra-utérine rompue).

2° Pour une même maladie, il n'existe pas que des SIGNES LOCAUX : ceux-ci retentissent toujours, par *contre-coup sur les* ORGANES VOISINS et sur l'ORGANISME EN GÉNÉRAL.

3° Un EXAMEN COMPLET permet parfois de découvrir la cause inattendue d'une maladie ; ainsi, une tumeur secondaire, ganglionnaire, vient révéler la cause d'une cachexie inexplicable.

4° Il EXISTE DES CONCOMITANCES MORBIDES ; deux maladies peuvent coexister, dont l'une, insoupçonnée du malade, risquerait de passer inaperçue : ainsi on découvre qu'un hernieux est diabétique.

Nous le répétons : l'observation du malade doit être méthodique, méticuleuse, complète.

Mais *comment interpréter l'amas de signes que nous aurons ainsi recueillis ?*

### DEUXIÈME ÉTAPE. **Synthétique.**

En *groupant les symptômes* appartenant à une même famille, en un SYNDROME.

Il est évident que, pour effectuer ce groupement, doivent intervenir d'une part le *savoir* (connaissance de la pathologie), d'autre part, le *jugement*, qui permettra d'apprécier la valeur relative des symptômes.

*a*) RÈGLE DE LA COORDINATION DES SYMPTÔMES. — Les signes appartenant à un même groupe morbide seront coordonnés, logiquement, en un *syndrome* ; ainsi *une anémie par hémorragie interne* groupera : la pâleur, la dyspnée, la soif, les bourdonnements d'oreille, l'état syncopal, l'hypotension, le pouls petit et rapide. Un syndrome est l'ensemble des signes qui caractérisent une lésion organique ou un trouble fonctionnel ; ainsi, le syndrome myxœdème caractérise une lésion thyroïdienne.

*b*) RÈGLE DE LA SUBORDINATION DES SYMPTÔMES. — Il importe bien plus d'apprécier la *valeur relative* des signes que de les ajouter les uns aux autres : *Non numeranda, sed ponderanda.* Pour hiérarchiser ainsi ces symptômes, il faut faire preuve de savoir, d'expérience et de jugement. Ainsi, dans une maladie, il faut distinguer quatre ordres de signes :

1° Des *signes accidentels,* superflus, accessoires, négligeables ;

3° Des *signes importants,* nécessaires, mais non suffisants pour poser un diagnostic ; ils seront retenus comme signes de *probabilité* ;

3° Des *signes dominants,* groupés en un syndrome *pathognomonique,* qui fourniront au diagnostic une *certitude.*

Il faut donc savoir *classer* et *coordonner* les signes ; il faut encore se souvenir que certains signes peuvent *manquer,* sans que, de ce fait, le diagnostic devienne impossible.

Il faut en somme, au cours de cette étape, non seulement *grouper* les signes observés par ordre de valeur, mais encore *éliminer* les signes accidentels, les hasards, les coïncidences, les faits négatifs, qui risqueraient d'égarer le diagnostic.

### TROISIÈME ÉTAPE. **Diagnostic différentiel**

On procédera donc PAR ÉLIMINATION. En général, au cours de cette élimination, le clinicien aboutit à une hypothèse clinique qu'il sera prêt à rejeter, si elle ne cadre pas avec les faits.

Le diagnostic différentiel écarte successivement toutes les maladies qui, d'après les signes constatés, pourraient être accusées ; il faut ici, comme dit Bacon, « trouver la cause réelle par élimination progressive et nécessaire de toutes les causes possibles moins une. »

Ainsi, on peut, à cause des signes locaux, croire, en face d'une tuméfaction rouge, chaude et douloureuse, à un phlegmon : l'évolution, l'absence de signes généraux et fonctionnels conduit parfois au diagnostic de sarcome. Ainsi la prédominance des signes généraux dans une ostéomyélite conduira à l'hypothèse d'une septicémie, d'une typhoïde ; les signes locaux ramènent au diagnostic exact.

On éliminera donc toutes les ressemblances possibles pour arriver au diagnostic positif ; si ce *diagnostic* est établi comme vrai, les autres sont nécessairement faux, et doivent être rejetés.

### QUATRIÈME ÉTAPE. **Diagnostic positif.**

Pour arriver à ce diagnostic positif, il faut surtout tenir compte des signes prédominants, et des signes pathognomoniques. Si un doute persistait on le lèverait par les EXAMENS DE LABORATOIRE. Certains de ces examens sont indispensables (analyse d'urine, thermomètre, oscillométrie). La plupart sont extrêmement précieux, ils complètent et précisent les signes cliniques (valeur des reins, mensurations), et parfois ils donnent des éléments nouveaux de certitude péremptoire (biopsie). Mais il faut les *interpréter avec prudence* et *bon sens* et se souvenir qu'eux-mêmes peuvent être erronés. Il faut encore savoir qu'un examen de laboratoire négatif ne signifie pas absolument que le malade est indemne de la maladie cherchée (un Wassermann négatif n'indique pas que la syphilis est absente), et inversement qu'une réaction positive peut exister en dehors d'une maladie (séro-diagnostic positif à l'Eberth chez les vaccinés).

Si parfois on a encore des doutes sur la valeur des examens de laboratoire, c'est que souvent on a voulu faire dire à une méthode plus qu'elle ne pouvait et ne devait dire. Un examen de labo-

ratoire correctement pratiqué est ce qu'il est : il suffit de savoir l'interpréter, tout est là.

Si, par hasard, le laboratoire se trouve en désaccord avec la clinique, il faudra reprendre tous ces examens, tout revoir, tout peser, pour découvrir l'erreur d'interprétation.

Un diagnostic positif doit être *complet*, c'est-à-dire donner le bilan exact de l'état dans lequel se trouve le malade. Il devra donc, autant que possible, comporter les rubriques suivantes :

1° Diagnostic clinique. — Parfois il est évident, surtout pour le clinicien qui a quelque expérience du « déjà vu ». Malgré tout, il sera prudent, sinon nécessaire, de vérifier l'hypothèse, en révisant tous les signes. Dans les cas plus délicats, il faut se laisser encore guider par son bon sens.

Mais il n'est pas donné à tout le monde d'avoir du bon sens, et l'on voit parfois les plus instruits penser aux diagnostics les plus exceptionnels : de tels cas sont heureusement rares.

2° Diagnostic anatomique. — Fixer :

A) Le *siège* de la lésion, en précisant non seulement l'organe, mais le point atteint, et en établissant les rapports de la lésion avec les régions ou les organes voisins. Ainsi on définira, pour une tumeur, ses connexions :

*a*) Avec le squelette (fixité) ;

*b*) Avec les muscles. Une tumeur intra-musculaire ou sous-musculaire disparaît par la contraction ; une tumeur adhérente à l'aponévrose se *fixe* à la contraction ;

*c*) Avec les vaisseaux sanguins (artères) ou lymphatiques.

B) Le *degré* de la lésion (atteinte légère, congestion, mortification, destruction, etc.). On comprend l'importance de ce diagnostic au point de vue de l'acte chirurgical. Exemple : tuberculose rénale, son siège, son degré, l'état de l'autre rein.

3° Diagnostic fonctionnel. — Penser alors en physiologiste et chercher à établir le mécanisme des perturbations fonctionnelles observées ; en un mot, comprendre les manifestations de la maladie. Exemple, dans la tuberculose rénale, s'assurer de l'état fonctionnel du rein sain ; c'est là le véritable diagnostic.

Diagnostic causal. — En s'appuyant sur les antécédents du malade, sur son état actuel, sur les troubles locaux et généraux observés, rechercher la cause de la maladie (lésion mécanique, infectieuse) et même chercher à s'expliquer comment et pourquoi elle a frappé tel organe (pathogénie). On comprend l'importance de ces notions pour appliquer un traitement efficace. Parfois un traitement d'épreuve précisera un diagnostic étiologique hésitant.

Diagnostic de la variété clinique. — Chaque malade réagit à sa façon, selon son âge, son sexe, selon l'état antérieur de certains organes (tares), selon ses intoxications, selon la gravité et la virulence de l'agent vulnérant, d'où différents types cliniques.

Diagnostic du pronostic. — Quelle sera l'évolution d'une maladie ? Il est parfois très difficile d'apprécier les chances favorables ou défavorables au malade. On formulera donc avec la plus grande prudence un pronostic en se basant sur :

1° Le *terrain* (lésions latentes des reins, du cœur, du foie ; diabète, albuminurie ; âge, sexe, etc.).

2° La *maladie*, qui peut être plus ou moins grave en soi.

3° La *forme clinique*, variable d'après l'âge, le sexe, les tares, l'agent causal et sa nocivité, l'ensemble des signes observés, etc. Ainsi on établira un pronostic, en se plaçant à divers points de vue.

Aux *points de vue* : *vital* (danger de mort), *fonctionnel*, *anatomique* et *esthétique* ; enfin au point de vue des *séquelles éloignées*.

Par exemple, en présence d'un cas d'*épilepsie jacksonienne*, il faut préciser ; épilepsie par irritation de la zone rolandique (diagnostic anatomique) due à une lésion spécifique (diagnostic étiologique) et curable (pronostic).

Telles sont les étapes *idéales* du diagnostic. Mais il faut bien convenir que, souvent, on doit se contenter de diagnostics partiels, parfois d'*approximations cliniques*, parfois même d'hypothèses d'attente que l'évolution viendra confirmer ou infirmer.

En effet, le *diagnostic est la partie la plus difficile de la médecine*. En face des cas en apparence les plus simples, il faut penser à l'erreur possible et n'interpréter qu'avec méthode et *prudence*.

Les difficultés et les erreurs du diagnostic proviennent de causes diverses :

Tantôt elles sont *le fait du malade* qui s'exprime mal ou qui, volontairement, dissimule ou ment ; ainsi, en matière de syphilis, de grossesse, d'accident avec tiers responsable, il faut n'admettre que sous réserves les affirmations du malade.

Tantôt elles sont le fait de la *maladie* qui évolue anormalement avec atténuation ou exagération de tous les signes ou de quelques signes.

Tantôt elles sont le fait du *clinicien*, soit parce qu'il utilise une mauvaise méthode d'examen, soit parce qu'il a une idée préconçue, soit parce qu'il perd son sang-froid ; trois causes que les règles suivantes permettent d'éviter :

Règle de l'intégralité de l'examen. — L'interrogatoire, l'examen clinique et les examens de laboratoire doivent être méthodiques et complets ; le médecin ne doit pas quitter un malade sans avoir tout mis en œuvre pour avoir un

diagnostic (touchers divers, examens de laboratoires, etc.).

Règle de l'impartialité du jugement. — Le médecin doit conduire son examen sans idée préconçue, sans idée obsédante, sans « marotte »; il doit savoir abandonner sa première hypothèse, si la suite de l'examen démontre qu'elle est erronée.

Règle du sang-froid. — Quel que soit le lien affectif qui unisse le malade au médecin, quelle que soit la situation dramatique ou urgente, le médecin doit toujours poursuivre son examen avec calme et rester maître de lui, jusqu'au diagnostic définitif.

Règle du bon sens. — **Le médecin ne doit pas chercher le diagnostic d'exception, mais penser d'abord et surtout aux cas les plus simples, les plus courants, les plus banaux.**

G. Jeanneney,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

## LA CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

### La narcose par voie rectale

d'après les travaux de M. E. Fermaud (1), et ceux du Dr Desmarest (2)

I

LA VOIE RECTALE, SEULE ANESTHÉSIE

On sait toute l'importance, que prend la narcose dans l'acte opératoire ; le succès d'une intervention dépend, en effet, pour une part appréciable, de la façon (doses et mode d'absorption) dont l'anesthésie a été conduite. Les vomissements inopportuns, les efforts de résistance, l'action de pousser à contre temps, comme les complications pulmonaires ou cardiaques (avec l'éther ou le chloroforme), sont des événements souvent dangereux pour le malade, angoissants pour le chirurgien.

Aussi a-t-on cherché de tout temps à perfectionner les modes de l'anesthésie, afin d'augmenter la sécurité du malade, comme celle de l'opérateur.

Dans son service de l'hôpital Necker, le Dr Robineau emploie maintenant le lavement éther-huile qui, pour la plupart du temps, lui donne des résultats excellents. Il utilise ainsi l'anesthésie par voie rectale pour toute la neurochirurgie, pour la chirurgie du cou et du thorax ; mais il en excepte la chirurgie abdominale.

*Cependant, la manière de préparer le malade et d'administrer le lavement est d'une importance considérable pour la réussite de la narcose.* M. E. Fermaud nous en a donné tous les détails.

Il importe, tout d'abord , que l'intestin soit complètement vide et nettoyé, afin de favoriser l'absorption complète de l'éther, qu'on y introduit : la veille de l'intervention, purger le malade le matin, et le soir faire un lavage intestinal à double courant ; le matin de l'opération, deuxième lavage intestinal.

*Une heure environ avant le début de l'intervention*, en même temps qu'une piqûre de morphine, on introduit, *à doses fractionnées, lentement*, (pas moins de 15 à 20 minutes) le lavement qui est une émulsion d'éther dans l'huile d'olive. *La dose moyenne pour un individu de* 60 *à* 70 *kgr. est de* 130 *cmc. d'éther dans* 65 *cmc. d'huile*, soit dans une proportion du simple au double ; en conservant les proportions du mélange, on peut aller jusqu'à 200 cmc. d'éther au maximum, ou bien diminuer. Souvent, il n'est pas nécessaire de donner la totalité de la dose pour que le malade s'endorme ; en général, le sommeil est obtenu au bout de 30 à 40 minutes.

Une infirmière, au courant, ne quitte pas le futur opéré, afin de régler la vitesse et la quantité du mélange huileux. La narcose se produit ainsi de manière très progressive et régulière, ce qui est agréable pour le malade.

Une fois endormi, on transporte celui-ci sur la table d'opération ; mais, il faut laisser en place la sonde rectale reliée au récipient contenant le mélange éther-huile, afin de pouvoir, au cours de l'intervention, augmenter ou diminuer la narcose, en ajoutant ou en évacuant une partie de l'éther. D'ailleurs la narcose obtenue doit rester superficielle, afin que le malade garde même un faible degré de conscience. Une fois l'intervention terminée, on laisse écouler le mélange, qui se trouve encore dans le rectum ; on enlève la sonde, et on pratique un lavage évacuateur pour élimi-

(1) Edouard Fermaud. — Du procédé de narcose à l'éther rectal. (*La Presse médicale*, 21 novembre 1931.)

(2) Dr Desmarest, professeur agrégé. — L'anesthésie à l'avertine et au protoxyde d'azote-oxygène combinée. (*La Presse médicale*, 17 février 1932.)

ner ce qui reste d'éther. Le réveil est ensuite facile et rapide.

Dans plus de 500 cas l'anesthésie obtenue a été, sur la majorité des patients, excellente sans aucun incident, ni rectite consécutive. Dans 53,6 % des anesthésies, le résultat a été parfait, car le malade a dormi tranquillement du commencement à la fin de l'opération ; dans 25,7 %, il a été bon, un peu d'agitation, sans qu'on ait été obligé d'augmenter la narcose ; dans 12 %, il a fallu augmenter la dose, ou simplement faire inhaler, soit un peu d'éther, soit un peu de chloroforme : enfin, il y a eu échec dans 8,6 % des cas, et ceci en raison d'une préparation insuffisante ou d'un relâchement du sphincter anal (tumeurs cérébrales, médullaires), ne permettant pas de garder le lavement en totalité. En résumé, la narcose a été très suffisante dans 3/4 des cas.

Des décès se sont produits 8,9 % (syncope cardiaque, phénomènes bulbaires, cachexie) dans la journée ou dans les 2 ou 3 jours suivants chez des malades trépanés pour tumeurs cérébrales ou médullaires, et sans aucune coïncidence avec des résultats mauvais de la narcose, c'est-à-dire qu'ils seraient certainement survenus après n'importe quelle anesthésie.

### Avantages de la voie rectale sur les autres narcoses

1° *Il est possible d'opérer des malades présentant une affection pulmonaire chronique ou subaiguë.* L'éther introduit en lavement, est en effet chauffé à la température moyenne du corps par son passage à travers le sang, et il est éliminé par les poumons, sans aucun inconvénient pour eux.

2° *Il est possible d'opérer des malades cachectiques ou très shockés,* car la voie rectale ne provoque aucun shock, même chez les plus affaiblis, en raison de la faible quantité d'éther utilisé, et de la manière douce et progressive, dont il pénètre dans l'organisme.

3° *Agrément du malade.* — Le sommeil arrive tranquillement, agréablement, sans l'usage du masque ; les nausées ou vomissements sont exceptionnels (4 cas sur 500) ; le réveil est calme, sans incident.

4° *Commodité* pour les opérations sur la tête ; *supériorité sur l'anesthésie locale,* au cours de laquelle, le malade entièrement conscient assiste aux préparatifs et à l'exécution de l'intervention.

**Un seul inconvénient** : celui, qui résulte de la longueur de la préparation, soit trois quarts d'heure environ depuis le début du lavement jusqu'à la résolution musculaire ; d'où, le temps considérable pour une intervention de courte durée, et l'impossibilité aussi d'une série d'interventions successives.

*Les contre-indications* se résument à un état inflammatoire de l'intestin ou du rectum.

Bref, l'anesthésie rectale parait, à l'heure actuelle, pouvoir rendre de très grands services en chirurgie nerveuse thetoracique surtout.

## II

### LA VOIE RECTALE, ANESTHÉSIE DE BASE

C'est un LAVEMENT A L'AVERTINE, que conseille le Dr Desmaret pour améliorer l'action du protoxyde d'azote, administré par inhalation.

Le protoxyde d'azote offre, en effet, quelques inconvénients : hypertenseur, il entraîne incontestablement un saignement plus abondant ; sous son influence, la respiration devient plus ample et tend à favoriser l'issue des anses intestinales hors du ventre au cours des laparotomies ; enfin, l'opérateur peut être gêné par une résolution musculaire insuffisante pendant le temps de fermeture de la paroi abdominale, en particulier dans les opérations sus-ombilicales.

Or, sous l'action de l'avertine, les mouvements respiratoires deviennent lents et superficiels, la pression sanguine s'abaisse.

*Cependant,* l'avertine n'est pas un anesthésique au vrai sens du mot, c'est un hypnotique, et vouloir donner l'avertine à dose suffisante pour obtenir le sommeil anesthésique, c'est commettre une faute lourde, et faire courir aux malades un très grave danger ; ainsi s'expliquent les accidents signalés à la suite de l'emploi de ce médicament, qui doit être administré à des doses bien réglées, et suivant des règles définies.

Afin d'assurer le succès de la méthode, il convient de déterminer aussi exactement que possible la dose utile pour chaque malade, en raison du poids, de la taille, du degré de maigreur ou d'obésité, de la valeur de la pression sanguine, et même de l'état nerveux du patient, qui le rend réceptif ou résistant à l'avertine.

Pour ce dernier point, l'étude du réflexe oculo-cardiaque est un bon élément d'appréciation : si la compression des globes oculaires détermine un fort ralentissement du pouls, le sujet doit être considéré comme réceptif, et la dose doit être moindre ; si, au contraire, la compression des globes oculaires entraîne une forte accélération du pouls, le malade est un résistant ; la dose d'avertine sera légèrement plus forte. Chez les réceptifs la dose doit être abaissée de 0 gr. 005 milligr. à 0 gr. 01 centigr.

*Comment fixer la dose* ? Chez un homme de poids et de taille moyens, avec bon état général, et une pression normale, multiplier le poids en kilogrammes par 0,09 d'avertine ; chez la femme, le multiplier par 0 gr. 08.

Chez les adipeux, ne pas tabler sur le poids brut, mais ramener le poids à celui qui correspond à la taille. Chez les cachectiques, chez les déshydratés, diminuer la dose calculée suivant le rapport du poids à la taille ; ne pas dépasser 0 gr. 07 chez les hommes et 0 gr. 06 chez les femmes.

L'auteur ne donne jamais plus de 8 grammes d'avertine ; dans sa pratique journalière, le dosage s'établit entre un minimum de 3 grammes et un maximum de 8 grammes d'avertine.

### Technique

L'avertine est employée liquide et en dissolution. Pour établir la quantité d'eau distillée dans laquelle on fera dissoudre la dose, préalablement établie, il faut multiplier le poids d'avertine par 40 ; on obtient ainsi une solution à 2,5 p. 100. Pour un lavement de 4 gr. d'avertine, ces 4 grammes seront dissous dans 4 × 40 d'eau distillée, soit 160 grammes d'eau distillée. Cette quantité est versée dans un ballon, et chauffée jusqu'à la température de 40°, qu'il ne faut pas dépasser sous peine de décomposer l'avertine en un produit offensif pour la muqueuse rectale. Dans l'eau distillée à 40°, verser les 4 grammes *d'avertine liquide*, et agiter jusqu'à dissolution complète.

Avant de donner le lavement, laisser tomber dans le ballon trois gouttes d'une solution de rouge congo au 1/1000 ; si le liquide bleuit, c'est qu'il s'est décomposé et contient de l'acide bromhydrique ; préparer alors un nouveau lavement.

Le lavement sera donné à l'aide d'une sonde rectale de moyen calibre, *lentement*, pour éviter que le rectum ne le rejette. La sonde sera laissée en place, et fermée à l'aide d'une pince de Kocher ou d'un fausset.

*En quelques minutes*, le malade s'endort doucement ; mais il est plus inconscient qu'endormi, car il garde son réflexe oculo-palpébral et sa sensibilité périphérique : au bout de vingt minutes en moyenne, il peut être conduit à la salle d'anesthésie pour être soumis au protoxyde d'azote ; à ce moment, le nombre des mouvements respiratoires peut tomber à 6 ou 7 par minute, cependant que le pouls reste bon ; la pression artérielle au Pachon descend jusqu'à 12 ou 11, rarement plus bas.

Dès que les malades sont sous l'influence du protoxyde d'azote depuis quelques minutes, les mouvements respiratoires deviennent plus amples et plus fréquents. Durant le temps nécessaire au chirurgien et aux aides pour la préparation du champ opératoire et des instruments, la respiration plus profonde, plus régulière, retrouve un rythme normal. Jusqu'à ce moment l'anesthésiste donne de petites quantités de gaz. Le malade, qui respire, en circuit fermé, grâce à la parfaite étanchéité du masque accumule peu à peu une petite quantité de $CO^2$, qui amplifie et active la respiration.

L'anesthésiste ne doit se guider que sur la respiration ; elle est l'élément essentiel sur lequel on se base pour doser le protoxyde et l'oxygène nécessaires pour une bonne anesthésie. Certains malades très fatigués réclament peu de protoxyde et beaucoup d'oxygène ; d'autres en bonne santé, beaucoup de protoxyde et peu d'oxygène. C'est affaire à l'anesthésiste de régler le régime anesthésique du malade.

Dès que le masque est enlevé, la sensibilité reparaît. Le pansement fait, les malades sont reportés dans leur lit, toujours inconscients. Au bout d'une heure ou deux, en général, ils se réveillent, et le réveil est d'autant plus rapide que la dose d'avertine a été mieux établie. Peu à peu le réveil devient total ; les malades conscients restent engourdis et échappent ainsi aux vives douleurs qu'entraîne une opération abdominale.

Sauf très grande exception, ils n'ont ni une nausée, ni un vomissement, surtout s'ils n'ont pas reçu, une heure avant l'anesthésie, la piqûre de morphine ou de pantopon.

Dans les cas de lésions pulmonaires, et en particulier dans les grandes thoracoplasties, l'avertine est l'anesthésie de choix.

« Supprimer toute appréhension chez un malade nerveux ou chez un enfant impressionnable, l'endormir dans son lit, calmement, sans même qu'il en ait conscience, si on ne le prévient pas de l'action du lavement, l'opérer sans danger, lui permettre un réveil lent et non douloureux, ne lui laissant enfin aucun mauvais souvenir puisqu'il n'a aucun malaise post-opératoire, n'est-ce pas là le plus bel exemple de conditions favorables, que puisse réunir une anesthésie ? »

G. F.

## LES DEUX ROUTES DANS LE TRAITEMENT DE LA COLIBACILLOSE URINAIRE

Par le Docteur H. GAEHLINGER,

Médecin consultant à Châtel-Guyon.

*Il est admis* à peu près universellement que la colibacillose urinaire est d'origine intestinale et qu'il faut en principe une lésion de la muqueuse colique pour permettre le passage du colibacille dans la circulation. Dans quelques autres cas, le colibacille provient d'une lésion basse de l'intestin, rectale ou anale, et le microbe infectant parvient aux voies urinaires directement par propagation lymphatique. Cette seconde éventualité n'est pas rare ; elle est cependant beaucoup moins fréquente que la première et l'on peut dire qu'en règle générale, la constatation d'une colibacillose urinaire conduit à rechercher la lésion colique d'où est parti l'essaimage microbien.

Cette existence d'une lésion colitique devrait onduire à une thérapeutique intestinale de guérison, ou tout au moins de désinfection de la perte de substance colique par laquelle la septicémie a pu se produire. C'est logiquement par la cicatrisation de la muqueuse digestive que l'on pourra mettre fin à la migration bactérienne.

Or, si tout le monde est d'accord sur le principe, c'est-à-dire sur l'existence du foyer intestinal originel, il n'en est pas de même pour la solution thérapeutique qui est souvent envisagée de façon beaucoup trop simpliste. On a un peu trop l'impression que soigner un intestin consiste à donner des viandes grillées, des nouilles et des purées de pommes de terre sans oublier les légumes verts et quelques compotes. Il nous est difficile dans le cadre restreint de cet article de préciser le régime et le traitement des colites qui accompagnent la colibacillose que nous avons étudiés dans diverses publications et tout particulièrement dans un livre récent (Infections intestinales et colibacilloses urinaires, Doin, éd., 1932). Nous avons fait remarquer notamment que soigner un intestin ne peut consister à donner un régime omnibus et un laxatif plus ou moins violent de temps à autre, mais que régime et thérapeutique doivent être basés sur un examen approfondi clinique et sur une analyse coprologique complète.

Dans cet article, nous voulons plus spécialement envisager les conséquences du régime alimentaire sur le terrain urinaire, rendu ainsi plus ou moins favorable à la pullulation colibacillaire.

Nous savons, en effet, que, devant la colibacillose urinaire, il existe de singulières inégalités et que tel malade fera de la colibacillurie simple sans pyurie tandis que tel autre présentera une pyurie franche et parfois très abondante. Nous savons que chez un même malade, nous trouvons des périodes de pyurie à côté de périodes de bactériurie et que cette alternance se produit parfois sans raison apparente. Il est mieux, puisque l'on a cité des observations de pyurie du rein droit par exemple alors que le rein gauche présentait simplement de la bactériurie.

L'existence d'un obstacle local, d'une stase au niveau des voies urinaires, soit supérieures, soit inférieures, explique beaucoup de ces faits et permet de comprendre que les colibacilles retenus derrière un rétrécissement, une coudure, etc., peuvent s'exalter en nombre et en virulence et que la stagnation produira des lésions dont la traduction clinique sera la pyurie. Tous les urologistes connaissent beaucoup mieux que nous cette influence de l'obstacle bien démontrée par la thèse de Petit. Il existe cependant, en dehors de la stase ou de l'obstacle, des causes de pyurie importantes qui sont l'oxalurie, mais surtout la réaction du milieu urinaire.

Certains auteurs français et tout particulièrement Goiffon, Fisch, Schneider, etc., ont montré que le colibacille pousse très bien dans une urine neutre ou légèrement alcaline alors que dans les conditions ordinaires, il ne pousse plus et perd sa mobilité dans une urine franchement acide. Nous même, en collaboration avec Bécart, avons fait la même constatation et avons montré l'influence heureuse de certains acidifiants urinaires et tout particulièrement du chlorure d'ammonium.

Goiffon a illustré son opinion d'exemples cliniques intéressants de même que Schneider a publié des observations de malades alcalosiques qui voyaient disparaître leur colibacillose avec l'acidification urinaire.

A l'opposé de l'affirmation française, nous trouvons la conception anglaise qui préconise le traitement de la colibacillose urinaire par l'alcalinisation systématique des urines. C'est ainsi que certains auteurs anglais sont si convaincus de la valeur de cette thérapeutique que Thomas Horder a pu écrire que la faillite du traitement alcalin doit obliger à porter des doutes sur l'exactitude du diagnostic et suggère l'existence d'un autre facteur.

Comment comprendre deux interprétations aussi discordantes ? Comment se fait-il que ce que l'on affirme d'un côté de la Manche est considéré comme une erreur de l'autre côté ?

L'explication est pourtant assez aisée. Œconomos, Constantacos et Paliopoulos ont fait des expériences pour préciser les limites du pH entre lesquelles le colibacille peut se développer

et conserver sa vitalité. Ils ont montré que la culture ne se produit pas au pH 6, puis commence au pH 6,2. Jusqu'au pH 6,6 la prolifération se fait, mais la mobilité est encore absente. De 6,8 à 7,6, la mobilité est au maximum en même temps que la croissance, puis la mobilité diminue, la croissance disparaît à son tour à mesure que l'on va vers l'alcalinité franche.

Nous comprenons ainsi qu'auteurs anglais comme auteurs français ont raison, parce que la vitalité du colibacille, optima aux alentours de la neutralité, diminue et disparaît aussi bien par l'acidification nette que par l'alcalinisation forte. Certes, il sera possible de trouver des colibacilles accoutumés à des urines acides et s'y développant, de même que l'on pourra faire la même constatation dans les urines nettement alcalines. C'est une simple question d'acclimatement et il suffira de modifier le milieu dans un sens contraire pour obtenir un résultat favorable.

Il n'en est pas moins exact d'affirmer que, dans les conditions habituelles c'est aux alentours de la neutralité que se trouve le terrain de développement du colibacille et que ce microbe cessera de se multiplier si l'on peut porter l'urine, soit vers l'acidité, soit vers l'alcalinité franche.

Nous avons donc deux routes tout à fait divergentes qui s'offrent à notre thérapeutique, mais naturellement, il faut choisir l'une ou l'autre et ne pas hésiter continuellement entre les deux.

Or que voyons-nous dans la pratique ? Trop souvent malheureusement, outre les fautes de traitement intestinal, on mélange à l'infini les traitements alcalins avec les thérapeutiques acides, on active la diurèse, on donne des antiseptiques et on est désagréablement surpris que le résultat soit aussi peu satisfaisant.

Prenons un exemple concret. Voici un malade constipé colitique qui présente de la pyurie. Comme il est constipé et infecté intestinal, on le soumet au régime végétarien, on lui donne de temps à autre un laxatif qui a comme unique avantage d'empêcher la cicatrisation des lésions intestinales colitiques, puis pour acidifier les urines, on recommande un acidifiant tel que l'acide phosphorique, le chlorure de calcium ou le chlorure d'ammonium. L'ordonnance se complète par quelques prises d'urotropine et des boissons abondantes de diurèse.

Individuellement chacune de ces thérapeutiques, sauf le laxatif, peut être excellente. Leur mélange pourra être détestable. En effet, le régime alimentaire, suivant qu'il est prescrit dans un sens ou dans l'autre, modifie considérablement la réaction urinaire, soit dans le sens de l'alcalinité, soit dans le sens de l'acidité.

C'est ainsi que le régime végétarien et fruitarien est fortement alcalinisant. Si on le mélange avec une thérapeutique acidifiante, le résultat est la neutralité, c'est-à-dire précisément ce que l'on voulait éviter. D'autre part, certaines médications urinaires n'agissent que dans des conditions déterminées et c'est ainsi que l'urotropine n'est antiseptique qu'en milieu urinaire acide alors qu'elle est inactive en milieu urinaire alcalin. Enfin, si l'on veut obtenir une acidification, il est logique d'éviter une diurèse abondante qui empêche la concentration urinaire.

Cet exemple montre que certaines associations thérapeutiques dans une maladie aussi complexe que la colibacillose urinaire d'origine digestive peuvent se gêner et se neutraliser.

Il ne faut jamais oublier, en effet, que pratiquement, dans le syndrome entéro-rénal, il faut cicatriser une lésion intestinale colitique qui permet l'essaimage microbien, mais aussi modifier le milieu urinaire qui a permis le développement et la multiplication des germes d'origine intestinale.

Il semble que beaucoup de praticiens ignorent que l'alimentation a une influence importante sur la réaction urinaire.

A ce point de vue, les aliments se divisent en deux groupes, les aliments acidifiants et les aliments alcalinisants.

Parmi les aliments acidifiants, nous rangerons la viande, les poissons, les fromages, les œufs, le beurre, le pain noir, le riz, les légumineuses, certaines farines alimentaires riches en gluten et en éléments phosphorés (avoine), les noix, les prunes et les pruneaux.

Au contraire, le lait, le pain blanc, les pommes de terre, les pâtes alimentaires, les légumes verts et tous les légumes en général, les fruits (sauf les noix, les prunes et les pruneaux), le sucre, le thé, le café, beaucoup d'eaux minérales sont des alcalinisants.

Il est remarquable que certains fruits prétendus acides comme les oranges et les citrons alcalinisent nettement les urines parce que les acides que contiennent les fruits et leurs sels, citrates, lactates de soude et de potasse, se transforment dans l'organisme en carbonates alcalins et ceux-ci neutralisent avec la plus grande facilité les acides provenant des albumines (Roger, Goiffon).

Par le régime carné, on peut arriver au pH moyen de 6, tandis que le pH 8 peut être obtenu par un régime végétarien et fruitarien exclusif.

Il nous est donc possible par un régime d'orienter la réaction urinaire dans le sens de l'alcalinité ou de l'acidité et ce sera chose facile d'augmenter cette orientation par une médication appropriée.

*La décision que nous allons prendre pour le régime alimentaire de notre colitique va donc, dès le début, constituer une orientation thérapeutique urinaire* et c'est là une notion qui est trop méconnue. C'est en effet, le plus souvent l'état

intestinal qui va nécessiter tel ou tel régime et il est par conséquent logique de continuer l'impulsion qui nous est ainsi fournie.

En effet, le plus souvent, l'état intestinal du malade ne permet pas de prendre un régime indifférent, mais nous incline dans une direction donnée.

Nous avons en effet cru pendant longtemps que les processus infectieux de l'intestin sont toujours orientés vers les putréfactions. C'est pourquoi le régime végétarien a été considéré comme l'aboutissant fatal du diagnostic de trouble intestinal.

Or depuis quelques années, les travaux de Goiffon et Nepveux ont changé nos idées et nous ont montré que les processus irritatifs de l'intestin sont souvent dirigés vers les fermentations. La méthode de dosage des acides organiques, apportée par ces deux auteurs en même temps que la méthode de dosage de l'ammoniaque des selles, nous a permis de comprendre que souvent les processus de fermentations prennent un développement exubérant, dont la traduction coprologique sera l'augmentation du taux de ces acides organiques, jusqu'ici non dosés. Ces travaux nous ont montré que la réaction terminale alcaline au tournesol ne nous permet pas de conclure que les putréfactions ont toujours été surabondantes, mais que parfois elles n'ont constitué qu'une réaction tardive à l'exagération des fermentations acides, phénomène premier en date.

Nous ne pouvons nous appesantir sur les résultats importants fournis par la méthode de Goiffon et Nepveux que nous avons envisagés dans d'autres publications. Il nous suffira de rappeler que nous savons maintenant que les colites de fermentations s'accompagnant ou non de constipation sont très fréquentes et qu'en particulier dans les processus de colibacilloses urinaires, la colite acide de fermentation a une nette prédominance puisque dans notre statistique personnelle nous la trouvons dans 60 à 65 % des cas.

Or la colite de *putréfactions* est justiciable d'un régime à large prédominance végétarienne et fruitarienne tandis que dans la colite de *fermentation*, il est indiqué de donner la préférence à une alimentation riche en viande, en poissons et en fromage.

La première alimentation est alcalinisante, la seconde est acidifiante.

Il n'est donc pas indifférent de donner un régime dans l'infection intestinale que l'on trouve à la base de la colibacillose urinaire et la décision qui doit être prise le sera, non par le fait d'une impression personnelle, mais d'après les résultats de l'examen coprologique. Supposons un instant que l'on instaure un régime acidifiant, riche en viandes, ne contenant pas de légumes verts, ni de fruits chez un malade en « putréfactions » ; les lésions intestinales ne pourront que s'aggraver, et par voie de conséquence, les migrations microbiennes seront facilitées.

Si au contraire, nous introduisons un régime riche en légumes verts et en fruits chez un fermentatif, nous observerons la même aggravation du tableau clinique intestinal, pour des raisons d'ailleurs opposées.

Il faut donc choisir une méthode de traitement et ne pas faire un mélange continuel de deux directions thérapeutiques différentes. La base de la direction thérapeutique doit être l'examen des selles, tout au moins dans les cas où il subsiste des lésions intestinales qui réinfectent les voies urinaires.

Il nous semble donc logique lorsque l'examen des selles montre une colite de fermentation, qu'elle soit franche ou masquée par des putréfactions secondaires, réactionnelles, de soumettre le malade au régime de ces colites, c'est-à-dire un régime dans lequel on aura augmenté tout au moins momentanément les proportions de viande, de poissons et de fromages et on aura diminué les hydrates de carbone et surtout les légumes verts et les fruits. L'acidification provoquée par ce régime riche en albuminoïdes sera renforcée par le secours des médications acidifiantes directes ou indirectes. Les médications acidifiantes directes sont l'acide chlorhydrique officinal, l'acide phosphorique, le phosphate acide de soude, l'acide salicylique, l'acide camphorique et l'acide borique. Les trois premiers sont les plus usités et donnent de très bons résultats. Cependant, en cas de colite fortement acide, ils peuvent être mal supportés et augmentent parfois les spasmes intestinaux, les douleurs et les fermentations.

C'est pourquoi nous donnons personnellement la préférence aux acidifiants indirects, chlorure de calcium, chlorure d'ammonium et phosphate d'ammonium qui sont bien supportés par l'intestin. Le chlorure de calcium a été donné jusqu'à la dose de 9 grammes par jour et procure de très beaux résultats. Cependant, dans la plupart des cas, employé à doses fortes, nous avons observé que ce médicament donnait du pyrosis marqué et augmentait la constipation. C'est pourquoi nous avons recommandé le chlorure d'ammonium dont nous avons montré les heureux effets dans une communication faite avec Bécart à la Société de thérapeutique. En général, ce produit nous a toujours donné satisfaction ; c'est un acidifiant énergique qui facilite l'évacuation intestinale en augmentant les sécrétions digestives alcalines et qui, aux doses habituelles de trois à six grammes prises aux repas, ne donne pas de pyrosis. L'association avec les antiseptiques urinaires tels que l'urotropine est particulièrement heureuse lorsqu'on

emploie le chlorure d'ammonium comme acidifiant.

Goiffon préfère le phosphate neutre d'ammonium à la dose de 2 à 4 grammes par jour, ce sel mettant en liberté de l'acide phosphorique, ce qui constituerait un avantage. Dans les quelques cas où nous avons employé ce produit, il nous a paru donner des résultats comparables à ceux du chlorure.

Lorsque l'examen des selles montre une colite de putréfaction primitive avec augmentation franche du taux de l'ammoniaque et baisse des acides organiques, on prescrira un régime à large prédominance végétarienne et fruitarienne d'aliments bien cuits et finement divisés et l'on administrera les alcalinisants qui seront suivant les cas, le bicarbonate de soude (7 à 15 grammes), le citrate de soude, le phosphate de soude qui est plus laxatif, les sels de potasse (citrate, acétate) qui sont plus toxiques. L'action de la thérapeutique alcaline est surtout remarquable sur les symptômes généraux qui sont rapidement modifiés et sur les phénomènes fébriles qui disparaissent souvent rapidement. Certains antiseptiques urinaires, tels que l'helmitol agissent mieux en milieu alcalin.

Lorsque l'intestin est cicatrisé ou tout au moins très amélioré, il peut y avoir intérêt dans les infections urinaires rebelles à alterner la thérapeutique acide et la thérapeutique alcaline, ces deux thérapeutiques étant complètes, c'est-à-dire comprenant à la fois le régime et les médications acides ou alcalines. Nous avons dans quelques cas, pratiqué ces alternances de trois en trois jours avec de bons résultats. Il semble que cette pratique de la douche écossaise pour les colibacilles puisse être parfois favorable à condition toutefois que l'état intestinal permette ces brusques variations de régime alimentaire.

Faisons remarquer toutefois que le degré d'acidité ou d'alcalinité des urines doit être suivi de façon régulière et que ce n'est que par la surveillance des divers échantillons des 24 heures que l'on pourra être certain d'être resté dans les limites favorables. Cette surveillance peut être assurée avec l'aide de certains papiers acidimétriques existant dans le commerce ou mieux encore avec la trousse de Guillaumin.

Il faut rappeler que quel que soit l'intérêt de la diurèse, elle ne peut aller de pair avec l'acidification forte ou avec l'alcalinisation forte et qu'il est préférable de diminuer la quantité des boissons et même de provoquer la transpiration pendant les périodes de modification du terrain urinaire. Ces périodes de thérapeutique intensive doivent d'ailleurs être assez courtes surtout en cas d'alcalinisation (danger de la lithiase phosphatique). On aura donc intérêt à les faire suivre de périodes de diurèse, imposées par la nécessité de désintoxiquer l'organisme infecté.

Faisons également remarquer que nous avons eu en vue les infections urinaires à colibacilles et que nous n'avons pas envisagé dans le cadre de cet article les infections associées à entérocoque ou à staphylocoque.

Telles sont les quelques particularités qui nous ont paru intéressantes à souligner dans la thérapeutique des colibacilloses urinaires. Il eut été intéressant de parler des médications biologiques, vaccins, bactériophages, sérums, des thérapeutiques plus spécialement urinaires, de la lutte contre l'oxalurie, etc., mais ces considérations, si importantes soient-elles, nous conduiraient à des développements trop importants.

Il nous a paru intéressant de montrer que, dans la colibacillose urinaire, il existe des lésions bilatérales, intestinales et réno-vésicales et que la thérapeutique doit toujours faire état de cette bilatéralité.

---

## FAITS CLINIQUES

### Encéphalite post vaccinale

Je crois utile de faire connaître le cas suivant que j'ai pu suivre jour par jour et heure par heure pendant toute sa durée.

Une de mes petites filles vient, vers le 20 décembre 1931, avec ses parents passer quelques semaines chez moi, à Saint-Pol-de-Léon (Finistère). C'est une enfant de six mois, élevée au sein jusqu'à 3 mois, au biberon ensuite, florissante de santé, et n'ayant jamais fait un jour de maladie. On décide de profiter de son séjour pour la vacciner contre la variole. Je fais venir un petit tube d'un institut vaccinal de Paris qui me fournit du vaccin pour ma famille et mes clients, depuis de très nombreuses années sans que j'aie jamais eu un seul accroc.

Je reçois le vaccin au début de janvier 1932. Le 9 janvier, je fais, à la cuisse droite de l'enfant, trois piqûres sous épidermiques, simples éraflures de la pointe du vaccinostyle, sans faire saigner.

Le 16 janvier, l'enfant est un peu grognon, légèrement fébrile. Une seule vésicule a apparu, qui semble évoluer normalement (de fait la pustule s'est formée et la croûte est tombée dans les délais normaux), mais pendant une partie de la semaine, du 16 au 22 janvier, la température rectale oscille entre 38° et 38°5 : enfant mal en train; nuits agitées ; on constate autour et au-dessus des poignets et autour du cou une éruption miliaire qui disparaît en 36 heures ; mais quelques jours après, apparaissent des papules dissémi-

nées sur tout le corps (surtout au tronc), mais très espacées et ressemblant aux papules de la rougeole : elles disparaissent également le lendemain ou le surlendemain.

Du 23 au 25 janvier, température presque normale (37°5), amélioration apparente, mais le 26 janvier (soit 17 jours après la vaccination), la fièvre reprend et atteint rapidement 39°5 et 40°. L'enfant est agitée, se plaint constamment, ne dort pas ; semble souffrir de partout ; se tient en chien de fusil, les cuisses fortement repliées sur l'abdomen et, si on cherche à les allonger la fillette résiste et se plaint vivement. En même temps, vers le 31 janvier et les jours suivants, on constate un peu de raideur de la nuque et du rachis (léger opisthotonos), de l'exagération des réflexes rotuliens.

Pas d'inégalité pupillaire, trémulation des bras et des mains dans les mouvements. Pouls rapide et régulier ; respiration rapide, superficielle, que l'on entend à peine. Au début, ni vomissements, ni constipation.

A partir du 3 février jusqu'au 20 environ, on note un ou deux vomissements par jour, mais ils semblent chaque fois amenés par la toux, car la malade avale de travers en buvant.

Jusqu'au 5 février, l'enfant, tout en étant triste et paraissant souffrir, a conservé sa lucicidité, elle reconnaît ses parents et leur tend les bras ; dans ses moments d'accalmie, elle prend ses jouets et s'amuse un instant.

Subitement, le 5 février, la petite malade tombe dans une somnolence profonde ; elle ne s'intéresse à rien, a un regard vague, atone, avec strabisme convergent ; de temps à autre, elle se réveille brusquement en sursaut, en poussant un cri aigu. On peut difficilement la faire boire 80 gr. de lait coupé d'eau dans les 24 heures.

La température reste aux environs de 39° et 39°5. Pas de constipation. Cet état persiste du 5 au 9 février avec des alternatives de somnolence et d'agitation. Pendant des nuits entières, elle se plaint sans arrêt ; elle présente de la dyspnée sans lésions bronchiques ou pulmonaires.

A partir du 9 février, la fièvre tombe à 38°-38°5 le jour et remonte à 39°5 ou 39°8 la nuit mais les phénomènes inquiétants s'atténuent lentement ; l'enfant semble moins souffrir, commence à s'intéresser à son entourage, à ses jouets, du moins pour un instant — mais l'alimentation reste difficile, l'enfant buvant sans plaisir et peu à la fois.

Le 11 février, la température tombe à 37°, l'amélioration continue ; l'enfant est plus gaie, sourit à sa mère, mais certains phénomènes persistent encore quoique atténués : raideur de la nuque, repliement des membres inférieurs sur l'abdomen, strabisme léger ; toux et vomissement une ou deux fois par jour lorsqu'elle boit.

L'amélioration continue du 15 au 17 février, mais la température rectale est anormalement basse : 35°4 et même 35°2 à plusieurs reprises l'après-midi ; 36°2 ou 36°5 la nuit, sans jamais atteindre 37° ; les nuits restent agitées, l'alimentation difficile.

Subitement la nuit du 17 au 18 février est très mauvaise ; l'enfant a les yeux ouverts et fixes, fait des bonds dans son lit, pousse des cris en lançant tantôt les membres supérieurs, plus souvent les membres inférieurs en avant, comme par une détente brusque, parfois elle soulève le corps en arc, ne reposant que sur la nuque et les talons. Le moindre attouchement provoque une crise douloureuse avec brusque retrait des membres ; tous les réflexes sont exagérés ; au poignet, on sent de temps à autre des soubresauts des muscles ou des tendons. Respiration lente, profonde, suspirieuse sans pauses respiratoires.

Malgré ces phénomènes d'excitation, il n'y a pas de fièvre (la température prise plusieurs fois par jour varie de 36°6 à 37°1 et ne remontera plus désormais), l'enfant a conservé en grande partie sa connaissance, accepte à boire, mais sans entrain, a une ou deux selles normales par jour, souvent spontanément, plus rarement à l'aide d'un petit suppositoire, vomit plus rarement en avalant de travers. On constate un strabisme permanent léger et un peu de ptosis des paupières supérieures obligeant l'enfant à relever la tête pour regarder droit devant elle.

Cet état persiste jusqu'à la nuit du 20 au 21 février, puis une détente se produit et, à partir du 21 février, l'amélioration est rapide. Tous les phénomènes inquiétants disparaissent en quelques jours, la raideur de la nuque et le repliement des jambes cédant les derniers. La température reste encore entre 36°5 et 36°9 pendant quelques jours, mais l'enfant boit avec plaisir, rit aux personnes qui la soignent, joue volontiers et bientôt ne présente plus aucune trace de contractures ou de paralysie. Jusqu'au 25 février, les nuits restent encore agitées, — mais après cette date, la convalescence s'établit rapidement. Actuellement (7 mars 1932), la guérison est complète et sans séquelles, l'enfant a repris ses couleurs et son aspect de santé antérieur.

Comme traitement, j'ai essayé, au début, quelques calmants, mais un gramme de bromure de potassium et une cuillerée à café de sirop de codéine, dans la même nuit, ne produisaient aucun effet et je craignais d'aggraver la torpeur. La seule chose, qui m'ait donné des résultats palpables et constants, ce sont les bains tièdes de huit à dix minutes à la température de 33° ou 34° lorsqu'il y avait de la fièvre, 35° ou 36° quand la fièvre eut disparu. Le bain produisait chaque fois une sédation remarquable, abaissant la température, calmant les contractures douloureuses et l'agitation. Aussitôt après le bain, l'enfant accep-

tait son biberon et s'endormait pendant une heure et demie ou deux heures, mais ensuite, les phénomènes pénibles reparaissaient peu à peu, obligeant à donner un nouveau bain. Pendant la période la plus grave, on fut amené à répéter les bains toutes les quatre heures, nuit et jour. A partir du 20 février, on put se contenter de quatre bains dont un la nuit. Ce dernier ne put être supprimé que vers le 24 ou 25 février, sous peine d'avoir des nuits très agitées.

Je n'ai pas fait de ponction lombaire, car je craignais d'aggraver l'état de l'enfant au lieu de l'améliorer et parce que les bains répétés me donnant d'excellents résultats, j'estimais n'avoir pas de meilleur moyen de lutter contre cette affection.

Je ne vois pas la possibilité d'invoquer une autre cause que la vaccination. Il n'y avait aucun cas de ce genre dans la ville ou la région. D'ailleurs l'enfant, à cause de l'hiver, gardait la maison ou ne sortait qu'au jardin. D'autre part, j'avais chez moi, en même temps, plusieurs de mes petits-enfants âgés de 4 ou 5 ans qui, au début, allaient fréquemment voir la petite malade et qui n'ont rien attrapé. Il y a donc là un fait bien troublant pour les praticiens, car ces conséquences graves, quoique rares, semblent plus fréquentes depuis quelque temps.

Saint-Pol-de-Léon, 7 mars 1932.

Dr Bagot, père.
Directeur de l'Institut marin de Roscoff.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Trois cas d'hémiplégie puerpérale syphilitique.

Les hémiplégies du post-partum relèvent généralement d'une embolie ou d'une thrombose, liées à l'infection puerpérale. Par contre, les hémiplégies de la grossesse sont, ou liées à la puerpéralité (éclamptiques, infectées, etc.), ou sans lien causal avec la puerpéralité (syphilitiques, cardiaques, pithiatiques, etc.).

MM. Gaujoux, Goudet et Fabre insistent sur l'importance de ces groupes, en raison du pronostic et du traitement. Sans doute, en cas de spécificité, faut-il faire quelques réserves sur l'efficacité du traitement antisyphilitique ; pour l'un des cas rapportés, celui-ci n'eut qu'une action réduite ; pour les deux autres cas, déjà avant le traitement, il y avait une amélioration spontanée réelle. Il n'en demeure pas moins qu'on a tout à gagner et rien à perdre de tenter dans l'une hémiplégie syphilitique un traitement spécifique ; dans les cas favorables, on est surpris, après chaque injection, de constater un progrès important et rapide. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, décembre 1931.)

### L'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, « maladie salvatrice ».

L'érythrodermie exfoliatrice, accident grave et parfois mortel de la thérapeutique arsénicale, semble, dans certains cas, guérir la syphilis. Mais, fait remarquer Raoul Bernard, il ne faut pas ériger en dogme cette constatation.

Gougerot, déjà en 1921, lorsqu'il parlait de la « légende de la guérison après érythrodermie arsénicale », présentait différents cas de récidives de syphilis viscérales, cutanées muqueuses, sérologiques, survenant après ces redoutables accidents thérapeutiques. Cependant, incontestablement, il y a des cas qui donnent toutes les apparences de la guérison, pour autant qu'on puisse parler scientifiquement de guérison en matière de syphilis ; toute la gamme peut être obtenue depuis la guérison apparente et même pratique, en passant par des améliorations sérieuses et définitives, jusqu'à la continuation de l'évolution de la syphilis, et cela qu'elle soit secondaire ou quaternaire, ou même primaire et tertiaire.

Pratiquement, il ne faut pas trop se fier aux soi-disant guérisons post-érythémateuses, mais surveiller et traiter quand même le malade, en n'oubliant pas cependant qu'une intolérance à un produit déterminé peut déclencher une intolérance vis-à-vis d'un des autres remèdes de l'arsenal antisyphilitique. (*Bruxelles médical*, 6 décembre 1931.)

### Hallucinations visuelles au cours des tumeurs cérébrales.

A propos de deux observations relatées en détail, MM. Christophe et Schmite discutent la valeur séméiologique de localisation des troubles visuels dans les tumeurs cérébrales.

Dans les deux cas, le symptôme hallucinatoire avait acquis une valeur particulière par sa précocité et son importance. Ces phénomènes hallucinatoires ne s'accompagnaient d'aucune interprétation délirante, et rentraient dans le cadre de l'hallucinose pure, en ce sens qu'ils étaient conscients et reconnus comme de nature pathologique par le malade (mettant en jeu la vision de plusieurs personnages sous des aspects différents).

La constatation de phénomènes hallucinatoires comme premier signe clinique de l'évolution, l'apparition très tardive au contraire (sept ans après) de la paralysie oculaire, permettent avec vraisemblance de mettre les hallucinations sur le compte de la compression du lobe temporal, et rendent peu probable leur origine pédonculaire. (*Paris médical*, 26 décembe 1931.).

### La vie propre du fibrome utérin.

Le Professeur Forgue essaie d'établir ce qu'est la vie propre d'un fibrome utérin, véritable formation parasite de l'organisme, capable de s'immobiliser comme une production bénigne, même de régresser, ou au contraire de se compliquer comme une grave tumeur, selon des conditions variables. C'est là, l'introduction logique et physiologique à la thérapeutique des fibromes.

Il semble bien, et l'auteur le démontre, que les moyens d'existence du myome sont surtout assurés par le réseau artériel, issu des branches interstitielles de l'utérus, qui s'épanouit à sa surface. Le myome vit surtout par sa circulation périphérique ; sa vascularisation centrale, intratissulaire, est réduite et précaire.

Il apparaît, d'autre part, que c'est à l'ovaire, que se trouve le *primum movens* et le centre de stimulation trophique des myomes utérins. C'est là que se porte, électivement, l'action de la radio et de la curiethérapie, surtout leur action hémostatique. Toutes les fois que le faible volume de l'utérus myomateux permet au radium introduit dans sa cavité d'être assez rapproché des ovaires, que son calibre régulier n'expose à aucune rétention, que nulle infection cavitaire ne préexiste, la curiethérapie est à préférer.

Elle a donc, comme indication optima, les myomes interstitiels de petit volume ne dépassant pas neuf à dix centimètres à l'hystéromètre, à développement régulier, ne déformant pas la cavité, à grandes hémorragies.

Peut-être dans l'avenir, trouvera-t-on dans une médication opothérapique mieux dirigée, mieux combinée, une action humorale, qui viendra renforcer la thérapeutique conservatrice des fibromes utérins ? (*Montpellier médical*, 15 décembre 1931.)

### Les accidents épileptiformes d'origine pleuro-pulmonaire.

M. L. Marchand rappelle que des crises convulsives ont été signalées depuis longtemps au cours des diverses maladies inflammatoires du poumon ; mais, à l'étude des observations, on n'est pas toujours convaincu qu'il s'agit d'épilepsie ; il s'agit plutôt d'états syncopaux, qui se compliquent de convulsions et souvent d'hémiplégie. Les accidents sont aigus et apparaissent généralement chez des individus qui, jusqu'alors, n'avaient jamais présenté de crises nerveuses. L'accès peut être unique, mais généralement les accidents se reproduisent sous forme d'accès sériés, et entraînent fréquemment la mort.

Ils surviennent surtout, quand il existe un épanchement pleural purulent. La crise convulsive apparaît au moment même où l'on intervient (thoracentèse, empyème, etc.) ; plus rarement, un changement de position du corps, entraînant un déplacement du liquide pleural, suffit à déclencher la crise.

Bref, les crises d'origine pleuro-pulmonaire sont exceptionnelles ; mais, elles sont toujours à redouter au cours des interventions sur la plèvre et le poumon. On doit prévenir les familles de cette rare éventualité ; une famille ne peut comprendre qu'un des siens, peu malade en apparence et en réalité, succombe, soudainement sidéré après la mise en œuvre d'une médication, qu'on lui avait annoncé anodine, sans influence nocive possible. C'est surtout quand on doit pénétrer dans le poumon, ou rompre des adhérences pleurales, que ces accidents sont à craindre.

Il sera bon, avant de pratiquer la thoracentèse, de faire une anesthésie locale et une injection de morphine. Pendant les accidents, on aura recours à une médication vaso-dilatatrice, en particulier à l'acétylcholine à fortes doses. (*Gazette des hôpitaux*, 16 décembre 1931.)

### La verrue plantaire.

MM. Degrais et A. Bellot étudient les avantages de son traitement par le radium.

C'est une affection très douloureuse, qui se développe habituellement là où, du fait d'une pression plus marquée, existe déjà une surface kératodermique, prenant même parfois l'aspect d'un véritable durillon. Elle siège de préférence au niveau de la tête des métatarsiens ou au niveau du talon. C'est une petite surface très régulièrement arrondie, mesurant un centimètre à un centimètre et demi de diamètre ; légèrement bombée, elle présente au centre une petite dépression ; en ce point très exactement, par la pression peut être réveillée la douleur exquise, qui est la signature de la verrue plantaire. Celle-ci, ne pouvant plus, à un moment de son développement, faire saillie en dehors à cause des pressions, s'est creusé une loge dans les tissus, et l'anneau hyperkératosique, qui l'entoure, arrive presque à la recouvrir. C'est en raison même de ces caractères spéciaux que la verrue plantaire demande à être traitée d'une façon particulière.

L'excision chirurgicale doit être assez large en raison des dimensions de la lésion, et, de ce fait, la résection n'est pas toujours facile, ni exempte d'inconvénients ; elle exige un repos de deux semaines à la chambre et n'est pas une garantie contre la récidive.

Au contraire, la curiethérapie, possédant toute une gamme de rayons de pénétration croissante, détruit d'une façon plus nette et plus sûre que le bistouri, la verrue plantaire ; elle met à l'abri de la récidive sans faire courir de risques aux tissus sains. Son application est indolore ; les appareils sont mis en place le soir, durant la nuit, ce qui permet au malade de vaquer le jour à ses occupations. La douleur cesse en général très rapidement, et, par une large et profonde desquamation, le tissu hyperkératosique expulse la verrue ; son élimination peut être hâtée par un coup de curette, qui, à ce moment, n'éveille plus la moindre sensibilité. (*La Presse médicale*, 2 décembre 1931.)

**Œdème pulmonaire d'effort. Contribution à l'étude des formes frustes d'angine de poitrine.**

L'observation, relatée par le Dr GALLAVARDIN, est un bon exemple d'une forme rare d'œdème pulmonaire d'effort, solitaire ; elle mérite de prendre place dans la série des manifestations angineuses frustes, dont l'étude n'est encore qu'ébauchée.

Il est commun de voir la dyspnée d'effort, lorsqu'elle est intense ou suffisamment prolongée, donner lieu à une exsudation alvéolaire, suivie d'encombrement bronchique et du rejet de quelques mucosités sanguinolentes ou simplement teintées. Cliniquement, cet œdème pulmonaire d'effort se manifeste le plus souvent dans certaines formes de rétrécissement mitral, chez les insuffisants ventriculaires gauches graves, et au cours des accès angineux dans les cas avancés d'angine de poitrine.

Ces trois variétés d'œdème pulmonaire d'effort sont classiques. Plus rare est l'œdème pulmonaire d'effort en quelque sorte solitaire, c'est-à-dire sans aucun rétrécissement mitral, ne s'expliquant pas non plus par l'existence d'une cardiopathie habituellement dyspnéisante, comme en dehors de toute manifestation angineuse classique.

Les accès d'œdème pulmonaire se déclenchaient subitement, en quelques secondes, à l'occasion de circonstances, dont l'effort n'était jamais exclu, mais parmi lesquelles les conditions atmosphériques, notamment le froid et le vent, tenaient une place très large.

L'auteur, rappelant que, dans la série angineuse, la douleur, ordinairement prédominante, peut parfois s'estomper beaucoup ou même disparaître complètement, pense que les accès d'œdème pulmonaire d'effort, solitaires et si caractéristiques, doivent être considérés comme une sorte d'équivalent non douloureux d'angine de poitrine à forme œdémateuse. Si, en effet, chez le malade observé une sensation nettement douloureuse s'était substituée à la simple aura intrathoracique annonciatrice de ses accès, on ne saurait concevoir une histoire plus typique d'angine de poitrine. (*Lyon médical*, 20 décembre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Éducation physique et pression moyenne.**

(MM. VAQUEZ et DE CHAISE-MARTIN. — *Académie de médecine* ; 22-3-1932.)

Divers critères ont été proposés en vue d'établir, pour ce qui concerne l'appareil circulatoire, la tolérance d'un sujet aux exercices et à l'éducation physique. Ces critères sont loin de résoudre facilement le problème. L'examen du cœur à l'écran, avant et après l'effort, peut montrer une dilatation cardiaque, dont l'interprétation n'est pas toujours simple. Il nécessite d'ailleurs un appareillage spécial. Les deux autres procédés : la recherche de la fréquence comparée du pouls, la mesure des pressions extrêmes, avant et après l'exercice, ont aussi des incertitudes.

MM. Vaquez et de Chaise-Martin ont repris l'étude de ces procédés dans une série de recherches faites à l'Ecole de Joinville. Ils ont vu le pouls s'accélérer après un effort, aussi bien chez les entraînés que chez les non-entraînés. De même, pour le temps mis par le pouls à reprendre sa stabilité, une fois l'effort terminé. De plus, l'accélération du pouls peut tenir à d'autres circonstances que l'épreuve elle-même : état de réplétion ou de vacuité de l'estomac, température, émotivité, etc.

La mesure de la pression maxima ne donne pas d'indications plus complètes, mais plus intéressante apparaît l'étude de la pression moyenne.

M. Vaquez conclut ainsi : 1° La plus ou moins grande accélération du pouls après un exercice sévère, une course de 300 mètres par exemple, ne constitue pas un critère de discrimination ou d'entraînement. Tout au plus le retard excessif — au delà de cinq minutes — du retour du pouls à son rythme antérieur peut-il être considéré, dans une certaine mesure, comme un signe de suspicion.

2° L'élévation anormale de la pression maxima au-delà de 150 millim. indique que l'entraînement doit être surveillé, mais l'instabilité de cette pression après l'effort n'est pas un critère.

3° L'élévation de la pression moyenne au delà de 110 millim. commande une grande prudence au cours

de l'entraînement. Une signification plus importante, et de même sens, doit être attribuée à la lenteur exagérée (de 3 à 5 minutes) du retour de la pression moyenne à sa position d'équilibre.

4° Par contre, l'état de bon entraînement a pour caractère une stabilité sinon constante, du moins habituelle, de la pression moyenne, contrastant avec la variabilité du pouls et la pression maxima.

**Les corps étrangers intra-oculaires métalliques dans les professions agricoles.**

(M. H. Villard, de Montpellier. — *Académie de médecine* ; 22-3-1932.)

Les corps étrangers métalliques de l'œil sont fréquents en chirurgie des accidents du travail, mais on croirait volontiers qu'on ne doit pas les rencontrer chez les ouvriers agricoles.

M. Villard montre que chez ces derniers ils ne sont pas très rares et qu'il faut y penser pour pouvoir en pratiquer une ablation précoce. L'auteur les a observés dans deux conditions différentes. En premier lieu, dans les pays viticoles, au cours de certains travaux ayant pour but de réparer les socs de charrues. En second lieu, et alors en toutes régions, lorsque, consécutivement à un violent coup de pioche donné sur un caillou très dur, un fragment de métal se détache et vient frapper l'œil.

Assez fréquemment, cet accident oculaire n'entraîne pas de douleurs immédiates bien vives. D'autre part, on pense plutôt à une blessure de l'œil par éclat de pierre. Ces deux circonstances retardent souvent et empêchent la mise en œuvre du seul traitement efficace, l'emploi de l'électro-aimant, auquel il faut avoir recours sans tarder. Appliqué de bonne heure, l'électro-aimant, qui doit être puissant, aura de grandes chances d'extraire le corps étranger, facilement et rapidement. Si l'on attend quelques jours, les choses deviennent beaucoup moins simples et les résultats beaucoup moins satisfaisants.

Il faut donc penser, chez les ouvriers agricoles, à la possibilité de corps étrangers oculaires métalliques et recourir à l'électro-aimant, si le corps étranger a quelques chances d'exister, même s'il reste incertain. On évitera nombre de fois ainsi, par une intervention appropriée, la perte de l'œil blessé.

**Traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques.**

(M. Ch. Abadie. — *Académie de médecine* ; 22-3-1932.)

M. Abadie, qui est le doyen des ophtalmologistes français, continue, malgré son grand âge, à faire d'intéressantes études d'oculistique pratique. Il signale aujourd'hui le traitement qu'il recommande dans l'atrophie tabétique des nerfs optiques, et qui consiste en injections sous-cutanées de 2 milligr. d'atropine faites tous les deux jours, conjointement avec une injection intra-veineuse de un centigramme de cyanure de mercure. Cette médication ne commence à agir qu'après un certain nombre d'injections. Tous les malades, chez lesquels M. Abadie l'a appliquée, ont non seulement présenté un arrêt de l'évolution de l'atrophie, mais encore récupéré une partie de l'acuité visuelle perdue.

**Chirurgie gynécologique conservatrice.**

(M. Jacques Leveuf. — *Société de chirurgie* ; 3-2-1932.)

Du 1er janvier 1927 au 1er novembre 1931, M. Leveuf a traité au pavillon Bouilly, à l'hôpital Cochin, 506 cas de salpingite.

Les malades ont été soumises d'abord au traitement suivant : vaccination au propidon (trois injections de 4 c. c. à quarante-huit heures d'intervalle) ; compresses chaudes ou glace sur le ventre, suivant les cas ; lavements chauds renouvelés.

Bien peu d'accidents aigus résistent à ce traitement. Les douleurs disparaissent et la fièvre tombe en quelques jours. Une persistance anormale de la température laisse présumer de la nécessité d'une colpotomie dont les indications seront fixées par le toucher vaginal. Sur les 506 malades de M. Leveuf, 14 ont été ainsi colpotomisées. Près de 300 de ces femmes quittèrent le service au bout de un à deux mois, considérées comme guéries.

202 malades ont dû être opérées, dont 124 par hystérectomie ou salpingectomie bilatérale. Pour 78 cas, une chirurgie gynécologique conservatrice — chirurgie que l'on s'efforce aujourd'hui de réaliser de plus en plus — a été mise en œuvre : salpingectomie unilatérale, restauration de la perméabilité tubaire (libération des annexes, salpingostomie). A la vérité, ce sont surtout les libérations précoces qui ont donné à M. Leveuf des résultats intéressants quant à la perméabilité tubaire.

— M. Schwartz estime qu'il ne faut pas opérer les salpingites sans nécessité et qu'il convient d'user des ressources du traitement médical.

— M. Louis Bazy ne croit pas non plus indiquée, dans la règle, l'opération précoce des salpingites récentes, dont parle M. Leveuf. Pour lui, deux éventualités sont à envisager : ou la condition sociale de la malade et l'évolution de la salpingite permettent d'attendre le résultat du traitement médical et alors ne pas opérer, ou bien, dans des conditions inverses, on est amené à opérer et alors : intervention radicale.

P. L.

**La physio-prophylaxie.**

(M. J. Pescher. — *Soc. de médecine de Paris* ; 23-2-1932.)

A côté de la prophylaxie classique s'occupant d'éloigner ou de détruire les causes pathogènes venues de l'extérieur, il existe une autre prophlyaxie, qui s'applique à faire disparaître l'état de moindre résistance des organes, en leur faisant récupérer, par un entraînement approprié, leur rendement biologique normal.

C'est la prophylaxie interne ou physio-prophy-

laxie. C'est une jeune science toute nouvelle, sœur cadette de la physiothérapie.

Tous les médecins connaissent déjà les merveilleux résultats obtenus par l'application des règles élémentaires de l'hygiène et de la prophylaxie ordinaire ; grâce à elles, un grand nombre de maladies, qui formaient autrefois la base des clientèles courantes, ont disparu des cadres nosologiques. Et cependant, la prophylaxie classique ne s'occupe, pour les éloigner ou les détruire, que des causes pathogènes qui attaquent l'organisme en venant de l'extérieur.

Quand on s'occupera parallèlement des moyens de défense, que nous portons tous primitivement en nous, pour les rétablir en cas de carence momentanée, pour les développer et les exalter s'ils existent encore, on aura fait la physio-prophylaxie, et ainsi la prophylaxie sera totale.

Les médecins se transformeront peu à peu, par la force des choses, de guérisseurs si souvent débiles et impuissants qu'ils sont restés jusqu'ici, en conservateurs de la santé.

Voici quelques exemples concrets :

La pneumonie n'est pas, comme on le pensait jusqu'à présent, le prototype des affections aiguës se déclarant brusquement, ou après quelques courts prodromes, dans un état parfait de santé ; elle n'est pas le premier acte du drame morbide, mais bien le dernier. Le pneumonique, du fait de son insuffisance, s'était mis en état de double infériorité : état local bronchopulmonaire de *minoris resistentiæ* par diminution de fonctionnement, et infériorité de la vitalité générale tout entière par insuffisance d'hématose. Or, c'est à la faveur de cette double déchéance préalable que le pneumocoque, finalement, a pu réaliser son infection. Celle-ci eut été évitée, si, à une occasion ou à l'autre, on se fut appliqué à la corriger par un entraînement approprié, c'est-à-dire si on eut fait de la physio-prophylaxie.

Il en est de même pour l'appendicite. On eut pu voir arriver le mal appendiculaire si, patient et médecin, mieux éduqués, eussent pris garde aux troubles gastro-intestinaux, même légers, mais existant d'ordinaire depuis un temps plus ou moins long, aux petits phénomènes d'infection, qui n'avaient pas manqué de se manifester, mais qu'on avait méconnus ou négligés. Là aussi une rééducation intestinale, et c'est encore de la physio-prophylaxie, un régime et d'autres moyens appropriés eussent empêché le drame.

On peut affirmer que, sauf pour les accidents, les empoisonnements et quelques autres cas, en nombre infime dans l'ensemble de la pathologie, avant que ne se manifeste la maladie, telle qu'elle est décrite dans nos livres, il y a un état de pré-maladie, caractérisé par de simples troubles fonctionnels, sur lesquels l'attention n'a pas été attirée de nos jours, mais qui constitueront la partie la plus féconde de la médecine à venir.

Il faut retenir qu'un organe, normalement développé, fonctionnant dans des conditions physiologiques, donnant en conséquence son rendement biologique complet, ne devient pas malade, sauf l'usure inévitable, d'ailleurs fort lente. S'il est attaqué, il se défend victorieusement. Il n'en est plus de même s'il existe un point de moindre résistance. Ne négligeons donc pas la prophylaxie interne, à côté de la prophylaxie externe. Occupons-nous des organes eux-mêmes de l'organisme tout entier pour voir si le rendement biologique de chaque appareil est à son chiffre normal. Cela est facile pour les poumons par la mesure de la capacité vitale ; il faut que demain cela soit pareillement pratique pour tous les organes, à l'aide de tests, de vérification facile, que les chercheurs ne manqueront pas de trouver. Tout déficit constaté devra être immédiatement combattu par un entraînement méthodique approprié. Dès lors, les maladies seront, sans aucun doute, diminuées de nombre et de gravité dans une mesure dépassant toute évaluation.

## Le néo-interventionisme en tuberculose osseuse.

(M. Raphaël Massart. — *Soc. de médecine de Paris* ; 27-2-1932.)

Dans une précédente communication, M. Galland, représentant qualifié des Berckois, reconnaissait que, depuis des années, une évolution se faisait, même chez eux, en faveur d'une thérapeutique moins expectative ; il se rendait compte que lui-même était amené à modifier les règles des traitements qu'il avait vu appliquer, et qu'il croyait définitives, il y a vingt ans.

Or, à la doctrine un peu trop simpliste de ne jamais porter le bistouri dans une tuberculose en évolution, il faut préférer la formule d'Ollier, qui distingue justement les tuberculeux qu'il faut opérer, les tuberculeux qu'il est permis d'opérer, les tuberculeux auxquels il ne faut pas toucher.

Actuellement, en effet, les interventions pour tuberculose bénéficient des progrès techniques de la chirurgie, des voies d'abord meilleures, de la possibilité de mener à bien des interventions souvent complexes. Il est curieux de voir que les interventions, telles que les ostéosynthèses vertébrales, les arthrodèses, qui sont d'excellentes opérations, ont été faites couramment un peu partout, avant d'être exécutées et finalement adoptées par les hôpitaux montagnards et marins.

Il est hors de doute qu'actuellement on fait, et on fera de plus en plus d'interventions avec succès dans la tuberculose, parce que l'on verra les lésions plus tôt, à une période où l'intervention est plus efficace.

Certes, c'est avec une grande prudence qu'il faut intervenir ; il faut étudier avec tous les moyens de contrôle les cas qui se présentent, pour savoir si ce sont des tuberculoses qu'il est permis d'opérer. L'opération sera, d'autre part, conduite avec une plus grande minutie que jadis, et avec une asepsie rigoureuse. Devant les bons résultats ainsi obtenus, on arrive à étendre les indications, à opérer davantage, et à

réaliser des guérisons complètes et durables, même sous les cieux incléments des grandes villes.

### Les immunisations par la peau.

(M. H. Gougerot. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris* ; 14-1-1932.)

Les cinq données suivantes prouvent que les éruptions cutanées, spécifiques ou non, par un mécanisme encore discutable, ont une influence heureuse sur l'évolution de la syphilis :

L'éruption cutanée de la syphilis secondaire est utile à l'immunisation spontanée, et les syphilitiques traités après la roséole ont un pronostic plus favorable que les syphilitiques (à B. W. déjà positif), traités avant l'éruption de la roséole ;

L'érythrodermie arsénicale a une influence heureuse sur l'évolution de la syphilis ;

Les syphilitiques, porteurs d'éruptions chroniques ou récidivantes (eczéma, prurit, prurigo, psoriaris), ou atteints d'une grande éruption aiguë au moment de leur syphilis récente (eczéma aigu, dermites artificielles notamment après la gale, après frictions mercurielles, etc.), semblent avoir une évolution plus bénigne de leur syphilis à traitement égal, et malgré des traitements insuffisants ;

Les irritations cutanées et les éruptions diverses, qui entraînent le virus vers la peau et le rendent dermotrope, sont favorables à l'évolution de la syphilis ;

La bénignité de la syphilis équatoriale chez les indigènes nord-africains semble liée à une action combinée de l'action solaire sur le tégument.

S'il en est ainsi, mieux vaudrait laisser le syphilitique (qui n'est plus à la période négative du chancre) avoir sa roséole, afin de faire son immunisation cutanée spontanée, ou provoquer des irritations cutanées non dangereuses chez tout syphilitique, à toutes périodes ; les vieilles frictions mercurielles seraient donc à reprendre comme moyen spécifique et comme moyen adjuvant. Les bains sulfureux associés, tant vantés autrefois, trouveraient ainsi l'explication de leur succès.

G. F.

## *Lille*

*Société médicale et anatomo-clinique.*

Séance du mardi 16 février 1932.

### Un cas de septico-pyohémie à streptocoques, à localisations multiples, chez un enfant de deux ans et demi.

M. Delezenne. — Pas d'antécédents personnels. Otite suppurée ; puis éruption varicelliforme extrêmement abondante, à liquide séro-purulent, contenant du streptocoque. Volumineux abcès, au niveau du coude gauche, du mollet gauche et de la fesse gauche, incisés dès l'entrée à l'hôpital ; pus à streptocoques. Mort rapide.

L'auteur insiste sur la gravité des septicémies à streptocoques et sur l'abondance de l'éruption constatée sur le corps de l'enfant.

### Des hématuries graves dans l'adénome prostatique.

M. Langrand. — Homme de 72 ans, souffrant depuis six ans d'hématuries d'origine prostatique, avait refusé primitivement toute intervention ; revient consulter en raison de l'abondance des pertes sanguines. Malgré une mauvaise constante d'Ambard, on se trouve acculé à l'intervention : après transfusion de 300 cmc. de sang, ablation de la prostate. L'hémorragie s'arrête, mais, au bout d'une semaine, le malade est emporté par des complications rénales.

L'auteur insiste sur la fréquence relative (6 %) des hémorragies dans les adénomes prostatiques — sur les difficultés d'un diagnostic précis — enfin, sur la nécessité d'une prompte intervention radicale, seule capable d'arrêter l'hématurie.

### Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire.

M. Defrenne. — Homme de 29 ans, ressentant depuis quelques années, des douleurs sous le maxillaire gauche. La radiographie montre un calcul salivaire. Ablation du calcul et de toute la glande par le Prof. Lepoutre. Guérison.

A propos de ce cas, l'auteur fait une brève étude clinique des calculs sous-maxillaires et de la technique opératoire.

# Les Congrès

## VIe Congrès international des accidents et des maladies du travail

(*Suite et fin*) (1)

**Réceptivité de l'organisme aux substances toxiques utilisées dans l'industrie**

Rapport de M. Devoto (Italie).

L'intoxication professionnelle se produit de préférence chez :

Les jeunes ouvriers qui débutent dans le métier dangereux ;

Les personnes âgées ;

Les femmes du fait de la maternité.

Cette règle souffre beaucoup d'exceptions. La clinique du travail de Milan possède les observations de jeunes sujets (sept à huit ans), de personnes âgées, de femmes qui ont été en contact avec le plomb et n'ont jamais cependant présenté de manifestations saturnines.

La même remarqua peut être faite au sujet des altérations de l'appareil respiratoire qui prédisposent comme l'ont montré Devoto et Aiello, à l'intoxication par le plomb et le mercure. Or, on peut voir des sujets porteurs d'affections pulmonaires ou cardio-vasculaires qui ne présentent cependant aucun signe de saturnisme ou d'hydrargyrisme. Par contre, on peut voir apparaître une intoxication professionnelle chez des individus robustes, sans tare, sans antécédents pathologiques, qui prennent des soins hygiéniques. On est en droit de parler en ce cas de réceptivité individuelle.

Il y a des sujets qui, par moments, ne sont pas réceptifs ou le sont moins ; peut-être existe-t-il dans leur organisme des moyens de protection ou de défense, grâce auxquels la substance toxique est fixée, combinée, neutralisée ou plus rapidement éliminée ou résorbée.

Rapport de M. Giovanni Mauro (Italie).

Les conditions de moindre résistance organique peuvent jouer un certain rôle dans l'éclosion des manifestations morbides ; d'où la nécessité des mesures de sélection ouvrière quand il s'agit d'industries qui utilisent des substances toxiques. Mais ce sont les conditions hygiéniques qui représentent la base fondamentale pour supprimer dans l'industrie le danger de l'intoxication professionnelle.

L'auteur étudie surtout l'action du benzène sur l'organisme féminin. Les conclusions sont les suivantes :

1° Moindre résistance des jeunes gens à l'action du benzène ;

2° Moindre capacité de résistance des personnes atteintes d'anémie ;

3° Réactions de nature hystérique chez les femmes, comme réponse à l'action toxique qui trouble l'équilibre neuro-psychique ;

4° Nécessité de surveillance médicale des femmes occupées aux travaux qui mettent en contact avec le benzène, étant donnée cette action spéciale neuro-psychique du toxique ;

5° Action favorable des graisses alimentaires, capables d'augmenter la résistance de l'organisme contre l'action du benzène

6° Sélection rationnelle de l'ouvrier qui devra manipuler des poisons industriels : cette mesure prophylactique ne peut ni doit remplacer toutefois l'application des mesures d'hygiène du travail nécessaires pour prévenir les intoxications professionnelles.

7° Importance des facteurs « vie sociale » et « teneur de vie » dans la question de la réceptivité de l'organisme vis-à-vis des toxiques industriels.

Rapport de M. Julius Lowy (Tchéco-Slovaquie).

L'auteur admet que la puberté, la menstruation, l'allaitement sont des facteurs prédisposants à l'action de certains poisons : d'où une plus grande sensibilité du sexe féminin vis-à-vis de certains toxiques. Les lésions provoquées dans les cellules germinales des deux sexes sont, avant la conception, à peu près analogues. Après la conception, le risque de dommages est augmenté pour la femme.

Rapport de M. Teleky (Allemagne).

La protection spéciale de la femme et des adolescents est justifiée par l'action plus accentuée, notamment sur les fonctions sexuelles de la femme, des toxiques professionnels plutôt que par une prédisposition particulière, inexistante d'ailleurs, vis-à-vis de ces toxiques.

Il existe une accoutumance aux toxiques professionnels ; il y a donc intérêt à former un personnel stable dans les industries à risques de ce genre.

Les conditions extérieures de travail dans une même opération dominent, jusqu'à le rendre imperceptible, le facteur de la réaction individuelle vis-à-vis des toxiques professionnels. Incriminer la prédisposition individuelle ne signifie, en pratique, que dévier l'attention du problème capital qui consiste dans l'amélioration des conditions d'hygiène industrielle.

(1) V. *Concours médical*, nos 14, 15, 17 et 18.

DISCUSSION

M. M.LLER (New-York) croit intéressant de souligner que, mise à part la question de susceptibilité ou « allergie », les différences individuelles de réaction aux poisons peuvent dépendre des variations dans l'excrétion de l'eau. Ainsi, par exemple, la transpiration est considérablement plus grande chez les enfants que chez les adultes ; il y a lieu de penser que quelques adultes possèdent ce type infantile d'élimination de l'eau.

**Communications**

M. ENGELHARDT (Berlin). — **Sur l'intoxication relative du benzol, toluol, xylol.** — Expériences sur les animaux pour étudier l'action toxique du toluol, xylol, et benzol : l'action chronique du xylol et du toluol sur le sang est beaucoup moins dangereuse que celle du benzol.

M. HIRSCH (Franfort). — **Intoxication professionnelle par le xylol et particulièrement de l'influence du xylol sur le cœur et les vaisseaux.** — A la suite du décès par anémie et endocardite de deux ouvriers chargés de faire de l'impression en creux, l'auteur a examiné systématiquement le cœur et les vaisseaux de 34 ouvriers. Il a noté chez la moitié d'entre eux une dilatation cardiaque intéressant principalement le ventricule gauche et l'aorte. Dans 3 cas, il existait une lésion décelable cliniquement et aux rayons X. Dans 18 cas, la proportion d'urobiline dans les urines était augmentée ; la pression maxima du sang était généralement diminuée.

Même s'il est prudent de faire quelques réserves sur les rapports entre les faits constatés et l'action du xylol, on peut cependant penser que le surmenage persistant des vaso-moteurs par le xylol peut entraîner des modifications dans le système cardio-vasculaire chez les sujets prédisposés, ou qu'il est susceptible d'augmenter une lésion cardiaque préexistante.

M. BRUNON NOWAKOWSKI. — **Influence des saisons sur l'intoxication saturnine.** — Ayant examiné 427 ouvriers imprimeurs, l'auteur a constaté un plus grand nombre d'intoxications par le plomb pendant la saison froide.

M. LANGELEZ (Bruxelles). — **Les dangers de l'émaillage sur fonte.** — L'émail employé contient 60 p. 100 de sels de plomb, on le verse en poudre sur les pièces chauffées au rouge. La moitié des ouvriers présente un liséré saturnin, 26 p. 100 souffrent d'accidents.

M. VIGLIANI. — **Un symptôme précoce : l'éosinophilie pour le diagnostic du saturnisme.** — L'auteur a examiné 500 travailleurs du plomb et pense que le liseré gingival, les hématies à granulations basophiles et éosinophiles, sont les signes les plus précoces et les plus constants de l'intoxication.

M. LANGELEZ (Bruxelles). — **A propos d'un cas d'hydrargyrisme.** — 1° Les ouvriers magasiniers et emballeurs dans les couperies de poils sont exposés à l'intoxication mercurielle autant que les sécréteurs, les coupeurs ou souffleurs. L'air de ces usines est dangereux autant que les poussières ; 2° Les ouvriers des fabriques de chapeaux appelés à manipuler les poils sécrétés sont exposés aux émanations mercurielles, même si ces poils sont sécrétés depuis des années.

M. BIONDI (Sienne). — **A propos du mécanisme physiologique de l'intoxication mercurielle.** — Le professeur Biondi a fait avec ses élèves des expériences d'où il résulte que le plomb tétra-éthyle produit un syndrome toxique identique à celui déterminé par les vapeurs de mercure. Il était intéressant d'obtenir un même syndrome clinique avec deux métaux différents et de démontrer que l'action toxique pouvait ne pas être en rapport avec la nature chimique du poison.

M. BAISI (Sienne). — **La symptomatologie de l'intoxication par l'inhalation du plomb tétra-éthyle.** — L'inhalation du plomb tétra-éthyle détermine chez le lapin un syndrome identique à celui que l'on observe avec les vapeurs mercurielles (hyperexcitabilité, tremblements, hypertonie musculaire). Ce syndrome apparaît plus atténué et plus tardif chez l'animal au repos.

M. BAISI (Sienne). — **Etude des éléments du sang dans l'intoxication par l'inhalation de plomb tétra-éthyle.** — Chez le lapin intoxiqué par le tétra-éthylplomb, on ne trouve ni hématies à granulations basophiles, ni modification de la formule leucocytaire, ni altération des globules rouges. Ces résultats indiquent que contrairement au plomb, le tétra-éthylplomb n'agit pas sur le système hématopoïétique.

M. BAISI (Sienne). — **Altération de la fonction visuelle dans l'intoxication par l'inhalation de plomb tétra-éthyle.** — L'auteur au cours de ses expériences a noté chez le lapin de la mydriase, la diminution et même l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière, de la congestion, et par places, un aspect blanchâtre de la papille.

M. FRANCIONI (Sienne). — **Action de l'or colloïdal dans l'intoxication par le plomb tétra-éthyle.** — L'auteur n'a observé aucune diminution du tremblement chez les lapins intoxiqués par les vapeurs mercurielles ; par contre, l'amaigrissement est moindre chez les lapins injectés que chez ceux qui ne le sont pas, et la mort survient plus tardivement. Des phénomènes identiques, mais avec une aggravation des symptômes d'excitation ont été obtenus par l'inhalation de tétra-éthyl-plomb.

M. MENESINI (Sienne). — **La réserve alcaline et la teneur en calcium du sang dans l'intoxication par le plomb tétra-éthyle.** — *L'intoxication expérimentale*

par le plomb tétra-éthyle n'amène aucun trouble de l'équilibre acido-basique.

M. MENESINI (Sienne). — **Sur la symptomatologie de l'intoxication par le plomb tétra-éthyle.** — L'injection sous la peau du lapin d'une petite quantité de plomb tétra-éthyle dans de l'huile d'olive détermine, après quelques jours de latence, l'apparition d'un syndrome identique à celui que l'on observe par l'intoxication par les vapeurs de mercure (hyperexcitabilité, tremblements, hypertonie musculaire). Il n'y a pas d'altération des éléments globulaires du sang.

M. FEIL (Paris). — **Enquête dans une fabrique de vernis cellulosiques.** — Il n'existait pas d'intoxications sérieuses parmi les ouvriers les plus exposés à inhaler des vapeurs de solvants.

MM. A. VIZIANO et A. VELICOGNA. — **La réaction de la peroxydase dans le sulfo-carbonisme.** — Chez la moitié des ouvriers, la réaction était diminuée, ce que les auteurs attribuent à l'action du sulfure de carbone sur les centres mésocéphaliques.

### La fatigue

Rapport de M. ATZLER (Allemagne).

Les expériences de Gulacsy, Schleminsky, Winterstein, Mosso et celles de l'auteur démontrent que les processus d'excitation du muscle ou nerf vivant ne sont pas identiques à ceux qui se passent lors de l'excitation physiologique. L'auteur étudie le travail corporel d'intensité forte, moyenne et légère, et il en tire des conclusions pratiques.

**Etude biochimique et physiologique de la fatigue en relation avec la température** — Des expériences ont montré que le travail manuel détermine pendant les dix à vingt premières minutes une même élévation de la température du corps, quelle que soit la température ambiante. Lorsque l'expérience se prolonge, suivant la dispersion de la chaleur du corps, ou bien la température se maintient au même niveau, ou bien elle peut monter jusqu'à épuisement complet du sujet.

Le travail est d'autant plus fatigant que la température ambiante est plus élevée. Cette fatigue est due à un épuisement primaire du cœur (tachycardie) et non à une ventilation insuffisante des poumons.

Rapport de M. TERUOKA (Japon).

L'âge de seize ans convient, comme âge mnimum, pour l'admission des femmes au travail ; l'âge de dix-huit ans pour l'admission aux travaux réglementés. Il faut interdire le travail aux jeunes adolescents de douze à treize ans qui sont dans la période de la puberté ; ceux de quatorze à quinze ans pourront être autorisés à travailler, mais il faut limiter pour eux les heures de travail.

D'autre part, il est manifeste que l'activité industrielle exercée par les ouvrières pour gagner leur vie ne favorise pas les fonctions maternelles, grossesse, allaitement. Le travail des femmes enceintes devrait être totalement proscrit, au moins pendant les deux mois qui précèdent la délivrance, et allégé pendant la seconde moitié de la grossesse.

Rapport de M. VERNON (Grande Bretagne).

Le degré de fatigue dépend beaucoup des conditions atmosphériques. Dans les industries pénibles, comme dans les mines de charbon, le rendement peut subir une diminution de 40 p. 100 avec des conditions défavorables de température, et le taux des accidents peut quadrupler. Dans l'industrie du fer et de l'acier, on note souvent une variation saisonnière de rendement, le rendement d'été étant de 13 p. 100 inférieur à celui d'hiver. Dans le tissage du coton et du lin, l'effort physique, et par conséquent la fatigue, augmentent avec l'accroissement de la température et de l'humidité de l'air. Un éclairage insuffisant provoque de la fatigue oculaire et une réduction de rendement s'élevant à 10 p. 100 et plus, ainsi qu'une augmentation du nombre des accidents.

Les bruits et vibrations excessifs présentent des inconvénients, mais il n'est pas prouvé qu'ils entraînent une notable diminution de rendement de l'ouvrier. Les bruits sont plus gênants pour les travailleurs de bureau que pour les travailleurs manuels.

### DISCUSSION

M. KATZ (Hambourg). — La fatigue n'est pas toujours proportionnelle à l'effort que nécessite le travail. Le travail purement mécanique fatigue plus que le travail qui conserve un certain caractère individuel et pour lequel le cerveau intervient.

M. MILLER (New-York) critique l'emploi qui a été fait par M. Teruoka du métabolisme basal pour mesurer la fatigue. Le métabolisme est en effet modifié par divers états (maladies de la thyroïde, acromégalie, leucémie, etc.).

Il discute le sens du mot *fatigue*. Un être humain peut être fatigué, abattu ou prostré sans avoir fait un effort apparent, par exemple dans la maladie d'Addison, la fièvre typhoïde, etc., mais en pratique on admet que la fatigue est la résultante du travail. Il y a deux méthodes physiologiques qui permettent une estimation approximative du travail physique :

1° L'évaluation du $CO^2$ dans le sang ;

2° La recherche de la quantité d'adrénaline dans le sang, selon la méthode de Cannon et ses collaborateurs.

### Communications

M. DI PRISCO (Naples). — **L'insulinémie dans la fatigue aiguë de l'homme.** — D'après l'auteur, on aurait la preuve indirecte d'une légère hyperactivité endocrinienne du pancréas, dans la fatigue aiguë. Elle n'est pas toutefois telle qu'elle puisse corriger l'action hyperglycémiante des facteurs glycorégulateurs extra-pancréatiques.

M. CACCURI (Naples). — **Tolérance des hydrates de carbone dans la fatigue musculaire.** — La courbe glycémique chez l'animal fatigué varie suivant la façon d'administrer la solution de glucose. L'auteur discute le mécanisme de ce fait.

M. CACCURI (Naples). — **Modifications du taux de la glycémie dans la fatigue musculaire.** — L'auteur a longuement étudié comment la fatigue musculaire influe sur les réactions des principales substances hyper et hypoglycémiantes.

M. PIGNATORI. — **Variations de la teneur en eau du sang dans la fatigue et les modifications de l'hydrophilie des tissus.** — La fatigue provoquerait une concentration du sang coïncidant avec une augmentation de l'hydrophilie des tissus.

M. CASO (Naples). — **Les constantes physico-chimiques du sang pendant la fatigue.** — Augmentation légère de la viscosité, de la conductibilité électrique et de la réfractométrie. Augmentation plus marquée du Δ cryoscopique. Ces variations peuvent être attribuées à une plus grande concentration du sang.

M. GALLARO (Naples). — **Comportement de l'azote ammoniacal du sang pendant le travail musculaire.** — Tandis que l'ammoniaque reprend sa valeur normale après une ou deux heures, l'azote ammoniacal reste augmenté.

MM. A. VIZIANO et A. VELICOGNA. — **Pressions veineuse et artérielle dans la fatigue.** — La pression veineuse et la maxima artérielle baissent après la fatigue intense, ce que les auteurs attribuent à la dilatation capillaire.

*De nombreuses communications libres ont en outre été entendues. Elles concernaient différents points relatifs aux maladies et intoxications professionnelles (ankylostomiases, aspergillose, hydrargyrisme etc.).*

Henri DESOILLE.

# Les Livres

**L'Année médicale pratique**, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux, Préface du professeur E. SERGENT, un vol. in-16, 643 pages, 12 fig. Edit. Lépine. Prix : 26 fr.

L'ANNÉE MÉDICALE PRATIQUE qui a dépassé sa 10e année, s'est habillée d'une couverture artistique. Ainsi parée, elle continuera à figurer sur le bureau des médecins. Il est très utile pour le praticien d'avoir la possibilité de trouver en quelques secondes les notions nouvelles de diagnostic et de thérapeutique pour chaque maladie : or c'est là un jeu avec les 300 articles de l'*Année médicale Pratique*, classés par ordre alphabétique. Bien plus, cet ouvrage renferme la liste de tous les nouveaux médicaments, de tous les nouveaux livres et appareils de l'année. Il se termine par un index des 4 dernières années.

Editions médicales N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

A. LEPRINCE. — **La vertébrothérapie.** (Un vol. in-8° de 125 pages avec 37 figures, 1931, 15 francs.)

C'est d'abord la mise au point d'une méthode de traitement, combinant les divers procédés utilisés en Amérique par les différentes écoles qui étudient les subluxations et les réflexes vertébraux.

L'auteur s'est efforcé d'expliquer par l'anatomie et la physiologie, les principes, les applications, les résultats heureux et aussi les insuccès. Il s'est rendu compte par lui-même des procédés des diverses écoles, de leur valeur, et de l'application rationnelle que l'on pouvait en espérer dans le traitement des malades.

L'auteur n'a eu qu'un but : expliquer scientifiquement des faits et des guérisons qui, au premier abord, semblent relever de l'empirisme, et du charlatanisme.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

MM. BLANCHETIÈRE, DOGNON, FABRE, LESCŒUR, SANNIÉ, STROHL, WURMSER. — **Leçons de physico-chimie à l'usage des médecins et des biologistes**, publiées sous la direction de G. STROHL. (Un vol., 282 pages avec 12 figures, 40 francs.)

Il est nécessaire au biologiste et au médecin, pour la compréhension exacte des phénomènes physiologiques et pathologiques, et par suite l'établissement de procédés thérapeutiques rationnels, de connaître les propriétés fondamentales des solutions, et les interactions moléculaires qui les conditionnent, objet même de la physico-chimie. Ce livre contient les conférences faites sur cet intéressant sujet à la Faculté de médecine de Paris par les professeurs les plus compétents.

Voici les différents sujets traités :

I. L'atome et la molécule, affinités chimiques (M. Blanchetière) ; II. Osmose-cryoscopie (A. Strohl) ; III. Théorie des ions, conductivité des électrolytes (A. Strohl) ; IV. Cinétique chimique, loi d'action de masse (A. Dognon) ; V. Equilibre des ions, piles de concentration (A. Dognon) ; VI. La concentration en ions H, méthodes de mesure (C. Sannié) ; VII. Applications du pH, équilibres acide-base, réserve alcaline (L. Lescœur) ; VIII. Le potentiel d'oxydo-

réduction des cellules (A. Wurmser) ; IX. Etat liquide, tension superficielle (Ph. Fabre) ; X. Viscosité (Ph. Fabre) ; XI. Propriétés optiques des liquides et leurs applications biologiques (Ph. Fabre) ; XII. Les colloïdes (A. Dognon) ; XIII. Catalyse et action fermentaire (C. Sannié).

Chaque chapitre est accompagné d'une bibliographie portant sur les ouvrages généraux susceptibles d'être utilement consultés par les non-spécialistes.

---

### *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

A. Desaux, ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis et A. Boutelier, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. — **Manuel pratique de dermatologie**. Le diagnostic. La peau et ses réactions. Thérapeutique. Les dermatoses. Avec la collaboration du Prof. agrégé Pierre Brocq, chirurgien des hôpitaux. Un vol. 916 pages, 641 figures. Prix : 250 fr.

Chez Norbert Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Roland Leven. — **Vomissements de la grossesse.** Leur guérison, même dans les formes les plus graves. Un vol. 158 p., 26 fig.

**L'évolution psychiatrique.** Cahiers de psychologie clinique et de psychopathologie générale. Seconde série, nº 3, 1932.

Dr Joyeux, de Bourbonne-les-Bains.—**La coxarthrie.** Etiologie. Diagnostic. Traitement. 1932. Congrès d'hydrologie de Bourbonne. Une brochure, 8 pages.

Pierre Molinéry. — **Par 81° de latitude Nord.** Souvenirs de croisière. (Une brochure 26 pages, avec photograv.).

Chez J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille.

Professeur F. Rathery. —**Le traitement insulinique du diabète.** Un vol. in-16, 130 pages. Prix : **15 fr.**

Chez E. Le François,
91, Boulevard Saint-Germain.

Dr M. Potet. — **Hygiène mentale.** Historique et organisation actuelle. Principes fondamentaux. Applications diverses. Préface du Dr Toulouse. Ouvrage couronné par l'Institut. Deuxième tirage. 1932. (Un vol. 600 p. Prix : 45 fr.).

Editions Hans Huber, Berne.

Dr Alex von Muralt. — **Auguste Forel**, docteur en médecine, docteur en droit, docteur en philosophie. (Un vol. 66 pages. Prix : 2 fr. 50, francs suisses).

## Les Thèses

Marseille. — Dr Trouette. — **Contribution à l'étude de la médication hypnotique.**

Dans sa thèse l'auteur passe en revue les différents médicaments hypnogènes utilisés, et il cite en particulier le somnifène, dont la maniabilité et l'activité thérapeutique sont bien connues, et l'allonal, analgésique renforcé, indiqué dans les cas où l'insomnie est conditionnée par la douleur. Toutefois, l'auteur a surtout étudié l'allylisopropylacétylcarbamide, ou sédormid, qui n'est pas un barbiturique et qui cependant donne les meilleurs résultats dans l'anxiété, dans l'insomnie de moyenne intensité, même chez les enfants. Les doses à utiliser varient d'un à trois comprimés de 0.25 chez l'adulte, d'un demi à un comprimé chez l'enfant. C'est surtout dans la pratique courante que l'on rencontre cette sorte de névrose anxieuse, cette hypochondrie fruste, ce déséquilibre vago-sympathique, cette psychasthénie toujours conditionnée par les préoccupations journalières, par le surmenage physique ou intellectuel, par le travail exagéré. Dans tous ces cas, l'auteur n'a eu qu'à se louer de l'emploi du sédormid, qui, d'ailleurs, ne présente aucune action nocive sur les principaux appareils et qui donne un sommeil calme, physiologique en quelque sorte, suivi d'un réveil agréable en tous points.

## THÉRAPEUTIQUE

### Les varices et la circulation périphérique

Le traitement des varices et des troubles circulatoires, qu'elles provoquent, est intimement lié aux modifications de la circulation périphérique, qui sont la cause de ce syndrome pathologique et qu'il est nécessaire d'améliorer.

J. CHEVALIER, dans un travail récent, très étudié, sur les varices et la circulation périphérique *Le Médecin chez lui* (VIII, nº 22, 17, 29), expose, d'après les dernières recherches histologiques et physiologiques, les modifications provoquées dans les capillaires et les veines par les troubles circulatoires périphériques, par variations permanentes ou paroxystiques de la tension artérielle et de la tension veineuse, sous l'influence du système nerveux central et du sympathique.

Il met au point l'action des diverses substances chimiques médicamenteuses sur la motricité des capillaires et des divers produits de la nutrition normale ou pathologique, ou de sécrétions glandulaires, qui agissent sur eux comme dilatateurs ou, au contraire, comme constricteurs.

Après une critique serrée de leur action, soit pathogénique, soit thérapeutique, il montre que les états variqueux sont toujours déterminés par de l'hypertonie du sympathique et que, sous son influence persistante, exacerbée par des poussées périodiques, les muscles des tuniques veineuses résistent d'abord, s'hypertrophient ensuite, puis dégénèrent et cèdent définitivement.

Les indications thérapeutiques rationnelles consistent dans l'emploi de sédatifs du système nerveux central, des antispasmodiques, associés aux diurétiques azoturiques et déchlorurants qui faciliteront l'évacuation des déchets organiques vaso-constricteurs. Les médicaments, dits toniques vasculaires ou vaso-constricteurs, sont complètement contre-indiqués ; heureusement on les prescrit d'ordinaire à des doses telles qu'ils sont inactifs (*Harald Lindberg*. C. R. Soc. Biol, 1095, 1924). Les préparations opothérapiques, si on s'en tenait aux données physiologiques expérimentales, devraient donner des résultats constants ; malheureusement, ce n'est pas toujours le cas et, comme le montre VIGNES (Physiologie gynécologique, Paris 1929), on voit souvent se produire une hyperexcitabilité encore plus exagérée du système nerveux.

Avec les associations médicamenteuses, dont on vante les actions superposées, les résultats obtenus sont le plus souvent décevants ; il y a rarement synergie d'action et souvent, au contraire, réactions antagonistes ; la polypharmacie est un retour en arrière au point de vue thérapeutique.

Parmi les médicaments, qui remplissent les indications du traitement des variqueux, J. CHEVALIER insiste sur le gui et montre qu'il doit, en raison de son action sur le système nerveux central et sur le sympathique, être considéré comme un véritable antispasmodique et que son pouvoir cardio-vasculaire découle uniquement de cette action nerveuse. De plus, ce médicament, lors de son élimination par le foie et par le rein, agit comme un diurétique azoturique et déchlorurant actif et non irritant, comme l'ont montré les travaux de PIC et de l'école lyonnaise.

Du reste, ce médicament a depuis longtemps pris sa place dans la thérapeutique courante, et la Guipsine, préparation scientifiquement étudiée et définitivement mise au point, est utilisée non seulement dans le traitement des varices, qu'elle prévient et améliore, mais également, dans tous les troubles ciculatoires liés à l'hypertension et à la néphro-sclérose. Employée à la dose de 6 à 8 pilules par jour durant quinze jours ou trois semaines consécutives, elle diminue rapidement l'hyperexcitabilité nerveuse, modifie la circulation périphérique et, symptôme caractéristique de son efficacité, rétablit le sommeil chez tous ces malades excités.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'actualité professionnelle

### Du droit des Assurés sociaux de choisir librement leur praticien, parmi ceux qui adhèrent aux conventions, et des formes de cette adhésion

Le *Petit Troyen* a publié l'avis suivant, concernant les Assurés soiciaux qui s'adressent à d'autres médecins que ceux de leur département.

ASSURANCES SOCIALES

*Avis important.*

Beaucoup d'assurés sociaux, lorsqu'ils tombent malades, croient devoir se faire soigner hors de leur domicile ; beaucoup vont consulter à Paris notamment, et s'y font traiter soit à l'hôpital, soit en clinique, soit même chez eux.

En agissant ainsi, ils commettent une irrégularité qui risque de leur causer de graves déceptions. Les caisses ne peuvent accepter de certificats de maladie de médecins qu'elles ne connaissent pas ou d'établissements avec lesquels elles n'ont pas traité.

Elles rappellent aux assurés qu'ils ne doivent jamais aller se faire traiter hors du département, ou partir au repos à la campagne munis d'un certificat de leur médecin traitant, sans avoir obtenu l'autorisation spéciale de leur caisse, autorisation qui ne peut être accordée que pour des motifs sérieux et bien justifiés. Autrement, ils s'exposeraient à ne rien toucher.

Ils peuvent, d'ailleurs, continuer à faire appel aux médecins habitant les départements limitrophes qui ont l'habitude de venir dans certaines localités voisines de leur résidence.

D'autre part, une Caisse primaire du Loiret a refusé de rembourser sa part de responsabilité dans les prestations médicales reçues par lui, à un assuré social, qui s'est adressé à un médecin de la Nièvre: motif pris que celui-ci n'avait pas adhéré à la convention syndicat-caisse du Loiret, et qu'en conséquence, le contrôle ne pouvait être exercé sur lui éventuellement.

Enfin, il m'a été affirmé que certaines feuilles de maladies, en usage dans le département de la Seine, porteraient cette mention : « L'assuré social ne peut changer de circonscription médicale sans y avoir été autorisé par la Caisse ». Si les termes ne sont pas rigoureusement exacts, le fond serait celui que je viens d'indiquer.

Quels sont donc, à cet égard, les droits des Caisses ? Quelles en sont les limites ? Quelles mesures convient-il de prendre pour empêcher les Caisses de les outrepasser ?

Si l'article 4, § 2 de la loi du 30 avril 1930, est formel, en ce qu'il reconnaît à l'assuré le droit de choisir librement son praticien, sans aucune exception, les conventions prévues au même article 4, §§ 4 et 5, et dont le type a été arrêté par le ministre du Travail, en exécution de l'article 1er du Règlement d'administration publique, comportent un article 1er ainsi conçu :

« Pour les soins à domicile et au cabinet, le libre choix de l'assuré s'exerce entre tous les médecins, membres ou non du Syndicat contractant, qui ont adhéré aux clauses de la présente convention. Ladite adhésion résulte d'une notification faite à la Caisse, soit par le Syndicat médical, soit par le médecin lui-même. »

Le pivot du fonctionnement de l'assurance maladie, lorsque des conventions ont été passées entre syndicats médicaux et caisses primaires, c'est le contrôle exercé par la Caisse sur l'assuré, et par le Syndicat sur le médecin.

Pour que les intérêts en présence soient sauvegardés, il faut, et il suffit, que le contrôle, accepté par le médecin, puisse être exercé.

Comment faut-il entendre l'adhésion aux conventions des médecins, syndiqués ou non, qui les acceptent en ce qui les concerne ? Une notification explicite est-elle indispensable ? En ce qui regarde les médecins syndiqués, cette notification résulte de la signature donnée par le Syndicat, en leur nom, à ladite convention. En ce qui concerne les non syndiqués, ils peuvent donner notification explicite sans doute ; mais il leur suffit d'utiliser les feuilles d'assurance maladie, délivrées par les Caisses à leurs affiliés, d'y inscrire les diverses indications auxquelles ils sont tenus, et de signer qu'ils ont fourni les prestations en nature, et qu'ils en ont été honorés, dans les colonnes réservées à cet effet, pour que

cette utilisation ait la valeur d'une adhésion implicite aux conventions.

S'il plaît donc à un assuré social de réclamer les soins d'un médecin hors de sa résidence, et en dehors de ceux qui exercent dans son département, il en a parfaitement le droit, sans que sa Caisse puisse lui refuser le remboursement de ses prestations en nature et en argent, pourvu que le médecin choisi par lui ait rempli sa feuille de maladie et signé dans les colonnes réservées à cet effet.

Vainement la Caisse arguerait-elle de son impossibilité d'exercer un contrôle sur un médecin étranger au département à l'intérieur duquel elle fonctionne. Les feuilles de maladie n'étant valables que pour quinze jours, et devant être remises dans ce délai de quinzaine à la Caisse qui les a délivrées, celle-ci connaît le médecin choisi par son affilié, et s'il lui apparaît qu'un contrôle soit nécessaire, elle s'entend avec la Caisse du département de ce médecin pour que celle-ci l'exerce en son nom et lui en rende compte.

Certes, conçoit-on qu'il n'ait jamais été dans l'idée du législateur de se prêter à toutes les fantaisies qui peuvent passer dans la tête d'un malade. Et on admettrait difficilement qu'un assuré social put s'adresser successivement à dix médecins différents, aux frais partiels de sa Caisse. Mais, sous le bénéfice de cette réserve, rien ne lui interdit de jouir pleinement de la liberté de choisir le médecin qui sa a confiance, *sous la seule condition que celui-ci accepte d'être contrôlé éventuellement,* en adhérant implicitement aux conventions de la Caisse de son client, par l'apposition de sa signature sur la feuille de maladie, pour chaque prestation fournie et honorée.

La Caisse peut-elle exiger de ses affiliés qu'ils la préviennent de leur intention de s'adresser à un médecin étranger à leur département ? Certainement non. S'il est désirable que cette information soit donnée préalablement, rien, ni dans la loi, ni dans les conventions, n'en fait une obligation.

Et l'on peut concevoir un assuré social de l'Aube désireux d'avoir l'avis d'un professeur de la Faculté de Paris, faisant les frais élevés de cette consultation, et réclamant à sa Caisse le remboursement de sa part de responsabilité, soit 9 francs, sans qu'elle puisse refuser de l'effectuer, dès lors que le consultant aura rempli la feuille de maladie, comme je viens de l'exposer.

Les Caisses ont une tendance manifeste à brimer leurs affiliés. Et s'il existe un sentiment marqué de mécontentement contre la loi, c'est surtout parmi les assurés, à qui sans doute des politiciens, en mal de démagogie, ont promis, comme l'on dit, « plus de beurre que de pain », mais qui souffrent surtout des attentes interminables qu'ils doivent subir pour obtenir leur feuilles, ou leurs remboursements, et des chicanes qu'on leur cherche pour le décompte des prestations auxquelles ils ont droit, dans les limites de la responsabilité de leur Caisse.

Telle était ma conception depuis longtemps déjà, à la suite d'avis qui m'avaient été demandés par d'excellents amis ayant eu à souffrir de l'opposition faite, par des caisses provinciales, au droit de leurs assurés de *choisir librement leur praticien.* Mais je n'étais pas sans quelque appréhension sur la valeur légale de cette conception, quand toute hésitation a disparu en moi depuis que j'ai lu la réponse faite, par le ministre du Travail, à une question qui lui a été posée le 21 janvier dernier, et qui vient de paraître au *Journal officiel* du 11 mars 1932.

Cette réponse s'exprime notamment ainsi :

« 1° *Une Caisse ne saurait, ni légalement, ni pratiquement, refuser les prestations à un assuré qui produit les justifications prescrites par son règlement intérieur, quel que soit le praticien choisi, sous la seule réserve que celui-ci n'ait pas été l'objet d'une mesure d'exclusion. Il y a lieu d'ailleurs de considérer que le praticien, qui n'a pas adhéré expressément aux clauses de la convention passée entre la Caisse et le Syndicat professionnel, adhère implicitement à ces clauses du fait qu'il se conforme aux dispositions du règlement de la Caisse, en portant sur la feuille de maladie les indications prévues.*

« 2° *Le praticien qui n'a pas adhéré explicitement aux clauses de la convention, mais qui s'est conformé aux prescriptions relatives à l'établissement de la feuille de maladie, est soumis au contrôle du Syndicat professionnel, non seulement par application de l'article 7 de la loi sur les assurances sociales, mais du fait de son adhésion tacite aux dites clauses. Si le contrôle ne peut être exercé par le Syndicat qui a contracté avec la Caisse, rien ne s'oppose à ce qu'il le soit par le Syndicat du département du domicile du praticien, agissant comme mandataire du Syndicat contractant.* »

Sans doute, les réponses ministérielles qu'insère le *Journal officiel* ne sont-elles pas toujours *ipso facto,* articles de foi. Mais présentement, c'est parfaitement clair, et sans aucune ambiguïté, conforme d'ailleurs à la logique, à la raison et au bon sens, conforme aussi, semble-t-il, à l'article 11 du règlement d'administration publique qui prévoit l'exercice du contrôle quand *le bénéficiaire de l'assurance reçoit les prestations au dehors de la circonscription de la caisse à laquelle il est affilié.*

Lorsqu'un assuré social se verra refuser le remboursement de ses prestations en nature et en argent, motif pris qu'il aura choisi un médecin n'appartenant pas à son département, il saisira,

dans les dix jours du refus, la Commission cantonale de sa Caisse, par lettre recommandée adressée au juge de paix, comme il est dit à l'article 63 de la loi.

Les décisions de la Commission cantonale peuvent être portées en appel devant le tribunal civil, dont relève le juge de paix, président de la Commission.

La lettre recommandée exposera la difficulté motivant la requête de l'assuré. La Commission pourra ordonner la comparution des parties, mais ce n'est pas obligatoire.

L'appel devant le tribunal civil comporte une procédure simplifiée. Notamment, les parties sont dispensées de l'obligation de constituer avoué.

La lettre, dans le cas que j'envisage, pourrait être rédigée ainsi :

Monsieur le Juge de Paix,

Je soussigné (nom et prénoms, domicile) assuré social immatriculé sous le numéro ..... à la Caisse (dénomination de la Caisse) ai l'honneur de vous prier de saisir la Commission cantonale, prévue à l'article 63 de la loi du 30 avril 1930, du litige suivant.

En possession d'une feuille de maladie délivrée par ma Caisse le ....., j'ai réclamé les soins du Dr ....... demeurant à ....... lequel a attesté régulièrement la réalité des prestations qu'il m'a fournies et le versement des honoraires qu'il m'a demandés. Ma Caisse refuse de me rembourser sa part de responsabilité dans lesdites prestations, sous prétexte que le Dr ..... n'a pas adhéré aux conventions passées entre elle et le syndicat médical du département de.......

Or, cette adhésion résulte implicitement des signatures apposées par lui sur ma feuille de maladie, lesquelles, de l'avis de M. le ministre du Travail publié au *Journal officiel* du 11 mars 1932, sont nécessaires, mais suffisantes pour valoir adhésion.

D'autre part, il ne pourrait être porté atteinte au droit que je tiens du § 2 de l'article 4 de la loi de choisir librement mon praticien, que s'il était exclu du service médical des assurances sociales, ou refusait d'utiliser la feuille de maladie, telle qu'elle m'a été délivrée par ma Caisse, notamment en refusant d'y énoncer les prestations fournies attestées par sa signature, — ce qui n'est pas le cas.

Pour ces motifs, j'ai l'honneur de demander à la Commission de condamner ma Caisse à me rembourser sa part de responsabilité dans les prestations que j'ai reçues.

Veuillez agréer, Monsieur le Juge de Paix, l'hommage de mes sentiments respectueux.

*Signé* : ....

Au cas où la Commission déciderait d'entendre les parties personnellement, l'assuré devrait se rendre à la convocation qu'il recevrait, et déposer des conclusions inspirées de ce qui précède.

Si ces difficultés ne regardent légalement que l'assuré et sa Caisse, le médecin ne saurait s'en désintéresser, d'autant moins qu'il est en cause en ce que, si la Caisse avait raison, ce serait contre lui. Il convient donc qu'il s'institue le conseil de son client, et qu'il le guide dans toute cette procédure qui, au demeurant, n'est pas aussi compliquée qu'elle le paraît.

Quand quelques condamnations auront été prononcées contre des Caisses récalcitrantes, il est présumable que, la jurisprudence étant établie, ces litiges ne se produiront plus qu'exceptionnellement.

Mais les médecins auraient le plus grand tort, à mon avis, de ne pas appuyer leurs clients, en pareille matière.

G. Duchesne.

## ASSURANCES SOCIALES

### Condamnation d'un médecin pour complaisances injustifiées

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE SAINT-ETIENNE

29 *décembre* 1931.

(Archives du « Sou Médical »).

*La fausse déclaration d'une consultation au cabinet du médecin étant la cause déterminante du paiement fait à un assuré social des indemnités d'incapacité de travail, sur le vu de la feuille de maladie, constitue une fraude et une collusion entre malade et médecin.*

Attendu que les époux C... et le Docteur X., sont prévenus d'avoir, à F., en temps non prescrit, par fraude ou fausse déclaration, les premiers obtenu, le second fait obtenir des prestations d'assurances sociales qui n'étaient pas dues, avec cette circonstance que le Docteur X. s'est rendu coupable de collusion avec ses co-inculpés, délits prévus et réprimés par les articles 65, 67, parag. 3 de la loi du 5 avril 1928 modifiée par celles du 5 août 1929 et 30 avril 1930.

Attendu qu'il résulte de l'information et du débat que le 19 mai 1931, le Dr X. qui, déjà depuis quelque temps, donnait ses soins à la femme C... affiliée aux assurances sociales, inscrivit sur la feuille de maladie, un repos d'un mois avec séjour en Italie, qu'à son

instigation, elle prit des informations au bureau des assurances sociales et apprit que les allocations lui seraient supprimées si elle quittait la circonscription à laquelle elle appartenait ; qu'elle déclara qu'elle allait prendre le repos à...... ; qu'elle revint chez le Dr X. et que celui-ci rectifia par un grattage, l'inscription primitive et inscrivit la suivante : « Un mois en campagne » ;

Attendu que la malade se rendit néanmoins en Italie, et qu'aux dires des époux C..., il fut convenu entre eux et le médecin que désormais, le mari se présenterait seul au cabinet de consultations pour faire inscrire sur la feuille de maladie les mentions utiles pour la perception des allocations ;

Attendu qu'en effet le 3 juin, C... se présentait dans le cabinet de son co-inculpé, qui inscrivait sur une nouvelle feuille de maladie une prolongation de quinze jours et la certification d'une consultation au cabinet du médecin ;

Attendu que C... reçut ainsi de la Caisse primaire de la métallurgie de F. des sommes d'un total de 396 fr. 85;

Attendu qu'aux débats, le Directeur de la Caisse a été spécialement interpellé sur le point de savoir si la Caisse aurait payé les prestations au cas où la feuille de maladie n'aurait pas porté mention de la consultation dans le cabinet du médecin ; qu'il a répondu tout d'abord que le paiement aurait été effectué ; qu'interpellé à nouveau, il déclara le contraire, expliquant que déjà la feuille de maladie du 19 mai ne mentionnant pas de consultation, des vérifications auraient été ordonnées avant paiement des allocations si deux feuilles de maladie consécutives avaient prescrit des repos sans mention de visite de la malade ;

Attendu que la fausse déclaration de consultation au cabinet du Dr X. a été la cause déterminante du paiement fait au vu de la feuille du 3 juin ;

Attendu que les époux C..., en déclarant aux débats que le Dr X. avait accepté d'inscrire, sans visiter la malade, les mentions nécessaires sur les feuilles de maladie, avouent par cela même s'être rendus coupables de la fraude prévue par les textes comme un élément constitutif du délit qui leur est reproché ;

Attendu que le Dr X. affirme avoir ignoré que la femme C... était allée en Italie, que si les circonstances font présumer qu'il avait été mis au courant de l'absence de la malade, il peut subsister un doute à cet égard ;

Mais attendu qu'il a sciemment et en parfait accord avec ses co-inculpés, fait une fausse déclaration qui seule pouvait permettre à C... d'obtenir les prestations ; qu'à la vérité, il prétend avoir porté sur cette feuille une consultation, qu'en réalité il avait déjà donnée le 19 mai, qu'il n'avait pas inscrite à cette date et dont il n'avait pas reçu le paiement ; mais qu'il devait rechercher pour obtenir le paiement d'une consultation impayée, un moyen qui n'aurait pas permis à ses co-inculpés de recevoir un paiement indu et frauduleusement obtenu ; que d'ailleurs, les époux C... affirment qu'à chaque présentation de la feuille de maladie, le médecin avait reçu ses honoraires soit 25 francs ;

Attendu que la collusion, élément aggravant du délit reproché au Dr X., apparaît certaine,

Attendu quant à l'application de la peine, que le Dr X., a déjà encouru une condamnation pour escroquerie ; que, si les complaisances dont il a fait bénéficier les époux C..., ne semblent pas avoir été très lucratives pour lui, il apparaît nettement qu'elles avaient pour but d'attirer dans son cabinet une clientèle d'assurés sociaux ; qu'il est, en l'espèce, le principal coupable, puisque, sans des complaisances de la nature de celles qui lui sont reprochées, ses co-inculpés auraient été dans l'impossibilité de commettre l'infraction dont ils répondent aujourd'hui ;

Attendu que la Caisse primaire s'est constituée partie civile et qu'elle demande que les trois inculpés soient conjointement et solidairement condamnés :

1° Au remboursement des prestations indûment payées aux époux C..., soit une somme globale de 396 fr. 85 ;

2° Au paiement de 500 francs de dommages-intérêts .

Attendu que la demande est, en principe justifiée ; que toutefois l'allocation de dommages-intérêts doit être réduite à 300 francs ;

Par ces motifs :

Le Tribunal, etc.....

Condamne les époux C..., à 100 francs d'amende chacun ;

Le Dr X. à un mois d'emprisonnement avec sursis et 200 francs d'amende.

Les condamne en outre à payer à la partie civile :

1° 396 fr. 85 ;

2° 300 francs à titre de dommages-intérêts.

Les condamne aux dépens solidairement.

### Commentaires

A mon avis, ce jugement est bien trop sévère. Je ne m'explique pas pourquoi les juges ont « salé » le praticien. Il faut dire que les tribunaux correctionnels sont coutumiers du fait et que les magistrats, à force de condamner automatiquement, par réflexe, sans même parfois écouter les plaidoiries de la défense, distribuent les amendes et la prison, sans se donner la peine de s'arrêter aux circonstances de la cause.

Or, dans le cas qui nous occupe, j'estime que le médecin a commis une très grave imprudence, en rendant à son client le service de signer, sur la feuille de maladie, une consultation, comme si la malade avait été réellement présente dans son cabinet, alors qu'elle était en Italie, donc n'ayant droit à rien du tout.

Cette malencontreuse signature a permis à la malade de réclamer et de toucher indûment des indemnités d'incapacité de travail.

Mais, est-ce un motif pour inculper le praticien de complicité d'escroquerie ?

Je veux croire à une simple imprudence de sa part ; il ne pensait pas que sa complaisance coupable aurait une telle répercussion.

A mon avis, une condamnation légère, pour le principe, aurait suffi, non seulement comme avertissement pour le praticien délinquant, mais également comme exemple pour les autres médecins.

Oui, le médecin est constamment sollicité par ses clients de leur rendre de petits services : le praticien ne sait pas suffisamment — car on ne le lui a jamais appris à la Faculté de médecine — que, pour la médecine sociale, sa signature engage les finances d'autrui, du tiers qui doit payer.

Un certificat de complaisance, l'attestation d'une visite ou consultation, qui n'a pas été faite, ne constituent pas une faute vénielle de complaisance : c'est un faux, qui permet au client d'échapper à un travail, de faire croire qu'il a été malade et en traitement, alors qu'il voulait simplement ne pas aller à son travail, pour un ou deux jours ; grâce à cette attestation mensongère, le malade touchera peut-être un demi-salaire, ou des indemnités, auxquelles il n'a pas droit, parce qu'il n'était pas malade et que le médecin l'a faussement attesté.

Un blâme, une réprimande publique, une condamnation avec application de la loi de sursis, à titre d'avertissement à n'avoir pas à recommencer. Mais, Messieurs les juges, n'allez pas trop fort, du premier coup et permettez aux syndicats médicaux d'apprendre aux praticiens, ce qui ne leur a jamais été enseigné à la Faculté de médecine, à savoir que la signature d'un praticien doit être apposée sur un certificat vrai, jamais par complaisance, car cette signature engage les finances de l'individualité ou de la collectivité qui aura à payer, sur le vu du certificat médical.

Dr Paul Boudin.

## LES VOIX LATINES

### Les forces spirituelles scientifiques de la latinité

Par le Prof. E. Forgue,

Membre correspondant de l'Institut,

### L'ESPAGNE

**Regards sur la médecine espagnole : son histoire et son évolution**

*« On connaît, très peu en France, les services rendus par la médecine espagnole. »*

Guardia.

C'est une idée neuve, c'est une féconde conception de mon distingué ami, le docteur Dartigues que la création de cette série de conférences, qui ont pour objet la connaissance plus pénétrante des milieux médicaux de pensée latine. Pour employer le mot heureux de notre grand confrère Duhamel, ce sera, dans le plan médical, une « géographie cordiale », de puissant intérêt.

Par cette initiative, Dartigues montre, une fois de plus ses qualités de mise en train, d'organisation méthodique, sa recherche du progrès, son optimisme réalisateur. Et, dans un récent article de la *Vie médicale*, il a lui-même excellemment defini le programme de ces conférences.

Ainsi se développe et se complète cette œuvre de l'UMFIA, dont il est l'âme, âme d'apôtre : d'une part, elle élargit ses premiers cadres et englobe tout le groupe médical latin ; d'autre part, elle améliore son action par cette forme nouvelle de présentation, par ces mises au point qui paraissent susceptibles d'un rendement intellectuel et moral considérables.

Se connaître davantage pour se mieux comprendre : voilà la moitié du chemin vers l'entente médicale. Ainsi se dissipent les préjugés, les jugements sommaires.

C'est aussi une charmante trouvaille de Dartigues — et il est coutumier de ces expressions imagées — que d'avoir donné à ces conférences, ce titre gracieux et suggestif : *Voix latines* ! Puissent ces voix, claires et sincères, voix apaisantes, couvrir les voix de discorde et de haine !

Je m'excuse d'ouvrir le feu ; j'en suis confus — et un peu intimidé — et j'aurais préféré que cette préséance revînt à l'un de mes éminents collègues de Paris. C'est aussi de ma part, une prétention grande que d'encadrer un aussi vaste sujet qui m'a causé plus de trois mois de travail de documentation, dans une heure de causerie. Si, cependant, j'arrive à vous intéresser, cela vous paraîtra une opportune introduction à la semaine prochaine de Congrès international de chirurgie de Madrid, et cela vous aidera peut-être, à mieux comprendre ce pays, le brillant éclat de son passé médical et de son avenir.

En effet, je ne me propose pas, comme mes

collègues Sergent, Léon Bernard, J.-L. Faure, Legueu, Lépine, Brumpt, de vous entraîner dans une croisière au long cours ; c'est une simple visite de voisinage que nous allons faire, à quelques heures de chemin de fer, de l'autre côté des Pyrénées. Mais, si ce déplacement est borné dans l'espace, vous apprécierez, je l'espère, qu'il va loin dans le recul du temps, vers un passé très éclatant, très inégal d'ailleurs, très pittoresque souvent. Et je souhaite que vous preniez à me suivre dans ce voyage, surtout rétrospectif, autant d'intérêt et de curiosité intellectuelle que j'en ai pris à composer son itinéraire.

*Les origines arabes* ; *les premières écoles nationales* ; *l'évolution contemporaine* : telle est la division en trois chapitres que j'adopte pour plan de cette étude condensée, d'une documentation complexe et souvent obscure, mais d'un passionnant intérêt.

L'histoire de la médecine espagnole est mal connue, chez nous : pour en parler avec exactitude, pour comprendre sa formation à travers les âges, pour mesurer son rôle et son rang dans le développement universel de notre science, il est nécessaire de replacer ses grandes étapes dans leur cadre historique, de situer les hommes et leur œuvre dans l'asmosphère de leur époque. Il faut interroger le passé, pour avoir du présent, une plus sûre intelligence.

Sans doute, pour un médecin qui visite superficiellement, dans une semaine de Congrès, les cliniques et les centres d'enseignement, il est évident que la médecine et la chirurgie espagnoles sont présentement, modernisées : nous retrouvons, au delà des Pyrénées, les mêmes installations et techniques opératoires qui tendent à se standardiser, les mêmes livres d'études les mêmes doctrines. L'uniformisation, qui est la loi de notre époque, y a apporté, là comme ailleurs, son égalité d'organisation, ses progrès communs, mais aussi sa banalité commune. L'usine et le laboratoire sont de type similaire à Barcelone, comme à Roubaix : la salle d'opération tend partout à s'équiper, à s'éclairer, selon un modèle identique, de même que la salle de chauffe des paquebots et des croiseurs se ressemble sous tous les pavillons.

Ce n'est pas là qu'il faut s'attendre à trouver le génie différent des races, ni les survivances du passé. Il faut, d'abord, lire les vieux livres, visiter les vieux hôpitaux, les restes des vieilles installations universitaires, participer aux cérémonies scolaires, où revivent les coutumes anciennes, comme cela m'est advenu à l'occasion de mon investiture au grade de docteur *honoris causa* de la Faculté de Barcelone ; il faut aussi prendre contact plus intime avec nos voisins, s'efforcer de pénétrer les milieux et les âmes. Et, quand on a revécu ce passé, quand on connaît mieux ce présent, on se rend compte que l'Espagne constitue, vraiment, dans notre Europe occidentale, une terre à part, un pays captivant, souvent incompris quoique voisin immédiat et sympathique, d'une surprenante et persistante originalité dont la race et les mœurs conservent encore un haut relief personnel, dont les trésors d'art gardent de prodigieuses réserves, de même que le pays porte en lui un potentiel inexploité. Cette sève exceptionnelle, cette vie nationale d'une forme et d'une ardeur singulières, ces têtes chaudes et promptes à la riposte, cet individualisme très susceptible, ces tendances régionalistes actives, nous ne les comprenons que par ce fait historique capital : la durée et l'emprise de la domination arabe, l'interminable état de guerre de la reconquête.

Comparez, Messieurs, ces deux grandes phases de l'histoire de l'humanité : la Gaule reste cinq siècles sous la domination romaine ; l'Espagne met près de huit cents ans à se libérer de l'occupation arabe. Or, considérez la grandeur durable de l'œuvre civilisatrice accomplie chez nous par les Romains, les définitives transformations intellectuelles et matérielles que nous leur devons, la persistance de la formation spirituelle qui, comme la permanence des monuments, atteste cette lente et stable action culturale. Et vous pourrez ainsi mesurer à quel degré ce contact de près de huit siècles, du VII^e au XV^e, avec la civilisation musulmane, qui fut l'intermédiaire entre l'Europe occidentale et le monde asiatique, a marqué l'Espagne de son empreinte !

***

*« Effacez les Arabes de l'histoire, et la « renaissance des sciences et des arts sera « retardée de plusieurs siècles en Europe »*

LIBRI.

Un bref rappel d'histoire : quelques dates, quelques faits capitaux. Nous sommes au début du huitième siècle. Au printemps de l'année 711, se déclenche sur l'Espagne une foudroyante offensive musulmane, favorisée d'ailleurs par le consentement des populations : une troupe de choc, peu nombreuse, à peine une division de 7.000 guerriers fanatiques, débarque à Gibraltar. En moins de 7 ans, les conquérants arabes occupent toute la péninsule : ils devaient y rester près de huit siècles. Une date mémorable : le 14 juillet 1212, le reflux du flot musulman va commencer,

donc cinq cents ans après son brusque afflux ; c'est la défaite de las Navas de Tolosa ; c'est la reprise et le refoulement ; nous avons connu à la bataille de la Marne, ces grands espoirs de libération, et je m'explique ainsi le respect et l'orgueil avec lequel on nous montrait, comme une solennelle relique, dans le somptueux monastère de las Huelgas, près Burgos, l'étendard pris à ce combat. Déjà, en mai 1085, Tolède, reconquise, était devenue le point de contact, le poste de liaison entre les deux civilisations islamique et chrétienne, et nous allons voir quelle importance, cette position devait lui donner comme centre d'échanges intellectuels, comme bureau de traductions, comme pèlerinage de science ou affluèrent les esprits en quête de savoir. — Dans ses deux derniers siècles, l'occupation arabe, rejetée de Séville, de Cordoue, se réfugie à Grenade, suprême position de replis, Grenade qui prend la valeur d'une capitale, et qui reste le foyer où brille d'un dernier reflet la flamme de la civilisation musulmane. Puis, le 2 janvier 1492, (l'année même de la découverte du nouveau monde), c'est la fuite, célèbre, du dernier roi More, Boabdil : les Arabes s'en vont ; ils laissent derrière eux, comme l'a dit Claude Farrère, ce sublime vestige, le palais de l'Alhambra, « de quoi faire rêver longtemps les siècles à venir sur cette civilisation disparue », de même qu'ils avaient laissé Tolède libérée, le trésor des manuscrits dont la traduction va, pendant plusieurs siècles, nourrir la pensée humaine.

C'est une incomparable épopée, et qui ne manque, ni d'allure, ni de durée. Elle prend encore, pour nous, un plus impressionnant relief quand nous la confrontons avec nos annales ; car, ce qui est intéressant, ce qui éclaire l'histoire, c'est le synchronisme des faits : c'est d'ailleurs une façon cordiale de joindre nos destins. Or, dix-huit ans après leur débarquement à Gibraltar, les Arabes étaient à Autun, étaient chez nous : sans le coup d'arrêt de Charles Martel qui, à Poitiers, brisa le flot envahisseur, l'Islam devenait maître de la Gaule, dont il occupait déjà un grand tiers ; ceci se passait en 732 ; et, puisque la mode est aux anniversaires, voilà un événement, douze fois centenaire, que nous pourrions, cette année, célébrer. Sans lui, peut-être se fut réalisé l'orgueilleux rêve arabe, dont le projet ambitieux était de faire de la Méditerranée un lac, autour duquel n'aurait flotté qu'un drapeau, l'étendard du prophète ! Qui peut dire quels aussent été, alors, les destins du monde ?

***

Voilà l'œuvre de guerre ; examinons maintenant comment une œuvre de civilisation, tout au moins de mise en valeur intellectuelle, de diffusion de la pensée humaine en est résultée, quels ont été ses moyens de propagation, et, à notre point de vue, *quelle en a été la portée dans l'avancement des connaissances médicales.*

Dans ses origines, cette civilisation, comme l'ont fait justement observer les Tharaud, est essentiellement, celle que l'on voyait alors à Damas, et surtout à Bagdad, *la civilisation gréco-latine,* que les Arabes s'étaient assimilée très vite et qu'ils avaient transformée avec leur génie particulier. C'est bien dans cette très noble originalité de ses débuts, qu'apparaît la plus haute valeur morale de la civilisation islamique : voilà un peuple de pasteurs, fanatisés et mystiques, qu'un élan guerrier a rendus en un siècle les maîtres de la moitié du monde connu ; et leur premier objet, dès cet empire consolidé, est d'ajouter à la splendeur de la conquête la grandeur de la science. Comme le précise Leclerc, dont le livre est un modèle de judicieuse critique et d'érudition sûre, *le neuvième siècle ne s'était pas encore achevé que les Arabes avaient déjà en leur possession toute la science de la Grèce.*

C'est alors que Bagdad devient le centre de ce grand mouvement de pensée : là s'établit un curieux et laborieux atelier de traductions. Bagdad, au IX$^e$ siècle ; Tolède au XII$^e$ : voilà les deux grands chantiers de traduction ; et il me paraît très intéressant de rapprocher leur œuvre éducatrice.

A Bagdad, se fait le premier travail, qui va faire passer dans la langue syrienne et dans la langue arabe les trésors de la pensée hellénique : des émissaires parcourent la Grèce, en rapportent des livres ; des bureaux de traduction sont institués, qui occupent une centaine de traducteurs, ce qui témoigne de l'intensité du labeur ; tous les grands noms de la science grecque sont représentés dans cette anthologie ; la médecine y figure par les œuvres d'Hippocrate, de Dioscoride, Galien, Rufus d'Ephèse, Oribase, Paul d'Egine : voilà, grâce aux traducteurs de Bagdad, mise en circulation une importante bibliothèque médicale ! Trois siècles plus tard, le centre de travail est en Espagne, à Tolède, et le courant intellectuel s'est renversé : la civilisation islamique va rendre à l'occident les services spirituels qu'elle avait reçus des chrétiens de l'Orient ; elle va, à l'époque troublée des Croisades, et grâce aux traducteurs de Tolède, surtout de Gérard de Crémone, devenir la dispensatrice de la Science grecque, transportée de l'arabe en latin : ainsi se referme le cycle ; la pensée hellénique revient à l'Europe, par ce double transfert.

Comment s'est faite cette infiltration scientifique à travers le monde musulman, grâce à laquelle les foyers espagnols de civilisation islamique se sont allumés aux lointaines lueurs venues de Bagdad ? Il est bien vraisemblable que d'un bout à l'autre de cet immense empire qui, sans interruption, s'étendait depuis les Indes jusqu'à

l'Océan Atlantique, et qui cernait d'une demi-ceinture le littoral méditerranéen, les pistes des Caravanes se sont alors rouvertes vers les grandes villes de l'Afrique et du Levant, mettant en communication intellectuelle l'Espagne musulmane et le centre civilisateur de Bagdad. Le pèlerinage de la Mecque, fut, sans doute, l'occasion de transport le plus efficace des idées et des manuscrits. Mais, à côté de ces déplacements religieux, il y avait aussi des voyages d'études ayant pour objet les acquisitions scientifiques. Leclerc nous fournit, sur ce point, des précisions. Tantôt ce sont des médecins arabes ou espagnols qui se rendent en Orient, pour s'y former : tel Mohammed ben Abdoun qui vint exercer à l'hôpital de Fostath et retourna en Andalousie ; tels les deux fils de Iounes de Harran qui allèrent, pendant dix ans, étudier à Bagdad ; tel Amrou ben Hafs qui alla à Kairouan pour en rapporter le Viatique. Tantôt, et en sens inverse, ce sont de grands médecins d'Orient qui sont attirés en Espagne par les souverains musulmans. De même que les tapis, les soieries, les orfèvreries orientales affluaient à la cour des Califes et dans les Souks de l'Andalousie, les manuscrits s'accumulaient dans la bibliothèque de Cordoue, qui, au dire de Casiri, ne contenait pas moins de 600.000 volumes et dont le catalogue en occupait quarante-quatre.

***

Le Xe siècle marque le sommet de la civilisation hispano-musulmane. L'initiation scientifique a gagné tout le vaste empire des Arabes : les centres de lumière se sont multipliés ; l'Espagne s'est détachée de Bagdad, et c'est l'époque la plus brillante du Khalifat de Cordoue, devenu indépendant. Une évolution capitale s'est produite : les Arabes ne se contentent plus de la prise de possession de la science grecque ; ils la mettent en culture et s'engagent dans des voies nouvelles. Au Xe siècle, leur rôle s'est grandi : le nombre des savants chrétiens s'amoindrit ; quelques juifs très érudits émergent déjà, dont l'effectif va s'accroître ; et les auteurs musulmans passent de la traduction à la production ; c'est chez eux qu'apparaissent les hommes supérieurs, dans l'ordre médical Razes et surtout le fameux Abulcasis.

Abulcasis ! De son vrai nom, pas commode à prononcer Aboul Cassem Khalif ben Abbas Ezzahraouy ! C'est, vraiment, une figure de premier plan, qui ouvre l'histoire de la médecine musulmane en Espagne ; c'est la personnalité dominante de la chirurgie arabe ; c'est l'autorité que vont invoquer avec le plus de respect, tous les chirurgiens du moyen âge ! Son lieu de naissance évoque un enchantement de la féerie andalouse ; il est né en 936, à As Zahara ; c'était, dans la banlieue de Cordoue, le Versailles des Khalifes Omniades, une de ces villes charmantes aux flancs de la Sierra ; on dit (mais Louis Bertrand a raison d'observer, que les admirations arabes sont hyperboliques), que le palais du Sultan logeait un régiment de plus de trois mille eunuques, une brigade de plus de six mille femmes ; on dit que la construction y avait employé plus de quatre mille colonnes de marbre et qu'il s'y trouvait un merveilleux bassin orné de douze statues d'or, incrustées de perles !

Cette histoire a l'air de commencer comme un conte des Mille et une Nuits ; elle se continue, simplement, par la vie très laborieuse d'un musulman d'Espagne, fouilleur de manuscrits, autant qu'un de nos bénédictins, dont la somme accumulée des travaux forme une pile de trente volumes. Son traité de chirurgie (dont le fond toutefois, est le sixième livre de Paul d'Egine), est le plus important de ses écrits : il mérite de rester dans notre histoire comme la première expression de la chirurgie érigée en science distincte, fondée sur une base de connaissances anatomiques. « Si l'on ignore l'anatomie, écrit-il, on tombera dans l'erreur et on tuera les malades : j'ai vu un médecin ignorant, en incisant une tumeur du cou, ouvrir les artères cervicales et perdre, sur place, la malade, d'hémorragie ». Il dit encore : « Les opérations doivent être divisées en deux groupes : celles qui sauvent le malade ; et celles qui le tuent : il faut être prudent ». Ce qui fait la nouveauté de son ouvrage, c'est qu'il inaugure la chirurgie illustrée ; le texte s'accompagne et s'éclaire de plus de deux cents figures. De là, sa vogue prolongée comme guide de chirurgie, à partir du moment où, vers le milieu du XIIe siècle, la traduction latine de Gérard de Crémone l'a fait passer dans la circulation ; ce qui prouve bien son autorité, et sa valeur directrice, c'est qu'il est le texte très souvent consulté par notre grand ancêtre Montpelliérain, Guy de Chauliac, qui le cite près de deux cents fois ! Vraiment, il est hors de doute que la chirurgie arabe, de source grecque, a pris à ce moment, une avance considérable dans l'Occident ; il suffit de se rappeler les méprisantes paroles par lesquelles, vers la fin du XIIIe siècle, Lanfranc, venu d'Italie, et instruit des ouvrages d'Abulcasis, jugeait les chirurgiens parisiens : « vrais manœuvres et si ignorants qu'à peine trouvait-on parmi eux, un chirurgien rationnel ».

***

Quand nous arrivons à Tolède, nous sommes pris tout entiers par une profonde émotion d'art, qui émane de la magie du décor de ce rocher inscrit dans la boucle jaunâtre du Tage, des souvenirs du Gréco, des splendeurs de la Cathédrale. Nous perdons de vue la Tolède des **XIIe et XIIIe**

siècles, la ville savante, dépôt et conservatoire de manuscrits arabes, centre de traductions, vers laquelle, dès le recul de l'occupation musulmane, ont afflué tant de pélerins de science, à la recherche des sources intellectuelles qui manquaient alors aux chrétiens. Tolède devient ainsi, à l'autre bout de l'empire arabe et à plus de trois siècles de distance, la réplique de Bagdad et de son laborieux collège de traducteurs.

A cette époque, en effet, deux grands événements, formant un prodigieux contraste, se développent aux deux pôles du monde musulman ; et Leclerc a bien indiqué ce double courant. C'est d'une part, vers l'Orient, la poussée de foi religieuse qui suscite les Croisades et, pendant deux siècles, mobilise, vers l'Est, une masse de plus d'un million de croyants. D'autre part, c'est à l'extrême pointe espagnole de l'empire islamique, vers l'Ouest, un mouvement de ferveur scientifique qui, de tous les points de la chrétienté, entraîne, vers les bibliothèques musulmanes de l'Espagne, une équipe nombreuse, avide de science, dénuée de livres, qui, dans la riche réserve des copies et commentaires arabes, va retrouver, sous une forme indirecte et enrichie, la pensée antique.

C'est le mérite de notre pays d'avoir pris l'initiative et la maîtrise de cet effort d'accroissement des connaissances humaines. En effet, c'est un prélat de France, Raymond d'Agen, devenu en 1130 archevêque de Tolède, qui a l'honneur d'avoir par la transcription du traité de l'âme d'Avicenne, inauguré ce centre de travail dont sont sorties, pour se répandre à travers l'Europe, plus de trois cents traduction de l'arabe en latin. Ainsi étaient exportées d'Espagne et lancées dans la circulation les œuvres maîtresses de la science grecque et de l'élite des savants arabes ; ainsi se comblaient les obscures lacunes de la pensée humaine, au Moyen-Age, et les études en recevaient, dans toutes les écoles d'Occident, une décisive impulsion.

Or, si l'on étudie l'inventaire, dressé avec une si minutieuse érudition par Leclerc, de ces traductions, on en trouve 90 concernant la médecine : la médecine grecque est représentée par quatre ouvrages d'Hippocrate et vingt-cinq de Galien ; chez les Musulmans, sont traduites les œuvres de Razes, Abulcasis, Avicenne, Avenzoar ; à lui seul, Gérard de Crémone, le plus laborieux de l'équipe, une des plus amples intelligences du Moyen-Age, achève, en près d'un demi-siècle, la besogne encyclopédique de soixante-treize traductions, dont la majorité, plus d'une vingtaine, concerne la médecine ; et, parmi elles, il en est, comme celle du canon d'Avicenne, qui « suffiraient à occuper la vie d'un homme », ou qui, comme celle de la chirurgie d'Abulcasis, ont exercé, sur la marche de notre art, en Europe, une influence majeure. Pendant deux siècles, Tolède a donc été le rendez-vous et la résidence de travailleurs de toute communion (car les Juifs sont intervenus activement dans ces transcriptions latines), simples chercheurs de médiocre ressource, obligés à l'apprentissage de la langue arabe, ne disposant pas toujours de bons textes originaux. De ce centre diffuseur de Tolède, une masse considérable de documents et d'idées s'est répandue, embrassant la totalité des connaissances humaines ; mais, nous pouvons constater équitablement que ce sont les sciences médicales qui en ont reçu le plus valable enrichissement.

***

Quand on résume, d'une vue synthétique, cette civilisation de l'Espagne musulmane, on s'étonne, comme le faisait déjà remarquer Leclerc et comme une récente étude en justifie l'observation, que des écrivains modernes aient pu refuser aux Arabes le génie scientifique.

Cet esprit scientifique, de documentation et de recherche, ils l'ont montré dès le début, dès l'école de Bagdad, dont les maîtres formulaient déjà nettement les principes qui dirigent la science moderne : *marcher du connu à l'inconnu* ; *n'admettre comme vrai que ce qui a été démontré par l'expérience.*

Donc, dès le IXe siècle, les Arabes étaient en possession de la bonne méthode. Ils ont rendu aux sciences, à la médecine surtout, le grand service de remonter aux sources éternelles de la pensée grecque. Il est inexact de dire qu'« ils n'ont pas ajouté grand'chose à l'héritage gréco-latin ». Sans doute, au commencement, leur travail de base a été de copier et de traduire les grandes œuvres de l'antique ; sans doute, ils ont été secondés par les chrétiens espagnols de langue arabe et par les Juifs polyglottes. Ils n'en ont pas moins été les initiateurs qui ont recherché et transmis les manuscrits de la Grèce. Il est injuste de les qualifier comme de simples « intermédiaires, la plupart du temps inconscients ou involontaires », dénués de toute capacité inventive. A ce reproche, Humboldt a, dès longtemps, objecté « qu'ils ne se sont pas bornés à sauvegarder le trésor des connaissances acquises et qu'ils l'ont agrandi en ouvrant de nouvelles voies à l'étude de la nature ».

Leurs grands médecins ont été, en même temps de grands philosophes ; Hippocrate a dit que le médecin philosophe est semblable à Dieu. Ce sont, en vérité, des personnages de premier rang, et des créateurs, que ces deux médecins de l'Espagne musulmane : le fameux Albucasis, qui a indiqué la ligature des artères, après Celse et avant Ambroise Paré, (dans les plaies des vaisseaux, mais non dans les amputations, ce qui laisse à Paré son titre immortel), qui a entrevu la lithotritie, réglé la lithotomie chez les femmes, porté

dans la gangrène des membres l'amputation dans le vif ; Averroes, le laborieux philosophe de Cordoue (d'ascendance chrétienne) qui ne passa, dit-on, que deux nuits sans travailler, celle de son mariage et celle de la mort de son père, qui commenta Aristote et qui, dans son œuvre médicale, le *Koullyat* ou *Colligat*, déclarant, avec indépendance, ne vouloir exposer que ce qu'il croit la vérité, contradictoirement aux opinions des anciens, pressentit, avant Harvey, la circulation sanguine.

Si vous voulez mesurer avec justice quels ont été la portée et la durée de cette exportation, hors d'Espagne, de la science, par la traduction des livres arabes, de leur action éducatrice prolongée, dans les centres médicaux de l'occident, l'exemple de notre Ecole de Montpellier en est la plus saisissante et précise démonstration. Consultons, dans nos archives, nos vieux programmes d'études. Que trouvons-nous, à la fin du XIII[e] siècle, dans la liste des livres dont la bulle de Clément V impose la lecture publique ? Nous la voyons composée de traductions latines de livres arabes, probablement venues surtout de Tolède et importées par les médecins juifs émigrés en Languedoc et fuyant les persécutions ; les auteurs grecs, ainsi transcrits, sont Hippocrate et Galien ; la médecine arabe est représentée par Avicenne, par Razes, Constantin, Isaac, Hassein. En 1340, le règlement voté par l'Assemblée de nos anciens, attribue la prépondérance à Galien et à Avicenne ; en 1500, sur dix cours, cinq, donc la majorité, sont dévolus à Avicenne, quatre à Galien, un à Hippocrate. Jusqu'en 1534, on continue à lire, dans notre Ecole, les auteurs arabes. Il faut arriver au milieu du XVI[e] siècle, en 1537, au génie rénovateur de Rabelais, pour que le texte original d'Hippocrate soit directement expliqué ; il faut aller, jusque vers la fin du XVI[e] siècle, en 1562, pour voir disparaître les auteurs arabes de nos programmes de lectures classiques. Ailleurs, il en est de même ; et, au delà du Moyen-Age on continue, à l'Université de Louvain, à lire et à commenter le texte de Razes. Routine scolaire dira-t-on ; sans doute, pour une part ; mais aussi, comme le fait observer notre grand historien montpelliérain, Germain, témoignage rendu aux qualités de lucidité et de méthode didactiques des écrivains scientifiques de cette nation. Ces grands Arabes de l'Yémen, généreux et aptes à la haute culture n'avaient rien de commun avec les Berbères fanatiques et durs.

*(A suivre).*

## HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE

### La coordination des institutions de protection de l'enfance.

Par H. Roueche

Secrétaire général de la Mutualité maternelle de Paris et de la Fondation Pierre Budin.

*Tout le monde déplore le manque de méthode* et de coordination dans les réalisations d'hygiène sociale de l'enfance, et, malgré les efforts des bonnes volontés particulières, malgré les budgets de l'Etat qui s'enflent, on peut dire actuellement que les résultats pratiques ne se sont pas encore manifestés.

Cependant, il faut dire que, depuis quelques années et particulièrement dans ces derniers mois, un sérieux effort a été tenté.

Nous essaierons de le résumer ici.

Depuis plusieurs années à Paris dans chaque mairie, tous les mois a lieu une réunion des présidents ou représentants d'œuvres du quartier. Là, on échange sous la présidence du maire, les vœux de chacun, les propositions de réalisations, on confronte les listes d'assistés, on vérifie le fichier.

Ces réunions ont une grande importance locale, mais ne servent de rien pour la coordination générale.

Deux initiatives récentes méritent de retenir l'attention, ce sont :

1° Les réunions du *Comité de l'Entente*, des œuvres 31, ruede Guyot, Paris 17[e] ;

2° Les résultats et vœux de la Journée de la Protection de l'Enfance, Strasbourg, 5 octobre, instituée par le Comité national de l'enfance.

Résumons dces deux dernières réunions :

I. — *Le Comité d'entente*, déplorant l'état de dispersion des œuvres, a tenté de créer une organisation très souple qui permettrait par *secteur*, le contrôle des nourrissons, et la répartition des familles entre les visiteuses et les œuvres.

L'expérience a été commencée dans deux secteurs, le 20[e] arrondissement et à Montreuil, commune limitrophe de cet arrondissement. Dès le 1[er] septembre, des secrétaires des œuvres de l'enfance, spécialisées comme visiteuses, ont été installées aux mairies et ont contrôlé les nourrissons et la répartition des familles entre les œuvres et les visites à domicile pour « rabattre » les nourrissons sur les dispensaires, et les consultations ou sur leur médecin de famille.

Il faut à Paris et dans la banlieue une orga-

nisation très souple, étant donné la variété des œuvres tant dans leur origine que dans leur but.

Le Comité d'entente essaiera grâce au secrétariat de secteurs de *répartir* le travail social entre les visiteuses et les œuvres. L'unification si désirable, et qui a été réalisée à Lyon est difficile à Paris, si on veut sauvegarder l'autonomie des œuvres et la hiérarchie de leurs visiteuses, auxquelles elles tiennent beaucoup.

Les directrices d'œuvres et les visiteuses continueront à se réunir une fois par mois au Conseil des œuvres dont nous parlions ci-dessus ce qui assurera la coordination du travail.

Le Comité d'entente a retenu dans une de ces séances l'expérience des « pavillons » réalisée à Lyon et dont nous reproduisons ici quelques spécimens :

---

### Modèle d'avis de prise en charge

E. O. E.

*Nom* :
*Prénoms* :
*Noms des parents* :
*Adresse* :
*Né le* :
*Sera régulièrement suivi par notre organisation jusqu'à avis contraire de notre part.*

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Titre de l'Œuvre* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Date* :

*Signature ou cachet* :

---

### Modèle d'avis de défection

E. O. E.

*Nom* :
*Prénoms* :
*Noms des parents* :
*Adresse* :
*Né le* :
*N'est plus suivi régulièrement par nos soins.*

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Cause probable de la défection* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Titre de l'Œuvre* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Date* :

*Signature* :

### Modèle d'avis prénatal

E. T. E.

*Nom et prénoms* : Mme
*Adresse* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Date probable de l'accouchement* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Consultation de nourrissons choisie d'avance* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Titre de l'organisation qui envoie l'avis* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Date* :

*Signature* :

---

### Modèle d'avis de naissance

E. O. E.

*Nom* :
*Prénoms* :
*Noms des parents* :
*Adresse* :
*Est né le* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Consultation de nourrissons choisie* :

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Date* :

*Signature ou cachet de l'organisation qui signale la naissance* :

L'organisation projetée est appelée à rendre de grands services, et probablement les mêmes qu'un organisme unique. Il aurait l'avantage de coûter moins cher et serait immédiatement réalisable.

La plupart des œuvres ont apporté à cette réalisation une contribution financière, qui va permettre de poursuivre cette expérience. Viendra peut-être secondairement une contribution matérielle départementale ou municipale. De nombreux conseillers, MM. de Fontenay, Louis Sellier ont déjà essayé dans le cadre départemental de réaliser l'accord et la coordination des œuvres. Mais à Paris et dans la banlieue, il faut tenir compte de l'autonomie des œuvres privées et des charges nouvelles, qui pèseraient sur les budgets municipaux ou départementaux.

L'organisation complète de Paris et de la ban-

lieue nécessiterait plusieurs millions. L'organisation par secteur proposée ne reviendrait qu'à 20 ou 25.000 francs par secteur, ce qui ferait environ un million pour Paris et le département de la Seine.

Cette réalisation a l'avantage, en attendant la participation des pouvoirs publics, de pouvoir être immédiatement tentée.

II. — *A la Journée de Protection de l'enfance à Strasbourg,* nous avons entendu les rapports de M. Rocaz sur l'organisation rationnelle de la protection de l'enfance, de M. Strauss sur l'organisation rurale de la protection de l'enfance, enfin ceux du Dr Pigot et de Mlle Delagrange sur l'assistance maternelle et la protection infantile par les assurances sociales et sur l'utilisation des institutions publiques et privées de protection maternelle et infantile par les caisses primaires d'assurances sociales.

M. Rocaz a conclu que, les lois et règlements étant tout à fait insuffisants et peu d'accord avec nos idées modernes, il y a lieu d'aider et de compléter des lois en aidant les œuvres, pour les développer suffisamment.

La coordination constante est nécessaire entre ces œuvres et les Pouvoirs publics pour organiser la surveillance continue à laquelle devra s'ajouter l'assistance matérielle nécessaire.

M. Rocaz cite l'exemple de l'Alsace, de l'Oise, de la Gironde, de Lyon où avec des formules différentes, on est arrivé à des résultats très importants.

Une circulaire toute récente du ministre de la Santé publique (15 juillet 1931) engage les préfets à procéder à une organisation rationnelle de la protection maternelle et infantile dans le cadre départemental, recommandant « de concentrer l'action de tous les organismes contre la mortalité infantile, de créer de toutes pièces des centres de protection maternelle et infantile urbains et ruraux, dans les départements dépourvus de toute institution similaire, de réaliser, dès à présent, une surveillance efficace de tous les enfants âgés de moins de deux ans, de confier aux infirmières visiteuses des fonctions de plus en plus étendues tant en ce qui concerne le contrôle des lois et la surveillance administrative que la prévention médico-sociale de l'enfance. »

Pour M. Rocaz, il faut être éclectique sur la formule à trouver. Dans les départements riches en œuvres, il suffit de coordonner les œuvres, de les fédérer et de les laisser sous le contrôle de l'inspecteur de l'Assistance publique représentant le préfet ; dans les départements moins bien organisés, l'administration doit créer et faire fonctionner les organismes de protection ; ce sera l'œuvre de l'Office départemental d'hygiène sociale.

Il faut tenir compte dans chaque département, comme l'a dit M. Rocaz et comme l'a répété au cours de la discussion le Professeur Lereboullet, de la mentalité française et ne pas tuer l'initiative privée qui a été à l'aurore de tous les efforts de la lutte contre la mortalité infantile. M. Strauss montre aussi qu'à la campagne, on ne se heurte pas à de grosses difficultés financières, si on se rapporte à ce qui a pu être fait dans le département du Bas-Rhin.

M. Pigot et Mlle Delagrange ont montré ce que les assurances sociales pouvaient donner à la protection de la mère et de l'enfant. Tous deux ont indiqué, ce qui déjà avait été réalisé et ce qui constitue, il est vrai, un modeste effort qu'on pourra développer dans l'avenir.

Enfin, à la suite du Congrès, on a adopté un certain nombre de vœux proposés par le Prof. Rohmer et chaleureusement appuyés et votés par la majorité des congressistes : nécessité de l'organisation méthodique, de la coordination des œuvres de l'enfance dans le cadre départemental et avec l'appui des pouvoirs publics, des autorités médicales compétentes, et l'apport financier des assurances sociales.

M. le Prof. Lereboullet a résumé toute cette discussion intéressante dans le numéro consacré dans le *Paris Médical* aux maladies des Enfants (7 novembre 1931).

Il conclut qu'il faut de plus en plus montrer « l'importance primordiale de l'hygiène sociale de l'enfance et les possibilités d'action qui s'ouvrent actuellement. »

Pour cela, il est nécessaire que l'hygiène sociale de l'Enfance intéresse de plus en plus les médecins et leur soit enseignée dans les facultés, soit à la chaire d'hygiène, soit aux chaires des maladies des enfants. Nous sommes étonnés, en général, de ce que nos jeunes confrères ignorent les premières notions de l'hygiène sociale de l'enfance et la plupart du temps, ils sont initiés dans leur pratique par les directrices de dispensaires ou présidentes d'œuvres. M. Jayle demandait dernièrement la création de l'enseignement de la médecine sociale (*Presse médicale*, 29 août 1931) dans les facultés, comme on a essayé de l'organiser à l'Ecole de Clermont-Ferrand avec l'acceptation du Prof. Castaigne. M. Le Gendre, M. Etienne Martin à Lyon, le Prof. Verger à Bordeaux, le Prof. Vanverts à Lille ont annexé la médecine professionnelle à leurs cours, conférences ou écrits. L'hygiène sociale de l'enfance doit constituer un chapitre du « Médecin et les collectivités ».

Les Syndicats médicaux ont mis aussi cette question à l'ordre du jour de leurs commission et un gros effort est tenté dans ce but depuis quelques mois.

## CONCEPTION DU CERTIFICAT PRÉNUPTIAL

Docteur Pierre SANZ

Certificat pré-nuptial ! Voici une question qui vient à l'ordre du jour, puisque le Sénat va bientôt devoir se prononcer sur son cas.

Cela témoigne que les hautes sphères administratives ont répondu à l'appel urgent, adressé par la corporation médicale, voici déjà quelque temps : Congrès de la syphilis héréditaire 1922 et 1925.

C'est l'avenir de notre propre race, qui est en jeu, et ce seul fait vaut bien qu'on s'y arrête quelques instants.

La France d'ailleurs n'est point le seul pays où l'on se soit occupé de cette controverse, elle a défrayé la chronique un peu partout, rassemblant adversaires et partisans.

En France, après une période prémonitoire assez longue, où l'on s'est plu à compiler arguments obligeants ou désobligeants, nous sommes sur le point d'entrer dans une période de réalisation.

Voyons donc dans quel cadre devra être manié le certificat pré-nuptial, pour devenir l'arme attendue et nécessaire à la défense de la vitalité de notre race.

Si la sélection naturelle ne semble pas s'opérer spontanément parmi les hommes, il est de bon sens que ce soient eux-mêmes, qui prennent l'initiative du mouvement. Car, lorsqu'on parle de certificat pré-nuptial c'est de sélection qu'il s'agit. On veut élever une barrière ou mieux un « cordon sanitaire » contre les tarés et contre les insuffisants physiques et physiologiques.

Il est nécessaire que l'on fasse pour le mariage ce que l'on fait lorsqu'un individu entre dans une administration, c'est-à-dire qu'on sélectionne : un examen médical sérieux élimine les insuffisants, ceux qui ne répondent pas aux desiderata. Dans le mariage, ce doit être chose identique, car il est parfaitement injuste et illogique qu'un individu sain et normal, procrée des êtres tarés et anormaux par la faute coupable de son associé.

On ne peut tenir grief aux gens bien portants et normaux de se défendre contre des gens manquant de franchise, et, le jour où un individu, « cassera son mariage », parce que le certificat prénuptial aura apporté la preuve d'une hérédité lourde et compromettante pour la descendance, les gens intelligents ne pourront que s'associer à ce geste.

Le certificat pré-nuptial tuera-t-il l'amour ? Certes non. Nous savons tous que « l'amour a des raisons que la raison ne connaît pas ». D'ailleurs, bien souvent, cet emballement irraisonné est facteur de désillusions futures. Celui qui voudra se noyer, se noiera ; nous tâcherons de l'en empêcher, mais s'il s'obstine, tant pis pour lui. Le certificat pré-nuptial sera peut être la « bouée de sauvetage », car l'ignorance, c'est le mal.

Le certificat pré-nuptial devra réaliser un véritable bilan, physiopathologique de l'individu.

Les tares pathologiques devront être consignées par le médecin, dont l'honnêteté et l'intégrité professionnelle devront être au-dessus de tout soupçon, et les connaissances médicales sérieuses et bien assises.

Le certificat pré-nuptial sera, en somme, un vrai « contrat sanitaire », sur lequel on inscrira rigoureusement les symptômes anormaux révélés par l'examen *clinique, chimique, biologique* et *radiologique*.

Dans ces affaires-là, il n'y a point de demi-mesures, de compromis.

Si l'on veut que le certificat pré-nuptial ne soit pas un mythe, il faut lui donner toute sa force, une rigueur extrême.

Il s'adressera à toutes les tares pathologiques quelles qu'elles soient : la syphilis acquise, la syphilis héréditaire, trop souvent méconnue et négligée, et qui frappe durement la descendance ; tous les cas d'insuffisance glandulaire qui donnent issue à des êtres diminués physiquement et psychiquement, tous les déséquilibrés mentaux, hyperexcités, ou hypoexcités, toutes les formes de tuberculose, enfin toutes les maladies chroniques bien souvent congénitales.

Le bilan dressé, le médecin rendra son verdict, ou tout au moins éclairera les futurs conjoints sur les dangers ultérieurs relatifs à la descendance.

Dans certains cas même, le rapport médical sera catégorique et, en particulier en cas de syphilis récente, en cas de tuberculose pulmonaire ouverte et contagieuse, le mariage sera tout bonnement interdit.

Le certificat pré-nuptial devra être présenté au moment de la publication des bancs de mariage, l'attestation datée de moins d'un mois.

Bien entendu, avant que ce certificat pré-nuptial n'acquiert toute sa rigueur, il passera par bien des embûches.

Le médecin lui-même risquera d'être trompé : un syphilitique récent, traité activement, avec des signes cliniques et sérologiques négatifs *momentanément* pourra induire en erreur un clinicien peu averti, surtout si ce dernier fait les choses à la légère et ne met point en œuvre tous les « tests » susceptibles de le renseigner. Ceci nous force à insister encore une fois sur la valeur mé-

dicale demandée au médecin chargé d'une telle mission.

Quels seront les résultats du certificat prénuptial ? Des meilleurs, croyons-nous, quoique son application au début, comme toute chose nouvelle soit fatalement délicate.

Il aidera peut être à transfuser un sang nouveau à notre race et à ce point de vue, il me semble aussi intéressant que les greffes d'organes sur des individus âgés et fatigués, la nature d'elle-même fera une course plus longue.

Si l'on soigne les malades, il ne faut point négliger les bien portants, c'est donc logique qu'on essaie de les préserver contre les « mal intentionnés » ou les « négligents ».

Certes, un grand nombre d'individus continueront à procréer librement, sans le secours du certificat pré-nuptial ; leur nombre diminuera peut-être du fait qu'ils seront mieux instruits des conséquences (peut-être désastreuses pour la descendance) de leur union illégale.

Libre à ces gens de persévérer dans l'erreur, puisqu'ils veulent se maintenir en dehors des cadres de protection sanitaire de notre société, libre à eux de mettre en circulation des êtres amoindris et inaptes, puisqu'ils en prennent la responsabilité tout entière.

Les légistes eux-mêmes apprécieront les bienfaits du certificat pré-nuptial : moins de crimes puisque le criminel est presque toujours un taré et un taré congénital, moins de divorces parce que, s'il y a encore tricherie sur la valeur pécuniaire et morale des fiancés, il n'y aura plus fraude sur leur qualité sanitaire.

Docteur Pierre SANZ.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### Fonctionnement de la Gare régulatrice dans un cas concret se rapportant à une armée en opérations

Médecin-Colonel SCHICKELÉ

**Troisième exercice pratique de l'Ecole de perfectionnement du Service de santé de Paris**

17 avril 1932.

Il est impossible de comprendre le fonctionnement d'une gare régulatrice si l'on n'a pas déjà quelques notions sur le service des chemins de fer aux armées. Service d'importance capitale, puisqu'il s'agit de pourvoir surtout à la subsistance de masses énormes en leur apportant régulièrement tout ce qui leur est nécessaire. Le Service de santé est un usager des chemins de fer, qu'il utilise dans la majorité des cas.

L'ordre et la discipline doivent donc présider à l'organisation des chemins de fer aux armées.

A la mobilisation, les chemins de fer sont réquisitionnés et chacune des compagnies devient commission de réseau. A la tête de chaque commission est un commissaire militaire assisté d'un commissaire technique, agent supérieur des chemins de fer. En territoire ennemi occupé, ce sont les sections de chemins de fer de campagne qui fonctionnent. A l'intérieur, les commissions de réseau sont placées sous l'autorité du ministre des Travaux publics ; aux armées, elles dépendent du général commandant en chef et d'un de ses adjoints, qui est, au G. Q. G., le directeur des chemins de fer. Les Commissions régulatrices de communication sont militaires et techniques.

Dans chaque gare régulatrice, le commissaire militaire régulateur dépend du G. Q. G. de l'armée ; il dispose d'une zone d'étapes et a sous ses ordres un médecin chef du Service de santé. La gare régulatrice est un rouage essentiel des armées en campagne ; elle est le trait d'union entre celles-ci et l'intérieur ; c'est par son intermédiare que ces armées sont approvisionnées ; à cet effet, des trains complets lui parviennent, en provenance des stations magasins et des centres d'approvisionnement ; de là elle expédie aux unités qui dépendent d'elles les différentes matières dont elles ont besoin. Il est donc nécessaire que la gare régulatrice s'installe dans une gare importante, dotée de nombreux faisceaux de voies, permettant le stationnement, le débarquement, et l'embarquement, gare de triage de préférence. Le Service de santé y crée un courant, inverse du précédent, puisqu'il va du front vers l'intérieur.

Le médecin chef du Service de santé d'une gare régulatrice est un colonel ou un lieutenant-colonel, assisté de deux médecins, deux pharmaciens et 18 secrétaires. Il a deux objectifs principaux : ravitailler en ce qui le concerne les troupes et assurer les évacuations : 1° Ravitaillement en personnel, grâce à la réserve du personnel composée elle-même d'un cadre fixe (un officier et neuf infirmiers) et d'un personnel variable (médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration) attendant son affectation. 2° Ravitaillement en médicaments par la

réserve sanitaire de médicaments de la gare régulatrice, dirigée par un pharmacien gestionnaire, assisté de deux pharmaciens et de 32 infirmiers, avec un encombrement de 173 m. cubes et un poids de 32 tonnes). 3° Ravitaillement en matériel par la réserve de matériel de la gare régulatrice, dirigée par un officier d'administration gestionnaire, aidé de deux adjoints et de 38 infirmiers, avec un encombrement de 1.361 m. cubes et un poids de 298 tonnes. L'entrepôt de ces réserves réclame des magasins importants et des ateliers de réparation et d'entretien.

Les évacuations forment ensuite l'autre fonction du Service de santé de la gare régulatrice. Le centre de gravité des évacuations est l'H. O. E.[2] complété par ses satellites, les centres de traitement de la zone d'hospitalisation des armées; elles se font par trains sanitaires ; aussi, représentent-elles un problème double : médico-chirurgical et de transport. Les trains sanitaires sont semi-permanents, utilisables en temps de paix au trafic des voyageurs et adaptables, à la mobilisation, au transport des blessés et malades, grâce à leur aménagement à l'aide d'appareils à trois étages : ils transportent 30 blessés couchés par wagon, 300 par train. Les trains mixtes transportent 160 blessés couchés et 200 blessés assis. Le personnel d'un train sanitaire se compose d'un médecin, d'un pharmacien, d'un officier d'administration, de deux infirmères et de 30 infirmiers. Ce personnel surveille les évacués que transporte le train. Pour renforcer cette surveillance, des arrêts sont prévus toutes les six ou huit heures dans des stations de révision, où sont descendus et soignés ceux qui ne peuvent continuer leur route. Au retour, tous les trains passent par la station de désinfection, Les trains sanitaires partent chargés des gares d'embarquement qui sont les quais d'embarquement des H. O. E.[1], ou des points d'embarquement, sur lesquels il faut d'ailleurs peu compter en période active, quand le terrain a été bouleversé par les opérations et que les voies sont détruites. Ils sont dirigés vers les formations suivant les possibilités de celles-ci en disponibilités en lits et en capacités de traitement, l'objectif étant que les évacués soient soignés et opérés dans les 24 heures. Le médecin chef est renseigné jour par jour, et plusieurs fois par jour, sur ces possibilités, de même qu'il est informé de la provenance des évacués du front et de leur catégorisation : blessés, malades, gazés.

Sur ces données, il pousse des trains sanitaires successivement vers l'avant, constituant ainsi une sorte de noria du Service de santé desservant les gares et les points d'embarquement au moment des périodes d'activité du front. En dehors de ces périodes, il fera circuler, d'accord avec le commissaire régulateur, des trains sanitaires suivant une marche et un horaire qui concilieront les exigences médico-chirurgicales avec les exigences ferroviaires.

En outre, le médecin chef de la gare régulatrice a une mission d'hospitalisation des évacués qui ne peuvent continuer leur route, à leur passage à la régulatrice, et des malades et blessés du secteur. Il dispose à cet effet d'un hôpital complémentaire d'armée de 500 lits. La gare régulatrice représentant un commandement d'étapes de champ de bataille, le médecin chef a, à ce point de vue, à pourvoir à l'hygiène, à la prophylaxie et au traitement dans cette zone.

Le thème tactique de l'exercice est le suivant :

Le 1er août, des forces bleues, bousculant la couverture, ont envahi le territoire national venant de Belgique en direction de Laon et du massif de Saint-Gobain. Le 1er septembre, les forces rouges ont arrêté la poussée ennemie et les deux partis vont s'efforcer de se déborder par leurs ailes en vue de développer les fronts jusqu'à la mer. Le 26 septembre, les attaques ennemies cessent et des signes de retrait des forces bleues se manifestent. Le commandement des forces rouges décide alors de procéder à une offensive en direction générale de Bruxelles, et qui sera menée, notamment, par la Xe armée en liaison avec une armée britannique. La Xe armée, qui est motorisée, comprend, à gauche, trois corps d'armée, à droite un corps d'armée ; entre les deux, un corps d'armée de cavalerie. L'attaque étant prévue pour le 29 septembre, le service de santé ne peut utiliser que ce qui existe déjà comme H. O. E. et hôpitaux complémentaires. La régulatrice est à Rouen ; l'H. O. E.[2] est à Caen ; ses centres hospitaliers satellites sont à Mantes, Evreux, Bernay, Lisieux, Falaise, Villiers-le-Sec. Deux voies d'accès sont prévues : une principale et une accessoire, cheminant dans la zone de l'armée voisine avec laquelle il faudra s'entendre à ce sujet. Des stations de révision sanitaires sont prévues. C'est le 29 et le 30 septembre que l'effort initial de l'offensive a été donné. Le 28, un train de ramassage a été mis en route ; il a évacué 360 blessés en 14 heures de marche.

La gare régulatrice disposant de 15 trains, 6 ont été poussés vers Feux, Pont-Rémy, Amiens, Serqueux, les autres en réserve à Rouen. Les pertes ayant été de 3.770 dans ces deux journées, les trains sanitaires ont évacué en 48 heures 2.020 blessés et gazés.

On notera que les trains sont désignés par leur réseau d'origine, et numérotés de 1 à 300 pour les blessés couchés et au-dessus de 300 pour les mixtes. (P. O. 3. — Alsace-Lorraine 302).

En terminant, le distingué conférencier, qui a été sympathiquement écouté comme toujours, fait remarquer que si les gares régulatri-

ces ont été peu attaquées dans la dernière guerre, il en serait sans doute autrement dans une guerre où l'aviation de bombardement aurait des capacités d'agression considérables. Il est à présumer que la crainte des représailles calmerait l'ardeur offensive de l'ennemi. En tout cas, on pourrait envisager des gares régulatrices exclusivement sanitaires, qui seraient protégées par la Croix de Genève.

G. DUCHESNE.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Car depuis tant de vaines jongleries, tant de grâces et de grimaces, tant d'efforts vers l'originalité, tant d'exotisme et de littérature cinématographique, l'heure n'est-elle pas enfin venue d'une simplicité nouvelle, celle des époques où sans gesticulation, l'homme se penche sur son propre drame, avec les misères de ses cinq sens, avec l'enivrante misère de penser et d'être ému ?...*

(Marcel ARLAND).

DCXXVIII. — Marcel ARLAND. **Essais critiques.** Un volume 12 × 19. *Editions N. R. F.* Paris. 1931. 15 fr.

Un jeune homme, qui écrit des propositions aussi sensées que celles, que je lui emprunte à l'instant pour les fixer en épigraphe, est *a priori* capable de rédiger un bon livre. Les jugements, qu'il a rassemblés sous le titre d'*Essais critiques*, méritent bien en effet cette épithète. Une extrême clarté de jugement, quelques illusions de jeunesse et un ensemble de vues fort originales présentées avec ordre et agrément et exposées avec une saisissante maturité d'esprit. Pas de pédantisme, pas d'acerbes violences ; un ton toujours égal servi par une phrase mélodieuse et une très fine intelligence critique. Son explication des lubies, qui tourmentèrent les jeunes générations d'après-guerre, est d'une particulière clarté. Il est à l'égard des cancres d'une bienveillance manifeste : il excuse leurs tentatives littéraires et artistiques, en prêtant aux recherches, qu'elles traduiraient l'apparence de tentatives mystiques, à la poursuite d'une morale et d'une religion. Il veut oublier (et il réussirait presque, tant il a d'aimable talent à en persuader son lecteur) qu'un dogme religieux, artistique ou philosophique ne peut être pourtant improvisé par une poignée d'adolescents imberbes ! On n'est pas plus gentil pour les petits camarades fourvoyés dans les Lettres. Il est bien obligé de marquer tout ce que ces tentatives supposent d'artificiel ; la contrainte, la rigidité, la glaciale morphologie de ces synthèses, qui ont l'ingrate gaucherie et la forfanterie dyspnéique d'efforts pubertaires ! Ce compte, réglé avec les tâtonnements de sa propre génération, comme il est resté lui-même très alertement jeune, il se prend à « reviser » quelques valeurs classiques : Benjamin Constant, Barrès, André Gide, Francis Jammes. Puis, raccourcissant encore ses chapitres, il en fait des *Esquisses* consacrées à quelques grands écrivains contemporains : Léautaud, Colette, Mauriac, Bernanos et sa poche à fiel ; et effilant, enfin, encore un peu ses thèmes, clôture son livre par une série d'une vingtaine de *Propos* de quelques pages chacun, où il examine avec une originalité très personnelle quelques-uns des problèmes littéraires, qui ont agité le désœuvrement intellectuel des hommes au retour du fracas des lignes et de l'abêtissement du feu, quand ils reprirent contact, en 18, avec une vie neuve. Dans les différentes parties de son livre, il condense ou développe ses pensées avec une souplesse dialectique très remarquable, usant de formules neuves et limpides, d'une syntaxe sans apprêt, d'un style sans fioritures, clair et chantant comme une eau vive.

Son livre n'atteindra pas les tirages astronomiques des érotiques divagations, qui encombrent les vitrines, et garnissent le gousset de leurs auteurs. Il mérite de retenir votre attention et je suis heureux, dans le cadre exigu de ma Page, de l'assurer de notre reconnaissante sympathie puisqu'il prêche de la bonne façon le retour à une littérature saine : par l'exemple.

DCXXIX. — ARISTOPHANE. **L'Assemblée des Femmes.** Un vol. 22 × 28,5, tiré sur velin Vidalon à 500 ex. numérotés, illustré d'aquarelles et dessins à la plume de Paul Gervais. Reliure amateur, chagrin clair, tête dorée et coins allongés. *Editions Occitania.* Paris, 1932. 225 fr.

Monsieur Guitard, dont je vois encore dans sa claire librairie toulousaine de la rue Ozenne, la longue et fine silhouette glissant entre les piles de livres, avec une aristocratique discrétion, à pas feutrés, vient de se livrer avec la même souriante urbanité à la traduction de la célèbre comédie d'Aristophane. Guidé par cet amour du livre, qui semble être (tant il la pratique avec naturel dès qu'il les touche) passé jusqu'au bout de ses doigts, il a façonné pour votre joie une excellente présentation de sa version grecque. Le Docteur Paul Farez aux *Débats* avec sa

coutumière finesse et nombre d'autres chroniqueurs, maniant de leur côté avec une redoutable virtuosité le pavé de l'ours, vous ont dit de droite et de gauche le bien que l'on pouvait penser de cette édition. Ma tâche se trouve bien facilitée de la sorte. Le livre comporte une copieuse introduction, où Monsieur Guitard étend bien au delà des jalons nécessaires à la stricte délimitation de l'œuvre l'intéressant exposé de ses idées personnelles sur le théâtre grec. Sa traduction est extrêmement soignée. Pour quelques mots, il a été obligé d'avoir recours aux équivalents modernes de notre vocabulaire actuel et au glissement uni du texte, cela donne quelques rares ressauts, difficilement évitables. Regrettons ensemble de n'avoir pas eu à sa disposition le glossaire si nuancé de Rabelais ou de Montaigne. De même pour sa typographie, très intelligemment ordonnée, pouvait-on souhaiter peut-être qu'elle fût plus nue. Ces remarques, que je préfère ne pas vous laisser le soin de découvrir, valent pour l'illustration, qui est aussi de brillante qualité. Le « maître » Paul Gervais a glissé dans ses aquarelles très sûrement traitées avec de fidèles rappels de fresques bacchiques quelques teintes romantiques, qui ont une somptueuse richesse d'aniline estompée. Ses dessins à la plume (surtout pages 46, 70 88) sont d'un très sûr métier ; aussi comprend-on moins qu'il se soit laissé aller à présenter avec quelque dédain dans le trait la servante de la page 124, dont la jeunesse se serait certainement acommodée (puisque selon le texte elle chante, danse avec une exubérance robuste de femme ivre) de cette fermeté linéaire, qui donne même au vieillard de la page 44 tant de vivante expression. Je ne voudrais pas contrister par ces notations, qui sont la conclusion d'un examen attentif, l'artiste et l'helléniste, qui ont permis à l'éditeur la réalisation d'un ensemble où les qualités ont tant de vigueur qu'on se demande sottement pourquoi elles sont affligées par imperceptibles détails de ces fissures presque invisibles, qui compromettent parfois aux flancs d'un vase harmonieux la longue sonorité de son cristal.

DCXXX. — Yvonne Renault-Magny. — **Rayons X.** Roman, un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1932. 12 fr.

L'auteur est parvenu à écrire un roman touchant radiologues, radiologie et pathologie sans le grever de ces hérésies médicales énormes, qui ridiculisent tant d'œuvres de cette catégorie. Ce n'est pas son seul mérite : il l'a composé avec simplicité. Une certaine gaucherie intermittente, dont on ne sait si elle est voulue, renforce cette impression de pureté, de droiture, de sacrifice qui domine les actes et les pensées des trois protagonistes : le docteur Bernier qui fait table rase de sa sécurité physique, de son amour au profit de son métier ; la malade qui subit l'attirance de ce beau caractère et très humainement ne lui garde ensuite, dès que ronge le médecin la nécrose professionnelle, qu'une pensée distraite ; la religieuse, Sœur Saint-Roch qui a cette bonté attentive, si généreuse et si compréhensive des âmes vraiment chrétiennes, purifiées encore par le cloître, où la ramène la fin du livre.

DCXXXI. — Lucien Marsaux. — **La vie et la mort de Charles le Téméraire.** Un vol. 12 × 19. *Editions Alexis Redier.* Paris, 1932. 15 fr.

Marsaux, que son roman précédent des *Prodigues* avait déjà conduit à s'occuper des existences gâchées, consacre à la malencontreuse et aventureuse destinée du prince en qui s'éteignit la lignée des ducs de Bourgogne, un livre très coloré, violent comme une néfaste chronique de guerre, tourmenté comme la vie instable du héros que hante le désir frénétique d'une couronne et d'un trône.

DCXXXII. — Thomas Hardy. **Jude l'Obscur.** Roman. Un vol. 12 × 19 de 468 pages. *Editions Stock.* Paris, 1931. 30 fr.

Traduction intégrale de cette œuvre, où apparaissent avec force l'amertume, le pessimisme de Hardy. Ses personnages marchent, harassés, courbés sous la constante malédiction de leur destin. Quand ils s'arrêtent pour reprendre haleine, une hébétude les écrase. Et Hardy sur leur repos repromène sa loupe impitoyable, comme à la recherche de leurs tares secrètes, de leurs infortunes cachées, de leurs verrues, de leurs plaies, de leurs tourments et de leur minutieuse et grise résignation.

DCXXXIII. — Henri Schmitt. — **Une vocation.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions « Les Œuvres représentatives ».* Paris, 1932. 12 fr.

Plus exactement une vocation manquée, puisque ce jeune séminariste très sentimental se replonge avec délices et vocabulaire roucoulant dans une idylle d'une désespérante banalité.

DCXXXIV. — Louis Vaunois. — **Le roman de Louis XIII.** Un vol. 12 × 19 avec le fac similé d'une lettre autographe de Louis XIII à Richelieu. *Editions Grasset.* Paris, 1932. 15 fr.

Monsieur Vaunois n'a pas eu la prétention d'écrire une vie exacte du monarque. Il papillonne sur le règne et extrait fort alertement de son imagination les données historiques, qu'il accommode avec la féconde agilité d'un bourdon butinant les lys de France.

**Varia** ***

*Le Mercure de France* du 15 avril commente des trouvailles faites dans les archives de Dosteïevsky ; trace la biographie d'un obscur écrivain, bohème cocasse, mort de phtisie à Saint-Louis en 1864, et qui s'était fait une spécialité de piller les œuvres de ses amis : Antonio Watripon ; nous montre un aspect peu connu de Challemel-Lacour, préfet de Lyon, ministre des affaires étrangères, académicien qui fut en France le premier disciple de Schopenhauer. A Gabriel Brunet (absent de ce numéro et chargé au journal de la Revue de Littérature) vient d'échoir le prix de la *Critique littéraire.* Qu'il veuille trouver ici l'assurance de nos amicales félicitations... officielles et le souhait renouvelé de voir sortir bientôt le roman qu'il nous promet depuis de longs mois.

* *La Nouvelle Revue française* d'avril consacre un intéressant article à la pensée de Kierkegaard. Au sommaire encore, une rêverie adroitement construite de Jean Grenier sur le voyage ; trois courtes histoire schématiques de Jouve ; des notations très étudiées, parfois trop fignolées de Jouhandeau ; la fin d'un roman de Guilloux ; et un article très dense et riche de sève d'Albert Thibaudet traitant de : Langage, littérature et sensualité ; les Notes coutumières consacrées aux romans récents, et pour le théâtre à l'Œdipe de Gide et à La Belle au Bois de Supervielle.

* *L'Archer* de mars, donne des feuillets iné lits sur le général Pétain ; une bonne comédie de Ramet ; les propos mensuels de Campagnou réservés à la louange de Marcel Coulon ; la suite des souvenirs consignés dans le journal de guerre, à franc-parler, de Paul Voivenel ; et la pluie de flèches mensuelles.

* Le *Coup de patte* à l'approche des élections est absolument déchaîné.

20 avril 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES

## AUTOUR DES THÉATRES

### Au Théâtre Michel.

### « Folle de son Corps. »

*Comédie en 3 actes de* M. André BIRABEAU.

M. André Birabeau nous a fait refaire des mathématiques, car, durant toute sa pièce, il suppose le problème résolu ; ce problème consiste à imaginer deux femmes d'une ressemblance tellement frappante que les situations qui en découlent puissent s'admettre sans difficultés.

A l'inverse du postulat connu, le vraisemblable, là, se trouve être le vrai. Tout dépend donc d'un peu de bonne volonté de la part du public du Théâtre Michel et, comme c'est en général un public particulièrement averti des diverses pulsations de la société actuelle, de son rythme en surface, en profondeur et en valeur, M. Birabeau joue sur le velours.

Combien de fois avons-nous entendu et dit nous-même, confessons-le : il y a de moins en moins de différence d'allures entre une femme honnête et une femme facile ? Cette constatation favorise beaucoup, tout au moins, l'intrigue de la pièce car, pour ce qui est de la thèse, il semble que l'auteur aille plus loin encore, puisque, à la lumière des caractères admirablement travaillés, des faits lumineusement agencés, la femme honnête en dernier lieu perd de sa valeur morale et déchoit, tandis que la femme facile devient sage, affectueuse et peut-être fidèle. C'est ce seul dénouement qui peut expliquer un titre qui n'est nullement en rapport avec la majeure partie de l'action ; la pièce pourrait aussi bien, et mieux même, s'appeler : «La bourgeoise pervertie »ou « On risque de perdre à vouloir trop gagner ». Jugeons-en plutôt.

Antoinette (Mlle Spinelly) est richement et bourgeoisement mariée à Kit, qui aime sa femme sans complications d'aucune sorte. Or, au Palais de Glace où tous deux se divertissent en compagnie du marquis de Ploarec, le père d'Antoinette, survient un ancien ami de Kit : Benauge, qui l'a perdu de vue et l'ignore marié.

Il a rencontré Antoinette et affirme avoir passé avec elle quelques minutes, dans un endroit que la société réprouve et tolère à la fois. Confrontée, Antoinette s'indigne, nie et prouve l'erreur. Il y a donc une femme qui lui est semblable en tous points physiquement, un sosie parfait. On la trouve facilement : c'est une nommée Marie Poulet, et on est confondu par la similitude. Mais Kit ne s'en tient pas là : il entend et prétend annihiler à l'avenir toute possibilité de pareille méprise ; il met au vert la fille en lui meublant tout d'abord un appartement où elle sera surveillée dans sa réclusion, et lui achète ensuite une boutique de fleuriste pour la régénérer par le travail.

Mais de ce fait, Antoinette subit l'influence de cette situation ambiguë, viciée et énervante ; l'excitation cérébrale engendre assez rapidement chez elle de réels abandons que Benauge, le profiteur de son sosie, au début, encourage à plaisir et, tandis que Marie Poulet s'attache sincèrement à Kit, que les nouvelles allures de sa femme détachent de lui de plus en plus, Antoinette se laisse enlever par son séducteur, las pour le moment des proies faciles et des amours vénales.

Mlle Spinelly s'est dédoublée et a joué avec autant de perfection le rôle d'Antoinette et celu

de Marie Poulet ; la tâche était difficile, l'opposition étant à chaque moment totale au milieu des transformations morales progressives de ces deux personnages. Mlle Germaine Risse dans le rôle de la sœur d'Antoinette lui donne la réplique par instants et crée habilement l'ambiance. MM. Jacques Dumesnil, Jean Wal, René Blancard et Pierre Huchet sont excellents. C'est une comédie bien construite et bien menée, empreinte d'une fine observation.

Jean Séjournet.
de la Société des Auteurs

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Laboratoire d'hygiène.** — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de MM. les Docteurs Henry Thierry, inspecteur général honoraire des Services techniques d'hygiène de la Ville de Paris ; Cambessédes, Marcel Clerc et Neveu, assistants d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ; Navarre, chef des travaux de l'Institut d'hygiène et André Villejean, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le cours durera du 18 au 28 mai. Il comprendra des cours et démonstrations pratiques qui auront lieu chaque jour, de 16 à 18 heures, et une visite à une station de désinfection.

Seront admis les docteurs en médecine et les étudiants titulaires de vingt inscriptions, français et du sexe masculin.

Les inscriptions sont reçues les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4). Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

— **Démonstrations pratiques de technique biologique,** par les Professeurs Baudouin et Noël Fiessinger, avec le patronage des Professeurs Roussy et Lemierre et avec la collaboration des Agrégés H. Bénard, Gastinel et Oberling.

Ces démonstrations ayant pour but de fixer à la fois les détails techniques et les bases de l'application pratique, commenceront le 13 juin 1932, dans le laboratoire de pathologie générale à 15 heures et continueront chaque jour dans les laboratoires spécialisés.

Programme des démonstrations. — M. le Professeur Baudouin : Etude de la glycémie alimentaire, pathologique. Les épreuves sucrées ; glucose, lévulose, galactose. Calcémie et phosphore sanguin. Azotémie, azote résiduel, rapports azotés du sang et des urines. Chronaxie. — M. le Professeur Fiessinger : Morphologie sanguine. Leucocytes et cytologie. Hémolyse, résistance globulaire, groupes sanguins. Réactions diastasiques : oxydases, peroxydases, protéases, lipases. Chromométrie et bilirubimétrie. Epreuves d'exploration : phénolsulfonephtaléine, tétrachlorephtaléine, rose bengale, rouge congo. — M. H. Bénard, agrégé : Métabolisme basal : méthode en circuit fermé, en circuit ouvert. Tests hormoniques : diagnostic biologique de la grossesse. L'équilibre acido-basique, détermination du pH sanguin. Réserve alcaline, $CO^2$ alvéolaire, rapports chlorés, étude des urines dans les acidoses. L'équilibre lipo-protéidique, quotient albumineux, réfractométrie. Néphélémétrie, opacimétrie, spectro-photométrie. — M. Gastinel, agrégé : Hémocultures. Techniques d'isolement. Identifications rapides. Réaction de Wassermann. Benjoin colloïdal. Séro-diagnostics. Bactériophage et préparation des vaccins. — M. Oberling, agrégé : Méthodes de prélèvement et fixation. Technique des inclusions. Technique des colorations. Colorations électives. Lésions élémentaires : inflammation et dégénérescence. Interprétation d'une biopsie de cancer.

Certaines de ces démonstrations pourront être faites au lit des malades. Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 300 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Concours pour l'adjuvat.** — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 23 mai 1932, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1917.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au 14 mai inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1932.

— **Concours pour le prosectorat.** — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 30 mai 1932, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au 21 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1932.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Séance du 19 avril. Epreuve clinique. — MM. Meillère et Fèvre, 16 ; Huard, 18.

Séance du 21 avril. — MM. Reinhold, 15 ; Bauzet, 20 ; Gueullette, 18 ; Ménégaux, 20.

*Médecine opératoire.* — Questions données : « Ligature de l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle. — Désarticulation de Lisfranc. »

MM. Fèvre et Bauzet, 26 ; Gueullette, 25 ; Reinhold, Huard, Meillère et Ménégaux, 29.

— **Concours de pharmacien des hôpitaux.** — Classement des candidats : MM. Courtois, Kayser, Cordier.

— **Concours de l'Internat en pharmacie.** — Liste de classement des 36 candidats reçus au concours de l'internat en 1932 :

M. Truhaut, Mlle Carrette, MM. Goris, Le Bréhus, Devillers, Mlles Navarron, Masson, Duval, M. Blancher, Mlle Vidal, MM. Zolt, Gillet, Mlle Sarcher, MM. Meites, Geneslay, Lebret, Giudicelli, Mlle Morin, M. Dupeyroux, Mlle Boinot. MM. Ragot, Pelou, Chalchat, Banciu, Mlle Magdelaine, MM. Antoine, Perthuisot, Mlle Chiquet, MM. Bousser, Fauchet. Mme de Ginestet, M. Vaille, Mlle Patron, M. Harispe, Mlle Fourchotte, M. Ferrand.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — M. René A. Gutmann, médecin des hôpitaux, fera dimanche 8 mai à 10 heures très précises une conférence sur le *Diagnostic de l'Ulcère duodénal* (avec projections).

Amphithéâtre des Concours de l'A. P.

Entrée rue des Saints-Pères (angle boulevard Saint-Germain).

— **Hôpital de la Pitié** (Service du professeur Rathery). — La conférence de M. Derot sur le traitement de l'asthme a été reportée au dimanche 8 mai, à 10 h. 1/2.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Poitevin, de Rochechouart (Haute-Vienne) ; du Dr Garçot, de Nancy ; du Dr Frey, d'Airvault (Deux-Sèvres) ; du Dr Giral, de Nîmes (Gard) ; du Dr Rocquet, de Marchiennes ; du Dr Adolphe Bloch, de Paris ; du Dr Delespierre, de Wambrechies (Nord) ; du Dr Diehl Louis, de Reims, (Marne).

— **XIIe Réunion neurologique internationale annuelle.** — La Société de neurologie reprend la tradition de ses réunions internationales annuelles qui avait été interrompue en 1931, à l'occasion du Congrès international de Berne.

La XIIe réunion neurologique internationale se tiendra à Paris les mardi 31 mai et mercredi 1er juin 1932, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'hôpital (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières).

Les séances auront lieu le matin de 9 heures à 12 heures et l'après-midi de 15 heures à 18 heures.

La question suivante est mise à l'étude : Les épilepsies (acquisitions récentes concernant le clinique, l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement).

Rapporteurs : Pour le traitement chirurgical : M. Foerster (de Breslau) ; pour la pathogénie : M. Pagniez (de Paris) ; pour la clinique, l'anatomie pathologique et le traitement médical : MM. Abadie (de Bordeaux) et Crouzon (de Paris).

La Société, à l'occasion de la réunion neurologique internationale, entendra l'exposé des travaux du fonds Dejerine et du prix Charcot.

*Fonds Dejerine.* — M. Baudouin : Sur l'hyperpnée expérimentale. — M. et Mme Sorrel-Dejerine : Les paraplégies pottiques. — M. Cornil (de Marseille) : Classification anatomique des tumeurs de la moelle et de ses enveloppes.

*Prix Charcot.* — M. Alajouanine : La poliomyélite antérieure subaiguë.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *De Paris à Marseille en couchette.* — Les longs voyages ne fatiguent pas quand on dort ; on ne dort bien que couché ; le chemin de fer le permet.

Prix du supplément de couchette en première classe : compartiments à quatre places : 63 fr. 50 ; compartiments toilette à deux places : 79 fr. 40.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4261
Maison spéciale pour périodiques médicaux

tions concernant la même maladie. (*Question du* 10 *mars* 1932.)

*Réponse.* — L'assuré dont il s'agit ne peut actuellement bénéficier d'aucune prestation pour une maladie chronique dont le début est antérieur au 1er juillet 1930, puisqu'aux termes de l'article 4, paragraphe 8, de la loi du 30 avril 1930, les prestations de l'assurance-maladie ne sont dispensées que pendant le six premiers mois de la maladie.

(*J. O.*, 10 avril 1932.)

---

**Ce qu'il faut entendre par « abus caractérisés » en matière de soins aux pensionnés de guerre.**

15473. — M. René Coty demande à M. le ministre des Pensions et des Régions libérées : 1° ce qu'il faut entendre, aux termes de l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926, par « abus caractérisés » ; 2° si l'attitude d'un praticien devant la commission, eût-elle été inconvenante, peut, à défaut de tout autre élément, être retenue comme telle. (*Question dn* 25 *février* 1932.)

*Réponse.* — 1° Il faut entendre par « abus caractérisés » au sens de l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926, les abus qui ont été commis dans l'attribution aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, des soins prévus par ledit article ; 2° dans le cas particulier auquel se réfère l'honorable député, les intéressés, d'une part, le ministre des Pensions, d'autre part, ont fait appel de la décision prise par la commission tripartite départementale auprès de la commission supérieure, laquelle a réformé la décision de première instance.

---

**Droit de priorité des médecins mutilés dans les nominations à des emplois.**

15560. — M. Amat demande à M. le ministre des Pensions et des Régions libérées quels sont les droits de priorité qu'ont les médecins mutilés dans les nominations à des emplois médicaux soit départementaux, soit municipaux. (*Question du 3 mars* 1932).

*Réponse.* — Le droit de priorité dont disposent les médecins mutilés est celui qu'ils tiennent, en tant que mutilés, de la loi du 30 janvier 1923. Par ailleurs, une proposition de loi leur conférant des avantages particuliers est en instance devant le Sénat.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Sou médical)

*Admissions prononcées par le Conseil au cours de sa séance du* 19 *avril* 1932.

9.663 Renault, Quimper (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
9.664 Saussol, Les Issers (Alger), Syndicat d'Alger.
9.665 Poiteau, Bienvillers-au-Bois (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
9.666 Chevreau, Gap (Hautes-Alpes), Syndicat des Hautes-Alpes.
9.667 Mendegris, Belvèze (Aude), Syndicat de Carcassonne.
9.668 Ruet, Barcelonnette (Basses-Alpes), Syndicat des Basses-Alpes.
9.669 Lemicher, Tunis (Tunisie), Syndicat français de Tunisie.
9.671 Domergue, Duvivier (Constantine), Syndicat des médecins de colonisation.
9.672 Martin, Begard (Côtes-du-Nord), ancien membre du Syndicat de la Vendée.
9.673 Granel, Nîmes (Gard), Syndicat de Nîmes.

Ces admissions seront définitives quinze jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation (art. 6 des statuts).

# CORRESPONDANCE

## Médecine légale

### 2165. — Taxe des honoraires du médecin légiste témoin en Cour d'assises

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire si j'ai été exactement taxé par l'autorité judiciaire, dans les conditions exposées ci-dessous :

Appelé comme médecin-légiste à déposer en cour d'assises siégeant à 37 kilomètres de ma résidence pour exposer les constatations faites dans l'autopsie nécessitée par un meurtre.

L'autopsie, le rapport, les déplacements m'avaient été régulièrement payés ; ma demande se limite à mon voyage à C. au moment des assises.

J'ai quitté ma résidence à 9 heures du matin par la voie ferrée : j'étais convoqué à 13 h. 30 ; je ne suis rentré que le soir à 18 heures, premier train utile. Pour cela il m'a été octroyé 26 fr. 50 !

A la page 642 du livre Médecine légale du Professeur Balthazard, je trouve des renseignements qui paraissent aboutir à une somme un peu moins congrue ; avant de réclamer, je serais très désireux d'avoir votre opinion.

Dr L.

**Réponse**

Conformément à l'art. 21 du tarif des frais de

justice en matière criminelle, lorsque les experts sont entendus soit devant les cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 francs outre leurs frais de transport et de séjour s'il y a lieu.

D'autre part, conformément à l'art. 19, il est alloué aux experts, lorsqu'ils se déplacent à plus de deux kilomètres de leur résidence, si le voyage a été effectué par chemin de fer, une indemnité égale au prix d'un billet de première classe, calculé d'après le tarif réduit applicable au trajet aller et retour, à moins qu'ils ne bénéficient d'un transport gratuit ou réduit en raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la Compagnie de transport, et en vertu des lois en vigueur, auquel cas leur indemnité de frais de voyage est diminuée des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Enfin, l'art. 20 du tarif accorde aux experts une indemnité spéciale de 30 francs, si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 20 kilomètres de la commune de leur résidence.

A notre avis, vous auriez donc dû toucher en l'espèce 20 francs + 30 francs + le prix d'un billet aller et retour en première classe de L. à C.

## Assurances Sociales

### 2063. — Médecin non syndiqué et adhésion à la Convention. Versement de provision pour contrôle syndieal

1° Un médecin non syndiqué est-il obligé d'adhérer à la convention conclue entre la Caisse départementale des Assurances sociales et le Syndicat des Médecins de ce département, s'il désire être qualifié pour donner ses soins aux assurés sociaux ?

2° Est-il légal, et est-il indispensable que les médecins non syndiqués versent cent francs par an au Syndicat médical pour frais de contrôle ?

Dr C.

**Réponse**

1° Le médecin non syndiqué est obligé d'adhérer à la convention passée entre le syndicat et les caisses du département. Cette adhésion peut être donnée par lettre, adressée soit à la caisse départementale, soit au syndicat.

E le peut être également tacite, en ce sens que, du fait où le médecin traitant accepte de signer les feuilles d'assurances sociales, que lui présente son client, il se place personnellement sous l'empire de la législation des assurances sociales et notamment doit se laisser contrôler soit par la caisse, soit par le syndicat, comme l'exige la loi.

La convention intervenue entre la caisse et le syndicat constitue un contrat, au regard des

médecins syndiqués, qui doivent accepter les décisions de leur groupe ; elle constitue une stipulation pour autrui, au regard des non syndiqués, qui doivent se conformer aux termes de ladite convention, qui fixe le fonctionnement médical dans un département, pour les assurances sociales.

Le malade a le libre choix absolu de son médecin ; mais il ne peut prétendre au remboursement des indemnités mises à la charge de la caisse à laquelle il appartient, que si son médecin traitant accepte lui-même la législation des assurances sociales et notamment la convention syndicat-caisse.

2° J'ai toujours soutenu que, juridiquement, le médecin non syndiqué devait verser d'avance une provision, entre les mains du trésorier du syndicat, provision uniquement destinée à couvrir les frais du contrôle technique et des réunions du conseil de famille. J'estime que cette obligation forme un tout, avec les stipulations contenues dans la convention syndicat-caisse, au même titre que l'obligation à la juridiction du conseil de famille, etc.

Par réponse parue à l'*Officiel* du 18 mars 1932, le ministre du Travail est d'un avis opposé au mien. Une décision de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, en date du 25 janvier 1932 me donne également tort.

Néanmoins, j'estime que juridiquement, j'ai raison et je serais heureux que le litige soit tranché par un tribunal administratif, en l'espèce le Conseil d'Etat.

Sur cette discussion juridique, un article paraîtra bientôt dans le *Concours*. Il en résulte que, personnellement, je ne puis qu'engager mes confrères non syndiqués à verser leur quote part provisionnelle, pour le fonctionnement du contrôle, du moment où ils ne peuvent pas se soustraire à ce contrôle institué par la loi et surtout, assurés qu'ils sont que l'argent ainsi versé ne pourra, en aucun cas, être utilisé par le syndicat pour un autre but que celui du contrôle et de la réunion du conseil de famille.

Dr Paul BOUDIN.

### 2469. — Catégorie d'une assurée sociale. Avantages en nature

1° Quelle est la part à verser mensuellement par le patron pour l'assurance sociale d'une femme de chambre (à la campagne), dont le salaire en espèces est de 150 fr. ?

2° A combien doit être évaluée la nourriture ?

Dr G.

Réponse

Dans les communes de moins de 5.000 habitants, les avantages en nature dont bénéficient les salariés (nourriture, logement, avantages accessoires) sont évalués forfaitairement, confor-

mément au décret du 14 mai 1930, à 90 francs par mois.

En ajoutant à cette somme, le salaire mensuel de 150 francs de la femme de chambre dont il est question dans votre lettre, on obtient une rémunération totale de 240 francs par mois, ou 2.880 francs par an, qui classe la salariée dans la deuxième catégorie de l'article 2, § 2 de la loi sur les assurances sociales.

La cotisation mensuelle à payer par l'assurée sera de 12 francs et celle à la charge de son patron de même somme, ensemble 24 francs soit 288 francs par an.

---

## Application du Tarif des Accidents du travail

**2205. — A propos des régions où l'indemnité kilométrique était de 1,80 depuis 1926.**

Je vous remercie de la note que vous avez bien voulu me faire tenir par l'administration du *Concours*.

Ainsi donc le nouveau tarif des accidents du travail donne : Consultation et pansements, 15 francs ; deux certificats, 8 francs.

Mais pour la question indemnité kilométrique, je reste surpris de constater que dans notre pays de montagne, nous ne percevions que 1 fr. 50, alors qu'antérieurement nous étions indemnisés à raison de 1 fr. 80.

N'y a-t-il pas là une erreur ?

J'ai toujours établi mes notes sur le tarif de 1 fr. 80 et jamais une Compagnie d'assurances n'a élevé la moindre protestation. Il faudrait donc désormais compter sur 1 fr. 50. C'est paradoxal.

Dr B.

**Réponse**

Si vous touchiez 1 fr. 80, dans votre région, vous auriez encore touché le même prix si la Commission en avait été prévenue par la Confédération, *sur déclaration de votre Syndicat*, comme l'ont fait d'autres que vous trouvez *en annexe* du tarif Landry.

Demandez à votre Syndicat de nous donner des arrondissements, ou cantons où le prix de 1 fr. 80 était en cours auparavant.

La Commission en sera saisie ultérieurement.

Dr F. Decourt.

---

**2257. — Visite à un blessé pour certificat de guérison**

Le *Concours* du 3 courant page 1105, nº 1601 signale le cas d'une Compagnie d'assurances refusant de régler le prix d'une dernière visite à un blessé guéri.

Pareille aventure m'étant arrivée, je signale que je m'en suis tiré en écrivant à la Compagnie : « Je suis d'accord sur le point de droit : vous ne me devez donc rien. A l'avenir, j'attendrai à mon cabinet que le blessé consente à y venir chercher son certificat de gué-

rison ; de ce fait, vous aurez une visite de moins à payer, et sans doute une quinzaine de demi-journées en plus. » J'ai été payé par retour du courrier.

Dr P.

**Réponse**

Le médecin doit aller voir à domicile le blessé quand celui-ci « ne peut se présenter à la consultation, sans inconvénient pour sa santé » (art. 2).

Il est évident que pouvant reprendre son travail, il peut se déplacer. Quant à savoir s'il y a intérêt pécuniaire pour la Compagnie ou non à payer une telle visite, ce n'est plus de notre ressort.

Dr F. Decourt

## Questions médico-militaires

### 397. — Situation militaire des pères de quatre enfants

L'Agenda-Memento 1932 indique, à la page 305, que « les pères de quatre enfants vivants sont classés, « dès la naissance de leur quatrième enfant, dans la « classe la plus ancienne de la deuxième réserve... « Les déclarations de naissance sont à faire au Bu- « reau militaire de la Mairie. »

J'ai trois enfants vivants, le quatrième doit naître prochainement. Médecin-lieutenant de réserve, classe 1915, je ferai donc partie de la classe 1902, dès la naissance de mon quatrième enfant. Est-ce exact ?

D'autre part, il n'existe pas de Bureau militaire à la Mairie de ma résidence. Suis-je tenu à prévenir directement la Direction du Service de santé, qui est mon centre mobilisateur, de la naissance du quatrième enfant ?

Peut-il en résulter pour moi un changement d'affectation, en cas de mobilisation éventuelle, (date de départ, etc.) ?

En ce qui concerne l'affectation, est-il tenu compte, outre les charges de famille : 1° du temps passé comme médecin de bataillon pendant la dernière guerre ; 2° du titre d'interne des hôpitaux d'une ville de Faculté, et du titre de médecin-chef d'un dispensaire polyvalent d'hygiène sociale ?

Dr A.

**Réponse**

Qu'il y ait ou non à votre mairie, un bureau spécialisé dans les affaires militaires, c'est votre mairie qui est chargée de ces affaires.

Vous pourrez toutefois en avertir aussi votre Directeur du Service de santé. Vous serez classé avec la classe 1903 (1902 étant libérée) et avec celle-ci vous attendrez que votre classe 1915 soit à son tour libérée, ou celles qui deviendront successivement les plus anciennes.

Demandez à votre Directeur de tenir compte de votre nouvelle situation de famille pour votre

affectation en cas de mobilisation ; on tient compte surtout de vos titres de faculté pour vous affecter à des fonctions plus importantes dans les formations sanitaires.

---

### 516. — Situation du médecin de réserve démissionnaire

Je fais partie de la classe 1913 et n'ai été incorporé qu'en 1916 (août) à la suite de plusieurs ajournements. Je suis actuellement médecin lieutenant et ai cinq enfants mineurs. Je crois savoir qu'en cas de mobilisation je pourrais (étant officier) être affecté à n'importe quelle formation. Je désirerais savoir si, en donnant ma démission, et étant de ce fait ramené au grade de médecin auxiliaire, je pourrais être affecté à une formation de l'intérieur puisque je pourrais bénéficier du recul des classes.

Dr G.

**Réponse**

Si vous donnez votre démission d'officier, vous serez en qualité de médecin auxiliaire, appartenant de par vos enfants à la classe la plus ancienne de la deuxième réserve, laissé par le recrutement « sans affectation ».

C'est-à-dire qu'on vous utiliserait, en cas de mobilisation, suivant les besoins du moment, mais de préférence à l'intérieur.

### 740. — Victime civile de la guerre

Peut-on considérer comme victime civile de guerre, et donc comme candidat éventuel aux emplois réservés, un homme qui en 1920, âgé de 18 ans, était employé, salarié comme gardien d'un camp de munitions, par l'armée anglaise et qui, blessé au camp par une explosion, a été amputé de trois doigts et est depuis pensionné par le War Office ?

Dr C.

**Réponse**

Oui, on peut considérer comme victime civile de guerre, l'homme auquel vous vous intéressez.

Art. 2. — Loi du 24 juin 1919 :

« Sont réputées comme victimes civiles de guerre... les blessés, « même après la fin des opérations militaires par des explosions de projectiles, des éboulements ou tous autres accidents pouvant se rattacher aux évènements de guerre. »

Il faudrait alors que l'intéressé fit instruire son dossier de victime civile par demande à la Préfecture en mentionnant sa pension anglaise.

---

### 480. — Pension d'un médecin-lieutenant réformé à 100 pour cent

Réformé de guerre (médecin lieutenant 2e échelon) le taux de mon invalidité vient d'être porté à 100 %. Quelle est le montant annuel de la pension correspondante ?

2° Quelles sont les allocations ou prérogatives correspondant à ce taux d'invalidité dont je puis demander le bénéfice ? Dr G.

**Réponse**

Vous avez droit à la pension d'invalidité de lieutenant, deuxième échelon à 100 % 3.850 fr.
Plus 140 % du taux de soldat..... 3.360 »
Plus indemnité de grands invalides. 1.500 »
8.710 fr.

### 783. — Démission d'un élève de l'Ecole du Service de santé militaire

Un élève de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon a-t-il le droit de démissionner aussitôt après sa thèse, avant d'entrer au Val-de-Grâce ?

Dr C.

**Réponse**

Non, puisqu'à son entrée à l'Ecole il a signé un engagement pour une durée égale au temps qui doit s'écouler jusqu'à sa sortie de l'Ecole, augmenté de six ans (art. 30 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée).

### 617. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

Classe 1912, mobilisé en septembre 1914, médecin-auxiliaire en mars 1916, Docteur en médecine en juillet 1921, je suis toujours médecin auxiliaire.

En janvier 1927 ou 1928, je reçus un papier de la Direction du Service de santé de la Région, m'invitant à faire une demande pour être nommé médecin sous-lieutenant de réserve.

Avant de prendre une décision , j'écrivis à la Direction pour demander si je serais astreint à faire des périodes.

On me répondit affirmativement.

Cette perspective ne me plaisant guère et mécontent d'autre part qu'on ne songeât à moi comme officier de réserve qu'au bout de 12 ans comme médecin auxiliaire et après 7 ans de doctorat en médecine, je ne fis aucune demande.

L'année suivante, même papier de la Direction, même abstention de ma part.

L'été dernier, inquiet des rumeurs de guerre entendues de tous côtés, je me décide à faire une demande.

Depuis lors pas de nouvelles. La Direction me tient peut-être rigueur de mon silence.

Peut-être y aurait-il lieu de renouveler ma demande ou de me présenter directement à la Direction du Service de santé. Qu'en pensez-vous ?

Mais avant de faire une démarche dans ce sens, je désirerais savoir également :

1° Pour quelle raison, je n'ai pas été nommé *automatiquement* officier de réserve sitôt mon doctorat en médecine alors que j'étais déjà médecin auxiliaire, depuis 5 ans. Je suis ancien régime études médicales. Un confrère m'a dit que de ce fait, il fallait

une demande de ma part pour être nommé. Est-ce exact ?

2° Pourrais-je espérer en raison de mon ancienneté de médecin auxiliaire, ayant fait la guerre (trois ans dans une Auto-chir, cinq mois dans un régiment d'infanterie), être nommé très vite à deux ficelles ?

3° Dans le cas contraire ne croyez-vous pas que j'aie avantage à rester sous-officier, puisque je serais ainsi dégagé de toutes obligations militaires à 50 ans et peut-être avant ? (ayant deux enfants), et qu'en cas de guerre je serais, je suppose, nommé immédiatement médecin sous-lieutenant.

Dr R.

**Réponse**

1° La promotion au grade de médecin sous-lieutenant n'est jamais automatique. L'intéressé doit en faire la demande. Mais pour faciliter le recrutement des médecins de réserve, les Directeurs de région, lorsqu'ils sont informés des thèses soutenues, par les secrétaires de facultés, envoient l'invite que vous avez reçue.

Une fois la demande faite par le candidat, il faut constituer un dossier, qui sera ensuite soumis au ministre pour préparation du décret de nomination. Ce dossier renferme des pièces d'état civil, le certificat de médecin auxiliaire, copie du diplôme de doctorat, enquête d'honorabilité, etc. Il est assez long à constituer. Renouvelez donc votre demande ou mieux, passez à la direction.

2° Si vous ne faites aucune demande spéciale de maintien, vous serez, même comme officier, dégagé de toutes obligations militaires en même temps que les hommes de votre classe, quel que soit le nombre de vos enfants, à moins d'avoir six enfants. Le nombre des enfants à part cette exception, permet seulement d'atteindre plus vite la deuxième réserve, mais sans être dégagé plus tôt.

Une fois promu sous-lieutenant, vous bénéficierez de deux années d'ancienneté en raison de vos études (ancien régime) ; vous passerez donc à deux galons au bout de deux ans, après avoir effectué une période d'instruction.

**692. — Situation des sursitaires. Père de 3 enfants**

Je vous remercie d'abord de vos précieux et nets renseignements au sujet d'un de mes clients réformé pour maladie d'Addison et pour lequel, j'ai suivi vos indications.

Aujourd'hui ce serait de ma propre situation militaire que je voudrais vous parler, alerté (si le mot est juste) ce soir par un ami pharmacien qui m'a dit qu'on n'était plus mobilisable comme soldat ou sous-officier après 48 ans. Je croyais que c'était 50 ans.

Or, voici mon cas. J'appartiens par l'âge, à la classe 1908, classe de recrutement, mais comme j'ai obtenu deux sursis comme étudiant, j'étais classe 1910 (classe de mobilisation). On m'assure et je vous prie de me le confirmer ou de l'infirmer avec références à l'appui, que depuis la guerre, cette distinction entre classes de mobilisation et de recrutement a été abolie et que tout le monde appartient à sa classe de recrutement ou plutôt de naissance.

D'autre part, je suis père de trois enfants, l'un de 20 ans, l'autre de 12 ans, le dernier de 4 ans. On dit que chaque enfant nous vieillit au point de vue militaire de deux ans. (Est-ce exact, est -ce surtout vrai pour celui de 20 ans, étudiant en médecine ?)

Dans ce cas, j'aurais comme militaire 49 ans, car mes 43 ans sont révolus depuis le 15 septembre.

Je ne serais donc plus mobilisable comme soldat ou médecin auxiliaire, grade auquel je serais nommé d'office si je donnais ma démission de médecin capitaine de réserve.

Ayant fait toute la guerre 1914-1918, pour n'en retirer aucun profit, n'ayant aucune envie d'en faire une nouvelle en compagnie de mon fils aîné, si j'étais sûr d'être non mobilisable comme homme de troupe ou sous-officier, je serais prêt à donner ma démission, d'autant plus que mon état de santé que j'ai toujour hésité à faire contrôler par une commission de réforme, est précaire et le devient particulièrement depuis un an environ.

Prière de me renseiger aussi exactement que possible. L'exposé de mon cas peut servir à d'autres au besoin.

Dr X.

**Réponse**

Les jeunes gens qui ont obtenu des sursis d'incorporation sur leur demande, suivent le sort de leur classe d'âge (à partir du moment où ils ont rempli leurs obligations dans le service actif et dans la disponibilité) (art. 23 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée).

Vous avez donc repris le sort de votre classe d'âge 1908 ; vous serez dégagé de toutes obligations le 15 octobre 1937.

A part le cas de six enfants (libération immédiate), le nombre des enfants vous fait classer plus vite dans la dernière classe mobilisable, mais ne vous fait pas libérer plus tôt de tout service.

---

## Accidents du travail

### 2936. — Revision de rente pour aggravation. Frais médicaux

Un blessé tombe d'un échafaudage le 19 juin 1931, se déchire le tympan, se fracture la mâchoire inférieure avec bris de plusieurs dents, fait des accidents phlegmoneux au niveau du masséter, finalement peut être consolidé en novembre, et obtient en février 1932, une rente de 25 % (15 pour surdité d'une oreille, 10 pour contracture des mâchoires.)

Depuis novembre, nouveaux accidents infectieux du côté de la mâchoire que j'ignore, jusqu'au début d'avril où je suis rappelé pour phlegmon de la mâchoire avec écoulement de pus le long d'une dent brisée par le traumatisme et non extraite.

Je rédige un certificat d'aggravation qui est déposé à la mairie et dont j'envoie une copie à l'employeur.

Voici le texte de la lettre que je viens de recevoir à ce sujet du siège central de la Compagnie d'assurances.

Paris, le 13 avril 1932,

*Avis important.*

« *En application de l'accord intervenu entre la Réunion des Assureurs et la Confédération des Syndicats médicaux.* la Compagnie informe Monsieur le Dr B. qu'elle ne se reconnaît pas débitrice des soins médicaux donnés à Monsieur C. en suite de l'aggravation signalée dans votre certificat du 7 avril.

« Le nom du pharmacien qui délivre les médicaments étant inconnu, M. le docteur est prié de bien vouloir, pour l'édification de ce pharmacien, porter sur ses ordonnances concernant le dénommé ci-dessus, la mention suivante : responsabilité contestée par la Société d'assurances ».

Quel est cet accord invoqué par la Compagnie intervenu entre la réunion des assureurs et la Confédération des syndicats médicaux ?

Je connais la loi de 1898, dont un article — je ne sais au juste lequel — prévoit l'aggravation d'un blessé après jugement intervenu.

En quoi l'accord invoqué ci-dessus, s'il existe, peut-il modifier une loi ?

Dr B.

**Réponse**

La Compagnie d'assurances fait allusion, dans sa réponse, à un accord intervenu entre la Réunion des Assureurs et la Confédération des syndicats médicaux, aux termes duquel, dès que le droit de l'accidenté paraîtra contestable, la Compagnie devra prévenir désormais le médecin traitant.

C'est par application de cet accord qu'elle vous prévient. Mais cet accord n'a pas et ne saurait avoir pour effet de retirer au blessé un droit que lui donnerait la loi.

En réalité, en cas d'aggravation d'une incapacité permanente de travail, donnant ouverture à la procédure de révision, les frais médicaux ne sont jamais à la charge du patron ou de la Compagnie d'assurances, pas plus que l'indemnité temporaire, dont ils ne sont que l'accessoire. D'après une jurisprudence récente de la Cour de cassation, que vous pourrez lire prochainement dans le *Concours médical,* il est seulement possible au tribunal d'allouer au rentier du travail une indemnité équivalente aux deux tiers du salaire et, au moyen de cette allocation, il aura à rémunérer son médecin et son pharmacien.

La Compagnie, en l'espèce, est donc fondée à ne pas se reconnaître débitrice des soins que vous avez donnés à votre client.

---

**2183. — Accident survenu à une cultivatrice**

Mme X., qui n'est pas ouvrière, mais patronne, a une assurance individuelle dite « assurance agricole loi ».

J'envoie à la Compagnie d'assurances ma note d'honoraires au tarif ordinaire syndical. Elle refuse de payer, et la réduit au tarif accidents du travail.

Quelle est la jurisprudence à ce sujet ? Que me conseillez-vous de faire ?

Je vous remercie des renseignements que vous avez bien voulu me donner pour le cas précédent, qui est à peu de chose près identique à celui-ci.

Dr A.

**Réponse**

La loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ni taxé les honoraires du médecin-traitant choisi par le blessé. Ce qu'elle a simplement limité et taxé, c'est la part de ses honoraires qui doit être supportée par le patron responsable.

La loi sur les accidents agricoles qui a accordé au patron agriculteur la faculté d'adhérer personnellement à la loi, n'a apporté aucune dérogation à ce principe. Par conséquent, lorsque vous soignez un blessé du travail quelconque, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'un patron agriculteur assujetti volontairement à la loi, vous avez toujours le droit de le considérer comme un client de droit commun et de vous faire payer *par lui* selon votre tarif syndical. Mais si d'autre part, il a été prévu dans la police d'assurance que les frais médicaux seraient supportés par la Compagnie dans les limites fixées par le tarif des accidents du travail, vous ne pouvez réclamer à l'assurance plus que ce à quoi elle est tenue envers son assuré, aux termes du contrat.

Il en résulte qu'en l'espèce, si vous êtes fondé à exiger le paiement intégral de votre note à votre tarif syndical, la Compagnie, de son côté, ne peut être tenue à vous payer plus que le tarif des accidents du travail.

Nous vous conseillons donc d'accepter le règlement qui vous est proposé par l'assurance, mais en prenant soin de faire toutes réserves sur la quittance que vous lui donnerez de vos droits au paiement du solde de vos honoraires par la blessée elle-même. Après quoi vous pourrez exiger de la blessée personnellement le paiement de la différence entre la somme qui vous aura été ainsi payée par l'assurance et le montant de votre note établie conformément au tarif syndical.

Si la blessée refuse de payer personnellement ce complément, veuillez nous en aviser et nous pourrons soumettre l'affaire à notre Conseil d'administration.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

***NOTA.* — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.**

MM. les docteurs :

**Annecy.** J. Cons, Lortet.
**Besse** : Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche) J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Malche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Pau.** Cornet. Sendral.
**Rousses (les).** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianès.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panir, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barrand G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Lacanau.** Dubrocs.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
**Palavas-les-Flots** : Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Roscoff.** Bagot. Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer** (Calvados). Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau.
**St-Georges de Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn. enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E Plichon (*Y. O. R. L.*).

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Études du *Concours médical*, de MM. les Drs ACHARD, d'Aïn-Temouchant ; CHAZELON, de Viviers et TRIQUENAUX, d'Avesnes-sur-Helpe, la somme de cinquante-cinq francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 156. — A céder après décès survenu en avril, cab. méd. génér. dans ville agréab. à 1 h. Paris. S'ad. Mme Lucas, 35, rue des Doméliers, à Compiègne.

No 157. — A céder nombr. appareils thermoth., mécanothér., électrothér., actinothér., hydrothér. Conditions exceptionn.

No 158. — Méd. recomm. pour garçonnets séjour au grand air, dans les pins, à 5 km. du Bassin d'Arcachon, situat. excell. S'ad. Mme Lacape, à Carquillas, par Lanton (Gironde).

No 159. — Lyon. A vendre Citroen C4, cond. intér. parf. état., moteur entièrem. revu, roulé 25.000 km. Prix 12.000.

No 160. — Pour saison prochaine, villa meublée à louer à La Baule. Cuisine, salle à manger avec véranda, cinq ch. de maître, salle bains, ch. bonne, garage, eau, gaz, électr. Prix modéré. S'ad. Dr Poingt, à Montreuil-Bellay (M.-et-L.)

No 161. — Paris. A céd. client. de 30 ans, méd. génér. de quart. Prod. import. Appartem. 6 p. Prix 100.000 dont 70.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 162. — Rég. Parisienne, jolie résid. près ville, bon poste anc. à céder cause décès. Indemn. minime. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 163. — Jura. Client. rurale, seul méd. propharm. dans centre tourist. import. Maison 10 p. grand confort. Indemn. 30.000, moitié compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

## Renseignements

**La Bourboule.** — Maison médicale p. enfants. Tout confort. Cures therm. et clim. Pour tous renseign. et prospectus, s'ad. Dr Barthomeuf, Sanguinet (Landes).

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs CHARMOT et ROZET.

**Formule simple et efficace.** Dans toutes les gastralgies, sucer 4 à 5 PASTILLES DE MANGAINE, en dehors des repas, en choisissant les moments de douleurs.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le Congrès international de l'asthme.** — La renommée de la célèbre station dénommée « Providence des asthmatiques » apporte un appoint considérable à l'intérêt de ce Congrès. C'est ce qui permettait d'en prédire le succès à l'avance. Ce succès est dès aujourd'hui certain, le nombre des congressistes dépassant déjà les prévisions.

Mais il faut insister sur l'importance scientifique de cette manifestation. L'ensemble des vingt-six rapports présentés au Congrès et tous signés par des maîtres éminents, tant français qu'étrangers, spécialisés dans l'étude et le traitement des affections des voies respiratoires, fait un volume qui dépasse 550 pages. C'est jusqu'ici le record du genre.

Le choix des rapporteurs et des sujets traités est l'œuvre de l'éminent président du Congrès, le professeur Fernand Bezançon, membre de l'Académie de médecine, qui a tenu à ordonner lui-même ce Congrès de la façon la plus scientifique. Et c'est déjà là une œuvre magistrale.

Nous rappelons la date du Congrès qui se déroulera les 4 et 5 juin. Les adhésions sont reçues jusqu'au 25 mai au secrétariat du Congrès, 19, rue Auber, à Paris.

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Docteur Carlo Radonicic, doyen de la Faculté de médecine de Zagreb, a fait au petit amphithéâtre de la Faculté deux conférences : la première, le mardi 10 mai, sur *La pathologie circulatoire du foie en clinique*, et la seconde, le jeudi 12 mai, sur les *Nouvelles méthodes d'examens clinique et radiologique du foie.*

— **Maison du médecin.** — La tombola au profit de la Maison du médecin a été tirée à la Faculté de médecine, le 7 mai. La vente de Charité a été très suivie et particulièrement brillante.

— **Journées médicales de la Faculté libre de médecine de Lille.** — Ces journées auront lieu le samedi 4 et le dimanche 5 juin 1932.

Le Docteur Guy Laroche, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon, fera une conférence sur « Les données récentes sur les hormones hypophyso-génitales et les déductions thérapeutiques qu'elles comportent », et le Docteur Cuvier (de Bordeaux) parlera sur « Le traitement du cancer ».

— **Monument Gustave Dron.** — La « Fédération des œuvres d'hygiène sociale » de Tourcoing, pour commémorer l'œuvre du Docteur Gustave Dron, son regretté Président-Fondateur, ancien maire de Tourcoing, ancien sénateur du Nord, vient d'éditer

une brochure faisant connaître les institutions dont il a été le créateur.

Elle a décidé d'ouvrir une souscription pour l'érection d'un monument à Gustave Dron.

— **Paris.** — *Médecin de l'état civil.* — Le Docteur Forestier est nommé médecin de l'état civil du XIVe arrondissement, en remplacement du Docteur Meurisse, démissionnaire.

— **Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé de la région de Paris.** — *Programme des exercices pratiques* (communs aux quatre Ecoles) qui auront lieu au Grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, aux dates et heures ci-après :

Dimanche 22 mai 1932, à 9 h. 30 : Exercice pratique par M. le Médecin colonel Schickelé, chef de la Section technique du Service de santé : « Exercice sur le fonctionnement des évacuations secondaires sur l'intérieur du territoire. »

Dimanche 19 juin 1932, à 9 h. 30 : « Les évacuations sanitaires par eau ». Exercice pratique par M. le Médecin commandant Sabrie, de la Section technique du Service de santé.

— **Société amicale des médecins alsaciens.** — La prochaine réunion aura lieu le samedi 21 mai à Nancy, au restaurant Walther, place Stanislas, à 19 h. 30. Tenue de ville. Elle sera suivie le lendemain dimanche d'une excursion dans la région.

Les dames et les confrères d'Alsace et de Lorraine y sont tout particulièrement invités.

Prière de vouloir bien envoyer son adhésion le plus tôt possible pour faciliter l'organisation du transport et du séjour 9, rue d'Astorg, Paris VIIIe.

— **Bordeaux.** — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est ouvert le mardi 12 avril à l'Hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Le jury était composé de MM. Bégouin, Guyot, Rocher, Lacouture, Lefèvre, Parcelier, Loubat, Rabère et Bonnin. Les questions et les notes ont été les suivantes :

*Epreuve écrite.* — Les suppurations pelviennes d'origine génitale chez la femme (étiologie, diagnostic, traitement.) Ont obtenu : MM. Magendie, 19, Dubourg, 17 1/2, Auché, 15 1/2, Guérin, 12, Lescale, 10.

*Epreuve orale.* — 1re série : Creux sus-claviculaire. Syndrome de Volkmann. MM. Magendie, 16 ; Auché, 13 1/2. 2e série : Morphologie extérieure et rapports du pancréas. Diagnostic et traitement des calculs du cholédoque. MM. Dubourg, 16, Guérin, 14.

*Première épreuve clinique.* — 1re série : Malade atteint du cancer ano-rectal, avec gros foie. (Maxi-

mum 15.) MM Auché, 8 ; Magendie, 14 1/2. 2e série : Malade atteint de lymphogranulomatose bénigne. MM. Guérin, 8 ; Dubourg, 13.

— **Croisière des grandes vacances en Mer Baltique.** — Le Comité des Croisières médicales françaises nous informe qu'il a fait affréter directement pour lui le *S/S Cuba* de la Compagnie Générale Transatlantique, qui partira du Havre le 14 juillet pour les fjords de Norvège les plus caractéristiques : Koperwich, Bergen, Le Songfjord, Gudwangen, Baiholm, Lœn, et Oslo la capitale ; puis, Stockholm, la Finlande, Dantzig et Copenhague. Retour au Havre le 4 août.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, à Paris. Téléphone : Odéon 20-63.

Les demandes seront classées d'après leur ordre d'arrivée.

— **Le concert de l'Orchestre médical.** — Donné le 2 mai dernier dans la Salle des concerts du Conservatoire, il a remporté un succès justifié par la qualité, tant des exécutants que d'un programme dont la tonalité mélancolique prédominante, avec l'ouverture d'*Egmont*, les passages de *la Lépreuse* et l'Ouverture de *Manfred*, doit à leur mode mineur d'exprimer de préférence la tristesse.

La Danse 17 du *Prince Igor*, de Borodine, avec son rythme entraînant et ses timbres éclatants, termina, par une joyeuse évocation, une soirée à laquelle un auditoire choisi et élégant apporta sa sympathique attention, et ses applaudissements réitérés.

Félicitons le Docteur PACAUT du résultat qu'il a obtenu du groupement symphonique de toutes nos bonnes volontés médicales. Sa baguette le conduit expertement dans l'exécution, délicate pour des amateurs, de morceaux dont se parent habituellement les programmes des grands concerts. Félicitons aussi Mme VAUTIER-FOURNIER, dont l'archet vibrant triompha aisément des difficultés techniques du Concerto de Lalo, Mme DEPAUX-DUMENIL, interprète inspirée de la Lépreuse, M. RAZAVET, chantre talentueux du *Poème de l'Amour et de la Mer*, de Chausson. Et félicitons surtout notre ami Louis-Henri Destouches, dont la douce ténacité, la patiente opiniâtreté, vainquent tous les obstacles et maintiennent, en une vitalité dont nous avons pu goûter la qualité, cet Orchestre que nous contribuâmes à créer ensemble voilà 22 ans, et dont sa foi artistique et son feu sacré musical savent animer les manifestations. (G. D.)

— **Fiançailles.** — Nous avons le plaisir d'annoncer les fiançailles de Mademoiselle SUZY SAINT GIRONS, fille du docteur Saint Girons, chef de laboratoire de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades, avec Monsieur CLAUDE PINARD.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

27 AVRIL

**Enseignement de la médecine.**

Sont nommés pour une période de neuf ans, agrégés près la Faculté de Paris (emplois vacants) : MM. Halphen, oto-rhino-laryngologiste et Troisier, pathologie expérimentale et comparée.

30 AVRIL

**Médecine et pharmacie aux colonies.**

*Décret du 25 avril 1932 réglementant le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses en Afrique Occidentale française.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

*Décret du 25 avril 1932 relatif à l'exercice de la médecine en Indochine.*

*Rapport au Président de la République française.*

Paris, le 20 avril 1932.

Monsieur le Président,

Le décret du 16 avril 1924, réglementant l'exercice de la médecine en Indochine par les médecins diplômés de l'école de médecine d'Hanoï, dispose que les médecins indigènes diplômés de cette école peuvent exercer librement leur art sous condition d'une autorisation préalable.

L'interprétation stricte de ce texte réserverait cet avantage aux seuls praticiens indochinois sujets ou protégés français et en priverait ceux d'entre eux qui ont obtenu la nationalité française. Telle n'était certainement pas l'intention du rédacteur du décret ; cependant il paraît utile de préciser que les dispositions bienveillantes de ce texte s'appliquent à tous les médecins d'origine indochinoise, quel que soit leur statut personnel (sujet, protégé, ou citoyen français).

Tel est l'objet du projet de décret ci-joint que j'ai l'honneur de soumettre à votre signature.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

*Le ministre des Colonies,*
DE CHAPPEDELAINE.

*Décret du 25 avril 1932.*

Art. 1er. — Le décret susvisé du 16 avril 1924 est complété ainsi qu'il suit :

*Art. 5 bis.* — Les dispositions ci-dessus s'appliquent à tous les médecins asiatiques, d'origine indochinoise, quel que soit leur statut personnel (citoyens, sujets ou protégés français).

(Le reste sans changement).

Art. 2. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

1er MAI

**Enseignement de la médecine.**

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique médicale à l'Ecole de Besançon, s'ouvrira le lundi 14 novembre 1932 devant la Faculté de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Déduction des versements pour constitution d'une pension.

15733. — M. Jules Moch, demande à M. le ministre des finances si les versements effectués, au titre de la loi du 4 août 1923, par des victimes de la guerre, désireuses de se constituer une pension limitée à 6.000 fr. (taux fixé par la loi) peuvent ou non être déduits du revenu à déclarer en vue de l'établissement de l'impôt général sur le revenu. (*Question du 14 mars* 1932.)

*Réponse.* — La déduction des versements dont il s'agit est, en vertu de l'article 1er du décret du 30 décembre 1926, admise pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu, en ce qui concerne les traitements et salaires et les bénéfices des professions non commerciales à l'exclusion des revenus des autres catégories.

(*J. O.*, 26 avril 1932.)

### Tarif des consultations des hôpitaux pour les assurés sociaux.

15429. — M. de Gramont-Lesparre expose à M. le ministre du travail que, se référant à ses réponses précédentes (question écrite du 20 novembre 1931 et lettre du 15 février 1932 sous le timbre « Cabinet » A. S. A. G. T. 6o), il résulte de la convention passée entre la caisse interdépartementale des assurances sociales et l'administration de l'assistance publique que les consultations et soins externes donnés dans les hôpitaux sont tarifés conformément au barème annexé à ladite convention, que ce barème indique comme tarif de l'électrocoagulation appliqué aux assurés sociaux le prix de 20 fr. par séance ; que, d'autre part, le tarif pour le même traitement appliqué à un malade ordinaire est de 12 fr. ; et demande : 1o qui bénéficie de la différence entre ces deux chiffres, soit de la somme de 8 fr. dans le cas présent ; 2o que ce barème soit modifié afin que l'application de la loi sur les assurances sociales n'ait pas pour effet d'assurer un bénéfice à d'autres qu'aux salariés qui y sont obligatoirement assujettis. (*Question du* 23 *février* 1932.)

*Réponse.* — 1o C'est l'administration de l'assistance publique et le corps médical hospitalier qui

bénéficient de la différence signalée par l'honorable député ; 2° l'attention de la caisse interdépartementale de la Seine et de l'assistance publique sera appelée sur l'intérêt qu'il y aurait à ce que les tarifs applicables aux assurés sociaux ne fussent pas supérieurs, même pour des consultations et soins externes, à ceux pratiqués à l'égard des non-assurés. Il y a lieu de remarquer toutefois que les hôpitaux publics ne sont tenus d'accepter que les indigents ; en admettant les assurés sociaux quelles que soient leurs ressources, ces établissements et leurs médecins s'imposent un accroissement d'obligations, qui a pu rendre nécessaire le relèvement du tarif des consultations et soins externes.

(*J. O.*, 26 avril 1932.)

### Droit à l'assurance-maternité

15629. — M. Vincent AURIOL demande à M. le ministre du travail, comme suite à la réponse donnée au *Journal officiel* du 23 février 1932, de lui préciser très exactement : 1° Si pour avoir droit au risque maternité une assurée salariée ou le conjoint d'une femme non salariée doivent être immatriculés depuis trois mois au moins avant le début de la grossesse, c'est-à-dire douze mois au moins avant la date de l'accouchement normal ; 2° s'il suffit d'une immatriculation remontant au plus tard à la veille du début présumé de la grossesse, c'est-à-dire à neuf mois minimum avant la date de l'accouchement normal ; faisant remarquer : *a*) que les prestations médicales et pharmaceutiques peuvent être dispensées dès le premier jour de la grossesse si les conditions prévues par l'article 5, § 2, de la loi, sont remplies, c'est-à-dire si l'assurée ou son conjoint ont cotisé régulièrement durant les trois mois précédant le début de la grossesse et conséquemment ont été immatriculés trois mois au moins avant ce début ; *b*) que le droit à ces prestations ne serait pas ouvert par une immatriculation de durée moindre ; *c*) qu'en outre, les divers éléments du risque maternité (prestations en nature, demi-salaire, allocation d'allaitement) constituent un tout soumis aux mêmes conditions d'immatriculation et de cotisation ; *d*) que le paragraphe 2 de l'article 9 de la loi prescrit impérativement que le droit au demi-salaire ne sera ouvert que par trois mois au moins d'immatriculation avant le début de la grossesse, que cela entraîne les mêmes conditions pour les autres éléments du risque maternité et qu'ainsi on est amené à conclure que le risque maternité ne peut être ouvert qu'à la condition que l'assurée salariée ou le conjoint de la femme non salariée aient été immatriculés trois mois au moins avant le début présumé de la grossesse, c'est-à-dire douze mois avant l'accouchement normal. (*Question du 8 mars 1932.*)

*Réponse.* — 1° et 2° L'assurée (ou l'assuré, marié à une femme non salariée) doit avoir été immatriculée avant le début présumé de la grossesse pour

que les prestations de l'assurance-maternité puissent être dispensées. Il a été admis, en vue de concilier les dispositions des paragraphes 1er et 2 de l'article 9 de la loi sur les assurances sociales, que ces prestations étaient dues, soit que les conditions de versements aient été remplies durant la période de référence antérieure au début présumé de la grossesse, soit qu'elles aient été remplies durant la période de référence précédant la première constatation médicale de la grossesse. Les paragraphes 1er et 4 de l'article 9 se référant à l'article 5, relatif à l'assurance-maladie, en ce qui concerne les conditions de versements ouvrant droit aux prestations en nature de l'assurance-maternité et aux primes d'allaitement, il n'a pas paru possible de refuser l'indemnité de repos d'accouchement visée au paragraphe 2 du même article lorsque les conditions prévues pour l'assurance-maladie avaient été remplies. Or, pour cette assurance, les prestations sont accordées dès l'instant qu'il a été satisfait aux conditions de versements dans la période de référence antérieure à la première constatation médicale. D'autre part, on ne pouvait refuser les prestations en nature de l'assurance-maternité à une assurée qui, au moment de la première constatation médicale de la grossesse, ne satisfait pas aux conditions de versements prévues pour l'assurance-maladie, mais pouvait justifier, à la date du début présumé de la grossesse du minimum de versements ouvrant droit à l'indemnité journalière de repos d'accouchement. Il en résulte :

1° que les prestations médicales et pharmaceutiques ne peuvent être dispensées dès le début de la grossesse qu'autant que l'assurée (ou l'assuré) a été immatriculée trois mois au moins avant le début présumé de la grossesse et a effectué pendant la période de référence antérieure à ce début les versements minima prévus pour l'assurance-maladie ;

2° que lesdites prestations peuvent être accordées, à partir de la première constatation médicale de la grossesse, si l'assurée (ou l'assuré) a été immatriculée avant le début présumé de la grossesse et a rempli, d'autre part, les conditions de versements prévues pour l'assurance-maladie au cours de la période de référence précédant la première constatation médicale de la grossesse.

## L'exonération de la taxe sur les bicyclettes

Le *Journal des mutilés et combattants*, dans son numéro du 14 avril, a donné connaissance de la lettre que lui adressa M. le directeur général des contributions indirectes. Par celle-ci, il confirmait que sont exonérés de l'apposition de la plaque de contrôle tous les blessés d'un membre inférieur, quel que soit le pourcentage d'invalidité.

Accédant au désir que ce journal lui avait exprimé afin que les intéressés n'éprouvent plus de difficultés avec les gendarmes, M. le directeur

des Contributions indirectes a prié le ministère de la Défense nationale (Direction de la gendarmerie) de vouloir bien donner toutes instructions utiles à toutes les brigades.

C'est maintenant chose faite, puisque, par circulaire du 19 avril, M. le directeur de la Gendarmerie a fait porter à la connaissance de tous les gendarmes que les invalides de guerre ou de l'avant-guerre pensionnés pour une blessure intéressant un membre inférieur, sont dispensés du paiement des droits.

Bien entendu, la production de toute pièce justificative peut être exigée, et nos camarades ne peuvent se soustraire à une réquisition éventuelle.

## Sursis d'incorporation

Vient de paraître, à la date du 18 avril, sous le nº 5.648 3/11-4, la feuille de renseignements ci-après au sujet de l'application des prescriptions de l'article 3 de la loi du 16 février 1932 modifiant l'article 25 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée.

La question a été posée de savoir si un jeune homme qui suit les cours de la préparation militaire supérieure sans être inscrit dans une société de préparation militaire, peut obtenir un sursis d'incorporation, en exécution des prescriptions de l'article 3 de la loi du 16 février 1932 portant modification à la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée.

Réponse affirmative.

# CORRESPONDANCE

## Assurances

### Assurance dotale

Ma femme âgée de 27 ans, peut-elle constituer une assurance dotale de 100.000 fr. sur la tête de son fils, payable à 20 ans, l'enfant ayant 5 ans ?

Quelle est la somme annuelle à verser ?

Dr R.

**Réponse**

Il existe de nombreuses combinaisons d'assurance dotale dont les principales sont :

Assurance dotale sans contre-assurance ;
Assurance dotale avec contre assurance ;
Assurance familiale ;
Assurance mixte à double effet.

1º L'assurance dotale sans contre-assurance est payable à l'enfant bénéficiaire du contrat s'il vit à l'époque de l'échéance. En cas de décès

*Voir la suite page LXIII-1589*

# PROPOS DU JOUR

## A propos du Centenaire de la mort de Gœthe

La Société des Gens de Lettres et l'Université de Paris ont célébré récemment le Centenaire de la mort de Gœthe. Le recteur, M. Charléty, se souvenant qu'il avait été recteur de l'Université de Strasbourg où le jeune Gœthe étudia la jurisprudence, a brillamment glorifié le poète de génie. Mais les savants, et surtout parmi eux les naturalistes, les médecins et les physiciens auraient pu prendre part à la fête.

Personne n'ignore aujourd'hui que Gœthe s'il fut un très grand poète, fut encore un grand savant. A son époque, on n'ajouta pas suffisamment d'importance à ses œuvres scientifiques et Gœthe lui-même le constatait à la fin de sa vie avec quelque amertume : « Il y a plus d'un demi-siècle, écrivait-il, que je suis connu comme poète dans mon pays et même à l'étranger, et on ne songe pas à me contester ce titre. Mais ce qu'on ne sait pas aussi généralement et qu'on n'a pas assez pris en considération, c'est que je me suis occupé des phénomènes physiques et physiologiques de la nature avec la plus grande attention, et que je les ai observés en silence avec cette persévérance que la passion seule peut donner.

« Aussi lorsque mon essai sur les lois du développement de la plante, imprimé en langue allemande, depuis quarante ans, fixa l'attention d'abord en Suisse, puis en France, on ne sut comment s'étonner assez qu'un poète, occupé d'ordinaire des phénomènes intellectuels qui sont du ressort du sentiment et de l'imagination, se fut brusquement détourné de sa route, et eut fait en passant une découverte de cette importance. C'est pour combattre ce préjugé que cet avant-propos a été composé. Il est destiné à montrer que j'ai consacré une grande partie de ma vie à l'histoire naturelle, vers laquelle m'entraînait un goût passionné (1). »

C'est qu'outre *Faust*, *Werther*, *Goëtz*, *Iphigénie*, *Wilhelm Meister*, *Hermann et Dorothée*, *les Affinités électives*, etc., etc., Gœthe écrivit un Essai sur la métamorphose des Plantes, une esquisse d'anatomie philosophique, un traité sur la théorie des couleurs et nombre d'autres travaux scientifiques.

De Francfort-sur-le-Mein où il naquit en 1749, Gœthe fut faire ses études à Leipzig où il s'initia aux sciences biologiques dans les ouvrages de Haller et de Linné. Envoyé à Strasbourg pour y étudier la jurisprudence, il fréquenta la Faculté de médecine et y devint un auditeur assidu de Lobstein. « Non content de suivre des leçons, nous apprend M. E. Faivre dans son livre sur les *Œuvres scientifiques de Gœthe*, il veut voir et pratiquer ; il étudie l'anatomie, fréquente les cliniques, malgré l'extrême répugnance que lui inspire la vue des malades. Lobstein regardait avec étonnement ce jeune homme, avide de connaissances, emporté par une irrésistible ardeur vers des sciences si éloignées de ses travaux ordinaires ; il lui prodiguait ses leçons et ses conseils. »

Un auteur qui, sous le titre d'*Ephémérides*, a relevé les lectures que faisait Gœthe à Strasbourg, signale les ouvrages de Paracelse et de Bœrhaave et un livre de Peuschel sur la physiognomonie et la chiromancie.

Gœthe quitta Strasbourg en 1774, il avait alors vingt-quatre ans. Il fit la connaissance de Lavater, qui lui conseilla d'étudier le crâne des animaux et il devint son collaborateur. Le célèbre médecin, Zimmermann, hôte de la famille de Gœthe à Francfort, s'intéressa au jeune et savant poète. « Les discours qu'il prononça comme médecin, affirme Gœthe, et les œuvres qu'il publia comme philosophe me ramenèrent à la nature. » A Weimar où il devint l'ami, le conseiller et le ministre du Grand-duc Charles-Auguste, il se livra avec enthousiasme à l'étude de la botanique et fut en relations avec Buchholz, Schlegel, Buttner. Il étudia la géologie et la minéralogie en Thuringe, fit en Suisse la connaissance de de Saussure, s'occupa avec Sœmmering des aérostats, fut suivre à Iéna les leçons de chimie de Gotteling et, sous la direction de Loder, s'y consacra à l'anatomie comparée. C'est alors qu'il fit

(1) *Gœthe's sämmtliche Werka*, t. XXVII, pp. 65 et 66, cité par Ernest Faivre : *Œuvres scientifiques de Gœthe*, Hachette, édit., Paris, 1862.

la découverte de l'os intermaxillaire humain et écrivit à ce sujet, une dissertation qu'il communiqua à Merck, à Loder et à Herder qui lui conseillèrent de la soumettre à des juges plus compétents. Camper, Blumenbach, Sœmmering n'ajoutèrent à ce travail que fort peu d'importance et Gœthe en fut naturellement assez mortifié, mais non découragé.

Dans son long voyage en Italie, il étudia la botanique à Padoue. Au Lido, près de Venise, il trouva sur le sable un crâne de bélier, l'examina et du coup surgit dans son esprit la théorie qui considérait le crâne comme constitué par des vertèbres modifiées. A Rome, à Naples, en Sicile, germa dans son cerveau l'idée de la plante primitive qui permettra selon lui, « de pénétrer enfin le mystère de la naissance et de l'organisation des plantes..... et cette loi créatrice pourra s'appliquer à tout ce qui a une vie quelconque » (Lettre à Herder). A son retour à Rome, il écrivit encore : « L'étude du corps humain m'absorbe entièrement. Toute autre préoccupation disparaît devant elle. Je suis maintenant occupé des formes humaines. Cette étude est le *nec plus ultra* du savoir et de l'activité. »

Revenu à Iéna et à Weimar, il entreprend ses recherches sur la nature physique des couleurs, encouragé par Buttner.

En 1805, Gœthe fit la connaissance de Gall, se prêta à l'examen de son crâne et devint son disciple en craniologie.

Il fut plus tard le correspondant du savant anatomiste Carus qui développa dans son anatomie comparée des conceptions émises déjà par Gœthe. Il entra en relations avec Dalton et Et. Geoffroy Saint-Hilaire, continua de correspondre avec Sœmmering, Alexandre de Humboldt et un grand nombre de savants anatomistes, botanistes, géologues et physiciens. A plus de quatre-vingts ans Gœthe menait encore de front ses travaux scientifiques et les productions de son génie littéraire. Il suivit avec passion en 1830, les controverses ardentes de Cuvier et de Geoffroy Saint-Hilaire à l'Académie des Sciences, prenant parti pour ce dernier, qui, en somme, développait et soutenait les vues analogues à celles qu'il avait exposées dès sa jeunesse. Les premiers jours de 1832, il écrivait encore ses impressions à ce sujet et cela à la veille de sa mort qui eut lieu le 22 mars 1832.

***

L'œuvre scientifique de Gœthe fut très discutée de son vivant et surtout après sa mort. On a fait remarquer que Vicq d'Azyr, en même temps, sinon avant lui, avait découvert l'os intermaxillaire. Mais cette découverte de l'os intermaxillaire avait beaucoup moins d'importance que les idées générales que Gœthe avait émises dans l'opuscule qu'il publia à ce sujet. La théorie de la transformation des vertèbres pour former le crâne lui a été disputée par Oken. Du Bois-Reymond a critiqué sans indulgence sa théorie des couleurs dans laquelle, il faisait naître ces dernières d'un mélange de lumière et d'ombre. Il est vrai que Gœthe plus poète et artiste que savant, suivait dans ses travaux plus l'impulsion de son inspiration et de son intuition que les règles d'une méthode véritablement scientifique. N'empêche que ses observations sur la transformation des feuilles de la tige en les divers éléments de la fleur, que ses idées sur un type primitif d'animal se modifiant ensuite sous l'influence des climats, des aliments, etc., ont permis à Hæckel de le considérer comme un précurseur de Lamarck et de Darwin et à Helmotlz et Virchow de lui rendre justice sans exagérer outre mesure son rôle de savant.

Gœthe n'a certes pas eu une influence considérable sur l'évolution des sciences à son époque, mais il est intéressant de constater que ce puissant génie qui fut à la fois poète, philosophe et artiste, se plut encore à devenir sinon un médecin, du moins un biologiste et un savant.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

G. Blechmann

### FEUILLET CXIII.
### CHEZ LES PARESSEUX. I. 1re étape

Louis-André-Jean approche de ses 14 ans. Nous sommes étonné qu'issu de parents de suffisante prestance, sa taille soit si médiocre, car il ne mesure que 1 m.42, soit près de 7 cm. de moins que la normale. Or, le poids qui dépasse 39 kilogrammes est celui de son âge.

Il se présente donc assez petit, trapu et *légèrement obèse* ; une modeste pilosité axillaire et sus-pubienne annonce le début de la puberté. Nous remarquons :

*a*) La pâleur du teint, le cerne des yeux et le refroidissement des extrémités ;

*b*) Le développement testiculaire mieux marqué que nous n'aurions cru ;

*c*) L'implantation irrégulière des dents, dont plusieurs sont cariées ; la tendance au pied plat.

Que lui reproche-t-on ?

Un lourd passé pathologique, son développement statural insuffisant, un état habituel de fatigue, *sa paresse invincible et son inattention en classe*, la transpiration palmo-plantaire.

Quel est donc son passé clinique ?

*a*) Un « eczéma » des premiers mois avec persistance d'eczématides sur le visage jusqu'à l'âge de 3 ans ;

*b*) L'histoire banale d'un garçon de nos villes : varicelle, rougeole, coqueluche, oreillons, rubéole, vaccination antidiphtérique, opération des végétations et des amygdales;

*c*).Et ce qui compte davantage : à 11 ans, la fièvre « muqueuse » ( sans localisation, pas d'examen de sang) ;

A 12 ans, un érythème noueux qui dura 15 jours ;

A 13 ans, après avoir « campé », réapparition de l'érythème noueux (avec arthralgies) ;

Et, quelque mois avant notre examen, pendant plus de six semaines, des accès fébriles répétés (hémoculture négative).

L'enfant a reçu comme traitement, jusqu'à 5 ans, de la poudre grise (on a donc pensé à la spécificité), puis d'innombrables fortifiants, et, récemment, de l'extrait de rate et de thyroïde.

Résumons en quelques mots :

a) *Le bilan physique* : rachitisme ancien, minime insuffisance polyglandulaire chez un enfant en puissance d'évolution tuberculeuse (la radio montre d'ailleurs une petite adénopathie et de la tramite) ;

b) *Le bilan psychique* : avec Gilbert Robin, nous considérons Louis-André-Jean comme présentant de l'*instabilité d'origine toxi-infectieuse.*

Dans son livre sur « L'enfant distrait et inattentif », cet auteur avance que « derrière les manifestations fonctionnelles, derrière les troubles mentaux », il faut dépister « l'atteinte neurologique plus ou moins légère, les signes frustes d'une toxi-infection ».

Faut-il pratiquer dans ce cas, *la recherche du métabolisme basal* ? Nous ne le pensons pas et nous n'avons garde de le proposer, tout au moins actuellement.

Aux parents qui s'inquiètent de ne pas voir leur enfant grandir, nous répondons qu'au moment où s'établit la puberté, on voit communément de belles poussées staturales qui donnent d'heureuses surprises.

Ce qui nous paraît le plus désirable, est de favoriser les réactions de défense de l'organisme : puisque nous sommes proches des grandes vacances, nous prescrirons un séjour sur une plage chaude, l'emploi des sels de chaux et une légère stimulation opothérapique. Ces recommandations seront développées dans le prochain feuillet.

## FEUILLET CXIV.

### CHEZ LES PARESSEUX. I. 2e ÉTAPE.

Voici qu'elles furent nos recommandations pour l'été :

1º Les vacances seront partagées ainsi : séjour sur une plage du sud de la Bretagne (6 à 10 semaines, suivant l'état de l'enfant) et villégiature en l'Ile-de-France.

Abréger le séjour à la mer en cas de nervosité excessive, de manque d'appétit avec constipation.

2º En Bretagne :

*a*) Au bout d'une semaine, pratiquer une gymnastique modérée et progressive, 2 minutes d'abord et maximum 8 minutes. *b*) L'enfant fera un peu de bicyclette et de la marche à pied. *c*) Lecture, maximum 2 heures par jour. *d*) Au bout de 8 à 10 jours, l'enfant pourra se tremper les pieds dans l'eau. Pas de bain de mer. *e*) Commencer les cures de soleil 10 jours après l'arrivée : d'abord par 1/2 minute d'exposition du devant du corps et autant en arrière. Le temps maximum du bain de soleil sera de 10 minutes en tout.

3º Tous les matins au petit déjeuner, faire prendre une petite cuiller à dessert de

*Fondants de chaux*

4º Pendant 20 jours, faire prendre au déjeuner l'un des cachets suivants :

| | |
|---|---|
| Poudre orchitique ............ | 0,08 centigrammes. |
| Poudre de moelle osseuse....... | 0,15 centigrammes. |

Pour un cachet Choay ou Pellissier nº 20

Attendre 10 jours et recommencer, et ainsi pendant 3 mois.

***

Le retour des vacances : Louis-André-Jean s'est plutôt bien trouvé de deux mois et demie à la mer et d'un mois aux environs de Paris.

Il a pris 7 ou 800 grammes et grandi d'un centimètre. Son aspect est meilleur et son visage est mieux coloré. Le *développement pubertaire* se fait normalement. L'examen des divers organes ne montre rien de particulier.

La question capitale qui se pose est celle *de la reprise des études*. Comment la rendre compatible avec ce que nous jugeons indispensable : l'air le repos, et une surveillance semi-médicale.

L'un de ces collèges ceinturés de plein air, dont les premiers en date faisaient rêver notre enfance, fournira la solution recherchée. Grâce à une entente avec le directeur, la place réservée aux sports sera réduite de moitié et l'enfant pourra se reposer.

La prescription comprend donc : *a*) la gymnastique respiratoire ; *b*) 15 à 20 minutes de repos après le repas de midi et dans la soirée ; *c*) III gouttes d'une ergostérine irradiée tous les matins (sauf le dimanche) et chaque jour, pendant 20 jours par mois du 1er trimestre d'études, un des précédents cachets légèrement modifiés :

| | |
|---|---|
| Poudre de thyroïde........... | Un quart de milligr. |
| Poudre orchitique ............ | 0,10 centigrammes. |
| Poudre de moelle osseuse....... | 0,15 centigrammes. |

***

A la fin de ce trimestre d'internat et de plein air, voici notre paresseux mué en *bon élève*. Avec un gain de plusieurs centimètres, il présente les attributs d'une puberté normale. Il ne mérite plus que 2 cachets de glandes par semaine.

***

... 2 ans après — malgré plusieurs crises rhumatoïdes — notre jeune homme âgé de 16 ans 1/2 mesurait 1 m. 60 et pesait 56 kgr. 100 ; sa tension artérielle était satisfaisante. L'ancien obèse paraissait plutôt maigre ; l'ancien inattentif et instable était devenu posé, sérieux et se classait parmi les premiers de sa classe.

Réflexions : Le repos, le plein air, sans oublier l'ambiance favorable dans une classe peu nombreuse permettent d'obtenir de très beaux succès thérapeutiques chez de tels enfants, au voisinage de la puberté. Celle-ci, un peu secourue, arrange tant de choses.

Mais je pense — un peu mélancoliquement — qu'il s'agit là d'une médecine de privilégiés.

***

Ces Feuillets inédits, dont notre distingué confrère et ami G. Blechmann a bien voulu nous confier la publication anticipée, sont les bonnes feuilles extraites du volume sous presse qui doit incessamment paraître chez Doin, éditeur (2e série). N. D. L. R.

## JALOUSIE MORBIDE

Par J. LÉVY-VALENSI (1)

« L'amant aime l'aimée comme le loup aime l'agneau. »

(PLATON).

L'Arioste nous dit que, Roland devenu furieux, son compagnon d'armes Astolphe s'envola vers la lune à la recherche de sa raison perdue. Vous le savez, c'est dans cette planète que sont conservés, en bouteille, les esprits des pauvres humains égarés.

Arrivé dans l'astre du soir, Astolphe réclama à Saint-Jean, sommelier, comme vous le savez aussi sans doute, de cette étrange cave, la raison de son ami. Le Saint, un tantinet malicieux, lui remit aussi le flacon portant le nom d'Astolphe et le paladin ayant humé sa raison s'aperçut que, jusqu'à ce jour, il n'avait fait que des folies.

On peut affirmer, sans témérité, que tout amoureux, jaloux ou non jaloux, figure peu ou prou dans la cave lunaire ; quand vient l'automne de la vie, le Temps fait pour chacun de nous le geste de l'apôtre et, ayant respiré l'arôme amer de l'expérience, nous jugeons que furent folies bien des actes et des pensées de notre jeunesse ; mais aucun de nous voudrait avoir toujours été sage.

***

Le besoin d'aimer, polarisé sur un objet par l'imagination, va devenir, grâce surtout à l'amour-propre, exigeant et exclusif, et c'est la Jalousie, car « il y a dans la jalousie, plus d'amour-propre que d'amour » (La Rochefoucauld).

Le terme jalousie est couramment employé comme synonyme d'envie.

Les hommes sont jaloux de la fortune, des succès sociaux de leurs compagnons, les femmes jalousent la beauté, les succès mondains, les toilettes de leurs amies. Le frère jalouse le frère favorisé par le sort. Caïn hait Abel parce que l'Eternel reçoit plus favorablement ses présents.

D'après l'Ecole de Vienne, le fils jalouse le père amant de la mère, la fille jalouse la mère, maîtresse du père « il y a de l'amour partout, là même où on ne le soupçonne pas » (Pascal). Car la jalousie est avant tout amoureuse. Elle accompagne l'amour sensuel avant et surtout après la possession. Elle pourrait même précéder l'amour. Don Juan, dans « le Festin de Pierre » voyant deux jeunes amoureux, s'éprend de la jeune fille par jalousie du bonheur du couple. La jalousie est avant tout sensuelle. Spinoza, dans sa manière brutale, l'envisage, exagérément, comme la représentation de l'acte sexuel.

« Celui qui s'imagine que la femme qu'il aime se prostitue à un autre, ne s'attriste pas seulement de l'obstacle que cette infidélité peut dresser contre sa passion à lui, mais il est forcé d'unir à l'image de ce qu'il aime l'image des sens et des excrétions de cet autre. A cette vue il prend cette femme en haine, et c'est la jalousie qui consiste en un trouble de l'âme obligée d'aimer et de haïr à la fois le même objet ».

La jalousie varie cependant selon les circonstances. On raconte que chez les Esquimaux, le voyageur qui refuse de faire partager sa couche à la femme du maître de la maison offense gravement ses hôtes. Plus près de nous, les vagabonds spéciaux exigent de leurs amantes des abandons onéreux, et la jalousie n'intervient qu'avec le don gratuit.

Sacha Guitry montre, dans son délicieux « Veilleur de nuit » un amant sur le retour, qui fait la part du feu, permettant, pour éviter pire, un jeune amant à la femme qu'il entretient. Enfin, certaines circonstances font des maris complaisants ou mieux *compréhensifs*, selon l'expression d'une récente héroïne de crime passionnel.

***

La jalousie, dans le mariage, comme dans l'union libre, a des facteurs particuliers et des facteurs communs.

Les facteurs particuliers sont, dans le premier cas, la notion exacte d'un contrat violé, le risque de l'enfant adultérin ; dans l'autre, la peur de l'abandon.

Dans les deux cas, la jalousie ne correspond pas toujours à l'amour, elle peut persister alors que l'amour est défunt, car l'amour propre, lui, ne meurt pas.

La jalousie a pour base cette notion extravagante que les relations sexuelles créent un droit de possession de chacun des partenaires sur l'autre. D'ailleurs, quand un homme a eu avec une femme des relations charnelles on dit qu'il l'a *possédée* ; il est vrai que la femme devient immédiatement la *maîtresse*.

La littérature affirme ce *droit de possession* :

« La jalousie est en quelque manière juste et

(1) Leçon faite en janvier 1931, à la Clinique de M. le Prof. Claude.

raisonnable puisqu'elle tient à conserver un bien qui nous appartient ou que nous croyons nous appartenir » (La Rochefoucauld).

« Si l'homme et la femme s'aiment ils s'appartiennent de droit divin » (Chamfort).

« Une femme appartient de droit à l'homme qu'elle aime et qui l'aime plus que la vie » (Stendhal).

« Celui qui aime veut posséder à lui tout seul la personne qu'il désire ; il veut avoir un pouvoir absolu tant sur son âme que sur son corps, il veut être aimé uniquement et habiter l'autre, y dominer comme ce qu'il y a au monde de plus élevé et de plus admirable » (Nietzsche).

« L'homme est le Dieu qui veut sa créature tout entière » (A. France).

Si l'un des amants tente de secouer le joug, l'amour devient haine :

« Ah ! je l'ai trop aimé pour ne point le haïr ! »
(Andromaque).

« Il n'est de haines inexorables que celles de l'amour »
(PROPERCE).

La littérature et le théâtre n'ont d'ailleurs rien de rassurant pour les amants ni pour les époux. Il est entendu que l'homme est léger, volage, polygame. Quant à la femme ? Ecoutez :

« Quand une femme est fidèle c'est parce qu'elle est laide ».
(SÉNÈQUE).

« Vertu et beauté ne sauraient aller de compagnie ».
(OVIDE).

« La vertu des femmes est affaire de tempérament ».
(LA ROCHEFOUCAULD).

Quand on ajoute à tout cela les œuvres de Brantôme, de Boccace, de La Fontaine et de Molière pour ne citer que les plus illustres, on conçoit que les maris ne soient pas très rassurés et l'on comprend les Croisés qui, avant de partir pour le lointain Orient, offraient à leurs nobles dames ce bijou aussi hermétique qu'inopérant dont vous pouvez voir des spécimens au Musée de Cluny.

La jalousie, lorsqu'elle est modérée, n'a pas d'ailleurs trop mauvaise renommée ; Mme de Rieux trouve que « si un mari jaloux c'est bien incommode, un mari qui ne l'est pas c'est bien humiliant ».

« C'est aimer froidement que n'être pas jaloux ».
(MOLIÈRE).

Lucien dans son Dialogue des courtisanes avait écrit : « Quand on n'est point jaloux, Chrysis, quand on ne se met point en colère, qu'on ne donne point des soufflets, qu'on ne coupe pas les cheveux de sa maîtresse ou qu'on ne lui déchire pas ses habits, c'est qu'on n'est pas amoureux ».

***

Une de ces nombreuses femmes dont le charme et l'esprit ont fleuri le XVIIIe siècle, et qui fut une grande amoureuse, Mademoiselle de Lespinasse, écrivait : « la jalousie grossière est défiance de l'objet aimé, la jalousie délicate, défiance de soi-même ». La délicieuse femme nous fournit les deux éléments principaux de la *jalousie morbide*.

La défiance de l'objet aimé s'édifie sur des *interprétations*, le *doute de soi* sur un état *anxieux*. *Interprétations, anxiété*, telles sont les deux assises de la jalousie, la morbide comme l'autre...

Interprétations et anxiété sont d'ailleurs associées, l'interprétant devenant anxieux du fait de ses interprétations, l'anxieux étant par excellence un interprétant pessimiste.

Le jaloux est, d'ailleurs aussi, un *intuitif*, en même temps qu'un *anxieux* et un *interprétant*. Je ne veux pas faire devant vous le tableau de ce toujours inquiet, de ce perpétuel douteur dont Comerynck a, dans son « Cocu magnifique », montré l'interprétation continue et l'obsession insatisfaite.

« La jalousie se nourrit dans le doute, c'est une passion qui cherche toujours de nouveaux sujets d'inquiétude et de nouveaux tourments, et elle devient furieuse dès qu'elle passe à la certitude » (La Rochefoucauld).

Doutes, inquiétudes, tourments, fureur, telles sont les étapes de l'amour ! le chemin de croix des amants.

***

Leuret écrivait : « J'ai cherché, soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la plus folle ; puis quand je la comparais à bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différences ».

Cette boutade est combien justifiée chez les jaloux !

Certes, la jalousie n'est pas nécessairement pathologique ; je me suis laissé dire qu'amants et époux ne sont pas toujours fidèles ; j'ajouterai que chez quelques-uns, la jalousie semble même aiguiser le jugement. Quelques amants ont des intuitions dignes de Sherlock Holmes et Musset qui s'y connaissait, d'écrire :

« Le plus malin sorcier ne vaut pas un jaloux. »

La première preuve du caractère morbide de la jalousie excessive n'est pas son manque de fondement ; je sais de saintes femmes dont la vie fut torturée par la jalousie injustifiée d'un mari non psychopathe ; mais, en telle matière il n'est pas aisé de dire où commence le pathologique. La modalité des investigations, la monstruosité de l'accusation (inceste dans un cas de Capgras), l'obscénité des moyens, l'atrocité de la vengeance (dans l'observation de Capgras, la

mère a imbibé sa fille d'essence puis y a mis le feu) sont des éléments délirants.

La jalousie peut d'ailleurs avoir une apparence normale et être morbide si elle survient de *façon insolite.*

Chez les deux malades que je vous montre rapidement, la première est allée faire scandale par jalousie chez son amant marié, alors qu'elle connaît sa situation depuis le début de sa liaison (3 ans). C'est par ailleurs une *schizophrène, avec méconnaissance systématique de la mort de son père et de ses deux frères.* Elle a imaginé récemment que son amant se dit faussement marié, que le véritable époux de Mme X. est le frère de son amant, etc.

L'autre malade, ayant rompu d'un commun accord avec un amant d'un an, va chez lui le menacer d'un revolver. Mais c'est une *périodique* déjà trois fois internée.

***

Sur le terrain morbide, *anxiété, interprétations* sont au premier plan des délires de jalousie, isolées parfois, le plus souvent associées.

L'idée de jalousie peut se rencontrer au cours de l'évolution de tous les états psychopathiques, on la voit chez des confus, des déments séniles, des paralytiques généraux, des déments précoces, des épileptiques, etc., mais la jalousie est avant tout, l'un des attributs des *états anxieux*, de la *psychose périodique*, des *délires de revendication* et *d'interprétation*, de *l'alcoolisme chronique.*

***

Au plus léger degré des états anxieux, je placerai le petit déprimé ou psychasthénique, doutant de l'objet aimé comme de lui-même.

Culiere raconte qu'un commissaire de police reçut un jour le billet suivant : « Je vous prie, au reçu de cette lettre, de venir constater mon décès. J'ai, pour mon malheur, épousé une femme trop belle, et quoique je n'aie rien à lui reprocher je ne puis supporter plus longtemps les tourments que me fait endurer une jalousie que je ne puis surmonter ».

Un autre anxieux, le héros de la sonate à Kreutzer « C'est fou, me disais-je, il n'y a pas le moindre motif de jalousie, il n'y a rien, rien entre eux. Pourquoi nous avilir ainsi, moi surtout en de telles suppositions ».

Ce couple, bien que conjugal depuis onze mois seulement, réunit près d'un siècle, l'homme a 45 ans la femme 44. Cette dernière, bien qu'Espagnole, n'a rien d'une Carmen, mais le mari est jaloux comme don José.

Le couple vivait en paix, lorsque survint une lettre anonyme dénonçant l'infidélité de la femme. Réelle ? Un dicton dit que trois choses ne laissent pas de traces : l'oiseau dans l'air, le poisson dans la mer, l'homme dans la femme ! En tout cas, aucune preuve.

Mais, depuis, il a l'impression que l'on regarde chez lui, que sa femme laisse volontairement sa porte ouverte, etc., tous griefs qui n'ont rien de délirant. « C'est parce que je l'aime que je suis jaloux » nous dit-il, et il fait à sa femme l'existence intenable.

Les Espagnols ont la réputation d'être jaloux et au demeurant légitime ou non, cette jalousie pourrait n'être point pathologique. Néanmoins, la dépression, certaines obsessions, quelques doutes, des scrupules accusés par le sujet, l'état de subanxiété qu'il témoigne font porter le diagnostic de *jalousie morbide anxieuse.* C'est à des états anxieux de même ordre, sinon de même nature que je rattache les jalousies *cataméniale, puerpérale, ménopausique.* Dans ces trois cas d'ailleurs, des facteurs psychologiques doivent s'associer aux facteurs biologiques.

***

La jalousie peut être une manifestation voire un équivalent de la *psychose périodique.* Dans le dernier cas, cette psychose est *camouflée* et la crise jalouse se présente comme un *délire d'interprétation* passager ; le plus souvent, l'idée jalouse accompagne les manifestations atténuées de la mélancolie ou de la manie.

Cette femme, âgée de 42 ans, nous explique avec force détails les trahisons de son mari. De ces trahisons, elle n'a pas la preuve certaine, mais ses soupçons valent des certitudes. « Cela doit dater de très loin. Pourquoi mon mari se montre-t-il toujours impatient lorsqu'il est chez lui ? S'il ne se plaît pas auprès de sa femme, c'est que d'autres doivent l'attirer. Nous n'avons peut-être pas les mêmes sentiments. Il n'est pas de même nature que moi. Il fait plutôt partie des gens dégénérés qui prennent le plaisir comme il vient. C'est presque inhumain d'agir ainsi. Tout le temps, il ricanait contre moi avec mes amies. J'ai payé une agence, il y a deux ans, pour avoir des renseignements sur mon mari ; je n'ai rien obtenu ».

« Il me parlait toujours de la même femme. Elle avait toutes les qualités, elle était ci, elle était ça. Elle devait certainement être sa maîtresse. Il a dû la connaître dans son travail. Il était grossier à mon égard. Quand je lui en parlais, il riait ; c'est une preuve de plus ».

Elle a l'impression qu'on lui fait de la transmission de pensée ; on lui fait repasser sa vie. Elle ne peut pas dormir, on doit l'empêcher de dormir. « Quelque chose m'interroge la nuit sur ma vie passée. J'ai l'impression de causer avec

quelqu'un. Des personnes inconnues ? peut-être vous ? peut-être Monsieur, je ne sais pas. »

En apparence, *délire d'interprétation*, n'est-ce pas, mais cette malade parle avec enjouement, rit et chantonne au cours de l'interrogatoire.

De plus, elle n'est pas à son premier accès, elle a été internée en 1926, pour mélancolie anxieuse avec délire mystique et tentative de suicide. Elle a un cousin interné ; sa mère s'est pendue.

Le diagnostic est évident : *interprétations jalouses au cours d'une crise d'excitation maniaque.*

Cette malade nous est présentée par M. Lacan, interne des Asiles.

Elle a 40 ans ; c'est une excellente épouse et elle a, ainsi qu'en témoigne l'enquête, un excellent mari, de conduite irréprochable. La malade a toujours été jalouse et, dès l'enfance, elle souffrait de l'affection de sa mère pour sa grand'-mère et sa tante. Depuis son mariage, « elle est jalouse comme une tigresse ; elle aurait sauté à la figure d'une femme qui aurait regardé son mari ».

Depuis deux mois, à la suite d'une grippe, la jalousie a pris un caractère délirant. Elle incrimine une apprentie, puis une femme de chambre qu'elle accuse d'ailleurs d'avoir tenté de l'empoisonner au moyen d'une sauce, et cela, parce que, ayant des remords, elle lui a conseillé de n'en point user.

« Je trouvais que dans la chambre d'en haut, il y avait de l'acide carbonique. Je ne me sentais pas bien. Il y avait quelque chose qui m'étouffait. Il me semblait qu'il se développait une odeur point naturelle ».

Mais, à ce délire de jalousie avec interprétations diffuses s'associent des éléments imaginatifs

Elle a remarqué qu'elle est suivie par des agents de la sûreté ; elle-même fait actuellement partie de la « Secrète ». Pour remplir sa tâche, elle va la nuit Place Pigalle, dépister la traite des blanches et les étrangers indésirables ; elle fait aussi du contre-espionnage.

Elle a de fausses reconnaissances : « je reconnais sans cesse des femmes que je n'ai pas vues depuis 30 à 40 ans (elle a 40 ans ! »). Elle reconnaît, en un médecin, un personnage vis-à-vis duquel elle a eu jadis de grands torts et a en le voyant une crise émotive.

Cette malade se présente comme une *hypomaniaque*, elle minaude, a des éclats de rire ; il y a quelques jours, elle a fait des achats inutiles de parfums, de jouets, elle s'est livrée à la boisson. Sa mère a été atteinte de psychose puerpérale, puis de mélancolie anxieuse ménopausique au cours de laquelle elle a fait une fugue.

Chez notre malade, le diagnostic de *manie* est probable, réserve faite d'un début de schizophrénie.

***

La difficulté d'isoler le *délire d'interprétation* du *délire de revendication* s'accroît en présence de ces états essentiellement *passionnels*, les *délires de jalousie*. Dans quelques cas, cependant, l'interprétation est prépondérante avec la tendance à la diffusion extrême de ces délires. Une malade, femme d'un officier de marine, faisait intervenir dans ses ennuis l'empereur du Japon. Dans le plus grand nombre des cas, l'idée jalouse est primitive, *intuitive*, les interprétations sont justificatives, selon l'expression de Clérambault, le délire est *en éventail*.

Il y a quelque temps, je voyais à ma consultation une jeune femme, venue me trouver pour son mari qu'elle soupçonnait atteint de paralysie générale et de cocaïnomanie. Au cours de l'examen du mari, je me rendis rapidement compte qu'il était tout à fait normal, mais que sa femme faisait un délire de jalousie basé sur des interprétations.

Le point de départ du délire avait été un fait réel. Mme X... ayant découvert une intrigue de son mari, celui-ci, pour se faire pardonner son incartade, combla pendant quelque temps sa jeune femme de cadeaux : ce qui était d'un mari repentant. La malade en conclut qu'il était paralytique général, état qui justifiait ses prodigalités et sa trahison. Ce thème abandonné, elle l'accusa de cocaïnomanie, parce que, dans un restaurant, il avait fait signe à un chasseur, parce que, dans un café, plusieurs consommateurs s'étaient touché le menton en le voyant, ce qui, évidemment, est le signe de ralliement des cocaïnomanes.

Pendant ce temps, les interprétations jalouses se multiplient. Monsieur s'habille-t-il ? C'est pour aller rejoindre sa maîtresse. Sort-il en négligé ? C'est pour cacher son jeu. Parle-t-il abondamment ? C'est pour dissimuler que sa pensée est ailleurs. Garde-t-il le silence ? C'est pour concentrer ses idées sur elle. La malade s'adresse à des agences privées pour faire suivre son mari. Les renseignements étant négatifs, elle en déduit que le coupable a acheté les agents. La maîtresse réelle et éphémère de son mari était blonde ; elle la reconnaît au cours d'un voyage dans le midi au wagon-restaurant, dans une femme brune, mais il est si facile de porter perruque.

A Nice, elle paye trois chasseurs de trois hôtels différents, auxquels elle fait prendre des places pour une représentation du Théâtre municipal où elle se rend accompagnée de son mari. Sous un prétexte quelconque, elle sort un moment dans l'espoir que son mari se trahira, car il est évident que la spectatrice voisine est sa complice. Dans une ville d'eaux, elle signale à la police et fait conduire au commissariat, sous l'inculpation qu'elle sait fausse, du vol de son sac à main, deux femmes dont l'une serait la maîtresse de son mari.

Je ne sais comment s'est terminé ce petit dra-

me : le mari avait l'intention d'accéder à la demande de divorce formulée par sa femme et l'on aurait eu mauvaise grâce à lui donner tort.

Le malade J..., 42 ans, est un agent de police retraité ; il n'est pas buveur.

Depuis quelques mois, son caractère a changé, il est devenu taciturne, méfiant, irritable. Il accuse avec violence sa femme de le tromper. Il est sûr qu'elle va dans un hôtel avec son brigadier ; « j'aurais pu la faire pincer 40 fois, mais je n'ai pas de preuves officielles, j'ai la certitude morale ». Il y a trois ans, sa femme a mis au monde un enfant, or, il avait tout fait pour n'en pas avoir ; l'enfant est le portrait du brigadier. J'ai vu des vêtements d'enfants qui avaient dû servir aux jumeaux du brigadier ; ils sont ensuite disparus ». Il a trouvé des taches de sperme sur la combinaison de sa femme et les a fait analyser. L'enfant fait des mouvements de coït, il a donc assisté aux relations adultérines.

Chez ce sujet, la certitude n'est pas absolue, il ne songe, pour le moment du moins, à aucun geste dangereux.

Ce geste, cette femme l'a accompli. L..., Marie-Louise, âgée de 65 ans, a abattu son mari d'un coup de revolver pendant son sommeil.

Mariée depuis 40 ans, elle a, depuis lors, construit un délire d'interprétation à *fonds de jalousie.* Son mari veut se débarrasser d'elle pour en épouser une autre ; tentatives d'empoisonnement.

« Depuis presque le début de mon mariage, j'avais des coliques. En 1903, j'ai eu les premiers soupçons lorsque j'ai eu des vomissements fréquents. Je n'avais pas de preuves. Je cachais mon manger et ça allait mieux. Je savais qu'il avait une maîtresse, depuis j'avais des coliques. En 1915, je porte plainte au commissariat, on ne fait pas attention à ma plainte. »

Elle fait analyser son lait au laboratoire municipal, on lui répond : Bon.

« Je suis retournée à mon pays où mes troubles ont complètement disparu. Mon mari a voulu reprendre la vie commune pour avoir mes valeurs. Il était alcoolique et méchant. Je suis revenue pour le faire arrêter.

« Les aliments avaient un goût amer ou salé ; j'ai senti une odeur de gaz ; j'avais surtout mal à l'estomac. Un jour que mon mari s'était trompé il a été malade toute la journée. Il a expérimenté le poison sur des chats et des chiens. »

D'ailleurs son mari est un voleur ; il a pris à ses employeurs des marchandises, qu'il a revendues aux commerçants du quartier chez qui elle les reconnaît ; cela pour entretenir ses maîtresses ; et elle le dénonce à ses patrons.

La trahison est révélée par des conversations avec une voisine épiée, un panier de fruits reçu de cette voisine pour l'empoisonner, des traces de sperme sur du linge, etc...

L'enquête a prouvé que la victime était sobre et avait une parfaite tenue.

En 1918, la nuit, la femme L. tente d'assommer son mari avec un gros bâton. Clémence excessive du pauvre homme qui ne porte pas plainte.

En février 1927, elle lui tire cinq balles de revolver dans la tête et passe la nuit *soulagée* auprès du cadavre « j'étais plus tranquille auprès de lui mort que vivant ».

Les éléments paranoïaques sont évidents, chez cette malade qui a vécu toujours isolée, terrorisant son mari et son fils soumis à son autorité.

Il semble que chez elle, mais est-elle sincère ? il y a eu lutte entre l'idée du meurtre qui a prévalu deux fois (1918 et 1927).

Cette malade est depuis cinq ans bientôt à Sainte-Anne ; elle ne manifeste aucun regret et ne répudie aucune de ses idées délirantes passées ; par ailleurs, elle se comporte comme une personne normale.

L'élément interprétatif semble au second plan, le passionnel (*revendication*) au premier.

***

*L'alcoolisme chronique*, facteur *d'anxiété*, *d'impulsivité* et *d'amoralité* est un terrain tout préparé pour l'idée de jalousie. Les alcooliques chroniques sont des jaloux délirants, le plus souvent selon le mode interprétatif. Les réactions de tels sujets sont toujours agressives, souvent meurtrières. Quant l'alcoolique est ivre, l'idée de jalousie peut se *révéler*, sous la forme hallucinatoire. Le sous-officier de Garnier, rentrant ivre chez lui, croit voir sa femme couchée avec un amant qu'il crible de coups de sabre.

Cet homme a 41 ans ; il est chauffeur de taxi, marié depuis plusieurs années ; c'est un alcoolique chronique. En octobre dernier, sa femme a eu la malencontreuse idée de lui dire que son beau-frère, le frère du mari, s'était montré galant envers elle. Depuis, il a la crainte d'être trompé. Il lui semble que dans la rue, tout le monde se moque de lui ; on fait des gestes, on l'appelle cocu ; un jour, il trouve son lit défait, il en conclut que sa femme a reçu un homme. Des gens le suivent, des agents le poursuivent pour lui crier son infortune.

Sa femme s'est fait faire un tablier avec le manteau de son amant ; elle éteint la lumière pour dissimuler son portrait, elle fait des gestes évocateurs de ses relations charnelles. On met des narcotiques dans ses aliments. Il réveille sa femme la nuit pour l'interroger et la menacer.

***

En présence d'un crime d'amour comme d'un crime de jalousie, la tâche de l'expert, lorsqu'il est désigné, n'est pas aisée. Comme je l'ai dit déjà, la frontière qui sépare la jalousie normale (?) de la jalousie morbide n'est pas facile à délimiter.

Dans l'état actuel des idées, mieux vaut pour l'inculpé être renvoyé devant le juré benoît et incompétent que devant le médecin d'asile. Même le code pénal italien qui est sévère pour le criminel passionnel, en général, ne laisse pas d'abaisser la peine lorsqu'il s'agit d'un crime de cet ordre.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Quelques considérations sur le tétanos (1)

Le tétanos est une maladie infectieuse, dont l'agent pathogène est un bacille anaérobie, le bacille de Nicolaïer.

Le bacille de Nicolaïer reste cantonné au point où il a été inoculé, il n'a pas tendance à envahir l'organisme. Il agit à distance par l'intermédiaire d'une toxine qui va se fixer sur les centres nerveux.

Cette toxine se diffuse par les voies nerveuses et c'est par ces voies qu'elle atteint les centres nerveux. Cette toxine détermine des contractures musculaires avec paroxysmes douloureux, qui constituent le symptôme essentiel du tétanos.

Le tétanos est connu depuis fort longtemps, mais c'est surtout depuis les guerres de l'Empire qu'on l'a étudié particulièrement.

Vers la fin du XIX$^e$ siècle, Nicolaïer précisa le fait que l'agent pathogène du tétanos était un bacille dont la forme résistante, la spore, se voit très fréquemment dans la terre. Cette découverte venait après celle de Carlé et Ratone (1884) de la transmissibilité du tétanos démontrant sa nature infectieuse.

Un peu plus tard, Knud Faber découvrit la toxine tétanique, enfin Behring et Kitasato, Roux et Vaillard réussirent à déterminer l'antitoxine tétanique et montrèrent la technique de l'immunisation des grands animaux contre la toxine tétanique.

Enfin, on a pu observer dans la dernière guerre des formes nouvelles de tétanos, telles les formes localisées qu'on voit chez les sujets ayant reçu la sérothérapie préventive.

Autrefois, on distinguait trois types de tétanos, le tétanos médical, le chirurgical et l'obstétrical. Il est inutile de les étudier séparément, car leur symptomatologie est la même.

Quelles sont les circonstances favorisant le développement et la virulence du bacille tétanique ?

Toutes les blessures peuvent être le point de départ du tétanos, mais ce sont surtout les plaies contuses, les blessures par arrachement, par écrasement des tissus, avec mortification, qui contribuent à son développement. Lorsqu'il y a dans la plaie des débris de vêtements, de bois, de la terre, du fumier, le tétanos se déclenche encore plus facilement.

Dans certains cas, il est vrai plus rares, le point d'inoculation reste ignoré : on réserve à cette forme le nom de tétanos médical. Ainsi les injections sous-cutanées ou intra-musculaires de quinine chez les paludéens peuvent provoquer le tétanos. On explique ce fait de la façon suivante : la quinine favorise la germination des spores tétaniques latentes se trouvant dans l'organisme (réveil de microbisme latent).

Dans d'autres cas, le tétanos se développe après des injections de sérum gélatiné, ceci lorsque la gélatine n'est pas soumise à une stérilisation particulièrement rigoureuse.

On connaît encore le tétanos *a frigore*, qui semble être provoqué simplement par un refroidissement ; il y a là probablement réveil dans l'organisme d'une infection latente ancienne.

Ces temps derniers, on a tout particulièrement insisté sur deux causes pouvant entraîner le tétanos : ce sont les hématomes sous-onguéaux (Bérard et Lumière) et les brûlures. Le tétanos opératoire dû à la stérilisation insuffisante des instruments, a des catguts septiques, ne se voit plus actuellement.

Il y a certaines régions où la terre est particulièrement riche en spores tétaniques ; on connaît dans certaines régions de réels champs tétanifères.

Chez l'homme, certaines professions prédisposent à l'infection tétanique. Les palefreniers, les jardiniers, les maraîchers, les cultivateurs y sont particulièrement sujets.

Le plus souvent, c'est une plaie d'un membre qui est la porte d'entrée du bacille.

Pour ce qui est des lésions anatomo-pathologiques, on peut dire qu'il n'en existe pour ainsi dire pas, de proprement spécifiques.

Bactériologiquement, on fait les constatations suivantes : le bacille tétanique est un bâtonnet grêle, long d'environ 4 microns, à Gram positif. Fréquemment, à l'une de ses extrémités, on voit une petite sphérule qui est la spore tétanique : c'est la forme de résistance ; les spores tétaniques

(1) Résumé d'une leçon du 11 janvier 1932, faite à l'Hôpital Cochin dans le service du Professeur Achard.

peuvent garder leur vitalité pendant des mois et même des années, jusqu'à quinze et vingt ans.

On trouve des spores dans la terre des champs, des jardins, dans la poussière des rues, dans les excréments des herbivores.

On a pu observer l'éclosion du tétanos chez des sujets dont la plaie ayant servi de porte d'entrée au tétanos était déjà cicatrisée ; il s'agit là d'un réveil, de l'éclosion des spores.

Le bacille tétanique est un microbe anaérobie strict, à forme d'épingle, se développant à l'abri de l'oxygène. On peut le cultiver sur tous les milieux ; en gélose profonde, les cultures tétaniques donnent naissance à des bulles de gaz qui disloquent le milieu.

Voyons maintenant la physio-pathologie du tétanos.

On peut déterminer le tétanos expérimental chez les animaux de laboratoire en leur injectant des cultures du bacille, de la toxine ou des spores tétaniques, la voie digestive restant toujours inactive.

Lorsqu'on pratique trois transmissions d'animal à animal, on voit que le troisième animal inoculé ne contracte plus le tétanos, car le bacille chez lui est à l'état pur, mais si on infecte cet animal en même temps par d'autres microbes ou si on ajoute à l'injection une substance quelconque telle que la poudre de charbon, on voit se développer le tétanos.

De ce fait, on déduit certaines conséquences thérapeutiques : les plaies doivent être libérées aussi vite que possible de toutes souillures, il faut les débrider, les ébarber, extraire les tissus mortifiés ; il faut mettre à jour les décollements, laver la plaie.

On est arrivé avant la guerre, expérimentalement, à provoquer des formes spéciales de tétanos ; ainsi Roux a pu déterminer chez les animaux la forme cérébrale du tétanos.

La toxine tétanique est extrêmement active ; ainsi le Prof. Nicolas s'étant piqué au cours d'une inoculation de cette toxine à l'animal, contracta lui-même le tétanos qui débuta quatre jours après l'accident, mais qui se termina par la guérison.

Lorsqu'on injecte à l'animal la toxine à doses croissantes, finalement, on obtient le développement chez ce dernier d'antitoxines qui sont la base du sérum antitétanique.

Si on injecte simultanément la toxine et l'antitoxine, la première n'est pas détruite.

Il est important pour la questions du traitement de connaître la voie de propagation de la toxine : elle suit les voies nerveuses. Il serait important de savoir si la toxine entre en relation intime avec le système nerveux ou non. Pour certains auteurs, il y a fixation physique sans combinaison ; pour d'autres, formation d'un véritable complexe neurotoxique indissociable. Passons maintenant à l'étude de la symptomatologie.

L'incubation moyenne est de huit à quinze jours, mais on connaît des tétanos survenant plus précocement et d'autres plus tardivement.

Quels prodromes annoncent le tétanos ?

On distingue des phénomènes locaux et des phénomènes généraux.

La plaie devient atone, douloureuse, sensation de brûlure, de picotements, s'irradiant suivant le trajet des nerfs.

Les phénomènes généraux sont les suivants : un malaise général, de la céphalée, un état d'inquiétude, des bâillements, parfois poussées thermiques, de l'angoisse.

Le symptôme le plus précis, le symptôme constant, c'est le trismus. A la période d'état, on constate deux formes de contractures, les contractures permanentes et les crises paroxystiques de contractures.

Le trismus, ou contracture des muscles masséters, temporaux et ptérygoïdiens est permanent, le plus souvent ; c'est le symptôme initial du tétanos. Le trismus augmente lorsqu'on veut le vaincre.

Le malade souffre de dysphagie, la déglutition devient presque impossible par contracture des muscles du pharynx. Les muscles de la gouttière vertébrale sont eux aussi contracturés, ce qui provoque une position toute particulière du malade. Le sujet est en opisthotonos, il repose sur son lit par le vertex et les talons. Dans certains cas, plus rares, la contracture prédomine aux muscles fléchisseurs, alors on observe le tétanos en boule, le malade est en emprosthotonos.

Lorsque la contracture prédomine à un côté du corps, on a le tétanos latéral, ou le pleurosthotonos.

Le tétanos droit est celui qui produit la contracture de tous les muscles, le malade est alors en orthotonos, le corps est rectiligne, rigide.

Habituellement, ce sont les membres inférieurs qui sont pris, ils sont en extension ; si les membres supérieurs sont atteints, ce qui est rare, ils sont en flexion.

La face est généralement atteinte, on observe alors le masque tétanique qu'on connaît sous le nom de rire sardonique ; le front est plissé, mais les yeux restent mobiles et bien vivants.

En pratique, seuls sont permanents : le trismus, la dysphagie, la raideur de la nuque et de la colonne vertébrale ; les autres spasmes ne surviennent qu'au moment des crises paroxystiques. Alors les contractures permanentes s'exagèrent et de nouvelles apparaissent ; de plus, il y a spasme des muscles respiratoires, le faciès est cyanosé.

Ces crises sont extrêmement douloureuses, elles surviennent sans cause apparente ou bien à la suite d'une excitation extérieure souvent minime.

La rapidité du pouls marche d'accord avec l'in-

tensité des contractures. La respiration dans l'intervalle des crises est régulière.

Lorsque les crises paroxystiques sont séparées les unes des autres par des intervalles plus ou moins longs, on dit qu'il s'agit du tétanos rémittent. Lorsque les crises se succèdent sans intervalle, c'est le tétanos continu.

Quels sont les signes généraux ?

La fièvre manque rarement, mais elle n'a pas un type particulier ; on note que, dans les cas graves, la température est très élevée.

Dans la forme moyenne, la température oscille entre 38 et 39,5. Au moment des crises paroxystiques, la température monte, le pouls s'accélère, dépasse 110 et 120 pulsations à la minute.

Lorsque la respiration et le pouls *restent très fréquents en dehors des crises,* c'est un signe de mauvais pronostic.

Les urines sont rares, ce qui est la conséquence de la difficulté qu'éprouve le malade à absorber des boissons.

La constipation est opiniâtre, les sueurs sont très abondantes, elles persistent en dehors des crises paroxystiques. Le liquide céphalo-rachidien est normal. On note une hyperréflectivité marquée, une hyperexcitabilité musculaire extrême.

L'intelligence du malade reste intacte.

Que devient le tétanique ?

Le plus souvent, les crises deviennent de plus en plus fréquentes, le malade meurt par asphyxie, ou dans une syncope.

Dans d'autres cas, la guérison peut survenir, mais en général, on note une mortalité de 70 à 80 %.

On connaît encore d'autres formes du tétanos, des formes moins fréquentes, moins communes.

Le tétanos aigu : son incubation est de cinq jours environ, son évolution est rapide, un, deux ou trois jours, les phénomènes bulbaires sont très intenses, la mort survient rapidement.

Le tétanos chronique : le plus souvent, l'incubation est de dix à quinze et même vingt jours, les crises paroxystiques sont très espacées. L'élévation thermique est modérée, les membres supérieurs ne sont presque jamais atteints. La mortalité est de 50 % ; en somme, ce n'est pas un tétanos chronique, mais un tétanos à évolution plus lente.

Le tétanos obstétrical, ou plutôt celui qu'on appelait ainsi, se voit principalement après les avortements ; c'est un tétanos splanchnique ; c'est un tétanos partiel, viscéral, qui peut évoluer sans extension extérieure des contractures : il est fatal par les phénomènes bulbaires qu'il entraîne.

On connaît encore une autre modalité du tétanos, le tétanos des nouveau-nés. Il est très grave, la porte d'entrée est la plaie ombilicale. On appelle encore cette forme « *trismus nascentium* ».

Il existe des formes particulières de tétanos, c'est le tétanos partiel.

Dans les tétanos céphaliques, les phénomènes restent localisés aux muscles de la tête. Il y a du trismus, de la dysphagie, il y a ou non spasme du pharynx. Dans certains cas, on peut parler de la forme hydrophobique, la seule vue du liquide provoque des crises de spasme du pharynx.

On observe dans certains cas de tétanos céphaliques, la paralysie faciale. Cette forme succède à des blessures du crâne ou de la face ; l'incubation en est fixe de neuf jours. C'est le tétanos de Rose dont le pronostic est assez favorable.

On connaît le tétanos céphalique avec ophtalmoplégie, avec paralysie du nerf grand hypoglosse.

Le tétanos partiel peut être limité aux membres. Cette variété se voit surtout chez les sujets ayant reçu une injection de sérum antitétanique, de même d'ailleurs que les tétanos céphaliques ou cérébraux. La contracture se localise au membre blessé. La période d'incubation est très longue, elle peut atteindre des mois, deux à trois, en pratique vingt à soixante jours.

On connaît la forme monoplégique, paraplégique du tétanos. Comment poser le diagnostic du tétanos ?

Lorsqu'il y a plaie récente, lorsque le malade est un blessé de guerre, on pense facilement au tétanos, mais en général, le diagnostic en temps de paix est plus difficile.

Le malade présente du trismus ; il faut dans ce cas rechercher s'il n'a pas un phlegmon de l'amygdale, si ce n'est pas le résultat d'une évolution vicieuse de la dent de sagesse.

N'oubliez pas que le trismus tétanique se renforce lorsqu'on veut le vaincre.

En raison de la raideur de la nuque le diagnostic se pose avec les méningites ; faites la ponction lombaire. Dans le tétanos, le liquide est normal.

N'oubliez pas la possibilité de l'intoxication par la strychnine, mais, dans ce cas, les contractures vont en sens inverse de bas en haut et le trismus est tardif ; il y a une énorme mydriase.

Lorsque vous faites au sujet une injection de sérum, au bout de dix jours environ, il peut y avoir des phénomènes de pseudo-tétanos sérique, rappelant ceux du tétanos maladie, mais il y a alors des polyarthrites qui précisent le diagnostic, on voit en même temps apparaître des éruptions sériques.

Voyons la thérapeutique du tétanos : tout d'abord la thérapeutique préventive, thérapeutique des blessures, leur nettoyage, leur stérilisation, leur désinfection.

Le sérum préventif antitétanique doit être employé aussi précocement que possible ; on fait

l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire, la dose est pour les blessures peu graves de 10 c. c.

Chez les sujets ayant reçu antérieurement une ou plusieurs injections de sérum thérapeutique quelconque, les accidents anaphylactiques peuvent être déclenchés par une nouvelle injection de sérum. Il est bon chez ces malades de pratiquer la méthode antianaphylactique de Besredka ou bien de se servir du sérum de Ramon.

Le sérum antitétanique devra être employé chaque fois qu'il y a plaie contuse, et les tribunaux sont sévères pour le médecin qui ne fait pas la sérothérapie préventive dans ces cas suspects.

On peut enfin vacciner actuellement de façon préventive au moyen de l'anatoxine tétanique (Ramon) dont la préparation est analogue à celle de l'anatoxine diphtérique.

Traitement curatif : le sérum antitétanique est surtout préventif, son efficacité curative n'est que très minime. Par les doses massives de 2 à 3 litres (400 c. c. par jour) qu'on a utilisées ces dernières années (par voie intramusculaire et intrarachidienne), on a pu obtenir quelques beaux résultats.

Parmi les autres méthodes de traitement, il faut mentionner celle par les injections d'acide phénique en solution à 3 %, de sulfate de magnésie en solution aqueuse.

Enfin, la méthode la plus récente et qui semble donner les meilleurs résultats est celle de Dufour qui associe la sérothérapie intrarachidienne à l'anesthésie générale par le chloroforme dont l'action sur les centres nerveux ne semble pas négligeable dans ce cas. On a utilisé également d'autres anesthésiques, en particulier l'éther, le somnifène intraveineux.

## LA CLINIQUE VÉNÉRÉOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

### Le traitement de la syphilis doit-il être commandé par la roséole, réaction certaine d'immunisation ?

D'après le Docteur R. BERNARD (1)

*La solution de cette question, d'une importance essentiellement pratique, ne change rien à deux principes thérapeutiques admis par tous les syphiligraphes :*

1° *Il convient de commencer le traitement de la syphilis dès que le diagnostic est posé avec certitude (Fournier, Ravaut), ou exceptionnellement quand la syphilis paraît probable malgré des examens bactériologiques négatifs (Gougerot).*

2° Le traitement *institué, même à titre prophylactique,* doit toujours être intensif et prolongé (*Gougerot, Hudelo, Marcel Pinard*), *sous peine d'observer des échecs, une décapitation ou un retardement de la syphilis ainsi que des retours offensifs dangereux, ou des accidents d'arséno-résistance* (2) ; *il faut préférer un* traitement mixte.

*Il s'agit aujourd'hui de savoir si les faits cliniques et les recherches de laboratoire, nous autorisent à* retarder le traitement jusqu'à la roséole dans tous ces cas, où le praticien reste hésitant : *devant un chancre d'origine douteuse ; à la période pré-sérologique, qui s'étend jusqu'au 25e jour après le chancre ; devant une sérologie incertaine ; bref jusqu'au 50e au 60e jour après le chancre, époque à laquelle apparaît ordinairement la roséole.*

***

#### Peut-on admettre, dans la syphilis comme dans les autres maladies éruptives, une réaction d'immunisation spontanée aux dépens de la peau ?

Depuis des générations, l'empirisme nous apprend que, dans les maladies éruptives, la vaccination principale s'obtient au niveau de la peau, et les praticiens d'autrefois s'ingéniaient déjà, par toutes sortes d'artifices, à faire « *sortir* » les exanthèmes paresseux au lieu de les inhiber ; dans la scarlatine, par exemple, ils ne voyaient de meilleur moyen pour protéger les reins que d'obtenir une forte éruption. Ne recherchaient-ils pas, dans la vaccination cutanée, la suppléance la plus sûre à l'insuffisance de la thérapeutique, et n'entendaient-ils pas de la sorte « protéger les viscères contre la vengeance occulte d'un virus rentré » ?

Pourquoi dès lors n'assimilerait-on pas la syphilis aux autres maladies, éruptives comme elle ? Les anciens déjà estimaient qu'il fallait prendre garde « de repousser la syphilis à l'intérieur », et,

(1) Dr Raoul BERNARD (de Bruxelles). — L'immunisation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corollaires thérapeutiques. (*Bruxelles médical*, 3 et 10 avril 1932).

(2) La syphilis et le praticien. (*Le Concours médical*, 7 mai 1930, pages 1461 et 1463.)

dans cet ordre d'idées, ils utilisaient la chaleur et l'irritation cutanée dans le traitement de la syphilis. De vieilles estampes hollandaises d'Amsterdam montrent qu'aux XVIe et XVIIe siècles, on tendait au même but au moyen des tonneaux à fulmigations mercurielles, à températures « macérantes ».

En 1877, Borowsky conseillait, pour activer les fonctions de la peau, d'ajouter au mercure des bains chauds ou d'air chaud à 50° ou 80°.

Vers la même époque, les Japonais utilisaient aussi de vrais « bains de torture » ; ils les appliquaient trois à cinq fois par jour à 55° pendant six semaines. L'action sur la syphilis était favorable, mais la peau était macérée, lamentable, et il fallait entreprendre un véritable traitement de restauration.

Certes, les interprétations de cette réaction cutanée étaient diverses (activation des fonctions cutanées ; action destructive de la chaleur sur le virus). Aujourd'hui, elles le sont encore ; mais les problèmes de l'immunité, résultant d'une lutte engagée entre l'organisme et le virus, ont été éclairés par les recherches modernes et leur solution devient de jour en jour plus précise. On reconnaît l'existence d'un processus d'immunisation locale, qui vient renforcer l'immunisation générale ou, dans certains cas, se substituer à elle.

En ce qui concerne la syphilis, Dujardin, Golay et Bernard ont considéré que l'évolution des symptômes était conditionnée par les lois de l'équilibre et du déséquilibre entre l'immunité et l'allergie, car l'allergie viscérale est, en grande partie, sous la dépendance de l'allergie de la peau, et qu'*un sujet, qui a présenté peu de lésions cutanées, sera beaucoup plus disposé aux lésions viscérales graves*, parce que, la vaccination générale semble dépendre de l'allergie cutanée. L'un d'eux avait remarqué aussi que la période post-éruptive semblait, dans beaucoup de cas, plus pé- facilement influençable par le traitement que la riode d'éruption : c'est qu'entre ces deux périodes, s'était placé un facteur nouveau, l'*immunisation secondaire*, dont l'action est loin d'être négligeable. Il est heureux, ajoutait-il, que, dans la règle, ce soit le tissu cutané qui subisse le premier assaut de la septicémie secondaire, et que l'*organisme puisse se vacciner aux dépens de la peau.*

D'autre part, certains médecins coloniaux sont allés jusqu'à attribuer un rôle primordial à cette « défense tégumentaire », en invoquant à l'appui les formidables réactions cutanées « protectrices » chez les indigènes équatoriaux ; celles-ci détermineraient une véritable vaccination cutanée, et détourneraient ainsi du système nerveux central la virulence de la maladie. L'action des rayons solaires, activant la formation des anticorps, expliquerait, dès lors, la rareté chez eux des parasyphilis, tout au moins avant que leur syphilis ne se soit « européanisée » sous l'influence de nos traitements. (Voir plus loin.)

Ce qui permettrait de rejeter moins facilement l'empirisme issu de plusieurs générations, c'est que des auteurs modernes ont pu, de leur côté, retenir l'*action parfois favorable des exanthèmes salvarsaniques* (Ravaut, Freymann, Kirle, Lévi, etc.). De même, le Prof. Gougerot a remarqué depuis longtemps que les syphilitiques porteurs d'éruptions chroniques ou récidivantes (eczéma, prurit et prurigo), ou atteints d'une grande éruption aiguë au moment de leur syphilis récente, (eczéma aigu, dermites artificielles notamment après la gale, après frictions mercurielles, etc.) semblaient avoir une évolution plus bénigne de leur syphilis, à traitement égal et malgré des traitements insuffisants.

Pour tout dire, on ne saurait mieux faire que de citer une phrase de ce même auteur, dans une communication faite récemment à la Société de Dermatologie de Paris sur les immunisations par la peau :

« *Les éruptions cutanées, spécifiques ou non, par un mécanisme encore discutable, ont une influence heureuse sur l'évolution de la syphilis.*

***

**La clinique et le laboratoire à l'appui du traitement commandé par la roséole**

Dans ces conditions, il est difficile de ne pas retenir l'irritation qu'occasionnent au niveau des téguments les tréponèmes et leurs toxines (roséole), en vue de la formation intense d'anticorps ; il se produit ainsi une vaccination générale de l'organisme au détriment de la peau, et c'est là une véritable révulsion, qui éloignerait des viscères, et spécialement du système nerveux central la possibilité d'*accidents simultanés ou ultérieurs* ?

Déjà en 1916, Gougerot a d'ailleurs prouvé que l'état d'immunité de l'organisme syphilitique se développe progressivement dès la fin de la période primaire, pour atteindre son maximum au début de la période secondaire et diminuer à la fin de celle-ci.

Logiquement, il faut donc commencer le traitement au point culminant de cette immunité acquise ; celui-ci interviendra comme un adjuvant puissant et souvent indispensable de l'immunité ; s'il ne suffit pas à guérir le malade, les récidives seront moins graves et moins fréquentes, ou ne se produiront pas du tout.

L'observation clinique a vérifié l'exactitude de ces données. C'est ainsi que le Docteur R.

Bernard *a pu suivre, durant six à dix ans,* 80 *malades prélevés sur* 400 *au départ.*

Il a pu comparer l'*évolution sérologique* et *céphalo-rachidienne* (seul moyen de dépister les syphilis nerveuses ultérieures) de malades traités, *les uns depuis le chancre, les autres depuis les accidents secondaires,* mais toujours par des *traitements* MIXTES, intensifs, classiques, prolongés, avec cures de soutien et de sécurité, avec contrôle sérologique très régulier.

Chez les malades traités en période primaire, l'*aire de négativation* au Bordet-Wassermann *est plus réduite* ; au bout de quatre à cinq ans, et malgré l'absence totale de symptômes physiques et souvent sérologiques, la plupart d'entre eux ont encore un liquide céphalo-rachidien pathologique et cinq sur trente ont un Bordet-Wassermann positif.

Chez ceux traités depuis les accidents secondaires, l'*aire de négativation est beaucoup plus vaste* ; au bout de la même période, la plupart ont un liquide céphalo-rachidien normal, et, dans les liquides pathologiques, on ne trouve ni grosses lymphocytoses, ni Bordet-Wassermann positifs.

D'autre part, les malades pris en traitement au début des accidents secondaires voient leur Bordet-Wassermann mettre beaucoup plus longtemps à se négativer ; les malades, entrepris après une période assez longue d'efflorescence, se négativent en général très vite : le traitement semble avoir donné le coup de massue final après que l'immunité a pu, à loisir, donner son plein rendement : il est intervenu à l'heure optima.

Enfin, les sujets soignés à partir des accidents secondaires ont bien mieux protégé leur système nerveux central que ceux pris en traitement dès le syphilome initial, avec Bordet-Wassermann positif ; certes les premiers ne sont pas assurés de la guérison ; mais de même que des malades traités, avant la roséole peuvent guérir, on observe aussi des guérisons spontanées chez ceux qui n'ont pas été soignés, ou n'ont été que peu soignés.

Faut-il rappeler, d'autre part, combien le tabès et la paralysie générale s'observent souvent chez des malades ayant eu des syphilis *discrètes* ; chez eux, on trouve le maximum de syphilis ignorées, donc privées de réactions cutanées et de leur corollaire d'immunité.

***

**A la période pré-roséolique, un traitement, surtout insuffisant, pourrait entraver la réaction cutanée d'immunisation**

Dès 1911, Bettmann écrivait : « Avec un moyen aussi spirillicide que le 606, on détermine une destruction rapide de la majorité des tréponèmes : on *empêche ainsi le travail d'immunité,* et les tréponèmes, qui ont échappé, peuvent repulluler en terrain neuf ». Dujardin, d'autre part, remarquait que les syphilis, soignées *depuis leur début* par les seuls arsénicaux, avaient provoqué un nombre considérable de récidives secondaires intercalaires, c'est-à-dire situées entre les cures, et parfois même des accidents de tertiarisme. De façon générale, ce qui règle l'allure de la récidive, c'est le degré d'immunisation de l'organisme, au moment où elle se produit ; or, le salvarsan, arrêtant l'action du spirochète, arrête l'effort d'immunisation de l'organisme, qui dépend de ce dernier ; *à la période primaire, il prévient l'immunisation secondaire.* D'ailleurs, les localisations méningées, mieux protégées que les localisations cutanées, peuvent reprendre, les premières, leur évolution après l'épuisement de l'action médicamenteuse ; *moins aura été efficace la vaccination cutanée, et plus violentes, plus fréquentes seront les réactions méningées.*

MM. Sézary et Roudinesco incriminent surtout l'*insuffisance* du traitement précoce pour expliquer l'apparition rapide des complications nerveuses : *il vaut donc mieux,* disent-ils, si l'on veut retarder chez un *syphilitique* l'échéance de ces complications, *ne pas le traiter du tout* que de lui faire un traitement fort, mais insuffisant ; cette remarque s'applique beaucoup plus aux traitements arsénobenzéniques qu'au traitement mercuriel.

Mais, déjà en 1927, MM. Lortat-Jacob et Roberti attiraient l'attention sur la fausse sécurité que peut donner un traitement abortif, même intensif, à la période pré-roséolique ; il faudrait, disaient-ils craindre le réveil tardif de la syphilis.

Mendès da Costa (d'Amsterdam), d'accord avec R. Bernard, accuse surtout l'*action insuffisante du traitement* dans les cures abortives, pour expliquer les symptômes pathologiques du liquide céphalo-rachidien malgré le grand nombre des guérisons apparentes. « L'action nuisible d'un traitement pré-éruptif se manifeste moins par des neuro-récidives précoces que par l'apparition tardive d'autres affections du système nerveux. »

***

Nous laisserons au praticien le soin de conclure et, pour terminer, nous nous contenterons de citer deux opinions qualifiées :

L'une du Professeur L. Spillmann sur les conséquences possibles d'un traitement retardé jusqu'à la roséole : « Le pis, qui puisse arriver, est

l'apparition d'une roséole ; mais alors un traitement d'assaut habilement réglé permet de réparer l'erreur » (1).

L'autre du Professeur Gougerot, à propos des éruptions cutanées exerçant une influence heureuse sur l'évolution de la syphilis : « Si ces faits se confirment, il faut, « — ou, avec Raoul Bernard,l aisser le syphilitique (qui n'est plus à la période négative du chancre) avoir sa roséole, afin de faire son immunisation cutanée spontanée ; — ou provoquer chez tout syphilitique, à toutes les périodes, des irritations cutanées non dangereuses, par des irritants physiques (le soleil, ou les ultra-violets, ou la chaleur rubéfiante), par des irritants chimiques (huile de térébenthine et révulsifs, pommade mercurielle, soufre, etc.).

« Les vieilles frictions mercurielles seraient à reprendre systématiquement comme un moyen adjuvant, car elles ont peut être un double rôle d'immunisation spécifique en tant que mercure, et d'immunisation non spécifique, en tant qu'autant.

« Les bains sulfureux associés, tant vantés autrefois, trouveraient l'explication de leur succès, non seulement dans leur action favorisante de la « circulation » du mercure, mais aussi d'une action complexe sur la peau.

« A action égale, nous préférerions le deuxième système, car il serait applicable à toutes les périodes de la syphilis, et il écarterait le danger social de laisser contagieux des syphilitiques jusqu'à la roséole » (1).

Evidemment, en ce qui concerne ce danger social, « la décision à prendre relève de la sagesse et de l'éclectisme du praticien ; la méthode n'est pas précisément destinée aux prostituées, aux libertins, aux inconscients, et à ceux, qui sont un danger pour leur entourage : au médecin averti de savoir prendre ses responsabilités *et de savoir discerner* » (R. Bernard). G. F.

(1) Réunion dermatologique de Nancy (14 décembre 1930).

(1) Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris (14 janvier 1932.)

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Asthme et fièvre

La sédation des crises d'asthme par la fièvre est depuis longtemps connue. De nombreuses observations ont confirmé la vérité de cet adage (évolution fébrile, soit d'abcès dentaires, soit de suppurations ganglionnaires, rougeole, abcès de fixation, etc.). Bref, disent MM. F. Bezançon et A. Jacquelin, l'hyperthermie, qu'elle soit spontanée ou provoquée, exerce une influence heureuse sur l'asthme, non seulement par une perturbation neuro-végétative ; mais encore par le rôle leucocytogène des affections qui provoquent la fièvre. Cette notion peut, dans une certaine mesure, orienter le choix des thérapeutiques pyrétogènes de l'asthme.

Dans de nombreux cas, des infections aiguës fébriles apparaissent capables d'éveiller l'asthme, et plus encore de le réveiller. Ce sont alors toujours des infections se développant dans les voies aériennes : rhino-trachéo-bronchites saisonnières, congestions pulmonaires, cortico-pleurites, broncho-pneumonies même. De toutes ces infections, les plus fréquemment relevées sont les trachéo-bronchites. Certes, il ne faut pas prendre pour des épisodes infectieux ce qui n'est souvent qu'une manifestation diathésique, simple équivalent nasal, laryngé ou trachéal de l'asthme, précédant les crises dyspnéiques, ou, à certains moments, les remplaçant.

Mais, de même que la fièvre peut produire l'asthme, elle peut aussi, par un phénomène bien curieux, l'arrêter.

*Hyperthermies spontanées.* — Ce sont des infections aiguës générales sans localisation nette (grippe, septicémie, fièvre éruptive), ou une infection soudaine (poussée évolutive de tuberculose), ou une infection localisée non suppurative (appendicite), souvent une infection suppurative (phlegmon amygdalien ; abcès des ganglions, du poumon ; ostéomyélite suppurée du tibia ; furoncle, anthrax). Si l'efficacité de la fièvre semble indépendante de la cause qui l'a produite, cependant l'observation montre que ce sont les états fébriles s'accompagnant d'une polynucléose intense, et surtout les suppurations, qui ont, vis-à-vis de l'asthme, le rôle sédatif le plus net et le plus durable. La sédation de l'asthme par la fièvre semble proportionnelle à l'intensité et à la durée de celle-ci. Quand il y a une évolution grave de l'état de mal asthmatique, il est fréquent de noter une résistance de plus en plus marquée à l'influence apaisante de la fièvre. Le temps de préparation à la sédation de l'asthme semble plus ou moins long selon les cas ; en moyenne il est de 24 à 36 heures. La sédation est

tantôt soudaine, tantôt et plus souvent progressive, les accès dyspnéiques s'espaçant d'abord et devenant plus brefs, plus légers, avant de cesser complètement. Cette sédation porte à la fois sur les divers éléments de l'asthme dans ses formes graves : élément spasmodique, élément de congestion bronchiolique et élément sécrétoire.

La durée de la sédation créée par la fièvre, varie selon plusieurs facteurs, dont les plus apparents sont l'intensité, la prolongation de l'affection fébrile intercurrente, sa nature et la gravité de l'asthme, que la fièvre vient modifier. Chez les malades observés, la reprise de l'asthme s'est effectuée de huit à vingt jours en moyenne après les infections courtes et légères, de trois à cinq semaines après les infections plus sévères, de six à huit semaines après les infections accompagnées de suppuration. La persistance d'une suppuration, même minime et non fébrile, a suffi pour empêcher la réapparition de l'asthme pendant plusieurs mois, voire plusieurs années.

D'après les recherches faites, il apparaît que l'asthme, qui s'accompagne d'une réduction des polynucléaires, est plus spécialement modifié par les hyperthermies qui orientent la formule leucocytaire, dans le sens de la polynucléose.

*Hyperthermies provoquées.* — Elles ont sensiblement les mêmes effets que les hyperthermies spontanées. La disparition des crises dyspnéiques, une fois obtenue, se prolonge un temps variable selon la gravité du cas traité, selon les moyens adjuvants, employés pour en empêcher le retour.

Les indications de la pyrétothérapie sont principalement dans l'état de mal asthmatique avec crises subintrantes, car celles-ci résistent à la plupart des médications employées. Il faut aussi mentionner l'attaque d'asthme qui ne cède pas, ou les états dyspnéiques permanents d'origine asthmatique. Il s'agit, en ce dernier cas, de malades que leur gêne respiratoire permanente, légère au repos, intense à l'effort, fait souvent considérer comme des emphysémateux ; cette forme résiste souvent, elle aussi, à la thérapeutique.

On a utilisé successivement, dans un but pyrétogène, les rayons ultra-violets administrés à dose érythémateuse, les auto-vaccins de type bronchique, ou les stock-lysat-vaccins de même nature, le T. A. B.

La pyrétothérapie la plus facilement réglable est celle que procure le vaccin antichancrelleux injecté par voie intra-veineuse. Son seul inconvénient, d'ailleurs relatif, est la brièveté de l'élévation thermique qu'elle permet d'obtenir ; mais il a suffi de 39°, 39°5, 40°, obtenus par une injection, et de répéter cette injection trois ou quatre jours de suite, pour suspendre des états de mal asthmatique, qui duraient sans rémission depuis des mois.

Enfin, l'abcès de fixation, obtenu par l'injection sous-cutanée de 1 à 2 c.c. d'essence de térébenthine, apparaît comme le moyen héroïque, capable de suspendre pour un temps, souvent relativement long, les états asthmatiques, souvent les plus graves. Il constitue l'agent le plus puissant que nous possédions pour remanier profondément une formule leucocytaire. Il faut attendre le plus longtemps possible pour inciser l'abcès, et, l'abcès incisé, retarder sa cicatrisation.

Son seul inconvénient est la douleur, chose minime en présence des formes d'asthme pouvant conduire à l'asphyxie.

Ce n'est donc qu'une méthode suspensive, et non une méthode curatrice ; elle est néanmoins précieuse, car la reprise de l'asthme ne s'effectue que lentement ; les accès, quand ils reparaissent, sont plus légers, plus espacés, cèdent mieux à l'adrénaline ou à l'éphédrine qu'avant le traitement. On a ainsi gagné du temps, et on a permis au malade une vie normale pour quelque temps, tandis que les autres médications, s'adressant au fond morbide, pourront agir. (*La Presse médicale*, 18 novembre 1931.)

**Les ictères de la lithiase biliaire.**

La lithiase biliaire est une maladie volontiers ictérigène : à toutes les périodes de son évolution peut survenir une jaunisse. Celle-ci se présente sous des aspects cliniques très variables et comporte, suivant les cas, un pronostic très différent ; tantôt ce n'est qu'un épisode transitoire, dont le seul intérêt peut être de préciser un diagnostic encore hésitant ; tantôt, c'est l'annonce d'une complication grave, qui peut mettre la vie en danger ou imposer une intervention chirurgicale jusque-là différée.

Avec le Dr P.-A. Carrié, il y a lieu de distinguer : l'ictère prémonitoire de la lithiase, l'ictère transitoire, l'ictère chronique, l'ictère grave.

L'ictère prémonitoire se retrouve, par un interrogatoire minutieux, dans les antécédents lointains d'un grand nombre de malades atteints de lithiase biliaire.

Les poussées transitoires de jaunisse sont fréquentes, et doivent être recherchées systématiquement à la suite de crises douloureuses ; en s'ajoutant à d'autres symptômes de signification jusque-là discutable, elles peuvent fixer un diagnostic hésitant. Cependant toutes les lithiases ne sont pas ictérigènes ; ce n'est donc point une raison, parce qu'un malade n'a jamais eu de jaunisse, pour éliminer la lithiase.

Lorsque le calcul biliaire s'arrête dans le cholédoque, il en résulte une obstruction mécanique du conduit, qui aboutit à une rétention biliaire totale ou quasi-totale, et à un ictère chronique ; c'est alors un ictère foncé, avec décoloration des matières et coloration acajou des urines ; il peut se prolonger durant des semaines et des

mois ; on le distinguera cependant d'un ictère par cancer de la tête du pancréas, où il constitue souvent le premier symptôme de la maladie ; il est aussi moins douloureux que dans la lithiase, et apyrétique, ne donnant pas d'image radiologique comme les calculs.

Enfin, l'ictère grave est un des accidents terminaux de la lithiase biliaire.

En ce qui concerne le traitement, les ictères bénins, catarrhaux, ne doivent pas être considérés comme des incidents bénins, sans lendemain, s'ils peuvent être responsables d'une lithiase biliaire ultérieure. Donc, pendant des mois, et des années, il importe de ménager la cellule hépatique, de surveiller le régime alimentaire.

Les ictères transitoires sont le plus souvent l'expression de poussées d'hépatite ; symptômes d'alarme, leur répétition doit être un argument en faveur d'un traitement chirurgical de la lithiase.

Quant à l'ictère chronique, il est encore d'une façon plus nette une indication opératoire ; cependant, il est de règle de ne pas hâter l'intervention, car, même datant de plusieurs semaines, il peut céder et disparaître sans intervention ; celle-ci est indiquée par deux symptômes importants : l'amaigrissement et la fièvre. (*Le Bulletin médical*, 26 décembre 1931.)

**Alcool et syphilis dans la genèse des cirrhoses.**

MM. M. Brulé et R.-O. Barbat font très justement remarquer que, parce que chez un cirrhotique on dépiste la syphilis, il ne faut pas oublier, dans la joie de cette découverte, que cependant l'alcoolisme seul est, sans doute, la cause de la cirrhose. La conduite de la thérapeutique doit être dominée par cette notion. Certes le traitement antisyphilitique ne doit pas être négligé, ne serait-ce que pour éviter l'apparition ultérieure de périviscérites. On s'adressera de préférence aux médicaments antisyphilitiques, qui sont en même temps des diurétiques, comme le cyanure de mercure, et, à un titre moindre, le bismuth. Mais, de ce traitement, il ne faudra pas attendre les résultats merveilleux que l'on obtient dans les véritables syphilis du foie. Parfois seulement, et sans que son action spécifique soit pour cela prouvée, le traitement pourra amener la résorption de l'ascite. Lui demander plus, le continuer trop longtemps ou à trop fortes doses, c'est courir au devant de désastres, c'est aggraver l'insuffisance hépatique, au lieu de la diminuer, puisqu'il paraît bien démontré que, dans les cirrhoses, la lésion hépatique est le fait de l'alcool et non pas de la syphilis. (*La Presse médicale*, 26 décembre 1931.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Septicémie à streptocoques et abcès cérébral. Guérison par le sérum de Vincent et l'intervention chirurgicale.**

(M. V. Audibert, de Marseille. — *Académie de médecine* ; 15 et 22-3-1932.)

Un enfant de 13 ans est atteint en juin 1931 d'une otite moyenne aiguë suppurée. Malgré l'évacuation normale du pus au travers de la perforation tympanique, la septicémie s'annonce brusquement par un violent frisson, une forte fièvre, sans mastoïdite. Liquide céphalo-rachidien clair, sans polynucléaires, stérile, mais état général grave. Une hémoculture donne en 24 heures du streptocoque hémolytique. Des phénomènes méningo-encéphalitiques surviennent, avec délire, somnolence, vomissements, Kernig, etc. Fièvre à grandes oscillations.

On institue la sérothérapie à l'aide du sérum de Vincent, aux doses de 60 c.c., puis de 100 c.c., en partie dans la veine. Au sixième jour, malgré la persistance des phénomènes encéphalitiques, l'état général s'est amélioré nettement. Bien qu'une urticaire sérique soit apparue, on continue les injections de sérum. La température descend à 37°, 38°. Le sommeil revient.

Toutefois, les signes d'abcès cérébral persistent (crise comitiale, hémiparalysie de la VIe paire...), commandent une intervention qui permet de découvrir un abcès de la région fronto-pariétale contenant 20 c.c. de pus. Finalement, le malade guérit, ne présentant, comme reliquat, qu'une hémiparésie gauche. Le pus de l'abcès s'est montré stérile, à l'analyse bactériologique.

— M. Vincent développe quelques remarques relatives à l'application de sa méthode.

La première est la grande utilité de pratiquer sans retard les injections de sérum, dès la constatation du streptocoque dans le sang ou dès l'apparition des phénomènes cliniques infectieux qui annoncent la septicémie, savoir, le grand frisson et la fièvre élevée. Tout ajournement, toute médication expectante ont pour résultat de diminuer les chances de guérison.

Employée, par contre, dès les premiers jours, la sérothérapie antistreptococcique peut amener la stérilisation du sang en cinq à sept jours.

Dans le domaine chirurgical, le sérum antistreptococcique est un adjuvant précieux de l'opération. Il a guéri des blessés dont l'état comportait cependant un pronostic paraissant fatal.

La fièvre puerpérale d'origine streptococcique

elle-même, traitée précocement, bénéficie remarquablement des propriétés si énergiques du sérum. Il convient, dans cette affection, comme dans les autres streptococcies, de mettre en œuvre la sérothérapie de bonne heure, aussitôt que la présence du microbe est constatée ou sérieusement soupçonnée. Le sérum donne aussi de bons effets dans les autres localisations du streptocoque, la pleurésie purulente à streptocoques, l'otite streptococcique, etc.

Une recommandation importante, c'est de laisser le sérum intervenir seul et de ne pas associer à ce moyen thérapeutique actif d'autres médications qui peuvent gêner ses effets, par exemple l'abcès de fixation, les vaccins, etc.

**Prophylaxie de la polyarthrite alvéolo-dentaire par la mastication et le bactériophage.**

(M. Pitsch. — *Académie de médecine* ; 22-3-1932.)

La mastication insuffisante joue un rôle dans la production de la polyarthrite alvéolo-dentaire. Cette affection ne s'observe pas chez les sauvages qui se nourrissent d'aliments durs, et elle est fréquente au contraire chez les peuples qui se nourrissent avec du riz, par exemple, qu'ils avalent sans mâcher.

La mastication est une fonction nécessaire et, à défaut de son jeu naturel alimentaire, il pourra être utile de la pratiquer, hors de table, artificiellement, avec une substance inerte. La pose d'appareils, de bridges, aidera, lorsque les dents antagonistes font défaut, à rendre possible cette mastication.

A cette première indication pour prévenir la pyorrhée alvéolo-dentaire, on joindra l'hygiène soigneuse de la bouche. M. Pitsch conseille aussi de recourir au bactériophage.

**Action hypotensive du cholalate de soude.**

(MM. Carrière et E. Gérard. — *Académie de médecine* ; 22-3-1932.)

On sait que, dans l'ictère, on observe souvent de la bradycardie et de l'hypotension artérielle. Partant de ces constatations, MM. Carrière et Gérard se sont demandé s'il ne serait pas possible d'abaisser la tension des hypertendus en utilisant les sels biliaires. Ils se sont adressés au cholalate de soude qu'ils ont utilisé à la dose de 5 à 10 centigrammes. Sur 58 cas d'hypertension, de variétés diverses, ils ont obtenu 42 succès et 16 échecs. Ils n'ont pas noté de symptôme d'intoxication biliaire, ni asthénie, ni prurit, ni céphalée, etc.

**Rupture de l'artère axillaire au cours d'une réduction de luxation de l'épaule.**

(M. Pierre Mocquot. — *Société de chirurgie* ; 10-2-1932.)

Une malade de 62 ans entre à l'hôpital Bichat pour une luxation antéro-interne de l'épaule datant de trois semaines. Aucune tentative de réduction n'a été faite. M. Mocquot, sous anesthésie au mélange de Schleich, essaie de réduire la luxation. Différentes manœuvres étant restées sans résultat, il confie la traction du bras à un aide pendant qu'il exerce avec les pouces une pression directe sur la tête humérale. La réduction n'est pas obtenue, mais on voit se produire un gonflement rapidement progressif de l'aisselle : on aurait dit qu'on soufflait dans un ballon de caoutchouc. Le gonflement, augmentant de seconde en seconde, atteint bientôt le volume du poing. La rupture artérielle était évidente.

Ayant pratiqué l'incision classique de ligature de l'axillaire — après avoir au préalable découvert l'axillaire en dehors des scalènes et passé sous elle une sonde de Nélaton — M. Mocquot arrive bientôt sur la rupture artérielle qui donne un fort jet, arrêté par la traction exercée sur la sonde qui soulève le vaisseau. Double ligature de l'axillaire, qui ne paraît pas athéromateuse. Cette double ligature, qui a porté sur la zone réputée dangereuse, n'a entraîné qu'une gangrène limitée et superficielle de la main, mais elle a eu pour conséquence une grave rétraction ischémique avec impotence du membre.

L'étude des ruptures artérielles survenant au cours des manœuvres de réduction des luxations de l'épaule a été faite en 1911 par Guibé. Cet auteur a montré le danger des pressions exercées directement sur l'aisselle, même sans violence. Guibé dit que les lésions peuvent survenir avec des manipulations faites sans force et dès le début des manœuvres. La rupture se produit généralement par arrachement d'une collatérale. C'est un accident heureusement rare.

P. L.

**Laryngite catarrhale chronique et ionisation iodée.**

(M. R. Grain. — *Soc. de médecine de Paris* ; 23-1-1932.)

La laryngite catarrhale chronique, caractérisée par la congestion chronique de la muqueuse laryngée, sans lésion ni ulcération, et ne relevant d'aucune infection spécifique, est une affection dont la guérison est souvent malaisée à obtenir. Dans beaucoup de cas, les traitements par inhalations et médicaments divers, ne donnent que des résultats partiels, infidèles et inconstants.

Le médicament spécifique de cette affection est l'iode, que l'on fixe électivement et puissamment sur la muqueuse laryngée par l'ionisation iodée du larynx, sur lequel il exerce une puissance décongestionnante de premier ordre, aboutissant dans un court laps de temps à une restitution intégrale de l'organe.

**De la nécessité de créer des laboratoires de physico-chimie, de biologie appliquée à la clinique auprès des stations thermales et climatiques françaises.**

(Dr Molinéry. — *Soc. de méd. de Paris* ; 23-1-1932.)

L'auteur présente un simple dispositif de labora-

toire, propre à déceler, instantanément, l'H. S. et le soufre dans les eaux minérales. L'utilité de semblables laboratoires n'est plus à démontrer, car c'est au griffon même que peut être étudiée, avec les plus grandes chances de succès, « la vie de nos eaux minérales ». Les réactions du médicament hydrominéral sur les animaux d'expérience, puis sur l'homme sain, et, enfin sur l'homme malade, doivent continuer le cycle de ces recherches : réactions endocriniennes de la crise thermale, modification du réflexe oculo-cardiaque, test sanguin, etc. Ces laboratoires seraient également équipés pour toutes les recherches climatologiques.

Le Dr M. soumet finalement à la discussion de la Société les vœux suivants : 1° que dans toutes les stations hydrominérales et climatiques, où la chose sera possible, soient institués des laboratoires de recherches biologiques, physico-chimiques, cliniques, afin de fixer, non plus empiriquement mais expérimentalement, si possible, la thérapeutique de chaque station, et, dans des limites de plus en plus nettes, sa spécialisation.

2° Que dans les cinq stations thermales françaises, pourvues d'un grand hôpital militaire, ou encore d'un hôpital thermal civil, soient créés dans lesdits hôpitaux, les laboratoires, dont il vient d'être exposé le but ; et dont l'accès sera ouvert à tous les chercheurs.

**Dix ans de pratique des insufflations gastriques rythmées (méthode de gastrotonométrie) dans le traitement des maladies de l'estomac.**

(M. René Gaultier. — *Soc. méd. de Paris* ; 12-2-1932.)

L'auteur s'appuie sur des centaines d'observations personnelles, et sur celles de ses élèves et confrères, pour montrer l'efficacité de sa méthode de gastrotonométrie ou méthode d'insufflations gastriques rythmées, qui, dans les maladies d'estomac, amène une amélioration immédiate des signes subjectifs ou objectifs, particulièrement un relèvement notable de l'appétit, d'où une meilleure alimentation et des digestions plus faciles conditionnant l'augmentation de poids et la guérison.

**La récurrenthérapie.**

(M. A. Marie. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-2-1932.)

Il s'agit de quatre observations de paralysie générale, traitée par récurrenthérapie intra-cranienne. Ces cas ont été opérés en collaboration avec MM. Levaditi et P. Lépine, par trépan fin aux régions frontales latérales, et inoculés ensuite au spirille de Dutton directement dans les lacs sylviens. On signale trois rémissions en cours, après réactions fébriles continues de 25 à 30 jours.

**Existe-t-il un néo-interventionnisme en matière de tuberculose osseuse ?**

(M. Marcel Galland. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-2-1932.)

Si actuellement on opère beaucoup plus qu'autrefois dans la tuberculose osseuse, le principe conservateur garde cependant toute sa vigueur. Après avoir rappelé que sous tous les climats, et quels que soient les traitements, la tuberculose osseuse évolue toujours dans le même temps ; après avoir montré que le rôle du climat (indispensable) est de créer un état général apte à permettre à l'organisme de guérir ses lésions, l'auteur définit l'interventionnisme et le conservatisme.

L'interventionnisme, c'est-à-dire l'intervention précoce dans le foyer, est condamné de tous. Le conservatisme actuel adjoint à ses procédés orthopédiques des traitements chirurgicaux parfaitement admissibles dans tous leurs principes. Quand on sait que, après le dix-huitième mois, la lésion s'entoure à la périphérie d'une véritable barrière de sclérose, on conçoit que certaines interventions intrafocales tardives, postérieures à ce dix-huitième mois, pourront être pratiquées sans danger (sequestrectomies, ou mise à plat des fistules persistantes). Par évidence, toutes les opérations extra-focales sont sans danger pour le foyer lui-même. Ce sont les opérations orthopédiques (ostéotomies), les ostéosynthèses, les greffes osseuses à distance. On reconnaît maintenant à ces dernières un rôle biologique eutrophique certain. Il n'y a donc pas de néo-interventionnisme en tuberculose osseuse, mais il y a élargissement de la chirurgie conservatrice.

G. F.

---

*Société des chirurgiens de Paris.*

Séance du 4 mars 1932.

**Un cas d'absence partielle du rectum avec anus vulvaire imperforé.**

M. Gasne communique l'observation d'une petite fille de 52 heures, qui présentait une fossette anale profonde, mais borgne, et au niveau de la fourchette une fossette vulvaire profonde de deux centimètres environ. Ni l'une ni l'autre ne communiquaient avec le rectum. L'auteur, après avoir tenté vainement d'atteindre le rectum au niveau de la fossette vulvaire, dut prendre la voie périnéale habituelle pour arriver à l'ampoule rectale qui était située extrêmement haut. Il essaie d'expliquer embryologiquement la disposition exceptionnelle qui a été constatée.

**Transplantation musculo-tendineuse pour pied bot paralytique.**

M. Peugniez communique l'observation d'une transplantation faite il y a neuf ans chez un jeune

garçon : ténotomie du tendon d'Achille et anastomose tendineuse du court péronier latéral et du péronier antérieur avec l'extenseur commun des orteils. Actuellement on peut constater que le résultat obtenu est très satisfaisant.

**Nouveau traitement des calculs endogènes de la prostate.**

M. Georges Luys. — Jusqu'ici l'évacuation des calculs endo-prostatiques se faisait par voie périnéale ou par voie hypogastrique, et ces opérations aboutissaient souvent à la prostatectomie, toutes opérations hors de proportion avec les lésions. L'auteur propose un nouveau traitement : sous le contrôle de la vue, avec l'urétroscope à vision directe, il creuse de profondes tranchées à l'électro-coagulation sur le plancher de la fossette prostatique, au niveau des rigoles latérales du veru montanum ; cette opération est faite suivant les indications radiographiques. Les calculs, rendus ainsi libres, s'éliminent spontanément quelques jours après, au moment de la chute des escarres. L'auteur communique trois observations où il a employé ce procédé avec trois succès.

**Grossesse extra-utérine méconnue et ses incidents multiples.**

MM. Petit de la Villéon et L. Giet communiquent l'histoire d'une grossesse extra-utérine qui, prise pour une grossesse normale, fut l'objet de manœuvres abortives. A la suite de phénomènes infectieux consécutifs, la malade subit successivement un curetage, un abcès de fixation, une colpotomie suivie d'hémorragie secondaire. La salpingectomie faite par laparotomie amena la guérison.

**Hernie crurale de l'ovaire par effort avec fibromyomes du pédicule, au cours d'une grossesse.**

M. Muller (de Belfort) rapporte l'observation d'une femme qui, enceinte de quatre mois et demi, ressent, en portant une charge de 15 kgr., une vive douleur à gauche ; elle palit, tombe et vomit. On constate la présence d'une hernie crurale gauche qui reste douloureuse à la pression (et parfois spontanément) et irréductible. L'opération montre dans le sac un ovaire volumineux avec deux petits fibromyomes du pédicule. Suites opératoires simples. Accouchement à terme, compliqué d'albuminurie enfant mort-né.

**Sur les formes anormales du cancer de l'œsophage.**

M. Jean Guisez. — Le signe capital du cancer de l'œsophage est la dysphagie. Or, ce signe peut manquer complètement, et l'auteur rapporte un certain nombre d'observations, où le cancer œsophagien, tout à fait latent, fut une véritable trouvaille à l'œsophagoscope, en particulier dans trois cas à propos de la recherche d'un corps étranger et dans deux autres pour de petites hématémèses, que l'on croyait d'origine pharyngo-laryngée. De ces formes latentes on peut rapprocher les cancers, qui se développent secondairement dans les grandes dilatations de l'œsophage. Dans tous, bien qu'il n'y ait eu aucune gêne à avaler, il y avait tumeur plus ou moins développée dont le diagnostic fut facile à poser sous l'œsophagoscope, et en général possible à vérifier par l'examen biopsique. On conçoit tout l'intérêt de semblable trouvaille œsophagoscopique, car alors, en général, la tumeur est peu développée et peut être attaquée utilement par les applications locales de radium.

**Volet à glissière pour cacher la lentille frontale optique et l'onglet du cystoscope à cathétérisme urétéral.**

M. R. Bonneau. — Au cours de la traversée de l'urèthre, surtout de l'urèthre postérieur malade, la lentille frontale et les onglets porte-sondes du cystoscope à cathétérisme peuvent être souillés par du pus et du sang. Le volet à glissière, qui est présenté, cache pendant la traversée uréthrale la cavité, où sont l'optique et les sondes. Quand le cystoscope a pénétré dans la vessie, ce volet est ramené en arrière ; alors, l'optique et les extrémités des sondes se trouvent prêtes à fonctionner dans les meilleurs conditions de visibilité et de perméabilité comme aussi d'asepsie.

---

*Société française de gynécologie.*

Séance du 15 février 1932.

**Effets thérapeutiques de l'insufflation tubaire chez les femmes stériles.**

MM. C. Daniel et Al. Soimaru (de Bucarest). — Les auteurs présentent un important travail d'une documentation très complète et font une mise au point de cette intéressante question. L'insufflation tubaire selon D. et S. a son maximum de succès dans les stérilités primaires, la stérilité secondaire en tire moins d'avantages. Quant à ses dangers, ils sont minimes, si l'intervention a été pratiquée correctement. Les cas de grossesse extra-utérine signalés après l'insufflation tubaire sont rares.

MM. Douay et Jean Dalsace s'associent aux conclusions de l'auteur mais préconisent l'emploi de l'hystéro-salpingographie concurremment avec l'insufflation tubaire, les deux méthodes devant se compléter.

*Séance du 14 mars 1932.*

**Le traitement des cervicites chroniques par la *diathermo-coagulation*.**

M. J.-E. Marcel (de Paris). — Sous le terme de *cervicites chroniques*, il faut entendre l'*exocervicite et l'endocervicite*. L'exo-cervicite peut être simple, c'est le cas facile que tous les traitements guérissent. L'en-

do cervicite peut être isolée. D'autres fois, elle se complique d'exocervicite.

Dans les deux cas, l'*endocervicite* seule importe. C'est elle qu'il faut traiter, après l'avoir diagnostiquée. Il y a deux traitements de l'endocervicite :

1° Les cautérisations au caustique de Filhos ;

2° La diathermo-coagulation intra-cervicale.

Pour obvier aux inconvénients, dont certains sont d'ailleurs exagérés et évitables, du Filhos, il faut avoir recours à la diathermo-coagulation *intracervicale* : la diathermo-coagulation bipolaire ou l'étincelage sur le museau de tanche seuls, *étant inopérants*. La diathermo-coagulation intracervicale se fait, d'après l'auteur, avec une électrode linéaire à arêtes, après ouverture, s'il est nécessaire, de l'orifice cervical avec une *électrode conique*.

Toutes deux fonctionnent en monopolaire. Aucune préparation, aucune anesthésie ne sont nécessaires. Le repos est le plus souvent inutile. Dans les cas moyens, une à deux séances à cinq ou six semaines d'intervalle suffisent. Dans les cas plus sévères, il est nécessaire d'adjoindre une coagulation isthmique (véritable bastion de l'infection) avec une *électrode en olive ou en boule*.

Dans les cas rebelles, la diathermo-coagulation est pour le moment incapable de guérir à elle seule. Il faut la précéder d'une ou deux applications intracervicales de Filhos. Il n'a pas été noté d'accident immédiat ou tardif post-opératoire.

Dans les cervicites avec hypertrophie de la muqueuse ou dans les polypes du col, le curettage du canal cervical avec *une curette à anse* branchée sur un poste à ondes entretenues a donné des résultats intéressants.

**Myomectomie et grossesse.**

M. Raymond Petit (de Paris). — L'auteur présente deux observations de myomectomies pratiquées au deuxième mois de grossesses, non diagnostiquées, et qui n'entraînèrent ni interruption, ni complication de ces grossesses.

---

*Société médicale des Praticiens.*

Séance du 19 février 1932.

**Quelques particularités de la fatigue chez l'enfant.**

M. Albéric Boudry, de La Bourboule. — L'enfant est le prototype analytique et synthétique de cette monographie, parce que ses fonctions organiques, ardemment constructrices, tumultueuses et néoformées, sont perturbées par la fatigue avec une électivité anarchique, et frappées par elle gravement.

La fatigue est objectivée ici, comme une entité clinique : ordre somatique (statique et dynamique), psycho-moteur et neuro-végétatif (motricité, sensibilité, volonté).

Cette étude crée la stabilisation séméiologique de la fatigue chez l'enfant, dont elle interprète les signes à travers une distorsion clinique de la vitalité active et passive, et un porte à faux énergétique total : objectif, déséquilibre physique ; subjectif, instabilité affective, influx de boiterie sensitive.

**Troubles du langage, de la lecture et de l'écriture chez l'enfant à l'âge scolaire.**

M. Gilbert-Robin étudie, en dehors des troubles de la prononciation, les troubles électifs du langage entravant la scolarité d'enfants par ailleurs intelligents. L'auteur passe en revue les entendant-muets par surdité verbale congénitale et les entendant-muets par retard des fonctions praxiques, la cécité verbale congénitale (alexie et agraphie). Ces troubles nécessitent un traitement médical et des méthodes pédagogiques spéciales. Le dépistage de ces cas à l'âge scolaire est de la plus haute importance pour l'avenir intellectuel et pratique de l'enfant.

**Dolichocolon sigmoïde.**

M. Cambiès rapporte les observations de deux malades présentant, l'un, une perforation de la vésicule biliaire, par calculs ; l'autre un dolichocolon transverse, affection assez rare, par rapport au dolichocolon sigmoïde.

Dans la première observation, le diagnostic de lithiase vésiculaire avec péri-cholécysto-duodénite et perforation de la vésicule a pu être fait, à l'aide de la cholécystographie et de l'examen par repas opaque.

L'opération a confirmé le diagnostic : deux calculs visibles sur les clichés en dehors de la vésicule, étaient situés dans les adhérences cholécysto-coliques.

La deuxième observation concerne une malade présentant un volumineux dolichocolon transverse droit, passé inaperçu au cours de plusieurs examens aux rayons X, par voie buccale et par lavement.

C'est au cours d'une cure à Châtel-Guyon faite en 1931, pour combattre une constipation tenace (de 12 à 15 jours) que la malade fut examinée aux rayons X, par le docteur Cambiès, qui conclut à un dolichocolon transverse droit de nature congénitale.

La cure thermale (bains et cataplasmes de boue), complétée par les lavements goutte-à-goutte à l'eau minérale, suivant la technique préconisée par l'auteur, en 1918, permit de réduire considérablement la constipation opiniâtre, puisque 9 mois après la cure la malade obtenait une évacuation quotidienne à l'aide, seulement, de petits lavements d'huile.

Séance du 18 mars 1932.

Le Docteur Le Filliatre :

1° Communique les excellents résultats d'une

résection du coude pour tumeur blanche fistulisée faite sous analgésie par rachidelcaïnisation et montre qu'une résection du coude faite dans les conditions qu'il a exposées permet d'obtenir une bonne néarthrose, résultat bien supérieur à une guérison par ankylose du coude si toutefois l'on n'a pas été obligé de procéder à l'amputation du membre audessus de la lésion ; Le Filliatre apporte les pièces réséquées.

2° Fait réponse à la communication du Docteur Thiery du 27 janvier 1932 à propos de la rachianesthésie, et montre qu'il est indéniable que les divers succédanés de la cocaïne ne doivent pas être confondus entre eux, comme le fait M. Thiery, et présentent des différences d'actions résultant de leur constitution chimique et révélées par l'expérience. Il faut bien se garder de les confondre si l'on ne veut pas s'exposer aux conséquences fâcheuses dont parle M. Thiery.

3° Présente, enfin, quatre vésicules biliaires et quatre appendices provenant de quatre cas de cholécystite calculeuse avec appendicite, et attire l'attention de la Société sur la fréquence chez la même malade de ces deux lésions concomitantes. Les malades porteurs de ces lésions ont été opérés sous rachianesthésie et sont actuellement très bien portants.

**Les paranoïaques en clientèle.**

Docteur Jean Vinchon. — Le praticien doit connaître le paranoïaque aussi bien que le spécialiste. Il peut être pour lui l'occasion de poursuites judiciaires ou d'agressions plus directes. La fausseté d'esprit, se traduisant par l'interprétation délirante d'un fait réel, l'égocentrisme, la méfiance, la notion d'une hérédité similaire décèlent la paranoïa. La forme la plus importante pour le praticien est le délire hypocondriaque, qui entraîne des poursuites pour de prétendues erreurs de traitement, surtout dans les affections longues et rebelles à la thérapeutique. La constatation d'un délire hypocondriaque ne doit pas faire écarter une intervention nécessaire, mais elle oblige le médecin à prendre des mesures contre le psychopathe : surveillance, internement.

# Les Congrès

## SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALE DE PARIS

## Réunion commune avec « La Ligue française contre le Rhumatisme »

(15 *février* 1932)

La séance solennelle de la Société d'hydrologie a été consacrée cette année à l'étude du rhumatisme chronique et de son traitement hydrominéral.

Deux rapports ont été présentés : Le premier rapport : « Les rhumatisants chroniques », par M. le Prof. Bezançon et M. Mathieu-Pierre Weil, médecin des hôpitaux ; le second rapport : « Les rhumatisants chroniques aux eaux minérales françaises », par MM. Barrau (de Dax), H. Flurin (de Cauterets), Jacques Forestier et François Françon (d'Aix-les-Bains), J. Gay (de Bourbonne-les-Bains).

### EXPOSÉ DU PREMIER RAPPORT

MM. Bezançon et Mathieu-Pierre Weil.

**Les rhumatisants chroniques**

Le problème du rhumatisme chronique est un de ceux qui, à juste titre, passionnent le plus à l'heure actuelle le Corps médical. Sans doute des préoccupations d'ordre social interviennent-elles ; mais pour une grande part, cette reprise d'étude fait partie d'un large mouvement d'idées qui ramène les médecins à l'*étude des diathèses*. Comme il l'a été de tout temps, le rhumatisme constitue une sorte de champ clos où s'affrontent les diathésistes et les étiologistes.

Lorsque fut ouverte l'ère bactérienne, la notion d'infection revendiqua peu à peu ce qu'à l'arthritisme on refusait. A vrai dire, la *notion d'infection*, si *grande*, si considérable qu'elle soit, a trop lourdement pesé sur la conscience médicale. Quel que puisse être l'importance de son rôle, sa part cependant reste limitée.

Le problème du rhumatisme est d'une telle complexité qu'aucune des méthodes d'examen dont nous disposons aujourd'hui ne doit être négligée pour son étude. Il est, pour tout rhumatisant, une série de *recherches physiques*, *chimiques*, *bactériologiques*, qu'il faut systématiquement pratiquer, et dont les auteurs précisent la valeur. On n'oubliera pas que c'est par la technique qu'une science progresse. Par ailleurs, on n'omettra pas d'examiner avec soin non seulement les articulations malades, mais l'habitus général du malade, considéré dans son ensemble : il faut, insistent les rapporteurs, redevenir *morphologistes*.

La question du rhumatisme chronique est entourée de telles obscurités qu'il n'est pas encore possible d'en fournir une classification définitive : mais ce qu'on est en droit d'exiger, c'est que les classifications proposées ne puissent représenter un jour une entrave aux progrès à venir. Rien n'est plus dange-

reux à ce point de vue que de mettre des étiquettes précises sur ce qui est imprécis, de faire croire au connu lorsqu'on est dans l'inconnu.

Or, quelle que soit l'importance de la notion de terrain et de réaction individuelle, qui pèse sur toute la pathologie articulaire, on peut s'entendre facilement pour admettre qu'il est parmi les manifestations articulaires chroniques, un premier groupe d'affections où l'*état morbide est dominé par la question étiologique* : c'est la classe des *mono- ou oligo-arthrites*, des rhumatismes partiels ; et qu'il en est un second où, au contraire, la *notion étiologique s'efface devant l'importance de la réaction individuelle* du sujet : c'est le groupe des *polyarthrites symétriques progressives*, du rhumatisme généralisé.

Dans les *rhumatismes chroniques* partiels interviennent toute une série de facteurs que les auteurs analysent avec soin, *infection*, *microtraumatisme*, *précipitations locales*, *troubles vasculaires*, *déséquilibre endocrinien*, *troubles nerveux*, *phénomènes d'hypersensibilisation.*

Ils insistent tout spécialement sur les troubles statiques et de posture, et les actes professionnels qui, si fréquemment, interviennent dans la maladie.

Cependant, le problème ne saurait se résoudre à ceci : un facteur important est la malformation qui intervient souvent comme élément prédisposant ; un autre est la *spécification réactionnelle*, que présente chaque type d'articulation aux diverses causes qui peuvent l'assaillir ; les auteurs insistent sur cette notion, dont ils montrent le caractère essentiel. D'autre part, les diverses causes énumérées ci-dessus *peuvent s'associer* : rien n'est plus démonstratif à ce point de vue que l'histoire du *rhumatisme des obèses* dont ils signalent l'intérêt, et dont ils individualisent une des variétés les plus fréquentes, l'*arthrite sacro-iliaque de la femme de* 50 *ans*, *obèse et multipare*.

Des *rhumatismes généralisés*, de ce que les auteurs dénomment la *polyarthrite symétrique progressive*, ils éliminent avec soin les multi-arthrites, qui ne représentent à vrai dire qu'une réunion d'arthrites partielles. La distinction est fondamentale. On veillera à ne pas se laisser prendre à de grossières confusions, le hasard des groupements pouvant entraîner une certaine allure de symétrie qu'une communauté de fonctions rend relativement fréquente ; une multiplicité des atteintes peut faire croire à l'existence d'une polyarthrite symétrique, alors qu'il n'y a que des *multiarthrites localisées.*

Les polyarthrites symétriques sont caractérisées par toute une série de symptômes : douleurs, crampes et spasmes, importance des troubles trophiques, symétrie, progressivité : un de leurs caractères est que la cause presque toujours en échappe.

Parmi elles, il est un type très spécial, propre à l'homme, la *spondylose rhizomélique*, que caractérise une décalcification vertébrale et une calcification des ligaments voisins.

La plupart des autres formes appartiennent à la femme. C'est ce type que Charcot a étudié dans sa thèse.

Or, comme le montrent les auteurs, il est parmi les malades toute une série de types cliniques : les uns sont essentiellement des douloureux atteints de phénomènes d'*acroparesthésie* et d'*atrophie musculaire*, et chez les autres, toutes lésions radiographiques sont absentes ; d'autres ont comme signe radiologique essentiel la *décalcification* : ce sont des osseux plus que des articulaires ; chez d'autres s'observent des *luxations sans arthrites véritables* ; chez certains seulement l'*articulation est lésée.* Certaines de ces formes aboutissent à la cachexie, d'autres n'y conduisent jamais. Et ces différences, loin de représenter des aspects consécutifs, relèvent incontestablement de *types cliniques particuliers.*

(*A suivre*)

## Les Thèses

P. Dr Jean Lereboullet, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. — **Les tumeurs du quatrième ventricule.** Un volume de 431 pages avec 30 figures et 21 planches hors texte : 65 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Les progrès récents de la neuro-chirurgie en permettant d'opérer avec succès de nombreux cas de tumeurs du quatrième ventricule, ont mis à l'ordre du jour cette variété de tumeur considérée jusqu'alors comme une simple curiosité anatomique.

On sait maintenant que ces tumeurs sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois, qu'on peut les diagnostiquer et intervenir en temps opportun pour les traiter. Aussi leur intérêt clinique et chirurgical était-il considérable. Jusqu'ici toute fois les travaux consacrés à cette affection étaient restés épars dans la littérature, et les traités classiques ne mentionnent les tumeurs du quatrième ventricule que de façon très sommaire. Le Dr J. Lereboullet s'est attaché à mettre au point cette question. L'importante monographie qu'il publie est basée sur un matériel anatomoclinique comportant vingt observations inédites et trois cent vingts observations recueillies dans la littérature.

Ce nombre considérable de faits a permis à l'auteur de faire une étude très complète des tumeurs du quatrième ventricule qu'il divise en trois parties.

La première, précédée d'un court rappel anatomique et embryologique, est une *étude analytique* des divers symptômes, qu'on peut rencontrer dans une tumeur du quatrième ventricule, quelle qu'en soit la nature anatomique ; l'auteur discute la valeur

de chacun de ces symptômes, en précise la signification clinique et, en explique la pathogénie ; il expose les diverses formes cliniques observées et en individualise une nouvelle, la forme du récessus latéral.

La seconde partie est un essai de *synthèse anatomoclinique* des différents types de tumeurs. Elle comporte l'étude détaillée de nombreux cas personnels, à l'aide des techniques histologiques les plus modernes ; une abondante illustration originale en facilite la compréhension.

La troisième partie enfin est consacrée au *diagnostic* et à la *thérapeutique chirurgicale* de ces tumeurs.

A noter que cette étude a été poursuivie sous la direction du Professeur Guillain, à la clinique neurologique de la Salpêtrière.

St. — Dr M. Bleitrach. — **Etude médico-sociale des législations françaises sur les accidents du travail.** (Loi du 9 avril 1898 et législation appliquée en Alsace-Lorraine). (Imprimerie E. Mazel, Largentière. Ardèche, 1931.)

L'auteur pense avoir démontré dans cette étude objective : 1° que l'accidenté perçoit des prestations incontestablement plus avantageuses sous le régime de la loi française (sous réserve toutefois de l'adoption du projet voté par la Chambre, et en instance devant le Sénat) ; 2° Que les charges du patron paraissent identiques dans les deux régimes. Il jouit cependant d'une plus grande indépendance avec la loi de 1898 ; 3° Que la situation du médecin est moralement et matériellement supérieure sous le régime de la loi française ; 4° Que la procédure présente des avantages sous le régime local ; mais que le projet de réforme de la loi de 1898 fait œuvre heureuse d'unification en matière de procédure.

L'adoption du projet de loi, en instance devant le Sénat, faciliterait l'introduction, techniquement souhaitable, de la législation française sur les accidents du travail, dans les trois départements recouvrés. Une telle mesure pourrait ne porter aucune atteinte à la structure actuelle des corporations, qui deviendraient des Mutuelles d'assurance, sous le même régime.

---

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Librairie Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe.

Dr Léon Mac-Auliffe, ex-directeur adjoint du laboratoire de psychologie pathologique à l'Ecole des Hautes-Etudes.— **La personnalité et l'hérédité.** IVe fascicule de « *La Vie humaine* » (Etudes morphologiques). Un vol. grand in-8°, 292 pages, 222 fig. Prix : 50 fr.

Editions du Bon Plaisir,
2, rue Romiguières, Toulouse.

Raymond Groc. — **La chaste histoire de celui qui était amoureux de l'amour.** *Récit d'il y a vingt ans.* (Un vol. 112 pages.)

Chez Ernest Flammarion,
26, rue Racine, Paris.

Gil Robin. — **Grandeur et servitude médicales.** (Un vol. in-18 jésus, 246 pages. Prix : 12 fr.)

---

# THÉRAPEUTIQUE

## En lisant les vieux livres....

Par le Dr Quénée

Dans la dissertation de Maximilien Stoll, médecin ordinaire de l'hôpital de la Sainte-Trinité et Professeur de médecine clinique à Vienne, sur la matière médicale pratique (ouvrage posthume traduit du latin, sur l'édition allemande, par Jacques Terrier, médecin des armées (1797) (1), nous trouvons que :

« Il faut observer sur les médicaments, qu'ils doivent être proportionnés à la maladie, faciles à se procurer, simples, appropriés à l'âge, à l'idiosyncrasie, au goût et à l'habitude ».

« Ils ne doivent, dit-il plus loin, pas être plus forts que la maladie, ni plus faibles qu'elle. On doit préférer les médicaments simples aux médicaments précieux, les choses agréables aux désagréables.

« On doit enfin proscrire les choses, qui ont vieilli, par exemple la poudre de corne de cerf, le bézoard, les pierres précieuses, les momies, la fiente, etc... Il y en a eu, et il y en a encore, ajoute-t-il, qui recommandent le crotin (*sic*) de cheval dans le tétanos ; mais pourquoi, si tous les émollients produisent le même effet ? D'autres recommandent les excréments humains contre la goutte... d'autres vantent le clou de Saint-Ruppert..... »

Pour que des gens sérieux, comme un médecin de la Sainte-Trinité partent en guerre contre des pratiques analogues, il faut qu'elles aient été très en vogue, au point de constituer un véritable danger.

(1) Se vend à Bordeaux, à l'imprimerie de la Vve J.-B. Cavazza, rue des Ayres, n° 3.

Il ne nous suffira pas maintenant pour suivre les excellents conseils de M. Stoll, et pour rester moderne, d'éviter de prescrire le bézoard ou la corne de cerf. Il y a beaucoup d'autres médications qui, pour être tout de même moins anciennes, n'en sont pas moins surannées. Bien sûr, même tout ce que nous trouverons de plus « à la page » paraîtra bien ridicule à nos arrière-neveux, mais, en attendant leur jugement, tâchons de rester simples et modernes tout de même.

Il n'y a, par exemple, de jour, où nous ne soyons consultés par un malade qui souffre.

Allons-nous nous contenter de recourir à la mandragore ou au nénuphar ?

Nous analyserons cette douleur pour essayer d'en trouver la cause et pour « rendre notre médication proportionnée au mal, ni plus faible, ni plus forte ».

Mais notre malade souffre et se plaint de douleurs et d'insomnie. Que nous demande-t-il tout de suite ? de calmer sa douleur et de lui donner le repos.

Il est peut-être trop schématique d'établir entre ces deux indications des cloisons étanches, car, dans bien des cas, il suffira de calmer la douleur pour ramener le sommeil. Mais la réciproque n'est généralement pas vraie. De plus, à la suite d'une longue période de douleur, il peut persister un état d'anxiété et d'agitation qui empêchera le sommeil.

Et dans la pratique ces deux éléments se différencient tout de même, surtout au point de vue thérapeutique.

L'élément douleur appellera les analgésiques.

Parmi ceux-ci, les uns, employés surtout en dehors de la prescription médicale, sont les dérivés de l'acide salicylique. Les autre sont les dérivés du groupe antipyrine. Ils sont plus spécialement analgésiques, et s'appliquent à des cas beaucoup plus variés que les salicylés, dont le rhumatisme articulaire aigu a fait la fortune. Ce groupe des dérivés de l'antipyrine a de nombreux représentants, tant dans les médications formulées que spécialisées.

L'élément insomnie se traite par les hypnogènes.

Les plus anciens de ceux-ci sont les opiacés. Ils ont un inconvénient, et un grave : ils ne sont pas seulement des hypnogènes, mais ils sont aussi des stupéfiants. D'où peuvent découler des ennuis dans leur prescription : le tableau B par exemple.

Puis, ils entraînent l'accoutumance et surtout l'habitude, qui poussera le malade à employer des doses de plus en plus élevées.

La thérapeutique chimique nous a donné des hypnogènes beaucoup plus maniables et d'un emploi beaucoup plus simple, ce sont les barbituriques, ou dérivés de la malonylurée.

Parmi ces dérivés, beaucoup ont été préconisés et sont tombés ensuite dans l'oubli. L'usage a surtout consacré l'emploi du somnifène, qui s'est révélé comme l'hypnotique de choix.

En résumé, selon que prédomine la douleur ou l'insomnie dans l'état de notre malade, nous aurons recours au somnifène ou aux dérivés de l'antipyrine.

Mais pour tous les états intermédiaires, où la douleur et l'insomnie se combinent, il faudra essayer aussi de combiner notre médication.

Des recherches nombreuses ont abouti à unir à l'un des radicaux du somnifène (hypnogène), le radical allylisopropylbarbiturique, un radical analgésique dérivé de l'antipyrine, la diméthylamino-antipyrine. C'est ce produit qui a été spécialisé sous le nom d'allonal.

Ses indications particulières ont été précisées en chirurgie, en obstétrique, en stomatologie, etc., nous avons seulement en vue ici son utilisation dans la pratique médicale courante.

C'est un médicament simple et facile à employer. Point n'est besoin de calculer des doses, ni de prendre certaines précautions comme pour les substances du tableau B. Un, deux ou trois comprimés suffisent dans la majorité des cas.

Il est approprié à la maladie, ou plutôt au mal. Il calme la douleur et amène le sommeil. Que demander de plus ?

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### A propos de la leçon inaugurale du professeur d'hygiène de Bordeaux, M. Leuret, que faut-il penser de la liberté et de l'indépendance en médecine ?

Le 20 mars 1931, le *Journal de Médecine de Bordeaux* publiait la magnifique leçon inaugurale du Professeur Pierre Mauriac, dont j'ai rendu compte ici même, le 3 mai suivant. Le 20 mars 1932, un an exactement plus tard, il publie la leçon inaugurale du professeur d'hygiène, M. Leuret, conforme, me semble-t-il, aux réalités de l'heure, et inspiratrice de méditations opportunes.

Deux événements en apparence indépendants l'un de l'autre. En réalité solidaires, en ce qu'à l'exemple du Temple de Janus, ils montrent deux aspects opposés de la façon dont on peut concevoir le rôle du médecin dans la société moderne, et surtout le théâtre où il le jouera. Nouvel et savoureux exemple du Pour et du Contre, qui affronte deux thèses dissemblables ; elles ont cependant ceci de commun, que leurs défenseurs sont animés l'un et l'autre d'un égal souci du devoir à accomplir, et du bien à faire.

La leçon du Professeur Mauriac avait été, en grande partie, un hymne d'actions de grâce en l'honneur de la liberté et de l'indépendance, en même temps qu'un réquisitoire sévère contre la législation médico-sociale, les entraves qu'elle apporte au respect de l'individualisme, facteur prépondérant de la qualité des soins, et contre le fonctionnarisme qu'un Etat, envahissant à l'excès, tend à lui substituer.

Le Professeur Leuret, rappelant, non sans quelque malice, à ce qu'il me paraît, cette exaltation mauriacienne, oserai-je dire, de l'indépendance et de la liberté médicales, montre ce qu'il en faut penser, et comment il convient de les envisager, du seul point de vue de l'hygiène, qu'il est chargé d'enseigner.

« *Liberté, indépendance : grands mots,* dit-il. *Petites choses, somme toute ! Abandonnons, je vous prie, la tyrannie de certaines formules ; quittons les nuées du rêve, rêve sublime d'une humanité édifiée, toute puissante et disposant sans limite de sa liberté pour descendre sur la terre et nous mettre en face de la réalité.* »

Eh ! Oui. Tout est là. Et quelque regret qu'il soit légitime de nourrir pour un passé, qui ne nous est si cher que parce qu'il s'estompe dans la brume de souvenirs d'autant plus lointains que nous sommes plus âgés, sachons regarder la situation présente, l'enchaînement des faits successifs qui l'ont amenée, les perspectives qu'elle renferme. Amusons-nous à caresser les illusions qui distraient notre esprit en le promenant dans les jardins fleuris et embaumés du songe, où tout s'organise à notre guise, pour notre plus grande satisfaction et nos joies les plus aiguës. Amusons-nous en, ne nous en grisons pas ; ne nous laissons pas hypnotiser par elles : le réveil est trop pénible. Il me plaît, parfois, de penser à ce que je ferais si, demain, je gagnais un lot d'un million. J'échafaude projets sur projets ; j'édifie un somptueux château là-bas, par delà les rives de la Bidassoa . . . Cela dure quelques instants. Et je reprends le cours de mes travaux, sans la moindre amertume...

J'ai extrait de la leçon du Professeur Leuret ce qui m'a paru le plus propre à mettre en relief cette situation, ces réalités qu'il convient de considérer d'un œil clairvoyant, et vous pourrez le lire ci-après.

Permettez-moi de me réjouir d'y retrouver, avec toute l'autorité qui doit parer nos chaires magistrales et donner du poids aux paroles qui en tombent, certains thèmes qui hantent volontiers mes pensées, et dont j'ai eu parfois l'occasion de vous entretenir.

Et d'abord, il est faux de prétendre qu'un médecin, parce qu'il est en même temps un fonctionnaire, accomplit sans goût une besogne qu'il juge fastidieuse et, assuré d'un lendemain qui ne sera peut-être pas brillant, mais dont pourtant il vivra, n'ayant plus, pour le stimuler, le souci de la concurrence ni l'aiguillon de l'émulation, se désintéresse de ses malades, et les soigne médiocrement.

Il suffit de répondre par l'exemple des médecins d'asiles d'aliénés, qui sont des fonctionnaires

et qui n'en accomplissent pas moins leur devoir.

Il suffit encore de demander à tous ceux d'entre nous qui ont fait la guerre, médecins du front, médecins des ambulances et hôpitaux des armées, médecins des formations de l'intérieur, et qui ont été des fonctionnaires, durant toute la durée de leur mobilisation, si, pendant toute cette période, ils se sont moins prodigués dans leurs services respectifs qu'ils ne le faisaient dans leur clientèle, avant le grand drame de 1914-1918. Faites seulement le décompte de ceux qui sont morts pour la France...

Je ne prétends pas faire ici l'apologie de la médecine fonctionnarisée. Je m'insurge simplement contre l'équation, trop facile en vérité, que d'aucuns veulent établir :

médecine fonctionnarisée = médecine avilie.

C'est, d'ailleurs, le résultat d'une confusion que j'ai déjà mise en évidence, entre la médecine fonctionnarisée, — la médecine militaire, par exemple, — et la médecine salariée, la médecine des mutualités, qui louent, à des conditions déterminées, les services de leur personnel médical. Celle-ci est à redouter, et tous nos efforts doivent tendre à en éviter l'emprise. La médecine fonctionnarisée est moins à craindre. Si elle est inévitable, et désirable en même temps, dans certains domaines, celui de l'hygiène par exemple, elle ne doit pas, par contre, s'étendre à toute la pratique médicale. *Elle ne s'y étendrait pas, à coup sûr, si le Syndicalisme voulait prendre la peine d'organiser la profession, en l'adaptant...* Mais je m'arrête, pour ne pas réentamer ma rengaine.

Et aussi : l'hygiène, et la médecine préventive qui s'y rattache si étroitement, ne peuvent donner la plénitude de leurs effets que si elles sont coercitives. C'est ce qui ressort à l'évidence de la leçon de M. Leuret, qui se plaint de la modération et de la timidité de la médecine publique. Il y a donc là place pour une organisation dont je persiste à croire que les syndicats doivent se préoccuper, en la provoquant et en y collaborant. Cette organisation, il ne faut pas craindre de le dire, — et M. Leuret ne s'en fait pas faute, — mettra l'intérêt général au-dessus des intérêts particuliers. Elle ne s'occupera de l'individu qu'en fonction de la masse à laquelle il appartient. Mais il importe de ne pas oublier qu'à ce compte là, il adviendra nécessairement que des intérêts particuliers seront lésés. C'est le contraire qui serait étonnant.

Au moment de conclure, le Professeur Leuret proclame que la loi du monde, c'est l'autorité, la hiérarchie, le devoir. Le Devoir !!

Quelle que soit sa situation, quelque diverses que soient les fonctions qu'il remplit, simple praticien dévoué à une clientèle privée, fonctionnaire d'un service public, professeur dans un Centre d'enseignement, civil, militaire, marin, le médecin restera digne de son titre et respectera la tradition qui, en toutes circonstances, fera son devoir. G. DUCHESNE.

## Leçon inaugurale du Professeur Leuret,

*Professeur d'hygiène. Faculté de Médecine de Bordeaux.*

EXTRAITS

Il y a un an, à pareil jour, vous entendiez ici mon ami le Professeur Mauriac, aussi délicat artiste que médecin éminent pousser un cri d'alarme contre l'envahissement de l'interventionnisme d'Etat et chanter un hymne magnifique à la liberté et à l'indépendance médicale.

Il vous suppliait, et en quels termes ! d'être, dans une démocratie fonctionnarisée jusqu'aux moelles, les derniers tenants de la libre disposition du moi, de la seule dépendance devant votre conscience, ne comptant plus que sur le corps médical pour opposer une dernière digue au flot envahissant du *perfectionnement social* !

Il vous traçait un tableau idyllique, édénique, de l'humanité libre et saine, où tomberaient ces burlesques réglementations qui ligotent la vie du citoyen et font de l'homme du XX$^{e}$ siècle *l'entravé* perpétuel, dont la vie devient progressivement insupportable. Il vous montrait le médecin longtemps respecté, pris peu à peu dans ces lacets universels, lois et règlements de perfectionnement social se faisant un piédestal du désintéressement de notre profession, peu à peu devenant le fonctionnaire d'une administration tracassière et perdant sa vraie grandeur ; ne pouvant, au seul nom de sa charité, rester le consolateur, le confident des misères des malheureux et risquant d'être écrasé lui aussi sous le joug de ces nouveaux despotes modernes : le rouage administratif et l'intérêt.

La leçon avait duré : soixante-dix minutes d'horloge ! mais nul ne pensait à se plaindre tant le charme de la forme, allié à la séduction de la pensée, avait tenu l'auditoire en haleine.

Mais la vie moderne ne laisse plus une minute de liberté (c'est bien le cas de le rappeler) et un rendez-vous prévu pour 18 h. 1/4 se trouvait compromis. Force était de rattraper le retard.

Et, remontant dans ma voiture, encore sous le charme et prêt à mordre moi aussi à pleines dents au fruit énivrant de l'indépendance, le pied sur l'accélérateur, les yeux perdus dans les nuages, je partis en vitesse.

Un vigoureux coup de sifflet me ramena vivement à la sombre réalité. L'agent préposé à la circulation

s'avançait vers moi courroucé : j'avais failli doubler à gauche notre vieille porte d'Aquitaine et bousculer une femme et son enfant, qui, *confiante dans la protection des règlements*, traversait à ce moment le terre-plein de la place.

Mon tort était évident et je dus m'excuser, expliquer à l'agent de l'ordre public que j'étais distrait, que je sortais d'une leçon inaugurale qui m'avait à la fois séduit et grisé.

En apprenant que j'étais médecin, l'agent devint paterne et se borna à une cordiale remontrance : « Bon, bon, ça va ! me dit-il, pour cette fois, mais si ça vous fait tourner la tête ces leçons inaugurales, n'y revenez plus ! »

Et pourtant, à une année de distance, m'y voici revenu.... par force.

***

Cette petite leçon m'a rendu songeur, et l'hymne à l'indépendance m'a paru depuis lors un peu anachronique.

Il se rapportait sûrement à une époque où n'instrumentaient pas les agents de la circulation !

Et, n'en déplaise aux mânes de la La Boétie, c'est un nouveau discours sur la *Servitude volontaire* que je veux, après mûre réflexion, entreprendre ce soir devant vous, non pour m'en étonner et l'accabler de mes sarcasmes, comme le fit l'illustre maître de Montaigne, mais pour vous en montrer et la grandeur et l'absolue nécessité dans nos civilisations modernes.

Sans elle, pas de médecine sociale légitime ni possible. Pas d'hygiène appliquée, d'où inanité de l'hygiène théorique et de son enseignement.

Car le professeur d'hygiène, c'est bien, n'est-il pas vrai, celui qui doit rechercher, contrôler, enseigner *les lois* qui découlent des sciences médicales, pour le bien-être et la santé de l'individu, *pour le perfectionnement social.*

Chanter la liberté de l'individu, son indépendance ou la seule dépendance de son jugement, de sa conscience individuelle, thème séduisant, Messieurs, mais regardons-y de près.

En entendant chanter l'hymne à la liberté, il me semble trouver quelques échos lointains des plainte et des rêves éternels de l'humanité enchaînée :

« Si j'élevais mon Emile, je ne lui voudrais nulle entrave de la naissance jusqu'à la tombe ! Né bon et sans vices, ce sont vos lois qui ont engendré ses défauts. »

Trop tard, Messieurs ! Votre « Emile » ou celui de Jean-Jacques doit être élevé dans les nuages, mais pas en France, en 1932. Qu'il obéisse à sa conscience, soit ! mais il devra rendre compte aussi de son activité, car désormais nous dépendons les uns des autres : « Rien n'existe à part. La chaîne se perpétue », comme l'écrivait en 1730 Alexandre Pope.

Vous auriez voulu vivre libres, indépendants, *nus peut-être*, n'avoir qu'à venir au monde, évoluer à votre guise, sans être gênés par quiconque, mourir sans avoir connu de chaînes, individus indépendants dans une corporation sans entraves, dans un monde libre de lois et règlements, il fallait naître plus tôt, très tôt..... au Paradis terrestre.... avant la chute !..... car, depuis lors, si j'interroge l'histoire, l'homme se vêtit, se mit à travailler, connut la vie et ses misères, la concurrence, les lois et leur multiples entraves, les règlements inexorables, et il se débat « entravé » avide d'une liberté qu'il poursuit sans arrêt, assoiffé de chimères qui lui échappent sans cesse.

D'ailleurs, je serais bien curieux de savoir, de ceux justement qui ont la nostalgie du passé, et de sa supériorité, sur quel millénaire ils ont arrêté leur préférence et quand ils eurent voulu vivre ?

*De mon temps, oui vraiment, tout était mieux qu'à [présent.*

Je crois bien ce refrain, que nous fredonnaient nos grand'mères, vieux comme l'humanité.

Quelle est donc cette époque bénie que l'humanité a connue — ou qu'elle espère — où elle aurait voulu s'immobiliser pour toujours ?

Cherchons-le bien le temps où tout individu libre et sans entrave pouvait « cueillir dans son jardin une botte d'asperges », où il ne connaissait ni les déclarations d'impôts ni les lois réglementant la circulation automobile, où il n'avait pas à acquitter au guichet des postes son abonnement téléphonique, où il n'était soumis ni à l'obligation de se faire vacciner ni à la législation sanitaire.

Selon la tendance de chacun et l'exemple de multiples abus, aussi facile à puiser dans toutes les imparfaites organisations humaines, on trouvera toujours moyen de dénigrer une époque au bénéfice des autres.

Les maux d'autrui, voyez-vous, les imperfections d'antan, sont plus facilement supportés (c'est trop humain !) que les misères ou les incommodités qui nous frappent quotidiennement, et les maux du passé, *que nous n'avons pas endurés*, auront toujours l'avantage sur ceux qui nous atteignent chaque jour, uniquement *parce que, ceux-là, nous les sentons.*

***

Excusez, Messieurs, ce long préambule, mais comprenez-moi bien : si nous courons après une chimère, si le perfectionnement social est un recul, si les temps que désolaient la peste, le choléra, la variole, valaient mieux que les temps que nous vivons ou que nous voulons préparer, parce qu'en échange de ces maux ils ont possédé les deux seuls vrais biens de l'humanité : la liberté et l'indépendance, le professeur d'hygiène a dès à présent son rôle terminé, car sa vocation est de poursuivre le rêve perpétuel de mieux-être et de perfectionnement social qu'est la vie.

Je plains de tout cœur l'apôtre qui annoncerait un évangile auquel il ne croit pas !

Messieurs, si je vous prêche l'hygiène, c'est que j'en crois les progrès nécessaires et bienfaisants.

Mais puisque, aussi bien, l'opinion se répand trop, à mon avis, dans le public, que notre marche en avant est un recul, l'inauguration d'une nouvelle barbarie, pire que l'ancienne, la thèse valait peut-être d'être reprise et j'ai résolu de l'examiner devant vous dans cette leçon inaugurale.

Je ne me ferai pas la partie trop belle, en exaltant seulement les évidents bienfaits que nous a valus l'hygiène.

Mais si vraiment notre civilisation moderne n'est pas un progrès, où donc irons-nous chercher la légitimation de l'expansion coloniale ! Si, dans les plis de notre drapeau, à la suite de nos admirables explorateurs, missionnaires ou coloniaux, nous n'apportions pas la santé, le bien-être accru, le perfectionnement social et moral, de quel droit allions-nous chez ces peuples qui ne nous appelaient pas ?

Qu'allaient faire les René Caillé, le P. de Foucaud, les Augouard, les Lyautey et tant d'autres !

Quel grief grave peut-on opposer à ces bienfaits ?

J'entends : tous les progrès sociaux empiètent sur la liberté, écrasent l'indépendance de l'homme !

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***

Liberté, indépendance, grands mots !

Petites choses, somme toute ! Abandonnons, je vous prie, la tyrannie de certaines formules, quittons les nuées du rêve, rêve sublime d'une humanité édifiée, toute-puissante et disposant sans limite de sa liberté, pour descendre sur la terre et nous mettre en face de la réalité.

L'homme est-il libre et peut-il vivre libre ?

Laissons à d'autres le soin de s'endormir avec des phrases creuses, pour examiner de sang-froid, courageusement, le spectre hideux de la servitude et le rêve délicieux de l'indépendance.

La liberté pour les hommes qui vivent en commun, « s'arrête là où commence celle du voisin », a-t-on coutume de dire ; l'homme est-il libre au moins de disposer sans contrôle de tout ce qui ne se manifeste pas en gênant la liberté des autres ?

Là encore, d'autres entraves surgissent, contrainte morale, qui se dresse à chaque pas devant notre volonté.

*Es-tu libre entre la vertu et le crime ?*

Même dans le domaine moral, vous le sentez trop, l'homme n'est pas libre de choisir, d'approuver, de suivre la voie mauvaise s'il la sait mauvaise.

L'homme est libre certes *de choisir sa voie* : il dispose *du libre arbitre*, mais là se borne sa vraie liberté : « opter pour ce qu'il croit bon et légitime ».

*La liberté de choisir son devoir, la seule indépendance de l'homme, même dans le domaine de la pensée, la voilà.*

Et dans le domaine matériel, de par le conflit infini des chocs en retour des intérêts de la vie en commun, il est *tout juste libre d'obéir à la loi promulguée pour le service de tous et pour le bien commun.*

Alors il se heurte à chaque pas à ces lois, règlements multiples, décrets, nés des conflits d'intérêts ou nés pour les prévenir, qui viennent à tout instant, à chaque pas, entraver ses aspirations, ses désirs, et auxquels bon gré, mal gré, il ne peut que se soumettre.

Notre liberté ne s'exerce réellement que dans un domaine : notre *adhésion libre à la Vérité, le choix d'un devoir à poursuivre sans obstacles.*

Et vraiment ne découle de ce principe pour l'homme, comme essentielle et unique, qu'une Liberté : celle de revendiquer toutes les libertés dont il a besoin pour accomplir son devoir.

L'homme doit avoir *tous les droits d'accomplir son devoir*, pas d'autres.

Et les lois, préservatrices du bien commun, ne deviennent abusives et insupportables que quand elles privent l'individu, la famille, la cité, de tout ou partie des moyens d'accomplir leur devoir.

Hors de là, les règlements peuvent être maladroits, tracassiers, gênants : c'est déjà trop ; mais ne voyons pas *seulement la gêne qu'ils procurent, sans évaluer en compensation les biens qu'ils préservent.*

Excusez, Messieurs, cette trop longue dissertation mais elle était nécessaire pour que je puisse aborder devant vous, sans trop de gêne, la défense de l'hygiène contemporaine, *de ses nécessités, de ses intrusions dans notre vie individuelle, des entraves souvent désagréables qu'elle peut apporter à nos habitudes quotidiennes, voire à l'exercice de notre profession.*

Aujourd'hui la propriété est battue en brèche de tous côtés.

Mais autant que l'on rêve de placer les biens temporels sous un régime de communauté, il en est un qui, par son essence, reste propre à chacun, son organisme, son corps en équilibre, sa santé.

Et cependant, même dans ce domaine, *si personnel*, apparaît manifeste notre notre interdépendance. S'il veut ou s'il doit vivre en commun, l'homme n'a pas le droit, ni par négligence, ni par volonté pervertie, d'être un risque pour la santé d'autrui.

Le tuberculeux, ni le scarlatineux, ni le syphilitique, ni le varioleux, n'ont le droit d'user sans discrétion de leurs libertés.

L'homme vivant en société a intérêt à ne pas contracter la variole. Soit. Mais s'il plaît à quelqu'un de risquer la variole en refusant la vaccination, n'est-il pas le maître de son corps et de sa santé après tout ?

Non, répond la loi, et avec elle la raison, car l'intérêt de tous doit avoir le pas sur le caprice de chacun.

Par cet exemple, qui paraît grossier aujourd'hui, tant la vaccination jennérienne est entrée dans nos mœurs, (nul ne pensant plus à se plaindre de cette contrainte), je vous fais toucher du doigt et la néces-

sité et les bienfaits collectifs d'une législation sanitaire.

J'aurais mauvaise grâce à insister.

Le principe même me paraît incontestable.

Charte de base de nos pays civilisés, de vie intense en commun, elle est admise par tous.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . .

On est forcé de constater que, dans le domaine législatif, l'organisation de la médecine publique est restée jusqu'à ce jour modérée, voire timide, et a entendu exercer une pression surtout morale.

Peut-être arrivera-t-il un jour où le tuberculeux qui, négligeant les précautions élémentaires, contaminera son entourage sera poursuivi pour homicide par imprudence, le syphilitique qui transmettra sciemment son mal condamné pour dommage grave causé à autrui.

Pour l'instant, la faute légale contre l'hygiène a été entourée de telles restrictions, de telles lenteurs, les sanctions, si rares, sont restées si bénignes, que l'on peut dire que notre législation sanitaire actuelle tient compte du fait que nous sommes encore à la période de propagande d'éducation populaire.

Et je serais presque tenté de penser que l'heure est venue, ou qu'elle est proche, où la protection légale de la collectivité se fera plus hardie : où le vieux tuberculeux n'aura plus le droit de cracher ses bacilles dans un jardin public, dans le sable où jouent nos enfants, où le boulanger, le pâtissier, le confiseur, qui leur vend pain, gâteaux, friandises, devra *obligatoirement* établir qu'il ne leur vend pas en même temps une dose mortelle de bacilles de Koch ; où le débitant de viande, de lait, de fruits, devra se soumettre à une série de contrôles établissant que sa marchandise est saine, loyale et propre ; où le propriétaire ne pourra louer que des locaux habitables, où l'éducateur ne sera pas libre de contaminer les élèves que lui confient obligatoirement les parents, etc.

Vous vous insurgez contre les lois et règlements ?

J'en déplore plutôt les lacunes avec leurs mille dangers.

***

Ainsi m'apparaissent les possibilités futures et les bienfaits actuels de la législation sanitaire et de l'hygiène appliquée.

***

Certes, il est incontestable que cette conception procède d'un monde nouveau où chacun doit consentir l'abandon de droits qu'il croyait hier encore imprescriptibles ; l'individu à la famille, la famille à la Cité, celle-ci à la Nation, et celle-ci même à la solidarité humaine, car il est impossible que l'hygiène sociale ne déborde pas par delà des frontières que la maladie ne connaît pas : si l'on veut juguler certains fléaux, force est de les poursuivre pour les combattre à ses foyers endémiques et de prendre des mesures universelles pour en enrayer la dissémination; ainsi l'hygiène sociale a connu sa législation internationale aussi bien que la législation nationale.

« Ce n'est pas une simple rallonge à votre politique, écrit justement Eugène Fourniol, comme la législation sur la vitesse des autos.

« Non ! C'est tout un système qui va bousculer vos principes et faire sauter vos droits individuels...

« Cette règle-là, rogne votre liberté dans une mesure que vous ne soupçonnez pas et que d'autres peuples subissent à merveille ! »

Est-ce à dire que l'Etat doive écraser l'individu !

Bizarre conception de considérer l'Etat ou même l'humanité comme des entités recherchant leur bien pour eux-mêmes : personnalités abstraites, somme toute inexistantes, le bien de l'humanité et de l'Etat ne peut être fait que du bien de tous. L'hygiène, telle que nous la concevons, ne doit écraser ni opprime personne, mais régler et promulguer ce qui est utile à tous. Les mesures d'hygiène antituberculeuse, par exemple, ne sauraient ni dissocier la vie de famille ni désorganiser la société. Pour rigoureuse qu'elle soit, la lutte antituberculeuse doit être humaine: s'organiser en prenant le maximum de précautions, soit ! mais dans le cadre de la vie commune. Toute mesure vexatoire ou outrancière va à l'encontre du bien commun poursuivi. « J'aime, écrivait Montaigne, une sagesse gaye et civile et fuys l'aspreté des mœurs et l'austérité, ayant pour suspecte toute mine rébarbative. La vertu est qualité plaisante et gaie. »

Ne donnons pas à la médecine sociale cette mine rébarbative ; gardons-lui son visage sage et bienfaisant.

J'entends bien que beaucoup m'objecteront que je prends facilement mon parti d'une évolution désastreuse : la médecine sociale en passe de devenir un organisme fonctionnarisé, alors que le pays risque de mourir d'un fonctionnarisme outrancier ! La vie de tous les jours ne nous montre-t-elle pas la supériorité de la libre profession sur l'administration la mieux organisée ?

Nul doute, Messieurs, qu'une grande désaffection se manifeste chaque jour plus agressive à l'égard du fonctionnaire d'Etat, disons nettement *une véritable hostilité*. Et le médecin se hérisse à la simple perspective d'être confondu dans cette catégorie exécrée.

Est-ce juste vraiment? Qu'un individu consacre sa vie à une fonction d'intérêt général et qu'il tombe de ce fait sous le coup du mépris public ; voilà bien un réel contre-sens.

Il fut tout de même, je pense, de grands fonctionnaires, et faut-il rougir d'appartenir à une catégorie de citoyens qui ont eu parmi eux des Lyautey, des Paul Cambon, des Barrère, pour ne citer que quelques grands noms contemporains ?

Combien aussi parmi les petits, les modestes, n'en avons-nous pas tous connu, de ces serviteurs ponctuels, consciencieux, de la chose publique, chez qui la routine, si stérilisante, n'avait su ni tarir, ni atténuer le sentiment du devoir ni la vraie compassion humaine.

Simple praticien, j'aurais pu chanter l'apologie de la liberté, mais j'ai brigué et obtenu le poste de professeur d'hygiène.

Fonctionnaire je suis donc, de l'enseignement supérieur d'Etat, et je n'ai pas l'intention d'en rougir. Serviteur, penseront certains : oui certes, de vous. Messieurs les Etudiants, car je n'oublie pas que «plus on s'élève et plus grande devient notre dépendance ».

Esclave même, si vous voulez, du devoir qui m'incombe, et ce sera là toute mon ambition.

L'Etat n'a de raison d'être que pour et par les individus : en servant l'Etat, ce sont les individus que je sers.

Et je n'ai nul goût de suivre les Spencer et les Nietzsche, les Rousseau, *ces monomanes de l'isolement individuel*, qui rêvent dans leurs divagations doctrinaires de dresser l'individu contre l'Etat.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Une organisation bien entendue ne repose ni sur la liberté ni sur l'indépendance de chacun.

La loi du monde, c'est l'autorité, la hiérarchie, le devoir.

De l'oubli de ces principes, nous souffrons plus que d'un fonctionnarisme inévitable dans une société où vous devez tout de même supporter les organes si vous voulez une organisation, et des fonctionnaires si vous reconnaissez les fonctions nécessaires.

Le but essentiel de l'hygiène, c'est le mieux-être des hommes de demain.

Qu'importe d'avoir vécu dans un perpétuel chantier si nos misères doivent contribuer au bien commun.

Je ne renie pour ma part la solidarité d'aucun mouvement généreux de mon époque, dussé-je même en pâtir dans mes aises personnelles ou dans me commodités professionnelles, s'il s'inspire d'une *humaine pitié*, s'il *aboutit à un perfectionnement social et à plus de justice.*

Voilà comment j'entends Messieurs la prééminence spirituelle de ma profession sur les autres et celle de la France sur les autres nations.

Et tel est bien l'esprit médical de l'époque. Nos syndicats professionnels n'ont-ils pas accepté de collaborer de grand cœur, sous réserve des raisonnables rectifications, aux lois récentes qui tendent à améliorer le sort des malheureux ?

« Tradition et progrès », voilà bien la formule de la vie.

Puisons largement dans l'enseignement du passé, soit ! mais nous-mêmes, par notre effort personnel « au temps dont l'essence est de s'écouler, puisque notre destinée est de passer, efforçons-nous d'accrocher des œuvres qui durent ».

---

## LES SUBSTITUTIONS DE SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Depuis la parution d'un de mes derniers articles, certains confrères me demandent ce qu'ils peuvent faire contre le ou les pharmaciens de leur localité, qui, sans aucune autorisation, se permettent de substituer une autre spécialité à celle qu'ils ont prescrite.

Tantôt, le pharmacien du lieu prépare lui-même quelque sirop contre la toux, quelque cachet contre le mal de tête, quelque laxatif souverain, et il ne manque aucune occasion pour vanter son baume, afin que le client puisse accepter la substitution à la place du médicament ordonné par le docteur.

Tantôt, celui qui gère l'officine ne se gêne pas pour déblatérer contre telle ou telle firme pharmaceutique qui, à son avis, fait des bénéfices scandaleux : il cherche à placer la spécialité de contrefaçon, préparée par un consortium, coopérative, ou autre groupement de pharmaciens.

Nos confrères se plaignent, parce que ces substitutions se font à leur insu, sans qu'ils aient été consultés par le pharmacien détaillant. On leur rapporte parfois des propos peu bienveillants, laissant supposer au public que le médecin a un intérêt pécuniaire à prescrire tel ou tel médicament. D'autres fois, on laisse sous-entendre que le praticien n'est pas renseigné, puisqu'il ordonne encore des spécialités chères, alors qu'il en existe d'autres, aussi bonnes, de même formule, et bien moins onéreuses, pour ce bon public, dont le pharmacien détaillant prend la défense.

Que faire juridiquement contre de pareils procédés ?

Quels sont les intérêts en présence ?

D'une part, le pharmacien, qui vend sa préparation ; d'autre part, le malade qui doit se soigner. Enfin, le médecin a un intérêt moins immédiat, mais tout aussi respectable, car si sa médication ne donne pas le résultat escompté, il passera pour un ignorant aux yeux de sa clientèle.

Les intérêts du pharmacien se résument actuellement en une simple question de remise. Touchera-t-il 25, 30, 40 % sur le prix de vente, uniquement pour prendre le produit tout préparé et conditionné dans ses vitrines et le remettre au client ? Tout le problème est là.

Je vais une fois de plus m'attirer les foudres de certains groupes pharmaceutiques ; mais je ne puis me soustraire à l'obligation de déclarer que la pharmacie est tuée par le pharmacien lui-même. L'ancien potard, que j'ai connu jadis, qui préparait lui-même ses drogues, faisait lui-même ses sirops, ses excipients, disparaît progressivement. Les grandes drogueries, les vastes entreprises d'approvisionnement des officines ont in-

cité le pharmacien au moindre effort. Il a commencé par commander ses sirops de groseilles, ou autres, pour ne plus avoir à les préparer lui-même. Puis, il s'est approvisionné de pilules, de cachets à formule courante, que les médecins de l'endroit ordonnent couramment, ou que le pharmacien peut débiter facilement, sans ordonnance, aux nombreux malades, qui viennent lui demander un conseil.

Progressivement, à la pharmacie proprement dite s'est adjoint un rayon d'objets d'hygiène, puis de parfumerie, etc., etc. De sorte que bien des officines ressemblent plus à des bazars, à devanture parfois très luxueuse, mais surtout à allure commerciale, qu'aux anciennes boutiques de nos anciens potards, aux bocaux jaunes et verts.

Comment ne pas s'étonner que le pharmacien ait abandonné son officine ? Il est devenu commerçant ; il lui faut de gros capitaux ; de sorte que certaines officines, bien que gérées par des prête-noms, appartiennent à de grandes firmes commerciales, qui ont des succursales dans plusieurs quartiers, sous des noms différents et sont ouvertes au public, pour vendre des médicaments, des lunettes, des ceintures, des chaussures orthopédiques, des parfums, etc., etc.

Les vendeurs ne sont pas diplômés : la loi du 21 germinal an XI est violée sur de très nombreux points : cette législation vieillotte ne sert qu'à défendre le monopole des pharmaciens contre quiconque, médecin ou non diplômé, voudrait débiter un médicament à un malade.

Comment s'étonner que, dans ces immenses bazars de pharmacie, la question du pourcentage sur le prix de vente des spécialités ne soit pas un problème d'ordre commercial important ?

Quant au pharmacien modeste, amoureux encore de son art, il lutte comme il le peut contre l'envahissement de sa profession ; mais s'il apporte toute sa conscience à la préparation des ordonnances magistrales, qu'on lui confie, il se sent handicapé sur la vente des spécialités, que le bazar du coin vendra un sou meilleur marché que lui.

Aussi, voit-on s'implanter progressivement la lutte des prix. J'ai connu des officines pharmaceutiques, dans lesquelles mes ordonnances magistrales ne me donnaient pas les résultats que je pouvais en attendre, parce que les produits y inclus étaient, soit de qualité moindre, soit en quantité diminuée.

Il est arrivé parfois que certaines préparations contenant des toxiques ne représentaient que les excipients et non les produits actifs ; le préparateur n'étant pas diplômé ne se souciait pas d'encourir, ou de faire encourir à son patron, ou prête-nom, une responsabilité quelconque.

Voilà pourquoi, ne sachant souvent pas chez qui mon ordonnance sera exécutée, je préfère ordonner des spécialités de maisons connues, sérieuses ; je puis escompter une action thérapeutique certaine de leurs produits.

Or, si le client s'adresse à un bazar pharmaceutique, il rencontrera souvent des vendeurs qui lui vanteront telle ou telle spécialité de substitution, qui, bien que vendue un peu moins cher, sera la propriété de la firme commerciale qui fait gérer le bazar, ou appartiendra à un groupe de pharmaciens.

Que m'importe, à moi médecin, qu'importe à mon client le point de savoir qui doit gagner de l'argent sur la préparation pharmaceutique prescrite, pourvu que cette dernière apporte le soulagement ou la guérison ? Que ce soit la firme X, que ce soient les gérants de la société coopérative pharmaceutique, que ce soit qui l'on voudra, pourvu que le malade guérisse.

Je constate donc l'intrusion de plus en plus considérable de l'élément commercial dans la pharmacie, refoulant progressivement l'élément scientifique de jadis.

Il est facile d'accuser le médecin de ne pas savoir formuler et de prescrire des spécialités qu'ensuite le malade revient chercher sans ordonnance. Nous pourrions en dire long sur ce sujet.

Toujours est-il que lorsque le médecin prescrit tel ou tel produit, il est interdit aux pharmaciens de délivrer un produit de substitution. La jurisprudence est formelle sur ce point.

Si, pour des motifs d'ordre divers, le pharmacien croit devoir émettre son avis, il doit formuler ce dernier auprès du médecin, en dehors du malade. Au pharmacien de dire au docteur pourquoi telle ou telle spécialité conviendrait mieux que telle autre, à mérite égal : c'est là question d'ordre purement scientifique et le praticien verra ce qu'il aura à faire, dans le seul intérêt de son malade.

Mais, il outrepasse ses droits, le pharmacien qui, de son propre chef, fait accepter par le malade telle spécialité à la place de telle autre, ou qui, obéissant aux ordres de son patron, le commerçant pharmaceutique moderne, ou à la coopérative à laquelle il appartient, à la mutualité, à l'usine, dont il gère l'officine, substitue telle marque à telle autre, parce qu'elle lui laisse un bénéfice plus grand.

Rien ne doit se faire à l'insu du médecin, ni sans son autorisation, même si le malade consent à la substitution. D'ailleurs, les maisons de produits pharmaceutiques ainsi dépossédées pourraient à bon droit s'adresser à justice, pour faire réprimer ces abus, interdits par la loi du 21 germinal an XI et la législation sur les fraudes.

Mais si l'intérêt du pharmacien est simplement d'ordre pécuniaire et commercial, il n'en est plus de même, lorsque nous nous intéressons aux droits du malade.

Ce dernier s'adresse à un docteur en médecine,

qui, après examen, prescrit ce qu'il croit devoir être utile à son client.

Si, dans l'officine, celui-ci est en butte aux sollicitations du pharmacien, qui lui vantera les mérites égaux et le prix inférieur d'une spécialité de substitution, comment le malade peut-il avoir la liberté d'esprit pour se décider ? Il ne connaît ni la médecine, ni la pharmacie : il ne demande qu'une seule chose ; guérir.

C'est donc abuser de sa confiance que de vouloir substituer un médicament à un autre, même avec l'assentiment de cet incompétent, qui s'appelle le malade.

Cependant, le médecin n'a pas ordonné telle ou telle spécialité sans motifs sérieux. Il a l'habitude de la posologie de cette présentation ; il sait les doses qu'il peut prescrire, les effets qu'il peut en attendre. Il a donc équilibré son ordonnance sur des faits précis et connus de lui.

Si, sans son assentiment, le pharmacien substitue une marque à une autre, parce qu'il y voit son avantage, le malade y trouvera-t-il, lui, son profit ? C'est parfois douteux, car la lutte commerciale ne se fait souvent qu'au détriment de la qualité des produits.

La floraison intensive des spécialités pharmaceutiques incite trop de personnes à vouloir faire rapidement fortune par l'exploitation d'une ou plusieurs marques. Je suis très souvent consulté pour savoir comment créer des associations entre diplômés et non diplômés, pour l'exploitation de telle ou telle marque de fabrique : l'amour du bien public est certainement à la base des préoccupations de mes consultants, mais ils se laisssent cependant dominer par le point de vue commercial pur.

Qu'on le veuille ou non, la pharmacie se commercialise : à mon avis, je crois que, dans un avenir plus ou moins éloigné, à côté des bazars de pharmacie modernes, on verra s'établir une tolérance de vente de ces produits préparés d'avance et débités sous la seule responsabilité du fabricant, qui appose sa marque de fabrique sur le conditionnement.

Le médecin lui-même deviendra dans ce rayon propharmacien, même dans les grandes villes. D'ailleurs, pourquoi le praticien âgé, cardiaque, celui qui ne peut plus gravir les étages ne tiendrait-il pas officine ouverte ? Il ne ferait pas d'exercice illégal de la médecine et donnerait des avis utiles, lorsqu'il examinerait un malade dans son arrière boutique, comme le font encore tant de pharmaciens aujourd'hui.

Mais il pourrait débiter des médicaments tout préparés, laissant aux seuls pharmaciens diplômés le soin de préparer les médicaments officinaux et magistraux. Fatalement, nous en arriverons à cette transformation professionnelle.

Aujourd'hui que faire ?

Lorsque le malade lui-même a autorisé le pharmacien à substituer sa spécialité à celle ordonnée par le docteur, seul ce dernier peut avoir un droit de plainte, mais que je considère comme étant plus professionnel que juridique.

En effet, les tribunaux admettraient assez difficilement (parce que mal informés) que la réputation du médecin est en jeu, si le médicament de substitution n'a pas donné les mêmes résultats que le produit précédemment prescrit, le malade accusera le médecin de ne rien connaître, puisque le pharmacien a affirmé que le médicament substitué avait la même efficacité, tout en coûtant moins cher.

Le praticien ne peut intenter qu'une action professionnelle : il s'adressera à son syndicat, lequel se mettra en rapports avec le syndicat pharmaceutique, pour qu'on puisse faire comparaître le pharmacien, coupable de substitutions habituelles et l'engager à ne pas recommencer. Mais je suis blanchi sous le harnois et je doute fort de pouvoir ainsi obtenir un résultat positif.

Seul, le pharmacien spécialiste peut intenter une action judiciaire, pour tromperie sur la marchandise vendue et substitution de produits.

Il devra faire constater par huissier que lorsqu'un client se présente dans telle officine, muni d'une ordonnance prescrivant tel produit, le pharmacien en délivre un autre. Un procès analogue est actuellement soumis à la cour de Douai contre un pharmacien, qui systématiquement délivrait le produit d'une autre firme, à la place de celui indiqué par le médecin.

A l'heure actuelle, la spécialité pharmaceutique est légion. Il est très regrettable que n'existe pas un syndicat des seules maisons qui ne font de publicité qu'auprès du Corps médical, s'interdisant toute publicité auprès du grand public. Ce syndicat ne comprendrait que les firmes dont les produits ont droit légal de cité en France, c'est-à-dire, s'étant conformées aux dispositions du décret du 13 juillet 1926, la formule et l'indication des principes actifs sont inscrits sur l'étiquette du conditionnement.

Ce syndicat aurait alors toute compétence pour faire faire des prélèvements chez les pharmaciens détaillants, pour faire vérifier si les spécialités pharmaceutiques vendues au public répondent bien, par leur composition, à la formule inscrite sur l'étiquette.

Il pourrait également pourchasser les spécialités clandestines, véritables médicaments secrets, qui ne sont pas conformes au décret précité et, par suite n'ont aucune existence légale.

Le public, les malades auraient ainsi toute sécurité ; les médecins conserveraient leur confiance à des produits bien définis. Et les pharmaciens ne seraient plus tentés, dans un but de lucre de substituer à une bonne spécialité, mais d'un prix élevé, une autre moins chère, mais dont

les composants peuvent laisser à désirer et comme qualité et comme quantité.

Quoiqu'il en soit, je réponds, d'une manière absolue que, quels que soient leurs motifs d'ordre professionnel ou commercial, les pharmaciens sont passibles de poursuites judiciaires, lorsque, sans l'autorisation expresse du médecin, signataire de l'ordonnance, ils substituent un médicament spécialisé à un autre formulé par le praticien.

Les pharmaciens ont peut-être des motifs pour boycotter certaines firmes, qui ne leur accordent pas les remises jugées par eux suffisantes ; mais ce boycottage ne doit pas consister en substitution de produits.

Le gérant de l'officine se refuserait-il à faire venir la spécialité demandée qu'il y aurait alors lieu de considérer juriciairement jusqu'à point il peut y avoir refus du seul pharmacien du lieu, ou coalition entre tous les pharmaciens d'une ville, pour empêcher le malade de consommer le produit médicamenteux, ordonné par le médecin traitant.

Du reste, l'application de la loi sur les assurances sociales rend le problème plus net, étant donné que, si le malade a le libre choix de son pharmacien, la caisse supporte cependant les 80 % des frais pharmaceutiques et peut ainsi avoir son mot à dire.

Il n'est pas besoin de démontrer que la loi du 21 germinal an XI ne répond plus du tout aux besoins de l'heure présente.

Dr Paul Boudin.

## LES VOIX LATINES

### Les forces spirituelles scientifiques de la latinité

Par le Prof. E. Forgue,

Membre correspondant de l'Institut,

### L'ESPAGNE

**Regards sur la médecine espagnole : son histoire et son évolution**

(*Suite et fin*) (1)

Nous voici, maintenant, à cette période qui comprend les XIIIe et XVe siècles : dans l'Espagne chrétienne, dans l'Espagne libérée, et à mesure qu'avance la reconquête, des Universités se créent, des hôpitaux se fondent ; les études de pure philosophie sont délaissées pour les études juridiques, pour les sciences physiques et médicales.

La doyenne des universités espagnoles est fondée à Palencia, en 1214, par Alphonse VIII. En 1243, Alphonse IX, roi de Léon, crée la fameuse Université de Salamanque qu'une bulle de pape Alexandre IV constitue en 1255, comme une des quatre grandes études générales du monde. Les chaires de sciences médicales, au dire de Ramirez de Sobremonte, y étaient tenues par des professeurs émigrés de Cordoue et de Tolède, qui étaient en pleine possession de la langue arabe, et qui traduisirent les plus grandes œuvres, surtout celles d'Avicenne, d'Averroes, de Galien. En même temps qu'elle se rattachait au passé, l'Université de Salamanque marchait vers l'avenir. Dans le livre de *Samano*, sur l'histoire de la médecine espagnole, je lis que, dès 1240, l'université de Palencia avait été dotée d'une chaire d'anatomie ; et que le même enseignement fut, par disposition d'Alphonse le Sage, transféré à Salamanque. Dans le royaume Catalano-aragonais, la première université fut celle de Lérida, fondée en 1300, par Jayme II. En 1391, date mémorable, fut conféré à cette Université, le privilège d'anatomiser sur les corps des condamnés à mort : importante mesure qui, quinze ans avant (1376), avait été accordée à l'Université de Montpellier : aux Catalans revient donc la gloire d'avoir inauguré en Espagne les travaux pratiques d'anatomie. Dans la suite se créent les Universités de Perpignan, de Saragosse, en 1374, de Valence, en 1411 ; en septembre 1450 est établie celle de Barcelone ; en 1483, celle de Majorque. Mais, dans cette pléiade d'écoles, les deux centres dominants d'études médicales sont : Valladolid et Salamanque.

Donc, les foyers de travail ne manquaient pas, pourvus par les dons, les rois ,les villes et surtout l'Eglise. Mais, dans ces écoles, quelle était la vie scolaire et privée des étudiants ? C'est une vision souvent évoquée par les romans espagnols et par les historiens que celle du bachelier de Salamanque ; et, récemment. Jean Pécher, dans une brillante conférence, en a campé le personnage, dans son milieu, de façon très vivante et

(1) V. *Concours médical*, no 19.

très érudite. Gustave Doré a dessiné, avec verve, ce type si curieux de l'étudiant des Universités de la vieille Espagne, l'étudiant de la Tuna, menant la vie libre et vagabonde, chemineau courant la grand'route, en compagnie des muletiers, vêtu d'une longue robe, formant soutane et de la cape noire, trouées et rapiécées, portant la cuillère de bois passée comme un plumet au tricorne rapé, mais restant fier, joyeux, virtuose de la guitare et du tambour basque, chantant des sérénades sous les balcons, ardent, pauvre et affamé.

Quand j'étais étudiant, une de ces vieilles chansons, une estudiantina jadis importée par un camarade d'Espagne, restait encore au répertoire de nos fêtes d'examens ; je l'entends encore, reprise en chœur par tous nos compagnons de beuverie « La niña que a mi me quiera ... » « La jeune fille qui m'aimera, ce sera à condition que, quand je lui ferai un signal, elle paraisse au balcon ». — « Hambre estudiantina », appétit affamé d'étudiant dans une de ses nouvelles, « le dialogue des chiens », Cervantès, qui fut le plus grand étudiant de Salamanque, comme Rabelais le fut à Montpellier, fait parler ainsi le chien Bergenza « Je menais une vie d'étudiant, sauf la faim et la gale ; car si, la faim et la gale n'étaient inséparables des étudiants, il n'y aurait pas de vie plus agréable ». C'étaient là, évidemment, les nomades, les gueux, les bohémiens : ce ne sont pas les moins sympathiques. A côté, il y avait les bons élèves, sages et rangés, logés et nourris dans les collèges ecclésiastiques. Il y avait la pompe des grandes cérémonies universitaires, des cortèges de réception au doctorat. Mais, où est cette antique Université de Salamanque qui s'appelait elle-même, avec arrogance *omnium scientiarum princeps*, et qui devait atteindre au XVI[e] siècle son plus haut degré de splendeur, avec ses soixante quinze chaires magistrales et ses quatorze mille étudiants !

Deux grandes figures, « les deux géants de la Science catalane », comme dit Comenge, se détachent dans cette période de transition, qui précède le grand éveil du XVI[e] siècle : Arnaud de Villeneuve et Raymond Lulle. Arnaud de Villeneuve est-il espagnol, de Catalogne, ou français de Provence ? Le nom de Villeneuve est si répandu sur l'un et l'autre versant des Pyrénées, ce savant s'est si souvent déplacé, que plus de vingt villes ou bourgs lui sont attribués comme lieu d'origine. Je me rallie, à l'opinion de mon ami le professeur Goyanès, de Madrid et tiens Arnaud, pour un authentique Catalan. Mais, je m'empresse de le revendiquer pour un Montpelliérain d'adoption, qui vécut dans notre ville, où il occupa une place de régent pendant une dizaine d'années, alors que son voyage d'Espagne ne dura que cinq ou six ans. Dans son œuvre si diverse, si complexe, théologien, philosophe, médecin, diplomate, alchimiste et poète, il apparaît avec le double caractère d'un savant traditionnel et d'un chercheur sagace et de libre examen ; car, il frôla de bien près le bûcher. En un aussi puissant et mystique relief, se dessine la figure de Raymond Lulle, originaire de Mayorque, le théologien, le docteur illuminé.

***

Nous arrivons à *l'âge d'or de la médecine espagnole* : c'est ainsi que Garrison, dans son histoire de la médecine, intitule la période qui s'étend entre 1500 et 1605. Le XVI[e] et le XVII[e] siècles marquent, en effet, pour la culture intellectuelle espagnole, une incomparable apogée : dans les lettres et les sciences, la Renaissance a donné le branle à un élan général de la pensée humaine ; la découverte de l'imprimerie provoque la diffusion rapide des connaissances, et dès 1475 s'est publié à Saragosse, le premier livre sorti des presses espagnoles ; parallèlement à l'hégémonie militaire et politique, et selon la loi qui commande l'ascension des nations, grandit le prestige des savants et des lettrés; les centres d'enseignement s'accroissent et s'enrichissent, en Castille par les dotations ecclésiastiques ; en Aragon par le soutien des autorités et des villes ; Valence, Séville, Madrid, Santiago sont érigés en Universités ; en 1507, Barcelone ; en 1541, Saragosse deviennent des foyers d'étude générale ; en 1508, Ximénes crée le centre d'Alcala ; les bibliothèques se multiplient, parmi lesquelles la grande réserve de l'Escurial, la Colombine de Séville. C'est, dans toute l'Espagne libérée, une ardente poussée créatrice d'art et de savoir.

Les études, qui reçurent le plus de développement, furent les travaux anatomiques. Il faut reconnaître, toutefois, que la plupart de ces anatomistes espagnols reçurent l'initiation des maîtres italiens ; et que, d'autre part, Vesale, par son séjour en Espagne, exerça une action directrice éminente sur ce progrès. L'année 1550 est une date fondamentale : c'est la fondation de *la première chaire d'anatomie* en Espagne ; et Valladolid, ainsi que j'ai eu le grand plaisir de le rappeler devant les étudiants de cette vieille école, est le siège de cet enseignement : c'était la troisième chaire magistrale de cet ordre. Et le premier titulaire, Rodriguez de Guevara, pouvait écrire, dans la préface de son traité, que « le chirurgien qui demande à s'instruire dans cette discipline, a le choix entre trois centres d'enseignement anatomique en Europe : il peut aller à Montpellier, en France, ou à Bologne en Italie, ou à Valladolid en Espagne ».

Nous empruntons à Samano, à Garrison, et

surtout à la monographie de Escribano Garcia (1) les éléments de cette brève esquisse de l'anatomie espagnole au XVIe siècle, œuvre méconnue chez nos historiens de la médecine. Les premiers de ces anatomistes du XVIe siècle, Laguna, Lovera, Vassen, Montana, n'ont été que des commentateurs de Galien, copistes de ses erreurs. Il faut cependant, mettre hors cadre Laguna, surnommé le Galien espagnol, intelligence vaste et internationale, en ces temps de guerre, et dont Sanchez de Rivera dédie la notice biographique à la Paix future. Mais, après eux, s'ouvre une phase d'anatomie précise, que dominent deux hautes personnalités : Juan Valverde et Miguel Servet. Valverde, « esprit pacifique et appliqué », enthousiaste partisan des découvertes de Vesale, qu'il a complétées sur quelques points, fit paraître en 1556, sous le titre d'*Historia de la Composition del cuerpo humano*, une anatomie, artistement illustrée par le graveur Bacerra, restée classique plus de deux siècles. Miguel Servet, esprit inquiet, audacieusement critique, encyclopédiste, passionné pour le libre examen, de l'œuvre anatomique duquel nous ne gardons que quelques pages perdues dans son volumineux ouvrage théologique « *Christianismi Restitutio* » ; mais elles suffisent à immortaliser le savant, le martyr, supplicié au milieu du XVIe siècle, le précurseur de Harvey qui, dans une inspiration géniale, a découvert la circulation pulmonaire ! Notre ami Goyanes le place à côté de ces trois grandes figures médicales du XVIe siècle, Paracelse, Vesale, Ambroise Paré ; et nous pensons aussi que cet hommage est bien dû à l'énergie aragonaise de sa pensée, à la profondeur de son génie, à son courageux sacrifice.

Parallèlement à ces progrès anatomiques se développait une vigoureuse équipe de chirurgiens : Fragoso, chirurgien de Philippe II ; Francisco Arceo, dont la réputation étant telle qu'il était consulté par des clients venus de France et d'Angleterre et qui, octogénaire, opérait encore avec sécurité ; Alcazar, inventeur d'un appareil pour évacuer le pus et le sang contenus dans le thorax ; Diaz, créateur de la spécialisation urologique ; Agüero, dont la réputation d'habileté était proverbiale, si bien que dans les rixes populaires qui mettaient en face les adversaires, navaja au poing, les combattants avait coutume de dire : « Je me confie à Dieu et aux mains de Agüero ».

Dans cette pléiade, émerge Daza Chacon, originaire de Valladolid, qui fut médecin de l'enfant de don Carlos, qui opéra, dit-on, Cervantès, blessé à Lépaute, qui publia, dans son grand traité de chirurgie théorique et pratique, paru en 1580, un des plus curieux documents chirurgicaux que l'on puisse verser au dossier de cette époque, document dont nous devons à Guardia l'intégrale traduction, accompagnée de judicieux commentaires. Il s'agit de la plaie du crâne qui mit en grand péril, la vie de don Carlos, et dont les historiens ont rapporté à Vesale le succès du traitement. Or, ce fut, heureusement, l'avis de Vesale, qui ne fut pas suivi : il voulait trépaner, pour des complications que Daza Chacon jugeait superficielles et qui répondaient à un érysipèle phlegmoneux de l'épicrâne ; le crâne ne fut pas trépané, mais simplement ruginé ; la trépanation eut porté jusqu'aux méninges l'infection de surface. « Vesale, dit Chacon, était admirable dans les dissections anatomiques ; mais il était lourd dans les opérations chirurgicales ».

Ce fut un vrai drame que cette blessure, et dont les premiers rôles furent tenus par les plus formidables personnages de l'époque. Au chevet de ce prince blessé, que le roman et la légende historique se disputent, se tiennent : le très haut et puissant seigneur Philippe II qui intervint alors avec une sollicitude faisant contraste avec l'opinion, indémontrée, qui, plus tard, devait l'accuser de la mort violente de son fils ; le terrible et hautain duc d'Albe, bravant la fatigue, veillant toutes les nuits tout habillé sur une chaise ; neuf médecins et chirurgiens, qui tinrent plus de cinquante consultations et ne se disputèrent point. — Quatorze de ces consultations eurent lieu devant Sa Majesté : quelles scènes, et quel cérémonial ! Sa Majesté prenait place sur une chaise, ayant derrière lui les grands et les gentilhommes, à ses côtés, le duc d'Albe et don Garcia de Tolède ; devant lui, les médecins formant un demi-cercle, et parlant chacun à son tour, sans brièveté, puisque ces consultations duraient de deux à quatre heures ! Quel épisode, de superstition religieuse, d'horrible contact, que cette histoire du corps d'un bienheureux franciscain, mort en odeur de sainteté depuis cent ans, apporté sur ordre de Philippe II et qui selon Llorente, aurait été appliqué sur le corps de don Carlos et couché dans son lit, ou simplement, comme dit Daza Chacon aurait été rapproché du prince, en plein délire. Le miracle ne se produisit point ; mais le bienheureux moine Diego fut canonisé par la suite.

***

La fin du XVIIe et le commencement du XVIIIe siècles marquent un temps de régression ; et nous en trouvons dans le discours

(1) *Références* : Samnao. Médicina espagnola, pp. 204 et suivantes. — Garrison. Historia de la medicina, t. II, pp. 429 et suivantes. — Escribano Garcia. La anatomie y los anatomicos espanoles del Siglo XVI.

d'Escribano (1), le témoignage attristé : la grande œuvre anatomique espagnole s'arrête ; les dissections se suppriment, et, avec elles, l'école d'apprentissage opératoire. Du coup, c'est le déclin de la chirurgie ; et, en 1764, Velasco, en inaugurant le cours du Collège de chirurgie de Barcelone, avouait que les chirurgiens n'étaient plus alors que de grossiers empiriques, sans talent, sans instruction.

La flamme, cependant, allait se rallumer, à Cadix, où se révéla un chirurgien d'élite : Virgili. C'était un animateur, un Catalan de très pauvre origine, qui fit, à pied, le voyage de Montpellier, pour y chercher l'instruction anatomique, dérobant parfois les corps des suppliciés quand manquaient les cadavres à notre amphithéâtre, qui, par la suite, se perfectionna à Paris et qui, après quelques interventions retentissantes, dont une trachéotomie d'urgence, fut chargé de fonder un collège de chirurgie destiné à la formation des opérateurs d'armée.

C'est en 1758 qu'à ce collège royal de Cadix fut admis comme interne Antonio Gimbernat. Tous nos étudiants connaissent son nom : le ligament de Gimbernat, c'est une colle d'examen ; c'est, surtout, un détail anatomique de premier plan. Nos techniques les plus modernes ont confirmé l'importance du débridement de ce ligament dans la cure de la hernie crurale : nous en faisons, avec Duval, Guibé et Proust, le temps opératoire fondamental. J'ai là, sous les yeux, le mémoire inaugural que Gimbernat communiqua le 9 octobre 1788 au collège royal de chirurgie et qu'il dédie au roi, son seigneur, don Carlos IV (que Dios guarde !) : quelle netteté de vue, quelle précision de manœuvre s'y révèlent ! Un demi-siècle après, en l'an de grâce 1932, nous suivons le même principe : notre incision s'est simplement élargie, opérant à ciel ouvert, au lieu de débrider en profondeur sur la sonde. Et l'on se représente la scène impressionnante qui se produisit, lors de la rencontre, à Londres, de Hunter et de Gimbernat : le grand maître anglais, alors à l'apogée de sa gloire, autorité dominante en anatomie chirurgicale et en physiologie, faisait une leçon sur la hernie crurale ; Gimbernat s'avance vers lui, expose son procédé, en se servant de la même pièce sèche qui venait d'être utilisée pour la leçon ; Hunter écouta attentivement l'anatomiste catalan et conclut en lui disant : « Vous avez raison, Monsieur ». « You are right, Sir ». Cet épisode décida de la réputation universelle de Gimbernat : sans le patronage du chirurgien anglais, de haut prestige, les travaux du modeste Espagnol fussent probablement restés inconnus. Le nom de Gimbernat reste éternellement attaché à cette région crurale ; et c'est justice, car il donne l'exemple du feu sacré qui doit animer tout anatomiste : « mon auteur favori, répétait-il, c'est le cadavre humain », « Mi autor mas favorito es el cadever humano ».

***

Nous voici à la période contemporaine. Assurément, et Escribano le reconnaît, aucune des découvertes fondamentales, qui sont la base de la chirurgie et de la médecine modernes, n'appartient à l'Espagne ! N'empêche que la contribution des maîtres espagnols, contribution inconnue (par leur faute d'ailleurs ; car, selon la remarque de Escribano, en Espagne, on travaillait peu et l'on écrivait moins encore) mérite d'être classée en un rang digne de ces initiatives, que nous ignorons. En voici quelques titres, pris dans l'œuvre des chirurgiens du XIXe siècle. Je vous apprendrai, sans doute, — l'ayant appris moi-même de fraîche date — que San Martin, professeur de clinique chirurgicale à Madrid, fut un précurseur dans l'étude des *anastomoses vasculaires* ; que Argumosa doit être considéré comme l'inventeur de la *suture veineuse* ; que Ribera y Sans, aurait, le premier, pratiqué la *constriction élastique du tronc*, dite de Momburg, bien avant le chirurgien allemand et qu'il l'aurait employée souvent à l'hémostase préventive dans la désarticulation coxo-fémorale ; que quelques chirurgiens espagnols, Argumosa, en particulier, ont pratiqué l'*ablation totale de la parotide* à une époque, où les cliniciens anglais et français la jugeaient impossible ; que Ribera a été un initiateur dans les opérations sur le médiastin postérieur ; que les premières péricardotomies suivies de succès sont dues à Romero ; que Margarit, de Barcelone, aurait réalisé avant Jaboulay, la désarticulation inter-ilio-abdominale.

Il est toujours délicat de trancher ces questions de priorité. Mais cette brève liste, dont je trouve les garanties dans l'étude sérieuse d'Escribano, montre que nous n'avons pas estimé à son prix l'effort chirurgical de l'Espagne contemporaine. Cependant, je dois déclarer que, grâce à la proximité de Barcelone, à la fréquence de mes déplacements dans cette ville, j'ai, depuis longtemps, connu et apprécié la valeur technique de nos collègues espagnols : Cardenal, Rusca, Fargas ont été mes amis et j'ai souvent admiré leur maîtrise. Depuis, cette impression favorable n'a fait que croître : la vigueur précise d'exécution, la prestesse du geste, la rapidité résolue, la fermeté calme devant l'alerte, sont des qualités qui m'ont frappé, chez beaucoup de nos collègues. J'ai vu, de l'autre côté des Pyrénées, les interventions gastriques conduites avec un brio et une ingéniosité adroite, que nous ne dé-

(1) Escribano y Garcia. — Discorso en la inauguracion del corso anatomico de 1916, Granada.

passons pas. J'ai suivi Tapia, le maître laryngologiste, et sa série inégalée de laryngectomies pour cancer de l'organe. J'ai admiré l'activité exceptionnelle de Recasens, la variété de son instruction technique, ses capacités d'adaptation, son puissant dynamisme qui en fait un animateur très efficace. J'ai fréquenté de fortes intelligences, de haute et délicate culture, comme le professeur Joachin Trias, comme les maîtres-chirurgiens Goyanès et Lozano, comme le grand physiologiste Py y Suner, comme mon ami Pittaluga observateur judicieux, médecin de grande classe et philosophe profond. Je sais, aussi, sans le connaître, quel rang supérieur tient dans la pensée médicale espagnole, dans la pensée universelle, le professeur Maranon, l'homme respecté pour sa valeur intellectuelle et morale, que les événements viennent de porter au premier plan des maîtres de l'heure !

Et je termine, en très respectueux hommage, par la figure, populaire, entre toutes, du maître dont le nom est très connu des étudiants du monde entier : Ramon y Cajal. Si j'avais à proposer à un jeune travailleur l'exemple d'une vie de savant, je lui conseillerais la lecture de la biographie personnelle que Cajal a écrite. Ah ! Quelle noble existence, vouée à la recherche scientifique désintéressée, astreinte à la discipline d'une technique impeccable, attachée au culte de la vérité ! Et quelles leçons on en retire de persévérance, de simplicité modeste, d'optimisme, presque d'ingénuité ! J'ai revu, à Saragosse, avec émotion, la série des aquarelles anatomiques qu'il a composées pendant les trois ans, où, jeune aide d'anatomie, il a disséqué sans relâche, dans ce pauvre amphithéâtre de l'hôpital de Santa Engracia, ayant pour guides nos livres français de Cruveilher et de Sappey ! Et, le jour où j'ai été présenté, dans son laboratoire de Madrid, au maître de la neuro-histologie mondiale, arrivé au sommet de son autorité scientifique, j'ai évoqué le souvenir de ses difficiles commencements, quand, nommé professeur auxiliaire à Saragosse, et commençant son initiation aux études micrographiques, il ne trouve, comme seul outil de travail, dans toute la faculté, qu'un microscope, à peu près utilisable, un vieux modèle français de Nachet, avec lequel il contemple pour la première fois, « le spectacle surprenant de la circulation sanguine ». Humbles débuts ; carrière souveraine !

Ce qu'il y a d'admirable en Cajal, c'est cette qualité que Pasteur recommandait aux jeunes gens, comme vertu essentielle : l'enthousiasme. Victor Hugo est son idole littéraire ; Jules Verne le passionne et, à l'instar de l'auteur prophétique des aventures extraordinaires, le voici qui compose un roman, où il imagine les dramatiques péripéties d'un voyageur arrivant dans la planète Jupiter et y faisant la rencontre d'animaux monstrueux, dix mille fois plus grands que l'homme, mais de structure identique ; en comparaison de ces colosses de la vie humaine, notre explorateur a la taille d'un microbe ; muni d'appareils scientifiques, l'intrépide observateur pénètre par une glande cutanée, arrive dans le sang, y navigue sur un globule rouge, et assiste aux luttes épiques entre leucocytes et parasites ; des dessins en couleur, inspirés des livres histologiques de l'époque, illustraient ce texte fantaisiste. Avec quelle charmante simplicité il nous raconte sa « manie gymnastique », son culte du biceps, sa crise sportive ; sa passion platonique pour la belle senorita que les étudiants appellent « La Vénus de Milo » ; son enthousiaste départ pour Cuba, comme médecin du corps expéditionnaire, sa déception devant la réalité des fameuses forêts vierges, sa tristesse patriotique devant la faiblesse militaire de son pays, son retour désillusionné ! Et combien il est touchant de le voir, avec ses pauvres économies de Cuba et ses modestes émoluments, à Saragosse, faire les frais de son équipement de laboratoire, acquérir un microtome de Ranvier et apprendre les éléments de cette science où il devait passer maître, dans les traités français d'histologie ou dans les versions françaises des livres étrangers !

L'œuvre scientifique de Ramon y Cajal : je n'ai point à la décrire ; le prix Nobel en a consacré la valeur et la portée. La hauteur de sa pensée : elle apparaît dans son livre sur les règles de l'investigation scientifique, que je place à côté de l'œuvre maîtresse de Claude Bernard sur l'introduction à la médecine expérimentale. Ce que je veux souligner, en terminant, ce sont les liens puissants par lesquels la vie intellectuelle de Cajal est unie à la science française : en fin de carrière, le voici comblé de tous les honneurs que notre pays peut décerner, associé étranger de l'Académie de médecine, correspondant de l'Institut de France, Commandeur de la Légion d'honneur ; mais, plus que par ces distinctions, il est rattaché à nous par sa formation première, par le premier microscope qui lui a révélé l'infiniment petit, par les premiers livres qui l'ont formé, par sa résolution, depuis 1924, de publier ses travaux en français, afin de faciliter le travail scientifique en réduisant le nombre des langues de culture.

C'est par cette pensée d'accord intellectuel que je veux conclure. Entre nos deux pays, et depuis un lointain passé, s'est établi un indissoluble lien spirituel, dans tous les ordres de la pensée. De toutes les littératures étrangères, la littérature espagnole est, peut-être, celle qui, à toutes les époques, a le plus influencé la nôtre ; et, réciproquement, toutes nos écoles ont eu leur répercussion en Espagne. Nos histoires nationales, qui sont les deux plus grandes histoires

du monde, se sont pénétrées, au cours des siècles. Nous n'oublions pas que notre vieille ville de Montpellier fut, pendant plus de deux siècles, une commune espagnole, ainsi que je le rappelais dans mon discours à l'Académie royale de Madrid. Par la présente étude, que j'ai documentée avec le plus de précision que j'ai pu, j'espère vous avoir montré les grands mouvements d'échange qui, à divers temps et par des courants inverses, ont uni nos centres d'études médicales, nos doctrines et nos moyens de recherche, et même nos cadres d'enseignement, puisque, si l'école de Montpellier a porté au décanat, dans le XVI$^e$ siècle, un médecin venu d'Aragon, Jean Faucon, la faculté de Paris a fait doyen, au XIX$^e$ siècle Orfila, qui venait des îles Baléares.

L'heure présente est plus propice encore à cette étroite collaboration. La fondation de l'Ecole des études hispaniques et de la Casa Velasquez, dans ce beau décor qui évoque les fonds de tableaux du peintre immortel, sera, entre beaucoup d'autres, un puissant trait d'union. Pierre Paris, a laissé son corps à la terre d'Espagne et son âme continuera, comme l'a dit Legendre, à faire participer chacune de ces deux patries aux richesses spirituelles de l'autre. Une des noblesses de la France, c'est que son génie scientifique n'a aucune étroitesse nationaliste, aucune visée d'hégémonie, et qu'il se grandit en rendant justice à tous ceux qui collaborent aux progrès de l'esprit humain. La médecine espagnole donne, par son passé, une impression de grandeur, qui m'a passionné à mesure que je l'ai mieux connue. Son présent est riche de valeurs scientifiques et techniques ; et nos collègues, à l'occasion du Congrès international de chirurgie, mesureront l'évolution profonde qui s'est faite dans le milieu médical de l'Espagne contemporaine.

Quant à l'avenir, pour avoir vécu parmi les maîtres et les étudiants, pour avoir senti frémir leur cœur sous un élan d'espérance nationale, je le crois plein de promesses : aujourd'hui, comme l'a dit récemment, le grand médecin, Marañon, « l'Espagne court une nouvelle aventure, dangereuse et magnifique » ; il lui faut de l'ordre et de la sagesse ; mais elle a, ainsi que l'a dit notre collègue, de hautes garanties : sa tradition, « chargée de force spirituelle » ; ses aptitudes naturelles — compréhension, acuité, exactitude — auxquelles j'ajoute cette incomparable qualité, le sens de l'honneur ; enfin, selon le mot de Marañon, « l'instrument formidable de l'idiome » ; car, dans cent ans l'espagnol sera parlé par plus de deux cent cinquante millions d'hommes. Pour finir, concluons, avec Victor Hugo : « O vieille Espagne ! O peuple tout neuf ! »

---

## ANTHROPOPHILIE OU ZOOPHILIE DU MOUSTIQUE COMMUN

Par le D$^r$ J. LEGENDRE

Dans une ville du Centre-Ouest, j'ai trouvé deux races de la même espèce du moustique commun, Culex pipiens, dont l'une recherche l'homme et dont l'autre le fuit.

La race qui pique l'homme (anthropophile) a pour habitat de prédilection à l'état larvaire les caves inondées, les citernes et, plus souvent, les fosses d'aisance à *chasse* d'eau. Le nombre des bâtiments publics et des habitations privées, pourvus de commodités à chasse, augmente chaque année ; ce dispositif sanitaire est devenu la règle dans les bâtiments administratifs, les gares, les hôtels, les restaurants, les cafés, et dans les immeubles occupés par les classes aisées. Ces fosses à eau sont souvent des foyers de pullulation du moustique commun. Il faut donc prévoir une plus grande production de ces insectes piqueurs, là où ils existaient déjà, et leur apparition dans des quartiers où ils n'existaient pas, si on ne prend pas les mesures nécessaires pour les éliminer. Ces insectes, qui ont été nourris au stade larvaire des produits de la digestion humaine, ne changent pas de nourrisseur à l'état ailé, ils se gorgent du sang de l'homme ; ils sévissent pendant six mois, de juin à mi-décembre.

Après avoir prouvé de façon irréfutable, par la pêche de larves et de pupes dans les fosses, que les moustiques y prenaient bien naissance ; après avoir reconnu les voies de pénétration des œufs de la femelle ovigère dans les fosses, j'ai déterminé les voies par lesquelles les moustiques qui viennent d'éclore peuvent sortir des fosses pour envahir les habitations. Ces notions acquises, il était facile d'imaginer les petits dispositifs nécessaires pour empêcher les moustiques de sortir des fosses, et de prendre contact avec l'espèce humaine. Dans un établissement scolaire féminin, qui possède dix fosses et où on était harcelé par les moustiques, la mise en œuvre des moyens simples, que j'ai indiqués, fut suivie de la suppression rapide de ces insectes dans l'établissement ; il n'en subsista de rares exemplaires que dans un appartement desservi par une fosse, dont le conduit d'aération, qui débouchait dans une cheminée et n'était pas visible à l'extérieur, n'avait pas été grillagé.

Après qu'on eut mis fin à la sortie des Culex hors des fosses, la disparition de ceux qui en étaient déjà sortis se fit en quelques jours, ce qui laisse supposer que les femelles de C. pipiens ne font qu'un seul repas de sang, n'ont qu'un contact avec le nourrisseur, qui ne les revoit plus. Après la ponte, qui a lieu *in vitro* de quatre à huit jours après le repas de sang, la femelle ne survit que quelques heures, rarement un jour ou deux, même quand on met à sa portée du sucre pour l'alimenter. Il n'en est ainsi que chez le moustique d'été.

Même quand les femelles ovigères ont le choix entre des eaux de surface propres et les eaux souillées des fosses d'aisance, elles donnent la préférence à celles-ci, où leurs larves coprobies et coprophages vivent en culture pure sans qu'aucun commensal d'une autre espèce vienne leur disputer leur provende. A cent, deux cents et trois cents mètres d'un grand établissement public, il y a un chapelet de mares où on ne trouve pas une larve de moustique, tandis que les fosses septiques de l'établissement grouillent de larves et de pupes, qui donnent naissance à des essaims de moustiques piqueurs qui envahissent tous les locaux de l'immeuble, les étages aussi bien que le rez-de chaussée.

Il n'y a pas d'inconvénient à ce que les femelles pondent dans le réservoir de chasse, dans la cuvette ou dans le siphon, puisque les pontes qui y sont déposées sont précipitées dans la fosse quand la chasse fonctionne. Mais il importe alors que les moustiques ailés qui écloront de ces œufs ne puissent sortir de la chambre souterraine d'éclosion par le tuyau de chute, le regard, le conduit d'aération ou tout autre orifice pour gagner les appartements.

Il n'y a aucune raison *a priori* pour qu'un insecte utile à l'homme, ou inoffensif pour lui, ne se multiplie pas dans l'habitat nouveau où on l'aura transféré, tout comme un insecte nuisible, tel le Doryphora. Cela est vrai des animaux aquatiques comme des animaux terrestres. Si, dans un étang ou un cours d'eau déjà peuplé d'espèces ichthyologiques, on dépose une espèce nouvelle, celle-ci s'y multiplie et s'y fait une place plus ou moins grande selon les moyens, dont elle dispose pour la concurrence vitale. Ce sont ces idées, qui m'ont conduit à introduire dans l'été de 1929 et de 1930, dans le quartier que j'habite, une souche d'un C. pipiens absolument inoffensif pour l'espèce humaine qu'il fuit. En 1926, R. Rossi qui résidait dans le même quartier se plaignait des « piqûres désagréables des Culex abondants » sans en indiquer l'espèce, mais il s'agissait très probablement de C. pipiens. Quoiqu'il en soit, je lâchai à cinq reprises dans un local situé dans mon jardin, à proximité de plusieurs petits réservoirs d'eau, des mâles et surtout des femelles gorgées sur des poules et capturées dans un poulailler dans une localité où C. pipiens n'attaque pas l'homme et n'a, avec lui, aucun contact. J'introduisis en même temps des œufs de la même race inoffensive dans les réservoirs d'eau du jardin. Depuis deux années, je constate que, comme dans une autre localité du département où j'avais importé en 1923, la même race de C. pipiens breton, on *vit à quelques mètres de riches foyers d'éclosion de ces insectes sans en voir, entendre, ni sentir un seul.* Ces moustiques sont-ils des autochtones depuis longtemps zoophiles, ou bien sont-ils des descendants de la souche que j'ai introduite ?

Pendant l'été de 1931, j'ai créé dans la ville, cinq nouveaux foyers de propagation de la même race avec des C. pipiens adultes et avec des larves écloses d'œufs récoltés en Bretagne.

La race zoophile importée, habituée à vivre dans les eaux de surface, fera-t-elle comme la race autochtone, qui vivait évidemment en surface avant qu'on connût les water-closets ? Ira-t-elle pondre dans les cuvettes des w. c. ou dans les fosses ? Si elle adopte ce milieu où elle sera nourrie à l'état de larve aquatique des produits de la digestion humaine conservera-t-elle à l'état d'insecte adulte son éloignement pour le sang de l'homme ? Dans les villes et bourgs où on introduira la race zoophile de C. pipiens, elle deviendra la commensale et la concurrente des larves de la race anthropophile de même espèce et sera susceptible d'en amener l'éviction au moins partielle. La réponse à ces hypothèses sera donnée par les faits, c'est-à-dire par des essais et des observations dans les conditions naturelles. Quant aux moustiques anthropophiles des fosses d'aisance, j'ai montré qu'il y a des moyens simples d'en arrêter complètement la production.

# MUTUALITÉ FAMILIALE

## Réunion du Conseil d'Administration

7 *avril* 1932.

*Présents* : MM. MAURAT, *président*, NOIR, H. MIGNON, A. GASSOT, PAMART, HENNE, DUCHESNE, MAZEROUX, FISCHER et M. MIGNON.

*Excusés* : MM. VIMONT, BOUDIN et LEVASSORT.

En l'absence de M. BOUDIN, M. HENNE remplit les fonctions de secrétaire.

Après discussion, le Conseil adopte, pour les pensions de retraite, le système à cotisations réservées.

Les membres qui le désireront sont invités à s'adresser au Secrétaire général qui leur fournira tous renseignements nécessaires.

Les modifications statutaires nécessaires ne seront soumises à l'Assemblée générale que lorsque le nombre des adhésions sera reconnu suffisant.

### Indemnités-maladie

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

*Combinaisons MA et B.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 22 | SENEY | Alpes-Maritimes | 60 jours + un mois chr | 700 fr. |
| 25 | ARMAND | Savoie | 60 jours + un mois et 2 jours chr | 706 65 |
| 91 | AVRIL | Loire | 29 jours | 290 » |
| 142 | DUCLAUX | Alpes-Maritimes | 3 mois | 300 » |
| 145 | SIMONNEAU | Vendée | 8 jours | 80 » |
| 151 | GROKICHARD | Jura | 11 jours | 110 » |
| 193 | COLIN | Var | 3 mois | 300 » |
| 220 | MAUPOMÉ | Hautes-Pyrénées | 52 jours | 520 » |
| 264 | LARDEUX | Seine-et-Oise | 58 jours | 580 » |
| 374 | TRABY | Pyrénées-Orientales | 22 jours chr | 73 25 |
| 412 | DUBOS | Calvados | 3 mois | 300 » |
| 438 | BAGARRY | Bouches-du-Rhône | 12 jours | 60 » |
| 461 | LACROIX | Paris | 13 jours | 130 » |
| 488 | HAMANT | Gironde | 3 mois | 300 » |
| 506 | GRIFFAULT | Deux-Sèvres | 17 jours | 170 » |
| 511 | LELOUTRE | Rhône | 14 jours | 140 » |
| 523 | FERRAND | Bouches-du-Rhône | 3 mois | 300 » |
| 547 | CLISSON | Maine-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 569 | CADILHAC | Yonne | 3 mois | 300 » |
| 577 | COLLANGETTES | Puy-de-Dôme | Un mois et 2 jours chr | 106 65 |
| 593 | DELTHIL | Loiret | 35 jours | 350 » |
| 609 | RINGUET | Ille-et-Vilaine | 21 jours + 2 mois et 9 jours chr | 440 » |
| 653 | DUHAMEL | Lot-et-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 662 | PAYRE | Isère | 3 mois | 300 » |
| 700 | REY | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 730 | LEFER | Meuse | 11 jours | 110 » |
| 733 | GIRAL | Gard | 16 jours | 160 » |
| 786 | MANHAVIALE | Tarn-et-Garonne | 15 jours | 150 » |
| 827 | TISON | Marne | 3 mois | 300 » |
| 850 | NOËL | Seine-et-Oise | 53 jours | 530 » |
| 854 | DAVID | Basses-Pyrénées | 29 jours | 290 » |
| 910 | MENDEL | Paris | 60 jours + 2 mois et 2 jours chr | 806 65 |
| 934 | GIRARD | Paris | un mois et 21 jours chr | 170 » |
| 946 | BÉZY | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 947 | COUSIN | Haute-Garonne | un mois et 18 jours chr | 160 » |
| 958 | SAINT-GERMAN | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 990 | BOUDEY | Gers | 3 mois | 300 » |
| 995 | DELAVALLE | Pas-de-Calais | 19 jours | 190 » |
| 1113 | DE LAVERGNE | Vienne | 37 jours | 370 » |
| 1174 | LABAT | Basses-Pyrénées | 41 jours | 410 » |
| 1176 | TEL | Lot-et-Garonne | 57 jours | 570 » |
| 1259 | RILHAC | Haute-Vienne | 3 mois | 300 » |
| 1263 | BOMPARD | Bouches-du-Rhône | 48 jours | 480 » |
| 1272 | MOLINÉRY | Seine | 3 mois | 300 » |
| 1281 | KERRIEN | Ille-et-Vilaine | 3 mois | 300 » |
| 1363 | BERNARD | Maine-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 1369 | BOISSAT | Isère | 13 jours | 130 » |
| 1403 | CANCEIL | Pyrénées-Orientales | 60 jours + 28 jours chr | 693 25 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1505 | Cazes | Lot | 49 jours | 490 » |
| 1573 | Lecouillard | Paris | 3 mois | 300 » |
| 1587 | Lacomme | Saône-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 1682 | Copreaux | Seine | 60 jours | 600 » |
| 1686 | Gaignard | Maine-et-Loire | 6 jours | 60 » |
| 1691 | Soulé | Gironde | 33 jours | 330 » |
| 1718 | Abarnou | Finistère | 18 jours | 180 » |
| 1750 | Clerc 1/2 | Jura | 22 jours | 110 » |
| 1756 | Mme Mosnier | Gard | 33 jours | 330 » |
| 1796 | Marmarian | Allier | 3 mois | 300 » |
| 1799 | Castagnoni | Constantine | 3 mois | 300 » |
| 1815 | Sanerot | Saône-et-Loire | 46 jours | 460 » |
| 1816 | de Montille | Seine | 36 jours | 360 » |
| 1896 | Roure | Vaucluse | 3 mois | 300 » |
| | | | | 19.496 45 |

*Combinaison MA²*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 26 | Vire | Isère | 46 jours | 920 » |
| 121 | Soncourt | Meurthe-et-Moselle | 7 jours | 140 » |
| 179 | Amsler | Paris | 15 jours | 300 » |
| 217 | Pons | Pyrénées-Orientales | 26 jours | 520 » |
| 421 | Durieux | Savoie | 29 jours | 580 » |
| 574 | Taviani | Corse | 23 jours | 460 » |
| 647 | Bellin | Isère | 3 mois | 600 » |
| 717 | Reynier | Haute-Loire | 3 mois | 600 » |
| 880 | Guéret | Hérault | 3 mois et 3 jours chr | 620 » |
| 1081 | Lacombe | Aveyron | 35 jours | 700 » |
| 1187 | Nicolas | Puy-de-Dôme | 37 jours | 740 » |
| 1331 | Peytard | Isère | 60 jours + un mois et 9 jours chr | 1.459 85 |
| 1365 | Vitry | Hérault | 43 jours + 21 jours chr. | 999 85 |
| 1389 | Bourrud | Jura | 60 jours + un mois et 19 jours chr | 1.526 50 |
| 1472 | Fileux | Nièvre | 6 mois | 1.200 » |
| 1712 | Henry | Seine-Inférieure | 15 jours | 300 » |
| 1773 | Charles | Nord | 16 jours | 320 » |
| 1797 | Damey | Finistère | 13 jours | 260 » |
| 1900 | Boudant | Haute-Garonne | 23 jours + 5 jours chr. | 506 65 |
| 1908 | Triqueneaux | Nord | 24 jours | 480 » |
| 1986 | Roullet-Audy | Corrèze | 16 jours | 320 » |
| | | | | 13.552 85 |

*Combinaison MA³*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 20 | Lecat | Nièvre | 25 jours | 750 » |
| 372 | Chevalier | Vendée | 60 jours + 29 jours chr. | 2.089 70 |
| 390 | Payré | Pyrénées-Orientales | 60 jours + 4 jours chr. | 1.840 » |
| 492 | Plaisant | Sarthe | 39 jours + 11 jours chr. | 1.280 » |
| 515 | Bourdin | Haute-Saône | 3 mois | 900 » |
| 554 | Gamard | Loir-et-Cher | un jour | 30 » |
| 1807 | Delmas | Hérault | 24 jours | 720 » |
| | | | | 7.609 70 |

*Combinaison MA⁵*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 120 | Rougelot | Var | 10 jours | 500 » |
| 286 | Chaix | Var | 60 jours + 26 jours chr. | 3.432 90 |
| 564 | Feige | Savoie | 18 jours | 900 » |
| 620 | Milhaud | Aude | 22 jours chr | *366 30* |
| 642 | Duballen | Saône-et-Loire | un mois | 500 » |
| 718 | Canteolup | Tarn-et-Garonne | 11 jours | 550 » |
| 720 | Sevellec | Aube | 10 jours | 500 » |
| 792 | Arnoux | Meurthe-et-Moselle | *29 jours* | *1.450 »* |
| *900* | *Allotte de la Fuye* | *Loire-Inférieure* | *35 jours* | *1.750 »* |
| 913 | de Sablet | Paris | 8 jours | 400 » |
| 921 | Ducret | Haute-Savoie | 20 jours | 1.000 » |
| | | | | 11.349 20 |

## Pensions aux veuves

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du premier trimestre 1932, les sommes suivantes à :

| | | |
|---|---|---|
| 4 | Mme Vve Lepage, Paris | 150 fr. |
| 13 | Mineurs Deshusses, Haute-Savoie | 50 » |
| 27 | Mme Vve Gallois, Côte-d'Or | 150 » |
| 38 | Mme Vve Gillette, Paris | 150 » |
| 43 | Mme Vve Chevreux, Paris | 150 » |
| 45 | Mme Vve Valot, Hautes-Alpes | 60 » |
| 51 | Mme Vve Rousselot, Haute-Marne | 150 » |
| | Total | 860 » |

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 31 mars 1932.

### Dons à la Caisse auxiliaire

Le Trésorier annonce que la Caisse auxiliaire a reçu un don de 400 francs de Mlle Hamilton et un de 25 francs de M. le Dr Duclaux, en outre deux dons anonymes, l'un de 200 francs, l'autre de 5 francs.

Le Conseil adresse ses remerciements aux donateurs.

### Ratification d'admissions

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

*Combinaison MA²* :

MM. les Docteurs Person et Maume ;

*Combinaison MA³* :

M. le Dr Daumy ;

*Combinaison MA⁵* :

MM. les Docteurs Kalt, Amat, Blanc, Soulié, Beaumel, Bertrand, Barnaud, Kaplan, Orsini, Wahl, Lagarde, Trouiller, Thomas, Canégaly, Frappereau, Bonnafous, Kopp, Fouassier, Ravaleu, Herbeuval, Treuvey, Dautrey et Ladroitte.

### Admissions provisoires

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

*Combinaison MA²*

M. le Docteur :
Gauthey, de Saint-Lupicin, Jura.

*Combinaison MA³*

MM. les Docteurs :
Deffay, de Bonnat, Creuse.
Serbat, de Port-Sainte-Marie (Lot-et-Garonne).

*Combinaison MA⁵*

MM. les Docteurs :
Cadiot, de Vandeleville (Meurthe-et-Moselle).
Vuillecard, de La Varenne-Saint-Hilaire (Seine).
Boyer, de Paris.
Dumas, du Mans (Sarthe).
Deflinne, de Valenciennes (Nord).
Lombard, de Marseille.

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin juin.

### Admissions

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

*Combinaison P*

MM. les Docteurs :
Deffay, de Bonnat (Creuse).
Gauthey, de Saint-Lupicin (Jura).
Vuillecard, de la Varenne-Saint-Hilaire (Seine).
Boutiron, de St-Sauveur-de-Maille (Charente-Infér.).

*Combinaison R*

M. le Docteur :
Vuillecard, de la Varenne-Saint-Hilaire (Seine).
Madame :
Weill, de Paris.

*Combinaison V*

M. le Docteur :
Gauthey, de Saint-Lupicin (Jura).

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

*Le secrétaire.* H. Henne. *Le président,* A. Maurat.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

Au Docteur Henri Martineau.

*.... On a fait un grand progrès dans la vie quand on ne cherche plus à satisfaire qui que ce soit d'autre que soi-même...*

(Pierre Lièvre.)

DCXXXV. — Pierre Lièvre. **L'extravagante punie.** Un vol. 11 × 16,5. Roman précédé d'une avant lettre à Henri Martineau. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1931, 10 fr. 50.

En restreignant la portée de cette douce maxime au seul champ de l'activité littéraire (telle que la conçoit peut-être le féroce chroniqueur du *Mercure de France*), il deviendrait certainement plus aisé d'expliquer la singularité de la genèse et du contenu de ce curieux petit bouquin qui, vous le verrez, ne peut pas avoir d'équivalent dans les histoires contemporaines hâtivement baptisées, du double consentement accéléré de leur facteur et du marchand : romans ! La correction bourgeoise du titre, vous le verrez aussi tout à l'heure, est surtout une indication d'époque. Mais dès ce dénominatif, fleurant la morale expliquée, hâtez-vous de repenser que Lièvre est un des sagittaires contemporains les plus redoutés et qu'il n'a pas encore offert sa collaboration aux Collections, où l'on voit flétrie la répréhensible conduite de l'étourdie et providentiellement châtiée son irréflexion dans ces livres édifiants que l'on distri-

bue, environ juillet, aux enfants persévérantes que la malignité publique, très perfectionnée chez Lièvre, dénommait déjà à l'époque où commence le livre, du sobriquet candide (et de tout repos) d'oies blanches. De ces volatiles figurés, il ne sera, au contraire nullement question dans cette impertinente esquisse psychologique, dont le premier chapitre se déroule dans un salon, de 1900, bruissant de caquetages assemblés au « jour » de Madame Beltraquin. Cette personne très « comme il faut » (nous la verrons empanachée pour le mariage subversif de son enfant) est la mère de l'*extravagante* héroïne de l'histoire. Extravagante en ce temps-là, elle nous paraîtrait maintenant un peu en retard sur le train : elle cherche mari, qui veuille bien consentir à divorcer dès avoir pris cette qualité. Lièvre l'avait abandonnée autrefois avant la réalisation complète du scénario. On le pria après guerre de la conduire au terme de ses desseins. Mettre en 1930, une rallonge à un roman écrit presque au début du siècle paraissait difficile : cette histoire eût-elle toutes les séductions qu'elle recèle effectivement, l'écrivain avait (je m'excuse du mot) vieilli de vingt ans. Son héroïne animée par ses soins de couleurs de jouvence, l'attendait souriante au pied de ces difficultés. C'est mal connaître l'ingénieuse intelligence de Monsieur Lièvre. Dans sa préface, il réfute en se jouant les objections, que ne manqueraient pas de soulever les imbéciles ; et, tout en les réfutant, il expose sur la chose littéraire de très justes aperçus. Puis, venant au fait, après la réimpression du texte primitif, resté un pied en l'air (comme sur une brusque défaillance du violoneux)..... au lieu de le reprendre et de le continuer, il nous *conte* familièrement et discute ce qui eût pu advenir de plus vraisemblablement catastrophique à ses personnages. Ce faisant, il continue cette invraisemblable gageure d'écrire sur un thème banal, sur des incidents minuscules d'étincelantes variations, avec une bonasserie insidieuse, une narquoise pondération. Il jongle avec les impondérables du ridicule, en tirant tour à tour les meilleurs effets tragi-comiques et les plus profondes résonances psychologiques.

J'aurais encore bien des remarques à glaner dans ce tout petit livre, où Stendhal, Boylesve et Proust semblent tour à tour revivre avec les meilleurs de leurs procédés : vivacité graphique ; sollicitude pour les cœurs tendres ; minutieuse exploration des mobiles tortueux du sentiment. Force m'est de conclure ; un mot du livre m'y aidera : « *L'invention littéraire est une drôle de mécanique, en vérité...* ». ... Je vous le dis ! !

DCXXXVI. — Daniel Halévy. **Courrier de Paris.** Un vol. 12 × 19. Collection Les Mœurs et l'Esprit des Nations. *Editions du Cavalier*, Paris, 1932.

La réunion de ces chroniques, écrites pour *la Revue de Genève*, après guerre et touchant de sujets fort divers, a une réelle unité. Elle le doit à l'originalité du penseur, au talent de l'essayiste, au tact dont il fait preuve dès qu'il effleure politique, religion et problèmes internationaux. Souvenirs, jugements, études sur les hommes, les écrivains, les tribuns, les nations, se déroulent sans qu'en les passant au miroir de ses pages, D. H. oublie un instant leur lien secret : cette âme commune qu'il exalte magistralement dans le plus vibrant des passages intitulé *De Re Lutetiana*. En touchant aux idéologies creuses sociologiques et métapolitiques, il en souligne la sinistre comédie. Il pourrait certainement, sur ce point particulier, mieux que ces chiquenaudes qui suffisent déjà à faire vaciller sur leurs bases d'argile ces colosses carnavalesques.

DCXXXVII. — Gustave Flaubert. **Salammbô.** Un vol. 15 × 21 avec illustrations de Philippe Swyncop, tiré à 1.111 ex. numérotés (Japon, Hollande velin Allura), dans la collection *Les Gloires littéraires. Editions du Nord*, Bruxelles, 1931.

Les illustrations ont une splendeur barbare, un mouvement, une brutalité épiques. Violence des couleurs, des gestes prolongent adroitement l'esprit et l'inspiration du livre. On ne sent plus ici cette pénible impression de figurants assemblés par un artiste maladroit (et évoluant avec une maladresse de chœurs mal entraînés), de perspectives mesquines, de gestes de bois. Les hordes sont enlevées ; Salammbô est femme, royalement ; les visages parlent ; les poings menacent et frappent ; les appétits, les passions, les violences des foules ou des mercenaires sont extériorisés avec beaucoup de justesse. Deux ou trois culs-de-lampe à peine ont un peu moins de fermeté. La typographie (1) en mediæval est soigneusement ordonnée et les lettrines vertes sous les titres de même teinte remettent de la fougue colorée jusqu'à l'entrée du texte, brusquement apaisé.

DCXXXVIII. — Abel Bonnard. **Au Maroc.** Un vol. 15 × 22,5 tiré à 1650 ex. numérotés (Japon-Hollande, velin), dans la collection *Ceinture du Monde*, orné d'un frontispice de Jean Berque. *Editions Emile-Paul*, Paris.

La prose d'Abel Bonnard a une fluidité, un charme, une simplicité qui lui permettent paradoxalement d'enclore un monde de sensations et d'images. Ses mots portent très loin. De cet Islam dont il a senti la grandeur, il nous donne mieux que des impressions de voyageur attentif. Son livre tranche sur les hâtives fantaisies de

(1) Je vous parlerai prochainement d'une splendide édition belge des *Documents secrets* de Franz Hellens, établie par le maître-imprimeur Stols.

globe-trotters, qui ont pris le bateau, puis fait trois petits tours en terre étrangère. Il a le frémissement des œuvres, où le sentiment affine et nuance les perceptions de la plus exquise sensibilité. Le style a cette même souplesse flexueuse cette richesse diaprée des images et des sensations, qu'il capte comme sous une résille presque invisible. L'impression typographique, sur un Hollande van Gelder de haute qualité, est d'une pure et stricte netteté.

DCXXXIX. — Docteur CABANÈS. **Médecins amateurs.** Léonard de Vinci, Cervantès, Descartes, La Fontaine, Madame de Sévigné, Diderot, Mirabeau, Bernardin de Saint-Pierre, Sébastien Mercier, Main de Biran. Un vol. illustré 14 × 18. *Editions Albin Michel*, Paris, 1932, 20 francs.

Je vous signale sommairement (puisque le Docteur Noir a coutume de vous les présenter), ce nouvel inédit posthume de Cabanès, où abondent anecdotes, curieux documents. J'ai beaucoup aimé la purgonesque et martiale thérapeutique du Prince de Ligne, dont les commandements clôturent le livre.

DCXL. — Georges R. MANUE. **La Retraite au Désert.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la Revue Française*, 1932, 12 fr.

Je crois aisément au fondement autobiographique de ce récit romancé, qui eût eu place marquée dans feu la collection des « *Têtes brûlées* ». La rude existence des légionnaires au Maroc, les invraisemblances de leur mentalité sont exposées sur le ton calme d'une énergie un peu folle, matée par la discipline, le cafard, et paroxystiquement exaspérée par les antécédents, par l'ambiance, par les sursauts de cet orgueil têtu, qui ballotte ces déracinés de l'héroïsme au mauvais coup. C'est encore un livre excellent, posément dramatique, correctement écrit, et qui témoigne chez son auteur (au service d'un caractère ardent) d'un rude tempérament, bougon, bourru, tranchant..., et dont le propriétaire ne veut à aucun prix laisser voir qu'il cache un sobre talent et un cœur d'or.

DCXLI. — Henri BLOCH et Paul ROQUES. **Les Papiers de Stresemann.** Tome 1 : 1923-24. La Bataille de la Ruhr. La conférence de Londres. 1 vol. in-8° sur alfa avec huit planches hors-texte. *Editions Plon*, Paris, 1932, 36 fr.

Surpris par la maladie avant d'avoir pu rédiger les Mémoires qu'il se promettait d'écrire, l'ancien ministre des Affaires étrangères et chancelier allemand a laissé d'abondantes archives. De ces documents bruts, notes, discours, constituant d'énormes dossiers, on a pu extraire sans peine la matière de trois gros volumes, qui éclairent par l'autre face, les événements d'après-guerre, où s'est joué lamentablement le sort de notre victoire. Cette lecture qui montre, sans retouches, les efforts de l'homme d'Etat allemand, luttant pour sauvegarder la grandeur de sa patrie, est tout particulièrement recommandable aux personnes assimilant mal l'indigeste provende des bateleurs et des chantres de la Paix.

DCXLII. — Suzanne NORMAND. **Les Nuits secrètes de l'Ambassade.** Roman. Un vol. 12 × 19 *Editions Lemerre*, Paris, 1932.

Vers la fin de son livre, l'auteur modestement compare aux lettres de la *Religieuse portugaise* celles qu'écrit, au cours du roman, son héroïne. Il serait fort difficile à mes compliments d'atteindre cette envergure : cette petite comparaison donne d'ailleurs d'emblée au livre fort grand air. Négligemment jetée, elle va vous faire oublier la forte parole de Bergson : « *Au commencement était la vanité...* ».

**Varia*****

*Le Crapouillot* (mai 32) expose avec beaucoup d'images très expressives la lointaine germination de la guerre de 1914 et les phases préparatoires du conflit, dans une livraison soigneusement documentée. Il n'oublie pas suivant sa charitable coutume de mettre les grotesques à l'honneur.

* Un éditeur parisien prépare une réédition *fac similé* de l'édition des *Contes de La Fontaine*, dite des Fermiers généraux. Tout simplement.

25 avril 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles...

## Syndicat médical de l'arrondissement de Pontivy

*Assemblée générale du 6 décembre* 1931

Le Docteur Loheac (père), président, ouvre la séance à 13 h. 30.

1° **Démission d'un membre.** — Le Docteur de Kergos (de Pontivy) par lettre adressée au président fait connaître que, sa santé exigeant la cessation momentanée de toute clientèle, il cessera de faire partie du syndicat. Le président se fait l'interprète de l'assemblée pour adresser au confrère de Kergos ses meilleurs vœux de rétablissement et l'espoir que, bientôt il puisse reprendre sa place au syndicat.

2° **Admission d'un nouveau membre.** — Après une discussion de principe qui témoigne combien les confrères prennent intérêt aux questions de déontologie inter-syndicale, le Docteur Picquenard, de Quimper, mais n'ayant un cabinet qu'à Pontivy, est admis, à l'unanimité des présents et reçoit les vœux de cordiale bienvenue du président.

3° **Assurances sociales.** — Le projet de Convention syndicats-caisses établi par le bureau de la Fédération du Morbihan est adopté sans modification ; un projet de convention concernant l'hôpital de Pontivy est actuellement soumis à l'agrément de la Commission hospitalière ; il comporte, et cela le distingue des autres conventions hospitalières signées par les autres syndicats du Morbihan, le *respect du libre choix* pour tous malades soignés en chambres séparées, conformément au principe fondamental du syndicalisme. A la demande de confrères, quelques explications sont fournies par le président sur certains points du fonctionnement des Assurances sociales.

Sont élus médecins contrôleurs pour les Assurances sociales : Docteurs Loheac (père), Jegourel et Chalonneau.

Sont élus membres du Conseil de famille départemental : Docteurs Loheac (père), Jegourel, titulaires, Rio, suppléant.

4° **Syndicat départemental.** — Le Syndicat de Lorient insistant pour que les différents syndicats d'arrondissement se fondent en un seul syndicat départemental, la question se pose de savoir si un seul syndicat dans le Morbihan est nécessaire et, même, s'il est vraiment utile. L'assemblée du syndicat est, unanime à penser que les syndicats d'arrondissement, notamment celui de Pontivy, qui groupe l'unanimité, sauf un, des médecins de l'arrondissement et, qui, chaque année, voit assister à ses séances et y prendre une part active la presque totalité de ses membres (24 sur 27 en moyenne) sont des foyers de syndicalisme autrement vivants, autrement féconds que le serait un seul syndicat départemental, dirigé par quelques spécialistes des villes et aux séances duquel n'assisterait qu'une infime minorité de praticiens. L'expérience du passé est, d'ailleurs là ; pour témoigner que les syndicats départementaux n'ont jamais pu, en Bretagne tout au moins, assurer la défense des intérêts médicaux et encore moins assurer la cohésion des forces syndicales. Tous ont été obligés par la force même des choses à se dissoudre et seuls, les groupements régionaux d'arrondissement ont donné les preuves de leur vitalité ; pour régler les questions départementales, la Fédération, surtout si elle avait un secrétariat un peu moins déficient, suffirait pour l'avenir, comme elle l'a fait dans le passé, à assurer la cohésion des syndicats d'arrondissements pour une action commune vis-à-vis des collectivités départementales, publiques ou privées. Pour simplifier les écritures de la Confédération qui, avec nos cotisations, a les moyens de se payer un secrétariat suffisant ou pour être agréable au syndicat de Lorient, il semble exagéré qu'il faille dissoudre des organismes qui ont fait leurs preuves et qui répondent aux besoins du corps médical rural.

L'assemblée du Syndicat est unanime à repousser le projet de syndicat départemental unique dans le Morbihan et décide que, quelle que soit l'opinion des trois autres syndicats, il n'acceptera jamais de se dissoudre. Le Syndicat de Pontivy groupant l'unanimité (sauf un) des médecins de l'arrondissement, sa carence rend impossible la formation d'un syndicat « départemental ». Les trois autres syndicats peuvent former un groupement intersyndical et l'appeler comme ils le voudront, sauf « Syndicat départemental ».

5° **Nouveau tarif des accidents du travail.** — Le président attire l'attention des confrères sur les avantages de ce nouveau tarif dont l'application est fixée au 15 février 1932.

6° **Assemblée générale de la Confédération.** — Les rapports du secrétaire général de la Confédération, parus dans le *Médecin de France* sont approuvés, sauf réserves en ce qui concerne son projet de centres de dépistage. Aucun confrère du syndicat ne pouvant, cette année, aller nous représenter, la délégation du syndicat est confiée au docteur Hutin (de Guingamp) président du syndicat de Guingamp et de la Fédération des Côtes-du-Nord.

7° **Collège régional.** — Le Syndicat avait exprimé, une fois de plus, ses regrets de voir les autres syndicats du Morbihan s'obstiner à refuser de faire bloc avec les syndicats du Finistère et des Côtes-du-Nord pour constituer un collège régional donnant droit à la désignation d'un administrateur titulaire et d'un suppléant. Depuis la réunion du Syndicat, nous avons appris que, revenant sur leurs préventions antérieures, les autres syndicats du Morbihan ont accepté de former un collège régional de Bretagne ; le Docteur Le Moal (de Lorient) a été désigné comme administrateur titulaire et le Docteur Hutin (de Guingamp), suppléant. Chaque année, il y aura roulement entre les trois Fédérations pour la désignation des administrateurs. La logique finit toujours par prévaloir.

8° **Fédération départementale.** — L'assemblée de la Fédération se tenant le dimanche 13 décembre, les confrères Delord (Etienne) et Chalonneau sont désignés pour y représenter le Syndicat et y soutenir ses décisions.

9° Le confrère Cadre, de Pontivy, est désigné pour représenter le Syndicat à la Commission technique pour la défense des appareils de prothèse dentaire aux assurés sociaux.

10° **Compte rendu du trésorier.** — Au 31 décembre 1930, la situation financière était la suivante :

*Actif.*

| | |
|---|---|
| En caisse au 1er janvier | 3.972 fr. 25 |
| Cotisations | 2.350 fr. » |
| Total | 6.322 fr. 25 |

*Dépenses.*

| | |
|---|---|
| Cotisations à la Confédération, cotisation à la Fédération, indemnités aux délégués divers, frais d'imprimerie et de poste, divers | 1.582 fr. 35 |
| Avoir net | 4.739 fr. 90 |
| En caisse | 1.980 fr. 62 |
| Livret de caisse d'épargne | 2.259 fr. 28 |
| 5 obligations Hôtel Chambon 5 % | 500 fr. |
| Total | 4.739 fr. 90 |

Les comptes sont approuvés et le trésorier est remercié de sa bonne gestion.

11° **Election du bureau.** — Le bureau sortant est réélu à mains levées. Le Docteur J. Loheac, en son nom et en celui du Docteur Bahier, remercie les confrères de leur excessive bienveillance et leur donne rendez-vous l'an prochain pour fêter les vingt ans du Syndicat, souhaitant que le seul réfractaire de l'arrondissement soit aussi des nôtres, pour sceller la parfaite union de la famille médicale de l'arrondissement de Pontivy.

Au nom de tous, le président remercie les confrères Jegourel et Capdepon, ainsi que M. Magueresse, de l'hôtel de la Gare, grâce auxquels un déjeuner délectable aida les confrères présents à supporter l'austérité de l'ordre du jour.

*Le secrétaire,*
Dr BAHIER.

*Le président,*
Dr J. LOHEAC.

# Variétés

## AUTOUR DE L'ARTICLE 378

Dans une petite ville d'un Etat de l'Ouest de l'U. S. A., un homme qui habitait un hôtel modeste, tenu par Mme Brown, constata qu'il avait des taches sur le corps. Il demanda à la patronne l'adresse d'un praticien, et celle-ci lui envoya son propre médecin, le Dr X. Celui-ci après un examen attentif, conclut à la syphilis, tout en avouant qu'il vaudrait mieux pour affirmer ce diagnostic avoir une réaction de Wassermann ; mais il n'avait pas ce qu'il fallait pour la pratiquer. En tout cas, le danger de contagion était évident ; et le Dr X invita le malade à quitter l'hôtel, pour éviter de contaminer ses habitants. Le malade accepta tout d'abord, mais changea d'avis et resta à l'hôtel. Le Dr X n'hésita pas à prévenir la patronne du danger qu'elle courait : celle-ci prit les affaires du malade, les mit dans la rue, et en toute hâte désinfecta la chambre.

Le malade prit le train pour la ville voisine. Il consulta un autre médecin, qui fit un examen sérologique, lequel fut négatif ; et il déclara au malade qu'il n'avait pas la syphilis.

Le malade, peut satisfait de la conduite du Dr X, lui fit un procès en violation du secret professionnel, et, bien que les faits de la cause n'eussent pas été discutés, le tribunal débouta le plaignant. Le plaignant fit appel.

La Cour confirma ce jugement, en motivant son arrêt par d'intéressants considérants.

Un médecin, dit-elle, est tenu au secret professionnel le plus étroit. La violation abusive ou injuste du secret ouvre droit à une action en dommages-intérêts, sans compter qu'elle entraîne un discrédit moral sur son auteur.

Mais qu entend-on par une violation abusive (*wrongful*) ?

Le devoir moral d'un médecin ne se termine pas avec sa consultation. Il y a des cas, dont plusieurs sont sanctionnés par la loi, qui obligent le médecin à donner avis aux pouvoirs publics du danger de contagion que présente tel ou tel malade, atteint de telle ou telle maladie. Si cette maladie peut être communiquée à l'entourage du malade, le devoir du médecin, d'après la

Cour américaine, est, quand aucun autre moyen de protection n'est utilisable, de prévenir les victimes possibles. Ce faisant, il ne commet pas une violation abusive du secret qui lui a été confié.

Trois conditions sont seulement nécessaires :

Prouver que la publication du diagnostic était indispensable pour éviter la dissémination de la maladie ;

Etablir que cette publication n'a été faite qu'à ceux qui étaient exposés au danger ;

Enfin, n'être pas soupçonné d'avoir ainsi trahi la confiance de son client sans une entière bonne foi ; posséder une connaissance suffisante du diagnostic et n'avoir nulle intention de nuire.

Nous livrons à nos lecteurs cette petite histoire, dont la morale nous paraît être qu'il faut renforcer l'obligation stricte du secret, telle que la loi française l'a établie. L'article 378, en effet est certainement utile à nos clients ; mais il est encore bien plus utile au médecin, qu'il dispense de toute réflexion et de tout jugement sur les cas où il doit ou ne doit pas violer le secret ; il faut plaindre nos confrères américains, si les décisions de leurs tribunaux les obligent ainsi à une insipide casuistique.

Il n'y a pas que le médecin d'ailleurs qui soit tenu au secret, avec les sages-femmes, les dentistes, les pharmaciens ; il y a les infirmières, le personnel des maisons de santé , les nombreux fonctionnaires qui ont connaissance des diagnostics, les patrons à qui des certificats les indiquent, une foule de gens plus ou moins compétents et responsables ; faudra-t-il aussi qu'ils discutent dans leur for intérieur l'opportunité de violer le secret, même devenu celui de Polichinelle ?

Conclusion : Aucune concession sur le secret professionnel, indispensable sauvegarde du médecin et du malade.

Ph. Dally.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laennec. Professeur : M. Léon Bernard.) — M. le Professeur Maurizio Ascoli, professeur à la Faculté de médecine de Palerme, devait faire, à la Clinique de la tuberculose, le mercredi 18 mai, à 11 heures, une leçon sur le pneumothorax bilatéral et le pneumothorax controlatéral. Le Professeur Ascoli étant souffrant, cette conférence est remise à une date ultérieure.

— **Chirurgie orthopédique de l'adulte.** — *Cours de revision en dix leçons.* — M. le Professeur Mauclaire commencera ce cours le lundi 13 juin 1932, à 17 heures, amphithéâtre Vulpian, et il le continuera les mercredis vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme. — Historique général de l'orthopédie. — Chirurgie orthopédique des principales difformités du rachis et des membres. — Présentation de nombreux dessins et radiographies.

— **Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris** (Fondation franco-américaine, 64, rue Desnouettes, Paris XV^e^. Téléph. : Vaugirard 46-15. Directeur : M. le Professeur Pinard ; directeur adjoint : M. le Docteur B. Weill-Hallé). — *Enseignement pour étudiants et docteurs en médecine.* — L'enseignement complémentaire réservé aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions et aux docteurs en médecine français et étrangers aura lieu à partir du 20 juin, sous la direction de M. le Professeur Pinard et de M. B. Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec la collaboration de MM. les Docteurs Lévy-Solal, agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine ; Devraigne, accoucheur de l'hôpital Lariboisière ; M. Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Turpin, Paraf, médecins des hôpitaux ; Lacomme, accoucheur des hôpitaux ; Vitry, Hallez, Benda, anciens chefs de clinique ; Dorlencourt, ancien chef de laboratoire à la Faculté ; Trèves et Mlle Vogt, anciens internes des hôpitaux ; Cavaillon, adjoint technique à la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, et Leclainche, chef du Service technique à l'Office national d'hygiène.

Cet enseignement dure environ un mois et comprend : *a*) Un stage dans les dispensaires de l'Ecole de puériculture ; *b*) des leçons, des démonstrations et des travaux pratiques ; *c*) douze visites d'œuvres d'hygiène et de protection de la mère et de l'enfant.

Il donnera lieu, après examen, à l'attribution du diplôme universitaire de puériculture.

Programme des cours. — Hygiène médico-sociale de la femme en état de gestation et du nouveau-né. — Hygiène médico-sociale de la première enfance. — Hygiène médico-sociale des périodes préscolaire et scolaire. — Organisation administrative de l'hygiène sociale de l'enfance en France. — Démonstrations pratiques de laiterie et de diététique.

Un certificat sera délivré aux candidats qui auront suivi avec assiduité cet enseignement. L'examen donnant lieu à l'attribution du diplôme universitaire aura lieu dans la deuxième quinzaine de juillet. Les candidats devront fournir, avant le 15 juin prochain, les certificats des stages suivants : Quatre mois dans un service d'accouchement ; quatre mois dans un service de première enfance ; quatre mois dans un service de deuxième enfance. Ces certificats seront soumis à la Commission de l'enseignement qui sera juge de leur validité et des équivalences. Les candidats devront, en outre, avoir suivi l'enseignement complémentaire de l'Ecole de puériculture. L'examen comportera : 1° des épreuves pratiques ; 2° des interrogations sur la puériculture à ses différentes périodes ; 3° l'examen des titres des candidats.

Les droits sont fixés ainsi qu'il suit : Immatriculation, 60 francs ; Bibliothèque, 40 francs ; Laboratoire et travaux pratiques, 250 francs ; Examen, 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Pour tous renseignements, s'adresser au directeur adjoint, 64, rue Desnouettes, Paris (XV^e^.)

— **Chaire de clinique de la tuberculose** (Professeur : M. Léon Bernard) et **Institut Pasteur (Tuberculose)** (Professeur : M. Albert Calmette). — *Cours de perfectionnement sur la biologie et la pathologie de la tuberculose*, à l'Institut Pasteur et à la Clinique de la tuberculose (Hôpital Laënnec), du 13 juin au 10 juillet 1932.

Ce cours s'adresse aux médecins phtisiologues français et étrangers, et comprendra vingt leçons, des travaux pratiques, des visites à des institutions antituberculeuses. Le nombre des inscriptions est limité à vingt-cinq.

Adresser les demandes au Docteur L. Nègre, laboratoire de la tuberculose, à l'Institut Pasteur, 96, rue Falguière, Paris. Les auditeurs du cours seront convoqués par lettre individuelle ; leur inscription sera ultérieurement reçue à la Faculté de médecine. Le droit d'inscription est de 300 francs.

Programme des leçons. — *Biologie.* — 1re leçon : Le virus tuberculeux. Ses différents aspects morphologiques. — 3e leçon : Méthodes d'examens et de coloration du virus tuberculeux. — 5e leçon : Méthodes électives d'isolement et de culture. — 7e leçon : Techniques des inoculations expérimentales et des autopsies. — 9e leçon : Poisons tuberculeux. Tuberculines et antigènes. Leur préparation et leur titrage. — 11e leçon : Recherche et titrage des anticorps tuberculeux. Réactions de floculation et de sédimentation dans l'infection tuberculeuse. — 13e leçon : Immunité naturelle et immunité acquise dans l'infection tuberculeuse. Le phénomène de Koch. — 15e leçon : Les tuberculoses animales. Leur rôle dans l'infection tuberculeuse de l'homme. — 17e leçon : Vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. « Prémunition ». — 19e leçon : Préparation et contrôle du B. C. G.

*Pathologie.* — 2e leçon : Le problème de l'hérédité tuberculeuse. — 4e leçon : La contagion de la tuberculose. — 6e leçon : L'évolution pathogénique de l'infection tuberculeuse chez l'homme. — 8e leçon : Les lésions tuberculeuses chez l'homme ; follicules et lésions non folliculaires. — 10e leçon : Le début de la primo-infection tuberculeuse chez l'homme. — 12e leçon : Le début des tuberculoses pulmonaires de surinfection. — 14e leçon : Les applications de la recherche du bacille de Koch et des réactions tuberculiniques à la clinique. — 16e leçon : Les arrêts de la tuberculose pulmonaire ; la notion de guérison. — 18e leçon : Les méthodes générales de prophylaxie de la tuberculose. — 20e leçon : Chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire.

*Visites* pendant et après le cours (Les frais de voyage, transports en chemin de fer ou en autocars, sont à la charge de chaque participant qui peut être accompagné des membres de sa famille). — 1° Clinique de la tuberculose de l'hôpital Laënnec et du dispensaire Léon-Bourgeois. — 2° Centre de diagnostic de la Nouvelle-Etoile à Courbevoie. — 3° Office national d'hygiène sociale. — 4° Office public d'hygiène sociale de la Seine. — 5° Dispensaire Lannelongue et Ecole de pratique sanitaire, rue Diderot, à Vanves. — 6° Ecole de visiteuses d'hygiène du Comité national de défense contre la tuberculose, 250, boulevard Raspail. — 7° Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, service de propagande. — 8° Œuvre du placement familial des Tout-Petits ; Visite aux Centres de La Ferté-Saint-Aubin et Chevilly. — 9° Préventorium de Boulogne-sur-Seine. — 10° Sanatorium marin de Roscoff (Finistère). — 11° Sanatorium de Bligny à Briis-sous-Forges (Seine-et-Oise). — 12° Organisation antituberculeuse du département de la Meurthe-et-Moselle.

— **Thèses.** — Mardi 26 avril. *Jury* : MM. Brindeau, Lemaitre, Lenormant, Brocq. — M. Léon Isaac : Le déclenchement médical du travail. — M. Fougeras-Lavergnolle : Traitement par voie externe des sinusites frontales chroniques. — M. Renault : Etude des complications pulmonaires post-opératoires.

Mercredi 27 avril. — *Jury* : MM. Loeper, Tanon, Harvier, Donzelot. — M. Simon Gurwiez : L'électrothérapie dans les syndromes inflammatoires chroniques du flanc droit. — M. Guttman Emeri : Etude des viandes frigorifiées.

Jeudi 28 avril. — *Jury* : MM. Claude, Mauclaire, Richet, Sézary. — M. Vobstein Abram : Etude des syndromes hallucinatoires, séquelles d'encéphalite. — M. Coullandon : Etude du traitement de la paralysie générale. L'impaludation cérébrale.

*Thèses vétérinaires.* — Mercredi 27 avril. — *Jury* : MM. Lemierre, Lesbouyries, Panisset. — M. Chams : Recherches expérimentales sur le diagnostic de la tuberculose bovine par une nouvelle séro-réaction.

Jeudi 28 avril. — *Jury* : MM. Achard, Tanon, Dechambre, Panisset, Labouyries. — M. Quénurec : Production bovine des Côtes-du-Nord. — M. Cottin : La Cochinchine. Etude zoo-économique, notes d'épidémiologie.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** — Le 22 mai, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères, conférence de M. André Martin, chirurgien des hôpitaux, sur le *diagnostic et le traitement de la sténose pylorique du nourrisson.*

— **Hôpital de la Pitié** (Service du Professeur Rathery). — Le 22 mai, à 10 h. 1/2, conférence de M. Boltanski, chef de clinique, sur le *traitement des périviscérites.*

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — *Consultation écrite.* — Séance du 25 avril : MM. Clément, 18, 10 ; Rachet, 20 ; Marie, 18 ; Chevalley, 19, 72.

Séance du vendredi 29 avril : MM. Azerad, 19,45 ; Layani, 17,90 ; Bariéty, 17,63 ; Laporte, 17,63.

Séance du samedi 30 avril : MM. Bourgeois, 20 ; Bach, 20 ; Hillemand, 19,30 ; Lambling, 19,30.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Epreuve écrite.* — Séance du 25 avril : MM. Banzet, 19 ; Huard, 19 ; Meillière, 18.

Séance du 27 avril : MM. Gueullette, 19 ; Ménégaux, 19 ; Reinhold, 18.

*Admissibilité.* — Sont admis à subir l'épreuve de nomination : MM. Ménégaux, 68 ; Huard, 66 ; Banzet, 65 ; Meillière, 63.

L'épreuve de thérapeutique chirurgicale a eu lieu le 3 mai, à l'hôpital de la Charité.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

**—Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mademoiselle Henriette Carpanetti, étudiante en médecine, décédée le 15 avril 1932, à Alger, à l'âge de 19 ans. Elle était la fille du Docteur et de Madame Carpanetti, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

**— Le jubilé du Professeur Paul Delmas** a été célébré le 17 avril, à Montpellier, à 17 heures, dans les salons Métropole.

Les plus hautes personnalités du monde médical et les notabilités de la ville avaient tenu à rendre hommage à celui qui illustre la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Montpelliers et qui dirige une incontestable autorité les services de la] Maternité.

M. Coll de Carrera lui exprime combien il est heureux de lui remettre aujourd'hui, à l'occasion de ses 25 ans d'enseignement, la plaque commémoratrice due au ciseau du sculpteur Dussol, qui est dans l'assemblée et dont il fait l'éloge, et retrace rapidement la vie et la carrière du maître, carrière pleine de laborieux enseignements, et dont le rayonnement s'étend aux quatre coins du monde. Magistral exposé qui se termine au milieu des applaudissements nourris, cependant que très ému, le professeur Delmas donne l'accolade à son confrère.

Prirent ensuite la parole :

M. Arboleda, au nom de la colonie colombienne de Montpellier ; M. Husseim, au nom des étudiants égyptiens de l'Egypte entière, dont la France est la deuxième patrie ; M. le Docteur Battle, au nom des services de la Maternité ; M. Margarot, au nom des amis ; M. le Général Rouffiandis, au nom de l'armée et aussi en tant qu'ami personnel ; M. le Professeur Janbreau qui s'adresse à son élève, celui qu'il a préparé à l'internat, qui est aujourd'hui un de ses pairs.

En termes sincères qu'on sent venir du fond du cœur, il lui dit toute son amitié, toute sa joie de pouvoir l'honorer aujourd'hui publiquement.

M. le Professeur Delmas, très ému, se lève et remercie tous ceux qu'il nomme ses amis et qui, réunis dans cette salle, lui ont donné une douce joie qui restera à jamais gravée dans son cœur.

Il voudrait serrer toutes les mains des personnes présentes, il les assure de son amitié sincère.

Il égrène ensuite le chapelet de ses souvenirs, considère l'amitié comme la chose la plus précieuse au monde, et d'une voix que fait trembler l'émotion, dit un merci chaleureux à l'auditoire.

Après une remarquable ovation, les invités vidèrent une coupe en l'honneur du Jubilaire et ainsi se termina cette charmante réunion. (D'après *Le Petit Méridional.*)

**— Les Journées médicales belges de 1932.** — *Le Programme scientifique* de la XII[e] session des Journées médicales de Bruxelles, sous la présidence du Professeur Fernand Héger, est arrêté. En plus des chefs de service des hôpitaux et de leurs collaborateurs, il réunira les noms de MM. Maranon (Madrid), Danielopolu (Bucarest), Marion (Paris), Michaud (Lausanne), Carozzi (Bureau international du Travail), Waterman (Amsterdam), Rohmer (Strasbourg), Frühinsholz (Nancy), Descomps (Paris), d'Ernst (Genève), Giroux (Paris), Mistal (Montana), Devraigne (Paris), Delrez (Liége), Debaisieux (Louvain), Tytgat (Gand), Derscheid (Bruxelles), Weill (Bruxelles), Van den Wildenberg (Anvers) et Pascalis (Paris). Il se complétera d'une série de conférences se rapportant à la médecine coloniale et qui seront confiées à MM. Colombani (Rabat), colonel médecin Abbatucci, J. Blache, J. Rodhain ; A. Dubois et Toueleg (Marseille).

*La séance inaugurale* aura lieu le samedi 25 juin, à 4 heures, au Palais des Académies. La conférence a été confiée au Docteur Et. Burnet, délégué de la France à la section d'hygiène de la Société des Nations. Ancien sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, le Docteur Burnet, ancien normalien, est un orateur de grand talent.

Le soir de cette première journée sera consacré à une séance de vulgarisation d'éducation physique, donnée au Cirque Royal. Le Ministre belge de la Défense nationale a bien voulu autoriser l'Institut militaire d'éducation physique à y prêter son concours.

*Les délégations officielles.* — Plusieurs pays ont déjà fait connaître le nom de leurs délégués : le Docteur Forman représentera le Grand-Duché de Luxembourg ; le Docteur Stefanopoulo, la Grèce ; le Docteur Audet, le Canada ; le Docteur Colombani, le Maroc.

**— Faculté de médecine de Marseille.** *Clinicat.* — Des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Marseille :

1° Pour l'emploi de chef de clinique de dermatologie, le mercredi 15 juin 1932.

2° Pour l'emploi de chef de clinique médicale (Prof. Gaujoux), le jeudi 23 juin 1932.

3° Pour l'emploi de chef de clinique médicale (Prof. Olmer), le jeudi 30 juin 1932.

4° Pour l'emploi de chef de clinique exotique, le lundi 11 juillet 1932.

5° Pour l'emploi de chef de clinique médicale infantile et d'hygiène de la première enfance, le lundi 17 octobre 1932.

6° Pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale infantile, le mardi 22 novembre 1932.

**— II[e] Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.** — Le II[e] Congrès international d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à Madrid, du 27 au 30 septembre 1932, sous le haut patronage du président de la République espagnole et sous la présidence du Professeur Tapia, de Madrid.

**— Réunion internationale d'hygiène mentale.** *Vœux.* — La réunion internationale d'hygiène mentale, qui s'est réunie dernièrement à Paris, a, sur la proposition du Docteur Toulouse, adopté les vœux suivants concernant la prophylaxie et l'hygiène mentales :

1° Que la prophylaxie mentale soit organisée intensivement, à l'exemple de la lutte contre les autres fléaux sociaux, tuberculose, syphilis, cancer ... ;

2° Qu'elle vise toutes les formes de psychopathies, et notamment la psychopathie infantile ;

3° Que la prophylaxie du crime soit rattachée à la prophylaxie mentale ;

4° Que les formations de prophylaxie mentale exercent leur action dans le domaine sexologique en vue de diminuer le nombre des individus tarés neuro-biologiquement ;

5° Que l'hôpital psychiatrique ouvert soit l'organisme essentiel de l'assistance psychiatrique ;

6° Que l'asile d'aliénés soit transformé en hôpital psychiatrique ouvert comprenant une section fermée ;

7° Que les régimes concernant l'internement, le maintien et la sortie des aliénés soient unifiés autant que possible dans les divers pays, en donnant au médecin le rôle prédominant, et que la mesure de l'internement soit réservée aux seuls malades dangereux.

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** — La XXXVI[e] session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Limoges du 25 au 30 juillet prochain. La séance d'ouverture aura lieu sous la présidence de M. le préfet de la Haute-Vienne.

Le bureau du Congrès est composé comme suit : président, M. le Professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; vice-président, M. le Professeur Guillain, de Paris ; secrétaire général, M. René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine) ; secrétaire annuel, M. Calmettes, médecin chef de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) ; trésorier, M. Vigneaud, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES EXCURSIONS. — Lundi 25 juillet. — A 9 h. 15, séance solennelle d'ouverture à la salle des Conférences, 13, place de la République. — A 11 h. 15, réception, 9, boulevard Carnot, par M. le président et MM. les membres de la Chambre de Commerce de Limoges. — A 14 h. 15, séance de travail : Rapport de M. ACHILLE DELMAS, sur *Le rôle et l'importance des consultations en psychopathologie.* — A 18 h. 15, Visite du musée Adrien-Dubouché. — A 21 h. 15, réception à l'Hôtel de Ville par la municipalité.

Mardi 26 juillet. — A 9 h. 15, Rapport de M. MOREAU, assistant à l'Université de Liège, sur *Les leucoencéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche du cerveau.* — A 15 h. 15, séance de communications. — A 16 h. 15, visite d'une usine de porcelaine de Limoges. — A 17 h. 30, promenade en autocar dans les environs de Limoges.

*Mercredi* 27 juillet. — A 9 h. 15, assemblée générale des membres titulaires du Congrès. — A 11 h., visite par groupes d'ateliers de céramique, émaux. — A 14 h. 15, séance de communications avec projections. — A 16 h. 30, à l'Ecole de Médecine, inauguration d'un buste du Professeur GILBERT BALLET. — A 21 h. 15, réception des congressistes par le corps médical limousin.

*Jeudi* 28 *juillet.* — A 9 h. 15, Rapport de M. LAUZIER, sur *La protection des biens des psychopathes ; le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devrait jouer.* — A 13 h., Excursion à Saint-Junien, aux bords de la Glane et au Rocher de Corot. Visite du musée régionaliste de Jean Tailliet (20 francs par personne). — A 18 h. retour à Limoges et visite de l'asile départemental de Naugeat. — A 19 h. 30, dîner, et, à 21 h. 30, soirée à l'asile, offerts par l'établissement.

Vendredi 29 juillet. — A 9 h. 15, séance de communications. — A 13 h., Excursion en auto-car à Solignac, Uzerche, Le Glandier, Pompadour (35 francs par personne). — A 19 h., retour à Limoges. — A 21 h. 15, soirée offerte par le président et les membres du Congrès, dans les salons du Central-Hôtel.

Samedi 30 juillet. — A 9 h. 15, séance de communications. — A 12 h. 30, Excursion en Creuse : Les gorges du Taurion, Chatelus, la Creuse, Crozant, le Barrage d'Eguzon et Gargilesse (45 francs par personne). — A 19 heures, retour à Limoges.

Un Comité de dames de Limoges se tiendra à la disposition des dames du Congrès pour la visite de la ville pendant les séances de travail.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Calmettes, secrétaire annuel, médecin chef de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).

Des excursions sont prévues après le Congrès : 1° une excursion de deux jours à Padirac et Rocamadour ; 2° une excursion de deux jours pour la visite des gorges du Tarn.

Pour ces excursions, s'inscrire auprès de l'agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, à Paris.

Une réduction de 50 pour 100 sur les chemins de fer français sera accordée aux congressistes français et étrangers régulièrement inscrits au Congrès et ayant à effectuer un parcours simple d'au moins 50 km. S'adresser à l'agence Exprinter avant le 1[er] juillet. Les bons de transport seront valables du 18 juillet au 10 août 1932.

— **Congrès de la Ligue internationale contre le rhumatisme.** — Ce Congrès aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, les 13, 14 et 15 octobre 1932, faisant suite, directement, au Congrès français de médecine.

Il sera présidé, comme ce dernier, par le Professeur Fernand BEZANÇON.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur M. P. WEIL, secrétaire général du Congrès, 60, rue de Londres, à Paris.

— **Chemins de fer P. L. M.** *Billets d'aller et retour de fin de semaine à prix réduits pour la saison d'été.* — Il est délivré du 15 mai au 15 octobre, au départ de Paris P. L.M., Dijon-Ville, Besançon-Viotte, Besançon-Mouillère, Lyon, Saint-Etienne, Marseille, Toulon, Nîmes, Montpellier, Genève-Cornavin, Genève-Eaux-Vives, des billets d'aller et retour individuels d'excursion, comportant une réduction de 40 % sur le double du prix d'un billet simple.

Ces billets sont valables du samedi à midi au lundi à midi (heure à laquelle les voyageurs doivent être rentrés à leur point de départ). Aucune prolongation de validité n'est accordée en principe. Toutefois, lorsque le lundi est un jour de fête légale, le coupon de retour du billet est valable jusqu'au mardi à midi ; de même, lorsque le samedi est un jour de fête légale, le coupon d'aller est valable à partir du vendredi à midi. Lorsqu'un jour de fête tombe, en semaine, un autre jour que le samedi ou le lundi, le billet est valable de la veille à midi au lendemain de la fête à midi, heure à laquelle les voyageurs doivent être rentrés à leur point de départ.

Les voyageurs peuvent s'arrêter aux stations intermédiaires pour lesquelles la délivrance des billets de même nature est autorisée.

Ces billets donnent droit à une franchise de bagages de 20 kgr. pour le transport exclusif des bicyclettes, voitures d'enfants et du matériel de campement.

*Le Directeur-Gérant* : **D[r] A. GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

**R. C. Clermont 4264**

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

avant ce terme, les primes payées sont acquises à la compagnie. Cette combinaison est la moins onéreuse. Pour l'exemple soumis : la mère souscripteur du contrat ayant vingt-sept ans et la durée du contrat étant de quinze ans, la prime annuelle est de 5.010 francs.

2° Dans l'assurance dotale avec contre-assurance, les primes payées sont remboursées si le bénéficiaire meurt avant l'échéance du contrat. La prime annuelle est de 5.380 francs.

3° L'assurance familiale est un contrat qui assure un capital payable à l'assuré s'il est vivant à l'expiration du contrat. Si l'assuré décède avant ce terme une rente égale, soit à 6 %, soit à 10 % du capital assuré, est servie aux bénéficiaires pendant la période comprise entre le décès et l'époque de l'expiration du contrat, le capital étant payé à cette date.

La prime de ce contrat serait de 6.380 francs par an pour une rente égale à 6 % du capital assuré ; elle s'élèverait à 6.661 francs pour une rente égale à 10 %.

L'assurance mixte à double effet est une assurance mixte, c'est-à-dire dont le capital est payé dès le décès, aux ayants droit, ou à l'expiration du contrat, à l'assuré lui-même. L'assurance mixte à double effet présente la particularité d'offrir un double payement du capital stipulé : une première fois à la mort de l'assuré, une seconde fois à la mort du conjoint de l'assuré si ce dernier décède postérieurement à l'assuré lui-même.

La prime du contrat s'élève à 6.120 francs.

Quelle combinaison choisir ?

Je ne suis pas partisan de l'assurance dotale ordinaire. Laisser une certaine dot à un enfant lors de sa majorité est bien, mais l'élever est mieux encore. Nous connaissons des médecins qui, ayant souscrit des polices dotales pour leurs enfants, sont décédés alors que ceux-ci étaient en bas âge. Certes, ils possédaient un patrimoine... futur, mais en attendant l'arrivée de ce dernier, leur situation matérielle s'est avérée déplorable. Ils ne purent faire leurs études que grâce à des bourses et parce que leur mère trouva un emploi de secrétaire.

D'autre part, l'assurance dotale met à la disposition de l'enfant un capital à un âge où il ne peut guère le gérer, où il est à la merci des circonstances et (pour les fils j'entends), de toutes les tentations de la vie moderne.

J'estime que la police vie du type mixte qui met à la disposition de l'enfant ou de son représentant légal un capital immédiat est d'une utilité sociale beaucoup plus considérable que l'assurance dotale.

L'assurance mixte ordinaire d'une durée de quinze ans entraînerait une prime de 5.920 francs. Il est bien évident qu'envisagée comme ci-dessus, la durée de l'assurance peut être d'une

plus longue durée. Le terme peut être de vingt ans. Dans l'exemple qui nous est fourni, l'échéance de la police arriverait lorsque l'enfant aurait 25 ans, âge d'établissement normal pour un garçon.

La prime pour cette durée serait alors abaissée à 4.300 francs. Le payement d'une prime unique abaisserait considérablement le prix de la police.

La place nous manque pour indiquer les clauses qui doivent être insérées dans le contrat. Citons « l'incontestabilité », la participation aux bénéfices, etc. (voir ces différents points dans mon ouvrage : le Risque professionnel médical et sa garantie).

Ces clauses doivent faire l'objet d'une étude juridique approfondie. Le « Sou médical » est à la disposition de ses membres pour le faire.

P. R. Baglin,
Conseil technique d'assurances.
Docteur en Droit.

## Assurances Sociales

**2225. — Le médecin est-il obligé de rédiger ses ordonnances sur des modèles administratifs ?**

J'ai reçu hier la lettre que vous trouverez ci-jointe de la caisse départementale. Alors, me voici dans une nouvelle obligation : celle de transporter avec moi ces beaux petits papiers et de ne pas les omettre. Ou alors, il me faudra dire au client de passer chez moi. Et comme c'est moi qui suis chargé de ces feuilles, il me trouvera négligent et ennuyeux.

Suis-je vraiment obligé de me laisser imposer ce nouveau travail ?

Dr X.

Caisse départementale
des Assurances sociales
d'Eure-et-Loir

Chartres, le 5 avril 1932.

Le Directeur de la Caisse départementale
à Messieurs les Médecins.

J'ai l'honneur de vous adresser un certain nombre de formules d'ordonnances que je vous serais obligé de bien vouloir utiliser pour les assurés sociaux que vous pouvez soigner. *Ces imprimés devront être employés à l'exclusion de tous autres.* Ils permettront un contrôle plus efficace par la Caisse, une tarification plus facile et plus claire par le pharmacien, ce qui hâtera le remboursement des sommes dues aux assurés.

Pour renouveler ces imprimés, vous voudrez bien en faire la demande à M. le Directeur de la Caisse départementale des Assurances sociales, 19, rue des Vieux-Capucins, à Chartres.

La correspondance adressée à la Caisse circule *en franchise postale* ; il y a lieu pour cela de porter sur le pli, la mention suivante : « Franchise postale, Service des Assurances sociales ».

CAISSE DÉPARTEMENTALE
DES
ASSURANCES SOCIALES
D'EURE-ET-LOIR

Le médecin soussigné, certifie que la présente ordonnance s'applique à (1)..........................

**Les frais pharmaceutiques ne seront remboursés que si la qualité du malade a été portée ci-dessus par le praticien.**

(1) L'assuré.
Le Conjoint.
Un enfant.

*Nom et prénom de l'assuré :* .......................... *Domicile* ..........................

| PRIX | | Récipients | Contrôle | PRESCRIPTION |
|---|---|---|---|---|
| Réductibles | Nets | | | |
| .......... | .......... | .......... | .......... | .......... |
| .......... | .......... | .......... | .......... | .......... |
| .......... | .......... | .......... | .......... | .......... |
| .......... | .......... | .......... | .......... | .......... |
| .......... | .......... | | .......... | .......... |
| | | | | A..........le..........193 |
| .......... | .......... | .......... | | Cachet du pharmacien attestant le paiement de l'ordonnance. |
| .......... | *Réduction* ... | .......... % | | *Le médecin,* |

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de mes dévoués sentiments.

*Le Directeur*
*de la Caisse départementale,*
ROUSSEL.

**Réponse**

Il faut approuver les caisses, lorsqu'elles recherchent les moyens propres à faciliter leur contrôle ; mais ces moyens ne doivent pas devenir une gêne pour le médecin praticien.

Tout d'abord, j'espère que ces feuilles, dont vous nous envoyez un modèle, ont été soumises au syndicat départemental des praticiens, ont été approuvées par lui et ont fait l'objet d'un article additionnel à la convention qui lie le syndicat aux caisses départementales.

En second lieu, les dirigeants des caisses doivent savoir que la loi n'impose qu'une seule chose aux praticiens, qui, syndiqués ou non syndiqués, participent au service médical des assurances sociales : c'est de se soumettre au contrôle, soit de la caisse, soit technique du syndicat.

Or, sans modification, ou addition à la convention, les caisses n'ont pas le droit d'imposer aux praticiens l'utilisation d'un modèle de feuilles d'ordonnances, ce modèle fût-il aussi bien établi que possible : pareils agissements violeraient le libre exercice de la profession médicale.

De plus, comme il est à prévoir que le médecin peut ne pas avoir sur lui de feuilles d'ordonnances du modèle des assurances sociales de son département, comme il peut avoir épuisé sa provision, il convient que les caisses puissent délivrer une feuille d'ordonnance à chaque malade, qui vient demander une feuille de maladie.

D'ailleurs, en matière de loi des pensions, c'est le réformé de guerre qui présente son carnet, tant à la visite qu'à la consultation. Donc, aux caisses de munir les médecins et les assurés de ces feuilles ; mais également, d'accepter que, dans certains cas, il ne soit pas fait grief au praticien d'avoir rédigé son ordonnance sur son papier à en-tête, comme cela se passe ordinairement.

La Fédération des syndicats médicaux de l'Eure-et-Loir a-t-elle été consultée ? A-t-elle donné son avis favorable ? un addendum à la convention syndicat-caisse a-t-il été accepté de part et d'autre ? Telles sont les questions que je pose, au sujet de la validité de l'utilisation des feuilles indiquées.

Dr Paul BOUDIN.

## Soins aux marins du Commerce

### 2334. — Contre-visite du médecin de l'armateur

Un matelot naviguant sur un chalutier, blessé ou malade en service et couvert par une Compagnie

d'assurance, peut-il être contre-visité sans que le médecin traitant soit prévenu ?

Jusqu'à ce jour je croyais que le médecin traitant devait être avisé.

Dr G.

**Réponse**

C'est seulement en matière d'accidents du travail régis par la loi du 9 avril 1898, et les lois subséquentes qui en ont étendu l'application, que le médecin contre-visiteur, désigné par le chef d'entreprise pour le renseigner sur l'état de la victime, a l'obligation de faire connaître au médecin traitant au moins deux jours à l'avance et par lettre recommandée la date et l'heure auxquelles il se propose de procéder à son examen (article 4 $5 de la loi du 9 avril 1898).

La loi du 13 décembre 1926, portant code du travail maritime, ne contient aucune disposition de ce genre. Aux termes de son article 82, en cas de débarquement en France, le marin blessé au service du navire, ou tombé malade pendant le cours de son embarquement, peut se faire soigner chez lui par un médecin de son choix, et l'armateur peut, au cours du traitement, désigner un médecin chargé de le renseigner sur l'état du marin, mais nulle part il n'est dit que le médecin ainsi désigné soit dans l'obligation d'aviser le médecin traitant.

Sant doute, malgré le silence du texte, le médecin contrôleur agirait-il plus déontologiquement en prenant contact avec son confrère, médecin traitant, avant de procéder à son examen, mais il n'existe aucun moyen légal de le contraindre à l'accomplissement de cette démarche.

---

## Baux et Locations

### 2568. — Prorogation. Taux-limite du loyer

1° Ayant en 1914 un loyer de 3.000 francs avec bail qui vient d'expirer depuis le 1er avril courant, je croyais pouvoir bénéficier de la prorogation jusqu'au 1er juillet 1937, mais mon propriétaire me fait savoir que cette prorogation doit cesser le 1er juillet 1936, mon loyer de 3.000 francs en 1914 ne correspondant pas, à cette époque, d'après lui, au prix des autres appartements similaires de l'immeuble ; il ajoute qu'il vient d'obtenir, après un différend avec un autre locataire, un jugement du tribunal établissant un prix de base de 3.200 fr. pour un appartement semblable et de même prix que le mien.

Dois-je accepter cette prorogation jusqu'en 1936 seulement ?

De plus, si j'accepte ce prix de 3.200 fr. au lieu de 3.000 fr., il s'ensuit que l'augmentation à chaque terme de juillet sera évidemment plus élevée.

2° Je vois, à l'article 11 de la loi du 29 juin 1929, un paragraphe qui interdit au propriétaire de majorer les loyers de plus de 300 % pour les locaux d'habita-

tion et 325 % pour les locaux professionnels, compte tenu des impôts et prestations sauf celles relatives à l'ascenseur et au chauffage.

Que signifie exactement cet article ?

Y aurait-il donc un plafond que le propriétaire ne pourrait dépasser pendant la durée de la prorogation et quel serait ce chiffre pour un loyer de 3.000 avant la guerre ?

Dr N.

**Réponse**

1° Conformément à l'article 10 de la loi du 1er avril 1926, qui n'a pas été modifié sur ce point par la loi du 29 juin 1929, les prix des loyers (et, par voie de conséquence, la durée des prorogations) doivent être fixés sur la base de la valeur locative de 1914. Et la loi ajoute que cette valeur locative est établie : *a*) pour les locaux qui, à cette époque, étaient déjà loués, d'après le dernier terme devenu exigible avant le 1er août 1914, à moins que le propriétaire puisse établir que le prix du bail était inférieur à la valeur locative des locaux loués, auquel cas, il peut invoquer la règle ci-après ; *b*) pour les locaux non encore loués en 1914, par analogie avec les prix payés pour les logements similaires.

Il résulte de ces dispositions que, si votre propriétaire est en état de justifier que la valeur locative de votre appartement en 1914 était de 3.200 francs et non de 3.000 francs, non seulement les majorations légales devront être calculées sur la base de 3.200 francs, mais encore votre prorogation prendra fin le 1er juillet 1936 et non le 1er juillet 1937. Sans doute, le jugement que le propriétaire a obtenu dans son différend avec un autre locataire ne vous est-il pas opposable, puisque vous n'y avez pas été partie, mais s'il s'agit d'un appartement absolument identique au vôtre, il est peu probable que vous obteniez une décision plus favorable en laissant porter le débat à votre tour devant la juridiction compétente. Demandez donc à votre propriétaire de vous montrer le jugement sur lequel il base ses prétentions et même prenez-en copie. Adressez-nous ensuite cette copie et nous pourrons alors vous dire si vous devez vous incliner.

2° Tant que durera votre prorogation, la valeur locative de votre appartement en 1914 devra subir les majorations prévues par la loi et la disposition 11 à laquelle vous faites allusion n'aura pas à s'appliquer. Elle n'aura à s'appliquer, en ce qui vous concerne, que de la fin de votre prorogation : 1er juillet 1936 ou 1er juillet 1937 au 1er juillet 1939. La protection qu'elle accorde aux locataires est d'ailleurs plutôt théorique que pratique, puisque, la prorogation finie, le propriétaire recouvre le droit de donner congé à la seule condition de respecter les délais d'usage.

---

**2351. — Majoration du loyer prorogé**

Je profite de la complaisance avec laquelle le *Concours* se met à la disposition de ses abonnés pour vous demander un conseil au sujet de la dernière loi sur les loyers. Je ne me rappelle plus la date à laquelle elle a été votée ni l'époque à laquelle elle ne m'est plus applicable.

Dans une ville de 40.000 habitants, je payais en 1911 un loyer de 775 francs, loyer que j'ai vu augmenter après la guerre jusqu'au moment de ladite loi. Vous m'obligeriez en me disant ce que j'aurais dû payer durant les différentes années où la loi a été appliquée, ce que je dois payer actuellement, et en quelle année la loi finit de me couvrir.

Dr M.

**Réponse**

Dès lors que votre ville compte plus de 4.000 habitants, la législation spéciale des loyers relevant des lois des 1er avril 1926 et 29 juin 1929 y est applicable, à moins qu'elle n'y ait déjà été abrogée par un décret en Conseil d'Etat rendu après avis du Conseil général et du Conseil municipal, conformément à l'art. 1er de la loi du 29 juin 1929.

Sous cette réserve, la valeur locative de votre appartement en 1914 étant comprise entre 500 et 1.000 francs, la prorogation à laquelle vous avez droit ne prendra fin que le 1er juillet 1937, puisque les locaux dont vous disposez sont affectés, tant à votre habitation qu'à l'exercice de votre profession.

Du 1er avril 1926 au 1er juillet 1929, vous auriez dû payer un loyer égal au loyer de 1914 (ou à la valeur locative à cette époque, si celle-ci était supérieure au loyer effectif), majoré de 125 % plus les charges qui, en cas de forfait, ne devaient pas excéder 30 % de ce loyer ou de cette valeur locative.

Du 1er juillet 1929 au 1er juillet 1931, la majoration aurait dû être portée de 125 % à 175 %, charges en sus.

Enfin, depuis le 1er juillet 1931 jusqu'au 1er juillet 1932, vous auriez dû supporter une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer ou de la valeur locative de 1914.

Cette majoration supplémentaire de 15 % est due maintenant chaque année, à partir du 1er juillet jusqu'à la fin de la prorogation, de telle sorte qu'au 1er juillet prochain, vous aurez à payer le loyer majoré de 205 % plus les charges.

Nous restons à votre disposition pour les renseignements complémentaires dont vous pourrez avoir besoin.

## Médecine légale

### 2197. — Etablissement du mémoire d'honoraires de l'expert

Dois-je, sur la demande de l'avocat, indiquer à la fin d'un rapport d'expertise le montant des honoraires réclamés pour la dite expertise ?

Voici, d'ailleurs, la copie de la lettre de l'avocat.

« Vous m'obligeriez en m'accusant réception du chèque de 600 francs et en indiquant à la fin de votre rapport le montant de vos honoraires pour que je puisse aisément les faire entrer dans les frais à taxer. »

J'ai dit à l'avocat que les experts nommés par les tribunaux n'agissaient jamais ainsi.

C'est, du reste, la première fois que pareille demande m'est faite.

J'ajoute que, dans le cas présent, il s'agit d'un accident de droit commun (accident d'automobile).

Dr M.

**Réponse**

Dès lors qu'il s'agit d'une expertise civile en matière de droit commun, c'est avec raison que l'avocat de la partie qui a sollicité l'expertise vous demande d'établir votre mémoire d'honoraires détaillé, à la suite de votre rapport, pour qu'il puisse être taxé par le président du tribunal et que les frais de l'expertise soient ainsi compris dans les dépens qui seront mis à la charge de la partie perdante.

C'est seulement lorsqu'il s'agit d'une affaire d'accident du travail ou d'une affaire relevant de l'assistance judiciaire que les frais d'expertise sont réglés comme en matière criminelle.

### 2682. — Conditions à remplir pour être médecin expert

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire connaître quelles sont les conditions à remplir pour être nommé médecin expert et légiste près les tribunaux. Ne faut-il pas un diplôme de médecin légiste ? Quelles démarches dois-je faire et auprès de qui ? Bref, ayez l'obligeance de me « tuyauter » sur ce sujet.

Dr V.

**Réponse**

Pour être expert près les tribunaux, il faut être docteur en médecine français et avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale, et demeurer, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel, ou être muni du diplôme d'une Université portant la mention « Médecine légale et psychiatrie ».

C'est au commencement de chaque année judiciaire et dans les trois mois qui suivent la rentrée que les Cours d'Appel, en chambre du Conseil, désignent, sur des listes de proposition des

tribunaux de première instance du ressort, les médecins experts à qui est conféré le titre d'expert près les tribunaux.

Les demandes doivent donc être adressées au Procureur de la République pour être nommé expert près le tribunal civil et au Procureur général pour être nommé expert près la Cour d'Appel.

## Fiscalité

### 2496. — Déduction des sommes versées pour constitution d'une retraite

Le contrôleur des contributions directes me fait savoir que, dans la déclaration des revenus, les sommes versées annuellement à la Caisse autonome pour constitution d'une retraite à 55 ans, ne doivent être déduites du revenu que dans la limite de 6 % du revenu net moyen.

Je vous serais bien reconnaissant de me dire s'il en est bien ainsi légalement.

Dr M.

**Réponse**

Le principe sur lequel se base votre contrôleur est faux, aucun pourcentage n'étant légalement fixé.

Il est admis en effet que les sommes versées annuellement pour la constitution d'une retraite peuvent être déduites si leur importance, eu égard des revenus déclarés, n'apparaît pas disproportionnée. C'est surtout le chiffre de la retraite qui est à considérer.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

### 2228. — Durée du droit de contrôle des agents du fisc

Tout récemment, votre Conseil fiscal indiquait à un confrère que le fisc avait le droit de demander des justifications pendant une période de cinq années, non compris l'année de l'imposition.

Si j'ai bien compris la lecture des journaux, la nouvelle loi de finances réduirait à trois ans le droit de regard des agents des contributions. Sans doute, l'année de l'imposition est-elle encore exclue des trois ans en question. Il y aurait donc lieu de conserver à la disposition des contrôleurs les pièces des années 1932, 1931, 1930 et 1929 ? Est-ce bien ainsi qu'il faut comprendre la loi nouvelle ?

Les recherches du fisc sont-elles limitées de la même manière en ce qui concerne le chiffre d'affaires des commerçants ?

Dr J.

**Réponse**

Le délai pendant lequel l'Administration peut exercer son droit de contrôle a bien été réduit de cinq ans à trois ans, mais à partir du 1er juillet 1932 seulement et uniquement pour

les divers impôts cédulaires et l'impôt général sur le revenu.

Il n'y a donc rien de changé pour le chiffre d'affaires ; la prescription est toujours de cinq ans.

A. M.

### 2207. — Déduction des frais de remplacement

Le contrôleur des contributions directes me demande de lui faire connaître si les remplaçants que j'ai eus au cours de 1931 ont été pris par moi pour raison de santé ou pour convenances personnelles, et me prie de faire la discrimination.

Je lui ai répondu, ce qui était exact, que c'était pour raison de santé.

Dans ma déclaration d'impôt sur le revenu, comme tous les ans, je retranche de mes recettes brutes les sommes que j'ai données au cours de l'année à mon ou à mes remplaçants, en faisant connaître au contrôleur le nom et l'adresse du remplaçant et les honoraires que je lui ai payés.

Jusqu'à ce jour, je n'avais pas reçu d'observation à ce sujet.

Je supposais que l'administration n'avait pas à savoir pour quelle raison je prenais un remplaçant. N'étant pas fonctionnaire, il me semble que le médecin a le droit de s'absenter quand bon lui semble. S'il ne prend pas de remplaçant, il ne fait pas de recette ; mais s'il a un remplaçant et qu'il déclare les recettes que fait ce remplaçant, défalcation faite des frais qu'il lui occasionne, l'administration gagne encore à la combinaison, et n'a rien à dire.

Suis-je dans le vrai, ou bien ne dois-je défalquer de mes recettes que les honoraires donnés à un remplaçant pour raison de santé ? Et dans ce cas, suis-je obligé de fournir au contrôleur un certificat médical constatant la nécessité de me reposer ?

C'est une question qui me paraît intéresser tous tous les médecins.

Dr B.

**Réponse**

L'administration a quelquefois soutenu que le médecin ne pouvait pas se faire remplacer, et c'est la raison pour laquelle on vous a interrogé.

Vous procédez de façon régulière en défalquant de vos recettes brutes le montant des sommes que vous versez à votre remplaçant.

A. M.

### 2251. — Achat d'un appartement. Créance prescrite

Dans ma déclaration pour l'impôt sur le revenu, j'ai fait figurer en déduction des recettes brutes :

1° Une partie de la somme que j'ai mise dans l'achat d'un appartement, partie correspondant aux deux pièces d'usage professionnel. Le contrôleur me répond : « La somme de X francs portée comme

achat de deux pièces à usage professionnel (acquisition en capital de partie d'immeuble) ne saurait être admise en déduction. Cette dépense en capital ne peut être considérée comme une dépense professionnelle en matière de revenu ».

2° Une somme de 5.000 fr. que les compagnies d'assurances ne m'ont pas payée parce que prescrite.

Réponse : « Comme le chiffre de X francs représente les recettes encaissées en 1931, on doit en conclure que ce chiffre tient déjà compte des honoraires non encaissés. Les 5.000 francs en cause n'étant pas portés en recettes, il n'y a pas lieu de les porter en dépenses. »

Que pensez-vous de ces deux cas d'espèce ?

Dr Y.

**Réponse**

*Premier cas* : La réponse du contrôleur est exacte.

*Deuxième cas* : La réponse est également exacte. Si vous n'avez pas touché de la Compagnie d'assurance les 5.000 francs parce que prescrits, il est certain que ces 5.000 francs ne figurant pas parmi vos recettes, n'ont pas à être déduits.

A. M.

---

**2498. — Renseignements demandés par le contrôleur. Régime matrimonial**

Je reçois ce jour, du contrôleur des contributions directes le questionnaire suivant :

« Quel est par chapitre le détail des dépenses pro-
« fessionnelles engagées au cours de l'année 1931 ?

« Indiquez la nature et le montant de chacun
« des impôts déduits du produit brut de votre pro-
« fession ?

« Si vous avez appointé votre femme au cours de
« l'année susdite, quel est le montant des sommes
« figurant à ce titre parmi les frais professionnels ?

« Si vous avez un contrat de mariage, quel est
« le régime que vous avez adopté ? »

Les trois premières questions m'ont paru logiques et je m'apprête à répondre exactement comme j'ai déjà fait les années précédentes à des questions de cet ordre.

Mais j'étais sur le point de m'insurger sur le caractère inquisitorial de la dernière question dont l'utilité ne m'apparaît pas.

Comme je n'ai pas eu jusqu'ici à me plaindre du contrôleur, je désire ne pas compromettre nos bons rapports par une réponse ironique ou par un refus ; je viens vous prier de me dire :

1° Si vous voyez, dans cette question, une utilité quelconque pour le contrôleur.

2° Si le dit contrôleur a le droit de poser cette question. Dr N.

**Réponse**

En principe, le contrôleur peut demander les renseignements susceptibles de lui permettre de vérifier la sincérité des déclarations. S'il vous demande sous quel régime vous êtes marié, c'est pour apprécier si vous pouvez ou ne pouvez pas appointer votre femme.

A. M.

## Questions médico-militaires

### 1174. — Valeur de la décision d'une commission de réforme

Je vous avais, il y a deux mois environ, adressé une lettre concernant un de mes clients pensionné depuis quatre ans pour conjonctivite suites d'attaque par les gaz (pension 10 %).

Ayant en avril 1931 demandé à la direction du Service de santé une visite pour bronchite à répétition imputable également aux gaz, mon client fut pensionné à 10 % par la commission de réforme.

Il signa les certificats et les pièces attestant qu'il était pensionné à 10 % pour troubles pulmonaires et rentra chez lui. Cela se passait à la date du 16 juillet 1931.

Au bout de cinq mois ne recevant aucune pièce, mon client écrivit à la Direction du Service de santé. Il reçut une nouvelle convocation à se présenter devant la commission de réforme aux fins d'examen, et se vit enlever alors la pension de 10 % accordée en juillet pour troubles pulmonaires imputables aux gaz.

Je vous serais très obligé de me dire :

1° Si cette deuxième visite imposée cinq mois après l'octroi d'une pension à 10 p. 100 est régulière;

2° Si mon client n'a pas droit à 6 mois de pension à 10 p. 100 pour troubles pulmonaires, pension accordée le 16 juillet.

3° Les démarches à faire pour obtenir satisfaction.

Dr C.

**Réponse**

La pension accordée par la Commission de réforme le 16 juillet 1931 est *valable*, quoiqu'il arrive (sauf opposition du ministre) *à 10 % pour une période de deux ans* (à moins que l'intéressé n'ait été réformé temporairement, auquel cas elle ne serait valable que pour un an).

Toutes les visites, passées ultérieurement au cours des 6 ou 18 premiers mois *de cette période annuelle ou bisannuelle*, ne peuvent qu'augmenter la pension de 10 % accordée, si le nouveau taux est supérieur à 10 % ; si ce nouveau taux est inférieur, les 10 % restent néanmoins acquis pour un an ou deux ans.

Réclamer le titre d'allocation d'attente à la section des Pensions du département.

Cinquante-quatrième année — N° 21 — 22 Mai 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

I

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

II

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie-les-Bains.** Alardo, Bouix

**Ax-les-Thermes** (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre** : Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Censier, Joly, R. Hügel. Le Gouriérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Hallot, Lacour.

**Bourbon-Lancy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon-L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains.** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains et Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann. Casat, de Montgolner Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry. Contal.

**Dax.** Armaud Barrau Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet. Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** Dr Sarda.

**Evaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). **Rigal.**

**Hammam-Lif** (Tunisie). Féré.

**La Bauche-les-Bains** : Brissaud.

**La Bourboule**. Barthomeuf Cany, Dullège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains**. Goirand.

**Lamalou-les-Bains**. Cauvy (*Rééd. motr.*), M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains**. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon**. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains** : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny**. Payen.

**Mont-Dore**. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris**. Ducros. Jossand.

**Plombières-les-Bains**. Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux**. Hyvert.

**Préchac-les-Bains**. Degos.

**Royat**. Cany, Mougeot.

**Salers**. Rongier.

**Salies-de-Béarn**. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bains** Bourny.

**Salies-du-Salat**. Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan**. François.

**Saint-Didier**. (Vau.) Masquin.

**Saint-Gervais-les-Bains**. Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains**. Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches** : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire**. Sérane, Siguret Versepuy.

**Santenay-les-Bains**. Boudeille.

**Sermaize-les-Bains**. Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage**. Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains**. David.

**Vernet-les-Bains**. Ponson.

**Vichy**. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon. Cotar, Déléage, Fasré (Ch.) (*stom.*). Fan, Gannat, Lère. Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel** Adda, G. Constant, Monsseaux.

**DON**. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Études du *Concours médical*. de MM. les Docteurs Bertrand, de Lure et Naud, des Lucs, la somme de soixante-quinze francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS**. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 164. — A céder nombr., appareils thermoth., mécanothér., électrothér., actinothér., hydrothér. Conditions exceptionn.

No 165. — Labor. de spécial. médic., cherchent représent. au rendement pour centre et sud de la France.

No 166. — Pour idéale maison repos, on céder. b. villa S. O. sur route Pyrénées, proxim. rivière, 800 m. centre s/préfect., clim. excell., rég. pittor., 3ha 1/2, eau gaz, électr. 10 p. princ., annexes, communs, parc, prairies, jard. pot. (irrigat. par mot, électr.). Ecr. Dr Mirabail, à Baugy (Cher) qui transmettra.

No 167. — Méd. 55 ans, actif, achèter. propriété ville côte d'Azur à confr. désir. se retirer.

No 168. — A louer saison été, maison meublée 6 p., gentil bourg près forêt, jolie vallée normande. Dr Humery, à La Ferrière-sur-Risle (Eure).

N° 169. — Gr. banl, 80 km. Paris, jolie résid., anc. poste gros avenir. Maison tout conf. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 170. — 3 h. Paris, gr. ville, client., méd. génér. R. X., gros rendem., fixes. Indemn. 60.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 171. — Limite Savoie. Centre tourist. fréquenté, client. facile à desservir, maison très confort., petit compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 172. — Paris. Cab. de gynécol. à céder pour cause décès. Ecr. Piguet, 19 rue Pasteur à Saint-Cloud. Tél. Val d'Or 05-12.

## Renseignements

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvese** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Le **chewing gum** français, c'est la TABLETTE DE MANGAINE qui nettoie la langue des fumeurs, rafraîchit le pharynx des causeurs, aseptise la muqueuse stomacale.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — MM. ARCE, de Buenos Aires, et GIBSON, de New-York, sont élus correspondants étrangers dans la deuxième division (*chirurgie*).

— **Les épidémies.** — Des cas de fièvre de Malte ont été signalés dans le Bas-Rhin, la Meurthe-et-Moselle, la Drôme et le département de Seine-et-Oise.

— **Collège de France.** — M. le Professeur Charles NICOLLE, qui succède au Professeur d'Arsonval dans la chaire de médecine du Collège de France, vient de commencer son cours. Ses leçons seront consacrées à l'*Introduction à la carrière de la médecine expérimentale.* Rappelons que la chaire de médecine du Collège de France a eu d'illustres titulaires : Laënnec, Claude Bernard, Brown-Sequard, d'Arsonval. Le Professeur Nicolle, dont les si remarquables travaux sont connus de tous, lui donnera un non moins vif éclat.

— **Conférences médicales de l'Hôtel-Chambon,** 95, rue du Cherche-Midi, Paris. — Le 9 mai 1932, une conférence a été faite par le Professeur Max ARON, de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Devant un auditoire nombreux, et particulièrement intéressé, le conférencier a développé avec une compétence et un talent fort appréciés la question « Des phénomènes de la croissance au problème de la vie ».

La croissance de l'organisme se produit par la multiplication des cellules, et par leur spécialisation, sous l'influence de phénomènes bio-chimiques intra-cellulaires. Arrivée à son terme, celle-ci s'arrête par suite d'un équilibre chimique, qui s'est réalisé progressivement. Cette croissance, d'ordre mécanique, est réglée par des facteurs externes : alimentaires, physiques (rayons solaires), etc, et par des facteurs internes : sécrétions endocrines, système nerveux. Une preuve de l'influence endocrine est que, si la plupart des batraciens passent de la forme embryonnaire à la forme adulte, c'est sous l'influence de la sécrétion thyroïde ; en effet l'un d'eux, l'axolotl, conserve pour toujours la forme embryonnaire ; or, celui-ci est resté dépourvu de sécrétion thyroïde, et, si on parvient à lui fournir cette sécrétion, il prend aussitôt la forme adulte. D'autre part, des animaux, privés à un moment de leurs glandes sexuelles, continuent à croître, mais d'une façon anormale (allongement considérable des membres postérieurs).

Enfin, dans la croissance, interviennent également des facteurs héréditaires. Quant au facteur intrinsèque, qui sert de point de départ aux phénomènes de la croissance — au *primum movens* —, on n'a encore pu en établir la nature exacte. G. F.

— **Association générale des médecins de France.** *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu le dimanche 5 juin 1932, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel-Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir, banquet à Lutetia (boulevard Raspail) sous la présidence de M. le Professeur Surmont, de Lille, président de la Société locale des Médecins du département du Nord. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 3 juin, leur adhésion et le prix du banquet (50 francs), à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Chèques postaux : Paris, 186-07. Téléphone : Littré 61-43.

— **Médecins parisiens de Paris.** — Le 26 avril 1932 a eu lieu, aux Champs-Elysée, le 41e dîner des « Médecins parisiens de Paris », sous la présidence du Docteur Pierre Prost. Celui-ci, qui fut l'inspirateur de cette amicale, puis son premier secrétaire général, était particulièrement qualifié pour faire l'historique des huit années d'existence de la Société : il évoqua éloquemment les présidences de ses notoires prédécesseurs.

A la demande des joyeux convives, le Docteur Dartigues, l'un des présidents honoraires présents, salua l'avènement du nouveau président en une de ces improvisations savoureuses dont il a le secret.

Assistaient au dîner : MM. Baillière, Bayle, Blondel, Bongrand, Boussi, Bouteron, Boutet, Brunerye, Croquefer, Dartigues, Dufour, Fège, Gallet, Guebel, (père), Guebel (fils), Guillemin, Mlle Lévy,

MM. Luys, Molina, Moullet, Noël Peron, Pitsch, Pierre Prost, Quiserne, Schaeffer, See, Thuillant, Valentin Verchère.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, qui compte présentement 217 membres, écrire au secrétaire général : M. Jules Bongrand, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris (17e).

— **Banquet du syndicat des médecins de la Seine.** — Le 12e banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 28 mai 1932, à 19 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Lutétia, sous la présidence du Docteur Ch. Flandin, médecin des hôpitaux.

Un bal suivra le banquet, de 22 h. 30 à 2 heures.

Les parents et amis des membres du Syndicat des Médecins de la Seine y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

— **Le volume jubilaire du professeur Roger.** — Au moment où le Professeur Henri Roger, l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris, a quitté sa chaire de physiologie, ses élèves ont été désireux d'entreprendre l'édition d'un *volume Jubilaire* composé uniquement d'articles signés par eux, et qui lui serait offert en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance.

Ce volume est maintenant presque terminé ; il contiendra 43 articles et aura environ 240 pages.

Le prix de souscription au volume est de 100 francs. Les souscriptions, peuvent être adressées dès maintenant, à M. Georges Masson, trésorier, boulevard Saint-Germain, 120, Paris 6e. Compte chèques-postaux, Paris 599.

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** (NOUVELLE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE). *Cours de perfectionnement du Professeur Georges Canuyt* : La chirurgie oto-rhino-laryngologique, technique opératoire et thérapeutique chirurgicale chez l'adulte et chez l'enfant. — Ce cours aura lieu, comme chaque année au mois de juillet 1932, du jeudi 21 juillet au dimanche 31 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur G. CANUYT, nouvelle clinique oto-rhino-laryngologique, hôpital civil, Strasbourg.

— **Médaille du Dr Dujarier.** — La remise de la médaille du Docteur Dujarier aura lieu à l'hôpital Boucicaut, le 5 juin, à 11 heures du matin.

— **En souvenir du professeur Ducamp, de Montpellier.** — Le Docteur L. BARRAS, qui excelle dans les portraits, a brossé celui du Professeur Ducamp, de la Faculté de Montpellier, avec un pinceau trempé dans un humanisme supérieur. Il nous le montre, vivant seul et solitaire, simplement, dédaigneux du luxe, du mouvement et du bruit. « Il y a eu en définiti-

vé plus de vie dans ses longues ruminations que dans bien des stériles agitations ».

« Il fut un sage, dit-il en terminant, disert et d'un commerce délicieux. Son atticisme souffrit de son époque. Il pensait sûrement, comme Ovide exilé chez les Gètes :

*Hic barbarus sum quia me non intelligunt.*
*Sorte nec ulla mea tristior esse potest.*

Je rappelle tardivement le souvenir du professeur Ducamp, mort en août 1931, évoqué brillamment par L. Barras, me souvenant à mon tour de l'accueil affable qu'il nous réserva quand, en 1926, nous primes part aux Journées médicales de Montpellier qu'il présida magistralement. G. D.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le lundi 2 mai, a eu lieu la troisième réunion de l'année de la S. A. M. T. P. dans les salons du Royal Haussmann. Soirée pleinement réussie à tous points de vue et bonne prise de contact avec les médecins hydrologues avant leur départ pour leurs stations respectives. Etaient présents : les Docteurs Esclavissat, Dartigues, Dijeon, Tailhefer, Terson, Massip, Groc, Andreu, Faulong, de Parrel, Mont-Reet, Roule, Montagné, Constantin, Privat, Yvonne Blaignan, Lévy-Lebhar, Foures, Caraven, Babou, Quériaud, Gasquet, Estrabaut, Bourguet, Delater, Guilhem, Armengaud, Bory, Manzioles, Doazan. S'étaient excusés : les Dr Malavialle, Descomps, Molinéry, Loze, Caujole, Cany, d'Ayrenx, Milhaud, Millas. A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Docteur Groc, secrétaire-général, pour la lecture de la correspondance et questions diverses ; le Docteur Armengaud, président en exercice, pour la présentation de nouveaux adhérents et pour féliciter ceux des membres de la S. A. M. T. P., qui, au cours de ces dernières semaines, se sont particulièrement signalés par leur activité médicale, professionnelle ou littéraire ; le Docteur Roule, qui relata quelques détails peu connus de la mort de Linné ; le Docteur Dartigues, qui fournit quelques précisions sur la génèse de son dernier livre : *Guerre-Paix*; et enfin : le Docteur Terson, qui sut avec un complet bonheur d'expression et de pensée, définir ce que doit être désormais le vrai médecin spécialiste. La prochaine réunion aura lieu au Royal Haussmann, le 16 juin.

— **Examens de médecin sanitaire maritime.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène), le 14 juin 1932.

Les dossiers des candidats devront être adressés, un mois à l'avance, au ministère des Travaux publics et de la Marine marchande (Services du travail maritime et de la comptabilité), 3, place de Fontenoy, Paris (7e).

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Roger Maillet nous font part de la naissance de leur fils *Roland* (Les Riceys, Aube ; 7 mars 1932.)

# A TRAVERS L'OFFICIEL

3 MAI

### Enseignement de la médecine.

Mlle Condat, agrégé près la Faculté de Toulouse, est nommée professeur de thérapeutique à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Dalous).

M. Giraud, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de Montpellier, est nommé professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique (dernier titulaire : M. Rimbaud).

4 MAI

### Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée à M. le Médecin capitaine Contal, du 19e corps d'armée.

5 MAI

### Enseignement de la médecine.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Hovelacque et Verne, agrégés près la Faculté de Paris.

*Concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine.*

*Arrêté du 4 mai 1932.*

Art. 1er. — Une session pour les concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine s'ouvrira le 7 novembre 1932 pour les catégories ci-dessous désignées :

Catégorie A. Anatomie. — Catégorie B. Histologie. — Catégorie C. Histoire naturelle médicale et parasitologie. Catégorie D. Bactériologie. — Catégorie E. Anatomie pathologique. — Catégorie F. Physiologie. — Catégorie G. Chimie. — Catégorie H. Physique. — Catégorie I. Médecine générale. — Catégorie J. Chirurgie. — Catégorie J *bis*. Ophtalmologie. — Catégorie J *ter*. Oto-rhino-laryngologie. — Catégorie K. Obstétrique. — Catégorie L. Histoire naturelle pharmaceutique. — Catégorie M. Pharmacie. — Catégorie N. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Art. 2. — Un arrêté ultérieur fixera les dates de chacun de ces concours.

Art. 3. — Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis, à la suite des épreuves de ce concours, est fixé au maximum, ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des facultés, dans chaque catégorie :

Catégorie A. Anatomie, 3. —Catégorie B. Histologie, 2. — Catégorie C. Histoire naturelle médicale et parasitologie, 2. —Catégorie D. Bactériologie, 2.

— Catégorie E. Anatomie pathologique, 2. — Catégorie F. Physiologie, 3. — Catégorie G. Chimie, 5. — Catégorie H. Physique, 3. — Catégorie I. Médecine générale, 10. — Catégorie J. Chirurgie, 10. — Catégorie J *bis*. Ophtalmologie, 3. — Catégorie J *ter*. Oto-rhino-laryngologie, 2. — Catégorie K. Obstétrique, 3. — Catégorie L. Histoire naturelle pharmaceutique, 2. — Catégorie M. Pharmacie, 2. — Catégorie N. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie, 3.

Art. 4. — Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariats des académies, du 7 juillet 1932 au 7 septembre 1932 inclus.

NOTA. — La création de deux catégories supplémentaires, l'une de pharmacologie et matière médicale, l'autre de médecine légale, au concours du 1er degré de l'agrégation des facultés de médecine, est actuellement envisagée. Ces créations, qui ont été approuvées par le comité consultatif de la médecine, devant être également soumises au conseil supérieur de l'instruction publique, ne pourront être éventuellement réalisées qu'à la fin du mois de juillet prochain. Dans l'éventualité de la création des deux catégories envisagées, les candidats à chacune de ces deux catégories bénéficieront, à titre exceptionnel et pour leur inscription au concours de 1932 seulement, par dérogation aux dispositions de l'article 5 du règlement du 6 avril 1929, de délais d'inscription réduits, qui seront indiqués le moment venu.

7 MAI

**Substances vénéneuses.**

*Décrets du* 30 *avril* 1932 *réglementant l'importation, le commerce et la détention des substances vénéneuses en Nouvelle-Calédonie, en Afrique équatoriale française et dans les établissements français de l'Océanie.*

Ces décrets seront publiés ultérieurement.

8 MAI

**Service de Santé des troupes coloniales.**

*Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour le titre d'« assistant des hôpitaux coloniaux » (armée active).*

Un concours pour l'obtention du titre d'« assistant des hôpitaux coloniaux » s'ouvrira en novembre 1932, dans les conditions prévues par le décret du 22 août 1928 et l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Le nombre et la nature des emplois mis au concours sont fixés comme suit :

Médecine : deux.

Deux à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille.

Chirurgie : deux.

Deux à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille.

Bactériologie : deux.

Deux au laboratoire de bactériologie de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille.

Electro-radiologie : un.

Un à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux coloniaux de ces différentes catégories, nommés à ce concours, est fixée à deux ans. Elle commencera à la date où les conditions du service permettront de mettre ces médecins en stage dans les différents établissements signalés ci-dessus.

Les candidats qui en feront la demande seront autorisés à concourir dans deux sections au plus de ce concours, mais ils ne pourront recevoir, le cas échéant, le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux que dans une seule catégorie qui sera fixée par le ministre compte tenu des intérêts du service.

A. — *Epreuves anonymes d'admissibilité.*

Ces épreuves auront lieu au chef-lieu de corps d'armée (hôpital militaire ou salles militaires de l'hôpital mixte). A Paris, elles auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; à Marseille, à l'Hôpital Michel-Lévy.

Ces épreuves commenceront à huit heures aux dates ci-après :

Médecine et chirurgie.

1re épreuve, le 7 novembre 1932 ; 2e épreuve, le 8 novembre 1932.

Bactériologie, électro-radiologie.

1re épreuve, le 9 novembre 1932 ; 2e épreuve, le 10 novembre 1932.

B. — *Epreuves définitives.*

Ces épreuves auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille, à partir du 12 décembre 1932.

Les demandes des médecins capitaines des troupes coloniales en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministère de la défense nationale (guerre) (8e direction, 3e bureau) avant le 1er octobre 1932, en indiquant le ou les sections choisies.

Les avis hiérarchiques ne devront pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références utiles sur la valeur scientifique des candidats.

**Service de santé militaire.**

Par décret du 27 avril 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les méd. auxil. titul. du brevet de prép. milit. sup. ci-après désignés :

(Du 15 mars 1932) : Pedat, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; Roques, 16e sect. inf. milit., aff. 16e rég.

(Du 18 mars 1932) : Thomas, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Grevilliot, 7e sect. inf. milit., aff. 7e rég.

(Du 19 mars 1932) : Aubert, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

(Du 7 avril 1932) : Aurvynet, 11e sect. inf. milit., aff. 11e rég. ; Gantois, 23e sect. inf. milit., aff. 2e rég.

Les méd. auxil. non titul. du brevet de prép. milit. sup. ci-après désignés :

(Du 20 mars 1932) : Amram, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Granel, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

---

Par décret du 27 avril 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les méd. auxil. titul, du brevet de prép. milit. sup. ci-après désignés :

(Du 15 mars 1932) : Le Gall, 22e ssect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Blart, 1re section inf. milit., aff. 1er rég. ; Pluvinage, 1re sect. inf. milit., aff. 1er rég. ; Lesaffre, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég. ; Charlet, 7e sect. inf. milit., aff. 7e rég. ; Favro, 10e sect. inf. milit., aff. 10e rég. ; Albarede, 16e sect. inf. milit., aff. 16e rég. ; Vialleton, 16e sect. inf. milit., aff. 16e rég. ; Devriendt 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég.

(Du 16 mars 1932) : Hamon, 11e sect. inf. milit., aff. 11e rég.

(Du 17 mars 1932) : Vannier, 10e sect. inf. milit., aff. 10e rég.

Non titul. du brevet de prép. milit. sup. :

(Du 20 mars 1932) : Leuret, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Hamburger, 22e sect. inf. milit., aff. rég Paris ; Frumusan, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Netter, 22e sect inf. milit., aff. rég. Paris ; Barioz, 14e sect. inf. milit., aff. 14e rég.

---

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Sur les préventoria.

15564. — M. Charles Berthezenne demande à M. le Ministre du Travail : 1° si les caisses primaires de répartition doivent tenir compte de la circulaire ministérielle du 20 avril 1926 relative aux « préventoria » et considérer que, contrairement aux dispositions législatives des assurances sociales, ceux-ci sont des établissements de cure ; 2° dans le cas de l'affirmative, que devront payer les caisses pour les enfants d'assurés sociaux en bon état de santé apparent, sans

*Voir la suite page LV-1657*

# PROPOS DU JOUR

I

## Encore un centenaire : celui de la mort de Cuvier

Le 13 mai 1832 mourut Georges CUVIER. Ce savant qui étonna ses contemporains par l'étendue de ses connaissances, sa puissance de travail et la fécondité de son génie, mérita le nom d'Aristote français et mourut à 63 ans, au même âge qu'Aristote.

La mort de Cuvier à l'époque de la grande épidémie de 1832 fut et est encore attribuée au choléra. Notre distingué confrère, le Dr Henri Bouquet, dans un article du *Temps*, a récemment démontré, et d'une façon irréfutable, que Cuvier ne fut pas victime du choléra, mais qu'il fut atteint de paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry qui le plus souvent détermine la mort en trois, quatre ou cinq jours. Cuvier tomba malade le 8 mai et mourut le 13 mai, présentant tous les symptômes de la maladie que Landry devait décrire en 1859.

Cuvier n'était pas médecin, mais il tint une telle place dans l'histoire des sciences naturelles, il joua un rôle si important dans l'organisation de l'enseignement en France qu'il n'est pas permis à un médecin de se désintéresser de lui. Appliquant et généralisant la loi de subordination et de coexistence des caractères et le principe de corrélation des formes, déjà entrevus par Pitton de Tournefort, utilisés par Bernard et Laurent de Jussieu en botanique et par Buffon pour les oiseaux, il parvint à établir une classification méthodique des animaux et à créer de toutes pièces, une science nouvelle, la paléontologie.

Cuvier eut la carrière la plus extraordinaire, la plus active qu'il soit possible d'imaginer.

Venu à Paris, en avril 1795 à 26 ans (1), avec une recommandation de l'abbé Tessier qu'il avait connu au château du Comte d'Héricy, près de Fécamp, où il était précepteur, il fut bien accueilli au Muséum, notamment par Geoffroy Saint-Hilaire dont il fut l'hôte.

Il collabora d'abord, pour vivre, au *Magasin Encyclopédique* de Millin et et à la *Décade philosophique*, ce qui lui valut d'être nommé membre de la Commission des Arts et de devenir presqu'aussitôt Professeur d'histoire naturelle à l'Ecole Centrale du Panthéon. Sa valeur se manifesta avec un tel éclat qu'on lui confia la suppléance de Mertrud à la chaire d'anatomie comparée du Muséum dont il devint titulaire en 1802.

Lors de la fondation de l'Institut en 1796, Cuvier fut nommé membre de l'Académie des sciences dont il devint le secrétaire en 1800, fonction qui le mit en rapport étroit avec Bonaparte, président de la Compagnie. Le premier Consul sut l'apprécier à sa valeur et utiliser ses talents. Professeur au Collège de France en 1800 où il succéda à Daubenton dans la chaire d'histoire naturelle, il fut nommé inspecteur général de l'Instruction publique en 1802 et participa à l'organisation des lycées. Elu secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences (sciences physiques) en 1803, il fut chargé d'un rapport sur l'évolution des sciences naturelles depuis 1789, y compris la physique, la chimie et la médecine. Napoléon Ier le nomma en 1808 conseiller à vie de l'Université.

A 44 ans, en 1813, nommé maître des requêtes au Conseil d'Etat, il fut promu conseiller d'Etat en 1814 (1), sans que pour cela, il eût abandonné ses travaux scientifiques, ni négligé son enseignement.

La Restauration ne voulut pas se passer de ses services et le combla de charges et d'honneurs. Louis XVIII le confirma dans toutes ses fonctions. Il devint membre à titre permanent du Comité supérieur de l'Instruction publique. Il refusa en 1818 le Ministère de l'Intérieur, désirant se tenir à l'écart de la politique. Il fut à deux reprises Grand maître de l'Université, refusa la direction du Muséum qui ne lui aurait pas permis de poursuivre ses travaux. En 1824, il fut nommé président de section au Conseil d'Etat et, comme protestant, directeur des cultes non catholiques. Il refusa en 1827, les fonctions redoutables de censeur de la presse.

(1) Georges Cuvier était né le 23 août 1769 à Montbéliard qui dépendait du duché de Wurtemberg. Il fit ses études à l'Académie Caroline près de Stuttgard et y suivit les cours préparatoires aux carrières administratives.

(1) Les études administratives, faites par le jeune Cuvier à l'Académie Caroline, légitiment ces fonctions qui paraissent bien éloignées des travaux d'un naturaliste.

Créé baron par décret du 10 mars 1820, il fut élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

La Monarchie de juillet reconnut ses mérites en en faisant un pair de France. En 1832, il allait être nommé président du Conseil d'Etat quand il mourut.

L'Académie française l'avait élu en 1818 et le 27 août de la même année, il prononçait un discours de réception où il traitait de la liaison des lettres et des sciences dans l'expression de la Pensée humaine.

Il fut aussi membre de l'Académie des inscriptions et de l'Académie de médecine. Comme secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, il prononça de nombreux éloges funèbres, certains remarquables ; signalons ceux des médecins Daubenton, Desessartz, Tenon, Hallé, Corvisart et Pinel.

Malgré sa réputation scientifique mondiale, les honneurs et les charges dont il était accablé, Cuvier menait une vie de labeur très active mais d'une grande simplicité. Il habita jusqu'à sa mort le Jardin des Plantes dans une petite maison qui existe encore à l'heure actuelle et qui ne paraît pas avoir dû être destinée à un hôte de cette importance. C'est cependant dans cette modeste demeure que Cuvier vécut avec sa famille.

Il avait épousé à 34 ans, le 2 février 1804, Madame Duvaucel (1), la veuve d'un des vingt-huit fermiers généraux guillotinés sous la Terreur qui avait de son premier lit quatre enfants, trois fils et une fille. Il eut d'elle quatre autres enfants, trois périrent jeunes ; deux de ses beaux-fils, partis pour les Indes, y trouvèrent promptement la mort. Sa dernière fille, Clémentine, qui avait toutes les qualités de beauté, de cœur et d'esprit et que son père adorait, mourut phtysique à vingt-deux ans à la veille de son mariage. Sa belle-fille Sophie Duvaucel, qui avait pour Cuvier l'affection la plus filiale, rompit un brillant mariage, ne voulant pas abandonner le savant à qui elle servait parfois de secrétaire et fit preuve à son égard du plus touchant dévouement (2).

(1) Née Anne-Marie Coquet du Trézaïle, Madame Cuvier avait cinq ans de plus que son mari. Elle devait lui survivre. Comme Cuvier n'avait aucune fortune, le Muséum lui donna la jouissance de la petite maison et le Gouvernement une pension annuelle de 6.000 francs.

(2) Cuvier avait un frère cadet, Frédéric Cuvier, qui fut aussi un homme de valeur fort apprécié au Muséum mais qui fut éclipsé par la gloire de son frère dont il fut le préparateur. Plein d'admiration pour Georges Cuvier, Frédéric demanda qu'on grava sur sa tombe : Ci-gît Frédéric Cuvier, frère de Georges Cuvier.

M. Edmond Pilon est parvenu, en consultant de nombreuses correspondances, à reconstituer les samedis du Salon de Madame Cuvier au Jardin des Plantes. Secondée par ses deux filles Sophie et Clémentine, elle attirait par leur charme et leur intelligence, une élite de lettrés, d'artistes et de savants ; Stendhal, Prosper Mérimée, J.-J. Ampère, le Dr Roulin, Eugène Delacroix, David d'Angers et bien d'autres étaient assidus aux samedis de Madame Cuvier et parfois allaient prendre des glaces avec ses filles sous le cèdre du Liban de Bernard de Jussieu, cèdre qui n'était alors que centenaire.

Pendant ce temps, Cuvier, d'un abord bourru et froid, auquel Stendhal donnait irrévérencieusement le surnom de *Mammouth*, allait discuter sciences avec des gens plus sérieux sous une tente dressée pour remédier à l'exiguité du salon. La mort de Clémentine mit fin aux samedis de Madame Cuvier.

Cuvier travailla jusqu'au dernier moment. Ce fut le 8 mai 1832 à la fin de son cours d'histoire des sciences naturelles au Collège de France qu'il ressentit les premières atteintes de son mal. Le lendemain, il se rendit malgré ses souffrances à une séance du Conseil d'Etat mais il dut se retirer et rentra chez lui pour y mourir quatre jours plus tard (1).

Gœthe qui l'avait précédé de deux mois dans la tombe et qui avait suivi avec passion la vive controverse entre Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire à l'Académie des Sciences, prenant parti pour ce dernier, écrivait au début de 1832, quelques semaines avant sa mort, un curieux parallèle entre les deux grands naturalistes.

« Geoffroy marche sur les traces de Buffon », disait-il, soulignant les conceptions philosophiques de ces deux savants, quant à Cuvier « avec un esprit plus élevé, il suit la même voie que Daubenton. »

Et, en effet, Cuvier apportait dans ses recherches le même esprit d'ordre, de méthode, le même souci d'exactitude dans l'observation que Daubenton, mais avec plus de génie. Il fut de ces grands savants qui, si leurs doctrines n'ont pas toutes triomphé, ont eu un rôle immense dans l'évolution des sciences et qui honorent considérablement leur époque et leur pays. Ceci, il n'est pas permis de l'oublier.

J. Noir.

(1) Cuvier fut inhumé dans la sépulture de sa famille au Père-Lachaise. Son tombeau est situé dans la 8e division, non loin de ceux de Bichat, de Béclard, du chimiste Dulong, de Topinard, du physicien Robertson.

II

## Diderot et l'initiation sexuelle des jeunes filles

L'éducation sexuelle est toujours à l'ordre du jour, mais ce n'est pas seulement à notre époque que les philosophes et les éducateurs se sont préoccupés de cette question. Dans un livre posthume de Cabanès, paru récemment sous le titre de *Médecins amateurs* (1), et qui, en tant que valeur documentaire et présentation pleine d'intérêt, ne le cède en rien aux précédents, nous trouvons au chapitre : *Diderot et les Sciences médicales*, de curieux renseignements à ce sujet.

L'Impératrice de Russie, la grande Catherine, avait demandé à l'Encyclopédiste de lui tracer un plan pour l'organisation des Universités moscovites. Chose étrange chez cette souveraine, qui n'a pas cependant laissé la réputation d'un modèle de vertu, Catherine IIse préoccupait de l'éducation des jeunes filles.

Diderot recommanda qu'on instruisit les jeunes filles des mystères de l'anatomie humaine. Il ne conseillait pas de les faire étudier directement sur le cadavre, mais sur « des pièces en cire et injectées, qui aient la vérité de la nature, sans en offrir le dégoût. »

Des connaissances anatomiques du corps humain, ajoutait-il, conviennent à une femme « avant que de le devenir, quand elle le devient, et après qu'elle l'est devenue. »

Et Diderot citait l'exemple de sa propre fille, dont il détruisit les curiosités malsaines en la laissant s'instruire « sur le péril et les suites de l'approche de l'homme. »

Le philosophe affirmait que cette initiation avait eu les meilleures conséquences lors du mariage de sa fille, de sa grossesse et de son accouchement. « On lui avait fait voir l'enfant dans la matrice, écrit Diderot, cité par Cabanès; aussi à sa première couche, a-t-elle montré une fermeté qu'on n'a peut-être encore jamais vue à une femme ignorante. »

Il est vrai qu'au XVIII[e] siècle, les démonstrations d'anatomie, faites au Jardin du Roi, étaient à la mode.

Diderot et ses amis, Grimm et d'Alembert, suivaient celles d'Antoine Petit, de Morand, de Ferrein, où ils rencontraient « vingt filles de bonne maison et cent femmes de la Société. »

Mais c'était surtout chez Mlle Bihéron, qui habitait rue de l'Estrapade au coin de la rue des Poules, la maison où Diderot avait eu son logis, qu'on allait s'instruire.

Cette demoiselle, dont nous avons conté ici-même la vie et exposé les talents, était attachée au Jardin du Roi comme dessinatrice. (1)

Avec une habileté admirable, elle avait construit des pièces anatomiques qui se démontaient comme les pièces d'Auzoux actuelles. Son cabinet d'anatomie était fort fréquenté par les gens du monde des deux sexes qui désiraient s'initier à l'anatomie humaine.

Cabanès conclut : « Sans méconnaître les bonnes intentions de Diderot, il est permis de douter que l'initiation précoce qu'il recommande et qu'il croit propre à garder la jeune fille des pièges que lui tend la salacité masculine, la préserve de tous les dangers. Il est heureux pour lui qu'il se soit montré, en d'autres circonstances, mieux avisé. »

*Tot capita, tot sensus.* Depuis l'époque, cependant relativement récente, à laquelle Cabanès a dû écrire ces lignes, les idées à ce sujet ont bien évolué. Nous croyons que la cause de l'initiation sexuelle des jeunes filles a fait de nombreux adeptes et que la conduite de Diderot à l'égard de sa fille ne serait actuellement guère critiquée.

J. Noir.

(1) Albin Michel, édit., 22, rue Huyghens, Paris XIV[e].

(1) *Concours Médical* du 3 août 1930, page 2.407 : Le Musée d'Anatomie de la rue de la Vieille Estrapade de Mlle Bihéron.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### A PROPOS DES PSEUDO-TUBERCULOSES SYPHILITIQUES DU POUMON ET DE LEUR TRAITEMENT

Par Louis Bory.

Balzer, Sergent ont écrit, il y a une vingtaine d'années, sur les difficultés du diagnostic entre les vraies phtisies tuberculeuses et les fausses phtisies dues à la syphilis, des articles classiques, auxquels nous aurions fort peu de choses à ajouter aujourd'hui. Le diagnostic de vraie ou de fausse tuberculose est toujours aussi malaisé à établir, davantage peut-être depuis que la notion relativement nouvelle des formes filtrantes du bacille de Koch a diminué la valeur pour ce diagnostic de la présence ou de l'absence de bacilles acido-résistants dans les crachats.

Aussi bien, n'est-ce pas sur la description des formes de la syphilis pulmonaire que je veux revenir, ni sur les difficultés de son diagnostic clinique, exceptionnellement fait avant l'intervention du traitement spécifique, dont l'efficacité rapide est la meilleure pierre de touche, pas infaillible cependant, du diagnostic causal. Mais c'est sur les difficultés précisément de ce traitement d'épreuve, sur ses dangers aussi parfois, que doit être attirée l'attention de ceux qui ont toutes raisons cependant de l'entreprendre.

Il est entendu que lorsque la syphilis pulmonaire est bien en jeu et qu'*elle est pure*, le traitement spécifique, simple ou combinant à l'iodure le mercure, le bismuth ou l'arsénobenzol, donne des résultats merveilleux. C'est le cas de ces syphilis scléro-gommeuses de la base pulmonaire, la droite habituellement, qui sont presque toujours associées en effet à une syphilis du dôme hépatique. On voit alors des malades tousseurs, amaigris, cachectiques, fébriles, considérés comme de véritables tuberculeux cavitaires, reprendre rapidement du poids et de la couleur, alors que la fièvre et la toux disparaissent. Il en est de même de ces formes hilaires, où la partie moyenne du poumon, avec son tissu conjonctif abondant des scissures, constitue un point d'appel de prédilection pour le tréponème : la naissance et le développement d'une gomme en direction des sommets peut donner lieu à des apparences cliniques et radiologiques de cavernes tuberculeuses typiques, que le traitement spécifique peut rapidement faire disparaître.

Nous devons évidemment souhaiter de nous trouver en présence de cas semblables et d'en reconnaître ou seulement d'avoir assez de raisons pour en soupçonner l'origine syphilitique. Mais la question n'est pas simple.

Le traitement d'épreuve lui-même n'amène pas toujours la confirmation de cette origine, puisqu'on peut voir des lésions tuberculeuses manifestes, greffées sur terrain syphilitique ou hérédo-syphilitique, s'améliorer à la suite de cures mercurielles, bismuthiques ou arsénicales ; l'iode n'est-il pas également actif dans la syphilis, les mycoses et la bacillose de Koch ? Enfin, des lésions d'origine syphilitique ancienne, telles certaines scléroses pulmonaires, certaines dilatations bronchiques, peuvent n'être améliorées d'aucune façon : l'ancienneté et le caractère cicatriciel des lésions, la production de larges ou multiples cavités suppurantes, secondairement infectées et de drainage impossible, permettent de comprendre et de prévoir ces échecs thérapeutiques.

Le point le plus délicat pour le traitement de ces fausses tuberculoses est la très grande fréquence de la tuberculose de Koch, qui les a précédées ou suivies ; d'où leur habituelle association. On peut dire que la réussite ou l'échec du traitement antisyphilitique en pareil cas sont surtout affaire de chance, mais aussi de prudence. C'est en somme toute la question du *traitement de la syphilis chez les tuberculeux* qui mériterait d'être soulevée à ce sujet.

Avant d'essayer de formuler une opinion, je demande la permission de rapporter trois observations personnelles qui m'ont particulièrement frappé.

La première est celle d'un homme d'une soixantaine d'années, que je soignai avant guerre pour une dilatation ampullaire de l'aorte, accompagnée d'un véritable anévrysme cupuliforme de l'aorte ascendante, faisant saillie sur la droite. J'avais attribué à la compression bronchique la toux sèche et a dyspnée d'effort que manifestait surtout ce malade, dont la santé générale paraissait, d'autre part, excellente.

Plusieurs séries de cyanure et de benzoate, associées à l'ingestion d'iodure de K à hautes doses furent faites en 1911-12-13 et jusqu'en juillet 1914. En 1913, il y eut une assez longue interruption et c'est au cours de cette période sans traitement mercuriel (je ne saurais affirmer ioduré) qu'apparut un jour une grave hémoptysie, qui me fit craindre une fissure de l'anévrysme au contact de la bronche. Cependant, j'examinai l'expectoration et découvris une grande quantité de bacilles de Koch. La tuberculose pulmonaire coexistait donc avec la syphilis aortique ; il est classique de dire qu'elle lui fait suite. Je crois bien que dans le cas particulier, elle était très ancienne, d'après les anamnestiques et je soupçonnai la thérapeutique mixte d'avoir favorisé peut-être la préparation de cette hémoptysie, qui était la première et s'accompagnait de tous les signes d'une poussée évolutive. L'iodure fut interdit désormais et deux séries de mercure purent être faites sans incident à la fin de 1913 et au début de 1914. Une petite poussée congestive pulmonaire sans hémoptysie, avec amaigrissement, survint cependant en mai 1914. Depuis, aucun traitement spécifique ne fut fait et ce malade, que j'ai perdu de vue au point de vue thérapeutique, vivait encore il y a trois ans.

Evidemment, ce cas ne saurait faire partie du cadre de la syphilis pulmonaire ; mais il montre déjà la prudence avec laquelle doivent être traités les syphilitiques tuberculeux.

La deuxième observation est plus intéressante, car elle a trait à un malade, dont la santé fut parfaite jusqu'à l'âge de 33 ans, qui eut à ce moment (en janvier 1914) une hémoptysie qui le fit considérer par des cliniciens éminents, Œttinger, Lenoir, comme un tuberculeux pulmonaire et envoyer comme tel dans un sanatorium, à Lamotte-Beuvron.

Je dois dire cependant qu'en 1914, il ne fut pas fait d'examen de crachats, car on ne pensait qu'à la tuberculose, et au sanatorium de Lamotte-Beuvron, on ne trouva, me dit le malade, que des « traces de bacilles de Koch » ; mais des examens ultérieurs notèrent la présence nette de bacilles, assez peu abondants, quatre à cinq par champ en moyenne (en 1923.)

Malgré la guérison pulmonaire apparente, en 1916 et depuis persistaient des poussées fébriles et une céphalée frontale assez tenace.

En mars 1919, on découvre une tumeur de l'étage supérieur de l'abdomen, à droite, sous le foie ; sa nature reste ignorée jusqu'en mai 1924, où deux Bordet-Wassermann totalement positifs font faire le diagnostic de syphilis hépatique scléro-gommeuse probable. Vingt injections de cyanure de Hg et une série de Quinby font disparaître rapidement la tumeur, la fièvre, la céphalée, en transformant l'état général, relevant en particulier le poids de 10 kgr. en quelques mois.

Pendant trois ans, le malade fait traiter sa syphilis (d'origine complètement ignorée), par plusieurs séries de Quinby associées à des prises de stovarsol.

Je le vois pour la première fois en septembre 1926, en apparence parfaitement rétabli, mais les réactions de W. demeurant fortement positives, je conseille une bonne année encore de traitement. Après trois séries (acétylarsan-bismuth-acétylarsan), c'est-à-dire un semestre de cure, l'indice de floculation à l'échelle photométrique de Vernes était encore de 118 (en juin 1924, il était de 166 ; en juin 1926, de 124).

Aucun signe de la série tabétique, ni d'atteinte méningée supérieure. Le traitement spécifique est continué : une nouvelle série de Quinby est terminée le 4 mai 1927. Le 22, début d'une crise congestive pulmonaire (toux, crachats rouillés, fièvre, congestion des deux bases, forte douleur en ceinture à la base gauche), qui a précédé de 24 heures une injection d'acétylarsan et qui s'est aggravée à sa suite ; simple coïncidence sans doute ; cependant, déjà, après les deux premières injections de la première série d'acétylarsan que j'avais prescrite, le malade avait du s'aliter quelques jours pour des phénomènes un peu analogues, mais moins vifs. Le bismuth aurait également paru donner à deux reprises de la trachéite persistante. En tout cas, sans que le traitement ait été continué, après une accalmie, survinrent, le 22 juin, de violentes hémoptysies, qui nécessitèrent un pneumothorax hémostatique, fait le 25 et entretenu, très partiellement en raison d'adhérences, jusqu'au 5 août. Bacilles de Koch en petites quantités dans les crachats. Repos, chaise longue, grand air. Amélioration progressive de l'état pulmonaire. Le 5 décembre 1927, je constate seulement des râles disséminés dans les deux poumons, surtout à *la base droite*. Contre la syphilis, je conseille seulement quelques séries de suppositoires mercuriels. Tension 20/11 au Pachon.

Un an après, après un séjour de trois mois à Pratz-Coutant, je note :

Indice de floculation 45 (une série de cyanure, trois de suppositoires dans l'année).

Tension au Pachon 19/11.

Réflexes normaux.

Foie débordant, mais surtout un peu abaissé ; aucune trace de l'ancienne tumeur sous-hépatique.

A la radio, poumons clairs, sauf scléroses multiples bronchiques et péribronchiques.

Depuis, le malade se maintient en bonne santé apparente et se traite par deux séries de bismuth annuelles, augmentées de deux séries de vingt suppositoires mercuriels. L'indice de floculation demeure aux environs de 44, ce qui correspond encore à un Bordet-Wassermann très fortement positif.

Nous n'avons plus oser toucher aux arsénicaux.

*En résumé,* syphilis ignorée, syphilis hépato-pleuro-pulmonaire probable ; tuberculose de Koch consécutive probable ; guérison parallèle des deux infections sous l'influence du traitement spécifique, combiné aux cures climatiques. Aggravation possible de la bacillose associée par les médications spécifiques. Difficulté en tous cas d'un traitement antisyphilitique intense, demandé à plusieurs reprises par le malade que tourmentent l'indice toujours élevé de sa floculation et une tension artérielle un peu forte.

Ma troisième observation concerne une famille, qui fut littéralement empoisonnée par l'obsession, justifiée, de l'hérédo-syphilis, mais chez qui l'ombre de la tuberculose compliquait à ce point le tableau que je me demande encore à laquelle des deux infections revient le plus grand rôle dans la genèse des accidents.

Je vois cette famille en 1921.

Le *père,* quoique n'ayant pas la notion d'avoir contracté la syphilis, est probablement le transmetteur d'une syphilis dont il a lui-même hérité. Il n'a pas de manifestations dystrophiques, à part une implantation défectueuse des dents au maxillaire inférieur ; sa seule infirmité provient de végétations adénoïdes, qui ont entraîné vers l'âge de 15 ans des otites, puis une surdité moyenne, qui s'est pas mal accentuée depuis. Il en est mort d'ailleurs en 1925, par méningite d'origine otique, opérée d'urgence.

Une sigma-réaction que je lui fis en 1921 fut totalement négative (Wass., Hecht., Desmoulières).

Et cependant, sa mère avait eu onze grossesses, dont cinq fausses couches et, sur les six enfants nés à terme, il y eut un premier, mort-né, deux autres morts dans les six premiers mois, une fille morte à deux ans et deux survivants dont le dernier est celui qui nous occupe.

*La mère,* dont plusieurs réactions sérologiques ont été parfaitement négatives (sauf une seule «négatif douteux») n'a aucun signe de dystrophie et dans ses antécédents rien qui permette d'incriminer la syphilis. Cholémique, constipée, elle est atteinte depuis l'âge de 15 ans d'un prurit ano-génital, lié à la présence de trichocéphales et d'une appendicite chronique et qui guérit, une fois celle-ci opérée par Dartigues en 1926, la malade étant âgée alors de 39 ans.

Quatre grossesses. Ictère, pendant trois semaines, vers le quatrième mois de la troisième (avec décoloration des matières).

*Premier enfant.* Mort-né, à terme, en 1914 (mariage en 1913). Gros placenta ; la syphilis est incriminée par l'accoucheur.

Les Wassermann s'étant montrés négatifs chez les conjoints, aucun traitement ne fut fait.

*Deuxième enfant* (Colette) en septembre 1915. Superbe jusqu'à 18 mois ; à ce moment bronchite traînante. A trois ans, grippe, broncho, oreillons. En hiver 1920, bronchites sur bronchites, avec toujours un peu de fièvre ; végétations enlevées ; grosses amygdales non enlevées ; adénopathie trachéo-bronchique.

Sigma-réaction moyennement positive (Carrion).

Aspect cholémique.

Telles sont mes notes en 1921. Voici la suite :

En 1926, l'enfant pousse mal. Bronchites fréquentes ; cypho-scoliose légère. Dents anarchiques, tubercule de Carabelli.

Deux cures ont été faites à La Bourboule. Je conseille de faire pendant cinq ans, chaque année deux séries groupées, l'une de bismuth, l'autre de sulfarsénol intra-musculaire.

En 1927, l'enfant, âgée de 11 ans, pesait 27 kilogr. 500, avait été opérée d'appendicite en novembre 1926 et continuait à avoir un peu de fièvre tous les soirs.

Cinquième année de cure à la Bourboule.

*Troisième enfant,* en août 1918 (Denise). Pas de signe dystrophique. Sauf quelques bronchites répétées, semble aller très bien ; cependant, peau sèche, eczématisée de façon diffuse.

Aucune séro-réaction ne fut faite.

A partir de 1921, l'état cutané s'est amélioré lentement ; mais des crises d'asthme sont survenues.

Cinq cures à la Bourboule.

Au retour de la dernière, coqueluche chez les trois enfants (Colette, Denise, Michel), mais suivie chez Denise de broncho-pneumonie, avec fièvre élevée, traînante, présence de bacilles de Koch dans les crachats. Mort par phtisie aiguë, trois mois après (fin 1927).

*Quatrième enfant,* en janvier 1920 (Michel). Entérites à répétition. Dermite eczématisée sur tout le corps.

Bordet-Wassermann moyennement positif (Carrion).

En avril 1923, peau sèche, lichénifiée, craquelée, prurigineuse ; état permanent s'améliorant à la saison chaude. Dentition normale. Nez relevé en pied de marmite. Testicules non descendus. En décembre 1924, crises d'asthme sont survenues dans l'année.

Cures à la Bourboule en même temps que ses sœurs. En 1927, mêmes crises de temps en temps (plus peut-être de coryza spasmodique, avec toux, ronchus, glaires, brusquement survenus). Testicules non encore entièrement descendus. Enfant pâlot, maigrichon.

Cette même année, et devant ces trois enfants, vus le même jour, avec les phénomènes ci-dessus, j'avais institué un traitement collectif d'acétylarsan, à doses proportionnées (une seule série fut faite).

Tous ces enfants furent, en réalité, assez irrégulièrement traités au point de vue de l'hérédo-

syphilis ; je ne crois pas que ce traitement, si court surtout chez Denise, ait pu aggraver l'état tuberculeux dont cette dernière est morte. Mais j'avoue que cette mort m'a frappé dans mes convictions, résultat de mon éducation antérieure, que l'hérédo-syphilis était dans ces multiples ennuis familiaux la grande coupable ; et me voici à me demander à nouveau si la tuberculose seule ne peut pas donner lieu, grâce à son virus filtrant aujourd'hui certain, à tout cet ensemble, trop souvent attribué à la seule syphilis.

Il est des cas vraiment très difficiles où nous n'arrivons pas à nous décider entre l'un et l'autre diagnostic causal, et, par suite à déterminer la plus opportune thérapeutique. Nous n'en finirions pas de rapporter de ces observations, si je ne voulais me limiter aujourd'hui aux affections pulmonaires. Je ne ferai que citer, pour terminer, le cas d'une famille d'hérédos (syphilis acquise connue des deux parents), dont l'aîné, porteur d'une rate énorme et traité depuis l'âge de trois ans par deux séries annuelles de frictions mercurielles, plus sérieusement depuis l'âge de 13 ans, en 1923 et 1924 par plusieurs séries de sulfarsénol, novarséno-benzol, cyanure Hg et bismuth, fit (alors que le volume splénique s'était notablement réduit) un véritable mal de Pott de la région lombo-sacrée, avec troubles de compression. Consulté à ce moment, ainsi que deux orthopédistes, nous ne sûmes vraiment ce qui pouvait revenir à la syphilis ou à une tuberculose plus récente, dans cette complication survenue après un traitement intensif antispécifique de deux années. Fallait-il le continuer ? Avec quel scepticisme ! Ne pouvions-nous l'accuser d'avoir déminéralisé le jeune malade et contribué à l'éclosion d'une tuberculose vertébrale, qui ne se serait peut-être pas manifesté sans cela ? Pour ma part je conseillai l'abstention de traitement spécifique, une ponction lombaire m'ayant révélé l'intégrité du liquide céphalo-rachidien. Le malade fut corseté pendant trois ans et paraît se porter aujourd'hui aussi bien que possible (il a 21 ans).

Me voici arrivé maintenant au point le plus délicat de mon exposé, c'est-à-dire à la conclusion. Il s'agit de répondre à une question qu'on nous pose souvent : quelles règles de traitement sont les vôtres, en présence de ..... ici, de tuberculose pulmonaire et de syphilis associées ?

Et bien, je crois, que de pareilles règles sont impossibles à établir par avance et pour tous les cas. C'est affaire d'intuition, de doigté, de raisonnement, de bon sens ..... et de chance.

## CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU

### Les hémorragies intra-oculaires spontanées (*)

Professeur F. TERRIEN.

Nous avons aujourd'hui une série de malades intéressants qui tous sont venus nous consulter pour une perte brusque de la vision, et les causes de cette disparition subite de la vision sont, vous allez le voir, très diverses.

Voici notre premier malade. Il y a 6 semaines, il a présenté une hémorragie intestinale, un melæna très abondant et 48 *heures après*, j'insiste sur cette date assez éloignée de l'hémorragie, le malade voyait sa vision disparaître en totalité, au point de ne même plus percevoir la lumière. L'examen montre aujourd'hui une large dilatation des pupilles et une atrophie optique complète bilatérale avec vaisseaux rétiniens filiformes.

Les accidents de ce genre sont dus à la perte abondante de sang, mais notez bien que seules, semble-t-il, les pertes de sang dues à des causes pathologiques et non traumatiques, semblent capables de les produire.

On les observe, en effet, surtout après les hémorragies de cause interne : hématémèses abondantes, melæna, hémorragies de la délivrance, exceptionnellement au contraire après les hémorragies d'origine traumatique. J'en ai cependant rapporté une observation ayant trait à un soldat allemand dont la jambe gauche avait été fracassée par un éclat d'obus, d'où hémorragie abondante et finalement amputation (1).

Il est remarquable que dans toutes les observations publiées l'amblyopie n'est jamais immédiate mais se déclare seulement deux, trois et même quatre et cinq jours, voire davantage encore après l'hémorragie. Ceci prouve que l'atrophie optique n'est pas la seule conséquence de l'ischémie et que sans doute le trouble visuel reconnaît une origine toxique, ce qui explique la rareté de semblable accident après les hémorragies traumatiques.

Chez notre malade il y a eu en quelques heures une perte complète de la vision suivie d'une

(*) Leçon du 29 janvier 1932.

(1) F. TERRIEN. — Amaurose post-hémorragique. *Archives d'ophtalmologie*, 1921, p. 263.

atrophie optique qui demeurera définitive, comme cela est malheureusement la règle.

Voici notre second malade. Il nous est adressé par notre collègue le Docteur Laubry, qui a constaté chez lui de l'hypertension artérielle et un bruit de galop. Un matin, en mettant sa cravate, il remarque la perte brusque d'une partie de la vision. Le fond d'œil est absolument normal de chaque côté mais l'examen objectif montre chez lui une hémianopsie partielle, localisée au secteur supéro-interne du côté gauche. Ce malade est un homme d'un certain âge, atteint nous dit le Dr Laubry, de troubles circulatoires et à l'auscultation du cœur on lui trouve le bruit de galop, indice de lésions rénales. Il s'agit donc ici d'une lésion centrale, siégeant sur la lèvre inférieure de la scissure calcarine droite, centre visuel correspondant aux deux hémi-rétines droites et déterminé par un foyer de ramollissement ou une hémorragie. Là encore la perte du secteur visuel demeurera définitive.

Les trois autres malades, qui eux aussi ont présenté une perte brusque de la vision, sont d'un type très différent et c'est sur ce type que je voudrais insister aujourd'hui.

Voici un jeune homme de 20 ans : il est manœuvre, il vient consulter parce que le 1er novembre 1931, le matin, en se levant, il perd brusquement la vision de l'œil gauche sans ressentir aucune douleur. J'insiste sur cette absence de douleur qui constitue un élément important de diagnostic. Il eut l'impression d'un brouillard devant les yeux et quelques heures plus tard il ne voyait plus de l'œil gauche. Cependant, quelques jours après, il commençait à récupérer un peu de vision de cet œil, lorsqu'en décembre, le même accident se reproduit et depuis cette époque la vision est demeurée sensiblement identique, le malade distinguant à peine les mouvements de la main à quelques centimètres de distance. Dans ses antécédents on ne trouve rien de particulier, *sauf des épistaxis fréquents*, surtout au printemps. Ses parents sont en bonne santé.

A l'examen on trouve une acuité visuelle normale à droite ; à gauche le malade ne perçoit que vaguement les mouvements de la main et le fond de l'œil de ce côté est inéclairable. Sa tension artérielle est sensiblement normale : 12 pour la maxima et 7 pour la minima.

Son sang ne présente pas de modifications notables ; le temps de saignement est de trois minutes, il n'y a pas de retard de coagulation, ni de rétraction du caillot. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Notre quatrième malade est un homme âgé de 27 ans, professeur de mathématiques, qui dans l'espace d'un an eut deux fois le même accident : perte brusque et indolore de la vision de son œil gauche qui perçoit vaguement la lumière.

Je souligne encore chez ce malade le fait de l'indolence de l'accident, important pour le diagnostic différentiel.

Voici enfin, la dernière observation : il s'agit d'un homme de 65 ans qui, le 19 décembre, sent la vision de son œil droit diminuer très rapidement, au point de conserver seulement la perception de la lumière.

A l'examen on ne peut voir le fond de l'œil et on perçoit simplement un reflet rougeâtre.

A l'examen général, on trouve une légère élévation de la pression artérielle et de la bronchite chronique. En dépit de l'âge relativement avancé la vision s'améliorait rapidement. Le 5 janvier, c'est-à-dire environ deux semaines après l'accident, on trouve du côté atteint une acuité visuelle de 2/10 ; le 27 janvier l'acuité s'était encore améliorée et elle est de 7/10 aujourd'hui.

Voici donc cinq malades qui ont tous présenté comme symptôme commun une perte brusque de la vision.

Le premier malade a vu sa vision disparaître deux jours après un melæna. Il existe chez lui une atrophie optique et la perte de la vision est irrémédiable, définitive.

On attribue généralement cette atrophie optique à une ischémie de la rétine ; mais, je le rappelais plus haut, dans la plupart des faits que j'ai pu recueillir, à l'occasion de ma première publication sur ce sujet dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1921 et d'une observation rapportée à la Société d'oto-neuro-oculistique, la perte de la vision est toujours relativement tardive et n'est pas contemporaine de l'hémorragie, survenant chez le malade que je vous présente 48 heures après l'hémorragie, plus souvent même plus tard encore, après trois, cinq ou huit jours et davantage encore. Il semble donc y avoir là un rôle toxique prédominant (1).

On peut, certes, au début tenter des transfusions sanguines, traitement classique de ces hémorragies mais n'agissant guère sur les troubles visuels non plus que la plupart des moyens proposés en pareil cas et pour l'étude desquels je vous renvoie à l'excellent rapport de A. Terson sur ce sujet (2).

Chez notre malade l'atrophie optique est complète des deux côtés et la perte de la vision est définitive.

Je n'insiste pas sur l'observation du deuxième malade, atteint d'hémianopsie en quadrant et dont la vision centrale demeure conservée.

(1) F. Terrien. — Atrophie optique et hématémèse. (*Société d'oto-neuro-oculistique*, 23 janvier 1930 et *Presse médicale*, 16 juillet 1930.)

(2) A. Terson. — Les troubles visuels après les pertes de sang. (Société d'ophtalmologie de Paris, novembre 1921.)

On sait, que l'hémianopsie homonyme ne peut résulter que d'une lésion en arrière du chiasma, sur la bandelette optique, sur les radiations optiques ou sur le centre visuel cortical.

Ce malade est un hypertendu et sans doute sous l'influence de l'hypertension a-t-il eu une hémorragie au niveau de son centre visuel cortical, à la lèvre inférieure de la scissure calcarine droite, entraînant une hémianopsie en quadrant de la partie supérieure des champs visuels temporal et nasal à gauche. Le pronostic chez lui est aussi une perte partielle définitive de la vision. Son acuité visuelle, il est vrai, demeure conservée, la macula étant respectée et la vision centrale n'est pas troublée ; il se trouve cependant sous la menace constante de nouveaux accidents du même ordre.

Aspect clinique des hémorragies récidivantes. — J'arrive aux trois autres malades qui tous trois ont perdu assez brusquement la vision *d'un seul œil*. Quel diagnostic devons-nous porter ? Il est facile d'éliminer ici une hémianopsie, le trouble visuel portant seulement sur un seul œil et de même il n'y a là rien de comparable à celui qui survient après les grosses pertes de sang comme chez notre premier malade.

Chez ces trois malades ces deux causes, auxquelles on pourrait penser en raison de la perte brusque de la vision, sont à éliminer tout d'abord.

Nous pouvons éliminer le décollement de la rétine. Fréquent, vous le savez, chez les sujets myopes, il peut survenir aussi bien sous l'influence d'un traumatisme que sans le moindre trauma. Mais il est rare, lorsqu'il y a décollement de la rétine, d'observer la perte complète, totale de la vision, tout au moins au début. Le sujet qui en est atteint dit voir les contours des objets déformés et ce n'est que quelques heures plus tard qu'il remarque la perte de la vision localisée à une partie du champ visuel.

Pourrait-il s'agir d'une névrite rétro-bulbaire, c'est-à-dire d'une inflammation du nerf optique en arrière du globe oculaire ? Sans doute le trouble visuel ici n'apparaît pas aussi brusquement et met d'ordinaire plusieurs jours pour atteindre son acmé. Il est des cas cependant où la diminution de la vision est presque subite, le sujet se reveillant presque aveugle ; tel le cas suivi par nous avec le Dr Rochon-Duvigneaud chez une femme atteinte de névrite rétro-bulbaire bilatérale à la suite de six injections d'acétylarsan et dont nous avons rapporté l'observation(1).

Il en était de même chez un jeune homme que j'ai vu hier à ma consultation se plaignant de voir trouble de l'œil droit ; son acuité visuelle était de 1/6 et ce trouble était apparu peu de jours auparavant : c'est vous dire combien souvent rapide est l'évolution de cette lésion ; ce jeune homme présentait une névrite optique rétro-bulbaire.

Mais cette névrite ne s'accompagne pas de la perte totale de la vision et la périphérie du champ visuel est conservée. Un autre symptôme assez caractéristique est la douleur à la pression sur le globe oculaire ou dans les mouvements extrêmes de latéralité de celui-ci.

Enfin, on peut penser encore, en présence d'une amblyopie brusque, à une lésion vasculaire de la rétine, à l'obstruction de l'artère centrale de la rétine. Ici encore la vision disparaît brusquement, davantage encore qu'après une hémorragie intra-oculaire et ordinairement la lésion est unilatérale.

Mais d'ailleurs, au lieu de se fier à une simple impression, le plus simple est de recourir à l'examen ophtalmoscopique, qui, lors d'obstruction de l'artère centrale de la rétine, est tout à fait caractéristique.

L'examen du fond de l'œil montre, en effet, une papille trouble ; les artères sont vides ou filiformes, les veines sont aussi diminuées de volume, la rétine est œdématiée dans toute la partie avoisinant la papille et la macula et celle-ci se traduit par une tache rouge cerise caractéristique : en raison de la minceur de la rétine en ce point l'œdème fait défaut et la choroïde est vue par transparence. Le pronostic, on le sait, est fatal pour la vue et la perte de la vision demeure définitive.

Chez les trois derniers malades que je vous ai présentés, nous devons éliminer bien entendu au nombre de causes pathogéniques que je viens de vous mentionner, les grosses pertes de sang pathologiques, les hémianopsies, la névrite optique.

Le symptôme capital chez eux est une perte brusque et totale ou à peu près de la vision, sans coexistence de phénomènes douloureux.

A quoi devons-nous donc penser chez ces trois malades ? La première idée qui vient à l'esprit est naturellement celle d'une hémorragie intra-oculaire. Ils ont saigné dans leur œil, comme on saigne du nez. Et de suite l'examen ophtalmoscopique confirme cette manière de voir.

Le fond de l'œil ne peut être éclairé car son contenu est rempli de sang : la totalité du corps vitré est envahie et par endroits, entre les placards d'hémorragie, on aperçoit des bandes de vitré transparent et au travers le reflet rougeâtre du fond de l'œil.

Il ne faudrait pas croire que cette hémorragie, dite du vitré, soit réellement une hémorragie s'étant produite dans le vitré, car le corps vitré n'a pas de vaisseaux sanguins ; aussi le sang qui le remplit vient-il de la rétine.

(1) F. Terrien. — *Archives d'ophtalmologie*, 1929, p. 513.

Ces hémorragies intra-oculaires récidivantes ne se voient que rarement chez les sujets âgés, et notre premier malade, âgé de 65 ans, est à ce sujet un exemple assez exceptionnel. D'autant plus qu'on ne trouve chez lui, en dehors d'une hypertension générale légère, aucune cause locale ni aucune altération rétinienne capable d'expliquer semblable hémorragie. Par contre, bien que ces hémorragies profuses soient de même assez rares à la suite de lésions chorio-rétiniennes, elles peuvent néanmoins se rencontrer. Nous en avons observé il y a quelques jours à la consultation avec notre chef de clinique, Mlle Braun, un cas très net chez une femme d'une cinquantaine d'années qui présentait à l'œil droit des lésions caractéristiques de rétinite azotémique et à gauche une hémorragie intra-oculaire profuse ayant supprimé toute vision de cet œil.

Chez les jeunes sujets on les voit avec plus de fréquence et d'une manière générale, suivant l'âge de l'individu, on peut distinguer trois types d'hémorragies rétiniennes : 1° celles des vieillards, 2° celles des adultes, et 3° celles des sujets jeunes.

a) *Chez les vieillards* les causes en sont nombreuses ; ce sont presque toujours des troubles vasculaires, caractérisés par une hypertension artérielle, de l'artério-sclérose, conséquence de la sénilité, et souvent compliqués de lésions rénales.

b) *Chez les adultes,* à l'âge moyen de la vie, après 40 ans, ce sont surtout les affections rénales, l'albuminurie, le diabète, la goutte qui jouent dans la genèse de ces hémorragies le rôle le plus important, provoquant des hémorragies disséminées sur toute la rétine. Bien souvent aussi elles reconnaissent, à côté de l'origine toxique, une origine infectieuse, et les maladies infectieuses comme la grippe pourront déterminer ces phlébites de la veine centrale de la rétine ou de ses branches.

J'ai vu, il y a quelque temps, à ma consultation, un confrère qui m'était envoyé par le Docteur Goulfier pour une diminution notable de la vision d'un œil ; son acuité visuelle était encore cependant de 1/3, mais il se plaignait en même temps de la sensation d'un léger brouillard, de déformation des objets et l'examen ophtalmoscopique montrait, à peu de distance de la papille, une hémorragie rétinienne d'origine veineuse, empiétant légèrement sur la macula et siégeant à la partie inférieure de la rétine ; il y avait là une sorte de thrombose veineuse. Ces troubles visuels étaient apparus brusquement, au cours d'une grippe récente, et il s'agissait à n'en pas douter d'une phlébite localisée à une veine rétinienne.

C'est donc une thrombose d'origine infectieuse et le pronostic semble favorable. Car ces lésions ne sont pas la conséquence d'altérations antérieures des tissus ou d'artério-sclérose et on peut espérer ici que le thrombus va se résorber.

Il s'est agi là d'un accident passager dû à une infection temporaire.

c) Enfin, *chez les jeunes sujets*, l'hémorragie est souvent massive, profuse, revêtant le type que nous venons de voir chez nos trois derniers malades. Elle se manifeste par la perte brusque de la vision, en quelques minutes ; le début est brutal, le plus souvent sans cause appréciable, témoin nos trois observations. Les symptômes objectifs sont ceux que nous avons notés : impossibilité d'éclairer le fond de l'œil à l'ophtalmoscope, le sang remplissant tout ou presque tout le vitré ; la vision est abolie ou considérablement diminuée. Il n'y a pas d'élévation du tonus et contrairement à ce qu'on observe pour les autres hémorragies rétiniennes on n'a pas non plus à craindre dans la suite de complications glaucomateuses. Il est vrai qu'on se trouve ici en présence de sujets jeunes, moins enclins de ce chef aux complications d'hypertonie que les sujets âgés, dont les vaisseaux et les tissus sont toujours plus ou moins sclérosés. Mais si ces éléments préparent le terrain à l'hypertension, sans doute ne sont-ils pas les seuls car l'hypertension oculaire s'observe aussi après les hémorragies rétiniennes dues à des thromboses veineuses alors qu'elle ne se rencontre pas ici.

Mentionnons encore parmi les caractères particuliers à ces hémorragies l'absence de douleurs et les récidives fréquentes.

Mais ces récidives mises à part, leur pronostic est favorable ; elles se résorbent assez rapidement. Notre jeune malade, le manœuvre, fait une exception, car son hémorragie est relativement longue à se résorber. Par contre notre autre malade, cet homme de 65 ans, nous surprend par la rapidité avec laquelle la résorption s'est faite, (son acuité visuelle en deux semaines est montée de 2/10 à 7/10) et si ces faits sont assez rares chez les sujets âgés, les choses évoluent habituellement ainsi chez les sujets jeunes.

L'hémorragie dans le vitré est brutale. Sans doute elle ne disparaît peut-être pas aussi vite qu'elle est venue, mais néanmoins elle se résorbe rapidement. Par contre il y a toujours menace de récidives. Si ces dernières sont trop fréquentes, à la longue, elles se traduisent par la persistance de fausses membranes à la surface de la rétine, dont l'ensemble a été désigné sous le terme de *rétinite proliférante.* Elles sont d'ailleurs assez peu accusées d'ordinaire : on voit dans le vitré des tractus fibrineux de volume variable, résultant d'une résorption incomplète de l'hémorragie.

J'ai vu un nombre assez considérable de malades ayant présenté des hémorragies récidivantes et j'ai pu en suivre quelques-uns pendant

plus de vingt ans. Tous étaient des sujets tout à fait bien portants, ayant avant l'accident une vision normale. L'hémorragie eut chez eux une évolution favorable, laissant une acuité visuelle voisine de la normale et ne les ayant nullement gênés dans le choix de leur carrière ; les uns même ayant pu demeurer officiers, d'autres ingénieurs, etc.

Le pronostic de ces hémorragies récidivantes des jeunes sujets semble donc très favorable.

Origine du sang. — Quelle est leur origine ? On avait pensé tout d'abord que l'hémorragie pouvait avoir son origine dans la choroïde ; certains de ces sujets ayant présenté des petites lésions de la choroïde, on avait attribué à celles-ci la cause de ces hémorragies.

Mais cette opinion ne peut être acceptée et la simple réflexion permettait de le supposer.

Les hémorragies choroïdiennes, en effet, reconnaissent une triple origine : traumatique, opératoire, ou elles sont consécutives à la perforation d'un ulcère de la cornée et résultent alors d'une brusque diminution du tonus oculaire,

Rien à dire ici des hémorragies d'origine traumatique, le plus souvent consécutives à une plaie pénétrante et entraînant d'ordinaire la perte du globe oculaire.

En ce qui concerne les hémorragies de la choroïde post-opératoires nous connaissons bien l'hémorragie expulsive survenant après l'opération de la cataracte. C'est une hémorragie terrible, heureusement rare (on en observe un cas sur plusieurs centaines d'opérations).

Elle est due à la rupture de l'artère ciliaire longue, artère de l'hémorragie expulsive, comme l'a si bien dénommée A. Terson, par analogie avec la sylvienne, artère de l'hémorragie cérébrale. Toujours très abondante et profuse elle propulse la choroïde en avant entre les lèvres de la plaie cornéenne et finalement l'expulse.

Cette hémorragie expulsive présente deux symptômes caractéristiques : c'est tout d'abord la propulsion de la choroïde, donc décollement de la rétine et de plus elle s'accompagne de douleurs d'une intensité extrême. Cette douleur, qu'on retrouve à un degré variable dans toutes les hémorragies choroïdiennes, d'autant plus intense que l'hémorragie est plus profuse, est le résultat de la compression des nerfs ciliaires ; il y a distension des filets nerveux.

Cette hémorragie expulsive est un accident terrible, entraînant le plus souvent l'énucléation de l'œil intéressé et je vous souhaite de n'avoir jamais à la rencontrer.

Mais à côté de cette hémorragie expulsive qui suit l'opération de cataracte, accident véritablement dramatique et dont le pronostic est particulièrement redoutable, il est des hémorragies post-opératoires de moindre intensité et qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les hypertendus et chez les diabétiques à l'occasion d'une iridectomie.

Sans doute elles revêtent une moindre intensité mais elles se traduisent d'ordinaire par une douleur assez vive qui n'est pas toujours rattachée à sa véritable cause.

C'est ainsi que dans bien des glaucomes malins, généralement caractérisés par l'absence de chambre antérieure, ou dans lesquels la chambre antérieure ne se reforme pas et demeure effacée après l'iridectomie (le pronostic, en pareil cas doit toujours être réservé), les hémorragies rétro-choroïdiennes sont vraisemblablement beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense. Elles seraient plus souvent diagnostiquées si on les rattachait à la *douleur* post-opératoire qui ne manque jamais en pareil cas et qui est la conséquence de ces hémorragies.

Etiologie. — Pourquoi les hémorragies récidivantes sont-elles surtout observées chez les jeunes sujets ?

On a bien entendu incriminé une origine hémophile. L'hémophilie, je vous le rappelle, est un état pathologique caractérisé par une disposition particulière aux hémorragies. Presque toujours on trouve en même temps chez ces sujets hémophiles un retard et une lenteur de la coagulation du sang qui peut ne s'effectuer qu'au bout d'une demi-heure voire même de quelques heures. Et là encore, comme dans bien des affections héréditaires, car il s'agit ici d'une affection congénitale, héréditaire et familiale, le sexe masculin, comme pour les hémorragies spontanées du vitré chez les adolescents, est beaucoup plus fréquemment touché que le sexe féminin.

On a donc pensé ici à l'hémophilie. Mais les hémorragies rétiniennes sont exceptionnelles chez les hémophiles. Nos sujets ne montraient aucune tendance aux hémorragies prolongées et l'examen de sang des malades atteints d'hémorragies récidivantes n'a pas montré les modifications caractéristiques de l'hémophilie. Leur sang se coagule normalement, il n'y a pas de retard de coagulation ; le temps de saignement est normal.

Chez notre jeune malade, le temps de saignement est de trois minutes, la coagulation est complète chez lui au bout de 13 minutes, donc pas d'anomalie. Il ne présente pas d'hypertension artérielle, on note même chez lui une tension légèrement abaissée.

Il faut toujours penser aussi à la syphilis, mais il ne faudrait pas l'accuser de tous les maux, comme on a tendance à le faire actuellement. Pour ce qui concerne les hémorragies récidivantes des jeunes sujets on n'a pas trouvé généralement de stigmates de syphilis acquise ou héréditaire.

Chez notre malade, le Bordet-Wassermann est négatif. Certes, la syphilis héréditaire ne devra pas être négligée et il faut la rechercher également.

Faut-il penser à la *tuberculose* ? On a supposé qu'il pouvait y avoir du côté de l'œil une réaction due à l'infection générale tuberculeuse.

Déjà Michel en 1890 avait pensé que les hémorragies intra-oculaires pouvaient être le signe d'une tuberculose du corps ciliaire, opinion reprise par Axenfeld et Stock.

Chez les sujets souffrant d'hémorragies récidivantes on trouve assez souvent des symptômes de prétuberculose : des ganglions, des adénites, des poussées fébriles, etc.

De même bien des iritis torpides, dont on méconnait le plus souvent la nature, reconnaissent une origine tuberculeuse, en particulier ces iritis torpides avec présence de petits nodules disséminés sur la face postérieure de la cornée.

On traite ces malades pour la syphilis, et leurs lésions ne s'améliorent point. Il est possible que ces sujets soient des tuberculeux et que leur réaction oculaire soit tuberculeuse. Une obervation de Fleischer en effet (*Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*, 1914) a trait à un sujet de 36 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, qui avait fait tout d'abord des hémorragies rétiniennes à répétition ayant abouti au glaucome secondaire et nécessité l'énucléation. Il existait des lésions d'endo- et de périphlébite tuberculeuses sur tout le système veineux de la rétine.

On peut donc penser à l'origine tuberculeuse des hémorragies récidivantes des jeunes sujets. Les lésions tuberculeuses détermineraient des lésions vasculaires et périvasculaires qui seraient l'origine de ces hémorragies.

A côté de la tuberculose, il faut aussi songer aux troubles endocriniens. Leur importance s'accroît chaque jour et peut-être a-t-elle été exagérée car lorsqu'on ne sait expliquer un phénomène chez un malade, on pense immédiatement à des troubles endocriniens. Toutefois on a constaté chez des hyperthyroïdiens des hémorragies récidivantes et le Prof. Jeandelize, avec son élève Bretagne, ont rapporté à la Société française d'ophtalmologie trois observations d'hémorragies récidivantes du vitré chez des sujets jeunes, chez lesquels existait une hyperthyroïdie simple et une autre observation chez une jeune fille de 22 ans qui avait en même temps un Basedow fruste. Elle fut améliorée par l'hémato-thyroïdine ou sérum d'animal éthyroïdé. Toutefois chez les basedowiens ces hémorragies ne semblent cependant pas être fréquentes.

Retenons cependant qu'elles peuvent être améliorées, dans certains cas, par le traitement hémato-éthyroïdien.

Remarquons que chez les sujets jeunes les hémorragies récidivantes semblent être le plus fréquemment observées à la période de la croissance, entre 10 et 25 ans, au moment où la rapidité de croissance a pour effet d'exagérer, de précipiter en quelque sorte les échanges nutritifs et de les rendre ainsi plus ou moins anormaux, même en dehors de toute influence nocive externe. De là une débilité de l'organisme, devenu apte à être influencé par une foule de microbes ou toxines venus de l'organisme lui-même (glandes endocrines) ou du dehors. A ce titre la tuberculose pourra également agir, déterminant une endophlébite ou une périphlébite des veines rétiniennes à la faveur de cette élimination exagérée de toxines. Tous ces facteurs étiologiques peuvent donc être envisagés en présence d'un sujet atteint d'hémorragies récidivantes.

Avant de passer à l'étude du traitement de cette affection, je désire vous signaler le fait suivant : les sujets que j'ai observés et que j'ai pu suivre pendant un temps prolongé, sujets qui à l'âge de 20 à 25 ans avaient présenté des hémorragies récidivantes, étaient des sujets bien portants, qui n'avaient pas de tuberculose. Le facteur étiologique reste donc mal précisé.

Traitement. — Que doit-on faire et quel traitement appliquer ?

Ne connaissant pas les causes précises déterminant les hémorragies récidivantes, nous sommes bien embarrassés pour les traiter et surtout pour les prévenir. Car une fois constituées on ne peut guère que chercher à favoriser la résorption du sang épanché.

Les instillations de collyre à la pilocarpine, qu'il est de règle de recommander lors d'hémorragies de la rétine quelles qu'en soient leurs causes, en raison des complications d'hypertonie auxquelles elles exposent, ne sont pas d'une grande nécessité dans ces cas, car l'hypertension du globe, le glaucome secondaire ne sont pas à craindre ici, nous l'avons vu, et ces hémorragies du vitré ne donnent habituellement pas d'hypertension.

On peut donner au malade du chlorure de calcium et bien d'autres médications mais nous avons vu qu'il n'existe d'ordinaire aucun retard dans la coagulation du sang.

Abadie qui, dans son rapport sur ce sujet, à la Société française d'ophtalmologie en 1888, attribue ces hémorragies apoplectiformes à une vasodilatation excessive des vaisseaux rétiniens, a recommandé le sulfate de quinine à haute dose (1 à 2 grammes par jour), dont on connaît l'action vaso-constrictive.

Fromaget a préconisé les injections sous-cutanées de sérum sanguin contenant 2 p. 100 de gélatine et aurait obtenu des succès. Mais il convient de se montrer prudent et on sait toutes les restrictions que comporte l'emploi de la gélatine en injections.

D'autant plus, on ne saurait l'oublier, que

le plus souvent ces hémorragies se résorbent d'elles-mêmes. Il nous paraît donc bien peu clinique, pour ne pas dire davantage, de conseiller, comme l'a fait Zur Nedden (*Arch. of. Ophtalmology*, mars 1928), dans un travail où sont rapportées 300 observations d'hémorragies récidivantes, la ponction du vitré dont il aurait obtenu de bons résultats, pour donner issue au sang collecté.

C'est là une arme à double tranchant, qui, si elle peut favoriser la résorption du sang, est capable aussi de provoquer de nouvelles hémorragies, sans parler des dangers d'irido-choroïdite grave et de phtisie du globe oculaire.

D'autant plus, on ne saurait trop le répéter, que le plus ordinairement ces hémorragies se résorbent d'elles mêmes par hémolyse.

Il convient donc de ne pas faire de thérapeutique *intensive*. Aussi nous ne saurions souscrire davantage à la ligature de la carotide primitive, comme l'ont fait Mayweg et Axenfeld dans deux cas d'hémorragies se répétant d'une manière incessante alors qu'un œil était déjà perdu et l'autre gravement menacé. Sans doute l'abaissement de la pression en aval de la ligature pourrait retarder un temps la tendance aux hémorragies et permettre au traitement général d'agir. Mais on ne saurait oublier que dans un cas de Derby exceptionnellement grave, après un résultat très heureux de la ligature et une guérison apparente, 19 jours plus tard une nouvelle hémorragie se produisait.

On se bornera donc à une thérapeutique très simple, en recommandant les applications chaudes fréquemment répétées, le repos de l'œil, l'absence d'efforts et la surveillance de l'hygiène générale.

Ces hémorragies, vous le voyez, sont intéressantes à connaître, car elles s'observent encore assez souvent, et, en dépit de notre impuissance thérapeutique, leur pronostic est généralement favorable, la résorption se produisant fréquemment presque complète.

Nous conclurons en disant que les hémorragies intra-oculaires spontanées, d'ordinaire profuses, envahissant la totalité du vitré ou presque, s'observent surtout chez les sujets jeunes, au moment ou peu après la période de l'adolescence. Malgré le peu de précision de nos connaissances étiologiques sur ce sujet, sans doute la puberté, avec l'exagération des échanges nutritifs qui l'accompagnent, n'est-elle pas sans influence sur leur apparition. En dépit de leur gravité apparente et de la fréquence des récidives, le pronostic en est généralement favorable, le sang se résorbant d'ordinaire assez complètement pour permettre une vision très suffisante, parfois même voisine de la normale.

## LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

### L'hypertrophie prostatique est parfaitement curable.

**Ne nous fions cependant pas à ses allures bénignes du début, car c'est à ce moment qu'il importe d'instituer un traitement rationnel.**

D'après le Dr P. R. Flandrin (1).

I

Dans quelles circonstances l'attention du praticien peut être attirée sur une hypertrophie prostatique.

A) *La pollakiurie nocturne* et *la dysurie intermittente* constituent les premiers accidents révélateurs. Inquiet de ces symptômes, le patient, qui s'observe, vient aussitôt consulter son médecin ; mais, déjà s'est installé un certain degré de *rétention urinaire*, depuis les petits résidus de 10 à 30 cmc., jusqu'aux rétentions plus importantes de 100 à 300 cmc., et plus. Car cette rétention, habituellement progressive, est parfois inconstante, variable d'un jour à l'autre, tout au moins dans les premiers mois de son évolution.

D'autres patients, moins observateurs, sont arrivés, avant de consulter, à la rétention incomplète, avec ou sans distension. Le cas est alors plus grave, car la constatation d'un résidu important doit faire craindre l'*altération des fonctions rénales*.

En effet, dans les rétentions incomplètes à gros résidus, et à plus forte raison dans les rétentions incomplètes avec distension vésicale, le jeu normal des sphincters urétéraux est troublé ; un reflux vésico-urétéral s'établit des deux côtés, mais plus souvent d'un seul côté. C'est, ou bien

(1) Dr P. R. Flandrin. — Les Indications du traitement de l'adénome prostatique. (*Le Bulletin médical*, 19 mars 1931).

un reflux actif, qui survient au moment des mictions et des contractions vésicales, — ou bien un reflux passif, qui succède au reflux actif, et qui se produit aussi, mécaniquement, quand on distend la vessie à la seringue.

Dans ces conditions, l'*infection* ne tarde pas à s'installer, surtout si le malade a déjà été soumis à des cathétérismes répétés pour parer à la rétention. L'irritation, créée par la sonde, les érosions provoquées sur la muqueuse (quelques précautions que l'on prenne) par des cathétérismes trop rapprochés, les hémorragies souvent minimes qui en sont la conséquence, exaltent la virulence des saprophytes. De l'urèthre, l'infection (staphylocoque ou autres saprophytes) gagne la prostate, la vessie, les vésicules, l'épididyme. De la vessie, elle suit la voie ascendante vers les reins. A cette voie ascendante, s'ajoute souvent alors la voie sanguine (colibacille).

Cette infection finit par compromettre l'état général du malade, par accélérer la déficience rénale, et par modifier l'état statique de la vessie, dont les parois s'épaississent et dont la capacité diminue.

Mais elle peut mettre immédiatement la vie du malade en danger dans les pyélonéphrites aiguës des rétentionnistes et dans les grandes suppurations prostatiques et périviscérales.

*B*) A côté de ce début, aux allures bénignes de l'hypertrophie prostatique, il convient de signaler *son début brusque par une crise de rétention aiguë* ; cette crise, survenant brutalement au cours d'un prostatisme relativement discret, est habituellement conditionnée par l'infection.

## II

## Comment reconnaitre, d'une manière précoce, l'hypertrophie prostatique.

Il s'agit de diagnostiquer cette tumeur, qu'est l'adénome prostatique, tumeur intra-sphinctérienne, dérivée des glandes péri-urétrales, et qui va, mécaniquement ou dynamiquement, déterminer *des troubles graves et progressifs de la miction.*

Quand on aura constaté la pollakiurie nocturne, la dysurie intermittente, un certain degré de rétention, que faire si le doute subsiste parce que le résidu est minime ou inconstant, et que le toucher rectal ne donne pas encore d'indications préc ses ?

*Il faut aussitôt proposer l'urétroscopie postérieure à tout malade, quel que soit son âge, qui vient consulter pour les accidents précités.* Ce procédé permettra de surprendre déjà des adénomes de petit volume, encore bien limités. L'obstacle mécanique peut, en effet, siéger en trois points : au niveau de l'orifice supérieur de la loge prostat que, mais aussi dans la traversée prostatique (région sus-montanale et prespermatique) et dans l'urètre prémembraneux. Le cas échéant, la *cysto-radiographie* permettra de constater un reflux urétéral actif.

## III

## Ce diagnostic précoce importe en raison de l'institution rapide d'un traitement rationnel actif.

Car, en plus de l'infection, qui, par les complications, menace la vie du malade à plus au moins brève échéance, des acquisitions relativement récentes nous apprennent les relations qui existent entre l'hypertrophie bénigne et la forme la plus fréquente du cancer de la prostate, le *cancer adénoïdien* ; or, le petit adénome, la tumeur prostatique de petit volume n'est nullement une assurance contre le cancer adénoïde.

Le Prof. Legueu a trouvé, sur 123 tumeurs prostatiques opérées dans son service, de 1925 à 1927, 58 adénomes purs, 15 *adénomes suspects de dégénérescence*, 42 *cancers adénoïdes*, et seulement 8 cancers nodulaires vrais.

Ces chiffres se passent de tout commentaire, et il faut en tirer toutes les conséquences thérapeutiques, qu'ils comportent.

## IV

## L'hypertrophie prostatique étant surtout dangereuse par ses complications, le but d'un traitement rationnel doit etre d'éviter ces complications.

### Le traitement non sanglant répond-il à ces indications ?

#### *A.* — La sonde uréthrale

C'est le vieux traitement d'autrefois, avant l'ère de la prostatectomie.

*La sonde uréthrale ne peut rien contre la dégénérescence de l'adénome.*

*Que donne-t-elle dans les rétentions vésicales ?*

*Dans les rétentions incomplètes sans distension,* il est classique, en présence de résidus de 100 à

120 cmc. de conseiller un sondage tous les deux jours, et, si le résidu est de 150 à 200 cmc. ou plus, d'en pratiquer un tous les jours. Mais ce traitement ne peut que stabiliser temporairement la rétention ; il ne la fait pas disparaître définitivement, et ne met pas à l'abri du reflux urétéral actif.

*Dans les rétentions incomplètes avec distension*, le cathétérisme doit être absolument interdit, même à titre d'exploration, car la cystostomie d'urgence est le seul traitement à conseiller.

*Dans les rétentions complètes aiguës*, l'indication du cathétérisme évacuateur est formelle, à moins d'impossibilité, ce qui commande la cystostomie, et non la ponction évacuatrice (mauvaise et dangereuse manœuvre). Si le cathétérisme est possible, pour une *évacuation prudente et fractionnée* de la vessie, laisser la sonde à demeure plutôt que de pratiquer les quatre ou cinq sondages quotidiens, nécessaires au retour problématique des mictions spontanées et complètes ; mais, si la sonde procure quelquefois le retour passager à la normale, elle ne donne aucune assurance contre le retour des accidents brutaux.

*Contre la rétention complète chronique*, la sonde ne peut rien ; *mais* le cathétérisme, répété trois ou quatre fois par jour, peut être indiqué comme *un pis aller* s'il y a des contre-indications formelles à l'adénomectomie ; il sera toujours temps de fistuliser la vessie, si les conditions locales, nécessaires à des cathétérismes répétés, venaient à se modifier.

*Dans les infections des prostatiques*, dans la cystite notamment, la sonde ne présente que de rares indications, et mieux vaut alors la *sonde à demeure* ; encore celle-ci n'est-elle qu'un expédient souvent mal toléré, douloureux et pénible au malade ; d'ailleurs, l'apparition d'une infection adénomateuse ou péri-adénomateuse, des spermato-cystites, commande, sans trop attendre, la cystostomie. Il en est de même pour l'infection pyélo-rénale, annoncée par l'élévation de la température, les grands frissons, la polyurie trouble, la douleur rénale spontanée et provoquée .

*Bref, le traitement palliatif, qui tend à tourner l'obstacle prostatique par des sondages répétés, ne peut être qu'un traitement d'attente, ou qu'une thérapeutique de nécessité* ; il n'est d'ailleurs pas sans inconvénients, et sans dangers. Marion pose formellement l'indication opératoire chez tout prostatique réduit à l'usage de la sonde ; on trouvera, dit-il, pour un même nombre de malades, plus d'opérés vivants après un an qu'il n'y aura de prostatiques vivants sans intervention.

B. — L'Électricité

« La *curiethérapie* paraît avoir fait faillite ; elle a provoqué plus d'accidents qu'elle n'a fourni de bénéfices aux malades. Notons à son passif les cystites tenaces et rebelles, les nécroses étendues suivies immédiatement d'infection sévère, et, à plus longue échéance, de rétrécissements cicatriciels.

« La *radiothérapie profonde* a fait naître de grands espoirs, qui ne se sont pas confirmés. Inefficace sur les adénomes de petit volume et durs, elle avait paru modifier plus heureusement les adénomes mous et volumineux. Dans quelques cas, les signes subjectifs, pollakiurie ou dysurie, ont été heureusement, mais passagèrement modifiés. Par contre, il ne paraît pas évident qu'on ait obtenu par la rœntgenthérapie des résultats appréciables, et surtout durables, sur la rétention vésicale ».

## Le traitement sanglant de l'hypertrophie prostatique a pris une place définitive dans la chirurgie urinaire

A. — Prostatectomie partielle

Si l'on énuclée l'adénome prostatique dans sa totalité par la voie transvésicale ou par la voie périnéale, on peut aussi tenter de le détruire partiellement par les voies naturelles. Cette prostatectomie partielle se réalise au moyen d'urétroscopes opératoires et de courants de haute fréquence bipolaire, portés sous le contrôle de la vue sur la tumeur elle-même.

« *Le « forage » de Luys* ne détruit qu'une zone limitée de l'adénome ; élargissant la voie de passage de l'urine, il n'agit que sur l'élément mécanique, facteur pathogénique très secondaire et pratiquement négligeable des prostatiques. *Il expose aux hémorragies tardives et à l'infection, sans préserver le malade de la dégénérescence maligne de la tumeur* ».

B. — Prostatectomie totale

Il est certain que la destruction totale de l'adénome, réalisée à peu de frais *par les voies naturelles*, après un diagnostic précoce par l'urétroscopie postérieure, permettra dans un avenir prochain de faire ainsi par la voie endo-urétrale une opération parfaite, et sans beaucoup plus d'inconvénients que n'en donne l'étincelage des lésions d'urétrite postérieure chronique. Déjà, M. Heitz-Boyer a mis au point récemment les courants à ondes entretenues ; mais leur emploi demande encore quelque étude, afin d'être généralisé.

*Pour le moment*, disons-le aussitôt, *l'énucléation de l'adénome par la voie transvésicale est encore*

*le traitement de choix ; et la prostatectomie périnéale reste une opération d'exception réservée aux malades fatigués, tarés et infectés, qui ne feraient pas les frais de la prostatectomie hypogastrique.*

Ceci dit, il importe donc, *avant* le choix de tout mode opératoire, de *scruter soigneusement l'état général du patient.* Cet examen complet permettra, non seulement d'obtenir une meilleur résultat à distance, mais encore d'éviter le danger immédiat : *azotémie aiguë et hémorragie.*

On doit, en effet, apprécier d'une façon aussi rigoureuse que possible la valeur fonctionnelle des reins. Celle-ci est fonction de la rétention pyélo-urétrale et de la mise en tension des cavités pyélo-calécielles. Or, l'atteinte rénale, constante chez les rétentionnistes, sera signalée par la déficience uréique, par la rétention chlorurée, plus rarement par la déficience de la fonction aqueuse. Le Prof. Legueu conseille même — dans l'impossibilité où nous sommes de prévoir *a priori* le comportement des reins (azotémie aiguë) devant l'agression opératoire — de provoquer, par une injection intra-veineuse de sérum glucosé à 300 p. 1000, un choc avec élévation thermique, pour essayer, par cette rupture brutale de l'équilibre, de mesurer la fragilité rénale du malade.

L'hémophilie, cause d'hémorragie passive, précoce ou retardée, sera décelée ; mais, quels que soient les temps de saignement et de coagulation, les risques de l'hémorragie peuvent être grandement limités par l'auto-hémothérapie. Depuis deux ans, le Dr Flandrin injecte au malade, par la voie intra-musculaire, de 15 à 20 cmc. de son propre sang, à chacun des quatre jours qui précèdent l'intervention ; il y associe également le chlorure de calcium par la bouche, et, quelques heures avant l'opération, une ampoule d'arrhema-pectine. Ainsi, sauf exception rare, l'hémorragie est minime, si bien qu'on ne tamponne que rarement, à moins d'adénomes volumineux. La suppression des mèches permet de mieux drainer et de mieux laver la loge ; elle met à l'abri des hémorragies parfois massives, qui suivent le détamponnement.

*Des contre-indications formelles à l'intervention* seront : la tuberculose pulmonaire, un cancer en évolution, des lésions cardio-vasculaires mal compensées, l'artério-sclérose généralisée. Le grand âge des malades est contre l'exérèse, mais n'écarte pas la cystostomie définitive.

*Des contre-indications relatives* sont : le diabète (qu'il faut d'abord modifier par l'insulinothérapie), l'hypertension artérielle (la cystostomie peut la modifier heureusement, ainsi qu'un traitement ioduré).

*La prostatectomie totale sera réalisée en un ou deux temps.*

A tous les *prostatiques jeunes*, on fera la PROSTATECTOMIE EN UN TEMPS.

Il en sera de même pour les *prostatiques à petits résidus, ayant une azotémie normale* entre 0,30 et 0,45 %°, contrôlée cependant, et dans tous les cas, par la constante d'Ambard et l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine.

Cette opération est encore possible *chez les rétentionnistes à résidu notable et même légèrement infecté, si l'état général est satisfaisant, s'il n'existe pas de tares organiques, à condition* de faire précéder l'intervention d'une période de sonde à demeure d'au moins quinze jours, et d'une vaccination pré-opératoire en cas d'infection.

LA PROSTATECTOMIE EN DEUX TEMPS convient *aux distendus, aux grands rétentionnistes* chaque fois que l'*azotémie* atteindra ou dépassera 0,50 ‰.

Le premier temps peut faire tomber définitivement l'azotémie de 3 gr. ‰ au-dessous de 0,50 ; mais c'est affaire de temps et de patience. Cependant, quand celle-ci ne descend pas au-dessous de 0,60 ou de 0,70, on peut tenter de passer au deuxième temps, pourvu que la constante se maintienne entre 0,120 et 0,150, que l'élimination de la phénol-sulfone-phatléine ne soit pas trop déficitaire, que l'état général et l'état cardio-vasculaire soient satisfaisants. C'est ici que se placerait avec avantage l'épreuve intra-veineuse du sérum glucosé conseillée par le Prof. Legueu.

En cas d'hésitation, le deuxième temps pourra être tenté par la voie périnéale, à condition que la prostate présente un volume notable avec une consistance nettement adénomateuse.

Comme il a été dit plus haut, chez les *infectés*, la sonde doit être abandonnée et la cystostomie d'attente est le seul traitement logique ; celui-ci permettra, en cas de prostato-vésiculite, de guérir l'infection par les moyens habituels, ou par l'incision directe d'une collection périnéale. De même, en cas de pyélonéphrite ou de pyélonéphrose, la cystostomie réalisera un bon drainage de la vessie et des reins sus-jacents, tout en relevant l'état général par un traitement énergique.

L'*anesthésie* générale par inhalation est à éviter ; il en est de même de la rachi-anesthésie, aussi shockante et qui donne en outre une fausse sécurité très passagère, au point de vue hémorragique. L'anesthésie régionale par la voie épidurale, ou trans-sacrée est plus facile à réaliser et plus constante dans ses résultats ; celle-ci permet d'éviter les vomissements, et surtout de faire boire le malade aussitôt après l'intervention, ce qui évite l'oligurie relative, cause importante de l'azotémie post-opératoire.

**Le traitement sanglant répond-il aux indications d'un traitement rationnel ?**

Tout d'abord, la *mortalité* opératoire tend à diminuer très sensiblement ; dans les bons, comme dans les mauvais cas, elle ne dépasse plus 4 à 6 %, surtout si l'on peut réaliser l'idéal d'*opérer précocément*, c'est-à-dire avant l'ère des complications, et même dès la confirmation du prostatisme par l'urétroscopie postérieure.

En tout cas, l'adénomectomie totale constitue le traitement prophylactique le plus sûr du *cancer* adénoïde, en particulier si une intervention complète et peu difficile a pu éliminer de la loge tous les fragments susceptibles de dégénérer ultérieurement.

*La rétention est le plus souvent favorablement influencée par l'intervention radicale.* La pollakiurie diurne et nocturne se montre plus rebelle, jusqu'à ce que la rééducation de la miction ait manifesté son action. L'imperfection du jet, une légère incontinence transitoire, des résidus minimes infectés ou non, ne vont pas au delà de la période de surveillance obligatoire après, l'intervention. Ces inconvénients ne résistent pas très longtemps aux lavages urétro-vésicaux et au calibrage prudent du canal. Ils soulignent seulement la nécessité pour les opérés de rester en rapport avec le chirurgien pendant le temps nécessaire à la cicatrisation de la loge prostatique, qui demande *environ quatre à six mois.*

Certes, il existe des imperfections post-opératoires persistantes, même après l'intervention des urologistes les plus habiles.

Si l'atonie vésicale complète et définitive est une éventualité rare dans les causes d'une évacuation défectueuse de la vessie, l'*atonie partielle* est, toutes proportions gardées, plus fréquente ; elle s'observe surtout chez les anciens distendus et chez certains infectés rétentionnistes complets. Le rôle du temps écoulé depuis les premiers accidents paraît indiscutable ; il en est ainsi également de l'infection prolongée, qui altère profondément la musculature vésicale. De même, le traitement par la sonde, insuffisant dans ses effets et trop prolongé dans le temps, doit être tenu pour responsable de l'atonie vésicale postopératoire.

Quant au facteur mécanique, il est certain que plus l'énucléation aura été facile, moins il aura fallu détruire de brides cicatricielles résultant d'une infection prolongée, meilleur sera le résultat au point de vue des cicatrisations vicieuses.

D'autre part, la *persistance de la pyurie* tient habituellement à l'infection prostatique avec spermatocystite et à l'infection pyélo-rénale ; elle conditionne pour une bonne part la lithiase vésiculo-prostatique post-opératoire. Là encore, l'intervention radicale aura été trop tardive et la temporisation exagérée.

*En résumé, la prostatectomie hypogastrique reste, dans l'état actuel de nos connaissances, le meilleur traitement rationnel de l'adénome prostatique à sa première période, et le traitement obligatoire de l'adénome compliqué, avant que des contre-indications opératoires irrémédiables se soient définitivement établies.*

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**Traitement des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur.**

Le Professeur Couvelaire envisage le traitement du plus grave des accidents déterminés par l'insertion du placenta sur le segment inférieur, à propos duquel les accoucheurs tendent depuis un certain nombre d'années, à se porter de plus en plus vers les solutions chirurgicales.

L'accouchement forcé et rapide ne permet pas, en effet, de réaliser physiologiquement l'effacement et la dilatation complète du col ; d'où la possibilité d'une très grave complication, la déchirure du canal cervical avec extension à la région isthmique et même au corps de l'utérus. Cependant le Prof. Delmas vient de rénover cette méthode ancienne, en utilisant la souplesse particulière du col, donnée par la rachi-anesthésie.

Le tamponnement de Leroux, qui espère réaliser ainsi l'hémostase en attendant que l'ouverture du col rende possible l'évacuation, est trop souvent inefficace.

Toutefois, on peut recommander, comme méthode obstétricale, le procédé de Puzos, modifié par Pinard : large déchirure des membranes, puis, si aucune présentation ne vient comprimer le col pour arrêter l'hémorragie, version podalique pour abaisser le siège, et ainsi, par un corps assez volumineux et régulier, refouler et comprimer le placenta décollé et déterminer une excitation régulière des contractions, qui aboutissent à une dilatation aussi physiologique que possible. Cette version podalique sans extraction peut être remplacée par l'application d'un ballon

incompressible du type de Champetier de Ribes. La mortalité maternelle globale est de 6,7 % ; mais ces résultats globaux, qui ne semblent pas trop mauvais, sont, dans les cas graves, assez médiocres pour les mères, et très mauvais pour les enfants, puisque la mortalité fœtale, en partie d'ailleurs due à la prématuration, est voisine de 50 %.

A cette situation, on a cherché un remède dans les méthodes chirurgicales, qui donneraient à coup sûr un plus grand nombre d'enfants vivants, mais une mortalité maternelle plus élevée, car on ne peut dire que, après césarienne ou hystérectomie, même pratiquées dans des conditions apparemment favorables, la mortalité soit nulle. C'est dans les cas graves, ou paraissant susceptibles de le devenir, que l'on est en droit d'espérer une amélioration des résultats par une discrimination plus judicieuse des indications cliniques et un choix des techniques opératoires visant, pour chaque cas particulier, à parer au triple risque, qui pèse toujours sur ces malades : l'anémie aiguë, le choc et l'infection.

Les indications peuvent être tirées de l'analyse des conditions suivantes : le moment où s'impose la nécessité d'agir (pendant la gestation, en cas d'hémorragies répétées, avec rupture prématurée spontanée des membranes et menaces d'infection, indications nettes ; pendant le travail : avec dilatation d'une pièce de cinq francs, indications peu fréquentes ; avant l'effacement du col ou au début de la dilatation, indications plus fréquentes), — l'état d'anémie grave ou d'infection — la valeur obstétricale de la femme — la vitalité de l'enfant. On aura le choix entre les différentes variétés de césariennes et l'hystérectomie (après ou sans césarienne).

Bref, ce problème ne peut être résolu par une formule absolue ; c'est seulement d'une analyse clinique judicieuse qu'on doit songer à tirer pour chaque cas, l'indication thérapeutique la plus sage. (*La Pratique médicale française*, décembre 1931-A.)

### La lithiase du cystique.

A côté des études chirurgicales, le Dr Noël Fiessinger fait une étude médicale de la lithiase du cystique, et interprète les phénomènes cliniques à la lumière des constatations chirurgicales. Car il serait très important d'apporter au chirurgien un renseignement précis sur le siège exact d'un calcul biliaire : fond de la vésicule, ou siège cystique, cholédoque. On peut essayer d'avoir une opinion, souvent fragile, mais parfois précise ; elle permet d'apprécier le risque opératoire, et souvent de diriger la main du chirurgien.

Dans la forme douloureuse, il y a un calcul engagé dans le cystique ; il s'agit de petits calculs de migration, des dimensions d'un noyau de cerise au plus ; cliniquement, ceux-ci provoquent des douleurs d'une extrême violence ; après une longue période gastralgique avec crampes, apparaissent de violentes coliques sans ictère et sans fièvre ; ces coliques sont plus ou moins fréquentes, mais tendent progressivement à se rapprocher ; une altération rapide de l'état général s'ensuit, et la vie devient intolérable.

La forme à grosse vésicule apyrétique se caractérise par une vésicule distendue à la suite d'un calcul, et remplie d'un liquide clair. Dans une première étape évolutive, des coliques hépatiques apparaissent de temps en temps, tous les trois ou quatre mois, coliques franches, typiques, le plus souvent, sans ictère, parfois avec vésicule débordante, souvent avec douleur persistant quatre à cinq jours après la colique au niveau de la vésicule biliaire. Dans une deuxième étape, les coliques sont moins importantes, mais en quelque sorte plus étalées ; le malade souffre moins, mais plus longtemps, et bientôt presque toujours ; la douleur se modifie, et ressemble de plus en plus à une pesanteur douloureuse. Le symptôme dominant à cette époque est la grosse vésicule douloureuse. A celui-ci s'associent des signes d'emprunt : crises de gastralgie, troubles dyspeptiques, crampes d'estomac, indigestion. Parfois, en cours d'évolution, on observe des poussées fébriles aiguës, qui cèdent à quelques jours de glace, et qui s'accompagnent toujours d'une douleur plus grande, et d'une augmentation du volume de la vésicule. Il est fréquent d'observer alors de l'infection, avec une cholécystite aiguë.

La forme fébrile se relie souvent à la notion de la cavité close, avec oblitération calculeuse du cystique. Ces infections provoquent elles-mêmes l'engagement calculeux ; plus souvent, elles viennent compliquer une oblitération ancienne du cystique, et les formes à grosses vésicules finissent toujours par s'infecter. Afin d'éviter une fissure de la vésicule, avec mort, il faut considérer comme une règle absolue la nécessité d'intervenir dans toute grosse vésicule calculeuse, qui a été fébrile, même quand elle est refroidie, et que toute douleur a disparu ; ainsi qu'il en est pour l'appendice, on doit se comporter comme s'il y avait du pus dans la vésicule.

La forme ictérique est la plus intéressante, car on n'a pas encore assez distingué l'ictère du calcul cholédoque de l'ictère du calcul cystique. La maladie et la gravité ne sont pas les mêmes, et le médecin peut, dans le cas de calcul cystique estomper le pronostic grave que le chirurgien attache systématiquement à tout ictère calculeux, en raison de la nécessité possible d'un drainage du cholédoque.

Cette forme ictérique se rencontre dans des calculs qui siègent dans la partie la plus profonde du cystique, celle qui s'accole à l'hépatique

dans la région hépato-cystique. On peut ainsi faire le diagnostic de localisation, et guérir ces malades sans drainer les grandes voies.

Dans une première période, rien ne distingue cette forme : coliques fréquentes, douloureuses, sans fièvre, ou coliques plus longues avec persistance d'un petit état fébrile et d'une vésicule palpable, et nettement douloureuse. Il y a un léger et très court subictère à l'occasion des coliques.

Dans une deuxième période apparaissent l'ictère et la fièvre. Cet ictère ne s'accompagne pas de grands frissons comme dans l'angiocholite ; l'état général n'est pas celui d'une grande infection biliaire ; foie un peu gros et douloureux ; vésicule accessible, débordante, et douloureuse. Au bout de quinze jours, la fièvre descend lentement, les matières se colorent ; mais, si l'ictère s'efface, il reste toujours une vésicule très douloureuse. Brusquement, à la moindre occasion : émotion, repas, purgation, voyage, tout recommence avec fièvre permanente, ictère complet ; la poussée est plus longue. Le chirurgien intervient, trouve un calcul enclavé dans la profondeur d'une grosse vésicule infectée ; l'ictère disparaît avec le simple enlèvement du calcul, sans drainage des grandes voies. Bref, le diagnostic a été établi sur la permanence fébrile, la permanence ictérique, la grosse vésicule douloureuse, le bon état général relatif.

Naturellement, il existe des formes dégradées, compliquées parfois d'une hépatite satellite ; mais cette lithiase profonde du cystique se distingue de celle des calculs du cholédoque, qui, elle, présente : une atteinte rapide de l'état général avec accélération du pouls et amaigrissement progressif ; une température oscillante avec frissons, et pas de signes vésiculaires importants (vésicule non accessible et à peine douloureuse).

Toutes ces gravités évolutives font que le calcul du cystique doit de plus en plus être traité chirurgicalement. Pour consolider le diagnostic, on se basera sur l'importance de la réaction vésiculaire ; l'examen du sang ne fournit pas d'argument décisif, car la cholestérinémie, notamment, peut manquer. La radiographie peut aider au diagnostic ; mais il faut que la vésicule ne soit pas trop tendue, et la fièvre pas trop élevée ; on peut tenter une cholécystographie avec le tétraiode, à la condition qu'il n'y ait pas d'ictère empêchant considérablement l'élimination du colorant par les voies biliaires. La radiographie décèle le calcul, mais c'est la clinique qui doit le localiser. Le tubage duodénal n'apporte pas de renseignements plus précis.

Quant au traitement, il peut être médical à la première période, mais prudent, en ce qui concerne les cholalogues ; en donner à peine deux jours par semaine ; les autres jours, au début des repas un peu de belladone, et, à la fin, une poudre sucrée alcalino-terreuse. Régime surveillé ; repos, calme. Mais, fatalement, la lithiase devient ou trop douloureuse, ou fébrile, ou ictérique, et alors il faut opérer. (*Journal des Praticiens*, 12 décembre 1931.)

### Le chlorure de calcium dans les hémorragies en art dentaire

D'après le Dr Rossert, les hémorragies ont souvent en art dentaire un caractère imprévu et parfois grave par leur abondance, leur persistance ou leur répétition. Pouvant succéder à un traumatisme opératoire des plus minime, comme la simple avulsion d'une dent cariée ou d'une racine, elles sont conditionnées avant tout par le terrain spécial du sujet, par une diathèse sanguine particulière, hémophilie ou hémogénie, par une tare manifeste ou latente, le plus fréquemment d'origine hépatique.

D'autre part, ces accidents hémorragiques étant susceptibles de mettre en cause la responsabilité du médecin ou du chirurgien-dentiste et même l'exposer à des revendications judiciaires, il convient de se prémunir contre eux d'abord par un interrogatoire préalable sur une facilité anormale à saigner, car on ne peut, dans la pratique courante, rechercher dans tous les cas les seuls tests de précision qui sont le temps de saignement et le temps de coagulation.

La prophylaxie des hémorragies sera, avec tout avantage, appliquée systématiquement. Mais aucun médicament ne mérite autant de faveur que le chlorure de calcium devenu le médicament de choix, grâce à ses propriétés hémostatiques, aussi bien préventives que curatives (Carnot), qui exercent une action indiscutable sur la coagulation sanguine sans aucune réaction immédiate ou secondaire sur la tension artérielle ni sur la vaso-motricité.

Le traitement *préventif* comportera donc pendant 8 à 20 jours une absorption par la bouche de chlorure de calcium ou mieux de chloro-calcion, ainsi que le jour même de l'acte opératoire et 2 ou 3 jours après. On prescrira pour un adulte une dose de 4 gr. par jour de $CaCl^2$ par prise de 1 gr. chaque fois, et chez l'enfant 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par année. Pas de contre-indication.

Le traitement *curatif* des hémorragies, devenu par ces précautions de plus en plus rare, consistera également à donner le $Ca\ Cl^2$ à la dose de 4 gr. par jour, sans préjudice des injections de sérum et du traitement local (détersion de la plaie, tamponnement).

Avec cette méthode simple, facile, les accidents hémorragiques deviendront exceptionnels, surtout avec les *justes doses* (P. Blum) indiquées ci-dessus, et la responsabilité professionnelle du médecin ou du chirurgien-dentiste ne pourra être mise en cause. (*Journal de médecine de Paris*, 7 avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Résultats éloignés des opérations précoces dans le cancer du col de l'utérus.

(M. J.-L. Faure. — *Académie de médecine* ; 12-4-1932).

M. J.-L. Faure montre les beaux résultats éloignés obtenus par les opérations précoces dans le cancer du col de l'utérus. Il parle des cancers du col peu avancés, bien mobiles, tels qu'on les observe en général dans les deux ou trois premiers mois. Il précise sa pensée et son opinion dans la controverse des partisans de l'opération et des partisans du radium en matière de traitement du cancer du col de l'utérus. Dans les cas avancés, la curiethérapie donne souvent des résultats admirables, des améliorations, des guérisons extraordinaires. La radiumthérapie, alors, est préférable à la chirurgie. Pour les cas mauvais, inopérables, s'adresser au radium. Contre eux, du radium, encore du radium ! Dans les cas discutables, de mobilité douteuse, de limitation problématique, et en somme d'opérabilité incertaine, qui guérissent cependant dans une proportion d'environ 30 p. 100 par l'opération, il vaut peut-être mieux avoir recours à la curiethérapie encore.

Mais dans les bons cas, à col bien mobile, l'hystérectomie large procure un chiffre impressionnant de guérisons, de guérisons *définitives*. M. Faure présente la statistique de ses opérées, en ville ou à l'hôpital, pour ces dernières années. Les guérisons, remontant à plus de deux ans dépassent 90 p. 100. Ces excellents résultats tiennent à ce que le cancer du col utérin reste longtemps circonscrit, l'envahissement ganglionnaire ne se faisant que tardivement.

M. J.-L. Faure ne croit pas que le radium puisse donner de pareils résultats, du moins actuellement. Mais, si le cancer de l'utérus est celui qui guérit le mieux, il ne guérit qu'autant qu'il est opéré de bonne heure. Heureusement, il est, dès le début, facile à reconnaître, par les pertes sanguines qu'il provoque, par l'examen direct, voire la biopsie. La guérison est ici une question de diagnostic et de traitement précoces.

— M. Siredey pense, comme M. J.-L. Faure, que de tous les cancers, le plus facile à reconnaître, le plus facile à guérir, est le cancer de l'utérus. Mais ce n'est pas seulement dans les deux ou trois premiers mois de son évolution qu'il faut le traiter. C'est dans les trois ou quatre premières semaines qu'il convient de le combattre et on ne saurait trop affirmer qu'avec une surveillance attentive, cela est possible.

En effet, les premiers symptômes du cancer du col, du moins dans sa forme malpighienne la plus habituelle, sont assez caractéristiques. Ils consistent en petites pertes de sang survenant en dehors de toute douleur, à l'occasion d'un minime traumatisme du col utérin (introduction d'une canule, coït, secousses en automobile, effort violent des bras, marche un peu rapide, etc.). Il ne s'agit pas d'un suintement rosé, d'un filet sanguinolent, mais bien de sang pur, laissant une tache plus ou moins étendue sur le linge. La petite perte sanguine se reproduit facilement, dans les mêmes conditions. Lorsqu'on la constate ainsi pendant 10 à 15 jours, un examen local minutieux s'impose. Le toucher vaginal percevra une rigidité anormale du col, ou une petite saillie dure, et le doigt ramènera du sang. Une biopsie devient nécessaire et devra être renouvelée, si besoin est, après huit ou dix jours, en raison de la marche rapide de ces épithéliomas, surtout chez les femmes jeunes. Dès que le diagnostic est indiscutable, il faut instituer le traitement sans tarder.

### Les ruptures de la rate peuvent succéder à un trauma léger.

(M. Etienne Sorel. — *Société de chirurgie* ; 10-2-1932).

M. Etienne Sorel rapporte, au nom de MM. Henri Oberthur et Léo Mérigot, deux cas de rupture de la rate par traumatisme minime chez l'enfant, et quatre autres cas de rupture de la rate chez l'enfant, au nom de MM. Marcel Fèvre et Jean Armingeat.

De l'étude de ces observations, un premier fait se dégage tout d'abord : c'est qu'il suffit parfois d'un traumatisme léger pour déterminer une rupture de la rate. L'un des enfants en question avait simplement reçu d'un de ses camarades d'école, un coup de poing dans l'hypochondre gauche (le petit blessé succomba d'ailleurs à sa rupture splénique et mourut ainsi des suites d'un coup de poing donné par un autre enfant). Le second blessé avait fait une chute banale en courant. Les cas de MM. Fèvre et Armingeat concernaient des accidents plus sérieux, des écrasements par automobiles.

Il semble donc que la rate saine chez l'enfant peut se rompre avec une grande facilité et c'est une notion qu'il faut avoir présente à l'esprit quand on examine un petit malade qui a subi une contusion de l'abdomen.

Un deuxième point qui doit aussi retenir l'attention, c'est qu'il n'est pas nécessaire que la contusion porte sur la région splénique. D'ailleurs, d'une étude fort intéressante à laquelle s'est livré M. Fèvre, il résulte que les ruptures de la rate sont des lésions relativement fréquentes dans les contusions de l'abdomen. De 1927 à 1931, il y eut dans le service de M. Ombrédanne, aux Enfants-Malades, onze cas de lésions post-traumatiques des organes abdominaux :

5 fois, il s'agissait de rupture de la rate, 4 fois de lésions des autres viscères pleins, 2 fois de lésions de l'estomac.

Quels sont les signes qui, dans les observations de MM. Oberthur, Mérigot, Fèvre, Armingeat, ont eu le plus d'importance ? On a noté, au moment de l'accident, des phénomènes sympathiques (syncopes, vomissements), qui peuvent manquer. Les douleurs se sont montrées dans la région splénique deux fois et trois fois à l'épaule gauche, douleur sur la fréquence de laquelle M. Jean Quénu a insisté et que les Allemands appellent le signe de Kehr. La contracture musculaire a été constante et doit retenir l'attention. En outre, on a noté des signes d'hémorragie interne (paleur, accélération du pouls).

Les résultats de la splénectomie ont été les suivants : 4 guérisons, 2 morts.

— M. Proust dit quelques mots sur la contracture abdominale dans les ruptures de la rate. La contracture abdominale n'a pas toujours ici la netteté qu'elle offre dans les ruptures d'organes creux. Lorsque nous voyons un malade atteint d'une perforation intestinale ou d'une rupture traumatique de l'intestin, la contracture est intense. Le « ventre de bois » commande l'intervention immédiate. Dans d'autres circonstances (désinsertion traumatique de l'anse de son mésentère, rupture de la rate, etc.) la contracture peut être imprécise, et il ne faudrait pas l'attendre pour intervenir.

Les observations présentées par M. Sorrel ont, en tout cas, apporté une notion importante, en démontrant qu'il suffit d'un traumatisme très léger, en apparence insignifiant, pour faire éclater la rate chez l'enfant comme chez l'adulte. P. L.

### Diabète insipide et trouble de la glyco-régulation.

(MM. Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus. — *Soc. médicale des Hôpitaux de Paris* ; 29-1-1932).

Par définition même, toute polyurie qui ne s'accompagne pas de glycosurie ne saurait être étiquetée diabète insipide. Cependant Lecorché et Trousseau ont signalé des poussées de glycosurie intermittente ou terminale au cours de la polyurie essentielle. En présence de tels faits, et surtout si la diurèse ne dépasse pas trois à quatre litres par jour, il faudra s'assurer toujours, avant de parler de diabète insipide, qu'il ne s'agit pas d'un diabète sucré camouflé.

L'association du diabète insipide et du diabète sucré est en pratique difficile à dépister ; on pourra néanmoins l'affirmer dans certains cas, ceux en particulier où l'atteinte hypophyso-tubérienne est certaine.

Les faits relatés aujourd'hui visent à mettre en évidence l'existence d'un trouble glyco-régulateur discret chez certains sujets atteints de diabète insipide. Par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée au glucose, les auteurs ont pu mettre à plusieurs reprises en évidence une mauvaise utilisation des sucres au cours du diabète insipide.

Il est légitime d'admettre à la base du trouble régulateur une altération des noyaux tubérins, ceci en accord avec les constatations histologiques. Des faits, chaque jour plus nombreux, viennent plaider en faveur de l'origine tubérienne, sinon de tous, du moins de certains diabètes insipides, et notamment des diabètes insipides syphilitiques avec encéphalo-méningite de la base et intégrité apparente de l'hypophyse.

### Le phosphore sanguin dans la pathologie.

(MM. Marcel Labbé et Maksymilian Fabrykant. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 5-2-1932.)

La méthode de Javillier et Fabrykant a permis de doser non seulement le phosphore minéral où le phosphore total, mais également les autres fractions phosphorées, ainsi que les relations qui existent entre elles. L'étude d'un fragment phosphoré du sang à lui seul ne suffit pas pour caractériser le trouble du métabolisme phosphoré au cours des divers états pathologiques. En effet, dans tous les cas où le taux du phosphore minéral est normal, l'on peut trouver des anomalies considérables des autres composés phosphorés. De même, sous une phosphorémie totale normale peuvent se cacher des modifications profondes de certaines fractions du phosphore sanguin. Si les recherches sur le métabolisme du phosphore n'ont pas donné jusqu'ici grands renseignements, c'est que l'on s'est borné, faute de méthode convenable, à étudier surtout le phosphore minéral du sang. Or, celui-ci n'est modifié que dans quelques cas pathologiques, les troubles profonds du métabolisme phosphoré portant plus souvent sur le phosphore lipidique. Le phosphore minéral, susceptible de subir des variations notables sous l'influence de causes passagères (adrénaline, insuline, glucose, hyperpnée, etc.), ne peut dans un grand nombre de cas refléter le trouble réel du métabolisme phosphoré. L'abaissement du taux du phosphore minéral dans le sang n'est pas le témoin d'un manque de phosphore dans l'organisme et ne suffit pas à justifier l'emploi des médicaments phosphorés ; en effet, une hypophosphatémie peut coïncider avec une phosphorémie normale ou même élevée. Pour mettre en évidence le trouble du métabolisme phosphoré, il faut : 1° doser le phosphore total et ses principales fractions dans le sang, 2° établir le bilan phosphoré.

### Syndrome azotémique et hyper-chloruration.

(MM. Ch. Laubry et Thiroloix. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 5-2-1932.)

Deux observations qui offrent un point commun : la même intensité de l'azotémie ; mais elles sont différentes en leur essence. Chez l'une, il s'agit d'une azotémie digestive au cours d'une néphrite chronique saturnine ; chez l'autre rien ne témoigne d'une atteinte rénale malgré l'hypertension ; c'était probablement une azotémie par déshydratation gastro-intestinale au cours d'accidents digestifs d'ordre indé-

terminé. Mais ces deux syndromes ont également bien réagi à la thérapeutique chlorurée ; une amélioration rapide a coïncidé avec une chloruration systématique par injection intraveineuse. Dans les deux cas l'apport du sel a permis l'élimination, sinon des apports nouveaux d'urée, du moins des rétentions antérieures ; il a permis une réhydratation rapide de l'organisme, une sorte de fixation de l'eau grâce au sel introduit. Cette thérapeutique facile est sans danger. Evidemment, elle doit être complétée selon les circonstances ; dans un cas, où le syndrome azotémique était transitoire, elle a été presque suffisante à elle seule, et très rapidement un régime avec une ration normale d'albumine a pu être institué. Dans l'autre, la poussée d'azotémie aiguë accompagnait une lésion rénale en évolution ; elle s'est montrée dépendante aussi bien de la chloruration que de l'apport d'albumine en excès.

**Traitement des crises gastriques du tabès par les injections intra-veineuses de sulfate d'atropine.**

(MM. Alajouanine et Horowitz. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 5-2-1932.)

Après une expérience de trois ans, portant sur trente cas, les auteurs croient qu'il existe un traitement nouveau des crises gastriques tabétiques, qui mérite d'être signalé : l'injection intraveineuse, à des doses allant de 1 à 3 milligrammes, de sulfate d'atropine, répétées pendant plusieurs jours, s'il y a lieu ; dans certains cas, une ou deux injections seulement ont été nécessaires. Le succès a été constant, sauf 2 cas de crises gastriques subintrantes chez des tabétiques morphinomanes de longue date, chez qui d'ailleurs il était difficile de distinguer entre une crise gastrique vraie et le besoin douloureux de la morphine. Ce traitement est d'une innocuité certaine ; accessoirement , on a constaté son efficacité sur d'autres algies tabétiques, en particulier les crises paroxystiques de douleurs fulgurantes, quoique cette efficacité ait été plus aléatoire. G. F.

---

## *Lyon*

*Société nationale de médecine et des sciences médicales*

**Kraurosis vulvœ.**

M. Violet rapporte le cas d'une malade de 53 ans, opérée cinq ans auparavant d'un gros fibrome avec nécrobiose ; les deux ovaires avaient été enlevés. Elle revient avec un kraurosis s'accompagnant de prurit très pénible. On sait que cette affection survient chez la femme, à la suite d'interventions gynécologiques, ou à la suite de la ménopause et se caractérise par l'atrophie des petites lèvres, la sclérose de l'anneau vulvaire, un épaississement particulier des grandes lèvres. Un traitement radiothérapique parut d'abord donner un résultat, mais trois mois après, récidive et échec de la radiothérapie. M. Violet eut alors l'idée de pratiquer, dans chaque grande lèvre, une injection de percaïne à 1 p. 2.000 : 10 c. c. dans le tissu cellulaire souscutané et 5 c. c. dans la partie inférieure. La malade fut revue seulement au bout de deux mois complètement guérie.

**Abcès froid d'origine indéterminée.**

M. P. Sassard présente au nom de son maître M. Molin, l'observation d'une malade de 29 ans, chez laquelle des bronchites à répétition et un léger amaigrissement permettent de penser à la bacillose. Il y a trois mois, apparition d'une petite grosseur à la partie supérieure de la fesse gauche. Cette masse a grossi peu à peu et gêne maintenant la marche, sans être aucunement douloureuse. A l'entrée, au niveau du triangle de J.-L. Petit, masse irrégulière, du volume d'une tête de fœtus, nettement fluctuante, absolument indolore. En avant toute la fosse iliaque est dure et infiltrée (abcès en bissac). Une ponction au Potain retire 1 litre 200 de pus verdâtre, grumeleux. La radiographie du bassin et de la colonne, ainsi que de l'aile iliaque gauche n'a pas permis de découvrir la lésion osseuse, point de départ très probable de cet abcès froid.

**Synovite à grains riziformes des gaines digito-carpiennes.**

MM. Desjacques et Armand présentent une malade de 21 ans, sans antécédents pathologiques. Il y a deux ans, elle a commencé à voir son poignet droit augmenter de volume. A l'entrée, bon état général ; au niveau du poignet droit, on note deux tuméfactions parallèles bridées par le ligament antérieur du carpe. A la palpation, on note une fluctuation se transmettant de la partie antébrachiale à la partie palmaire de la tuméfaction. Bruit de chaînon. Pas de point douloureux. Radiographie : flou au niveau de l'os crochu, petite géode dans son apophyse cunéiforme (?) Intervention : ouverture de la gaine du fléchisseur propre du pouce qui contient de nombreux grains riziformes. Ostéite de l'os crochu dont on curette soigneusement les lésions.

**Réfection d'un toit cotyloïdien pour malformation de la hanche.**

M. Laroyenne présente une jeune fille de 21 ans qui, à 16 ans, souffrait de la hanche droite. Traitée d'abord pour coxalgie, elle consulta le Prof. Nové-Josserand qui reconnut une malformation de la hanche (emboîtement insuffisant de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde peu excavée). Les mouvements étaient limités des deux côtés, mais surtout à droite et de ce côté les douleurs rendaient la marche difficile. Intervention : on prélève des greffons sur l'os iliaque et on les interpose entre l'os iliaque et le toit cotyloïdien détaché. Plâtre laissé cinq semaines en place. Actuellement le résultat est bon ;

la malade ne souffre plus, sa hanche est solide, et si elle n'a rien gagné comme mobilité, elle n'a rien perdu non plus.

**L'exploration radiographique de la selle turcique.**

M. Arcelin insiste tout d'abord sur la nécessité d'avoir une technique parfaitement réglée, toujours la même. Les déformations pathologiques de la selle turcique se ramènent à trois causes principales : les anévrysmes artério-veineux du sinus caverneux, les adénomes de l'hypophyse, les tumeurs cérébrales situées à distance de la selle turcique. Habituellement, ce sont les signes oculaires, exophtalmie pulsatile, hémianopsie bitemporale, paralysies diverses qui amènent les malades à se faire examiner et radiographier. Avec l'instrumentation moderne, il est facile d'aborder les tumeurs de la selle turcique. En utilisant une filtration convenable, et plusieurs portes d'entrée, il est permis d'espérer atteindre efficacement ces tumeurs. Nous avons employé sans accidents quatre portes d'entrée : une frontale, deux latérales et une dernière par le sommet du crâne. Dans le traitement des adénomes de la selle turcique, nous avons observé l'arrêt du développement de la tumeur, contrôlé par la radiographie et l'examen des champs visuels.

**Syndrome de Little d'origine extra-pyramidale.**

MM. Barbier et Jarricot présentent une fillette de 4 ans 1/2, sans antécédents nerveux, ni syphilitiques. N'a eu personnellement que la rougeole et la coqueluche ; de plus, au moment de la naissance, elle aurait présenté un état de somnolence ayant duré un mois. N'a jamais marché et a toujours eu les jambes raides. A l'examen, se présente comme un syndrome de Little, mouvements athétosiques des membres supérieurs, avec spasmes d'enroulement des membres inférieurs. Réflexes tendineux normaux ; plantaire en flexion. Pas de troubles moteurs ni trophiques. Face inexpressive, la malade ne peut articuler les paroles. Revue un an après la malade s'est améliorée : elle peut se tenir debout avec l'appui d'un meuble et marcher un peu (démarche associant les troubles ataxiques et les troubles cérébelleux.)

A. C.

# Les Congrès

## Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris et Ligue française contre le rhumatisme

15 février 1932

(*Suite et fin*) (1)

DEUXIÈME RAPPORT

A. Barrau, H. Flurin, Jacques Forestier, François Françon, J. Gay.

### Les rhumatismes chroniques aux eaux minérales françaises

Après avoir défini et délimité leur sujet, les auteurs montrent l'extrême complexité des *causes* en jeu : le terrain étant préparé par des *circonstances étiologiques* (âge, sexe, hérédité, race, condition de milieu, etc.) intervient soit une *infection* (gonococcie, tuberculose, syphilis, infection focale, etc.), soit une intoxication, exogène ou endogène ; mais infection ou intoxication réalisent les rhumatismes chroniques par des *mécanismes pathogéniques* variables, infectieux, toxiques, vasculaires, endocriniens, mécaniques, nerveux, cérébro-spinaux ou sympathiques, auxquels il convient d'ajouter la réaction personnelle, arthritique, du malade. La multiplicité, le caractère souvent interchangeable de ces mécanismes chroniques pathogéniques expliquent que, pour une bonne part, les rhumatismes chroniques sont des syndromes qui peuvent ressortir à des causes différentes ; malgré cette origine disparate, les cures hydrominérales améliorent des cas de nature très dissemblable parce qu'elles agissent surtout sur les mécanismes pathogéniques.

Pour la *classification*, les auteurs se rallient à la division en *arthrites* et en *arthroses* ; mais pour les besoins de la pratique, ils donnent une catégorisation, purement clinique, en formes *algiques*, *fluxionnaires*, *ankylosantes*, *amyotrophiques*, réservant une place à part à la polyarthrite symétrique progressive (type décrit par Charcot).

Ils étudient ensuite *les stations et les techniques de cure* externes et internes, qu'il est maintenant d'usage d'associer presque partout. Puis, ils envisagent les *éléments* thérapeutiques qui agissent au cours des saisons ; facteurs climatologiques, mécaniques, physico-chimiques, biologiques. Ils insistent sur l'intérêt qu'il y a de contrôler leur efficacité par l'examen clinique et par des tests de laboratoire (urines, sang, métabolisme basal, etc.).

En terminant, ils passent en revue les différentes stations en schématisant les *indications* qui leur appartiennent vraiment en propre ; pour le tracé, ils

(1) V. *Concours médical*, n° 20.

se basent sur la notion étiologique, les formes cliniques plus haut décrites, le tempérament du malade, l'existence de complications.

### Discussion des rapports

M. Coste rappelle les propositions de MM. Bezançon et Weil de diviser les rhumatismes chroniques en formes partielles et formes généralisées symétriques ; pour le premier de ces groupes, qui est numériquement de beaucoup le plus important, leur classification en *arthrites infectieuses* et en *ostéoarthroses*, qui se rapproche à peu de chose près de la division en arthrites et arthroses, et pour le deuxième groupe, qui correspond au rhumatisme déformant généralisé de Charcot, leur conception d'une tropho-névrose reproduisant l'opinion de Teissier et Roques.

Dans son exposé oral, le Professeur Bezançon tend même à envisager un démembrement de cette forme, qui comprendrait tantôt des syndromes tropho-névrotiques, tantôt des maladies osseuses faisant songer à l'intervention des parathyroïdes, tantôt enfin des polyarthrites vraies. M. Coste discute cette conception. Quand on examine les malades au début même de leur polyarthrite symétrique, c'est-à-dire à la période la plus instructive de son évolution, on a bien l'impression qu'il s'agit, non d'une infection neurotrophique, ni d'une maladie osseuse d'origine endocrinienne, mais véritablement d'une polyarthrite dont les caractères cliniques et biologiques s'apparentent à deux autres arthrites inflammatoires.

Pour cette raison, il lui semble préférable de les réunir avec ces dernières dans un même groupe et de s'en tenir à la classification générale en arthrites et en arthroses, sans méconnaître d'ailleurs qu'elle n'a d'autre valeur que celle d'une hypothèse de travail.

M. Bezançon répond qu'une classification rigoureuse du rhumatisme chronique comme celle de MM. Coste, Forestier, Lacapère, est absolument impossible et que, dans une question aussi complexe, toute hypothèse est prématurée. Il admet les arthroses ou les ostéoarthroses dans lesquelles les troubles trophiques sont extrêmement importants, mais il se refuse à ranger dans le groupe des arthrites toutes les autres formes du rhumatisme chronique, telle que la polyarthrite symétrique progressive dont l'origine infectieuse ou secondaire n'est pas prouvée et qui lui paraît relever plutôt d'une ostéosympathose.

M. Marcel Labbé reconnaît avec MM. Bezançon et Mathieu-Pierre Weil qu'aucune classification proposée pour le rhumatisme n'a encore été satisfaisante, qu'il s'agit d'une question à reprendre complètement sur des bases cliniques, humorales et radiologiques. L'étiologie tuberculeuse et infectieuse étudiée par M. Bezançon ne s'applique qu'à un petit nombre de cas ainsi que la théorie de la « focal infection », justement critiquée par M. Coste. L'hyperuricémie n'est pas un test de la goutte, ni un signe constant, elle indique un trouble du métabolisme des nucléo-albumines en général et non de l'acide urique seul. M. Marcel Labbé insiste sur la pathogénie de l'hyperuricémie, qui ne traduit pas généralement une mauvaise élimination de l'acide urique, mais un trouble métabolique, la crise de goutte étant due à sa précipitation dans les articulations et les tissus. Le taux de la calcémie ne peut non plus servir à classer les rhumatismes, mais il peut être en rapport avec les signes de décalcification ou d'hypercalcification locales décelables pour la radiologie. Les modifications du phosphore sanguin sont des plus variables chez les rhumatisants. Quant au métabolisme basal, son étude donne peu de résultats ; elle a permis toutefois à M. Labbé de rejeter la notion du rhumatisme thyroïdien à laquelle on a attaché trop d'importance. M. Labbé admet difficilement l'origine endocrinienne du rhumatisme, en particulier son origine ovarienne ou parathyroïdienne. Il estime de même que l'on ne peut tirer aucune conclusion des études de la réserve alcaline chez les rhumatisants. Les réactions humorales ne permettent pas d'établir une base solide pour la classification des rhumatisants.

M. Etienne May fait remarquer que le métabolisme basal n'est qu'exceptionnellement observé dans le rhumatisme chronique dont l'origine thyroïdienne paraît extrêmement problématique. Par contre, il n'est pas rare d'observer une augmentation du métabolisme basal qui peut varier entre +15 et + 30%, en dehors de toute poussée évolutive fébrile. Cette augmentation du métabolisme basal ne s'accompagne jamais de signe d'hyperfonctionnement du corps thyroïde et ne doit certainement pas être considérée comme un témoignage d'hyperthyroïdie. La signification nous est encore inconnue ; mais à titre d'hypothèse, M. May se demande si elle n'indiquerait pas l'existence d'altérations nerveuses centrales. Il lui paraît très probable, en effet, qu'il existe une régulation nerveuse du métabolisme de base parallèle à la régulation par les glandes endocrines, comme cela a lieu pour le métabolisme des graisses, et peut-être pour celui des hydrates de carbone. Si cette hypothèse se vérifiait, l'augmentation du métabolisme basal prendrait place parmi les symptômes des rhumatismes chroniques d'origine tropho-neurotique.

Après avoir rendu hommage aux rapporteurs, M. J. Lacapère, en son nom et au nom du Docteur Jacques Forestier, montre qu'au fond, la classification qu'ils proposent n'est pas si éloignée de la conception qu'ils ont déjà soutenue avec M. Coste.

Pour ce qui est des arthroses, l'accord est à peu près complet, sauf en ce qui concerne leur étiologie infectieuse. Jean Lacapère préfère aux termes de monoarthrites (souvent trop étroits, quand il s'agit par exemple d'une spondylose et de polyarthrite), ceux d'arthrose et d'arthrite qui rendent plus saisissants les caractères latents, froids, insidieux des unes, les opposent à l'allure fluxionnaire, souvent fébrile, immédiatement douloureuse des autres.

D'ailleurs, la classification défendue par Jean Lacapère et Jacques Forestier repose d'après eux sur une solide assise : *clinique*, par les caractères déjà énoncés et l'existence dans les arthrites d'une tem-

pérature parfois très peu dénivelée, mais nettement au-dessus de la normale en période évolutive. *Biologique*, la réaction de Vernes à la résorcine et plus encore la recherche de la vitesse de sédimentation globulaire sont toujours négatives dans les arthroses. *Radiologique*, une arthrose dès son apparition clinique est signée par la radiographie ; une arthrite rhumatismale donne des signes cliniques avant les signes radiologiques. Enfin, la *thérapeutique* confirme la division ainsi établie et montre que les arthrites réagissent favorablement aux thérapeutiques anti-infectieuses (chrysothérapie, surveillée par la détermination bi-mensuelle de la formule sanguine ; l'apparition d'une éosinophilie au-dessous de 6 % contre-indique l'emploi de l'or). Cette médication est inutile en cas d'arthrose qui reste justifiable selon les cas des agents physiques, de l'iode, des extraits endocriniens, des cures thermales, etc.

M. Guy Laroche appelle l'attention sur la cellulite isolée ou associée à l'une quelconque des formes de rhumatisme. Lorsqu'elle est peu accentuée, elle offre peu d'indications spéciales et on peut jusqu'à un certain point, diriger les malades vers les cures hydrominérales qui sont indiquées par l'affection dominante sans se préoccuper de la note cellulitique. Il n'en est pas de même lorsque la cellulite est douloureuse et devient par là à juste titre un sujet de préoccupation pour le malade et le médecin. En période aiguë, ces sujets ne doivent pas être envoyés aux cures hydrominérales, ils ne sont justiciables que du massage spécial pour la cellulite, suivant la méthode de Brandt et Stapfer.

Passée la phase aiguë, on devra rechercher la cause de la cellulite et adresser les malades à des stations hydrominérales qui varieront selon cette cause. On trouve parmi les cellulitiques : des auto-intoxiqués, des hépatiques, des entéritiques, des goutteux, des sujets atteints d'affections pelviennes, etc. On dirigera les malades sur les stations indiquées par l'élément pathogénique qui paraîtra prédominant.

A propos de la communication de M. Guy Laroche sur le traitement des rhumatisants et en particulier de ses manifestations cellulitiques, M. Dausset signale l'existence à l'Hôtel-Dieu d'un centre de traitement physiothérapique du rhumatisme extrêmement actif où il se fait depuis vingt ans du massage de la cellulite tel que le préconise M. Guy Laroche.

Mais ce n'est pas le même procédé utilisé par ce centre contre la cellulite ; l'infra-rouge en séances très prolongées, les bains de lumière généraux et locaux, l'hydrothérapie chaude et froide sont des moyens qui viennent aider le massage et parfois même peuvent le remplacer. D'après une expérience qui porte sur des milliers de malades, le traitement par des agents physiques paraît absolument nécessaire dans la plupart des cas de rhumatismes ; s'ils ne guérissent pas seuls, ils sont, du moins, des adjuvants très utiles pour améliorer plus rapidement les malades ainsi qu'on le constate dans les stations thermales.

Il y aurait donc intérêt à créer plusieurs centres de physiothérapie comme celui de l'Hôtel-Dieu dont les dimensions sont trop réduites pour soigner le nombre des malades très considérable qui s'y présentent ; il y aurait lieu aussi de compléter les installations physiothérapiques déjà existantes dans nos villes d'eaux spécialisées dans le traitement des rhumatismes.

M. Jacques Forestier n'a jamais constaté de cas de cellulalgie aiguë, mais il a observé des formes intenses évoluant parfois avec des paroxysmes, mais en fait essentiellement chroniques. Il s'associe aux réserves faites par M. Guy Laroche en face de ces formes intenses pour lesquelles le pétrissage exacerbe les douleurs, mais il ne partage pas son opinion quant aux applications thermales sédatives qui, non seulement n'aggravent pas ces malades, mais augmentent considérablement l'efficacité du massage spécial approprié à la cellulite. En ce qui concerne Aix, le D^r^ Higgims, de Londres, qui est un éminent massothérapeute, a pu, il y a quatre ans, initier à ces « manipulations » spéciales du tissu cellulaire un certain nombre de masseurs et de masseuses ; depuis cette époque, les résultats obtenus à Aix dans les cellulalgies ont été considérablement améliorés.

M. Teulon-Valio expose à nouveau des faits étudiés en 1930, dans un mémoire à l'Académie de médecine et, l'an dernier, dans une communication sur les arthropathies diabétiques à la Société de dermatologie et de syphiligraphie. L'eau d'Uriage à son émergence, en injection intra-tissulaire, qui n'exerce aucune action favorable à l'égard du rhumatisme aigu ou subaigu sous la dépendance d'une infection définie ou anonyme, possède la plus surprenante efficacité dans le traitement des manifestations les plus diverses du rhumatisme chronique diathésique. Ce sont les arthrites sèches mono ou poly-articulaires, mais gardant toujours la physionomie des troubles limités au niveau des jointures sans retentissement accentué sur l'état général, qui relèvent de cette thérapeutique.

Pour M. Teulon Valio, les manifestations articulaires congestives du rhumatisme chronique sont déterminées par des réactions de sensibilisation se produisant au niveau des jointures. L'eau d'Uriage à son émergence, introduite dans le milieu vital par les modifications qu'elle apporte au déséquilibre humoral qui conditionne le rhumatisme chronique diathésique, possède un pouvoir antianaphylactique qui empêche ces réactions de se produire.

MM. les rapporteurs ayant souligné tout l'intérêt des bains d'étuves, M. Molinéry a présenté une courte note sur la peau émonctoire sudoral chez les rhumatisants « traités au radio-vaporarium sulfuré » de Luchon. L'examen de la sueur a été pratiqué pour dix malades par M. le Prof. Maurin de Toulouse, pour sept autres, par M. Texier, de Limoges, et enfin chez cinq malades par les laboratoires Carrion.

M. Molinéry rappelle que M. Maurin, au cours d'une communication toute récente, montre l'intérêt de ces

examens et la richesse fort importante de l'élimination des chlorures et de l'urée ; en particulier phosphates, ammoniaque, azote total, méritent de retenir l'attention dans cette élimination sudorale. Enfin, la présence notable, dans certains cas, de substances réductrices (vraisemblablement de glucose) appelle une discussion qui peut être du plus vif intérêt. L'acide urique par contre et le cholestérol sont, dans ces excès, en très petite quantité comme l'avaient déjà publié MM. Grigaux et Schneider.

M. Gomma estime qu'il serait extrêmement utile que « la Ligue contre le rhumatisme » puisse fournir aux stations thermales peu outillées et ne disposant pas de moyens financiers puissants, les laboratoires permettant d'étudier sur place les variations des réactions biologiques chez les rhumatisants et cela pendant toute l'évolution de la maladie. L'étude des réactions biologiques au début même des cures, en période de crise thermale comme à la fin des traitements dont l'expérience montre la remarquable activité, serait des plus profitable, mais elle ne peut se faire que dans les conditions de la clinique hydrominérale, elle nécessite l'envoi aux stations de techniciens et de matériel de laboratoire.

M. Bezançon souligne l'intérêt de cette proposition et estime sa réalisation possible par la collaboration des médecins hydrologues et de la Ligue du rhumatisme.

M. Martiny souligne que, dans les algies primitives (sciatiques, névralgies intercostales), dans les myalgies (lumbagos, torticolis), affections fréquentes chez les adultes encore jeunes , il n'est pas rare de constater chez ces sujets atteints d'un trouble d'une banalité courante, les séquelles souvent anciennes de tuberculose guérie. La sédimentation globulaire est quelquefois accélérée ; plus rarement, la réaction de Vernes à la résorcine est positive. En dehors de la crénothérapie et du traitement classique, M. Martiny a obtenu des améliorations par la tuberculine administrée à des doses infinitésimales par injection sous-cutanée et même par voie buccale. L'amélioration, en général rapide après une dose, est quelquefois précédée d'une aggravation médicamenteuse qui semble avoir un caractère spécifique.

M. Bezançon rappelle, à propos de l'intervention de M. Martiny, que Landouzy avait déjà souligné l'importance de la sciatique chez les rhumatisants.

M. Baqué signale une erreur dans le deuxième rapport au sujet de Luchon. Le débit n'en est pas de 50.000 litres par jour, mais de 1.200.000 litres dont 600.000 d'eau sulfureuse thermale ou hyperthermale et 600.000 litres d'eau sulfureuse froide à 29° pour la seule source François.

M. Sérane rectifie quelques erreurs au sujet de Saint-Nectaire parues dans le deuxième rapport. Il ne s'agit pas d'eau chlorurée bicarbonatée légèrement chaude, mais plutôt, en ce qui concerne le groupe des sources hyperminérales, d'eau polymétallique, à température s'étageant de 15° à 52°. Les rapporteurs ont omis, d'autre part, la source « oligométallique » des Granges, cependant constamment utilisée à la station tant comme eau de lixiviation que pour la cure de diurèse.

Enfin, dans les stations dont sont justiciables les rhumatisants avec complications, il faut faire figurer Saint-Nectaire en cas d'insuffisance rénale. La spécialisation de cette station dans les seules albuminuries est une notion incomplète ne correspondant plus aux données de la clinique hydrologique moderne. M. Sérane rappelle ses travaux sur l'indication de Saint-Nectaire à la phase prémonitoire de l'azotémie et dans les azotémies d'alarme, indication s'appuyant sur une longue série d'épreuves de laboratoire et d'observations cliniques et à laquelle concourt la mise en œuvre de tous les moyens thérapeutiques dont l'ensemble constitue la cure de Saint-Nectaire.

M. Bénabu souligne que, dans la classification des stations thermales utilisées chez les rhumatisants, il faut faire une place spéciale aux stations radioactives (type Evaux-les-Bains, Creuse). Le radon, merveilleux sédatif de la douleur, est particulièrement indiqué dans le traitement de toutes les algies ; régulateur du sympathique, il équilibre et harmonise les fonctions endocriniennes. Absorbé par la peau (bains), la muqueuse pulmonaire (bains de vapeur), la muqueuse intestinale (irrigation), il est encore employé en boisson, ce qui classe ces stations parmi les plus rares qui distribuent aux malades, en même temps, la cure externe et la cure interne.

J. Serane.

## A PROPOS DU TRAITEMENT DES ANÉMIES DE L'ENFANT

La thérapeutique des anémies est entrée dans une voie particulièrement féconde en résultats heureux à la suite des travaux fondamentaux de Wipple, Minot, Cohn, Castle, Wilkinson, Lambin, Shnapfer, des recherches de Soula et J. Tapie , confirmés par les travaux d'Hederer, enfin des expériences de Fontés-Thivolle, si riches d'enseignements et de promesses. Le traitement des anémies infantiles n'a pas été sans bénéficier de ces techniques modernes dont le but est, en dernière analyse, de fournir à l'économie les matériaux véritablement nécessaires à l'élaboration des stromas globulaires.

A propos des syndromes anémiques observés cours de la deuxième enfance, il n'est pas sans intérêt d'opposer l'infidélité de l'hépatothérapie, souvent observée dans les formes graves et qui relève soit de l'anorexie du sujet, soit de l'inefficacité de certains extraits hépatiques aux beaux succès obtenus, dans les formes moyennes ou même de pronostic sévère, par certains extraits d'organes et par le traitement du rachitisme. On sait combien ce dernier a été favorablement influencé par la thérapeutique des stérols fraîchement irradiés, de l'actinothérapie et des extraits spléniques. L'importance de ces derniers facteurs est véritablement capitale. Les travaux de l'Ecole toulousaine ont en effet montré : le rôle prépondérant de la rate dans le trophisme et le développement statural des jeunes sujets, la haute valeur ostéophylactique des extraits de lipides spléniques (principalement de l'insaponifiable X), dont l'action stimulante dans l'élaboration des stérols organiques mérite d'être soulignée, enfin leurs propriétés hématopoïétiques qui leur confèrent, dans le traitement des syndromes anémiques en général, un rôle de premier plan. Ce sont ces dernières, que nous avons étudiées dans une série d'observations recueillies en majeure partie dans le service de pédiatrie de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, et dont nous détachons les suivantes :

OBS. 1. — *Anémie splénique chez un rachitique.* — Jean T..., jeune enfant âgé de 28 mois, pâle, amaigri atteint de rachitisme avec déformations craniennes et tibiales typiques et qui présente de plus des troubles digestifs très marqués. Il est né à terme d'une mère qui paraît saine. Nourri au sein pendant trois mois, puis allaitement artificiel. Depuis quelques mois déjà, l'appétit diminue, l'enfant présente des troubles gastro-intestinaux et perd ses couleurs.

EXAMEN CLINIQUE : Sujet pâle et amaigri ; les muqueuses sont décolorées. Il existe une micropolyadénopathie à peu près généralisée. Le foie est un peu gros et dur, la rate nettement augmentée de volume. Le ventre paraît météorisé. Pas de fièvre, T. : 36,5 La cutiréaction et la réaction de Bordet-Wassermann sont négatives. Les troubles digestifs s'accentuent rapidement malgré le régime. L'anémie progresse. L'enfant qui vomit la plupart de ces tétées devient rapidement cachectique.

EXAMEN HÉMATOLOGIQUE :

| | |
|---|---|
| Hémoglobine | 60 % |
| Hématies | 2.500.000 |
| Leucocytes | 11.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Formule leucocytaire | Polinucléaires : 20 % | Neutrophiles | 19 |
| | | Eosinophiles | 1 |
| | | Basophiles | 0.5 |
| | Mononucléaires : 80 % | Moyens mono. | 40 |
| | | Grands mono. | 10 |
| | | Lymphocytes. | 30 |

Hématies nuclées : rares, 1 à 2 %.

Hématies déformées, de taille variable avec basophilie.

Plaquettes rares.

Il semble qu'il s'agisse d'une anémie splénique et à tendance pernicieuse, avec hypopolynucléose mais sans leucopénie.

TRAITEMENT : Foie cru (mal toléré), puis extraits de foie 6 ampoules par jour. Sérum de Ringer Locke et huile camphrée. Quelques jours plus tard, irradiations par Uvéthérapie. Les résultats sont véritablement médiocres.

Une semaine après : splénothérapie (1/2 cuillerée à café matin et soir d'extraits spléniques) et actinothérapie.

Au bout d'un mois environ, amélioration de l'état général extrêmement net. Appétit meilleur. Téguments et muqueuses se recolorent. Au bout de 6 semaines l'examen hématologique donne les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Hémoglobine | 80 % |
| Hématies | 4.250.000 |
| Leucocytes | 7.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Formule leucocytaire | Polinucléaires : 30 % | Neutrophiles | 29 |
| | | Eosinophiles | 1 |
| | | Hématies nuclées | 1 % |
| | Mononucléaires : 70 % | Moyens mono | 40 |
| | | Grands mono | 10 |
| | | Lymphocytes | 20 |
| | | C. de Turck . | 1 à 2 % |

L'amélioration dure trois mois environ. Après cette période, l'enfant est pris, dans les mois sui-

vants, de troubles digestifs aigus et succombe au cours d'une broncho-pneumonie.

.........................................................

Obs. 2. — *Anémie chez une rachitique avec crise de tétanie.* — Julie V..., jeune enfant de 3 ans 1/2. Ses parents viennent consulter à cause de fortes crises convulsives qui auraient fait leur apparition depuis peu de temps.

Il s'agit d'une fillette, d'aspect floride avec rachitisme ( déformations craniennes et tibiales prononcées).

Elle présente des crises tétaniformes avec déformations de la main de type classique et signes de Chvostek positifs. Le foie est un peu gros, la rate est percutable sous le rebord costal. L'abdomen est globuleux et légèrement déformé. L'enfant est pâle : les muqueuses conjonctivales apparaissent légèrement décolorées. Les crises sont rares.

Examen hématologique :

| | |
|---|---|
| Hémoglobine | 70 % |
| Hématies | 3.900.000 |
| Leucocytes | 12.500 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Formule leucocytaire | Polynucléaires : 51 % | Neutrophiles | 44 |
| | | Eosinophiles | 3 |
| | | Basophiles | 2 |
| | Mononucléaires : 49 % | Lymphocytes | 32 |
| | | Moyens mono | 9 |
| | | Grands mono | 6 |
| | | C. de Turck | 2 |

Traitement : Consiste en applications de rayons U. V. et un peu plus tard le traitement est repris par l'extrait de lipides spléniques (une cuiller à café matin et soir).

Après 6 semaines de traitement environ, l'état général est excellent, les crises convulsives et les contractures ont entièrement disparu. L'amélioration est indiscutable. Au point de vue sang, les résultats de l'examen sont les suivants :

| | |
|---|---|
| Hémoglobine | 90 % |
| Hématies | 4.600.000 |
| Leucocytes | 8.500 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Formule leucocytaire | Polynucléaires : 58 % | Neutrophiles | 54 |
| | | Eosinophiles | 3 |
| | | Basophiles | 1 |
| | Mononucléaires : 42 % | Moyens mono | 26 |
| | | Grands mono | 10 |
| | | Lymphocytes | 6 |

.........................................................

Obs. 3. — *Anémie et parasitisme intestinal.* — Georges L..., enfant de 5 ans 1/2 ayant présenté à plusieurs reprises des troubles digestifs intenses, caractérisés par des vomissements, de la diarrhée alternant avec des périodes de constipation prolongées, de l'obstruction intestinale et des signes nerveux polymorphes (contractures et petites crises convulsives).

Il est atteint depuis quelques jours de troubles laryngés qui ont fait craindre l'évolution d'un croup « d'emblée ». En réalité, il s'agit de laryngite striduleuse, les examens de la gorge et les recherches bactériologiques demeurant négatifs. D'ailleurs, dès le lendemain, l'enfant vomit, au cours d'une forte crise de suffocation, un gros ver intestinal du type ascaris.

Le traitement classique est institué (santonine, calomel, lavements) et, les jours suivants, de très nombreux parasites sont expulsés.

Mais la pâleur persistant du sujet, la splénomégalie modérée, que révèle l'examen clinique, font pratiquer un examen du sang.

Examen Hématologique :

| | |
|---|---|
| Hémoglobine | 70 % |
| Hématies | 3.850.000 |
| Leucocytes | 12.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Formule leucocytaire | Polynucléaires : 83 % | Neutrophiles. | 77 |
| | | Eosinophiles. | 1 % |
| | | Basophiles | 0.5 |
| | | Myélocytes | 5 % |
| | Mononucléaires : 17 % | Lymphocytes | 5 |
| | | Grands mono | 3 |
| | | Moyens mono | 9 |

Hématies nuclées...... 1 %

L'examen des selles ne révèle pas la présence de sang mais fait découvrir des œufs d'ascaris et d'oxyures. Après traitement antiparasitaire, on donne de l'extrait hépatique et du fer, puis le sujet est traité par uvéthérapie et par l'extrait splénique (2 cuillerées à café par jour).

Le malade est revu 4 semaines après.

L'examen du sang indique une amélioration extrêmement marquée du syndrome anémique qui est totalement amendé .L'état général demeure excellent.

Examen hématologique :

| | |
|---|---|
| Hémoglobine | 90 % |
| Hématies | 4.750.000 |
| Leucocytes | 7.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Formule leucocytaire | Polynucléaires : 65 % | Neutrophiles. | 63 |
| | | Eosinophiles. | 2 |
| | Mononucléaires : 35 % | Lymphocytes | 20 |
| | | Moyens mono | 12 |
| | | Grands mono. | 3 |

### Conclusion

L'étude de ces observations permet quelques remarques intéressantes au point de vue hématologique.

Dans tous les cas que nous venons d'étudier, nous avons observé, à la suite du traitement par l'extrait lipidique de rate associé à l'uvéthérapie, une amélioration extrêmement nette du syndrome anémique ainsi que des variations importantes du taux des globules blancs et de la formule leucocytaire.

Ces modifications favorables sont caractérisées par :

1° Un relèvement de l'hémoglobine sanguine, qui, du taux de 65 % dans la moyenne des cas observés avant tout traitement, remonte à 90 % (Tallqvist).

2° Une augmentation constante du nombre des hématies. Le chiffre de ces dernières passe, en effet, de 3.700.000 en moyenne à 4.600.000 par millimètre cube, au bout d'un laps de temps variant de quatre à six semaines.

5° Une amélioration du rapport $\frac{R}{N}$, dont la valeur primitive 0,86 atteint rapidement 0,97 et se rapproche ainsi sensiblement de l'unité. Toutes ces modifications ne s'accompagnent pas, en général, de signes de myelémie.

D'autre part, il semble bien que l'extrait lipidique de rate, associé à la thérapeutique par les rayons ultra-violets, agisse de la façon d'un régulateur sur la leucocytose sanguine. On observe, en effet, dans tous les cas comportant une leucocytose initiale : une diminution globale du chiffre des globules blancs, particulièrement nette en fin de traitement, accompagnée de modification de la formule leucocytaire en faveur d'une mononucléose sanguine. Il convient, d'ailleurs, de préciser que ces variations sont au profit des éléments mononuclés et, plus particulièrement, chez le jeune enfant, de moyens mononucléaires.

EN RÉSUMÉ : On peut affirmer que les extraits de lipides spléniques possèdent chez les enfants en bas-âge une double action favorable sur le facteur hémoglobique et globulaire de l'anémie, quelle que soit d'ailleurs l'origine de cette dernière (toxi-infectieuse, parasitaire, rachitique).

De plus, leucopoïèse et formule leucocytaire sont heureusement influencées par l'extrait de rate, qui détermine une diminution du nombre des globules blancs et un meilleur équilibre de la formule leucocytaire au profit des moyens mononucléaires.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que cette action favorable sur l'appareil hématopoïétique coïncide, dans la plupart des cas, avec une amélioration des plus nettes de l'état général ; cette dernière met en relief la valeur eutrophique de la splénothérapie. Elle se traduit par un accroissement constant du poids, un appétit meilleur et enfin une action des plus heureuses sur l'évolution des troubles osseux (1).

Dr L.-R. BOUNHOURE,
Chef de Laboratoire à la Faculté de Toulouse.

(1) Communication à la *Société d'hématologie* (Paris, 3 fév. 1932).

## Les Livres

JOUVE et Cie, éditeurs,
15, rue Racine, 15. Paris. 1930.

Dr J. GODONNÈCHE (de la Bourboule). — **Réactions de cure. Crises thermales à La Bourboule.**

Les crises thermales et les réactions de cure à la Bourboule, les premières désignant les troubles plus ou moins intenses occasionnés par *le traitement*, les troubles médicaux quelconques survenus *durant ce traitement*, sont inconstantes, mais d'une fréquence relative. Elles atteignent tout âge et l'un ou l'autre sexe ; elles affectent particulièrement les sujets présentant des manifestations locales, pulmonaires ou cutanées surtout, d'un état constitutionnel morbide.

Les sujets atteints le sont plutôt au cours de la 2e ou 3e semaine de la saison (parfois ils le sont au retour à domicile). A la Bourboule, *les symptômes généraux* sont vagues, mais *les symptômes locaux* apparaissent plus nettement. Ils peuvent porter sur n'importe quel appareil organique, mais de préférence *sur le poumon et la peau.* Et l'on assiste le plus fréquemment à des crises d'asthme, à des poussées bronchitiques, à des poussées d'eczéma, de prurigo, d'intensité, de durée extrêmement variables. Ces manifestations coexistent ou se trouvent isolées. Suivant les années de cure, chez un même sujet, la réaction peut être analogue — c'est le cas général — ou différente.

Certaines réactions de cure sont dues soit à des coïncidences, soit à des causes évidentes (refroidissements, écarts de régime). Mais beaucoup d'autres ne peuvent s'expliquer que par une « *crise thermale* ».

L'existence des « crises thermales » est bien réelle. Pour les diagnostiquer, il faut se baser sur un véritable syndrome qui englobe les caractères cliniques de leur apparition et de leur évolution. Elles ne sont pas absolument nécessaires à l'amélioration ou à la guérison du sujet, mais leur pronostic, loin d'être mauvais, est plutôt favorable, l'expérience clinique le démontre.

*Quelle thérapeutique suivre en présence d'éventualité ou de réalité de réactions de cure ?*

D'abord, il ne semble pas qu'il y ait intérêt à rechercher systématiquement la « crise thermale » puisque le malade peut être amélioré sans elle. Il n'y a qu'à laisser se produire l'évolution naturelle. Si la réaction, la crise se manifeste, il y a lieu simplement *de la modérer* autant que possible, d'abord afin d'éviter des désagréments au malade, ensuite afin de ménager ses forces.

*a*) Dès qu'apparaissent les premiers malaises, toux, poussée cutanée par exemple, il est nécessaire de redoubler de prudence, en recommandant d'éviter tout ce qui *en dehors du traitement thermal* pourrait encore compliquer l'état : refroidissements, etc ... L'hygiène et la diététique seront surveillées. En ce qui concerne *le traitement*, on pourra diminuer temporairement son intensité par des pratiques moins longues ou moins fréquentes ou d'une posologie différente. Tout cela n'exclut point quelques remèdes médicaux : pour les pulmonaires, révulsion, potions eupnéiques, béchiques, expectorantes suivant les cas ; pour les dermopathes, pommades ou pâtes décongestionnantes, etc ... Si l'état demeure apyrétique, en général il n'est pas besoin d'autres mesures thérapeutiques. Le malade n'est pas contraint à l'arrêt et quand la réaction tombe, il est à nouveau possible de poursuivre le cours normal, habituel pour un sujet moyen, du traitement thermal.

*b*) S'il y a fièvre, si la crise est plus forte, alors il faut se résigner à l'alitement passager, soigner plus sérieusement encore et par les remèdes usuels la bronchite ou la crise d'asthme ou la poussée d'entérite. Après guérison, on reprend le traitement interrompu, exception faite pour des cas très rares de sujets affaiblis. Il convient d'ajouter et de redire encore que ces cas n'impliquent point un pronostic fâcheux. Il semble qu'une crise, *même après plusieurs jours seulement de cure*, ait suffi à vacciner plus ou moins parfaitement le malade.

ÉDITIONS DE « LA VIE SAINE »,
36, rue des Artistes, Paris (1er).

Lucien VIBOREL. — **La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale.** (Un vol. Prix : 100 fr.)

Cet ouvrage, qui a été couronné par l'Institut de France et par l'Académie de médecine, constitue un véritable Manuel pratique d'éducation populaire et de propagande en faveur de la santé publique.

Il contient, outre une préface de M. le Professeur Calmette, de l'Académie de médecine, et une introduction de M. Louis Forest, l'exposé de la doctrine de la propagande d'hygiène sociale, la liste détaillée de tous les moyens d'éducation hygiénique et de propagande contre les maladies sociales : imprimés, films, textes de conférences, ainsi que des modèles d'articles de presse, de conférences, de causeries radiophoniques, etc.

GUILLEMOT et DE LAMOTHE,
11, rue du Cail, Paris 10e.

D. H. HERSCOVICI. — **Héliothérapie. Rayons ultra-violets-infra-rouges.** (Une brochure, 83 pages.)

Après avoir exposé les notions élémentaires sur la lumière, les théories sur la lumière, les propriétés des rayons ultra-violets, des infra-rouges, l'auteur étudie la technique des irradiations. Il passe ensuite en revue les applications pratiques de l'actinothérapie dans les différentes affections, classées par ordre alphabétique.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Librairie LEVIN-MUNKSGAARD,
6, Norregade, Copenhague.
et Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

KNUD SECHER, médecin-chef à l'hôpital de Bispebjerg (Copenhague). — **Traitement de la tuberculose par la sanocrysine.** Un vol. in-16, 110 pages, 21 fig. Prix : 25 fr.

Imprimerie « LA VAGUE »
Place des Halles, Pornic.

Docteur DARDELIN. — **Saint-Brévin.** Un vol. 168 pages, 1 carte. Prix : 5 fr.

Imprimerie Georges FRÈRE.
à Tourcoing.

**Une démonstration d'hygiène sociale.** — A la Mémoire de Gustave DRON, Maire de Tourcoing, sénateur du Nord. (Une broch. 104 pages, avec figures).

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité professionnelle

#### CORRESPONDANCES

I

#### Assurances sociales

**Comment faut-il comprendre le délai de six mois après lesquels les prestations cessent d'être dues pour la même maladie**

Je serais très heureux d'avoir votre avis sur les points suivants, concernant l'application des Assurances sociales, et sur lesquels je suis en désaccord avec les caisses.

*a*) Que doit-on entendre par les mots « première constatation médicale » ?

Certaines caisses interprètent ainsi ces mots : La première fois qu'un assuré social est vu par un médecin constitue la première constatation médicale; si donc un assuré social consulte un médecin le 1er janvier (même une seule fois, même s'il continue à travailler et à cotiser), le 30 juin de la même année, étant arrivé à expiration du délai de six mois que lui accorde la loi, il est forclos de ses droits. Si donc, il vient à consulter à nouveau un médecin, il ne pourra toucher de nouvelles prestations que s'il fournit un certificat médical de son médecin traitant constatant qu'il ne s'agit pas de la même affection.

Jusqu'à présent, je me refuse à délivrer un tel certificat (je ne sais si je suis le seul médecin de Seine-et-Oise à faire ainsi, comme le prétend une caisse) et voici mes raisons :

1° J'ai lu dans le *Concours médical* une réponse du ministre à une question posée par le Docteur Régis, disant que : « Le bénéfice de l'assurance-maladie ne peut plus être, en effet, invoqué pour une maladie qui se prolonge au delà de six mois, quelle que soit sa durée, à moins que, considéré comme guéri, le malade ne fasse après deux mois une rechute. Dans ce cas, il pourrait bénéficier, comme s'il s'agissait d'une maladie nouvelle, d'une nouvelle période de six mois de prestation, à condition de remplir à ce moment les conditions légales de versement... » (*J. O.* du 12 décembre 1931.)

Il n'y aurait donc pas lieu de s'inquiéter s'il s'agit de la même ou d'une autre affection.

2° D'ailleurs, pour fournir un tel certificat, il serait nécessaire de tenir à jour un fichier de diagnostics de tous les malades que nous voyons. Sans compter que si le malade a été vu primitivement par un autre médecin, nous ne pourrions avoir aucune précision.

3° Si même ce contrôle était utile aux caisses, je ne crois pas que ce soit au médecin traitant qu'en incombe le soin, mais bien aux médecins contrôleurs de la caisse.

4° Il nous serait bien difficile parfois d'affirmer ou de nier qu'il s'agit d'une même affection. Exemple : Il peut arriver de soigner une malade pour une salpingite droite, puis six mois ou un an après, de la soigner et de la faire opérer pour une appendicite. Ce sont deux maladies bien distinctes, mais au moment de l'intervention, on s'apercevra que la pseudo-salpingite était déjà de l'appendicite. Si j'ai fait antérieurement un certificat établissant la dualité des deux affections, est-ce que la caisse ne m'accusera pas à ce moment de complicité avec ma cliente pour esssayer de lui extorquer des prestations indues ?

Autre exemple : un malade fait un jour une arthrite tuberculeuse et six mois après une pleurésie. Est-ce ou n'est-ce pas la même maladie ?

5° Enfin, ce certificat qui a l'air bien anodin n'est dans l'idée des caisses qu'un pis-aller. Il ne constitue pas à proprement parler une violation du secret professionnel, mais c'est déjà une légère entorse à ce fameux secret, attaqué par elles d'une façon encore plus directe.

*b*) Devons-nous répondre aux demandes de renseignements émanant des médecins contrôleurs des caisses ?

J'ai reçu plusieurs fois, de la part d'un médecin contrôleur, des demandes de renseignements concernant des malades assurés sociaux.

Cela se présentait de façon très courtoise : « Voudriez-vous avoir l'amabilité de me faire connaître pour quelle maladie vous avez soigné M. X... de telle date à telle date ? »... « Naturellement sous

le sceau du secret professionnel »... « Cela facilitera le paiement des prestations à votre client »... et enfin : « cela lui épargnera un déplacement long et coûteux ».

J'ai répondu que le secret professionnel m'interdisait de révéler à qui que ce fût mes diagnostics. Deux jours après, le client reçoit une lettre ainsi conçue : « Votre médecin traitant refusant de nous donner les renseignements qui nous sont indispensables, il ne nous est pas possible de vous régler... »

Ne pensez-vous pas qu'il y a là un double abus de la part des caisses :

1° Lorsqu'elles réclament un diagnostic alors qu'elles savent que le médecin traitant doit le leur refuser ?

2° Lorsque, refusant de payer les prestations dues au malade, elles en rejettent la responsabilité sur le médecin traitant ?

Mais alors que devient la charte du Corps médical : « entente directe, respect du secret professionnel, libre choix » ?

Le secret professionnel, nous venons de le voir, est foulé aux pieds ; le libre choix risque fort de le suivre, car le malade qui reçoit une pareille lettre s'empresse, s'il le peut, de trouver un médecin plus « complaisant », qui lui délivre tous les certificats réclamés par l'administration.

J'espère que vous voudrez bien me dire si je suis dans le vrai ou dans le faux ; si j'applique correctement la loi, et dans ce cas, quels moyens d'action nous pourrions avoir pour faire cesser un état de choses qui ne peut qu'être préjudiciable à la corporation tout entière.

Dr C.

### Réponse

Il faut comprendre le délai limité de six mois, durant lequel les prestations sont dues à un assuré social, *pour la même maladie*, comme s'appliquant, durant six mois, à toutes les manifestations de celle-ci, soit qu'elles se poursuivent sans interruption, soit qu'elles soient interrompues par des périodes de santé apparente, ne nécessitant pas l'intervention du médecin, pourvu que ces périodes d'accalmie ne dépassent pas elles-mêmes deux mois. Ce délai est, en effet, calculé à partir de la première constatation médicale, qui est évidemment liée à la première prestation médicale fournie pour une maladie déterminée, dans le cadre de l'assurance-maladie.

Si cette première constatation a eu lieu le 1er janvier et qu'elle ait été unique, non suivie d'autres prestations, elle ne marquerait le début du semestre qu'au cas où d'autres prestations, pour la même affection, seraient fournies avant le 1er mars. Dans votre hypothèse, l'assuré social, visité une fois le 1er janvier, ne serait pas forclos de ses droits le 30 juin suivant, et il aurait droit à toutes ses prestations si ce même jour, il recourait de nouveau à son médecin pour la même affection qui aurait motivé l'intervention de celui-ci, une fois, le 1er janvier.

Le même raisonnement s'applique à l'hypothèse que vous envisagez d'autre part, d'une femme soignée d'abord pour une salpingite et qui, *six mois plus tard*, serait opérée d'appendicite, alors même que celle-ci existait déjà six mois avant et avait été prise pour une salpingite. D'ailleurs, ce ne sont pas ces cas aigus que la loi a voulu envisager, mais les affections chroniques, de longue durée, dont les victimes bénéficieront d'ailleurs, à partir du 1er juillet prochain, de l'assurance invalidité.

Un assuré social est atteint d'une pleurésie qui évolue en quatre semaines et est cliniquement guérie. Six mois plus tard, il présente les symptômes d'une arthrite tuberculeuse ; il a parfaitement droit à toutes ses prestations à l'occasion de cette nouvelle affection ; mais si les soins qu'elle réclame se répartissent sur six mois consécutifs, ses droits cesseront à l'expiration de ces six mois.

Ce n'est pas au médecin traitant de renseigner la Caisse sur l'identité des divers troubles pathologiques pour lesquels il aura donné ses soins à un assuré social pendant six mois. La Caisse possède en effet son contrôle médical propre qui doit le faire. Si un désaccord surgissait cependant entre la Caisse et l'assuré concernant son état, il pourrait être soumis à la Commission technique prévue au par. 3 de l'article 7, et qui est composée du médecin traitant, du médecin de la Caisse et d'un troisième médecin nommé par le juge de paix. Dans cette éventualité, je ne vois pas comment le médecin traitant, qui fait partie légalement de cette Commission où il figure pour défendre les droits de son client, pourrait se refuser à discuter techniquement avec ses confrères.

Lorsque des renseignements sont demandés par le médecin contrôleur de la Caisse au médecin traitant d'un assuré social affilié à celle-ci, la Confédération des Syndicats a admis que ces renseignements pouvaient être donnés, à condition que le médecin contrôleur accepte lui-même de se considérer comme lié par le secret professionnel, même envers ses mandants. Il ne faut pas pousser trop loin pratiquement, à mon avis, une discrétion qui n'a pour conséquences que de créer des difficultés aux assurés sociaux que vous soignez. Vous le constatez vous-même : la Caisse refuse de leur payer leurs prestations et ils s'en trouvent ennuyés. Certes, elle n'a pas le droit de se baser sur votre refus de renseigner son médecin pour ne pas payer ce qu'elle doit. Et l'assuré social, victime de ce qui est un déni de justice, pourrait s'adresser, soit d'abord à la Commission cantonale, soit au Tribunal civil en appel, pour faire valoir ses droits méconnus.

Mais vous vous rendez compte des tracas que cela entraîne pour lui. Il préférera recourir à un

confrère qui se montrera plus accommodant ; et il ne manquera pas d'en trouver.

A vous de déterminer si votre intérêt bien compris, qui est lié à celui de vos clients assurés sociaux, ne serait pas de vous montrer moins intransigeant.

C'est ce que personnellement je n'hésiterais pas à faire. Mais cependant, avec cette réserve que je ne donnerais pas les renseignements demandés par le médecin contrôleur de la Caisse par écrit, mais de vive voix, par téléphone, ou dans une conversation privée. Cela, afin de n'être pas suspecté d'avoir délivré un document ayant quelque affinité avec un certificat médical, non prévu dans la loi.

G. DUCHESNE.

II

## Les périodes obligatoires d'instruction des médecins de réserve. — Lois qui les régissent. — Aménagement des Ecoles de perfectionnement pour en rendre l'accès facile et pratique

J'ai lu avec intérêt votre réponse à la question 2071, du *Concours* du 10 avril dernier. Je suis médecin lieutenant depuis le 29 décembre 1926. Je n'ai encore fait aucune période jusqu'à présent et j'ai reçu une convocation pour en accomplir une cette année. Aux termes de la note reçue, je dos obligatoirement faire trois périodes d'instruction dans les neuf premières années de grade, en principe une tous les 3 ans, les deux premières au titre de la loi du 8 janvier 1925 sur l'avancement et la troisième au titre de la loi de recrutement du 31 mars 1928.

C'est entendu pour les deux premières exigées par la loi de 1925. Mais à quoi correspond exactement la troisième, au titre de la loi du 31 mars 1928 ? Pourquoi est-elle *obligatoire* ? (de même que les autres). Je n'ai jamais eu à ce sujet d'éclaircissement et désirerais des explications nettes.

D'autre part, je suis bien de l'avis du confrère qui pose la question : « Que deviennent nos camarades médecins de campagne, ayant *fait la guerre*, défavorisés parce qu'ils ne peuvent (et c'est la stricte vérité) suivre des cours de perfectionnement et sont par là même handicapés pour l'avancement ? »

En effet, que peut-on apprendre de bien nouveau lors d'une période dans une garnison où le service consiste à passer la visite journalière, ou bien dans un camp, ou encore avec les troupes en manœuvres, lorsque l'on a fait 3 ou 4 ans de guerre ?

Pourquoi ne pas organiser dans chaque région des conférences (deux ou trois par an, d'avril à octobre, par exemple) faites par des officiers du cadre actif, où l'on réunirait (alors obligatoirement) les officiers de réserve du service de santé ?

Ces conférences, dans un même département, seraient faites à tour de rôle dans les principaux chefs-lieux d'arrondissement, placées sous les auspices du syndicat médical et l'assiduité des assistants jouerait pour l'avancement. La facilité pour suivre régulièrement ces conférences rendrait par là même toute absence inexcusable.

Ainsi la question des périodes pour les officiers de réserve du Service de santé se trouverait mieux comprise, mieux adaptée, présenterait au moins une réelle utilité, puisque l'on pourrait être au courant des modifications apportées au service depuis la guerre et de son fonctionnement aux armées. L'Etat et les praticiens y trouveraient leur compte.

Dr T.

### Réponse

Ce n'est pas à tort que Boileau a conseillé de remettre vingt fois l'ouvrage sur le métier, de le polir et de le repolir sans cesse. Dans cette question du statut des officiers de réserve et de leurs obligations, des lois différentes interviennent ; elles s'entrepénètrent, et il en résulte des complications et des obscurités, dans lesquelles il n'est pas aisé de se reconnaître. En creusant les textes de plus en plus profondément, on finit par y voir de plus en plus clair. Et il peut arriver que les explications données à la faveur de ces éclaircissements diffèrent de celles qui le furent précédemment.

Les officiers de réserve sont régis par deux lois différentes : la loi sur le recrutement de l'armée du 31 mars 1928, et la loi sur l'avancement du 8 janvier 1925, — plus exactement loi sur l'organisation des cadres des réserves. — Chacune de ces lois oblige l'officier à accomplir un certain nombre de périodes dans chacun de ses grades. Et voilà pourquoi la circulaire ministérielle du 30 septembre 1930 s'exprime ainsi :

« ..... *Un officier de réserve convoqué, soit au titre de la loi sur le recrutement de l'armée, c'est-à-dire avec les hommes de troupe de sa classe, soit au titre de la loi du* 8 *janvier* 1925, *c'est-à-dire en vue de son avancement, doit obligatoirement effectuer la période pour laquelle il est convoqué ; en ce qui concerne ces dernières convocations, il ne peut s'y soustraire sous le prétexte de renoncer à tout avancement.* »

En outre, l'ensemble des périodes que doit accomplir un officier de réserve, pendant son passage dans cette position, ne doit pas être inférieur en durée à quatre mois. Tant que cette durée n'est pas atteinte, il peut être *à tout moment* l'objet de convocations.

Vous avez dès lors la réponse à la question que vous nous posez : deux des périodes que vous accomplirez le seront au titre de la loi sur l'avance-

ment ; une troisième le sera au titre de la loi sur le recrutement ; les unes et l'autre étant pareillement obligatoires.

D'autre part, rien ne s'oppose à ce que vous essayiez d'accomplir ces périodes dans des conditions aussi favorables que possible, au point de vue de l'époque et du lieu, après accord avec votre Directeur régional du Service de santé. C'est à vous de voir s'il ne serait pas de votre intérêt de renoncer à la solde pour obtenir, en échange, une convocation à une date qui vous agréerait plus particulièrement, et dans un centre rapproché de votre résidence.

Sur l'utilité des périodes, telles que la plupart du temps elles sont accomplies dans un camp ou dans un corps de troupe, je suis entièrement d'accord avec vous ; il s'agit le plus souvent de combler des vacances de cadre, par suite de la pénurie de médecins d'active, ou de pourvoir au remplacement de ceux-ci, s'ils sont en permission, en congé ou en mission. Il y a plusieurs années que j'ai préconisé des stages d'instruction, spéciaux aux médecins, d'une durée d'une semaine, durant lesquels ceux-ci seraient initiés aux mystères du nouveau règlement du Service de santé en campagne, avec démonstrations et exercices pratiques. Ma proposition avait eu l'agrément officieux du médecin général Uzac, qui était alors Directeur du Service de santé du V$^{e}$ Corps d'armée. Elle n'a eu aucun retentissement et est demeurée à l'état d'élucubration. C'est dire que votre proposition personnelle mériterait elle-même d'être retenue et étudiée.

Les renseignements que je possède me permettent de vous dire que les errements actuels sont légitimés par les exigences du service, et qu'à cela, nous n'avons rien à répondre. Mais ce qui serait possible certainement, ce serait d'organiser des conférences et des exercices pratiques, sous le couvert de l'Ecole de perfectionnement de votre Corps d'armée, qui se tiendraient à des époques déterminées dans chaque chef-lieu d'arrondissement de son ressort.

Cela se pratique d'ailleurs dans le Calvados, plus exactement dans l'arrondissement de Pont-l'Evêque, pour les armes, et aussi bien pour les officiers que pour les sous-officiers. Des séances d'instruction régulières ont lieu le dimanche, à Honfleur, qui est la ville numériquement la plus importante de l'arrondissement. Ce qui se fait pour les armes pourrait être étendu aux services, et à la santé en particulier. Pourquoi votre Syndicat ne tenterait-il pas une démarche en ce sens auprès du Directeur du Service de santé ?

G. DUCHESNE.

## LES FRAIS DU CONTROLE TECHNIQUE DES ASSURÉS SOCIAUX

Voici d'abord une réponse du ministre du Travail, parue au *Journal officiel* du 18 mars 1932.

14213. — M. L.-J. Régis demande à M. le ministre du Travail : 1° s'il existe, dans les lois sur les assurances sociales ou les règlements d'administration publique qui ont suivi, des textes donnant aux syndicats le droit d'imposer aux non syndiqués une contribution pécuniaire souvent élevée pour être inscrit au service médical des assurances sociales qui ont prévu la libre charge ; 2° si lesdits syndicats ont le droit d'exclure de ce service, ainsi qu'ils l'ont indiqué dans une circulaire comminatoire, le médecin qui ne voudrait ou ne pourrait payer cette contribution ; 3° quel est, en France, actuellement, le nombre de médecins ; 4° combien il y en a d'inscrits aux syndicats et ayant versé régulièrement leurs cotisations. (*Question du* 24 *novembre* 1931).

*Réponse.* — 1° et 2° Réponse négative. Il est ajouté qu'aux termes d'une décision récente de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales l'exercice du contrôle syndical sur les praticiens traitant les assurés sociaux n'oblige pas ces praticiens à acquitter les frais de ce contrôle qui sont une charge du syndicat ; 3° Il résulte des renseignements communiqués par M. le ministre de la Santé publique que le nombre des médecins en France est actuellement de 24.407 ; 4° d'après les indications fournies par la confédération des syndicats médicaux de France, le nombre des médecins inscrits à ces syndicats et ayant versé régulièrement leurs cotisations est de 19.300. (*J. O.* 18 mars 1932).

*Conseil supérieur des Assurances sociales (section permanente), décision du* 25 *janvier* 1932.

Vu la requête du docteur Chavas, de Saint-Priest-en-Jarez (Loire), en date du 21 septembre 1931, contre une décision de la Commission départementale de la Loire l'obligeant, pour être admis à donner ses soins aux assurés sociaux, à participer aux frais de contrôle technique exercé par le Syndicat médical,

Ce faisant,

Attendu qu'ayant refusé de participer aux frais de contrôle technique, assuré par un syndicat médical dont il n'est pas membre, il n'a pas été inscrit sur la liste des médecins habilités à donner leurs soins aux assurés sociaux,

Attendu que ces agissements constituent une atteinte au libre choix du médecin, une atteinte à la libre pratique individuelle, une pression syndicale inadmissible,

Attendu qu'il ne doit pas être appelé à verser une

cotisation pour des dépenses qu'il ne peut contrôler,

Annuler la décision attaquée.

Vu les observations du Syndicat des médecins du département de la Loire, concluant au rejet du recours pour les motifs que, le contrôle technique étant prévu par la loi à l'égard de tous les praticiens, il est équitable que les frais qui en résultent pour le Syndicat puissent être recouvrés sur les médecins syndiqués et non syndiqués.

Vu la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930,

Vu le règlement d'administration publique du 25 juillet 1930.

*Sur la compétence,*

Considérant qu'il résulte des dispositions de l'article 7 de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, que la commission départementale est chargée de prévenir et de régler sous réserve d'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales, toutes les difficultés relatives au fonctionnement du service médical, qu'ainsi la commission départementale était compétente pour statuer sur le litige entre le docteur Chavas et le syndicat des médecins du département de la Loire au sujet du recouvrement des frais du contrôle technique.

*Sur le paiement de la cotisation pour les frais de contrôle technique.*

Considérant que le libre choix du praticien, prévu par l'article 4, alinéa 2, de la loi du 30 avril 1930, ne peut être limité que dans la mesure où le praticien choisi ne présenterait pas les garanties professionnelles désirables ;

Considérant que l'exercice du contrôle syndical sur les praticiens traitant les assurés sociaux n'oblige pas ces praticiens à acquitter les frais du contrôle, qui sont une charge du syndicat, qu'en effet ce contrôle qui trouve son fondement dans la loi et le règlement d'administration publique, s'impose à tous les praticiens traitant des assurés sociaux, alors même que ces praticiens ne seraient pas syndiqués et n'auraient pas adhéré aux conventions précitées, que, sauf en cas d'abus régulièrement constaté, une caisse primaire ne peut refuser de verser les prestations légales à un assuré qui produit toutes les justifications exigées par son règlement intérieur.

Considérant dès lors que la circonstance, que le docteur Chavas refuse d'acquitter la cotisation représentant sa part dans les frais du contrôle technique, ne peut en aucun cas faire obstacle à ce qu'il donne ses soins à un assuré affilié à une caisse, qu'il lui incombe seulement pour permettre à l'assuré d'obtenir les prestations auxquelles il a droit de remplir les formalités prévues au règlement intérieur de la caisse, qu'en se prononçant en sens contraire, la commission départementale de la Loire a fait une inexacte application de la loi.

Décide :

Article premier. — La décision de la *Commission départementale de la Loire* est annulée.

Article 2. — Il est décidé que le docteur Chavas, de Saint Priest-en Jarez (Loire), peut donner ses soins à un assuré social sans être tenu d'acquitter la cotisation afférente aux frais du contrôle technique.

Délibéré à la séance du 25 janvier 1932.

*Le Président,* Etienne Antonelli. *Le rapporteur,* Léon Labbé.

*Le Secrétaire,* Georges Broquelet.

**Commentaires**

Une fois de plus, je manifeste le regret que ne soient pas officiellement publiées les décisions de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales, surtout lorsqu'elles touchent plus ou moins directement les intérêts du corps médical.

C'est tout à fait par hasard et d'une manière officieuse que j'ai eu connaissance de la décision du 25 janvier 1932.

Je regrette d'autant plus cette absence de publication qu'il m'est ainsi impossible d'argumenter juridiquement l'avis de la haute assemblée en temps voulu. Il y a des fois où il serait intéressant de porter le litige devant le Conseil d'Etat, dans les deux mois de la signification aux intéressés.

Le Conseil supérieur, comme tous les autres, lorsqu'une loi lui attribue des pouvoirs de juridiction, voit ses décisions susceptibles d'être déférées au Conseil d'Etat, juridiction administrative suprême et, pour ma part, je ne me suis pas incliné devant certains avis de la section permanente, car je les crois contraires à l'esprit de la loi. Au Conseil d'Etat de déclarer si je me trompe, ou non ; mais, au moins, nous serons définitivement fixés.

C'est le cas de la décision du 25 janvier, précitée.

Dans un article paru dans le *Concours médical* 1931, page 3088, j'avais émis une opinion opposée à celle du ministre et du Conseil supérieur des Assurances sociales. A cette occasion, j'ai reçu un certain nombre de lettres, dont je ne retiens que l'argumentation juridique.

1° *Qui de la Caisse ou du syndicat doit supporter les frais du contrôle* ?

Corollaire : Un syndicat, qui a passé une convention avec les caisses d'assurances sociales de son département, peut-il insérer dans ses statuts annexés à ladite convention, une décision par laquelle les médecins syndiqués ou non syndiqués sont dans l'obligation de verser par avance, une provision qui, dans la caisse du syndicat, constituera un compte spécial et ne servira que pour les frais du contrôle technique ?

Ceux qui estiment que le syndicat n'a pas le

droit d'agir ainsi et qu'il ne peut, en aucune manière, imposer aux non-syndiqués une contribution quelconque, en vue du contrôle technique, s'appuient sur ce fait que le syndicat ne peut décider qu'en ce qui concerne ses seuls adhérents et nullement à l'encontre de ceux qui ne font pas partie du groupe professionnel.

D'ailleurs, m'est-il objecté, ni la loi, ni le décret n'ont décidé qui supporterait la charge pécuniaire du contrôle technique. Il semble donc que ces frais doivent incomber au groupe qui en récoltera les fruits, c'est-à-dire à la caisse. N'est-ce pas cette dernière qui a intérêt à ce que les médecins ne commettent pas d'abus ?

C'est donc à la caisse d'assurances sociales de payer les frais du contrôle technique.

Mais, ajoute-t-on, si par bonté d'âme, le syndicat veut prendre à sa charge ces dépenses, il ne peut que les imputer à son trésor général, quitte à recouvrer s'il le peut, les sommes ainsi dépensées soit sur la caisse d'assurances sociales, soit sur le praticien reconnu coupable d'abus.

Certains, adoptant sur un point ma thèse de la provision versée en vue du contrôle, estiment que le syndicat pourrait réclamer par avance, à chaque praticien, au moment où ce dernier va être contrôlé, une somme provisionnelle correspondant à peu près aux frais nécessités par ledit contrôle.

J'avoue que cette argumentation n'a nullement entraîné ma conviction, ni modifié ma manière de voir. Et c'est parce que je souhaite que le problème soit porté devant les tribunaux, jusque devant le Conseil d'Etat ou la Cour de Cassation, que je me permets de défendre encore une fois ma conception juridique.

La loi, comme le règlement d'administration publique, mettent le syndicat dans l'obligation d'effectuer le contrôle technique, sinon, en cas de carence ou de déficience, l'habilitation serait retirée audit syndicat, en ce qui concerne les conventions à passer avec les caisses d'assurances sociales.

Mais, puisque les textes législatifs et règlementaires ont omis de décider qui doit payer ce contrôle, examinons la première objection qui m'a été faite, à savoir que ce contrôle technique ne profitant qu'à la seule caisse, cette dernière doit en payer les frais.

Qu'il me soit permis de suivre ligne par ligne et la loi et le règlement d'administration publique.

L'article 7 de la loi décide : « Dans le cas où existe une convention avec la caisse, les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés. »

J'en conclus que si le syndicat déclenche lui-même le contrôle technique, sur son initiative propre, c'est qu'il y trouve un intérêt. Ce dernier est d'ordre tout professionnel et déontologique : soit sur une plainte émanant d'un confrère, soit à l'occasion d'agissements tolérés par la caisse, ou ignorés de cette dernière — et surtout sans que cette dernière en éprouve un préjudice quelconque — le syndicat peut avoir un intérêt corporatif à faire vérifier la manière dont un praticien use vis-à-vis de sa clientèle d'assurés sociaux, pour rabattre chez lui nombre de ces derniers au détriment de ses confrères voisins, en employant des procédés réprouvés par les règles de déontologie.

La caisse n'a donc rien à voir dans ces dépenses, qui n'ont pas été engagées sur sa demande ; le résultat de l'enquête lui indiffère, car souvent la moralité professionnelle d'un praticien n'est pas appréciée de la même manière par le public et par les confrères.

Reportons-nous maintenant à l'article 26 du décret : nous lisons au paragraphe 2 que « le syndicat professionnel s'engage, dans la convention, à exercer ce contrôle technique de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité, de manière à en assurer la pleine efficacité, ainsi qu'à déférer aux demandes spéciales d'intervention que la caisse lui adresserait. »

Ce texte prouve donc une fois de plus que le contrôle technique n'est pas uniquement profitable à la caisse d'assurances sociales, mais que le syndicat y a également un intérêt corporatif.

D'ailleurs, le paragraphe 2 dudit article 26 spécifie que « le contrôle technique a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel. »

Le syndicat a donc fréquemment à faire la police corporative, par l'intermédiaire du contrôle technique, dans l'intérêt de la collectivité des praticiens et nullement dans l'intérêt de la caisse.

Reportons-nous maintenant au modèle de convention paru au *Journal officiel* du 8 août 1930. Nous y lisons à l'article 7, alinéa 6 : « Les frais de contrôle technique sont à la charge du syndicat médical. Toutefois, si la caisse requiert du contrôle technique une enquête sur un point spécial et si le syndicat déclare cette enquête inutile, sous réserve des recours prévus par l'article 7 paragraphe 5 de la loi, cette enquête sera faite par le contrôle technique aux frais de la caisse... Le règlement des dépenses ainsi engagées sera effectué par la caisse au syndicat sur états trimestriels fournis par le syndicat. »

Je crois donc qu'ainsi la question est réglée : dans l'immense majorité des cas, de sa propre volonté et aux termes de la convention ci-dessus, le syndicat conserve la charge des dépenses occasionnées par le contrôle technique.

*Comment le groupe professionnel pourra-t-il faire face à ses obligations* ?

Un syndicat nombreux, riche par ses cotisa-

tions, peut, à la rigueur, faire l'avance des frais ; mais il peut décider que si le confrère syndiqué ou non est reconnu coupable de faute professionnelle, il devra rembourser les dépenses, c'est-à-dire les frais de contrôle occasionnés par sa conduite professionnelle répréhensible.

S'il s'agit d'un syndiqué, la récupération de ces frais sera facile, sous la sanction des statuts et règlement intérieur du groupe.

Mais si le syndicat a affaire à un non-syndiqué, ce dernier fera certainement la sourde oreille ; il faudra entamer contre lui une procédure civile, pour le faire condamner par les tribunaux à avoir à payer ce qu'il doit. C'est bien compliqué.

On me suggère que lorsqu'un médecin non syndiqué sera l'objet d'un contrôle technique, il sera invité à ce moment à verser par avance une provision représentant les frais qu'il va occasionner ; c'est encore impossible, pour qui connaît la mentalité de certains confrères.

Reste donc ma proposition de réclamer d'avance, aux syndiqués comme aux non-syndiqués, une somme provisionnelle, qui sera uniquement affectée au service du contrôle technique.

Cette opinion se défend en fait, surtout lorsqu'il s'agit d'un syndicat peu nombreux, groupant des confrères qui, dans une région pauvre et montagneuse, sont éloignés les uns des autres, et par suite, occasionneront des dépenses assez élevées pour le contrôle technique et pour la réunion du Conseil de famille, du fait du déplacement des contrôleurs, ou des membres du Conseil.

Si le syndicat n'a pas l'avance nécessaire pour faire ces frais, il sera en état de carence et pourra ne plus être habilité désormais pour signer une nouvelle convention avec les caisses.

S'agit-il même d'un syndicat nombreux, que parfois les frais d'un contrôle peuvent être assez onéreux. Ce n'est pas le tout de vérifier sur place la conduite professionnelle et technique d'un confrère : il faut réunir le conseil de famille. Or, tout récemment, un secrétaire d'un syndicat nous faisait l'objection que, pour cette réunion, il fallait au minimum quinze cents francs, à cause des indemnités de déplacement à allouer aux juges médicaux.

Reste enfin l'urgence : dans un cas pressé, nécessitant un contrôle immédiat, il ne faut pas que le syndicat soit arrêté par une question de déficience d'argent dans sa caisse. Il doit avoir les possibilités de déclencher rapidement le contrôle, pour que ce dernier soit efficace et porte sur un malade en traitement et non sur un malade guéri depuis longtemps.

Pour toutes ces raisons de fait, je défends ma conception, tendant à exiger de tout médecin, qui, syndiqué ou non, accepte de soigner les assurés sociaux, le versement d'une provision qui ne servira qu'aux seules dépenses du contrôle technique et ne pourra, dans aucun cas, être détournée de cette destination précise.

**Juridiquement, la thèse est-elle défendable ?**

Certains m'affirment que non, s'appuyant principalement sur ce qu'un syndicat ne peut pas décider des obligations quelconques à l'endroit de praticiens, qui ne font pas partie du groupe corporatif. Qu'un syndiqué obéisse aux décisions de son syndicat : c'est normal ; mais vouloir forcer un non-syndiqué à respecter les ordres du syndicat, n'est-ce pas parfaitement illégal ?

En principe, et pour toutes les circonstances du droit commun, je partage parfaitement cette opinion. Mais n'oublions pas que, dans l'espèce qui nous occupe, nous nous plaçons sous l'empire de la législation spéciale des assurances sociales.

Or, cette dernière apporte un certain nombre de dérogations au droit commun. Le syndicat est mis dans l'obligation d'exécuter le contrôle technique, s'il veut conserver l'habilitation. A lui donc de prévoir les voies et moyens pour avoir d'avance l'argent nécessaire, afin de déclencher le contrôle technique, immédiatement si c'est nécessaire.

J'estime que par suite, rien ne s'oppose à ce que le syndicat inscrive dans ses statuts qu'en ce qui concerne le service des assurances sociales, tout médecin syndiqué ou non, qui participe au fonctionnement de ce service, devra verser d'avance une certaine somme, uniquement réservée aux frais du contrôle et du fonctionnement du conseil de famille, exclusivement dans le domaine des assurances sociales.

Faisant partie des statuts, cette décision sera annexée avec ces derniers, à la convention qui lie le syndicat et la caisse.

Or, le médecin non syndiqué, qui entend soigner des assurés sociaux, doit adhérer à la convention. Cette adhésion comporte, de sa part, la prise en connaissance des statuts du syndicat et des règlements annexés à ladite convention.

Il n'a donc qu'à se conformer à ce contrat d'adhésion, qu'il doit en totalité accepter ou rejeter.

Mais, m'objecte-t-on, la loi ordonne que le malade assuré social ait le libre choix de son médecin. Ma thèse aboutirait-elle donc à la violation de ce libre choix, puisque l'assuré ne pourrait pas choisir un non syndiqué, lequel se refuserait à verser la contribution provisionnelle de contrôle ?

Non : le législateur a entendu que le malade reste, comme en droit commun, entièrement maître de se faire soigner par qui il veut : par un médecin, par un illégal, par quiconque, en qui il place sa confiance. Mais, pour que l'assuré puisse *bénéficier des avantages de la loi, il faut que le*

praticien ait adhéré à la convention passée entre le syndicat et la caisse.

L'assuré est donc toujours libre de se faire soigner par un non syndiqué, qui se refuse à adhérer à toute convention : mais, dans ce cas, il n'aura pas droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, au prorata du tarif de responsabilité de la caisse.

D'ailleurs, la loi du 5 avril 1928, qui a été modifiée par celle du 30 avril 1930, spécifiait bien, en son article 4, que seul était qualifié pour donner des soins aux assurés sociaux, le praticien ayant adhéré à la convention, ou tout au moins se soumettant aux différents contrôles prévus par la loi. L'intention du législateur est très nette : libre choix du médecin, mais droit aux prestations diverses que si le praticien se soumet au contrôle.

**Comparaison avec le contrôle des accidents du travail, ou de l'A. M. G.**

On m'a parfois, sur ce point, objecté le contrôle prévu en matière d'accidents du travail, de pensionnés de guerre, ou d'assistance médicale gratuite. Jamais les praticiens n'ont été appelés à participer en quoi que ce soit aux frais desdits contrôles.

La situation juridique est très dissemblable. L'article 4, § 5 de la loi du 9 avril 1898, autorise le chef d'entreprise à faire contrôler, une fois par semaine, l'état de la victime, s'il le juge à propos. C'est donc à lui seul que ces frais de contrôle incombent, car il le fait faire par qui il veut, et comme il veut. Le syndicat n'a rien à y voir.

Pour les pensionnés de guerre, le contrôle n'est pas prévu dans l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 : ce n'est que plus tard, devant certains scandales que le ministre s'est décidé à organiser des commissions départementales et supérieure de contrôle. Les divers décrets et arrêtés ont nstitué un service administratif, sans que les syndicats aient une charge pécuniaire quelconque à supporter.

De même, en matière d'assistance médicale gratuite : la loi du 15 juillet 1893 laisse chaque conseil général libre d'organiser le service dans le département, comme bon lui semble, sous le contrôle du préfet. Ici, encore, le syndicat n'est pas partie prenante dans l'organisation du service, partant dans les frais occasionnés.

**De tout ceci, que conclure ?**

L'opinion du ministre d'aujourd'hui peut être en contradiction avec celle du ministre d'hier ou de celui de demain. Ce n'est qu'un avis, qui n'a que la valeur d'un simple avis.

Seuls les tribunaux peuvent juger la question. Ils décideront si un syndicat médical peut inscrire dans ses statuts une obligation, concernant les non-syndiqués, à avoir à verser, comme les syndiqués, une somme provisionnelle pour les frais du contrôle. On pourra soutenir à la barre qu'ainsi agissent les plaideurs, qui, avant toute procédure, sont obligés de verser des provisions à leur avoué.

Ne doit-on en faire autant, lorsqu'en matière correctionnelle, on constitue partie civile entre les mains du Procureur de la République ?

En matière médicale, on ne peut pas attendre que le procès soit né, pour exiger ladite provision, au moment où le syndicat déclencherait un contrôle à l'encontre d'un médecin. Il est plus simple de faire payer tout le monde et d'avance.

Aux tribunaux de décider la légalité de pareille stipulation pour autrui : le syndicat décidant que tout praticien qui entend participer au service des assurances sociales, devra acquitter par avance sa quote part au fonctionnement du service de contrôle ordonné par la loi et mis à la charge du syndicat.

Ou bien ce sera un non syndiqué qui refusera de payer ladite contribution ; ou bien, l'ayant déjà versée, il en demandera la restitution, en s'appuyant sur l'avis ministériel ci-dessus et sur la décision de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Comme il s'agit de la légalité d'un article de la convention et de son interprétation, le problème sera soumis à la Commission départementale, prévue par l'article 7 de la loi sur les assurances sociales ; la décision sera portée en appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales et enfin, en dernier lieu, le litige sera soumis au Conseil d'Etat.

Mais, peut-être, la Commission départementale de la Loire a-t-elle, dans les deux mois de la signification, formé un pourvoi en Conseil d'Etat, contre la décision de la section permanente du 25 janvier précitée. De la sorte, nous serions définitivement fixés sur les droits et du syndicat et des non-syndiqués, en matière des frais du contrôle technique.

Au contraire, si le non syndiqué veut introduire une action en répétition de l'indu, parce qu'il a versé au syndicat une somme provisionnelle, pour le contrôle technique, il devra s'adresser aux tribunaux de droit commun : juge de paix, puis tribunal civil, en appel, enfin cour de cassation.

Le problème est intéressant, surtout pour la vitalité de nos syndicats médicaux : la preuve en est, dans la joie des non syndiqués, à la lecture de la réponse ministérielle précitée et de la décision du Conseil supérieur.

Dr Paul BOUDIN.

## LES INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT EN RÉGIONS MONTAGNEUSES POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

J'ai reçu un certain nombre de lettres de confrères se plaignant amèrement du Nouveau tarif des accidents du travail, au point de vue de leurs indemnités de déplacement tombées de 1 fr 80 à 1 fr. 50 .....

Certes, il y a, actuellement, peu de régions où les médecins soient ainsi injustement défavorisés. Mais il y en a encore, et si cela existe, ce n'est pas la faute des délégués médicaux à la Commission du tarif. Voici les faits ; qu'on m'excuse si j'entre dans les détails, mais j'estime que cela est nécessaire.

Donc, à propos des indemnités de déplacement dans les régions montagneuses, les délégués patronaux et assureurs, à la Commission du Tarif, déclaraient que, devant le « vague » du tarif de 1926, — fixant les régions de montagne « *suivant les divisions administratives existant actuellement* », mais sans les « spécifier » — ils avaient été obligés, parfois, de payer 1 fr. 80, afin d'éviter trop d'ennuis, pour des régions qui, bien que « montagneuses », en géographie physique, étaient, *en pratique*, aussi aisées à parcourir en auto que des régions de plaine. Ils déclaraient donc ne considérer comme justiciables d'une majoration spéciale que les régions de « *hautes montagnes* ». De plus, pour éviter toute chicane locale ultérieure, ils réclamaient que ces régions *soient délimitées nominalement dans le Tarif même.*

Sans ces deux desiderata (ou plutôt conditions expresses, d'après la façon dont ils étaient présentés) ils refusaient nettement d'envisager toute augmentation d'indemnité kilométrique.

Tandis que, laissant provisoirement de côté cette question brûlante, nous examinions d'autres points du Tarif, je demandai au Dr Paget, président du syndicat de Haute-Savoie, et qui s'était particulièrement occupé de ces questions, s'il voudrait venir à la Commission exposer ses idées. Sur son acceptation, il vint, officiellement, au nom de la Confédération, comme « Conseiller technique », ainsi que sont appelés les spécialistes quand il s'agit de questions concernant leur spécialité.

Paget, après un exposé des frais de déplacement eux-mêmes, proposa qu'on établît un certain nombre de divisions, avec une échelle de prix, d'après une enquête que ferait la Confédération auprès des syndicats eux-mêmes. Ceci ayant été accepté par la Commission, le Bureau de la Confédération chargea Paget de faire cette enquête ..... Hélas ! Comme cela n'arrive que trop souvent, un grand nombre de syndicats omirent de répondre et Paget ne put faire comme il l'avait voulu, une enquête complète, péremptoire..... Bref ! après de multiples discussions, on finit par établir (nous parlons du Tarif du 26 octobre 1931) *quatre divisions* :

*a*) Les *villes* de plus de cent mille habitants et leur banlieue. Nous n'avons pas à nous en occuper ici.

*b*) Les régions de *plaine*, avec un tarif à 1 fr. 75 du km. parcouru (sauf celles dont le Tarif syndical était à 1 fr. 50 et qui restaient à ce prix).

*c*) Les régions de *montagne*, avec un tarif de 2 fr. 50 ... mais strictement et *nominalement* désignées dans une *Annexe* du Tarif.

*d*) Les cas spéciaux de déplacement où « par manque de viabilité ou excès d'intempérie (neige) le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à *pied* ; avec « 5 francs par kilomètre parcouru à pied ».

Cette dernière catégorie, établie sur ma propre demande, me fut reprochée depuis, parce qu'elle englobait *toute* région, plaine ou montagne, et non les très hautes montagnes seulement qui auraient dû, *seules*, légitimement en profiter (?) Il est difficile de contenter tout le monde et son père ! Enfin, passons.....

Quelques départements (dont la majeure partie, avouons-le, avait négligé de répondre à l'enquête de Paget) qui avaient 1 fr. 80 dans le Tarif de 1926, tombaient à 1 fr. 75, par suite de la nouvelle délimitation, précise et nominale. Mais, comme le faisait remarquer Hervy à l'Assemblée générale, en protestant néanmoins contre cette nouvelle délimitation, « après tout, cela ne fait qu'un sou de moins !... »

***

Telle était la situation ... future, c'est-à-dire officielle à partir du 15 février 1932, quand survint la campagne si vive, que chacun connaît contre « la majoration si grande du nouveau Tarif sur l'ancien, au moment de la « crise » dont souffre notre pays, etc ... ». Devant cette vague d'assaut, le Ministre fut sur le point de signer la..... remise aux calendes grecques de l'application du nouveau Tarif.

Il ne le fit pas cependant, sous l'action énergique, rapide, décisive de *Cibrie*.

Ce fut toutefois à la condition d'une *Révision* d'urgence de ce nouveau Tarif déjà signé, mais non encore en période d'application. Dans une nouvelle séance (la Nme ! !) de la sous-commission , on finit par tomber d'accord, non sans peine, sur la mise en vigueur du Tarif au 15 février, comme cela était fixé dans l'arrêté .....

mais à *condition expresse que la majoration incriminée fut coupée en deux.*

On se remit à l'œuvre. On trancha dans le vif, à la Confédération, grâce à une Commission spéciale nommée dans ce but par l'Assemblée générale. Alors que le Corps médical venait de jouer le rôle du guillotiné par persuasion, puisque les Syndicats consultés avaient accepté les modifications, on pouvait penser que tout était aplani . . . Oui, sans doute, SAUF pour deux choses : *les indemnités kilométriques et les prix des certificats.*

Nouvelles luttes à la Commission. Les délégués patrons et assureurs voulaient absolument revenir, sur ces deux points, aux prix de 1926 ... Je passe sur les péripéties : le tarif de 2 fr. 50, en montagne, devint 2 fr. 25 (au lieu de 1 fr. 75 au tarif de 1926). Quant au tarif de plaine c'est là que nos « adversaires » portèrent leur maximum d'efforts, entraînant les « neutres » avec eux. Après être descendu de 1 fr 75 jusqu'à proposer 1 fr. 60, nous dûmes accepter 1 fr. 50, le *statu quo ante.*

Mais alors ..... avec ce prix de 1 fr. 50, le « sou » de diminution mentionné par Hervy, (pour les départements qui, touchant auparavant 1 fr. 80, étaient passés à 1 fr. 75 dans le tarif d'octobre 1931, et tombaient ainsi à 1 fr. 50, ce « sou » était changé en une minoration de 0,30 centimes ...

C'est alors, devant cette injustice flagrante, que je proposai une classification *intermédiaire* pour les régions qui avaient 1 fr. 80 dans le Tarif de 1926 et étaient reportées en «plaine», donc à 1 fr. 50 dans le Tarif de février 1932. Je fis remarquer à la Commission combien cette situation était inéquitable, inadmissible et je fus assez heureux pour faire accepter ma conception en établissant cette catégorie intermédiaire dans laquelle seraient versées les régions qui n'étaient plus classées « en montagne », mais n'en avaient pas moins touché 1 fr. 80 jusqu'ici ... Et ces régions *continueraient à toucher* 1 fr. 80, mais seulement celles *nominalement* inscrites dans l'annexe du Tarif.

Il restait à peine quelques jours pour établir une liste *officielle*, avec *preuves* à l'appui.

A la Confédération, on fit de son mieux pour avoir le plus de renseignements possibles et nous apportâmes, au jour fixé pour la Commission plénière, les noms de *sept départements* dans le cas incriminé — mais, en déclarant que nous n'avions pu, en 3 jours, dresser une liste complète et que celle-ci n'était que PROVISOIRE, étant bien entendu qu'elle serait complétée ultérieurement, lors d'une réunion de la Commission quand il y aurait lieu d'ajouter les omissions, inévitables dans un Tarif si complexe, qui seraient mises en lumière (et dont, entre parenthèses, j'ai déjà eu l'occasion de noter quelques-unes).

A ce sujet de liste à compléter pour la catégorie à 1 fr. 80, CIBRIE a, d'ailleurs fait passer, dans le *Médecin de France*, une Note demandant aux Syndicats des régions tombées de 1 fr. 80 à 1 fr. 50, de signaler le fait à la Confédération......

A l'heure actuelle, je ne sais si beaucoup de syndicats ont répondu : je ne pense pas, d'ailleurs, qu'il reste encore beaucoup de régions dans ce cas. Pourtant, j'ai reçu, personnellement, diverses plaintes *individuelles* ..... Celles-ci sont sans effet. Ce qu'il nous faut pour agir, ce sont des *Rapports syndicaux* explicatifs avec *preuves* à l'appui concernant telle région, tels cantons, telle zone .....

Les délégués de la Confédération à la Commission du Tarif ne peuvent RIEN faire, à ce sujet, sans un DOSSIER précis et documenté. Précision et documentation ne peuvent être fournies que par le syndicat intéressé, pour tout ou partie de sa sphère ..... « Aide-toi, le ciel (non sans nuage ni tempêtes) de la Commission t'aidera ... ».

Fernand DECOURT.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Et j'ai devant les yeux toujours quelque nuage*
*Qui m'offusque la vue et m'y jette un ombrage ...*
(NICOMÈDE)

DCXLII. — André MAUROIS, **Ariel** ou la Vie de Shelley. Un vol, 15,5 × 20, 5, orné d'illustrations de Ferdinand Fargeot, tiré à mille exemplaires numérotés (Vieux Japon, Japon, Rives) dans la collection « Les Beaux Livres ». *Editions Mornay*, Paris, 1932.

Quand parut aux vitrines cette Vie de Shelley, on chercha querelle à Monsieur Maurois, en lui reprochant de s'être inspiré de trop près de certaines sources bibliographiques. Si mes souvenirs sont exacts c'est le *Mercure de France* qui se livra à une confrontation linéaire de textes qui témoignait chez le compilateur d'une diabolique persévérance. Ces parentés n'offrent d'ailleurs pour le lecteur bienveillant et charmé qu'un intérêt accessoire. Celles qui rattachent le livre au cycle des œuvres anglo-saxonnes de Monsieur Maurois en ont davantage. Cette œuvre en effet a sa place marquée dans la série qui va des *Silences du Colonel Bramble* aux esquisses lauda-

tives de l'*Amérique inattendue* (1). Place spéciale où s'affirme avec plus de vigueur cet amour presque national que le romancier normand a voué à tout ce qui a parfum , ou nom, ou apparence d'Angleterre. Dans l'*Amérique inattendue* nous avions assisté à la réhabilitation de ce pauvre peuple U. S. A. fâcheusement calomnié par ce plaisantin de Duhamel. A la mémoire de Shelley Monsieur Maurois avait dès avant consacré un livre touchant, tout animé d'une grâce insaisissable, de délicieux sentiments, d'une chevaleresque tendresse, romantique et très sentimentalement correct. C'est cette biographie romancée qui vient d'être somptueusement rééditée, et à laquelle une présentation impeccable redonne une nouvelle jeunesse. Sur la couverture quelques ors discrets ayant le double avantage d'enluminer la typographie du titre ( comme il était de coutume pour les caractères choisis), et de ne pas déparer la *fashionable* splendeur où a coutume de se reposer l'activité créatrice de Monsieur Maurois ; quelques entrelacs, des rameaux verts étoffant les cadres composent au vêtement de l'œuvre une riche parure où le gris du fond fait penser à cette recherche dans la simplicité où se complaisaient les *dillettanti* qui ne concevaient autrement que revenu de Londres le blanc sans tache de leur trousseau. Cette richesse décorative m'intimidait et je craignais qu'elle n'eût un prolongement au fil des pages. Il n'en est rien. Le livre est imprimé avec un respect absolu du canon fondamental des vrais beaux livres (2) lequel exige une pureté et une régularité sans défaut et sans vains ornements. Tranchant sans heurt sur l'élégante uniformité du texte, l'italique grandi des têtes de chapitre et les teintes amorties des lettrines nues. Je ne vous ai encore rien dit de l'illustration. Je compte être bref puisque je répèterais ce que je vous ai dit il y a quelques mois en vous signalant *La Rabouilleuse* de Balzac (3) qui était illustré par le même artiste. A la réflexion, il vaut mieux que j'y revienne puisque vous avez oublié les caractères de sa technique. Sommairement on peut dire qu'il a infusé à ses aquarelles les insaisissables dégradés du pastel, leur velouté, ce reflet chaud qui anime ses teintes mortes quand le temps les a estompées en affinant l'éclat de leur vie immobile. Son dessin marque adroitement la fougue des personnages, leur ardeur romanesque et parfois théâtrale l'alanguissement intermittent de leur nonchalance sentimentale. Je regrette qu'à la page 110 il n'ait pas été tenté par la récréation de Shelley muni d'un chalumeau et faisant des bulles de savon « *Dans leurs élastiques pellicules brillaient des teintes violettes, vertes et dorées, qu'il regardait changer, se fondre et disparaître* » dit Monsieur Maurois. C'est par excellence poétique distraction, *symbolique*, vaine et toute irisée de fantaisie. Elle était à la portée du talent subtil de Fargeot, si aérien, si délié et qui a su donner à toutes ses gravures sans exception ces teintes mesurées d'une finesse et d'une variété, d'une adaptation psychologique et historique qui enrichit le texte et l'enjolive avec une discrétion où nous pensons que Monsieur Maurois pourra retrouver toutes les qualités du goût et de la souple imagination que possèdent les artistes de ce côté de la Manche.

(1) André MAUROIS. — *L'Amérique inattendue.* (Editions Mornay, Paris, 1931). *Epuisé.*

(2) Dans cet esprit je vous présenterai la semaine prochaine un *Serment d'Hippocrate,* réalisé par Monsieur Léon Pichon et une édition de Franz HELLENS établie par Monsieur Stols de Maestricht.

(3) Honoré de BALZAC. *La Rabouilleuse* Editions Mornay, 1931. Illustrations de F. Fargeot.

DCXLIII. — Docteur MAURIZIO. **Histoire de l'alimentation végétale.** Traduction du docteur F. Gidon de l'Ecole de Médecine de Caen. Un vol. in-8° de 672 pages avec 82 figures. Collection de la Bibliothèque scientifique. *Editions Payot.* Paris, 1932. 60 fr.

Un des personnages de cette Vie de Shelley pour laquelle je viens de vous dire si longuement mes sympathies s'exprime ainsi :

« *L'homme ne ressemble à aucun carnivore : il n'a pas de griffes pour retenir une proie ; ses dents sont faites pour manger des légumes et des fruits. Il est malade dès qu'il touche à cette nourriture carnée qui est empoisonnée pour lui. C'est ce que signifie l'histoire de Prométhée, qui est évidemment un mythe vegétarien. Prométhée, c'est-à-dire l'humanité invente, le feu et la cuisine ; aussitôt un vautour lui ronge le foie. Ce vautour est l'hépatite. Cela est clair. D'ailleurs depuis que la famille Newton observait ce régime, elle n'avait jamais eu besoin de drogues et de médecin ; les enfants étaient les plus sains qu'on pût voir ; et Shelley, qui a eu l'occasion de rencontrer souvent les petites filles nues, les trouva des modèles parfaits pour un sculpteur.* »

Si notre distingué confrère de Caen eût voulu montrer l'utilité pratique de cette alimentation végétale (dont la monographie expose *depuis la préhistoire* les variations et la pérennité) il avait là une concise et claire épigraphe. Monsieur Payot, son éditeur, n'en eût peut-être pas aimé la délicate fantaisie. Ce gros travail est extrêmement consciencieux : il envisage les aliments de *ramassage* et de *culture,* leur utilisation au cours des âges. L'auteur, emporté par le feu de sa démonstration, très scientifiquement et agréablement conduite, se laisse aller à quelques affirmations surprenantes. Celle par exemple de la page 29 m'a dérouté : « *Car il est certain que dans la connaissance des vitamines par exemple, les animaux ont précédé l'homme* ».

Les variations historiques et ethniques de l'acte alimentaire sont étudiées avec une ample érudition, condensée à la fin de l'ouvrage en tables et index alphabétiques impressionnants.

DCXLIV. — Docteur Duguet, médecin général. **Le Pèlerinage de la Mecque.** Un vol. illustré, de 340 pages, in-8° carré. *Editions Rieder.* Paris, 1932. 30 francs.

Ces grands mouvements de foules musulmanes, cette transhumance religieuse sont intéressants par leur pittoresque et notre érudit confrère les décrit avec l'expérience d'un observateur qui, pendant de longues années, a pu en observer les manifestations. La seconde partie de son livre traite plus spécialement des problèmes sanitaires connexes que soulèvent ces migrations périodiques massives, vectrices de choléra. L'Europe a mis soixante ans à dresser des barrages effectifs, qui la protègent du *choléra du pèlerin*, dont la genèse épidémiologique comporte encore à l'heure actuelle quelques obscurités.

DCXLV. — Josette Clotis. **Le Temps Vert.** Roman. Un vol. 12 × 19 avec une préface d'Henri Pourrat. *Editions de la N. R. F.* Paris, 1932. 15 fr.

La charmante gaucherie de cet ouvrage, qui retrace les douloureux souvenirs d'enfance d'une fillette singulièrement (parfois *trop* singulièrement) perspicace, est compensée par la fraîcheur et la spontanéité de nombre d'images et de sensations, qui jaillissent avec une force de printemps aigre, une ténacité de surgeons sauvages sur les Causses rouerguats où la vie, en effet, est encore rude, et simple, et hargneuse, désolée, blessante certainement pour une sensibilité d'enfant-prodige. La notation de ce conflit d'un cœur ( prenant contact avec ce monde âpre et hostile) et des placides trivialités qui l'assaillent, est d'une candide puissance. La préface d'Henri Pourrat, vigoureuse, prélude par larges accords, en indulgente sourdine pour ne pas écraser cette grêle voix d'enfant scandant sa misère.

DCXLVI. — Antoine Redier. **Ce qu'on appelle le Monde.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la Revue française.* Paris. 15 fr.

Ces alertes essais, sainement pensés, égratignent très fermement les malotrus qui encombrent les classes où se recrutait avant-guerre l'élite de notre pays. C'est un bon livre, moral, pas ennuyeux, où les anecdotes et la sagesse des réflexions et des pensées adoucissent les réprimandes dispensées aux étourneaux avec bonhomie.

DCXLVII. — Mathilde Alanic. **Etoiles dans la nuit.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1932. 12 fr.

Cette jeune fille, frappée de cécité, et animée dans son malheur d'excellents sentiments-standard, réussira-t-elle à intéresser à son sort les jeunes lectrices 1932 ? Je crains qu'avec leur féroce légèreté et leur aplomb, elles ne la trouvent trop vieux-jeu ! Je le crains, mais au fait, je n'ai de leurs goûts que des renseignements de seconde main. Et je médis d'elles peut-être, involontairement.

DCXLVIII. — Marcel Pagnol. **Pirouettes.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Fasquelle.* Paris, 1932.

Et voici le livre de la fin. Une cabriole ( si j'étais encore en âge, hélas, d'en faire!) au bout de ma chronique : une grosse farce marseillaise qui serait une œuvre de jeunesse ? Je soupçonne froidement l'auteur de *Topaze* et de *Marius* de l'avoir revue et . . . corrigée.

**Varia*****

Le numéro de mars de *Marsyas* donne de Sully-André Peyre de trop courts poèmes, de forme très claire, de pure inspiration, riches d'une émotion sourde et d'une très personnelle sensibilité. La chronique mensuelle de Denis Saurat condamne avec bon sens l'occultisme que Mallarmé transposa dans le domaine poétique : la *Cabale* a-t-elle fini de vivre ? De notre point de vue particulier nous pensons que les illusions sont éternelles. Dans le numéro précédent, un long poème de Lafourcade, en sonnets et une étude de D. S. sur Valéry, où pour la première fois je trouve chez cet auteur, une idée qui me semble trop poussée : l'opposition qu'il veut absolue entre le poète et le philosophe, et que je crois artificielle comme un trait voulant diviser l'eau calme où se mireraient joue contre joue leur fraternelle jeunesse et leur rire confondu . . .

* *Le Mercure universel* de mars publie d'Edmond Wietrich de justes réflexions sur le *Poétisme* (le mot est moins joli que ce qu'il veut dire). J'y ai rencontré quelques images très hardies (?) et dans la seconde partie de l'étude une analyse plus fermement conduite. Mais cette assimilation très osée et répétée de quelques essayistes contemporains au stercoraire m'a affligé ... Car, mon cher confrère, je repense inévitablement par une fâcheuse association d'idées au *stercoraire longicaude* dont le vulgaire a fait avec son rude langage un oiseau peu familier du Poétisme

1er mai 1932.

L'Homme aux Bésicles.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — M. le Docteur D. Em. PAULIAN, conférencier de l'Université de Bucarest, fera le samedi 28 mai, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, 1, rue Cabanis, une leçon ayant pour objet : *Données cliniques et expérimentales sur quelques virus neurotropes.*

— **Thèses.** — Mardi 3 mai. — Jury : MM. Léon Bernard, Claude, Nobécourt, Aubertin. — M. Roger ROY : De la thoracoplastie partielle du sommet dans le traitement de certaines tuberculoses pulmonaires localisées au sommet du poumon. — M. J. VALLÉE : Le liquide céphalo-rachidien dans les séquelles de traumatismes craniens sans fracture — M. YANNIOTIS : Etude des affections intriquées des orifices aortique et mitral chez l'enfant.

Mercredi 4 mai. — Jury : MM. Legueu, Ombrédanne, Mathieu, Quénu. — M. FAYOT : Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. — M. PINEL : La fermeture des fistules sus-pubiennes à la suite de prostatectomie transvésicale. — M. LARDENNOIS (Guy) : Etude des résultats éloignés de la gastrectomie dans l'ulcère gastrique.

Samedi 7 mai. — Jury : MM. Pierre Duval, Lenormant, Rouvière, Olivier. — M. BENVENISTE : Sur la sonde à demeure à débit ralenti. — MARGULIES : Etude du traitement des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant. — MARTIN (Charles) : Etude du tronc intestinal et des origines du canal thoracique.

Mercredi 11 mai. — Jury : MM. Léon Bernard, Couvelaire, Debré, Ecallé. — M. RAKOWER : Le pronostic des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire et du pneumothorax thérapeutique. — M. LELLOUCH : Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

Jeudi 12 mai. — Jury : MM. Jeannin, Lemaître, Lereboullet, Brocq. — M. GUÉDÉ : L'alimentation des nourrissons au cours des infections. — M. LACHEZE : Contribution à l'étude du tympan artificiel. — M. MACHET : Les fistules bucco-sinusales. — Mlle GUÉTET : Etude du coryza diphtérique.

Samedi 14 mai. — Jury : MM. Balthazard, Guillain, Tanon, Richet. — M. ALAKA NASSOURI : Sténoses pyloriques isolées par ingestion d'acide chlorhydrique. — M. DUBOIS : L'assainissement de l'eau de boisson dans les casernes et dans les camps militaires.

*Thèse Vétérinaire.* — Samedi 12 mai. — Jury : MM. Brumpt, Henri, Lesbouyriès. — M. MANBARET : La jaunisse des muletons.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Saint-Louis.** — M. le Professeur DUBOIS, de Genève, fera le 26 mai, à 10 heures, à l'amphithéâtre Fournier, une leçon sur *Les épithéliomas cutanés spontanés.*

Au même amphithéâtre, le 27 mai, à 10 heures, M. le Professeur PAULIAN, de Bucarest, fera une leçon sur les *Résultats de la malariathérapie en syphilithérapie. Discussion des échecs.*

— **Hôpital Lariboisière.** — Le 22 mai, à 10 heures, dans le service de M. le Professeur LEMAITRE, conférences et démonstrations sur le *Cancer de l'amygdale.*

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** — Le 29 mai, à 10 heures, 49, rue des Saints-Pères, conférence de M. GRENET, médecin des hôpitaux, sur le *Traitement de la diphtérie.*

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Basch, 20 ; Bourgeois, 20 ; Chevalley, 20 ; Rachet, 20.

*Classement des candidats.* — MM. Rachet, 40 ; Basch, 40 ; Bourgeois, 40 ; Chevalley, 39,72.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Rachet, Basch et Bourgeois.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Thérapeutique chirurgicale.* — Séance du 3 mai. — MM. Ménégaux, 27 ; Huard, 23 ; Banzet, 25 ; Meillère, 26.

*Classement des candidats.* — MM. Ménégaux, 95 ; Banzet, 90 ; Meillère, 89 ; Huard, 89.

Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. Ménégaux et Banzet.

— **Deuxième concours de médecin des hôpitaux.** — *Composition du jury du 2e concours.* — Ont été désignés : MM. Mathieu-Pierre Weill, Nobécourt, Halbron, Lévy-Valensi, Cathala, Rathery, Louis Ramond, Monier-Vinard, Boidin, Lereboullet, Lenormant (Jury provisoire).

— **Concours pour la nomination au poste de médecin en chef du sanatorium de Labruyère (Oise).** — Ce concours s'ouvrira le lundi 6 juin 1932, à 17 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert du mercredi 18 mai 1932 au mercredi 25 mai inclusivement, de 15 heures à 18 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé.

CONDITIONS DU CONCOURS. — Tous les renseignements concernant la situation du médecin en chef du sanatorium de Labruyère, et les indemnités qui lui sont attribuées, seront fournis aux candidats par le bureau du Service de santé, lors de leur inscription.

Les candidats devront justifier du diplôme de docteur en médecine et de la qualité de Français. Ils devront, d'autre part, prendre l'engagement écrit de résider dans l'établissement et de ne pas faire de clientèle au cas où ils seraient nommés à ces fonctions.

Le jury du concours est formé de cinq médecins désignés par la voie du sort, savoir : trois parmi les médecins chargés, dans les établissements dépendant de l'Ad-

ministration de l'Assistance publique, à Paris, d'un service de tuberculeux, et deux parmi les médecins chefs de service et les médecins des hôpitaux.

Les épreuves du concours comprennent :

1° *Une épreuve sur titres.* — Cette épreuve consiste en un exposé dactylographié ou imprimé des titres universitaires et scientifiques des candidats ;

Le candidat en déposera six exemplaires en s'inscrivant ;

2° *Une épreuve clinique double.* — Cette épreuve portera sur deux malades, atteints l'un d'une affection générale, et l'autre d'une affection de nature tuberculeuse.

Il sera accordé au candidat : trente minutes pour l'examen des deux malades et la réflexion et vingt minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit : épreuve sur titres, 20 points ; épreuve clinique double, 40 points ; total, 60 points.

Les points sont votés après délibération et communiqués aux candidats à la fin de chaque séance.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats se trouveraient classés *ex æquo* à la fin du concours, le jury se basera, pour donner la priorité, sur l'ancienneté de doctorat.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Tuloup, de Digoin ; du Dr George Alexandrosso, de Nice ; du Docteur Albert Grosse, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Nantes.

— **Dispensaires de la Ligue nationale anti-vénérienne.** — *Concours de médecins chefs adjoints.* — Epreuves de titres. — MM. René Cachera, 30 ; Colin, 26 ; Degos, 30 ; de Douhet, 27 ; Durel, 30 ; Even, 30 ; Goldberg, 28 ; Horowitz, 30 ; Lafourcade, 30 ; Le Baron, 30 ; Lortat-Jacob, 27 ; Mausour, 27 ; Morel, 25 ; Ragu, 30 ; Taquet, 25 ; Mme Técla Gardere, 26.

*Epreuve théorique anonyme.* Sujet donné : Diagnostic des adénites inguinales. MM. Even, 25 ; Ragu, 22 ; Taquet, 22 ; de Douhet, 26 ; Goldberg, 25 ; Durel, 27 ; Lafourcade, 28 ; Colin, 27 ; Cachera, 29 ; Degos, 28 ; Morel, 20 ; Mansour, 24 ; Lortat-Jacob, 26 ; Mme Técla Gardere, 20 ; MM. Horowitz, 28 ; Le Baron, 24.

Admissibilité. — Ont été déclarés admissibles : MM. Cachera, 59 ; Degos, Horowitz, Lafourcade, 58 ; Durel, Ragu, 57 ; Even, 55 ; Le Baron, 54 ; Colin, de Douhet, Goldberg, 55 ; Lortat-Jacob, 52.

Epreuve clinique. — MM. de Douhet, 14 ; Ragu, 18 ; Durel, 18 ; Colin, 15 ; Goldberg, 16 ; Horowitz, 18 ; Degos, 17 ; Lafourcade, 18 ; Le Baron, 16 ; Even, 20 ; Cachera, 20.

— *Epreuve de laboratoire.* — MM. Goldberg, 20 ; Even, 20 ; Cachera, 20 ; Le Baron, 20 ; Horowitz, 20 ; Ragu, 20 ; Durel, 20 ; Degos, 20 ; Lafourcade, 20.

Classement des candidats. — MM. Cachera, 119 ; Lafourcade, 116 ; Ragu, 115 ; Horowitz, 115.

A la suite de ce concours, sont nommés médecins des dispensaires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien : MM. Cachera, Lafourcade, Ragu, Horowitz.

Trois candidats, MM. Degos, Durel et Even, sont classés *ex-æquo* pour les deux dernières places. Il sera procédé, conformément au règlement, à une épreuve supplémentaire.

— **Le « Nord Médical » à Paris.** — *Prix Marcel Gallois d'urologie* 1931. — Le concours pour le prix Gallois d'urologie 1931, fondé pour les étudiants du « *Nord Médical* », à Paris, s'est terminé le 14 janvier dernier.

La question sortie était : « Ruptures traumatiques de l'urèthre : signes, diagnostic et traitement (indications opératoires seulement) ».

Le jury était composé du président Paul, des vice-présidents Farez et Gallois, et des urologistes de l'Association représentés par les Docteurs Daubresse, Gallois et Quenay, sous la présidence du Docteur Gernez, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le classement suivant a été établi :

*Prix Gallois* (1.000 fr.). — M. Robert, interne des hôpitaux de Paris.

*Prix de l'Urasepline Rogier* (500 francs). — M. Douay, externe provisoire des hôpitaux de Paris.

*Prix du Miclasol* (500 francs). — M. Lardennois, interne des hôpitaux de Paris, élève de l'Ecole du Val-de-Grâce, à Paris.

N.-B. — Les Laboratoires du *Miclasol*, à Paris, ont mis à la disposition du Fondateur du Prix une somme de 500 francs pour publier le travail du premier lauréat.

— **Réunion internationale de prophylaxie et d'hygiène mentales.** — La réunion de 1932 a inscrit à son ordre du jour les questions suivantes :

I. — Les services psychiatriques ouverts (Rapporteur : Docteur Toulouse).

II. — Eugénique et prophylaxie mentale (Rapporteur : Professeur Rudin).

III. — Unification des statistiques psychiatriques (Rapporteur : Docteur Bersot).

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

lésions cliniques et radiologiques suspectes, mais risquant d'être contaminés par le père atteint de tuberculose ouverte, et sorti, sur sa demande, de l'établissement hospitalier où, depuis deux ans, c'est-à-dire bien avant l'application des assurances-sociales, il était en traitement ; 3° si les caisses qui consentent à payer pour soins préventifs un forfait par tête d'assuré social, faisant partie de leurs effectifs, doivent, en plus, participer aux frais d'hospitalisation de leurs adhérents dans les « préventoria ». (*Question du 3 mars* 1932.)

*Réponse.* — 1° Il ne résulte pas de la circulaire ministérielle du 20 avril 1926 que les préventoriums doivent être considérés comme des établissements de cure. Cette circulaire a indiqué simplement que les bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 pourraient, le cas échéant, être hospitalisés dans les préventoriums comme ils le seraient dans les établissements de soins; 2° les soins préventifs sont dispensés par les caisses primaires conformément aux dispositions de l'article 4, paragraphe 9, de la loi sur les assurances sociales et de l'article 30 du règlement-type d'administration intérieure des caisses. Aux termes de ces dispositions, l'assuré a droit au remboursement des frais médicaux, spéciaux et pharmaceutiques dans les limites du tarif de responsabilité de la caisse, en ce qui concerne le premier acte médical et les frais pharmaceutiques correspondants. En ce qui concerne le traitement ultérieur, la caisse peut, dans chaque cas, soit appliquer son tarif de responsabilité, soit attribuer à l'assuré une indemnité forfaitaire de soins, sur la proposition du médecin contrôleur. Le tarif de responsabilité à appliquer en cas d'hospitalisation dans un préventorium est le tarif particulier prévu par la caisse pour le séjour dans les établissements de cette nature, sans que ce tarif puisse dépasser celui adopté pour l'hospitalisation dans les établissements de cure. Les prestations, calculées soit par journée d'hospitalisation, soit forfaitairement, ne sauraient être attribuées pour une période dépassant six mois à partir de la première constatation médicale. Les dites prestations ne peuvent être dispensées qu'autant que le médecin contrôleur de la caisse, consulté avant l'hospitalisation, a reconnu que l'état de santé de l'intéressé nécessitait un séjour dans un préventorium ; 3° les prestations ci-dessus indiquées sont indépendantes des contributions versées par les caisses primaires aux établissements de prévention en vue de permettre à ces établissements de recevoir les assurés sociaux. (*J. O.*, 26 *avril* 1932.)

---

**Conditions d'admission à l'assurance-maladie.**

15643. — M. Auguste Reynaud expose à M. le Ministre du Travail: *a*) qu'un assujetti a cotisé du 1er mars au 15 octobre 1931, soit deux cent vingt-neuf jours sans interruption la somme de 135 francs, sur la carte annuelle ainsi que sur les feuillets trimestriels ;

b) que le 15 octobre, la saison est terminée et l'intéressé est en chômage ; c) que le 24 décembre il tombe malade ; d) qu'immédiatement toutes les démarches nécessaires sont faites auprès de la caisse départementales; e) qu'après un échange copieux de correspondance entre l'assuré et la caisse, cette dernière répond par la négative à l'assuré, qui n'a pas cotisé en tout deux cent quarante jours ; et demande pour quel motif on refuse un secours à cet assuré qui a versé, pour sa carte maladie, la somme de 135 francs. (*Question du* 9 *mars* 1932.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie, l'assuré doit avoir cotisé soixante jours durant les trois mois antérieurs ou deux cents quarante jours durant les douze mois précédant la maladie. C'est donc à bon droit qu'une caisse d'assurances a refusé d'accorder les prestations à un assuré qui ne remplissait ni l'une ni l'autre des conditions de versements ci-dessus rappelées. (*J. O.* 26 *avril* 1932.)

---

**Prestations aux assurés sociaux indigents.**

15502. — M. Max Hymans demande à M. le Ministre du Travail : 1° si une caisse d'assurances sociales est fondée à refuser à son assuré les prestations qui lui sont dues ou à refuser un remboursement au service d'assistance médicale gratuite, lorsque cet assuré reçoit des soins au titre de l'assistance médicale gratuite ; 2° si cet assuré peut réclamer, pour la même période de maladie, des prestations en nature d'une caisse d'assurances sociales en présentant les feuillets de maladie régulièrement acquittés par un praticien. (*Question du* 28 *février* 1932.)

*Réponse.* — Si l'assuré est notoirement indigent et a été inscrit sur la liste prévue à l'article 59 de la loi du 30 avril 1930, il n'a à effectuer aucune avance pour bénéficier des prestations. Celles-ci sont réglées par le service d'assistance, sur la base du tarif prévu pour les accidents du travail ; la caisse rembourse à ce service 80 p. 100 de ses frais. Si l'assuré n'a pas été inscrit sur la liste susvisée, il ne peut bénéficier de l'assistance médicale gratuite que s'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier des prestations ou si, ayant été hospitalisé, il n'a pas les moyens de payer à l'établissement hospitalier la partie des frais qui n'est pas prise en charge par la caisse d'assurances sociales. Dans le premier cas, la caisse d'assurances n'a pas à intervenir puisque l'assuré n'a pas droit aux prestation. Dans le second cas, la caisse paye directement à l'établissement hospitalier les frais qui lui incombent. A aucun moment, il ne peut y avoir cumul de prestations ni payement direct à l'assuré de prestations servies au titre de l'assistance médicale gratuite. (*J. O.*, 26 *avril* 1932.)

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

**(Le Sou médical)**

---

*Admissions prononcées par le Conseil au cours de sa réunion du 3 mai 1932.*

MM. les Docteurs :

9.670 Prost, Vincennes (Seine). Parrains : Drs Boudin père et fils.
9.674 Colson, Nancy (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
9.675 Bardol, Auxerre (Yonne), Association des médecins des asiles publics d'aliénés.
9.676 Rochas, Les Pieux (Manche), Syndicat de Cherbourg.
9.677 Perrier, Miniac-Morvan (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Saint-Malo.
9.678 Vanlerberghe, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.679 Coquille, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.680 Josephson, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.681 Wiederkehr, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.682 Stévenart, Ecole française de stomatologie Paris.
9.683 Calmanas, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.684 Mises, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.685 Cancanase, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.686 Eyries, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.687 Merle-Béral, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.688 Goulet, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.689 Maillard, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.690 Reznik, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.691 Aranowicz, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.692 Marie, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.693 Motet, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.694 Billard, Ecole française de stomatologie, Paris.
9.695 Soleil, Cayeux-sur-Mer (Somme). Parrains : Drs Médioni et Pecker.
9.696 Soupault, 39, avenue Victor-Hugo, Paris, Syndicat de la Seine.
9.697 Thévenon, Saint-Chamond (Loire), Syndicat de la Loire.
9.698 Collin, 13, rue Bernouilli, Paris, Syndicat des O. R. L.
9.699 Ezes, Alger (Algérie), Syndicat d'Alger.
9.700 Ascher, 80, rue de la Chapelle, Paris, Syndicat de la Seine.
9.701 Bardy, Vence (Alpes-Maritimes), Société médicale du littoral méditerranéen.
9.702 Bergouignan, Evreux (Eure), Syndicat d'Evreux.
9.703 Le Bris, Daoula (Cameroun). Parrain : Dr Cousin.

Ces admissions seront définitives quinze jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation (art. 64 des statuts).

# CORRESPONDANCE

## 2752. — Remplacement de longue durée

Devant m'absenter pour un laps de temps considérable, une année au moins, pour raison de santé, je désirerais savoir s'il est possible légalement de me faire remplacer par un collègue, interne en exercice, en renouvelant l'autorisation de trois mois en trois mois.

Dr A.

### Réponse

Un médecin peut se faire remplacer par un interne des hôpitaux nommé au concours et muni au moins de seize inscriptions.

Il faut faire une demande à la Préfecture, pour que l'autorisation soit donnée. Cette dernière est valable pour trois mois et est renouvelable.

De la lecture des textes législatifs et réglementaires, il découle que si un médecin malade, ou qui abandonne momentanément son poste, peut se faire remplacer, pour un temps plus ou moins long par un interne des hôpitaux nommé au concours et muni de seize inscriptions, ou par un étudiant en médecine, dont la scolarité est terminée, c'est-à-dire muni de vingt inscriptions, il ne faut pas que cet état de choses puisse cacher un exercice illégal de la médecine, compliqué de complicité.

En effet, il ne faudrait pas que le médecin, qui s'absente, aille exercer la médecine ailleurs : dans ces conditions il n'a pas le droit de faire tenir son premier poste par quelqu'un qui n'a pas le droit légal d'exercer. Qu'il s'associe momentanément avec un docteur en médecine, ou qu'il prenne ce dernier aux gages, comme un employé : parfait ; mais il ne peut pas avoir en même temps deux postes médicaux, dont l'un est géré par un étudiant, ou un interne des hôpitaux. Il n'y aurait pas remplacement au sens juridique du mot.

La durée du remplacement n'est limitée qu'à trois mois, avec facilité de renouvellement. Ici encore, il ne faut pas tomber dans l'abus, car au bout de plusieurs renouvellements sollicités, le préfet peut parfaitement répondre par un refus.

Enfin, en cas de remplacement de longue durée, le remplacé agira sagement, en faisant signer, par son remplaçant, un engagement écrit, par lequel le remplaçant s'oblige à ne pas s'installer dans un rayon déterminé, pour faire ainsi concurrence au praticien qu'il a remplacé.

Dr Paul Boudin.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 2493. — Certificat fourni en double avant le Tarif nouveau

Je suis en délicatesse avec une Compagnie d'assurances, la X . . ., pour le fait suivant :

En octobre dernier j'ai soigné un de ses assurés auquel j'ai délivré deux certificats de constatation (un pour elle, un pour la mairie). J'ai porté sur ma note d'honoraires : deux certificats à 5 francs = 10 francs. La Compagnie d'assurances me renvoie ma note en la réduisant à 5 francs sous prétexte qu'elle ne paye qu'un certificat. Je sais que la question a été jugée à A..., le 1er mars 1923.

Puis-je poursuivre le recouvrement intégral de ma note d'honoraires ? Le « Sou Médical », dont je fais partie, peut-il me donner son appui ? Quelle est la marche à suivre ? J'ai, jusqu'ici, refusé le payement de ma note d'honoraires.

Dr C.

**Réponse**

Vous ne pourriez poursuivre la Compagnie que si vous faisiez preuve qu'elle vous a *demandé* deux exemplaires de votre certificat. Vous n'en aviez légalement qu'*un seul* à remettre et d'après le Tarif Fallières (art. 29), le prix de ce certificat est de 5 francs. Il n'est pas dit, comme dorénavant dans le Tarif Landry qu'il y ait deux exemplaires à fournir, et cela pour le prix de 8 francs. Si la Compagnie avait demandé deux exemplaires, vous auriez le droit de lui faire payer deux fois 5 francs en vertu de l'adage « qui commande paye ». Sans cela, vous n'avez aucune base pour exiger le payement de deux certificats.

Dr F. Decourt.

### 2482. — Fracture de la clavicule

J'ai eu ces jours-ci à traiter une fracture de clavicule, chez un ouvrier agricole ; or, dans l'arrêté du 5 février 1932, je ne trouve aucun tarif concernant les fractures de clavicule.

En outre, j'ai pour habitude de traiter les fractures de la clavicule avec déplacement (dont les résultats fonctionnels par le simple matelassement axillaire, sont souvent déplorables) par un appareil plâtré, destiné à rejeter l'épaule en arrière, pour meilleure coaptation des fragments ; dans ces cas est-il possible de compter 100 ou 150 francs, réfection de plâtre ?

Dr S.

**Réponse**

Il n'y a pas, en effet, de rubrique dans le tarif Landry pour la fracture de la clavicule. Omission à réparer. En attendant, vous pourriez demander *par analogie* 100 francs (mais cela parce que vous avez fait un appareil *plâtré*, ce qu'il ne faut pas omettre de spécifier) en vous basant sur la rubrique «Réfection, plâtre ordinaire = 100 francs » (art. 18).

Dr F. Decourt.

### 2658. — Déplacement non justifié

J'ai donné mes soins à un accidenté du travail qui se trouve à 4 kilomètres de mon domicile dans une commune voisine (plaie contuse de la face antérieure du poignet droit).

Pour cela j'ai fourni à la Compagnie d'assurances une note ainsi détaillée :

| | |
|---|---|
| Certificat initial | 8 francs |
| 23 février 1932 : Une visite et pansement | 15 » |
| 24 février 1932 : Une injection antitétanique et pansement | 20 » |
| Cinq visites et pansements les 25, 27, 29 février et les 4 et 9 mars 1932 à 15 francs | 75 » |
| Sept indemnités kilométriques (8 × 7 = 56 kilomètres à 1 fr. 50 | 84 » |
| Total général | 202 francs |

J'ai envoyé cette note le 11 mars 1932.

Le 21 avril, l'agent général de la Compagnie me fait savoir qu'il tient à ma disposition la somme de 118 francs et que, sans réponse de ma part dans la huitaine, il retournera la quittance à sa Compagnie pour refus d'acceptation.

Que dois-je faire ?

Cette Compagnie, évidemment, pense que le blessé pouvait venir lui-même à mon cabinet. Il n'en reste pas moins que je me suis déplacé le 1er jour sur son appel et que, *habituellement*, mes confrères et moi donnons nos soins à ces accidentés à leur domicile. Faut-il accepter la façon de voir de la Compagnie ? Si non, le « Sou Médical » peut-il se substituer à moi pour faire valoir mes droits ?

Dr F.

**Réponse**

L'art. 2 est formel : « Les visites faites au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation *sans inconvénient pour sa santé*... ». Une plaie contuse de la face antérieure du poignet n'empêchait pas le blessé, physiquement, de se déplacer. La Compagnie est donc dans son droit de refuser de payer, dans ce cas, les déplacements du médecin, que celui-ci ait « l'habitude » ou non d'aller voir tous ses blessés à domicile.

Assurément il peut le faire, mais pas au compte du patron, en ce qui concerne ces frais de déplacement.

Dr F. DECOURT.

## Questions médico-militaires

### 1336. — Conditions de promotion comme officier de la Légion d'honneur

Vous m'obligeriez en me disant quelles sont les conditions d'avancement pour la Légion d'honneur.

J'ai fait mon service en 1900-1901, la guerre et j'ai été nommé chevalier de la Légion d'honneur en juin 1920, au titre de la guerre avec pension. Quelles sont les citations qui comptent ? Quelles sont les conditions à remplir pour être promu officier ?

Dr X.

**Réponse**

Comme officier de réserve, il faut réunir cin-

quante annuités afin d'être proposé pour officier de la Légion d'honneur, dont huit au moins dans le grade de chevalier, qui viennent s'ajouter au nombre des années de service, augmentées de celui des années de guerre.

Comptent aussi pour une annuité, chaque blessure de guerre, chaque citation à *l'ordre de l'armée.*

### 1344. — Obtention de la carte de combattant

Un mobilisé d'août 1914 dans une arme combattante est dirigé sur le front en septembre de la même année. A son arrivée il se blesse en débarquant du train. Aussitôt hospitalisé, il est réformé peu après sans pension à ce qui m'a été affirmé. Il est resté chez lui toute la durée de la guerre s'occupant de son travail habituel, boîtant à peine. Cet homme là a-t-il droit à la carte de combattant ?

Par quelle procédure régulière peut-on arriver :

1° A connaître de façon certaine s'il est bénéficiaire de la carte de combattant ainsi que les conditions de cette attribution et les motifs de sa réforme n° 1 ou n° 2 ?

2° A obtenir le retrait de sa carte s'il y a lieu ?

D<sup></sup>r C.

**Réponse**

Pour avoir droit à la carte de combattant, il faut que l'intéressé, qui appartenait, dites-vous, à une arme combattante (première condition nécessaire), prouve que la blessure pour laquelle il a été évacué a bien été *contractée en service*, et cela par un certificat d'origine de blessure, ou par un rapport du corps établissant rétrospectivement qu'il a bien été blessé *en service.*

Celui-ci devra adresser au bureau des Archives administratives du *Ministère de la guerre*, Paris, 7e, une demande (signature légalisée) de carte de combattant, avec tous les détails sur les services effectués, après le 2 août 1914, les circonstances des blessures, réforme, etc. Ne pas oublier d'indiquer *exactement* les nom, prénom, grade, classe, et numéro matricule au recrutement (dont il indiquera le siège), ainsi que son adresse actuelle. La carte, si elle est accordée, lui sera ultérieurement, au bout de quelques mois, délivrée par les bureaux de sa mairie, auxquels l'aura transmise le Comité départemental du combattant.

Si l'intéressé adresse cette demande, il n'a pas à se préoccuper de se procurer les pièces d'origine ci-dessus, l'administration fera le nécessaire ; ce sera un peu plus long, voilà tout.

### 1299. — Demande de changement d'affectation

Affecté à l'une des vingt régions militaires, comme le sont beaucoup de médecins exerçant à Paris, est-il

possible de se faire affecter à une autre région et à la suite de quelles démarches ?

Dr Z.

**Réponse**

La chose est parfaitement possible ; il suffit d'adresser une demande motivée, c'est-à-dire appuyée sur des raisons plausibles, au ministre de la Guerre (7e Direction) en l'envoyant, pour transmission, au Directeur régional du Service de santé, dont vous dépendez actuellement au point de vue mobilisation.

---

### 874. — Situation militaire des pères de 4 et 5 enfants

Classe 1917, je suis médecin lieutenant de réserve depuis juin 1927 et j'ai quatre enfants vivants.

Cette situation de père de quatre enfants me donne-t-elle le droit, étant officier, d'être classé dans la classe la plus âgée de la deuxième réserve, ou bien cet avantage est-il réservé aux hommes de troupe ?

Si oui, en cas de mobilisation, le fait d'être dans la deuxième réserve fait-il affecter à une formation de l'intérieur ?

En résumé, ai-je intérêt à informer dès maintenant mon directeur du Service de santé de ma situation de famille, en joignant les certificats de vie de mes quatre enfants ? Cette situation peut-elle influer sur mon affectation de mobilisation éventuelle et peut-elle me faire affecter sûrement à une formation de l'intérieur ? En irait-il de même si j'étais médecin capitaine ?

Dr G.

**Réponse**

L'article 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée dispose que les pères de quatre et cinq enfants vivants sont classés, dès la naissance de leur quatrième enfant, dans la classe la plus âgée de la deuxième réserve, ils y attendent la libération de leur classe de naissance.

Vous avez donc tout intérêt à signaler, dès maintenant, votre situation de famille à votre directeur du Service de santé afin de bénéficier d'une affectation correspondante : hôpitaux d'évacuation, trains d'évacuation, formation de l'intérieur.

---

### 1089. — Maintien dans les cadres. Démission

Appartenant à la classe 1901 libérée le 10 novembre 1930 j'avais demandé à être maintenu dans les cadres des officiers de réserve parce que proposé en 1929 et années suivantes pour la Légion d'honneur par la direction du Service de santé, j'espérais être nommé en 1931.

Comme je n'ai aucune raison de rester médecin lieutenant de réserve, puis-je donner ma démission pour raisons de santé, sans quoi à quel âge serai-je libéré ?

J'étais médecin de réserve dès 1911 et j'ai fait toute la guerre au front.

Dr G.

**Réponse**

Médecin lieutenant de réserve ayant demandé à rester dans les cadres, vous y serez maintenu jusqu'à l'âge de 57 ans.

Afin d'être libéré plus tôt pour raisons de santé, il vous faudrait être atteint d'une maladie qui vous empêche de remplir vos obligations militaires durant plus de six mois, et, demander alors à votre directeur de passer devant une Commission de réforme pour mise en non-disponibilité temporaire, ou pour être rayé définitivement des cadres, si votre maladie est suffisamment grave et incurable.

### 1118. — Obligations et avantages des officiers honoraires

Médecin capitaine je viens de recevoir avis du directeur du Service de santé, que je suis arrivé à la limite d'âge de mon grade.

Le directeur me conseille en même temps de demander à être admis à la fonction d'officier honoraire.

Voulez-vous me dire, je vous prie, quels sont les obligations et les avantages d'un officier honoraire.

Dr B.

**Réponse**

Les officiers honoraires peuvent porter l'uniforme aux revues, réunions, fêtes et cérémonies privées ou officielles, à l'exception des réunions publiques ou privées ayant un caractère politique ou électoral.

De plus, ils conservent certains avantages en vue de propositions dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Ils n'ont plus aucune période d'instruction à accomplir, puisqu'ils sont rayés des cadres des officiers de réserve.

## Accidents du travail

### 2684. — Autopsie d'un accidenté du travail

Je vous serais très reconnaissant de me donner votre opinion en ce qui concerne les autopsies dans les accidents du travail.

Je ne connais aucune étude à ce sujet. Comme je fais de temps en temps des expertises j'ai demandé leur avis aux magistrats, ils n'ont pas pu me renseigner.

1° Une compagnie d'assurances a-t-elle le droit de faire faire l'autopsie d'un accidenté ?

2° La famille peut-elle s'y opposer légalement ?

Dans une expertise l'affaire est d'importance. Si le *Concours* a déjà traité la question vous me l'indiquerez.

Dr C.

**Réponse**

La question que vous nous posez a été examinée par Sachet, conseiller à la Cour de Cassation, dans son traité des accidents du travail, édition 1926, n° 1.087 et nous ne pouvons mieux faire que de vous transcrire fidèlement l'avis exprimé par lui. En voici donc le texte :

« ... *Autopsie.* — Le juge de paix peut-il ordonner l'autopsie ? La loi du 9 avril 1898 lui confère les pouvoirs les plus étendus pour éclairer le tribunal sur les circonstances, les causes et les conséquences de l'accident. S'il doit user de ses pouvoirs avec modération, il a cependant le devoir de ne rien négliger pour faire une lumière complète sur tous les points essentiels. Quand donc il se trouve en présence d'un cadavre dont la cause du décès n'est pas établie, il commet tout d'abord un médecin pour procéder à un examen superficiel. Si l'homme de l'art déclare que cet examen est insuffisant pour asseoir sa conviction et que l'autopsie est nécessaire, le magistrat ne doit pas hésiter à l'ordonner (dans ce sens, circulaire du Garde des Sceaux du 22 août 1901) ; mais l'assentiment au moins tacite des ayants droit est nécessaire. On ne peut, en effet, hors le cas de présomption de crime, porter atteinte à l'intégrité d'un cadavre sans l'adhésion des membres de la famille. Si le juge de paix se heurte à leur opposition, il en donne acte dans son procès-verbal et y relate les motifs qu'ils invoquent pour la justifier. Comme les ayants droit sont demandeurs dans l'instance judiciaire, ils ont à administrer la preuve de la relation de cause à effet entre le décès de la victime et l'accident ; en s'opposant à un mode d'investigation aussi important, ils compromettent leurs intérêts. »

Il résulte de ce qui précède qu'une compagnie d'assurances a le droit, en principe, de demander au juge de paix d'ordonner l'autopsie de la victime, mais que le juge de paix ne peut passer outre à l'opposition de la famille.

## 2725. — La détérioration des effets n'est pas indemnisable

Un de mes clients, accidenté du travail, électrocuté par un courant de 5 mille volts, a eu la chance d'échapper, de ne pas en mourir. Les conséquences en sont quand même graves, elles entraînent pour la Compagnie d'assurances une grosse responsabilité pécuniaire. Or, pour une bagatelle, la Compagnie s'insurge, elle refuse de payer quelques vêtements que le blessé a perdus au cours de son accident, qui ont été brûlés.

Vieil abonné du *Concours Médical* puis-je recourir à votre obligeance pour savoir ce que dit la jurisprudence en pareil cas, car je suis persuadé que cette

question a dû être déjà soulevée et portée devant les tribunaux.

Dr A.

**Réponse**

En raison du caractère forfaitaire de la législation sur les accidents du travail, la victime d'un accident ne peut exiger du patron responsable ou de son assurance, que le paiement des indemnités strictement prévues par la loi.

On sait que ces indemnités consistent dans le paiement du demi-salaire jusqu'à la guérison ou la consolidation, des frais médicaux et pharmaceutiques dans la limite des tarifs et d'une rente viagère après la consolidation en cas d'incapacité permanente.

Aucune disposition de la loi ne prévoit que le patron responsable doit rembourser au blessé la valeur de ses effets personnels détériorés dans l'accident.

Par conséquent, la Compagnie d'assurances n'outrepasse pas ses droits en refusant de payer les vêtements brûlés.

---

### 2728. — Accident survenu à un ouvrier en se rendant au travail

Je viens vous demander un renseignement au sujet d'un blessé qui a fait une chute de motocyclette en se rendant à son travail. D... a fait une chute sans intervention d'un véhicule ou d'une tierce personne, à la suite d'un « dérapage ».

Cet accidenté peut-il être considéré comme bénéficiant de la loi de 1898. Les blessures survenues en se rendant à leur travail peuvent-elles être considérées par les ouvriers, comme accident du travail ?

Veuillez je vous prie avoir l'obligeance de me donner tous les renseignements utiles.

L'assurance-accident du patron ne veut pas marcher. L'assurance sociale, dans ce cas peut-elle couvrir les frais de l'accident ?

Dr R.

**Réponse**

En principe, la responsabilité de l'employeur en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été victime, soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné (voir dans ce sens Civ. 3 mars 1903, *D. P.* 1903-1-273 et Sachet, tome 1, n° 317 et suivants).

Dès lors que la législation sur les accidents du travail n'est pas applicable en l'espèce, le blessé est en doit de bénéficier des Assurances sociales s'il y est régulièrement inscrit.

## Fiscalité

### 2446. — Immeuble vacant. Exemption d'impôt foncier

Je loue un local à usage commercial à un négociant. Immeuble neuf, il n'est assujetti à l'impôt foncier que la troisième année du bail.

Cet impôt est à la charge du locataire. Mais, comme propriétaire, je suis, je crois, responsable du payement. Si mon locataire quitte les locaux à la fin de son bail et si ces locaux demeurent non loués un an, deux ans, les impôts continuent-ils a être dus pendant ces une ou deux années de non location ?

Si non comment dois-je faire pour déclarer cette non location et ne pas recevoir les feuilles d'imposition ? Dr D.

**Réponse**

Il est exact que si l'immeuble reste vacant pendant plus d'un an, il y a exemption de l'impôt foncier pour la part de l'Etat.

Il faudra, si cette éventualité se réalise, que vous fassiez à votre contrôleur une déclaration de vacance. A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 2343. — Mode d'établissement de l'impôt cédulaire

En vous envoyant mon bulletin d'abonnement au *Concours Médical*, je me permets de recourir à vos lumières et de vous demander, déjà, un conseil. Je suis médecin dans un petit village, la mairie m'accorde une indemnité de résidence de 12.000 francs. J'ai déclaré 19.000 francs de bénéfices nets (sans compter les 12.000, naturellement), et j'ai demandé à ce que ces 12.000 soient imposés à part, en vertu d'un arrêté d'Etat de juillet 1931. Le contrôleur me répond que : « Le médecin qui, à côté des honoraires de sa clientèle reçoit un traitement comme médecin de l'Assistance médicale gratuite ou des rétributions fixes versées par les communes ne peut être considéré comme placé dans la situation subordonnée d'un employé et doit être soumis à l'impôt d'après l'ensemble de ses revenus professionnels (feuillet Lefer, série R, division I, nº 6).

Dois-je, ou non, accepter ce mode d'imposition ?

Dr R.

**Réponse**

Votre contrôleur a tort car l'opération doit se faire en trois temps : déduire d'abord dans chaque catégorie les dépenses professionnelles et frais généraux. Additionner ensuite les reliquats obtenus. Déduire les abattements pour charges de famille ou à la base, appliquer ensuite les tarifs de chaque catégorie proportionnellement aux bénéfices nets.

Voir l'article paru dans *Le Concours médical* du début de décembre 1931.

A. M.

Cinquante-quatrième année — N° 22 — 29 Mai 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

I

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

II

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :

**Annecy.** J. Cons, Lortet.
**Besse** : Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche) J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maîche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Pau.** Cornet. Sendral.
**Rousses (les).** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianès.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barraud G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Lacanau.** Dubrocs.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
**Palavas-les-Flots** : Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Roscoff.** Bagot. Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer** (Calvados). Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau.
**St-Georges de Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 173. — A céder après décès, poste méd. plein centre Lyon. Belle situation avec fixes.

N° 174. — Radiol. spécial. cherche dans cab. ou polycl. médic., sous-locat. pour 2 ou 3 soirées par semaine, quart. Bastille-République. Fournirait matériel.

N° 175.— J'achète actions Lithia jusqu'à 4 fr. Dr Guillemin, 16 av. George V.

N° 176. — 1 h. Paris. Poste campagne industrielle, gros rapport. Mais. confort. bail illimité. Indemn. à débatt. Libre sept.-oct. 1932.

N° 177. — Je cherche d'occas. : 1° une table d'opérat. à pompe ; 2° un autoclave ; 3° un aspirat. électrique. Dr Gandy, Bagnères-de-Bigorre.

N° 178. — Client. méd. génér. à céder quart. Madeleine. Appart. six pièces princip.

N° 179. — A céder autoclaves, boîtes d'Arsonval, spéculum électr., miroir Clar avec rhéostat Chavanon, tour à fraiser, etc...

N° 180. — Sud-Est. Cab. méd. chirurg. à céder octob. ou nov., proxim. imméd. stations climat. et sports d'hiver. Conviendr. à chirurg. âgé pour demi-repos, ou à jeune chirurg. pour grande extension. Condit. être catholique, reprendr. bail et install. récentes contre indemn. à débatt.



## Renseignements

**La Bourboule.** — Maison médicale p. enfants. Tout confort. Cures therm. et clim. Pour tous renseign. et prospectus, s'ad. Dr Barthomeuf, Sanguinet (Landes).

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs CHARMOT et ROZET.

Le **gargarisme** le plus agréable pour le syphilitique c'est la TABLETTE DE MANGAINE, grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Médicat des hôpitaux de Paris.** — En tête de la récente promotion du médicat des hôpitaux de Paris figure le Docteur Jean Rachet.

Jean Rachet est le fils de feu le Docteur Armand Rachet, de Honfleur, fidèle ami du *Concours médical* et de ses filiales, ardent syndicaliste que l'on vit toujours au premier rang, dans le mouvement corporatif d'avant-guerre.

Nous lui adressons nos très cordiales félicitations (G. D.).

— **A. D. R. M.** — La filiale canadienne de l'A. D. R. M. exprime le désir qu'à l'occasion du quatrième centenaire de la découverte du Canada par Jacques Cartier, les différentes sociétés françaises envoient des représentants au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui se réunira en septembre 1934. Elle émet en particulier le vœu que le Congrès français de médecine y tienne ses assises. M. Besançon, président de la session de 1932, s'engage à appuyer cette proposition auprès de ses collègues lors de leur réunion en octobre 1932.

Après discussion, il est décidé qu'au Comité composé des membres du bureau du Congrès et au Comité de direction de l'Association des médecins de langue française, on adjoindra pour défendre le projet quelques autres personnalités parisiennes : les professeurs Balthazard, Hartmann, Roussy et Sergent.

Lecture de lettres du Professeur Cortès Llado, et du recteur de Séville, remerciant l'A. D. R. M. de l'accueil qu'elle a fait aux professeurs et médecins espagnols venus à Paris.

Nomination comme membre du Conseil du professeur Laignel-Lavastine, en remplacement du regretté Professeur Teissier, et de M. Desfosses.

Election de nouveaux membres : M. Cortès Llado, professeur de clinique chirurgicale, Rodino, agrégé (de Séville) ; et Péra, agrégé (de Séville).

— **Tombola de la « Maison du médecin ».** — Cette tombola, dont le tirage a eu lieu le 7 mai, a donné un bénéfice de cent quinze mille francs, qui a été versé à la caisse de cette œuvre par le Dr Boucard.

La *Rosengart* a été gagnée par M. Soulès, 48, avenue Kléber, à Paris.

— **Inauguration de l'Institut Alfred Fournier.** — L'inauguration de l'Institut Alfred Fournier, situé 25, boulevard Saint-Jacques, dans les bâtiments nouvellement construits par la Ligue nationale contre le péril vénérien, a eu lieu le 9 mai, au cours des cérémonies du Centenaire d'Alfred Fournier. L'Institut Alfred Fournier comprend des laboratoires, un dispensaire, et il sera le siège de l'Ecole de sérologie.

— **Les Journées médicales belges de 1932.** — Les délégations officielles aux *Journées médicales belges de* 1932 seront particulièrement nombreuses. A celles du Canada, de la Roumanie, de la Grèce, du Maroc, de Colombie, du Luxembourg, déjà signalées, il faut ajouter aujourd'hui les noms du général médecin Stanislaw Rouppert, chef du service de santé de l'armée, et du colonel médecin Wladyslaw Osmolski, commandant de l'école d'officiers du service de santé, qui représenteront la Pologne ; celui du major-médecin Bohumil Sucharda, qui représentera la Tchécoslovaquie ; et celui du docteur Diego Carbonell, délégué officiel des Etats-Unis du Vénézuéla. La délégation française sera très importante.

— **Institut prophylactique**, 36, rue d'Assas. *Consultation d'endocrinologie.* — La consultation d'endocrinologie et d'opothérapie du Docteur Léopold-Lévi sera transférée, à partir du jeudi 2 juin, de l'hôpital Cochin à l'Institut prophylactique, 36, rue d'Assas. Elle aura lieu, de 10 heures à midi et demi, tous les jeudis matins.

— **Le Saint-Hubert-Club médical.** — La Société a organisé le 1er mai un concours de tir au stand Gastinne-Rennette, d'Issy-les-Moulineaux. De nombreux et superbes prix ont été offerts par les Laboratoires Bailly, Zizine, Scientia, Dausse, Laurent, Gérard, Robert et Carrière, Girard, Vichy. M. Bailly a fait éditer une carte d'invitation du plus bel effet artistique.

Le concours a été présidé par le médecin général Cadiot, le président Maurice ayant été retenu par une grippe fâcheuse.

Voici les résultats du concours :

Tir aux pigeons d'argile : 1er prix, Docteur Colombet ; 2e prix, Docteur Bruneau ; 3e prix. Docteur Bourgoin ; 4e prix, Docteur Davesne.

Tir aux pigeons d'argile (épreuve pour les dames des médecins chasseurs) : 1er prix, Mme Davesne ; 2e prix ex-æquo, Mmes Maurice, Didier, Castille.

Tir aux pigeons vivants : 1er prix, Docteurs Cellarier et Zizine.

Poule aux pigeons vivants : 1er prix, Docteur Gentil, 2e prix, Docteur Bourgoin.

Nous rappelons que le 5 juin, il sera organisé un deuxième concours de tir, suivi d'un banquet : s'inscrire chez le secrétaire général, Docteur Davesne, 115, rue de la Pompe.

— **Les anciens combattants et la lutte contre les fléaux sociaux.** — Une réunion organisée par l'Association nationale des camarades de combat, a eu lieu le 21 mai, à l'Institut Pasteur, sous la présidence du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine. Plusieurs orateurs ont envisagé la contribution des anciens combattants à la lutte contre les fléaux sociaux. Des communications ont été faites par M. Paul Galland, au nom de la Confédération, sur « Le rôle des anciens combattants dans la lutte contre les fléaux sociaux » ; par le

Docteur Cuvier (Biologie et thérapeutique du cancer) et par le Docteur André Jacquelin (La place du pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.)

— **La Mutualité maternelle de Paris.** — A la suite de l'Assemblée générale de 1932, le Conseil d'administration a élu vice-présidents, nos confrères : le Docteur Julien Huber, médecin des hôpitaux de Paris, et le Docteur Rouèche, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Paris* et de *La médecine infantile.* Le Docteur Villanova a été élu secrétaire général.

— **Ministère de la Santé publique.** — *Bourses de vacances pour les infirmières et les visiteuses.* — Le Docteur François DEBAT, désireux d'aider les infirmières et les visiteuses à poursuivre leur œuvre, a décidé de mettre tous les ans 25 bourses de vacances, de mille francs chacune, à la disposition des plus intéressantes d'entre elles et qui, surmenées par leur activité pleine de dévouement, auraient besoin de repos.

Les infirmières et les visiteuses ayant l'intention de solliciter ces bourses devront s'adresser au ministère de la Santé publique (Bureau central des infirmières), 26, boulevard de Vaugirard, Paris-XV^e^.

Les lettres de demande donnant toutes précisions sur leur situation familiale (état civil et charges de famille), sur leurs états de service, leur situation professionnelle actuelle et indiquant deux références seront accompagnées de leur bulletin de naissance et de l'extrait de leur casier judiciaire.

Les dossiers devront parvenir avant le 15 juin 1932. Ils seront examinés par un jury composé de : MM. Serge Gas, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique ; Jules Brisac, directeur de l'Office national d'hygiène ; le Docteur Jules Renault, de l'Académie de médecine, président du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières ; le Docteur Rist, membre du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières ; Mlle Delagrange, Directrice du Bureau central des infirmières ; M. le Docteur François Debat, donateur.

— **XVI^e^ Croisière de « Bruxelles-Médical » aux îles de Soleil.** — Nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs que la prochaine croisière de grandes vacances organisée sous les auspices de *Bruxelles-Médical* s'effectuera aux « *Iles de Soleil* ». Le départ aura lieu de Bordeaux le 27 juillet, et l'arrivée à Marseille le 21 août.

L'itinéraire, d'un intérêt tout particulier, permettra de visiter, outre Porto et Lisbonne, les Iles Açores, Madère, les Canaries, Casablanca (Rabat), Tanger, Ceuta (Tetouan) les Iles Baléares (Palma de Majorque), la Sardaigne (Cagliari), Livourne (Pise et Florence).

Pour tous renseignements et les inscriptions,

s'adresser à la Section des voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

A toutes fins utiles, signalons qu'il ne reste plus qu'un petit nombre d'installations disponibles.

— **Croisière en Norvège** — La direction des croisières de la « *Revue générale des sciences* », à la demande d'un grand nombre de touristes qui n'ont pu trouver de places à bord du yacht *Prince Olav* pour sa croisière au Spitzberg de cet été ou qui ne peuvent se rendre libres à cette époque, a pris les dispositions suivantes en vue de leur donner satisfaction.

Le même bateau, partant d'Edimbourg le 14 juillet, conduira ce groupe supplémentaire jusqu'au Cap Nord, en visitant d'une façon très complète les fjords les plus pittoresques. Retour le 27 juillet dans ce même port. Prix de la croisière, y compris les excursions et les pourboires (3.180 francs) d'Edimbourg à Edimbourg. Des prix réduits permettront de se rendre à ce port et d'en revenir.

Toutes les cabines donnent directement sur la mer par des fenêtres et sont à une ou deux personnes avec lits non superposés.

Pour programme détaillé, renseignements et inscriptions s'adresser à la *Presse médicale française*, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris,

— **Æsculape**, Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. — 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe). Prix du numéro : 5 francs. — *Sommaire du n° 4* : Le Paysan ivre, de Pierre Breughel (1 ill.), — Un nerveux : Jean Racine, par le Docteur Le Tessier (7 ill.).— Le rêve coloré de Marc Chagall, par le Docteur Jean Girou, de Carcassonne (3 ill.), — La Folie de Théroigne de Méricourt, par Esquirol (4 ill.). — William Blake, graveur visionnaire, par le Docteur Benjamin Bord (2 ill.). — L'épilepsie dans Sophocle par les Docteurs Pommé et Ph. Scouras (7 ill.). — Le « Jettatore » de Ribera (1 ill.). — Supplément (17 ill.).

## A TRAVERS L'OFFICIEL

10 mai

**Accidents du travail.**

*Arrêté du 6 mai 1932 prorogeant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.*

*Article unique.* — Le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, fixé par arrêté du 31 octobre 1930, modifié par les arrêtés des 1er avril 1931 et 7 janvier 1932, est prorogé pour une période de trois mois au moins, à compter du 1er avril 1932.

11 MAI

**Asiles Publics d'aliénés.**

M. le Dr Picard a été nommé médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), en remplacement de M. le Dr Loup, appelé à un autre poste.

**Service de santé militaire.**

Le médec. sous-lieut. de rés. Serre est autorisé à servir en situat. d'activ. aux tr. du Maroc pendant deux années du 15 avril 1932, au titre du paragr. 6 de l'art. 3 de la loi du 4 janvier 1929.

## SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

**Les chirurgiens-dentistes obtiennent le droit de donner leurs soins aux mutillés maxillo-faciaux de guerre**

MINISTÈRE DES PENSIONS et des RÉGIONS LIBÉRÉES

*République française.*

—

Paris, le 7 avril 1932,

Le Ministre des Pensions et des Régions libérées, à Messieurs les Préfets,

Conformément à l'avis de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux gratuits, les chirurgiens-dentistes seront habilités à partir du 1er avril 1932 :

1° A donner au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les soins dentaires énumérés à l'article 78 du décret du 25 octobre 1922 ;

2° A établir des prescriptions pharmaceutiques au titre dudit article 64, ces prescriptions étant strictement limitées aux soins buccaux immédiatement consécutifs aux interventions ci-dessus indiquées.

Les chirurgiens-dentistes qui donneront des soins au titre de l'article 64 devront, dans chaque cas d'espèce, sauf urgence motivée, obtenir l'autorisation préalable de la Commission tripartite départementale, seule qualifiée pour apprécier si les soins dentaires réclamés peuvent bénéficier de la gratuité au titre dudit article 64.

Ils seront remboursés sur production, dans les conditions déterminées par le décret du 25 octobre 1922, de mémoires de modèle n° 1, prévu, pour les médecins par le tableau annexé au décret du 2 avril 1925.

A. CHAMPETIER DE RIBES.

### Soins aux militaires

*Vaccination associée*

L'instruction provisoire du 8 février 1932 a donné toutes indications utiles pour la pratique dans l'armée de la vaccination associée (T. A. B. et anatoxine diphtérique), dans certaines circonstances épidémi-

ques (loi du 18 décembre 1931, *B. O.*, n° 55, P. P., p. 193.)

Mais, lorsque des hommes arrivent isolément, en dehors des époques d'incorporation, *dans des unités où la vaccination associée a été mise en œuvre à l'arrivée du contingent*, ils échappent, jusqu'à ce jour, à cette vaccination associée. De ce fait, ils sont susceptibles, en raison des contacts infectants auxquels ils sont exposés, d'entretenir la persistance, sous forme d'atteintes clairsemées, de l'endémie diphtérique.

Pour remédier à cette situation, ces militaires (engagés volontaires, réformés temporaires, etc...) subiront, à l'avenir, soit la vaccination antidiphtérique seule s'ils ont déjà été soumis depuis moins d'un an à la vaccination T. A. B., soit la vaccination associée dans le cas contraire. A cet effet, ils seront groupés par séries pour la facilité des opérations.

Pour la pratique de la réaction de Schick, il sera fait appel au médecin-chef du laboratoire régional. Toutefois, dans les garnisons éloignées, cette réaction pourra être confiée au médecin de l'unité intéressée, sous la réserve qu'au préalable ce dernier aura effectué un stage de quelques jours au laboratoire régional où il sera initié à la pratique et à l'interprétation de cette réaction.

Chaque fois que la réaction de Schick ne pourra être confiée au médecin du laboratoire régional, il sera mis à la disposition du médecin vaccinateur des solutions de toxine diphtérique chauffée et non chauffée. Ces demandes de solution de toxine, indiquant très exactement le nombre de sujets vacciner, seront adressées à l'administration centrale, sous le présent timbre.

La durée de conservation de la toxine diphtérique diluée étant assez limitée, ce réactif sera adressé directement au médecin de l'unité intéressée. Il devra être utilisé dans les dix jours qui suivront sa réception.

Toute atteinte diphtérique qui surviendrait ultérieurement chez de tels sujets, donnera lieu à l'établissement de la fiche du modèle indiqué au paragraphe VI de l'instruction provisoire du 8 février 1932 (*B. O.*, P. P., a° 7, p. 304, du 15 février 1932), mais qui devra être complétée par l'indication de la *date* et de la *nature de la vaccination* mise en œuvre vaccination associée T. A. B. et anatoxine ou vaccination diphtérique seule).

(*Circulaire n°* 1689 CM/7 *du* 22 *avril* 1932.)

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Le Sou médical)

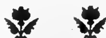
*Admissions prononcées par le Conseil au cours de sa réunion du* 17 *mai* 1932.

MM. les docteurs :

9.704 LEFRANÇOIS, Charleville (Ardennes), Syndicat des Ardennes.

9.705 Bardin, Saint-Chéron (Seine-et-Oise), Parrains : Drs Gelin et Gassot.
9.706 Moussu, Oued-Athmenia (Constantine), Syndicat de Constantine.
9.707 Chapon, Servon-sur-Vilaine (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Rennes.
9.708 Noix, Saint-Etienne (Loire), Parrains : Drs Chevalier et Duchesne.
9.709 Vasseur, Lestrem (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
9.710 Ferrier, Campagne-lès-Hesdin (Pas-de-Calais), Syndicat de Saint-Pol.
9.711 Dejeant, Biarritz (Basses-Pyrénées), Parrains : Drs Dohen et Marc.
9.712 Grinda (Jean-Paul), Nice (Alpes-Maritimes), Société de médecine de Nice.
9.713 Robert, Louviers (Eure), Parrains : Drs Asselin et De Beauchamp.
9.714 Perreaux, Louviers (Eure), Société de Prévoyance des Médecins de l'Eure.
9.715 Wallon, 99, rue Jouffroy, Paris, Société Médicale du XVIe.
9.716 Edrom, 31, rue Danjou, Bordeaux, Syndicat des médecins bordelais.
9.717 Denis, Bône (Constantine), Association de Constantine.
9.718 Bathiat, Croix (Nord), Syndicat de Roubaix.
9.719 Poursain, Saint-Pierre-de-Plesguen (Ille-et-Vilaine), Syndicat d'Ille-et-Vilaine.
9.720 Novella, 84, rue de Grignan, Marseille, Syndicat de Marseille.

Ces admissions seront définitives, 15 jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation. (Art. 6 des statuts).



## La vaccination antidiphtérique par l'Anatoxine

La vaccination antidiphtérique est encore peu employée à la campagne, et les cas de diphtérie survenant chez des enfants ayant reçu leurs trois injections expliquent le peu d'enthousiasme de certains confrères pour ce procédé d'immunité contre la diphtérie.

Une épidémie assez étendue survenue dans quelques communes de ma clientèle m'a incité à faire des vaccinations publiques dans trois communes dans le courant de l'hiver dernier.

J'ai vacciné près de 500 enfants de 1 à 10 ans. Mais j'ai sans hésitation pratiqué les nouvelles doses conseillées dans la communication des Docteurs Debré, Martin, Ramon, à la Société médicale des hôpitaux, soit 1 c. c., 2 c. c. et 2 c. c. J'ai mis un minimum de trois semaines entre chaque injection. Je n'ai constaté aucune réaction grave avec ces doses sur ces 500 enfants. Seuls certains de 9 à 10 ans ont dû s'aliter le lendemain de l'injection ; mais pas un n'a nécessité une visite médicale.

De plus, je n'ai constaté aucun cas de diphtérie chez ces enfants vaccinés avec ces doses nouvelles, mais je sais qu'il faudra un recul de temps pour mieux juger. Je livre ces faits de pratique médicale qui pourront contribuer à faire répan-

dre cette méthode d'immunité contre une terrible maladie qui affole littéralement parents et médecins.

Il serait donc désirable que l'Institut Pasteur modifie au plus tôt le contenu des ampoules livrées au public et qu'elles soient d'au moins de 2 c. c.

Dr A. MOISAN.
(Merdrignac).

# CORRESPONDANCE

## Fiscalité

**2361. — Amortissement du prix d'achat des automobiles. Dépenses professionnelles**

Je reçois du contrôleur des Contributions la notification de « l'évaluation qu'il se propose de faire de mes revenus ».

A. Revenus professionnels 1931.

Amortissement indûment porté en frais généraux. A revenir .......... 3.600

Loyer professionnel (3.000) entretien des locaux (1.100) manifestement exagéré. A réintégrer .......... 2.000

Frais de domestiques exagérés (6.000) à réintégrer .......... 2.400

8.000

Bénéfice imposable 25.529 + 8.000 = 33.529

B. Déductions d'impôts.

Je vous rappelle que seul l'impôt général est déductible.

A. Amortissement. Il s'agit de l'amortissement de mon auto que le contrôleur voudrait me faire amortir en une seule fois et non annuellement.

Loyer professionnel. Je compte dans mon loyer professionnel.

Salle d'attente, salle de pansements, salle de consultations, bibliothèque, garage, soit cinq pièces.

Domestiques. J'ai deux domestiques dont un pour ma profession, mon assureur m'a obligé à établir mes polices sur 6.000 de salaire pour chacune (gages, nourriture, blanchissage, éclairage, chauffage).

Le terme « exagéré » suffit-il dans la bouche du contrôleur pour justifier des rehaussements ?

Je lis d'autre part que la majoration n'est pas due lorsque l'insuffisance ne dépasse pas le dixième du bénéfice total, ou 20.000 si le dixième est inférieur à cette somme. Dans quel cas cette règle joue-t-elle ?

Enfin, comme le dit le contrôleur, l'impôt général seul est-il déductible ?

Dr A.

**Réponse**

La nouvelle jurisprudence ordonne de déduire

*Voir la suite page LV-1725*

# PROPOS DU JOUR

## Les voix latines

### Le Canada : Impressions d'un médecin français en mission au Canada

Pour la seconde fois les *Voix latines* se sont fait entendre à l'Institut océanographique de Paris.

Nous avons déjà dit tout le bien que nous pensions de cette innovation de l'*Unicn médicale latine*. Le Dr Dartigues a eu une merveilleuse inspiration en organisant les Grandes conférences de l'UMFIA pour la conservation de l'influence de la civilisation et de la spiritualité latines dans le monde. Le plus beau succès a couronné sa tentative ; nous l'avons constaté, il y a quelques semaines, lors de la première conférence consacrée à l'histoire de la médecine espagnole par M. le Prof. Forgues, de Montpellier ; nous le constatons de nouveau aujourd'hui en rendant compte de la très belle conférence que M. le Prof. Emile SERGENT a faite sur le *Canada français et la médecine au Canada.*

***

Un public choisi et nombreux s'écrasait littéralement dans le vaste amphithéâtre de l'Institut océanographique, bien avant le début de la conférence. Tous les Canadiens séjournant à Paris et notamment les jeunes gens de la Maison canadienne de la Cité universitaire avaient tenu à venir applaudir le Prof. Sergent. C'est que ce maître est connu et aimé dans le Canada français où il a trois fois séjourné depuis la grande guerre et où il a fait dernièrement une série de conférences. S. E. Ph. Roy, ministre plénipotentiaire du Canada, docteur en médecine de Paris, avait tenu à présider la séance. Des diplomates étrangers, des membres du Parlement et du Conseil municipal de Paris, de nombreux professeurs de la Faculté de médecine, des médecins-inspecteurs généraux, un nombre notable de médecins distingués et un grand nombre de dames étaient accourus pour entendre le Prof. Sergent.

***

Après une minute impressionnante de recueillement en l'honneur du Président Doumer, dont les obsèques devaient avoir lieu le lendemain, le Dr Dartigues, président-fondateur de l'Union médicale latine, a en quelques mots remercié le Professeur Sergent et montré sur une planisphère la place importante que tient le Canada dans les terres où s'épanouit la culture latine.

Le Professeur Emile Sergent prit alors la parole. Il s'exprima avec une grande simplicité qui cependant n'excluait ni l'autorité, ni l'émotion, ni l'éloquence. Sa voix, évitant les grands éclats, était nette et distincte, imposait l'attention et elle fut religieusement écoutée. Sa netteté, sa clarté en faisait bien un modèle de voix latine, une voix bien française.

Après un court éloge de l'Union médicale latine et de son Président Dartigues, après avoir indiqué le but si important qu'ils poursuivent, le Prof. Sergent remercia S. Ex. Ph. Roy d'avoir bien voulu venir présider cette conférence. Il désirait se borner à imposer ses impressions sur le Canada français, impressions d'un médecin, d'un clinicien qui a l'habitude d'observer. Son penchant à la philosophie le portera à tirer de ses constatations des interprétations et des directives qu'il exposera telles qu'il les pense en toute franchise et en toute loyauté.

M. Sergent rappelle l'émotion qui l'a saisi, lorsque mettant le pied sur le sol de Québec, il s'aperçut qu'il était sur un sol vraiment français. Tout lui rappelait la terre de France ; les maisons étaient semblables à celles de Dieppe ou de Saint-Malo ; il entendait parler autour de lui en français très pur avec un accent charmant indéfinissable, évoquant à la fois les parlers de Normandie et de Picardie. Tous les noms propres qui s'étalaient sur les enseignes, étaient des noms français, les villages de la campagne, les rivières portaient des noms français. Il découvrit même au cours d'une promenade un lac Sergent où il vit pêcher la truite. Il fut charmé des vieilles locutions du langage courant des Canadiens, locutions que l'on n'emploie plus en France. Ainsi on l'engageait à « *monter en char* » lorsqu'il se préparait à gagner une automobile ; le clair de lune était devenu un « *clair d'étoiles* » et quand il gravissait en hâte un escalier, il entendait dire derrière lui, qu'il « *montait à l'épouvante* ». La femme enceinte qui désirait le terme

d'une grossesse, « *attendait sa maladie* », expression qui donna lieu à d'amusants quiproquos entre des Canadiens français et des Français de France non avertis.

Toute cette ambiance, faite de pittoresque et de sympathie, charmait le voyageur français avant tout accueil et quels accueils ! L'accueil officiel était certes impressionnant mais encore beaucoup moins que l'accueil privé. A Québec, à Montréal, on ne rencontrait que des amis. Les salles des Congrès étaient pavoisées aux couleurs françaises. A la fin des banquets on acclamait la *Marseillaise* et les chansons de France. Les discours en pur français étaient éloquents et quelles évocations touchantes marquaient la fidélité du souvenir. La devise de la ville de Québec n'est-elle pas : « *Je me souviens* » ? Et comme les invités français montraient quelque étonnement à pareilles réceptions inattendues, ils s'attiraient cet amical reproche :

« *Vous nous découvrez donc pour la seconde fois.* »

Quelle angoisse étreint un cœur vraiment français à la visite de ce plateau d'Abraham où le 13 septembre 1759 eut lieu la défaite, l'écrasement de la très petite armée française qui détermina la chute de la vieille citadelle de Québec et la perte du Canada, où dès le début de la bataille tombèrent glorieusement et mortellement blessés, les deux chefs ennemis l'Anglais Wolfe et le Français Montcalm.

Le Prof. Sergent, après cet impressionnant prélude fit en raccourci l'histoire du Canada trop ignorée dans notre pays.

Il rappella que Jacques Cartier, le pilote malouin, après le Florentin Verrazano, au service du roi de France (1523), prit possession de la terre de Canada le 24 juillet 1534 au nom de François-I[er]. Mais ce fut Samuel de Champlain, né à Brouage en Saintonge, qui fonda Québec en 1608 et assura le premier la domination française au Canada. En 1642, dans l'île de Montréal fut fondée Villemarie qui ne tarda pas à prendre le nom de l'île et resta la ville de Montréal.

Le Canada français peu à peu s'étendit et se peupla grâce à l'actif dévouement de l'évêque, Mgr de Montmorency-Laval, de l'intendant Jean Talon qui mérita le surnom de Colbert du Canada. Pendant le XVII[e] siècle et la première moitié du XVIII[e] siècle, les Français du Canada eurent à lutter contre les Iroquois d'abord, puis contre les Anglais d'Amérique. La guerre de Sept ans, marquée par la chute de Québec en 1759 et la capitulation de Montréal le 7 septembre 1760, se termina par le traité de Paris le 10 février 1763 qui consacra la perte du Canada par la France. Les fonctionnaires, les nobles, les riches négociants regagnèrent la métropole. Mais le vrai colon français n'abandonna pas le sol où il était né et où il avait vécu et on assista à un redressement miraculeux du Canada français. Les Canadiens de la province de Québec avaient conservé leurs écoles, leur langue, leur religion et le respect de leurs traditions. En 1867, l'Angleterre par le Pacte de conciliation donna au Canada son autonomie et le Canada français, en conservant ses droits, sa liberté et sa propre constitution, forma avec les provinces anglaises voisines une Fédération ; ce fut l'origine du Dominion actuel.

La France, vaincue en 1870, perdit le prestige dont elle avait joui au Canada ; une propagande mensongère la fit considérer comme un pays perdu et ce fut la grande guerre, amenant les volontaires canadiens français dans le pays dont leurs ancêtres étaient originaires, qui stimula l'affection qui sommeillait dans les cœurs canadiens pour la vieille France et leur permit de la juger selon ses mérites et de dissiper les brumes malfaisantes avec lesquelles on avait cherché à la ternir.

Par l'Union fraternelle des races française et anglaise avec leurs qualités qui se complètent, l'avenir du Canada s'annonce comme excessivement brillant. Dans un ou deux siècles le Canada sera certainement un des Centres les plus importants du monde civilisé et combien alors paraîtra ridicule le jugement de Voltaire avec ses méprisables arpents de neige. Un facteur de puissance du Canada français fut et est encore sa merveilleuse natalité. Les 60.000 français qui, après 1763, restèrent au Canada, sont devenus, en moins de deux siècles, cinq millions de Canadiens français.

M. le Prof. Sergent qui a promis de dire toute sa pensée, a regretté que le petit cultivateur, l'habitant comme on dit à Québec, n'ait pas hérité dans une certaine mesure de l'esprit d'épargne du paysan français. Les réserves du bas de laine, si elles ne prennent pas une importance excessive ne sont pas à dédaigner et comptent et ont compté dans les périodes de crise pour assurer le relèvement du pays. Nous nous permettrons une objection timide. M. le Prof. Sergent ne croit-il pas que cet esprit d'épargne entre pour une part dans l'état de dépression démographique que nous regrettons

de voir se perpétuer dans nos campagnes françaises ?

***

Le conférencier alors aborda l'exposé de ses impression sur la médecine canadienne.

En 1610, Champlain était accompagné de deux médecins et l'apothicaire Louis Hébert, fils d'un apothicaire de Catherine de Médicis, vint en 1615 s'établir à Québec avec sa famille, il fut le véritable premier colon qui fit souche au Canada. En 1639, les Ursulines de Dieppe fondèrent l'Hôtel-Dieu de Québec avec les subsides que leur fournit la duchesse d'Aiguillon, nièce de Richelieu.

L'exercice de la médecine était alors entre les mains des empiriques ; les barbiers, souvent sans instruction, qui donnaient des soins aux malades, étaient en nombre exagéré. C'était un danger. Le gouvernement réglementa par décret en 1735 les professions médicales et il se créa une sorte d'organisation de fait. Le Canada à cette époque eut de meilleurs médecins et compta même parmi eux de véritables savants, tel Michel Sarrazin qui correspondait avec l'Académie des sciences et avait été envoyé à Québec, après avoir fait des études de médecine, par les missions étrangères. Ses travaux eurent surtout trait à l'histoire naturelle.

Après la défaite, la médecine canadienne traversa une période d'anarchie et d'éclipse scientifique. Les campagnes étaient parcourues par des médicastres ignorants, les fraters. A Québec, les praticiens, jouissant de quelque réputation, étaient accompagnés d'élèves qui s'instruisaient comme ils pouvaient, plutôt mal que bien, en les secondant. Les autorités songèrent à faire revivre le décret de 1735. Un édit fut promulgué en 1788 qui limita le droit d'exercer. L'ignorance des pseudo-médecins français attira dans les villes des médecins anglais des colonies voisines. Ceux-ci, instruits et expérimentés, jouirent d'une grande vogue et beaucoup firent fortune. Il s'en suivit que nombre de leurs confrères accoururent à Québec, mais la quantité des médecins anglais devint à son tour excessive et cela aux dépens de leur qualité. Aussi en 1847, une épuration du corps médical devint nécessaire, elle s'opéra par la création du *Collège des médecins de la province de Québec*.

Des écoles de médecine s'étaient fondées. D'abord à Montréal en 1822 fut créée une école anglaise qui devint Faculté en 1828. Une autre école s'ouvrit en 1824 à Toronto. En 1843 apparut à Québec l'école de médecine et de chirurgie française qui devint en 1844 la Faculté Laval si florissante aujourd'hui. En 1854, Montréal, outre sa Faculté anglaise, fut dotée d'une Faculté de médecine française. L'organisation et l'enseignement qui se donnait dans les écoles de médecine canadiennes françaises étaient calqués sur ceux de notre pays.

L'exercice de la médecine au Canada ne dépendit pas des Facultés. Une fois les titres universitaires provinciaux obtenus, il faut être admis par les collèges de médecine de chaque province et même le diplôme fédéral, commun à tous les Etats du Dominion, ne permit d'exercer qu'avec l'acquiescement du collège de la province depuis 1919, les relations universitaires entre la France et le Canada français sont devenues de plus en plus fréquentes et de plus en plus étroites. Nombre de professeurs en médecine et de médecins canadiens distingués ont fait ou perfectionné leurs études à Paris. Deux internes de nos hôpitaux étaient des Canadiens et de nombreux boursiers ont été envoyés en France. Faut-il rappeler la fondation de la Maison canadienne dans la cité universitaire, la création de l'Institut franco-canadien qui a organisé un échange de professeurs entre les deux pays, la naissance de la section canadienne de l'A. D. R. M. que les Professeurs Hartmann et Sergent ont provoqué ? De nombreux Congrès internationaux scientifiques se sont réunis au Canada, mais M. Sergent qui considère les Congrès comme des occasions intéressantes de créer des relations entre savants et professionnels, ne leur accorde qu'une importance scientifique toute secondaire.

L'outillage des établissements d'enseignement de la médecine au Canada est tout à fait remarquable et le Prof. Sergent ne peut s'empêcher d'établir une comparaison, tout en dissimulant mal nous ne dirons pas une pointe d'envie mais de pénible regret ; c'est le parallèle entre la vieille Charité qui rappelle les si illustres souvenirs de Corvisart, de Bouillaud, de Potain, mais qui est restée un antique hôpital délabré et presque sordide, avec les superbes établissements hospitaliers de Québec et de Montréal. Ces hôpitaux et ces laboratoires admirablement installés ne manquent pas d'hommes intelligents qui ne demandent qu'à travailler, mais il convient de leur en laisser la possibilité et le loisir et M. Sergent craint que beaucoup de nos savants confrères de Québec et de Montréal soient trop accaparés par leur « bureau » nous disons en France leur cabinet de consulta-

tions. Hélas ! la France et Paris n'ont sur ce point aucun bon exemple à donner au Canada et sur les deux rives de culture française de l'Atlantique du Nord il conviendrait de mettre les savants médecins à l'abri du besoin pour qu'ils puissent, dédaignant la riche clientèle, se consacrer entièrement à l'enseignement et aux recherches.

En terminant, le Prof. Sergent a attiré l'attention des étudiants canadiens sur l'intérêt qu'il y aurait pour eux à briguer l'internat des hôpitaux de Paris. L'Administration de l'Assistance publique pourrait les nommer en surnombre de façon à ne pas diminuer les places dont doivent bénéficier les étudiants français. Il considère en effet l'internat comme l'institution la meilleure pour former des médecins instruits et expérimentés.

M. Sergent a prêché l'union entre Québec et Montréal, l'émulation sans rivalité entre les Facultés françaises et anglaises. Il serait désirable, a-t-il affirmé de voir créer au Canada français une Société analogue à la Société médicale des hôpitaux de Paris où médecins canadiens français et anglais viendraient échanger leurs observations et apprendraient à mieux se connaître et s'apprécier.

Le conférencier a fait l'éloge des humanités gréco-latines qui seules permettent de créer des élites. Il a engagé les jeunes étudiants canadiens à ne pas les négliger. L'avenir de leur pays est immense. Sans oublier leurs traditions glorieuses, il convient que par leurs efforts à la fois individuels et collectifs, ils fassent preuve de la volonté de progresser. La volonté est plus nécessaire pour cela que l'intelligence ; la plus belle intelligence sans volonté reste stérile. Il les a engagés à se livrer à un travail continu et méthodique. Il les a incités à avoir de l'ambition, la noble ambition d'atteindre par leurs efforts et leur mérite le but qu'ils se sont fixés. Il ne faut pas confondre cette ambition avec l'arrivisme qui use de l'intrigue et des moyens inavouables pour arriver au même but.

M. Sergent espère se voir consolider de plus en plus l'Union canadienne entre français et anglais. Il est convaincu que les canadiens français n'oublieront pas la France, notre mère commune, qu'ils sauront aimer tout en restant loyalement fidèles à leur Patrie britannique.

***

Une ovation enthousiaste et prolongée, soulignée par les brefs remerciements du Dr Dartigues, accueillit la péroraison de la conférence du Professeur Sergent qui avait été fréquemment entrecoupée par les applaudissements de l'auditoire.

Alors un jeune docteur Canadien, M. Jutras, président des étudiants de la Maison canadienne à la Cité universitaire, prononça une allocution vibrante où il remercia le Prof. Sergent qui a si bien compris l'âme canadienne et vanta l'action de l'Union médicale latine. Il affirma qu'entre les héroïques et lointains fondateurs de la Nouvelle France et les réalisateurs du futur Empire canadien, les médecins du XXe siècle sauraient former une chaîne ininterrompue. Il souhaita de voir se « rapprocher le Canada de la France, *sa vraie maman*, souvent éprouvée mais toujours courageuse ». Enfin il annonça que des étudiants canadiens allaient exécuter quelques chansons de leur pays en l'honneur du Prof. Sergent et de Madame Sergent « le type supérieure de la femme, celle qui a de la distinction et de l'esprit » et qui, comme son mari, aime à se dire canadienne. Et le Dr Jutras proclama, comme dans le refrain de la chanson que l'on allait entendre :

« Vive la Française canadienne et ses jolis yeux doux. »

Très ému, le Prof. Sergent aux acclamations de tous donna l'accolade à son jeune confrère.

***

La soirée se termina par l'audition de Mme Martinet-Favreaux, de Montréal, qui interpréta avec une grâce et un charme fort goûtés : *Vive la canadienne* et *Son voile qui volait*. Ces vieilles chansons de la Nouvelle-France nous ont rappelé dans leur naïveté, parfois assaisonnée d'une légère pincée de sel gaulois, les romances du milieu du XIXe siècle, celles que nous entendîmes chanter par nos grand'mères. M. Lucien Martin, violoniste de talent, interpréta une *Danse villageoise canadienne*. Enfin M. Gustave Longtin fit avec sa belle et puissante voix, retentir l'amphithéâtre du chant passionné : *O Canada, mon pays, mes amours.*

N'oublions pas l'accompagnatrice, Mlle Gilberte Martin, une virtuose du piano.

***

Telle fut la deuxième des manifestations des *Voix latines* dont le succès fait honneur aux éminents conférenciers et à nos amis les Directeurs de l'*Union médicale latine*, de la vieille UMFIA.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### DE LA PERSPECTIVE EN PSYCHIATRIE

Par Henri CLAUDE,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

On a dit « il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ». En effet, chaque malade présente des aspects pathologiques divers dans lesquels les symptômes, par leur groupement, par l'importance que nous donnons à chacun d'eux, par leur évolution dans le temps, nous conduisent à formuler un diagnostic ; celui-ci repose sur l'adaptation plus ou moins complète des symptômes aux cadres fixes de la pathologie. L'œuvre du clinicien consiste surtout dans une juste appréciation de la valeur de ces symptômes. Dans le domaine de la médecine générale, les divers plans du tableau clinique apparaissent avec une netteté suffisante et le plus souvent assez tôt pour que l'on n'ait pas à attendre trop longtemps pour formuler une opinion. Les notions complémentaires tirées des examens de laboratoire, viennent assez vite s'ajouter aux données cliniques. Par la suite le tableau ne subit que des variations de coloration, qui n'en altèrent pas la véritable composition : un état anémique peut faire hésiter le clinicien quelque temps mais en général, assez vite, il découvrira que celui-ci n'est que le signe avant-coureur d'une forme de tuberculose dans un cas, d'un cancer gastrique ailleurs ; qu'une dyspnée ne fasse pas sa preuve immédiatement, cela est d'observation banale, mais des examens répétés montrent sans trop tarder qu'une insuffisance rénale ou cardiaque doit retenir l'attention et peu après le syndrome asystolique ou urémique se déroulera avec des oscillations en bien ou en mal, mais sous une forme toujours assez nettement tranchée.

Les maladies mentales ont des cadres beaucoup moins nettement délimités. Les psychiatres ont eu le désir, dans leurs classifications, fondées sur des idées théoriques propres à chacun, de retenir un certain nombre de types morbides qu'ils ont considérés comme des entités. Celles-ci, malheureusement, en dehors de quelques maladies organiques à substratum anatomique bien connu, ne trouvent leur apparence de justification que dans la constance des groupements symptomatiques. Ce groupement, intéressant quand on le considère chez un malade à un moment donné, perd souvent assez vite de sa valeur en raison de la mutabilité des symptômes primitifs, leur remplacement par d'autres ou la superposition de certains caractères qui, pour avoir échappé ou avoir été cachés au début, n'en ont pas moins une grosse valeur dans l'appréciation de la nature des troubles présentés par le malade.

Si donc, du point de vue didactique, il est nécessaire de conserver un certain nombre de cadres nosographiques qui s'adaptent assez bien à des tableaux cliniques, il faut aussi savoir qu'en psychiatrie il convient plus que dans toute autre branche de la médecine, de ne pas s'arrêter d'une façon définitive à un diagnostic parce qu'on a trouvé des éléments d'un type nosologique chez un malade. Il est préférable de s'attacher à analyser avec patience les phénomènes morbides, en appelant à son aide tous les moyens d'investigation et surtout en sachant attendre ce qui apparaîtra plus nettement avec le temps et les examens répétés : alors le tableau clinique prendra son véritable caractère. Celui qui développe une plaque photographique peut laisser échapper bien des détails intéressants s'il ne pousse pas le développement assez loin ; à se contenter des traits principaux de l'image qui surgit au contact du réactif, on se prive de finesses qui donnent son caractère artistique à l'épreuve. Quand nous étudions nos malades, notons donc au début les gros caractères frappants sans nous prononcer aussitôt sur la nature, laissons les seconds plans, puis les arrière-plans du tableau se dessiner et prendre de plus en plus de vigueur avec le temps et alors nous serons en possession de tous les éléments d'appréciation pour établir notre diagnostic et justifier notre pronostic et notre traitement. Nous arriverons ainsi à constater que les différents aspects syndromiques finiront par se dévoiler comme n'étant l'expression que de processus pathogéniques assez peu nombreux : altérations organiques, intoxications, infections, complexes affectifs, surmenage physique et psychique, émotions superposées, refoulées, tous ces processus pouvant d'ailleurs s'in-

triquer. Ces actions se faisant sentir sur des individus prédisposés par leur hérédité qui leur a imposé des aptitudes morbides, en raison des accidents pathologiques de tous ordres que la vie leur aura dispensés plus ou moins généreusement, feront des troubles mentaux de catégories diverses. Enfin, la résistance que leurs capacités cérébrales opposeront à ces assauts divers, les moyens de défense qu'ils mettront en œuvre, ou que les conditions d'existence ou de traitement leur apporteront, décideront bien souvent de leur victoire sur la maladie ou de leur défaite. Celle-ci sera consacrée par l'apparition des symptômes démentiels qui représentent le stade ultime de la déchéance fonctionnelle des activités psychiques. Voici les traits sous lesquels se sont présentés quelques-uns de nos malades et dont le tracé illustrera cette exposition.

Une malade âgée de 53 ans nous a été amenée en pleine crise d'agitation maniaque. Il a été nécessaire de l'entraver, en raison des tendances à fuir, à se rouler par terre, de son agressivité, de son bavardage incohérent et incessant ; elle interpellait toutes les personnes, les injuriait, enfin, bref, il était absolument nécessaire de l'isoler, en raison du trouble qu'elle apportait dans les salles. On ne pouvait, au premier abord, que porter le diagnostic d'excitation maniaque mais il était nécessaire de savoir ce qui s'était passé antérieurement et de connaître son passé pathologique.

Nous avons d'abord recherché s'il y avait, chez elle, des signes d'intoxication urémique : pas d'albumine dans les urines, 0,60 centigrammes d'urée dans le sang ; c'est un chiffre qui ne doit pas nous étonner car il est fréquent de trouver une augmentation d'urée chez les malades très agités. Les renseignements ont fini par nous arriver peu à peu et nous avons appris par la suite que déjà depuis plusieurs années, cette femme montrait un caractère extrêmement difficile, irascible, vindicatif, de telle sorte qu'elle ne pouvait rester comme domestique dans les places où elle se trouvait.

A 47 ans, au moment de la ménopause, elle avait présenté quelques petites manifestations nerveuses sous forme de pertes de connaissance mal définies. Un jour, à la suite d'une de ces défaillances, elle avait fait une fugue, était restée deux jours absente de son domicile, puis rentrée chez elle, elle était dans un état d'excitation assez voisin de celui que nous venons de constater, au cours duquel elle avait déchiré des billets de banque constituant ses économies. Puis elle était partie se jeter dans la Seine : repêchée, elle avait été transportée dans un hôpital où on l'avait gardée deux mois en observation, d'où elle était sortie guérie.

Pendant deux ans il ne semble pas qu'il y ait eu un nouvel incident pathologique, quand au mois d'octobre dernier, elle a été reprise de nouveau de cet état d'agitation à caractère maniaque et un peu particulier car à son excitation psychique et motrice, s'ajoutait une incohérence qui n'est pas tout à fait dans la note maniaque. L'explication nous a été fournie par la constatation d'une crise rapide, convulsive à caractère comitial non douteux.

Il s'agissait donc d'une femme atteinte d'épilepsie qui, soit à la suite d'une crise convulsive ébauchée ou même indépendamment de tout équivalent moteur, se présenta avec un fond psychique d'épilepsie qui se caractérisa par l'excitation pseudo-maniaque. Celle-ci, qui est le symptôme de premier plan, n'est pas la véritable maladie ; la maladie principale c'est l'épilepsie qu'il fallait dépister à l'occasion de l'analyse des symptômes et des anamnestiques.

Cette autre femme de 36 ans, réalise, elle, tout à fait le tableau de la manie aiguë classique, caractérisée par l'excitation psychique avec verbigération incessante, interpellation des personnes, tutoiement, grossièreté des propos, fuite des idées, mais réparties en rapport avec les conditions présentes ; les signes d'agitation verbale et motrice vont de pair : tout ce tableau est constitué depuis plusieurs mois et a fait suite, sous nos yeux, à un tableau clinique qui était différent à l'entrée.

A cette époque, elle nous avait été amenée dans un état confusionnel et après une tentative de suicide, (elle avait cherché à se trancher la gorge) ; elle tenait des propos incohérents, était désorientée dans le temps et dans le milieu ; elle émettait des propos à teinte plutôt mélancolique, exprimait son dégoût de la vie, sa honte de vivre, et à un certain moment, paraissait en proie à une sorte de délire hallucinatoire. Elle croyait entendre des gens qui l'appelaient dans la rue ; elle était inquiète, agitée et son état rappelait celui de certains délires oniriques toxiques.

Sommes-nous donc en face d'une psychose périodique ayant présenté tout d'abord un aspect de dépression mélancolique avec confusion auquel aurait succédé un état maniaque ? Ce diagnostic pouvait être accepté si l'on s'en était tenu aux symptômes de premier plan, d'apparence suffisamment caractéristique, mais les enquêtes que nous avons faites sur le développement de la maladie, de même qu'une observation plus attentive du comportement de cette personne, nous ont conduit à porter notre attention sur les signes d'arrière-plan.

Nous avons appris ainsi, d'une part, que cette personne avait été sous l'influence de complexes affectifs remontant déjà loin, et d'autre part, l'existence chez elle d'un élément toxique. Elle avait éprouvé un gros choc émotionnel à la fin de la guerre lorsqu'elle perdit son fiancé qui fut tué. Déjà, à cette époque, elle avait eu un caractère sombre, renfermé, et avait manifesté un certain dégoût de la vie. Plus tard, elle se maria, un peu contre son gré, et il était avéré qu'elle n'avait jamais eu d'affection pour son mari. C'est dans ces conditions que peu à peu, pour changer le cours de ses idées, et son caractère taci-

turne, elle s'était mise à boire et depuis huit ans, elle n'avait, pour ainsi dire, jamais cessé de s'adonner à ces habitudes d'intempérance. Elle était devenue ainsi violente, coléreuse et négligeait son intérieur. Ainsi était reconstituée d'une part, une orientation psychique spéciale en rapport avec un élément affectif, et d'autre part, apparaissait un autre élément, l'élément toxique. Dans les derniers mois qui précédèrent son entrée dans notre service, elle était devenue de plus en plus sombre, elle dormait beaucoup ; elle s'occupait de moins en moins de son ménage et c'est dans ces conditions de dépression confusionnelle qu'elle avait été amenée à l'hôpital, à la suite d'une tentative de suicide.

La persistance de son attachement au fiancé était démontrée car lorsqu'on l'amena, on trouva sur elle un médaillon portant les cheveux de celui-ci. Il semble bien que ces deux causes de perturbation, affective et intoxication aient joué un grand rôle sans la perturbation psychique que nous voyons encore à l'heure actuelle et qui ne paraît pas devoir s'atténuer.

En effet, en dehors de cette excitation, nous avons toujours constaté que cette femme ne présentait aucune adaptation aux conditions extérieures ; elle ne s'intéresse à rien, elle est dépourvue de toute affectivité et se montre même nettement hostile à l'égard de son mari. Elle raconte même qu'elle n'est pas mariée. Elle présente à certains moments, des crises de rire sans motif, en même temps qu'elle tient des propos incohérents. Son activité est nulle, contrairement aux maniaques classiques qui aiment soit à dessiner, soit à s'orner, soit à se livrer à toutes sortes de besognes parfois assez ingénieuses. Elle ne fait absolument rien ; elle a des stéréotypies d'attitude et d'action ; elle passe son temps à remplir une valise avec laquelle elle se promène dans les salles. Bien qu'assez correctement orientée maintenant, ses réponses aux questions sont généralement inadaptées ; elle ne présente nullement les associations par assonance ou autres qui constituent le caractère pittoresque de beaucoup de maniaques.

Nous sommes donc amenés à penser que derrière tout ce tableau d'excitation maniaque, existent des perturbations psychiques plus profondes. Si, en effet, le syndrome dépressif et confusionnel, suivi d'excitation, a pu être rapporté au début à l'intoxication éthylique, celle-ci n'a agi qu'en donnant une teinte particulière à un état délirant que nous avons une tendance à considérer comme lié à une dissociation profonde de la personnalité et à un élément schizoïde qui serait le résultat de troubles affectifs profonds dont cette femme a souffert pendant de nombreuses années et auxquels elle a trouvé une dérivation dans la boisson. Les éléments de discordance que nous avons signalés paraissent en effet s'accentuer de plus en plus ; les stéréotypies deviennent plus accusées et nous pensons que l'arrière-plan schizo-maniaque va progresser de plus en plus et gagner le premier plan.

Cette forme d'excitation maniaque, symptomatique de la schizophrénie et liée à des perturbations affectives, apparaît encore plus nettement chez cette troisième malade âgée de 27 ans, qui aujourd'hui est relativement calme, mais qui nous fut amenée il y a 7 ou 8 mois, dans une attitude également maniaque extrêmement prononcée, ayant nécessité son isolement en cellule.

Elle aussi présentait un élément confusionnel qui s'ajoutait à son attitude maniaque, ainsi qu'un certain degré d'agitation anxieuse avec lamentations, cris, aspect terrifié à certains moments, laissant supposer une activité hallucinatoire sous-jacente. Le diagnostic d'état maniaque restait donc en suspens, d'autant plus qu'il avait été vaguement question dans les renseignements qui nous étaient fournis d'une période d'internement de cinq semaines qui avait été nécessitée par un état d'excitation à peu près de même nature en 1929. Il est vrai que les troubles psychiques avaient été consécutifs, à cette époque, à un accident d'automobile. Mais de plus amples renseignements nous apprenaient que, par la suite, cette femme avait subi un choc affectif profond ; elle vivait dans le luxe avec un ami qui l'avait abandonnée, précisément à la suite des troubles mentaux qui étaient survenus en 1929 et son existence avait été, depuis cette époque, complètement désorientée. C'est ainsi que peu à peu s'était installée, chez elle, cette agitation anxieuse dont nous avions le tableau.

Voilà donc un appoint d'ordre affectif qui pouvait s'être ajouté à la cause traumatique à laquelle on pouvait, dans une certaine mesure, rattacher les troubles mentaux, mais cet état maniaque était-il vraiment légitime et ne cachait-il pas autre chose ? C'est, en effet, ce que l'évolution nous montra. Nous avons constaté, en effet, à mesure que l'agitation s'atténuait et ne réapparaissait plus que par période, que cette femme, peu à peu, manifestait un affaiblissement intellectuel évident. Aujourd'hui, on ne constate plus qu'un reliquat de l'attitude maniaque qu'elle avait autrefois, mais en revanche, on constate chez elle des rires explosifs immotivés qui surviennent à tous instants, de la discordance dans ses paroles et son facies, dans ses actes ; des propos incohérents, des réponses inadaptées, une indifférence complète à sa situation et lorsqu'on lui parle de son passé, de son ami, des personnes qui viennent encore s'intéresser à elle, on est persuadé qu'elle ne porte aucun intérêt à tout ce qui survient dans son existence. Son inadaptation est complète en même temps que son fond mental est profondément perturbé.

C'est là encore un cas de démence précoce par perturbation affective favorisée peut-être par le traumatisme et qui a revêtu les apparences d'un état maniaque, lequel n'était que de surface alors que l'état schizophrénique est en réalité la maladie elle-même.

**Dans l'ordre des manifestations mélancoliques**

nous voyons se constituer des processus de même ordre : l'exemple de cette autre malade est tout à fait typique.

C'est une femme de 40 ans actuellement, qui, en 1923, entra dans notre service pour un gros accès de mélancolie avec anxiété et tentative récente de suicide par strangulation. Tous ses propos étaient empreints de cette teinte de mélancolie en même temps que sa dépression physique était très prononcée. Elle s'accusait constamment d'avoir eu une conduite irrégulière, d'avoir notamment trompé son mari (ce qui était probablement vrai), elle était préoccupée déjà de quelques scrupules religieux, et d'idées de pénitence. Nous remarquions, en même temps, qu'elle avait un facies légèrement myxœdémateux, ce qui orienta notre diagnostic vers une insuffisance thyroïdienne qui fut démontrée par l'épreuve du métabolisme basal. L'étude attentive de ce cas, bien que nous ayons été frappés par quelques éléments de discordance, nous parut cependant répondre à une forme de mélancolie anxieuse avec hypothyroïdie, et nous avons rapporté, à cette époque, cette observation parce que, sous l'influence du traitement thyroïdien, cette malade avait été remarquablement améliorée et avait pu quitter le service et rester ainsi chez elle pendant deux ans. Et pourtant, nous nous étions trompés sur la nature du mal.

En effet, en 1926, elle nous revenait de nouveau avec un état mélancolique, d'apparence classique ; diminution de l'activité générale, tristesse et quelques réactions anxieuses, mais tout cela assez superficiel, de sorte qu'après six semaines d'observation, nous lui avons accordé sa sortie. Cette fois, la guérison ne se maintint pas, et en novembre 1926, elle rentrait de nouveau dans le service dans un état d'agitation anxieuse très prononcé, accusant une fatigue physique et intellectuelle ; elle paraissait souffrir d'une douleur morale profonde, car elle se sentait déchue et indigne de vivre ; elle déclarait qu'elle n'avait jamais été comprise dans son ménage et que, si elle avait eu des erreurs de conduite, c'est qu'elle avait été constamment contrariée, que d'ailleurs, si elle est aujourd'hui dans ce désarroi, elle ne peut que se mépriser, c'est pourquoi elle a encore fait récemment une tentative de suicide.

Lors de cette dernière entrée dans le service, on constate seulement l'absence complète de spontanéité, l'inactivité, bref on se croit encore en présence d'une rechute de l'état mélancolique. Un nouveau traitement thyroïdien resta sans influence, à la fois sur l'état mental et sur les symptômes physiques, mais le tableau clinique se transforma peu à peu ; cette teinte mélancolique si nette s'est estompée et, à partir de 1927-1928, nous avons vu à ce syndrome de mélancolie avec idées d'indignité, d'auto-accusation, succéder une attitude mystique niaise, en ce sens que cette femme a pris des habitudes de maniérisme. Sa figure était empreinte d'un enjouement constant qui contrastait avec une opposition à tous les actes et notamment à l'alimentation ; ses sourires satisfaits, figés, ne se modifient plus depuis trois ans ; elle ne fait absolument plus rien et pour la faire manger, il faut à chaque cuillerée lui rappeler que c'est pour faire plaisir à tel ou tel médecin du service. Son opposition serait actionnée par un délire stupide ; elle ne veut pas faire de peine à Dieu qui lui a donné une mission de régénérer la France ; elle ne manifeste plus d'ailleurs aucune tendance affective à l'égard de sa famille et ne parle plus de ses préoccupations morales d'autrefois, notamment au sujet de ses erreurs de conduite. Bref, depuis quatre ans, elle est fixée dans cette attitude de schizophrénie légèrement délirante, à type paranoïde, qui a succédé peu à peu à l'état mélancolique typique d'autrefois. Ce syndrome était la réalité, actionné déjà par des préoccupations morales, des conflits sentimentaux sur lesquels nous étions arrivés à avoir quelques indications autrefois. La déchéance terminale de l'intelligence de cette femme ne fut que le dernier épisode de la lutte que provoquèrent ces conflits.

Ainsi la mélancolie de premier plan au début a peu à peu passé vers l'arrière-plan et, au contraire, l'état schizophrénique dont nous avions trouvé déjà quelque ébauche sous la forme de discordance, au début, a pris une importance de premier ordre.

L'état mélancolique à caractère vraiment typique apparaît encore chez cette femme de 39 ans, qui est entrée dans notre service en juillet 1929, manifestant le tableau le plus typique de ce syndrome : anxiété, avec idées de culpabilité, d'auto-accusation, traversé, de temps en temps par des phases d'excitation psychomotrice ou au contraire, de stupeur avec refus d'aliments. Cet état s'était développé sans cause apparente ; et paraissait ne pouvoir être rapporté qu'à du surmenage intellectuel ; je dis, en apparence, car jamais nous n'avons pu communiquer nettement avec cette malade et les renseignements qui nous ont été fournis ne nous ont pas permis de pénétrer dans les incidents antérieurs de sa vie. Une légère rémission, tout à fait fugace, de quelques jours, se produisit en mai 1930, au cours de laquelle, en raison de stimulation psychothérapique, elle avait paru sortir de sa mélancolie, et nous avons pu obtenir quelques écrits d'elle, d'apparence raisonnable dans lesquels elle demandait sa sortie, mais bientôt, elle retombait dans ce même état mélancolique, en proie à l'anxiété continuelle la plus vive, les yeux baignés de larmes, à chaque instant, et présentant un tableau évidemment impressionnant.

Dans l'incapacité d'arriver à savoir quels étaient les éléments psychologiques ayant pu frapper fortement l'affectivité de cette femme, nous essayâmes le procédé que nous mettons quelquefois en pratique, l'éthérisation, qui permet, sous l'influence de l'ivresse, ainsi provoquée, de saisir quelques rapports entre le syndrome psychopathique et les sentiments refoulés.

Nous n'obtînmes de cette façon qu'une série de phrases incohérentes ne nous éclairant nullement

sur les complexes affectifs qui pouvaient être à l'origine de ces troubles. Depuis de nombreux mois, l'attitude de cette femme est restée toujours la même, sa figure exprime toujours la même désolation, ses yeux sont toujours mouillés de larmes ; dès qu'elle voit l'un des médecins, elle se précipite à ses genoux dans une attitude suppliante, elle a une tendance à s'accrocher à chacune de ces personnes comme si elle se réfugiait sous sa protection et il est impossible d'en tirer aucune explication, aucune parole qui justifie son comportement général. Elle ne s'intéresse à rien, est continuellement inoccupée ; elle s'alimente par force, et les quelques visites qu'elle reçoit ne modifient en rien son allure générale absolument stéréotypée. La fixation de cet état mélancolique qui ne s'extériorise par la pensée d'aucune façon, nous conduit à admettre que l'aspect mélancolique n'est qu'une façade et qu'il existe surtout un fond mental, chez cette malade, profondément perturbé et désagrégé, de sorte que sa mimique, ses expressions douloureuses ne répondent à rien qui puisse être nettement exprimé. Les processus psychologiques, chez elle, ne sont pas en accord avec les manifestations extérieures et c'est là un des exemples de plus des perturbations de l'affectivité que l'on observe dans ces schizophrénies à type démentiel.

On admet qu'un des caractères les plus importants de ces démences précoces réside dans la disparition des signes de l'affectivité. Chez une femme comme celle-ci, il semblerait que l'affectivité soit au contraire fortement exacerbée, en raison de son attitude douloureuse, mais cette attitude ne répond pas à un ensemble de sentiments réellement ressentis par cette malade ; elle paraît n'avoir que les manifestations extérieures de la douleur sans en avoir profondément le sentiment. Là encore, le syndrome mélancolique ne se manifeste pas comme étant le fond même de l'affection ; il n'en est que la parure extérieure et la véritable maladie consiste dans une dissociation schizophrénique des fonctions psychiques.

On pourrait multiplier ainsi les exemples : je me bornerai à relater encore le cas de cette jeune fille de 29 ans qui, depuis de nombreuses années fit des séjours dans notre service où elle se présente de temps en temps avec un syndrome d'excitation hypomaniaque et dont l'état psychopathique réel n'apparaît que lorsqu'on est arrivé à analyser soigneusement son état. C'est une malheureuse fille qui depuis le début de son adolescence a été en quelque sorte, isolée et abandonnée à elle-même par suite de la mort de sa mère, du remariage de son père et de sa mésentente avec sa belle-mère. Privée d'affection, ayant vécu tout d'abord plusieurs années dans une maison d'éducation, puis colloquée en quelque sorte dans une pension de famille, elle a éprouvé douloureusement le sentiment d'abandon et d'inutilité pour elle de faire tout effort dans la vie.

C'est ainsi que depuis l'âge de 16 ans elle a commencé à manifester d'une façon périodique des états d'excitation ou de dépression de durée variable et depuis une dizaine d'années elle a dû faire de nombreux séjours à l'asile où l'on constata un comportement légèrement hypomaniaque avec quelques idées de grandeur mais surtout une activité improductive avec discordance dans les paroles et dans les actes, un mélange d'expressions tristes de la pensée et de sourires ou de rires explosifs : à certains moments même un défaut de contrôle absolu sur son comportement, avec gâtisme, puis elle se dégage peu à peu de cette désadaptation pour faire au contraire la critique de son état, exprimant la notion très précise qu'elle a de l'étrangeté de sa personnalité, de sa désadaptation au monde extérieur, de son incapacité de s'installer dans la vie d'une façon adéquate et raisonnable. Elle révèle ainsi l'existence de perturbations profondes de sa personnalité. Dans son état, peut-on dire, normal, elle fait un effort pour s'adapter et aboutit vite à un renoncement par le fait de ses incapacités dont elle est consciente et dont elle connaît la cause : l'insuffisance de protection et d'affection dont elle a souffert. Puis, à d'autres périodes, elle s'évade en quelque sorte, poussée par les réactions tumultueuses et incohérentes qui se produisent alors chez elle et revêtent ce type de fausse hypomanie car malgré les manifestations d'excitation psychique et surtout d'indifférence à ce moment, c'est l'incohérence avec désagrégation profonde, passagère d'ailleurs, de la personnalité.

Il ne s'agit donc pas, chez cette jeune fille, d'une psychose périodique à proprement parler avec les alternatives classiques d'excitation et de dépression séparées par des intervalles lucides dans lesquelles le sujet reprend possession d'une façon claire de sa personnalité ; chez elle, il y a toujours un fond profond de désadaptation, de dissociation dont elle est consciente par périodes et qui s'exacerbe, s'amplifie à d'autres moments pendant lesquels elle ne se critique plus et subit les fluctuations dans le sens hyper-actif ou dépressif de sa personnalité profondément désagrégée.

Il s'agit encore ici d'une maladie fondamentale de la personnalité du sujet ; l'état schizoïde qui se révèle par poussées. Ce sont ces états que j'ai qualifiés d'états schizo-maniaques qui peuvent aboutir plus ou moins rapidement à une schizophrénie à caractère démentiel définitif.

Il n'est donc pas inutile de faire une discrimination entre les états périodiques maniaco-dépressifs, idiopathiques, peut-on dire en quelque sorte, et ces états schizo-maniaques qui ne se rapprochent de la psychose périodique véritable que par les variations profondes de la personnalité véritable du sujet.

**Dans tous ces cas, nous trouvons la démonstration de ce que j'avançais au début. Un syndrome clinique de premier plan et qui se présente avec des caractères en apparence nets ne doit pas**

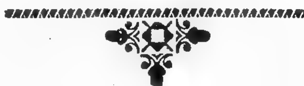
toujours être accepté comme constituant la maladie véritable. Il faut savoir tout au moins durant une certaine période d'observation se contenter de noter les divers éléments de ce syndrome, leurs caractères ; et surtout rechercher les symptômes qui n'apparaissent pas à un examen superficiel, ou n'apparaîtront que plus tard, car ils sont encore à l'arrière-plan. Il est nécessaire aussi de tenir compte des éléments de nature organique qui peuvent avoir un rôle accessoire dans certains cas et au contraire, de premier ordre, dans d'autres. Enfin, l'étude du fond mental du sujet, toujours délicate sur un simple interrogatoire mais éclairée par l'emploi de tests judicieusement choisis, c'est-à-dire, appropriés à l'âge, à la condition sociale du sujet, à son degré d'instruction, permettra de prendre connaissance de la valeur réelle des fonctions intellectuelles.

On arrivera ainsi à définir la véritable nature d'une crise d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique : la crise est-elle uniquement la manifestation d'une psychose périodique curable, expression d'une perturbation psycho-biologique simple, sans attache avec un autre processus pathologique ? N'est-elle, au contraire, qu'un symptôme de façade et derrière cette façade, sur des plans différents, ne verra-t-on pas surgir des éléments plus ou moins éloignés qui caractériseraient une des formes des démences primaires, ou bien un de ces accès schizomaniaques des schizoses ? Ne décèlera-t-on pas par un examen plus poussé une méningo-encéphalite spécifique, une paralysie générale, évoluant à bas bruit, derrière ce tableau maniaque qui retient seul, l'attention ? Cet état mélancolique est-il, d'autre part, une manifestation dépressive simple, ne cache-t-il pas une insuffisance psychique sénile ou présénile dont les caractères pourront être décelés par une investigation bien conduite ? Cet état confusionnel est-il simplement toxique ou ne traduit-il pas l'existence d'une tumeur cérébrale sans symptômes encore bien distincts, ou n'est-il que le stade prodromique d'une démence précoce que des éléments de discordance habilement dépistés vont permettre de faire prévoir ? Nous en dirions autant de ces syndromes hallucinatoires, de ces états délirants à base d'interprétation, de ces syndromes d'action extérieure, de toutes ces manifestations psychosiques réalisant un tableau clinique classique, qu'on a trop tendance à enregistrer comme des entités morbides et qu'il faut s'appliquer à rattacher à des processus psychopathologiques essentiels, plus profonds, et souvent trop longtemps demeurés voilés à l'arrière-plan. Ces processus sont l'expression soit d'altérations organiques, soit de modifications fonctionnelles dynamiques d'origine toxique, vasculaire, ou enfin peuvent être la conséquence de l'action d'éléments psychogéniques altérant, dynamiquement, le fonctionnement des centres nerveux, et pouvant engendrer à la longue, des désordres anatomiques.

L'étude de ces plans différents que présentent les divers tableaux cliniques doit être poursuivie et complétée en s'appuyant sur les données tirées de l'évolution. Si les plans sont différents à certains moments de l'observation, ils peuvent se déplacer dans le temps et la progression des plans doit être notée avec autant d'attention que leur situation réciproque à un moment donné.

L'observation clinique en psychiatrie consiste donc dans une étude prudente des cas qui conduira à établir, par une discrimination judicieuse la valeur des symptômes de façon à arriver, si le cas le permet, à faire rentrer le tableau clinique dans le cadre pathologique qui lui convient. Si la connaissance que nous prenons du cas est insuffisante, défions-nous de nous arrêter aux symptômes de premier plan. Cherchons à nous éclairer sur l'existence possible de symptômes d'arrière-plan, et le plus souvent attendons qu'avec le temps l'évolution de la maladie conduise sur des plans plus avancés, les manifestations vraiment caractéristiques de l'affection dont est atteint le sujet.

Ceux qui s'adonnent aux beaux-arts, et ne se déclarent pas affranchis de toute règle, savent qu'ils doivent se soumettre aux exigences d'une science qu'on appelle la perspective ; cette science a pour objet de représenter les corps comme les paysages, selon les différences d'aspect que l'éloignement et la position y apportent, soit pour les formes, soit pour la couleur. Nous devons, en psychiatrie, chercher à nous représenter les états morbides en tenant compte des différences d'aspect que les symptômes donnent à la maladie, suivant les plans qu'ils occupent, leur valeur immédiate et leur éloignement ; cette situation, variant dans le temps, donne à la maladie, en définitive, sa forme véritable, comme son caractère de gravité.



## CONSIDÉRATIONS SUR L'ASTHME

Depuis plusieurs années, j'expose une nouvelle doctrine médicale dans des articles qui ont paru dans le *Concours médical*, ainsi que dans mon livre *A la recherche de la santé*.

Cette doctrine peut se résumer dans les quelques propositions suivantes :

1° Le cavum infecté est à la base de presque toute la pathologie générale.

2° Les maladies aiguës localisées dans tel ou tel organe, dans tel ou tel tissu, ont presque toujours une source première dans une *cavumite*, ordinairement méconnue : bronchites, pneumonies, congestions pulmonaires, pleurésies, cholécystites, appendicites, entérites, néphrites, méningites, etc., ne sont généralement que des complications d'une *cavumite* primitive.

3° La plupart des troubles morbides qui surviennent par intermittence chez les malades chroniques, ne se produisent que parce que le malade a pris un « coup de froid » qui lui a déterminé une *cavumite*, infection larvée, et parce qu'il a mangé des aliments albuminoïdes que son foie n'était pas à même de transformer.

4° Et ce sont les multiples poussées de *cavumite* avec production de poisons *toxi-alimentaires*, qui vont réveiller l'hérédité endormie, et favoriser la naissance et le développement graduel des lésions chroniques.

Donc, cavum, foie, hérédité, tels sont les principaux facteurs qui interiviennent dans la production de la maladie.

Etudions cette nouvelle doctrine médicale. C'est par le sympathique que le tissu vit, que l'organe fonctionne. Assurément es glandes endocrines jouent un rôle important dans ces phénomènes, mais les qualités de leurs sécrétions sont elles-mêmes conditionnées par l'intégrité des centres sympathiques qui président à leur activité physiologique.

Si, dans un point quelconque de l'organisme, il y a un trouble de nutrition ou un trouble de fonctionnement, c'est que les centres ou les nerfs sympathiques qui président à cette nutrition ou à ce fonctionnement sont atteints par une cause d'adultération, et la lésion tissulaire et la fonction modifiée ne sont que des conséquences. Qui dit trouble ou lésion, dit sympathose (Prof. Laignel-Lavastine, Lévy-Valensi).

Et j'insiste sur ce fait que les modifications humorales elles-mêmes doivent toujours être considérées comme des symptômes et non comme des entités morbides, étant donné qu'elles n'existent pas en soi, qu'elles ne sont que la conséquence du travail des organes et des tissus sous la direction du sympathique.

Qu'est-ce qui trouble le plus souvent le sympathique ?

— Le *poison microbien* (voyez les maladies aiguës), et le *poison toxi-alimentaire*, quand on mange des aliments qui ne sont pas normalement transformés.

Quand se forme le poison microbien ?

*a*) Dans ces *maladies aiguës*.

*b*) Mais aussi dans les *maladies larvées*, dans les *infections larvées*, celles qui se font sans fièvre.

La fièvre n'est pas nécessaire pour justifier le diagnostic d'infection. Voyez la diphtérie pure, certaines infections pulmonaires chez les vieillards, le choléra, le « typhus inapparent » de Nicolle. Dans tous ces états, il n'y a pas de fièvre, et pourtant peut-on dire que l'organisme n'est pas infecté ?

Depuis 30 ans que j'étudie cette question, je suis arrivé à cette conclusion que les *infections larvées* sont les plus fréquentes de toutes les maladies, et qu'elles sont aussi les plus redoutables, car l'individu qui en est atteint, ne se croit pas malade, et par conséquent, il ne prend aucune précaution. Il continue à s'alimenter, même avec des aliments albuminoïdes. Ces derniers ne sont pas transformés normalement, ils ne subissent pas la désintégration complète par suite de la déficience hépatique, conséquence de l'atteinte par les toxines des centres sympathiques de fonctionnement du foie. Il se produit alors les *poisons toxi-alimentaires* qui, passant dans le sang, vont accroître l'activité nocive de l'infection primitive et, se localisant dans tel ou tel centre ou nerf sympathique, vont provoquer des troubles fonctionnels, de petites lésions tissulaires, ou même des infections secondaires.

Où se localisent les *infections larvées* ? Surtout dans le cavum, par suite de la moindre résistance de la muqueuse à cet endroit, et par suite de la localisation première à cet endroit de tous les *refroidissements*.

Un « *coup de froid* » survient, et c'est une *cavumite* qui se produit, souvent sans fièvre. Et la toxine, de virulence variable, se dissémine dans le sang.

A ce moment, l'individu absorbe des aliments albuminoïdes : c'est le *poison toxi-alimentaire* qui se forme et qui va dérég er les parties faibles de l'organisme.

Cette doctrine permet d'expliquer d'une façon très claire presque toute la pathologie générale.

On s'est demandé souvent *pourquoi les crises se produisent ordinairement dans la nuit*. Avec ma doctrine, je l'explique très facilement.

Un « coup de froid » a déterminé une *cavumite*,

sans fièvre. L'individu ne se voit pas malade : il mange à midi son repas ordinaire. Les aliments ingérés subissent normalement l'action des sucs gastriques et entéritiques, et les produits passent dans la veine-porte pour aller s'emmagasiner dans la cellule hépatique. Ce premier travail demande en général de 4 à 6 heures. Mais ensuite c'est dans le laboratoire hépatique que se continue le travail de la digestion, travail lent, complexe, beaucoup plus important que le premier, et qui demande plusieurs heures pour être définitif. Au bout de 8 à 10 heures, le foie commence à laisser passer dans le sang les produits formés : si ces produits sont normaux, il n'y a pas de troubles , mais si ces produits sont anormaux, ils peuvent être très toxiques, surtout s'ils proviennent des albumines de la viande, et c'est alors la crise plus ou moins intense, suivant les prédispositions des centres sympathiques, et suivant la virulence des poisons.

C'est ainsi que se forme la *crise d'asthme.* Il est bien entendu que la crise est souvent préparée par l'état local de sclérose pulmonaire, de bronchite ou d'emphysème, état local qui diminue le champ de l'hématose et favorise la naissance et le développement de la dyspnée ; mais la crise proprement dite est déclenchée par l'atteinte du centre respiratoire, par le poison toxi-alimentaire, dû à une insuffisance du foie, et cette insuffisance, seulement accidentelle, est provoquée par une *cavumite,* suite de refroidissement ou de contagion grippale.

Vous voyez combien toute cette doctrine médicale est simple. Si j'ajoute que depuis de nombreuses années, je traite tous mes malades d'après cette conception et que j'obtiens, chez les chroniques, des résultats favorables qui me surprennent moi-même, vous conviendrez qu'elle mérite d'être étudiée sérieusement.

Et puisqu'on parle du traitement de l'asthme au Mont-Dore, je vais vous dire comment, d'après moi, agit ce traitement.

Dans les salles de sudation, les vapeurs respirées par le malade vont décongestionner la muqueuse du cavum et des bronches, faciliter l'expectoration des éléments infectieux, et contribuent ainsi à rendre à la muqueuse une vitalité nouvelle qui lui permettra de résister ensuite plus facilement aux germes infectieux de la respiration, ainsi qu'aux atteintes du « coup de froid ». Et cette action sera encore renforcée par l'emploi quotidien des gaz thermaux pendant la cure.

De plus, ces vapeurs chaudes ont une action générale sur le sympathique : grâce à cette action, les glandes de la peau travaillent mieux, il se fait, par une transpiration abondante, une élimination considérable de produits toxiques qui encombraient les humeurs ; ce dégagement libère le foie d'une certaine quantité de poisons, et quand ce traitement est poursuivi pendant plusieurs semaines, le foie arrive à mieux fonctionner, et à neutraliser les poisons qui pourraient encore se produire.

Si j'ajoute que l'absorption d'eau minérale complète le traitement par une action favorable sur tout l'organisme, on conviendra que dans cette station, les asthmatiques trouvent les meilleures conditions possibles pour faire une thérapeutique qui leur apporte la guérison.

Une recommandation cependant. Je suis persuadé qu'on obtiendrait de bien meilleurs résultats encore, si, pendant la cure, on accordait une plus grande importance au régime, ainsi qu'au traitement du foie.

Je répète ce que j'ai dit il y a longtemps : *Totus homo in cavo.*

D^r Auguste COLIN,
de Nice.

---

## INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA DACRYORHINOSTOMIE DANS L'OBLITÉRATION DES VOIES LACRYMALES

Docteur H. BÉGUÉ,

Assistant d'ophtalmologie de l'Hôpital Saint-Louis.

L'appareil lacrymal se compose d'une partie sécrétoire, la glande lacrymale, et d'une partie excrétrice, le conduit lacrymo-nasal.

Lorsque l'imperméabilité de ce conduit lacrymal se produit, soit par oblitération, soit par insuffisance du canal nasal, cette partie excrétrice de l'appareil lacrymal devient un réservoir d'infection, dangereuse menace pour le globe oculaire.

Il faut donc le plus tôt possible rétablir la perméabilité de ces voies lacrymales obstruées : pour cela le cathétérisme au moyen des sondes est la première méthode à employer. Mais si au bout de quatre à cinq séances de cette thérapeutique douloureuse et désagréable on n'a pas constaté une amélioration nette, il faut s'adresser à la dacryorhinostomie de Dupuy-Dutemps et Bourguet, traitement curateur et conservateur, valable dans presque tous les cas. Soit :

a) *Blennorrhée lacrymale,* caractérisée par un larmoiement constant avec reflux glaireux et filant par les canalicules, à la pression du sac.

b) *Mucocèle,* quand le sac ne peut plus se vider, avec perméabilité des canalicules conservée.

c) *Dacryocystite chronique* quand le sac s'est laissé distendre et que sa pression laisse échapper par les points lacrymaux un liquide visqueux, purulent, jaunâtre ou verdâtre.

d) *Dacryocystite fongueuse* déjà ancienne, avec empâtement de la région, même compliquée de fistule, la fistule se fermant d'elle-même, dès que la perméabilité oculo-nasale est rétablie (c'est même là le meilleur traitement de ces fistules du sac).

e) Dans *les larmoiements simples* même, après échec des sondes, c'est à la dacryorhinostomie que l'on doit s'adresser, bien que l'opération soit plus délicate en raison du peu d'ampleur du sac.

Telles sont les indications de cette opération parfaitement réglée, rétablissant la perméabilité des voies lacrymales par abouchement du sac à la muqueuse nasale.

Ainsi c'est presque dans tous les cas d'imperméabilité des voies lacrymales que la dacryorhinostomie est indiquée. Il est donc utile que le médecin connaisse l'existence d'une telle intervention. Il sera souvent appelé à donner son avis à des malades atteints d'un larmoiement persistant, malgré de nombreux cathétérismes, avec reflux purulent, et à qui l'on a conseillé comme cure radicale l'ablation du sac : opération qui supprime le danger d'infection mais laisse persister ce qui gêne le plus ces malades, le larmoiement. Seule la dacryorhinostomie peut le guérir, conservant le canal lacrymal tout en faisant disparaître le foyer d'infection. C'est le traitement de choix qui permet d'obtenir, principalement dans les dacryocystites, 93 à 94 pour cent de succès que l'on peut augmenter jusqu'à 97 à 98 % si l'on a soin de traiter les échecs par les incisions secondaires.

Comme contre-indications il n'y a que *les lésions tuberculeuses ou syphilitiques* :

a) *de la paroi osseuse,*

b) *de la muqueuse nasale.*

Bien entendu, lorsque la conservation de l'œil est plus impérative que la conservation du sac et du conduit lacrymal excréteur, quand les complications oculaires sont survenues avant tout essai ou au cours du rétablissement de la perméabilité lacrymale, quand il y a danger immédiat pour l'œil, je veux parler de l'ulcère grave de la cornée et des interventions pressantes sur le globe oculaire, c'est à l'extirpation du sac que l'on doit avoir recours, *opération mutilante, d'exception,* mais que l'urgence commande.

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

### Quelques précisions de technique pour rendre efficace la vaccination contre la fièvre typhoïde et la diphtérie

d'après les travaux du Dr A. Lemierre (1) et ceux de MM. J. Ramon et R. Debré (2).

I

**Si les résultats des vaccinations contre la fièvre typhoïde et la diphtérie peuvent paraître parfois incertains, la faute en est à une négligence de la vraie technique**

Fièvre typhoïde

La vaccination antityphoïdique a donné depuis longtemps des preuves éclatantes de son efficacité parmi les troupes françaises du Maroc, les troupes américaines et les contingents britanniques de l'Inde. Devenue obligatoire depuis 1914 dans notre armée, elle a triomphé de la formidable épidémie de fièvre typhoïde et de fièvres paratyphoïdes, qui a sévi parmi nos soldats dès le début de la grande guerre ; et cette gigantesque expérience est faite pour entraîner la conviction.

D'autre part, les heureux effets de la vaccination pratiquée au cours des hostilités se sont fait sentir plus longtemps qu'on était en droit de l'espérer. C'est ainsi que pendant les années qui ont suivi la guerre, dans les hôpitaux, on ne soignait plus pour fièvre typhoïde que des femmes, des enfants et des adultes n'ayant pas fait la guerre.

Certes, on avait bien observé pendant la guerre quelques atteintes, même chez les sujets vaccinés correctement, mais celles-ci restaient bénignes ; les cas en étaient assez rares, et il s'agissait alors de *contamination massive,* survenant pendant une période où l'organisme était mis en état de moindre résistance par un *surmenage excessif.*

Cependant, par la suite, la vaccination antityphoïdique semble avoir manifesté un certain fléchissement dans les résultats. Or, il convient ici de remarquer que les fièvres typhoïdes, contractées quelques mois déjà après la vaccination, se rapportaient à des sujets n'ayant

(1) A. Lemierre. — A propos de la vaccination antityphoïdique. (*La Presse Médicale,* 2 mars 1932.)

(2) G. Ramon et R. Debré. — La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine. Progrès et Précisions. (*La Presse Médicale,* 20 avril 1932.)

reçu qu'une ou deux inoculations vaccinales. Il semble donc bien que la cause de ces échecs, constatés en ces dernières années, doive être recherchée dans la réduction du nombre des injections primitivement adopté, réduction faite surtout pour sacrifier à l'impopularité des piqûres multiples, et des malaises qu'elles entraînaient.

Et si, chez quelques-uns, peut-être chez beaucoup de sujets, deux injections de vaccin, ou même une seule, suffisent à créer un état de résistance très notable à la fièvre typhoïde ou aux para-typhoïdes, c'est qu'il s'agit alors surtout de contaminations peu virulentes. Chez d'autres, il est, en tout cas, certain que ces injections ont besoin d'être multipliées pour devenir efficaces.

Malheureusement, nous ne possédons pas à l'heure actuelle de test biologique, qui permette de reconnaître si un sujet vacciné contre la typhoïde ou les paratyphoïdes a réellement acquis l'état réfractaire. La réaction agglutinante, qui se développe au cours de la dothiénentérie, comme au cours de la vaccination, n'est pas une réaction d'immunité, mais une réaction d'infection.

### Diphtérie

Il est bien établi aujourd'hui que la méthode d'immunisation active par l'anatoxine, telle qu'elle a été formulée en 1923, laisse bien loin derrière elle, par ses qualités et ses résultats, les méthodes de vaccination qui l'ont précédée.

Cependant, certains sujets vaccinés présentent encore des atteintes de diphtérie, parfois même graves, voire même mortelles. Mais ces cas sont indépendants des 4 à 6 pour cent de vaccinés qui, dans l'état actuel de la pratique, sont admis comme n'étant pas protégés du tout.

Il semble bien dans ces conditions qu'il s'agisse plutôt de sujets « apparemment » vaccinés. En effet, MM. Lereboullet et Gournay, ont été témoins de nombreux cas, dans lesquels une enquête minutieuse a fait connaître que des enfants, soi-disant vaccinés, n'avaient pas reçu les trois injections prescrites, ou les avaient reçues *à des intervalles trop rapprochés* ; d'autres fois, les enfants étaient portés comme vaccinés, alors qu'ils s'étaient soustraits aux piqûres ; parfois encore, en raison de leur indocilité ou de leur nervosité, ils n'avaient pas reçu la quantité d'anatoxine indiquée. MM. Ramon et Debré ont également constaté dans certaines circonstances, dans divers milieux où la pratique de la vaccination était difficile, un fléchissement sensible du taux habituel de 95 p. 100 des sujets, qui présentent après vaccination une réaction de Schick négative.

Ces diphtéries, chez les vaccinés, sont d'intensité variable, depuis les formes bénignes guérissant seules, sans sérum, jusqu'aux formes hypertoxiques et fatales, malgré la sérothérapie.

Bien que la proportion des cas de diphtérie chez les vaccinés n'ait cependant pas tendance à augmenter, leur nombre s'accroît à mesure que la méthode se généralise, et celle-ci risque donc de paraître à la longue moins efficace qu'elle ne l'est en réalité.

## II

**Il faut, en effet, dans toute vaccination anti-infectieuse comme dans l'infection naturelle elle-même, réaliser un contact prolongé, répété au besoin, entre l'antigène spécifique et la « réactivité » de l'organisme**

Rapportons-nous aux observations que nous fournit la clinique : il est hors de doute que, s'il est une maladie contre laquelle il soit possible d'obtenir dans les conditions naturelles une immunisation active, c'est bien la *fièvre typhoïde*. Celle-ci crée, chez ceux qui en ont été atteints, un état *réfractaire absolu, définitif*, sanctionné par l'expérience. Il n'existe pas de sujet, ayant présenté une dothiénentérie démontrée par l'hémoculture, qui ait dans la suite présenté une récidive de cette affection, légitimée par le même procédé de diagnostic.

Or, si une atteinte de fièvre typhoïde confère une immunité aussi solide, c'est parce qu'au cours de cette maladie, l'organisme reste imprégné d'antigène typhique *d'une façon prolongée et continue*.

Par contre, les contacts qu'il prend avec cet antigène, à *l'occasion de l'immunisation artificielle*, sont *fugaces*. Il faut donc que ceux-ci soient renouvelés le plus possible pour faire surgir et consolider des forces de résistance suffisamment robustes et *durables*.

Et, puisque l'état réfractaire s'atténue avec le temps, il sera utile par la suite, de renouveler la vaccination. Une seule injection d'un centimètre cube de vaccin, répétée tous les trois ou quatre ans, suffira ensuite pour réchauffer l'immunité pour une nouvelle période.

Ce que nous savons, d'autre part, sur les vaccinations par des anatoxines, nous apprend qu'une première immunisation crée dans l'organisme un état de *réactivité acquise*, suivant l'expression de Zœller, grâce auquel, chez les hommes ou les animaux vaccinés depuis plusieurs mois, ou même plusieurs années, contre le tétanos, une unique injection d'anatoxine provoque un brusque et considérable accrois-

sement du pouvoir antitoxique du sérum sanguin.

Il n'est par conséquent pas défendu de penser que quelque chose d'analogue puisse se produire en matière de vaccination antityphoïdique.

### Fièvre typhoïde

Il y a donc lieu de revenir à la pratique d'avant la guerre et du début de la guerre. Une série de quatre inoculations vaccinales paraît un minimum propre à accroître les chances d'obtenir une immunité solide et durable. Car, le nombre des injections vaccinales ne peut être impunément trop abaissé, et la réduction du nombre de ces injections est une des causes des échecs enregistrés pendant ces dernières années.

Les premières vaccinations antityphoïdiques, appliquées dans l'armée et la marine françaises, comportaient, avec le vaccin à l'éther de Vincent, quatre injections de 0 cmc. 75, 1 cmc., 2 cmc. et 2 cmc. 50, pratiquées à huit ou dix jours d'intervalle ; avec le vaccin chauffé de Chantemesse, également 4 injections de 0 cmc. 25, 0 cmc. 50, 0 cmc. 75, et 1 cmc., répétées à des intervalles de huit à quatorze jours l'une de l'autre. C'est cette méthode, où intervenaient 4 inoculations, qui a donné des résultats si démonstratifs.

Il semble que la vaccination obtenue par plusieurs injections successives, à doses progressives, soit plus efficace et moins inoffensive pour le sujet que celle due à une seule injection suivie de réaction brutale (Flandin).

Peut-être, y aurait-il avantage, comme pour la vaccination antidiphtérique, à laisser un intervalle plus long, de quinze jours par exemple, entre chaque inoculation, afin de maintenir, comme dans l'infection naturelle, un contact plus prolongé de l'antigène spécifique. Les doses employées chaque fois seraient encore moins considérables, et les réactions post-vaccinales plus douces. Ces doses ne peuvent d'ailleurs être fixées qu'assez arbitrairement. Avec le T. A. B. de l'Institut Pasteur, on ferait chez l'adulte d'abord un demi-centimètre cube, puis trois quarts de centimètre cube à un centimètre cube ; les deux dernières piqûres seraient de un centimètre cube, la quatrième pouvant être poussée pourtant à un centimètre cube et demi chez des sujets n'ayant pas présenté de réaction bien notable. Chez les enfants très jeunes, qui d'ailleurs supportent bien la vaccination, on débutera par un dixième de centimètre cube pour arriver finalement à une dose, variant entre un demi-centimètre cube et un centimètre cube, suivant les réactions observées. A mesure que les enfants avancent en âge, on augmentera progressivement les quantités injectées, en se rapprochant graduellement de celles qui conviennent aux adultes.

Plus tard, en raison de ce que l'état réfractaire s'épuise, une seule injection d'un centimètre cube, répétée tous les trois ou quatre ans, suffirait à réchauffer l'immunité pour une nouvelle période.

Indépendamment de la revaccination périodique, A. Lemierre conseille une réinjection vaccinale chez les personnes, qui se préparent à entreprendre un voyage dans les pays, où l'endémicité typhique est particulièrement accentuée.

Une bonne pratique consiste à prévenir les sujets des réactions vaccinales possibles : douleur très supportable au point d'inoculation, légère poussée fébrile avec céphalalgie, malaise, courbature cédant au bout de 24 à 36 heures. Chez les émotifs et les déséquilibrés du système neuro-végétatif, ces réactions peuvent être plus accentuées : frissons, vomissements, tachycardie, défaillances.

Se méfier des sujets en état de surmenage ; dyspnée, lipothymies, anurie, azotémie.

Avant toute vaccination, soumettre les sujets à un examen clinique minutieux pour éliminer les suspects de tuberculose, les cardiaques mal compensés, les cachectiques, et éliminer provisoirement les convalescents. Agir prudemment avec des doses minimes, chez les albuminuriques simples, même sans trouble de la perméabilité rénale.

En cas d'épidémie, pour éviter les dangers d'atteintes graves au moment de la phase négative, débuter par les doses minimes indiquées précédemment.

### Diphtérie

Dans ce cas particulier, les auteurs ont démontré que, pour arriver à un résultat aussi efficace que possible, il convenait, d'une part, d'accroître chez chaque individu la teneur en antitoxine circulante, d'autre part d'augmenter le nombre des injections d'anatoxine, en les espaçant d'une manière suffisante. Ici, l'épreuve de Schick négative peut nous renseigner sur l'état d'immunisation de l'organisme, aucun index biologique analogue n'existant pour la fièvre typhoïde.

Cependant, le public est habitué à présent à trois injections, et la quatrième injection supplémentaire (qui donne toute satisfaction) risquerait de limiter la méthode dans sa diffusion, et par conséquent dans son efficacité prophylactique même. Aussi, MM. Ramon et Debré conseillent-ils cette *quatrième* injection sous la forme d'une *injection de rappel* ; il a été démontré, en effet, quel bénéfice considérable pour l'immunité antitoxique, on peut retirer d'une seule injection d'anatoxine, pratiquée de longs mois après la vaccination. Cette injection de rappel permet non seulement d'annihiler presque com-

plètement le petit nombre des inoculés, qui n'ont pas été immunisés par les trois injections d'anatoxine faites auparavant, mais encore elle renforce très fortement le degré d'immunité, plus ou moins grand, que possèdent les sujets immunisés.

D'autre part, les recherches des auteurs précédents ont montré que *l'intervalle de trois semaines*, fixé expérimentalement, puis soumis au contrôle de la pratique, était le meilleur.

Quant à l'augmentation de la valeur d'antigène, ils ont réussi à réaliser une injection de doses d'anatoxine accrue (1), et en plus grande quantité. Ce procédé leur a permis d'obtenir chez tous les vaccinés sans exception, non seulement une réaction de Schick négative, mais encore un degré d'immunité élevé. D'ailleurs, cette modification de technique, si avantageuse dans ses résultats, n'entraîne pas plus de réaction, n'offre pas plus de danger même chez les grands enfants, même chez ceux qui souffrent d'une tuberculose externe évolutive, que la technique habituelle.

**Conseils pratiques**

MM. Ramon et Debré conseillent la technique suivante, applicable à tout âge :

Première injection : 1 cmc. d'anatoxine ; puis, après trois semaines, seconde injection : 1 cmc. 1 /2; et quinze jours, ou mieux trois semaines après, troisième injection de 1 cm. 1 /2. L'injection doit être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané (fosse sus-épineuse).

Mais exceptionnellement, en cas de sujet pusillanime, ou très sensible après une première injection, on aura recours à la voie nasale : trois séries d'instillations quotidiennes de quelques gouttes d'anatoxine, un jour dans une narine, le lendemain dans l'autre ; chacune des séries durant une semaine, et étant séparée de la suivante par une semaine d'intervalle. Mais la voie nasale n'est ni pratique, ni économique, ni sûre.

La vaccination par la voie cutanée (pommade ou crème à la toxine) doit être proscrite, car elle ne donne que des résultats nuls ou notoirement insuffisants.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine s'adresse en premier lieu aux enfants dès l'âge de un an. Avant un an, les nourrissons semblent s'immuniser difficilement.

Chez les enfants de un à douze ans, il n'y a pas lieu de recourir, avant la vaccination, à l'examen de Schick, celle-ci n'offre pas d'avantages sérieux, capables de compenser les difficultés qu'elle présente dans la pratique courante. Ce n'est guère que chez les grands enfants, les adolescents et chez les adultes, que l'on peut user de cette épreuve ; elle désigne les réceptifs à la maladie, qui sont ici la minorité, et évite d'exposer les non-réceptifs à une vaccination qui, chez eux, serait superflue.

Ajoutons aussitôt que cette réaction permettra, après la vaccination, si elle reste positive, d'indiquer que le sujet, quoique vacciné, ou considéré comme vacciné, n'est sûrement pas immunisé ; négative, elle donne la quasi-certitude que le sujet est bien protégé contre la diphtérie. Cependant, il faut bien avouer que la réaction de Schick, si utile qu'elle puisse être, reste dans la pratique courante d'une réalisation si difficile qu'on ne saurait en généraliser l'emploi.

*Interrompue pour une cause quelconque*, la vaccination sera reprise, même après quelques mois, au point où l'on en était resté et sera continuée suivant la technique habituelle.

Sauf les *contre-indications* évidentes (maladies aiguës, mauvais état général, affections rénales), il n'est pas d'état de santé qui puisse empêcher la vaccination. La tuberculose, excepté le cas d'une poussée fébrile, ne constitue pas une contre-indication. Tout au plus, et exceptionnellement, certains commémoratifs (diphtérie récente, maladies allergisantes comme l'asthme) peuvent-ils rendre utiles, sinon nécessaires, certaines épreuves préalables : anatoxiréaction, ou injection sous la peau d'une petite quantité d'anatoxine, 1 /10e de centimètre cube par exemple au lieu de 1 cmc. ; si cette épreuve décèle un sujet très sensible, on pourra avoir recours à la rhinovaccination.

Les vaccinations collectives doivent être effectuées en dehors des épidémies de diphtérie, pendant les mois d'été par exemple. Cependant, quand certaines circonstances obligent la vaccination en milieu contaminé, on la pratiquera en exerçant une bonne surveillance médicale des sujets. Si l'épidémie prend d'emblée un caractère envahissant, il sera préférable de faire aux sujets, qui sont sous la menace immédiate de la contamination, une injection de sérum antidiphtérique (1.000 à 5.000 unités antitoxiques suivant l'âge), mais le même jour sera donnée, quelques instants auparavant, en un endroit différent, la première dose d'anatoxine.

On se rappellera qu'il n'existe pas, à proprement parler, de « phase négative » dans les premiers jours qui suivent une vaccination. Le sujet n'est alors ni moins résistant ni plus sensible, mais il demeure acte à contracter la maladie comme tout sujet « neuf ».

Comme pour la fièvre typhoïde, comme pour

(1) La valeur de l'anatoxine est passée, par suite de l'amélioration des milieux de culture, de 8 unités anatoxiques à 10, 12, et bientôt 15 unités.

la diphtérie, ou les autres immunisations préventives, on peut dans une certaine mesure parer à l'inconvénient des injections multiples par les **vaccinations associées**. Celles-ci consistent à mélanger dans la seringue, au moment de l'emploi, deux ou plusieurs vaccins : antidiphtérique + antityphique T. A. B., ou antidiphtérique + antitétanique. L'immunité antitoxique ainsi réalisée serait même supérieure à celle, obtenue par l'injection séparée d'antitoxines spécifiques.

G. F.

## A PROPOS DES DANGERS DES RAYONS X

### « Méfiez-vous des incompétences »

L'entrefilet du *Concours médical* intitulé « Méfiez-vous des rayons X », page 1278, nécessite une mise au point. Le Docteur Louis Bory eut été mieux inspiré en écrivant : « Méfiez-vous des incompétences ».

Les deux exemples cités : les verrues plantaires, l'acné du dos, n'étaient pas, à notre avis, justiciables de la radiothérapie. La verrue plantaire ne doit pas être traitée par la radiothérapie parce que la dose active est, dans ce cas, très voisine de la dose épidermicide, et le praticien doit savoir que les actions mécaniques répétées favorisent les réactions exagérées des surfaces irradiées. Enfin la cryothérapie, la diathermie, après enlèvement des couches cornées, constituent un traitement anodin n'interrompant en aucune façon les habitus du malade et sans danger possible.

Dans le traitement de l'acné du dos, comme dans toutes les lésions inflammatoires, il faudrait que se général se cette idée que la résistance organique à l'infection, quelle qu'elle soit, est fortement diminuée par les rayons X et que, par suite, elle favorise dans des proportions impossibles à préciser l'ulcus Rœntgen qui n'est, en définitive, qu'une infection banale sur des tissus de résistance nulle, et d'autant plus grave que l'irrigation sanguine est déficiente par suite de l'application Rœntgen. (Le premier effet des rayons X est, en effet, d'abord une vascularisation intense par parésie des capillaires, puis, très rapidement, l'atrésie et l'oblitération de ceux-ci. (Cf. travaux sur la capillaroscopie de Wintz et radiophysiologie de Regaud.)

La facilité de pousser la manette ne doit pas nuire à la discussion des indications thérapeutiques. Et, hélas ! l'indolence immédiate des applications radiologiques, comme celle des traitements physiques en général, ne doit pas faire perdre de vue leurs contre-indications, comme la douceur d'une préparation magistrale ne doit pas faire oublier le toxique qu'elle dissimule.

Nous en revenons, en définitive, à la nécessité d'une justification d'une connaissance très complète dans la spécialisation, et nous ajouterons, pour ce qui regarde les rayons X, tant pour la thérapeutique que pour le diagnostic. La susceptibilité individuelle aux rayons X n'est pas tant dans l'agent physique lui-même que dans la méconnaissance des causes de cette susceptibilité apparente, action mécanique, choc répété, irritation mécanique, ultra-violet ou diathermie simultanés, infection locale, etc., etc. Il y a une cause toute physique, c'est l'absorption *in situ*. Les rayons de courte longueur d'onde sont absorbés par une couche de tissu d'autant plus grande que ces ondes sont plus courtes ; il en résulte qu'à dose incidente égale un rayonnement qui s'amortira dans les premières couches des téguments, laissera une marge de tolérance beaucoup moindre que le rayonnement de courte longueur d'onde dont la diffusion est plus grande, et les doses dans les couches superficielles beaucoup moindres. De là, l'innocuité des courtes longueurs d'onde, qui peut, à première vue, paraître contradictoire. De là, encore, la nécessité de savoir, centimètre par centimètre, ce que l'on fait, de là la nécessité d'établir la dose profonde quel que soit le rayonnement employé.

Enfin, notre confrère Bory dit des rayons X et du radium, que leur dosage est très « approximatif ». Nous n'en sommes pourtant plus au temps de la pastille de Sabouraud.

Nous avons aujourd'hui des méthodes précises et des appareils de mesures fidèles, mais onéreux. Pourquoi de trop nombreux médecins usagers des rayons X se contentent-ils des renseignements du catalogue de leur fournisseur pour fixer leur dose, et ce qu'ils appellent le taux de transmission ? Par un souci d'économie sans doute, et aussi par insuffisance de notions physiques ; car nous en connaissons, dont nous craignons qu'ils ne soient pas suffisamment aptes à déterminer une dose profonde. Un renseignement précieux à ce sujet est celui que peuvent donner les constructeurs d'appareils : combien y a-t-il d'appareils de mesure vendus, par rapport aux appareils d'application radiothérapique ? Pas un sur dix, en dehors des services hospitaliers.

Pour terminer, méfions-nous des incompétences, elles sont plus dangereuses que les rayons X.

Dr Ch. GUILBERT,
Chef du laboratoire de radiologie
de l'hôpital Boucicaut.

**Réponse du Dr Louis Bory**

Puisque mon confrère le Dr Guibert fait, à mon inspiration, l'honneur d'une critique littéraire, je ne voudrais pas qu'il m'en veuille de lui répondre que, même si j'avais eu l'idée du titre qu'il adopte en place de celui que j'écrivis, je ne l'eusse pas adopté pour plusieurs raisons :

La première c'est que, n'étant pas spécialiste de radiothérapie, il ne m'appartenait pas, en présence d'un cas malheureux survenu à un de mes confrères, d'apprécier sa compétence technique et le degré de perfection de son appareillage.

La deuxième, c'est que la compétence est difficile à définir, peut-être aussi à mesurer.

La troisième, c'est que beaucoup de compétences sont tentées de faire, et font usage des radiations, pour nombre d'affections qui pourraient aisément s'en passer. Je me permets de citer cet extrait du court article original du *Progrès médical*, dont le *Concours* avait résumé l'essentiel :

« *Lorsqu'il s'agit de moyens aussi puissants, aussi profondément modificateurs des énergies cellulaires, que les rayons X ou les rayonnements du radium ou même que les ultra-violets, il n'est peut-être pas inutile de rappeler aux médecins, même aux radio- et aux radium-thérapeutes spécialisés, tentés peut-être de recourir aux radiations dans des cas qui eussent pu guérir sans elles, de rappeler aussi aux malades qui réclament souvent leur magique intervention, qu'elles comportent des inconvénients sérieux et des dangers : il convient de n'y exposer les patients que si la gravité du cas fait équilibre au risque.* »

Ce risque, je le reconnais, est minime généralement, lorsque des mains expertes et un cerveau prudent ne songent qu'à le réduire ; mais il n'est pas certain que ces deux conditions réunies l'éviteront toujours.

En tout cas, je suis heureux de constater que notre confrère Guilbert confirme mes remarques à ce sujet : « les verrues plantaires, l'acné ne sont pas justiciables de la radiothérapie », écrit-il, en en donnant les raisons. Je n'avais pas dit autre chose, pour mettre en garde les praticiens contre une tendance abusive à user de moyens trop puissants pour de petites choses. L'erreur de doses et l' « incompétence » mises à part, chacun de nous peut réserver aux agents physiques, comme aux toxiques, une sensibilité anormale et imprévue.

## PRODUITS SOLUBLES MICROBIENS : LEUR POUVOIR IMMUNISANT DANS LES INFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES

### Anatoxine spécifique

par

A. Jaubert et P. Goy

Une classification schématique des germes pathogènes basée sur la clinique et l'expérimentation séparait les bactéries pyogènes des bactéries toxigènes.

La virulence des premières était établie par l'inoculation à l'animal de *cultures jeunes en bouillon.*

Le pouvoir toxigène des secondes était expérimentalement démontré par l'inoculation de cultures en bouillon ayant *séjourné longtemps* à l'étuve : après une quinzaine de jours de culture en moyenne, il était possible d'isoler par filtration ou même par précipitation une substance toxique.

Selon le germe considéré et la technique de culture utilisée, la puissance de cette toxine était essentiellement variable : c'est ainsi que la toxine dysentérique peut être mortelle à la dose de quelques dixièmes de centimètre cube, alors que celle du bacille botulique peut tuer au millionnième de centimètre cube.

Des recherches récentes, et en particulier celles de Dick sur la scarlatine, montrent qu'un séjour aussi prolongé à l'étuve n'est pas indispensable. Il est même possible d'extraire une toxine active du seul liquide de condensation d'une culture *en milieu solide* et âgée seulement de trois jours.

En fait, le liquide contenant la toxine renferme une quantité d'autres produits, également de type diastasique.

Les uns sont mal connus. D'autres, comme les diastases hémolytiques, nécrosantes, coagulantes, ont pu dans certains cas, être isolés et très bien déterminés.

Il semble donc que la division classique en bactéries pyogènes et en bactéries toxigènes puisse être revisée. En effet, une culture jeune contient, non seulement des bactéries, mais encore des diastases et *des produits solubles,* résultant du métabolisme microbien.

Les premiers expérimentateurs avaient déjà noté la présence de ces produits solubles : Chauveau, pratiquant sur des moutons sains des transfusions de sang d'animaux charbonneux, provoqua l'apparition soudaine et brutale de la maladie charbonneuse. La rapidité d'éclosion des symptômes morbides ne pouvait être im-

putée simplement à l'introduction de quelques bactéries et à leur développement normal consécutif

CHAUVEAU pensa qu'il s'agissait de phénomènes d'intoxication, dus à l'injection du sang charbonneux renfermant un poison soluble.

TOUSSAINT, en chauffant à 58° le sang charbonneux, put déclencher avec cet antigène des phénomènes d'immunité. CHAUVEAU, ayant remarqué que les agneaux issus d'une brebis injectée avec du bacillus anthracis, résistaient à une inoculation virulente, pensa que des produits solubles toxiques avaient filtré au travers du placenta et avaient ainsi immunisé les nouveaux-nés.

Mais des arguments sérieux, tels que la perméabilité du placenta à certaines formes bactériennes, ou bien l'insuffisance d'un chauffage à 58° pour détruire tous les microbes du sang, permirent un doute sur la valeur de ces premières expériences, pourtant fondamentales.

Quelques années plus tard, PASTEUR confirme l'opinion de CHAUVEAU et, en 1887, dans une lettre adressée à DUCLAUX, il tira de ces premières recherches l'explication d'une partie importante de ses découvertes sur la rage. En même temps, CHARRIN mettait en évidence le pouvoir toxique de certaines sécrétions du bacille pyocyanique, et il déclenchait chez le lapin une résistance relative à ces toxines. ROUX et CHAMBERLAND immunisaient contre le vibrion septique, et plus tard, CHANTEMESSE et WIDAL faisaient des expériences comparables avec les sécrétions du bacille typhique.

Toutes ces recherches de pathologie infectieuse expérimentale avaient ouvert la voie au grand problème de la vaccination et de la sérothérapie par les produits solubles microbiens.

Mais, parmi ceux-ci, il faut distinguer : les produits toxiques, les leucocydines, les hémolysines, les produits vaccinants et les produits prédisposants.

*Les produits solubles toxiques* peuvent être à effets immédiats, ou bien, comme le poison tétanique, avoir des propriétés spéciales. Cette dernière toxine demande, toujours, pour agir, une période d'incubation pouvant être raccourcie, mais jamais supprimée. De plus, l'importance de la dose injectée est relativement faible.

Jamais on ne trouve de lésion anatomique capable d'expliquer la production des symptômes, et pendant de longues années, on accorda aux seules toxines, à propriétés bien déterminées, un pouvoir strictement spécifique.

Cependant, certains microbes sont aptes à de multiples sécrétions, et l'étude que nous allons faire des produits solubles staphylococciques, va nous démontrer que le *terme « Toxine » comporte un cadre certainement plus étendu que celui habituellement envisagé.*

CHRISTMAS a mis en évidence une toxine staphylococcique précipitable par 4 ou 5 volumes d'alcool fort, obtenue par filtration d'une culture en bouillon, de staphylocoque doré.

Ce filtrat, injecté dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, produit une suppuration. LEBERT extrait des cultures staphylococciques, une substance soluble dans l'alcool, qu'il a dénommée « *Phlogosine* ». Cette substance cristallisable est capable de déclencher, par injection, des phénomènes de suppuration ou de nécrose. ARLOING prouve, en 1891, l'existence d'une substance staphylococcique vaso-dilatatrice. Son injection au lapin met les centres vaso-dilatateurs supérieurs en état d'hyperexcitabilité (excitation du bout central du nerf de Cyon et du nerf auriculaire) et en 1892, RODET et COURMONT font sur le chien une étude détaillée des *toxines staphylococciques proprement dites.* La culture filtrée est peu toxique, car, d'après les auteurs, *le filtrat retient la plupart des substances nocives,* mais si on utilise une culture totale vivante ou tuée par chauffage, on note systématiquement :

*a*) Tendance à l'arrêt de la respiration en expiration ;

*b*) Augmentation de la pression sanguine ;

*c*) Affaiblissement du cœur avec chute de la température et apparition de convulsions.

On a pu dissocier, dans le filtrat, des cultures totales staphylococciques, l'action des substances précipitables par l'alcool de celles solubles dans l'alcool. Les premières sont à l'origine des troubles respiratoires et convulsivants ; elles engendrent des néphrites. Les secondes sont plus spécialement responsables des troubles cardiaques et anesthésiques. MOSNY et MARCANO tuent le lapin avec ces filtrats staphylococciques par injection intra-veineuse de 10 c. c., la mort survient en quelques secondes. NICOLLE et CESARI cultivent en bouillon Martin glucosé du staphylocoque, et leur toxine tue le lapin et le cobaye par voie intra-veineuse, alors que par inoculation sous-cutanée, elle ne provoque qu'une escarre.

Si l'on injecte du staphylocoque pyogène dans la plèvre d'un lapin, on obtient un exsudat qui, mis en contact avec des leucocytes normaux, les altère très rapidement. Cette substance, qui existe dans les cultures comme BAY l'a démontré, a été dénommée par van DE VELDE « *leucocydine* ».

KRAUSS, puis NEISSER et WECHSBERG en 1901, démontrent l'existence de « *l'hémolysine staphylococcique* » : du sang de lapin additionné de quelques gouttes de staphylolysine est complètement dissous après quelques heures de séjour à la glacière. Dès 1890, BOUCHARD reconnaissait au staphylocoque le pouvoir de secréter *des poisons favorisants,* c'est-à-dire à action ad-

juvante toxique immédiate, par paralysie du système vaso-dilatateur. En 1891, RODET et COURMONT notent qu'en vieillissant, le filtrat d'une culture en bouillon de staphylocoque perd ses propriétés toxiques, mais conserve ce pouvoir prédisposant. Ce filtrat âgé, injecté à un lapin simultanément avec une culture vivante de staphylocoque, déclenche une suppuration plus intense qu'à un animal témoin, n'ayant reçu que l'injection de la culture virulente. De plus, si l'on prépare un lapin par une injection de filtrat, il ne résistera pas, deux ou trois mois après, à une injection de virus atténué et ce lapin préparé pourra présenter des lésions qui ne se produiront pas chez un lapin neuf. Ces substances prédisposantes sont solubles dans l'alcool.

De nombreux auteurs ont étudié, comme nous l'avons déjà vu, les phénomènes *d'immunisation active*, capables d'être déclenchés *par les produits toxiques staphylococciques*. VIQUERAT et KOSC, PARASCANDOLO, vaccinent avec des cultures virulentes en bouillon sucré, stérilisées par l'addition de 5 % de phénol. Le sérum obtenu serait antitoxique et microbicide. CAPMAN immunise des chiens et des lapins avec une culture en bouillon peptonisée à 1 % et filtrée après 20 jours de culture. DENYS et van DE VELDE confirment ces faits. COURMONT et ROCHAIX vaccinent le lapin avec des cultures de 7 à 8 jours chauffées 60 minutes à 70° et données en lavements laudanisés. Le lapin résiste à une inoculation intra-veineuse virulente, mortelle pour un témoin.

En 1906, KRAUSS et PRIBRAM protègent avec une anti-toxine contre une toxine qui tue l'animal en 5 à 30 minutes, à la dose intraveineuse de 2 à 5 c.c. NICOLLE et CESARY, en 1914, (Etude de la botryomicose et des staphylocoques humains) obtiennent un sérum de chien anti.

Ces différentes phases de l'histoire du staphylocoque ont déclenché de nombreuses controverses, et la publication d'expériences contradictoires n'a pu que jeter le doute dans les esprits. Si bien que, parler de toxine staphylococcique et de vaccination antitoxique spécifique, pouvait paraître peu admissible même aux plus éclectiques. Aussi, c'est presque avec timidité que nous écrivions, dans la *Presse médicale* du 14 juillet 1928 (1) : « *Une anatoxine staphylococcique*, antigénique, bien tolérée, renforce et complète le pouvoir immunisant des microbes et celui des lysats, qui se révèlent insuffisants dans la cure des formes sévères ou anciennes ». Les remarquables travaux de RAMON sur les anatoxines nous avaient, en effet, incités à étudier l'action du formol sur les produits solubles microbiens staphylococciques.

Notre fréquentation des salles d'hôpitaux avait suffi largement à nous démontrer l'existence, non seulement du pouvoir pyogène, mais encore toxique, de certains staphylocoques.

Comment douter de ce fait en présence des grands infectés staphylococcémiques, avec symptômes généraux : céphalée, vertiges, visage pâle et terreux, frissons, chaleur et sueurs froides ? Ne présentent-ils pas tous les caractères de véritables intoxiqués ? Et nous nous demandions si, chez certains malades atteints de suppurations chroniques, prolongées, récidivantes, nécrosantes, cachectisantes ou même mortelles, la substance prédisposante sécrétée *in vitro* par le staphylocoque, n'intervenait pas aussi *in vivo*. La leucocydine staphylococcique destructive des leucocytes n'était-elle point capable de paralyser plus ou moins le mécanisme des défenses humorales ?

Il était tout naturel de songer, après les travaux de RAMON, à la transformation de ces sécrétions toxiques en anatoxine.

Notre expérimentation sur le lapin nous confirma l'existence de produits staphylococciques irritants, nécrosants ou mortels. Les animaux, morts après les inoculations, avaient des viscères ne présentant que des phénomènes inflammatoires ou congestifs, à l'exclusion de tout phénomène de suppuration. L'ensemencement de l'urine, du sang et des broyages d'organes d'animaux inoculés, ne nous avait jamais révélé la présence du staphylocoque.

Par la méthode de RAMON modifiée et adaptée aux produits solubles staphylococciques, nous avons pu obtenir *une anatoxine spécifique*, très bien tolérée par l'organisme, et dont le pouvoir antigénique fut vérifié par floculations, en présence d'un sérum de lapin anti. Cette anatoxine injectée dans l'organisme humain est douée d'un pouvoir curatif nettement supérieur à celui des autres antigènes staphylococciques.

Des malades traités avec *l'anatoxine staphylococcique* seule furent guéris de lésions rebelles à tout autre mode d'immunisation. Depuis cette époque, nous avons poursuivi sans arrêt notre expérimentation sur la valeur des antigènes staphylococciques, et nos conclusions de 1928 n'ont pu que se confirmer. Mais, il manquait à ces conclusions une consécration officielle. Les travaux de BURNET (1) en Angleterre (1929-1930), et la toute récente publication d'un travail du Professeur GENGOU de l'Université de Bruxelles (*Anna-*

(1) A. JAUBERT et P. GOY. — Vaccinothérapie staphylococcique. Importance du métabolisme microbien. (*Presse médicale*, n° 56, 14 juillet 1928.)

(1) F. M. BURNET. — The Exotoxins of St. Pyog. Aurens. (*J. of Path. & Bact.*, 1929-32, n° 4, p. 717.)

F. M. BURNET. — The Production of Staphylococcan Toxin'. (*J. of Path. & Bact.*, 1930-31, n° 1, p. 2.)

*les de l'Inst. Pasteur*, février 1932) apportent la solution de cet important problème.

Burnet a démontré que certains staphylocoques produisent *avec une grande rapidité, in-vitro*, une toxine mortelle pour certains animaux de laboratoire et capable de dissoudre les hématies et les leucocytes du lapin. D'après l'auteur, cette toxine diffuse très rapidement du corps microbien, *même lorsque celui-ci est cultivé sur milieux solides et, lorsque cette toxine est additionnée de formol, en des conditions déterminées, elle se transforme en anatoxine.*

Il faut éviter dans les cultures les fortes concentrations salines et surtout le calcium et le chlorure de sodium, qui entravent la production des sécrétions. L'auteur utilise des vases de 50 c.c., et il ajoute 10 % d'ascite ; les cultures se font pendant six jours à 37°, dans une atmosphère contennat 10 % d'anhydride carbonique. Le filtrat est conservé à la glacière. L'anhydride carbonique joue le rôle de tampon ralentissant l'alcalinisation du milieu et la toxine ainsi obtenue est nécrosante à la dose intra-dermique de 0 c.c. 2 au 1/40.

Burnet déclenche une immunisation contre la toxine en vaccinant tous les 3 ou 4 jours des animaux par la voie intradermique, et il obtient ainsi un sérum anti. La toxine est mortelle pour le lapin domestique, en moins de 25 minutes, par injection intraveineuse de 0 cc. 8 par kgr. de lapin.

L'immunisation contre la toxine nécrosante est valable pour la toxine mortelle, et l'auteur conclut qu'un même antigène donne trois éléments actifs, dont l'ordre décroissant de fragilité est : 1° Toxine mortelle ; 2° Toxine nécrosante ; 3° Hémolysine.

Dans un travail plus récent (1930) Burnet concluait : 1° Le staphylocoque doré ne donne l'hémolysine que si son repiquage fournit un fort pourcentage de staphylocoques blancs et si sa culture se fait en présence d'anhydride carbonique ; 2° Le staphylocoque blanc est fortement hémolytique ; 3° Une culture de 20 à 24 heures sur gélose en présence de $CO^2$ donne déjà de l'hémolysine ; 4° L'anhydride carbonique agit sur le pH intra-cellulaire indépendamment de celui du tissu environnant. Dans son étude récente sur les antigènes et les anticorps staphylococciques, Gengou (1) fait l'exposé de ses recherches qui étaient déjà assez avancées lorsqu'il eut connaissance des résultats obtenus par Burnet. L'auteur préconise pour l'obtention de la toxine staphylococcique des milieux à un pH de 7 à 7,2, la culture se faisant en présence d'une atmosphère contenant au maximum 20 % d'anhydride carbonique.

(1) O. Gengou. — Contribution à l'étude des antigènes et des anticorps staphylococciques. (*Annales Inst. Pasteur*, t. XLVIII, février 1932, n° 2.)

*La toxine staphylococcique facilement transformée en anatoxine est alors seule capable de déclencher la formation d'antitoxine.* Les vaccins antistaphylococciques, émulsions bactériennes, bactériophages, mycolysats, sont incapables de déclencher ce phénomène. La toxine et l'anatoxine sont précipitées par le sérum antistaphylococcique, ce qui prouve bien que la toxine constitue un antigène *particulier* nettement distinct des autres antigènes provenant du staphylocoque pyogène.

L'auteur a utilisé pour réaliser la vaccination d'animaux de laboratoire des vaccins divers tels que émulsions bactériennes, anatoxines, staphyphages. Aucun de ces antigènes ne permit aux animaux de résister par la suite à une inoculation intra-veineuse, mais une survie nette semanifesta chez les lapins vaccinés par l'anatoxine. De plus, chez ces derniers, on n'observe pas d'exsudats dans les cavités splanchniques. Les abcès sont rares et petits dans le cœur, le foie et les reins. Lorsque l'inoculation se fait par la voie sous-cutanée, les lapins vaccinés résistent généralement bien. Il se forme simplement un abcès plus ou moins volumineux dont le pus tend à s'évacuer naturellement. Les animaux vaccinés à l'anatoxine ne meurent jamais à la suite de ce mode d'inoculation, alors que les animaux vaccinés par les autres méthodes succombent parfois. Bien que l'anatoxine staphylococcique ne prévienne pas toujours les conséquences fatales d'une injection intra-veineuse expérimentale, O. Gengou conclut : « La vaccination par l'anatoxine staphylococcique, qui renferme un antigène propre, distinct de ceux des émulsions microbiennes, confère une résistance relative à l'égard d'une infection qui, chez l'animal neuf, conduit habituellement à l'envahissement de l'organisme par le germe bactérien ».

**Conclusions**

1° La pathologie expérimentale et humaine démontre que le terme de « *Toxine* » peut s'appliquer aux produits solubles staphylococciques.

2° La pigmentation des différentes races de staphylocoques n'a aucun rapport direct avec leur pouvoir de sécréter des produits solubles pathogènes : les staphylocoques blancs sont les plus aptes à sécréter l'*hémolysine.*

3° Une atmosphère d'*anhydride carbonique* favorise la production dans les milieux de culture (pH de 7 à 7,2) des produits solubles staphylococciques toxiques.

4° *La toxine staphylococcique peut aisément être transformée en anatoxine.*

5° *L'anatoxine staphylococcique a un pouvoir immunisant supérieur à celui des émulsions microbiennes, des lysats et des bactériophages.*

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### A propos du traitement du diabète infantile.

La découverte de l'insuline a modifié totalement le pronostic du diabète infantile. Il y a une survie, mais, d'après l'opinion médicale courante, le plus souvent le diabète reprend son évolution fatale au bout d'un certain temps, quel que soient le sexe et l'âge des malades. Cependant, dit le Dr Hoet, si les morts diabétiques sont encore fréquentes dans de nombreuses cliniques, la faute en est dans les conditions défavorables dans lesquelles se poursuivent ces traitements. En réalisant de meilleures conditions sociales entourant la vie fragile du diabétique, on atteindra, dans tous les pays, les résultats encourageants obtenus par certains auteurs. Pour parvenir à faire survivre un diabétique, il est indispensable d'éduquer le malade et de lui apprendre à faire face aux imprévus. Une période de traitement à l'hôpital pour tous les diabétiques est actuellement la seule solution pratique au problème diabétique, sauf si le médecin dispose d'un temps illimité. A l'hôpital, on lui trouvera le régime adéquat ; le patient apprendra à calculer ses rations, à contrôler ses urines, à s'injecter l'insuline, à traiter l'attaque d'hypoglycémie. Si le patient arrive à réaliser son traitement adéquatement malgré une instabilité inhérente à son état, il vivra et se développera normalement.

D'autre part, il faut savoir qu'un diabétique, dont la glycosurie est constamment négative sous l'effet d'un traitement insulinien, ne peut pas supprimer impunément une injection d'insuline. La suppression pendant un jour peut présenter de grands dangers. On se souviendra toujours de l'intensité brutale que peut présenter le coma diabétique d'un malade traité.

Une autre menace pathologique sont les affections aiguës fébriles ; elles constituent la cause la plus fréquente du coma : appendicite, mastoïdite, anthrax, pleurésie, pneumonie, pyélite. Les mesures à prendre comprennent en tout premier lieu l'injection d'une dose habituelle d'insuline ; il est essentiel à ce moment de ne pas la supprimer.

A l'étranger, les pouvoirs publics sont entrés, depuis de nombreuses années, dans la voie d'une assistance effective, en ce qui concerne les difficultés économiques du traitement. Les sociétés, les mutualités devraient aussi organiser des distributions gratuites d'insuline, en même temps que, par une bonne organisation, elles participeraient au rôle éducatif des masses. (*Le Scalpel*, 19 décembre 1931.)

### Le régime cétogène dans l'épilepsie ; son application pratique.

Jusqu'à ces derniers temps, on se contentait de prescrire aux épileptiques, en dehors des médicaments efficaces, une alimentation mixte très large, et de leur interdire seulement tout excès alimentaire et l'usage des excitants. Depuis peu, on préconise avec succès un régime nouveau, et certainement tout à fait inattendu, le régime cétogène.

Ce régime, expliquent MM. Ph. Pagniez et A. Plichet, vise à produire dans l'organisme une acidose permanente, en réduisant considérablement les quantités d'hydrates de carbone de l'alimentation, et en augmentant en même temps énormément la quantité des graisses. Sur 208 cas d'épilepsie infantile traités, cette méthode aurait donné, dans un tiers des cas une guérison définitive, dans un deuxième tiers une grande amélioration, dans le derniers tiers un échec complet.

Les auteurs ont pu se rendre compte de l'efficacité indiscutable du régime cétogène dans certains cas, mais aussi des difficultés de son application. Ils donnent un exemple de menu pour une journée.

Ce régime doit être suivi aussi strictement que le serait un régime de diabétique. Il consiste en : *a*) la suppression des hydrates de carbone (pain, féculents, sucre) ; *b*) le remplacement des hydrates de carbone par les graisses et les corps gras ; *c*) la réduction des substances azotées, de la viande.

Avant de commencer le régime, on mettra le malade à la diète hydrique réduite pendant quarante huit heures. Le deuxième jour, si la faim est trop vive, on donnera à midi et au repas du soir une salade largement assaisonnée d'huile d'olives ; ne pas s'inquiéter si ce régime amène un amaigrissement. La constipation sera combattue par de la magnésie, de l'huile de paraffine, de l'huile de ricin. Continuer le gardénal, jusqu'à nouvel ordre. Tenir un compte exact des crises.

Si ce régime, dans ses grandes lignes, reste le même pour tous les malades, il est naturel qu'il doive varier quantitativement avec l'âge et le poids des sujets. Il existe à cet égard des tables dans les ouvrages américains.

Dans l'ensemble, les malades l'ont bien supporté ; il faut compter avant tout sur l'ingénio-

sité des cuisinières pour varier les plats. Si l'acidose n'en est peut-être pas le facteur efficient, faut-il invoquer les modifications qu'il imprime au métabolisme de l'eau ? Quoiqu'il en soit, on doit ne pas le méconnaître, et l'employer. (*La Presse médicale*, 16 décembre 1931.)

**Le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode des immuno-transfusions.**

MM. M. Villaret, Justin Bezançon et Desoille rappellent que celle-ci consiste à pratiquer aux malades une abondante transfusion (300 grammes) de sang prélevé sur un donneur, ayant eu la fièvre typhoïde, ou récemment vacciné contre cette affection. Particulièrement indiquée en cas d'hémorragie intestinale, cette méthode paraît donner de bons résultats, même lorsqu'elle est appliquée au traitement des fièvres typhoïdes non hémorragiques.

L'immuno-transfusion semble d'ailleurs être applicable à d'autres infections que celles à bacilles typhiques. Les auteurs l'ont employée récemment pour traiter une paratyphoïde B extrêmement grave, compliquée d'un foyer pleuro-pulmonaire. Lorsque la première transfusion fut pratiquée au trente-cinquième jour de l'affection, la malade présentait un état très précaire. Immédiatement après l'intervention, l'évolution se fit, au contraire, rapidement vers la guérison, l'amélioration de l'état général précédant très nettement de plusieurs jours la rétrocession du foyer pulmonaire. L'évolution se modifia avec une telle brusquerie qu'il est difficile d'admettre une pure coïncidence. Il ne s'agissait pas, en tout cas, de la régression spontanée du foyer pleuro-pulmonaire, qui continua à évoluer.

Il semble donc bien que la guérison de la malade ait été nettement déclenchée par la méthode des immuno-transfusions. (*Le Progrès médical*, 26 décembre 1931.)

**Des thérapeutiques, dites désensibilisatrices.**

Elles ont pour but, suivant la théorie hippocratique, d'aider l'organisme, dans l'effort réactionnel, que constitue pour lui la maladie. M. A. Tzanck rappelle qu'un grand nombre d'acquisitions biologiques modernes sont ainsi venues déclencher des processus biologiques divers, avec le but d'aboutir à la guérison. Ce sont : la thérapeutique antianaphylactique, la vaccination spécifique, la désensibilisation non spécifique, la thérapeutique biophylactique non spécifique. Il s'agit d'atténuer une sursensibilité acquise par l'organisme, ou mieux une intolérance, qui se traduit par des symptômes divers, pouvant être atténués ou masqués, et donner des types cliniques différents, selon les sujets ; cette désensibilisation non spécifique est, le plus souvent, une médication symptomatique des phénomènes généraux, organiques ou locaux, qui traduisent la sursensibilité.

Les indications biophylactiques agissent, moins par leur nature propre, que par les réactions provoquées, chocs plus ou moins accentués, réactions fluxionnaires de divers ordres, activation phagocytaire.

L'auteur étudie ensuite la thérapeutique des intolérances individuelles et choisit pour exemple le traitement de l'eczéma, réaction d'intolérance de la peau. C'est après, la thérapeutique désensibilisatrice et biophylactique dans les maladies infectieuses : protéinothérapie, vaccinothérapie (dont l'effet semble moins dans un facteur d'immunité que dans l'intervention d'albumines étrangères), autohémothérapie.

Il envisage enfin le problème de l'immuno-transfusion, qui, en règle générale, ne transmet pas une immunité, mais agit aussi par d'autres processus non spécifiques, et par des processus de l'ordre des réactions phagocytaires (biophylaxie). (*Revue de médecine*, décembre 1931.)

**Encéphalites infantiles.**

D'une très intéressante étude, le Dr Babonneix tire les conclusions suivantes :

Les encéphalites aiguës relèvent de causes diverses, au premier rang desquelles il faut placer les infections à virus neurotrope : paralysie infantile, encéphalite dite léthargique, varicelle et vaccine. Quant aux encéphalites chroniques, elles relèvent, le plus souvent, de l'hérédo-syphilis.

Aiguës ou chroniques, elles peuvent affecter les types les plus divers et se caractériser par des syndromes moteurs : convulsions, épilepsies, états spasmo-paralytiques, etc., ou psychique, que ceux-ci portent sur l'intelligence ou le caractère.

Lorsque l'hérédo-syphilis est en cause, on instituera, le plus tôt possible, un traitement spécifique, et on veillera à ce qu'il soit aussi énergique que possible. Dans les autres cas, on obtiendra parfois d'excellents résultats du salicylate de soude en injections intra-veineuses. (*Gazette des Hôpitaux*, 23 décembre 1931.)

**L'extension continue en suspension dans le traitement des fractures du fémur et des affections de la hanche.**

Dans beaucoup de fractures complexes, surtout dans les fractures compliquées de plaie, l'extension continue en suspension a de nombreux avantages.

L'appareil de Clavelin est le plus perfectionné de ceux, qui ont pour but d'appliquer cette méthode.

Il comporte : un berceau abdomino-pelvien qui immobilise le bassin et permet de l'élever

selon les besoins ; un étrier formant hamac sur lequel repose le membre inférieur. Cet étrier est articulé de façon à permettre une abduction très étendue de la cuisse et la flexion du genou.

Un sous-cuisse, placé sous la racine de la cuisse saine, est le point d'appui qui rend effectives l'extension et l'abduction du membre blessé.

L'étrier et le berceau abdomino-pelvien sont suspendus à des cordes de traction, qui se réfléchissent sur des poulies rattachées au cadre de bois classique du Service de santé.

La traction de ces cordes est réglée par des poids (Chemin, fabricant).

L'extension est réalisée par un étrier adhésif.

Dans cet article, CLAVELIN décrit comment avec cet appareil, on réalise le traitement des fractures récentes ouvertes ; le traitement post-opératoire des ostéosynthèses pour fractures récentes, pseudarthroses, des résections ou des arthrodèses de la hanche ; le traitement orthopédique des fractures du col du fémur, des coxalgies et des arthrites subaiguës de la hanche.

Il montre par une série d'exemples, le parti que l'on peut tirer de l'extension continue en suspension, dans un très grand nombre de cas.

Cet article, illustré de 10 figures, permettra aux praticiens de se familiariser avec la méthode d'extension en suspension, qui a donné de si nombreux et de si beaux résultats pendant la dernière guerre. (*Paris chirurgical*, janvier 1932, nº 1.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Traitement des accidents sériques par le benzo-salicylate de soude

(M. H. VINCENT.— *Académie de médecine* ; 19-4-1932.)

Les accidents susceptibles de se produire à la suite des injections de sérum de cheval sont assez fréquents. La maladie du sérum semble même actuellement plus commune qu'autrefois et, provoquée de toutes pièces par la thérapeutique sérique, elle en est un inconvénient fort désagréable.

En vue de combattre ces réactions, on a proposé de nombreux moyens : chlorure de calcium, citrate de soude, sels de magnésie, adrénaline, injection de sérum glucosé à 30 p. 100, de carbonate de soude, etc. Ici, comme bien souvent, l'abondance des procédés de cure est un indice de leur efficacité incertaine.

Les accidents du sérum se produisent à l'habitude à l'occasion d'une seconde ou d'une nouvelle injection de sérum et certains sujets (asthmatiques, brightiques, tuberculeux, rhumatisants) y sont plus exposés que d'autres. On les voit cependant chez tout le monde et également, quoique avec plus de rareté, à la première injection. Avant d'injecter un sérum thérapeutique quelconque, il est utile d'interroger les malades afin de savoir s'ils n'ont pas reçu déjà antérieurement des injections de sérum équin, et aussi s'ils n'ont pas absorbé de la viande de cheval, sous quelque forme que ce soit. Cette ingestion n'est pas toujours évidente : les personnes qui s'alimentent avec de la charcuterie mangent quelquefois de la viande de cheval sans le savoir (saucissons et autres produits de charcuterie). En pareille éventualité, il est classique de recourir à la méthode de Besredka, d'injecter à une ou deux reprises, en laissant 2 à 3 heures d'intervalle, de petites quantités de sérum, avant l'injection thérapeutique. On n'évite pas toujours ainsi d'ailleurs l'apparition des accidents sériques.

L'emploi des sérums désalbuminés a diminué la fréquence et surtout l'intensité des réactions.

En somme, malgré les moyens couramment employés pour combattre et prévenir la maladie du sérum, celle-ci reste encore un état morbide avec lequel il faut compter.

M. Vincent propose aujourd'hui un traitement nouveau de ces réactions sériques. Il consiste, dès l'apparition des premiers symptômes sériques, à faire prendre au malade, toutes les heures d'abord puis toutes les deux heures, une cuillerée à soupe d'une préparation contenant 6 grammes de salicylate de soude et 6 gr. de benzoate de soude dans 200 c.c. d'excipient. Les doses de ces médicaments peuvent être augmentées. Chez l'enfant, elles seront moindres. Il est utile de diluer chaque prise de médicament dans du thé léger ou une tisane chaude.

Les symptômes sériques locaux et généraux s'arrêtent habituellement en quelques heures. La fièvre tombe. Les œdèmes et les éruptions s'atténuent plus lentement mais les douleurs et les démangeaisons cessent.

Le benzo-salicylate de soude peut être employé, à titre préventif, chez les sujets ayant reçu antérieurement des injections de sérum équin. Chez les autres, il peut sembler préférable d'attendre l'apparition des premiers signes de la maladie sérique. On ignore, en effet, s'il se fera des réactions sériques, et la date de début de celles-ci est variable, tantôt presque immédiate, tantôt du 6e au 10e jour, tantôt plus tardive, à partir du 10e ou 12e jour.

### Sérum antipoliomyélite concentré.

(M. Auguste PETTIT et Mlle B. ERBER. — *Académie de médecine* ; 5-4-1932.)

On peut donner au sérum antipoliomyélite animal une plus grande activité en le concentrant. On utilise-

ra à cet effet la technique de Ramon, la précipitation des protéines sériques à l'aide du sulfate de soude, ce qui élimine l'englobuline et l'albumine pour ne conserver que la pseudo-globuline, qui renferme le principe actif du sérum antitoxique. On arrive ainsi à obtenir un sérum concentré qui a une teneur en anticorps vingt fois plus forte. Toutefois, pour l'usage, ce sérum doit être dilué dans deux ou trois fois son volume d'eau physiologique, car le taux des sels qu'il contient est trop élevé pour permettre l'injection à l'homme.

### Virus herpétique inoculé à l'homme.

(M. D. Paulian. — *Académie de médecine* ; 5-4-1932.)

M. Paulian rapporte le cas d'un sujet, assistant de laboratoire, qui s'inocula deux souches de virus herpétique au bras. Il présenta une évolution d'herpès, locale et générale, avec récidive pendant plusieurs années, puis apparition d'un syndrome de sclérose latérale amyotrophique.

### Diagnostic de l'hydrocèle avec la lampe électrique de poche.

(M. Maurice Chevassu. — *Société de chirurgie* ; 10-2-1932.)

Dans le diagnostic de l'hydrocèle, M. Chevassu montre les avantages de la lampe électrique de poche, actuellement employée à cet effet, pour remplacer l'antique rat de cave utilisé jadis.

Lorsqu'on applique une lampe électrique de poche au contact d'une tumeur liquide intra-scrotale, on illumine la totalité de celle-ci, que l'on transforme en une sorte de « lampe vénitienne ». Les parties non transparentes se détachent en sombre sur la zone illuminée et l'emplacement du testicule saute habituellement aux yeux.

Lorsque la tumeur est peu transparente, l'examen du malade en chambre obscure s'impose. L'examen en chambre noire peut devenir indispensable pour certaines hydrocèles à parois épaisses.

### Une balle à travers le paquet vasculaire fémoral.

(M. Fiolle, de Marseille. — *Société de chirurgie* ; 17-2-1932.)

Une femme est blessée par une balle de revolver qui traverse la cuisse à sa racine. La plaie saigne à peine. Pas d'hématome. Le trajet de la balle, en raison de sa situation anatomique, incite à craindre cependant une lésion des gros vaisseaux de la racine de la cuisse. Bien qu'il n'y ait pas de trouble apparent de la circulation, M. Fiolle recherche les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure derrière la malléole : ils font défaut. Le Pachon montre qu'il n'y a aucune oscillation du côté blessé. Il y a, en conséquence, de toute évidence, une lésion vasculaire : ou plaie sèche, ou contusion avec thrombose, ou spasme artériel. L'opération montre une plaie sèche de la veine et des signes d'attrition de l'artère (thrombose ou spasme). Huit jours plus tard, amélioration considérable et retour des oscillations artérielles.

P. L.

### Hypoglycémie alimentaire.

(MM. Marcel Labbé, Boulin et Petresco. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 5-2-1932).

Habituellement, l'abaissement de la glycémie, et les accidents qui en découlent, disparaissent dès l'absorption d'une certaine quantité de glycose. Aujourd'hui, les auteurs signalent un état hypoglycémique tout à fait différent : loin d'être amélioré par l'ingestion de glycose, il est provoqué par cette dernière. L'observation a trait à un malade gros mangeur, qui, à jeun, est dans un état satisfaisant, mais qui, dès qu'il absorbe des aliments, présente, dans les quelques minutes qui suivent, les malaises qui traduisent habituellement un état d'hypoglycémie ou, si l'on veut, d'hyperinsulinisme ; le malade était modérément vagotonique. Un traitement à base d'atropine et d'éphédrine a donné de remarquables résultats.

Pensant qu'il pouvait s'agir de l'exagération d'un phénomène normal, les auteurs ont pu vérifier l'exactitude de leur hypothèse par l'observation de 30 malades, et ils ont vu que, s'il paraît légitime de considérer comme banal un abaissement transitoire de la glycémie dans les vingt premières minutes qui suivent l'ingestion de glycose, ce phénomène est ordinairement assez discret pour que la glycémie du malade ne s'abaisse presque jamais au-dessous des taux de glycémie, considérés comme les chiffres minima normaux (0 gr. 80).

### Polysynovite et polysérite tuberculeuses.

(MM. F. Bezançon, L. de Gennes, Etienne Bernard et Oumansky. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 5-2-1932).

Une observation de tuberculose grave à manifestations multiples, exclusivement synoviales ou séreuses, témoigne d'une affinité tissulaire véritablement exceptionnelle. Les causes de cette électivité nous échappent, comme presque toujours les facteurs déterminant des localisations tuberculeuses.

### La leucémie post-benzolique.

(M. P. Emile Weil. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 5-2-1932.)

Une observation, relatée en détails, paraît mettre hors de doute l'existence d'une leucémie provoquée par une intoxication professionnelle benzolique, et par conséquent celle d'une leucémie toxique.

Comme les rayons X, capables de guérir la leucémie ou de la susciter, le benzol est susceptible d'être un agent causal de l'affection, ou au contraire un mode de traitement, lorsqu'on utilise l'ingestion du

benzol à doses allant de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour.

Un nouveau chapitre s'ouvre dans les accidents du travail : celui de la leucémie, maladie professionnelle. L'utilisation du benzol mérite donc d'être surveillée ; la ventilation des ateliers doit être bien assurée. Cette précaution est le plus souvent suffisante ; mais il est des cas où il y a, par moments, possibilité d'absorption massive de vapeurs, comme pour la fabrication du pyramidon : le port momentané d'un masque paraît alors devoir être conseillé.

**A propos des « articulations mal ajustées » de Massart : les arthrites micro-traumatiques.**

(M. Mathieu-Pierre Weil. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-2-1932.)

Les articulations mal ajustées de Raphaël Massart ne constituent qu'une des variétés d'un vaste groupe de manifestations articulaires, que M. Mathieu-Pierre Weil a proposé d'individualiser sous le nom d'arthrites micro-traumatiques. Jusqu'à ces dernières années, les seuls traumatismes, que l'on savait susceptibles d'entraîner une souffrance articulaire, étaient les luxations, les plaies, ou les fractures de la jointure. Mais, en dehors de ces faits exceptionnels, il est tout un groupe de manifestations dont, en dehors d'un état indiscutable de prédisposition constitutionnelle, la seule cause réside dans le processus traumatique.

Les arthrites micro-traumatiques peuvent relever de conditions de posture, de statique ou professionnelles. Dans ce cadre, il convient aussi de ranger celles des hémophiles et certaines arthrites des obèses.

Du point de vue symptomatique, celles-ci peuvent se traduire exclusivement par la douleur, avec ou sans craquements d'origine cartilagineuse ou synoviale ; dans d'autres cas, il y a en plus un léger épanchement articulaire, de nature citrine.

Le plus souvent, l'arthrite micro-traumatique se manifeste sous la forme d'ostéo-arthrite, et celle-ci est si fréquente qu'en présence de toute ostéo-arthrite il faut se demander si un micro-traumatisme n'en est pas la cause.

Son aspect le plus fréquent est l'arthrite sacro-iliaque, dont la douleur est l'expression fondamentale, douleur en barre, située à la partie inférieure du dos, réveillée par la marche, la station debout, ou la pression de l'interligne articulaire, calmée au contraire par le repos prolongé.

Le diagnostic en est souvent difficile, car le traumatisme a pu être discret, car aussi le traumatisme peut n'être qu'apparemment la cause de l'arthrite, dont la nature infectieuse pourra être démontrée.

Le traitement sera avant tout prophylactique. Contre l'arthrite constituée, le repos est l'agent thérapeutique le plus puissant. On aura alors recours à l'orthopédie ou à la chirurgie articulaire, seules capables dans certains cas de faire disparaître, de manière définitive et complète, l'impotence et la souffrance, que peut déterminer le processus micro-traumatique.

G. F.

# Les Livres

Librairie J. Baillière et fils
19, rue Hautefeuille, Paris.

Professeur Henri Claude, de la Faculté de Médecine de Paris. — **Maladies du système nerveux.** 2e édition. Tome I : *Cerveau, cervelet, protubérance, bulbe.* (Un vol. in-8. 628 pages). Tome II : *Moelle, scléroses, plexus, nerfs, névroses* (Un vol. in-8. 942 pages). *in*-Bibliothèque Carnot-Rathery, 1932.

Dans cette étude des maladies du système nerveux, l'auteur s'est proposé un double but : en effet, si l'analyse des différents types que nous offre la pathologie nerveuse, doit retenir avant tout notre attention, il paraît intéressant de considérer au préalable, dans une vue d'ensemble, les facteurs étiologiques, qui interviennent dans la génèse des maladies nerveuses. Il était utile aussi, afin d'éviter les répétitions, d'indiquer la nature des lésions les plus importantes et d'exposer suivant quel mécanisme elles se constituent d'une façon générale ; il convenait enfin de grouper les principaux troubles fonctionnels qu'elles engendrent. C'est pourquoi ce précis comprend, d'une part la pathologie générale du système nerveux, et d'autre part la pathologie spéciale des différents organes du système nerveux : encéphale, mésencéphale, moelle, méninges, muscles, nerfs ; puis, la description des névroses, psychonévroses et de diverses affections encore mal classées.

Cette deuxième édition comporte, par rapport à la première, d'assez nombreux remaniements et des additions rendues nécessaires par les progrès incessants de la pathologie nerveuse. C'est ainsi que la maladie de Parkinson et les symptômes parkinsonniens ont été reportés du tome II au tome I, à côté des syndromes striés. Ceux-ci ont fait également l'objet d'un chapitre nouveau. Les notions récentes acquises en neuro-chirurgie ont trouvé place dans plusieurs chapitres, et les méthodes d'exploration facilitant les localisations des tumeurs cérébrales et médullaires ont été particulièrement étudiées.

Modifications apportées aussi en raison des connaissances acquises sur la névraxite épidémique et sur les encéphalites, sur le rôle des infections à porte d'entrée mal déterminée, causées par différents virus neurotropes. Les troubles du « tonus muscularis » qui, dans leurs diverses expressions, ont beaucoup occupé les neurologistes, ont fait l'objet d'assez longs développements.

Enfin, les relations entre les états psychonévropathiques sans substratum anatomique apparent et les troubles fonctionnels d'origine lésionnelle ont nécessité des chapitres nouveaux, afin de bien marquer les liens qui unissent de plus en plus les affections, dites mentales et les maladies nerveuses à proprement parler.

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Henriette Hoffer et G. de Parrel. — **La lecture sur les lèvres chez les sourds. Rééducation psycho-visuelle.** (Un vol. in-8 carré de 192 pages avec 50 figures dans le texte. *in* «Collection de Parrel des Manuels de rééducation. » Prix : 30 francs.)

Voici un nouveau livre de cette intéressante collection ; il procède du même esprit clair et précis, que ne cessent de manifester ses auteurs. Ceux-ci ont une grande pratique de l'enseignement de la lecture sur les lèvres chez les sourds et les sourds-muets, et ils en exposent remarquablement les principes directeurs, et la technique de l'instruction.

La lecture sur les lèvres est l'art de comprendre la parole d'autrui par les mouvements des organes phonateurs externes et du visage tout entier. C'est pour les sourds, une véritable audition par les yeux. Mais ce procédé de suppléance auditive ne s'invente pas ; il ne s'acquiert qu'à la longue et grâce à des exercices méthodiques.

On trouvera, tout d'abord, rappelées les notions indispensables de phonétique qui sont à la base de la labiologie. De nombreuses photographies permettent de suivre facilement le texte et d'étudier à loisir les dessins labio-faciaux des différents phénomènes.

Les sourds et les personnes de leur entourage pourront choisir dans ce manuel des leçons toutes préparées, qui leur permettront de mener à bien cette initiation à la lecture sur les lèvres, sans perte de temps, sans fausses manœuvres.

Pour profiter de la lecture sur les lèvres, même à titre de sauvegarde pour l'avenir, tous les gens atteints d'otospongiose, tous les scléreux de l'oreille, devraient apprendre à lire sur les lèvres, dès que l'amoindrissement de leur acuité auditive se manifeste de façon précise, et avant que le temps n'accomplisse son œuvre de déchéance fonctionnelle.

La lecture sur les lèvres rétablit le courant des échanges d'idées, facilite l'exercice professionnel, maintient le contact avec l'entourage, en un mot permet au sourd de vivre d'une existence se rapprochant d'aussi près que possible de la normale. C'est le plus puissant des palliatifs à la plus lourde des infirmités.

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr L. Boulanger, assistant à l'hôpital d'urologie. — **Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorragie chez l'homme et chez la femme.** Tome II. 1932. (Un vol. in-8° de 368 pages, avec figures. 40 francs.)

Dans ce deuxième et dernier volume, l'auteur étudie d'abord certaines affections urétrales post-gonococciques, et particulièrement de façon très détaillée, les lésions de l'urètre postérieur, leur traitement par les méthodes classiques, et par celles plus récentes au moyen des urétroscopes modernes.

Cette étude comporte aussi une description complète de l'anatomie de l'urètre postérieur, et de son aspect vu avec plusieurs urétroscopes, une description des instrumentations employées, des techniques mises en usage, ainsi que l'exposé des résultats obtenus.

Viennent ensuite des considérations sur le rétrécissement blennorragique en voie de formation, que l'auteur appelle le rétrécissement embryonnaire, et dont il montre la curabilité, en attirant l'attention sur cette phase du rétrécissement blennorragique qui, à ce moment, peut être guéri, tandis qu'à une époque plus avancée constitue une infirmité, à laquelle il n'est plus que pallié.

Les chapitres suivants sont consacrés à la blennorragie chez la femme. On y trouvera ce qui a trait aux conditions de réceptivité des organes génitaux de la femme, à cette forme particulière de la blennorragie féminine, la blennorragie discrète, à la blennorragie de la femme enceinte, au traitement de la blennorragie récente par les différentes méthodes, permanganate, argyrol, crayons à l'argyrol, par les vaccins sensibilisés de Besredka, par la diathermie et l'opération de la bartholinite, enfin, le problème de la prophylaxie de la blennorragie chez la femme.

Le volume se termine par la description de plusieurs instruments urologiques, et par des considérations sur la blennorragie envisagée au point de vue individuel, familial et social.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Librairie M. Lac,
26, rue Monsieur-le-Prince.

Professeur Laignel-Lavastine et N. Th. Koressios. — **Sérothérapie hémolytique de la sclérose en plaques.** Un vol. 256 pages.

## THÉRAPEUTIQUE

### Le diagnostic précoce de l'hypertension

Depuis de nombreuses années, le Prof. J. Pal s'est spécialisé dans l'étude des troubles cardio-vasculaires spasmodiques, et, comme Huchard, il attribue au « cœur périphérique » un rôle capital, c'est sur lui que doit porter l'effort thérapeutique.

Avec G. Guist, il vient de publier (*Medizin. Klinik.*, N° 6, fév. 1931) un important travail, dans lequel ils décrivent la genèse de l'hypertension, et où ils montrent que, par l'examen du fond de l'œil, on peut nettement reconnaître l'hypertonie essentielle ou l'hypertonie toxogène, les différencier l'une de l'autre avant même que l'élévation de la tension sanguine se soit produite et ait attiré l'attention sur cette affection, par la constatation des modifications morphologiques des artérioles et des veinules de cet organe.

Dans l'« hypertonie permanente primaire » de Pal, ou hypertonie « essentielle » qui se confond avec l'hypertonie rouge de Volhard, il s'agit d'un trouble purement fonctionnel des artérioles, déterminé par l'hyperexcitabilité du sympathique ; la lumière de ces artérioles se trouve rétrécie, sans que la paroi soit altérée ou épaissie, accompagnée par une dilatation avec ondulation « en tire bouchon » des veinules périphériques les plus petites, provoquée par augmentation de la « *vis a tergo* » du sang dans les veinules et les capillaires. Les veinules terminales, dont la paroi n'est pas altérée, et qui ont conservé leur souplesse, se laissent distendre par le sang, qui vient de traverser sous pression le réseau capillaire et provoque ces dilatations et déformations, que l'on constate à distance de la pupille et surtout dans la région maculaire.

Dans l'hypertonie toxogène, hypertonie d'origine rénale, hypertonie blanche de Volhard, le trouble affecte d'emblée le système circulatoire entier : les artères, les artérioles, les capillaires, mais aussi le cœur et les veines. Le myocarde s'hypertrophie d'une manière précoce, en même temps que les parois artérielles et veineuses s'épaississent et, à l'examen ophtalmoscopique les artérioles, les veinules du fond de l'œil sont plus difficiles à distinguer les unes des autres, et sont souvent accompagnées par une strie blanchâtre, qui marque leur épaississement.

Ces constatations permettent d'expliquer pourquoi, dans l'hypertonie essentielle, les hémorragies rétiniennes et cérébrales sont plus fréquentes que dans l'hypertonie toxogène ; dans le premier cas, les veinules et les capillaires souples résistent moins aux à coups d'hypertonie.

L'établissement d'un diagnostic précoce de l'hypertonie par cette méthode d'examen est d'une importance capitale pour le malade, et le praticien aura avantage à s'en servir dès les premiers symptômes, qui pourraient attirer son attention ; elle lui permettra en outre d'instituer dès le début une thérapeutique rationnelle qui, dans ces conditions, pourra être curative, alors que les lésions ne seront pas encore constituées.

Dans l'hypertension essentielle, c'est le déséquilibre du sympathique hyperexcitable qu'il faudra combattre ; dans l'hypertonie toxogène, ce sont les fonctions rénales qu'il faudra soulager et rétablir.

Dans les deux cas, la Guipsine utilisée à la dose de 6 à 8 pilules par jour sera indiquée ; elle renferme la totalité des principes actifs du gui et agit à la fois, comme régulateur de la tension par son action antispasmodique sur le système nerveux central et sur le sympathique, et comme diurétique azoturique et déchlorurant par suite de son action rénale et cardio-vasculaire.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### Le contrôle médical des décès. — Comment le concilier avec les exigences du secret professionnel ? — Existe-t-il des cas où le médecin et la sage-femme doivent se porter dénonciateurs ?

A la demande de la Chambre des députés, l'Académie de médecine s'est occupée de nouveau le 2 février dernier de la vérification des décès, dans le but de prévenir les inhumations de sujets en état de mort apparente.

Elle a adopté les conclusions d'un rapport du Professeur Balthazard, ainsi libellées :

« Pour éviter tout danger d'inhumation prématurée, il convient de respecter les prescriptions suivantes : 1° observer le délai de vingt-quatre heures au minimum entre le moment de la mort et celui de la mise en bière ; 2° N'opérer aucune mise en bière avant vérification médicale du décès ; 3° Pour ce contrôle, au moins dans les grandes villes, nommer des médecins d'état civil, qui devront faire une vérification précise et rechercher tous les signes de la mort. »

Voici donc remises en question la constatation des décès et les formalités auxquelles elle doit donner lieu. Légalement, l'intervention de l'homme de l'art n'est exigée que s'il existe des présomptions de mort violente (art. 81 du C. c.). En fait, l'officier de l'état civil réclame toujours, ou presque toujours, un certificat médical qui est le plus souvent établi par le médecin traitant du décédé. Des municipalités ont fait imprimer des formules qui réservent un cadre à l'indication de la cause probable de la mort. En certains départements, la Seine-Inférieure par exemple, c'est au service départemental d'hygiène que cette indication est donnée, sous une forme confidentielle qui a fait l'objet de commentaires dans nos colonnes. C'est toujours le secret professionnel qui intervient pour justifier la répugnance des praticiens à délivrer de tels certificats. Il y en a qui se refusent à mentionner la cause de la mort et se bornent à déclarer que celle-ci est naturelle. Ils pensent qu'ils sont ainsi en règle avec l'article 378 du C. p. relatif au secret professionnel.

Or, il existe des circonstances qui, bien qu'exceptionnelles, mettent le praticien qui se conforme à cet usage dans un cruel embarras et lui créent une situation quasi inextricable. C'est lorsqu'il découvre que la mort a été violente. S'il délivre un certificat dans les formes habituelles, déclarant la mort naturelle, il se fait le complice de l'auteur du décès ; s'il refuse de délivrer aucun certificat, il se transforme en dénonciateur indirect ; s'il se contente de certifier l'exactitude de la mort, sans accompagner celle-ci d'aucune épithète, contrairement à ses habitudes, il contribue à éveiller l'attention de l'autorité et joue là encore le rôle d'un dénonciateur.

La situation se compliquerait davantage s'il s'agissait d'un nouveau-né à la naissance duquel le médecin aurait assisté, et qui serait victime d'un infanticide quelques instants plus tard. Il devrait en effet s'assurer que la déclaration de naissance a été faite, et, au besoin, la faire lui-même obligatoirement. Et on lui demanderait ensuite un certficat de décès qu'il serait bien embarrassé pour rédiger...

Même embarras d'ailleurs s'il n'était survenu qu'après la terminaison de l'accouchement et qu'il se trouvât en présence d'un petit cadavre sur la nature de la mort duquel il n'aurait aucun doute, sauf qu'il n'aurait pas à se préoccuper de la déclaration de la naissance. Embarras non moins grand s'il obtenait, dans ses demandes d'explications, l'aveu du crime...

Deux alternatives : passer outre et se rendre complice de la faute commise, ou refuser de certifier, et se rendre dénonciateur.

Y a-t-il une solution pratique à ce problème angoissant de l'exercice de la médecine ? Certes, théoriquement, il suffirait que tous les décès sans exception fussent constatés et vérifiés par un médecin mandaté par le service municipal de l'état civil, et affranchi, pour ces motifs, du secret professionnel. C'est ce qui existe d'ailleurs à Paris et

dans quelques grandes villes, rares d'ailleurs. Des villes comme Lyon, Marseille, sont cependant dépourvues d'un service médical de ce genre.

L'Académie demande, comme on l'a vu, que la vérification des décès par un médecin de l'état civil soit obligatoire, au moins dans les grandes villes. Mais ailleurs ? Il semble qu'il ne serait pas impossible d'adopter des mesures qui concilieraient tous les intérêts en présence. Là où exercent plusieurs médecins, on pourrait convenir que le certificat de décès serait établi par un médecin autre que le médecin de la famille, et considéré comme délégué par l'état civil. La seule objection possible serait que ce médecin eût été lui-même, précédemment, le médecin du décédé, durant un temps plus ou moins long. Ses honoraires seraient supportés par la famille du mort, et considérés comme faisant partie des frais funéraires qui lui incombent.

Mais dans les localités où n'exercent qu'un ou deux médecins ... Eh bien ! Il me semble que le médecin devrait se borner à certifier la réalité de la mort, sans ajouter qu'elle est naturelle, ni *a fortiori* provoquée par telle cause...

« Je certifie que M. X est décédé tel jour, à telle heure, et que son décès est constant. »

Les présomptions de mort violente ne gêneraient plus le médecin certificateur, puisque l'attestation qu'il donnerait serait strictement limitée à la réalité d'un fait.

Rien n'empêcherait les médecins de s'entendre entre eux pour adopter cette manière de faire, Les syndicats médicaux seraient parfaitement qualifiés pour en discuter et en décider.

Dans l'état actuel de la législation, il ne fait pas de doute que le médecin qui formule explicitement la cause du décès qu'il constate, comme médecin du décédé et de sa famille, est en contradiction avec la loi et peut risquer de s'attirer des ennuis. Le Garde des Sceaux, il y a quelques années, sollicité de donner son avis à propos d'une expérience projetée de vérification médicale des décès en Seine-et-Oise, avait répondu en ce sens, si bien que l'expérience n'eut pas lieu.

Si, pourtant, la santé publique a intérêt à ce que les causes des décès soient connues, il me semble que cet objectif peut être atteint sans qu'il soit nécessaire de dévoiler le nom des décédés.

Tout médecin fait semestriellement un tableau des décès survenus dans sa clientèle, avec la *seule* indication du sexe et de l'âge, pour chaque cas, et de la maladie en cause. Il adresse ce tableau confidentiellement au Secrétaire de son syndicat qui dresse un tableau récapitulatif pour tout le département, ou par arrondissement. Les services d'hygiène sont renseignés sur ce qui les intéresse, et la conscience du médecin est tranquille. A noter que s'il s'agit de maladies contagieuses, soumises à la déclaration obligatoire, le renseignement est plus précis, mais qu'il a été fourni sous le couvert de la loi de 1902.

Dans le courant de sa vie professionnelle, le médecin se conforme assez aisément à certains usages, même quand ils ne sont pas strictement en accord avec les lois. Il le fait sans y penser et n'en éprouve aucune gêne, jusqu'au jour où il se trouve devant un cas exceptionnel, dont la solution le plonge dans un abîme de perplexités.

C'est pour avoir passé par là, quand j'étais jeune médecin de campagne, que, connaissant la qualité des soucis dont on est alors assailli, j'ai réfléchi à ce sujet, exposant le résultat de mes réflexions, que rend actuelles la récente discussion de l'Académie de médecine.

***

Que d'encre n'a-t-elle pas fait couler, cette question primordiale du secret professionnel, et quelles controverses n'a-t-elle pas provoquées ? En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, on doit le considérer comme absolu. Il est d'ailleurs préférable, dans le doute, de garder le silence, que de s'exposer à commettre des indiscrétions involontaires dont on pourrait être appelé à rendre compte.

Or, si l'on s'en tient aux termes de l'article 378 dans sa teneur initiale, on risque de commettre des erreurs contre lesquelles il convient d'être mis en garde.

Cette teneur initiale contient en effet un membre de phrase qui suspend l'obligation du secret *dans tous les cas où la loi oblige* tout citoyen, quel qu'il soit, *à se porter dénonciateur*. Mais la rédaction actuelle de l'article 378 ne renferme plus que comme une trace d'une obligation périmée ce membre de phrase qui a été abrogé par la loi du 28 avril 1832.

Contrairement aux autres citoyens, le médecin, comme tout dépositaire par profession des secrets d'autrui, n'a pas à se porter dénonciateur auprès du Procureur de la République dans les cas suivants dont il aurait eu connaissance *à la suite de confidences reçues ou de constatations faites dans l'exercice de sa profession*.

Connaissance d'un crime ; empoisonnement constaté ; sévices constatés sur des enfants ; avortement provoqué.

Il y a bien eu un projet de loi destiné à obliger le médecin à dénoncer tout avorteur habituel dont il aurait eu connaissance des agissements. Ce projet n'a pas été retenu.

Le médecin expert, le médecin contrôleur ne sont pas soumis à l'obligation du secret médical envers la justice ou l'autorité pour le compte de laquelle ils exercent leur contrôle. Pour qu'ils aient toute leur liberté d'action, il convient qu'ils ne soient pas en même temps médecin traitant

du sujet sur lequel porte l'expertise ou le contrôle.

Le médecin traitant doit rester muet présentement, sauf en de très rares circonstances où il est tenu, de par la loi, de se départir partiellement de son mutisme.

C'est ainsi qu'il doit, à défaut du père et de la mère, procéder à la déclaration des naissances auxquelles il a présidé comme homme de l'art. Sa déclaration peut d'ailleurs se borner au fait lui-même, sans qu'il ait à faire connaître les nom et domicile des parents. Il se borne à dire que tel jour, à telle heure, sur le territoire de telle commune, un enfant de tel sexe est né.

C'est ainsi qu'il doit, aux termes des lois de 1892 et de 1902, déclarer les cas de maladies contagieuses dont il a fait le diagnostic, et qui sont énumérées dans un tableau annexé à la loi de 1902. Cette déclaration n'est faite qu'au maire et au sous-préfet qui, théoriquement, devraient la tenir secrète, en dehors des mesures de protection qu'elle déclenche éventuellement.

C'est ainsi qu'il doit déclarer également les maladies professionnelles visées au décret du 19 février 1927, pris en exécution de la loi du 25 octobre 1919.

Telles sont les seules circonstances où la législation oblige le médecin à sortir du mutisme auquel le condamne l'article 378 du Code pénal.

En dehors d'elles, médecins mes confrères, et vous aussi sages-femmes auxiliatrices, soyez prudents ; vous n'avez rien à dire légalement des faits dont vous avez connaissance *dans la pratique de votre art.* En passant outre, vous courriez des risques divers.

Quel que soit le métal dans lequel se coule la parole du médecin, qu'il se souvienne que son silence professionnel sera toujours d'un métal plus précieux.

G. DUCHESNE.

I

## DENTISTES ALSACIENS INSTALLÉS DANS LA FRANCE DE L'INTÉRIEUR LE DROIT A L'ANESTHÉSIE

Un de nos abonnés, ayant à se plaindre des agissements d'un de ses voisins, qui exerce l'art dentaire, nous pose un certain nombre de questions. Il est stomatologiste dans une ville qui reçoit annuellement un grand nombre d'étrangers et de clients de passage.

Un dentiste alsacien vient de s'installer tout près de chez lui, faisant une réclame considérable, tapageuse, annonçant l'extraction sans douleur grâce à l'anesthésie générale et enfin laissant savoir que bientôt il pourra se dire docteur, grâce à l'obtention d'un doctorat en physiothérapie dentaire.

Quels sont les moyens légaux de défense de notre confrère, contre ces procédés charlatanesques ? Que peut-il lui-même, ou par l'entremise du syndicat général des médecins stomatologistes, pour mettre un frein à la réclame de cet alsacien ?

### I. Quels sont les droits des dentistes alsaciens, qui viennent exercer dans la France de l'intérieur ?

Les dentistes alsaciens, qui peuvent exercer sur tout le territoire de la République française, proviennent de deux origines : ou bien ils sont titulaires du diplôme de Zahnartz ; ou bien ils ne possèdent aucun diplôme, mais exerçaient avant le 11 novembre 1918.

A. Les diplômés (Zahnaertze) bénéficient des dispositions de la loi du 13 juillet 1921, du décret du 5 juillet 1922 et de la loi du 13 décembre 1924. Ils ont les mêmes droits que les chirurgiens-dentistes, diplômés en vertu de la loi du 30 novembre 1892. D'ailleurs, aux termes de l'article 3 de la loi du 19 août 1927, ils doivent désormais prendre le titre de chirurgien-dentiste.

B. Les dentistes non diplômés mais qui exerçaient en Alsace avant le 11 novembre 1918, qui ont été réintégrés dans la nationalité française, ou qui ont obtenu cette nationalité, peuvent, aux termes de la loi du 19 août 1927, exercer leur art sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions et avec les mêmes droits que les anciens dentistes dits « patentés » qui, lors du vote de la loi du 30 novembre 1892, obtinrent, par l'article 32, le droit de continuer à exercer l'art dentaire, sans être munis du diplôme de chirurgien-dentiste, ou de celui de docteur en médecine.

Avant de s'installer, ils doivent faire une déclaration, justifiant qu'avant le 11 novembre 1918, ils avaient fait à la mairie une déclaration d'ouverture d'établissement dentaire, ou qu'ils étaient immatriculés au bureau d'hygiène ; ils peuvent encore présenter un récépissé de versement de l'impôt sur le travail datant d'une époque antérieure au 11 novembre 1918.

Ils sont également autorisés à s'établir sur tout le territoire français, s'ils peuvent justifier qu'ils ont commencé leur apprentissage avant le 1er août 1914.

Il est donc facile, pour notre confrère, de sa-

voir quelle est la situation juridique et professionnelle de son concurrent réclamiste, en s'adressant soit à la mairie, soit à la préfecture, pour déterminer si le dentiste alsacien possède ou non un diplôme.

Comme titre, s'il est Zanhartz, il a droit de prendre le titre français de « chirurgien-dentiste » ; mais s'il est simplement toléré, parce que non diplômé, il n'a droit qu'au titre de « **dentiste** » (article 3 de la loi du 19 août 1927). Dans ce dernier cas, l'usurpation du titre de chirurgien-dentiste est punie d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et celle du titre de « dentiste » des pénalités prévues par l'article 19 de la loi du 30 novembre 1892. Dans les deux cas, les tribunaux pourront ordonner l'insertion du jugement dans les journaux qu'ils désigneront.

### II. Le droit à l'anesthésie.

A. En ce qui concerne les dentistes non diplômés, simplement autorisés à exercer, parce que patentés avant la loi du 30 novembre 1892, ou alsaciens bénéficiaires de la loi du 19 août 1927, la question ne souffre aucune difficulté. Aux termes de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 et de l'article 2 de la loi du 19 août 1927, les uns et les autres n'ont que la possibilité de pratiquer l'anesthésie locale, sans l'assistance d'un docteur en médecine. Il s'en suit qu'il leur est interdit de faire une anesthésie générale, sinon ils seraient passibles des pénalités édictées pour exercice illégal de la médecine.

D'ailleurs un jugement du tribunal correctionnel de Montbéliard, du 30 janvier 1896 (D. 1896, 2.168) et un autre du tribunal correctionnel de la Seine, 9e chambre, du 14 janvier 1913 (*Gaz. Pal.*, 1913, 1.293) condamnent des dentistes patentés ayant procédé seuls à l'anesthésie générale. La question est donc réglée.

B. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les Zahnaerzte, on peut conclure du jugement précité de la Seine que les diplômés ont le droit de pratiquer l'anesthésie générale, sans l'assistance d'un docteur en médecine. « Attendu, est-il dit dans le jugement, que les chirurgiens-dentistes diplômés postérieurement à la loi de 1892, ayant fait des études spéciales, ont la faculté d'employer pour leurs opérations l'anesthésie, sans l'assistance obligatoire d'un médecin..... que la loi ne distingue pas entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale..... que, par contre, cette faculté leur impose une prudence extrême, dont ils ne peuvent se départir sans engager gravement leur responsabilité civile et pénale. »

Cependant, la valeur absolue de ce jugement a été remise en question, à propos de l'arrêté du 22 mai 1917, qui donne une liste limitative des produits toxiques des tableaux A, B et C que les pharmaciens sont autorisés à délivrer sur ordonnance des chirurgiens-dentistes.

Contre ces restrictions, le syndicat des chirurgiens-dentistes forma un recours en Conseil d'Etat, estimant que la loi du 30 novembre 1892 met les chirurgiens-dentistes diplômés sur le même pied que les docteurs en médecine.

Par son arrêt du 24 décembre 1920 (D. Chr., 1921-12 et 345) le Conseil d'Etat a repoussé cette prétention : « En disposant aux articles 19, 28 et 40 que, parmi les substances inscrites aux tableaux A et B, les pharmaciens ne pourront délivrer aux chirurgiens-dentistes, ou sur les prescriptions de ces derniers que celles énumérées par un arrêté du Ministre de l'Intérieur et en interdisant aux pharmaciens de délivrer en nature aucune des substances du tableau B, le décret du 14 septembre 1916 n'a pas excédé les limites de la délégation donnée au chef de l'Etat par la loi du 12 juillet 1916..... »

Notons que parmi les substances toxiques que les pharmaciens sont autorisés à délivrer aux chirurgiens-dentistes figure le chloroforme, ce qui semble indiquer que les chirurgiens-dentistes peuvent pratiquer l'anesthésie générale, sans le concours d'un docteur en médecine.

Cependant, quels que soient les droits juridiques je ne saurais trop attirer l'attention de tous ceux qui, aux termes de la loi du 30 novembre 1892, exercent plus ou moins complètement l'art de guérir : la responsabilité professionnelle nous guette de plus en plus et qu'un accident d'anesthésie survienne, la responsabilité pénale et civile du praticien sera mise en cause.

On recherchera si le praticien a pris toutes les précautions d'usage avant d'endormir le malade, s'il s'est préoccupé d'examiner le cœur et si, en qualité de chirurgien-dentiste, il était qualifié pour décider seul que l'état du cœur permettait, ou interdisait tel ou tel procédé d'anesthésie.

Des docteurs en médecine ont été condamnés pour avoir pratiqué seuls l'anesthésie, en même temps que l'opération de petite chirurgie, qui nécessitait la narcose. On le leur a reproché comme étant une imprudence, car, disent les juges, un praticien doit surveiller l'anesthésie, pendant que l'autre opère.

Soyons donc de plus en plus prudents et même méfiants, et assistons-nous les uns les autres au chevet du patient.

II

## VALEUR LÉGALE DU DIPLOME DE DOCTEUR EN RADIOLOGIE ET EN PHYSIOTHÉRAPIE DENTAIRES

Nombre de médecins et de chirurgiens-dentistes se sont émus de l'annonce parue dans différents journaux professionnels faisant de la publicité pour une Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie, qui prétend pouvoir délivrer, en fin d'études, un diplôme de doctorat.

Il nous est demandé si cette école peut fonctionner librement et si le diplôme de doctorat qu'elle octroira ne peut pas plus tard servir pour duper le public, lequel est peu versé dans la distinction à faire entre les titres universitaires, régulièrement conférés par les Facultés de l'Etat et les autres fantaisistes, délivrés par des écoles privées.

L'enseignement supérieur est libre : ainsi le décrète la loi du 12 juillet 1875. Cependant certaines formalités sont exigées de ceux qui entendent ouvrir un établissement d'enseignegnement supérieur. Ils doivent être Français, âgés de plus de 25 ans, ou dépendre d'une association légalement formée dans le but d'enseigner.

Une déclaration signée par les auteurs de chaque cours indiquera les noms, qualités et domicile du déclarant, le local où seront faits les cours et l'objet, ou les divers objets de l'enseignement, qui y sera donné.

Elle sera remise au recteur, ou à l'inspecteur d'académie, contre récépissé.

L'ouverture des cours ne peut avoir lieu que dix jours francs après la délivrance du récépissé. Toute modification aux points qui auront fait l'objet de la déclaration primitive devra être portée à la connaissance des autorités désignées ci-avant.

Les administrateurs de l'école doivent être au nombre de trois au moins. La liste des professeurs et le programme des cours seront indiqués chaque année au recteur ou à l'inspecteur d'académie.

Dans sa lettre, publiée dans le *Concours médical*, 1932, 1091, l'Ecole dentaire supérieure, dont s'agit, soutient avoir rempli toutes les formalités nécessaires, exigées par la loi. Nous voulons bien le croire, ce qui lui donne donc une existence sans conteste.

Mais il nous reste à examiner la légalité de la création d'un diplôme de doctorat, qui peut apporter une confusion regrettable avec les grades conférés par les facultés de l'Etat.

La loi du 18 mars 1880 spécifie que les examens et épreuves pratiques, qui déterminent la collation des grades, ne peuvent être subis que devant les facultés de l'Etat.

Les articles 4, 5 et 8 de ladite loi sont à retenir, dans l'espèce qui nous occupe :

Article 4 : « Les établissements libres d'enseignement supérieur ne pourront, en aucun cas, prendre le titre d'université. Les certificats d'études qu'on y jugera à propos de décerner aux élèves ne pourront porter les titres de baccalauréat, de licence ou de doctorat.

Article 5 : Les titres ou grades universitaires ne peuvent être attribués qu'aux personnes qui les ont obtenus après les examens, ou les concours réglementaires subis devant les professeurs, ou jurys de l'Etat.

Article 8 : « Toute infraction aux dispositions des articles 4 et 5 de la présente loi sera punie d'une amende de 100 à 1.000 francs et de 1.000 à 3.000 francs en cas de récidive. »

La question est donc juridiquement réglée : l'école supérieure dentaire, dont s'agit, a parfaitement le droit d'organiser des cours d'enseignement supérieur libre, portant sur la radiologie dentaire et la physiothérapie ; mais il lui est interdit par la loi de 1880 de délivrer un diplôme de doctorat.

Sinon, les syndicats médicaux et dentaires seraient qualifiés pour porter plainte entre les mains du Procureur de la République, pour violation des articles 4 et 5 de la loi de 1880 et demander une condamnation à une amende de 100 à 1.000 francs.

Nous aimons à croire que les dirigeants et organisateurs de cette école supérieure n'avaient pas eu connaissance de la loi précitée, sinon ils auraient évité de jeter l'émoi dans le corps médical, à moins que ce ne soit qu'un procédé moderne de publicité.

Mes confrères ont raison de vouloir faire respecter l'intégrité du diplôme de docteur en médecine et de s'opposer à ce qu'un praticien, qui tient de la loi du 30 novembre 1892 la possibilité d'exercer plus ou moins complètement l'art de guérir, puisse sans droit s'affubler d'un diplôme, lui permettant de laisser croire au public qu'il est véritablement docteur en médecine.

J'ai eu plusieurs fois à donner des consultations juridiques sur ces points d'usurpation plus ou moins déguisée du titre de docteur en médecine. Je crois superflu d'y revenir ici.

Mais qu'il me soit permis de m'étonner en voyant combien certains, bien que n'étant pas docteurs en médecine, sont désireux de pouvoir

créer une équivoque, en obtenant un titre de docteur quelconque, alors qu'ils exercent régulièrement, selon les dispositions de la loi du 30 novembre 1892.

Il y a peu de temps encore, le corps médical s'est opposé à la création du diplôme de docteur en chirurgie-dentaire ; aujourd'hui, c'est le titre de docteur en radiologie et physiothérapie dentaire ; demain, si les futurs candidats au grade de chirurgien-dentiste doivent avoir le baccalauréat pour commencer leurs études, on verra revenir sur l'eau la création du diplôme de doctorat en chirurgie dentaire.

Combien il serait plus simple d'unifier tous les grades prévus par la loi du 30 novembre 1892 et, à part les sages-femmes, réclamer de tous (pour l'avenir bien entendu) le grade de docteur en médecine. Car il est hors de doute qu'il ne peut nullement être porté atteinte aux droits actuellement acquis et que les chirurgiens-dentistes d'aujourd'hui conserveront toujours les droits à eux conférés par la loi du 30 novembre 1892.

Dr Paul Boudin.

## LE POUR ET LE CONTRE LE GREC

### I

### LE POUR

### Débat sur la valeur du Grec en médecine

**A la Mairie du Xe Arrondissement**

Le 21 avril un débat extrêmement intéressant a eu lieu à la mairie du Xe arrondissement sur l'utilité de la culture grecque comme préparation aux études médicales. M. le doyen Lépine, de la Faculté de médecine de Lyon, a présidé cette séance avec impartialité, mais maëstria, prouvant ainsi par lui-même ce que peut *produire* la culture humaniste, c'est-à-dire un homme au sens le plus noble du mot. Il donna la parole tout d'abord à M. le sénateur Armbruster qui, après l'exposé de sa proposition de loi, s'est déclaré solidaire de son regretté collègue Debierre, dont l'éloquente intervention avait amené le vote de l'obligation du baccalauréat A pour l'entrée à la Faculté de médecine.

Le Dr Rist, médecin de l'hôpital Laënnec, homme d'une grande culture, a ensuite exposé un plan d'enseignement préparatoire à l'enseignement médical. Il s'est déclaré partisan de l'étude obligatoire du français, du latin, des sciences, de l'histoire, de la géographie et de notions élémentaires de philosophie. Il n'a pas paru trouver très utile l'étude de la mère des sciences ; en ce qui concerne le grec il a déclaré que, le français, ne dérivant aucunement du grec, son étude était sans intérêt. Toutefois, si les jeunes gens tiennent à faire du grec, ils lui paraîtront peut-être plus instruits. Ce qui importe pour le Dr Rist, qui ignorait l'existence de l'égalité des programmes scientifiques de l'actuel baccalauréat aux trois sections, c'est l'enseignement des sciences physico-chimiques et mathématiques. La seconde partie de cet exposé a vivement déçu l'assemblée et les orateurs qui ont répondu au conférencier, ont tous manifesté leur désapprobation parce que la spécialisation de la culture ne doit pas être réalisée dans l'enseignement secondaire ; c'est à la Faculté qu'incombe logiquement cette charge.

***

Le Professeur Sergent a le premier affirmé que le lycéen devait acquérir une culture générale indispensable à la formation du raisonnement et il a ajouté :

« Je crois que personne ne me contredira si je dis que la conférence de mon collègue et ami Rist nous apporte, par sa belle tenue littéraire, les meilleurs arguments que nous puissions invoquer contre sa thèse. Tu as été, mon cher ami, un brillant élève ; tu ne serais pas ce que tu es si tu n'avais pas été bercé dans les bras des « *belles Humanités* ». Je veux bien admettre que l'étude du grec, poussée comme elle l'était de notre temps, n'est pas indispensable. Mais je crois qu'elle ne nous a pas nui. J'ai eu des premiers prix de thème et de version grecs ; toi aussi, sans doute. Pour ma part, je n'en rougis pas. Est-ce que l'étude du grec nous a empêchés de poursuivre en même temps d'autres études et d'apprendre d'autres langues ? Ne savons-nous pas tous que tu parles et que tu écris le français avec la plus délicieuse et la plus fine élégance et que, cependant, tu parles l'anglais, l'allemand et, sans doute, l'italien et l'espagnol avec autant de précision et de correction ?

Sans entrer dans le vif du débat, que ta conférence a clairement exposé, je terminerai en disant *que la campagne contre le grec n'est qu'un début* et que, si elle réussit, elle sera suivie à brève échéance d'une campagne contre le latin.

Que deviendra notre profession lorsqu'elle sera envahie par la pléthore des primaires ? N'est-il pas suffisamment pénible déjà d'entendre la lecture d'une observation prise par un de nos élèves actuels ? Ne sommes-nous pas fondés à déclarer que le niveau de culture générale de nos étudiants est bien inférieur à ce qu'il était avant la réforme du baccalauréat ? « Faire des Humanités » c'est apprendre à apprendre et à comprendre ; c'est défricher et labourer le champ pour les semences de l'avenir ».

Après cette belle harangue, M. Léon Blum, professeur à Janson-de-Sailly, a prouvé quelle était en tous points la supériorité, même sur le latin, de l'enseignement du grec, et il a ajouté que l'ancien baccalauréat ès sciences comprenait des épreuves sur les langues mortes, dont une version latine à l'écrit ; en insistant sur le fait que tous nos adversaires passent systématiquement sous silence, à savoir que les trois sections du baccalauréat ont le même programme scientifique, il a dit ne pas comprendre la critique de M. Rist sur l'insuffisance des études scientifiques au lycée.

A son tour le Dr Cibrie, secrétaire général des syndicats médicaux, a pris la parole pour s'associer tout d'abord à la remarque du Prof. Sergent: « la conférence, si parfaite dans la forme, qu'on vient d'entendre est la plus belle démonstration de l'excellence de la culture gréco-latine ».

Mais tout de suite il a exprimé ses regrets de voir un talent aussi complet apporter une aide inattendue à une véritable entreprise de démolition de la culture classique qui est systématiquement poursuivie, et notre vieille Sorbonne, qui compte parmi ses élèves une proportion effarante de primaires est, en partie, responsable de cette action.

« Nous avons vu aussi, s'est écrié le Dr Cibrie, les Facultés des sciences faire leur partie dans ce jeu et il nous appartient, à nous, médecins, d'être, s'il le fallait, le dernier bastion de la culture gréco-latine.

Il ne faudrait pas croire, en effet, que l'élève, qui fait quelques heures de grec par semaine, au cours de ses quatre dernières années d'études, se trouve très infériorisé au point de vue scientifique ; du reste, comme l'a justement rappelé M. Léon Blum, les programmes de sciences sont les mêmes pour les trois baccalauréats A, A', B.

Et d'ailleurs, pour en arriver au point de vue pratique, croit-on qu'à un médecin appelé auprès d'un malade dont l'état est sérieux ou grave, le malade lui-même et sa famille demanderont une compétence très spéciale en calcul différentiel et intégral ?

Incontestablement : non.

Ils demandent au médecin de posséder cette psychologie totale et attentive, ce sens affiné des situations délicates, cette bonté du cœur qui vient peut-être de la poésie : toutes qualités en tout cas que développe à un très haut degré la culture gréco-latine. Et n'oublions pas que les arts et la poésie latine trouvent leur origine dans cette patrie du goût et de la mesure que fut l'antique Grèce.

Aussi les médecins, par la voix des syndicats médicaux, demandent le maintien de la culture gréco-latine, donc de l'enseignement du Grec, parce qu'ils savent bien que la médecine, qui est certes une science, est aussi un art, et qu'il faut à tout bon médecin des qualités de l'esprit et du cœur, qui ne sont pas nécessairement l'apanage des scientifiques purs. »

***

J'ai ensuite, pour exposer le point de vue des « consommateurs d'enseignement », pris moi-même la parole comme *délégué de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris* et rappelé nos campagnes victorieuses de 1923 et 1929-32 en faveur du baccalauréat classique « victime, selon le mot très imagé de notre vieil ami le Dr Routhier, de contre-attaques régulières et systématiques ». Puis, rappelant ma carrière de journaliste universitaire, qui m'a obligé à suivre bien des débats sur le sujet si controversé de l'Ecole unique, j'ai dit : « Il est de mon devoir d'avertir le monde médical mal renseigné sur cette question à l'étude dans plusieurs partis politiques ; je dis que, si nous abandonnons le baccalauréat classique et que nous continuions à accepter le baccalauréat B, demain nous ne pourrons plus repousser l'invasion des primaires. Or B = E. P. S. J'explique cette formule algébrique : le baccalauréat B moderne = l'Ecole primaire supérieure (*Approbation*). On nous attend au tournant, Messieurs, pour nous faire un mauvais coup ; attention aux hommes masqués ! Car l'Ecole unique, savamment préparée, se réalise chaque jour par une série de mesures démagogiques et administratives, surtout en ce qui concerne les équivalences du baccalauréat.

A la Sorbonne, c'est une pluie d'équivalences, on y devient docteur sans bachot et sans licence ! Un exemple entre mille, messieurs ! On vient de nommer un recteur d'Académie, qui n'est ni bachelier, ni licencié, mais qui est agrégé et docteur ès lettres.

Pensons à toutes ces iniquités qui attendent le corps médical ! Condorcet n'a pas voulu cela, mais nous, nous verrons sous peu se réaliser ma prédiction.

Messieurs, je vous en supplie, aidez-nous à gagner la partie engagée ; après la PREMIÈRE manche gagnée au Sénat grâce à feu Debierre, nous gagnerons la DEUXIEME si nous sommes unis.

On nous a dit qu'on était *contre* le grec ; mais les Lettres, ou si l'on préfère les humanités, sont un bloc ; il en est d'elles ce qu'il en est de la Révolution au dire de Clemenceau : il faut les accepter, comme celle-ci, en bloc. Tout se tient en effet dans l'étude de l'antiquité gréco-latine, les Grecs étant en Europe le premier peuple qui ait mis de la clarté dans les idées et de la finesse dans les mœurs ; ils furent nos premiers maîtres en philosophie, en science, et, je ne crains pas de le dire, en politique. Les historiens, les techniciens des lettres, écrivains, professeurs ou membres de l'Académie française — dont quelques-uns, on me l'accordera, connaissent les Lettres — sont tous d'accord sur ce fait que Rome victorieuse de la Grèce par les armes a été vaincue par celle-ci moralement. Les deux civilisations de ces deux grands pays se sont dès lors enchevêtrées, au point que nous n'avons plus la possibilité de les séparer. Nous ne pouvons donc pas étudier le latin sans le grec et le grec sans le latin. »

.......................................

Pour terminer, le président, M. le Doyen Lépine, a également critiqué les arguments du Dr Rist, déclarant qu'au Conseil supérieur de l'Instruction publique il fut de « la minorité la plus décidée à combattre pied-à-pied l'œuvre néfaste de M. François-Albert ». La civilisation française, pour M. le Doyen Lépine, procède intimement des civilisations latine et grecque, qui ont permis à l'âme française d'être ce qu'elle est. Il n'a pas craint de « couvrir tous ses collègues du Secondaire injustement attaqués », et a terminé en rappelant que la Grèce reste la patrie de la philosophie et de l'art.

Il était nécessaire qu'une haute personnalité de l'Université, qui porte un grand nom comme M. le Doyen Lépine, vînt prendre la défense de la culture traditionnelle française. M. Jean Lépine n'a pas craint, tout comme M. Sergent, de faire connaître son opinion, il a agi en Français et en citoyen ; nous l'en félicitons très chaleureusement.

Maurice Mordagne,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.
Membre d'honneur du Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

## II

## LE CONTRE

### Latin-Grec, ou pas ?

Le projet de loi Armbruster sur l'exercice de la médecine a réveillé le vieux conflit entre classiques et modernes, je veux dire entre les tenants des études latines-grecques et les irrévérencieux, qui n'ôtent pas leur chapeau à celles-ci.

Il paraît que la grande majorité de mes confrères se déclarent en faveur du latin-grec, et voudraient le voir décanter les flots tumultueux, qui submergent la Faculté de médecine.

Me sera-t-il permis (je le demande très modestement) de discuter avec eux ce point de vue d'une éminente actualité puisque les « classiques », battus dans la discussion sur la loi Armbruster, annoncent, dès maintenant, qu'ils se réservent de reprendre l'offensive sur un autre terrain (*Le Médecin de France*, 15 mars 1932) ?

Pourquoi exiger des futurs médecins l'étude du latin et du grec ? Certes, il est à cela toutes sortes de bonnes raisons.

Pour qu'ils puissent aisément commercer d'esprit avec les anciens. Aisément ? Il me faut avouer ici que mon bachot latin-grec me laisse tout pantois devant deux vers d'Homère, comme devant n'importe quelle ode d'Horace, et que les quelques bribes, que j'en puis arracher, me causent plus de mortifications que de joie. Suis-je d'une insolite stupidité ? Il se peut ; mais je me souviens qu'à la mort du professeur Lecène, l'on cita comme un trait remarquable, entre toutes celles où il excellait, son aptitude à déchiffrer un texte grec. Il se distinguait donc en cela du commun qui, si l'envie le prend de relire « le Banquet », ira plutôt chercher une bonne traduction que le texte le plus soigneusement édité, j'en atteste les ignorants de ma sorte.

Sont-ils légion ou exception, ces ignorants, « in nostro docto corpore » ? Si j'en juge par mes voisins, amis et relations, il faudrait fouiller beaucoup de poches de médecins pour y découvrir, à la mode du médecin de campagne de Balzac, un petit Horace relié de cuir et amoureusement feuilleté au long des routes, entre deux visites. Si cet exercice de fin lettré a encore aujourd'hui cours en quelque quiète campagne, j'en félicite bien sincèrement le sage et savant confrère.

Soit ! disent les classiques ; il n'est pas indifférent à la formation d'un esprit de s'être battu avec un texte ; c'est une gymnastique qui l'assouplit singulièrement. D'accord ! Et puis, ajoutent-ils, quand on ne possèderait plus le maniement parfait des « verbes en mi », on demeure cependant imprégné d'une culture, qui ne se retrouve nulle part ailleurs. Peut-être.

L'inconvénient est que, tandis que nous nous

baignerons avec le détachement du sage en ces vasques de marbre, et que nous goûterons le calme de leurs ondes dormantes à la salure attique, tout autour roulent et mugissent d'immenses fleuves dévalant des montagnes ; et nous n'en connaîtrons ni le nom ni le cours. De gré ou de force, pourtant, il nous emporteront avec eux, et nous ferons figure d'épaves, pensantes peut-être, mais épaves tout de même, au hasard des flots.

Il est exact que les lettres grecques et latines favorisent l'éclosion d'un esprit critique et inclinent au goût de philosopher. Telle est sans doute la raison qui les rendait suspectes, à en croire Cibrie, au ministre de l'Instruction publique de 1852, ministre d'un empereur ! Mais, depuis soixante ans que nous vivons en République, faut-il vraiment aller chercher si loin des leçons de scepticisme ? Est-il encore besoin de parler latin pour « braver l'honnêteté ? »

Au vrai, nous avons encore pour les textes anciens la révérence des gens de la Renaissance. Pour eux, la somme des connaissances humaines était là : il valait la peine d'user à les lire et relire, comme faisait Ronsard, sa piètre chandelle.

N'apprenait-il pas ainsi la physique, la géométrie, l'astronomie, la médecine, la métaphysique, la politique, la philosophie ? L'humaniste était, en ces temps là, un savant complet. Heureux temps, mais temps révolus !

Jusqu'au début du XIXe siècle, l'on peut encore vivre sur le vieux fonds. Quels qu'aient été les apports des Galilée, des Kepler, des Harvey, des Newton, des Lavoisier, ce n'étaient que des ailes successivement ajoutées au principal corps de bâtiment. Et les antiques gréco-latins demeuraient les architectes du monde.

Mais est-il téméraire de dire qu'actuellement leurs plans sont devenus, comme leurs sculptures, pièces de musée ? Le siècle de Périclès ? Oui. Le siècle d'Auguste ? Bon. Mais nous sommes aujourd'hui à un autre épanouissement, si vaste, si multiforme, qu'il n'est plus de nom d'homme à donner à ce siècle là, immense bouquet d'un feu d'artifice magistral, dont le ciel entier se montre, sans une défaillance, flamboyant et constellé.

Il ne s'agit pas de renier un passé qui nous porte sur ses épaules. Ce serait d'une mesquinerie révoltante. Mais ne soyons pas injustes en méconnaissant la grandeur du temps que nous vivons.

Nous avons nos écrivains, nos artistes, nos orateurs, nos philosophes. Que valent-ils au regard de Platon, de Socrate, de Démosthène, de Virgile, de Lucrèce ? Il est encore trop tôt pour en avoir une juste idée. En tout cas, ils ont le mérite de parler la langue de notre temps, de remuer des idées d'aujourd'hui, de s'inquiéter d'un avenir qui est là, voilé, devant nous. Et ce n'est pas une minime raison de nous tourner vers eux, mages qui, pour nous, cherchent l'étoile.

Mais, surtout, nous sommes au centre d'une formidable révolution, d'un bouleversement comme il n'en fut jamais, du moins de mémoire d'homme, et dont les convulsions sont subintrantes depuis cent ans. Sous nos yeux se forge un autre monde. Homère, sans se sentir autrement dépaysé, aurait pu venir chanter ses épopées à la cour de Napoléon Ier : il l'eut pris, seulement, pour un Agamemnon un peu affecté. Mais un contemporain du premier empire, introduit soudain dans la vie moderne, dans une usine, un appartement, un laboratoire, un hôpital, un journal, une rue de Paris, un champ d'aviation, en vérité de quel œil regarderait-il cette civilisation plus éloignée de lui cent fois que celle des Pharaons ?

Veut-on véritablement conformer les jeunes esprits au gabarit en honneur il y a cent ans ? Ce serait faire comme les premiers carrossiers en automobile qui s'ingéniaient à chercher la place du moteur sur leurs vieilles berlines, et fabriquaient de ces étranges véhicules, qui nous plongent aujourd'hui dans la stupeur.

Soyons de notre temps, que diable ! et puisque les jeunes vivront, agiront, et penseront demain, mettons-les au moins en possession de tout ce qui fait aujourd'hui.

Encore une fois, il ne s'agit pas de faire table rase du passé. Il est notre soubassement : prenons-le comme tel. Mais le latin et le grec continués jusqu'au baccalauréat ne sont plus un soubassement : ils deviennent une façade.

Malheureusement, il n'y a pas grand'chose derrière : je veux dire grand'chose de ce qui fait un homme du XXe siècle.

N'oublions pas, en effet, combien le temps nous est mesuré en ce siècle, où la vitesse est devenue un élément. Nous avons jusqu'à 16 ou 17 ans pour parfaire notre instruction générale. Dans ces courtes années, où il faut bien admettre que la pétulance des jeux, le vague à l'âme de la puberté ont aussi leurs droits, nous devons prendre une teinte de tout, d'un tout indéfiniment extensible. D'où l'encombrement des programmes, d'où le surmenage des écoliers, ces récriminations, que l'on n'entendait guère il y a cinquante ans, parce qu'en effet elles n'auraient pas eu de raison.

Or, sur ce temps si avarement dispensé, il faudra, vaille que vaille, distraire quatre ou cinq heures par semaine pour le latin et le grec ? et cela jusqu'à 16 ans ?

Eh bien ! nos écoliers seront peut-être remarquablement initiés à la maïeutique, au mythe de la caverne, aux campagnes d'Enée, aux jeux d'Ovide ; ils sauront (c'est un mérite !) filtrer leur pensée, en condenser l'expression. Mais cette

pensée même aura l'aristocratique morbidesse des cloîtrés, à qui une bouffée de grand air fait tourner la tête : le front nimbé des clartés de l'Hellade ils s'avanceront, conduisant leurs destins dans une ignorance souriante, comme les femmes quand elles mènent une auto.

On m'objectera qu'un adolescent de 17 ans, a encore bien du temps devant lui pour acquérir toute la science qu'il n'aura pu prendre au lycée, et que nous sommes tous des étudiants à perpétuité.

Sans doute ! mais, médecins, aurons-nous le cœur, le temps, le cerveau même, à être étudiants en autre chose qu'en médecine ? Le soir venu, après une journée de travail, irons-nous chercher un traité de physique, une notice d'archéologie, une revue historique, un livre d'art ?

Et nos journaux qui s'empilent sur la table, qu'il faut dépouiller coûte que coûte sous peine de ne plus suivre le train ! Bien heureux s'il reste une heure pour couper les pages du dernier bouquin de Mauriac ou de Duhamel.

Le monde est petit : les cellules en sont devenues si serrées que chacune d'elles bruit et vibre du travail des autres. Une belle œuvre littéraire n'est plus seulement anglaise ou allemande ou française ; une découverte s'offre en l'espace de quelques mois à la critique et aux bénéfices du monde entier. Chacun de nous est aujourd'hui,« au centre de tout ». Mais hélas ! il n'en est souvent pas « l'écho sonore ».

Pour ma part, je l'avoue en toute humilité, chaque proclamation des prix Nobel m'est un sujet de honte : j'apprends soudain qu'un Thomas Mann, qu'un Sinclair Lewis ont écrit des œuvres remarquables et que j'ignore ; j'apprends qu'un chimiste allemand, un physicien anglais, un biologiste américain ont illuminé un nouveau territoire dans les steppes de l'Inconnu, et je n'en savais rien ; que dis-je, j'apprends qu'un Perrin, qu'un de Broglie ont mérité le prix Nobel : ils vivent à quelques kilomètres de moi et leur nom même m'est étranger. Hélas ! !

Sommes-nous plus avertis de la musique qui se joue en Espagne, de la peinture italienne, de l'architecture scandinave ? J'ai bien peur que non.

Et pourtant, des concerts s'offrent à nous, des expositions sont ouvertes chaque jour, il suffirait d'ouvrir les revues d'art.

Nous subissons passivement des influences, sans nous inquiéter d'où ni comment elles nous viennent. Nous utilisons des appareils et méconnaissons la pensée qui les enfanta. Nous nous laissons mener comme des ours à la foire, un anneau passé dans le nez.

Et le baccalauréat latin-grec, va-t-on susurrer d'un ton sarcastique ? J'y reviens. J'y reviens en émettant l'hypothèse que les hommes de la Renaissance, ces humanistes cent pour cent, enflammés comme ils étaient de la soif de connaître, s'ils revivaient de nos jours, n'auraient peut-être plus l'idée d'aller chercher dans Aristote la Vérité. Ils le révéreraient comme un ancêtre qui domina son temps, mais ils le laisseraient peut-être à l'échelle de son temps. En levant les yeux, ils apercevraient tout autour d'eux, et plus loin jusqu'aux limites de l'horizon, et plus loin encore au delà des océans d'immenses armées en marche à la conquête de cette Vérité. Et Rabelais, et Montaigne, et Erasme, et Ronsard se rueraient à la piste des conquérants d'aujourd'hui, plutôt que de prendre le mot d'ordre en des tombeaux.

Je ne sais comment les universitaires organisent leurs programmes ; cela est hors de ma compétence et de mes préoccupations. Mais je sais bien que, si nous leur confions de jeunes esprits, c'est pour voir ceux-ci s'épanouir au soleil, en plein vent, mais pas pour qu'ils nous rendent des hortensias bleus, fleuris en serre chaude.

Je serais désolé que les bacheliers ignorassent tout de la culture gréco-latine. Foin de ceux qui décrient celle-ci pour son inutilité immédiate ; et j'approuverai hautement qu'elle perpétue, sans se soucier de si petits propos, son « incorruptible orgueil de ne servir à rien ». Mais volontiers verrai-je son domaine ramené à sa juste mesure, déjà très honorable : quatre ou cinq siècles de la pensée humaine.

Depuis, cette pensée a poursuivi sa marche ; actuellement elle la précipite à une allure endiablée. N'enchaînons pas les jeunes au rocher de l'Acropole, ils ne penseront plus qu'à se libérer et s'enfuir sans même un regard pour le Parthénon. Mais qu'ils tournent autour du temple, qu'ils y entrent, qu'il s'y assoient un moment, qu'ils soient étreints par la grandeur des lignes, par la douceur du ciel par la pensée de tout ce qui trouva là son jaillissement et qui est retombé en cendres légères parmi les marbres écroulés. Qu'ils écoutent la musique de Sophocle dans sa noble plénitude au lieu de s'empêtrer dans un mot à mot rebutant. Qu'on leur serve enfin, parmi un décor choisi, un banquet somptueux ; il leur sera facile alors d'en aimer l'amphitryon. Mais qu'on ne les mène pas aux cuisines !

Sans doute objectera-t-on qu'il est plus court d'énoncer un tel programme que le mettre en œuvre. C'est possible ; mais ne vaut-il pas la peine d'essayer ?

J'ai ouï dire que depuis dix ou quinze ans, les méthodes pédagogiques ont subi d'inouïes transformations. Au lieu, paraît-il, d'ânonner b-a-ba, ou de tracer des bâtons, on apprend à lire et à écrire en se jouant. On apprendrait de même« le latin sans larmes », et « le grec sans efforts ». Un pas de plus, et nous pourrons promettre à

nos enfants un accès joyeux à la latinité, une vision radieuse de l'hellénisme.

Je m'aperçois que, sous couleur de discuter la nécessité du baccalauréat latin-grec à l'usage des médecins, me voici à battre en brèche cet examen lui-même tout court.

C'est qu'en effet, je n'ai pas bien saisi pour quelles raisons il s'imposait spécialement aux médecins. Nous n'en sommes plus, par bonheur, à « saignare », ni « purgare ». Nous satisfaisant de la langue vulgaire, nous nous efforçons de parler français : nous n'y réussissons pas toujours.

C'est que la grande ombre de Diafoirus nous masque encore certains visages du ridicule. Médecins, ne dites pas : Monsieur, vous crachez du sang. Votre malade vous rétorquerait : je le vois pardieu bien ! Mais dites avec une dignité perspicace : C'est une hémoptysie. L'explication sera donnée et, qui mieux est, le patient soulagé.

Nous avons gardé de nos anciens la coutume d'herboriser au jardin des racines grecques. Sans doute sommes-nous fiers, et à juste titre, de notre langue française. Mais vingt fois par jour nous proclamons à la face du ciel, inconsciemment, son inaptitude à exprimer nos doctes pensées. Cependant, disait l'autre, « ce qui se conçoit bien »:....

Peut-être, justement, ne concevons-nous pas très bien.

De sorte que si, en définitive, les racines grecques ou latines nous font défaut dans notre langage quotidien, le mal, à mon sens, ne sera pas grand. Il nous suffira de forcer notre connaissance du français.

Se trouve-t-il un malheureux démuni de tout bagage humaniste, qui reste court devant le mot « anaphylaxie » ? Soyons assurés que le plus fin grécisant, quand il aura démêlé, sous les deux mots grecs, « le contraire de la phylaxie » ne sera pas plus avancé que lui. Et si, charitablement, quelqu'un lui souffle le mot français « sensibilisation », l'ignorant aura déjà une idée un peu plus précise du phénomène.

Nos parlementaires n'ont pas accepté de vouer les médecins français au culte des antiques. Leurs raisons furent-elles nobles, ou, comme d'aucuns l'insinuent, bassement politiques ? Conçurent-ils même quelque raison de voter ainsi ? ne leur en demandons pas plus qu'ils ne savent, et, en tout état de cause, loués soient nos parlementaires, pour une fois.....

G. LAVALÉE.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### La pension à cotisations réservées

Il y a quelques semaines, j'écrivais qu'un certain nombre de confrères ayant paru désirer que, la Mutualité familiale fit la pension de retraite à capital réservé, nous avions soumis la question à M. Fleury, notre actuaire si dévoué.

J'avais donné la réponse faite par M. Fleury et, après m'être efforcé de bien poser la question, je terminais en disant : « la parole est à nos confrères ».

Or, depuis que cette parole leur a été accordée, aucun d'eux n'a cru devoir la prendre.

Pourquoi ? est-ce que la question ne les intéresse plus ? Je ne puis pourtant supposer que la chose, qui leur paraissait désirable alors qu'elle était impossible, leur soit devenue indifférente depuis qu'elle peut être acceptée.

Je crois donc devoir reprendre l'exposé que j'avais fait, et qui a pu passer inaperçu de certains.

La Mutualité familiale prévoit, pour la constitution des pensions de retraite, deux systèmes :

Le système à cotisations perdues, dans lequel les cotisations restent acquises à la Caisse en tout état de cause ;

Le système à cotisations contre-assurées, dans lequel ces cotisations sont remboursées sans addition d'intérêts si le décès du sociétaire se produit avant la date où la pension lui est acquise.

Mais il existe un troisième système, dit à capital réservé ou cotisations réservées, dans lequel les cotisations versées par le sociétaire sont remboursées, sans addition d'intérêts, lors du décès du sociétaire à quelque époque qu'il se produise.

C'est ce troisième système que, dans leurs lettres à Mignon, certains confrères paraissaient regretter et auquel ils déclaraient donner la préférence.

Cette préférence est-elle justifiée ? Je n'ai pas à la discuter, il suffit qu'elle se soit manifestée d'une manière sérieuse pour que la Mutualité familiale, qui s'est toujours fait un devoir de s'adapter aux desiderata du Corps médical, la prît en considération. Et cela lui était d'autant plus facile que l'admission du système à cotisations réservées ne modifiait en rien les conditions de son fonctionnement : c'était un système juxtaposé aux deux autres, qui subsistaient comme par le passé.

Le Conseil d'administration s'est donc déclaré partisan en principe de l'acceptation de ce sys-

tème de cotisations réservées ; mais, une modification statutaire étant nécessaire, il a cru devoir attendre pour la soumettre à l'Assemblée générale que le nombre des adhérents fût suffisant.

Il ne pouvait oublier ce qui s'était passé lors de la création de la caisse des pensions aux veuves : plus de quatre cents confrères s'en étaient dans leur correspondance déclarés partisans, et, en ce moment même, après plus de 25 années d'existence, la combinaison n'a pas inscrit cent adhérents !

Il m'a chargé de reprendre la question dans le *Concours médical*, de l'exposer encore d'une façon explicite et de solliciter les réponses des confrères que la chose intéresse.

Avec les cotisations réservées, un sociétaire peut devenir pensionné à 60 ou 65 ans, suivant la combinaison choisie, toucher sa pension jusqu'à 85 ans, par exemple, et laisser à ses héritiers le total des cotisations par lui versées à la caisse qui les remboursera. On peut donc dire que, par ce procédé, les retraites sont produites uniquement par les intérêts des cotisations sans aucun abandon de capital.

Les cotisations doivent donc forcément être élevées, et il n'est plus permis de parler de retraites bon marché : elles répondent en effet à cette idée que le sociétaire désire certes se créer une pension, mais en même temps veut réserver des avantages à ses héritiers, et à ce point de vue, l'opération prend un caractère mixte d'assurance en cas de vie et en cas de décès.

Quoiqu'il en soit, je ne saurais trop engager ceux de nos confrères qui préfèrent le système des cotisations réservées à écrire au Dr Mignon (Le Vésinet, Seine-et-Oise) ; il leur donnera tous renseignements complémentaires sur leur cas particulier, leur indiquera le chiffre de la cotisation annuelle et leur permettra de se décider en connaissance de cause.

Il n'est pas indifférent de savoir que, suivant le système adopté, il faudra à 35 ans par exemple, pour une même pension de 3.600 fr. à 60 ans, verser une cotisation annuelle de 716 francs, de 841 fr. 50 ou de 1.194 fr 60.

Les adhésions qui se produiront seront acceptées, à titre provisoire, par le conseil d'administration, et, lorsqu'elles atteindront un nombre suffisant, la modification statutaire on sanctionnera l'existence définitive.

Cette modification sera d'ailleurs bien simple, il suffira d'ajouter à l'article 61 des statuts le paragraphe suivant :

*Ils ont aussi la faculté de réserver leurs cotisations dans le but de garantir à leurs ayants droit le remboursement de leurs versements au moment de leur décès, à quelque époque que ce décès se produise.*

Nos anciens sociétaires n'ont donc en aucune façon à s'émouvoir de la possibilité de l'admission des cotisations réservées : leur situation n'est en rien touchée. La Mutualité familiale donnera satisfaction à l'expression d'un nouveau désir, et c'est tout.

Mais, je le répète, il est indispensable que nos confrères nous donnent leur opinion, que ceux surtout qui, en décembre dernier, ont cru devoir s'abstenir parce que les conditions que seules nous pouvions leur offrir ne leur donnaient pas entière satisfaction, nous écrivent pour nous dire ce qu'ils pensent de la situation nouvelle.

Il faut que ceux, qui y trouvent ce qu'ils désiraient, nous envoient leur adhésion, afin que nous puissions, dans le plus bref délai possible, constituer le groupe, qui nous permettra de demander à l'Assemblée générale de novembre la modification statutaire indispensable. C'est de leur intérêt comme du nôtre.

Encore une fois, la parole est à nos confrères.

A. Gassot.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

..... *Il pleut des vérités premières,*
*Tendons nos rouges tabliers.....*
(Georges Courteline).

DCIL. — **Le serment d'Hippocrate.** Un placard in-folio soleil, destiné à être encadré. Composition en Jenson corps XXX. Tirage en noir et vieux rouge sur Arches, à cinq cents exemplaires. *Editions d'Art Léon Pichon* (1). 1932.

J'avais été surpris (en le retrouvant dans le livre si poétiquement ingénieux de Gaston [1] Baissette) du son que le *Serment* donnait à mon oreille. Je l'avais trouvé comme édulcoré, affadi... Puis, entraîné par d'autres occupations ou d'autres livres j'avais mélancoliquement pensé que le triste privilège de l'âge... Et je m'étais attaché à poursuivre de moins pénibles constatations.

Aussi est-ce avec un joyeux éblouissement de

(1) Léon Pichon, Editeur-imprimeur, 5, rue Christine, Paris, 6e.

(1) *Hippocrate* par le Docteur Gaston Baissette. *Editions Grasset*, 1931.

surprise que j'ai parcouru la version *classique* que Monsieur Pichon vient d'imprimer et où j'ai retrouvé comme lèvent de vieux souvenirs de jeunesse, le martèlement des syllabes, la chanson grave du texte sacré tel que mes maîtres me l'avaient épelé, noble, majestueux, religieux presque et limpide de toute cette clarté qu'absorbent et que rayonnent les plus pures manifestations du miracle grec. Mais ce texte dont la quotidienne observance est notre plus beau privilège et dont l'esprit anime et soutient nos tâches les plus ingrates repose au fond de notre conscience ou dort aux pages refermées d'un de nos livres. L'idée de sa transcription murale (comme d'un vieux parchemin témoignant des quartiers fabuleux de notre art) devait séduire un artiste. La réalisation de ce projet exigeait une sûreté de goût, une mesure impeccables, comportait des écueils. La maîtrise technique de Léon Pichon s'est jouée de ces difficultés et a rendu au *Serment* sa fonction essentielle, sons sens objectif de profession de foi, de Table de la loi à laquelle nous sommes fiers d'obéir.

Les dimensions du très beau papier (37,5 × 57,5) donnent une solide assise au texte, encadré avec large marge d'un double filet rouge. Le titre en superbes capitales affirme dans les mêmes teintes l'harmonie puissante, la force paisible du solennel engagement auquel il prélude, la sereine grandeur des disciplines librement consenties qu'il évoque. Une lettrine, rouge encore, sobrement encadrée de noir (et soutenue d'entrelacs comme aux vieux manuscrits enluminés) ouvre, encastrée sur trois lignes, la première phrase. Dès lors, sur le fond neigeux à force de blanc, va glisser la seule et régulière frappe magnifiquement ordonnée du *Jenson*, d'un noir intense. Le gros « corps » d'une extrême finesse de ce caractère trapu me fait encore repenser, avec ses grosses minuscules aux fermes conseils, à la lente initiation d'un précieux syllabaire ancien ; aux grosses syllabes suspendues sous les portées rouges et noires du vieux plain-chant ; à cet art minutieux des antiphonaires d'où peuvent resurgir, si la foi les anime, de ferventes incantations.

Avec un peu de recul, le groupement de ces qualités compose un ensemble saisissant au regard. L'opposition nette des couleurs, la disposition générale du texte très élégamment adaptée à la surface disponible, les blancs exactement dispensés jusque dans l'espacement des lignes et des lettres confèrent à la pureté de cette présentation, sans faiblesse et sans dysharmonie, l'austère grandeur qu'exigeait son sujet.

DCL. — Franz HELLENS. — **Documents secrets.** 1905-1931. Un vol. 17,5 × 25 tiré à 185 ex. numérotés (10 Japon, 175 Hollande Pannekœk). Composition en caractères romains « Bembo ». Initiales dessinées par Alphonse Stols. *Editions Stols*. Bruxelles (1) et Maestricht. 1932.

A l'occasion du cinquantième anniversaire de la naissance de Franz Hellens, ses amis lui ont demandé quelques souvenirs. Leur curiosité nous vaut un livre admirable de confessions que je viens de mettre dans ma bibliothèque accoté aux *Réfractaires* (2) de Jules Vallès. La sincérité de leur douloureuse inspiration les rapproche mieux encore qu'un voisinage. La misère avait réservé à l'un et à l'autre écrivain ses plus délicates attentions ... Et Hellens tout aussi bien que Vallès, au soupirail d'une cuisine aurait pu écrire :

« *Dehors il fait froid et faim. L'oignon siffle, le beurre chante... On est pris à la gorge par le parfum des sauces.....* »

Ces affres de l'estomac creux, cette protection du veston d'été sous les lances d'arrosage du ciel de décembre, ces détresses matérielles n'ont pas été épargnées à F. H. A la place de ses amis il me viendrait au cœur un serrement et une honte de n'avoir pas su mieux le préserver de ces privations et de ne rendre à son talent qu'un tardif hommage quand sa ténacité, son courage presque seuls ont dû le tirer de l'ornière... O chères mouches du coche avec quel zèle vous devez maintenant bourdonner en haut de la côte ! ! Et quel mépris profond doit réserver à vos obséquieuses prévenances l'écrivain qui avec une fierté de gueux vous raconte posément comment vous pince le froid et vous tord la faim. La révolte est invisible sous la fougue de son récit comme il faut deviner sous les rides de son dur visage les griffes qui ont creusé les sillons de la douleur. Et charitablement il vous expose comment il a écrit à chaque étape de sa géhenne un nouveau livre. Il a pensé qu'il était bon de vous aider à comprendre. La bonté des Cyniques est un admirable sentiment, de contexture un peu spéciale, une forme sublimée de l'indulgence et de la gratitude. Elle suppose un grand cœur et beaucoup de talent : à la manière de F. H., je ne vois la pratiquant que Paul Léautaud. Et s'y essayant, à l'ombre d'une vie confortable qui en dément la sincérité, André Gide. Dans le livre de F. H. au contraire cette sincérité gonfle les mots ; une ardeur contenue en précipite le cours. A travers les épreuves, les chagrins, les tortures, la maladie, les découragements passagers on sent une volonté tenace, une fougue, une violence de vie qui dramatise mais soutient cette existence tourmentée de vagabond promis à la gloire. Je vous laisserai lire son livre au lieu de vous le raconter...

(1) Il existe à Paris une librairie des Editions Stols, à l'enseigne de *la Tortue*, rue François-Ier.

(2) *Les Réfractaires*, de Jules VALLES. Illustré de bois splendides de Barthélémy. *Editions Mornay*, Paris, 1930.

vous trouverez à la page 30, la clef de toute son œuvre, le secret de sa force :

« *Aucun de mes livres n'a été conçu délibérément. Je ne les ai pas* PRÉMÉDITÉS... »

L'aveu de cette spontanéité, comme (vers la fin de cette curieuse autobiographie) celui des liens presque physiques de l'œuvre à l'homme était bien superflu pour ceux de nous qui avions écouté attentivement son chant de douleur et qui... par métier, savons deux fois la puissance créatrice de la souffrance. L'édition est fort belle, en typographie très ferme, virile, sur beau papier où les très pures initiales rouges de Stols rappellent les gouttes vives affleurant aux lèvres d'une plaie. Le tirage est exigu.

DCLI. — Franz HELLENS. — **Poésies** de la Veille et du Lendemain. Un vol. avec un portrait de l'auteur par Modigliani gravé par Aubert. Tiré en 13 × 19 à cinq cents ex. numérotés. *Editions de la Nouvelle Revue française* Paris, 1932.

Le portrait n'est pas très ressemblant. Les poèmes sont plus authentiques : la même flamme grondante qui dévore l'activité du prosateur soulève les plus ardents du livre. D'autres ont un calme paradoxal de refuge, un glissement de barque au fil de l'eau, une douceur confuse d'extase. Tous valent par l'originalité des images et l'indiscipline heurtée du rythme où il est parfois difficile de ne pas repenser à un des plus grands des poètes modernes : Verhaeren. On y sent aussi cette fièvre de l'action, ce besoin d'inconnu qui tenaille l'écrivain :

« — *Me voici comme le chat, — Qui trouve la fenêtre ouverte, — Le cou tendu, tassant l'appui, — Je mesure ma liberté...* »

Hellens n'a pas besoin de la cloche de la rime :

« *J'ai dans la tête plus d'orgueil, — Lorsque je baisse les paupières, — Que cette foule où je suis seul — Et qui rugit, les yeux ouverts...* »

Il y a renoncé dans ses derniers poèmes et tel est l'envoûtement de ses mots que je vous avoue humblement ne pas m'en être aperçu tout d'abord ...

« *Midi, soleil, la guêpe qui grinçait de l'aile, — Sur le mur calciné est lasse de ce jeu...* »

ou encore :

« *Ma montre sur le marbre blanc bat vite, — Et court par un chemin rectangulaire, — Qui part et recommence et va sans fin ; — Si l'on voyait percer ses pas grinçants, — Sur le lit blanc du marbre — On saurait bien, — Qu'ils font des traits cruels le long du Temps...* »

Ces bruits nocturnes montent dans le souvenir du poète et leur rumeur à notre oreille s'infléchit plus douce que celle des *Documents Secrets*, comme une confidence.

**Varia *****

En souscription aux Editions Arthaud, Grand'rue, à Grenoble, un ouvrage in-4° raisin comprenant deux volumes, l'un de 320 pages de texte, l'autre formé de 128 planches hors texte dont 120 en héliogravure et 8 en couleurs, et consacré à la *Faïence et la Porcelaine de Rouen*. Il a été rédigé par le Docteur René Hélot. Il sera tiré 50 ex. numérotés sur grand velin à la forme de Rives, au prix de 750 fr. et 850 ex. numérotés sur velin de Pont-de-Claix à 475 fr.

* Le *Bulletin officiel des Maîtres-imprimeurs* publie son volume annuel (Prix 70 fr. Edité, 7, rue Suger, Paris, 6e) et l'intitule pour 1931 : *Bréviaire de l'Imprimeur et du Bibliophile*. Pour une partie il contient des renseignements sur l'origine de l'écriture et des caractères ; sur les personnages célèbres ayant laissé un nom dans les arts graphiques ; sur le vocabulaire technique de cet art. La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la reproduction de maquettes d'excellents artisans, et de documents variés obtenus par les procédés les plus surprenants de la technique moderne prodigieusement différenciée.

* *La Nouvelle Revue Française* (numéro de mai) publie des divagations de M. Paul Valéry, de poétiques considérations sur l'art de Mallarmé qui vont mettre en transes les adeptes du langage et de la pensée hermétiques. Le début d'un bon roman de Bloch : *Sybilla*. Une petite plaisanterie de supervielle inspirée des Textes saints. Et pour nous ramener à plus de sérieux une excellente « *Réflexion* » de Thibaudet sur les larmes de Racine ; une étude de Denis Saurat sur l'œuvre de Bloch ; la conclusion d'une controverse sur la guerre opposant Jean Paulhan et Guehenno qui fulmine contre notre vieux monde. Ce vieux monde qui lui fut si accueillant et qui le verra revenir, cassé comme l'enfant prodigue.....

10 mai 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Histologie.** — *Travaux pratiques supplémentaires.* — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des travaux pratiques, du 6 au 18 juin 1932. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 1/2 à 15 h. 1/2.

Des séances supplémentaires, de 16 à 18 heures, auront lieu les lundi, mercredi, vendredi, pour les étudiants inscrits à d'autres travaux.

Le programme comportera une revision complète et rapide de toute l'histologie : cytologie, tissus et organes.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 13 à 16 heures, jusqu'au vendredi 3 juin 1932 inclus.

Ces travaux sont destinés notamment aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pu être validés par suite d'absences ou de notes insuffisantes. Le droit d'inscription est de 150 francs.

— **Chaire de pathologie médicale** (Professeur : M. A. Clerc.) — *Cours complémentaire.* — M. A. Clerc, professeur, et MM. Aubertin, Bénard, Brulé, Cathala, Chabrol, Chevallier, Donzelot, Guy-Laroche, Lian, Moreau, Pasteur Vallery-Radot, agrégés en exercice, médecins des hôpitaux, feront, du 16 au 29 juin prochain, une série de douze leçons sur des sujets d'actualité concernant la pathologie médicale.

Ces leçons auront lieu, tous les jours, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, selon le programme ci-dessous :

Le 16 juin, M. Clerc : Artérites pulmonaires chroniques. — Le 17 juin, M. Chabrol : Les lithiases associées. — Le 18 juin, M. Aubertin : Angiomatose hémorragique familiale. — Le 20 juin, M. Brulé : Ostéopathies d'origine parathyroïdienne. — Le 21 juin, M. Pasteur Vallery-Radot : La vaccination, de Jenner à Ramon. — Le 22 juin, M. Guy-Laroche : Hormonothérapie ovaro-hypophysaire. — Le 23 juin, M. Lian : Angine de poitrine. Conception générale et traitement. — Le 24 juin, M. Cathala : Théorie streptococcique de la scarlatine. — Le 25 juin, M. Chevallier : Adénopathies inflammatoires. — Le 27 juin, M. Moreau : Encéphalite vaccinale. — Le 28 juin, M. Donzelot : La pression artérielle en clinique d'après les travaux récents. — Le 29 juin, M. Bénard : Le cancer expérimental.

Le cours est gratuit.

— **Thèses.** — Mardi 17 mai. — Jury : MM. Balthazard, Brindeau, Carnot, J.-L. Faure. — M. Blugat : Thrombo-phlébite dite par effort. — M. Jaffre : Diagnostic médico-légal des comas. — M. Paul Faleur : Etude sur la môle hydatiforme et les avantages du curettage comme moyen de traitement. — M. Barrier : Essai sur l'atonie gastrique.

Mercredi 18 mai. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Leveuf, Mathieu. — Mlle Corbillon : Etude de l'énurésie dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis. — M. Fuchs : De quelques constatations anatomo-cliniques sur les lésions traumatiques des ménisques interarticulaire du genou à propos de douze cas de ménisques opérés.

Jeudi 19 mai. — Jury : MM. Pierre Duval, Terrien, Gatellier, Velter. — M. Pitois : Torsion du testicule. — M. Allahverdi Bekian Achot : Traitement chirurgical et plastique de la paralysie faciale périphérique.

Jury : MM. Léon Bernard, Bezançon, Gastinel, Chabrol. — M. Ronce : Essai par la psychologie des tuberculeux pulmonaires. — Mme Jacquin, née Chatellier : L'homme, les hommes.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — Le 5 juin, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Hagueneau, médecin des hôpitaux, sur le *traitement radiologique chirurgical des compressions médullaires.*

— **Hôpital de la Pitié.** *Service d'électroradiologie.* — Plusieurs places d'assistants libres seront disponibles pour l'année scolaire 1932-1933 pour des confrères français et étrangers *ayant déjà étudié l'électro-radiologie* et qui désireraient se perfectionner dans les deux branches.

*Conditions exigées* : Avoir déjà fait de la spécialité. S'engager à travailler les deux branches (électro et radiologie). Venir régulièrement dans le service du 15 octobre 1932 au 30 juillet 1933.

Aucun émolument n'est attaché à la fonction.

Pour renseignements, s'adresser à M. Delherm, chef du service central d'électro-radiologie à l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, à Paris, le matin, ou écrire.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr LEFEBVRE, de Rouen ; du Dr FLACH, de Paris ; du Dr FRISON, de Rouillé (Vienne) ; du Dr Gabriel FRAISSE, de Nice.

— **Société odontologique de France.** *Bureau pour* 1932 : président, Dr Gérard Maurel ; 1er vice-président, Dr Grandclaude ; 2e vice-président, M. Devin ; secrétaire général, M. Sudaka ; trésorier, M. Zaoui ; secrétaire général adjoint, M. Clavier ; secrétaire des séances, M. Vabois.

— **Union internationale de protection de l'enfance.** — Le Comité français de l'Union internationale de protection de l'enfance a décidé que le VIIe Congrès international de protection de l'enfance se tiendrait à Paris, les 5, 6, 7, 8 et 9 juillet 1932.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour :

Première question : Surveillance médicale des sports (leurs avantages, leurs abus).

Deuxième question : Etatisme et bienfaisance.

Tous les membres du Congrès pourront présenter des communications.

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat du Congrès de la protection de l'enfance, Comité national de l'enfance, 26, boulevard de Vaugirard, Paris (15e.)

— **IIIe Congrès international d'eugénique.** — Le IIIe Congrès international d'eugénique se tiendra du 21 au 23 août 1932, à New-York City, au Muséum d'Histoire naturelle, 77 th Street and Central Park West, sous la présidence de M. Charles B. Davenport.

Y seront présentés une série de rapports relatifs à la génétique humaine, à l'émigration, aux facteurs susceptibles d'influencer la sélection et la fécondité et aux méthodes destinées à améliorer, de génération en génération, les qualités de la population.

Des communications seront faites par des anthropologistes, des psychologistes, des physiologistes, des médecins, des éducateurs et aussi par les commerçants et industriels s'intéressant à l'amélioration des êtres humains, en vue du rendement professionnel.

Une *Exposition d'eugénique* sera ouverte du 22 août au 22 septembre, dans les locaux du Muséum.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Harry H. Laughlin, Cold Spring Harbor, Long Island, N. Y.

— **Après l'accident mortel du Dr Goyon, sur la plage du Crotoy.** — On se rappelle que le 29 août 1928, sur la plage du Crotoy, le Dr Goyon, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, fut tué accidentellement par un avion que pilotait un élève de l'Ecole d'aviation du Crotoy.

Les *Annales des Stations climatiques et thermales* nous font connaître quelles ont été les suites judiciaires de cet accident :

Le Tribunal d'Abbeville, puis la cour d'appel d'Amiens, acquittèrent successivement l'aviateur et le directeur de l'école, le premier poursuivi pour blessures par imprudence, et l'officier comme responsable de son élève.

L'arrêt ayant été cassé, le procès est venu devant la Cour d'appel de Douai. Le capot du moteur empêche la vue des pilotes, a déclaré la Cour ; *en outre, la plage étant un terrain public non gardé*, les avions ne doivent pas y rouler.

La Cour a estimé d'autre part que le médecin de l'hôpital Saint-Antoine avait commis une imprudence, étant donné qu'il connaissait la piste suivie par les avions et qu'il ne s'en était pas retiré à temps.

La Cour a donc partagé par moitié la responsabilité de cet accident.

Elle a fixé ensuite les dommages-intérêts à 250.000 francs. Il n'y a pas de sanction pénale par suite de l'amnistie.

— **La Société internationale de chirurgie** a élu le professeur Eiselsberg (de Vienne) président du prochain Congrès qui se tiendra au Caire en 1935. Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1. Chirurgie des glandes parathyroïdes ;
2. Chirurgie du sympathique lombaire ;
3. Chirurgie du côlon (cancer excepté).

Une quatrième question, de préférence de chirurgie tropicale, sera désignée ultérieurement par le Comité international .

Secrétaire général : docteur L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

— **Chemins de fer P. L. M.** *Accélération des rapides de soirée Paris-Vichy, Saint-Etienne, Clermont-Ferrand et Saint-Etienne, Vichy-Paris.* — Le rapide de toutes classes qui circule pendant l'été entre Paris, Vichy, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand, est, à partir du 22 mai, retardé au départ de Paris et accéléré sur tout son parcours. Paris, dép. 16 h. 45 ; Nevers, arr. 20 h. 14 ; Moulins, arr. 21 h. 09 ; Vichy, arr. 22 h. 04 ; Roanne, arr. 22 h. 50 ; Saint-Etienne, arr. 24 heures ; Clermont-Ferrand, arr. 23 h. 14. Wagon-restaurant entre Paris et Saint-Germain-des-Fossés.

De même, à partir du 22 mai 1932, le rapide de toutes classes de soirée Saint-Etienne, Vichy, Paris est retardé au départ et accéléré sur son parcours : Saint-Etienne-Châteaucreux, dép. 15 h. 40 ; Saint-Etienne-la-Terrasse ; dép. 15 h. 45 ; Roanne, dép. 16 h. 54 ; Vichy, dép. 17 h.35 ; Nevers, arr. 19 h. 23 ; Paris, arr. 22 h. 50. Wagon-restaurant entre Saint-Germain-des-Fossés et Paris.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

le prix d'achat du revenu de l'année où il a lieu. Cependant, lorsque cet amortissement n'a pas été fait on le tolère sur les années suivantes.

Nous ne pouvons nous prononcer ni sur votre loyer professionnel, ni sur vos frais de domestique, car c'est une question de fait. Vous pouvez contester l'évaluation du contrôleur.

Le contrôleur doit motiver, sur des faits, son redressement.

En cas d'insuffisance, la majoration est toujours due. La pénalité seule est soumise à la règle que l'insuffisance soit supérieure au dixième du revenu imposable ou excède 20.000 francs.

L'impôt général seul est déductible.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

---

**2437. — Déduction du reliquat du prix d'une automobile**

J'ai vendu mon auto dont je n'avais plus l'usage ayant pris un poste de spécialité. Jusqu'ici je faisais figurer dans mes déclarations sur le revenu l'amortissement de l'auto en cinq ans.

Que dois-je faire figurer cette année dans mes bénéfices, la somme totale que j'ai touchée de la vente de la voiture ou l'intérêt de cette somme ?

Dr D.

**Réponse**

S'il reste encore sur votre voiture une partie du prix d'achat à amortir, vous pouvez déduire cette partie du prix du montant de votre prix de vente.

Le reliquat devra figurer parmi vos bénéfices.

Si au contraire, cette opération fait ressortir une perte, cette perte pourra être déduite de vos bénéfices.

A. M.

---

**2489. — Patente de deux médecins exerçant dans le même appartement**

Mon jeune fils devant, dans quelques semaines, s'installer comme médecin et exercer concurremment avec moi dans les mêmes appartements que j'occupe depuis trente ans environ quelle sera notre situation au point de vue fiscal ? Quelles seront nos charges respectives ? Que faire pour que ces charges soient plus légères ?

Dr B.

**Réponse**

Si vous exercez concurremment avec votre fils dans le même appartement, vous serez imposé chacun sur la totalité des locaux.

Pour qu'il en soit différemment, il faudrait que vous puissiez créer dans l'appartement une organisation particulière, par exemple en laissant en commun seulement le salon et en ayant chacun et une habitation distincte, et un cabinet de réception indépendant. Dans ce cas vous seriez imposé chacun au prorata des locaux occupés.

A. M.

**2492. — Patente sur un local professionnel occupé à titre gratuit**

Un médecin d'une commune voisine cesse d'exercer pour raison de santé. Le maire de cette commune, pour éviter des frais médicaux trop onéreux à ses administrés et dans l'impossibilité de chercher un confrère, faute de local pour le loyer, me propose de venir donner des consultations deux ou trois fois par semaine, dans un local qu'il fera aménager, sans que j'aie rien à payer pour.

Est-ce que le fisc peut me créer une imposition supplémentaire pour ce local ? Je ne le pense pas, mais j'aimerais un avis autorisé.

Dr B.

**Réponse**

Vous serez certainement imposé pour le local qui sera mis à votre disposition, même s'il l'est à titre gratuit, mais l'imposition sera sans doute des plus faibles puisque la valeur locative sera bien minime.

Vous pouvez d'ailleurs demander à la commune une indemnité compensatrice, bien que vos consultations soient payées.

A. M.

---

**2526. — Déductions diverses. Droit de contrôle et de regard du contrôleur**

Voudriez-vous bien avoir l'obligeance de me donner les renseignements suivants concernant mes déclarations d'impôts sur le revenu.

1° J'ai dû contracter en 1929 un emprunt pour faire construire ma maison d'habitation. Depuis cette époque, je défalque chaque année de mes revenus professionnels l'intérêt de cette dette et la première année j'ai défalqué les frais de notaire, et le contrôleur des Contributions directes par un rappel d'impôt 1930 et 1931 m'écrit : « les intérêts et frais « d'emprunt ne sauraient être admis, car en effet le « montant des valeurs mobilières que vous avez ven- « dues suffisait à couvrir la dépense de la *partie pro- « fessionnelle.* Les intérêts seuls sont déductibles du « titre de l'impôt général sur le revenu. »

Ai-je le droit de défalquer de mon revenu l'intérêt de mes dettes ?

Ai-je le droit de défalquer de mon revenu les honoraires du notaire pour emprunt ?

Le contrôleur des Contributions directes a-t-il droit de regard sur mon compte en banque ?

Je n'ai jamais fourni de renseignements au fisc sur la destination de mon emprunt.

2° Je suis assuré sur la vie (trois assurances) pour un total de 240.000 francs. Je cotise pour 1.600 francs à la Mutuelle retraite du Combattant. Ma déclaration de revenus en 1931 est de 105.907 francs (brut).

Le contrôleur m'écrit :

« Ne sont pas admis frais d'assurances-vie et co-

« tisations à la Mutuelle du Combattant, soit 9.426 « francs s'il s'agit d'une constitution de retraite, seul « environ le 6 % du *bénéfice net* peut être déduit. »

Or, j'ai toujours lu dans les rubriques des journaux médicaux que 8 % peuvent être déduits des recettes brutes pour la constitution d'une retraite (ou Assurance sur la vie).

3° Voudriez-vous bien également me faire savoir quels sont les impôts à déduire dans la déclaration de mon revenu, si toutefois la totalité des impôts de l'année précédente n'est pas déductible ?

Dr X.

**Réponse**

Il est exact que seuls les intérêts sont déductibles au titre de l'impôt général sur le revenu. Vous avez donc le droit de défalquer de votre revenu l'intérêt de vos dettes. Mais vous ne pouvez pas défalquer de votre revenu les honoraires du notaire pour la constitution de l'hypothèque.

Le contrôleur des contributions directes n'a aucun droit de contrôle ou de regard sur vos comptes en banque.

Il n'existe aucun pourcentage pour le calcul des sommes que vous pouvez consacrer à la constitution de pensions ou de retraites. Il faut simplement que leur montant n'apparaisse pas exagéré en comparaison des revenus déclarés. Le montant de la retraite est seul à considérer car l'opération ne doit pas constituer un placement.

A. M.

### 2598. — Délai pour l'établissement des rappels d'impôts

Prière de me dire jusqu'à quelle année peut remonter l'administration des contributions en ce qui concerne les éclaircissements et autres demandes écrites que j'ai dû subir sur mes déclarations d'impôt sur le revenu ?

Le mardi 5 avril 1932 j'ai remis sur sa demande à l'administration un détail des frais professionnels portant sur les années 1926-27-28-29 et 30.

Or, une note parue le 8 avril 1932 dans un grand quotidien dit qu'avant de clore la session dernière une loi a été votée réduisant de cinq à trois ans, le delai d'établissement des rappels d'imposition. Si ces éclaircissements ne suffisaient pas, pourrais-je bénéficier de la dernière loi, concernant ces délais (trois au lieu de cinq ans) autrement dit, l'inquisition fiscale serait-elle allégée ?

Dr L.

**Réponse**

Le délai pour l'établissement des rappels d'imposition a bien été réduit de cinq à trois ans. Mais cette disposition législative n'est valable qu'à partir de juillet prochain.

Par conséquent, l'administration peut pour-

suivre actuellement son instruction concernant vos déclarations 1926-27-28-29 et 30.

A. M.

### 2431. — Amortissement du matériel et du mobilier professionnels

Dans ma déclaration d'impôts sur le revenu, j'avais — comme les années précédentes — fait figurer en déduction les intérêts à 10 % du prix de mon mobilier médical et de mon matériel médical.

Or, le contrôleur conteste et rejette cette déduction en la qualifiant de charge fictive.

Je ne l'avais cependant fait figurer dans ma déclaration, depuis de nombreuses années, que sur la foi d'un modèle publié dès le début par une publication dont j'ai oublié le nom.

Veuillez donc me dire si c'est moi qui ai tort ou si c'est le contrôleur et si je peux maintenir en déduction de mon revenu médical non seulement l'amortissement à 5 % de mon mobilier et matériel (que le contrôleur admet) mais aussi l'intérêt à 10 %.

Qel est le taux admis soit pour l'amortissement (le contrôleur a admis 5 % déclaré par moi) soit pour l'intérêt du même mobilier et matériel ?

Dr P.

**Réponse**

Vous ne pouvez déduire que l'amortissement du matériel et du mobilier. Le taux d'amortissement n'est pas déterminé, mais il peut être même de 1 /10e si vous n'avez pas déduit le prix d'achat lorsqu'il a eu lieu.

A. M.

### 1284. — Déduction de la cotisation pour constitution d'une retraite

Titulaire de la carte du combattant, âgé de 62 ans, je verse depuis deux ans à la France Mutualiste la somme de 8.400 fr. capital réservé pour me constituer une retraite de 6.000 fr. dans deux ans. Puis-je faire état de ce versement dans ma déclaration de dépenses professionnelles et quel chiffre dois-je mettre ? En totalité ou le 6 % ?

Dr F.

**Réponse**

Comme il ne s'agit pas d'une capitalisation, mais d'une constitution de rente viagère ne dépassant pas un chiffre annuel de 6.000 francs, vous pouvez déduire sur votre déclaration la totalité de la somme que vous versez.

A. M.

## Application du Tarif des accidents du travail

### 2808. — Certificats de prolongation d'incapacité

Je suis actuellement en discussion avec le syndicat des agriculteurs qui exige pour les accidents du tra-

vail, un certificat énonçant les *causes* de la prolongation d'une blessure.

Cette compagnie prend soin de demander ce certificat par l'intermédiaire du blessé pour ne pas avoir à le payer.

Pour compliquer la confusion du médecin, cette compagnie a pris soin d'écrire dans ses contrats « que l'assuré doit la tenir au courant de son état et justifier de la non guérison à l'époque prévue en fournissant un certificat indiquant les motifs techniques de cette non guérison. »

Dans ces conditions la compagnie semble dire qu'elle laisse ce certificat à la charge du blessé et qu'elle n'en soldera pas les frais.

La compagnie espère donc que les médecins piriformes donneront des certificats *motivés* qui engageront leur responsabilité *sans qu'ils soient soldés pour ce service.*

Il est certain que, d'après la police d'assurance, le médecin peut toujours exiger le payement de ce certificat par l'assuré qui fera la grimace. Mais s'il s'agit d'un accidenté au service d'un patron, il sera toujours impossible de se faire solder ce certificat.

Finalement l'assurance espère donc obtenir un *certificat de prolongation motivé gratuit.*

Or l'article 30 de l'arrêté ministériel du 5 février 1932 est bien précis sur ce sujet et je serais étonné que le *Concours médical* pense autrement que moi malgré la curieuse citation d'un article du *Concours* du 23 mars 1930.

Dr R.

**Réponse**

L'art. 30, alinéa 4, est formel : « Tout certificat fourni au cours du traitement *à la demande du patron ou de l'assureur* pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise, ou la cause qui l'a retardée sera tarifé à 16 fr. Ne sont pas considérées comme certificats de cette catégorie, les attestations *affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri* ». Il s'ensuit que si le patron ou la Compagnie vous demande un tel certificat, qui est, en somme, un véritable *rapport*, il vous est dû 16 francs.

Il s'ensuit également que si c'est le blessé qui le réclame, de sa propre initiative, c'est lui qui doit le payer. « Qui commande, paie ».

Maintenant, si vous craignez que votre blessé « fasse la grimace » dites-vous, pour ce paiement, il vous est toujours loisible de mettre un simple mot entre parenthèses, pour expliquer brièvement la prolongation, mais sans faire le « rapport » dont je parlais ci-dessus. Ceci serait plutôt une question de « complaisance » envers le blessé, mais resterait *en dehors* du tarif de responsabilité patronale. C'est sans doute ce qu'a voulu dire le Docteur Witas dans cet article du 23 mars 1930, dans le *Concours médical* que vous rappelle la Compagnie d'assurance.

Dr F. Decourt.

**2783. — Intervention de nuit**

J'ai une fois de plus recours à votre obligeance et vous en remercie vivement, pour m'éclairer sur la question suivante :

J'ai été appelé à 22 heures chez une concierge (accident du travail), et ai constaté :

1° Une plaie contuse de l'arcade sourcilière, avec hématome (région frontale) ;

2° Une luxation de l'épaule.

Que dois-je compter pour cette visite d'urgence faite entre 21 heures et 6 heures et pour cette réduction de luxation, également entre 21 heures et 6 heures ?

L'art. 4 prévoit un tarif triple et l'art. 8, 25 % de majoration pour les actes opératoires (?) faits la nuit. *L'art.* 15 *me donne la réponse* et la luxation (art. 19) rentre-t-elle dans les actes opératoires ?

Pour les *visites* ou *consultations* consécutives (pansement et mobilisation avec massage de l'épaule) que dois-je compter ?

Dr C.

**Réponse**

Vous avez à compter : 1° Réduction de luxation de l'épaule : 150 francs ; 2° Pansement à la tête : 15 francs, soit 165 francs ; 3° 25 % de majoration pour intervention de nuit (art. 8), soit 165 francs + 25 % = 165 + 41 fr. 25 = 206 fr. 25.

Dr F. Decourt.

## Assurances

**2465. — Remplacement de voitures. Assurance automobile**

Membre du « Sou », et abonné au *Concours*, j'ai recours à votre obligeance et à votre compétence pour vous demander comment changer de compagnie d'assurances contre les accidents causés aux tiers par les autos.

J'ai eu successivement en 1924 une 5 HP pour laquelle ma prime nette à la P. était de 272 francs, puis en 1927 une 7 HP pour laquelle ma prime est devenue 535 francs.

En 1928, j'ai repris une 5 HP et ma prime est pourtant restée à 535 francs, car paraît-il, les voitures de 5 et 7 HP font partie d'une même catégorie.

J'ai l'intention de changer bientôt pour prendre soit une 7 soit une 10 HP ; je croyais qu'en prenant une 7 HP l'assurance me conserverait la même valeur de prime, qui avait été celle d'une 7 HP antérieure, mais il paraît qu'il y aura augmentation. Pour une 10 HP ce serait encore bien supérieur.

D'autre part je préférerais profiter des tarifs réduits (de 50 % environ) consentis aux membres de l'A. C. par la X... J'ai demandé avis à l'agent de cette dernière compagnie, mais il m'a répondu qu'il n'y avait, d'après les conditions de ma police, aucun moyen que d'attendre la résiliation de ma police : en 1937, ou actuellement si la P. veut bien résilier mon contrat, si je refuse l'augmentation prévue, mais il

y aura un intervalle pendant lequel je ne serai plus assuré nulle part.

Comment faire pour ne pas être obligé de souscrire un nouveau contrat de dix ans, et ainsi de suite à chaque nouvelle voiture ?

Dr B.

**Réponse**

La question peut se résumer de la façon suivante :

1° En cas de remplacement de la voiture assurée par une voiture de même force ou d'une force supérieure, la Compagnie peut-elle demander une augmentation de prime ?

2° Le contrat peut-il être résilié si l'assuré n'accepte pas ce nouveau tarif ?

3° Le praticien doit-il souscrire un nouveau contrat de dix années.

1° L'article 9 de la police qui nous est soumise porte que l'assuré doit faire garantir par la Compagnie tous les véhicules automobiles qu'il possède ou qu'il possédera.

Lorsqu'il y a changement de forme et d'usage des voitures (même article) la police n'est pas annulée. Il y a seulement augmentation ou diminution de prime d'après le tarif en vigueur.

Deux cas peuvent se présenter : ou le docteur B. va remplacer sa voiture sept chevaux par une autre sept chevaux de même forme et de même usage. La Compagnie n'aura pas le droit d'augmenter le contrat puisque d'après l'article 9 il n'y aura pas mise en circulation de voiture nouvelle : il n'y aura que remplacement sans changement de forme ni d'usage.

Par contre si la voiture 7 CV est remplacée par une dix chevaux, la compagnie peut arguer de son contrat pour demander une augmentation de cotisation.

2° Le praticien peut refuser cette dernière. La clause imposant l'assurance pour toutes les voitures mises en circulation est sujette à discussion et la majorité des auteurs et des tribunaux ne la considèrent plus comme valable, le contrat n'a pu se former faute de l'élément prix qui n'a pas été précisé. Si le praticien peut apporter la preuve qu'une compagnie d'assurances offre d'assurer le véhicule pour un prix moins élevé que celui offert, un tribunal pourra prononcer la résiliation du contrat, l'assuré étant tenu de payer néanmoins une année de prime à titre d'indemnité de résiliation.

3° Touterois si le praticien répugne à faire prononcer l'annulation du contrat par un tribunal par suite du temps perdu, des frais occasionnés et s'il préfère, en attendant la résiliation normale du contrat (1937), accepter les propositions qui lui seront faites par la compagnie qui l'assure jusqu'à présent, il n'y aura aucunement lieu à l'établissement d'une nouvelle police souscrite pour dix ans. Il devra exiger simplement

la création d'un avenant qui ne change pas la durée de l'ancienne police. Au contraire il pourra demander à ce que soit insérée dans l'avenant la clause suivante : « la tacite reconduction prévue à l'art. 11 est abrogée, la police prenant fin de plein droit le ...... 1937 ».

En pratique cependant l'assuré pourrait procéder de la façon suivante : faire remplacer le contrat en cours lors du changement de véhicule par une nouvelle police en prenant soin que dans cette police figure une clause de résiliation annuelle.

Je ne pense pas *a priori* que la Compagnie ou son agent refuse de procéder ainsi. Cela permettrait au praticien de résilier le contrat l'année suivante en prévenant la Compagnie un moment avant l'échéance.

Si la P..., refusait la clause de résiliation le docteur B. devrait procéder par la demande de l'avenant.

Nous devons toutefois mettre en garde le médecin contre l'assurance automobile au rabais qui a entraîné la faillite de nombreux groupements assureurs de clubs automobiles.

P. R. Baglin,
Docteur en Droit,
Conseil technique d'Assurances.

---

## Assurances Sociales

### 2805. — Compétence de la Commission cantonale

Prière de me donner si possible au plus tôt le renseignement suivant :

Un ménage agricole de ma propriété située à C... se voit dans l'obligation d'appeler devant le tribunal le Directeur de la Caisse départementale d'A... d'assurances sociales pour le payement de primes d'allaitement.

Quel est le tribunal qui est compétent ?

Deux avocats et le directeur du Service départemental des assurances sociales disent que c'est la Commission cantonale de C... qui est compétente.

Le Juge de Paix de C. dit que c'est la commission cantonale du défendeur, par conséquent d'A... qui doit juger.

Qui a raison ? et que faire ?

Dr M.

**Réponse**

Aux termes de l'article 232 du règlement d'administration publique du 26 juillet 1930, la Commission cantonale compétente est celle du domicile du défendeur, sauf dans deux cas : 1° Recours contre les décisions des services départementaux ou interdépartementaux prononçant l'immatriculation ou la radiation d'un assuré ; 2° pourvoi formé par l'employeur contre les décisions du service départemental ou inter-

départemental relatives aux salariés qui motivent le versement de la contribution patronale en application de l'article 3, § 3, de la loi.

Il ne fait donc pas de doute que, en l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, c'est la Commission du siège social de la Caisse, défenderesse, qui est compétente.

---

## 2732. — Tarif applicable aux assurés sociaux notoirement indigents

Je viens de pratiquer un accouchement chez une assurée assistée (art. 59) des Assurances sociales.

L'accouchement, sans complication est tarifé 375 francs dans le tarif des accidents du travail, qui est celui applicable dans ce cas.

Le Préfet dans une Circulaire du 5 juin 1931 dit : « Je crois devoir vous rappeler que conformément aux prescriptions de l'art. 59 de la loi du 30 avril 1930, le tarif des accidents du travail est seul applicable aux assurés sociaux inscrits sur la liste B d' A. M. et titulaires d'une carte jaune spéciale. »

Le 19 février 1931 une autre circulaire disait : « Les frais qu'ils occasionnent (les assurés assistés) seront tarifés conformément aux *dispositions* de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail . . . »

Or, l'art. 10. dudit tarif spécifie : « Le tarif de l'opé- « ration ne comprend que le tarif de l'acte opératoire « et non les visites, consultations et interventions con- « sécutives à cet acte ».

D'autre part les conventions passées avec les caisses spécifient « accouchement y compris neuf visites consécutives ».

Dois-je — me référant *aux dispositions* de la loi du 9 avril 1898 — compter en sus de l'intervention accouchement, les visites que je ferai consécutivement à cette intervention. Cela semble résulter de l'art. 10.

Cette question pourrait intéresser d'autres confrères. Dr L.

### Réponse

Les conventions passées entre les Caisses d'assurances sociales et les Syndicats médicaux pour l'application de l'assurance-maladie ne sont pas applicables lorsqu'il s'agit d'assurés sociaux indigents, puisque pour ceux-ci, la loi sur les assurances sociales, dans son article 59, dispose que les dépenses du service des assurés sociaux notoirement indigents sont tarifées conformément à la loi sur les accidents du travail.

C'est donc au seul tarif des accidents du travail qu'il y a lieu de se référer et, comme ce tarif, ainsi que vous le dites très bien, ne comprend que l'acte opératoire et non les visites, consultations et interventions consécutives, vous avez à compter, pour l'accouchement d'une assurée sociale notoirement indigente, le prix de l'accouchement acte isolé, plus le prix des visites consécutives, conformément au tarif des accidents du travail.

**2918. — Avance des frais médicaux par des assurés sociaux indigents**

Une de mes clientes, inscrite sur la liste d'assistance médicale gratuite de la commune et de plus assurée sociale par son mari qui est cantonnier a dû subir une trépanation de la mastoïde.

Comme le cas était urgent, elle a payé elle-même les frais comme si elle n'était qu'assurée sociale, de sorte que les maigres ressources du ménage sont épuisées. Ne peut-elle se faire rembourser par la commune ce qui ne lui sera pas remboursé par la Caisse ? Dans l'affirmative qu'a-t-elle à faire pour cela ? Elle est à l'assistance médicale gratuite depuis dix ans, donc ce n'est pas une inscription de complaisance.

Dr P.

**Réponse**

Aux termes de l'article 151 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, les frais médicaux et pharmaceutiques afférents aux assurés sociaux notoirement indigents sont réglés aux praticiens par la commune du domicile de secours des intéressés.

Vous pouvez donc demander le paiement de vos honoraires à la commune, au tarif des accidents du travail et, lorsque vous les aurez touchés, vous rembourserez à l'assurée ce qu'elle vous a avancé.

Quant à la Caisse d'assurances sociales, elle aura à rembourser à la commune 80 pour 100 de la dépense.

**2988. — Les parents des enfants assurés sociaux ne bénéficient pas de la loi sur les assurances sociales**

Je lis dans le *Concours médical*, 17 *bis* du 27 avril 1932, réponse à la question 2315 : « L'assurance-« maladie couvre les frais, etc., pour l'assuré, le con-« joint, leurs enfants à charge non salariés âgés de « moins de 16 ans. »

Dernièrement, j'ai eu à soigner une veuve dont les enfants sont pupilles de la Nation. L'un des enfants est assuré social et vit avec sa mère et ses autres frères. La mère a peu de ressources. Est-elle couverte dans ce cas par l'assurance de son fils ? Ces gens m'ont posé la question et je leur ai répondu : adressez-vous à la Caisse et exposez-lui le cas, et si cette dernière vous délivre une feuille de maladie, c'est que vous y aurez droit. Dois-je la signer et y porter les mentions afférentes ?

Je n'ai pas souvenir d'avoir vu la question traitée dans le *Concours* que je lis cependant attentivement.

Une réponse dans le journal pourrait être utile.

Dr L.

**Réponse**

Si l'assurance sociale couvre les frais médicaux et pharmaceutiques pour les enfants de l'assuré à sa charge, non salariés et âgés de moins de seize ans, la réciproque n'est pas vraie et la mère du jeune assuré social dont il est question dans votre

lettre n'a absolument aucun droit, du chef de son enfant, à l'assurance-maladie.

Il est donc inutile qu'elle demande à la Caisse une feuille de maladie ; celle-ci la lui refusera certainement et n'aurait pas le droit d'agir autrement.

## Questions médico-militaires

### 1348. — Pension d'invalidité pour troubles nerveux

Je soigne pour agitation maniaque, psychasthénique un malade, père de famille nombreuse qui, pendant la guerre a eu une commotion cérébrale ayant nécessité son isolement pour agitation maniaque (il possède d'ailleurs ses papiers d'hôpitaux qui en portent mention) ; je lui ai conseillé de faire une demande de pension, car son état actuel ne lui permet plus de travailler et de subvenir à l'entretien de ses enfants. A-t-il quelque chance d'aboutir et quel taux peut-il obtenir ? Ne pourrait-il bénéficier d'un arriéré depuis la guerre n'ayant rien obtenu ?

Dr M.

**Réponse**

Votre client pourra obtenir une pension d'invalidité à la condition qu'il ait été évacué du *front* pour ses troubles nerveux. Le taux est difficile à fixer d'avance ; il faudrait pour cela être en possession du libellé de l'expertise médicale.

Il n'y a aucun arrérage depuis la guerre à prévoir. Le point de départ de la pension est *légalement* fixé du jour de la première Commission de réforme, qui est appelée à constater l'infirmité en cause.

### 1342. — Conditions de concours pour la Légion d'honneur

Classe 1912, élève à l'Ecole du service de Santé militaire de Lyon, concours 1913, entré à cette école en octobre 1913, mobilisé août 1914, médecin auxiliaire jusqu'en juillet 1917, médecin sous-aide major jusqu'en novembre 1918, aide-major de 2e classe à titre temporaire en novembre 1918, démissionnaire de l'Ecole du Service de santé en juin 1920, aide-major de 2e classe de réserve à titre définitif du 18 mai 1921, aide-major de 1re classe de réserve du 18 mai 1925, trois citations, une au régiment, deux à la division ; père de deux enfants.

Un de mes amis m'a dit que j'aurais dû être proposé pour la Légion d'honneur. Quel est votre avis ?

D'autre part, le Directeur du Service de santé du 16e Corps d'armée me demande si je veux accomplir une période de 21 jours afin de pouvoir par la suite être proposé pour le grade supérieur. Pensez-vous, étant donné que je suis très absorbé par ma clientèle, que j'aie avantage à le faire ?

Dr C.

**Réponse**

1° Il vous faut trente annuités afin d'être, en qualité d'officier de réserve, proposé pour la Légion d'honneur.

Or, actuellement, vous semblez compter au 1er février 1932 : 18 ans de service et 4 mois, plus : 4 campagnes et 3 mois (ceci pour la facilité du calcul), plus jusqu'en juin 1920 : 1 annuité et 8 mois de supplément. Total : 24 annuités et 3 mois.

Les citations à l'armée, seules, comptent chacune pour une campagne. Mais, en raison de vos trois citations, vous pourriez, avec quelque chance de succès, obtenir d'être proposé à titre exceptionnel à 27 ans de service environ.

2° Ayant appartenu à l'active, vous auriez avantage à effectuer cette période, au moment qui vous gênera le moins, après entente avec le Directeur, car vous obtiendrez plus facilement le grade supérieur, ce qui est toujours appréciable.

---

### 1468. — Maintien dans les cadres. Libération. Légion d'honneur

Un médecin capitaine, classe 1894, est avisé par le Service de Santé militaire de sa Région qu'il sera rayé des cadres et classé dans l'honorariat au cours de l'année 1932 (à 5 ans) Son grade de médecin-lieutenant assurait son maintien dans les cadres, jusqu'en 1931.

Le grade de capitaine n'assure-t-il qu'une prolongation de limite d'âge de une année ?

Ce médecin-capitaine promu en 1928, est titulaire de la croix de guerre, de la carte du combattant, membre de l'Association des combattants volontaires. Il est proposé depuis décembre 1924 pour la Légion d'honneur.

Risque-t-il d'être rayé des cadres sans être inscrit au tableau après huit années de propositions consécutives ?

La situation dans l'honorariat de son grade permettra-t-elle qu'il soit encore proposé par le Service de Santé auxiliaire après sa radiation des cadres des officiers de complément ?

Dr P.

**Réponse**

Les officiers de réserve qui ont été *maintenus* dans les cadres, sont libérés à l'âge qui correspond à la retraite des officiers de l'active de leur grade, augmenté de cinq ans, soit :

| | |
|---|---|
| Lieutenants ........ | 52 + 5 = 57 ans. |
| Capitaines .......... | 53 + 5 = 58 ans. |

L'officier en question pourra encore être proposé pour la Légion d'honneur, avant sa radiation, et après sa radiation, au titre des officiers honoraires, mais alors la chose sera plus difficile s'il n'a ni blessure, ni citation, s'il n'est pas « combattant volontaire.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

## *Partie Professionnelle*

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.**



## *Demi-colonnes*



**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

dans les cadres. Avantages et obligations. — Droit de la veuve d'un pensionné de guerre. — Durée des périodes d'instruction. Promotion. — *Accidents du travail* : Certificat d'incapacité permanente partielle. — Frais médicaux postérieurs à la consolidation. — Accident survenu à un patron cultivateur. — *Médecine légale* : Constatation de décès d'un suicidé. — Délai de paiement des honoraires de médecine légale. — Constatation de décès d'un pendu. — *Fiscalité* : Amortissement des frais d'installation. — Admission du caractère professionnel des voitures d'un médecin. — Déduction des cotisations pour retraite. — Salaires fixes et recettes professionnelles. Taxation séparée. — Second appartement non professionnel. Pas de patente.......................... 1748

## AVIS

### I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

### II

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains**. Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains**. Boël.

**Amélie-les-Bains**. Alardo, **Bouix**

**Ax-les-Thermes** (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre** : Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarede.

**Bagnoles-de-l'Orne**. Censier, **Joly**, R. Hügel. Le Gouriérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

**Bains-les-Bains**. **M. Henry**, Lassance, L. Rose.

**Barèges**. Fourment, Orliac, Pinat.

**Besançon La Mouillière**. Tronchon.

**Biarritz**. Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon-Lancy**. Bellœuf, Compin.

**Bourbon-L'Archambault**. Litaud.

**Bourbonne-les-Bains**. Delacroix, **Gay**.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains**. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern**. Pouy.

**Cauterets**. Anglade, **Armengaud**, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon**. J. M. Ballan, Baumann. Casat, de Montgolfier Foucaud, Kolbé, Levadoux, **Mazeran**, **Ribérolles**, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville**. J. Thiéry. Contal.

**Dax**. Armaud Barrau Delmas.

**Divonne-les-Bains** **Ballivet**. Vieux.

**Eaux-Bonnes**. **Creignou**.

**Enghien-les-Bains**. Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains**. **Dr** Sarda.

**Evaux-les-Bains**. G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains**. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux**. Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). **Rigal**.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Féré.

**La Bauche-les-Bains** : Brissaud.

**La Bourboule**. Barthomeuf Albéric Boudry, Cany, Dulliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains**. Goirand.

**Lamalou-les-Bains**. Gauvy (*Rééd. motr.*), M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains**. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon**. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains** : Roger Gauseret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny**. Payen.

**Mont-Dore**. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris**. Ducros. Jossand.

**Plombières-les-Bains** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux**. Hyvert.

**Préchac-les-Bains**. Degos.

**Royat**. Cany, Mougeot.

**Salers**. Rongier.

**Salies-de-Béarn**. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bains** Bourny.

**Salies-du-Salat**. Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan**. François.

**Saint-Didier**. (Vau.) Masquin.

**Saint-Gervais-les-Bains**. Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains**. Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches** : Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire**. Sérane, Siguret Versepuy.

**Santenay-les-Bains**. Boudeille.

**Sermaize-les-Bains** Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage**. Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains**. David.

**Vernet-les-Bains**. Ponson.

**Vichy**. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon. Cotar, Déléage, Fasré (Ch.) (*stom.*). Faugan iat, Lere. Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel** Adda, G. Constant, Monsseaux.

## Renseignements

La meilleure et la plus rapide des méthodes pour absorber un médicament, c'est l'**absorption perlinguale**. Donnez-donc du manganèse sous forme de TABLETTES DE MANGAINE dans les dyspepsies par auto-intoxication.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

**Silicyl** réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

*Ne pas confondre* **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

**Héliothérapie**. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

## DEMANDES et OFFRES

Nº 181. — Nord. Bon poste, rapp. import., libre depuis Pâques pour rais. santé après 13 ans client., à reprendre de suite sans indemn. Seule condit., locat. belle maison 12 p. tout conf. jardin, garage, 6.000. 2 kilom. ville import.

Nº 182. — Bon poste à céder ch.-lieu canton rég. parisienne, contre pet. indemn. Raison famille.

Nº 183. — Suis acheteur bon état étuve Poupinel (0,35 à 0,45) Autoclave, diam. int. 0,28 à 0,38, et lavabo avec bouilleur. Dr Fleurance, 2, rue de la Pie, à Fontenay-le-Comte.

Nº 184. — Achèterais formule de spécialité pharmaceutique scientifique.

Nº 185. — Jeune confr., permis conduire, habitude remplacem., remplacerait confr. courant septembre, région indiffér.

Nº 186. — Jeune femme française, apparten. à milieu médical, instruite, bonne secrét. sténo-dactylo, demande emploi pour toute la journée. Mme Lopez, 22, rue Barrault, Paris.

Cabinet Breitel & Gobet

1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46

1º Poitou, proxim. ville propharm. prod. intéres. maison neuve. Prix 10.000 francs, urgent.

2º 110 kil. Paris sur grande ligne, dans joli site anc. poste propharm., maison confort. Indem. 5.000 francs.

3º Nord. Jolie stat. baln., client. tte l'année, agréab. peu de frais. Indemnité 30.000 francs.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès international de la lithiase biliaire.** — Vichy, 19-22 septembre 1932. — Le Bureau du Congrès international de la lithiase biliaire, qui doit se tenir à Vichy du 19 au 22 septembre prochain, nous informe que les grands réseaux français ont accordé aux adhérents au Congrès une réduction de 50 % sous forme de bons individuels.

La validité de ces bons qui devait être de quinze jours vient d'être prolongée et ils pourront être utilisés du 1er au 30 septembre, ceci dans le but de permettre en particulier aux médecins étrangers qui assisteront au Congrès, de séjourner plus longtemps en France s'ils le désirent.

Les bons seront valables du lieu de résidence (ou de la gare d'entrée en France) à Vichy, et de Vichy au lieu de résidence (ou à la gare de sortie de France) avec passage facultatif par Paris.

Le droit d'inscription est de 50 francs pour les membres titulaires, donnant droit aux publications du Congrès, et de 25 francs pour les membres associés.

La limite des inscriptions est fixée au 1er août.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations, doivent être adressées au Docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès interna-

tional de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

— **L'Association américaine pour l'étude du goître** tiendra, du 14 au 16 juin 1932, à Hamilton (Canada), un Congrès où seront examinés les différents problèmes soulevés par la question du goître. Des rapports seront présentés par MM. C. H. Mayo, Collip, A. Lockwood, etc.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — *Concours de chef de clinique oto-rhino-laryngologique* — Ce concours, ouvert le 27 avril dernier, s'est terminé par les nominations suivantes : chef de clinique titulaire ; Docteur Pourtal ; chef de clinique adjoint : Docteur M. Prévot.

— **Hôpitaux d'Orléans.** — *Internat.* — Un concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire, aura lieu auxdits établissements, le mardi 19 juillet 1932, à 10 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur.

— **Ministère du Commerce et des Postes, Télégraphes et Téléphones.** *Service médical à Lyon.* — Un concours sur titres aura lieu, en juillet 1932, au ministère du Commerce et des P. T. T., à Paris, en vue de la nomination, à Lyon, d'un médecin de circonscription.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 30 ans au moins et de 40 au plus, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés au concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Lyon, *avant le 1er juillet prochain.* Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

— **La Caravane universitaire** (Dir. Roy, professeur au Collège de Gaillac, Tarn) convie les Médecins et leurs familles aux voyages d'études qu'elle organise pour le Spitzberg, Jérusalem, le Maroc, l'Espagne, les Etats danubiens, la Grèce, l'Italie, l'Angleterre, etc. Ensemble des programmes, un franc.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

21 MAI

**Enseignement de la médecine.**

M. Lemierre, professeur de bactériologie est transféré, à partir du 1er octobre 1932, dans la chaire de clinique de maladies infectieuses de la Faculté de Paris (dernier titulaire : M. Tessier, décédé).

---

La chaire de bactériologie de la Faculté de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Dr Vigneron d'Heucqueville est nommé médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le Dr Magnant, appelé à un autre poste.

**Service de santé militaire**

*Tableau d'avancement (réserves) pour* 1932.

*Troupes métropolitaines.*

*Pour le grade de médecin colonel.*

Les méd. lieut.-col. : Pascal, Nobécourt, Lenormant, rég. Paris ; Metzquer, 10e rég. ; Cristiani, Maroc ; Combe, 14e rég. ; Lallement, 15e, Merklen, 20e ; Trille, 17e.

*Pour le grade de médecin-lieutenant-colonel.*

Les méd. comm. : Bertele, 17e rég. ; Julia, rég. Paris ; de Furst, 12e rég. ; Tiberi, rég. Paris ; Brunetière, 18e rég. ; Cestan, 17e ; Lantieri, 14e ; Hahn, 15e ; Grenie, 10e ; Leriche, 14e ; Berton, 6e ; Gallet, 14e ; Mayrac, 17e ; Geniaux, 11e ; Lenoble, 6e ; Berge, 16e ; Olmer, 15e ; Garnier, rég. Paris ; Bruzon, 11e rég. ; Collin, 20e ; Grégoire, rég. Paris ; Le Lorier, 5e rég. ; Barbin, 2e ; Costa, 19e C. A. ; Robert, 20e rég. ; Triqueneaux, 1re ; Nordmann, 13e rég.

*Pour le grade de médecin commandant.*

Les méd. capit. : Louyriac, 14e rég. ; Jacobée, 11e ; Jaubert, 15e ; Leques, 11e ; Dupouy Pietkiewicz, rég. Paris ; Truchet, 14e rég. ; Hubert, 10e ; Jacquot, 7e ; Merson, 11e ; Herbinet, 5e ; Bonnet, 14e ; Lambert, 5e ; Paoli, rég. Paris ; Canuet, 3e rég. ; Veillon, 13e ; Lemoine, 10e ; Reveillaud, 12e ; Rousseau, 13e ; Vayssière, 15 e ; Aronssohn, 7e rég. ; Desplats-Desoutter, 1re ; Michel, 15e ; Plateau, 10e ; Morvan, 11e ; Coupe, rég. Paris ; Mège, 15e rég.

Roudinesco Rouhier, rég. Paris ; Desnoyes Cazal, 16e rég. ; Rochu, 15e ; Sourdeau, 4e ; Roux, 15e ; Espinet, 12e ; de Barbier de La Serre, 17e rég. ; Murard, 14e ; Coillot, 72 ; Kœnig, 5e ; Piollenc, 15e ; Bettinger, 6e ; Toutain, 8e ; Ferrand, 11e ; Mosnier,

Maroc; Marquet, 5e rég.; Armengaud, rég. Paris ; Faugeron, 12e rég. ; Lévy-Franckel, 20e ; Imbaud, 18e ; Igonet, 15e ; Pironneau, rég. Paris; Arsimoles, 20e rég. ; Somen Henoch, rég. Paris ; Roblin, 16e rég. ; Tussau, 14e ; Reverdy, 4e ; Oppert, rég. Paris ; Narboni, 19e C. A. ; Pignot, rég. Paris ; Ciaudo, 15e rég. ; Gautier, 4e ; Dutheil, 3e rég. ; Siauve, 1re ; Grias, 9e ; Delapchier, rég. Paris ; Paire, 19e C. A.

Perrier, 20e rég. ; Goupil, 8e ; Limouzi, 5e ; Flurin, rég. Paris ; Michel, Maroc ; Caussade, 20e rég. ; Coste, 14e ; Retrouvey, 18e ; Sorrel, 19e C. A. ; Guyot, 8e rég. ; Arbez, 13e ; Jarry, rég. Paris ; Laban, Maroc ; L'Hirondel, 3e rég. ; Algan, 20e ; Marre, 5e ; Pesnel, 4e ; Paoletti, Maroc ; Rue, 3e ; Joliez, 6e ; Brohan, 2e ; Quilichini, 15e ; Noël, 14e ; Levieil, 4e ; Langlet, 6e ; Fiessinger, rég. Paris ; Lemarchal, 2e rég. ; Guimbellot, rég. Paris ; Chenet, 10e rég. ; Simonin, 6e Salomon, 11e ; Duhot, 1re ; Le Mière Vignes, rég; Paris ; Martignon, 5e rég. ; Nadaud, 7e ; Granger. 19e C. A. ; Metzger, rég. Paris ; Watrin, 20e rég. , Bourquard, 7e ; Billant, 10e ; Molin de Teyssieu, 18e ; Chalot, 17e ; Legrand, 3e ; Basset, rég. Paris. ;

*Pour le grade de médecin capitaine.*

Les médec. lieut. : Riche, 5e rég. ; Cambillet, 19e C. A. ; Remusat, 16e rég. ; Corrèges, 18e ; Alberti, 19e C. A. ; Bosc, 18e rég. ; Pujade, 16e ; Passelègue, 15e ; Masé, 3e ; Gaufroy, 5e rég. ; Abbatucci, 15e ; Barnaud, 14e ; Soum, 16e ; Bonlangier, 6e ; Villar, 18e ; Autier, 1re rég. ; Door, rég. Paris ; Cloombet, 14e rég. Vialle, 16e ; Bellec, 10e ; Labayle, 18e : Delas, 17e ; Bertrand, 15e ; Hauger-Gounouilhou, 15e ; Voutier, 14e ; Mazet, 14e ; Haguet, rég. Paris ; Mireur, 15e rég. ; Jannot, 6e ; Wallon, rég. Paris ; Lebreton, 11e rég. ; Temporal, 14e ; Cohen, rég. de Paris ; Aboucompain, 13e rég. ; Caron, rég. de Paris ; Delort, rég. Paris ; Mugniéry-Kocher, 14e rég. ; Bajac, 18e ; Eparvier-Orsat, 14e ; Moutier, rég. Paris ; Arnaud, 15e rég. ; François, 13e ; Guiol, 15e ; Segrette, 5e ; Froger, rég. Paris ; Durand, rég. Paris ; Richard, 14e rég. ; Dufourg, 18e ; Maffei, 14e ; Labrue, 12e ; Maury, de Suau de La Croix, 17e ; Pitre, 14e ; Colpart, 1re ; 16e ; Deriencourt, 4e ; Parmentier, 1re ; Bouffard, 18e ; Vauzanges, 8e ; Challet, 11e ; Clément, 15e ; Franquet, 13e.

Lafond, 13e rég. ; Plagniol, 16e ; Colleville, 1re ; Florence, 14e ; Cléret, 15e ; Clément-Pierquin, rég. Paris ; Barbary, 9e rég. ; Bordes, 15e rég. ; Sappey-Michel, 14e ; Swynghedauw, 1re ; Delrieu, 18e ; Lacroix, 3e ; Bertoin, 14e ; Galop, rég. Paris ; Forestier, 14e rég. ; Deudon, 1re rég. ; Robert, 9e ; Guillon, 11e ; Devuns, 14e ; Bourgoing, 16 ; Fourrier, rég. Paris ; Letoublon, 7e rég.

Moineau, 5e ; Bonnet, rég. Paris ; Paul, 2e rég. ; Bernheim, 14e ; Mordret, 4e ; Besnier, 11e ; Flandrin, rég. Paris ; Barbier, 8e rég. ; Clap, 15e ; Vergnory, 14e ; Barthélémy, 20e ; Woillez, 1re ; Delavierre, rég. Paris ; Guilleminet, 14e rég. ; Tizon, 10e ; Massias, Indochine ; Gelas, 14e rég. ; Drouet, 20e ; Dattin, 11e Leclercq, 1re ; Plumey, 15e ; Boudeille, 14e ; Vazeux,

Laurent, rég. Paris ; Louf, 1re rég. ; Barbier, 14e ; Lorrain, 20e ; Pechenart, 6e ; Aubin, Baudoin, Dupuy, rég. Paris ; Eymard, 13e rég. ; Barbier, 14e ; Otton, 7e Hézard, Indochine ; Lelong, rég. Paris ; Chazaud, 12e rég. ; Rousseaux, 6e ; Ernest, 14e.

Sizaret, 4e ; Boussange, 7e ; Marchal, rég. Paris ; Laplane, 15e rég. ; Boulva, 15e ; Bédu, 5e ; Froge,; Levant ; Delage, Lébée, rég. Paris ; Piquet, 1re rég. Escale, Indochine ; Collin, 3 e rég. ; Dresch, Charles, rég. Paris ; Oddo, 15e rég. ; Grenier, Brillaut, Chopin, rég. Paris ; Rouquet, 15e rég. ; Castex, 18e ; Potheau, 5e ; Bardet, 8e rég. ; Lévi, Valensin, 19e C. A. ; Potez, Tristan, 3e rég. ; Behague, Lefevre, Caillet, rég. Paris ; Goudet, 15e rég. ; Piot, rég. Paris ; Blaise, 20e rég. ; Palais, 14e ; Cornudet, 3e ; Jacquelin, rég. Paris; Billard, 7e rég. ; Pollosson, 14e ; Dognon, 12e ; Raison, rég. Paris ; Borey, 20e rég. ; Perrault, 8e.

Perrault, 8e ; Leroux, Rachet, Paychère, rég. Paris ; Chapuis, 14e rég. ; Chéry, 20e ; Watel, rég. Paris ; Schlesser, 2e rég. ; Rouy, Descola, Monod, rég. Paris ; Duchamp, 2e rég. ; Jacquelin, Laemmer, rég. Paris ; Delacloche, 12e rég. ; Bru, 16e ; Moreau, rég. Paris ; Foldite, 6e rég. ; Jaouen, 11e ; Blamoutier, rég. Paris ; Baylac, 17e rég. ; Castelli, 15e ; Gaudot, rég. Paris ; Jaillette, 1re rég. ; Veil, Florand, rég. Paris ; Ferrieux, 14e rég. ; de Sallier, Dupin, 11e ; Hidden, Houdeau, Huas, rég. Paris ; Vallée, 4e rég. ; Muller, 7e ; Thomas, A. E. F. ; Deguy, Massie, Vigouroux, rég. Paris ; Serame, 13e rég. ; Galliard, rég. Paris ; Verger, 12e rég. ; Pauty, Maroc.

Gaugier, rég. Paris ; Plait, 8e rég. ; Charbon, 14e ; Martin, 3e ; Guillemin, rég. Paris ; Engelhard, 7e rég. ; Laburthe, Tolra, 4e ; Heitz, 7e ; Binet, rég. Paris ; Courtot, 7e rég. ; Huet, rég. Paris ; Petitjean, rég. Paris ; Parry, 12e rég. ; Téta·d, rég. Paris ; Picard, 15e rég. ; Lebon, 19e C. A. ; Perrussel, Tunisie ; Marissal, 16e rég. ; Joseph, 8e ; Bonnet, Renard, rég. Paris ; Sauterau, 13e rég. ; Vogt, 20e ; Surun, 12e ; Gambillard, 3e ; Chalut, 13e ; Loiseau, 5e ; Baranger, 4e ; Mourgeon, 7e ; Bonafe, 14 e ; Batailh, 14e.

Meyer Keller Allenbach, 20e rég. ; Lavier, rég. Paris ; Codaccioni, 15e rég. ; Apard, rég. Paris ; Adrian, 3e rég. ; Martin, 16e ; Wickham, rég. Paris ; Demelin, 2e rég. ; Reverdy, rég. Paris ; Chereau, 4e rég. ; Clément, 3e ; Sédillot Richard, Gastinel, Talheimer, rég. Paris ; Delplace, 1re rég. ; Bouniol, 15e ; Le Chaux, 19e C. A.

*Troupes coloniales.*

*Pour le grade de médecin colonel.*

Bloquet, rég. Paris, Salabert-Strauss, rég. Paris.

*Pour le grade de médecin lieutenant- olonel.*

Rousseau, rég. Paris ; Koun, 15e rég. ; Vielle, Indochine.

*Pour le grade de médecin commandant.*

Bodros-Théron, Indochine ; Carlèbre, 15e rég.

*Pour le grade de médecin capitaine.*

Poirier, A. O. F. ; Kulozewski, A. E. F. ; Bertraud,

Antilles ; Monnier-Rossi, A. O. F. ; Tivollier, Pacifique ; Quénardel, Daléas, Bourguel, Indochine.

22 MAI

**Enseignement de la médecine.**

La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

## SERVICE MILITAIRE

### Permissions prévues à l'article 45 de la loi du 31 mars 1928

**(Sursitaires pourvus du brevet de préparation militaire)**

L'instruction du 17 mars 1930 réglant le mode d'attribution des permissions prévues par l'article 45 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée est complétée par un titre V *bis* ainsi conçu :

V *bis*. — *Militaires titulaires du brevet d'aptitude physique, du brevet de préparation élémentaire au service militaire ou du brevet de préparation militaire supérieure.*

L'article 45 *bis* de la loi du 31 mars 1928 (article 8 de la loi du 16 février 1932) précise que « les jeunes gens titulaires du brevet d'aptitude physique bénéficient d'une permission exceptionnelle de six jours ; ceux titulaires du brevet de préparation élémentaire au service militaire et du brevet de préparation militaire supérieure, d'une permission exceptionnelle de huit jours. »

Les intéressés pourront bénéficier de cette permission exceptionnelle supplémentaire, en totalité ou en partie, soit à l'occasion des fêtes (Pâques, Pentecôte, Noël, Jour de l'An...), sans qu'il soit exigé d'eux qu'ils aient accompli cinq mois de services, soit au moment où ils obtiendront leur permission normale, à laquelle elle pourra s'ajouter en sus des journées de permission pour reconnaître la manière de servir.

Les dispositions des paragraphes 1er et 4e du titre VI (dimanches et jours fériés et permissions supplémentaires à titre de délai de route) ne sont pas applicables à l'occasion de cette permission.

(*Modificatif du* 28 *avril* 1932.)

## ASSURANCES SOCIALES

### Médecins militaires et soins gratuits

Vient de paraître à la date du 13 mai 1932 la circulaire ci-après précisant la conduite à tenir par les médecins militaires appelés à donner leurs soins à des familles de militaires désireuses de bénéficier des avantages prévus dans les lois et règlements relatifs aux assurances sociales.

La question a été posée de savoir si les médecins militaires qui, aux termes des règlements en vigueur, sont appelés à donner gratuitement leurs soins aux familles des militaires de carrière doivent signer, le cas échéant, la feuille d'indisponibilité destinée à permettre aux intéressés de bénéficier des avantages prévus dans les lois et règlements relatifs aux assurances sociales.

Cette question doit être résolue par la négative.

Toutefois le médecin militaire portera au travers de cette feuille d'une manière apparente la mention : « Assuré soigné gratuitement par un médecin militaire. »

De cette manière, aucun payement ne pourra être effectué, en ce qui concerne les soins médicaux, pour les feuilles de maladie qui comporteront cette mention, mais les intéressés pourront utiliser ces feuilles pour faire valoir éventuellement leurs droits à l'indemnité journalière de maladie et au remboursement des frais pharmaceutiques ou autres ordonnés par le médecin.

### Emploi d'instruments par les sages-femmes

Une sage-femme tient une maison d'accouchements, où elle reçoit un certain nombre de pensionnaires.

Parfois, au cours du travail, il faut utiliser un instrument, tel que des ciseaux, pour pratiquer un petit débridement de la vulve trop étroite. D'autres fois, pour rompre la poche des eaux, alors que la dilatation est complète, on emploie les pinces et ciseaux.

En agissant ainsi, la sage-femme fait-elle de l'exercice illégal de la médecine, parce que sortant des attributions à elle conférées par la loi du 30 novembre 1892 ?

*Stricto sensu* et en droit pur, la sage-femme ne doit pas se servir d'instruments. Ce n'est que dans le cas où elle en reçoit l'ordre d'un médecin, qu'elle peut, comme une infirmière, utiliser tel ou tel instrument.

Mais, en pratique, il faut tout d'abord éliminer les cas d'urgence, au cours desquels il faut agir vite, sans qu'on ait le temps de faire appel aux secours de l'homme de l'art. Une vie humaine est en danger, il faut parer au danger urgent.

Lorsque le temps ne presse pas, la sage-femme agira toujours prudemment, en se faisant assister par un docteur en médecine. Il n'y a aucun déshonneur à ce qu'une sage-femme fasse appel à un médecin, puisque la loi limite sa liberté d'exercice. Et ce sera plus prudent, au cas où des complications surviendraient, pouvant entraîner des poursuites en responsabilité professionnelle.

Dans le cas qui nous est soumis, il est indispensable de différencier les cas, au cours desquels il faut rapidement faire la petite intervention, dont s'agit, avec les faits d'habitude.

Ainsi serait répréhensible la sage-femme qui, systématiquement, chez les primipares, ferait une incision vulvaire, sans avis du médecin.

Je sais bien que le statut des sages-femmes devrait être réformé, pour que leurs études étant modifiées, elles puissent se trouver dans une situation professionnelle adéquate à la situation scientifique actuelle. Mais la loi n'est pas encore changée ; nous vivons toujours sous le régime de la loi du 30 novembre 1892, qui fait interdiction aux sages-femmes de se servir d'instruments. *Dura lex, sed lex.* Que les sages-femmes qui ne veulent pas avoir d'histoires observent scrupuleusement la loi, cependant que leurs syndicats professionnels étudieront, de concert avec les syndicats médicaux, la réforme de la loi de 1892.

Dr Paul BOUDIN.

# CORRESPONDANCE

## Questions médico-militaires

### 1472. — Promotion au grade de médecin lieutenant

Classe 1920, engagé spécial de trois ans, j'ai fait trois ans de service de 1920 à 1923.

J'ai passé l'examen de médecin auxiliaire en 1924.

En 1927, on me fixe une période de 28 jours avec ma classe. A ce moment, je demande à être nommé médecin aide-major, ayant passé ma thèse en juillet 1926. Ma demande a dû être faite en mai, pas nommé avant mes 28 jours faits en août, seulement nommé à un galon en octobre 1927 avec effet du 10 octobre 1924.

Ayant lu quelque part que les médecins à un galon passaient automatiquement à deux sans période, je ne m'en préoccupe pas davantage.

En janvier 1932, je reçois une convocation pour une période de 21 jours pour être nommé au titre de lieutenant, l'an dernier on m'avait proposé une période de 15 jours seulement.

J'ai été à la direction du Service de santé où on m'a déclaré que la nomination de sous-lieutenant à lieutenant ne se faisait plus.

Cela se peut, mais étant nommé avec effet d'octo-

*Voir la suite page LV-1793*

# PROPOS DU JOUR

## La Maison du Médecin

**L'Assemblée générale de la Société. — Les résultats de la vente et de la tombola. — Le château des Charmilles à Valenton : les améliorations déjà réalisées et les améliorations prochaines. Les meilleures conditions d'existence des pensionnaires. — L'œuvre de la Maison du Médecin jugée en dehors du Corps médical dans la Presse par un éminent philanthrope, M. le sénateur Paul Strauss.**

L'Assemblée générale annuelle de la Maison du Médecin a eu lieu sous la présidence de M. le Dr Cazin. Elle nous a permis d'applaudir au développement de cette œuvre qui devient de plus en plus importante et qui, si les dons et les legs que nous entrevoyons se réalisent, aura avant peu un portefeuille assez important pour la mettre à l'abri des aléas des ventes et des tombolas, qui sont actuellement indispensables au fonctionnement régulier de l'institution.

Hâtons-nous de dire que la récente vente et sa tombola, malgré la crise économique et malgré quelques coïncidences fâcheuses, ont été un succès.

Les recettes ont atteint 155.000 francs environ, chiffre un peu inférieur à celui de la vente et de la tombola de 1930, mais qui a dépassé très notablement nos prévisions. Il importe de remercier ceux à qui nous devons ce succès : Mme Claisse et ses collaboratrices qui assument la tâche de plus en plus difficile d'organiser la vente et dont on ne saurait trop vanter l'inlassable dévouement, M. le Docteur Boucard, Mme Boucard et le personnel de leur maison, qui, chaque fois, assurent le succès de la tombola.

Le château des Charmilles à Valenton et ses hôtes peuvent envisager l'avenir avec sérénité.

Nous avons à plusieurs reprises parlé des importantes améliorations de Valenton et des projets que ses administrateurs avaient à cœur de réaliser. Nos lecteurs connaissent l'infirmerie modèle qui est ouverte depuis l'an passé.

Au-dessus, grâce à de nouveaux dons qui se multiplieront encore, nous l'espérons, et à une seconde subvention du Pari mutuel, cinq nouvelles chambres, prévues lors de la construction de l'infirmerie, vont être aménagées. Ce qui permettra de porter à trente au moins le nombre des pensionnaires. Un ascenseur va être incessamment installé et nos pauvres octogénaires n'auront plus à gravir péniblement les deux étages du château pour gagner leur chambre.

La façade va être ravalée, ce qui depuis plusieurs années s'imposait.

Une autre amélioration qui est fort appréciée de nos pensionnaires et n'a pas peu contribué à relever leur moral, c'est l'établissement d'un service régulier et fréquent d'autobus qui, en quelques minutes, relie Valenton à la station de Villeneuve-Saint-Georges.

Valenton, auparavant, surtout en hiver, donnait l'impression malgré son confort et ses charmes, d'un lieu de relégation. A trois kilomètres de la station de chemin de fer, kilomètres que l'on ne pouvait guère parcourir qu'à pied, nos pensionnaires se sentaient isolés et souvent dans l'impossibilité de sortir ou de recevoir les visites de leurs parents et de leurs amis. Il en est actuellement tout autrement et en une demi-heure environ, on peut aller de Valenton à Paris.

Nous devons témoigner toute notre reconnaissance au Directeur, M. Glaize et à Mme Glaize qui, avec une sollicitude touchante, s'efforcent d'assurer le plus économiquement possible le bien-être des hôtes de la Maison du Médecin. A l'époque critique que nous traversons, nous sommes bien obligés de parler d'économies.

Chaque pensionnaire revient à 25 francs par jour et nous croyons pouvoir affirmer qu'à l'heure actuelle, ils sont tous satisfaits de leur sort.

Grâce à Mme Claisse dont nous ne saurions trop publier les bienfaits et à Mme Rudolf-Dupont, la secrétaire administrative, un vestiaire est organisé pour pourvoir à la garde-robe de nos vieux confrères les plus démunis et pour leur procurer discrètement quelques douceurs.

A l'Assemblée générale, deux nouveaux administrateurs ont été élus, ce sont notre ami, G. Duchesne, qui nous aidera de ses conseils, de son expérience et contribuera puissamment à la prospérité de l'œuvre, puis le Dr Mondain, l'organisateur de ce dîner qui porte le nom pittoresque de « La Bidoche », dîner dont les convives ne

sont pas seulement des médecins, mais qui n'est composé que de bienfaiteurs du château des Charmilles. Le revenu des quêtes de « La Bidoche » qui s'élève chaque année à plusieurs milliers de francs est destiné à acquérir dans le nouveau cimetière de Valenton une concession pour nos morts et d'y élever un tombeau. Pieuse pensée, surgie au milieu d'une fête gastronomique, dont nous soulignons la touchante délicatesse.

Les convives de « La Bidoche » tout en songeant aux morts, n'oublient pas les vivants. Le lendemain de leur dîner, des envois de victuailles sont adressés à Valenton pour améliorer l'ordinaire.

Ces quelques détails permettent à nos lecteurs de se rendre compte de tout ce qui est fait pour que la Maison du Médecin soit un asile confortable, agréable, familial où nos vieux confrères que la détresse a mis dans l'obligation de s'y réfugier, peuvent paisiblement, même agréablement, à l'abri de tous les soucis, de toutes les préoccupations d'ordre matériel, passer les dernières années de leur existence.

Rappelons que la veuve du fondateur de la Maison du Médecin, Mme Courtault, s'est éteinte cette année à Valenton, où, avec une bienveillante sérénité, elle s'efforçait de dissiper la tristesse et de réconforter dans les moments de dépression, ceux dont elle partageait la vie.

Une œuvre vaut surtout par l'activité, la générosité et le dévouement de ceux qui s'en occupent.

La Maison du Médecin est, à ce point de vue tout particulièrement favorisée. Le Président, Dr Cazin, les vice-présidents Professeurs Cunéo et Laignel-Lavastine, les secrétaires généraux, Drs Dupuy de Frenelle et Régis, les trésoriers, Drs Dartigues et Digeon assurent sa prospérité.

« Mais, nous objectera-t-on, en appréciant la Maison du Médecin, comme vous le faites, vous êtes un mauvais juge, un juge partial ; vous avez si souvent vanté son organisation et fait un tableau si séduisant du château des Charmilles qu'il n'est guère possible de vous croire sans réserves. Vous nous paraissez voir cette institution avec les yeux d'un enthousiaste qui veut faire partager à ses lecteurs les illusions d'un mirage dont il est la victime. »

Il y a sans doute quelque chose de juste dans cette objection. Aussi, comme nous nous défions de notre impartialité, nous allons donner sur Valenton l'opinion désintéressée d'une haute personnalité étrangère au Corps médical qui, après avoir visité le château des Charmilles, a écrit l'article suivant que nous tenons à publier en entier :

**La Maison du Médecin**

Les bonnes œuvres sont peu connues ; elles n'ont pas l'énorme publicité des mauvaises actions. C'était l'opinion du Président Loubet et celui-ci, dans ses allocutions familières, ne manquait pas de se plaindre de cette différence de régime en faveur des crimes et délits.

C'est l'impression que je viens de ressentir à nouveau dans une visite récente à une œuvre de confraternité médicale, dont les administrateurs ont bien voulu me faire les honneurs au cours de l'inauguration intime de l'infirmerie nouvellement construite.

Avant la guerre, un médecin aujourd'hui disparu, le Dr Courtault, a été l'inspirateur de l'idée tendant à aménager une maison de repos, d'un genre tout particulier, à l'usage de ses confrères fatigués ; il eut la chance de pouvoir acquérir dans les environs de Paris, à Valenton, commune rurale de Seine-et-Oise, un château de très bon goût, entouré d'arbres. L'ancienne propriété, qui avait appartenu à un personnage célèbre du second Empire, avait été morcelée et réduite ; mais la résidence principale subsistait avec un véritable parc. C'est dans ce véritable château, plus tard possédé par un parent de Victor Schoelcher, le grand républicain, qu'est installée la Maison du Médecin, destinée à servir de refuge familial aux praticiens auxquels la fortune n'a pas souri.

Le Professeur Reynier, d'abord, le Docteur Maurice Cazin à cette heure et depuis plusieurs années, ont assumé la charge de la présidence, qui n'est pas une sinécure. La presse médicale prête un concours généreux aux ventes de charité qui servent en grande partie à équilibrer le budget de l'établissement et le Dr Maurice Cazin est secondé dans sa tâche délicate par son confrère et ami le Dr Paul Dupuy de Frenelle, comme lui chirurgien réputé.

Ce qui caractérise cette résidence, au point de vue technique, c'est qu'elle se rapproche le plus possible du type familial. C'est à proprement parler, une maison de famille, à prix réduits, pour ménages et pour célibataires. Les occupants ont la faculté, comme d'ailleurs dans les maisons de retraite payantes de l'Assistance publique de Paris, de meubler leur chambre à leur gré et de passer ainsi leurs dernières années dans un cadre familier.

Il est reconfortant de constater que, dans de nombreuses professions le sentiment de solidarité professionnelle n'est pas en décroissance et qu'au contraire il tend à se développer.

Les médecins dont on a trop tendance à médire et qui sont aux prises comme toutes les

catégories de travailleurs, avec les difficultés de l'après-guerre, ne font pas tous fortune ; beaucoup ont peine à vivre et ce n'est pas sans motif que le Sénat examine à l'heure actuelle la proposition Armbruster tendant à remédier, en partie, à la pléthore médicale.

Mais, en dépit de certains conflits qu'a fait naître l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite, ou sur les œuvres de secours médicales, ou sur les assurances sociales, il y aurait injustice à généraliser les reproches et à considérer uniquement cette profession d'élite sous l'angle commercial. Le médecin de campagne, celui qu'a décrit Balzac, n'a pas disparu et toutes les villes peuvent revendiquer surtout parmi les vétérans, des modèles de désintéressement et de dévouement.

Nous sommes nombreux à penser — et la déclaration a été faite à la Chambre lors de la discussion du collectif — que la jurisprudence actuellement suivie par l'application de la loi sur les assurances sociales ne pourra pas être maintenue telle quelle et que, notamment, le tarif de responsabilité des caisses d'assurances contre la maladie doit se rapprocher de plus en plus du prix réel de la prestation médicale ; mais ce désir, conforme à l'équité, ne doit en rien porter préjudice aux praticiens, tout en sauvegardant davantage les intérêts des assurés.

Des institutions corporatives, comme celle de la Maison du Médecin, comme d'autres encore, démontrent de la façon la plus saisissante que le prolétariat intellectuel jadis dénoncé avec talent par Henry Bérenger, n'est pas une fantaisie de l'esprit, qu'il existe réellement et qu'il est de nature à préoccuper l'opinion publique. La Chambre a voté, dans cet ordre d'idées, une proposition présentement soumise au Sénat sur la retraite des clercs de notaire et même des petits notaires.

Il ne faut pas laisser croire que le régime général des assurances sociales porte atteinte aux libres délibérations et met en péril la prévoyance facultative, la prévoyance mutuelle.

L'histoire nous apprend que les attributions peuvent se déplacer à mesure que s'étend une législation d'altruisme. L'assistance médicale gratuite n'a pas supprimé la mutuelle et celle-ci doit se développer non seulement dans le fonctionnement de l'assurance sociale, mais encore en marge de celle-ci.

La Maison du Médecin fait tant d'honneur à ses administrateurs, à ses dames patronesses, femmes de médecins pour la plupart, qu'il m'a paru utile de la signaler à la fois pour ce *qu'elle représente comme type d'assistance familiale et professionnelle et comme un exemple à suivre pour toutes les professions libérales, dont aucune n'échappe aux aléas, aux difficultés de l'existence.*

Paul Strauss.

*Petit Marseillais* du 28 juin 1931.

Tous ceux qui connaissent le passé de M. le Sénateur Paul Strauss, ancien ministre, qui a consacré sa vie à l'étude et à l'amélioration des œuvres d'assistance, de bienfaisance, de solidarité, savent qu'il ne saurait y avoir de meilleur juge pour apprécier la Maison du Médecin à sa valeur et tous ceux qui concourent à la prospérité du château des Charmilles ont le droit d'être fiers de la bonne opinion qu'un homme aussi éminent a rapportée de quelques heures passées au milieu des pensionnaires de la Maison du Médecin.

J. Noir.

---

La *souscription pour l'infirmerie* qui n'est pas close, a reçu les sommes suivantes dont nous remercions les généreux donateurs :

| | |
|---|---|
| Madame Arbel (en mémoire du Dr Arbel) | 15.000 |
| Dr Devraigne | 1.000 |
| Dr G. | 500 |
| Dr de Lannoïse | 500 |
| Dr Perpère (Mont-Dore) | 500 |
| Lab. de l'Ile-de-France | 500 |
| Dr Gaiget | 500 |
| Dr Vimont | 500 |
| Syndicat des médecins de Pithiviers | 200 |
| Dr Colignon | 100 |
| Madame Gagnière | 100 |
| Dr Ganegaly | 100 |
| Dr Guérin-Beaupré | 100 |
| Dr A. Marissal | 100 |
| Dr Vaille | 50 |
| | 20.250 |

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LE RHUMATISME SYPHILITIQUE

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse,

Il est aujourd'hui universellement admis que la syphilis peut frapper les articulations comme elle frappe les autres organes, et qu'elle peut y déterminer un certain nombre de troubles dont l'origine spécifique est indéniable.

Ces manifestations ont été connues d'assez bonne heure, puisque aux XV[e] et XVI[e] siècles, on en trouve des indications dans un certain nombre d'écrits (Villalobos, 1498 ; Fracastor, 1546 ; A. Paré, 1561 ; Ozanam, 1578). Il semble que par la suite ces premières notions tombèrent dans l'oubli, car on ne trouve dans les siècles qui suivent que quelques rares observations, et il faut arriver jusqu'en 1853, pour trouver un travail d'ensemble sur la syphilis articulaire.

A la suite des publications de Chomel (1837) et de Hunter (1840), Richet publia en 1853 un mémoire resté célèbre où il montra que, dans un grand nombre de cas, la syphilis pouvait donner naissance à des manifestations articulaires. Ces conclusions, violemment attaquées par un certain nombre d'auteurs, tels que Ricord et que Panas, ne tardèrent pas cependant à être confirmées, et les recherches de Lancereaux (1863 et 1873), de Fournier, de Voisin (1875), de Bouilly (1875), de Defontaine, de Méricamp (1882), de Morestin (1901), et la thèse de Fouquet (1905), montrèrent tout ce qu'avait de juste le travail de Richet.

La syphilis peut donc déterminer des troubles articulaires, mais la nature de ces troubles varie beaucoup : suivant en effet que l'action du tréponème aura été légère ou puissante, suivant que cet agent aura pour ainsi dire simplement *léché l'articulation* ou, au contraire l'aura profondément *mordue*, et suivant aussi la partie constitutive de l'articulation, synoviale, cartilage, épiphyse, qui aura été particulièrement touchée, on pourra avoir affaire à des formes variées d'arthropathies donnant chaque fois lieu à des tableaux cliniques bien différents. Toutes ces diverses lésions syphilitiques peuvent survenir aux différentes périodes de la maladie, mais il semble cependant, et cela d'une façon générale, que ce n'est que dans les périodes avancées de la syphilis que les lésions évoluent d'une façon grave et attaquent profondément l'articulation, donnant ainsi naissance à ces pseudo-tumeurs blanches et à ces périsynovites gommeuses signalées par Lancereaux et par Méricamp.

Au début, et même pendant une grande période de l'évolution de la maladie, l'infection semble rester localisée au niveau de la synoviale et produire un ensemble de symptômes variant depuis la simple arthralgie, jusqu'à l'hydarthrose chronique.

Comme la syphilis acquise, la syphilis héréditaire peut présenter des manifestations articulaires, mais bien que Schuller ait prétendu que les différentes formes anatomiques et cliniques décrites s'observaient aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, on doit admettre avec Fouquet, que la syphilis héréditaire présente presque toujours des manifestations graves, analogues à celles que l'on rencontre à la période tertiaire, et que ce n'est qu'exceptionnellement que l'on trouve des arthropathies simples affectant uniquement la synoviale.

Parmi les différentes formes d'arthropathies, il en est une, se présentant sous l'aspect de synovite subaiguë étudiée en 1870 par Baumler et Duffin, et que le professeur Fournier a décrite en 1887 sous le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique. Vous avez pu récemment en voir un fort bel exemple dans notre service, et je veux consacrer cette leçon à l'étude de cette manifestation de la syphilis articulaire, après vous avoir rappelé rapidement l'observation de notre malade.

Victor C., âgé de 29 ans, exerçant la profession de coiffeur est entré le mois de juin dernier salle Saint-Pierre, n° 10. Ses antécédents héréditaires et consanguins n'offrent aucun intérêt ; il a toujours joui d'une assez bonne santé, et n'a jamais présenté d'accidents rhumatismaux.

Il a eu une blennorrhagie en 1928, et vers la fin du mois de mars 1929, il a contracté un chancre induré dans le sillon balano-préputial. Il a fait à

ce moment un séjour d'un mois environ à la clinique de syphiligraphie, où il a été traité par des injections d'acétylarsan. Après sa sortie du service, et malgré les recommandations qui lui ont été faites, il n'a suivi aucun traitement, aussi présenta-t-il bientôt toute une série d'accidents secondaires consistant en syphilides, plaques muqueuses, etc. Malgré cet état, ce ne fut qu'au mois de novembre qu'il revint à l'hôpital : on le soumit alors à un traitement énergique qui lui permit au bout d'un mois et demi de reprendre son travail. Il ne suivit pas de nouveau les conseils qui lui avaient été donnés, car au mois de juillet 1930, il revint encore, présentant de nombreux accidents. Depuis sa sortie du service, en octobre, il ne fit qu'un traitement très irrégulier.

Vers la fin du mois de mai, notre malade, qui se portait bien, et qui ne présentait à ce moment aucun accident spécifique, a été pris subitement de douleurs dans le genou droit, douleurs assez supportables au début, mais qui ne tardèrent pas à augmenter sensiblement d'intensité dans les jours qui suivirent. Ces douleurs étaient spontanées, peu accentuées par les mouvements provoqués et présentaient le caractère fort important d'être exclusivement nocturnes : la nuit, il ne dormait pas, mais le jour, il pouvait marcher.

Bientôt, d'autres douleurs se manifestèrent au niveau d'autres articulations : le cou-de-pied gauche fut pris, puis le coude droit. Vers le début de juin, de nouveaux phénomènes douloureux apparurent encore dans les articulations métacarpo-phalangiennes droites. Ne pouvant plus se livrer à aucun travail et ne trouvant aucun soulagement dans le salicylate de soude qui lui était prescrit, Victor C. nous fut adressé par son médecin qui se demandait s'il ne s'agissait pas là de lésions bacillaires.

Malgré la pâleur de son teint et son état de fatigue assez accusé, notre malade se trouve dans un état de santé général assez satisfaisant ; ses divers appareils, sauf son rein et ses articulations fonctionnent normalement, et il a conservé un excellent appétit.

En examinant ses diverses articulations malades, on remarque qu'elles sont recouvertes par une peau légèrement rosée, un peu luisante et tendue. Elles sont augmentées de volume, mais ne présentent pas d'élévation de température locale : en outre, elles ne sont pas douloureuses au toucher, et ce n'est que par une palpation très profonde que l'on parvient à mettre en évidence quelques points un peu sensibles, situés à l'insertion des ligaments. Au genou, un examen très attentif permet de déceler une légère fluctuation et du choc rotulien. Quant on cherche à mobiliser ces diverses articulations, on est frappé de la facilité avec laquelle on peut faire cette exploration, car elle ne révèle aucune douleur.

Le malade souffre à peu près continuellement pendant la nuit, ce qui lui occasionne des insomnies extrêmement pénibles : au matin, il se trouve comme paralysé, et n'arrive pas à mouvoir ses membres : pendant le jour, il souffre beaucoup moins, et seulement lorsqu'il fait jouer ses articulations.

Les urines sont normales comme quantité, mais présentent un peu d'albumine ; il n'y a pas de symptômes généraux très accusés, la température ne dépasse pas 37,2.

En présence de ces différents symptômes, il n'y avait qu'un diagnostic possible, celui de rhumatisme syphilitique, et il fallait par suite instituer un traitement efficace. Mais, étant donnée la présence d'albumine dans les urines, indice certain d'un trouble dans les fonctions rénales, je ne crus pas pouvoir soumettre de suite le malade à l'action de l'arsenic ou du bismuth ; je prescrivis donc pendant quelques jours des frictions d'onguent napolitain, et ce n'est qu'ensuite que je fis procéder à des injections bismuthiques.

Au bout d'une huitaine de jours, la tuméfaction des articulations disparut, les douleurs cessèrent et vers le milieu de juillet, le malade complètement guéri demanda son exeat.

Le rhumatisme syphilitique (synovite subaiguë), dont l'observation que je viens de vous résumer présente un cas des plus nets, survient presque toujours à cette période qu'il est convenu d'appeler secondaire, c'est-à-dire au moment où le chancre tend à disparaître, où l'éclosion de la vérole commence et s'accompagne des accidents si nombreux et si variés qui surviennent à cette époque : on peut dire qu'il s'agit là d'un accident articulaire précoce.

L'infection syphilitique peut certes affecter toutes les articulations, mais il en est certaines où la localisation s'effectue de préférence et qui sont pour ainsi dire presque toujours atteintes : ce sont d'abord les genoux et les chevilles ; viennent ensuite les poignets, les épaules, les articulations métacarpo-phalangiennes et sterno-claviculaires. Les coudes sont bien moins souvent atteints, et les hanches presque jamais ; on ne cite que quelques rares cas de prise d'autres articulations. Généralement, plusieurs localisations ont lieu, soit en même temps, soit les unes après les autres, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on n'en note qu'une seule.

Vous me demanderez peut-être pourquoi certaines articulations sont affectées de préférence, et si, à côté de l'action évidente du tréponème, il n'existe pas quelques causes adjuvantes et prédisposantes qui favoriseraient dans une certaine mesure, la localisation sur une ou sur plusieurs articulations. Lancereaux a cité le cas d'une jeune artiste obligée d'étudier le piano et qui eut seulement une atteinte des poignets et des articulations des doigts ; d'autres auteurs ont rap-

porté des observations à peu près analogues, et l'on tend à admettre aujourd'hui que c'est l'usage plus fréquent qui favoriserait l'apparition d'une synovite sur telle ou telle articulation.

J'ajouterai encore que, pour certains, le froid aurait également une grande influence et quelques régions articulaires, comme les poignets, les chevilles et les épaules seraient plus souvent atteintes parce qu'elles sont plus superficielles et moins bien protégées que d'autres comme la hanche.

Cependant, de nombreux auteurs ont longtemps soutenu l'idée que la syphilis ne pouvait pas engendrer directement une synovite. Desprez a prétendu que, seule, la syphilis était tout à fait incapable de réaliser de pareilles manifestations et que l'inflammation synoviale ne se montrait que chez des gens rhumatisants, chez qui, disait-il, la syphilis cause de dépression générale, pourrait faire éclater une attaque de rhumatisme franc. Guignard ne doutait pas seulement de l'action syphilitique, mais il la niait complètement : « Disons donc, écrivait-il, que ces accidents n'apparaissent pas à une époque déterminée de la syphilis et qu'ils ne paraissent pas, par conséquent, devoir être rangés comme les autres manifestations de la diathèse à une place déterminée où l'on devrait les rencontrer toujours. Loin de là, le rhumatisme syphilitique se note à des périodes plus ou moins éloignées de l'incubation, ce qui prouve jusqu'ici son indépendance de l'affection avec laquelle il ne fait que coïncider. »

Assurément, tout syphilitique peut, à un moment donné, être atteint d'un accès de rhumatisme franc, cela tombe sous le bon sens, mais Guignard se trompait complètement en affirmant que l'arthralgie syphilitique pouvait apparaître à une période indéterminée et éloignée de l'incubation : il oubliait une des caractéristiques principales de cette affection, qui est de se montrer à une période déterminée, au début de la période secondaire et de ne jamais apparaître tardivement. Il est vrai, qu'à l'époque où Guignard écrivait ces lignes, on ne prévoyait pas encore les pseudo-rhumatismes, les rhumatismes infectieux.

Aujourd'hui, on a reconnu qu'un certain nombre de maladies microbiennes, tuberculose, blennorrhagie, variole, peuvent se manifester sous des formes articulaires ; aussi, doit-on admettre, comme l'a dit si judicieusement Fournier, que la syphilis qui est, elle aussi, une maladie infectieuse au même titre que les précédentes, peut agir sur les régions articulaires par son agent pathogène et peut-être aussi par ses toxines.

Enfin, ainsi que l'a signalé Vallier, les questions de race pourraient jouer un certain rôle dans les formes articulaires syphilitiques : si chez les blancs et chez les noirs, on signale assez souvent les différentes formes d'arthropathies graves, chez les races jaunes, on ne trouverait que des modalités de synovite rhumatismale.

Examinons maintenant quels sont les symptômes du rhumatisme syphilitique : il peut débuter de deux manières bien différentes, brusquement par de la douleur et du gonflement, ou au contraire insidieusement par un peu de gêne articulaire, ce qui constitue d'ailleurs le cas de beaucoup le plus fréquent.

Pendant quelques jours, une semaine environ, le malade éprouve de la lassitude, certaines de ses articulations deviennent sensibles, gênées pour ainsi dire lorsqu'elles travaillent et surtout quand elles commencent à travailler. Puis cette gêne se transforme peu à peu en douleurs et en douleurs nettement articulaires ; elles sont plus vives le soir et surtout la nuit que le jour, sans que l'on puisse à ce moment rien remarquer d'ailleurs à l'examen physique de l'articulation.

Et je ne puis mieux vous peindre les caractères tout spéciaux de cette douleur, qu'en vous rapportant un passage d'une des cliniques du professeur Fournier où sont si admirablement retracées toutes les sensations éprouvées par les malades. « La nuit, quand je m'éveille, disent-ils, je ne puis remuer mes membres, ils sont lourds, engourdis, comme impotents : il m'est impossible de plier les jointures. De même, le matin, en me levant, je suis comme paralysé, je ne puis mouvoir mes articulations, lever mes bras, me baisser pour ramasser mes chaussures. Puis, lorsque je me suis forcé, alors cela va mieux, mes jointures qui étaient comme rouillées se dérouillent et mes membres se meuvent avec moins de douleur et avec plus de liberté. Finalement, au bout de quelques heures je ne sens plus rien, je crois alors que tout est terminé, mais la nuit suivante et le lendemain matin, c'est encore la même chose, et tous les jours, c'est à l'avenant. »

Bientôt, la douleur articulaire commence à s'accompagner d'une sensation de plénitude et de tension, car l'épanchement vient de se constituer, et il est permis de remarquer alors que, si la pression est parvenue à acquérir un caractère douloureux en certains points, elle n'arrive cependant jamais à atteindre le degré d'acuité du rhumatisme articulaire aigu.

Si l'on vient à ce moment à examiner l'articulation, on constate tout d'abord que la peau est devenue légèrement tendue, elle a pris une coloration rosée, présentant même parfois cette suffusion qui se rencontre dans le rhumatisme vrai. On remarque, en outre, que l'articulation est un peu chaude et qu'elle a légèrement augmenté de volume : pourtant l'épanchement qu'elle contient n'est pas très abondant, car ainsi que l'a bien dit Fournier « l'articulation se fluxionne plutôt qu'elle ne se tuméfie ».

Il est bien souvent assez difficile de mettre

nettement en évidence la présence du liquide épanché : sans doute, au genou, il est toujours facile de déterminer le choc rotulien et de montrer par là l'existence de l'épanchement, mais dans la plupart des cas, on constate également la présence de synovites tendineuses, ce qui rend beaucoup plus délicate la recherche du liquide. Il arrive même qu'elle devient tout à fait impossible lorsque le tissu cellulaire péri-articulaire s'est œdématié.

Un fait bien net, et qui n'a pas manqué de frapper la plupart des observateurs, c'est la grande facilité avec laquelle il est possible de mobiliser les articulations atteintes. A l'encontre de ce qui se passe dans le rhumatisme articulaire aigu, où les tentatives de mobilisation même les plus légères, sont toujours atrocement douloureuses, les mouvements provoqués ne déterminent ici aucun phénomène douloureux, tout au plus se trouvent-ils quelque peu gênés quand l'épanchement a atteint une certaine abondance, ce qui est extrêmement rare.

Quant aux symptômes généraux, ils sont ordinairement presque nuls : peu ou point de température, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle arrive à dépasser 38 ou 38,5.

Le pronostic de cette affection est toujours bénin, lorsqu'elle est convenablement soignée: sous l'influence du traitement spécifique, le liquide épanché ne tarde pas à se résorber pendant que les douleurs disparaissent, ainsi la synovite guérit rapidement. Quand il est, au contraire, abandonné à lui-même, ce rhumatisme peut rester stationnaire pendant un temps plus ou moins long: on l'a vu guérir spontanément dans quelques cas, mais le plus souvent, il cède la place à des formes d'arthropathies plus graves.

Le diagnostic, souvent assez délicat, est à faire avec plusieurs autres affections articulaires, avec le rhumatisme articulaire aigu et avec les rhumatismes infectieux.

Le rhumatisme vrai est d'une façon générale poly-articulaire, il est, en outre, très mobile, attaquant un jour une articulation, puis la quittant bientôt pour en envahir d'autres. Il s'accompagne toujours de réaction fébrile assez intense, de phénomènes douloureux marqués aussi bien le jour que la nuit, de troubles sympathiques et de symptômes généraux (sueurs abondantes, urines rares et riches en acide urique, etc.). Les complications cardiaques y sont fréquentes, et enfin, le salicylate de soude possède sur lui une action des plus manifestes.

Au contraire, le rhumatisme syphilitique n'atteint qu'une ou deux articulations, et y demeure cantonné jusqu'à la guérison : les douleurs sont peu vives et à type exclusivement nocturne, il n'y a ni fièvre, ni sueurs, les urines sont normales et la mobilisation, impossible dans le rhumatisme ordinaire, est complètement indolore. Il ne survient jamais de complications cardiaques, mais en observe presque régulièrement la coexistence d'autres manifestations syphilitiques. Enfin, si l'action du salicylate de soude est complètement nulle, en revanche, le mercure, l'arsenic ou le bismuth font rapidement disparaître toutes les manifestations articulaires.

Je n'insiste pas sur le diagnostic différentiel que vous pourriez avoir à poser avec les rhumatismes infectieux accompagnant la variole, la scarlatine ou la diphtérie, car vous trouverez alors, dans chaque cas, un certain nombre de symptômes propres à chacune de ces affections qui vous permettront aisément de les reconnaître et de les différencier.

Quelques difficultés pourront seules se présenter pour vous dans les manifestations articulaires dues à la tuberculose et à la blennorrhagie.

Le rhumatisme tuberculeux est bien lui aussi polyarticulaire, mais les articulations présentent un gonflement considérable ainsi que des déformations progressives des extrémités, aboutissant assez rapidement à une véritable atrophie : si vous ajoutez à cela les antécédents, l'évolution clinique et surtout les lésions pulmonaires qui existent pour ainsi dire presque toujours, vous aurez alors un ensemble de signes bien suffisants pour vous permettre de poser facilement votre diagnostic.

Quant à ce qui est du rhumatisme blennorrhagique, la présence d'un écoulement, les douleurs provoquées et spontanées extrêmement violentes, à la fois diurnes et nocturnes, la température élevée, l'anémie profonde du sujet, la tendance à l'ankylose, constituent autant de symptômes, qui ne vous laisseront pas commettre une erreur.

Le point important sur lequel je me permets d'insister, car il paraît avoir, à mon avis une importance capitale, c'est le diagnostic. Si vous ne songez pas à la syphilis, si vous ne parvenez pas à la dépister, vous passerez à côté du succès, en instituant un mauvais traitement qui sera surtout préjudiciable au malade. Pendant qu'il se trouvera en effet soumis à ces médications sans action aucune, car elles ne s'adressent pas à la véritable cause du mal, des lésions graves s'installeront petit à petit, et plus tard, lorsque le traitement spécifique aura été enfin institué, il pourra peut-être arrêter leur évolution, mais il ne les réparera plus : vous aurez laissé passer l'heure favorable.

C'est pourquoi, comme l'a dit Méricamp, et comme l'ont répété bien des fois Kirmisson et Jacobson, le jour où les chirurgiens tourneront sérieusement leur attention vers les accidents syphilitiques, ils arriveront à guérir aisément des manifestations articulaires contre lesquelles tout l'arsenal chirurgical eût échoué.

Quant au traitement qui devra être à la fois local et général, il aura pour les accidents articulaires la même efficacité que pour les autres manifestations syphilitiques.

Comme traitement local, les analgésiques, qu'il s'agisse de cocaïne, de gaïacol, de chlorure d'éthyle, etc., la compression, le massage pourront vous rendre de très grands services. Mais, il ne vous faudra pas oublier que seul le traitement général est véritablement efficace, et qu'il ne doit jamais être retardé dans son application. Quel que soit d'ailleurs, la nature ou le mode d'administration du médicament, arsenic, bismuth, mercure, en frictions, pilules, solutions ou injections intra-musculaires, vous verrez en quelques jours, les différents phénomènes s'amender et bientôt disparaître. Vous devrez donc agir de bonne heure, même et surtout dans les cas où le doute vous sera permis. Dans le doute ne t'abstiens pas, n'a cessé de répéter le Prof. Gaucher, et dans bien des cas, on a pu reconnaître qu'en guérissant les lésions, le traitement était venu en affirmer la nature syphilitique.

## SUR LES INDICATIONS CLINIQUES DES CURES DE POLYCHOLIE HYDROMINÉRALE DANS LES AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES

Par le Dr A. MONSSEAUX (de Vittel),

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

En écrivant en tête de cet article : cure de polycholie hydrominérale, nous voulons bien marquer que, dans le traitement des affections hépato-biliaires, nous envisagerons cette grande indication thérapeutique qui consiste, d'une part, à assurer un écoulement régulier de la bile, à la diluer, à en augmenter la sécrétion, de manière à réaliser le drainage optimum des voies biliaires, d'autre part à provoquer des contractions plus ou moins énergiques des canaux excréteurs et des parois vésiculaires, pour en expulser, s'il y a lieu, les magmas, la boue, les sables biliaires, et même certaines des concrétions qui y sont contenues.

Cette médication, dite aussi cholagogue, se présente donc sous deux types : l'un simplement *bilio-sécrétoire*, dit aussi *cholérétique*, l'autre principalement *bilio-excrétoire*, ou *cholécystokinétrique*. Souvent d'ailleurs ces deux actions sont associées dans des proportions variables et plus ou moins confondues. Leur dissociation est moins nette en thérapeutique hydrominérale qu'en thérapeutique médicamenteuse, et pour la clarté de notre exposé, nous n'en tiendrons qu'un compte relatif.

Tout d'abord il y a lieu de remarquer que *la quantité d'eau ingérée est déjà par elle-même un facteur de polycholie* ; celle-ci se remarque donc dans la plupart des stations diurétiques, même à Evian.

Mais de plus, un *élément constituant primordial* intervient, et caractérise toutes les sources cholagogues, *c'est l'ion magnésium*. Nous le retrouvons à des doses variables et diversement associé à d'autres principes à *Châtel-Guyon* (1 gr. 50 de chlorure de magnésium pour la source Gubler), à *Brides* (0 gr. 52 de sulfate de magnésie pour la source Hybord), à *Capvern* (0 gr. 34 de sulfate de magnésie à la Hount-Caoute), à *Contrexéville* (0 gr. 23 de sulfate de magnésie au Pavillon), à *Vittel* (0 gr. 065 de magnésie à la Grande-Source, 0 gr. 192 à la Source Hépar), pour ne citer que les principales stations.

Par contre, les différentes sources de Vichy n'en contiennent que des traces très faibles (0,01 environ). Et nous savons d'autre part que, malgré son incontestable action sur le foie, Vichy n'amène pas de polycholie ; il n'augmente pas la sécrétion biliaire ; il rend simplement la bile plus fluide en solubilisant la cholestérine, les pigments biliaires et les sécrétions muqueuses de la vésicule. Et ainsi se différencient les deux modes d'action sur les voies biliaires des eaux alcalines fortes (type Vichy) et des eaux magnésiennes.

Depuis longtemps d'ailleurs les cliniciens des stations cholagogues avaient remarqué :

1° La *modification des selles* survenant pendant la cure : selles fluides, molles, plus ou moins bilieuses, souvent verdâtres (vert-bronze à Châtel-Guyon, vert-bouteille à Brides), à odeur sulfhydrique, constituant parfois de véritables débâcles bilieuses (à Vittel), entraînant consécutivement la régularisation de l'intestin, la *diminution des fermentations bactériennes*, la *meilleure digestion des graisses*, toutes réactions variant d'ailleurs de degré et d'intensité suivant l'état pathologique du sujet (1) ;

2° Les *modifications des urines* (diminution de l'urobiline de l'iodoxyle) *et du sang* (diminution de la bilirubine, Monsseaux) ; tout ceci concordant cliniquement avec :

3° *La diminution rapide de volume des foies congestionnés, l'atténuation ou même la disparition de la teinte cholémique* des téguments, *l'amé-*

(1) Cf. MONSSEAUX. — Sur l'action cholagogue de la Grande source et de la Source Hépar de Vittel ; effets et applications dans les affections biliaires. (XIIIe Congrès international d'hydrologie, climatologie et géologie médicales, Lisbonne, octobre 1930.)

*lioration de l'état général,* et éventuellement la disparition des réactions sub-fébriles lorsqu'elles existent.

D'ailleurs, *chez des opérés récents* et encore *porteurs de fistule biliaire,* on notait habituellement, surtout par l'emploi de certaines sources, un afflux considérable de la bile écoulée (P. Bouloumié, Monsseaux, Amblard).

Et *expérimentalement,* Carnot et Gaehlinger (1) ont montré que chez le chien à fistule duodénale, l'ingestion buccale ou rectale d'eau de Châtel-Guyon provoquait une hypersécrétion biliaire très nette, avec augmentation des pigments et des sels biliaires, et l'augmentation des pouvoirs lipasique et tryptique des liquides écoulés.

*Une autre action sur la vésicule biliaire* a été mise en évidence par A. Marcotte expérimentant sur la vésicule isolée du chien.

*Cette action est spéciale à la source Hépar de Vittel : celle-ci en même temps qu'elle augmente le tonus de la vésicule, augmente considérablement la force et l'amplitude de ses contractions* (2). Cette source jouerait donc un rôle électif de bilio-excrétrice. Et ceci confirme ce que la clinique nous avait déjà appris : la survenue au cours de la cure du syndrome de la colique vésiculaire, lorsque la source Hépar est employée intempestivement dans le cas de vésicule atteinte de cholécystite subaiguë lithiasique ou non encore en évolution. Cette excitation vésiculaire se rapproche ainsi de celle déterminée par la Grande Grille de Vichy bien que celle-ci ne soit pas magnésienne ; mais l'action de Vittel semble rester plus douce, peut-être parce qu'il s'y superpose une polycholie qui n'existe pas à Vichy.

*Quant à établir entre les différentes stations cholagogues une sorte de classification hiérarchique,* c'est chose délicate. Chaque station a sa physionomie individuelle que sa richesse en magnésium ne suffit pas à conditionner, car il faut envisager aussi la teneur en autres éléments, principalement en calcium et en sulfates, ainsi que la proportion relative de ces divers éléments entre eux, sans parler des autres conditions encore ignorées qui président à l'activité des sources.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que :

Evian représente le type de la station la plus douce, et susceptible de donner le minimum de réaction ;

Capvern et surtout Châtel-Guyon, avec sa gamme si riche de sources magnésiennes à minéralisation différente, sont fortement cholagogues ;

Brides, par sa teneur élevée en sulfates (3 gr. 50) est énergiquement purgatif ;

Vittel, enfin, avec ses deux sources, la Grande Source et la Source Hépar, présente cette unique caractéristique de réunir dans la même station les deux types cholagogues sécrétoire et excrétoire, ce qui donne une grande souplesse à son traitement.

De ces données générales découlent LES INDICATIONS CLINIQUES relatives à l'emploi de ces différentes eaux, soit à domicile, soit à la station.

Ce sont évidemment avant tout les *affections du foie biliaire* qui en sont justiciables.

Bien entendu, dans *les cas aigus,* ou dans les périodes aiguës des affections chroniques, il n'est pas question de cure ; mais, prescrite à domicile, l'eau minérale peut être un utile adjuvant au traitement principal.

Ces eaux, presque toutes transportables, peuvent aussi être efficacement prescrites sous forme de petites cures à domicile. Mais il est superflu de noter qu'ainsi transportées ces eaux ont une activité et une efficacité moindres qu'ingérées à la source elle-même.

Remarquons aussi que toute cure hydrominérale est incapable de faire régresser les lésions définitivement constituées. Elle peut cependant atténuer divers symptômes et certaines réactions fonctionnelles, parfois aussi ralentir, retarder et même arrêter l'évolution progressive de la maladie.

*C'est donc dans les états purement fonctionnels, ainsi que dans la période de début des affections organiques, que la cure hydrominérale est le plus nettement indiquée,* et peut donner les meilleurs résultats.

Cette cure cholagogue s'adressera d'abord aux *petites insuffisances biliaires,* plus ou moins passagères et plus ou moins durables, surtout à celles consécutives *à tout état ictérique vrai,* catarrhal ou autre, ou *à certaines maladies infectieuses* susceptibles de retentissement hépatique, comme la typhoïde et les paratyphoïdes, la dysenterie et certaines entérites, aux suites hépatiques d'une *anesthésie* chloroformique, *à certaines intoxications,* même médicamenteuses, telles que les intoxications arsenicales dans le traitement de la syphilis.

Plus fréquemment, elle s'adressera à *un très grand nombre de petits hépatiques, généralement latents,* et chez qui le trouble hépatique ne se traduit que par des perturbations instestinales : constipation par insuffisance biliaire, fermentations rebelles aux thérapeutiques habituelles ;

(1) CARNOT et GAEHLINGER. — Action du chlorure de magnésium et des eaux minérales chlorurées magnésiennes sur les sécrétions des glandes annexes de l'intestin. (Soc. de biologie, 5 mai 1923.)

(2) A. MARCOTTE. — Recherches pharmaco-dynamiques sur la vésicule biliaire isolée du chien. (*Annales de la Société d'hydrologie de Paris,* 1930-31, n° 8. et *Annales médicales de Vittel,* n° 3, 1932.)

par de la difficulté pour la digestion de certains aliments : œufs, graisses ou fritures ; par des poussées urticariennes, par des migraines. Ce sont, soit des arthritiques pléthoriques et gros mangeurs, soit des dyspeptiques ou des entéritiques anciens, chez qui le foie est le premier organe à recevoir le contre-coup d'apports alimentaires exagérés, défectueux ou mal élaborés, et chez qui, par une sorte de cercle vicieux, l'adultération hépato-biliaire d'origine intestinale entretient à son tour le trouble digestif. Il y a là, comme y insiste le professeur Maurice Villaret, un grand nombre de manifestations morbides rarement rapportées à leur véritable cause qui est l'insuffisance fonctionnelle du foie. Le trouble primitif de la fonction biliaire reste méconnu, les malades sont soignés et même dirigés sur les stations, pour de tous autres motifs, et sauf pour les praticiens spécialement avertis, c'est le traitement hydrominéral qui permet alors à la fois de reconnatîre la cause réelle des troubles observés, et d'y remédier.

A un degré plus accentué, nous trouvons les *engorgements biliaires* nettement caractérisés, où prédominent les phénomènes de stase ou de rétention, parfois entrecoupés de débâcles diarrhéiques. Tantôt ces engorgements atteignent tout l'ensemble des voies biliaires, tantôt ils restent localisés à la vésicule (vésicule de stase). Ils sont en géneral le résultat d'un obstacle plus ou moins accentué au libre écoulement de la bile, soit par épaississement de celle-ci, soit par obstruction partielle du canal cystique, ou même du canal cholédoque du fait de boues ou de sables biliaires, soit par coudure des conduits excréteurs consécutive à des grossesses répétées, au port prolongé de corsets défectueux, à la ptose hépatique, à des brides ou à des adhérences, reliquats d'anciennes affections inflammatoires, comme dans la périduodénite.

Tous les états *cholémiques*, quel que soit leur degré, résultats *d'angiocholites plus ou moins récentes et plus ou moins accentuées, toutes les petites infections hépato-biliaires* avec teinte subictérique, foie peu ou pas congestionné et sensible, sont aussi éminemment justiciables de la cure.

Ces affections n'atteignent pas seulement les adultes ; elles touchent parfois aussi les *enfants*, et nous avons vu un certain nombre de jeunes sujets de 4, 6, 8 ans, dont les voies biliaires étaient déjà adultérées, et atteintes d'angiocholite plus ou moins caractérisée.

Nous insisterons aussi sur les *hépatites des coloniaux*. A côté des cas simples et à pathogénie unique, comme les séquelles ou les reliquats des fièvres bilieuses des pays chauds, nous avons le plus souvent affaire à cette identité communément désignée sous le nom de « foie colonial ». Le paludisme y tient la première place ; l'alcoolisme, heureusement aujourd'hui en décroissance, et la syphilis y peuvent jouer aussi leur rôle ; mais une grande part revient aux infections intestinales diverses, aux diarrhées coloniales et spécialement à la dysenterie, qui retentissent si souvent sur l'appareil hépato-biliaire ; il en résulte un complexus hybride à modalités diverses ; mais c'est certainement dans les cas où prédomine la perturbation de la fonction biliaire que la cure apporte aux coloniaux les plus sérieux éléments d'amélioration.

Reste enfin la grande question *de la lithiase biliaire*. Nous ne pouvons l'étudier ici en détail. Mais il est incontestable que, dans le traitement de cette affection, certaines cures, comme celle de Vittel, ont acquis une notoriété qui approche de celle de Vichy.

Bien que la distinction des cas cliniques justiciables, soit de la cure alcaline de Vichy, soit des diverses cures cholagogues, ne soit encore qu'insuffisamment précisée, il est certain qu'il existe des formes nettement plus améliorées par ce dernier type de cure ; le mode d'action, le mécanisme thérapeutique sont d'ailleurs tout différents.

Mettant à part les *formes classiques*, mais de plus en plus rares, où la *crise hépatique est suivie d'ictère* témoignant *d'une lithiase des voies biliaires principales*, et qui sont éminemment justiciables de la cure cholagogue, nous envisagerons surtout les *formes à syndrome vésiculaire*.

Dans ces cas, extrêmement fréquents, il est le plus souvent impossible d'affirmer par la seule clinique, et sans le secours d'examens assez compliqués, *si la cholécystite est simple et non lithiasique*, ou *si elle s'accompagne de concrétions vésiculaires*, à la fois causes et résultat de ses réactions douloureuses et de son état inflammatoire. Peu importe d'ailleurs, car dans ces cas de vésicule excitable et irritable, ce qui importe avant tout, c'est de ramener le calme et la sédation.

*Dans ce syndrome vésiculaire*, il semble donc qu'il faille réserver la première place à Vichy pour les vésicules sensibles et irritables ; au contraire, les formes torpides semblent plutôt justiciables des cures cholagogues. Mais dans l'une comme dans l'autre station, *il importe de bien prendre garde, en excitant trop fortement une vésicule encore insuffisamment refroidie, de n'y pas provoquer intempestivement de nouvelles réactions spasmodiques ou inflammatoires ; la plus grande prudence est de règle.*

Telles sont les principales affections hépato-biliaires dans lesquelles sont indiquées les cures de polycholie hydrominérale. Mais préciser

pour chaque station les types cliniques qui en sont plus spécialement justiciables, nous entraînerait trop loin.

Rappelons seulement qu'*Evian* convient plutôt aux sujets très fragiles. Que *Brides* s'adresse principalement aux sujets résistants et obèses. *Chatel-Guyon* possède une action intermédiaire dont sont surtout tributaires les sujets habituellement constipés, ou atteints d'entérites diverses et de typhlocolites. Enfin *Vittel* avec ses deux sources, la Grande Source presque exclusivement bilio-sécrétoire, la source Hépar surtout bilio-excrétoire, qui peuvent être toutes deux employées isolément ou plus ou moins simultanément, possède une gamme qui convient à la grande majorité des malades : non seulement il agit sur leurs fonctions hépatiques, mais il les fait en outre bénéficier de la désintoxication due à la cure diurétique simultanée, enfin ses intoxications sont plus nettes encore lorsque l'hépatique est simultanément atteint de lithiase rénale, d'infection urinaire, d'uricémie, d'insuffisance rénale, d'hypertension, etc.

Mentionnons enfin *qu'il y a souvent lieu d'associer ou d'alterner une cure cholagogue avec la cure alcaline de Vichy,* toutes deux pouvant chez un même sujet se compléter utilement.

Mais quel que soit le cas clinique, quelle que soit la station, n'ayons garde d'oublier que le *résultat thérapeutique dépendra, avant tout, de la manière dont la cure aura été conduite.*

Il est impossible de dire *a priori* que dans telle station, telle source convient davantage à tel sujet, plutôt que telle autre, de fixer à l'avance et encore moins à distance la source à employer et les doses à ingérer ; ce serait s'exposer à de graves erreurs. Nous ne saurions trop mettre en garde nos confrères contre cette tendance à donner d'avance à leurs malades des prescriptions que les faits viendront brutalement démontrer erronées, et à oublier que l'eau prise à la source possède une activité plus grande que l'eau transportée en bouteilles, telle qu'ils ont l'habitude de la prescrire.

Pour nous-mêmes, praticiens hydrologues, ce sont les réactions individuelles du malade au cours de sa cure qui sont notre meilleur guide sur les sources à utiliser, sur leur mélange ou leur alternance possibles, sur la prédominance à accorder à l'une plutôt qu'à l'autre, sur les quantités à prescrire, la progression à observer, l'espacement entre les prises, les heures d'ingestion, sur les adjuvances hydrothérapiques, physiothérapiques ou même médicamenteuses à conseiller, sans parler de l'absolue nécessité d'une diététique judicieuse.

Et tout cela rend infiniment plus complexe qu'on ne pourrait le supposer, la direction d'une cure de polycholie particulièrement active, et par suite très variables les résultats qu'on en peut retirer lorsqu'elle n'est pas dirigée avec sagesse et compétence.

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR DE...

### la possibilité d'une anémie alimentaire pure chez les débiles ou prématurés du premier âge

D'après le Dr J. Cathala (1)

I

Il existe
au neuvième mois un état d'anémie physiologique, qui peut s'aggraver jusque vers le vingt-quatrième mois, par suite d'une déficience dans le régime alimentaire.

*A la naissance,* en effet, le nombre des hématies et la quantité d'hémoglobine sont supérieurs à ceux de l'adulte ; mais, *au cours de l'allaitement,* ces chiffres fléchissent ; la valeur globulaire s'en trouve donc abaissée, si bien qu'elle deviendrait la plus basse aux environs du neuvième mois, ou à la fin de la première année.

Or, un rôle important revient alors à l'*alimentation* pour parer à ce déficit momentané, ou bien le laisser s'accentuer au point que, de physiologique, il deviendra pathologique. En voici l'explication : dans les conditions normales d'équilibre, il faut qu'il y ait exacte compensation entre la destruction physiologique des globules usés et l'effort de réparation par les organes hématopoïétiques. Mais l'organisme en voie de croissance rapide ne doit pas seulement parer à la sauvegarde de l'équilibre hématique, il doit de plus assurer l'accroissement considérable de la masse sanguine. Or, la défaillance même légère

(1) Dr Jean Cathala, professeur agrégé. — Les anémies alimentaires dans le premier âge. (*Paris-Médical,* 27 février 1932.)

de l'activité formative, le *déficit même relatif des matériaux nécessaires* à l'édification d'une quantité importante d'hémoglobine, suffiront à créer un trouble notable dans la composition du sang.

Cependant, à ces cas d'anémie alimentaire, il n'existe pas de formule sanguine propre ; on trouve tous les types d'anémie : hémoglobique pure, simple globulaire, orthoplastique avec érythrocytose, myéloïde. L'examen du sang ne fournit donc qu'un simple renseignement sur le mode de réaction de l'organisme à la déglobulisation, sur le degré d'anémie, comme il permettra plus tard de suivre l'évolution du processus et de juger des effets du traitement.

### Les petits malades

Ce sont surtout des enfants de plus de six mois et de moins de trois ans. L'anémie est facilement reconnue à la pâleur du tégument et des muqueuses, à la décoloration des oreilles. Elle ne risque guère d'être confondue avec la simple pâleur par vaso-constriction périphérique des dyspeptiques ou des nerveux. Dans le doute, on ferait un examen du sang, et d'ailleurs un clinicien averti décèle l'anémie du premier coup d'œil.

La croissance est peu touchée ; le poids et la taille sont satisfaisants. Il est même habituel que ces *bébés pâles* se présentent comme de gros bébés joufflus ou bouffis (cachexie grasse de Marfan). Mais, si le pannicule adipeux est bien développé, les chairs sont flasques, mollasses, les muscles hypotoniques.

Un certain retard du développement psychomoteur est habituel. L'enfant paraît craindre le mouvement ; il ne s'assied pas volontiers, ne cherche pas à se dresser sur ses jambes ; la station debout sans appui, la marche ensuite, ont été retardées. Souvent un enfant, qui commençait à faire ses premiers pas, a cessé de marcher. Il reste triste, apathique, sans sourire, sans jouer, grognon, irritable, d'humeur maussade. Il prend quelquefois son lait assez volontiers, mais refuse énergiquement tout autre aliment. D'ailleurs l'anorexie même pour le lait est fréquente ; les vomissements ne sont pas rares et, dans ces conditions, l'état général décline et la progression cesse. Souvent un léger degré d'œdème apparaît.

« L'examen viscéral est souvent à peu près négatif. Un même degré d'anémie s'accompagne ou non de splénomégalie. Il n'est pas rare d'entendre à l'auscultation des râles crépitants fins et des sibilances ; ces signes pourraient faire croire à une inflammation broncho-pulmonaire, qui n'existe pas ; ce ne sont que des râles d'œdème pulmonaire ».

Fait à noter : *la température* de ces petits anémiques est *souvent troublée*. Certes l'infection des premières voies peut être en cause, mais il semble que souvent le dérèglement thermique dépende plus du déséquilibre nutritif que d'une infection hypothétique ; fréquemment la température se régularise, dès que les corrections indispensables ont été apportées au régime.

*Ce sont rarement des enfants nourris au sein, mais le plus souvent des enfants nourris artificiellement.* Ce sont surtout des enfants alimentés exclusivement au lait de vache, même en quantité excessive dépassant le litre. Le lait de crémerie, aussi bien que les laits industriels stérilisés ou modifiés, peut être en cause. L'adjonction de farines, surtout quant il s'agit de farines raffinées, à un degré élevé de blutage, et particulièrement de farines de riz, ne met pas obstacle à l'anémie alimentaire pure, qui peut aussi être une conséquence du régime des farines.

Cependant, il existe des prédispositions individuelles, car, parmi tous les enfants soumis à un même régime, seuls quelques-uns deviennent anémiques : ce sont des *débiles*, des *prématurés* ou des *jumeaux*. Peut-être, y aurait-il aussi une prédisposition familiale.

## II

## Facile est la méconnaissance de cette anémie alimentaire, car souvent elle est masquée par des complications, dont elle favorise le développement

Très souvent, mais non de façon constante, elle est associée au rachitisme ; toutefois il importe de remarquer qu'il n'y a pas proportionnalité entre le trouble hématique et le trouble osseux : de grands anémiques sont à peine rachitiques, de même que les « rachitiques florides » ne sont aucunement anémiques.

Dans de nombreux cas aussi, ces petits anémiques sont sujets aux infections catarrhales des premières voies respiratoires et présentent les attributs du lymphatisme. La rhino-pharyngite, la bronchite débilante, l'œdème pulmonaire, l'otite même (dont l'origine infectieuse est certaine) sont des satellites de l'anémie alimentaire.

Ce sont aussi des troubles digestifs associés : dyspepsie du lait de vache, avec selles mastic fétides ; types de diarrhée commune alternant avec des périodes de dyspepsie simple.

## III

### Grave aussi est cette méconnaissance, en raison de l'échec de toute thérapeutique autre que celle du régime

C'est ainsi que les médications, qui agissent efficacement pour prévenir ou guérir le rachitisme, échouent régulièrement dans la prévention ou la cure de l'anémie, et que, dans un nombre appréciable de cas, le meilleur traitement à opposer à l'infection reste le régime adapté à la cure de l'anémie.

Cependant, il ne faut pas oublier qu'il existe aussi des cas concrets très complexes, où l'anémie n'est que la résultante de facteurs nombreux, qui additionnent leurs effets : infections, troubles dyspeptiques chroniques, hérédité morbide, syphilis, âge avancé des parents, débilité physiologique d'une mère surmenée par de nombreuses grossesses, ou elle-même anémiée. Il va de soi que, dans ces conditions, il faut régler la thérapeutique en tenant compte des différents facteurs étiologiques, que l'on aura découvert.

On ne pourra parler d'*anémie alimentaire du premier âge, — si différente des anémies des grands enfants et des adultes,* — que si la correction apportée au régime entraîne la guérison d'une anémie, contre laquelle avaient échoué toutes thérapeutiques, qui ne comportaient pas un changement radical de l'alimentation, alors que celui-ci vient en assurer rapidement la cure.

**Le traitement rationnel**

S'il est bon de recourir concomitamment à la médication martiale, on peut dire que l'anémie alimentaire pure, sans appoint évident dyspeptique ou infectieux, relève avant tout d'un *changement de régime.*

Ce changement de régime, l'âge des petits malades permet en général de le réaliser simplement. Il faut avant tout l'élargir et le compléter, alors qu'il était exclusivement lacté ou lacto-farineux. On y adjoindra des produits frais, riches en vitamines, en fer, en chlorophylle (dont la parenté chimique avec l'hémoglobine est bien connue). Ce seront des jus de légumes, jus de fruits frais, purées de légumes, particulièrement de légumes verts, épinards, salades, pommes de terre, pois, lentilles, jus de viande, viande crue pulpée, jaune d'œuf, compotes de fruits cuits, particulièrement de pommes.

Dans cette alimentation ainsi transformée de l'enfant, il faudra naturellement restreindre la quantité quotidienne de lait, puisque d'autre façon le régime a été enrichi.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'un certain type évolutif d'anémie affecte à une certaine période, certains enfants, soumis à certains régimes alimentaires. Cette anémie alimentaire pure est facilement curable par un changement de régime. Cependant, celle-ci peut favoriser le développement d'autres causes puissantes de déglobulisation : infection, auto-intoxication dyspeptique, syphilis, tuberculose ; et, de ces différentes causes, le praticien doit aussi tenir compte ; sinon tant qu'elles continueraient d'agir, la thérapeutique exclusivement diététique risquerait d'échouer.

Bref, la connaissance de cette anémie alimentaire pure nous incite fort à « rechercher, dans la correction du régime, un appoint important à la thérapeutique de tous les états anémiques de la première enfance ».

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### L'hypertension bloquée.

D'une étude faite par le Dr A. Dumas, il résulte que l'hypertension artérielle, longtemps bien supportée, peut, à un moment de son évolution, entrer brusquement dans une phase d'intolérance, malgré l'intégrité fonctionnelle de l'appareil cardio-vasculaire. Il en advient que les accidents présentés ne tiennent pas ici, comme habituellement, à la brusque défaillance de cet appareil, mais à l'intolérance de l'organisme à l'égard d'une tension, qui ne décline pas : accidents à type méningé, crises convulsives, arrêt brusque du cœur par syncope ou par fibrillation. Les symptômes sont assez analogues à ceux que l'on observe au cours des crises hypertensives, et, toute proportion gardée, il s'agit là, si l'on veut, d'une crise hypertensive qui ne décline pas et qui poursuit son cours implacable jusqu'à la mort. On peut supposer enfin que, sur cette haute hypertension stabilisée et immuable, s'est effectuée une brusque élévation de la tension moyenne. (*La Presse médicale*, 9 décembre, 1931.)

### Parathyroïdes et rhumatisme chronique déformant

A présent, dit le Dr R. Simon, nous pouvons mieux qu'autrefois définir, comprendre et traiter le rhumatisme chronique déformant. S'il est quelquefois la conséquence unique de mutations calciques locales aboutissant à l'ankylose d'articulations chroniquement enflammées, il semble très souvent le résultat d'un trouble du métabolisme calcique général, peut-être d'origine parathyroïdienne, sur lequel on peut agir soit opératoirement, soit par l'administration du parathormone ou de divers fixateurs du calcium.

Mais, pour que ces traitements puissent aboutir à une guérison intégrale, il faut que des lésions irrémédiables ne se soient pas encore produites. Il faut donc s'efforcer d'agir de bonne heure, dans des cas récents. (*Gazette des hôpitaux*, 26 décembre 1931.)

### La réhydratation du nourrisson en état de dénutrition.

L'aliment idéal du nourrisson est le lait de sa mère ; mais quand il devient nécessaire de lui substituer des aliments artificiels, on peut assister à l'apparition de troubles digestifs, qui s'accompagnent d'une déshydratation progressive, à laquelle le médecin doit pallier.

Or, le Dr G. Ruelle montre que cette réhydratation du nourrisson doit être un acte raisonné.

On reconnaît qu'un enfant se déshydrate : 1° par la balance (perte de poids plus ou moins rapide et intense) ; 2° par l'aspect de l'enfant, pâle, d'un teint blanc grisâtre, avec les yeux enfoncés, une fontanelle déprimée.

Pratiquement, le sérum salé, ou le liquide Ringer, sont nécessaires pour la réhydratation des nourrissons atteints de troubles digestifs, et surtout de vomissements sans infection.

Les sérums salés sont nocifs, s'il y a déshydratation infectieuse ; on peut donner du sérum glucosé à volonté et du sérum bicarbonaté à petites doses, pour ne pas risquer une rétention de chlorure de sodium.

Les enfants, atteints d'infection avec troubles digestifs, ne peuvent être réhydratés rationnellement que si l'on connaît leur chlorémie ; en cas de doute, il est préférable de n'employer que du sérum glucosé.

Quand un nourrisson fait une chute de poids brusque sans troubles digestifs marqués, au début d'une infection, il s'agit du premier terme d'une déshydratation infectieuse, qui peut s'accentuer les jours suivants et aggraver le pronostic : on lui donnera beaucoup d'eau par la bouche ou en injections sous-cutanées.

Quand un nourrisson présente des troubles digestifs à l'occasion d'une infection, il faut lui donner une quantité de liquide suffisante pour qu'il ne fasse pas une rétention uréique et chlorée infectieuse.

On a employé aussi le sérum de cheval filtré, désalbuminé et aminé, le sang citraté des parents, mais injecté dans le péritoine afin d'éviter le choc par voie veineuse ; cette dernière méthode est préconisée par l'auteur.

Bref, le sérum physiologique, si en vogue autrefois, a beaucoup perdu de son opportunité à la lumière des dosages biologiques des humeurs. Le sérum glucosé est le moins nocif de tous ceux qui ont été conseillés ; associé à la transfusion sanguine par voie péritonéale, on peut dire qu'il satisfait le plus fréquemment aux besoins de la pratique courante. (*Bruxelles médical*, 27 décembre 1931.)

### L'angine de poitrine à type spasmodique.

M. A. Dumas étudie l'angine de poitrine à type spasmodique ; la claudication intermittente et les

paralysies transitoires ; le rôle probable de l'anaphylaxie digestive dans certains cas.

Des observations démontrent, en effet, le rôle important du spasme des coronaires dans l'angor, et dans ces autres manifestations observées, auxquelles il faut ajouter l'asphyxie des extrémités, les troubles oculaires ou auditifs.

Cette forme d'angor spasmodique, en général solitaire, s'oppose nettement aux cas d'angor organique, signés par les symptômes de l'aortite, avec hypertrophie cardiaque, hypertension artérielle parfois. C'est elle, qui est la mieux caractérisée ; c'est elle, qui peut parfois donner lieu à la mort subite, qui permettra de reconnaître l'existence de lésions coronariennes, souvent discrètes, qu'aucun symptôme, autre que les crises angineuses elles-mêmes, ne venait révéler. Mais ce sont aussi ces formes, qui sont susceptibles de rémissions transitoires prolongées, ou même définitives.

Dans tous ces cas, il semble bien qu'intervienne un spasme commandé par des influences nerveuses difficiles à préciser, mais de caractère électif et pour ainsi dire qualitatif.

D'autres crises angineuses, à caractère spasmodique, se produisent au moment de la digestion, et paraissent dans quelques cas d'origine alimentaire, véritables crises hémoclasiques d'origine digestive chez des sujets sensibilisés, et atteints le plus souvent d'insuffisance hépatique. La suppression des substances albuminoïdes peut suffire parfois à faire disparaître ces crises ; celles-ci semblent ainsi l'équivalent de la migraine, de l'urticaire, de l'accès d'asthme ou de toute autre manifestation anaphylactique. Elles étaient considérées autrefois comme appartenant à la fausse angine de poitrine, dénomination qui n'est plus de mise aujourd'hui. (*Lyon médical*, 27 décembre 1931.)

### Les dangers de l'avortement thérapeutique chez les cardiaques.

La grossesse chez une cardiaque, et plus particulièrement chez une mitrale, crée une complication, dont l'avortement devient souvent une solution nécessaire. MM. ROUTIER, Ch. LAENNEC et HEIM DE BALSAC ont ainsi pratiqué l'avortement à trois mois chez une jeune cardiaque, et cette intervention a été suivie de près par une issue fatale. Le fait capital est qu'il existait chez elle des troubles circulatoires importants, tant cardiaques que pulmonaires, qui expliquaient aisément l'intensité des troubles fonctionnels observés. Au cœur, c'était la forte distension des oreillettes et de l'infundibulum pulmonaire ; aux poumons, c'était l'encombrement de la circulation de retour : stase veineuse. Les signes fonctionnels étaient essentiellement et même uniquement des signes respiratoires ; dans les premières années, c'était une simple dyspnée d'effort, qui aboutit finalement à du véritable œdème aigu. Il est remarquable de noter que le déclenchement de cette crise œdémateuse eut lieu sous l'influence de l'inhalation chloroformique, c'est-à-dire par action directe d'un agent irritant sur une circulation pulmonaire déséquilibrée et hypersensible. Il ne fut question à aucun moment d'insuffisance cardiaque ; mais on est en droit de se demander, si l'intervention n'a pas précipité ou ravivé une thrombose cardiaque, déjà amorcée par les conditions circulatoires si défectueuses, ou par des poussées endocarditiques toujours possibles. Quant à la thrombose, dont il fut impossible de vérifier l'existence par l'autopsie, elle paraît cliniquement évidente, comme étant la cause directe et dernière de la mort. Il y eut deux embolies à quarante heures d'intervalle ; la première semble bien avoir été une embolie splénique avec sa violente douleur à la base du poumon droit, *sans aucune expectoration*, et avec des phénomènes de collapsus prolongé ; la seconde, une embolie cérébrale.

*A priori*, le déchet doit être plus grand dans les grossesses interrompues que dans les grossesses qu'on laisse évoluer jusqu'au terme, car, précisément, c'est la gravité des accidents et donc de la cardiopathie, qui commande l'intervention.

D'autre part, nous pouvons penser que les interventions obstétricales favorisent les migrations de caillot, et nous devons temporiser à outrance devant un avortement thérapeutique, si nous avons de bonnes raisons de soupçonner une thrombose cardiaque préalable.

Bien entendu, les indications interventionnistes restent toujours les mêmes : apparition de signes fonctionnels intenses du *fait de la grossesse*, avec accentuation progressive parallèle à l'évolution de celle-ci. Mais, les auteurs ne croient pas qu'on doive se guider sur un signe, tel que l'aspect radiologique de stase veineuse pulmonaire pour prendre la décision opératoire. La stase veineuse existe, en effet, en dehors de la grossesse, et même au cours de la grossesse, et avec une tolérance très suffisante. Cependant la stase veineuse pulmonaire, avec grosse dilatation des oreillettes, réalise des conditions favorables à la production de coagulation intra-auriculaire et doit inciter à la réserve, à la temporisation, et à la prudence en matière d'intervention, et, si celle-ci est inévitable, en matière d'anesthésie respiratoire. (*Gazette des hôpitaux*, 30 décembre 1931.)

### Note complémentaire sur un cas d'enchevillement central du fémur

M. Albin LAMBOTTE, d'Anvers, rapporte le résultat éloigné d'une fracture du fémur enchevillée il y a dix ans, chez un enfant de dix mois.

Voici le résultat constaté au bout de dix ans :

Guérison intégrale, les deux fémurs sont absolument semblables sans la moindre incurvation, ni hyperostose.

Le clou est visible à la radioscopie.

Cette observation, qui acquiert la valeur d'une expérience, prouve que la guérison intégrale, tant anatomique que fonctionnelle, peut être obtenue par l'ostéosynthèse chez les enfants très jeunes ; que l'enchevillement central est une bonne opération chez le jeune enfant ; que la tolérance peut être parfaite, n'amenant ni hyperostose, ni oblitération du canal médullaire ; que la croissance de l'os n'est pas influencée par la présence d'un corps perdu en fer ; que, pas plus chez l'enfant, même très jeune, que chez l'adulte, il ne faut enlever les matériaux d'ostéosynthèse qu'en présence de symptômes nets d'intolérance.

L'intolérance est toujours, ou presque, le résultat d'une mauvaise fixation. (*Paris chirurgical*, janvier 1932, nº 1).

### Les spasmes vasculaires.

Le Dr Mougeot (de Royat) envisage, non pas le spasme vasculaire de l'hypertension artérielle chronique, mais bien les spasmes transitoires, signes du début, qu'il est encore difficile de rattacher soit à une hypertonie endocrinienne sans lésion, soit à une dégénération artérielle, qui portera sur l'aorte, les artères cérébrales, ou sur un territoire moins fréquemment atteint.

Il s'agit de vertiges, de parésie, d'amaurose, d'aphasie, de diplopie ou d'hypoacousie transitoires.

Comme tout spasme vasculaire invoque en général une hypertonie du sympathique, il est logique de s'adresser à une substance, qui soit à la fois un excitant du vague et un abaisseur du tonus artériel. La pepsine sous-cutanée répond exactement à ces desiderata. De même, l'acétylcholine, par voie sous-cutanée, se donne avantageusement à la dose de dix centigr., deux fois par jour ; elle est aussi efficace contre ces ictus, que l'on a tendance à rapporter d'une façon trop générale à une hémorragie cérébrale, alors qu'ils ressortissent à la méïopragie des centres. (*La Presse thermale et climatique*, 1er janvier 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Un nouveau chapitre de pathologie : la météoropathologie. Les inadaptés urbains.

(M. G. Mouriquand, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 19-4-1932.)

L'influence du grand air, de la montagne, de la mer, sur la santé, est bien connue.

La ville, la grande ville principalement, par son atmosphère nocive, sa mauvaise insolation, les contagions que favorisent les groupements humains, le surmenage habituel à la vie citadine, agit défavorablement sur la santé. Les habitants des villes, il est vrai, petit à petit s'habituent, s'immunisent, s'adaptent en un mot aux conditions de l'existence urbaine.

Il est cependant des sujets, des enfants principalement, qui ne s'adaptent pas ou s'adaptent mal. M. Mouriquand parle de ces jeunes *inadaptés urbains*, nourrissons et surtout enfants de trois à sept ans ou plus.

Il est fréquent d'observer des nourrissons, qui ont à la ville des troubles digestifs et nutritifs (inappétence, vomissements, etc.). Transportés à la campagne, à la mer, à la montagne, ces troubles disparaissent. Nombre d'eczémas des nourrissons (Marfan, Aviragnet), tenaces à la ville, s'amendent à la mer ou à la montagne.

Les inadaptés urbains, de trois à sept ans et plus, sont nombreux. Les uns sont des inappétents, d'autres des intolérants alimentaires, qui font figure d'intoxiqués, ne supportant ni les œufs, ni le lait, ni le chocolat, ni d'autres aliments. A la campagne, à la mer, à la montagne, ils se transforment, leurs poussées digestives ou cutanées, leur asthme, disparaissent.

Les choses ne sont pas, il est vrai, toujours aussi schématiques, et l'on voit parfois certaines résistances à l'action favorable du climat extra-urbain, ou encore des améliorations tardives se faisant seulement au moment du retour de la campagne à la ville.

A quoi est due cette inadaptation urbaine ? Elle relève bien des fois, d'abord, d'une prédisposition, d'une hérédité, d'un hépatisme en particulier. Beaucoup de ces enfants sont des hépatiques et ont des parents eux-mêmes hépatiques. Mais, il y a également l'action *climatique*, le microbisme de l'air, les fumées, la carence solaire, la sensibilité météorique (Sardou), l'action hygrométrique, barométrique, etc. Ce sont des faits complexes, dont certains échappent, pour l'instant, à toute explication. M. Mouriquand signalait, il y a quelque temps, on se le rappelle, à l'Académie, les troubles pathologiques provoqués chez les nourrissons, dans son service hospitalier à Lyon, par le « vent du Midi ».

On connaît les travaux poursuivis à Nice, par Sardou, par Maurice Faure, sur cette climatopathologie. Il appartient aux cliniciens, aidés par les météorologistes, de grouper, de classer ces faits. On pourra ansi, dit en concluant M. Mouriquand,

faire progresser la très ancienne et pourtant — par ses tendances scientifiques actuelles — la très jeune *météoropathologie*.

### L'ictère dans l'ulcère du duodénum.

(M. SURMONT, de Lille. — *Académie de médecine* ; 19-4-1932.)

On sait que les ictères peuvent se rencontrer au cours de l'évolution de l'ulcère de l'estomac et surtout de l'ulcère du duodénum : ictères catarrhaux, ictères infectieux bénins, ictères chroniques. Ces derniers sont rares, progressifs et symptomatiques d'une occlusion définitive, intrinsèque ou extrinsèque des voies biliaires, complication grave liée à des processus anatomiques variés. Les premiers sont bénins. M. Surmont signale qu'ils peuvent être le symptôme initial révélateur d'un ulcus, jusque-là méconnu ou latent. Des recherches méthodiques viendront établir dans quelle proportion l'ictère se montre dans les ulcus digestifs. Quoi qu'il en soit, l'apparition de l'ictère devra faire penser à l'ulcère gastrique ou duodénal, dont il sera bon de rechercher les signes subjectifs dans les antécédents et, s'il il y a lieu, les signes objectifs.

### Présentation d'un film chirurgical parlant

(M. A. GOSSET. — *Académie de médecine* ; 3-5-1932.)

M. Gosset présente la projection d'un film parlant sur la technique de l'appendicectomie. Il comporte une première partie de dessins animés et une seconde partie qui est l'opération elle-même, sur le vivant.

### Le Maroc infecteur.

(M. P. REMLINGER. — *Académie de médecine* 12-4-1932.)

M. Remlinger rappelle le cas, rapporté récemment par M. Camus, d'une fillette qui mourut en France d'une variole contractée au Maroc, et provoqua une petite épidémie de cette maladie à Tours et à Montpellier. Il signale d'autres cas analogues.

La variole n'est pas la seule maladie importable du Maroc. La dysenterie est fréquente à Fez et à Tanger, et les Européens peuvent l'y contracter et la répandre ensuite autour d'eux. En contaminant l'Européen, d'ailleurs, le Maroc lui rend simplement — avec usure peut-être — ce que celui-ci lui a apporté, la dysenterie étant venue dans l'empire chérifien avec les coloniaux. La fièvre typhoïde et les paratyphoïdes sont communes à Fez. Le trachome y est fréquent. Les peaux de chèvre et de mouton que le Maroc exporte en quantité considérable sont susceptibles, dans la métropole, de donner le charbon aux ouvriers appelés à les travailler.

On le voit, le Maroc peut être à l'origine d'un groupe important de maladies exportables. La défense sanitaire contre ces affections est plus difficile pour l'Empire chérifien que pour l'Algérie. Le Maroc espagnol échappe à notre contrôle. De même Tanger, ville internationale, où des voyageurs refusés dans d'autres ports ont la possibilité de s'embarquer. Le problème est donc assez complexe. Cependant, des efforts doivent être faits pour que les mesures recommandées par l'Académie, qui se sont montrées efficaces en Algérie, soient mises en œuvre et adaptées à la situation spéciale du Protectorat marocain.

### Stérilisation des instruments à l'autoclave.

(M. J. LAFOURCADE, de Bayonne. — *Société de chirurgie* ; 10-2-1932.)

La stérilisation à la vapeur, excellente au point de vue stérilisation, à l'inconvénient d'altérer le brillant des instruments et de leur donner un aspect terne, qui fait — très apparemment d'ailleurs — moins chirurgical. Aussi, lui préfère-t-on assez généralement l'étuve sèche.

M. Lafourcade emploie depuis vingt ans un moyen qui lui a donné toute satisfaction. Il stérilise ses instruments par les vapeurs dans un autoclave, en ajoutant aux deux litres d'eau que l'on verse dans l'autoclave fermé et contenant les boîtes à stériliser, une cuillerée à soupe environ d'ammoniaque. On monte à 2 atmosphères 1/2, soit à 135°, que l'on maintient pendant quinze minutes. Les instruments conservent un nickel intact ; ils sont aussi nets que s'ils étaient stérilisés à l'étuve sèche.

### Perforation tuberculeuse de l'intestin en péritoine libre.

(MM. PROUST, WILMOTH et BAUMANN. — *Société de chirurgie* ; 10-2-1932.)

Ce cas de perforation tuberculeuse de l'intestin en péritoine libre simulait une appendicite. La malade fut adressée d'ailleurs à l'hôpital avec ce diagnostic. Il s'agit d'une jeune femme, à antécédents bacillaires, qui fut prise au milieu de la nuit, de douleur abdominale vive, de vomissements. Température, 38°5. Tout l'abdomen est contracturé, mais la contracture est surtout accusée dans la fosse iliaque droite. Les antécédents (pleurésie), l'importance de la contracture et une douleur qui n'est pas le Mac Burney vrai, font penser à une perforation tuberculeuse de l'intestin, que confirme l'opération.

La perforation en péritoine libre d'un intestin tuberculeux est d'observation exceptionnelle. Moins rare est la perforation en péritoine cloisonné.

P. L.

### Hémoptysies à répétition, dues à un polype de l'éperon trachéal, diagnostiqué par la bronchoscopie.

(MM. ARMAND-DELILLE et SOULAS. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12-2-1932.)

Il s'agit d'un malade, chez lequel l'apparition d'hémoptysies à répétition avait provoqué les plus grandes inquiétudes. Malgré un état général bien conservé, on pouvait penser à des manifestations en rapport avec un début de tuberculose pulmonaire ; mais une série de recherches cliniques et bactériologiques furent négatives et permirent d'éliminer la possibilité de toute cause d'origine pulmonaire à ces hémoptysies. Seule, la bronchoscopie put montrer l'origine de ces accidents et permettre le traitement du polype bronchique qui en était la cause.

### Métrorragies de la puberté, transfusion, syphilis consécutive

(MM. Marcel PINARD et P. ROBERT. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2-2-1932.)

C'étaient des métrorragies, dues à une métrite poly-adénomateuse d'origine mal déterminée. Cette affection, le psoriasis chez la sœur, la mort précoce de la mère, avaient incité à rechercher la syphilis héréditaire, cause fréquente. La forte positivité du Wassermann orientait vers la syphilis acquise, et, en raison du début des éléments secondaires, la contamination pouvait être envisagée 70 jours auparavant.

La virginité paraissant hors de doute, on chercha parmi les autres modes de contamination, et une transfusion se plaçait à 70 jours environ des accidents secondaires. La donneuse fut recherchée, son histoire clinique et sa sérologie positive, apportèrent la preuve. Jusqu'ici, l'évolution de la syphilis paraît avoir eu les mêmes délais que les syphilis contractées par un chancre.

Signalons l'échec de toutes les médications, et le résultat heureux apporté par le curettage, au moins pour un temps, en raison des récidives ultérieures possibles.

### Pneumothorax spontané non tuberculeux chez un nourrisson.

(MM. CHABRUN et JOSEPH. — *Soc. des Pédiatrie de Paris* ; 19-1-1932).

Cette affection apparaît aujourd'hui moins rare qu'autrefois. L'intérêt de cette observation réside dans le catarrhe suffocant, avec mort subite, de ce pneumothorax, véritable pneumothorax à soupapes.

Les signes cliniques de cette affection, à laquelle il faut toujours penser, permettent souvent de la soupçonner : la radiographie en apporte la preuve.

### Un cas d'encéphalomyélite atypique, après revaccination antivariolique.

(MM. PAULIAN, ARICESCO et FINKELSTEIN, de Bucarest — *Soc. méd. des hôp.*, 19-2-1932.)

C'est une enfant qui a été vaccinée une première fois à l'âge de un an sans accidents, et qui a fait, à l'âge de 7 ans, deux jours après une seconde scarification au bras, de la fièvre, puis, douze jours plus tard, des douleurs dans les mollets s'accentuant la nuit. La marche devint ensuite de plus en plus difficile, les extrémités devinrent froides, les membres supérieurs furent touchés à leur tour, la colonne vertébrale fut atteinte de contractures. Intégrité des sphincters ; atrophie musculaire aux mains ; raideur musculaire aux genoux. Guérison.

Par son évolution et son aspect clinique, ce cas rentre dans le groupe des encéphalomyélites, différant des formes habituelles d'encéphalite post-vaccinale étudiée par les divers auteurs.

### Sur les moyens d'éviter la contamination syphilitique au cours des transfusions du sang.

M. MUTERMILCH. — *Soc. de Dermatologie et de syphil. de Paris*, 11-2-1932.)

Voici le résultat de recherches expérimentales entreprises par l'auteur : autant qu'on puisse en juger d'après l'apparition des chancres et des séro-réactions positives chez le lapin, la stérilisation du sang humain en ce qui concerne le virus syphilitique, semble réalisable au moyen de l'addition de 1 centigramme de cyanure de mercure à 10 centimètres cubes de sang. Cette dose n'est pas toxique pour l'homme et peut être recommandée pour de petites transfusions de sang, dont la quantité ne dépasse pas 10 cmc. Ce moyen paraît d'autant plus sûr que le sang des syphilitiques ne contient jamais de quantités aussi élevées de virus que celles employées dans les expériences.

En ce qui concerne les grandes transfusions, il est manifeste que le cyanure de mercure ne peut être d'aucune utilité.

### Les surprises de la diathermie.

(Dr H. TISSIER. *Société de physiothérapie*, 8-4-1932.)

Dans l'arsenal thérapeutique des physiothérapeutes, la diathermie est, sans contredit, le courant le plus prodigieux ; et lorsqu'on sera arrivé à bien fixer ses indications et à les délimiter avec précision on pourra affirmer qu'on est en possession d'un traitement remarquable.

L'auteur, tout d'abord, fait appel à ses souvenirs personnels pour les exposer et les commenter :

Il s'agit en premier lieu d'une malade, atteinte d'arthrite métatarso-phalangienne ancienne, présentant des troubles de la marche rappelant ceux de la claudication intermittente par leur violence : à cette époque toutes les arthrites étaient justiciables

de la diathermie ; il pratiqua cette application, sans succès pendant les sept premières séances. La huitième est suivie d'une réaction douloureuse assez vive qui dure quelques heures, puis d'une guérison absolue. Ce traitement était pratiqué en 1927 ; depuis lors, cette malade n'a plus jamais présenté de troubles de la marche. Cette guérison, à côté d'insuccès nombreux, devait attirer l'attention et susciter des réflexions. Il y a lieu de penser que cette malade était atteinte d'une arthrite particulière d'origine vasculaire avec endo et périvascularite oblitérante, et que la diathermie n'avait pas fait autre chose que de rétablir la circulation dans une articulation hypohémiée.

Autre cas : c'est un mutilé de guerre, atteint du même côté de névralgie sciatique et de fistule tibiale consécutive à une blessure par éclat d'obus : depuis douze ans cette fistule ne s'est jamais tarie. Il était classique encore de traiter les névralgies par la diathermie, et ce traitement était demandé par le médecin traitant, qui par ailleurs ne s'occupait plus de cette fistule, avec laquelle ce mutilé était condamné à vivre. Au bout de quelque temps la suppuration de la fistule diminuait, et au bout d'un mois et demi, elle était complètement tarie alors que la sciatique n'était modifiée en rien : il fallut, pour en venir à bout, recourir à l'ionisation salicylée ; quatorze mois après la fistule ne s'était toujours pas reproduite.

Cette seconde observation demande à être interprétée comme la première, en mettant en évidence les phénomènes vaso-dilatateurs provoqués par la diathermie, phénomènes de nature à expliquer de même les guérisons intéressantes produites dans l'angine de poitrine. Cependant, la diathermie peut avoir d'autres actions que sur l'appareil circulatoire : ce qu'il importe, c'est de bien les mettre en évidence pour arriver à retirer de ce traitement toutes les ressources qu'il renferme. Ce sera le meilleur moyen de ramener la confiance en une thérapeutique, de nature à faire entrevoir des horizons nouveaux et intéressants.

G. F.

# Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs.
8, place de l'Odéon. Paris.

G. de Parrel. — **La rééducation de l'ouïe chez les sourds, les sourds-muets et les durs d'oreille.** (Un vol. in-8° carré de 146 pages, avec 43 figures et tableaux dans le texte, in« Collection de Parrel des Manuels de Rééducation ». 28 francs.)

La plus grosse faute que puisse commettre un sourd, c'est de s'avouer vaincu et de s'isoler dans une prison de silence. On ne peut évidemment parler pour lui de guérison complète et de récupération totale ; mais, par des exercices méthodiques, par des soins médicaux attentifs, il a la possibilité d'améliorer la valeur de son ouïe, et d'en obtenir le rendement maximum.

Dans ce manuel, qui est destiné au sourd lui-même, tout autant qu'au médecin, l'un et l'autre trouveront toutes les précisions nécessaires sur la rééducation acoustique, ses indications et sa technique. Des figures démonstratives, des tableaux synoptiques, des schémas musicaux rendent cet exposé particulièrement clair et pratique.

Armé de ce manuel et d'un tube acoustique, le sourd peut se soigner lui-même, dans l'intervalle de ses traitements chez le médecin rééducateur ; il peut sauver ce qui peut être sauvé, et lutter sans répit contre son infirmité.

L'ouvrage se termine par des conseils judicieux sur ce qu'il faut faire et ne pas faire, sur le mariage des sourds.

Les sourds retireront de cette lecture le même profit que du précédent manuel de la collection « La lecture sur les lèvres ». Ces deux opuscules se complètent, en effet, car ils doivent à la fois rééduquer leur oreille et leur faire acquérir l'audition par leurs yeux.

Editions Doin 8, place de l'Odéon, Paris.

Dr Léon Vannier. — **La doctrine de l'homéopathie française.** (Un vol. in-16 de 328 pages avec figures dans le texte : 28 francs.)

L'homéopathie n'est pas seulement une méthode thérapeutique, qui permet de « mieux guérir » ; elle constitue une véritable doctrine, que tout médecin doit connaître, car il trouve dans son étude la satisfaction de connaître le jeu fonctionnel de chaque malade, nécessaire à comprendre pour lui apporter le remède qui guérit.

Le chef incontesté de l'Ecole de l'homéopathie française nous fait apparaître l'homéopathie comme une thérapeutique simple et claire, facile à appliquer. Notons la description de deux formes cliniques, jusqu'alors ignorées : le tuberculinique (état prétuberculeux) et le cancérinique (état précancéreux), dont l'auteur expose magistralement les causes, les signes et le traitement, qui permet d'éviter le développement de toute tuberculose et l'apparition du cancer.

Masson et Cie, éditeurs,
120 boulevard Saint-Germain, Paris.

**La guerre des Vénètes**, poème épique héroï-comique, par H.-J. Laennec, publié par le Dr P. Busquet. (Un vol. 76 pages, 20 francs.)

Les cérémonies, qui se sont déroulées en France à l'occasion du Centenaire de Laennec ont fait mieux

connaître la personnalité curieuse du maître. Celui-ci, auteur de l'Auscultation médiate, est aussi celui d'un poème héroï-comique, pamphlet peu connu, dont le manuscrit avait longtemps disparu, et qui est publié ici pour la première fois.

En janvier 1800, devant l'insurrection générale en Bretagne, Bonaparte lève une armée de 60.000 hommes, sous les ordres de Brune, pour aller débloquer Vannes, encerclée par les Chouans. Laennec, sur sa demande, reçut une commission provisoire d'officier de santé de 3e classe, et séjourna à Redon et à Vannes. C'est là qu'il recueillit un certain nombre d'observations médicales, qu'il utilisa plus tard dans ses ouvrages, et qu'il composa cette sorte de pamphlet poème qu'on appelle la guerre des Vénètes. Le manuscrit est actuellement déposé au musée Laënnec à Nantes.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr M. LEGRAND. — **Guide formulaire des produits de régime et diététique.** (Un vol. in-16 de 936 pages ; 56 francs.)

Pour édicter un régime individuel et fournir au malade les moyens pratiques de suivre l'ordonnance diététique, le médecin à besoin de connaître avec précision les propriétés et la valeur spécifique d'appétition, de digestibilité et d'assimilation, les indications et les contre-indications, les modes de fabrication, de préparation et d'emploi, la posologie des aliments, qu'il doit envisager et sélectionner judicieusement, en vue de réaliser une prescription au coefficient maximum d'utilité et d'activité.

La thérapeutique alimentaire spécialisée offre une gamme étendue et variée de produits, dont la composition, la présentation et l'efficacité correspondent aux exigences légitimes de l'institution raisonnée et scientifique des régimes simples ou composés, que nécessitent à tous les âges l'équilibre de la santé ou les modalités de la maladie.

Ce guide-formulaire contient le bilan actuel des acquisitions pratiques relatives aux spécialités diététiques et produits de régime, dont la valeur scientifique est attestée par la marque de l'expérimentation.

Librairie BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

**Nouveau traité de médecine et de thérapeutique,** sous la direction des professeurs P. CARNOT, et P. LEREBOULLET. *Maladies du Sang.* (Un vol. grand in-8° de 771 pages, avec 97 figures et 1 planche coloriée : 150 francs.)

Cet ouvrage comprend tous les détails, que comporte la technique moderne, relative au sang ; il s'adresse à tous ceux qui font de l'hématologie clinique, en vue d'en tirer des indications relatives au diagnostic, au pronostic ou au traitement.

Le premier chapitre est consacré à l'étude technique, morphologique et physico-pathologique du sang ; il est dû à la collaboration du Professeur agrégé Henri BÉNARD et de Mlle TISSIER, chef de laboratoire.

Les autres chapitres sont dus au Dr L. RIVET, qui a rédigé seul ceux sur les anémies et les maladies et syndromes hémorragiques ; puis, en collaboration avec le Dr J. HUTINEL, le chapitre sur les syndromes hémolytiques, et celui sur les polyglobulies avec le Dr P. LÉCHELLE.

Le Dr Noël FIESSINGER a écrit celui sur les leucémies, et le professeur agrégé Ch. AUBERTIN celui de la pathologie osseuse.

L'ouvrage se termine par un article du Dr A. TZANCK sur la transfusion du sang.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

EDITIONS DELMAS,
6, place Saint-Christoly, Bordeaux.

Drs G. CUVIER et J. A. CARRÈRE. — **Biologie et cancer.** Un extractif des tumeurs dans la pratique médicale. Etude biologique et thérapeutique. 84 observations, 23 gravures. Préface de M. le Dr Bounhio, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux. Un vol. 212 pages.

Chez DOIN ET Cie,
8, place de l'Odéon, Paris,

Dr Pierre PROST. — **Rééducation psychothérapique.** Contrôle de l'équilibre mental et nerveux. *In* : Collection de Parrel des Manuels de rééducation. Un vol. in-8°, 138 pages. Prix : 20 francs.

Chez MASSON ET Cie,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

**La vaccination préventive de la tuberculose de l'homme et des animaux par le B. C. G.** — Rapports et documents provenant de divers pays (la France exceptée) transmis à l'Institut Pasteur en 1932. Un vol. 362 pages.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'actualité professionnelle

**L'assurance maternité. — La limite des obligations des assurées, ou femmes d'assurés, enceintes. — Le droit de contrôle que l'article 9 accorde aux caisses ne fait pas obstacle au libre choix légal. — Le calcul des prestations en cas de forceps. — Situation particulière d'assurées filles-mères**

La loi sur les Assurances sociales est-elle économiquement désastreuse ? Une majorité imposante le proclame. Mais ce qu'elle est à coup sûr, c'est formaliste, paperassière et tracassière : là-dessus, j'ai l'impression que l'accord est unanime, exception faite sans doute des quelques individualités dont le cerveau, en gésine tératologique, accoucha des complications administratives, dont elle est alourdie et grevée.

Complications qu'aggrave encore la mauvaise volonté de certaines Caisses. Jugez-en, d'après l'aventure advenue à un ouvrier assuré social, à l'occasion de l'accouchement de sa femme.

Affilié successivement à deux Caisses différentes, cet assuré, son enfant étant né, réclama, à celle à laquelle il appartenait présentement, le paiement de sa part de responsabilité dans les frais obstétricaux. Elle le renvoya à la Caisse à laquelle il était précédemment inscrit : celle-ci refusa tout net de rien payer.

Il se mit alors en instance devant la Commission cantonale prévue à l'article 63 de la loi, et il obtint gain de cause, en ce que chacune des deux Caisses, qui soulevaient le litige, fut condamnée à lui verser, pour partie, la totalité de la prestation réclamée. Les deux Caisses firent appel devant le tribunal civil de La Rochelle, qui vient de rendre un jugement, aux termes duquel la dernière Caisse en cause est condamnée à payer seule toute la prestation.

L'intérêt de ce jugement réside surtout en ce qu'il précise les limites des obligations de l'assurée, dans le cadre de l'assurance-maternité. Ainsi, le fait de ne pas déclarer trois mois à l'avance l'état de grossesse n'entraîne pas, pour une assurée ou femme d'assuré, la déchéance de ses droits aux prestations *en nature* (frais de l'accouchement proprement dit) ; ceux-ci lui sont acquis s'ils ont cotisé le temps légalement requis par la loi.

La déclaration de l'état de grossesse ne serait imposée qu'aux assurées qui réclament, non seulement les prestations en nature (frais de l'accouchement), mais les prestations en argent (allocations de chômage, prime d'allaitement, etc.).

D'une façon générale, par ailleurs, le tribunal juge que la responsabilité de la remise trimestrielle à la Caisse des feuillets timbrés n'incombe pas aux assurés, mais à leurs employeurs et que leurs droits demeurent entiers, s'ils justifient que les cotisations dues ont été réellement versées.

J'ai déjà expliqué les moyens de défense que possèdent les assurés contre leurs Caisses, comment ils peuvent recourir à la Commission cantonale en saisissant le juge de paix, — dans les dix jours de la notification du refus de la Caisse de les rembourser de sa part de responsabilité, — d'un mémoire explicatif, qui ne comporte pas nécessairement leur comparution personnelle. Si la décision de la Commission cantonale ne les satisfait pas, ils peuvent en porter appel devant le tribunal civil du ressort, sans qu'il soit nécessaire pour eux de constituer avoué, ni même de comparaître, sauf si le tribunal en décide autrement.

Dans l'affaire que je viens d'évoquer, les deux étapes légales ont été franchies, et l'assuré a finalement gagné son procès. Si tous les assurés qui ont à se plaindre de leurs Caisses agissaient de la même façon, elles finiraient sans doute par renoncer aux véritables brimades, auxquelles elles se livrent trop volontiers, parce qu'elles spéculent sur la pusillanimité, la crainte du temps perdu, et la peur des représailles de leurs affiliés, pour ne pas entamer de poursuites.

Les médecins ont intérêt à bien connaître le mécanisme de la loi à ce point de vue, afin de renseigner et de guider leurs clients assurés sociaux, quand ils éprouvent des difficultés à se faire rendre justice.

En dehors des prestations en nature (frais d'accouchement), les assurées sociales ont droit,

dans le cadre de l'assurance maternité, à des prestations en argent (allocations de chômage six semaines avant et six semaines après l'accouchement, prime d'allaitement, bons de lait...), à condition qu'elles se conforment à l'article 9 de la loi ainsi conçu :

**« Le paiement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation par le bénéficiaire des prescriptions qui doivent être faites par la Caisse d'assurances,** ***notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des*** **CONSULTATIONS MATERNELLES** ***et des consultations de nourrissons.*** **»**

L'assurée sociale enceinte doit donc prévenir la Caisse de son état de grossesse trois mois au moins avant la date présumée de son accouchement, et se présenter trois fois à une consultation maternelle (ou prénatale) agréée par la Caisse. Ces exigences des Caisses constituent-elles une violation du libre choix consacré par l'article 4 paragraphe 2 de la loi ? Nos Syndicats l'affirment, et d'actifs syndicalistes ont protesté là contre. L'Association de Secours mutuels des sages-femmes de France a elle-même adressé une protestation analogue à notre bouillant ennemi, M. Léon Heller. Il ne me semble pas inutile de reproduire la réponse intégrale qu'il a faite à la présidente de cette Association :

Madame la Présidente,

En réponse à votre lettre du 12 novembre, nous constatons que, très certainement, vos collègues et vous-même, vous êtes émues un peu trop précipitamment, et avez prêté à l'affiche concernant la maternité que les Services de notre Caisse primaire vous ont envoyée, des intentions toutes erronées.

Aussi bien pour le médecin, pour le pharmacien, que pour la sage-femme, le libre choix de l'assurée reste entier, et notre Caisse n'a en rien l'intention de violer ce droit inscrit à l'article 4, paragraphe 2, de la loi.

En ce qui concerne la maternité, mieux que nous, Madame la Présidente, vous connaissez et pouvez apprécier les avantages énormes, qui sont donnés par la loi à la future maman et à son enfant.

Ces avantages sont subordonnés à l'observation de certaines obligations ainsi déterminées et définies par le paragraphe 6 de l'art. 9 de la loi et l'article 49 du règlement d'administration intérieure des Caisses (*Journaux officiels des* 20, 23 et 28 août 1930).

ART. 9, § *de la loi* : « Le paiement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation par le bénéficiaire, des prescriptions qui doivent être faites par la Caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons ».

ART. 49. — Dès qu'elle a connaissance certaine de son état, et au plus tard quatre mois avant la date présumée de l'accouchement, l'assurée ou la femme de l'assuré justifie de son état par un certificat du médecin ou de la sage-femme.

La caisse lui remet alors les instructions générales, auxquelles elle est tenue de se soumettre avant et après l'accouchement pour sauvegarder son droit aux prestations (consultations maternelles, visites périodiques à domicile, consultations ou visites du du médecin contrôleur de la Caisse, consultations de nourrissons, repos durant les couches... etc ...).

C'est aux clauses de ces deux articles, qui arment et limitent notre contrôle, que nous désirons nous en tenir.

Dans la pratique, aujourd'hui comme hier, car la loi, nous le supposons, n'a en rien modifié le développement normal de la grossesse, les choses doivent se passer ainsi :

La future maman en état de grossesse va trouver la sage-femme ou le médecin de son choix, avec qui elle passe un forfait qui comporte les visites qu'elle croit devoir lui faire avant, et les 9 visites consécutives qui lui sont faites après son accouchement. Ce forfait est fixé par le tarif de responsabilité de la Caisse à :

| | |
|---|---|
| Accouchement simple............... | 300 fr. |
| Accouchement de jumeaux .......... | 420 fr. |
| Accouchement avec forceps.......... | 360 fr. |

moins 15 ou 20 % du ticket modérateur toujours à la charge de l'assurée.

La femme assurée, en plus de ces soins que je viens de vous énumérer a droit :

1° *Art.* 9, § 2. — « Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période, et qu'elle ait cotisé soixante jours durant les trois mois ou deux cent quarante jours pendant les douze mois, qui ont précédé l'état de grossesse ».

2° *Art.* 9, § 4. — « L'assurée qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées par l'art. 5, § 2, a droit, durant la période d'allaitement et pendant neuf mois au maximum, à une allocation mensuelle de 150 francs pendant les quatre premiers mois, de 100 francs le cinquième et le sixième mois, et de 50 francs du septième au neuvième sous réserve des observations mentionnées plus haut art. 9, § 5 de la loi et art. 49 du règlement d'administration intérieure.

Afin que ces prestations soient données avec tout le sérieux compatible à leur importance, nous demandons aux assurées de se conformer aux exigences du contrôle de la Caisse qui n'a rien de draconien, puisqu'il consiste simplement pour l'assurée trois fois dans le cours de sa grossesse de bien vouloir se présenter devant notre médecin de contrôle, au dispensaire de son choix. Et c'est pour l'indemniser de ce dérangement qu'il lui est alloué une somme de 10

francs par visite, — ce qui n'est pas prévu par la loi.

Pour les primes d'allaitement d'un total de 950 francs, vous conviendrez aussi, Madame, j'en suis persuadé, que les Caisses failliraient à leur mission, si elles ne veillaient pas à ce que la jeune maman suive scrupuleusement les prescriptions prévues par la loi et les règlements de la Caisse ; agir autrement serait rendre impossible toute mesure de prévention qui, mieux que les prestations elles-mêmes, sauvegarderont la santé de la mère et de l'enfant.

Nous sommes, Madame la Présidente, à votre entière disposition pour nous entretenir ensemble de cette question, qui, pour vous, nous le comprenons, est du plus haut intérêt, et vous prions de bien vouloir croire à l'assurance de nos sentiments mutualistes et respectueusement dévoués.

*Signé* : HELLER.

Cette lettre contient, à mon avis, des inexactitudes que je relèverai plus tard. Un fait domine tout le débat : l'assuré social a le libre choix de son praticien ; c'est la loi. Mais il ne peut prétendre à la jouissance de toutes ses prestations que s'il se soumet au contrôle que la Caisse a le droit absolu d'exercer sur lui, aux termes de l'article 7 paragraphe 2, ainsi conçu :

« Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectuent en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé. »

Les visites auxquelles l'assurée sociale enceinte doit se soumettre dans les consultations maternelles, disent les Caisses, ne doivent être que des visites de contrôle, et non des visites de soins. Elles sont légales, aux termes de l'article 9 paragraphe 6, et elles ne constituent pas une atteinte au libre choix, que l'assurée exerce à son gré en se faisant soigner et accoucher par le médecin ou la sage-femme, en qui elle a confiance. C'est pour indemniser la gestante de son déplacement que la Caisse lui verse une allocation de dix francs par visite.

Dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, la Caisse, avisée par une assurée sociale enceinte de son état de grossesse, lui adresse un livret qui renferme des conseils judicieux sur l'utilité du repos de six semaines avant et après l'accouchement, la supériorité de l'allaitement maternel, l'hygiène et le vêtement du nouveau-né, etc. Des emplacements sont réservés aux résultats des trois visites de contrôle de la consultation maternelle. Mais il en est aussi de réservés au médecin ou à la sage-femme, choisis par l'assurée, où ils consigneraient leurs observations s'ils le jugeaient à propos. Des certificats détachables sont prévus pour l'indemnisation de l'assurée à l'occasion de chacune de ces visites de contrôle, pour l'attestation qu'elle cesse son travail à telle date, pour l'attestation du versement de ses cotisations, de son accouchement, etc.

Que vaut cette explication ? Le contrôle de la Caisse, avant l'accouchement, ne peut avoir pour objet unique que la vérification de l'état de grossesse de la bénéficiaire de l'Assurance-maternité, et de l'observation du repos, qui lui est recommandé et pour lequel elle reçoit certaines allocations en argent. Or, les examens qu'elle doit subir à trois reprises dans les consultations maternelles sont surtout techniques, puisqu'ils portent sur l'âge de la grossesse, la position et la présentation du fœtus, la qualité du sang (R. B. W.) et des urines (albumine) de la mère ; certaines anomalies éventuelles (pertes blanches, rouges ; viciations du bassin, etc.). Ce n'est plus du contrôle administratif, mais de la pratique médico-obstétricale, et cela appartient tout aussi bien, et mieux encore, au praticien librement choisi par l'intéressée. C'est un droit qu'elle tient de la loi, et qui ne peut lui être contesté. La loi, dans un but prophylactique louable, impose aux gestantes trois examens prénataux. Soit ! Mais ces examens doivent pouvoir être pratiqués par le médecin de leur choix, sans que leur droit aux prestations en argent s'en trouve menacé.

C'est ce que la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine s'efforce de faire admetttre par la Caisse interdépartementale. Aux dernières nouvelles, il semble qu'elle a réussi à faire prévaloir ce point de vue. Si bien que les trois examens prénataux pourront bientôt être effectués, avec le bénéfice du libre choix.

Les bénéficiaires seront même remboursées par la Caisse de la part de responsabilité dans les frais médicaux de ceux-ci et l'indemnité de dix francs continuera à leur être versée.

Une des inexactitudes commises par M. Heller consiste à calculer forfaitairement la part de responsabilité de la Caisse à rembourser à l'assurée en cas d'accouchement avec forceps. M. Heller écrit que le forfait est alors de 360 francs, moins la retenue modératrice.

Et je répète, avec Hilaire, que l'intervention du médecin, dans une application de forceps, soit sur appel d'une sage-femme, soit pour terminer un accouchement auquel il est seul à présider techniquement, est un acte de pratique obstétricale courante, qui doit être tarifé en multipliant le chiffre-clé, — variable selon les Caisses — par un coefficient, *invariable* unilatéralement, et établi d'un commun accord entre la Caisse et le Syndicat, quand il existe une con-

vention entre les deux. C'est une question qu'il faudra faire juger à la première occasion.

Enfin, il est un dernier point de l'assurance maternité, qu'un cas personnel m'amène à examiner :

Une assurée sociale salariée, non mariée, commence une grossesse, qu'elle s'efforce de dissimuler dans la crainte de perdre sa place. Un jour vient pourtant où la dissimulation n'est plus possible. Son employeur la confesse, et elle reconnaît qu'elle est en effet enceinte de six mois. Sur ses conseils, elle adresse à sa Caisse l'attestation de son état. Elle en reçoit le livret, dont je viens de parler et l'avis de se rendre aux consultations maternelles dans la localité qu'elle habite. Elle se fait examiner régulièrement par un médecin de son choix et en rend compte à sa Caisse. Perdra-t-elle ses droits aux prestations en argent, parce qu'elle n'aura pas pu souscrire aux obligations de l'article 9, paragraphe 6, par suite d'impossibilité matérielle (absence de consultation maternelle dans sa résidence) ? Si elle découvre une consultation maternelle, dans une localité voisine, et qu'elle aille s'y faire examiner une fois, montrant ainsi sa bonne volonté, au prix d'une demi-journée de déplacement, les perdra-t-elle néanmoins ?

Elle peut cesser tout travail six semaines avant son accouchement. Soit ! Mais, elle préfère continuer à travailler le plus longtemps possible, et elle n'interrompt son travail que pendant les quinze derniers jours de sa grossesse parce que ce travail n'est pas pénible, et qu'elle est l'objet de ménagements de la part de son employeur. Sera-t-elle indemnisée pour cette quinzaine de chômage prepartum ?

C'est un cas d'espèce qui mérite considération. Il ne doit pas être exceptionnel. J'opine pour que cette assurée conserve ses droits, dans la mesure où elle les peut faire valoir, compte tenu du temps et de l'espace.

G. DUCHESNE.

## LES ASSURANCES SOCIALES VONT-ELLES ÊTRE ACCAPARÉES PAR LA MUTUALITÉ AU SEUL PROFIT DE CETTE DERNIÈRE ? SALARIAT MÉDICAL EN PERSPECTIVE

On sait les efforts que la Mutualité a tentés, au cours de la discussion de la loi du 5 avril 1928, sur les assurances sociales, puis lors de sa modification, par la loi du 30 avril 1930, pour accaparer, à son seul profit, la gestion des caisses d'assurances.

C'est une question de vie ou de mort pour elle. C'est aussi une question primordiale pour ses dirigeants qui, d'après certains dires, sont souvent des chefs sans troupes. Certes, on fait toujours miroiter les millions de mutualistes, possédant des millions de francs ; mais la superbe, que nous avons connue avant la guerre, du temps de la présidence de M. Mabilleau, est moins affirmée, alors que la Mutualité, prévoyance facultative, se voit concurrencer par la prévoyance obligatoire, découlant de la loi des assurances sociales.

Pour nous, médecins, nous devons suivre cette campagne avec une attention sérieuse, car il y va de notre indépendance et de notre avenir professionnel.

Méditons sur la déclaration des derniers Etats généraux de la Mutualité, notamment sur la prétention suivante :

« La Mutualité française, réunie en ses Etats généraux..... Demande que les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels soient admises à gérer les risques de répartition conformément aux dispositions de la loi du 1er avril 1898, dans le seul cadre de leur constitution organique et sous les seules réserves du contrôle de l'Etat, d'une participation à la réassurance nationale et de la garantie des prestations prévues par la loi. »

MM. Dormann et Montigny, députés, ont déposé sur le bureau de la Chambre, une proposition de loi, tendant à modifier la loi des assurances sociales pour donner satisfaction pleine et entière à la Mutualité. Cette dernière doit être autorisée à gérer les caisses d'assurances sociales, dans le cadre, non plus de la loi de 1928-1930, mais de la loi du premier avril 1898, sur le sociétés de secours mutuels.

Allons-nous donc revivre les périodes de lutte acharnées, au cours desquelles le corps médical n'a cessé de protester contre le salariat mutualiste ? Avons-nous oublié les articles du *Concours médical*, en 1913 et 1914, où notamment Vimont écrivait que S. M. ne signifie pas Sociétés Mutuelles, mais bien Sociétés Mendiantes, motifs pris que la Mutualité ne réclame pas à ses adhérents les cotisations suffisantes pour garantir les risques assurés, mais s'adresse à tous, pour mendier des subventions, des allocations, des cotisations de membres honoraires et enfin des réductions considérables sur les honoraires médicaux et les dépenses pharmaceutiques.

Pour ma part, délaissant tout esprit de lutte et de combat, je vais analyser les propositions qui sont faites et en tirer les conclusions, qui je crois, devront retenir l'attention de mes confrères.

Je tiens tout d'abord à mettre sous les yeux

de mes lecteurs l'article suivant, paru dans le journal *L'Œuvre* du 3 mai dernier :

**Le conflit des assurances sociales**

**Entre les caisses et les praticiens l'accord est possible et souhaitable**

Voilà dix-huit mois que les caisses d'assurances sociales ont ouvert leurs portes au public. Devant la violence des attaques dont elles sont l'objet, devant la campagne entreprise dans tout le pays pour les discréditer, de nombreux amis de la loi d'avril 1930 se demandent avec inquiétude si ces caisses ont réalisé toutes les espérances qu'elles avaient fait concevoir.

Il est nécessaire de se rappeler les données du problème. Il s'agissait d'organiser les soins médicaux et pharmaceutiques dans des conditions telles qu'elles puissent tout à la fois donner les garanties indispensables au corps médical, ne pas dépasser les ressources financières des caisses et en même temps répondre aux nécessités de la santé publique.

C'est en s'inspirant de cette triple considération que le Parlement a légiféré.

Pour donner satisfaction aux praticiens qui se refusent énergiquement à se laisser fonctionnariser, il a formellement reconnu les trois principes proclamés par eux comme la condition même de leur collaboration : le libre choix du médecin, la liberté des honoraires, le secret professionnel.

Mais comme le libre choix impliquait la faculté pour le malade de s'adresser à des praticiens qui lui demanderaient peut-être des honoraires élevés, comme interdiction était faite aux caisses d'ouvrir des pharmacies, le Parlement, soucieux de défendre l'équilibre budgétaire des caisses, a prévu l'adoption de « tarifs de responsabilité » compris dans les limites strictes d'un tarif de réassurance et fixant le prix de remboursement aux assurés de chaque acte médical. Les caisses ont été autorisées d'autre part à passer des conventions avec les établissements de cure et de soins en vue de fixer les frais qu'elles auraient à supporter.

Dès lors il est évident que les tarifs de responsabilité des caisses auraient dû concorder exactement avec les tarifs syndicaux minima des praticiens, si l'on voulait éviter l'adoption de tarifs forfaitaires, c'est-à-dire la négation même de l'assurance-maladie. Or ce n'est pas là malheureusement ce qui s'est passé.

— Avant même que la loi fût entrée en application, nous dit un spécialiste du problème, certains praticiens, à qui l'adoption même de leurs principes par le législateur aurait dû donner un autre sentiment de leurs devoirs, se sont empressés de relever leurs tarifs, de sorte qu'un écart sensible entre leurs prix et les tarifs de responsabilité est devenu inévitable. Telle est la cause certaine de la déception qu'ont éprouvée les assurés sociaux en constatant qu'une partie seulement de leurs dépenses de maladie était couverte par les caisses.

Pour remédier à une situation si fâcheuse, de nombreux projets ont été présentés. Sous les formes diverses qu'ils ont revêtues, ils se ramènent presque tous à l'idée d'instituer des médecins, des pharmaciens, des cliniques et des hôpitaux de caisses pour fournir gratuitement aux malades les soins en nature.

Les mutualistes se sont élevés les premiers avec force contre les dispositions d'une loi qui frustre les assurés sociaux des avantages qu'accorde aux mutualistes la loi du 1er avril 1898. Ils ont revendiqué hautement le droit de gérer les risques de l'assurance-maladie, maternité et décès dans le seul cadre de leur constitution organique.

Dans le traité remarquable que MM. Tissier, Closset de Sardan ont publié sur les assurances sociales on peut lire, par ailleurs, les lignes suivantes :

Le jour où chaque caisse aura ses médecins on pourra contracter avec certains médecins sans l'intervention du syndicat ; le jour où elle fabriquera les produits pharmaceutiques nécessaires à ses adhérents nul doute que la loi ne se trouve en équilibre. La médecine en subira-t-elle une atteinte ? Nous ne le pensons pas, car les ressources des caisses seront alors suffisantes pour leur permettre de payer de très larges honoraires à leurs praticiens. Si l'on songe que deux cents médecins au traitement annuel de 100.000 francs ne coûteraient à la caisse interdépartementale de la Seine que vingt millions par an, on voit la marge énorme qui subsisterait. Cette caisse pourrait avoir des médecins en permanence nuit et jour, qui, dotés d'un nombre suffisant de voitures automobiles se rendraient chez l'assuré sur un simple appel.

Faut-il conclure que la bataille soit imminente entre les caisses et les praticiens ?

— Je ne le crois pas, nous dit notre interlocuteur, un accord est possible.

Pour qu'il soit conclu, il suffira que médecins et chirurgiens comprennent qu'en faisant concorder leurs tarifs syndicaux minima avec les tarifs de responsabilité des caisses, ils s'assureront une clientèle beaucoup plus nombreuse et pourront, sans porter atteinte à leurs intérêts, sauvegarder ainsi leurs légitimes privilèges.

A notre tour, demandons-nous si un grave conflit peut être évité ? Car, au cours de la discussion de la proposition de loi Dormann et Montigny, certains députés sauront certainement faire ressortir les troubles considérables, qui résulteraient de l'abstention complète du corps médical, pour le fonctionnement de la loi mutualiste projetée, car les médecins ne veulent pas être les salariés des sociétés mutuelles, sous l'empire de la loi du 1er avril 1898.

Je laisse de côté les plaintes des assurés sociaux, qui protestent contre les complications paperassières, notamment lorsqu'ils vont à Paris, dans l'immense bâtisse de l'avenue Lowendall. Ils se plaignent d'être renvoyés de bureau en bureau, de ne pas obtenir les renseignements, ou éclaircissements qu'ils sollicitent ;

ils s'insurgent contre les pertes de temps, contre les attentes longues et injustifiées, pendant lesquelles ils perdent des heures de travail.

Ils fulminent contre les difficultés pour se faire payer les indemnités auxquelles ils ont droit.

Mais tout ceci n'est que questions d'administration et d'organisation, qui ne nous regardent pas.

Arrêtons-nous plutôt sur les doléances, provenant de la disproportion entre les honoraires médicaux payés et le tarif de remboursement. Toute la question médicale est en grande partie confinée entre la différence qui existe entre le tarif syndical minimum, acquitté par l'assuré social, chez son médecin, et surtout chez le chirurgien ou le spécialiste et le tarif de responsabilité de la caisse.

Pour une opération tarifée quelques milliers de francs, l'assuré ne sera remboursé que de quelques centaines de francs.

Aussi, déception et mauvaise humeur de la part des assurés, cependant que certains accusent le corps médical d'avoir haussé les tarifs syndicaux au moment précis de l'application de la loi de 1930.

Faisons un rapide historique de cette question des honoraires médicaux.

Le projet de loi, que le Gouvernement avait fait étudier et déposer à la Chambre, lors du retour de l'Alsace à la France, s'était inspiré du régime des provinces recouvrées, en instituant le système du forfait, versé chaque année aux syndicats médicaux. Ceux-ci avaient pour mission de répartir des sommes forfaitaires entre les médecins ayants droit, au prorata de leurs actes médicaux et du nombre des visites et consultations.

Après bien et bien des discussions, le projet de loi, dû au Docteur Edouard Grinda, député et voté par la Chambre, en 1924, instituait le système dit du ticket modérateur.

Par convention passée entre le syndicat et la caisse, on déterminait les modalités selon lesquelles les groupes professionnels de praticiens se chargeraient de dispenser aux bénéficiaires les services médicaux, ou chirurgicaux. Liberté complète était laissée à chaque syndicat de traiter avec les caisses.

L'assuré, qui avait besoin d'une visite, ou consultation, achetait à sa caisse un ticket, qu'il remettait au médecin et qui servait à ce dernier de papier monnaie, remboursé ultérieurement par la caisse. Le prix d'achat de ce ticket, c'est-à-dire la part laissée à la charge de l'assuré, était librement fixé par la caisse, sans pouvoir dépasser le tiers du montant nominal des honoraires du médecin.

Ainsi, syndicat et caisse se mettaient d'accord, par contrat, pour fixer le prix de l'acte médical, ou chirurgical. Sur ce prix l'assuré devait supporter la charge du tiers au maximum, qu'il payait entre les mains de sa caisse, en achetant à cette dernière un ticket.

Celui-ci servait de papier monnaie pour le médecin, qui était remboursé par la caisse, selon le tarif arrêté par convention.

Bien que ce projet de loi, voté par la Chambre laissât toute liberté de tractations aux syndicats médicaux, alors que l'Union des syndicats médicaux se déclarait satisfaite en grande partie, la Fédération des syndicats médicaux le repoussait entièrement, pour réclamer l'entente directe sans tiers interposé.

La loi du 5 avril 1928 proclama encore une fois la liberté des tractations locales entre syndicats et caisses. L'article 4, § 4 de la loi spécifiait en effet que « les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant les uns et les autres de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels. »

Ainsi, les prix applicables aux assurés sociaux devaient résulter d'ententes locales, consacrées par des conventions. Par des discussions locales, syndicat et caisse devaient arrêter, l'un son tarif minimum, l'autre son tarif de responsabilité.

Quant au paiement du médecin, le paragraphe 5 dudit article 4 laisse la liberté entière aux syndicats et aux caisses pour décider, par convention, si le malade paiera directement le praticien, pour ensuite se faire rembourser par sa caisse la part mise à la charge de cette dernière, aux termes de son tarif de responsabilité, ou si le praticien recevra, de son client, des bons qu'il monnoiera ensuite auprès de la caisse.

Dans tous les cas, la marge entre le tarif syndical et le tarif de responsabilité est fixée au maximum par la loi entre 15 et 20 %.

Je ne rappelle que pour mémoire les nombreuses discussions que cette loi du 5 avril 1928 provoqua dans les milieux médicaux. Les praticiens décidèrent de n'accepter que l'entente directe : l'assuré social est un malade ordinaire, qui paye son médecin selon le tarif habituel de ce dernier, sans que le praticien ait à se soucier du tarif de responsabilité de la caisse, c'est-à-dire du quantum de remboursement auquel a droit le malade assuré social.

La loi du 30 avril 1930 vint consacrer la liberté absolue pour le médecin de demander aux assurés sociaux les honoraires que bon semble à chaque praticien de réclamer.

Cependant, les syndicats de praticiens durent communiquer seulement à titre indicatif, leurs tarifs minima, pour que la caisse puisse déterminer son tarif de responsabilité dans chaque région ou département.

Ne sachant ce que réservait l'avenir de cette loi, craignant de ne pas pouvoir boucler leur budget, les caisses se montrèrent, dès le début, d'une économie outrancière : elles arrêtèrent des tarifs de responsabilité de beaucoup inférieurs aux chiffres portés aux tarifs syndicaux minima.

D'où récriminations des malades, accusations par certains contre les syndicats, qui auraient profité de l'application de la loi pour augmenter considérablement leurs tarifs. Quelques-uns vont même jusqu'à prétendre que les malades de clientèle ordinaire paient moins cher leur médecin que les assurés sociaux.

Protestations encore de nombreux praticiens contre les pratiques de quelques confrères qui, souvent non syndiqués, parfois syndiqués, n'appliquent pas le tarif syndical et ne demandent comme honoraires que des chiffres égaux, ou à peine supérieurs au tarif de responsabilité. Les médecins consciencieux voudraient faire abolir ces pratiques insolites rabaisiennes, dont le but est l'accaparement de la clientèle au seul profit des confrères se contentant d'honoraires réduits.

De leur côté, certains juristes font remarquer que ces rabais violent ou faussent l'esprit de la loi, qui entend laisser à la charge de l'assuré une partie des honoraires payés au praticien, partie qui peut ne plus exister lorsque impunément, certains praticiens rabaisiens se contentent comme honoraires du tarif de responsabilité des caisses locales.

Aussi la mutualité reprend-elle espoir : amplifiant ces difficultés, arguant de quelques défaillances médicales, sans tenir compte des redressements apportés par le contrôle technique et les décisions des conseils de famille, elle propose au Parlement de prendre en charge les assurances sociales, mais dans le cadre de la loi du 1er avril 1898.

Or, sous l'empire de cette dernière législation, les sociétés de secours mutuels ont le droit de nommer leurs médecins à elles, supprimant ainsi le libre choix pour le mutualiste. Ces praticiens, salariés des mutuelles, touchent soit un forfait mensuel (salaire), soit des honoraires à la visite et consultation, mais dont les chiffres sont nettement inférieurs au tarif syndical local.

On assure ainsi aux praticiens salariés des mutuelles une clientèle toute faite, mais à la condition de ne prendre que des honoraires extrêmement modestes.

Comme corollaires de ces alariat, l'employé-médecin doit se conformer aux instructions et injonctions provenant de ses employeurs : il recevra des directives — qui sont des ordres — pour les soins à donner tant à domicile que dans les établissements où il devra diriger le malade quelque peu grave, ou ayant besoin d'un examen spécial, d'une opération.

Il devra se conformer à une réglementation pharmaceutique, ne pouvant pas ordonner tous les médicaments nécessaires au malade. La mutualité entend avoir ses pharmacies mutualistes, qui feront la concurrence acharnée tant aux pharmacies de la localité qu'aux grandes firmes de produits spécialisés.

Enfin, l'employé-médecin devra ne pas se montrer trop scrupuleux du secret professionnel, car il devra obéir aux ordres de ses chefs lorsque ceux-ci réclameront des indications, ou explications sur la maladie de tel ou tel assuré social-mutualiste.

On va faire miroiter aux yeux des médecins la création de situations mirifiques. L'article précité, découpé dans l'*Œuvre* fait espérer pour la région parisienne deux cents postes médicaux à cent mille francs de fixe. On escompte de la sorte de très nombreux candidats, alléchés par de pareils émoluments.

Mais, pour conserver sa situation, l'employé médecin devra obéir aux injonctions de son employeur : la mutualité. Il devra se montrer bien sage, bien obéissant, sinon il sera cassé aux gages et remplacé par un autre candidat. Dès lors il aura à se refaire une clientèle, en dehors des assurances sociales, qui seront ainsi accaparées par les médecins appointés par les mutuelles.

Progressivement, l'ambition de la Mutualité atteindra les hôpitaux : ces derniers, peuplés par des assurés sociaux, c'est-à-dire par des mutualistes, devront être administrés par les dirigeants mutualistes, qui envahiront les commissions administratives, soit par une loi à intervenir, soit par connivence avec le préfet.

Si les hôpitaux résistent, on fondera des cliniques mutualistes, qui feront la concurrence aux établissements publics, lesquels seront obligés à n'admettre que les quelques indigents, qui ne font pas partie des assurances sociales.

### *Conclusion.*

A maintes reprises, j'ai demandé à certains dirigeants de la Mutualité, que je connais, de me donner l'assurance que si les mutuelles prennent en charge les assurances sociales, elles s'engagent à respecter le libre choix du médecin, le tarif à l'acte médical, le respect du secret professionnel, le tout concrétisé dans des conventions locales passées avec les syndicats médicaux.

Toujours, on a refusé de me donner cet apaisement.

A l'heure actuelle, où la Mutualité croit tenir la victoire, on dénonce ces conventions syndicats-caisses ; on ne veut plus du contrôle technique ; le libre choix du médecin restera confiné aux seuls praticiens agréés par les mutuelles

et qui seront payés selon des modalités imposées et non plus selon un tarif librement débattu.

Les pharmaciens détaillants, comme les spécialistes seront dévorés par les pharmacies mutualistes ; les hôpitaux seront mutualistes, ou ne seront plus.

Aussi, puis-je comprendre que certains dirigeants de syndicats médicaux aient prononcé le mot de grève générale, en matière d'assurances sociales et de médecine publique, si le Parlement sacrifie les intérêts corporatifs de notre profession à l'ambition de la Mutualité.

Souhaitons au contraire que, mieux inspirés, les parlementaires ne confient la gestion des assurances sociales que dans le cadre de la loi du 30 avril 1930 et non dans celui de la loi du 1er avril 1898. Plus libérale que la seconde, la première de ces lois respecte les intérêts de notre profession, tout en accordant au malade le droit de se confier au médecin de son choix.

Que par conventions locales, des ententes se fassent entre syndicats médicaux et caisses, ou mutuelles, pour que l'écart soit diminué entre le tarif syndical et le tarif de responsabilité par un relèvement sensible de celui-ci : le chiffre-clé de 8 francs pour la chirurgie et les spécialistes est ridiculement bas ; les caisses peuvent faire mieux. Que même, à la rigueur, si certains syndicats, le croyant utile à leurs intérêts, acceptent de faire l'essai du ticket modérateur du projet de loi de 1924, ou du chèque proposé, en son temps par le Dr Cibrie ; que toute modalité de collaboration entre caisses ou mutuelles et syndicats médicaux soit envisagée : toutes les suggestions sont à retenir, pour faciliter le fonctionnement de la loi.

Mais, je puis dire que le corps médical ne permettra pas qu'on touche aux principes du libre choix du médecin et du respect du secret professionnel.

La Mutualité a-t-elle donc tant à gagner que de se mettre en lutte ouverte avec les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les hôpitaux ? Croit-elle que le système du salariat, qu'elle a instauré depuis 1898 et qui a fait faillite, lui donnera encore les résultats qu'elle escompte ?

Puisque les dirigeants mutualistes se prétendent mûs par le seul intérêt du bien public, qu'ils le montrent en recherchant la conciliation et les terrains d'entente, au lieu de se mettre en lutte ouverte avec toute une corporation. D'autant que si les médecins réclament le libre choix et le respect du secret professionnel, c'est uniquement dans l'intérêt de leurs malades, qui ne peuvent être bien soignés que par le praticien, en lequel ils placent leur confiance, certains qu'ils sont que ce praticien ne pourra pas dévoiler les secrets qui lui ont été confiés.

Au surplus, m'ont demandé quelques assurés sociaux, de condition modeste, « pourquoi sont-ce des personnes, qui ne font pas partie des assurances sociales, qui veulent absolument faire notre bonheur ? Pourquoi les dirigeants de la Mutualité, personnages importants dans la République, et dont les conditions de fortune les placent en dehors des bénéficiaires des sociétés mutuelles, veulent-ils se substituer aux usagers pour imposer à ceux-ci leurs directives et leurs méthodes ? La loi du 30 avril 1930 a confié aux bénéficiaires des assurances sociales une partie de la gestion des caisses : restons entre nous, sans servir les intérêts honorifiques, politiques ou autres de personnes, qui, parce que dirigeants mutualistes, ne sont cependant pas des assurés sociaux ».

Je souhaite ardemment qu'un esprit de conciliation et de concorde puisse animer les promoteurs de la réforme de la loi sur les assurances sociales, pour qu'ils s'appuient sur la collaboration des syndicats médicaux, au lieu d'entrer en conflit avec eux.

A l'heure où certains rêvent de paix universelle, écartons les motifs de guerre entre concitoyens.

Dr Paul Boudin.

## DE LA DICHOTOMIE CHARITABLE

Dans sa biographie du Professeur Pierre Mauriac, M. Dartigues nous parle un peu de tout (1). Rien d'étonnant. Le Professeur Pierre Mauriac, clinicien et homme de science, est aussi «*penseur de sa science* » et « *écrivain de grande lignée* » ; et M. Dartigues, d'autre part, ne paraît point fâché, pas plus qu'embarrassé, de se montrer, en même temps qu'habile chirurgien, artiste, homme de lettres et philosophe.

L'auteur aborde incidemment « *une des questions les plus délicates de la déontologie* », où il se trouve en désaccord avec le Professeur Pierre Mauriac. Cette question, la seule dont je puisse parler sans prendre trop souvent le Pirée pour un homme, c'est la *dichotomie*.

J'ose écrire le mot. M. Dartigues ne l'écrit point. Je le souligne. Qu'il me pardonne ! Je

(1) L'article original (Les Esprits géminés. — Le Docteur Pierre Mauriac, professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, par le Docteur Dartigues, ancien président de la Société des Chirurgiens de Paris), a paru au « *Concours médical* », nº 49 du 6 décembre 1931. «*Art et Médecine* » l'a reproduit en partie dans un cadre d'illustrations. On le retrouve encore dans « UMFIA », revue mensuelle de l'Union Médicale latine, dont le Docteur Dartigues est aussi président-fondateur. C'est dire que tous les médecins de France qui lisent l'ont lu.

hante, depuis toujours, les paysans de ma Touraine. Je suis né d'eux. Je suis resté des leurs.

M. Dartigues, lui, aime les périphrases, les paraphrases, les antiphrases, non moins qu'en général tous les ornements du langage. Ce n'est pas sans raison. Il nous explique (car il n'est point de ces auteurs, comme Tacite, insoucieux des explications), que, dans une œuvre de pensée, « *si le contenu, c'est-à-dire la science et l'expérience technique substantielles, la moelle comme aurait dit Rabelais, importe avant tout, c'est le contenant, c'est-à-dire l'écrit et le verbe ou ciselé ou ferme, clair et harmonieux et par-dessus tout vivant, qui le fait valoir et durer comme le vase aux lignes pures fait valoir* (et pas durer, hélas), *une gerbe florale de glaïeuls aux riches et délicates nuances charnelles, un flacon au galbe inédit, un parfum nouveau baptisé d'un nom d'évocation, une tasse de porcelaine fine, un café noir plein d'arôme, une terrine grossière, un plat succulent de Gascogne, une coupe fragile et transparente, un champagne qui y brille d'une mobile et cristalline dorure* »... Enfin, du boudoir, du cabinet de toilette et du fumoir, de l'auberge et du « Chapon fin », M. Dartigues nous emmène au musée, où il complète ainsi sa bonne demi-douzaine de comparaisons : « *Le style est comme une draperie harmonieuse aux statues immortelles* »... Et M. Dartigues tient promesse. D'un bout à l'autre de son œuvre, il nous fait voir trente-six chandelles. Ses statues immortelles — nul ne saurait le contester — sont richement drapées.

Pour ce qui est de la dichotomie, je voudrais croire à l'immortalité. Je pense au plus grand incrédule, qui devint le plus croyant... « *Vide Thomas, vide latus, vide pedes, vide manus* ». Qu'il me soit donc permis de soulever un coin du voile, si toutefois une si plate et si banale image peut s'appliquer à la splendeur d'un tel costume.

Donc, M. Dartigues n'écrit point le mot « dichotomie ». C'est un trop vilain mot « *devenu bien péjoratif comme consonnance auriculaire* ». C'est là un pléonasme intentionnel. C'est le mot seul qui blesse une oreille d'artiste. (Plaignons les chirurgiens artistes ! Que de « tomies » à discuter, à proposer et à vanter avant de les exécuter !)

Heureusement, la chose en soi (pas plus que les autres « tomies »), n'offusque point M. Dartigues. Si je l'ai bien compris, il la propose, il la pratique, il a pour elle un culte. Culte fervent, encore que temporaire, dont les fondements sont ceux-ci : La dichotomie, ce n'est qu'un « *état transitoire* » que nous subissons par contrainte. Et cependant, tout en la subissant, il nous la faut considérer comme le point de perfection de la bonté chirurgicale... Thèse étonnante et passionnante, qui mérite quelque attention.

Le Professeur Pierre Mauriac a fait, en l'automne de 1930, à la Faculté de Paris, une très belle conférence sur le sujet qui nous occupe. Il ne s'y perdit point en discussions plus ou moins sophistiques, et moins encore en controverses de marché aux puces. Il parla de très haut. Sa conférence fut toute de sentiment. Ce fut un beau sermon bien ordonné. Ses auditeurs, médecins ou chirurgiens de toutes tailles, se sentirent, en sortant, réchauffés dans leur zèle et plus fiers de leur profession.

M. Dartigues, pour lui répondre, monterait, lui aussi, très volontiers en chaire. Quoique dichotomiste, — ou parce que dichotomiste —, il le prendrait de bien plus haut encore. Car M. Mauriac, un peu jeune, « *ne s'est pas toujours douté que d'autres*, qui ont tout comme lui *le cœur bien accroché* et *depuis plus longtemps* (sans que le crochet soit usé), *qui ne pensaient pas tout à fait de même, avaient* (et ont encore sans doute) *un idéal tout aussi haut placé que le sien* »... « *Aussi haut* » est un euphémisme ; car l'idéal de M. Dartigues, plus haut placé, est « *si haut placé même qu'il n'y a même pas lieu de le formuler* »... Et néanmoins, s'il ne le formule pas en clair — ce qui n'est pas dans ses principes (1) —, il fait du moins tout ce qu'il peut pour le montrer, ce qui nous autorise à le chercher.

Avant tout, si M. Dartigues dichotomise, c'est qu'il est épris de justice. Cela va de soi. Cette passion est celle de tous les chirurgiens dichotomistes, sans exception, depuis le fondateur de l'ordre. (Ou la dichotomie est juste ou l'égalité ne l'est pas). C'est ce même amour de justice, qui console ou ragaillardit ces damnés de la terre qui, tout en se signant devant la honte dichotomique, plient sous ses exigences. C'est lui encore qui inspira l'éloquence de tel éminent maître dans son apologie du partage au grand jour et lui permit de nous fixer, pour cette division, des pourcentages à la fois égalitaires et honnêtes dans le rapport de 3 à 1... Amour de la justice, voilà bien de tes coups ! Toi toujours, toi partout !

Mais notre biographe, en écoutant ou en lisant le Prof. Pierre Mauriac, a entrevu probablement, d'une part, que l'égalité n'est pas dans la Nature et, d'autre part, que les balances de Thémis s'accommodent fort mal de poids et de mesures mathématiques. Nombre de philosophes et des plus estimables en ont jugé ainsi. Puis-je ajouter ce mot ? De ma place c'est facile : — Quand un chirurgien me..... refile 25 % ou davantage des honoraires qu'il a touchés, je ne serais pas paysan, si je ne voyais pas, dans la combinai-

(1) Dans une longue citation que fait M. Dartigues d'une de ses œuvres intitulée « Médecine et Philosophie » et parue en 1922, on relève : « *Il n'est pas défendu* (lisez : il est conseillé) *à l'esprit de mettre des ailes et de chercher à planer pour apercevoir des ensembles, fussent-ils indistincts et même nuageux* ».

son, mon bénéfice matériel. Mais, si je peux me transporter, avec ou sans M. Dartigues, dans le monde du pur Esprit, que la ristourne me soit offerte au-dessus du comptoir ou glissée par-dessous, je suis toujours aussi peu sûr d'en bénéficier justement.

Ne croit-on pas qu'il suffirait, pour nous entendre tous, de ne pas trop mêler le temporel à l'éternel ? C'est ce qu'a évité soigneusement, — ou peut-être plutôt d'instinct, — le Prof. Pierre Mauriac.

Bref, M. Dartigues ne pouvait plus se contenter d'une justice terre à terre. D'ailleurs, en président bien né de l'Union Médicale Latine, il « *ne croit guère* (ce qui veut dire : il ne croit pas), *en la justice collective des hommes, ni en celle qui prétend être organisée* ». Alors, il estime qu'il lui « *appartient, dans une certaine mesure* (modestie de savant), *de la réaliser individuellement* ». Et il va « *jusqu'à préférer une justice qui s'exerce dans l'ombre et qui a un mobile fraternel..... qu'une* (sic) *soi-disant justice au grand jour et qui n'en a pas moins une empreinte humiliante* (d'aucuns auraient écrit : avilissante)».... Autrement dit, la dichotomie qu'il préfère, c'est celle que de méchants conférenciers ont baptisée « clandestine ».

A la bonne heure ! Applaudissons ! C'est logique et c'est courageux. Comment ce qualificatif n'a-t-il pas pu réconcilier M. Dartigues avec le substantif ? Sa consonnance, — sa « *consonnance auriculaire* » s'entend, — n'est point désagréable. Il tinte comme une clochette ou une pièce de monnaie en pur métal. Et, après tout, il n'y a pas à barguigner, palabrer, ni épiloguer : la clandestine, c'est la seule, c'est l'unique, c'est la vraie ! Tous les ersatz proposés, y compris la note commune et les pourcentages déclarés, (dont les déclarations rappellent celles des contribuables), tous les succédanés de la dichotomie, tout aussi humiliants et tout aussi avilissants, sont hypocrites par surcroît. Or, à l'hypocrisie, je préfère, pour ma part, le cynisme.

Entendons-nous. Et hâtons-nous de nous reprendre. M. Dartigues n'est point cynique, bien oin de là. S'il partage ses honoraires, c'est qu'il pense à nous autres, les « *plus déshérités qui seront toujours méconnus* ». Et, à son tour, — comme a fait, selon lui, le Prof. Pierre Mauriac, — il « *dégaine avec panache la rapière* » pour revendiquer hautement tout son « *droit à la charité* ». C'est là un droit qu'on ne conteste guère et que les miséreux ne contesteront point. La Charité étant, de plus, supérieure à la Foi, voici la religion dichotomiste solidement fondée.

Pourtant, — et, malgré soi, l'on s'en étonne —, ce n'est là que du provisoire..... C'est même si troublant que les pratiquants de la dichotomie pourraient, à juste titre, en être inquiets. Car M. Dartigues leur prépare « *un code qui supprimera tout négoce, toute surenchère possibles et qui consacrera matériellement* (sic) *le talent* » ! Et il leur signifie qu'il n'en est pas, mais pas du tout, « *pour le nivellement bestial* (sic) *par en bas* » (avis aux prolétaires conscients) !... Qu'ils se rassurent. La faim et la soif de justice s'allient en lui à une foi ardente en le progrès indéfini. Dans une envolée jaurésienne, il nous emporte tous sur « *une chaîne de montagnes majestueuse dans son ensemble* » où « *la pureté des cimes est égale* » quoique « *leurs altitudes diffèrent* », et où nous jouirons tous de la béatitude..... matérielle..... C'est sublime !..... Il nous expliquera cela « *un jour, plus longuement* »..... Toujours est-il que là, très au-dessus des nuages, il n'a plus le moindre souci d'une contradiction. Ce Latin traditionnaliste, tout en n'espérant rien de la justice humaine, en attend, cependant, « *la justice intégrale qui viendra bien un jour* »... Intégrale. Qu'a-t-il dit ?... Çà ne lui suffit pas..... Il la lui faut « *intègre* », ce qui veut dire qu'il éliminera les « *voraces* », les grands rapaces, les vautours, qui ne sont pas des aigles et qui pourraient encore planer dans ces régions... Voilà pourquoi votre fille est muette... Pardon ! Voilà pourquoi M. Dartigues pratique avec ferveur la dichotomie charitable, quoique la Charité ne soit qu'un pis-aller ; pourquoi, aussi, il considère « *que la médecine est ou doit être un sacerdoce* », encore qu'il pense « *avec un sourire ironique, que c'est là un cliché bien usé* ».

Que ceux qui n'auraient pas compris se reportent au texte. J'ai fourni mon effort..... Et si, de hasard, ceux qui s'y risqueront se disent : ... « Le cœur a des raisons que la raison ne connaît pas », je les préviens qu'ils feront fausse route. La pensée pascalienne est aussi démodée. M. Dartigues, toujours souriant, la voit déjà de seconde zone et lui prédit un rang médiocre pour la « *postérité à venir* » (sic).

***

M. Dartigues m'a fourni mon sujet. L'ai-je perdu ?... Je veux le retrouver. Cette justice que rêve M. Dartigues, pour notre postérité... à venir, me paraît à la fois si..... idéale et si lointaine, qu'il me permettra bien de m'en tenir, aujourd'hui, au présent. Car sa religion temporaire menace de durer longtemps.

Or, le présent est fait ainsi : — M. Dartigues, dichotomise, vante et conseille, prône et enseigne la dichotomie en la représentant comme une « *entr'aide entre confrères* », « *les plus heureux pour les plus malheureux* ». M. Dartigues, pour dichotomiser, fait ou se targue de faire le beau geste de Saint-Martin, qui est, — si j'ose dire, — chirurgical, qui est une tomie, qui est partage en deux, qui est dichotomie. Parlons plus net encore. M. Dartigues me fait l'aumône.

Je ne sais ce qu'en ont pensé notre confrère Duchesne et les théoriciens de la dichotomie éri-

gée en principe dans une déontologie nouvelle. Quant à moi, dans la gerbe florale de rhétorique, aux opulentes et chatoyantes nuances spiritualo-rationalo-matérialo-idéalistes, que nous offre M. Dartigues, c'est l'épine qui m'a piqué. Je ne lui en tiens pas rigueur. Son vase aux lignes pures m'a vite consolé.

M. Dartigues me fait l'aumône, et je n'ai pas tendu la main. Il me la fait « *dans l'ombre* ». Il est discret ; et je me plais à reconnaître que la vraie charité ne s'en va point criant ses bienfaits sur les toits. Il a raison de la dissimuler. Et, cependant, que me dit-il, en somme, entre quatre-z-yeux ? — « Vous êtes un loqueteux »..... Je m'en doutais, et je le supportais. Je m'en enorgueillissais presque, de certains jours, devant certains aspects de la fortune et du succès. Or,les « cimes » de ces « montagnes » — que j'atteindrai... je ne sais quand, et que dépeint M. Dartigues, — ne luisent que par leur dorure ; et les « sentiers » quelque peu détournés, qu'il me propose pour y conquérir la richesse, me montrent, à n'en plus douter, que ma pauvreté est un vice. Que cette charité est cruelle ! Je suis par trop sûr d'être pauvre et je ne suis plus sûr de ma philosophie.

Et puis encore..... Mon bienfaiteur est-il discret ?..... Il le serait s'il n'avait pas écrit... Mais M. Dartigues a écrit, et en parlant de moi comme d'un pauvre hère. De lui seul, je pourrais l'accepter. Ses titres et sa situation probablement l'y autorisent ; et sa pitié, simple élan de son cœur, pourrait toucher mon cœur... Mais elle est raisonnée, théorique et publique !... Déjà un chirurgien, qui avait lu M. Dartigues bien avant moi, a pris comme un malin plaisir à me faire sentir ma blessure... Je sais bien qu'il n'est point dichotomiste..... Néanmoins, je me dis : Le premier chien de cirque venu, sous le simple prétexte qu'on lui aura appris à se servir d'un bistouri, en laissant tomber à mes pieds le trop plein de ses honoraires, aura-t-il désormais le droit de m'humilier ?

Car ce qui m'humilie, dans la dichotomie, ce n'est point, point du tout — croyez-le bien, M. Dartigues, — qu'on mêle à la question «l'*avis, l'opinion, l'appréciation* », de ceux qui ne comprennent rien, ou sont ingrats, « *des profanes et principalement des clients en l'espèce* », de ceux, selon vous, « *que cela ne regarde pas* »..... C'est bien plutôt qu'un tiers se substitue à moi, et se prétende qualifié pour réclamer ce qui m'est dû. Ma pauvreté me rend si fier, que j'aimerais mieux, à tout prendre, donner quittance à un client indésirable, et ne manifester mon désespoir que par un de ces mots qui, certes, ne sont pas chrétiens et ne nous enrichissent point, mais qui, en revanche, nous soulagent.

Relisez donc, M. Dartigues, ce qu'a écrit Bossuet sur notre dignité. C'est un peu vieux, un peu passé ; l'on en peut, néanmoins, tirer encore un enseignement qui a cours quelquefois.

Mais ne nous fâchons pas ; rien n'est plus sot. Ne nous attristons pas non plus ; rien n'est plus vain. La bonne volonté vaut le pardon et j'ai grand besoin d'indulgence, moi asussi.

Je dis donc à M. Dartigues, tout simplement, en reprenant ses expressions : — Je ne peux pas « *être avec vous sympathiquement dans une communion de pensées semblable* », en ce qui concerne, du moins, l'aumône dichotomique ou la dichotomie aumône. Deux ou trois réflexions, que vous me permettrez, suffiront, je l'espère, à établir nos divergences.

Selon M. Dartigues, cette dichotomie, — ou, pour ne pas le choquer, cette justice ténébreuse, — représente la Charité « *dans son acception la plus intelligente, la plus haute et la plus humaine, dans son sens latin, ou, si on le veut* (sic) *chrétien, aide fraternelle de celui qui peut le plus, qui n'est faite au détriment de personne* ».

1° *L'aumône dichotomique n'est faite au détriment de personne.* Cette dernière affirmation me semble la plus importante. Est-elle exacte ? Je n'en peux rien savoir ; je ne donne, ni ne reçois. Mais j'en peux bien douter sans offenser personne. Car, par définition, l'aumône n'est pas due, ou elle n'est plus aumône ; et celui qui la fait, la fait à ses dépens. Cela lui vaut, tout simplement, l'honneur et le mérite de la faire, lesquels ne remplacent pas, dans sa poche, ce qu'il en a extrait. Si le chirurgien fait l'aumône, il la fait à son détriment, car il ne la doit pas. A moins qu'il ne la fasse au détriment de son client, qui la doit et ne la fait pas. Si le client la doit, ce n'est plus une aumône. Et si le client fait l'aumône, c'est qu'il ne la doit pas..... Dieu, qu'il est difficile de raisonner quand on s'en tient au sens des mots ! Et c'est pourquoi, sans doute, certaine langue philosophique fait, aux gens du commun, l'effet d'un drôle de charabia..... Or, quand, dans tant de dilemmes, des esprits peu subtils se seront empêtrés ; quand ils réfléchiront à la justice de cette aumône et se diront : « Nous sommes trois : le chirurgien, le médecin et..... l'autre (car on est toujours trois pour dichotomiser et c'est ce qui embrouille les affaires) et quand ils se demanderont : « Qui la doit ?..... La doit-on ? Ne la doit-on pas ? », ne verra-t-on jamais l'aumône faite par celui qui, des trois, aurait le moins aimé en supporter les frais ? par celui — M. Dartigues nous l'a dit —, « *que cela ne regarde pas* » ? Dans la finesse de la tasse, sentez l'arôme de ce café..... L'aumône involontaire ne vaudra pas même un bon point à l'un des trois au jugement dernier.

2° Je m'en tiendrais là volontiers. Mais, par son abondance, M. Dartigues nous enivre. Qu'on me passe encore quelques lignes et qu'on excuse mon intempérance.

Donc, Monsieur Dartigues est-il sûr que l'aumône dichotomique, — ou même l'aumône tout court, — soit toujours de la Charité, la forme la plus haute, la plus humaine, la plus chrétienne ? Le Prof. Pierre Mauriac, — qui s'y connaît, — devrait nous éclairer sur ce point particulier... Dieu me garde, moi Tourangeau, de mal parler du geste symbolique de Saint-Martin. Il est chrétien, — c'est sûr — « *si on le veut* » et même si on ne le veut pas. Monsieur Homais lui-même accorderait que c'est le Christ qui inventa la Charité et il reconnaîtrait peut-être que, depuis lui, on ne l'a guère perfectionnée..... Mais encore ....., ce beau geste, ne vous semble-t-il pas que chacun l'interprète un peu à sa façon, qui est parfois assez vulgaire ?... Le nouveau riche croit l'imiter quand, à un pauvre, il jette un sou ou un morceau de pain..... Un pur chrétien, — ou simplement un humaniste, — le trouverait mesquin, petit bourgeois sinon pharisaïque, s'il ne pensait que Saint-Martin n'avait qu'un seul manteau, qu'il avait froid et qu'il risquait au moins la fluxion de poitrine.....

3° ...Eh, quoi ?..... Alors ?..... Notre grand saint était-il bien malin ?..... Un médecin, un chirurgien, une infirmière de dispensaire prophylactique l'oseraient-ils prétendre ?... Qu'est donc, du point de vue humain, l'intelligence de cette charité ?.....

Il y a pis, M. Dartigues !..... Car l'aumône du riche porte en elle une tare : elle est mère de la mendicité..... Et la mendicité devient vite habitude. Il est si doux de ne rien faire !..... Et la mendicité, humainement intelligente, tend à s'organiser et à revendiquer ses droits..... Et l'appétit vient en mangeant..... Des chirurgiens déjà s'en plaignent, si j'en crois la rumeur..... M. Dartigues !..... Tolérez que je sois votre Sancho Pança !.....

Car, croyez-moi, — si la dichotomie, ou charitable ou légitime, peut être dite intelligente de la part d'un chirurgien, c'est cette intelligence indéniable d'ailleurs, qui l'apparente de trop près au sou du franc ou au timbror.....

M. Dartigues est un artiste. Il l'a prouvé. Connaît-il Candes, et le splendide confluent de la Vienne et de la Loire, à la frontière de l'Anjou ?.. C'est un des plus beaux sites de la France et peut-être du monde entier..... Qu'il s'y rende, s'il ne l'a déjà fait. Là, dans l'église fortifiée qui domine le fleuve, on lui dira : « C'est ici que mourut Saint-Martin.... ». Et puis, on lui racontera que des bateliers tourangeaux dérobèrent, la nuit, son cadavre et l'emportèrent, sur leur bateau, jusqu'à la capitale de leur province où il repose encore.... Quelle poésie ! Quelle grandeur ! Quelle piété dans ce larcin ! Le vol lui-même, songera-t-il peut être glorifié..... Oui ..... Mais, je ne sais pas pourquoi, sous le ciel de Touraine, — qui pourtant, affirment les peintres, est de la lumière pure, — il est si difficile d'assimiler, dans leurs fins et dans leurs moyens, un sacrifice charitable et même un pieux cambriolage à la dichotomie.

Dr Mahoudeau,
à Amboise (I.-et-L.).

***

*Nous avons, comme notre devoir de journalistes médicaux et notre souci d'impartialité courtoise nous en faisaient une obligation, sans parler de notre amitié pour lui, communiqué l'article du Dr Mahoudeau au Dr Dartigues, qui nous a adressé la lettre suivante :*

Mon cher ami,

Je vous remercie d'avoir pris la peine de me faire part des épreuves de l'article prochain du Docteur Mahoudeau.

Deux tempéraments, deux caractères, deux esprits et, donc, deux attitudes bien différentes. Evoquez donc ces deux tableaux :

D'un côté, le Docteur Mahoudeau, les traits contractés, penché sur un long papier et luttant laborieusement entre le souci d'une agressivité manifeste contre quelqu'un, qu'il ne connaît d'ailleurs pas, ni dans sa personne, ni dans son travail scientifique, ni dans sa parole, ni dans ses écrits, et le souci de ne pas paraître manquer de courtoisie. Mais il n'a pu, dans son ordonnance-réquisitoire, doser bien exactement ces deux choses, puisque cette agressivité l'emporte avec un ton d'âpreté inexplicable.

D'un autre côté, le Docteur Dartigues, étendu sur une chaise-longue (à la romaine naturellement, comme il sied au président-fondateur de l'Union Médicale Latine), après une dure journée, et à qui une belle jeune fille, au vrai et pur type latin, à la voix douce et harmonieuse, lit son considérable courrier du soir, car il ne lit pas lui-même ses lettres et dicte tout son courrier, et même la plupart de ses articles. Le Docteur Dartigues écoute, souriant et plein de sérénité, les accusations de quelqu'un qui lui fait dire — n'ayant nullement compris sa pensée ni son sentiment — des choses qu'il ne pense pas. La jeune fille, sa nièce s'interrompt et dit : « C'est bien ennuyeux et bien long ; est-ce que je continue ? » La chose était jugée par ce mot sorti des lèvres de l'innocence !! Le Docteur Dartigues, patient et tranquille répond : « Excuse-moi, mon enfant, mais tâche d'aller jusqu'au bout ».

Je me garderai bien, mon cher Duchesne, de vous demander quelque amendement que ce soit à cet article copieux et tendancieux, car je vous connais assez pour savoir que vous y consentiriez bien volontiers, ne voulant pas faire la peine la plus légère à moi qui ai passé toute ma vie à

exalter l'amitié et les hommes bienveillants. Il faut que toute opinion se fasse jour, même quand elle nous est contraire, même quand elle s'exprime sur un ton d'inutile acrimonie. *Le Concours Médical* nous a donné plusieurs fois, et vous et Noir en particulier, ce bel exemple d'admettre toute contradiction, dût-elle paraître hostile,et c'est pour cela que j'aime tant votre journal et les hommes indépendants, qui le dirigent en sachant se mettre au-dessus des passions.

Permettez donc, mon cher Duchesne, que je fasse une brève mise au point, sans tomber dans la prolixité scolastique et peu claire, qui a prétendu m'accabler en ne réussissant qu'à me faire sourire.

Quand je publiai, ici-même, une biographie du Professeur Mauriac, avec une entière admiration pour sa valeur, son talent et son caractère, je n'avais pour but, comme toujours, que de faire connaître davantage une belle personnalité. J'en profitai *incidemment* pour relever une phrase de lui, où il semblait croire que je faisais passer l'intérêt du médecin avant l'intérêt du malade. Pour rien au monde, je n'aurais voulu, tenant à son estime comme à celle de tous ceux que je sais sincères, laisser dans l'esprit du Professeur Mauriac, une telle opinion contraire à ce qui est le vrai fond de moi-même. Et c'est pour cela que j'ai été entraîné à traiter quelque peu le sujet, dont je m'étais bien promis pourtant de ne jamais parler.

Et voici, ami, pour ceux qui voudraient me faire l'honneur de connaître mon opinion et ma position sur ce sujet délicat :

Et tout d'abord, je suis opposé absolument à rendre publiques nos discussions sur ce sujet d'honoraires et d'argent. Nous, médecins, nous avons, *seuls*, commis une grande faute psychologique, qui retombe lourdement et fatalement sur nous et nous diminue, alors que nous sommes plus honnêtes, en immense majorité, que dans toutes les autres professions. Nous ne voyons en effet ni magistrats, ni avocats, ni industriels, ni certain monde où l'on marie, etc... commettre une telle bévue et faire de telles révélations ! ! Et pourtant, on le sait, la commission, le partage, sont partout..... et le pot de vin ! ! Qu'on appelle cela comme on voudra, qu'on lui donne un nom grec, ou chinois, ou japonais, peu importe ! !

Ensuite, je n'ai jamais parlé d'« aumône », et et il ne faut pas me faire dire ce que ne veux pas dire. Je suis Trésorier général de la Maison du Médecin, et je connais bien cette œuvre *charitable*. Quand nous aidons, de tous nos moyens matériels et de tout notre cœur nos confrères malheureux, sur qui j'ai écrit, dans ce *Concours médical*, des pages que l'on me fait l'honneur de n'avoir pas oubliées, il ne vient à l'idée d'aucun d'entre nous de penser que nous faisons l' « aumône ». Nous sommes charitables, voilà tout, dans le sens latin élevé de « *caritas* », c'est-à-dire d'être utiles à ceux qui doivent nous être confraternellement *chers* (cher, du latin *carus*, tendrement aimé ; charité, de *caritas* : amour, tendresse dévouée pour son prochain). Et à ce propos, M. Mahoudeau est-il membre de cette Association de la Maison du Médecin ; a-t-il envoyé son obole ?

Quant à moi, voici les préceptes que je suis :

1° Quand j'ai mis l'intérêt du malade au-dessus de tout, ne songeant qu'à lui, à sa santé, au-dessus de mes intérêts personnels, auxquels je ne pense jamais quand je suis en sa présence, je le jure;

2° Quand j'ai décidé, en toute conscience scientifique et morale, la thérapeutique que je crois devoir lui être applicable, et quand je n'ai pas incité à une opération qui ne serait pas absolument légitime ;

3° Quand, dans ma demande d'honoraires, je n'ai pas outrepassé la possibilité des moyens pécuniaires du client et n'ai pas profité d'une circonstance pénible, où son esprit angoissé peut l'entraîner à des sacrifices trop grands, pour le pressurer en une sorte de chantage moral ;

4° Quand je n'ai pas été sollicité par un confrère m'appelant, à céder à de la surenchère, et quand je sens qu'il m'a choisi en toute liberté et animé du même esprit d'indépendance et de sollicitude que moi, pour l'aide scientifique, pour la modeste expérience que je peux avoir, pour mon dévouement sans compter à celui qu'il veut bien me confier ;

Je dis et je répète que le reste *ne regarde personne* et qu'il m'est loisible de faire l'usage qu'il me plaît des honoraires reçus, en attendant que soit réglé nettement par des statuts admis par tous nos confrères, ce qui faciliterait bien les choses, en suivant particulièrement votre conception à vous, Duchesne, qui avez le plus clarifié, jusqu'à présent, avec talent et logique, cette épineuse question.

Je dis et je répète qu'on ne pourra pas s'élever contre *ce fait*: c'est qu'en nous envoyant mutuellement des clients, du haut en bas de l'échelle médicale, du plus grand professeur au plus modeste praticien, *nous nous rendons mutuellement service* (je mets bien entendu hors de cause l'intérêt du malade que domine notre grande loi morale de secours, au-dessus de toutes considérations comme j'y ai suffisamment insisté) ; que ce service, il ne nous est pas facile toujours, vu la différence des situations médicales, de le reconnaître, parfois même impossible. Le mieux donc est de faire suivant son inspiration et à la satisfaction de tous. Ne parlons pas d'« aumône »; je n'ai pas plus l'intention de faire l'« aumône » à un confrère que je ne crois qu'il me la fait en me confiant une opération, qu'il pouvait porter à d'autres.

Laissons donc les mots et n'ergotons pas, «*words words, words* » « des mots, des mots, des mots ! »

fait dire Shakespeare à Hamlet, qui s'efforce de faire face à la réalité et qui constate leur inanité.

Je puis dire tout cela très haut, car j'ai l'immense orgueil de penser que, si j'ai une foule de pairs en honnêteté, je ne reconnais à personne, après 60 ans d'existence, le droit de me l'enseigner ; mes parents ont fait ce qu'il fallait pour cela ; et je puis parler encore, car ayant rendu bien souvent service à des confrères ou à des collègues à qui j'ai adressé des clients riches, je n'ai jamais touché un sou ; et si j'ai pu faire de la *tomie donnante* et sincère, *sans aucun esprit d'achat* d'un confrère que j'aurais alors méprisé, il m'a été donné de ne pas faire de la *tomie recevante*. Non que ma fortune me l'ait permis, puisque je travaille pour gagner ma vie, mais parce que j'ai pu être plus heureux que d'autres confrères qui peinent aussi ; c'est pourquoi il n'y a pas lieu de s'en vanter et je m'excuse d'avoir été forcé à le dire.

Quand ma nièce me lisait ce long réquisitoire du Docteur Mahoudeau, au bout duquel je n'ai pas trouvé la mort, pas même la plus petite blessure, je me disais : « Jamais mon nom qui revient à quaque phrase, comme dans de successifs versets ou alternatives litanies, n'a été prononcé tant de fois ! ! Si je n'étais quelque peu connu déjà, je devrais une fière chandelle reconnaissante à M. Mahoudeau, mais je sens bien qu'il n'a pas poursuivi ce but. Je me disais aussi que M. Mahoudeau avec sa plume qui veut être acérée comme celle d'un bistouri, a parlé *tomie* avec une telle insistance que je crois qu'il a *l'âme d'un chirurgien* autant que mon ami le Professeur Jean-Louis Faure qui, on le sait, écrivit à ce sujet un chef-d'œuvre. Il eut mieux valu peut-être qu'il passât son temps précieux à le lire et le relire que de s'acharner sur moi comme un boxeur à l'entraînement sur son sparring partner.

Et pour finir, ami Duchesne, en attendant que vos conclusions admises nous donnent la marche à suivre que personne n'enfreindra et qui satisfera toutes les consciences, laissez-moi vous livrer un petit souvenir qui revient à ma mémoire.

Bien avant que M. Mahoudeau soit installé à Amboise, où un de mes camarades et amis à la Salpêtrière, chez le Professeur Segond en 1900, le précédât, j'avais parcouru la Touraine et visité cette historique ville. Sur l'Esplanade du Château, je me souviens qu'une femme du lieu me donnait des explications dans le plus pur français grammatical et avec l'accent le plus pur de France, et j'admirai qu'elle fût cependant tellement illettrée, d'une intelligence minime et sans idées. Cela me consolait en pensant qu'à la fois, né à Paris et originaire de Gascogne, je pouvais, même avec quelque accent, penser aussi juste que quiconque dans notre beau pays et avoir le cœur aussi bien placé que les autres.

Mais j'ai un regret : jusqu'à hier, j'avais une impression merveilleuse de la belle Touraine, Jardin de la France, au ciel si pur et si bleu chanté au premier acte des *Huguenots* par Raoul de Nangis. Je voyais la Touraine sous un jour incomparable. Je serai obligé, désormais, pour retrouver la vision enchanteresse de ce pays et l'évocation charmante de ses enfants parmi lesquels je compte beaucoup d'amis, d'effacer ce petit nuage venu des vapeurs d'un ténébreux encrier, par lequel ne peut s'exprimer de la spirituelle, aimable et indulgente bonhomie qui fait, à vous, votre charme, même quand on n'est pas d'accord avec vous, sans vous enlever la force implacable de votre logique raisonnante et qui vous fait remporter la victoire du bon sens sur les impulsions d'une passion sans motif et âcrement exprimée.

Bien affectueusement à vous.

Dr DARTIGUES.

***

Je ne répliquerai pour ma part que quelques mots à mon sympathique confrère Mahoudeau. Je ne suis pas l'auteur d'une déontologie moderne, dans laquelle la Dichotomie serait érigée en principe. Ma déontologie s'efforce d'être humaine : je ne suis pas un saint ! Sans rouvrir un débat qui a été amplement développé dans nos colonnes, je préciserai de nouveau, ainsi que je l'ai écrit à notre correspondant, que je suis toujours d'avis que toute coopération médico-technique, justifiée et honnête, en un temps où le recours de l'omnipraticien au spécialiste est de tous les jours, donne droit à des honoraires pour chacun des coopérateurs, ceux de l'omnipraticien étant calculés en fonction de ceux du spécialiste. Le type de cette coopération, après un accord, où l'un et l'autre ont apporté leurs connaissances sur le cas, est l'assistance de l'omnipraticien à l'opération, que pratique un chirurgien sur un de ses clients. Il est souhaitable que cette question de répartition d'honoraires soit réglée par le Corps médical organisé, et que tout se passe au grand jour. Je n'ajouterai rien d'autre que l'expression du plaisir que j'éprouve à controverser avec le Docteur Mahoudeau, fin lettré et humaniste de haute classe. Son atticisme raffiné pourrait être avantageusement invoqué par ceux qui prétendent que la véritable formation du médecin réclame une forte culture, inspirée de l'antiquité classique en général, et du grec en particulier. Escrimeur bouillant, il joue avec brio de la pointe pour défendre d'inébranlables et respectables convictions, animées d'un farouche traditionalisme.

Je suis personnellement heureux de trouver en face de moi un contradicteur de cette qualité, et je lui renouvelle l'expression de mes sentiments de confraternelle et sympathique considération.

G. DUCHESNE.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

# La liaison au point de vue chirurgical entre les formations de l'avant et celles de l'arrière

**Septième conférence de l'Union fédérative des Médecins de réserve**

Médecin Commandant CLAVELIN.

(18 avril 1932).

La liaison chirurgicale est l'ensemble des mesures, qui assurent au blessé, qui chemine depuis le Poste de secours divisionnaire jusqu'à l'H. O. E[2] et même au delà, les meilleurs soins aux meilleures conditions techniques et matérielles. Elle est réglée par le chirurgien consultant auprès du Directeur du Service de santé de l'Armée, dont il est l'adjoint technique et le collaborateur permanent.

C'est à lui qu'il appartient, notamment, de préconiser les méthodes de traitement, qui réaliseront l'unité d'action et la liaison thérapeutique. Son rôle doit être envisagé, avant, pendant et après la bataille.

Avant la bataille, il a recueilli des données sur les opérations projetées, l'importance des pertes éventuelles. Le médecin du 4e bureau du G. Q. G. et le médecin régulateur l'ont informé de la provenance des troupes à engager, des moyens d'évacuation dont il disposera, des formations, en un mot de l'ensemble du plan d'organisation et d'hospitalisation de l'Armée. Il prévoiera, en conséquence, le nombre de chantiers opératoires qui seront nécessaires, les renforts chirurgicaux qui devront être demandés au G. Q. G. Il en règlera la répartition préalable, en tenant compte à la fois des exigences techniques et des nécessités militaires. Tous ces renseignements étant coordonnés, il fera des propositions motivées à son Directeur, à qui apppartient la décision.

L'ambulance chirurgicale légère du G. A. C. A. est la première formation que peut rencontrer le blessé ; c'est sur elle que sont dirigés les blessés d'extrême urgence ; ses chantiers opératoires seront complétés, sans perdre de vue cependant que le travail chirurgical y sera restreint.

Ensuite, on rencontre l'H. O. E[1], qui est le pivot de la liaison chirurgicale de l'armée, et qui possède un rôle très important de triage chirurgical, confié à un personnel doué d'un sens clinique développé et apte à prendre les décisions chirurgicales, qui s'imposent.

Si l'on envisage la liaison chirurgicale des blessés de troisième urgence, atteints de plaies des parties molles, on sait que celles-ci peuvent comporter des risques graves, si elles ne sont pas traitées opportunément ; au contraire, quand elles sont bien traitées, elles guérissent en quelques semaines et le blessé peut reprendre sa place dans le rang. Le traitement consiste à procéder à la suture primitive après extraction du projectile, excision des lèvres de la plaie, épluchage minutieux. Appliqué à des blessés non shockés, dans les dix-huit à vingt-quatre heures de la blessure, il se montre efficace, et le blessé pourra séjourner de douze à quinze jours dans la formation où il a été opéré. Une autre méthode, inspirée de celle que pratiqua Pierre Duval en 1917, consiste à procéder, à l'H. O. E, à la première partie de l'intervention (extraction et épluchage) et à évacuer ensuite le blessé vers les formations de la zone des étapes du G. Q. G. d'armée, où on procèdera à la suture primitive retardée.

Il pourra arriver que l'affluence des blessés sera telle aux premiers échelons du Service de santé, qu'ils ne pourront être tous opérés. On en préparera aux interventions requises, notamment par l'injection de sérum antitétanique, et on les évacuera sur l'H. O. E[2] par trains privilégiés (blessés non opérés), dont la marche est accélérée.

Les fractures de guerre sont des blessures de deuxième urgence. Il ne faut pas compter sur une récupération rapide des fracturés, et elles posent un problème technique compliqué puisqu'elles réclament un traitement chirurgical, un traitement orthopédique consécutif et un traitement physiothérapique. Les fracturés évacuables recevront à l'avant un appareillage provisoire et seront évacués sur les formations de l'intérieur, où ils séjourneront plusieurs mois. Par contre, les fracturés shockés ou à amputer seront gardés dans les formations du Corps d'armée et de l'Armée (H. O. E[1]). Le Professeur Patel, de Lyon, avait organisé, pendant la guerre, des centres de traitement des fracturés dans la zone des étapes, où ils étaient appareillés ; de là, ils gagnaient des centres orthopédiques et des centres de convalescence.

En guerre de mouvement, la liaison chirurgicale n'est pas la même qu'en période de stabilisation. Il appartient au chirurgien consultant d'armée de définir le rôle chirurgical de chaque échelon ; de déterminer le rôle et l'emplacement du personnel de triage ; le rôle des diverses formations de l'arrière ; de régler le fonctionnement des évacuations chirurgicales. Il est, en effet, le véritable adjoint de la liaison chirurgi-

cale et doit intervenir par son action personnelle. C'est ainsi qu'il ira voir ses collaborateurs ou qu'il les appellera à lui : chirurgien consultant des Corps d'armée, chirurgiens chefs des Ambulances chirurgicales, etc.

Pendant la bataille, le chirurgien consultant d'armée a deux points d'attache qui précisent sa place : le triage et la direction, dont le professeur Lardenois a réglé le fonctionnement.

La bataille terminée, le calme revenu, on fera son profit des enseignements qu'elle comportera, afin de décider et de réaliser les améliorations qui pourront s'imposer, au cours de conférences, où le chirurgien d'armée saura grouper autour de lui ses collaborateurs.

Telles sont les notions très incomplètes que j'ai réussi à recueillir hâtivement, au cours d'une conférence que l'auditoire suivit d'une oreille plutôt inattentive : ce qui valut à celui-ci un rappel à l'ordre du président Walther. C'est un geste qu'il n'a jamais besoin de faire, quand ce sont les Schneider, les Schickelé, les Leriche qui parlent : on entend alors les mouches elles-mêmes voler...

G. DUCHESNE.

## CHRONIQUE FISCALE

L'un des plus énervants cauchemars du contribuable est de se savoir exposé pendant un certain nombre d'années à des vérifications de ses déclarations et à des impositions supplémentaires dans le cas où il ne pourrait pas combattre victorieusement les prétentions de l'administration.

La Chambre défunte a voulu atténuer les effets de ce retour en arrière en réduisant de cinq à trois ans le nombre des années non prescrites.

L'article 9 de la loi du 31mars 1932 qui accorde cette atténuation est ainsi conçu :

« Les articles 70 et 97 des lois codifiées relatives aux impôts cédulaires et à l'impôt général sur le revenu (décret du 15 octobre 1926) sont modifiés comme suit :

« Les omissions totales ou partielles constatées dans l'assiette de l'un quelconque des impôts visés aux titres IV peuvent être réparées jusqu'à l'expiration de la troisième année suivant celle au cours de laquelle l'imposition aurait dû être établie.

« Lorsqu'une insuffisance du revenu déclaré est constatée par l'administration après l'établissement du rôle, la cotisation correspondant à cette insuffisance peut être réclamée au contribuable soit dans l'année même, soit au cours des trois années suivantes.

« Cette disposition aura effet à dater du 1er juillet 1932 ».

Il est à remarquer que les trois ans, comme auparavant les cinq ans, ne comprennent pas l'année de l'imposition et que celle-ci est basée sur le revenu ou les bénéfices de l'année précédente, c'est-à-dire qu'en 1932 on impose les produits de 1931. Il s'en suit que jusqu'au 30 juin inclus, l'administration pourra réimposer les cinq années qui ont précédé 1931, soit : 1926-1927-1928-1929 et 1930.

A partir du 1er juillet le fisc pourra jusqu'au 31 décembre 1932 réimposer les revenus ou bénéfices de 1928-1929-1930 et 1931 ; ces derniers imposables en 1932 et par conséquent non compris dans les trois ans. Nous ne saurions trop insister sur ce point qui est constamment perdu de vue par les intéressés.

L'article 10 de la même loi de mars 1932 relatif aux revenus d'un contribuable décédé est encore plus difficile à interpréter pour les intéressés non initiés. Nous en donnerons donc le texte et le commentaire :

« Lorsqu'à la suite de l'ouverture de la succession d'un contribuable, il est constaté que celui-ci a été omis ou insuffisamment imposé aux rôles de l'année de son décès ou de l'une des trois années antérieures, les impôts non perçus au titre desdites années, majorés comme il est dit à l'article 95 ci-dessus, peuvent sans préjudice du délai général de répétition prévu à l'article 97, être mis en recouvrement jusqu'à la fin de la deuxième année suivant celle de la déclaration de succession ou, si aucune déclaration n'a été faite, celle du paiement par les héritiers des droits de mutation par décès.

« Les impositions établies en vertu du présent article ainsi que toutes autres impositions dues par les héritiers du chef du défunt constituent une dette déductible de l'actif successoral pour la perception des droits de mutation par décès. Elles ne sont pas admises en déduction du revenu des héritiers pour l'établissement de l'impôt général dont ces derniers sont passibles. »

Cet article consacre la thèse de l'administration que le Conseil d'Etat avait rejetée sous l'ancienne législation, à savoir que le délai de deux ans accordé aux contributions directes ne limitait pas le délai général prévu par l'article 97 mais au contraire le prolongeait lorsqu'il était expiré.

Des exemples sont nécessaires pour bien faire saisir la portée dudit texte.

Nous supposons d'abord que nous sommes en juillet 1932 et par conséquent que la prescription est réduite à trois ans.

1° Un contribuable est décédé en juillet 1927

et la déclaration de succession n'a été faite qu'en 1930 par suite de la négligence des héritiers.

Si le délai de trois ans jouait seul, la prescription serait acquise et l'administration ne pourrait rien réclamer. En vertu du délai supplémentaire de deux ans après la fin de l'année de la déclaration de succession, elle peut taxer jusqu'au 31 décembre 1932 les revenus de 1923-1924-1925 et 1926.

2° Un contribuable est décédé en 1930 et la déclaration de sa succession a été faite avant le 31 décembre de la même année.

Pendant les années 1931 et 1932, l'administration pourra imposer toutes les années antérieures au décès suivant le délai général. En 1933, elle ne devra plus imposer que les revenus de 1929.

3° Le contribuable est décédé en 1932 et sa déclaration de succession sera faite avant la fin de l'année. Jusqu'au 31 décembre 1934, l'administration pourra taxer les revenus des années 1928-29-30 et 1931 (jusqu'au jour du décès).

En 1935, elle ne pourra taxer que les revenus de 1930-1931-1932 (jusqu'au jour du décès).

A. MARTINOT,
Conseil fiscal
Directeur du « *Contribuable français* ».

## A PROPOS DES HONORAIRES MÉDICAUX

### Origine et valeur du mot

Au temps de la République romaine, la médecine était presque exclusivement pratiquée par des esclaves (*servi medici*) et des affranchis (*liberti medici*) attachés à une villa (*domestici medici*) ou à une famille (*familiares medici*). Selon les modes de traitement, on distinguait le médecin des plaies (*vulnerarius*,) sorte de barbier-chirurgien, l'oculiste qui vendait ses bâtons de collyre, le marchand de drogues, le médecin onirique (*conjector somnorum*), sans compter les magiciens qui soignaient par les incantations et les exorcismes. Il y avait encore le médecin qui visitait les malades à domicile ( *clinicus medicus*), le médecin militaire et le médecin public (*salararius civitates*).

La plupart étaient peu instruits, beaucoup menaient une vie précaire, aussi les médecins étaient-ils peu considérés ; leurs émoluments portaient le nom de *salarium.*

*Salarium* désignait primitivement, chez les Romains, le sel fourni aux soldats par le Trésor, puis il a signifié l'argent pour les vivres, la solde elle-même avec les prestations en nature, et finalement toute espèce de traitement ou salaire. Il comprenait les émoluments en argent et en nature nécessaires pour vivre. Le *salarium* n'avait rien d'avilissant, puisqu'il désignait encore une subvention annuelle accordée par l'Empereur à des membres de sa famille, à des sénateurs pauvres et à des hommes honorables. On retrouve le sens primitif du mot *salarium* dans l'expression « gagner le sel de sa soupe ».

A Rome, au siècle précédant notre ère, on rencontre de plus en plus des médecins instruits, méritant vraiment le nom de *medicus* ; aussi le progrès de l'estime accordée aux médecins dignes de ce nom est bien marqué, et il augmentera au cours de l'époque impériale.

Cicéron rangeait la médecine, avec l'architecture et l'enseignement dans les *artes honestæ* (De officiis. L. 3. c. 42, 151) et, plus tard, Sénèque dans les *artes liberalissimæ* (Epit. 95).

J. César conféra le droit de cité à ceux qui pratiquaient la médecine à Rome afin, dit Suétone, de leur faire aimer davantage le séjour de cette ville et en attirer d'autres encore.

Plus tard l'empereur Auguste, en reconnaissance de sa guérison, accorda l'anneau d'or des chevaliers à son médecin Antonius Musa, simple affranchi et lui fit élever une statue le représentant avec les attributs d'Esculape.

De passage à Patras, Tiron malade et alité avait reçu les soins d'un médecin grec nommé Asclapone. Son ami Cicéron avait prié Curion de le recevoir chez lui et de lui donner de l'argent pour ses besoins. Dans une lettre de novembre 50 av. J.-C., Cicéron écrivait à Tiron :

« J'ai prié Curion de se charger des honoraires du médecin et de vous donner tout l'argent qu'il vous faudrait... »

« *Curio misi ut medico honos haberetur et tibi daret, quod opus esset* ».

C'est une des rares fois et probablement la première en date où les honoraires médicaux sont désignés par le mot « *honos* ».

A l'imitation du rhotacisme des Grecs, le mot latin « *honor* » s'était adouci, par changement de la lettre finale R en S.

*Honos* a un sens aussi étendu que le mot français honneur, il désigne la considération, l'estime, l'honneur, les dignités, les hommages et aussi l'offrande, le prix d'un concours, la récompense, les legs, les honoraires, etc.

Cicéron fut enthousiasmé des soins qu'Asclapone avait prodigués à son ami Tiron, et il l'a exprimé dans une lettre à Servius de la fin de l'an 50 av. J.-C :

« J'aime beaucoup le médecin Asclapone de Patras : sa société me plaît, et j'ai pu juger de son mérite par les soins qu'il a donnés à ma fa-

mille. Science, vertu, bonté, il a tout pour lui... »

Cicéron avait la plus grande estime pour son médecin Alexion. Quand celui-ci mourut, emporté brusquement par une attaque d'apoplexie, Cicéron en fut très attristé ; il faut voir en quels termes sublimes, il exhala sa peine dans la lettre qu'il écrivit en mai 44 av. J.-C. à Hérode Atticus :

« Quelle triste chose que la mort d'Alexion ! J'en ai un chagrin inexprimable. Ce n'est pas, je vous assure, de la manière que supposent les gens qui me disent : Quel médecin allez-vous prendre ? Qu'ai-je affaire de médecin aujourd'hui ? Et si j'en veux, en manque-t-il ? Ce que je regrette en lui, c'est son affection, son amabilité, sa douceur (*Amorem erga me, humanitatem suavitatemque desidero*), et puis quel retour à faire sur soi-même, quand on voit un homme de cette tempérance et si grand médecin ainsi emporté en un clin d'œil... »

Sénèque à la fin du § 17 du ch. VI des Bienfaits dit, qu'après avoir payé le médecin du prix de sa peine (*pretium operæ*), on n'est pas libéré envers lui, car on lui doit encore celui du cœur (*animi debetur*).

Sous Septime Sévère, les médecins du Palais touchaient en argent et en nature ; les traitements en nature consistaient en deux ou trois annones (*annonaria*) rations de farine qui pouvaient être vendues par les bénéficiaires. *Annonaria species* est le nom appliqué dès Auguste à l'impôt en nature et aux denrées fournies par ces prestations ; une partie était destinée aux troupes ou même à des fonctionnaires et aussi à l'approvisionnement de Rome.

Dans le Digeste, code révisé des lois romaines, du commencement du VI[e] siècle de notre ère, *Honorarium* est la rémunération de tous les services qui ne font pas l'objet d'un contrat de louage ; c'est une indemnité qui ne peut être taxée, qui échappe à l'évaluation, comme celle du travail intellectuel. Les honoraires doivent servir à compenser un préjudice et non à réaliser un gain. A l'exception des irréguliers, les opérateurs, les saigneurs, ceux qui usent d'incantations, d'imprécations, d'exorcismes, ceux qui soignent dans les officines, *honorarium* s'applique aux médecins ainsi qu'aux mandataires de tuteurs, dépositaires, professeurs, avocats, nourrices au sein et fonctionnaires.

Au VI[e] siècle de notre ère, la médecine était encore exercée par des esclaves, on trouve dans le Code Justinien que le prix d'un esclave médecin atteignait soixante pièces d'or.

Dans la Loi salique (Tit. 19, § 6), la rémunération du chirurgien pour la cure d'une plaie, sous le nom de *medicatura*, est fixée suivant la gravité du mal. *Medicatura* est un mot barbare qui semble imité de *mercatura* et qui sied à une loi barbare.

En résumé, les mots, qui ont successivement désigné les émoluments du médecin ont toujours été en rapport avec le degré de considération qu'on accordait au corps médical. Cicéron paraît avoir été le premier, qui ait appliqué au prix des soins médicaux le mot « *honos* », que les légistes romains ont adopté plus tard et qui est encore en usage.

D[r] P. NOURY (de Rouen).

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*.... Les mânes de Sainte-Beuve peuvent frémir. L'honneur de la corporation qu'il patronne de sa science et de sa probité, est décomposé dans bien de ses descendants .....*

(*Déposition de la Critique.* René-Louis DOYON).

DCLII. — Henri MARTINEAU. — **Stendhal et le Salon de Madame Ancelot.** Un vol. 11 × 16 tiré à 200 ex. numérotés sur pur fil Lafuma. *Editions « Le Divan »*. Paris, 1932.

La critique ne se portera pas plus mal de cet anathème. Le roman aux reins cassés et le prix Goncourt, qui, tous deux, avant elle, furent exécutés par persuasion, sont encore bien vivants. La critique « *déposée* » survivra aussi, espérons-le, au nombre des victimes sereines de ces trois petits coups d'Etat littéraires ! Elle vivra, car, contrairement à l'affirmation gratuite du *Mandarin*, elle n'est pas encore tout entière au service de l'édition ou des marchands de primeurs.

Elle s'est doucement mise à l'étiage des œuvres qui lui sont soumises, plus lentement quelquefois que ce flot qu'elle était chargée de suivre et de contrôler. Il ne faut point lui reprocher trop vite ce désaccord, qui doit être plus souvent mitigé de paternelle indulgence et de lucide pondération que de calcul ou de commerciale veulerie. A chaque génération, il s'est trouvé des âmes généreuses pour flétrir la corruption du siècle. Le *Mandarin* redoutable, qu'anime (littérairement parlant) une bien divertissante et cinglante colère, se fût trouvé fort à l'aise dans ce Salon littéraire de Virginie Ancelot où Beyle et « son inséparable Mérimée » s'amusaient cruellement d'elle et des fantoches de son cénacle. Quand Henri Martineau nous conte les péripéties, les escarmouches de cette petite Histoire, il ne perd pas de vue le souci constant de ses

œuvres précédentes, qui vise avec une persévérante réussite à la glorification de Stendhal. Ce petit volume d'agréables historiettes n'est pas en effet seulement le détail des attaches d'un Bas-bleu de réjouissante mémoire, mais le prétexte adroitement développé et tendant à nous montrer un Stendhal familier, célibataire attendri par l'âge, moins caustique, plus attentif et plus indulgent aux vanités des Lettres et aux fraîcheurs naïves de l'enfance : un *Mandarin* vieilli..... et souriant !

DCLIII. — Gabriel FAURE. — **Sur les Routes de Bohêmes.** Bohême. Moravie. Slovaquie. Un vol. 12 × 19. *Editions Fasquelle,* Paris, 1932, 12 fr.

Plus encore que des paysages (qu'il décrit quand il le faut avec une mesure calme et une langue très pure de classique), G. F. se préoccupe d'évoquer les souvenirs des grands personnages que des soucis fort divers y conduisirent avant lui : Casanova vieillissant ; Chateaubriand, Jean Huss, Napoléon, Gœthe et Beethoven, Mozart et le pitre sanglant Wilhelm II.

La promenade pensive, nous conduit de l'un à l'autre, suivant le caprice des étapes. Une égale connaissance de ce passé local donne à chacun des chapitres le séduisant attrait d'une instructive flânerie agrémentée de sinueuses incidentes : comme en savaient disposer en ornement de leur style ou de leur langage, avant le règne des équations, les humanistes attentifs.

DCLIV. — A. T'SERSTEVENS. — **L'Amour autour de la Maison.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel.* Paris, 1932, 15 fr.

Cette maison sur une dune des Flandres me faisait repenser à cette tragique demeure des « *Choses voient* » (1), où il semble aussi qu'une malédiction pèse sur les hôtes successifs. Les héros ont ici un destin moins ample, mais plus brutalement soumis au délire profond de leur chair. Ils luttent contre l'encerclement de leur vie, par rancune, par déception, aiguillonnés par des forces obscures, qui faussent férocement jusqu'à leur jugement immédiat, leurs sentiments familiaux sans leur permettre d'atteindre l'équilibre du bonheur ou seulement celui de la joie. T'Serstevens a tenu à compenser la grisaille fondamentale de cette œuvre forte et âpre par quelques épisodes moins sévères et par l'apport intermittent d'un romanesque exubérant.

DCLV. — Jules ROMAINS. — **Le 6 octobre - Le Crime de Quinette.** Tomes I et II du cycle « Les Hommes de Bonne volonté » Roman. *Editions Flammarion.* Paris, 1932, 12 et 12 fr.

Cycle est un mauvais mot (et Romains le récuse d'ailleurs dans sa préface), mais je n'en vois pas de plus complet pour caractériser la tentative actuelle du romancier. Il ne faut pas le prendre dans le sens de : périodicité régulière avec éclipse et retour des mêmes acteurs, mais dans celui plus spécial de panorama psychologique, de tour d'horizon d'une époque avec ses tendances, ses mœurs, son apparente incohérence régie par des lois cachées surgies des événements, en vertu de cette discipline métaphysique qui en ordonne la logique générale et que Romains a essayé, voici longtemps de resserrer dans le terme inhumain, abstrait, férocement molochéen d'*unanimisme.* On perd à chaque instant de la vie quelques illusions : j'avais considéré jusqu'à ce jour Jules Romains comme un agréable fantaisiste, capable surtout de farces désopilantes, de joyeuses brimades. J'avoue sans fausse honte que je m'étais abusé, et la lecture de ses deux derniers livres me conduit à penser que son rire cache une émouvante et profonde connaissance de l'homme.

L'enchevêtrement de l'action, l'entrecroisement des mobiles (qui nécessitent dès la fin de ce second tome un index des personnages) ont une simplicité grandiose. L'énorme figuration, qui évolue sur le plateau des pages, bruit d'une rumeur exacte de foule. Les tares, les ridicules, les passions des personnages sont d'une hallucinante réalité. Soutenues et soulevées par une ironie d'une extrême mobilité, froide, lucide, sarcastique, sans une ombre de sensiblerie leurs pensées jumellent leurs actes, les enchaînent, les ligotent, sans qu'en général la moindre inquiétude les effleure. Prisonniers du système de J.-R., ils donnent sous le ton également assuré et insouciant de leur vie quotidienne l'unanime impression d'être prisonniers de leur destin, à leur insu. Dans ce Paris de 1908 où ils s'agitent, le libre arbitre passe un mauvais quart d'heure. En ouvrant le premier de ces deux livres, j'avais l'appréhension de m'attaquer à un indigeste brouet.

Je viens de refermer le second, ayant laissé sur le carreau, un stock d'idées préconçues, et avec l'impression qu'il y a dans le vaste préambule de cette œuvre l'annonce de quelque chose de *neuf* pour le roman français, et quel que soit le sort que lui réserve la fantasque fantaisie des lecteurs (qui en étaient encore avec moi à l'étage de *Knock* (1), une courageuse et solide tentative de grand'œuvre.

DCLVI. — René TRINTZIUS. — **Le Septième jour.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.* Paris, 1932.

J'ai rapproché ce livre des précédents parce

(1) Edouard ESTAUNIÉ. — *Les Choses voient.* Illustré par de Marliave. Editions Cyral. Paris, 1930.

(1) Je vous ai signalé l'année dernière une amusante édition de *Knock* aux *Editions du Sagittaire.*

qu'un sens analogue de composition l'apparente à eux. Il s'agit de la juxtaposition des loisirs racontés que traînent derrière eux, pendant un long dimanche, avec une résignation de portefaix les petits employés d'une banque de Rouen.

Ils racontent eux-mêmes leurs misères : leur désœuvrement leur pèse et il leur arrive logiquement de manquer un peu de souffle. La tristesse de leur joie et sa trivialité, assaisonnée, partie pour partie, de prospections autobiographiques marque nettement la faiblesse de ce fallacieux amalgame littéraire, qui a été lancé dans le commerce sous le nom de « *Populisme* », et que l'on dit voué à cette tâche ingrate de faire inventer et décrire l'âme du peuple par des écrivains qui ne la connaissent pas.

DCLVII. Jean DEINCOURT. —**Le Sosie de l'Aigle.** Roman. Un vol. 12 × 19 de 336 pages. *Editions du Chat-Huant,* Nice, 1932, 15 fr.

Les romans historiques gardent difficilement le juste milieu qui les éloigne d'une ennuyeuse véracité et d'une rocambolesque invraisemblance. Celui-ci est adroitement tissé autour de la figure centrale d'un sosie de Napoléon, que Fouché dispute à l'Empereur pour l'utiliser au développement de ses intrigues : il est animé d'un très vif mouvement ; ses traîtres n'ont pas la sombre allure de ceux de l'Ambigu ni du feuilleton ; et, dans ce genre difficile (avec juste ce qu'il faut de capes et d'épées, de mignardises d'époque et de fougue impériale), il tient un rang fort honorable. Le style n'est pas lâché au va-l'eau ; mais il accuse comme il le doit le sans-gêne épisodique du modèle dont le vocabulaire et la tenue privée en effet n'étaient pas toujours d'une souveraine distinction.

DCLVIII. — Edouard HERRIOT. — **Normale..** Un vol. 12 × 19 de la Collection « Nos grandes Ecoles » *Editions N. S. E.* Paris, 1932, 10 fr.

Monsieur Herriot, que la politique ronge comme le ver au cœur d'un fruit confortable, n'a pas pu déposer sa grandiloquence pour raconter l'histoire de l'école de la rue d'Ulm, dont lui-même fut un brillant élève . . . . . Et il ne l'envoie pas dire à ses frères-citoyens dans la vibrante et tonitruante péroraison qui clôt son livre par ces mots :

« *Dans cette rénovation, puisse l'*Ecole *conserver son caractère propre et demeurer ce qu'elle doit être : un des rares endroits de France, où l'on ait l'occasion de se montrer vraiment intelligent* ! »

. . . . . Pauvres « de nous » qui avons usé seulement des bancs démocratiques de la Faculté ! Le second de ces « *rares* » endroits, c'est certainement le Palais-Bourbon, où l'on s'occupe aussi de France. Mais Monsieur Herriot Edouard, modeste à l'accoutumée, nous le laisse deviner. . .

**Varia *****

Le *Mercure de France* du 1er mai, à la revue de la Quinzaine publie une chronique Littérature de Gabriel Brunet et une chronique Théâtre de Pierre Lièvre qui sont toutes deux rédigées, en sens divers, avec une *très* remarquable finesse. Vous savez que je ne saupoudre pas de superlatifs inutiles mes commentaires ! Les textes de fond du numéro ont moins d'imprévu : Sommaire rappel des découvertes du Moyen-Age ; exposé des richesses contenues à la Bibliothèque de la Chambre des Députés : (« *Margaritas* . . .) ; étude des Mémoires de M. Loisy, prêtre catholique apostat qui n'a pas l'étoffe de Monsieur Renan.

* Le *Figaro Illustré* de mai, qui a pris le titre du premier article de Georges Simenon ouvrant la livraison : « *Au fil de l'eau* », est illustré de photographies (de voiles, canaux, péniches) remarquablement choisies et reproduites. Le tourisme sur les « Routes qui marchent » méritait même une plus ample démonstration. Mais il fallait caser la photographie d'une sosie de Greta Garbo ainsi s'appelle paraît-il une *star* célèbre) découverte à Budapest par Pillement ; une juste protestation, illustrée toujours contre les urbanistes fous qui menacent l'harmonie des Tuileries ; caser encore des images attrayantes (par la netteté de leur reproduction) que Dignimont jugerait dignes de sa magnifique collection mais où je n'ai pas su retrouver l'eau promise sur la couverture.

* Dans *Science et Monde* (28 avril) un bon article illustré sur la « Fabrication » du B. C.G dans les nouveaux laboratoires de l'Institut Pasteur ; et un second sur la fabrication des allumettes. Le rédacteur attaché à la louange de la nouvelle Russie n'a pas donné son article coutumier : dégoûté de notre existence popote, il s'est peut-être définitivement réfugié au paradis de l'Est.

* La *Revue des Indépendants* (mai 1932) dirigée par notre sympathique confrère, le Docteur Robert Morche consacre deux pages au « *Sans-gêne des Critiques Littéraires* ». La critique est gâtée ce mois-ci.

* Les *Livrets du Mandarin* (mai 1932) rédigés par R. L. Doyon sont plus catégoriques encore. Leur introduction est réservée à la « *Déposition de la Critique* », vient ensuite une exécution de Léon Bloy (canulard mystique », qui est l'objet d'un « Essai de mise en place ». Il s'agit d'un de ces éreintements, dont Doyon a le secret, et où la maëstria du verbe pare ces, réquisitoires d'un infernal flamboiement de justice distributive. Quelques vivants à sang de navet sont houspillés et fouaillés avec la même vigueur. Les mots portent comme des balles. . . ou des taloches !

17 mai 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## AUTOUR DES THÉATRES

**« Au Casino de Paris »**

### Sex-Appeal 1932

*Grande revue moderne en 2 actes et 45 tableaux de* MM. Henri VARNA, Léo LELIÈVRE et Marc CAB, *inspirée et décorée par* Paul COLIN.

Une Revue nouvelle au Casino ! Bah ! penseront certains, c'est toujours pareil ; des girls, des danses, des sketchs idiots, une vedette chargée de plumes qui descend des escaliers ! Eh bien c'est une erreur avec la nouvelle revue « Sex appeal 1932 ». Certes, le genre est respecté, c'est-à-dire ce en quoi la Revue à grand spectacle se distingue du théâtre, de l'opérette et même plus particulièrement des productions de Music-Hall proprement dites, mais cette fois le Casino de Paris possède trois bons points à son actif : un peu plus d'intelligence dans le parlé, une signification spirituelle, parfois didactique dans ses sketchs ; ensuite un souci scrupuleux d'expression de « l'Idée » dans certains tableaux consacrés au progrès scientifique, aux arts, aux sports, présentés avec énormément de goût et une originalité jusqu'alors inconnue ; enfin une absolue perfection dans les attractions ou sujets de premier plan et un certain relâchement dans cette habitude de précipitation du spectacle et même dans l'habituel mécanisme souvent froid et implacable que le Music-Hall tenait pour qualité dans les ensembles chorégraphiques.

L'extraordinaire Marie Dubas, fantaisiste étonnante, fine, intelligente, endiablée et pleine de santé, ne fait pas que rafraîchir par sa primesautière jeunesse ce genre de spectacle, elle apparaît plusieurs fois avant son tour de chant qui passe à la fin du deuxième acte et qui est un véritable triomphe. La toilette lui sied-elle moins qu'à celles qui possèdent toutes qualités pour la porter ? Marie Dubas conduit alors la finale du premier avec une robe assez simple, son talent, son espièglerie colorée font le reste.

Au milieu du premier acte elle apparaît dans le rôle d'une grande coquette de l'an 2000 qui parle de sa grand'mère Marie, vedette du Casino de Paris en 1932 et nous amuse follement, elle s'essaye avec succès également dans le rôle assez tragique de dompteuse aux prises avec un cambrioleur mondain qu'elle sauve par passion. M. José Noguéro, transfuge du théâtre momentanément, lui donne dans cette scène admirablement la réplique.

Nous connaissons tous Dandy que j'ai déjà nommé le Charlot du Music-Hall, ce petit homme aux allures de matamore, hardi et timoré à la fois, possède un visage d'une variété étonnante d'expressions ; c'est un art de savoir ainsi déchaîner la risée générale et Dandy s'y emploie admirablement, il faut le voir dans la scène : « Chez le chapelier », en Français moyen, roulé avant la crise par les prix exhorbitants, roulé quand même pendant par la baisse factice !

Charpini que nous avons souvent applaudi avec son partenaire Brancato sait aussi bien être fille que garçon quant à sa voix et son jeu distingué. Charpini pourrait peut-être mieux faire encore et apporter plus de diversité dans ses numéros, il est toutefois parfait et artistement encadré en fille de Madame Angot au deuxième acte.

Comme artistes ou troupe d'attractions, en premier lieu notons les extraordinaires acrobates Horam et Sacha Lyo que Paris a déjà applaudis il y a deux ans ici-même mais qui cette fois atteignent, au summum de la difficulté même, le rendement maximum ; présentation, souplesse, science inouïe, plastique impeccable ce sont certainement les plus parfaits à l'heure actuelle. Les danseurs Drury et Ramon soit dans la « Valse de France », soit dans les « Ombres de Paris » ne laissent aucune place à la critique dans leurs exhibitions de danses. Dills et Tabet, deux jeunes acteurs et chanteurs d'un art et d'une distinction consommés sont, avec le trio Whirlwinds, patineurs surprenants chers au public du Casino, les principales attractions et de tout premier ordre. Il y a encore parsemant le spectacle de leur fort agréable présence les seize Jackson Girls, Mlle Lysana et son ballet futuriste, les dix Boys de J.-W. Jackson, les ballerines de Bigiarelli et je ne puis citer le nom des artistes isolés au talent déjà éprouvé qui complètent l'interprétation.

Nous aurions quelques mots à dire encore des principaux tableaux de cette Revue qui marquent certainement un style différent, une tendance nouvelle peut-être même une « époque » dans la compréhension de la « Revue moderne », ce sera l'occasion, au début de mon prochain article de théâtre de féliciter M. Paul Colin de ses intelligentes initiatives et de ses réalisations fort remarquées.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 13 juin au 9 juillet inclus, par M. le Professeur Emile SERGENT, avec la collaboration de MM. BENDA, DE BERNE-LAGARDE, BERTIER, F. BORDET, COTTENOT, COURCOUX, H. DURAND, EVROT, GENEVRIER, Mme GOUIN, MM. GRELLETY-BOSVIEL, HAAS, D'HEUCQUEVILLE, IMBERT, ISELIN, KOURILSKY, KUSS, LAUNAY, G. LAURENS, LONJUMEAU, LOUSTE, DE MASSARY, MIGNOT, OURY, PIGNOT, PRUVOST, RIBADEAU-DUMAS, TURPIN et VIBERT.

Conférences à l'Hôpital de la Charité :

Lundi 13 juin, 9 h. 30, M. SERGENT : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose. — 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique ; conceptions anatomiques.

Mardi 14 juin, 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique ; les formes anatomiques. — 17 h. 30, M. DURAND : Bactériologie générale ; les voies d'infection.

Mercredi 15 juin, 16 h. 30, M. KOURILSKY : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Jeudi 16 juin, 16 h. 30, M. SERGENT : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — 17 h. 30, M. SERGENT : Les éléments généraux du diagnostic.

Vendredi 17 juin, 16 h. 30, M. GENEVRIER : Les signes physiques et stéthoscopiques. — 17 h. 30, M. LAURENS : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx.

Samedi 18 juin, 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels. — 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Lundi 20 juin, 16 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose pleurale. — 17 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose des séreuses.

Mardi 21 juin, 16 h. 30, M. KOURILSKY : Le foie des tuberculeux. — 17 h. 30, M. BORDET : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 22 juin, 16 h. 30, M. DE BERNE-LAGARDE : La tuberculose rénale. — 17 h. 30, M. KUSS : Le rôle du médecin dans un dispensaire.

Jeudi 23 juin, 16 h. 30, M. DE MASSARY : Le système nerveux des tuberculeux. — 17 h. 30, M. PRUVOST : Les hémoptysies tuberculeuses.

Vendredi 24 juin, 16 h. 30, M. RIBAREAU-DUMAS : La tuberculose de la première enfance. — 17 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la deuxième enfance.

Samedi 25 juin, 16 h. 30, M. COURCOUX : Le pneumothorax tuberculeux. — 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes d'activité et d'évolution ; les éléments du pronostic.

Lundi 27 juin, 16 h. 30, M. SERGENT, Les signes radiologiques. — 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes radiologiques.

Mardi 28 juin, 16 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux. — 17 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*).

Mercredi 29 juin, 16 h. 30, M. MIGNOT : Le pneumothorax artificiel. — 17 h. 30, M. PRUVOST : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 30 juin, 16 h. 30, M. BORDET : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie ; indications et résultats. — 17 h. 30, M. TURPIN : Vaccination antituberculeuse B. C. G.

Vendredi 1er juillet, 16 h. 30, M. EVROT : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale. — 17 h. 30, M. EVROT : Organisation départementale des dispensaires.

Samedi 2 juillet : Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 4 juillet, 16 h. 30, M. MIGNOT : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique.

Mardi 5 juillet, 16 h. 30, M. BERTIER : Le traitement des complications. — 17 h. 30, M. BERTIER : Climatologie.

Mercredi 6 juillet : Visite d'un préventorium.

Jeudi 7 juillet, 16 h. 30, Mme GOUIN : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Vendredi 8 juillet, 16 h. 30, M. PIGNOT : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stage hospitalier et exercices pratiques : 1° Le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques ; 2° Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : Démonstrations cliniques et radiologiques ; examens de laboratoire, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F.F. (Boulogne). Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

*N. B.* — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 60 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : le lundi 13 juin, à 9 h. 30, à la Charité.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — *Chirurgie infantile.* — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 6 juin 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris, Ve.

— 2e **Concours de médecin des hôpitaux.** — Le jury du deuxième concours de nomination de médecin des hôpitaux est composé de MM. Mathieu-Pierre Weill, Nobécourt, Halbron, Lévy-Valensi, Cathala, Rathery, Louis Ramond, Monier-Vinard, Boidin, Lereboullet et Lenormant, qui nt accepté.

La première séance a eu lieu le 23 mai, à l'Hôtel-Dieu.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Jury : MM. les docteurs Le Lorier, Funck, Rudaux, Vignes, Lemeland, Moreau, Chevrier.

Lecteurs : MM. les docteurs Cleiz et Ravina.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Lebon, de Sarreguemines (Moselle) ; du Dr Grimard, de Gauriac (Gironde) ; du Dr Lequint, de Harnes (Pas-de-Calais) ; du Dr Chevalier-Joly, victime de la catastrophe du cours d'Herbouville, à Lyon ; du Dr Fraisse, de Nice ; du Dr Briend, de Rennes.

— **Voyage d'études médicales.** *Visite à Vichy des élèves du cours de perfectionnement d'hydro-climatologie de M. le Professeur Maurice Villaret.* — La série des voyages d'études médicales a débuté cette année par la visite à Vichy des élèves du Cours de perfectionnement d'hydroclimatologie du Professeur Maurice Villaret, dans son service de l'hôpital Necker.

Cette caravane comprenait des médecins et étudiants appartenant, en dehors de la France, à différentes nations : République Argentine, Brésil, Belgique, Colombie, Italie, Roumanie, San Salvador, et Suisse.

La caravane avait à sa tête M. le Professeur Maurice Villaret, entouré de MM. les Docteurs Deval et Justin-Besançon, chefs de laboratoire ; Whal, chef de clinique à l'hôpital Saint-Antoine ; Mlle Kohler, chef de laboratoire ; MM. les Docteurs Popovici, de Roumanie, et Saïd, de Turquie.

Les distingués visiteurs ont assisté d'abord à deux conférences faites, la première par M. le Docteur Guinard, ancien président du Syndicat des médecins et de la Société des Sciences médicales de Vichy, sur « L'Historique de la station et les propriétés de ses eaux » ; la seconde par M. le Professeur Maurice Villaret, sur le sujet suivant, du plus haut intérêt : « Crénothérapie et terrain lithiasique » ;

Le soir de leur arrivée, à 20 heures, la Compagnie fermière leur a offert un banquet au Grill-Room « Chantecler », de l'hôtel du Parc, sous la présidence de M. Baugnies, vice-président du Conseil d'administration et administrateur délégué de la Compagnie fermière qui, au champagne, prit le premier la parole et donna aux visiteurs de nombreux renseignements sur la marche de la station et les différentes installations thermales. M. le Docteur Guinard succéda à M. Baugnies : il salua les visiteurs et M. le Professeur Maurice Villaret, au nom du Corps médical de Vichy. Prirent ensuite la parole au nom de leurs pays respectifs, : MM. les Docteur Gutmann, de la République Argentine; Houbart, de Belgiques ; Uribe, de Colombie ; Bravetta, d'Italie ; Capitanovici, de Roumanie ; Mena, de San Salvador ; Laban, médecin français au Maroc, et au nom des internes, M. Mariau.

Le professeur Maurice Villaret se leva le dernier et, dans une improvisation charmante, remercia de l'accueil si amical qui avait été réservé à la caravane par la Compagnie fermière et fit un retour des plus intéressants sur le Vichy de l'antiquité.

Pendant leur séjour, les visiteurs ont parcouru toutes les installations thermales de la station, qui ont produit sur eux une très forte impression. Ils ont quitté Vichy emportant le meilleur souvenir de l'organisation parfaite de la capitale des stations thermales.

— **Union médicale latine.**— *Les prix de l'Umfia.* — Prix Voronoff. — Prix de 5.000 francs.

Sujet : En s'appuyant sur des arguments cliniques, thérapeutiques, expérimentaux, anatomiques, histologiques, embryologiques, fournir un travail se rapportant aux questions suivantes :

1° « Existe-t-il chez l'homme des insuffisances et des hyperfonctionnements des glandes endocrines (en particulier thyroïde, testicule, ovaire, surrénale) ? »

2° Les hyperfonctionnements de ces glandes peuvent-ils être réactionnels à l'insuffisance partielle de chacune ou de plusieurs d'entre elles ? »

Prix Dartigues-Rosenthal pour 1932. — Prix de 4.000 francs, par les Docteurs Dartigues et Rosenthal, pour les membres de l'Umfia, de quelque pays de la Latinité qu'ils soient.

Le sujet est le suivant : « Intervention médico-chirurgicale en cas de tuberculose : pneumothorax bilatéral double ».

Ce prix est uniquement destiné à récompenser les recherches originales.

Prix Georges Luys. — Prix de 3.000 francs du docteur Georges Luys, membre de l'Umfia, décerné au meilleur travail sur le sujet suivant : « Traitement de l'adénome prostatique par la voie endoscopique ».

Prix Leydier. — Prix de 3.000 francs pour le meilleur travail durant l'année, sur un sujet de chirurgie plastique et esthétique. Ce travail devra être complètement inédit et comporter un caractère d'originalité : un travail entrepris dans le sens d'une revue générale ne sera pas agréé. Le prix est destiné à ré-

compenser une avance réelle d'une technique de chirurgie plastique ou esthétique ou encore à faire progresser la question de l'invisibilité des cicatrices par des moyens physiothérapiques ou autres.

PRIX FOVEAU DE COURMELLES ET BANDELAC DE PARIENTE. — Prix de 2.400 francs accordé à un membre de l'Umfia. Sujet du concours : « Les radiations chez les enfants ».

PRIX FERMÉ. — Prix de 2.000 francs pour le meilleur travail sur le sujet suivant : « De la supériorité du complexe hydroxyde de bismuth-radioactivité sur les sels de bismuth non radifères. Etude comparative de ces deux classes de composés au point de vue de leur action biologique et clinique, et particulièrement de la thérapeutique spécifique. »

PRIX BOURGUET. — Prix de 2.000 francs pour le meilleur travail de chirurgie cranio-cérébrale.

PRIX GROC. — Prix de 2.000 francs pour le meilleur travail sur « La physiologie de la rate et la thérapeutique par les lipoïdes ».

PRIX CH. CLAOUÉ. — Prix de 2.000 francs attribué au meilleur travail sur le sujet suivant : « Des méthodes qui sont les plus susceptibles d'améliorer la technique des opérations plastiques et esthétiques en chirurgie faciale. » Les travaux pourront être rédigés dans une des langues latines, mais devront être accompagnés d'une traduction française et dactylographiés.

PRIX GUISEZ. — Prix de 1.000 francs attribué au meilleur travail sur : « L'endoscopie des voies aériennes supérieures bronchoscopiques, et même sur l'œsophagoscopie ».

PRIX P. ROBIN. — Prix de 1.000 francs pour récompenser le meilleur travail sur « La glossoptose : ses causes, ses complications, son traitement ».

PRIX KEIM. — Prix de 500 francs pour le meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Diagnostic et traitement obstétrical des hémorragies des six derniers mois de la grossesse ».

PRIX RÉSERVÉ AUX INTERNES DES HÔPITAUX DE FRANCE : FONDATION DU DOCTEUR DARTIGUES. — Prix de quatrième année d'internat, de 2.000 francs, réservé à l'interne de quatrième année qui aura présenté au Conseil la meilleure thèse ou le meilleur mémoire au choix du candidat.

PRIX POUR LA JEUNE UMFIA EN 1932. — Prix de 500 francs créés par la *Revue de l'Umfia* pour l'interne et pour l'externe, membres de la Jeune Umfia, qui auront obtenu la meilleure place dans la promotion.

PRIX RÉSERVÉ AUX INTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS. — Prix de première, deuxième, troisième années d'internat, créé par la *Revue de l'Umfia*, sur la proposition du Docteur R. Molinéry, secrétaire général. Ce prix, de 500 francs, sera affecté au meilleur mémoire dont le sujet aura été arrêté par le bureau. Sujet pour 1932 : « Le pour et le contre de l'anesthésie rachidienne. »

PRIX CATHELIN. — Prix de 1.000 francs réservé aux internes des villes de province qui n'ont pas de faculté, sur un sujet inédit de chirurgie générale ou de préférence de chirurgie génito-urinaire.

PRIX BANDELAC DE PARIENTE. — Prix de 1.000 francs, pour récompenser la meilleure thèse présentée à Paris par un Espagnol, Portugais ou Sud-Américain.

PRIX DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE : FONDATION BANDELAC DE PARIENTE. — A l'occasion du septième centenaire de l'Université de Toulouse, le Docteur Bandelac de Pariente a fondé au prix de 1.000 francs qui sera donné, alternativement, au meilleur travail fait par un élève en médecine sur la protection de la première enfance ; au meilleur mémoire d'un étudiant en droit portant sur toutes les modifications à apporter à la législation qui protège les droits de l'enfant.

PRIX RÉSERVÉ A TOUS LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE (stagiaires ou externes en fin d'études). — Fondation de la *Revue de l'Umfia.* — Ce prix de 300 francs est donné au meilleur travail présenté au bureau. Sujet pour 1932 : « Idées actuelles sur la tension artérielle ».

PRIX RÉSERVÉS AUX INTERNATS DES HÔPITAUX DE PROVINCE. — Prix de 300 francs réservés aux hôpitaux de Bordeaux, Montpellier, Toulouse. — Prix de 1.000 francs, Fondation Bendelac de Pariente, réservés aux hôpitaux de Marseille. — Fondation de la *Revue de l'Umfia* : Prix de 3.000 francs.

La condition essentielle pour pouvoir participer à l'attribution de ces prix est d'être inscrit sur les listes de l'Umfia, l'année, au moins, qui précède la date du début du concours.

Les candidats doivent envoyer le mémoire dans les six mois qui suivent la publication du *Bulletin* où ces prix sont mentionnés. Le mémoire du lauréat sera analysé et publié, si possible, dans le *Bulletin Officiel de l'Umfia.*

Pour les conditions de ces prix, écrire au Secrétaire général de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris ; pour les Jeunes : Mlle Suzanne Roule, secrétaire de la Jeune Umfia, 36, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, Paris.

— **Le certificat prénuptial en Hongrie.** — Dans une de ses prochaines séances, le Parlement hongrois discutera une motion qui tend à instituer, en Hongrie, l'exigibilité d'un certificat médical pour les candidats au mariage.

Dans l'exposé des motifs, le député Mesko déclare que, depuis la guerre , de profonds mouvements sont venus bouleverser la vie sociale.

« Nombreux, dit M. Mesko, sont les mariages qui ne tiennent plus aucun compte des origines, du rang social ou de l'hérédité. Si cet état de choses peut être considéré comme favorable au nivellement de la société, il présente certains dangers. L'élément sain doit être protégé ; s'il n'en est pas ainsi, il faut s'attendre à une dégénérescence qui, pour n'être qu'à une échéance lointaine, ne peut pas être évitée ».

L'exposé des motifs ajoute que, seul, un certificat médical exigé avant le mariage, peut constituer une garantie contre ce danger. (*Le Journal.*)

— **Le certificat prénuptial en France** — La proposition de loi présentée par M. Justin Godart, tendant à compléter l'article 70 du Code civil par l'obligation, pour les futurs époux, d'un examen médical est ainsi formulée :

*Article unique.* — Ajouter à l'article 70 du code civil le paragraphe suivant :

« Avant de procéder à la publication prévue à l'article 63, l'officier de l'état civil se fera remettre par chacun des futurs époux une attestation datant de moins d'un mois, émanant d'un médecin et portant que le futur époux s'est fait examiner par lui en vue du mariage ».

*Le Directeur-Gérant* : **Dr A. GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

bre 1924, *ne puis-je bénéficier du règlement qui existait à cette époque* ?

Vous voudrez bien me fixer à ce sujet ne tenant pas à perdre huit ans d'ancienneté de grade.

Dr B.

**Réponse**

Dès l'instant où, *au moment* de votre nomination au grade de sous-lieutenant, vous ne bénéficiez pas de quatre ans de majoration d'ancienneté pour études ou pour supplément à titre d'interne des hôpitaux de faculté ayant exercé ces fonctions au delà de la durée normale des études, vous ne pouvez être promu lieutenant sans avoir fait une période d'instruction, quelle que soit votre ancienneté dans le grade de sous-lieutenant.

### 1510. — Maladie contractée au service. Présomption d'origine

J'ai recours à vous pour bien vouloir me fournir les renseignements suivants, au sujet d'un jeune soldat de ma clientèle : parti le 19 octobre 1931 au ne rég. inf. Tombé malade le 5 janvier 1932 et hospitalisé pour pleurite à la base droite ; respiration voilée du sommet droit, submatité en avant.

Il est sorti de l'hôpital le 19 février 1932 avec réforme temporaire, n° 2.

Actuellement, il présente les mêmes symptômes énoncés plus haut et qui me paraissent des plus suspects quant à la nature ! !

1° Aurait-il dû être réformé n° 1 avec pension, n'ayant été libéré que le 19 février, c'est-à-dire après 120 jours d'incorporation ?

2° Pourrait-on dès maintenant ou bien à l'expiration de sa réforme temporaire (s'il présentait les mêmes signes), faire transformer la réforme en n° 1 avec pension ?

Dr B.

**Réponse**

Ce malade n'a pas droit à pension, parce que son affection a été constatée dans les trois premiers mois de son incorporation, à une époque à laquelle il n'avait pas droit à la présomption d'origine.

Comme il n'a pas probablement été établi une relation de cause à effet de cette affection avec un fait de service (refroidissement, etc.), la pension a été refusée et sera encore refusée la prochaine fois, si cette dernière condition n'arrive pas à être réalisée par l'intéressé.

### 1542. — Père de deux enfants. Avancement de classe

Classe 1924, médecin sous-lieutenant de réserve depuis un an, père de deux enfants (le dernier, né récemment), quelle est désormais ma situation au point de vue militaire (classe de mobilisation ?) Où dois-je déclarer cette deuxième naissance pour en tirer un bénéfice d'ordre militaire ? A la direction du Service

de santé de ma région ? ou au bureau de recrutement ? ou à la gendarmerie ?

Dr D.

**Réponse**

Dès la naissance de votre deuxième enfant, vous devez être classé dans une classe de quatre années plus ancienne que la vôtre, soit 1920 au lieu de 1924.

Mais pour les officiers, la situation ne change pas à ce point de vue ; en ce qui concerne les officiers de réserve, elle leur permet seulement d'être classés plus tôt dans la deuxième réserve, situation où seulement, ils pourront offrir leur démission au Ministre, pour terminer leurs obligations militaires en qualité d'hommes de troupe, et exécuter les mêmes périodes qu'eux.

Rendez compte de votre nouvelle situation au Directeur, mais, pour l'instant, cette déclaration n'aura aucune suite utile.

---

### 3011. — Assistance d'un mutilé aux examens d'aptitude physique des candidats aux emplois réservés

Ce matin, j'ai examiné des réformés de guerre, postulant des emplois réservés. Or, avec eux s'est présenté un brave homme, réformé lui-même, mais délégué, pour assister à mon examen, par le Préfet en ces termes :

« Le préfet, président du comité départemental des mutilés et réformés de guerre, à M.

Je vous ai désigné pour assister aux examens d'aptitude physique..... auxquels doivent être soumis MM. , candidats à des emplois réservés. »

Et le secret professionnel ? !

Ces candidats vont dévoiler non seulement, la cause de leur réforme, qui est publique, mais aussi toutes leurs tares physiques devant une personne déléguée par le Préfet, lequel n'est pas en cause, puisque ces hommes demandent un emploi dans une administration privée, chemins de fer du P.-O. ou de l'Etat en l'espèce.

En vertu de quel droit, circulaire, règlement ou loi, le Préfet délègue-t-il quelqu'un à une visite médicale ? Je comprendrais que le postulant en cause demande à être accompagné d'un camarade ; le secret de l'examen est affaire entre eux deux. Mais le Préfet ?

Vous seriez bien aimable, mon cher confrère, de me donner votre avis juridique sur ce fait, sans grande importance pour moi, mais qui peut être d'un intérêt plus général.

Dr L.

**Réponse**

La désignation par le Préfet, président du Comité départemental des mutilés et réformés de guerre, d'un mutilé pour assister aux examens d'aptitude physique des candidats à des

emplois réservés est conforme à l'article 2 de la loi du 30 janvier 1923, modifié par la loi du 21 juillet 1928.

Cet article, en effet, renferme, dans son paragraphe 3 la disposition suivante :

« Au sein de chaque commission siégera un membre invalide de guerre désigné par le Comité départemental des mutilés et réformés. »

---

### 1616. — Promotion au grade de médecin capitaine

Classe 21, sursitaire jusqu'en 1927.

Médecin-lieutenant de réserve depuis quatre ans, ayant déjà accompli une période de 28 jours en 1930 dans ce grade, je désirerais savoir dans combien de temps je passerai au grade de capitaine.

Ce grade est-il obtenu automatiquement ? Y a-t-il des périodes obligatoires ou facultatives à accomplir pour cela et combien ?

Peut-on ajourner sans inconvénient une période pour raison de profession ?

D[r] M.

**Réponse**

Le grade de médecin capitaine ne s'obtient *qu'au choix* et non automatiquement. Il faut, afin d'être *proposable*, réunir six ans de grade de lieutenant, plus deux périodes de réserve.

Oui, vous pourrez, sans inconvénient, demander l'ajournement à un an de votre période, pour raison de profession.

---

### 1618. — Pension d'un médecin lieutenant de réserve réformé à 100 pour 100

Je vous serais obligé de me dire comment s'évalue la pension d'un lieutenant pensionné de guerre à 100 % + 10[e] degré pour tuberculose pulmonaire et autres localisations tuberculeuses.

Y a-t-il un autre mode d'évaluation que 100 % + indemnité spéciale aux grands blessés + indemnité de soins ?

S'il existe, y a-t-il possibilité d'option ?

D[r] H.

**Réponse**

Pour un médecin lieutenant de réserve, il n'existe aucun autre mode de calcul. En voici le détail :

| | |
|---|---|
| Pension d'invalidité de lieutenant à 100 % | 3.650 fr. |
| Majoration du taux de soldat | 3.360 fr. |
| Art. 12 | 1.760 fr. |
| Allocation grands invalides | 5.900 fr. |
| Indemnité de soins, le cas échéant | 10.000 fr. |
| | 24.670 fr. |

---

### 1675. — Maintien dans les cadres. Avantages et obligations

Devant aller faire une période de 21 jours en vue de l'obtention du troisième galon, je désirerais bénéficier de l'indemnité de 350 francs relative à la première mise d'équipement. Toutefois, il est stipulé dans le décret du 31 octobre 1931, que pour toucher cette indemnité, je dois m'engager à rester dans les cadres durant cinq ans.

*a*) Que signifie cet engagement ? Dois-je, durant ce laps de temps, accomplir annuellement des périodes, suivre des cours de perfectionnement, etc., etc., ou bien, suis-je simplement à la disposition du Service de santé, selon ses besoins. Qu'arrive-t-il habituellement aux confrères qui ont pris cet engagement ?

*b*) Comment obtient-on le grade de commandant de réserve. Cet engagement de cinq ans y contribue-t-il ?

*c*) Voulant me rendre en auto à mon lieu d'affectation (à cause de la distance 220 kilomètres, ainsi que des complications de parcours, etc.), puis-je toucher les frais de déplacement par chemin de fer ?

*d*) Solde de lieutenant ?

Dr S.

**Réponse**

1° Cet engagement signifie simplement que, durant cinq ans, vous vous soumettrez (étant resté dans les cadres) à vos obligations *normales* de médecin de réserve : périodes, si on vous convoque, cours de perfectionnement, si vous le désirez.

2° Cet engagement est sans relations avec la promotion au grade supérieur. Il faut six ans de grade de lieutenant et trois périodes afin de *pouvoir être proposé* au ministre en vue de l'inscription au tableau d'avancement.

3° Vous percevrez vos frais de déplacement en chemin de fer.

4° La solde budgétaire d'un lieutenant est de 19.493 francs par an.

### 1695. — Droit de la veuve d'un pensionné de guerre

Un de mes clients réformé avec pension 30 p. 100 pour blessures de guerre en 1916, vient de succomber par suite d'une affection pulmonaire (tuberculose). La veuve a-t-elle droit à la pension comme veuve de guerre ? Un certificat médical est-il utile, dans l'affirmative, pour obtenir cette pension ou bien une déclaration de la mairie attestant le décès, est-elle simplement nécessaire ?

Dr L.

**Réponse**

Si l'intéressé est décédé d'une affection, sans relation de cause à effet avec la guerre, la veuve n'aura pas droit à pension de réversion, puisque le taux de pension de son mari n'atteignait pas au minimum 60 %.

Si vous jugez, cependant, que l'affection terminale puisse avoir cette relation avec la guerre, établissez-le par un certificat médico-légal ; le ministre restera libre d'apprécier le bien fondé de la question posée.

**1677. — Durée des périodes d'instruction. Promotion**

1° Quelle pourrait être la durée approximative de la période militaire (la première depuis la guerre, médecin-lieutenant à titre définitif depuis avril 1917) que par une lettre en date de ce jour, le Directeur du Service de santé de la région de Paris m'invite à faire au cours de cette année ;

2° Les conséquences vraisemblables de l'alinéa où l'on me demande « si j'accepterais, le cas échéant, d'accomplir une période sans solde ».

Je ne crois pas que ma générosité puisse provoquer un effet compensateur (moindre durée de la période, lieu plus proche du domicile, etc.).

3° A titre accessoire, combien d'années de grade de lieutenant-médecin exige l'autorité militaire pour être promu au grade supérieur ?

Je pense que pour ces périodes, les uniformes bleu-horizon de guerre peuvent servir et qu'aucune des nouvelles tenues (j'entends la tenue kaki) n'est exigée.

Dr L.

**Réponse**

1° La Circulaire ministérielle du 30 septembre 1930 fixe de vingt et un à vingt-cinq jours la durée des périodes d'instruction pour les lieutenants.

2° Effectuant votre période sans solde, vous seriez libre de choisir votre moment et votre garnison d'affectation pour effectuer votre période d'instruction.

3° Il faut six ans de grade de lieutenant afin de pouvoir être *proposé* au ministre pour le grade supérieur.

La tenue bleu-horizon peut encore être portée.

## Accidents du travail

**2967. — Certificat d'incapacité permanente partielle**

Lorsque, à la suite d'un accident, il persiste chez un blessé une incapacité permanente, quelle doit être la conduite du médecin traitant pour faire établir et reconnaître par la Compagnie d'assurances le taux d'invalidité ?

Le médecin doit, je crois, prévenir la Compagnie et lui adresser un rapport explicatif.

Doit-il aussi s'occuper d'adresser le blessé au greffe du tribunal avec un certificat attestant son invalidité et dans ce certificat appartient-il au médecin traitant de fixer le taux d'invalidité qu'il croit être juste?

Dr T.

**Réponse**

Dès lors que votre client reste atteint d'une incapacité permanente partielle, vous devez, au moment de la consolidation de sa blessure, lui délivrer un certificat constatant l'existence de cette incapacité et en évaluant le taux.

L'original du certificat doit être remis par le blessé au greffe de la Justice de paix de façon à ce qu'il soit procédé à l'enquête prescrite par l'article 12 de la loi.

L'enquête une fois terminée, le juge de paix transmet le dossier au président du tribunal civil qui convoque les parties en conciliation. Faute de conciliation, l'affaire est renvoyée devant le tribunal civil où elle suit son cours normal.

Dès la tentative de conciliation, le blessé bénéficie de plein droit de l'assistance judiciaire.

---

### 3001. — Frais médicaux postérieurs à la consolidation

Un blessé du travail a dû subir une énucléation de l'œil gauche en 1928 environ.

Il a reçu pour ce fait une I. P. P. Depuis quelque temps, un mois à peu près, il se produit dans l'orbite des abcès fréquents douloureux.

Ce blessé peut-il, ces abcès venant du port d'un œil de verre, réclamer des soins nouveaux à son assurance ? Dr L.

**Réponse**

En matière d'accidents du travail, les frais médicaux et pharmaceutiques ne constituent qu'un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle.

Votre client étant depuis longtemps consolidé et pourvu d'une rente pour incapacité permanente partielle, n'a plus droit aux indemnités temporaires et par conséquent, aux frais médicaux et pharmaceutiques.

Il en résulte que c'est à lui seul qu'il appartient de supporter le paiement des soins qui lui sont maintenant nécessaires et qu'il ne peut exercer de ce chef aucun recours contre le patron responsable ni contre l'assurance.

---

### 3035. — Accident survenu à un patron cultivateur

Je viens encore une fois, mettre à contribution votre complaisance et vos connaissances.

Et je viens vous demander des renseignements et des conseils.

Voilà ce dont il s'agit :

J'ai, dans ma clientèle un cultivateur, patron assuré, qui, à la suite d'un accident a subi une amputation du bras droit au tiers inférieur.

Pourriez-vous me dire, en prenant connaissance des clauses de la police et de l'avenant ci-joints, le

montant de la rente annuelle que devra lui verser la Compagnie d'assurance et m'indiquer le degré d'incapacité prévu pour cette infirmité.

D'autre part, comme ce sinistré est âgé de 49 ans, serait-il préférable pour lui au lieu d'accepter une pension annuelle, de demander une somme d'argent et, dans ce cas, quel est le montant qu'il pourrait recevoir ?

En outre, lui conseillez-vous de s'adresser à un avoué pour défendre sa cause ? Dr F.

**Réponse**

Suivant le « Barème pour l'évaluation sommaire des incapacités partielles et permanentes résultant des accidents du travail » du Dr Lucien Mayet, l'amputation du bras droit au tiers moyen, donne lieu à une incapacité de 80 %.

D'autre part, conformément à la police que vous nous communiquez, les indemnités dues à l'assuré en cas d'accident, doivent être calculées conformément aux dispositions de la loi des accidents du travail, sur la base d'un salaire annuel de 3.600 francs. Comme en cas d'incapacité partielle permanente, en matière d'accident du travail, la rente doit être égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir au salaire, le montant de la rente en l'espèce sera obtenu par la formule suivante :

$$\frac{3.600 \times 80}{100 \times 2} = 1.440 \text{ francs.}$$

La police ne prévoit que le paiement d'une rente en cas d'incapacité permanente. Votre client ne peut donc exiger de la Compagnie le versement du capital représentatif de la rente. Si la Compagnie est d'accord avec vous pour l'évaluation de l'incapacité, nous ne pensons pas qu'il puisse se produire de difficultés pour la fixation de la rente puisque le salaire de base ne peut prêter à discussion.

Rien n'empêche votre client de se faire représenter par un avoué dans les discussions avec la Compagnie, s'il estime devoir le faire, mais c'est à lui qu'il appartiendra de supporter le paiement des honoraires de son avoué.

## Médecine légale

### 2366. — Constatation de décès d'un suicidé

J'ai été réquisitionné par le maire d'une commune pour me transporter sur les lieux afin de constater le décès d'un homme qui s'était volontairement fait écraser par le train :

1° Quels sont les honoraires que je dois demander ?

2° De quelle façon ma note d'honoraires doit-elle être rédigée ?

3° A qui doit-elle être adressée ?

Dr G.

**Réponse**

Dès lors qu'il n'y avait aucune présomption de

crime ni de délit, le maire n'avait aucune qualité pour vous requérir afin de constater le décès, à moins qu'il n'ait agi en qualité d'officier de l'état civil.

Dans ce dernier cas, c'est le maire lui-même qui doit vous honorer ; et si vous n'avez aucun contrat avec la commune pour la constatation des décès, vous devez réclamer le prix que vous paraît justifier le temps passé.

Au contraire, s'il y avait eu présomption de crime ou de délit, la réquisition du maire aurait pu être basée sur les articles 43 et 44 du code d'instruction criminelle et vous auriez pu alors envoyer votre mémoire au procureur de la République près le tribunal dans le ressort duquel le décès s'est produit, pour vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle.

Vous auriez ainsi pu réclamer 25 francs pour votre examen et votre rapport ou certificat plus vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus enfin une indemnité de déplacement égale à 20 francs en cas de transport à plus de 5 km. de la commune de votre domicile.

---

### 2992. — Délai de paiement des honoraires de médecine légale

Ci-dessous, je vous donne copie d'une circulaire du Procureur général d'Alger, qui me semble en contradiction avec ce que j'ai lu partout ailleurs. Je désirerais savoir si une circulaire peut suffire à modifier le mode de paiement, au point de vue délais, des mémoires d'expertise criminelle. Voici la circulaire :

N° 2318. Alger le 26 janvier 1932.

« Le Procureur général, près la Cour d'appel d'Alger, à M. le Procureur de la République,

« La vérification des mémoires de frais de justice m'a permis de constater que certains huissiers, des greffiers, des médecins experts négligent trop souvent d'établir leurs mémoires et ne les présentent à la vérification et au paiement qu'à l'expiration des délais, en sollicitant alors de M. le Gouverneur général, la faveur d'être relevés de la déchéance encourue. Je ne saurais trop m'élever contre cette manière de procéder et je vous prie de rappeler aux intéressés qu'ils doivent présenter à votre vérification leurs mémoires *au moins tous les trimestres*. Faute de ce faire, et sauf des cas tout à fait exceptionnels et parfaitement justifiés, je ne saurais émettre qu'un avis défavorable aux requêtes en relèvement de déchéance présentées en conformité de l'art. 143 du décret du 4 avril 1921.

« Vous voudrez bien porter ces instructions à la connaissance des intéressés, et veiller personnellement à leur stricte application. »

— Or, je lis dans le traité de Vibert, ainsi que dans le *Droit médical*, que le délai est « d'un an à partir du jour où les frais ont été faits ».

Je désirerais donc connaître votre avis à ce sujet, et savoir si, le cas échéant, le « Sou Médical » pourrait donner son appui à un de ses membres à qui on refuserait le paiement de ses mémoires : c'est ainsi que je fournis des mémoires portant sur des opérations effectuées au quatrième trimestre 1931, et je crains fort de me les voir refuser.

Je vous ferai remarquer que :

L'établissement des mémoires trimestriels peut être préjudiciable pécuniairement, puisque la multiplication des mémoires (dont certains ne comporteront peut-être qu'une visite : 25 francs), augmentera les frais de timbre, et nous obligera à une augmentation également de la paperasserie à fournir.

Dr P.

**Réponse**

La circulaire du Procureur général ne nous semble pas avoir la portée que vous lui attribuez. En effet, cette circulaire ne saurait modifier l'article 143 du décret sur les frais de justice en matière criminelle dont voici le texte :

« Les mémoires qui n'ont pas été présentés à la taxe du juge dans le délai d'une année à partir de l'époque à laquelle les frais ont été faits, ou dont le paiement n'a pas été réclamé dans les six mois de la date de l'ordonnancement, ne pourront être acquittés qu'autant qu'il sera justifié que les retards ne sont point imputables à la partie dénommée dans l'exécutoire.

« Cette justification ne pourra être admise que par le ministre de la Justice, après avis du Procureur général, et sous réserve des dispositions du décret du 31 mai 1862 relatives à la déchéance quinquennale. »

Le Procureur général insiste simplement pour que les mémoires d'honoraires lui soient fournis tous les trimestres et se réserve de donner un avis défavorable aux requêtes en relèvement de déchéances qui lui seront adressées pour des mémoires présentés à la taxe plus d'un an, à partir de la date à laquelle les frais auront été faits, ou dont le paiement n'aura pas été réclamé dans les six mois de la date de l'ordonnancement.

Quoiqu'il en soit, nous estimons qu'il est de votre intérêt de vous plier aux prescriptions du Procureur général et que cela ne peut entraîner pour vous des frais supplémentaires excessifs.

En effet, il ne faut pas oublier que l'art. 134 du décret exonère du timbre les états et mémoires qui ne s'élèvent pas à plus de 50 francs.

---

**3051. — Constatation de décès d'un pendu**

J'ai été appelé il y a quelques jours par le maire pour aller constater le décès d'un habitant de ma commune qu'on a trouvé pendu ; j'ai fait deux certificats, un pour la gendarmerie, et un autre pour la mairie.

Pas d'indemnité de déplacement.

Tarif à demander pour la visite et les deux certificats ?

A qui envoyer ma note d'honoraires ?

Dr B.

**Réponse**

Le maire n'avait le droit de vous requérir qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire et parce qu'il y avait présomption de crime ou de délit.

Si vous avez fait l'objet d'une réquisition régulière, vous devez donc adresser votre mémoire d'honoraires, établi en double exemplaire, conformément au tarif des frais de justice en matière criminelle, au Procureur de la République du ressort qui, après visa du Procureur général et taxe du Président, vous fera payer par le Receveur de l'enregistrement.

En vertu de l'art. 26 du tarif, il vous est dû pour votre examen et la rédaction de votre rapport ou certificat, une somme de 25 francs.

Le montant de vos honoraires n'atteignant pas 50 francs, les deux exemplaires du mémoire que vous devez envoyer au Procureur de la République doivent être établis sur papier libre.

## Fiscalité

### 2577. — Amortissement des frais d'installation

Installé depuis l'année 1931, j'ai déclaré cette année, au sujet de l'impôt sur le revenu de l'exercice 1931 que j'avais l'intention d'amortir mes frais d'installation en cinq années.

Le contrôleur vient de me répondre ceci : « En matière de bénéfices non commerciaux, les dépenses sont à déduire sur l'exercice au cours duquel elles sont faites. En conséquence, vos frais d'installation sont à amortir en totalité dans la déclaration faite au titre de 1932. Votre déclaration rectifiée en conséquence vous rend non imposable au titre de 1932. »

Dois-je m'incliner, dois-je maintenir mon point de vue, (appuyé sur un avis que j'ai lu dans le *Concours Médical*, au sujet d'une réponse du ministre des Finances en date du 16 septembre 1930), et, en cas de contestation, que me conseillez vous de faire ?

Dr B.

**Réponse**

Au point de vue des participations, votre contrôleur a raison. L'amortissement de vos frais d'installation ne peut se faire que dans la première année.

Mais le ministre est d'un avis différent ainsi qu'en font foi les réponses écrites qu'il donne dans lesquelles il admet que si les bénéfices sont insuffisants, l'amortissement peut être fait en plusieurs fois. En cas de contestation, vous pourriez nous charger de vous défendre.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 2746. — Admission du caractère professionnel des voitures d'un médecin

Le contrôleur des contributions ne veut pas admettre que j'aie deux voitures pour mon service médical et se refuse à faire entrer dans mes frais médicaux le prix d'achat d'une 10HP Renault (25.000 francs) dont j'ai soustrait le prix de vente 11.000 francs d'une Chenard que j'avais avant, ce qui fait 14.000 francs à déduire.

Que lui répondre ?

Dr L.

**Réponse**

Le contrôleur ne saurait être juge de l'utilité de deux voitures au point de vue professionnel.

Vous devez lui répondre en affirmant cette nécessité et en la démontrant par l'étendue de votre rayon d'action et autres arguments que vous êtes seul à connaître, car c'est une question de fait. Mais nous ne saurions, dans votre propre intérêt, approuver la manière un peu rude dont vous répondez à ses demandes.

A. M.

---

### 2747. — Déduction des cotisations pour retraite

Dans une déclaration au contrôleur des contributions directes, j'ai déduit de l'impôt cédulaire 6.200 francs comme cotisation à la Retraite mutuelle des anciens combattants .

Or, le contrôleur me renvoie la lettre suivante :.

« Le versement pour la retraite d'ancien combatbattant de 6.200 francs ne peut être passé en frais professionnels et, de ce fait votre bénéfice doit être augmenté de ces 6.200 francs. »

Pourtant ce versement a bien le caractère d'une mesure de prévoyance, puisque c'est pour se constituer une retraite.

Que dois-je répondre au contrôleur ?

Dr P.

**Réponse**

Les versements pour retraite sont admis en déduction lorsqu'ils ont le caractère de mesure de prévoyance, c'est-à-dire ne sont pas exagérés en tenant compte de l'âge du bénéficiaire, de ses revenus professionnels de et l'importance de la retraite.

Il serait bon de demander au contrôleur le motif de son refus.

A. M.

---

### 2804. — Salaires fixes et recettes professionnelles. Taxation séparée

J'ai fait ma déclaration en indiquant :

1° Mes fixes ;

2° Mes recettes professionnelles et en indiquant « à taxer séparément ».

Le contrôleur refuse la taxation séparée sous prétexte que :

1° Aucun contrat ne me lie aux compagnies dont je suis le médecin (un simple accord par lettre ne suffit donc pas ?)

2° Que je ne suis pas astreint à une présence à heure fixe qui justifierait mon salaire ;

3° Que mes fixes ne m'empêchent pas de faire de la clientèle.

Il me semble que le contrôleur se trompe d'un bout à l'autre, mais j'aimerais avant de lui répondre que vous me donniez votre sentiment à ce sujet.

Dr V.

**Réponse**

Une simple lettre des compagnies doit suffire. De plus, elles devraient déclarer comme salaires avant le 31 janvier de chaque année les sommes qu'elles vous versent.

Le fait que vous faites de la clientèle et que vous n'êtes pas astreint à une présence à heures fixes, ne saurait vous enlever la qualité de salarié par les compagnies.

Si la question en vaut la peine, nous nous chargerions de votre défense.

A. M.

**2854. — Second appartement non professionnel. Pas de patente**

Veuillez avoir l'obligeance d'examiner mon cas.

J'ai habité un appartement, où j'ai tenté d'ouvrir un cabinet .

En juin 1930, je reprends dans un autre quartier une succession de confrère.

Je garde mon premier appartement : garde-meuble, repos le dimanche et parfois en semaine.

Le contrôleur me taxe chaque année, bien que j'aie averti que je n'y donnais plus de consultations, ce qui est facile à prouver :

Détails et ancien droit de patente. Profession et élément à droit fixe : Médecin tableau D. Droit proportionnel au quinzième sur valeur locative.

Dois-je payer ou refuser et, dans cette hypothèse, en vertu de quoi ?

Dr B.

**Réponse**

Si vous ne vous servez pas du second local pour votre profession et que vous n'y ayez pas votre habitation, vous ne pouvez y être imposé à la patente. Vous devriez voir le contrôleur.

A. M.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

### I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

### II

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :

**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse** : Caffeau.
**Chamonix.** de Chabaf olle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne** (Doubs). Chatelin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louveso** (Ardèche) J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maiche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Pau.** Cornet. Sendral.
**Rousses (les).** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianès.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barrand G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Lacanau.** Dubrocq.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
**Palavas-les-Flots** : Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Roscoff.** Bagot. Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer** (Calvados). Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau.
**St-Georges de Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn. enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Senary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

## Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à* 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 187. — Achèterais formule de spécialité pharmaceut. scientifique.

N° 188. — Dans centre médic. en créat., on offre un étage à dentiste, rez-de-chauss. sauf salon à biologiste. loyer 10,000, chauff. 2,000.

N° 189. — A céder avec forte réduct. grande gouttière de Bonnet (1 m. 50), n'ayant servi que trois semaines. Dr Patron à Lauris (Vaucluse).

N° 190. — Confr. désirer. connaître pour ses filles 22 et 24 ans, famille médecin ayant égalem. filles pour passer un mois bord mer Normandie.



## Renseignements

**La Bourboule.** — Maison médicale p. enfants. Tout confort. Cures therm. et clim. Pour tous renseign. et prospectus, s'ad. Dr Barthomeuf, Sanguinet (Landes).

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Tout malade atteint d'une affection stomacale, s'anémie. Toute anémie reconnait comme cause ou comme effet direct une dyspepsie rebelle. Le manganèse, sous forme de tablettes de mangaine, se signale par la rapidité de ses effets dans les dyspepsies (Prof. Potain), dans les anémies (prof. Lemoine).

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **XVIe Croisière « Bruxelles-Médical » : Aux Iles de Soleil** (27 juillet-21 août). — Nous avons le plaisir de porter à la connaissance de nos lecteurs que les tarifs de certaines installations du *Brazza* qui, comme nous l'avons annoncé précédemment, doit effectuer « Aux Iles de soleil » la XVIe croisière de vacances de *Bruxelles-Médical*, viennent d'être réajustés et sensiblement réduits. C'est ainsi que le minimum de 1re classe (tarif médical) vient d'être ramené de 4.975 francs français à 4.300 francs français. C'est ainsi également que les médecins pourront avoir, dans la même classe, de bonnes cabines à deux personnes au prix de 6.500 francs français par personne, au lieu de 7.500 francs français.

Nous pensons que cette nouvelle sera de nature à intéresser un grand nombre de nos lecteurs. Ceux d'entre eux qui désireraient prendre part à la magnifique croisière de *Bruxelles-Médical* sont priés de s'adresser *directement* à l'Office belge des Compagnies françaises de navigation, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles, lequel est chargé de centraliser les inscriptions.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, en effet, à maintes reprises, le rôle de *Bruxelles-Médical* consiste exclusivement à affréter le navire, à dresser le projet d'itinéraire et à obtenir, pour les docteurs en médecine et leurs familles, des conditions spéciales. Toutes les autres questions, sans exception aucune, lui demeurent étrangères et sont à traiter directement avec l'Office belge des Compagnies françaises de navigation.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de pathologie chirurgicale.* — Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a proposé, pour la chaire de pathologie chirurgicale, devenue vacante par la mutation du Professeur Lenormant : *en première ligne*, M. Marion ; *en deuxième ligne*, MM. Chevassu et Proust.

M. Marion, l'éminent spécialiste des voies urinaires, est agrégé de chirurgie depuis 1901. Il fut nommé premier au concours d'agrégation de 1901.

— **Journées médicales belges de** 1932. *Facilités de voyage.* — Les congressistes recevront des cartes d'identité leur permettant d'obtenir 35 % de réduction sur les chemins de fer belges. Il y est fait mention : tous les trains, sauf les trains de luxe, pourront être utilisés. L'administration des chemins de fer belges vient de décider, toutefois, que les porteurs de la carte d'identité délivrée par les Journées médicales seront considérés comme voyageurs ordinaires et auront accès également aux trains de luxe, en payant le supplément habituel de ces places.

— **Congrès international d'histoire de la médecine** (Bucarest, 10-18 septembre 1932.) — Ce Congrès, dont nous donnerons ultérieurement le programme, n'admet comme adhérents que les membres de la So-

ciété internationale d'histoire de la médecine. Les demandes doivent être envoyées, jusqu'au 30 juin, au secrétaire général : M. le Professeur Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris, VIII^e^.

— **Le cours de perfectionnement sur la biologie et la pathologie de la tuberculose** qui devait avoir lieu à l'Institut Pasteur et à la Clinique de la tuberculose (Hôpital Laennec) du 13 juin au 10 juillet 1932, est remis à une date ultérieure.

— **Médaille du Docteur Charles Buizard.** — La médaille offerte au Docteur Charles Buizard par ses collègues et ses amis lui sera remise le dimanche 19 juin, à 10 h. 30, 44, rue de Rennes (place Saint-Germain-des-Prés).

La cérémonie sera présidée par M. le Professeur Gosset.

— **Hommage au professeur Rieux.** — Les élèves et les amis du professeur Rieux, désireux de lui manifester leur reconnaissance et leur affectueuse admiration, se sont groupés, pour lui offrir un souvenir, sous les auspices d'un Comité présidé par M. le docteur Ch. Fiessinger.

Une plaquette de bronze, reproduisant ses traits, a été demandée à M. Armel-Beaufils, sculpteur, et sera offerte au professeur Rieux au cours d'une réception vers le mois de novembre prochain.

Les souscriptions sont reçues à partir de 50 fr. par le docteur Roudouly, 88, rue de Sèvres, à Paris (VII^e^) (compte courant chèques postaux n° 1672.22, à Paris). Elles donnent droit à une reproduction de la plaquette.

— **Société française de phoniatrie.** — Une société a été fondée le 9 mai, à Paris, en vue de l'étude scientifique et pratique des questions se rapportant à la physiologie et à la pathologie de la voix et de la parole. Le Bureau de la Société de phoniatrie comprend M. le Professeur Moure, président ; M. le Docteur Hautant et M. le Professeur Lemaitre, vice-présidents.

Le Docteur Tarneaud, secrétaire général, est chargé de donner tous les renseignements concernant la Société ; lui écrire : 27, avenue de la Grande-Armée, Paris-16^e^.

— **Hôpital et dispensaire français de Londres.** — On demande un médecin-résident, remplissant les fonctions d'interne, disposé à venir pendant la période des vacances de juillet et août. Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme) ou au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français (172, Chaftesbury avenue, Londres W. C. 2.)

— **Hôpitaux de Versailles.** — Un concours pour la nomination à huit places d'interne en médecine (quatre titulaires et quatre provisoires) aura lieu les 24 et 25 juin 1932. Condition : être inscrit à une Ecole ou Faculté de médecine. Avantages : nourriture, logement et, pour les titulaires, indemnité de 4.000 francs

par an. Durée de l'internat : quatre ans. Inscriptions à la direction de l'hôpital civil de Versailles jusqu'au 14 juin 1932.

— On nous prie d'annoncer que le Pepto-Fer du Docteur Jaillet étant *enregistré* au Laboratoire national de contrôle des médicaments sous le N° 442-2, les médecins peuvent ordonner ce produit en toute tranquillité aux assurés sociaux qui en seront remboursés par les Caisses. (*Communiqué.*)

# A TRAVERS L'OFFICIEL

25 MAI.

**Légion d'honneur.**

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé publique : M. le Docteur Lamare, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

26 MAI.

**Enseignement de la médecine.**

La chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie de la Faculté de Bordeaux est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

**Téléphone.**

*Décret du 12 mai 1932 tendant à accorder certaines facilités aux abonnés au téléphone atteints par la crise économique.*

Art. 1er. — Par dérogation aux dispositions de l'article 4 du décret du 6 septembre 1929 qui fixe la durée minimum des abonnements principaux et supplémentaires, les abonnés ayant contracté un abonnement principal ou supplémentaire avant le 1er juillet 1931 ont la faculté de résilier leur engagement sans être astreints à la clause de durée minimum.

Art. 2. — Les transferts sont autorisés, entre le réseau de Paris et les réseaux des départements et réciproquement dans les conditions fixées par les articles 37, 38 et 39 du décret du 6 septembre 1929.

Art. 3. — Jusqu'au 1er juillet 1933, les abonnés ayant résilié leur engagement pour abonnement principal ou supplémentaire au cours du deuxième semestre de l'année 1931 ou au cours de l'année 1932 peuvent contracter un nouvel abonnement ne donnant pas lieu au payement de la part contributive aux frais de premier établissement des lignes.

Ces abonnés auront simplement à acquitter les dépenses de réinstallation du poste et, s'il y a lieu, de remise en état de la ligne, majorées de 15 p. 100 à titre de frais généraux.

Art. 4. — Pour bénéficier des avantages prévus à l'article ci-dessus, la nouvelle ligne d'abonnement doit être souscrite par le titulaire de l'abonnement résilié ; en outre, les appareils doivent être placés dans le local occupé par l'ancien poste.

L'abonnement ainsi souscrit ne peut faire l'objet d'une cession pendant un délai de six mois compté de la date de sa mise en vigueur.

Art. 5. — Le ministre du commerce et des postes, télégraphes et téléphones, et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Journal officiel.*

**Assistance publique.**

La prochaine session ordinaire du Conseil supérieur de l'Assistance publique s'ouvrira dans la matinée du mercredi 29 juin 1932.

27 MAI.

**Service de Santé militaire.**

Par décret du 24 mai 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision du même jour reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les médec. auxil. titul. du B. M. P. S. :

(Rang 15 mars 1932) Lacroix, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; (rang 17 mars 1932) Laloux, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; (rang 18 mars 1932) Balde, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; (rang 7 avril 1932) Frain, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; (rang 12 avril 1932) Maynard, 16e sect. infirm. milit., aff. 16e rég. ; (rang 15 avril 1932) Vaissière, 22e sect. infirm. Ducloux, 19e C. A., au c. m. inf. Afr. 1 ; Duthil, 19e C. A., au c. m. inf. Afr. 6 ; Giraud, Maroc, au 13e tir. alg.

Grinda, 19e C. A., au c. m. inf. Afr. 5 ; Hellaudais, c. m. 101, au 152 ; d'Herbecourt, 204 au 62 ; Hœllinger, 61 au 202 ; Jouin, 19e C. A., au c. m. inf. Afr. 3 ; Lacroix, 19e C. A., au c. m. inf. Afr. 5 ; L'Herbier, Maroc, au 1er zouaves ; Magnin, 65 au 145 ; Mercier, c. m. inf. 6 au 204 ; Minaca, du 73 au 122 ; Mougey, du 72 au 102 ; Peybernes, du 19e C. A. au c. m. inf. Afr. 6 ; Piétri, 19e C. A. au c. m. inf. Afr. 6 ; Rougier, Maroc, au 13e tir. alg. ; Sahuque, 1c. m. inf. 65, au 22 ; Sollacaro, Maroc, au 1er zouaves ; Taillade, du 31 au 161.

29 MAI.

**Enseignement de la médecine.**

Un concours pour l'emploi de chef de travaux d'histologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le lundi 7 novembre 1932 au siège de ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

**Susbtances vénéneuses.**

*Cinq décrets du 25 mai 1932 réglementant le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses au Cameroun, au Togo, à la Guadeloupe, à la Martinique et à la Côte française des Somalis.*

31 MAI.

**Hygiène publique.**

*Circulaire relative à l'alimentation des communes en eau potable.*

Le ministre de l'Agriculture à MM. les Préfets,

Paris, le 21 mai 1932,

En exécution des circulaires ministérielles des 18 septembre 1930 et 7 août 1931, le service du génie rural, lorsqu'il a été chargé de l'établissement d'un projet d'alimentation de communes en eau potable, doit, avant sa rédaction définitive, consulter le service hydraulique au sujet de la déclaration d'utilité publique des travaux toutes les fois que l'utilisation d'eaux ne faisant pas partie du domaine public est prévue.

Mon administration ayant été saisie, à plusieurs reprises, de demandes au sujet des conditions dans lesquelles cette conférence préalable doit être ouverte, il m'a paru nécessaire de donner des instructions précises à cet égard.

Qu'il s'agisse de sources, d'eaux souterraines, de cours d'eau non navigables ni flottables, une commune, alors même qu'elle aurait des droits sur les eaux, ne peut les dériver sans y avoir été autorisée par une déclaration d'utilité publique alors que d'autres intérêts généraux sont en cause. Mais cette déclaration ne peut être accordée que si l'utilité publique de l'entreprise a été reconnue, dans la mesure où elle l'est, et en imposant les précautions nécessaires pour la sauvegarde des intérêts généraux dont mon administration a la charge.

Pour permettre de déterminer l'utilité de l'entreprise, le service du génie rural devra, indépendamment d'un extrait de carte où seront figurés l'emplacement des ressources aquifères à utiliser et des communes à alimenter, fournir les renseignements suivants :

Données sur l'alimentation actuelle ;

Raisons qui justifient son amélioration ;

Evaluation des quantités d'eau nécessaires pour les divers besoins à desservir (usages domestiques, abreuvage du bétail, lavoirs, assainissement, besoins agricoles ou industriels, etc., etc.) ;

Résultats des études hydrogéologiques préparatoires motivant le choix des eaux dont le détournement est prévu ;

Jaugeages et analyses concernant ces eaux.

Par contre, c'est au service hydraulique seul qu'il appartient de recueillir les renseignements qui lui permettront d'une part de faire connaître si la dérivation doit être subordonnée à une déclaration d'uti-

lité publique et, d'autre part, de formuler, sous réserve des résultats de l'enquête ultérieure à ouvrir sur le projet, un avis au sujet des conditions auxquelles cette déclaration doit être subordonnée en vue de sauvegarder les intérêts généraux (salubrité, alimentation publique, besoins domestiques, utilisation générale des eaux, notamment irrigations, pêche.)

Le service hydraulique devra faire parvenir son avis au service du génie rural dans le délai d'un mois après l'ouverture de la conférence. Dans les cas particuliers où cet intervalle lui paraîtrait insuffisant pour réunir les éléments devant servir de base à ses conclusions, il devra en aviser mon administration et lui indiquer le supplément de délai qu'il croit nécessaire pour procéder à l'instruction dont il est chargé.

Je vous prie de veiller à l'exacte observation des instructions qui précèdent et j'adresse directement ampliation de la présente circulaire à MM. les ingénieurs en chef du service hydraulique et du génie rural.

Dr Chauveau.

### Service de Santé militaire.

*Concours pour l'admission en 1932 à l'emploi de médecin sous-lieutenant du service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines* (1).

(1) Il ne sera pas ouvert en 1932 de concours pour l'admission à des emplois de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

*Arrêté du 10 mai 1932.*

Un concours sera ouvert le mercredi 23 novembre 1932, à neuf heures, à l'Ecole d'application du service de Santé militaire à Paris, pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Les docteurs en médecine admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ;

3° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1932, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1903 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux ;

4° Avoir satisfait, au 31 décembre 1932, aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

5° Souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de Santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

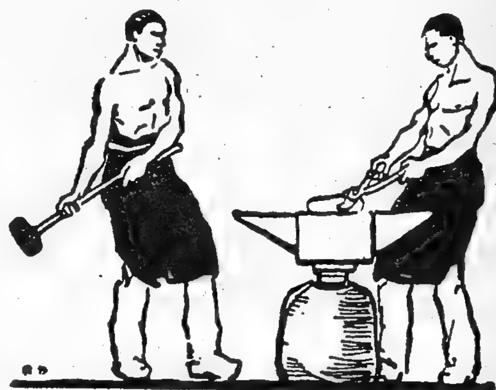
Les épreuves à subir seront :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;





4° Une interrogation sur l'hygiène.

*Nota.* — Tous les candidats seront, en outre, soumis : 1° à un examen médical, en vue de la constatation de leur aptitude physique dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926, et le décret et l'instruction du 15 juillet 1929 ; 2° à une expertise comportant un examen clinique, un examen radiologique et une analyse bactériologique des crachats, en vue de déterminer s'ils sont ou ne sont pas indemnes de toute affection tuberculeuse (loi du 18 avril 1931.)

*Majoration de points.*

Une majoration de 30 points est accordée aux candidats docteurs ès sciences.

Une majoration de 20 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences dont le diplôme mentionne l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° A ceux qui ont été nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté de médecine et de pharmacie.

Une majoration de 20 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences dont le diplôme ne mentionne pas l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° Aux lauréats des facultés de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours ouvert annuellement pour chacune des années d'études dans les établissements d'enseignement supérieur ;

3° Aux internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville d'école de médecine ou de pharmacie ;

4° Aux anciens préparateurs des facultés de médecine et de pharmacie.

Pour bénéficier de ces majorations qui comptent pour l'admission, les candidats joindront à leur demande ou remettront au président du jury, une pièce officielle constatant leurs titres.

*Pièces à produire.*

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Défense nationale (Guerre). (Direction du service de Santé, 1er bureau, Personnel) avant le 1er novembre 1932 au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° *a*) Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine indiquant le régime d'études terminales . (Cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ;

*b*) Le cas échéant, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points d'ordre technique ;

3º Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique et des services ;

4º Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

5º Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans les réserves ;

6º L'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active à partir de la nomination au grade de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux dates et heures fixées à l'Ecole d'application du service de Santé militaire au Val-de-Grâce, sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce nº 4.

*Nota.* — Les candidats admis seront nommés médecins sous-lieutenants à dater du 31 décembre 1932 et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans des études de l'enseignement supérieur près des facultés de médecine exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme. Ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études, seront nommés immédiatement médecin lieutenant pour prendre rang du 31 décembre 1931.

Ils rejoindront, le 31 décembre 1932, l'Ecole d'application du service de Santé militaire pour y accomplir, en même temps que les élèves de l'Ecole du service de Santé militaire reçus docteurs en médecine en 1932, un stage d'une durée maximum de neuf mois à l'issue duquel ils recevront une affectation suivant le classement obtenu à la suite du concours de sortie.

Toute fraude ou tentative de fraude dans l'une quelconque des épreuves entraîne l'exclusion du concours.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Cumul des retraites d'officier et de médecin contractuel aux colonies.

15262. — M. Chommeton demande à M. le ministre des Colonies : 1º si un médecin colonel en retraite, qui fait actuellement du service contractuel pour l'assistance médicale indigène, en Afrique occidentale française et qui, à ce titre, perçoit un traitement non susceptible de retenue pour une retraite, doit subir une retenue quelconque sur sa retraite de mé-

*Voir la suite page LXIII-1869*

# PROPOS DU JOUR

## Le latin, langue médicale internationale. La révision nécessaire de la terminologie médicale

L'Union médicale latine, cherchant à réaliser un de ses rêves dans la mesure du possible, a nommé en son sein, une Commission du latin, langue scientifique internationale. Cette commission n'est pas exclusivement composée de médecins. Elle est présidée par un éminent juriste roumain, M. Mathieu Nicolaü, qui est en outre un philologue éminent et s'intéresse aux travaux de l'Institut de Coopération Intellectuelle. A côté de confrères latinistes distingués comme les docteurs Chauvois et Ruffier, nous y trouvons Me Michaux, ancien bâtonnier du barreau de Boulogne-sur-Mer, qui a consacré une partie de sa vie à l'étude des nouvelles langues internationales : le volapück, l'ido, l'espéranto et qui a lui-même créé le romanal, latin extrêmement simplifié.

L'idée de Dartigues de vouloir faire revivre le latin dans le cadre de l'Union médicale latine pour servir de langue auxiliaire entre les médecins de culture latine, a été diversement appréciée.

Les uns se sont livrés à des plaisanteries faciles et se sont moqué avant la lettre du latin macaronique, du latin burlesque de Molière, du latin de cuisine, etc., que parleraient les futurs médecins, comme du temps de Guy Patin. Les autres sont convaincus que l'on n'aboutira à rien dans cette voie. D'autres au contraire, pensant que, si l'on sait bien fixer le but qu'on désire atteindre et le placer ni trop haut, ni trop loin, il sera possible de réussir à utiliser le latin dans les rapports internationaux des médecins. Nous en avons nous-même la conviction ; il ne s'agit pas de parler, ni d'écrire le latin de Lucrèce, de Cicéron, de Virgile, de Tacite, ni de Pline, pas même celui de César ou de Celse qui, cependant est singulièrement plus facile à comprendre tout en conservant son élégance, mais bien d'écrire et de parler un latin très simple, analogue au latin d'église, dont peuvent se moquer les professeurs de l'Université, mais qui garde sa correction, tout en étant très compréhensible.

Et, comme rien ne vaut une bonne expérience le Dr Ruffier en a donné la preuve indiscutable en écrivant en latin véritable, bien qu'excessivement simple, le compte rendu de la conférence du Professeur Sergent sur le Canada. Nous sommes convaincus que 99 sur 100 de nos confrères comprendraient sans hésitation à la première lecture l'article du Dr Ruffier et qu'en très peu de temps, ils arriveraient, s'ils le voulaient, et sans peine et sans effort, à en écrire de pareils.

D'ailleurs, nous parlons toujours des difficultés du latin parce que les pédagogues se sont évertués au Collège à se servir de cette langue comme d'agrès de gymnastique intellectuelle.

Nous ne discutons pas l'utilité de cette méthode, mais nous savons qu'elle nous a mal préparés à nous servir pratiquement et couramment de cette langue. Il n'est pas douteux que, dans la conversation courante et dans les échanges de correspondances vulgaires, les Latins n'utilisaient pas la langue littéraire, comme d'ailleurs nous-mêmes (et cela sans nous en apercevoir) ne parlons, ni n'écrivons couramment le français de Buffon, de Chateaubriand, de Victor Hugo, de Marcel Proust, de Paul Valéry et autres, ce qui, si nous le faisions, nous paraîtrait profondément ridicule.

Le but que doit poursuivre, à notre avis, la Commission du latin, langue scientifique universelle de l'Union médicale latine, c'est d'utiliser un latin aussi simplifié que possible, tout en restant correct, pour servir de liaison aux termes techniques, la plupart internationaux, qui existent déjà dans le jargon médical.

On pourrait ainsi résumer les discussions des sociétés savantes, analyser les ouvrages et les articles scientifiques et peut-être plus tard échanger des idées au cours des discussions de Congrès en un idiome que comprendraient tous les médecins de culture latine et nous savons qu'il n'y a pas que les médecins de nations où l'on parle une langue latine qui ont reçu cette culture. Dans les pays germains, slaves, anglo-

◆◆

saxons, les humanités sont parfois aussi en honneur, sinon plus, et par tradition, que dans les pays latins.

Comme l'a conseillé l'érudit M. Nicolaü, il convient tout d'abord de bien fixer et d'épurer la terminologie des expressions techniques en usage. Il s'est déjà attelé à cette tâche difficile. Une fois qu'on disposera d'un lexique, d'un glossaire, d'un vocabulaire complet, dont tous les termes auront été nettement définis, il sera facile de les faire adopter par tous et ce sera ensuite presque un jeu de les relier par un latin simplifié.

Le premier travail à entreprendre est donc un travail de *terminologie.*

Certains ont fait remarquer que la plupart des mots techniques médicaux sont dérivés du grec. C'est exact. Qu'incorporés au latin, ils jureront singulièrement. Mais ne jurent-ils pas tout aussi bien incorporés chaque jour au français, à l'italien ou à l'espagnol, et ne voyons-nous pas dans notre langage courant l'usage nous imposer des mots d'origine anglo-saxonne, alors qu'il serait tout aussi simple d'employer des termes français ? En médecine, nous avons une excuse, c'est d'adopter des termes qui peuvent être considérés comme internationaux. Cependant cette terminologie doit autant que possible être correcte et le sens de chaque mot technique ne doit pas prêter à l'amphibologie. Il faudrait d'abord éviter d'affreux barbarismes, moitié grecs, moitié latins, qui, comme *polyvalent* sont passés dans le langage médical, courant, alors qu'il eut été aussi euphonique et plus correct de dire *multivalent.*

M. Nicolaü nous a signalé certains termes, employés depuis fort longtemps et incorrectement construits, qui peuvent troubler l'esprit de ceux qui en recherchent par l'étymologie le sens exact. Ainsi *Carphologie*, terme depuis très longtemps en usage et qui, tout médecin le sait, désigne un symptôme d'un pronostic grave au cours des fièvres infectieuses, dans lequel le malade délirant, cherche à saisir avec les mains des objets inconsistants et imaginaires. Ce mot vient du grec de κάρφος, flocon, et λέγω, je ramasse, il devrait donc être *carpholégie*, car carphologie dérive correctement de λογος, discours, étude, et devrait signifier étude ou discours sur les flocons, ce qui n'a évidemment ici aucun sens.

Certains mots, comme *anthrax*, ont une signification qui varie selon les pays. En France, et dans certains pays, l'anthrax est une inflammation diffuse de l'appareil pilo-sébacé, causée par le staphylocoque doré ; dans d'autres pays, le mot *anthrax*, désigne le *charbon*, la *pustule maligne*, causés par le *bacillus anthracis*, la bactéridie charbonneuse.

Ces simples exemples montrent qu'il est nécessaire de tenter de réviser la terminologie médicale.

En outre, on crée tous les jours des néologismes ; certains s'imposent, d'autres encombrent inutilement notre langage. Il en est comme *allergie* qui ont perdu leur signification primitive et dont le sens reste assez imprécis. Von Pirket avait créé le mot allergie pour désigner la sensibilité à la tuberculine considérée comme un signe d'infection bacillaire. Depuis on en a fait une force bienfaisante ou malfaisante qui, comme le sabre légendaire de Joseph Prudhomme, joue tantôt un rôle immunisant, tantôt un rôle prédisposant. Il conviendrait donc qu'avant d'être adopté, un terme médical nouveau fut soumis à l'examen d'une commission internationale, composée d'abord de techniciens, mais aussi de linguistes, qui ne choisiraient que des mots bien construits et à sens bien défini. Une fois qu'un vocabulaire de terminologie médicale, bien étudié, bien rédigé serait adopté, un grand pas serait fait dans la voie de la langue médicale internationale auxiliaire et on pourrait alors songer à adopter le latin. M. Mathieu Nicolaü, dont nous croyons du reste exprimer la pensée, se consacre à cette besogne utile, mais parfois ingrate, on ne saurait trop le féliciter et ni trop le remercier.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### CONSIDÉRATIONS SCHÉMATIQUES SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LE DIABÈTE SUCRÉ

#### Notions préliminaires

Par GILBERT-DREYFUS,

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Il n'est guère d'affections, semble-t-il, en présence desquelles le praticien se sente aussi « mal à l'aise » que le diabète sucré.

Nous ne nous occuperons pas ici du diabète avec acidose (diabète avec dénutrition azotée de Marcel Labbé, diabète consomptif de Rathery) qui nécessite l'administration continue d'insuline, et dont la cure ne peut être correctement conduite, à notre sens, que par un spécialiste, ou tout au moins selon les indications d'un spécialiste.

Bornons-nous à envisager le diabète simple (diabète gras, bénin, floride, arthritique) qui est de beaucoup le plus fréquemment rencontré. *Son traitement se réduit presque exclusivement à l'institution d'un régime approprié, et tout médecin devrait être à même d'établir un tel régime.*

Deux erreurs de diététique se retrouvent dans la quasi-totalité des ordonnances :

1° On prescrit un régime trop large, trop peu sévère.

2° On se borne à formuler de vagues indications qualitatives (aliments autorisés, aliments interdits), et l'on méconnaît l'absolue nécessité d'une *posologie* rigoureuse.

***

Dès notre premier contact avec le patient, il faut nous efforcer de lui expliquer — dans la mesure du possible — en quoi consiste sa maladie, le mettre en garde contre les accidents qui le menacent, et se montrer intransigeant sur l'opportunité d'un *régime pesé.*

S'il sort de chez vous, « convaincu » et confiant, si son premier acte consiste dans l'acquisition d'une *balance* de cuisine, vous pourrez vous dire que vous n'avez pas perdu votre temps : la balance est la condition *sine qua non* d'une thérapeutique rationnelle du diabète.

***

Tout médecin se doit à lui-même de connaître la COMPOSITION des aliments principaux, leur teneur respective en *hydrates de carbone*, en *protéines* et en *graisses.*

Or, il faut bien l'avouer, l'enseignement de la médecine, en France, est sur ce point, bien incomplet. Et inversement trop complètes — et rebutantes pour le non spécialiste — les tables de composition des aliments telles qu'on les trouve dans les livres.

Voici les quelques notions *simples* dont il importe au premier chef de se pénétrer avant de prendre la *responsabilité* de soigner un diabétique.

***

CERTAINS ALIMENTS SONT FORMELLEMENT INTERDITS EN RAISON DE LEUR HAUTE TENEUR EN HYDRATES DE CARBONE :

Sucre, confitures, plats sucrés, chocolat, miel.
Pain ordinaire, et gâteaux.
Pâtes alimentaires, riz, céréales.
Légumes secs (lentilles, flageolets, haricots secs...).
Abricots secs, figues sèches, raisins secs, pruneaux, dattes, marrons.
Vins sucrés, liqueurs, bière, cidre.

***

TENEUR DES PRINCIPAUX LÉGUMES ET FRUITS (pouvant entrer dans la composition du régime des diabétiques) EN HYDRATES DE CARBONE.

10 GRAMMES D'HYDRATES DE CARBONE sont fournis grosso modo par :

| | |
|---|---|
| 250 GRAMMES de légumes verts à 4 % environ | asperge, aubergine, céleri, champignon, *chicorée*, chou, croute, *chou-fleur*, concombre, cresson, endive, *épinard*, *laitue*, *oseille*, *poireau*, radis, scarole, *tomate*, rhubarbe. |

| | |
|---|---|
| 125 GRAMMES DE légumes à 8 % environ | *chou de Bruxelles*, chou-rave. |
| 100 GRAMMES de légumes ou fruits à 10 % environ | betterave, *carotte*, citrouille, *navet*, oignon frais, potiron, salsifis. |
| | ananas, *fraise*, grape-fruit, *mandarine*, *melon*, olive, *orange*. |
| 75 GRAMMES de légumes ou fruits à 12-15% | *artichaut*, pois vert, |
| | *abricot frais*, *cerise*, *framboise*, *groseille*, *pêche*, *pomme*, *poire*, |
| 50 GRAMMES de légumes ou fruits à 20 % environ | amande, noix, noisette, |
| | crosne, *pomme de terre*, topinambour, |
| | banane, figue fraîche, prune, raisin. |

***

COMPOSITION MOYENNE DES PRINCIPAUX ALIMENTS EN % :

| | Hydrates de carbone | Graisses | Protéines |
|---|---|---|---|
| Lait | 5 | 3 | 4 |
| Crème fraîche | 3 | 3 | 25 |
| Œufs | 0 | 6 | 6 |
| Viande dégraissée | 0 | 20 | 10 |
| Fromage sec | 0 | 30 | 30 |
| Fromage frais | 0 | 10 | 30 |
| Beurre | 0 | 0 | 80 |
| Pain de gluten (Heudebert) | 10 | 75 | 0 |
| Noix, noisette, amande | 15 | 15 | 50 |

Les légumes verts, les pommes de terre, carottes, navets, contiennent en moyenne 1 à 2 % de protéines et une proportion négligeable de graisses.

*Tous ces chiffres concernent les aliments* PESÉS CRUS.

***

Nous en arrivons à la question beaucoup plus délicate de la *composition du régime*.

Le médecin qui consulte tour à tour différents traités, en présence de préceptes souvent contradictoires, ne sait à quel fil conducteur se fier. Ici ce ne sont que directives vagues ou confuses... Là, au contraire, sous l'influence des auteurs américains, on vous propose des tableaux-indicateurs — sinon des formules algébriques — extrêmement difficiles à lire et pratiquement impossibles à appliquer.

En dépit de ces divergences, il nous semble que l'on puisse édicter un certain nombre de LOIS, dont la pratique quotidienne confirme le bien-fondé.

**I. Calories fournies par l'alimentation**

*Ni trop ni trop peu.*

*a*) En règle générale *ne pas dépasser* 30 *calories* par jour et par kilogr. de poids corporel : 2.000 calories représentent un maximum qu'il est souvent inutile d'atteindre chez un adulte de 65 kilogr.

*b*) Inversement le chiffre de 20 *calories*, tenu par certains pour le chiffre idéal, est notoirement trop faible, et sauf pendant les quelques jours du régime d'épreuve, ne saurait être appliqué sans que s'ensuive un amaigrissement considérable (1).

*c*) Le chiffre à retenir est celui de 25 *calories par kilogr.*: c'est celui qui doit servir de base à l'établissement du régime ; mais c'est un chiffre bas, souvent incompatible avec une vie un tant soit peu active, et que, presque toujours, on est amené à majorer sans dépasser toutefois celui de 30 calories.

***

Ces 25 à 30 calories seront fournies par un RÉGIME MIXTE apportant à la fois des hydrates de carbone, des protéines et des graisses.

**II. Hydrates de carbone**

Il existe :

*a*) *Un* MAXIMUM *à ne pas atteindre*, marqué par le moment où le sucre apparaît dans les urines.

Toujours rester 5 à 10 grammes *au-dessous de la tolérance du sujet*. Souvent même il y a intérêt à restreindre davantage les hydrates de carbone pour réduire l'hyperglycémie.

En tout état de cause, ne jamais laisser persister la moindre glycosurie, fût-elle de quelques grammes par jour seulement.

*b*) Un MINIMUM au-dessous duquel on ne peut descendre. Il a été, par certains auteurs, fixé à 1 gramme d'hydrates de carbone par kilogr. de poids. (L'organisme humain, a-t-on dit, a besoin de brûler 1 gramme de sucre par kilogr., sinon il est en état de jeûne hydrocarboné et détruit ses propres réserves d'albumine et de graisse.)

Mais, à vrai dire (et c'est là une notion qui paraît avoir échappé à nombre de diététiciens), ce chiffre de 1 gramme par kilogr. concerne les *hydrates de carbone totaux*, c'est-à-dire à la fois les hydrates de carbone préformés et les hydrates de carbone provenant du métabolisme des protéines et des graisses. Si les hydrates de carbone fournis par les graisses sont en quantité négli-

(1) Il va sans dire que lorsqu'au diabète s'associe l'obésité, le but du traitement devient double : dessucrer et faire maigrir.

geable, les protéines au contraire sont susceptibles d'en fournir plus de 50 % de leur poids.

Sans doute le régime des diabétiques, ainsi que nous le verrons, comporte-t-il toujours une proportion notable d'albumines ; mais, comme cette proportion d'albumines est à peu de chose près fixe et constante, nous jugeons plus simple — dans nos calculs pour l'établissement du régime — de ne faire état que des *hydrates de carbone préformés.*

Or, cette ration d'hydrates de carbone préformés ne saurait être indéfiniment abaissée, car, si l'on augmente conjointement la ration de protéines pour relever le chiffre des hydrates de carbone totaux, il devient alors impossible d'*équilibrer* le régime et de maintenir le rapport $\frac{\text{cétogène}}{\text{anticétogène}}$ dans les limites nécessaires.

Il est bien exceptionnel d'ailleurs qu'un sujet atteint de diabète simple ait une tolérance hydrocarbonée inférieure à 45 ou 50 grammes ; les tolérances « basses » ne sont en règle générale que le fait du diabète avec acidose.

Il résulte de ces considérations que si le dogme du « gramme par kilogramme » n'est pas intangible, *la quantité minima d'hydrates de carbone préformés ne peut être abaissée au-dessous de 0 gr. 75 à 0 gr. 80 par kilogr.*

### III. Protéines

Dans un régime d'épreuve, institué pour quelques jours, on n'a pas à se préoccuper de l'apport protéinique qui sera toujours aussi bas que possible.

Il en va tout autrement dans un régime durable ou définitif. L'organisme humain, en effet, ne saurait se passer d'aliments quaternaires, le minimum de protéines nécessaires étant fixé par les uns à 1 *gramme par kilogramme,* par les autres à 0 *gr.* 75 ou même 0 *gr.* 50.

Cette *limite inférieure* n'est pas très éloignée de la *limite supérieure,* et, sauf exception, on ne permettra pas au diabétique plus de 1 *gr.* 50 de protéines par kilogramme de poids corporel.

*Le taux optimum moyen est de* 1 *gr.* 25 *environ.*

En fait, dans l'établissement du régime, c'est essentiellement des *protéines animales* (de beaucoup les plus nocives pour le diabétique) qu'il convient de se préoccuper.

En ce qui les concerne, nous considérons le *chiffre de* 1 *gramme comme la limite suprême à ne jamais dépasser, ceux de* 0 *gr.* 50 *à* 0 *gr.* 75 *comme les plus habituellement recommandables.*

En résumé :

Protéines totales : 1 gramme à 1 gr. 50 (moyenne : 1 gr. 25).

Protéines animales : 0 gr. 50 à 1 gramme (moyenne : 0 gr. 75).

### IV. Graisses

Restriction systématique des protéines + Restriction des hydrates de carbone, au prorata de la tolérance individuelle + Nécessité d'un apport minimum de calories = Impliquent forcément une ration de graisses assez importante.

Quoiqu'on en ait dit, les graisses alimentaires sont beaucoup mieux tolérées par la majorité des diabétiques que la viande.

Soit un sujet de 60 kilogr. « tolérant » 120 grammes d'hydrates de carbone préformés (480 calories). Soixante-quinze grammes de protéines lui fournissant en outre 300 calories, si nous voulons atteindre 1.600 calories, nous devrons lui prescrire environ 90 grammes de graisses (810 calories). Ainsi donc, alors que chez l'individu normal, la moitié des calories proviennent des hydrates de carbone, chez le diabétique ce sont les graisses qui apportent, selon les cas, la moitié, les deux tiers, ou même plus... des calories.

Le taux de 2 grammes de graisses par kilogr. de poids corporel est très souvent atteint et presque toujours parfaitement supporté.

En principe, il deviendrait dangereux — sous peine de rompre l'équilibre cétogène-anticétogène — d'élever au-dessus de 3 le rapport $\frac{\text{grammes de graisses}}{\text{grammes d'hydrates de carbone préformés}}$, (et dans cette éventualité s'imposerait une restriction particulièrement sévère des protéines) ; mais, en pratique, on n'est jamais conduit à prescrire plus de 150 grammes de graisse, même si la tolérance hydro-carbonée n'est que de 50 grammes.

***

*Au total :*

1° **25** *à* **30** calories par kilogramme de poids corporel ;

2° **1 gr. 25** environ de protéines dont **0 gr. 75** de provenance animale ;

3° Une ration d'hydrates de carbone variable selon la tolérance du sujet (jamais inférieure à 0 gr. 70 ou 0 gr. 80 d'hydrates de carbone préformés par kilogramme) ;

4° Un « complément » de graisses (calculé « par différence ») qui ne devra jamais excéder, en poids, le triple de la quantité d'hydrates de carbone préformés, concomitamment fournis par le régime.

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

# Sur un enfant atteint de congestion pleuro-pulmonaire aiguë et d'une néphrite hématurique (1)

Professeur P. Nobécourt

Voici le jeune Maurice.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Il est né quinze jours avant terme, le 13 septembre 1923, après une grossesse difficile. Il est, depuis le tout jeune âge, sujet aux rhumes et aurait eu plusieurs congestions pulmonaires.

En janvier 1930, il a la rougeole, puis la coqueluche et une broncho-pneumonie.

Depuis octobre, il tousse, a peu d'appétit, maigrit, se fatigue facilement ; la nuit, il a souvent des sueurs et des poussées de fièvre à 39°. Toutefois, une radioscopie du thorax, faite à l'hôpital Trousseau, ne révèle rien de particulier.

Le 19 mars, brusquement, il est pris de frissons et de vomissements ; sa température s'élève à 40°2, ses urines sont rares.

Le 21, on l'amène à la salle Bouchut. Il est au troisième jour de sa maladie ; sa température est de 39°5.

Le lendemain matin, 22 mars, M. Kaplan l'examine.

Il est âgé de 7 ans et 6 mois. Sa taille de 127 cm. est supérieure de 11 cm. à la taille moyenne de son âge ; son poids de 26 kgr. 650 est supérieur de 7 kgr. 200 au poids moyen de son âge. Il présente donc de l'hypertrophie staturale ; il a la taille de 9 ans 4 mois et un poids supérieur de 3 kgr. 100 au poids moyen de cet âge. Sa température est de 40°4 ; celle du soir sera seulement de 37°9. Il tousse, mais n'a ni expectoration, ni dyspnée notable ; on compte 32 respirations à la minute. Il se plaint de douleurs au niveau de l'hémithorax gauche.

L'examen du thorax révèle, à gauche, en avant, dans la région sous-claviculaire, un léger skodisme et, à la partie moyenne, une respiration légèrement soufflante ; en arrière, dans la zone inférieure, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate, de la matité, un souffle expiratoire et inspiratoire à timbre pleurétique, de la pectoriloquie aphone.

Une ponction exploratrice de la plèvre gauche ramène un peu de liquide louche. Au microscope, on y voit de nombreuses cellules, polynucléaires et cellules endothéliales, dont la plupart, 80 %, sont peu *altérées. Il n'y a pas de microbes* sur lame et la culture reste stérile.

Le 24 mars, une radiographie permet de constater, à gauche, dans la moitié inférieure, une obscurité floue, peu dense, dont la limite inférieure est imprécise, qui s'étend dans le sinus costo-diaphragmatique ; à droite, un hile un peu chargé, sans ganglions appréciables.

L'examen des autres viscères ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H8) sont négatifs.

Les jours suivants, la fièvre est irrégulière avec de grandes oscillations : le matin, la température est de 38°6 ou 38° ; le soir elle atteint 40°6 ou 40°3.

Les signes thoraciques se modifient peu.

Le 25 mars, par exemple, l'examen du thorax révèle, en avant, à gauche, sous la clavicule, du skodisme et, à la partie moyenne, de la submatité ; la respiration est normale. En arrière, à gauche, la matité de la base se prolonge dans la région sous-axillaire, sa limite supérieure s'incline en pente vers l'aisselle ; on entend un souffle rappelant le souffle tubaire.

Le 28 mars, une nouvelle ponction pleurale ramène 7 ou 8 cc. de liquide ; mais il y en a d'avantage. L'examen microscopique montre les mêmes éléments que lors de la première ponction ; les polynucléaires altérés sont nombreux.

A ce moment l'enfant a une angine rouge ; ses amygdales sont grosses.

A partir du 29 mars, la température s'abaisse, l'état général est meilleur, la percussion du thorax révèle une diminution de la matité de la base gauche ; à ce niveau on perçoit à l'auscultation quelques râles sous-crépitants.

La radiographie du 31 mars montre, au niveau de l'hémithorax gauche, une zone sus-diaphragmatique plus claire, un cul-de-sac costo-diaphragmatique transparent, une zone moyenne moins uniformément opaque, il n'y a plus de liquide dans la plèvre.

Le 1er avril, s'installe l'apyrexie : 36°6 — 36°8. Cette apyrexie persiste, sauf un crochet thermique à 38°7 le 4 avril. L'amélioration s'accentue.

Une troisième radiographie, le 7 avril, montre,

(1) Leçon du 2 mai 1931.

au niveau du champ pulmonaire gauche, une base transparente, une partie moyenne plus claire mais occupée par une ombre irrégulière.

Le hile droit est toujours chargé.

La convalescence se poursuit, quand, le 9 avril, Maurice se plaint de son pharynx, qui est rouge ; la température reste à 37°-37°5.

Le 10 avril, le bocal contient des urines rouges, hématiques, qui donnent une réaction de Meyer fortement positive.

Les jours suivants, les urines se décolorent progressivement. Mais, le 14 avril, survient une nouvelle hématurie. Ensuite, les urines se décolorent un peu, puis les 25 et 27 avril se produisent de nouveau des hématuries, à la suite desquelles les urines restent rouges.

Etudions les syndromes que nous avons observés.

Tout d'abord le SYNDROME URINAIRE.

Le *volume* des urines à la période fébrile, jusqu'au 31 mars, est réduit à 300 c.c. environ par 24 heures. Pendant la période d'apyrexie, avant l'hématurie, c'est-à-dire jusqu'au 9 avril, il augmente un peu et est de 500 à 700 c.c. par 24 heures. A partir de l'hématurie du 10 avril, il augmente lentement et atteint son maximum, 1700 c.c. le 14 et le 15 avril. A ce moment survient la deuxième hématurie. Dès lors, les urines se maintiennent à 1.200 c. c.-1.400 c. c., avec des variations quotidiennes en plus ou en moins.

*L'albumine*, à l'entrée, le 21 mars, fait défaut. A partir de l'hématurie du 10 avril, elle apparaît mais reste à un taux assez faible.

| | |
|---|---|
| Le 11 avril........ | 0 gr. 50 par litre |
| Le 12 avril........ | 0 gr. 20 |
| Le 13 avril........ | traces |
| Le 14 avril........ | 0 (2e hématurie) |
| Le 15 avril........ | traces |
| Le 16 avril........ | 0 gr. 20 |
| Le 17 avril........ | 0 gr. 25 |
| Du 18 au 23....... | 0 gr. 20 |
| A partir du 24 avril | traces (3e et 4e hématuries). |

*L'examen cytologique* du 14 avril montre la présence de très nombreuses hématies et des leucocytes en rapport avec les hématies, l'absence de cylindres.

Le 20 avril, la réaction de Meyer est fortement positive : on voit de très nombreuses hématies non déformées, de nombreux leucocytes et quelques rares cylindres granuleux.

Les examens pratiqués les 25, 29 et 30 avril permettent à peu près les mêmes constatations ; les cylindres granuleux sont plus ou moins nombreux.

Voyons le SYNDROME ŒDÉMATEUX.

Maurice n'a pas d'œdème net ; il présente seulement, le 10 avril et pendant quelques jours, au moment de l'hématurie, un visage un peu bouffi et pâle.

Malgré l'absence d'œdème, les *pesées quotidiennes* révèlent des modifications du poids :

| | | |
|---|---|---|
| Le 21 mars, à l'entrée, le poids est de | | 26 kgr. 660 |
| Le 26 mars | » | 24 kgr. 100 |
| Le 1er avril | » | 24 kgr. 200 |
| Le 9 avril | » | 24 kgr. 500 |

Ensuite le poids diminue régulièrement :

| | |
|---|---|
| Le 11 avril, il est de ............ | 23 kgr. 500 |
| Le 13 avril » | 23 kgr. |
| Le 15 avril » | 22 kgr. |
| Du 18 au 24 avril, il reste | 21 kgr. 100 |

Somme toute du 9 au 18 avril, en neuf jours, la perte de poids atteint 3 kgr. 400.

| | |
|---|---|
| Le 25 avril, il est de ............ | 20 kgr. 600 |
| Le 26 avril » | 21 kgr. 300 |
| Le 28 avril » | 21 kgr. 600 |
| Le 30 avril » | 21 kgr. 800 |

Cette augmentation du poids ne semble pas être due à de l'œdème ; elle paraît plutôt attribuable à l'amélioration du régime, dans lequel on introduit de la viande, et à l'extrait hépatique, préparé suivant la méthode de Whipple.

Etudions maintenant l'APPAREIL CIRCULATOIRE.

La *pression artérielle* est prise avec l'oscillomètre de Pachon. On fait les constatations suivantes :

| | Minima | Maxima | Pression différentielle |
|---|---|---|---|
| Le 30 mars....... | 11,5 | 7 | 5,5 |
| Le 10 avril....... | 15 | 13,5 | 1,5 |
| Le 14 avril....... | 14,5 | 12 | 2,5 |
| Le 15 avril....... | 14 | 10 | 4 |
| Le 17 avril....... | 12,5 | 8 | 4,5 |
| Le 18 avril....... | 12 | 8 | 4 |
| Le 23 avril....... | 10,5 | 7 | 3,5 |
| Le 29 avril....... | 10,5 | 6,5 | 4 |
| Le 30 avril....... | 11 | 7 | 4 |

Avant l'hématurie, la pression était normale. Au moment des premières hématuries, il s'est produit une élévation de la maxima et de la minima avec réduction de la pression différentielle. Puis la maxima et la minima ont diminué en même temps que la pression différentielle augmentait. Finalement la pression est redevenue normale.

En même temps, on trouve des modifications intéressantes du côté du *cœur*.

Le 15 avril, on note l'augmentation globale de la matité précordiale.

Le 16 avril, un orthodiagramme donne les mesures suivantes :

D'G' = 8 cm. 7
GG' = 8 cm.
$\frac{D'G'}{GG'}$ = 1,08

Surface triangulaire droite = 30 cm². 45. Fèche du ventricule gauche, 1 cm. 5.

Les deux ventricules, et en particulier le ventricule gauche, sont augmentés de volume.

Les bruits du cœur sont normaux; cependant, le second bruit aortique est un peu fort. Il n'y a pas de bruit de galop, pas de tachycardie.

L'orthodiagramme du 21 avril montre que le cœur a diminué de volume :

| | | | |
|---|---|---|---|
| D'G' | = 7 cm. 5 au lieu de | 8 cm. 7 | précédemment. |
| GG' | = 6 cm. 5 | — 8 cm. | — |
| $\frac{D'G'}{G'G'}$ | = 1,15 | — 1,08 | — |

Surface triangulaire droite = 20 cm² 42, au lieu de 30 cm² 45.

Flèche du ventricule gauche = 1 cm. 2 au lieu de 1 cm. 5

C'est surtout le ventricule droit qui a diminué; le gauche reste gros.

Enfin, le 30 avril, l'orthodiagramme a les mensurations suivantes :

D'G' = 8 cm.
GG' = 6 cm. 4.
$\frac{D'G'}{GG'}$ = 1,25

Surface triangulaire droite = 23 cm² 2. Flèche du ventricule gauche = 1 cm. 2.

L'*électrocardiogramme* relevé le 21 avril par le Dr Petit ne montre rien d'anormal.

Le foie reste normal.

Dans le SANG, le 15 avril, M. Bidot dose 0 gr. 30 d'urée par litre.

Le 18 avril, l'examen hématologique donne les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Hémoglobine........ | 80 % |
| Gl. rouges ........... | 3.750.000 par mmc. |
| Valeur globulaire..... | 1 |
| Globules blancs...... | 18.400 par mmc. |
| Polynucléaires neutro. | 72 % |
| Lymphocytes ....... | 28 % |

Pendant cette évolution, l'enfant a eu les *régimes* suivants : du 10 au 14 avril, un litre de lait par 24 heures et 30 gr. de lactose ; à partir du 15 avril, un litre de lait, 30 gr. de lactose, deux purées de pommes de terre sans sel ; à partir du 27 avril, un litre de lait, 30 gr. de lactose, deux purées de pommes de terre sans sel, 30 gr. de viande, et, en outre, 2 ampoules d'hépatrol de 5 c. c.

Aujourd'hui, 2 mai, Maurice a un état général assez bon ; il n'a aucune trace d'œdème. Une seconde cutiréaction à la tuberculine, faite le 22 avril, reste négative. Le volume du cœur est à peu près normal. La tension artérielle est normale. Malheureusement les urines sont toujours hématiques et présentent les caractères que j'ai décrits.

***

Maurice a 7 ans et demi. Il est atteint d'une PNEUMOPATHIE AIGUE.

Le début est brusque, par des frissons, des vomissements, une température qui s'élève d'emblée à 40°. Ce début a fait penser à une pneumonie.

On constate un *syndrome pulmonaire* et *pleural* au niveau de la moitié inférieure de l'hémithorax gauche.

Il y a des signes de *condensation pulmonaire.* Ce ne sont pas ceux de la pneumonie : la matité est mal limitée, on n'entend pas de souffle tubaire net, pas de râles crépitants, la radiographie ne montre pas une ombre de pneumonie.

Ce sont ceux d'un *syndrome clinique de congestion pulmonaire,* étant entendu que cette appellation s'applique à un processus parenchymateux avec alvéolite, dont témoignent les quelques râles sous-crépitants perçus à la phase terminale.

La *pleurésie* se surajoute à la pneumopathie. Le liquide décélé par les signes cliniques et radiologiques est peu abondant. Sa formule est mixte, formée de cellules endothéliales et de polynucléaires normaux ou altérés; il est inflammatoire ou œdémateux, peut-être les deux; en tout cas, il est aseptique.

On ne peut par parler de pleuro-pneumonie ; il faut admettre un syndrome de congestion pleuro-pulmonaire aigu.

L'évolution est assez lente, l'apyrexie s'installe le quatorzième jour. Le liquide se résorbe ; la radiographie du 31 mars montre sa disparition. La condensation pulmonaire diminue rapidement, et, le 7 avril, vingtième jour de l'affection, la radiographie permet de constater qu'elle est très réduite.

Quant à la nature du processus, le caractère aigu de l'affection fait penser à une infection banale, peut-être par le pneumocoque. Elle est d'autant plus vraisemblable que Maurice est, depuis son plus jeune âge, sujet aux rhumes, qu'il a des végétations adénoïdes, que, d'autre part, il ne présente aucun signe de tuberculose et a eu deux cutiréactions négatives à la tuberculine.

L'affection, dont Maurice est atteint, rentre

dans le groupe bien connu des pneumopathies, auxquelles j'ai consacré ma leçon du 22 février 1930, publiée par le *Journal des praticiens* du 26 juillet 1930, leçon intitulée : *Syndromes pleuro-pulmonaires aigus et subaigus (congestions pleuro-pulmonaires, spléno-pneumonies, cortico-pleurites)*.

Comme je le disais alors, il s'agit de « syndromes cliniques qui se traduisent par des symptômes attribués généralement à la présence d'un épanchement liquide dans la plèvre, à une pleurésie avec épanchement, mais qui apparaissent sans épanchement ou avec un petit épanchement ». Ils relèvent de lésions du poumon plus ou moins étendues en profondeur, mais intéressant les zones superficielles, de lésions cortico-pleurales.

Le *début* tantôt est brusque, avec des frissons, des vomissements, une température de 39° ou 40°, tantôt est graduel, la température s'élevant progressivement et atteignant 39° ou 40° le deuxième, le troisième ou le quatrième jour.

A *la période* d'état, la fièvre est plus ou moins élevée ; elle revêt des types divers.

Les troubles subjectifs et les troubles fonctionnels sont en général discrets.

Les signes physiques, localisés dans la région postéro-inférieure d'un hémithorax, sont variés. On note de la submatité ou de la matité avec résistance au doigt, mal limitée. Les vibrations vocales, dont la recherche est bien aléatoire chez l'enfant, sont diminuées ou nulles. Le murmure vésiculaire est faible ou aboli. La respiration est soufflante, ou bien on entend un souffle qui, suivant les cas, est pleurétique, broncho-pleurétique ou tubo-pleurétique. Il y a de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone. Quelquefois on découvre des petits foyers de râles crépitants ou sous-crépitants fins et secs, fugaces.

A la radioscopie et sur la radiographie on constate une opacité modérée, assez uniforme, à contours imprécis ; elle peut masquer le diaphragme et le cul-de-sac costo-diaphragmatique, ce qui indique la présence de liquide.

La ponction exploratrice de la plèvre tantôt ne donne pas de liquide, tantôt retire quelques gouttes ou quelques centimètres cubes d'un liquide séro-fibrineux, louche ou parfois même puriforme ; il contient des polynucléaires normaux ou peu altérés, des cellules endothéliales, quelques lymphocytes ; il est stérile. L'abondance des polynucléaires fait parfois penser à la présence de pus, mais, en réalité, l'épanchement est puriforme aseptique.

L'*évolution* peut être aiguë et la guérison s'effectuer au bout de quelques jours, ou seulement au bout de 10 à 15 jours, quelquefois elle est subaiguë et l'affection dure des semaines.

En présence de ce syndrome, on est souvent embarrassé pour fixer l'*étiologie*.

Ces syndromes de congestion pleuro-pulmonaire aiguë peuvent, en effet, être réalisés soit par le bacille de Koch, soit par divers germes, notamment par les pneumocoques. Souvent, on n'ose pas se prononcer définitivement. A l'encontre de la tuberculose et en faveur de l'infection à pneumocoques, parlent le début brusque, la fièvre élevée, l'évolution assez rapide, la disparition des signes physiques après la terminaison de la phase aiguë, mais aucun de ces caractères n'est pathognomonique.

***

Tout d'abord l'observation de Maurice est assez banale. Mais bientôt, elle présente un intérêt particulier.

Maurice entre en convalescence et semble devoir rapidement guérir, lorsque, le dixième jour de l'apyrexie, sans fièvre, ses urines deviennent sanglantes. Le sang disparaît rapidement. Mais, quatre jours plus tard, se produit une nouvelle hématurie.

Dès lors se posent un problème de diagnostic et un problème étiologique.

Tout d'abord le PROBLÈME DE DIAGNOSTIC. S'agit-il d'une *hématurie simple* ou bien d'une *néphrite hématurique* ?

La solution de ce problème n'est pas toujours facile à donner. Je l'ai envisagé dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil urinaire*, au cours de deux leçons, l'une, du 30 avril 1921, sur *Les néphrites hématuriques chez les enfants*, l'autre, du 16 décembre 1922, sur les *Hématuries chez l'enfant*.

Dans l'*hématurie simple d'origine rénale* les urines sont plus ou moins teintées de sang, le taux de l'albumine et le nombre des leucocytes y sont en rapport avec la quantité de sang.

Dans la *néphrite hématurique aiguë*, les urines sont plus ou moins teintées, soit d'un rouge plus ou moins vif, soit brunâtres et mêmes noirâtres. Leur volume est diminué. L'albumine y varie de 0 gr. 25 à 5 gr. et plus par litre. A l'examen microscopique, on voit des hématies, de nombreux globules blancs, des polynucléaires altérés, des cylindres granuleux ou hématiques.

Dans certains cas, il n'y a pas de troubles fonctionnels, pas de symptômes de rétention ; la néphrite hématurique est simple, et pour certains auteurs, ce serait le cas le plus habituel.

Dans d'autres cas, il existe des syndromes divers, qui caractérisent la néphrite : syndrome œdémateux, syndrome azotémique, syndromes combinés, syndrome cardio-vasculaire.

Ces syndromes ne sont pas aussi rares qu'on l'a dit ; je les ai observés assez souvent.

Etudions ces syndromes chez Maurice.

Le *syndrome-urinaire*, au début, réalise plutôt celui d'une hématurie simple que d'une

néphrite hématurique ; on trouve peu d'albumine, peu de leucocytes ; il n'y a pas de cylindres. Plus tard les leucocytes deviennent nombreux, des cylindres granuleux apparaissent, mais l'albuminurie reste légère. Il semble donc bien qu'il existe une néphrite.

Le *syndrome œdémateux* est réduit au minimum. On remarque seulement une légère bouffissure de la face, qui est passagère. Mais, lorsqu'on suit la courbe des poids, on constate qu'il s'est produit dans l'organisme une rétention importante d'eau, puisque le poids diminue de 3 kgr. 400 en neuf jours et parallèlement la diurèse augmente.

Le *syndrome azotémique* fait défaut ; le taux de l'urée du sang est normal.

Par contre le *syndrome cardio-vasculaire* est manifeste.

La *pression artérielle* est normale à la fin de la période fébrile. Au moment des hématuries, les tensions maxima et minima sont fortes, la pression différentielle est très réduite. Ensuite, les pressions maxima et minima baissent lentement, la minima plus que la maxima, tandis que, de ce fait, la pression différentielle augmente. Finalement, quinze jours après le début, la pression artérielle revient au même niveau qu'avant la néphrite. Il y a donc eu au début de la néphrite une poussée d'hypertension portant sur la maxima et surtout sur la minima.

Parallèlement on remarque des modifications du volume du *cœur*. Pendant la première phase, le cœur est manifestement gros ; la matité précordiale est augmentée, l'orthodiagramme prouve que l'augmentation porte sur les deux ventricules, plus sur le gauche que sur le droit. Pendant la phase d'amélioration de la néphrite, le volume du cœur diminue ; la régression porte sur les deux ventricules, mais le ventricule gauche reste un peu gros.

Il existe une relation nette entre les variations de la pression artérielle et les modifications du volume du cœur.

Il serait intéressant, en pareil cas, d'étudier la pression moyenne, dont le Professeur Vaquez a montré récemment toute l'importance.

Maurice a présenté des modifications de la pression artérielle et du volume du cœur, modifications assez communes dans les néphrites aiguës des enfants.

Je n'ai pas l'intention de vous faire l'étude complète de ce syndrome cardio-vasculaire ; j'en ai souvent parlé ici, et, encore dernièrement, le 30 novembre 1929, dans une leçon *L'appareil circulatoire dans les néphrites aiguës des enfants* publiée par le *Journal des praticiens* du 18 octobre 1930.

Le phénomène important, c'est l'hypertension artérielle. Elle est plus ou moins forte : l'excès peut atteindre 2 ou 3 cm. ou 7 ou 8 cm. Hg. Elle peut revêtir plusieurs modalités. Tantôt la maxima et la minima augmentent parallèlement, la pression différentielle reste la même ; tantôt la maxima augmente plus que la minima, la pression différentielle augmente ; tantôt la minima augmente plus que la maxima et la différentielle diminue.

L'hypertension artérielle est généralement précoce ; elle est brusque ou progressive. Elle persiste jusqu'à la mort, si celle-ci survient rapidement ; elle diminue plus ou moins vite, quand il se produit une amélioration et revient à la moyenne soit en quelques jours soit en dix ou quinze jours. Si la néphrite se prolonge la pression peut redevenir normale ou rester élevée.

La pression artérielle dans les néphrites aiguës hématuriques est l'objet d'opinions diverses. Par exemple, Lennox Gordon dans *Archiv of Pediatries* de mai 1911, écrit que, dans 7 cas, la tension était très élevée ; Lewis-Webb, Nill, au contraire, dans *American Journal of Diseases of Children* d'avril 1919, écrit que la pression artérielle est quelquefois un peu élevée, rarement beaucoup.

Pour ma part, d'après de nombreuses observations, je pense qu'assez souvent, la pression n'est pas modifiée, mais qu'une hypertension, parfois très marquée, n'est pas rare.

Quand on observe des modifications de la pression artérielle, il faut faire chaque jour un examen attentif du cœur.

Tantôt le volume du cœur reste normal ou est peu modifié. Tantôt et assez souvent il est gros. Il s'agit de dilatation et non d'hypertrophie. L'augmentation du volume est rapide ; elle porte sur les deux ventricules. La dilatation du ventricule droit prédomine souvent ; elle s'accompagne d'une dilatation de l'oreillette droite et d'augmentation du foie, réalisant parfois le grand syndrome cardio-hépatique d'insuffisance du cœur droit. Le ventricule gauche participe généralement à l'augmentation, comme permet de le constater l'orthodiagraphie ; parfois sa dilatation est prédominante.

A l'auscultation on entend une accentuation du second bruit à la base ; il est difficile de préciser si cette accentuation siège au foyer de l'aorte ou au foyer de l'artère pulmonaire. Parfois on perçoit un bruit de galop.

Si la néphrite rétrocède, le volume du cœur diminue rapidement ; si la néphrite se prolonge, le cœur peut rester gros.

La pathogénie du syndrome cardio-vasculaire a suscité des *explications pathogéniques* diverses. Je n'ai pas le loisir de les exposer.

L'hypertension artérielle est associée à la néphrite ; on ne peut affirmer qu'elle lui soit directement subordonnée.

La dilatation du cœur est la conséquence de

l'hypertension artérielle ; mais il existe, en outre, un facteur cardiaque intriqué, qui est l'affaiblissement de la tonicité et de l'élasticité du myocarde.

En ce qui concerne Maurice, l'hypertension est manifestement associée à la néphrite, la dilatation du cœur paraît bien être la conséquence de l'hypertension artérielle.

Tel est brièvement exposé le problème clinique. Envisageons maintenant le PROBLÈME ÉTIOLOGIQUE.

Pour Maurice, la relation étiologique entre la pneumopathie aiguë, et aussi peut-être l'angine rouge qu'il a présentées à un moment donné, d'une part, la néphrite aiguë hématurique, d'autre part, paraît nette.

Les infections du pharynx buccal et du pharynx nasal sont des causes fréquentes de néphrites aiguës chez les enfants. Beaucoup de néphrites aiguës reconnaissent une origine pharyngée. C'est un fait connu depuis longtemps. Dans ma leçon du 2 décembre 1922, qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, que je citais tout à l'heure, j'ai étudié les *Infections pharyngées et néphrites des enfants.*

Les néphrites caractérisées ne sont pas très communes dans la pneumonie des enfants. Nous en avons observé plusieurs cas ; dans ma leçon du 21 mai 1927, publiée par *Le Progrès médical* du 1er octobre 1927, j'ai étudié les *néphrites et hépato-néphrites dans les pneumonies des enfants.*

Ces néphrites peuvent être parapneumoniques, contemporaines de la pneumonie ; la pneumonie et la néphrite ont un début simultané, ou bien la seconde apparaît au cours de la première. Elles peuvent être métapneumoniques, alors elles débutent dans les quinze jours qui suivent la pneumonie.

Ces néphrites ne sont pas spéciales à la pneumonie ; elles apparaissent dans d'autres pneumopathies aiguës, dans les broncho-pneumonies, les congestions pulmonaires et pleuro-pulmonaires, la grippe.

Les néphrites d'origine pharyngée et les néphrites des pneumopathies constituent d'ailleurs un même groupe. Ce sont des néphrites causées par les pneumocoques ou par les autres germes responsables de ces affections.

Elles revêtent des modalités cliniques diverses ; ce sont notamment des néphrites hématuriques. Dans la réalisation des formes cliniques et évolutives interviennent la sévérité de l'infection causale, l'étendue et la profondeur des lésions rénales, qui paraissent souvent légères, de nature congestive, dans certains cas, l'association des lésions hépatiques, qui réalise des hépato-néphrites, des prédispositions rénales, héréditaires ou acquises.

Parfois on rencontre des formes graves suraiguës, dans lesquelles la mort survient rapidement ; elles sont rares.

Les formes moyennes ou légères sont les plus fréquentes.

L'hématurie est plus ou moins forte. Le syndrome urinaire se caractérise par la plus ou moins grande réduction du volume des urines, des urines troubles, plus ou moins rouges ou foncées, contenant des hématies, des leucocytes, des cylindres granuleux, de l'albumine. Il n'y a guère de troubles subjectifs ou fonctionnels importants. Il existe ou non un syndrome œdémateux, un syndrome azotémique, un syndrome cardio-vasculaire, isolés ou intriqués.

Souvent l'hématurie clinique dure seulement pendant quelques jours, puis lui succèdent une hématurie occulte et de l'albuminurie celles-ci persistent quelque temps puis s'atténuent en même temps que les autres symptômes régressent. La guérison en quatre, cinq ou six semaines est fréquente.

Dans d'autres cas, l'hématurie clinique persiste pendant trois, quatre, cinq semaines et même davantage, ou bien elle se reproduit à plusieurs reprises ; la néphrite se prolonge avec un syndrome urinaire et d'autres syndromes plus ou moins caractérisés.

Pour juger de l'avenir de ces néphrites, il faut envisager le pronostic immédiat et le pronostic éloigné.

Le pronostic immédiat, sauf exception, n'est pas grave, même alors que les symptômes sont intenses.

Le pronostic éloigné est impossible à porter. L'analyse des symptômes n'apporte aucune précision. Il y a des néphrites à manifestations intenses qui guérissent rapidement et des néphrites discrètes qui persistent indéfiniment.

Le pronostic malheureusement n'est guère influencé par les traitements que nous avons à notre disposition.

Le *traitement* doit être aussi simple que possible.

A la phase aiguë, on décongestionne les reins par des ventouses scarifiées ou des sangsues placées sur les régions lombaires, des enveloppements humides chauds de la ceinture, des bains chauds. Pour modérer le processus hématurique on préconise le chlorure de calcium, le tannin, sous forme d'extrait fluide ou de sirop de feuilles de noyer, médicaments qui, d'ailleurs n'ont pas beaucoup d'action.

S'il existe un syndrome œdémateux, on prescrit un régime hydrique restreint, puis le régime lacté et un régime déchloruré.

Le syndrome cardio-vasculaire est traité par les saignées lombaires ou la saignée générale, au besoin, par l'application de glace sur la région précordiale ; rarement il est nécessaire d'avoir recours à la digitaline.

Après la phase de début, on prescrit un régime lacto-végétarien. Mais, chez les enfants, il ne faut pas imposer trop longtemps un régime de restriction trop sévère, car il peut entraîner de l'anémie ou des manifestations de carence.

***

Les considérations que je viens de vous exposer nous aident à interpréter l'observation du petit Maurice.

Il est atteint d'une congestion pleuro-pulmonaire aiguë, à évolution régulière. Pendant la convalescence, peut-être à l'occasion d'une petite angine rouge, survient une néphrite aiguë hématurique. La néphrite présente les caractères habituels ; au syndrome urinaire s'associe un syndrome de rétention hydro-chlorurée occulte et surtout un syndrome cardio-vasculaire avéré, constitué par de l'hypertension artérielle et la dilatation du cœur. La néphrite revêt une forme de moyenne intensité avec des poussées hématuriques successives, survenant sans cause occasionnelle appréciable. Actuellement, trois semaines après le début, les urines restent hématiques.

Je n'oserai pas porter un pronostic, quand à l'évolution de cette néphrite ; il est possible que tout rentre assez vite dans l'ordre, il est possible que l'affection se prolonge pendant cinq ou six mois.

NOBÉCOURT.

RÉSUMÉ SUCCINCT DE LA LEÇON DU PROFESSEUR NOBÉCOURT

Un garçon de sept ans et demi est atteint d'une pneumopathie fébrile caractérisée par une congestion pleuro-pulmonaire aiguë, avec petit épanchement basal inflammatoire et peut-être œdémateux, mais aseptique. Le pneumocoque est vraisemblablement en cause.

Cette affection paraît devoir se juger favorablement en une quinzaine de jours, bien qu'une angine rouge vienne retarder la convalescence. Lorsque tout semblait devoir rentrer dans l'ordre, apparaissent des hématuries, corrélatives d'une néphrite aiguë, avec syndromes hypertensif et cardio-vasculaire (dilatation du cœur). Ces syndromes s'améliorent, mais les urines hématiques persistent, rendant le pronostic hésitant.

Le professeur étudie en détail tous les syndromes cliniques présentés par cet enfant et les juge. Pour lui, la néphrite est une complication vraisemblable de la pneumopathie, mais peut-être aussi de l'angine. Les inflammations de l'amygdale et du pharynx sont bien connues en effet pour avoir souvent un retentissement fâcheux sur les reins.

G. D.

## TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE EXTERNE SUPPURÉE FISTULISÉE (OSSEUSE, ARTICULAIRE, MAL DE POTT, COXALGIE) PAR L'ALLERGINE D'ANDRÉ JOUSSET

II

Par les

Docteur CHRISTOU
Médaillé de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé de l'Institut de Médecine, et Hygiène tropicale de Paris
Membre de la Société de Médecine coloniale et de l'Ecole de Puériculture de Paris. et de la Société de Pathologie comparée.

Docteur RICHEZ
Médecin chef de l'Institut de physiothérapie et d'orthopédie et de la Clinique orthopédique de Berck-Plage.

Le mal de Pott, la coxalgie et en général toutes les ostéites et ostéo-arthrites bacillaires, sont des manifestations tuberculeuses qui guérissent pour la plupart sans laisser d'infirmités trop importantes, lorsque le diagnostic a été posé dès le début de ces affections et leurs traitements entrepris dès la confirmation de ce diagnostic.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et le plus souvent nos malades arrivent à Berck à un stade très avancé de leurs maladies, avec des abcès ossifluents et des destructions osseuses importantes. Dans tous ces cas, la guérison osseuse n'offre aucune comparaison avec celle qui aurait été obtenue si le mal avait été combattu dès ses premiers symptômes.

Lorsque s'est formé un abcès par congestion, soit dans un mal de Pott, soit dans une coxalgie ou tout autre manifestation osseuse de la tuberculose, le pronostic change de tout au tout. Nous sommes alors en présence de complications de la tuberculose osseuse, et nous pouvons admettre dès ce moment que nous avons à craindre l'une ou l'autre des deux évolutions suivantes de cet état :

1° Reproduction rapide de la suppuration, qui nécessitera des ponctions quotidiennes et parfois la vie du malade sera en danger par l'ouverture spontanée de l'abcès qui s'infectera rapidement, ou aboutira à :

2° Installation de fistules intarissables qui peuvent en certains cas continuer à suppurer pendant toute l'existence du malade et consti-

tuer un danger de mort au cas où elles viendraient à s'infecter secondairement, produisant des septicémies ou septico-pyohémies et par la généralisation du bacille de Koch, méningite, granulie, tuberculose pulmonaire.

Dans l'une ou l'autre de ces hypothèses le but recherché par le médecin est l'assèchement de la suppuration au risque de la voir devenir chronique. Le traitement classique consiste en injections modificatrices dites sclérosantes, dans la poche purulente ou dans les trajets fistuleux.

Pour notre part, nous estimons que ce traitement, qui a fait son temps, est insuffisant pour atteindre la partie osseuse lésée, cause des fistules notamment en cas de mal de Pott et de coxalgie où les trajets fistuleux sont longs et sinueux. Nous savons combien sont rares les fistules ou abcès qui ont été véritablement sclérosés de cette façon, plutôt qu'à la suite de l'évolution naturelle de la maladie sous les réactions favorables de l'état général du malade amélioré par le changement des conditions de vie, le repos et la suralimentation.

Nous pensons par contre que le moyen d'arriver à cette stérilisation de la suppuration doit être cherché dans l'itroduction dans la circulation générale d'une nubstance qui sera portée à la partie malade mêmse, et agira sur le foyer purulent.

Encouragés par les guérisons que nous avons obtenues dans les cas dadénites tuberculeuses, suppurées ou non, par l'Allergine du professeur Jousset (1) nous avons essayé l'application du même traitement dans la tuberculose osseuse.

Nous rappelons brièvement : 1° Que nous écartons tout malade qui présente une cuti-réaction négative ou en état de cachexie.

2° Que nous pratiquons une ou plusieurs réactions de Wassermann après réactivation et qu'en cas de réaction positive nous appliquons simultanément le traitement anti-spécifique. Nous insistons entre parenthèses sur ce point que nous jugeons capital : Tout malade atteint d'ostéite à apparence tuberculeuse doit subir une réaction de Wassermann, les deux affections étant souvent associées et leur traitement commun nécessaire à la guérison. Nous n'en citerons qu'un exemple parmi tous ceux que nous avons eu l'occasion d'observer.

M. Th..., 23 ans, entre à la clinique pour mal de Pott avec paraplégie. Les signes cliniques confirment ce diagnostic ainsi que la radio qui décèle un mal de Pott dorsal avec gros abcès médiastinal. Une réaction de Wassermann à son entrée est négative. Nous appliquons le traitement classique, corset plâtré et immobilité. Au bout de trois à quatre mois, contrairement à ce que l'on observe habituellement, aucune amélioration des phénomènes paraplégiques. A ce moment, malgré la négativité du Wassermann, nous décidons d'administrer un traitement antispécifique d'épreuve par douze injections intraveineuses de cyanure de mercure. Pendant le traitement, amélioration frappante. Le malade commence à plier les genoux. A la fin du traitement, nouvelle réaction de Wassermann qui est, cette fois, fortement positive. Une nouvelle série de douze injections de cyanure a suffi pour faire disparaître complètement la paraplégie que l'on avait, au début, attribuée exclusivement au mal de Pott. Cet exemple nous montre combien nous devons être réservés devant l'interprétation d'une réaction de Wassermann négative en cas d'ostéo-arthrite et principalement en cas de mal de Pott accompagné de paraplégie.

Mais, revenons à l'usage de l'Allergine dans les cas d'ostéito-arthrite. Pour nous mettre à l'abri de toute critique au sujet de son efficacité, nous avons fait nos observations sur des malades atteints de mal de Pott ou de coxalgie, porteurs d'une ou plusieurs fistules. En effet, dans un mal de Pott ou coxalgie sans fistule ou abcès ossifluant, nous ne pourrions avoir la preuve que c'est plus à l'action de l'Allergine qu'à l'évolution normale de la maladie qu'est due la guérison. L'étude de ces cas non suppurés fera l'objet d'un article ultérieur.

Nous avons donc choisi parmi 200 malades ceux qui présentaient de très anciennes fistules, semblant intarissables, cas dans lesquels le traitement classique se révélait nettement impuissant.

Nos applications d'Allergine ont consisté, comme nous l'avons décrit dans l'article précédent, en injections sous-cutanées tous les dix à quinze jours, de un quart ou un demi-centimètre cube suivant réaction individuelle.

### Observations

1) Mat... Marius, 30 ans, *mal de Pott dorsal* avec abcès ossifluant à l'aine et deux fistules de la région fessière. Wassermann négatif. Cuti positive.

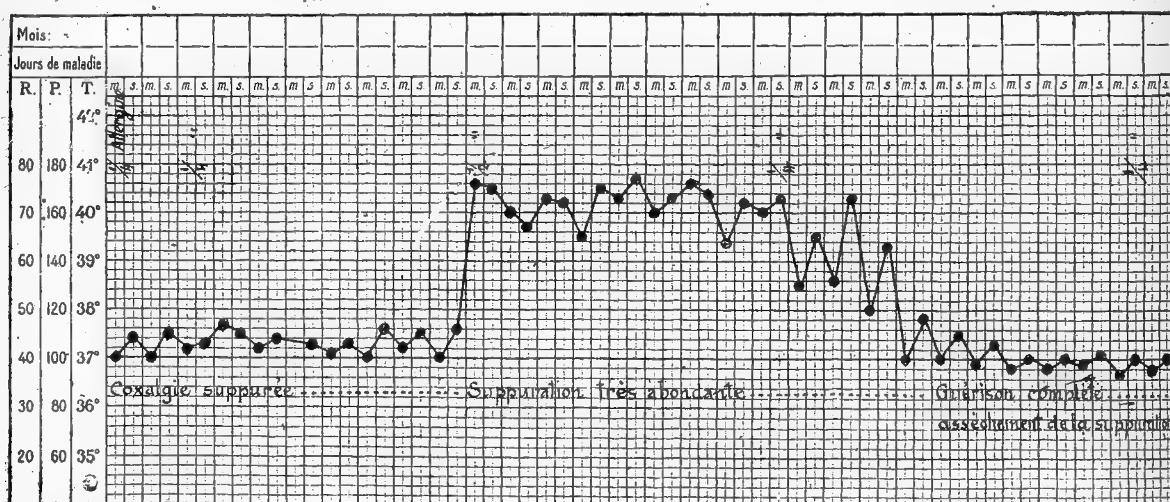
Ce malade soigné chez lui pendant deux ans par injections modificatrices, causes des fistules, est entré à la clinique avec un très mauvais état général. Traitement par l'allergine Jousset qui a tari et cicatrisé les deux fistules et fait disparaître l'abcès de l'aine sans qu'il fut besoin de ponctions, une radiographie faite à ce moment a montré la consolidation particulièrement rapide, de son mal de Pott.

2) Co... Emile, 20 ans, *ostéo-arthrite tibio-tarsienne droite.* Début en janvier 1929. Entré à la clinique en mai 1930 avec plusieurs fistules, pied en équinisme et augmenté de volume. Mouvements actifs impossibles. Mouvements passifs excessivement limités et douloureux. Etat général très mauvais. Wassermann négatif. Cuti-réaction positive. Allergine en novembre 1930 jusqu'en avril 1931. A ce moment, amélio-

(1) V. *Concours médical*, n° 8, 1932.

ration sensible, diminution de l'écoulement du pus, deux fistules taries et cicatrisées, diminution du volume du pied, les mouvements passifs deviennent indolores et le malade commence à faire quelques mouvements actifs. Malheureusement nous n'avons pu continuer le traitement, ce malade ayant dû être dirigé sur un autre centre pour soupçon de lésion pulmonaire. (Père mort d'hémoptysie foudroyante.)

3) Com... René, 37 ans, *ostéo-arthrite ancienne du trochantère* remontant à 1915. Fistule spontanée à cette époque. Depuis, le malade fait une poussée tous les ans avec réouverture de la fistule dès qu'il travaille par intermittence. A son entrée à la clinique en octobre 1930 la fistule est fermée. En décembre, la fistule se rouvre et donne abondamment. Wassermann négatif. Cuti-réaction positive. Traitement par l'allergine. Fistule refermée en avril 1931. A l'heure actuelle ce malade a recommencé à travailler et la fistule reste fermée. Etat général bien amélioré, état local consolidé.




Observations N° 6 . Figure N° 1

4) Pl... Ant., 18 ans, opéré à l'hôpital pour abcès costal en juin 1929 où il est resté jusqu'en septembre même année. A la suite de cette intervention, une fistule s'est formée qui suppurait encore au moment de son entrée à la clinique en mars 1930. La radiographie a décélé, en effet, une lésion de la huitième et neuvième côtes droites. Nous avons commencé l'allergine en novembre devant la persistance de la suppuration. Le tarissement de la fistule et sa cicatrisation ont été obtenus assez rapidement, en février 1931, et le malade a pu quitter Berck complètement guéri ainsi qu'une nouvelle radiographie nous l'a montré.

A l'entrée, Wassermann négatif, cuti positive.

5) Mai... Suzanne, 18 ans. Entré en mars 1930 pour *mal de Pott* remontant à environ 1 an 1/2. Pas d'antécédents. La radiographie nous montre à son arrivée une lésion des $L^2$, $L^3$, $L^4$, $L^5$ et aspect douteux des $D^8$, $D^9$ et un abcès ossifluant de la fosse iliaque gauche que nous avons ponctionné à plusieurs reprises et dont la reformation était si rapide qu'il s'est finalement ouvert spontanément, entraînant une destruction de la peau de l'importance d'une paume de la main.

Vers octobre, un semblable abcès ossifluant se forme du côté opposé qui s'est terminé identiquement malgré nos précautions et notre surveillance. L'état général est alors si mauvais que nous avons dû prévenir la famille.

A cette époque, ayant déjà commencé nos applications d'allergine aux adénites et obtenu des résultats encourageants, nous avons, en présence de ce cas presque désespéré, tenté prudemment d'appliquer ce traitement à notre malade.

Dès les premières injections, nous avons constaté une forte réaction tant locale que générale suivie d'une nette amélioration de l'état général avec retour de l'appétit et augmentation du poids. Au point de vue local augmentation de la suppuration qui a peu à peu diminuée en même temps que les ouvertures des deux débridements se rétrécissaient par cicatrisation. Nous avons continué les injections tous les quinze jours jusqu'au mois d'avril. Arrêt jusqu'au mois d'octobre. Actuellement l'état local continue de s'améliorer, la suppuration est insignifiante. A l'entrée, Wassermann négatif, cuti positive.

6) Wal... Jules, 18 ans. Entré à l'hôpital en septembre 1928 pour *coxalgie droite* avec abcès ossifluant que nous avons ponctionné à plusieurs reprises sans résultats et finalement ouverture spontanée à l'aine. Nous commençons l'allergine au mois de novembre 1930. A la septième injection se produisit une très forte réaction avec montée de la température à 40°6 pendant onze jours. Recrudescence marquée de la suppuration, puis en trois jours la température est revenue à la normale en même temps

que l'état général et local s'améliorait. La suppuration a été complètement tarie et la cicatrisation obtenue au mois de mai 1931. La radiographie a montré la consolidation de la hanche avec l'ankylose habituelle. Nous surveillons encore ce malade dont l'état est excellent.

7) Deb... Roger, 11 ans. Entré en novembre 1928 pour *tumeur blanche du genou*, confirmée par la radiographie. A cette date nous l'avons plâtré avec fenêtre de surveillance. Le genou étant fluctuant, nous l'avons ponctionné à plusieurs reprises, obtenant chaque fois une quantité de liquide allant de 20 à 40 c.c. Peu de temps après nouvelle poussée avec température et fistulisation à plusieurs endroits. Quarante séances de R. U. V. en deux séries sont restées sans résultats. Nous avons commencé l'Allergine en novembre 1930 et après CINQ mois d'injections hebdomadaires ne semblant pas nous apporter l'amélioration attendue et trois mois d'arrêt, nous avons constaté le tarissement de la suppuration. Actuellement le malade est guéri. Dans ce cas, la guérison a été très lente, nous avons même craint un moment d'être obligé de réséquer le genou. Ceci nous enseigne que suivant les réactions individuelles les effets de l'allergine sont plus ou moins immédiats et que nous devons avoir de la persévérance dans son application.

8) Jac... Maurice, 17 ans. Abcès froid localisé entre la clavicule et la première cote, remontant à 13 mois ; cuti positive, Wassermann négatif, la radiographie décèle une ostéite de la clavicule droite. Wassermann négatif cuti positive. En novembre nous commencons le traitement par l'allergine Jousset. L'abcès s'est résorbé complètement et le malade guéri, a pu quitter l'établissement en avril 1931.

9) De... Gabriel, 23 ans. Entré en mars 1930 pour fistules scrotales accompagnées de diarrhée. Le malade allant à la selle dix à quinze fois par jour. Wassermann négatif, cuti positive. Etat remontant à 1928 où le malade a été soigné à l'hôpital de sa résidence pour abcès à l'anus. Nous diagnostiquons épididymite bacillaire fistulisée. Traitement par l'allergine à partir de novembre 1930. Tarissement des fistules et disparition de la diarrhée en mai 1931. Surveillé jusqu'en décembre 1931, le malade a quitté l'établissement parfaitement guéri.

10) Sev... Alice, 6 ans. Entrée en novembre 1929 pour ostéo-arthrite bacillaire tibio-tarsienne droite suppurée. Wassermann négatif, cuti positive. Traitement par l'allergine commencé en janvier 1931. Guérison complète en juin 1931. Enfant toujours surveillé et dont l'état continu d'être excellent.

11) Gui... Marcel, 17 ans. Entré en décembre 1930 pour ostéo-arthrite bacillaire du cou-de-pied suppuré. Wassermann négatif, cuti positive. Traitement Jousset à son entrée et guérison complète en mai 1931. Etat toujours excellent actuellement.

12) Pin... Pierre, 21 ans. Entré en octobre 1929 pour ostéo-arthrite bacillaire médio-tarsienne droite suppurée, fistulisée. Wassermann négatif, cuti positive en avril 1930. Guérison complète en décembre 1930. Le malade marche sans appareil plâtré, état consolidé.

A la suite de cet exposé, quelques questions se posent à notre esprit ?

A quel stade de l'évolution d'une tuberculose externe, osseuse ou articulaire, doit être appliqué le traitement par l'Allergine ?

Les chances de succès sont-elles plus grandes en en faisant usage dès le début de l'affection ?

Nos travaux ne nous permettent pas de répondre actuellement d'une façon précise sur ce point. Nous avons appliqué le traitement par l'Allergine en respectant le principe essentiel de la cutiréaction positive. Là où le traitement classique se montrait impuissant seul, suppuration chronique, fistules intarissables, aggravation continue malgré l'immobilité et les appareils platrés, nous avons obtenu par l'Allergine des améliorations indiscutables suivies dans presque tous les cas par la guérison, puisque sur douze cas, nous avons eu dix cas de guérison complète, un cas de grosse amélioration (obs. 5) que nous suivons encore, une grosse amélioration (obs. 2) qui n'est plus à notre surveillance.

Sans préjuger de ce que nos observations ultérieures nous apprendront, comment ne pourrions nous admettre que l'application de cette méthode dès l'apparition dès premiers signes du mal ne soit pas justifiée, et comment ne pas en espérer des résultats plus probants encore que ceux que nous avons obtenus.

Nous concluons en nous permettant d'insister sur la patience nécessaire au praticien dans l'application de ce traitement. Nous savons en effet combien sont difficiles à obtenir et à maintenir les progrès cherchés dans n'importe quelle forme de la tuberculose, maladie qui s'est montrée si réfractaire à toutes les thérapeutiques. Les signes de l'amélioration sont quelquefois très lents à se produire et permettent de douter de l'efficacité de la médication dans le cas traité. Plusieurs mois eussent été parfois nécessaires pour obtenir la diminution ou la disparition d'une suppuration. Le médecin ne doit pas se décourager de cette attente. Il doit surveiller de très près son malade, se rendre compte de ses réactions pour modifier la dose d'Allergine soit en l'augmentant, soit en la diminuant suivant la tolérance individuelle déterminée toujours par l'étude de la réaction, et comprendre bien entendu que l'action de l'Allergine est certainement assez lente,

mais le fait est plus ou moins exceptionnel.

Le traitement classique, par le séjour au bord de la mer, l'immobilité complète du membre ou de l'articulation, la suralimentation appropriée, mettaient le malade dans les meilleurs conditions pour pouvoir guérir par ses propres forces récupérées. Nous devons considérer l'Allergine comme une aide puissante apportée à l'organisme dans ce combat contre le mal et il reste bien entendu que les prescriptions du traitement classique en ce qui concerne les conditions de vie du malade sont à conserver. Il est compréhensible que l'immobilité est la condition primordiale pour la guérison d'une tuberculose articulaire et que le séjour au bord de la mer, surtout sur la plage de Berck, apporte à l'organisme par sa richesse extraordinaire en rayons-ultra-violets, par l'ozone de son air et les substances salines et autres, iode, brome, silice, (enfin par la possibilité de faire vivre le malade sur cette plage l'hiver comme l'été, et en tous temps), les éléments nécessaires pour récupérer ses forces.

Pour terminer, nous ajoutons que nous n'avons pas eu la prétention de présenter à nos collègues un spécifique de la tuberculose osseuse. Nous ne chercherons pas non plus à établir un pourcentage de guérisons, étant donné le nombre limité de nos malades suppurés chroniques chez lesquels nous avons expérimenté depuis plus d'un an. Nous voulons simplement attirer l'attention du corps médical et nous insistons auprès de nos confrères que la question intéresse, en leur recommandant d'essayer l'Allergine car nous avons la conviction que cette substance est à l'heure actuelle le seul adjuvant sérieux du traitement marin, à la fois d'un précieux secours pour le malade dont elle active la guérison et pour le médecin qui, jusqu'à maintenant, était bien souvent désarmé en présence de cas semblables à ceux que nous avons décrits.

## HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE DE L'ENFANCE

Par le Docteur M. Rochette,
Stomatologiste à Saint-Raphaël (Var).

Il y a trois ou quatre ans, je lisais dans un grand quotidien la phrase suivante du Professeur Calmette : « l'Hygiène en France est une grande façade, derrière laquelle il n'y a rien. »

Si ces paroles sont vraies pour l'hygiène générale, elles sont encore plus vraies pour l'hygiène bucco-dentaire de l'enfance. Journellement nous entendons des mamans nous dire : « Il est inutile de soigner les dents de lait, puisqu'elles doivent tomber ! ». Pauvres mamans, elles ignorent que pour que leurs enfants aient une bonne santé et se développent normalement, leur nourriture ne doit pas passer par une porte d'entrée septique.

Il est donc indispensable que le médecin de famille veille à l'hygiène bucco-dentaire des enfants. Pour cela, lorsqu'il fera tirer la langue aux petits malades, il ne devra jamais oublier d'examiner les dents.

J'insiste sur ce point, car toujours un médecin en présence d'un malade quelconque, examine la langue, restant ainsi fidèle aux méthodes millénaires d'examen. Souvent même, à la fin de l'examen général du patient, pour confirmer son diagnostic il refait tirer la langue (geste rituel, dirons-nous encore).

Mais malheureusement le plus souvent, son indifférence est totale et quasi-méprisante lorsqu'il s'agit de jeter même un regard discret sur les dents.

Inconsciemment le praticien se dit, si, malgré lui, il voit des dents temporaires mauvaises, ce n'est rien, inutile de s'en occuper, elles tomberont et bientôt seront remplacées par de belles et saines quenottes !

Eh bien non ! ces dents temporaires cariées sont dangereuses pour l'enfant et doivent à mon avis être examinées avant la langue.

La plupart du temps, en effet, si cette dernière est saburrale, ce n'est que la conséquence d'un mauvais état dentaire, car il est certain que les accidents infectieux du tube digestif sont au premier rang des accidents provoqués par une mauvaise dentition.

Il ne faut évidemment pas tout ramener aux dents, ni non plus prendre à la lettre les théories américaines de la « focal-infection ». Néanmoins, les infections d'origine dentaire existent, les observations à ce sujet sont nombreuses et convaincantes.

Il faut donc bien se pénétrer de cette idée que les caries des dents temporaires, au même titre d'ailleurs que celles des dents définitives, peuvent entraîner des complications locales ou générales, bénignes ou graves.

C'est aux médecins de famille et à nous stomatologistes d'avertir les parents que les enfants ont besoin de recevoir des soins dentaires *avant que la carie ne se soit déclarée.* La carie est un mal évitable à condition d'observer une prophylaxie buccale efficace.

Tout d'abord, chez le nourrisson édenté, il faut nettoyer la bouche au moyen de solutions alcalines, à l'aide de tampons montés.

Dès l'apparition des dents, peu à peu, instituer

le brossage qui sera pratiqué par la mère ou la nourrice, jusqu'à l'âge de 6 ans, car il ne faut pas plus donner une brosse à un enfant de moins de 6 ans et espérer qu'il se nettoiera complètement les dents, que lui donner une serviette et lui dire de se nettoyer les oreilles. C'est cependant ce que font quantité de mères.

« *Comment doit-on brosser les dents des enfants ?* »

Il est indispensable d'avoir deux brosses, une pour le matin, l'autre pour le soir.

Employer de préférence du savon dentifrice. Frotter d'abord les faces triturantes. Passer ensuite aux faces extra et intra-buccales que l'on nettoiera une par une au moyen d'un mouvement vertical, partant de la gencive et se dirigeant vers la partie triturante. C'est-à-dire de haut en bas pour les dents supérieures et de bas en haut pour les inférieures.

Ce brossage terminé, bien rincer la bouche à l'eau froide contenant quelques gouttes d'élixir dentifrice de votre choix.

Cela fait, sécher la brosse avec une serviette de toilette. La fois suivante employer l'autre brosse.

Les dents doivent être brossées tous les jours, le matin au réveil, après le déjeuner et avant de se mettre au lit.

*Si la carie a déjà fait son apparition*, il faut obturer les dents de lait et si nécessaire faire des obturations préventives dans les sillons suspects.

En procédant aux soins des caries dès leur début, vous éviterez tout d'abord *des souffrances* à l'enfant.

Celui qui n'a pas souffert des dents ne peut se faire une idée des réactions nerveuses causées par le mal de dent.

D'autre part, si les dents malades *ont été soignées et obturées convenablement*, les racines se résorberont et les dents tomberont sans douleurs (comme des dents saines) aussi naturellement que le font celles d'un jeune chien.

Au contraire, si les racines baignent dans le pus, *elles ne se résorberont pas, mais devront être extraites*, si non, en plus des douleurs provoquées par les abcès à répétition (et leurs conséquences), *ces racines gêneront l'éruption normale des dents définitives.*

Un enfant qui souffre des dents ne mastique pas, avale « tout rond », ce qui entraîne une mauvaise digestion.

S'il mastique mal, ses muscles masticateurs ne se développent pas et les maxillaires également se développent mal.

Je vous laisse le soin d'en tirer les conséquences.

En soignant les dents de lait *vous éviterez les maladies*, car il est facile de concevoir que lorsqu'un enfant a des dents cariées, il déglutit continuellement des toxines et entretient des foyers d'infection en bouche pendant des mois, des années.

Ces toxines et ces foyers ne peuvent que le mettre en état de moindre résistance à la maladie.

Chez l'enfant ayant une bouche mal tenue et septique, fréquemment les amygdales, les glandes salivaires ou le système lymphatique sont atteints. Quelquefois les nerfs de la vision et de l'audition peuvent être affectés.

*Si les dents sont atteintes de caries pénétrantes, avec gangrène pulpaire et impossibles à soigner*, malgré la crainte de mal position dentaire, nous conseillons et pratiquons l'extraction ; sans oublier toutefois que, lors de l'extraction des molaires du bas, il faut prendre soin de ne pas extraire en même temps la prémolaire définitive qui se trouve entre les racines. Cette prémolaire sous-jacente a en effet peu ou pas d'attaches, sa racine n'étant pas développée.

La radiographie dans ce cas nous rendra service.

En résumé, nous pouvons conclure que *les dents temporaires doivent faire l'objet de soins aussi assidus que les dents permanentes.*

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

### Au cœur douloureux, que prescrire ?

D'après les travaux du Professeur E. DOUMER (1) et ceux du Dr G. MARCHAL (2).

I

LE CŒUR DOULOUREUX PEUT SE RAPPORTER AUSSI BIEN A UNE LÉSION ORGANIQUE QU'A UNE DYSTONIE NEURO-VÉGÉTATIVE A LOCALISATION CARDIAQUE

Les troubles douloureux, que le patient localise au cœur, reconnaissent essentiellement comme base physio-pathologique un excès de sensibilité des nerfs végétatifs, qui s'intriquent dans le plexus cardiaque, et une irritabilité du myocarde.

Normalement, les fonctions du cœur ne s'extériorisent en aucun façon dans le champ de la conscience. La manipulation chirurgicale du cœur n'est pas douloureuse. Mais il s'agit, dans le « cœur douloureux » d'une *sensibilité viscérale,* qu'il faut distinguer de la sensibilité générale, et de la sensibilité cutanée en particulier. Or, les fibres sensitives cardio-aortiques suivent des voies complexes dans la chaîne du *sympathique,* et ne donnent lieu à des *douleurs spéciales,* souvent difficiles à définir, que *sous des influences pathologiques, elles-mêmes particulières,* telles que la distension de l'aorte ou du ventricule gauche, l'insuffisance d'irrigation myocardique, l'intoxication du myocarde, ou des troubles capricieux du rythme (en général extra-systoles). A noter que, d'après Leriche et Fontaine la sensibilité propre du sympathique montre une distribution segmentaire, tout comme la sensbilité spinale, mais différente d'elle.

Un point doit être mis en relief, c'est que chaque sujet présente un *seuil* d'excitabilité variable, une *susceptibilité particulière* au déséquilibre neuro-végétatif, qui a été acquise à la suite d'*émotions répétées ou de surmenage,* souvent aussi transmise par *hérédité* ; il faut tenir compte aussi d'une *réceptivité psychique,* plus affinée chez les intellectuels et les artistes.

*Parmi les manifestations cliniques du cœur douloureux,* il importera de distinguer :

**Les algies cardio-thoraciques et les palpitations,** *qui nous aiguilleront plutôt vers la neurotonie* ;

**L'extrasystolie,** qui oscillera, selon les cas, de la simple neurotonie à la déchéance plus profonde du cœur ;

**L'angine de poitrine,** *qui orientera vers des lésions cardio-aortiques.*

#### Algies cardiothoraciques. Palpitations

*Les algies cardio-thoraciques* pures sont extrêmement variables suivant leur intensité, leur siège, leurs irradiations, leur durée, leurs répétitions.

Ce qui a été dit plus haut explique pourquoi *chaque patient* les éprouve à sa manière et utilise pour les décrire les comparaisons les plus variées : piqûre, agacement local, brûlure, fraîcheur, placard douloureux. Quand la sensation se traduit par les mots de pesanteur ou de crampe, il convient d'analyser avec le plus grand soin le symptôme pour le distinguer de l'angine de poitrine.

Mais, l'algie simple est capricieuse, mobile lorsqu'elle se limite à des points, et plus étalée qu'une douleur angineuse, lorsqu'elle se répand dans la région précordiale ; les irradiations n'offrent ni la constance, ni l'importance, ni la fixité de celles qui accompagnent l'angine de poitrine ; le caractère anxieux n'accompagne pas spécialement la crise douloureuse, mais fait partie du fond psychique, sur lequel surviennent les crises douloureuses ; et les causes provocatrices n'offrent aucune garantie objective, telles que l'effort identique, ou la distension ventriculaire, qui déclenchent une crise angineuse.

Les *palpitations* sont agaçantes, mais peu ou nullement douloureuses. A l'effort, elles s'accompagnent de dyspnée. Les patients « sentent dans leur poitrine leur cœur trop rapide et trop gros, et qu'ébranle la paroi thoracique. Ces palpitations surviennent de préférence à l'occasion d'un effort ou d'une émotion, souvent aussi après le repas, mais elles peuvent se développer au repos, sans raison apparente, et troublent parfois même le sommeil pendant la nuit » (E. Doumer). Parfois elles s'accompagnent de malaise profond ; c'est un affreux malaise, avec crainte de la mort : ce sont alors de véritables crises. C'est souvent un syndrome d'excitation de l'appareil émotionnel, et ces palpitations ne traduisent pas, en général, des lésions organiques du cœur, mais bien une excitation des centres neuro-végétatifs de l'appareil émotionnel. Elles sont cependant res-

(1) Prof. E. DOUMER. — Les crises anxieuses des cœurs irritables. (*Paris médical* 7 *mai* 1932.)

(2) Dr Georges MARCHAL. — Thérapeutique du cœur douloureux, des palpitations et des extrasystoles. (*Le Progrès médical,* 2 avril 1932.)

senties aussi bien en cas de rythme normal qu'en cas d'arythmies.

*Dans un cas comme dans l'autre,* nous sommes cantonnés dans les limites de la *neurotonie,* avec ses innombrables nuances fonctionnelles et ses bizarreries psychiques, quoique compatibles avec l'intégrité de l'équilibre psychique. « C'est ainsi que l'on retrouve les malades, tristes, qui guettent et analysent minutieusement leurs palpitations ; qui s'en inquiètent et harcèlent les médecins par leurs écrits et leurs coups de téléphone ; qui arrivent enfin à entretenir et à aiguiser leurs crises de palpitations par leur inquiétude ».

Le tempérament doit être considéré avec toutes ses conditions, de sexe, d'âge, de profession, de vie mondaine, de troubles endocriniens, d'émotions, de chagrins familiaux, de soucis pécuniaires. Cette enquête doit être conduite avec beaucoup de délicatesse, et prépare puissamment à l'action psychothérapique si utile à ces malades.

Chez ces patients, la clinique permet de reconnaître une prédominance, tantôt *vagotonique,* tantôt *sympathicotonique.* Il ne s'agit nullement, comme on le pensait autrefois, d'un Basedow fruste ; métabolisme basal reste d'ailleurs normal.

Chez les uns, la pâleur habituelle, la tendance aux nausées, des brûlures gastriques correspondant à des poussées d'hyperchlorhydrie, de l'aérophagie, ou encore des crises asthmatiques, la prédisposition aux syncopes, un retentissement sinusal des battements cardiaques, ou l'hypotension artérielle dénotent la *vagotonie.*

Chez d'autres, l'émotivité est plus vive, les réactions vaso-motrices sont plus intenses, le pouls instable devient volontiers tachycardique : la *sympathicotonie* prédomine.

L'épreuve végétative de l'atropine en injections intra-veineuses permet de fixer objectivement, selon les modifications des battements du cœur, la déviation de chacun des deux tonus : sympathique et parasympathique ; la comparaison des valeurs absolues de ces tonus constitue un guide précieux dans la recherche d'une thérapeutique rationnelle.

Il faut aussi préciser les *causes toxi-infectieuses,* capables d'accentuer momentanément le degré de la neurotonie envisagée, et facilement curables : par exemple, la convalescence d'une grippe, anodine en apparence, ou celle de toute autre maladie infectieuse, telle que le rhumastisme articulaire aigu et la tolérance défectueuse du tabac ou des boissons alcoolisées.

**Extra-systoles**

Ce sont des contractions prématurées et anormales du cœur, presque toujours hétérogénétiques ; on les a longtemps appelées intermittences ou faux-pas du cœur.

« Lorsqu'elles sont perçues par un système nerveux affiné, elles donnent lieu non seulement à des palpitations, mais aussi à des sensations plus précises, qui peuvent se teinter de toutes les nuances possibles de la douleur : coup pénible, pincement, douleur assez aiguë. La sensation d'arrêt du cœur peut être comparée à un « vide » passager, d'autant plus qu'il s'y joint volontiers une répercussion cérébrale, sorte de flottement psychique ou d'étourdissement pouvant aller jusqu'à la lipothymie en cas de bradycardie, de bigéminisme, ou de sclérose artérielle ».

Les extrasystoles, traduisent une *augmentation d'excitabilité du myocarde,* avec *inefficacité de la systole normale.*

*L'électro-cardiogramme* signe l'origine hétérope des extrasystoles : ventriculaire (cas le plus fréquent), auriculaire ou nodal (de pronostic plus réservé). La présence de plusieurs centres d'excitation anormale (rare) est un indice de gravité.

Comment l'extrasystole qui, à elle seule, ne suffit pas à étayer un pronostic, peut-elle nous orienter vers un trouble nerveux, superficiel et vraisemblablement insignifiant — ou vers un trouble grave des fonctions myocardiques ?

Pour résoudre ce problème, assez ambigu en cardiologie, l'analyse des caractères de l'extrasystole doit toujours être largement confrontée avec le contexte clinique : réactions endocriniennes neurotoniques et psychiques, antécédents, tempérament général, habitudes de la vie, intoxications, troubles objectifs et fonctionnels du cœur et de la circulation périphérique.

Les extrasystoles permanentes, agminées, le bigéminisme, les extrasystoles apparaissant brusquement chez le vieillard, doivent être retenues comme des présomptions de gravité.

**Angine de poitrine**

Le critère le plus sûr de son diagnostic est bien la sensation constrictive, poignante de griffe ou d'étau, clouant le malade sur place, à siège rétrosternal plus ou moins bas situé jusqu'à la limite de l'épigastre, avec irradiations étendues et à peu près identiques chez le même malade, avec angoisse subite et profonde liée à l'évolution de la crise et comparée au vent de la mort.

Les circonstances étiologiques servent aussi à distinguer l'angor de la simple algie précordiale, relativement bénigne. L'angineux (dans la majorité des cas, il s'agit d'un homme) a généralement dépassé la quarantaine, et il a payé de lourds tributs aux multiples toxi-infections de la vie : polyscléreux, fort fumeur, assez souvent syphilitique (un cas sur trois d'après Gallavardin), et parfois goutteux. A l'examen général, on trouve des troubles plus lésionnels que fonctionnels.

Les groupes étiologiques de l'angine de poitrine, sont, d'après Laubry : lésions de l'aorte et des coronaires ; insuffisances ventriculaires gauches, d'origine organique ou fonctionnelle ; lésions du péricarde et du médiastin ; causes réflexes et toxiques.

Si *l'étiologie du cœur douloureux* peut ainsi être *schématisée* en trois points, on ne doit pas oublier les nombreux cas d'association et ceux de transformation évolutive ; « c'est l'art du clinicien de tracer la part respective des neurotonies et des cardiopathies ».

## II

## Les prescriptions thérapeutiques dans le cœur douloureux d'origine neurotonique

De nombreuses drogues nous permettent d'agir électivement sur les systèmes sympathique et parasympathique ; cependant, on tiendra compte des travaux contemporains, qui ont démontré une action beaucoup plus complexe de chacune d'elles, telle que l'intoxication du myocarde par les fortes doses d'atropine, et telle que la réversibilité des effets pharmacodynamiques selon des doses, et selon l'état préalable du système neuro-végétatif à soigner. Il conviendra donc de commencer par des essais rationnels, selon que les recherches cliniques et biologiques indiquent la prédominance (absolue ou relative) de l'un des deux grands systèmes végétatifs.

Dans la sympathicotonie, l'ésérine inhibe, l'adrénaline excite. L'ésérine est surtout indiquée sous la forme d'un seul sel, le salicylate d'ésérine, dont la solution a été préconisée par Moutier, pour qu'un milligramme corresponde à L gouttes.

| | |
|---|---|
| Salicylate d'ésérine.......... | 1 centigramme |
| Eau distillée................ | 1 cent. cube 5 |
| Glycérine.................... | 3 cent. cube 5 |
| Alcool à 95° ................ | q. s. pour 10 cmc. (à mettre dans un flacon teinté). |

De X à XXX gouttes au maximum, une demiheure avant les trois repas. L'état nauséeux et la courbature lombaire marquent la limite de tolérance.

Dans la vagotonie, l'atropine inhibe le parasympathique, la pilocarpine l'excite. On utilisera donc, dans le premier cas, la belladone ou son alcaloïde essentiel l'atropine, et souvent aussi la jusquiame (agissant par l'atropine, l'hyoxyamine et la scopolamine).

En cas d'insuffisance des traitements précédents, et dans les cas de neurotonie difficiles à préciser, on utilisera, suivant les combinaisons les plus variées : les bromures, la valériane, le camphre monobromé, les dérivés de la série barbiturique (surtout le luminal et le gardénal), le cratœgus et la passiflore, la papavérine (alcaloïde le moins toxique de l'opium).

Il sera bon aussi, le cas échéant, d'associer les traitements endocriniens.

Si, à la neurotonie s'ajoute une part d'insuffisance cardiaque, on adjoindra aux traitements précédents des tonicardiaques à petites doses par la bouche.

Bref, pour arriver à la sédation durable des algies et des palpitations, il faudra un certain tâtonnement dans le choix, les doses et les associations des médicaments.

### Cure hygiéno-diététique

Un rôle important revient à l'établissement d'un *régime, exempt de toxiques,* mais sans sévérités inutiles, et approprié à chaque cas. On diminue ou l'on supprime l'usage du tabac, des boissons alcoolisées et des condiments ; on régularise les heures de sommeil.

Les ressources de l'hydrothérapie constituent presque toujours d'utiles adjuvants. L'activité physique est à recommander ; chez certains oisifs, elle réussira mieux que toutes les drogues ; cependant, chez les surmenés, seul le repos absolu avec changement d'air sera susceptible d'obtenir une détente favorable.

On ne négligera pas le psychisme, dans chaque cas particulier, afin d'inspirer une confiance absolue au malade. Notamment, on n'hésitera pas dans les prescriptions, dont on précisera toutes les modalités, telle que l'heure où les médicaments devront être absorbés.

## III

## Les prescriptions thérapeutiques dans le cœur douloureux, d'origine organique

Il s'agit ici de l'angine de poitrine ; les indications suffisamment connues de tous les praticiens seront brèves.

Durant la crise : nitrite d'amyle et morphine.

En cas d'angine de décubitus : petite saignée à l'aiguille, et injection dans la veine de la saignée de un huitième de milligramme d'ouabaïne.

Dans les intervalles des accès :

Traitement médicamenteux destiné : 1° à abaisser l'hyperexcitabilité du plexus cardiaque et des voies de conduction sympathique vers les racines rachidiennes ; 2° à combattre et à prévenir l'insuffisance cardiaque ; 3° à traiter les diverses étiologies.

Traitement hygiéno-diététique (repos, régime, suppression des toxiques) et physiothérapique (changement d'air, cures thermales). Traitements chirurgicaux.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Le Dr A. MAURER rappelle que, si le pneumothorax n'est pas possible, le médecin doit avoir recours à la chirurgie pour les formes graves, non évolutives de la tuberculose pulmonaire, pour les cavernes tuberculeuses mettant à plus ou moins longue échéance la vie du malade en danger.

Les formes justiciables du traitement chirurgical sont habituellement les formes cliniquement unilatérales. Cliniquement veut dire que si la radiographie montre des lésions du côté opposé à celui qu'on veut traiter, l'auscultation, une étude clinique prolongée, des radiographies successives prises dans les derniers mois, ont prouvé que ces lésions ne bougeaient pas ou qu'elles étaient en rétrocession, qu'on pouvait estimer qu'elles étaient éteintes. C'est une notion capitale.

La phrénicectomie doit être généralement réservée aux cavernes jeunes, en plein parenchyme pulmonaire, quel que soit le siège des cavernes, à condition qu'elles ne soient pas périphériques et adhérentes au gril costal, qu'elles ne soient pas trop volumineuses. Les cavités du sommet, les cavités juxta-hilaires guérissent, dans les cas bien choisis, aussi bien que les cavités de la base.

La thoracoplastie sera réservée aux malades ayant un bon état général. Cette opération, qui n'a plus la gravité d'autrefois, doit être, non pas une, mais adaptée à chaque cas, un véritable modelage de la paroi thoracique. Elle sera donc, ou partielle supérieure, ou totale ; en ce dernier cas, il y a un avantage à la faire précéder d'une phrénicectomie.

L'apicolyse avec plombage est à rejeter pour l'apicolyse sans plombage ; on peut obtenir ainsi une libération complète du sommet du poumon par des résections étendues des premières côtes.

Dans un deuxième ordre de faits, le secours de la chirurgie est demandé chez les tuberculeux pulmonaires, qui font une complication pleurale, notamment chez ceux porteurs d'un pneumothorax artificiel, quand l'épanchement est devenu puriforme avec bacilles, et état général bon. Des ponctions successives, avec ou sans lavages pleuraux, pourront alors donner de bons résultats. Si l'état général est mauvais, la pleurotomie est indiquée. Ces traitements, uniquement palliatifs, pourront être complétés heureusement par une thoracoplastie élargie, qui effacera la cavité pleurale, mais il faudra que l'état général soit bon, et que le côté opposé ne présente pas de lésions tuberculeuses en évolution.

La chirurgie peut donc donner d'excellents résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; mais il ne faut pas de décisions trop tardives, d'indications mauvaises. La technique chirurgicale ne doit pas être défectueuse, les résections n'étant, en général, jamais assez internes. Puis, le siège des sections osseuses, le nombre des côtes à réséquer, l'étendue de chaque résection diffèrent d'un malade à l'autre. Cela nécessite une expérience importante, qui, seule, permettra d'obtenir des résultats satisfaisants. (*Paris médical*, 2 janvier 1932.)

### L'état actuel du traitement de la tuberculose par les sels d'or.

MM. F. BOURGEOIS et L. SANDZER rappellent que les indications de la chrysothérapie ne sont pas encore définitivement précisées ; cependant, ils en connaissent deux indications principales : la poussée évolutive fébrile, quand le pneumothorax est impossible ; la bilatéralisation pendant le pneumothorax artificiel en cours. En général, il semble que les sels d'or exercent leur action optima dans les lésions jeunes, évolutives ou non. Les lésions anciennes sont peu ou pas influencées par le traitement, quelquefois même elles sont aggravées. L'association de l'aurothérapie à la collapsothérapie n'est pas encore mise au point.

Si le nombre des indications précises est minime, par contre celui des contre-indications est énorme. Ce sont les malades avancés à grosses lésions, et avec un état général déficient ; les formes congestives, hémoptoïques. Ce sont aussi les tuberculeux, dont les voies d'élimination

sont touchées (reins, foie, voies digestives) ; les diabétiques.

Les accidents de la méthode sont nombreux et souvent graves (choc, réaction fébrile, réaction focale, accidents hépatiques, intestinaux, muqueux, cutanés, etc.) ; mais l'emploi des petites doses en diminue beaucoup la fréquence. D'autre part, chaque sujet possède, ou non, une capacité personnelle à réagir sans incident. Cette capacité, variable d'un individu à l'autre, constitue l'auro-tolérance. Le devoir du clinicien est de la rechercher, car de sa constatation ou non dépendra la conduite de tout le traitement.

Si la question des doses est une chose individuelle, il faut se rappeler que les sels d'or ne sont pas bacillicides ; que, leur élimination étant très lente, il est dangereux d'employer de hautes doses ; mieux vaut employer des doses hebdomadaires de 0 gr. 10 ou de 0 gr. 15 pour arriver ainsi à une dose totale de trois grammes.

Le traitement aurique est de longue haleine ; il ne s'agit pas d'obtenir une amélioration de l'état général, ou même une amélioration radiologique, qui peuvent être transitoires, mais une amélioration durable. Aussi, les malades doivent-ils se soumettrespériodiquement à une nouvelle série d'injection, de manière à maintenir les résultats obtenus.

Les résultats varient dune façon importante d'un malade à l'autre ; tan'dis que, chez les uns, on observe une amélioration clinique et radiologique importante, on assiste chez les autres à une évolution des lésions, et à une aggravation de l'état général. (*Gazette des Hôpitaux*, 2 janvier 1932.)

### De quelques signes buccaux et cutanés dans les cholécystites et les ulcères duodénaux.

Dans certains cas, où le diagnostic reste perplexe, le Dr J. Dalsace trouve bien d'interroger la bouche et la peau ; on y fait des constatations nullement pathognomoniques, la plupart d'entre elles résultant, au moins en partie, de troubles hépatiques ou intestinaux associés à la cholécystite, plutôt que de l'affection vésiculaire, utiles néanmoins, si elles conduisent au diagnostic.

Signes buccaux. L'amertume buccale, le plus souvent matinale ou prandiale, est une manifestation commune chez les biliaires.

La sialorrhée se trouve assez souvent chez les vésiculaires ; nocturne, elle tache l'oreiller.

Une gingivite, avec sécrétions louches et purulentes, qui se mêlent à la salive et produisent aussi le signe précédent «de l'oreiller», s'accompagne d'une rougeur congestive du palais, de la gorge, de la paroi postérieure du pharynx, lorsqu'elle plaide en faveur d'une atteinte hépatique. Dans l'ulcus, au contraire, les muqueuses sont normales ou pâles. Les aphtes à répétition, un léger degré de tuméfaction des lèvres surtout après des écarts de régime, sont aussi en faveur de la localisation biliaire.

Signes cutanés. Pour la lithiase, on ne manquera pas de rechercher, en dehors de l'ictère franc, les poussées fugaces et discrètes de subictère, qui apparaissent avec les paroxysmes. De même, pour les taches passagères d'un jaune beige plus ou moins accusé, contemporaines des poussées, pour les pigmentations durables sur le front et les joues. Enfin, l'atteinte hépatique prédispose à l'urticaire, à la séborrhée, aux varicosités capillaires des pommettes. (*Le Bulletin médical*, 26 décembre 1931.)

### Les tempéraments extrêmes chez les enfants instables

Le Dr Boudry (de La Bourboule) décrit les deux formes du tempérament anormal, les variétés intermédiaires étant insaisissables en clinique : ce sont les hyperréflectifs et les hyporéflectifs.

Cliniquement, l'enfant hyperréflectif est hypotonique, hypotendu, maigre et boulimique ; il est léger, instable, désordonné et capricieux. C'est le type de la plus grande majorité des enfants fatigués, malades, ou en imminence de morbidité.

Au contraire, l'hyporéflectif est diamétralement opposé ; atteint d'une prématurité quasi sénile, il est lourd, hypertonique. Il représente l'infime et très exceptionnelle minorité des enfants fatigués, débiles ou malades. (*Gazette médicale de France*, 1er avril 1932.)

### Procédé opératoire pour les hernies inguinales volumineuses.

Lorsque les hernies inguinales sont anciennes et volumineuses, elles ont usé l'arcade crurale qui présente un matériel insuffisant pour reconstituer le canal.

Pour y remédier, il faut, dit M. C. Léonté (de Bucarest), utiliser le ligament de Cooper qui s'insère sur la crête pectinéale. Voici le temps spécial de ce procédé : après avoir ouvert le canal inguinal et récliné le cordon, à partir de l'épine du pubis, et derrière elle, au moyen de l'index et de la sonde cannelée, on dissocie la graisse qui couvre la crête pectinéale et le ligament de Cooper.

On dissocie ce ligament sur une longueur de 5 centimètres ; on aperçoit son aspect blanc nacré.

Au moyen de l'écarteur de Hartmann, on écarte le péritoine et les vaisseaux fémoraux en haut et en dehors.

On suture la masse des petit oblique et transverse au ligament de Cooper.

De 1912 à 1930, Léonté a opéré plus de 50 grosses hernies sans avoir constaté de récidive.

Grâce à ce procédé de solidité, les grosses hernies inguinales sont opérables — avec le minimum de risques de récidive. (*Paris Chirurgical*, décembre 1931, no 8).

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Chirurgie ou radiothérapie dans le traitement du cancer du col de l'utérus.

(M. Cl. Regaud. — *Académie de médecine* ; 3-5-1932.)

Dans une précédente séance, le professeur Jean-Louis Faure signalait les beaux résultats obtenus par l'opération de Wertheim élargie dans le traitement du cancer du col de l'utérus au début. Il abandonnait à la curiethérapie et à la radiothérapie les cancers cervicaux non au début, à utérus non mobiles, et les cancers utérins plus avancés.

M. Cl. Regaud montre aujourd'hui, à son tour, ce que l'on peut obtenir des méthodes radiothérapiques dans le traitement des épithéliomas cervico-utérins en général et des cancers du col au début, en particulier.

Il expose sur ce sujet les statistiques de l'Institut du radium, de 1919 à 1932. Sur un chiffre global de 678 malades, 168 sont encore vivantes et jugées guéries. Mais, l'intérêt de cette statistique doit surtout être recherché dans les chiffres pris par catégories.

*La sous-commission de radiothérapie* de Genève distingue, pour le cancer cervico-utérin, quatre degrés. Le premier degré comprend les cas où le néoplasme ne paraît pas, cliniquement, avoir dépassé le col de l'utérus. Le deuxième degré réunit ceux où le néoplasme empiète dans les culs-de-sac vaginaux et la partie juxta-utérine des paramètres. L'hystérectomie est encore ici possible mais se fait dans de mauvaises conditions. Dans le troisième degré, l'utérus est immobilisé par l'induration du paramètre et la partie supérieure du vagin est souvent intéressée. Dans le quatrième degré, les cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale sont envahies et il existe fréquemment des tumeurs ganglionnaires.

Au point de vue radiothérapique, le IVe degré reste au-dessus de possibilités des techniques actuelles (une guérison sur 51 cas). Le degré III a donné 27 % de guérisons et le degré II, 41 %. On sait que M. J.-L Faure estime la radiothérapie préférable à l'hystérectomie pour ces degrés II, III et IV.

Reste le degré I. Sur 29 cas traités à l'Institut du radium, il y a eu 23 guérisons, soit 79 p. 100. Les six échecs ont été dus à une technique imparfaite ou à une radiorésistance primaire du néoplasme. Ces résultats sont donc améliorables encore. Dans certains cas exceptionnels, l'hystérectomie pourra être indiquée, pour les quelques rares contre-indications des méthodes radiothérapiques.

M. Regaud conclut que dans les épithéliomas cervico-utérins au début, ceux que M. J.-L. Faure revendique pour la chirurgie, la curiethérapie et la radiothérapie, plus faciles, plus rapides, plus bénignes, plus économiques que l'opération de Wertheim, doivent se substituer à cette dernière. Elles procurent des résultats aussi bons et à compte meilleur. Elles sont améliorables encore, alors que la technique chirurgicale semble avoir, sur ce point, atteint toute sa perfection.

Ceux qui ont bien servi, pendant toute leur carrière, l'art chirurgical, doivent faire ce sacrifice, dit en concluant M. Regaud. Les rites passent. Hier, le bistouri, aujourd'hui les rayons, demain peut-être un agent biologique ou chimique nouveau. L'essentiel est de défendre la vie le mieux possible.

### L'impaludation cérébrale.

(M. Maurice Ducosté. — *Académie de médecine* ; 12-4-1932.)

M. Ducosté préconise une variante de la malariathérapie de Wagner von Jauregg. Au lieu de l'impaludation ordinaire, il recommande l'inoculation directe du paludisme dans la substance blanche du cerveau. La méthode consiste à injecter dans les lobes frontaux, droits ou gauches, des paralytiques généraux, 2 à 5 cent. cubes de sang paludéen citraté.

L'intervention ne s'acompagne ni de douleur, ni de choc. Elle est bien tolérée et aucune précaution post-opératoire n'est à prendre. Elle peut se pratiquer d'emblée, sur des paralytiques qui n'ont jamais été impaludés, ou elle constitue une sur-impaludation. Elle provoque, comme l'impaludation ordinaire, des accès fébriles, après une incubation d'une durée moyenne de huit jours. La fièvre s'éteint d'elle-même, à l'habitude sans quinine.

La mortalité (1,4 pour 100) serait plus faible que celle de l'impaludation classique. Les résultats, surtout appréciables sur l'état psychique, seraient supérieurs à ceux de la malariathérapie ordinaire sans que le mécanisme de cette supériorité puisse s'expliquer clairement.

M. Ducosté a pratiqué l'impaludation intra-ventriculaire. Elle n'est pas en général aussi bien tolérée et ses résultats semblent moins nets ; cependant, c'est une méthode qui doit rester à l'étude.

### Contribution à l'étude de la glutathionémie.

(MM. Achard, Guthmann et Mlle J. Lévy. — *Académie de médecine* ; 26-4-1932.)

L'étude des composés sulfhydrylés des tissus a été faite principalement dans ces dix dernières années. M. Achard expose la méthode qu'il emploie pour fixer la teneur du sang en glutathion à l'état normal et les variations de la glutathionémie dans quelques états pathologiques, en particulier dans les anémies et dans certaines maladies de la nutrition. Il signale, en outre, les résultats de ses recherches qui lui ont

permis les constatations suivantes : chez l'homme, le taux normal de glutathion dans le sang varie de 500 à 700 milligr. par litre ; dans les anémies d'origines diverses, la glutathionémie est diminuée ; la teneur du globule en glutathion est très augmentée dans les anémies pernicieuses ; la glutathionémie est abaissée dans les néoplasmes et les états tuberculeux, etc. La diminution du taux de la glutathionémie semble liée, en définitive, dans les différents états pathologiques, au nombre d'hématies contenues dans le sang.

### La lutte antipaludique en Algérie.

(MM. Lasnet et Ed. Sergent. — *Académie de médecine* ; 26-4-1932.)

M. Carde, gouverneur général de l'Algérie, désireux de réorganiser la médecine sociale dans notre colonie du Nord-Africain, a signé le 13 avril 1932 une ordonnance visant la lutte contre le paludisme, maladie très répandue en Algérie. Un service antipaludique a été créé. Le personnel de ce service sera chargé d'étudier les conditions épidémiologiques des localités fiévreuses, les mesures anti-larvaires, la protection mécanique, et la quininisation préventive et curative du réservoir de virus indigène.

P. L.

### L'hypertension moyenne solitaire, affection vasculaire.

(M. Jacques Sédillot. — *Soc. de médecine de Paris*, 27-2-1932.)

L'auteur présente un de ses clients, atteint d'hypertension moyenne solitaire, chez lequel un souffle d'insuffisance aortique vient de s'installer. En opposition avec tous les autres auteurs, il soutient que l'hypertension moyenne solitaire est une « affaire vasculaire », et prouve qu'elle est le syndrome clinique de la perte de l'élasticité des artères grosses et moyennes.

### Sur la nécessité d'un contrôle téléradiographique périodique des examens à l'écran des cardiaques.

(M. J. Surmont. — *Soc. de médecine de Paris* ; 27-2-1932.)

Comme pour l'examen de tout organe, il faut à la radioscopie joindre la radiographie. Cependant, la téléradiographie ordinaire ne permet pas de tirer de l'examen cardiaque des renseignements suffisants sur les dimensions respectives des ventricules et des oreillettes ; c'est pourquoi l'auteur a mis au point une technique, qui permet à la téléradiographie de donner tous les renseignements que le clinicien est en droit d'exiger avec, en plus, cette objectivité et cette finesse dans le détail, qui sont l'apanage de la plaque photographique.

Il faut disposer, comme pour toute téléradiographie de viscère, d'un générateur capable de débiter de fortes intensités sous un voltage élevé ; il faut de plus le châssis nécessaire à toute téléradiographie.

Les orthodiagrammes scopiques peuvent rendre service pour suivre l'évolution de l'affection dans l'intervalle de deux examens téléradiographiques.

### Endocrinothérapie chirurgicale.

(M. Dartigues. — *Soc. de médec. de Paris* ; 27-2-1932.)

L'auteur présente un nouveau procédé de greffe testiculaire de l'animal à l'homme par la voie inguinale. L'avantage du nouveau procédé consiste à amener le testicule à la voie inguinale par refoulement et de ne pas ouvrir les bourses, de ne laisser aucune cicatrice visible sur le scrotum, de ne pas occasionner d'œdème et de dispenser de tout pansement autour des bourses. Les manœuvres sont faciles, plus sûres, et l'opération plus rapide.

### Diagnostic clinique et traitement du dolichocolon.

(MM. Chiray et Baumann. — *Soc. de médecine de Paris* ; 27-2-1932.)

Le dolichocolon, anomalie congénitale ou acquise du côlon transverse, du descendant et du pelvien, n'est pas pathologique en lui-même , et ne contribue qu'à gêner le transit par une angulation exagérée de l'angle gauche. S'il survient un épisode colitique, à cette angulation se surajoutent des phénomènes de spasmes, d'engouement inflammatoire, de péricolites, qui donnent lieu à des crises douloureuses de subocclusion larvée.

Les troubles réflexes et toxiques, dus à la rétention des gaz et des matières, prennent alors une ampleur inaccoutumée et servent de base au diagnostic clinique de l'occlusion, qui ne peut être reconnue que par l'examen radiologique avec lavement baryté.

La connaissance du dolichocolon est très importante, car le traitement médical basé sur la suppression des farineux et les entéroclyses, sur la cure de Châtel-Guyon, donne des résultats immédiats.

### La sonorité pré-hépatique, sa fréquence.

(L. Pron. — *Soc. de médecine de Paris* ; 27-2-1932).

La matité hépatique, qui, normalement, sur la ligne mamelonnaire, recouvre une hauteur de 10 à 11 cm. chez l'homme, 9 à 10 cm. chez la femme, se trouve diminuée sous l'effet de causes diverses : 1° atrophie du foie ; 2° légère ascension du foie sous l'influence du décubitus dorsal et de la poussée des gaz du côlon droit, quand ceux-ci sont sous tension ; 3° situation haute du côlon droit, le cæcum étant alors au niveau de la crête iliaque, 22 à 33 % des cas ; 4° amas de gaz dans la partie supérieure du côlon droit et dans l'angle sous-hépatique, d'où non-correspondance entre la hauteur de la matité et de l'organe, qui est trouvé plus petit qu'il n'est.

L'auteur ne retient que ce dernier point, en rappelant la cause de la prédilection des gaz pour l'angle sous-hépatique : alors que l'angle gauche subit, à

chaque mouvement du diaphragme, une sorte de massage évacuateur, à droite l'interposition de la masse hépatique empêche l'action mécanique directe du diaphragme.

Sur deux séries de dyspepsiques banaux (180 sujets) avec participation du foie et du côlon, M. P. a trouvé 65 fois de la sonorité préhépatique, et huit fois un foie totalement sonore.

C'est donc là une anomalie très fréquente, que l'on explique, dans la plupart des cas, par un simple amas de gaz dans l'angle sous-hépatique, qui, distendu à des degrés variables, forme poche de résonance, masquant plus ou moins la matité hépatique.

### L'angiophtalmologie.

(M. J. Gallois. — *Soc. de méd. de Paris* ; 11-3-1932.)

L'appareil de Bailliart mesure la tension artérielle rétinienne par l'application inoffensive et indolore du dynamomètre sur la sclérotique ; la constatation du premier battement de l'artère, puis de son effacement sous une pesée croissante, et la mesure des pressions nous donnent d'abord la tension diastolique, puis la systolique. L'importance de la mesure de la rigidité vasculaire s'applique à l'estimation de la tension veineuse.

Dans les conditions normales, la tension oculaire doit logiquement être inférieure à la tension sanguine faute de quoi il y a gêne visuelle, comme dans le glaucome ; la tension veineuse reste très voisine de la tension oculaire. La tension artérielle générale est en rapport précis avec la tension rétinienne ; celle-ci représente assez exactement la moitié de la tension à l'humérale ; le chiffre est surtout précis pour la minima, et c'est ce chiffre qu'on donne habituellement.

Or, la mesure des tensions artérielle et veineuse rétinienne permet de constater à quel point l'œil est sous la dépendance de perturbations organiques, comme les troubles de la circulation générale et ceux de l'hydrostatique cérébrale ; en sens inverse, on voit aussi quels éléments nouveaux l'examen de la circulation oculaire peut apporter au diagnostic et à la compréhension des troubles circulatoires généraux.

G. F.

# Les Congrès

## VIIe Congrès des pédiatres de langue française

*Strasbourg*, 5, 6 *et* 7 *octobre* 1931.

Le VIIe Congrès des pédiatres de langue française, qui s'est tenu à Strasbourg, s'est montré remarquable à la fois dans sa parfaite organisation due à son président M. le Professeur Rohmer, assisté des Docteurs Woringer, secrétaire général, et Forest, trésorier, et dans l'intérêt soutenu de ses séances.

Il a groupé un nombre important de pédiatres venus de toute la France, et, plus nombreux que jamais, de l'étranger. Pour ne parler que de ces derniers, citons, sans avoir la prétention d'être complet, les Professeurs Pechère et Cohen, de Bruxelles ; le Professeur Maldague, de Louvain, et de nombreux confrères belges ; d'Italie, les Professeurs Allaria, Caccia, Comba, Fornana, Zanetti, Taccone, Frontali, Maggini ; le Docteur Hassan, de Rhodes ; le Professeur Gautier, de Genève ; le Professeur agrégé Paul Letondal, délégué officiel de la province de Québec, représentant la Faculté de médecine de Montréal et l'Union médicale du Canada ; le Professeur Wallgren, de Göteborg (Suède) ; Mme le Docteur Ehrlich, de Varsovie ; les Docteurs Corcan et Grakoski, de Roumanie ; le Docteur Fodorovitch, de Yougoslavie ; le Docteur Leite Lage, du Portugal ; le Docteur Burghi, de l'Uruguay ; le Docteur Baissad, de Norvège ; les Docteurs Mme Velter, MM. Molitor et Serrig, du Luxembourg, cette énumération très incomplète montrant l'intérêt croissant que portent les nations étrangères proches et lointaines au mouvement pédiatrique français. Nous n'analyserons ici que les travaux scientifiques du Congrès, laissant à des voix plus qualifiées le soin de rappeler l'accueil que tous les congressistes ont reçu à Strasbourg et le souvenir inoubliable qu'ils en ont rapporté.

Les questions judicieusement choisies par le bureau du Congrès étaient les suivantes :

1° Fièvres alimentaires ;
2° Tumeurs cérébrales ;
3° Précarences ;

réparties comme suit entre les rapporteurs :

*Fièvres alimentaires.* — 1. Professeur Schaeffer (Strasbourg) : Les bases physiologiques de la fièvre alimentaire.

2. Drs Corcan et Vallette (Strasbourg) : Etudes expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique.

3. Drs Mathieu et Chabrun (Paris) : La fièvre alimentaire en clinique.

*Tumeurs cérébrales.* — 1. Drs Heuyer et Mlle Cl. Vogt (Paris) : Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant.

2. Dr Clovis-Vincent (Paris): Traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant, particulièrement de la fosse postérieure.

*Précarences.* — Dr Bertoye (Lyon) : Les formes frustes et latentes des avitaminoses chez le nourrisson

### Les fièvres alimentaires

1° Professeur G. SCHAEFFER (de Strasbourg). — **Les essais d'interprétation physiologique des fièvres alimentaires du nourrisson.**

Dans son rapport, l'auteur passe en revue les *théories physiologiques* des fièvres alimentaires : Henri et John, sur les « fièvres de sel » ; Rietschel, sur les « fièvres protidiques » ; Schmitt, Finkelstein, sur les « fièvres d'origine périphérique par exsiccose »; Bratusch Marrain, Debré et Lelong, sur la « fièvre de lait sec ».

Il envisage ensuite les *conditions de la régulation thermique* chez les homéothermes par le contrôle des centres organo-négatifs thermorégulateurs qui corrigent la perte calorique et règlent la production de chaleur.

Cette thermolyse et cette thermogenèse, physique pour la première, chimique pour la seconde, des sections nerveuses appropriées peuvent les modifier.

Le travail musculaire, le frisson, les cris, augmentent la *production thermique* au-dessus du métabolisme de base ; il en est de même de l'*action dynamique spécifique* des protéides contenus dans la ration qui développent une « extra-chaleur » ; celle-ci se traduit chez le nourrisson par des chiffres élevés, elle n'entre guère en jeu dans l'allaitement au sein, pauvre en protides.

La *thermolyse*, qui s'exerce dans des proportions élevées chez l'adulte, est beaucoup moins active chez l'enfant et surtout le nourrisson dans les premières semaines ; elle s'effectue par rayonnement et conduction pour les trois quarts, sudation, évaporation d'eau pulmonaire pour un quart (sans sudation visible). Cette perspiration d'eau, étudiée par Ribadeau-Dumas et Meyer, les frères Du Bois et leurs collaborateurs, etc., est en rapport direct avec la pathogénie des fièvres alimentaires.

Le nourrisson, trop vêtu, perd peu de chaleur par conduction et radiation ; c'est l'augmentation de la perte en vapeur d'eau qui lui permet presque exclusivement d'équilibrer une thermogenèse en excès, liée à un trouble alimentaire. Le manque d'eau disponible favorise donc l'élévation de la température centrale, et la régulation physique plus insuffisante du nourrisson explique, à cet âge, l'hyperthermie plus facile.

L'auteur étudie ensuite les facteurs qui influent sur le bilan d'eau à qui revient ce rôle primordial dans la régulation thermique. Les réserves en eau sont proportionnellement plus petites chez le nourrisson que chez l'adulte. Or, ses besoins en eau sont très élevés, cinq fois plus grands que ceux d'un adulte toutes proportions gardées ; cette eau concourt à l'hydratation des fèces, à l'élimination urinaire, à la régulation thermique par perspiration, à l'imbibition normale des tissus en formation chez le jeune enfant. L'apport alimentaire joue un rôle important sur cette élimination fécale et surtout urinaire, la concentration en urée s'élevant vers la concentration maxima avec un régime riche en protides. Le calcul de cette concentration maxima, et de la constante uréo-sécrétoire, difficile chez le nourrisson, se trouvent réalisés dans des conditions cliniques ou expérimentales (Chabanier, Max Lévy, Mlle Phélizot). Concentration maxima, au voisinage de 45 à 50 p. 1.000. Ces faits sont précisément observés chez des enfants souvent fébricitants et présentant *des bilans d'eau excessifs*. Mais la concentration maxima baisse si, le bilan d'eau restant positif, la ration en eau a été fortement réduite.

Ces données, schématiquement résumées ici, permettent de suivre l'auteur dans son travail de synthèse *sur le mécanisme des fièvres alimentaires*. On sait qu'elles se voient à l'occasion de régimes trop riches en protides et en sels ou pauvres en eau.

1° *Excès de protides*. — Leur combustion libère, on l'a vu, moins d'eau que les graisses et les hydrocarbones ; l'action dynamique spécifique produit une extra-chaleur en rapport avec l'excès de protides ; celle-ci s'élimine par perspiration d'eau encore accrue par les cris, l'agitation ; de plus, l'urée en excès appelle un volume d'eau obligatoire. Or, de ces divers phénomènes, l'expérience montre que l'élimination rénale est satisfaite la première. C'est donc, si la ration d'eau est insuffisante, la vaporisation d'eau (perspiration) qui se trouvera diminuée. Ces faits confirment les expériences de Finkelstein. Ils expliquent ainsi l'hyperthermie et les phénomènes deviennent alors plus complexes en raison de l'augmentation des échanges par la fièvre.

La déshydratation de l'organisme entraîne l'hyperexcitabilité, l'agitation, les cris, et par vaporisation d'eau, une exagération de l'exsiccose, d'où un véritable cercle vicieux qui ne cessera que par une introduction d'eau avant l'apparition des troubles cellulaires irréversibles.

2° *Excès de sels*. — Liée à l'action hydropigène de l'ion sodium mobilisant l'eau, d'où réduction de la perspiration et stade de chaleur.

Ces deux effets : excès de protides et de sels, peuvent s'additionner.

L'auteur se demande *enfin s'il peut séparer les fièvres de lait sec des autres fièvres alimentaires*, comme l'ont fait Debré et Lelong, en raison de l'absence de perte de poids.

M. Schaeffer pense pourtant qu'elles relèvent de la même explication. Dans le cas de la fièvre de lait sec, le taux élevé de protides appelle une forte élimination uréique, et partant hydrique, la perspiration est diminuée d'autant, d'où la fièvre, mais l'absence d'exsiccose laisse le poids intact, le déficit en eau n'étant pas assez marqué pour entraîner une chute de poids. On expliquerait ainsi l'inconstance chez les divers enfants de la fièvre de lait sec et sa production retardée par rapport à l'ingestion s'expliquant par un stade initial où l'élimination uréique sous une concentration élevée cause une moindre spoliation hydrique.

*En conclusion*. — M. G. Schaeffer explique la

fièvre non par transformation toxique des protides, mais par le déséquilibre dans la ration protides-eau accru par l'élimination rénale qui restreint la perspiration ; l'exsiccose n'est qu'un phénomène secondaire.

Le rôle du facteur rénal, celui du métabolisme de l'eau sont à souligner. Ce sont donc des « *fièvres par déséquilibre du régime alimentaire* », elles sont dues à des régimes où les quantités de protides, sels et glucides ne sont plus dans les rapports où elles sont contenues dans le lait de vache (Mme Randoin et Lecoq). L'influence des sels minéraux, celle des vitamines a été de même démontrée expérimentalement. Il convient en définitive de se rapprocher le plus possible de l'équilibre alimentaire existant normalement dans le lait entier (le lait de la mère restant le standard auquel on doit se référer, la quantité d'eau devant, elle aussi, être prise en considération dans cet équilibre des constituants du régime).

2° **Etudes expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique.** — Rapport de MM. les Dr P. Corcan et A. Vallette (Strasbourg).

Les auteurs se sont proposé de grouper et mettre au point les expériences sur les fièvres alimentaires d'origine non infectieuse mais métabolique, par présence, absence ou déséquilibre des constituants normaux de la ration alimentaire : telle la fièvre de lait sec (Debré, Lelong et Semelaigne). Eliminant les fièvres de carence (Ribadeau-Dumas, Lelong, Chabrun), il convient aussi d'écarter les cas où se surajoutent des troubles digestifs. Partant *des faits* cliniques pour arriver à la détermination de l'élément nocif, on peut envisager la pathogénie et les indications thérapeutiques.

*Faits cliniques.* — Traube les entrevoit, puis Weill et Tiberius notent la monothermie de l'enfant au sein, les oscillations avec le lait de vache, engendrées de la fièvre de babeurre. Finkelstein retient la dyspepsie de l'enfant au lait et au petit-lait sucré, les bons effets de la diète hydrique. De ces faits semblait résulter le rôle nocif chez ces enfants des *cristalloïdes* (sucre et sels du petit-lait), d'*albumine* jointe à ces substances, des états de déshydratation (perte de poids, diarrhée), *d'où perte d'eau.*

1° *Cristalloïdes.* — Sels et surtout sucre incriminé par Finkelstein, dont l'action est peut-être illusoire, le rôle des microbes intestinaux étant ici habituel. L'expérimentation par voie parentérale étant à déconseiller comme entachée de causes d'erreur, *l'ingestion n'a pu démontrer le rôle nocif du sucre*, celui de l'infection et des troubles digestifs venant toujours troubler les recherches. Quant aux solutions salines (Heim et John), surtout chlorure de sodium, leur action n'apparaît qu'à forte concentration ou sur des enfants porteurs de troubles digestifs marqués. *Ce facteur semble cependant à retenir.*

2° *Albumine.* — Finkelstein lui-même a reconnu que la fièvre attribuée par lui au sucre exige la présence de petit-lait. Hirsch et Moro insistent sur l'albuminurie qui serait en jeu dans la fièvre dite de sucre. De même, Rietschel, substituant des albumines (4 à 10 p. 100) aux graisses et aux hydrates de carbone, observe l'hyperthermie que l'ingestion d'eau fait disparaître. Il est vrai que l'excès de graisses ou d'hydrates de carbone agit dans le même sens, quoique plus discrètement.

3° *L'eau* (fièvre de soif, Muller ; fièvre d'inanition, Craudell), en quantité insuffisante, est ici en jeu et suffit à faire cesser la fièvre dès qu'on en restitue une quantité suffisante.

Un régime trop concentré ou la déshydratation expérimentale produisent la fièvre, mais la présence de protéine est indispensable.

Finkelstein en conclut à la nécessité des substances dites *hydrophiles* (NaCl et albumine), d'où deux types expérimentaux : la *fièvre saline* et la *fièvre albumineuse*, qu'on réalise soit par concentration des éléments solides (*fièvre de concentration*), soit par diminution de l'eau (fièvre de soif).

1. *Fièvre saline.* — Réalisée par un apport salin (concentration), qui devient une fièvre de soif si on raréfie l'eau. C'est une *fièvre élevée, précoce* et *forte*, dès la deuxième heure si l'apport salin est important, plus tardive et plus légère avec les faibles concentrations ; l'*ingestion d'eau la fait cesser.*

2° *Fièvre albumineuse.* — Mêmes conditions, soit apport en protéine (3 à 10 p. 100 de la ration sous forme de paracaséinate de calcium ou de caséine) ; soit réduction des liquides.

*Fièvre élevée, chute de poids* avec *atteinte de l'état général* ; rarement signes rénaux et glycosurie ; pas d'état cholériforme, mais syndrome de déshydratation (Schiff, Eliasberg et Bayer) bien étudié dans son *syndrome humoral* par Corcan et Klein et par Mlle Phélizot.

*a*) Rapport constant entre la concentration du sérum pauvre en eau, la perte de poids et l'hyperthermie.

*b*) Chez tous les déshydratés (avec ou sans fièvre) on note l'urobilinurie. Cette légère insuffisance hépatique n'est donc pas la cause de la fièvre.

*c*) L'azote non protéinique du sang est augmenté ici encore chez les déshydratés (avec ou sans fièvre). L'insuffisance rénale n'est donc pas à l'origine de la fièvre.

*d*) La réserve alcaline est rarement et très légèrement abaissée, donc il n'y a pas d'acidose par déshydratation simple.

*e*) Peu de modifications du métabolisme minéral, sauf rétention chlorée progressive du plasma, du liquide céphalo-rachidien et des globules rouges (Mlle Phélizot), mais sans parallélisme entre la fièvre et cette rétention.

Le facteur essentiel est donc *une carence en eau* liée à l'élimination par diurèse ou à la rétention tissulaire en cas d'excès de sel ; et, en cas d'excès d'albumine, à une diurèse aqueuse intense et aux besoins élevés du métabolisme azoté.

Ces conditions réalisées, pourquoi *la fièvre* survient-elle ? On l'a expliquée par l'action des microbes

sur ce terrain, par des poisons (polypeptides, acides aminés) agissant les uns ou les autres à la faveur d'une atteinte de la paroi intestinale liée à la déshydratation. D'autres *théories physiques* : insuffisance de déperdition calorique (Voy. rapport de M. Schaeffer) et dérèglement thermique d'origine centrale. La première tient compte du défaut de perspiration. Rietschel y ajoute la notion de surproduction de chaleur. Finkelstein invoque la dessiccation de l'organisme (exsiccose) surtout marquée vers le système porte et le foie, cette dessiccation dépendant du fonctionnement rénal qui prive ou non le sujet de l'eau dont il a besoin d'autre part ; en conséquence la réhydratation par voie digestive serait plus efficace que par injection sous la peau. La première théorie relève de l'inégalité dans les facteurs de l'équilibre thermique ; la seconde invoque un trouble thermo-régulateur d'origine centrale.

La fièvre est donc *liée à la déshydratation* absolue ou relative en présence d'un excès de sel ou d'albumine. La relation entre ce trouble du métabolisme de l'eau et les centres thermo-régulateurs reste en discussion.

Les applications cliniques (traitées d'ailleurs plus loin) de ces données font penser :

1° Que la fièvre alimentaire isolée et pure est rare en clinique ; celle du lait sec est bien établie, elle dépend de l'équilibre aqueux et de l'état des fonctions rénales :

2° Que des causes externes, atmosphériques, puissent troubler ce métabolisme de l'eau (coup de chaleur, syndrome du vent du Midi) ;

3° On n'est point parvenu à identifier ces faits de fièvres alimentaires avec le syndrome cholériforme.

*Conclusions.* — I. L'alimentation, par suite des rapports quantitatifs entre l'eau et certains éléments dits hydrophiles, peut avoir une influence manifeste sur la température du nourrisson.

II. L'expérimentation permet d'apprécier cette influence dans toutes ses modalités et conduit en même temps à pénétrer jusqu'à un certain point le mécanisme par lequel elle s'exerce.

III. Mais la notion de fièvre alimentaire, quel que soit son intérêt au point de vue théorique et expérimental, s'applique, dans la pratique médicale courante, à un nombre de cas très limité ; c'est ce qui, jusqu'ici, a empêché sa vulgarisation.

*(A suivre).*

## Les Thèses

Mp. — Dr Y. BERTRAND. — **La chromoptométrie paradoxale et ses applications pratiques.** (Imprimerie Charles Déhay, Montpellier, 1931.)

L'auteur montre d'abord comment on pratique la chromoptométrie, ensuite les résultats qu'elle peut donner, soit au point de vue pratique (correction des amétropies), soit au point de vue théorique, comme conception du mécanisme de l'accommodation et de l'origine des amétropies. Grâce au test qu'il présente on peut arriver à corriger avec une exactitude rigoureuse les plus compliquées des amétropies régulières et même jusqu'à un certain point, l'astigmatisme irrégulier. L'étude des variations de la réfraction lui a permis de conclure qu'il faut rechercher l'origine des amétropies non pas tant dans un défaut morphologique de l'œil que dans des troubles de l'indice de réfraction des milieux de l'économie.

La chromoptométrie, découverte Montpelliéraine déjà fertile en résultats, est appelée dans un avenir prochain à devenir une des méthodes courantes de l'ophtalmologie et même de la médecine générale par l'utilisation de la « *chromoptométrie paradoxale.* »

P. — Dr H. MASSOT. — **Contribution à l'étude de l'érythroplasie des organes génitaux.** (Imprimerie P. Massot, 68, rue de Bondy, Paris.)

Les organes génitaux peuvent être le siège de lésions caractérisées par leur rougeur, leur limitation nette, leur persistance. Ces lésions définies cliniquement méritent bien le nom d'érythroplasie que leur a donné Queyrat. Leur aspect histologique est, au contraire, variable. Il est surtout caractérisé par un état papillomateux. Cette papillomatose peut revêtir le type de la maladie de Bowen, mais celle-ci ne paraît pas assez individualisée, surtout cliniquement, pour être séparée du groupe des érythroplasies.

L'évolution habituelle de l'érythroplasie est la transformation cancéreuse. Il semble même que la cancérisation des bourgeons papillomateux puisse être très précoce et précède d'assez loin le stade de l'épithélioma envahissant.

P. — Dr L. BERGOUIGNAN. — **Les perforations utérines de l'avortement criminel.** (Les Presses Modernes, 45, rue de Maubeuge, Paris, 1931.)

Les perforations utérines de l'avortement criminel sont plus fréquentes qu'on ne le pense habituellement. Bien des perforations sont attribuées à tort au curetage, alors qu'elles existaient avant celui-ci. Leur fréquence s'explique par la fragilité de l'utérus gravide, la violence et la maladresse avec laquelle sont souvent pratiquées les manœuvres abortives.

Les lésions utérines sont de degrés variables. Mais un fait capital domine leur évolution : l'importance de l'infection et de la gangrène utérines. Il faut, de plus, toujours craindre une lésion associée des viscères para-utérins : vessie, uretères, et surtout intestin grêle.

S'il est rare d'observer cliniquement le syndrome de perforation utérine au début, il est beaucoup plus fréquent de le voir alors que des phénomènes nouveaux sont venus modifier les symptômes : signes de grande hémorragie parfois, mais surtout signes d'infection et de péritonite. C'est en effet, la péritonite qui domine tout le pronostic ; c'est à cause d'elle et de sa gravité que l'on doit intervenir d'urgence. Le tableau clinique peut être parfois modifié du fait de lésions viscérales associées, qu'il est en général aisé de reconnaître.

Le diagnostic, facile quand les manœuvres abortives sont avouées, est beaucoup plus difficile quand celles-ci restent ignorées.

En dehors de l'examen clinique qui montre des signes de péritonite, sans plus, une seule manœuvre permettra d'affirmer un diagnostic hésitant : l'exploration très prudente de la cavité utérine.

Le traitement devra toujours être chirurgical ; l'abstention et l'expectative armée, souvent recommandées dans les perforations du curetage thérapeutique, sont ici à proscrire formellement à cause du double danger de gangrène utérine et de lésions viscérales associées. La voie vaginale ne semble pas indiquée ici ; elle ne permet pas de voir les lésions associées, et supprime des utérus que l'on aurait parfois pu suturer et conserver. La voie de choix est la voie abdominale qui permettra : de faire un inventaire complet des lésions para-utérines et de les traiter s'il y a lieu ; de suturer et de conserver un utérus dont les lésions sont peu importantes ; de faire une hystérectomie subtotale ou totale, suivant la hauteur des lésions, si celles-ci sont importantes ou infectées. On attachera enfin la plus grande importance au traitement post-opératoire : sérum physiologique à doses massives, sérum salé hypertonique intraveineux, morphine.

Le pronostic est essentiellement fonction de la précocité du diagnostic, et s'aggrave rapidement dès que les phénomènes de péritonite ont fait leur apparition.

---

### *Les livres qui viennent de paraître....*

Chez Amédée LEGRAND.

Dr J. BREL. — **L'artichaut** (Cynara scolymus). Etude agricole, littéraire et médicale. Préface du Dr H. Leclerc. Une broch. 46 pages. 5 fr.

Editions de « LA GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE ». 60, rue de Babylone.

**Les stations thermales françaises,** n° hors série, 112 pages. Prix : 5 francs.

---

## THÉRAPEUTIQUE

## A propos du traitement symptomatique dans certaines formes d'insomnie

Par le Docteur Robert TROUETTE

Ce qui, dans les insomnies intéresse surtout le médecin praticien, ce sont moins les points de vue généraux, les explications plus ou moins ingénieuses concernant leur pathogénie, que la possibilité de les rattacher à leur cause la plus immédiate, de façon à pouvoir intervenir avec discernement en tant que thérapeute. C'est qu'en effet, il s'agit là d'un symptôme fréquent, soit qu'il apparaisse et évolue seul pour son propre compte, soit que faisant déjà partie d'un syndrome morbide nettement identifié, il s'accentue et s'exaspère. Dans ces deux cas, c'est un symptôme qu'il n'y a pas lieu de ménager, mais qu'au contraire, il y a toujours lieu de combattre à cause de son retentissement fâcheux sur l'état psychique et organique tout entier.

Dès lors, dans les insomnies liées à des états de souffrance du cœur ou des poumons ou à des lésions tuberculeuses, syphilitiques ou cancéreuses, ou bien encore à des intoxications endogènes, il faut mettre en œuvre tous les moyens thérapeutiques qui s'adressent aux affections d'origine.

Mais, dans bien des cas, la cause une fois supprimée, l'insomnie persiste, ou encore, et c'est ce qui se rencontre le plus souvent, la cause n'est pas connue ou bien si elle l'est, elle se propose au médecin d'une façon tellement diffuse qu'on ne peut la supprimer sans que cette suppression n'équivaille à une rénovation complète de la constitution psycho-organique elle-même, ce qui est, de toute évidence, impossible ; ainsi en va-t-il dans toutes les insomnies qui dépendent des désordres fonctionnels du système nerveux central, qu'il s'agisse soit de syndromes mentaux bien caractérisés, soit de complexes morbides répondant à ce que l'on qualifie de névrose anxieuse, de psychasthénie et de neurasthénie, d'hypocondrie ou de déséquilibre endocrino-sympathique. C'est dans les insomnies de ces états mentaux à étiquette assez vague souvent dites idiopathiques que l'on se trouve amené à instituer, en dernier recours, après épuisement des médications étiologiques, la médication symptomatique par les hypnotiques. Comme ils sont très nombreux, le problème (véritable problème d'adéquation de tel ou tel médicament à tel ou tel cas clinique) est très embarrassant. La plupart d'entre eux produisent le sommeil par une véritable action élective sur

les centres hypniques et d'ailleurs, selon un déterminisme fort mystérieux, mais au prix d'actions secondaires, d'une part sur les fonctions du système nerveux central, d'autre part sur les différents appareils de l'organisme et en particulier le rein. C'est donc en fonction de l'importance respective de ces deux actions qu'il faut juger un hypnotique pour en préciser les indications et les contre-indications.

Et à ce point de vue, il nous semble qu'il faut distraire des hypnotiques les opiacés, le chloral et les bromures ; les premiers parce qu'ils sont de plus en plus des facteurs redoutables de toxicomanie (même le laudanum à doses progressives dans l'anxiété), les seconds, parce qu'ils sont avant tout les spécifiques des paroxysmes de contracture. Cependant, il semble utile de ne pas rejeter complètement les bromures qui, surtout sous forme de sédobrol, sont susceptibles de rendre de grands services. Pour ce qui est des disulfonés, leur toxicité à l'égard du sang et la rapide accoutumance les ont fait déchoir de leur vogue première.

Les hypnotiques uréiques constituent le groupe le plus riche en substances actives, parmi lesquelles il y a pratiquement lieu de distinguer les dérivés barbituriques et les dérivés directs de l'urée ou uréides.

Parmi les barbituriques, deux ont une physionomie spéciale : la phényl-éthyl-malonylurée, spécifique de l'épilepsie, et l'allonal, excellent antinévralgique, à ce titre bien supérieur aux opiacés dans le traitement des insomnies liées à la douleur.

Les dérivés barbituriques vraiment hypnotiques dont le représentant type est le somnifène, sont les médicaments de choix dans les grandes insomnies des aliénés (maniaques, délirants, hallucinés) à cause précisément de leur action intense sur le système nerveux, action intense qui ne va pas, en dépit d'une élimination relativement rapide, sans un certain degré d'intoxication ; de cela dans les accès insomniques aigus des maladies mentales, on peut ne point tenir un compte très rigoureux. Il n'en est pas de même dans les insomnies de longue durée dont nous parlions plus haut : il faut trouver un hypnotique plus doux. Personnellement, nous avons obtenu d'excellents résultats avec un uréide récemment introduit dans la thérapeutique de l'agrypnie : l'allylisopropylacétylcarbamide, que l'expérimentation préalable chez les animaux a autorisé à appliquer à l'homme. Ces avantages, mis en évidence chez l'animal et en particulier l'action hypnotique progressive, l'imprégnation modérée du système nerveux, l'absence d'accumulation et d'effets fâcheux sur le rythme cardiaque et respiratoire, nous avons pu les apprécier en clinique dans de nombreux cas d'insomnie (par exemple chez un instable vago-sympathique, chez une mélancolique, chez un neurasthénique génital, dans un cas de ménopause, etc.), à des doses moyennes comprises entre 0,25 et 0,50 administrées *per os* sous forme de comprimés. Nous avons vu apparaître une demi-heure ou une heure après l'ingestion, un sommeil de qualité presque normale, suivi d'un réveil très facile, non accompagné d'indisposition.

Les accidents objectifs ou subjectifs d'intolérance se sont toujours montrés absents. Ni dans le sang, ni dans les urines, rien d'anormal n'est survenu, et cela même à des doses longtemps prolongées.

L'effet sédatif précède souvent l'effet hypnotique et lui survit en général. Toutes raisons qui semblent bien témoigner d'une influence modérée, mais progressive et fidèle, sur le système nerveux central. Cette influence n'ayant pour contre partie dans les limites d'un coefficient de maniabilité très élevé (de 6 à 8) qu'une action secondaire minima et à peine esquissée sur les autres appareils, nous croyons qu'on est autorisé à voir dans l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid un médicament fort utile et tout au moins toujours inoffensif dans la thérapeutique des insomnies rebelles ou légères de la vie courante et dans lesquelles tout essai de thérapeutique étiologique ou pathogénique s'est avéré vain ou insuffisant.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### Est-il des cas où, conformément au Code d'instruction criminelle, le médecin doit se faire dénonciateur, sans violer le secret professionnel ?

Le secret professionnel des médecins, chirurgiens, pharmaciens et sages-femmes, — j'y reviens encore, — a fait couler des flots d'encre, sans qu'un accord ait été unanimement réalisé entre intéressés sur la façon dont on doit interpréter l'article 378 du Code pénal, à la lueur de la doctrine et de la jurisprudence. A-t-il présentement des limites et quelles sont-elles ? Est-il souhaitable, si ces limites sont imprécises, d'espérer, d'un texte législatif à venir, une précision? Est-il absolu, rigoureusement imposé aux praticiens, nonobstant tout scrupule de conscience qui pourrait les assaillir ? Est-il toujours opposable par eux en justice, aussi bien devant les tribunaux répressifs que devant la juridiction civile ? Est-il prédominant, par rapport aux prescriptions du Code qui obligent, en certains cas, à une dénonciation ?

Ces diverses questions, que je n'aurais pas posées ni traitées il y a quelques mois, me paraissent d'actualité depuis que certaines d'entre elles ont été soulevées devant les élèves sages-femmes de la Maternité de Paris, par l'éminent directeur de cette Ecole, M. Pidet. M. Pidet professe aux élèves de l'Etablissement qu'il dirige administrativement des cours de législation relative à leur profession ; ces cours sont publiés par la très intéressante et sympathique revue *La Puériculture*, dont Mlle Mossé, sage-femme en chef, est la dévouée et experte directrice-fondatrice.

Dans le numéro du 25 mars de cette revue, M. Pidet a exposé à ses auditrices les cas où, a-t-il dit, la loi oblige à la dénonciation du secret professionnel au Procureur de la République, à savoir : *Connaissance d'un crime. Empoisonnement constaté. Sévices constatés sur des enfants. Avortement provoqué.* Ces cas sont globalement visés par l'article 30 du Code d'instruction criminelle.

Je m'étaits permis de lui écrire pour lui signaler ce que cette conception du secret professionnel et de son obligation avait, à mon sens, de contraire à la doctrine et à la jurisprudence, et d'éventuellement dangereux pour les praticiens et praticiennes qui se conformeraient à son enseignement.

Après échange de lettres subséquentes et conversations téléphoniques, M. Pidet me fait le grand honneur de publier l'essentiel de ma première lettre. Il fait suivre cette publication de citations empruntées à divers auteurs réputés, d'après lesquelles mes critiques seraient sans objet. Il termine d'ailleurs son cours par ces lignes :

« Telles sont, sur un sujet aussi grave et aussi controversé, les opinions de maîtres éminents, à l'enseignement desquels je me suis référé. D'autres — (*moi-même en l'espèce*) — peuvent avoir des théories contraires, il ne m'appartient pas de les départager. »

Sans doute. Mais, sans que j'aie rien d'un maître éminent, M. Pidet me permettra de lui dire qu'il lui appartient, dans son enseignement, de se montrer assez catégorique et net pour qu'aucune équivoque ne puisse subsister dans l'esprit de ses élèves. Or, il importe de fixer, à propos de ces dénonciations, les circonstances auxquelles elles s'appliquent de celles qui restent couvertes par le secret professionnel. Les citations que M. Pidet a empruntées à Brouardel et à Balthazard me mettent très à mon aise d'ailleurs pour m'accorder avec lui, comme je l'espère.

Reprenons donc une fois de plus les termes mêmes de l'article 378 :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis.... »

Tout d'abord, je répète et j'affirme que l'exception en italiques est devenue sans objet par suite de l'abrogation, par la loi du 18 avril 1832, des dispositions du Code pénal qu'elle visait.

Elle doit donc être considérée comme inexistante, bien que, pour la forme, elle continue à figurer dans les éditions les plus récentes du Code (1).

Ceci dit, envers qui les praticiens visés sont-ils tenus au secret professionnel ? Il n'y a pas d'hésitation possible ; envers ceux *qui se confient à eux*. Et en principe, envers leurs clients.

Donc, quand Brouardel envisage le cas du malade présentant les symptômes d'un empoisonnement dont il serait victime, et affirme que la révélation de ce fait serait obligatoire pour défendre la vie de la victime, cela pourrait théoriquement se défendre, car le secret professionnel est alors dû à l'*empoisonné*, non à l'*empoisonneur*. Mais si l'empoisonné, mis au courant de son état et de ses véritables causes, exige de son médecin qu'il se taise, je ne vois pas jusqu'à quel point celui-ci serait autorisé à passer outre.

Et si, *dans l'exercice de sa profession*, ce même praticien recevait de cet empoisonneur la confidence de son crime, devrait-il le dénoncer ? Dénonce-t-il le fiancé en pleine efflorescence syphilitique, son client, qui va empoisonner de son virus la fille saine dont il deviendra l'époux ? Non. Pratiquement d'ailleurs, les empoisonnements criminels sont difficiles à dépister : témoin l'affaire Laget, de récente mémoire. Et j'aimerais savoir combien il est advenu de fois, disons depuis vingt ans, qu'un médecin ait cru devoir se porter dénonciateur, dans des cas analogues.

S'ils constatent des sévices commis sur un enfant, les praticiens visés à l'article 378 doivent-ils l'en mettre à l'abri ? Brouardel opine pour qu'ils en informent qui de droit ; mais désigneront-ils le ou les auteurs de ces sévices, surtout s'ils en ont reçu d'eux la confidence, *dans l'exercice de leur profession* ? Le plus souvent c'est comme experts qu'ils font ces constatations et il est évident que le secret professionnel ne les lie pas.

Un prêtre a-t-il jamais dénoncé les criminels qui se sont confiés à lui en confession ?

En matière d'avortement provoqué, Brouardel déclare que le praticien appelé est lié par le secret professionnel envers l'avortée, mais qu'il doit dénoncer les avorteurs, s'il les connaît, « en un temps qui ne puisse mettre en cause aucune des femmes qu'il a soignées. »

S'il est évident en effet que le médecin, la sage-femme, sont tenus au secret envers *l'avortée*, leur cliente, non envers l'avorteur, à moins qu'ils n'aient connu celui-ci, à l'occasion de soins qu'ils lui auraient donné, et au cours desquels ils auraient reçu ses confidences, en pratique, j'aimerais savoir aussi combien de fois par an il arrive qu'un médecin, ou une sage-femme, dénoncent les avorteurs ou avorteuses professionnels dont la coupable industrie leur est connue plus ou moins formellement.

D'ailleurs, l'ouvrage de Brouardel remonte à 1887, je crois. Depuis lors, il y a eu des décisions de justice qui enlèvent de leur valeur aux opinions de l'ancien doyen de la Faculté de Paris. Deux arrêts de Cassation, l'un du 1er mai 1899, l'autre du 10 mai 1900, décident qu'*au civil comme au criminel, le médecin ne peut témoigner sur des faits qu'il n'a connus que dans l'exercice de sa profession.*

Il est évident que s'il a connaissance d'un crime en dehors des confidences qui lui ont été faites par ses malades, il doit parler (Trib. ci. de Rennes, 12-6-1913.)

Balthazard ne tranche pas la question. Il se borne à reconnaître que, au cas d'avortement, médecin ou sage-femme, appelés à témoigner devant la justice, peuvent parler ou se taire, sans encourir de sanctions, — ce dont je ne suis pas du tout certain, — ajoutant « combien peut être cruelle pour la conscience du médecin ou de la sage-femme, dans certains cas, l'obligation absolue du silence préconisée par Brouardel ».

Ce n'est pas une solution. La conscience et la loi sont deux choses absolument distinctes. Ma conscience pourra me déterminer à violer la loi, sachant quels risques je cours. Je n'en aurai pas moins commis un délit dont je pourrai être appelé à subir la sanction.

Cette violation, je la ferai, délibérément. Mais je n'en aurai pas moins été juridiquement en faute. Je la ferai, notamment, convaincu d'accomplir mon devoir, pour éviter une erreur judiciaire, mais dans la mesure où je le croirai utile à la vérité. On a fait, il y a quelque temps, certain bruit autour d'une affaire qui était la plus banale du monde, et qui faillit avoir des conséquences désastreuses. Une femme meurt avec des symptômes d'empoisonnement apparent. Une nièce, son héritière, soupçonnée de l'avoir empoisonnée, est inculpée. Sa défense est faible, et on ne sait comment elle s'en tirera, lorsque on apprend, je ne sais plus comment, que la morte était urémique et a succombé à cette affection. Or, son médecin le savait, et respectueux du secret professionnel, n'en avait soufflé mot.

C'est là un cas où je n'aurais pas hésité, quoiqu'il ait pu m'en advenir, à informer le juge chargé de l'instruction de cette affaire, de ce que je savais.

Mais ce sont là des aventures exceptionnelles. Le plus prudent, en thèse générale, c'est de ne rien dire, ou d'en dire le moins possible, quand les circonstances sont celles de l'article 378. Le secret professionnel lie le médecin envers

(1) D'autres lois précisent les cas où certaines déclarations doivent être faites par les praticiens visés à l'article 378, dans des conditions déterminées : déclaration de naissance, déclaration des maladies contagieuses, professionnelles.

son malade, à l'occasion des confidences qu'il en a reçues ou de ce qu'il a appris le concernant dans l'exercice de son art. Vis-à-vis de tiers qui n'ont avec lui aucun lien de droit, le médecin rentre dans le droit commun.

Ces considérations me semblent de nature à concilier l'enseignement de M. Pidet, avec les exigences de la loi. Elles me permettent de terminer cette chronique en donnant encore à mes confrères, et aussi aux sages-femmes qui pourraient en avoir connaissance, ce conseil:

Méfiez-vous ! Taisez-vous !

G. DUCHESNE.

## UNE SAGE-FEMME PEUT-ELLE PRATIQUER SEULE UNE VERSION PAR MANŒUVRES INTERNES ?

RÉSUMÉ : *En dehors des cas d'urgence avérée, il faut admettre que la version par manœuvres internes constitue un accouchement laborieux, que les sages femmes n'ont pas le droit de pratiquer seules.*

*De toutes manières, et pour éviter les procès en responsabilité professionnelle, qui sont de plus en plus nombreux, il est de la plus élémentaire prudence de faire appel à la collaboration d'un médecin, afin d'éviter tout reproche de négligence, ou d'imprudence, pouvant donner lieu, en justice, à l'octroi de dommages intérêts.*

Une sage-femme nous consulte sur le point suivant : elle est appelée auprès d'une parturiente. Au bout de quelques heures, dilatation complète, poche des eaux très procidente, tête encore mobile.

La praticienne rompt la poche des eaux, pour faciliter l'engagement ; mais flot de liquide verdâtre et procidence complète du cordon.

Elle envoie immédiatement chercher un médecin ; mais l'enfant souffre, est en danger. Vite, l'accoucheuse se stérilise les mains à l'alcool et teinture d'iode, pratique facilement la version par manœuvres internes, retire un enfant en état de mort apparente, qu'on peut enfin ranimer.

Le médecin arrive à ce moment, fait la délivrance et ne remarque rien d'anormal, sinon un utérus assez gros, sans hémorragie.

Cependant, au bout d'un grand moment, l'accouchée semble faire une hémorragie intra-utérine ; syncope. Le médecin appelé fait venir un chirurgien et les deux praticiens redoutent une rupture utérine. D'où opération immédiate, dès l'arrivée à la clinique. On trouve un fibrome utérin. Les suites sont excellentes.

Mais la sage-femme nous demande si elle a bien agi ; si elle avait le droit de faire cette version d'urgence et si, en cas de rupture utérine, elle aurait pu être inquiétée.

Dans la question, qui m'est posée, je tiens à dégager deux considérations très distinctes : d'abord quel est le point de droit, autrement dit : la sage-femme a-t-elle le pouvoir légal de pratiquer une version par manœuvres internes ?

En second lieu, il faut apprécier la situation de fait, c'est-à-dire définir le devoir d'une sage-femme, qui se trouve en présence d'un cas d'urgence avérée.

### Considérations légales et juridiques

Dans un cas normal, sans qu'il y ait urgence, ni danger pour la vie de la mère, ou de l'enfant la sage-femme a-t-elle le droit de pratiquer un, version par manœuvres internes ?

L'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 limite l'activité professionnelle des sages-femmes aux accouchements qui ne sont pas laborieux.

Le problème revient donc à savoir ce qu'il faut entendre par accouchement laborieux.

Je ne trouve qu'une seule définition dans la jurisprudence de droit médical que je possède : un jugement du tribunal correctionnel de Montdidier, du 18 décembre 1907 (*La Loi*, 26 décembre 1907 ; *Mon. Lyon*, 7 janvier 1908) définit l'accouchement laborieux comme celui qui est grave et dangereux, ou qui présente des complications particulières.

Autrement dit, serait accouchement laborieux, celui qui ferait courir un danger à la mère ou à l'enfant.

Cette définition est peu précise, du point de vue scientifique pur, car, dans ces conditions, devrait être considéré comme laborieux l'accouchement par le siège ; l'enfant court un risque de mort, lors de la sortie de la tête dernière. Et cependant, personne ne songe à refuser aux sages-femmes le droit de pratiquer ces accouchements par le siège.

Nous pourrions plutôt proposer comme définition de l'accouchement laborieux, celui qui, pour sauver une vie humaine menacée, nécessite une expérience manuelle avertie et des connaissances de médecine générale indispensables pour parer à toute complication, survenue du fait, ou à l'occasion de cet accouchement.

J'avoue que ma définition ne vaut pas grand-chose ; mais du moment où le législateur n'a pas défini l'adjectif « laborieux » et que la jurisprudence est presque muette sur ce point, il est préférable de se placer du point de vue fait et envisager si la pratique de la version par manœuvres

internes nécessite des connaissances médicales qui n'ont pas été enseignées aux sages-femmes.

La version demande une grande habileté manuelle, l'opérateur étant guidé par des connaissances d'anatomie et de physiologie, qui sont enseignées aux sages-femmes. J'estime pour ma part, qu'envisagé du point de vue mécanique obstétricale pur, la version pourrait, à la rigueur, être pratiquée par une sage-femme exercée.

Mais le mécanisme de la version n'est pas tout : l'opérateur se trouve en face de dangers qui peuvent survenir, du fait même de la manœuvre interne. Dangers d'infection, si l'asepsie n'est pas rigoureuse ; dangers de rupture utérine, mettant la mère en danger de mort rapide ; dangers d'hémorragies secondaires.

De plus, pour qu'une version soit correctement faite, sans hâte ni précipitation, comme dans un but d'humanité vis-à-vis de la parturiente, il est utile, pour ne pas dire indispensable de pratiquer une anesthésie générale, ne serait-ce que pour supprimer les contractions utérines, lors de l'introduction de la main, puis de l'avant-bras de l'accoucheur.

Pour tous ces motifs, j'estime qu'il est peu prudent pour un accoucheur quel qu'il soit, médecin ou sage-femme, de pratiquer seul une version par manœuvres internes. A deux, l'un surveille l'anesthésie et en cas de complication, on est deux pour agir au plus vite.

C'est ici que je fais surgir le spectre de la responsabilité professionnelle, spectre pas assez présent à nos esprits. Une sage-femme n'est pas diminuée aux yeux de sa clientèle, parce qu'elle a recours, dans les cas graves, à l'assistance d'un médecin. Faisant appel à la collaboration d'un confrère, elle met sa responsabilité à couvert.

Si elle assume seule la conduite d'un accouchement sinon difficile, du moins délicat, si ultérieurement survient une complication, nul doute que la malignité publique n'en rende responsable la sage-femme.

Une pratique blâmable s'établit de plus en plus, chez nos clients : au lieu de payer les honoraires du praticien, le malade prête l'oreille aux conseils des hommes d'affaires, qui l'incitent à menacer d'un procès en responsabilité.

On joue sur la carte suivante : le praticien aura peur du bruit et de la répercussion fâcheuse de l'histoire, dans sa clientèle. De plus, il est assuré et « l'assurance est faite pour payer ».

L'homme d'affaires spécule sur cette peur du bruit, du scandale et sur la facilité avec laquelle les assurances acceptent de transiger : d'où menace de procès, qui, pendant quelques semaines ou mois, empoisonne la tranquillité professionnelle de l'accoucheur.

Aussi, devant cette ingratitude de plus en plus marquée de nos clients, puis-je dire à tous mes confrères, qui exercent en vertu de la loi du 30 novembre 1892 : « Ne vous montrez plus, comme autrefois, autant ménagers des deniers de vos clients et, lorsque vous vous trouvez en présence d'un cas quelque peu difficile, tant comme diagnostic que comme traitement, n'hésitez pas à réclamer une consultation, une assistance, un examen de laboratoire ou de rayons X : bref, songez à votre propre responsabilité professionnelle.

Au moment du danger, le praticien est, pour son malade, un dieu sauveur ; plus tard, il n'est plus qu'un vil créancier, qu'on tente de ne pas payer et auquel sans vergogne, on fera un procès, pour l'intimider.

Donc, médecins comme sages-femmes, ne vous considérez pas comme des frères ennemis, comme des concurrents : unissez-vous au contraire, appelez-vous en consultation, en collaboration étroite ; il y va de votre tranquillité, menacée par la responsabilité professionnelle, sans cesse croissante.

Je conclus donc qu'en droit, il me paraît qu'on doive ranger la version par manœuvres internes au nombre des « accouchements laborieux », interdits par la loi aux sages-femmes.

Mais, plutôt que d'ergoter, en citant parfois des textes qui ne prouvent rien, mieux vaut développer, chez tous les praticiens de la loi de 1892, l'idée de la collaboration en commun, de la consultation entre confrères, de l'assistance pour tout cas, qui présente ou peut présenter une difficulté.

L'escarcelle médicale s'en trouvera mieux, tant pour la sage-femme que pour le médecin ; la responsabilité professionnelle sera plus à l'abri et souvent le client mieux entouré, mieux soigné : « quatre yeux valent plus que deux », dit-on couramment dans le peuple et cet adage est plein de prudence et de bon sens.

**L'urgence**

Dans le cas, qui nous est soumis, la sage-femme a cru, tout d'abord, se trouver en face d'un cas très simple. Ce n'est que lors de la rupture de la poche des eaux, devant un liquide fortement teinté de méconium, devant la souffrance de l'enfant, que, sans attendre l'arrivée du médecin, qu'elle avait envoyé quérir, elle a pratiqué la version.

Heureusement, pour sa tranquillité, il n'y a pas eu de rupture utérine, puisque l'opération ultérieure a fait découvrir l'existence d'un fibrome, jusqu'ici ignoré.

Mais, supposons que la parturiente soit décédée des suites d'une rupture utérine, nul doute que l'accoucheuse ne soit recherchée, tant au point de vue pénal (homicide involontaire) qu'au point de vue civil (dommages intérêts).

Passons sur les ennuis d'un procès, comme sur, les discussions juridiques, sur le point de savoir si, en pratiquant seule une version, la sage-

femme n'a pas commis une imprudence, une faute lourde et si elle avait qualité légale pour pratiquer cette intervention.

Dans le cas actuel, il y avait urgence avérée et devant l'urgence, lorsqu'il faut sauver une vie humaine, nulle loi ne peut empêcher un homme de sauver la vie d'un autre homme.

La nécessité d'agir vite aurait, je l'espère, pu être prouvée par témoins, comme par expertise. La praticienne aurait ainsi bénéficié d'une excuse absolutoire.

Mais, il ne faut pas s'y fier : la preuve est parfois impossible à rapporter, surtout si la famille a intérêt à faire condamner l'accoucheur à des dommages-intérêts. Les témoins ne se rappelleront rien, ils auront perdu tout souvenir des paroles que la sage-femme aura prononcées, au lit de la parturiente. Elle sera seule à clamer sa bonne foi, alors que le mutisme, les réticences, les insinuations l'accableront.

Aussi, tout en approuvant une initiative hardie et immédiate, en cas d'urgence, ne puis-je que recommander de ne pas attendre le moment critique, pour appeler un confrère, comme conseiller, consultant, ou assistant, ou même comme opérateur.

La responsabilité professionnelle vous menace, médecins, comme sages-femmes ; c'est parce que je vois le nombre grandissant des procès, que je vous crie « attention ».

A la Ligue médicale de défense individuelle (Sou médical), je dois de plus en plus me pencher sur des dossiers, rechercher des arguments de jurisprudence ; il me faut souvent assister des confrères aux expertises, pour être leur conseil juridique et médical ; aussi ai-je qualité pour vous engager, dans votre propre intérêt personnel, de cesser les anciens errements d'individualisme outrancier, qui nous conduisaient les uns et les autres à nous détester, comme des concurrents et à toujours vouloir rester seuls pour pratiquer une intervention, ou conduire un traitement.

Quelque dépense que cela puisse coûter à nos clients, adoptons au contraire la pratique de la collaboration étroite, confraternelle. Evitons d'être traînés en justice, par le débiteur de nos honoraires, qui nous reprochera de ne pas avoir fait appel à un confrère, tant pour un diagnostic que pour une intervention.

En cas d'urgence, comme ci-dessus, agissons pour le mieux, cependant arrangeons-nous pour faire la preuve que nous avons fait appel à un concours médical ; mais que la rapidité des complications nous a conduit à ne pas attendre l'arrivée du médecin.

Syndicats de sages-femmes comme syndicats de médecins devraient, en collaboration, étudier cette question de l'assistance confraternelle, dans une même ville, ou dans un même département.

Dr Paul BOUDIN.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Rend-elle de véritables services au corps médical ?

Voici une lettre que récemment j'adressais à un confrère : je crois utile de la publier ici car elle répondra certainement à des questions que d'autres confrères se posent en euxmêmes sans le dire.

Mon cher Confrère,

Vous me demandez si vraiment la Mutualité Familiale du Corps médical français a pour les médecins l'utilité que nous disons, si elle leur rend de véritables services ; vous n'ajoutez pas « si nous n'exagérons pas », mais je pense que vous n'êtes pas loin de le supposer.

Je vous répondrai, non pas par des phrases, mais par des chiffres.

Depuis 1894, année de sa fondation, la Mutualité Familiale a versé à ses membres, arrêtés par la maladie ou un accident, la somme de 3.308.678 fr. 25 pour 153.414 journées de maladie aiguë et 411.967 journées chroniques.

Ces gros chiffres ne vous disent rien, aussi je ne vous les donne que pour vous montrer que la Mutualité Familiale est une société sérieuse, qui ne date pas d'hier et qui peut tabler sur sa propre expérience.

Prenons l'année 1931, elle représente les conditions actuelles :

La Mutualité Familiale a versé 183.220 fr. 10 à 245 malades.

Les combinaisons B et MA qui donnent dix francs par jour et, en cas de chronicité, cent francs par mois, ont versé 76.481 fr. 90 à 134 malades pour 3.768 journées aiguës et 11.902 journées chroniques.

La combinaison MA² (20 fr. par jour et 200 fr. par mois) a versé 38.386 fr. 25 à 56 malades pour 1.461 journées aiguës et 1.435 journées chroniques.

La combinaison MA³ (30 fr. par jour et 300 fr. par mois), a versé 16.339 fr. 90 à 19 malades pour 502 journées aiguës et 128 chroniques.

La combinaison MA⁴ (40 fr. par jour et 400 fr. par mois) a versé 6.280 fr. à 6 malades pour 137 journées aiguës et 60 chroniques.

Enfin la combinaison MB⁵ (50 fr. par jour et

500 fr. par mois) a versé 45.732 fr. 05 à 30 malades pour 638 journées aiguës et 846 chroniques.

Vous commencerez à voir plus clair dans ces chiffres, mais avançons encore et prenons le premier trimestre de 1932 : c'est d'hier et vous pouvez vous faire une idée exacte de ce que fait, en ce moment même, la Mutualité Familiale.

Elle a versé, fin mars, 52.568 fr. 20 à 103 malades, savoir :

Les combinaisons MA et B 19.656 fr. 45 à 62 malades pour 1.168 journées aiguës et 2.504 chroniques ;

La combinaison MA², 13.552 fr. 85 à 21 malades pour 488 journées aiguës et 569 chroniques ;

La combinaison MA³ 7.609 fr. 70 à sept malades pour 209 journées aiguës et 134 chroniques ;

La combinaison MA⁵ 11.749 fr. 20 à 13 malades pour 209 journées aiguës et 78 chroniques ;

La combinaison MA⁴ n'a pas eu de malade.

Que conclure ? C'est que le médecin pas plus que les autres n'échappe à l'accident ou à la maladie, que pas plus que les autres il n'est à l'abri des immobilisations prolongées et que ses intérêts, comme ceux de tous, souffrent plus ou moins fortement de l'impossibilité où il peut se trouver d'exercer sa profession.

Mais c'est aussi qu'il existe une Société tout amicale et confraternelle qui s'intéresse à lui et lui vient en aide dans la mesure où lui-même s'est intéressé à cette société.

Les chiffres nombreux, que j'ai donnés, montrent qu'à la Mutualité Familiale il ne s'agit pas de promesses, d'hypothèses plus ou moins fondées, mais de réalités, et, si j'ajoute que, pour la seule indemnité-maladie, ses réserves dépassent trois millions et demi, il me semble qu'on peut conclure encore que la Mutualité Familiale est une société sérieuse dont la solidité est à l'abri de toute suspicion.

Croyez-vous maintenant, Confrère, que nous sommes autorisés à dire que la Mutualité Familiale rend des services au corps médical, qu'elle lui est, non seulement utile, mais indispensable ?

Mais je n'ai parlé que de l'*Indemnité-maladie*, et celle-ci n'est qu'un des objets de la Mutualité Familiale.

Obligée de fixer une limite d'âge pour la participation à l'indemnité-maladie, la société n'a pas voulu priver ses membres de toute aide au moment où elle cesse de la leur accorder.

Elle a créé une section *Pensions de retraite* qui vient en aide à ses membres au moment où ils atteignent 60 ou 65 ans, c'est-à-dire l'âge où les forces commencent à diminuer et l'activité à se ralentir. Et il ne s'agit pas là d'un secours, d'un acte de bienveillance qu'il faille solliciter : c'est une pension de droit que donne la Mutualité Familiale, et, pour la recevoir, il suffit de prouver qu'on est encore vivant.

Se souvenant qu'elle est à la fois familiale et professionnelle, elle a admis au service des pensions de retraite les femmes et les enfants de ses membres dans les conditions exactement les mêmes. Le médecin peut donc s'assurer une retraite et en assurer une à sa femme et à ses enfants.

Et ce n'est pas tout encore, la Mutualité Familiale, prévoyant la mort prématurée du mari, a voulu assurer à la veuve la possibilité d'avoir une pension, pension reversible, en cas de décès de la mère, sur les enfants mineurs.

Eh bien, croit-on qu'en ce faisant, elle ne rende pas encore des services au corps médical ? Croit-on que nous exagérions quand nous conseillons à nos confrères de s'y agréger, lorsque nous leur disons que c'est à la fois leur intérêt et leur devoir ?

Faut-il ajouter que la Mutualité Familiale s'est toujours fait scrupule de s'adapter aux nécessités et d'évoluer selon que l'intérêt de ses membres le commandait ?

Ouverte à tous, sans distinction de résidences, de groupements ou d'origines, elle s'efforce de répondre à tous les besoins comme à toutes les possibilités. Après avoir donné la seule indemnité journalière de dix francs, elle a ouvert des combinaisons donnant vingt, trente, quarante et cinquante francs entre lesquelles les adhérents peuvent choisir ; après avoir donné des pensions dont le maximum était de 1.200 francs, elle a porté ce maximum d'abord à 2.400 francs, puis à 4.800 francs, chiffre actuel ; elle a permis le cumul des pensions à 60 et à 65 ans, de manière à rendre possible, à ce dernier âge, la pension de 9.600 francs.

Et comme la femme du médecin jouit des mêmes facultés, c'est pour le ménage la possibilité d'atteindre 19.200 francs !

La pension se calculant par parts de 120 francs est accessible à tous : elle peut être de 600 francs, de 1.200 francs, comme de 3.600 ou de 4.800 francs.

On nous a dit : Vous devriez arriver à 500 francs par mois, soit 6.000 fr. par an, nous ne nous récusons pas ; nous attendons que le nombre des adhérents nous le permette.

Indemnité-maladie ou accident, pension de retraite, pension aux veuves, tel est le triple objet que s'est proposé la Mutualité Familiale : après cet exposé, m'autoriserez-vous, cher Confrère, à dire qu'elle l'a rempli ?

A. Gassot.

## ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

### Assemblée générale du 10 avril 1932

(*Faculté de Médecine de Paris*)

**Allocution prononcée par M. Billoret, président**

Messieurs,

Le 23 juin 1931, l'Académie de médecine a rejeté la proposition de loi Milan-Rio qu'avec nos confrères stomatologistes, nous avons pour ainsi dire montée pièce à pièce depuis dix ans. Elle l'a rejetée une première fois en déclarant toujours justifié le titre de chirurgien-dentiste, et elle l'a rejetée surtout en refusant le principe de mesures transitoires sans lesquelles il est tout à fait impossible d'intégrer notre profession dans la médecine.

Je me propose, Messieurs, de remonter un peu dans l'histoire de ces mesures transitoires afin de bien juger si possible la situation qui nous est faite aujourd'hui et d'en tirer ensuite les conséquences et la décision.

Quand nous avons commencé notre campagne professionnelle en 1921 nous avons envisagé les mesures transitoires non pas comme l'essentiel mais comme la véritable articulation du dispositif de réforme, comme la partie la plus délicate aussi puisque nous n'en étions pas les maîtres, que nous avions à concilier là des intérêts multiples et bien souvent contradictoires et que pour réussir nous ne pouvions compter que sur l'esprit de sacrifice des uns et des autres devant l'intérêt général.

Bien entendu nous avons été accusés de travailler pour nous seuls, d'attirer par des moyens douteux les naïfs et les ambitieux jusqu'au jour où nos vertueux accusateurs croyant la réforme imminente ont écrit à leur tour : « Si la loi était votée nous serions les premiers à revendiquer pour toute la profession des mesures transitoires qui sont pour elles un droit absolu. » Et cependant vous verrez, Messieurs, que nos adversaires ont tiré sans relâche sur le principe même des mesures transitoires jusqu'à ce qu'elles tombent, simplement parce que c'était là un moyen de faire tomber la loi. Les dirigeants dits odontologistes portent ainsi devant notre Histoire professionnelle la plus lourde, la plus révoltante des responsabilités.

***

Dans cette question des mesures transitoires étaient intéressés avec nous les médecins stomatologistes et les syndicats médicaux. Pendant dix ans les stomatologistes ont soutenu avec nous la légitimité des mesures transitoires. En voici quelques preuves :

En 1921 c'est une lettre du Docteur Pietkiewicz, secrétaire du syndicat des médecins stomatologistes, ainsi conçue :

« La Société médicale des dentistes des hôpitaux, le Bureau de la Société de stomatologie, le conseil d'administration du syndicat des médecins stomatologistes français approuvés en cela par M. le Professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, sont d'accord tous pour apporter les modifications suivantes à la loi de 1892 concernant l'art dentaire :

. . . . . . . . . . . . . . . . .

Comme mesure transitoire et pour unifier la profession dentaire par le sommet plutôt que par les degrés inférieurs, il serait procédé ainsi :

1° Tout diplôme de chirurgien-dentiste serait équivalent à 12 inscriptions de médecine et

2° Permettrait, les examens de médecine terminés, d'obtenir le diplôme de docteur en médecine de l'Université . . . . . . . . . . . . . . . »

La même année c'est le rapport du docteur Sauvez à la première commission ministérielle :

« Les stomatologistes que l'on a si souvent accusés d'intransigeance accepteraient très bien par exemple que l'on accordât 12 inscriptions de médecine aux chirurgiens-dentistes diplômés, à titre transitoire, de sorte qu'ils n'auraient plus pour arriver au doctorat en médecine d'Université qu'à prendre les dernières inscriptions et passer les examens correspondants ainsi que la thèse finale. Nous ne verrions d'ailleurs aucun inconvénient à ce que des exemptions plus larges encore soient accordées à certains membres de notre profession ayant conquis des titres dans l'enseignement. Toutes les concessions seraient admises pour arriver à l'union et surtout à l'unité du titre. »

En 1925 à la deuxième commission ministérielle le même docteur Sauvez faisait dans un nouveau rapport la déclaration suivante :

« ... les mesures transitoires les plus larges, celles qu'on pourra obtenir des pouvoirs publics si toutefois les stomatologistes ne demandent qu'à aider le plus possible les chirurgiens-dentistes à ce sujet. »

Devant la même commission le docteur Bozo s'exprimait ainsi :

« Il faut des épreuves accessibles à tous les praticiens de France. La transition devrait s'étendre sur 6 ou 7 années afin de permettre à tous les chirurgiens-dentistes et étudiants d'en profiter. »

Ces sentiments à l'égard de la transition ont été ceux de toutes les personnalités qui se sont succédé à la direction des affaires stomatologiques.

Quant au corps médical dont l'accord préalable était déterminant, c'est une commission composée du doyen Roger, du doyen Lépine de Lyon, du docteur Lenglet *au nom des syndicats médicaux*, du docteur Fargin-Fayolle pour les médecins stomatologistes et de moi-même qui en 1927 fixa les termes qui devaient devenir l'article 5 de la proposition de loi Milan-Rio que je rappelle :

Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un chirurgien-dentiste reçu antérieurement à l'application de la présente loi pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

***

L'accord entre l'A. F. C. D., les médecins stomatologistes et le corps médical était donc bien réalisé ; cet accord fut enregistré d'ailleurs par la troisième commission ministérielle en 1927. N'était-ce pas un signe de ralliement, cet accord, pour tous ceux qui se disent gardiens de l'intérêt des chirurgiens-dentistes ? Mais il n'y avait rien à attendre de ceux qui avaient décidé de tout ruiner dans un intérêt de clan.

Le projet Milan-Rio est déposé le 9 décembre sur le bureau du Sénat et moins de trois semaines après, l'un des deux parlementaires auteurs de la proposition de loi recevait la visite d'odontologistes notoires venus pour demander non le retrait du projet dont l'esprit était déclaré excellent mais la suppression de l'article 5 sur les mesures transitoires !

Rappellerai-je aussi que l'Union des syndicats médicaux avait fait place à la Confédération, que le Docteur Lenglet n'était plus à sa tête et que l'attaque contre les mesures transitoires fut entamée dès ce jour au syndicat des médecins de la Seine par des médecins attachés aux écoles dentaires ?

Pendant que le syndicat des médecins de la Seine s'inquiétait de mesures qu'on lui représentait comme dangereuses, la presse dentaire imprimait à répétition que les chirurgiens-dentistes ne voulaient pas de l'article 5 de la loi Milan-Rio. Ceci au moment où la nouvelle Confédération médicale avait à faire face aux Assurances sociales ; elle ne vit pas, cette Confédération, que la question des mesures transitoires commandait une grande réforme où le corps médical avait comme nous, comme le public, un intérêt de premier plan. Avec peine son Conseil d'administration ému par le syndicat de la Seine où parlaient comme je l'ai dit les médecins d'écoles dentaires, conserva le 9 novembre 1930 le principe de mesures bienveillantes à l'égard des chirurgiens-dentistes dans le cadre de la loi Milan-Rio, mais naturellement dès le lendemain un coup de téléphone parti d'une école dentaire faisait savoir à la Confédération des syndicats médicaux que « les chirurgiens-dentistes » repoussaient le présent. Sans doute les 6.000 chirurgiens-dentistes sont bien innocents d'une démarche qui n'avait pour but que de jeter le trouble dans l'esprit des médecins déjà troublés, mais tant que notre profession acceptera d'être représentée par des directeurs d'écoles libres elle subira les conséquences des procédés où l'intérêt privé et l'intérêt général sont inévitablement et constamment mélangés. Un mois et demi après, le 21 décembre 1930, l'assemblée générale des médecins français cassait la décision de son Conseil d'administration et abattait les mesures transitoires. Les écoles dentaires étaient comblées, mais il reste à établir que la profession y a trouvé son bénéfice.

Messieurs, l'historique sommaire quoique encore assez long des mesures transitoires, j'ai voulu le refaire avec vous parce qu'il nous permet de suivre l'enchaînement qui a conduit fatalement à la décision de l'Académie. Je sais bien que des hommes qui ont toujours été avec nous, au cœur et dans toutes les ramifications de notre problème professionnel, le Docteur Béliard, le Docteur Nespoulous, le Docteur Herpin lui-même ont affirmé depuis cette lourde décision du 21 décembre 1930 que la question des mesures transitoires reste entière ; je leur dirai avec toute la franchise que je dois à la confiance et à l'amitié qu'il est trop tard parce que les événements ne se présentent jamais deux fois dans les mêmes rapports. Une loi comme la loi Milan-Rio demande une conjonction d'actes et de faits qui ne se renouvelle pas à volonté. Le « moment » de la loi Milan-Rio se place non à l'Académie mais à cette assemblée générale médicale du 21 décembre 1930 où a été lâché l'article 5 de la proposition de loi. C'est ce jour-là que les autonomistes ont pu se coucher tranquilles. L'Académie six mois plus tard n'a fait que rétablir la logique en répondant aux médecins qui voulaient bien de la loi mais non des mesures corrélatives : « Vous ne voulez pas de transition, vous n'aurez pas de loi. »

***

Et maintenant, Messieurs, que j'ai essayé de vous exprimer non des regrets mais des motifs, il faut que nous prenions une décision.

Si les écoles dentaires libres ont triomphé dans leurs journaux, il s'en faut que le vœu de l'Académie les enthousiasme. Et en effet, s'il faut actuellement 6 ans pour être médecin et qu'il en faille 5 pour être chirurgien-dentiste avec le baccalauréat, il y a bien des chances, étant donné les servitudes qui pèsent sur notre titre, pour que les étudiants aillent à la Faculté dès que l'enseignement de la stomatologie y sera organisé, ce qui ne tardera pas. C'est si vrai qu'au moment des « Vœux du Trentenaire », le porte-parole des écoles dentaires n'acceptait le baccalauréat qu'avec le doctorat en chirurgie dentaire « car si, disait-il, on exige le baccalauréat seul pour cet exercice, on risque de ne plus trouver de candidats et par contre on verrait tous les docteurs en médecine n'ayant pas réussi, embrasser la profession dentaire qui leur est ouverte ».

Or, le doctorat en chirurgie dentaire est encore sous terre mais les écoles ont un second procédé pour soutenir la lutte contre la Faculté : diminuer leur scolarité, ramener les années d'études à quatre et par ce moyen tenter les étudiants en y adjoignant au besoin un système d'équivalences qui permettrait aux chirurgiens-dentistes nouveau modèle d'accéder au doctorat en médecine.

Mais l'Académie a été formelle. Elle a dit 5 ans d'études et pas d'équivalences, de sorte que si j'étais directeur d'école dentaire, je remercierais peut-être

publiquement l'Académie, tout en la maudissant de bon cœur, parce que c'est très joli de couler la loi Milan-Rio, mais les écoles pourraient bien participer à l'accident... Or, personne n'a intérêt à ce que l'enseignement dentaire périclite ; ce qu'il faut, ce que nous voulons, c'est qu'en face des obligations auxquelles doit répondre aujourd'hui notre spécialité, la personne commerciale des écoles libres cesse de se confondre avec la personne morale de la profession.

Je pense donc, dans l'état actuel des choses, que les écoles dentaires sous la pression de l'opinion vont accepter le baccalauréat de l'Académie. Mais demain ? Car, Messieurs, il ne faut pas s'y tromper, malgré que les autonomistes les mieux qualifiés aient fait à la loi Milan-Rio cette concession d'avouer que notre profession va vers la médecine, rien dans les quatre points de l'Académie ne commande cette tendance. Et ce silence de la grande et savante Compagnie n'est-il pas un encouragement aux yeux des autonomistes ? Leur groupement central après avoir demandé au syndicat du Nord de la France un projet de réforme le lui a laissé pour compte sous prétexte qu'il ne s'inspirait pas suffisamment de la situation nouvelle créée par la décision récente de l'Académie !

Vous voyez donc, Messieurs, que d'ici deux ou trois ans les autonomistes reviendront à la charge et cette fois, *avec* le baccalauréat dans leurs bagages, pour réclamer soit une diminution de la scolarité soit le doctorat en chirurgie dentaire. Rappelons-nous le mot de M. Justin Godart peu après la commission de 1926 : « Mais vous avez tout ce que vous voulez, disait-il à une grande personnalité autonomiste, vous avez le doctorat en chirurgie dentaire dans un délai extrêmement rapide parce que vous avez le baccalauréat ». Le mot également de M. le député Cazals : « Soyez d'abord bacheliers et nous vous appuierons nous aussi. »

Si donc nous décidons aujourd'hui de ne pas retarder plus longtemps une réforme que la profession attend parce qu'elle se sent menacée, si nous voulons défaire sans délai une pléthore qui enrichit les écoles et ruine les praticiens sans profiter au public puisque la moralité professionnelle en est d'autant atteinte, si nous voulons agir tout de suite sur le recrutement, nous entendons d'autre part absolument et indéfectiblement rester dans l'axe de nos principes et ne pas fabriquer de nos mains un outil détestable. Pas plus que les écoles dentaires en 1920 mais pour des raisons inverses nous ne pouvons accepter le baccalauréat tout seul. Nous n'avons jamais cessé de le dire ici : le baccalauréat c'est le dispositif d'aiguillage qui, suivant les manœuvres, conduit à ce qu'il y a de mieux ou à ce qu'il y a de pire. Qu'on décrète le baccalauréat seul et nos luttes reprennent dès demain plus acharnées parce que le baccalauréat mène aussi bien à la médecine qu'à l'autonomie définitive avec ses titres de fantaisie, sa Faculté dentaire et ses monopoles.

Cette équivoque, si les écoles dentaires l'acceptent maintenant, je me refuse quant à moi à y engager notre association. En ce moment il n'est pas un dentiste qui ne soit profondément persuadé du caractère médical de notre art mais peu de nos confrères se rendent exactement compte de ce qu'il y a derrière le baccalauréat. Eh bien, ce qu'ils ne voient pas ou ce qu'ils ne croient pas nous avons le devoir, nous, de le pressentir. Le baccalauréat, oui, mais avec un pas effectif vers la médecine, en d'autres termes avec le P. C. N., le P. C. N. tel qu'il est imposé aux étudiants en médecine, avec ses qualités et ses défauts parce qu'il faut que soit réalisée une condition pour laquelle nous sommes encore ici : l'art dentaire est une spécialité médicale. Il faut en outre que les études qui doivent encore conduire au grade de chirurgien-dentiste tiennent compte des exigences scientifiques actuelles et, sans être aussi longues que les études médicales ne leur soient pas notablement inférieures. Notre profession n'est pas prédestinée aux gens pressés. Le dentiste de demain doit recevoir une formation médicale réelle et d'ailleurs ce rôle appartient aux Facultés de médecine, non aux écoles dentaires libres qui malgré toute leur bonne volonté ne peuvent offrir dans ce domaine une autorité incontestée.

De cette première mesure on peut espérer deux effets. D'abord qu'une mesure complémentaire viendra bientôt achever l'évolution. Ensuite, comme je le disais tout à l'heure, que les étudiants prendront d'eux-mêmes le chemin de la Faculté où l'enseignement doit être organisé sans délai. On peut même prévoir que les écoles libres demanderont leur rattachement aux Facultés. Mais cette réforme doit en même temps couper cours, je le répète, aux velléités mal endormies d'autonomie, de doctorat et de facultés dentaires à la mode américaine qui restent toujours la grande pensée du règne odontologique contre l'esprit de l'Université française.

***

Pour finir, Messieurs, deux mots sont nécessaires à propos des mécaniciens. Un projet actuellement caduc, contresigné par une centaine de députés, organise les professions d'auxiliaires de la médecine et autorise spécialement les mécaniciens à appareiller spontanément les malades. Il est et il reste entendu que nous ne pouvons que favoriser tout ce qui favorise l'amélioration de la profession de mécanicien ; ceux qui estiment légitime de se faire aider dans leur cabinet par leur mécanicien y trouveront un complément appréciable de sécurité. Mais quant à donner au mécanicien un droit d'initiative sur le malade, cela, non. Pour beaucoup de raisons quand ce ne serait que notre prothèse sans être une prothèse interne est tout de même d'un autre caractère que les bandages et les chaussures orthopédiques. Impossible de confondre.

Je crois que nous devons souhaiter une réglementation de la profession des mécaniciens-dentistes,

réglementation qui avec le diplôme professionnel de rigueur dira sans ambiguïté où commencent leurs devoirs et où finissent leurs droits.

Messieurs, en m'excusant d'avoir été un peu long je vous demande de rendre un ordre du jour qui peut-être pourra s'inspirer de ce que je vous ai dit et qui permettra à notre profession de sortir enfin de l'inquiétude, ou plutôt de l'anxiété.

Ordre du jour (*voté*) :

L'Association française des chirurgiens-dentistes réunie en assemblée générale à la Faculté de médecine de Paris, le 10 avril 1932, placée devant une décision de l'Académie de médecine hostile à la proposition de loi Milan-Rio, se refusant d'autre part à retarder plus longtemps une réforme des études et de la pratique dentaires que la profession réclame impérieusement, décide de poursuivre en deux temps la réalisation de sa déclaration de principes en s'arrêtant aujourd'hui à une première modification des études de chirurgie dentaire, savoir :

*a*) Le baccalauréat de l'enseignement secondaire et le P. C. N., dans les conditions réglementaires et inséparables où ces deux actes universitaires sont exigés des candidats au doctorat en médecine.

*b*) Une scolarité qui ne doit être en aucun cas inférieure de plus d'une année à la scolarité médicale et qui sera confiée aux Etablissements supérieurs d'enseignement médical de l'Etat pour la partie médico-chirurgicale de l'enseignement.

*c*) Et, transitoirement, le grade de chirurgien-dentiste.

L'Assemblée, en outre, maintient formellement les droits de ses membres à l'égard de toutes mesures transitoires et équivalences qui pourraient intervenir et renouvelle sa confiance à son Conseil d'administration.

## VARIÉTÉS

### Le client

On peut faire de l'art, de la philosophie, des mathématiques, tout seul.

La médecine, au contraire, nécessite le concours d'un patient.

Or, si, à la Faculté et à l'Hôpital, on enseigne la science médicale ; on néglige de faire connaître à l'étudiant ce phénomène, indispensable à la pratique : le client.

Voici quelques observations destinées à suppléer à la carence de nos maîtres et à l'éducation de l'apprenti médecin.

***

Tout d'abord, le client est égoïste.

Souffrant, gêné dans ses occupations ou ses plaisirs, il demande le médecin.

Les autres malades lui sont indifférents. Il n'y a qu'un malade, c'est lui. Ne vous excusez pas de répondre tardivement à son appel parce que vous aviez beaucoup à faire, cela ne l'intéresse pas. Venez immédiatement, soignez-le ; ensuite seulement, vous pourrez parler de votre nombreuse clientèle, ce qui vous donnera quelque lustre.

Ne vous défendez pas davantage de n'avoir pas encore dîné ; vous n'avez le droit de manger, de dormir qu'après votre visite.

Ne recevez donc jamais le commissionnaire dans votre salle à manger ; ne répondez pas vous-même si on sonne la nuit, ne prenez pas le récepteur de votre téléphone ; cette présence vous obligeant à bondir à la première réquisition. La première qualité du médecin n'est pas son habileté c'est sa rapidité.

Plus tard, quand vous aurez acquis une réputation solide, vous pourrez vous permettre de faire attendre ; mais vous n'y tiendrez pas, heureux de vous débarrasser rapidement de votre travail.

***

Le client est orgueilleux. Il l'est de sa maladie.

Son affection ne peut être semblable à celle des autres humains. Sa douleur est plus aiguë.

A l'hôpital, lorsque le malade voit son lit couronné d'auditeurs, il en éprouve une vaniteuse satisfaction. Ce n'est pas son cas qui est intéressant, c'est lui.

Ne dites donc jamais à Dupont : « Vous avez une sciatique comme celle de Durand » ; dites-lui : « Votre sciatique a quelque chose d'exceptionnel ». Ou encore : « Vous avez les mêmes névralgies sciatiques que Rothschild ».

Une cirrhose vous permettra d'évoquer Verlaine ; un pouls lent vous rappellera Napoléon.

Trouvez de l'intérêt dans le cas le plus banal. Prenez des notes au besoin ; parlez de la communication que vous ferez, sur ce cas, à l'Académie de Médecine. Plus un client est quelconque, moins sa maladie est quelconque.

D'ailleurs, un diagnostic bénéficie toujours d'un peu d'inflation. Il laisse prévoir les complications. Le médecin Tant Pis est plus habile que son confrère Tant Mieux.

Pensez également à l'entourage de votre malade. Si vous dites : « C'est un bobo », vous vexez le client qui s'est couché avec inquiétude. Sa femme ne manquera pas l'occasion de le traiter

de poule-mouillée. S'il prétend souffrir, ne lui reprochez pas sa pusillanimité. Reconnaissez et plaignez sa douleur. Vous devenez complice de sa paresse. C'est pour cela qu'il vous a fait appeler.

***

D'après les régions, les clients hiérarchisent les médecins.

A Paris, il y a ceux qui ont des titres — peu importe lesquels d'ailleurs, — car le malade différencie mal un professeur d'un médecin des hôpitaux, un chef de clinique d'un prosecteur.

Au second rang sont placés les confrères qui ont un appartement somptueux, une limousine, un chauffeur.

Après, il n'y a plus rien. Puis viennent les autres : de la poussière de médecins. Vous ne convaincrez pas un malade que le docteur de l'impasse des Bluets a les mêmes diplômes que celui de la rue du Colisée.

A la campagne, la hiérarchie dépend du nombre des habitants. Le médecin du village est un soldat de seconde classe ; celui du chef-lieu de canton, un caporal ; et ainsi de suite jusqu'à celui de Paris qui — même celui de l'impasse des Bluets — est au moins un général.

Il dépend donc de vous de choisir votre grade et d'être immédiatement classé parmi les illustres — histoire d'argent et de goût.

Si le hasard vous oblige à une moindre distinction, il vous reste, pour mériter la considération, le soin de votre extérieur. Une plus belle maison, une voiture plus confortable, des vêtements bien coupés et renouvelés handicaperont vos confrères.

Une propreté méticuleuse est non seulement conforme à l'hygiène, mais servira aussi à vous distinguer. N'hésitez pas à demander de l'eau bouillie, du savon, de l'eau de Cologne ; plus vous dérangerez les gens, plus vous prendrez d'importance. D'ailleurs, en renouvelant le geste de Ponce Pilate, vous serez souvent dans la réalité.

Méfiez-vous enfin de la familiarité. Les augures se tenaient au-dessus d'une colonne pour dicter leur verdict. Ainsi on ne percevait pas leur sourire.

***

Le client exige de vous un diagnostic immédiat. Vous devez baptiser sa maladie, il lui faut un nom tout de suite.

Si le diagnostic ne s'impose pas au premier examen, laissez le espérer prochain ; faites le osciller entre les hypothèses les plus probantes en proposant plusieurs prénoms exceptionnels.

Certes, il y a des limites ; ne dites pas qu'il peut s'agir d'un nystagmus ou d'une fistule à l'anus ; mais on ne vous tiendra pas rigueur d'hésiter entre une insuffisance pancréatique ou une hypersthénie colique. De telles paroles ne peuvent tomber que de lèvres savantes. Appelez-en au laboratoire ; les analyses, les épreuves, les constantes sont bien acceptées. Si le cas vous embarrasse tout particulièrement, demandez, pour fixer vos idées, un métabolisme basal. L'entourage aura d'autant plus de confiance qu'il n'y comprendra rien ; peut-être pas plus que vous, d'ailleurs.

***

Si vous ne trouvez rien, ne croyez pas que votre client soit forcément malade.

Il y a des gens qui appellent le médecin par vaine inquiétude ; il en est qui le demandent par vanité. « Mon voisin s'est payé une visite, j'ai les moyens d'en faire autant. »

Certains veulent couper au bureau ou à l'usine. Un mari voudra empêcher une femme de sortir. Une femme se fera « porter malade » pour embêter son mari. L'une veut aller à Vichy pour y accompagner son époux ; l'autre veut être envoyée à Vittel parce que son mari va à Vichy.

Il y a la catégorie des nerveux que votre présence distrait, ils peuvent longuement parler d'eux avec une personne tenue à les écouter.

Enfin il y a les vieilles filles et les femmes qui n'ont jamais eu d'âge — ni de succès. Le médecin est le seul homme par lequel une femme honnête puisse se faire toucher partout pour vingt francs.

***

Depuis quelques année — le Dr Noir l'a rappelé dans un de ses articles substantiels — le client a une exigence exorbitante, il entend être guéri, et est prêt à actionner en justice le médecin qu'il accuse d'insuffisance.

Cette mentalité a toujours été celle des nègres. Un confrère qui exerce en Afrique Equatoriale me disait qu'il n'avait comme ressources que les soins donnés aux blancs.

— Vous ne soignez donc pas les Noirs ?

— Si, mais gratuitement. Pour le noir, le toubib est un sorcier, il possède le moyen de guérir. S'il ne guérit pas, c'est qu'il ne le veut pas. Se faire payer, c'est donc s'engager à guérir. Ne pas guérir, c'est voler. Et le noir aura des vengeances discrètes.

Le client blanc a donc acquis la mentalité rétrograde de son frère de couleur. A défaut des flèches empoisonnées, il a pour lui les tribunaux, qui ne sont pas moins dangereux.

Une flèche peut manquer un médecin, un magistrat ne le manque jamais.

***

Ne réclamez pas immédiatement vos honoraires, c'est inélégant. Si on vous les remet, en-

fouissez les négligemment dans votre poche ; ce geste détaché vous évitera quelquefois de rendre la monnaie.

Ne soyez pas modeste dans vos prix ; on vous estimera d'après votre tarif. Quand un client dit qu'il est allé consulter un grand médecin, cela signifie que le médecin lui a demandé le prix fo t.

Les chirurgiens nous ont enseigné l'art des honoraires élevés, et la méthode ne leur a pas mal réussi.

Auprès d'un malade, vous devez faire deux diagnostics : celui de la maladie et celui du portefeuille. Vous n'avez pas le droit de vous tromper sur le dernier.

***

Vous avez le droit de croire en vos connaissances, si vous n'êtes pas modeste. Vous avez le droit de croire à la thérapeutique, si vous êtes jeune. Vous avez le droit de croire à tout, excepté à la reconnaissance du client.

Dr Geotges BOURGEAU.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... On lui a reproché ses méchancetés ; qu'elles sont donc anodines, auprès de nos camaraderies .....*
(Paul MORAND).

DCLIX. — Paul ARÈNE. **Jean-des-Figues.** Un vol. 15 × 20 illustré de 57 aquarelles de F. de Marliave. Coloris au patron d'Eugène Charpentier. Tiré à 800 ex. numérotés (Madagascar, Annam, Arches, Rives). Livre trente-septième de la « *Collection Française* ». *Editions Cyral,* Paris, 1932.

Pour compenser les sombres traits des paragraphes suivants de ma chronique, la joyeuse compagnie de Jean-des-Figues m'est apparue nécessaire et bienfaisante. Vous connaissez le personnage, jovial, roublard, spirituel, d'une cocasse finesse et dont l'optimisme réjouit a plus de mesure dans la charge que n'en comportent certains écarts géniaux des Tartarinades. Les éditions Cyral ont fort soigneusement traité sa résurrection.

Il existe des éditions de luxe où l'illustration donne la pénible impression d'un camouflage, tantôt inutile, tantôt venu par hasard échouer aux pages par distraction. Les dessins de Marliave complètent très agréablement au contraire, le texte de Paul Arène. Ceux qui reproduisent les sites de la campagne provençale (Sisteron, vallée de la Durance, environs de Marseille), sont particulièrement heureux : on dirait de lucarnes ouvertes sur les horizons ensoleillés de Provence : cubes blancs des bastides, vieux murs de pierre sèche, grillés et gris, herbe drue des prairies, collines vertes et rouges, sous-bois transpercés de lumière, cours calmes ou ruelles ; calmement épandus sous l'épanouissement généreusement figuré des platanes, cyprès ,pins tourmentés, peupliers qui font au livre une harmonique toile de fond sous le figuier de la couverture très véridique, épaulé à une cabane déshabitée. Je vous ai signalé autrefois la souplesse du talent de Marliave aux prises avec toute la gamme des gris tristes d'un livre d'Edouard Estaunié (1). Si je n'étais tenu de surveiller de très près les fantaisies de ma plume, surveillée à son tour par certains lecteurs... *attentifs* je vous dirais sans ambages qu'ici, par contre, il a docilement suivi l'exubérante farandole des teintes de joie alternées tout au long des chemins de Jean-des-Figues. L'exactitude des couleurs et leur délicatesse ressort avec d'autant plus d'aisance que la lumière profuse qui les avive est adroitement distribuée. Le dessin est exempt de toute rigidité ; sans nonchalance, il reprend cette douceur de vivre qui adoucit là-bas jusqu'aux rondeurs des collines, à la lambine paresse des ruisseaux, aux escarpements des roches. Sous le foisonnement des herbes folles, il réussira par exemple à vous faire deviner le relief capricieux du sol. Dans son extrême clarté, il semble que va passer sur la terre surchauffée ce tremblement transparent de l'air chaud que laisse supposer la fraîche densité des ombres. Toutes ses aquarelles ont de la profondeur par un très juste établissement des perspectives, telles celles de cette étroite venelle de la page 1 où une tache de jour, centrant les ogives du premier plan, repousse très loin comme au bout d'un tunnel la reprise éclatante de la lumière. La typographie est de bonne dimension et frappée avec beaucoup de netteté ; rehaussée de simples majuscules rouges en tête de chapitre. Le papier, spécialement filigrané pour l'édition, non rogné, est d'un grain très uni, de cette douée blancheur laiteuse, grenue cachée là-bas, au revers de la peau verte des fruits de baptême du héros.

(1) Edouard ESTAUNIÉ. *Les Choses voient.* Roman illustré par Marliave. Editions, Cyral. 1931.

DCLX. — Julien GREEN. **Epaves.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1932, 15 francs.

Philippe, cet être veule et désœuvré (placé par Green au centre de son roman), ce psychasthénique amoral qui rôde sur les quais déserts de Seine est une bien inconsistante figure. Demi-mesures, gestes inachevés comme des gestes mous dans le brouillard des rives suffisent à sa conscience et à son activité. Satiété de sa richesse dégoût rapide au seuil de ses décisions et de ses actes le marquent de ce caractère de passivité morbide où se complaisent tant de ses pareils, abandonnés à la dérive au cours de leur destin. Cette attirance symbolique du fleuve qu'il subit tout au long du livre est d'une grandeur singulière. Le complexe sentimental qui trouble son foyer familial a cette même sinistre simplicité de va-l'eau, charriant sous son obscurité glauque les désirs, les complaisances, les compromissions, les lâchetés, toute l'ordure du subconscient.

Green continue la présentation de sa galerie de monstres : après *Léviathan*, voici la hideur cachée de personnages qu'un vernis mondain farde d'apparente correction. Il excelle à cette dissection de ce que ses créatures portent de sourd et d'inexprimé, et il sait donner aux milieux où ils évoluent ces mêmes teintes d'atroce désolation et d'inhumaine solitude.

DCLXI. — Maurice MAETERLINCK. **L'Araignée de Verre.** Un vol. 12 × 19. *Editions Fasquelle*, Paris, 1932.

Le problème de cette étrange sagesse des insectes qui a déjà inspiré à Maeterlinck sa trilogie des Abeilles, des Termites et des Fourmis se complique encore à propos de l'argyronète aquatique qui vit sous la surface des eaux stagnantes, au nord de la Loire, et qui a réalisé bien avant l'homme le scaphandre et la cloche à plongeur. La perpétuelle inquiétude philosophique de M. y trouve matière à troublantes et profondes méditations. La seconde partie du livre est réservée à de claires notations de voyage en Sicile et en Egypte où M. a peut-être été attiré par cette titanesque civilisation de pygmées à mœurs de fourmis laborieuses pliées en cohortes à de gigantesques desseins.

DCLXII. — Roland DORGELÈS. **Le Château des Brouillards.** *Editions Albin Michel*, Paris, 1932, 15 francs.

Je crois qu'il s'agit, plus que de roman, de souvenirs à peine déguisés. Dans ce Montmartre d'avant-guerre Dorgelès a sûrement rencontré Lucie Rapin, la relieuse (1), et ses compagnons de bohème. Et c'est bien ce qui donne à son récit, simple, émouvant comme une romanesque aventure de Murger, sa qualité. Peu de gens l'ont réellement connu, ce coin disparu de Vieux Paris où mijotait, anachronique, la provinciale quiétude, la cocasserie d'un peuple spécial, en marge de la ville. Dorgelès l'évoque avec la mélancolie d'un autochtone exilé depuis ; mais il n'a eu garde de dépouiller sa nostalgie des joyeux divertissements qui tintaient aux soirs de ce doux temps sans soucis.

(1) Les relieurs sont à l'honneur ces derniers temps, Quinette, le héros de Jules Romains (*Les Hommes de Bonne Volonté*) appartient aussi à cette corporation juxta-littéraire.

DCLXIII. — Abel HERMANT. **Le Linceul de Pourpre.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Ce livre encore ne répond pas exactement au sens précis de son enseigne. Il semble que l'auteur ait voulu rédiger (sous un titre volontairement pompeux, rénanien et consécrant la mort de la distinction), au lieu d'un roman un petit conte burlesque, un roman-bouffe, où il étrille avec des mots (comme faire se doit entre grandes gens) la haute société contemporaine. Ses sarcasmes, tantôt fielleux, tantôt venimeux sont d'une exemplaire cruauté. Ils sont basés sur une observation fort juste et tâtillonne d'entomologiste quinteux. Mais on prend à les goûter grand plaisir cependant car ils sont rédigés en style d'une insigne pureté qui doit réjouir les mânes de Monsieur Voltaire et réchauffer, dans son linceul, le rictus momifié d'Arouet.

DCLXIV. — Constantin PHOTIADÈS. **Les Vies du Comte de Cagliostro** Un vol. 13,5 × 20,5. *Editions Grasset*, Paris, 1932, 20 francs.

Quel singulier personnage, imposteur respecté sous ses masques divers de guérisseur, de mage, de bateleur, d'alchimiste, de prophète et qui va terminer la plus tourmentée des existences dans le *carcere duro* du Saint-Office, sur un sommet des Apennins ! Les chapitres consacrés au thérapeute-thaumaturge vous intéresseront particulièrement : gangrène, gravelle, dystocies, surdité cèdent à ses baumes et à ses liqueurs ! Le conflit qu'il soutient avec les médecins de Strasbourg est épique. Et le ton général du livre, vivement animé, a cet entrain perpétuel communiqué par l'intérêt rebondissant sans cesse des exploits de cette extraordinaire et vagabonde Majesté de vaudeville, régnant sur la crédulité de ses contemporains.

CLXV. — Alfred COLLING. **La Vie de Robert Schumann.** Un vol. 12 × 19 ; soixante-quatrième de la Collection « *Vie des Hommes Illustres* ». *Editions N. R. F.*, Paris, 1932, 15 francs.

Cette ivresse de l'art perturba si frénétiquement Schumann qu'elle le conduisit au delà de

la raison. Il eut, vers la fin de sa vie, conscience d'étranges hallucinations de l'ouïe, qui persistèrent jusque dans sa psychose. Furent-elles simples échos professionnels ou posent-elles inversement tout le problème préalable de la création musicale ? Tourmenté dès son jeune âge par une morbide émotivité, il semble bien toute sa vie durant soulevé par des flux de passion qui l'exaltent et le ravagent. Il est bien peu délicat de vouloir expliquer par une congestion paroxystique de ses centres d'audition créant une magnifique musique intérieure, la splendeur douloureuse de son œuvre. Mais Beethoven, peut-être *à cause de sa surdité*, n'entendit-il pas, bruissant dans sa tête, l'orage sacré, les rugissements inspirés, de son infirmité ? Et dans toute miraculeuse élévation du génie demandons-nous à nouveau s'il n'y a pas la divine rançon d'une tare, d'une misère humaine, d'une tristesse physique ; la trace d'un combat et d'une éphémère victoire...

**Varia*****

Dans le *Mercure de France* du 15 mai un intéressant article sur le mariage morganatique de l'Archiduc François-Ferdinand ; une étude discutable sur le monde nouveau que nous a préparé la guerre de 1914 ; et à propos du centenaire d'*Indiana* de patientes recherches bibliographiques éclairant la composition et l'accueil fait à l'œuvre en 1832. Aux échos, un réjouissant morceau d'éloquence sacrée.

* Dans l'*Archer* d'avril, l'hommage de la Direction à un journaliste disparu qui valait mieux que son journal. Une nouvelle où « l'accent du Midi » est traité par le conteur sans traits nouveaux d'originalité particulière ; la suite du journal de guerre de notre ami Voivenel rédigée avec ce flegme et cette amusante mise en épingle des ridicules tactiques de l'époque qui a sous sa plume l'apparence un peu roide d'une solennelle et pince-sans rire Rétrospective ; la revue coutumière de quelques productions littéraires marquantes.

* Dans la Collection *Visions de France* (Editions Arlaud-Lyon) un intéressant volume consacré à l'Auvergne La Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Nectaire, et la Limagne d'Issoire avec des héliogravures en pleine page nettes et accompagnées d'un texte et de légendes sommaires, claires comme les images.

* Parmi les hebdomadaires, le *Coup de Patte*, sévère à l'habitude ; et *Science et Monde*, agréablement illustré traitant de questions variées de vulgarisation scientifique : le laboratoire du Froid à Leyde ; l'« industrie » du vin ; les richesses de la Russie en matières premières ; les nouvelles données océanographiques expliquant le rythme du Gulf-Stream.

24 mai 1932

L'Homme aux Bésicles.

## AUTOUR DES THÉATRES

**Au Casino de Paris :**

### La Revue « Sex Appeal » (*Suite et fin*)

**Au Théâtre des Variétés :**

### « Le Fruit Vert »

*Comédie en trois actes de* MM. Régis Gignoux et Jacques Théry.

Au Casino de Paris. — Dans notre dernier article nous avons souligné « l'esprit nouveau » qui imprègne cette Revue, dit quelques mots des artistes et des attractions qui l'animent et félicité M. Paul Colin de ses décors, de ses dessins, de ses fresques qui réalisent une ambiance originale inconnue jusqu'ici ; nous citerons particulièrement parmi les tableaux les plus remarqués :

Les Arts ménagers, avec les poussières personnifiées par le Ballet Lysana, l'aspirateur par l'athlète acrobate Horam ; — le tableau : « Lustrerie » avec les 16 Jackson girls en valseuses, les Girandoles et les « danseurs Drury et Ramon ; — le tableau « Beauté » avec tous les appareils propres à assouplir ou embellir les corps en l'espèce de parfaites et gracieuses nudités ; — le « Centenaire de Lecoq » et principalement les « Mouvements » avec la haute colonne d'argent pivotant sur elle-même et le grand pendule balayant le fond de la scène, avec les danseuses aux robes et manches en soufflet d'accordéon ; — « la Tentation de Saint-Antoine » et ses perversités personnifiées, enfin le « Paquebot mouvant » du second et dernier final.

MM. Henri Varna, Léo Lelièvre, et Marc Cab les auteurs de cette Revue, ont su en ces temps particulièrement difficiles, marier habilement l'art, l'esprit parisien, le goût français à la technicité d'une mise en scène nouvelle et expressive. Nous ne serons pas les derniers parmi les nombreux amis du Music-Hall à leur témoigner notre joie et notre gratitude.

Aux Variétés. — *Le Fruit vert.*

Eh bien, Maud Loty est encore très bien en «fruit vert». C'est naturellement la joie de la soirée, elle tient le rôle d'une gamine de treize ans à la façon de beaucoup d'enfants de cet âge qui veulent déjà paraître de petites femmes, se faire remarquer et donner l'impression qu'elles n'ont plus rien à apprendre. Ses intonations gavroches, son laisser aller faussement innocent, son accent puéril l'identifient superbement avec le sujet autour duquel pivote l'action et dont il est le

principal agrément. Que cette adaptation lui soit facilitée par sa nature, c'est possible, néanmoins les qualités particulièrement nécessaires aux jeux de scènes, aux répliques, à l'intelligence du rôle sont là, et Maud Loty les possède à un haut degré de perfection.

Le « Fruit vert » est une reprise ; la pièce a été créée, il y a quelques années, sur cette même scène des Variétés. André Lefaur tenait déjà, et avec quelle maîtrise, le rôle de Lord Steeple et Maud Loty celui de Geneviève où elle acquit définitivement sa notoriété de comédienne.

La pièce en elle-même est sans fond et d'un intérêt assez médiocre, elle ne vaut que par la personnalité même des interprètes qui peuvent à volonté y mettre leur empreinte particulière, affirmer leur fantaisie et leur spécialisation. En deux mots :

Claire de Beauchamps (Mme Marguerite Ducouret), demi-mondaine ambitieuse et toujours sans protecteur, se fait toucher à Deauville par l'aile de la superbe voiture de Lord Steeple, lord anglais de toute première qualité ; elle simule l'accident grave et les assiduités du lord auprès de sa pseudo victime amènent l'auteur de l'accident à la bienheureuse demande en mariage. Mais si Claire peut simuler l'indispensable honnêteté, elle ne peut cacher qu'elle a une fille Geneviève qui justement arrive au moment où elle aurait mieux fait de rester chez elle. Geneviève qui a 25 ans et qui tient de petits rôles au théâtre fait aussi du cinéma, c'est une sucrée et dessalée à la fois, et par dévouement filial, elle accepte de reblanchir et rajeunir sa maman en raccourcissant ses jupes et en jouant l'ingénue de treize ans. Dès lors les incidents se multiplient favorisés par la clairvoyance de la sœur de lord Steeple : Lady Mary (Jeanne Loury) anglaise hautaine et pudibonde, ainsi que par le jeune Harry (Charles Deschamps) le propre fils de Lord Steeple, un petit noceur de garçon farceur et joueur sans grande malice. Tout s'arrange pour le mieux au moment même où tout paraît le plus compromis, Geneviève deviendra l'épouse d'Harry et sa mère épousera tout de même son beau-père.

Les Variétés nous offrent là de quoi passer une bonne soirée amusante et reposante à la fois. Ces galéjades supérieures ont toujours la chance d'être finement et artistement jouées.

Jean SÉJOURNET,
**de la Société des Auteurs**

# Comptes rendus, documents, pièces officielles...

## RAPPORT DU DOCTEUR ROZOY

*Médecin du Dispensaire de Charleville,*
*Délégué de l'Office d'hygiène sociale du département des Ardennes.*

lu à la Réunion de l'Assemblée générale de l'Office d'hygiène sociale, le 26 juin 1931.

Le VII[e] Congrès national de la Tuberculose, tenu à Bordeaux du 30 mars au 2 avril 1931, comportait un ordre du jour de la plus haute importance au point de vue médico-social :

1° Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. Rapporteurs : Prof. Bezançon, D[rs] Philibert et Paraff (Paris).

2° Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : Prof. Leuret et D[r] Caussimon (Bordeaux).

3° Etat actuel du Traitement de la tuberculose pulmonaire. Rapporteur : D[r] Burnan, de Lausanne.

4° Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax : à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : D[r] Kuss (Paris), D[r] Secousse et D[r] Piéchaud (Bordeaux).

5° Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée métropolitaine. Rapporteurs : M. le Médecin lieutenant-colonel Pilod et M. le Médecin commandant Le Bourdelès (du Val-de-Grâce).

Plus que tout autre médecin phtisiologue, le médecin de dispensaire est aux prises avec toutes ces difficultés et leurs conséquences financières pour le malade, sa famille, et aussi pour la commune, le département, l'Etat.

M. le Professeur Léon Bernard, en clôturant une de ces discussions, s'est fait l'écho de l'étonnement du Comité d'organisation de voir la foule nombreuse des congressistes (plus d'un millier) dont un grand nombre ont préféré suivre les discussions à la dégustation de vins chaleureux, à la visite des chaix et autres attractions qui semblaient devoir leur être plus agréables. Les amphithéâtres assez vastes pourtant de la Faculté furent chaque jour trop petits pour contenir la foule des auditeurs et on voyait, comme à la Chambre les jours de grandes séances, une foule faire queue et ne pas entrer, ceux de l'intérieur ne consentant pas à céder leur place aux derniers venus et tenant jusqu'au bout.

La préservation de la tuberculose par la vaccination B. C. G. n'était pas à l'ordre du jour ; il n'en a

été parlé au Congrès que dans les discours officiels du début et de la fin « *inter pocula* » sans discussion.

Des controverses assez vives s'échangent actuellement à ce sujet. Une enquête est ouverte à la demande du Docteur Calmette, peut-être aurons-nous nous-mêmes à y apporter les faits troublants que nous avons eus à enregistrer ; j'en ferai, si vous le voulez bien, l'objet d'une communication dans une de nos prochaines réunions.

Laissant de côté le point de vue scientifique de toutes les discussions quelquefois passionnées des questions mises à l'ordre du jour, je ne veux en tirer que les conséquences pratiques pour tous.

Comme l'écrit mon confrère Henry Thiel dans la *Quinzaine Médicale*, « sous le ciel doux du Midi occidental, printemps déjà fleuri, le soleil ironique, mi rieur, « mi boudeur, paraissait dire à la Montaigne « Que sçais-« je, que sçavons-nous ». La bonne foi et la bonne « humeur de tous n'ont pas manqué d'avouer « Oh ! « très peu », mais voici pourtant comment nous es-« sayons de savoir et où nous en sommes de notre « certitude. »

La bactériolyse du bacille tuberculeux, question de Laboratoire, n'est pas encore au point. Ce qui parait sûr ou presque, c'est qu'il n'y a pas d'immunité spontanée contre la tuberculose pour l'homme. Nos humeurs, notre sang, nos exsudats sont de médiocrité notoire contre le bacille ; ils arrivent à le supporter, à l'équilibrer avec lui et lui avec eux, mais c'est tout.

Le Congrès n'a pas permis d'espérer encore le médicament chimique ni l'excitant physiologique qui permettra d'obtenir dans l'organisme la destruction du bacille de la tuberculose.

Les rapports et la discussion de la question n'ouvrent pas d'horizons menteurs, nul espoir pour les marchands d'orviétan, nul mirage, nulle déception ne suivront ces honnêtes travaux qui concluent : « que ce que nous savons le mieux c'est que nous ne savons « rien ... ou presque ».

Pour la question du diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses, la lecture du rapport paru dans le n° 3 (mars 1931) de la *Revue de la tuberculose* vous montrera le résumé de cinquante années de recherches, bon remède à un scepticisme trop fréquent sur les choses de la tuberculose. On ne sait rien. SI, et vous verrez qu'on sait quelque chose, quelque chose de possible pour tout médecin. Mais si, du domaine médical nous passons dans le domaine social tout change. Car après avoir contrôlé, par exemple chez un réformé de guerre ou d'après-guerre, hélas, que les lésions pulmonaires tuberculeuses ne sont plus actives ou en évolution, c'en est fini des 10.000 francs d'indemnité de soins s'ajoutant à al pension.

Le jour où le médecin vient dire à un malade de clientèle ordinaire, « vous êtes guéri, vos lésions n'ont plus d'activité, vous pouvez reprendre votre travail, etc., c'est la joie ; mais quand dans une famille peu aisée, quelquefois nombreuse, le père réformé de guerre à 100 %, recevant 20, 27 ou même jusqu'à 31.000 francs se voit retirer brutalement par un médecin, fut-il surexpert, dix fois diplômé, la somme de 10.000 francs d'indemnités de soins qu'il touchait depuis X temps et qu'il estimait devoir conserver sa vie durant, tout change. Au lieu de la joie, le médecin apporte le désespoir et il pleut sur le dos du pauvre malheureux expert certificat sur certificat de médecins se croyant plus compétents les uns que les autres, attribuant à la tuberculose des signes généraux, fonctionnels, physiques, circulatoires, radiologiques ou autres, etc., qui peuvent aussi bien être attribués à toute autre cause ; la discrimination n'est pas toujours facile ni aisée, et finalement le malade balloté d'expertise en expertise finit un jour ou l'autre par avoir cette fois une reprise nette d'activité de sa tuberculose.

Si bien que l'Etat, quoi qu'il fasse est condamné à verser encore et toujours l'indemnité de soins de 10.000 francs.

Question sociale très grave, très difficile à résoudre que je signale en passant à ceux d'entre vous qui seront peut-être appelés à chercher à la résoudre. Si encore cette indemnité de soins servait réellement aux soins. Mais laissons cela et passons justement au traitement de la tuberculose.

Un de nos confrères suisses a fait un résumé merveilleux de l'état actuel du traitement de la tuberculose.

A part les sels d'or, qui peut-être, croient encore quelques-uns, ont quelque activité sur le bacille de Koch, il n'y a pas d'autre traitement de la tuberculose que :

Le repos,

Le régime diététique,

Le pneumothorax.

Donc, un seul traitement vraiment efficace de la tuberculose : le pneumothorax.

Il faut en généraliser l'emploi.

Pour le rapporteur le pneumothorax n'est réellement efficace qu'associé à la cure de repos en sanatorium.

Pour d'autres le pneumothorax, dit « ambulatoire », en cure libre à domicile peut également donner de bons résultats. Toutefois ceux qui défendent le pneumothorax ambulatoire reconnaissent volontiers qu'il n'est qu'un pis-aller imposé par les circonstances, tous les malades ne pouvant être admis en sanatoriums faute de place est tous les malades ne pouvant se payer le luxe d'un repos absolu longtemps prolongé. La cure à domicile en famille a ses détracteurs et ses partisans et l'on pourra encore longtemps discuter sur ce sujet sans arriver à s'entendre tout est affaire de circonstances, de lieu, de temps et d'argent.

Il n'en reste pas moins que le pneumothorax ambulatoire en cure libre, s'il n'est pas l'idéal, rend de grands services et peut sauver les malades qui sans lui auraient vu leur état s'aggraver pour ne pas dire plus.

Naturellement, les médecins de sanatoriums prétendent être seuls aptes à créer un pneumothorax. Les médecins de dispensaires fonctionnaires se sou-

cient fort peu de voir ajouter encore cette charge à leur service. Les médecins phtisiologues avec ou sans dispensaires se déclarent en droit de créer des pneumothorax, enfin certains médecins praticiens de médecine générale disent : « créer un pneumothorax n'est pas plus difficile ni plus dangereux que toute autre intervention de médecine courante et usuelle ; le pneumothorax doit tomber dans le domaine public du praticien tout court. » Tout le monde veut avoir raison et, au fond, tout le monde a raison. Il est certain que dans l'avenir tout médecin praticien pourra et devra être apte à créer et à entretenir un pneumothorax ; mais de même qu'il y a des spécialistes, chirurgiens, oculistes, oto-rhino, etc..., il est mieux et il est préférable qu'un certain nombre de médecins, dits phtisiologues, soient spécialisés et s'occupent particulièrement de cette question.

Un pneumothorax peut-être créé et entretenu par n'importe quel médecin de sanatorium, de dispensaire, phtisiologue ou non pourvu que celui-ci ait le temps et la compétence voulus.

Or, les médecins de sanatoriums ont un nombre de lits limité. Il en est de même des médecins d'hôpitaux qui manquent toujours de place. Les médecins de dispensaire fonctionnaires craignent d'entrer en lutte avec les médecins praticiens qui ne les voient pas partout d'un très bon œil. Force est donc de déclarer qu'à l'heure actuelle, bien que le traitement idéal de la tuberculose soit le pneumothorax associé à la cure sanatoriale, vu l'insuffisance actuelle de notre armement antituberculeux, en lits de sanatorium, lits d'hôpitaux, force était de ne pas condamner le pneumothorax ambulatoire en cure libre qui avait déjà donné des résultats assez satisfaisants avec le minimum de frais.

L'accord s'est fait sur les points suivants :

Création et entretien du pneumothorax en sanatorium, c'est l'idéal ;

Création et entretien du pneumothorax à l'hôpital sanatorium quand il y en aura en nombre suffisant ;

Création et entretien du pneumothorax à l'hôpital, à ce sujet il y a lieu d'émettre des vœux multiples :

1° Que chaque hôpital ait un service séparé des autres services, tout au moins des salles spéciales réservées aux tuberculeux, ou mieux des pavillons séparés réservés aux tuberculeux, distincts des pavillons de contagieux et qu'on ne voie plus un tuberculeux mis à côté d'un enfant atteint de rougeole ou de scarlatine, ou d'une fièvre puerpérale accompagnée de sa progéniture.

2° Que les services de tuberculeux hommes, femmes et enfants soient séparés suffisamment pour éviter toute promiscuité et soient munis d'un appareil de radioscopie et de stérilisation des objets usuels.

3° Que les services de tuberculeux comprennent deux sections, une de chroniques incurables, qui pourrait être annexée à l'hospice quand il y en a un, une de malades aigus curables.

Il est inadmissible qu'un pavillon ou une salle de tuberculeux soit encombré de malades incurables et que les malades aigus soient obligés d'attendre la mort d'un chronique pour entrer à l'hôpital et y recevoir des soins qui seraient urgents : pneumothorax d'urgence, par exemple, pour une hémoptysie. En un mot que le service des tuberculeux ne soit pas une sorte d'antichambre de chez Morgani ni un refuge où l'on fourre tous les chroniques de médecine ou de chirurgie pour s'en débarrasser ; cela se voit encore malheureusement dans les hôpitaux soi-disant modernisés ;

4° Que le personnel de chargé de ce service soit un personnel de choix, payé en conséquence, en nombre suffisant pour ne pas être de service nuit et jour et ayant assez de congé journalier pour changer d'air et de milieu ;

5° Que le médecin chargé de ce service ait la compétence nécessaire et puisse s'adjoindre un personnel stable. Rien n'est plus désespérant que de dresser continuellement du personnel et quand tout marche à peu près de voir la surveillante envoyée au service des cuisines, l'infirmier passer à la chirurgie, ne laissant dans le service que du personnel impropre à tout emploi sérieux : hospitalisés, minus habens, vieillards ou infirmes sont encore trop souvent employés à ces services par esprit d'économie ;

6° Que soit annexée à ces pavillons de tuberculeux une galerie de cure avec le matériel nécessaire et adéquat.

7° Que l'hôpital soit établi en dehors des villes, sur un terrain et dans un endroit appropriés.

Comme vous le voyez, l'hôpital n'est pas encore prêt à recevoir ces malades porteurs de pneumothorax. Tout est à faire, tout peut et doit se faire rapidement.

Mais cela va encore moins si, du sanatorium et de l'hôpital nous descendons au dispensaire. Alors, là, actuellement tout au moins, pas d'accord possible.

1° La plupart des médecins de dispensaire, fonctionnaires ou non (il y a 70 fonctionnaires sur 707 dispensaires, un médecin de dispensaire sur 10 est fonctionnarisé, de 30 à 45.000 francs par an ; il faudrait 28 millions par an si tous les médecins de dispensaire étaient fonctionnarisés) la plupart des médecins de dispensaire, donc, prétendent :

Les fonctionnaires : n'avoir pas le temps étant déjà trop occupés, et puis, pendant leur mois de vacances (car eux, ils ont des vacances payées) qui entretiendra les pneumothorax ?

Fonctionnaires ou non, tous disent : nos installations sont la plupart du temps des installations de fortune, nous n'avons ni la place, ni le personnel, ni le matériel radiographique ; nos infirmières sont déjà en nombre insuffisant, nous avons déjà recours à du personnel incompétent, comment voulez-vous que nous puissions y arriver ?

Enfin il y a la grosse question de l'accord avec le Corps médical auquel on a formellement promis que les dispensaires antituberculeux resteraient des organismes de prophylaxie, de dépistage, de diagnostic et n'entreraient pas dans la voie des traitements. Le

rapport récent du Dr Poix, au nom du Comité national de la tuberculose est formel à ce sujet. Malgré cela MM. les professeurs L. Bernard, Rist, et autres pensent que l'heure est venue d'entrer dans une voie nouvelle.

Finalement la conclusion fut la suivante :

Le médecin de dispensaire sera admis à entretenir les pneumothorax s'il n'y a dans la région ni sanatorium, ni hôpital, ni médecin phtisiologue ou praticien capable d'entretenir un pneumothorax. Dans le cas contraire jusqu'à nouvel ordre il devra s'abstenir de faire du traitement. Le traitement de la tuberculose par le pneumothorax dit ambulatoire est un mal nécessaire à l'heure actuelle faute de place dans les sanatoriums. Mais il faut bien le dire tout haut ici, dans leur for intérieur, grand nombre de congressistes pensaient que le temps n'était pas éloigné où l'on admettrait enfin la faillite du sanatorium populaire, son peu de résultats vraiment pratiques, et où l'on reconnaîtrait que l'argent serait mieux employé à démolir des quartiers insalubres de ville et même de campagne, à améliorer l'hygiène des habitations, des usines, des bureaux où l'on ne connaît ni les aspirateurs de poussières, ni les lavages, ni l'aération. Vue de l'avenir peut-être plus proche qu'on ne le croit, enfin les travaux du Congrès prennent fin par une question médico-militaire :

Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée métropolitaine.

Je dois avouer franchement que je me suis laissé tenter par la visite du Château-Haut-Brion, du sanatorium Arnozan, du Château Haut-Lévêque et du Repos maternel à Gradignan, et bien qu'ayant dédaigné de déguster un « Château Haut-Brion » offert à une heure indue, je n'ai pas regretté mon choix.

Je ne dirai que peu de choses du Sanatorium Arnozan : Sanatorium banal, vulgaire, établi dans des loeaux non créés pour cet usage, un ancien château dont on a tiré le meilleur parti possible ; peu de choses du Château Haut-Lévêque, où en dehors et à côté du Château on a créé un sanatorium de luxe dernier cri du genre avec chambres vastes, salle de bain et cabinet de toilette annexés à chaque chambre, encore plus vaste que la chambre du malade ; galeries de cure et d'aération, laboratoire et appareils de radiographie compliqués marchant électriquement, permettant de faire des radiographies dans toutes les positions possibles avec tout le confort dernier chic. Mais .....

Prix minimum 120 francs par jour plus le reste ...

Le sanatorium est entouré de bois de pins, poussant sur un terrain qui était quelque peu marécageux lors de notre visite, pouvant faire craindre la présence de moustiques l'été.

Enfin le repos maternel à Gradignan, fondation de Mme Deutsch de la Meurthe, gérée par le Bureau de bienfaisance de Bordeaux dans un parc de cent hectares (dessiné par Lenôtre). Un immeuble d'une propreté éblouissante de la cave au grenier en passant par les Waters et les salles de bains et de douches où les appareils (fixés depuis plusieurs années) semblent sortir de chez le fournisseur ; des faïences intactes, des murs non éraillés, des peintures vieilles, mais propres et pourtant sont hébergées là toutes les femmes enceintes de Bordeaux qui le désirent : trois mois de repos avant l'accouchement, trois mois de repos après l'accouchement ; non seulement la femme enceinte, mais tous ses enfants qui ne sont pas en âge de travailler quel que soit leur nombre. Il y avait là lors de notre visite, une dizaine de femme enceintes, et à peu près autant ayant accouché, entourées de leurs enfants. Berceaux et lits simples, portatifs pouvant être mis dehors rapidement. La vie au grand air toute la journée est de règle. Le médecin du pays chargé de la surveillance de tout ce petit monde habite à 500 mètres de la propriété, et comme avec Mme Calmette je m'étonnais et nous nous demandions comment il pouvait obtenir une pareille propreté, une pareille discipline avec tout ce grand et petit monde, il nous répondit simplement. « Administrateur, Supérieure des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul et médecin se tiennent comme les doigts de la main ; ils ne font rien l'un sans l'autre. Vous jugez de vous même et voyez le résultat ».

Il me semble apercevoir dans le lointain, mais y a-t-il encore à notre époque de vitesse d'autres lointains que ceux de nos vénérables administrations ? Il me semble dis-je apercevoir les lueurs de l'aube d'une ère nouvelle dans laquelle la querelle des anciens et des modernes aura pris fin, dans laquelle partisans de l'hérédité et partisans de la contagion de la tuberculose seront enfin d'accord ; dans laquelle médecins et administrateurs auront signé la Paix ; et surtout, n'écoutez pas la voix railleuse qui susurre à vos oreilles : « les Temps seront alors révolus, ce sera la fin du monde dans la Paix éternelle ».

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique gynécologique.** (Hôpital Broca, 3, rue Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE). — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — M. E. DOUAY, chef des travaux gynécologiques ; M. PEYTAVIN et M. SAINT-PIERRE, chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 20 juin au 2 juillet 1932.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. FAURE.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche : le matin de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mickulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examen de malades à l'Amphithéâtre.

Une démontration cinématographique aura lieu le 2 juillet 1932.

PROGRAMME DU COURS. — 1. Diagnostic gynécologique. Hystérométrie. Ponction du Douglas. Biopsie. Injection de lipiodol. — 2. Stérilité utérine et tubaire. Insufflation tubaire. Opérations pour stérilité. — 3. Antéflexion. Rétroversion. Pessaires. Ligamentopexie. Latérodéviation et grossesse angulaire. — 4. Déchirure périnéale. Prolapsus génital. Périnéorraphie. Opération combinée. Prolapsus sénile. Cloisonnement du vagin. — 5. Métrite du col. Filhos. Electrocoagulation. Amputation du col. Métrite du corps. Instillation. Curettage. — 6. Salpingites. Vaccination. Hystérectomie subtotale. Pelvipéritonite. Colpotomie. — 7. Salpingite tuberculeuse. Grossesse extra-utérine. Transfusion. — 8. Avortements et accidents consécutifs. Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale. — 9 Ovarite scléro-kystique. Kystes de l'ovaire et complications. Tumeurs solides de l'ovaire. — 10. Fibromes. Radium et rayons X. Myomectomie. — 11. Cancer du corps. Biopsie endo-utérine et lipiodol. Hystérectomie totale. Cancer du sein. — 12. Cancer du col. Curiethérapie. Hystérectomie totale large. Mikulicz.

Le droit à verser est de 250 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** — Le 12 juin, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Sants-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. le Prof. agrégé HUTINEL sur l'*hérédo-syphilis et son traitement.*

— **Hôpital de la Pitié.** — Le 12 juin, à 10 h. 1/2, dans le service du Professeur RATHERY, conférence du Docteur J. MARIE, chef de clinique, sur l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire.

— **Deuxième concours de médecin des hôpitaux.** — *Composition écrite.* — Séance du 23 mai. — MM. Clément, 19,90 ; Lambling, 19,45 ; Chevalley, 19,72 ; Escalier, 18 ; Layani, 20.

Séance du 25 mai. — MM. Azerad, 19 ; Laporte et Bariéty, 20 ; Hillemand, 18,36 ; Julien Marie, 20.

*Epreuve clinique de nomination.* — Séance du 27 mai. — Ont obtenu : MM. Layani, 19,81 ; Bariéty, 20 ; Clément, 19,90 ; Marie, 19.90 ; Laporte, 20.

A la suite du concours qui vient de se terminer, sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Bariéty, et Laporte.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Le jury du prochain concours est définitivement composé de MM. Le Lorier, Funck, Rudaux, Vignes, Lemeland, Moreau et Chevrier.

*Lecteurs* : MM. Ravina et Desnoyers.

# INSTITUT DU CANCER

*14, avenue des Ecoles à Villejuif*

## Enseignement

*Cours de perfectionnement sur le cancer* sous la direction du Professeur Gustave Roussy, directeur de l'Institut du cancer, membre de l'Académie de médecine, par MM. Guy, Leroux, Oberling, Sannié et Verne, chefs de services à l'Institut du cancer ; Chastenet de Géry, Huguenin, Mme Laborde, M. Peyre, chefs de services au Centre anticancéreux ; et MM. Aman-Jean, Bertillon, Bollack, Foulon, Gutman, Huet, Nemours, Wickham, chefs de consultations spéciales et assistants au Centre anticancéreux.

Ce cours est destiné aux médecins français et étrangers. Il commencera le vendredi 1er juillet 1932 et se poursuivra tous les jours, matin et soir, jusqu'au 30 juillet inclus.

Il comportera : 1° Des conférences théoriques et cliniques qui seront communes à tous les médecins inscrits au cours, et qui auront lieu le matin de 11 h. 1/4 à 12 h. 1/4 et le soir de 14 h. 1/2 à 16 h. 1/2 ; 2° Des démonstrations et des manipulations pratiques qui auront lieu tous les jours de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/4 ou à 12 h. 1/2, suivant les jours et suivant les sections A et B, entre lesquelles les auditeurs auront à faire leur choix au moment de leur inscription.

La section A, biologique, comprendra des travaux pratiques et des manipulations de laboratoire. La section B, clinique, comprendra des examens de malades et des manipulations thérapeutiques : traitements par les rayons X, le radium et l'électrocoagulation. Le nombre de places, dans chaque section, est strictement limité à 20, soit 40 élèves en tout.

Le droit d'inscription est fixé à 600 francs. Un certificat-diplôme sera délivré aux auditeurs à la fin du cours, avec mention de la section dans laquelle ils auront été inscrits.

Programme des conférences et des démonstrations. — I. *Conférences.* — 1. M. G. Roussy : Orientation actuelle des idées sur le cancer. — 2. M. G. Roussy : Quelques questions discutées sur l'étiologie du cancer (cancer et traumatisme. Cancer et contagion. Cancer et hérédité).

*Etude biologique d'ensemble du processus cancéreux.* — 3. M. G. Roussy : La cellule et le tissu cancéreux. — 4. M. R. Huguenin : Les récidives et les métastases. — 5. Mme S. Laborde : La radiosensibilité des tissus.

*Etude anatomo-pathologique des cancers.* — 6. M. R. Leroux : Importance de l'anatomie pathologique en cancérologie. Diagnostic, pronostic, autopsies. — 7. M. R. Leroux : La biopsie. Valeur, technique, interprétation. — 8. M. R Leroux : Anatomie pathologique des cancers bucco-pharyngés. — 9. M. R. Leroux : Anatomie pathologique des cancers du sein. — 10. M. R. Leroux : Anatomie pathologique des cancers de l'utérus. — 11. M. R. Leroux : Anatomie pathologique des cancers des os.

*Etude clinique de quelques variétés de cancers.* — 12. M. G. Roussy : Cancers de la peau. — 13. M. R. A. Gutmann : Cancers de l'estomac et de l'intestin. — 14. M. R. Huguenin : Cancers du poumon. — 15. M. R. Huguenin : Tumeurs du médiastin. — 16. M. Y. L. Wickham : Cancers de la cavité buccale. — 17. M. P. Ch. Huet : Cancers du larynx et du pharynx. — 18. M. J. Bollack : Cancers et tumeurs de l'œil. — 19. Mme S. Laborde : Cancers de l'utérus. — 20. M. Fr. Aman-Jean. Tumeurs bénignes de l'utérus. — 21. M. Chastenet de Géry : Cancers et tumeurs du sein. — 22. M. F. Bertillon : Cancers de l'œsophage et du rectum. — 23. M. P. Foulon : Lymphogranulomatose. — 24. M. A. Nemours : Cancers et tumeurs des os. — 25. M. R. Huguenin : Cancers du corps thyroïde. Tumeurs de la parotide. — 26. M. P. Foulon : Sarcomes des tissus mous.

*Le cancer expérimental* : 27. M. Ch. Oberling : Cancer greffé. (Premiers travaux. Conditions de réussite. Evolution du cancer greffé). — 28. M. Ch. Oberling : Réactions d'immunité dans le cancer greffé. — 29. M. Ch. Oberling : Les sarcomes infectieux des oiseaux. Histologie et histophysiologie. — 30. M. Ch. Oberling : Les sarcomes infectieux. Recherches modernes. — 31. M. Ch. Oberling : Le cancer provoqué. Greffes. Rayons X. Spiroptères. — 32. M. Ch. Oberling : Le cancer du goudron. Histologie et physiopathologie. — 33. M. Ch. Oberling : Modes d'action du goudron. Substances cancérigènes. Influences endo et exogènes. — 34. M. Ch. Oberling : Considérations générales sur le cancer expérimental. Réactions de l'organisme. Applications à l'étude du cancer humain.

*Etude chimique et physio-chimique du cancer* : 35. M. Ch. Sannié : Métabolisme de la cellule cancéreuse. — 36. M. Ch. Sannié : Métabolisme de l'organisme cancéreux. — 37. M. Ch Sannié : Chimiothérapie des cancers. — 38. M. Ed. Peyre : Le pouvoir sensibilisateur des sérums et le diagnostic du cancer.

*Etude sérologique et bactériologique du cancer* : 39. M. A. Guy : Infections secondaires dans les cancers. — 40. M. A. Guy : Le sang des cancéreux. Hématologie et culture. — 41. M. A. Guy : Réactions de diagnostic (déviation du complément), pouvoir diastatique. — 42. M. A. Guy : Réactions de diagnostic (pouvoir réducteur, floculation)..

*La culture des tissus et le cancer* : 43. M. J. Verne : Conditions et technique de la culture des tissus. — 44. M. J. Verne : Résultats généraux de la méthode de culture des tissus. — 45. M. J. Verne : Culture des tissus et cancer. — 46. M. G. Roussy : Le cancer du point de vue social.

II. — *Démonstrations cliniques et thérapeutiques (section B).* — I. — Radiothérapie (rayons X et radium) ; (Mme Laborde, MM. Nemours et Wickham, Aman-Jean). — A. Généralités sur l'application des rayons X ; radiothérapie profonde ; B. Généralités sur les rayonnements du radium ; technique et appareils ; C. Traitement par les rayons X et le radium des diverses variétés de cancers (peau, cavité bucco-pharyngée, larynx, utérus, sein, œsophage et rectum, corps thyroïde, sarcomes). — D. Accidents thérapeutiques et professionnels provoqués par les radiations. — II. Electro coagulation et son application au traitement de certains cancers (M. Huguenin). — III. Traitement chirurgical des cancers du sein et opérations palliatives de certains cancers (M. Chastenet de Géry).

III. *Travaux et manipulations de laboratoires* (Section A). — Anatomie pathologique (MM. Leroux, Vernes, Perrot) : 1° Technique histologique en général. Prélèvements. Fixations, déshydratation, inclusions : paraffine, celloïdine, gélatine (Gaskell-Graff, modifications de Heringa). Les fixateurs : Formol, Bouin, Dubosq, Helly, Orth-Muller, Ciaccio, Carnoy, Maximow, alcool, Tupa. Buts visés par chacun d'eux. Colorations : hémalun, érythrosine, safran. Démonstrations histologiques sur les cancers de la peau. — 2° Théories

de fixation et de coloration. Colorations trichromes (Masson, Leroux, Heidenhain). Démonstrations histologiques sur les cancers des organes génitaux chez la femme. — 3° Théorie de la coloration vitale. Colorations : Dominici, Weigert, Unna-Taenzer. Colorations mitochondriales : Altmann, Regaud. Démonstrations histologiques de colorations vitales et de cancers des organes génitaux de l'homme et des organes urinaires. — 4° Théorie des imprégnations. Colorations, argentations, méthode de Best. Démonstrations histologiques de cancers du tube digestif. — 5° Théorie des méthodes de reconstruction. Mesures à effectuer sur coupes microscopiques. Coupes à la congélation avec ou sans inclusion à la gélatine. Coloration de graisses (Soudan, Scharlach, bleu de Nil, chlorophile) Examens rapides à l'Ultropak. Démonstrations histologiques de cancers de l'appareil respiratoire.

Séro-bactériologie (M. Guy, Mlle Marchal) : Chaque élève exécutera les différentes manipulations ci-dessous et dans chacune des cinq séances s'occupera à la fois de bactériologie et de sérologie. *a*) Bactériologie. Isolement et identification d'un germe d'infection secondaire. Préparation d'un vaccin ou d'un bactériophage contre ce germe. — *b*) Sérologie : Etude expérimentale de quelques réactions sérologiques. Recherche du pouvoir antitryptique du sérum. Réaction de Thomas-Binetti au bleu de méthylène. Réaction de Roffo au rouge neutre. Réaction de Bothello. Albumine A réaction de Kahn. Réactions de floculation de Roffo et de Vernes.

Culture des tissus (MM. Verne, Odiette) : 1° Saignée. Récolte du plasma. Opérations préliminaires à la culture. Stérilisation. Préparation des milieux. — 2° Préparation du jus embryonnaire. Prélèvement des fragments et mise en culture. — 3° Examen des cultures vivantes. Mesures de croissance. — 4° Repiquage. Boîtes de Carrel et boîtes de Borrel. — 5° Préparations permanentes obtenues à l'aide des cultures.

Médecine expérimentale (MM. Oberling, Guérin) : 1° Organisation du service de médecine expérimentale. Mode d'élevage et d'entretien des animaux. Repérages. Régimes. Isolement et désinfection. Méthodes d'observation et enregistrement des documents. — 2° Techniques opératoires sur les principales variétés d'animaux de laboratoire. Instruments. Matériel de contention. Anesthésie. Prise de sang. Injections intraveineuses. Autopsie. — 3° Technique des greffes de cancer. — 4° Badigeonnage. Extirpation des tumeurs. Broyage, préparation des filtrats. — 5. Etude macroscopique et histologique des cancers spontanés et provoqués.

Chimie (M. Sannié, Mlle Abragam, M. Truhaut) : 1° Métabolisme anaérobie du tissu tumoral *in vitro* (Warburg). — 2° Métabolisme aérobie du tissu tumoral *in vitro* (Warburg). — 3° Equilibre acido-basique de l'organisme, pH, réserve alcaline. — 4° Equilibre oxydo-réducteur rH2-glutathion. — 5° Dosages du calcium, du phosphore et de la glycérine.

Horaire. — Les conférences auront lieu tous les jours : le matin, de 11 h. 1/4 à midi 1/4, dans la Salle de consultation ; l'après-midi, de 14 h. 1/2 à 16 h. 1/2 dans l'amphithéâtre de l'Institut.

Les démonstrations cliniques et thérapeutiques se feront, au cours de la matinée, dans la Salle de consultation et dans les services de radiothérapie, de curiethérapie et de chirurgie.

Les travaux pratiques de laboratoire se feront tous les matins dans les différents laboratoires de l'Institut.

Remarques. — Les médecins inscrits au cours de Perfectionnement du cancer pourront utiliser comme moyen de transport, un autobus spécial qui fait le service, matin et soir, entre la Faculté de médecine et l'Institut du cancer. Ils pourront aussi, s'ils le désirent, prendre pension, pour le lunch, à l'Institut du cancer. Les auditeurs du cours sont priés de se munir à l'avance d'une blouse et d'un tablier.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Collangettes, d'Aigueperse (Puy-de-Dôme) ; du Dr Emile Bitot, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux; du Dr Ghislain-Houzel, de Paris ; du Dr Fodiman, de La Bastide-Rouairoux (Tarn.)

— **Inauguration du pavillon Laennec au Sanatorium des Escaldes** (Pyrénées-Orientales, 1350 mètres altitude). — Les Escaldes sont en fête. Aux pieds de l'antique ermitage de N.-D. des Grâces, ermitage plus de dix fois centenaire, se sont élevés, grandioses, sur les ruines d'un ancien établissement thermal, et le Pavillon Laennec et le Pavillon Pasteur, agrémentés de gracieuses villas.

Le Docteur Hervé, fondateur du Sanatorium de Lamotte-Beuvron, sanatorium de plaine, séduit par la valeur thérapeutique du climat Cerdan, par la majesté du paysage que l'on a sous les yeux à cette altitude, décida de compléter son œuvre en créant, avec une foi que rien n'aura pu décourager, un sanatorium de montagne : le Sanatorium des Escaldes.

... Or, le lundi 15 mai 1932, médecins, malades, amis, collaborateurs se sont groupés autour du Docteur Hervé, pour assister à l'inauguration du Pavillon Laennec et d'une plaque commémorative de l'œuvre accomplie. Fête de famille, fête intime que préside Mme Hervé, avec une grâce qui cherche à s'effacer, fête où la profonde émotion ressentie par tous se reflète sur tous les visages.

Dans le grand hall, on se presse : le drapeau français qui recouvrait la belle plaque de marbre vient d'être enlevé. Le médaillon du centre, dû au ciseau du sculpteur Paulin, représente l'énergique figure du Docteur Hervé. L'ensemble a été réalisé par l'éminent architecte de la Compagnie des chemins de fer du Midi, M. Henri Martin.

Et voici qu'au nom des malades et des anciens malades, accourus de tous côtés, le président du Comité d'organisation de cette cérémonie, vient dire toute la reconnaissance de ceux que leur bienfaiteur a arrachés à une mort certaine. Au nom du Docteur Ollivier, son collègue, et aussi en son propre nom, le Docteur Juel, assistant du Docteur Hervé, retrace l'œuvre entreprise et réalisée : belle synthèse d'une technique que l'expérience affine chaque jour... Un poète, en strophes châtiées, exprime les sentiments de tous. Mais le petit personnel ne veut pas être le dernier à dire « au bon docteur » ce que son cœur reconnaissant lui dicte.... et cela fut bien ainsi.

Au nom du corps médical, représenté par MM. L. Lau-

bet, Albertin, Cappelle, Reygasse, Esnault, Gibert, Tibi, Groc, Sanias, Ollivier, Juel, ainsi que le secrétaire général de l'Union médicale latine, le Docteur Saporte, de Perpignan, prononce une allocution de très haute tenue scientifique où il loue comme il convient le créateur de la climatologie et de la phtisiothérapie cerdannes. Mandaté par son conseil de direction, le scrétaire général de l'Umfia vient témoigner de sa profonde et vieille amitié pour ce beau lutteur qu'est le Docteur Hervé et lui apporter, avec les félicitations de tous, le témoignage de la très vive sympathie que le conseil nourrit pour l'un de ses membres les plus écoutés.

Gerbes de fleurs de la montagne, gerbes de fleurs des jardins forment une « symphonie de couleurs » qui rarement a été égalée. Une véritable ovation salue M. Hervé au moment où, profondément ému, il va prendre la parole pour remercier et les uns et les autres... Hommage respectueux et reconnaissant à son père qui a guidé l'éducation de ses deux enfants ; hommage respectueux et reconnaissant aux éminents maîtres qui ont nom Faisans, Le Gendre et Maurice Letulle, auxquels il doit le meilleur de sa formation médicale et son orientation vers la phtisiologie.

Climatothérapie et héliothérapie, chimiothérapie et collapsothérapie, chirurgie pulmonaire dont il prévoit le brillant avenir dans des temps plus rapprochés que d'aucuns ne le croient, le Docteur Hervé en rappelle les étapes. Le traitement de la tuberculose est complexe où, suivant chaque malade, la technique doit varier mais où, toujours, la climatothérapie aura un rôle de tout premier plan à jouer. Voilà la justification scientifique des Escaldes.

Le Docteur Hervé n'a-t-il pas le droit de faire siennes les conclusions de la leçon inaugurale du Professeur Leuret, citées par Duchesne :

« Par notre effort personnel, au temps dont l'essence est de s'écouler, puisque notre destinée est de passer, efforçons-nous d'accrocher des œuvres qui durent. » (Molinéry).

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Recrutement des donneurs de sang volontaires.* — L'Administration des Hospices civils de Lyon rappelle qu'un service pour la transfusion sanguine fonctionne dans ses établissements depuis 1926. Il est accordé aux donneurs :

1° La médaille de l'Administration des Hospices, après la première transfusion à laquelle ils se sont prêtés :

2° Une indemnité de 300 francs pour chaque transfusion, si la quantité de sang transmise est inférieure à 250 grammes ;

3° Une indemnité de 500 francs pour chaque transfusion, si la quantité de sang transmise est égale ou supérieure à 250 grammes.

— **L'Hygiène publique à la conférence internationale du travail.** — A la 15e session de la conférence internationale du Travail, a été adoptée une résolution concernant les remèdes à la crise mondiale (résolution Jouhaux-Mertens-Schürch), avec l'addition suivante due à l'initiative de M. de Castro, délégué du Gouvernement de l'Uruguay :

« La Conférence, étant donné que, parmi les travaux publics envisagés pour remédier à la crise actuelle, ceux de l'*hygiène publique* présentent cet avantage de contribuer à l'amélioration du bien-être des populations et à l'élévation de leur niveau de vie, propose que le Conseil d'administration charge le Bureau international du travail de demander aux Gouvernements intéressés l'inscription, à leurs programmes de travaux publics destinés à enrayer le chômage, des *travaux d'hygiène* et notamment des *travaux hydrauliques, d'adduction d'eau, d'assainissement, de construction d'habitations ouvrières* et d'électrification des campagnes ».

— **Société de médecine publique et de génie sanitaire.** *Conférence de météorobiologie.* — Une conférence relative à l'influence des divers éléments météorologiques sur l'organisme de l'homme et des animaux se tiendra le dimanche 10 juillet 1932, à l'Institut Pasteur à Paris. Son programme comprendra trois rapports :

I. « Exposé général de la question. Action des différents éléments météorologiques sur l'organisme », par M. le docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine, ancien président de la Société de médecine publique.

II. « Exposé des instruments et procédés scientifiques que la météorologie peut mettre à la disposition de la biologie », par M. le général Delcambre, inspecteur général de l'aéronautique, directeur de l'Office national météorologique.

III. « Bases scientifiques de la statistique. Exposé des méthodes que la statistique peut mettre à la disposition de la biologie », par M. Moine, statisticien du Comité national de défense contre la tuberculose et de l'Office national d'hygiène sociale.

Cette première conférence a pour but d'établir une base scientifique pour des travaux de météoropathologie qui pourraient porter sur les points qui suivent et dont les résultats seraient exposés au cours d'une conférence ultérieure : 1° influence sur l'organisme humain bien portant ; exemples : chocs du nourrisson, épidémie de Liège, etc. ; 2° résultats sur le terrain (réceptivité) ; 3° influence sur l'organisme déjà infecté (paludisme, etc.) ; 4° influence sur la marche et l'extension des épidémies ; 5° influence sur les microbes ; 6° influence sur les moyens de vaccination.

Il y a lieu pour chacune de ces catégories d'envisager : 1. l'étude historique de ce qui a déjà été fait ; 2. la méthode scientifique à adopter pour de nouvelles recherches.

*N. B.* — Toute la correspondance doit être adressée à M. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

— **Chemins de fer P. L. M.** *Accélération du rapide d'été Paris-Vichy.* — Depuis le 22 mai 1932, les rapides d'été de 1re et 2e classes 1003 et 1004 (Paris-Vichy et vice-versa) sont sensiblement accélérés. Ces trains comportent un salon Pullmann de 1re classe du 8 juin au 14 septembre et un wagon-restaurant.

Paris, dép. 11 h. ; Pougues-les-Eaux, arr. 14 h. 02 ; Nevers, arr. 14 h. 15 ; Vichy, arr. 15 h. 50. Vichy, dép. 10 h. 25 ; Nevers, dép. 12 h. 03 ; Pougues-les-Eaux, dép. 11 h. 15 ; Paris, arr. 15 h. 15.

*Le Directeur-Gérant* : **Dr A. GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

decin colonel ; 2° si ce médecin colonel en retraite peut cumuler la retraite d'officier et le traitement réglementaire de médecin contractuel ; 3°, si, au cas où la loi de cumul jouerait, on doit se baser sur le traitement maximum que percevrait un médecin colonel en activité en Afrique occidentale, ou bien sur le traitement d'un médecin colonel en activité dans la métropole. (*Question du* 11 *février* 1932.)

*Deuxième réponse.* — Il résulte de renseignements communiqués par le ministre des Finances que : 1° le fonctionnaire en cause est susceptible de subir une retenue qui peut être effectuée sur sa retraite ; 2° une retraite peut être cumulée avec un traitement dans les conditions prévues par l'article 59 de la loi du 14 avril 1924 sur les pensions civiles et militaires, modifié par l'article 99 de la loi du 31 mars 1932 ; 3° lorsque la limite du cumul est fixée à la dernière solde d'activité, celle-ci est la solde effectivement perçue au jour de la mise à la retraite. Toutefois, pour les titulaires de pensions revisées, le traitement à considérer est celui pris en compte pour le calcul du traitement moyen servant de base à la revision de cette pension. (*J. O.*, 29 mai 1932.)

---

**Droit aux prestations de l'assurance-maternité.**

15902. — M. Pierre TAITTINGER expose à M. le ministre du Travail : *a*) que la circulaire ministérielle du 21 mars 1931 (1931 (*Journal officiel* du 22 mars 1931) sur l'assurance-maternité précise les conditions d'attribution des prestations de l'assurance-maternité : « . . . . . il en résulte que, pour avoir droit aux prestations, l'assurée, ou le mari de l'assurée, doit avoir cotisé soixante jours durant les trois mois antérieurs à la première constatation médicale de la grossesse . . . » ; *b*) que la caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise refuse de payer un dossier maternité dont les caractéristiques sont les suivantes : catégorie, 4e ; première constatation médicale, 31 octobre 1931 ; accouchement à l'hôpital Baudelocque, le 4 janvier 1932 ; cotisations, juillet 24 fr., août 24 fr., septembre 24 fr., ; *c*) que la caisse interdépartementale exige soixante jours de cotisation dans les trois mois qui précèdent l'état de grossesse, et non sa constatation médicale ; et demande, étant donné que les autres caisses primaires se conforment aux indications de la circulaire ministérielle, si la caisse interdépartementale peut, seule, ne pas s'y conformer. (*Question du* 24 *mars* 1932.)

*Réponse.* — Il serait nécessaire que l'honorable député fît connaître à l'administration le nom et le numéro matricule de la personne intéressée, pour qu'une enquête pût être effectuée sur les motifs qui ont amené le rejet de la demande. Il est signalé, à toutes fins utiles, que les prestations de l'assurance-maternité ne peuvent être accordées qu'autant que la personne assurée a été immatriculée avant le début présumé de la grossesse. D'autre part, en application

des articles 9, paragraphe 6, et 34 de la loi du 30 avril 1930, et conformément au règlement type d'administration intérieure des caisses primaires de répartition, celles-ci sont en droit de subordonner l'attribution des prestations en argent à la déclaration de l'état de grossesse dans un délai minimum avant la date présumée de l'accouchement. La caisse interdépartementale de la Seine et de Seine-et-Oise a fixé ce délai à quatre mois. (*J. O.*, 29 mai 1932.)

### Hospitalisation des aveugles assistés.

15862. — M. Xavier VALLAT demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° dans quel établissement une commune doit hospitaliser ses aveugles, quand son propre hospice, ou son hospice de rattachement, ne peut pas recueillir ces infirmes ; 2° quand l'un de ces aveugles désire bénéficier de l'article 20 *bis* de la loi de finances du 16 avril 1930, accordant une majoration d'assistance aux grands infirmes préférant l'hospitalisation à domicile, s'il peut obtenir que le montant total de l'allocation journalière qui doit lui être payée de ce chef, soit équivalente au prix de journée que devrait payer la commune où il réside pour l'hospitaliser lui-même, dans l'établissement où ladite commune aura décidé de placer ses aveugles. (*Question du* 10 *mars* 1932.)

*Réponse.* — En ce qui concerne la première question : la commune doit hospitaliser ses aveugles dans l'hospice désigné par le service départemental d'assistance placé sous l'autorité du préfet. En ce qui concerne la seconde question, on admet, par une interprétation libérale de l'article 20 *bis* ajouté à la loi du 14 juillet 1905, par l'article 173 de la loi de finances du 16 avril 1930, qu'il soit alloué aux aveugles, bénéficiaires dudit article 20 *bis*, une majoration spéciale portant leur allocation totale au taux du prix de journée de l'établissement spécial où le service départemental d'assistance dirige les aveugles de la commune. (*J. O.*, 29 mai 1932.)

## VOYAGES MÉDICAUX INTERNATIONAUX DANS LE MIDI DE LA FRANCE

Sous le patronage des Facultés de Bordeaux, de Lyon, de Marseille et de Montpellier, avec la collaboration de l'Ecole de médecine de Grenoble, de la Société médicale du Littoral méditerranéen, de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées, et des Sociétés médicales de la Région des Alpes, quatre voyages médicaux internationaux parcourent annuellement le Midi de la France. Deux, durant la saison d'hiver (Noël et Pâques), visitent la Provence, la Côte d'Azur et la Corse. Deux parcourent, durant la saison d'été, les Alpes, les Cévennes et les Pyrénées.

Ces voyages bénéficient d'une technique, d'un confort et d'avantages moraux et matériels, résultant d'une organisation commune et permanente, réglée

par dix années d'expérience. Leur caractère scientifique est assuré par la direction de professeurs des Facultés françaises et étrangères et les démonstrations de médecins, de géologues, et d'historiens, spécialisés dans l'étude des régions visitées. Leurs programmes ont été basés sur les demandes des voyageurs et aucune obligation étrangère à leurs buts n'y a été acceptée. Ils n'ont pas d'autre objet que l'instruction, le bien-être et la distraction des adhérents, et sont conçus dans leur intérêt autant que dans l'intérêt des stations visitées. Leurs itinéraires permettent de visiter commodément et sans fatigue, en outre des villes climatiques et thermales, les plus belles parties des Alpes, du Languedoc, des Cévennes et des Pyrénées. On y voit tous les sites et les monuments historiques de ces régions célèbres, qui ont attiré si souvent l'attention des artistes, des littérateurs et des savants.

Voici les programmes de la saison d'été 1932 :

*Voyage dans les Alpes* du 26 juin au 6 juillet : Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. — Le Monastère des Chartreux, Villars-de-Lans, le Vercors, Uriage, l'Oisans, le Lautaret, le Galibier. — La Maurienne, Allevard, Challes, le Mont-Revard, Aix-les-Bains, le Lac du Bourget, Marlioz, Annecy et son Lac, Moûtiers-Salins et Brides. — La Tarentaise, le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille du Midi. — Les Sanatoria d'Assy et de Passy, Thonon, Amphion, Evian, le Lac Léman. — Une Excursion facultative de cinq jours en Suisse, terminera le Voyage.

*Voyage dans le Languedoc, les Cévennes et les Pyrénées* du 28 août au 12 septembre : Concentration à la Faculté de médecine de Montpellier (du X[e] siècle). — Palavas et la Méditerranée. Les Cités Médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. La source Périer. — Nîmes et ses Monuments Romains : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison Carrée, le Pont du Gard. — Les Cévennes : l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou. — La cité de Carcassonne et la Montagne Noire, Usson-les-Bains. — Les Pyrénées : la Cerdagne, Font-Romeu, le Sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac, Saint-Bertrand-de-Comminges, Superbagnères et Luchon. — Barèges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes. — La dissociation aura lieu à Pau. — Ce voyage sera divisé en trois parties, auxquelles on peut adhérer isolément : 1° de Montpellier à Carcassonne ; 2° de Carcassonne à Luchon ; 3° de Luchon à Pau.

Les voyages créés par les grands groupements médicaux du Midi de la France, sont destinés aux médecins et à leurs familles. Les étudiants en médecine y sont admis. Ces voyages n'ont pas seulement pour objet de faire connaître aux médecins, les richesses thermales et climatiques d'une région de la France, particulièrement bien douée à cet égard, mais aussi de resserrer les liens qui unissent les membres de la grande famille médicale et de leur fournir une occasion instructive et agréable, de se manifester leurs sympathies anciennes ou de s'en créer de nouvelles.

Ils sont une manifestation de solidarité, de collaboration et d'affection mutuelle.

L'inscription est ouverte dès à présent. Les adhésions seront admises après examen et selon l'ordre des demandes. Les adhérents recevront un permis à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français, italiens et suisses. Les séjours et les transports seront de la meilleure catégorie, c'est-à-dire très confortables et aussi luxueux que possible.

Pour les renseignements et les conditions d'admission, écrire au secrétariat des voyages médicaux du midi de la France, à Nice, 24, rue Verdi, de novembre à mai, et à La Malou (Hérault), de juin à novembre.

## CONTRIBUABLES

M. Martinot, conseil fiscal de la *Fédération des Automobiles Clubs de France*, de l'*Automobile Club de l'Ile-de-France*, etc., etc...; directeur du *Contribuable Français* vient de publier le *Guide Fiscal de l'Automobiliste* qui contient la solution de toutes les questions intéressant les fabricants et marchands d'automobiles, les garagistes et intermédiaires. Tous les propriétaires de voiture y trouveront des renseignements précieux (taxe de luxe, chiffre d'affaires, droits d'importation, patentes, droits de circulation, taxes municipales). Prix 5 francs. Les souscripteurs ont droit à la vérification gratuite de leurs feuilles d'impôt. Adresser souscription et avertissements au *Contribuable Français*, 6, rue de l'Isly, Paris, 8e, avec des timbres pour leur retour.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Le Sou médical)

*Admissions prononcées par le Conseil au cours de sa Réunion du 31 mai 1932.*

MM. les Docteurs :

9.721 Bernard (Germaine), Besançon (Doubs), Parrains : Drs Pize et A. Bernard.
9.722 Dubus, Raches (Nord), Syndicat de Douai.
9.723 Rince, Orvault (Loire-Inférieure), Syndicat de la Haute-Vienne.
9.724 Voizot, Lorris (Loiret), Syndicat de Montargis.
9.725 Quémeré, Quimper (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
9.726 Poisson, Le Touquet (Pas-de-Calais), Syndicat de Montreuil-Saint-Pol.
9.727 Galibert, Béziers (Hérault), Syndicat de Béziers Saint-Pons.
9.728 Roche, Vinsobres (Drôme), Syndicat de la Drôme.
9.729 Guilmard, La Ferté-Macé (Orne), Syndicat d'Alençon.
9.730 Donzeau (Berthe), 21, rue de Tournon, Paris Parrains : Drs Levassort et Flament.

9.731 GRÉGOIRE, La Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne), Parrains : Drs Noir et Boudin.
9.732 VALORY, Saint-Etienne (Loire), Syndicat de la Loire.
9.733 SABOT, Saint-Etienne (Loire), Syndicat des Stomatologistes.
9.734 BERGER, Talence (Gironde), Parrains : Dr Thé et Leducq.
9.735 BONNET, Mortagne (Orne), Syndicat de Mortagne.

Ces admissions seront définitives, 15 jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation (article 6 des statuts).

# CORRESPONDANCE

## Assurances Sociales

### 3087. — Rédaction des ordonnances médicales

Nous avons vu dans le *Concours* le modèle d'imprimé pour ordonnance que la Caisse départementale d'assurances sociales d'Eure-et-Loir veut imposer aux médecins.

Pour le cas où cette prétention n'aurait pas reçu l'agrément du syndicat médical départemental, nous nous permettons de vous communiquer deux réflexions :

1° Il nous paraît inacceptable que la Caisse veuille imposer aux médecins l'ennui de promener avec eux des ordonnances d'un modèle spécial ;

Sans compter que, si les autres caisses suivaient le même chemin, le médecin se verrait obligé d'avoir avec lui toute une collection d'imprimés des différentes Caisses ;

2° Il nous paraît inacceptable que le médecin soit obligé d'établir son ordonnance sur un papier portant le nom et l'adresse du malade.

Il y a là une violation inutile et par conséquent inadmissible du secret professionnel.

Les lettres A. S. suivies du numéro de l'assuré suffisent. Elles constituent déjà elles-mêmes une violation du secret, mais celle-ci paraît inévitable et est réduite en tout cas au minimum.

Nous avons fait rectifier ici une erreur semblable pour les feuilles d'ordonnances jointes aux feuilles de maladie de l'assistance médicale gratuite. Le médecin n'a plus à inscrire les nom et adresse de l'assisté sur l'ordonnance et n'est même pas obligé de se servir des feuilles d'ordonnances spéciales.

*Le secrétaire du Syndicat médical de Cannes,*
Dr HOUSSIAUX.

## Application du Tarif des accidents du travail

### 2988. — Ablation d'ongle et majoration dominicale

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me faire connaître les honoraires dus pour un accident du travail

ayant nécessité pour une plaie contuse de l'extrémité d'un doigt de la main, *l'ablation de l'ongle avec suture simple.*

Cet accident est arrivé à un marin le dimanche 8 novembre 1931 et j'ai donné mes soins ce même jour à 17 heures, avec remise d'un certificat.

N'ayant plus revu ce blessé, j'ai envoyé ma note d'honoraires : 60 francs à la Compagnie d'assurances qui m'offre : 20 francs ne tenant compte que de la suture simple (15 francs), alors qu'à mon avis l'ablation de l'ongle, avec anesthésie locale, a été l'intervention principale 40 francs + 20 francs (50 % dimanche). Et encore avais-je omis le certificat.

Que dois-je réclamer ?

Dr L.

### Réponse

(*Tarif Fallières*). Il y avait une double erreur dans votre note : *a*) l'ablation de l'ongle est comprise dans le prix de la visite ou consultation (art. 28). Il n'y avait donc à réclamer que le prix de « suture simple = 15 francs ». (art. 17).

*b*) La majoration dominicale n'existe que pour la visite simple (art. 3-b) même pas pour la consultation et *a fortiori* pour une intervention.

Conclusion : suture simple = 15 francs + certificat 5 francs = 20 francs.

Dr F. Decourt.

## Questions médico-militaires

### 1820. — Maintien dans les cadres. Radiation

Exempté de service en 1907 (je suis né en 1887), pour tuberculose pulmonaire, je me suis engagé en 1914 dans un régiment d'infanterie. J'ai fait toute la guerre à l'avant, et ai été très grièvement blessé en 1918, comme médecin sous-aide-major. Atteint d'éventration, résection d'une partie du côlon, je suis pensionné à 50 %, mais n'avais pas demandé à être rayé des cadres, pensant que l'engagement pour la durée de la guerre était suffisamment explicite.

Or, aujourd'hui, je reçois un avis d'avoir à accomplir cette année une période obligatoire, et de dire à quelle époque je désire l'accomplir.

Suis-je vraiment obligé de faire cette période, bien qu'engagé pour la durée de la guerre ? Ou puis-je, dans l'affirmative, demander ma radiation des cadres ?

Sans compter qu'engagé dans une unité combattante et rayé des cadres, je serais de droit proposable pour la Légion d'honneur. (J'ai la médaillemilitaire).

Dr X.

### Réponse

Vous avez été considéré, implicitement comme ayant demandé à être maintenu dans les cadres, puisque à l'expiration de votre « *engagement pour la durée de la guerre* », vous avez ac-

cepté d'être nommé médecin-lieutenant de réserve.

Vous êtes donc rentré dans le droit commun en ce qui concerne l'exécution des périodes de réserve, telle qu'elle est définie par les nouvelles instructions ministérielles, et vous devez obligatoirement faire une période, afin d'être proposable pour le grade supérieur.

Cependant, votre grave blessure vous donne la possibilité d'être, dès maintenant, rayé des cadres. Ultérieurement vous pourriez être encore proposé pour la Légion d'honneur, en raison : 1° de votre titre de combattant volontaire ; 2° de votre blessure, surtout si vous essayiez d'obtenir le taux de 65 %, en raison de votre éventration, au cas où elle serait étendue.

---

**1825. — Démission. Ses conséquences**

Etant médecin-lieutenant de réserve, je dois pour être élevé au grade supérieur, accomplir deux périodes et mon Directeur de Service de santé m'avise que je vais être convoqué cette année pour une première période.

Comme j'appartiens à l'avant-dernière classe de la deuxième réserve (classe 1904) et que cette période ne présente pour moi que des inconvénients, (nécessité d'une nouvelle tenue, obligation d'abandonner ma clientèle pendant plusieurs semaines) et aucune utilité (puisque je serai rayé des cadres l'an prochain), j'ai l'intention, pour y échapper, de donner ma démission d'officier de réserve.

Dans ce but, je vous serai obligé de vouloir bien me renseigner sur les points suivants :

1° Ai-je le droit absolu d'adresser ma démission ? et le ministre de la Guerre est-il *obligé de l'accepter* ? ou est-il libre, au contraire de l'accepter ou de la refuser ?

2° Même si ma démission est acceptée, comme elle va me faire rétrograder au rang de sous-officier, ne risqué-je pas d'être encore astreint à une période à titre de *médecin auxiliaire* ? (ce qui serait tomber de Charybde en Scylla !)

3° Ma lettre de démission doit-elle être rédigée sur papier libre ou sur papier *timbré* ?

Comment doit-elle être libellée ? En style militaire sans formules de politesse ou au contraire en style ordinaire avec formules de politesse ?

Le libellé suivant peut-il convenir ?

« Le médecin lieutenant de réserve X., à M. le Ministre de la Guerre,

Monsieur le Ministre,

« Appartenant à la deuxième réserve (classe 1904)
« et étant inapte à faire campagne, j'ai l'honneur de
« vous adresser ma démission d'officier de réserve.

« Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma respectueuse considération. »

Dr X.

**Réponse**

1° Vous avez le droit d'offrir votre démission au Ministre ; celui-ci n'est pas obligé de l'accepter ; mais, en pratique, il l'accepte.

2° Vous rentrez dans le cadre des hommes de troupe, et, appartenant à la 2e réserve, vous ne seriez plus obligé, au maximum, qu'à 7 jours de présence, et encore par fractions.

3° Votre lettre de démission, sur papier libre, est fort bien rédigée ; il faut l'adresser au Ministre, en la faisant passer par la voie hiérarchique, c'est-à-dire par votre Directeur du Service de santé.

**1824. — Solde d'un médecin sous-lieutenant. Frais de transport**

Veuillez avoir l'obligeance de me faire savoir, par la voie du journal :

1° Quelle indemnité est allouée aux médecins sous-lieutenants de réserve qui font une période ?

2° Les frais de transport, par chemin de fer ou par auto particulière sont-ils remboursés, et dans quelle proportion ?

Dr G.

**Réponse**

1° La solde budgétaire annuelle d'un sous lieutenant est de 15.204 francs. C'est sur cette base que vous serez payé au cours de votre période d'instruction.

2° Vous aurez droit aux frais de transport par voie de *chemin de fer* (indemnité kilométrique ou quart de place, plus indemnité de repas et de découcher s'il y a lieu).

**1744. — Indemnité de première mise d'équipement. Solde d'un médecin lieutenant**

Classe 1918. Médecin auxiliaire à la date du 15 avril 1918, médecin sous -lieutenant de réserve à la date du 19 novembre 1924, médecin lieutenant de réserve à la date du 18 mars 1927, marié et père de trois enfants,

Je reçois aujourd'hui une convocation pour une période obligatoire à effectuer en 1932.

Je désirerai savoir : 1° si j'ai droit à une indemnité de première mise d'équipement (je n'en ai pas touché comme officier) et à qui s'adresser le cas échéant.

2° Quelle est la durée des périodes.

3° Quelle est la solde et les indemnités que je toucherai.

Dr B.

**Réponse**

1° Vous avez droit à une indemnité de première mise d'équipement, si vous n'en avez pas encore touché, notamment au moment de votre nomination au grade de médecin-auxiliaire. Il faut vous adresser à votre Directeur régional du Service de santé.

2° La durée des périodes varie de 21 à 25 jours.

3° Vous serez payé sur le taux de la solde budgétaire d'un lieutenant, qui est de 19,493 francs par an.

---

## 1708. — Période d'instruction sans solde

Je suis averti par le Service de santé de la n<sup>e</sup> Région — région de mobilisation — que je vais être appelé à faire cette année une période d'instruction militaire.

Je désirerais être convoqué à Paris en septembre et dans un service d'O. R. L., spécialité que j'exerce.

Voudriez-vous me faire connaître les formalités que je dois accomplir pour obtenir satisfaction ?

Un camarade m'assure qu'en abandonnant ma paye — je suis médecin capitaine —, il me serait possible de choisir la date et le lieu de ma convocation. Le camarade dont il s'agit aurait ainsi fait une période au Val-de-Grâce.

Dr Z.

### Réponse

Adressez-vous à votre Directeur de la 17e Région, et témoignez-lui votre désir de faire votre période *sans solde* à Paris. Vous pourrez ainsi réussir.

Un détail d'exécution : puisque vous habitez Paris, passez donc à la Direction du Service de santé, aux Invalides, exposez votre cas, et soumettez même votre lettre rédigée à la ne région. Vous aurez ainsi une directive importante ; il est même possible que Paris se charge de transmettre votre requête. En cas d'avis défavorable de Paris, vous auriez moins de chances de réussite.

---

## 1860. — Périodes d'instruction exigées pour l'avancement

Il y a environ trois semaines, je reçois de la Direction du Service de santé, une note où il est dit que je serai convoqué en 1932 pour une période d'instruction étant donné que depuis la guerre je n'ai fait aucune période.

Or, 1° je suis lieutenant depuis mai 1918, j'ai donc six mois de campagne avec mon grade actuel ;

2° Je me suis rendu en 1925 aux Journées médicales de Paris (donc cinq jours comptant comme période) ;

3° J'ai fait en 1931, du 10 au 24 août un stage commandé au ne A. C.

J'avais donc le droit à mon troisième galon sans même faire cette dernière période, mais j'en ai été renseigné trop tard.

J'écris donc au Directeur pour lui dire que je suis « stupéfait de le savoir aussi mal renseigné par ses services », et je lui demande s'il compte me proposer pour le troisième galon que, dit-il, je ne puis obtenir puisque je n'ai point accompli les trois périodes exigées par le règlement.

Or, je le répète, ayant six mois de grade actuel de guerre, je ne puis être astreint à des périodes pour obtenir ce troisième galon.

Depuis ces trois semaines, je n'ai reçu aucune réponse de la direction. Il est évident que le rond-de-cuir qui a commis la gaffe a mis ma lettre au panier, et qu'une seconde lettre aurait le même sort.

Que faire ? Aller à X, pour causer au Directeur ? (que je ne suis point sûr de rencontrer.)

Demander communication de mon dossier ? (si j'en ai le droit ?)

Envoyer une lettre recommandée personnelle au Directeur ? Cela se fait-il ?

C'est la solution qui me plairait le plus, car je suis depuis quelque temps dans un état de santé qui ne me permet pas les longs voyages en auto, or X. est à 75 kilomètres.

Je puis très bien faire déposer une réclamation sur le bureau même du ministre intéressé, ce serait peut-être un peu trop radical.....

Que me conseillezvous ?

Dr Z.

**Réponse**

Des instructions ministérielles récentes ont modifié les obligations à des périodes, exigées pour l'avancement, en ce qui concerne les médecins qui ont fait la guerre, ou une partie de la guerre avec leur grade actuel. On ne doit plus, jusqu'à nouvel ordre, les proposer pour l'avancement qu'en des proportions restreintes s'ils n'ont pas effectué de nouvelles périodes (deux pour passer de lieutenant à capitaine).

Votre période de 1931 (quatorze jours), complétée par celle des Journées médicales (cinq jours), vaut pour une seule période.

Il vous en resterait donc une deuxième à effectuer. Cette deuxième période n'est pas obligatoire en ce qui concerne l'avancement, puisque l'avancement peut lui rester subordonné. Mais on peut la rendre obligatoire au point de vue de l'art. 49 de la loi sur le Recrutement, qui exige des périodes jusqu'à une limite de durée maxima de quatre mois.

Le mieux serait donc, maintenant que vous êtes au courant, de vous entendre verbalement avec votre Directeur ou de lui adresser une lettre, avec la mention « Personnelle » sur l'enveloppe. Inutile de la recommander. Vous exposeriez vos desiderata ; vous demanderiez, par exemple un sursis d'un an en raison de votre état de santé ; nul doute que vous arriviez à vous entendre.

### — Honoraires.
### Lycéen conduit par le proviseur chez le médecin

Honoraires : 112 fr. 50 dus pour une radiographie du coude, pratiquée sur un élève du collège, conduit à mon cabinet par le Principal du collège, lequel, en me quittant, me prie de lui adresser le montant des frais. Ce que j'ai fait. Or, le Principal se refuse au

règlement, prétextant que les parents doivent honorer le médecin (?).

J'ai confié, dès les débuts, le recouvrement des honoraires à un agréé. Aucun effort de transaction sur la conciliation devant le juge de paix n'a réussi ; bien plus, le ministre de l'Instruction publique a fait connaître que c'étaient les parents qui devaient régler — à ma connaissance l'enfant a été accidenté dans la récréation.

Il paraît que l'action à engager pourrait être plus onéreuse que les honoraires à recouvrer. Actuellement, je n'ai pas constitué avocat. Dr P.

**Réponse**

En règle générale, les parents sont toujours les principaux débiteurs des soins donnés à leurs enfants. Du fait même du mariage, ils sont tenus aux termes de l'article 203 du Code civil, de nourrir, loger, entretenir et élever leurs enfants.

Les frais médicaux entrent dans ces dépenses diverses de dette alimentaire.

Donc, lorsqu'un médecin est appelé à donner ses soins à un enfant, ce sont les parents qui sont responsables au premier chef des honoraires dus au praticien.

Cependant, dans certaines circonstances, le médecin peut avoir intérêt à mettre en cause, à côté des parents, un intermédiaire, lorsque c'est ce dernier qui a fait appeler l'homme de l'art, ou l'a conduit chez lui le jeune malade.

Une jurisprudence copieuse a bien déterminé le point de savoir quand l'intermédiaire peut être considéré comme responsable des honoraires médicaux ; tel est le cas, à la campagne, lorsque le praticien est mis en œuvre par les nourriciers de l'enfant (Voir jurisprudence et ma note, *Concours médical*, 1928.616).

Mais, ce sont les parents qui sont les débiteurs principaux et si le médecin s'adresse à la nourrice pour être payé, c'est que cette dernière ne donne pas l'adresse des parents, ou met de la négligence, de la mauvaise volonté à transmettre la note d'honoraires et faire payer le praticien.

Il en est de même vis-à-vis d'un proviseur de lycée, ou principal de collège. Certes, la responsabilité de l'Etat est engagée pour les fautes commises tant par les instituteurs, que les répétiteurs, professeurs, ou autres des lycées et collèges aux termes de la loi du 29 juillet 1899 (Conseil d'Etat, 9 juillet 1930, *la Loi*, 4 janvier 1931.)

Mais il faut que les faits puissent démontrer qu'il y a eu négligence de la part de ceux qui sont chargés de surveiller l'élève, pendant les classes ou les récréations.

Un jugement de paix de Vanves du 29 juin 1926 (Déc. *J. P.*, 1er mai 1927) situe bien la question qui nous occupe :

« Au cas d'accident grave, survenu à un lycéen et nécessitant une intervention chirurgicale immédiate, sans attendre l'arrivée des parents, l'ini-

tiative prise par le proviseur de faire transporter le blessé dans une clinique n'équivaut pas à un engagement de payer les honoraires médicaux et chirurgicaux.

« Le médecin n'a de ce chef aucune action contre l'Etat et le paiement de ses honoraires incombent aux parents du blessé, sauf à ceux-ci à comprendre les honoraires dans les dommages-intérêts, qui peuvent leur être dus par l'Etat, par application de l'article 1384 du Code civil et de la loi du 29 juillet 1899. »

Il ne faut donc pas croire que parce qu'un intermédiaire conduit un malade chez un médecin, il est *ipso facto* responsable des frais médicaux. Souvent l'intermédiaire est censé avoir été mû par un simple sentiment d'humanité, lorsque l'urgence le commande ; il peut également être considéré comme le *negotiorum gestor* des parents et avoir fait, au nom de ces derniers, les démarches utiles, pour faire soigner leur enfant.

Aussi, en justice, faut-il que le médecin puisse apporter la preuve que le proviseur du lycée a négligé de donner l'adresse des parents et n'a pas déclaré au praticien qu'il entendait rester étranger au paiement.

Le fait de demander que la note d'honoraires lui soit adressée ne comporte pas également d'engagement de la part du proviseur ; il la réclame pour pouvoir la transmettre à qui de droit.

Si la responsabilité de l'Etat doit être mise en cause, l'accident ayant été produit par une négligence et un défaut de surveillance, ce n'est pas au médecin à attaquer l'Etat, mais aux parents de l'élève.

Ceux-ci réclameront des dommages-intérêts, dans lesquels ils comprendront la facture acquittée du praticien.

Ce n'est qu'au cas où les parents négligeraient de réclamer ces dommages-intérêts et seraient insolvables, qu'en vertu de l'article 1166 du code civil, le médecin pourrait employer la voie de l'action oblique et réclamer ses honoraires au proviseur au nom des parents de l'élève, principaux débiteurs.

Je conclus que, dans l'espèce qui m'est soumise, le médecin doit faire recouvrer sa note d'honoraires auprès des parents de l'élève. Ce n'est qu'en cas de refus de ces derniers, qu'il les assignerait au lieu où le travail a été fait et qu'il pourrait, en même temps que ces parents, faire citer le proviseur du lycée, comme ayant été le mandataire, le *negotiorum gestor* desdits parents.

Dr Paul Boudin.

# LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

**MM. les Docteurs :**

**Aix-les-Bains**. Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains**. Boël.

**Amélie-les-Bains**. Alardo, Bouix

**Ax-les-Thermes** (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre** : Berne, Frank-Duprat (enf.), J. Courbin A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarede.

**Bagnoles-de-l'Orne**. Censier, Joly, R. Hügel. Le Gourlérec, Louvel, D[rs] M. Peillon, E., Poulain.

**Bains-les-Bains**. M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges**. Fourment, Orliac, A. Péré, Pinat.

**Besançon La Mouillière**. Tronchon.

**Biarritz**. Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon - Lancy**. Bellœuf, Compin.

**Bourbon - L'Archambault**. Litaud.

**Bourbonne-les-Bains**. Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains et Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains**. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern**. Pouy.

**Cauterets**. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon**. J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolner Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville**. J. Thiéry. Contal.

**Dax**. Armaud Barrau Delmas.

**Divonne-les-Bains**. Baillivet. Vieux.

**Eaux-Bonnes**. Creignou.

**Enghien-les-Bains**. Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains**. D[r] Sarda.

**Evaux-les-Bains**. G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains**. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux**. Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). **Rigal**.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Féré

**La Bauche-les-Bains** : Brissaud.

**La Bourboule.** Barthomeuf Albéric Boudry, Cany, Dullège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Rééd. motr.*), M. Faure, Tabarie.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains** : Roger Causeret, Gugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Dore.** J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros. Jossand.

**Plombières-les-Bains.** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bains.** Bourny.

**Salies-du-Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint-Gervais-les-Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Segard, Silvestre.

**Sallanches** : Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Sérane, Siguret Versepuy.

**Santenay-les-Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains.** Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornilion. Cotar, Déléage, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Lere, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Mousseaux.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Verron, de Mail-sous-les-Aubiers, la somme de cent francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

No 191. — Acheter. formule de spécialité pharmac. scientifique.

No 192. — A prendre de suite bon poste méd. propharm., sans aucune indemn. Seule condit. reprise du loyer, belle maison, grand jardin.

No 193. — Bonne occas., voiture genre Berck, marque Vincent, pour enf. jusqu'à 10 ans, longueur 1 m. 40, visible à Paris. Urgent.

No 194. — Maison de santé chirurgic. à Paris, offre à chirurgien voulant y opérer, chambres à partir de 50 fr.

No 195. — Dr en méd. français, est demandé pour faire remplacem. Paris, du 20 juillet au 20 août. Médec. génér. et accouch.

No 196. — Jeune doct. cherche acheter clinique médic. et accouch., ou médico-chirurg. par associat., banlieue Paris. Ecr. Dr Ballarin, 25, rue Jean-de-Beauvais, Paris.

No 197. — Doct. campagne agréab. demande remplaçant sérieux courant juillet, prix raisonnable.

No 198. — Dr villa bord mer, envir. Marseille, prendrait deux garç. 8 à 10 ans non malades. Juillet à octobre. Aliment. soignée, éduc. physique, cohabiter, avec deux fils âge correspond.

No 199. — A louer à Paris (19e), proxim. gare Belleville-Villette, local à usage industriel pouvant convenir à Sté de produits chimiques ou laborat. pharmaceut., 1.745 m. carrés tout couvert, sol bétonné, bureau, eaux de source et de Seine, voie Decauville, gaz, électr., transformateur, 7 w. c. ; avec chasses automat; murs moellons et meulières à louer pour juillet prochain.

## Renseignements



## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Société amicale des médecins alsaciens**, (9, rue d'Astorg, Paris.) — La dernière réunion de la Société des médecins alsaciens qui se tint à Nancy, le 21 mai dernier, fut particulièrement cordiale et réussie.

Metz y était représenté par le Docteur Frantz ; Nancy, par le Professeur Frœlich, les Docteurs Corret, Hartmann, Hoche, Winstel ; Paris, par son président, le Docteur Blind, les Docteurs Gaston Bloch, Quirin, Rœderer, Schmitt ; Strasbourg, par le Docteur André Bœckel ; Thionville, par le Docteur Giss..... Le Docteur Blind, dans une brillante et fine allocution, rappela de vieux et touchants souvenirs ; il constata la vitalité de la SAMA, remercia le Professeur Frœlich de son aimable et généreux accueil ainsi que les dames.

Le lendemain fut consacré à une excursion en automobile qui mena à Vittel. Tous admirèrent les superbes installations et le cadre charmant de la grande station thermale vosgienne.

— **Réunion médicale de Nancy** (3 juillet 1932.) — La Faculté de médecine de Nancy organise, comme les années précédentes, à l'intention des médecins praticiens, une *Réunion médicale* qui se tiendra le dimanche 3 juillet.

Inscription gratuite au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy.

Programme : 3 juillet, 9 h. 30, au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique. Conférences : 1. M. le Docteur Meignant, médecin de l'hospice J.-B. Thierry. Le dépistage des arriérations mentales chez l'enfant ; 2. M. le Docteur Aubry, médecin chef à l'Asile de Maréville. Paralysie générale et malariathérapie ; 3. M. le Docteur Michon, médecin des hôpitaux. Données actuelles sur le traitement de l'épilepsie ; — 11 h. 45 : Visite de la bibliothèque de la Faculté de médecine ; — 12 h. 30 : Déjeuner à l'hôtel d'Angleterre ; — 14 h. 30, au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique. Conférences : 1. M. le Docteur Louis Mathieu, médecin des hôpitaux. Les données pratiques de l'électrocardiographie ; 2. M. le Professeur Hamant. Les plaies des doigts et leurs complications.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — *Prix Grandeury-Fricot.* — Il est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours entre élèves ou anciens élèves de cette Faculté pour le prix Grandeury-Fricot (1.650 francs). Les mémoires, qui doivent porter sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique, sont reçus jusqu'au 1er juillet par le secrétariat de la Faculté.

— **Association mutuelle des médecins aliénistes de France.** — Le bureau du Comité de cette association est ainsi composé, pour 1932 : président : M. Cullerre ; vice-président : M. Semelaigne ; trésorier : M. Dupain ; secrétaire : M. Schützenberger.

— **Le 25e V.E. M. (Voyages d'études médicales)** aura lieu du 8 au 19 septembre 1932 aux stations de cure du Massif central. Nous en donnerons le programme complet dans un prochain numéro. Toutes demandes d'inscription peuvent être adressées à Mlle Machure, secrétaire des V. E. M., 21, rue de Londres, Paris 9e. Le prix du voyage sera de 1.200 francs.

— **2e V.E. M. cardio-vasculaire.** — A la fin du dernier cours de perfectionnement fait à l'hôpital Tenon sur les affections vasculaires, le Prof. agrégé Lian a accompagné les auditeurs de ce cours, au nombre d'une vingtaine, à la station hydro-minérale de Bagnoles-de-l'Orne.

La caravane arriva en auto-car à Bagnoles-de-l'Orne le samedi soir. Le lendemain matin eut lieu la visite de l'Etablissement thermal sous la conduite des médecins de la station. Puis, M. Ch. Petit, président de la Société des médecins, fit un intéressant exposé des caractères physiques et chimiques de l'eau de la Grande-Source ainsi que de ses divers modes d'emploi, dont le principal est la balnéation. Enfin, M. Lian fit une leçon sur le mode d'action, les indications et contre-indications de la cure hydro-minérale de Bagnoles-de-l'Orne, véritable *capitale des veines.*

A l'issue des conférences, un délicieux déjeuner fut servi à l'hôtel de l'Etablissement thermal sous la présidence de M. Moulin, administrateur de la Compagnie thermale, assisté du Docteur Quiserne, président du Comité de réception. L'après-midi fut consacré à une excursion au Mont-Saint-Michel, et l'après-dîner à une briliante sauterie.

Le premier V. E. M. cardio-vasculaire avait eu lieu à Royat et Saint-Nectaire. Le troisième fera suite au cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires à l'hôpital Tenon en juin 1933.

— **L'Œuvre d'approvisionnement médical des prisons** (président d'honneur : M. Georges Duhamel), informe les confrères que tout envoi d'échantillons médicaux peut être fait à M. le Directeur de l'Administration pénitentiaire, 11, rue Cambacérès, Paris.

L'Œuvre de la lecture en prisons (ministère de l'Intérieur, Administration pénitentiaire, rue des Saussaies, Paris), serait heureuse de recevoir livres et brochures sans caractère politique ou religieux.

Mme le Docteur Noémi Stricker-Houvé, Victoria Parc, Menton, désirerait vivement trouver des correspondants disposés à centraliser en leur localité des dons pour les deux œuvres.

— **XVIe Croisière Bruxelles-Médical, « Aux Iles de Soleil ».** — A part quelques installations hommes, en cabines à six ou à huit personnes, installations qui ne se trouvent d'ailleurs disponibles que par suite de défections, toutes les cabines de 2e classe du *Brazza* sont maintenant occupées.

En 1re classe, il reste encore quelques cabines à deux, à trois ou à quatre personnes.

Nous ne saurions trop engager ceux de nos confrères qui ont l'intention d'effectuer ce magnifique voyage, à s'inscrire dans le plus bref délai possible. Ceux d'entre eux qui n'auraient pas encore reçu le programme, peuvent se le procurer à la Section des voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles, qui leur adressera également le plan du paquebot et le programme des excursions.

— **Voyage de propagande en Orient** (Septembre 1932.) — L'itinéraire de ce voyage permet la visite des principaux sites du Proche-Orient et des principales capitales balkaniques :

Départ : via Milan, Venise, Zagreb, Belgrade (visite), parcours en bateau de la partie la plus pittoresque du Danube entre cette ville et Giurgevo, Bucarest (visite), excursion facultative à Sinaïa, départ pour Constantza d'où Constantinople sera gagné par mer. Un séjour suffisant permettra de visiter d'une façon compète cette dernière ville, ainsi que ses environs ; excursion à Brousse, Nicomédie, retour à Marseille par le Pirée (visite facultative d'Athènes) et Naples.

Aux principales étapes, les touristes seront reçus par les membres locaux du Comité qui se feront un

plaisir de se mettre à leur entière disposition pour les guider dans la visite des sites et monuments et leur faciliter toute formalité.

*Prix* : 6 620 *francs* de Paris et retour à Paris.

Pour envoi du programme détaillé et inscriptions, s'adresser au Service touristique du Comité « France-Orient », 9, rue de Londres, Paris (9e). Téléphone : Trinité 32-09.

— **Le Banquet médical** de l' «Action française » a eu lieu le 13 juin 1932, à la Maison de la Mutualité, sous la présidence du Docteur Ch. Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine, assisté de MM. Léon Daudet et Ch. Maurras.

— **Comité national de l'enfance**, reconnu d'utilité publique 26, boulevard de Vaugirard, Paris, (XVe). Une conférence aura lieu le dimanche 19 juin, à 10 heures, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur. Question traitée : Caisses d'assurances sociales et œuvres de protection de l'enfance.

—**Le Syndicat des médecins de l'Allier** fêtait, le 29 mai, sa 25e année d'existence en même temps que la 25e année de présidence et la nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur de son fondateur, le Docteur Mouchat (du Veurdre).

Le banquet réunit une soixantaine de médecins. Les syndicats des pharmaciens, des sages-femmes et des dentistes avaient envoyé des représentants qui apportèrent leur tribut d'hommages au militant dévoué qui s'est consacré tout entier à l'œuvre syndicaliste dans l'Allier, et qui continue sa tâche avec une ardeur jamais lassée.

Notre excellent confrère, le Docteur Lefèvre (du Cher), si connu et si aimé dans tous les milieux syndicaux, avait bien voulu accepter la présidence de cette fête, et il reçut les témoignages de reconnaissance dûs à son passé de dévouement.

Après les discours d'usage où fut retracée la vie du Syndicat et louée comme il convenait l'œuvre du Docteur Mouchet, on ébaucha un projet d'union défensive de tous les Syndicats présents.

En fin de réunion un superbe objet d'art fut offert au Docteur Mouchet pour perpétuer le souvenir de cette belle journée.

—**Les médecins et le téléphone.**—A la suite d'une demande faite par l'Association des abonnés au téléphone, l'administration des P. T. T. vient de décider d'accorder aux médecins la priorité pour les réparations à leurs lignes téléphoniques en dérangement.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Le Docteur Magendie a été nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

— **Hôpitaux de Dieppe.** — Un poste d'interne sera

vacant à l'hôpital de Dieppe, le 1er août 1932. S'adresser à la Direction des hospices.

— **Office public d'hygiène sociale du Département de la Seine.** — Un concours est ouvert en vue de la nomination d'un médecin-directeur stagiaire des établissements de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine qui sera affecté au sanatorium de Belligneux-Hauteville (Ain).

Conditions : être Français ou naturalisé Français, docteur en médecine d'une Faculté française et n'avoir pas atteint l'âge de 40 ans le 1er janvier 1932.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au 5 juillet 1932 inclusivement, à l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (4e).

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettres recommandées, de manière qu'elles parviennent au plus tard à la date ci-dessus indiquée.

*Avantages offerts* : Traitement annuel de 39.000 à 52.000 francs, plus indemnité de fonctions annuelle de 8.000 francs, logement, chauffage, éclairage.

— Un deuxième concours est ouvert pour le recrutement de sept médecins-assistants stagiaires des établissements de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Les postes à pourvoir sont au sanatorium de Belligneux-Hauteville (Ain), au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), au préventorium du Glandier, par Troche (Corrèze).

*Conditions d'inscription* : Les mêmes que pour le concours de médecin-directeur au sanatorium de Belligneux mais *les femmes* peuvent prendre part à ce concours.

*Avantages offerts* : Traitement annuel de 22.000 à 36.000 francs, plus indemnité de fonctions annuelle de 3.000 francs (Sanatorium de Belligneux et sanatorium de Franconville) et de 2 000 francs (Préventorium du Glandier), logement, chauffage.

Pour tous renseignements complémentaires concernant ces deux concours, s'adresser à l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (4e).

— **Distinction honorifique.** — S. M. le Sultan du Maroc a conféré au Docteur Raymond Corbin, d'Amiens, le grade d'officier dans l'ordre du Ouissam Alouite.

— **Naissances.** — Madame et le Docteur Victor Joseph nous font part de la naissance de leur fils *Jean-Yves* (Macon, 2, quai Jean-Jaurès, 14 mai 1932).

— Le Docteur et Madame Chidiac de Mulder nous informent de la naissance de leur troisième enfant *Guy* (Les Echelles, 28 mai 1932)

— **Æsculape** (Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les Sciences et la Médecine. — *Sommaire* du n° 5 de 1932 : A propos de Samson et Dalila (1 ill.). — Corot et les femmes, par M. Ed. GAILLOT (6 ill.). — Le buste du Docteur Auguste-Mathieu (1 ill.). — Les os de Charles-le-Téméraire sont-ils restés à Nancy ? Le duc était-il prognathe ? par le Docteur TRICOT-ROYER, d'Anvers (8 ill.). — Une image du « Chameau » (1 ill.). — L'Epilepsie dans Euripide, par les Docteurs B. POMMÉ et Ph. SCOURAS (6 ill). — Un obsédé du soleil, Van Gogh (1 ill.). — Supplément (9 ill.).

# A TRAVERS L'OFFICIEL

1er JUIN

**Service de santé militaire.**

*Tableau de concours pour la Légion d'honneur*

(Année 1932)

**Réserves**

ARMÉE MÉTROPOLITAINE

*Sont inscrits pour le grade d'officier.*

Médecins : Faure, méd. lieut.-col. rég. Paris ; Demilly, méd. lieut-.col, 15e rég. ; Cairive, méd.col. 18e rég. ; André, méd. col. 20e rég. ; Flach, méd. command. 15e rég. ; Gayet, méd. col. 14e rég. ; Thévenot, méd. lieut-col. 14e rég. ; Zeller, méd. lieut.-col. 7e rég.; Gaussel, méd. lieut-col. 16e rég. ; Brenta, méd. comm. 19e C. A. ; Lemaistre, méd. comm, rég. Paris ; Dide, méd. command. 17e rég. ; Lacapère, méd. command. rég. Paris ; Piollet, méd. lieut-col. 13e rég. ; Lemierre, méd. lieut.-col. rég. Paris ; Lemaître, méd. lieut.- col. 2e rég. ; Dupont, méd. lieut.-col. 12e rég.

Andérodias, méd. lieut.-col. 18e rég. ; Vincent Clovis, méd. comm. rég. Paris ; Vincent Lucien, méd. command. rég. Paris ; Duvoir, méd. command. rég. Paris ; Monod, méd. command. rég. Paris ; Bouvier, méd. command. 6e rég. ; Gaulot-Lapointe, méd. command. 6e rég. ; Saint-Pierre, méd. command. rég. Paris ; Fabre de Parrel, méd. comm. rég. Paris ; Speider, méd. command, tr. Maroc ; Berger, méd. command, 5e rég. ; Catellier, méd. capit. rég. Paris. *(A suivre.)*

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Dr Tarbouriech a été nommé médecin chef de service de l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon Sauveur de Picauville (Manche), en remplacement de M. le Dr Viel, décédé.

M. le Dr Menger a été nommé médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon Sauveur de Begard (Côtes-du-Nord)

en remplacement de M. le Dr Daussy, appelé à un autre poste.

**Sanatoriums publics.**

*Avis de concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public de Seyssuel (Isère).

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut atteindre 52.000 francs par avancements successifs. Les intéressés bénéficieront en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de quarante ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de quarante ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires, ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Les médecins adjoints, en fonctions dans des sanatoriums publics ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur de sanatorium auquel ils sont affectés.

Les demandes devront être adressées, avant le 30 juin 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin directeur.

4 JUIN

**Service de santé des troupes coloniales.**

*Avis de vacances de chaires à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales de Marseille.*

Les chaires de :

1° Clinique thérapeutique et de spécialités chirurgicales,

2° Médecine opératoire, appareillage, orthopédie, obstétrique,

sont déclarées vacantes à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales pour compter du 1er janvier 1933.

Il sera procédé à la nomination des nouveaux titulaires dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la Défense nationale (guerre) (direction des troupes coloniales, 3e bureau) le 1er décembre au plus tard.

5 JUIN

**Hygiène publique.**

*Avis de vacances de postes de directeurs de bureaux municipaux d'hygiène.*

Un bureau d'hygiène a été institué dans la ville de Mostaganem (Algérie), par arrêté du gouverneur général de l'Algérie, en date du 5 février 1932.

Aux termes du décret du 4 avril 1910, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène en Algérie, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France et par le gouverneur général de l'Algérie.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Mostaganem.

Le traitement alloué est fixé à 24.000 fr., plus les indemnités algériennes de 25 p. 100 et 8 p. 100, sans préjudice des émoluments attachés à la visite des écoles, soit 20.000 fr. par an. Il est interdit au directeur du bureau d'hygiène de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de trois mois, à compter de la présente publication, pour adresser au gouverneur général de l'Algérie leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus. L'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

Aux termes du décret du 4 avril 1910, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène en Algérie, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France et par le gouverneur général de l'Algérie.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Constantine (Algérie).

L'indemnité allouée est fixée à 14.000 francs par an, avec augmentation de 2.000 francs tous les cinq ans, jusqu'à 18.000 francs, ladite indemnité étant exclusive de toute autre.

Ce chef de service n'est pas assimilé aux fonctionnaires communaux et, par suite, ne sera pas admis à verser à la caisse de retraite communale. Il pourra continuer le libre exercice de sa profession.

Les candidats ont un délai de trois mois, à compter de la présente publication, pour adresser au gouverneur général de l'Algérie leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références.

*Voir la suite page LV-1937*

# PROPOS DU JOUR

**Au banquet du Syndicat des médecins de la Seine.**
**L'évolution du corps médical parisien. — Vers l'unification syndicale.**
**Souvenirs d'antan**

Il en est aujourd'hui des banquets de nos syndicats comme des banquets des associations politiques. A l'exemple des leaders des partis, ceux qui président à leurs destinées font, à l'heure des toasts, en des discours parfois fort éloquents et toujours très applaudis, un tour d'horizon, selon l'expression aujourd'hui consacrée ; puis, après avoir examiné la situation et ses dangers, ils exposent, sinon leur programme, du moins leurs desiderata.

Il en fut ainsi au dernier banquet du Syndicat des médecins de la Seine, à la fin duquel les Drs Hartmann, président du Syndicat, Cibrie, secrétaire général de la Confédération, Sénéchal au nom de la Fédération corporative de la Seine, le Dr Bourguignon, représentant les Syndicats du Corps médical hospitalier, le Professeur Clerc, au nom du Conseil général des Sociétés d'arrondissement, le Dr Piou, président du Syndicat médical de Paris, etc., prirent successivement la parole. M. Flandin, médecin des hôpitaux, qui présidait le banquet, exprima à la fin en termes heureux le sentiment de tous les orateurs, et nous pourrions dire de tous les convives, en émettant le vœu de l'unification parfaite et complète du Corps médical parisien. De quelle force disposerait un syndicat unique, un syndicat unifié ! Et M. Flandin a constaté avec plaisir la présence du Professeur Clerc, des Drs Deniker, Bourguignon, qui prouve que l'idée syndicale a pénétré le Corps médical hospitalier. Les Assurances sociales ont eu au moins ce bon résultat, c'est de désiller les yeux de beaucoup de nos confrères et de leur faire comprendre que, du maître le plus réputé au plus modeste praticien, tous les médecins étaient menacés dans un avenir prochain et que le syndicalisme s'imposait. Il s'impose de plus en plus devant les prétentions de la Mutualité qui, si elles se réalisaient, créeraient une formidable puissance, dont le premier acte serait l'asservissement du Corps médical. On a parlé jadis du milliard des Congrégations qui devenait par son accroissement progressif un danger pour l'Etat. De combien de milliards disposerait avant peu la Mutualité si on lui laissait satisfaire ses appétits et, partant, de quelle puissance politique et sociale ne disposerait-elle pas ?

Nous avons applaudi ces discours, car à ce banquet, nous avons assisté au triomphe du syndicalisme médical parisien. Ce syndicalisme local, nous l'avons vu naître et croître assez péniblement avec son fondateur Le Baron depuis quarante ans et n'avons cessé de nous y intéresser. Aussi ce n'est pas sans fierté que nous voyons gagnés à sa cause les milieux médicaux parisiens qui lui firent jadis la guerre la plus acharnée. Nous nous souvenons de l'opposition systématique et sans merci que fit au S. M. S. naissant le Conseil général des Sociétés d'arrondissement qui, incapable d'assurer la défense professionnelle, n'admettait pas que le nouveau Syndicat s'en occupât. Nous nous souvenons avec quel dédain méprisant l'élite médicale, tant à la Faculté que dans les hôpitaux et à l'Académie, considérait ces médecins syndiqués qui osaient parler de la défense de leurs intérêts professionnels. Cependant, nous devons reconnaître que certains, et non des moindres, osèrent prendre dès son origine le Syndicat des médecins de la Seine sous leur protection, tel le doyen Brouardel que nous ne saurions oublier, le Professeur Potain qui donna son adhésion au nouveau groupement et lui laissa en mourant un souvenir (1), le Dr Lereboullet père, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général, puis président de

(1) Un beau buste en bronze de Parrot, destiné au Syndicat des médecins de la Seine dans le testament du Professeur Potain.

l'Association générale des médecins de France, qui contribua beaucoup à établir des liens de cordiale collaboration entre l'Association et les Syndicats, le grand chirurgien Lucas-Championnière qui, après Brouardel, accepta la mission délicate, et parfois désagréable, d'élaborer avec les assureurs le tarif des accidents du travail et quelques autres. Deux membres du Corps médical des hôpitaux, le Dr Jules Comby, médecin des Enfants-Malades, qui fut aussi président de l'Union des Syndicats médicaux de France, et le regretté Dr Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dont nous avons encore présente à la mémoire la fin tragique, eurent le courage d'accepter la présidence de notre syndicat. Il y en eut d'autres, comme notre ami regretté, le Dr Ch. Souligoux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, qui firent partie du Conseil d'administration du S. M. S.

Dans un milieu médical indifférent, parfois hostile, dédaigné par la plupart des maîtres, combattu par ceux qui, au bas de l'échelle, craignaient de voir tarir les profits de leurs louches besognes, ignoré systématiquement par les pouvoirs publics, le Syndicat des médecins de la Seine réalisa jusqu'à la guerre la devise parisienne : *Fluctuat, nec mergitur*. Il résista tint tête à tous les orages, à toutes les embûches, finit par s'imposer et s'il ne constitua pas lui-même une force suffisante pour réaliser un brillant programme, il contribua puissamment au développement du syndicalisme médical français et à sa puissance en fournissant à l'Union des Syndicats médicaux de France d'abord, à la Confédération ensuite, l'état-major parisien indispensable.

Aujourd'hui notre Syndicalisme triomphe, et ce n'est pas sans satisfaction que nous voyons le Corps médical hospitalier parisien qui, jusqu'alors, n'avait pas cru qu'un jour il aurait, lui aussi, des intérêts professionnels moraux et matériels à défendre, se syndiquer à son tour, car il se sent sérieusement menacé. Se syndiquer n'est plus considéré comme déchoir dans le Corps médical parisien.

A ce propos, nous rappellerons une anecdote que nous a conté plus d'une fois le vénéré doyen de notre *Concours Médical*, le Dr A. Maurat, de Chantilly. C'était il y a près de cinquante ans, Maurat avait appelé en consultation auprès d'un de ses clients, Henri Roger, pédiâtre réputé, qu'il ne faut pas confondre avec le doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, qui témoigna toujours la bienveillance la plus souriante à toutes nos associations professionnelles.

Henri Roger était président de l'Association des médecins de France et jouissait dans le Corps médical d'une grande autorité, d'ailleurs méritée. Une fois la consultation terminée, Maurat accompagna le maître à la gare et la conversation tomba sur la campagne ardente que menait Cézilly en faveur des Syndicats dans le *Concours Médical*. Henri Roger ne pouvait l'approuver. Il n'avait pas de termes assez méprisants pour les syndicats médicaux naissants que Maurat mettait un point d'honneur à défendre. La discussion s'envenimait et Maurat énervé commençait à perdre patience. Il la clôtura brusquement en ces termes : « Eh bien ! mon cher Maître, souvenez-vous bien de ce que je vous dis ; ces Syndicats médicaux que vous vilipendez, contre lesquels vous voulez dresser l'Association des médecins de France, ils vous passeront sur le ventre ».

Paroles prophétiques ! Aujourd'hui le président de l'Association générale des médecins de France est un ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, il en est de même des présidents du conseil général des Sociétés d'arrondissements, et le Corps médical des hôpitaux de Paris s'est groupé en syndicats. Que doivent penser au Séjour des Bienheureux, où certainement ils se trouvent, car ils furent de grands hommes de bien, le bon père Henri Roger et le regretté Dr Ducor, ce si digne confrère qui avait cependant la phobie du syndicalisme médical et qui incarna si longtemps le conseil général des sociétés d'arrondissement ?

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### DIAGNOSTIC DES DERMATOSES VÉSICULEUSES

Par A. Desaux,
Ancien assistant de consultation de l'Hôpital Saint-Louis

La vésicule est *un soulèvement circonscrit de l'épiderme dans l'épaisseur duquel s'accumule un liquide clair* (très rarement hémorragique).

Les *dimensions* de la vésicule peuvent être réduites à celles d'une fine pointe d'aiguille ; de toute façon, le diamètre du soulèvement vésiculeux *ne dépasse pas* 2, 3, 4 millimètres.

La vésicule apparaît très rarement sur un tégument normal ; le plus souvent elle repose sur une zone congestive érythémateuse qui constitue autour d'elle une aréole (*dermatose érythémato-vésiculeuse*).

Elle se forme progressivement, a une évolution aiguë, une courte durée, soit qu'elle se dessèche (croûte), soit qu'elle se déchire (érosion). On doit donc penser à une dermatose vésiculeuse en présence non seulement de vésicules intactes, mais encore de croûtes ou d'érosions de petites dimensions.

La vésicule est une forme d'œdème épidermique.

Ses caractères cliniques varient suivant les cas :

#### I

#### LES VÉSICULES PERLÉES

**Aspect clinique de la vésicule perlée.** — *Les couches épidermiques superficielles soulevées par le liquide intra-épidermique sont résistantes et constituent une coupole ayant quelque durée* : la vésicule a l'aspect d'une *demi-perle posée sur la peau.*

Plus ou moins saillante, elle a une forme ordinairement hémisphérique, plus rarement acuminée ; sa surface est bombée, lisse et tendue.

Son volume primitif est celui d'une fine pointe ou d'une tête d'épingle : ultérieurement il peut atteindre celui d'une grosse tête d'épingle ou d'un petit pois.

Sa base est arrondie ; *de niveau* avec la peau voisine, elle est le plus souvent entourée par une aréole congestive, érythémateuse, dont la teinte s'estompe peu à peu en périphérie.

Le contenu, vu à travers la coupole épidermique transparente, est cristallin, aqueux ou citrin, séreux ; il est peu abondant ; il s'écoule incomplètement après la piqûre (la cavité de la vésicule est multiloculaire).

**Evolution de la vésicule perlée.** — 1° *La coupole, formée par les assises superficielles épidermiques soulevées, se déchire* si elle est mince ou se trouve au contact de liquides pathologiques qui provoquent sa macération ; elle peut être arrachée par le grattage. Ainsi est mis à nu le plancher de la vésicule, formé par les parties profondes épidermiques recouvrant un derme congestif (*exulcération*).

L'exulcération revêt l'aspect d'une surface plus ou moins rouge, suintante, parfois recouverte d'une croûtelle, et, dans certains cas, sertie dans une fine collerette épidermique (vestige périphérique de la coupole) qu'entoure l'aréole inflammatoire.

Ultérieurement, épidermisation et guérison sans cicatrice ; une macule rouge ou rouge brunâtre persiste pendant quelque temps.

2° *La vésicule peut s'infecter* (*vésico-pustule*) : sous la coupole épidermique devenue plus opaque, le contenu primitivement séreux devient séro-purulent ou franchement purulent, pendant que la base dermique et l'aréole périphérique prennent un caractère plus nettement inflammatoire, accentuent leur rougeur et sont le siège d'une légère infiltration.

**L'éruption vésiculeuse perlée.** — A côté des vésicules typiques intactes dans leur aspect primitif, on observe souvent des éléments à toit épidermique déchiré, des vésico-pustules à contenu purulent, des croûtes recouvrant des exulcérations, des macules d'un rouge ou rouge brunâtre.

Ne pas confondre la vésicule perlée avec :

a) *Une altération épidermique solide d'aspect*

*perlé*, comme le milium ou le lichen plan palmaire.

En cas de doute piquer l'élément avec une aiguille : il est solide, résistant, dur et ne laisse pas échapper de liquide.

b) *Certaines pseudo-vésicules d'aspect perlé contenant du liquide* et observées d'ailleurs assez rarement. Parmi ces dernières, on peut citer les *kystes séreux*, comme les *hidrocystomes*, qui, développés aux dépens de canaux sudorifères dilatés, sont d'ordinaire nombreux, s'observent sur le visage des femmes assez âgées, transpirant beaucoup et exposées à la chaleur rayonnante (blanchisseuses). Les éléments sont des pseudo-vésicules sans réaction inflammatoire, saillantes, rondes ou ovoïdes, dures et résistantes, translucides, et pouvant atteindre le volume d'une tête d'épingle ou d'un pois. Il faut faire effort pour ouvrir ces pseudo-vésicules avec l'épingle : un liquide aqueux, transparent, s'écoule et, après l'évacuation du contenu, une dépression intradermique persiste.

On connaît les *ectasies lymphatiques*, soit les *lymphangiectasies de l'éléphantiasis*, soit les pseudo-vésicules du *lymphangiome circonscrit*, dont la disposition peut d'ailleurs être zoniforme. L'ectasie lymphatique, après piqûre, laisse écouler une quantité de liquide beaucoup plus abondante que ne le laissait supposer son volume.

c) *Une papulo-vésicule* : la vésicule coiffe une papule congestive.

d) *Une petite bulle*. Théoriquement, la bulle est un élément volumineux, la vésicule a des dimensions plus réduites et son diamètre ne dépasse pas trois ou quatre millimètres. Mais il faut savoir que certaines bulles sont minuscules (impétigo miliaire, sudamina) et que, parfois, les vésicules sont grosses ou confluent pour former des soulèvements pseudo-bulleux.

La bulle est uniloculaire et se vide complètement quand on la pique. La vésicule ou le soulèvement pseudo-bulleux résultant de la confluence de plusieurs vésicules est multiloculaire et une seule piqûre ne provoque par l'évacuation totale du contenu séreux.

Certaines dermatoses — comme l'érythème polymorphe ou la dermatite polymorphe douloureuse ou encore l'éruption artificielle de cause externe ou interne — sont à la fois érythémato-vésiculeuses et érythémato-bulleuses : vésicules et bulles coexistent sur un derme congestif, érythémateux.

### A. — Diagnostic des vésicules perlées disséminées

1° Chez l'enfant, il sera parfois délicat de distinguer les vésicules de la *varicelle*, de certains éléments de *prurigo simplex aigu* ou de *strophulus* dont la base papuleuse à peine visible est surmontée d'une vésicule saillante et perlée. Le diagnostic de la varicelle est basé sur l'absence de prurit, sur la multiplicité des éléments, qui d'ailleurs peuvent siéger sur les muqueuses, sur leur ombilication centrale, sur leur évolution.

2° *Vésicules de la gale*. — Sur les mains et sur les doigts on trouve des vésicules perlées, dépourvues d'aréole inflammatoire, peu nombreuses, isolées, distantes les unes des autres, et dont le diamètre atteint un demi à un millimètre. Recherche des sillons et de l'acare.

3° *Les éruptions sudorales*. — Les *sudamina* (1) et les *miliaires* font suite aux transpirations abondantes. Les téguments se couvrent de minuscules vésicules ou bulles. Les éléments des miliaires, contrairement aux sudamina, sont prurigineux et entourés d'une aréole congestive.

### B. — Diagnostic des vésicules perlées groupées.

On distingue plusieurs types :

1° Le premier type est représenté par l'éruption érythémateuse vésiculeuse dite artificielle qui est causée par la lumière, les rayons X ou bien encore succède soit à l'application sur la surface cutanée soit à l'introduction dans l'organisme d'une substance chimique qui agit en caustique, en toxique ou en allergène.

Le diagnostic sera basé sur les commémoratifs, — sur le caractère particulièrement inflammatoire des lésions qui intéressent une zone tégumentaire plus ou moins étendue et de forme souvent géométrique (dans le cas d'application caustique). Le prurit est très marqué. Les vésicules apparaissent rapidement sur une peau très congestive, souvent œdémateuse et parfois piquetée de purpura. Perlées, elles sont nombreuses, pressées les unes contre les autres, en général volumineuses et souvent mêlées à des bulles vraies ou à des soulèvements pseudo-bulleux résultant de la confluence de vésicules.

L'éruption artificielle peut compliquer une dermatose préexistante ou être l'œuvre d'un simulateur (éruption *simulée*).

2° Type herpétiforme en bouquet. — Les vésicules perlées se groupent au centre d'une zone congestive, érythémateuse.

Ce type est réalisé par l'*herpès*, le *zona*, les *éruptions zostériformes*.

*a*) L'*herpès* a pour lieux d'élection le pourtour des lèvres ou des narines, le visage, les fesses, les parties génitales.

(1) Les sudamina, malgré leur volume exigu, ne sont pas des vésicules, mais de minuscules bulles sous-cornéennes (Darier) qui se forment par clivage. La miliaire résulte soit d'un processus de spongiose (vésiculation), soit d'un clivage (bulle). Je discute ici le diagnostic de ces infections, car, cliniquement, l'aspect de petites vésicules est réalisé.

Il est parfois précédé de prurit, d'élancements.

Au centre d'une tache érythémateuse, œdémateuse, un peu saillante, apparaissent les vésicules perlées de dimensions à peu près égales ; elles sont disséminées ou confluent en éléments à contours polycycliques ; leur contenu est primitivement citrin, transparent ; il devient secondairement louche, opaque.

Il faut savoir que l'herpès génital précède parfois le chancre syphilitique et accompagne souvent une affection vénérienne.

*b) Zona ou fièvre zostérienne* : les plaques érythémato-vésiculeuses sont cantonnées dans un territoire nerveux déterminé et n'occupent qu'un seul côté du corps. Le zona intercostal et le zona ophtalmique sont les plus fréquents.

On constate l'existence de douleurs spontanées, surtout marquées chez le vieillard, et précédant ou accompagnant l'éruption.

Le zona a l'allure d'une fièvre éruptive et une évolution cyclique.

Il ne récidive pas.

*c)* Les *éruptions zostériformes.* — Les éléments cutanés ressemblent à ceux du zona ; mais l'éruption ne possède pas les caractères d'une maladie infectieuse et récidive.

Il est parfois difficile de distinguer ces éruptions zostériformes des *herpès récidivants.* En cas de doute, inoculer la sérosité des vésicules à la cornée du lapin : la sérosité herpétique est seule inoculable.

3° Type herpétiforme en anneau ou circiné. — Les vésicules perlées se disposent à la périphérie de la zone érythémateuse.

Ce type est réalisé dans l'*épidermophytie érythémato-vésiculeuse* ou *herpès circiné parasitaire érythémato-vésiculeux.*

Bien développée, la lésion, qui siège d'ordinaire sur une partie découverte dont la contamination est facile, acquiert un diamètre égal à trois ou quatre centimètres. Son centre, parfois d'aspect normal, plus souvent jaunâtre, légèrement pigmenté, un peu squameux, est entouré par une zone périphérique dont les caractères sont nettement inflammatoires.

Celle-ci, sorte de bande circulaire, large de deux à trois millimètres, décrit un cercle géométriquement régulier ; elle est érythémateuse et piquetée çà et là de petites vésicules perlées et saillantes. Il est facile de trouver, dans les débris épidermiques de cette zone d'activité, les parasites que décèle l'examen direct ou la culture.

Dermatoses plus rares : *La forme érythémato-vésiculeuse de la dermatite polymorphe douloureuse de L. Brocq* comprend la *dermatite herpétiforme de Durhing.*

Les vésicules, nées sur érythème et plus rarement sur peau saine, se groupent suivant le type herpétiforme en bouquet ou le type herpétiforme en anneau.

Elles coexistent très souvent avec des bulles, — des papules congestives, — des taches érythémateuses dont on peut parfois plisser et décoller l'épiderme par simple frottement. Il est fréquent de produire en peau saine des bulles par friction (signe de Nikolsky), par application de ventouses Gougerot, P. Blum).

L'éruption est généralisée ou localisée aux poignets, à la face dorsale des mains, aux coudes et aux genoux.

Elle s'accompagne — de phénomènes douloureux (prurit, cuisson), constants, très accentués et hors de proportion avec l'inflammation cutanée — de la conservation d'un bon état général.

Elle évolue chroniquement par poussées successives.

Tous ces caractères permettent de distinguer la dermatite polymorphe douloureuse de l'herpès parasitaire circiné dont les vésicules sont d'ordinaire minuscules.

Lorsque la dermatite polymorphe douloureuse récidive et reste localisée à un territoire cutané circonscrit, le diagnostic avec l'*herpès récidivant* est délicat. Recourir à l'inoculation à la cornée du lapin : la sérosité herpétique est seule inoculable.

L'*urticaire vésiculeuse* ou *vésiculo-bulleuse,* plus fréquente chez les enfants, est très voisine de la dermatite polymorphe douloureuse, dont les vésicules peuvent naître sur une base urticarienne.

La *variété érythémato-vésiculeuse de l'érythème polymorphe* ne diffère cliniquement de la forme similaire de la dermatite polymorphe douloureuse que par l'absence des phénomènes douloureux importants (L. Brocq).

L'*herpès iris* ou *en cocarde de Bateman* (encore nommé *hydroa vésiculeux de Bazin*) qu'on rattache à l'érythème polymorphe ne doit pas être confondu avec l'*hydroa vacciniforme de Bazin.*

L'élément primitif de l'*herpès en cocarde* est une papule rouge qui secondairement s'étale et dont le centre devient vésiculeux. Ultérieurement — et c'est là l'aspect typique — autour de la bande érythémateuse dans laquelle est serti le soulèvement épidermique central apparaît un collier de vésicules plus ou moins nettes, plus ou moins avortées.

L'éruption d'*hydroa vacciniforme de Bazin* apparaît sur une région découverte et exposée au soleil. Au début, c'est également un soulèvement vésiculeux entouré d'une aréole inflammatoire. Rapidement, l'élément prend son aspect pathognomonique : il se dessèche ; son centre croûteux, brun noirâtre, se déprime, tandis que persiste autour de cette croûte centrale une

collerette opaline surélevée présentant les caractères du soulèvement vésiculeux primitif ; en dehors de la collerette s'étend l'aréole inflammatoire. Dans l'ensemble la lésion est ombiliquée, vacciniforme.

On observera —très rarement les *vésicules du charbon* qui accompagnent l'œdème malin, simulant jusqu'à un certain point l'*érysipèle vésiculeux*—et exceptionnellement les *vésicules de la morve aiguë* dont le diagnostic est relativement facile puisqu'elles coexistent avec des symptômes tapageurs d'infection nasale.

## II

### LA DYSIDROSE VRAIE ET LES ÉRUPTIONS DYSIDROSIFORMES

Ces dermatoses se localisent aux extrémités.

Les vésicules de la dysidrose et des éruptions dysidrosiformes, apparues sur la peau fine de la face latérale des doigts, sont perlées, saillantes, surtout après friction, et doivent être distinguées des autres vésicules perlées.

Celles de la paume de la main, recouvertes d'une couche cornée particulièrement épaisse, revêtent un aspect spécial : sous les assises superficielles épidermiques résistantes, la vésicule, tout entière et intacte, se concrète en un bloc croûteux jaunâtre qui ultérieurement se détache avec les lambeaux de l'épiderme voisin.

Dysidrose et éruptions dysidrosiformes — dont certains auteurs n'admettent point la distinction — ne diffèrent les unes des autres que par leur étiologie et leur évolution.

*a*) La DYSIDROSE VRAIE DE TILBURY FOX survient chez les intoxiqués nerveux, les arthritiques, les syphilitiques héréditaires, plus rarement au cours de la syphilis acquise (Milian). Elle atteint de préférence les adultes jeunes (hommes ou femmes) et en particulier les sujets présentant de l'hyperhidrose palmaire ou plantaire. L'éruption vésiculeuse, précédée et accompagnée de prurit, se forme rapidement et affecte une disposition bilatérale et sensiblement symétrique. Elle évolue en quelques jours spontanément vers la guérison. Souvent, elle récidive et parfois avec une certaine régularité.

*b*) Les ÉRUPTIONS DYSIDROSIFORMES sont nombreuses.

On peut observer une *éruption dysidrosiforme coexistant avec l'apparition d'un eczéma vésiculeux vrai* sur le reste des téguments. Ici, éruption dysidrosiforme et eczéma vésiculeux vrai relèvent de la même pathogénie, de la même étiologie ; seule, la résistance de l'épiderme corné, variable suivant les points, établit les différences cliniques présentées par l'œdème épidermique.

L'éruption dysidrosiforme peut être causée par la *substance chimique* apposée sur la surface cutanée ou introduite dans le tégument. En particulier, elle peut être provoquée par les produits salicylés d'origine végétale (Lortat-Jacob) contenus dans des plantes, comme la pensée sauvage, la reine des prés, qui entrent dans la préparation des tisanes dépuratives.

Assez fréquemment, elle est d'origine *parasitaire mycosique* et, dans ce cas, presque toujours unilatérale ou asymétrique.

« La lésion elle-même peut être simple ou multiple ; simple, elle est cyclique ou polycyclique ; multiple, elle est faite de taches distinctes dont quelques-unes fusionnées. Ces lésions commencent par un décollement épidermique en forme de vésicule plate. Si l'on ouvre l'épaisse couche cornée qui la recouvre, on trouve cette vésicule à son début remplie d'un liquide séreux, clair ou louche, qui souvent disparaît lorsque la vésicule vieillit et qu'elle arrive spontanément à s'ouvrir. Alors elle est remplie de minces lames épidermiques feuilletées, que le grattage exfolie. Arrivée à ce stade, la lésion ouverte continue de grandir, par ses bords, elle est limitée par une collerette d'épiderme corné épais, décollé vers le centre, adhérent par son bord périphérique, et si on soulève cette collerette, on trouve souvent, sous l'épiderme corné, des vésicules remplies de sérum clair. Ces vésicules, plus ou moins claires et nombreuses, sont parfaitement visibles au travers de l'épiderme corné, à la manière de la vésicule de la dysidrose..... Quelquefois la lésion est plus aiguë que celle que je viens de décrire ; les vésicules y sont devenues des pustules, ou bien l'afflux séreux, plus abondant en chacune, fait faire à toutes une saillie qui leur donne l'aspect d'éléments géants de dysidrose. En d'autres cas, autour de la lésion squameuse, de minimes pustules disséminées s'observent, des pustules vraies, faites de pus épais, jaune, exclusivement trichophytique, comme le démontre la culture » (Sabouraud).

Il faut savoir que certaines squames (et non pas toutes) contiennent des filaments mycéliens. Etant donnée la possibilité d'examens négatifs répétés, il ne faut pas se hâter de conclure qu'une lésion palmaire n'est pas mycosique, et on doit recourir à la culture dans les cas douteux. Les espèces parasitaires qui causent ces épidermophyties paraissent être très diverses.

*c*) Milian a décrit une DYSIDROSE INFECTIEUSE et streptococcique dont l'aspect et la localisation sont ceux de la dysidrose vraie. Cependant, — dès le début, des pustules se mêlent aux vésicules ; — on trouve (en le cherchant) le point d'inoculation ; — souvent, l'éruption se propage de proche en proche, quoiqu'on puisse rencontrer des lésions bilatérales et symétriques .

Cette dysidrose peut être un phénomène isolé ou faire partie du *tri-syndrome* (maladie trisymptomatique, probablement infectieuse et streptococcique, évoluant d'une façon cyclique et durant une quarantaine de jours) dans lequel on observe : la dysidrose, — une éruption de médaillons ressemblant à ceux du pityriasis rosé, — des nappes érythémateuses œdémateuses s'étendant sur d'assez grands territoires, sur les membres et la face.

*d*) Gougerot insiste sur les ÉRUPTIONS COMPLEXES DU PIED ; le complexe du pied est particulièrement fréquent, associant : dysidrose vraie, épidermomycose dysidrosiforme, éruption dysidrosiforme infectieuse ou artificielle.

## III

### LA VÉSICULATION PONCTUÉE DE L'ECZÉMA VÉSICULEUX VRAI

La vésicule est particulièrement petite (de la grosseur d'une tête ou d'une pointe d'épingle). La sérosité de l'œdème épidermique est peu abondante, filtre lentement, dissocie les cellules épidermiques malpighiennes plus qu'elle ne dilacère le corps muqueux, et quand, timidement, sur un espace minuscule, elle soulève enfin les dernières assises superficielles cornées, celles-ci sont minces et se rompent facilement, rapidement.

Il est donc très rare de trouver de minuscules vésicules en demi-perle, hémisphériques, saillantes ; il est parfois possible de distinguer, à la loupe et avec un œil exercé, les orifices suintants par lesquels les vésicules superficielles évacuent leur contenu séreux à l'extérieur.

Souvent la vésiculation passe inaperçue, si elle n'est pas recherchée. Pour déceler cette vésiculation à peine visible, on emploie l'*artifice « du papier à cigarettes »* :

La lésion se présente sous la forme d'une plaque ou d'une nappe rouge, congestive, recouverte de croûtes. Elle est nettoyée à l'éther ; un papier à cigarettes est appliqué sur elle et maintenu sous une lame de verre qui fait pression.

Les orifices suintants, par lesquels les vésicules superficielles déchirées se vident à l'extérieur, s'impriment sur le papier en taches humides, plus ou moins nombreuses, minuscules, miliaires, punctiformes (de la grosseur d'une tête ou d'une pointe d'épingle) ; de grandeur un peu inégale, ces taches sont groupées ou disséminées.

Explorer les tissus sains autour de la lésion et ne pas confondre le suintement vésiculeux — avec la sécrétion sudorale ou sébacée qui s'écoule des orifices glandulaires et peut s'imprimer également sur le papier, — avec des gouttes de sang. En cas de doute, appliquer sur la surface cutanée, rouge et humide, un linge blanc : les gouttes de sang s'impriment en rouge.

Le diagnostic avec le pus est facile.

### A. — Les diverses formes de l'eczéma vésiculeux vrai.

L'*eczéma craquelé.* — Sur la surface rouge érythémateuse, on observe des craquelures de l'épiderme corné au fond desquelles existent les puits eczématiques. La présence fréquente de croûtes mélicériques (jaune miel) indique l'activité habituelle du streptocoque.

L'*eczéma d'origine microbienne ou parasitaire.* La bordure de la plaque d'eczéma vésiculeux vrai est souvent « émiettée » : si elle est nette et en particulier indiquée par une collerette d'épiderme corné blanchâtre, l'origine parasitaire, ou microbienne est probable.

L'*eczéma nummulaire* forme une plaque légèrement saillante, nettement circonscrite, de la grandeur d'une pièce de monnaie. Cette configuration indique souvent l'origine ou la participation microbienne.

L'*eczéma du mamelon* est fréquemment provoqué par la gale ou par la lactation et l'allaitement. La lésion est mal limitée, ses bords sont émiettés et sa surface est infectée par les pyogènes. Elle doit être distinguée de la *maladie de Paget* dont les bords polycycliques sont nettement dessinés par un ourlet squameux, tandis que la surface, de coloration rouge vif, ne présentant nulle part la vésiculation ponctuée de l'eczéma (décelée par l'artifice du papier à cigarette), est, suivant les points, érosive, épidermisée ou squameuse. Le placard de la maladie de Paget repose en outre sur une induration superficielle papyracée qui n'existe pas dans l'eczéma.

L'*eczéma érysipéloïde* de la face survient par poussées brutales ; il s'accompagne d'une infiltration œdémateuse et d'une rougeur dermiques telles qu'il simule l'*érysipèle vésiculeux.*

L'*eczéma chronique* associe la vésiculation, le plus souvent réduite, à la desquamation et à la lichénification.

Les éléments de l'*eczéma rubrum aigu* sont très inflammatoires, très prurigineux, très suintants et rouge vif ; ils sont généralisés à presque toute la surface cutanée. La dermatose prend l'allure d'une fièvre éruptive et s'accompagne de phénomènes généraux.

On connaît l'*eczéma vésiculeux vrai du nourrisson* qui se développe sur les enfants nerveux et mal alimentés ; il apparaît du deuxième au huitième mois. Il siège symétriquement presque toujours sur le visage (en particulier sur le front, les tempes, les joues), moins souvent sur les fesses et sur la face externe des membres. Il

est d'ordinaire très prurigineux et s'accompagne souvent de lichénification secondaire.

Je rappelle la fréquence de la mort subite du nourrisson eczémateux laquelle se produit quelques heures après l'entrée à l'hôpital.

**B. — Les associations morbides dans lesquelles on retrouve la vésiculation du type eczéma.**

1° *La vésiculation du type clinique « eczéma vésiculeux » complique assez souvent* : la lichénification, les névrodermites circonscrites ou diffuses, — les parakératoses psoriasiformes, — le pityriasis simplex.

2° *Syndrome dit prurigo de Hébra* :

Hébra a donné le nom de prurigo vrai, non pas à la forme objective prurigo, mais à une dermatose caractérisée par une forme objective et par une évolution : 1° le symptôme premier est le prurit ; 2° au point de vue objectif, apparaissent d'abord des papulo-vésicules urticariennes, puis des lésions combinées d'eczéma et de lichénification ; 3° la dermatose a une durée fort longue et évolue par poussées successives éruptives séparées par des périodes variables d'accalmie.

3° *Dans le syndrome dit forme eczémato-lichénienne du prurigo de E. Besnier* sont associées des lésions de lichénification et d'eczématisation.

4° Penser au *mycosis fongoïde* en présence de nombreuses plaques d'eczéma survenant chez un adulte, très prurigineuses, infiltrées, lichénifiées, tenaces et rebelles.

## IV

### LA DERMATOSE VÉSICULEUSE PARAIT A PREMIÈRE VUE ERYTHÉMATO-SQUAMEUSE

Les vésicules minuscules (d'ordre histologique) intra-épidermiques sont relativement profondes et recouvertes par quelques lits de squames.

Pour découvrir la vésiculation sur une telle lésion d'apparence squameuse, force est de recourir au *grattage méthodique combiné avec le procédé du papier à cigarettes.*

1° La lésion est nettoyée à l'éther. Sécher, appliquer le papier à cigarettes qui reste sec.

2° Grattage méthodique : la curette enlève les squames qui recouvrent les vésicules et ouvre les vésicules.

3° Nouvelle apposition du papier sur lequel fait pression le compresseur de verre. La sérosité qui s'échappe des vésicules s'imprime en taches humides sur le papier.

*On peut penser* :

Soit à un eczéma vésiculeux vrai au stade de desquamations successives ;

Soit à une parakératose psoriasiforme, à un pityriasis simplex, à une névrodermite, toutes dermatoses revêtues d'un manteau de squames et possédant encore leur physionomie extérieure particulière mais dont l'épiderme profond est en réalité en voie d'eczématisation comme le montre le grattage.

## V

### L'ECZÉMA SEC OU AVORTÉ

Dans certains cas, on distingue au milieu des squames, non plus des vésicules suintantes, mais quelques croûtelles arrondies, minuscules, enchâssées dans l'épiderme : ce sont les vésicules de séchées, *in situ*, de l'*eczéma sec ou avorté.*

## VI

### LA LÉSION ÉLÉMENTAIRE EST UNE PAPULO-VÉSICULE

L'élément est constitué par une papule coiffée d'une vésicule.

La papule est souvent peu saillante : elle n'est perçue que par le doigt qui la f ôle ; elle donne la sensation d'un tout petit ressaut.

La vésicule qui surmonte la papule peut être volumineuse, perlée, visible à l'œil nu ou à la loupe. Dans d'autres cas, on ne distingue pas au sommet de la papule une vésicule nette : l'élément est recouvert d'une croûte. Après nettoyage, une feuille de papier à cigarettes est appliquée ; sur elle s'imprime une tache humide.

La *papulo-vésicule de l'eczéma papulo-vésiculeux* doit être distinguée de la *papule parfois coiffée d'une vésicule du prurigo simplex aigu.*

L'œdème épidermique, dont la vésiculation et le suintement sont la traduction clinique, est plus marqué dans l'eczéma papulo-vésiculeux. La vésicule qui peut surmonter la papule de prurigo est ordinairement à peine perceptible et son suintement est très réduit, « jamais suffisant pour empeser le linge » (L. Brocq).

Par contre, l'œdème et l'infiltration dermiques sont plus accentués dans le prurigo dont la base papuleuse est plus nettement formée, plus volumineuse, plus urticarienne.

Les papulo-vésicules de prurigo simplex aigu sont di séminées ; celles de l'eczéma tendent à se grouper pour former des plaques.

Lorsque les papulo-vésicules de l'eczéma se groupent, elles perdent, dans le même gâteau inflammatoire, toute individualité et les bases papuleuses non seulement entrent en contact, mais encore fusionnent et se confondent.

Si les éléments du prurigo simplex se rassemblent (ce qui est rare), ils conservent toute leur individualité, les bases papuleuses sont contiguës, tangentes mais distinctes.

Les papulo-vésicules de l'eczéma, surtout au début de l'éruption, sont souvent disséminées et

le diagnostic devient extrêmement délicat, d'autant plus que les caractères distinctifs ci-dessus signalés peuvent manquer ; leur base est quelquefois urticarienne et leur vésiculation peu apparente.

En réalité, il existe « toute une série de faits de passage » (L. Brocq) entre le prurigo simplex aigu et l'eczéma papulo-vésiculeux dont la pathogénie est comparable, dans une certaine mesure.

Il n'est d'ailleurs pas rare de voir, chez le même sujet, le prurigo simplex aigu précéder l'eczéma papulo-vésiculeux ou lui succéder.

Certains cas d'*eczéma nummulaire* doivent être rattachés à l'eczéma papulo-vésiculeux : la plaque d'eczéma nummulaire, — rouge, criblée de puits eczématiques, saillante, bien circonscrite, de la grandeur d'une pièce de monnaie, — est entourée de papulo-vésicules d'eczéma.

*Chez l'enfant,* certains éléments de *prurigo simplex aigu,* surmontés d'une vésicule bien formée, simulent ceux de la *varicelle* dont la base peut d'ailleurs devenir papuleuse et saillante. Le diagnostic de la varicelle est basé sur l'absence de prurit, la multiplicité plus grande des éléments, leur ombilication centrale, la présence possible de vésicules sur les muqueuses, l'évolution (1).

(1) En grande partie, d'après le « *Manuel pratique de Dermatologie* », par A. Desaux et A. Boutelier (Masson 1932).

## CLINIQUE UROLOGIQUE

*Hôpital Necker* (Service du Professeur Legueu).

### Le varicocèle (*)

Professeur José Arce, de Buenos Aires.

Un jeune homme vient vous consulter à l'hôpital, vous déclarant qu'il ne veut point parler devant une nombreuse assistance ; il se sent gêné d'exposer son mal devant un auditoire ; il demande à vous parler en particulier.

Que vous dira-t-il ? — « Je suis un homme perdu, je ne pourrai jamais me marier, avoir des enfants, je n'éprouve jamais de désir sexuel..... »

Cet homme est préoccupé, l'idée de son impuissance le persécute constamment.

Avant d'avoir examiné le malade, l'idée de varicocèle vient à votre esprit, et très vraisemblablement il s'agit d'un varicocèle qui ne devra pas être opéré.

Quels sont les différents types de varicocèles ?

Nous connaissons deux catégories de varicocèles : 1° les varicocèles avec syndrome nerveux dominant, et 2° les varicocèles avec syndrome veineux marqué.

Certes, les troubles circulatoires existent dans les deux variétés, mais dans la seconde ce sont eux qui forment le tableau clinique de la maladie.

Dans le premier type prédominent nettement les symptômes nerveux et génitaux ; le malade souffre physiquement et moralement.

A l'examen du patient vous constatez quelques petites dilatations veineuses et une légère augmentation du volume du scrotum ; c'est tout.

Si vous demandez à ce malade pourquoi il pense qu'il a un varicocèle (le plus souvent, le malade vous dit dès le début de son récit qu'il est atteint d'un varicocèle), il vous répondra que c'est au hasard d'un examen que le médecin le lui a dit, ou bien qu'on le lui avait dit lors de son service militaire.

Ces malades qui n'ont qu'un varicocèle minime et qui n'ont appris son existence que par hasard, sont atteints de perturbations nerveuses.

Il ne faudra jamais renvoyer un tel malade lui disant : « Je n'ai rien à faire pour vous, il n'y a pas d'opération utile dans votre cas... ».

Il faudra savoir persuader le malade que l'opération n'est pas urgente, qu'il faut qu'il patiente, qu'il attende un an ou même plus, que tout pourra s'arranger probablement, sans intervention.

Chez ces sujets vous trouverez souvent des signes divers de tares nerveuses, des petits symptômes nerveux.

Les malades atteints de varicocèles volumineux vous diront : « Je ne souffre pas, je viens vous consulter car mes bourses sont trop volumineuses et me gênent ». Pourtant certains d'entre eux ressentent des douleurs.

Lorsque vous examinez un de ces malades, vous voyez une grosse dilatation des bourses, la ptose du testicule gauche.

La palpation fait percevoir une tumeur molle, dépressible, dont le volume varie suivant les

(*) Leçon du 27 avril 1932.
Dans un mot d'introduction, le Prof. Legueu a présenté le Prof. J. Arce comme un grand Français d'Amérique.

moments. La tumeur est fuyante sous vos doigts, elle est bosselée.

Ayant préalablement vidé les veines de la région, pincez entre vos doigts le cordon spermatique au niveau de l'orifice externe du canal inguinal et dites au patient de se lever ; à ce moment, lâchez les doigts : vous voyez le scrotum augmenter de volume très rapidement. Il y a là reflux du sang veineux (rappelez-vous la manœuvre de Trendelenburg qui fait valoir l'insuffisance des valvules de la saphène).

Le reflux veineux vous montre l'insuffisance valvulaire. Le plus souvent vous sentez le thrill au niveau des veines, mais dans d'autres cas il peut faire défaut. S'il n'y a pas de thrill, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de varicocèle, mais cela indique que ces malades ne présentent pas d'insuffisance valvulaire.

Les malades du premier groupe ne doivent jamais être opérés. Ceux du second groupe peuvent, lorsqu'ils n'ont pas d'insuffisance valvulaire, ne pas être opérés.

Ceux qui ont de l'insuffisance valvulaire sont radicalement guéris par l'intervention chirurgicale.

Comme règle générale, on peut dire que dans les cas où la manœuvre de Trendelenburg est positive, il s'agit d'un varicocèle chirurgical si on peut le nommer ainsi.

Lorsque vous opérez un varicocèle qui n'en a pas besoin, vous risquez fort de revoir le malade au bout d'un temps variable, de 2 à 6 mois. Il viendra vous dire qu'il n'est nullement amélioré par votre intervention : vous serez exposé à des réclamations, à des ennuis.

Que peut-on dire de l'évolution clinique du varicocèle ? Les malades atteints d'insuffisance valvulaire peuvent vivre sans trop de malaises jusqu'au jour où le varicocèle commence à les gêner par son volume, où il devient trop pesant.

Une intervention faite en pareil cas de façon correcte, comporte un pronostic très bon.

L'opération que nous faisons à notre clinique et qui fut aussi pratiquée en Europe, notamment à Marseille, a été proposée par le Dr Oscar Ivanissevich.

Ivanissevich a repris l'étude anatomique de la circulation au niveau du testicule, des bourses et du cordon spermatique.

Voici schématisée la circulation de cette région. Il y a trois artères, qui sont : la spermatique, la déférentielle et la funiculaire. Toutes trois desservent le testicule. Toutes les trois sont localisées à l'intérieur de la tunique fibreuse commune.

Les artères du cordon sont fournies par l'artère fémorale, l'iliaque interne et l'iliaque externe.

Les veines forment un véritable système veineux qui pénètre dans le canal inguinal, le traverse et arrive dans la cavité abdominale où les différentes veines se comportent de façons diverses.

Les veines sont irrégulières, elles ne suivent pas exactement le trajet des artères.

Certaines sont superficielles, d'autres profondes. Les premières, peu nombreuses, sont extérieures à la tunique commune, les autres, plus nombreuses, sont intérieures.

Certaines veines venant du testicule suivent le canal inguinal et sortent de ce dernier pour se réunir en un ou deux troncs qui vont dans la veine spermatique, munie de valvules, puis, à droite dans la cave inférieure, et à gauche dans la rénale.

Si l'on considère le fait que la veine spermatique gauche rencontre la veine rénale sous un angle droit, on comprend aisément pourquoi le varicocèle est plus fréquent à gauche qu'à droite.

L'autre groupe se jette dans les veines épigastriques. On peut considérer que 9 % des veines de la région étudiée vont se jeter dans la veine épigastrique.

Les seules veines qui comptent pour la formation du varicocèle sont en réalité les veines spermatiques ; leur valeur peut être considérée comme étant de 90 %.

Quelle est l'opération rationnelle qu'il faudra faire en présence d'un varicocèle chirurgical ?

Il faut interrompre la circulation dans les veines spermatiques au-dessus de l'anneau inguinal.

Ne vous occupez pas d'autre chose, ne fixez pas votre attention sur les bourses. Allez chercher directement la veine spermatique, liez-là, sectionnez-là.

Cette opération étant faite, tous les troubles disparaissent d'eux-mêmes. Si vous supprimez la voie au reflux, vous supprimez la cause de la maladie, la maladie elle-même.

Cette opération est habituellement pratiquée sous anesthésie rachidienne.

L'incision cutanée se fait à gauche, au-dessus de la crête iliaque antéro-supérieure. Vous écartez les grands obliques, vous arrivez au fascia transversalis, vous le disséquez, alors le péritoine se présente à vos yeux, vous faites tousser le malade, et, sous l'impulsion de la toux, le péritoine vient tomber sous vos doigts.

Le tronc veineux est le plus souvent accolé au péritoine. Ne vous occupez pas des artères ; si vous ne les voyez pas à votre portée, c'est qu'elles ne risquent pas d'être lésées par votre intervention.

Vous sectionnez la veine en faisant la ligature aux deux extrémités. Avant de ligaturer les extrémités de la veine vous pouvez faire l'expérience suivante : le sang du côté supérieur n'est pas visible, il n'en vient pas ; du segment inférieur, il en vient un peu en bavant. Faites

pousser le malade, et vous voyez un flot de sang arriver d'en haut, de la veine cave ; il y a donc circulation inversée, rétrograde.

Vous avez déjà constaté ce phénomène à l'examen clinique, vous en voyez la confirmation démonstrative au cours de l'opération.

La veine spermatique étant ligaturée, le courant sanguin n'y existe plus. Le varicocèle disparaît, sans qu'il y ait intervention directe à faire sur les bourses.

## LA VARICELLE

### Ce qu'il en faut pratiquement connaître

Par Mademoiselle le Dr M. Friant

La varicelle, ou petite vérole volante, est une maladie éruptive de l'enfance.

Etiologie. — Chez les très jeunes enfants, avant six mois, la varicelle est rare. Son maximum de fréquence existe de 2 à 7 ans. Chez l'adulte, une atteinte de varicelle est exceptionnelle.

Cette maladie existe à l'état endémique dans les villes, mais présente des recrudescences épidémiques. Elle est contagieuse ; cependant, il semble qu'il n'y ait pas de contagion à distance. C'est directement, ou bien encore par l'intermédiaire d'objets ayant servi à l'enfant malade, que la varicelle semble se propager, car les épidémies sont, en général, très circonscrites ; elles éclatent dans une famille, une maison d'école, une salle d'hôpital.

La contagion est certaine pendant l'éruption, peu probable durant l'incubation.

Le virus est inconnu. On discute, depuis longtemps déjà, sur la nature de la varicelle. Est-ce une variole atténuée ou bien une maladie spécifique ? Cette seconde opinion est généralement adoptée en France et les expériences sont en sa faveur. D'abord, le sujet atteint de varicelle se trouve immunisé contre cette maladie, mais non pas contre la variole. De plus, l'inoculation de la variole au singe et à la cornée du lapin est réalisable, tandis que l'inoculation de la varicelle à ces animaux est impossible.

Il y a 37 ans, von Bokay soupçonnait un rapport entre le zona et la varicelle ; 17 ans après, il l'affirmait. Depuis, on a publié de nombreuses observations sur cette question : zona suivi de varicelle, varicelle suivi de zona (1). Actuellement, on admet, en général, que les virus de l'une et de l'autre affections n'ont rien de commun car le zona, contrairement à la varicelle, peut récidiver.

A titre d'expérience personnelle, j'ai observé une curieuse localisation de la varicelle après avoir inoculé 1 c. c. d'anatoxine de Ramon (première injection immunisante contre la diphtérie) à un enfant de trois ans environ et sain en apparence. Dix jours après, cet enfant étant en incubation de varicelle au moment de l'infection, l'éruption s'est produite uniquement aux environ de la piqûre (région sus-épineuse gauche) sur un cercle de 15 à 20 cm. de diamètre, le reste du corps était à peu près indemne de vésicules.

Il serait possible alors, que le zona, dont le virus est inconnu, s'il survient au moment de l'incubation de la varicelle, localise non seulement son éruption, mais aussi celle de la varicelle à des niveaux cutanés correspondant aux troncs nerveux.

Symptômes de la varicelle :

1° *Période d'incubation.* Elle est de 14 jours d'après Bezançon.

2° *Période d'invasion* d'une durée de 12 à 48 heures. Elle est marquée le plus souvent par un peu de fièvre accompagnée de frissons, mais elle peut rester latente et apyrétique.

3° *Période d'éruption.* L'éruption commence ordinairement en des points quelconques, mais elle est plus abondante au tronc qu'à la face.

Les éléments éruptifs sont d'abord des macules, taches rouges à peine saillantes durant quelques heures. Elles deviennent des vésicules rondes ou oblongues, soulèvements épidermiques de 2 à 4 mm. de diamètre, reposant sur une base rouge et contenant un liquide clair qui devient trouble dès le deuxième jour. Les bulles se dessèchent au quatrième jour et se recouvrent d'une petite croûte noirâtre qui tombe au septième jour sans laisser de cicatrice généralement.

La maladie évolue par poussées successives, 3 à 5 en général, à un ou deux jours d'intervalle. Les nouvelles vésicules apparaissent d'une façon disséminée entre les anciennes, la dernière poussée ayant lieu huit jours après la première, au plus tard. La durée totale de l'éruption est d'une dizaine de jours et la guérison est rapide.

Complications. — Les complications sont assez rares dans la varicelle, cependant on peut observer :

(1) Voir surtout à ce sujet Wallgren A. (de Gäteborg, Suède) : Considérations cliniques sur quelques problèmes que soulève l'herpès zoster (*Acta pediatrica*, 22 décembre 1928.)

1° Du prurit chez les enfants disposés aux réactions cutanées ;

2° Une adénopathie douloureuse (axillaire, inguinale, etc.) qui apparaît en même temps que l'éruption et disparaît avec elle ;

3° Un exanthème au niveau de la bouche, parfois même une stomatite, une laryngite ou une vulvite varicelleuse.

4° De l'albuminurie qui s'atténue avec la première poussée éruptive (1).

Le PRONOSTIC est bénin.

Le DIAGNOSTIC est facile le plus souvent.

En temps d'épidémie, il faut éviter de confondre la varicelle avec la *variole*, et surtout la *varioloïde*. Dans ces deux dernières affections, l'éruption commence toujours par la face ; de plus, les éléments sont pustuleux et ombiliqués. L'inoculation à la cornée du lapin est possible. Tous ces caractères n'existent pas en cas de varicelle. Il faut aussi éviter de confondre cette affection avec l'urticaire vésiculeux, les syphilides varicelliformes et le pemphigus.

Le TRAITEMENT consiste à protéger les vésicules par une légère couche de talc mélangé à de l'acide borique. En cas de prurit, le bleu de méthylène employé en poudre ou incorporé à de la glycérine et appliqué au niveau de l'éruption donne de bons résultats.

PROPHYLAXIE. — Les enfants doivent être isolés de leurs camarades durant 25 jours en moyenne à partir du début de l'éruption ; en pratique jusqu'à la chute des dernières croûtes. Il faut conseiller la désinfection des locaux.

Quant aux sujets suspects, leur isolement est de 18 jours à partir de la contagion probable.

Il n'existe pas de vaccination contre la varicelle.

(1) Une complication rare mais que nous avons vu se produire chez une fillette de 8 ans dont l'état général était, il est vrai, mauvais, est l'infection secondaire des vésicules irritées donnant lieu à des abcès. Nous avons dû inciser chez l'enfant à laquelle nous faisons allusion une quinzaine d'abcès en une semaine, abcès qui s'étaient développés 10 jours après le début de l'éruption au niveau du siège des vésicules.

J. NOIR.

# CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE CHRONIQUE DE LA HANCHE

Par J. GRABER-DUVERNAY

Médecin de l'hôpital thermal Reine-Hortense (Aix-les-Bains).

L'arthrite chronique de la hanche ou arthrite sèche ou coxarthrie est une affection déjà ancienne, qui reste cependant assez mal connue. Elle se présente, il faut le reconnaître sous des dehors peu engageants : c'est une affection de la vieillesse ou de l'âge mûr, d'une chronicité éprouvée, et qui oppose souvent une résistance désespérée aux thérapeutiques les mieux comprises. Cependant au cours de ces dernières années des efforts méritoires ont été faits pour lui ôter son fâcheux renom d'incurabilité. On a proposé des méthodes nouvelles d'ordre médical et chirurgical. Elles sont de valeur inégale, et leur nombre masque mal sous une richesse apparente, une pauvreté réelle. Aussi croyons-nous utile de faire le point, puisque la question est à l'ordre du jour, et d'isoler les meilleurs moyens thérapeutiques dont nous disposons actuellement.

Des coxarthriques nous ne dirons presque rien : tout médecin en a vus dans son cabinet. On sait que l'arthrite chronique de la hanche apparaît surtout vers la seconde moitié de la vie, encore que le *Morbus coxæ juvenilis* ne soit pas exceptionnel. Le début est si insidieux que la date est souvent impossible à préciser. Certaines circonstances paraissent jouer un rôle aggravant : les malformations congénitales ou infantiles, la ménopause chez la femme... Lorsque l'affection est suffisamment évoluée, un certain nombre de signes permettent un diagnostic facile ; tels sont la douleur antérieure inguinale, la limitation des divers mouvements de la hanche avec pendant longtemps conservation relative de la flexion (Duvernay), l'existence d'atrophie musculaire et de craquements. Trois signes sont précoces : celui du soulier décrit par Duvernay — le malade enfile sa chaussure sous et derrière lui sans la voir, — le signe arrière de Léri ou limitation de l'hyperextension, la limitation de la rotation interne. La connaissance de ces divers signes évitera de poser inconsidérément un diagnostic de sciatique. La radiographie apporte de précieux renseignements, elle ne permet pas cependant de négliger l'étude clinique, car dans les formes peu évoluées le film peut être d'interprétation difficile. Aussi bien les tendances interventionnistes actuelles, les progrès de la thérapeutique médicale, ne permettent plus aujourd'hui un diagnostic hésitant. La coxarthrie ne contrevient pas aux lois de la pathologie : ici encore ce sont les formes de début qui guérissent le mieux.

Nous en aurons fini avec ce très court aperçu clinique en signalant que le stade ultime de l'évolution correspond à la vieillesse du sujet, c'est le

*Morbus coxæ senilis* avec ses énormes déformations. A ce moment la hanche est à peu près immobilisée mais conserve néanmoins de très petits mouvements. Il est rare de noter une ankylose serrée, solide et indolore comme dans la coxalgie à la phase de guérison. Mono-articulaire le plus souvent, l'arthrite chronique de la hanche peut devenir avec le temps bilatérale dans une proportion dont le chiffre reste encore à fixer. Il est exceptionnel qu'elle fasse partie du tableau clinique d'une polyarthrite symétrique progressive.

On peut être appelé à voir un coxarthrique aux différents stades de l'évolution de son affection. Plus les lésions sont avancées, plus le pronostic doit être réservé, mais la ligne de conduite reste la même : il faut d'abord s'adresser au traitement médical. Celui-ci est à envisager au moment des crises douloureuses qui jalonnent l'évolution de l'arthrite, et dans leur intervalle.

Au moment des crises il est très simple, se résumant en trois mots : repos-chaleur-aspirine.

Le repos au lit suffit généralement. Dans les formes très douloureuses il vaut mieux pour assurer une meilleure immobilisation, placer le membre dans une gouttière de cuisse après l'avoir enveloppé de coton cardé. Dès que la douleur sera calmée il faudra recourir à la mobilisation passive, puis active.

Avec le repos il faut donner de la chaleur. Pour cela on placera, à la racine de la cuisse, et au niveau de la région fessière, des cataplasmes, des bouillotes, des sacs de sable chaud. On peut encore avoir recours aux bains chauds. Une révulsion utile peut être faite avec le mélange : essence de térébenthine, alcoolat de lavande, huile camphrée (50 gr. de chaque), alcool camphré Q.S. pour 500 c.c. L'alcoolat de lavande a souvent une action sédative dans la préparation suivante : alcoolat de lavande, baume de Fioravanti (100 gr. de chaque), salicylate de méthyle, chloroforme, teinture de benjoin (15 gr. de chaque).

Surtout on prescrira l'ASPIRINE qui reste dans le rhumatisme chronique le plus utile des analgésiques. C'est le pain du rhumatisant, au même titre que l'urotropine est le pain de l'urinaire. Elle peut être prise sans dommage pendant des années ; de plus il ne semble pas se produire de véritable accoutumance. On peut l'associer à des hypnotiques doux tels que le gardénal (M.-P. Weil), la phénacétine et même la poudre de Dover. Weissenbach et Françon préconisent le mélange suivant : aspirine 30 centigr., pyramidon 20 centigr., phénacétine 10 centigr., caféine 5 centigr., pour un cachet, deux à quatre par jour. Le salicylate de soude n'agit pas sur l'arthrite chronique de la hanche ; à doses fortes et prolongées il n'est pas sans inconvénient pour l'organisme. Mais l'aspirine, merveilleux analgésique n'a aucune action curative ; aussi est-il indispensable de prescrire également une thérapeutique susceptible d'arrêter l'évolution de l'affection. Sans doute les résultats immédiats seront apparemment moins brillants que ceux fournis par le traitement symptomatique. Ils s'établiront lentement, entrecoupés de rechutes décourageantes. Le malade doit néanmoins courir sa chance, et le devoir du médecin est de l'aider en sachant faire un diagnostic précoce.

Pour ce traitement de fond nous ne disposons généralement pas, est-il besoin de le dire, d'une médication étiologique. Pour cela il faudrait remonter au *primum movens* infectieux ou toxique qui permettrait de s'attaquer à la cause. Il est très rare d'avoir cette bonne fortune et de déceler l'infection focale, chère aux Anglo-Saxons, siégeant habituellement au niveau des dents, des amygdales, du naso-pharynx. Il n'existe dans la littérature médicale que quelques observations d'arthrite chronique de la hanche améliorée par la combinaison de vaccins ou d'autovaccins généralement de provenance naso-pharyngée, et du traitement radical du foyer d'infection (avulsion dentaire, amygdalectomie).

On peut quelquefois soupçonner une origine endocrinienne. Le plus souvent il s'agit de rhumatisme par insuffisance ovarienne. Il faut cependant être prudent et ne pas ranger sous cette rubrique tous les rhumatismes qui débutent à la ménopause ou à la suite d'une castration artificielle. Le vrai rhumatisme ovarien doit d'abord s'accompagner d'un syndrome clinique d'hypo-ovarie, il doit ensuite être amélioré, sinon guéri, par l'opothérapie spécifique. Celle-ci se donnera à de très fortes doses soit par la bouche, chaque jour de 0,50 à 1 gr. 50 de poudre d'ovaire par série de quinze jours avec repos d'égale durée soit en injections hypodermiques ou intramusculaires. Lorsque l'insuffisance thyroïdienne s'ajoute à l'insuffisance ovarienne on associera avec prudence les deux médications opothérapiques.

En dehors de ces cas rares, on devra s'adresser à l'IODE qui reste le médicament de base de l'arthrite chronique de la hanche. Il faut réaliser une véritable imprégnation iodée de l'organisme. On y arrivera à l'aide de doses assez élevées, poursuivies durant très longtemps. On fera prendre quinze jours par mois, matin et soir, XXV à XXX gouttes de teinture d'iode fraîchement préparée, dans un verre à liqueur de vin bouilli et refroidi. L'iode se formule encore en solution iodurée. En voici une : iode 1 gr., iodure de potassium 2 gr., eau distillée 20 gr. (XX à L gouttes par jour). Parmi les très nombreuses préparations iodées, citons l'huile iodée (lipiodol) qui se donne soit par la bouche (une capsule de lipiodol contenant 0 gr. 20 d'iode, midi et soir à la fin du repas, quinze jours

par mois), soit en injections intramusculaires (la première à 1 à 3 c.c., la seconde à 2 à 5 c.c., la troisième à 5 à 10 c.c.), jusqu'à un total de 40 à 80 c.c. On pourra faire plusieurs séries dans l'année.

Certains auteurs (Duvernay) conseillent d'alterner l'iode avec la médication phosphorée. Iode pendant quinze jours sous la forme que l'on jugera utile, et les quinze jours suivants, à la fin du repas comme pour l'iode, prendre une cuillère à soupe de la potion suivante : acide phosphorique officinal 20 gr., phosphate de soude 40 gr., teinture de noix vomique 2 gr., sirop d'écorce d'orange Q. S. pour 300 c.c.

Le soufre peut être employé comme médication alternante ou en cas d'échec de la médication iodée. On utilise généralement le soufre colloïdal, sous forme soit de granulé (deux cuillères-mesures deux fois par jour), soit en injections intramusculaires (quatre séries de dix injections quotidiennes de 1 à 2 c.c.) ou même intra-veineuses. Léri a recommandé un mélange de soufre et d'iode à l'état naissant.

Le bromure de thorium X, recommandé particulièrement par Léri, peut dans certains cas donner des résultats remarquables. Mais il perd très vite son activité. Aussi est-il indispensable de recevoir immédiatement avant l'usage des ampoules fraîchement préparées et dosées. Faire une série de huit injections intramusculaires en débutant par 50 microgrammes pour atteindre un total de 200 ou même 300 microgrammes. On peut recommencer une nouvelle série après un intervalle de deux mois. Cependant il est prudent de surveiller l'action déglobulisante du produit par l'examen hématologique. Son prix relativement élevé peut être un empêchement.

L'action des médicaments recalcifiants est discutée (Labbé, Mouriquand). Quant à la thérapeutique par les sels d'or, elle n'a donné, ici, aucun résultat.

Nous ne ferons que signaler les moyens biochimiques (surtout autohémothérapie et autosérothérapie) qui visent la désensibilisation de l'organisme. L'hygiène du rhumatisant est très simple : il doit éviter le froid, l'humidité et s'habiller chaudement. Les aliments toxiques mis à part, le coxarthrique doit manger suffisamment. Son système osseux lui interdit toute alimentation carencée. Nous ne saurions trop recommander l'usage de la bicyclette que permet la conservation de la flexion de la cuisse.

On a préconisé d'autres moyens physiothérapiques : applications locales d'air chaud, bains de lumière, bains de soleil, rayons ultra-violets qui peuvent aider à la recalcification par leur valeur fixatrice. Plus utiles paraissent être la diathermie et la radiothérapie qui ont à leur actif de réels succès. L'action des rayons X est surtout nette dans les formes d'arthrite proliférante (Dausset et Lucy). Enfin la thérapeutique dispose avec le traitement thermal d'une aide très précieuse. Il y a en France de nombreuses stations. On choisira de préférence celle où les eaux sont abondantes et les pratiques hydrothérapiques variées, comme c'est le cas pour Aix-les-Bains.

Il existe cependant des formes particulièrement douloureuses que l'aspirine calme mal et qui restent rebelles au traitement de fond. Peut-on s'adresser alors à la chirurgie ? Celle-ci, en dehors des ostéotomies sous-trochantériennes et de l'opération de Lance dont les indications semblent très rares dans l'arthrite de la hanche, dispose essentiellement de deux interventions : l'arthrodèse et la résection. L'arthrodèse qui sera extra-articulaire est réalisée suivant la technique de P. Mathieu. Par l'ankylose qu'elle détermine elle supprime la douleur et donne un appui solide, mais elle n'est applicable qu'aux formes strictement unilatérales, car une ankylose bilatérale serait un désastre. Dans ce cas on aura recours à une résection arthroplastique, en n'intervenant que d'un seul côté. Dans une thèse remarquable inspirée par Mathieu, P. Padovani a récemment proposé d'élargir les indications de la résection au détriment de l'arthrodèse. Enfin Aimes, de Montpellier, a appliqué, chez des coxarthriques le procédé de Robertson Lavalle utilisé par cet auteur dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses.

Mais ces interventions sont shockantes, surtout la résection arthroplastique. Elles écartent formellement les malades âgés, parfois plus précocement que leur état civil ne l'indique, les affaiblis, les diathésiques. Aussi pouvons-nous conclure avec P. Mathieu qu'il faut être très sévère pour admettre une arthrite déformante au bénéfice d'une intervention.

Ne peut-on rien tenter pour ces laissés pour compte de la chirurgie ? Nous croyons, à la suite de Duvernay, que par une opération de petite chirurgie d'une bénignité presque absolue, on peut leur rendre un très grand service. C'est, sous anesthésie locale, un simple forage de l'épiphyse fémorale, suivi de préférence de l'introduction d'une cheville d'os mort de petit calibre. On détermine ainsi au niveau de l'épiphyse, un trouble d'ordre vaso-moteur qui supprime ou diminue grandement la souffrance. Dans un autre article nous parlerons plus longuement de ce nouveau traitement et de l'aide précieuse qu'il apporte à la thérapeutique médicale. Par sa bénignité, il a sur les autres méthodes chirurgicales l'immense avantage de ne connaître ni âge, ni état diathésique : il ne s'adresse qu'à la douleur.

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

# Une évolution dans le traitement des pleurésies purulentes

**La thoracotomie peut être différée dans certains cas ; on la remplace momentanément par des ponctions évacuatrices, avec ou sans injection de liquides modificateurs, pendant qu'on soutient l'état général**

d'après les travaux du Professeur LEREBOULLET (1) ainsi que ceux de MM. J. QUÉNU et R. MIGNOT (2)

Le traitement des pleurésies purulentes aiguës non tuberculeuses était bien simple jusqu'à ces dernières années : une fois le diagnostic posé, on considérait la pleurotomie large et précoce comme une intervention urgente et nécessaire.

Cependant, les résultats obtenus par cette méthode au cours de l'épidémie de grippe en 1918-1919 furent désastreux ; il y eut une mortalité de 81 à 84 %. Une réaction se fit aussitôt contre la méthode classique, et, en place de l'intervention hâtive et systématique, on préconisa la temporisation, en utilisant les moyens médicaux destinés à lutter contre l'infection et à soutenir l'état général, en pratiquant d'autre part des ponctions évacuatrices, suivies ou non d'injections de liquides modificateurs.

Actuellement, l'accord n'est pas encore réalisé entre médecins et chirurgiens sur les avantages et les inconvénients des opérations précoces. Aussi faut-il rester éclectique, et se garder de passer d'un excès d'abstention à un excès d'intervention.

***

UN BON DIAGNOSTIC DOIT SERVIR DE BASE A LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE

## 1) Examen clinique

*Cet examen comportera l'étude des antécédents du malade, des signes fonctionnels et généraux, la recherche des symptômes physiques au niveau du thorax, et la ponction exploratrice.*

### Chez l'adulte

Un état fébrile, une température *irrégulière*, oscillant entre 38° et 39°5, un facies infecté, coïncidant avec la présence d'une zone de *matité franche* compacte, à contours irréguliers à la base du thorax, et succédant à une pneumopathie aiguë, font inévitablement songer à une *suppuration pleurale.*

Il importe aussi (l'explication en sera donnée plus loin) de se rendre compte de *l'état du poumon sous-jacent.* Malheureusement, ce point capital est souvent difficile à apprécier. On se basera pour cela sur la recherche clinique minutieuse des signes de congestion ou d'hépatisation parenchymateuse coexistant avec le syndrome liquidien, sur le facies, sur l'atteinte de l'état général et les caractères de la fièvre. Naturellement le mode d'apparition de l'épanchement sera un élément précieux d'appréciation, quand celui-ci se produira au cours ou au décours d'une affection broncho-pulmonaire aiguë.

### Chez le tout jeune enfant

Dans ce cas, le diagnostic d'un épanchement pleural se fait, non pas sur l'ensemble symptomatique qui est de règle chez l'adulte, mais, ainsi que l'a souvent précisé le Prof. Lereboullet, presque uniquement sur la matité compacte, franche, constatée en un point des poumons. C'est sur ce signe important et sur lui seul en règle générale, qu'on s'appuiera avec la plus grande certitude.

Quant à l'état du poumon sous-jacent, les renseignements fournis par l'auscultation sont assez trompeurs. Si le silence respiratoire ne se constate jamais avec netteté chez l'enfant jeune, on peut aussi percevoir des râles humides et des bruits pseudo-cavitaires, qui ne viennent pas du poumon sous-jacent à l'épanchement : ceux-ci ne sont que la transmission de bruits pulmonaires du côté opposé, transmission qui se fait par le plan osseux costal et vertébral. C'est là un fait très particulier chez le nourrisson, et la constatation de ces signes doit toujours inciter à rechercher la lésion du poumon opposé.

## 2) Examen radiologique

La constatation d'une matité compacte n'est que la première étape du diagnostic. Le plus tôt possible on demandera une radiographie du thorax, que l'on combinera à la radioscopie. Cette épreuve n'a pas une valeur absolue, mais

(1) Professeur LEREBOULLET. — Les pleurésies purulentes du nourrisson et leur traitement. (*Gazette des Hôpitaux*, 6 janvier 1932.)

(2) Jean QUÉNU et René MIGNOT. — Les indications opératoires dans le traitement des pleurésies purulentes aiguës de la grande cavité. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mars 1932.)

elle permet d'apprécier l'abondance de l'épanchement, son siège, et d'en suivre l'évolution.

Elle renseignera aussi sur l'état du poumon sous-jacent, sur le poumon et la plèvre du côté opposé, et décélera les pleurésies médiastines ou médiastino-diaphragmatiques.

### 3) Ponction exploratrice

Seule, celle-ci apporte la *certitude*, et permet l'examen du liquide ; elle constitue ainsi l'*élément essentiel* du diagnostic, et doit être pratiquée dans tous les cas, suspects et évidents.

Les caractères du pus, son aspect, son odeur notamment, sa spécificité microbienne, sont d'un intérêt capital pour le pronostic et le choix de la décision thérapeutique.

C'est ainsi qu'il importe de distinguer : les pleurésies purulentes à pneumocoques, les pleurésies purulentes à streptocoques ou autres pyogènes, les pleurésies purulentes à anaérobies.

***

## La nature bactériologique de l'épanchement et l'état du poumon sous-jacent, principaux guides de la décision thérapeutique

Tout le monde est d'accord pour condamner les *interventions trop tardives*, mais les avis diffèrent sur les avantages et les inconvénients des opérations *très précoces*.

### La thoracotomie peut être différée

On a rapporté un certain nombre de guérisons, obtenues par le traitement médical. La sérothérapie, la vaccinothérapie, les ponctions évacuatrices, associées ou non aux injections pleurales modificatrices, ont des succès à leur actif.

Ainsi, dans *les pleurésies purulentes à pneumocoques*, les moyens médicaux peuvent suffire à eux seuls ; cependant, ces cas sont relativement rares. C'est pourquoi, s'il convient d'essayer en pareil cas le traitement médical, il ne faut pas le prolonger trop longtemps. La *reproduction rapide du pus* après les ponctions indiquera leur inefficacité probable et la nécessité de recourir à l'intervention.

Pour les autres variétés de pleurésies purulentes, mise à part la pleurésie purulente ou gangréneuse, la plupart des chirurgiens estiment actuellement qu'il faut tenir le plus *grand compte de l'état pulmonaire sous-jacent.*

1er *cas. — La pleurésie purulente coexiste avec des lésions pulmonaires graves*, en pleine activité, et celles-ci dominent le tableau, autant au point de vue clinique que thérapeutique. Ce sont les pleurésies à streptocoques survenant à la suite d'une infection pulmonaire grippale et les pleurésies purulentes à pneumocoques apparaissant au cours, ou au décours d'une pneumonie.

Dans ce cas, *l'intervention précoce est désastreuse, et doit être formellement différée.* Tout d'abord, il faut s'efforcer de combattre les phénomènes infectieux, de soutenir le cœur et l'état général. On surveillera attentivement l'évolution de l'épanchement, et on pratiquera au besoin une ou plusieurs ponctions pour soulager le malade.

*Quand les phénomènes infectieux se seront amendés, et que les lésions pulmonaires auront rétrocédé*, l'opération sera pratiquée dans des conditions beaucoup plus favorables, et donnera des résultats sensiblement meilleurs, ainsi que le montre une série de statistiques.

2e *cas. — La pleurésie purulente est indépendante de toute lésion pulmonaire*, du moins importante ; elle évolue comme un véritable abcès pleural. Ce sont les pleurésies qu'on observe à la fin, ou à la suite de pneumopathies aiguës, ou encore celles qui succèdent à un infarctus cortical septique, et les pleurésies traumatiques.

Dans ce cas, *l'intervention s'impose, mais ne doit être ni trop précoce, ni trop tardive.* La date de la thoracotomie sera très variable suivant les cas, et sera fixée d'après l'état général, le facies, les symptômes fonctionnels du malade. D'après les statistiques, il semble que *les opérations retardées donnent les résultats les plus favorables.*

#### Chez le nourrisson

Une ponction évacuatrice peut faire disparaître une dyspnée menaçante ; elle donne de plus un délai de 3 à 20 jours (sauf si le pus se reforme rapidement et en grande quantité), afin de relever l'état général et d'attendre le moment propice pour l'intervention.

Un premier point à retenir, c'est que chez le nourrisson la pleurésie purulente est toujours grave (75 ou 80 % de mortalité au cours de la première année), car elle est para-broncho-pneumonique, c'est-à-dire qu'elle évolue en même temps qu'une affection pulmonaire déjà grave en elle-même. C'est encore l'*état du poumon sous-jacent* qui devra guider le moment d'une intervention opératoire, également très grave. *La condition essentielle d'un bon résultat opératoire est la disparition de la broncho-pneumonie sous-jacente*, ou son aptitude à disparaître dans un court laps de temps.

Un deuxième point, c'est *qu'il faut évacuer*

*le pus.* « Qu'on intervienne chirurgicalement, ou qu'on pratique seulement des ponctions répétées, il faut de toute façon évacuer le pus, car l'épanchement ne se résorbe pas de lui même, et l'on n'a pas d'intérêt à attendre une évacuation spontanée. S'il ne faut pas l'évacuer trop tôt, il ne convient pas davantage d'attendre une altération trop profonde de l'état général, sans compter qu'un poumon trop longtemps collabé, comprimé par l'épanchement, n'a plus d'expansion et devient incapable de remplir cette fonction.

Bref, « *l'intervention étant une chose grave chez le nourrisson,* même en la réduisant au minimum, il faut toujours tenter en premier lieu les ponctions évacuatrices, tout en soutenant l'état général » (Prof. Lereboullet).

Les *ponctions évacuatrices* seront faites avec une aiguille d'assez fort calibre, car le pus est épais et ne peut s'écouler par une aiguille trop fine. « Le meilleur appareil est la seringue d'une assez grande capacité (20 c. c.) ».

Comme il est rare que la guérison survienne après une ponction unique, on a cherché à compléter cette action par les *injections modificatrices.* Une solution de bleu de méthylène à 5 %, injectée à plusieurs reprises, a donné quelques résultats, mais l'activité en est souvent trop faible et elle ne dispense pas de l'intervention. Le sérum antipneumococcique paraît d'une efficacité douteuse. Les résultats les plus satisfaisants ont été obtenus dans les pleurésies pneumococciques, par Waringer, au moyen de l'optochine, un dérivé de la quinine ; cet auteur pratique d'abord des lavages répétés de la cavité pleurale avec une solution à 5 p. 1000 jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte clair ; de plus il laisse dans la plèvre une solution à 5 %, à la dose de 25 milligrammes d'optochine par kilogramme du poids de l'enfant, sans toutefois dépasser la dose de cinquante centigrammes chez les jeunes enfants. Chez un nourrisson de 3 kilogrammes, la dose sera d'un centigramme et demi de la solution, ou sept centigrammes et demi. On peut éviter les lavages, et se borner aux injections, qu'on répète pendant trois ou quatre jours de suite. Il est bon d'attendre alors la résolution, qui doit se faire assez rapidement, et de pratiquer une deuxième et même une troisième séries d'injections, si l'état local le demande (en cas de persistance du liquide, ou de cloisonnement de l'épanchement), ou si l'on observe une rechute avec constatation nouvelle de pneumocoques dans le liquide.

Voici, d'autre part, quelques moyens médicaux, propres à lutter contre l'infection, à soutenir l'état général, et à préparer le malade à l'intervention du chirurgien, notamment si on ne peut s'adresser aux injections modificatrices.

La sérothérapie antipneumococcique semble avoir peu d'action.

Les *vaccins,* au contraire, *sont à utiliser avec de bons résultats dans les pleurésies traînantes.* L'auto-vaccin est préférable au stock-vaccin. La vaccinothérapie paraît surtout intéressante dans la phase aiguë, employée à titre de choc. Elle peut permettre de localiser l'infection à la plèvre, alors que l'on redoute qu'elle ne soit généralisée à tout l'appareil respiratoire.

Elle constitue une thérapeutique préalable à l'action chirurgicale, et alors, il faut recourir au propidon, à la condition de l'employer à petites doses, 1/4, 1/2 c. cube, de deux en deux jours. Le Prof. Lereboullet a remarqué que la réaction fébrile, si intense chez l'adulte, est peu accentuée chez le nourrisson et le jeune enfant ; après une réaction, qui n'atteint pas 39° le premier jour, on peut voir la température baisser progressivement, et revenir jusqu'à l'apyrexie, ce qui permet d'intervenir dans de meilleures conditions.

*En résumé,* il faut varier les moyens thérapeutiques : essayer d'abord les moyens médicaux, vaccinothérapie, ponctions simples ou avec injections modificatrices ; ne pas hésiter à employer le propidon, si la température reste élevée ; remettre ensuite le malade au chirurgien, au bon moment, pour que la pleurotomie minima puisse donner les résultats que l'on escompte, sans toutefois attendre trop longtemps.

Dans la *pleurésie tuberculeuse* (amicrobienne et d'allure torpide), il *ne faut jamais opérer,* mais se contenter de ponctions évacuatrices inlassablement répétées, qui sont d'ailleurs susceptibles d'amener la guérison un jour ou l'autre.

## La thoracotomie, intervention nécessaire

Différée tout d'abord, la thoracotomie devient nécessaire dans les conditions exposées précédemment.

Elle est nécessaire d'emblée, en cas de pleurésie putride ou gangréneuse, que celle-ci soit consécutive à une gangrène pulmonaire, ou à des lésions broncho-pulmonaires banales. Les ponctions évacuatrices sont insuffisantes et dangereuses ; la gravité de l'infection s'oppose à toute temporisation ; on associera à l'acte chirurgical la sérothérapie antigangréneuse.

*Pratique de la thoracotomie.*

Le plus souvent, il suffit d'une anesthésie locale, par infiltration de la région opératoire avec une solution de novocaïne à 1 p. 200, sans adrénaline.

L'ancienne technique classique, avec résection costale et drainage au tube de caoutchouc,

semble défectueuse. MM. Quénu et Mignot l'ont complètement abandonnée. Ils pratiquent la *simple et bénigne thoracotomie intercostale au bistouri*, par le procédé de Grégoire, dit valvulaire.

Le perfectionnement de ce procédé consiste : 1° à inciser la peau et les muscles qui la doublent deux ou trois doigts plus bas que l'espace intercostal qu'on se propose de fendre ; 2° à assurer le drainage au moyen d'une simple lame de caoutchouc engagée dans la plèvre, fixée par deux points et couchée dans le trajet oblique.

Alors que la résection costale laisse un trou béant, qui prépare véritablement la fistule pleurale, la pleurotomie valvulaire se referme d'elle-même dès qu'on supprime le drainage : elle ne demande qu'à se refermer. Plus de drains tubulaires, qui peuvent se boucher par la fibrine et préparent l'empyème chronique, en entretenant le pneumothorax. Le drain valvulaire fonctionne toujours ; il ne nécessite aucune surveillance particulière ; il laisse au malade l'indépendance de ses mouvements ; il lui permet rapidement de se lever, ce qui est extrêmement appréciable.

Les *soins post-opératoires* sont, en effet, aussi importants que l'opération elle-même. L'objectif, c'est de vider le pus, de chasser l'air, de distendre le poumon, afin d'éviter le passage à la chronicité.

Les moyens d'obtenir ce résultat sont : la gymnastique respiratoire, le lever précoce, la déambulation, et enfin la suppression rapide du drain. Dès que la fièvre tombe, dès que le malade a pu se réalimenter, on le fait se lever, aller et venir dans sa chambre, souvent cinq ou six jours après la pleurotomie.

Deux ou trois fois par jour, celui-ci fait de la gymnastique respiratoire. Très rapidement, dès que la suppuration diminue, on supprime le drain, en général entre le dixième et le quinzième jour. Si l'on attendait, pour enlever le drain, que l'écoulement disparaisse, on ne l'enlèverait jamais. Le drain enlevé, la plèvre se ferme en quelques jours. S'il se reforme un petit épanchement résiduel, cela n'a aucune importance et ne retarde pas la guérison.

*Chez le nourrisson*, la pleurotomie doit répondre au principe « faire vite et peu » : simple incision de la plèvre, et drainage (touffe de crins), minimum d'anesthésie locale ; naturellement, pas de résection costale. Les conditions du succès résident dans la rapidité de l'acte opératoire et sa limitation à la plus simple expression.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### La fixation de l'iode à l'état organisé dans le corps de l'huître vivante.

Il s'agit d'une nouvelle forme de la médication iodée par l'absorption de coquillages vivants, ayant fixé et organisé de fortes proportions d'iode. Dans les laboratoires de la station biologique d'Arcachon, MM. Salles et Loubatié ont pu, grâce à certaines conditions de mouvement, de décantation, de température, d'aération, de présence d'iode métalloïdique à un moment déterminé, enrichir en iode l'eau de mer pour en nourrir des huîtres, qui deviennent des condensateurs d'iode cellulairement organisé.

L'ingestion de ces mollusques, dont le goût n'est heureusement pas modifié, résoud de façon très heureuse, le problème thérapeutique de l'iode. Chaque animal contient une quantité d'iode fonction de son poids, il contient également inclus dans ses valves, de l'eau de mer, dont seule la teneur en iode dissimulé a été augmentée. L'huître étant déjà un aliment de premier ordre, toujours agréable à absorber, et très eupeptique, il est tout à fait logique que cette association : eau de mer saine, huître vivante et iode organisé, donne des résultats thérapeutiques remarquables dans tous les cas où l'organisme affaibli demande un reconstituant énergique.

En outre, les hôtes indésirables de certaines huîtres (venant de parcs mal surveillés), tels les colibacilles, sont radicalement détruits par l'iode libre en circulation dans les parcs artificiels, iode que l'huître tolère jusqu'à une certaine limite et qu'elle organise ensuite pour son propre compte, avant de le céder, tout à fait assimilable, à celui qui l'absorbera. D'où, évidemment l'absence constatée de phénomènes d'iodisme. (*Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 février 1931.)

### Technique du vissage des fractures récentes du col du fémur.

Il ne fait aucun doute, dit M. L. Tavernier (de Lyon), pour les chirurgiens qui ont l'expérience du vissage des fractures du col du fémur, que c'est là une excellente opération qui sauve de l'infirmité définitive bien des gens âgés.

Cette opération est généralement sans gravité. Elle demande seulement de la part de celui qui l'applique une grande connaissance des détails de sa technique — car ce sont ces détails qui en font la simplicité, l'innocuité et le succès.

Pour faire un bon vissage, il faut avant tout obtenir une bonne réduction.

M. Tavernier indique quelles sont les manœuvres, qui obtiennent le plus sûrement la réduction du déplacement des fractures du col du fémur.

Dans la plupart des fractures du col du fémur, le fragment trochantérien tombe en arrière du fragment du col rattaché à la tête. En outre, les dentelures du rebord antérieur du fragment trochantérien s'engrennent plus ou moins avec avec les dentelures du rebord postérieur du fragment capital.

Pour réduire, il faut projeter le fragment trochantérien transversalement très en dehors, pour le désengrener et pour le placer au bout du fragment interne et dans le prolongement transversal de ce fragment.

C'est alors seulement que la rotation du fémur pourra corriger efficacement la rotation du pied en dehors et que le pied n'aura plus de tendance à retomber aussitôt que l'effort correcteur cessera.

Voici comment Tavernier procède à la réduction :

Dès que la résolution musculaire est obtenue par une rachianesthésie basse ne dépassant jamais chez les vieillards huit centigrammes de novocaïne, une forte traction continue est appliquée sur le pied. On la réalise d'ordinaire par l'intermédiaire d'un étrier de toile qui embrasse la cheville, d'une corde qui se réfléchit simplement sur le bord de la table à opération et d'un grand seau d'eau de vingt kilogrammes environ. La contre-extension est obtenue par la bascule de l'opéré en Trendelenburg léger. La traction divergente est réalisée par deux alèses, qui embrassent de chaque côté la racine de la cuisse et sur lesquelles deux aides pratiquent des tractions manuelles de dix à quinze kilogrammes, pendant qu'un troisième aide maintient les pieds en contact pour empêcher l'écartement des membres inférieurs.

Le plus souvent, quelques secondes de traction divergente suffisent à procurer la réduction. Cette réduction est vérifiée par la disparition de la déformation : le pied abandonné à lui-même ne se met plus en rotation externe, la mensuration de l'épine iliaque à la malléole ne montre plus de raccourcissement.

La réduction une fois obtenue, rien n'est plus simple, partant d'un point connu du fémur, à la base du trochanter, que d'orienter convenablement une vis suivant l'axe normal du col.

Les accidents pulmonaires ne paraissent pas plus fréquents chez les malades opérés que chez ceux qui ne le sont pas, peut-être même moins. Les opérés ont d'ailleurs aussitôt après l'opération une impression de bien-être et de disparition des douleurs, que ne donnent ni la traction continue ni le plâtre en abduction ; ils reprennent le sommeil sans opium, leur état général leur permet d'éviter plus facilement accidents pulmonaires et escharres.

Aucun des opérés de Tavernier n'a eu de complications immédiates, qui puissent être mises sur le compte de l'opération, et qui aient fait regretter d'avoir opéré.

Au contraire, Tavernier a perdu tardivement, après deux et trois mois, des malades non opérés, qui étaient encore douloureux et impotents, incapables de se déplacer dans leur lit pour changer les points de pression et éviter les escharres, à une époque où les opérés sont depuis longtemps libérés de toute contrainte et à l'aise dans leur lit. (*Paris Chirurgical*, décembre 1931, nº 8.)

### Quelques applications du pH en clinique.

MM. Drouet et Vérain étudient la notion du déséquilibre acido-basique en clinique, car divers problèmes, parfois difficiles à résoudre, surgissent quand le pH sanguin est abaissé ou élevé. En dehors du diabète, des néphrites chroniques, de l'épilepsie, des états de choc, il apparaît que l'alcalose est la forme la plus fréquente du déséquilibre acido-basique. Les auteurs envisagent à cet égard quelques exemples typiques pour montrer l'intérêt de ces notions.

Ainsi, chez un malade souffrant depuis plusieurs années de phosphaturie, le pH sanguin est à 7,60, la réserve alcaline à 60,5 : quelques semaines d'acide phosphorique suffisent à transformer radicalement son état.

Les anxieux sont légion ; à peu près toujours, ils sont en alcalose et la thérapeutique acidifiante les soulage facilement.

Très souvent à l'origine des syndromes asthéniques, on trouve des troubles digestifs, intestinaux surtout, des erreurs d'alimentation, telles que le régime végétarien, un abus des alcalins, le tout entraînant un état, où dominent l'asthénie (permanente ou simplement matinale), la psychasthénie, les crises anxieuses plus ou moins marquées. Le substratum biologique en est le déséquilibre acido-basique avec augmentation du pH sanguin et accroissement de la réserve alcaline. Tout ceci explique pourquoi le traitement acidifiant, associé au redressement du régime erroné, améliore si rapidement ces malades, et nous comprenons même maintenant le mode d'action de certaines thérapeutiques utilisées depuis fort longtemps dans ces états, telle que la thérapeutique phosphorique. (*Revue médicale de l'Est*, 1er janvier 1932.)

**Blépharochalasis chez un enfant de 8 ans.**

Le blépharo chalasis est une affection peu fréquente, qui survient généralement entre 15 et 25 ans. C'est une maladie chronique des paupières supérieures, qui constitue une véritable difformité. Il s'agit d'une inflammation de la peau, avec atrophie de l'épiderme et œdème sous-cutané, sur laquelle la thérapeutique n'a guère d'action.

D'après le Dr Van Lint, le traitement est chirurgical. Dans une série de cas, il suffit d'un raccourcissement de la peau trop exubérante, par excision d'une bandelette horizontale assez large ; quelle que soit la technique employée, la guérison totale est rare ; on n'obtient qu'une amélioration. (*Bruxelles médical*, 3 janvier 1932.)

**L'amibiase dans la région méridionale.**

Dans cette étude, les auteurs, MM. les Docteurs Pierre Martin, de Châtel-Guyon, et Louis Fabre, gastro-entérologue à Avignon, donnent, aux praticiens exerçant dans le midi de la France, de nouvelles certitudes sur la fréquence des cas d'amibiase, que l'on peut constater dans cette région.

Leur origine provient des dépôts et camps de coloniaux et d'indigènes de pays à dysenteries, installés en Provence et Languedoc depuis la guerre, comme aussi des nombreux civils orientaux et africains, qui sont venus habiter le Midi depuis dix ans.

On peut y joindre les soldats ayant joué un rôle sur les « théâtres d'opérations extérieures. d'après guerre, et qui en sont revenus porteurs de germes, de parasites ».

Une statistique basée sur le repérage exact de ces habitats de troupes d'indigènes, ainsi que sur l'origine coloniale de leurs occupants, leur a permis de confirmer, après enquête médicale sur les lieux, que ces villes et anciens camps demeurent, dans un assez large périmètre, des foyers encore actifs d'amibiase.

Ces faits demeurent assez mal connus, faute de recourir largement, et aussi, méthodiquement, à l'examen du laboratoire. Mais, tandis que l'on adresse au radiologue le malade « en personne », on croit suffisant de faire envoyer quelques fragments de selles prélevés n'importe comment, et qui arrivent, après plusieurs jours parfois, putréfiés ou desséchés.

Le plus souvent, le diagnostic d'amibiase n'est même pas envisagé ; or, la dysenterie classique n'est qu'un symptôme ou un épisode de l'invasion et de l'habitat amibien dans le corps humain. Cette diarrhée sanglante est même assez rare en nos climats et, à vouloir la prendre comme seul signe de certitude, on méconnaîtra la nature de nombreux accidents relevant de l'infection amibienne, qui doit être considérée comme une maladie générale à localisations multiples : Amibiase est le terme à substituer à celui, trop symptomatique, de « Dysenterie amibienne ».

Cela est à tel point vrai qu'à Châtel-Guyon on découvre chaque année, chez des digestifs à manifestations diverses, une amibiase latente. ... Sous l'action cholagogue et excitante du chlorure de magnésium, il se produit après quelques jours de cure une réactivation des germes en repos dans le foie, la muqueuse et les glandes de l'intestin, et le laboratoire peut alors les « cueillir » aisément et orienter nettement la thérapeutique.

Celle-ci ne doit pas être uniquement pharmaco-chimique. Sur des organes vivants et en voie de réaction, les plasmas quasi-vivants, que constituent les eaux minérales actives, seront des remèdes de choix, lesquels conviendront pour toutes les formes chroniques et leurs séquelles les plus éloignées.

Aussi, les colites et recto-colites seront pansées par le goutte à goutte cicatrisant et décongestif à l'eau chlorurée magnésienne de Châtel-Guyon, laquelle, en boisson ou instillations intestinales, atténuera rapidement les putréfactions digestives et réactivera les fonctions antitoxique et cholagogue du foie. (*Provence Médicale*, 15 avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Sur le rôle des saisons dans les épidémies de poliomyélite.

(MM. LEVADITI et HORNUS. — *Académie de médecine*; 26-4-1932.)

Le rôle des saisons et des conditions météorologiques dans l'apparition de certaines épidémies est indéniable. Le froid humide provoque le réveil de la grippe ; la poliomyélite aiguë se montre au cours de la période estivale, etc. Cette météoropathologie, dont parlait dernièrement M. Mouriquand, comporte encore de nombreuses inconnues et soulève de nombreux problèmes. Pour ce qui concerne les épidémies de maladies infectieuses, leur apparition saisonnière tient-elle à une exagération de l'activité du virus, ou à une réceptivité plus grande du sujet du fait de la saison en cause ; tient-elle au germe ou au terrain ? M. Levaditi a envisagé ce problème pour la poliomyélite.

Il l'a étudié expérimentalement sur le singe. Des moelles encore virulentes en octobre, inoculées en décembre et janvier, n'ont provoqué que des troubles atténués. Puis, après février, l'inoculation redevenait active. Des savants américains, Flexner, Clark et Amoss, qui ont fait des constatations analogues, ont pensé qu'il y avait là une action saisonnière sur le virus lui-même. M. Levaditi estime, au contraire, que l'action saisonnière s'exerce non sur le virus mais sur le sujet, qui devient plus réceptif. Pour lui, les modifications de l'activité pathogène du virus poliomyélitique doivent être attribuées à des variations de la résistance des sujets à contracter la maladie, plus qu'à des changements des propriétés biologiques inhérentes au germe.

L'action saisonnière apparaît, par ailleurs, complexe : géographique, géologique, hydrographique, climatique, électrique, thermométrique, barométrique, etc.

### Artérite oblitérante de l'iliaque externe. Traitement par radiothérapie profonde des surrénales.

(M. LE ROY DES BARRES, d'Hanoï. — *Académie de médecine* ; 26-4-1932.)

M. Le Roy des Barres rapporte l'observation d'un malade de cinquante-deux ans, atteint d'artérite oblitérante de l'iliaque externe droite avec gangrène du membre inférieur. Le traitement par la radiothérapie profonde des capsules surrénales amena une amélioration considérable, qui permit une amputation de la cuisse au tiers inférieur dans de bonnes conditions.

— M. ZIMMERN ajoute que cette observation vient appuyer les bons résultats que MM. Chavany, Brunet et lui-même ont obtenu au moyen de la radiothérapie de la région surrénale dans plusieurs cas d'artérite oblitérante avec gangrène sèche étendue, à savoir l'arrêt et parfois la régression complète de l'évolution sphacélique, la sédation des douleurs, etc. M. Le Roy des Barres fait envisager un aspect nouveau de la question : la radiothérapie surrénale comme temps préparatoire à l'amputation, quand celle-ci est devenue inévitable.

### Luxation récidivante de l'épaule traitée par la butée ostéoplastique.

(M. SOLCARD. — *Société de chirurgie* ; 2-3-1932.)

M. Paul Mathieu communique, au nom de M. Solcard (de la Marine), un cas de luxation récidivante de l'épaule traitée par simple butée ostéoplastique, avec résultat fonctionnel excellent. Depuis le travail de Oudard préconisant cette opération dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule, la technique de divers chirurgiens a été un peu variable ; M. Solcard, comme Wilmoth, Lenormant et Murard, a simplement allongé la coracoïde par greffon tibial, sans capsulorraphie.

### Ablation des calculs rénaux et radioscopie.

(M. G. MARION. — *Société de chirurgie* ; 17-2-1932).

M. Marion n'est pas partisan de l'ablation des calculs rénaux sous le contrôle des rayons X, avec des tables radiologiques spéciales, telle que la conseille M. Heitz-Boyer.

L'emploi de ces tables nécessite la mise dans l'obscurité de la salle d'opération et ce passage alternatif du jour à l'obscurité favorise certainement les fautes d'asepsie. M. Marion a pensé qu'il était plus simple de pratiquer une radioscopie du rein extériorisé, en plein jour. Un aide, isolé par un champ opératoire stérile, examine ainsi aux rayons le rein qui vient d'être extériorisé et indique à l'opérateur la situation des calculs. Pour adapter sa vision à l'obscurité, l'aide se munit quelques minutes d'avance de la bonnette radioscopique.

Cette méthode de radioscopie à travers le rein isolé permet une localisation et une vérification extrêmement rapides de la calculose. Il y a avantage, pour abréger la durée de l'exploration, à confier celle-ci à un assistant spécial, préparé comme s'il aidait directement à l'opération. Le chirurgien ne perd pas ainsi du temps à accommoder sa vision pour apercevoir les calculs et conserve le contrôle du rein et de la plaie

opératoire. Une salle d'opération ordinaire est suffisante et point n'est besoin d'une table radiologique particulière.

### Kystes hydatiques du poumon.

(M. Raymond GRÉGOIRE. — *Société de chirurgie* ; 17-2-1932.)

M. Raymond Grégoire relate trois observations de kystes hydatiques du poumon. Il s'agissait de kystes superficiels, diagnostiqués par la radio, faite pour divers troubles fonctionnels (gêne respiratoire, toux irritative). L'opération, dans les trois cas, fut suivie de guérison rapide.

Faudrait-il conclure, dit M. Grégoire, que le kyste hydatique du poumon est une affection facile à traiter et à guérir ? Ce serait une grave erreur.

Les kystes volumineux, confinant à la surface du poumon, et ayant provoqué au devant d'eux des adhérences pleurales, sont des cas favorables. Mais il existe des kystes centraux, de petites dimensions, situés dans la région du hile. Il existe aussi des kystes qui, n'ayant pas irrité la plèvre, n'ont provoqué aucune adhérence de ses feuillets. Ici, le problème est différent. Quand les kystes sont petits, dit M. Blanco Acevedo (de Montevideo), dont on connaît la compétence en la matière, il vaut mieux ne pas les opérer et surveiller leur évolution. Deux alternatives se présenteront, en effet : ou bien le kyste grossira et, de central, deviendra peu à peu sous-pleural. On pourra alors l'atteindre aisément. Ou bien, il s'ouvrira spontanément dans une bronche et cette complication amènera (80 à 90 fois sur cent) la guérison. Aller ouvrir un kyste hydatique sans adhérences, c'est risquer parfois des accidents graves d'intoxication hydatique. Tout le monde s'accorde à n'ouvrir la poche qu'après avoir obtenu (par des moyens variables) l'accolement des deux plèvres.

M. Raymond Grégoire résume ainsi les indications opératoires des kystes hydatiques du poumon : quand ils sont centraux, attendre qu'ils deviennent sous-pleuraux ; quand ils sont sous-pleuraux, attendre qu'ils soient adhérents.

P. L.

### Recherches sur la vitesse de sédimentation globulaire chez les enfants.

(MM. LIÈGE, GRODNIZKY et Mlle HERR. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 16-2-1932).

L'étude de la sédimentation globulaire chez les enfants est facile à faire, si l'on emploie la méthode de micro-sédimentation. Des recherches faites par les auteurs sur 26 enfants tuberculeux hospitalisés, il résulte que :

La vitesse de sédimentation globulaire est augmentée d'une façon quasi-constante au cours des tuberculoses ganglionnaires, ganglio-pulmonaires et pulmonaires. Cette vitesse de sédimentation s'abaisse, quand l'évolution de la tuberculose est favorable elle augmente quand l'évolution de la tuberculose est défavorable. Dans les tuberculoses des séreuses, les troubles de la sédimentation globulaire sont plus irréguliers. L'atteinte du péricarde dans deux cas à évolution très différente ne s'est pas accompagnée d'une augmentation considérable de la vitesse de sédimentation. Dans sept cas de méningite tuberculeuse, l'élévation de la vitesse de sédimentation n'a pas été aussi forte que dans les autres formes de tuberculose étudiées.

### Rougeole ; invagination intestinale aiguë ; lavement baryté ; intervention ; guérison.

(MM. A. BÉRAUD et R. PÉTRIGNANI, de La Rochelle. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 16-2-1932).

Les auteurs ont observé récemment chez un enfant de 2 ans et demi, atteint de rougeole avec entérocolite, une invagination intestinale aiguë diagnostiquée cliniquement et contrôlée radiologiquement. Le lavement baryté, en tant que moyen thérapeutique, échoua ; l'intervention chirurgicale, pratiquée suivant les règles, 10 heures environ après le début des accidents, fut suivie de guérison, malgré l'évolution d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

### L'asthme avec insuffisance ovarienne au Mont-Dore.

(M. ROBERT. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 11-3-1932)

L'auteur a observé de nombreux cas d'asthme avec insuffisance ovarienne, qui ont particulièrement bien réagi au traitement du Mont-Dore. Un cas-type, où les crises d'asthme ne se produisaient que pendant la période menstruelle a cédé à la première cure, et les crises n'ont pas reparu depuis trois ans.

M. Robert ne pense pas que la cure hydro-minérale agisse électivement contre les dysfonctions ovariennes ; il croit plutôt que son action générale, équilibrante du système neuro-végétatif, retentit heureusement sur cette fonction.

Dans les troubles de la ménopause, l'action décongestionnante de la cure se montre très efficace. Le traitement Mont-Dore est donc très nettement indiqué dans l'asthme avec insuffisance ovarienne et dans les crises, qui accompagnent la ménopause.

### Les indications chirurgicales dans le cancer du col de l'utérus.

(M. Jean LANOS. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 11-3-1932.)

L'auteur étudie les indications opératoires en pareil cas, car il semble que l'avis général, en ces dernières années, soit de préférer la curiéthérapie à la chirurgie dans tous les cas. Cependant, dans tous les cas au début, il préfère l'opération de Wertheim, dont la mortalité, entre les mains de chirurgiens habitués, ne dépasse pas 5 à 6 %, lorsque les cas sont bien choisis, les malades soigneusement étudiées et correctement préparées. Tel est, au maximum, le

risque chirurgical ; il est légitimé par l'excellence des résultats et le nombre des guérisons maintenues après cinq et six ans. Ainsi, sans application préalable de radium, si l'état général est bon, on doit y recourir dans les cancers du col au début. Mais les cancers ayant dépassé une infiltration moyenne des ligaments larges doivent être traités par la curiethérapie associée, s'il est utile, à la radiothérapie pelvienne ; il en est de même, à plus forte raison, de ceux où l'infiltration a gagné la vessie ou le rectum ; ici l'exérèse chirurgicale est encore possible, mais le résultat est trop aléatoire (ne pas omettre dans l'examen la cystoscopie et le toucher rectal).

### Du traitement des sténoses spasmodiques graves et inflammatoires de la région du cardia.

(M. Guisez. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 11-3-1932.)

On connaît bien aujourd'hui, grâce aux données des rayons X et de l'œsophagoscopie, les grandes dilatations de l'œsophage, causées par les sténoses spasmodiques du cardia (en réalité région phréno-cardiaque), qui, à la longue et par suite de phénomènes d'inflammation secondaire, deviennent véritablement organiques.

Or, M. Guisez vient d'en observer plusieurs cas particulièrement graves, parce qu'ils avaient été gastrotomisés, toute déglutition étant devenue impossible.

Le diagnostic de cette grave affection est souvent aujourd'hui erroné, puisque plusieurs de ces malades avaient été gastro-entérostomisés par confusion avec une sténose du pylore.

Le traitement de ce spasme, comme de tout autre canal, doit être la dilatation, progressive et forcée. La seule façon de la réaliser de manière efficace est la méthode de la dilatation multibougiraire, qui agit surtout dans le sens transversal, sens dans lequel l'œsophage se laisse le mieux dilater.

Dans les cas anciens, où il y a dégénérescence fibro-cicatricielle, l'électrolyse circulaire doit être employée. Grâce à ce traitement, l'alimentation est redevenue normale, et la bouche gastrique a pu être définitivement fermée chez tous ces malades.

### Crises de diurèse physiologiques et pathologiques.

(M. Lévy-Darras. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 11-3-1932).

Deux catégories de crises de diurèse paroxystique : les unes physiologiques, provoquées par les eaux minérales, le froid, l'émotion ; les autres pathologiques, telles que l'énurésie, les pseudo-phosphaturies, l'incontinence épileptique. L'énurésie peut être considérée comme un équivalent des autres manifestations sympathicotoniques (asthme, tachycardie paroxystique, etc.).

G. F.

---

*Société des chirurgiens de Paris*

Séance du 18 mars 1932

### A propos du grand raccourcissement, séquelle de la coxalgie.

M. Marcel Galland (de Berck) rappelle qu'en 1916 Calvé, pour obtenir le raccourcissement du fémur sain, a décrit et réalisé, avec une instrumentation spéciale, un procédé avec tenon et mortaise ne nécessitant aucune suture. Pour l'auteur, la correction du raccourcissement anatomique ne supprimera pas la boiterie d'origine articulaire. Le raccourcissement ne devra pas être intégralement corrigé, mais seulement jusqu'à possibilité de démarche digitigrade. Une intervention pour raccourcir le fémur sain est d'ailleurs difficilement acceptée par le malade.

### Deux cas d'inondation péritonéale d'origine ovarienne chez des vierges.

M. Hautefort communique deux observations dans lesquelles l'inondation a été causée : dans le premier cas, par un éclatement de l'ovaire, vraisemblablement par rupture d'un kyste intra-ovarien, et, dans l'autre cas, par la rupture d'un follicule de De Graff.

### Tuberculoses rénales sans cystite.

MM. Le Fur et Lamiaud. — Il est classique d'affirmer que la tuberculose rénale s'accompagne de cystite et de symptômes vésicaux très pénibles qui facilitent ordinairement le diagnostic. C'est, en effet la règle. Cependant, dans quelques cas (les auteurs en rapportent six), on peut observer des tuberculoses rénales sans cystite, d'où la nécessité absolue de faire toujours pratiquer la recherche minutieuse du bacille de Koch et des inoculations, même chez des malades n'ayant jamais présenté de cystite et chez lesquels on aurait tendance, d'après les données classiques, à éliminer la tuberculose rénale en raison précisément de cette absence de cystite.

### Greffons courts multiples ou greffon long dans l'ostéosynthèse pottique.

M. Marcel Galland (de Berck) apporte de nouveaux arguments en faveur de l'emploi des greffons courts multiples préconisés par Calvé. 1° Dans le mal de Pott, on observe un écartement entre les apophyses épineuses des vertèbres du foyer. Un greffon inter-épineux peut (en luttant contre cet écartement) freiner l'ulcération compressive. Les segments rachidiens sus- et sous-jacents conservent leur physiologie normale. 2° D'ailleurs, une ligature au fil de plomb sur mal de Pott expérimental se brise toujours à ce niveau ; 3° Certaines pièces anatomiques démontrent un étirement du greffon en ce même point. 4° L'attelle (greffon long) est justifiée dans la fracture d'un

os long. 5° Mais le rachis pottique est plutôt comparable à une chaîne brisée, dont seul le chaînon rompu doit être remplacé. 6° Le greffon long supprime le rôle amortisseur des nucléus sains et crée de véritables leviers d'inflexion antérieure, leviers nuisibles. 7° On a constaté sur une pièce anatomique que le greffon peut se décalcifier en regard du foyer pottique et pas ailleurs ; intérêt de transplants volumineux. 8° Enfin, le matériel osseux fourni par un tibia est limité ; on peut obtenir facilement trois greffons courts et seulement un greffon long. Ne gaspillons pas ce matériel. Utilisons-le intégralement, de façon efficace. On pourra obtenir de la sorte, d'énormes blocs de soudure osseuse. Naturellement le greffon court comprendra toutes les vertèbres malades ou simplement suspectes.

**La prostatectomie hypogastrique.**

MM. Victor-Pauchet et Le Gac font un rapport sur un travail de M. Robert Lichenstern (de Vienne). L'auteur a fait 600 prostatectomies avec une mortalité de 3,8 %. Il insiste sur l'importance de la préparation et de l'examen pré-opératoire du malade. En dehors des examens habituels, pour juger la valeur fonctionnelle des reins, il attribue une importance considérable à l'augmentation de l'indican dans le sang : en cas d'insuffisance rénale, l'indican augmente avant même qu'il y ait excès d'azote résiduel. Dans les cas où il y a doute sur la valeur de la fonction rénale, il pratique l'épreuve du surmenage volontaire du rein, prolongé pendant deux jours et contenant beaucoup de chlorure, beaucoup d'albumines et peu d'eau ; on recommence alors les dosages et en particulier les examens de sang. Au point de vue technique l'auteur fait un premier temps, à l'anesthésie locale, la ligature des deux déférents. Six à huit jours après, il fait en un seul temps, la prostatectomie, à l'anesthésie locale. Un point important est le procédé d'hémostase employé après énucléation de l'adénome : la muqueuse vésicale est suturée à la capsule prostatique qui est prise le plus largement possible, soit par des points séparés, soit, mieux, par un surjet circulaire. Petite mèche dans l'orifice qui reste et fermeture soigneuse de la vessie, sauf au point de passage du tube de drainage de cystostomie. Pas de lavages après l'opération. L'auteur pratique exceptionnellement la prostatectomie en deux temps ; il la réserve aux cas où la sonde à demeure n'améliore pas les phénomènes d'infection ou d'insuffisance rénale.

---

## *Lyon*

***Société nationale de médecine et des sciences médicales.***

**Sténose oesophagienne cicatricielle consécutive à un ulcère simple juxta-cardiaque.**

MM. Jacod et Fournot présentent l'observation d'un homme de 54 ans, venu consulter pour des symptômes d'arrêt œsophagien, ayant débuté environ un mois auparavant. En quinze jours la sténose est devenue complète. Ces signes avaient été précédés pendant cinq mois par des douleurs épigastriques en broche, avec vomissements et hématémèses. On fit le diagnostic d'ulcère stomacal. traitement par pansements stomacaux (kaolin) et régime. Quand ces symptômes aigus disparaissent, ils font place à des signes de sténose œsophagienne. A l'examen, malade un peu amaigri, ayant conservé de l'appétit. Examen somatique négatif. Radioscopie : la baryte est arrêtée à un centimètre audessus du diaphragme ; pas de dilatation œsophagienne sus-jacente ; après quelques secondes d'arrêt la bouillie s'engage dans un trajet uniformément rétréci, passe par saccades dans l'estomac qui se remplit lentement. Œsophagoscopie : conduit normal jusqu'à 39 cm. des dents ; à ce niveau la lumière œsophagienne se rétrécit uniformément en entonnoir, puis le tube bute contre un rétrécissement qu'il ne peut franchir. Mais on réussit à faire passer une bougie n° 12 de la filière Charrière et le lendemain un n° 14. On continue ainsi tous les deux jours et on arrive en six séances à passer un n° 30. Le malade refuse une nouvelle œsophagoscopie, et continue chez lui ses séances de dilatation. Revu récemment, il est bien amélioré.

*Société médicale des hôpitaux*

**Association méningo-pneumococcique au cours des méningites cérébro-spinales.**

MM. J. Chalier et A. Guichard présentent le résumé de cinq observations concernant des sujets d'âges variés (de 3 ans 1/2 à 36 ans) morts de méningite avec association de méningocoque et de pneumocoque. Il s'agit d'une association relativement fréquente (5,26 %). Ces associations méningo-pneumococciques comportent un *très mauvais pronostic.*

**Méningo-encéphalite aiguë ayant évolué et guéri en huit jours.**

MM. L. Bouchut et Roger Froment présentent l'observation d'un homme de 56 ans, porteur d'une lymphadénie aleucémique d'origine imprécise. Chez cet homme, apparut soudainement une hémiplégie de type cortical avec aphasie, accompagnant un syndrome infectieux caractérisé par une température élevée et de l'herpès labial ; 300 éléments blancs par bande à la cellule de Nageotte, constitués presque exclusivement par des lymphocytes. Guérison complète en huit jours. Ce fait s'apparente sans aucun doute à ceux décrits sous le nom de méningite lymphocytaire curable. Mais il offre deux particularités : l'âge du sujet (56 ans) et l'*existence d'une hémiplégie* jusqu'ici exceptionnellement signalée.

**Manifestations viscérales solitaires de rhumatisme aigu de Bouillaud en cours d'évolution d'un rhumatisme chronique.**

MM. Bouchut, Paupert-Ravaut et R. Froment présentent l'observation résumée d'une femme de 60 ans qui, dans sa jeunesse, toussa fréquemment, eut plusieurs hémoptysies et enfin, il y a deux ans un abcès froid thoracique resté fistuleux. Toute sa vie elle souffrit de rhumatisme surtout aux genoux et aux poignets ; ces crises ont laissé une raideur articulaire généralisée, sans déformations importantes.

D'une crise ayant atteint la colonne, elle garde une ankylose du rachis cervical. Le diagnostic logique paraît donc le suivant : « bacillose torpide à localisation surtout osseuse et articulaire, évoluant depuis l'enfance. Ankylose de la colonne cervicale, peut-être due à un mal de Pott cervical ».

D'autre part, on voit survenir chez cette malade au membre supérieur droit, une crise articulaire très douloureuse avec aspect pseudo-phlegmoneux des jointures, qui cède à l'administration quotidienne pendant trois jours de 4 grammes d'antipyrine. Il paraît donc s'agir de rhumatisme articulaire aigu typique chez une bacillaire avérée.

Une seconde malade, âgée de 63 ans, atteinte de rhumatisme chronique déformant généralisé qui s'est installé insidieusement depuis 11 ans. En février 1930, après un épisode pulmonaire aigu, installation d'un état fébrile permanent avec atteinte de l'état général, sans poussée articulaire. Amélioration lente spontanée au bout de six mois. En novembre 1930, nouvel état fébrile accompagnant une pleurésie gauche qui s'avère ultérieurement d'origine rhumatismale ; résorption complète en 4 à 5 semaines ; persistance de température élevée avec atteinte de l'état général ; apparition d'arythmie complète et d'albuminurie.

Après échecs de tous les traitements, le traitement salicylé fait, dès le premier jour, tomber la température. Amélioration considérable de l'état général. En février 1931, le traitement salicylé ayant été cessé, nouvel épisode pulmonaire aigu fébrile accompagnant un accès de tachyarythmie paroxystique. Guérison rapide par le salicylate.

**Paralysie amyotrophique post-sérothérapique.**

M. Pallasse présente un homme de 29 ans, blessé le 26 juillet (piqûre au gros orteil du pied gauche) ; le soir même injection de sérum antitétanique. Dix jours après, fièvre, sans arthralgie ni érythème, légères douleurs dans les épaules, impotence progressive des bras. Pas d'injection de sérum antérieure, pas de vaccination antityphique. A l'examen le sujet ne peut relever les bras ; légère anesthésie en arrière vers l'épaule droite. Examen électrique (Dr Contamin) : à gauche, secousse faible et lente dans le deltoïde, le sus et le sous-épineux.

**Quadriplégie avec amyotrophie, ayant succédé à une injection de 10 c. c. de sérum antitétanique.**

MM. Bouysset et R. Cade présentent un jeune homme qui fut blessé à la tête en octobre 1930, (plaies contuses de la face et du cuir chevelu) et qui reçut le lendemain 10 c.c. de sérum antitétanique. Pas d'antécédent pathologique, pas d'éthylisme. Cinq jours après la piqûre, surviennent des céphalées, des douleurs et gonflements articulaires, de l'*urticaire* et une température de 39°5 pendant 48 heures ; enfin une quadriplégie flasque apparut, ce qui l'obligea à entrer à l'hôpital. A l'examen, la paralysie prédominait à la racine des membres et sur les muscles du tronc (aspect pseudo-myopathique). Il y avait en outre une amyotrophie importante, surtout nette à la paume de la main et dans les régions sus et sous-épineuses.

Pas de troubles de la sensibilité objective. Réflexes tendineux et périostés diminués.

Ponction lombaire : liquide clair, hyper-albuminose à 0,70, quatre lymphocytes par millimètre cube, Wassermann négatif. Depuis lors, la quadriplégie s'est légèrement amendée au point de vue moteur, mais l'amyotrophie s'est plutôt accentuée.

Les paralysies post-sérothérapiques, bien que rares, ne sont pas exceptionnelles, et l'une des hypothèses les plus séduisantes parmi celles qu'on a émises au sujet de la pathogénie semble être celle des lésions survenues en foyer, de « névrite urticarienne ».

**Tumeur ponto-cérébelleuse à forme d'hémisyndrome cérébelleux.**

MM. L. Bériel et Levrat présentent l'observation d'un homme de 34 ans, sans autres antécédents que des céphalées très violentes survenues trois ans avant son premier séjour à l'hôpital. En septembre 1928, nouvelles céphalées, accompagnées cette fois d'état nauséeux et de vertiges. En décembre, nouvelle crise de céphalée avec vomissements, qui obligent le malade à entrer à l'hôpital. On note alors une démarche cérébelleuse typique et tous les signes d'un hémisyndrome cérébelleux. Traitement antisyphilitique d'épreuve : amélioration des symptômes subjectifs, persistance du syndrome cérébelleux.

Intervention (1er juillet 1930) Dr Ricard : trépanation large, découvrant le sinus latéral, le pressoir d'Hérophile et allant jusqu'au trou occipital. Deuxième intervention le 7 juillet ; on donne issue à une grande quantité de liquide clair paraissant provenir d'un kyste qu'on aurait crevé et qui aurait siégé au niveau de la région ponto-cérébelleuse. Mort le lendemain. L'autopsie montre l'existence d'une tumeur importante dans l'angle ponto-cérébelleux gauche ayant rejeté tout le lobe cérébelleux gauche en dedans et en haut et l'ayant coincé sous la tente du cervelet, entre la base des deux hémisphères cérébraux.

A. C.

# Les Livres

Imprimerie CAUSSE, GRAILLE et CASTELNAU, Montpellier 1931.

Docteur E. DAVID, de Salies-de-Béarn. — **Indications et technique de la cure thermale des fibromes utérins.**

Les eaux chlorurées sodiques fortes ont tout d'abord une action profonde sur la nutrition générale, une action stimulante sur le système endocrinien ; une cure peut donc avoir une action utile pré-opératoire sur l'état général des malades déprimées, affaiblies, anémiées.

Ces eaux exercent en outre une action contractile sur la fibre musculaire : fibres du myocarde, muscles de Reissessen, fibres des tuniques intestinales, muscles de la prostate et de l'utérus. Lorsque l'intensité de la balnéation est poussée assez loin, la patiente ressent fort bien, dans un grand nombre de cas, cette action sous forme de coliques utérines : il se produit aussi des alternatives de flux et de reflux sanguin, utéro-pelvien, qui, suivies d'allègement et de décongestion, sont les indices d'une réaction thérapeutique désirable. Lorsqu'on est en présence d'un polype intra-utérin, sa pédiculisation et son expulsion en sont considérablement hâtées, précipitant ainsi l'action chirurgicale. Des tumeurs fibro-kystiques plus grosses peuvent, par le même processus, se vider dans la cavité utérine; le volume de la tumeur, ainsi réduit momentanément, soulage la patiente et peut rendre plus aisée l'intervention chirurgicale.

Enfin la cure thermale exerce une action résolutive sur les fibromes utérins. Quelle est l'efficacité de la cure hydro-minérale sur le symptôme hémorragie, complication la plus fréquente et la plus redoutable des corps fibreux utérins ? A Salies, nombre des hémorragiques formidables voient l'hémostase survenir après une semaine de traitement ; cependant ces malades se rencontrent moins fréquemment aujourd'hui dans cette station, parce qu'on les traite plus souvent à domicile par les rayons X.

Cependant, le résultat d'un traitement déterminé tient à la cause exacte de la métrorragie des fibromateuses. Si la perte sanguine est due à un polype saignant dans la cavité utérine, il est bien évident que l'hémostase par les eaux chlorurées sodiques sera sans lendemain, tant que le polype persistera. Il en sera de même, quand le développement sous-muqueux de la tumeur entraîne des lésions en marge de la cavité utérine. Mais, dans les noyaux interstitiels, sur lesquels s'exerce au mieux l'effet curatif du traitement thermal, l'hémorragie, liée à des troubles de congestion passive, à des béances et atonies vasculaires, retirera une action constrictive durable.

Mêmes considérations pour les congestions passives occasionnant les pertes sanguines, à la suite de compressions exercées dans le petit bassin par un fibrome, ou bien d'affections métritiques ou salpingo-ovariennes : si le bénéfice n'est pas durable, il n'y a jamais, de ce chef, une contre-indication.

La guérison totale et définitive s'exerce pleinement sur les corps fibreux du type métritique et interstitiel ; la résolution se fait quelques semaines après la crise.

Cependant l'eau minérale ne peut avoir aucune action sur les masses myomateuses à évolution sous-péritonéale, car elle ne pourrait résoudre le tissu musculaire ; il en est de même pour le tissu fibreux constitué, c'est-à-dire pour la tumeur achevée, pour les sujets qui ne sont plus jeunes.

La médication thermale s'impose surtout, lorsqu'on se trouve en face de gros utérus globuleux, durs, avec peu ou pas de noyaux à la surface, chez les femmes ayant dépassé la quarantaine. Fibromatose et sclérose utérines de cet âge sont vraisemblablement l'aboutissant des infections endométritiques répétées, d'une vie sexuelle anormale ; souvent aussi elles dépendent d'une syphilis conceptionnelle ou héréditaire, méconnue jusqu'alors, et beaucoup plus fréquente qu'on ne le soupçonne.

L'auteur décrit ensuite de quelle façon on a réglé, au cours des années et actuellement, ce traitement hydro-minéral, tant en France qu'à l'étranger. La cure doit être assez longue, et non raccourcie comme on a tendance à le faire en raison des exigences de la vie moderne. Elle comporte des bains salins, des injections vaginales avec de l'eau saline, puis du repos au lit avec applications sur l'abdomen de compresses imbibées d'eau minérale. Enfin, la douche plantaire froide, comme la douche péri-pelvienne, donnée par un personnel qualifié, se révèle comme un élément utile de décongestion dans les cas d'hémorragies rebelles.

Librairie M. LAC, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Professeur LAIGNEL-LAVASTINE et N. Th. KORESSIOS. — **Sérothérapie hémolytique de la sclérose en plaques.** (Un vol. in-8°, 252 pages, 1932.)

Il y a cinq ans, les auteurs ont commencé leur expérimentation sur des malades atteints de sclérose en plaques, au moyen d'un sérum hémolytique de lapin, préparé avec le sang et le liquide céphalo-rachidien des malades eux-mêmes. Chez tous les malades, ils ont observé une réaction absolument constante, suivie au bout de deux jours, dans la presque totalité des cas, de modifications très rapides des signes organiques, et, dans la plupart des cas, d'améliorations fonctionnelles très appréciables.

Aujourd'hui, ils présentent le résultat de leur expérience, en un travail pratique. Ils donnent des idées

directrices, qui pourront permettre à d'autres travailleurs de résoudre un problème de thérapeutique du système nerveux.

Aucun test de laboratoire ne permet à présent de fixer les doses de sérum à injecter à chaque malade ; on doit encore s'en rapporter à la clinique et c'est affaire de tâtonnement pour chaque malade, en commençant par de très petites doses. Cependant, la présence de troubles sphinctériens graves doit être considérée comme contre-indication à la thérapeutique hémolytique.

Seuls, les cas évolutifs, les cas récents, les cas peu avancés de sclérose en plaques bénéficient réellement de la thérapeutique hémolytique. Les cas les plus nombreux de guérisons fonctionnelles avec disparition des signes physiques, traduisant l'atteinte organique, se recrutent parmi ceux que l'on a pu soigner dès le début de leur affection.

Les cas plus avancés de sclérose en plaques (et ce sont les plus nombreux que le médecin est appelé à soigner) bénéficient également de la thérapeutique, et les améliorations obtenues sont parfois très appréciables ; dans la plupart des cas, la maladie paraît s'arrêter d'évoluer.

Les cas très anciens (paraplégies complètes, troubles cérébelleux très marqués) ne sont pas améliorés.

Les guérisons fonctionnelles, la disparition des signes physiques semblent donc être fonction du stade évolutif de la maladie.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Imprimerie DEHAN,
5, rue de la Vieille Intendance, Montpellier.

**La susceptibilité bronchique de l'enfant et de l'adulte.** I. PHYSIOPATHOLOGIE et CLINIQUE GÉNÉRALE, par le Prof. agrégé PUECH, de Montpellier. — II. TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL, par A. CORONE, de Nice-Cauterets. Rapport présenté à la Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier, le 12 mars 1932. (Une broch. 55 pages).

A. POINAT, éditeur,
21, rue Cassette, Paris, VIe.

Dr Lucien MAYET. — **Barème des accidents du travail,** *Quatrième édition*, revisée et complétée en collaboration avec le Dr Etienne Rey. Un vol. 252 p. avec nombreux schémas et figures. Prix : 18 francs.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
27, rue du Cherche-Midi.

P. R. JOLY, de Bagnoles-de-l'Orne. — **Phlébalgies et « phlébalgothérapie »** (Une broch. 17 pages).

Henri PERRIER, éditeur,
3, rue Aubriot, Paris.

**Le Livre blanc.** — FORMULAIRE MÉDICAL DE SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES CLASSÉES PAR INDICATIONS, publié sous le contrôle d'un groupe d'internes et d'anciens internes des hôpitaux de Paris.

Chez MASSON et Cie,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Paris. **Précis de clinique sémiologique.** (DIAGNOSTICS, PRONOSTICS et TRAITEMENTS). 2e *édition*. Un vol. 868 pages. Prix : 50 francs.

Chez N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

A. Joseph RIVIÈRE. — **Esquisses cliniques de physicothérapie.** TRAITEMENT RATIONNEL DES MALADIES CHRONIQUES. Tome II. Physico-cytolyse (fulguration, électro-coagulation, dessication, diathermie chirurgicale). Un vol. 300 pages.

Chez J.-B. BAILLIÈRE, et FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Maurice PERRIN, professeur à la Faculté de Nancy, et G. RICHARD, de Royat. — **Les arythmies dans la pratique journalière.** 2e *Edition*. (Un vol. 150 pages, 46 fig. Prix : 15 francs.)

Chez Gaston DOIN et CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon.

Dr Gilbert ROBIN, ancien chef de clinique à la Faculté. — **L'épilepsie et la constitution épileptoïde chez l'enfant.** (Collection des Actualités de médecine pratique : Dr Weissenbach, directeur). Un vol. in-16, 150 pages. Prix : 18 francs.

Imprimerie HAUT, à Remiremont.

Dr JOYEUX, de Bourbonne-les-Bains. — **La coxarthrie,** étiologie, diagnostic, traitement. Une broch. 8 pages.

## THÉRAPEUTIQUE

### Plexus solaire et troubles digestifs

Une lésion digestive organique comporte toujours un certain nombre de signes à mettre au compte du spasme. Ces manifestations spasmodiques constituent des « syndromes solaires », et ces syndromes solaires existent seuls, indépendamment de toute lésion anatomique réelle du tube digestif : leur symptomatologie équivoque expose le médecin à maintes erreurs de diagnostic.

Ces « Solarites », bien étudiées dans toutes ces dernières années, se traduisent par :

— *des douleurs gastriques*, plus sourdes que vives, dont les caractères distinctifs sont :

- — de ne pas redoubler aux écarts de régime,
- — de redoubler plutôt sous des influences extra-digestives (fatigues, émotions, contrariétés, froid, règles...),
- — de n'être pas calmées par les classiques « pansements » de la muqueuse stomacale ;

— *des troubles digestifs divers* :

- — ballonnements, éructations traduisant l'existence d'une aérophagie, d'une aérocolie importantes,
- — régurgitations, salivation abondante, vomissements capricieux ou bien état nauséeux marqué surtout le matin au réveil,
- — constipation permanente, parfois opiniâtre, parfois rebelle, par crises, aux évacuations de toutes sortes.

*Des troubles vago-sympathiques* nombreux s'ajoutent à ces manifestations digestives : palpitations, précardialgies, tachycardie d'effort ou post-prandiale qui peuvent faire croire à une cardiopathie — asthénie constante qui fait de tous ces malades des « fatigués à perpétuité » des psychasthéniques, souvent même des neurasthéniques — amaigrissement, céphalalgies, vertiges..., tous symptômes donnant souvent un aspect lamentable à ces malades.

Le praticien doit connaître ces syndromes solaires. Il saura en chercher les deux signes majeurs : éréthisme de l'aorte abdominale, altération du réflexe solaire.

Enfin, la cause de ces « solarites » doit toujours être dépistée par une enquête soigneuse :

- — *une affection du tube digestif* peut être la responsable (ulcère gastrique, duodénal, ptose gastrique ou colique, colites et entérocolites, appendicite chronique...) ;
- — *une affection de voisinage* intervient au moins aussi souvent (cholécystite ancienne, affections utérines les plus diverses, hypertrophie de la prostate) ;
- — *une affection endocrino-sympathique* constitue la cause certes la plus commune, syndromes de Basedow, même frustes, syndromes dysovariens surtout, car ces troubles solaires sont essentiellement l'apanage des femmes affligées des troubles ovariens les plus divers ou tourmentées par une ménopause naturelle ou chirurgicale.

Même si la cause peut être attaquée et réduite, les résultats obtenus ne sauraient être complets ni définitifs sans l'appui d'un traitement antispasmodique efficace. Or, pour vaincre ces spasmes, liés au dérèglement du système vago-sympathique dans son ensemble, il faut user de médicaments capables d'influencer les éléments antagonistes de ce système neuro-végétatif. Les résultats les plus brillants ont été obtenus dans tous ces syndromes solaires grâce à une synergie médicamenteuse réunissant phénylméthylmalonylurée, éphédrine, belladone, bromhydrate de quinine, dont la forme spécialisée le « freinospasmyl » reste le plus maniable et le plus sûr des régulateurs vago-sympathiques

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## QUELQUES LIVRES RÉCENTS

### Grandeur et servitude médicales

Gil Robin.

Alfred de Vigny avait peint, en quelques tableaux de maître, la Grandeur et la Servitude militaires telles qu'officier lui-même, et soldat, il les connut et observa. Médecin, psychiatre de surcroît, et soldat à sa manière, dans l'éternel combat pour la vie, contre la mort, Gil Robin qui n'est autre que mon très cher ami Gilbert Robin, et à qui l'on doit déjà un impressionnant bagage d'œuvres scientifiques et d'œuvres d'imagination, mais d'une imagination nourrie de réalités objectives, puissamment étudiées, groupe dans ce livre (1) six nouvelles qu'il fait précéder d'une introduction, en quelque sorte exposé philosophique dont elles sont les émouvantes illustrations. C'est, pris sur le vif, le noble esclavage de la vie du praticien digne de ce nom, qui le grandit d'autant plus qu'il aura été plus étroit, dans le don total de son savoir, de son expérience, de son dévouement et surtout de son cœur, total jusqu'à la duperie...

Photo Manuel

Pour se hausser jusqu'à un tel esprit de sacrifice, d'abord la formation à ses débuts, la médecine « suprême mathématique : dissection, scalpel, coupe des tissus, microscope, biologie, chimie, expériences, laboratoire. » Puis, les maladies, abstraction. Puis le malade, «matière agglutinée, si riche, si dense »... Toutes les étapes ont été franchies, l'étudiant est devenu médecin. Nous allons le regarder vivre, quelle que soit la voie dans laquelle finalement il se sera engagé : chirurgien, accoucheur, spécialiste du cœur, ophtalmologiste, radiologue, médecin légiste, neurologiste, biologiste, psychiatre, et le plus humble, mais aussi le plus grand : le médecin de campagne, le médecin de quartier ; Saint-Vincent de Paul de la médecine.

« On ne le voit que sur les routes ou dans les cages d'escalier. Des kilomètres et des étages. Le seul travailleur qui n'ait pas choisi — et pour cause — entre le jour et la nuit, entre la semaine et le dimanche. Dans ce bagne, il n'est pas à plaindre. Car son esclavage est illimité : il possède la vie et la mort. Deux domaines dignes d'envie. »

*Un Baptême, une Naissance*. Le baptême du dernier né du médecin ; jour de fête, de liesse. Toute la famille a été conviée à y prendre part. La naissance pénible, là haut, au sommet de la montagne, dans la neige glacée. Elle est imminente, mais ne s'effectuera pas sans le secours de l'homme de l'art. Et, dans l'abnégation du devoir à accomplir, le médecin abandonnant famille, enfants, invités, part pour ne revenir qu'au milieu de la nuit, ayant souscrit généreusement à toutes les obligations de son métier, pour lequel il a fait l'abandon désintéressé de ses joies familiales les plus légitimes et les plus sacrées.

Et voici *le Chirurgien* des Centres nerveux qui extirpe une tumeur du cervelet chez un petit garçon de neuf ans : peinture, angoissante jus-

(1) Ernest Flammarion, éditeur. Prix : 12 fr.

qu'à l'hallucination, de tous les temps opératoires d'une intervention qui durera de longues heures. Ce qui n'empêchera pas la calomnie de le salir, au cours d'un dîner où il n'aura pour le défendre que l'impuissance d'une de ses opérées :

« Il m'a sauvée, dit-elle. Sans lui, je serais morte Je voudrais ce soir n'être pas guérie et souffrir encore pour être sauvée par lui une deuxième fois. »

*Le Badaud du Cœur humain*, multiples scènes de la vie d'un médecin parisien d'un faubourg excentrique, là-bas, quelque part, dans le XIII[e] arrondissement. Il a un surnom : on l'appelle le Saint.....

*Réussir*... Ou mourir. Faute de clients, le Dr Charanson, spécialiste instruit des maladies du poumon, est acculé au suicide, d'où il échappera grâce à l'intervention opportune du Saint de la nouvelle précédente :

« Quand je pense, se dit-il, que les hommes ont la réputation d'être égoïste, et que certains d'entre eux se tuent parce que leur dévouement n'a pas d'emploi. »

*La Novice Italienne.* Une jeune intellectuelle mystique qui, ayant remporté des succès mondains comme conférencière, entre dans un couvent du pays d'Anjou, où elle se fera remarquer par les exagérations de sa piété mortificatrice, jusqu'à ce qu'elle verse dans une sorte de délire polymorphe, où domine l'agitation maniaque. On craindra pour cette malheureuse Novice la démence précoce. Crainte heureusement illusoire. Elle finit par guérir, grâce aux soins du Dr Vincent Bernard qui se dévoue jusqu'à lui consacrer tout son temps durant de longs mois. Je vous laisse à penser si Gil Robin s'est mû à l'aise dans la description, où il excelle, de ce délire aux aspects multiples et divers, exacte sans doute, sans rien d'excessif ni d'exagéré dans les termes et les images. Ne pas verser dans un certain pédantisme : écueil à éviter. Gil Robin y a réussi brillamment. Je le soupçonne d'ailleurs d'avoir quelque affinité avec ce Vincent Bernard, qu'il met encore en scène dans la nouvelle suivante.

*Au-dessus de la Terre.* Une jeune femme schizophrénique à laquelle Vincent Bernard a été présenté, et dont il devient, du consentement du mari, l'ami et le commensal, jusqu'à s'en éprendre éperdument. Si bien que, quand le mari, ayant constaté l'heureuse influence qu'il exerce sur elle, lui demande de la soigner, il refuse :

« Je ne reverrai pas Mme du Bousquet... Si j'étais moins absolu, j'aurais moins de courage. Si d'un mot vous n'aviez transformé la femme que j'aime le plus au monde, en un être sacré, si ne dansaient pas devant mon esprit ces mots puérils et démesurés dont je veux m'hypnotiser, honneur — absolu — sacerdoce, je serais un homme tout simplement, un homme jusqu'au bout... »

De ces nouvelles, celle que je préfère est le « Badaud du Cœur », peut-être parce que j'y retrouve des traits dont foisonne la vie professionnelle d'un de mes amis les plus chers.

Louerai-je de nouveau la phrase de Gil Robin, nerveuse, courte, harmonieuse, vivante ? Il me semble parfois pourtant qu'une teinte d'hermétisme vient en obscurcir le sens, à moins que ce ne soit mon entendement qui se montre en défaut...

Mais que de jolies pensées, et profondes, et humaines ! Et quelle profusion d'images ! J'en cueille quelques unes.

« L'altitude ne sert à l'homme qu'à mesurer la profondeur de sa chute.

« Quand la foi s'ébranle, l'esprit s'obscurcit.

« Cette racaille (les forbans de la médecine), ça ne m'intéresse pas ... La clientèle qui va chez eux a les médecins qu'elle mérite. Un type sérieux ne leur plairait pas, à ces clients-là. Ce qu'ils viennent chercher, c'est, les uns du bluff, les autres, du miracle. Des fripouilles ou des guérisseurs. S'il leur arrive malheur, tant mieux...

« On dirait que le médecin en appuyant l'oreille sur la poitrine de son client, compte les années, les mois, les heures de vie qui restent à celui-ci. Et le médecin les compte en effet. La serviette jetée sur les délicates épaules est déjà un lambeau de suaire.

« Réussir, c'est tout simplement, après avoir appris un métier, trouver à s'employer dans la tâche qu'on s'est choisie ; faire partie d'un rouage, apporter ne fut-ce qu'une pierre, ne fut-ce qu'un grain de sable, à l'édifice, avoir sa place au soleil, donner sa mesure, enfin n'être pas de trop ici bas. Ah ! ne pas se sentir inutile, ne pas subir cet affreux chômage du cœur et de l'esprit...

« Les mots les plus beaux du langage sont les mots chargés de promesses, armistice, fiançailles, convalescence. La paix, le mariage et la guérison, c'est tout de même la vie qui reprend, le plus souvent clopin clopant.

« Le système nerveux, c'est une corde sur laquelle le cœur et l'esprit font des prodiges d'équilibre.

« Le médecin est près de Dieu. Il aime la boue sacrée d'où fut tirée la créature. Il dégage, de la

pourriture même, une essence de pitié. Nul n'est moins désespéré, car il estime à chaque instant les ressources et les ressorts de la vie humaine. Chaque misère a sa rédemption... »

Mais il me faut me borner... Je m'arrête donc, non sans avoir exprimé à Gil Robin mes compliments, pour avoir compris et si bien montré, à notre époque d'utilitarisme féroce, qu'il existe encore, de par le monde, des hommes qui sont Grands, *très*, parce qu'ils savent, de tout leur être, de toute leur âme, de tout leur cœur, SERVIR.

G. DUCHESNE.

---

BIOLOGIE ET CANCER

## Un extractif des tumeurs dans la pratique médicale

Docteurs G. CUVIER et J.-A. CARRÈRE

Préface de M. le Dr BOUNHIOL,
Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le cancer, cette anarchie cellulaire, va s'étendant et se multipliant, parce qu'il est, selon le distingué préfacier de cet ouvrage (1), maladie de civilisés, et rançon de l'hyposphyxie que conditionnent la suralimentation, la sédentarité, le confinement, les études intellectuelles et l'attention abusivement sollicitée, l'urbanisme mortel... Pour qu'il prenne une allure régressive, il faudrait que l'homme se rapprochât davantage de la nature, qu'il en revint à la vie simple et saine. Vœu stérile, vain souhait : bien-être, confort, plaisirs, tels sont les objectifs les plus immédiats de l'humanité au premier tiers du XXe siècle.

Puisque le cancer ne saurait entrer spontanément en régression, de par une modification voulue et profonde des conditions de l'existence des civilisés de notre époque, force nous est donc de chercher à le combattre et à le vaincre. Tâche quasi surhumaine, à laquelle se sont attelés les chirurgiens avec des résultats de plus en plus satisfaisants, quoique encore précaires ; et les radiologues, et les radiumthérapeutes, dont les armes sont d'un maniement des plus délicats, puisqu'il est des variétés tumorales qui s'en trouvent bien, tandis que d'autres en sont activées et s'aggravent ; et les chimiothérapeutes, qui cherchent à atteindre électivement la cellule cancéreuse dans l'organisme.

Les biologistes viennent, à leur tour, donner l'assaut de leurs recherches et de leurs efforts à la redoutable maladie. Ils tentent de modifier le terrain cancéreux, en le rendant anticancérigène. Ainsi font MM. Cuvier et Carrère qui, s'appuyant sur les travaux antérieurs aux leurs, ont eu l'idée de traiter le cancer par une véritable isothérapie qui met en œuvre le cancer lui-même. En fait, ils préparent un extractif polyvalent de tumeurs préalablement vieillies, dont les éléments diastasiques sont inactivés, et qui agirait comme catalyseur biologique. Cet extractif s'administre par la voie buccale à doses faibles et fractionnées, par gouttes et divisions de gouttes. Il peut encore s'employer par la voie rectale, et en applications locales. Il en existe aussi une forme sèche, présentée en cachets.

La statistique, qui termine leur exposé, est encourageante. Elle porte finalement sur 178 cas parmi lesquels on nota 15,7 % de survies inespérées ; 20,9 % d'effets palliatifs importants ; 42,2 % d'effets palliatifs simples ; 13,8 % d'effets incertains ; et 7,4 % d'effets nuls. Les observations détaillées qui terminent l'ouvrage, illustrées de photographies éloquentes, montrent tout ce que l'on a pu obtenir présentement de la méthode. Les auteurs sont modestes dans leurs conclusions, dont voici les plus essentielles :

« L'extractif de tumeur provoque dans l'organisme des réactions humorales de défense, naturelles et favorables. Ces réactions se traduisent par une sédation des douleurs, un arrêt des saignements, la cicatrisation des plaies, la régression des masses tumorales et ganglionnaires, le relèvement de l'état général. ... Ces effets... se produisent à des degrés divers dans 60 à 70 % des cas, dont 15 à 20 % semblent influencés de façon quasi spécifique... »

Ils demandent d'ailleurs que leurs recherches soient continuées dans les centres anticancéreux, qui devraient comprendre, dans leur personnel technique, quelque biologiste.

Associons-nous à ce désir, et rendons grâce à MM. Cuvier et Carrère pour avoir enrichi l'arsenal thérapeutique de la lutte contre le cancer, d'une arme nouvelle pleine de promesses.

G. DUCHESNE.

(1) Editions Delmas, 6, place Saint-Chrystoly, Bordeaux.

## La chaste histoire de celui qui était amoureux de l'amour

Raymond Groc

Œuvre de sa jeunesse, — Groc l'a écrite en effet il y a vingt-deux ans, — elle met en scène un jeune homme, Max Lisseray, qui entraîne un de ses amis dans une ville d'eaux, où il pourra réaliser son projet « d'aimer pour aimer, devenir amoureux par amour de l'Amour ». Et de fait, il entreprend de faire une cour assidue à une jeune veuve, Marie-Anne Bauvreuil, aperçue au moment même où elle descend du train.

Abordage, deux jours plus tard ; premières escarmouches ; premiers contacts... D'heure en heure, de jour en jour, nous assistons aux progrès de cette chaste aventure, jusqu'aux premiers baisers. Et pourtant, confesse-t-il, « je n'aime pas Marie-Anne et je ne me sens même pas sur le point de l'aimer ». Tout se borne à ce flirt, dosé comme le verre d'eau thermale, entre un gosse à l'audace chastement limitée et une désœuvrée qui s'est prise à un jeu, dont le terme définitif sera marqué par le départ du train qui la remmènera sa saison terminée.

Du Groc chaste, qui l'eut cru possible, de la part de ce chantre du désir charnel, de la possession physique, des folies de la chair agitée du délire amoureux ?

Encore qu'il juge son récit d'une médiocrité flagrante, il nous confie qu'il s'est décidé à le publier pour l'évocation des sensations de jeunesse, fraîche, sentimentale et un peu bébête du début du siècle, qu'il représentera au lecteur ayant dépassé les deux fois vingt ans.

« L'âge du chèque ne suffit pas, malgré tout, à dessécher une âme et un cœur... Gagner de l'argent peut suffire à tout, mais ne comble en rien nos vraies et profondes aspirations. »

Dans le jardin secret de ce sceptique, qui semble ne pouvoir se régaler que de joies matésielles, un coin est réservé, où pousse discrète, mais vivace, une petite fleur bleue. Groc, vainement s'en est défendu. Des pétales, un motif, une pensée nous révèlent sa présence (1).

G. Duchesne.

## DÉFENDONS-NOUS CONTRE UNE EXCESSIVE FISCALITÉ

Tous les journaux ont, il y a quelques jours, enregistré la démarche faite auprès de M. Herriot, président du Conseil, par la Ligue des Contribuables. Les représentants qualifiés de ce groupement allaient informer notre premier ministre de l'impossibilité où se trouvent les contribuables de supporter aucun impôt nouveau. Ils le priaient de bien vouloir tenir compte de leur démarche, lors de l'examen, par les pouvoirs publics, des mesures à prendre pour remédier à la crise budgétaire actuelle.

La Ligue des contribuables groupe présentement plus de cinq millions de membres. Elle a exclu formellement de ses buts et activités toute question politique et religieuse. Ses statuts interdisent à ses membres de solliciter aucun mandat électif ni d'accepter aucune décoration. C'est assez dire quel désintéressement anime ceux qui ont pris l'initiative de sa fondation.

Les médecins sont parmi les contribuables que la fiscalité excessive des temps modernes atteint le plus lourdement. La patente qui les frappe a un caractère exactionnel indiscutable, puisqu'elle est basée sur l'ensemble de leurs locaux d'habitation, dont l'importance croit bien plus souvent avec leurs charges de famille qu'avec l'amélioration de leur situation professionnelle. Le Parlement l'avait d'ailleurs tellement compris, qu'une loi de l'an dernier en modifia l'assiette de telle sorte que, désormais, elle serait calculée en fonction des seuls locaux professionnels. Je sais des confrères qui, confiants dans les termes précis de cette loi, ont pris un appartement plus vaste, dans l'espoir que leurs charges fiscales n'en seraient pas sensiblement accrues. Ils ont été les victimes de leur confiance ; une décision est en effet intervenue, qui a repoussé à une date, indéfinie en quelque sorte, la mise en application de cette loi.

Le contribuable isolé n'a aucun moyen de défense ; il n'a d'autre ressource que de se laisser tondre et pressurer, en se bornant à maudire, stérilement, le contrôleur et le percepteur. S'il formait, avec ses congénères, un bloc imposant, il acquerrait du coup la force qui est le fruit de l'union. Force dont il pourrait notamment user pour agir sur les candidats à toutes les élections, avec quelque chance de leur arracher des engagements qui les lieraient dans une certaine mesure, et en tout cas, les feraient réfléchir avant de voter le budget. C'est d'ailleurs ce que

(1) Au Bon Plaisir, Toulouse. Prix : 12 francs.

la Ligue des Contribuables a fait au cours des élections législatives du mois dernier ; elle est ainsi en possession d'engagements signés de plus de cent députés actuellement en fonctions. Force qu'elle pourrait employer encore à d'autres manifestations de sa volonté de résister à toute augmentation abusive des impositions.

Pour qu'elle puisse développer son action défensive, il lui faut augmenter le plus possible ses effectifs ; elle alimentera du même coup son trésor de guerre, et se constituera les réserves nécessaires pour poursuivre son action avec quelque efficacité. C'est déjà un résultat, que M. Herriot ait accepté de recevoir ses délégués, et que la presse ait annoncé cette entrevue.

J'ai promis aux confrères qui appartiennent à ce groupement et participent à son administration que j'appellerais l'attention de nos lecteurs sur la Ligue des contribuables. Voilà qui est fait pour aujourd'hui. Mais je reviendrai à la charge. Le Syndicat parisien des contribuables a son siège, 24, rue de Clichy, Paris.

G. DUCHESNE.

## HONORAIRES MÉDICAUX

### Enfant blessé chez un tiers. Responsabilité des parents et de l'intermédiaire

Un enfant de neuf ans, qui accompagnait sa mère, fut grièvement blessé dans une usine. Le chef d'entreprise s'empressa de transporter lui-même, dans sa voiture, la petite victime à l'hôpital, puis fit appel à un chirurgien d'une localité voisine, ce chirurgien n'appartenant pas au personnel médical de l'hôpital.

Une trépanation fut nécessaire, ainsi que des soins consécutifs longs et minutieux.

Au moment de régler les honoraires, tout le monde se déroba : la mère de l'enfant, sous prétexte que l'accident était arrivé chez l'usinier et que, par conséquent, c'était à ce dernier à payer. L'usinier, de son côté, poussé par son assurance, refusait de reconnaître sa responsabilité et soutenait qu'il n'avait agi que par simple humanité.

Sur les conseils de la Ligue médicale de défense individuelle (Sou Médical), le chirurgien poursuivit à la fois la mère de l'enfant et l'usinier. Aux termes de l'article 204 du Code civil, la mère est responsable, car elle doit faire donner des soins à l'enfant ; mais, comme elle ne semble pas disposée à poursuivre, ou à appeler l'usinier en garantie, le médecin fit valoir les droits de la mère, en vertu de l'action oblique (article 1166 du Code civil).

En effet, lorsqu'un débiteur néglige de faire valoir ses droits vis-à-vis d'un tiers, le créancier peut prendre lieu et place de ce débiteur et, par l'action oblique, assigner le tiers en paiement de sa dette.

De plus, le chirurgien assigna également le propriétaire de l'usine, chez lequel était arrivé l'accident, parce que c'était lui-même qui avait conduit le blessé à l'hôpital, avait pris l'initiative de l'appel du chirurgien et avait laissé entendre à ce dernier de ne rien négliger pour que les soins soient utilement donnés.

Par jugement du 29 avril 1931, le tribunal de Bonneville repoussa la demande de notre confrère : personne ne devait payer ce dernier de ses soins, ni l'usinier, qui avait été l'intermédiaire, ni la mère, qui n'avait rien demandé comme soins pour son enfant.

Cette décision quelque peu baroque fut déférée par les soins du « Sou Médical », à la Cour d'appel de Chambéry, dont voici l'arrêt :

COUR DE CHAMBÉRY, 20 avril 1932.

(Archives du Sou Médical).

*Le malade, ou son représentant légal, est le débiteur principal du médecin, soit qu'il ait appelé le praticien de sa propre initiative, soit qu'il ait accepté ses soins par la suite.*

*Mais à côté de son malade, le médecin peut mettre en cause d'autres personnes, qui soit légalement, soit volontairement ont contracté une dette, soit par engagement exprès, soit par accord tacite, découlant des circonstances de fait, qui restent à l'appréciation du tribunal.*

La Cour :

Attendu que par exploit du 16 avril 1930, le Docteur De Vaucresson, médecin à Sallanches, a fait assigner D., industriel dans la même localité, pour obtenir paiement d'une somme de 500 francs, représentant le montant des honoraires qu'il prétend lui être dus pour les soins qu'il a donnés à l'enfant D. à la suite d'un accident survenu dans l'usine D. ;

Que par cet exploit, il a demandé en outre qu'il lui soit donné acte de ce qu'il déclare faire valoir au besoin contre D. les droits et actions de Vve Dep. à raison de l'accident survenu à son fils, et a conclu à faire condamner cette dernière solidairement avec D. au paiement des honoraires réclamés ;

Et qu'enfin par décision du 29 avril 1931, dont de Vaucresson a interjeté appel, le tribunal de Bon-

neville, en ordonnant la comparution personnelle de de Vaucresson et de D., a jugé que le docteur n'avait ni action ni créance contre la Vve Dep., et comme conséquence, qu'il ne pouvait faire valoir contre D. les droits de la mère de l'enfant ;

Attendu, en droit, qu'en principe le médecin peut toujours s'adresser à son malade ou à son représentant légal pour se faire régler ses honoraires ; que le malade, en effet, soit qu'il ait appelé le médecin de sa propre initiative, soit qu'il ait accepté ses soins par la suite, est toujours tenu des honoraires et demeurera toujours le débiteur principal ;

Mais attendu que parfois aussi le médecin aura, à côté de son malade, d'autres personnes également responsables du paiement de sa note et auxquelles il n'hésitera pas à s'adresser lorsque la solvabilité de son principal débiteur lui paraîtra douteuse ; que ces personnes, tenues cumulativement avec le malade, peuvent l'être soit légalement, soit volontairement en vertu d'un engagement exprès ou tacite et que, dans ce dernier cas, qui est évidemment le plus fréquent, cet engagement découlera toujours des circonstances de fait ;

Attendu que c'est ainsi que l'appel du médecin par un tiers auprès d'un malade ou d'un blessé, la visite ou consultation faite en sa présence et sur sa demande, feront très souvent présumer que le tiers s'est engagé à prendre à sa charge le paiement des honoraires ; qu'il faut certes se garder d'étendre outre mesure cette présomption, et d'en faire un principe absolu, et que le mobile qui a poussé l'intermédiaire à agir doit immédiatement entrer en ligne de compte, ce mobile pouvant n'être qu'un sentiment d'humanité vague et général dont on ne pourra pas déduire que le tiers s'est obligé implicitement, mais le tiers ayant pu avoir aussi des raisons spéciales et notamment un intérêt personnel pour s'intéresser au malade, qu'il fait soigner, et sa demande auprès du médecin n'affectant plus alors le caractère de l'exécution d'un simple devoir d'humanité et permettant à ce médecin d'agir directement contre lui, qui n'aura plus ensuite que le droit de se retourner contre le véritable débiteur ;

Attendu, en fait, qu'il ressort des documents versés aux débats, et aussi et particulièrement de la comparution des parties à laquelle la Cour a procédé à l'audience publique du 13 avril 1932 que le 5 août 1929, le jeune Dep., âgé de neuf ans, était entré avec sa mère dans l'usine de D. pour y prendre, avec l'autorisation de D., de la sciure de bois, lorsqu'il fut grièvement blessé par une turbine mise en mouvement, près de laquelle il s'était trop approché ; que les époux D. s'empressèrent aussitôt auprès de la jeune victime, la transportèrent à l'hôpital dans leur auto, et, sur les conseils du médecin de l'hôpital, firent appel au Dr de Vaucresson, chirurgien à Sallanches, qui, en présence même des époux D., pratiqua la trépanation jugée nécessaire et continua ensuite durant deux mois, à donner ses soins à l'enfant soit à l'hôpital, soit ensuite au domicile de Vve Dep. ;

Attendu qu'au cours de sa confrontation avec D. à la barre de la Cour, le Dr de Vaucresson a, à la vérité, cessé de soutenir, ce qu'il avait prétendu jusqu'alors, à savoir que l'usinier D. lui ait, avant même l'opération, déclaré qu'il prenait à sa charge ses honoraires et dit qu'il n'aurait affaire qu'à lui ;

Mais attendu que par son attitude générale auprès du Docteur qu'il a même conduit auprès de l'agent de sa Compagnie d'assurances à Sallanches, il a certainement pu lui laisser envisager même la possibilité de sa responsabilité dans l'accident et en tout cas un paiement sans lequel, comme il l'a très loyalement reconnu, il aurait sans doute tout de même donné son concours pour opérer l'enfant, mais sans lequel aussi, il n'aurait pas continué ce concours durant la longue période de deux mois ;

Attendu, par suite, qu'on doit reconnaître que c'est à bon droit que de Vaucresson, pour le paiement de sa note a pu s'adresser directement à Delacquis qui a pu croire sa responsabilité engagée par l'accident de l'enfant Dep., et qui, par suite, pouvait avoir intérêt à faire donner des soins très sérieux à cet enfant, à D. qui semble bien en tout cas avoir cru que sa Compagnie d'assurances devait le garantir complètement, à D. enfin qu'il a, en la circonstance, seul connu, et de qui seul, au début, il a reçu la mission d'opérer et de soigner l'enfant ; et qu'on doit reconnaître aussi que Vve Dep. est bien responsable également de ce paiement solidairement avec D. ;

Mais attendu que le montant de cette note de de Vaucresson est manifestement exagéré ; que le docteur a évidemment oublié, ou ne s'est pas rendu compte qu'il réclamait un paiement à un simple intermédiaire qui n'était tenu que cumulativement avec une veuve à peu près sans ressources, et que c'était en finale cette dernière l'unique et véritable débiteur ; que ladite note doit donc être réduite à un chiffre très modéré auquel le Dr de Vaucresson aurait dû lui-même s'arrêter, et que la Cour a tous les éléments utiles pour fixer.

Attendu que la solution admise par la Cour rend inutile tout examen des autres conclusions de de Vaucresson tendant à l'application des art. 1166 et 1384 du code civil ;

Sur les dépens :

Attendu qu'en raison de l'exagération de la demande, qui aurait dû faire l'objet d'un simple litige en Justice de Paix, il convient sur l'ensemble des dépens, dont il sera fait masse, d'en laisser un tiers à la charge du docteur de Vaucresson lui-même, les deux autres tiers restant solidairement à la charge de D. et Vve Dep. ;

Par ces motifs :

La Cour rejetant toutes autres demandes, fins ou conclusions,

Après avoir entendu à l'audience publique du 13

avrilles avoués en leurs conclusions dont la reprise a été nécessitée par le remplacement de M. Guéniot conseiller, par M. Debolo, autre conseiller, les avocats des parties, M. l'Avocat général en ses conclusions, enfin après comparution des parties, et statuant publiquement, après en avoir délibéré,

Reçoit l'appel en la forme et y faisant partiellement droit et réformant pour partie le jugement déféré,

Dit que c'est à tort que les premiers juges ont déclaré que de Vaucresson, pour le paiement de ses honoraires, n'avait pas d'action contre Vve Dep. et dit qu'il a une action cumulativement et contre elle comme débiteur principal et comme représentant légal de l'enfant mineur à qui il a donné ses soins, et contre D. en raison de fait qu'il a été requis par ce dernier pour donner des soins audit enfant,

Et les condamne solidairement à lui payer à titre d'honoraires médicaux, la somme de 2.500 francs avec intérêts de droit :

Et faisant masse des dépens, dit qu'ils seront supportés un tiers par de Vaucresson et deux tiers solidairement par D. et Dep.

**Commentaires**

De cet arrêt, nous pouvons tirer les commentaires suivants :

En droit, la cour détermine une fois de plus la distinction entre les cas, dans lesquels l'intermédiaire n'a agi que mû par un réflexe d'humanité et ceux où craignant pour sa propre responsabilité, l'intermédiaire prend l'initiative des soins immédiats, pour dégager autant que possible sa faute présumée et en diminuer les conséquences.

Depuis le fameux arrêt de Cassation, chambre des requêtes du 4 décembre 1872 (Sirey 1872.1. 430 ; *Dalloz* 1872.1.139), il a toujours été décidé que « l'intermédiaire, qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade, peut être considéré comme s'étant par là obligé, solidairement avec le malade, au paiement des honoraires de l'homme de l'art ».

Disons, à propos de cette solidarité de paiement, qu'en principe, elle doit être expressément stipulée par une convention, à moins qu'elle n'ait lieu de plein droit, en vertu d'une loi. Mais cette solidarité peut, au contraire, être prononcée, indépendamment de toute stipulation, de toute disposition légale spéciale, lorsqu'il s'agit de la réparation d'un fait dommageable, ou d'un quasi délit (V. Cassation, 21 juillet 1880) ou, comme dans l'espèce actuelle, de certains engagements qui se forment sans convention (V. Cassation 4 mai 1859 ; S. 59.1. 376 ; Cassation 29 décembre 1852 ; S. 53.1.91).

Je ne cite pas les nombreuses décisions de jurisprudence qui ont consacré ce principe de droit. Disons avec le juge de paix de Saint-Flour (22 novembre 1929 ; Déc. J. P. février 1930) que celui qui a pris l'initiative d'appeler le médecin peut, suivant les circonstances, être considéré comme s'étant obligé, soit personnellement, soit solidairement avec le malade, au paiement des honoraires de ce médecin.

Il reste donc, pour ce dernier, de bien faire préciser les cas dans lesquels l'intermédiaire peut ne pas être considéré comme responsable, tels les cas d'humanité, ou encore lorsque le malade est à l'hôtel et le praticien appelé par l'hôtelier.

Le témoin d'un accident qui se précipite pour chercher du secours, ne s'oblige pas, par le fait même, au paiement des honoraires de l'homme de l'art, si n'ayant aucun intérêt quelconque à ce que le malade soit vite et bien soigné, il n'a obéi qu'à un simple sentiment d'humanité.

Mais si, au contraire, celui qui appelle le praticien est lié avec le malade, ou blessé, par des liens d'affection, ou de parenté, ou si, auteur direct ou indirect d'un accident, il craint de voir sa responsabilité être engagée, on peut dégager des circonstances de fait un mobile, qui permet de décider que l'intermédiaire a agi non seulement dans l'intérêt du malade, mais également pour son propre compte.

Aussi, mis en œuvre par un tiers quelconque, le médecin fera-t-il bien, soit de se faire donner un écrit, soit de retenir le nom de témoins, qui, plus tard, pourront affirmer si l'intermédiaire a agi, ou non, dans un simple mouvement d'humanité, en déclarant qu'il entend rester étranger au paiement ultérieur des frais médicaux.

Il est très compréhensible que le praticien ne songe qu'à son malade et néglige de prendre les précautions nécessaires, pour garantir sa créance.

Un arrêt de Cassation (requêtes) du 26 juin 1929 (*Sem. Juri.*, 1929-968) précise une fois de plus qu'aux termes de l'article 1348 du code civil, la règle posée par l'article 1341 reçoit exception toutes les fois qu'il n'a pas été possible au créancier de se procurer une preuve littérale de l'obligation qui a été contractée envers lui. Cette exception, ne s'entend pas seulement de toute impossibilité physique, mais aussi de toute impossibilité morale, accidentelle, ou momentanée. A cet égard, la loi a laissé aux tribunaux un pouvoir absolu d'appréciation.

En ce qui concerne les rapports de médecin à malade, citons, sur ce point, les arrêts suivants : Cour d'appel de Bordeaux, 16 février 1900, *D.* 1901.2.206 ; Cour de Paris, 3 mars 1903, *S.* 1904. 2.32 ; Cassation, requêtes, 27 mars 1907, *S.* 1907. 1.209 ; Cassation, civile, 13 avril 1910, *S.* 1910. 1.501.

Pressé par l'urgence, le médecin peut donc négliger de s'assurer des preuves écrites, ou testimoniales, en ce qui concerne surtout l'engage-

ment de l'intermédiaire à ne pas rester étranger au paiement des honoraires. Mais agira prudemment le praticien, qui, dès le lendemain, s'il n'a pas pu le faire la veille, saura s'entourer de toutes les garanties nécessaires, pour ultérieurement, s'il y a lieu de recourir à justice, faire la preuve de l'engagement moral de l'intermédiaire, dans l'acquittement des frais d'opération et de traitement.

En ce qui concerne les hôteliers, ils sont, en principe, dégagés de toute responsabilité, par rapport au client de passage tombé malade dans leur établissement, alors même qu'ils ont appelé un médecin auprès du patient.

Ils sont considérés comme le *negotiorum gestor*, le gérant d'affaires du malade, qui reste seul débiteur des soins (tribunal civil de Toulouse, 2 juin 1904 ; *Gaz. Trib.*, 25 septembre 1904).

Mais si l'hôtelier a un intérêt personnel à ce que le client soit vite guéri, ou s'il a omis de prévenir le médecin qu'il entendait rester étranger au paiement des honoraires, alors toutefois qu'il a fait venir le praticien, a commandé les médicaments, ou lorsque des circonstances de fait, on peut dégager le mobile personnel de l'hôtelier, celui-ci doit payer personnellement les dettes de son client, si ce dernier est parti sans les régler (Justice de paix de Saint-Malo, 30 octobre 1926, *Répertoire Commaille*, janvier 1927, nº 6052).

Envisageons maintenant l'arrêt de la cour de Chambéry, au point de vue des faits. En droit et sur la question de principe, la cour donne entièrement raison à notre confrère ; mais lorsqu'il s'agit de fixer le quantum des honoraires, les magistrats trouvent immédiatement la note exagérée.

On oublie trop souvent que la vie d'un malade est en danger et que si l'homme de l'art n'agit pas vite, un décès sera la conséquence de l'accident.

Or, par sa trépanation, le Docteur de Vaucresson a sauvé la vie de l'enfant et maintenant, on vient le chicaner sur ses honoraires, sous le prétexte que la mère de l'enfant est quasi-indigente.

Si à l'heure du danger, le médecin avait posé la question du quantum des honoraires au véritable responsable, l'usinier Delaquis, nul doute que ce dernier ait répondu de faire tout le nécessaire, pour que la vie de l'enfant soit sauvée.

Mais, au moment de régler, intervient la compagnie d'assurances, qui a intérêt à payer le moins possible. Intervient également la mentalité du magistrat, qui, lui aussi, est tributaire des soins des médecins et, en bon client, trouve toujours les frais médicaux trop élevés.

Voilà pourquoi nos bons juges cherchent tous les prétextes pour diminuer les honoraires des médecins, principalement ceux des chirurgiens.

Combien les avocats ont raison de se faire verser d'avance des honoraires, sous le nom de provision !

Dr Paul BOUDIN.

---

## CLÉOPATRE, REINE D'ÉGYPTE, FUT-ELLE UNE FEMME-MÉDECIN SAVANTE ?

Par Albert GARRIGUES

Les faiseurs de faux littéraires (1) ne pensent pas à tout. De cela nous est un exemple celui qui, dans le second quart du XVIe siècle, créa la légende de la nymphomanie de Cléopâtre (2). Il le fit au moyen d'une série de lettres supposées (3), dont l'une de la reine elle-même. Or, il l'y fait parler en malade ignorante des choses de la médecine (4), alors que, dans le même temps, couraient des pages médicales attribuées à Cléopâtre VI. Peut-être manquait-il d'érudition. Au contraire, en avait à revendre l'Editeur qui, plus tard, publia son recueil apocryphe : aussi ne manqua-t-il pas de relever la contradiction. Mais, comme il lui importait de laisser croire à l'antiquité et à la valeur du faux médico-littéraire, il se tira de difficulté dans une *Préface* habile (1) en refusant à la reine Cléopâtre la maternité des *Traités* qui portent son nom. Et il est amusant que dans cette opinion opposée à celle qui régnait alors, la maladresse du faussaire et l'habileté de son éditeur se soient rencontrées d'accord avec ce qui est, je crois, la vérité.

Car, nous est-il permis de penser que la reine d'Egypte a laissé une œuvre savante ? Le Moyen-Age l'a cru et bonne part de la Renaissance, mais aujourd'hui ?

Certes, l'opinion avait quelques bons répondants. Elle avait d'abord une présomption de vérité dans les écrits de Plutarque, qui a loué l'intelligence de Cléopâtre et sa connaissance parfaite de la plupart des langues parlées de son temps (2). Ailleurs même, il lui attribue des

(1) Cf. *Médecine pratique*, nº 3, 20 mars 1931.
(2) Cf. *Art médical*, nº 131, 15 janvier 1932 et *Nord médical*, nº 768, 15 février 1932.
(3) Cf. *Nord médical*, nº 744, 15 février 1931 ; nº 748, 15 avril 1931 ; *Concours médical*, nº 36, 6 septembre 1931.
(4) Cf. *Nord médical*, nº 768, 15 février 1932.

(1) Cf. *Concours médical*, nº 17, 26 avril 1931.
(2) PLUTARQUE. — *Vie d'Antoine*, § XXVIII, t. XIV, p. 188 dans la traduction de Ricard, in-16, Paris, 1829.

expériences de toxicologie nombreuses et fort loin poussées dans un passage qui vaut d'être reproduit à cause de l'intérêt qu'il présente pour le médecin.

Cependant, Cléopâtre ramassait toutes sortes de poisons mortels, dont elle faisait l'essai sur des prisonniers condamnés à mort. Ayant reconnu par ses expériences que ceux dont l'effet était prompt faisaient mourir dans des douleurs cruelles et que les poisons doux ne donnaient la mort que très lentement, elle essaya des bêtes venimeuses et en fit appliquer en sa présence de plusieurs espèces sur diverses personnes. Après avoir fait chaque jour de ces essais, elle reconnut que la piqûre de l'aspic était la seule qui, sans causer ni convulsions, ni déchirements, jetait dans une pesanteur et un assoupissement accompagnés d'une légère moiteur au visage, et, par un affaiblissement successif de tous les sens, conduisait à une mort si douce que ceux qui en étaient piqués, semblables à des personnes endormies, étaient fâchés qu'on les réveillât ou qu'on les fît lever (1).

On s'explique qu'un écrivain arabe, Ibn Wahs Ohijjah, ait attribué *à la reine Cléopâtre* un *Traité sur les poisons* et que, beaucoup plus tard, A. de Haller, surenchérissant, ait écrit : *Cleopatra regina artium studiosa etiam medicinæ quæ venenorum experimenta capiebat et antidotorum* (2). Sans doute, se souvenait-il, à propos de la médecine, qu'Ætius avait rapporté la formule d'un *Smegma Cleopatræ reginæ* (3) et, pour ce qui a trait aux antidotes, des connaissances qu'on prête à la reine d'Egypte, parce qu'un jour, au dire de Pline (4), elle fit dissoudre une perle magnifique dans du vinaigre. Boyveau-Laffecteur a ramassé tout cela dans une phrase d'une naïveté touchante : *Cléopâtre, comme nous l'apprenons de Plutarque, parlait un grand nombre de langues, avait fait servir sa chimie à tenter des essais sur les poisons et à dissoudre des perles dans une espèce de vinaigre* (5).

Certaines de ces autorités sont de poids ; mais on ne saurait oublier un détail qui a son importance. Lorsque Cléopâtre essayait les poisons sur des condamnés à mort, d'autres soucis la menaient que ceux de la recherche scientifique. C'était après la défaite d'Actium : les alliés d'Antoine et les siens l'abandonnaient ; la partie était perdue ; et la reine cherchait, non pas la matière d'un traité, mais comment mourir. De même, en sacrifiant une de ses perles les plus belles, elle avait eu le dessein, non pas de faire cet *experimentum physicum* dont parle J. Ch. Wolf (1), mais d'éblouir Antoine par la prodigalité de ses richesses (2). Aussi bien, plus d'un siècle et demi avant elle, en novembre 219, Annibal, qu'on ne regarde pas pour cela comme un chimiste, avait fait bien davantage. Pour aider ses Carthaginois à franchir les Alpes, si l'on veut en croire Juvénal,

*Diducit scopulos et montem rupit aceto* (3).

Plusieurs raisons conduisent à refuser à la reine d'Egypte les traités divers connus sous le nom de Cléopâtre. L'opinion ancienne, qui les lui attribue, a contre elle, d'abord, son invraisemblance historique. La vie de la reine d'Egypte est si pleinement remplie par l'amour, par la poursuite de plaisirs toujours nouveaux et *surtout* par l'ambition politique que ni l'étude de la médecine, ni la recherche scientifique n'y peuvent trouver quelque place. A dix-huit ans, à la mort de son père Ptolémée Aulète, elle devint reine en épousant son frère Ptolémée Denys. Deux ans à peine s'écoulèrent et des intrigues de palais la firent répudier ; alors, elle se réfugia en Syrie et leva une armée pour reconquérir son trône. Plus tard, quand l'épée de César lui rendit sa couronne, Ptolémée Denys était mort, mais elle dut partager le pouvoir avec un autre de ses frères, un enfant de onze ans ; et, s'il est vrai qu'elle le fit empoisonner pour régner seule, cela dit assez combien lui avait paru incertain son avenir et quelles intrigues il lui fallut conduire pour le fixer. Puis, vint Antoine et son amour exigeant, les campagnes contre les Mèdes et les Scythes, la lutte finale avec Rome. Si Cléopâtre put donner quelques heures de sa vie tumultueuse aux essais toxicologiques intéressés qu'on a vus et qui la poussaient vers son destin, les loisirs de l'étude lui manquèrent, et Boyveau-Laffecteur ne convaincra personne en écrivant : *Il est probable que dans l'intervalle de ses amours*

(1) PLUTARQUE. *Loc. citat.*, § LXXX, t. XV, p. 32.
(2) A. DE HALLER. — *Biblioth. medicæ praticæ*, in-4°, Schweighauser, 1776, t. I, p. 160.
(3) ÆTIUS, tetrab. II, serm. IV, c. VI, p. 367 dans *Medicæ Artis Principes*, in-fol. H. Estienne, 1567.
(4) PLINE. — *Histoire naturelle*, liv. IX, chap. XXXV, § 57.
(5) BOYVEAU-LAFFECTEUR. — *Traité des maladies physiques et morales des femmes*, 4e édition, in-8°, Paris, 1812, p. 22

(1) J.-Ch. WOLF. — *Mulierum Græcarum quæ oratione prosa usæ sunt*, in-4°, Al. Vandenhoeck, Gottingue, 1739 (*Bibliothèque Nationale* : Z 10342.)
(2) Comparer Horace, *Satires*, liv. II, sat. 3 (p. 294, dans la traduction de J. Janin, in-12, Hachette, Paris, 1865) : *Le fils d'Esope le comédien, comme il éprouvait le besoin d'anéantir d'un trait un million de sesterces, jette au vinaigre une perle admirable qui brillait à l'oreille de Metella... C'en est fait ; la perle est avalée.* — P. Menière dans ses *Etudes médicales sur les poètes latins* (in-8°, Baillière, Paris, 1858, p. 168) commente ainsi le passage : *Le fils d'Œsopus, qui imite en ceci la reine Cléopâtre, a fait là un acte de chimie dont on peut contester l'exactitude.* — Sans doute, mais ce qui n'est pas contestable du tout, c'est que la chimie fut le dernier des soucis de Cléopâtre et du fils d'Esope.
(3) JUVENAL. — *Satires*, Satire X (*Vota*), v. 153. — Cf. Tite Live, liv. XXI.

*avec César et Marc Antoine elle avait écrit quelques traités* (1).

L'opinion tout juste opposée, lorsqu'on y réfléchit, paraît d'une telle évidence que d'aucuns, à défaut de Cléopâtre VI, ont pensé à une *autre* reine Cléopâtre (2). La raison en est le *Smegma Cleopatræ reginæ* d'Ætius et aussi que Galien, dans son *De compositione medicamentorum localium* (3), au cours d'un long formulaire ophtalmologique, cite un *Liquida Basilis, hoc est Regina, hanc Reparatricem appellamus* (4), et un *Cygnus inscriptis Reginæ ad maximos dolores et affectiones* (5).

Je reviendrai sur Ætius. Quant à Gallien, dans ce même chapitre des remèdes contre le maladies des yeux, il rapporte un collyre *Indicum basilicon id est regium inscriptum* (6) ; il cite un *Basilidium hoc est regineum psoricum* (7) ; il note encore un *Ptolemoei familiaris Pharmacum ad scabros* (8) et un *Collyrium Harmaticum, id est currus, inscriptum, quo usus est Ptolemoeus Rex extersiva facultate praeditum* (8). Que vient il de ces rapprochements ? D'abord, qu'il existait des formules dites royales sans nom de roi et qu'il n'est pas interdit de prendre ici royale à la manière dont nous disons « un morceau de roi ». Ensuite que, lorsque l'usage avait imposé un nom propre à une formule, Galien n'avait garde de l'omettre, respectant l'usage pour être bien compris. On ajouterait volontiers qu'un collyre pouvait porter le nom de Ptolémée sans que ce roi en ait dressé la formule et simplement parce qu'il en avait fait usage ; mais ce détail, qui serait d'intérêt dans une discussion sur la science médicale d'un Ptolémée n'en a plus aucun lorsqu'il s'agit de Cléopâtre, puisque Galien, ici, ne l'a nulle part nommée.

Reste le *Cygnus inscriptis Reginæ*. Si l'on comprend comme je le fais « Collyre blanc de la reine d'après nos Pharmacopées (d'après les Ecrits) », la formule est une nouvelle formule royale sans rien de plus. S'il faut traduire par « Collyre blanc, tiré des Traités de la Reine », alors j'incline à tenir *inscriptis* pour une addition fautive de copiste, à lire *Cygnus Reginæ* et à revenir ici à mon premier sens, car je ne connais pas de reine à qui on ait attribué des connaissances spéciales en ophtalmologie.

Au surplus, invoquer une *autre* reine Cléopâtre que Cléopâtre la Grande, multiplie les difficultés et les rend invincibles. Car, très nombreuses furent les reines qui portèrent ce nom. J'en sais quatre avant la guerre de Troie, s'il faut en croire la légende (1). Pour les temps historiques, j'en compte treize, — et j'en oublie sans doute, — depuis la seconde femme de Philippe de Macédoine (337 av. J.-C.) jusqu'à la reine de Mauritanie, fille de Cléopâtre la Grande et d'Antoine. De ce nombre, une reine d'Arménie, épouse de Tigrane (2) pourrait nous retenir ; elle était, en effet, la sœur de Mithridate, qui plus et mieux que la reine d'Egypte, connut les poisons ; mais à quoi bon ? Aucun document, ici, ne nous éclaire et rien ne nous guide.

Aussi bien, les tenants d'une reine antique ont dépassé la mesure. Ils ne se sont pas bornés à attribuer à une science royale des traités de médecine divers, de physique, de chimie et d'alchimie même, ils y ont joint une *Disputatio Reginæ Cleopatræ de resurrectione mortuorum* (3) ; et le tout ensemble est beaucoup pour un unique auteur, fut-elle assise sur un trône et la plus savante des femmes.

Pour en revenir à la reine d'Egypte et plus particulièrement aux œuvres médicales qui portent son nom, il est remarquable que les auteurs anciens qui nous en ont conservé des fragments n'ont, là, jamais ajouté au nom de Cléopâtre la qualification de reine. Ainsi Paul d'Egine (VIIe siècle), qui a relevé *Ex Cleopatræ scriptis* dix-huit formules pour teindre les cheveux, les rendre crépus, etc. (4) ; ainsi, plus avant, Galien (131-211) qui a emprunté tantôt à un *Liber Cleopatræ de Ornatu corporis* (5), tantôt à des *Genesia Cleopatræ* (6).

Or, l'un comme l'autre, — et pour Galien nous l'avons vu, — n'omettent jamais de joindre à tout

(1) BOYVEAU-LAFFECTEUR. — *Traité des maladies physiques et morales des femmes*, 4e édition, in-8o, Paris, 1812, p. 22.

(2) *Cf.* en particulier, A. TIRAQUELLI. *Commentarii de Nobilitate et jure primigeniorum*, in-fol., Rouillius, Lyon, 1602, chap. XXXI, p. 297, no 341 (*Bibliothèque Nationale* : F. 4488). — Les premières éditions de cet ouvrage sont de 1559, 1573, 1584).

(3) GALIEN. — *Œuvres*. Dans l'édition in-fol. des Juntes, Venise, 1576, cinquième classe.

(4) GALIEN. — *De compositione medicamentorum localium*, lib. IV. cap. VII, *loc. citat.*, p. 153 recto.

(5) GALIEN, *ibidem*, p. 154 verso.

(6) GALIEN, *ibidem*, p. 156 verso.

(7) GALIEN, *ibidem*, p. 157 recto.

(8) GALIEN, *ibidem*, p. 156 recto.

(1) *a*) Cléopâtre, fille de Borée et d'Orythie (Apollod., III, 29 ; Hygin, XIX) ; *b*) Cléopâtre, fille d'Idas, femme de Méléagre (Homère, Iliade, IX, 552. — Pausanias, X, 4) ; *c*) Cléopâtre, fille de Troas et de Callirrhoë ; — *d*) Cléopâtre, une des filles de Danaüs (Appollod, II, 3, 4. — Hygin, CLXX).

(2) Justin, XXXVIII, 3.

(3) *Memoratur in* Tractatu Talmudico Sanhedrin, *cap. Chilek*, p. 90, *b.*, d'après J.-Ch. Wolf : *Mulierum Græcarum quæ oratione prosa usæ sunt*, in-4o, Al. Vandenhoeck Gottingue, 1739, p. 316 (*Catalogus faeminaru molim illustrium*).

(4) Paul D'EGINE. — *Œuvres*, liv. III, chap. 2, pp. 214-217 dans l'édition de J. Guinter, in-8o, G. Rouillius Lyon, 1567.

(5) GALIEN. — *a*) *De compositione medicamentorum localium*, lib. I. Dans l'édition in-fol. des *Œuvres de Galien*, Juntes, Venise, 1576, 5e classe, pp. 123, 126, 127, 131 ; — *b*) *Ascriptis liber de incantatione* (un apocryphe, sans aucun doute), *ibidem*, 7e classe, p. CLXXXI.

(6) GALIEN. — *Ascriptus liber de Gynæceis* (attribution à Galien incertaine), *loc. citat.* : *Spurri Libri*, p. 95,

médicament qui a servi à quelque éminent personnage non seulement son nom mais son titre ; et ils n'auraient pas renoncé à cette manière pour quelqu'un d'une aussi haute importance sociale que la reine d'Egypte. Du reste, lorsque vraiment ils parlent d'elle, l'un comme l'autre écrivent, à ce coup, *la reine Cléopâtre*, par exemple, aux chapitres où ils traitent de la mort provoquée par la piqûre d'un aspic (1).

A l'opposé, nous avons vu Ætius, à la fin du V[e] siècle, donner, dans son chapitre des *Medicamenta faciem nitidam reddentia*, un *Smegma Cleopatræ reginæ*. Ailleurs, il rapportera une formule de Cléopâtre (Cleopatra) *ad defluos pilos* (2) ; ailleurs encore, celle d'un *Antidotus ut Antipater et Cleopater tradunt* (3). En passant, remarquons ce *Cleopater* de l'antidote et cette *Cleopatra* des recettes *de ornatu*. Ces terminaisons différentes ne sont pas une faute de typographe, car je les ai retrouvées identiques dans trois éditions d'Ætius (4), il est vrai, du même traducteur latin : Cornarius. Laissons de côté les déductions qu'on en pourrait tirer. Il reste — les recettes capillaires et celles de beauté appartenant sans doute aucun au même ouvrage, — que pour Ætius une reine Cléopâtre en était bien l'auteur. Mais l'opinion d'Ætius est celle d'un compilateur de second ordre et d'époque tardive ; et, tant à cause de cela qu'à raison de ceci, cette opinion ne peut entraîner la nôtre.

En revanche, elle nous est précieuse parce qu'elle fixe pour nous le moment où la confusion commença à se faire entre une Cléopâtre savante et la reine d'Egypte. Un peu dans tous les temps, mais surtout au début du Moyen-Age on a beaucoup aimé rattacher les moindres choses à des personnages célèbres. Il en fut ainsi pour beaucoup d'entre eux (1). Il en fut ainsi pour Cléopâtre la Grande, et la légende fut dès lors créée qui attribue tant d'écrits divers à la reine d'Egypte.

Légende n'est pas trop dire pour pareille opinion. Elle a subi, en effet, les lois qui commandent à toutes les légendes. Comme toutes, on la voit d'abord, ici bien accueillie, mais là ignorée ou de propos délibéré passée sous silence. De là, la différence d'un Ibn Wahs Ohijjah acceptant *la reine Cléopâtre* comme auteur d'un *Traité sur les poisons* et d'un Paul d'Egine qui, mieux renseigné ou simplement plus fidèle à Galien, se garda de l'erreur dans laquelle, déjà deux siècles auparavant, Ætius était tombé.

Et pourtant, le temps qui travaille pour les légendes, a travaillé aussi pour celle-ci. Les décades et les siècles passant, la mémoire des hommes, qui simplifie volontiers son effort par la confusion des personnes, ne retint plus que la fille de Ptolémée Aulète ; et la légende devint opinion assurée dès qu'elle se fut affermie à force d'être répétée. C'en fut fait désormais. La reine d'Egypte sortit du creuset des fausses opinions, savante en médecine, gynécologiste et obstétricienne, habile en physique, experte en chimie et en alchimie même. Et l'erreur est parfois d'une si solide trempe que celle-ci résista aux doutes de nombreux érudits de la Renaissance et qu'on la retrouve encore partout. Voilà pourquoi il m'a semblé qu'il n'était pas tout à fait inutile d'essayer d'en faire justice.

(1) Paul D'EGINE. — *Opera*, lib. V, cap. XIX, p. 535. dans l'édition de J. Guinter, in-8, G. Rouillius, Lyon, 1567. — GALIEN : *De Theriaca ad Pisonem liber*, dans les *Œuvres de Galien* de l'édition in-fol., Juntes, Venise, 1576, 5[e] classe, p. 93.

(2) ÆTIUS. — Tetrab. II, serm. II, cap. 56.

(3) ÆTIUS. — Tetrab. IV, serm. I, cap. 98.

(4) *a*) Edition in-fol. de Froben, Bâle, 1535, p. 404 ; *b*) Edition in-fol. de Beringer, Lyon, 1549, p. 801 ; *c*) Edition des *Medicæ Artis Principes*, in-fol., H. Estienne, 1567, p. 656.

(1) Il serait aisé d'en multiplier les exemples. Un des plus amusants est dans les temps antiques. Thèbes avait un quartier sur la côte lybique du Nil, où était sa nécropole, le *champ* des morts, c'est-à-dire (en égyptien), le *memnonium*. Amenophis III y avait fait ériger deux colosses monolithes représentant son auguste personne : et ceci se passait environ 1700 ans avant notre ère. Plus tard, vinrent les Grecs, qui avaient oublié ces choses et qui faisaient volontiers de l'histoire avec des homonymies. A la manière du barbare qui prenait le Pirée pour un homme, ils prirent le champ des morts (*memnonium*) pour le fils de l'Aurore, Memnon et le monolithe d'Amenophis III pour la statue du frère de Priam. Quand elle se mit à rendre des sons aux premiers rayons du soleil levant, on eut la fable de la Statue parlante de Memnon, Nous la répétons encore.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Non nimium curo, nam cenæ fercula nostræ*
*Malim convivis quam placuisse coquis.....*
(MARTIAL).

DCLXVI. — Docteur M. KLIPPEL. — **La vie aventureuse de Jeanne-Ie reine de Naples.** Histoire romancée. Un vol. 13,5 × 19 tiré sur velin à mille ex. numérotés. *Editions du Trianon*, Paris, 1932.

La docte préface, où notre très distingué confrère traite de l'histoire et du roman, avant de nous les montrer dans les pages suivantes agréablement confondus, ramène à trois chefs tous les travaux historiques et admet qu'on peut toujours les ranger sous l'une de ces catégories suivant, que les inspire soit un sentiment religieux, soit un dogme métaphysique, soit une discipline scientifique. Si nous mettons à part le cas spécial de M. Valéry (1), qui relève d'une Optique toute particulière (pour la philosophie de l'Histoire comme pour tous les concepts qu'il envisage), il me semble cependant possible de remarquer un quatrième sous-genre d'historiens, qui n'a cure de Science, de Philosophie ou d'Ecclésiastique. Ce sont les plus sympathiques et les moins ennuyeux parce qu'ils ne sont pas tourmentés par les lisières d'une démonstration : je veux parler des poètes. M. Klippel sans crier gare s'est enrôlé sous leur bannière. Non seulement, parce qu'il prend avec la réalité historique ces libertés que doit prendre le poète, mais encore par le souci de glisser dissimulé sous sa prose leur mode d'expression. Je m'explique : car, si je ne m'abuse, ce commerce de la métaphore obscurcit mon langage. M. Klippel (autant qu'un critique puisse juger des intentions d'autrui) semble avoir bien senti ce désaccord fondamental que les auteurs de vies romancées infligent à la ressemblance, à l'harmonie, à l'unité, à la vraisemblance de leur personnage en l'affublant d'oripeaux et d'artifices de style 1930. Il s'est souvenu que tels ouvrages du genre, malgré l'ampleur de leurs intentions, n'étaient que laborieuses mascarades littéraires. Et il eut souci d'éviter de tomber dans ce travers fort répandu. La physionomie des événements survenus à la cour de Naples pendant la première moitié du XIVe siècle pouvait prétendre à inspirer une tragédie *classique*. Mais l'enseigne est un peu démodée ; le lecteur pouvait bouder. Restait le tiers moyen de lui présenter (sous étiquette romancée) flattant son goût et convenablement enrobée, sous l'air anodin d'une prose inoffensive, la cornélienne épopée de Jeanne, reine. Et c'est ainsi, je suppose, que la prose de M. Klippel se trouve largement parée d'alexandrins très purs, très authentiques, très réguliers, et à qui ne manque (malgré l'artifice de la disposition ininterrompue) même pas le rappel sonore de la rime. Pastiche et parodie complètent assez souvent la majesté royale de l'ensemble, conférant à cette œuvre curieuse (où je ne sais s'il convient d'admirer davantage le talent, la patience ou l'humour) cet aspect un peu figé, cette vie schématique très particulière de la scène tragique avec ses caractères d'émotion conventionnelle, son cortège de fureurs méthodiques, de crimes, de larmes d'imprécations, de passions funestes et tendres de répertoire : toutes ses pompes cour... et jardin.

(1) *Regards sur le Monde actuel*. Editions Stock, 1930

DCLXVII. — Jean CASSOU. — **Grandeur et Infamie de Tolstoï.** Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1932, 15 francs.

Il arrive à cette jeunesse littéraire, qui s'est vaniteusement baptisée (pour ne pas trop s'éloigner des forfanteries pubertaires !) du dénominatif de « *moins de trente ans* » de proférer des titres véhéments, puis de rester sans souffle après ces quelques mots d'annonce, deux cents pages durant. Jean Cassou, doué de plus de résistance, sous les insolentes majuscules de son titre dresse un véritable réquisitoire, fougueux mais bien ordonné, violent mais sincère, et qui jusqu'à la dernière page roule avec un clair fracas de torrent. Sans méchanceté, mais avec une virulence de pamphlet à franc jour, il marque et stigmatise l'humaine misère du grand Tolstoï : son orgueil de démiurge, de génial écrivain le conduisant de négation en négation, jusqu'à un étrange vertige. Sans mesquine application de dénigrement, il nous montre l'envers (il emploie des mots plus sévères) de l'apôtre et du moralisateur. Il avait un chapitre bien curieux qu'il a laissé dans l'ombre et qu'il pouvait écrire sur la conduite *sociale* parallèle de Tolstoï et d'Anatole France, sur leur commune facilité de travail, de duperie ; sur leur impérieuse génitalité, génératrice probablement des mêmes phosphènes éblouissants. Tel quel, le livre est une très belle dissertation analytique, où quelques digressions ne réussissent pas à détourner l'attention de la ligne centrale de l'œuvre inspirée de cet esprit de révolte, où les jeunes écrivains d'après guerre puisent leur

foi provisoire en un monde nouveau, qui les pousse à lancer leurs anathèmes pour lapider tous leurs dieux de plus de trente ans. Mais c'est bien en avant de ses camarades que Jean Cassou avec une redoutable adresse manie sa fronde — contre — Goliath.

DCLXVIII. — Manuel GALVEZ. — **Mercredi Saint.** Roman. Un vol. 12 × 19. Traduction et préface de Georges Pillement. *Editions de La Nouvelle Librairie Française,* 1932, 15 francs.

Les traductions de Pillement héritent de l'originale vivacité de son style. Le thème de celle-ci est très spécial. C'est le journal minutieux d'un saint homme de prêtre pendant une journée saturée de pénitents. L'idée de graver ce caractère sacerdotal en fonction surtout des confidences hétéroclites qui convergent au confessionnal a permis à peu de frais au remarquable romancier argentin (dont on parle pour le Prix Nobel) de rédiger un roman, où il n'a pas pu se libérer de ses coutumières et puissantes qualités ; mais c'est trop long ou trop court.

DCLXIX. — Marcel AYMÉ. — **Le Puits aux Images.** Nouvelles. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.,* 1932, 15 francs.

Un amusant pot-pourri d'histoires : rustique, futuriste, scolaire, cinématographique. Traversé par un conte de fée ; égayé de rappels de Courteline : il oscille de joies enfantines à la plus macabre ironie. L'inspiration, alerte, a la même fraîcheur dans tous les domaines où elle puise, sans règle générale bien définie. Mais même sa gaieté masque une amère philosophie : ce désenchantement, cette tristesse glacée des jeunes générations désabusées et penchées avec un calme de jeunes vieillards sur la tristesse du monde. Cependant cet arrière-goût saumâtre de l'œuvre n'est pas à fleur de pages. Le livre est très vivement écrit, amusant ; très correctement (je pense à la seule correction *grammaticale*) rédigé et d'une cocasserie directe à laquelle il est loisible de limiter agréablement l'effort de lecture.

DCLXX. — Albert FLAMENT. — **Côte d'Azur.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion,* Paris, 1932, 12 francs.

De *très* remarquables exercices de style et assouplissements rythmiques de rhétorique sur des paysages connus. C'est nostalgique ; un peu prévu et tout parfumé de ces senteurs d'oranger qui flottent le long de la côte. M. Flament ne s'est pas arrêté trop longuement hors des cercles précis où il est de bon ton de se montrer. Son diorama est bien éclairé.

DCLXXI. — Germaine ACREMENT. — **A l'ombre des Célibataires.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon, Paris,* 1932.

Ces aimables personnages, qui glissent doucement sur la pente du gâtisme, constituaient une proie désignée pour la satire provinciale de Mme Acrement. Son histoire est reposante, calme, drôle ; égayée au commandement de ces saillies qui ont fait leurs preuves dans les meilleurs salons de province et gardent, toujours fraîches, leur vertu d'hilarité collective et leur réputation de plaisanteries bien assises.

DCLXXII. — **Grammaire** de l'Académie Française Un vol. 12 × 19. *Editions Firmin-Didot,* Paris, 1932, 15 francs.

Elle est enfin parue, après de fausses entrées innombrables de vieille coquette... Les éditions succèdent, dit-on, aux éditions ! Ses auteurs doivent en ressentir une vive surprise. Rien ne laissait supposer qu'un tel nombre de Français s'intéressât aux subtilités et aux exactitudes de la langue. L'utilité de ce Code était indiscutable. La clarté de sa présentation lui vaut certainement (autant que celle de son contenu) la faveur du public. A la fin du volume un index généreusement détaillé classe, presque mot par mot, en ordre alphabétique, les diverses règles et exceptions traitées. Cette vente massive sera-t-elle le prélude d'un retour en masse au « *beau langage* » ? On devrait surtout en ressentir rapidement les effets dans la jeune littérature où nombre d'écrivains improvisés s'étaient lancés en oubliant de se munir d'un exemplaire (de secours) du livre qu'ils n'avaient jamais ouvert.

**Varia*****

*Le Divan* (avril-mai) donne du tourment secret de Lawrence une explication plausible ; d'harmonieux poèmes de Jean Lebrau, simples et bucoliques ; une enthousiaste étude signée par une femme, et traitant cependant de Raymond Schwab avec beaucoup de perspicacité et de sage mesure.

* *L'Archer* de mai sacrifie à Stendhal : dense commentaire de la Chartreuse de Parme, écrite d'un seul jet en moins de deux mois. Au sommaire, une visite à la maison de P. J. Toulet ; les Propos de Campagnou, et en hors-texte une de ces élucubrations picturales qui représentent chez les purs l'art... pour l'Art. *In petto,* je suis sûr que Campagnou doit trouver à ces fleurs, voisines de son texte une drôle de tête... Et je suis sûr aussi que Campagnou n'a pas dit : Tête...

1er juin 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Syndicat des Médecins du Médoc

*Assemblée générale du 10 avril 1932 à Lesparre*

*Présents* : Drs A. Audoy ; H. Audoy ; Fouchou-Lapeyrade ; Granval ; Laylavoix ; Lepagne ; Meigné ; Mourlan.

*Excusés* : Drs Adoue ; Gibiat ; Honton ; Ozier.

*Absents* : Drs Bachelerie ; Barsoum ; Bos ; Destouesse ; Donèche ; Jousset ; de Latouche ; Lenourichel ; Rascol ; Robin, Sauveroche ; Tourteau.

I. — Le Président regrette l'absence aux réunions de nombreux confrères ; certains n'y assistent jamais ; chacun doit faire un effort pour son propre intérêt.

II. — Le Président exprime au Dr Gibiat les condoléances sympathiques du Syndicat. Il félicite le Dr Rascol, nommé Chevalier de la Légion d'honneur et le Dr Tourteau, nommé Officier d'Académie.

III. — La cotisation annuelle est élevée à cent francs, avec suppression des jetons de présence (proposition du Trésorier).

IV. — Le tarif chirurgical ouvrier minimum sera désormais celui des accidents du travail, au lieu de ce tarif doublé.

V. — Le prix de l'examen médical pour les assurances sur la vie est fixé à 80 francs.

VI. — Un nouveau service médical concernant les assurés sociaux assistés, fonctionnera le 1er mai ; il sera identique à celui de l'A. M. G. La convention sera adressée à tous les médecins courant avril.

VII. — Le Dr Mourlan demande que les mairies des communes où demeurent un ou plusieurs médecins soient munies des états pour l'établissement des comptes des indigents.

VIII. — Les Drs Dottain (de Margaux) ; Vallie (de Sainte-Hélène) ; Sébin (de Listrac), sont élus membres actifs du Syndicat.

Total des membres : 27.

*Le secrétaire,*

Dr Granval.

---

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Concours de l'adjuvat.** — *Epreuve orale.* — Séance du 30 mai. — MM. Aboulker et Petit (P.), 18 ; Billet, 17 ; Baumann, 16 ; Beuzart, 15.

Séance du 31 mai. — MM. Monod et Rudler, 18 ; Herbert et Zagdoun, 17 ; Jullien, 16.

*Dissection.* — MM. Petit, 29 ; Rudler, 28 ; Zagdoun, 27 ; Baumann et Billet, 26 ; Aboulker, 25 ; Herbert et Beuzart, 23 ; Monod et Jullien, 22.

Sont proposés : MM. Rudler, 74 ; Petit (Pierre), 73 ; Zagdoun, 72 ; Baumann et Billet, 69.

— **Concours du prosectorat.** — Jury : président, M. Legueu ; MM. Gosset, Lenormant, Ombrédanne, Binet, Grégoire, Hovelacque.

Candidats : MM. Dreyfus, Couvelaire, Guillot, Cordier, Padovani, Maës, Longuet, Mouchet.

*Epreuve écrite.* — Séance du 1er juin. — Questions données : « 1. Artère utérine. — 2. Physiologie de l'hypophyse. — 3. Fractures spontanées. »

*Lecture des copies.* — MM. Couvelaire et Cordier, 29 ; Dreyfus et Guillot, 25.

— **Thèses.** — Lundi 23 mai. Jury : Legueu, Mauclaire, Moure, D'Allaines. — M. Motz : Les pyonéphrites. — M. Querneau. De la synovectomie du genou. Indications. Technique. Résultats.

Mardi 24 mai. — Jury : MM. Bezançon, Rathery, Lenormant, Lemaître. — M. Zerbib : Etude des kystes pancréatiques. — M. Zimmern : Lymphogranulomatose maligne et tuberculose. — M. Tran-Ba-Huy : L'anévrysme cirsoïde de la face. — M. Dufour : Etude médicale des hernies épigastriques douloureuses. Les erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner.

Mercredi 25 mai. — Jury : MM. Léon Bernard, Loeper, Cathala, Debré. — M. Ronce : Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. — M. Morel : Essai de traitement de la syphilis par un nouveau composé arsenical pentavalent le méta-mono-urée para-oxy-phénylarsinate de diéthylamine.

Samedi 28 mai. — Jury : MM. Balthazard, Tanon, Piédelièvre, Philibert. — M. Iliovici : Des chondromes pulmonaires primitifs à propos d'un cas observé. — M. Viteuson Boris : Hygiène des paysans en Mandchourie du Nord.

Mardi 31 mai. — Jury : MM. Bezançon, J.-L. Faure, Laignel-Lavastine, Vaudescal. — M. Pierre Hébert : L'échinococcose secondaire bronchogène de F. Dévé en pathologie humaine. — M. Botero-Londono : Du prolapsus génital après hystérectomie subtotale et le traitement préventif par la cervico-ligamento-pexie. — Mme Komarovsky. — Elie Metchnikoff et ses travaux sur la vieillesse. — M. L. Araujo-Ecarri. — De la mort subite.

Jeudi 2 juin. — Jury : MM. Lemaître, Nobécourt, Aubertin, Gastinel. — Mme Schoeller Gleises : Contribution nouvelle à l'étude du givre d'urée.

*Thèse vétérinaire.* — Mercredi 1er juin. — Jury : MM. Gosset, Bresson, Lesbouyries. — M. Dupont : Arthrites suppurées du pied chez les bovidés. Leur traitement chirurgical.

— **Thèses.** — Lundi 6 juin. — Jury : MM. Legueu, Loeper, Sergent, Harvier. — M. BIRMAN VOLF : L'urographie intraveineuse au ténébryl. — M. BOCZKO : La bactériurie et la pyélocystite et le bacille paratyphique B. — M. BAILLET : L'exploration physique du foie par la phonendoscopie.

Mardi 7 juin. — Jury : MM. Jeannin, Lejars, Terrien, Velter. — M. LEJEUNE : Les abcès puerpéraux de l'utérus. — M. ORTÉGA : Différentes méthodes dans le traitement chirurgical de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse. — M. SUAREZ-PADILLA : Etude de la cicatrisation des plaies cutanées. — M. LÉVY-EMMANUEL : Etude de l'atrophie, avec excavation sans hypertension oculaire.

Samedi 11 juin. — Jury : MM. Achard, Bezançon, Gougerot, Tanon. — M. ALLOUCHE : Un nouveau cas de dipostose cranio-faciale. — M. BRIDGMAN : Etude de la tuberculose intestinale. — Mlle GILLARD : Traitement du lichen plan par les rayons ultra-violets. — M. LAURENT : Etude de l'origine et des altérations des eaux thermales d'Aix-les-Bains.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** — — Le 19 juin, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Henri BÉNARD, médecin des hôpitaux, sur les *données biologiques de la pathogénie des œdèmes.*

— **Hôpital de la Pitié** (Service du Professeur RATHERY). — Le 19 juin, à 10 h. 1/2, conférence du Docteur MOLLARET, chef de clinique, sur *le traitement de la paralysie générale.*

— **Troisième concours de médecin des hôpitaux.** — Jury (provisoire) : MM. les Docteurs Louste, Clerc, Jacob, P.-E. Weill, Laubry, Darré, Brodin, Hallé, Chiray, Lian, Métivet.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — *Epreuve théorique anonyme* (anatomie et physiologie). — Séance du 2 juin. — Questions données : « Anatomie du testicule. — Physiologie du testicule. »

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Léon QUIDET, de Paris, et de M. Jacques DAVID, étudiant en médecine, externe des hôpitaux de Lille.

Le Docteur Léon Quidet, secrétaire de commission de contrôle des soins aux mutilés de guerre pour le département de la Seine, était très connu dans nos associations professionnelles parisiennes, où il laissera d'unanimes regrets.

Monsieur Jacques David était le neveu du professeur David, professeur à la Faculté de Lille, à qui nous adressons nos sincères condoléances, et l'expression de notre douloureuse sympathie.

—**Deuxième Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique** (Londres 19-22-juillet 1933). — *Bureau du Congrès* : président : M. le Professeur Nové-Josserand, de Lyon ; vice-présidents : M. le Professeur Murk-Jansen, de Leyde, M. le Professeur Gocht, de Berlin, M. le Professeur Putti, de Bologne ; secrétaire général : M. le Docteur Delchef, de Bruxelles ; secrétaire : M. le Docteur Platt, de Manchester ; trésorier : M. le Professeur Maffei, de Bruxelles.

*Programme provisoire* : Les séances auront lieu dans les locaux de la Société royale de Médecine. Mercredi 19 juillet, 14 heures : Réunion du Comité international ; 16 h. 30 : Assemblée générale ; 20 h. 30 : Réception par le président. — Jeudi 20 juillet. — 9 h. 45 : Discours du président ; 10 h. 30 : Etude de la première question à l'ordre du jour : Le mécanisme des mouvements articulaires en général. — Rapporteurs : MM. von Bayer (Allemagne), Delitala (Italie), Scherb (Suisse) ; 14 h. 30 à 17 h. 30 : Séances opératoires dans les hôpitaux ; 20 h. 30 : Réception par le Collège royal des chirurgiens. — Vendredi 21 juillet, 9 heures : Etude de la deuxième question à l'ordre du jour : Le traitement des coxites tuberculeuses. Rapporteurs : MM. Erlacher (Autriche), Maffei (Belgique), Henderson (Etats-Unis d'Amérique), Sorrel (France) ; 14 h. 30 à 17 h. 30 : Séances opératoires dans les hôpitaux ; 19 h. 45 : Banquet par souscription. — Samedi 22 juillet, 9 heures : Communications particulières ; 14 heures : Visite de l'hôpital orthopédique d'Alton.

Pendant la durée du Congrès, un comité de dames anglaises organisera la visite de Londres pour les femmes des congressistes.

A l'issue du Congrès, un voyage d'une durée de quatre ou de huit jours au choix des congressistes aura lieu en Grande-Bretagne.

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus au Secrétariat général de la Société, 34, rue Montoyer, à Bruxelles.

— **IX[e] Congrès international d'histoire de la médecine** (Bucarest, 10-18 septembre 1932). — Pour adhérer à ce Congrès, il faut être membre de la Société internationale d'Histoire de la Médecine et demander son admission au secrétaire général, le Professeur Laignel-Lavastine 12 *bis*, place de Laborde, Paris (8[e]). Les cotisations sont reçues soit par le trésorier de la Société internationale d'Histoire de la Médecine, M. Boulanger-Dausse, 4, rue Aubriot, Paris (IV[e]), soit directement par le Caissier du Congrès, M. J. Karmitz, Bucarest II (Roumanie) Str.

Zorilor, 2, ou encore par le secrétariat, 83, rue Stirbei-Voda, à Bucarest.

Les membres participants doivent une cotisation de 100 francs français. Les personnes accompagnant les membres participants (femme et enfants) sont membres associés et payent 75 francs.

On peut gagner Bucarest par terre, par le Danube, et par mer. 1° *Par terre* : soit par le Simplon, en Orient-Express, entrant en Roumanie à Curtici. Soit par les trains venant de Yougoslavie et entrant par Jimbolia.

Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer roumains est envisagée.

2° *On peut descendre le Danube* de Vienne à Budapest jusqu'à Turnu-Séverin ou Giurgiu d'où le train conduit à Bucarest.

3° *Par mer.* Le Professeur Castiglioni, de Trieste et M. Oliaro, de Turin, ont accepté l'organisation par la « Minerva Medica » d'un voyage partant de Trieste, et aboutissant à Bucarest par Athènes, Stamboul et Constantza.

D'autre part, l'administration du Congrès a prévu quatre excursions au choix après le Congrès :

*a*) Excursion aux Portes de fer et aux Bains d'Hercule qui permet le retour par Jimbolia (frontière de Yougoslavie) ou Curtici (frontière de Hongrie) ; *b*) Excursion à Curtea de Arges et Cluj jusqu'à Episcopia Bihorului (frontière de la Hongrie) ou jusqu'à Helmei (frontière de Tchéco-Slovaquie) ; *c*) Excursion en Moldavie, à Jassy, avec réception de la Faculté de médecine de Jassy ; De Jassy, les excursionnistes partiront pour leur pays par la station frontière de Grigore Ghica Voda pour la Pologne ; *d*) Excursion aux Bouches du Danube avec retour à Bucarest le 22 septembre.

Indépendamment des prix relatifs à l'organisation de la « Minerva Medica », voici à titre d'indication les prix de quelques trajets :

Traversée de Trieste à Stamboul,305 lires. — Traversée de Constantinople à Constantza, 3.000 lei. — Chemin de fer de Constantza à Bucarest, 412 lei (tarif réduit).

En raison de l'hospitalité des Roumains et du grand nombre d'invitations, il faut compter, pour le séjour à Bucarest, avec les réductions, 200 à 500 lei par jour.

Rappelons, pour mémoire, que le franc français vaut 6 lei 59 et la lire italienne 8 lei 70.

Pour plus de détails concernant le voyage en mer, s'adresser à la « Minerva Medica » Via Martiri Fascisti, 15, Torino.

*Programme du Congrès.* Samedi 10 septembre : Séance extraordinaire de la Société Roumaine d'Histoire de la Médecine. — Dimanche 11 septembre : Ouverture du Congrès. — Lundi 12 septembre : Rapports et communications ainsi que les mardi 13 et mercredi 14 septembre. — Le jeudi 15 septembre, visite de la station de Ploesti. — Le vendredi 16 septembre, visite de Sinaia. — Le samedi 17 septembre, visite de Breaza, Campina et Snagov.

— **Pour l'hygiène du métropolitain.** — MM. Marie et Lobligeois ont présenté au Conseil général de la Seine une proposition visant à compléter et rectifier les conditions d'hygiène de l'atmosphère des voitures, des tunnels et des stations sur le réseau des transports souterrains ; à augmenter le nombre des bouches d'aération, qui devraient être portées provisoirement de une à trois baies au kilomètre de parcours au minimum.

— **Un service de météorologie médicale en Italie.** — Un service spécial de météorologie médicale vient d'être installé à l'observatoire géophysique de l'Académie d'agriculture de Pérouse. Ce service est spécialement affecté à l'étude des relations entre les conditions climatiques et météorologiques d'une part et les grands mouvements de pathologie collective d'autre part.

Ce service, qui répond à un vœu formulé par de nombreux médecins, fait appel à la collaboration du corps médical italien tout entier. Des questionnaires très complets sont envoyés aux praticiens qui veulent bien prêter leur collaboration à cette œuvre par l'envoi régulier, tous les dix jours, d'un rapport détaillé fait sur un modèle commun. (*La Presse thermale et climatique.*)

— **Congrès annuel des médecins radiologistes de langue française.** — Il vient de se constituer à Paris un Comité chargé d'organiser chaque année à Paris un Congrès de radiologie de langue française. En principe, ces réunions se tiendront à l'époque des Congrès annuels de chirurgie et d'urologie, en octobre, et sont destinées à remplacer les Congrès de l'A. F. A. S., la XIII[e] section de cette dernière disparaissant dès l'an prochain. Ces nouveaux Congrès seront organisés sous les auspices de la Société de radiologie médicale de France, de la Société française d'électrothérapie et de la Société belge de radiologie.

A sa séance du 7 mars dernier, le Comité a élu son Bureau, composé comme suit : président, Docteur Belot (Paris) ; vice-présidents, Docteurs Delherm (Paris), Dubois-Trépagne (Liége) et Réchou (Bordeaux) ; secrétaire général, Docteur Dariaux (Paris) ; trésorier, Docteur Morel-Kahn (Paris).

La première réunion aura lieu à Paris en octobre 1933.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Trains spéciaux à prix réduits pour les vacances.* — Ces trains partiront de Paris aux dates ci-dessous indiquées : *pour la Savoie* : 2, 9, 12, 16, 23, 29, 31 juillet, 5, 12, 14, 20, 31 août ; *pour l'Auvergne* : 9, 16, 23, 29, 31, juillet, 3, 6, 8, 10, 12, 20, 31 août ; *pour la Côte-d'Azur* : 14 juillet, 7 août ; *pour la Franche-Comté et le Jura* : 24 juillet, 4 août ; *pour le Morvan et l'Avallonnais* : 28 juillet, 7 août ; *pour le Gard et l'Hérault* : 1[er] août ; *pour le Nivernais et le Bourbonnais* : 2 août ; *pour l'Ardèche et la Drôme* : 6 août.

Ces trains, à nombre de places limité, seront composés de 2[e] et 3[e] classes, sauf ceux à destination du Nivernais-Bourbonnais et Morvan-Avalonnais, qui ne comporteront que des 3[e] classes.

Le retour s'effectuera au gré des voyageurs jusqu'au 1[er] novembre 1932 inclus, dans l'itinéraire suivi à l'aller, par tous les trains du service régulier, sans arrêt en cours de route et sous réserve, pour l'usage des express et rapides, des conditions de parcours fixées pour l'admission dans ces trains.

*Le Directeur-Gérant* : D[r] A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus. L'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

7 JUIN

### Hôpitaux.

*Loi du 24 mai 1932, prorogeant la loi du 14 février 1921 sur la fixation des prix de journée dans les établissements hospitaliers.*

*Article unique.* — La loi du 14 février 1921, portant modification de l'article 7 de la loi du 28 juin 1918 sur la fixation du prix de journée dans les établissements hospitaliers, est prorogée pour une nouvelle période allant du 1er janvier 1931 au 31 décembre 1934.

### Sanatoriums.

*Décret du 30 mai 1932 relatif à l'organisation des Sanatoriums.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Droits d'un assuré social après le service militaire.

15433. — M. Jules UHRY expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'un assuré social, ayant cotisé, à partir du 1er juillet 1930, pendant trois mois et demi ; *b*) qu'étant parti ensuite au service militaire, il a cotisé, au retour du service militaire, pendant six semaines ; puis, qu'il est tombé malade et est décédé deux mois plus tard ; et demande quels sont ses droits pendant la période de maladie et quels sont les droits de ses ascendants au moment du décès : « frais médicaux et pharmaceutiques et frais de décès ». (*Question du 23 février 1932*).

*Réponse.* — Il vient d'être admis que l'assuré qui remplissait, à la date de son incorporation, les conditions légales de versements donnant droit ou ouvrant droit, à cette date, aux prestations de l'assurance, ne saurait perdre le bénéfice de ses versements, même à l'égard des assurances dont les avantages ne sont pas suspendus pendant la période d'incorporation. Cet assuré a droit ou ouvre droit, dès son retour dans ses foyers, aux prestations des diverses assurances, dès l'instant qu'au cours de la période légale de référence le nombre de jours ouvrables qu'il a passés sous les drapeaux ou qui ont donné lieu pour son compte à cotisations ou à indemnité journalière de maladie atteint le minimum fixé par la loi.

(*J. O.*, 29 mai 1932.)

### Cumul de l'Assistance médicale gratuite et de l'allocation du combattant.

15854. — M. Etienne ROGNON demande à M. le ministre du Travail pour quel motif on refuse l'as-

sistance obligatoire (loi du 14 juillet 1905) à un bénéficiaire de l'allocation du combattant. (*Question du 22 mars* 1932.)

*Réponse.* — L'article 121 de la loi de finances du 31 mars 1932, complétant l'article 199 de la loi de finances du 16 avril 1930, dispose que l'allocation du combattant n'entre pas en ligne de compte pour la détermination des droits à l'assistance de l'ancien combattant vieillard, infirme ou incurable.

(*J. O.*, 29 mai 1932.)

**Appel en faveur de la Société pour Femmes et Enfants de Médecins. Pour les veuves et les orphelins du Corps médical français.**

Nous avons à diverses reprises dit tout le bien que nous pensons de l'activité de la *Société pour Femmes et Enfants de médecins.* Ce n'est pas la Société de Secours mutuels approuvée, limitée dans son action par ses statuts et par la loi, que nous admirons le plus. C'est le dévouement éclairé, c'est la bienfaisance agissante et riche en résultats de son bureau et de ses dames patronesses. Nous connaissons plusieurs familles de médecins de province qui, après la mort du père, vinrent, dénuées de toutes ressources, chercher à vivre à Paris. Que seraient-elles devenues, si elles n'avaient été adressées à la Société F. E. M. ? Aussitôt, elles reçurent des subsides en quantité suffisante pour leur permettre d'attendre quelque temps. Puis, les membres du Bureau et les dames patronesses se mirent en campagne. Ils cherchèrent et trouvèrent des emplois, permettant à ces veuves et à ces orphelins de gagner dignement leur vie et même parfois, aux derniers, de terminer des études qui touchaient à leur fin et qu'il eût été navrant de leur faire abandonner. Nous connaissons personnellement, répétons-le, plusieurs familles qui ont été ainsi sauvées de la misère, et peut-être de la déchéance, par la F. E. M. Mais, pour réaliser tout ce bien, pour rendre des services aussi complets, qui ne se bornent pas à un secours, qui ne constituent pas une aumône, il faut de l'argent, beaucoup d'argent. Aussi, nous croyons remplir un devoir en publiant l'appel que nous adresse le bureau de la F. E. M.

J. NOIR.

Mon cher Confrère,

Je vous remercie de m'accorder l'hospitalité de votre journal, pour me permettre d'adresser au Corps médical le présent appel, en faveur des orphelins et des veuves de médecins.

Vous n'ignorez pas l'effort considérable que doit faire la Société F. E. M. pour venir en aide aux infortunes professionnelles, chaque jour plus nombreuses ; grâce à la Société F. E. M., plus de 100.000 francs sont ainsi distribués annuellement à des familles dont la situation exige un appui immédiat ; l'année courante semble, de par ses difficultés multiples, devoir augmenter encore le nombre de détresses à soulager. Jusqu'ici, la Société F. E. M. a pu suffire à sa lourde tâche, mais en raison de ses statuts que nous avons l'obligation de respecter strictement, seuls les sociétaires, régulièrement inscrits depuis 2 ans, ont droit aux subventions de la Société.

Dans ces conditions, nous redoutons de ne pouvoir venir en aide, cette année, à toutes les familles médicales qui, tombées dans le dénuement le plus extrême, ne se trouveront pas dans les conditions statutaires requises, et c'est en faveur de ces familles médicales, pour leurs orphelins, pour leurs veuves que nous avons décidé de créer à leur profit le Secours d'urgence de la Société F. E. M.

Nous demandons à tous nos confrères de faciliter notre tâche, en nous adressant un don personnel, destiné à la création du Secours d'urgence de la Société F. E. M. Ces dons devront être envoyés à M. le Docteur Crouzon, trésorier, 95, rue du Cherche-Midi, Paris. Les noms de nos donateurs seront publiés dans les journaux médicaux.

En raison de la crise économique, nous nous faisons un devoir d'adresser un appel suprême, non seulement à tous nos confrères, mais aux femmes de nos confrères qui, mieux qu'eux encore, comprendront l'affreuse détresse du foyer vide, les angoisses des mères et des enfants que la disparition prématurée du chef de famille laisse sans ressources.

Nous avons le ferme espoir que les ménages heureux de notre profession ne seront pas indifférents aux souffrances des malheureux et qu'ils nous aideront, avec leur générosité coutumière, à secourir nos veuves et nos orphelins.

Nous vous prions de croire, mon cher Confrère, nos sentiments reconnaissants et dévoués.

*Le Président*
Dr Siredey.

*Le Trésorier,*
Dr Crouzon.

*Le Sécrétaire général,*
Dr Abel Watelet.

*Les Vice-présidentes et Vice-président,*
Mmes Jayle et Marcel Labbé,
Dr Darras.

## VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DANS LES ALPES

Sous le patronage de la Faculté de Lyon, le deuxième voyage médical international dans les Alpes aura lieu, du 26 juin au 6 juillet 1932, avec le même programme qu'en 1931. La concentration se fera à l'Ecole de médecine de Grenoble. Après la visite de cette ville (qui est l'un des principaux centres d'enseignement français fréquenté par les étudiants étrangers), l'on se rendra au sanatorium des Petites Roches et au Monastère de la Grande Chartreuse. Puis l'on visitera Villars-de-Lans, Uriage, l'Oisans, la Grave, la Meije, le Lautaret, le Galibier, la Maurienne, Allevard, Challes, Chambéry, Aix-les-Bains, le lac du Bourget, l'Abbaye Royale de Hautecombe, Marlioz, le Mont-Revard, Annecy et son lac, Moutiers-Salins, Brides, la Léchère, la Tarentaise, Mégève, le Fayet-Saint-Gervais, Chamonix-Mont-Blanc, la Mer de Glace, le Brévent, les sanatoria d'Assy et de Passy, Thonon, Evian et le lac Léman.

Ce beau voyage, qui réunit tant d'attraits divers et permet de connaître tant de sites célèbres et de stations thermales et climatiques du plus grand intérêt, sera dirigé par M. le Professeur Laignel-Lavastine, de la Faculté de Paris (*Histoire de la médecine et de la chirurgie*), avec le concours du Professeur Piéry, de la Faculté de Lyon (*Climatologie et hydrologie*), du Professeur agrégé Thévenot, de Lyon (*Médecine et thérapeutique générales*), du Docteur Porte, directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble, et des médecins des stations et établissements visités.

Une excursion en Suisse terminera le voyage, du 6 au 12 juillet, en parcourant Genève, Nyon, Gland, Lausanne, Montreux, Leysin, les Rochers de Naye et Valmont.

Ce voyage, comme tous ceux déjà présentés par les Fédérations et Sociétés médicales du Midi de la France, offrira toutes les garanties possibles de confort, d'économie, d'instruction et d'agrément. Les familles des médecins y seront admises, ainsi que les étudiants en médecine. Les adhérents recevront des permis de parcours en chemins de fer, à demi-tarif, valables pendant un mois, en France et en Suisse. Tout le parcours inscrit au programme sera effectué en auto-cars. Le prix de la cotisation sera forfaitaire et comprendra toutes les dépenses, sans exception.

L'examen des demandes d'adhésion sera fait dans l'ordre où elles parviendront. En raison du délai nécessaire pour obtenir les permis de parcours en chemins de fer, prière d'écrire, dès à présent, au secrétariat du voyage, à La Malou (Hérault).

# CORRESPONDANCE

## Honoraires

### 3229. — Soins donnés à un client dénué de ressources

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir m'indiquer la marche à suivre pour recouvrer mes honoraires d'un client qui âgé, et ayant obtenu une pension alimentaire de 150 francs par mois de ses enfants (cultivateurs assez aisés) se refuse de me payer alléguant que sa pension ne lui suffit pas seulement pour vivre.

Puis-je réclamer mes honoraires aux héritiers ? Comment m'y prendre ?

Dr S.

**Réponse**

En vertu du devoir de secours et d'assistance des enfants à l'égard de leurs parents dans le besoin, le médecin qui a donné ses soins à une personne dénuée de ressources et hors d'état de gagner sa vie est en droit de demander le paiement de ses honoraires aux enfants de cette personne, si eux-mêmes disposent de ressources suffisantes.

Le principe de votre action contre les enfants de votre débiteur est donc indiscutable, mais l'affaire se complique du fait qu'ils ont déjà été condamnés à verser une pension alimentaire ; ils pourraient en effet soutenir que moyennant le paiement de cette pension, ils sont exonérés de toutes obligations.

Vous pourriez néanmoins commencer par leur adresser votre note en les priant de l'acquitter. Si votre réclamation reste sans effet, il n'y aurait plus qu' à citer conjointement et solidairement votre client et ses enfants en paiement de vos honoraires. Au cas où vous seriez contraint d'en venir à cette extrémité, vous pourriez nous adresser le dossier et nous soumettrions alors l'affaire à notre Conseil d'administration en vue de vous faire accorder l'appui de notre Ligue pour la procédure nécessaire.

### 3241. — Privilège pour les honoraires-accidents

Quand pour ses soins donnés à l'occasion d'un accident du travail, le patron est en liquidation judiciaire et ne peut payer, peut-on se retourner contre l'ouvrier et le faire payer ?

Dr M.

**Réponse**

Le patron responsable de l'accident étant actuellement en état de liquidation judiciaire, vous devez adresser votre note établie conformément au tarif des accidents du travail, au liquidateur et demander votre admission au passif *privilégié* de la liquidation, conformément aux articles

23 de la loi du 9 avril 1898 et 2101, n° 6 du Code civil.

En vertu du privilège qui vous est accordé par la loi, vous serez payé sur les fonds disponibles de la liquidation par préférence aux autres créanciers et sans avoir à subir avec eux la loi du concours.

Mais, d'autre part, la loi sur les accidents du travail ne fait pas obligation au médecin-traitant de se faire payer par le patron responsable, elle lui en donne simplement la faculté tout en laissant subsister entièrement son action directe de droit commun contre le blessé lui-même.

Par conséquent, si vous n'arrivez pas à vous faire payer par la liquidation, vous aurez toujours la ressource d'agir en paiement de vos honoraires contre le blessé que vous avez soigné.

---

## Fiscalité

### 2975. — Déductions diverses

Faisant partie depuis plusieurs années du « Sou Médical », je vous envoie, ci-inclus, pour recevoir votre avis autorisé, le papier que m'a adressé le contrôleur des Contributions directes, au sujet de « l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales ».

Il y a trois points en litige :

1° *Gages du personnel domestique.*

Déclarés, comme l'an dernier ........ 3.840 fr.

(Une bonne qui passe chez moi toute la matinée).

Comme locaux professionnels, j'ai :

Salle d'attente :

Mon bureau cabinet ;

Un laboratoire pour mes médicaments (je suis pro-pharmacien).

En outre, ma bonne s'occupe du nettoyage de mon auto et de mon garage.

2° *Prime annuelle d'assurance-vie* ..... 2.374 fr.

Je suis assuré pour 50.000 francs à « La M... ».

Ci-joint la référence du *J. O.* du 6 mai 1931, sur laquelle je m'étais basé et que vous me renverrez, pour que j'en fasse part au contrôleur.

3° *Frais de transport.*

J'avais déclaré :

| | |
|---|---|
| Auto 6 CV. « Fiat » achetée en août 1929 | 29.000 fr. |
| Vendu 7 CV Mathis ................ | 11.500 » |
| Différence entre les deux prix ....... | 17.500 » |
| *A amortir* en cinq ans, soit ............ | 3.500 » |
| *Frais* d'entretien et d'usure : | |
| 610 francs par mois × 12 = ....... | 7.320 fr. |

(Police d'assurance, 730 fr. 95 non contestée).

Dr X.

#### Réponse

Les gages du personnel ne peuvent être déduits que si celui-ci est employé à l'exercice de la pro-

---

fession et à l'entretien des locaux professionnels, de l'auto et du garage.

Les assurances-vie peuvent être déduites lorsqu'elles ne constituent qu'une mesure de prévoyance, c'est ce qui semble votre cas si vous n'avez pas d'autre retraite.

Les autres frais ne paraissent pas exagérés, cependant vous ne pouvez compter l'usure qui fait double emploi avec l'amortissement.

Quant aux frais d'entretien, ils doivent être justifiés autant que possible par les notes de mécaniciens.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

**3022. — Calcul du loyer, base de la patente**

J'ai un loyer de 4.700 francs. Je rembourse à mon propriétaire les contributions foncières afférentes à l'immeuble que j'occupe (1.600 francs pour l'année 1931).

Or, je reçois une feuille m'imposant sur un « loyer matriciel » de 5.900 francs (ce qui me porte ma patente à 2.300 francs et la contribution mobilière à 1.360 francs.)

Est-il normal de calculer mes impôts sur un loyer de 5.900 francs ?

Il est mentionné sur mon bail, enregistré, que mon loyer est de 4.700 francs et dans un autre article, je m'engage à rembourser les contributions foncières et taxes municipales à mon propriétaire.

Ne doit-on pas m'imposer sur mon loyer de 4.700 francs et non sur mon loyer plus l'impôt foncier ?

Dr F.

**Réponse**

Le loyer comprend non seulement la somme versée au propriétaire, mais encore les charges que vous payez pour lui, car s'il les payait il augmenterait votre loyer dans la même proportion.

A. M.

**2832. — Déduction des primes d'assurance-vie**

Je reçois à l'instant un avis du contrôleur des Contributions directes m'informant, en ce qui concerne les primes d'assurances sur la vie, qu'il ne les admet en déduction du revenu imposable que sous un maximum de 6 % du revenu professionnel, alors que le montant des primes par moi déclarées atteignait 14 à 15 %. Je croyais qu'aucune disposition légale ou réglementaire ne fixait le maximum des sommes susceptibles d'être déduites à ce titre, qu'il convenait seulement qu'elles soient proportionnées aux revenus professionnels.

Dr V.

**Réponse**

L'évaluation à 6 % des honoraires est une moyenne mais dans la pratique on doit examiner les circonstances spéciales et l'administration

admet que l'on tienne compte de l'âge de l'assuré-du temps pendant lequel il doit verser, etc ...

En un mot, l'assurance ne doit pas être un placement, mais une mesure de prévoyance.

A. M.

**2802. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile**

J'ai acheté en décembre dernier une C4 IX Citroën en échange d'une vieille B14 accidentée assez gravement.

J'ai payé 18.000 francs de soulte à la maison Citroën et prenant pour bon le prix de la voiture 22.000 francs environ, j'ai compté sur ma déclaration 4.500 francs d'amortissement en cinq ans, est-ce légal ? Le contrôleur des Contributions, qui est du reste un ami personnel m'a fait remarquer de vive voix que lui admettait volontiers cette façon de faire, mais que son inspecteur allait peut être faire des difficultés et préférait la dépense en une seule année. Y a-t-il un texte de loi ou une décision ministérielle autorisant formellement l'amortissement en cinq ans ? Il me semble que oui. J'ai recherché dans les vieux *Concours médical* sans pouvoir trouver un texte précis.

Dr M.

**Réponse**

La déduction du prix de la voiture n'est admise *qu'en une seule fois par le Conseil d'État,* mais il arrive souvent que l'amortissement annuel est toléré, par l'administration.

A. M.

**2998. — Déduction des primes d'assurance-incendie et des frais d'entretien des immeubles**

Je reçois avis du contrôleur des Contributions directes — nouveau venu dans le pays — m'informant que mes déclarations d'impôts doivent être majorées du montant des assurances incendie qui, dit-il, sont non déductibles. Et d'office, il majore rétroactivement mes précédentes déclarations depuis 1929, alors que le contrôleur précédent les avait acceptées telles. Qui a raison ? l'ancien ou le nouveau ? et les primes d'assurances incendie sont-elles ou non déductibles ?

De même ce nouveau venu estime que les frais d'entretien et de réparation (cheminées, toitures) d'un immeuble que je loue, ne sont pas davantage déductibles.

Cependant, les réparations grèvent d'autant le revenu de cet immeuble et doivent être, ce me semble, déduites sur les chiffre des recettes.

Je serais désireux d'avoir votre avis sur ces deux questions.

Dr B.

**Réponse**

Les assurances-incendie concernant le *local*

*d'habitation* ne sauraient être déduites du revenu. Les frais d'entretien doivent être déduits du revenu de l'immeuble si vous avez déclaré le revenu réel, mais les grosses réparations ne sont pas considérées comme d'entretien.

A. M.

### 3070. — Détermination de la valeur locative professionnelle

Depuis dix ans que j'exerce, j'ai toujours déclaré dans mes frais professionnels la moitié de mon loyer.

L'année dernière encore (occupant le même immeuble que cette année), j'ai déclaré 4.000 francs de loyer professionnel sur 8.000 francs (total) et le contrôleur ne formula pas d'objection.

Cette année il m'écrit :

« Evaluation du loyer professionnel exagéré, de 4.000 francs ramené à 1.200 francs ».

Je n'ai pas naturellement l'intention de m'incliner devant cette mesure draconienne et absolument injuste.

Si la somme de 4.000 francs ne correspond pas exactement à la moitié des pièces de l'habitation occupées professionnellement, il n'en est pas moins vrai que ma profession m'oblige à avoir une habitation d'un certain luxe, que cette nécessité de « paraître » m'oblige à occuper un immeuble plus important que celui dont j'aurais besoin si je n'exerçais pas la profession de médecin. J'estime en toute justice que 4.000 francs de loyer professionnel ne correspondent à aucune exagération.

Que dois-je faire ? Que me conseillez-vous ? Quelle sera la procédure à suivre en cas de contestation, et à quoi puis-je m'exposer en n'acceptant pas les évaluations très fantaisistes du contrôleur ?

Dr X.

**Réponse**

La valeur locative des locaux professionnels doit être évaluée proportionnellement à l'importance desdits locaux, par rapport à l'ensemble des locaux à votre disposition.

C'est une question de fait ; si vous croyez avoir raison, il faut réclamer.

A. M.

### 3092. — Valeur locative d'une maison occupée par le propriétaire

Je viens de recevoir mes feuilles d'impôts pour 1932.

J'ai eu la désagréable surprise de voir le taux de la valeur locative de la maison que j'occupe, et dont je suis propriétaire depuis quelques années, portée à 8.750 francs alors que les années précédentes elle était de 6.100 francs (205 % de la valeur locative avant la guerre), la maison étant louée 2.800 francs en 1913. J'ai en 1919 loué cette maison pour 3,000 francs.

Existe-t-il des règles pour l'évaluation du loyer ou le contrôleur loue-t-il suivant son bon vouloir ?

Puis-je espérer voir réduire les prétentions du contrôleur et quelle est la marche à suivre pour obtenir une réduction ?

Dr V.

**Réponse**

Pour les maisons occupées par le propriétaire, la valeur locative doit être évaluée de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Valeur locative d'avant-guerre.. | X francs |
| Première augmentation de...... | 150 % |
| En juillet 1931 ................ | 15 % |
| comme locaux professionnels..... | 25 % |
| augmentation totale............ | 190 % |

Si l'augmentation est supérieure, réclamez.

A. M.

## Assurances sociales

### 3276. — Application du tarif à l'acte global

Le 2 mai 1932, j'examine une cliente assurée sociale, atteinte d'un phlegmon de l'épaule gauche, je demande une consultation avec un chirurgien (attestation dans ce sens à la « Caisse », délivrance d'une feuille de « Spécialité »), la consultation a lieu le soir même le 3 mai 1932 ; opération le 4 mai 1932 : (chirurgien — aide (docteur) — anesthésiste (moi, médecin traitant).

Sur la feuille de spécialité, le chirurgien porte sa consultation du 3 mai, son opération du 4 mai, (k 20) une visite le 5 mai ; l'aide, sa coopération du 4 mai 1932.

Je porte sur ma feuille de maladie ma consultation avec le chirurgien (3 mai), mon anesthésie (4 mai). Sur la demande du chirurgien je continue les soins consécutifs et les porte sur ma feuille de maladie.

La caisse refuse à ma cliente le règlement des soins que je lui ai donnés pendant les vingt jours consécutifs à l'opération !

Pourquoi, et pourquoi, vingt jours ?

Si le chirurgien m'a laissé les soins consécutifs à effectuer, s'il a porté le lendemain de l'opération une visite sur la feuille de spécialité, c'est qu'il estimait son opération comme un acte « isolé » et qu'il n'entendait pas le considérer comme comportant un prix global.

Et alors ? .....

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis.

Dr B.

**Réponse**

La réponse à la question que vous voulez bien nous poser est contenue dans l'Instruction qui précède la dernière nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités, adoptée, d'un commun accord entre la Confédération des Syndicats médicaux et les Assurances sociales. Je vous transcris ici ce passage :

« Le tarif à l'acte global concerne les actes qui, par leur nature, comportent des soins consécutifs : par exemple, une opération d'appendicite.

« Les coefficients du tarif à l'acte global ont été calculés de façon à représenter à la fois, le remboursement de l'intervention et celui des soins consécutifs.

« *Le médecin n'a pas le droit de considérer comme acte isolé l'intervention qui comporte des soins consécutifs, et de marquer les visites ou pansements ultérieurs,* dans le but de les faire rembourser à l'assuré. *La règle à suivre est la même si les soins consécutifs ne sont pas donnés par l'auteur de l'intervention.* La Caisse fait à l'assuré un remboursement unique, selon le prix global, et l'assuré règle séparément le spécialiste, auteur de l'intervention, et le praticien qui a donné les soins consécutifs. »

Donc, le chirurgien que vous avez mis en œuvre n'avait pas le droit de marquer sur la feuille de soins spéciaux sa visite du lendemain de l'opération, pas plus que la rémunération de son aide ; pas plus que vous même n'aviez le droit de marquer vos visites et pansements consécutifs durant vingt jours.

Pourquoi vingt jours ? demandez vous. Parce qu'en règle générale, une intervention chirurgicale ne nécessite guère plus de vingt jours de soins consécutifs. Il est bien entendu que si la nécessité de ces soins s'imposait au-delà des vingt jours consécutifs, ceux-ci seraient indiqués sur la feuille et remboursés par la Caisse selon son propre tarif de responsabilité.

Ces règles s'appliquent *uniquement* au remboursement aux assurés par les Caisses de leur part de responsabilité.

En régime d'entente directe, le praticien réclame directement à son client ses propres honoraires à son tarif propre, qui est généralement le tarif minimum de son Syndicat ; s'il y a plusieurs praticiens en œuvre, l'Instruction précitée précise que l'assuré « règle séparément le spécialiste, auteur de l'intervention, et le praticien qui a donné les soins consécutifs. »

Vous n'avez donc qu'à réclamer, fort de ces textes, à votre client le montant de vos honoraires pour les soins personnels que vous lui avez donnés, sans vous préoccuper du remboursement que la Caisse lui a fait ou lui fera dans les limites de ses obligations.

Cependant, si le chirurgien opérateur calcule ses honoraires en multipliant son chiffre clé, ou celui de son syndicat, par le coefficient commun aux deux tarifs (t. syndical et t. de la Caisse), il convient de remarquer que la nomenclature n'envisage que le prix global, comprenant les soins consécutifs durant 20 jours. Ce serait donc, en ce cas, au chirurgien qu'il appartiendrait de vous indemniser de vos honoraires pour les soins qu'il aurait dû donner lui-même.

Pour préciser ma pensée, si votre chiffre clé est,

dans le tarif syndical, de 25 francs, l'opération d'un phlegmon y compris les soins consécutifs, serait tarifée 25 × 20 = 500 francs, dont une part devrait logiquement vous revenir.

Mais j'ajoute que le tarif minimum ne lie pas les chirurgiens qui ont toujours le droit de réclamer davantage. Toutefois, si un pareil conflit était porté devant les tribunaux, il y a gros à parier qu'ils le résoudraient dans le sens le plus favorable à l'assuré.

G. DUCHESNE.

## Questions médico-militaires

### 1972. — Pension de la veuve d'un médecin capitaine

J'ai lu dans un n° du *Concours* que la veuve d'un médecin capitaine, réformé à 100 p. 100, avait droit à une pension.

Active, ou réserve ? Dr R.

**Réponse**

1° *Réserve.* — Cette veuve a droit, soit à une pension de réversion, si le malade n'est pas mort de l'affection pour laquelle il était pensionné ;

Soit à une pension normale, si le malade est mort de l'affection pour laquelle il était pensionné ; ces deux pensions sont au taux du grade détenu au moment de la retraite.

2° *Active.* — Si l'officier avait déjà droit à une retraite d'ancienneté, la veuve percevra une pension retraite du grade, majorée de la pension invalidité du taux du soldat.

### 2250. — Promotion au grade de médecin lieutenant

Appartenant à la classe 1922, j'ai fait mon service actif en 1929-30, après sept ans de sursis légal. Comme sursitaire de la classe 1922, je n'ai accompli qu'un an de service.

Quelques mois après ma libération j'ai été nommé sous-lieutenant, et viens en cette qualité d'accomplir ma première période obligatoire.

Quand puis-je espérer obtenir le deuxième galon ? Y-a-t-il une formalité à remplir dans ce but ?

Dr D.

**Réponse**

Il faut quatre années de grade de sous-lieutenant et une période d'instruction afin d'être promu automatiquement au grade de lieutenant.

Mais sur ces quatre années, vous avez une bonification pour années d'études (soit trois ans nouveau régime, et deux ans ancien régime). Votre nomination de sous-lieutenant a donc été *reportée*, en raison de cette bonification, *à une date antérieure à celle de la nomination effective.* Quand, donc, quatre années se seront écoulées à partir de la date de cette nomination « reportée » vous serez promu lieutenant. Cette promotion, avons-nous dit, sera automatique, c'est-à-dire sans aucune demande à faire. »

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

## *Partie Professionnelle*

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.**

**Travaux Originaux**



**Faculté de Médecine de Paris**



**Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris**



**Reportage professionnel.**



## *Demi-colonnes*



**A travers l'Officiel**



**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1[re] Zone **75 fr.** — 2[e] Zone **100 fr.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

***NOTA.* — *Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.***

MM. les docteurs :

**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse** : Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle, J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche) J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Malche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Pau.** Cornet. Sendral.
**Rousses (les).** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianès.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin
**Cassis-sur-Mer** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barrand G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Lacanau.** Dubrocq.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Trutié de Vaucresson (*chir.*).
**Palavas-les-Flots** : Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Roscoff.** Bagot. Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer** (Calvados). Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau.
**St-Georges de Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**Ste-Maxime-s/Mer.** Ficonetti.
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr FIÉVEZ, de Malo-les-Bains, la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

## DEMANDES et OFFRES

No 200. — Jeune doct. cherche acheter clinique médic. et accouch., ou médico-chirurg, par associat., banlieue Paris. Ecr. Dr Ballarin, 23, rue Jean-de-Beauvais, Paris.

No 201. — A louer à Paris (19e), proximité gare Belleville-Villette, local à usage industriel pouvant convenir à Sté de produits chimiques ou laborat. pharmaceut., 1745 m. carrés tout couvert, sol bétonné, bureau, eaux de source et de Seine, voie Decauville, gaz, électr., transformateur, 7 w. c. ; avec chasses automat ; murs moellons et meulières à louer pour juillet prochain.

No 202. — Rais, santé, à céder poste méd., propharm. à 30 km. Bordeaux. Aff. importante à augmenter. Belle maison avec jardin. Faible indemn. avec facil.

No 203. — Excell. poste à céder dans ch.-lieu cant. région paris. Indemn. à débatt. Très pressé.

No 204. — Allevard-les-Bains (Isère). Vaste villa, meublée pour cure d'air, électr. téléph., piano, garage dépendances. Prix confratern. si médecin. Dr Boel, propriét.

No 205. — Chalet La Comté, à Malbuisson (Doubs), 900 m. séjour confort. pour enfants. Tarif spécial de vacances. Demander renseign. et prospectus à Dr Rouch, Malbuisson (Doubs).



## Renseignements

**La Bourboule.** — Maison médicale p. enfants. Tout conf. Cures therm. et clim. Pour tous renseign. et prospectus, s'ad. Dr Barthomeuf, Beau Soleil-Cottage, La Bourboule.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs CHARMOT et ROZET.

Rendre le médicament agréable, c'est doubler sa valeur thérapeutique : car l'estomac qui l'accepte bien, le digère mieux. Dans les **dyspepsies**, donner des TABLETTES DE MANGAINE, c'est guérir vite et agréablement le malade.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie des sciences morales et politiques.** — Notre distingué confrère et ami, le Docteur René Martial, vient de recevoir un prix de l'Académie des sciences morales et politiques, pour ses intéressants travaux de démographie.

— **Un groupe important de médecins suisses voyageant en France visite Vichy.** — Samedi 4 juin, dans l'après-midi, est arrivé à Vichy, en automobiles, un groupe important de médecins suisses, excursionnant en France. Ces confrères, appartenant à la Fédération des médecins suisses, ont profité de leur passage pour visiter les installations de notre grande station thermale.

Ils ont été reçus à l'Etablissement thermal, dont ils ont parcouru les différents services, d'hydrothérapie, de mécanothérapie et d'électrothérapie, pourvus des tout derniers perfectionnements. Ils ont eu également l'occasion de visiter les ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat, où, par suite d'un machinisme habilement conçu, toutes les garanties d'asepsie désirables sont obtenues. Les bouteilles arrivant des verreries, transportées par le système dit de la chaîne, passent aux différentes machines pour être lavées, remplies, capsulées, étiquetées, sans qu'aucune main les touche.

Le laboratoire de recherches hydrologiques, fonctionnant sous le haut patronage de l'Institut d'hydrologie du Collège de France, a retenu d'autre part, toute leur attention, ainsi que le magnifique domaine du Sporting-Club de Vichy où a été réalisé un très bel ensemble d'installations sportives ; golf, courts de tennis, stade, piscine, etc...

Pendant leur séjour, le Docteur Durand-Fardel, membre correspondant de l'Académie de médecine et président de la Société des sciences médicales de Vichy, a fait à ses collègues suisses une très intéressante causerie sur les sources de Vichy, leur thérapeutique et l'historique de la station.

La Compagnie fermière de Vichy, de son côté, a tenu à recevoir les distingués visiteurs et leur a offert un banquet dans les salons du Casino. M. Normand, directeur des Services administratifs, qui le présidait, prononça, au champagne, une éloquente et spirituelle allocution pour saluer ses hôtes et leur dire tout le plaisir qu'il éprouvait à les accueillir à Vichy. Au nom du Corps médical de la station, M. le Docteur Durand-Fardel leur souhaita à son tour la bienvenue et M. le Docteur Gaspari, de Lausanne, au nom des membres de la caravane, exprima en un discours d'une très belle tenue littéraire, tous ses remerciements pour le chaleureux et sympathique accueil dont ils avaient été l'objet.

Les visiteurs eurent aussi l'occasion d'assister à deux brillantes représentations au théâtre du Casino et quittèrent Vichy, le mardi 7 juin, se dirigeant vers la Côte-d'Azur et emportant de leur court séjour le meilleur souvenir.

— **Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de Paris**. — Le 11 juin, a eu lieu le banquet annuel de cette association, qui réunissait, sous la présidence du Professeur Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, directeur de l'Institut d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, environ 80 convives.

La veille, 10 juin, les membres de l'Association, réunis en assemblée générale, avaient procédé à l'élection du Bureau pour l'exercice 1932-1933, qui est ainsi composé : président, M. le Docteur Clerc ; vice-président français, M. le Docteur Thépénier ; vice-présidents étrangers, MM. les Docteurs Secchi (Italie) et Cheik (Perse) ; secrétaire général, M. le Docteur X. Leclainche ; secrétaire général adjoint, M. le Docteur Cachera ; rédacteur en chef du *Bulletin*, M. le Docteur Bourguin ; trésorier, M. le Docteur Royer.

— **Bordeaux**. — *Projet de création de consultations d'hygiène.* — A la séance du 13 mai du Conseil municipal de Bordeaux, le Docteur Ginestous, adjoint à l'hygiène, a proposé la création de consultations publiques et gratuites d'hygiène, analogues à celles organisées à Paris par M. Dujarric de la Rivière. M. Ginestous prévoit trois consultations par mois : deux dans une salle de l'Athénée et une à la Maison cantonale de La Bastide. Le service serait assuré par le Directeur du Bureau d'hygiène, assisté d'une secrétaire. Les consultations, ouvertes à tous, auraient pour spécialisation les questions d'hygiène individuelle ou collective, et excluraient tous soins aux malades.

— **Institut de technique sanitaire et hygiène des industries de Paris**. — Le ministère de l'Instruction publique de France a créé, il y a quelques années, un *Institut de technique sanitaire et hygiène des industries*, destiné à la formation de techniciens de l'assainissement.

Cet organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des Arts et Métiers de Paris, ouvrira sa prochaine session, en novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études, reçoivent un diplôme d'Etat : *brevet de technicien sanitaire.*

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement, dont la durée est limitée à trois mois, n'est pas exclusivement réservé aux Français ; chaque année des étrangers se font inscrire pour l'obtention du brevet ou du certificat d'assiduité.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (3e).

— **Saint-Hubert Club Médical**. — M. Bottu, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, présentera aux membres du Saint-Hubert Club médical, le film de son récent voyage en Afrique, *via* Sahara et Hoggar, au cours d'une causerie amicale envisagée plus particulièrement au point de vue des chasses

dans nos colonies africaines. Le conférencier a l'intention d'exposer combien la réalité est loin de la légende. Cette soirée, à la fois amicale et documentaire, aura lieu le mercredi 29 juin, à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, à l'amphithéâtre de l'Association générale des médecins de France, à 8 h. 45 (20 h. 45). Les dames et les amis des membres du S. H. C. M. seront les bienvenus.

— **L'été à Briançon.** — La cure sanatoriale d'été à Briançon est favorisée par une température particulièrement agréable. L'*Hôtel des Neiges*, sanatorium modèle (1.350 m.) fait des conditions spéciales.

S'adresser au Directeur, le Docteur M. Pin, Briançon (Hautes-Alpes).

## A TRAVERS L'OFFICIEL

1er JUIN

**Service de santé militaire.**

*Tableau de concours pour la Légion d'honneur*

(Année 1932)

(*Suite*)

**Réserves**

ARMÉE MÉTROPOLITAINE

*Sont inscrits pour le grade de chevalier.*

Martin, médec. command., rég. Paris ; les médec. capit. Prudhomme, 12e rég. ; Lebhar, 19e C. A. ; Tessier, 18e rég. ; Brissart, 6e rég. ; Bidel, 3e rég. ; Chapelle, 2e rég. ; Bassal, 17e rég. ; Garin, 1re rég. ; Delmas, rég. Paris ; La Gleize, médec. lieut. rég. Paris ; Dupinet, méd. command., 12e rég. ; Pince, médec. command., 17e rég. ; Vaissade, médec. capit., 15e rég. ; Riff, médec. capit., 20e rég. ; Laplace, médec. command., 2e rég. ; Delfosse, médec. capit., 1re rég. ; Desjardins, médec. capit., rég. Paris; Kraut, médec. capit. 11e rég. ; Galup, médec. lieut., rég. Paris ; Wintrebert, médec. command., 1re rég. ; Lajoux, médec. command., rég. Paris ; Cornillon, médec. capit., 13e rég. ; Triau, médec. capit., 5e rég. ; Aujaleu, méd. capit., 17e rég. ; Hautefeuille, médec. comm., 2e région.

Charrier, médec. capit., rég. Paris ; Mignard, médec. capit., 10e rég. ; Jouen, médec. capit., 3e rég. ; Marrel, médec. lieut., 14e rég. ; Lesage, médec. capit., rég. Paris ; Favier, médec. capit., 16e rég. ; Chambrette, médec. capit., rég. Paris ; Coste, médec. capit., 14e rég. ; Minon, médec. capit., 20e rég. ; Lafond, médec. capit., 15e rég. ; Leblanc, méd. capit., 15e rég. ; Esparbes, médec. capit., 17e rég. ; Huré, médec. capit., 2e rég. ; Couffon, médec., 9e rég. ; Durand, médec. capit., 20e rég. ; Job, médec. capit., 6e rég. ; Onillon, médec. capit., 11e rég. ; Huriez, médec. capit., 1re rég. ; Druhen, méd., command., 7e rég. ; François, médec. capit., 15e rég. ; Piéri, médec. capit., 15e rég. ; Lecaplain, médec. command., 3e rég. ; Reynaud, médec. capit., 19e

C. A. ; Combes, médec. command., 15e rég. ; Biétrix, médec. capit., 7e rég. ; Coste, médec. capit., 16e rég.

Gorisse, médec. lieut., 1re rég. ; de Chabert-Ostland médec. capit., rég. Paris ; Neboux, médec. capit., 12e rég. ; Bourgoin, médec. cap., 8e rég. ; Mourniac, médec. lieut., 12e rég. ; Chazarain, médec. command, rég. Paris ; Marchal, médec. capit., rég. Paris ; Deverre, méd. command., 4e rég. ; Jegourel, médec. comm., 11e rég. ; Léothaud, médec., cap., 15e rég. ; Pezet, médec. command., 6e rég. ; Brossard, médec. capit., 18e rég. ; Railliet, médec. capit., 6e rég. ; Chavoix, médec. lieut., 18e rég. ; Gravost, médec. capit., 19e C. A. ; Ferran, médec. capit., 15e rég. ; Maréchal, médec. capit., rég. Paris ; Constant, médec. capit., 13e rég. ; Solirène, médec. capit., 12e rég. ; Sigwalt, méd. capit., 11e rég. ; Overhaeghe, médec. command., 1re rég. ; Faurie, médec. capit., 12e rég. ; Vilbonnet, médec. capit. 5e rég. ; Vleeschouwer, médec. capit., 20e rég.

Menault, médec. command., 4e rég. ; Roy, médec. command., 9e rég. ; Doin, médec. capit., 5e rég. ; Peyrache, médec. capit., 13e rég. ; Juif, médec. capit. 19e C. A. ; Beltrami, médec. command., 15e rég. ; Gezes, médec., capit., 17e rég. ; Castay, médec. capit., 18e rég. ; Elicagaray, médec. lieut., 18e rég. ; Canel, médec. capit., 14e rég. ; Surjus, médec. capit., 16e rég. Simacourbe, médec. capit., 15e rég. ; Zellmeyer, médec. capit., 18e rég. ; Fanjoux, médec. cap., 8e rég. ; Capdequi, médec. capit., 18e rég. ; Haas, médec. command., rég. Paris ; Moreau, médec. capit., 8e rég. ; Doubet, médec. capit., 17e rég. ; Rollin, médec. capit., 3e rég. ; Vincent. médec. command., 15e rég. ; Delmas, médec. capit., 18e rég. ; Coulet, médec. capit., 20e rég. ; Boutet, médec. capit., rég. Paris ; Lascazes de Saint-Martin, médec. capit., 17e rég. ; Poisson, médec. capit., 11e rég.

Du Castel, médec. capit., 2e rég. ; Generest, médec. capit., 13e rég. ; Pillet, médec. capit., rég. Paris ; Lagarrigue, médec. capit., 16e rég. ; Migini, anc. médec. capit., 17e rég. ; Robert, médec. capit., 7e rég. ; Fort, médec. capit., 14e rég. ; Bettinger, médec. capit. 3e rég. ; Lathoud, médec capit., 14e rég. ; Thomas de La Pintière, médec. capit., 11e rég. ; Duguyot, médec. lieut., rég. Paris ; Dupont, médec. capit., 11e rég. ; Brehier, médec. capit., 2e rég.; Botte, médec. command., rég. Paris ; Soderlindh, médec. lieut., rég. Paris ; Boda, médec. cap., 1re rég. ; Jacquemart, médec. capit., 13e rég. ; Daubert, médec. lieut., 11e rég., Pastour. méd. capit., 15e rég. ; Delotte, médec. capit., 12e rég. ; Pavillard, médec. capit., 19e C. A. ; Baufle, médec. command., 7e rég. ; Loizemant. médec. lieut., 3e rég. ; Vallerant, médec. capit., 3e rég. ; Paquet, médec. command., 1re rég. ; Bousquet, médec. lieut., 16e rég. ; Vacher, médec. capit., 12e rég. ; Rousselot, méd. capit., 6e rég. ; Kroussel, méd. capit., rég. Paris.

Beaurepaire, médec. capit., 1re rég. ; Savidan, médec. capit., 10e rég. ; Mège, médec. capit. 15e rég. ; Secousse, médec. capit., 18e rég. ; Sirieix, médec. capit., 12e rég. ; Denave, méd. capit., 14e rég. ; Grosgeorge,

médec. capit., 9e rég. ; Eloy, médec. capit., 1re rég. ; Lambert, médec. capit., 3e rég. ; Mougenc de Saint-Avid, médec. lieut., 20e rég. ; Larue, médec. lieut., 7e rég. ; Hugot, médec. lieut., 14e rég. ; Baudoin, médec., lieut., rég. Paris ; Escudié, médec. lieut. 16e rég. ; Vaudescal, médec. capit., rég. Paris; Cartier, médec. capit., 5e rég. ; Lutel, médec. capit., 8e rég. ; Penel, médec. capit., 13e rég. ; Daubert, médec. capit. 11e rég. ; Trastour, médec. capit., 15e rég. ; Deyrieux, méd. capit., 13e rég. ; Felceyrolles, médec,. lieut., 13e rég. ; de Saboulin, médec. lieut., 15e rég.; Gassiot, médec. command., 3e rég. ; Caldier, médec. lieut., 16e rég. ; Perrier, médec. capit., 10e rég. ; Granel de Solignac, médec. capit., 16e rég. ; Bernard, médec. capit., 15e rég. ; Détis, méd. command., rég. Paris.

Clarte, méd. lieut. 20e ; Germain, méd. capit., 14e Magne, méd. capit. 2e ; Cabanne, mé. capit. 8e ; Fuchs, méd. capit. rég. Paris ; Auboyer, méd. capit. 5e ; Corone, méd. capit. 16e ; Dellac, méd. capit. 8e ; Bouvier, méd. lieut. 14e ; Perié, méd. command. 16e ; Pasquet, méd. capit. Paris ; Bonnet, méd. capit. 14e Roux, méd. capit. Paris ; Gaehlinger, méd. capit. 13e ; Aubriot, méd. command. 20e. ; Quercy, méd. capit. 10e ; Bonhomme, méd. capit. rég. Paris ; Monnot, méd. lieut. rég. Paris ; Barthou, méd. capit. 18e rég. ; Dupré, méd. capit. 2e ; Quilichini, 15e ; Follenf nt, méd. capit. 9e ; Verdure, méd. lieut. rég. Paris ; Barthas, méd. lieut. 13e.

Bertrand, méd. capit. 7e. ; Delplace, méd. lieut. 1re ; Grémeaux, méd. capit. 8e ; Derieux, méd. lieut. 14e ; Villain. méd. capit. tr. Tunisie ; Pelloux, méd lieut. 14e ; Maucuière, méd. capit. 8e ; Bérard, méd. capit. 5e ; Dupas, méd. command. 9e ; Vallois, méd. capit. 17e ;Jarrige, méd. lieut. 13e ; Ségala, méd. capit. 17e ; Vignolles, méd. capit. 16e ; Poncet, méd. lieut. 14e; Hecquet, méd. command. 1re ; Alliot, méd. lieut. 8e ; Reignard, lieut. 8e ; Gustin, méd. cap. Paris ; Cadet, méd. lieut. 3e ; Lebar, lieut. 19e C. A. ; Cuisset, méd. capit. 1re ; Bergier, méd. lieut. 15e ; Pegaz-Toquet, lieut. 14e ; Terrisse, méd. capit. Indochine ; Drapier, méd. lieut. 3e.

Barbier, méd. lieut. 1re ; Ribet, méd. lieut. 19e C.A ; Tramini, méd. capit. 19e C. A. ; Fauche, 14e rég. ; Schechter, méd. capit., 6e ; Delphin, méd. lieut. 14e ; Braine, méd. capit. rég. Paris ; Visquis, méd. lieut. 15e ; Garnier, méd. lieut. rég. Paris ; Varin, méd. lieut. 3e rég. ; de Gennes, méd. capit. rég. Paris ; Jouffrey, méd. lieut. 14e ; Delage, méd. lieut. Paris ; Dulout, méd. capit., 18e ; Basch, méd. lieut. Paris ; Rouk, méd. capit. 16e ; Rime, méd. lieut. Paris ; Poumier, méd. lieut. 11e ; Dinge, méd. lieut. 10e ; Cornil, méd. lieut. Blot, méd. lieut. Paris ; Carrère, méd. lieut. 16e.

ARMÉE COLONIALE

*Sont inscrits pour le grade d'officier.*

Gibert, médec. command., 15e rég. ; Philippe, médec. command., 11e rég. ; Pin, méd. lieut.-col., rég. Paris ; Pujol, médec. command., rég. Paris ; Violle, médec. command., rég. de Paris ; Briand, médec.

command., rég. Paris ; Bourrague, médec. command. 16e rég.

*Sont inscrits pour le grade de chevalier.*

Baillon, méd. capit., 8e. rég. ; Bourguel, méd. lieut., Indochine ; Letort, méd. capit., Indochine.

8 Juin.

**Enseignement de la médecine.**

M. Marion, ancien agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Paris (Dernier titulaire de la chaire : M. Lenormant).

9 Juin.

**Service de santé des troupes coloniales.**

*Ecole d'application de Marseille.*

La chaire de clinique médicale et de pathologie exotique est déclarée vacante à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales pour compter du 1er janvier 1933.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) le 1er décembre 1932 au plus tard.

11 Juin.

*Décret du 3 juin 1932 modifiant le décret du 22 août 1928 fixant l'organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.*

Art. 1er. — Le deuxième alinéa de l'article 10 du décret du 22 août 1928 fixant l'organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, est remplacé par le suivant :

« Les médecins commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie et ayant accompli au moins quatre années de séjour aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant, sont seuls admis à concourir.

« La durée des fonctions de professeur agrégé est fixée en principe à une période de cinq ans avec un minimum obligatoire de deux ans. »

Les présentes dispositions entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1933.

Art. 2. — Le premier alinéa, de l'article 21 du décret du 22 août 1928 est remplacé par le suivant :

« Le concours de sortie est passé devant un jury spécial dont la composition est fixée par le ministre

et qui est présidé par un médecin général inspecteur ou un médecin général des troupes coloniales. »

*Décret du 3 juin 1932 modifiant le décret du 22 août 1928 instituant un concours pour le titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du service de santé colonial.*

Art. 1er. — Le troisième alinéa de l'article 1er du décret du 22 août 1928, instituant un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du service de santé colonial, est remplacé par le suivant :

« Peuvent y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la Défense nationale, les médecins capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours et les médecins commandants de l'armée active présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie, au moment du concours et ayant accompli au moins quatre années de séjour aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant. »

Art. 2. — Les dispositions ci-dessus entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1933.

*Décret du 3 juin 1932 modifiant le décret du 22 août 1928 instituant un concours pour le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.*

Art. 1er. — Le dernier alinéa de l'article 1er du décret du 22 août 1928, instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux, est remplacé par le suivant :

« Le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux, suivi de la mention de chaque catégorie, n'est définitivement acquis qu'après l'accomplissement d'un stage dont la durée est fixée par décision ministérielle. »

Art. 2. — L'article 2 du décret du 22 août 1928 est remplacé par le suivant :

« Les candidats désignés après chaque concours sont, suivant leur catégorie, placés en stage pour tenir l'emploi d'assistants de médecine, de chirurgie, de bactériologie ou d'électro-radiologie, auprès des chefs de service, dans les hôpitaux militaires, les salles militaires des hospices mixtes, les laboratoires de bactériologie ou les services d'électro-radiologie qui sont désignés par décision ministérielle.

« La nature des emplois à pourvoir et le nombre des emplois à mettre au concours sont fixés par arrêtés du ministre.

« La durée des stages d'assistant des hôpitaux coloniaux ne peut en aucun cas excéder trois années.

« Les assistants placés en stage peuvent participer exceptionnellement, en cas de besoin urgent, à l'exécution du service médical de place ou régimentaire ; des dispositions sont prises pour concilier, dans la meilleure mesure les obligations du service général et les besoins du service hospitalier. »

Art. 3. — Les dispositions ci-dessus entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1933.

14 Juin.

**Légion d'honneur.**

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère des Affaires étrangères ; M. le Dr Billey, Américain, docteur neurologue.

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Dr Ducoudray est nommé médecin chef de service du quartier d'aliénés de l'Hospice d'Agen, en remplacement de M. le Dr Mouchette appelé à un autre poste.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Consultations hospitalières par un médecin de la marine de guerre.**

14530. — M. Pierre Taittinger demande à M. le ministre de la Santé publique s'il est admissible qu'un service public (consultations hospitalières pour les maladies des yeux et des oreilles) soit assuré, après le décès du titulaire, par un médecin de la marine, en activité, alors qu'il existe dans la ville un spécialiste des mêmes maladies, y exerçant depuis plusieurs années, et qui avait posé sa candidature au poste vacant. (*Question du 14 décembre* 1931.)

*Réponse.* — Il résulte des renseignements fournis par le ministre de la Défense nationale (marine) et par le préfet de la Charente-Inférieure que, sur la demande formulée par la commission administrative de l'hôpital civil de Rochefort, l'autorisation a été accordée régulièrement au médecin de 1re classe de la marine Fabre de remplir, à titre essentiellement provisoire et bénévole, jusqu'à la prise de service du titulaire, les fonctions d'oto-rhino-laryngologiste à cet hôpital. Suivant une ancienne tradition, les médecins de l'hôpital maritime de Rochefort ont longtemps assuré gratuitement certains services de l'hôpital civil. Le médecin de 1re classe Fabre n'a au cours de ce remplacement, perçu, directement ou indirectement aucune indemnité.

(*J. O.*, 29 mai 1932.)

**Les membres honoraires d'une Société de secours mutuels ne peuvent bénéficier de la pharmacie créée par la Société.**

1397. — M. Carrère, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique si les membres honoraires d'une société de secours mutuels, qui possède une pharmacie mutualiste, peuvent s'affilier à cet organisme et à quelles conditions. (*Question du 23 mars* 1932.)

*Réponse.* — Aux termes des dispositions de l'ar-

*Voir la suite page LIX-2009*

# PROPOS DU JOUR

## Introduction à l'étude de la Puériculture

Le *Comité national de l'Enfance* (1) sous la présidence de M. le Sénateur Paul Strauss et la direction du Docteur Lesage, membres de l'Académie de médecine, réunit ses adhérents de Paris et de province pour étudier dans une étroite collaboration, les rapports entre les caisses d'assurances sociales et les institutions et les œuvres de protection de la Maternité et de l'Enfance. En même temps, M. le Professeur P. Lereboullet publie sous le titre de *Manuel de Puériculture* (2) avec la collaboration de ses assistants, les Docteurs A. Zuber et F. Saint-Girons, les cours qu'il a professés à l'Institut de Puériculture de l'Hospice des Enfants-Assistés, cours où il expose succinctement et clairement « les règles de l'hygiène des tout-petits en les justifiant et en énumérant les moyens pratiques susceptibles d'être employés pour les mettre en œuvre. »

On voit que le souci de la sauvegarde de la première enfance et de la diminution de sa mortalité préoccupe toujours les médecins en France ; car dans un pays de faible natalité comme le nôtre, cette préoccupation doit être toujours à l'ordre du jour.

Or le meilleur moyen, le principal moyen, de diminuer la mortalité est d'enseigner et de vulgariser les règles de la puériculture.

Il y a longtemps qu'en France, on a ce souci. Sans remonter au poème latin de Scævole de Sainte-Marthe, intitulé *Pœdotrophie* ou *La manière de nourrir les enfants à la mamelle*, poème qui fut écrit en 1524 et fut durant le siècle suivant plusieurs fois traduit et réédité, sans insister sur les dissertations de l'élevage et l'éducation des enfants en bas-âge de Ph. Hecquet (1718), Desessartz, Camper (1760), nous devons mentionner le retentissement que l'*Emile* de J.-J. Rousseau (1762), eut à son époque. En 1805, un professeur d'accouchement de la Faculté de Paris, bien oublié aujourd'hui, Alph. Leroy, écrivit un véritable traité de puériculture intitulé : *La médecine maternelle* ou l'*Art d'élever et de conserver les enfants.*

Mais ce fut à la fin du siècle dernier que la sauvegarde de la première enfance s'imposa au Corps médical et aux pouvoirs publics. Natalis Guillot avait, en 1852, mis à la mode l'usage de la balance et conseillé les pesées périodiques et régulières pour surveiller le développement des nourrissons. Quelques vingt ans plus tard, le médecin sénateur Théophile Roussel parvint, non sans peine, à faire voter la loi de 1874 sur la Protection de l'Enfance, qui, malgré ses imperfections, ses remaniements et les difficultés de ses applications, marque une date dans l'histoire de l'hygiène de l'Enfance et immortalise le nom de son auteur qui se dévoua entièrement à cette sainte cause. Georges Clemenceau, quelques années plus tard (1877), alors conseiller municipal de Paris, proposa sans succès l'organisation de services municipaux d'allaitement artificiel et s'attira les critiques violentes de Devillers et de Devergie à l'Académie de médecine qui l'accusèrent sans indulgence de vouloir encourager l'abandon de l'allaitement maternel.

Cependant Parrot créa aux Enfants-Assistés une nourricerie des hérédo-syphilitiques et des athrepsiques par le lait d'ânesse ; cette innovation prématurée donna lieu à des résultats déplorables.

Hergott, à Nancy, en 1890, Budin, à Paris, enseignèrent la puériculture. Ce dernier créa en 1892, la consultation de nourrissons de la Maternité de la Charité. La même année, Variot ouvrait pour les nourrissons les consultations du Dispensaire de Belleville et, avec son pédomètre, ajoutait à la notion de poids celle de la taille pour surveiller le développement du nouveau-né. Léon Dufour créait en 1894 à Fécamp les premières Gouttes de lait. En 1911, Variot, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, obtint du Conseil municipal de Paris, la création d'un Institut de puériculture. En 1919, la Faculté de médecine de Paris qui n'avait pas voulu avant la guerre s'intéresser à cet institut, créa l'Ecole franco-américaine de puériculture pour répondre à une donation américaine de 30.000 dollars, faite dans ce but. Sur ces entrefaites, le Professeur Marfan remplaça Variot aux Enfants-Assistés et l'Institut municipal de puériculture abrita la chaire d'hygiène

(1) Reconnu d'utilité publique, 26, rue de Vaugirard, Paris (XVe).
(2) Masson et Cie, édit., Paris. Prix : 20 francs.

et de clinique de la première enfance qu'occupe actuellement M. P. Lereboullet.

Ce court historique nous a paru nécessaire pour démontrer que la puériculture qui doit son nom au médecin praticien Caron (1865), n'est pas chez nous une innovation et que, depuis de longues années, elle a été un des principaux soucis du Corps médical et des hygiénistes. Elle eut même des apôtres comme le Prof. Pinard qui, au Parlement, à la Faculté, et dans tous les milieux, se dévouèrent à prêcher la bonne cause et à vulgariser ses préceptes. Il fallut cependant attendre la grande guerre pour qu'on se décidât à faire connaître aux femmes et aux jeunes filles de bonne volonté par un enseignement méthodique et par l'exemple direct, les bases de l'hygiène du premier âge et les moyens pratiques de l'assurer. Et nous ne saurions mieux faire que d'analyser le premier chapitre du *Manuel de puériculture* du Professeur Lereboullet, si clair, si précis, si intéressant, pour rappeler à nos lecteurs l'importance sociale réelle et considérable de cet enseignement.

***

« L'hygiène de la première enfance est fille de l'observation médicale » a dit le Prof. Marfan. Il est impossible en effet, de séparer l'hygiène des nourrissons de la médecine. Mais la base médicale de l'hygiène infantile, loin d'inciter les personnes qui ne sont pas médecins, à prendre des initiatives téméraires, doit leur montrer la nécessité de recourir aux lumières d'un praticien expérimenté au moindre trouble que présentera le nourrisson, cet être si délicat et si fragile.

L'enfance se divise en trois périodes. La première période, *petite enfance*, va de la naissance à la fin de la première dentition (2 ans 1/2). Jusqu'à un an et demi, le petit enfant est un *nourrisson*, qui devrait prendre le sein. Pendant le premier mois le nourrisson est appelé *nouveau-né*.

La deuxième période, *moyenne enfance*, va de la fin de la première dentition (2 ans 1/2) au début de la deuxième dentition (6 à 7 ans).

Quant à la troisième période, *grande enfance*, elle va jusqu'à la puberté (de 12 à 16 ans).

Le domaine de la puériculture est celui de la première enfance.

Le nouveau-né ne s'adapte pas facilement au milieu où il doit vivre et ce n'est que lentement, progressivement qu'il y parvient. Son tube digestif ne tolère qu'un aliment, le lait, et encore, c'est presque uniquement le lait de femme. Il doit nécessairement croître et il faut, selon l'expression de Parrot que chez lui l'assimilation formatrice l'emporte sur la désassimilation destructive. La croissance et le développement de l'enfant sont très rapides surtout dans la première année. Sa taille qui est environ de 0 m. 50 à la naissance, atteint 0 m. 60 à trois mois et 0 m. 80 à la deuxième année. Son poids de 3 kgr. 900 environ en naissant, dépasse 6 kgr. à 4 ou 5 mois, 9 kgr. à un an, 11 kgr. 500 à deux ans. Ces quelques chiffres suffisent à démontrer l'effort considérable d'assimilation que doit faire le petit enfant pour croître ainsi malgré les pertes qu'il subit par les urines, les selles, les voies respiratoires, la peau, par la déperdition considérable de chaleur qui est proportionnelle à la surface cutanée.

On peut se rendre compte ainsi du rôle primordial que joue l'alimentation dans l'hygiène de la première enfance. Seul le lait de femme, et surtout le lait maternel, représente l'aliment idéal capable de satisfaire tous les besoins du nourrisson.

L'enfant qui, durant le première année, a une vie presque exclusivement végétative qui consiste à téter et dormir, se transforme ensuite ; ses mouvements se coordonnent, les premières lueurs de conscience apparaissent et, avec elles, la marche et la parole.

La dentition temporaire s'établit ; les incisives inférieures et médianes apparaissent entre six et sept mois, les quatre dernières prémolaires vers le trentième mois et alors le bébé a les vingt dents de sa première dentition.

Avec l'allaitement maternel, l'évolution est le plus souvent normale. Nombreux sont les dangers provoqués par une alimentation troublée qui peut donner lieu à des manifestations pathologiques graves.

L'influence du froid et du chaud, les variations climatiques ont encore un retentissement considérable sur la santé des petits enfants

L'été torride de 1911 a causé la mort de 60.000 petits français, surtout au cours des mois de juillet et d'août, et c'est chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel que les victimes ont été de beaucoup les plus nombreuses.

L'inanition, la sous-alimentation provoquent aussi des troubles graves dont la cause jusqu'alors, avait passé souvent inaperçue.

Le péril infectieux s'ajoute aussi aux périls alimentaire et climatique. Pendant les premiers mois le nouveau-né jouit d'une immunité relative qu'il tient de sa mère, mais il ne tarde pas à devenir d'une très grande susceptibilité aux infections aiguës à pneumocoques, streptocoques, staphylocoques et au bacille tuberculeux. La

peau, les voies respiratoires, les voies digestives s'enflamment très facilement ; néanmoins l'enfant fait preuve parfois, d'une résistance surprenante, grâce à l'intégrité de son foie et de ses reins.

Il existe une pathologie infantile avec des maladies spéciales telles que le rachitisme et l'athrepsie, des affections très fréquentes comme les infections intestinales, les broncho-pneumonies, les convulsions, le muguet, la tuberculose qui est souvent grave et parfois généralisée, l'eczéma, l'impétigo, les pyodermites, etc., etc. Le petit malade peut avoir des réactions hypertoxiques des plus violentes comme dans le choléra infantile. Toutes ces maladies peuvent amener un état de dénutrition, un arrêt de la croissance, une anémie marquée et une hygiène bien comprise, réglant une alimentation rationnelle et exigeant des soins minutieux quotidiens, doit remédier à tout cela.

La mortalité infantile était de 25 pour 100 en 1811 ; sur 800.000 naissances, on comptait 200.000 décès d'enfants au-dessous d'un an. Aujourd'hui, cette mortalité est descendue, à 8 ou 9 pour 100 ; ce qui néanmoins a donné 75.000 décès d'enfants au-dessous d'un an en 1926. Or, comme il existe quelques régions en France où la mortalité de la première enfance n'excède pas 5 pour 100 ; il est permis de conclure que 40.000 enfants pourraient être sauvés. Au début du XIX^e^ siècle, sur 80.000 enfants envoyés en nourrice, 5.000 au plus survivaient au bout de 6 ans. La mortalité globale de l'Hospice des Enfants-Assistés était d'un tiers à l'époque de Parrot ; actuellement, elle est descendue à 1 pour 100. Dans les nourriceries, elle atteignait 8 à 9 pour 100, elle est au-dessous de 6 pour 100 pour les enfants assistés placés en province. Voilà, les résultats obtenus par l'hygiène, par la puériculture.

Il est nécessaire d'énumérer les causes de mortalité des enfants de moins d'un an. Il y a d'abord les causes *anténatales* : grossesses anormales, accouchements dystociques et laborieux ; si l'enfant survit, il est le plus souvent débile. Viennent ensuite le *péril alimentaire, le péril infectieux.* La privation du sein maternel détermine chez les nouveau-nés une mortalité trois ou quatre fois plus grande. Si la mère nourrit elle-même au biberon, la mortalité est double. En Suède et en Norvège, la mortalité infantile est très faible parce que toutes les mères allaitent.

L'exemple de la Ville de Lille, de 1914 à 1918, a la valeur d'une expérience. C'était pendant l'occupation allemande et les conditions alimentaires, sanitaires et morales étaient déplorables, dans cette cité, mais l'absence absolue de lait de vache obligeait toutes les mères d'allaiter leurs enfants ; la mortalité infantile tomba alors au-dessous du chiffre qu'elle atteignait avant la guerre.

Il convient de réfléchir à la constatation du maître de grande expérience, M. le Prof. Marfan, qui a affirmé que : « Les enfants, privés du sein qui échappent à la mort, sont par la suite, moins vigoureux, plus petits de taille, plus exposés aux troubles digestifs, moins résistants à la tuberculose et plus réceptifs pour les maladies infectieuses aiguës que ceux qui ont été élevés au sein. »

Mais, outre la privation du sein, la séparation de l'enfant de sa mère est toujours funeste : « Tout ce qui éloigne l'enfant de sa mère, a dit Théophile Roussel, le met en état de souffrance et en danger de mort. »

Ce n'est pas tout ; souvent la mère ne sait pas soigner son enfant.

L'ignorance et la misère vont de pair. Il est donc indispensable de vulgariser les notions de puériculture, de donner aux mères des conseils pour l'allaitement maternel, surtout pour l'allaitement artificiel, quand les circonstances l'imposent, pour le sevrage et l'ablactation. Il faut que les mères connaissent les signes qui leur permettent d'apprécier la santé de leurs enfants, leur croissance et leurs progrès réguliers.

Il faut leur apprendre à donner les soins maternels de propreté, à vêtir les enfants, à régler le régime de leur vie, à recourir à temps aux diverses vaccinations et à les soigner quand ils tombent malades.

Enfin, il est nécessaire de faire connaître ce qui a été fait en France pour la protection des enfants du premier âge, la nécessité des consultations prénatales et de la surveillance médicale des nourrissons.

Tout cela est enseigné dans les cours de puériculture ; tout cela est exposé admirablement dans le *Manuel de puériculture* du Prof. Pierre Lereboullet et, si, en nous inspirant de son livre, nous avons écrit cet article, ce n'est pas pour apprendre quelque chose de nouveau à nos lecteurs qui sont tous très instruits sur ce sujet, mais pour appeler leur attention sur la nécessité de vulgariser la puériculture qui, tout en restant sous le contrôle du médecin praticien, doit pour être efficace, sortir du domaine de la médecine et pénétrer dans les familles.

J. NOIR

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### CONSIDÉRATIONS SCHÉMATIQUES SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LE DIABÈTE SUCRÉ

#### Régime d'épreuve. — Régime définitif

Par GILBERT-DREYFUS,

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Dans un précédent article (1) nous avons rappelé les quelques notions fondamentales de diététique, dont il importe d'être pénétré, avant d'instituer le régime alimentaire chez un sujet atteint de diabète simple.

Successivement nous avons passé en revue la composition des principaux aliments susceptibles de figurer dans le menu des diabétiques; puis nous avons discuté les proportions respectives d'hydrates de carbone, de protéines et de graisses qui doivent être prescrites, pour en arriver aux conclusions suivantes :

*Calories* : 25 à 30 par kilogramme de poids corporel.

*Protéines* : 1 *gr.* 25 environ par kilogramme, dont 0 gr. 75 de provenance animale.

*Hydrates de carbone préformés* : quantité variable selon la tolérance du malade (jamais inférieure à 0 gr. 70 ou 0 gr. 80 par kilogramme).

*Graisses* : en quantité suffisante pour compléter l'apport nécessaire de calories, sans toutefois que jamais les graisses n'excèdent, en poids, le triple de la ration hydrocarbonée concomitamment fournie par le régime.

***

Soit un sujet de 60 kilogr., auquel nous voulions fournir journellement 1.650 calories (27,5 calories, par kilogramme).

Fixons à 75 grammes environ sa ration protéinique (1 gr. 25 par kilogramme).

Supposons sa tolérance pour les hydrates de carbone préformés de 125 grammes.

75 grammes de protéines représentent 300 calories.

125 grammes d'hydrates de carbone représentent 500 calories.

Restent à fournir : 850 calories, soit 95 grammes de graisse environ.

Si, au lieu de 125 grammes, sa tolérance hydrocarbonée était de 150 grammes, 80 grammes de graisses seraient suffisants pour compléter l'apport calorique. Si, au contraire, la tolérance hydrocarbonée n'était que de 80 ou de 55, il faudrait prescrire respectivement 115 et 125 grammes de graisses.

***

Comment en arriver à l'institution de ce régime ? Autrement dit, quelle conduite adopter vis-à-vis du diabétique examiné pour la première fois — après nous être assuré qu'il s'agit d'un diabète sans acidose ?

Certains auteurs, suivant une méthode régressive, ordonnent au malade de restreindre ou de supprimer par étapes successives le pain, les pommes de terre, les fruits, la viande... jusqu'à disparition de la glycosurie. On obtient des résultats beaucoup meilleurs en adoptant la méthode inverse, dont le seul inconvénient est d'être moins facilement acceptée par le malade. Mais quelques mots d'explications suffisent en général à le convaincre.

#### I. RÉGIME D'ÉPREUVE

Dans notre pratique, nous commençons *toujours* par appliquer un régime restreint extrêmement sévère, inspiré de la « cure de légumes verts » de notre maître Marcel Labbé — véritable RÉGIME D'ÉPREUVE qui a le triple avantage de désucrer rapidement le malade, de mettre au repos ses glandes digestives, et de permettre une appréciation très exacte de sa tolérance hydrocarbonée.

Ce régime sera suivi à la lettre trois à cinq jours durant. Il est commode de le *standardiser*, comme suit (pour un adulte de 60 kilogr.):

| | |
|---|---|
| Légumes verts et salade à 4 %...... | 1.000 à 1.200 gr. |
| Bouillon de légumes...... | 1 litre. |
| Lait...... | 200 gr. |
| Crème fraîche...... | 60 gr. |
| Beurre et huile...... | 60 gr. |

(1) *Concours médical*, n° du 12 juin 1932.

Soit au total :

60 gr. d'H. de C. préformés,
30 gr. de protéines,
80 gr. de graisse.

C'est là un régime « pauvre », fournissant à peine 1.100 calories (18 calories par kilogramme), et qui ne saurait être appliqué longtemps.

Le *quatrième ou le cinquième jour*, on fait pratiquer une recherche (et éventuellement un dosage) de la glycosurie, et, plus accessoirement une mesure de la glycémie à jeun, ou mieux une épreuve d'hyperglycémie provoquée au glucose.

### II. Régime définitif

Des résultats de ces investigations dépendra la conduite ultérieure du médecin, variable à vrai dire d'un cas à l'autre... C'est alors la période des tâtonnements, où aucune formule rigide ne saurait remplacer l'expérience clinique. Jamais on ne se laissera influencer par les récriminations d'un patient qui se plaint de mourir de faim... L'énergie du médecin ne se relâchera à aucun moment, et s'ingéniera à dépister la moindre fraude ou à déceler la moindre infraction...

Dans son excellente monographie consacrée au traitement du diabète sucré, Carrié a envisagé les diverses éventualités qui se présentent au praticien, et l'attitude qu'elles commandent.

Dans la plupart des cas, le régime d'épreuve a suffi à désucrer totalement le malade. Il ne s'agit plus que d'élargir son régime. Nous voudrions schématiser ici le mode rationnel d'élargissement de ce régime.

Il comprend deux temps :

Dans un premier temps on augmente simultanément les rations protéinique et hydrocarbonée jusqu'à la limite de la tolérance, tout en maintenant constante la ration de graisses fournie par le régime d'épreuve.

Il ne reste plus qu'à fixer dans un deuxième temps le chiffre des graisses nécessaires pour compléter l'apport calorique en harmonie avec le poids et le genre de vie du malade.

Premier temps : *accroissement simultané des rations protéinique et hydrocarbonée* :

*a*) Introduction progressive dans le régime d'un œuf, de viande, de fromage, de pain de gluten (en même temps qu'on supprime ou qu'on restreint la crème pour maintenir provisoirement constante la ration de graisses) ;

*b*) Introduction par *échelons successifs* de légumes et de fruits (carottes, navets, pommes de terre, pomme, orange...).

Chaque échelon est constitué par l'apport de 10 *grammes* d'hydrates de carbone (soit : 50 grammes de pommes de terre ou un fruit de 100 grammes).

On peut en même temps diminuer la ration de légumes verts dont certains sujets n'absorbent pas un kilogramme par jour sans quelque répugnance, en se rappelant que 250 grammes de légumes verts représentent 10 grammes d'hydrates de carbone (un kilogramme de légumes verts + 50 grammes de pommes de terre = 750 grammes de légumes verts + 100 grammes de pommes de terre).

Par exemple :

Premier, deuxième, troisième et quatrième jours : *Régime-standard d'épreuve.*

Cinquième jour : Examens de laboratoire.

Sixième jour : Régime d'épreuve + 50 grammes de pommes de terre.

Septième jour : *Idem* + un œuf (supprimer 20 grammes de crème fraîche).

Huitième jour : *Idem* + un fruit (ou deux fruits si l'on supprime 250 grammes de légumes verts).

Neuvième jour : *Idem* + 50 grammes de viande.

Dixième jour : *Idem* + 50 grammes de pommes de terre.

Onzième jour : *Idem* + 30 grammes de fromage sec (supprimer toute la ration de crème), etc...

Ainsi, un jour sur deux : supplément hydrocarboné ; et un jour sur deux : supplément protéinique.

On cesse tout nouveau supplément protéinique une fois atteint le chiffre (à peu près fixe : 1 gr. 25 par kilogramme) de protéines que l'on se proposait d'administrer.

On cesse tout nouveau supplément hydrocarboné au moment où la glycosurie réapparaît, et l'on s'en tiendra dorénavant à un chiffre d'hydrates de carbone préformés de 5 ou 10 grammes inférieur à celui que marque le passage de sucre dans les urines.

Deuxième temps : *Complément du régime par l'adjonction de graisses.*

Jusqu'ici, la ration quotidienne de graisses est restée ce qu'elle était lors du régime d'épreuve (80 grammes environ).

En se basant sur le nombre de calories fournies par les protéines (chiffre à peu près fixe) et par les hydrates de carbone (chiffre variable avec la tolérance individuelle) d'une part, sur le nombre global des calories nécessaires d'autre part, on va pouvoir déduire par différence le nombre de calories que devront apporter les graisses, et partant la quantité de graisses que comportera le régime définitif (et qui ne sera jamais, rappelons-le, supérieure en poids, à trois fois la quantité d'hydrates de carbone préformés).

C'est vers le douzième ou le quinzième jour qu'on en arrivera à ce régime définitif ; il n'aura plus à subir dans l'avenir que quelques retouches de détail, — à moins que ne se modifie dans un sens ou dans l'autre la tolérance du malade, ou que ne survienne une complication intercurrente.....

Voici un régime mixte apportant 1.600 calories

à un diabétique dont la tolérance hydrocarbonée est de 80 à 85 grammes.

Il comporte :

80 grammes d'hydrates de carbone préformés = 320 calories.

70 grammes de protéines (dont 40 grammes d'origine animale) = 280 calories.

115 grammes de graisses = environ 1.000 calories.

| | |
|---|---|
| Légumes verts et salade | 500 gr. |
| Lait | 100 gr. |
| Pommes de terre | 150 gr. |
| Viande | 150 gr. |
| Œuf nº 1 ou fromage sec | 30 gr. |
| Beurre et huile | 80 gr. |
| Crème fraîche | 50 gr. |
| Pain de gluten | 20 gr. |
| Fruits | 200 gr. |

Au lieu de 1.600 calories, veut-on fournir au malade 1.800 calories sans accroître la ration de protéines, on remplacera, par exemple :

| | |
|---|---|
| Viande | 150 gr. |
| Œuf | nº 1 |
| Beurre et huile | 80 gr. |
| Crème | 50 gr. |

Par :

| | |
|---|---|
| Viande | 100 gr. |
| Œuf | nº 2. |
| Beurre et huile | 90 gr. |
| Crème | 100 gr. |

les 200 calories supplémentaires étant apportées par un surplus de 20 à 25 grammes de graisse.

... On peut multiplier à l'infini la composition du régime : il suffit de se rapporter aux tables d'équivalence ; le malade lui-même aura tout intérêt à les posséder et à connaître leur mode d'emploi pour pouvoir, de son propre chef, substituer dans le menu les carottes aux pommes de terre, les fruits d'hiver aux fruits d'été, etc...

***

Telle est la technique que nous avons adoptée. Il va sans dire qu'elle n'a pas la prétention d'être intangible. Mais son extrême simplicité et les bons résultats qu'elle nous a toujours fournis, nous ont incité à la rapporter ici dans ses grandes lignes.

***

Toutes ces données n'ont d'autre valeur que celle d'un schéma.

Si ce schéma peut être appliqué sans retouches dans le diabète simple, isolé, l'association si fréquente d'obésité, de brightisme, d'hypertension, d'artério-sclérose en modifient forcément quelques points. Et surtout il ne faut pas oublier que l'apparition d'une complication intercurrente (furoncles, grippe, angine, — sans parler des gangrènes diabétiques) entraîne parfois subitement un effondrement de la tolérance hydrocarbonée, et une poussée grave d'acidose. D'où la nécessité de ne jamais perdre un diabétique de vue, et d'être prêt — à la moindre alerte — à restreindre momentanément son régime et à y adjoindre le cas échéant une série d'injections sous-cutanées d'insuline.

Erratum. — Dans l'article précédent du Dr Gilbert-Dreyfus (Nº 24, 12 juin), une erreur typographique a dénaturé le tableau de la première colonne de la page 1820.

Il faut lire en effet :

COMPOSITION MOYENNE DES PRINCIPAUX ALIMENTS EN %

| | Hydrates de carbone | *Protéines* | Graisses |
|---|---|---|---|
| Lait | 5 | 3 | 4 |
| etc., etc. | | | |

Les titres des deux dernières colonnes de ce tableau doivent donc être intervertis comme ci-dessus. N. D. L. R.

## CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

### La névrite optique rétro-bulbaire (1)

Professeur F. Terrien

Je voudrais, à propos des trois malades que je vous présente, insister aujourd'hui sur les formes cliniques de la névrite optique. Bien que ces formes soient variables, on retrouve dans leur symptomatologie les caractères essentiels qui permettent assez facilement le diagnostic. Ce sont, comme vous allez le voir, les signes subjectifs qui prédominent et qui dans tous les cas sont toujours les premiers en date.

(1) Leçon du 12 février 1932.

Symptomatologie. — Notre première observation a trait à une jeune femme, âgée de 30 ans, qui vient nous consulter pour des troubles visuels apparus il y a environ quatre ou cinq jours. Un matin, en se levant, elle constate la diminution de la vision de son œil gauche. Cette diminution de la vision progressa rapidement, alors que la vision de son œil droit demeurait normale.

Tandis que l'œil droit, en effet, montre une acuité et un champ visuel normaux, à gauche le champ visuel est sensiblement normal mais la

malade présente un scotome central de sept à huit degrés de diamètre et l'acuité visuelle est seulement de 1/8.

Le scotome central est un symptôme fondamental de la névrite optique. L'acuité visuelle est plus ou moins diminuée et on constate exactement au point de fixation un scotome, généralement circulaire, tout d'abord relatif, les couleurs seules étant confondues et la perception des formes étant conservée. Puis le scotome devient absolu et dans toute l'étendue du scotome, qui varie de quelques degrés à la presque totalité du champ visuel suivant la variété de névrite, le sujet ne perçoit plus les objets. La périphérie du champ visuel demeure normale et il en était ainsi chez notre malade.

Si nous l'interrogeons nous apprenons que la veille elle avait eu quelques douleurs dans l'œil gauche, douleurs spontanées et surtout réveillées par les mouvements de l'œil. De plus, si nous exerçons sur le globe oculaire du côté atteint une légère pression d'avant en arrière au travers de la paupière supérieure, nous provoquons également une douleur et c'est là, nous le verrons, un symptôme assez caractéristique de la névrite rétro-bulbaire.

Vous voyez qu'il y a chez cette malade, comme chez tout sujet atteint de névrite rétro-bulbaire, des troubles sensitifs et sensoriels. Les symptômes subjectifs sont les plus importants et, on pourrait même dire, les seuls au début de l'affection. Et ceci se comprend puisqu'il s'agit d'une névrite optique ; dans toute névrite de cet ordre, quelle qu'en soit la nature, à côté de ces deux symptômes subjectifs essentiels : diminution de l'acuité visuelle et douleur à la pression sur le globe, c'est-à-dire troubles à la fois sensitifs et sensoriels, on peut noter aussi deux ordres de symptômes objectifs : des troubles de la pupille, qui peut être légèrement dilatée et paresseuse à la lumière, et des troubles du côté de la papille.

Mais bien souvent, surtout au début de l'affection et quelquefois même pendant tout le cours de celle-ci, on ne trouve rien à l'examen ophtalmoscopique ; plus tard, on pourra parfois constater des phénomènes inflammatoires, se traduisant par de la rougeur du disque optique et par la disparition de ses bords qui se confondent avec la rétine voisine.

Chez notre malade le fond de l'œil est normal ; sa pupille gauche réagit normalement à la lumière aussi bien que la droite et nous ne trouvons chez cette jeune femme aucun phénomène objectif.

Enfin, les symptômes subjectifs observés ; la baisse de la vision est survenue rapidement, sans aucun phénomène précurseur et ce scotome central associé à la douleur à la pression sur le globe oculaire, sont bien des symptômes de cette variété de névrite du nerf optique, appelée névrite rétro-bulbaire. Les lésions en effet portent sur le nerf en arrière de la papille, en arrière du globe oculaire par conséquent et ceci explique que l'examen ophtalmoscopique demeure négatif dans le plus grand nombre de cas, tout au moins au début. Ce n'est que plus tard, l'inflammation du nerf gagnant la papille elle-même, que l'hyperémie papillaire ou la névrite optique devient appréciable à l'ophtalmoscope.

Tout d'abord, s'il existe des altérations de la papille, il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'une névrite vraie et non d'une pseudo-névrite et le diagnostic est quelquefois délicat.

Un exemple très net de pseudo-névrite nous est fourni par les phénomènes qu'on peut observer au début du développement d'une tumeur cérébrale. La stase papillaire qu'on observe en pareil cas est, vous le savez, la conséquence de l'œdème de la papille ; elle est due à la propagation de l'œdème cérébral et il n'y a pas là de phénomènes inflammatoires, du moins au début. Aussi est-ce à tort qu'on appelle ces manifestations œdémateuses de la papille, névrite œdémateuse.

Car les troubles fonctionnels sont nuls ou insignifiants au début du développement d'une tumeur cérébrale et l'acuité visuelle peut rester longtemps normale. Est-il besoin de rappeler que le moindre symptôme général capable de laisser soupçonner chez un sujet l'existence d'une tumeur cérébrale commande l'examen ophtalmoscopique, alors même que le patient n'accuse pas le moindre trouble visuel ?

Ce n'est que plus tard, en effet, que la stase papillaire qui déjà par elle-même est un symptôme tardif de tumeur cérébrale se complique de vraie névrite optique. Lorsqu'elle apparaît, elle n'est que secondaire et c'est alors seulement que survient la diminution de la vision.

D'ailleurs la stase papillaire des tumeurs cérébrales, toujours bilatérale, est un syndrome très caractéristique n'ayant aucune relation avec les névrites que nous étudions. Si nous l'avons mentionné ici, c'est que les simples hyperémies qui accompagnent si souvent les vices de réfraction, en particulier l'hypermétropie forte, surtout s'il existe en même temps de l'astigmatisme, ont pu en imposer parfois pour une névrite optique au début ou même pour une tumeur cérébrale.

Dans un rapport récent sur ce sujet paru dans le *British Journal of ophtalmology*, j'ai relevé une proportion assez élevée de sujets hypermétropes et astigmates, se plaignant de maux de tête assez violents, présentant en même temps une hyperhémie très accusée des papilles et qui, pour cette raison, avaient été pris à tort pour des sujets atteints d'une tumeur cérébrale. Chez ces individus la prescription d'une correction vi-

suelle appropriée suffit à faire disparaître tous les phénomènes pathologiques.

Hier encore, je voyais dans mon cabinet une malade chez laquelle on avait soupçonné une névrite optique de l'œil droit. Cette malade, âgée de 32 ans, très fortement anémiée, avait un astigmatisme hypermétropique de quatre dioptries, et l'acuité visuelle était d'un sixième. Elle disait voir moins bien depuis quelques années ; mais la correction de l'astigmatisme par un verre convenable suffit à remonter l'acuité visuelle jusqu'à un tiers. Il s'agissait donc chez cette femme d'une anomalie congénitale avec diminution de l'accommodation. La malade avait jusqu'à un certain âge réussi à corriger son vice d'accommodation ; puis, avec la fatigue et la presbytie précoce, elle n'y parvient plus. Notons qu'il existait en même temps une petite anomalie de la papille, caractérisée par un croissant de Fuchs, qui siège on le sait à la partie supérieure du disque optique.

Vous le voyez, dans tous ces cas de pseudo-névrite optique, les symptômes objectifs dominent, caractérisés par l'hyperémie de la papille ; les symptômes subjectifs font le plus souvent défaut, ou si l'acuité visuelle est diminuée, la correction optique l'améliore. Au contraire, dans les véritables névrites, ce sont les troubles subjectifs qui dominent le tableau clinique de la maladie.

Variétés cliniques. — Comme je vous l'ai dit au début de cette leçon, il existe plusieurs variétés de névrite optique, et cette multiplicité est la conséquence de la structure du nerf optique.

Celui-ci, vous le savez, est formé d'un grand nombre de fibres nerveuses réunies en faisceaux, le tout entouré de trois gaines. Ce sont, en allant de dehors en dedans : la gaine durale, continuation de la dure-mère, la gaine arachnoïdienne avec ses deux feuillets et enfin la gaine piale, étroitement appliquée à la surface du nerf. Nous aurons donc à envisager les lésions périphériques et les lésions centrales et suivant la localisation sur ces diverses parties du nerf on peut distinguer trois types de névrite optique : 1° le type périphérique, portant sur les enveloppes: on le voit surtout dans les méningites, dans les affections inflammatoires du voisinage.

2° Le type de la névrite totale, lorsque l'inflammation s'étend à la totalité du tronc nerveux.

3° Enfin le type de la névrite rétro-bulbaire. Les lésions portent alors sur les parties axiales du nerf, ou même se limitent au seul faisceau maculaire qui, on le sait, occupe dans le nerf optique la partie centrale du nerf. Point n'est besoin de vous rappeler, en effet, qu'il y a trois faisceaux distincts dans le nerf optique: le faisceau temporal, le faisceau nasal et le faisceau central ou maculaire.

Les névrites centrales ou axiales, les névrites totales et les névrites des gaines, voilà donc les trois types de névrites optiques.

Notre première malade est atteinte d'une névrite axiale puisque, vous l'avez vu, la périphérie du champ visuel demeurait conservée ; les lésions intéressent donc les faisceaux centraux. C'est pourquoi dans cette variété prédominent les symptômes subjectifs et on ne trouve pas le plus souvent d'altérations du fond de l'œil, les lésions se localisant en arrière de la papille.

Quelle est chez notre malade la cause de cette névrite ?

Par les symptômes constatés actuellement chez elle, on voit qu'elle présente une névrite optique rétro-bulbaire.

Ces névrites sont caractérisées par la perte de la vision centrale. C'est le premier symptôme qui attire l'attention. Le malade se plaint d'une diminution rapidement progressive de la vision centrale.

Lorsqu'on examine le champ visuel d'un tel sujet, on révèle la présence d'un scotome central, dont l'étendue assez variable était chez notre malade de 8 à 10 degrés. L'acuité visuelle diminue ; on note en même temps de la douleur à la pression sur le globe oculaire ou à l'occasion des mouvements de l'œil.

Etiologie. — En général, la névrite optique reconnaît pour origine une infection ou une intoxication et son apparition est habituellement rapide.

Souvent il s'agit d'une névrite grippale, d'une infection générale ou bien locale, d'une lésion de voisinage.

Notre malade ces temps derniers n'a présenté aucune infection, elle n'a pas eu de grippe et on ne trouve chez elle aucune infection ou intoxication. De même l'examen des sinus de la face ne montre aucune altération et la radiographie ne révèle aucune anomalie. Il ne faudra jamais d'ailleurs en pareil cas négliger semblable examen car la névrite rétro-bulbaire peut reconnaître une origine sinusienne (l'infection provenant des sinus sphénoïdal, ethmoïdal ou frontal).

Je n'ai pas besoin de vous rappeler les rapports étroits existant entre le nerf optique et les sinus de la face qui enveloppent la presque totalité de l'orbite à l'exception de sa partie externe.

Le sinus sphénoïdal en particulier, par l'intermédiaire de la petite aile du sphénoïde dans laquelle il pousse quelquefois un diverticule, présente des rapports étroits avec le nerf optique, rapports encore accrus par les déhiscences observées quelquefois au niveau de ses parois, qui faciliteront la propagation de l'infection sinu-

sienne au nerf optique. On en a signalé des observations et voici un exemple, où une infection du sinus sphénoïdal semblait avoir provoqué une névrite optique rétro-bulbaire. C'est l'observation rapportée par MM. Velter et Liebault dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1923. Il s'agit d'une malade de 27 ans qui, depuis environ une douzaine de jours, souffrait d'une diminution de la vision de son œil droit, et la pression sur le globe oculaire était aussi légèrement douloureuse. On lui trouve pour son œil droit une acuité visuelle de 1/100 et il existe un scotome central absolu. L'examen du nez montre un volumineux cornet moyen ; ce cornet ayant été réséqué, permit de voir à l'intérieur du sinus sphénoïdal un polype du volume d'un petit pois qui fût excisé. Après l'ablation du polype, peu à peu le malade voit régresser son scotome. Six semaines après l'intervention l'acuité visuelle de l'œil droit était remontée 8/10, et dès le lendemain de l'opération le réflexe lumineux direct de la pupille avait reparu. Aussi les auteurs n'hésitent pas à rapporter ici à l'infection du sinus sphénoïdal l'apparition de la névrite optique.

D'autres observations de ces névrites dues à des lésions du voisinage ont été rapportées.

Et l'on se base pour étayer cette étiologie sur l'heureux effet de l'intervention sur les cornets et sur le sinus, soit du fait du drainage sinusien, peut-être aussi du fait de la seule hémorragie résultant de l'intervention comme on l'a noté dans certaines observations ; peut-être aussi quelquefois s'agit-il d'une simple coïncidence.

Quoiqu'il en soit, Liebault recommande en pareil cas de ne pas tamponner car l'hémorragie, le plus souvent insignifiante, s'arrête d'elle-même. De plus un tamponnement n'aura d'autre résultat que de transformer une région qui se draine facilement en une cavité close où la virulence microbienne peut s'exalter. Cette hypothèse de lésions sinusiennes est donc très séduisante pour les raisons multiples que nous venons d'indiquer et du fait de cette sorte d'encerclement sinusal de l'orbite et du nerf optique sur lequel a bien insisté le Professeur Lemaître.

Toutefois deux notions doivent rendre prudent dans cette interprétation : la multiplicité des causes infectieuses ou toxiques, capables de provoquer une névrite rétro-bulbaire, et son évolution favorable dans plus de la moitié des cas.

Une fois sur deux, en effet, cette névrite optique s'améliore, ne laissant après elle qu'une diminution d'acuité visuelle insignifiante et la névrite évolue dans ces cas en l'espace de quelques semaines.

Chez la jeune femme que je viens de vous présenter, les lésions, j'espère, pourront disparaître, mais je doute fort que nous puissions préciser leur étiologie et il en est le plus souvent ainsi (1). N'oublions jamais en pareil cas de songer à la possibilité d'une sclérose en plaques dont la névrite optique peut demeurer longtemps l'unique manifestation.

A côté des infections, il faut aussi retenir les intoxications ; elles retentissent également sur les deux nerfs optiques et toutes les variétés d'intoxications : alimentaires, volontaires, accidentelles, thérapeutiques sont capables de provoquer une névrite rétro-bulbaire.

Je citerai entre autres exemples d'intoxication médicale ayant entraîné une névrite optique, celui d'une intoxication par l'atoxyl dont j'ai rapporté une observation typique (2).

Un autre exemple d'intoxication thérapeutique est celui d'une malade que nous avons eu l'occasion de voir avec les Drs Landowski, Rochon-Duvigneaud et Ravaut, qui avait été traitée par un médecin par des injections d'acétylarsan pour psoriasis généralisé. On lui avait fait six injections à la dose habituelle de trois centigrammes par centimètre cube en l'espace de quinze jours. Le surlendemain de la sixième injection la malade voit trouble ; lorsque je l'examinai quelques jours plus tard, elle ne voyait plus rien et les réflexes pupillaires étaient abolis.

Elle avait donc une névrite rétro-bulbaire et nous étions malheureusement désarmés au point de vue thérapeutique. Ravaut conseilla chez elle un traitement par les injections intra-veineuses d'hyposulfite de soude à 20 p. 100 et l'on fit tous les jours pendant quelques jours une injection de dix centimètres cubes. La vision revint peu à peu.

Dans certaines industries où l'on observe des intoxications par le sulfure de carbone la névrite rétro-bulbaire est assez fréquente et nous en avons rapporté ici-même deux observations.

Dans tous ces cas il s'agit d'une névrite portant en arrière de la papille : les lésions se localisent sur l'axe du nerf.

Chez la malade que je vous ai présentée les lésions portent sur les parties centrales du nerf optique, mais elles s'étendent plus ou moins loin vers la périphérie, ce qui explique ici l'étendue du scotome. Les dimensions de celui-ci sont variables. D'ordinaire, limité à la région centrale, il peut quelquefois s'étendre jusqu'à l'extrême périphérie du champ visuel. Mais, alors même en pareil cas que le sens des formes a disparu dans

(1) Il est intéressant de noter ici que notre malade, revue huit jours plus tard, montrait une amélioration considérable ; l'acuité visuelle était remontée à huit dixièmes et ceci montre une fois de plus combien il importe en pareil cas d'être prudent dans l'appréciation de la valeur d'un traitement.

(2) F. Terrien. — Atrophie optique à la suite d'injections d'atoxyl. *Annales des maladies vénériennes*, 1907, p. 753.

la totalité du champ visuel, il est exceptionnel que la sensibilité lumineuse ne soit pas conservée à la périphérie de celui-ci.

Cette névrite rétrobulbaire comporte le plus souvent, nous venons de le voir, un pronostic assez favorable et il est assez rare que survienne l'atrophie optique. Cette variété de névrite optique peut donc guérir avec ou sans traitement, aussi importe-t-il de se montrer prudent dans la thérapeutique afin de ne pas risquer par une médication intensive, d'aggraver les lésions. Sans doute il y aura lieu de rechercher parmi les causes possibles d'infection de voisinage les lésions dentaires. Mais combien on a exagéré l'influence de celles-ci sur l'apparition des névrites optiques, en Amérique en particulier où certains n'ont pas craint de conseiller l'avulsion de toutes les dents !

Mais nous l'avons dit et on ne saurait trop le répéter, après avoir porté le diagnostic de névrite optique rétro-bulbaire et en l'absence d'étiologie précise pensez toujours à une névrite due à la sclérose en plaques. Celle-ci débutera souvent par une névrite rétrobulbaire apparaissant de bonne heure et qui pourra demeurer longtemps l'unique symptôme de la sclérose en plaques.

Enfin il est une forme tout à fait typique de névrite rétro-bulbaire, c'est la névrite due à l'intoxication par *l'alcool et le tabac*, les lésions étant ici limitées au seul faisceau maculaire.

Le scotome est alors tout à fait central et cette variété s'observe chez des individus qui abusent de l'alcool et du tabac depuis de longues années. La perte de la vision centrale, la diminution de l'acuité visuelle sont presque toujours bilatérales ; le champ visuel périphérique est normal et lorsqu'on examine ces sujets avec le périmètre, on constate que le scotome est uniquement limité à la portion centrale.

Au début ce scotome n'est pas absolu et on constate seulement une altération pour les couleurs, tout d'abord pour la couleur verte, puis plus tardivement pour la rouge. Enfin, le scotome peut devenir absolu. Mais il n'est jamais très étendu, car, de forme circulaire ou légèrement ovalaire, il ne dépasse guère cinq à six degrés.

Là encore les lésions sont centrales et se limitent au seul faisceau maculaire.

Le pronostic de cette névrite par amblyopie toxique est favorable : si le malade veut bien renoncer à l'abus de l'alcool et de tabac, l'acuité visuelle s'améliore d'ordinaire assez rapidement et le scotome régresse.

On a beaucoup discuté la question de savoir si le tabac seul pouvait donner une amblyopie toxique, lorsqu'il n'y a pas d'intoxication éthylique associée, car l'alcool joue sans contredit le rôle le plus important dans l'étiologie de cette variété de névrites optiques toxiques.

On a cependant constaté que le tabac seul peut provoquer des troubles visuels. Car on a noté des amblyopies chez des chevaux qui allaient à l'abreuvoir situé en aval de plantations de tabac sur l'Amazone. Nous-même avons eu assez souvent l'occasion de constater des névrites rétro-bulbaires dues uniquement à l'abus du tabac et nous venons encore d'en observer un exemple très net à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

On a aussi poursuivi des expériences sur les lapins : on les soumit pendant quelques mois à une intoxication tabagique réalisée par l'aspiration et on observa chez ces animaux des altérations du faisceau central du nerf optique.

De cette névrite optique d'origine toxique dans laquelle les lésions portent sur le seul faisceau maculaire, il faut rapprocher la *névrite optique héréditaire.*

En voici un exemple très net et l'observation a été recueillie par M. Dumont. Le malade est un jeune homme de 22 ans 1/2 qui a été atteint il y a quelques semaines d'une névrite optique héréditaire.

Jusqu'au 15 janvier dernier sa vision avait toujours été parfaitement normale ; puis en l'espace de huit à dix jours la vision baissa très rapidement et il y eut même des stades d'amaurose passagère.

Actuellement les deux yeux ont un champ visuel périphérique normal, mais il existe à droite un scotome absolu; à gauche, le scotome existe aussi mais il est seulement relatif : la perception des couleurs a disparu.

Recherchant chez ce malade diverses infections ou intoxications, nous avons relevé chez lui une otite chronique évoluant depuis près de dix ans ; le malade aurait aussi à un moment donné présenté de l'albuminurie. Mais, fait bien plus important, on trouve dans ses antécédents héréditaires une grand'mère et deux frères atteints de la même affection survenue aux environs du même âge. C'est une névrite axiale héréditaire portant sur le faisceau central du nerf optique. L'affection frappe plus les hommes, mais elle est transmise par les femmes, comme du reste la plupart des affections héréditaires. Elle se manifeste généralement vers l'âge de 18 à 25 ans. Sur une statistique portant sur 228 malades, je relève 182 hommes ; ce sont donc les hommes vous le voyez qui payent le plus lourd tribut.

Cette affection héréditaire est encore appelée maladie de Leber, du nom de l'auteur qui le premier l'a bien décrite.

A quoi est-elle due ?

On a beaucoup cherché à préciser sa pathogénie. On s'est demandé s'il ne s'agissait pas de

troubles toxiques ou de rétrécissement congénital du trou optique.

Sans doute il est fréquent de noter en même temps des phénomènes d'intoxication alcoolique et tabagique et ceux-ci peuvent favoriser l'apparition de la névrite, mais bien souvent aussi la névrite se montre d'emblée, évoluant très rapidement, en une quinzaine de jours, sans le moindre symptôme d'éthylisme ou de tabagisme concomitant et chez des sujets non alcooliques. De même on comprendrait mal qu'un rétrécissement congénital du trou optique put retentir précisément sur la partie la plus centrale du nerf optique sans intéresser la partie périphérique qui, naturellement, devrait souffrir la première.

Etant donné l'âge où se manifeste la maladie de Leber, on pourrait se demander si des perturbations se produisant au moment de la puberté ne doivent pas être incriminées.

L'hypophyse pourrait peut-être avoir également une certaine influence. On a signalé, en effet, vous le savez, chez des femmes enceintes des troubles visuels consécutifs à l'hypertrophie de l'hypophyse, conséquence de la gravidité et certains auteurs ont décrit de ce chef chez des femmes enceintes un rétrécissement bi-temporal du champ visuel. Traquair, dans un article très documenté du *British Journal of Ophtalmology* (1927), rappelle les discussions du Congrès de Washington et les rapports de Finlay Carville et du Professeur F. de Lapersonne sur ce sujet. L'auteur conclut que le champ visuel ne serait d'ordinaire altéré que dans les grossesses anormales. Nous n'avons pas retrouvé ces altérations dans une thèse que nous avons fait faire sur ce sujet à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

De même ici, on avait pensé que l'hypophyse pouvait comprimer le nerf optique et on avait incriminé, pour expliquer la genèse de cette atrophie optique héréditaire, une hypertrophie hypophysaire, peut-être sous l'influence de la puberté. Mais les dispositions anatomiques de la région ne permettent guère semblable interprétation, puisque, nous l'avons dit, le faisceau maculaire occupe ici dans le chiasma et dans le tronc du nerf optique la partie centrale. Il ne pourrait donc être intéressé à l'exclusion des parties périphériques du nerf ; celles-ci devraient être lésées en même temps et davantage encore.

Quoiqu'il en soit et dans notre ignorance de la pathogénie de l'affection, le pronostic n'en demeure que plus redoutable. A l'inverse de la névrite rétro-bulbaire d'origine toxique, dont l'évolution est généralement favorable, la terminaison ici est le plus souvent fatale ; la régression des symptômes est, en effet, exceptionnelle ; la vision demeure très diminuée et le scotome central persiste, avec atrophie partielle de la papille et décoloration de sa moitié temporale. Les symptômes concomitants sont nuls le plus ordinairement, à l'exception de la céphalée initiale, témoignage d'un processus aigu d'inflammation névritique dans la partie postérieure du nerf optique.

Enfin, pour en terminer avec les névrites optiques, il me reste à vous parler du troisième type de névrite, la *névrite optique totale.* L'inflammation s'étend alors à la totalité du tronc nerveux. Cette variété se rencontre surtout dans la syphilis et le plus souvent il s'agit de neurorétinite.

Ces lésions, en effet, ne se limitent pas à la seule papille mais toute la rétine environnante est en même temps intéressée ; les couches postérieures du vitré sont plus ou moins troubles et de ce chef la papille examinée à l'ophtalmoscope apparaît très trouble, quelquefois même à peine visible, rappelant l'aspect de la lune vue au travers d'un nuage.

Qu'il me soit permis, en terminant, de rapprocher de ce type une observation intéressante que j'ai eu l'occasion de suivre il y a quelques semaines. Elle avait trait à un jeune lieutenant qui venait me consulter pour une diminution unilatérale de la vision de l'œil droit apparue quelques jours auparavant. L'acuité visuelle était de 1/6 ; le fond de l'œil ne montrait pas d'altérations, le réflexe pupillaire était à peu près normal et la présence d'un scotome central relatif de six à huit degrés, joint à l'intégrité de la périphérie du champ visuel et à la présence de douleurs sous l'influence d'une légère pression exercée d'avant en arrière sur le globe oculaire, permettait de porter le diagnostic de névrite rétro-bulbaire.

Ce malade étant militaire, dut entrer au Val-de-Grâce dans le service de mon collègue et ami le Professeur Worms. Son Bordet-Wassermann est négatif, ses pupilles réagissent bien à la lumière et on pouvait au premier abord écarter toute idée de syphilis. Toutefois des renseignements ultérieurs nous apprirent que le sujet était issu de parents syphilitiques et il s'agissait donc vraisemblablement d'une névrite hérédo-syphilitique.

TRAITEMENT. — Que faire en présence d'une névrite optique ? On commencera bien entendu dans tous les cas par la recherche du Bordet-Wassermann. En l'absence d'étiologie précise, on recommandera surtout de bien surveiller l'hygiène générale en favorisant la diurèse et l'élimination des toxines.

S'agit-il d'une amblyopie toxique alcoolo-tabagique, on interdira toute boisson alcoolique, l'usage du tabac ; on prescrira de légères purgations, au besoin quelques frictions avec la pommade hydrargyrique mais il faut se méfier des arsenicaux, qui, nous l'avons vu, sont capables

chez certains sujets de provoquer l'apparition d'une névrite optique.

Le pronostic, nous l'avons dit, est d'ordinaire favorable mais, nous le répétons, il faudra cependant toujours penser à la possibilité d'une sclérose en plaques, au début, témoin l'observation d'une malade que nous avons pu suivre pendant plusieurs années avec le Professeur Achard et dont la névrite optique fut pendant longtemps le seul symptôme d'une sclérose en plaques caractérisée, au cours de laquelle la malade succomba d'une affection intercurrente.

La névrite optique totale sera traitée d'une manière sensiblement identique. On ajoutera la révulsion sous forme de sangsues appliquées à la tempe et à la mastoïde. Si la syphilis doit-être incriminée, lors de neuro-rétinite syphilitique, on ne craindra pas de recourir à une médication plus énergique, en particulier aux injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre.

## LA TUBERCULOSE EN AFRIQUE

Par J. LAFONT (Clermont-Ferrand)

La sensibilité des Noirs à la tuberculose est bien connue ; la dernière guerre l'a confirmée une fois de plus. Lyle Cummins (1) a comparé la fréquence de la tuberculose des troupes noires anglaises sur le front avec celle des troupes blanches. Ces Noirs étaient sud-africains ou cafres et provenaient de régions où la tuberculose est rare ; ils constituaient un effectif de 11.000 hommes. En 1917 et en 1918 ils eurent plus de morts par tuberculose que toutes les troupes britanniques de France, qui comptaient alors 1.500.000 hommes. Les chiffres furent respectivement de 182 et de 165 ce qui représente un rapport de mortalité de 150 à 1. Comme les troupes africaines avaient passé une visite d'incorporation, on en conclut que la maladie avait été contractée en France, ce qui confirmait le vieil adage médical que la brousse africaine se défend bien contre la tuberculose.

Depuis, on a dit et écrit beaucoup de choses sur cette question de la tuberculose en Afrique ; il semble que les idées se soient modifiées et aient même évolué dans un sens tout à fait opposé. La Société des Nations a même prescrit une vaste enquête officielle dans toutes les colonies africaines ; mais, si l'en en croit G. Penso (2), qui parcourut la majeure partie de l'Afrique, « les faits récoltés sont maigres, dérisoires et les conclusions que l'on en peut tirer quasi nulles ».

Pour établir la fréquence et le développement de la tuberculose aux colonies, on se base sur les statistiques fournies par les hôpitaux ; or, s'il y a deux chiffres bien différents, c'est d'une part celui des indigènes tuberculeux recueillis dans les infirmeries et c'est d'autre part celui des tuberculeux qui vivent dans la colonie ; le premier est nécessairement inférieur, et de beaucoup, au second.

Un exemple confirme cette opinion. Au Tanganyka il y a quatre millions et demi d'indigènes ; et bien, les statistiques officielles donnent un chiffre de 200 tuberculeux et de 30 décès par an .

Comme le dit très justement G. Penso, les données statistiques restent loin, très loin de la réalité ; c'est logique d'ailleurs, car il est déjà impossible de recenser exactement le nombre des indigènes ; comment arriverait-on à dénombrer les tuberculeux, que leur caractère, leur mentalité et leur atavisme détournent de l'hôpital ; ils préfèrent les herbes de la forêt aux produits de la pharmacie et le sorcier au médecin ; ils vont mourir dans un endroit écarté ; tels sont leurs goûts et il paraît difficile de les modifier. Actuellement on peut affirmer sans exagération que la tuberculose existe dans toutes les colonies et qu'elle tend à se développer.

En attendant de posséder des chiffres exacts sur les victimes du fléau, on peut avoir une idée assez exacte de l'importance du problème de la tuberculose en Afrique, si l'on s'en rapporte aux observations des médecins qui y ont fait un séjour prolongé ; c'est ainsi que l'excellente étude de Perret-Gentil (1) sur les districts de Lourenço Marques et d'Inhambane, région qui est située au sud du Mozambique portugais, à peu près à la latitude de Prétoria, capitale du Transvaal.

L'hôpital du Dr Perret-Gentil a été fondée en 1908, pour le compte de la Mission suisse pour l'Afrique du sud, par le Dr Sechehaye, de Genève. Malgré ses moyens réduits (il n'y a pas de rayons X) et son isolement, cet établissement jouit, grâce à son directeur, d'une vitalité extraordinaire ; voici des chiffres : une moyenne de 32 consultations et de 65 hospitalisés par jour ; 124 grandes interventions, 66 petites et 50 accouchements pour la seule année 1929. On pratique tour à tour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'ophtalmologie.

(1) CUMMINS S. L. — *Internat. J. Pub. Health*, 1920, I, 137.

(2) PENSO G. — *Bull. e Atti R. Accad. Med. Roma*, 1931, I, 12.

(1) PERRET-GENTIL A. — *Rev. Méd. Suisse Rom.*, 1931, I, 25.

Les observations de Perret-Gentil méritent d'être signalées et résumées, car il connaît à la fois l'hôpital et la brousse et se trouve ainsi particulièrement bien placé pour avoir des vues exactes sur la question qui nous intéresse. Voici tout d'abord ce qu'il dit de l'hôpital : « Il est difficile, dans un pays comme celui-ci, d'obtenir des données exactes au sujet d'une maladie. Les hôpitaux trop rares n'atteignent qu'une partie minime de la population indigène. Les Noirs ne viennent se faire soigner qu'après avoir épuisé les ressources de la pharmacopée des médecins indigènes. » C'est bien ce que disait G. Penso. La brousse montre l'aspect réel des choses, leur gravité : « Il n'est pas rare de rencontrer, dans la brousse, des villages où successivement plusieurs des membres de la famille sont morts de la poitrine. On m'a cité le cas de certain village comptant trois ou quatre huttes où cinq indigènes ont subi ce même sort. Traversant récemment une contrée autrefois riche et peuplée, un de mes accompagnants me dit : Dans cette région on peut presque compter les hommes sur les doigts, tous sont morts de tuberculose, il ne reste plus que des femmes ».

Si l'on se base strictement sur les chiffres, ils sont plus élevés à l'hôpital de la Mission suisse, situé en pleine brousse, que dans les autres établissements du Gouvernement ; cela tient peut-être au fait que le Dr Perret-Gentil a recherché plus soigneusement les cas de tuberculose.

En 1925, dans le district de Lourenço-Marques, pour 4.061 hospitalisés, il y a 111 tuberculoses pulmonaires, 1 abdominale, 1 génitale, 11 d'autres organes, soit 3,05 % de tuberculose.

En 1925, à l'hôpital d'Inhambane, pour 790 hospitalisés il y a 6 tuberculoses pulmonaires, 1 abdominale, soit 0,8 % de tuberculose.

En 1926, dans le district de Lourenço-Marques, pour 4.325 hospitalisés il y a 116 tuberculoses pulmonaires, 2 tuberculoses abdominales et 6 tuberculoses d'autres organes, soit 2,86 % de tuberculose.

En 1926, à l'hôpital d'Inhambane, pour 615 hospitalisés, il y a 8 tuberculoses pulmonaires, 1 tuberculose méningée et 1 tuberculose généralisée, soit 1,67 % de tuberculose.

En 1928, à l'hôpital de la Mission suisse, sur 1.550 cas il y a 41 tuberculoses pulmonaires, 9 tuberculoses osseuses et articulaires, 2 tuberculoses génitales et 1 tuberculose d'un autre organe, soit 3,2 % de tuberculose.

En 1929, au même hôpital, sur 1.444 cas il y a 56 tuberculoses pulmonaires, 11 tuberculoses osseuses et articulaires, 7 tuberculoses abdominales, 3 tuberculoses génitales et 1 tuberculose d'un autre organe, soit 4,4 % de tuberculose.

La tuberculose est, dans cette région, une maladie des hommes et des adultes. En 1928 sur 41 cas de tuberculose pulmonaire il y a 36 hommes, sur 12 cas de tuberculose chirurgicale il y a 7 hommes ; en 1929, sur 56 cas de tuberculose pulmonaire il y a 46 hommes et sur 22 cas de tuberculose chirurgicale il y a 18 hommes. Les adultes sont les plus fréquemment touchés.

Dans la majorité des cas on rencontre des formes du type fibro-caséeux. Souvent les sommets paraissent relativement sains, alors que les bases présentent des lésions évolutives. Les malades se présentent, pour la plupart, à la consultation, alors qu'ils en sont au deuxième ou au troisième degré. L'évolution ne dépasse pas deux ans et le début n'est généralement séparé de la cachexie que par un intervalle de quelques mois. Le plus ancien cas observé datait d'une dizaine d'années. L'organisme du Noir est intoxiqué par l'alcool, anémié par le paludisme et l'ankylostomiase et affaibli par les maladies parasitaires (bilharziose, ascaridiose) ; comme il ne possède pas l'immunité relative de la race blanche, il n'offre aucune résistance au bacille de Koch ; l'évolution est inévitablement rapide.

Perret-Gentil n'a pu faire ni autopsies ni examens radioscopiques, le poste de rayons X le plus rapproché étant à 70 kilomètres. La recherche du bacille, faite aussi régulièrement que possible, a donné 85 % de résultats positifs.

Comment la tuberculose peut-elle exercer des ravages inquiétants dans un climat sec, dans une atmosphère de chaleur, sous un soleil intense ? Cela tient d'une part à la mauvaise hygiène, d'autre part au contact avec les blancs.

Les indigènes observés par Perret-Gentil, appartiennent à la race bantou ; de taille moyenne, ils sont bien proportionnés, bien musclés, capables de fournir des efforts physiques soutenus et prolongés.

L'habitation est très primitive ; une ou deux huttes obscures abritent la famille ; et, s'il y a un individu qui crache, tous les autres en profitent.

L'alimentation a pour base le maïs, assaisonné d'arachides et accompagné de légumes. Pas de viande de boucherie, de la volaille ou du poisson. Du manioc, des haricots. Peu de sel. La nourriture est peu variée, mais semble suffisante.

L'alcoolisme est fréquent. Les « cantines » vendent des quantités énormes de vin ; les Noirs fabriquent des boissons alcooliques avec les fruits du pays ; dans certaines régions on distille. Le nègre bouilleur de cru !

L'hygiène générale serait sans doute plus satisfaisante et les progrès de la tuberculose moins rapides sans les conditions spéciales du travail dans le district de Lourenço-Marques ; car ces bons Noirs, nés pour vivre en liberté, fainéanter au grand air et se rôtir au soleil s'astreignent au pire esclavage : le travail dans les mines. Le Transvaal les attire par ses mines, où le gain est

élevé ; les Noirs ont maintenant besoin d'argent, tout comme les civilisés ; ils émigrent et travaillent aux mines, exactement comme le paysan européen déserte son champ pour l'usine.

Les médecins de l'Est africain portugais jugent ce travail néfaste ; les Noirs passent le tiers de la journée dans la mine obscure et humide, ils dorment dans les « compounds » serrés les uns contre les autres, ils supportent des hivers rigoureux à une altitude variant de 1.350 à 1.730 mètres. Aussi les indigènes parlent-ils de la phtisie des mines.

On a pris des mesures contre cette émigration, qui a été réglementée. Certains gouvernements ont cherché à améliorer les conditions d'hygiène ; dans le Sud-africain anglais, à East London par exemple, la cité indigène se compose de cases rondes à toit conique ; ces cases sont en ciment et pourvues d'une porte, d'une fenêtre et d'une cheminée.

Les essais thérapeutiques de Perret-Gentil sont encourageants. Il a commencé par étudier les réactions à la tuberculine (injection intra-dermique de 0,1 c.c. de vieille tuberculine de Koch diluée à 1 pour 5.000) et a obtenu les chiffres suivants : au-dessous de 2 ans 10 % de cas positifs, de 3 à 5 ans 22 %, de 6 à 15 ans 37 %, de 16 à 20 ans 45 %, de 21 à 40 ans 46 %, au-dessus de 40 ans 50 %. Le pourcentage croît avec l'âge, mais il est toujours moins élevé dans la brousse qu'à la ville. Une fois les cas à réaction forte éliminés, on a pratiqué 360 *injections* de B. C. G.

Tous les sujets vaccinés n'ont pu être retrouvés, comme c'était facile à prévoir ; cependant aucun n'a fait de maladie grave après l'injection, aucun n'est venu se faire soigner pour une lésion tuberculeuse quelconque ; quelques-uns ont éliminé le vaccin par un abcès froid plus ou moins grand. L'emploi du B. C. G. chez les Noirs paraît plein de promesses.

L'Afrique offre un vaste champ d'études au phtisiologue ; la tuberculose noire, si rapide et si grave, constituera la pierre de touche des traitements, actuels et futurs, dont les effets sont difficiles à constater chez des Européens, qui présentent une tendance évolutive plus lente et plus capricieuse.

## HYDROTHÉRAPIE

### La douche abdominale couchée

Par G. Hutet, de Châtel-Guyon.

La douche abdominale horizontale est une heureuse association des différents modes de traitements physiques et externes des affections hépato-intestinales ; elle présente de grands avantages et donne pratiquement des résultats rapides, tant au point de vue du médecin qui les constate à l'examen, qu'à celui du malade qui en ressent le bénéfice. Il convient pour tirer de cette méthode le maximum d'avantage d'en préciser la technique, les modes d'action physiologiques et les indications.

#### I. — Technique

C'est à la position du malade au cours de l'opération qu'est due l'appellation de douche horizontale ou douche couchée. Celui-ci s'étend en effet sur un lit de toile tendue ou de sangles qui laisse l'eau s'écouler parfaitement, et sa tête repose sur un oreiller pneumatique imperméable recouvert d'une serviette. Dans cette position, l'abdomen se présente à la douche avec une paroi en relâchement musculaire, que l'on peut même rendre plus complet en faisant fléchir un peu les cuisses sur le bassin.

L'appareil se compose très simplement d'un mélangeur où se réunissent en proportion réglable les eaux chaudes et froides, de telle sorte qu'en actionnant la clef de celui-ci le doucheur puisse obtenir les températures voulues, et leurs variations, en les vérifiant sur un thermomètre annexé à l'appareil. Après le mélangeur se trouve une clef afin de régler le débit. Enfin est adapté le tuyau souple qui se termine suivant les cas par deux sortes d'appareils à doucher. C'est soit la large pomme d'arrosoir de 25 cm. de diamètre, suspendue à une faible distance de l'abdomen et qui laisse tomber l'eau à la manière d'une pluie douce, couvrant également toute la surface cutanée à traiter ; soit la petite pomme d'arrosoir que le doucheur dirige successivement sur les régions indiquées.

Il est donc possible, avec cet appareil, de réaliser la douche avec toutes les modalités voulues, faisant varier : la *température* de l'eau, la *force* de percussion, la *localisation* et la *durée* de l'opération.

Il existe, en effet, plusieurs techniques dans l'application de la douche couchée, mais le principe général est le suivant.

Commencer par une douche abdominale seulement, d'abord tiède à 36°, puis augmenter *progressivement* la température en trente secondes ou une minute jusqu'à 40°, 43° et même 45°, suivant les tolérances des sujets, et *main-*

tenir cette température pendant un temps de trois à huit minutes (on obtient ainsi une rougeur plus ou moins intense de la région); enfin, ramener en quelques secondes la température à 36º ou 37º, pour faire une rapide douche générale. Pour terminer, donner pendant quelques secondes un jet très chaud sur les pieds.

Le *temps* et la *température* étant fixés, il reste à déterminer la *pression* ou force de percussion. On emploie, suivant les indications que nous verrons plus loin, soit la douche sans force, dite baveuse, soit la douche avec force ou percutante. On obtient la douche sans force par la grande pomme d'arrosoir fixe, ou par la petite pomme d'arrosoir mobile, mais dont le jet est brisé par la main du doucheur ; et dans tous les cas, en réglant le robinet du débit. La douche percutante est obtenue par le réglage inverse du même robinet et surtout avec la petite pomme d'arrosoir.

Enfin, on indique, s'il y a lieu, la *région* de l'abdomen sur laquelle le doucheur doit insister ; c'est le plus souvent le côté droit : région cæcale ou région hépatique, mais ce peut être le côté gauche : région sigmoïdienne.

On peut adjoindre à la douche abdominale la *douche lombaire*, lorsque cette région est le siège de douleurs secondaires.

La technique de la douche abdominale couchée permet donc par la progression dans la croissance de la température, l'adaptation à des degrés élevés ; d'autre part, par le renouvellement constant de l'eau, elle réalise une application chaude dont la température est constante pendant la durée de l'opération. La percussion ou le frottement de l'eau sur la paroi abdominale effectue un massage très doux des organes profonds. Le jet très chaud sur les pieds qui termine toujours la douche horizontale, a pour effet de réchauffer le sujet et surtout de décongestionner les organes abdominaux et le cerveau.

## II. — Action physiologique

Pratiquement les malades ressentent un grand bien-être local et général. Ceux qui souffrent ont la sensation qu'on leur a enlevé un poids de leur côté, et généralement tout le corps a une impression de légèreté ; les maux de tête sont soulagés. La réaction locale est particulièrement nette, la peau est très rouge et légèrement hypoesthésiée.

Physiologiquement les actions de la douche sont les suivantes :

### Décongestion

On conçoit que les sensations éprouvées par les malades sont dues à la décongestion des organes profonds. En effet, expérimentalement la preuve a été faite que la dilatation des vaisseaux périphériques est en rapport avec la constriction des vaisseaux profonds — de la masse intestinale surtout — et qu'il y a par conséquent déplacement de la masse sanguine des organes vers la peau, donc décongestion des premiers. (Dastre et Morat : Antagonisme des vaisseaux superficiels et profonds). C'est le principe de toutes les révulsions.

De ce fait la circulation portale est notablement modifiée et l'amélioration se traduit éloquemment, au médecin qui palpe le foie pendant la cure hydrothérapique, par la régression du volume des gros foies congestionnés jusqu'au volume normal. Parallèlement les hémorroïdes s'affaissent. La circulation intestinale ressent le même bienfait ; on le constate objectivement par la palpation qui montre l'atténuation progressive des spasmes coliques, expression de la souffrance de l'organe.

### Analgésie

Outre cette action hydrostatique profonde que nous venons de décrire, la douche abdominale couchée entraîne chez les malades qui souffrent une diminution des douleurs spontanées et de la sensibilité à l'examen. La décongestion n'explique que partiellement ce fait. Des expériences relativement récentes (Lemaire, de Louvain) ont montré que la douleur d'un organe profond, et en particulier des séreuses, peut être en quelque sorte coupée par une action anesthésiante uniquement cutanée [piqûre intradermique de cocaïne (1)] et on a été conduit, en s'appuyant sur la théorie de la correspondance métamérique des viscères de Head, à trouver que le trajet de l'influx nerveux sensitif présentait une articulation à la peau. L'action calmante, anesthésiante, de la douche abdominale est due vraisemblablement pour une grande part à son *action directe sur la peau*.

### Motricité

Indépendamment des actions décongestionnante et anesthésiante de la douche abdominale, qui relève de son élément « chaleur » elle possède une action sur le péristaltisme intestinal par son élément « pression ». Si elle est percutante elle fait un massage doux de l'intestin et excite ses contractions. La radioscopie montre que des excitations même faibles (frottement des doigts) sur la paroi abdominale, provoquent au bout de quelques secondes, des contractions plus énergiques et plus fréquentes que les contractions gastriques ou intestinales spontanées. La douche agit de cette façon pour réveiller le péristaltisme des atones.

(1) L'anesthésie locale intradermique dans les syndromes douloureux vésiculaires. (Thèse de G. HUTET, Lyon, 1929.)

Si elle est baveuse, elle est calmante et réduit les spasmes.

### Tonus

Enfin son élément « durée » a lui aussi ses propriétés. On sait en effet par l'expérience que la chaleur prolongée augmente la fatigabilité des muscles et diminue leur tonus. Il y a donc par là une action antispasmodique. Les applications chaudes et courtes augmentent au contraire le tonus musculaire.

### Etat colloïdal

On a signalé une action tout à fait particulière de la douche hépatique, celle de choc colloïdoclasique, par la mobilisation de petites doses de toxiques retenus dans le foie par la fonction protéopexique, et qui serait capable, par sa répétition, de désensibiliser l'organisme.

## III. — Indications

Les indications de la douche horizontale sont diverses : hépatiques ou intestinales.

Hépatiques. — Les indications peuvent être rangées par catégories correspondant aux actions physiologiques : circulatoire, anesthésiante, et action de choc désensibilisatrice.

*a*) De l'action circulatoire relèvent : 1° Les *congestions hépatiques* et les *hypertensions portales* non bloquées (c'est-à-dire sans ascite). 2° L'*insuffisance hépatique.*

*b*) A l'action anesthésiante, on confiera les *vésicules* biliaires sensibles (*cholécystites chroniques*) ; mais il faut surtout savoir que la chaleur, qui calme les douleurs émanant d'une inflammation torpide, exalte les douleurs résultant d'une inflammation évoluant vers la suppuration (appendicite, cholécystite aiguë infectieuse).

*c*) L'action désensibilisatrice sera employée chez les malades sujets aux troubles d'ordre *anaphylactique,* tels que l'urticaire, la migraine certaines formes d'asthme.

Dans tous ces cas on prescrira la douche *hépatique,* sans force, très chaude, et prolongée trois à cinq minutes.

Intestinales. — Les diverses actions physiologiques classent de même les indications intestinales.

*a*) L'action circulatoire décongestionnera efficacement toutes les formes de *colites chroniques* et diminuera l'hypersécrétion muqueuse.

*b*) L'action anesthésiante sera d'un précieux secours dans les *formes douloureuses* de ces mêmes *colites* (typhlites, sigmoïdites, péricolites).

*c*) Mais ce sont les actions motrices et antispasmodiques qui régissent surtout les indications de la douche intestinale.

On emploiera la douche *sans force,* chaude et prolongée, cinq à huit minutes dans les *colites muqueuses* avec diarrhées et dans les *formes douloureuses* et surtout *spasmodiques d'entéro-colites.*

On emploiera au contraire avec avantage la douche percutante et courte (3 minutes) dans :

Les *stases coliques* où prédomine l'*atonie* ;

Les ptoses digestives.

Les dystonies gastriques.

Enfin dans les indications de la douche couchée par rapport aux autres modes de traitements hydrothérapiques, on tiendra compte du fait qu'elle est beaucoup moins fatigante que ceux-ci. (Elle peut être en particulier employée chez des tuberculeux non évolutifs).

### Contre-indications

Ce sont :

La *cirrhose hépatique* ; arrêtant la circulation portale, elle risque de provoquer sous la douche hépatique une congestion hémorroïdaire ou un état congestif général avec nausées et vomissements.

Les *lésions infectieuses, vésiculaires, appendiculaires* ou *coliques.*

Les *inflammations péritonéales.* La glace au contraire est indiquée dans ces cas.

## Conclusion

Par sa technique simple, la possibilité de trouver l'installation requise dans les établissements d'hydrothérapie ; par l'efficacité surtout de ses actions : décongestionnante, analgésique, motrice et antispasmodique, la douche abdominale couchée est un mode de traitement qui rend de grands services dans les affections chroniques hépato-intestinales (congestion hépatique, cholécystite chronique, stases intestinales et toutes les formes de colites.)

La douche abdominale couchée, qui peut être employée partout, est un traitement hydrothérapique particulièrement bien mis en œuvre dans les stations hydrominérales. Les installations thermales de celles-ci s'y prêtent spécialement et la minéralisation de l'eau ajoute encore son action à celle de l'hydrothérapie. Elle s'applique en particulier couramment à Châtel-Guyon pour sa double indication hépatique et intestinale, et elle contribue en partie à l'amélioration des baigneurs.

## LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

### La bonne et la mauvaise manière de traiter un urinaire

D'après le D[r] E. Pillet (1)

#### Examen extemporané des urines

Ne jamais négliger de regarder les urines par transparence dans un verre : degré de coloration, limpidité ou trouble. La purulence des urines ne peut être, en effet, décelée sur le fond opaque d'un vase ; nombre de calculeux ou de tuberculeux rénaux sont soignés comme des brightiques, alors qu'il s'agit de l'albumine du pus.

*Albumine* : Ajouter quelques gouttes d'acide trichloracétique (1 /10) et chauffer : nuage persistant.

*Phosphates* : Le trouble disparaît en chauffant après addition d'acide acétique.

*Sucre* : Chauffer avec un tiers de liqueur de Fehling, esssayée au préalable par la chaleur : teinte orangée.

*Pus* : Tout pyurique doit être suspecté de tuberculose (50 p. 100 d'urinaires) ; les pyuriques sont tuberculisables, si déjà ils ne sont pas tuberculeux. (Radiographier les pyuriques : calculs latents).

*Sang* : Dès la première hématurie, un examen urologique complet s'impose (cystoscopie, cathétérisme urétéral, radiographie), afin d'éliminer des hématuries prétendues supplémentaires ou essentielles.

En cas d'hématurie ou de pyurie, il faut découvrir, sans tarder, la cause : infection banale par rétention, tuberculose, calcul, tumeur, et leur origine : prostate, vessie, rein.

#### Cathétérisme

« *Ne jamais avoir la prétention de commander dans un urèthre : lui obéir* (M. Guyon). Le « cathérisme forcé », si proche de la vessie que puisse paraître la sonde, n'a jamais été qu'une fausse route. Les urines purulentes de la miction suivante passent alors dans le sang, d'où la possibilité d'un accès de fièvre urineuse, dont le pronostic est généralement bénin d'ailleurs.

« *Ne pas introduire n'importe quelle sonde dans l'urèthre* » ; toujours l'explorer d'abord avec une boule olivaire, passée doucement. Dès qu'une goutte de sang apparaît au méat, il faut s'arrêter, présenter la sonde autrement, en changer, et mieux, remettre l'examen au lendemain. S'entêter par les mêmes moyens, c'est se fermer une route facile pour le lendemain, même pour le spécialiste plus expérimenté.

Une bonne sonde peut supporter dans de bonnes conditions quelques minutes d'ébullition, et servir longtemps. Elle sera vite détériorée par macération dans une solution antiseptique ou dans un tube de verre humide.

La sonde métallique est dangereuse à manier chez l'homme. Chez la femme, elle est au contraire utile, comme la sonde en verre, à cause de sa facile stérilisation.

#### Calculs ou corps étranger de l'urèthre

Un calcul de l'urèthre est caractérisé par *un frottement pathognomonique à la boule olivaire.* Souvent, il s'est calé derrière un rétrécissement ; il peut y en avoir d'autres dans la vessie. Ne pas négliger de faire une exploration métallique chez un malade, qui souffre et saigne après la marche. Tout malade, ayant déjà émis, avec ou sans coliques néphrétiques, du sable ou des graviers, a des chances d'en avoir d'autres dans ses reins. Chercher l'hématurie microscopique et radiographier.

On peut tenter d'*extraire* directement avec des pinces spéciales les calculs ou corps étrangers de l'urèthre, mais il ne faut pas insister, car l'opération est dangereuse pour l'urèthre ; elle est, de plus aveugle. Mieux vaut :

1° Extraire un corps étranger sous le contrôle de l'urétroscope ;

2° Refouler doucement un calcul dans la vessie par le passage d'une grosse sonde, puis l'y écraser au lithotriteur.

*Les calculs de la vessie chez la femme* sont rares, à cause de leur facile évacuation par l'urèthre. Huit fois sur dix, ils sont développés autour d'un corps étranger (avoué ou non). La radiographie ne montre pas toujours le noyau suspect du calcul (fragment d'une épingle à cheveux). En cas de doute, renoncer à la lithotritie, et pratiquer la taille. S'il y a lithiase, radiographier la totalité de l'appareil urinaire.

#### Prostatiques

Tout prostatique consulte pour sa vessie, mais son médecin ne doit penser qu'à mettre ses reins à l'abri du reflux vésical, causé par la distension, et par suite de l'infection.

La rétention aiguë du vieillard marque sou-

(1) D[r] E. Pillet. — Principales erreurs à éviter dans le traitement d'un urinaire. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 février 1932.)

vent le stade ultime d'une longue période de rétention chronique ignorée ; la vessie distendue ne reprendra ses fonctions qu'après prostatectomie.

Un distendu, évacué complètement, ou sans une rigoureuse asepsie, peut mourir en quelques jours d'infection ou d'hémorragies *a vacuo*.

Chez un distendu à urines claires, une cystostomie peut être plus indiquée qu'un cathétérisme, qui marque parfois le début d'accidents infectieux. Du moins, le cathétérisme doit-il être fait, et renouvelé si nécessaire, avec une asepsie minutieuse.

L'hypertrophie prostatique ne succède pas à une prostatite chronique post-blennorragique ; c'est une néoformation adénomateuse due à l'âge : ne pas examiner une prostate, qui saigne, avec un instrument métallique (explorateur ou cystoscope).

Ne pas prendre pour un prostatique « jeune » un « médullaire » au début (ancien syphilitique).

### Tumeur de la vessie

Lorsque le toucher rectal ou vaginal révèle une induration du bas-fond vésical, on doit penser à une tumeur (et non à un calcul), explorer au cytoscope, et non à l'explorateur métallique, qui risque de provoquer une hématurie abondante. Des douleurs mictionnelles violentes, des hématuries répétées et terminales, se produisant à l'âge mûr, doivent faire penser à l'apparition d'une tumeur vésicale.

### Tuberculeux

Le seul signe de certitude de tuberculose urinaire, c'*est l'inoculation positive au cobaye*. Cette inoculation doit être faite et renouvelée dans tous les cas de pyurie.

Une *cystite tuberculeuse* guérit souvent spontanément après la néphrectomie ; elle ne guérit ni par des instillations médicamenteuses, ni par des lavages, surtout avec du nitrate ; la seringue sous pression surtout, détermine des douleurs atroces et inutiles. Souvent la tuberculose urinaire commence par de la cystite ; chez un jeune, une cystite spontanée doit faire immédiatement penser à un rein tuberculeux.

*Le rein tuberculeux* garde souvent un volume normal, sans être palpable. Presque toujours, un seul rein est atteint, et le malade n'en a jamais souffert pas plus que de l'autre. Le cathétérisme urétéral est le seul procédé certain de la découverte du rein tuberculeux ; il indique en même temps la valeur du rein sain. Le rein tuberculeux ne guérit pas par les moyens médicaux ; la néphrectomie assure souvent une guérison complète et prolongée, à condition que les malades s'astreignent à une vie plus reposée ; beaucoup sont en bonne santé, quinze et vingt ans après.

### Cancer du rein

La première hématurie est souvent un signe tardif, le malade portant un très gros rein à son insu. Au cours d'une hématurie, faire garder les caillots : un long caillot vermiforme, de 15 à 18 centimètres est rare ; mais il est presque pathognomonique d'une tumeur rénale.

Il ne faut pas négliger, en cas de tumeur du flanc, la recherche d'un *varicocèle symptomatique*, surtout à droite, dû à la compression des veines spermatiques au niveau de leur abouchement dans la veine cave par des ganglions cancéreux.

### Pyélonéphrite de la grossesse

Prescrire les antiseptiques rénaux et les vaccins. En cas de fièvre, l'évacuation prudente et aseptique de la rétention purulente du bassinet par les cathétérismes urétéraux, suivis d'instillations nitratées, suffit généralement. Exceptionnellement, recourir à la néphrotomie temporaire.

On peut ainsi éviter l'avortement thérapeutique et gagner l'époque où un accouchement prématuré donnera un fœtus viable.

### Lésions chirurgicales

*En cas de rupture traumatique de l'urèthre*, c'est le bistouri, et non la sonde, qu'il faut prendre. Fendre largement le périnée pour évacuer l'hématome, parfois énorme, et dériver les urines à l'hypogastre. Faire secondairement, soit une résection de l'urèthre avec urétrorraphie, soit une urétrostomie, suivie d'autoplastie, qui est moins mutilante.

*Toute plaie de la vessie*, opératoire ou accidentelle, doit être suturée immédiatement et drainée, sous peine de mort rapide.

Beaucoup d' « abcès périnéphrétiques » sont des appendicites rétrocæcales.

Une *anurie*, qui ne cède pas au cathétérisme urétéral avec lavages chauds du bassinet, doit être opérée d'urgence avant l'apparition du myosis et de la céphalée, c'est-à-dire avant le cinquième jour.

*Intervenir sur un rein sans explorations urétérales préalables*, c'est s'exposer à intervenir sur un rein unique, ou sur le rein sain, et, pour le moins à ne laisser, après enlèvement du rein malade, qu'un rein déficient, incapable d'assurer à lui seul les éliminations de l'organisme, et qui, frappé d'anurie, entraînera la mort.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Le cœur et l'altitude

Le Dr A. DUMAS rappelle tout d'abord que l'altitude active le cœur et la circulation en raison de la dépression barométrique, qui prête à la paroi artérielle une laxité plus grande, et lève le barrage des résistances périphériques, en faisant baisser l'état tensionnel du milieu intérieur.

L'altitude très élevée (2.000 mètres), quel que soit le climat, est à déconseiller à tous les cardiaques et cardio-vasculaires.

L'altitude moyenne (800 m.), sous un climat approprié, peut être bien supportée, et, dans quelques cas, favorable. Encore faut-il distinguer ici entre les différentes catégories de malades. Les sujets atteints de cardiopathies orificielles bien compensées, qu'il s'agisse de rétrécissement mitral ou d'insuffisance aortique, pourront se trouver très bien d'un tel séjour, surtout si le climat est sec et à l'abri des brusques variations barométriques, qui se produisent plus fréquemment à une altitude plus basse.

S'il s'agit de cardiopathie avec menaces de subasystolie, on risquera parfois de voir la dyspnée augmenter, tandis que, dans d'autres cas, les malades se trouveront soulagés ; il semble que la circulation sanguine périphérique ait tendance à s'améliorer, mais que la circulation pulmonaire puisse être troublée avec menace d'œdème pulmonaire.

Les hypertendus à compensation imparfaite pourront également éprouver un soulagement à se trouver à une altitude moyenne en climat sec. Ce climat agira à la façon d'un sédatif ; les extrasystoles s'atténueront ainsi que les crises de tachycardie transitoire ; la diurèse sera facilitée, témoignant de la reprise de l'activité cardiaque. Il faudra cependant se méfier chez les hypertendus scléreux de la possibilité de vertiges, de troubles cérébraux et de la menace possible d'hémorragie cérébrale.

C'est pourquoi les grands hypertendus, arrivés à la phase de sclérose artérielle, ne devront pas être soumis à des changements d'altitude.

Les sujets atteints d'angine de poitrine se comporteront de la façon la plus variable et la plus imprévue. La plupart, surtout s'il s'agit d'angor solitaire ou pur, se trouveront bien d'un climat d'altitude moyenne, sec et ensoleillé. La marche et les efforts physiques pourront être mieux supportés qu'ils ne l'étaient en altitude basse.

Ainsi, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, l'hyperactivité cardiaque déclenchée par la pression barométrique n'est pas une contre-indication à soumettre certains cardiaques à un climat d'altitude moyenne ; chez quelques-uns, à la limite de la décompensation, on pourra voir l'œdème diminuer ou disparaître, grâce à une amélioration de l'activité circulatoire.

Bref, les hypertendus et, en général, tous les cardiaques en imminence de décompensation, ne devront s'exposer qu'avec prudence et discernement à des changements d'altitude, et surtout de climat. Il s'agit, comme pour toute thérapeutique active, d'en discuter les indications et les contre-indications. (*La Pratique médicale française*, janvier 1932-A.)

### Les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire et leur portée.

MM. P. AMEUILLE et V. HINAULT envisagent spécialement le mode d'action des accidents aurothérapiques sur la marche de la maladie elle-même, qu'ils en hâtent la guérison, ou en aggravent l'évolution.

On sait que les accidents de l'aurothérapie peuvent être variés : gastro-intestinaux, cutanéo-muqueux, rénaux, etc. Ils présentent une analogie troublante avec les intoxications métalliques, et il est impossible d'admettre l'hypothèse d'une lyse bactérienne, d'une action spécifique de la sanocrysine sur le bacille tuberculeux.

Ces accidents se produisent aux doses les plus variables ; le seuil de toxicité varie aussi chez le même sujet, qui ne supportera pas les mêmes doses à deux séries différentes de traitement. Il est curieux, d'autre part, que presque toujours l'intolérance se manifeste par la même série d'accidents : diarrhée ou poussée cutanée avec possibilité de superposition d'accidents divers.

On a parlé de prédispositions rénales, intestinales, cutanées. Mais il ne paraît pas que les accidents auriques dépendent souvent de grandes insuffisances viscérales, rénales, hépatiques, etc ; ces diagnostics d'insuffisance sont souvent portés à la légère, et, comme pour le traitement arsenical, il existe très certainement des raisons, qui expliquent l'intolérance ; mais, nous ne les connaissons pas, et nous ne pouvons donc, par conséquent, établir aucune contre-indication *a priori*.

Pour juger des aggravations possibles à la suite de l'aurothérapie, on a surtout parlé des élévations thermiques, des hémoptysies, des pleurésies

et des réactivations focales. Mais, de même que nous apercevons les difficultés d'appréciation des guérisons thérapeutiques, de même nous ne nous dissimulons pas les difficultés d'appréciation des aggravations.

Pour les élévations thermiques, pas de doute ; elles sont bien un accident spécifique de l'aurothérapie, mais elles sont sans portée sur une aggravation possible de la maladie.

Les hémoptysies sont, d'autre part, un accident assez fréquent dans l'évolution de la tuberculose ; si quelques-unes peuvent traduire une réactivation, la plupart, dues sans aucun doute à l'action de l'or, ne sont pas l'indice d'une réactivation et permettent de continuer le traitement. Il paraît en être de même des pleurésies.

Par contre, le traitement aurique peut aggraver des lésions laryngées ; mais, en principe, une laryngite ne contre-indique nullement l'aurothérapie, dont, au contraire, elle peut bénéficier.

Quant à la réactivation des foyers, certains malades, sous l'action de l'or, présentent des signes cliniques momentanément plus accusés ; mais, malgré quelques coïncidences troublantes, les aurides semblent évoluer pour leur compte, et le shock qu'elles pourraient provoquer n'influence pas favorablement l'évolution de la maladie ; il paraît donc judicieux d'éviter les accidents, dont le rôle thérapeutique est pour le moins incertain. Pour ce qui est de la dose toxique et de la dose thérapeutique, il est possible, probable même, que pour chaque tuberculeux, il y ait une dose efficace particulière de l'or ; nous n'en connaissons pas la mesure, et ce n'est pas sa tolérance qui nous la donne. Il est possible, du reste, que cette tolérance soit variable, pour chaque sujet, d'une préparation aurique à l'autre ; mais il n'est pas certain que les préparations auriques les mieux tolérées soient les plus efficaces.

Les auteurs exposent quelle doit être, selon eux, la marche du traitement ; ils croient qu'il faut aborder très vite les doses élevées, les manier en considération des accidents possibles, les suspendre et les reprendre aussi souvent qu'il est nécessaire. Il est alors bien rare d'être amené à l'abandon définitif du traitement. (*Paris médical*, 9 janvier 1932.)

**L'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie.**

Le traitement fondamental de la coxalgie se résume toujours dans l'immobilisation rigoureuse de la hanche atteinte, suivant diverses méthodes. Mais, en même temps, le traitement général a une importance capitale.

Personnellement, dit le Dr G. Moutier, je limite au strict minimum les médications chez les coxalgiques. Plutôt que de les bourrer de chaux, qui est difficilement assimilée et qui risque de fatiguer les voies digestives et de supprimer l'appétit, je préfère leur donner une alimentation substantielle, bien digérée : c'est là vraiment le seul « fortifiant » qu'on puisse proposer ; on veillera en même temps à maintenir chez ces malades le bon fonctionnement des organes d'élimination. On luttera contre la constipation, si fréquente chez ces malades si longuement alités. On surveillera, on favorisera les fonctions hépatiques, les fonctions rénales, on leur fera respirer un air pur, non confiné, on aura soin surtout d'assurer au maximum les fonctions d'un organe de défense capital : cet organe, trop souvent négligé, c'est la peau.

La peau est un organe aux fonctions multiples, toutes très importantes. C'est d'abord un organe respiratoire qui supplée efficacement le poumon. Le sang circulant dans l'immense réseau capillaire sous-cutané, qui ne le cède guère en étendue au réseau pulmonaire, s'oxygène au contact de l'air périphérique. C'est un organe excréteur qui élimine par la sueur une quantité très importante de substances toxiques et qui décharge d'autant les reins. Son rôle thermo-régulateur est également de très grande valeur. Elle possède enfin une fonction, encore mal connue, d'absorption de l'énergie solaire, mais qui s'avère comme étant de première importance. La pigmentation, le hâle peuvent être considérés comme des accumulateurs de l'énergie solaire. Les sujets par l'héliose offrent à toutes les infections une résistance accrue. Les baigneurs, qui l'été sur les plages ont exposé leur corps en entier aux rayons du soleil, qui ont acquis ces torses de bronze qu'un snobisme, cette fois bienfaisant, a mis ces dernières années à la mode, passent en général leur hiver sans les milles infections des voies respiratoires habituelles en cette saison. Par ces séances de nudisme ils ont permis à leur peau d'exercer pleinement toutes ses fonctions, alors que celles-ci sont presque complètement annihilés par le port permanent de vêtements opaques. Les coxalgiques tirent eux aussi de la cure solaire d'immenses bienfaits, et dans les services d'héliothérapie, on a souvent observé que plus la pigmentation est rapide et foncée chez un malade, plus celui-ci a de chances de guérir avec le minimum de destruction osseuse. Pendant la mauvaise saison, la lampe de quartz remplacera le soleil déficient, mais l'actinothérapie est loin d'avoir la valeur de la cure solaire. (*Gazette médicale de Nantes*, 15 janvier 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### La mimique chez les aveugles.

(M. Georges DUMAS. — *Académie de médecine* ; 3-5-1932.)

Mimer, c'est imiter volontairement les expressions spontanées. Dans la mimique de la joie, les orbiculaires contractés amènent une diminution de la fente palpébrale et des rides à l'angle externe de l'œil, les joues sont attirées en haut et en dehors par des contractions musculaires (excitation du facial) et il se forme un sillon entre le nez et la partie médiane des joues.

Dans la mimique de la peur, plus difficile à réussir car elle procède d'inhibition faciale, les orbiculaires se relâchent et agrandissent au contraire la fente palpébrale ; les joues s'effacent et la mâchoire inférieure tend à pendre, entr'ouvrant la bouche.

Par quel processus physiologique se produisent ces mimiques ? Le mécanisme est-il subjectif et dérive-t-il de nos sensibilités musculaire et cutanée ? Est-il objectif, consistant alors à imiter les expressions déjà vues sur autrui ? Pour préciser ce point, M. Georges Dumas a étudié la mimique des aveugles de naissance, chez lesquels le mécanisme objectif ne saurait exister puisqu'ils n'ont jamais pu voir de visage joyeux ou triste. A la vérité, ces aveugles, qui peuvent spontanément exprimer sur leur visage la joie, la peur ou la colère, n'arrivent pas à le faire volontairement. Il faut éliminer, bien entendu, ceux de ces sujets qui auraient suppléé aux données visuelles par des données tactiles, se seraient rendu compte, par exemple, en appliquant leur main sur leur joue, que pendant le rire, la joue se relève, et qui, connaissant ainsi l'expression de la joie, l'imiterait. En résumé, de ses recherches chez les aveugles-nés, M Dumas conclut que ce sont les yeux qui interviennent pour apprendre à mimer, et non les sensations subjectives faciales.

### Le bacille de Koch, virus de sortie.

(MM. Jean TROISIER et T. DE SANCTIS MONALDI. — *Académie de médecine* ; 3-5-1932.)

Depuis les recherches de Lowenstein (de Vienne), l'étude de la bacillémie tuberculeuse a présenté un renouveau d'intérêt. Avec une technique nouvelle, perfectionnée, d'hémoculture, cet auteur est parvenu à déceler la bacillémie tuberculeuse beaucoup plus souvent.

MM. J. Troisier et de S. Monaldi ont entrepris des recherches analogues, mais dans un autre esprit, visant à caractériser des bacillémies associées, au cours de maladies non tuberculeuses. Ils ont trouvé des bacilles de Koch dans le sang dans un cas d'endocardite infectieuse, un cas de méningite cérébro-spinale et un cas de pneumonie franche. Ils pensent que les bacilles de Koch en question ont été, là, des virus de sortie, les bacilles vivant sous forme torpide dans les ganglions par exemple, *sortant* de leurs repaires sous l'influence de la maladie non tuberculeuse en cause. Les bacilles tuberculeux ainsi en sortie se sont montrés sans action morbigène actuelle. On ne saurait préjuger qu'il en soit toujours ainsi.

### La perte de l'immunité vaccinale.

(MM. André SERGENT et F. TRENSZ. — *Académie de médecine* ; 3-5-1932.)

MM. André Sergent et Trensz ont pu suivre, dans l'agglomération algéroise, 3.242 personnes de tout âge, de race européenne ou indigène, qu'ils ont revues après leur revaccination. La revaccination s'est montrée positive dans une proportion de 60 % des cas, sans grande variation selon l'âge. Ainsi se justifie, l'utilité de la répétition des inoculations vaccinales au cours de l'existence humaine.

### Caractérisation des taches de sang par réaction spectrale.

(MM. BIERRY et GOUZON. — *Académie de médecine* ; 10-5-1932.)

Il existe divers moyens, d'ordre chimique, physique et biologique, pour identifier le sang déposé sur du linge ou des vêtements.

MM. Bierry et Gouzon insistent sur un procédé d'ordre physique : le spectre de fluorescence du complexe stanneux de l'hématoporphyrine qui offre une constance remarquable, en cette matière, par la présence dans le rouge de deux bandes parfaitement repérées. Avec ce corps, on obtient un spectre très caractéristique en partant de très petites quantités de sang. La technique serait facile, rapide, et laisse un document témoin : le cliché photographique.

### La phrénicectomie dans la symphyse péricardique.

(M. BRÉCHOT. — *Société de chirurgie* ; 2-3-1932.)

La phrénicectomie, qui est une opération courante dans le traitement des affections pulmonaires tuberculeuses, pourra-t-elle rendre aussi des services dans la thérapeutique de certaines cardiopathies ?

M. Bréchot le penserait volontiers. Chez un malade de M. Laubry, atteint de symphyse péricardique, avec état cardiaque grave (cœur très gros, œdèmes, hydrothorax, pouls petit), estimant que le cœur, soumis aux tractions incessantes du diaphrag-

me, serait soulagé par le relâchement de ce muscle, M. Bréchot pratiqua une anesthésie locale du phrénique, à la novocaïne, d'abord, à l'alcool ensuite. Le patient fut de suite soulagé. Etant donné la gravité du cas et les craintes formulées par M. Laubry de voir diminuer la capacité respiratoire du malade par la phrénicectomie, cette opération ne fut pas tentée. Mais les bons effets de l'anesthésie du phrénique ont semblé être en faveur de la phrénicectomie, en pareille éventualité.

### Que peut donner la curiethérapie dans le cancer du rectum ?

(M. Robert Monod. — *Société de chirurgie* ; 24-2-1932.)

Le cancer du rectum est une des tumeurs malignes, pour lesquelles la curiethérapie serait le plus souhaitable, étant donné que la guérison ne s'obtient qu'au prix de risques opératoires sérieux et d'une infirmité pénible (l'anus artificiel définitif). Malheureusement, alors que le radium donne de bons résultats dans les cancers de la peau, de la langue, de la verge, du col utérin, il est généralement mis en échec dans le cancer du rectum pour deux motifs : les conditions anatomiques défavorables de cette variété de cancer et son peu de radiosensibilité.

En raison de son accès malaisé, de ses limites souvent difficiles à déterminer, on a beaucoup de difficulté à faire une irradiation correcte. D'autre part, comme tous les cancers du tube digestif à partir de l'estomac, le cancer du rectum est une mauvaise tumeur radiothérapique. Il faut distinguer, toutefois, les cancers anaux et même anorectaux, des tumeurs franchement rectales. La curiethérapie guérit souvent les premiers.

Au Centre anticancéreux de la Salpêtrière, M. Monod n'a pas obtenu de résultats bien encourageants, ni de la rœntgenthérapie, ni de la curiethérapie, dans le traitement des cancers du rectum. Si l'épithélioma de l'anus relève de la curiethérapie, le cancer du rectum relève surtout de la chirurgie.

Les résultats de l'opération seront d'autant plus favorables que le diagnostic aura été porté plus tôt. C'est en opérant de bonne heure les tumeurs malignes du rectum que l'on améliorera les statistiques. Pour cela, il conviendrait de bien préciser les signes révélateurs de ces cancers dont l'évolution est pendant si longtemps torpide. M. Monod insiste sur un signe : la diarrhée persistante et les écoulements, surtout s'ils apparaissent chez un ancien constipé. Il faudrait aussi faire plus souvent des touchers rectaux et répandre l'emploi du rectoscope. P. L.

### Le sérum antidiphtérique et son action thérapeutique ; étude expérimentale ; déductions pratiques.

(MM. Robert Debré, G. Ramon et Jean Bernard. — *Soc. méd. des hôp. de Paris.* ; 4-3-1932.)

Il suffit de se reporter aux expériences, qui ont été faites par les fondateurs de la sérothérapie antidiphtérique, pour comprendre comment agit le sérum, et ne pas lui demander plus qu'il ne peut donner. Les questions, envisagées par les auteurs dans leurs expériences ont été les suivantes : temps utile de l'intervention, doses à injecter, influence de la répétition des injections sur l'évolution de la maladie, persistance de l'antitoxine dans les humeurs des animaux et des hommes après l'injection de sérum spécifique.

Ces recherches mettent en évidence l'importance bien connue de la précocité du traitement spécifique de l'infection diphtérique. Elles constatent qu'en intervenant rapidement après l'inoculation, il suffit d'une petite dose d'antitoxine pour permettre aux cobayes de triompher de l'infection. Au contraire, lorsque le sérum est administré plus tardivement, il faut employer une dose d'unités antitoxiques plus copieuse et encore le résultat est-il incertain ; en effet, déjà la quantité de toxine diphtérique adsorbée au niveau de certains organes vitaux est assez importante pour provoquer la mort plus ou moins rapide de l'animal ; elle ne peut plus être neutralisée par l'antitoxine injectée ; si la mort ne survient pas, les complications ne sont plus évitées.

En clinique, lorsque nous nous trouvons, lors d'un premier examen, en présence d'un sujet atteint ou soupçonné de diphtérie, nous ne connaissons pas, comme en expérimentation, ni le véritable début du mal, ni surtout le degré actuel d'intoxication de l'organisme. En effet, quand nous observons, par exemple, une gorge rouge avec quelques petits points blancs disséminés sur la muqueuse, nous ignorons s'il n'y a pas en cause un germe très pathogène ayant très rapidement produit une assez forte quantité de toxine, laquelle a déjà diffusé dans l'organisme et est en train de l'intoxiquer profondément. Dans cette ignorance, il apparaît donc préférable de considérer les choses au pire et d'agir au plus vite, en injectant d'emblée une dose relativement massive d'antitoxine. La réalisation pratique de cette sérothérapie est à l'heure actuelle simplifiée, car l'un des auteurs est parvenu à obtenir chez l'animal producteur de sérum, des produits très riches en unités antitoxiques, qui permettront ainsi de réduire d'une manière sensible certains des inconvénients inhérents à la sérothérapie en général.

Les auteurs ont montré également que, contrairement aux idées au cours, chez le sujet humain le taux d'antitoxine produite ne diminue pas après l'injection aussi vite qu'on le pense ; après s'être accru jusqu'au quatrième ou cinquième jour, il diminue ensuite lentement, graduellement, et offre encore jusqu'à quinze, vingt, trente jours, et parfois plus longtemps encore, une valeur très appréciable, après une injection unique. Bref, il est préférable d'injecter, dès la première fois, de fortes doses d'antitoxine, mais non les doses énormes proposées par certains auteurs. Sans compter que la répétition des injections et l'introduction de doses énormes

de sérum, soit de fortes quantités de sérum hétérologue chez les malades, peut être rendue responsable de l'aggravation des lésions de certains organes déjà touchés par l'intoxication diphtérique.

S'agit-il de traiter la diphtérie chez un enfant de trois ans (13 kgr.), présentant une diphtérie de moyenne intensité, on injecte d'emblée 20.000 unités, soit 70 c. c. de sérum titrant 300 unités au centimètre cube, soit mieux 40 c. c. de sérum titrant 500 unités, ou, mieux encore, 20 c. c. de celui titrant 1.000 unités.

Chez un grand enfant de treize à quatorze ans, qui présente une angine à aspect diphtérique et paraissant des plus sévères, il pourra être fait, sans retard, une seule injection de 50.000 unités, soit 100 c. c. de sérum titrant 500 unités, soit 50 c. c. de sérum titrant 1.000 unités, au lieu de 200 c. c.

Il faut rappeler l'avantage bien connu de l'injection de sérum, mi-partie par la voie sous-cutanée, mi-partie par la voie intra-musculaire, celle-ci permettant de gagner un peu de temps, avantage toujours précieux.

La formule proposée par les auteurs est celle-ci : injection unique, précoce et relativement massive du sérum antidiphtérique, tel qu'il est préparé aujourd'hui.

M. Lereboullet a toujours soutenu la nécessité d'un traitement précoce et intensif dans la diphtérie ; et il ajoute que la dose nécessaire est fonction, non point de l'âge, du poids, de la taille, mais de la gravité de l'état local, de l'atteinte de l'état général, de la date à laquelle on intervient. Les faits expérimentaux rapportés par MM. Ramon et Debré donnent une démonstration éloquente en faveur de cette conduite ; mais il apparaît dès lors, moins nécessaire que ne le pensait l'auteur, de prolonger la sérothérapie, puisqu'il est maintenant prouvé que l'antitoxine reste longtemps en quantité plus que suffisante dans l'organisme. D'autre part, il a été amené à utiliser les arsénicaux et notamment l'acétylarsan dans le nez pour diminuer dans de larges proportions et l'importance et la durée du foyer toxigène local, ceci afin de ne pas prolonger l'usage de la sérothérapie.

M. H. Grenet, partisan de l'injection précoce, a rapidement reconnu que l'injection, sinon unique, du moins renouvelée seulement deux ou trois fois, donne des résultats au moins aussi bons que les injections longtemps renouvelées, à condition d'introduire une quantité suffisante d'antitoxine. Mais pour cela, il n'est pas nécessaire d'arriver aux doses énormes de sérum, qui ont été recommandées, en particulier à l'étranger ; les chiffres indiqués par M. Debré, variables suivant les cas, ont toujours paru suffisants. Il y a d'ailleurs un certain intérêt à ne pas introduire dans un organisme, déjà profondément altéré, une quantité trop considérable d'albumines hétérogènes. Il est aussi utile d'adjoindre à la sérothérapie un traitement local, capable de détruire les germes *in situ*. G. F.

## *Toulouse*

*Société d'Obstétrique et de Gynécologie.*

### Ablation d'un polype sphacélé au 8e mois de la grossesse.

M. Crussol. — Le polype présentait le volume d'un œuf de poule : en raison des lésions de sphacèle il fut enlevé un mois avant le terme sans influence âcheuse sur l'évolution de la grossesse. La malade fut morphinisée durant trois jours après l'opération.

### Rétrécissement cicatriciel du vagin.

M. Gay. — Une déchirure vaginale au cours du premier accouchement étant passée inaperçue, produisit un demi-anneau fibreux qu'il fallut sectionner pour permettre l'extraction du fœtus au cours d'un deuxième accouchement.

### Dystocie par bride congénitale longitudinale du vagin

M. Gay. — L'accouchement avec présentation du siège ne peut se terminer qu'après section de la bride au ras de ses insertions antérieures et postérieures. Suture. Suites normales.

### Césarienne basse pour kyste de l'ovaire prœvia inclus.

MM. Audebert, Estienny et Guilhem. — Le kyste étant bilobé, une partie était descendue dans le Douglas, par conséquent prœ-via, et empêchait l'engagement bien que le travail fut déclaré depuis plusieurs heures. On pratiqua une césarienne basse et l'ovariotomie après incision du péritoine et du ligament large. Les suites furent excellentes.

### Césarienne basse pour œdème hypertrophique du col.

MM. Audebert et Estienny. — Femme entrée en travail à la clinique avec présentation de l'épaule et tumeur du volume du poing existant à la vulve. Cette masse n'est pas réductible, présente une ulcération et se trouve rattachée à la partie droite du col par un pédicule rubanné : la malade prétend l'avoir depuis un mois et demi.

Césarienne basse sous rachianesthésie : lochiométrie dans les suites opératoires par obstruction vulvaire due à la tumeur, qui régresse assez rapidement. Actuellement, 30 jours après l'intervention, il n'existe plus au niveau du col qu'un noyau du volume d'une noisette.

### Quatre observations de prématurés de 7 mois élevés à l'allaitement artificiel.

M. Estienny. — Quatre prématurés de 1.600 à 2.000 gr. s'élevèrent normalement par l'alimentation au lait condensé et l'emploi de la couveuse. L'auteur explique ces bons résutats par l'absence de tares héréditaires chez ces enfants.

### Séminome des deux ovaires.

M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'une femme de 66 ans à laquelle il a enlevé des tumeurs kystiques solides des deux ovaires que l'examen histologique a montré être des épithéliomes germinatifs ou séminomes.

### Epithélioma kystique mucoïde de l'ovaire, d'origine wolfienne à pédicule tordu.

M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'une malade de 44 ans, qu'il a opérée d'un kyste de l'ovaire gauche, dont le pédicule était tordu à 180° dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur, pesant 2.175 grammes était formée de sept poches à contenu liquide et d'une partie solide. L'examen histologique montra un stroma de tissu conjonctif à ramifications variées et des épithéliums nombreux, cylindriques ou polyédriques, en papilles ou en tubes. L'auteur insiste sur la nécessité, pour éviter les récidives, d'extirper ces tumeurs avec précaution et de sectionner le pédicule le plus loin possible.

### Deux cas de fracture de Dupuytren.

M. Pérard (de Casablanca) communique deux observations de fracture de Dupuytren traitées l'une par la méthode sanglante, l'autre par un appareil plâtré avec bon résultat.

*Société d'obstétrique et de gynécologie.*

### Fréquence du cancer du col utérin en fonction de la parturition.

MM. Ducuing et Guilhem, d'après 500 cas de cancer du col utérin observés au Centre anticancéreux de Toulouse, trouvent une majorité importante de femmes n'ayant accouché qu'un petit nombre de fois et non des multipares comme ils s'y attendaient. Mais ils font des réserves au sujet du résultat que donneraient sur ce point des statistiques plus étendues.

### Classification morphologique des cancers du col de l'utérus.

MM. Ducuing et Guilhem présentent une classification morphologique des diverses variétés de cancer du col qui leur est personnelle, et qui tient compte en même temps que de la forme anatomique du point de départ du cancer dans chaque cas. Cette classification nouvelle fait l'objet de la thèse de Castex, élève du Prof. Ducuing.

### Deux observations de placenta prævia centra.

MM. Audebert et Estienny. — Dans le premier cas, la grossesse était de 8 mois et la femme une primipare saignant abondamment dès le début du travail avec un col à peine entr'ouvert, la césarienne basse permit aux auteurs d'obtenir un enfant en parfait état, et les suites pour la mère furent très simples.

Dans le second cas, la grossesse n'étant que de 7 mois, et la femme multipare présentant une dilatation notable, la méthode de Delmas donna un bon résultat. Cependant l'enfant succomba 5 heures après l'accouchement.

### Carcinomatose péritonéale diffuse et grossesse ; césarienne à terme.

M. Fournier présente une observation rarissime de carcinomatose péritonéale ayant permis l'évolution d'une grossesse jusqu'au terme. Il pratiqua la césarienne et obtint un enfant en parfait état. La mère succomba le soir même de l'intervention. La tumeur, myosarcome à point de départ vraisemblablement utérin, était littéralement géante.

### Réflexions sur la technique de la césarienne basse.

M. Fournier. — La césarienne basse assure une protection quasi parfaite de la cavité péritonéale ; l'auteur propose de renforcer le barrage péritonéal par un double surjet séro-séreux se recouvrant et dont le premier pour éviter tout espace mort intéresse légèrement la musculaire. Il a d'ailleurs recours à l'incision verticale du péritoine préconisée par Audebert qui permet d'éviter tout décollement, la séreuse s'écartant d'elle-même.

### Septicémie traumatique mortelle chez un nouveau-né.

MM. Audebert, Pribot et Sol. — Observation d'un enfant ayant succombé au cinquième jour d'infection généralisée à point de départ au niveau d'une plaie rétro-auriculaire due au forceps appliqué plusieurs fois au détroit supérieur en ville. A la clinique, une seule application avait été suivie de succès. L'autopsie ne révéla aucune lésion du système nerveux central.

# Les Congrès

## VIIe Congrès des pédiatres de langue française

(*Suite*) (1)

### La fièvre alimentaire en clinique

MM. les Docteurs René MATHIEU et Jean CHABRUN (de Paris).

En bonne pratique, l'hypothèse d'une fièvre alimentaire, en présence d'un cas donné, est la dernière qui doit se présenter à l'esprit. Il faut d'abord observer qu'un bon nombre de faits publiés appartiennent plutôt au domaine de l'expérimentation : telles sont par exemple les déshydratations avec fièvre provoquées par l'ingestion d'une dose massive de sel ou d'albumine, dilués dans une quantité grossièrement insuffisante d'eau.

La soif peut s'accompagner d'une élévation de température, en particulier chez le nouveau-né. Cependant, avant d'incriminer l'inanition pour expliquer la fièvre transitoire des premiers jours, l'accoucheur fera bien de s'assurer que l'enfant n'est pas logé dans un local surchauffé, qu'il ne présente aucune infection, et surtout qu'il n'est pas victime d'une hémorragie méningée d'origine obstétricale.

Un grand nombre d'aliments ont été accusés de provoquer une élévation de température. Le sucre de betterave, incriminé par Finkelstein, est prescrit quotidiennement en France chez les nourrissons sains ou atteints de troubles digestifs, sans qu'aucun médecin se soit aperçu de ses propriétés soi-disant fébrigènes. Le lactose, évidemment, peut donner de la diarrhée fébrile, mais personne ne l'emploie, du moins dans notre pays, pour traiter les troubles digestifs aigus.

Le babeurre serait responsable d'un certain nombre de fièvres observées dans les pouponnières. Cet accident doit être rare, en tout cas les auteurs n'en ont jamais constaté aucun cas personnellement.

Le lait ordinaire, le lait concentré sucré figurent aussi sur la liste des aliments fébrigènes. En présence d'une élévation de température, il serait cependant logique de penser d'abord et avant tout à une infection. Mais les auteurs allemands voient des fièvres alimentaires même dans les cas les plus authentiques d'infection intestinale ou même parentérale. D'après Finkelstein, un certain nombre de jeunes sujets atteints de pyélite, de grippe, présentent une élévation de température en rapport avec l'alimentation, et leur fièvre tombe, quand on les soumet à une diète hydrique. Cette affirmation de l'auteur allemand ne doit aucunement inquiéter le praticien : le premier devoir, en présence d'un nourrisson malade, est de l'alimenter le mieux possible, et de lui donner ainsi le moyen de résister à l'infection. C'est d'ailleurs l'opinion exprimée par Finkelstein lui-même dans son excellent traité de pédiatrie.

Une critique serrée ne laisse pas beaucoup de place à l'alimentation dans la genèse des fièvres observées en clinique. Cependant, il est bien certain que quelques rares enfants âgés de quelques mois présentent de la fièvre quand ils sont alimentés avec du lait sec convenablement étendu d'eau. La *fièvre de lait sec*, décrite par Debré et Semelaigne, présente une individualité clinique très personnelle. Elle survient après quelques jours seulement ; elle s'accompagne d'une certaine agitation, mais sans aucune altération véritable de l'état général ni de l'appétit. Il s'agit d'un dérèglement thermique plutôt que d'une fièvre, et la croissance n'est nullement interrompue. On peut d'ailleurs mettre fin à cette anomalie de la température, soit en augmentant la proportion d'eau ajoutée à la poudre, soit en substituant un lait de vache ordinaire au lait sec.

Il est logique de rapprocher des fièvres alimentaires l'élévation thermique qui accompagne ou précède le scorbut. Due à une carence alimentaire, cette fièvre disparaît quand l'enfant reçoit une quantité surabondante de jus de citron.

Les auteurs allemands rattachent à la fièvre alimentaire les accidents pyrétiques observés parfois après les injections sous-cutanées de sérum glucosé ou salé. On peut se demander s'il existe un critérium clinique permettant de prévoir de tels inconvénients, mais il faut admettre qu'il n'en existe aucun. Les injections de sel, en particulier, donnent des résultats inconstants et contradictoires.

*Discussion.*

M. le Professeur P. GAUTIER (de Genève) apporte deux exemples de déséquilibre thermique provoqué par l'alimentation. Dans un cas, il s'agissait d'un nourrisson qui avait été considéré comme atteint de broncho-pneumonie. La suppression du lait sec avec lequel il était alimenté amena la cessation de la fièvre et la guérison d'une affection pulmonaire qui n'avait jamais existé. Par la suite, on put à volonté provoquer une forte température chez ce bébé en lui donnant du lait sec à une concentration réputée normale. Au contraire, le lait sec plus dilué ne provoqua aucun trouble.

Chez un second nourrisson, vomisseur habituel, on fut amené à donner pendant un certain temps une

(1) V. *Concours médical*, n° 24.

alimentation concentrée (fromage dit petit-suisse). A ce régime l'enfant ne vomissait pas, prenait du poids, mais avait une température élevée. Un jour de diète hydrique ramenait celle-ci à la normale.

Enfin, un point à souligner, c'est qu'il n'est pas possible de provoquer ce déséquilibre thermique par excès de protéines ou manque d'eau chez tous les nourrissons. Il y a là une question de terrain ou de prédisposition personnelle dont, quoi qu'on puisse en dire, il faut tenir compte dans l'étude de ces phénomènes.

M. le Professeur LEREBOULLET (de Paris), après avoir souligné l'intérêt des rapports et montré toute la valeur de l'interprétation physiologique apportée par M. Schaeffer, laquelle cadre si bien avec les données fournies par l'étude clinique, estime que les fièvres alimentaires comportent trois groupes. Le premier est constitué par celles étudiées ces dernières années de divers côtés, fièvre de soif, fièvre de sel, fièvre de sucre, qui, à côté de rares faits cliniques, comportent surtout des constatations d'ordre expérimental. Il rappelle toutefois la possibilité de fièvre à la suite de repas trop concentrés, tels ceux donnés aux nourrissons vomisseurs par l'emploi du lait évaporé, qui parfois donnent de la fièvre si on n'a pas la précaution de faire prendre au nourrisson de l'eau en dehors des repas.

Le second groupe comporte surtout la fièvre de lait sec, étudié en France, à la suite des faits de Debré et Semelaigne et d'Aviragnet et P.-L. Marie, exceptionnelle sans doute, mais nette, bien précisée cliniquement et semblant résulter, d'après des faits rigoureusement étudiés, du déséquilibre entre l'alimentation calorigène et l'eau nécessaire à assurer la thermolyse par évoporation et perspiration pulmonaire. C'est cette notion du déséquilibre thermique secondaire au déséquilibre alimentaire que M. Schaeffer a confirmée si nettement en mettant en relief le rôle et l'importance du facteur rénal. Les conclusions de l'école française, purement physiologiques, s'opposent à celles de Finkelstein faisant intervenir l'intoxication et son action sur les centres nerveux.

Un troisième groupe est formé par les fièvres scorbutiques, fièvres alimentaires, puisqu'elles cèdent aux modifications dans l'alimentation, et dont la fièvre préscorbutique est le type le plus significatif. Mais il est trop tôt pour en préciser exactement le mécanisme, bien qu'ici encore il s'agisse d'un déséquilibre alimentaire.

Ces faits de fièvre alimentaire, si rares qu'ils soient, ont un double intérêt : doctrinal, puisqu'ils montrent la réalité de fièvres sans infection et puisqu'ils mettent en relief et l'importance du degré de concentration alimentaire et celle du métabolisme de l'eau chez le nourrisson, — pratique, puisqu'ils établissent l'utilité de diluer suffisamment le lait sec donné à l'enfant, les dangers du sel, surtout sous forme d'injections sous-cutanées souvent pyrétogènes, la nécessité d'une alimentation suffisamment riche en vitamines.

MM. les Docteurs FOREST et René WOLF (de Strasbourg), apportent une étude sur les réactions thermiques observées à l'occasion de régimes comportant une forte concentration des aliments donnés aux nourrissons.

M. le Professeur CAUSSADE (de Nancy) a recherché s'il était possible d'isoler la ou les substances pyrétogènes pour le nourrisson atteint de fièvre de lait sec, en opérant sur le régime des substitutions en sel, caséine. Il conclut que ni le sel, ni la caséine isolés, mais leur association avec un régime à concentration aqueuse excessive, sont nécessaires à la production de la fièvre.

**Sur les fièvres alimentaires dénommées à tort fièvres de lait sec ou de lait condensé**

Par M. B. WEILL-HALLÉ (de Paris).

L'auteur s'élève contre les expressions de fièvre de lait sec et de lait condensé. Ces expressions sont probablement inexactes et peuvent être dangereuses. Inexactes, car elles tendent à expliquer les hyperthermies observées d'ailleurs très exceptionnellement, par une action spécifique alors qu'elles ont le plus souvent pour cause une posologie incorrecte et sont dues en réalité à une suralimentation relative, fièvre par décalage de ration protidique dans le cas du lait sec, suralimentation hydrocarbonée dans le cas de lait condensé.

Ces expressions sont dangereuses, car, mal interprétées, elles tendraient à jeter le discrédit sur des aliments excellents et qui rendent les plus grands services dans l'élevage du nourrisson.

M. le Dr LESNÉ et Mlle le Dr DREYFUS-SÉE (de Paris) ont déterminé expérimentalement la fièvre chez le nourrisson par *restriction aqueuse* ou par *augmentation de la concentration de lait sec* dans le régime. Ils insistent sur les notions primordiales d'âge et de terrain organique dans le déterminisme de ces fièvres provoquées. L'importance de la ration liquide ingérée est mise encore en évidence par l'échec des essais de réhydratation parentérale antithermique.

La fièvre provoquée n'a pu être obtenue par modification du régime du jeune animal.

Des variations dans le rapport des protéines sanguines ont été observées au cours de ces fièvres alimentaires chez les nourrissons, et les auteurs ont obtenu des variations semblables en provoquant une hyperthermie chez le lapin par chauffage à l'étuve.

Ces faits peuvent servir à étudier physiologiquement la fièvre alimentaire et à la situer dans le cadre des hyperthermies.

M. le Dr HALLEZ (de Paris) communique une intéressante observation de fièvre de lait sec chez un nourrisson.

MM. les Dr Robert DEBRÉ et Marcel LELONG (de Paris). — La question de la fièvre alimentaire a été posée pour la première fois en Allemagne par Finkel-

stein, il y a déjà vingt-cinq ans. Les recherches allemandes, conduites surtout d'un point de vue expérimental et théorique, ont abouti à deux théories pathogéniques valables, qui loin de s'exclure, se complètent et s'appliquent parfaitement aux cas particuliers qu'elles envisagent respectivement. La théorie de Heim et John invoque l'insuffisance de la thermolyse, par diminution des disponibilités en eau par suite de l'action hydropexique du chlorure de sodium ; elle rend compte de la fièvre de sel. D'autre part la théorie de Rietschel invoque une exagération de la thermogenèse ; elle explique bien la fièvre protéinique, dans laquelle les albumines, par suite des conditions de leur métabolisme propre, non seulement immobilisent de l'eau, mais augmentent les besoins d'eau de l'organisme.

En France, les applications cliniques de ces notions expérimentales apparaissaient jusqu'à ces derniers temps obscures et l'on était porté à un grand septicisme ou même à nier la réalité des fièvres alimentaires en pratique. Dans des travaux poursuivis depuis plusieurs années, Debré et Lelong ont essayé une discrimination entre les faits évidents dès maintenant, et les faits possibles, mais obscurs et attendant encore leur démonstration. Pour cela, ils se sont placés délibérément uniquement sur le terrain clinique et, écartant toute idée pathogénique préconçue, ils ont recherché les cas où se perçoit avec clarté l'influence alimentaire. Ils ont abouti ainsi à la notion de la fièvre du lait sec (R. Debré et Semelaigne) ou de lait condensé (Lesné, J. Hallé, Debré) et à celle de la fièvre scorbutique ou préscorbutique. Ce sont là deux types de fièvre dont l'apparition, aussi bien que la disparition, est réglée d'une manière nécessaire et suffisante, par des modifications du régime alimentaire, indépendamment de toute infection. Dans la fièvre de lait sec, l'hypothèse d'un trouble rénal est contredite par la clinique.

La fièvre par privation d'eau, sur laquelle insiste Finkelstein (exsiccose) et nombre d'autres auteurs, a une existence expérimentale certaine. Cliniquement, on peut la soupçonner dans certaines conditions (fièvre du nouveau-né, fièvre de réalimentation dans le choléra infantile, fièvre au cours de l'application de la méthode de repas épais). Mais il est capital de souligner que la privation d'eau à elle seule n'est pas pyrétogène, l'exsiccose n'est qu'un terrain favorisant de la fièvre alimentaire ; elle n'est pas la cause de la fièvre alimentaire.

En clinique, les fièvres alimentaires sont donc des éventualités exceptionnelles. Elles sont plus des irrégularités thermiques « des déséquilibres thermiques » que des fièvres à proprement parler. Le déséquilibre thermique reflète un déséquilibre de divers métabolismes, lui-même secondaire à un déséquilibre alimentaire. Le trouble métabolique est certain dans la fièvre scorbutique, mais il est actuellement inconnu dans sa nature ; tout ce que nous savons, c'est que l'adjonction de vitamine C au régime fait cesser à la fois le déséquilibre thermique et le déséquilibre alimentaire. Dans la fièvre de lait sec, ainsi que dans la fièvre par privation d'eau, il s'agit d'une rupture du rapport nécessaire entre l'eau de la ration et les constituants hydropexiques de cette dernière (protéines, sel, etc.) ; là encore, le retour à un régime équilibré ramène l'équilibre thermique.

M. le Professeur Maldague (de Louvain) insiste sur la notion de « fièvre de soif » et cite des cas cliniques à l'appui de son opinion.

M. le Professeur Fanconi (de Zurich) montre qu'il a pu observer des réactions thermiques alimentaires avec d'autres laits modifiés.

M. le Professeur Rohmer (Strasbourg) rappelle l'apparition de fièvres alimentaires s'observant notamment à l'occasion de la réalimentation d'enfants soumis à une diète thérapeutique.

M. le Dr J. Comby (de Paris). — Malgré la très éloquente intervention de notre collègue et ami Robert Debré dans la question des fièvres alimentaires, j'ai le regret de ne pas partager entièrement sa manière de voir. D'une part il me semble qu'il a trop restreint son sujet en le limitant à la *fièvre de lait sec*, et en refusant d'y faire rentrer la fièvre de soif, la fièvre de babeurre dont le Dr Maldague vient de nous apporter des exemples personnels. Je crois aussi, comme B. Weill-Hallé, à l'existence d'une fièvre alimentaire par usage de lait condensé quand le nourrisson est suralimenté. D'autre part, je ne crois pas que la fièvre du scorbut infantile soit assimilable à la fièvre de lait sec. Cette dernière, infiniment rare et admirablement décrite par R. Debré et ses collaborateurs, a des caractères particuliers qui la classent à part. La fièvre scorbutique au contraire est commune et relève d'une avitaminose pure ; c'est la carence en vitamine C qui la produit et c'est l'administration de cette vitamine qui la fait disparaître instantanément. Il y a trente et quelques années, quand nous commencions à observer la maladie de Barlow, nous ne la considérions pas comme une affection fébrile. Mais, ensuite, prenant régulièrement la température des petits scorbutiques, nous avons trouvé assez souvent qu'elle était plus ou moins élevée, atteignant 38 à 39° et même davantage dans certains cas. Qu'elle soit préscorbutique ou scorbutique, la fièvre se rencontre assez fréquemment dans la maladie de Barlow et forme une classe à part dans la série des fièvres alimentaires.

*(A suivre).*

# Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris.

Professeur Rathery. — **Le traitement insulinique du diabète.** (Un vol. in-16 de 130 pages. Prix : 15 francs.)

C'est un recueil de conférences destinées aux praticiens, relatives à l'emploi de l'insuline dans le traitement du diabète. L'insuline, en effet, ne doit plus être considérée aujourd'hui comme un médicament d'exception, accessible seulement à certains spécialistes. Elle constitue en réalité un agent thérapeutique de premier ordre, dont tout médecin doit connaître la posologie et les modes d'emploi. Elle représente, dans certains cas, une médication d'urgence.

Voici le texte des différents chapitres : Technique et indication de la cure insulinique dans le diabète (régime, prescription, surveillance, modalités de la cure). — Les résultats de la cure insulinique dans le traitement de fond du diabète. — L'insuline dans le coma diabétique. — L'insuline dans les complications du diabète (coma excepté), et dans les états associés. — Les accidents dus à l'insuline. — Le coma insulinique.

**Le savoir prévoir médical**

Sous ce titre « Le savoir prévoir médical », notre distingué confrère, le Docteur O'Followell, vient de faire paraître une petite brochure très confortablement éditée, dans laquelle il montre à son tour la nécessité de la prévoyance pour le médecin, en s'inspirant d'exemples lamentables de déchéance sociale, dans des familles médicales que le malheur a surprises, alors qu'aucune mesure de prévoyance n'avait été prise par leur chef. « Telle fille de spécialiste jadis connu est devenue concierge, telle femme de médecin fait des journées bourgeoises, tel médecin meurt sans qu'il y ait chez lui la somme nécessaire pour les obsèques... »

Ce n'est pourtant pas, dit-il, qu'il n'y ait pas d'œuvres d'assistance, de bienfaisance, de prévoyance médicales. Il y en a même trop. Il faudrait, ajoute-t-il, que toutes ces œuvres fussent fondues dans une Société unique de prévoyance médicale, dont les statuts soient simples, et n'exagèrent pas les restrictions.

O'Followell expose ensuite quelles sont les diverses œuvres qui se partagent la couverture des risques variés que court le médecin, — responsabilité civile, maladie, vieillesse, décès, — Œuvres de bienfaisance dont l'Association générale des médecins de France est la plus ancienne et la plus importante. Œuvres de défense professionnelle, dont la Ligue le « Sou Médical » est le type. Œuvres d'assurances mutuelles, telle notre Mutualité familiale du Corps médical français.

La conception du Dr O'Followell envisage le paiement par le médecin d'une *prime unique* qui serait d'environ 20 francs par jour, pour être garanti contre tous les risques divers qu'il court, par un organisme centralisateur de toutes les œuvres actuellement existantes.

Il termine par ces mots, qui ont souvent retenti dans nos propres colonnes, et que nous approuvons pleinement : « Ne craignons pas de répéter aux médecins qu'ils doivent être prévoyants. Leur donner ce conseil, c'est vouloir leur éviter d'avoir, un jour peut-être, à tendre la main ; c'est vouloir éviter ce geste si pénible à leurs veuves, à leurs orphelins.

« Et vous, jeunes confrères, écoutez les anciens qui vous crient : la profession médicale est dure, difficile ; n'attendez pas d'elle prospérité et richesse ; prenez vos mesures pour n'être pas un jour sans ressources. Soyez prévoyants ! ! ! » (1).

G. D.

Librairie A. Legrand,
93, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Dr J. Baranger, chirurgien au Mans. — **L'organisation de la chirurgie dans le présent et l'avenir.** Préface du Dr Toupet, chirurgien de Bicêtre. (Un vol. in-12, 136 pages : 15 francs.)

Ce livre répond aux préoccupations de la jeune génération. Il ne s'agit pas de technique, mais seulement des conditions d'épanouissement de l'art chirurgical. L'ouvrage est divisé en trois chapitres sur : la formation du chirurgien, la pratique chirurgicale et la recherche en chirurgie.

L'auteur préconise la fondation d'une école professionnelle de chirurgie ; cette école est à réaliser, puisque actuellement la formation officielle du chirurgien est inexistante.

A noter des vues sur la fondation de centres chirurgicaux. Bref, il y a urgente nécessité de créer pour les futurs chirurgiens une organisation qui les forme et les élève.

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

V. de Lavergne. — **Allergie et anergie en clinique.** Un vol. in-16 de 312 pages, in « Collection Weissenbach » : 32 francs.)

C'est une étude d'ensemble des processus désignés par les mots : allergie et anergie : signification et domaine de ces processus ; leur étiologie ; les réactions qu'ils provoquent ; leurs signes cliniques ; leur thérapeutique. La première partie se termine par un

(1) Cette brochure peut être demandée gratuitement au Docteur Landrin, 26, rue Pétrelle, Paris.

exposé du mécanisme pathogénique de l'allergie et de l'anergie.

Dans une seconde partie, les diverses allergies sont étudiées : allergie qui se manifeste au cours des maladies infectieuses ; A. tuberculeuse, gonococcique, typhique, mélitococcique, etc ; A. et réactions sériques ; A et asthme ; A. dans les dermatoses.

Dans chaque chapitre, sont apportées les preuves de l'état d'allergie et énumérées quelles conséquences en résultent pour l'interprétation des signes cliniques, le diagnostic, le pronostic, le traitement, et, le cas échéant, la prévention.

Parmi les faits utiles au clinicien, signalons, le chapitre consacré à la pratique des cuti-réactions à la tuberculine, ainsi que les développements donnés à la méthode des cuti-réactions pour le diagnostic de la mélitococcie, du kyste hydatique, de la gonococcie, etc. L'auteur expose également comment la thérapeutique des infections, par vaccins, doit être guidée par le résultat des cuti-réactions.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

M. Dechaume, stomatologiste des hôpitaux. — **La haute fréquence en stomatologie.** Diathermie et diathermo-coagulation. Effluvation. Bistouri électrique. Préface du Dr Chompret. (Un vol., 122 pages avec fig. *Collection médecine et chirurgie pratiques.* Prix : 20 francs.)

L. Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher). — **Thérapeutique infantile.** (Un vol. de la *Collection des Précis médicaux*, 508 pages, 56 fig. Prix : 55 francs.)

**Actualités infantiles.**— Leçons faites à l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), sous la direction du Dr L. Babonneix, par MM. E. Azerad, L. Babonneix, H. Biancini, J. Blum, A. Cayla, J. Delarue, J. Hutinel, P. Lonjumeau, A. Marcais, Maurice Lévy, Gilbert Robin, J. Sigwald, E. Terrien. (Un vol. 290 pages, avec fig. Prix : 35 francs.)

Philippe Ortiz, éditeur,
92, avenue Wagram.

Dr A. Wicart. — **Les puissances vocales : Le chanteur.** Préface de M. Albert Carré, ancien directeur de l'Opéra-Comique. En deux volumes (718 pages, 48 dessins et 76 portraits hors texte. Prix : 50 francs.)

Editions : 26, rue Pépelle.

Dr O'Followell. — **Le « Savoir-Prévoir » médical.** (Une broch. 31 pages.)

Edité par la Commission du Souvenir
des Hospices de Chalon

— **Petit Album de l'hôpital de Chalon-sur-Saône,** contenant 20 vues anciennes et modernes de cet établissement et reproduisant les principaux objets d'art, Boiseries de la chapelle, réfectoire de communauté, pharmacie, vierges de pitié, mortier.

Prix : 5 fr. 50 franco ; s'adresser à l'Econome de l'hôpital.

---

## PHYSIOLOGIE DIGESTIVE ET NUTRITION PENDANT LE PREMIER AGE

### L'addition précoce des farines s'impose dans l'allaitement artificiel du nourrisson

Une réglementation sévère prohibait l'emploi des farines dans l'alimentation du nourrisson : avant le douzième mois, selon le formulaire de 1900, avant le sixième mois, depuis quelques années, avant la première dent, pensaient les plus modérés.

Les travaux récents basés sur nos connaissances nouvelles en physiologie, montrent au contraire que l'introduction précoce des farines est indispensable dès les premiers mois, tant pour compléter l'allaitement que pour en mieux assurer l'assimilation et c'est là une notion nouvelle d'un grand intérêt.

Le lait humain est un aliment complet, équilibré, suffisant. Le lait de vache dilué, précaution qu'impose sa composition même et les difficultés de sa digestion pour le nourrisson est un lait appauvri en matières nutritives ; pour y remédier on l'additionne de sucre,qui fournit des hydrocarbones ; l'expérience démontre que l'association du sucre, et d'un autre aliment, la farine, donne des résultats beaucoup plus favorables.

Les expériences de Terroine et Mme Malher Mendler, sur le métabolisme de l'azote pendant la croissance, citées par MM. Francotte et G. Dienst, montrent bien tout l'intérêt de ces notions nouvelles.

« Chez les porcelets élevés au lait de vache, l'utilisation de l'azote du lait est très incomplète, si le lait est administré seul .....

Elle est beaucoup améliorée par l'adjonction au lait de substances ternaires .....

En résumé, ces expériences éclairent explicitement cette connaissance empirique, qu'il suf-

fit d'ajouter au lait, de petites quantités de farine pour activer la croissance ».

« Pour Francisco, les décoctions de céréales favorisent la digestion du lait.

« Les travaux de Terroine et Mme Malher Mendler, montrent qu'il y a avantage, pour augmenter la rétention azotée, accélérer la croissance et éviter le gaspillage de matière azotée, à introduire aussitôt que possible dans l'alimentation des jeunes organismes des hydrates de carbone sous forme de farines » (1).

Ces données sont valables pour l'enfant, à la condition qu'on utilise des farines traitées par l'extrait de malt, c'est-à-dire diastasées. Nous en trouvons la confirmation dans les travaux de pédiatrie les plus avertis.

Dans un rapport présenté à Bruxelles le 21 juin 1930, le Docteur P. Rohmer, écrivait :

« Un des phénomènes les plus curieux est l'action des farines. Si l'on enrichit le lait dilué uniquement avec du sucre, les résultats sont souvent médiocres. Or, on peut observer tous les jours en clinique que la courbe de croissance insuffisante des enfants, qui prennent du lait coupé d'eau sucrée, se redresse immédiatement si l'on substitue à une partie de sucre, une quantité équivalente de farine. L'enfant est transformé et cet heureux changement se maintient par la suite d'une façon durable. Si l'effet se fait attendre, on y arrive en ajoutant un troisième hydrate de carbone : l'extrait de malt ».

Après avoir signalé les excès, auxquels avait pu donner lieu jadis l'emploi excessif et imprudent des farines, le Professeur Rohmer, ajoute :

« Mais ces excès ne doivent pas entraver l'emploi judicieux des farines ; y renoncer par parti pris pendant les six premiers mois, c'est se priver d'un adjuvant puissant, qui améliore considérablement vos résultats dans l'alimentation artificielle du nourrisson » (2).

Le Professeur Bézy, n'est pas moins net :

« Sans aller jusqu'à donner systématiquement de la farine à des enfants bien portants âgés de quelques semaines, nous n'avons pas hésité pour notre part, à introduire la farine dans le régime de nourrissons, même très jeunes (à partir d'un mois), qui présentaient des troubles digestifs et nous ne pouvons qu'appuyer les opinions favorables à cette pratique.

D'une façon générale, on peut se servir de toutes les farines de céréales (et particulièrement de la farine de froment), pourvu qu'elles soient préparées soigneusement.

Mais on sait l'importance du maltage de la bouillie. Ce maltage étant quelque chose d'assez délicat à réaliser de façon satisfaisante, nous avons trouvé plus simple d'employer les farines maltées. On peut ainsi introduire plus ou moins de lait dans la ration quotidienne, et on arrive par tâtonnements à établir les doses respectives nécessaires de lait et de farine. Il est d'autre part plus simple, et également très satisfaisant au point de vue des résultats, de se servir de certaines farines lactées du commerce pourvu qu'elles soient bien préparées.

A partir de l'âge de quatre à cinq mois, même chez un nourrisson bien portant, il peut être très utile de donner chaque jour un ou deux biberons de farine lactée, pour éviter les phénomènes d'anémie quelquefois observés dès cet âge (aligosidérémie), et en tout cas trop souvent à redouter vers l'âge de huit mois, chez les enfants qui sont uniquement au lait ; même maternel » (1).

La cause semble entendue, et l'on peut, des travaux cités tirer les conclusions suivantes :

1° Chez l'enfant, dont l'alimentation est gênée par des troubles digestifs, ou dont la croissance s'avère insuffisante, on obtiendra d'excellents résultats par l'adjonction précoce, au lait sucré de petites quantités de farine, progressivement croissantes. L'emploi de farines soigneusement préparées et diastasées est en tout point recommandable.

2° Chez l'enfant bien portant, il y a intérêt, dès le quatrième ou cinquième mois à introduire dans l'alimentation, une ou deux bouillies par jour pour prévenir les accidents d'anémie dus à l'emploi du lait seul.

3° L'emploi précoce des farines se justifie non seulement par l'appoint d'un élément hydrocarboné indispensable, mais aussi parce que sa présence dans la ration facilite la digestion du lait lui-même, augmente la rétention azotée et accélère la croissance.

(1) MM. Francotte et G. Dienst, de Bruxelles. — Etat des connaissances en physiologie de la digestion et de la nutrition du nourrisson en vue de fixer les bases de l'alimentation. (*La Médecine infantile*, décembre 1930.)

(2) Prof. P. Rohmer, de Strasbourg. — Rapport à la séance combinée de la Société belge de pédiatrie, de la Société de pédiatrie de Genève, et de la Réunion pédiatrique de Strasbourg, 21 juin 1930, Bruxelles.

(1) Prof. Bézy, Toulouse. — *Toulouse médical*, 15 avril 1931.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## L'Actualité Professionnelle

### Un écho comminatoire de la « Presse Marocaine » commande de service, aux bains de mer, les médecins civils de Casablanca. — Zèle excessif. — Comment il faut concevoir les prompts secours aux accidentés

Un de nos plus sympathiques correspondants du Maroc nous fait parvenir une coupure de la *Presse Marocaine*, du 18 mai dernier.

On y lit, — sous le titre : *Une noyade à Aïn Diab*, — que deux militaires ayant été retirés de l'eau, l'un d'eux, sans connaissance, vivait encore. Les personnes présentes s'ingénièrent, durant une heure et demie, par des manœuvres maladroites, incoordonnées, inefficaces, à le rappeler à la vie. « De guerre lasse, on transporta le militaire dans une ambulance pour l'Hôpital : il était déjà trop tard ».

Déplorant qu'il ne se soit trouvé là aucune compétence, l'Echotier, qui relate ce lamentable fait-divers, ajoute :

« Nous sera-t-il permis, à cette triste occasion, d'émettre une suggestion ? Il y a environ cinquante docteurs à Casablanca. *La Municipalité ne pourrait-elle pas établir entre eux un roulement, de façon à ce que la plage d'Aïn-Diab, si fréquentée, ait un docteur de service tous les dimanches* ? En tenant compte du fait que leur présence ne serait nécessaire que pendant la période estivale, c'est donc une fois tous les deux ans que *chaque docteur serait astreint à assurer la sauvegarde des baigneurs*... Nous pensons que ce n'est pas trop exiger de notre corps médical et nous osons espérer que la Municipalité soucieuse du bien-être et de la protection de ses administrés, voudra bien, tout au moins, examiner cette suggestion. »

L'intention est louable, qui cherche à assurer la protection de la santé publique et à reculer, par d'opportunes interventions, les risques accidentels que comporte la vie moderne. Mais elle est exprimée, par l'auteur de cette relation, d'une façon qui a pour premier effet de nous hérisser.

Elle est, en outre, dans le cas particulier envisagé, assez puérile. L'accident étant arrivé l'avant-veille du mercredi 18 mai, c'est-à-dire un *lundi*, en quoi la présence obligatoire d'un médecin à la baignade du dimanche aurait-elle apporté, à la victime de cette noyage, les soins immédiats de l'homme de l'art ?

Si la présence d'un médecin est désirable à proximité d'une place où les baigneurs sont nombreux, ce n'est pas seulement le dimanche, mais tous les jours. Et l'exemple choisi montre précisément que c'est un lundi que la noyade a eu lieu.

Est-ce parce que les règlements militaires exigent qu'un médecin assiste à la baignade des soldats que pareille mesure doive être adoptée pour les amateurs civils de bains de mer ? La baignade militaire a lieu en groupe, et durant un temps limité. Le médecin qui y assiste est en service commandé ; cela fait partie de ses obligations médico-professionnelles.

Le reporter marocain s'imagine-t-il que les médecins civils sont aux ordres de la Municipalité, et pourraient être astreints à assurer, le dimanche, la sauvegarde des baigneurs, à la faveur d'un roulement établi entre eux, tout comme le colonel du régiment désigne, à bon droit, le médecin militaire qui assistera aux ébats aquatiques de ses troupiers ?

Non, mais des fois ! ! ! dirait Gavroche, en se rebiffant, à juste titre.

La situation n'est nullement comparable ; c'est ce qu'il ne faut pas perdre de vue. Le soldat est conduit au bain. Sauf circonstances particulières, il ne peut se dérober à cette pratique : il obéit. En contre-partie, l'autorité qui commande a le devoir de le protéger contre les risques qu'elle lui fait courir : elle manquerait à ses obligations les plus élémentaires, en même temps que les plus impérieuses, si elle ne plaçait pas à proximité le secours technique auquel on pourra recourir immédiatement le cas échéant.

Rien n'oblige un civil à se baigner dans les flots plus ou moins agités de la mer. Il le fait à

son gré, et aux heures qu'il lui plaît. Des dispositions générales s'efforcent de limiter le plus possible les dangers qu'il peut affronter ; on lui signalera les endroits périlleux ; des limites seront tracées d'une façon apparente, en deçà desquelles le danger sera inexistant, au delà desquelles il sera menaçant. C'est tout ce que l'on peut exiger, tout d'abord, de l'organisation d'une plage, aménagée pour le public

Le personnel, désigné pour faire respecter les consignes rédigées dans l'intérêt général, se compose d'un ou plusieurs maîtres baigneurs, qui demeurent en permanence au bord de l'eau, prêts à se porter au secours des imprudents et des indisciplinés qui ne respectent aucune défense. *Tout maître baigneur doit connaître parfaitement la technique des premiers soins à donner aux noyés.* Cette technique est le plus souvent affichée, et exposée dans un texte explicatif illustré de planches qui le complètent. Respiration artificielle, tractions rythmées de la langue en constituent l'essentiel.

Je n'ai jamais entendu dire que nos plages à la mode aient été pourvues d'une permanence médicale immédiate, telle que la réclame la *Presse Marocaine*. Les accidents de la rue sont autrement nombreux et variés que ceux de la plage. Existe-t-il, sur la voie publique, en dehors des hôpitaux, une permanence médicale prête à intervenir immédiatement ?

D'ailleurs, à supposer que cette permanence maritime soit désirable, il faudrait que la Municipalité ou l'entrepreneur qui voudraient la créer, en fissent les frais. A-t-il songé, notre exigeant rédacteur, au taux de l'indemnisation qu'il faudrait réserver au médecin qui se tiendrait là, durant les heures de la baignade, négligeant sa clientèle personnelle ?

Il a parlé, avec légèreté, d'une question qu'il n'a traitée que très superficiellement. Son récit dramatique avait besoin d'être corsé de cet appel à un embrigadement forcé des médecins de Casablanca pour un service public qui, sous cette forme, n'a en vérité aucune raison d'être.

Tout n'est cependant pas à rejeter, d'une suggestion qu'inspira un sentiment louable de solidarité humaine. Et la question peut-être envisagée sous l'angle des prompts secours à apporter à toutes les victimes d'accidents éventuels. Elle a déjà reçu d'ailleurs un certain nombre de solutions intéressantes. Rappellerai-je l'organisation des secours sur route, due à l'U. N. A. T. grâce à l'initiative de notre distingué confrère Pierre Behague ? Des postes, disséminés le long des routes ; un matériel de premier pansement ; un personnel recruté dans le voisinage ; des possibilités d'appel téléphonique aux médecins les plus proches, aux termes d'un accord passé avec le corps médical organisé.

Dans les grandes villes, les hôpitaux possèdent une permanence médico-chirurgicale représentée, d'abord par les internes de garde, toujours présents ; ensuite, par les médecins et chirurgiens de garde, que l'on sait où trouver et appeler à toute heure. Certes, cette organisation n'est pas parfaite ; elle pourrait être singulièrement améliorée, par exemple, par l'utilisation de moyens de transport rapides mis à la disposition du personnel. En fait, le transport s'effectue généralement assez vite, du malade ou blessé de la rue jusqu'à l'hôpital le plus rapproché.

Il existe, à Casablanca, des hôpitaux qui doivent posséder leur personnel médico-chirurgical, et il me paraît impossible que, dans une ville de cette importance, ce personnel ne comprenne pas, en outre des internes résidents, des médecins et chirurgiens que l'on peut atteindre dans le plus bref délai possible.

L'écho rapporté par la *Presse Marocaine* ne nous dit pas si, durant que les personnes présentes s'évertuaient à ranimer le noyé, quelqu'un s'est préoccupé d'appeler un médecin : c'était la première chose à faire, au lieu de perdre une heure et demie en stériles efforts.

Le corps médical de Casablanca n'a pas pu se désintéresser de cette question et je serais surpris qu'il ne l'ait pas pratiquement résolue. En tout cas, si la Municipalité, alertée par cet écho dramatique et.... comminatoire, avait jamais l'idée de suivre sa suggestion, la première chose à faire serait de consulter nos confrères locaux, qui sont seuls compétents pour savoir comment il convient de prévoir et d'organiser des secours de cette nature.

Ce qu'il faut recommander à ce journal assez mal renseigné sur les droits et devoirs des médecins, c'est de réclamer instamment à Aïn Diab la présence de maîtres baigneurs, doublés de sauveteurs, entraînés à donner les premiers soins aux asphyxiés, en attendant l'arrivée du médecin, qui pourra se réaliser d'autant plus hâtivement que des mesures d'organisation auront été prises, en accord absolu avec les médecins locaux.

G. Duchesne.

## LES CERTIFICATS DE DÉCÈS ET LE SECRET PROFESSIONNEL

Mon cher Confrère,

J'ai lu avec intérêt votre article du *Concours* du 29 mai 1932 sur le secret professionnel et les certificats de décès.

Notre Syndicat a pris position sur la question dans le sens que vous indiquez.

Après une période où le diagnostic était indiqué sur les certificats, est venue une période où l'on a mis seulement : « décédé de mort naturelle ».

Puis, un jour un confrère s'est trouvé dans une des impasses que vous signalez.

Ayant affaire à un décès par septicémie consécutive à un avortement provoqué, il délivra un certificat de mort naturelle pour ne pas, en supprimant ces mots, éveiller l'attention. Mais l'affaire s'ébruita et notre confrère ne put éviter d'être poursuivi pour faux témoignage, qu'en arguant que la septicémie était une affection naturelle, et non une affection traumatique.

Depuis lors, nous avons supprimé des certificats la mention « de mort naturelle », et nous nous en trouvons parfaitement bien.

Je vous envoie, à titre documentaire, à ce sujet, quelques extraits de comptes rendus de nos assemblées générales et une feuille de notre recueil de décisions.

Au point de vue indication des causes de décès dans un but statistique, nous sommes arrivés à une solution à proposer parallèle à la vôtre.

Personnellement, je trouve à votre solution, excellente en théorie, un défaut en pratique : avec l'insouciance habituelle des médecins il sera extrêmement difficile d'obtenir qu'ils envoient au secrétaire du syndicat leurs relevés semestriels et le syndicat aura à subir les reproches et les réclamations de l'administration, et perdra de son prestige en donnant à celle-ci une belle preuve d'impuissance. Je préfère pour cette raison notre solution.

Dr HOUSSIAUX.

### Syndicat de Cannes

I

#### EXTRAIT DU COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 16 MAI 1929

*Secret médical et certificats de décès.* — Un confrère signale qu'il a soigné une femme qui est morte de septicémie vingt jours après un avortement provoqué. Il a délivré un certificat de décès de mort naturelle sans indication de diagnostic.

Des indiscrétions ont appris à la justice qu'il y avait eu avortement criminel ; l'avorteuse a avoué.

Le médecin a été appelé chez le juge d'instruction et le procureur qui lui ont vivement reproché son certificat. Il a répondu qu'il avait certifié qu'il y avait décès de mort naturelle parce que refuser de délivrer un certificat de décès ou délivrer un certificat sans ajouter de mort naturelle, alors qu'il est d'usage ici de le mettre sur les certificats de décès, aurait été équivalent à une dénonciation. Le médecin a ajouté qu'étant médecin traitant et non médecin de l'état civil il n'avait a sauvegardé que les intérêts de son malade et non ceux de la justice.

Le syndicat de Cannes approuve le confrère et décide de ne plus mettre à l'avenir sur les certificats de décès non seulement aucune indication concernant le diagnostic, mais pas même la mention de mort naturelle.

II

#### EXTRAIT DU COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 13 JUIN 1929

*Secret professionnel et certificats de décès.* — Le syndicat revient sur l'affaire signalée à la réunion du 16 mai (confrère inquiété pour avoir délivré un certificat de décès « de mort naturelle », conformément à l'usage local, dans le désir de sauvegarder le secret professionnel).

Le secrétaire a demandé l'avis du *Concours Médical* qui a aimablement répondu par l'entremise du Docteur Boudin.

D'après la loi, les décès doivent être constatés par le maire ou l'officier de l'état civil en personne.

Dans certaines grandes villes le maire se décharge de cette mission sur un médecin de l'état civil, qui n'est pas tenu au secret, n'étant pas médecin traitant. (S'il s'agit d'un de ses clients, le certificat de décès doit être fait par un autre *médecin*).

Dans les autres pays, le maire demande simplement un certificat au médecin traitant constatant la réalité du décès ce qui permet de délivrer le permis d'inhumer.

Beaucoup de médecins traitant ont pris la mauvaise habitude de mettre sur les certificats : décès de mort naturelle.

D'autre part l'Administration, dans le but d'établir les statistiques des causes de décès sollicite fréquemment le médecin traitant, d'inscrire sur les certifi-

cats de décès soit le diagnostic, soit le numéro de la maladie d'après la nomenclature des causes de décès. Certains médecins traitant acceptent à tort de mettre l'un ou l'autre.

Pour vaincre certaines appréhensions l'Administration demande parfois que le médecin traitant, en dehors du certificat de décès remis à la famille envoie le diagnostic du décès au médecin inspecteur d'hygiène, tenu, dit-on au secret.

Ce dernier point est juridiquement faux, car l'article 378 du code pénal dit : « les médecins..... et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis...

Or, l'Administration oublie que le médecin inspecteur d'hygiène, en tant que fonctionnaire, est tenu par l'article 29 du code d'instruction criminelle d'aviser le procureur de la République toutes les fois qu'il a connaissance d'un crime ou délit (avortement provoqué par exemple).

Les médecins traitants qui ne se bornent pas à certifier purement et simplement les décès oublient qu'ils violent ainsi le secret professionnel ; la simple mention habituelle « de mort naturelle » constitue un diagnostic et est, de plus, extrêmement dangereuse ; en effet, le jour où le médecin traitant se trouve en face d'un décès de cause non naturelle, il n'a d'autre alternative dans ces conditions que : ou bien de refuser le certificat de décès ou de délivere un certificat sans ajouter « de mort naturelle », ce qui équivaut pratiquement dans les deux cas à une dénonciation, ou bien de délivrer un certificat de décès « de mort naturelle », c'est-à-dire de faire pour sauvegarder le secret professionnel une fausse déclaration pour laquelle la justice est en droit de l'inquiéter.

En conséquence le syndicat de Cannes confirme sa décision de ne plus mettre à l'avenir sur les certificats de décès non seulement aucun diagnostic ou numéro de maladie, mais pas même la mention « de mort naturelle ».

## III

### Extrait de l'Assemblée générale du 19 décembre 1929

*Secret professionnel, certificats de décès et statistiques des causes de décès.* — Le secret professionnel s'oppose absolument, en l'état actuel des choses, à ce que le médecin traitant donne une indication quelconque sur les causes de décès, même aux médecins inspecteurs d'hygiène départementaux et médecins directeurs des bureaux d'hygiène des villes que la loi oblige actuellement, en tant que fonctionnaires à se porter dénonciateurs toutes les fois qu'ils ont connaissance d'un crime ou délit.

Néanmoins, étant donné l'intérêt général que présentent les statistiques des causes de décès, il y a lieu de rechercher quels moyens pourraient être employés pour concilier les deux points de vue.

Il semble que l'on puisse proposer le système suivant :

1° Vote d'une loi spécifiant que les médecins inspecteurs d'hygiène départementaux et les médecins directeurs des bureaux d'hygiène des villes, ne sont pas tenus par l'article 29 du Code d'instruction criminelle qui oblige tout fonctionnaire à aviser le procureur de la République toutes les fois qu'il a connaissance d'un crime ou délit. Ces médecins retomberaient par suite dans l'obligation du secret en vertu de l'article 378 du Code pénal.

2° Avis donné des causes de décès par les médecins traitants au médecin inspecteur d'hygiène départemental ou au médecin directeur du Bureau d'hygiène de la ville personnellement suivant un mode à déterminer.

On pourrait envisager par exemple l'envoi périodique par les médecins traitants d'un relevé des causes des décès constatés, sans indication de noms ni d'adresses de malades, le médecin inspecteur d'hygiène départemental ou directeur du Bureau d'hygiène de la ville ayant l'obligation de détruire immédiatement ces relevés, après avoir noté sur sa statistique les causes de décès sans indiquer le nom du médecin traitant.

## HONORAIRES MÉDICAUX
## SOINS DONNÉS AUX ENFANTS — SÉPARATION DES ÉPOUX

Un médecin est appelé à donner ses soins à des enfants, au domicile de la mère, alors que cette dernière est, en fait, séparée de son mari. Il n'y a ni divorce, ni séparation de corps.

Qui doit payer les honoraires ? En réponse à la demande du praticien, le père a déclaré qu'il consentait à payer, pour cette fois-ci; mais que désormais il se refusait à régler une dette quelconque, faite par sa femme, sans son autorisation. Au surplus, il a fait paraître dans les journaux locaux une note spécifiant qu'il ne reconnaissait pas les dettes contractées par sa femme séparée de lui.

Et le praticien de nous demander si désormais il peut encore réclamer au père les honoraires, pour soins donnés à ses enfants.

L'article 203 du code civil décide que les époux contractent ensemble, par le seul fait du mariage, l'obligation de nourrir, entretenir et élever leurs enfants.

Les auteurs et la jurisprudence sont d'accord pour comprendre les frais nécessités par une maladie dans l'obligation alimentaire (*Dalloz*, Jur. gén., mariage, n° 672).

Nombreuses sont les décisions de jurisprudence, qui, toujours dans le même sens, ont fixé ces principes (Cour d'appel de Paris, 11 août 1866 ; Trib. civ. Seine, 6 juin 1890 ; le *Droit*, septembre 1890, etc.).

Cette obligation alimentaire s'impose aux parents même à l'égard de leurs enfants naturels reconnus (Tribunal civil de la Seine, 1er mai 1928 ; *Sem. jur.*, 1928.867).

La dette alimentaire à l'égard des enfants ne cesse pas avec les années; elle s'impose aux parents quelque soit l'âge des enfants. La seule condition mise à cette obligation est que l'enfant soit dans le besoin, sans qu'il puisse être tenu compte des circonstances qui ont amené l'enfant à cet état de dénuement et qui peuvent résulter de son inconduite, ou de sa prodigalité. Il n'y a lieu de prendre en considération que la nécessité pour l'enfant de recevoir des secours alimentaires sans lesquels il ne pourrait s'assurer des moyens suffisants pour subvenir à ses besoins (Cour d'appel de Montpellier, 12 nov. 1928 ; *Mon. Jud. Midi*, 15 janvier 1929).

Les père et mère ne sont obligés de subvenir aux besoins alimentaires de leurs enfants que si ceux-ci sont dans le besoin, lorsqu'ils sont majeurs, ou, s'ils sont mineurs, si les enfants ont des biens personnels, dont les parents ont l'usufruit légal, cet usufruit étant insuffisant pour subvenir à leurs frais d'entretien et d'éducation (Cassation civ., 30 novembre 1910 ; *D. P.*, 1912.1.74).

Le médecin reste en droit de réclamer le payement de ses honoraires aux parents du malade, lorsque celui-ci n'a pas les ressources immédiatement réalisables et même, après décès du patient, alors même que les parents ont renoncé à sa succession (Trib. civ. de Toulouse, 2 juin 1904 ; *Concours Médical*, 1905.95).

En cas de divorce entre les parents, les enfants nés de ce mariage, conservent, aux termes de l'article 304 du code civil, tous les avantages qui leur étaient assurés par les lois ou par les conventions matrimoniales de leurs père et mère.

D'ailleurs, l'article 303 spécifie que les deux époux sont tenus de contribuer à l'entretien et à l'éducation de leurs enfants, dans la proportion de leurs facultés.

Ici, intervient alors la notion de l'intermédiaire, en ce qui concerne le mode de recouvrement des honoraires médicaux.

Lorsque, par séparation de fait, séparation de corps, ou divorce des enfants, ces derniers sont soignés au domicile de la mère, celle-ci est tenue de régler les honoraires médicaux, quitte à elle à faire diligence pour intenter une action contre le père, afin que ce dernier contribue pour tout ou partie aux dépenses médicales.

D'une part, en effet, la jurisprudence est nombreuse, décidant que, même lorsqu'il s'agit d'un enfant majeur, soigné chez ses parents, ceux-ci sont débiteurs des honoraires médicaux alors surtout que ce sont eux qui ont fait appeler le médecin.

D'autre part, la mère, qui a la garde des enfants et qui, par jugement, a vu tarifer la part de son mari dans les dépenses d'entretien et d'éducation, conserve un titre de créance à l'égard de l'époux séparé, ou divorcé, si elle n'a pas suffisamment de quoi payer les dépenses supplémentaires. Cette créance est au profit de la mère et non à celui des enfants, lesquels restent toujours bénéficiaires de la dette alimentaire à l'endroit de chacun de leurs père et mère (Cassation, 21 mai 1890 ; *Sirey* 1891.1.81 ; Cour d'appel de Nancy, 15 avril 1899 ; *D. P.*, 1900.2. 193).

Si la femme, qui a la garde des enfants, ne peut pas supporter entièrement elle-même les frais de maladie d'un des enfants, grâce à son avoir personnel et à la pension alimentaire servie par l'époux, elle peut s'adresser au tribunal, pour faire fixer la contribution de l'époux, pour ces frais médicaux, car ces derniers, ainsi que les frais d'hospitalisation, ou de soins dentaires constituent une charge qui sort des prévisions ordinaires du ménage (Cour d'appel de Colmar,

22 octobre 1929 ; *Rev. Alsace-Lorraine*, 1930.1.88).

Par arrêt du 3 décembre 1930 (*Rec. Rennes*, 1931.94) la Cour d'appel de Rennes a décidé qu'au cas où la mère gardienne a dû engager pour ses enfants des frais médicaux et chirurgicaux importants et imprévus, sans avoir pu, au préalable, solliciter l'autorisation de son mari, en raison de l'urgence des interventions qui les ont motivées, ce dernier doit en faire seul l'avance jusqu'à la liquidation des biens de la communauté, dont il est détenteur. Ces dépenses extraordinaires ne peuvent en effet rentrer dans la catégorie de celles qui font normalement partie de la nourriture et de l'entretien.

### Conclusion

De tout ceci résulte qu'un père séparé de sa femme ne saurait se soustraire aux obligations que le code civil lui impose, à l'égard de ses enfants.

Si un jugement de divorce, ou de séparation de corps est intervenu, pour fixer la part contributive des deux époux, pour les dépenses d'alimentation et d'entretien des enfants, chacun des époux reste néanmoins tenu des frais médicaux et pharmaceutiques.

Celui qui doit payer le praticien est celui chez lequel les soins ont été donnés aux enfants, ou celui qui a fait appel au médecin, pour donner des soins.

Cependant, lorsque la mère est gardienne et qu'elle fait appeler le praticien à son propre domicile, ou conduit elle-même l'enfant au cabinet du praticien, celui-ci agira prudemment, en conseillant à la mère de prévenir le père lorsque des soins longs et coûteux ou qu'une opération s'imposent.

Ce n'est qu'en cas d'urgence que le médecin agira d'abord au mieux des intérêts médicaux du malade.

Doit-il actionner en justice, le médecin intentera le procès à celui des époux qui l'a mis en cause, pour donner les soins, quitte à celui-ci à faire appeler en garantie l'autre époux tenu avec lui à la dette alimentaire vis-à-vis des enfants.

Quant à la publication, dans les journaux, d'une note émanant du père, non divorcé, ni séparé de corps, ou de biens, note consistant à déclarer qu'il ne reconnaît aucune dette contractée par sa femme, elle n'a aucune valeur au regard du médecin. Ce dernier donne ses soins, lorsqu'il en est requis pour l'enfant ; il adresse sa note à celui qui l'a mis en cause. Ultérieurement, en cas de procès, le tribunal dira qui doit payer le praticien, et dans quelles proportions.

Dr Paul Boudin.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

## Le fonctionnement des évacuations secondaires sur l'intérieur du territoire

Médecin colonel Schickelé

**Quatrième exercice pratique de l'Ecole de perfectionnement du Service de Santé de Paris**

22 mai 1932.

A partir du front, les évacuations sanitaires sont commandées par la gravité des lésions, que le triage médico-chirurgical dirige sur la formation apte à les recevoir et à les traiter, selon l'urgence. Il existe donc, de l'avant à l'arrière, une série de seuils d'hospitalisation correspondant aux temps d'évacuation commandés par le degré de cette urgence : les intransportables trouvent ce seuil à la division (P. S. D.) ; les premières urgences, au Corps d'armée (G. A. C. A.) ; les deuxièmes urgences, à l'H. O. E.[1] ; les troisièmes urgences à l'H. O. E.[2], et à ses satellites.

En principe donc, on peut définir l'évacuation secondaire comme s'appliquant à tout blessé ou malade, déjà hospitalisé et traité dans une des formations qui précèdent. En pratique, comme les deux tiers, ou les trois quarts des évacués parviennent d'abord jusqu'à l'H. O. E.[2], c'est de cette formation que partent ces évacuations secondaires ; et c'est cette particularité qui la qualifie d'ailleurs.

Sur le trajet du vaste fleuve qui prend sa source au front pour déboucher à l'intérieur, l'H. O. E.[2] apparaît, à environ 150 kilomètres de là, comme un lac qui en assagit et en régularise le cours.

C'est évidemment aux armées que l'effort principal doit être fourni, pour le traitement et la récupération des malades ou blessés. Mais quand cet effort ne peut être poursuivi jusqu'au bout, le débordement de l'H. O. E.[2] et ses satellites sur l'intérieur s'impose. Ce débordement s'effectue sur une zone d'hospitalisation représentée par une région territoriale militaire. Chaque gare régulatrice possède une région de l'intérieur réservée aux hospitalisations éloignées.

Tous les hôpitaux de diverses provenances, qui se trouvent dans la région, constituent l'anato-

mie du système ; ils ont leur personnel technique et subalterne, leurs locaux opératoires, leurs divisions, leurs services généraux et spéciaux. Comme la spécialisation thérapeutique est la condition même du rendement, ces hôpitaux sont groupés dans un secteur hospitalier, qui correspond habituellement au département. Ce secteur comporte des services de médecine et de chirurgie généraux et spéciaux, dont chacun constitue un centre technique ayant à sa tête un médecin ou un chirurgien consultant. Ces centres techniques sont obligatoirement de chirurgie générale, d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie ; de médecine générale, de contagieux et de gazés. En outre, il existe, dans chaque région, un centre technique plus nettement différencié : fractures, phtisiologie, dermato-vénéréologie, neurologie, psychiatrie, entérologie, cardiologie, radiologie, stomatologie.

D'autres centres techniques, en plus petit nombre, desservent plusieurs régions ; ils sont interrégionaux : urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie osseuse spéciale, tuberculose chirurgicale, créno- et thalassothérapie. Un centre peut ne pas occuper un seul local ; s'il en est besoin, il déborde à son tour sur des filiales, mais l'ensemble de la formation est toujours sous la même direction technique, qui examine et traite au besoin tous les entrants et décide ultérieurement de leur envoi éventuel dans une de ces filiales.

En résumé, chaque hôpital constituera, selon ses ressources et les possibilités locales, un centre, une filiale de médecine, de chirurgie ou de spécialité.

Les évacuations secondaires partent de l'H. O. E.[2] et des établissements hospitaliers de la zone d'hospitalisation de G. Q. G. Elles se font suivant une ligne de communication désignée pour chaque région, habituellement par voie ferrée, bien que la voie d'eau puisse être employée là où la chose est possible. Le train sanitaire embarque son chargement comme à l'avant, et se met en route, avec ses révisions sanitaires toutes les six heures, jusqu'à la révision indispensable à l'entrée de la région. Là, la station de révision sanitaire est en même temps gare de répartition ; un médecin répartiteur, désigné par la Direction du Service de santé, informé de la nature du chargement de chaque train, d'une part et de l'autre, des ressources diverses en lits et possibilités opératoires, indique le secteur hospitalier sur lequel le train sera dirigé. Son chargement est réparti ensuite entre les centres techniques du secteur. Les évacués justiciables d'un centre régional ou interrégional reçoivent leur destination particulière.

Le cas concret faisant l'objet de l'exercice est le même que celui de l'exercice précédent : une armée engagée sur la Somme avait sa zone d'hospitalisation de G. Q. G. dans la troisième région, avec Rouen comme gare régulatrice, Caen comme H. O. E.[2], Gaillon, Vernon, Evreux, Bernay, Lisieux, Falaise comme centres hospitaliers. Les évacuations secondaires devant s'y faire sur la X[e] région, celle-ci comprend trois secteurs hospitaliers avec un total de 20.100 lits : Rennes, Saint-Brieuc, Brest. Les stations de révision sont Vitré, en même temps gare de répartition, et Saint-Brieuc. La voie de communication est jalonnée par Caen, Mézidon, Argentan, Sées, Alençon, La Hutte-Coulombiers, Laval et Vitré.

On se souvient que la bataille, commencée le 28 septembre, avait duré jusqu'au 4 octobre, remplissant peu à peu les formations de la zone de G. Q. G. Dès le 2, les évacuations secondaires s'imposant, le train mixte P. L. M. 106 arrive à Caen et charge 120 couchés et 240 assis pour se mettre en route à 9 heures. Le médecin répartiteur de Vitré, prévenu de la composition de ce train, alerte à son tour le médecin chef du centre hospitalier de Rennes, afin que toutes les dispositions soient prises. Le train arrive à Vitré à 19 h. 45. La révision a lieu incontinent, et confirmation est donnée à Rennes de l'heure d'arrivée dans cette ville et de la composition définitive du train. Cette arrivée s'effectue le 2 octobre à 22 h. 14. Rapide examen par une équipe de trieurs et répartition des malades et blessés dans les centres techniques correspondant à la nature de leur lésion.

G. Duchesne.

## LES AVANTAGES DE LA MÉDECINE COLONIALE

### Aux Comores (1).

**Aperçus d'un médecin de l'assistance médicale indigène de Madagascar.**

Docteur J. Bouillat,

Médecin inspecteur de l'Archipel des Comores,
Médecin lieutenant de réserve.

La vie d'un médecin à Mayotte, tel est le sujet que je vais traiter maintenant. Là-dessus seulement, il y aurait trop à dire, en évitant pourtant toute allusion à d'autres colonies et même à Madagascar, la Grande Ile si digne par la variété de son climat et le caractère de ses habitants d'être la France Australe.

Comme les peuples heureux, les gens satisfaits n'ont pas d'histoire... Mais ils ont parfois une géographie. La nôtre, en l'occurence, est assez peu connue : voici quelques points de repère.

Dzaoudzi, jadis base navale active chère aux marin, est encore la capitale administrative de l'archipel des Comores. C'est un rocher verdoyant de 6 hectares, déprimé en son centre et relevé sur ses bords. Là depuis 1841, à travers ce jardin de palmes et de fleurs, sans souci apparent d'urbanisme ou de plan, se sont édifiés : résidence, hôpital, école, administration, comptabilité, inscription maritime, secrétariat général, district, trésor, poste, douane, T. S. F., travaux publics, milice, église et presbytère des Pères, épicerie bourbonnaise et boutiques des Indiens, et les habitations abritant 130 personnes dont un quart d'Européens, — tandis que d'autres services, justice, domaines, police, ont déjà pris pied sur la Grande Terre.

A l'Est de notre îlot, l'île Pamanzy, son volcan au cratère devenu un curieux lac sulfureux, ses deux ou trois villages de paillotes entre les cocotiers au pied de la montagne bombée de la Vigie, devant le pics pointu du Signal.

Comme l'embryon est uni au placenta par le cordon ombilical, à travers les eaux de l'amnios, Dzaoudzi est relié à Pamanzy par une longue jetée, notre unique promenade. C'est le célèbre boulevard des Crabes qui, avec les vagues et les embruns de l'Océan Indien, reçoit d'avril à octobre la mousson du Sud, vent frais, sec, clair, constant, et d'octobre à avril la mousson du Nord, chaude, humide, souvent défaillante ou parfois en tornade.

A l'Ouest, derrière un bras de mer aux reflets changeants, c'est la Grande Terre de Mayotte ; 20 kilomètres de large et 40 de long, un vrai décor, avec ses multiples sommets aigus parmi lesquels se découpe un pain de sucre de 600 mètres, avec la diversité des récifs madréporiques ou volcaniques, avec ses côtes très découpées quoique protégées à distance par le corail qui nous encercle tantôt de sa ceinture vert-jaune dans la mer bleue tantôt de sa ligne blanche d'écume brisée. Palétuviers, cocotiers, canne à sucre et maïs, bananiers dont la feuille sert de parapluie, manguiers vert sombre aux fruits incultes sentant la carotte et le melon tourné comme aussi la papaïe mûre, citronnelle et vanille, frangipaniers qui sont en saison sèche des arbres tout en bois avec au bout de chaque branche sans feuilles une fleur odorante blanche et jaune comme un lys ; sisal et aloès, lauriers roses ou blancs toujours en fleurs comme les rouges hibiscus, filaos, daturas, caféiers, bambous, vertigineux se croisant en ogive sur des profondeurs glauques de cathédrale, ylang-ylangs, bois-noirs, baobabs monstrueux, orchidées magnifiques, brèdes aux feuilles comestibles, letchis sous une enveloppe dure imitant le raisin malgré un gros noyau, ananas succulents (4 à manger par jour en décembre et janvier), grosses oranges trop fibreuses à peau verte, mandarines, petits citrons plucheux ou âcres, goyaves rèches à goût de fraise, avocat crémeux, tomates naines mais précieuses, petits piments verts, lianes énormes où voltigent les petits singes légers au museau pointu, au cri rappelant celui du phoque, à la queue d'écureuil dont ils s'abritent pendant la pluie et dans laquelle ils s'enroulent pour se protéger du vent et dormir, cabris, bœufs à bosse, chauves-souris géantes, oiseaux des îles, rouges, verts, jaunes, si peu farouches qu'ils viennent jusque dans votre case, manger vos bananes. Tous les moustiques : culêx, anophèle, stégomyie, mais petits et moins irritants qu'en bien des coins de France. Cafards énormes longs de 6 centimètres, araignées géantes, lézards ou margouillats, cent-pieds, fourmis envahissantes, quelques scorpions. Poissons étranges des dessins japonais, tortues de mer, requins : un soir au pied des maisons de Dzaoudzi, j'ai vu prendre avec un gros hameçon au bout d'une ficelle un requin de 2 mètres 25 par un pêcheur d'abord surpris puis embarrassé de cette capture imprévue et qui, sans du secours immédiat, aurait été le pêcheur pêché.

Mayotte compte 12.000 habitants, noirs plus ou moins foncés, légèrement mêlés d'Arabes et de Malgaches, et totalement hélas ! islamisés, ce qui les fige dans leurs mœurs primitives et les faits délaisser

(1) Extrait d'une conférence faite à l'École de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé à Bourges, le 29 mars 1931.

l'école française pour l'école coranique, où ils se bornent à chantonner les versets incompris du Coran.

Fâcheuse est à tous points de vue la pénurie d'eau douce. A Dzaoudzi, on dispose de citernes, seule ressource des six mois de saison absolument sèche. Et pourtant un rapport du génie de 1844 signale déjà la possibilité immédiate de distiller l'eau de mer qui nous entoure. Il y a bien à la Grande Terre quelques sources, d'assez faible débit d'ailleurs ; dont celle de la Convalescence, mais la plupart sont accaparées, et on ne peut guère tabler que sur des puits saumâtres et des torrents à sec ou bien boueux, — ce qui m'a valu de contracter en tournée une belle dysenterie amibienne, vite jugulée par l'amiphène avec l'aide de l'opium, du stovarsol et de l'émétine.

Je passe sur les domaines européens de Mayotte, naguère encore prospères, actuellement fort touchés par la crise économique de surproduction et sous-consommation mondiale, crise d'où il faudra bien que la génération sacrifiée de cette époque de transition fasse sortir un monde nouveau.

On a beaucoup parlé du travail forcé. Ici, il n'existe pas. On voit même les prisonniers se la couler douce et les miliciens faire la faction sur une chaise longue. Il n'est guère possible d'avoir un boy avant 7 heures ou après 20 heures, et il est impossible de le garder entre 13 et 17 heures. Un Comorien, surveillé, travaille au maximum entre 7 et 14 heures, et encore. Les jeunes techniciens distingués et, somme toute, débonnaires, qui seuls, à la tête de 400 hommes et de machines délicates, dirigent les domaines des principales Sociétés (et dont un moins-de-trente-ans fut longtemps le brillant Président de la Chambre Consultative de l'Archipel et son représentant aux Délégations économiques et financières de Madagascar) m'ont souvent fait constater à quel point, ils obtiennent peu de travail de leurs contractés, pourtant logés, alimentés, soignés, et combien ils auraient été satisfaits s'ils avaient pu en tirer une moyenne régulière de 4 heures de travail par jour, 15 jours par mois. C'est que l'obligation naturelle du travail est une notion étrangère à l'indigène, qui trouve abri facile, chaleur constante, fruits, feuilles et racines sauvages comestibles, et accepte la maladie comme une fatalité, — c'est même pour lui, plutôt qu'une nécessité, une évidente absurdité. Tandis qu'en Europe, c'est sous peine de mort par le froid et la faim qu'il a toujours fallu gagner sa vie « à la sueur de son front », ici, la sueur est spontanée..... et l'indigène travaille un mois pour l'impôt, un mois pour s'acheter une nouvelle femme, et c'est à peu près tout pour l'année.

On peut dire aussi qu'il y a carence du commerce local, le coût excessif des transports, la douane anachronique plus stérilisante que productive, au moins de métropole à colonie, et inversement. En effet, les indigènes et les blancs, s'ils ont de quoi payer, ne trouvent à acheter au prix de la rue de la Paix que des choses dont ne voudrait pas le carreau du Temple. On peut s'étonner que des organisations comme les grands magasins, disposant d'énormes capitaux et se plaignant de manquer de débouchés, n'aient pas dans les principaux points, des comptoirs réfrigérés et à l'abri des insectes et des rats. D'autre part, trop longtemps, les produits coloniaux ont été mélangés et médiocres : la standardisation pourra y remédier, si elle ne laisse sortir que la bonne qualité et encourage le progrès. Malgré Duhamel, j'aime mieux l'unique variété de poire américaine, que 36.000 sortes de mangues sauvages. Les comestibles excellents de l'Europe n'ont pas été créés d'un coup, mais sélectionnés à partir de la nature primitive et médiocre, et améliorés en des siècles d'empirisme persévérant et clairvoyant. On oublie en France le carburant national, mais qu'attend-on pour créer le carburant colonial à partir de multiples végétaux, en faisant tourner les usines, en épargnant le muscle, en réduisant l'excessif déboisement, et en économisant l'essence à 75 francs les 18 litres et l'alcool à 12 fr. le litre ?

Revenons à nos îles. Jadis repaires de pirates négriers, les Comores sont à la trempe dans le canal de Mozambique, entre l'Afrique et Madagascar, dont elles sont éloignées de 350 à 600 kilomètres. Les quatre îles qui constituent l'Archipel sont : Mayotte, au sud d'Anjouan, Mohéli à l'ouest d'Anjouan, et la Grande Comore au nord de Mohéli.

Grâce à une mission de l'Aviso *Antarès*, dans l'Océan Indien, grâce à l'amabilité et à l'hospitalité si sympathique de son commandant, le capitaine de frégate Pérot, j'ai pu faire, en novembre dernier, une magnifique tournée de l'Archipel à bord de ce navire de guerre qui, depuis, explore les îles Kerguélen. Pendant ce voyage, facilité par la pleine lune, Mayotte ne fut pas perdue de vue avant qu'on aperçût Anjouan et ses pics nuageux, et le lever du jour éclairait encore le triangle pointu de Mohéli que nous longions la Grande Comore. Le volcan Karthala fait faire un gros dos de 2.400 m. à cette île massive dont la population dépasse 70.000 habitants, desservis par quatre médecins, une sage-femme et trois hôpitaux de l'Assistance médicale indigène. Au pied de la montagne, le port limpide, grouillant de pirogues à balancier, s'éveille, et Moroni, la capitale, ville musulmane fanatique, avec sa mosquée blanche et son bruyant bazar, rappelle Zanzibar par ses maisons arabes aux portes de bois sculpté.

Dans cet étrange pays, ce qui surprend le plus, c'est d'abord le manque d'eau absolu ; malgré la saison des pluies, pas de ruissellement, pas de nappes souterraines. Les indigènes non pourvus de citernes creusent le sable des plages pour y puiser un peu d'eau saumâtre. Le paludisme d'ailleurs s'est installé à la Grande Comore, il y a quelques années seulement, au temps révolu de la vanille à 450 francs le kilo, lorsque chacun a légitimement voulu avoir sa citerne, aussitôt devenue gîte à moustiques et relais de la malaria. Ce qui frappe aussi, c'est le sol noir, volcanique, à aspect de pierre ponce et de mâchefer et malgré cela une végétation tropicale intense et luxuriante dans une atmosphère de serre chaude, les

plantes incroyables semblant à chaque pas jaillir d'entre les pierres en les bousculant.

A Mohéli, île calme, verte, accidentée avec ses sommets de 900 m. — courte visite — 6.000 habitants, un hôpital, un médecin, et dans les champs de belles aigrettes blanches, gracieuses et peu farouches.

A Anjouan enfin, la perle de l'Océan Indien, nous arrivons vers midi. Chacun admire ses montagnes verdoyantes de 1.600 m. à pic, son golfe avec sa capitale Mutsa, moins arabe que Moroni et dominée par une fière citadelle antique battant encore pavillon du sultan et adossée au flanc des pentes rapides qui aboutissent aux rivages. Sans contredit, c'est encore mieux que Mayotte et la Grande Comore !

Voilà donc une tournée qui, pas plus que le voyage de France, n'a manqué de pittoresque et de variété. Je passe sur celles qui m'ont donné l'occasion de visiter complètement Mayotte en filanzane (siège à quatre porteurs), comme je passe sur ma première inspection : expédition d'une journée en canot automobile, par assez gros temps, à l'îlot lointain de notre léproserie que j'espère remplacer bientôt par un proche village de traitement. J'oublie aussi, pour ne pas trop vous excéder, les réjouissances que nous valut en juillet, la visite de la XII[e] escadrille de sous-marins légers, *Fulton* et *Joessel*, accompagnés par *Vitry* et *Durance*, réalisateurs du raid Bizerte-Réunion-Bizerte en quelques mois de navigation ininterrompue et sans précédent.

Je n'insiste pas sur les fêtes à la Résidence, les déjeuners chez le Gouverneur, les apéritifs traditionnels si chers aux vieux coloniaux qui s'y rencontrent (je n'en suis encore heureusement qu'à la citronnade et au pippermint), les pique-niques au Cratère ou à la Convalescence, les courts « week-ends » dans les domaines de la Grande-Terre, les visites médicales si pittoresques en pirogues à voile, en filanzane, en char à bœufs (dont j'ai fait jusqu'à 9 heures par jour, parfois sous le déluge tandis que les cri-cris de la forêt font un bruit de scierie mécanique) ; la moto est aussi un vrai sport sur les pistes ou sentiers de la montagne où la densité du trafic rend improbable une collision.

A Mayotte, le médecin-inspecteur de l'Archipel, largement logé et presque assez meublé, sans frais professionnels ni tentations ruineuses, mais passant chaque mois au Trésor toucher sa solde et ses indemnités, au lieu de songer mélancolique à d'épineux recouvrements d'honoraires, véhiculé en pousse-pousse, en baleinière, en filanzane et en moto, se trouve à la tête d'un service technique et administratif important. Ici, le secondent un médecin résident et un médecin mobile, diplômés de notre Ecole de Médecine de Tananarive à laquelle ils font honneur par leurs connaissances et leur pratique. Avec ces jeunes et bons auxiliaires malgaches, témoins d'une rapide et efficace assimilation le médecin inspecteur de l'Assistance médicale indigène assure le fonctionnement de l'hôpital, digne monument légué par la Marine Royale ou Impériale, et comptant en moyenne une trentaine d'hospitalisés avec une centaine de consultants chaque jour, véritable musée pathologique.

Conseiller technique du Lieutenant-Gouverneur de l'Archipel, le médecin inspecteur, à l'instar d'un médecin divisionnaire, règle les questions les plus variées directement avec cet Administrateur (dont l'accueil fut toujours des plus bienveillants, comme aussi le souci constant du bien-être de l'indigène). Membre du Conseil consultatif, de la commission du Travail, et de l'A. M. I., secrétaire du Comité provincial d'hygiène, médecin légiste, gestionnaire avec l'aide des fonctionnaires, inspecteur des viandes, pharmacien-gestionnaire avec l'aide dun agent comptable et d'un secrétaire, accoucheur, consultant chirurgien, il est aussi agent ordinaire de la santé chargé de l'arraisonnement des navires et ayant, à ce titre, droits et devoirs d'officier de police judiciaire. Voilà déjà beaucoup d'attributions (et j'en oublie) toutes intéressantes, et certaines passionnantes.

Sous le contrôle, à Tananarive, et l'impulsion du médecin général des troupes coloniales, directeur du Service de santé et de l'Assistance médicale indigène de Madagascar et dépendances, le médecin inspecteur de la circonscription médicale des Comores est en fait, le véritable chef du Service de santé de toute la région, ce vaste archipel peuplé de 120.000 habitants, où il dirige et contrôle 9 médecins, 2 sages-femmes, 7 hôpitaux, 3 léproseries, 4 ports d'escale, un lazaret et tout un moindre personnel.

N'est-ce pas là ce qu'on appelle un joli commandement, et qui fait un poste de choix de cette affectation, une des plus redoutées pourtant des Malgaches ?

Deux courriers par mois (soit un courrier sur deux) touchent Mayotte et sont arraisonnés : l'un vient de Madagascar via Majunga, emportant les lettres pour la France, apportant le courrier indirect de France et celui de la Direction ; l'autre paquebot, une semaine plus tard, débarque le courrier direct de France et emporte (lourd de rapports en retard), le courrier pour Tananarive. Ce sont les deux événements mensuels, agrémentés de visites aux amis du bord, et entre quoi, pendant tantôt une semaine, tantôt trois semaines, seule crépite la T. S. F.

De mes relations avec l'Administration, je garde la meilleure impression, comme je conserve un excellent souvenir de l'inspection méticuleuse de mon Directeur, le médecin général Letenturier qui, par ses conseils, m'a facilité bien des améliorations.

Et quoique disent certains, il est cinq cents fois préférable d'avoir affaire à deux ou trois chefs perspicaces, désintéressés et bienveillants qu'à 1.000 clients ignorants, soupçonneux et exigeants, dont chacun est bien le plus égoïste, le plus avare et le plus impitoyable des patrons.

D'ailleurs, la plus large initiative nous est confiée par la Direction, avec qui nous n'avons qu'un courrier par mois dans chaque sens. Aucune demande de médicaments ou d'instruments, de personnel ou de matériel ne fut jamais faite en vain ; aussi bien, sait-

on à l'occasion se débrouiller avec ce qu'on a et ne demander en tout que l'essentiel. C'est dire que parfaitement secondé, bénéficiant d'une bonne organisation, nanti très jeune d'un gros poste, déchargé des besognes secondaires, paré du prestige de la chirurgie de nécessité et des traitements efficaces, disposant de loisirs assurés pour la recherche, l'étude, l'observation ou la méditation, on peut travailler logiquement et librement, en toute indépendance, loin de l'âpre lutte pour la vie et des questions odieuses de gros et petits sous. Comment ne pas s'intéresser à l'exotisme de la pathologie tropicale que dominent : le Pian (triomphe des arséno-benzols), le paludisme (si obéissant à la quinine et à la plasmochine), les ulcères (plus rebelles), la lèpre (lente et sensiblement entravée par le chaulmoogra), l'éléphantiasis (j'ai débarrassé un sujet d'un scrotum de 17 kilos, en lui restaurant l'organe engoluti qu'il n'avait pas vu depuis 7 ans), la dysenterie amibienne (cédant à l'amiphène, au stovarsol, à l'émétine), le béribéri et les généreuses maladies vénériennes, sans parler d'autres moins répandues ?

Il y a aussi le spectacle inépuisable de la nature et le climat, au total et compte tenu du genre de vie, plus agréable que celui de l'Europe moyenne, et si régulier. Pas d'écarts. Nous avons couramment nuit et jour, en saison chaude, 30° dans la maison, 30° à 36° dehors (à l'ombre), et, en saison fraîche, 26° dans la maison, 24° à 28° dehors. Et la pluie chaude en courte averse torrentielle, presque à heure fixe, ne tombe qu'en saison humide, tandis qu'on est sûr du beau fixe et du temps sec pendant les mois de saison fraîche.

Je voudrais abréger ; il faut pourtant que je dise avoir remarqué que le clair de lune éclatant illumine tout le ciel jusqu'à l'horizon et donne aux choses leur vraie couleur, verte, bleue, jaune ou rouge ; que j'ai vu un halo aux vives teintes du prisme entourer la pleine lune et même un arc-en-ciel véritable et complet un soir d'averse et de lune ; que peu pittoresques, mais brillants dans la radieuse saison sèche, les couchers de soleil ont en raison humide des reflets incroyables ricochant des nuages sur la mer et colorant diversement aussi les hautes nébulosités ; que pour bien les voir, il faut tourner le dos au couchant et regarder vers le levant d'où irradie le plus de lumière, — agréable paradoxe ; j'ai cru constater encore que le crépuscule n'est pas plus court ici qu'ailleurs, malgré les jours égaux aux nuits ; il dure une demi-heure entre soleil couché et nuit tombée ; l'illusion des auteurs qui disent si court le crépuscule tropical tient peut-être à ce qu'on passe alors d'une extrême lumière à l'obscurité, tandis qu'en Europe, le jour baisse progressivement pendant des heures avant le coucher du soleil.

Quoique dépaysé, on conserve sa santé par une vie réglée exempte de trépidation et de précipitation, par la quinine préventive à la dose de dix à douze centigrammes à chaque repas, par la purification de l'eau, l'hygiène banale, l'abstinence de toxiques, l'alimentation sur le pays facilitée par l'ingéniosité des européennes, qui est précieuse aussi pour l'aménagement de maisons agréables, avec l'aide de serviteurs nonchalants mais nombreux. On s'habitue si bien au milieu différent qu'un effort de mémoire et d'imagination suffit à peine à évoquer le passé, et que, si on a très chaud à 30°, on a très frais à 28°.

Trop longtemps, on a cru que le terroir ou le climat engendrait telle ou telle maladie. La médecine coloniale a assez progressé pour qu'on n'attribue plus à l'humidité ce qui vient de l'hématozoaire, à la chaleur ce qui appartient à l'amibe, au soleil ce qu'on doit au tréponème et à l'alcool, — et qu'on sache que contre tout cela nous sommes armés, et qu'au fond, la tuberculose vous tue plus que nous, la lèpre, la grippe autant que la peste, et le cancer plus cruellement que le choléra, la fièvre jaune et le typhus. Le surmenage, l'isolement, la sous-alimentation et parfois l'empoisonnement des pionniers ont fait place à une organisation du travail et de la vie permettant non seulement à l'homme et au couple, mais aussi à l'enfant blanc, de vivre et de prospérer dans la zone tropicale, grâce au rythme des congés, grâce à une hygiène et à une médecine préventive raisonnablement claires et simples.

Lorsque ces contrées, moins méconnues, auront, — et cela ne pourrait plus tarder, — eau, glace, électricité, tous transports rapides, travaux publics à la hauteur, équipement médical complet, potagers et vergers de comestibles améliorés et greffés, approvisionnements fréquents et entrepôts collectifs de stockage refroidis et protégés contre les parasites, — elles seront sans doute plus agréables que la Métropole, au moins pour qui n'aime pas le froid, le temps toujours incertain, la lumière avare et la pluie lente imprévisible gâchant toute l'année...... Et qui sait si, aux migrations humaines vers l'Ouest, ne succéderont pas des migrations vers le Sud ?

Le temps me manque pour reproduire les renseignements exposés en d'excellents articles du *Journal des Externes*, de la *Presse médicale*, du *Concours Médical*, du *Temps colonial*, par l'inspection générale du Service de Santé au Ministère des Colonies (on vous obtiendrez toutes précisions) et plus récemment par les médecins généraux Emily et Thiroux.

Rappelez-vous tout de même que pour 40.000.000 d'habitants la Métropole compte quelque 28.000 médecins, dit-on, tandis que nos colonies ne disposent que de 1.000 docteurs pour 60.000.000 de sujets !

Sachez donc seulement comment on entre dans le Corps de l'A. M. I. quelle y est la situation, — et si elle est digne à tous points de vue d'avoir la préférence de beaucoup de nos jeunes confrères.

Reçu au concours pour l'A. M. I. d'Indochine (la colonie la plus recherchée), ou pour Madagascar, identique quoique distinct (inscription en août-septembre, écrit en décembre : composition d'hygiène, composition de pathologie interne, — en janvier à Marseille : médecine opératoire et anatomie topographique, bactériologie courante, clinique interne, cli-

nique externe), je ne parlerai que de l'A. M. I. de Madagascar,.

Il vous suffit d'être Français, ayant satisfait aux obligations militaires, docteur en médecine, et âgé de moins de 30 ans. Les grades étant médecin de 4e, 3e, 2e, 1re classes, médecin principal et médecin en chef ; par le concours, vous débutez d'emblée en 2e classe, avec 23.000 francs en congé en France de solde annuelle, — mais à la colonie, vous arrivez sensiblement au double par le jeu du supplément colonial et des indemnités diverses, sans parler des avantages comme logement et transport, et sans aucune clientèle sur laquelle, d'ailleurs, vous auriez tort de trop compter. Votre voyage aller et retour en 1re de bout en bout vous est payé avec, s'il y a lieu, celui de votre femme et de vos enfants. La Caisse intercoloniale constitue, avec vos retenues, votre retraite à 25 ans de service. Vous avez un mois de vacances sur place par an, et à la fin de chaque séjour, vous profitez d'un congé en France de six mois (voyage non compris), avec liberté entière et solde métropolitaine. Vous vivrez donc largement d'une partie de votre solde à la colonie, et vous aurez des économies pour agrémenter votre congé. Ce n'est pas que les coloniaux soient tellement gorgés d'or et de piastres, mais qu'ils sont par nécessité privés, sans en souffrir, de bien des choses, et que tout en ayant des satisfactions essentielles, ils n'ont que des besoins limités.

Pourquoi toujours exagérer les gains prétendus des médecins de France et amoindrir ceux annoncés aux Colonies ? Là, on touche plus qu'on n'espérait, tandis qu'en France, on a moins de bénéfice qu'on ne croit. Y a-t-il donc tant de médecins en France qui déclarent 48.000 francs de bénéfice net pour une première année ? Quel âge, quels frais d'installation, quels frais professionnels et de transport, quel travail irrégulier et sans aides, quel loyer, quelle patente et autres impôts injustes faut-il subir en France avant d'avoir un bénéfice équivalent ? Quand a-t-on le temps de faire une croisière d'un mois ? Et bien sûr jamais celui de six mois de vacances. Quelle ruine représente une maladie ? Quels frais et quelle perte un remplaçant ? Quelle garantie du lendemain et quelle sécurité d'avenir ? Quels loisirs assurés ? Quelle liberté vraie ?

Alors, je vous le demande, pourquoi hésiter ? D'autant plus que, loin de faire un calcul mercantile, mais en remplissant une mission pure et humanitaire..... sociale et indispensable, que tous les partis s'accordent à soutenir et à encourager, nous devons aider la médecine coloniale à réaliser en quantité et en qualité le plein de ses effectifs.

N'ayons pas peur de le dire, la crise en France de la profession médicale date de bien avant les assurances sociales ; elle existe en fait depuis que le médecin n'est plus un rentier n'exerçant que par *dilettantisme ou miséricorde* (1).

(1) A quelles époques, bibliques sans doute, le praticien français, des villes et des campagnes, fut-il par essence un rentier, un dilettante ou un Vincent de Paul ?

Fils d'un spécialiste parisien, et ayant aussi l'expérience de la médecine de mine et d'usine, je crois avoir pratiqué normalement pendant presque six années la médecine la plus traditionnelle dans un chef-lieu de canton rural de votre département et connaître beaucoup d'aspects de la profession. Eh bien ! Je crois qu'il vaut mieux franchir les mers que se répandre en plaintes sur l'injustice de la Société envers le praticien. L'ayant fait, je n'ai certes pas à le regretter, et je m'en réjouis chaque jour.

Aussi bien, au moment où la clientèle traditionnelle devient de plus en plus difficile par inadaptation des praticiens aux nécessités modernes, en raison de l'esprit individualiste, que ceux-là se joignent à nous qui croyons que la médecine collective organisée, militaire, civile ou coloniale, d'Etat ou de société, est meilleure pour le médecin, aussi bien que pour le malade.

J'ajoute que les médecins coloniaux qui se plaignent sont d'ordinaire des médecins libres. Ils ont naturellement des irrégularités de clientèle et les attribuent à la concurrence des médecins militaires ou des fonctionnaires. Je ne verrais du reste aucun inconvénient, et bien des avantages, à ce qu'on écarte les médecins fonctionnaires de toute clientèle privée, et les médecins libres de toute fonction publique ou collective. En France aussi, la médecine aurait gagné à ce que les médecins fonctionnaires publics ou privés (qu'ils soient d'Etat, d'hôpitaux, d'usines ou de collectivités) (1), aient des appointements convenables, et à ce que les médecins libres n'exercent uniquement que pour le particulier généreusement féru de libre choix et d'entente directe..... Mais c'est une autre histoire.

La médecine libre à la colonie est donc à déconseiller.

Je ne conseillerai aussi d'y venir comme médecin contractuel (pas de retraite et aucune garantie que le contrat sera renouvelé) que si on a passé l'âge du concours, — un médecin du cadre n'étant pas aussi lié qu'un militaire et ayant la faculté de démissionner à la fin dn séjour.

Le Service de Santé des Troupes Coloniales et celui de la Marine, d'avance largement pourvus, disposent de très beaux postes et des plus élevés comme de l'extrême variété des affectations, — et pourtant beaucoup de leurs membres des plus distingués les quittent pour entrer dans l'A. M. I. C'est donc en définitive, l'Assistance Médicale Indigène que je préconise et que, même pour un début provisoire, je conseille à tous les docteurs de moins de 30 ans, soit frais émoulus de la Faculté, et anxieux de lire les annonces ou de fréquenter les cabinets de clientèles, soit praticiens exercés, peu friands d'absurde concurrence, de course au client, de violation hypocrite des règles syndicales, d'efforts disproportionnés avec le rendement technique, qu'on s'ap-

(1) Distinguons entre médecins fonctionnaires proprement dits et médecins salariés.

pelle Knock ou Parpalaid. Venez donc au moins faire un premier séjour, et je suis sûr que vous reviendrez.

Et si j'ai tant insisté, au risque d'endormir les plus résistantes de mes victimes d'aujourd'hui, en vantant la Colonie et l'A. M. I. de Madagascar, c'est que moi-même j'ai longtemps ignoré et j'ai failli ne jamais savoir que « ça existait ».....

Et pourtant, j'étais ancien marin et ancien stagiaire de guerre à l'Ecole Principale du Service de santé de la Marine et des Colonies à Bordeaux ; mon jeune frère est pharmacien capitaine des Troupes coloniales ; et je comptais dans le Corps de santé presque tous mes amis survivants dont le plus ancien et le plus cher camarade du P. C. N., de Lorient, de Bordeaux, de Brest, du Phare, (permettez-moi ce souvenir affectueux et indiscret), est Marcel Montagné, médecin capitaine, chirurgien des hôpitaux coloniaux, agrégé d'anatomie à l'Ecole de Marseille, si universellement aimé et admiré de tous ceux qui l'ont approché pour sa charmante et lumineuse modestie de savant et de lettré. Si j'insiste encore c'est pour remercier ceux qui m'ont renseigné, que je ne puis nommer sans leur permission. C'est aussi dans l'espoir de rendre le même service à d'autres confrères, et de montrer la route claire à des vocations latentes. Voilà pourquoi vous me pardonnerez, j'en suis sûr, d'avoir été si long. Et vous vous efforcerez tous d'augmenter le nombre de ceux qui viendront trouver, dans le service humain et désintéressé de l'A. M. I., sous un ciel serein, une constante et parfaite sérénité.

Docteur Michel-J. BOUILLAT.

---

# « LES VOIX LATINES »

## « Les forces spirituelles et scientifiques de la latinité »

**Conférences internationales données sous les auspices de l'UMFIA ou Union Médicale Latine pour la conservation de l'influence de la civilisation et de la spiritualité dans le monde**
**Prochaines conférences : leurs titres ; les conférenciers**
**Nouvel appel en faveur des « Voix Latines »**

Par le Docteur DARTIGUES,

Président-fondateur de l'UMFIA.

L'Umfia ou Union médicale latine, fut *initiatrice* (tout le monde médical le sait maintenant, car on n'a pu lui dérober le mérite de l'idée première et étouffer ses efforts initiaux) pour les relations médicales internationales du monde latin. Elle a fait un constant et progressif effort ; elle est sur la brèche depuis déjà *vingt ans* pour mener cet admirable combat qu'on pourrait appeler, paradoxalement, pacifique ; elle a lancé déjà et réalisé tant d'idées neuves dont beaucoup se sont prévalus à sa suite et en s'abreuvant à sa source première. Elle vient de créer, à mon instigation, sous ces belles rubriques colorées et sonores des « *Voix latines, de Forces spirituelles et scientifiques de la Latinité* » et qui sont comme de puissants appels de ralliement en faveur de la Latinité *à laquelle la civilisation universelle doit tout originellement*, des conférences appelées au plus grand retentissement et, nous l'espérons, à la plus efficace action.

C'est le Professeur Forgue, de Montpellier, qui a « ouvert le feu » de ces conférences, le 12 mars dernier, dans la belle salle de l'Institut océanographique, devant un nombreux public d'élite où se pressaient de grands maîtres de la médecine et de la chirurgie et des personnalités éminentes diverses, autour du représentant de l'ambassadeur d'Espagne, sur l' « *Espagne : regards sur l'histoire de la médecine espagnole et son évolution.* »

Puis, le Professeur SERGENT (de Paris) : *Le Canada : Impressions d'un médecin français en mission au Canada* (Chansons canadiennes par les étudiants canadiens de la Cité universitaire de Paris), a parlé le 11 mai dernier sous la présidence de S. Exc. Philippe Roy, Ministre plénipotentiaire du Canada à Paris.

Sont inscrits ensuite pour prendre successivement la parole le Professeur J.-L. FAURE (de Paris) : *Le Brésil* : *La chirurgie au Brésil* (juin).

Le Professeur Léon BERNARD (de Paris) : *L'Italie* : *Ce que la médecine doit à l'Italie* (octobre prochain).

Le Professeur LEGUEU (de Paris) : *L'Argentine* : *La médecine et la chirurgie en République Argentine.*

Le Professeur LÉPINE (doyen de la Faculté de Lyon) : *L'Uruguay.*

Le Professeur BRUMPT et Mme BRUMPT (de Paris) : *Le Vénézuela.*

Le Professeur BORDET (de Bruxelles) : *La Belgique* : *La Belgique devant la science médicale.*

Le Professeur ROULE (de Paris, professeur au Muséum) : *La mer latine* : *Le monde vivant de la Mer latine*, avec la présidence probable de S. A. le Prince de Monaco.

Le Professeur DANIEL (de Bucarest) : *La Roumanie La science roumaine devant les sciences médico-chirurgicales, et ses rapports avec la science française*, etc., etc., etc...

L'Umfia a en vue bien d'autres conférences faites par les conférenciers les plus éminents qui les feront, non pas d'une façon livresque, mais sur des *Impressions vécues.* N'oublions pas que l'Umfia est, à

l'heure actuelle, le centre de la Latinité médicale et elle a l'idéal d'en être le cœur d'animation, aussi tient-elle à faire parcourir par de grands esprits, qui les feront plus spécialement connaître en les exaltant, les Nations latines en un vaste et merveilleux périple.

Ces conférences porteront principalement sur les diverses nations qui font partie de l'Umfia, c'est-à-dire où sont parlées les langues filles du latin, du romain : l'espagnol, l'italien, le français, le portugais, le roumain et même le catalan qui dérive beaucoup du latin, et même encore où est parlée la langue grecque. J'ai écrit récemment un article ici-même, intitulé l'Hellénisme et l'Umfia où j'ai montré que la civilisation dite latine, est en réalité hellénolatine ; il n'est point utile d'insister sur ce point : tous ceux qui connaissent l'histoire et la littérature méditerranéenne le savent. Il a été décidé à l'Umfia que la Grèce faisait partie de notre vaste union et nous avons, d'ailleurs, des adhérents et représentants grecs éminents.

Ces conférences envisageront les divers pays unis dans l'Umfia sous le rapport de leur activité scientifique et médicale, et contribueront à faire mieux connaître et affirmer le mouvement de la spiritualité qui unit les divers pays de la latinité : elles iront même jusqu'à considérer de vastes expressions géographiques où des mers sont encloses en des bassins latins méditerranéen, atlantique et même pacifique. Presque toutes ces conférences seront faites sous la haute présidence d'un ambassadeur ou d'un ministre plénipotentiaire du pays qui fera l'objet de la conférence, et sous la tutelle symbolique du pavillon de la Nation traitée, allié à celui de la France, comme il a été déjà fait pour l'Espagne.

J'ai créé une caisse pour subvenir aux dépenses nécessitées pour la location de grandes salles où sera réuni un très nombreux public, car les « Voix latines » ne sauraient parler dans le désert : *Vox in Latinita*, doit répercuter de vastes échos dans les esprits et les cœurs et réaliser un progrès utile à tous. Il ne faut pas oublier que ces dépenses comportent aussi des frais d'affiches, de cartons d'invitation, de correspondance considérable, etc... Voici, à l'heure actuelle, ceux qui ont souscrit. Je me plais à rappeler que mon ami, le Docteur Chaillous, ophtalmologiste de l'hôpital des Quinze-Vingts et membre de l'Umfia dès l'origine (1912), a le premier donné l'exemple : Docteur Chaillous (de Paris), 500 ; Docteur Dartigues (de Paris), 500 ; Docteur Rivière (de Paris), 300 ; Mme Rey (de Paris), 50 ; Docteur Leydier (de Paris), 200 ; Doctoresse Prost (de Paris), 100 ; M Bonamico (de Londres), 100 ; Union médicale latine ou Umfia, 500 ; *Revue de l'Umfia*, 100 ; Professeur Montané (de la Havane), 200 ; Docteur Debat, *Art et Médecine* (de Paris), 500 ; Docteur Bandelac de Pariente (de Paris), 500 ; Docteur Claoué (de Paris), 1.000 ; Docteur Dausset (de Paris), 300 ; Docteur Tétrault (du Canada), 100 ; Doctoresse Prost (de Paris), deuxième versement, 400 ; Docteur Dartigues (de Paris), deuxième versement, 200 ; Docteur Molinéry (de Paris), 100 ; Umfia, deuxième versement, 300 ; Docteur Noir, rédacteur en chef du *Concours Médical* (de Paris), 100 ; Docteur Rivière (de Paris), deuxième versement, 200 ; Docteur Gallimard (de Grenoble), 500.

Je me permets, en l'honneur de cette belle cause, en possibilité de cette belle réalisation des *Voix Latines* par l'entremise d'hommes les plus éminents, connus pour leur compétence certaine, leur information prise aux réelles sources de la vie des nations envisagées, leur talent d'exposition et de parole, de tendre la main aux très nombreux amis dévoués et intelligents du Monde médical. N'oubliez pas « *les Voix latines* ! »

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...Mais à quelle fin ce monde a-t-il donc été formé ?*

(VOLTAIRE.)

DCLXXIII — Marc CHADOURNE. **L'U. R. S. S. sans passion.** Un vol. 14,5 × 19,5 illustré, tiré dans la « *Collection Originale* » à 1985 exemplaires numérotés (Japon, Hollande, Marais). *Editions Mornay*. Paris, 1932.

On referme ce livre avec un sentiment d'effroi. Volontairement, Chadourne, s'est abstenu de toute diatribe : il s'est efforcé de conserver, de bout en bout, au récit de son exploration le ton narratif impartial d'un excellent observateur. Flanqué durant tout son séjour en Russie des guides officiels de l'*Intourist*, il a vu ce qu'on a bien voulu lui laisser voir d'un monde en gestation. On lui a systématiquement montré sur cette titanique galère, qui vogue on ne sait vers quel destin, la super-structure. Pendant la guerre nous avons connu de ces secteurs où tout était aménagé pour la visite et la sécurité physique et morale des parlementaires en mal d'héroïsme. Je crois qu'en Russie on a promené Chadourne surtout dans l'équivalent de ces zones à démonstration. Il le dit assez ouvertement en notant très sévèrement le manque de liberté *absolu*, dont est frappé le voyageur et l'autochtone. Je retire de son livre écrit avec une bonne foi, qu'il n'est permis à personne de suspecter, la terrible impression que là-bas toute joie est morte. Un austère mysticisme anime une partie du peuple et ses dirigeants ; une terrible, ani-

male résignation courbe tous les autres, les « *lichenetz* » tribu sans espoir et trop souvent sans pain. Tout un peuple immense plié à sa tâche avec un automatisme collectif inexorable de machine, et équipé par des techniciens qui rêvent, semble-t-il, de faire de l'homme le frère aveugle de ces termites, qui dressent au cœur des déserts leur gigantesque tumulus funéraire, où la vie n'est plus qu'une question d'architecture et de mandibules.

DCLXXIV. — Lubov KRASSINE. **Krassine.** Un volume 12 × 19 de la Collection « *Les Contemporains vus de près* ». Traduit de l'anglais par Jeanne Fournier-Pargoire. *Editions de la N. R. F.* 1932, 15 francs.

La veuve de Krassine (qui fut ambassadeur des Soviets à Paris et l'un des premiers Commissaires du nouveau régime russe) défend chaleureusement la mémoire de son mari. Elle expose son œuvre, les directives auxquelles il ne cessa d'être fidèle, et raconte sa fin, qui eut cette inexplicable brutalité, qui semble réservée au déclin des dictateurs politiques de l'après-guerre.

DCLXXV. — Henri DRUART. **Philosophie du Jeu d'Echecs.** Une plaquette, illustrée par René Druart, tirée à 215 exemplaires. *Editions du Pampre*, Reims 1931.

Les illustrations de René Druart ont été faites d'après des pièces en ivoire du XII^e siècle, exposées au British Museum et au Cabinet des Médailles. Les six essais de M. Druart, succédant à la Parade des pièces empanachées traitent fort agréablement : de la mémoire des joueurs d'échecs ; de la persistance photographique des souvenirs de l'échiquier ; de la psychologie des peuples d'après la dénomination des pièces ; de la prévision ; des aspects mathématiques du jeu ; des rapports et différence entre les échecs et la stratégie. En appendice une Apostrophe au Roi des Jonchets ; et deux notes sur le problème des grains de blé et le problème d'Euler.

DCLXXVI. — Paul REBOUX. **Madame se meurt, Madame est morte** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1932. 12 francs.

M. Reboux instruit le procès classique de la mort violente d'Henriette d'Angleterre. Il complète son récit historique par une argumentation, avec références, d'ordre médical concluant à une *salmonellose* inoculée criminellement, par le moyen terme d'un breuvage, à la princesse. La rigueur de ces conclusions très habilement amenées de fort loin, serait peut-être discutable. On n'y songe pas, car le livre est entraînant, émaillé d'esprit. Je dois vous signaler la verdeur du vocabulaire et des coutumes princiers qui doivent vous inciter à ne pas compter sur de l'histoire officielle et vous préparer plus tôt à la découverte d'une chronique gaillarde et parfois graveleuse, mais toujours spirituellement parée.

DCLXXVII. — Yvonne SCHULTZ. **Le Sampanier de la baie d'Along** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon.* 1932. 12 francs.

Mme Schultz a beaucoup de talent. Elle est femme d'un confrère. Ces deux motifs m'ont longuement arrêté à son livre, qui évoque avec une puissance tragique cette atmosphère de cauchemar de la baie d'Along, où elle situe la sauvage histoire de ses héros. Paysages, coutumes et mœurs que l'écrivain connaît à la perfection donnent à son livre une fermeté, une rudesse parfaitement harmonisées avec cette fringale de la chair qui tourmente ses Jaunes et avec leur légendaire cruauté. Le ton du récit est sobre, dépouillé, et s'élève dans les dernières pages à une simplicité douloureuse de supplice chinois merveilleusement conté.

DCLXXVIII. — André CHAMSON. **Héritages.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset.* Paris, 1932. 15 francs.

Broyés par les progrès de l'industrie, tous les vestiges du passé disparaissent dans une calme vallée, ancestralement vouée à la filature de la soie. L'usine de soie artificielle s'accroche au sol à la fin du livre. L'histoire du projet de son établissement permet à Chamson une très juste description des réactions psychologiques de la foule hostile, puis convertie et qui sacrifie avec une joie féroce d'ingratitude collective le jeune capitaine d'industrie, descendant des vieux filatiers, enfant du pays, qui avait le tort fondamental de vouloir les défendre en les dirigeant sans les poindre. Ils le chassent sous les huées.

DCLXXIX. — Thierry MAULNIER. **La Crise est dans l'Homme** Un vol. 12 × 19. *Editions de la Revue Française.* Paris, 1932.

Le titre a l'air d'une lapalissade. Le livre vaut beaucoup mieux que le titre. La sincérité des jugements et la franchise de leur expression lui donnent une réelle unité. La violence des condamnations qu'il prononce en sociologie, en politique, en littérature a cette saine véhémence des colères sentimentales de la jeunesse, leur rigueur, peut-être quelquefois leur courageux aveuglement. Les essais fort divers (l'auteur dit sans fausse modestie : disparates), qui composent ce livre, se préoccupent de la sauvegarde de l'esprit. A grand fracas, ces temps derniers un grand écrivain allemand a clamé la nécessité de la croisade pour l'humanisme menacé. Comme de coutume l'idée avait été exprimée déjà chez nous, une première fois dans les admirables satires des *Scènes*

*de la Vie future* (1) ; maintenant à nouveau directement dans ce bon livre. Cœur généreux, l'auteur se laisse emporter quelquefois à de curieuses déductions ; il a les défauts de ses vertus. Il se révolte plus qu'il ne commente. Mais il examine quelques problèmes fort angoissants de notre époque « plus profondément qu'il n'est souvent de mode aujourd'hui ». Il joue Cassandre avec une conviction indiscutable. La gravité de l'heure que nous vivons ne suffira pas à rendre les passants attentifs à sa voix. Pour leur quotidienne insouciance, il est trop sérieux.

**Varia*****

Dans le *Mercure de France* (1er juin), la grammaire de l'Académie est deux fois prise à partie, dans un article humoristique et dans un Echo beaucoup plus sévère où sont relevées nombre d'énormités. C'est la consécration d'un axiome chaque jour vérifié dans notre art : au chevet d'un patient plus se penchent de compétences, plus il court de dangers. La suite de la vie douloureuse de Tourgueneff. Un article sur le séjour de Jules Vallès à Nantes. Un essai biographique d'Annie Besant « pape » de la Théosophie.

*Dans la *Nouvelle Revue française* (1er juin), le discours de M. Valéry prononcé à la Sorbonne à l'occasion de l'hommage à Gœthe et où l'illustre académicien parle de façon à être compris, avec une surprenante hauteur de vues et une clarté qui a d'autant plus de prix qu'il ne daigna pas nous y accoutumer. Des extraits du du Journal de Monsieur Gide, qui n'est pas régulièrement d'une très belle écriture et où est sommairement exposée la nécessité sociale du Corydonisme ! ! La suite d'un puissant roman de Bloch : Sybilla. De frais extraits de l'œuvre prochaine de Delamain : les Jours et les Nuits des oiseaux. Une curieuse étude sur la Musique hindoue. Un lumineux propos d'Alain sur l'avare.

*Dans *Science et Monde* (2 juin) un article sur l'œuvre de Charles Nicolle promu au Collège de France à la chaire de médecine expérimentale.

6 juin 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cliniques des maladies de l'enfance.** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres et Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — *Enseignement de vacances* (Eté 1932.) — Des cours de révision et de perfectionnement auront lieu pendant les mois de juillet, août et septembre 1932, dans l'ordre suivant :

*Hygiène et clinique de la première enfance.* — Le cours de révision et de perfectionnement d'hygiène et de clinique de la première enfance aura lieu sous la direction de M. le Professeur LEREBOULLET, du mardi 28 juin au mardi 12 juillet 1932, avec le concours de M. CATHALA, agrégé, médecin des hôpitaux ; MM. JANET, LELONG et PICHON, médecins des hôpitaux ; Mme DOLLFUS-ODIER ; MM. BRIZARD, CHABRUN, BOHN, BENOIST et BAIZE, chefs et anciens chefs de clinique ; MM. GOURNAY et DETROIS, chefs de laboratoire ; MM. SAINT-GIRONS et ROUDINESCO, assistants du service.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire.

Il commencera à l'hospice des Enfants-Assistés, le mardi 28 juin, à 9 h. du matin ; il se poursuivra chaque jour, le matin, à 9 h. 1/2 et l'après-midi, de 16 h. 1/2 à 18 heures. Il sera terminé le 12 juillet.

*Clinique médicale des enfants* : Le cours de Clinique et de médecine des enfants aura lieu sous la direction de M. le Professeur NOBÉCOURT et de M. Jean HUTINEL, agrégé, avec le concours de MM. les Docteurs BABONNEIX, Léon TIXIER, JANET, PARAF et PICHON, médecins des hôpitaux ; BOULANGER-PILET, LEBÉE, René MARTIN, KAPLAN et LIÈGE, chefs ou anciens chefs de clinique ; DUHEIM, radiologiste des Enfants-Malades ; BIDOT et PRÉTET, chefs de laboratoire.

Il comprendra des leçons et démonstrations de clinique, de laboratoire, de radiologie et d'électrologie.

Il commencera à l'hôpital des Enfants-Malades, le lundi 18 juillet 1932, à 9 heures du matin ; il se poursuivra chaque jour, le matin, à 9 heures et, l'après-midi, de 16 à 18 heures. Il sera terminé le jeudi 4 août.

*Clinique chirurgicale infantile* : Le cours de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie aura lieu sous la direction de M. le Professeur OMBRÉDANNE, avec le concours de MM. les Docteurs LANCE, assistant d'orthopédie ; HUC, AUROUSSEAU, FÈVRE, GARNIER, LEYDET et ARMINGEAT, chefs et anciens chefs de clinique ; SAINT GIRONS, chef de laboratoire, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant.

Il comprendra trente leçons et des examens de malades. Il commencera le jeudi 15 septembre 1932 et sera terminé le lundi 3 octobre 1932.

*Admission aux cours de révision et de perfectionnement.* — Sons admis au cours de révision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement d'un droit de 250 francs pour chaque cours.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Concours du prosectorat.** — *Epreuve de physiologie.* — Séance du 8 juin. — MM. Couvelaire, 19 ; Cordier, Dreyfus, Longuet, Maës et Padovani, 18.

*Epreuve de chirurgie.* — Séance du 9 juin. — MM. Couvelaire et Padovani, 19 ; Cordier et Longuet, 18 ; Maë, 17 ; Dreyfus, 16.

— **Concours pour le clinicat.** — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

Le lundi 4 juillet 1932, à 9 heures : Clinicat ophtalmologique, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 30 juin inclus.)

Le jeudi 7 juillet 1932, à 9 heures : Clinicat chirurgical, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 30 juin inclus.)

Le jeudi 7 juillet 1932, à 9 heures : Clinicat chirur-

(1) DUHAMEL. — *Scènes de la Vie Future*. Mercure de France, 1930.

gical, avec traitement, 1 ; sans traitement, 2 ; Clinicat chirurgical infantile, avec traitement, 1 ; Clinicat urologique, sans traitement, 1. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 30 juin inclus.)

Le lundi 11 juillet 1932 : *a*) à 8 h. 1/2 : Clinicat des maladies infectieuses, avec traitement, sans traitement, 1 ; Clinicat médical infantile, 1 adjoint ; Clinicat d'hygiène et clinique de la 1re enfance, sans traitement 2 ; *b*) à 9 heures : Clinicat médical, sans traitement, 5 ; Clinicat propédeutique, sans traitement, 2 ; Clinicat médical thérapeutique, sans traitement, 2 ; Clinicat de la tuberculose, sans traitement, 2. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 2 juillet inclus).

Le lundi 17 octobre 1932, à 9 heures : Clinicat obstétrical, avec traitement, 2 ; sans traitement 5 ; Clinicat gynécologique, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; adjoint, 1 ; Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, avec traitement, 1 ; Clinicat des maladies mentales, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 octobre inclus.)

Le mercredi 19 octobre 1932, à 9 heures : Clinicat oto-rhino-laryngologique, sans traitement 3. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 octobre inclus).

*Conditions du concours.* — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 13 à 16 heures, jusqu'aux dates mentionnées ci-dessus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Cochin** (27, faubourg Saint-Jacques. Service du Docteur Paul CHEVALLIER). — *Manipulations d'hématologie*, dirigées par Mme Z. ELY, MM. DEMANCHE, LEVY BRUHL, J. BERNARD, DEVAUX.

Ces manipulations d'hématologie ont lieu tous les trimestres, l'après-midi de 14 à 17 heures. Elles ne sont précédées d'aucune conférence. Les explications nécessaires sont données au cours même des manipulations. Le nombre des manipulations est fixé à dix par série. Les élèves sont exercés individuellement. S'inscrire au Pavillon Landouzy, auprès du chef de laboratoire ou de l'interne du service, qui recevra le montant des droits. Les internes des hôpitaux de Paris sont admis gratuitement.

*Semaine d'hématologie* proprement dite (droit d'inscription 100 francs) : Prélèvements, étalements, fixation et colorations du sang ; Numération des globules rouges, des globules blancs et des hématoblastes ; Reconnaissance des différents éléments normaux et pathologiques ; Résistance globulaire, sédimentation ; Epreuves de saignement et coagulation.

*Semaine biologique et bactériologique* (droit d'inscription, 150 francs) : Hémocultures ; Germes sanguicoles ; Chimie sanguine élémentaire ; Urée ; Sucre ; Cholestérine ; Réactions de fixation du complément ; Séro-diagnostic ; Réactions de floculations ; Inoculations expérimentales : voies et techniques.

SÉRIE DE L'ÉTÉ 1932 : *Hématologie*, du lundi 27 juin au samedi 2 juillet inclus ; *Biologie*, du lundi 4 juillet au samedi 9 juillet inclus.

Au cas où le nombre des inscriptions dépasserait le maximum fixé, une série supplémentaire commencera le 18 juillet.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours en anglais et français (hors série) d'opérations chirurgicales (*chirurgie ophtalmologique*), en dix leçons, par MM. les Docteurs V. MORAX, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine, MAGITOT, BOLLACK et E. HARTMANN, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera le vendredi 1er juillet 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimun de six inscriptions.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le 26 juin, à 10 heures, l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. LÉVI-VALENSI, médecin des hôpitaux, sur : Les magnicides. Charlotte Corday (projections).

## REPORTAGE PROFESSIONNEL

### Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Maxime ASTIER, de Saint-André-de-Cubzac ; du Dr CAILLETEAU, de Saint-Philbert de Grandlieu ; du Dr Jacques DUMONT, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu ; du Dr Pierre BERTEAU, de Gacé ; du Dr Georges BARBÉ, de Paris ; de M. Jean Justin ROSTAN, interne à l'Hôpital civil de Cannes, décédé des suites d'une maladie contractée au chevet d'un malade ; du Dr LESIGNE, maire de Lisieux ; du Dr JALABERT, oculiste à Narbonne.

— **Le sanatorium de Champrosay s'appellera « Sanatorium Joffre ».** — Le sanatorium créé par l'Assistance publique de Paris dans la forêt de Sénart, à Champrosay (Seine-et-Oise), et inauguré il y a un an, s'appellera

*Sanatorium Joffre*, en conformité de l'arrêté de M. Louis Mourier, directeur de l'Assistance publique à Paris, arrêté approuvé par le Président de la République. Ce sanatorium peut hospitaliser de 400 à 500 tuberculeux, dans les conditions de cure les plus modernes.

**—Les dîners de « La Bidoche ».** — La société médicale connue sous le nom de « La Bidoche » organise, quatre fois par an, aux abattoirs de la Villette, des dîners où sont servis des mets choisis et non livrés à la consommation parisienne courante. Outre son originalité, cette société a son côté bienfaisant. Chaque invité, à la fin des repas, remet son obole pour une œuvre médicale, en particulier pour la Maison du Médecin.

Le dernier dîner groupait plus de cent adhérents sous la présidence du Docteur Mondain qui, au dessert, prononça un charmant discours et remercia les généreux donateurs.

— 25e **voyage d'études médicales (V. E. M.) aux stations de cure du Massif-central.** (Sous le haut patronage du Ministère de la Santé publique, 8-19 septembre 1932.) — Le 25e Voyage d'études médicales aura lieu du 8 au 19 septembre 1932, sous la direction scientifique du Professeur Maurice Villaret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, directeur des V. E. M., et du Docteur Etienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, directeur adjoint des V. E. M. Le 25e V. E. M. se terminera à Vichy, à l'occasion du Congrès international de la lithiase biliaire.

Itinéraire du 25e V. E. M. — 8 septembre : Pougues (Concentration). — 9 septembre : Saint-Aré, Saint-Honoré-les-Bains, Bourbon-Lancy. — 10 septembre : Bourbon-l'Archambault, Néris. — 11 septembre : Evaux, Châteauneuf-les-Bains, La Bourboule. — 12 septembre : La Bourboule. — 13 septembre : Le Mont-Dore. — 14 septembre : Mauriac, Salers, Vic-sur-Cère. — 15 septembre : Le Puy-Mary, Saint-Nectaire. — 16 septembre : Royat, Clermont-Ferrand, Le Puy-de-Dôme. — 17 septembre : Durtol, Enval, Châtel-Guyon. — 18-19 septembre : Vichy.

Des conférences seront faites, dans chaque station, par les directeurs du voyage. Le trajet sera fait en autocars, de Pougues à Vichy.

Le prix du voyage sera de 1.200 francs, ce prix comportant la totalité des frais, du lieu de concentration, Pougues, au lieu de dislocation, Vichy.

Une réduction de 50 % sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière, au lieu de concentration, et du lieu de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Le V. E. M. est destiné aux médecins en exercice, aux internes des hôpitaux et aux étudiants en médecine en fin d'études. Par exception il pourra comprendre quelques femmes ou filles de médecin, mais leur effectif ne pourra pas dépasser le quart des participants.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées à Mlle Machure, secrétaire des V. E. M., 21, rue de Londres, à Paris (9e), (Trinité 12-47). Mais il ne sera statué sur ces demandes par le Comité de direction qu'à la date du 1er juillet, et ce, *sans priorité d'inscription*, afin d'équilibrer les places entre les différentes catégories de participants et entre les diverses nationalités.

Il n'y aura lieu d'effectuer le versement de la cotisation qu'après avis de l'inscription définitive.

**— Seconde conférence internationale du Service social.** — Une conférence internationale du Service social aura lieu du 11 au 13 juillet 1932 à Francfort-sur-Mein.

En 1928, des représentants de 42 pays du service social public et privé se rencontrèrent pour la première fois à Paris. Cette première rencontre apporta des résultats si intéressants pour le service social de tous les pays que l'on prit la résolution de répéter tous les quatre ans cette conférence. On fixa alors Francfort-sur-Mein pour l'année 1932. A Paris on discuta différents problèmes ; à Francfort, on étudiera le thème général : « La famille et le service social ». En un temps où l'on peut observer dans le monde entier les altérations et l'ébranlement de la vie familiale, provoqué par des raisons économiques et psychologiques, ce thème est au premier plan des questions sociales.

Jusqu'à présent la Conférence a recueilli environ 1.000 inscriptions et 400 en Amérique. La présidente de la conférence est Mme le Docteur Masarykova (Prague). Le vice-président est M. le Secrétaire d'Etat Docteur Geib (Berlin). Le secrétariat général est dirigé par M. le Professeur Docteur Polligkeit (Francfort) et M. le Docteur René Sand (Paris).

Tous les renseignements concernant la Conférence sont donnés par le secrétariat général : Stiftstrasse, 30, Francfort-sur-Mein, et par la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge, 2, avenue Velaquez, à Paris.

L'inscription à la conférence (125 francs), donne droit au volume relatant les travaux.

**— Chemins de fer P. L. M.** — *Des services automobiles P. L. M. relient la station thermale de Saint-Nectaire aux gares de Clermont-Ferrand et d'Issoire.* — Deux services P. L. M. d'autocars facilitent l'accès de la station thermale de Saint-Nectaire. Ils la relient tous les jours, l'un jusqu'au 25 septembre à Clermont-Ferrand, l'autre jusqu'au 15 septembre à Issoire.

Ces services assurent la correspondance à Clermont-Ferrand et à Issoire avec les trains en provenance ou à destination de Paris, Sète, Marseille.

Les principales gares P. L. M. délivrent pour Saint-Nectaire, Murols et le Mont-Dore, des billets directs qui permettent aux voyageurs de faire enregistrer, dès le point de départ, leurs bagages pour l'une de ces trois stations et de se décharger, ainsi, de tout souci de leur transbordement à Clermont ou à Issoire.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

ticle 3 de la loi du 1er avril 1898, les membres honoraires d'une société de secours mutuels « payent la cotisation fixée ou font des dons à l'association, sans prendre part aux bénéfices attribués aux membres participants ». D'autre part, en vertu des prescriptions de l'article 8, alinéa A, de la même loi, la possibilité, pour les unions de sociétés de secours mutuels, de créer des pharmacies est subordonnée au fait que ces services devront être organisés « en faveur des membres participants ».

Dès lors, les membres honoraires d'un groupement mutualiste n'ont pas qualité pour bénéficier des services de la pharmacie mutualiste créée par leur société. Ils ne pourraient l'obtenir qu'en devenant membre participant. L'article 3 de la loi du 1er avril 1898 prévoit, d'ailleurs, à ce sujet « que les statuts des sociétés de secours mutuels peuvent contenir des dispositions spéciales pour faciliter l'admission des membres honoraires, au titre de membres participants, à la suite de revers de fortune ».

(*J. O.*, 3 juin 1932.)

**Assurances sociales. Droit de l'assuré atteint d'une rechute de sa maladie.**

15000. — M. Maurice Dormann rappelle à M. le ministre du Travail qu'aux termes du paragraphe 10 de l'article 4 de la loi des assurances sociales, « toute rechute survenant dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive » ; et demande si cette disposition ne doit pas être interprétée en ce sens que, pour toute rechute survenue plus de deux mois après la fin de l'affection, cette rechute donne droit pendant une nouvelle période de six mois aux prestations de l'assurance maladie, sous réserve, bien entendu, que l'assuré peut justifier des conditions légales de versement, les journées de maladie indemnisées durant la première maladie étant, s'il y a lieu, comptées comme journées de cotisations ; ajoute qu'une telle interprétation lui paraît conforme à l'esprit et à la lettre de la loi. (*Question du 24 mars 1932.*)

*Réponse.* — Réponse affirmative, à condition, toutefois, que l'assuré ait été considéré comme guéri et qu'il s'agisse, par conséquent, d'une véritable rechute, c'est-à-dire de la réapparition de la maladie, après une interruption d'au moins deux mois. (*J. O.*, 29 mai 1932.)

## Du chlorure de calcium dans les hémorragies de la délivrance

Il y a quelques années, je publiai un article où je racontais les résultats typiques obtenus par l'emploi du chorure de calcium comme préventif des hémorragies de la délivrance.

Je reviens sur cette médication parce que tout le monde ne l'a pas interprétée, telle que je l'a-

vais conçue. N'est-il pas vrai que d'aucuns avaient compris qu'il fallait l'appliquer dès les premiers temps de la grossesse ?

Un accoucheur même me demanda si, en bourrant la mère de ce sel calcique, je ne risquais pas de bourrer le crâne du marmot jusqu'à en faire un caillou dystocique ?

Je pus répondre à mon contradicteur que les trois ou quatre grammes que je faisais prendre à la parturiente dans les deux ou trois jours qui précédaient le terme n'auraient pas le temps d'être accaparés au seul bénéfice du squelette de l'enfant.

Je ne voyais, dans ce remède, qu'un hémostatique fidèle, quelquefois même donné juste pendant les douleurs. Sa précieuse qualité de coagulation opérait même à cette dernière limite.

Un travail de Schwartz, paru dans la *Presse Médicale* (novembre 1931), recommande le chlorure de calcium comme récalcifiant, pendant la grossesse. Les personnes qui en feront tel usage auront leurs couches garanties contre les terribles hémorragies qui peuvent les suivre.

Je ne suis que l'ouvrier de la onzième heure et j'arrive quand même à temps pour parer aux dramatiques effusions sanguines de la délivrance.

Il n'y a ni risque ni inconvénient à donner du chlorure de calcium en fin de grossesse. Nulle contre indication, même dans l'urémie.

Ma méthode a eu la faveur de la grosse majorité des accoucheurs et des sages-femmes qui, l'employant, s'assurent une grande tranquillité d'esprit et se garent contre les catastrophes.

Je dois dire que j'ai presque toujours à prescrire « le chlorocalcion », excellente préparation du sel hémostatique, facile à doser et à emporter.

Dr G. LOUVEL,
La Ferté-Macé (Orne).

## La soixante-dixième Assemblée générale de l'Association générale des Médecins de France

L'Association générale des médecins de France a tenu la soixante dixième assemblée générale des délégués de ses sociétés le dimanche 5 juin sous la présidence du Dr Bellencontre, président, à l'Hôtel Chambon à 14 heures.

Le discours du Président, les comptes du trésorier, le rapport du secrétaire général n'ont laissé aucun doute sur l'état prospère de l'Association.

Grâce à la grande générosité de deux des membres du Conseil général, les Drs Debat et Roussel, des Caisses spéciales largement alimentées par les donateurs, permettent de donner de larges subventions à des familles médicales nombreuses (Dr Roussel), de consentir des prêts d'honneur importants aux médecins victimes d'une maladie ou d'un accident et d'attribuer d'urgence une

somme relativement importante à la veuve d'un médecin se trouvant dans la gêne du fait de la mort de son mari (Dr Debat).

La Caisse de retraites où l'A. G. sert d'intermédiaire entre ses membres et la Caisse nationale des retraites et qui met à leur disposition par une cotisation supplémentaire, une caisse auxiliaire qui assure le payement de leur prime en cas de maladie, fonctionne d'une façon satisfaisante.

L'Assemblée a voté les statuts d'une nouvelle caisse d'assurance maladie.

Le Président à ce sujet a fait remarquer que, par cette fondation, l'A. G. n'avait pas l'intention de faire concurrence aux Caisses de ce genre déjà existantes et florissantes mais bien de les compléter.

Il est en effet difficile d'innover en pareille matière.

Après des échanges de vues où comme tous les ans ont apparu les mêmes questions : difficultés de recrutement des sociétés locales, nécessité de resserrer de plus en plus les liens entre ces sociétés et les syndicats qui seuls peuvent assurer leur recrutement, respect de l'autonomie des sociétés, etc., on a procédé à l'élection partielle des membres du Conseil général ; tous les candidats ont été élus à l'unanimité.

Le soir un banquet réunissait les présidents et les délégués des sociétés locales, les membres du Conseil général et quelques invités sous la présidence du Prof. Surmont, président de la Société du Nord.

Le président de l'A. G. Bellencontre remercia les convives qui avaient bien voulu se rendre à l'invitation de l'A G. Il fit en termes heureux, avec tact et mesure l'éloge du Prof. Surmont, tant comme savant clinicien que comme président modèle d'une société des plus prospères. Il eut un mot aimable pour chaque invité.

Le Dr Dibos, au nom de la Confédération des Syndicats médicaux français, M. le Dr Bonnefous, député, président de la Société de l'Aveyron, le Dr Merlin, sénateur de la Loire, prirent tour à tour la parole et portèrent des toasts qui furent fort applaudis.

Enfin M. le Prof. Surmont exposa en un discours très intéressant et spirituel, les raisons de la prospérité de la Société du Nord, la plus nombreuse de l'A. G., car elle compte plus de 800 membres. C'est par la propagande directe, individuelle qu'on a pu arriver à lutter avec succès contre l'indifférence des médecins.

Il a pu aussi obtenir des résultats heureux en faisant intervenir les femmes de médecins dans la vie de la Société et en les appelant à prendre part à son administration.

Notons que pour la première fois quelques dames avaient assisté à l'Assemblée générale de l'A. G. et à son banquet.

On ne saurait trop remercier les membres du Bureau de l'A. G. et en particulier le président

Bellencontre, les vice-présidents Darras et Zipfel, le trésorier général Bongrand, le secrétaire général Thiéry, qui assurent par leur vigilance et leur dévouement la prospérité de la vieille Association. Il est juste aussi de reconnaître le concours précieux que leur apporte le chef des services administratifs, M. Norguet, qui, à l'école de l'excellent M. Maillard, dont il est le digne successeur, a appris à appliquer dans l'importante gestion de l'Association, de sa comptabilité, de son portefeuille, les qualités d'ordre et de méthode que M. le Dr Babonneix et moi-même, comme commissaires aux comptes, avons pu une fois de plus constater.

Tout cela réuni contribue puissamment à la réputation méritée de notre vieille et grande Association. J. N.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE (Le Sou médical)

*Admissions prononcées par le Conseil dans sa Réunion du* 14 *juin* 1932.

MM. les Docteurs :

9.736 Brunschwig, Besançon (Doubs), Syndicat du Doubs.
9.737 Lautmann, av. Président Wilson, Paris, Syndicat de la Seine.
9.738 Bodolec, Quimper (Finistère), Syndicat de Quimper.
9.739 Durieux (Georges), Laval (Dordogne), Parrains : Drs Durieux et Mary.
9.740 Deron, 2, place de Passy, Paris, Société des anciens internes de Paris.
9.741 Prieur, Pierrefontaine-les-Varans (Doubs), Syndicat du Doubs.
9.742 Proust, 46, boulevard Magenta, Paris, Syndicat des électro-radiologistes.
9.743 Leblond, Calais (Pas-de-Calais), Syndicat de Calais.
9.744 Rault, Mogador (Maroc), Fédération marocaine des médecins fonctionnaires.
9.745 Breton, Châteauneuf-du-Faou (Finistère), Syndicat de Châteaulin.
9.746 Mahoudeau, Amboise (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
9.747 Miossec, Châteaulin (Finistère), Syndicat de Châteaulin.
9.748 Lapchin, Valenciennes (Nord), Parrains : Drs Boulogne et Desinne.
9.749 Jaudel, 60, rue de Rome, Paris, Parrains : Drs Laquerrière et Camus.
9.750 Camus, 44, rue de Naples, Paris, Syndicat des O. R. L.
9.751 De Laguerenne, Champrosay (Seine-et-Oise), Parrains : Drs Guillermain et Larger.

Ces admissions seront définitives, 15 jours après la présente publication, s'il ne survient aucune protestation (art. 6 des statuts).

# CORRESPONDANCE

## Assurances Sociales

### 3284. — Assurances sociales et accidents du travail

Le 28 mars 1932, une ouvrière occupée ordinairement à mettre des cerneaux dans des caisses de bois blanc ou à clouer ces caisses vint me consulter pour un panaris du médius droit. Elle ne se souvenait pas de s'être piquée, mais tout de même au point de vue médical, ce panaris ne pouvait résulter que d'une piqûre.

Pouvait-on affirmer et certifier que ce panaris était un accident du travail ?

Fallait-il en conséquence prévenir la compagnie d'assurances qui couvre le patron ? Dans le doute j'estimais que la compagnie d'assurances pouvait invoquer mille raisons pour ne pas reconnaître le sinistre et je conseillais à la malade de demander le secours des Assurances sociales.

Aujourd'hui la suppuration est tarie, mais le doigt est encore ankylosé et il faudra un certain temps pour que le travail puisse être repris. Cela fait deux mois d'indisponibilité.

Voici ce qu'écrit la Caisse à cette malade :

«... je constate que vous êtes au repos depuis le 28 mars 1932 pour un panaris qui pouvait bien relever des accidents du travail ».

La Caisse a-t-elle raison et est-ce moi qui ai tort ?

Dr V.

**Réponse**

Il est bien exact que, aux termes de l'article 8 de la loi sur les Assurances sociales, ne donnent pas lieu aux prestations de l'assurance-maladie les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

Mais il faut que la loi sur les accidents du travail ait été appliquée ou soit susceptible d'être appliquée et c'est ce qui n'est nullement prouvé, en l'espèce qui fait l'objet de votre lettre. Il semble, en effet, que la preuve de l'accident du travail ne soit pas faite et soit même impossible et, si le panaris provient bien d'un accident, ce peut être d'un accident survenu en dehors du travail.

Par suite, la Caisse d'assurances sociales ne semble pas fondée à refuser d'admettre votre cliente à l'assurance-maladie et, si elle persistait dans son refus, l'assurée sociale serait en droit de saisir la Commission cantonale du siège de la Caisse, par lettre recommandée adressée au juge de paix, président de la Commission, dans les dix jours de la réception de la notification de la décision de refus.

---

## Questions médico-militaires

### 1994. — Infirmité non imputable au service militaire

Un de mes clients a été incorporé une première fois en 1930, puis réformé temporaire pour « douleurs persistantes de la cheville gauche »). Repris par une commission de réforme en 1931, il a été incorporé de nouveau en novembre 1931.

A cette époque, il souffrait encore de son pied qui était légèrement enflé. Il a été classé service auxilliaire. On l'a fait marcher en souliers (il porte habituellement des sabots) il a souffert davantage, sa cheville a enflé. Envoyé à l'hôpital, il y est resté un mois et quelques jours. Pendant ce séjour à l'hôpital, il n'a reçu aucun soin, on lui a fait seulement une radio. Pusi on l'a réformé trois jours avant ses trois mois de service pour « arthrite consécutive à une entorse récidivante ???!! non imputable naturellement.

Je l'ai vu le surlendemain de son retour dans ses foyers. Une radio faite aussitôt a démontré l'existence d'une tuberculose sous-astragalienne ayant atteint le cuboïde, le scaphoïde, l'astragale et le calcanéum, avec abcès ossifluent assez volumineux.

Il est bien évident que l'origine de sa maladie n'est pas imputable au service.

Il n'en reste pas moins vrai que ce jeune homme souffrait depuis assez longtemps sans que sa maladie évolue et que les quelques semaines passées à la caserne paraissent bien avoir donné un coup de fouet à son affection. D'autre part il semble qu'il y ait une faute à garder pendant un mois un homme à l'hôpital pour lui faire une simple radiographie qui, dès cette date, devait indiquer la nécessité de faire au moins un plâtre.

Ce jeune homme peut-il demander un dédommagement à l'armée pour le tort qui lui a été causé et qui me paraît indéniable ? et sous quelle forme ? Par quelle procédure ?

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Ce jeune homme n'avait jamais consulté de médecin pour son pied avant son entrée à la caserne.

Dr M.

**Réponse**

Cette infirmité, comme vous le dites vous-même, n'est pas imputable au service, puisqu'elle a été constatée dans les trois premiers mois de chaque incorporation.

Afin d'obtenir quelque dédommagement, l'intéressé pourrait s'adresser au ministre de la Guerre, Service du Contentieux. Il serait ainsi susceptible d'obtenir un « secours », mais bien minime, de 250 francs peut-être ?

### 1881. — Charges de famille. Proposition pour le 3e galon

Classe 1916, mobilisé, service armé, d'avril 1915 à septembre 1919 (médecin auxiliaire à partir de juillet 1917).

Nommé médecin-lieutenant en 1927.

Père de quatre enfants vivants.

Quelles sont mes obligations militaires ?

Suis-je tenu de faire une ou deux périodes ?

Ai-je intérêt à devancer l'appel ?

Je suis assidûment depuis 1929 les cours de perfectionnement.

Dr K.

**Réponse**

Vos charges de famille n'ont aucune influence sur vos périodes, puisque vous êtes officier. Vous êtes simplement classé plus tôt dans la 2e réserve, où vous attendrez que votre classe d'âge soit démobilisée.

Médecin-lieutenant, vous devez faire deux périodes, afin d'être proposable pour capitaine au bout de six ans de grade, et en plus une période au titre de la Loi sur le Recrutement.

Vous avez intérêt à vous débarrasser le plus tôt possible de ces périodes, car ainsi en vous entendant avec votre Directeur, vous pourrez plus facilement choisir l'heure et le lieu des convocations.

### 2146. — Annuités pour la Légion d'honneur

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire si je suis dans les conditions nécessaires pour être proposé pour officier de la Légion d'honneur. Je ne suis pas très fixé sur la façon dont se fait le décompte des annuités.

Classe 1899 ; entrée au service : 14 novembre 1900 ; médecin sous-lieutenant : 1er avril 1907 ; aux armées du 2 août 1914 au 24 février 1919 ; une blessure ; une citation à l'ordre de l'armée ; une citation à l'ordre de la division ; une citation à l'ordre du régiment ; une lettre de félicitations du Ministre ; chevalier de la Légion d'honneur : 20 juin 1920 ; assiduité aux E. P. O. R. : 36 points jusqu'en janvier 1931 ; pensionné de guerre, invalidité : 60 % ; médecin commandant de réserve depuis 1926.

Dr N.

**Réponse**

Voici de quelle façon se décomptent vos annuités pour l'obtention du grade d'Officier de la Légion d'honneur, au 31 *décembre* 1932 ;

| | |
|---|---|
| Années de service : | 32 annuités 1 m. 16 j. |
| campagnes...... | 4 ans 6 mois 22 jours. |
| 1 blessure...... | 1 annuité. |
| 1 citation à l'ordre de l'armée.... | 1 annuité. |
| annuités de chevalier......... | 12 annuités 6 mois 10 jours. |
| | 51 annuités 2 mois 18 jours. |

Il faut un minimum de 50 annuités, dont 8 de Chevalier, afin d'être proposable pour la rosette d'officier.

---

### 2447. — Légion d'honneur pour les combattants volontaires

J'ai vu quelque part sur le *Concours Médical*, que les volontaires du front avaient droit à la Légion d'honneur.

Or, volontaire à la deuxième année, je vous serais reconnaissant de me faire savoir, par la voie du *Concours*, si ce droit existe bien et dans ce cas quelles sont les démarches à faire.

Dr M.

**Réponse**

La loi du 6 avril 1930 a créé un contingent spécial de croix de la Légion d'honneur en faveur des combattants volontaires de la guerre 1914-1918.

En ce qui concerne les officiers, cette loi vise spécialement ceux qui ne peuvent plus concourir pour la Légion d'honneur sur les contingents militaires normaux, déjà existants, notamment ceux qui sont dégagés de toutes obligations militaires.

Pour les autres officiers comptant encore dans les cadres des officiers de réserve, la qualité de « combattant volontaire » constitue seulement un titre, dont il est tenu compte dans l'appréciation générale des services, au moment où l'on établit le Tableau annuel de concours pour la Légion d'honneur.

Quant à la reconnaissance du titre de « combattant volontaire », il faut établir que, par une demande spéciale, on a manifesté le désir de servir dans un *corps combattant*, quoique n'y étant pas obligé.

Nous ne pouvons que vous donner ces indications générales, car nous ne connaissons pas en détail votre « *curriculum vitæ* » de la guerre.

---

## Application du Tarif des accidents du travail

### 3403. — Fracture de l'humérus sans appareil plâtré ou silicaté

Pour une fracture de la tête humérale intra-articulaire j'ai appliqué un appareil de Rouvillois, employé 100 gr. de coton et trois bandes de gaze. Que doit-on compter comme honoraires pour un accidenté du travail ?

Dr D.

**Réponse**

*a*) C'est une « fracture de l'humérus » avec réduction et contention *sans* appareil plâtré ou silicaté ... Or, il n'y a pas cette rubrique qui fut « omise » dans le Tarif Landry. On ne peut compter que *par analogie* avec fracture de jambe sans

appareillage, soit 60 francs (art. 18). Je prends note de cette omission.

*b*) Pour le coton et les bandes, c'est un pharmacien *seul* (si vous n'êtes pas propharmacien) qui peut envoyer la note, en se basant sur la tarif pharmaceutique.

Dr F. DECOURT.

## Fiscalité

### 3168. — Calcul des impôts. Centimes additionnels

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me répondre à combien s'élèvera ma patente pour l'année 1932 ?

Je suis installé depuis le 15 avril 1932 dans un appartement situé au 1er étage, et composé de 4 pièces, une cuisine et salle de bains.

J'utilise deux pièces pour ma profession : une comme salle d'attente et une deuxième pièce pour mon bureau.

Je paye un loyer annuel de 6.000 (six mille) francs plus neuf cents francs de charges.

**Réponse**

On ne peut calculer sans être en possession de la feuille d'impôt qui seule indique les centimes additionnels servant à établir l'impôt et qui varient dans le temps et dans l'espace, c'est-à-dire d'une année à l'autre et d'un endroit à l'autre.

A. MARTINOT
Conseil Fiscal

### 3287. — Base de la patente. Loyer total de l'habitation

Je viens de lire dans un journal médical du 1er juin que « en l'état actuel de la législation, art. 2 de la loi du 17 juillet 1930, la patente du médecin doit être calculée sur l'ensemble de son loyer pour 1931 et seulement sur le loyer afférent aux locaux professionnels à partir de 1932 ».

Or, j'ai reçu ces jours-ci l'avertissement concernant la patente et elle est encore calculée pour 1932 sur l'ensemble de mon loyer.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fixer là-dessus.

Dr R.

**Réponse**

Il est inexact de prétendre que la patente ne frappe plus les locaux d'habitation.

L'application de cette mesure est suspendue jusqu'au vote de la réforme des impôts communaux et départementaux.

A. M.

### 3297. — Mode de calcul et taux des impôts sur les revenus

Je vous serais très obligé de bien vouloir m'indiquer quel est le taux actuel de l'impôt sur les professions non commerciales et de l'impôt sur le revenu, et les proportions à observer dans le calcul de chacun d'eux.

Dr C.

**Réponse**

Le taux de l'impôt sur les professions non commerciales est de 12 % du bénéfice net imposable. Mais 10.000 francs sont exonérés ; de 10.001 à 20.000 on n'impose que la moitié, de 20.001 à 40.000 on impose les trois quarts.

Quant à l'impôt sur le revenu, il bénéficie d'abattements pour la femme, les enfants et le contribuable lui-même. Le surplus est divisé en tranches qui comptent pour 1 /25e, 2 /25es, etc... le total est soumis à l'impôt de un tiers.

Voyez à ce sujet la deuxième page des avertissements qui donne ces renseignements dont l'étendue ne permet pas de les exposer ici.

A. M.

---

**3281. — Vente d'une automobile d'occasion. Formalités d'impôts**

Je désire vendre une vieille voiture à un particulier :

1° Quelles sont les formalités administratives ? (carte grise) ;

2° Le fisc peut-il me réclamer quelque chose ? (chiffre d'affaires ou autres taxes).

**Réponse**

L'acquéreur fera l'échange de la carte grise.

Aucun impôt sur le chiffre d'affaires n'est dû, mais si vous avez porté l'acquisition en dépense, le prix devra être compris dans vos recettes professionnelles.

A. M.

---

**3108. — Les propharmaciens ne sont pas patentables comme pharmaciens**

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir examiner les feuilles d'impôts que je vous adresse ci-joint.

L'Administration a manifestement commis une erreur en prétendant me faire payer la patente, non seulement comme médecin, mais comme pharmacien, et cela dans des conditions d'autant plus surprenantes qu'elle avait déjà commis la même erreur l'année dernière et que sur ma réclamation, cette erreur avait été redressée par le directeur des contributions directes.

Mais le taux même de la patente qui m'est réclamée comme médecin n'est-il pas excessif ? L'année dernière, j'ai payé en effet 464 fr. 66 pour cet impôt, alors que cette année il m'est réclamé 1.593 fr. 92 pour la double patente de médecin et de pharmacien. L'adjonction de la patente pharmaceutique ne pouvant suffire à expliquer la différence, je pense qu'elle provient du fait que le droit proportionnel au 1 /15e portait l'année dernière sur une valeur locative de 1.500 francs, alors qu'il porte cette année, par suite évidemment d'une révision de l'évaluation, sur une valeur locative de 4.500 francs.

Il est exact que je paye un loyer total de 5.000 fr. mais depuis le 1er janvier 1932, n'est-il pas vrai que la patente doit être calculée sur la valeur locative de la seule partie de l'habitation affectée à l'usage professionnel, cette dernière pouvant être dans mon cas estimée à 1.500 francs.

Voici d'autre part le chiffre de population de la commune où j'habite : de 5 à 600 habitants.

Dans ces conditions le chiffre auquel on prétend m'imposer est-il normalement calculé ?

Dr P.

**Réponse**

Les médecins qui font de la pharmacie sont exonérés de patente de ce fait, s'il n'existe pas de pharmacien dans leur résidence.

L'augmentation de la patente de médecin vient de ce que la valeur locative de 1.500 francs est portée à 4.500 francs ; si vous payez 5.000 depuis janvier, cette taxation n'est pas exagérée.

A. M.

### 3208. — Imposition des médecins rémunérés par des fixes

Je vous serais très obligé de bien vouloir me procurer au complet les arrêts du Conseil d'Etat au sujet de la fiscalité, médecin touchant un fixe imposé à B. N. C. (17 et 25 juillet 1931 et 23 octobre 1931).

N'ayant aucune idée des dépenses que cela entraînera je vous demanderais de bien vouloir me les expédier contre remboursement ou alors en y joignant une facture que je vous réglerais immédiatement.

Dr G.

**Réponse**

Les arrêts dont vous demandez la copie nous paraissent avoir perdu tout intérêt depuis que l'article 8 de la loi du 31 mars 1932 a consacré l'interprétation que nous donnions à l'article 66 de la loi du 15 octobre 1926 et qui était absolument contraire à la thèse adoptée par le Conseil d'Etat.

Si vous avez à vous défendre au sujet des salaires des médecins, nous sommes à votre disposition.

A. M.

## Accidents du travail

### 3451. — Rééducation des victimes d'accidents du travail

Excusez la liberté que je prends de m'adresser à vous, mais je suis assez embarrassé.

Je soigne un mutilé du travail, enfant de 16 ans, qui a eu une amputation du bras droit, et une fracture compliquée du gauche, qui lui laisse une grosse incapacité, et une paralysie radiale. Il a, du reste, 100 p. cent pour ces incapacités.

Mais tout de même, il semble qu'un centre de

rééducation comme il en existait pour les mutilés de guerre pourrait au moins lui redonner un métier, ou du moins l'adapter à son infortune. Il serait disposé, avec l'aide du bureau de bienfaisance de la ville à payer les frais d'un centre analogue. En existe-t-il ? Où faut-il s'adresser ?

Dr G.

**Réponse**

Par application de la loi du 14 mai 1930, les mutilés du travail auxquels leurs blessures ou infirmités ouvrent le droit à pension bénéficient gratuitement de la rééducation professionnelle. Ils peuvent être admis dans les écoles de rééducation professionnelle des mutilés et réformés de la guerre.

Un décret du 3 septembre 1930 dispose que les mutilés du travail qui justifient de la nécessité d'un apprentissage spécial en vue de leur réadaptation ou de leur rééducation professionnelle doivent adresser une demande au Préfet, président du Comité départemental des réformés et mutilés de la guerre de leur résidence, dans les conditions fixées pour les mutilés de la guerre.

Ils doivent joindre à la demande une copie certifiée conforme, soit de la décision judiciaire ayant force de chose jugée fixant la rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail, soit de l'ordonnance de renvoi devant le tribunal, constatant que la blessure est bien consolidée, qu'il s'agit bien d'un accident du travail, que les parties sont seulement en désaccord sur la fixation de la rente.

**3498. — Honoraires d'expertises accidents**

J'ai été commis par le Procureur de la République en février pour une expertise avec rapport (accident du travail), et à ce moment j'ai envoyé (comme à un client ordinaire) au Procureur une note d'honoraires de 150 francs. Aucune réponse à ce jour. Que faut-il faire ?

Dr R.

**Réponse**

Puisqu'il s'agit d'une affaire d'accident du travail où le blessé bénéficie de plein droit de l'assistance judiciaire, vous devez réclamer le paiement de vos honoraires d'expertise, suivant les formes prévues par l'assistance judiciaire.

Il n'est pas étonnant que le Procureur de la République n'ait pas donné suite à votre réclamation, si vous vous êtes borné à lui envoyer une note comme à un client quelconque.

Pour vous faire honorer, établissez en 2 exemplaires votre mémoire, conformément au modèle que nous vous adressons et envoyez-le au Procureur de la République. Après visa du Procureur général et taxe du Président, vous serez payé par le Receveur de l'Enregistrement.

CINQUANTE-QUATRIÈME ANNÉE — N° 27 — DIMANCHE 3 JUILLET 1932

*Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY*
**Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)**

# LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*



Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Cinquante-quatrième année — N° 27 — 3 Juillet 1932

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

d'un père de 6 enfants. — Solde et indemnités d'un médecin lieutenant pendant une période d'instruction. — *Application du tarif des Accidents du travail* : Une radio doit être effectuée après «accord» avec le médecin patronal. — Prix des accouchements en accidents du travail. — Radiothérapie. — Double appareil plâtré. — Soins d'urgence et pose d'appareil provisoire. — *Assurances sociales* : La mutualisation des assurances sociales. — Honoraires du médecin membre de la Commission technique. — *Fiscalité* : Réduction d'impôts pour les pères de familles nombreuses. — Base de la patente. — Patente en cas de modification du loyer en cours d'année .................... 2080

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie-les-Bains.** Alardo, Bouix.

**Ax-les-Thermes** (Ariège), Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre :** Berne, Frank-Duprat (*ent*), J. Courbin, A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Censier, Joly, R. Hügel, Le Gouriérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E. Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, A. Péré, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon - Lanoy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon - L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains.** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolner, Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry, Contal.

**Dax.** Armaud, Barrau, Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet, Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** Dr Sarda.

**Évaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). Rigal.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Féré.

**La Bauche-les-Bains.** Brissaud.

**La Bourboule.** Barthomeuf, Albéric, Boudry, Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Rééd. motr.*) M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains.** Roger, Causeret, Cughier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Dore.** J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Lévadoux, Molinès, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros, Jossand.

**Plombières-les-Bains.** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bain.** Bourny.

**Salies - du - Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint - Gervais - les - Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches.** Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Sérane, Siguret, Versepuy.

**Santenay - les - Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains.** Fritsch, (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier, (*phys.*) Cahen, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Fabre (Ch.), (*stom.*), Fau, Gannat, Lère, Martiliis, dat, Martin - Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Monsseaux.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le Dr Bertucat, de St-Bonnet-le-Château, la somme de cent cinquante francs pour bons offices de cette Société.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à* **2** *fr.* 50 *la ligne, Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 206. — Raison santé, à céder poste méd. pro-pharm. à 30 km. Bordeaux. Affaires import. à augmenter. Belle maison avec jardin. Faible indemn. avec facilités.

No 207. — Jeune doct. cherche acheter clinique médic. et accouch. ou médico-chirurg. par association, banlieue Paris. Ecr. Dr Ballarin, 23, rue Jean-de-Beauvais, Paris (5e).

No 208. — A louer, 19e arr. Paris, proxim. gare. Belleville-Villette, local à usage industriel pouv. convenir à Sté de produits chimiques ou labor. pharmac. 1.745 m. c. tout couvert, sol bétonné, bureau, eaux de source et de Seine, voie Decauville, gaz, électr., transformateur, 7 w. c. avec chasses automat., murs moellons et meulières. A louer pour juillet 1932.

No 209. — Etudiant, 4e année. Références. Accepterait un emploi d'auxiliaire, ferait pansements, massages, injections hypodermiques.

## Renseignements



## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Seizième croisière du « Bruxelles Médical ».** — — *Avis important.* — La nouvelle de l'échouage du *Brazza* à la côte du Gabon, annoncée par les journaux, est exacte. Bien que l'incident en lui-même soit sans importance et que le navire ait été remis en route, il ne pourra rallier Bordeaux, son port d'attache, en temps utile pour prendre le départ de notre croisière. Celle-ci est donc annulée, aucun autre paquebot de ce type et de capacité suffisante pour le nombre de nos voyageurs, n'étant disponible à ce moment. Dans ces conditions, et pour donner une large compensation aux quelque deux cent cinquante inscrits jusqu'à présent, les compagnies de navigation, toujours animées d'esprit de solidarité, donneront à ceux-ci l'occasion de faire, en remplacement, un véritable voyage-prime à la même époque : dans le même cadre de durée et dans les mêmes limites de prix ils pourront à leur choix effectuer une superbe croisière, soit au Brésil, soit au Cap Nord, soit en Orient par un tour complet de Méditerranée. Les personnes qui ne désireraient pas profiter de cet avantage, pourront obtenir immédiatement le remboursement intégral des sommes versées par elles. S'adresser dans les deux cas et pour tous renseignements de la part du *Concours médical* à l'Office belge des Compagnies françaises de navigation, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Surmont, de Lille, et Nicolas, de Nancy, sont élus correspondants nationaux dans la première division (médecine et spécialités médicales).

— **Plombières-les-Bains** vient de recevoir le Congrès des notaires de France et celui de la Fédération historique lorraine. Diverses hautes personnalités médicales, notamment le Docteur Lucien de Beco, Président de l'Académie de médecine de Belgique, ont également visité la station, appréciant les améliorations déjà réalisées, qui ne sont d'ailleurs que le prélude de la complète transformation des Etablissements.

— **Union internationale contre la tuberculose.** — La VIII^e^ Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se réunira à La Haye du 6 au 9 septembre 1932, sous le haut patronage de S. M. la Reine-Mère des Pays-Bas, et sous la présidence du Professeur Nolen, futur président de l'Union internationale contre la tuberculose. La séance de clôture aura lieu à Amsterdam. La discussion sera limitée à trois sujets principaux : Question biologique, « *Relations entre l'allergie et l'immunité* », rapporteur Prof. Jules Bordet (Bruxelles) ; Question clinique, « *La chrysothérapie* », rapporteur Prof. Luis Sayé (Barcelone), Question sociale, « *L'assistance post-sanatoriale* », rapporteur Docteur B. H. Vos (Hollande). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les quarante membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières dureront jusqu'au mercredi 14 septembre et feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses de Hollande, ainsi que les sites les plus renommés de ce beau pays.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur Gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la Conférence à l'adresse suivante : International tuberculose, Congres, 1932, Riouwstraat,7, La Haye (Pays-Bas).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme membres de la Conférence doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 15 florins hollandais, exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI^e^).

Les Congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels.

— **Société de prophylaxie criminelle.** — Cette société, dont le but est défini par son titre même, vient

d'être fondée sur l'initiative du Docteur Toulouse. Elle groupera des psychiatres, des magistrats, des juristes et des parlementaires.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Le récent concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Gaucherand, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Internat et externat.* — Un concours pour huit places d'internes titulaires s'ouvrira à l'hôpital Saint-André le 18 octobre.

Un concours pour quarante places d'externe des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira le 17 octobre 1932. S'inscrire jusqu'au 15 juillet au bureau de l'hôpital Saint-André.

— **Hôpitaux d'Orléans.** — Un concours pour une place de pharmacien, chef du laboratoire de chimie et de bactériologie aux hôpitaux d'Orléans, aura lieu à Tours, le jeudi 3 novembre 1932.

Les inscriptions seront reçues par M. le Directeur des hôpitaux d'Orléans, jusqu'au 20 octobre 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur des hôpitaux d'Orléans, 1, rue Porte-Madeleine.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Michel Lachèze, fils du Docteur Lachèze, de Hautefort (Dordogne), avec Mademoiselle Nicole Wellard.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mercredi 1er juin 1932, dans l'intimité, en l'église Saint-Lambert de Vaugirard, à Paris.

— La **Ligue des contribuables,** dont le Syndicat parisien a son siège 24, rue de Clichy, groupe plus de cinq millions d'adhérents pour lutter contre les excès d'une fiscalité dont les médecins éprouvent durement la rigueur.

Ses efforts méritent d'être encouragés, et ses effectifs accrus pour que, parallèlement sa puissance s'accroisse et s'impose.

## A TRAVERS L'OFFICIEL

15 JUIN

**Service de santé militaire.**

Par décret du 13 juin 1932, sont nommés dans le cadre ( réserve) du service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les méd. auxil. titul, brevet P. M. S. ci-après désignés : (rang du 15 mars 1932) Jacquot, 7e sect. inf. milit., aff. 7e rég. ; (rang 16 mars 1932) Alfonsi, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; (rang 16 avril 1932) Jouve, 13e sect. inf. milit., aff. 13e rég. ; (rang 17 avril 1932) Van den Bosch, 23e sect, inf. milit., aff. 20e rég ; (rang 22 avril 1932) Levannier, 22e sect. inf. milit.,

aff. rég. Paris ; (rang 27 avril 1932) Fougeras-Lavergnolle, 12e sect. inf. milit., aff. 12e rég. (rang 28 avril 1932) Lacour, 13e sect. inf. milit., aff. 13e rég.

18 JUIN

**Reconnaissance d'utilité publique.**

Par décret du 15 juin 1932 la Société d'hygiène et de prophylaxie des maladies contagieuses et transmissibles de la Martinique est reconnue comme établissement d'utilité publique.

19 JUIN

**Enseignement de la médecine.**

La chaire de clinique chirurgicale de la Faculté d'Aix-Marseille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à compter de la publication au *Journal Officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

**Sanatoriums publics.**

*Avis de concours pour un poste de médecin adjoint de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs, et peut atteindre 36.000 francs, par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 20 juillet 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin adjoint.

**Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires**

**Assurance-maternité. Droit aux prestations d'une assurée qui change de caisse.**

15784. — M. RICHARD (Georges) expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'une assurée a cotisé à sa caisse départementale jusqu'en août 1931 ; mais qu'à cette date elle change et se fait inscrire à une nouvelle caisse, à dater du 1er septembre ; *b*) que

cette assurée accouche en janvier, alors que la nouvelle caisse a reçu dès cotisations de quatre mois ; et demande si les prestations et les primes d'allaitement doivent être payées par l'ancienne ou par la nouvelle caisse. (*Question du* 19 *mars* 1932.)

*Réponse.* — L'assurée, qui a changé de caisse primaire de répartition, ne peut, par application de l'article 35 de la loi sur les assurances sociales, se trouver garantie, en cas de maternité, par la nouvelle caisse à laquelle elle a adhéré qu'autant qu'elle a rempli vis-à-vis de cette dernière les conditions légales de taux et de durée de versements prévues pour le bénéfice des prestations maternité (60 jours de cotisations durant les trois mois ou 240 jours durant les douze mois antérieurs soit au début présumé, soit à la première constatation médicale de la grossesse, lorsque ce début ou cette constatation se placent avant le 1er janvier 1932). Il résulte, d'autre part, de l'article 49 du règlement type d'administration intérieure des caisses de répartition, que la première constatation médicale de la grossesse doit intervenir au plus tard trois mois avant la date présumée de l'accouchement. Il semble donc, dans le cas envisagé, que l'assurée ne pouvait, à la date à laquelle son droit devait être déterminé, se trouver garantie par sa nouvelle caisse et qu'elle doive s'adresser à la première pour obtenir la totalité des prestations.

(*J. O.*, 29 mai 1932.)

**Conditions du droit aux prestations de l'assurance-maternité.**

15899. — M. André J.-L. BRETON expose à M. le ministre du Travail: *a)* qu'une ouvrière, assurée obligatoire des assurances sociales, a cotisé huit mois avant son accouchement ; *b)* que pour la naissance de son enfant, cette assurée s'est vu refuser le service des prestations prévues par la loi du 5 avril 1928 modifiée, la caisse primaire à laquelle elle est affiliée exigeant une inscription antérieure de douze mois à l'accouchement pour les prestations en argent, et une inscription antérieure de dix mois à l'accouchement pour les prestations en nature ; *c)* qu'en outre, la réponse de la caisse primaire, notifiant à l'intéressée le refus des prestations, lui est parvenue après l'expiration du délai qui lui était imparti, à dater de l'accouchement, pour obtenir l'assistance aux femmes en couches et que la possibilité de bénéficier de cette institution s'est trouvée ainsi supprimée ; estime que la loi a été interprétée dans un sens trop restrictif ; et demande quelles sont les dispositions qu'il compte prendre pour faire préciser la loi dans un sens plus libéral. (*Question du* 24 *mars* 1932.)

*Réponse.* — Pour avoir droit aux prestations, tant en nature qu'en argent, de l'assurance-maternité, l'assurée doit : 1° avoir été immatriculée avant le début présumé de la grossesse, soit, en principe, neuf mois avant l'accouchement ; 2° avoir effectué

le minimum légal de versements au cours de la période de référence qui précède soit la première constatation médicale, soit le début présumé de la grossesse. Si l'assurée n'a pas versé le minimum légal de cotisations au cours de la période de référence qui précède la première constatation médicale de la grossesse, elle peut invoquer les versements effectués pendant la période de référence précédant le début présumé de la grossesse et, dans ces cas, elle doit avoir été immatriculée au moins douze mois avant l'accouchement pour avoir droit aux prestations. Le délai de neuf mois est, en tout cas, un minimum qui ne peut exceptionnellement être réduit qu'en cas d'accouchement prématuré. La caisse était donc fondée, dans le cas visé par l'honorable député, à refuser les prestations, si l'assurée avait été immatriculée seulement huit mois avant son accouchement survenu à une date normale. L'intéressée aurait dû, d'autre part, informer la caisse de son état dans le délai antérieur à la date présumée de l'accouchement, fixée par le règlement antérieur. Si elle s'était conformée aux prescriptions de ce règlement, elle aurait pu être avisée en temps utile qu'elle ne remplissait pas les conditions ouvrant droit aux prestations de l'assurance et elle aurait pu accomplir les formalités prévues pour bénéficier éventuellement de l'assistance aux femmes en couches.

## ASSOCIATION DES VILLÉGIATURES DU TRAVAIL FÉMININ

*Reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du* 18 *avril* 1907.

L'Association dite Villégiatures du travail féminin, fondée le 20 mars 1906, a pour but de faciliter aux jeunes filles ou femmes qui vivent de leur travail, des cures d'air ou des séjours de convalescence à la campagne, à la montagne, ou au bord de la mer, dans les meilleures conditions d'économie et d'hygiène. Nous faisons remarquer l'intérêt que présente cette œuvre pour les veuves et orphelins de médecins.

Membres du Conseil d'administration : M. Henry Péreire, président d'honneur ; M. Jean Branet, président ; Mme Jules Siegfried, vice-présidente ; M. Charles Flammarion, trésorier ; M. Anstett, secrétaire ; M. Jules Siegfried, Mme Henry Péreire, Mme S. Bussy, M. Benac, M. André Siegfried, M. Lagarrigue, Mme Reifenberg.

Mlle Korn, secrétaire générale, 9, impasse Cœur-de Vey, Paris (reçoit le lundi et le jeudi, de 3 à 6 heures).

*Maisons ouvertes* ((été 1932). — A *Onival* (Somme), pour dames et jeunes filles : Marie Souvestre, 14, 15 et 16 fr. 50 par jour ; Maison Bleue, 14 et 15 fr. par jour. (Nourriture et logement).

Chambres meublées avec cuisine, dans les villas *Cordialité*, *Fraternité*, *Solidarité* , à *Onival* (Somme),

depuis 6 francs par jour de location, réservées aux mères seules, accompagnées de leurs enfants.

A *Saint-Gilles* (Vendée), pour dames : Maison Fauveau, 15 et 16 fr. 50 par jour. (Nourriture et logement).

Les maisons situées au bord de la mer ne sont ouvertes que du 1er juin au 1er octobre. Les séjours varient entre quinze et trente jours au maximum.

A *Montlignon* (Seine-et-Oise), pour dames et jeunes filles : Amitiés australiennes, maison ouverte toute l'année, 13, 14 et 15 fr. 50 par jour. (Nourriture et logement).

A *Saint-Prix* (Seine-et-Oise), pour mères et fillettes : Le Nid, de juin à octobre, 12 francs par jour ; enfants 7 francs. (Nourriture et logement.)

A *Villiers-sur-Beuvron* (Nièvre), jeunes filles : Villa Noémi, de juin à octobre, 13 francs par jour. (Nourriture et logement.)

A *Méricourt*, près Mantes (Seine-et-Oise), dames et jeunes filles, Maison Laurans, de juin à octobre, 12 francs. (Nourriture et logement.)

A *Montlignon* (Seine-et-Oise) : Maison Schœn, pour mères et enfants, 12 francs (7 francs par enfant). (Nourriture et logement.)

A *La Neuville-en-Hez* (Oise), mères et enfants : Fondation Fould-Stern, maison ouverte toute l'année, 12 francs mères avec enfants, 6 francs par enfant au-dessus d'un an.

A *Sèvres* (Seine-et-Oise), dames et jeunes filles : Le Rêve, maison ouverte du 1er juillet au 1er octobre, 15 francs, chambre à deux lits, à Sèvres ; 18 francs, chambre seule. (Nourriture et logement.) Pour retraités.)

A *Montrichard* (Loir-et-Cher) : Les Tilleuls, pour dames et jeunes filles, du 15 juin au 1er octobre, 15 et 16 fr. 50 par jour. (Nourriture et logement.)

A *Brumath* (Bas-Rhin), Foyer Millerand, œuvre indépendante des Villégiatures du travail féminin, du 15 juin au 1er octobre, 15 francs par jour. (Nourriture et logement.)

Les admissions ne sont accordées qu'après une visite faite le lundi et le jeudi, de 3 heures à 6 heures, à la Secrétaire générale, 9, impasse Cœur-de-Vey, Paris 14e ; toute personne doit fournir des références et être recommandée.

Le certificat médical obligatoire doit être délivré par le médecin de l'Association. La priorité est accordée aux familles françaises.

## CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

*(Vichy, 19-22 septembre 1932)*

Peu de questions médicales, au cours de ces dernières années, ont subi autant de modifications que le problème de la lithiase biliaire.

Signalons sommairement les principales controverses actuelles, pour montrer tout l'intérêt du grand congrès qui se prépare.

Tout récemment encore, on ne voyait, dans la lithiase, que la manifestation d'une infection microbienne locale de la vésicule biliaire.

La possibilité de lithiase aseptique est admise par tous aujourd'hui. Fréquents sont les cas qui semblent relever : d'un trouble des fonctions muqueuse ou résorbante de l'épithélium biliaire, d'une stase biliaire par atonie vésiculaire d'origine neuro-végétative, d'une modification de l'équilibre colloïdal des humeurs, ou surtout d'une hypercholestérinémie, sous la dépendance plus ou moins directe d'une insuffisance hépatique chronique.

Dans l'ensemble, on attache une importance sans cesse grandissante au foie, toujours lésé dans la lithiase, comme les biopsies l'ont démontré ; et l'on s'explique ainsi les liens de famille indiscutables qui l'unissent aux autres maladies de la nutrition (lithiase urinaire, goutte, rhumatisme, obésité, diabète) susceptibles comme elle d'avoir une origine hépatique.

Il était admis, jusqu'ici, que les calculs ne se formaient que dans la vésicule. En réalité, il en naît dans les méandres du cystite, dans les canaux excréteurs, et même dans les canalicules biliaires intra-hépatiques, l'enlèvement de la vésicule n'arrivant donc pas toujours à mettre à l'abri des récidives.

La symptomatologie des coliques hépatiques peut être fournie par bien d'autres causes que la présence des calculs dans la vésicule ; simple cholécystite, coliques protéiniques, congestion du foie, ptoses viscérales, etc...

L'ictère, même au cours de la lithiase calculeuse la plus franche, est loin d'être toujours d'origine mécanique ou par occlusion. Souvent il provient d'un trouble fonctionnel de la cellule hépatique, et l'on conçoit que cette perspective fasse hésiter devant les risques d'une intervention chirurgicale, toujours nocive pour le foie.

La cholécystectomie précoce était en grande faveur il y a quelques années. On estimait qu'en enlevant la vésicule, cause de tout le mal, on aboutissait, comme pour l'appendicectomie, à une guérison radicale.

Les résultats ont été parfois bien décevants,

*Voir la suite page XLVII-2069*

# PROPOS DU JOUR

## Un hommage rendu au mérite professionnel, à la science et au dévouement

### Remise de la médaille du Dr Charles Buizard

*Secrétaire général de la Société des Chirurgiens de Paris*

A notre époque, les médecins se plaisent à reconnaître, dans des cérémonies simples et souvent touchantes, les mérites de leurs confrères et à les remercier des services rendus. Ils n'attendent plus les centenaires, ni même les cinquantenaires, ils saisissent pour cela la première occasion.

Aussi était-ce dans le but de rendre hommage au Docteur Charles BUIZARD, secrétaire général de la Société des Chirurgiens de Paris, président du Syndicat des Chirurgiens de Paris et de la Région parisienne, que de nombreuses personnalités du monde médical et para-médical s'étaient réunies le 19 juin, 44, rue de Rennes, dans la salle où la Société des Chirurgiens de Paris tient ses séances.

Une médaille devait lui être offerte pour célébrer sa récente promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur. L'avers de cette médaille, chef-d'œuvre de l'éminent graveur Turin, Grand Prix de Rome, figure le délicat profil du distingué chirurgien, dont l'intelligent visage a conservé tout le charme de la jeunesse, et porte, au revers, outre le blason du Collège des Chirurgiens de Paris avec sa devise : *Consilioque manuque*, une allégorie admirablement exprimée de l'intelligence calme et lucide sous les traits de Minerve, guidant la main du chirurgien, représenté par une guerrière, brandissant avec énergie un glaive qui menace l'hydre à sept têtes de la maladie.

*Cl. Bernès, Marouteau et Cie*

La cérémonie était présidée par le Professeur Gosset, à ses côtés avaient pris place M. le Prof. Rathery, M. Léon, Préfet, délégué du ministère de la Santé publique, M. le Docteur Léo, président de la Société des chirurgiens de Paris, M. le Professeur Baudouin, M. le Professeur Victor-Pauchet, M. le Docteur Lobligeois, vice-président du Conseil municipal, M. le Docteur Rœderer, M. le Docteur Dartigues, M. le Docteur Babonneix, médecin de Saint-Louis, M. le Docteur Marcel Pinard, médecin de Cochin, M. le Docteur Belot, électro-radiologiste de Saint-Louis. Nous avons, en outre, reconnu dans l'Assistance, les Docteurs Léopold-Lévi, Gustave Bernard, Doin, Alexandre Luquet, G. Rosenthal, Judet, etc., etc.

Les Professeurs Gougerot, de Paris, Rocher, de Bordeaux, Guillaume Louis, de Tours, le médecin-général inspecteur Rouvillois, le Professeur agrégé Alglave, les Docteurs Cibrie, Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu, M. Albert Buisson, et bien d'autres s'étaient excusés.

M. le Docteur Léo, président de la Société des Chirurgiens de Paris, a pris le premier la parole. Il a exprimé avec éloquence la reconnaissance que cette Société, encore jeune, devait à son secrétaire général qui, par son activité exceptionnelle, a su l'animer au point de lui donner une prospérité matérielle indiscutable et de lui assurer une influence actuellement mondiale.

M. le Docteur Lobligeois a représenté la Société de Médecine de Paris, dont il fut président l'an dernier. Il a montré la part importante que le Docteur Buizard a prise dans les discussions de la Société de médecine dont il a été un des membres les plus actifs, parlant avec précision,

◆◆

exposant ses idées et ses critiques avec clarté et surtout, qualité rare, sachant écouter.

M. le Docteur Rœderer, ancien président de la Société médicale de l'Elysée, au cours d'une brillante allocution, s'est posé la question : Quelle carrière aurait pu adopter le Docteur Buizard s'il ne s'était pas destiné à la médecine ? « Vous m'êtes apparu, a-t-il répondu, sous les traits d'un de nos officiers de l'Armée de l'air, toujours prêt à servir, toujours sur la brèche, bien sanglé, alerte, net, la tête haute, le regard vif, le rythme du geste précis, les réflexes prompts. » Et il a conclu après ce portrait si exact : « Vous êtes un homme d'action, un audacieux... Vous avez su réussir. Réussir n'est pas avoir le don gratuit d'une grâce d'élection, comme l'admettrait une sorte de jansénisme laïque. Non. Réussir, c'est le vouloir bien et le vouloir longtemps, c'est aussi se faire pardonner ses succès, ne pas alarmer ses amis, c'est sourire sans arrière-pensée à ceux qui vous aiment moins, c'est naître sympathique, devenir fort et rester simple. Buizard vous méritiez de réussir. »

M. le Docteur Dartigues, qui a parlé au nom de l'Union médicale latine, a montré que le Docteur Buizard a été un homme de réalisation comme on les aime à l'UMFIA. « Intelligence lucide, mise au service d'un but bien clair et bien défini, tu sais ce que tu poursuis, tu sais où tu vas, autant que peuvent le pressentir et l'apercevoir nos pauvres esprits tourmentés de tant d'incertitudes, d'appréhensions et d'angoisses et tu rayonnes véritablement de volonté efficace. Tu as donc au plus haut point toutes les qualités latines dont il faut souhaiter pour la France et le monde, la pérennité. »

Le Docteur Séjournet, secrétaire du Syndicat des Chirurgiens de Paris, empêché, a fait lire une adresse de félicitations de ce Syndicat à son Président qui en est l'âme qui a su en faire un groupement puissant, pondéré, prudent et sage.

Avec le Professeur Baudouin nous entendîmes le langage de l'amitié. Il a rappelé avec une touchante simplicité les relations cordiales que depuis plus de trente ans, il a entretenues avec le Docteur Buizard. Elles débutèrent lors de leur première année de médecine, et depuis, bien qu'ayant suivi des voies différentes, ils n'ont cessé de se rencontrer, parfois au chevet des malades. Le Professeur Baudouin rappelle les heureuses années où à l'amphithéâtre de Clamart, ils suivaient tous deux les conférences du regretté Dujarier, où à l'Ecole de médecine et dans les services de la vieille Pitié, ils profitaient de l'enseignement du Professeur Gosset qui préside aujourd'hui cette cérémonie. Ce que le Professeur Baudouin apprécie chez le Docteur Buizard, c'est son souci d'observation minutieuse, c'est la sûreté de son jugement clinique, c'est son esprit de décision et de netteté qui font le bon chirurgien. Et le chirurgien se double chez lui des connaissances et des qualités d'un médecin, très au courant de toutes les méthodes nouvelles, il sait les employer à préciser le diagnostic et à juger de la résistance d'un organisme qui permet de l'exposer avec le moins de danger possible au choc d'une intervention. Et c'est bien là le fait du chirurgien complet qui sait allier la science du malade à la dextérité opératoire.

*Cl. Bernès, Marouteau et Cie*

Le Professeur Victor-Pauchet, au nom du Comité, a alors remis la médaille au Docteur Buizard, lui exprimant la reconnaissance et l'affection de ses collègues et de ses amis de France et de l'Etranger. Il l'a remercié du labeur important qu'il a fourni dans les diverses sociétés qu'il a animées et surtout de l'effort qui lui a permis de porter jusqu'au delà des mers, le flambeau des idées et de la pensée française.

Le Professeur Gosset a clôturé la série des discours. Que pouvait-il dire au Docteur Buizard ? Tout ce que peut inspirer l'estime, l'admiration, l'amitié n'avait-il pas été exprimé par les divers orateurs et en termes les plus sincères et les plus élogieux ? Mais le Professeur Gosset sut, prenant le ton discret et intime qui convenait si bien à cette cérémonie, ajouter encore, avec sa haute autorité, à l'hommage rendu à l'homme estimé, au chi-

rurgien habile, au chercheur ingénieux et à l'organisateur hors pair qu'est le Docteur Buizard. Il a rappelé l'époque où il le rencontra pour la première fois dans le service du Professeur Terrier, leur maître commun, gloire de la chirurgie française. Terrier qui s'y connaissait en hommes et qui n'accordait pas sa confiance au premier venu, sut, du premier coup, reconnaître en Buizard les qualités du vrai, du bon chirurgien. Tout le désignait pour en faire un maître en cet art, la précision de ses mouvements, leur minutieuse délicatesse, et, disons le mot, capital à cette époque dans le service où naquit l'asepsie, sa propreté dans la plus complète acception du mot. « Aussi, a ajouté le Professeur Gosset, Terrier vous aimait beaucoup. »

Que pourrions-nous ajouter nous-mêmes à ce concert d'éloges si mérités et si unanimement applaudis ? Nous ne pouvons qu'y associer le *Concours Médical* qui a l'honneur de compter le Docteur Buizard parmi ses meilleurs amis et nous ne saurions mieux terminer que par la péroraison du discours du Professeur Gosset qui s'adressait directement au Docteur Buizard :

« Cette réunion est très douce parce que vous êtes encore tout jeune. Il n'y a pas de tristesse à offrir une médaille à un homme qui, comme vous, arrivé vraiment par son travail à la situation que vous occupez, a encore devant lui un avenir mermerveilleux. »

Le Docteur Charles Buizard remercia chacun en termes émus et les très nombreux amis qui avaient pris part à cette cérémonie, quittèrent la salle avec le sentiment de douce satisfaction d'avoir, par leur présence, contribué à remplir un devoir, dicté par la justice, la reconnaissance et l'amitié.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES ÉRYTHRODERMIES DESQUAMATIVES DU NOURRISSON MALADIE DE RITTER ET MALADIE DE LEINER

par P. LEREBOULLET,

Professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance
Médecin de l'hospice des Enfants-assistés (1)

Je voudrais, aujourd'hui, à propos de plusieurs cas d'érythrodermie desquamative récemment suivis dans ce service, vous montrer quels sont les types divers que l'on peut rencontrer chez le nouveau-né et le nourrisson et essayer de mettre un peu de lumière dans la classification des divers cas cliniques que vous aurez à observer.

La peau du nourrisson, vous le savez, est particulièrement fragile et elle peut être altérée de bien des façons.

1° Son atteinte peut dépendre *d'altérations congénitales* se traduisant tantôt sous forme de modifications évolutives passagères et qu'on peut considérer comme physiologiques, telle la *desquamation des nouveau-nés,* tantôt sous forme d'altérations plus accusées, permanentes, véritables difformités cutanées, telle l'*ichtyose* qui persiste à l'âge adulte ;

2° On peut, en second lieu, observer des *réactions cutanées* consécutives à des causes endogènes, notamment à des troubles intestinaux, tels certains *érythèmes du nourrisson* ; si ces réactions peuvent être objectivement définies, leurs vraies causes restent souvent fort obscures ;

3° Enfin, on voit survenir assez souvent des *infections cutanées,* de cause interne ou externe, d'origine staphylococcique, streptococcique ou autre, qu'il s'agisse de dermo-épidermites microbiennes, qu'il y ait infection de cause interne à manifestations cutanées, tel le pemphigus.

On peut ainsi observer de multiples types que je voudrais brièvement décrire devant vous.

I. Je ne m'arrêterai pas à l'*érythrodermie physiologique du nouveau-né,* en partie conséquence de la polyglobulie du tout jeune enfant, qui est suivie de *desquamation lamelleuse physiologique* ; on observe dès les premiers jours la dessiccation et le fendillement de l'épiderme, il tombe

(1) Leçon faite le 16 décembre 1931 à la Clinique Parrot (Hospice des Enfants-Assistés) et recueillie par M. Georges Boudin, interne du service.

en furfur et en lamelles du 3e au 5e jour et cette desquamation, assez discrète, peut se prolonger bien au delà, puisque Parrot l'a notée jusqu'au 30e et au 60e jour. Il est des cas où ce processus cutané s'exagère, dans lesquels l'enfant naît revêtu d'un vernis collodionné se fendant en larges lambeaux : c'est l'*exfoliation lamelleuse des nouveau-nés* de Grass et Török. Dans d'autres cas plus marqués encore, on peut observer l'*ichtyose congénitale* ou *fœtale*, l'hyperkératose diffuse congénitale, étudiée par Thibierge, et dans laquelle le malade, dont l'aspect est hideux, ne peut ni téter, ni prendre le biberon, et est recouvert d'une sorte d'enduit sébacé desséché, de couleur sale. A ce groupe de faits se rattache l'*érythrodermie congénitale ichtyosiforme avec hyperépidermotrophie* de Brocq, qui se voit chez des sujets déjà grands mais remonte à la naissance, et qui, par ses caractères cliniques et ses lésions cutanées s'apparente à l'ichtyose et aux kératodermies congénitales. Si intéressants à bien des égards que soient ces faits, ils représentent des exceptions et il est inutile d'y insister davantage.

II. Un autre groupe de faits est constitué par les réactions cutanées banales que l'on observe chez le nouveau-né ou le nourrisson et qui sont constituées :

1° par les divers types d'*érythèmes fessiers*, soit l'*érythème intertrigo*, le plus fréquent, avec rougeur diffuse des fesses et léger suintement, soit l'*érythème papuleux* ou *papulo-érosif*, tous deux communément associés à des troubles digestifs ;

2° Par l'*eczéma séborrhéique du cuir chevelu* très connu également, qu'il faut se garder de confondre avec l'eczéma vrai du nourrisson, souvent d'ailleurs plus précoce d'apparition.

Je ne fais que mentionner ici ces modalités cutanées, j'aurai l'occasion d'en reparler, car elles s'associent fréquemment aux types que je vais avoir à décrire et qui constituent des affections cutanées autonomes, je veux parler de la *dermatite exfoliatrice des nouveau-nés* et de l'*érythrodermie desquamative du nourrisson*.

III. La *dermatite exfoliatrice des nouveau-nés* fut décrite par Ritter en 1878-1880 chez des nouveau-nés âgés de deux à six semaines, parfois même dès le 6e jour de la vie. En dix ans, il en avait observé 297 cas à l'hôpital des Enfants-Trouvés de Prague et c'est sur eux qu'il basait sa description distinguant trois stades : 1° un premier stade *d'érythème scarlatiniforme* généralisé ; 2° un deuxième de *formations bulleuses* circonscrites débutant à la face, autour de la bouche et du menton, mais s'étendant rapidement à toute la surface du corps et tendant à confluer ; 3° un troisième stade *d'exfoliation* de l'épiderme en larges lambeaux suivi de régénération rapide dans les cas favorables, soit 50 p. 100 environ. Cette exfoliation est le phénomène dominant, l'exsudation bulleuse étant de moindre importance et pouvant faire complètement défaut. L'épiderme se décolle sur de larges surfaces et, même à des endroits qui paraissent encore sains, on s'aperçoit en exerçant une pression avec le doigt que l'épiderme n'est plus adhérent au derme, qu'il se plisse et se déchire. C'est là le *signe de l'épidermolyse*, isolé plus tard et décrit par Nikolsky. Aux mains et aux pieds l'épiderme s'enlève comme un gant. Il laisse à nu un derme rouge vif et suintant qui peut se recouvrir secondairement de croûtes jaunâtres. A la période d'état, l'enfant a l'air d'avoir été ébouillanté. Le derme, dénudé sur de grandes étendues, est bordé de lambeaux d'épiderme desséché et son aspect rouge vif s'oppose à celui des régions restées normales. A la face, c'est autour de la bouche que les lésions prédominent, avec rhagades et croûtes qui pourraient en imposer pour des manifestations d'hérédo-syphilis. L'affection, dans les faits ainsi décrits par Ritter, était de pronostic grave, entraînant *une mortalité de* 48,8 p. 100. Les observateurs qui l'étudièrent ensuite (Finkelstein, Knopfelmacher et Leiner, Wieland, etc.) observèrent la même gravité et certains parlèrent de 70 p. 100 de mortalité. La température, au début normale, peut s'élever rapidement et s'accompagner secondairement de collapsus. Dans les cas curables au contraire, l'état général est bon et la guérison se fait rapidement. Il en fut ainsi dans un cas observé en 1929 dans mon service et que j'ai récemment publié avec mon collaborateur et ami le Dr Brizard (1). Il est assez typique pour que je vous le rapporte avec quelques détails, car il reproduit, presque trait pour trait, la description initiale de Ritter.

Observation I. — Le 25 avril 1929 entre à la salle Parrot, à l'hospice des Enfants-assistés, un enfant âgé de dix jours atteint de lésions dermo-épidermiques du visage, des mains et des pieds.

Il était né à terme, pesait 3 kgr., mesurait 0 m. 49, et était élevé au sein jusqu'à son entrée.

Le jour de son admission on est frappé d'une part par l'*érythrodermie généralisée* à type *d'érythème scarlatiniforme* légèrement desquamative qu'il présente, par les grands *décollements épidermiques en doigt de gant* qui existent aux mains, d'autre part par l'existence à la face plantaire des mains et des pieds de deux éléments de la dimension d'une pièce de deux

(1) Lereboullet et Brizard. — Un cas de dermatite exfoliatrice du nouveau-né. *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, nov. 1931. Voir aussi Slucki. Contribution à l'étude de la maladie de Ritter. Thèse de Paris, 1932.

francs, rouges et suintants, provoqués par un décollement dermo-épiphysaire qui n'a pas abouti à la formation d'une bulle nette, l'épiderme déchiré semblait avoir empêché la sérosité de se collecter.

A la face antérieure du thorax, au-dessus du mamelon gauche, existe un élément analogue, de la dimension d'une pièce de un franc.

Au front se voit un dernier élément, celui-ci nettement bulleux, dont on a pu retirer quelques gouttes de sérosité claire (un examen bactériologique se montre négatif).

Le visage est en outre modifié par un érythème intense accompagné de bouffissure de la face. Sur les téguments des joues et du menton des lésions impétigineuses se sont développées avec rhagades, suintantes et sanguinolentes. Elles s'arrêtent nettement au pourtour des lèvres et n'envahissent les muqueuses en aucun point.

Les paupières sont œdémateuses, leur épiderme tend à se décoller. On les entr'ouvre avec difficulté et on constate un léger degré de blépharo-conjonctivite sous-jacente.

Il n'existe aucune réaction ganglionnaire. La température est normale, l'état général n'est pas altéré. Malgré l'absence de signes de syphilis viscérale héréditaire, on soulève, en raison de l'aspect des lésions plantaires, l'hypothèse d'éruption pemphigoïde d'origine spécifique ; nous restons toutefois dans le doute, frappé de cet aspect de dermite inflammatoire assez spéciale. On se borne à un traitement local : application d'une solution du bleu de méthylène sur les régions irritées et large poudrage au talc. On y joint un traitement interne au lactate d'hydrargyre.

Le 26 avril, le tableau clinique se modifie.

L'infirmière chargée d'appliquer des ventouses scarifiées, pour prélèvement de sang en vue d'une réaction de Wassermann provoque par cette application un énorme décollement épidermique. La peau décollée, distendue, a épousé les formes de la ventouse, éclate en larges lambeaux, et laisse apparaître un derme suintant, rouge vif, très irrité. Les lésions constatées la veille se sont étendues à la face antérieure du thorax, aux mains et aux pieds. L'épiderme de tous les doigts est complètement décollé ainsi que la face palmaire des deux mains. Aux pieds, la région plantaire n'est plus qu'une vaste surface décollée. Au visage : érythème et œdème ont doublé d'intensité, les lésions croûteuses des joues et du menton ne se sont nullement modifiées, mais, là où elles se sont développées, il n'y a aucune tendance au décollement épidermique.

L'état reste satisfaisant, il n'y a pas de fièvre. L'appétit est conservé. Les jours suivants, les lésions s'étendent sur toutes les surfaces de friction, à la face postérieure des cuisses, des jambes, des fesses. L'épiderme de ces régions et celui du dos sont décollés complètement, laissant à nu un derme rouge et suintant. A ces endroits l'enfant est comme ébouillanté. C'est alors qu'on constate nettement un signe capital. En frottant légèrement la peau en un point quelconque du corps en dehors des zones atteintes, on provoque un décollement exactement limité à la surface de friction. On réalise à volonté le signe de l'*épidermolyse*.

L'affection s'étend encore les jours suivants ; toutefois les premières lésions commencent à se déssécher, le derme est moins irrité et tend à reprendre une coloration normale. Un nouvel épiderme sain se reforme assez rapidement.

Dans les premiers jours de mai, le dessèchement des lésions s'accuse de plus en plus, l'épidermolyse a complètement disparu. L'état général s'améliore ; le poids, resté stationnaire, commence à reprendre.

Les jours suivants, l'amélioration s'accuse, l'exfoliation s'effectue par larges lambeaux, laissant à leur place un épiderme normal. Sur le visage un certain œdème palpébral persiste encore ; les lésions impétigineuses ont formé des croûtes très sèches qui chaque jour tombent au cours de la toilette de l'enfant.

Le 13 mai, l'enfant peut être considéré comme guéri, on ne trouve sur tout le corps et le visage aucune trace des lésions récentes. L'état général est excellent. L'enfant prend régulièrement 30 à 35 gr. par jour. Il quitte l'hôpital ce même jour.

La réaction de Wassermann, pratiquée le 26, avait été négative.

Des renseignements recueillis sur son état depuis lors, résulte que l'enfant s'est très bien porté et est actuellement en pleine santé. Réserve faite de quelques pyodermites superficielles survenues dans les deux semaines qui suivirent son départ, l'enfant n'a présenté aucun trouble cutané.

Voilà donc une observation qui rappelle d'assez près la description de Ritter que je vous résumais tout à l'heure. On y retrouve et l'érythème scarlatiniforme initial suivi d'exfoliation par larges lambeaux et les lésions à type pemphigoïde, distinctes du pemphigus vrai, et la présence du signe de l'épidermolyse. La guérison en fut rapide comme dans les cas curables de Ritter. Cette *dermatite exfoliatrice du nouveau-né* a donc un caractère de netteté suffisant pour nous permettre de l'assimiler aux faits de Ritter. Si j'y insiste, c'est parce que, dans ces dernières années, en France, on a voulu dénier son autonomie à cette affection. Elle me paraît certaine pourtant et, pour ne vous en citer que quelques cas récents, je vous rappellerai deux observations publiées en 1923 par mon collègue et ami G. de Toni (1), en 1924 par mon collègue et ami Woringer (2), qui toutes deux concernent des nouveau-nés également atteints de

(1) G. de Toni. — La malattia dis Ritter. *Atti delle Società medico-chirurgica di Padov*, 21 décembre 1923.

(2) P. Woringer. — La maladie de Ritter, dermatite exfoliatrice du nouveau-né. *Le Nourrisson*, 1924, p. 266.

maladie de Ritter, mais de maladie grave terminée par la mort (1).

Ces faits s'opposent au nôtre par l'allure grave d'emblée que prend l'affection. Les modifications de la peau sont extrêmement rapides, l'aspect pemphigoïde est plus intense, l'état général est vite touché, la fièvre monte, la température oscille entre 38° et 40°, des abcès peuvent se former dans diverses régions du corps. Les petits malades tombent assez vite dans un état comateux, avec respiration bruyante accélérée ou ralentie, la mort survient par collapsus. On peut dans de tels faits invoquer d'ailleurs, avec M. Woringer, l'existence d'une septicémie secondaire survenue à la faveur des lésions cutanées superposables à bien des égards à celles des grands brûlés.

Tout récemment, MM. Babonneix et Cayla et Mlle Fayot (2) ont rapporté également l'histoire d'un bébé présentant au maximum les signes que les faits précédents mettent en évidence. La voici :

Le 12 novembre 1931, entrait à l'hôpital Saint-Louis un nourrisson de treize jours d'aspect singulier.

Sa constitution et son poids paraissaient normaux, mais toute la surface cutanée était rouge, brillante, suintante, comme si elle avait perdu son épiderme. Dans quelques régions il persistait, mais détaché du derme sous-jacent, d'aspect blanchâtre, macéré et plissé, formant de larges lambeaux dont les bords s'enroulaient sur eux-mêmes. Ces lambeaux occupaient les faces dorsales des mains et des pieds et le cuir chevelu, où ils paraissait avoir été retenus par les cheveux. Partout ailleurs, la surface cutanée était rouge, suintante, ponctuée par les orifices glandulaires du derme.

En certaines régions, surtout aux points de contact (aisselles, creux poplités, région inguinale et paroi abdominale), la rougeur était plus foncée, presque purpurique. L'extrémité du nez et celle de plusieurs doigts était plus foncée encore, comme sphacélique.

On avait l'impression d'un enfant sur qui on aurait versé de l'eau bouillante et l'on ne savait comment le prendre, tellement il donnait l'impression d'un écorché vivant ; l'on dut l'envelopper dans une grande compresse dépliée et enduite d'huile.

Sa température était de 39° 5 à 40°, mais tout le reste de l'examen était négatif. Le foie et la rate paraissaient normaux. L'appétit était normal ; il allait à la selle normalement, n'avait pas de vomissements.

Néanmoins, la température se maintint jusqu'à la mort qui survint le 13 novembre.

C'était un fils de Polonais, premier enfant, né à terme, normalement. Nourri au sein jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Dès le troisième jour après sa naissance étaient apparues sur le cou de petites bulles de pemphigus. Rapidement, elles avaient formé un collier, puis s'étaient étendues au tronc et aux membres, à la face et au cuir chevelu. L'exfoliation avait gagné toutes ces régions au point que, lorsqu'il fut présenté à l'hôpital, il n'avait pour ainsi dire plus de peau.

La fièvre était apparue, et l'état paraissant très alarmant, on l'avait amené dans le service.

A l'autopsie, aucune lésion viscérale apparente, ni au foie, ni à la rate, ni aux autres organes ; les poumons seuls paraissaient congestionnés.

Des cas semblables ont été publiés dans ces dernières années par Caillau et Walter (1) qu'ils ont observés chez deux enfants respectivement âgés de 8 et 6 jours, dans le service de mon collègue le professeur Brindeau ; dans tous les deux, l'enfant avait l'apparence d'un enfant ébouillanté et mourut quatre à cinq jours après le début des accidents cutanés. Je pourrais vous citer également l'observation curieuse de Szarka concernant deux jumelles dont l'une fit un pemphigus aigu du nouveau-né avec présence dans les bulles de staphylocoque et de streptocoque et dont l'autre présenta pendant la même période une dermatite exfoliatrice typique (avec lésions pemphigoïdes autour de la bouche et sur la poitrine et avec épidermolyse accentuée) ; comme chez la première on mit en évidence, au niveau des éléments bulleux, du streptocoque et du staphylocoque. Toutes deux guérirent.

Je n'insiste pas, ne voulant vous citer que quelques exemples : ils vous montrent que, si la maladie de Ritter est réelle, elle est rare et que nous n'avons qu'exceptionnellement l'occasion d'observer en France des cas typiques. Peut-être d'ailleurs une des causes de cette rareté est-elle que nous n'observons, nous pédiatres, les enfants qu'une fois les premiers jours passés et que c'est plutôt dans les maternités que dans nos services que se rencontrent de tels faits.

On ne peut toutefois pas nier leur existence, et, le fait que j'ai observé avec mon ami Brizard, celui que je viens de vous rapporter d'après mon collègue Babonneix, montrent bien que la maladie de Ritter existe et a son autonomie. « Elle est si caractéristique d'aspect, dit Finkelstein, qu'on ne peut la méconnaître, lorsqu'on l'a observée une fois. » On l'a toutefois rapprochée, notamment avec Wieland (de Bâle), avec Jadassohn, du pemphigus du nouveau-né dont

(1) Nous ne publions pas ici le détail de ces faits, ils sont reproduits tout au long dans la thèse de A. Slucki, citée plus haut.

(2) Babonneix, Cayla et Mlle Fayot. — Société de Pédiatrie, 15 décembre 1932.

(1) Caillau et Walter. — Deux cas de dermatite exfoliatrice du nouveau-né. Soc. de dermat. et syphiligr., mars 1928.

elle ne serait qu'une forme particulièrement grave et à évolution un peu spéciale, la mort relevant d'une infection staphylococcique secondaire. Sans insister devant vous sur cette discussion, on ne peut nier une certaine parenté entre le pemphigus épidémique des nouveau-nés et cette dermatite de Ritter. Il est vrai que, dans certains cas, la formation de bulles précède l'exfoliation (comme dans celui de Babonneix) mais ce stade bulleux paraît transitoire et d'importance secondaire ; dans nombre de cas le stade d'exfoliation suit immédiatement celui de l'érythrodermie. De plus, l'épidermolyse, si nette dans la maladie de Ritter, n'est pas un phénomène constant dans le pemphigus des nouveau-nés. Aussi, quelles que soient les analogies entre les deux états, il y a lieu de continuer à les décrire séparément.

D'autres observations, notamment en France, ont assimilé la dermatite exfoliatrice de Ritter, à l'érythrodermie desquamative de Leiner, dont je vais vous entretenir. Il semble bien — et je vous le montrerai après avoir décrit cette érythrodermie desquamative — qu'ici encore, l'assimilation ne soit pas possible et, avec Finkelstein et d'autres observateurs, je crois qu'il faut considérer cette dermatite exfoliatrice de Ritter comme une maladie particulière ayant deux modes d'évolution : vers la guérison, lorsque l'assèchement se fait vite, comme dans notre cas — vers la mort, lorsque, à la faveur des surfaces dénudées et suintantes, se fait une septicémie secondaire entraînant la fièvre et l'aggravation progressive.

IV. L'*érythrodermie desquamative* décrite par Leiner en 1907 a été observée par lui presque exclusivement sur les enfants au sein. Sur 43 cas, suivis par lui en cinq ans, à l'hôpital Carolinea de Vienne, 41 étaient au sein, 2 seulement au biberon. Il y eut 28 guérisons et 15 morts.

C'est donc une affection relativement grave, selon Leiner.

D'après cet auteur, ce n'est pas une maladie précoce, car on la voit chez le nourrisson à partir du vingt au vingt-cinquième jour et sa période d'état correspond à la fin du second ou au commencement du troisième mois de la vie. Alors elle offre le tableau d'une dermatose généralisée qui, dans les cas typiques, affecte toujours le même aspect.

La tête rappelle les cas de séborrhée, elle est couverte d'une calotte de croûtes jaunâtres, sans ulcérations, les cheveux sont rares, faisant corps çà et là avec les squames. Toute la face est presque entièrement couverte de petites squames jaunes, avec légère inflammation sous-jacente. Les bords du nez, les narines, les parties voisines des joues sont indemnes, sauf dans les cas invétérés.

Le tronc est d'un rouge vif, et se couvre de squames d'abord blanc-grisâtres, opaques, puis d'aspect bistré. Elles peuvent être aisément séparées de la peau enflammée qu'elles recouvrent. Les surfaces d'extension des membres sont plus atteintes que les surfaces de flexion. Les mains et les pieds sont rouges, mais seulement par places. Les ongles sont aussi atteints et montrent des altérations diverses : sillons transverses et longitudinaux proéminents et dépression irrégulière. Dans les plis de la peau et sur la face de flexion des membres, il n'y a pas de squames. A ce niveau la peau est d'une couleur rouge sombre et œdémateuse. Seulement, au fond des plis, on aperçoit un enduit blanc sale.

L'examen des autres organes est négatif. Glandes un peu engorgées, ne suppurant jamais. Bon état général, sommeil peu troublé, pas de démangeaisons. On n'observe pas de fièvre. Urines normales. Dans la plupart des cas l'évolution est favorable, et la maladie guérit en quelques semaines. L'hyperémie cutanée, la desquamation cessent peu à peu, les squames deviennent plus minces et plus petites, et la peau reprend graduellement son état physiologique. Les lésions persistent longtemps dans les sillons et sur le cuir chevelu.

L'enfant, même dans les cas favorables, perd du poids, et reste faible et amaigri pendant des mois.

Enfin, selon Leiner, un tiers des enfants succombent. Malgré la continuation de l'allaitement, le nourrisson dépérit et prend un faciès lamentable : collapsus, cyanose des extrémités, mouvements des membres pénibles, avec hyperémie. Peau très sèche, rappelant le parchemin, semée de squames et de rhagades. Ces rhagades sont surtout graves autour de la bouche, la succion devient souvent difficile ou impossible. L'accroissement de la cachexie et de la fièvre associée avec la diarrhée, cause bientôt la mort.

Cette description de Leiner se rapproche à certains égards, de celle faite en 1905 par Moussous, de Bordeaux, qui, dans un article intitulé « Erythème fessier et eczéma séborrhéique » avait montré que les érythèmes simples du nourrisson pouvaient s'étendre et se généraliser et insistait sur leur coexistence avec la séborrhée du cuir chevelu et du front. Dans la forme généralisée de l'état qu'il décrivait alors, l'aspect de l'enfant était tout à fait particulier : plus d'îlots de peau saine ou du moins de très restreints portant des téguments rouges, gonflés, la couche épidermique épaissie, fendillée, éclatant de tous côtés, se détachant sous forme de squames abondantes et parfois intriquées.

L'analogie des deux descriptions a fait parler d'érythrodermie desquamative type Leiner-Moussous. Retenez-en la notion fondamentale de l'association de l'érythrodermie, d'une part

à la séborrhée du cuir chevelu, d'autre part à l'érythème fessier et vous comprendrez les caractères cliniques présentés par les deux petits malades que nous avons récemment observés. Vous comprendrez également toutes les différences qui distinguent la dermatite de Ritter, maladie du nouveau-né, et l'érythrodermie type Leiner, maladie du nourrisson.

Notre premier petit malade a été envoyé par mon élève Odinet, de l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un enfant nourri au sein, bien portant jusqu'à vingt et un jours.

A ce moment apparaît un léger érythème fessier qui reste localisé pendant deux jours. Puis cet érythème s'étend progressivement à tout le corps, gagnant la face et les membres en une huitaine de jours. En quelques jours cet érythème se met à desquamer : sur le dos et la poitrine, desquamation en fines squames, alors qu'au niveau des membres celle-ci se fait en larges lambeaux. Sous la desquamation, les téguments apparaissent de coloration normale.

En même temps se manifeste un eczéma séborrhéique du cuir chevelu, ayant débuté au niveau des oreilles, quelques éléments siégeant au niveau du front, le reste de la figure était intact, les éléments du front ont suinté pendant quelques jours, puis peu à peu formation de croûtes jaunâtres qui tombent progressivement.

A aucun moment l'enfant n'a présenté de fièvre. Il a toujours eu bon appétit.

Devant ces lésions, la mère alla d'abord se faire hospitaliser avec son enfant à l'hôpital Saint-Louis, et c'est de là qu'elle nous fut envoyée.

Quand nous l'avons vu le 12 novembre 1931, on constatait au cuir chevelu la persistance des lésions d'eczéma séborrhéique avec croûtes jaunâtres. La peau des membres supérieurs et du tronc est sèche et écailleuse, mais de coloration normale. Aux fesses, persistance d'un érythème qui s'étend sur la face interne des cuisses et des jambes ; à la limite de cet érythème quelques squames en lambeaux.

L'examen général se montre négatif. L'enfant quitte le service guéri, quatorze jours plus tard.

Le second malade que je vous présente fut vu pour la première fois à ma consultation le 18 novembre 1931, à l'âge de deux jours et ne présentait que quelques éléments banaux de folliculite.

On le revoit trois semaines plus tard, le 8 décembre, en état d'hypothrepsie légère avec érythème-intertrigo des fesses extrêmement marqué, érythrodermie desquamative lamelleuse de la partie supérieure du thorax et des membres supérieurs, eczéma séborrhéique du cuir chevelu.

On trouve de plus des lésions érythémato-squameuses des malléoles et de la plante des pieds.

L'érythrodermie persiste quelques jours, les squames ne laissant toutefois sous elles qu'un derme à peine rouge et nullement suintant.

La guérison est régulière et assez rapide. Ici encore on relève l'association des trois éléments : eczéma séborrhéique, érythème intertrigo, érythrodermie desquamative.

De nombreux travaux ont été consacrés à ces faits d'érythrodermie desquamative qui ont été analysés à diverses reprises de manière très complète par M. Comby, étudiés par le Professeur Marfan, discutés longuement à la Société de pédiatrie en 1921 et en 1931 ; ces dernières discussions où sont intervenus MM. Marfan, Comby, Hallé ont mis en relief les caractères et les limites de l'érythrodermie desquamative, son évolution souvent bénigne, sa parenté avec l'érythème intertrigo et l'eczéma séborrhéique.

Peut-être pourrait-on, avec Darier (1) admettre qu'il y a deux ordres de faits : 1° ceux qu'il classe parmi les eczématides généralisées ; il cite le fait d'un enfant de cinq semaines, d'ailleurs bien portant, atteint d'eczéma séborrhéique débutant par l'oreille, se généralisant à la presque totalité du corps en neuf jours, s'accompagnant de rougeur scarlatiniforme avec squames sèches ou croûtes grasses selon les points, guérissant en trois semaines.

2° Ceux qui ont été décrits par Leiner et qui, très analogues objectivement, correspondraient à une éruption grave, de nature toxique, spéciale aux enfants nourris au sein et atteints d'entérite. Leur pronostic serait beaucoup plus réservé et un changement immédiat d'alimentation s'imposerait.

Cette distinction, d'accord avec les conclusions de Leiner, admettant le rôle de l'infection digestive dans la production de l'érythrodermie, paraît un peu trop absolue. En fait, comme l'a remarqué J. Hallé, l'érythrodermie desquamative est, dans l'immense majorité des cas, d'allure bénigne. Sans doute il est nécessaire de surveiller le tube digestif et il est des cas où des complications peuvent survenir, liées à l'infection intestinale. Mais ces cas restent l'exception. La maladie de Leiner est avant tout une réaction cutanée, associée fréquemment à l'eczéma séborrhéique et à l'érythème intertrigo et qui par elle-même n'implique pas de fâcheux pronostic.

Vous voyez, par ces exemples, et par ces quelques réflexions, les grosses différences qui existent entre la dermatite exfoliatrice du nouveau-né de Ritter et l'érythrodermie desquamative de Leiner. Bien qu'on ait voulu en faire deux modalités d'une même maladie, je crois qu'il s'agit là de deux affections distinctes.

(1) Darier. — Précis de dermatologie, 2e édition pp. 119 et 120.

La maladie de Ritter frappe le nouveau-né dès les premiers jours de sa vie alors que l'érythrodermie de Leiner est une maladie du nourrisson. Elle passe par trois stades : un premier d'érythème scarlatiniforme généralisé, un second de formations bulleuses circonscrites ayant tendance à confluer et à s'étendre à tout le corps, un troisième d'exfoliation de l'épiderme sur de très larges surfaces, avec possibilité de provoquer, même sur les points d'apparence saine, par la seule pression du doigt, l'épidermolyse ; c'est une dermatite inflammatoire qui peut évoluer vers la guérison par assèchement progressif des lésions, qui peut aussi s'accompagner de phénomènes infectieux graves, révélateurs d'une septicémie associée qui entraîne la mort. Cette septicémie a vraisemblablement son origine dans une infection secondaire, facile à comprendre quand on voit quelle surface d'absorption représente le derme rouge et suintant.

La maladie de Leiner, plus tardive dans son apparition, est, au contraire, un syndrome cutané sans vésicules, bulles, ni rhagades, réalisant une sorte de desquamation physiologique exagérée, avec limitation des nappes eczémateuses et absence, à toutes les périodes de son évolution, d'épidermolyse ; il y a sécheresse absolue de l'épiderme. Elle est communément moins grave, mais parfois, réaction auto-toxique d'origine digestive, peut s'accompagner de manifestations graves de dénutrition qui mènent l'enfant à la mort.

Sans doute il peut exister entre les deux états des faits de transition difficiles à classer sans doute aussi, la maladie de Ritter se rattache à certains faits de pemphigus épidémique. Mais les faits typiques sont aisés à différencier.

Je n'insisterai pas sur le *traitement* qui est assez simple. Dans la maladie de Ritter le poudrage au moyen d'une *poudre* inerte, bien sèche et stérilisée et l'emploi de linges très propres et, si possible, stérilisés s'imposent. Il faut répéter ces enveloppements et ne remuer l'enfant qu'avec de grandes précautions, à cause du risque de décollement large de l'épiderme à chaque contact. On peut sur les régions suintantes appliquer des topiques appropriés, le plus simple étant le *bleu de méthylène* en solution aqueuse à 1 pour 20, le *crystal-violet* et tout autre colorant de même ordre pouvant être employé. Sur certains points plus irrités, l'application de pâtes épaisses au zinc ou de pommades à base d'ichtyol ou de goudron peut être préconisée, mais le poudrage largement employé sur l'ensemble du corps reste de rigueur.

C'est le poudrage qui convient surtout à l'érythrodermie de Leiner. Ici les pommades et topiques deviennent inutiles, réserve faite de ceux employés contre l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu. Sur tout le reste du corps c'est un pansement sec au *talc stérilisé* répandu en abondance qu'il faut instituer. Les bains et pansements humides doivent être écartés, ils ne pourraient qu'ouvrir la porte aux excoriations et aux ulcérations génératrices d'adénites et d'abcès.

M. Hallé insiste même, pour certains cas, sur la possibilité «d'élever les malades dans le son. Il met les enfants dans une boîte en carton remplie de son d'où seule passe la tête et il les emmaillotte par-dessus la boîte. Ils remuent ainsi leurs membres libres dans la poudre, ce qui est le meilleur moyen pour eux de changer leur pansement ». Par le poudrage, la maladie guérit le plus souvent, seule, à condition qu'on règle méthodiquement les tétées et les biberons et qu'on évite tout trouble digestif. On a récemment préconisé d'autres méthodes : injections sous-cutanées de lait de femme, injection de sérum maternel, injection de vaccin entérococcique (Blechmann et Potelune). Ces médications intéressantes ne représentent qu'un traitement d'exception, la plupart des cas d'érythrodermie desquamative guérissant assez aisément. Même au point de vue thérapeutique, on retrouve la même opposition entre la dermatite de Ritter et l'érythrodermie desquamative de Leiner. C'est pourquoi il m'a paru utile d'attirer votre attention sur les modalités diverses des érythrodermies du nouveau-né et du nourrisson.

# LE PRATICIEN ET LA NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

## Les Arriérations Mentales

### (L'Idiotie)

Par le Docteur Gilbert-Robin,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris,
Médecin-assistant à l'Hôpital Lariboisière.

Les retards ou les arrêts du développement intellectuel — congénitaux ou acquis — comportent des degrés divers : idiotie, imbécillité, arriération intellectuelle, débilité intellectuelle, retard simple.

Ces déficiences psychiques secondaires aux agénésies ou aux dysgénésies du système nerveux, relèvent de causes héréditaires, parmi lesquelles la syphilis, l'alcoolisme, la tuberculose, l'épilepsie, les états psychopathiques, viennent en première ligne.

C'est, en seconde ligne, aux accidents de la grossesse, de l'accouchement, de la première enfance, qu'il faut imputer la responsabilité de ces états d'arriération.

Au degré le plus bas de l'échelle intellectuelle, se situe l'idiotie.

Les idiots passent rarement inaperçus ; leurs malformations physiques attirent l'attention. Ils sont en général de petite taille. Le crâne est tantôt trop petit (microcéphalie), tantôt trop grand (hydrocéphalie). La plagiocéphalie réalise une malformation oblique ovalaire et asymétrique, — la scaphocéphalie, la forme en carène, — l'acrocéphalie, le crâne en chapeau de gendarme. L'épaisseur des os du crâne est irrégulière.

La face est souvent asymétrique. Les cheveux sont implantés bas sur le front et poussent drus. Le regard est vague, hébété, parfois comme aveugle. Les cavités orbitaires anormalement écartées ou rapprochées l'une de l'autre. Des anomalies frappent la cornée et l'iris. Le nystagmus et le strabisme divergent ou convergent s'observent. Les oreilles présentent des irrégularités intéressant tragus, antétragus, hélix, anthélix et lobule. On a décrit des types divers : Morel, Blanville, Wildersmuth, Darwin, etc., selon les particularités de telle ou telle anomalie. Par la bouche entr'ouverte s'écoule la salive. Parfois les deux mâchoires portées en avant réalisent le double prognathisme. Le plus souvent le prognathisme de la mâchoire supérieure n'est qu'apparent par réthrognathie du maxillaire inférieur. La langue est souvent fissurée, hachurée (langue scrotale) et pend hors de la bouche. La protusion de la langue est favorisée par la béance inter-maxillaire. Les dents sont atteintes dans leur forme, leur nombre (dents surnuméraires), leur siège, leur direction, leur structure. La voûte palatine est fréquemment ogivale. Des perforations, des becs-de-lièvre s'observent.

Le thorax en entonnoir, les déviations du rachis, le spina bifida, autant de malformations des plus habituelles. A l'examen des organes génitaux on rencontre parfois le phimosis, l'atrophie testiculaire, l'ectopie, la cryptorchidie chez les garçons ; chez les filles, l'absence ou l'imperforation du vagin, etc.

Les membres peuvent manquer ou être congénitalement à demi-amputés. Les mains sont courtes, aux doigts écartés (main idiote). On relèvera les doigts surnuméraires (polydactylie) ou des soudures de doigts entre eux (syndactylie). Le pouce simiesque est d'observation fréquente.

Ces anomalies dont on peut allonger la liste à l'infini, constituent ce qu'on appelle les *stigmates physiques de dégénérescence.* Ils englobaient autrefois toutes les anomalies physiques et par conséquent les stigmates qu'on range aujourd'hui dans l'hérédo-syphilis. Grâce aux progrès de la clinique en cette matière, il est permis de distraire de ces stigmates de dégénérescence, les stigmates de l'hérédo-syphilis.

Le système nerveux est le siège de lésions dont on s'est servi pour caractériser certaines formes de l'idiotie (hémiplégique, diplégique, athétosique, choréo-athétosique, épileptique, amaurosique, etc.).

L'*hémiplégie* débute généralement par des convulsions. On observe par la suite tous les intermédiaires depuis l'hémiparésie légère jusqu'à l'hémiplégie fixée avec contracture, choréo-athétose, arrêt du développement osseux et musculaire.

Un grand nombre d'idiots sont en même temps des *épileptiques. Mais il faut savoir, en pratique, qu'un épileptique ne devient jamais idiot. Si ses crises se répètent, l'épileptique est capable de verser dans une démence dont les progrès sont parallèles à la fréquence et à l'intensité des crises.* Par conséquent l'évolution de cette démence est irrégulière. Elle peut même s'amender au prorata de l'amélioration des accès.

Les stigmates dégénératifs qui dénoncent un trouble profond de la nutrition générale dès l'origine et les perturbations neurologiques qui traduisent l'encéphalothie, rendent compte de

la multiplicité des troubles fonctionnels que présentent les idiots.

L'expression sera vide ou niaise ou bestiale. Il est vrai qu'on peut parfois noter le contraste entre un faciès intelligent et une idiotie profonde. Les troubles de la motilité vont de l'impossibilité de la station debout ou assise, à des faits de simple maladresse, — où la difficulté de la marche, du saut, de l'équilibration, pour les membres inférieurs, de la préhension et des actes plus délicats (boutonner, lacer, plier) pour les membres supérieurs et les mains, tient autant aux troubles intellectuels qu'aux troubles moteurs. Qu'il s'agisse de tous les modes de la sensibilité, ils peuvent être perturbés, obtus ou anormalement développés. Ainsi pour l'odorat, les idiots flaireurs, pour le goût, les perversions qui poussent les idiots à manger du papier, de la terre, des détritus, etc... Nous avons pu observer des mutilations par anthropophagie. Du côté de l'appareil digestif on va de la gloutonnerie à des accès de jeûne, à des répugnances électives pour certains aliments. On peut observer des mouvements de rumination (mérycisme). Les malformations cardiaques ne sont pas rares ; les sécrétions sont troublées, la sueur souvent fétide, l'incontinence des urines et des matières fécales est la règle, l'onanisme habituel. On note des tics, des impulsions à mordre, se cogner, baver, mettre le feu, tourner, grimper aux arbres comme des singes.

Au point de vue psychique Binet et Simon ont donné de l'idiot la définition suivante :

« Est idiot tout enfant qui n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables, c'est-à-dire qui ne peut ni exprimer verbalement sa pensée, ni comprendre la pensée exprimée par d'autres, alors que ni un trouble de l'audition, ni un trouble des organes phonateurs, n'expliquent cette pseudo-aphasie qui est due entièrement à une déficience intellectuelle. »

Cette définition est suffisante en pratique, parce qu'elle tient compte non de la parole en elle-même, mais de la parole comme moyen d'expression. Si la plupart des idiots n'ont qu'un langage rudimentaire réduit à quelques mots usuels, certains sont bavards, ont un riche magasin de mots, mais ils parlent mécaniquement comme des perroquets et de toutes façons, ou ils n'ont pas du tout de pensée, ou ils n'arrivent pas à exprimer le peu qu'ils en ont.

La méthode des tests entre les mains de Binet-Simon a permis de fixer la limite supérieure de l'idiotie. Un idiot quel que soit son âge réel, n'atteindra jamais l'âge mental de 4 ans. A 25 ans, par exemple, il ne sera pas plus avancé qu'un enfant de 3 ans et encore pas toujours. C'est ainsi que si certains idiots sont capables de montrer leur nez, leur œil, leur bouche, de répéter une phrase de six syllabes, de répéter deux chiffres, d'énumérer les objets ou les personnages d'une gravure, de dire leur nom de famille, d'autres ne réagissent pas au son, ne peuvent saisir un objet, semblent ne pas voir, ne reconnaissent pas les aliments, n'imitent pas les gestes, n'indiquent pas leurs besoins naturels.

Mais l'idiot le moins touché n'arrivera pas à répondre aux tests de 4 ans : c'est-à-dire savoir dire son sexe, nommer des objets familiers (tels que clef, canif et sou), répéter trois chiffres, comparer deux lignes de longueur différente.

Encore moins saura-t-il comparer deux poids, copier un carré, compter des sous, etc. Une réponse correcte à un test supérieur à 3 ans si elle reste isolée, ne prouve pas autre chose qu'une disposition particulière à une éducation mécanique n'intéressant que la mémoire.

On se rend compte que l'idiotie comporte plusieurs degrés, et lorsque Sollier tentait de classer les idiots d'après l'attention, sans doute entendait-il l'attention non comme une fonction simple mais comme une résultante, une « capacité d'efficience » (Pieron). Au plus bas degré de l'échelle, l'idiot ne manifeste aucun rudiment ni d'intelligence, ni d'affectivité. Il n'a pas toujours l'instinct de conservation. Il faut le nourrir et parfois lui pousser les aliments jusque dans le pharynx (Barbé). Insensible, hébété, il pousse des cris rauques, inarticulés, semble ne rien voir, ne rien entendre. Il ne marche pas, on le maintient assis sur une chaise percée. Il se balance sur un rythme invariable, grince des dents, pousse parfois des cris stridents, des hurlements. Il faut savoir que ces crises de cris représentent souvent des équivalents épileptiques. En pratique, lorsque l'examen étant difficile, les renseignements nuls, l'interrogatoire impossible, nous avons un doute sur l'état d'arriération mentale, nous signalons le grincement de dents comme un facteur de gravité.

Au deuxième degré, l'idiot peut parler, dire son nom, son âge, la date et le lieu de sa naissance. Il est capable de s'attacher, de manifester une affectivité qu'on pourrait considérer comme normale, si la déficience intellectuelle n'en limitait l'essor. La mémoire quand elle vient au secours d'aptitudes spéciales (pour la musique par exemple) crée souvent l'illusion chez les parents. En fait, la compréhension reste des plus limitées et le langage se borne souvent à la répétition des mots entendus (écholalie).

## LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

### Tout écrasement des doigts nécessite un examen minutieux.

**Une lésion profonde, le plus souvent osseuse, peut être méconnue, et, si le débridement du foyer d'attrition n'a pas été fait, l'infection la plus grave peut se développer**

D'après MM. Marc Iselin et Berrocal Uribe (1)

I

L'estimation des dégats

Les accidents à craindre, qui peuvent aller jusqu'à l'amputation de la main, et même jusqu'à la mort, ne résultent pas seulement d'une suture primitive « inconsidérée » des plaies des doigts ; ils sont aussi provoqués par ce fait que de simples écrasements de doigts, d'apparence tout à fait banale, ont été pansés à plat, sans suture, mais sans une exploration détaillée des lésions.

Or, l'expérience a montré la *fréquence considérable des lésions osseuses méconnues* (86 pour 100 de fractures), *coexistant avec des lésions extérieures insignifiantes.*

D'où la conclusion logique, qu'il faut appliquer aux doigts les principes généraux de toute la chirurgie des membres, pour laquelle la pratique du pansement occlusif sans exploration est catastrophique.

Par contre, une plaie des doigts, si elle est bien traitée, guérit en peu de temps, ne suppure même pas, parce que les mains des travailleurs, surtout tachées d'huile, semblent n'héberger que des microbes très atténués.

« *Tout blessé des mains doit être anesthésié parfaitement, et sa blessure explorée systématiquement.* »

Si l'on envisage les principales complications des écrasements, on peut dire qu'il est extrêmement banal qu'à la suite d'un écrasement d'apparence insignifiante, apparaissent, une ou plusieurs semaines après, et même plusieurs mois, des *fistules d'ostéite*. La radiographie, faite systématiquement en pareil cas, montrera des fragments osseux, qui entretiennent la suppuration, fragments dont l'ablation fera cesser les troubles.

Des *douleurs persistantes* peuvent provenir d'une *fracture* méconnue, quand la réparation et la cicatrisation se sont opérées spontanément.

Des plaies négligées, surtout à la base des doigts, déterminent parfois une complication rare, mais sérieuse, qui est l'*arthrite de voisinage* (poignet, coude).

On observe aussi une *propagation de l'infection aux gaines tendineuses de la main et de l'avant-bras.*

**Comment faire une exploration systématique ?**

Quand les lésions n'atteignent pas la base des doigts, on pose un garrot à ce niveau, et l'on fait une anesthésie en bague à la novocaïne. Sinon, il faut recourir à l'anesthésie générale : on emploie l'éther ou le chloroforme, car l'exploration dure parfois jusqu'à une demi-heure, si les lésions sont complexes ; les anesthésiques rapides comme le chlorure d'éthyle ou le protoxyde sont insuffisants.

Toute l'opération doit être menée avec le plus grand soin ; il faut une table garnie d'un champ pour faire reposer la main, bien iodée et garnie de champs stériles.

Le praticien ne doit pas hésiter à prendre des gants et à s'asseoir pour être à la hauteur de la main.

On débride la plaie par des incisions dirigées de façon à ne léser ni tendons, ni vaisseaux importants : on se rend alors compte de l'existence des lésions profondes : osseuses, tendineuses et vasculaires, dont le traitement varie avec chaque cas particulier. Par contre, le traitement des parties molles est commun à tous les cas.

II

La réparation des dégats

**Parties molles**

On excise les tissus contus, parce que, pendant quelques heures, ils sont seuls infectés, et que tous les tissus contus sont également *mortifiés*, c'est-à-dire qu'ils seront éliminés secondairement par la suppuration. Tout ce qui ne peut pas vivre doit être excisé, particulièrement la peau, mal vascularisée, dont tous les lambeaux à pédicules étroits sont voués ou sphacèle.

Grâce à ces précautions, la *suppuration des plaies peut être évitée*, même sans les refermer,

(1) Marc Iselin et E. Berrocal Uribe. — Ecrasements des doigts. (*La Presse Médicale*, 10 février 1932.)

à condition que les pansements ultérieurs ne les infectent pas. Or, aux doigts, comme à la main, il importe que les plaies ne suppurent pas, pour des raisons fonctionnelles: la souplesse du tissu sous-cutané est aussi nécessaire que le jeu normal des articulations et les tendons pour l'intégrité des mouvements.

La *suture primitive* des plaies des doigts, comme celle de la main, doit être réservée aux cas les meilleurs (blessés de 6 heures au maximum, peau bien nourrie, suffisamment ample après excision, pour être réunie sans tension). Lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions, elle donne rapidement une guérison de qualité parfaite ; mais lorsqu'elle échoue, elle est la source de dangers ou de retards de guérison. Elle sera donc l'exception, la *règle étant le pansement à plat après excision des tissus contus, et hémostase.*

**Eclatement**

Cette lésion est relativement rare ; sous l'action d'une compression intense, la peau du doigt éclate alors réellement, parfois en plusieurs endroits, de sorte que les lambeaux se détachent, laissant à nu les os, les articlulations et les tendons: c'est le doigt déshabillé.

Au degré le moindre, l'éclatement est linéaire : il faut suturer, s'il y a quelque organe important à couvrir comme tendon ou articulation, et si les conditions de temps écoulé sont favorables. Sinon, bien préparer la plaie par excision des parties contuses, hémostase et pansement à plat.

En cas de doigt déshabillé, mieux vaut ne pas le conserver, car la peau manque pour recouvrir les os ; exciser d'abord la peau jusqu'à obtenir des lambeaux réguliers, *larges à la base et bien nourris* ; puis amputer ou désarticuler le doigt à un niveau tel que le moignon puisse être bien recouvert par les parties molles.

**Hématomes sous-unguéaux**

Ils résultent d'un écrasement ou d'un pincement de l'extrémité du doigt ; c'est une coloration noirâtre de l'ongle, due au sang, qui décolle celui-ci, et dont la couleur sombre est visible par transparence. Le siège de la collection sous-unguéale est exactement celui du pus dans une tourniole ; le sang décolle d'abord la partie supérieure, laissant parfois intacte l'extrémité inférieure de l'ongle.

*Ne pas oublier de rechercher les lésions osseuses associées*, qui sont fréquentes et parfois graves ; il s'agit généralement de fractures parcellaires de l'extrémité de la phalangette.

Parmi les *complications infectieuses* à craindre, il faut citer d'abord le tétanos, puis l'infection banale, la tourniole.

Le traitement sera surtout chirurgical. Ne faire qu'une piqûre antitétanique est insuffisant. Aussitôt que possible, sous anesthésie en bague, déterminer un lambeau quadrangulaire à pédicule supérieur qui, relevé, découvrira la région de la matrice unguéale; la partie décollée de l'ongle est réséquée et le foyer contus largement exposé. On l'explore, on vérifie l'os, on évacue les débris et on panse à plat. Cette exploration n'avait pas été faite, chaque fois que s'est déclaré le tétanos.

Ne pas suturer le lambeau ; les résultats sont excellents ; guérison en une à quatre semaines.

**Lésions osseuses**

*Les fractures de la phalangette* sont de beaucoup les plus fréquentes (80 %). Dans les deux tiers des cas, elles sont *parcellaires* : ce sont quelques fragments détachés de l'extrémité, ou bien une fracture comminutive de la petite diaphyse, respectant l'épiphyse.

Cliniquement, on ne saurait trop insister sur leur *latence*, car seule l'exploration systématique, en a montré la fréquence. Les méconnaître expose à de sérieux ennuis ; c'est alors une suppuration interminable, des souffrances ; la radiographie vient lever le doute.

Le traitement est simple : anesthésie en bague ; débridement de la blessure toujours le long de la face latérale de la pulpe, jamais vers la ligne médiane. Si la blessure est dorsale, si elle a brisé l'ongle, on enlève la partie distale, ce qui expose immédiatement l'extrémité de la phalangette ; on fait alors une simple esquillectomie, et, si la partie basale du petit os est dénudée, on la résèque légèrement à la pince gouge.

Enfin, on panse à plat. Dans la majorité des cas, la perte de substance osseuse est minime, et c'est à peine si le doigt sera raccourci et l'ongle déformé.

Dans les *fractures totales*, il s'agit de la base de la phalangette, et l'*articulation est ouverte.* C'est un véritable broiement ; l'extrémité du doigt est écrasée, l'hémorragie assez considérable. Aussi, ces cas ne sont-ils généralement pas méconnus.

Le traitement sera radical : si, après anesthésie en bague et exploration, on reconnaît que l'articulation est ouverte, il faut aussitôt désarticuler la phalangette ; la conserver, exposerait au danger d'arthrite aiguë, et, au mieux, ne donnerait qu'une guérison de mauvaise qualité (doigt douloureux, articulation raide), après de longues semaines d'incapacité.

Les parties molles régularisées doivent recouvrir nettement la tête de la deuxième phalange ; si la plaie est « fraîche », si à l'extrémité on peut déterminer un ou deux lambeaux bien nourris, rien n'empêche de suturer sur drainage filiforme ; la guérison sera plus rapide, et au besoin on pourra, à la pince-gouge, diminuer

la longueur de l'os, que les téguments trop courts ne peuvent cacher. Si la plaie n'est pas dans les conditions requises pour une suture primitive, panser à plat, après avoir régularisé l'os pour que les parties molles le recouvrent nettement : la guérison sera alors plus lente, mais on aura conservé une bonne longueur du doigt.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Les hémorragies d'origine ano-rectale ; diagnostic et traitement.

Nombreuses sont les affections ano-rectales, dont la première manifestation clinique consiste en une hémorragie. Or, il n'existe pas de symptômes, qui permettent avant tout examen local, de préjuger de l'origine ano-rectale de ces saignements. Le Dr Jean Rachet estime que la pratique systématique du toucher rectal et de la rectoscopie, dès qu'un malade vient se plaindre d'écoulements sanglants par l'anus, est le seul moyen de dépister précocement une lésion grave, le cancer par exemple.

Cependant, d'une manière générale, les hémorragies d'origine ano-rectale relèvent de trois grandes causes : les hémorroïdes, les tumeurs, les lésions inflammatoires ou ulcéreuses. On n'oubliera pas que les hémorroïdes, par exemple, peuvent être symptomatiques d'une lésion plus haut située, le cancer ; il faut donc toujours explorer toute la région rectale sus-jacente, quels que soient l'âge du malade, les caractères du saignement, et les signes intestinaux associés.

Quant aux lésions inflammatoires, suivant leur localisation et leur tendance extensive, on peut les diviser en anites ou ano-rectites, rectites ou recto-colites. Pour les premières, l'origine génitale semble la plus fréquente (gonocoque ou tréponème). Dans les autres, on reconnaît les affections dysentériques, infectieuses, toxiques, comme aussi des recto-colites hémorragiques graves crypto-génétiques. Le diagnostic sera complété par l'étude du terrain, sur lequel évoluent toutes ces affections : terrain sanguin (coagulation, temps de saignement, formule sanguine) ; terrain hépatique ou gastro-intestinal.

Quant au traitement, on envisagera d'abord le traitement symptomatique des hémorragies ano-rectales : repos au lit, immobilité absolue, diète hydrique ; large vessie de glace sur l'abdomen ; en cas de douleurs, ou de diarrhée associée, belladone, ou mieux opium. On utilisera ensuite les antihémorragiques : petits lavements chauds à 47 ou 48° ; chlorure de calcium ; hémostyl, etc. Puis on soutiendra l'état général : sérum salé, caféine, huile camphrée, etc.

Enfin, chaque variété d'hémorragie sera traitée spécialement. Pour les hémorroïdes, le traitement d'urgence le meilleur des hémorragies consiste dans la méthode des injections sclérosantes de Bensaude (chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 %, une injection par semaine dans la zone située immédiatement au-dessus du bourrelet hémorroïdaire). Puis, traitement général : régime, liberté du ventre ; et suppositoires à bases d'hamamélis, de marron d'Inde, de cupressus, etc.

Pour les poylpes, ce sera l'ablation diathermique ; pour les ulcérations atones du raphé postérieur, l'excision ; pour le cancer du rectum, l'anus iliaque, sinon le radium et la radiothérapie profonde, suivant les méthodes habituelles.

A signaler les effets du yatrène, médicament héroïque de certaines variétés de rectites hémorragiques, ainsi que les traitements chirurgicaux ou spécifiques des différentes espèces d'anites ou de rectites. (*Revue de médecine*, janvier 1932.)

### Granulomatose maligne et roentgenthérapie.

Le Dr P. Gibert rappelle que cette affection se multiplie actuellement. Si un organe quelconque peut en être le siège du début apparent, dans l'immense majorité des cas, elle est primitivement ganglionnaire. L'adénopathie en est le symptôme le plus fidèle ; elle s'accompagne d'autres signes importants, mais inconstants : la fièvre, le prurit, avec manifestations cutanées diverses ; l'atteinte de l'état général ; les modification de la formule sanguine ; la splénomégalie.

Le diagnostic clinique de la granulomatose maligne au début demande beaucoup de circonspection, car aucun symptôme n'est pathognomonique. En présence d'adénopathie, dont l'étiologie n'est pas évidente, l'hématologie devra être aussitôt interrogée ; elle permettra d'éliminer avec certitude la leucémie myéloïde, le lympho-sarcome, la tuberculose ganglionnaire, les adénopathies néoplasiques primitives et secondaires. Mais les erreurs resteront nombreuses et inévitables lorsqu'il s'agit de formes profondes : médiastinales, pulmonaires, péritonéales, splénique, etc.

L'évolution de cette maladie est fatale ; aban-

donnée à elle-même sa durée varie de deux à trois ans.

Son étiologie restant obscure le traitement spécifique n'est pas connu actuellement. La chimiothérapie, l'intervention chirurgicale, la sérothérapie n'ont pas donné de résultats appréciables ; la roentgenthérapie est, pour l'instant, le seul mode de traitement efficace, et, s'il n'apporte pas la guérison, il retarde très notablement l'évolution fatale, dans certains cas jusqu'à cinq, six et même huit ans, avec de longues périodes de guérison apparente, permettant aux patients la reprise temporaire de leur activité. (*Journal de méd. et de chirurgie pratiques*, 10 janvier 1932.)

### L'ulcère aigu de la vulve.

La connaissance en est importante, car il simule une affection vénérienne ; d'après le Prof. Chevalier, il est plus fréquent chez les vierges. C'est une infection aiguë, spécifique (bacillus crassus de Lipschütz), bénigne, mais parfois sujette à des récidives.

Cette lésion est rare ; elle n'est pas vénérienne, survient sans cause chez des enfants ; elle ne se transmet pas de la femme au mari. Si elle coïncide parfois avec la fièvre typhoïde, le lupus, la tuberculose, la plupart des sujets atteints sont robustes et en parfaite santé. Les ulcérations sont plus ou moins nombreuses. Il se forme d'abord une papule aplatie, qui cuit et démange ; presque d'emblée sa partie toute superficielle se remplit d'une sérosité citrine un peu louche ; en moins d'une nuit la lésion est sortie. Très vite, par le grattage, la vésicule se rompt ; une ulcération est constituée, dont le fond est gris jaunâtre et suinte abondamment ; elle s'agrandit, se recouvre souvent d'une croûte.

Caractère capital, il n'y a pas de grosses adénopathies. Parfois, au début, on observe durant quatre jours de la fièvre et des frissons. La période d'état, apyrétique, dure de quatre jours à plusieurs semaines. La guérison s'annonce par la disparition des phénomènes inflammatoires et de la douleur au toucher. Il ne reste pas de cicatrices visibles, ou tout au moins de cicatrices très visibles.

La maladie guérit toute seule. Il est donc inutile de faire un traitement actif ; l'injection d'arsenicaux serait nuisible. Il suffit d'appliquer sur les ulcérations une poudre légèrement antiseptique ou une solution calmante, active et inoffensive, comme celle du bleu de méthylène. (*La Presse médicale*, 20 janvier 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Le Maroc n'est pas infecteur.

(M. Colombani. — *Académie de médecine* ; 24-5-1932.)

A la question posée récemment par M. Remlinger, dans une communication que nous avons analysée, M. Colombani, directeur de la santé et de l'hygiène publiques du Maroc, répond : non, le Maroc n'est pas infecteur ; sa situation sanitaire est même actuellement très satisfaisante.

M. Colombani, pour appuyer ses dires, puise dans les statistiques officielles du Protectorat. Les cas de variole sont au Maroc en nombre restreint : ils sont beaucoup plus nombreux dans bien des pays que l'on n'a pas qualifiés d'infecteurs, l'Angleterre et les Etats-Unis entre autres. Les vaccinations antivarioliques s'y chiffrent par demi-million chaque mois. Le typhus, la peste, les affections typhoïdiques sont en régression considérable. Les contaminations typhoïdiques y ont une moindre fréquence que dans nombre de villes françaises. Restent le paludisme et l'amibiase. Certes, il existe encore des zones sanitairement incertaines, pour le voyageur qui s'y aventure, mais il est facile de les contourner. Aujourd'hui dans les principales villes du Maroc, dans les endroits visités par les touristes, le risque de paludisme, dit M. Colombani, est pratiquement nul, surtout si les voyageurs se servent des moustiquaires qui, obligatoirement pour les hôteliers, sont mises à leur disposition, et s'ils savent pendant les mois d'été et d'automne accepter la discipline du comprimé de quinine préventive quotidien. Les risques d'amibiase seront prévenus en évitant de boire en ville indigène de l'eau incertaine, en ne mangeant ni salade, ni légumes crus.

Un très gros effort d'amélioration de la santé publique a été fait au Maroc et il a déjà donné de grands résultats. La protection du touriste a été particulièrement envisagée et l'hygiène des hôtels très surveillée.

Le Maroc, grâce aux progrès accomplis en matière d'hygiène, n'est pas un pays infecteur. Le voyageur qui se conforme aux prescriptions élémentaires qui lui sont conseillées, a pour sa santé, une sécurité aussi complète que dans les autres pays qu'il a l'habitude de parcourir.

— MM. Léon Bernard et J.-L. Faure rendent

hommage à l'œuvre sanitaire accomplie par M. Colombani au Maroc et aux résultats obtenus.

— M. MEILLÈRE, président de l'Académie, s'associe aux éloges de MM. Léon Bernard et J.-L. Faure et enregistre avec satisfaction la documentation envoyée par M. Colombani démontrant que le Maroc ne mérite pas la qualification d'infecteur.

### Essais de traitement de l'intoxication par l'amanite phalloïde.

(MM. Henri LIMOUSIN et Germain PETIT, de Clermont-Ferrand. — *Académie de médecine* ; 24 5-1932.)

Si l'on fait ingérer à un chat 5 à 10 grammes d'amanite phalloïde, il meurt en 48 heures d'intoxication, avec le tableau clinique habituel de gastro-entérite et hépatonéphrite. La même dose de champignons donnée par voie digestive à un lapin n'est suivie d'aucun phénomène toxique.

De leurs expériences, MM. Limousin et Petit ont conclu que l'immunité du lapin devait tenir à une action neutralisante de l'estomac de cet animal sur l'hépato-toxine de l'amanite et à une seconde action neutralisante du système nerveux du même animal sur la neuro-toxine amanitique.

Passant dans le domaine de la clinique thérapeutique, ils ont prescrit à cinq malades atteints d'intoxication par l'amanite phalloïde et observés au troisième jour, en pleine intoxication, un mélange composé de :

Estomacs frais broyés de lapin.... 3
Cervelles fraîches de lapin........ 7

Les symptômes ont rapidement regressé et les cinq malades ont guéri.

### Radium ou chirurgie dans le traitement du cancer du col de l'utérus.

(M. A. GOSSET. — *Académie de médecine* ; (17-5-1932.)

A la suite des deux communications de M. J.-L. Faure et de M. Regaud sur les résultats respectifs du traitement opératoire et du traitement radiumthérapique du cancer du col de l'utérus, M. Gosset vient donner son avis dans cette importante controverse.

Chargé depuis plus de dix ans d'un centre chirurgical anticancéreux à la Salpêtrière, M. Gosset s'est mis en contact, dès le début, avec M. Regaud. Les applications de radium furent faites dans les premiers temps à titre préparatoire de l'opération. Puis, la curiethérapie s'étant améliorée, les examens anatomo-pathologiques montrèrent que l'on obtenait avec elle une stérilisation complète du cancer.

Aussi, à l'heure actuelle, M. Gosset considère-t-il que la chirurgie doit, dans le traitement du cancer du col, céder le pas au radium. Après avoir passé par *une phase chirurgicale, puis par une phase d'association* de la chirurgie et du radium, nous sommes actuellement à la phase de curiethérapie seule, dont M. Regaud nous a montré les si beaux résultats.

Une des maladies les plus terribles, le cancer du col, dit le Professeur Gosset, peut être guérie sans chirurgie, par le radium. C'est une des belles acquisitions modernes : nous la devons à M. Regaud.

### Psoïtis suppurées chez des enfants et des adolescents.

(MM. Pierre INGELRANS et Jean MINNE, de Lille. — *Société de chirurgie* ; 24-2-1932.)

M. Albert Mouchet présente un rapport sur un travail de MM. Ingelrans et Minne intitulé : onze observations de psoïtis primitives chez des enfants et des adolescents.

Les suppurations en question de la loge du psoas ont été rattachées par ces auteurs à deux causes, le traumatisme et les infections superficielles du membre inférieur. La symptomatologie a été celle observée en pareille circonstance : douleurs dans la fosse iliaque d'abord, puis troubles fonctionnels, fatigue, claudication, attitudes vicieuses (flexion, rotation externe), masse généralement ferme plaquée contre l'arcade de Fallope, fièvre. L'incision au-dessus de l'arcade donne issue à une quantité de pus allant de quelques cuillerées à café à 100 c. c., rarement plus.

En présence d'un enfant infecté, dit M. Mouchet, ayant un membre inférieur en attitude vicieuse et un empâtement de la région iliaque, on doit surtout penser à trois affections : l'ostéomyélite vertébrale ou iliaque, l'appendicite, l'arthrite coxo-fémorale, sans parler des adénites simples des ganglions iliaques ni des abcès ossifluents du mal de Pott qui peuvent se réchauffer. Le travail de MM. Ingelrans et Minne conduit à ajouter à cette liste la psoïtis primitive, les auteurs réhabilitant cette vieille affection dont on n'entendait plus parler, du moins en tant que maladie primitive. Peut-être, il est vrai, quelques réserves pourraient-elles être présentées sur plusieurs de ces cas dont cependant, jusqu'à plus ample informé, il y a lieu d'admettre le caractère d'affection non secondaire à l'ostéomyélite ou à l'appendicite.

P. L.

### A propos des électro-cardiogrammes recueillis dans le cours de la péricardite aiguë.

(MM. A. CLERC, M. BASCOURRET et SCHWAB. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 4-3-1932.)

Il ne semble pas exister d'électro-cardiogramme caractéristique de la péricardite : les tracés révèlent seulement la souffrance générale du myocarde et, dans les cas où s'extériorise un aspect rappelant celui d'une onde dite coronarienne, rien ne prouve qu'il ne puisse s'agir, non nécessairement d'une anoxémie véritable, mais, tout au moins d'une réaction inflammatoire ou même d'un foyer de désintégration, limité à tel ou tel point de la zone myocardique sous-jacente. A plus forte raison, s'il s'agit d'un rhuma-

tisme articulaire aigu, pourrait-on évoquer la réaction régionale (même s'il n'existe aucun épanchement) de cette myocardite associée, dont l'anatomie pathologique moderne a démontré la quasi-constance. On comprend aussi qu'en certaines circonstances, défaillance générale et réaction locale, se trouvent associées éventuellement.

C'est donc surtout au point de vue du pronostic immédiat que les électro-cardiogrammes prennent une réelle valeur. Même en cas d'épanchement abondant, les complexes peuvent rester normaux, faisant supposer ainsi, du moins avec vraisemblance, la résistance des cavités. L'aplatissement excessif des profils ou l'onde dite coronarienne correspondent à une défaillance réelle, et qui d'ailleurs risque d'aboutir à la mort, mais la guérison reste possible, et les tracés, pris en série, servent à repérer les étapes de cette dernière, ou même éventuellement, le développement de certaines tares cicatricielles.

### L'exploration transthoracique des abcès du poumon.

(MM. Loeper, Lemaire et P. Soulié. — *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris* ; 4-3-1932.)

Les échecs du radio-lipiodol dans l'exploration des abcès du poumon par les voies trans- ou sous-glottiques sont bien connus. Ils s'expliquent parfaitement par les conditions anatomopathologiques elles-mêmes ; il faut évidemment, pour qu'un abcès s'injecte, que le lipiodol passe sans difficulté dans la bronche de drainage, et celle-ci constitue précisément un trajet irrégulier, sinueux, accidenté, bien propre à arrêter l'huile iodée.

Aussi, deux nouvelles méthodes d'exploration lipiodolée ont-elles été proposées : d'une part, l'injection directe, sous contrôle bronchoscopique, qui, dans les conditions actuelles, ne peut être d'application courante ou clinique ; d'autre part, l'injection transthoracique, qui paraît préférable, bien qu'elle soit très discutée, en raison notamment d'une dissémination possible de l'infection dans les tissus perforés. Les auteurs ne partagent pas ces craintes ; ils précisent aujourd'hui la technique de la méthode, ses inconvénients, et ses avantages, dont beaucoup sont jusqu'à présent peu connus.

D'après leur pratique, l'exploration lipiodolée transpariétale constitue une détermination topographique utile et intéressante dans les abcès du poumon simples et putrides, et dans certaines suppurations pleuro-pulmonaires étagées. Elle permet non seulement d'explorer la paroi inférieure d'une cavité pulmonaire, mais encore d'étudier la voie de son drainage.

Elle apporte un élément de diagnostic important pour différencier une suppuration enkystée de la grande cavité d'un abcès cortical, dont le syndrome clinique et radiologique peut être identique. Les contours habituellement précis de l'abcès, la mobilité du lipiodol à son intérieur permettent de ne point confondre une collection suppurée avec une lésion parenchymateuse quelconque. Ici l'injection de lipiodol donne une image à contours polycycliques, comme en rosace, et absolument fixe et immobile.

Elle paraît constituer, en outre, un mode de traitement particulièrement actif des abcès à pyogènes, peut-être même de certaines suppurations putrides ; elle agirait plutôt par l'excitation leucocytaire qu'elle provoque que par son action antiseptique directe.

Afin que cette méthode soit sans dangers, il convient d'en écarter les collections très proches des gros vaisseaux et des centres nerveux hilaires. Lorsque la collection, au contraire, est suffisamment volumineuse et facilement abordable, lorsqu'elle siège à distance appréciable du hile, la voie transpariétale, peut être considérée comme dépourvue de tout danger. Mais elle est évidemment plus risquée dans les suppurations fétides ou putrides que dans les autres.

La gravité du cas, sa prolongation, les dangers que court le malade par échec de la thérapeutique habituelle sont autant d'arguments, qui viendront plaider en faveur de l'injection transpariétale de lipiodol.

Sa technique est simple ; l'anesthésie de l'espace intercostal doit être absolue et largement poussée ; la traversée pariétale est pratiquée après repérage radioscopique soigneux ; il est préférable pour traverser le parenchyme lui-même et gagner sûrement la cavité de l'abcès d'avancer l'aiguille sous un contrôle radioscopique.

### La participation du pancréas au syndrome de l'ictère catarrhal.

(MM. Loeper et P. Soulié. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 4-3-1932.)

Le manque de documents précis, les contradictoires actuelles au sujet de la participation du pancréas au syndrome de l'ictère catarrhal ont amené les auteurs à étudier et à suivre les variations du pouvoir hépatique du liquide duodénal au cours de sept cas d'ictère infectieux bénin du type catarrhal. Ils ont ainsi pu apprécier très exactement l'activité de ce suc, et, partant, le fonctionnement du pancréas, à des phases successives.

Les résultats obtenus démontrent une atteinte pancréatique dans l'ictère catarrhal. Certes, on ne peut substituer un mécanisme purement pancréatique, à la notion d'hépatite prouvée suffisamment par tous les tests d'insuffisance hépatique. Un mécanisme différent, tout à fait exceptionnel, est cependant possible. Il est difficile, en effet, d'oublier le trajet cholédocien intrapancréatique, de négliger l'importance de la décoloration intense des matières dans beaucoup de cas, qui cadre avec la possibilité d'un ictère par rétention, de ne point porter attention à ces phénomènes douloureux médians et profonds, qui orientent bien vers une atteinte pancréatique.

Que le pancréas soit atteint primitivement et comprime le cholédoque pour réaliser un ictère par rétention, qu'il ne le soit que secondairement ou parallèlement par le même processus qui atteint le foie, il

n'en reste pas moins prouvé que le syndrome d'ictère catarrhal n'est pas pur, que la pancréatite accompagne l'hépatite, et que très souvent l'ictère le plus simple et le plus catarrhal résulte d'une hépato-pancréatite aiguë et passagère.

Malheureusement, comme le fait remarquer M. Marcel Labbé, il nous est impossible à l'heure actuelle de distinguer en clinique un ictère dû à une hépatite, d'un ictère dû à une oblitération transitoire des voies biliaires.

G. F.

---

## Lille

*Société médicale et anatomo-clinique.*

Séance du mardi 1er mars 1932.

**Neuro-chirurgie**, présentation de sept opérés guéris.

M. Dereux insiste sur les remarquables progrès de la neuro-chirurgie française. Il présente, à l'appui de ses dires, sept opérés choisis parmi des cas qui correspondent à des types divers d'intervention chirurgicale sur le système nerveux (fibrogliome de la queue de cheval, trépanation décompressive, méningiome pré-rolandique, hémangiome pré-rolandique, adénome hypophysaire, gliome frontal, astrocytome cérébelleux). Tous ces malades ont été opérés par des techniciens habiles et éprouvés (Cl. Vincent, de Martel, Paris ; Martin, Bruxelles). Certains sont opérés depuis trois et quatre ans. Tous ont repris, ou peuvent reprendre leur travail. De cette étude, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La chirurgie médullaire a maintenant une technique bien réglée ; la laminectomie n'est plus une intervention dangereuse ;

2° La chirurgie cérébrale a reçu, au cours de ces dernières années, une impulsion vigoureuse. On pratique maintenant en France des opérations qu'on n'entreprenait pas autrefois ;

3° Les neuro-chirurgiens français et des pays de langue française ne sont pas loin de posséder la maîtrise incomparable de Cushing et des Américains.

**Un cas de laryngite à fausses membranes, d'origine pneumococcique.**

MM. Deherripon et Callens. — Enfant de 20 mois, présentant tous les signes fonctionnels et physiques d'un croup diphtérique, envoyé d'urgence le 2 janvier 1932, pour tubage. Soulagement rapide grâce à l'intubation. Mais l'amélioration ne persiste pas, malgré le sérum antidiphtérique à hautes doses. L'examen d'une fausse membrane et la culture montrent l'existence du pneumocoque, presque à l'état de pureté. Des phénomènes pulmonaires ne tardent pas à survenir, ainsi qu'un léger épanchement à droite. Quinze jours après le début de la maladie, mort, malgré la thérapeutique la plus énergique.

**Un cas d'hydrosalpinx diagnostiqué par la salpingographie.**

MM. Courty et Ledieu. — Jeune femme de 27 ans, se plaignant de douleurs pelviennes ; examen clinique négatif, on penserait volontiers à une tuberculose génitale. Mais une injection de lipiodol montre qu'il s'agit d'un hydrosalpinx et l'intervention confirme ce diagnostic.

Les auteurs insistent sur la latence de cette affection et sur les avantages que donne la salpingographie pour établir le diagnostic : la tache « tubaire » et l'absence de diffusion péritonéale sont particulièrement caractéristiques.

**Le shock post-partum.**

M. Besson. — Il existe dans le post-partum immédiat, en dehors de toute cause traumatique ou pathologique pouvant cliniquement en donner une explication légitime, un syndrome clinique caractérisé par un état de shock, le plus souvent grave, et pouvant même entraîner une terminaison fatale.

L'auteur ajoute, aux cinq cas personnels publiés en 1927, six nouveaux cas qui portent à onze, le total des cas observés.

Ce syndrome, trop peu connu, éclate en général dans l'heure qui suit la délivrance « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein ». En un temps très court, les symptômes lipothymiques, l'anxiété, la disparition du pouls, la perte de connaissance se succèdent avec une impressionnante rapidité.

Le pronostic, très réservé, dépend surtout d'un diagnostic précoce avec l'hémorragie interne et la rupture utérine.

La pathogénie semble bien avoir pour base essentielle l'état psychasthénique antérieur de l'accouchée.

Le traitement consiste surtout dans le réchauffement, l'adrénaline, le spartocamphre et les injections de sérum physiologique, en s'abstenant de bouger la malade sous aucun prétexte.

**Syndrome douloureux sous-hépatique chez l'enfant, traité par l'hydrargyre sous forme de suppositoires.**

MM. G. Parturier et Leclair. — Garçon de 10 ans, opéré d'appendicite. Deux mois après, cholécystite, qui laisse un gros foie et une douleur au point vésiculaire : guérison par les suppargyres. Une rechute est traitée avec succès, de la même façon.

Il paraît intéressant de souligner l'heureuse influence du mercure sur les syndromes sous-hépatiques.

**Le mercure en thérapeutique hépathologique.**

MM. G. Parturier et Ch. Legrain. — Femme de 42 ans, atteinte d'ictère typique et rapidement améliorée par l'emploi de suppositoires au mercure colloïdal.

L'auteur discute à ce propos la valeur de la médi-

cation mercurielle dans les syndromes hépatiques. Il estime inutiles les fortes doses, autrefois en usage ; ses préférences vont au mercure métallique, sous forme de suppositoires, dosés à 0,025 ou à 0,05 à raison d'un par jour, pendant une ou plusieurs semaines. Il interprète l'influence heureuse de cette médication par le rétablissement de l'équilibre osmotique de la cellule hépatique.

Séance du mardi 15 mars 1932

**Méningite streptococcique, d'origine traumatique.**

MM. Camelot et Ledieu. — Après fracture de l'occipital, irradiée à la base, une fillette de 10 ans fait une méningite purulente streptoccocique, traitée d'abord par des ponctions lombaires répétées, suivies d'injections de sérum physiologique (méthode de Marquis).

L'épisode méningé disparaît, mais survient alors une période fébrile septicémique, avec arthrite suppurée du genou.

Après un intervalle libre, durant lequel on peut croire à la guérison, la malade refait une méningite purulente à streptocoques, qui s'améliore en six jours par la méthode de Marquis, la sérothérapie spécifique de Vincent, les injections intraveineuses d'urotropine. La ponction lombaire révèle ensuite une méningite localisée en dessous de la deuxième lombaire, s'accompagnant de troubles sphinctériens et de paraplégie flasque. Guérison.

**A propos d'un cas de maladie de Reclus.**

M. Courty et Mlle Senellart. — Femme de 42 ans, présentant de grosses nodosités, dures et indolores, du sein droit ; lésions identiques, mais moins volumineuses, de l'autre sein. Ablation des deux glandes. L'examen anatomo-pathologique montre une mammite scléreuse, avec dilatations hydrosadénoïdes, sans prolifération adénomateuse.

A l'occasion de ce cas, les auteurs font une étude d'ensemble de la *maladie de Reclus*. Ils préconisent le traitement médical, tout en estimant l'opération nécessaire, lorsque le volume des seins est par trop considérable, et surtout lorsque le moindre indice peut faire redouter une transformation cancéreuse.

**Luxation récidivante de la mâchoire, traitée par l'ablation des ménisques.**

MM. Camelot et Vincent. — Femme de 48 ans, atteinte de maladie de Parkinson, ayant présenté depuis 1927, des luxations d'abord unilatérales, puis bilatérales de la mâchoire. Les auteurs ont tenté d'abord des injections péri-articulaires d'alcool, dont le succès a été éphémère. Ils ont ensuite pratiqué une méniscectomie bilatérale, qui a donné un résultat parfait.

**Sur le cancer du goudron.**

MM. P. David et Brassart. — Homme de 60 ans venant consulter le Prof. Danel, le 9 novembre 1931, pour une petite tumeur, siégeant au-dessous et en arrière de la commissure labiale gauche. Cette tumeur, du volume d'une petite noisette, indurée et ulcérée, s'est développée en deux mois. On pose le diagnostic d'épithélioma : guérison rapide par la diathermo-coagulation.

Le 11 janvier 1932, le malade revient pour une tumeur identique à la nuque, développée en moins de deux mois. L'interrogatoire révèle alors que le sujet manipule et répare des paniers de fer, enduits de goudron ; des éclats de goudron sec souilleraient fréquemment son visage et resteraient collés à sa peau mouillée de sueur.

En raison de la rapidité du développement de ces deux épithéliomas, et compte tenu de la profession du malade, les auteurs estiment qu'il s'agit de *cancer du goudron*.

**Résultats thérapeutiques obtenus par l'irradiation des régions surrénales dans l'ostéoporose douloureuse post-traumatique.**

MM. Desplat et Dupas. — Deux observations, avec multiples radiographies à l'appui, montrent un processus non douteux d'ossification, succédant à une amélioration fonctionnelle immédiate. La radiothérapie des régions surrénales, à doses moyennes, peut être mise en parallèle avec la chirurgie sympathique dans les ostéoporoses douloureuses.

Les auteurs rattachent cette constatation à leurs communications antérieures sur la même méthode thérapeutique, employée dans la *claudication intermittente*, les *gangrènes artériques* et certaines formes de *diabète*. La radiothérapie agit, dans ces cas, en provoquant la vaso-dilatation ; mais elle peut également donner de la vaso-constriction chez les vaso-dilatés et son emploi se justifie chez les ostéoporotiques, au même titre que la sympathectomie de Leriche et Fontaine.

# Les Congrès

## VIIe Congrès des pédiatres de langue française

(*suite*) (1)

DEUXIÈME QUESTION

### LES TUMEURS CÉRÉBRALES CHEZ L'ENFANT

### I. — Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant

Rapporteurs : M. HEUYER et Mlle Claire VOGT (de Paris).

Dans ce rapport, les auteurs n'ont pas voulu traiter complètement la question, déjà envisagée au Congrès international de neurologie (Berne, août 1931) dans de nombreux travaux, sans qu'aucun de ces rapports ne fût spécialement consacré à l'enfant, ce qui laisse à leur travail toute son originalité.

Leur but a été surtout d'attirer l'attention des pédiatres non spécialisés en neurologie, sur la fréquence relative de ces tumeurs, leur polymorphisme, les erreurs faciles à commettre, le danger d'un diagnostic trop tardif pour permettre une sanction chirurgicale. Le temps n'est pas loin, où, dans les services d'enfants, un malheureux sujet, aveugle le plus souvent, parfois traité par trépanation décompressive, porteur d'une énorme hernie cérébrale, donnait une idée pitoyable des moyens thérapeutiques opposables à une tumeur cérébrale.

Les temps sont changés; grâce aux neurologistes tels que Cushing en Amérique, Babinski, Sicard, Barré en France, aux chirurgiens de Martel, créateur en France de la chirurgie de l'encéphale, Robineau, Vincent, le premier neuro-chirurgien, le traitement de ces tumeurs a fait de très grands progrès, il compte à son actif des succès tels qu'on n'est plus en droit de laisser passer une tumeur cérébrale sans la diagnostiquer et envisager les ressources qu'offre la neuro-chirurgie.

*Généralités.* — Ce sont les plus fréquentes des tumeurs de l'enfance ; elles se distinguent de celles de l'adulte par des caractères tenant à l'âge du sujet, à des *localisations électives*, à la fréquence de certains types anatomo-pathologiques.

*Fréquence.* — Moindre que chez l'adulte, elle se voit à tout âge, même chez le nourrisson ; au-dessus de deux ans, la fréquence augmente progressivement avec l'âge.

*Localisation.* — Surtout fosse cérébrale postérieure (tumeurs cérébelleuses), puis hémisphères cérébraux (lobe frontal), centre ovale, enfin région hypophysaire.

*Nature.* — Les plus fréquents sont les gliomes (50 p. 100 : Cushing) : plus que les tubercules, ainsi qu'il était classique.

ETUDE CLINIQUE. — Dans tous les cas, mêmes signes généraux : *signes d'hypertension* plus importants que chez l'adulte, signes de localisation au contraire discrets.

Parfois simple trouvaille d'autopsie. Le plus souvent évolution schématique en trois périodes.

A. *Début.* — Rarement brusque (cécité subite ou hypertension aiguë à forme méningée).

En règle, lent et insidieux. Troubles du *caractère* : inattention, irritabilité, plus souvent douceur et tendresse excessives.

Tendance anormale *au sommeil* ; parfois signes locaux (hémiplégie, syndrome cérébelleux).

Le plus souvent *signes d'hypertension*, les premiers :

1° *Céphalée* fréquente, atténuée, variable, intermittente, à forme migraineuse, avec algies diverses.

2° *Vomissements*, type cérébral inconstant (pituite matinale ou migraine avec céphalée exposant à des erreurs thérapeutiques).

3° *Crises convulsives* (50 p. 100 des cas), crise comitiale classique, plus rarement épilepsie bravais-jacksonienne ou attaques cérébelleuses (Jackson).

4° *Vertiges* peu importants chez l'enfant.

5° *Troubles oculaires*, paralysie de la VIe paire, baisse de l'acuité visuelle insidieuse ou par crises, ou cécité brutale, impressionnante, propre à l'enfant.

Ces signes se groupent ou restent souvent *monosymptomatiques* puis se groupent par crises plus ou moins éloignées.

B. *Deuxième période : l'hydrocéphalie apparaît.* — Cliniquement appréciables, coïncidant avec la baisse de la vue, ce sont les deux signes essentiels, auxquels se joignent en général des signes de localisation.

C. *Troisième période.* — L'enfant non opéré au début de la deuxième période deviendra un infirme, et la mort surviendra en six mois, un an, rarement plusieurs années, ou plus rapidement, en quelques semaines ou même sous une forme aiguë.

Ce sont des enfants aveugles, sourds ou paralysés, hydrocéphales, amaigris, pouvant présenter un syndrome infundibulo-hypophysaire secondaire et partiel (obésité, infantilisme).

Souvent l'intelligence est conservée avec euphorie et puérilité. La mort survient dans la torpeur ou termine une crise d'hypertension.

*Signes objectifs.* — Plus importants que l'hydrocéphalie sont les *signes oculaires*, la *radiographie*, la *ponction lombaire.*

A. *Signes oculaires* (Bollack et Hartmann, 1928).

(1) V. *Concours médical* nos 24 et 26

— Stase papillaire : 80 à 90 p. 100 des cas ; elle est rare dans les tumeurs bulbo-protubérantielles, tardive dans les formes lentes ; sans signes fonctionnels au début la vue, avec un œdème intense, pouvant rester normale. Puis survient l'atrophie optique spéciale reconnaissable à l'examen du fond d'œil. Parfois stase suivie d'atrophie optique, à bords nets chez l'enfant (Bollack).

B. *Radiographie*. — Montre les modifications osseuses liées à l'hypertension : augmentation de volume, amincissement des os, disjonction des sutures, aspect cérébriforme (impressions digitales avec aspect flou, pommelé du crâne), puis impressions des circonvolutions cérébrales. Ces signes sont quasi constants ; la selle turcique est altérée par l'hypertension même, sans lésions de la pituitaire.

C. *L'image même de la tumeur* peut être obtenue, mais elle nécessite le plus souvent la ventriculographie (Dandy, 1918), montrant l'anomalie de l'image ventriculaire après injection d'air dans les ventricules cérébraux.

Presque inoffensive dans les cas précocement étudiés si l'hypertension est encore faible, elle s'accompagne plus tard de réactions ou même d'accidents. On a pu la compléter ou la remplacer par l'*encéphalographie*.

D. *La ponction lombaire* sera faite avec lenteur, peu abondante, en position couchée. Elle donne les mêmes résultats que chez l'adulte.

Formes cliniques selon la nature des tumeurs. — *Gliomes*, les plus fréquents. Les gliomes astrocytaires (astrocytomes) sont les plus bénins.

*Médulloblastomes* (sarcomes, glio-sarcomes, neuroblastomes) très malins, évolution rapide ; issus du toit du quatrième ventricule, ils le débordent, parfois véritable méningite cancéreuse.

*Ependymomes*, bénins ; ce sont des gliomes nés aussi des parois du quatrième venrticule ; seul leur siège les rend dangereux.

*Tubercules cérébraux*. — Sont deux formes : méningo-encéphalite tuberculeuse à tubercules corticaux multiples et tuberculomes vrais ; unique en général, sa lenteur d'évolution complique parfois le diagnostic de sa nature. Résultats chirurgicaux précaires, car la méningite ou la granulie post-opératoire sont fréquentes. Quelques cas satisfaisant cependant.

Formes cliniques selon la localisation. — *Tumeurs de la fosse cérébrale postérieure*, les plus fréquentes, occupant le cervelet ou le quatrième ventricule.

a. *Tumeurs du cervelet*. — Début par syndrome d'hypertension avec céphalée nulle ou légère, à maximum sus-orbitaire ou frontal, vertiges peu fréquents (au contraire de l'adulte). Mais souvent dès le début attitude de *torticolis*, la tête fléchie vers la lésion, le menton du côté opposé (en général tumeur médiane, et parfois aussi tumeurs des hémisphères cérébelleux). Puis surviennent les troubles révélateurs d'un syndrome cérébelleux : latéropulsion, tremblement, troubles de l'écriture, de la parole, du tonus, apparition plus tard de signes pyramidaux, paralysie des nerfs craniens par compression.

Radiographie sans données spéciales, mais asymétrie des cornes occipitales par la ventriculographie.

b. *Tumeurs de la ligne médiane* (vermis et quatrième ventricule). — Elles ont un début identique et caractéristique : *syndrome vermien* (Cushing, Van Bogaert et Martin). Les tumeurs du vermis comblent le quatrième ventricule, celles du quatrième ventricule repoussent le cervelet ; fréquentes chez l'enfant (30 cas sur 77), ce sont des gliomes, gliomes épendymaires, mais surtout les médulloblastomes malins. L'hydrocéphalie est considérable : à la stase dans les veines de Galien, s'ajoute le blocage mécanique de l'aqueduc de Sylvius. Elles évoluent rapidement, soit par hypertension cranienne à début brusque : céphalée, algies, troubles de la sensibilité objective, vomissements cérébraux ou non, rythmiques (d'où erreurs de diagnostic fréquentes). Strabisme précoce (paralysie de la VI^e paire) et inclinaison de la tête. Elle n'indique pas forcément une tumeur médiane (Cl. Vincent et Mlle Rappoport) sauf si elle est le premier ou le dernier des symptômes et s'accompagne de signes cérébelleux évidents. La pression au niveau du trapèze est alors douloureuse. Puis surviennent les troubles de la marche, le syndrome cérébelleux et les troubles de la synergie (qui sont au maximum) ; les autres troubles cérébelleux n'existent pas ou sont réduits au minimum, ils apparaissent tardivement (les paralysies oculaires, les autres syndromes de compression, les attaques cérébelleuses de Jackson).

L'évolution peut être longue, l'hydrocéphalie précoce devient considérable ; en règle, ces tumeurs médianes évoluent vite, vers la mort subite, une crise bulbaire, une méningite terminale (formes méningée des tumeurs médianes.)

Diagnostic. — Il se résume en deux symptômes essentiels : *stase papillaire* et *renseignements radiographiques et ventriculographiques*, quelles que soient l'importance du syndrome hypertension et l'intensité des signes de localisation. L'important, au début, est d'y penser au milieu des symptômes viscéraux ou nerveux qui exposent à tant d'erreurs.

1° *En cas d'hypertension*, retenir la valeur de la céphalée, des vomissements, des crises convulsives (ne pas confondre avec tous les troubles digestifs et l'épilepsie).

2° *En cas de tumeur avec signes de localisation sans signes d'hypertension*, ne pas conclure sans raisons à la syphilis : c'est du reste une erreur parfois très difficile à éviter ; l'erreur avec l'encéphalite épidémique est aussi parfois facile à commettre.

3° *Le syndrome d'hypertension au complet, avec ou sans signes de localisation*, peut faire conclure à *un abcès du cerveau*. L'erreur est moins grave, car, dans les deux cas, il faut opérer.

Enfin les méningites séreuses à forme localisée simulent en tous points les tumeurs cérébrales. Le diagnostic peut en être fait dans les formes ventriculaires par épendymite par le début brusque et l'évolution rapide de la stase papillaire. Mais ce sont des cas difficiles, diagnostics d'intervention ou même diagnostics d'autopsie parfois.

Dans l'ensemble, le diagnostic de tumeur cérébrale chez l'enfant est en général facile, celui de la localisation est beaucoup plus difficile, nombre de manifestations à distance pouvant être prises pour des signes de foyer. La fixité, la persistance des signes cliniques invariables est à retenir ; on n'hésitera pas à faire pratiquer une ventriculographie ou une encéphalographie.

(*A suivre*).

# Les Livres

SOCIÉTÉ D'EDITIONS ET DE PUBLICATIONS MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES,
16, rue Pavée, Paris.

Drs Paul BARON et Pierre MERLE. — **La cure hydrominérale dans les pyélites.** (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Prix Capuron, 1931), 60 pages, avec index bibliographique.

Une récente communication de MM. Joltrain et de Beaufond à la Société de pathologie comparée attirait l'attention sur la fréquence des accidents colibacillaires et du syndrome entéro-rénal, et invoquait, dans l'apparition de ces troubles, une perturbation endocrinienne et neuro-végétative.

Combien cette hypothèse s'impose à l'esprit, lorsqu'on lit le livre que MM. Paul Baron et Pierre Merle viennent de consacrer à la cure hydro-minérale dans les pyélites !

Ecrit en effet dans le courant de l'année 1930, et soumis en manuscrit anonyme à l'Académie de Médecine qui lui a décerné le prix Capuron, ce travail montre qu'on ne peut expliquer uniquement par l'action de lavage, de chasse mécanique, les résultats thérapeutiques des cures hydro-minérales susceptibles de recevoir les malades atteints des plus graves manifestations de la colibacillose, nous voulons parler des pyélonéphrites chroniques.

Les auteurs montrent, après avoir dépouillé une centaine d'observations, que, à l'inverse de ce que l'on a écrit jusqu'à ce jour, l'eau de la Source Apollon de la Preste diminue notablement la diurèse vraie, c'est-à-dire le rapport entre l'eau ingérée et l'eau éliminée, dans 65 % des cas environ. Comment, dès lors, expliquer cette action élective de la cure sur les suppurations du bassinet en général et celles à colibacille, en particulier ?

On peut, à la vérité, invoquer un pouvoir antiseptique de l'eau minérale. Mais cela ne saurait suffire, et les auteurs ont tout de suite envisagé le problème dans son étendue, en se demandant si « cette action ne serait pas liée à une stimulation générale de l'organisme, à une modification humorale, à un retour à la normale des fonctions endocrino-sympathiques ».

La constatation des effets hypodiurétiques de la cure de La Preste a , bien entendu, conduit MM. Baron et Merle, à envisager, d'une part, les résultats thérapeutiques obtenus dans les pyélonéphrites chroniques des cures où la sécrétion urinaire est stimulée, d'autre part, ceux dont La Preste peut, à bon droit, s'enorgueillir.

Dans chacune de ces deux parties, les auteurs se sont scrupuleusement attachés à exposer les résultats observés pour chaque grand groupe de symptômes — symptômes généraux (lassitude, céphalée, vertiges, fièvre, pâleur des téguments), symptômes urinaires subjectifs — douleur costo-lombaire et dysurie — symptômes urinaires objectifs (diurèse, élimination des débris épithéliaux, de pus, de microbes, de sels minéraux divers, alcalose urinaire).

## *Les livres qui viennent de paraître...*

LA RENAISSANCE MODERNE,
99, boulevard Saint-Michel, Paris, 5e.

Dr Paul CHAVANON, lauréat de la Société d'homéothérapie. — **La diphtérie. Traité de thérapeutique et immunisation.** Quatrième édition. Un volume 314 pages. 24 figures.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

**L'Enquête de la Confédération des syndicats. — Les résultats acquis au Comité consultatif de l'enseignement supérieur**

La Confédération des Syndicats a ouvert, auprès de tous les professeurs des Facultés et Ecoles de médecine de France, une enquête relative à la réforme des études médicales. Cette enquête porte sur trois points essentiels : 1° Titres initiaux nécessaires ; 2° examens plus sévères ; 3° réforme proprement dite de l'enseignement.

La Confédération envisage comme particulièrement désirables les modifications suivantes au régime actuel :

Comme titres initiaux obligatoires : Baccalauréat A (ou, pis aller, A'). Le P. C. N. orienté franchement vers la médecine, avec stage hospitalier réduit. Des stages d'apprentissage répartis sur l'année entière, avec gardes obligatoires de jour et de nuit. Cinq années d'enseignement. Une sixième année réservée, pour les omnipraticiens, à un stage de perfectionnement suivi de la thèse ; pour les spécialistes, à un stage dans la spécialité choisie, complété par une septième année.

Toutes ces questions sont familières à nos lecteurs, et aux plus anciens comme aux plus nouveaux. Elles ont été maintes fois traitées par nous. Et il y a longtemps que Noir a émis l'idée d'imposer à l'étudiant, en fin d'études, une année de ce qu'il a appelé l'internat obligatoire. Idée qui a été reprise, notamment par moi, avec cette nuance que j'ai désigné cet internat obligatoire par l'expression *Stage d'application*, en raison de son analogie avec l'année de stage qu'accomplissent les jeunes médecins militaires, à l'Ecole d'*application* du Val-de-Grâce.

Cette idée est demeurée longtemps sans écho sérieux. Et puis, en un temps où le progrès scientifique a marché avec une inconcevable rapidité, il est apparu que la formation actuelle du médecin, dans nos centres d'enseignement, ne répondait plus à la somme et à la qualité des connaissances qu'il doit posséder présentement. Des professeurs se sont convaincus du principe de la nécessité d'une réforme profonde. L'adjonction d'une sixième année, consacrée à un stage hospitalier de perfectionnement ou d'application, s'est plus fortement imposée à l'un d'eux, pour avoir rencontré, dans un hôpital très actif de la grande banlieue parisienne, tout à fait par hasard, un étudiant qu'il avait connu externe quelconque à Paris, et qu'il y retrouvait interne, participant très étroitement à la vie technique hospitalière : « A Paris, lui dit-il, je ne faisais pas grand'chose, pour les raisons que vous savez. Ici, sous la direction de patrons qui sortent de l'internat des hôpitaux de Paris, je travaille et je m'instruis dans les conditions les plus agréables possibles. »

Le Professeur G. Roussy adopta dès lors pour son compte cette innovation comme devant être introduite obligatoirement dans le nouveau programme d'études. Il la fit sienne et la défendit devant le Comité consultatif de l'enseignement supérieur. Dans la *Presse Médicale* du 4 juin, il nous met au courant des travaux de ce Comité et des résolutions que celui-ci a prises.

C'est, tout d'abord, la décision prise à l'instigation de ce Comité, par le Conseil supérieur de l'Instruction publique, d'ajouter aux épreuves pratiques et orales des deux premiers examens de fin d'année, une épreuve écrite, anonyme et éliminatoire, qui sera obligatoire à partir du début de l'année scolaire 1932-1933.

Le Comité consultatif s'est ensuite prononcé en faveur de l'uniformité des études médicales. On se souvient que le Professeur P. Carnot avait conçu une scolarité comportant un cycle de matières à option, compartimentant, à partir de la quatrième année, les études en un certain nombre de spécialisations. Cette conception n'a pas été retenue : les études seront donc uniformes, dans leur totalité, pour les omnipraticiens tout au moins.

Il s'est prononcé encore en faveur de l'obligation d'une sixième année d'études, qui serait utilisée selon l'une des trois éventualités suivantes :

1° *Omnipraticiens* : Stage d'application avec résidence à l'hôpital, soit dans les villes de Facultés et Ecoles, soit dans certains établissements hospitaliers du ressort académique.

*Spécialistes* : Etudes cliniques ou de laboratoire, continuées et renforcées au cours d'une septième année, — pour aboutir à un titre ; certificat, diplôme, etc...

2° Les trois premiers mois employés à certains des stages obligatoires actuellement, en quatrième et cinquième année, le reste du temps à des stages d'application.

3° Stages de perfectionnement et en outre. enseignements théoriques et même pratiques,

Enfin, le Comité consultatif a été d'avis qu'il fallait réaménager les programmes, en consacrant les deux premières années à la morphologie et à la physiologie (anatomie, histologie, embryologie, physiologie, physique et chimie médicales, bactériologie). Le stage hospitalier a fait l'objet de deux propositions différentes. Pour les uns, il doit rester obligatoire dès la première année. Pour les autres, il doit être facultatif en première année, si bien que l'étudiant passerait trois matinées par semaine à l'hôpital, les trois autres matinées étant consacrées à des cours et travaux pratiques à la Faculté. Personnellement, je maintiens que le jeune étudiant doit le plus tôt possible, entrer en contact avec le milieu nosocomial, afin de devenir, tout d'abord, un bon infirmier. En même temps, et je suis d'accord là dessus avec les Professeurs Leriche et Roussy, il sera familiarisé comme je l'ai suggéré l'an dernier, avec le fonctionnement des organes sains d'un sujet normal.

Retenons surtout, de ce qui précède, que la grande majorité des Facultés et Ecoles a réclamé l'extension des études à une sixième année, qui devra revêtir un caractère essentiellement pratique.

C'est ce que nous avons toujours demandé nous mêmes, ici.

Et c'est la première éventualité exposée plus haut qui conserve ma préférence. Les disponibilités hospitalières me paraissent assez nombreuses pour offrir aux étudiants en fin d'études les possibilité d'accomplir ce stage aisément. De quoi s'agit-il en définitive ? De trouver des postes en nombre suffisant pour eux. Combien sont-ils donc, qui parviennent à la fin de leurs études sans avoir passé par l'internat ni l'externat des hôpitaux ? On sait que les Facultés délivrent, bon an mal an, un bon millier de diplômes de doctorat.

La moitié ont passé par la filière hospitalière, soit comme internes, soit comme externes. Il suffirait donc de trouver cinq cents postes environ pour l'autre moitié. Or il existe en France plus de deux cents villes, au-dessus de 15.000 habitants, où se trouvent des hôpitaux dont le moindre est certainement apte à recevoir et employer un stagiaire résident, au moins.

Je persiste à croire, encore une fois, que là n'est pas proprement la difficulté.

En ce qui concerne la formation des spécialistes, on a raison de vouloir exiger d'eux des études complètes de leur spécialité sanctionnées par certaines épreuves. Faut-il leur délivrer un diplôme analogue à celui de médecin hygiéniste ? Evitons autant que possible de multiplier les espèces de diplômés. J'ai lu, il y a quelque temps, je ne sais plus sous quelle signature, une suggestion qui m'a paru originale et intéressante, en cette matière. Par analogie avec ce qui se passe dans la marine de guerre, où l'on donne un brevet au marin spécialisé, on pourrait pareillement breveter l'oto-rhino-laryngologiste, l'ophtalmologiste, le chirurgien, etc... Le Dr L. serait breveté en chirurgie générale, le Dr Y. en oto-rhino-laryngologie, le Dr L. en radiologie, etc.

C'est là une question sur laquelle le corps médical organisé a son mot à dire. Il ne peut pas se désintéresser des conditions dans lesquelles les spécialistes, dont le nombre s'est tellement accru depuis dix ans, pourront revendiquer légitimement cette appellation, qui prend une importance économique très grande, puisque les tarifs officiels prévoient des honoraires différents, selon qu'il s'agit d'eux ou d'omnipraticiens.

Mais, tout cela viendra sans doute en son temps. Contentons-nous des résultats présentement acquis. Soyons satisfaits d'enregistrer ces améliorations, qui n'ont d'autre but que d'améliorer parallèlement la qualité des praticiens à qui sera confiée un jour la sauvegarde de la santé publique.

G. Duchesne.

## EST-IL DES CAS OU LE MÉDECIN DOIT SE FAIRE DÉNONCIATEUR ?

*Le Docteur Foveau de Courmelles m'a écrit ce qui suit :*

Je réponds à votre article du 12 juin. Je connais très bien, et pour cause, l'affaire qui a fait tant de bruit, de la malade morte d'urémie, a-t-on dit, dont l'héritière fut accusée d'empoisonnement, et où le médecin se tut — à tort, ont dit nos Maîtres.

L'affaire ainsi présentée a fait couler des flots d'encre et de rhétorique ; grand argument contre le secret professionnel, ayant émotionné le grand public et beaucoup d'entre nous.

D'instinct, à l'une de ses premières présentations par le Prof. et doyen Balthazard aux Amis des travailleurs intellectuels, à l'encontre de l'opinion des avocats, Me Henri-Robert notamment, fermement partisans du secret professionnel, je réfutais ainsi et je résume :

Ce n'est pas parce que l'on est malade que l'on meurt forcément de sa maladie, mais celle-ci est souvent le prétexte à l'introduction de substances nocives dans les tisanes et médicaments pour activer... l'accession à l'héritage (?) N'est-ce pas le rôle de nos médecins légistes de trouver toute trace d'intoxication ? Et ils ne sont pas tenus au secret. Qui nous dit, en cette urémie si grave, qu'une héritière avantagée ne l'ait pas aggravée ? .....

Vues de l'esprit, dira-t-on. Même en ce cas, je ne voudrais pas diminuer le rôle de nos experts qualifiés.

Mais hélas ! j'avais raison, et l'ai rappelé souvent depuis, en la *Vie Médicale*, par *T. S. F.* même, sans pouvoir préciser, ayant vu les faits réels sur place par indiscrétions fortuites des magistrats ayant agi. Il y avait bien eu empoisonnement par l'héritière. On avait bien, à l'autopsie, trouvé de la strychnine (on n'a pas encore, comme pour l'arsenic, trouvé ce corps dans le fauteuil du président, comme disait Raspail au procès de Mme Lafarge). La discussion porta sur la dose. Les jurés, impressionnés, avaient admis le crime. Ils délibérèrent trois quarts d'heure, pendant lesquels ils se firent renseigner à nouveau . Il y eut doute. Le doute profitant à l'accusée, elle fut acquittée.

Ma faible voix, prouvant que le médecin violant le secret, aurait contribué à faire acquitter une coupable, n'a pas été entendue, ou infinement moins que celles plus nombreuses accusant notre confrère de silence indigne ! Et je sais combien ce fait impressionne en général et notre ami le Dr G. Duchesne nous le prouve une fois de plus.

Les experts, — je le répète pour leur rendre un juste hommage — sont *si calés* aujourd'hui qu'il est inutile de supprimer l'article 378 du Code pénal. On les connaît, le Prof. Balthazard, le Docteur Paul, de Paris, le Docteur Locard, de Lyon, après les méthodes de A. Bertillon, de Galton, ont tant innové pour découvrir les crimes et les criminels... et combien d'autres !... Nous n'avons nul besoin de les aider en violant la loi, le serment d'Hippocrate, agrandi peut-être, progrès sur le Passé, et qui est la sauvegarde de la *Société* avec un grand S — ce qui supprime les maladies secrètes en les soignant, en les assurant du silence, et ce qui n'empêche nullement les sanctions de la Justice contre ceux qui font tort au prochain (art. 1382 du Code civil), en l'espèce, qui le contaminent, le rendent malade .....

La Société est armée et n'a nul besoin de transformer les médecins praticiens (je ne parle pas des autres) en policiers, en délateurs. »

Dr Foveau de Courmelles
(Licencié en droit, etc.).

### Réponse

Si mon ami Foveau de Courmelles établit que, mal renseigné, comme tant d'autres, j'ai mal choisi mon exemple, cela n'infirme en rien, en la matière, l' « objection de conscience » qui pourra pousser un médecin à passer outre l'obligation légale du secret professionnel, pour empêcher un crime, une erreur judiciaire, quoiqu'il puisse lui en advenir et sachant qu'il est juridiquement en faute.

En terminant ma chronique par ces mots : *Méfiez-vous ! Taisez-vous !* j'ai montré que je suis pour la discrétion d'une façon générale. Je ne veux pas prolonger cette brève réplique ; j'ajouterai seulement que, tout en rendant aux experts l'hommage qu'ils méritent, je n'ai pas pour eux l'admiration aveugle que professe, avec enthousiasme, mon ami Foveau de Courmelles. Ce sont des hommes, et comme tels, sujets à l'erreur, et nous connaissons, et avons même publié tels rapports d'expertise qui démontrent la faillibilité de leur humanité.

G. Duchesne.

## SAGES-FEMMES — PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS SIMPLES EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

*En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, commet le délit d'exercice illégal de la médecine la sage-femme, qui prescrit tous ces médicaments usuels, que le pharmacien débite constamment sans ordonnance médicale.*

*Le pharmacien, de son côté, viole les termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI.*

*Il est donc nécessaire de procéder à la revision de textes législatifs, qui ne concordent plus avec l'exercice actuel de la profession médicale et pharmaceutique.*

*Il appartient aux syndicats de praticiens de se concerter pour une étude en commun, puis une action collective, afin de présenter au Parlement les textes d'articles de lois qu'ils voudraient voir remplacer ceux qui existent actuellement.*

Nous avons reçu la lettre suivante :

SYNDICAT DES SAGES-FEMMES DE PARIS
et du Département de la Seine
—
*Secrétariat général* :
14, rue Germain-Pilon
Paris (18e)

Paris, le 5 juin 1932,

Monsieur le Docteur,

Lorsque la vie devient difficile, les corporations puissantes cherchent à dévorer les petites, ce n'est peut-être pas très démocratique, mais c'est très humain.

Aussi aujourd'hui, comme il y a une vingtaine d'années, dans un but qu'il est inutile de préciser, les médecins accusent les sages-femmes de faire de l'exercice illégal de la médecine.

Qu'il y ait quelques rares sages-femmes qui outrepassent leurs droits, cela peut arriver de temps en temps et dans les cas caractérisés nos syndicats professionnels les rappellent à l'ordre comme il convient.

Dans le *Concours Médical* du 15 avril dernier, avec un esprit d'impartialité dont nous ne saurions trop vous remercier, vous avez écrit, Monsieur, un article dans lequel vous énumérez les médicaments toxiques que les sages-femmes ont le droit de prescrire ou d'employer elles-mêmes dans l'exercice de leur profession.

Mais vous conviendrez avec nous qu'à côté de ces médicaments dont l'emploi a nécessité l'intervention des pouvoirs publics parce que *toxiques*, il en est d'autres, d'usage courant, que nos clientes peuvent se procurer chez le pharmacien sans qu'il soit besoin de les leur prescrire et que, par conséquent, il serait illogique d'empêcher les sages-femmes de leur en indiquer le choix et l'emploi, le cas échéant.

Une sage-femme fait-elle de l'exercice illégal de la médecine lorsqu'elle indique une pommade spécialisée, aseptique et cicatrisante, contre les crevasses du sein si fréquentes pendant les suites de couches, au début d'un allaitement ?

Une sage-femme fait-elle de l'exercice illégal de la médecine, lorsqu'elle conseille, toujours pendant les suites de couches, un laxatif spécialisé ou non ?

Une sage-femme fait-elle de l'exercice illégal de la médecine lorsqu'elle prescrit, pour les injections et les lavages, un antiseptique *non toxique*, le sublimé (toxique celui-là) étant abandonné aujourd'hui par presque tous les accoucheurs ?

Je pourrais continuer cette énumération, mais à quoi bon ? Vous êtes certainement aussi convaincu que nous-mêmes, qu'à côté de produits toxiques qu'elle est autorisée à prescrire, la sage-femme doit pouvoir conseiller, dans sa pratique journalière et sans dépasser les limites légales de sa profession, un certain nombre de produits utiles, *non toxiques*, produits qui, je le répète, sont délivrés à tout venant chez les pharmaciens. S'il en était autrement, il faudrait admettre que la sage-femme n'a à sa disposition que quelques produits toxiques à l'exclusion de tous autres, ce qui serait absurde. L'exercice de la profession serait impossible car la sage-femme ne pourrait mettre en pratique l'enseignement de ses maîtres.

Le Syndicat des médecins de la Seine a protesté contre l'autorisation donnée aux sages-femmes, par le Ministre, de pratiquer la vaccination des nouveau-nés par le B. C. G. Cette protestation était-elle faite uniquement dans l'intérêt de la santé publique ?

Au lieu de chercher à nuire aux sages-femmes en exploitant l'imprécision de la loi, vieille de 40 ans, qui les régit, les médecins feraient mieux de former avec elles un bloc syndical et de travailler côte à côte pour le bien public. Les uns et les autres y gagneraient en considération et se rendraient service mutuellement.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de mes sentiments distingués.

L. PRAT,
**Secrétaire générale du Syndicat**

### Réponse

Quel que puisse être parfois mon désir de faire concorder un texte de loi, déjà ancien, avec la logique et l'évolution des mœurs, je suis contraint, en tant que juriste, de prendre un article de loi à la lettre et de ne pas en sortir.

*Dura lex sed lex*: tant que le Parlement n'a pas abrogé, ou réformé, modifié une législation, celle-ci garde toute sa force et sa vigueur : elle doit donc être strictement appliquée.

Si donc nous nous reportons aux termes précis de l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892, nous lisons, au deuxième alinéa : « il leur (aux sages-femmes) est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus, dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine ».

Quelque absurdité que nous puissions relever entre ce texte, qui date de quarante ans, et les mœurs actuelles, nous devons cependant nous incliner.

Oui, une sage-femme pratique l'exercice illégal de la médecine, lorsqu'elle prescrit des médicaments simples, anodins, que le pharmacien délivre couramment sans ordonnance du médecin, à tout venant, dans son officine.

La faute de l'un n'excuse pas celle de l'autre et le pharmacien est également coupable pénalement, lorsque, contrairement aux prescriptions de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, il débite au public des « préparations médicinales ou drogues composées, sans prescription faite et signée par les docteurs en médecine. »

Ce même article 32 lui interdit également de se livrer, dans son officine, à tout autre commerce, ou débit que celui des drogues et préparations officinales.

Cela n'empêche pas la vente immense, sans ordonnance médicale de toutes sortes de médicaments, ou de spécialités, ni le débit, dans l'officine même, d'objets de toilette, de bandages, de lunettes, de parfumerie, et autres objets hétéroclites, que l'on peut acheter dans ces grands bazars modernes, qui, dans les grandes villes, remplacent peu à peu l'ancienne officine d'antan.

Ce n'est donc pas parce qu'une cliente de sage-femme peut acheter elle-même telle drogue, laxatif, sirop, ou autre que la sage-femme est autorisée à faire une ordonnance régulière prescrivant lesdits produits.

L'article 5 de la loi de 1892 est formel et, comme il sert d'application aux pénalités prévues par les articles 16 et 17 de la même loi, ils doivent être étudiés *stricto sensu*, dans leur sens étroit et précis.

J'avoue qu'il ne viendra à l'idée de personne, d'aucun médecin, de faire poursuivre une sage-femme qui, pour un accouchement normal, a rédigé une ordonnance, prescrivant des drogues, ou spécialités. Il en sera de même pour traiter les suites normales de couches.

Mais supposons un client de mauvaise foi — et Dieu sait s'il y en a de plus en plus — qui chercherait à ne pas payer les honoraires de la sage-femme, qui tenterait de l'intimider par des menaces de responsabilité professionnelle, ou qui attaquerait le pharmacien, qui aurait commis une erreur *quelconque*.

L'avocat de l'adversaire de la sage-femme recherchera si cette dernière avait le droit de prescrire les médicaments, qui ont été consommés. S'il demande au Parquet l'application des articles 5, 16 et 17 de la loi du 30 novembre 1892, le Procureur de la République sera tenu de requérir du tribunal les pénalités prévues.

Dans notre législation de santé, tant médicale que pharmaceutique, voire même d'hygiène sociale, il y a une série de textes législatifs, qui auraient besoin d'être remis sur le chantier, pour une revision certaine.

Et ma conclusion est la même que celle de la distinguée secrétaire générale du syndicat des sages-femmes de la Seine : il appartient aux syndicats de médecins, de pharmaciens et de sages-femmes d'étudier de concert la réforme des lois qui régissent nos diverses professions, connexes cependant.

En France, nous avons la fâcheuse habitude d'attendre notre salut, notre sort, du Parlement. Nous crions contre l'Etat et son ingérence en toutes choses ; mais avouons que nous sommes mieux dans le parti de l'opposition : pour critiquer ce qui existe, nous obtenons la palme ; mais c'est autre chose, lorsqu'il s'agit de remplacer ce que nous avons détruit.

Donc, du moment où il est admis que la loi de Germinal, comme celle de 1892 ont besoin d'être remaniées, attelons-nous ensemble à la besogne.

Lorsque avec le concours de juristes avertis, nous aurons mis sur pied une série d'articles, amendant, ou modifiant ceux qui existent, nos syndicats professionnels apporteront le travail tout fait à nos parlementaires.

Heureux serons-nous si ces derniers ne bouleversent pas trop, dans leur besoin de réclame électorale, le fruit de nos études longues et minutieuses.

A nos syndicats alors de faire pression sur nos élus, pour leur démontrer que l'opinion publique médico-pharmaceutique suivra, d'un œil très attentif, le travail parlementaire. La crainte de l'électeur étant le commencement de la sagesse pour nos représentants au Parlement, nous obtiendrons l'abrogation et la modification de textes, qui ne sont plus appliqués, en pratique, mais qui restent cependant suspendus comme une menace, sur nos têtes.

Exercice de la médecine, répression de l'exercice illégal des rebouteux, des matrones, réforme du statut des hospices et hôpitaux, refonte de la loi sur l'hygiène publique, etc., etc. : voilà tout un champ d'action ouvert à tous ceux, qui dans le silence du cabinet, ou dans de petites réunions de personnes compétentes, étudient, dans nos lois, ce qui devrait être et les incidences des réformes proposées.

Au besoin, qu'une Confédération générale du

corps de santé soit créée par les syndicats professionnels, qui groupent tous ceux qui tiennent de la loi du 30 novembre 1892 le droit plus ou moins complet d'exercer l'art de guérir. Que cette grande Confédération étudie les problèmes communs, fasse tomber les séparations actuelles, qui nous divisent et constitue une formation économique et professionnelle, qui a un rôle social important à jouer.

Dr Paul Boudin.

## A PROPOS DU DIPLOME DE DOCTORAT EN RADIOLOGIE ET PHYSIOTHÉRAPIE DENTAIRES PROMIS PAR L'ÉCOLE DENTAIRE SUPÉRIEURE DE RADIOLOGIE ET DE PHYSIOTHÉRAPIE

*Nous avons reçu la lettre suivante, dont* Paul Boudin *a réclamé formellement la publication, malgré l'excès de certains de ses termes* :

Paris, le 8 juin 1932.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Nous avons l'honneur, en recourant à votre courtoisie habituelle, de vous prier d'insérer la réponse ci-dessous à l'article du Docteur Boudin (Paul), paru dans votre numéro 22, du 29 mai 1932, pages 1713 et 1714, et mettant en cause l'Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie.

Le Docteur Boudin commet une erreur en supposant que les signataires de la réponse que vous avez insérée dans votre numéro du 3 avril ignorent la loi du 18 mars 1880.

Non seulement ils ont l'humble prétention d'en connaître le texte, mais encore d'en avoir étudié les travaux préparatoires, ainsi que les différents commentaires doctrinaux et jurisprudentiels qui l'ont interprétée.

D'ailleurs, le Docteur Boudin est obligé de reconnaître implicitement que, du point de vue juridique, aucune action n'est possible pour interdire à une Ecole d'enseignement libre, régulièrement déclarée et légalement administrée, de délivrer des diplômes.

La seule restriction faite à cette délivrance est que le libellé du diplôme ne prête pas à confusion avec ceux délivrés par les Universités d'Etat pour l'exercice des professions dites réservées.

Cette loi qui limite la liberté individuelle est essentiellement d'interprétation restrictive.

Personne de bonne foi ne pourra admettre que le titre de docteur en électro-radiologie puisse être confondu avec celui de docteur en médecine.

Prêter aux dirigeants de l'Ecole l'intention de créer cette confusion est une insinuation perfide, malfaisante et gratuite que rien ne justifie.

S'il était besoin, d'ailleurs, de confirmer notre interprétation par une des plus hautes autorités juridiques de France, nous prierions le Docteur Boudin et vos lecteurs de se reporter au n° 13 de la *Semaine dentaire*, du 28 mars 1926, qui contient une consultation du Professeur agrégé E.-H. Perreau, de la Faculté de droit de Toulouse.

Ce juriste, à qui le Syndicat médical avait posé une question analogue à celle qui fait l'objet de notre polémique, lui répondait textuellement ceci :

« ..... Pour éviter toute condamnation, il n'est « d'autre moyen que d'indiquer l'origine étrangère « du titre. Alors on aura dit à la fois : « Rien que la « vérité et toute la vérité. » Peu importe, d'ailleurs « l'expression employée, quand elle ne laisse pas « place au doute. Faute de mieux, on pourrait pren- « dre pour guide la jurisprudence établie sous l'art. 20 « de la loi du 30 novembre 1892, exemptant de toute « peine celui qui indique l'origine de son titre. Elle « a jugé insuffisante la formule : Docteur X..., den- « tiste américain », (Rennes, 29 juillet 1896 et Paris, « 14 mars 1899) ; mais elle a trouvé parfaitement suf- « fisante la mention : « Docteur X..., de Philadel- « phie ». (Paris, 16 janvier 1904) ..... ».

E.-H. Perreau,
Professeur de Législation industrielle
à la Faculté de Droit de Toulouse.

(Ext. *Semaine Dentaire*, n° 13, du 28 mars 1926, pages 291 à 298 inc.).

Puis, donc, que le titre de docteur d'une Faculté d'Etat des Etats-Unis d'Amérique qui ne donne pas droit, en France, à l'exercice de la profession, peut être mentionné par son titulaire pourvu que sa qualification soit précise, il ne peut en être différemment dans notre espèce, car on ne comprendrait pas qu'un établissement d'enseignement français soit moins favorisé en France qu'un établissement de Washington ou de Philadelphie qui ne peut délivrer des diplômes de plein exercice en France.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en Chef, l'assurance de notre haute considération.

Dr Barail,
Chirurgien-dentiste,
Administrateur-Directeur scientifique.

Dr Hagne,
Avocat-administrateur.

### Réponse du Docteur Paul Boudin

Mes collègues du Conseil de Direction du *Concours Médical* hésitaient à publier cette lettre de l'Ecole Dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie, en raison des termes discourtois et même blessants pour moi, dont elle est émaillée. J'ai voulu, au contraire, qu'une inser-

tion complète en fut faite ; elle démontrera à mes lecteurs que, pour se laisser aller à des écarts de plume aussi désobligeants, ses signataires se fâchent, parce qu'ils savent leur cause perdue d'avance.

I. — En tête de ladite lettre, ils affirment connaître les termes précis de l'article 4 de la loi du 18 mars 1880 : cette affirmation aggrave leur cas. Aucune confusion n'est possible, puisque cette loi *fait défense* à toute école libre de délivrer à ses élèves en fin d'études des titres portant les noms de baccalauréat, licence, doctorat, sous peine des sanctions prévues à l'article 8 de la même loi (amende de 100 à 1.000 francs et de 1.000 à 3.000 en cas de récidive). Toute la question est là, et rien que là.

Allant cependant jusqu'au bout de ma pensée, je me demande si cette collocation interdite par la loi d'un grade universitaire, particulièrement honorable et recherché, ne pourrait pas constituer un autre délit plus sévèrement qualifié et puni, si ceux qui croiraient, de bonne foi, avoir acquis un diplôme régulier, s'avisaient qu'ils ne détiennent qu'un chiffon de papier et se croyaient autorisés à s'en prendre à leurs professeurs, aux termes de l'article 405 du Code pénal.

II. — Mes contradicteurs invoquent, pour me « coller », l'autorité de M. le Professeur Perreau, dont la notoriété en matière de droit et de jurisprudence médico-professionnels est grande, en effet. Bien que je ne sois moi-même qu'un modeste docteur en droit, j'affirme, sans craindre aucun démenti, que le texte qu'on m'oppose sous son couvert, ne vise que l'usage *sans indication d'origine*, du titre de docteur en médecine délivré par une Université étrangère, délit puni par l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892. Celui qui le commet n'en justifie pas moins d'un titre régulier, mais étranger, du Doctorat en médecine, dont la loi française l'oblige à indiquer la provenance, pour éviter l'équivoque et la confusion avec les grades français. Cela n'a donc rien à voir avec un diplôme illégal français, délivré par une école libre française, située en France. Il faut trouver d'autres arguments juridiques pour me contredire avec quelque chance de succès.

III. — Enfin, si de tels diplômes de doctorat en radiologie et physiothérapie dentaires étaient conférés, en violation de la loi de 1880, tout chirurgien dentiste qui s'en affublerait, pour créer une équivoque à son profit, serait l'objet de poursuites de la part des syndicats médicaux, qui ont le devoir d'interdire qu'une confusion quelconque ne soit possible avec le diplôme réglementé de docteur en médecine français. Les tribunaux auront alors à résoudre le point de savoir si les titulaires de ce doctorat fantaisiste n'auront pas contrevenu aux dispositions de la loi du 26 mars 1924 et de l'article 259 du code pénal.

Je maintiens, en terminant, que l'Ecole dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie *n'a pas le droit* de délivrer à ses élèves, un diplôme de fin d'études qualifié de doctorat en radiologie et physiologie dentaires. En le faisant, elle commet un délit correctionnellement punissable.

Docteur Paul Boudin.

## *LA MALADIE CONTEMPORAINE DE L'INDO-CHINE*

L'ère des grandes entreprises indo-chinoises, préparée par les chefs militaires, commença avec M. le Gouverneur général Paul Doumer. C'est sous son règne, aux visées impériales, que s'accomplit la conquête de Quang-Tcheou-Wan et l'essor de tant de travaux dont le plus remarquable fut le chemin de fer du Yunnan, triomphe de l'art de l'ingénieur français. Ce magnifique effort économique, à peine ralenti pendant la guerre, fut poursuivi par ses successeurs, administrateurs ou colons, et aujourd'hui, les Pays de l'Union, ainsi que l'a montré l'Exposition coloniale, possèdent l'armement le plus moderne : routes, chemins de fer, canaux, avions, hôpitaux, écoles, télégraphe, T. S. F., etc... Le Laos lui-même n'est plus un « pays clos pris dans les montagnes » car on peut y accéder par automobile.

Il semblait d'ailleurs que la nature prévoyante se fut arrangée pour donner satisfaction en Indo-Chine aux légitimes aspirations des colonisés et des colonisateurs en laissant, d'une part aux indigènes la libre exploitation des terres alluvionnaires du Delta, les *Terres traditionnelles* où germent les rizières qui donnent à l'Annamite son pain quotidien et aux autres les *Terres Rouges, insoupçonnées des autochtones,* terres profondes, poreuses, riches en acide phosphorique et permettant des cultures tropicales variées, telles que les hévéas et les caféiers. Ce domaine représente des ressources fabuleuses car sa superficie est d'environ 6 millions d'hectares. Cet heureux concours de circonstances aurait dû être une source de bonheur pour tout le monde : c'est presque le contraire qui est arrivé pour des raison d'ordre économique et d'ordre politique que nous allons brièvement indiquer.

A la suite du séisme mondial, la crise a sévi sur l'économie indo-chinoise aussi bien sur les *terres traditionnelles* que sur les *terres rouges.* A vrai dire, la maladie du riz est superficielle car cette denrée est consommée par la moitié de l'humanité et sa culture échappe en grande partie

au machinisme. Mais il n'en est pas de même des *terres rouges* dont la mise en valeur intensive se heurte à la concurrence et à la surproduction générales. Ici, des coupes sombres sont inévitables pour obéir aux lois de l'équilibre des échanges. Cette cuisante expérience permet une fois de plus de constater la faillite de la conception américaine qui place la félicité universelle dans la multiplication des besoins alors que la Sagesse latine conseille de s'efforcer de se contenter de ce qu'on a. Si la famine, au sens moyenâgeux du mot, a disparu, le chômage, qui en est son expression contemporaine, lui a succédé et, pour ne pas avilir les prix, on en a été réduit à noyer des stocks de blé ou à chauffer des locomotives avec des cafés du Brésil.

Mais la colonisation européenne a eu d'autres conséquences très graves au point de vue politique. Elle a opéré la mise en circulation de l'indigène, autrefois confiné dans son village, près des cultures familiales, sous la protection du Conseil des Notables, administrateurs de la Cité agricole. Sous l'influence de la sécurité, il s'est peu à peu débarrassé de sa gangue ancestrale pour adopter l'attitude sociale des civilités contemporaines : l'*Individualisme*. La bourgeoisie mandarinale a fait place à la bourgeoisie d'argent, dont quelques exemplaires sont multimillionnaires.

L'Instruction occidentale, non corrigée par l'éducation, a fait le reste en créant des *déracinés*, des *inadaptés* qui ne sont plus ni européens, ni indigènes et parmi lesquels se recrutent les missionnaires de la dissidence.

Comme on le voit, on se trouve en présence, non point d'une évolution lente et préparée avec soin des mœurs des Annamites, mais d'une révolution brutale, d'une maladie aiguë de la civilisation asiatique, d'un conflit de la Pagode, abritant les dieux lares, et du modernisme qui les disperse. C'est ce qu'exprimait la plainte qui s'élevait comme un gémissement le long des routes mandarines, habituées au pas lent et cadencé des porteurs de chaises, jusqu'aux oreilles du ministre des Colonies, lors de son récent voyage. « Oui, disait-elle, vous nous avez donné des autos, des chemins de fer, des avions, etc., mais tout cela était pour vous, Occidentaux aux jambes d'acier extra-rapides, car pour nous le temps n'existe pas et notre recherche du bonheur était philosophique. »

On pourrait répondre que nous avons aussi apporté beaucoup d'autres choses, la sécurité par exemple, et qu'en ce qui nous concerne, nous autres médecins, nous n'avons jamais cherché, au prix de durs labeurs, que la guérison de la misère humaine. Mais la reconnaissance est une fleur merveilleuse qui ne se cultive que sur les âmes privilégiées et il faut également avouer que l'influence occidentale ne s'est pas assez inquiétée de respecter les cadres de la civilisation indigène surtout lorsqu'elle est représentée par des manifestations artistiques et religieuses comme celles des Temples d'Anghor qui sont les cathédrales d'Extrême-Asie.

La vie des peuples est parcourue par des courants affectifs et moraux qu'il faut savoir capter et utiliser pour son profit, avant la recherche de l'argent périssable. Nous l'avons dit bien souvent ici, comme sous toutes les latitudes, il faut s'attacher résolument à mener sous les tropiques la *bataille de l'intelligence française*. C'est le meilleur moyen d'enchaîner les dieux de l'exotisme qui ruminent leur vengeance et l'on sait que ceux d'Asie sont particulièrement cruels.

S. Abbatucci

## LA MÉDECINE ET LE GREC

### Le Professeur Marfan nous dit pourquoi il préconise les études classiques

Le Parlement vient de rentrer, on doit donc considérer comme prochain le vote intégral de la loi Armbruster. La conséquence des retards apportés au vote de cette loi est que la proportion d'étrangers qui s'installent en France augmente sans cesse et qu'en mars 1932, sur seize docteurs en médecine ayant fait enregistrer leur diplôme à la préfecture de police pour la Seine, neuf sont Français et sept étrangers dont trois Roumains.

Afin de compléter la série des interviews publiées cet hiver dans ces colonnes, je suis allé m'entretenir avec l'éminent pédiatre qu'est le Professeur Marfan, sur la question des *titres initiaux* à exiger à l'entrée des Facultés de médecine. Sans préambule le maître, familier de la pédagogie et qui a suivi le développement physique et moral de légions d'enfants pendant près d'un demi-siècle, déclare :

« Vous savez que le 15 juin 1922, j'ai soumis au Conseil de la Faculté de Paris et fait voter une motion tendant à imposer le baccalauréat latin-grec à l'entrée de la Faculté de médecine ; j'avais été frappé de l'abaissement progressif de la culture des étudiants en médecine, surtout depuis la guerre ; on est surpris de constater même chez les plus sérieux des défauts d'esprit caractéristiques d'une mauvaise préparation intellectuelle. Leur mémoire est encombrée de notions dont ils ne voient pas le lien et ils n'ont pas le désir d'une définition précise, ni la curiosité de l'étymologie des vocables médicaux,

Ceux qui font les réponses les plus satisfaisantes ont reçu la formation classique comme il ressort de leur dossier. »

— Que pensez-vous, Monsieur le Professeur, de la part des réformes accomplies depuis 1902 dans l'Enseignement secondaire sur le ralentissement des progrès de certaines branches de la science médicale, la clinique notamment ?

— « Je crois, répond le Professeur, que le lycée doit avoir pour but essentiel de former l'intelligence et de ne donner à l'acquisition des faits qu'une place accessoire ; il doit apprendre à juger, à observer, à développer le goût et le sens moral. Je pense aussi que rien ne peut remplacer les humanités gréco-latines ; la version et le thème me paraissent être les meilleurs exercices d'assouplissement de l'intelligence car ils apprennent à l'enfant à conduire sa pensée et à l'exprimer... Le latin, qui est resté jusqu'après la Renaissance la langue du monde civilisé grâce à sa puissance d'expression, doit former la partie essentielle des études secondaires, car c'est une langue concise, claire, énergique et mère du français. Le monde occidental s'est fondé sur les idées latines qui enseignent l'ordre, la justice et la nécessité d'une hiérarchie basée sur la valeur intellectuelle, sociale et morale des individus. »

— N'estimez-vous pas que le grec est trop délaissé aujourd'hui ?

— « Il faut absolument joindre son étude à celle du latin, car on ne sait bien le latin que si on a une certaine connaissance du grec et on ne sait bien le français que si on a appris le latin, répond M. Marfan qui invoque l'avis autorisé de M. Maurice Croiset. Le grec fournit également aux médecins l'étymologie des vocables formés souvent au jour le jour et qui facilitent à nos confrères, l'expression précise de leur pensée. Si l'on traduit Platon ou Sophocle, on connaît les choses les plus fines et les plus subtiles qui se soient écrites. Enfin des notions d'art grec doivent révéler à l'enfant des conceptions et des œuvres parfaites et uniques où l'artiste moderne puise toujours son inspiration. »

— « Même parmi ceux qui admettent ces principes, il en est qui contestent la nécessité des études gréco-latines pour le médecin.

— Jeune professeur, le chimiste allemand Liebig partageait cette opinion à l'égard de la chimie et de la médecine ; mais, quatre ans avant sa mort, il disait avoir constaté que ses élèves provenant des *écoles réales* (enseignement moderne) étaient, en première année, supérieurs à ceux des *gymnases* (enseignement classique) ; en deuxième année ils leur étaient égaux et en troisième année inférieurs. »

— En présence de telles preuves, il est incompréhensible que certains de vos collègues n'admettent pas votre manière de voir.

— « Cela tient, répond M. Marfan, à ce qu'ils croient indispensable de faire acquérir par l'élève toutes les connaissances humaines accrues depuis 50 ans. Or celles-ci surchargent les programmes et réduisent en conséquence la part faite aux humanités. Qu'y a-t-il de changé dans la psychologie humaine depuis Platon ? Ce qu'enseigne Platon est définitif et c'est ce qui fait la force de l'enseignement de l'humanisme. Les facultés de l'homme ne se sont pas modifiées parce que nous vivons au siècle de la vitesse. »

Nous parlons alors des débats de l'Académie de médecine sur le *surmenage scolaire*, car c'est M. Marfan qui présida à l'étude de cette question.

— « Le programme secondaire ? me dit M. Marfan. Au début, enseignement des sciences très restreint, mais il faut le latin en huitième et le grec en sixième comme autrefois ; y joindre le français et l'arithmétique ainsi que l'histoire et la géographie réduits aux faits essentiels n'intéressant qu'une nation déterminée. En quatrième développer les mathématiques, et surtout la géométrie qui fait préciser le langage et exige la rigueur du raisonnement. Pas d'étude prématurée des sciences physico-chimiques qui encombrent inutilement la mémoire. Il serait bon que tout bachelier connût une langue vivante ainsi que les principaux traits de la civilisation du pays correspondant. Ne pas bourrer de mots sans valeur éducative le cerveau de l'enfant. »

— Comment réaliser les réformes que vous réclamez ?

— « Il s'agit d'alléger le programme secondaire, en le faisant rédiger par les non-spécialistes ; il faut en outre rétablir dans les classes le professeur principal qui, ayant en mains les mêmes élèves en français, grec, latin et même histoire jusqu'en quatrième, peut exiger d'eux un effort continu parce que bien mieux contrôlé et dirigé. Enfin le développement de la mémoire est une nécessité un peu trop oubliée de nos jours. Peut-être serait-il utile, afin d'arriver à la réalisation de la réforme de modifier la constitution du Conseil supérieur de l'Instruction publique en donnant aux littéraires l'importance qui leur est due logiquement. En tout cas, laissez-moi vous dire, pour terminer, que la formation classique est un moyen de sélection indispensable aux futurs médecins s'ils veulent s'imposer plus tard à leurs malades. Continuez donc sans vous lasser à défendre les humanités, car on leur doit nos savants les plus éminents : Ampère, Claude Bernard, Pasteur, Henry Poincaré, Charles Richet ne furent-ils pas nourris par les vieilles humanités? »

Maurice Mordagne,

Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Membre d'honneur du Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

A Gus Bofa

*... Le conseiller dit qu'il n'y avait rien de plus divertissant que quelques romans modernes, que les Français seuls en savaient faire de bons...*

(Scarron).

DCLXXX. — Pierre Benoit, de l'Académie française. **L'Ile Verte.** Roman. Un vol. 12 × 19 *Éditions Albin Michel*, Paris, 1932, 15 francs.

J'imaginais sous ce titre une réplique d'Erromango, moins farouche, adoucie de frondaisons et où le cannibalisme eût été tempéré comme sous la houlette pastorale de M. Bernardin de Saint-Pierre. Or l'Ile Verte n'est pas aux antipodes mais aux portes de Bordeaux, en plein estuaire de la Gironde et sur cette langue de terre quatre personnages posément s'entre-dévorent le cœur. Avec un peu plus de race ils pouvaient s'apparenter aux créatures maudites que M. Mauriac situe dans la même région, pour chacun de ses livres, et qui semblent chaque fois à la merci d'une implacable fatalité devenue inséparable du roman girondin. Ce brouillard continu qui pèse sur la ville, la bruine fine qui enveloppe comme d'un suaire les façades grises des vieux hôtels, l'eau bourbeuse du fleuve sous le ciel bas sont suffisantes couleurs complémentaires ou déterminantes de ces états d'âme. M. Pierre Benoît que son accession à l'Académie prédispose à plus de gravité l'a bien senti, et abandonnant le ton léger du Déjeuner de Sousceyrac, il modèle avec plus de fermeté cette sombre aventure où l'on retrouve, plus dépouillées, plus nues, plus souples les qualités d'*Axelle* (1), d'*Erromango* et de *Mademoiselle de la Ferté*. Les actes de ce maniaque que M. Benoît place dans l'île où le conduit sa passion des oiseaux migrateurs ont cette justesse aisée, cette apparence vraisemblable, cette vraisemblance dans l'invraisemblable que Pierre Benoît posément confère à ses fictions romanesques. Mais je crois que ce livre marque dans la technique du romancier une étape, une transformation ; il accuse une maturation du talent de l'écrivain qui suit mieux ses personnages et se préoccupe plus profondément de leur psychisme, les incorpore plus vivants à leur profession, à leurs marottes étroites ; ici à l'odeur et au demi-jour de leur magasin de taxidermie, puis à cet isolement de l'île que peuple magistralement la confuse présence des oiseaux : symboliques compagnons dont les ailes silencieuses frôlent chaque page et qui à la fin s'évanouissent comme une gigantesque écharpe de gaze brune, oscillant dans la pluie et le vent, quand leur protecteur, un peu plus fou est arraché à l'île. L'intrigue compte à peine, elle pousse les personnages brutalement par les épaules, obéissant à l'ingéniosité tactique du romancier.

(1) Je vous présenterai dans une prochaine chronique une splendide édition d'Axelle des *Editions Mornay*, illustrée par L. Boucher.

DCLXXXI. — François Mauriac. **Le Nœud de Vipères.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1932.

On peut noter chez M. Mauriac une ascension parallèle, très régulière du talent dans un monde psychologique fort éloigné d'ailleurs du précédent. Le dernier roman qu'il vient de placer sous l'admirable et hideuse image d'un féroce enchevêtrement de reptiles est bien vigoureux. Si je l'ai rapproché du précédent c'est qu'il se déroule dans la même région et que s'y tapit la grandiose et douloureuse figure d'un autre maniaque : mais d'un maniaque de la haine. Ici s'arrête l'analogie. Dans le *Nœud de Vipères* les membres d'une famille de grands bourgeois guettent âprement et souhaitent au fond de leur cœur la mort prochaine du chef de famille, célèbre avocat bordelais, dont la disparition mettra à leur disposition sa fortune convoitée. Il pressent très tôt le cynisme de ces appétits. Cardiaque, aigri déjà, athée, avec des ruses géniales d'avare il s'attache à déjouer ces calculs. Il est difficile en quelques lignes de résumer cette tragique et sordide épreuve qui l'accule à une crapuleuse débauche, à une haine vigilante, à la création cachée d'un second foyer où le fils naturel serait l'instrument rêvé de sa vengeance posthume. Mais ici encore le sort le guette et broie ses illusions, et le rejette solitaire hors de cette impossible affection. Ici encore il sera trahi. La progression sourde de tous ces sentiments que nous révèle un minutieux journal tenu par le malade est d'une hallucinante cruauté. Il serait puéril de souligner la constante correction de son exposition : M. Mauriac suggère ce que ses ardentes convictions catholiques lui interdisent de développer. Mais les nuances de ses réserves, la subtilité chagrine de sa merveilleuse introspection conduite avec une rigueur d'impitoyable analyste donnent au livre une pénétration et une âpreté singulières. De cette grande figure de damné vivant il a fait une inoubliable créature

maudite dominant de très haut les réprouvés de ses œuvres précédentes, toute l'infernale tribu de ses aristocrates de la douleur. Il est curieux cependant que le catholicisme ascétique de M. Mauriac se teinte de cette amertume et qu'avec une vigueur presque inspirée de prophète il ne nous montre de la vie qu'il flétrit (au regard sans doute des félicités supra-terrestres) que la fange immonde où se vautrent ceux qui ne connaissent pas son Dieu.

DCLXXXII. — Lucien DESCAVES, de l'Académie Goncourt. **L'humble Georgin**, imagier d'Epinal. Un vol. 25 × 33 de 199 pages illustré de six hors-texte en couleurs et de vingt-quatre images dans le texte. *Editions Firmin-Didot*, Paris, 1932.

La vie de cet humbre artisan sert de point de départ à M. Descaves. En la contant de bout en bout avec un luxe fort curieux de détails, il peut ainsi nous présenter en réalité une chronique fort vivante de la ville et de l'imagerie locale au début du 19e siècle. A cette époque les grandes personnes avaient la sagesse et le loisir de s'intéresser à cette naïve iconographie. Les perfectionnements de la technique ici encore devaient en saboter la fraîcheur avant d'en détruire la patiente imperfection. Georgin fut un des derniers et des plus consciencieux imagiers. La spontanéité du récit de M. Descaves le replace, comme dans une adroite biographie romancée parmi le bon peuple de sa bonne ville, au milieu des gagne-petit, des colporteurs, des boutiquiers dont les métiers avaient la touchante simplicité qu'il apportait lui-même à son œuvre et à ses créations ; le trait se hausse quelquefois à cette maladroite et éloquente rudesse des xylographes médiévaux (voir son illustration des Quatre fils Aymon). On devine sous son dessin et sous les couleurs crues dont il le parait un amour fervent de son art, une poésie sans recherches jaillie très pure des sources profondes où puise, pour alimenter sa foi et ses légendes, de siècle en siècle l'unité paradoxale de l'imagerie populaire.

DCLXXXIII. — Philip SPARK. **Lettres d'Europe.** Roman social et d'une philosophie légère. Un vol. 14 × 19 tiré à 360 exemplaires numérotés sur Chesterfield or. *Librairie Monnier*, Paris, 1932, 60 fr.

Je me demande par quel artifice (il ne le dit pas et je n'ai pas su le voir) l'auteur assure le *groupement* des lettres qui constituent l'agréable mosaïque de son roman. Elles me semblent un prétexte à nous présenter romantiquement et sous forme d'un journal très clair et très fragmenté les divers spectacles qu'un observateur très perspicace a emmagasinés dans la chambre claire de sa mémoire. Au Portugal, en Espagne, en Italie, à Vienne, à Münich, en Suisse les personnages semblent avant tout préoccupés de la splendeur et du pittoresque des sites, des monuments, des musées, des cathédrales. Je m'en étonne candidement et peut-être y faut-il voir simplement une exacte évocation des cœurs contemporains, dans ces curieux organismes d'à présent où le vieux viscère désuet ne sait plus battre qu'à un rythme accéléré, automatique entre le Chaix et le Bedaeker.

DCLXXXIV. — Paul POIRET. **Revenez-y.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932.

La suite des souvenirs du règne de M. Poiret. Dédiée à son fils !! « *pour qu'il juge* » !!!! Il y a de l'esprit, des papotages, du fiel, des saillies, des vengeances peu grand seigneur et un stock appréciable d'histoires de corps de garde : M. Poiret se déboutonne.

DCLXXXV. — Marcel PROUST. **Lettres.** Un vol. 12 × 19. Tome trois de la correspondance générale de Marcel Proust publiée par René Proust et Paul Brach. Lettres à Sydney Schiff, Paul Souday, J. E. Blanche, Camille Vettard, Jacques Boulanger, Louis-Martin Chauffier, Ernst Robert Curtius, Louis Gautier-Vignal. *Editions Plon*, Paris, 1932, 15 francs.

Cette nouvelle série de lettres émane de la dernière période de la vie de Marcel Proust. Elle témoigne de la fragile sensibilité de l'écrivain, de son attentive sincérité, de ses scrupules, de la délicatesse invraisemblable de ses sentiments, avec leurs volutes, leurs arabesques et leur exquise vulnérabilité : dédale sentimental où éclate à chaque page et de ligne en ligne le tourment perpétuel, la touchante susceptibilité qui empoisonnait, grâce à ses réactions disproportionnées, jusqu'aux joies que sa frêle santé lui défend de goûter ou lui mesure. Ce sont de bien curieux documents, émouvants par la diversité et l'abondance de leurs sujets, comme si Proust se sentant menacé par la mort y eût jeté pêle-mêle, en hâte, tout ce qui bouillonnait en lui de projets et de vie, de clairs jugements, de généreuse et de primesautière intelligence.

DCLXXXVI. — Pierre HAMP. **Mektoub.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion* Paris, 1932, 12 francs.

Il y a une très rude franchise dans ce transparent roman consacré aux intrigues commerciales de la Laine dans le Maroc conquis. Et de bien sympathiques figures : le lainier, l'officier de renseignements familier des insoumis, le médecin adoré d'eux. Et on se demande à voir défiler cette foule pittoresque si les méthodes colonisatrices sont toujours exemptes de reproches et d'iniquité, et étayées de noble désintéressement ?

**Varia*****

La *Revue des Indépendants* prépare une Anthologie des médecins-écrivains. Les confrères que l'ouvrage intéresse et qui ont le louable souci de passer à la postérité trouveront tous renseignements auprès du rédacteur en chef, notre très aimable confrère, écrivain lui-même, le Docteur Robert Morche : Nice, 143 *bis*, promenade des Anglais.

* *Le Crapouillot* de juin consacre une grosse part de la livraison aux Salons : Artistes français, Société Nationale, Salon de l'œuvre unique, Décorateurs. Contrastant avec les Nus abondants qu'il s'attache à reproduire, et qui sont hélas, de bien inégale qualité (pauvres modèles, au pilori !), une sobre nature morte et quelques fleurs qui ont des inflexions de bouquet frais cueilli. Plus intéressants que cette exposition paracallipyge quelques burins de Decaris extraits des *Nouveaux Méandres* que je vous présentai l'année dernière. Un écrin de citations joyeuses empruntées au répertoire du vieux « mélo » romantique. Et le suc du numéro dans la chronique à tous crins des « *Livres à lire.... et les autres....* »

12 juin 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

**— Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires.** (Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques. Pavillon Albarran.) — Ce cours sera fait sous la direction du Docteur Maurice CHEVASSU, du lundi 18 juillet au samedi 6 août 1932, par MM. CHEVASSU, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin ; BOPPE, chirurgien des hôpitaux ; BRAINE, chirurgien des hôpitaux ; LEIBOVICI, chirurgien des hôpitaux ; M. LEROY, ancien chef de clinique gynécologique ; BARIÉTY, chef de clinique médicale ; BAYLE, assistant du service ; GAUTIER, assistant de consultation ; LAZARD, assistant de cystoscopie ; CANOZ, chef du laboratoire de bactériologie ; MORET, assistant de radiologie.

Le cours sera complet en trois semaines. Il comportera, le matin, de 9 heures à 12 heures, et l'après-midi, de 2 heures à 4 heures, quatre leçons théoriques et pratiques, avec examens cliniques, urétroscopiques, cystoscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations.

En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu à 4 h. 1/2. Consulter les affiches spéciales. Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement. Un diplôme pourra être délivré après examen.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 18 juillet, matin, CHEVASSU : L'urètre et son cathétérisme ; BAYLE et CANOZ : Examen clinique des urines ; soir, GAUTIER : La blennorragie aiguë. Clinique et laboratoire ; BAYLE : Les ruptures traumatiques de l'urètre.

Mardi 19 juillet, matin, GAUTIER : La blennorragie chronique ; CHEVASSU : Examen clinique des urinaires ; — soir, BAYLE : Les rétrécissements de l'urètre, l'urétrotomie interne ; LEROY : La blennorragie féminine. Les polypes de l'urètre.

Mercredi 20 juillet, matin, BAYLE : Les abcès urineux. L'infiltration d'urine ; CHEVASSU et LAZARD : L'anesthésie en chirurgie urinaire ; soir, GAUTIER : L'étude de l'urètre antérieur à l'urétroscope ; BAYLE : Phimosis et paraphimosis. Induration des corps caverneux.

Jeudi 21 juillet, matin : CANOZ : Critériums de guérison de la blennorragie ; BAYLE : Prostato-vésiculites. Abcès de la prostate ; soir, GAUTIER : L'étude de l'urètre postérieur à l'urétroscope ; LAZARD : Calculs et corps étrangers de l'urètre. Calculs de la prostate.

Vendredi 22 juillet, matin, CHEVASSU : L'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique ; BAYLE : La clinique de l'hypertrophie prostatique ; — soir, BAYLE : Cancer de la prostate ; LAZARD : L'étude de l'urètre postérieur à l'urétrocystoscope.

Samedi 23 juillet, matin, CHEVASSU : Traitement de l'hypertrophie prostatique. La cystostomie ; LAZARD : L'étude endoscopique de l'hypertrophie prostatique.

Lundi 25 juillet, matin, CHEVASSU et LAZARD : Le cystoscope et la cystoscopie ; CHEVASSU : La prostatectomie pour hypertrophie ; — soir, BAYLE : Les cystites ; LAZARD et MORET : Les diverticules vésicaux. Cystoradiographie. Urétrographie.

Mardi 26 juillet, matin, LEIBOVICI : L'anatomie du rein. Les voies d'abord du rein ; CHEVASSU : L'exploration fonctionnelle des reins ; — soir, LEIBOVICI : Les tumeurs de la vessie ; LAZARD : La cystoscopie des tumeurs vésicales. Fulguration.

Mercredi 27 juillet, matin, BAYLE : Pyélonéphrites ; MARCEL : L'électrothérapie en urologie ; CHEVASSU : Abcès corticaux du rein. Phlegmons périnéphrétiques; — soir, LEIBOVICI : Les fistules vésicales, vésico-vaginales en particulier ; LAZARD : La cystoscopie des vessies ouvertes et fistuleuses.

Jeudi 28 juillet, matin, CHEVASSU : Les calculs urinaires ; MORET : Radiographie des calculs urinaires ; — soir, LAZARD : Cystoscopie des calculs vésicaux ; BAYLE : Traitement des calculs vésicaux. Lithotritie.

Vendredi 29 juillet, matin, CHEVASSU : Calculs de l'uretère ; CHEVASSU : Le traitement des calculs du rein ; soir, BAYLE : Les coliques néphrétiques et les douleurs abdominales qui s'en rapprochent ; BRAINE : Rein mobile. Néphropexie.

Samedi 30 juillet, matin : CHEVASSU : L'azotémie ; CHEVASSU : La constante d'Ambard. La phénolsulfonephtaléine ; — soir, BOPPE : Hypospadias. Epispadias ; CANOZ : Vaccins et sérums en urologie.

Lundi 1er août, matin, BAYLE : Les rétentions d'urine ; CHEVASSU et LAZARD : Le cathétérisme des uretères ; — soir, BOPPE : Les traumatismes du rein ; BAYLE : Les hydronéphroses. Les rétentions rénales.

Mardi 2 août, matin : CHEVASSU : L'exploration fonctionnelle des reins séparés ; LAZARD : Lavages du bassinet ; — soir, BARIÉTY : Les acidoses en urologie. Le traitement préopératoire des diabétiques ; BAYLE : Les kystes du rein. Les reins polykystiques.

Mercredi 3 août, matin, CHEVASSU : La tuberculose urinaire ; GAUTIER : La recherche du bacille de Koch dans les urines ; CHEVASSU : La néphrectomie pour tuberculose ; — soir, BAYLE : Traitement non opératoire de la tuberculose urinaire ; LAZARD : La cystoscopie de la tuberculose urinaire.

Jeudi 4 août, matin, CHEVASSU : Les néoplasmes du rein ; BAYLE : L'installation d'un cabinet urologique ; CHEVASSU : La néphrectomie pour cancer ; — soir, BRAINE : Fistules urétérales ; MORET : Le diagnostic radiologique des gros reins.

Vendredi 5 août, matin, LAZARD et MORET : Urétro-

pyélographie ; CHEVASSU : L'interprétation des résultats du cathétérisme urétéral ; — soir, BAYLE : Les hématuries ; LAZARD : Cystoscopie des hématuries.

Samedi 6 août, matin, BRAINE : Les anomalies de l'appareil urinaire ; CHEVASSU : Les anuries.

L'examen pour les candidats pressés aura lieu le samedi 6 août. Pour les autres, il aura lieu dans la première quinzaine d'octobre. Ce cours sera précédé d'un cours d'endoscopie urinaire qui aura lieu du 4 au 16 juillet.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au laboratoire de bactériologie du pavillon Albarran.

Droits d'inscription : cours de Cochin : 500 francs ; cours de chirurgie expérimentale : 500 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M., salle Béclard, tous les jours, de 9 à 11 heures, et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Les inscriptions pour le cours de médecine opératoire sont reçues à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

**Thèses.** — Lundi 13 juin. — Jury : MM. Couvelaire, Marcel Labbé, Lemierre, Portes. — M. DE BERG : Etude du traitement de la syphilis au cours de la gestation. — M. SOLEIL : Etude des troubles nerveux dans les colites.

Mardi 14 juin. — Jury : MM. Bezançon, Binet, J.-L. Faure, Sézary. — M. PYT : Etude sur les symptômes pleuro-pulmonaires au cours de la hernie diaphragmatique congénitale. — M. COTET : La coquille de l'œuf de poule. Considérations pratiques. — M. SCHMID : Etude pharmacodynamique du novarsénobenzol. — M. BRON : A propos de la gastrectomie.

Mercredi 15 juin. — Jury : MM. Léon Bernard, Fiessinger, Legueu, Brûlé. — M. BOCQUET : La cessation et les résultats éloignés du pneumothorax artificiel. — M. ALIBERT : La tuberculose pulmonaire de l'adolescent. — M. ASSELIN : Les résultats éloignés de l'uretéro-cystonéostomie.

Jeudi 16 juin. — Jury : MM. Carnot, Gougerot, Heitz-Boyer, Gastinel. — M. DELAPORTE : Etude de la colibacillose biliaire. — M. CABILLE : Le dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations prénatales à Reims. — M. MATTIASSEVICH : Notions actuelles sur l'eczéma du nourrisson et son traitement.

Samedi 18 juin. — Jury : MM. Achard, Lereboullet, Roussy, Debré. — M. CUKIERMAN ; Diagnostic précoce du thyphus exanthématique. — M. POCHON ; Le centre d'adaptation à l'allaitement artificiel des enfants assistés de la Seine. — Mlle SOURDILLON ; Sur les premières manifestations cliniques ou radiologiques de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — M. DUPONT : Le traitement des adénopathies tuberculeuses par les sels d'or. — Mme PICHON-DELPUECH : Etude de la sédimentation gestulaire. La réaction de sédimentation dans les affections médicales de l'enfance.

*Thèses vétérinaires.* — Jeudi 16 juin. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Nicolas, Panisset. — M. BARTHÉLEMY : Histoires médicales épizootiques et agricoles aux pays de Vosges, Lorraine, Alsace et frontière des Allemagnes depuis les temps préhistoriques jusque vers la fin du XIXe siècle.

Vendredi 17 juin. — Jury : MM. Grégoire, Bresson, Coquot. — M. PÉRUS : De la névrectomie du cubital et du médian chez le chien.

— **Concours du prosectorat.** — Sont proposés, après ce concours, MM. Cordier, Couvelaire et Padovani.

— **Bourses de doctorat.** — Le concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine aura lieu, le 12 juillet 1932. Les inscriptions seront reçues au secrétariat jusqu'au 5 juillet, à 16 heures.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux** (admissibilité) — *Epreuve clinique.* — MM. Bidoire, 29 ; Suzor, 30 ; Sureau, 29.

— **Troisième concours de médecin des hôpitaux** — *Composition écrite.* — Séance du 13 juin. — MM. Hillemand, 17 ; Azerad, 18 ; Clément, 19,54 ; Chevalley, 20.

*Consultation écrite* — Séance du 15 juin. — MM. Marie, 19,72 ; Layani, 18,54 ; Lambling et Escalier, 19,72.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

### Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur GOIZET, de Bordeaux ; de Mlle le Docteur Jacqueline FONTAINE, ancien interne des hôpitaux de Paris ; de Mlle Marie MOLINART, nièce et fille adoptive du Docteur Dartigues.

Nous adressons à notre ami Dartigues, si cruellement éprouvé, nos sincères condoléances et l'expression de notre vive et douloureuse sympathie.

— **La Faculté de médecine de Toulouse a effectué son voyage d'études médicales annuel.** — Sous la présidence effective de M. le Professeur Serr, directeur de l'Institut d'hydrologie de la Faculté, assisté de MM. les Professeurs Valdiguie, Moog, Brustier et accompagné de MM. les Docteurs Caujolle et Rabaud, chefs de travaux à la Faculté, de MM. Valdiguie fils et Signoret, préparateurs à la Faculté, de Mme Valdiguie et de M. Aversencq, interne des hôpitaux et secrétaire du voyage, la Faculté de médecine de Toulouse a visité le jeudi 9 juin Luchon et ses services techniques.

Reçue sur le quai de la gare par M. le Docteur Germes, maire de la ville, et M. le Docteur Molinéry, directeur des Etablissements thermaux et du radio-vaporarium sulfuré, la caravane a immédiatement été conduite à l'établissement thermal, où une conférence lui a été faite sur l'hydrologie de Luchon et la thérapeutique qui en découle.

Cette conférence peut se résumer de la façon suivante :

Les eaux sulfurées sodiques, thermales et hyperthermales de Luchon comptent parmi les plus radio-actives du monde et sont réparties en plus de 70 sources variant de 26 à 66°.

Les indications thérapeutiques sont : les maladies des voies respiratoires et tout ce qui concerne la thérapeutique oto-rhino-laryngologique, notamment l'otite moyenne catarrhale en relation avec l'inflammation de la trompe d'Eustache, les maladies de la peau, toutes les dermatoses, surtout à forme suintante et les accidents cutanés spécifiques, les séquelles du rhumatisme douloureux et toutes les localisations articulaires de l'arthritisme.

Le radio-vaporarium sulfuré, qui, déjà depuis deux ans, a été livré aux malades, est constitué par de larges et belles étuves en galeries sous roche, au contact même des griffons, d'une température de 28 à 46°, à sulfuration intense et d'une radioactivité 15.000 fois supérieure à celle de l'air normal. Le malade se promène donc dans une atmosphère constituée par l'*émission spontanée, naturelle, de vapeurs sulfurées et radio-actives et de gaz rares.*

Les rhumatisants, les arthritiques, les uricémiques, les obèses pléthoriques hypertendus, les respiratoires chroniques non congestifs, les dermatoses non irritables et, enfin, les spécifiques, relèvent du radio-vaporarium sulfuré.

Après la visite de ces galeries, faite sous la conduite du corps médical de la station — et qui fut des plus intéressantes par les explications que les maîtres de la Faculté donnèrent à leurs élèves, — toute la caravane fit l'ascension de Luchon-Superbagnères. Cure d'air, de soleil, de repos (de 630 à 1.800 mètres avec arrêt aux diverses altitudes) constituent la technique des indications climatiques de la station de Luchon, qui, comme il a été dit par un des maîtres de la Faculté, est une *véritable synthèse* de station thermale et climatique.

La visite du Casino et du Musée gallo-romain, ainsi que de la Maison du tourisme, se termina par une tasse de thé très aimablement offerte par la ville.

Le temps radieux qui favorisa cette excursion a contribué à donner à Luchon sa physionomie naturelle.

— **Réunion annuelle de la Fédération thermale et climatique pyrénéenne**, à Eaux-Bonnes, le dimanche 5 juin 1932. — Sous la présidence du Docteur Ménard, de Lamalou, se sont réunis les médecins de la Fédération thermale et climatique pyrénéenne.

Après que le Docteur Julien, secrétaire général, eut donné lecture du procès-verbal de la dernière session tenue à Ax-les-Thermes, M. le Docteur Cregnoux exposa les indications thérapeutiques des Eaux-Bonnes et M. le Docteur Matton, les indications climatiques de Pau.

M. le Docteur Molinéry fut appelé ensuite à développer son rapport sur les assurés sociaux et le thermo-climatisme.

Il donna comme exemple la Maison de repos des Eaux-Bonnes, qui fondée par l'Impératrice Eugénie, est actuellement la propriété de la Fédération des mutualistes des P. T. T. et reçoit des malades, des convalescents, ou des villégiaturants dont l'état de santé est justiciable du traitement des Eaux-Bonnes et du climat de cette station.

Après un déjeuner charmant offert par la ville, les congressistes gagnèrent Gourette, où sont organisés des sports d'hiver.

Dans le refuge remarquablement aménagé, le Commandant Fabre fit une conférence sur la valeur physique et morale des camps de vacances et rappela comment il fut amené avec l'Association générale de ces mêmes camps, à constituer ceux dont le Docteur Molinéry s'est fait le propagandiste : Les camps thermaux et climatiques.

D'ores et déjà, nous apprenons que trois nouveaux camps seront ouverts cette année-ci, aux Eaux-Bonnes, à Salies-de-Béarn, et à Bagnères-de-Luchon.

Celui de Cauterets fonctionnera comme l'an dernier ainsi que celui du Mont-Dore.

— **Le Bureau d'hygiène de la Société des Nations peut fournir des renseignements sur l'hygiène en divers pays.** — Le bureau d'hygiène de la Société des Nations est en mesure de fournir des renseignements sur les détails d'application des méthodes en vigueur dans les divers pays en matière d'hygiène publique. Cette organisation peut, en outre, fournir des renseignements comparés concernant les statistiques épidémiologiques et les législations relatives à l'hygiène publique.

Les demandes ne pourront toutefois émaner que des chefs de grandes administrations ou des principales institutions scientifiques. Ceux-ci sont invités à indiquer clairement l'objet précis et les buts des demandes qui, d'autre part, ne devront viser que des informations non encore publiées dans la presse médicale.

S'adresser au Directeur médical, Section d'hygiène, « Renseignements d'hygiène » Société des Nations, Genève (Suisse).

— **Congrès de gynécologie.** — Le Congrès de la Société française de gynécologie qui se tiendra désormais chaque année à Paris à l'époque du Congrès de chirurgie, aura lieu les 3, 4 et 5 octobre 1932 à la Faculté de médecine.

Deux questions sont à l'ordre du jour : Hypophyse et ovaire. Rapporteurs : MM. JAYLE et HALLION. — La diathermie en gynécologie. Rapporteur : M. Xavier BENDER.

La troisième journée sera consacrée à la chirurgie gynécologique.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Maurice FABRE, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris-IX^e^.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Rapide de nuit. Paris-Evian-les-Bains.* — Depuis le 22 mai, le rapide de nuit Paris-Genève (N° 651) comprend, pendant toute la saison d'été une rame à destination d'Evian, comportant des places de lits-salon, de couchettes, de 1re et 2e classes. Paris, dép. 21 h. 55 ; Bellegarde, arr. 6. h. 50 ; Thonon-les-Bains, arr. 8 h. 42 ; Evian-les-Bains, arr. 8. h. 55.

En sens inverse : Evian-les-Bains, dép. 20 h. 10 ; Thonon-les-Bains, dép. 20 h. 24 ; Bellegarde, dép. 22 h. 32 ; Paris, arr. 7 h. 10.

*Le Directeur-Gérant* : **Dr A. GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

en raison de la persistance des douleurs, et surtout de l'état constant de fragilité hépatique. Lorsqu'elle n'est pas imposée par les circonstances, on lui préfère la cholécystectomie, avec drainage, mais aussi le traitement médical et les cures thermales spécialisées, qui ont conservé toute leur faveur.

Par ailleurs, nombreuses sont les discussions sur les tenants et aboutissants des examens radiologiques, des recherches chimiques d'exploration fonctionnelle du foie, du drainage biliaire, de la diathermie, etc....

Ne pouvant aborder à la fois tant de points divers, le Comité du prochain Congrès s'est arrêté à trois sujets particulièrement en vue : 1° Les séquelles de la cholécystectomie ; 2° Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire ; 3° Le foie lithiasique.

L'ensemble des rapports, des discussions, et des communications auxquels ces sujets donneront lieu, formera une large étude de tout le domaine de la lithiase biliaire et des multiples questions qui s'y rattachent.

Si l'on en juge par les nombreuses adhésions déjà reçues de toutes parts, les réunions médicales en préparation peuvent compter sur le plus grand succès.

Nous rappelons que la limite des inscriptions est fixée au 1er août et que toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations doivent être adressées à M. le Docteur Jean Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (9e.)

## LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASTHME AU MONT-DORE

La réussiste de ce Congrès qui a rempli les journées des 4 et 5 juin et auquel la station du Mont-Dore a prêté un cadre magnifique, a été complète.

Comme nombre : tout près de 500 adhérents dont plus de 400 étaient présents. Comme qualité : le Professeur Bezançon, président du Congrès, après avoir souligné les difficultés de la tâche, son importance, son utilité, et constaté qu'elle avait été entièrement remplie, a pu proclamer que par sa haute tenue scientifique, son intérêt, sa portée, ce Congrès se classait parmi les toutes premières manifestations du même ordre auxquelles il avait assisté.

En quatre séances, en effet, qu'il présida avec la plus grande autorité, fut établi le bilan de nos connaissances actuelles sur l'étiologie, la pathogénie, la thérapeutique de l'asthme. Vingt-six rapports de grand ordre, formant un volume

de plus de 550 pages, une quarantaine de communications présentant le plus vif intérêt, source et base de nouvelles méditations, de nouvelles recherches, tel est le bilan apporté par ce haut débat à l'une des questions les plus complexes et les plus controversées.

La première séance, après le discours d'ouverture où le Professeur Bezançon traça le cycle de l'évolution de nos connaissances dans l'asthme, fut consacrée toute à son élément nerveux.

Tour à tour le Professeur Abrami, le Docteur Etienne Bernard, le Professeur Mac Dowall et le Professeur Leriche exposèrent l'objet de leurs rapports : Professeur ABRAMI : *Le mécanisme de l'asthme* ; Docteur Etienne BERNARD, *La part nerveuse de l'asthme* ; Professeur Mc DOWALL : *Les principes physiologiques de l'asthme* ; Professeur LERICHE : *Le traitement chirurgical de l'asthme.*

A la deuxième séance le Congrès entreprit l'exposé et la discussion de *l'anaphylaxie et l'allergie dans l'asthme,* des *facteurs locaux dans l'asthme,* enfin de *l'asthme infantile.*

Le Professeur agrégé VALLERY-RADOT, les Professeurs FRUGONI et W. STORM VAN LEEUWEN étaient les rapporteurs de la première partie et traitèrent respectivement l'*anaphylaxie dans l'asthme,* l'*asthme bronchique* et l'influence du sol et du climat dans l'asthme.

Les *facteurs locaux* furent présentés par le Docteur HAIBE, le Professeur agrégé ALPHEN, le Docteur Henri BOURGEOIS, et l'*asthme infantile* par le Docteur G. DREYFUS-SÉE et le Docteur PEHU.

La troisième séance débuta par un grand débat sur *le foie et les endocrines dans l'asthme* dont le rapporteur était le Professeur agrégé CORDIER.

Le Congrès entendit ensuite l'exposé par les Docteurs ORIEL, JACQUELIN et G. BRAY de *la bio-chimie de l'asthme et de son terrain.*

La quatrième séance était réservée à la *thérapeutique de l'asthme* :

Le *traitement général de la crise d'asthme* fut indiqué par le Docteur JOLTRAIN et celui du *terrain* par le Docteur DE GENNES.

Le *traitement hydro climatique de l'asthme* fut la part du Docteur Justin BESANÇON et l'exposé de la *cure montdorienne,* qui s'avéra le seul mode de traitement de l'asthme ayant fait ses preuves, celle du Docteur GALUP, secrétaire médical du Congrès.

Le Docteur BIANCANI rapporta le *traitement physique de l'asthme.*

Tous ces rapports feront prochainement l'objet de comptes rendus analytiques ; leur nomenclature souligne dés aujourd'hui l'importance de ces assises suivies avec une atten-

tion passionnée par un auditoire aussi nombreux qu'éclairé.

Par ailleurs, rien n'a manqué à l'éclat extérieur du Congrès : banquet qui réunit 400 congressistes, galas, excursions, le tout révélant une organisation parfaite.

Ce *premier Congrès international de l'asthme* fut tout à l'honneur du Mont-Dore.

La visite de son établissement en plein fonctionnement de toutes les pratiques de la cure, révéla avec quel souci scientifique et quel soin technique sont installés ses services.

Unanimement la vieille station fut acclamée « Providence des asthmatiques ».

# CORRESPONDANCE

## Questions médico-militaires

### 2364. — Proposition pour le grade de médecin capitaine

Médecin lieutenant de réserve à titre définitif depuis sept ans, ayant accompli les périodes réglementaires, je pensais être proposé pour le grade de capitaine sur le tableau de cette année. — conformément au décret du 7 juillet 1929, art. 6. Or, j'apprends que je n'ai pas pu être proposé, parce que ne sont « proposables » que les médecins-lieutenants à titre définitif le 31 décembre 1924. Ce qui fait une ancienneté de huit ans (Circulaire ministérielle n° 9892 *K* du 17 août 1931.)

Cette décision ministérielle me semble en opposition avec le décret de juillet 1929. Du reste, dans toutes vos réponses vous vous appuyez sur ce décret. Ainsi dans le *Concours Médical* du 11-13-3-32, page 829, question 6469, un médecin lieutenant à titre définitif le 18 mars 1927 vous demande quand il sera proposable pour le troisième galon ? Vous répondez : le 18 mars 1933 (conformément au décret de 1929). Alors, je ne comprends plus... Evidemment entre « proposable » et « proposé » il y a une nuance : pourtant la *Concours Médical* du 17 août 1931 emploie bien le terme « proposable ».

Dr X.

**Réponse**

Il n'y a pas opposition entre les textes réglementaires ; si en effet, le décret de juillet 1929 fixe des *minima* d'ancienneté de grade afin d'être *proposable* pour l'échelon supérieur, il existe une restriction, à savoir que le temps d'ancienneté fixé pour l'avancement des *officiers de réserve* ne peut être inférieur à celui fixé chaque année pour la promotion au grade supérieur des *officiers de l'active du même grade* (art. 33 de la loi du 8 janvier 1925).

Autrement dit, si, pour les *officiers de l'active* d'un grade déterminé, ce temps minimum d'an-

cienneté dans le grade, que le ministre fixe chaque année pour les proposables au grade supérieur, est de huit années, pour les *officiers de réserve* ce temps pour le même grade, ne pourra être inférieur à huit années ; des officiers de réserve ne sont pas proposables à une ancienneté inférieure à celle des officiers de l'active du même grade.

Qui dit « proposable » ne dit pas « proposé. Car, à part le grade de lieutenant, tous les autres grades ne s'acquièrent dans la réserve *qu'au choix*. C'est une sorte de concours sur titres entre tous les officiers de même ancienneté ; sur appréciation des titres, le ministre choisit parmi les proposables certains officiers pour en faire des *proposés définitifs* après que ceux-ci ont déjà été eux-mêmes ainsi proposés, choisis parmi les proposables, par les Directeurs.

---

## 2273. — Pension et majorations

En date du 30 mai 1931, j'ai été proposé pour une pension d'invalidité de 20 % et j'ai reçu un titre d'allocation provisoire.

Je vous ai demandé à cette époque quel serait le montant de ma pension. Vous m'avez répondu :

| | |
|---|---|
| 20 % de lieutenant | 730 |
| + 140 % du taux de soldat | 672 |
| | 1.402 |

Et en effet, j'ai touché trois trimestres sur cette base de 1.402 francs.

Il y a quelques jours le sous-intendant m'a réclamé mon titre provisoire et vient de me faire parvenir une notification d'un arrêté du ministre des Pensions m'accordant une pension de 20 % = 700, mais il n'est pas question des 140 % du taux de soldat (672 francs).

Est-ce une omission, une erreur ou n'ai-je pas droit à cette majoration que vous m'indiquiez, ou bien cette majoration sera-t-elle indiquée sur le titre de paiement ?

Dr F.

**Réponse**

La partie « taux de soldat » de votre pension d'invalidité rentre dans ce qu'on appelle les « majorations temporaires » de pension.

Le taux basal de 20 % figure *seul* sur le Livret de pension, mais les « majorations temporaires » sont payées *automatiquement*, par addition au taux basal de 20 %.

---

## 2305. — Pension pour tuberculose viscérale

Membre du « Sou Médical » et abonné au *Concours Médical*, je vous serai reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis au sujet de l'application du décret du 17 juillet 1931, sur l'indemnisation des tuberculoses viscérales des réformés de guerre.

Un de mes clients a été réformé avec pension à 85 %, le 23 avril 1929, par décision du Tribunal des pensions, dont 80 % pour amputation de cuisse appareillée et 20 % = 5 % pour infirmité pulmonaire.

Les attendus du tribunal concernant cette infirmité sont les suivants :

« Attendu que le Docteur B..., médecin du dispensaire antituberculeux de M., a été commis, qu'il a rempli sa mission et que dans son rapport déposé le 8 mars 1929, il déclare :

Que les signes stéthoscopiques font déceler chez G..., en arrière une submatité aux deux bases et des signes de cortico-pleurite à la base droite, que dans les régions omo-vertébrales et aux sommets il existe une inspiration rude et soufflante avec un léger degré de pectoriloquie aphone ;

Qu'il existe en avant et à droite une submatité sus-claviculaire et une inspiration soufflante, que les bruits du cœur sont assourdis ;

Que l'examen radioscopique montre que le sommet droit s'illumine mal à la toux, qu'il existe au-dessous de la clavicule droite, sous forme d'une tache noirâtre un ganglion aberrant ;

Que le hile droit est accentué et élargi et qu'il présente à son centre de gros ganglions crétacés ;

Que G... est atteint de lésions pleuro-pulmonaires caractérisées par la sclérose de deux sommets, particulièrement du droit, de l'adénopathie intertrachéo-bronchique et de la pleurite de la base ; que ces lésions sont *l'indice d'une infection tuberculeuse ancienne*, parvenue au stade cicatriciel pour le parenchyme et crétacé pour les ganglions ;

Que le degré de cette infirmité est de 20 %. »

Il me semble que le fait pour G..., d'avoir été reconnu atteint d'une infection tuberculeuse même ancienne et parvenue au stade cicatriciel et d'être pensionné pour cette infection à 20 %, légitime l'application à mon client du décret du 17 juillet 1931 et qu'il a droit d'être pensionné à 100 % pour cette infirmité, même s'il n'y a pas eu aggravation de son état.

Quel est votre avis à ce sujet ?

Dr M.

**Réponse**

Dans les termes du libellé diagnostique que vous nous soumettez, l'intéressé n'a pas droit à 100 %, car, s'il y a eu une infection tuberculeuse ancienne, *c'est aujourd'hui de sclérose pulmonaire* qu'il s'agit et, seule, la tuberculose pulmonaire vaut 100 %.

Cependant tous les droits sont réservés, et si personnellement, vous estimez qu'il s'agisse encore de tuberculose, rédigez un certificat initial d'aggravation ; votre client le joindra à une demande qu'il adressera au Médecin-chef du Centre de réforme aux fins d'un nouvel examen, pour bénéfice éventuel du décret du 8 août 1924. Dans ces conditions, un surexpert phtisiologue sera appelé à résoudre la question de la tuberculose.

**2491. — Carte de combattant. Preuve d'origine d'une infirmité**

1° Un soldat, mobilisé pendant la guerre, comme infirmier, a-t-il le droit à la carte de combattant ?

2° Un homme est réformé temporaire en 1920, avec pension, pour anémie, asthénie et troubles dyspeptiques(Pension de 10 %).

A la fin de cette réforme temporaire la pension a naturellement été supprimée.

En 1931, l'homme repasse un conseil de réforme, est trouvé atteint de « gastro-entérite, très mauvaise dentition », et proposé pour une pension de 30 %. La preuve d'origine n'étant pas faite, la pension n'est pas accordée. Comment se fait-il que la réforme temporaire de 1920, avec pension, ne soit pas une preuve d'origine?

Dr G.

**Réponse**

1° Cet infirmier a droit à la carte de combattant s'il a été mobilisé pendant trois mois au moins dans une unité dite combattante, en ce qui concerne le Service de santé dans un groupe de brancardiers divisionnaires ou dans une ambulance *divisionnaire*, à moins d'évacuation de cette formation pour maladie contractée, pour blessure de guerre, à moins de captivité.

2° Cet homme ne bénéficie plus, comme en 1920, de la *présomption* accordée par la loi du 31 mars 1919 ; il doit, bénéficiaire désormais de la loi du 9 janvier 1926, faire la *preuve* que son infirmité a été contractée au front, et que celle-ci a nécessité des soins continus depuis la démobilisation.

---

**2470. — Pension de veuve d'un médecin de réserve pensionné**

Je vous prie de bien vouloir me faire connaître, si la veuve d'un médecin aide-major de réserve, pensionné à 80 % pour cataracte double (lésions par ypérite), décédé en mars dernier de grippe infectieuse, peut prétendre à une pension militaire.

Dans l'affirmative quel serait, approximativement, le montant de cette pension de veuve ?

Dr B.

**Réponse**

Le mari ayant été pensionné à 60 % au moins sa veuve a droit pour le minimum au taux de réversion, pour le maximum au taux normal.

Pension de veuve de sous-lieutenant *au taux normal*, 2.750 francs ; de lieutenant, 2.988 francs par an ; *au taux de réversion*, de sous-lieutenant, 1.898 francs ; de lieutenant, 2.060 francs.

Le taux normal est accordé, si le certificat médico-légal, exigé par la loi, prouve que l'intéressé est mort des suites de la maladie, pour laquelle il était pensionné.

---

### 2443. — Situation militaire d'un père de 6 enfants

Médecin-lieutenant — classe 1914 — père de *six* enfants, dont *cinq vivants* (le quatrième est mort à 5 mois), service armé bien entendu, astreint à des périodes de réserve (la dernière date de 1929) je désirerais savoir :

1° Si je puis me soustraire à ces périodes ;

2° Si le fait d'avoir eu six enfants ne me libère pas définitivement de toute obligation militaire ;

3° Si le fait d'avoir cinq enfants vivants, à défaut d'une libération totale, ne me permet pas d'exiger une mobilisation sur place en cas de guerre ou en tout cas, dans une formation très voisine ?

Dr B.

**Réponse**

L'art. 58 de la Loi sur le Recrutement de l'Armée (31 mars 1928) spécifie que : « Les pères de six enfants vivants, et d'un nombre plus élevé d'enfants, sont libérés de toutes obligations militaires, *dès la naissance de leur sixième enfant.* »

Si donc, dès la naissance de votre 6e enfant, vous aviez prévenu votre Directeur du Service de santé, vous auriez été libéré définitivement. Actuellement, il ne semble plus pouvoir en être ainsi, aux termes mêmes de l'art. 58.

Cependant, père de cinq enfants vivants, vous pouvez à ce titre, demander une affectation de mobilisation à l'intérieur.

Pour les officiers de réserve, le nombre des enfants n'influe pas sur le nombre des périodes, par analogie à ce qui se passe pour les hommes de troupe. Néanmoins, assimilé de ce fait à la deuxième réserve, il vous est possible, de ce fait d'offrir votre démission d'officier de réserve (art. 38), et d'achever la durée de vos obligations militaires, en qualité d'homme de troupe (médecin-auxiliaire).

---

### 2439. — Solde et indemnités d'un médecin lieutenant pendant une période d'instruction

J'ai reçu ces jours derniers un ordre m'invitant à accomplir une période d'instruction militaire de 21 jours.

Je suis de la classe 1913.

Je suis père de famille avec trois enfants (12 ans, 10 ans, 1 an).

Je suis médecin-lieutenant de R. à titre définitf, rang du 24 mars 1926.

J'ai accompli une première période d'instruction de quinze jours en 1927.

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître :

1° le montant de ma solde ;

2° les indemnités et allocations pour charges de famille, auxquelles je peux prétendre ;

3° si je puis demander une indemnité de première mise d'équipement ; depuis que je suis promu

officier je n'ai rien touché pour l'équipement, mon uniforme de médecin auxiliaire qui a fait la guerre n'est guère à la mode.

Dr X.

**Réponse**

1° Le montant de la solde d'un lieutenant de réserve est calculé sur la solde *annuelle* budgétaire de 19.493 francs.

2° Vous aurez droit à vos frais de déplacement pour le voyage à l'aller et au retour. Les indemnités de charges de famille sont d'environ 600 francs par an pour les deux premiers enfants et de 1.000 francs pour le troisième.

3° Si vous n'avez pas touché d'indemnité de première mise d'équipement au moment de votre nomination au grade de médecin auxiliaire, vous avez droit à cette indemnité. Faites-en aussitôt la demande à votre Directeur du Service de santé.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 3249. — Une radio doit être effectuée après « accord » avec le médecin patronal

Je reçois le refus de régler une note d'accidents du travail, sous prétexte que l'autorisation n'a pas été demandée par le médecin traitant (radiographie du pied : 60 francs).

Je n'en suis bien entendu informé que lorsque j'envoie la note d'honoraires.

Comme ce n'est pas la première fois que ce fait arrive, je vous serais très obligé de me dire ce que je dois faire en semblable cas.

Dr A.

**Réponse**

La Compagnie est dans son droit strict. La radiographie « doit être prescrite par le médecin traitant *d'accord* avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis motivé dans les trois jours, etc ... » (art 28, Observ. alinéa 4). En cas d'extrême urgence, le médecin traitant doit « prévenir sans délai » de la radiographie effectuée d'urgence.

J'ai déjà conseillé aux radiographes de prévenir *eux-mêmes* de la demande de radio, bien que ce ne soit pas réglementaire ; si l'assurance leur donne « l'accord » préalable, ils sont couverts pour le paiement ultérieur. Mais cette entorse au règlement ne peut se conseiller qu'au cas où le médecin traitant « fait carence ».

Dr F. Decourt.

### 3329. — Prix des accouchements en accidents du travail

*Assurée sociale notoirement indigente* (feuilles jaunes ; Tarif A.T.). Quels honoraires réclamer pour

VERSION, l'accouchement normal étant tarifié 375 francs ? (ce tarif A. T. ne porte pas mention du forceps et de la version).

Dr D.

**Réponse**

Il n'est pas d'autre tarification à adopter en se basant sur le Tarif des A. T. que celle de 375 francs donnée, puisqu'il n'est pas spécifié de prix différents pour les accouchements simples ou laborieux.

Dr F. DECOURT.

### 3399. — Radiothérapie

Voudriez-vous avoir l'extrême amabilité de me faire connaître comment il faut tarifer les séances de radiothérapie superficielle, radiothérapie moyennement pénétrante ; radiothérapie pénétrante, au point de vue des accidents du travail.

Dr B.

**Réponse**

Il n'y a pas de rubrique spéciale dans le Tarif des accidents du travail pour la radiothérapie. Ce n'est pas une omission fortuite. Il fut déclaré à la Commission qu'il y aurait lieu chaque fois à un *accord préalable* sur l'utilité d'interventions de ce genre et leur prix, entre le médecin du blessé et celui du patron ou assureur substitué.

Dr F. DECOURT.

### 3266. — Double appareil plâtré

Je viens d'être appelé à donner mes soins à un ouvrier blessé du travail, et atteint de fracture des deux calcanéums (constatée à la radiographie). J'ai fait appel à un confrère pour mettre un plâtre à chaque pied. Que doit demander le confrère comme honoraires ? Et moi-même ?

Dr G.

**Réponse**

L'un est le chirurgien opérateur, l'autre l'aide. Le premier doit compter, à défaut de tarification spéciale, en l'espèce, un appareil plâtré (100 francs. Art. 18) pour le premier calcanéum et le même prix *moins* 50 % (art. 10), soit 50 francs, pour le deuxième calcanéum, soit au total 150 francs.

Le second, à titre d'aide, doit réclamer 80 francs (art. 11).

Dr F. DECOURT.

### 3426. — Soins d'urgence et pose d'appareil provisoire

Le 13 mai 1932, des ouvriers d'une usine voisine transportent dans ma salle d'attente, un de leurs camarades blessé au cours de son travail et atteint de fracture ouverte de la jambe droite à son extrémité inférieure, fracture des deux os.

Pansement, réduction et contention avec des attelles, du carton ondulé, des bandes et transport d'urgence, à l'hôpital Lariboisière.

Comment tarifer la note d'honoraires, je ne trouve rien dans le tarif actuel me permettant de chiffrer exactement.

Dr C.

**Réponse**

*a)* Il y avait dans le Tarif Fallières en note de l'art. 18 : « soins d'urgence et pose d'appareil provisoire en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin : 50 francs. Cette rubrique a disparu dans le Tarif Landry.

A mon avis, c'est une *« omission »* à réparer et que je proposerai lors de la plus proche réunion de la Commission. *En attendant,* vous pouvez, vous basant sur l'ancien tarif, demander 50 francs en faisant remarquer l'omission ci-dessus à ce que présentait l'ancien tarif.

*b)* Quant au « transport d'urgence » ce n'est plus là question de « Tarif médical », mais affaire de « loueur de voiture » relevant du droit commun.

Dr F. Decourt.

## Assurances sociales

### 3472. — La mutualisation des assurances sociales

Je viens de lire avec attention votre article du *Concours médical* (5 juin 1932) sur les assurances sociales et la mutualité.

Tout ce que vous écrivez me paraît exact. Aussi dans la lutte qui s'annonce y a-t-il lieu de préparer des munitions et un plan de contre-attaque.

Car, s'il est évident qu'un arrangement vaut mieux qu'un bon procès, je crois qu'aux faits tendancieux avancés par la mutualité, il sera bon d'opposer des faits exacts anti-mutualistes, et des propositions « assez révolutionnaires ».

Comme vous l'avez rappelé les sociétés mendiantes vivent aux crochets de l'Etat, des membres honoraires et des médecins.

Aussi, serait-il bon de rechercher : 1° les *bilans* annuels d'un certain nombre de sociétés mutuelles où l'on peut faire la discrimination des *recettes* ; 2° les *avantages exacts* reçus par les sociétaires ; 3° l'origine légale et l'explication de la *subvention annuelle* du budget (120 millions en 1932).

D'autre part, il y a dit-on, 1.800 millions de réserves.

Est-il possible d'expliquer ces réserves ? ne viennent-elles pas en grande partie des subventions de l'Etat ? Et dans ce cas ne pourrions-nous pas demander que l'Etat, aujourd'hui pauvre, reprenne cet argent qui servirait, justement, à constituer une ou deux annuités de subventions prévues au budget des Assurances sociales ?

Et enfin établir la proportion exacte de l'effectif mutualiste en regard de l'effectif total des assurés sociaux.

En dernier lieu, voici une idée à creuser qui, est, en somme, une idée corporative.

Les caisses primaires départementales deviendraient des caisses primaires gérées par les Syndicats médicaux. Elles serviraient de termes de comparaison et permettraient aux médecins de prouver qu'on peut faire une *médecine sociale libre*.

Dr D.

---

**3586. — Honoraires du médecin membre de la Commission technique**

Ayant été désigné par le juge de Paix pour faire partie d'une Commission technique, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire quels honoraires il y a lieu de demander à la partie qui a succombé, car c'est la première fois que cela m'arrive et personne ici ne semble fixé à cet égard.

Dr B.

**Réponse**

Aucune disposition légale ou règlementaire ne fixe le montant des honoraires qui sont dus au médecin désigné par le juge de paix pour faire partie de la Commission technique instituée par l'article 7 de la loi sur les assurances sociales.

C'est donc à ce médecin qu'il appartient de fixer ses honoraires, en tenant compte du temps passé, du travail effectué et aussi de sa notoriété et de sa situation professionnelles. Il semble que, comme il s'agit d'une sorte d'expertise, un honoraire de 50 à 100 francs ne serait pas excessif.

## Fiscalité

**3094. — Réduction d'impôts pour les pères de familles nombreuses**

Comme père de cinq enfants mineurs, ai-je droit à une réduction sur le montant de ma patente et de ma contribution mobilière ? Il existe je crois une loi qui accorde cette réduction aux médecins habitant Paris. Cette loi est-elle applicable à la banlieue parisienne où j'habite et dans l'affirmative quelles sont les formalités à remplir pour obtenir une décharge sur mes contributions patente et mobilière ? Je suis installé ici depuis mars 1931. Dr S.

**Réponse**

Comme père de cinq enfants, vous n'avez droit à aucune réduction sur la patente.

La réduction sur la mobilière dépend de la municipalité de votre commune.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

---

**3187. — Base de la patente**

1° Je sais que la « patente est déterminée d'après la valeur locative du loyer », ce qui ne veut pas dire que le prix de base d'établissement égale cette valeur locative.

Or, mon loyer enregistré est de 3.500 francs. L'an dernier 1931, le contrôleur a pris comme base 2.250 francs, mais cette année il porte le chiffre

plein du loyer, soit 3.500 francs. Pourquoi ce changement ?

Est-il dans son droit ? sans doute et risquerais-je en réclamant de m'attirer un rappel pour 1931 ?

2° D'autre part, j'ai eu à supporter cette année étant locataire, des frais de travaux (établissement d'un salon d'attente). Ne sont-ce pas des éléments à retenir pour l'évaluation de la valeur locative imposable, et ne suis-je pas fondé, en raison de ces frais, à demander une diminution du prix de base fixé par le contrôleur de 3.500 francs (exactement égal au loyer effectif) ?

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître votre avis toujours très précieux.

Dr C.

**Réponse**

C'est le prix du bail qui sert de base à la contribution des patentes.

Les dépenses professionnelles n'ont aucune influence sur cet impôt, mais elles sont déductibles du revenu brut pour le calcul des impôts cédulaires et sur le revenu global.

A. M.

---

### 3224. — Patente en cas de modification du loyer en cours d'année

Je me permets de faire appel à votre compétence. D'après les réponses que vous avez faites à plusieurs de mes confrères, j'ai compris que, lorsqu'en cours d'année, un médecin change d'appartement pour en prendre un plus cher ou lorsqu'un médecin subit dans le cours de l'année une augmentation de son loyer, le fisc a le droit de lui réclamer au moyen d'un rôle supplémentaire un supplément de patente correspondant à l'augmentation de son loyer et au nombre de mois pendant lesquels cette augmentation a joué.

Prenant maintenant le cas contraire qui est le mien. Mon loyer va être diminué de 1.200 francs à partir du 1er octobre, ce qui fait pour 1932, une diminution de 300 francs.

Comme la patente est égale à près de 8/12e de mon loyer (soit deux tiers), il me semble que j'ai droit à être dégrevé de 200 francs environ.

Je viens de recevoir l'avertissement concernant ma patente basée naturellement sur le prix du loyer payé actuellement et jusqu'au 1er octobre. Que dois-je faire ?

Dr K.

**Réponse**

Lorsque le loyer augmente en cours d'année, le contrôleur impose à la patente la différence par rôle supplémentaire.

Mais si le loyer diminue, il n'y a aucun dégrèvement, car la patente est calculée pour l'année sur les faits existant au 1er janvier.

Ce n'est pas juste mais c'est légal.

A. M.

---

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

### I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

### II

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :
**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse.** Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne.** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche). J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maiche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat.** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex.** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja.** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Pau.** Cornet, Sendral.
**Rousses (les)** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianes.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié, de Vaucressou (*chir. acc*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs :
**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.), Lapy, Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet, Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barraud G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Laoanau.** Dubroca.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutie, de Vaucresson (*chir.*)
**Palavas-les-Flots.** Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Roscoff.** Bagot, Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer.** (Calvados), Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau
**Saint-Georges-de-Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**Ste-Maxime-s/Mer.** Ficonetti
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical,* de MM. les Docteurs Bachelet, de Pont-de-Briques ; Achard, d'Aïn-Temouchent et Fouilloud-Buyat, de St-Geoire, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 210. — Rais. santé, à céder poste méd. propharm. à 30 km. Bordeaux. Affaires import. à augmenter. Belle maison avec jardin. Faible indemn. avec facilités.

Nº 211. — Est. Ville très agréable, belle clientèle, grande maison, eau, gaz, électr., jardin, garage. Bail, loyer modéré. A céder condit. intéress. Pressé.

Nº 212. — Remplacements. La Section de Médecine de l'A. G. des étudiants de Toulouse, 23, Place du Capitole, prie MM. les médecins qui désirent se faire remplacer de lui en faire part, en indiquant leurs conditions. Cet intermed. est absolum. gratuit.

**Cabinet Breitel & Gobet**
1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46

1º Porte de Paris, client. anc., appart. agréab., bon prod. Indemnité à débat.

2º O.R.L. Opht. ds ville centre. Loyer 8.000. Bail. Indem. 78.000 fr. avec mat. et mob.

3º Région Lyonnaise, gros poste camp., mais. tt. conf., bail. Indem. 80.000 dt. 1/2 cpt.

## Renseignements

**La Bourboule.** — Maison médicale p. enfants. Tout conf. Cures therm. et clim. Pour tous renseign. et prospectus, s'ad. Dr Barthomeuf, Beau Soleil-Cottage. La Bourboule.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le livre d'or du Corps médical français.** M. Jean Granon, externe des hôpitaux de Lyon. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Jean Granon, externe à l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon.

« Externe de grande valeur morale. A toujours fait preuve du plus grand dévouement dans l'exercice de ses fonctions. A contracté successivement, dans le service des contagieux, la fièvre scarlatine et la fièvre typhoïde. A succombé victime de son devoir ».

(*Citation à l'ordre de la nation*).

— **XVIe Croisière du « Bruxelles-Médical ».** — *Avis important.* — « A quelque chose malheur est bon » et l'échouage du *Brazza*, remis en route grâce à la prodigieuse manœuvre du commandant Cariou, n'aura pas été sans donner une large compensation aux « croisés ». En remplacement de la croisière « aux Iles du Soleil », la Compagnie des Chargeurs Réunis et la Compagnie Sud-Atlantique offrent au choix *le Soleil de Minuit* ou *la Croix du Sud* ! En effet, sans dépasser ni l'époque des vacances, ni les prix de la XVIe croisière, ni la durée approximative des congés, les amateurs pourront choisir, suivant leurs aspirations, entre le Cap Nord ou le Brésil.

Au départ de Dunkerque, les voyageurs pourront se rendre par le paquebot de grand luxe *Foucauld*, vers l'océan glacial arctique par tous les fjords de Norvège, et le baron de Gerlache nous autorise spécialement à dire que l'itinéraire choisi est le plus complet qu'il lui ait été donné d'étudier cette année. Prix de compensation : 4.250 francs français.

Quant au voyage au Brésil, par le palace flottant extra-rapide qu'est le *Massilia* (août), il aura une durée de trente-trois jours avec douze jours de séjour là-bas, permettant la visite de Rio-de-Janeiro, la plus belle baie du monde, de Santos, de Sao-Paulo, de Campinas, etc... Prix de compensation : 7.500 francs français, séjour à terre compris.

Tous les renseignements (plans de bateaux, vues, horaires, tarifs, itinéraires, etc.), seront donnés à ceux qui s'adresseront d'urgence *de notre part* à *l'Office Belge des Compagnies de Navigation*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

— **Académie de médecine.** — Le Docteur Nicolas, de Lyon (et non de Nancy, comme il était indiqué dans notre dernier numéro), l'éminent professeur de clinique de dermato-syphiligraphie de la Faculté de Lyon, vient d'être élu membre correspondant de l'Académie de médecine.

— **Hommage au professeur Hartmann.** — Le volume jubilaire du Professeur Hartmann lui sera remis le dimanche 10 juillet, à 11 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Ses amis et élèves sont priés d'y assister; il ne sera pas envoyé d'invitations individuelles.

— **A la mémoire du Docteur Jules Auclair.** — Les élèves et les amis de Jules Auclair ont formé le projet de commémorer sa mémoire par la frappe d'une médaille. Ils ont le désir que la haute valeur et la probité scientifique d'Auclair reçoivent cet humble hommage pour perpétuer le souvenir des beaux travaux, qu'il entreprit dès le début de sa carrière et qu'il continua durant toute sa vie, sur la pathogénie et le traitement de la tuberculose.

Chaque souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille qui sera gravée par M. Fix-Masseau.

Les souscriptions sont reçues par M. Paul Radiguer, trésorier, 151, rue de Grenelle, Paris (7e).

— **Distinction honorifique.** — La médaille d'honneur de la Prévoyance sociale est attribuée à M. le Docteur Henri-Fischer (de Bordeaux), lauréat de l'Académie de médecine et de l'Institut, pour services rendus aux œuvres sociales.

— **Voyages de la Nomade.** — La *Nomade*, société médicale et universitaire, effectuera cette année les excursions suivantes, en auto-car : Pays-Bas, du 2 au 11 août ; Engadine-Tyrol, du 22 août au 7 septembre ; Lacs italiens, du 6 au 11 septembre.

Conditions sur demande (joindre timbre) au président : Docteur Cavro, 15, rue Jules-Ferry, Paris. XIIIe.

— **Voyages en U. R. S. S.** — Voyages organisés pour les médecins. Départs : début août ou septembre. Renseignements à la Banque commerciale pour l'Europe du Nord ( cette banque assure, pour Paris, les services bancaires de l'Union des Républiques socialistes soviétiques), bureau G. H., 26, avenue de l'Opéra, Paris.

— **Assemblée générale de «L'Aide aux cardiaques».** — L'assemblée générale de « L'Aide aux cardiaques » (Fondation Dike) a eu lieu le 13 juin à l'hôpital de la Pitié, sous la présidence de M. André Tardieu, assisté de M. Louis Mourier, directeur de l'Assistance publique à Paris.

Le Professeur Vaquez, président de l'œuvre, a montré les résultats déjà obtenus par celle-ci, en particulier pour ce qui concerne la rééducation professionnelle des malades atteints d'affections du cœur et des vaisseaux.

Plusieurs filiales de l'œuvre sont en plein fonctionnement, entre autres celles de Roumanie (Prof. Danielopolu) et de Tchécoslovaquie (Prof. Libensky). Des filiales sont en formation en Espagne, en Argentine et au Mexique.

— **Documentation photographique, cinématographique et radiographique dans les sciences médicales.** — Le Docteur Claoué et M. Jean Painlevé feront une série de conférences avec démonstrations pratiques, du 10 au 15 octobre prochain, dont le but est de fixer les jalons indispensables pour obtenir une bonne documentation photographique dans

les sciences en général, en oto-rhino-laryngologie, en chirurgie plastique et esthétique en particulier.

Ils développeront les méthodes et les procédés qui leur sont personnels.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Claoué, 1, rue Singer, Paris (16e). Tél. Auteuil 75-31.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le 14 novembre 1932, à l'Hôtel-Dieu, de Lyon.

— **Cité universitaire de Bordeaux.**— Dans sa séance d'avril 1932, le Conseil de l'Université a adopté le projet de contrat définitif, à intervenir entre l'université et l'office public d'habitation à bon marché de la ville de Bordeaux, en vue du fonctionnement de la Cité universitaire de cette ville.

— **Hôpitaux de Dreux.** *Internat.* — L'hôpital de Dreux, qui compte en moyenne 195 journées de présence d'hospitalisés, demande un interne.

Conditions : Avoir vingt inscriptions et avoir subi avec succès le concours de l'externat dans une ville de Faculté. S'engager à ne pas s'installer, pendant quinze ans, dans un rayon de 25 kilomètres de Dreux.

Avantages : logement, nourriture, indemnité annuelle, repos hebdomadaire d'une journée, quatre congés annuels payés, de quinze, huit et quatre jours.

Adresser les demandes au Directeur de l'hôpital de Dreux.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

22 JUIN

**Enseignement de la médecine.**

La chaire de clinique chirurgicale A de la Faculté de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

---

Par décret du 16 juin 1932, il est créé à la Faculté de Paris un emploi de professeur titulaire, un emploi de chef de clinique et un emploi de chef de laboratoire.

Le nombre des emplois du personnel des cliniques de la Faculté de Paris est fixé à 74.

23 JUIN

*Concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine.*

Par arrêté en date du 22 juin 1932, l'ouverture du concours des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 12 juillet 1932.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves

du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux.

Les registres d'inscription seront clos le 5 juillet, à seize heures.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES

Sont admis à concourir :

A. — *Régime d'études de* 1893-1899.

1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire ;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien », le deuxième examen probatoire ;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien », le troisième examen probatoire.

B. — *Régime d'études de* 1911-1912.

Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. — *Régime fixé par le décret du* 10 *septembre* 1924.

Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7, l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. — *Régimes d'études de* 1893-1899 *et de* 1911-1912.

Etudiants à 4 inscriptions.

Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions.

*a*) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) et une composition d'histologie ;
*b*) Une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions.

*a*) Une composition de médecine ;
*b*) Une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions.

*a*) Une composition de médecine ;
*b*) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. — *Régime d'études de* 1924.

Etudiants à 4 inscriptions.

*a*) Une composition d'anatomie ;
*b*) Une composition d'histologie.

Etudiants à 8 inscriptions.

*a*) Une composition de physiologie ;
*b*) Une composition de physique et de chimie biologique comportant :

1° Une question de physique biologique (une heure) ;
2° Une question de chimie biologique (une heure).

Etudiants à 12 inscriptions.

*a*) Une composition d'anatomie pathologique ;
*b*) Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions.

*a*) Une composition de médecine générale ;
*b*) Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

*N. B.* — Peuvent obtenir, sans concours, une bourse de doctorat en médecine de première année, les candidats qui justifient :

Soit de la note 75 à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (ou de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle) et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : 2 « bien » ou 1 « bien » et 1 « assez bien » ;

Soit de la note 80 au certificat P. C. N. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

24 JUIN

**Service de santé militaire.**

M. Desfarges, médecin lieutenant de réserve, rayé des cadres, est admis à l'honorariat de son grade.

24 JUIN

Au *Journal officiel* de cette date figurent des promotions dans le Service de santé (réserve), que nous publierons ultérieurement.

26 JUIN

**Sanatoriums publics.**

*Avis de concours pour un poste de médecin adjoint de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium départemental de la Guiche (Saône-et-Loire).

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et

peut atteindre 36.000 francs, par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 20 juillet 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris,

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin adjoint.

28 JUIN

**Sérums thérapeutiques.**

*Décret du 22 juin 1932 relatif à la préparation et à la mise en vente de certains médicaments.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

**Médecine coloniale.**

*Décret du 24 juin 1932 modifiant le décret du 11 décembre 1928 relatif à la protection de la santé publique en Indochine.*

Art. 1er. — L'article 23 du décret du 11 décembre 1928 portant règlement sur la protection de la santé publique en Indochine est complété ainsi qu'il suit :

« Auprès de l'administrateur chef de la région de Saïgon-Cholon, il est institué une commission sanitaire régionale unique qui exerce les attributions dévolues aux commissions municipales. »

Art. 2. — L'article 24 du même décret est abrogé et remplacé par le texte ci-après :

*Art.* 24. — Dans la région de Saïgon-Cholon, il est créé un service régional d'hygiène, et dans les autres grandes villes érigées en municipalités, un service municipal d'hygiène. Ces services sont dirigés par des docteurs en médecine français, nommés par concours ou sur titres.

Ces médecins doivent prendre l'engagement de ne faire aucune clientèle, ils sont placés sous l'autorité directe de l'administrateur chef de la région, maire ou administrateur maire, et sous le contrôle technique du directeur local de la santé.

Leurs attributions, ainsi que la composition du personnel qui leur est adjoint, sont déterminées par un arrêté du gouverneur général.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Le Sou médical)

*Admissions prononcées par le Conseil dans sa réunion du 28 juin 1932.*

MM. les Docteurs :

9.752 ESCARRAS, Cannes (Alpes-Maritimes), Syndicat des médecins cantonaux.
9.753 BALLARIN, Aubervilliers (Seine), Parrains : Drs Tabourey et Brégier.
9.754 DENIS, Fauville-en-Caux (Seine-Inférieure), Parrains : Drs Leseille et Duchesne.
9.755 ROULIN, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Saint-Malo.
9.756 LAPEYRE, Montpellier (Hérault), Parrains : Drs Pradal et Augé.
9.757 NOUAILHAC, Brive (Corrèze), Syndicat de Brive.
9.758 MARTY, Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise), Syndicat de Seine-et-Oise.

A défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication, les admissions ci-dessus seront définitives (art. 6 des statuts).

## Application des lois du travail aux infirmiers des cliniques et maisons de santé

On nous demande si les infirmiers d'une maison de santé privée doivent bénéficier de la protection des lois du travail, notamment en matière d'accidents du travail, de repos hebdomadaire et de la loi de huit heures.

Je tiens, dès l'abord, à faire une distinction très nette entre le personnel infirmier des hospices et hôpitaux (établissements publics de bienfaisance) et celui des maisons de santé privées.

Alors que les premiers sont considérés comme ne faisant pas acte de commerce, ne réalisant aucun bénéfice, parce qu'ayant un caractère de bienfaisance publique, les seconds sont au contraire rangés, par la jurisprudence, comme constituant des entreprises commerciales, partant, assujetties à toutes les obligations fiscales ou autres, qui frappent les établissements commerciaux.

Du point de vue application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, la question est définitivement réglée depuis un arrêt de la cour de Cassation, du 12 novembre 1923 (*Concours médical*, 1924, 269.)

Depuis cette époque, la jurisprudence n'a pas

varié et décide que tout établissement médical, clinique, ou maison de santé qui, moyennant rémunération, donne aux malades le logement, la nourriture et même les soins, constitue une entreprise commerciale ( Tribunal civil de Bourg, 25 mai 1924 ; *Gaz. Pal.* 4 juillet 1924 ; Cour d'appel de Paris, 7[e] chambre, 15 juin 1925 ; *Gaz. Pal.*, 4 octobre 1925 ; *Gaz. Trib.* 5 novembre 1925 ; *Concours médical,* 1925, 2676 ; Tribunal civil de Lorient, 17 novembre 1925 ; Cour de Cassation, chambre des Requêtes, 6 juillet 1927 ; Cour d'appel d'Aix, 20 novembre 1926 ; *Gaz. Trib.* 12 juillet 1927. *D. H.*, 1927.432. ; Tribunal civil de la Seine, 15 février 1930 ; Le *Droit ouvrier*, 1930.85).

Au contraire, en ce qui concerne les hospices, hôpitaux et autres établissements uniquement de bienfaisance, la loi sur les accidents du travail ne serait pas applicable (Cassation, Requêtes, 16 décembre 1925. ; *D. H.* 1926.21.)

Cependant le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail avait émis, le 24 octobre 1923, un avis contraire, estimant que la loi du 2 août 1923 est applicable aux infirmiers des hôpitaux, en ce sens qu'ils doivent être considérés comme des serviteurs à gages.

Un arrêt récent de la cour de Cassation, Requêtes, du 27 avril 1931 ; *Gaz. Pal.* 1931.2.134, décide qu'une infirmière de la Ville de Paris, chargée d'accompagner les malades dans les ambulances urbaines et qui n'appartient pas au cadre municipal permanent, bénéficie de la loi sur les accidents du travail.

D'ailleurs, les hospices et hôpitaux de France ont constitué une mutuelle inter-hospitalière, pour garantir leur personnel infirmier contre les accidents survenus à l'hôpital.

Par jugement du 25 janvier 1930 (*D. H.* 27 février 1930), le tribunal civil de la Seine, 9[e] chambre, 1[re] section, a décidé qu'une infirmière, envoyée par un établissement, chargé de placer des infirmières à domicile, chez les malades, bénéficie de la législation sur les accidents du travail, lorsqu'elle est blessée au service du malade chez lequel elle est placée.

Nous pouvons donc dire que progressivement, la loi du 9 avril 1898 devient applicable à la plupart des cas, concernant le personnel infirmier.

Doit-on en dire autant pour les lois du travail, telles que celles du repos hebdomadaire et des huit heures ?

Par lettre circulaire en date du 5 janvier 1928, l'Inspecteur départemental du Travail consulta les médecins propriétaires, ou directeurs des maisons de santé de la Seine, sur un projet de décret, concernant l'application de la loi de 8 heures, dans tous les établissements hospitaliers, publics ou privés.

En ce qui concerne les hôpitaux publics, un

*Voir la suite page LV-2137*



NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME - PARIS

# PROPOS DU JOUR

## Contre la dépopulation

### Une politique de l'immigration, la greffe inter-raciale

L'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française s'est récemment réunie. M. Sauvy, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, et M. Husson, ancien élève de l'Ecole Normale supérieure, deux mathématiciens de grande valeur, y ont établi par de savants calculs que, si l'état démographique de la France demeure stationnaire, avec l'actuelle diminution de la fécondité, il y aura dans 50 ans, 1.800.000 habitants de moins dans notre pays. Si la progression de la dénatalité des dernières années persiste en s'accentuant progressivement comme elle le fait, ce sera 11.700.000 Français de moins qu'il y aurait en 1980. Quelle que soit la diminution de la mortalité obtenue, on ne pourra par l'hygiène infantile seule enrayer cette marche à la dépopulation. Heureusement en matière de sciences sociales, le problème est étrangement complexe et les mathématiciens y sont loin d'être de bons prophètes de même d'ailleurs que les hommes politiques. Au grand dîner qui fut donné par l'Alliance nationale et qui fut présidé par le ministre de la Santé publique, M. Justin Godart, ce dernier renchérit et affirma que la cote de la Bourse ne donnait pas seule l'indice de la prospérité d'un pays, qu'il fallait y joindre la cote de la natalité. La prospérité qui règne dans l'U. R. S. S. et en Chine, pays à très haute natalité, et sur laquelle personne ne se fait d'illusion, pourrait évidemment être donnée comme exemple à cette thèse. Mais ne chicanons pas sur ces détails, il est permis à un ministre, dans la chaleur communicative d'un banquet, de laisser échapper au cours d'un discours improvisé quelques affirmations discutables.

N'empêche que le problème de la dépopulation devrait être angoissant pour tout Gouvernement français, si tant est que gouverner, c'est prévoir.

Les moyens jusqu'alors employés : primes de natalité, avantages aux familles nombreuses, propagande, etc., sont des moyens parfois puérils, en tout cas d'une insuffisance notoire.

La lutte contre la mortalité infantile, la puériculture, comme nous l'exposions récemment, est de première nécessité, mais encore insuffisante Il faut trouver autre chose de plus efficace. Cette autre chose nous paraît devoir être une politique de l'immigration de façon à obtenir un rajeunissement par apport d'éléments nouveaux à notre race.

Notre ami très distingué, le Dr René Martial, a magistralement exposé devant l'Académie des sciences morales et politiques, cette question qu'il connaît à fond, car c'est à lui que revient l'honneur d'avoir démontré l'importance de l'immigration bien réglementée qui se traduit par ce qu'il appelle la greffe *inter-raciale*.

R. Martial reproche aux divers gouvernements français d'adopter en matière d'immigration, le système de l'empirisme improvisateur et imprévoyant.

L'immigration ne doit pas dans un pays à natalité insuffisante comme le nôtre aboutir à l'importation d'une main-d'œuvre plus ou moins nombreuse qui suivra les fluctuations économiques telles que le chômage ou qui donnera lieu à la formation de groupes coloniaux étrangers non résorbables par le peuple récepteur.

Le but de l'immigration serait ainsi manqué. Les Etats-Unis d'Amérique du Nord nous en fournissent un exemple très démonstratif. L'immigration y est parfaitement surveillée et réglée au point de vue des entrées. Mais, agissant sous l'influence de nécessités économiques sans se soucier de l'avenir, les Gouvernements américains n'ont pas songé à ce que deviendraient un jour ces immigrants.

Il en résulte que chaque groupe, conservant sa langue, sa religion, ses mœurs forme une minorité ethnique qui est juxtaposée à d'autres sans se comprendre et ne forme pas ce que l'on peut appeler une véritable nation. Cette sorte de chaos politique dont New-York, véritable manteau d'Arlequin au point de vue ethnographique, est le plus bel exemple, explique la politique intérieure et la politique extérieure de l'Etat américain qu'il nous arrive parfois de ne pouvoir comprendre.

Pour que l'immigration soit utile à un peuple

récepteur, il faut qu'elle aboutisse dans un temps plus ou moins long à ce que R. Martial appelle la greffe inter-raciale. « Cette greffe inter-raciale consiste à prélever sur un pays convenablement choisi un certain nombre d'individus, ou mieux de familles, à les transporter dans le pays récepteur dûment préparé, pour essayer avec l'aide du temps de les fixer, de les assimiler, de les résorber. »

Mais pour cela, il faut pratiquer et pendant de très longues années une politique de l'immigration et ne pas la laisser livrée à des entrepreneurs ou des agences qui ne prévoient rien et ne songent qu'à leurs intérêts.

Tous les peuples ne donnent pas des immigrants assimilables au pays récepteur. Il convient avant de favoriser des immigrants non seulement de faire sur eux une complète enquête individuelle, mais aussi de faire l'étude de leur ethnographie, de leur psychologie, connaître leurs mœurs, leur religion, juger de leur instruction (les analphabets ne peuvent guère être assimilés). Il faut aussi se rendre compte de l'état des régions où les immigrants seront établis, du climat auquel ils doivent pouvoir s'adapter, s'occuper de leur habitation, de leur installation, de leur protection, etc., etc.

La greffe inter-raciale s'est déjà réalisée en France à diverses reprises. L'histoire ethnographique de notre pays démontre que plus de cent peuples différents sont venus se fondre pour constituer la nation française qui est cependant une des nations les plus unies et qui jouit du plus grand pouvoir d'assimilation.

R. Martial cite un exemple peu connu et cependant remarquable de greffe inter-raciale, en France, c'est celle des Hollandais qui s'opéra surtout de 1598 à 1672.

Dès le XIII[e] siècle, les Hollandais apparaissent dans nos foires de Champagne ; au XIV[e] siècle, ils vont jusqu'en Languedoc. Le développement de leur marine marchande en fait plus tard nos meilleurs agents d'exportation, beaucoup d'eux s'installent dans nos ports, surtout à Bordeaux et à Nantes.

Au XV[e] siècle aux marchands et aux négociants, viennent s'adjoindre des artistes, grâce à la Maison de Bourgogne.

Au XVI[e] siècle, les luttes contre l'Espagne, attirent en Hollande beaucoup de Français savants, lettrés, gentilshommes et de leur côté, les Hollandais viennent en France et y fondent même des Universités, à Sedan et à Saumur par exemple. Mais si l'interpénétration franco-néerlandaise était préparée de longue date, elle n'eut lieu réellement qu'à la fin du XVI[e] siècle, grâce à Henri IV.

Ce roi, allié des Hollandais, savait avec quelle patience et quelle ingéniosité, ils avaient conquis leur pays sur la mer. Il en fit venir pour dessécher les régions marécageuses de France. En 1598, il fonda une société hollandaise dans ce but et attira de nombreuses familles néerlandaises qui firent souche en Gironde, dans les Charentes, au sud de la Vendée et du Poitou. Il existe encore la « petite Hollande » au bec d'Ambez et le « canal des Hollandais » à Luçon. Richelieu et Colbert continuèrent la politique d'immigration néerlandaise de Henri IV. Ils se servirent des immigrants pour construire nos ports, installer nos arsenaux maritimes, créer notre marine.

Certaines industries, celle des draps par exemple, furent florissantes entre les mains des Hollandais immigrés. La révocation de l'Edit de Nantes en 1672, porta un coup fatal à cette prospérité, malgré la protection que Colbert assura aux industriels immigrés.

Nous pourrions rappeler encore comme exemple de greffe inter-raciale, l'immigration polonaise qui, depuis Henri III, puis Louis XV, lors de l'arrivée de Stanislas Leczinski en Lorraine, se continua régulièrement sous Napoléon I[er], et lors des insurrections de 1830 et de 1863. Nombreux furent les patriotes polonais qui vinrent en France sans espoir de retour et s'assimilèrent complètement aux Français. Les Italiens, les Espagnols et d'autres peuples surtout dans l'Afrique française du Nord vinrent se confondre avec l'apport français.

René Martial cherchant un exemple parmi les peuples européens les plus aptes à fournir un greffon inter-racial idéal à la France dépeuplée, le trouve dans la Tchéclosovaquie. Dans sa communication à l'Académie des sciences morales et politiques, il fait une étude, résumée mais très complète, de l'ethnographie, de la psychologie, des mœurs et des coutumes des Tchécoslovaques. Il démontre que ce peuple, rameau de la grande famille préhistorique alpine arménienne, qui a peuplé les Monts Sudètes, la Suisse, l'Italie du Nord, l'Allemagne du Sud, une partie de la Pologne, de l'Ukraine, des Balkans et à l'ouest, la Savoie, les Cévennes et notre Plateau Central, pourrait facilement être assimilé en France. Démocrates, pacifiques, sérieux, fermes, disciplinés, tolérants, sentimentaux et artistes, les Tchécoslovaques ont tous les caractères requis pour s'assimiler aux Français et venir par un sang nouveau

donner une nouvelle vigueur à la fécondité de notre population défaillante.

Nous ne pouvons certes reproduire ici en entier l'importante communication de René Martial qui le mériterait certes, car les lecteurs du *Concours Médical* qui se souviennent des articles de R. Martial sur l'émigration et de son remarquable *Traité de l'immigration et de la greffe inter-raciale*, savent qu'il est l'homme qui a le mieux et le plus scientifiquement étudié cette question. Tout ce que nous devons souhaiter, c'est que ses idées soient prises en considération par nos gouvernants.

Une politique rationnelle de l'immigration et de la greffe inter-raciale est, nous en sommes convaincus, le seul moyen sérieux de combattre la dépopulation et de régénérer notre Pays.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### ACCIDENTS STAPHYLOCOCCIQUES DURANT UNE SUITE D'ANNÉES

Par le Professeur TÉDENAT (de Montpellier).

Voici une série d'accidents évoluant entre 65 et 72 ans, paraissant dépendre d'une infection à staphylocoques.

A 65 ans, furoncles disséminés, pendant trois mois. A 66 ans, abcès de la prostate ; à 68 ans, grosse hydrocèle de la tunique vaginale ; à 71 ans, ostéomyélite suppurée du cubitus, avec reformation de l'os ; à 82 ans, mort subite.

Le Docteur D. ancien interne lauréat des hôpitaux de Lyon, pendant 20 ans, médecin des hôpitaux de X., actif, sobre, sans maladies notables, a tenu tête à une grosse clientèle.

A 65 ans, nombreux furoncles disséminés à l'avant-bras, aux cuisses. Ils durent pendant deux mois, recommencent trois mois plus tard, reviennent peu nombreux de loin en loin pendant cinq ou six ans. Sans compter les moyens locaux (teinture d'iode, poudrages à l'oxyde de zinc, au talc...), le malade prend levure de bière, arsenic, eau de Vichy, gouttes amères, l'appétit laissant à désirer par périodes. Dans l'urine plusieurs fois examinée, ni sucre, ni albumine, ni phosphaturie. Malgré quelques légères poussées fébriles ; l'état général restait satisfaisant.

Les furoncles avaient à peu près disparu depuis quelques mois, quand, à l'âge de 66 ans, le Docteur D... éprouve besoins fréquents d'uriner, pesanteur ano-rectale, quelques petits frissons. Vers le sixième jour, élancements vifs et rétention d'urine. Les docteurs Lasalle et Reboul, après échec de bains de siège chauds, de suppositoires belladonés, évacuent la vessie avec une sonde en caoutchouc. Elle fut employée trois fois par jour pendant quatre jours. Malgré lavements huileux, l'évacuation rectale était difficile. La température oscillait entre 38° et 39°3.

Je vis le malade avec mes confrères : gros abcès de la prostate faisant forte saillie dans le rectum. Avant de l'inciser, nous fîmes une ponction avec une aiguille tubulée de manière à obtenir, pour examen et culture, le pus aussi pur que possible (staphylocoques peu nombreux). L'abcès étant sur le point de percer, une incision verticale fut faite. Environ 250 grammes de pus.

Soulagement immédiat, irrigations chaudes ; dix heures après, le malade urinait, non sans quelques efforts douloureux. Au bout de trois jours, grande amélioration, température entre 37° et 38°2. Au quinzième jour, la guérison paraissait complète. Miction à peu près facile cinq ou six fois par jour. Depuis plusieurs années, le Docteur D... urinait une ou deux fois la nuit. « Je ne m'explique pas, nous disait-il, cet abcès de la prostate. Je n'ai jamais eu de blennorrhagie, et mes organes, depuis longtemps, ne sont plus qu'urinaires ».

Tout était bien, sauf des périodes d'un peu d'anorexie, de vagues douleurs passagères dans les masses musculaires, douleurs erratiques un peu partout. De loin en loin quelques furoncles qui séchaient sous badigeonnage iodé. Bains alcalins fréquents ; quelques cachets de quinine.

Un an après l'abcès de la prostate, pesanteur dans le testicule droit. Il se produit, en deux ou trois semaines, une grosse hydrocèle, sans les douleurs pénibles de l'orchite. Le Docteur D... s'en accommodait avec un bon suspensoir d'Horand.

Se souvenant des douleurs produites par la classique injection iodée, il gardait sa grosse hydrocèle.

Certain jour, notre ami commun et camarade d'internat à Lyon, le Docteur Eugène Auquier

lui dit : « J'avais une énorme hydrocèle ; Tédenat m'a guéri par injection de quelques centimètres cubes d'une solution ââ d'acide phénique cristallisé et glycérine. Douleur à peu près nulle. Réaction légère et guérison en dix jours. »

Je fis donc la susdite injection avec les Docteurs Auquier et Lasalle. Presque sans réaction, le Docteur D... fut guéri en huit ou dix jours.

Nous avions eu la précaution de prendre, sous asepsie, environ 150 grammes du liquide hydrocélique un peu louche avec quelques rares menus flocons. Il fut mis en culture (staphylocoques).

Injecté tel quel à la dose de dix gouttes sous la peau de deux chiens, il se produisit au bout de deux jours un nodule qui se résorba sans suppuration.

La santé générale du Docteur D... restait satisfaisante, quand vingt-deux mois plus tard, sans raison apparente (contusion, froid, effort...) le Docteur D... éprouva quelques petits frissons, douleurs vives, lancinantes à la partie inférieure de l'avant-bras droit, surtout sur le radius. Une dizaine d'heures après, dans la nuit, frisson violent, vives douleurs. Le matin 39°5. Le Docteur Lasalle trouve tuméfaction, œdème dur de la moitié inférieure de l'avant-bras ; la pression digitale est douloureuse sur la partie inférieure du radius. Il ordonne badigeonnage iodé, compression ouatée, position élevée du membre sur un coussin. Les douleurs diminuent sensiblement dès le quatrième jour ; température 37°4 et 38°5. Pouls entre 85 et 100. La tuméfaction persiste.

Au douzième jour, je vois le malade avec les Docteurs Brousson et Lasalle. Etat général un peu amélioré, lait bien supporté. Œdème inflammatoire de la moitié inférieure de l'avant-bras. Le radius dans ses huit derniers centimètres inférieurs est gros, douloureux ; peut-être fluctuation sous-périostée. Comme les douleurs et la température ont bien diminué, nous conseillons de renvoyer à deux ou trois jours l'incision qui nous paraît nécessaire.

6 juin. Nous sommes au douzième jour. Les douleurs spontanées sont presque nulles en position élevée du membre. Température maxima depuis trois jours 38°. Œdème un peu moindre ; fluctuation profonde sur le radius à peine perceptible. Articulation radio-carpienne peu touchée.

Anesthésie à l'éther goutte à goutte. Incision dans l'axe du radius de 12 centimètres à partir de son extrémité distale. Un peu de pus est recueilli (staphylocoques). Le périoste épais est facile à décoller sur sept ou huit centimètres. Je le décolle un peu plus haut où il adhère. L'os est rouge, rugueux avec points de pus. Section en tissu osseux dur, paraissant sain avec la scie de Gigli. L'os est facilement séparé de haut en bas de son périoste décollé et du ligament triangulaire. Lavage iodé de la loge périostique. Un drain y est allongé et sort par le bas. Cinq points de suture au catgut chromique. Dans les deux derniers centimètres non suturés, un peu de gaze est tassée autour du drain. Sous le périoste quelques grains osseux. Réveil rapide ; peu de douleurs. Le soir 38°9. P. 100.

10 juin. Amélioration progressive de l'état général.

13 juin. Pansement : irrigation d'eau salée chaude. Un peu de sérosité rosée. Drain et points de suture enlevés. Température varie depuis quatre jours autour de 38°. Bouillon, lait bien digérés. Le malade se lève plusieurs heures.

28 juin. Tout est cicatrisé. Tuméfaction très diminuée, mouvements du poignet à moitié récupérés. Pression digitale presque indolore.

Depuis la fin d'août, mouvements à deux tiers de la flexion-extension.

Huit mois plus tard, l'os nous a paru à Lasalle et à moi presque totalement reformé en tant que tige. Calcification ou ossification dans la gaine périostique ? Un radiogramme nous l'aurait dit ; il n'a pas été fait.

Quoi qu'il en soit, un an après l'excision d'un peu plus du tiers inférieur du cubitus, le membre avait repris la presque totalité de ses fonctions. L'amélioration a continué nette et progressive.

Dix ans après, remontant de sa cave avec une bouteille à chaque main, le Docteur D... est mort en quelques minutes.

Il est possible que cette ostéo-périostite aiguë, mais bénigne, eût guéri par vaccinothérapie. Nous n'avions pas de vaccin *ad hoc* à cette époque (1907). Et pour beaucoup de chirurgiens, leur efficacité reste douteuse.

Les ostéo-périostites des vieillards, n'ayant jamais eu d'inflammation osseuse de croissance, sont rares. Mon maître Ollier, sur 312 cas d'ostéomyélite aiguë non traumatique, ne trouve que huit cas au delà de 50 ans. Kraske, Berger, Max Schede ont publié quelques cas au-dessus de 50 ans. Le Docteur Paul René (1) a réuni 12 observations (six hommes, six femmes) entre 47 et 63 ans. Ces ostéo-périostites débutent le plus souvent dans la région juxta-épiphysaire, mais moins fréquemment que chez les jeunes en croissance. Quelquefois elles commencent dans la diaphyse, revêtent tantôt une forme aiguë grave imposant la résection large ou l'amputation, tantôt et plus souvent une marche subaiguë bénigne. Il faut sans retard inciser jusqu'à l'os, l'évider ainsi qu'on fait chez les adolescents.

Il est possible que chez le Docteur D... la bénignité relative ait été due à une sorte de vaccination produite par les multiples poussées staphylococciques antérieures (furoncles, abcès de la prostate, vaginalite...)

(1) Thèse de Lyon, 1886.

Je résume l'histoire de faits ayant quelques analogies avec le précédent.

Mme G..., 40 ans, règles normales depuis l'âge de 12 ans, bonne santé habituelle. Attachée, comme infirmière, à un dispensaire où étaient soignées des plaies accidentelles de toutes sortes, elle a de menus furoncles à la face dorsale de la première phalange de plusieurs doigts. Cela dure plusieurs semaines, malgré badigeonnages iodés, applications de compresses imbibées de solutions au sublimé à 1/2000. Pas d'effets apparents de stock-vaccin. Cela durait depuis quatre ou cinq mois, quand surviennent des adénites axillaires, sous-occipitales. Quelques-unes suppurent peu, mais longtemps, d'autres paraissent se résorber. Alors emploi d'auto-vaccin. Quand je vis la malade, tous ces accidents duraient depuis sept ou huit mois. « Tout de même, cela va mieux, disait Mme G..., l'appétit est revenu et j'espère une guérison prochaine. »

J'ai suivi pendant cinq ans un homme de 45 ans très vigoureux, menant vie large, ayant trop bonne table. Il avait de fréquentes poussées de furoncles un peu partout sur le corps. Les vaccins de toute provenance, les auto-vaccins furent sans résultat. La vie au grand air, la sobriété réussirent.

Un de mes camarades d'internat eut pendant près d'une année des furoncles, des adénites multiples à aspect lymphomateux. Six mois passés au bord de la Méditerranée, au grand soleil guérirent le malade qui put alors reprendre sa vie d'hôpital.

Mais je ne condamne ni stock ni auto-vaccins. Ils sont parfois utiles, l'hygiène l'est toujours.

## LA PRATIQUE ORTHOPÉDIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

### Possibilités et Limites de la chirurgie orthopédique

Par M. Raphaël Massart,

Chirurgien à l'Hôpital-Ecole.

*Sur la quantité des boiteux, des infirmes, des paralytiques, il en est un grand nombre dont la chirurgie orthopédique peut améliorer le sort.*
*Ce sont les possibilités et les limites de cette chirurgie qui sont étudiées ici.*

Un observateur un peu attentif qui veut se donner la peine de regarder avec soin une foule qui circule un jour de fête, est frappé par le nombre des estropiés, des boiteux, des bossus qui vont et viennent, participant à l'activité générale, soutenus par des cannes, où traînant péniblement un membre déformé engainé dans un appareil.

Le sort de ces infirmes est particulièrement digne d'intérêt, car l'anomalie ou la malformation qui attirent notre attention, s'accompagnent presque toujours de phénomènes douloureux, de troubles trophiques et de complications multiples qui s'aggravent avec l'âge, et arrivent progressivement à enlever toute activité à ces malheureux qui restent chez eux, impotents et infirmes, à mener une vie bien misérable.

Parmi tous ces malades, épaves de maladies graves, victimes de tares héréditaires ou d'accidents importants, il en est beaucoup qui pourraient être améliorés, et améliorés dans des proportions telles que pour un grand nombre, cela équivaudrait à la guérison. Et pourtant, la plupart ne font rien, vivent dans leur mal, et s'ils viennent demander conseil, c'est souvent à un âge où toutes les possibilités de cure sont à peu près épuisées et où en toute conscience, ce serait peine perdue qu'entreprendre un traitement.

En parlant avec ces malades, en leur montrant qu'ils ont laissé passer l'âge et le moment où il était possible d'agir, on est étonné d'apprendre que bien souvent, ils se seraient décidés à faire quelque chose, qu'on le leur avait conseillé, mais qu'ils vivaient loin d'une grande ville, que des difficultés de tous ordres rendaient impossibles des soins souvent longs. Pour certains même, alors que leur décision était prise, un médecin était venu leur dire que les chances de réussite étaient bien légères et qu'entreprendre de guérir leur infirmité, c'était se donner beaucoup de mal pour un résultat douteux et peut-être même mauvais.

Cette opinion de beaucoup de confrères n'est pas particulière à notre pays et, aussi bien en Allemagne qu'en Italie, c'est la confiance dans les possibilités de la chirurgie orthopédique qui manque à bien des médecins. Il suffirait de la gagner pour voir se décider plus vite les malades hésitants, les familles indécises et tous ceux qui ne demandent qu'à voir apporter un soulagement à leurs maux.

Cette crise de confiance auprès du Corps médical, la chirurgie l'a connue, et si tant de hernies maintenant se livrent au chirurgien et répudient le bandage, si tant de prostatiques préfèrent l'opération à la sonde, c'est que les succès reten-

tissants ont frappé les masses et que le médecin familial consulté peut conseiller, en toute conscience, d'avoir confiance dans le résultat.

La chirurgie orthopédique ne bénéficie pas encore de ce privilège ; en dépit de tout ce qui, depuis 40 ans, a été fait dans ce domaine, toutes ses possibilités restent encore ignorées du plus grand nombre. Nos méthodes ont contre elles de demander souvent au malade et à son entourage une longue patience et de ne pas permettre ces cures brillantes et rapides fournies par l'ablation d'un utérus, d'un appendice ou par la cure d'une hernie.

Le plus bel exemple peut nous être fourni par le traitement de la luxation congénitale de la hanche. Pratiquée tôt, dans de bonnes conditions, la cure de cette lésion permet de rendre une marche normale à un sujet qui autrement est voué à la pire des infirmités. Et cependant bien des familles hésitent devant les plâtres, devant l'immobilisation, devant les ennuis et la gêne que le traitement occasionne ; parfois même le traitement est refusé. Est-il possible de croire que le sort d'un enfant puisse être à la merci du seul jugement d'un père et d'une mère ignorants, pour lesquels le plâtre, la coxalgie, les abcès, la tuberculose ne font qu'un avec la luxation congénitale et qu'à aucun moment il ne se puisse élever une voix pour dire aux familles, la gravité pour l'avenir, d'une décision prise à la légère qui va laisser un enfant boiteux et infirme toute sa vie.

Cet exemple du traitement d'une luxation de la hanche refusé par une famille mal renseignée et têtue se reproduisait autrefois avec fréquence ; il nous souvient des apostrophes violentes, parfois désagréables, mais toujours justes que tant d'ignorance arrachait à notre maître Auguste Broca.

La chirurgie orthopédique reste encore aujourd'hui mal connue ; pour beaucoup, elle doit pour s'exercer convenablement, se pratiquer au bord des lacs, au flanc des montagnes, sur les rivages brumeux de l'Océan ; elle reste pleine de mystères, et les traitements les plus mystérieux semblent particulièrement lui convenir. On étonnerait bien des familles en leur disant que les paralysies infantiles peuvent guérir ailleurs qu'en Suisse et que la chirurgie des paralysés a bénéficié pour une grande part des travaux de chirurgiens français.

Pour étudier et comprendre les possibilités actuelles de la chirurgie orthopédique, il importe avant tout de séparer le traitement chirurgical des malformations congénitales et acquises de la *tuberculose des os* ; trop souvent l'un et l'autre se confondent parce que l'un et l'autre traitent du squelette et des articulations, que l'un et l'autre emploient le plâtre comme moyen d'immobilisation, que l'un et l'autre s'adressent surtout à des enfants.

Mais alors que la tuberculose reste encore pleine d'inconnues, alors que sa contagion, nécessite son traitement dans des établissements spéciaux, la chirurgie orthopédique réparatrice peut s'exercer partout, et c'est même préférable, en dehors des agglomérations où sont réunis des tuberculeux.

La chirurgie orthopédique pour donner tout le bénéfice qu'on est en droit d'attendre d'elle doit pouvoir allier aux méthodes de l'orthopédie ancienne (les ténotomies, les ostéoclasies, les redressements), les méthodes de la chirurgie nouvelle, les ténoplasties, les transplantations musculaires ou tendineuses, les greffes osseuses. Elle nécessite pour les soins consécutifs une organisation de physiothérapie, de prothèse, de rééducation ; en un mot, c'est toute une manière de faire qui diffère totalement de la chirurgie générale.

Toute une instrumentation a été créée pour simplifier les méthodes opératoires, pour réduire au minimum le risque que court l'opéré, car le précepte de Kirmisson reste toujours vrai et l'opération ne doit pas comporter de pronostic grave. Il faut toujours proportionner le risque couru à la lésion qu'on veut traiter, mais ce principe ne doit pas faire oublier qu'il ne faut pas seulement envisager la lésion avec ses troubles souvent légers au moment où elle est opérable, mais aussi les troubles graves qui se développeront avec l'âge et apparaîtront plus importants au moment où les moyens de traitement seront aussi moins efficaces.

C'est une grande erreur de croire qu'en orthopédie, les lésions s'arrangent avec le temps, en général elles se compliquent et s'aggravent ; les constatations squelettiques, que la radiographie nous permet maintenant, le prouvent avec rigueur.

De toutes les lésions congénitales ou acquises, les paralysies de l'enfance sont celles qu'on envoie le moins souvent au chirurgien ; les retentissants travaux de Bordier ont orienté ces malades vers les thérapeutiques radiothérapiques, et les enfants voient rarement un chirurgien au début des lésions, et dans les premières années de la maladie.

Cependant combien d'opérations simples, de ténotomies, de ténodèses, même de transplantations ont permis une marche meilleure ; elles ne sont plus faites, maintenant qu'on attend des agents physiques le retour d'une fonction à tout jamais abolie.

Les malades qui nous viennent sont pour la plupart des adultes et c'est après de longues années de traitement, lorsque las d'être soignés, et souvent porteurs d'importants troubles trophiques, de rétractions tendineuses, qu'ils recourent au chirurgien, prêts à accepter toute opération, même une amputation pour obtenir une guérison rapide.

Cet état d'esprit n'est pas sans influencer nos méthodes et si actuellement les opérations osseuses, telles que les arthrodèses ont supplanté en Amérique et chez nous, les opérations sur les tendons et sur les muscles, c'est que le résultat est plus vite obtenu, c'est que l'adulte n'offre plus les mêmes possibilités que l'enfant, c'est qu'il faut rendre à la vie active le paralysé avec le traitement le moins long, même au prix de la perte de sa mobilité.

Un jour ou l'autre, une réaction contre cette façon d'envisager le traitement de la paralysie infantile s'opérera ; déjà même en Allemagne et en Italie nous entendons exprimer des opinions différentes, nos voisins sont peut être plus près que nous de la vérité.

La collaboration du chirurgien et du physiothérapeute est indispensable pour obtenir de bons résultats après les opérations musculaires tendineuses ou osseuses, elle permet de retrouver une contractilité qui paraissait abolie sur des muscles dont l'action est limitée, et un retour progressif de la mobilité articulaire.

La chirurgie des paralysies pour donner de bons résultats ne doit pas être faite trop tard, et les longues attentes de six, sept, huit ans avant d'intervenir ont, pour effet, de laisser à l'opérateur un membre souvent atrophique où la circulation se fait mal, où les troubles de développement sont si profonds que ce serait vraiment miracle que de lui rendre quelque valeur fonctionnelle.

Les possibilités de la chirurgie actuelle, qui permet la greffe des tissus, en particulier la greffe osseuse avec un ensemble de résultats excellents, sont venues apporter un sérieux appoint à la chirurgie orthopédique. La limitation des mouvements articulaires par la création de butée est une notion nouvelle dont l'école lyonnaise avec Nové-Josserand a approfondi l'étude. Connue sous le nom d'arthrorise, ces interventions permettent de conserver de la mobilité articulaire, tout en corrigeant la gêne d'une extension exagérée du mouvement.

La fixation articulaire de segments osseux par la greffe d'os vivant réalise une prothèse interne pleine d'avenir, les quelques interventions qui permettent d'empêcher l'évolution des déviations ou des déformations donnent des succès qui sont pleins de promesses et qui porteront un jour, à l'appareillage par corsets, un coup aussi direct que celui qui fut porté au bandage herniaire, par la cure radicale.

Sans vouloir étudier ici en détail toutes les malformations congénitales ou acquises depuis les pieds bots, les luxations congénitales, les séquelles de la poliomyélite, les déviations de la croissance osseuse, les altérations articulaires, jusqu'aux désordres graves créés par les importants traumatismes de l'automobile, des sports violents, des accidents du travail, on peut dire que l'orthopédie brutale et un peu aveugle de nos maîtres se transforme en une chirurgie réparatrice plus précise, mais réglée, qu'éclaire et que guide ce phare dont nous ne saurions plus nous passer : la radiographie.

C'est la radiographie qui contrôle la plupart de nos actes, qui nous permet d'en suivre les résultats éloignés, qui nous dit si notre action a été utile ou nuisible.

La radiographie a augmenté les possibilités de la chirurgie orthopédique, elle en recule chaque jour les limites, elle nous permet d'avoir chaque jour plus confiance dans le succès et l'opportunité de nos interventions. Espérons que nous arriverons peu à peu à faire partager cette confiance par nos confrères les moins enthousiastes et que conseiller la cure chirurgicale des malformations paraîtra aussi naturel au praticien que de conseiller la cure chirurgicale d'un ulcère d'estomac ou d'un fibrome utérin.

---

## UN CAS GRAVE D'ANOREXIE MENTALE AMÉLIORÉ A LA BOURBOULE

### Gain de 30 kgr. en six mois

Le 31 août 1931, je recevais, à mon cabinet, un jeune homme de 18 ans, Joseph C..., de X... (Normandie), accompagné de ses parents et porteur de l'observation suivante du Docteur Dubosc, du Havre.

« Joseph C..., 18 ans, psychasthénie, aucune lésion organique, aucun antécédent pathologique grave, crise d'appendicite non opérée (il y a quatre ans).

« Père bien portant.

Mère a eu sept enfants plus une fausse-couche.

« Trois enfants sont décédés, un d'appendicite, deux jumeaux avant terme à 7 mois.

« Radioscopie de Joseph C..., le 5 juillet 1930. Bonne expansion diaphragmatique avec sinus clairs. Transparence normale des deux plages et des deux sommets qui s'éclairent à la toux.

« Régions hilaires fortement marquées, surtout à gauche.

« Espace rétro-cardiaque clair.

« Examen du système nerveux, totalement négatif (dernier examen le 18 mai 1931).

« Urines : ni albumine, ni sucre.

« Le Havre, 18 août 1931. »

L'aspect de ce jeune homme est impressionnant. Sans aucune figure de rhétorique, il n'a littéralement, que la peau sur les os. Pour 1 m. 64 de taille, il pèse 34 kgr. 400. Ses muscles du visage font saillie des deux côtés du maxillaire, lui donnant, avec l'enfoncement des orbites, l'aspect cadavérique.

L'examen du thorax est décharné, on croirait voir un de ces Christs du Moyen-Age, taillés dans l'ivoire ou le bois, dont le sculpteur naïf a séparé chacune des côtes par de trop profonds sillons.

Il flotte dans ses vêtements comme un vrai manche à balai habillé. On mettrait deux cous dans le col de sa chemise, son regard est vitreux, sa voix chuchotée, il pleurniche à chaque question posée.

On me raconte que depuis plus de deux ans, il ne peut plus, il ne veut plus manger. Ni la menace, ni la douceur, ni les coups même n'ont eu raison de cette aboulie, de cette anorexie. On a essayé tous les remèdes connus : ils n'ont rien fait ou il n'a pas été possible de les lui faire absorber.

L'examen somatique confirme l'observation du Docteur Dubosc : rien nulle part, tous les organes paraissent sains.

Sa tension est impossible de prendre au bras qui est réduit au volume de l'humérus. A la cuisse, avec quelques difficultés, on mesure 7 × 14 au Pachon.

Devant ce cas, arrivé à la limite de la cachexie, j'ai opéré comme pour les nourrissons athrepsiques : une ampoule de sérum de Quinton tous les deux jours (10 c. c.), un bain tous les matins, très court au début, puis peu à peu prolongé jusqu'à 40 et 45 minutes ; tous les deux jours, une douche locale dans la baignoire sur le foie, l'estomac et le dos, à la suite une friction douce et deux heures au moins de lit. Alimentation toutes les deux ou trois heures environ, sans aucune règle autre que les goûts personnels du malade. Une dose infime d'eau arsénicale au début, augmentée de quelques centimètres cubes chaque jour. Enfin, chaque soir, au coucher, pour régulariser un intestin capricieux, et à toutes fins, un suppositoire de calomel (5 centigr.).

L'alimentation s'est montrée possible dès le troisième jour et l'appétit n'a cessé d'augmenter par la suite jusqu'au retour à la normale, à la fin des quatre semaines de séjour dans la station.

Au bout de six jours trois livres de gain, à la fin des dix premiers jours 2 kgr. 500.

On cesse les ampoules d'eau de mer après la cinquième, on termine la douzaine de suppositoires de calomel et on institue au bout de quinze jours de cure un traitement par grandes douches toniques. Après quatre semaines, le poids est passé à 38 kgr. 900, soit un gain de neuf livres.

Peu rassuré sur la suite après le retour au foyer, j'exige un séjour en demi-altitude pendant quelques semaines, dans une maison de régime (La Terrasse, à Chamalières, Puy-de-Dôme). Là, on se contente d'alimenter et de poursuivre des pratiques d'hydrothérapie simple et, au bout de cinq semaines, le 4 novembre 1931, Joseph C..., reprend le chemin de la Normandie pesant, à ce moment, 48 kgr. soit, en cinq semaines, un nouveau gain de 10 kgr., soit environ 14 kgr. de gain total en deux mois.

Il est tellement méconnaissable que son père m'écrivait le 12 novembre :

« J'ai été tout étonné en le voyant, je me demandai si c'était bien lui, tellement il est changé, et il a les joues tellement remplies que je lui ai demandé s'il n'avait pas mal aux dents... ».

Je résume la suite : l'hiver s'est passé au mieux : tous les deux mois, un mot m'annonce 8 ou 10 kgr. de plus et la dernière lettre du 20 mars m'annonce 65 kgr., soit plus de 30 kgr. en six ou sept mois, le plafond, j'espère, de cette résurrection qui m'a paru digne d'être contée.

Dr G. Cany
(La Bourboule).

## LE TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES PAR L'OPOTHÉRAPIE DES ORGANES DE DÉFENSE

Par le Docteur J. C. BAYLE
Lauréat de l'Académie de Médecine.

Il s'agit ici d'une question qui est la suite logique de mes travaux sur le traitement de la tuberculose par la splénothérapie et que j'étudie depuis longtemps déjà parallèlement avec cette dernière question.

Je suis, comme toujours, parti d'une idée et c'est la suivante :

Dans un sérum pasteurien actif (type sérum antidiphtérique) il y a à la fois des produits microbiens (toxines) et des produits sécrétés par les organes de défense de l'animal qui a fourni le sérum : il est logique de penser que ce sont ces derniers éléments qui ont le pouvoir curateur. Dans un sérum de convalescent (type sérum de convalescent de poliomyélite) il en est de même. Rapprochons de cela trois faits :

1° Au cours des maladies infectieuses la rate se gorge d'éléments pathogènes et les détruit en produisant des anticorps.

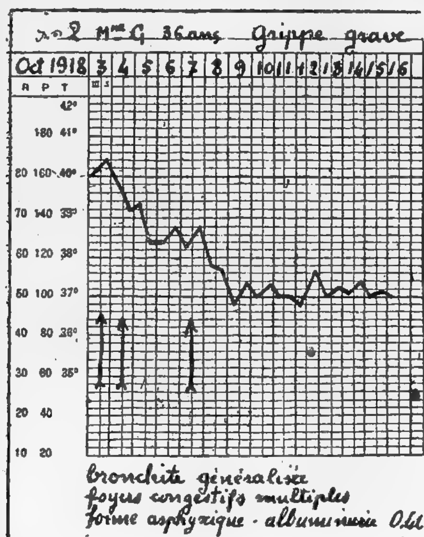



FIG. 1.

2° Les injections d'extrait de rate (outre leurs actions diverses et principalement leur action hématopoïétique et leur pouvoir d'orienter par lymphocytose la formule leucocytaire dans le sens de la défense) produisent des contractions violentes de la rate.

3° Les injections d'extrait surrénal (outre leur pouvoir antitoxique reconnu) combattent l'asthénie et déterminent des contractions violentes de la rate, cependant que la surrénale est considée comme le chef de file du fonctionnement des endocrines. Trois conclusions s'imposent :

1° La rate est le plus important des organes de défense.

2° La surrénale est le second et commande les autres.

3° En injectant un mélange des deux, nous avons bien des chances d'obtenir l'effet d'un sérum curateur.

Comment agira vraisemblablement ce sérum ?

1° En renforçant (action opothérapique) les fonctions de la rate et de la surrénale.

2° En augmentant l'intensité de l'oxygénation du sang (augmentation des hématies et du taux de l'hémoglobine).

3° En orientant par lymphocytose la formule leucocytaire dans le sens de la défense.

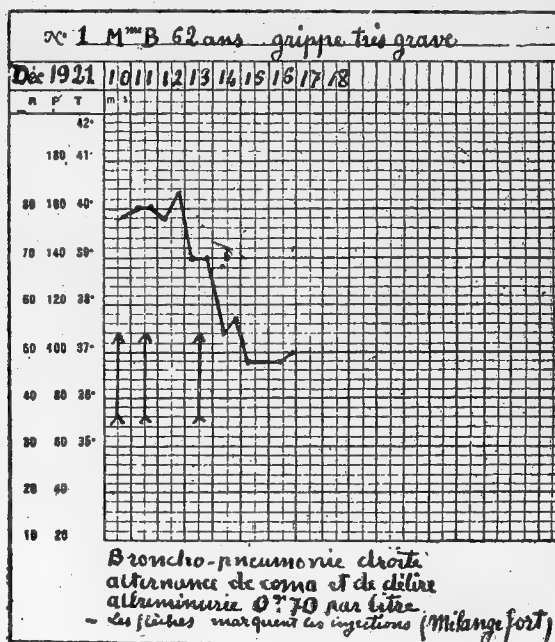



FIG. 2.

4° En déterminant par les contractions de la rate à chaque injection l'entrée massive dans le sang des principes curateurs produits par cet organe.

5° En maintenant intact l'état colloïdal du sang. Quelle sera la dose employée ?

L'extrait de rate m'a paru très actif à la dose de 5 c.c. à 10 c.c. ; à ces doses il est complètement inoffensif, ainsi que je l'ai démontré.

L'extrait de surrénale doit être employé avec plus de ménagements ; mais il est sans danger à la dose que j'ai trouvée constamment active

(celle qui correspond à un demi-milligramme d'adrénaline physiologique). Bien que je pense que cette dose puisse être employée dans presque tous les cas, même ceux où la surrénale est théoriquement contre-indiquée, j'ai essayé un mélange de rate avec une quantité très faible de surrénale et obtenu ainsi des effets un peu moindres mais néanmoins déjà très satisfaisants.

Nous voilà en possession d'un mélange opothérapique qui a toutes les chances d'avoir l'action d'un sérum curateur. Les faits vont maintenant juger la théorie.

### Technique du traitement

J'emploie uniquement des extraits totaux.

L'extrait splénique est le même que celui que j'emploie dans la tuberculose.

Je fais préparer des ampoules de 10 c.c. con-

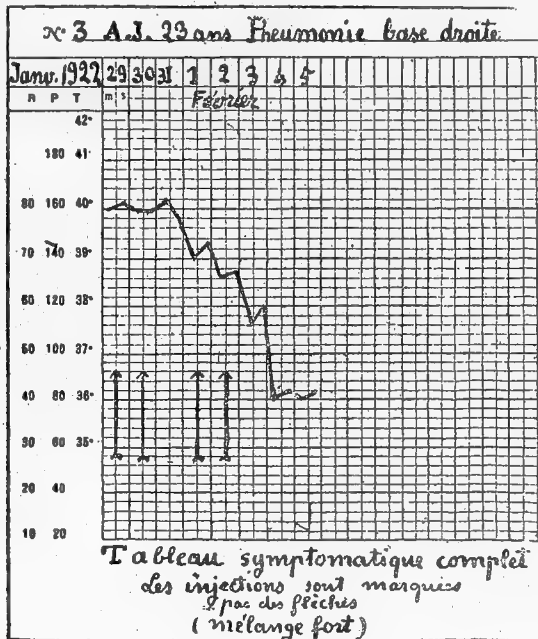



Fig. 3.

tenant 9 c.c. d'extrait splénique et la quantité d'extrait surrénal correspondant à un demi-milligramme d'adrénaline physiologique (Formule A).

Pour les cas où il serait indiqué de tenir compte des contre-indications de l'opothérapie surrénale, je fais préparer des ampoules de 5 c.c. d'extrait splénique avec très peu de surrénale. (Formule B). J'injecte à la fois 10 c.c. de l'un ou de l'autre de ces mélanges une à deux fois par jour jusqu'à la défervescence.

La dose de l'enfant au-dessous de 5 ans sera de 1 c.c. par année d'âge, du mélange faiblement dosé en surrénale. De 5 à 10 ans, on pourra employer de 5 à 7 c.c. de ce même mélange, ou dans les affections très graves 5 c.c. du mélange fortement dosé en surrénale, ces doses jusqu'à 15 ou 16 ans seront largement suffisantes. Ensuite on pourra employer 10 c.c. du mélange fortement dosé en surrénale.

Les injections peuvent se faire intra-musculaires, au lieu d'élection dans le tierssu périeur de la fesse, ou sous-cutanées à l'abdomen, ou sous-cutanées à la région de l'omoplate. Elles sont bien tolérées, elles ne donnent aucune réaction thermique ni anaphylactique, elles sont peu douloureuses. Chez les sujets extrêmement sensibles on peut les rendre tout à fait indolores par le procédé suivant :

On emploie une ampoule de 1 c.c. dosée à un centigramme de delcaïne Roques pour indoloriser les injections de 10 c.c., ou dosée à 3 mgr. 1/2 pour celles de 5 c.c. : on aspire dans la seringue l'extrait spléno-surrénal, on purge d'air approxi-

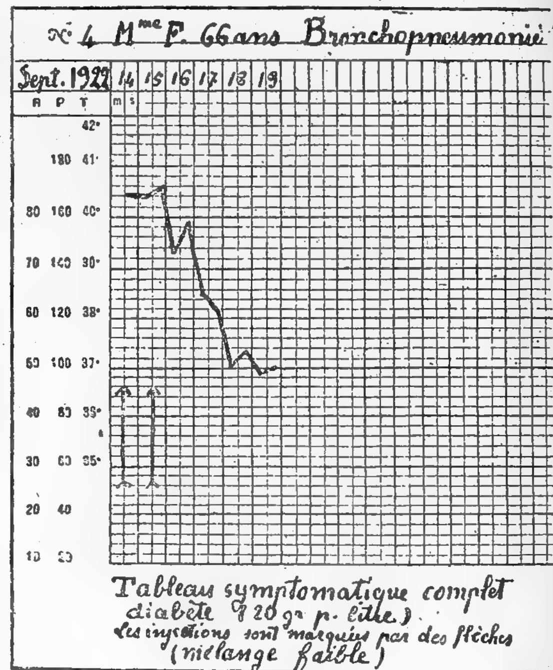



Fig. 4.

mativement ; on aspire la delcaïne (on ne purge pas d'air à nouveau) et on injecte le tout lentement. Les injections spléno-surrénales sont d'ailleurs très bien tolérées sans cet artifice. On fera dans les affections graves deux injections par jour jusqu'à la défervescence.

### Résultats et quelques observations

J'ai eu la bonne fortune d'avoir mis au point ce mélange spléno-surrénal au moment où la grippe espagnole sévissait cruellement à Cannes. Je l'ai employé dans 102 cas et n'ai eu qu'une mort (forme exceptionnellement grave, pendant l'allaitement, albuminurie massive, bronchopneumonie droite, pneumonie gauche, température 41°3 au moment où le traitement a été institué).

Dans cette épidémie particulièrement grave, de pareils résultats sont tout à fait démonstratifs. Dans tous les cas, de 18 à 24 heures après la première injection j'ai observé une détente qui apparaît nettement dans l'état du malade ; l'état général est manifestement amélioré avec sensation d'euphorie, la langue s'humidifie, le pincement du nez disparaît, le facies infectieux s'atténue, la peau est moins sèche.

Lorsque l'on a donné un repos et que l'on reprend les injections, on a l'impression que la reprise du traitement marque une nouvelle atténuation et que chaque fois la virulence de l'infection a diminué.

Le cycle a été manifestement abrégé, la guérison étant survenue en deux ou trois jours dans la maladie est manifestement plus courte et la convalescence rapide.

Résultats également frappants dans la broncho-pneumonie et la pneumonie. J'ai traité ainsi quatre cas de rougeole à la période d'invasion ; environ 24 heures après la première injection, cessation de tous les symptômes, température normale. L'éruption n'a pas eu lieu au quatrième jour comme il eut été normal, mais au bout de huit jours, température entre 38°6 et 39° pendant trois heures environ, éruption normale et retour à l'apyrexie. Ces quatre rougeoles ont été comme on le voit, d'une bénignité remarquable.

Ce qu'il y a peut-être de plus curieux dans ces quatre cas, c'est la modification du cycle rubéo-

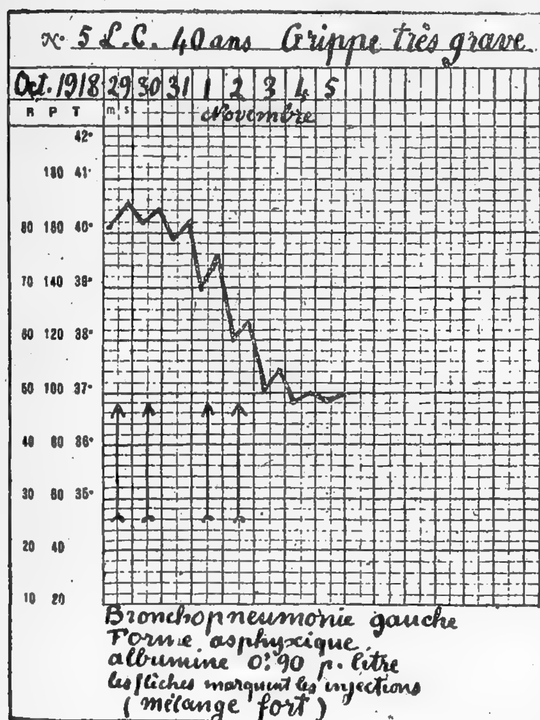



Fig. 5.

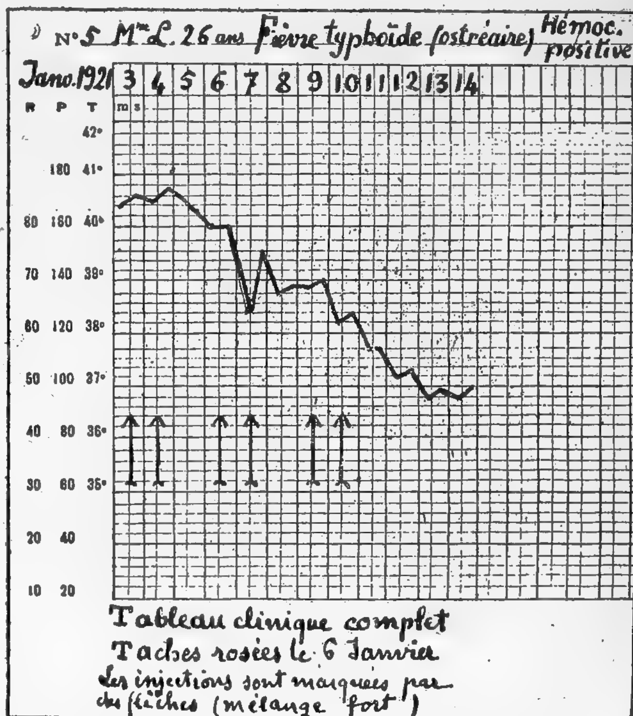



Fig. 6.

les formes légères et ayant eu lieu en moyenne entre le cinquième et septième jours dans les formes graves.

J'en excepte un cas exceptionnellement grave dont la guérison après une rechute n'a été complète qu'au vingt-et-unième jour. Il s'agissait d'un cas avec albuminurie, pneumonie droite, broncho-pneumonie gauche, température dépassant 41°. Dans les grippes ordinaires la chute brusque en 24 heures ou 48 heures est la règle.

J'ai toujours vu dans la fièvre typhoïde une atténuation de l'infection caractérisée dès les trois ou quatre premiers jours du traitement par la disparition de la stupeur, l'humidification de la langue, la diminution de la fièvre. La durée de lique, avec suspension des symptômes de la période d'invasion et retard de l'éruption. J'ai obtenu également des atténuations remarquables dans des pneumonies franches, des broncho-pneumonies, les oreillons et diverses angines. Voilà pour ce qui est de ma pratique personnelle ; mais il est logique d'attendre des résultats semblables dans beaucoup d'autres infections.

Je joins à cet exposé quelques tracés et deux observations qui permettront de mieux juger des résultats. Une d'elle m'a été communiquée par le Dr Froument, de Dugny.

Observation 1 (personnelle).

Mme B..., 39 ans. Cette observation est intéressante tout particulièrement parce que j'ai pu

observer et traiter cette malade dès le début de l'affection.

Je traitais sa fille atteinte d'une forme de typhoïde exceptionnellement grave (ingestion de moules crues) qui a néanmoins guéri.

Le 19 avril 1924, Mme B..., qui soignait sa fille me dit avoir elle-même mal à la tête ; la température que je prends immédiatement était 38°2 ; la langue rouge vif à la pointe et sur les bords et saburrale au centre.

Sans attendre les résultats de l'hémoculture, qui furent d'ailleurs positifs, je fis quatre jours de suite une injection du mélange faiblement dosè en surrénale (formule B).

La température après être montée le 21 à 39°7 fait 36°9 le 18. La malade, qui a été au régime lacté, mais n'a pas été baignée, n'a eu, à partir du quatrième jour du traitement aucun phénomène général pénible en dehors de la température.

Ce qui fait la valeur de cette observation c'est qu'elle a toute la portée d'une expérience ; on voit très nettement sur le tracé la température céder après chaque série d'injections.

Il est à noter que l'affection était particulièrement virulente. Sa fille qui l'avait contagionnée était restée au-dessus de 40° pendant plus d'un mois avec quelques températures dépassant 41° et n'avait fait sa défervescence définitive que le 48e jour après ma première visite soit plus de cinquante-deux jours après le début de la maladie.

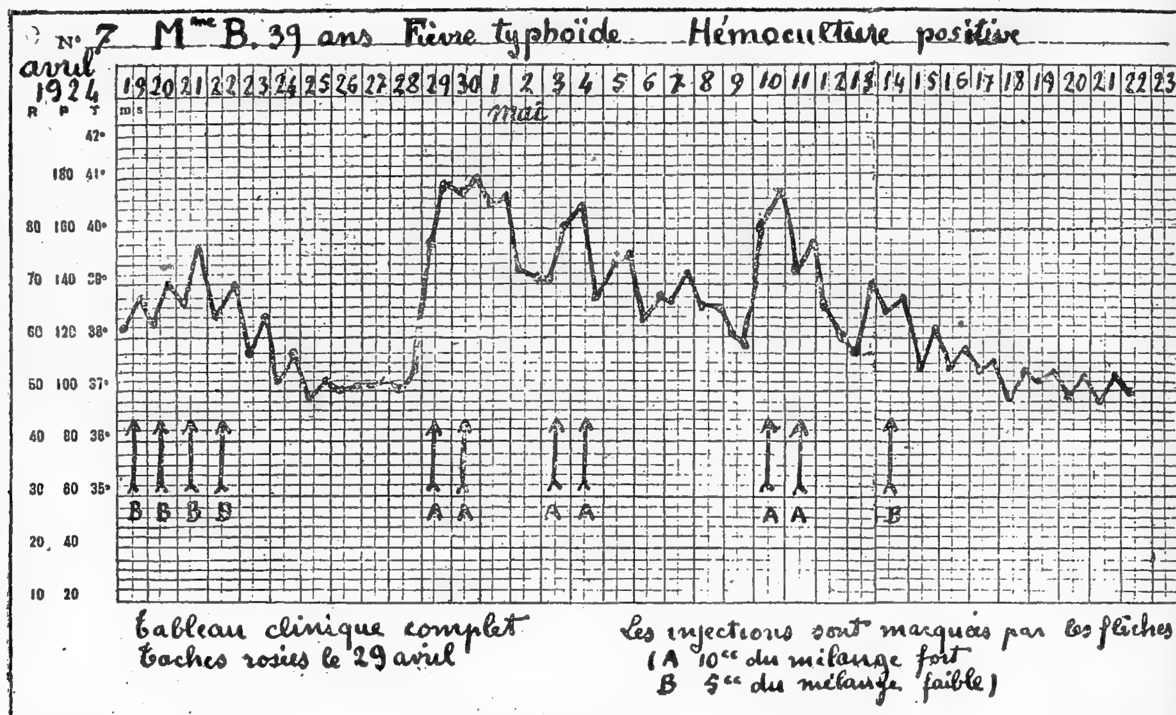



FIG. 7 (Obs. 1).

un lysis rapide qui le 25 l'amène à 36°9 et 37°2. La température reste quatre jours entre 37° et 37°2 mais le 29, soit sept jours après la cessation des injections elle remonte à 39°8 et 40°9.

Injection de 10 c.c. du mélange fortement dosé en surrénale (formule A) les 29 et 30.

Le 1er mai la température redescend à 39°2 puis 39°, le 3 elle remonte à 40° et le 4 à 40°4 ; injections (A) le 3 et le 4. Lysis irrégulier qui le 9 amène la température à 36°9. Nouvelle remontée à 40° et 40°8 le 10.

Injections (A) le 10 et le 11.

Le 13 la température est redescendue à 37°8.

Remonte à 39° le 13.

Le 14, nouvelle injection (du mélange B faiblement dosé en surrénale) lysis et chute définitive à

OBSERVATION 2 (Dr Froument)

(Résumée).

Mme D..., 45 ans, obèse, pléthorique.

Le 17 mars 1930 frissons, point de côté violent, fièvre, congestion pulmonaire gauche.

Ventouses, potion expectorante et toni-cardiaques

Les jours suivants râles congestifs fins confluent. occupant la moitié inférieure du poumon gauche ; matité : sensation d'un poumon bloqué. Dyspnée s'accentue.

Ventouses scarifiées, saignée de 150 gr. ; digibaïne, huile camphrée, spartéine sans résultat.

Expectoration faible, toux fatigante et sèche.

Deux vaccins des plus actifs essayés successivement sans résultat.

Un médecin des hôpitaux de Paris appelé en consultation porte un mauvais pronostic (défaillance cardiaque brusque à craindre.)

Vaccination supprimée, injections goménolées sans résultat.

Pense à un article du Dr Bayle sur les heureux résultats obtenus dans les maladies infectieuses par des injections d'un mélange d'extraits splénique et surrénal. Injection d'une ampoule de 10 c. c. de ce mélange (formule A). Le lendemain matin chute de la fièvre à 37°9 ; une ampoule est injectée matin et soir pendant six jours.

Malgré une remontée vespérale à 40°8 le 6, le 7 au matin 40° et le soir 40°2, le 8, 38° et 39°, la défervescence définitive survient le 9 à 36°4.

En mars 1931, une congestion de la base gauche est arrêtée par six injections du même extrait.

D'autres observations ont été recueillies, toutes aussi concluantes. Nous nous sommes borné à en reproduire les courbes thermiques, sous les Nos 1 à 6, dans les premières pages de ce travail.

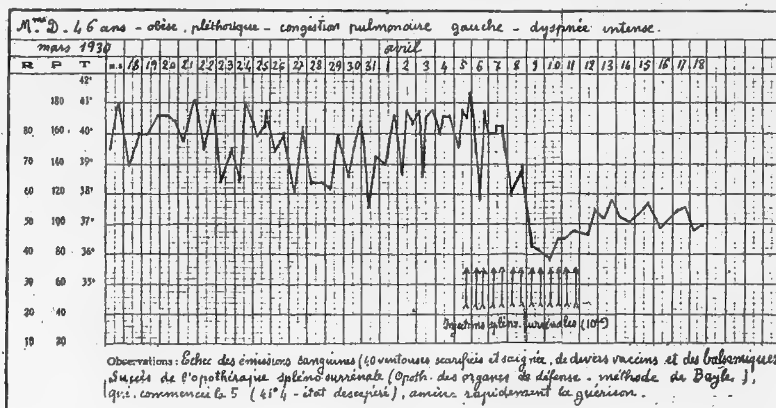



Fig. 8 (Obs. 2).

# AU CHEVET DES PATIENTS

## I

## L'efficacité de l'association sous-nitrate de bismuth et kaolin dans les gastro-entéropathies

On se rappelle l'époque où le bicarbonate de soude était considéré comme le remède princeps des douleurs gastriques et de l'hyperchlorhydrie ; mais, depuis lors, son emploi fut reconnu comme parfois inefficace, parfois aggravant, parfois susceptible de déterminer des accidents de cystite à hautes doses.

Or, dès 1894, le Professeur Georges Hayem (1) put remplacer avantageusement ce corps par le *sous-nitrate de bismuth* dans les gastro-entéropathies douloureuses.

Ce dernier médicament exerçait, en effet, une action sédative, calmante sur les extrémités nerveuses des parois du tube digestif, d'où cessation des douleurs, et disparition ou grande diminution des réflexes sécrétoires et moteurs. De plus, il était antifermentescible, d'où une diminution dans la production des gaz, et une désodorisation des garde-robes. Enfin, il exerçait, un effet hémostatique en cas de gastrorragie. Le sous-nitrate de bismuth possède donc aussi une action chimique, et non pas uniquement un rôle de protection mécanique, et c'est à hautes doses qu'il faut l'employer, car il est dénué de toxicité. Cependant, il est à remarquer que le sous-nitrate de bismuth du Codex de 1908 renferme une proportion exagérée d'acide nitrique, et on doit lui substituer un produit polybasique, que l'on trouve actuellement dans le commerce.

Au moment de la guerre, le bismuth devint rare, et le Prof. H. le remplaça par le *kaolin*, avec d'aussi bons résultats.

Ce corps est une argile blanche composée de silice, d'alumine et d'une très petite quantité d'oxyde de fer et de magnésium. Il sert à la fabrication de la faïence et de la porcelaine, et se montre d'une insolubilité à peu près parfaite dans l'eau et les liquides organiques. On a soin d'ailleurs, avant de l'employer à l'intérieur, de le laver avec soin. Utilisé au début dans le trai-

(1) Georges Hayem. — Nouvelle contribution à l'emploi thérapeutique du sous-nitrate de bismuth et du kaolin. (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 27 novembre 1931.)

tement des plaies ulcéreuses, on s'en servit ensuite dans les affections intestinales, en recherchant son action désinfectante, tout particulièrement dans le choléra asiatique jusqu'à 1915.

Comme succédané du sous-nitrate de bismuth, il s'est montré aussi efficace dans nombre de cas ; ses indications semblent bien définies surtout dans les gastro-entérites chroniques ; il est inférieur au bismuth dans les affections douloureuses.

Dans la suite, l'auteur a repris l'usage du bismuth, mais en le mélangeant au kaolin dans la proportion d'un quart, afin d'éviter aux malades de trop grandes dépenses, et d'écarter en toute sécurité la possibilité d'accidents toxiques.

Voici la formule :

| | |
|---|---|
| Kaolin lavé et séché...... | 150 grammes |
| Sous-nitrate de bismuth lourd............... | 50 grammes |
| Essence d'anis........... | III gouttes |

Diviser en dix paquets, ou en vingt, ou en trente paquets suivant les indications. La poudre est délayée dans une quantité convenable d'eau, et prise trente minutes environ avant les repas.

Le mode d'administration de la poudre ci-dessus formulée doit toutefois varier suivant les conditions pathologiques.

Le médicament est pris le matin à jeun, en une seule fois (un paquet de 20 grammes), lorsque les troubles intestinaux avec constipation sont prédominants ; en deux fois, en paquets de 10 grammes, avant les deux principaux repas dans les formes de gastro-entérite douloureuse ou accompagnée de forts réflexes sécréteurs (sialophagie, phénomènes attribuables aux spasmes pyloriques ou coliques) ; en trois fois, toujours avant les repas, dans les formes entéritiques, avec selles plus ou moins nettement diarrhétiques ou prandiales.

La dose journalière est toujours de 20 grammes.

La durée du traitement varie suivant les cas. Le plus souvent, les malades sont rapidement soulagés, et la dose de dix paquets de 20 grammes, soit dix jours de cure, est suffisante. Mais il est presque toujours indispensable, quand il s'agit d'un état morbide ancien, de prolonger l'administration du médicament pendant vingt à trente jours.

Il est bon, après cette première cure, de prescrire un repos de dix jours, puis de reprendre le médicament pendant vingt jours. En somme : usage pendant un mois ; puis, vingt jours par mois ; puis, dix jours par mois.

Ce qu'il importe de savoir, c'est que le médicament est sans danger, et qu'il peut être continué pendant très longtemps, sans aucun autre inconvénient.

*En résumé*, le *kaolin bismuthé* répond à de très nombreuses indications. C'est un médicament extrêmement précieux, sur lequel on peut compter dans les gastro-entéropathies ordinaires, ainsi que dans les cas si habituels de formes complexes. Il peut être associé aux cures de solutions salines et de képhir, suivant l'évolution digestive.

## II

## Le bain tiède formolé, comme ocytocique

Pour le Docteur H. Vignes (1), les difficultés de l'accouchement relèvent beaucoup plus souvent du spasme que de l'inertie, soit que la contracture utérine complique une dystocie osseuse (bassin rétréci) ou une dystocie fœtale (droite postérieure, siège, etc.), soit qu'à elle seule, elle constitue tout l'obstacle à la bonne marche de l'accouchement. L'utilisation des antispasmodiques serait donc plus importante que celle de l'extrait hypophysaire ou de l'ergot.

Pourquoi, dans cet ordre d'idées, peut-on observer parfois une action, presque miraculeuse, des antispasmodiques, parfois un bénéfice minime ou inexistant ? Si la raison en tient à des conditions individuelles différentes, et que les causes locales puissent être invoquées, il ne faut pas oublier une cause générale, due au tempérament neuro-musculaire, à l'hypersympathicotonie.

Or, le formol possède des effets antisympathicotoniques, et cette particularité convient d'être retenue en obstétrique ; voici dans quelles conditions.

Le bain tiède est, on le sait, très précieux par son efficacité contre la contracture utérine ; mais, pour essayer de diminuer le risque d'infection que certains lui reprochent, on y adjoint une substance antiseptique.

Depuis que l'auteur eut l'idée de choisir, comme cet antiseptique, le formol, il observa la terminaison extraordinairement rapide de certains accouchements, qui avaient mal débuté, du fait de contracture et de sympathicotonie.

Il emploie donc des bains tièdes, additionnés de cinquante ou de cent grammes de formol. Chez

(1) Henri Vignes. — De l'emploi du formol, comme ocytocique. (*Le Progrès Médical*, 2 janvier 1932.)

ces femmes pleines de santé, dont le travail se poursuit tumultueusement sans effet utile, dont les contractions sont violentes et intenses, dont les intervalles entre contractions ne comportent pas de relâchement et pas d'indolence totale, dont la dilatation ne progresse pas, — les succès ont été presque constants ; très rapidement, le tonus se dénivelle et la dilatation progresse. Il ne s'agit certainement pas de ces améliorations inespérées, que tous les cliniciens ont pu observer au cours d'un travail pénible, car la fréquence des succès obtenus dépasse le chiffre des chances, qui existent, d'observer une amélioration au moment précis, où la médication a été prescrite.

Cependant, il ne faudrait pas considérer le bain formolé, si précieux, comme une panacée, qui escamote toutes les difficultés de la dystocie.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Thrombo-phlébite à streptocoques du membre supérieur droit.

Le malade de MM. CHIFOLIAU et A. FOLLIASSON guérit rapidement par résection segmentaire de la veine axillaire thrombosée. La thrombo-phlébite du membre supérieur, dite par effort, en réalité d'origine infectieuse, est chose actuellement bien connue ; cette observation en apporte une preuve de plus, la culture du caillot ayant montré la présence de streptocoques, et l'examen histologique l'existence dans la paroi veineuse d'amas leucocytaires.

La résection veineuse aurait, en pareils cas, des effets multiples : sur le sympathique périveineux, sur le sympathique périartériel par action de voisinage, et sur les réseaux lymphatiques du membre. On peut ainsi espérer par un traitement chirurgical actif raccourcir le délai de guérison de la lésion et en éviter les séquelles plus ou moins importantes. (*La Presse médicale*, 16 janvier 1932.)

### L'angine de poitrine coronarienne non syphilitique.

Le Dr GALLAVARDIN en rapporte cinq observations nouvelles avec autopsie. Dans tous ces cas, c'est la lésion coronarienne sténosante — assez intense pour s'être accompagnée de plaques infarctoïdes du myocarde — qui est la cause du développement du syndrome angineux observé.

La syphilis n'existait dans aucun cas. Le tabagisme a été nettement relevé dans trois observations, mais non dans les deux autres ; il ne manque pas, du reste, de cas cliniquement semblables chez des femmes ou des sujets non fumeurs. Il faut avouer que l'on ne connaît pas la cause des altérations artérielles non syphilitiques, qu'il s'agisse d'athérome franc ou d'autres processus artéritiques sténosants, évoluant sur un système coronarien aux fines branches et les transformant en minces cordelettes fibreuses. (*Lyon médical*, 17 janvier 1932.)

### Traitement des bronchopneumonies du premier âge.

Les infections broncho-pulmonaires aiguës sont, avec les affections des voies digestives, l'une des causes les plus importantes de la mortalité de tant de petits. Elles surviennent dans les nourriceries hospitalières par rafales épidémiques d'une contagiosité certaine ; exceptionnellement primitives, elles sont, dans la règle, consécutives à une rhinite, à une rhino-pharyngite, à une rhino-bronchite.

Le Professeur LEREBOULLET rappelle que leur diagnostic est basé, d'une part, sur la présence chez un nourrisson, atteint ou non de coryza, de fièvre, d'atteinte marquée de l'état général, de dyspnée, de toux, et, d'autre part, sur l'existence à l'examen du thorax de signes de localisations variables suivant qu'il s'agit de telle ou telle forme de broncho-penumonie.

Les indications générales d'un traitement rationnel, basées sur la symptomatologie, la physiopathologie et l'étiologie des bronchopneumonies, semblent être les suivantes :

1° Assurer une bonne hygiène générale : isolement ; aération suffisante ; gouttes d'essence d'eucalyptus sur une compresse à proximité de la tête de l'enfant ; changements fréquents dans la position couchée ou assise du corps, afin de faciliter l'expectoration.

2° Agir sur les voies respiratoires supérieures : désinfecter le naso-pharynx (huile eucalyptolée ou goménolée à 1 p. 50, solution faible de collargol, 0 gr. 30 pour 5 grammes d'eau distillée) ; traiter s'il y a lieu la rhino-pharyngite causale.

3° Instituer une médication respiratoire, capable de stimuler les bronches et de faciliter l'expectoration ; décongestionner le poumon : révulsion thoracique ; enveloppements humides frais ; en cas de syndrome asphyxique, enveloppements sinapisés, à surveiller suivant la réaction cutanée produite ; bains chauds ; acétate d'ammoniaque, ou sirop à l'ipéca de Desessartz ; proscrire l'opium ; le cas échéant, teinture de drosera et de lobelie.

4° Lutter contre la fièvre, surtout pour éviter une élévation thermique excessive nuisible (39°5, 40°) : suppositoires avec 0 gr. 15 de chlorhydro-sulfate de quinine ; potion à l'aspirine.

5° Soutenir le cœur, pour que la maladie ne s'aggrave pas par défaillance cardiaque (cyanose et collapsus) : 2 à 5 centigrammes de caféine ; un quart ou un demi-milligramme de strychnine ; V à X gouttes, trois fois par jour, d'adrénaline par voie buccale ; parfois II gouttes de digitaline en solution au millième.

6° Maintenir les forces, promptes à s'épuiser : lait de femme, lait sucré, sérum glucosé (valeur alimentaire du sucre dans les infections).

7° Agir par un traitement biologique, basé en partie sur l'étiologie : urotropine, métaux colloïdaux, inhalations d'oxygène. Il n'y a pas de médication spécifique ; les sérums et vaccins, qui agissent par la voie biologique doivent passer après les médications classiques.

Enfin, on n'oubliera pas l'importance des tout petits soins quotidiens. (*Paris médical*, 23 janvier 1932.)

**Syndrome nerveux du zona grave d'emblée.**

Il existe, écrit le Professeur Sabrazès, des cas de zona, que l'on peut qualifier de graves d'emblée. Cette forme maligne est plus fréquente après la soixantaine ; on l'observe surtout dans le zona ophtalmique. L'acuité de la période de début, la fièvre, la céphalée, les vomissements, qui le traduisent, font craindre une méningite aiguë, tuberculeuse, méningococcique, une poliencéphalite, une encéphalite épidémique, une encéphalite herpétique, une spirochétose méningée. On songe aussi à une syphilis cérébrale, si la température ne s'écarte pas beaucoup de la normale. Le malade est-il apyrétique, on craint un ictus apoplectique.

Pendant trois à quatre jours, le diagnostic reste en suspens. La ponction lombaire, le laboratoire contribueront à l'éclairer. Mais une éruption de zona sur le cuir chevelu, sur une tempe, quelques vésicules sur les paupières, la face, le nez, la conjonctive, lèvent tous les doutes. L'œdème et la rougeur de la face égarent quelquefois le diagnostic vers un érysipèle ; il peut d'ailleurs survenir des érysipèles après le zona.

Le zona ophtalmique s'accompagne parfois, du côté même de l'éruption, d'une paralysie du moteur oculaire commun ; il y a aussi des phénomènes de névrite optique, la perte des réflexes pupillaires ; les manifestations neuromusculaires sont caractérisées tout d'abord par des secousses dans les muscles de la ceinture scapulo-humérale et du tronc, puis par une parésie, ou une paralysie des membres supérieurs, avec atrophie musculaire et dégénérescence musculaire. On note également des paresthésies, hyperesthésies pénibles, vertiges avec dérobement des jambes allant jusqu'à la chute, de la dépression intellectuelle, une abolition des réflexes du poignet, des réflexes rotuliens et achilléens. On penserait à la syphilis, si la réaction de Wassermann et l'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien n'étaient pas négatives. Bref, il existe des cas de pseudo-tabès imputable au seul zona, et qui n'ont rien à voir avec la syphilis, malgré leur simulation clinique. Celui-ci s'amende d'ailleurs beaucoup plus vite qu'un tabès banal. Ce qui peut persister longtemps, c'est l'hyperesthésie dans la zone tégumentaire intéressée et, dans certains cas, une amaurose par névrite optique plus difficilement réparable.

Dans ce zona grave d'emblée, une part revient au début à la méningite zonateuse, et aussi à des manifestations d'encéphalite, de myélite, de névrite. Mais ce syndrome se distingue de l'encéphalite épidémique par le fait qu'il n'entraîne pas de somnolence et n'aboutit pas au parkinsonisme. Il serait plus difficile à distinguer des formes hautes de poliomyélite épidémique, s'il n'y avait pas à l'origine, le zona qui signe la nature de la maladie. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 24 janvier 1932.)

**Les progrès accomplis dans le traitement des prostituées syphilitiques à Saint-Lazare par le traitement libre.**

Le Dr Bizard expose que, si le traitement des prostituées syphilitiques récentes en période d'accidents est pratiqué maintenant dans les meilleures conditions à Saint-Lazare, pendant longtemps les malades traitées et blanchies par les médications peu actives, dont on se servait à l'époque, sortaient de l'infirmerie et, remises en liberté, laissaient évoluer leur maladie, sans jamais aucun traitement d'entretien ; d'où l'observation de récidives fréquentes d'accidents contagieux.

Or, un grand progrès a été accompli en 1905 par la création, aux portes mêmes de la prison, et sans aucune communication avec l'intérieur, du dispensaire Toussaint-Barthélémy ; en 1917, de plus, on lui a adjoint une salle de traitement. Toutes les malades peuvent venir s'y faire soigner *librement*, et elles savent que, sous aucun prétexte, qu'elles soient femmes en carte ou insoumises, qu'elles soient femmes isolées ou pensionnaires de maison, les médecins chargés de ce service ne peuvent arrêter les malades, même si elles présentent des accidents. Elles comprennent, d'autre part, qu'elles sont sérieusement traitées et suivies comme à l'hôpital ; et ce sont ces conditions bienveillantes, qui ont amené plus de 3.000 nouvelles clientes, au cours de cette année passée.

Les idées des clientes administratives ont heureusement évolué ; beaucoup d'entre elles ont compris qu'on ne leur voulait aucun mal, tout au contraire, et qu'on leur donnait en somme toute facilité pour éviter de tristes et obligatoires séjours à Saint-Lazare.

S'il est encore parmi les prostituées trop de malades qui désertent le traitement et deviennent le centre d'îlots dangereux, d'où la syphilis continue à se propager, on a la sensation que, dans peu de temps, grâce aux efforts d'un service médico-social bien organisé, et qui deviendra peut-être un jour le rouage principal de notre organisation défensive, on pourra penser à établir sur de nouvelles bases la réglementation de la prostitution, qui ne sera plus que sanitaire cette fois. (*Le Bulletin médical*, 30 janvier 1932.)

**Les ecchymoses sous-conjonctivales.**

Bien des sujets sont fort inquiets de la brusque apparition d'une tache rouge sous la conjonctive.

L'intérêt de l'ecchymose sous-conjonctivale, dit le Dr Bailliart, est uniquement d'ordre général ; elle peut être le premier signe révélateur de l'hypertension artérielle jusque-là méconnue. Bien que les vaisseaux conjonctivaux aient, en grande partie, la même origine que les vaisseaux cérébraux, leur examen, leurs lésions ont infiniment moins d'intérêt et d'importance que ceux des vaisseaux rétiniens qui sont, eux, strictement cérébraux.

En raison de l'évolution de l'ecchymose sous-conjonctivale, tout traitement autre que, le cas échéant, le traitement de la cause, est tout à fait inutile ; on peut cependant, ne serait-ce que pour rassurer le malade, prescrire l'instillation d'un collyre à la novocaïne à 2 p. 100 additionné de quelques gouttes d'adrénaline. (*La médecine*, janvier 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### La vaccination associée (antityphoïdique et antidiphtérique) dans l'armée.

(M. Dopter. — *Académie de médecine* ; 24-5-1932.)

L'efficacité de la vaccination associée (antityphoparatyphoïdique et antidiphtérique) est aujourd'hui établie.

L'examen des faits observés par M. Dopter, dans les régiments où l'on a vacciné les contingents incorporés en 1930 et 1931, montre qu'à de très rares exceptions près, l'immunité conférée a duré au moins pendant tout le séjour des soldats sous les drapeaux. Elle se prolonge certainement encore pendant un temps que l'avenir précisera.

Les nouveaux essais qui viennent d'être poursuivis attestent que l'armée a retiré et retirera un grand bénéfice des vaccinations associées. La tâche du Service de santé militaire se trouvera, à cet égard, facilitée par la loi du 21 décembre 1931 qui a rendu obligatoire la vaccination antidiphtérique dans l'armée. On connaît déjà les bienfaits qui sont nés de la loi du 28 mars 1914 sur le caractère obligatoire de la vaccination antityphoïdique dans le milieu militaire. La nouvelle loi, relative à la prophylaxie antidiphtérique, aura également un triple avantage : de diminuer la morbidité et la mortalité diphtériques dans les corps de troupes, avec un bénéfice appréciable pour l'instruction militaire ; de réduire le nombre des journées d'hôpital et les frais qu'elles entraînent ; de diminuer enfin, les indemnités dues par l'Etat au titre du budget des pensions.

### Traitement des hémorragies massives par ulcère gastro-duodénal.

(M. Pierre Duval. — *Société de chirurgie* ; 6, 11 et 25-5-1932.)

En présence d'hémorragies massives par ulcère gastro-duodénal, la conduite habituellement admise est, sauf cas spéciaux, l'abstention opératoire et l'emploi du traitement médical seulement. Nombre de ces hémorragies, en effet, qui semblent devoir être immédiatement mortelles, s'arrêtent et se réparent spontanément, alors que l'intervention chirurgicale — grave chez ces sujets affaiblis — est loin de toujours donner des résultats satisfaisants.

Et cependant, cette conduite, médecins et chirurgiens ne l'adoptent pas sans une certaine hésitation car l'hémostase dans une hémorragie, provenant d'une perte de substance comme l'est l'ulcère, apparaît d'ordre beaucoup plus chirurgical que médical. Il est logique et tentant, étant donné la vulgarisation des opérations pour ulcus gastrique, d'opérer d'urgence quand une hématémèse abondante vient mettre la vie du malade en danger.

M. Pierre Duval rapporte, à ce sujet, une observation recueillie dans son service de l'hôpital de Vaugirard, qui pose à nouveau la question. Son malade, atteint d'hématémèses massives par ulcus, fut traité médicalement et transfusé. Toutefois, l'anémie ayant atteint un degré intense, M. Duval décida de l'opérer. L'estomac ouvert, un jet de sang jaillit de la profondeur. Une pince sur le vaisseau et une ligature

au fil arrêtent l'hémorragie. Le malade meurt peu après.

Et M. Pierre Duval d'ajouter : « L'opération a atteint son but, mais j'ai opéré trop tard ». L'opération, si elle avait été faite la veille ou l'avant-veille, aurait peut-être, semble-t-il, donné la guérison et la vie au patient. Transfusion sanguine et opération immédiate, est-ce là la formule idéale ? Tel est le point à discuter à nouveau.

En matière d'hémorragies gastriques massives par ulcère gastro-duodénal, nous ne disposons malheureusement d'aucun test permettant de fixer la gravité réelle de l'hémorragie, de reconnaître celle qui va mettre la vie du malade en danger. Bien des hémorragies de ce genre, d'aspect très menaçant, s'arrêtent spontanément. Et puis chaque malade a sa résistance particulière à l'hémorragie que nous n'avons aucun moyen d'apprécier. Aussi, l'opinion générale des médecins est-elle que le traitement des hémorragies gastriques graves est purement médical. Les statistiques leur donnent d'ailleurs entièrement raison, la mortalité étant beaucoup plus forte après opération que sans opération.

M. Pierre Duval ne considère pas néanmoins le problème comme définitivement résolu. Il y a une solution provisoire : le traitement médical. Sera-t-elle toujours maintenue ou modifiée ?

— M. Robineau relate deux cas récents de son service. Dans le premier, hématémèses très graves. On se prépare à l'opération. Le malade meurt avant, et à l'autopsie on trouve un ulcère calleux au fond duquel une artère d'assez fort calibre s'ouvre à plein canal. Dans le second cas, hématémèses graves, analogues. M. Robineau l'opère et constate seulement une petite cicatrice, donnant l'impression d'un ulcère véritablement guéri. Arrêt des hématémèses. Comment, dès lors, s'orienter pour prendre une décision ? Aucun signe ne permettait de reconnaître que le premier malade allait mourir d'hémorragie, ni que le second avait fini de saigner. Pour l'instant, nous n'avons aucun indice pour décider un traitement médical ou pour intervenir. Seule l'impression clinique incite à agir ou non.

— M. Cunéo montre, lui aussi, la difficulté du problème. Un grand nombre de ces hémorragies gastro-intestinales massives, dit-il, guérissent temporairement par le traitement médical, ce qui permet au chirurgien d'intervenir secondairement après avoir remonté le patient. Mais aussi certains de ces malades, dont le pourcentage est assez difficile à préciser, succombent du fait de l'hémorragie.

S'il était possible d'établir le pronostic pour un cas donné, la ligne de conduite serait simple. Malheureusement, nous ne pouvons pas prévoir comment les choses évolueront, de sorte que, pour les interventions suivies de succès, on peut penser que le malade eût guéri sans elles, et pour les cas de mort, malgré l'intervention, on peut se demander si celle-ci n'a pas aggravé la situation, de telles opérations étant évidemment sérieuses. Pour décider la conduite à tenir, on en est réduit à un ensemble d'impressions personnelles.

—M. Hartmann ajoute que l'examen des statistiques actuelles n'est pas en faveur de l'intervention chirurgicale en présence des grosses hémorragies gastriques. Ces statistiques indiquent une mortalité assez faible (3 à 4 %) après le traitement médical et une mortalité beaucoup plus élevée (30, 60 %) après opérations. M. Hartmann a le souvenir de cas très graves qui se sont terminés par guérison sans intervention chirurgicale. Il en a vu plusieurs exemples dans le service de Millard qui les traitait médicalement par l'immobilité, la diète absolue, la glace sur le ventre, les ligatures à la racine des membres.

Dans certaines circonstances, cependant, la formule de Pierre Duval : transfusion sanguine et opération immédiate, apparaît judicieuse. Il en est ainsi, en particulier, chez les malades ayant une vieille histoire d'ulcère, où en toute probabilité, il y a un vaisseau érodé dans un ulcère calleux.

P. L.

### Le retentissement de la colibacillose sur le système endocrino-sympathique.

(M. Desgeorges. — *Soc. de méd. de Paris* ; 11-3-32.)

La colibacillose, si répandue surtout chez la femme n'affecte pas moins les glandes endocrines que le foie et les reins. Elle joue dans la genèse des petites insuffisances glandulaires, si souvent rencontrées et si importantes au point de vue pratique, un rôle considérable et jusqu'ici largement méconnu.

En présence de troubles endocrino-sympathiques, dont la cause n'aura pas été nettement établie, il faudra penser à une origine coli-bacillaire, et compléter le traitement opothérapique par un traitement de désinfection intestinale.

### Un cas de brucellose contractée en Lorraine.

(MM. Lemierre et Mahoudeau-Campayer. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 4-3-1932.)

Une double observation, concernant d'une part une jeune femme suivie à Paris, et d'autre part, le père de cette jeune femme demeuré en Lorraine, tous deux atteints par Brucella mélitensis, brucellose certainement contractée à la même source, démontre une fois de plus quelle extension la fièvre ondulante d'origine caprine, ovine ou bovine, a prise sur notre territoire.

C'est une affection que désormais chacun de nous est exposé à rencontrer sur sa route, et qu'il est utile de savoir dépister, puisque certaines thérapeutiques semblent occasionnellement exercer sur elle une action efficace, et abréger l'évolution d'un état fébrile, souvent extrêmement prolongé. Dans un cas, la guérison définitive est survenue, brusquement, presque immédiatement après deux injections de 0 gr. 10 et 0 gr. 20 de jaune d'acridine, pratiquées à 48 heures l'une de l'autre.

**Sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu.**

(MM. Nobécourt et Paraf. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 4-3-1932.)

Par sa grande fréquence, par la gravité de ses complications, le rhumatisme articulaire aigu constitue une des maladies les plus terribles de l'enfance. La mortalité est heureusement peu élevée, mais les complications cardiaques grèvent fortement l'avenir des malades.

L'âge constitue un facteur étiologique important ; inexistant avant l'âge de trois ans, le rhumatisme manifeste son atteinte maximum vers 14 ans. L'époque donne deux maxima, l'un en décembre-janvier, l'autre en mai-juin. Il semble aussi que la misère, les mauvaises conditions d'hygiène générale et d'habitat, la fatigue favorisent l'éclosion du rhumatisme articulaire aigu.

Bien qu'on ait parlé d'épidémicité, les auteurs n'ont pas observé d'épidémies de famille, de maison, d'école ou de quartier. En tout cas, la contagion familiale serait rare ; s'il y a contagion, celle-ci serait, non pas d'origine hydrique, comme certains le prétendent, mais directe, interhumaine, rappelant celle de la poliomyélite et de l'encéphalite. Bref, il s'agit d'une maladie spécifique, autonome, due à un virus encore inconnu, mais appartenant sans doute à la catégorie des virus filtrants, et cette maladie semble obéir aux mêmes lois saisonnières, aux mêmes lois épidémiologiques que quelques maladies, dues à ces virus.

**Grippe et système nerveux.**

(MM. Henri Dufour et Hurez. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 4-3-1932.)

Déjà en 1929, l'un des auteurs a essayé de démontrer que la grippe, bien différente des affections saisonnières de l'arbre respiratoire, était essentiellement une maladie du système nerveux central et périphérique, et devait être rangée parmi les septi-névrites, par opposition avec les septicémies.

Des cas observés en janvier 1932 sont venus confirmer cette opinion.

Trois morts rapides en quelques heures avec les mêmes symptômes, sont survenues chez des malades certainement tarés, mais atteints de grippe ; les signes constatés permettent ici d'incriminer la localisation du virus sur le bulbe.

Il n'y aurait, entre la grippe-influenza et la névraxite épidémique qu'une frontière assez mal limitée, qui, faute de critérium biologique, laisse chevaucher quelques-uns des symptômes les moins caractéristiques sur l'une et l'autre maladie.

Chez deux autres malades, les signes de grippe nerveuse se sont présentés sous la forme de crises comitiales des plus typiques.

Pour mémoire, il faut rappeler les atteintes si fréquentes des nerfs périphériques à la suite de la grippe-influenza, névalgies rebelles, déclarées rhumatismes par les malades.

Bref, la grippe-influenza à type de septi-névrite, pour laquelle l'introduction du virus dans l'organisme se fait à la faveur d'une première infection par les muqueuses oculaire, nasale et pharyngée, peut faire sortir des microbes d'association et revêtir quelquefois un caractère de sévérité, conférée par les tares antérieures de l'organisme.

G. F.

---

## *Toulouse*

*Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie.*

**Deux cas de spirochétose ictéro-hémorragique après baignade en Garonne.**

MM. Izard et Tamalet rapportent les observations de deux jeunes gens qui furent atteints de spirochétose ictéro-hémorragique après s'être baignés dans la Garonne l'été dernier.

L'un d'eux, maître baigneur d'une école de natation, fit une spirochétose bénigne. L'autre, qui ne savait pas nager, avait pris un seul bain au cours duquel il se fit une plaie du pied ; 15 jours plus tard se déclara une spirochétose d'allure sévère. Pour l'un et l'autre, le diagnostic fut confirmé par l'inoculation au cobaye du sang et des urines.

Les auteurs attirent l'attention sur certains points particuliers de l'évolution clinique ; l'ictère des deux malades, après avoir été polycholique dans les premiers jours, s'accompagna progressivement de décoloration des selles et du prurit. Dans aucun des deux cas, la chute de la température entre les deux phases fébriles ne peut être attribuée à l'hyperazotémie : chez l'un le taux de l'azotémie passa de 0 gr. 90 p. 1000 au début de l'affection à 0 gr. 38 au moment de la phase apyrétique et se maintint ensuite au même taux jusqu'à la guérison ; chez l'autre, l'urée sanguine était de 3 gr. au début, puis elle tomba au chiffre de 0 gr. 67 pendant la rémission thermique pour remonter à 1 gr. 06 au moment de la rechute.

Chez le même malade, l'invasion de la spirochétose fut marquée par un syndrome douloureux abdominal, apparu brutalement avec fièvre élevée, pouls filant, faciès péritonéal, sensation de mort imminente ; les symptômes disparurent après des injections intramusculaires d'adrénaline. Les auteurs pensent qu'il s'agissait là d'insuffisance surrénale aiguë comme on en observe dans certaines formes de purpura, de paludisme ou de méningococcémie.

A propos de ces deux cas, les auteurs pensent qu'on ne peut envisager pour eux une étiologie murine, en raison de la largeur du fleuve, du courant et de l'absence d'égouts au voisinage ; c'est plutôt dans les spirochètes de la vase qu'il conviendrait de rechercher la cause affective de ces deux spirochétoses, qui sont les premières signalées après baignade dans la Garonne.

**Action de la prostigmine sur le péristaltisme intestinal.**

MM. J.-P. Tourneux, Petel et Gouzi, après avoir rappelé les petits accidents dus à la crise des gaz que l'on observe fréquemment chez les opérés, communiquent les résultats qu'ils ont obtenus en utilisant la prostigmine, médicament synthétique destiné au traitement de la parésie intestinale post-chirurgicale et qui par sa constitution chimique se rapproche de l'ésérine (alcaloïde de la fève de Calabar).

En injectant systématiquement le lendemain de l'intervention à tous leurs opérés un centimètre cube de la solution préparée par la maison Roche, ils ont constaté dans les heures qui suivaient l'injection sous-cutanée une augmentation très nette du péristaltisme intestinal aboutissant rapidement à l'émission spontanée de gaz ; l'évacuation des matières fécales s'est effectuée le deuxième ou le troisième jour sans qu'il ait été besoin de la faciliter par un lavement.

Les observations portent actuellement sur une trentaine de cas, sans que l'on ait eu à constater d'échec : il semble donc par suite que la prostigmine, dont l'action péristaltique est indéniable et ne s'accompagne d'aucun effet sur la pression sanguine et sur l'activité cardiaque, dont le mode d'emploi présente de grands avantages sur celui du sérum hypertonique, est appelée à jouer un rôle important dans la thérapeutique post-opératoire.

**Névrite traumatique du nerf dentaire inférieur.**

M. E. Cadenat. — La dent de sagesse inférieure peut entraîner des complications vers le nerf dentaire inférieur par suite des rapports anormalement proches que le nerf et la dent peuvent contracter :

1° Si le nerf est à nu au fond de l'alvéole, la carie de la dent peut amener l'infection de l'alvéole et de la névrite.

2° Si le nerf est entouré par les racines de la dent, il peut être sectionné ou arraché lors de l'extraction.

3° S'il passe dans une gouttière contre la face externe de la dent, il est contusionné lors de l'extraction et entraîne d'abord une anesthésie transitoire, puis lors de sa réparation des douleurs névralgiques avec hyperesthésie cutanée de la lèvre et fourmillements.

La guérison peut être obtenu par réparation spontanée du nerf, ou la persistance des douleurs névralgiques peut obliger à faire la section physiologique du nerf par alcoolisation à l'épine de Spix.

# Les Congrès

## VII<sup></sup>e Congrès des pédiatres de langue française

(*Suite*) (1)

### II. — Traitement chirurgical des craniopharyngiomes. (Tumeurs développées aux dépens des vestiges de la poche de Rathke)

MM. Clovis Vincent, M. David et P. Puech (de Paris).

(Rapporteurs).

Le traitement de ces tumeurs est chirurgical. C'est la conception de la plupart des neuro-chirurgiens américains, et c'est celle des rapporteurs. Certains médecins français, avant l'intervention, préconisent un traitement radiothérapique, qui dans un cas (Roussy et Bollack) aurait donné un effet favorable sur l'étendue du champ visuel.

*Voie d'abord.* — La voie intracranienne sous-frontale est la seule pour ces tumeurs en majeure partie *suprasellaires* ; la voie transphénoïdale, aveugle, est à rejeter.

L'ablation complète est presque impossible, la résection partielle seule possible sans exposer à la mort du malade.

Les difficultés ou impossibilités tiennent au siège *rétrochiasmatique*, surtout si les nerfs optiques sont courts, le cercle artériel de Willis fait à ces tumeurs une sorte d'enveloppe angiomateuse, enfin elles adhèrent le plus souvent au *plancher du III[e] ventricule.* Une série de cas cliniques illustrent ces difficultés opératoires. Enfin l'*hydrocéphalie* presque constante des opérés, par l'élargissement et la descente en profondeur du plafond orbitaire, rend difficiles les manœuvres et le bon éclairage du champ. Le volume du cerveau qu'il faut récliner expose à l'issue du liquide céphalo-rachidien et à des réactions cérébrales spéciales à ces sujets.

Sept malades ont été opérés, l'un d'eux à deux reprises. Un seul cas a permis une ablation totale de la tumeur ; des autres sont les résections partielles : la simple ponction n'est presque d'aucune efficacité.

Relevons que l'anesthésie conseillée est l'anesthésie locale en position couchée. Dans un cas, l'enfant s'endormit d'un sommeil naturel au cours de l'intervention et présenta quatre à cinq jours de suite une narcolepsie comparable à celle de l'encéphalite qui ne laissa aucune séquelle (obs. V). Ce cas fut suivi d'hyperthermie élevée qui guérit, alors que ces fortes hyperthermies post-opératoires sont souvent très graves.

(1) V. *Concours Médical*, n$^{os}$ 24, 26 et 27.

Lors de l'intervention, les lobes frontaux doivent être réclinés, reposant sur un matelas de coton hydrophile stérile imbibé d'un liquide approprié (liquide de Zingher). Parfois, au moment où la poche est abordée, il se produit une polyurie abondante ressentie impérieusement par le malade.

*Résultats.* — La mortalité opératoire varie, suivant les chirurgiens, de 25 à 50 p. 100 (Cushing, 40 p. 100 en 1927 ; Cl. Vincent, 25 p. 100 : 2 morts pour 8 interventions).

La survie est variable : sur les six opérés avec succès, trois ont survécu un an sans avoir retrouvé la vue, mais le syndrome d'hypertension disparut ; l'activité psychique se montra normale ; chez un enfant de dix ans, la taille augmenta de 4 centimètres, le poids de 9 kilogrammes ; les fonctions intellectuelles redevinrent celles de son âge. Deux moururent par récidive, le troisième lors d'une intervention destinée à améliorer la vue. Les trois survivants (opérés depuis douze, vingt et dix-neuf mois), présentés par les rapporteurs, présentent une vision suffisante pour remplir divers emplois ou vaquer aux soins domestiques. Mais la récidive reste jusqu'ici une règle, le pronostic en découle. Cependant l'intervention précoce assure une survie acceptable, arrête ou empêche l'apparition d'accidents oculaires. On peut aussi penser que les neurochirurgiens perfectionneront les règles qui conduisent à l'étude du développement, du diagnostic et du traitement des craniopharyngiomes. Les reconnaître et les opérer très tôt permettra d'espérer une ablation complète avec le minimum de danger.

Le rapport se termine par un résumé portant sur 11 cas de craniopharyngiomes, relevant pour chaque cas l'âge, le sexe, le premier symptôme en date, les troubles de développement (infantilisme), les signes de réaction du troisième ventricule, l'état des troubles oculaires, les signes neurologiques, psychiques, les épreuves de laboratoire et le métabolisme, les signes radiologiques, l'état du naso-pharynx, enfin les détails opératoires, l'évolution, la nature histologique de la tumeur.

### Discussion. Communications

**Diabète insipide et tumeur cérébrale.** — Le professeur Gautier (de Genève) a observé un syndrome de diabète insipide chez un enfant de cinq ans avec polyurie de cinq à six litres par jour. Ce tableau fut suivi de troubles de compression avec syndrome infundibulaire et atrophie optique bilatérale pouvant être rapportés à une tumeur du troisième ventricule. La radiographie cranienne et l'examen du fond de l'œil confirmèrent l'existence d'une tumeur cérébrale ; la ponction lombaire fut négative. Un traitement par injection d'extraits hypophysaires étant resté sans résultats, on se décida à une intervention, mais l'enfant succomba au cours de l'intervention. L'autopsie révéla l'existence d'un gliome du troisième ventricule. Cette observation montre que le diabète insipide peut être le premier signe d'une tumeur cérébrale.

**A propos du diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant**, par le professeur R. Cruchet et le Dr Cantorné (de Bordeaux). — Les auteurs constatent l'augmentation de fréquence des tumeurs cérébrales chez l'enfant et aussi des syndromes neurologiques pouvant les simuler.

L'examen de leurs observations leur a montré le début fréquent par des troubles cérébelleux progressifs, et aussi la possibilité de débuts brusques simulant une affection aiguë (forme pseudo-digestive de début).

A la période d'état, la stase papillaire constitue un gros élément de diagnostic : mais celle-ci peut aussi se rencontrer dans certains syndromes d'hypertension intracranienne régressifs (épendymites ventriculaires) ; elle peut aussi se voir dans l'encéphalomyélite et compliquer encore la discrimination entre celle-ci et les tumeurs (observations personnelles).

Les auteurs insistent sur la possibilité d'erreurs dues à de « pseudo-signes de localisation » et rapportent une observation de syndrome cérébelleux par tumeur frontale probable avec troubles psychiques accentués.

Le diagnostic de tumeur cérébrale chez l'enfant est souvent un diagnostic « d'évolution ». Celle-ci peut parfois être coupée de rémissions spontanées, prolongées, qui créent un nouvel embarras pour la diagnose et le traitement.

**Difficulté du diagnostic des tumeurs cérébrales à évolution aiguë chez l'enfant.** — MM. Lesné et Cl. Launay (Paris). — Ces auteurs attirent l'attention sur une variété évolutive des tumeurs cérébrales : les tumeurs d'évolution clinique très rapide, véritablement aiguë, dont ils ont récemment rapporté un cas avec le Dr T. Bertrand. Ils insistent sur l'extrême difficulté du diagnostic en pareil cas, surtout chez l'enfant : la confusion est constante avec les encéphalites de l'enfance ; les signes d'hypertension intracranienne peuvent en effet faire défaut, particulièrement dans les tumeurs bulbo-protubérantielles, dont l'observation rapportée par les auteurs est un exemple. Il s'agissait d'un spongioblastome multiforme, variété de tumeur très rare chez l'enfant et dont on connaît l'évolution très maligne.

**Chez l'enfant, l'opération sur les amygdales doit être, de préférence, l'amygdalectomie totale**, par le professeur G. Canuyt (Strasbourg). — L'ablation totale de l'amygdale est l'opération logique et rationnelle chez l'enfant. L'auteur montre que cette intervention repose sur l'étude de l'anatomie, de l'histologie, de la physiologie, de la bactériologie et surtout de l'anatomie pathologique. Le streptocoque et les foyers infectieux peuvent siéger partout, donc l'ablation totale s'impose.

Les résultats obtenus dans les complications les plus fréquentes de l'infection cryptique, les amygdalites aiguës, les adénites cervicales à répétition,

la fièvre ganglionnaire, montrent la supériorité indiscutable de l'opération totale sur l'opération partielle.

Ces résultats sont constants et durables.

**Un cas de tumeur cervicale extramédullaire (fibrogliome) chez une enfant de neuf ans. Opération**, par MM. Weill-Hallé, Petit-Dutaillis, Mlle Claire Vogt (Paris). — Les tumeurs de la moelle restent rares chez l'enfant. Nous en avons observé un cas chez une fillette de neuf ans, intéressant en raison de sa symptomatologie particulière. Après un début par une période de douleurs radiculaires localisées surtout dans la région de la nuque et dans le membre supérieur droit, apparition d'une paraplégie flasque avec troubles discrets de la sensibilité. On constate en outre une atrophie à type Aran-Duchêne de la main droite. Température à 38°. L'ensemble donne l'impression d'une polynévrite infectieuse. Un mois après, paraplégie totale flasque mais s'accompagnant de signes pyramidaux et de réflexes de défense. Atrophie marquée de la main droite, apparition de troubles graves de la sensibilité remontant jusqu'à $D_2$, incontinence des sphincters. Liquide xanthochromique à la ponction lombaire avec dissociation albumino-cytologique. Injection de lipiodol sous-occipital : arrêt du lipodiol avec aspect en dôme en $C_7$.

Intervention : ablation d'une tumeur radiculaire à localisation pré-médullaire au niveau $C_7$ $D_1$. Tumeur bénigne à type de fibro-gliome. On constate déjà une légère rétrocession des troubles cliniques depuis l'intervention.

TROISIÈME QUESTION

## Les formes frustes et latentes des avitaminoses chez le nourrisson

M. Paul Bertoye (de Lyon) (Rapporteur).

Les avitaminoses, dont l'étude date des travaux d'Eykmann (1897), Funk (1912), comme toutes les autres maladies de la nutrition se constituent lentement, pour aboutir à leur stade définitif. Les troubles de la *nutrition* et de la *croissance* précèdent la *carence* proprement dite : stade latent, ou début des stades de précarence (Weill et Mouriquand), stade difficile à déceler en clinique, mais établi expérimentalement : scorbut chronique expérimental (type Mouriquand-Michel) qui, en quatre-vingt jours, réalise des signes ostéo-hémorragiques curables, mais à rechute. Ce stade latent n'est pas une maladie ; c'est un terrain spécial créé par la carence.

Sous nos climats, ces formes latentes et ces formes frustes ou larvées, sont plus fréquentes que les formes complètes.

Conditions nécessaires pour aboutir a un état d'avitaminose au stade complet. — Tout régime carencé ne provoque pas l'apparition des troubles de carence : une série de conditions sont nécessaires tenant à la vitamine elle-même, à l'organisme en cause ou à la combinaison de ces facteurs.

*a. Quantité de vitamines.* — A l'action simplement catalytique, à dose infinitésimale (Hopkins) admise au début, il faut substituer une notion de mesure décelée par les recherches biologiques ; si elle n'est pas atteinte, elle réalise les *carences partielles* du scorbut chronique expérimental, provoqué le quatre-vingtième jour au lieu du douzième jour dans le scorbut expérimental aigu ; la dose de vitamines C restant égale au quart de la dose suffisante. Les carences partielles des nourrissons observées en clinique se conforment à ces données numériquement exprimées par Axel Höjer, qu'il s'agisse de carences en facteur C (laits pasteurisés, bouillis, secs, condensés) ou en facteur A ; xérophtalmique par carence liposoluble.

*b. Notion du terrain.* — Elle explique que l'organisme puisse utiliser d'une façon défectueuse les vitamines, même lorsqu'elles sont fournies en quantité suffisante. L'état digestif (carences digestives), l'assimilation (carences de nutrition) interviennent ; ces causes sont multiples.

1° Age. — Les jeunes organismes exigent plus de vitamines, sauf chez le tout nouveau-né par apport probable d'une réserve de vitamines maternelles, sauf si la mère est elle-même en état de carence. Le poids des nouveau-nés, plus faible l'hiver, la prématuration, la débilité congénitale seraient influencés par ces états.

2° Etat de la nutrition. — La croissance pondérale et staturale exige un apport notable en vitamines; la médication thyroïdienne, en augmentant le métabolisme, accélère le scorbut ; (l'apport calorique agit de même) ; la qualité des aliments, les régimes déséquilibrés le précipitent.

Certaines prédispositions constitutionnelles (diathèse exsudative de Czerny) imprécises ou même très obscures favorisent l'avitaminose.

*c. Infections.* — Elles peuvent agir sur le terrain déjà carencé, mais l'intérêt est plus grand de rechercher leur rôle sur l'apparition des avitaminoses. On les observe à l'occasion d'épidémies de grippe, dysenterie, diphtérie nasale, rougeole, coqueluche, varicelle ; *vaccination jennérienne*, surtout chez des enfants dystrophiques ou retardés, parfois même malgré l'administration de vitamines dans l'alimentation.

La tuberculose, la syphilis, la malaria n'ont pas été relevées comme facteurs de scorbut.

*d. Intoxications.* — L'extrait thyroïdien, le soufre surtout, l'huile de foie de morue, les sels de strontium ont pu être incriminés.

Etude clinique des avitaminoses. — Le scorbut, le béribéri, la xérophtalmie, le rachitisme, carences en vitamines A, B, C, D, sont bien individualisés.

L'auteur s'est proposé l'étude de ces affections dans leurs formes frustes et dans le stade latent qui précède les signes caractéristiques (La pellagre, la sprue, la tétanie encore à l'étude n'ont pas été envisagées dans ce rapport).

I. Avitaminose C. Le préscorbut. — L'hémorragie ostéopériostée et les hémorragies gingivales sont les deux signes essentiels du scorbut ; celles-ci

manquent chez les nourrissons qui n'ont pas encore de dents. Les autres hémorragies cutanées ou muqueuses rentrent dans les formes monosymptomatiques (Balrow : hématuries, sensibilité des épiphyses ; Fraenkel : pâleur, anorexie, fièvre ; ou signes radiologiques précoces) ; Hutinel signale la pâleur, Comby y ajoute l'anorexie, le changement de caractère.

C'est la précarence (1919) : cette anémie scorbutique résiste au fer et cède au jus de fruits frais (1922) (Weill et Mouriquand). A côté de la forme aiguë, classique, Hess individualise une forme subaiguë (pâleur, pétéchies cutanées, muqueuses, oligurie, tachycardie, tachypnée, cœur augmenté de volume et troubles nutritifs : croissance retardée et nutrition insuffisante). De nombreux travaux groupent ces faits (Kayser, Finkelstein, Ribadeau-Dumas, Marfan, Lereboullet et ses élèves, Rohmer et Bindschedler).

Fréquence et durée du préscorbut. — Il serait assez fréquent, variable dans sa durée et sa date d'apparition. Rare avant six mois sous sa forme typique, c'est avant cette date qu'il convient de chercher le scorbut latent, et vers l'âge de six mois le scorbut fruste.

Hess, Ribadeau-Dumas ont précisé qu'aux environs de six mois, l'enfant cesse de grossir, l'appétit disparaît, il est pâle, avec œdème léger des paupières supérieures, irritable et criard ; les gencives sont livides, à bords cramoisis, les papilles linguales saillantes, sur le frein une tache pétéchiale, flaccidité des membres inférieurs, oligurie. Pouls et respiration rapides.

On peut individualiser deux formes caractérisées : soit par des signes d'hémorragie ou d'anémie (formes frustes), soit par des troubles de nutrition (formes latentes).

*Hémorragies* cutanées (pétéchies) muqueuses (palais, lèvre inférieure, langue, conjonctive) : rechercher l'hématurie microscopique (*érythrocyturie*). S'observant vers le sixième mois, elles seraient souvent liées à un scorbut fruste, cédant au traitement approprié ; plus rarement, hématurie vraie ou même néphrite hémorragique. Citons encore : la pleurésie hémorragique rare, l'eczéma sanguinolent, la forme hémorragique revêtue par les fièvres éruptives ; la coqueluche, la diphtérie, la varicelle, la grippe, la vaccination.

*Anémies.* — Le scorbut sans anémie est exceptionnel. Ordinairement 2.500.000 globules rouges avec 50 à 60 p. 100 d'hémoglobine, influencée par le traitement. Le fer du sang tombe de 0, 53 à 0,27 dans le scorbut expérimental du cobaye. Ce symptôme isolé est fréquent (Variot). Pour Bertoye, deux formes : *anémie simple* ou *anémie chlorotique* ; le fer est sans effet, le jus de fruits amène une guérison rapide. Maldague admet des anémies par carence avec grosse rate (type von Jacksch-Luzet) ; chez le rat blanc, la carence en A et en C a donné une anémie pernicieuse que la clinique n'a pas encore reproduite.

Nobécourt, Tixier, Maillet ont vu l'anémie survivre au scorbut et s'exagérer encore deux ans plus tard.

*Œdèmes.* — Classiquement, aux jointures atteintes l'œdème est fréquent. Mais l'œdème diffus est précoce ; pur, il se localise à la face, aux paupières, au dos de la main et du pied ; il est rénitent, sans godet ; plus tard il s'étend et s'exagère. *L'œdème scorbutique invisible*, il fait varier le poids et s'accompagne d'oligurie et œdème interstitiel de Nobet et Wallgren, est plus tardif ; décharges alternées.

*Troubles cutanés.* — Eczéma, hyperkératose en « peau d'oie », kératoses folliculaires papuleuses, pustuleuses, hémorragiques (*scorbutides folliculaires de Nicolau*), d'apparition *très précoce.* L'asthme avec l'eczéma, l'intertrigo sont fréquents.

*Troubles digestifs.* — Diarrhée, dysenterie avec selles sanglantes. La maladie cœliaque est améliorée parfois par les vitamines C ; sa relation avec les carences digestives est discutée, Rohmer, Mouriquand l'admettent, comme une *conséquence* de la déperdition en vitamines antiscorbutiques et en vitamines A. Le traitement l'atténue ou mieux la guérit.

*Douleurs* épiphysaires classiques. Sensibilité du sternum, chapelet costal peseudo-rachitique.

*Troubles de la croissance. Dystrophies.* — Anorexie, pâleur, modifications du caractère et arrêt de croissance, mais il faut pour cela l'association d'une carence, en vitamines A (expérimentalement). En clinique l'arrêt de la taille et du poids peut s'observer. Mouriquand, Michel, Bertoye et Bernheim ont reproduit chez le cobaye un syndrome voisin de l'*athrepsie* humaine, avec mort malgré le traitement.

Diminution de résistance aux infections. — Celles-ci font apparaître l'avitaminose. Inversement, il existe une *dysergie* à l'égard des infections (tuberculose avec adénopathie trachéo-bronchique maligne), mais surtout infections banales : colibacillose, staphylococcie, phlegmons, pyélites, de même que diphtérie, grippe ; on a pu ainsi dresser un *index infectiosus* qui se montre chargé.

On connaît la *fièvre scorbutique* et *pré-scorbutique* (Netter, Hutinel, Marfan, Comby, Finkelstein). Ribadeau-Dumas, Chabrun et Lelong l'ont définie : *une fièvre élevée, désordonnée*, sans troubles digestifs, sauf l'anorexie avec arrêt de croissance. Parfois seul signe de carence, le régime la fait disparaître ou reparaître par cessation. Liée au scorbut lui-même, elle est indépendante de résorption ou de localisations infectieuses.

(*A suivre.*)

# Les Thèses

T.— Dr H. Courbaire de Marcillat. — **Contribution à l'étude de la néphrose lipoïdique.** (Imprimerie Henri Cléder, 28, rue de la Pomme, Toulouse, 1931.)

La néphrose lipoïdique ne doit pas être considérée comme une entité morbide parfaitement définie. La néphrose d'Epstein existe, mais c'est une rareté clinique.

Les travaux récents ont simplement isolé un *nouveau syndrome fonctionnel* caractérisé par l'hyperlipidémie, la lipoïdurie, l'hypoprotéinémie. Dans bien des cas, il apparaît qu'une néphrite légère et curable, parfois grave et progressive, est nécessaire pour servir de support à l'infiltration lipoïdique.

C'est là une notion du plus haut intérêt au point de vue thérapeutique. Il faut traiter ces malades en se souvenant que dans la majorité des cas, ce sont avant tout des rénaux.

St. — Dr H. Redelsperger. — **Notes biographiques sur le Docteur Charles Schützenberger**, professeur à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg (1809-1881). (Les Editions Universitaires de Strasbourg, 1a, Place de l'Université, quai du Maire Dietrich, 1, Strasbourg.)

L'auteur ayant affirmé son intention de faire œuvre utile en cherchant dans la vie, dans l'œuvre et dans l'activité professionnelle et publique du Professeur Schützenberger, des exemples susceptibles de donner à la jeune génération médicale une leçon de méthode, d'humanité et d'énergie, pense avoir réalisé ce programme dans la mesure de ses moyens. Il souhaite que ce travail soit en outre une modeste contribution à l'histoire de la Faculté de médecine de Strasbourg.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Librairie Félix Alcan,
108, boulevard Saint-Germain.

René Martial. — **L'immigration tchécoslovaque et la greffe inter-raciale.** *In* Compte rendu des séances de l'Académie des Sciences morales et politiques, mars-avril 1932. (Un vol. 72 pages.)

Chez N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

René Le Fur. — **L'urologie en clientèle.** (Technique et pratique courantes). (Un vol. de la collection : *Comment guérir*, Bibliothèque des praticiens ; 610 pages, 384 fig., 2e édition, 1932. Prix : 50 francs.)

Professeur G. Marion et R. Toupet. — **Technique chirurgicale : Urologie** (G. Marion) et **Gynécologie** (R. Toupet). 6e édition. (Un vol. grand in-8o, 1932, 406 fig., 75 planches en couleurs, 510 pages. Prix : 200 francs.)

H. Cailloux et M. Blanc. — **Technique des prélèvements dans la pratique clinique. Interprétation des résultats du laboratoire.** (Un vol. 210 pages, fig. Prix : 25 francs.)

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

Robert Debré, agrégé de la Faculté de Paris. — **La vaccination contre la diphtérie.** (Un vol. 142 pages, 25 francs).

Editions de « L'Expansion scientifique française »,
23, rue du Cherche-Midi.

Dr Roger Glénard. — **L'hygiène des hépatiques.** (Un vol. in-8o couronne, 316 pages. Prix : 30 francs. 2e édition.)

Librairie agricole de la « Maison Rustique »,
26, rue Jacob, Paris VIe.

Mlle M. Maraval. — **Ma pratique des conserves de fruits et de légumes.** 5e édition. (Un vol. 244 pages, 40 fig. Prix : 16 fr. 50.)

Chez Vigot, frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dr Fougerat de David de Lastours. — **Hygiène, nudité, soleil aux colonies.** Préface du professeur Tanon. (Un vol. 52 pages, avec fig. Prix : 5 francs.)

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

Pierre-Noël Deschamps, de Royat. — **La cure thermale carbo-gazeuse en thérapeutique cardio-vasculaire.** Préface du professeur Vaquez. (Un vol., de la Collection : *Médecine et chirurgie pratiques*, 140 pages. Prix : 16 francs.)

Edmond et Etienne Sergent. — **L'armée d'Orient délivrée du paludisme.** Préface du Dr Roux. (Un vol. 92 pages, nombreux dessins et croquis originaux, 25 francs.)

Librairie de la « Revue Française »,
Alexis Redier, éditeur,
11, rue de Sèvres, Paris.

Pierre Grasset. — **Amours de mon temps.** Roman. (Un vol. 204 pages. Prix : 12 francs.)

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'actualité professionnelle

### Le titre de Docteur en médecine est-il indispensable pour exercer légalement, sauf l'exception de l'article 6 ?

*Un étudiant en médecine, dont les études sont complètement terminées, et qui n'a plus que sa thèse à soutenir, a-t-il le droit d'apposer, sur la façade du domicile qu'il a choisi pour y ouvrir son cabinet, une plaque à son nom, précédé du mot* « Docteur » ?

*A-t-il le droit d'y exercer d'une façon habituelle, prenant part, par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire et des accouchements, sauf le cas d'urgence avérée ?*

Telles sont les questions qui viennent de m'être posées.

Pour y répondre, reprenons le texte de la loi.

Les études médicales comprennent une série d'examens, de fin d'année et définitifs, couronnés par la soutenance d'une thèse dont le succès assure à l'intéressé la délivrance du diplôme de Docteur en médecine. Le diplôme n'étant remis à celui-ci que plusieurs jours après l'accomplissement de la formalité de la thèse, la Faculté lui délivre un titre provisoire qui lui permet de faire valoir ses droits.

Cela étant, l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892 édicte que :

Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français.....

L'article 9 édicte que :

Les docteurs sont tenus, dès leur établissement et *avant d'accomplir aucun acte de leur profession*, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement, et de le faire viser à la mairie de leur domicile. Et s'il s'agit de débutants, n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser..... le certificat provisoire qui leur a été délivré.....

L'article 16 définit l'exercice illégal :

1° Toute personne qui, *non munie du diplôme de docteur en médecine* ..... prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies.

L'article 19 punit le délit d'exercice illégal, aggravé du délit d'*usurpation du titre de docteur*...

Enfin, l'article 20 considère :

« Comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, quiconque, se livrant, à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans indiquer son origine étrangère. »

Il ressort de ces différents textes que l'usurpation par un médecin (étudiant ou étranger) n'est punissable que lorsqu'elle accompagne l'exercice de la médecine, illégal ou régulier. Mais, pour qu'il y ait usurpation, il faut que l'expression *Docteur en médecine* soit utilisée entièrement. Elle ne résulte donc pas du seul fait de faire précéder son nom du mot Docteur et moins encore, de l'abréviation Dr (1).

Donc, la première question, à la lueur de ce qui vient d'être exposé, peut être résolue par l'affirmative. Sans dire que l'étudiant dont les études sont complètement terminées, et qui, avant d'avoir passé sa thèse, appose une plaque avec la mention : Docteur X. a le droit absolu de le faire, il est établi qu'il ne tombe pas sous le coup de la loi et n'est justiciable d'aucune poursuite, s'il n'exerce pas en même temps la profession.

S'il l'exerce, il n'est pas douteux qu'il se trouve en situation irrégulière, puisqu'il n'est pas en état de procéder aux enregistrements et visas requis par l'article 9, et que d'ailleurs, il contrevient à l'article 1er, comme n'étant pas encore muni du diplôme exigé par la loi.

Mais peut-on dire que c'est à proprement parler, et en fait, de l'exercice illégal ? L'article 6

(1) La loi du 25 mai 1924, dont je parle plus loin, punit l'usurpation d'un titre attaché à une profession définie ; il me paraît difficile de l'opposer à un étudiant en médecine en fin d'études.

n'autorise-t-il pas les étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée, à exercer la médecine avec toutes les obligations, mais aussi tous les droits des docteurs, soit en temps d'épidémie, soit en remplacement de docteurs, pourvu qu'ils y soient autorisés par le préfet, et cela, pour trois mois seulement ?

M. Perreau, professeur de droit, qui est bien connu pour sa compétence en droit médico-professionnel, ne considère pas comme une usurpation, le fait, pour un étudiant dans ces conditions, de prendre le titre de docteur.

Mais la situation n'est pas tout à fait la même. *En droit,* l'étudiant, dans le cas qui m'est soumis, exerce illégalement et utilise un titre dont il n'est pas encore muni. Ce sont là actes caractéristiques de délits prévus et punissables.

Un tribunal, qui serait saisi de poursuites de ce genre, ne pourrait faire autrement que de prononcer une sanction. Mais je suis convaincu qu'il n'appliquerait que le strict minimum de la peine, et accorderait en même temps le sursis.

Mais, comment le Tribunal pourrait-il être saisi ? Par le Parquet, soit directement soit à la suite d'une plainte. Or, si l'étudiant se trouvait à quelques jours de la soutenance de sa thèse et qu'elle fût inscrite à la Faculté pour une date prochaine, le Procureur de la République, me semble-t-il, lui accorderait le délai nécessaire pour qu'il se mette en règle. Ce n'est que dans le cas où il est échouerait que l'affaire pourrait avoir une suite. Les échecs de cette nature sont tellement rares que cette éventualité n'est pas à envisager.

Il est peu vraisemblable que le Parquet déclencherait spontanément l'action directe, en pareille circonstance.

Qui, d'autre part, aurait intérêt à porter plainte ? Le ou les confrères dont l'étudiant en question deviendrait bientôt le concurrent ? Le Syndicat médical du ressort ?

Je cherche vainement où se trouverait cet intérêt....

En admettant que la plainte soit déposée et suivie, cela n'empêchera pas vraisemblablement le nouveau venu de donner suite à son projet. Quelle serait alors la situation respective dans l'avenir, de ces confrères, momentanément divisés ?

La loi du 25 mai 1924 punit de six mois à deux ans de prison l'usurpation d'un titre attaché à une profession légalement représentée. Je n'y fais que cette brève allusion, car elle ne me paraît pas pratiquement évocable dans le cas envisagé.

Ce cas est certainement peu fréquent. S'il se présentait, j'inclinerais pour que le Président du Syndicat fît une démarche auprès de l'étudiant d'aujourd'hui, docteur en médecine de demain, et lui conseillât de ne pas débuter dans la carrière par un geste qui constitue une infraction, vénielle sans doute, mais réelle en droit, de règles au respect desquelles nous avons moralement intérêt à tenir scrupuleusement.

Laissant de côté la simple apposition, pour prendre date ou annoncer la prochaine ouverture du Cabinet, sans pratique médicale anticipée, d'une plaque anticipatrice, je terminerai en faisant remarquer que pour que l'infraction envisagée ne se commette pas, il suffirait sans doute que l'attention des étudiants fût attirée dans un enseignement complet de la déontologie et de la législation médico-professionnelle, sanctionné par des interrogations ultérieures aux derniers examens, dans les Facultés et Ecoles.

G. DUCHESNE.

## LOYER PROFESSIONNEL
## TROUBLES DE JOUISSANCE PAR TAPAGE ET BRUIT — CINÉMA, BAL, T.S.F.

I. — *En vertu de ses pouvoirs de police, le maire a le droit de réglementer l'usage des instruments de musique, dans les lieux publics.*

II. — *Dans un local privé, un particulier n'a pas le droit de troubler la paix publique et la tranquillité des habitants.*

III. — *Le propriétaire d'un immeuble doit assurer à son locataire la paisible jouissance des lieux loués.*

*Mais ces principes généraux sont plus ou moins modifiés par des situations de fait, notamment en ce qui concerne les découvertes de la science, principalement en matière de téléphonie sans fil.*

Deux de nos confrères nous font part de leurs doléances à peu près sur le même sujet et nous demandent ce qu'ils peuvent faire, pour remédier à un mauvais état des choses.

L'un se plaint d'un cinéma, construit dans l'immeuble voisin : pendant toutes les séances, impossible de travailler, d'examiner les malades dans le cabinet. La nuit, pas moyen de dormir, avant la fin du spectacle.

L'autre est excédé par des voisins, qui sont de grands amateurs de T. S. F. : leur haut parleur est des plus puissants.

Que faire contre ces voisinages incommodes ?

I. — **Etablissements publics.**

En ce qui concerne les bruits et le tapage, qui se font dans les établissements publics, il appartient au maire, en vertu de ses pouvoirs de police, de réglementer l'usage d'instruments de musique, à sons éclatants. Il peut également prescrire que l'usage de ces instruments devra faire l'objet d'une autorisation préalable. Plusieurs arrêts du Conseil d'Etat ont été rendus dans ce sens.

Le maire tient ce pouvoir de réglementation des termes de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884. Il a la possibilité d'interdire dans les cafés, ou autres lieux ouverts au public, toutes espèces de chants et de musique.

Cependant, il ne pourrait, sans excéder ses pouvoirs, interdire, d'une manière générale, dans toute la ville, chez les particuliers, comme dans les établissements publics, l'usage d'instruments de musique.

Comme jurisprudence récente sur ce point du bruit produit dans un établissement public et occasionnant de la gêne pour les voisins, citons un arrêt de la cour d'appel de Paris, du 25 avril 1929, infirmant un jugement du tribunal civil de la Seine. Un médecin avait loué un appartement et y exerçait sa profession depuis un certain temps, lorsque se construisit à côté un établissement de nuit des plus bruyants. La cour d'appel considéra qu'il y avait là une atteinte à la paisible jouissance d'un locataire qui y a droit de par son bail.

D'ailleurs, en vertu de l'article 1719 du code civil, le bailleur est obligé, sans qu'il soit besoin de stipulation particulière, de faire jouir paisi-t blement de la chose louée le preneur, pendan toute la durée du bail.

Un arrêt de la Chambre criminelle de la cour de Cassation, du 25 octobre 1930 (*Gaz. Pal.*, 21 novembre 1930) rejette le pourvoi formé contre un jugement de simple police de Mulhouse, qui avait condamné un cabaretier à une amende de cinq francs, pour avoir fait fonctionner le soir, dans le jardin de son débit, un gramophone, avec amplificateur, produisant un bruit tumultueux, qui incommodait les voisins.

Un arrêt du Conseil d'Etat, du 26 décembre 1930 (*Sem. Jur.*, 1931.150) décide que le fonctionnement dans les débits de boissons, d'instruments de musique, peut présenter des inconvénients sérieux pour la transquillité publique et il appartient dès lors au maire, en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, de soumettre l'emploi des dits instruments à son approbation préalable.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 10 avril 1930 (*Gaz. Pal.*, 1930.1.946) avait déjà décidé dans le même sens et le même principe.

II. — **Bruits nocturnes.**

C'est surtout pendant la nuit que ces tapages sont interdits, tant dans les établissements publics que chez les particuliers.

Citons deux arrêts de Cassation des 15 décembre 1928 et 18 janvier 1929 (*Sem. jur.*, 1929. 702) spécifiant que les bruits qui ont lieu dans l'intérieur des habitations, pendant la nuit, constituent la contravention de tapage nocturne, lorsqu'ils sont entendus du dehors et troublent la tranquillité des habitants. Ainsi en est-il décidé contre un prévenu qui a donné à son domicile un bal, avec jazz band, dont le bruit, fait par l'orchestre, s'entendait de la rue.

III. —**T. S. F.**

Il en est de même pour l'utilisation d'instruments de musique, tels que la T. S. F., lorsque le bruit qui en résulte trouble la tranquillité des voisins. Citons sur ce point un jugement du tribunal de simple police de Bourg, du 9 janvier 1931 (*Gaz. Pal.*, 12 mars 1931) qui décide que lorsqu'un arrêté municipal porte défense de jouer de divers instruments et plus spécialement de « tout instrument bruyant, éclatant, ou incommode» après 19 heures, doit être condamné, après application de l'article 471 § 15° du Code pénal, pour avoir contrevenu à cet arrêté, celui qui fait fonctionner un appareil de T. S. F. après 22 heures.

Il est cependant possible de se demander si, étant donnés les progrès de la science, certaines tolérances ne doivent pas être accordées à ces séances de T. S. F.

Bien qu'en droit pénal, l'application des textes doit être de sens étroit et que par suite (et pour cause) les postes de T. S. F. ne figurent pas parmi les instruments de musique visés par les divers arrêtés de police, déjà anciens, il faut cependant conclure, avec le juge de paix de Bourg, que l'appareil reproduisant matériellement le son des instruments interdits, le résultat est identique à celui qu'on obtient en jouant de ces instruments eux-mêmes.

Au surplus, ce n'est pas le fait de faire fonctionner un appareil de T. S. F. après 10 heures du soir, qui est interdit : c'est le tapage nocturne, produit par l'instrument, lorsqu'il est trop bruyant. L'article 479-8° du code pénal est applicable ; il réprime les bruits pouvant troubler la tranquillité des habitants.

Rappelons l'arrêt de Cassation du 25 octobre 1930 précité, qui applique le même principe à un gramophone.

IV. — **Bruits pendant le jour.**

Cependant, si pendant la nuit le tapage est interdit, peut-on en dire autant du jour ? Est-*il possible à un locataire gêné par un établisse-*

ment public, ou par des émissions de T. S. F. trop bruyantes de faire cesser ce bruit, qui le gêne dans sa profession ?

Des situations de fait sont alors à considérer.

Ainsi est-il de jurisprudence constante qu'un industriel est responsable envers ses voisins des inconvénients résultant du fonctionnement de son exploitation, si ces inconvénients excèdent la mesure des obligations ordinaires du voisinage. Il est tenu à des dommages-intérêts, en réparation du préjudice causé et les juges peuvent ordonner, sous astreinte, l'exécution de travaux susceptibles de supprimer, ou d'atténuer ces inconvénients.

C'est ainsi que nous avons publié dans le *Concours Médical*, 1923.2588, un arrêt de la cour d'appel de Nancy, décidant que le médecin propriétaire d'une clinique médicale, est en droit de se plaindre du bruit occasionné par une usine voisine et d'obtenir que des travaux fussent exécutés pour mettre fin ou atténuer ce trouble.

De même, la cour d'appel de Besançon, 1re chambre, par arrêt du 12 février 1931 (*Gaz. Pal.*, 30 avril 1931) considère comme véritablement abusif, dépassant les limites normales, que doit imposer le voisinage, le bruit intolérable provoqué par des essais de moteurs et de tracteurs dans des cours et locaux voisins.

Il en est de même de la trépidation et des bruits provoqués par des machines à vapeur employées par un entrepreneur de constructions pour l'enfoncement de pilotis devant supporter les fondations d'un immeuble en construction (Tribunal civil de Tunis, 28 novembre 1930, *Gaz. Pal.*, 30 avril 1931).

Il en serait différemment si ce bruit d'usine était produit dans un quartier industriel.

Il faut également tenir compte du bruit produit nécessairement par certaines professions, qui ne doit être rangé *a priori* dans la catégorie des bruits et tapages injurieux, ou nocturnes, que prévoit et punit l'article 479 § 8 du Code pénal. Il appartient à l'autorité municipale, en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la loi, de prescrire les mesures propres à empêcher que l'exercice de ces professions ne trouble le repos et la tranquillité des habitants (Cassation, chambre criminelle le 18 janvier 1929 ; *Semaine juridique*, 1929.702).

**Conclusions.**

Aux questions qui nous ont été posées, que devons-nous répondre ?

En ce qui concerne le cinéma, il appartient au propriétaire de l'immeuble, occupé par notre confrère, de faire toute diligence auprès du maire, pour que ce magistrat municipal mette bon ordre au bruit insolite, qui se produit, lors des représentations.

Si ce sont les instruments de musique, qui sont trop bruyants et peuvent s'entendre de la rue, le maire fera respecter les arrêtés qu'il a déjà dû prendre, pour préserver le repos, la nuit et le travail, le jour.

Si cette propagation du bruit provient d'un défaut de construction des immeubles, le propriétaire de notre confrère devra faire le nécessaire pour que celui-ci puisse jouir en paix de l'appartement loué. De propriétaire à propriétaire, on étudiera les défectuosités des immeubles et le juge de paix pourra être appelé à en connaître.

Quant à celui de nos confrères qui se plaint de trop percevoir la téléphonie sans fil, captée dans l'immeuble voisin, ce sera d'abord à son propriétaire qu'il devra s'adresser, surtout si la construction voisine, avec mur mitoyen, ne donne pas toute satisfaction, au point de vue de la trop grande propagation du bruit.

Si des pourparlers amiables ne peuvent aboutir, si surtout des usagers de la T. S. F, ne troublent pas la tranquillité du voisinage, parce qu'ils conservent leurs fenêtres fermées (ce qui ne permet pas de demander l'application des règlements de police) alors s'imposera un constat par huissier, pour faire consigner le trouble apporté à l'exercice de la profession de notre confrère.

Dr Paul Boudin.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### Les évacuations sanitaires par eau

Médecin-commandant SABRIÉ

**Cinquième exercice pratique de l'Ecole de perfectionnement du Service de Santé de Paris**

19 juin 1932

La voie d'eau est un moyen de transport de grande importance économique, en temps de guerre, comme d'ailleurs de tout temps. C'est le plus ancien, utilisé par les hommes pour assurer leur circulation. La voie d'eau est maritime ou fluviale. Celle-ci seule intéresse le Service de santé. Mais son emploi ne peut être envisagé qu'à la condition qu'elle ne soit pas déjà utilisée par la défense, comme il advient pour les voies parallèles au front. De sorte que, seules les voies perpendiculaires au front restent disponibles.

On distingue les voies d'eau en naturelles : rivières et lacs, — et artificielles : canaux et rivières canalisées. Les voies naturelles ont comme avantages la régularité et la liberté de leur débit. Mais elles sont soumises à l'influence des saisons. Les voies artificielles sont handicapées par les éclusages. Les unes et les autres sont jalonnées par des ports, publics ou privés, avec des quais d'embarquement, des darses obliques, des épis. Entre les ports existent parfois des estacades. L'embarquement se fera à l'aide de rampes d'accès ; mieux, de treuils ; mieux encore, de mats de charge et surtout de porte-manteaux du modèle en service pour les canots de sauvetage des bâtiments.

Sont seules utilisables les voies navigables pour embarcations d'au moins 300 tonnes avec enfoncement de 1 m. 80. Les fleuves, comme la Seine et le Rhin, admettent des bateaux d'un tonnage beaucoup plus important (1.500 à 3.000 tonnes).

Les embarcations préférables sont les péniches à fond plat, pontées, à toit démontable, et qu'on aménage pour le Service de santé, en perçant des ouvertures entre les écoutilles, afin d'en aérer plus largement l'intérieur. Les flûtes d'eau et les bateaux berrichons sont à éliminer. Les bateaux à voyageurs, tels que les bateaux parisiens et les bateaux de tourisme, peuvent servir également aux évacuations. Ceux qui naviguent sur le Rhin jaugent 3.000 tonnes et reçoivent 1.500 hommes sans bagages, et 800 avec armes et bagages. Les hydroglisseurs réalisent des vitesses horaires de 60 à 80 kilomètres, mais ils offrent une très faible capacité de rendement.

Les péniches sanitaires étant l'embarcation la plus usuelle, on procède d'abord à leur désinfection et à leur dératisation. On en assure l'éclairage et le chauffage. On les munit du matériel de couchage nécessaire, soit en disposant sur leur plancher une seule rangée de brancards ou de couchettes, soit en les garnissant d'appareils de suspension à trois étages. La première combinaison ne permet de transporter que 30 évacués par péniche ; la seconde, trois fois plus. Elles seront en outre protégées par une Croix-Rouge apparente, et garnies d'extincteurs d'incendie. Une protection collective contre les gaz sera prévue.

La traction par halage à col d'homme et par animaux est à rejeter. La traction mécanique s'impose. Elle est réalisée par le système du touage, ou des trolleys sur le chemin de halage. Egalement aussi par voies ferrées électrifiées. Ce dernier moyen de traction est précaire en ce que, si la Centrale est immobilisée par un accident, le trafic est interrompu. Il faut donc donner la préférence à la traction automotrice, ou aux locomotives à vapeur. La traction automotrice permet de réaliser des vitesses de 6, 8 et 15 kilomètres à l'heure. Mais, comme le trafic s'arrête avec la nuit, le rendement n'est que de dix heures utiles par jour. Il pourrait être de vingt heures si des jalonnements lumineux permettaient aux convois de circuler la nuit. On arriverait ainsi à parcourir de 100 à 200 kilomètres par jour. Rendement néanmoins toujours aléatoire : si la voie est oblitérée, il n'y a pas de dérivation latérale possible.

Un train sanitaire transporte 300 évacués à 300 kilomètres, dans le temps où la péniche n'en transporte que 90 à 150 kilomètres. En outre, il y a une perte considérable de rendement du personnel en raison de la longueur du voyage de retour à vide. Pour diminuer l'importance des services généraux, on groupera les péniches par convois.

L'évacuation par eau sera réservée aux blessés graves opérés, traités et appareillés, à raison de trente par péniche. S'ils n'avaient pas été opérés, il faudrait prévoir, dans le convoi, une péniche chirurgicale avec salle d'opération. Les récupérables et les éclopés réclamant des soins minimes sont évacués à raison de 90 par péniche. Les gazés suffoqués ne peuvent être embarqués qu'après avoir reçu les soins qu'exige leur état, dans

une formation sanitaire. Les gazés vésiqués peuvent être embarqués après avoir été lavés, et changés de linge et de vêtements.

L'origine des évacuations par eau est la G. A. C. A ou l'H. O. E[1]. L'arrivée, l'H. O. E[2]. et ses centres hospitaliers satellites.

A la mobilisation, le ministère des Communications organise une direction des transports par voie navigable, dont le Directeur est sous les ordres du ministre. Aux Armées, existe également une Direction des transports, dont le chef est sous les ordres du général en chef.

Les voies navigables sont divisées en zones d'action commandées par une Commission régulatrice de navigation, disposant elle même de sous commissions régulatrices. Le personnel est composé de spécialistes et de non spécialistes.

Le cas concret faisant l'objet de l'exercice suppose que des forces bleues ennemies, venant de l'Est, ont forcé la couverture le 15 juillet, représentée par des forces rouges. Après des péripéties diverses, le front est à peu près stabilisé le 21 juillet, suivant une ligne jalonnée de Strasbourg à Delle. Derrière cette ligne, une armée, — la VII^e^, — est réunie, comprenant la valeur de trois Corps d'armée, le 7^e^ Corps, les troupes du camp retranché de Belfort, le 21^e^ Corps. Elle possède son équipement sanitaire de G. A. C. A., d'hôpitaux d'évacuation, de Centres de récupérables... Les voies navigables dont elle est sillonnée sont : 1° le canal de l'Est, inutilisable de Nancy à Port-sur-Saône, parce que parallèle au front, mais utilisable à partir de Port-sur-Saône, parce que se dirigeant alors obliquement vers le S. O. ; 2° le canal du Rhône au Rhin, perpendiculaire au front et utilisable dans tout son parcours.

Une nouvelle offensive rouge étant montée pour le 2 août, le Directeur du Service de santé de l'armée prépare son plan d'évacuation par les réseaux routier, ferré et navigable. Port-sur-Saône sur le canal de l'Est est, en effet, à proximité de l'H. O. E.[1] ; le canal du Rhône passe à Courcelles-les-Montbéliard où se trouve le G. A. C. A. du 21^e^ C. A.

Il réclame télégraphiquement quatre péniches automotrices équipées qui devront être rendues à Port-sur-Saône et deux à Courcelles-les-Montbéliard. En même temps, il actionne la Commission régulatrice de navigation et ses deux sous-commissions, de Besançon et d'Epinal. Un port d'embarquement sanitaire sera aménagé à Port-sur-Saône, avec des tentes santé, les ressources locales étant inexistantes, desservi par un personnel réduit tout d'abord, mais qui se renforcera au fur et à mesure des besoins. Des autos sanitaires seront nécessaires pour le transport depuis l'H. O. E.[1], jusqu'au port d'embarquement. A Courcelles-les-Montbéliard, l'embarquement se fera directement Des quatre péniches de Port-sur-Saône, trois transporteront chacune 30 grands blessés opérés et appareillés, en direction de Dijon ; une transportera 90 évacués provenant du Centre de récupérables en direction d'Epinal. Comme le transport jusqu'à Dijon durera de cinq à sept jours, des stations haltes repas seront organisées sur le trajet, — que des camionnettes légères ravitailleront en vivres.

A Courcelles, une péniche chargera de grands blessés (30) et l'autre des récupérables (90) ; elles se dirigeront vers Baume-les-Dames et Besançon avec un trajet de trois à quatre jours.

Les pertes santé étant évaluées à 2.000 unités le premier jour de l'offensive, les péniches n'évacueront donc que 360 blessés en moyenne, ce qui représente 12 % des évacuations totales ; ce pourcentage est capable d'atteindre 18 % dans les cas favorables : c'est le chargement d'un seul train sanitaire. Ces chiffres permettent de se rendre compte du rendement réduit des évacuations par voie d'eau.

Dans la guerre de 1914-1918, ces évacuations ont été utilisées avantageusement. Sur la Somme, en 1916, 10.000 blessés ont été évacués par ce moyen ; à la bataille de la Malmaison en 1917, 1.100 évacués ont bénéficié de ce transport. Pendant la bataille de France en 1918, 12.000 évacués ont eu le même sort.

L'avantage de l'évacuation par eau est sa douceur et son confort ; ses inconvénients, sa lenteur et son faible débit. Elle rend de grands services, ainsi que le démontrent les chiffres empruntés aux statistiques de la grande guerre.

En terminant, je veux rendre hommage au conférencier dont l'exposé méthodique, clair et bien ordonné a très complètement initié l'auditoire aux détails de l'évacuation par les voies navigables.

G. DUCHESNE.

## LA MÉDECINE ET LE GREC

### L'obligation du grec pour la médecine

*Dans mon exposé du 29 mai concernant le* débat sur le grec à la mairie du Xe arrondissement, *je n'avais pu donner le texte de l'intervention si documentée de M. Léon Blum, l'éminent professeur de rhétorique honoraire au lycée Janson de Sailly, qui fut un des collaborateurs de M. Léon Bérard, lors de la brillante réforme classique de l'Enseignement secondaire en* 1923. *Je suis très heureux de pouvoir le communiquer aujourd'hui, et je conseille aux lecteurs du* Concours Médical *d'en peser tous les termes, M. Léon Blum continuant à être l'animateur de la défense technique des Humanités. Puissent tous les collégiens de France avoir des maîtres de la valeur de ce dernier, car l'empreinte qu'ils en recevraient ne leur permettrait plus de mettre en doute la valeur des Humanités classiques*

Maurice MORDAGNE.

UN EXPOSÉ DE M. LÉON BLUM

*Voici les fort intéressantes observations présentées par M. Léon Blum, professeur honoraire au lycée Janson-de-Sailly :*

J'adhère pleinement aux réserves de M. le Professeur Sergent et de M. le Docteur Cibrie sur la très intéressante conférence de M. le Docteur Rist. Je ne pourrais mieux dire, ni avec plus de force, l'insuffisance d'études classiques amputées du grec. C'est pourquoi je n'insiste pas sur ce point. Mais je voudrais présenter quelques observations que m'inspirent l'expérience de l'enseignement littéraire et l'histoire pédagogique du siècle dernier.

Il ne me semble pas que le titre de la conférence : « Le médecin doit-il ou non savoir le grec ? » pose la question comme il faut ; car, comme l'expliqua un jour M. Edouard Le Roy dans une communication à l'Académie des sciences morales, on apprend moins les langues anciennes pour les savoir que pour les avoir apprises. Il s'agit de décider quelle formation est la meilleure. Lorsque le Professeur Debierre proposait son amendement au Sénat, il m'a semblé que telle était sa pensée. Préoccupé de la marée montante des étudiants incultes, qui submerge les facultés de médecine, il a cherché à faire pour elles une sélection par la culture éprouvée des humanités gréco-latines. Il me paraît qu'il a eu raison.

Il n'est pas de meilleur filtre que la section A. Depuis qu'on a créé des sections pour toutes les inaptitudes et pour tous les degrés de paresse, l'élite continue de se former dans les classes gréco-latines. Si la section B est pire, la section A', dont s'accommode M. le Docteur Rist pour les futurs médecins, est un premier déchet. Je ne veux pas dire qu'on n'y trouve pas parfois d'assez bons ou, plus rarement, de bons élèves, qui eussent aussi bien et mieux réussi en A, s'ils n'avaient été attirés là par l'inique égalité de sanctions qui détourne de l'effort. De médiocres programmes ne peuvent paralyser complètement les esprits bien doués. Mais c'est un fait que les classes de A' sont en général très faibles. Cette section créée en 1923, sur les instances de l'administration, et de son propre aveu pour disputer, en faveur du latin, les cancres au moderne, s'acquitte parfaitement de ce rôle.

D'autre part la thèse de M. le Docteur Rist, si je l'ai bien compris, est fondée sur une erreur de fait. Il pense qu'une étude plus approfondie des sciences compense, dans la section A' les études grecques de la section A. Mais ici et là l'horaire et les programmes scientifiques sont exactement les mêmes. La section A' est la section latin-rien.

Enfin, le régime préconisé par M. le Docteur Rist a déjà été appliqué ; il a paru si désastreux qu'il a fallu y renoncer dès la première expérience.

*La bifurcation Fortoul.*

C'était en 1852. Fortoul, au lendemain du Coup d'Etat, persuadé, non sans raison, que les lettres classiques étaient une école de liberté, avait imaginé la bifurcation pour soustraire aux humanités dans une large mesure le plus d'enfants possible. Après quatre années d'études classiques communes dans la division de grammaire, on pouvait renoncer aux classes d'humanités pour une division scientifique, où on étudiait pourtant encore le français et le latin, celui-ci sanctionné au baccalauréat par une version latine, plus difficile que celle d'aujourd'hui. Pour achalander sa nouvelle section il décréta que seuls pourraient s'inscrire aux facultés de médecine les bacheliers ès sciences (Décret du 10 avril 1852, art. 3 et 12).

Les professeurs des facultés, consternés par les premières promotions de cette clientèle, réclamèrent le retour à l'obligation du baccalauréat ès lettres pour les études médicales. Ils l'obtinrent du ministre de l'Instruction publique Rouland par le décret du 23 août 1858. De cette

époque date « le baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique » devenu le P. C. N. On sait que ce régime est demeuré en vigueur, à la satisfaction générale, jusqu'en 1892.

*Le décret Rouland.*

Le rapport qui précède le décret est, pour le débat présent, d'un vif intérêt. Après avoir exposé les réclamations du corps médical et indiqué que, « sur trois facultés de médecine, celles de Paris et de Montpellier ont énergiquement protesté en faveur du baccalauréat ès lettres », le ministre ajoute : « L'observation elle-même serait stérile, si toutes les sources d'un esprit juste, actif, pénétrant, ne venaient tout à la fois l'assurer et l'étendre ; il faut que la médecine, luttant contre les maladies de l'homme, connaisse l'homme tout entier, dans sa double essence physique et morale... Ce sont les études littéraires qui donnent au goût, au cœur, à l'esprit, les tendances les plus délicates et les impulsions les plus heureuses. Le médecin, attaché à des travaux infinis, consulté dans toutes les classes de la société pour tous les maux qui affectent le corps et l'intelligence, obligé à tant de discernement et d'action morale, doit être avant tout préparé à l'apprentissage scientifique *par une instruction littéraire complète.* En négligeant les humanités, il néglige un élément indispensable pour lui, il écarte un moyen de succès et d'influence, et il crée peut-être un véritable obstacle à l'autorité comme au progrès de l'art qu'il exerce. »

Il est frappant que les raisons d'ordre moral et social développées au Sénat par le Professeur Debierre, et ici-même par le Docteur Rist, soient exactement celles que présentait Rouland dans son rapport. Encore qu'ils ne connussent probablement pas ce texte, ils ont parfois, il me semble, employé à peu près les mêmes termes.

Mais je souligne la phrase du ministre : « Le médecin doit être préparé à l'apprentissage scientifique par *une instruction littéraire complète.* » Les humanités mutilées de Fortoul ne lui paraissaient pas suffisantes. Les élèves de A' ne valent guère mieux que les produits de la bifurcation.

---

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### L'âge critique

Il est fastidieux de se répéter sans cesse et cependant cela est nécessaire, je le constate tous les jours et je me console en disant comme cet autre : « Si je dis toujours la même chose, c'est que c'est toujours la même chose. »

Cette réflexion me vient à la lecture d'une lettre qui m'arrive à la suite de bien d'autres :

Mon cher Confrère,

Je suis membre de la Mutualité Familiale depuis 1910 et je vais avoir en août prochain 56 ans.

Sachant qu'à 65 ans, je n'aurai plus droit à l'indemnité maladie, je vous serais très reconnaissant de me faire savoir si je puis d'ores et déjà faire partie d'une combinaison m'assurant à cette époque une retraite. Il est vraiment regrettable qu'il n'existe pas une combinaison qui assure à un membre de la Mutualité Familiale le versement d'une indemnité même réduite en cas de maladie et je voudrais participer à une combinaison retraite.

Recevez, etc.....

D^r B..., Paris.

N'est-il pas incroyable qu'un confrère, qui depuis 22 ans fait partie de la Mutualité Familiale ignore les raisons qui nous ont fait fermer la combinaison B et la remplacer par une combinaison donnant à la fois l'indemnité maladie et la retraite ? N'est-il pas surprenant qu'il n'ait jamais entendu parler des améliorations successives, que nous avons apportées à nos services, qu'il n'ait jamais pris la peine de jeter les yeux sur les articles que périodiquement nous donnons dans le *Concours Médical* ?

Et le mal est que ce cas n'est pas unique, que nombre de confrères ne sont pas mieux instruits et ne connaissent pas mieux les détails de notre organisation avec les possibilités que nous leur offrons.

C'est pour cette raison qu'il me faut me répéter à jet continu dans l'espoir qu'un jour quelque indifférent pourra jeter les yeux sur les lignes que j'écris.

Nous avions, aux débuts de l'*Amicale*, institué une combinaison B donnant l'indemnité maladie pendant toute la vie, mais bientôt nous dûmes constater qu'à partir de 65 ans il était à peu près impossible, dans les incapacités de travail de séparer ce qui revenait à la maladie de ce qui revenait à l'usure, à la vieillesse, de telle sorte qu'en fait l'indemnité devenait une véritable retraite, alors que la cotisation réclamée n'était calculée que pour la seule incapacité morbide.

Il fut donc décidé que la combinaison B serait fermée, qu'elle ne recruterait plus d'adhérents nouveaux et qu'elle ne subsisterait que pour ses anciens membres, mais nous la remplacions par

une combinaison C, qui donnait et l'indemnité-maladie jusqu'à 65 ans et la pension de retraite à partir de cet âge.

Cela alla bien tant que l'indemnité-maladie fut uniformément de dix francs et la pension de 1.200 francs à 65 ans ; mais des confrères réclamèrent la pension à 60 ans, l'indemnité-maladie fut trouvée insuffisante et la pension de 1.200 francs également. Il fallait donner satisfaction à ces désiderata et éviter la création d'une poussière de combinaisons au milieu desquelles on se fût perdu : on sépara l'indemnité de la pension et on les rendit indépendantes l'une de l'autre.

C'est ainsi que l'indemnité maladie put être de dix, de vingt, de trente, de quarante ou de cinquante francs et que la pension put être, à 60 ou à 65 ans, de 1.200 francs, de 2.400, de 3.600 et même de 4.800 francs.

Et nos confrères furent invités à s'inscrire à la fois à l'indemnité-maladie et à la retraite selon leurs besoins et leurs possibilités, faculté leur étant laissée pourtant de ne pas cumuler, si cela ne leur agréait pas.

A maintes et maintes reprises nous avons insisté sur les avantages de ce que nous appelions la combinaison idéale, c'est-à-dire l'indemnité maladie complétée par la pension de retraite. A maintes et maintes reprises nous avons exposé que, la loi exigeant pour la délivrance de la retraite une participation minimum de 15 années, l'âge de 50 ans devenait l'âge limite d'entrée à la combinaison retraite.

J'ai pour ma part cité des exemples de confrères, qui donnaient leur adhésion alors qu'il n'en était plus temps, auxquels nous étions obligés de répondre par un *non possumus*, et qui étaient furieux, non pas contre leur indifférence ou leur négligence, mais contre la Société qui n'en pouvait mais.

Et, en parallèle, je citais l'exemple concret de confrères qui, s'étant mis en règle en temps voulu touchaient la première annuité de pension le lendemain du jour, où ils avaient reçu leur dernière indemnité maladie.

Si je remonte en arrière, je trouve nombre d'articles portant pour titre : *l'âge critique*, dans lesquels j'insistais sur ce fait que, pour le médecin prévoyant, l'âge critique est, non pas 65 ans, mais 50 ans, puisque c'est à ce dernier âge qu'il doit prendre une décision en ce qui concerne la retraite, et je trouve également trace de nombreuses lettres particulières traitant de ce point.

J'ai eu la satisfaction de convaincre quelques confrères, qui m'ont vivement remercié de les avoir rappelés à l'ordre ; mais combien plus nombreux sont ceux qui ne m'ont pas lu ou qui, m'ayant lu, ont remis à ce lendemain qui n'arrive jamais !

Cet appel que je fais aujourd'hui sera-t-il mieux entendu ?

Confrères, qui êtes dans votre cinquantième année, vous n'avez plus que quelques semaines pour vous décider, ne les laissez pas passer.

Vous vous êtes montrés prévoyants en vous inscrivant à l'indemnité-maladie, continuez à l'être en vous inscrivant pour une pension de retraite : il est encore temps, mais il n'est que temps.

Vous arriverez à cet âge de 65 ans où, même si vous avez la chance d'échapper à la maladie, l'activité devient moindre, où les petites infirmités commencent à se faire jour, et où la pension de retraite, à défaut de l'indemnité-maladie, sera la bienvenue.

La misère n'est pas rare chez les vieux médecins, la gêne l'est encore moins — nous en avons la preuve tous les jours — et, vous qui le savez aussi bien que nous, vous vous attarderiez dans votre indifférence ! Cela est inadmissible.

Pourquoi ne profiteriez-vous pas d'une œuvre qui s'offre à vous, qui a été créée pour vous, qui fonctionne depuis plus de trente ans et qui a fait ses preuves ? Mais il ne faut pas attendre : ce n'est pas à 65 ans que vous devez vous décider, c'est à 50 ans ; c'est 50 ans qui est l'âge critique.

C'est un délai de quinze années que la loi impose, et malheureusement ce délai donne à beaucoup une sécurité trompeuse : quinze ans, mais c'est le bout du monde et, pendant ce temps il passera beaucoup d'eau sous les ponts ! Rappelez-vous pourtant que tout à une fin, que ces quinze années passeront plus vite que vous ne le supposez, et que cet âge redouté de 65 ans vous surprendra péniblement si, à cinquante ans, vous n'avez pas pris la décision qui, à nos yeux, s'impose.

Avant de terminer, je dois me souvenir que je suis trésorier, et j'ajouterai que la cotisation annuelle à 50 ans pour une pension de 1.200 francs est 408 francs (cotisation simple) ou 493 francs (cotisation contre-assurée) — multiplier par 2, 3 ou 4 pour la pension de 2.400 francs, 3.600 francs ou 4.800 francs — que vous aurez quinze cotisations à verser, que vous n'en payerez pas dans l'année où vous atteindrez ces 65 ans, qu'enfin au 1er janvier suivant la première annuité de la pension vous sera versée en entier et d'une seule fois.

Vous voilà dûment renseignés. Décidez-vous.

A. GASSOT.

# « UN GRAND FRANÇAIS »

## Biographie et vie scientifique du Dr Edouard Branly

*A l'occasion de la prochaine inauguration du nouveau laboratoire du Docteur Branly, nous nous faisons un plaisir, pour les nombreux praticiens de France, de donner cette biographie inédite, écrite par notre confrère, le Docteur Dartigues, sur le génial physicien Branly, père de la T. S. F., qui est Docteur en médecine et qui exerça la médecine.*

*Nul mieux que notre excellent confrère Dartigues, qui a approché cet homme illustre depuis quarante ans, n'était à même de présenter, d'une façon aussi précise, sa haute personnalité.*

J'ai l'immense honneur d'avoir approché de près cet homme depuis 36 ans et de l'avoir suivi pendant cette longue période : je crois donc être autorisé à présenter sa biographie aux lecteurs du *Concours Médical.*

### Branly, ses études, ses titres, et son enseignement universitaire.

Édouard Branly naît à *Amiens*, le 23 octobre 1844 : il a donc actuellement 88 ans qu'il porte allègrement avec une verte santé et une lucide intelligence. Son père, qui portait le même prénom était un professeur de grammaire et de lettres des plus distingués au Lycée de Saint-Quentin. Sa mère était une femme de grande intelligence et surtout de ferme volonté ; Branly a eu un frère, Edgard, médecin qui a exercé à Paris et qui est mort jeune.

A *Saint-Quentin*, Edouard Branly fait ses classes et humanités. A *Paris*, il suit tout d'abord le cours de mathématiques spéciales au Lycée Henri-IV ; il est admis, en 1865, à l'Ecole Normale supérieure « *Je n'ai pas eu de maîtres particuliers, si ce n'est de modestes maîtres de province qui dirigèrent mes études pour m'amener finalement à l'Ecole Normale supérieure* » ; il est, en 1867, licencié ès-sciences mathématiques et ès-sciences physiques ; puis, en 1868, agrégé de physique de l'Université, au sortir de l'Ecole Normale.

A *Bourges*, il professe la physique quelques mois au Lycée de cette ville.

A *Paris*, il revient de nouveau, est nommé chef des travaux, puis directeur-adjoint du Laboratoire d'enseignement de la physique à la Sorbonne ; et, en mars 1873, il est reçu docteur ès sciences, avec une thèse sur «l'*Etude des phénomènes électrostatiques des piles* ».

*Amiens*, où il est né, *Bourges* où il commença à enseigner, *Paris* où il acquit ses titres universitaires, enseigna, fit ses recherches et découvrit le principe de sa télégraphie sans fil, lui devront plus tard une statue.

### Branly professeur de physique, et son enseignement à l'Institut catholique.

En 1875, il reçut la visite de l'abbé d'Hulst qui devint Mgr d'Hulst, archevêque de Paris, homme intelligent, et ainsi que le dit M. Branly « *quoique lettré aimant bien les sciences* ».L'abbé d'Hulst présidait alors aux destinées de l'Institut catholique. Il lui fit des promesses pour faciliter ses recherches et M. Branly accepta de devenir professeur de physique à cet Institut. « *Provisoirement* — me confia-t-il, quand j'allai « le voir la première fois dans son laboratoire — « *on m'affecta un ancien dortoir, le local où nous* « *sommes, et on me pria d'attendre que les locaux* « *soient aménagés. J'ai fait preuve de patience,* « *puisque j'attends toujours !* » En somme, pourrai-je dire, dans ce dortoir, les idées de Branly n'ont pas dormi, ce qui est l'essentiel, mais ont dormi les projets de transformation. Cependant, Branly enseigne dans cet Institut catholique depuis cette époque où il fait son cours de physique, depuis plus d'un demi-siècle, exactement 57 ans ! Il a recueilli les éléments de cet enseignement dans plusieurs *Traités de physique.*

### Branly : le physicien expérimentateur, la découverte de la télégraphie sans fil. Ses principales communications scientifiques à ce sujet.

En 1885, il reprit ses études et ses recherches de physique. « *On ne peut travailler sans aides et* « *sans moyens : il a fallu, au début, que je construise moi-même mes balances de Coulon, mon* « *électromètre de Thomson* ». Je demandai un jour au Prof. Branly, me trouvant dans son laboratoire, comment il avait fait sa découverte. Voici ce qu'il me dit : « *Dans une salle de cours,* « *j'avais placé un éclateur à étincelles. Ici-même* « *où je suis, et à trois pièces plus loin, c'est-à-dire* « *à 25 mètres, j'avais formé un petit circuit fermé* « *composé d'une pile, d'un galvanomètre et d'un* « *tube de verre comprenant de la limaille métallique. Il n'y avait aucune liaison matérielle entre* « *l'éclateur à étincelles et le circuit. Or, si une étincelle était produite à l'éclateur, la limaille du*

*« tube de verre devenait conductrice et le galvano- « mètre accusait une déviation qui indiquait le « passage d'un courant. Si l'on imprimait un très « léger choc sur le tube de verre à limaille, le cou- « rant était supprimé ; mais une nouvelle étincelle « de l'éclateur le rétablissait. J'avais réalisé en « quelque sorte l'appareil transmetteur et l'ap- « pareil récepteur de la télégraphie sans fil. L'idée « des antennes ne vint que plus tard. »*

Et voilà donc trouvé, expérimentalement, le principe de la télégraphie sans fil.

Il fit alors plusieurs communications sur ce sujet à l'Académie des sciences en 1890 et 1891. C'est ainsi qu'alors et plus tard, il publia : *De la déperdition des deux électricités à la lumière de radiations très réfrangibles, à la lumière diffuse, à l'obscurité*; — *De la conductibilité intermittente des radio-conducteurs et de la fermeture à distance d'un circuit de pile sous l'influence d'une étincelle de décharge de condensateur* ; — *Nouvelle conductibilité unipolaire des gaz. Conductibilité d'un gaz compris entre un métal froid et un corps incandescent* ; — *Une enveloppe métallique ne se laisse pas traverser par des radiations de courte longueur d'onde* ; — *Distribution et contrôle d'effets produits à distance par les ondes électriques. Dispositifs de télémécanique* présentés dans une conférence au Trocadéro (1905) ; — *Recherches sur le mécanisme de la conductibilité des contacts imparfaits* ; — *Appareils de sécurité contre les étincelles perturbatrices*, etc.

**Le Prof. Branly, les honneurs scientifiques et les distinctions honorifiques.**

A la suite de ses travaux, le Prof. Ed. Branly est proclamé lauréat de l'Académie des sciences en 1898 avec le prix Houllevige ; Grand Prix à l'Exposition universelle de 1900. Il est nommé chevalier de la Légion d'honneur avec la mention au *Journal officiel* : « *A découvert le principe de la télégraphie sans fil* », lauréat de la Société d'encouragement à l'Industrie nationale qui lui décerna, en 1910, son prix d'Argenteuil. En 1910, il est nommé membre associé de l'Académie royale de Belgique. En 1911, il est nommé membre de l'Institut de France dans la section de physique de l'Académie des Sciences. Il est Commandeur de la Légion d'honneur depuis 1923.

**Le Prof. Branly, docteur en médecine.**

M. Branly vient tard à la médecine. Après de sérieuses études, il passe en 1882 sa thèse de doctorat en médecine devant la Faculté de Paris : sur : *Dosage de l'hémoglobine dans le sang par des procédés optiques.* Il avait alors 38 ans.

Il songea à ce moment à pousser jusqu'à l'agrégation de physique médicale pour professer la physique à la Faculté de médecine et non à la Faculté des sciences qui lui était fermée. « *Nul ne pouvait alors passer l'agrégation à la Faculté de médecine sans l'autorisation du doyen,* — m'a raconté M. Branly. — *Je réalisais toutes les conditions voulues. J'allais trouver le Professeur Gariel qui me dit : « Vous êtes professeur à l'Institut catholique, restez-y ! » Il commit là un véritable abus de pouvoir.* »

Et c'est ainsi que pour continuer ses recherches scientifiques physiques, il reste à l'Institut catholique, et que, pour gagner sa vie, car il avait de modestes ressources et des charges lourdes de famille, il profite de son diplôme de docteur pour exercer la médecine ; il tint un cabinet médical rue Boursault, puis rue Andrieux.

Il se consacra aux maladies nerveuses et de la nutrition et à la gynécologie. En pathologie et physiologie nerveuses, il fit quelques recherches qui lui firent : « *assimiler la conductibilité nerveuse à la conductibilité électrique et discontinue.* »

C'est en 1896, que j'eus l'honneur de faire sa connaissance à l'Hôtel-Dieu où j'étais interne en chirurgie chez Polaillon. Il avait alors 52 ans. C'est notre ami commun, M. Manœuvrier, alors sous-directeur du laboratoire des recherches physiques à la Sorbonne (M. Manœuvrier qui jouit encore d'une magnifique et verte vieillesse et qui est actuellement directeur de l'Ecole pratique des Hautes Etudes) qui suivait assidûment ce service d'hôpital, qui nous présenta.

M. Branly désirait se perfectionner en gynécologie et c'est ainsi que de 1896 à 1900 nous travaillâmes ensemble et que je lui facilitai l'examen gynécologique des malades (à l'Hôtel-Dieu dans le service de Polaillon, à Broca, dans le service de Pozzi et à la Salpêtrière, dans le service de Paul Segond). J'étais frappé, dans cette pratique toute d'expérience et d'examen cliniques, de la précision que recherchait le D[r] Branly, dont je ne connaissais pas, vu son extrême modestie, les travaux habituels ni la personnalité que n'avait pas encore consacré la notoriété. Comment ne pas être confondu de ce qu'a pu dire avec sa franchise et sa simplicité ce grand homme arrivé à la célébrité, interviewé par le journal *Vu* (1931, n° 121, p. 723), du modeste jeune homme de 26 ans que j'étais et qui a eu le soin de le guider dans l'étude clinique de la gynécologie : « *J'allais « à l'hôpital le soir à la contre-visite. Je fus l'élève « d'hommes qui existent encore comme le Prof. « Achard et le D[r] Dartigues.* » Quel courage et quel esprit scientifique chez cet homme qui avait alors 56 ans, de se mettre à une telle spécialité ! Et quel immense honneur pour moi d'avoir pu être utile, à mon si modeste plan, à un savant d'une telle envergure !

Tout Branly est là, pour ce qui est de son caractère et de sa tournure d'esprit. Je le revois encore : vigoureux, la tête légèrement inclinée comme les grands réfléchis, le front merveilleux, ses yeux brillants derrière le lorgnon qu'il relève fréquemment d'un doigt léger, son sourire à la

fois de bonté et d'indulgence et aussi de fine ironie, sa voix douce, parlant peu, écoutant surtout..... Je l'ai revu souvent plus tard et il est resté le même : son expression n'a pas varié depuis 36 ans que je le vis pour la première fois !

En 1900, quand j'eus achevé mon internat, nous nous quittâmes et il me donna comme souvenir quelques opuscules sur ses recherches sur la télégraphie sans fil, dont il ne m'avait, dans sa modestie sans pareille, jamais parlé, et son beau *Traité de physique*, que je garde précieusement après 32 ans avec la dédicace suivante : *A M. le Docteur Dartigues, souvenir reconnaissant et affectueux, Paris* 1900.

Le Prof. Branly a fait un effort pour vivre et il a eu le mérite d'élever une nombreuse et charmante famille : et l'exercice de la médecine lui a permis d'y arriver, puisqu'il a pu marier ses deux filles dont l'une est la charmante femme de M. Tournon, un architecte des plus distingués, et que son fils est à l'heure actuelle Inspecteur des finances du Maroc, à Rabat. Pour ma part, je ne laisserai pas dire, moi qui l'ai approché de si près et eus même l'honneur de le soigner plus tard, que M. Branly a connu et connaît l'extrême pauvreté dans l'isolement, car la médecine a aidé à vivre ce grand savant, à continuer en même temps ses recherches et aussi parce qu'il vit en famille chez une de ses filles : cette désignation d'un paupérisme accentué sans ressource aucune retomberait sur ses enfants qui lui doivent tout et pour qui elle serait une offense !

Si une histoire du Prof. Branly sous son jour privé, ses luttes, ses difficultés, avec une documentation précise et complète peut être donnée, elle pourra et doit être écrite par son fils, homme distingué et qui en a tous les éléments.

M. Branly est le père de la télégraphie sans fil, mais il est grand-père et je crois qu'il se sent, sinon plus glorieux, du moins plus joyeux de ce dernier titre !

**Le premier laboratoire de Branly à l'Institut catholique où a été faite la découverte de la T. S. F.**

Il m'a été donné de revoir M. Branly bien plus tard à son laboratoire de la rue de Vaugirard, il y a une vingtaine d'années. Il me reçut avec son affabilité coutumière et pourtant, j'avais une grande impression de rentrer dans cette sorte de sanctuaire délabré et poussiéreux comme une vieille eglise et honte de troubler la quiétude de son travail.

Son aspect toujours semblable ; les ans laissaient ferme son corps solide, et intacte sa vaste intelligence ; seul son œil perçant et vigilant atténuait son attitude restée presque timide.

Il me fait visiter son laboratoire. De sa voix douce et simple, car tout en lui est simplicité, il me donne des explications. Dans ce laboratoire ancien, d'où est sortie une des plus grandes choses du monde, tout est terne, excepté l'esprit qui y veille. Branly y donne l'impression d'un grand alchimiste du Moyen-Age, au milieu de ses cornues, de ses instruments, de ses appareils.

Il m'explique que « *sa femme de ménage, Mme Bergère, balaye ce qu'elle peut !* » Elle manipule même ses appareils. Seul avec elle, n'ayant pas toujours eu de garçon de laboratoire, il a poursuivi ses expériences, sans auxiliaires, élèves ou savants. Je ne peux m'empêcher de penser à Pasteur qui travailla dans un local exigu, à l'Ecole Normale de la rue d'Ulm, où il fit ses découvertes immortelles, à Claude Bernard qui travailla aussi dans une cave humide du Collège de France où il contracta des rhumatismes et en mourut après, également, des découvertes géniales.

Le grand souci de Branly est la trépidation de son laboratoire due au passage des lourds véhicules de la rue : « *Je suis obligé*, me dit-il, *de « suspendre de façon spéciale mes appareils de précision pour que les tremblements ne les affectent « pas trop* ».

Je lui parle de Marconi : on sait que la découverte de Branly, réalisée par lui en 1887, est revenue industrialisée et commercialisée d'Angleterre par Marconi, Italien, qui lui-même n'avait pu trouver en Italie les moyens de réaliser l'application pratique qu'il avait perfectionnée.

Branly rend hommage à Marconi qui répéta ses expériences et les amplifia : « *En 1899, il arriva « à télégraphier des côtes d'Angleterre à celles de « France. Il transmit de Douvres à Wimereux une « dépêche ainsi conçue : « Marconi envoie à M. « Branly ses respectueux compliments à travers la « Manche, ce beau résultat étant dû en partie aux « travaux remarquables de M. Branly.* »

A un moment donné, M. Denis Cochin ouvrit une souscription et quêta pour l'Université catholique et on recueillit sept millions qui furent affectés au fonds de roulement de l'Université, mais Branly n'en profita pas pour son laboratoire.

Branly, en rapportant ce fait, parle sans animosité, bien que sa parole devienne parfois critique, spirituelle et caustique, tandis qu'il manie ses appareils de ses mains fines et délicates.

Malgré toutes sortes de propositions intéressées, Branly ne voulut toujours que soutenir l'honneur de la science française sans jamais accepter de commercialiser sa découverte qui a fait pourtant gagner des milliards ! On ne le dira jamais assez haut : il a généreusement donné la semence féconde, sa découverte. Des milliers de gens ont réalisé des fortunes, grâce à elle, et pendant que le monde s'agite pour l'industrialiser et l'exploiter, malgré les conditions difficiles de travail et son âge, il continue ses re-

cherches et ses expériences, uniquement pour faire avancer la science et être utile à l'humanité. Quelqu'un a pu le dire en toute vérité : Branly est un *saint de la science.*

Branly s'est toujours refusé à faire partie de combinaisons commerciales et financières, de coteries politiques. Et, de plus, il a eu affaire à l'ingratitude nationale qui provient le plus souvent de l'ignorance et de l'indifférence politiciennes, car il n'y a rien de plus ignorant, à part des exceptions valables, que le politicien tout à sa clientèle électorale et à son souci de réélection, qui n'a pas l'esprit scientifique, qui ne connaît pas les sources fécondes de l'intellectualité qui peut et doit créer la richesse d'une patrie, et qui *ne lit pas,* par conséquent, n'agrandit pas ses connaissances. Et l'on en arrive à ceci que les grands pionniers et découvreurs français, qu'un Sauvage, Français, inventeur de l'hélice, qu'un Clément Ader, Français, le premier qui se soit élevé avec un plus lourd que l'air, qu'un Français inventeur des appareils frigorifiques, qu'un Branly, et tant d'autres, ont été méconnus et ont parfois fini dans la misère, après avoir essuyé l'ingratitude de la patrie ! Et l'on en arrive encore à ce que nos plus belles découvertes nées en France, nous reviennent à grand retentissement de l'étranger, et comme étrangères naturellement et que nous avons la sottise d'y souscrire prouvant à la fois notre ignorance et notre stupidité, notre naïveté, et, ce qui est pire que tout, notre ingratitude !

Si Branly était né en Angleterre, il serait Lord et Pair d'Angleterre, doté d'une riche pension ; s'il était né en Allemagne et aux Etats-Unis, il n'y aurait pas de piédestal assez haut pour le montrer comme le plus grand homme du monde : mais nous avons hérité, à vingt siècles de distance, de l'insouciance, de l'inconstance helléniques et de la modestie latine qui ne s'attache pas à mettre, aux yeux du monde, les hommes de valeur à leur vraie place. On n'a qu'à voir ce qui s'est passé pour Edison, magnifique et admirable perfectionneur, mais qui n'a pas été le créateur de tout ce que lui ont attribué les Nord-Américains qui s'en glorifient.

Il n'y a pas de grande cause qui triomphe sans martyrs et qui ne soit cimentée dans le sang ; on peut, en tout cas, presque dire qu'en France, il n'y a pas de découvertes qui ne se paient de la pauvreté et de la méconnaissance des découvreurs !

En 1911, à l'Académie des sciences, on oppose à M. Branly, Mme Curie, étrangère, qui a eu le bonheur d'avoir épousé un grand savant français qui lui, avait découvert et dont elle a recueilli l'héritage spirituel. Le Français Branly n'en a gardé aucune amertume, d'autant qu'il triompha : « *Etant professeur à l'Institut catholique,* « — me dit M. Branly, — *j'avais tous les normaliens contre moi, bien que je sois normalien moi-* « *même ; les polytechniciens firent campagne en* « *ma faveur !* »

Comme je m'extasie, étonné, devant lui, Branly semble trouver tout naturel ce qu'il a fait et il trouve tout simple d'avoir fait connaître les corps à conductibilité intermittente, à volonté conducteurs ou isolants, qu'il a appelés *radioconducteurs,* d'avoir inventé le *radio-cohéreur,* et, finalement, d'avoir rendu possibles la radiotélégraphie et la radiotéléphonie. Je me permets de lui demander s'il a de nouveaux travaux en train, et il veut bien me confier qu'il est à la recherche de quelque chose de plus merveilleux encore que la télégraphie sans fil. Il est difficile de le concevoir mais la T. S. F. n'était-elle pas aussi inconcevable il y a 46 ans déjà !

**Le Prof. Branly et l'Umfia ou Union médicale latine**

En 1912, ayant songé à créer pour le développement de l'internationalisme intellectuel latin dans le monde franco-ibéro-américain, une union qui fut appelée par abréviation UMFIA et qui est devenue définitivement l'Union médicale latine, je m'autorisai de mes relations amicales avec ce grand homme consacré par la gloire, pour lui demander de faire partie du Triumvirat-fondateur d'honneur français de cette Association naissante, ce qu'il m'accorda tout de suite. Et c'est ainsi qu'il est au frontispice du *Livre d'Or* de l'UMFIA, que j'ai écrit par la suite en 1926, et où il se trouve en triptyque avec le Dr Georges Clemenceau, le Prof. Richet. Ainsi se trouvent assemblés les grands Français en Union de liberté, d'égalité et de fraternité : celui qui a fait la découverte la plus étonnante de l'humanité actuelle : Branly ; celui qui a sauvé la France du pire désastre qui pût arriver à l'humanité, la latinité étant perdue pour le monde civilisé : Clemenceau ; celui qui, par les découvertes physio-biologiques les plus extraordinaires a, dans ce dernier quart de siècle, contribué à sauver et guérir l'humanité douloureuse !

En 1913, avant la guerre, il me donna rendez-vous dans son laboratoire de la rue de Vaugirard où j'eus tout le loisir de lui exposer notre œuvre de l'Umfia et où il voulut bien accepter d'être membre d'honneur. Depuis, ce savant connu dans le monde entier, a suivi toujours avec le plus grand intérêt l'évolution de l'Umfia. Une belle photographie de lui par la grande artiste qu'est Mme Marc Ezy se trouve dans notre Livre d'Or avec l'autographe d'un mot qu'il m'avait adressé.

La dernière fois que je revins dans son laboratoire, c'est en 1927 où je fus le visiter avec mon ami le Dr R. Molinéry, secrétaire général de l'Umfia, pour le prier de vouloir bien accepter la présidence médicale et scientifique du Grand dîner d'automne de l'Umfia qui eut lieu, le

5 décembre 1927, en l'honneur de l'Argentine et des savants du monde latin, sous la Haute Présidence de S. Exc. Gallardo, ministre de Affaires étrangères de la République Argentine. Un peu souffrant, à notre grand regret et au sien, M. Branly dut décliner notre invitation.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de le revoir, soit à son laboratoire, dans cet atmosphère de travail silencieux et presque religieux, soit au sein de sa famille qui lui a créé une atmosphère reposante où règne sa bonté.

**Le nouveau laboratoire de Branly dans les jardins de l'Institut catholique. Fondation de Coty.**

M. Coty, le mécène de grandes œuvres philanthropiques, ému de ce que l'on n'a pas su donner au Dr Branly, les moyens de travail dignes de lui, dignes de la science, dignes de l'Etat, pour réaliser les trouvailles possibles de sa force spirituelle créatrice, s'est substitué à la négligence coupable des pouvoirs qui laissent filtrer l'argent de la nation vers des choses dont le moins qu'on puisse dire, qu'elles n'ont pas le même intérêt. Il a décidé de mettre à la disposition du Dr Branly un laboratoire perfectionné, situé dans le jardin et bâti sur assises profondément enfoncées dans le sol pour mettre les instruments de précision à l'abri des vacillations provoquées par la trépidation de la rue qui fausse les expériences. Ce laboratoire modèle est construit sur les plans de M. Tournon, gendre du Dr Branly, architecte éminent.

Là, pourra travailler dans la sérénité et la paix de ses vieux jours heureux et pourra poursuivre ses recherches dans des conditions dignes de son génie, celui qui a fait une merveilleuse découverte qui a accru le patrimoine de l'Humanité.

**Conclusion.**

Branly mérite, comme de Lesseps qu'on avait appelé « *le grand Français* » de porter ce surnom glorieux et il est de la cohorte sans égale, sur le plan scientifique, des *grands Français* qui ont nom : Laënnec, Pasteur, Berthelot.

Conquérant, dans la réalité invisible des espaces immenses enveloppant le globe et des espaces localisés des intérieurs où il accède à travers les plus épaisses murailles, de la distance et du temps, Branly aura le plus contribué *au rapprochement simultané et à la synthèse du monde*, dans la manifestation des nouvelles de sa pensée et de ses actes. Par sa découverte que Marconi a développée, amplifiée et rendue pratique, l'humanité peut se secourir dans l'isolement du danger le plus lointain, et connaître, s'instruire et se distraire pour la joie commune de ses sensations multipliées, des plus altiers et luxueux palais à la plus humble demeure.

Et je vois d'ici le spectacle ironique des hommes, en foule si petits et si vains et qui peuvent être parfois individuellement si grands par le génie ; et maintenant je vois déjà le tableau : les laboratoires Branly, l'ancien si modeste où s'élabora une des plus grandes découvertes et qui conservera à jamais une empreinte historique de la science, et le nouveau, modèle dû à la générosité de Coty, porteront une plaque sur leur façade ! les Corps constitués, le Gouvernement, des Ministres, des députés et sénateurs seront là pavanant ! il y aura des discours exaltants ; des politiciens, brasseurs d'affaires et sans savoir, parleront du sublime savant si pauvre et désintéressé ! Comédie en face de la vraie gloire qu'on a méconnue et qu'on n'a pas aidée quand il le fallait. Mais qu'importe l'agitation des vains fantoches dont la poussière n'aura même pas de nom dans peu d'années : *seule la Vérité est grande* et elle demeure pour alléger l'humanité de son fardeau dans son ascension par le progrès ; seuls sont grands les génies qui ont œuvré dans le silence !

## VARIÉTÉS

### Un médecin archéologue : Le Dr Maurice Vimont, membre de la Commission municipale du Vieux-Paris. — L'Histoire de l'Église et de la Paroisse de Saint-Leu et Saint-Gilles à Paris

Nous avons conté ici, il y a quelques mois, d'après le livre posthume de Cabanès : *Les évadés de la médecine,* l'histoire, émouvante dans sa simplicité, du Dr Louis Lacaze, philanthrope et amateur d'art, qui a enrichi le musée de peinture du Louvre de sa collection de chefs d'œuvre, réunis un à un et souvent découverts dans les réduits des chiffonniers.

Si Cabanès était encore de ce monde, nous sommes persuadés qu'il aurait poursuivi ses investigations chez les *médecins retraités* qui occupent et charment leurs loisirs, au crépuscule de leur vie, par des recherches historiques et archéologiques. Ces érudits confrères sont nombreux ; nous nous bornerons de parler aujourd'hui de notre excellent ami et collaborateur Maurice Vimont, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Commission du Vieux-Paris, Président de la Société d'histoire et d'archéologie. Le Centre de Paris, qui vient de faire paraître l'*Histoire de l'Eglise et de la Paroisse Saint-Leu et Saint-Gilles à Paris,* grand in-quarto de plus de

200 pages illustré de 28 gravures, ouvrage préfacé par M. Marcel Aubert, professeur à l'Ecole des Chartes et à l'Ecole des Beaux-Arts (1).

Vimont, son internat terminé, s'installa dans le quartier des Halles qui l'avait vu naître, et s'y fit une importante clientèle.

Aussi, au cours de quarante années d'exercice, sa profession lui permit de connaître à fond les vieilles rues de cette antique région parisienne où il n'existe pas une maison qu'il n'ait explorée.

Depuis de très longues années, le Dr Vimont a consacré ses loisirs à l'étude de l'histoire de la rue Saint-Denis, la Voie Royale, la Voie de Paris, comme on l'appelait au XIIe siècle. On pourrait l'appeler la Voie sacrée car tout le long de son parcours s'élevaient des établissements religieux : églises, abbayes, chapelles, hôpitaux, couvents, et elle était suivie par les cortèges royaux qui se rendaient à Saint-Denis pour les cérémonies du sacre, les obsèques des rois de France ou toute autre pieuse raison.

Vimont a réuni patiemment, péniblement toute une collection de documents, de pièces sur sa chère rue Saint-Denis. Il a consulté les bibliothèques, les archives, les minutiers des notaires parisiens. Il pourrait écrire des volumes et des volumes sur le quartier des Halles. Il s'est borné à réunir ce qui a trait à l'histoire de l'Eglise et de la Paroisse Saint-Leu et Saint-Gilles, la seule église qui subsiste dans la rue Saint-Denis qui jadis en comptait quatorze.

Cet ouvrage très original, très soigneusement documenté, lui a demandé plus de cinq années de travail. C'est un monument d'érudition et il serait à souhaiter, comme l'écrit M. Marcel Aubert dans sa préface, « que l'on possédât pour toutes les paroisses de Paris des monographies aussi complètes, aussi fouillées, écrites avec un tel soin de ne rien omettre, de faire connaître l'histoire non seulement de l'église elle-même, mais aussi de tous ceux qui sont nés et qui sont morts à l'ombre de ses murs. »

Nous allons donner un rapide aperçu de l'histoire de l'église Saint-Leu et Saint-Gilles d'après le livre du Dr Vimont.

***

Les religieux de l'abbaye Saint-Barthélemy en la Cité, dans la suite Saint-Magloire, possédaient les terrains qui constituèrent la paroisse de Saint-Leu. Les marais qui s'y étendaient, furent desséchés et, au cours du XIIe siècle. Trop à l'étroit dans la cité, les moines de Saint-Magloire y établirent leur communauté. En 1133, on transporta dans cette région, dite l'Apport-Paris, la Nouvelle Boucherie et en 1154, un Marché aux Poissons ; ce fut le berceau des Halles. Philippe-Auguste y installa le marché de Saint-Ladre qui, avec les marchés existants, prit le nom de Halles des Champeaux. Le voisinage des changeurs du Pont-au-Change, et de la rue des Lombards, du Grand-Châtelet et des moulins installés sur la Seine, donna à ce quartier une grande importance commerciale et il devint très peuplé, ce qui explique l'édification de l'hôpital de la Trinité (1202) des Filles-Dieu (1225), de l'hôpital Saint-Jacques-aux-Pèlerins, en face Saint-Leu (1319), de l'hôpital et de l'église du Saint-Sépulcre (1326), de l'église du Saint-Sauveur ou de la Tour (1216) et enfin du Couvent des Dames de Saint-Chaumont.

En 1235, l'évêque de Paris, Guillaume d'Auvergne, décida la fondation d'une chapelle vouée à Saint-Gilles et Saint-Leu sur un terrain de l'abbaye de Saint-Magloire. En 1319, on reconstruisit l'Eglise sans doute insuffisante. Saint-Leu était un archevêque de Sens. Saint-Gilles, d'origine athénienne, aurait vécu en ermite dans une grotte aux environs d'Arles et aurait été nourri par une biche, s'il faut en croire la Légende Dorée.

L'Eglise Saint-Leu et Saint-Gilles fut érigée en paroisse en 1617.

En 1586, la peste décimait Paris, le Roi ordonna des prières publiques. Le curé de Saint-Leu afficha sur la porte de son église une supplique en vers latin de sa composition qu'il traduisit en vers français où, en termes qui font plus honneur au prêtre qu'au poète, il demandait de prier Dieu,

> Afin que par son fils le Père de clémence,
> Apaise, jette loing les fléaux de la France.

En 1644, se termina à Saint-Leu la dernière des processions des religieux de la Merci qui allaient racheter les captifs en Barbarie.

En 1651, les Recollets disputèrent à l'église Saint-Leu le corps de la veuve du Président Lamoignon. Les Recollets obtinrent ses entrailles. Le sculpteur Girardon fut chargé de construire le mausolée où l'on conserva le corps.

En 1722, le Roi étant malade, un salut et une bénédiction furent célébrés à Saint-Leu pour la conservation de sa santé.

De 1756 à 1762, des troubles jansénistes éclatent dans la paroisse, les sacrements sont refusés à des prêtres mourants. Scandales, intervention du Châtelet et incarcérations des prêtres coupables.

En 1789, un curé de Saint-Leu est délégué à Versailles pour ramener le roi et sa famille à Paris.

Le 31 octobre 1789, les objets en métal précieux de l'Eglise sont envoyés à la Monnaie.

Le 9 janvier 1791, presque tous les prêtres de

(1) Edit. Ch. Florange, expert, 19, avenue d'Orléans Paris XIVe et Alph. Margraff, libraire, 17, rue Saint-André-des-Arts, Paris, VIe, 1932.

Saint-Leu étant assermentés, les cérémonies religieuses continuent à y être célébrées comme sous l'ancien régime.

Le 29 mai 1793, les révolutionnaires ne peuvent empêcher la procession de la Fête-Dieu à Saint-Leu. L'église est saccagée cette année-là sous prétexte de supprimer les emblêmes de la Royauté et de la Féodalité.

L'église désaffectée devient le dépôt de salaisons de la section des Lombards.

Elle est vendue le 18 floréal an V. L'abbé Moral, un ancien Recollet, la loue pour la rendre au culte. Le Concordat (15 juillet 1801) facilite le rétablissement de la paroisse. L'église est réparée en 1805.

Le 3 mai 1814, Louis XVIII, entrant à Paris par la rue Saint-Denis, le curé de Saint-Leu lui offre l'eau bénite sous le porche de l'église.

En 1819, on célèbre à Saint-Leu un service pour le repos des âmes du Duc de Penthièvre et de sa fille, la Princesse de Lamballe.

En juillet 1830, une barricade est élevée devant l'église Saint-Leu.

En 1848, on y installe un corps de garde.

En 1857-1861 la percée du boulevard Sébastopol écorne le chevet de l'église Saint-Leu.

Le 13 avril 1871, l'Eglise Saint-Leu est profanée et dévastée par les troupes de la Commune.

Le 22 mai 1871, lors de l'entrée de l'armée de Versailles à Paris, un bataillon de femmes auquel on avait donné un petit mortier, bombarde l'intérieur de l'église, détruisant quelques statues de saints et de saintes.

En 1914, on sonne à Saint-Leu le tocsin pour annoncer la mobilisation.

Enfin, le 16 octobre 1928, l'Ordre équestre des Chevaliers du Saint-Sépulcre de Jérusalem reconstitué, qui, après la destruction de l'église du Saint-Sépulcre, avait été accueilli à Saint-Leu reprend solennellement possession de la crypte qui lui est destinée.

Telle est en résumé l'histoire de Saint-Leu e Saint-Gilles.

Le livre du Dr Vimont donne maints détails, accompagnés de pièces justificatives, de gravures et de plans dont nous ne pouvons parler ici, mais ce sec exposé permet de se rendre compte de l'importance de l'ouvrage et du travail qu'y a consacré le Dr M. Vimont, un des archéologues les plus érudits de Paris (1).

J. N.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*.....Mais avant toute chose, je trouve qu'il est bon de le réjouir par agréables conversations, chants et instruments de musique .....*

(M. DE POURCEAUGNAC.)

DCLXXXVII. — François VILLON. — **Quatre ballades.** Un vol. illustré, sous emboîtage doré 14,5 × 19,5, tiré sur Montval à trois cents ex. numérotés, par les frères Vauchez, illustré par André Collot, et colorié par Vairel fils. *Editions Paul Cotinaud*, Paris, 1932. 400 francs.

La *Ballade de la Grosse Margot*, les *Contredictz de Franc Gontier*, la *Ballade des Dames du Temps jadis*, les *Regrets de la Belle Heaulmière* sont de gaillarde complexion. Leur vieux françois savoureux arrondit un peu leurs angles et amortit la sonorité crue de leur langue sans pudeur. Et n'était l'imagerie rabelaisienne qui les pare, elles garderaient, grâce au vieillissement de leur écriture, un air plus benoît de simple jeu poétique où l'harmonie de la métrique empêcherait le lecteur d'être surpris par la trivialité de la trame. Mais la flagrance de l'illustration s'évertue à *chaque page* à en exalter l'inspiration avec une richesse, dont les détails particulièrement soignés ont le mérite d'une franchise sans plus de vergogne que le cynisme du mauvais garçon, qui fut plus enclin à écorner qu'à flagorner la morale. On ne pouvait songer sans doute à composer (pour orner ce texte) d'attendrissantes et lénitives scènes de mythologie rococo-pastorales ; par conséquent, me voici bien empêché pour vous conter comment André Collot a traduit très scrupuleusement Villon. J'en resterai, si vous le permettez, aux généralités peu banales par lesquelles il sera cependant possible de caractériser la singularité de cette édition. Je dois signaler que, sur quelques rares passages, cet effort pour échapper à la tradition se laisse apercevoir : comme traînent à l'angle d'une des gravures les ciseaux redoutables et sanglants de Pierre Esbaillart de Sainct-Denys. La typographie est une patiente imitation des manuscrits moyenâgeux, rehaussés et enluminés à foison, adornés de miniatures, pages encadrées de fantaisies polychromes menues et touffues, lettrines resplendissantes d'azur, d'incarnat, d'or somptueux, ici au service de ces mirifiques truandailles ! Il y a deux ou trois pages où la tricherie se laisse deviner, à cause de quelques traits verts, dont la clarté est trop fraî-

(1) Mlle Thérèse Vimont, digne fille de son père, a exposé au dernier salon un remarquable portrait intitulé : Un amateur d'estampes, où le Dr Vimont examine en connaisseur consommé de vieilles gravures.

che. Ce sont détails qui, comme la courbe fausse de quelques P, quelques V, et quelques E majuscules, ne sauteront qu'aux yeux des bibliophiles fort avertis que vous êtes ; je me fais cependant un devoir de les noter précisément en regard de la valeur générale du livre, de l'originalité de sa présentation qui comporte un souci et une réussite artistique allant de pair et d'une telle qualité qu'elle pouvait à la rigueur se permettre d'être absolument sans reproche.

DCLXXXVIII. — Gil Robin. — **Grandeur et servitude médicales.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Le Docteur Duchesne vous a longuement présenté voici trois semaines (ou quatre), l'œuvre de notre confrère. Elle vaut bien qu'on parle d'elle deux fois. J'ai l'impression qu'elle était en germe, déjà dans une longue nouvelle que Gil Robin fit paraître, il y a quelques années, sous le titre *Hôpital*, au Mercure de France. Je ne veux pas répéter les éloges que l'autorité du Docteur Duchesne lui a décernés et qu'elle mérite. Aux six courtes nouvelles, consacrées chacune à un aspect particulier de notre profession, me paraît encore bien supérieure par son ampleur l'*Introduction* de quarante pages qui les précède. Le style en est curieux, tronqué en courtes phrases expressives et imagées. Mais tel est l'heureux choix des mots qui les bâtissent qu'elles apparaissent gonflées de sens et d'idées : aussi se prend-on à regretter qu'elles cèdent *si vite* la place au conte. Ce livre devait paraître dans une collection de luxe au *Sagittaire*. Mais le Sagittaire, qui a eu l'imprudence de s'attaquer à la publication intégrale des œuvres de M. Valéry, a vraisemblablement succombé au sommeil. Au sommeil profond qui berce ses lecteurs entre la *Jeune Parque* et le *Cimetière Marin* et qui leur confère cette paix pure, ce calme repos qui les fauche sur le livre ouvert, sans connaissance mais sans grossier ronflement.

DCLXXXIX. — Marguerite Yourcenar. — **Pindare.** Un vol. 13,5 × 21 sous couverture illustrée. *Editions Grasset*, Paris, 1932, 20 francs.

Parmi les femmes-écrivains, (présomptueusement évadées du Gynécée et ayant abandonné les humbles besognes du foyer où elles étaient mieux à leur place), Marguerite Yourcenar avait déjà publié un excellent roman qui la séparait de cette horde chaussée de bas-bleu et qui manie le porte-plume avec une touchante maladresse. Son nouveau livre témoigne d'une fort intelligente et subtile connaissance des auteurs grecs, encore qu'elle s'occupe plus spécialement de Pindare. Dans cette collection (Fouché, Cagliostro, Hippocrate...), où les auteurs se sont quelquefois préoccupés de confirmer poétiquement la figure conventionnelle du héros qu'ils ont entrepris de repeindre sans se soucier outre mesure des sources historiques, il est curieux que ce soit une femme qui leur montre qu'elle sait et *comprend* (outre le grec), la façon de composer la louange d'un grand poète sans écorcher douloureusement la muse de l'histoire. Le ton du récit est extrêmement alerte et je conseille tout particulièrement à M. Gide (qui cherche un peu partout des arguments pour sa thèse sentimentale préférée et y trouvera du même coup une ferme leçon de style), la lecture des chapitres consacrés à la vieillesse amoureuse du poète, qui meurt en beauté au théâtre d'Argos, sur l'épaule de Théoxène, fils d'Agésilas.

DCXC. — Robert Tourly et Z. Lvosvky. — **Hitler.** Un vol. 12 × 19. *Editions du Siècle*, Paris, 1932.

Une préface de Mac Orlan ouvre, avec sa rude mélancolie coutumière, la biographie de l'énigmatique personnage, qui prend figure de Messie de l'Allemagne progressivement exaspérée par sa misère. Le livre marque bien le bluff, mais aussi le danger de ce mysticisme national, dont Hitler s'est fait l'apôtre, grâce au concours de ces facteurs mystérieux de psychologie des foules, qui ont suscité sur l'Europe désaxée les destins étranges de ces meneurs d'hommes, qu'ils aient nom Lénine, Mussolini ou Hitler. L'excitation de ce dernier, très minutieusement analysée, a ceci de particulièrement redoutable qu'elle semble reposer sur des bizarreries psychiques fort inquiétantes.

DCXCI. — A. Dubois de la Chartre. — **Fortune des airs.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932.

Un agréable roman, qui a l'avantage d'être court et lisible, simple comme l'incident banal de début qui en déclenche la progression. En appendice, quelques notations de sensations d'un pilote d'avion (qui est le héros du roman) et le dramatique récit adroitement conduit d'un réglage aérien d'artillerie pendant la guerre, sur le front italien. .

DCXCII. — Fernand Laudet, de l'Institut. — **L'Hôtel de Toulouse.** Siège de la Banque de France. Un vol. 14 × 20 orné de dix-neuf illustrations hors texte tirées des collections de la Banque de France. *Editions Firmin-Didot*, Paris, 1932, 18 francs.

Avec la sage aisance de son érudition M. Laudet rapporte l'histoire de la fastueuse demeure et évoque la mémoire de ceux, qui habitèrent l'hôtel de Toulouse, construit vers le milieu du 17e siècle et considéré dès cette époque comme l'une des plus belles habitations de Paris. La célèbre

*Galerie Dorée* restaurée en 1870, malgré un nom prédestiné n'a que de lointains rapports avec l'actuelle destination de l'immeuble. Le livre de M. Laudet la décrit sans doute, mais il se préoccupe davantage du passé de ces pierres et des hôtes illustres qu'elle hébergea : princesse de Lamballe et avant elle personnages célèbres approchant le Duc de Penthièvre, Florian par exemple.

DCXCIII. — Camille MAUCLAIR. — **Le Mont-Saint-Michel.** Un vol. 15 × 20 orné de 107 héliogravures. *Editions Arthaud,* Grenoble, 1932.

Le « rocher sculpté » du Mont Saint-Michel fournit matière à un bien beau livre. Le texte de M, Mauclair est celui d'un critique d'art qui serait aussi poète. Il se préoccupe de l'histoire de cette féerique et audacieuse construction avant d'aborder sa description précise. Les héliogravures sont d'une parfaite netteté et abondantes ; l'art de leur présentation est dans la coutumière tradition de consciencieux et élégants effort des Editions Arthaud, attachées à nous mieux faire connaître et aimer les richesses de France.

**Varia*****

Le *Figaro illustré* de juin est consacré aux *Plaisirs de Paris* : flânerie d'André Beucler ; reflets aux vitrines, divertissements populaires ; musées de la rue. Au sommaire, les chroniques coutumières de Pillement, de Maurice Noël, de Jean Ravennes. Ce dernier vient de donner à son admirable *Kavalier Scharnhorst,* une suite que je vous présenterai prochainement.

**Le Mercure de France* (15 juin) a confié à deux célèbres experts graphologiques l'examen de l'écriture de Gorguloff. L'étude est ingénieuse. Un large commentaire de la personnalité philosophique d'Henri Bergson.

Une critique anecdotique des splendeurs et des misères de l'Indo-Chine. Une bibliographie (complétée) de Louis Pergaud dont on inaugurait ces jours derniers le monument à Besançon. Le début d'un roman de Louis Dumur. Et les Echos touchant à peu près tout ce qui intéresse l'activité spirituelle, et traités à peu près pour chaque domaine par des spécialistes de grand talent.

20 juin 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis.** (Professeur : M. GOUGEROT.) — *Cours de vacances.* (Notions élémentaires de dermato-syphiligraphie pour les médecins praticiens et les élèves stagiaires de la Faculté.) — Sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, MM. A. CARTEAUD et RAGU, chefs de clinique à la Faculté, feront du 18 juillet 1932 au 31 août 1932, les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis matins, de 9 à 10 heures, à l'amphithéâtre Fournier, une série de démonstrations pratiques, comprenant l'indispensable en dermato-syphiligraphie, démonstrations suivies de présentation de malades avec diagnostic et traitement.

Cours gratuit. S'inscrire auprès du Docteur Carteaud, pavillon Bazin, hôpital Saint-Louis.

— **Prêts d'honneur.** — La date limite de réception des dossiers de demandes de prêts d'honneur est fixée au 15 *octobre prochain.*

Ces dossiers pourront être adressés à M. le Recteur à partir du 1er *septembre.*

— **Thèses.** — Lundi 20 juin. — Jury : MM. Baudouin, Lemierre, Loeper, Harvier. — M. PANSIN : Etude des abcès métastatiques du cerveau, au cours des bronchectasies. — M. PELLETIER : Etude des accidents nerveux de l'endocardite maligne lente et en particulier de la forme psychique. — M. Elphège JOUIS : Traitement des hyperchlorhydries par l'extrait hydroalcooléther de Jaborandi.

Mardi 21 juin. — Jury : MM. Cunéo, J.-L. Faure, Lenormant, Vaudescal. — MM. BONAMY : Les perforations intestinales, au cours des paratyphoïdes. — M. GUIHÉNEUC : De l'exclusion haute de l'estomac. — M. LE CORRE : L'anesthésie régionale en chirurgie urinaire. — M. DAVID : Etude de la thrombophlébite primitive du golfe de la jugulaire et particulièrement son diagnostic. — M. FORESTIER : Les abcès de la cloison recto-vaginale. — M. KUPERCYN : A propos de quelques cas de grossesse extra-utérine double.

Mercredi 22 juin. — Jury : MM. Couvelaire, Ombrédanne, Mathieu, Portes. — M. Jules JULIEN : Influence de l'accouchement sur certains accidents toxi-infectieux au cours de la seconde moitié de la grossesse. — M. Ivo VNISKI : Etude des accidents dus à la rétention de la dent de sagesse inférieure.

Jeudi 23 juin. — Jury : MM. Léon Bernard, Guillain, Lereboullet, Terrien. — M. DUTRAY : La reprise du pneumothorax artificiel. — M. FUCHMANN : Etudes nouvelles cliniques et thérapeutiques de la paralysie faciale périphérique. — Mlle PAPAÏVANNOU : La péritonite à pneumocoques. — Mlle KAZ : Etude de la kératite disciforme.

Samedi 25 juin. — Jury : MM. Bezançon, Desgrez, Roussy, Hazard. — M. LEROY : Rhumatisme articulaire aigu, tuberculeux compliqué de péricardite. — M. PAILHARET : La méralgie paresthésique (névralgie du fémoro-cutané.)

Mardi 28 juin. — Jury : MM. Binet, Bezançon, Gougerot, Maurice Villaret. — M. VOULPIOTIS : Etude de l'hyperplasie musculaire au cours des cancers gastriques. — Mlle MAIRE : Essai de cardiologie expérimentale sur Hélix Pomatia. — M. GARNIER : Traitement de la rhinite ozéneuse par l'anatoxine diphtérique. — Mlle LAGASQUIÉ : Contamination syphilitique pendant la période d'incubation du chancre. — Mme GIRARD : Traitement de l'obésité à Brides-les-Bains.

Jury : MM. Claude, Rathery, Tanon, Galliard. — M. LAURENT : La phase somatique prodromique de la démence précoce. — M. TRILLOT : Hérédité cyclothymique, son utilité dans le diagnostic et le pronostic de certaines psychoses. — M. DESHAYES : Le sérum anti-

tétanique (sa production). — Mlle HERBERT : Exploration radiologique des voies biliaires par injections des substances opaques. — M. ABRAMOVICI : Considérations relatives à l'influence de quelques maladies et de certains états physiologiques sur les lésions bucco-dentaires. — M. DELATER : La pathologie des brouillards de la vallée de la Meuse.

Mercredi 29 juin. — Jury : MM. Gosset, Legueu, Ombrédanne, Mathieu. — M. Paul CASALIS : Etude de la conduite opératoire dans les appendicites gangréneuses avec perforation en péritoine libre. — Mlle RONSIER : Etude de l'action des effluves dans quelques affections gynécologiques. — M. SIMKOW : Les grands kystes séreux du rein. — M. DOMINGUEZ : Etude du traitement des prostato-vésiculites gonococciques. — M. PARRIQUE : Etude et traitement de l'urétrite chronique. — Mme BELUGON : Etude de la calcification du disque intervertébral. — M COSTES (Guy) : Arrachement des points épiphysaires de l'iléon chez l'adolescent.

Jury : MM. Baudouin, Léon Bernard, Clerc, Lemierre. — M. PUECH : Tumeurs intracraniennes non hypophysaires. — M DOUADY : Section des brides dans le pneumothorax artificiel. — Mlle DUMANS : Influence de la coqueluche sur la tuberculose du nourrisson. — M. MOLARD : Etude du syndrome hémorragipare de l'insuffisance hépatique. — M. BRUNEAU : Le diagnostic de la méningite à bacille de Pfeiffer. — M. CHATERGÉE : Paralysie faciale, consécutive à l'anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieur.

Jeudi 30 juin. — Jury : MM. Brindeau, Cunéo, Jeannin, Lenormant. — M. JARROUSSE : Considérations sur l'avortement tubaire. — M. DE LA HUSSAIRE : Les mastoïdites rétro-labyrinthiques. — M. REYNAUD : Etude de la chirurgie thoracique ; techniques actuelles. — M. BOGORAZE : Herpes gestationis. — M. DUFOUR : Rupture artificielle précoce des membranes au cours de l'accouchement normal. — M. BLANCHET : De l'ostéoporose post-infectieuse et de l'ostéoporose algique post-traumatique.

Samedi 2 juillet. — Jury : MM. Carnot, Roussy, Brulé, Leroux. — M. AUGIER : La polypose rectocolique. — M. MARINOFF : Etude du cancer précoce de l'estomac (jusqu'à l'âge de 30 ans).

Jury : MM. Lereboullet, Nobécourt, Henri-Labbé, Moure. — M. FRIC (Guy) : La prophylaxie de la rougeole chez le nourrisson par le sérum de convalescent d'après une statistique des enfants assistés. — M. TISLER : Etude des pneumococcies prolongées de la première enfance. — M. GOUYEN : Recherches cliniques de la tuberculose du péricarde.

— *Thèses vétérinaires.* — Jeudi 23 juin. — Jury : MM. Tanon, Bresson, Dechambre. — M. LÉON : Anquenides, notes phylogéniques et zoologiques. Etude zootechnique.

Mardi 28 juin. — Jury : MM. Guillain, Jeannin, Lesbouyries, Robin, Coquot. — MM. JÉZÉQUEL : La chorée du chien. — M. CAMUS : Parturition chez la jument.

Jeudi 30 juin. — Jury : MM. Gougerot, Henry, Lesbouyries. — M. ROGER : Dermatoses sympathico-endocriniennes chez le chien.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital maritime de Berck-Plage.** — Douze leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques affections de l'appareil locomoteur seront faites, du 18 au 30 juillet 1932, à l'hôpital de Berck-Plage, par M. André RICHARD, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de M. Etienne SORREL, ancien chirurgien-chef de l'Hôpital maritime, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et de MM. ANDRIEU, BOUQUIER, DELAHAYE, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime, M. et G. MOZER, PARIN, chefs de laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de radiologie de l'hôpital maritime, LANCE, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades, G. HUC, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

Les cours auront lieu à l'Hôpital maritime l'après-midi à 2 heures ; les matinées seront consacrées aux opérations de grande chirurgie, aux ponctions, aux appareils plâtrés, aux démonstrations de laboratoire.

La première réunion aura lieu le lundi matin 18 juillet à 9 heures, et sera suivie d'une visite détaillée de l'Hôpital maritime.

Pour l'inscription, écrire à M. Delahaye, hôpital maritime à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Droits d'inscription : 300 francs (les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés).

— **Troisième concours de médecin des hôpitaux.** — EPREUVE CLINIQUE. — *Séance du 18 juin.* — Ont obtenu : MM. Julien Marie, 19.90 ; Lambling, 19,90 ; Escalier, 20 ; Chevalley, 20.

NOMINATIONS. — A la suite de ce concours sont nommés médecins des hôpitaux : MM. CHEVALLEY et ESCALIER.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — EPREUVE CLINIQUE. — *Séance du 17 juin.* — Ont obtenu : MM. Séguy, 20 ; de Peretti de la Rocca, 28 ; Digonnet, 29.

DÉVOILEMENT DE L'ANONYMAT. — *Anatomie et physiologie.* — Ont obtenu : MM. Suzor, 14 ; Séguy, 14 ; Bidoire, 11 ; de Peretti de la Rocca, 13 ; Sureau, 18 ; Digonnet, 20 ; Laennec, 13.

*Accouchement.* — Ont obtenu : MM. Suzor, 15 ; Bidoire, 15 ; Séguy, 8 ; de Peretti de la Rocca, 11 ; Digonnet, 25 ; Sureau, 11 ; Laennec, 20.

CLASSEMENT DES CANDIDATS. — MM. Digonnet, 74 ; Suzor, 59 ; Sureau, 58 ; Bidoire, 55 ; Séguy, 52 ; de Peretti de la Rocca, 52.

ADMISSIBILITÉ. — Est déclaré admissible : M. Digonnet.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — *Séance du 20 juin.* — M. Digonnet, 8.

CONSULTATION ÉCRITE. — *Séance du 22 juin.* — A obtenu : M. Digonnet, 19.

EPREUVE CLINIQUE DOUBLE. — *Séance du 22 juin.* — A obtenu : M. Digonnet, 29.

NOMINATION. — A la suite de ce concours M. DIGONNET est nommé accoucheur des hôpitaux.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Picot, de Cholet (Maine-et-Loire) ; du Docteur Chauveau, d'Attichy (Oise) ; du Docteur Miodet, de Saint-Dier-d'Auvergne (Puy-de-Dôme) ; du Docteur Chabert, de Grenoble (Isère) ; du Docteur Meynal, de Chavannes-sur-Suran (Ain) ; du Docteur Jean Laumonier, de Paris ; du Docteur Iscovesco, de Paris, dont les obsèques ont eu lieu le 14 juin, dans la plus stricte intimité, suivant le désir du défunt.

— **Ecole départementale d'accouchement de Bordeaux.**— *Cours de perfectionnement pour les sages-femmes* (7e série, du 17 au 22 octobre 1932) par MM. les Docteurs Andérodias, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine ; Péry, professeur agrégé, chirurgien en chef de la Maternité ; Lafon-Ore, P. Balard et R. Boursier, accoucheurs des hôpitaux.

Avec la collaboration de MM. les Docteurs Rocaz, médecin honoraire des hôpitaux ; Petges, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté ; Jeanneney, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux ; Boisserie-Lacroix, médecin des hôpitaux.

Les cours de perfectionnement en question, inaugurés il y a six ans, sont ouverts gratuitement à toutes les sages-femmes. Ils auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Ecole départementale d'accouchement, à Pellegrin.

Grâce au bienveillant concours de l'Administration des hospices, les auditrices étrangères à Bordeaux pourront être logées *gratuitement* à l'Ecole d'accouchement ; des repas leur seront servis au prix de 6 francs le repas.

Les sages-femmes désireuses de profiter de l'un quelconque de ces avantages sont priées de s'inscrire auprès de Mme la Directrice de l'Ecole, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, avant le 10 octobre et de s'entendre avec elle pour les repas.

— **La T. S. F. et les sourds.** — *La Revue de l'Ouïe*, organe de l'Association des mutilés de l'oreille (bureaux : 143 *bis*, promenade des Anglais, Nice) vient de faire paraître dans son dernier numéro un article sur *la T. S. F. et les Sourds.*

L'auteur, le Docteur Robert Morche, déficient de l'ouïe, a pu amplifier considérablement la voix de ses interlocuteurs à l'aide d'un poste de six lampes muni d'une prise de pick-up sur deux ou trois lampes. On parle devant le diffuseur ou haut parleur, à un, deux ou trois mètres, selon le degré de surdité de l'intéressé, qui, lui, écoute avec le casque à n'importe quelle distance : deux, cinq, dix, vingt, cinquante mètres... La fiche du diffuseur est branchée sur la prise de pick-up, le cadre ou l'antenne n'entrent pas en jeu, le contact d'allumage de l'appareil doit être ouvert et le casque est connecté à l'endroit habituel.

Les durs d'oreille et les sourds possèdant des restes suffisants d'audition obtiennent ainsi, après quelques essais et une mise au point parfois délicate, une amplification très appréciable pour leur oreille amoindrie. Quant aux entendants normaux ce procédé leur fait entendre la voix basse avec une intonation ... de haut parleur !

— **Une offensive de grande envergure contre les projets d'augmentation d'impôts.** — En présence des projets fiscaux tendant à augmenter sous une forme ouverte ou cachée les charges de ceux qui paient, ce qui aura pour conséquence d'aggraver les effets de la crise, la Fédération Nationale des Contribuables, 24, rue de Clichy, à Paris, a décidé de passer à l'action.

Tous ses syndicats affiliés vont être alertés et vont recevoir des instructions précises pour la résistance ; par ailleurs, il est fait appel à tous les présidents de groupements corporatifs et professionnels en vue de rechercher un terrain d'entente permettant l'union de tous les efforts jusqu'ici dispersés.

Il est fait également appel à tous ceux qui peuvent aider le mouvement de quelque manière que ce soit afin d'organiser de toute urgence à Paris, une démonstration massive en constituant le front unique de toutes les bonnes volontés.

Des renseignements complémentaires seront fournis au siège de la Fédération nationale des contribuables.

— **Contre les projets financiers.** — Aussitôt connus les projets financiers du Gouvernement, la Fédération nationale des contribuables est intervenue télégraphiquement auprès de M. Malvy, président de la Commission des finances de la Chambre, dans les termes suivants :

« Fédération nationale des contribuables, 24, rue de Clichy, Paris, adjure Commission finances, Chambre s'opposer formellement à toutes mesures comportant charges nouvelles ou aggravation celles existant quelle que soit appellation.

« Equilibre budgétaire doit être recherché uniquement dans économies judicieuses et massives.

« Pour Comité directeur,
Louis Large, délégué général. »

Le même message a été envoyé à M. Evain, président du Groupe de défense du contribuable à la Chambre qui groupe actuellement plus de 217 députés.

---

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

rapport présenté par M. Brelet, conseiller d'État, fut discuté au Conseil supérieur de l'Assistance publique, en sa session de juin 1929. Les hospices et hôpitaux cherchent autant que possible à échapper à cette législation, qui leur occasionnerait des frais considérables.

Cependant, il semble qu'hôpitaux publics, comme maisons de santé, ne sauraient échapper à l'application de la loi de 8 heures et à celle du repos hebdomadaire, si on se rapporte à un arrêt de Cassation, chambre criminelle, du 26 octobre 1928 (*Gaz. Pal.* 15 novembre 1928 ; *D. H.* 1928.545), qui décide qu'un établissement de bienfaisance ( en l'espèce un préventorium) tirant uniquement ses ressources de subventions et de dons, ne réalisant aucun bénéfice, ne peut être considéré comme un établissement industriel ou commercial et n'est pas astreint à tenir le registre prescrit par l'article premier, § 2, du décret du 24 août 1906, sur le repos hebdomadaire.

A contrario, un établissement public, ou privé qui tire une partie de ses ressources du paiement, par les malades, du prix de journées d'hospitalisation et qui, par conséquent, n'a pas complètement le caractère d'absolue bienfaisance, doit être considéré comme un établissement industriel, ou commercial et comme tel assujetti au Code du Travail, en ce qui concerne son personnel infirmier.

Conclusion : de l'évolution progressive et des tendances de la jurisprudence, je conclus qu'un propriétaire, ou directeur de maison de santé privée agira sagement en observant dès à présent toutes les obligations du Code du Travail, en ce qui concerne le personnel infirmier qu'il emploie, notamment en garantissant ce personnel contre les accidents du travail et en lui accordant le repos hebdomadaire et le bénéfice de la loi de 8 heures.

Dr Paul BOUDIN.

# CORRESPONDANCE

### 3673. — Une fécondation artificielle est-elle permise à l'insu de la femme ?

Un problème se pose à moi : un azoospermique qui est venu me demander conseil, dont la femme veut avoir absolument des enfants et ignore d'ailleurs que son mari est azoospermique, me demande de faire à sa femme, et à son insu, une fécondation artificielle. La faire sans qu'elle s'en doute est possible, à l'occasion d'un traitement dont elle peut avoir besoin, mais est-ce légitime ? Et si j'accédais au désir du mari, ne serais-je pas son complice et n'engagerais-je pas ma responsabilité professionnelle ? La question me paraît intéressante. Dites-moi, en deux mots, si je puis, oui ou non, accéder au désir du mari.

Dr D.

**Réponse**

La jurisprudence est très fixée en ce sens que, hormis les cas d'urgence, le médecin ne peut pratiquer une opération, sans l'assentiment de son malade.

Certes, il n'est point besoin, pour le chirurgien, de décrire minutieusement et les conséquences de l'opération et les risques que l'intervention peut faire courir au patient.

Cependant, les juges estiment que « ton corps est à toi » et qu'il ne saurait y être apporté un dommage, une modification, sans l'assentiment de l'intéressé.

Transportons ces données générales dans le cadre de la question posée, nous pouvons dire que, dans l'union des sexes, l'homme et la femme, poussés par le désir de reproduction de l'espèce, obeissant souvent à des mobiles différents : l'homme est plus séduit par la grâce et la beauté des formes, alors que la femme désire un enfant qui ait les qualités morales et intellectuelles de son compagnon. Bien entendu, ceci est émis d'un point de vue philosophique très général.

Aussi, serait-il, à mon sens, abusif d'imposer à une femme, qui veut avoir un enfant, la fécondation d'un mâle qu'elle n'a pas librement choisi. Devenue mère, et apprenant par une indiscrétion toujours possible, la stérilité de son époux, la femme ne sera-t-elle pas toujours troublée par le désir de savoir quel est le véritable père de son enfant ? Ne recherchera-t-elle pas des ressemblances physiques ou morales avec son entourage ?

Et si le « donneur » a une tare physique, ou intellectuelle qui se reproduira chez l'enfant, le père légal ne sera-t-il pas ultérieurement obsédé par la tromperie qui existe à la base même de cette conception artificielle ?

Quant au chirurgien, il a le droit, dans un cas urgent, ou très grave, de se contenter de l'autorisation du conjoint, pour pratiquer une opération chez un client. Il est des cas où l'humanité nous fait un devoir de mentir au malade lui-même, alors que la révélation de la vérité peut provoquer des conséquences morales graves.

Mais ici, la vie de la « candidate à la maternité » n'est pas en danger : il s'agit, non pas de sauver une vie humaine, mais de donner la vie à un petit être, à l'insu de la mère quant au père véritable. J'estime donc qu'il serait imprudent, pour un chirurgien, d'accéder au désir du mari et de pratiquer la fécondation artificielle à l'insu de la véritable intéressée. Je sais bien que l'aveu est pénible, lorsqu'un mari doit se déclarer impuissant ; cependant, *dura lex sed lex.*

Dr Paul BOUDIN.

---

# L'usage précoce des bouillies chez les nourrissons

## Fiscalité

### 3225. — Déduction de l'intérêt du prix d'achat d'une automobile

J'ai fait figurer au titre dépenses professionnelles une somme de 1.500 francs représentant l'intérêt du capital placé à 6 %, montant du prix de ma voiture automobile. Le contrôleur refuse d'accepter cette réduction. Est-il en droit de refuser ce que son prédécesseur acceptait ?

Dr N.

**Réponse**

Le prix des automobiles servant à la profession est porté en déduction des bénéfices de l'année de l'acquisition. On ne peut donc déduire encore l'intérêt de ce prix.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

### 3222. — Justification des recettes professionnelles

Je désirerais avoir un renseignement au sujet des impôts sur les bénéfices.

Si j'ai des ennuis avec le contrôleur, je dois fournir, au besoin, des livres ou un agenda — mais il me semble que nous n'avons à fournir que l'agenda sur lequel on inscrit les sommes touchées journellement, cela doit suffire — et il me semble qu'il est inutile de fournir un état des visites journalières, qu'en pensez-vous.

Dr R.

**Réponse**

Les médecins n'ont aucune comptabilité à fournir, mais ils ont intérêt à donner au contrôleur le plus de justifications possible, afin de ne pas avoir de contestations ennuyeuses.

Votre agenda nous paraît suffisant.

A. M.

### 3368. — Impôt sur deux voitures qui ne circulent pas simultanément

J'ai conservé ma vieille voiture espérant que je pourrais m'en servir en cas d'indisponibilité de la nouvelle. Elles sont de même force et même marque, or le fisc émet les prétentions de me faire payer un trimestre si je sors ma voiture de secours pendant que celle dont je me sers habituellement est chez le mécanicien.

Il me paraissait pourtant nettement établi par des réponses publiées dans le *Concours* que le médecin pouvait sortir sa deuxième voiture à condition de payer pour la plus forte. Qu'en pensez-vous ? Quelles formalité ai-je à remplir pour sortir ma voiture de secours ?

Dr C.

**Réponse**

Si vous voulez ne payer que pour une voiture, il faut déposer le permis de circuler de la voiture inutilisée et demander un permis nouveau chaque fois que vous voulez vous en servir.

A. M.

### 3386. — Patente en cas de changement de domicile

J'ai quitté au début de mars un poste improductif (sans cession) où ma patente était de 525 francs pour une valeur locative de 1.200 francs (la maison m'appartenant). Je n'ai prévenu de mon départ, ni contrôleur, ni préfecture.

Je me suis fixé à P., dans une villa d'un loyer de 7.500 francs, les feuilles de contributions concernant mon précédent poste viennent de m'y rejoindre.

Que dois-je faire au point de vue patente ? Si je paye celle de mon dernier poste, suis-je à l'abri d'une nouvelle patente (pour cette année), concernant mon nouveau poste ?

D^r C.

**Réponse**

Habitant votre ancienne résidence au 1^er janvier, vous y devez la patente pour l'année, mais vous ne serez imposé à P. que pour la différence de valeur locative.

A. M.

---

### 3293. — Patente sur une clinique enclose dans l'hôpital

Je viens de recevoir une feuille de contributions directes m'imposant une patente sur mon cabinet de consultations et salle d'opérations de l'hôpital. Déjà, il y a deux ans, j'avais été menacé d'une telle patente et je vous avais demandé conseil. Vous m'aviez répondu que la patente sur un établissement public était illégale. Afin que vous soyiez bien au courant de la situation, je vous rappelle que je suis chirurgien de l'hôpital et j'y ai une petite clinique de neuf lits enclose dans l'hôpital. Naturellement, il vient pas mal de personnes directement à l'hôpital puisque j'y fait tout, même mes petites opérations — mon cabinet particulier pour lequel je paye déjà une patente étant réservé à ceux de mes clients qui ne veulent pas aller me consulter à l'hôpital et aux traitements électriques .

Que dois-je faire ? Faut-il payer sans discuter ou porter plainte devant le Directeur des contributions directes ou au besoin au Conseil de Préfecture ?

D^r X.

**Réponse**

Si vous avez un endroit réservé à l'hôpital où vous traitez des malades vous payant, en un mot si vous y agissez comme dans une clinique vous appartenant, vous devez être imposé à la patente.

Dans le cas contraire, il faut réclamer auprès du Directeur des contributions directes.

A. M.

---

### 3320. — Amortissement du prix d'achat des objets professionnels

Le contrôleur des contributions me demande le

détail de mes dépenses professionnelles. Vous seriez aimable de me renseigner sur les points suivants :

Le fisc admet-il habituellement :

1° L'amortissement du prix d'achat d'une automobile en cinq ans ;

2° L'amortissement des frais d'installation en dix ans ?

3° Peut-on faire figurer parmi les dépenses professionnelles le montant de l'intérêt d'une dette contractée pour couvrir les frais d'installation ?

Dr P.

**Réponse**

Le Conseil d'Etat a décidé que les achats professionnels devaient être portés en dépense l'année où ils étaient faits, mais si les bénéfices sont insuffisants, l'administration admet l'amortissement en plusieurs années.

Les intérêts d'un emprunt causé par la profession sont déductibles.

---

### 3354. — La prorogation légale n'entraîne aucun droit d'enregistrement

J'ai bien reçu votre lettre du 24 mars dernier concernant ma prorogation. Je vous remercie.

L'agent du fisc de l'enregistrement admet qu'au cours de prorogation il est inutile de passer un contrat annuel avec le propriétaire ; mais exige les droits de l'enregistrement payables par le propriétaire annuellement ; et, dans ce cas, par moi, d'après mon ancien bail.

Je me rappelle avoir lu dans le *Concours Médical*, il n'y a pas très longtemps, qu'au cours de prorogation, pas d'enregistrement, donc pas de droits à payer.

C'est pour ce cas particulier que je désire être renseigné : si je dois payer, il paraît, sans pénalité.

Dr P.

**Réponse**

En cas de prorogation légale, aucun droit n'est dû pour la location à la condition que le prix soit celui qui résulte des lois sur les baux.

A. M.

---

## Baux et Locations

### 3565. — Majoration des loyers prorogés

Mon propriétaire me majore mon loyer depuis juillet 1929 de 25 % prétextant que j'exerce une profession libérale et je paye actuellement : 5.400 francs avec avis d'avoir à payer : 5.600 francs à partir du 1er juillet 1932.

Le loyer d'avant guerre était de 1.600 francs. Quel devrait être mon loyer légal ? Et quelle majoration dois-je subir annuellement ; 15 % ou 25 % ou rien (mon loyer me paraissant dépasser le taux légal.)

Cette augmentation de loyer détermine une augmentation considérable de patente, notre ville payant 1.800 centimes additionnels, d'autant plus que le contrôleur nous applique le 1/12e à partir de 450 francs

au lieu du 1/15e. J'ai donc double intérêt à demander à être remis au taux légal et le demanderai dès que je serai fixé de façon certaine sur mes droits.

Dr J.

**Réponse**

En vertu de la loi du 29 juin 1929 les locataires de locaux à usage professionnel actuellement en cours de prorogation, doivent payer à leur propriétaire depuis le 1er juillet 1931 un loyer égal à la valeur locative de 1914 majorée de 165 % + 25 % en raison du caractère professionnel de leur occupation, soit au total 190 %.

En outre, à partir du 1er juillet 1932 et chaque année par la suite à pareille date, jusqu'à la fin de la prorogation, ils devront à leur propriétaire une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer ou de la valeur locative de 1914.

Enfin, en plus des majorations ci-dessus indiquées, ils doivent rembourser à leur propriétaire les augmentations subies par rapport à 1914 par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris, et par les prestations en nature fournies s'il en existe. Pour le remboursement de ces charges, la loi autorise les parties à convenir d'un forfait qui ne peut excéder 30 % du loyer ou de la valeur locative de 1914. Si le loyer de votre maison était de 1.600 francs avant la guerre, vous devriez donc payer actuellement un loyer annuel de 4.640 francs et, à partir de juillet prochain, vous aurez à supporter une majoration supplémentaire de 240 francs.

Au cas où vous auriez adopté le forfait de 30 % pour le remboursement des charges, vous devrez donc payer actuellement 5.120 francs au total et 5.360 francs à partir du 1er juillet prochain.

Il est maintenant trop tard pour que vous puissiez introduire une action en réduction, le délai étant expiré ; mais vous pouvez exiger que votre loyer pour 1932 reste fixé à 5.400 francs, et ne soit porté à 5.600 francs qu'à partir du 1er juillet 1933.

## Accidents du Travail

### 3560. — Accident survenu à une domestique d'hôtel

Le 18 mai 1932, j'ai donné mes soins à Mlle P..., agée de 72 ans, employée comme bonne à tout faire à l'hôtel X., tombée dans les escaliers de l'hôtel. C'était une contusion de la face et une luxation de l'épaule ; cet accident était survenu le soir vers neuf heures et l'accidentée avait, paraît-il, un peu bu. Elle était logée dans la maison où elle travaillait. J'ai fait un certificat d'accident du travail et j'ai donné mes soins à la blessée. Réduction de la luxation avec vingt cinq jours environ d'incapacité de travail.

Aujourd'hui 15 juin, je reçois une lettre de la Compagnie d'assurances me disant : «Nous avons le re-

gret de vous faire conanître quà la suite de l'enquête à laquelle a donné lieu l'accident de Mlle P..., employée comme bonne à tout faire au service de l'hôtel, le 17 mai 1932, notre compagnie a décidé de rejeter cet accident comme ne tombant pas sous l'application de l'article 1er de la loi du 9 avril 1898.

Je vous serais bien reconnaissant de me dire si la compagnie est dans son droit ou si ce qui est mon avis, l'accident de Mlle P... est bien un accident du travail même dans le cas où l'accidentée aurait été en état d'ivresse.

Si votre opinion est la même que la mienne, que devra faire ma cliente pour obtenir ce qui lui est dû ?

Dr M.

**Réponse**

La législation sur les accidents du travail n'est applicable qu'aux accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. Sans doute dans le cas d'une bonne qui est logée et nourrie par ses patrons, est-il souvent difficile de discerner si l'accident s'est produit au cours des occupations professionnelles.

Cependant, si l'accident s'est produit à un moment où la bonne ayant cessé son service regagnait sa chambre après avoir pris quelques instants de repos, on ne peut considérer que l'accident est survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Mais il en serait autrement si l'accident était survenu au cours d'un service de nuit, par exemple, ou bien au moment où la bonne quittait son service pour remonter directement dans sa chambre.

Comme vous le voyez, il y a là une question fort délicate à résoudre et qui est principalement une question de fait. Mais, du moment que l'accident s'est produit à l'intérieur de l'établissement, il en découle une présomption de responsabilité du patron et nous estimons que c'est à lui qu'il incombe, pour se décharger de cette responsabilité, de faire la preuve que l'accident est survenu à un moment où la bonne n'était plus en service.

Quoiqu'il en soit, dès lors que la compagnie conteste la responsabilité de son assuré, si votre cliente veut obtenir le paiement des indemnités légales, elle doit citer son patron devant le juge de Paix du canton où l'accident s'est produit, seul compétent.

Pour cette procédure, elle bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire.

Si elle obtient gain de cause devant le juge de Paix, vous aurez à votre tour une action contre le patron responsable en paiement de vos honoraires, dans les limites du tarif. Dans le cas contraire, vous ne pourrez vous faire payer que par votre cliente elle-même, conformément au droit commun.

**3564. — Allocation aux mutilés du travail ayant besoin d'une tierce personne**

Quelle est la loi du 30 mars 1931 (?) allouant 3.000 francs, de rente aux mutilés du travail qui ont besoin d'un aide ?

A 15 ans un apprenti a eu le bras amputé. A 60 ans aujourd'hui, il fait de l'hémiplégie et ne peut marcher. Outre la rente allouée du fait de sa mutilation il obtient 3.000 francs annuellement.

Quels sont les conditions exigées ?

Y a-t-il un degré dans l'invalidité ? Quel rapport de l'un à l'autre ? Dr B.

**Réponse**

Aux termes de l'article 2 de la loi du 30 avril (et non mars) 1931, les mutilés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne recevront, en plus de la majoration qui leur est accordée par la loi du 15 août 1929 et par les lois subséquentes relatives au même objet (rajustement des rentes des mutilés du travail), une bonification annuelle spéciale de 3.000 francs payable aux mêmes époques et dans les mêmes conditions que la majoration principale.

Le caractère obligatoire de l'assistance d'une tierce personne sera constaté par ordonnance du Président du Tribunal civil de la résidence du mutilé.

La première condition, pour qu'un mutilé du travail ait droit à la bonification de 3.000 francs est qu'il ait droit d'abord à la majoration de la loi du 15 août 1929 ou des lois subséquentes ; il faut, à cet effet, que l'accident soit survenu avant le 9 janvier 1927.

C'est évidemment le cas d'un apprenti qui blessé à 15 ans, a maintenant 60 ans. C'est pourquoi, si ce mutilé a obtenu la majoration accordée par les lois sur le rajutement des rentes des mutilés du travail, le Président du Tribunal a pu constater qu'il avait besoin de l'assistance d'une tierce personne et il a pu obtenir la bonification de 3.000 francs.

## Honoraires de droit commun

**3630. — Responsabilité de la mère pour soins donnés à ses enfants**

Je serais heureux d'avoir votre avis sur le cas suivant.

J'ai soigné, en 1929 et 1930, la famille X... ou d'une façon plus précise M. X.. et ses enfants.

M. X., est décédé accidentellement. Mme X... après ce décès a renoncé à la communauté.

Ai-je le droit de réclamer mes honoraires à Mme X... étant donné qu'une partie de ces honoraires était due pour soins donnés à ses enfants ?

Dr N.

**Réponse**

Une mère est toujours responsable du paie-

ment des honoraires pour soins donnés à ses enfants mineurs.

Par conséquent, dans l'espèce que vous nous soumettez, la renonciation de la femme à la communauté ne l'exempte pas du paiement de vos honoraires. Vous pouvez donc en poursuivre le recouvrement contre cette femme, tant en son nom personnel qu'en sa qualité de tutrice naturelle et légale de ses enfants mineurs.

## Application du Tarif des accidents du travail

### 3502. — Fracture de la clavicule

Voudriez-vous m'indiquer à quel prix tarifer une réduction et contention de fracture de clavicule, pour un accident de travail. Je ne vois pas cette fracture dans le nouveau tarif des accidentés du travail.

Dr H.

**Réponse**

J'ai déjà pris note de l'omission de tarification de la réduction de la fracture de la clavicule dans le tarif Landry.

En attendant son inscription, j'ai déjà proposé (et ce fut accepté par le confrère et la Compagnie) de demander 60 *francs par analogie* avec « fracture de l'avant-bras sans appareil plâtré, ni silicaté. »

Dr F. DECOURT.

### 3518. — L'indemnité kilométrique à 1,80

Un arrêté préfectoral datant de longues années autorisait dans le département de la Nièvre, les médecins du canton de Lormes et de l'arrondissement de Château-Chinon à toucher l'indemnité de montagne (1 fr. 80 par kilomètre).

L'arrêté ministériel du 15 février fixant l'indemnité kilométrique de montagne ne mentionne aucune région de la Nièvre.

Les compagnies d'assurances en profitent depuis ce moment pour refuser de nous payer l'indemnité de montagne. J'ai refusé de toucher 1 fr. 50 par kilomètre mais la situation ne peut pas se prolonger ainsi.

Que faire pour en sortir ?

Je ne plaide pas ici ma seule cause, mais celle de tous les médecins du canton de Lormes et de l'arrondissement de Château-Chinon dont plusieurs font partie du « Sou Médical ».

Dr C.

**Réponse**

Lors de l'établissement du Tarif Landry, la revision des régions de plaine et de montagne fut examinée. Néanmoins, personnellement, j'avais demandé que toutes les régions où l'indemnité kilométrique était fixée auparavant à 1 fr. 80 ne puissent être remises à 1 fr. 50 même si elles n'étaient plus considérées comme « régions de montagne ». Ceci fut accepté, mais à condition

que la *preuve* fût donnée de ce prix antérieur de 1 fr. 80 pour la région par le *Syndicat* et que ces régions soient *nominativement* inscrites dans l'annexe du tarif.

*Ceci fut fait pour les Syndicats ayant fourni la preuve à la Confédération* (voir l'annexe du tarif). On pourra faire une addition à la liste dans la suite, mais c'est au syndicat régional à nous fournir la preuve : nous ne pouvons *rien* sans cela à la commission. Agissez en ce sens dans votre région, si vous voulez obtenir satisfaction. Tout ceci fut déjà expliqué dans le *Médecin Syndicaliste* et dans le *Concours Médical.*

Dr F. DECOURT

---

### 3443. — Luxation du cou-de-pied

Je serais heureux d'avoir votre avis sur le tarif à appliquer au cas de : réduction de luxation du pied en dehors (tibio-astragalienne), avec contention par botte plâtrée, n'ayant pas trouvé l'indication au Tarif Landry.

Dr B.

**Réponse**

J'ai déjà pris en note l'omission de tarification, dans le Tarif Landry, de la réduction de la luxation du cou-de-pied (par méthode non sanglante).

En attendant son inscription, j'ai déjà proposé (et ce fut accepté par le confrère et la Compagnie) de demander 150 *francs par analogie* avec « luxation de l'épaule ».

Dr F. DECOURT.

---

## Application du Tarif des soins aux pensionnés de guerre

### 3539. — Constatation du décès d'un pensionné de guerre

La sous-commission de contrôle des soins aux blessés de guerre vient de m'informer qu'elle a proposé à la commission tripartite de me supprimer le coût d'une visite faite pour constater le décès d'un de mes clients décédé à la suite d'une affection pour laquelle il était pensionné. Je me demande pourquoi la sous-commission me paye la visite de nuit faite la veille et me supprime la visite faite le lendemain, jour du décès de mon client.

J'attends la décision de la Commission tripartite et je serai heureux d'avoir votre avis sur cette question.

Dr S.

**Réponse**

La question a déjà été réglée depuis longtemps. La loi ne s'est occupée que des *soins* à fournir aux pensionnés de guerre pour les maladies causales de la pension. L'Etat n'a pas à rembourser ce qui ne concerne plus les soins, mais simplement un acte *administratif* qui, légalement, doit être accompli par le maire, mais en pratique

l'est par le médecin puisque le maire ne peut techniquement se rendre compte s'il y a décès ou non. C'est pourquoi, dans les villes, il y a des « médecins de l'état civil ». Dans les campagnes, par contre, ce sont les praticiens qui font les constatations, mais en dehors de toute question de *soins*..... puisque le malade est mort.

C'est donc, dans votre cas, non plus l'Etat, mais la famille de l'intéressé (à défaut d'une organisation municipale *ad hoc*) qui doit payer vos honoraires pour toute constatation de décès.

Dr F. DECOURT.

## Questions médico-militaires

### 2490. — Indemnité de première mise d'équipement. Fin des obligations militaires

1° Mobilisé en août 1914 comme médecin auxiliaire de réserve, j'ai été nommé sous-lieutenant en mars 1917, puis lieutenant en 1919 ; à force de ne pas répondre aux invitations du Directeur du Service de santé de ma Région pour l'accomplissement volontaire d'une période d'instruction, j'ai été mis dans l'obligation d'en effectuer une en septembre dernier. Puis-je prétendre à l'indemnité de 350 francs d'habillement prévue par le décret du 31 octobre 1931 ? L'indemnité de première mise d'équipement que tout le monde touchait pendant la guerre au moment de sa nomination est-elle celle visée par l'article 2 ? Si non, je dois y avoir droit, — si oui, je ne vois pas qui peut y avoir droit.

2° Né en 1888, j'ai fait mes deux ans de service actif avec la classe 1910 moyennant deux sursis d'incorporation ; il me semble d'après les calculs basés sur les renseignements habituels du *Concours Médical* que je serais libéré définitivement en 1939, — mais d'après la réponse 59, page 1103, LXI ce ne serait qu'en 1949 ;

3° A quel âge passe-t-on normalement dans la « deuxième réserve » et peut-on être affecté à l'intérieur ?

Dr F.

#### Réponse

Si vous avez perçu une première fois votre indemnité de première mise d'équipement, vous ne pouvez, une seconde fois, la percevoir.

Né en 1888, classe 1908, vous serez dégagé de toutes obligations militaires en 1937.

Dès maintenant, vous appartenez à la deuxième réserve (huit dernières années des obligations militaires), et vous pouvez demander une affectation de mobilisation dans la zone des étapes, ou dans la zone de l'intérieur.

### 2510. — Pupilles de la Nation Admission. Avantages

Classe 1899, médecin lieutenant de réserve main-

tenu dans les cadres sur ma demande, Croix de guerre et du Combattant, proposé pour inscription au tableau de concours de la Légion d'honneur, pensionné définitif à 40 % (emphysème, cœur, otite), père de cinq fils (20 ans, 17 ans, 12 ans, 10 ans et 8 ans), pourrais-je faire inscrire certains de mes fils comme pupilles de la Nation ? Dans l'affirmative, lesquels ? comment obtenir ce résultat ? Quels avantages en recueillir ? Et ce, en vertu de quelle loi ou décret récent ?

Dr X.

**Réponse**

Il s'agit de la loi du 27 juillet 1917, modifiée par celle du 26 octobre 1922. Vous y avez droit en qualité de pensionné de guerre.

Adressez donc une demande au Procureur de la République de votre arrondissement, avec : 1° l'acte de naissance de vos enfants, dont vous sollicitez l'admission ; 2° une copie certifiée conforme de votre titre de pension.

Un jugement intervient, et des secours sont accordés en proportion de la mesure dans laquelle le père est jugé incapable de subvenir à l'aide matérielle de ses enfants, pupilles de la Nation.

Il existe : des subventions d'entretien, proportionnées aux besoins matériels ;

Des subventions spéciales pour frais de maladie et de traitements prolongés ;

Une subvention d'apprentissage ;

Des bourses d'études.

Enfin, le pupille sera aidé, guidé, et même favorisé dans la carrière qu'il aura choisie.

---

**2549. — Militaire en service. Droit à pension**

Un de mes clients a un fils au régiment dont la classe vient d'être démobilisée. Il est actuellement à l'hôpital militaire avec une pleurésie séro-fibrineuse qui a déjà nécessité deux ponctions.

Ce jeune homme a-t-il droit à une pension ?

Quelle marche suivre pour l'obtenir en cas de réponse affirmative ?

Doit-il attendre, pour réclamer, d'être démobilisé ou le faire dès à présent étant encore sous les drapeaux ?

Dr C.

**Réponse**

Ce militaire a droit à une pension d'invalidité. Le plus simple, c'est qu'il demande à son médecin-chef d'hôpital de faire instruire par son Corps actuel une demande de pension d'invalidité, et cela, dès maintenant.

---

# LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN




## SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, H. Forestier père, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie - les - Bains.** Alardo, Bouix.

**Ax - les - Thermes** (Ariège), Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre** : Berne, Frank-Duprat (*ent*), J. Courbin, A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Censier, Joly, R. Hügel, Le Gouriérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E. Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, A. Péré, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon - Lanoy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon - L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains.** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolner, Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry, Contal.

**Dax.** Armaud, Barrau, Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet, Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** Dr Sarda.

**Evaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). Rigal.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Féré.

**La Bauche-les-Bains.** Brissaud.

**La Bourboule.** Barthomeuf, Albéric, Boudry, Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Rééd. motr.*) M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains.** Roger, Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Dore.** J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros, Jossand.

**Plombières-les-Bains.** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bain.** Bourny.

**Salies - du - Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint - Gervais - les - Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches.** Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Sérane, Siguret, Versepuy.

**Santenay - les - Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains.** Fritsch, (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier, (*phys.*) Cahen, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Fasré (Ch.), (*stom.*), Fau, Gannat, Lère, Marquis, dat, Martin - Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Finck, Monsseaux.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours Médical* de MM. les Docteurs Pitous, de Castelnau; Speich, de Carquefou et Debauge, de Saint-Genix, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 213. — Finistère. Ville gros canton, à céder après décès poste médic. avec bail de l'immeuble.

No 214. — A vend. cause double emploi, 5 CV Citroën, 3 pl. mod. trèfle 1925, complèt. revisée, encore en très bon état. Ecr. Dr Cucherousset, 17, rue de Bretagne, Asnières.

No 215. — Nombreux ouvrages médicaux en parf. état à céder. S'ad. Mme Vve Taste, 12, rue de la République, Orléans.

No 216. — Gendre de doct., lég. d'honn., père six enf., cherche pour novembre, situat. direct. administratif dans clin. médico-chirurg. ou préventor.

No 217. — Méd. 34 ans, marié, 2 enf., anc. préparat. Faculté Méd. de Lyon, ex-interne des asiles publics, cherche toutes régions France et Colonies, poste rémunérateur à acheter sans apport immédiat. Accepter. collaborat. en vue succession.

## Renseignements

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de bactériologie.* — Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a proposé M. Robert Debré, par 33 voix contre 10 à M. Philibert, pour la chaire vacante de bactériologie.

— **L'édification d'une nouvelle Faculté de médecine à Paris.** — On se rappelle que la Fondation Rockefeller a offert, il y a trois ans, une somme de 150 millions de francs à l'Université de Paris, pour la reconstruction de la Faculté de médecine, sous condition que la France ajoute de son côté un montant au moins égal. Il fut question, à ce moment, des terrains de la Halle aux vins, que la Ville de Paris pensait offrir, projet qui fut abandonné en raison de difficultés matérielles.

Dans une récente conférence tenue au ministère de l'Intérieur, un nouvel examen a été fait de la généreuse proposition américaine. Le terrain nouvellement choisi pour la reconstruction de la Faculté a été une zone de 50 hectares sis à Issy-les-Moulineaux, aux portes de Paris, appartenant au domaine national. L'Etat sera sollicité de faire cette cession, remplissant ainsi les conditions de la proposition américaine.

— **XXVe V. E. M.** — Nous rappelons que le 25e *voyage d'études médicales*, placé sous le haut patronage du ministère de la Santé publique, aura lieu du 8 au 19 septembre 1932, sous la direction scientifique du Professeur Maurice Villaret et du Professeur agrégé Etienne Chabrol.

Il visitera : Pougues (concentration), Saint-Aré, Saint-Honoré-les-Bains, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Néris, Evaux, Châteauneuf-les-Bains, la Bourboule, le Mont-Dore, Mauriac, Salers, Vic-sur-Cère, le Puy-Mary, Saint-Nectaire, Royat, Clermont-Ferrand, le Puy-de-Dôme, Durtol, Enval, Châtel-Guyon, et se terminera à Vichy, à l'occasion du Congrès international de la lithiase biliaire. Le trajet se fera en autocars, de Pougues à Vichy.

Le prix maximum du voyage sera de 1.200 francs comportant la totalité des frais ; ce prix sera sensiblement diminué si les subventions promises sont versées à temps.

Les demandes d'inscriptions peuvent être adressées à Mlle Machuré, secrétaire des V. E. M., 21, rue de Londres, à Paris.

— **Le troisième Congrès de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique, et esthétique** aura lieu à Paris, les 7 et 8 octobre 1932, sous la présidence du Docteur Dartigues, et pendant le Congrès il y aura une exposition d'instruments, de moulages et de livres concernant la chirurgie esthétique.

Les communications doivent être envoyées d'urgence.

Pour tous renseignements s'adresser chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (16e), ou au secrétariat de la Société, chez le Docteur Ch. Claoué, 1, rue Singer, Paris (16e).

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis (Seine).** — Un concours sur titres, pour la nomination d'une surveillante, est ouvert à l'hôpital-hospice de Saint-Denis.

Peuvent seules prendre part à ce concours les infirmières titulaires du diplôme de l'Assistance publique de Paris, âgées de trente ans au moins et de trente-cinq ans au plus, et ayant au moins cinq années de service comme infirmières dans les établissements de l'Assistance publique de Paris.

Les demandes d'inscription seront reçues par le Directeur de l'hôpital jusqu'au 31 août inclus. Elles devront être accompagnées des pièces justificatives ci-après : bulletin de naissance ou bulletin de mariage ; extrait du casier judiciaire ; diplômes universitaires ; diplôme de l'Assistance publique ; certificat attestant les services accomplis comme infirmière ou comme surveillante dans les établissements de l'Assistance publique de Paris.

Les surveillantes reçoivent un traitement de début de 14.800 francs, plus une indemnité de résidence de 2.240 francs.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Directeur de l'hôpital.

— **Æsculape.** Grande revue mensuelle illustrée. *Sommaire du n° 6, de* 1932 : Sur une tombe romaine d'enfant mise à jour à Turda (Roumanie), par le Docteur Markovits, de Turda (3 ill.). — La pathologie dans l'œuvre d'Alfred Le Petit (1841-1909), par le Docteur Jean Picard, médecin chef des asiles (8 ill.). — Une figure de l'Aunée dans Fuchs (1 ill.). — Les os de Charles-le-Téméraire sont-ils restés à Nancy ? Le duc était-il prognathe ?, par le Docteur Tricot-Royer, d'Anvers (fin, 8 ill.). — Un perroquet centenaire (1 ill.). — Corot et les femmes, M. Ed. Gaillot (fin, 6 ill.). — Mélanchton mangé par les poux, gravure satirique du XVI[e] siècle 1 ill.). — Supplément (17 ill.).

—La **Ligue des contribuables,** dont le Syndicat parisien a son siège 24, rue de Clichy, groupe plus de cinq millions d'adhérents pour lutter contre les excès d'une fiscalité dont les médecins éprouvent durement la rigueur.

Ses efforts méritent d'être encouragés, et ses effectifs accrus pour que, parallèlement, sa puissance s'accroisse et s'impose.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

24 JUIN

**Service de santé militaire.**

*Troupes métropolitaines.*

Par décrets en date des 14 et 18 juin 1932, sont promus et, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle, pour prendre rang du 25 juin 1932 :

MÉDECINS

*Au grade de médecin colonel.*

Les méd. lieut.-col. : Pascal, rég. Paris ; Nobécourt, rég. Paris ; Lenormant, rég. Paris ; Meetzquer, 10[e] rég. ; Cristiani, tr. Maroc.

*Au grade de médecin lieutenant-colonel.*

Les méd. comm. : Bertele, 17[e] rég. ; Julia, rég. Paris ; de Furst, 12[e] rég. ; Fiberi, rég. Paris ; Brunetière, 18[e] rég. ; Cestan, 17[e] rég. ; Lantieri, 14[e] rég. ; Hahn, 15[e] rég. ; Grenié, 10[e] rég. ; Leriche, 14[e] rég. ; Berton, 6[e] rég. ; Gallet, 14[e] rég. ; Mayrac, 17[e] rég. ; Géniaux, 11[e] rég.

*Au grade de médecin commandant.*

Les méd. capit. : Louyriac, 14[e] rég. ; Jacobée, 11[e] rég. ; Jaubert, 15[e] rég. ; Lèques, 14[e] rég. ; Du-

pouy, rég. Paris ; Pietkiewicz, rég. Paris ; Truchet, 14e rég. ; Hubert, 10e rég. ; Jacquot, 7e rég. ; Merson, 11e rég. ; Herbinet, 5e rég. ; Bonnet, 14e rég. ; Lambert, 5e rég. ; Paoli, rég. Paris ; Canuet, 3e rég. ; Veillon, 13e rég. ; Lemoine, 10e rég. ; Reveillaud, 12e rég. ; Rousseau, 13e rég. ; Vayssière, 15e rég. ; Aronssohn, 7e rég. ; Desplats, 1re rég. ; Desoutter 1re rég. ; Michel, 13e rég. ; Plateau, 10e rég. ; Morvan, 11erég.

Coupe, rég. Paris ; Mège, 15e rég. ; Roudinesco, rég. Paris ; Rouhier, rég. Paris ; Denoyes, 16e rég. ; Cazal, 16e rég. ; Rochu, 15e rég. ; Sourdeau, 4e rég. ; Roux, 15e rég. ; Espinet, 12e rég. ; de Barbier de La Serre, 17e rég. ; Murard, 14e rég. ; Coillot, 7e rég.. Kœnig, 5e rég. ; Piollenc, 15e rég. ; Bettinger, 6e rég. ; Ferrand, 11erég. ; MMosnier, tr. Maroc ; Marquet, 5e rég. ; Armengaud, rég. Paris ; Faugerone 12e rég. ; Lévy-Franckel, 20e rég. ; Imbaud, 18e rég. ; Igonet, 15e rég. ; Pironneau, rég. Paris ; Arslmoles, 20e rég. ; Somen, rég. Paris ; Roblin, 16e rég. ; Tussau, 14e rég.

*Au grade de médecin capitaine.*

Les méd. lieut. : Riche, 5e rég. ; Cambillet, 19e C.A. Remusat, 16e rég. ; Corrèges, 18e rég. ; Alberti, 19e C. A. ; Bosc, 18e rég. ; Pujade, 16e rég. ; Passolègue, 15e rég. ; Masse, 3e rég. ; Gaufroy, 5e rég., Abbatucci, 15e rég. ; Barnaud, 14e rég. ; Soum, 16e rég. ; Boulangier, 6e rég. ; Villar, 16e rég. ; Autier, 1re rég. ; Door, rég. Paris ; Colombet, 14e rég. ; Vialle, 16e rég. ; Bellec, 10e rég. ; Labayle, 18erég. ; Delas, 17e rég. ; Bertrand, 15e rég. ; Hauger-Gounouilhou, 15e rég. ; Voutier, 14e rég. ; Mazet, 14erég. ; Huguet, rég. Paris ; Mireur, 15e rég.

Jannot, 6e rég. ; Wallon, rég. Paris ; Lebreton, 11e rég. ; Temporal, 14e rég. ; Cohen, rég. Paris ; Boncompain, 13e rég. ; Caron, rég. Paris ; Delor, rég. Paris ; Mugniéry, 14e rég. ; Kocher, 14e rég. ; Bajac, 18e rég. ; Eparvier, 14e rég. ; Orsat, 14e rég. ; Moutier, rég. Paris ; Arnaud, 15e rég. ; François, 13e rég. ; Guiol, 15e rég. ; Segrette, 5e rég. ; Froger, rég. Paris ; Durand, rég. Paris ; Richard, 14e rég. ; Dufourg, 18e rég. ; Maffei, 14e rég. ; Labrue, 12e rég. ; Maury, 16e rég. ; du Suau de La Croix, 17e rég. ; Pitre, 14e rég. ; Colpart, 1re rég. ; Derencourt, 4e rég. ; Parmentier, 1re rég. ; Bouffard, 18e rég.

Vauzanges, 8e rég. ; Challet, 11e rég. ; Clément, 15e rég. ; Franquier, 6e rég. ; Lafond, 13e rég. ; Plagniol, 16e rég. ; Colleville, 1re rég. ; Florence, 14e rég. ; Clret, 14e rég. ; Clément, rég. Paris ; Pierquin, rég. Paris ; Barbary, 9e rég. ; Bordes, 15e rég. ; Sappey, 14e rég. ; Michel, 14e rég. ; Swynghedauw, 1re rég. ; Delrieu, 18e rég. ; Lacroix, 3e rég. ; Bertoin, 14e rég. ; Galop, rég. Paris ; Forestier, 14e rég. ; Deudon, 1re rég. ; Robert, 9e rég. ; Guillon, 11e rég. ; Dewuns, 14e rég. ; Bourgoing, 16e rég. ; Fourrier, rég. Paris ; Letoublon, 7e rég. ; Moineau, 5e rég. ; Bonnet, rég. Paris.

Paul, 2e rég. ; Bernheim, 14e rég. ; Mordret 4e rég. ; Bosnier, 11e rég. ; Flandrin, rég. Paris

Barbier, 8e rég. ; Clap, 15e rég. ; Vergnory, 14e rég. ; Barthélemy, 20e rég. ; Woillez, 1re rég. ; Delavierre rég. Paris ; Guilleminet, 14e rég. ; Tizon, 10e rég. ; Massias, tr. Indochine ; Gelas, 14e rég. ; Drouet, 20e rég. ; Dattin, 11e rég. ; Leclercq, 1re rég. ; Plumey, 15e rég. ; Boudeille, 14e rég. ; Vazeux, rég. Paris ; Laurent, rég. Paris ; Louf, 1re rég. ; Barbier, 14e rég. ; Lorrain, 20e rég. ; Pechenart, 6e rég. ; Aubin, rég. Paris ; Baudoin, rég. Paris ; Dupuy, rég. Paris ; Eymard, 13e rég. ; Barbier, 14e rég. ; Notton, 7e rég. ; Hezard, tr. Indochine ; Lelong, rég. Paris ; Chazaux, 12e rég. ; Rousseaux, 6e rég. ; Ernst, 14e rég. ; Sizaret, 4e rég. ; Boussange, 7e rég. ; Marchal, rég. Paris.

**Troupes coloniales.**

Par décret du 21 juin ont été promus, pour prendre rang du 25 juin 1932 :

*Au grade de médecin colonel.*

Broquet, méd. lieut. col.,-disp. serv. santé, rég. Paris.

*Au grade de médecin lieutenant-colonel*

Rousseau, méd. comm. disp. serv. santé, rég. Paris ; Koun, méd. comm., disp. serv. santé 15e rég.

*Au grade de médecin commandant.*

Bodros, méd. capit., disp. gén. comm. sup. tr. gr. Indochine ; Théron, méd. capit., disp. gén. comm. sup. tr. gr. Indochine.

*Au grade de médecin capitaine.*

Les méd. lieut. : Poirier, disp. gén. comm. sup. tr. gr. A. O. F. ; Kulczewski, disp. serv. santé 17e rég. ; Bertaud, disp. comm. sup. tr. gr. Antilles, Monnier disp. gén, comm. sup. tr. gr. A. O. F. ; Rossi, disp. gén. comm. sup. tr. gr. A. O. F.

1er Juillet

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Dr Meignant est nommé médecin du cadre des asiles publics d'aliénés et chargé provisoirement du service des enfants anormaux à l'hospice J.-B. Thiéry, de Maxeville (Meurthe-et-Moselle).

2 Juillet

**Enseignement de la médecine.**

Un concours pour deux emplois de professeurs suppléants : 1° de la chaire d'anatomie ; 2° de la chaire de physiologie, à l'école préparatoire de Limoges, s'ouvrira le jeudi 12 janvier 1933 devant la faculté de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

3 Juillet

**Service de santé militaire.**

Par décret du 29 juin 1932, sont nommés dans

le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

(Rang du 14 mai 1932) de Laubadère, 18e sect. inf. milit. aff. 18e rég. ; (rang du 26 mai 1932) Morel, 4e sect. inf. milit. aff. 4e région) ; (rang du 10 juin 1992) Spillmann, 23e sect. infirm. milit. aff. 20e rég.

---

Par décret du 29 juin 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

(Rang du 15 mars 1932) Bonsimon, de la 6e sect. inf. milit. aff. 6e région ; (rang du 29 avril 1932). Deffarges, 13e sect. inf. milit. aff. 13e rég. ; (rang du 29 avril 1932) Szigeti, 22e sect. inf. milit. aff. rég. Paris ; (rang 7 mai 1932) Vansteenberghe, 23e sect, inf. milit. aff. 20e rég. ; (rang du 13 mai 1932) Mauchet, 6e sect. inf. mil. aff. 6e rég.

(Rang 15 mai 1992) Dubois 1re sect. inf. mil. aff. 2e rég. ; (rang du 18 mai 1932), Jaffre, 11e sect. inf. milit. aff. 11e rég. ; (rang 19 mai 1932) Bertin 1re sect. inf. milit. aff. 2e région ; (rang du 21 mai 1932), Wantiez, 1re sect. inf. milit. aff. 1re rég. (rang 22 mai 1932) Vanneuville, 23e sect. inf. mili. aff. 20e rég.

## Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire

### Délai de dépôt du rapport d'expertise.

99. — M. Charles Baron demande à M. le ministre de la Justice : 1° s'il existe, pour les médecins désignés par les tribunaux pour expertiser l'incapacité de travail provoquée par un accident d'automobile, un délai pour déposer leur rapport ; 2° quel recours a un accidenté lorsque, trois ans après son examen par le médecin expert, ce dernier n'a pas encore déposé son rapport. (*Question du 7 juin* 1932.)

*Réponse.* — La loi ne prescrit pas aux experts commis dans les affaires d'accidents d'automobiles de délai pour le dépôt de leur rapport, mais l'article 316 du code de procédure civile prévoit la condamnation « à tous les frais frustratoires et même aux dommages-intérêts, s'il y échet, de l'expert qui, après avoir prêté serment, ne remplira pas sa mission. » En outre, l'article 320 du même code dispose que « en cas de retard ou de refus de la part des experts de déposer leur rapport, ils pourront être assignés à trois jours, sans préliminaire de conciliation, par devant le tribunal qui les aura commis, pour se voir condamner à faire ledit dépôt ; il y sera statué sommairement et sans instruction. » Des circulaires de la chancellerie ont recommandé aux magistrats, notamment à la date du 5 décembre 1929, de s'abstenir de désigner les experts dont ils pourraient constater la négligence. (*J. O.*, 22 juin 1932.)

---

## Tableau de concours pour la Légion d'honneur

Réserve

Le précédent tableau n'a pas fait état du total des dotations dont peut disposer le ministre de la guerre au titre de cette année pour les réserves.

Dans ces conditions, on peut prévoir que, dans un avenir assez proche, un tableau supplémentaire est susceptible d'être établi, mais il sera peu important, le nombre des rosettes et des croix de chevaliers laissé disponible par le précédent tableau étant très réduit.

## ASSURANCES SOCIALES

### Admission dans une maison d'accouchements

Une maison d'accouchements reçoit des pensionnaires, bénéficiaires des Assurances sociales. Ces assurées ont-elles le droit de demander aux caisses le remboursement partiel de leurs journées de présence à la dite maison ?

Selon les termes de différents arrêts de la cour de Cassation, il faut décider que la parturiente, admise dans une maison d'accouchements, est dite hospitalisée, comme si elle avait été admise dans un établissement public.

En matière d'accidents du travail, la cour de Cassation a plusieurs fois employé ce terme d' « hospitalisation », que le malade soit traité dans un hôpital de l'assistance ou qu'il soit opéré dans une maison de santé privée.

Par tant de cette définition, nous devons, pour répondre à la question posée, nous reporter à l'article 6 de la loi sur les Assurances sociales.

Or, la caisse paye les journées d'hospitalisation dans les établissements publics ou privés avec lesquels elle a passé un contrat. Ces frais sont calculés dans les limites qui ne doivent pas dépasser les tarifs pratiqués dans les établissements de l'Assistance publique à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants.

Les frais médicaux et chirurgicaux sont payés en plus. Mais faisons de suite remarquer que ces frais font l'objet d'un forfait journalier assez bas.

De la lecture de ces textes légaux, il faut conclure que lorsqu'une assurée sociale (ou femme d'assuré) entre dans une clinique d'accouchements, elle peut être traitée de deux manières différentes :

Ou bien se faire rembourser le prix prévu au tarif de responsabilité, pour l'acte obstétrical, y compris les visites des neuf jours consécutifs.

Dans ce cas, elle est considérée comme étant accouchée chez elle et n'a pas droit au remboursement de ses journées d'hospitalisation, en tout ou partie ;

Ou bien, elle notifie à sa caisse qu'elle est admise dans la maison d'accouchements, qui, au préalable, doit avoir contracté avec la caisse, pour convenir, avec cette dernière, des prix de journée d'hospitalisation.

Dans ce cas, la caisse payera à la maison d'accouchements le prix convenu de journée, plus une majoration forfaitaire pour l'acte obstétrical et les soins consécutifs.

Quant à l'accouchée, si elle est elle-même assurée sociale, elle ne touchera pas son indemnité journalière complète : elle n'en touchera que le quart, la moitié ou les deux tiers selon ses charges de famille.

Aussi, en conclusion, crois-je qu'il est plus intéressant pour une assurée d'accoucher à la maison de santé, comme si l'acte obstétrical avait lieu chez elle. Ce qu'elle touchera de sa caisse sera probablement plus important que les sommes qu'elle encaisserait si elle était considérée comme hospitalisée.

Je crois également que c'est l'intérêt de la maison d'accouchements, qui se fait payer par la malade l'acte obstétrical, plus les prix de journée de présence. En cas d'hospitalisation et de contrat avec la caisse, le total des prix de journée, plus le supplément forfaitaire pour l'accouchement serait, je crois, inférieur.

Je rappelle les termes de la circulaire ministérielle du 21 mars 1931, relative à l'assurance maternité :

« En cas d'hospitalisation dans un établissement ayant contracté avec la caisse, il ne doit pas être fait application des tarifs forfaitaires prévus pour les accouchements. Les frais d'hospitalisation seront payés au prix de la journée fixé pour la médecine, mais inférieur à celui de chirurgie, si la convention avec l'administration hospitalière prévoit, d'après l'usage local un prix de journée spécial pour la maternité.

« Aux frais d'hospitalisation ainsi payés s'ajoutera la part contributive de la caisse dans le montant des honoraires médicaux. Ces honoraires seront payés par journée d'hospitalisation, un tarif spécial pouvant d'ailleurs être adopté pour la maternité, comme en ce qui concerne les frais d'hospitalisation et dans les mêmes conditions.

« Il pourra également être fait application, dans les hôpitaux publics des villes autres que celles où existe une faculté, du chiffre clé de 3 francs (ou correspondant en moyenne à 3 francs pour l'ensemble des catégories) dans les conditions de la circulaire du 26 décembre 1930, à la

*Voir la suite page LV-2205*

# PROPOS DU JOUR

## La situation précaire des médecins en général et de ceux des grandes villes en particulier.

## Les conditions de l'exercice de la médecine dans un arrondissement central de Paris.

Nous lisons dans un journal sous la signature d'Allanic (1) :

« Quand on examine la cédule des professions libérales (impôt sur les revenus), on recule effaré. En 1930 sur 60.719 personnes seulement qui payent l'impôt à ce titre, 8.463 exactement (pas un de plus!) ont déclaré plus de 50.000 francs par an. Et 25.378 avocats, médecins, architectes, etc. n'ont pas craint d'affirmer à leur contrôleur qu'ils gagnaient entre 10.000 et 20.000 francs annuellement. Que les lecteurs, appartenant à toutes les professions qui viennent d'être citées, ne se croient pas atteints dans leur honorabilité par l'énumération de ces chiffres, mais qu'ils se déclarent plutôt d'accord avec nous pour estimer que la fraude fiscale doit être réprimée plus sévèrement, afin que les contribuables honnêtes n'aient pas l'impression d'être des « poires ».

Loin de nous le désir de défendre les fraudeurs, car nous faisons partie de ce groupe de « poires » qui considèrent que frauder le fisc est commettre un véritable vol. Mais le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. Bien entendu, nous ne parlons que des médecins et de ce que nous connaissons bien.

D'après la statistique que publie la *Revue Internationale de médecine professionnelle et sociale*, organe de l'A. P. I. M., que dirige notre ami F. Decourt, et qui est documentée par ses correspondants nationaux (2) et par le Bureau international du travail, il y aurait en France 1 médecin pour 1.596 habitants. Il est vrai qu'en Autriche, il y en a 1 pour 837 habitants, et en Espagne 1 pour 1.000 ; tandis qu'en Pologne il y en a 1 pour 3.100 habitants et en Yougoslavie 1 pour 3.450. Cette proportion pour la France est excessive, car les 1.596 habitants ne sont pas tous malades et une très grande proportion d'entre eux est soignée, dans des conditions fort peu avantageuses pour le médecin, par l'Assistance publique.

Mais la situation est loin encore d'être la même pour tout un pays. Dans les villes et surtout les capitales, l'afflux des médecins est encore plus considérable. A Paris, il existe 1 médecin pour 630 habitants. Il est vrai qu'à Budapest, il y en a 1 pour 309 habitants, et 1 pour 520 à Vienne. Tandis que Stockholm a 1 médecin pour 1.427 habitants et Londres 1 pour 995.

Mais les médecins parisiens sont encore irrégulièrement répartis et exercent dans des conditions assez différentes.

Dans le V^e^ arrondissement (Panthéon) où nous exerçons depuis 40 ans et que nous connaissons bien, pour 117.770 habitants, il y a 221 médecins, soit 1 médecin pour 533 habitants (100 de moins que la moyenne parisienne, exactement la même proportion qu'à Prague).

Peut-être qu'à la rigueur, en limitant ses frais à l'extrême, un praticien pourrait se contenter de ces 533 clients éventuels, mais il faut se rendre compte comment s'exerce la médecine dans le V^e^ arrondissement.

Cette région parisienne est favorisée. Elle est encerclée par une riche ceinture d'hôpitaux, et non des moindres : C'est d'abord la Salpêtrière avec ses consultations de maladies mentales et nerveuses et de nourrissons, ses services modèles de chirurgie, de gynécologie, de radiumthérapie.

A côté, nous trouvons la Pitié, hôpital neuf, avec ses consultations de tous les ordres, ses cliniques, ses services généraux et spéciaux admirablement installés, sa Maternité. Plus loin, la Maison de santé des Gardiens de la Paix, boulevard Saint-Marcel, qui enlève aux médecins du voisinage, non seulement les gardiens, mais leur famille, car cette maison toute neuve, véritable hôpital, est pourvue d'un service de gynécologie. Quelques maisons plus loin est l'Institut municipal d'électro-radiologie (37, boulevard Saint-

(1) *La Jeune République des V^e et XIII^e arrond. de Paris.*

(2) 27 nations adhèrent à l'A. P. I. M. (Ass. profess. internat. des médecins).

◆◆

Marcel) où des spécialistes de valeur font, sous la direction du savant Dr Zimmern, non seulement des diagnostics mais des traitements.

En face est le petit hôpital privé Saint-François, avec des services de médecine et de chirurgie, une consultation d'ophtalmologie (Dr d'Ayrenx), une consultation d'oto-rhino-laryngologie (Dr Noël Arnould), une consultation de radiumthérapie (Dr Gagey), une consultation de stomatologie (Dr Charlet). Un peu plus loin, boulevard Arago et rue Pascal, est l'hôpital Broca avec ses nombreux services et consultations de dermatologie et de syphiligraphie et l'importante clinique gynécologique du Prof. Jean-Louis Faure. Rue de la Santé, à 50 mètres du Ve arrondissement, nous trouvons l'hôpital Péan, pourvu de tous les services désirables et de consultations gratuites.

La Maternité, les cliniques Baudelocque et Tarnier, qui ne se bornent pas à recevoir et soigner les accouchées, donnent encore des consultations de gynécologie, des consultations contre la stérilité, des consultations prénatales et de nourrissons.

Dans le voisinage, voilà le grand hôpital Cochin, tout neuf, avec ses cliniques médicales et chirurgicales, générales et spéciales, ses services d'urologie, d'ophtalmologie, de stomatologie, de maladies cutanées et syphilitiques, son dispensaire et son centre de triage antituberculeux, son service d'électro-radiologie et ses nombreux laboratoires.

A quelques centaines de mètres est l'hospice des Enfants-Assistés, où la Clinique du Prof. Lereboullet, avec sa consultation de nourrissons et son Institut de puériculture, est largement ouverte.

Fermons le cercle avec l'Hôtel-Dieu, car les habitants du Ve arrondissement n'ont qu'à passer le petit bras de la Seine, et ils ont à leur disposition toutes les cliniques générales et spéciales de ce grand hôpital et le service modèle de physiothérapie, si bien organisé par le Dr Louis Dausset, ouvert à tous les rhumatisants.

Entourés de cette riche ceinture d'établissements, où toutes les recherches cliniques, chimiques, biologiques, électriques et radiographiques peuvent être opérées gratuitement ou à des prix défiant toute concurrence, où tous les soins, les traitements médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, électriques, physiothérapiques, radiothérapiques et radiumthérapiques peuvent être donnés, il semble que les heureux habitants du Ve arrondissement n'aient plus rien à désirer. Détrompez-vous.

La générosité officielle, ou due à l'initiative privée, est sans bornes ; de nombreuses institutions de diagnostic et de soins surgissent à chaque pas, dans les quatre quartiers qui forment l'arrondissement du Panthéon.

A tout seigneur, tout honneur ; signalons d'abord la plus récente, le magnifique Institut médico-chirurgical du Palais de la Mutualité, rue Saint-Victor ; non loin 25, rue Monge, le dispensaire antituberculeux de l'Office public d'hygiène sociale ; 17, rue Linné, nous rencontrons le dispensaire de la Petite Œuvre de Jeanne d'Arc ; puis, le dispensaire de la Mosquée, destiné à la population Nord-Africaine, et plus particulièrement au dépistage et au traitement de la syphilis, si fréquente chez les « Sidi ». Tout à côté est un dispensaire de l'Union des Femmes de France et, dans le même immeuble, immense caserne qui abrite des milliers d'ouvriers, le dispensaire de la Société de Secours mutuels de la Préfecture de Police. A quelques mètres, rue Censier, une consultation prénatale et de nourrissons est installée dans une autre maison ouvrière, tandis que de l'autre côté de la rue Monge, le dispensaire de l'Assistance médicale gratuite de la rue de l'Epée de Bois offre aux indigents ses multiples et journalières consultations générales et spéciales.

Tout près, 34, rue Geoffroy Saint-Hilaire, le dispensaire de la Société philanthropique, tenu par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, offre à la population, surtout enfantine du quartier du Jardin des Plantes, des consultations variées dans un établissement bien installé et fort bien outillé.

Traversons la rue Mouffetard, nous approchons de la rue Amyot ; l'Ecole d'Infirmières et son dispensaire, qui ont rendu tant de services aux malades et même aux médecins de l'arrondissement, ont émigré à Montrouge en laissant cependant une consultation de nourrissons. Au voisinage de l'Ecole polytechnique, il existe encore un dispensaire avec consultations gratuites, dans la maison ouvrière de la rue Laplace.

Prenons la rue d'Ulm, au coin de la rue Pierre Curie, s'élève le Pavillon Pasteur de l'Institut du radium où l'on dépiste et traite le cancer. Voilà, rue Saint-Jacques, les Sourds-Muets avec leurs consultations spéciales pour les maladies des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles ; un peu plus loin, l'imposant et vaste Val-de-Grâce, hôpital militaire, direz-vous ! Oui, mais où sont soignés dans certains cas les pensionnés de guerre, les officiers en activité ou retraités avec leur famille.

Notez encore qu'avec les facilités de transports qu'offrent les autobus et le métro, les habitants du Ve peuvent aller faire faire toutes les recherches biologiques au laboratoire municipal d'hygiène sociale de la rue des Hospitalières-Saint-Gervais ; se rendre 36, rue d'Assas, à l'Institut prophylactique où l'on dépiste et traite la syphilis, ou gagner, rue Cabanis, le Centre de psychiatrie et de prophylaxie mentale Henri Rousselle.

N'oubliez pas que tous les Etablissements, lycées, Ecole normale, Ecole polytechnique, Casernes de la Garde et des pompiers, ont leur service médical organisé, que dans les Ecoles, le médecin inspecteur, s'il ne soigne pas, examine les enfants et fait de la médecine préventive.

Toutes ces œuvres, toutes ces institutions répondent à une nécessité, poursuivent un but social indiscutablement utile, généreux et louable. On ne saurait le plus souvent en rien les critiquer, et un nombre très important de médecins des plus instruits et des mieux considérés assurent leur prospérité, en leur donnant un concours parfois gratuit, ou tout au moins semi gratuit.

Mais nous, nous demandons aussi avec anxiété comment font les 221 médecins du Ve arrondissement pour vivre. D'autant plus que les 533 habitants que, proportionnellement, chacun d'entre eux pourrait avoir éventuellement comme clients, peuvent, s'ils font partie d'une administration de l'Etat, des chemins de fer, du métro, s'ils sont membres d'une famille de gardien de la paix ou garde républicain, s'ils sont mutualistes, s'ils sont employés dans des banques ou de grands magasins, peuvent, avons-nous dit, avoir recours en outre aux services médicaux organisés de toutes ces institutions.

Et nous nous souvenons de la discussion soulevée à la dernière assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine contre les projets de création de Centres de diagnostic, ou, pour mieux dire, de Centres de renseignements, discussion qui nous a paru, à nous praticiens du Cinquième, d'une amère ironie. A quoi bon s'élever contre ces centres ? Il y a beau temps qu'ils existent et qu'ils fonctionnent et cela, non seulement pour le dépistage et la prévention, mais aussi pour le traitement. Il y a au moins trente ans que nous avons engagé nos confrères à s'associer pour créer avec leurs propres ressources des centres de ce genre ; ils auraient pu alors les administrer à leur guise ; l'Etat, la Ville, les collectivités, avec lesquels ils auraient pu contracter, les auraient certainement subventionnés et, en restant maîtres chez eux, ils auraient rendu de grands services en y trouvant d'appréciables et légitimes bénéfices. Mais nous avons prêché dans le désert ; sauf de bien rares exceptions, nos confrères, défenseurs ardents de la médecine traditionnelle (!!) ont préféré vivre dans leur splendide isolement ou offrir leur concours gratuit ou semi-gratuit à toutes ces œuvres publiques ou privées, et il nous serait facile de relever parmi eux quelques-uns des plus fougueux traditionnalistes qui s'indignent à l'idée de la collaboration des médecins syndiqués à la médecine sociale. Ils n'y font même pas figure de fonctionnaires, mais celle de petits employés, de très humbles salariés. A quoi bon vous plaindre, confrères, c'est vous qui l'avez voulu, ardents défenseurs de la médecine traditionnelle.

S'il en est de même chez les avocats et chez les architectes que chez les médecins ( ce qui est fort probable), le contrôleur du fisc qui aura lu cet article, ne pourra plus s'étonner que sur 60.719 personnes imposées à la cédule des professions libérales, il n'en est que 8.463 qui aient à déclarer plus de 50.000 francs de bénéfices annuels et que 25.378 osent affirmer qu'ils gagnent entre 10.000 et 20.000 francs par an.

Avec la crise, nous ne serions nullement étonnés que le nombre de ces derniers augmente encore, notamment dans les arrondissements du centre de Paris.

J. NOIR

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LE PRATICIEN ET LA NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

II

### L'idiotie (*Suite et fin*) et l'imbécillité

Par le Docteur GILBERT-ROBIN,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris,
Médecin assistant à l'Hôpital Lariboisière.

Nous avons décrit l'idiotie du point de vue clinique. Passons rapidement sur les formes diverses qu'on peut observer, en dehors de la forme hémiplégique dont il a été question dans notre précédent article (1).

L'*idiotie amaurotique* ou de Tay-Sachs se rencontre dans la race juive. Elle débute dès la première année de l'enfant. L'inertie psychique est totale. La vue s'affaiblit, la cécité s'établit. Les malades succombent au marasme.

L'idiotie quoi qu'on en ait dit n'est pas rare dans *le syndrome de Little*. Si les troubles intellectuels font défaut dans la forme pure par agénésie du faisceau pyramidal chez un enfant né avant terme, cette forme pure est extrêmement rare (Babonneix). En pratique, on constate tous les degrés de l'arriération mentale dans le syndrome de Little, mais l'idiotie n'y est pas exceptionnelle.

On en peut dire autant de l'*hydrocéphalie*. Tous les degrés d'arriération mentale s'y observent. L'importance de l'épanchement ne conditionne pas la gravité de l'arriération (Bourneville). Ces malades sont « instables, vaniteux, coquets, paresseux, mais le fond de leur caractère est doux et affectueux » (Barbé). Même dans les cas d'arriération mentale profonde, le pronostic mental sous l'influence de l'éducation est plus favorable que dans l'idiotie commune. Les hydrocéphales se rapprochent en ceci des mongoliens.

**Idiotie mongolienne.** — La physionomie du mongolien est caractéristique : elle rappelle curieusement le type asiatique et surtout le type chinois ou mongol dans ses exagérations. Les yeux attirent l'attention dès l'abord : fendus en amande à grand axe oblique de bas en haut et de dedans en dehors, comme s'ils étaient étirés vers le front. La paupière est comme soudée à l'angle interne de l'œil par une bride ou épicanthus. La blépharite est habituelle. La face est aplatie, les pommettes rouges et saillantes, le nez court, épaté, déprimé à la racine. La bouche est souvent maintenue en béance par la protusion d'une langue hypertrophiée et fissurée. Les dystrophies dentaires sont la règle. Les mains et les pieds sont courts et larges (main en trident). La laxité ligamentaire rend le mongolien d'une extrême souplesse ce qui ne l'empêche pas d'être maladroit. La position préférée des mongoliens est d'être assis, les jambes croisées, en tailleur.

On passe par toutes les formes frustes atténuées. Ce qui explique que le mongolien n'est pas forcément idiot. Au rang des arriérés graves, il est, parmi ceux-ci, le plus perfectible et le plus éducable. Une pédagogie bien conduite peut trouver un grand secours dans le développement particulier du sens musical. Le mongolien retient les airs, il se montre sensible. Une mongolienne observée par Babonneix, ne reconnaissait pas ses parents, mais se campait devant le professeur de musique et battait la mesure. Assez docile en général, assez maniable, le mongolien est tantôt mou, apathique et lent, tantôt instable et agité.

Malgré sa perfectibilité relative, ses progrès sont toujours limités. De plus, contrairement aux autres variétés d'idiots, le mongolien (exception faite de l'idiotie amaurotique familiale) est souvent emporté, soit dans les premières années, soit à l'adolescence par une maladie intercurrente ou la tuberculose.

Le type mongolien se rencontre souvent dans une famille saine et normale au milieu d'enfants bien constitués. Il est presque constant de n'observer qu'un mongolien dans une famille, si nom-

(1) *Concours médical*, 3 juillet 1932.

breuse soit-elle, à moins que l'idiotie mongolienne ne frappe deux jumeaux à la fois comme le cas s'est présenté deux fois devant nous. Dans ces cas, du reste, l'hérédo-syphilis ne faisait aucun doute. Pour Babonneix, l'hérédo-syphilis joue un rôle important dans l'idiotie mongolienne. Il nous a semblé que l'épuisement et la vieillesse des parents, les émotions, les mariages consanguins, pouvaient être plus fréquemment incriminés.

Il est classique de traiter les mongoliens avec des extraits thyroïdiens. Les résultats sont bien incertains. Même en l'absence de syphilis héréditaire, le sulfarsénol paraît donner les résultats les plus encourageants.

L'idiot est un infirme : de la motricité, de l'intelligence, du langage. Son éducabilité sera toujours relative. Elle ne doit pas être négligée pour cela. Toute amélioration accroît l'indépendance du petit malade, le marque d'un accent plus humain. Elle donne des satisfactions aux parents qui souvent se privent, se dévouent, se sacrifient même, pour que soit cultivés chez leur enfant, les plus faibles lueurs d'intelligence. La légitime satisfaction du médecin devant tout progrès dans l'éducation d'un idiot, est centuplée par le bonheur des parents. Ces considérations ne peuvent laisser le praticien indifférent. L'éducabilité d'un idiot, qui est évidemment fonction du degré d'arriération, est compromise par l'hyperémotivité, les attaques fréquentes d'épilepsie, le gâtisme.

**Imbécillité.** — Cette forme d'arriération se situe entre l'idiotie et le retard mental. « Est imbécile tout enfant qui n'arrive pas à communiquer par écrit avec ses semblables, c'est-à-dire qui ne peut pas exprimer sa pensée par l'écriture, ni lire l'écriture ou l'imprimé, ou plus exactement comprendre ce qu'il lit alors qu'aucun trouble de la vision ou aucune paralysie motrice des bras n'expliquent la non acquisition de cette forme du langage, défaut d'acquisition qui est dû à une déficience intellectuelle. » (Binet et Simon).

Cette définition qui est célèbre comme l'est celle de l'idiotie donnée par les mêmes auteurs, a le tort, à notre avis, d'être uniquement pédagogique. Mais au point de vue pédagogique, elle est exacte. Peut-être dans certains cas exceptionnels, obtiendra-t-on, à force d'efforts, une lecture correcte, mais celle-ci, se révélera inexpressive, à moins qu'elle ne soit maniérée et l'imbécile ne saura ni la résumer, ni en extraire le sens. Il est capable d'apprendre à écrire, mais seulement pour copier. Toute rédaction est interdite à son intiative.

Ces épreuves scolaires sont surtout destinées à fournir la preuve qu'on a bien affaire à un imbécile. Elles serviront à vérifier le diagnostic. Tantôt, il s'agit de l'imbécile dégagé et instable, parlant à tort et à travers, sans souci d'être entendu ou compris, du reste ne cherchant pas lui-même à donner un sens à ses paroles : content de soi, ouvert, ne prêtant aucune attention aux réponses qu'on lui fait, insouciant, léger, se mêlant de tout, remuant sans cesse, touchant à tout, agissant machinalement, ou crédule, se laissant influencer, infatué de lui-même, donnant l'impression d'une niaiserie satisfaite réalisant le tableau de la débilité intellectuelle ou de la sottise à son plus extrême degré. Tantôt on reconnaît l'imbécile à l'étroite dépendance dans laquelle il se trouve vis-à-vis de sa famille. Un grand garçon tient sa mère par la main. Il se tourne vers elle et l'implore du regard dès qu'il est interrogé. Il mendie la réponse qu'il n'est capable de trouver en soi-même, ni même de chercher. D'une émotivité extrême, les larmes aux yeux, ou inerte et stupide, tout à fait « innocent », il offre un visage tour à tour pleurnichard, souriant ou béat. C'est le simple d'esprit, mais le plus touché qu'on puisse observer. Il donne parfois satisfaction à sa famille par une affectivité fidèle et soumise. En réalité, c'est une impression, les sentiments sont réduits et leur développement apparent traduit de la part de l'imbécile un besoin de protection et de refuge.

La recherche de l'âge mental au moyen des tests servira de complément à l'investigation clinique. Un imbécile répond correctement à toutes les épreuves par lesquelles l'idiot avait été arrêté. Le plus souvent, il est capable, suivant son âge, de comparer des poids, de distinguer entre le matin et le soir, entre sa main droite et sa main gauche, de copier un carré, un losange, de définir des objets connus, de faire des commissions, de nommer quatre couleurs ; mais la comparaison d'objets par le souvenir qu'il peut en avoir, la date, la connaissance des mois, de la monnaie, l'indication de ce qui manque à certain visages dessinés, la réponse à des questions, simples mais exigeant jugement et raisonnement, ne lui sont pas possibles.

Un imbécile ne répond pas aux tests de 8 ans. Son âge mental est compris entre trois ans et sept. Cet âge ne sera pas dépassé. Nous avons observé plusieurs imbéciles, qui, de 10 ans à 20 ans, n'ont rien gagné au point de vue mental.

Certains auteurs (Ballet, Sollier, etc.) ont voulu voir entre l'idiotie et l'imbécillité une différence de nature, celle-là étant due à des lésions organiques du système nerveux, celle-ci relevant de troubles fonctionnels. En réalité, les stigmates physiques de dégénérescence et les séquelles de lésions nerveuses (syndrome de Little, hémiplégie, etc.), qu'on peut observer chez l'imbécile, témoignent d'une même origine et d'une même pathogénie. Seulement les lésions sont dans la

majorité des cas plus discrètes. C'est une question d'intensité, non de nature.

Si l'idiot peut être considéré comme un être extra-social, il n'est pas toujours juste de prendre l'imbécile pou un être anti social ; le type doux, docile et tendre est peut-être le plus répandu. L'imbécile anti social de Sollier se recrute dans le type instable : irascibilité, colères, mythomanie niaisement vaniteuse, paresse morbide, excès vénériens et alcooliques, onanisme et pédérastie, violences, sont des symptômes d'observation courante. Sous l'influence d'un appoint toxique, on voit dans certains cas se développer des manifestations délirantes polymorphes (Magnan), sous forme d'excitation maniaque, de dépression mélancolique, ou de délires hallucinatoires avec confusion mentale.

Le rendement pratique de l'imbécile est des plus réduits, même au sein des occupations pratiques qui seules lui sont permises. Ce rendement est, en effet, compromis soit par les troubles du caractère, soit par une instabilité et une absence d'initiative qui exigent une tutelle constante, soit par l'inertie, soit par l'émotivité morbide. Nous avons observé une imbécile de 17 ans qui n'a jamais parlé qu'à ses parents. Elle n'est pas maladroite, elle aime le travail, mais devant des étrangers, devant ses patrons, elle ne peut fournir une réponse : l'obnubilation reste totale, même quand la jeune fille semble habituée à ces étrangers. Elle paraît ne pas entendre les ordres qu'on lui donne et par conséquent ne peut exécuter la tâche prescrite, à moins qu'il ne s'agisse d'une besogne monotone et comme stéréotypée.

Quant à l'imbécile instable, à la merci de toutes les suggestions extérieures et de ses propres impulsions, il oublie son travail en route et n'achève rien qu'il n'ait été plusieurs fois rappelé à l'ordre. La nécessité d'une direction constante se fait sentir.

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

### La rougeole pendant la première année

#### I. Etude statistique (1)

Professeur P. Nobécourt.

La rougeole est une maladie très fréquente et très meurtrière.

MM. Robert Debré et Pierre Joannon, dans leur livre de 1926, *La rougeole. Epidémiologie. Immunologie. Prophylaxie,* écrivent : « Le chiffre des décès dus à la rougeole seule est supérieur à la moitié du chiffre total des décès provoqués par la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie réunies. De 1906 à 1913, la rougeole est responsable de 31.125 morts, tandis que la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie font 59.939 victimes. »

La rougeole « fait, en Europe, de 1900 à 1910, environ un million de victimes... Aux Etats-Unis, elle provoque, de 1901 à 1920, dans la zone soumise à l'enregistrement, plus de 100.000 décès. »

Cette hécatombe porte surtout sur les enfants et sur les enfants les plus jeunes.

« A Paris, plus des neuf dixièmes des décès dus à la rougeole (92,21 p. 100, de 1904 à 1913, et 90,92 p. 100, de 1919 à 1923) concernent des enfants de moins de cinq ans. »

Toutes les périodes de l'enfance ne paient pas le même tribut à la rougeole, en tant que morbidité et que mortalité.

L'étude de la rougeole à chaque période est fertile en enseignements.

(1) Leçon du 21 mai 1932.

Je désire aujourd'hui vous parler de la *rougeole pendant la première année de l'existence.*

J'utiliserai les statistiques du pavillon des rougeoleux de l'Hôpital des Enfants-Malades, pavillon où sont admis les enfants de moins de 15 ans.

Cette statistique, que j'ai dressée avec mon interne, M. Veslot, porte sur les années 1928 à 1931, donc sur quatre années. Je dirai également quelques mots de celle des trois premiers mois de l'année 1932.

Nous considérerons successivement la *morbidité* et la *mortalité.*

***

Etudions d'abord la MORBIDITÉ.

Sur le *premier tableau* est inscrit le *nombre des rougeoleux hospitalisés* pendant chacune des quatre années 1928-1931 : rougeoleux de tous âges, rougeoleux âgés d'un an et au-dessus, rougeoleux de moins d'un an.

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| Tous les âges ........ | 715 | 692 | 777 | 816 |
| A partir d'un an ..... | 648 | 648 | 700 | 725 |
| Première année ..... | 67 | 44 | 77 | 91. |

Le *deuxième tableau* relève le *nombre total des rougeoleux hospitalisés pendant la période de* 1928 *à* 1931.

| | |
|---|---|
| Tous les âges | 3.000 |
| A partir d'un an | 2.721 |
| Première année | 279 |

Sur le *troisième tableau* est indiqué, *pour* 100 *rougeoleux de tous les âges*, le *nombre des rougeoleux à partir d'un an*, d'une part, *de moins d'un an*, d'autre part, *auront chaque année de la période* de 1928 à 1931 :

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| A partir d'un an | 90,6 | 93,6 | 90,1 | 88,8 |
| Première année | 9,3 | 6,3 | 9,9 | 11,1 |

Pour le total des quatre années d'observation, sur 100 rougeoleux de tous âges hospitalisés, il y en a eu :

| | |
|---|---|
| A partir d'un an | 90,7 |
| Première année | 9,3 |

De ces trois tableaux, il résulte :

1° Sur 3.000 rougeoleux, 279, soit 9,3 % sont dans la première année de la vie ;

2° Le nombre des enfants atteints de rougeole dans la première année de la vie est compris, pour une année, entre 44, soit 6,3 % (en 1929) et 91, soit 11,1 % (en 1931).

Je ne m'occupe plus que des *rougeoleux de moins d'un an.*

Sur le *quatrième tableau* est inscrit le *nombre des rougeoleux dans chacun des trimestres de la première année.*

| Ages | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| 0 à 3 mois | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 à 6 mois | 12 | 10 | 12 | 16 |
| 6 à 9 mois | 32 | 15 | 31 | 37 |
| 9 à 12 mois | 23 | 19 | 34 | 38 |

Le *cinquième tableau* relève, *pour chaque trimestre d'âge de la première année*, le *nombre total des rougeoleux* dans la période envisagée :

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 |
| De 3 à 6 mois | 50 |
| De 6 à 9 mois | 115 |
| De 9 à 12 mois | 114 |

Le *sixième tableau* représente, *pour* 100 *rougeoleux de moins d'un an, le nombre de malades dans chaque trimestre de la première année* :

| Ages | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 | 0 | 0 | 0 |
| De 3 à 6 mois | 17,9 | 22,7 | 15,5 | 17,5 |
| De 6 à 9 mois | 47,7 | 34,0 | 40,2 | 40,6 |
| De 9 à 12 | 34,3 | 43,1 | 44,1 | 41,7 |

Pour le total des quatre années, le pourcentage est donc :

| Ages | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 |
| De 3 à 6 mois | 17,92 |
| De 6 à 9 mois | 41,21 |
| De 9 à 12 mois | 40,86 |

*Donc, pendant la première année* :

De 0 à 3 mois, il n'y a pas de rougeole ;

De 3 à 6 mois, les cas sont peu nombreux : 50 sur 279 rougeoleux, soit 17,92 %.

De 6 à 12 mois les cas sont nombreux : 229 sur 279 malades, soit 82,07 %.

La différence dans le nombre des rougeoleux avant 6 mois et à partir de 6 mois se retrouve dans toutes les années 1928 à 1931. Nous la constatons également dans le *premier trimestre de l'année* 1932, du 1er janvier au 31 mars.

Pendant ce trimestre, nous enregistrons :

| | |
|---|---|
| Rougeoleux de tous les âges | 131 |
| A partir d'un an | 102 soit 77,88 % |
| Pendant la première année | 29 soit 22,13 % |

Les 29 rougeoleux de moins d'un an se répartissent de la façon suivante :

| Ages | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 |
| De 3 à 6 mois | 6 soit 20,68 % |
| De 6 à 9 mois | 15 soit 51,72 % |
| De 9 à 12 mois | 8 soit 27,52 % |

Si nous réunissons les troisième et quatrième trimestres, nous trouvons 23 cas, soit 79,24 %.

Le nombre élevé des rougeoleux de moins d'un an a pour cause les *épidémies* qui ont régné *dans les services de nourrissons de l'hôpital.*

Sur 29 rougeoleux, 18, soit 62,06 % proviennent des crèches de l'hôpital, 11, soit 37,93 % du dehors.

Telles sont les données que nous apporte notre statistique personnelle. Voici maintenant QUELQUES STATISTIQUES empruntées à la littérature médicale.

M. J. Comby, en 1904, dans la seconde édition du *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, rapporte la statistique de l'hôpital Trousseau, pour l'année 1895. Sur 715 rougeoleux de moins de 15 ans, il y en a 45, soit 6,29 %, âgés de moins d'un an.

M. Taillens, de Genève, en 1912, sur 600 rougeoleux de sa clientèle privée, en soigne 38, soit 6,3 %, de moins d'un an. Sur ces 38 malades, 7, soit 18,4 %, ont moins de 6 mois, 31, soit 81,5 % de 6 à 12 mois.

En 1913, dans sa thèse de Bordeaux, *Essai*

*sur la contagiosité de la rougeole chez le nouveau-né et le nourrisson et ses allures cliniques*, M. Georges Neau donne la statistique de l'hôpital des Enfants-Assistés de Bordeaux en 1911. Sur 378 rougeoleux, 38, soit 10,0 %, sont âgés de moins d'un an. Parmi ces derniers, 12 soit 31,5 % ont moins de 6 mois, 26, soit 68,4 %, sont âgés de 6 à 12 mois.

M. Joseph Antoine Mariani, en 1925, dans sa thèse de Paris, sur *La rougeole congénitale et la rougeole dans les premiers mois de la vie*, rapporte les résultats d'une enquête poursuivie dans les hôpitaux de Paris, pour les années 1922 à 1924. Sur 1.873 rougeoleux, 234, soit 12,4 %, sont âgés de moins d'un an. Sur ces 234 cas, il y en a :

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 6 mois............ | 44, | soit 18,8 % |
| De 6 à 12 mois........... | 190, | soit 81,1 % |

*Somme toute :*

1° Sur 100 enfants rougeoleux de tous âges, on en compte 6 à 12 dans la première année ;

2° Sur 100 rougeoleux de moins d'un an, 18 à 31 sont âgés de moins de 6 mois ; 82 à 68 sont âgés de 6 à 12 mois.

Il nous faut maintenant rechercher l'INTERPRÉTATION DES FAITS, à savoir que la rougeole est très rare de 0 à 3 mois, rare de 3 à 6 mois, fréquente de 6 à 12 mois.

Recherchons tout d'abord, *comment se comportent les bébés qui sont exposés à la contagion.*

Dans une famille, où pénètre la rougeole, tous les enfants sont atteints sauf les plus jeunes bébés et les nouveau-nés.

Dans les crèches, la rougeole apparaît chez les enfants âgés de plus de 6 mois, tandis qu'elle respecte la plupart de ceux qui sont plus jeunes.

E. Weill et Boca, de Lyon, en 1921, rapportent que, dans une crèche, il y a 22 rougeoleux, tous âgés de plus de 6 mois, et 11 bébés indemnes, qui ont moins de 6 mois.

M. Mariani a fait une enquête dans seize crèches de la Ville de Paris. 383 enfants sont exposés à la contagion. Sur ce nombre, 62, âgés de moins de 6 mois, n'ont pas la rougeole, tandis qu'il en survient 4 cas chez les enfants de 7 à 12 mois ; les autres cas apparaissent chez les enfants de plus d'un an.

Sevestre, le professeur V. Hutinel et d'autres auteurs ont observé que les bébés allaités par des nourrices mercenaires ayant la rougeole restent indemnes. Je précise qu'il s'agit de nourrices mercenaires, car le bébé allaité par sa mère atteinte de rougeole se comporte autrement ; je reviendrai tout à l'heure sur ce sujet.

Voici enfin une statistique qui montre la rareté de la rougeole chez les bébés de moins de 6 mois exposés à la contagion. Elle est due à M. Paolo Galli, qui a publié, dans *La Clinica pédiatrica* de 1924, un important mémoire sur *Il lattante di fronte alla infezzione morbillosa.* Au cours des épidémies de 1904 à 1926, dans la région de Faenza, il a observé, sur 100 enfants de 0 à 6 mois, 26 rougeoleux et, sur 100 enfants de 6 à 12 mois, 87 rougeoleux.

*Tous ces faits établissent* que, parmi les bébés exposés à la contagion, la plupart de ceux de 6 à 12 mois contractent la rougeole, tandis que la plupart de ceux de 0 à 6 mois restent indemnes.

On donne de ces faits *deux ordres d'explications.*

1° Pour Blache et Guersant, si les bébés de moins de 6 mois restent indemnes, c'est parce qu'ils demeurent dans leurs berceaux et dans les bras et, par suite, jouissent d'un isolement relatif.

Sans doute, cet isolement peut jouer un rôle ; mais l'explication n'est pas satisfaisante.

2° Pour M. Béclère, en 1882, et la plupart des auteurs, les jeunes bébés restent indemnes parce qu'ils possèdent un état d'immunité.

Toutefois, cette immunité n'existe pas pour tous les bébés, car un certain nombre d'entre eux contractent la maladie.

MM. Hutinel et Darré, dans *Les maladies des enfants*, en 1909, ont bien noté cette circonstance : « Toutefois, écrivent-ils l'immunité des nourrissons n'est pas absolue, car nous avons eu l'occasion d'observer une épidémie de rougeole chez des nourrices allaitant de très jeunes enfants et les enfants eurent tous une très légère éruption, une rougeole très atténuée ».

Il convient de préciser *les facteurs de l'immunité ou de la non-immunité des nourrissons.*

Pour apporter cette précision, il faut rechercher l'influence de la rougeole des mères, contractée avant la gestation.

Etudions les enfants dont les *mères ont eu la rougeole avant la conception.*

M. Charles Hermann, de New-York, observant des bébés exposés à la contagion, constate les faits suivants :

Sur 100 enfants
— de 0 à 3 mois, 5 contractent la rougeole (et seulement pendant le troisième mois);
— de 3 à 6 mois, 28 contractent la rougeole;
— de 6 à 9 mois, 84 — —
— de 9 à 12 mois, 97 — —

M. Paolo Galli, observe que :

Sur 143 enfants de 0 à 6 mois, 113, soit 79,03 %, n'ont pas la rougeole et 30, soit 20,97, en sont atteints ;

Sur 92 enfants de 6 à 12 mois, 80, soit 86,9 %, sont atteints de rougeole, 12, soit 13,0 %, restent indemnes.

Beaucoup plus rarement, surtout dans les

villes, on rencontre des enfants dont les *mères n'ont pas eu la rougeole.*

M. Paolo Galli observe, dans ces conditions, 10 enfants de 0 à 6 mois et 3 enfants de 6 à 12 mois, tous, soit 100 % ont la rougeole.

Si la mère élève son enfant, tous deux ont la rougeole, simultanément ou successivement.

De toutes ces constatations se dégage une loi, que MM. Debré et Joannon formulent ainsi : « Chez un enfant né d'une mère antérieurement atteinte de rougeole, l'immunité est strictement absolue pendant les deux premiers mois de la vie, elle est pratiquement absolue pendant les trois premiers mois, mais elle devient relative au cours des quatrième et cinquième mois, et, du sixième au huitième, elle est nulle ou faible. »

Par contre, l'enfant né d'une mère qui n'a pas eu la rougeole n'est pas immunisé.

L'immunité est transmise à travers le placenta.

Une telle transmission s'observe pour diverses maladies infectieuses et peut être réalisée expérimentalement.

On s'est demandé si l'*allaitement au sein* n'était pas un facteur d'immunité.

Divers auteurs, parmi lesquels le professeur Hutinel et le professeur Marfan, le pensent. Schultze constate que dans une crèche la rougeole atteint les enfants au biberon et respecte les enfants au sein.

Voici ce que M. Paolo Galli a observé.

Pendant les six premiers mois, les enfants au sein maternel ou mercenaire restent plus souvent indemnes que les enfants au biberon , à condition que la mère ou la nourrice aient eu la rougeole ; sinon l'allaitement naturel n'a aucune influence. Il semble donc que l'allaitement naturel concoure à rendre l'immunité plus durable, tandis que l'allaitement artificiel l'écourte.

De 6 à 12 mois, l'influence de l'allaitement au sein est moins appréciable.

J'admettrais donc volontiers les conclusions exposées par MM. Debré et Joannon : « Il semble donc indéniable que l'allaitement naturel favorise l'immunité des tout petits enfants... Le rôle du lait n'est qu'accessoire ».

Il me reste à dire quelques mots à propos de la *rougeole contractée par la mère après la conception et de son retentissement sur l'enfant.*

La mère peut contracter la rougeole pendant la gestation. Il est alors possible que l'enfant ait une rougeole intra-utérine et soit immunisé.

La mère peut contracter la rougeole vers le terme de sa gestation. L'enfant peut alors avoir une rougeole congénitale ; celle-ci apparaît pendant les premiers jours de la vie, plus ou moins tôt suivant la date de la maladie de la mère. L'intervalle entre l'apparition de l'exanthème de la mère et de l'exanthème de l'enfant est de 12 heures à 10 jours. Passé le dixième jour, il s'agit peut-être de contagion post-natale.

Si la mère contracte la rougeole après la naissance, le bébé, même s'il a moins de trois mois, est contaminé. Sauf exception, un bébé de 3 mois élevé par sa mère, n'a pas la rougeole, sans que la mère la contracte elle-même. Aucun des deux, en effet, n'est immunisé.

***

Etudions maintenant la MORTALITÉ.

Je reviens à notre statistique.

Le *septième tableau* donne le *nombre des décès pendant chacune des années* 1928 *à* 1931.

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| Tous les âges.......... | 93 | 98 | 82 | 104 |
| A partir d'un an ........ | 66 | 75 | 55 | 63 |
| Première année ........ | 27 | 23 | 27 | 41 |

Le *total des décès* pendant les quatre années d'observation est :

| | |
|---|---|
| A tous les âges................ | 377 |
| A partir d'un an .............. | 259 |
| Première année............... | 118 |

Sur le *huitième tableau* est relevé, *pour* 100 *décès de tous âges*, le *nombre des décès* à partir d'un an et pendant la première année :

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| A partir d'un an ....... | 71,0 | 76,6 | 67,1 | 60,6 |
| Première année ........ | 29,0 | 23,4 | 32,9 | 39,4 |

Pour le *total des quatre années*, on compte, sur 100 *décès* :

| | |
|---|---|
| A partir d'un an ............. | 68,9 |
| Première année............... | 31,1 |

Sur le *neuvième tableau* est indiqué le *nombre des décès pour* 100 *rougeoleux de tous les âges, pour* 100 *rougeoleux à partir d'un an et pour* 100 *rougeoleux de moins d'un an* :

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | Total des quatre années. |
|---|---|---|---|---|---|
| Tous les âges .... | 13,0 | 14,1 | 10,5 | 12,7 | 12,5 |
| A partir d'un an. | 10,1 | 11,5 | 7,8 | 8,6 | 9,5 |
| Première année.. | 40,3 | 50,2 | 35,0 | 45,0 | 42,2 |

De *ces tableaux*, il résulte que :

1° Les rougeoleux de moins d'un an donnent près du tiers des décès. Pendant les quatre années, sur 377 enfants décédés :

118, soit 31,1 %, ont moins d'un an.
259, soit 68,9 %, ont un an et plus.

2° La mortalité des rougeoleux de moins d'un an est très forte : elle est, en moyenne, de 42,2 % ; elle varie de 35 % (1930) à 50,2 % (1929).

Elle est bien supérieure à la mortalité des rougeoleux à partir de un an. Celle-ci est, en moyenne, de 9,5 % ; elle varie de 7,8 % (1930) à 11,5 % (1929).

3° Le taux de la mortalité varie suivant les années. Les variations sont beaucoup plus importantes pendant la première année (35 à 50 %) qu'à partir d'un an (7,8 à 11,5 %).

Il nous faut étudier maintenant la *mortalité des enfants de moins d'un an dans chacun des trimestres de la première année.*

Le *dixième tableau* relate, pour les années 1928 à 1931, le *nombre de décès dans chaque trimestre de la première année.*

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 | 0 | 0 | 0 |
| De 3 à 6 mois | 4 | 7 | 5 | 5 |
| De 6 à 9 mois | 14 | 5 | 11 | 20 |
| De 9 à 12 mois | 9 | 11 | 11 | 16 |

Sur le *onzième tableau* est le *nombre total des décès* pendant les quatre années :

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 |
| De 3 à 6 mois | 21 |
| De 6 à 9 mois | 50 |
| De 9 à 12 mois | 47 |

Le *douzième tableau* donne le *nombre de décès dans chaque trimestre pour 100 décès dans la première année.*

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 | 0 | 0 | 0 |
| De 3 à 6 mois | 14,8 | 30,4 | 18,5 | 12,1 |
| De 6 à 9 mois | 51,8 | 21,7 | 40,7 | 48,7 |
| De 9 à 12 mois | 33,0 | 47,8 | 40,7 | 39,0 |

Pour toute la période d'observation, le nombre de décès pour 100 décès dans la première année est :

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 |
| De 3 à 6 mois | 17,79 |
| De 6 à 9 mois | 42,37 |
| De 9 à 12 mois | 39,83 |

Pour les enfants de 6 à 9 mois et de 9 à 12 mois, la différence est faible. On peut les réunir en un seul groupe : 82,20 décès.

Sur le *treizième tableau* est inscrit le *nombre des décès dans chaque trimestre de la première année* pour 100 rougeoleux de même âge.

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 |
|---|---|---|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 | 0 | 0 | 0 |
| De 3 à 6 mois | 33,3 | 70,0 | 41,6 | 31,2 |
| De 6 à 9 mois | 43,7 | 33,3 | 35,4 | 54,0 |
| De 9 à 12 mois | 39,1 | 57,8 | 32,3 | 42,1 |

Le total, pour toute la période, est le suivant :

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 |
| De 3 à 6 mois | 42,0 |
| De 6 à 9 mois | 43,47 |
| De 9 à 12 mois | 41,22 |

Il n'y a pas de grande différence entre les périodes. La mortalité moyenne est de 42,23 %.

*Somme toute,* pour les rougeoleux âgés de moins d'un an :

1° Le nombre des décès augmente avec l'âge : il est nul de 0 à 3 mois, notable de 3 à 6 mois, important de 6 à 12 mois.

2° Le nombre des décès est en rapport avec le nombre des cas .

Pour 100 rougeoleux dans la première année, il y en a :

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 |
| De 3 à 6 mois | 17,92 |
| De 6 à 9 mois | 82,07 |

Pour 100 décès pendant la première année, il y en a :

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois | 0 |
| De 3 à 6 mois | 17,79 |
| De 6 à 9 mois | 82,20 |

3° Dans chaque trimestre de la première année, pour un même nombre de rougeoleux, la mortalité est sensiblement la même et elle est la même que la mortalité moyenne pour toute la première année. Cette mortalité est environ de 42 %.

La rougeole a donc, dans son ensemble, la même gravité de 3 à 6 mois, de 6 à 9 mois et de 9 à 12 mois.

Il est intéressant de comparer avec la nôtre QUELQUES STATISTIQUES DE MORTALITÉ PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE.

Je les emprunte, pour la plupart, au livre de MM. Debré et Joannon et à la thèse soutenue à Paris, en 1924, par M. Joannon sur *Les bases de la prophylaxie antimorbilleuse. Immunologie. Facteurs sociaux de la mortalité.*

Voici tout d'abord, la *mortalité absolue par rougeole.*

A Paris, pendant les années 1904 à 1913, 1.628 enfants de 0 à un an meurent de la rougeole. Les décès se répartissent ainsi ;

| | | | |
|---|---|---|---|
| Premier trimestre.... | 58 décès, soit | 3,56 % |
| Deuxième trimestre.. | 207 | 12,71 % |
| Troisième et quatrième trimestres........ | 1.363 | 83,72 % |

soit pour chacun des troisième et quatrième trimestres : 681 décès, 41,83 %.

En Grande-Bretagne, pendant les années 1893 à 1897, 14.813 enfants de 0 à 1 an meurent de rougeole :

| | | |
|---|---|---|
| Premier trimestre .......... | 395, soit | 2,7 % |
| Deuxième trimestre ......... | 1.161 | 7,7 % |
| Troisième et quatrième trimestres ................ | 13.257 | 89,6 % |

soit pour chacun des troisième et quatrième trimestres : 6.628 décès, 44,8 %.

Voici maintenant, la *mortalité annuelle pour* 10.000 *enfants de chaque âge*, à Paris, de 1904 à 1913 :

| | |
|---|---|
| De 0 à 1 an .............. | 42,7 |
| De 0 à 3 mois .............. | 5,26 |
| De 3 à 6 mois .............. | 21,03 |
| De 6 à 12 mois .............. | 78,98 |

La moyenne pour chacun des troisième et quatrième trimestres est de 39,49.

Enfin voici la *mortalité relative*, c'est-à-dire le pourcentage des décès des rougeoleux de 0 à un an.

Dans les divers hôpitaux de Paris et dans des années différentes, la mortalité a été de 32 %, 33 %, 41 %, 59 %, 64 %.

M. Neau, à l'hôpital des Enfants-Assistés de Bordeaux, en 1911 et 1912, a fait les constatations suivantes :

| | Nombre des cas | Décès | Décès pour 100 |
|---|---|---|---|
| Première année ...... | 38 | 12 | 31,57 |
| De 0 à 6 mois ........ | 12 | 2 | 16,6 |
| De 6 à 12 mois ....... | 26 | 10 | 38,4 |

*Nos statistiques et celles relevées dans la littérature établissent donc que :*

1° Pendant la première année, le nombre de décès pour rougeole est très faible de 0 à 3 mois, augmente de 3 à 6 mois, devient grand de 6 à 12 mois.

2° La mortalité des rougeoleux pendant la première année est élevée ; à cette période de la vie, la rougeole est une affection grave.

Un fait intéressant est le suivant : la *mortalité pour rougeole est différente*, d'abord, *suivant l'importance des villes*, ensuite, *à la ville et à la campagne.*

En France, de 1911 à 1913, sur 100 décès par rougeole à tous les âges, les enfants de 0 à un an en donnent 25 dans les villes de 30.000 habitants et plus ; 28,4 dans les villes de 5.000 à 30.000 habitants ; 34,9 dans les communes de moins de 5.000 habitants.

Les statistiques américaines donnent un pourcentage de décès des enfants de 0 à un an plus fort dans les campagnes que dans les villes.

« Ces chiffres démontrent bien, écrivent MM. Debré et Joannon..... l'existence, chez les nourrissons des grandes villes, d'une immunité héréditaire transitoire vis-à-vis de la rougeole... Ils prouvent enfin que cette immunité héréditaire transitoire n'existe pas pour un grand nombre d'enfants des campagnes ».

Il me reste à envisager les causes de la mort des rougeoleux pendant la première année. Leur étude relève de l'observation clinique. Je l'aborderai dans ma prochaine leçon, que je consacrerai à l'*étude clinique de la rougeole pendant la première année.*

***

Je m'excuse d'avoir retenu votre attention sur des statistiques aussi arides pour celui qui les expose que pour celui qui les écoute.

Mon excuse est dans l'intérêt des CONCLUSIONS qui en découlent. Elles établissent plusieurs faits importants pour les médecins des enfants. Les voici en quelques mots.

La rougeole est *assez fréquente pendant la première année de la vie.* Mais sa fréquence n'est pas la même pendant toute cette période. La maladie est *exceptionnelle* avant 3 mois, *rare* entre 3 et 6 mois, *commune* de 6 à 12 mois. D'après ma statistique, sur 100 rougeoleux de moins d'un an, il n'y en a pas avant 3 mois, il y en a 18 de 3 à 6 mois, 82 de 6 à 12 mois.

La rougeole est un *facteur important de mortalité pendant la première année et surtout pendant le second semestre de cette première année.* Sur 100 rougeoleux de moins d'un an que nous avons soignés, il en est mort 42 ; le taux de mortalité a été le même pour les enfants de 3 à 6 mois, de 6 à 9 mois et de 9 à 12 mois.

La rougeole est *exceptionnelle pendant les trois premiers mois de la vie.* Le fait s'explique par l'existence d'une immunité transitoire, que la mère immunisée par une rougeole antérieure transmet à son bébé pendant la vie intra-utérine. Cette immunité n'existe pas quand la mère n'a pas eu la rougeole.

P. NOBÉCOURT.

**Résumé succinct de la leçon du Professeur Nobécourt**

Le professeur étudie la rougeole dans la première année de l'existence, en se basant sur une observation de quatre années : 1928-1931. Le pourcentage d'enfants de moins d'un an atteints de rougeole est de 9,3 % pour ces quatre années, avec un minimum de 6,3 % l'année la plus favorisée, et un maximum de 11,1 %, l'année la plus chargée.

De 0 à 3 mois, on ne note aucun cas de rougeole ; de 3 à 6 mois, les cas sont peu nombreux ; de 6 mois à 1 an, ils sont au contraire nombreux. Le nombre élevé de cas de rougeole, à cette époque de la vie infantile, est dû aux épidémies qui ont sévi dans les services de nourrissons de l'hôpital.

Les statistiques des autres auteurs confirment les chiffres du Professeur Nobécourt.

Il en résulte que la rougeole épargne les nourrissons avant 6 mois, et sévit au contraire de 6 mois à 1 an. Il semble que les nouveau-nés bénéficient d'une immunité transitoire qui va en diminuant de mois en mois. Cette immunité leur serait conférée, à travers le placenta, par des mères ayant eu la rougeole elles-mêmes avant la gestation. Mais si la mère contracte la rougeole après la naissance de l'enfant, celui-ci est contaminé. L'allaitement naturel favorise l'immunité des tout petits enfants.

La mortalité, au cours de la première année, est de 31,1 % des cas observés. Un tiers des décès intéresse des nourrissons de moins de 1 an. La mortalité est supérieure à celle des années suivantes, et elle varie d'une année à l'autre. Le nombre des décès augmente avec l'âge et est en rapport avec le nombre des cas observés.

La rougeole est donc une affection grave.

G. D.

---

# RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE ET GROSSESSE

## Opération césarienne

Par G. DUHAMEL (d'Agen) et R. DUFRANC (de Condom).

Les affections du cœur ont eu de tout temps, une réputation fâcheuse vis-à-vis de la grossesse, au point de constituer, pour certaines d'entre elles, une contre-indication au mariage, ou d'imposer dans d'autres cas, l'avortement thérapeutique.

En aucun domaine de la médecine, il n'existe de loi absolue, mais il est admis de tous, que chaque étape ou épreuve génitale pose un problème important chez une femme atteinte de lésion cardiaque. Chaque cas est un cas d'espèce, et comporte une conduite spéciale.

La malade dont nous allons rapporter l'observation était atteinte de rétrécissement aortique congénital. Elle supporte à intervalles rapprochés deux grossesses successives ; au cours de celles-ci s'installe une insuffisance cardiaque qui oblige à résoudre les différentes questions relatives à l'évacuation utérine, précoce ou tardive. Nous avons été amenés à pratiquer l'opération césarienne, en fin de grossesse seulement ; le résultat a été favorable pour la mère et pour l'enfant. Aussi croyons-nous intéressant de reproduire l'histoire de cette malade, à titre de simple observation, dans le volumineux dossier de l'influence de la gestation sur les cardiopathies.

Mme M..., 22 ans, est vue en consultation le 15 mai 1930, pour décider si, *malgré une cardiopathie ancienne en voie d'aggravation, elle peut ou non poursuivre la grossesse en cours.* Celle-ci est une deuxième grossesse, elle est de quatre mois environ.

*Antécédents.* — Pas de rhumatisme articulaire, ni chorée, ni affection fébrile digne de retenir l'attention.

Période de dyspnée au cours de la puberté ; léger traitement tonicardiaque.

Le Docteur Dufranc voit la malade pour la première fois en août 1926 (âge de la malade : 18 ans) et sur la constatation d'un souffle localisé à la base du cœur, avec tension artérielle à 19-11, pose le diagnostic de rétrécissement aortique congénital et interdit mariage et grossesse.

Le Docteur Dufranc revoit la malade deux ans plus tard (13 octobre 1928), enceinte de huit mois et demi. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes, mais la tension a légèrement diminué.

Accouchement à terme le 28 octobre 1928, accouchement spontané. Au bout de douze heures de travail, lipothymies. Application de forceps. Extraction facile d'une fille bien constituée qui pèse 3 kgr. 800. Suites de couches normales. Allaitement artificiel.

La malade est mise en garde contre le danger d'une nouvelle grossesse. Ce danger est d'autant plus réel que peu après, en décembre 1928, deux mois à peine à la suite de la délivrance, apparaissent des signes d'hyposystolie : dyspnée, palpitations, arythmie, chute notable de la tension artérielle.

Mme M... reçoit de nouveau un traitement tonicardiaque, puis ne se fait examiner que de loin en loin jusqu'à la consultation du 15 mai 1930.

*Examen* (15 mai 1930). — Mme M..., secondipare, enceinte de quatre mois présente :

1° Signes fonctionnels : Palpitations à l'occasion de la marche, qui disparaissent dans le décubitus dorsal. Très légère cyanose des ongles, aux membres supérieurs. Pas de dyspnée : la malade a l'habitude de monter chaque soir un escalier très abrupt. Pas de troubles du sommeil. Pas d'œdème sous-cutané, ni viscéral.

2° Signes physiques : Le pouls radial est imperceptible à droite et à gauche ; le pouls huméral bat à 96. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal gauche. On perçoit à la palpation un frémissement intense sur toute la base du cœur. L'aire de matité cardiaque est augmentée, en particulier pour le ventricule gauche.

Souffle systolique, se prolongeant pendant la diastole, d'une intensité considérable en jet de vapeur. Maximum à l'extrémité interne du troisième espace intercostal gauche ; se propageant à toute l'aire précodiale, mais surtout le long des vaisseaux du cou et du bras droit, jusqu'au pli du coude. La tension artérielle au bras gauche est de 8-6 (Vaquez-Laubry). Au bras droit, il est impossible de la mesurer.

3° Radioscopie : Hypertrophie cardiaque intéressant surtout le ventricule gauche.

4° Réaction de Wassermann dans le sang : négative.

Les signes physiques, ainsi que les antécédents, sont suffisamment nets, pour que le diagnostic de rétrécissement aortique congénital ne puisse être mis en doute.

La conduite à tenir vis-à-vis de la grossesse, abstention ou intervention, est un problème *plus délicat*.

L'examen de la malade montre un contraste frappant entre l'intensité des signes physiques et la pauvreté des signes fonctionnels : d'une part nous constatons un frémissement et un souffle très intense, le pouls est imperceptible et la tension extrêmement basse, d'autre part, au contraire, la malade n'accuse pas autre chose que de légères palpitations d'ailleurs favorablement influencées par le repos.

Pour une lésion valvulaire importante, les signes fonctionnels d'asystolie sont réduits à relativement peu de chose.

Devons-nous pratiquer l'avortement thérapeutique ? Les signes fonctionnels actuels, peu intenses ne plaident guère en faveur de l'intervention. Les signes physiques, beaucoup plus importants, plaident contre l'abstention. Celle-ci paraît plus dangereuse encore si l'on considère l'accentuation, non douteuse, de la lésion cardiaque pendant les quatre dernières années, et manifestement au cours et à la suite du premier accouchement. En effet, en août 1926, avant toute grossesse, le souffle est peu intense, localisé ; la tension est haute. A la fin d'octobre 1928, la première grossesse approche du terme, il n'y a pourtant que peu de changement. C'est pendant le travail que surviennent les lipothymies, nécessitant l'application de forceps. C'est deux mois après la première délivrance, en décembre 1928, qu'apparaissent, assez brusquement des signes nets d'insuffisance cardiaque.

Il semble ainsi que l'aggravation soit due beaucoup moins à la grossesse qu'aux fatigues de l'accouchement et aux modifications inhérentes à l'organisme pendant le post-partum. On ne peut, en effet incriminer l'allaitement, qui a été rigoureusement proscrit.

Nous décidons ainsi de ne pas pratiquer l'avortement thérapeutique, de laisser la malade au repos complet, et de la soumettre à un traitement ouabaïnique discontinu, en principe jusqu'en fin de grossesse.

Pour parer aux dangers immédiats et secondaires du travail qui paraissent seuls à redouter chez cette malade, nous pratiquerons l'opération césarienne à terme.

Notre maître, le Docteur Laubry approuve notre diagnostic et notre ligne de conduite.

*Evolution.* — Mme M... reçoit successivement : ouabaïne, digitaline et adrénaline par voie buccale.

Aucun incident ne survient. Les signes physiques demeurent identiques. Le pouls descend à 80, mais la moindre fatigue provoque une tachycardie à 100. La tension reste à 9-7 pendant les cinq derniers mois de la grossesse.

Le 25 octobre 1930, la grossesse paraissant à terme, le Docteur F. Delmas pratique, sous anesthésie au mélange de Schleich, l'opération césarienne et la ligature des trompes. Enfant vivant et normal de 3 kgr. 500.

Aucun accident n'apparaît pendant les semaines suivantes, ni pendant les dix-neuf mois qui se sont écoulés depuis lors. La malade garde les signes constatés lors de la consultation du 15 mai 1930, elle peut suffire sans difficulté à ses occupations ménagères.

Il est indéniable qu'une grande différence règne entre les suites des deux accouchements qui tous deux ont eu lieu à terme. Tandis que le premier, par les voies naturelles, malgré l'application de forceps a donné lieu à des lipothymies et a été suivi, d'une aggravation importante de la lésion cardiaque, la deuxième naissance obtenue par opération césarienne s'est passée sans incident immédiat ni complications.

Il est impossible de tirer une règle d'une observation unique qui pourrait sans doute avoir de nombreuses contre-parties, et notre but est ici seulement de relater les impressions que nous avons eues chez cette parturiente.

Dans ce cas de rétrécissement aortique congénital, la grossesse a paru moins dangereuse que l'accouchement. L'opération césarienne, à la fin d'une deuxième grossesse a évité les complications cardiaques survenues du fait d'un premier accouchement par les voies naturelles, même avec l'aide du forceps. L'opération césarienne a permis de pratiquer en même temps la ligature des trompes.

Comme le confirment Daniel Routier, Th.

Laënnec et R. Heim de Balsac dans un article récent de la *Gazette des Hôpitaux* (Les dangers de l'avortement thérapeutique chez les cardiaques *Gazette des Hôpitaux*, nº 104, 30 décembre 1931), c'est à la clinique et surtout aux signes fonctionnels qu'il convient d'obéir, pour fixer la ligne de conduite à suivre chez une femme enceinte et atteinte d'affection cardiaque, pour décider en particulier l'abstention ou au contraire l'avortement thérapeutique.

## FAITS CLINIQUES

### A propos de brièvetés du cordon ombilical

Il est, chez nous, une croyance généralement répandue dans le public, suivant laquelle les circulaires du cordon auraient pour effet de prolonger les accouchements, en s'opposant à la descente de l'enfant.

Dès qu'un accouchement traîne, nous pouvons être assurés que quelque personne de l'entourage, surtout s'il y a là quelque « kommer coz » (matrone) ne manquera pas de s'écrier : « sur, henné zo gorzenned !, cet enfant est certainement ficelé ! »

Si cette croyance est aujourd'hui populaire, j'ai constaté qu'elle fut admise autrefois par des médecins et pas par les derniers.

C'est ainsi qu'ayant le plaisir de posséder un ancien exemplaire (daté de 1694) du « Traité des maladies des femmes grosses, de Mauriceau, j'ai eu la curiosité de le consulter, et y ai trouvé page 228 et suivantes l'exposé suivant :

« Quand les vaiffeaux de ce cordon font « pleins de fang, il eft environ de la groffeur du « doigt, & ordinairement de la longueur d'une « grande demi-aulne, felon notre mefure de « Paris, & quelquefois de deux tiers, ou de trois « quartiers, qui font environ quatre grandes « palmes de main. Il est néceffaire qu'il ait cette « longueur, afin que l'enfant puiffe avoir la « liberté de fe mouvoir dans la Matrice, & d'en « sortir dans le temps de l'accouchement, fans « tirailler l'arrièrefaix auquel il eft attaché, « comme il arrive quelquefois lors que ce cordon « eft trop court, ou que sa longueur eft beau« coup diminuée par les tours dont l'enfant a « fouvent le col embarraffé ; *ce qui fait que le « travail de la femme en eft bien plus pénible, & « plus dangereux* (1); d'autant que l'enfant *eftant « ainfi arrêfté*, & comme bridé par ce cordon, « demeure fufpendu, & ne peut pas fi facile« ment defcendre au paffage, ni y eftre pouffé « par les douleurs de la femme, fans tirailler en « mefme temps, l'arrièrefaix, & fans en caufer « un détachement, qui eft toûjours fuivi d'une « dangereufe perte de fang, fi ce détachement « précède la fortie de l'enfant

« Il y a des enfans qui ont ce cordon si extra« ordinairement long, que j'ay veû celuy d'une « Demoifelle, que j'accouchay le 2 avril 1675, « venir au monde ayant le cordon de l'umbilic « noüé d'un véritable nœud, qui ne s'eftait pû « faire que par la grande longueur de fon cordon, « qui avait plus d'une aune & et un quart, & « dont il s'eftait fait un cercle, en flotant au « milieu des eaux, dans lequel il fallait néceffai« rement que tout le corps de l'enfant eût paffé, « en fe tournant au ventre de fa mère. Ce nœud « eftait étroitement ferré ; mais vraifemblable« ment fon refferrement n'eftait arrivé que dans « le moment de la fortie de l'enfant, & en tirant « ce cordon pour délivrer la mère ; car f'il eut « efté ainfi ferré dans le ventre de la mère, l'en« fant aurait certainement péri, à caufe que le « fang dont il eftait pour lors nourri, n'aurait « pas pû avoir fon mouvement libre au travers de « ce nœud. J'ay encore trouvé une femblable « nœud au cordon de fept autres différentes « femmes que j'ay accouchées depuis ce temps« là ; lequel nœud n'avait pareillement pû s'y « faire, que par la mefme caufe de l'extra« ordinaire longueur que tous les cordons de ces « enfans avoient. J'en ay rapporté tous les « exemples dans le Livre de mes Obfervations ».

Plus loin, page 332, on peut lire encore :

« J'ay remarqué en plufieurs femmes, qui ne « s'eftaient aucunement bleffées, que leur ar« rièrefaix s'eftait ainsi détaché, & entière« ment féparé de la Matrice, à caufe que le cor« don de l'umbilic de leur enfant eftait embar« raffé, & entortillé autour de quelques parties « de fon corps, & particulièrement autour du « col ; ce qui faifoit que pour le peu que l'en« fant puft fe mouvoir pour fe difpofer à fortir, « ce cordon n'ayant plus fa longueur & sa liberté « ordinaire, tiraillait continuellement l'arrière« faix, & le faifait ainfi détacher entièrement « de la Matrice devant le temps ».

Ribemont-Dessaignes et Lepage parlaient naturellement des circulaires du cordon, et l'on y voit pages 813 et suivantes relaté les dangers qui peuvent en résulter pour l'enfant, mais il n'est plus question de cause de prolongation de la durée du travail.

De son côté Couvelaire, dans son article de la *Pratique médica-chirurgicale illustrée* mentionne, lui aussi, les dangers courus par le fœtus, par

(1) C'est moi qui souligne.

suite de la brièveté ou de l'excès de longueur du cordon, mais ne fait nulle allusion à une action de ces facteurs sur la marche de l'accouchement, etc., etc.

S'il m'est permis d'égayer un peu cet exposé j'oserai rappeler pourtant cette chanson du « Chat Noir » sur le président Loubet, où l'on disait :

Sa naissance fut comme toutes les naissances humaines
Elle ne fut marquée par aucun phénomène,
Seul, un vieux docteur fit observer, dit-on,
Qu'il venait au monde avec un grand cordon !

En somme, aujourd'hui, on retient surtout la notion de danger pour l'enfant, mais la clientèle n'en est pas encore là ; elle croit encore fermement que, si le cordon est court ou raccourci par des circulaires, il empêche l'enfant de descendre.

C'est pourquoi les cas suivants nous ont paru intéressants à relater.

J'avais examiné au cours de sa grossesse, Mme C..., de Tréboul, primigeste, et tout paraissait s'annoncer bien. L'accouchement était prévu pour la première quinzaine d'avril. Or, le 14 avril, j'étais appelé par la sage-femme qui, dès mon arrivée, me dit confidentiellement : « je crois que l'enfant est mort, et même qu'il a dû subir un commencement de macération ». Le début du travail avait été marqué par une petite hémorragie.

Je confirmai le fait, qui m'étonna, car je ne voyais pas la raison de cette mort imprévue, et j'en informai la famille. Comme la dilatation n'était que de cinq francs à peine, et que j'étais attendu ailleurs, je demandai à la sage-femme de rester là, et de me rappeler par téléphone, dès qu'il en serait temps.

Mais, j'avais à peine eu le temps de me rendre chez une malade qu'on me rappelait, en hâte, et je pus arriver tout juste pour recevoir l'enfant. Ce fut donc là un travail très rapide.

Mais alors, nous fûmes tous stupéfaits : nous nous étions demandé quelle pouvait avoir été la cause de la mort de l'enfant, or elle apparaissait évidente : il était absolument 1 goté !

Le cordon faisait un tour serré autour du cou, puis il prenait les *deux* épaules en bandoulière, (à la manière des pneus qu'emportent sur eux certains coureurs cyclistes), et il n'atteignait l'ombilic qu'après avoir fait autour du bras droit deux tours, si serrés qu'il en était résulté la production de sillons, très accentués. Rien d'étonnant à ce que la mort du fœtus en eut résulté, elle ne semblait pas dater de longtemps, mais cependant il y avait un début de macération. Malgré tout, l'enfant était assez gros, ce qui ne l'avait pas empêché de venir vite. (Et pourtant, étant mort, il n'avait pas « travaillé » lui-même, — autre croyance populaire !).

Il m'est arrivé, une autre fois, un cas plus « embêtant » en clientèle. C'était une belle et forte jeune femme, primigeste elle aussi.

La grossesse avait été sans histoire, la présentation était en OIGA, le travail se faisait très bien, et plutôt vite, « un accouchement *en or*, me dit ensuite la sage-femme ». J'avais ausculté l'enfant plusieurs fois pendant le travail, et une dernière fois un quart d'heure avant la fin. Tout paraissait parfait et cependant le bébé, superbe, naissait en asphyxie blanche dont rien (même l'insufflation bouche à bouche) ne put le faire revenir. Vous jugez de la consternation générale ! La seule cause à laquelle nous pûmes attribuer ce désastre fut un circulaire du cordon, (lequel était fort court), qui aurait tué l'enfant suivant le mécanisme que décrivait si bien Mauriceau.

L'année suivante, d'ailleurs, la naissance dans d'excellentes conditions d'un autre bel enfant prouvait le caractère accidentel de la mort du premier.

Ceci prouve donc bien que la brièveté naturelle ou acquise du cordon n'est pas, à elle seule une cause de lenteur du travail.

Mais, n'oublions pas que le *Concours médical* est un journal de praticiens, ni qu il a une filiale qui s'appelle le « Sou Médical ». De pareilles histoires peuvent donner du travail à cette filiale, car vous savez que, quand ça ne va pas, c'est généralement le médecin qui a mal travaillé. Or que peut-on dans des cas de ce genre ? Se mettre à couvert seulement !

Mes conclusions, car il y en aura deux, seront donc : 1° il faut ausculter l'enfant, et cela *jusqu'à la fin*, même quand on croit avoir affaire à un accouchement *tout en or*.

2° Comme un « pépin » peut toujours arriver, il ne faut jamais oublier de s'inscrire au « Sou médical », il s'entend très bien à faciliter la digestion de ces choses indigestes.

Dr E. DAMEY.
18 mai 1932.

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

# Traiter comme diabétique un coma, qui ne l'est pas, peut conduire aux pires conséquences

*d'après les travaux du* Professeur RATHERY (1) *et ceux de* MM. CHABANIER, LOBO-ONELL, LÉLU (2)

QUELQUES OBSERVATIONS TYPIQUES.

### Méprise initiale d'un coma hypoglycémique par excès d'insuline. Mort

Un malade, 52 ans, a vu son diabète consomptif neutralisé depuis 1926 grâce à un traitement insulinique méthodique. De 1929 à 1932, tuberculose pulmonaire évolutive, à évolution favorable par traitement en sanatorium ; traitement insulinique continué et bien toléré aux doses instituées.

Le 30 mars 1932, entièrement normal jusque-là, le patient présente à partir de 10 heures du soir une agitation singulière : excitation mentale, rires désordonnés. A 11 heures, perte de conscience avec contracture plus marquée dans la moitié droite du corps, grimaces ; par un vomissement alimentaire, le malade rejette la totalité de son dîner.

A minuit, un médecin appelé trouve le patient en coma, pâle, couvert de sueur, avec respiration stertoreuse. *Apprenant qu'il s'agit d'un diabétique, celui-ci pense aussitôt à la possibilité d'un coma acétonémique*, et il injecte sur le champ, 40 unités d'endopancrine, 1 milligr. d'adrénaline, et 250 c.c. de sérum glucosé isotonique sous la peau. Prescription renouvelée sans résultats à 3 heures du matin ; à 5 h. 1/2, 30 unités, et 10 c.c. de sérum glucosé sous la peau. A 7 heures du matin, le coma persiste toujours.

L'un des auteurs consulté (2) a *l'impression qu'il s'agit plutôt d'un coma hypo-glycémique* : il fait cesser la médication insulinique, et recommande une large administration du glucose par les diverses voies possibles.

Dans le milieu de la journée, le coma est en voie de disparition, mais il subsiste une hémiplégie droite avec aphasie. Le soir à 8 heures, plus de coma, mais sueurs profuses ; une prise de sang donne : glycémie 0,50, urée sanguine 0,20 ; *les urines ne renferment ni sucre, ni acétone.* Aussitôt, injection de 1 litre 1/2 de sérum glucosé par toutes les voies, plus 10 centigr. d'acétylcholine.

Le lendemain, légère amélioration ; la glycémie s'étant redressée à 2,37, on reprend l'insuline à raison de deux injections par jour d'insuloxyl (30 unités), qui sont bien tolérées. Continuation du sérum glucosé et de l'acétylcholine. Les jours suivants, amélioration progressive de l'hémiplégie ; l'aphasie toutefois subsiste. Les urines restent sans glucose et sans acétone.

Cependant, le 8 avril, à 3 heures du matin, soit *dix jours après le début, mort subite.*

L'hémiplégie pouvait être due à un spasme artériel.

Le malade avait-il forcé à un moment ses doses d'insuline, afin de pouvoir se permettre un écart de régime ? Avait-il commis une erreur dans les doses ? Avait-il pris une dose insuffisante d'hydrates de carbone à son repas du soir ? Toujours est-il qu'il s'est agi d'accidents insuliniques graves, encore aggravés du fait de la méconnaissance de leur vraie nature.

### Coma hypoglycémique, suite de négligence dans le traitement insulinique. Diagnostic exact. Guérison

Un malade, atteint de diabète consomptif grave, est traité à l'hôpital, où l'on arrive progressivement à bien régler la dose nécessaire d'insuline, ainsi que le régime équilibré, qui doit correspondre à celle-ci. Il quitte l'hôpital pour rentrer chez lui, ayant reçu son injection quotidienne, mais ayant négligé de manger après l'injection, car il est pressé de prendre le train. Arrivé au métro, il est pris d'une sensation de dépression extrême, puis tombe à terre sans connaissance. Ramené dans le service, on constate de l'hypoglycémie ; on traite le sujet par des injections intra-veineuses de glucose, et les symptômes disparaissent.

***

A noter qu'outre le coma hypoglycémique (insulinique), on peut observer chez les diabéti-

(1) Professeur RATHERY. — Le traitement insulinique du diabète (*Un vol. in-16 chez Baillière, édit., Paris*).

(2) H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL et E. LÉLU. — Considérations pratiques sur le coma insulinique. (*La Presse Médicale*, 11 mai 1932.)

ques d'autres variétés de coma, qui, sous peines d'accidents, exigent un traitement étiologique particulier. Ce sont : le *coma urémique*, le *coma par hémorragie ou ramollissement cérébral*, le *coma par collapsus cardiaque*, le *coma chez certains diabétiques psychopathes.*

* * *

COMMENT SE METTRE A L'ABRI D'UNE FAUSSE MANŒUVRE ?

*Avant de traiter par la méthode insulinique un malade diabétique*, **il faut tout d'abord s'assurer qu'il s'agit bien de coma diabétique véritable.**

Supposons le cas d'un médecin, appelé d'urgence auprès d'un malade qu'il ne connaît pas, qu'il trouve dans un *état comateux ou subcomateux*, et dont on lui dit qu'il est diabétique. Plusieurs éventualités sont à considérer :

1° *Les urines ne renferment pas de corps acétoniques.* La recherche est facile à faire au lit du malade par la réaction d'Imbert, ou tout au moins de Gerhardt. Le diagnostic est aisé : *il n'y a pas de coma diabétique sans présence de corps acétoniques dans les urines.*

2° *Il existe des corps acétoniques dans les urines* ; de plus, l'haleine exhale l'odeur acétonique : c'est un diabétique consomptif.

La première chose à faire est de s'informer du traitement suivi jusqu'alors par le patient.

*A*. Si l'on peut avoir la certitude que le *malade n'est pas en cours de traitement insulinique*, il est indiqué de penser à l'éventualité d'un *coma acétonémique.* On entreprendra sans tarder une attaque énergique par la médication insulinique, associée à l'administration de glucose.

*B*. Mais, si le médecin apprend, au contraire, *que le patient est en cours de traitement par l'insuline*, il doit faire preuve de la *plus grande prudence, avant d'adapter le diagnostic de coma acétonémique, et avoir présent à l'esprit l'éventualité d'un coma hypoglycémique.*

La présence de corps acétoniques dans les urines ne permet pas d'ailleurs d'exclure le diagnostic de coma insulinique ; de même la constatation d'une glycosurie ne fait pas éliminer l'hypothèse d'accidents hypoglycémiques, le malade pouvant avoir dans sa vessie des urines sécrétées quelques heures avant sa crise. Mais, il ne suffit pas de faire, à ce moment les prélèvements de sang nécessaires à l'examen, il faut immédiatement agir pour sauver le comateux.

**Coma hypoglycémique et coma diabétique**

Il est primordial de s'informer des conditions dans lesquelles les accidents se sont développés. L'horaire de leur début est important à considérer : généralement, les *accidents hypoglycémiques* débutent deux à six heures après une piqûre. Leur marche est généralement rapide et tout à fait différente de celle d'un *coma acétonémique.* Tandis que ce dernier s'installe habituellement de *manière progressive*, après une phase plus ou moins longue de plusieurs jours ou de plusieurs heures, durant lesquelles le patient est déjà un malade, et caractérisée par une somnolence, une dépression nerveuse, avec *phénomènes d'excitation nuls*, ou tout au plus minimes et de courte durée, les *accidents graves hypoglycémiques s'installent brusquement* : le patient, en plein état normal, sent progresser rapidement une dépression assez spéciale *avec énervement* souvent accompagné de battements cardiaques précipités. Si l'on n'intervient pas aussitôt, assez vite, une *sudation* apparaît, souvent même du *tremblement.* A cette période, il est aisé, en général, d'enrayer la crise par l'absorption d'une boisson sucrée. Dans les cas graves, il est fréquent que cette phase soit très courte, et bientôt apparaissent des phénomènes nerveux graves : *excitation mentale intense*, avec cris, rire, idées saugrenues, actes bizarres, gestes brusques, saccadés, parfois complexes ; on note même de l'aphasie, de la dilatation pupillaire, de la diplopie. Puis, *brusquement* l'excitation tombe et le malade glisse dans un état de coma.

Cet aspect évolutif est des plus caractéristiques ; mais, quand on n'y a pas assisté, l'examen du malade apporte des éléments de diagnostic importants.

Le patient est généralement baigné de sueurs, symptôme très exceptionnel dans le coma acétonémique. Le relâchement musculaire n'est jamais aussi complet que dans ce dernier ; il existe le plus souvent un état de contracture soit généralisé, soit localisé, ressemblant à la tétanie, avec fréquemment des mouvements convulsifs des membres ou de la face (yeux notamment) ; il y a de véritables crises épileptiformes.

Contrairement à ce qu'on observe dans le coma acétonémique, il n'y a pas de déshydratation : les globes oculaires sont fermes : la face ne prend pas cet aspect flétri si habituel dans le coma acétonémique.

La respiration est le plus souvent irrégulière, stertoreuse dans le coma hypoglycémique, mais ne revêt pas l'aspect de la grande dyspnée du coma acétonémique ; le type de Kussmaul fait défaut (inspirations et expirations très amples avec des pauses d'égale durée).

*Le coma diabétique est*, en effet, avant tout un *coma dyspnéique* ; à ce propos, il convient de rappeler le contraste qui existe entre l'intensité de la dyspnée et la position du malade qui est *inerte, couché à plat dans son lit.* (Rathery).

On retrouve presque toujours à la base des accidents hypoglycémiques l'une des *causes prédisposantes*, qui suivent :

1° une *faute de régime*, une imprudence commise par les malades, qui, habitués à leur traitement, négligent les précautions qu'on leur a enseignées, et ne prennent pas leur repas après l'injection.

2° *un abus intensif de l'insuline*, employée à très forte dose, ou même en dehors des indications habituelles, sans surveillance médicale. De plus certaines circonstances physiologiques, telles la menstruation ou certaines époques de la grossesse, rendent les malades particulièrement sensibles à l'insuline.

3° C'est encore un *exercice intensif*, ou tout au moins exagéré pris par le sujet après une injection.

De petits accidents prémonitoires de la grande crise hypoglycémique sont également à retenir par tout observateur. Dans une *forme légère*, 1/2 heure, 1 heure, parfois 4 heures après l'injection, le sujet devient pâle ; il se plaint de frissonnements légers et de tremblements, de vertiges, de palpitations ; il est pris d'une faim violente, d'une nervosité particulière ; des gouttes de sueur perlent sur ses tempes ; il se sent brusquement fatigué, ou en proie à un malaise indéfinissable. Tout disparaît à la condition que le sujet prenne immédiatement la valeur du jus d'une ou de deux oranges, et croque 2 *ou 3 morceaux de sucre* (*que tout diabétique, en traitement insulinique doit toujours porter sur lui dans une petite boite*).

Ces accidents peuvent revêtir une forme *plus accentuée*, tantôt *de dépression* (avec confusion mentale, amnésie, aphasie transitoires), tantôt d'*excitation* (vociférations, actes désordonnés).

**Les caractéristiques d'autres comas non diabétiques**

*Le coma par hémorragie ou ramollissement cérébral*, s'accompagne d'hémiplégie ou de crises épileptiformes ; il est exceptionnel qu'un coma diabétique vrai présente des crises convulsives ; dans ce cas il y a habituellement une hémorragie méningée ou cérébrale associée.

*Le coma urémique* n'est pas rare chez le diabétique ; la constatation d'une azotémie plus ou moins élevée ne tranche pas le diagnostic, car on pourrait constater des azotémies plus ou moins intenses dans le coma.

L. Blum pense qu'il s'agit là d'azotémie avec hypochlorémie, d'où la nécessité de redonner du chlorure de sodium au malade. Le coma urémique se présente avec une respiration de Cheyne-Stokes ; il existe fréquemment des crises convulsives, de l'hypertension artérielle. A la période de pré-coma, le sujet est non pas inerte, mais agité, assis sur son lit, le dos relevé par des oreillers.

*Le coma par collapsus cardiaque* est plus difficile a reconnaître lorsqu'il existe chez un diabétique consomptif. Le sujet est pris brusquement de phénomènes d'asthénie, de lipothymie, la tension est basse ; le pouls petit, filant, irrégulier. Ces mêmes phénomènes peuvent compliquer le coma diabétique véritable. Dans le coma cardiaque pur, il n'y a pas de respiration de Kussmaul.

***

Une ligne de conduite prudente.

Si tout dans les examens cliniques, les anamnestiques, impose l'*idée d'un coma hypoglycémique*, *on instituera une véritable inondation de glucose*, tant par voie rectale qu'hypodermique et intraveineuse. Pour celle-ci, on se servira d'une aiguille de calibre assez fort, pour permettre une pénétration rapide du sérum glucosé isotonique (250 c.c. 500 c.c., ou plus), dans lequel on versera le contenu d'une ampoule d'adrénaline ( 1 milligr).

*Si un doute persiste*, mieux vaut adopter systématiquement la méthode qui comporte le moins

de risque pour le patient, c'est-à-dire, *commencer par agir comme dans l'hypothèse d'un accident hypoglycémique*, et par suite faire une administration massive du glucose combinée à la médication adrénalinique, en excluant provisoirement l'emploi de l'insuline.

S'il s'agit d'un coma hypoglycémique (insulinique) un mieux ne tardera pas en général à se manifester ; si faible soit cette amélioration, elle aura une importance considérable pour le diagnostic, car, dans la règle, elle est nulle dans le coma acétonémique. « Si, même après une heure d'efforts, on n'observe pas de résultats appréciable, que l'on ne se hâte pas trop de recourir à l'insuline, mais que l'on attende les données des examens de laboratoire, assez sommaires, car c'est le cas, ou jamais, de faire pratiquer : glycémie, dosage de la glycosurie, réaction des corps acétoniques urinaires, et qui peuvent être aisément effectués dans ce laps de temps ».

Quand ceux-ci confirment le diagnostic de coma hypoglycémique, on reprendra avec intensité la médication glycosique. Quand il y a, au contraire, acétonémie, on administrera aussitôt l'insuline, sans regretter l'heure perdue, puisqu'elle aura évité un malentendu souvent tragique ; cette heure aura d'ailleurs permis « d'enrichir la masse du glucose circulant, grâce à laquelle la médication insulinique sera à même de donner son plein effet utile vis-à-vis de l'acétonémie ». (Chabanier, Lobo-Onell, Lélu).

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Rhumatisme chronique et parathyroïde.

Le Dr Laporte montre comment le problème étiologique du rhumatisme chronique vient encore de se compliquer du fait d'observations, prouvant un rôle des glandes parathyroïdes dans le mécanisme du rhumatisme. Il y avait lieu d'invoquer une perturbation, sinon anatomique, tout au moins fonctionnelle, qui pourrait être la cause, ou le moyen de la formation de certaines arthrites chroniques.

Dans une première série d'observations, on voit en effet des arthrites ankylosantes, améliorées par la parathyroïdectomie partielle. D'après Leriche, seuls les cas accompagnés d'hypercalcémie seraient justiciables de l'opération qui, deux fois sur trois, a produit une amélioration persistante.

Dans une seconde série, on trouve des rhumatismes banaux déformants, heureusement modifiés par l'injection d'extrait parathyroïdien; toute suspension des injections entraînait la réapparition de la raideur et de l'impotence dans un délai de deux ou trois jours. (*Le Journal médical français*, janvier 1932.)

### Tétanie infantile et insuffisance parathyroïdienne.

MM. Lelong et Even n'ont en vue que la tétanie infantile, ne voulant préjuger en rien de l'unité pathogénique des tétanies (tétanie gastro-intestinale, tétanie des nourrices, tétanies infectieuses ou toxiques de l'adulte).

Le cadre clinique de la tétanie infantile peut se concevoir d'une manière assez simple : sur un fond de tétanie latente caractérisée par l'hyperexcitabilité mécanique (signe de Chvostek), électrique (signe d'Erb), des nerfs moteurs, et par l'hypocalcémie, peuvent se déclencher des phénomènes paroxystiques, constitués par la triade : contractures des extrémités, spasme de la glotte, convulsions cloniques généralisées. Ces trois types d'accès peuvent ou se produire séparément ou coexister, ou se succéder ; enfin, la tétanie latente n'aboutit pas forcément à la tétanie manifeste.

Or, des arguments d'anatomie, de physiologie expérimentale, de thérapeutique, permettent d'émettre une hypothèse vraisemblable au sujet de l'insuffisance parathyroïdienne, étant donné le rôle de ces glandes dans le métabolisme du calcium, et l'efficacité dans la tétanie de l'enfant de la médication calcique (du chlorure de calcium ainsi que des thérapeutiques améliorant la fixation du calcium dans l'organisme (actinothérapie ultra-violette, ergostérine irradiée). (*Le Journal médical français*, janvier 1932.)

### Les arthrites chroniques amicrobiennes de la hanche.

La fréquence de la localisation à la hanche de la tuberculose domine encore l'étude des arthrites coxo-fémorales. Cependant les arthrites chroniques de cette articulation ne sont pas toujours liées à une maladie constitutionnelle ou à une infection ; on les observe avec fréquence et en dehors de toute altération infectieuse ou rhumatismale, à la suite de lésions congénitales, de lésions survenant soit au cours de la croissance,

soit à la suite de traumatismes. Le Docteur Raphaël MASSART distingue, parmi les arthrites chroniques, celles qui relèvent d'un processus microbien, et celles qui surviennent en dehors de tous phénomènes infectieux et relèvent d'un processus aseptique. Son travail est consacré à l'étude de ces arthrites amicrobiennes.

Les lésions qu'on observe sur ces hanches tarées, ont des points d'analogie avec l'arthrite sèche, et l'analyse des troubles survenus montre avec certitude que d'importantes altérations articulaires se sont développées en dehors de tous phénomènes infectieux.

Chez l'enfant atteint d'une luxation congénitale de la hanche, l'arthrite sèche se développe et devient une complication d'observation courante, même dans les cas où une luxation a été convenablement réduite.

Quant aux arthrites chroniques survenant après des troubles de la croissance, elles sont souvent la première révélation d'une lésion fréquemment ancienne.

Il faut encore citer les arthrites secondaires à des fractures, puis les arthrites chroniques de l'adulte se développant sur des hanches non tarées.

En résumé, les arthrites chroniques de la hanche, qui ne sont pas causées par un processus infectieux, ont pour origine première une altération constitutionnelle des extrémités osseuses, qui forment l'articulation.

Si ces lésions sont particulièrement graves au membre inférieur, c'est que les jointures y sont soumises à des actions mécaniques, dont la force est grande, puisqu'elles consistent à permettre l'appui de tout le corps, et la marche.

L'étude de ces lésions chez l'enfant et chez l'adolescent permet seule d'y voir un peu clair dans des altérations qui, parvenues à la phase d'arthrite chronique plus ou moins déformante, ont trop d'analogies entre elles pour pouvoir être séparées.

Les lésions articulaires sont souvent compliquées par des processus infectieux (septicémies, gonococcies), qui viennent obscurcir le tableau clinique.

C'est avant que l'arthrite soit devenue chronique et incurable, qu'il faut instituer un traitement.

Ces traitements doivent s'inspirer des causes locales ; aussi ne saurait-il y avoir une seule manière de traiter l'arthrite chronique de la hanche. (*Revue de chirurgie*, n° 3, 1932.)

### Les aspects cliniques de la névralgie du trijumeau (névralgie faciale).

Le Docteur CHAVANY passe successivement en revue : la névralgie trigéminale maladie, la névralgie trigéminale symptôme, et les fausses névralgies trigéminales.

C'est l'obscurité même de son étiologie, et l'absence d'autres manifestations symptomatiques, qui caractérise la névralgie maladie, de beaucoup, la plus fréquente. Celle-ci procède par crises douloureuses, en un point de l'hémiface, avec irradiations en éclair le long d'une ou de plusieurs branches du trijumeau. Ces douleurs restent strictement unilatérales et ne franchissent pas la ligne médiane. Il ne persiste aucun élément douloureux dans l'intervalle des crises paroxystiques. Le trijumeau peut jouer le premier rôle ; puis, c'est le nerf facial avec des trémulations dans les muscles de la face ; enfin, vient le sympathique avec des réactions vaso-dilatatrices.

Dans la névralgie trigéminale symptôme, on découvre au contraire une étiologie nette. Dans le trajet exocranien du nerf, ce sont : l'origine dentaire, l'origine naso-sinusienne, l'origine linguale (cancer). Dans le trajet endo-cranien, on note les ostéites tuberculeuses ou syphilitiques des os de la base du crâne, les caries de la pointe du rocher suites d'otite, les néoplasmes. Dans le trajet intracérébral, ce sont les tumeurs, les hémorragies ou ramollissements, les processus encéphalitiques.

Les maladies générales, susceptibles de déclencher une névralgie secondaire, par ces mécanismes, comptent : la syphilis, l'infection zostérienne, le diabète, le paludisme.

Le plus souvent, la névralgie symptôme se distingue de la névralgie maladie par la continuité de l'algie, l'atteinte douloureuse d'emblée des trois branches ; puis, les phénomènes douloureux débordent ordinairement le domaine trigéminal, et de véritables céphalées évoluant par poussées sont aussi notées. Puis, il n'est pas rare d'observer des troubles objectifs de la sensibilité ; la racine motrice est souvent prise avec paralysie ou parésie des muscles masticateurs. La clef du diagnostic étiologique est souvent fournie par les résultats des examens complémentaires : urines, sang, liquide céphalo-rachidien, radiographie des os du crâne de face et de profil, examen des yeux et de la papille.

Dans les fausses névralgies trigéminales domine souvent un élément psychique, ou bien des troubles organiques ou fonctionnels du système sympathique céphalique. A citer la migraine, la migraine ophtalmique, certains états cellulitiques, les sinusites inflammatoires ou suppuratives.

En plus du traitement général, qui varie avec l'étiologie, quatre médications peuvent être présentes : l'opium, l'aconit, la quinine, le gelsemium sempervirens. Il faut aussi mentionner la physiothérapie (ionisation d'aconitine), et les injections neurolytiques d'alcool, enfin la neurotomie rétro-gassérienne. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 25 janvier 1932.)

**Les infiltrations périarticulaires à la novocaïne dans les entorses et les arthrites traumatiques.**

MM. R. LERICHE et R. FONTAINE avaient d'abord utilisé, en pareils cas, l'injection d'un anesthésique pour différencier les troubles fonctionnels, sensitifs, des troubles mécaniques.

Dans tous les cas où ces derniers étaient réduits au minimum, et où l'impotence fonctionnelle dominait la scène, l'amélioration fonctionnelle dépassait de beaucoup comme durée celle d'une simple anesthésie locale, et, lorsqu'ensuite les troubles réapparaissaient, ils étaient en général moins intenses et moins prononcés qu'avant l'injection. Ceci conduisit les auteurs à répéter les injections, et après 4, 5, 6 infiltrations, ils eurent la satisfaction de voir tous les troubles disparaître.

Aussi, ont-ils peu à peu élevé au rang d'une méthode thérapeutique les infiltrations anesthésiques péri-articulaires dans l'entorse et l'arthrite traumatique. Au début tout au moins, ces arthrites traumatiques, toujours prolongées, qui s'installent après des traumatismes articulaires, généralement sans fracture, même parcellaire, sont aisément curables par ce procédé, qui est à la portée de tout praticien. L'injection intra-articulaire vaut moins que l'infiltration périarticulaire, et, s'il existe à la palpation un point douloureux, c'est là qu'il faut pousser l'injection. Si, au contraire, toute la région articulaire est diffusément douloureuse, il faut faire une infiltration péri-articulaire large. Les auteurs utilisent la solution de novocaïne à 1 p. 100 (sans adrénaline) ; de 10 à 25 cmc. suffisent pour une infiltration. S'il y a lieu, les injections peuvent être répétées journellement, sans aucun inconvénient, jusqu'à guérison. (*La Presse Médicale*, 20 février 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

**Bacilles de Koch « de sortie ».**

(M. EMILE SERGENT. — *Académie de médecine* ; 31-5-1932.)

Une récente communication de MM. J. Troisier et de Sanetis Monaldi a soulevé devant l'Académie une question d'actualité, celle de la bacillémie tuberculeuse et des bacilles de Koch « de sortie ».

La bacillémie n'était pas considérée jusqu'à ces temps derniers comme un phénomène fréquent. Les recherches de Lœvenstein ont remis ce sujet à l'ordre du jour. Grâce à une technique trés sensible, la présence des bacilles de Koch dans le sang est apparue infiniment plus commune qu'on ne le croyait. En outre, la constatation de la bacillémie tuberculeuse dans des maladies dont l'origine est encore inconnue a conduit certains auteurs à rattacher ces affections à la tuberculose, par exemple le rhumatisme articulaire aigu et la sclérose en plaques.

Ne discutant pas le côté bactériologique, M. Sergent pose le problème sur un autre terrain : la constatation de la bacillémie tuberculeuse donne-t-elle au clinicien le droit de conclure que les accidents pathologiques observés sont imputables à la tuberculose ?

M. Sergent ne le croit pas. La notion des décharges bacillaires provenant de la réactivation de foyers tuberculeux latents est bien établie. Les bacilles ainsi mis en liberté, passent dans le torrent circulatoire : c'est la bacillémie, qui sera plus ou moins éphémère, plus ou moins durable.

Si la décharge est de courte durée, peu abondante, peu virulente, les bacilles pourront être éliminés par les émonctoires naturels sans déterminer aucune manifestation pathologique (bacilles « de sortie »). Si la décharge est au contraire de plus longue durée, plus abondante, plus virulente, les bacilles pourront se fixer en quelque point de l'organisme et y coloniser.

Au point de vue clinique, l'expression « bacille de Koch de sortie » peut être définie : un bacille mis en liberté et éliminé par les émonctoires, une bacillémie due à une décharge bacillaire provoquée par une maladie infectieuse aiguë ou toute autre circonstance occasionnelle, fatigues, traumatismes, etc., capable de rompre l'équilibre instable d'une tuberculose latente. Considérer la maladie infectieuse point de départ de la décharge bacillaire comme de nature tuberculeuse est raisonner sur une base inconsistante.

— M. Léon BERNARD se rallie entièrement à l'opinion de M. Sergent. A la suite de nouvelles méthodes, de l'emploi de nouveaux milieux de culture (Hohn, Lœvenstein), on a considéré la bacillémie tuberculeuse comme fréquente. Les travaux de contrôle entrepris en France ne confirment pas, il est vrai, pour la plupart, cette opinion. C'est par les migrations bacillémiques intermittentes qu'il faut interpréter la présence constatée du bacille de Koch dans le sang. Si, avec une bonne méthode, l'observateur fait l'hémoculture au moment de la migration, il trouve le bacille.

Les migrations expliquent, en tant que mécanisme pathogénique, les localisations secondaires des surinfections tuberculeuses. Mais il n'existe pas, au cours de la tuberculose, sauf dans certaines formes spéciales, une bacillémie constante jouant un rôle dans son évolution et sa symptomatologie,

**Réfection d'un urèthre continent chez la femme.**

(M. G. Marion. — *Société de chirurgie* ; 25-5-1932.)

M. Marion présente une malade qui, à la suite d'un accouchement, était atteinte d'une large perte de substance uréthro-vésico-vaginale avec incontinence d'urine. Après fermeture de la vessie au niveau du vagin, M. Marion refit un urèthre avec un lambeau prélevé sur la paroi vaginale postérieure, lambeau tubulé qui fut introduit dans un tunnel sous-pubien, créé au moyen d'un trocart.

**Prurit vulvaire et vaginisme. Névrotomie du nerf honteux interne. Guérison.**

(M. Stoïanovitch, de Belgrade. — *Société de chirurgie* ; 24-2-1932.)

M. Jean Quénu rapporte au nom de M. Stoïanovitch une observation de prurit vulvaire rebelle guéri après névrotomie bilatérale du nerf honteux interne. La malade, âgée de 56 ans, souffrait depuis plusieurs années de prurit vulvaire et de vaginisme qui avaient résisté aux diverses thérapeutiques médicales mises en œuvre. L'exérèse d'une fissure de la commissure postérieure de la vulve n'amena qu'une amélioration de quelques jours. M. Stoïanovitch pratiqua alors, sous anesthésie épidurale, une section des nerfs honteux internes. De ce jour et de cette heure, la malade cessa de souffrir.

On sait combien, dans sa forme sévère, le prurit vulvo-périnéal est une affection pénible. Rochet, de Lyon, a bien décrit le martyre de ces malheureuses qui se grattent en marchant, qui se grattent en mangeant, qui se grattent même en dormant, quand elles peuvent encore dormir.

Depuis longtemps on sait que le prurit périnéal a souvent une cause locale. Presque toutes les lésions irritatives du périnée, de la vulve et de l'anus peuvent déclencher le prurit, depuis la phtiriase et les oxyures jusqu'aux polypes de l'urèthre et aux hémorrhoïdes. Une lésion pelvienne et même abdominale (appendicite) peut aussi être l'épine irritaqui crée et entretient le prurit. Le diabète, l'alcoolisme, le nervosisme, prédisposent à ces troubles.

A la vérité, il est indiqué d'intervenir en cas d'oxyures, de polype, de phtiriase ; l'indication est beaucoup moins précise s'il s'agit d'une opération abdominale importante ; il apparaît incertain d'obtenir toujours ainsi la guérison du prurit vulvaire. Personnellement, M. Quénu n'intervient que si l'affection abdominale demande, par elle-même, une laparotomie.

Après échec des traitements médicaux, des injections épidurales, de la radiothérapie, la névrotomie des nerfs honteux internes constitue une ressource à laquelle on doit penser. Certes, elle ne vise que l'effet d'une cause inconnue mais il en est souvent ainsi dans la thérapeutique de la douleur, La seule faute à éviter, c'est la section du nerf anal, qui pourrait entraîner de l'incontinence des matières fécales.

— M. Mauclaire rappelle que bien des cas légers et moyens de prurit vulvaire guérissent par la radiothérapie.

— M. Madier a eu deux fois l'occasion de pratiquer la névrotomie bilatérale du nerf honteux interne. Le premier cas a donné une guérison. Dans le second, l'auteur dut faire ensuite une bulbectomie unilatérale droite et toutes douleurs disparurent alors.

P. L.

**Mastite et cancer du sein chez une syphilitique de 31 ans**

(MM. Gernez et Touraine ; *Soc. de Dermatologie et de syphiligraphie de Paris* ; 14-4-1932.)

Le rôle de la syphilis, dans la genèse des cancers, si souvent envisagé pour les épithéliomas pavimenteux stratifiés, ne paraît guère avoir été pris en considération pour les tumeurs du sein. La presque totalité des observations publiées omettent la recherche clinique ou sérologique de la syphilis.

La malade observée semble réaliser l'enchaînement assez complet des faits, qui unissent habituellement la syphilis et le cancer, par l'intermédiaire de l'état précancéreux local, qu'était la mammite adénomateuse. Elle confirme enfin, par son jeune âge, la règle formulée par de nombreux auteurs sur la précocité du cancer développé chez les syphilitiques.

**Invagination intestinale aiguë compliquant une coqueluche chez un nourrisson ; réduction par le lavement baryté.**

(MM. Ferru, Pérochon et Lussault ; *Soc. de Pédiatrie de Paris*; 15-3-1932.)

L'invagination intestinale aiguë du nourrisson, accident ordinairement isolé, indépendant, peut parfois compliquer une maladie infectieuse en évolution. C'est aujourd'hui un nourrisson de cinq mois, qui, au 15e jour environ d'une coqueluche de moyenne intensité, fit une invagination intestinale aiguë typique.

Cette complication ne figure pas parmi les complications mécaniques habituelles de la coqueluche. D'autre part, la guérison, obtenue simplement par un lavement baryté, autorise à souligner la valeur d'une méthode de réduction fort discutée, et trop facilement condamnée, malgré le perfectionnement technique incontestable, que lui apporte le contrôle étroit des rayons X. Son efficacité dans le cas particulier est d'autant plus appréciable qu'elle a permis d'éviter l'anesthésie générale, dont le risque ne saurait être méconnu chez un nourrisson atteint de coqueluche.

Tout doit être prévu pour une opération complémentaire éventuelle, mais le lavement baryté per-

met le plus souvent, sept à huit fois sur dix, avec une pression suffisante. pendant un temps suffisant, de réduire complètement les formes habituelles franches ou simplement ébauchées. Le lavement sera contrôlé, après 48 heures, par un deuxième lavement, suivi sur l'écran, et fixé par un cliché.

En cas d'échec, de désinvagination inachevée, incertaine, c'est-à-dire au moindre doute de l'image radiologique, une laparotomie sera immédiatement pratiquée. Le chirurgien, renseigné alors sur le siège précis du boudin, pourra se contenter d'une courte incision latérale droite, et éviter plus aisément le shock redoutable de l'éviscération.

Dans tous les cas, le lavement baryté constitue un précieux moyen de diagnostic, et réalise le premier temps du traitement, dont les risques sont ainsi considérablement réduits.

### De la sérothérapie préventive antitétanique.

(MM. J. Chavannaz et A. Fontan. — *Soc. de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest* ; 10-12-1931.)

Le tétanos existe dans la région bordelaise plus fréquemment que ne le croient certains médecins. Bordeaux paraît peu tétanifère. Certaines zones de la banlieue sont suspectes, en particulier les allées de Boutaut et Bègles. Au contraire, il y a peu de cas de tétanos à La Bastide. Les usines métallurgiques paraissent indemnes de souillures tétaniques, à l'instar des usines métallurgiques du Nord et du Creusot.

Enfin, il y a une zone éminemment tétanifère : c'est la région d'Ambarès, Saint-Loubès, Saint-Sulpice, Saint-Izon, qui est l'équivalent de la région de Nanterre près de Paris.

Le tétanos peut survenir même après une blessure insignifiante, et les auteurs n'ont pas trouvé le criterium absolu de la plaie tétanigène.

En matière de sérothérapie préventive antitétanique, l'opinion et la conduite du corps médical sont très variables en raison de la crainte des accidents sériques. Le chiffre de 40 p. 100 d'accidents sériques donnés par les classiques paraît actuellement trop faible. Il faut estimer la fréquence des accidents sériques à 60 ou 80 p. 100. Il peut y avoir des accidents sériques graves (troubles cardiaques angineux, paralysies sériques, encéphalite sérique).

Les indications de la sérothérapie antitétanique préventive formulées par l'Académie de médecine sont un minimum. Il est donc nécessaire de faire une injection de sérum dans les cas de plaies contuses, de plaie infectées, de plaies contenant des corps étrangers. Il ne faut pas négliger cette manœuvre pour certaines blessures qui exposent particulièrement au tétanos (piqûres en particulier par des clous rouillés, plaies des extrémités, hématomes sous-unguéaux). Malgré les craintes de l'Académie de médecine, les auteurs n'ont pas rencontré d'observations de tétanos après une plaie souillée par le cambouis, et il leur semble que ces plaies s'infectent bien moins fréquemment que ne le croient certains.

Pour prévenir l'éclosion du tétanos, le traitement chirurgical de la plaie est capital. La vaccinothérapie antitétanique aujourd'hui réalisable est à conseiller ; elle permettra peut-être au prix d'injections de rappel d'éviter la sérothérapie pour les plaies très minimes où celle-ci ne s'impose pas.

G. F.

# Les Congrès

## VIIe Congrès des pédiatres de langue française

(*suite*) (1)

### Formes frustes et latentes des avitaminoses chez le nourrisson.

(*Suite du rapport Bertoye*).

Eléments de diagnostic des scorbuts frustes et latents. — Ceux qui mettent sur la voie sont liés à l'*angiodystrophie scorbutique* (hémorragies, douleurs avant les troubles ostéo-hémorragiques). Moins significatifs sont les troubles cutanés, ceux de la croissance, la moindre résistance aux infections. Quels tests peuvent servir à les identifier ?

1° *Test chimique.* — A défaut de substance antiscorbutique isolée, on n'a pu établir non plus la constance d'élimination en excès du calcium par l'urine (Axil Hojer).

2° *Tests cliniques.* — Altérations des dents par arrêt des odontoblastes et de la dentine (valables dans le scorbut expérimental ; hypertrophie du cœur (cavités droites) ; pouls faible, accéléré, tachycardie sans type précisé par l'électrocardiographie ; tachypnée superficielle, jusqu'à 60 fois par minute, devançant le rythme du pouls, rapport 2/1 au lieu de 4/1. Ces signes sont inconstants.

3° *Test radioscopiques.* — Plus importants. Bande opaque à l'extrémité de la métaphyse (Fraenkel). Depuis, les faits ont conduits à rechercher sur les os longs ; humérus (extrémité proximale), avant-bras (extrémité distale), fémur (extrémité distale), jambe (extrémité proximale), les signes suivants :

*a.* Ligne épiphysaire bien calcifiée irrégulière, accrue deux à trois fois dans sa largeur (Fraenkel) ;

*b.* Petit éperon latéral de la ligne épiphysaire ;

(1) Voir *Concours Médical*, nos 24, 26, 27, et 28.

*c.* Bande d'opacité diminuée derrière la ligne épiphysaire.

*d.* Corticale très mince, ligne blanche étroite ;

*e.* Diaphyse transparente comme du verre par disparition des trabécules ;

*f.* Ombre circulaire bordant les noyaux des os longs (Wimberger).

L'association de deux ou trois de ces signes est pathognomonique du scorbut ; ils sont précoces, avant la douleur à la pression.

La ligne épiphysaire obscure persiste très longtemps, et s'entoure d'os sain. Elle peut être révélatrice d'un scorbut antérieur (signes de post-scorbut.)

Notions étiologiques. — Elles reposent sur les propriétés des aliments. Très rare, discuté même chez l'enfant au sein, on l'observe avec le lait condensé (*surtout* non sucré), les laits homogénéisés, stérilisés, lait humanisé, diverses farines. Le lait sec (Lesné et Vagliano), le babeurre stérilisé, même le lait pasteurisé peuvent être en cause. La durée de conservation des laits, le lait d'hiver (vaches à l'étable) favorisent le scorbut.

L'épreuve thérapeutique vient résoudre les cas discutables par l'administration de substance antiscorbutique, de jus frais *donnés assez longtemps et en quantité suffisante, purs et frais* (jus de fruits, citron, orange, tomate, framboises). Légumes et feuilles de légumes donnés frais. Pommes de terre qui ne sont qu'un complément, car il faudrait en donner une forte ration ; de même le lait frais. On a pu, en Amérique, tenter de standardiser ces aliments suivant leur valeur antiscorbutique. On les a administrés sous forme de préparations concentrées (jus de chou). Ils sont donnés par voie buccale, mais la voie parentérale (sous la peau, péritoine) s'est montrée active.

Doses préventives : un à trois mois, une à deux cuillerées à café par jour de jus d'orange, citron, tomate ; à quatre ou cinq mois, donner des épinards, carottes, pommes de terre.

Dans les infections, ces doses seront très augmentées.

Dans le scorbut on donnera de 200 à 500 centimètres cubes de jus de fruits par jour, et le traitement sera très longtemps continué, même après disparition des signes cliniques appréciables.

Avitaminose A. — Facteur A, non isolé, mais abondant dans le beurre, les huiles de poisson (huile de foie de morue), le foie, le jaune d'œuf, les épinards, les carottes.

Ce facteur lipo-soluble (individualisé par Mac-Collum et Danis 1913) est différent du facteur antirachitique (Mac-Collum, Simmonda, Becker et Shipplet).

*Avitaminose A typique.* — Poids stationnaire, troubles digestifs et infectieux, puis *héméralopie, xérosis conjonctival, kératomalacie* chez un nourrisson privé de graisses, nourri au babeurre, lait écrémé ou bouillies à l'eau, farines lactées. L'œil est détruit lorsque la cornée, d'abord opaque, s'ulcère, se perfore avec hernie de l'iris. Le traitement, s'il est précoce, peut réaliser la guérison sans leucome.

*Formes frustes et latentes.* — Diarrhée, anémie, troubles sanguins, troubles dystrophiques, parfois œdèmes allant jusqu'à l'anasarque, infections de la peau, des voies respiratoires, des voies urinaires. Des *conjonctivites* simples peuvent précéder la xérophtalmie et faire instituer un traitement préventif.

*Traitement.* — Administration copieuse d'un lait complet, d'huile de foie de morue et de foie en nature.

Avitaminose B. — Il existe quatre vitamines B isolées par Mme Randoin, MM. Simonnet, et Lecoq. Seules les vitamines *antinévritiques* et de *croissance* importent chez l'enfant ; il n'en existe pas de tests, seul l'examen clinique importe.

Symptômes initiaux du béri-béri du nourrisson. — Chez l'enfant au sein d'une mère carencée en vitamines B on note : perte d'appétit, vomissements, alternatives de diarrhée, surtout constipation avec anémie, amaigrissement et troubles cardio-vasculaires. Ces signes, avec l'insomnie, l'agitation, l'hypertonie des membres, réalisent le syndrome fruste d'avitaminose B (Ribadeau-Dumas).

Après ces signes apparaissent les signes révélateurs : les paralysies siégeant chez l'enfant sur les nerfs craniens (paralysie du récurrent, enrouement, aphonie, larmoiement sans cris ; le réflexe rotulien est conservé).

*Traitement.* — On donnera de la levure de bière fraîche, des germes de céréales (maïs, blé, riz, avoine).

Vitamine D. — La carence en vitamines D serait le *rachitisme*, guéri par cette substance, mais causé non par son absence, mais par un trouble plus complexe : le *déséquilibre phospho-calcique.* Par contre, le rachitisme expérimental est réalisé par la carence en facteur D qu'on réalise par le régime pauvre en phosphore, l'absence de lumière ultra-violette s'exerçant sur un organisme en voie de croissance (ce qui n'est pas indispensable : Mouriquand).

*En clinique*, le régime riche en phosphore (lait de vache) permet que le rachitisme apparaisse ; la carence solaire joue un grand rôle, la croissance n'a pas autant d'importance. Mais il s'y ajoute des troubles intestinaux chroniques, des infections aiguës ou chroniques (rougeole, broncho-pneumonie, pyodermite, syphilis).

Les causes sont donc multiples et la question est complexe.

Les *formes frustes* sont plus difficiles encore à délimiter : signes radiologiques précoces étudiés par Péhu, Policard et Boucomont ; troubles du métabolisme du phosphore et du calcium (Mouriquand et Leullier) ; perte calcique fécale, excrétion urinaire mais non fécale du phosphore. L'action thérapeutique de ces substances confirme le rôle de leur absence dans la genèse du rachitisme (action de l'huile de foie de morue, de l'ergostérol, des rayons ultra-violets).

Conception d'ensemble des avitaminoses frustes et latentes. — Cliniquement, l'auteur insiste sur le fait que ce sont des carences multiples le

plus souvent. Dans ces formes frustes on retrouve le tableau atténué de la carence complète (hémorragies pour l'avitaminose C ; signes oculaires pour l'avitaminose A).

Dans les formes latentes, on ne retrouve que de grands syndromes infantiles : anémie, troubles digestifs, troubles du poids et de la croissance, manque de résistance aux infections.

Ces carences, multiples le plus souvent, appellent une thérapeutique appropriée comportant un régime varié où s'associeront les jus de fruits, les légumes, l'huile de foie de morue.

La participation des avitaminoses à ces grands syndromes doit conduire le clinicien à ne pas négliger le facteur diététique dans le traitement de ces affections favorisées par un terrain carencé.

(*A suivre*).

# Les Livres

MASSON et Cie, Editeurs,
120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

**L'armée d'Orient délivrée du paludisme,** par Edmond et Etienne SERGENT. Préface du Dr ROUX.

Les auteurs de cette luxueuse brochure sont deux médecins algériens, deux frères, attachés à l'Institut Pasteur d'Alger, l'un comme directeur, En 1916, l'armée d'Orient étant décimée par le paludisme, ils furent désignés, par une expérience acquise durant quinze années de pratique du paludisme algérien, pour s'y rendre, et établir un plan de campagne antipaludique. Ils débarquèrent à Salonique dans les derniers jours de décembre. Les statistiques accusaient alors 60.000 cas de paludisme enregistrés depuis le 1er juin. C'était un désastre qu'il fallait enrayer à tout prix.

Après avoir vaincu les répugnances qu'ils rencontrèrent sur leur route, les oppositions, les ironies, ils dressèrent le bilan tragique des méfaits de l'anophèle : régions particulièrement infestées, villages impaludés (42 enfants sur 74 par exemple). Carte précieuse pour l'état-major, à qui elle révèlera les zones interdites et celles qui peuvent être fréquentées par la troupe.

L'enquête terminée, ils formulent leurs propositions, qui sont acceptées par le général Sarrail : le comprimé de quinine de 0,40 cgr, la dose est importante (ni trop ni trop peu), sera pris systématiquement à la soupe du soir, par tous sans exception, officiers et hommes de troupe, non comme un médicament, mais comme une ration alimentaire. Des contrôles seront exercés inopinément, à l'aide de la réaction qui permet de déceler la quinine dans les urines dans les 24 heures qui suivent son absorption. Les défaillances seront sévèrement punies, non pas chez le soldat, mais chez son chef et son médecin, s'ils n'ont pas su faire respecter une consigne salvatrice.

Création d'une mission médicale de quelque vingt membres, relevant uniquement du général en chef, qui s'assureront, dans tous les corps de troupe, de l'exécution des ordres et rendront compte. Trois mots : consigne ; contrôle ; sanctions. Trépied protecteur.

Après l'approbation du Ministre de la guerre, le général Lyautey, cette campagne anti-paludique est menée activement. Et ses résultats sont si brillants qu'un an plus tard, on a constaté dix fois moins de cas de paludisme de première invasion et vingt-trois fois moins de décès. Le paludisme a dû reculer, c'est une victoire. Aussi, les auteurs ont-ils pu, à juste titre, orner l'une des dernières pages de garde de leur plaquette d'une reproduction de la victoire de Samothrace, dessinée d'un burin dont j'ai goûté et admiré la puissance et l'harmonie, là et dans les nombreux dessins en noir et en deux couleurs, dont ils l'ont émaillée. Des lettrines, évocatrices des lieux et des hommes, d'un choix heureux, piquent leur note d'art au début de chaque chapitre. Des silhouettes, des scènes locales, des images, des symboles, les terminent. Le moustique, *l'ennemi*, s'impose à l'attention, de son obsédante image... Au total, 90 pages qui se lisent en une heure, mais qui font penser et enseignent... Une méthode à l'épreuve, une volonté pour l'appliquer, le succès couronne l'entreprise. Formule à retenir ; sa simplicité n'exclut pas la puissance.

La maison Masson et Cie doit être félicitée pour la somptuosité avec laquelle elle a édité ce « journal de campagne », de deux confrères dont je loue la sobriété et le raccourci de l'exposé, si plein d'intérêt, des grandes choses qu'ils ont réalisées.

G. D.

Editions médicales N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Docteur LE FUR. — **L'urologie en clientèle.** (Un vol. de 610 pages, 384 figures, 2e édition 1932. Prix : 50 francs.)

La seconde édition de ce volume appartenant à la collection « Comment guérir » vient de paraître.

On y retrouve les qualités de clarté et de bon sens clinique, ainsi que les conseils pratiques pour une bonne technique urologique, qui caractérisaient déjà la première édition. — Des chapitres ont été complétés ou ajoutés, concernant particulièrement les nouvelles méthodes d'exploration rénale, et le cathétérisme thérapeutique des uretères, les récentes applications de l'urétroscopie et de la cystoscopie, la vaccinothérapie, le traitement des lésions du verumonta-

num et de la prostate par les applications locales de courants de H. F. — Comme le dit d'ailleurs le Docteur Le Fur dans sa préface, cet ouvrage est le résumé de l'enseignement urologique qu'il a donné à sa clinique pendant de longues années. Il a le mérite d'être essentiellement pratique. L'auteur s'est en effet attaché surtout au côté technique, celui qui intéresse avant tout le médecin praticien, l'étudiant terminant ses études et même le spécialiste désirant faire de l'urologie courante. — Aussi, cette nouvelle édition est-elle assurée du même succès que la précédente.

Laboratoires Bottu,
117, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris VIe.

Docteur Cabanès. — **Dents et dentistes à travers l'histoire.**

Les médecins bibliophiles n'ont pas oublié la somptueuse plaquette éditée il y a trois ans par les Laboratoires Bottu. Le tome II de cet ouvrage inédit vient de paraître. Il enrichit la collection des œuvres du regretté Docteur Cabanès, universellement connues par tous les amateurs épris de beaux livres et s'intéressant à tout ce qui touche à l'histoire de notre art, comme à la part de notre art dans l'histoire.

A travers la joie de votre lecture percera une fois de plus le regret de la disparition prématurée du charmant évocateur de toutes les vieilles choses chères à nos esprits curieux, et il s'y joindra les remerciements qu'il convient d'adresser aux Laboratoires Bottu qui ont eu la discrétion de n'entacher cet élégant volume par aucun rappel publicitaire.

Masson et Cie éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1932.

L. Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis. **Thérapeutique infantile.** Un vol. in-8°, 508 pages. Prix : 55 fr.)

Ce précis de thérapeutique infantile est rédigé par un maître en médecine infantile ; c'est dire qu'il sera d'un précieux secours pour tout praticien, dans les soins qu'il devra donner aux enfants. Fort bien présenté, il sera facile à consulter en raison d'un index des formules, et d'un index alphabétique.

L'ouvrage est divisé en trois parties, consacrées respectivement aux médications, aux traitements et aux régimes.

Les médications chimiques, bien que discréditées par certains, peuvent donner des résultats inespérés, lorsqu'elles sont administrées à propos. Pour chaque médicament d'usage courant, l'auteur rappelle ses propriétés et indications, ses incompatibilités principales, sa posologie et son mode d'emploi, renvoyant, pour les formules dans la composition desquelles il peut entrer, à la seconde partie. Un appendice très court les classe ensuite d'après leur action, et donne, sur l'art de prescrire et sur la posologie infantile, les notions indispensables.

Quant aux médications physiques, nous savons aujourd'hui tous les bénéfices qu'on peut attendre, non seulement de l'hydrothérapie, qu'il s'agisse de bains, de compresses humides, d'applications de glace, de lavages d'estomac ou d'intestin, mais encore de la créno- et de la climatothérapie. Il en est de même de l'actinothérapie, de l'électricité, de la rééducation respiratoire, et de la culture physique, qui sont envisagées dans leurs moindres détails.

Les médications biologiques sont, elles aussi, dignes de toute notre faveur : opothérapie, sérothérapie, vaccinothérapie, transfusions sanguines, avec leur corollaire, les immunotransfusions, la protéinothérapie. Quelques pages sont réservées aux petites interventions : injections diverses, ponctions ventriculaires.

Les traitements sont groupés par appareils, sans que soient oubliées les infections, les affections du nourrisson, les troubles de la nutrition. Pour chaque maladie, un plan invariable est adopté : traitement causal ou préventif, traitement curatif, traitement des complications, cures thermales. Ce chapitre se termine par quelques notions d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Enfin les régimes, question tout aussi importante, sont envisagés pour l'enfant sain, puis pour l'enfant malade, suivant les appareils atteints.

Les dernières pages renferment : 1° quelques données théoriques relatives à la croissance, aux fontanelles, à l'éruption dentaire, à la chimie du lait 2° un résumé de quelques formules courantes.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez Le François, éditeur.
91, boulevard Saint-Germain.

Joseph Rœkower. — **Le pronostic des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire et du pneumothorax thérapeutique.** Etude de 1.554 cas observés au sanatorium de Ris-Orangis pendant 7 ans (un vol. 188 pages).

Chez Peyronnet et Cie,
7, rue de Valois.

Dr Lenclos. — **L'étude objective du tempérament. Applications à la thérapeutique homéopathique.** Un vol. 240 pages. Prix : 12 francs.

# L'ULCÈRE ANGIO-NEURO-TROPHIQUE

Par le Dr Dapot (de Saint-Etienne)

La clinique a, de longue date, séparé deux types d'ulcères chroniques : ceux d'étiologie vasculaire (ulcération artéritique, ulcère variqueux) et ceux de cause nerveuse.

Actuellement un travail de révision s'impose. A la lumière d'une série de publications récentes, il apparaît qu'à l'origine de très nombreuses ulcérations, les facteurs nerveux et vasculaires se trouvent associés. Tout comme il y a les œdèmes angio-neurotiques, il est des ulcères angio-neuro-trophiques.

Cette notion entraîne d'importantes sanctions pratiques ; on connaît l'utilité d'interventions sur le sympathique ou les troncs nerveux dans les ulcérations douloureuses d'origine vasculaire ; mais on sait moins l'utilité de traiter l'élément vasculaire dans les ulcères en apparence neuro-trophiques.

## Etude clinique

L'ulcère angio-neuro-trophique survient dans trois circonstances différentes. Tantôt il est consécutif à des lésions vasculaires et nerveuses associées. Tantôt l'atteinte nerveuse est conditionnée par la lésion vasculaire. Dans un troisième groupe de faits, c'est l'altération nerveuse qui retentit sur la vaso-motricité périphérique.

I. — **L'ulcère consécutif aux lésions vasculaires et nerveuses associées.** — Nous serons brefs sur ces faits cliniques qui ont été trop fréquemment observés pendant la guerre. L'étude en a été faite par Pierre Marie, H. Meige et Mme Athanassio-Benisty (1). Ils sont caractérisés par l'association de troubles sensitifs, trophiques et vaso-moteurs intenses. Leur siège de prédilection est aux membres inférieurs, mais Lortat-Jacob et Sézary ont observé des faits semblables aux membres supérieurs : les ulcérations siègent alors aux extrémités digitales et leur association aux phénomènes acro-asphyxiques réalise un aspect assez particulier de syndrome de Raynaud.

II. — **L'élément nerveux dans les ulcères d'origine vasculaire.** — Ces faits cliniques sont à l'ordre du jour. E. Duhot vient justement de consacrer un intéressant ouvrage aux névrites ischémiques (2), et Chavany un important mémoire (3). En réalité leur description remonte au travail de Joffroy et Achard (1889) établissant qu'« il y a lieu, à côté des névrites infectieuses et toxiques, de réserver une place à un ordre de faits nouveaux, la névrite d'origine vasculaire ».

En 1902, Duhot publiait l'observation d'un garçon de 15 ans, qui avait reçu un coup de couteau intéressant la fémorale ; par la suite s'étaient développés des troubles graves (paralysie et anesthésie de la jambe) avec ulcération trophique atone.

Dans le cas publié par Duhot en 1912, c'est une hémorragie profuse qui avait entraîné l'ischémie des membres inférieurs : consécutivement apparurent aux deux jambes des troubles nerveux (avec réaction de dégénérescence) et des ulcères, qui n'étaient pas complètement guéris après deux mois et demi.

Enfin en 1927, L. Gallavardin, P. Paupert, Ravault, et J. Malartre exposent le cas d'une artérite oblitérante, dont le seul symptôme consistait dans le développement d'un ulcère trophique du dos du pied, stationnaire depuis 18 mois avec douleurs et atrophie musculaire.

En somme, dans tous ces cas, le « primum movens » de l'ulcère des jambes est bien de nature artérielle ; mais le trouble trophique est en réalité secondaire à la névrite ischémique. Des faits du même ordre ont été invoqués dans certaines ulcérations consécutives à des phlébopathies, avec cette différence cependant que les névrites constatées restent toujours assez localisées.

III. — **L'élément vasculaire dans les ulcères d'origine nerveuse** — Ici nous abordons des faits beaucoup moins connus. Déjà, cependant, on n'avait pas été sans remarquer le caractère paradoxalement douloureux d'ulcérations siégeant dans un territoire énervé. On a supposé, dans ces cas, que la douleur empruntait la voie des filets sympathiques et pouvait être liée à des spasmes vasculaires. A. Tournay a récemment exposé des expériences dans ce sens à la Société de neurologie. Il faut encore rappeler les nombreuses études faites pendant la guerre par Babinski, Tinel, Cornil qui ont souligné l'importance des phénomènes vaso-moteurs consécutifs aux sections nerveuses.

Nous avons pu observer récemment un cas de ce genre intéressant tout à la fois par l'étendue de l'ulcération et par l'influence d'une médication vaso-motrice sur des lésions en apparence purement neuro-trophique.

(1) H. Meige et Mme Athanassio-Benisty. — De l'importance des lésions vasculaires associées aux lésions des nerfs périphériques dans les plaies de guerre. Soc. de Neurologie, novembre 1915.

(2) E. Duhot. — Les névrites par ischémie. 1 vol. Maloine édit., 1932.

(3) J. A. Chavany. — La névrite ischémique aiguë au cours des oblitérations artérielles des membres. *Gazette médicale de France*, 15 octobre 1931.

M. J... 44 ans, pensionné de guerre à 75 % pour troubles trophiques de la jambe droite avec vaste ulcère au tiers inférieur de la face interne du tibia, consécutif à une section du nerf tibial postérieur par éclat d'obus en 1914. Raccourcissement de la jambe de 5 cm., pied en varus équin et ballant, atrophie très nette de la jambe et de la cuisse.

Ce blessé se présente à nous pour la première fois le 10 juillet 1931 parce que son ulcère le fait extrêmement souffrir. Les divers traitements qu'il a tentés depuis plusieurs années n'ont donné aucun résultat. L'ulcère s'étend au tiers inférieur de la face interne de la jambe sur une hauteur de 12 cm., 5 cm. de largeur et 2 cm. 1/2 de profondeur environ (le tibia est à nu sur quelques centimètres). Les bords de l'ulcération sont atones, décollés, infiltrés sur une vaste étendue et recouverts de larges bulles de dermatite. Toute la région est douloureuse. Il n'existe pas de varices du membre. En présence de tous ces symptômes et devant l'échec de tous les traitements précédents, nous conseillons au blessé l'amputation de la jambe, intervention qui n'est pas acceptée.

Nous plaçons alors la jambe du blessé dans une botte de Unna après avoir avivé au thermocautère les bords de l'ulcère et bourré la cavité de gaze largement imbibée de pommade Acécolex. Nous conseillons en même temps de pratiquer une injection d'Acécoline-Solution à 20 cgr. tous les deux jours.

Pendant le premier mois, les bottes de Unna sont mal supportées et nous sommes dans l'obligation de les renouveler tous les 4 ou 5 jours. Le 17 août, l'ulcère n'est plus douloureux et est à moitié comblé. Nous continuons les mêmes pansements recouverts d'une botte de Unna et nous laissons en place 15 jours puis 3 semaines, à partir de la mi-septembre.

Les injections de chlorure d'acétylcholine ont été interrompues fin août. Fin octobre, l'ulcère est complètement cicatrisé A noter que ce blessé, ouvrier armurier, n'a jamais interrompu son travail sauf pendant quelquesjours, au début du traitement. Nous l'avons revu six mois après, le 16 avril, la guérison était parfaite.

### Directives thérapeutiques

Nous ne nous attarderons pas ici sur le traitement de l'infection locale qui, dans les cas de ce genre, est manifestement secondaire. Dans le cas ci-dessus rapporté, la désinfection rapide a été réalisée par la fenchone contenue dans la pâte utilisée. Nous confirmons sur ce point les récents travaux de F. Pasteur (du Val-de-Grâce) (1).

Le traitement peut surtout viser principalement l'élément nerveux ou vasculaire de ces ulcérations de pathogénie mixte.

**Intervention sur l'élément nerveux.** — Les opérations sur le sympathique péri-vasculaire (Leriche) sont trop connues pour que nous y insistions. On leur a maintes fois reproché la fugacité des améliorations obtenues et aussi leur danger lorsqu'on intervient sur des vaisseaux sclérosés : d'où les récents travaux viennois qui préfèrent la phénolisation à la section de la gaine artificielle (K. Doppler).

Dans les névrites par ischémie s'accompagnant d'ulcère rebelle et douloureux, Duhot et Gallavardin ont obtenu de bons effets par la névrotomie.

En réalité, puisque dans ces cas la névrite est secondaire à l'atteinte des vaisseaux, mieux vaut agir d'emblée sur le facteur vasculaire.

**Intervention sur l'élément vasculaire.** — Dans les cas où l'oblitération artérielle du tronc principal joue le rôle d'épine irritative conditionnant le trouble neuro-trophique, il ne faut pas hésiter à recourir à l'artériectomie (Leriche et Stricker). De toutes façons un traitement artério-dilatateur et veino-trophique doit être mis en œuvre de façon précoce et le médicament qui remplit indiscutablement le mieux ce double but est le chlorure d'acétylcholine. Dès l'une de leurs premières publications d'ailleurs, M. Villaret et Justin-Besançon (1) avaient préconisé son emploi dans les ulcérations des moignons. La dose utile est de 0 gr. 20 en injections quotidiennes si possible, ou tous les deux jours en cas de traitement ambulatoire.

Cette thérapeutique médicale si simple qui donne des résultats si remarquables dans les ulcères variqueux (Dainow) (2) (Echeverri-Baya) ou diabétiques (Wyss-Chodat) (3) doit à notre avis être complétée par des applications d'acétylcholine anhydre sur l'ulcère lui-même : la cicatrisation s'en trouve nettement hâtée.

Enfin les agents physiques ont leur place dans cette thérapeutique vasculaire : radiothérapie locale ou surrénale, diathermie, infrarouge peuvent être essayés concurremment ou consécutivement au traitement médical.

En conclusion, en présence de tout ulcère chronique même en apparence purement neurotrophique il faut penser au facteur vasculaire associé. Cette notion d'ulcère angio-neurotrophique a pour conséquence d'orienter le traitement vers l'élément circulatoire avec d'intéressants résultats.

(1) F. Pasteur. — Action antiseptique de la fenchone. *Académie de médecine*, 22 avril 1930.

(1) M. Villaret et L. Justin-Besançon. — Effets thérapeutiques de l'acétylcholine. *Presse médicale*, n° 38, 12 mai 1928.

(2) I. Dainow. — Notes sur la pharmacodynamie de l'acétylcholine. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 juillet 1931.

(3) F. Wyss Chodat (de Genève). — Guérison par injections hypodermiques de chlorhydrate d'acétylcholine d'un large ulcération scrotale chez un diabétique. *Schweizerische Medizinische, Wochenschrift*, n° 10, 8 mars 1930.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### MÉDECINE SOCIALE, RECHERCHES ET PRÉVENTION

### Le Passé, le Présent et l'Avenir

I

Dans sa réunion du 24 avril dernier, le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats a, sur les organisations de recherches en vue des diagnostics, et sur la prévention, pris les deux décisions suivantes :

**Organisations de recherches en vue des diagnostics.**

Le Conseil d'administration de la Confédération ne fait pas d'objection à ce que les Syndicats départementaux établissent localement — là seulement où ils le jugeront utile — des organisations de recherches conformes, par ordre des préférence, d'abord au premier projet exposé dans les rapport Desplats-Coppens (examens pratiqués aux cabinets des praticiens), et en cas d'impossibilité, au second projet du même rapport (centres de recherches organisés par accord entre syndicats et caisses).

(*Adopté à l'unanimité moins une voix.*)

**Prévention.**

Considérant que les examens périodiques de santé, dits de prévention, doivent, pour porter tous leurs fruits, être pratiqués par le médecin de famille aidé, quand cela est nécessaire, par le spécialiste,

Invite les syndicats médicaux départementaux à ne donner leur approbation qu'à des organisations de la prévention basées sur l'examen de l'assuré aux cabinets du médecin de famille et des différents spécialistes dont la collaboration peut être nécessaire.

(*Adopté à l'unanimité sauf une abstention.*)

Ces décisions résument la politique syndicale adoptée par le Conseil d'administration de la Confédération, à l'égard de l'un des sujets les plus importants parmi ceux qui, présentement, appellent et retiennent l'attention du Corps médical organisé.

Or, dans le temps où elles étaient prises, le Parti social de la Santé publique publiait, à l'occasion des élections, un manifeste où on peut lire :

« Toute une politique de prévention doit précéder et réduire la politique tardive de guérison qui a dominé jusqu'ici. *Partout doivent s'édifier des centres de médecine préventive et de diagnostic.* Ils peuvent être, du jour au lendemain, une *réalité bienfaisante*, grâce aux assurances sociales et à la mutualité, dont l'immense réseau d'initiatives couvre notre pays. Les sociétés de santé doivent se greffer sur les sociétés de secours. »

Telle est donc, d'autre part, la politique sanitaire d'un groupement dont le président est M. Justin Godart, actuellement ministre de la Santé publique, et dont les vice-présidences se répartissent sur huit personnalités parmi lesquelles figurent cinq médecins : MM. Marchoux, Devraigne, Toulouse, G. Brouardel, Sieur, Mme Thuillier-Landry. Le secrétaire général en est le Docteur G. Schreiber.

De son côté, l'Union fédérale des anciens combattants prenait la décision, dans son récent Congrès, de créer une Commission technique d'hygiène et de médecine sociale, parce que « les lois sociales ne donneront leur vrai rendement que si elles sont utilisées pour la médecine préventive, qu'il importe, pour la vie et l'avenir de la France, d'associer dans une action commune contre la mortalité toutes les forces agissantes du pays..... »

Il n'y a donc pas que les médecins qui s'intéressent à la façon dont la prévention est ou sera organisée. D'autres le font pareillement, qui ont

pour eux le nombre et la force. Il importe que le Corps médical soit informé de ce qui, dans ce domaine, se dit et se fait en dehors de lui.

Sans nous préoccuper *momentanément* de ce que sera l'*avenir*, prenant simplement acte de la position prise par le Conseil d'administration de la Confédération, essayons de nous en tenir au *présent*, à ce qui est, en en définissant le caractère et les buts, et en partant de ce qui fut, du *passé*.

La France est recouverte d'un vaste réseau, à mailles de plus en plus serrées, d'œuvres diverses, qui constitue un armement sanitaire dont la création et le développement se sont poursuivis, en dehors du Corps médical organisé. Cet armement se subdivise en plusieurs catégories :

1° *L'armement hygiénique* proprement dit : Directions, Bureaux et Inspections d'hygiène ;

2° L'*armement anti-tuberculeux* dispose de dispensaires, de services sociaux, de préventoriums, de sanatoriums, dont le nombre et l'importance augmentent de jour en jour. A Lyon, par exemple, y compris Villeurbanne, il existe neuf dispensaires, et un dixième est en voie de création.

Pas de ville de quelques milliers d'habitants qui ne possède son dispensaire d'hygiène sociale, dont les consultations sont assidûment suivies.

3° L'*armement anti-vénérien* comprend essentiellement des dispensaires de prophylaxie antivénérienne : ils se développent également rapidement.

4° L'*armement anti-cancéreux* se compose de Centres ou Instituts anti-cancéreux, en nombre moins grand sans doute, mais qui suivront la même marche ascendante, d'autant plus rapide que le cancer se multiplie et se répand avec une intensité alarmante.

5° L'*armement protecteur de la mère et de l'enfant* : consultations prénatales, consultations maternelles, gouttes de lait, consultations de nourrissons, pouponnières, centres d'élevage, etc., etc.

Toutes ces œuvres sont placées sous la tutelle de l'Etat, des départements et des municipalités, qui les soutiennent et les subventionnent.

Certaines d'entre elles existaient déjà avant la guerre. D'autres se sont créées et multipliées surtout depuis.

Elles ont leurs locaux, leurs cadres, leur personnel. *Les postes médicaux y sont très recherchés*. Leur clientèle est nombreuse, et dépasse souvent leurs capacités de fonctionnement. A Tourcoing, en 1931, 3.084 consultations de spécialistes ont été données à 2.416 enfants ; 1.599 consultations dentaires à 964 enfants. Au dispensaire d'hygiène sociale : 1.143 consultations de médecine générale. Au dispensaire antivénérien : 3.462 consultations. A Coulommiers, 1.550 consultations ont été données au dispensaire d'hygiène sociale.

J'oserai les définir les formations sanitaires du temps de paix du Service de santé civil, inspirées de méthodes qui firent la fortune du Service de santé militaire en 1918. Il touchait alors à la perfection, au dire du professeur P. Mauriac, qui ajoute : « Jamais les malades ne retrouvèrent depuis les garanties scientifiques qui existaient au moment de l'armistice. » (*Biographie du Professeur P. Mauriac.* Dartigues. *Concours Médical*, 1931 : page 3733.)

Et je ne parle pas de nos hôpitaux, dont les services, surtout dans les grandes villes, sont tous équipés comme l'étaient les hôpitaux militaires de la fin de la guerre.

Et je ne parle pas davantage, pour le moment, des nombreuses Œuvres privées dont les hôpitaux et les Dispensaires de la Croix Rouge représentent un très important contingent.

Or, que sont donc tous ces dispensaires, centres, consultations, tous ces services hospitaliers, sinon des *centres de recherches, de dépistage, de prévention, de diagnostics, de traitement même* ? ? ?

Aussi, puis-je m'étonner des réactions syndicales devant la perspective de centres analogues, créés par les Caisses d'assurance sociale, alors qu'en dehors des Syndicats, malgré eux, ce Service de santé civil a pris un tel développement, une telle importance.

Malgré les Syndicats, j'y insiste : ce n'est pas sans de vives protestations de notre part, en effet, qu'il a mis sur pied tous ces organismes. Nous les avons critiqués, nous les avons combattus. Nous les critiquons encore. Et j'en sais qui s'écrient volontiers : « Délivrez-nous des Centres de diagnostic ». Cri stérile. Ils sont là, que cela nous plaise ou non, et nous les subissons. Bien mieux, *nous collaborons avec eux* ; *nous les pourvoyons de clients*. En Meurthe-et-Moselle, département cité comme modèle au point de vue de l'organisation de la médecine sociale que le professeur J. Parisot y a réalisée, le *taux des consultants* des dispensaires *envoyés par leurs médecins* atteint 80 à 90 % de leur totalité. Tous ces dispensaires sont ouverts *gratuitement* à tous les assurés sociaux, leur fonctionnement se faisant suivant *accord* préalable entre l'Office et le *Syndicat médical*. Un Comité de collaboration, groupant les représentants mandatés par l'Union des Caisses, l'Office d'hygiène sociale et l'*Association syndicale des médecins*, est institué pour rechercher et mettre en œuvre les meilleurs moyens de *développer* l'organisation de la protection de la santé des assurés et pour mener à bien une propagande d'éducation hygiénique. Ce Comité a déjà envisagé et réglé la *création de centres de diagnostic et de prévention polyvalents*, de maisons de repos et de convalescence. . . .

Dans le Lot-et-Garonne, les dispensaires d'hygiène sociale ont créé, cette année, une section de

l'enfance, en accord avec l'*administration* préfectorale et le *Syndicat médical*. Des infirmières visiteuses, à la disposition des médecins praticiens, assurent le service départemental de la tuberculose et de l'enfance.

Dans les Ardennes, un délégué de l'office départemental d'hygiène sociale est le secrétaire général du Syndicat médical.

Ce sont des faits suffisamment significatifs pour me dispenser de tout commentaire.

Leur enchaînement démontre que nous avons donc assisté à ce phénomène : ces organismes se sont fondés et développés en dehors du Syndicalisme médical, contre son gré, désapprouvés par lui. Aujourd'hui, tous les médecins, ou presque, les utilisent, et des syndicats collaborent avec eux. Eh bien ! j'ai le droit de me demander si nous avons été bien inspirés, la guerre terminée, en nous désintéressant complètement de ces institutions. Nous nous étions figurés sans doute qu'elles seraient éphémères, que sans notre concours, elles seraient désertées par la clientèle qu'elles appelaient à elles, que faute de clients, elles seraient amenées à fermer leurs portes. Quelle illusion ! Elles ne fonctionnent pas toujours à notre satisfaction ? C'est possible ; c'est même certain. Mais elles sont là, comme les rameaux nombreux et touffus d'un arbre dont la croissance se poursuit avec une impressionnante rapidité. Si le Syndicalisme médical avait, tout au contraire, pris l'initiative d'en assurer au moins toute la technique, il en serait le maître et pourrait remédier aux défectuosités qu'il y constate, et qu'il ne réussit pas toujours à supprimer autant qu'il le voudrait.

Voilà ce qui devrait à la fois frapper tous ceux qui sont sans parti pris et leur ouvrir les yeux.

C'est à quoi j'ai réfléchi, depuis surtout que les Assurances sociales sont devenues une réalité. Alors, j'ai commencé à développer cette idée que, partout où un service médical doit être créé, c'est au Syndicat qu'il appartient d'en prendre la direction médicale : «Profitez de tous les droits que la loi vous accorde, ai-je crié aux Syndicats. Possédez, si vous le pouvez. Sinon, soyez au moins les exploitants et les contrôleurs techniques. Prenez partout les initiatives, dont vous serez les bénéficiaires moraux et matériels » Lorsque, la loi étant appliquée, un ministre a annoncé son intention de fonder des Centres de prévention, pour répondre aux exigences de son article 4, §§ 9 et 11, j'ai osé conseiller aux Syndicats de ne pas permettre que cela se fît sans eux, en dehors d'eux, et contre eux. Une expérience concluante se poursuivait ; des organisations similaires se développaient et réussissaient, que le Syndicalisme avait désapprouvées et même combattues, et que, présentement, il avait fini par accepter jusqu'à collaborer avec elles, sans en avoir la maîtrise. Fallait-il adopter la même attitude ? C'est la seule *question que je me suis permis de poser. Suis-je* donc une exception, et le seul à avoir eu cette préoccupation ?

Sans multiplier les exemples, je me contenterai de citer cette phrase, d'une lettre qu'a bien voulu m'écrire le Docteur Foata, de Marseille, et que je reproduirai *in extenso* plus tard : « *C'est parce que le Corps médical n'a pas su ou n'a pas pu prendre en mains les Ligues de prévention et d'hygiène sociale, que des œuvres se sont créées et se sont, — trop souvent, — passées de notre concours.* » A rapprocher d'une intervention du Docteur Clavelier, de Toulouse, à la Confédération : « *Il y avait une position à prendre. Je regrette que les syndicats n'aient pas créé ces fameux organismes que vous appellerez comme vous voudrez ; je regrette qu'on n'ait pas créé syndicalement ce qui était nécessaire.* » (1)

*Ce qui était nécessaire*, dit Clavelier. Il y avait à Paris, en 1920, un certain nombre de jeunes médecins, de médecine générale, et surtout adonnés à diverses spécialités, dont chacun avait son cabinet particulier. Ils se sont trouvés d'accord pour prévoir que, s'ils se groupaient les uns auprès des autres, dans un même local, ils offriraient à leurs confrères et à la clientèle, des avantages que leur dispersion aux quatre coins de la ville ne comportait pas, et dont les uns et les autres s'empresseraient de profiter.

Ainsi fut fondé, en 1920, le Centre de diagnostic de la rue Andrieux. En 1932, douze ans après, sa parfaite réussite démontre qu'il répond à certains besoins.

C'est dans le même esprit, avec le même objectif, et aussi avec le même succès, que fut fondée la Maison médicale d'Agen.

Voilà une ville de 20.000 habitants, qui possède douze médecins, dont un ophtalmologique, un oto-rhino-laryngologiste, un stomatologiste, un radiologue. Chacun de ces spécialistes a son cabinet dans une habitation particulière, avec son personnel, et ses locaux professionnels. Charges lourdes, frais généraux élevés, impôts écrasants. S'ils s'entendaient pour occuper, ensemble, un local au cœur de la cité, où chacun aurait son installation propre, son matériel, mais disposerait d'un personnel en partie commun, ils pourraient avoir une habitation particulière exclusivement réservée à leurs besoins familiaux et située volontiers en des quartiers plus aérés, moins surpeuplés et d'un loyer sensiblement moins élevé.

Frais généraux notablement réduits ; impôts de même ; vie plus agréable.

Cette conception n'a rien qui heurte l'esprit le plus épris d'indépendance. Pas de rivalité technique, puisque les spécialités diffèrent ; autonomie de chaque cabinet. Les services généraux sont seuls communs.

(1) *Le Médecin de France*, 1er juin 1932.

Quelle devienne réalité, et voilà une institution médicale polyvalente organisée.

Si ces médecins appartiennent au même syndicat, rien ne s'oppose à ce que celui-ci, pour tout ce qui concerne la médecine sociale, intervienne pour en régler, avec eux, la pratique.

En énonçant une pareille hypothèse, suis-je donc un hérésiarque ? Puis-je être accusé de vouloir, — secrètement, — *dissocier cette force qu'est le Corps médical et lui enlever ces qualités essentielles : son indépendance et ses traditions* ?

Plus de quarante ans de vie professionnelle dont dix années vécues, à la campagne, comme praticien rural, m'ont tout de même donné quelque connaissance *de la vie journalière, pratique et intellectuelle du médecin français* : j'en suis un et je m'en vante. Consacrant mon activité, depuis de nombreuses années, à l'administration d'œuvres d'assistance et de défense professionnelle, devenu journaliste médical, je demeure, comme tel, étranger à l'action syndicale.

Je me borne à remplir mon rôle d'informateur de ceux qui veulent bien me lire et me faire confiance, de commentateur des événements. Si je donne mon avis, je ne prétends l'imposer à qui que ce soit. Je suis parvenu à un âge où une certaine philosophie permet de considérer les contingences avec sérénité. Cette sérénité philosophique m'incite à l'indulgence envers le persiflage, les épigrammes, les sarcasmes. Ces procédés n'ont jamais empêché la vérité de finir par se faire jour !

Je reviendrai dans 15 jours sur l'objet de cette chronique, pour l'envisager sous toutes ses faces.

G. DUCHESNE.

## NOMINATION DES MÉDECINS EXPERTS POUVOIRS DISCRÉTIONNAIRES DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE

Après avoir figuré sur la liste des médecin experts, pour les accidents du travail, pendant de nombreuses années, après avoir rempli très souvent ses missions avec zèle et conscience, un de nos confrères s'est vu rayé de ladite liste.

Protestations sur protestations, appel au « Sou médical », intervention d'un député : rien n'y a fait et notre confrère n'a pas été réintégré dans ses fonctions.

A l'heure actuelle où l'on discute, dans certains milieux professionnels, de la modification des expertises, surtout lorsqu'on voit des experts de métier, ne faisant aucune clientèle et ne pratiquant que des expertises, commettre de ce fait des erreurs de pratique médicale, préjudiciables à nos confrères, qui sont condamnés, alors qu'ils ne sont pas coupables d'erreurs médicales, il nous semble que la protestation de notre confrère doit être retenue.

Bien que nous nous prétendions placés sous un régime républicain, de nombreuses petites Bastilles subsistent encore et celle de la nomination des experts en est une.

*En matière criminelle* peuvent seuls être désignés comme experts, aux termes de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, les docteurs en médecine français.

Le décret du 21 novembre 1893, modifié par ceux des 12 août 1904 et 10 avril 1906, décide qu'au commencement de chaque année judiciaire et dans les trois mois qui suivent la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent sur une liste de proposition des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

Les propositions du tribunal et la désignation de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel. Ils doivent avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale, ou être munis du diplôme de médecine légale et de psychiatrie délivré par une université française.

Et une réponse ministérielle, parue au *Journal officiel* du 9 décembre 1927, de faire remarquer que, dans cette désignation des experts, l'autorité judiciaire possède un droit discrétionnaire.

Une autre réponse ministérielle (*Journ. Off.*, 28 avril 1931) déclare que les tribunaux, dans leurs propositions et les Cours d'appel, dans leurs nominations, ne sont pas obligés de désigner comme experts tous les praticiens du ressort, ayant le diplôme de médecine légale et psychiatrie. Ce diplôme ne confère aucun droit, mais favorise une candidature.

*En matière civile*, tout docteur en médecine, qui a le droit légal d'exercer la médecine en France, peut être désigné comme expert. Point n'est besoin de nomination par la Cour d'appel, sur liste dressée par le Tribunal civil.

La nomination est faite soit par jugement d'un tribunal, soit par ordonnance d'un juge, selon les espèces en litige.

Désigné comme expert en matière civile, un praticien peut toujours se récuser, ce qu'il ne peut pas faire en matière criminelle.

Si les magistrats et tribunaux d'une part, les avocats de l'autre, voulaient faire respecter les termes des articles 303, 304 et 305 du code de procédure civile, les expertises seraient confiées à trois experts, qui seraient désignés par les plai-

deurs, dans les trois jours du jugement ordonnant l'expertise, à moins que les parties ne conviennent de ne désigner qu'un seul expert.

En cas de non-entente pour cette désignation, les experts seront commis d'office par jugement.

Cependant, la plupart du temps, ce sont les juges qui nomment eux-mêmes les experts, sans que les parties n'aient voix au chapitre. Et comme par hasard, ce sont toujours les mêmes qui sont désignés pour presque toutes les affaires civiles.

Et certains de prétendre que, pour être nommé expert, en matière civile, point n'est besoin d'être compétent, pourvu qu'on soit en relations d'amitié avec un président de tribunal, ou plus simplement avec le greffier.

D'autres s'étonnent de voir certains experts abandonner complètement la pratique médicale (certains paraît-il, ne l'auraient jamais exercée) pour se consacrer uniquement aux expertises criminelles, ou civiles. Aussi s'est-on parfois élevé contre les conclusions assez bizarres au regard de la pratique clinique, émanant de docteurs en médecine qui ne pratiquent pas, conclusions faisant condamner un praticien, qui cependant a agi selon sa science et sa conscience.

Nous avons encore présent à l'esprit le procès intenté à un médecin, pour ne pas avoir pratiqué d'injection antitétanique chez un grand blessé du travail. Les experts ont conclu dans un sens qui heurte le sentiment de tous ceux qui exercent la médecine et se trouvent fréquemment en présence de situations graves, difficiles, où l'homme de l'art doit plus se laisser conduire par son intuition et son bon sens que par des doctrines d'école, ou des conceptions de pure théorie.

Si, conformément à l'article 304 du code de procédure civile, chaque partie désignait son expert et se mettait d'accord avec l'autre pour nommer le troisième expert, il est plus que probable que loin de se laisser éblouir par des titres professoraux quelconques, les parties — et surtout le médecin s'il est en cause — s'efforceraient de faire désigner des médecins praticiens, pour donner leur avis sur des cas de pratique journalière.

### Expertises en justice de paix

Sauf dans certaines matières, le juge de paix a le droit de nommer qui il veut comme expert : son pouvoir est discrétionnaire, en vertu de l'article 42 du code de procédure civile.

Le juge de paix n'est pas tenu de se conformer aux articles 303 et suivants du code de procédure civile, qui réservent aux parties un délai de trois jours pour faire connaître les experts de leur choix.

De plus, ce magistrat a le droit de ne désigner qu'un seul expert, sans être tenu à en nommer trois.

Un arrêt récent de la cour de Cassation, chambre des requêtes du 22 février 1932 (*Gaz. Pal.*, 2 mai 1932) confirme cette pratique.

Antérieurement deux arrêts de la cour de Cassation avaient été rendus dans le même sens (Chambre des requêtes, 20 janvier 1873 ; *D.* 74.1.16 ; Chambre civile, 19 février 1906, *Gaz. Pal.*, 1906.1.377.)

On pourrait conclure qu'il appartient donc aux médecins, qui voudraient monopoliser les expertises près le juge de paix de leur canton, de se mettre au mieux avec ce magistrat, ou tout au moins avec son greffier.

### Conclusion

La réforme des expertises a fait jadis l'objet de rapports très documentés et de discussions, notamment à la Société de médecine légale. La question est ensuite passée au second plan. Elle mériterait un meilleur sort et devrait retenir l'attention de nos syndicats professionnels.

Pour ma part, j'estime que les experts devraient être moins des donneurs d'avis au tribunal, que les représentants techniques de chacune des parties en cause au procès.

Chaque expert, librement choisi par chacun des deux plaideurs, discuterait scientifiquement et en fait, à la barre, *coram populo*. Ce serait un débat contradictoire, comme cela se passe pour chaque avocat, qui plaide le droit devant les magistrats.

Si le tribunal se trouve insuffisamment renseigné après l'exposé de chacun des deux experts — qui de la sorte, seraient en quelque sorte les avocats techniques de leur client — il pourrait désigner un troisième médecin, qui, après audition de ses confrères, et discussion avec eux, pourrait les départager.

Ainsi pourraient disparaître les plaintes que certains croient devoir formuler contre les experts de métier.

En tout cas, en ce qui concerne la plainte qui nous a été soumise, si notre confrère a été rayé de la liste des experts criminels, nous ne pouvons que lui répondre qu'il est la victime d'un fait du prince. Les cours d'appel ont tout pouvoir pour désigner leurs experts et leur souveraineté est complète, sur ce point.

N'est-il plus désigné comme expert civil, il n'a pas à figurer sur une liste quelconque, puisque, en matière civile (sauf en justice de paix) ce sont les parties qui, aux termes de l'article 304 du code de procédure civile, doivent désigner leurs experts. Le tribunal n'intervient, pour cette désignation, que si les parties ne peuvent pas se mettre d'accord, soit pour la désignation d'un expert unique, soit sur le choix de trois noms.

Aux syndicats médicaux d'étudier le moyen de détruire ces petites bastilles : nous avons beau nous dire en République, le fait du prince existe dans bien des cas. A mon avis, la réforme de l'expertise civile et même criminelle devrait retenir l'attention de nos syndicats médicaux.

Dr Paul BOUDIN.

# CHUTE LIBRE OU CHUTE SCIENTIFIQUE ?

Par M. CHAVIGNY,

Médecin général de l'Armée,
Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le récent manifeste des Facultés des Sciences au sujet de l'obligation du baccalauréat latin-grec pour les études médicales n'a pas été sans susciter une certaine surprise dans le monde médical.

Ce débat ne doit pas prendre une tournure aigre et personnelle. Aussi ne retiendrons-nous pas cette allégation émise par certains qu'il pourrait s'agir, pour les Facultés des Sciences, d'une question de clientèle..... indispensable à leur activité.

Avec une netteté de plus en plus formelle, l'orientation des praticiens de la médecine au sujet des études préparatoires à notre profession, diffère du tout au tout des conceptions considérées comme fondamentales dans les milieux de Sciences pures.

A l'unanimité presque complète, les médecins pensent que la préparation aux études médicales par le moyen du P. C. N. auprès des Facultés des Sciences est d'une efficacité absolument nulle. Quelques-uns, avec des arguments qui paraissent assez bons, soutiennent même que cette préparation est fâcheuse.

Les médecins reprochent d'abord à l'enseignement de la Faculté des Sciences de promener l'esprit des élèves du P. C. N. en des questions, dont ils n'auront jamais à s'occuper en médecine. Ce serait par conséquent du temps de perdu, ce qui est assez grave déjà, les jeunes gens n'ayant jamais assez de temps pour se préparer réellement et efficacement à la profession médicale.

Mais, ce qui est plus désastreux et ce que l'on ne saurait se lasser de proclamer, c'est que la préparation dite scientifique par les Facultés des Sciences va très nettement à l'encontre de ce développement intellectuel, de cette culture spéciale, qui doivent être le but des études médicales. Nos étudiants doivent être avant tout de bons observateurs, pour devenir de bons cliniciens.

Les Facultés des Sciences développent chez les élèves un appel à la puissance mémoire et une orientation mathématique, qui les mènent infiniment loin des faits dont ils auront à connaître.

De ceci, je me permettrai de donner un exemple particulier relatif à ma spécialité. Je suis convaincu que tout clinicien pourrait rapporter des faits ou anecdotes exactement semblables et puisés dans son expérience journalière, dans le maniement de l'étudiant, au lit du malade :

Strasbourg est une ville dans laquelle ont été faites, et à une époque déjà lointaine, les premières études médico-légales sur la précipitation d'un lieu élevé. La cathédrale de Strasbourg a, depuis toujours, exercé un attrait tout spécial sur les individus résolus à se donner la mort en se jetant du haut d'un monument.

Tourdes a fait, grâce à cette documentation un peu spéciale, une étude médico-légale fort intéressante et très fouillée de la précipitation, et qui n'a pas eu a être rénovée après lui.

Placé longtemps après, dans les mêmes conditions, j'ai eu l'occasion d'observer des cas tout identiques. Et je citerai, par exemple, le cas d'une jeune femme qui avait visité, dans un but de suicide, la cathédrale de Mayence, puis celle de Cologne, et qui n'ayant pas trouvé là les circonstances qu'elle souhaitait, est venue à Strasbourg, où elle s'est précipitée sur le sol, du haut de la première plate-forme de la cathédrale.

J'ai donc quelques notions pratiques de ces lésions de précipitation. J'ai eu la curiosité de chercher dans un traité de Physique, l'un de ceux qu'utilisent habituellement les étudiants en P. C. N., quelles étaient les données intéressantes que ce traité de Physique pourrait me fournir sur la précipitation. J'ai lu très attentivement toutes ses indications en ce qui concerne la loi d'accélération uniforme du mouvement du corps qui tombe librement. J'ai relu avec intérêt ce que j'avais au moins partiellement appris moi-même jadis sur la machine de Morin, puis sur la machine d'Atwood. Et considérant alors l'équation du mouvement de chute libre d'un corps, il m'est apparu que même la mesure de G. ne m'apprenait absolument rien sur les conditions dans lesquelles se produisait la mort par précipitation, ni sur la répartition ou les variétés des lésions. Les étudiants sont bien autrement au courant de la question, lorsque je leur ai montré les lésions produites par des précipitations de ce genre. Les victimes que j'ai eu l'occasion d'examiner étaient-elles tombées en chute libre ou s'étaient-elles volontairement astreintes à subir les lois exactes d'une chute scientifique ?

Je ne me permettrai pas de résoudre la question.

Autre sujet et bien analogue :

Croyez-vous que des notions de physique mathématique soient bien utiles, quand il s'agit de résoudre ces problèmes si difficiles posés journellement à la médecine légale par les accidents d'au-

tomobile ? Les données mécaniques de la vitesse, de la masse, de la force centrifuge etc... s'y présentent en un embrouillamini qui semble inextricable. Je ne vois pas très bien à quel résultat parviendrait un expert qui prétendrait mettre un accident d'automobile en équation.

A un récent Congrès de Médecine légale, où la question des accidents d'automobile a été très minutieusement étudiée et fouillée, aucun médecin légiste n'a paru faire un appel bien pressant aux notions que le P. C. N. aurait pu laisser dans son esprit.

*In abstracto*, les Facultés des Sciences peuvent s'imaginer que la Médecine est une dépendance des Sciences. A cela, les praticiens de la Médecine rispostent que notre profession comporte une discipline intellectuelle fort spéciale, dont des savants purs n'ont guère notion. Il est alors bien difficile qu'ils y préparent très efficacement nos étudiants.

## LA MÉDECINE EN AMÉRIQUE

Miss Elisabeth Milbank Anderson ayant fondé, en 1905, une œuvre connue sous le nom de *Milbank Memorial*, et destinée à « améliorer l'état physique, mental et moral de l'humanité », une somme de 500.000 dollars (n'oubliez pas que cela fait 6.250.000 francs nouveau style) fût ordonnancée aux fins d'apporter au Comté de Cattaragus, charmante petite contrée paysanne du vaste Etat de New-York, la rédemption hygiénique ; Cattaragus, en effet, semblait heureux, mais un chancre secret rongeait cet aimable district : il ne connaissait pas les bienfaits de la médecine sociale.

Mais cela ne dura pas. Une nuée de prophètes s'abattit sur Cattaragus : on passa au crible tous les habitants, scrutant leur état physique, afin de leur révéler qu'ils étaient atteints sans s'en douter de tuberculose, de pieds plats, de syphilis héréditaire, d'hypertrophie des amygdales, d'infections focales, de kystes apicaux, et autres affections toutes mortelles. Les vaches et les enfants des écoles furent les premiers bénéficiaires de ce beau zèle ; les unes virent déclarer leur lait empesté, les autres furent convaincus d'anomalies endocriniennes et de troubles de croissance. Cinq enfants par exemple, frères et sœurs, n'ayant pas la taille réglementaire, furent proclamés atteints de nanisme, et condamnés à des injections en séries ; leur peine leur fut cependant remise sur la demande de leurs quatre parents et grands-parents sains comme des noix fraîches, mais qui étaient, comme on dit à la campagne, de la petite nature, n'ayant qu'un mètre et demi environ de stature.

Les assistantes d'hygiène brûlaient du zèle le plus pur.

Une d'elles, constatant sur la fiche d'une fillette que le médecin du Milbank Memorial avait diagnostiqué l'appendicite, entreprit de convaincre la mère de la nécessité urgente sous peine de mort, d'opérer la pauvre enfant ; la mère implora le temps indispensable pour consulter son médecin de famille « A quoi bon, Madame ? supposez-vous qu'il en sache davantage que notre spécialiste ? », affirma dogmatiquement la nurse. Or le médecin de famille était le médecin des écoles de Cattaragus, et de plus Président du syndicat local. « Vraiment ? », répliqua l'infirmière, « je ne le félicite pas sur son flair diagnostique ! » et l'enfant fut inscrite pour l'appendicectomie.

Les derniers de chaque classe, dans toutes les écoles du district, furent spécialement étudiés. On leur trouva à chacun une excellente raison d'être les derniers : l'un avait des amygdales trop grosses, l'autre de l'insuffisance thyroïde, celui-ci des pieds plats, cet autre des caries dentaires. Une exacte application des règles de la médecine sociale devait suffire à améliorer leur classement scolaire ; et d'une façon générale à supprimer les derniers dans tous les concours.

Les démonstrateurs d'hygiène avaient une grande idée ; l'organisation d'une impressionnante « caravane sanitaire », destinée à envahir inopinément un village, à y constater les péchés contre l'hygiène, et à y apporter, en quelques jours, avec des moyens puissants, les remèdes utiles. On choisit comme champ d'expérience un village qui vivait dans l'ignorance des règles de la vie saine. La caravane partit un beau matin, composée des directeurs, des exécutants, des infirmières, des statisticiens, des experts en publicité, des photographes, des historiographes ; cela faisait une belle file de voitures le long des routes.

Hélas ! quand elle arriva dans le village à sauver des microbes, il était vide. Un cirque venait de s'installer à quelques milles dans le voisinage, et le village tout entier était parti pour le cirque. Sur la porte de la mairie, un écriteau portait ces seuls mots : « Le maire est allé au cirque ; il reviendra demain soir ». La caravane reprit le chemin du retour, et le village croupit encore dans la profonde ignorance de toute hygiène.

Et que faisait, pendant ces temps miraculeux, le corps médical de l'endroit ? Naturellement, les hygiénistes avaient sollicité poliment leur concours ; naturellement ils l'avaient promis en toute bonne foi.

Mais quand les médecins de Cattaragus comprirent que leurs confrères missionnaires d'hygiène, ruinaient, explicitement ou implicitement, leur prestige, ou plutôt la confiance, que leurs malades avaient dans leur science et dans leur zèle ; quand ils se rendirent compte qu'en même temps qu'un peu de bien, les démonstrateurs faisaient beaucoup de mal, leur collaboration courtoise devint une ironique indifférence, puis une opposition violente. Et comme, sans le médecin du malade, on ne peut rien faire pour lutter contre la maladie, les efforts et les ressources de la démonstration hygiénique aboutirent seulement à alimenter, pendant de longues années, en anecdotes et commentaires, les veillées des chaumières.

***

La faillite de la caravane de Cattaragus est racontée par le Dr Logan Clendening, professeur à l'Université du Kansas (1). Il y ajoute à cette histoire qui n'a qu'une valeur locale, et nullement la prétention de jeter le discrédit sur cent autres tentatives plus adroitement réussies, quelques considérations sur la médecine sociale telle qu'elle est, là bas, organisée par l'administration (Dieu me garde de médire de celle d'ici !)

En 1922, le Congrès vota un crédit de 31 millions pour subventionner dans les divers Etats la lutte contre la mortalité maternelle, qui était alors aux Etats-Unis de 65 pour 10.000, au lieu de 24 au Danemark, 32 en Norvège, 41 en Angleterre. Le Congrès ne faisait aucune distinction, dans cette énorme mortalité, entre les districts nègres pauvres et ignorants, du Mississipi, et les villes propres et soignées de l'Est.

Qu'est devenu ce crédit ?

Dans la plupart des Etats, Colorado, Californie, Oregon, on imprima des brochures et on fit des conférences. Dans le South Dakota et le Texas, on envoya à toutes les jeunes mères une belle lettre leur offrant tous les renseignements nécessaires pour que leur enfant soit élevé hygiéniquement. C'est à peu près tout.

Résultat :

Le taux de mortalité maternelle était aux Etats-Unis, en 1915, six ans avant le vote du crédit, de 6,08 %. Six ans après le vote, il était de 6,47 %. Dans le Mississipi en 1922, la mortalité était de 8,3 % ; en 1924 de 9,5 %. New-York avait un taux de 5,4 en 1916, et de 5,9 en 1924. L'Illinois refusa de bénéficier du crédit. La mortalité tomba dans cet Etat de 7,6 en 1922 à 6,4 en 1927. Dans l'Etat voisin, l'Indiana, qui accepta la subvention, la mortalité tomba de 6,7 à 5,9 ; dans le Connecticut, qui refusa ses subsides, le taux diminua de 7,3 à 5,9 ; dans le New Jersey, qui accepta, il diminua seulement de 7,4 à 6,1.

Notre confrère ne veut pas se servir de ces faillites de la médecine sociale pour la condamner en bloc. Son but est simplement — et il rejoindra celui qui est la tradition de ce journal — de souligner l'erreur de ceux qui veulent remplacer par une médecine officielle la médecine privée. Les grands moyens qui sont mis à la disposition de la médecine officielle sont gaspillés, si l'utilisation n'en est pas confiée, avec la méthode et sous les contrôles nécessaires, au médecin qui approche le malade et qui a sa confiance. Le médecin de l'Etat a une tendance naturelle, quoique coupable, à admettre que le médecin de l'individu est ignorant, incompétent, paresseux et peu scrupuleux.

La médecine officielle se plait à affirmer des dogmes simplistes, à supprimer les cas d'espèces, qui sont le pain quotidien du médecin praticien, à déclarer, par exemple, le cancer curable « dans tous les cas où il est repéré à temps », ou la syphilis guérissable à coup sûr moyennant des règles mathématiques et des réactions de contrôle qui commandent une thérapeutique automatique. Pourquoi pas, demande le Dr Logan Clendening, traiter par l'algèbre le psoriasis ou le rhumatisme chronique ?

Quelques maladies et quelques prophylaxies sont ainsi justiciables de méthodes univoques ; la tuberculose, par exemple, où le diagnostic se fait presque à coup sûr, et où le traitement sanatorial qui est d'ordre collectif, paraît répondre aux meilleures possibilités de guérison ; ou bien la défense par l'anatoxine contre la diphtérie, par le vaccin jennerien contre la variole. Mais l'immense reste ? Les multiples problèmes, complexes et subtils qui se posent chaque jour devant le médecin de famille ?

La seule question qui se pose est celle-ci : quel est l'intérêt du malade ? Et la seule réponse, disons-le une fois de plus, est que la médecine n'est pas affaire de l'Etat, mais un service social qui a été délégué par l'Etat aux praticiens qu'il instruit, désigne et contrôle.

Ph. DALLY.

(1) Hygeia versus Æsculapius. *The American Mercury* mai 1932.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Un instant chaque jour, il n'est pas défendu de se plaire à des songes, car que faire en un gîte ?..... Et le petit garçon Patachou me disait l'autre année que lorsqu'il serait vieux, il ne manquerait tous les soirs, de mettre des lunettes avant de s'endormir. — Et pourquoi donc, Patachou ?..... — Pour mieux voir mes rêves.....*

(Tristan Derème.)

DCXCIV. — Franz Hellens. — **Réalités fantastiques.** Un vol. 12×19 tiré à cent cinquante exemplaires numérotés sur velin pur fil des Papeteries Lafuma-Navarre. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932.

Franz Hellens prétend que mes bésicles ont l'utilité et l'efficience approximative de celles que Patachou braque candidement sur ses rêves. Il m'excusera de recourir encore à leur intermédiaire pour procéder à l'examen de son nouveau recueil de Contes.

En vous parlant, il y a quelques semaines de deux œuvres récentes (1) du grand écrivain belge, j'avais attiré votre attention sur leurs qualités très particulières. Le groupement d'importants extraits d'œuvres précédentes dont je veux vous entretenir aujourd'hui nous permet de retrouver ces qualités voisinant, dans cette petite anthologie de 320 pages, où Hellens a groupé quelques-uns des passages les plus curieux des œuvres qu'il a publiées depuis 1909. Je voudrais que ce livre incitât surtout ceux d'entre vous qui le liront à pénétrer plus avant dans la production littéraire de l'écrivain que je considère comme l'un des plus originaux prosateurs contemporains. Prenez-le comme une introduction, un peu à l'égal de ces conversations primesautières où deux interlocuteurs mis en présence à l'impromptu abordent un nombre considérable de sujets tant que leur manque le lien d'une connaissance réciproque. Ou considérez-le encore comme un de ces lieux géométriques où viennent converger tristesse et misère de l'homme : salles d'attente des gares nocturnes, refuge des clochards comme dans la première et poignante nouvelle : *Les Hors-le-vent* ; salle des Pas-perdus où échouent pendant quelques instants la hâte, la fièvre, l'espoir ou la résignation des départs, la lassitude de tous les pas réellement perdus..... Ne cherchez pas cependant chez Hellens ce poli, ce bichonnage du style et de l'idée que les romanciers à bedaine ont la confortable habitude d'imposer à leurs ruminations tout à loisir. Hellens obéit à la constante indiscipline de son inspiration, au feu qui l'anime, aux bonds qui la soulèvent, au caprice qui la détourne et surtout à cette admirable *gouaille philosophique* qui a la vigueur et la persévérance d'un système auguste du même nom. Quelques-uns de ces contes vous étreignent, rigides, fantasques, terribles..... Au suivant tout est plus serein comme sont plus vertes et plus brillantes, l'été sous le soleil revenu, les ramures noyées par l'orage enfui. Vous serez frappés de sa compréhension de l'homme. Ne vous laissez pas décourager par sa brusquerie, ni par ses violences. Cherchez avec patience, la phrase que vous rencontrerez et où vous aurez la preuve de la véritable bonté et l'explication de l'attitude de hautain désenchantement que l'écrivain impose à son œuvre. Vous en aurez la brusque révélation à un tournant de page, à l'éclatement d'une de ces images où en trois à quatre mots, il enferme toute la nostalgie d'un moment humain, toute la souffrance ou toute la joie physiques qui débordent d'une créature. Vous relirez ses *Soirs de Gand* et vous serez saisis d'un frisson de pitié. Vous l'accompagnerez à l'estaminet; sur les chemins de son rêve. Il vous montrera les marionnettes flasques et nasillardes ; le *Porteur d'eau* (qu'il a dédié à son ami Maeterlinck) symbolique qui a fort à faire pour étancher notre soif, toutes nos soifs. Et aux pages de quelques récits de plus légère écriture, à cause de la sourde cruauté qui les traverse vous penserez aux papillons morts, diaprés, et transpercés d'une aiguille, sur le liège où ils attendent, sans faner, notre curiosité. Il ne faut pas reprocher à Hellens son scepticisme: il l'a assez chèrement acquis pour avoir le droit d'en user. Il impose d'ailleurs à son œuvre littéraire un mouvement et une physionomie, une intensité de vie singulière. Hellens est convaincu que l'indifférence à la souffrance d'autrui est une règle : il nous le montre avec une éloquence sans fracas ; il nous le prouve avec un talent poignant par sa sincérité et par la vigoureuse spontanéité de ses éclats : dénudant les âmes sordides comme des plaies ; écoutant la rumeur que font dans les zones obscures des sentiments et des sensations les appétits, les douleurs, les convoitises de la fièvre, de la vanité ou de la misère, naïves ou monstrueuses.

(1) La belle édition des *Documents Secrets*, éditée chez Stols, à Bruxelles et celle des *Poésies de la Veille et du Lendemain*, éditées à la N. R. F., à Paris.

DCXCV. — Marcel HAMON. — **Le Signe de Saturne.** Un vol. 12 × 19. Roman. *Editions Malfère*, Paris, 1932. 12 francs.

Le pessimisme flou dont le Docteur Hamon teinte la psychologie de ses héros compose encore à son nouveau roman une étrange perspective. Comme il a voulu le démontrer, ils semblent bien entraînés par une inflexible fatalité. Ce déterminisme, qui les conduit a plus d'âpreté, car Hamon le rattache ingénieusement à l'angoisse et aux conflits de notre époque. Le dessin de l'intrigue est volontairement obscurci de ténébreux entrecroisements, d'indécises incidentes, où passe la lourde silhouette de l'abbé Graindorge très préoccupé de ses manuscrits, mais seul personnage que ne tenaille pas une inquiétude sentimentale *confuse*. Hamon excelle à cette analyse de sentiments mal définis et traduit adroitement leur inconsistante nébulosité.

DCXCVI. — Henri BLOCH et Paul ROQUES. — **Les Papiers de Stresemann.** Tome II. Locarno et Genève. 1925-1926. Un vol. in-8° carré sur alfa avec neuf planches hors texte. *Edition Plon*. Paris, 1932, 36 francs.

Je vous ai signalé à parution, le premier tome de ces curieux documents. Leur suite montre la ténacité, la persévérance, la fourberie cauteleuse et souple, qui permit à l'homme d'Etat allemand de réaliser les buts secrets de sa politique en se jouant de ses interlocuteurs diplomatiques. A l'heure où cette politique porte ses premiers fruits, cette publication contribuera utilement à tempérer les généreuses illusions que firent lever en nous, les virtuoses et les prestidigitateurs du concert européen.

DCXCVII. — H.-R. KNICKERBOCKER. — **Allemagne : Fascisme ou communisme.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Tant que je suis au chapitre de l'Allemagne, je vous signale cette excellente enquête sur l'état actuel des principales villes d'Allemagne. Le journaliste américain, qui l'a conduite avec beaucoup de métier, semble très suggestionnable cependant dès qu'il s'agit des dangers éventuels que notre militarisme bien connu ferait courir à cette pauvre Allemagne..... et aux dollars de Shylock, aventurés à un taux raisonnable d'intérêt Outre-Rhin et y gelés.

DCXCVIII. — C.-A. FUSIL. — **La Contagion Sacrée** ou Jean-Jacques Rousseau de 1778 à 1820. Un vol. in-16 avec trois bois de Soulas. *Editions Plon*, Paris, 1932, 15 francs.

Je précise pour ne heurter aucune conviction (et provoquer sur ma chronique de désagréables chocs en retour), que l'auteur, avec beaucoup de brio et de cinglante logique tire à boulets rouges sur Rousseau. En signalant son livre d'une très agréable lecture, je prie les lecteurs qui ont un culte pour cet écrivain de ne pas me tenir pour personnellement responsable des magnifiques éreintements qu'il contient et que je me borne *à rapporter*. Je dois en signaler la facture qui est très remarquable, alerte et soigneusement nourrie de références bibliographiques et anecdotiques.

DCXCIX. — Docteur BURNET. — **La Lèpre.** Légende. Histoire. Actualité. Un vol. in-18 jésus, illustré. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Cette étude sans prétentions dogmatiques est clairement rédigée, très instructive; émouvante, puisqu'elle est consacrée à une des plus hideuses maladies qui infeste encore plus qu'on ne le supposerait certaines zones où les léproseries atteignent l'importance de petites villes. Comme pour les grands fléaux pathologiques, il reste dans ce domaine beaucoup à faire.

DCC. — Docteur HEMMERDINGER. — **La Fin du Martyre de l'obèse.** Un vol. 11 × 17. Préface du Docteur Victor Pauchet. *Editions Oliven*, Paris, 1932, 7 fr. 50.

Prévention et traitement de l'obésité. Exposés par un confrère qui a une .... grosse expérience de la question et beaucoup d'esprit.

**Varia.** ***

Chez *Flammarion*, une agréable collection « *Hier et Aujourd'hui* », composée de volumes à 3 fr. 75, dirigée par Octave Aubry. Déjà parus : Le Fort de Vaux 1916, par Henri Bordeaux. D'une révolution à l'autre, par G. Lenôtre. L'Impératrice Eugénie et sa cour, par Octave Aubry. Marie-Antoinette, à Versailles, par Pierre de Nolhac. Deux combats navals, par Claude Farrère et Paul Chack.

*Chez *Figuière* ont été édités les romans suivants: les *Démones Blanches* ; les *Mains* ; *l'Autre Enfantement* ; un volume de contes *Sophie et le Faune*, sur un sujet unique : l'accouchement ; un volume de poèmes: *Sons et couleurs*.

**Le Mercure Universel* (de Lille) dans son numéro de mai consacre un article à Trepsat, médecin français précurseur de Freud. Aux mêmes éditions, un roman : *Le crépuscule sur les jardins* rédigé par l'auteur en deux mois, durant la saison chaude à Boulogne-sur-Seine.

28 juin 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Fédération des Syndicats médicaux du Finistère

*Deuxième Réunion de* 1931, *tenue à Landerneau, le* 6 *décembre* 1931

**Elections.** — Le Bureau étant soumis à réélection il y est immédiatement procédé. Le vote au scrutin secret donne pour résultat : président : Dr Chauvel ; vice-président : Dr Le Couteur ; secrétaire-trésorier : Dr Damey.

Puis on passe à l'examen des questions portées à l'ordre du jour en commençant par celles qui seront vues à la prochaine assemblée générale de la Confédération.

La première et la plus importante évidemment est celle des Assurances sociales.

La situation est chez nous critique du fait du refus par le ministre d'avaliser notre Convention. Le motif en est la clause relative à notre défense contre les médecins rabaisiens.

Or, nous constatons que tout ce que l'on nous avait autrefois permis, on nous l'a peu à peu retiré ; jusqu'à cette « qualification », caricature de l' « habilitation » promise, et qu'on nous a même enlevée par un véritable tour de passe-passe. Et puis cette prétention de faire de plus en plus pénétrer les tarifs de l'A. M. G. dans les A. S.

Le Dr Le Couvreur donne connaissance d'une correspondance qu'il a échangée avec M. le Préfet, et qui nous édifie.

Il y est nettement dit qu'on espérait un rapprochement presque complet entre nos tarifs et celui de responsabilité des Caisses ? (à remarquer que certaines remboursent 12 francs pour une consultation d'autres 8 francs seulement, soit un tiers en moins).

Mais nous, nous avons de bonnes raisons pour refuser absolument que soit établi un rapport entre nos tarifs et ceux des Caisses.

Nous savons bien des choses, telles que la situation prospère des Caisses et les bénéfices déjà réalisés par elles, nous savons aussi l'argent qui s'engouffre dans leur fonctionnement, nous savons que les frais médicaux et pharmaceutiques sont loin de constituer leur principale charge.

Nous savons aussi qu'elles se sont déclarées satisfaites en ce qui nous concerne de l'essai qui vient d'être fait pendant six mois et qu'elles étaient disposées à continuer.

Les quatre syndicats s'associent donc résolument à l'ordre du jour suivant que le Dr Vourch avait proposé à leurs réunions respectives, et la Fédération le fait sien :

La Fédération des Syndicats médicaux du Finistère proteste contre la décision de la Section permanente du Conseil des assurances sociales, rejetant la clause de la Convention contre les médecins rabaisiens.

Elle estime, contre la section permanente, que cette clause n'est nullement une atteinte au principe du libre choix, le libre choix existe *parmi les médecins honnêtes.*

Elle estime, en outre, que cette clause a une base aussi juridique que celle qui soumet les médecins non syndiqués à la juridiction du Conseil de Famille syndical.

Considérant que le médecin rabaisien est aussi celui qui multiplie les actes médicaux inutiles, que de toutes les clauses de la Convention, celle inscrite contre les médecins rabaisiens se révèle comme la meilleure sauvegarde de la probité professionnelle dans les Assurances sociales, comme l'arme la plus efficace pour la répression des abus, la Fédération opte pour le maintien ferme de ladite clause. »

La Fédération décide que le Dr Vourch aura mission de soutenir encore ce point de vue à l'Assemblée générale de la Confédération. Nos délégués devront, en outre, se joindre au groupe protestataire qui est en train de se constituer.

Elle donne, de plus, mission à son président d'exposer tout de suite la situation à M. le Préfet, de lui signifier notre résolution ferme de maintenir notre Convention dans son intégralité, faute de quoi ce sera la rupture inévitable avec toutes ses conséquences que nous envisageons de sang-froid.

Quant à la création de ces Centres de diagnostic que la Fédération semblerait assez disposée à accepter, nous y sommes absolument opposés.

Le besoin ne s'en fait nullement sentir. Nous constatons, de plus, que ces centres, dits de dépistage, deviennent toujours des centres de traitement. Nous aussi nous estimons immoral de « livrer en pâture les spécialistes et les radiologistes aux Assurances sociales. » Nous nous joignons donc délibérément au mouvement d'opposition qui se dessine un peu partout.

Sous réserve des événements futurs, il nous faut élire à nouveau des délégués à la Commission tripartite : La même délégation est désignée, à savoir : titulaires, Drs Bagot, Le Couteur, Renault, suppléants, Drs Vourch, Damey, Darouias.

**Nomenclature.** — Nous venons de recevoir *tous* la brochure éditée par la Confédération. Nous n'avons pas encore eu le temps d'en prendre une connaissance suffisante pour en permettre la critique. Il est indispensable que tous les confrères en lisent *très attentivement* l'introduction pour bien en comprendre l'application. Nous croyons pourtant remarquer qu'il nous faudra en établir une pour

les actes courants du praticien dont le prix dépasse celui de l'acte médical simple (il y aurait lieu de l'établir d'un type et d'un format permettant plus facilement son placement dans nos portefeuilles car nous devons l'avoir constamment sur nous).

Fixation du K :

La nomenclature comporte, on le sait, l'application d'un coefficient dit K à multiplier suivant les cas, par un chiffre allant de 2 à 120. Ce coefficient pouvant varier suivant les régions, la Fédération a mission de le fixer pour notre département.

Il est décidé que pour les praticiens il sera de 15 francs, prix de la consultation, la visite étant tarifée K + 5 francs, soit 20 francs.

Pour les spécialistes, le taux de : K =25 fr. sera adopté, à titre d'essai. (Acte isolé s'entend) suivant les directives des syndicats des chirurgiens et des spécialistes. On en décidera tout à fait à la prochaine assemblée générale.

**Loi des Pensions.** — La Fédération proteste contre l'extension abusive de la loi des pensions aux réformés d'après guerre et décide de refuser les carnets de soins ainsi délivrés. Elle demande à la Confédération d'agir dans le même sens.

Il est rappelé aux confrères que beaucoup d'entre eux ne savent pas bien utiliser les carnets :

Il faut remplir le feuillet de gauche ; (copie de l'ordonnance) et porter sur le feuillet de droite (celui qu'ils conservent) le motif de la consultation ou de la visite, (par exemple) : toux, fièvre, vomissements hémoptysies, point de côté, suppuration, etc.) et non comme beaucoup le font, le diagnostic porté sur la couverture du carnet. Ce qu'il faut c'est permettre au contrôle de voir que ce motif est en rapport avec ce diagnostic.

Si un jour le malade est démuni de son carnet, (pendant son échange par exemple) le médecin ne doit pas attendre l'arrivée du nouveau carnet et y porter des visites en retard : non, il doit envoyer à la Préfecture, une note portant son adresse (franchise postale) acte avisant de sa visite ou consultation et qu'il rappellera dans son mémoire trimestriel.

La Fédération ne peut s'empêcher de remarquer que toutes ces complications eûssent été évitées si l'on avait simplement accordé aux pensionnés une indemnité fortaitaire de soins.

Pour les autres questions, enseignement de la médecine, modifications aux statuts, patente, médecine de frontières, inscrits maritimes, enquêtes médico-sociales, elle adopte les conclusions formulées dans le *Médecin de France*. Elle fait au surplus, confiance à ses délégués qui sont bien informés.

**Assurances-vie** — Il est décidé qu'à dater du 1er janvier 1932, le tarif des examens pour Assurances-vie sera porté à 80 francs.

**Délégation au Conseil de la Confédération.** — Nous restons fidèles à notre résolution de tout tenter pour arriver à la constitution du collège Finistère, Cotes du-Nord, Morbihan et n'accepterions-nous une extension de ce collège que s'il était possible en le faisant d'atteindre le quorum requis pour avoir *deux* délégués au Conseil.

Dernière heure : la *première combinaison* est en voie d'aboutir.

Monument en l'honneur des médecins tombés au Champ d'honneur. La Fédération décide de contribuer à la souscription relative à l'érection de ce monuments et vote l'envoi d'une cotisation de 2 francs par membre inscrit.

**Certificats, secret professionnel, déontologie.** — La Fédération rappelle aux congressistes que la plus grande prudence est nécessaire, car de toutes parts on s'efforce de saper le secret professionnel, mais non sans les en laisser responsables, et comment ! Le *Concours Médical* du 6 décembre contient précisément encore une étude très documentée du Dr Boudin, qui conclut au refus absolu de l'indication du diagnostic sur les certificats de décès demandés par les héritiers des assurés sur la vie.

Il y a aussi une violation du secret qui est fréquemment faite, c'est la divulgation par des employés de mairie à la presse des certificats, accompagnant les déclarations d'accidents du travail. La Fédération demandera à M. le Préfet de donner des instructions aux mairies pour que cela ne se fasse plus.

Certaines administrations : douanes, postes, etc. cherchent, elles aussi, à faire violer le secret (ordonnances à établir sur papier officiel, quittances comportant le diagnostic ou des indications équivalentes). La Fédération rappelle aux médecins qu'ils ont le devoir de s'y refuser, les avisant d'ailleurs qu'en s'y prêtant ils peuvent s'attirer des poursuite de la part des intéressés.

**Droit de certifier.** — La Fédération proteste contre l'attribution exclusive qui a été faite sans le moindre pourparler avec nos syndicats, du droit de certifier pour les infirmes et incurables aux seuls médecins inspecteurs du 1er âge.

C'est une nouvelle atteinte aux droits que nous confère notre diplôme, Nous constatons que la fonctionnarisation se produit systématiquement, sans raison valable, sous prétexte de contrôle.

Ce prétexte, après que l'affaire des H B M nous a montré quelles *garanties* sont parfois données, les médecins arbitrairement *choisis* par l'Administration, ne sauraient être pris au sérieux.

Donc les médecins syndiqués qui ont été ainsi désignés (parfois même à leur insu) et dont la bonne foi a été surprise doivent immédiatement se démettre.

Pour les examens des conducteurs d'autos de transports en commun il y avait eu de même des nominations faites sans pourparlers avec les syndicats.

La Fédération estime encore que tous les médecins ont qualité pour procéder à ces examens, mais que

c'est l'Administration qui devrait les payer, seule mesure garantissant la liberté de conclusion.
(A noter que ce mode de procéder est employé pour l'admission des inscrits maritimes et semble donner satisfaction à l'Administration de la marine marchande.)

A ce propos la Fédération se voit dans l'obligation de rappeler solennellement à tous ses membres que le Code de Déontologie comporte un article interdisant l'acceptation de fonctions de médecine publique sans autorisation du syndicat.

Une protestation sera en outre adressée à la préfecture.

Puisque nous en sommes à la déontologie, signalons qu'en raison de certains faits regrettables constatés un peu partout, qui ont nui à la bonne entente entre confrères, (dont nous avons actuellement le plus grand besoin), et vu la nécessité de raffermir notre situation, devant les Pouvoirs publics, la Fédération recommande à tous une observation stricte du Code de déontologie, et se déclare favorable à l'institution d'un Ordre des médecins (d'inspiration syndicale, évidemment, les juges qui en feraient partie, n'y ayant que le titre de conseillers juridiques).

**Prudence.** — Un de ces «marchands de bandages» qui donnent périodiquement des « consultations » dans les hôtels, a pu trouver des souscripteurs à des actions de sa maison dans le corps médical.

La Fédération estime que la chose est fort regrettable, et conseille aux médecins la plus grande prudence en pareille matière.

**Statuts syndicaux.** — Les statuts syndicaux sont maintenant les mêmes pour les quatre syndicats, mais les articles suivants devront y être ajoutés · Admission : les médecins provenant d'une autre région où ils étaient membres du syndicat, seront admis sans obligation de stage, après avis favorable du Président de ce Syndicat, et à la condition qu'aucune objection ne soit faite par les médecins de leur région nouvelle. Réadmissions : Les médecins qui, ayant quitté le syndicat pour des raisons jugées valables par celui-ci, demanderont à y rentrer pourront être réintégrés sans nouveau stage (sous la même réserve d'aucune objection formulée).

**Conseil de famille syndical.** — Des faits récents ont fait apparaître la nécessité de prévenir la récupération de membres du Conseil de famille. Celui-ci devant pouvoir siéger quand même avec un nombre suffisant de membres, il est décidé que chaque syndicat devra donc, si son Conseil est peu nombreux nommer deux membres suppléants (à inscrire dans, les statuts). Il faudra aussi spécifier sa date de renouvellement. (Que faudra-t-il mettre ici ? Renouvellement annuel ou bien renouvellement à faire en même temps que celui des bureaux des syndicats, ce qui serait plus simple ?)

**Syndicat départemental ou Fédération.** — L'Assemblée a eu connaissance du travail du Dr Marchais, lequel concluait au maintien de notre statut actuel

Elle entend également l'exposé du Dr Le Courteur qui estime qu'un syndicat départemental serait plus utile que 4 syndicats trop isolés, reliés par le lien trop peu serré d'une fédération, et serait en outre d'un fonctionnement plus économique.

La fédération, tout en approuvant théoriquement ses conclusions, décide, vu les difficultés d'application, (toujours dues aux conditions des déplacements dans notre département) d'en rester, jusqu'à nouvel ordre, au statut actuel.

(D'ailleurs il est rappelé à tous les confrères qu'au printemps de 1932 doit avoir lieu au Huelgoat une *réunion de tous les médecins syndiqués du Finistère*, nous aurons là une bonne occasion de voir quelle proportion d'entre eux il sera possible de réunir effectivement).

Cependant la Fédération fait tout de suite bon accueil à la proposition du Dr Le Couteur que, pour toutes questions générales, des rapports soient établis et envoyés à tous les médecins pour qu'ils les étudient avant les réunions syndicales, et qui devra y faciliter des discussions. Prière donc à ceux qui verraient l'utilité de l'étude d'une question de le faire savoir le plus tôt possible.

Pour augmenter la cohésion entre les syndicats la présence des secrétaires des syndicaux aux réunions de la Fédération est décidée en principe.

**A M G.** —La Fédération demande à nouveau l'impression par les soins de la Préfecture du tarif de l'A M G *dans son ensemble.* Il est actuellement constitué par une quantité de feuilles volantes, parfois peu lisibles.

Elle demande une mise au point de sa rédation, en ce qui concerne les accouchements, car celle-ci, par sa défectuosité a provoqué des ennuis à des confrères, ce qui a obligé leur syndicat à intervenir.

**Vaccinations antidiphtériques.** — Il y a eu, encore, à leur sujet, une petite tentative de fonctionnarisation que la Fédération estime tout à fait inutile.

Elle rappelle donc, une fois de plus, que personne ne doit accepter une fonction de médecine publique sans en avoir référé au Syndicat.

**Nominations dans les hôpitaux.** — En raison de faits récents qui ont provoqué des difficultés, le Syndicat de Quimper a demandé l'avis autorisé du Dr Boudin. Celui-ci a reproché vivement aux médecins de ne pas assez s'inquiéter des questions juridiques, d'accepter des postes sans même savoir à quoi ils s'engagent, et conseille l'établissement de statuts codifiant les admissions et la situation des médecins dans les hôpitaux ou postes similaires.

Le Syndicat de Quimper avait décidé de n'admettre la candidature de ses membres à de tels postes que si, d'accord avec lui, un statut avait été préalablement établi, qui les préserve de l'arbitraire et garantisse leur dignité.

La Fédération décide de suivre, elle aussi, le conseil

du Dr Boudin et lui adresse ses remerciemnts chaleureux pour son travail.

Remarquez, confrères, la différence qui se manifeste entre le Sou Médical, conseil et défenseur du médecin et une simple Assurance-responsabilité, et adhérez-y tous, d'autant plus que pour une cotisation minime, il peut vous garantir jusquà 100.000 frs. et qu'il défendra non seulement votre bourse, mais tout d'abord vos intérêt moranx et votre dignité. Cela vous ne sauriez le trouver ailleurs.

**Bourse Lamo.** — Les confrères qui ont des fils étudiants en médecine et qui veulent concourir pour l'attribution de la bourse de cinq cents francs de livres offerte par les Etablissements Lamo,sont priés de s'inscrire chez le Dr Damey à Douarnenez dans le plus bref délai, et d'indiquer les titres de leurs candidats.

**Situation financière.**— La cotisation s'étant montrée cette année insuffisante, il est décidé que chaque syndicat devra verser au trésorier, immédiatement, la somme de cinq francs de plus par membre inscrit. (auxquels s'ajouteront les deux francs votés pour le monument).

En fin de séance le président donne lecture d'une intéressante lettre qu'il a reçue du Dr Marchais.

Celui-ci fait savoir que sur son initiative le syndicat de Chateaulin a étudié la question : « Assurances Sociales et Cheminots ». Il demande que les autres syndicats l'étudient également pour que la Fédération puisse en être saisie à sa prochaine réunion.

Le but de son intervention est, dit-il, de profiter des circonstances du moment pour leur appliquer nos principes de libre-choix, entente directe, respect du secret professionnel, etc.

Pour les accidents du travail, le Dr Marchais voudrait également que le corps médical revînt généralement à la pratique de l'entente directe.

Signalons dès maintenant que les Syndicats devront étudier sans délai le tarif applicable aux expertises civiles (accidents du travail ou autres). Des différences énormes de tarification se sont révélées, ce qui est inadmissible, dans le même département.

Quimper. Douarnenez, 13 décembre 1931.

*Le président,* Dr F. Chauvel. — *Le secrétaire,* Dr E. Damey.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Fondation J.-A. Sicard.** — La Commission de « La Fondation J.-A. Sicard » se réunira au mois de novembre 1932, en vue d'attribuer pour la première fois les arrérages de ladite fondation, soit environ 20.000 francs.

Le but de cette Fondation est de favoriser et de diffuser les recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publication, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France et à l'étranger.

Les candidats devront adresser pour le 15 octobre, dernier délai, au doyen de la Faculté, une demande établie sur papier timbré à 3 fr. 60. Ils devront indiquer, de la façon la plus précise, les recherches ou missions qu'ils poursuivent, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires.

Il ne peut être désigné *qu'un* ou *deux* bénéficiaires.

—**Thèses.** —Lundi 4 juillet. Jury: MM. Marcel Labbé, Loeper, Chiray, Harvier. — M. Huguet : Etude sur le traitement électro-radiothérapique de la maladie de Basedow. — M. Milovanovitch : Etude clinique et thérapeutique médico-chirurgicale des gangrènes diabétiques. — M. Calvet : Le radium à faible puissance dans quelques syndromes douloureux. — M. Hatieganu : Etude physio-pathologique des grandes hémorragies. — M. Herman : L'antigène méthylique et le rhumatisme chez les tuberculeux. — M. Sohman : Etude étiologique des hépatites scléreuses.

Mardi 5 juillet. Jury : MM. Balthazard, Sergent, Strohl, Aubertin. — M. Decante : Avortement et traumatismes accidentels. — M. Roux : Le cancer du rectum chez les jeunes gens. — M. Gessen : Les images radiologiques des abcès pulmonaires. — M. Iliesso : Etude de l'insuffisance surrénale aiguë (syndrome de Sergent-Bernard). — M. Silvia Lavit : Etude des néphrites diphtériques. — M. de Coster : Des deux nouvelles méthodes de traitement de l'angine de poitrine : 1° les injections intra-veineuses iodées intensives ; 2° Injections sous-cutanées d'acide carbonique. — M. Mainguy : Des effets thérapeutiques de l'arc à grande puissance.

Jury : MM. Bezançon, Guillain, Abrami, Philibert. — M. Duvernois : Etude du sarcome myéloïde. — M. Grosbois : Médication créosotée dans les affections pulmonaires aiguës. — M. Grunwald : Maladie d'Addison sans lésions capsulaires, — M. Lenoir : Maladie osseuse de Paget et cataracte endocrinienne ((étude clinique et pathogénique). — M. Parlier : La maladie orthostatique. — M. Pillière de Tanouarn : Etude du traitement des troubles endocriniens chez l'homme. — M. Normand : Etude des myélopathies post-commotionnelles (sclérose latérale amyotrophique).

Jury : MM. Laignel-Lavastine, Huguenin, Olivier, Sézary. — M. Aumasson : L'impaludation chez les paralytiques générales enceintes. — M. Bentata : Un médecin du 17e siècle. — M. Bruneau : Apparition de manifestations tertiaires de la syphilis, au cours du traitement de la paralysie générale par la malariathérapie. — M. Gondet : Le signe de Babinski intermittent lié aux troubles cardio-respiratoires. —M. Michy : Acanthosis nigricans et ses rapports avec les tumeurs malignes. — Mme Trivas : Auto-observation d'un tabétique de qualité.

Mercredi 6 juillet. Jury : MM. Léon Bernard, Lemierre, Guy-Laroche, Moreau. — Mme Blanchy : Etude critique sur le pneumothorax bilatéral dit « alterne. » — Mlle Lacroix : La chrysothérapie dans la tuberculose infiltrée à début aigu récent. — M. Magrin : Etude de l'influence de la rougeole sur la tuberculose pulmonaire. — M. Peyaud : Les climats de France dans la tuberculose pulmonaire. — M. Polacco : Les

rechutes chez les malades traités et guéris par un pneumothorax. — M. SIGNORET : Etude des facteurs de l'infection tuberculeuse. — M. DE PALMA : Le traitement des bronchiectasies par le pneumothorax artificiel. — M. GODIN : La gono-réaction. — Mlle LATASTE : Le régime des nourrissons débiles.

Jury : MM. Clerc, Fiessinger, Brulé, Cathala. — M. Chélala AGUILERA : Etude des troubles de la ménopause et leur traitement. — M. HIMELFARB : Les troubles bucco-pharyngés dans la leucémie aiguë. — M. Rivero CARVÖLLA : La pression artérielle au cours de l'anesthésie et de certaines interventions chirurgicales. — M. HELLUIN : Le régime de Gerson dans le traitement de la tuberculose. — Mlle LAUR : Les réticulocytes et les réticulocytoses. — M. PULSFORD : De la téléroentgenthérapie totale.

Jury : MM. Gosset, Legueu, Mauclaire, Ombrédanne. — Mlle MODZELEWSKA-RAY : Etude des rayons infra-rouges ; leur emploi dans le traitement des affections gynécologiques. — M. RODRIGUEZ : La dysectasie du col de la vessie. — M. MARTINEZ : Les tumeurs primitives multiples de types distincts et les modifications humorales chez les cancéreux. — M. ROSSANO : Les kystes, fistules et tumeurs de la région latérale du cou et le problème de leur origine. — M. MARSIALLE : Etude sur la pathologie du nucléus pulposus intervertébral : les hernies nucléaires, intraspongieuses, la cyphose à rétropulsion nucléaire et paraplégie. — M. SAVELLI : La méningocèle. Forme rare de spina-bifida-cystica.

Jeudi 7 juillet — Jury : MM. Gougerot, Chevallier, Gastinel, Verne. — M. DECOURT : Origine de quelques cas de lèpre observés à Paris (notes sur la psychologie des lépreux). — M. DELGADILLO : Emploi de l'éosinate de caesium. — M. DUREL : Les porteurs de germes de vénéréologie. — M. LÉVY David : Sur la réaction de Bordet-Wassermann, étude de deux techniques nouvelles. — Mme VIDAL Suzanne : Dermites infantiles et réactions secondes. — Mme VINCENT : Etude des pyodermites chroniques. — M. FUCHS Stéphane : Les réactions de Bordet-Wassermann irréductibles.

Jury : MM. Brindeau, Cunéo, Jeannin, Vaudescal. — M. JAHAN : Le service de maternité gynécologique de l'hôpital civil français de Tunis. — M. ROSELL MONIER : Etude du tétanos d'origine utérine. — M. LOUKA : Indications et techniques de la gastrectomie. — M. DONET : L'acide picrique en gynécologie. — M. SALLE : La thoracoplastie partielle supérieure. — Mlle SEGUIN : Les kystes de la cloison recto-vaginale. — M. TORCHAUSSE : Etude du fœtus in utero. — M. WEILL : Les septicémies puerpérales à bacilles perfringens.

Jury : MM. Pierre Duval, Lejars, Lenormant, Terrien. — M. BOCQUENTIN : Le diagnostic précoce des tumeurs du testicule. — Mme BOCQUENTIN : Le pronostic du cancer du sein opéré. — M. MOUTARDE : Etude du traitement prophylactique des phlébites post-opératoires. — M. VEYSSET Roger : Etude de la vaccino-colloïdothérapie. — M. FRÉZOULS : Velpeau, 1795-1867. — M. BOURGET : Etude médicale sur la législation des accidents oculaires du travail. — M. LABESSE : Etude des rétinites brightiques. — M. MERLIN : De l'état antérieur dans les accidents oculaires du travail.

## HÔPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

**— Concours de l'internat.** (Nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 avril 1933.) — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mardi 11 octobre 1932, à 9 heures, au Parc des Expositions, Porte de Versailles, Paris (XV[e]).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 24 septembre 1932 inclusivement.

**— Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** (Vacantes : la première le 1er novembre 1932, la deuxième le 1er novembre 1933.) — Ce concours sera ouvert le lundi 17 octobre 1932, à 9 heures, à l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (bureau du Service de santé) à partir du lundi 19 septembre jusqu'au mardi 27 septembre 1932 inclusivement, de 14 heures à 17 heures.

CONDITIONS DU CONCOURS. — Les élèves en médecine des hôpitaux et hospices de Paris en exercice, et les anciens élèves, sous la condition toutefois qu'ils ne seront pas pourvus du diplôme de docteur, sont seuls admis à concourir pour les places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henri MARCIGUEY, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— **IIIe Congrès international du rhumatisme.** — Ce Congrès sera tenu à Paris du jeudi 13 octobre au samedi 15 octobre 1932 sous la présidence du Professeur F. BEZANÇON.

PROGRAMME DES TRAVAUX. Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique ; 2° Rhumatisme et tuberculose ; 3° Rhumatisme et profession.

Les séances auront lieu le matin de 9 h. 30 à midi ; l'après-midi de 3 h. à 6 heures.

Jeudi 13 octobre 1932, à 9 h. 30 : Séance d'ouverture au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine Rapports et communications sur la première question : Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique.

L'après-midi, à 3 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté : Présentation de photographies et radiographies.

Vendredi 14 octobre à 9 h. 30 : A l'hôpital Saint-Antoine (services du Professeur F. Bezançon et de M. Mathieu-Pierre Weil) : Présentation de malades à l'amphithéâtre de la clinique.

L'après-midi, à 3 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : Rapports et communications sur la deuxième question : Rhumatisme et tuberculose.

Samedi 15 octobre, à 9 h. 30 : Au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : Rapports et communications sur la troisième question : Rhumatisme et profession.

L'après-midi, à 3 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : Communications diverses.

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS. — Les conditions de participation au Congrès sont fixées comme suit : membre adhérent : 200 francs français. Cette cotisation est réduite à 100 francs pour les membres de la Ligue française contre le rhumatisme, et pour les membres du XXIIe Congrès français de médecine qui le précèdera immédiatement (Paris, 10-12 octobre 1932) ; à 50 francs pour les étudiants en médecine et les membres associés femmes et enfants de membres adhérents).

Ce Congrès, organisé sous l'égide de la Ligue internationale contre le rhumatisme dont le siège est à Amsterdam, et dont le secrétaire est le Docteur J. Van Breemen, devait primitivement se tenir à Rome ; ce premier projet n'ayant pu être réalisé, le Comité international de la Ligue a récemment demandé à la Section française de vouloir bien assumer l'organisation de ce Congrès et en a fixé la date à la suite du XXIIe Congrès français de médecine, qui doit se tenir à Paris du 10 au 13 octobre 1932, sous la présidence du Professeur F. Bezançon.

Envoyer les cotisations à M. Lacapère, 51, rue Bonaparte, Paris (6e), par chèque, mandat ou au compte chèques postaux de la Ligue française contre le rhumatisme ; Paris, 1414.50.

Les membres du Congrès pourront bénéficier d'une réduction des tarifs de chemin de fer pour l'aller et le retour.

RÉCEPTIONS. — Le programme des réceptions, excursions, etc., sera envoyé aux membres du Congrès. Un Comité de dames sera constitué pour organiser l'emploi du temps des femmes des congressistes qui seront désireuses de s'y associer.

HÔTELS. — Une liste d'hôtels avec aperçus de leurs prix sera envoyée aux membres du Congrès qui en feront la demande.

SECRÉTARIAT. — Le secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de médecine, salle Béclard, où les congressistes pourront retirer les enveloppes et la correspondance les concernant. Toute la correspondance doit être adressée à M. Mathieu-Pierre Weil, secrétaire général, 60, rue de Londres, Paris (8e).

— **L'Association française pour le développement de l'enseignement technique** fait savoir qu'au prochain Congrès de l'enseignement technique, qui se tiendra à Bruxelles, fin septembre, une importante question médico-sociale est à l'ordre du jour : Le « rôle du médecin dans l'orientation professionnelle », comprenant les paragraphes ci-après :

*a*) Le médecin est-il appelé à jouer un rôle en orientation professionnelle ? Le définir s'il y a lieu.

*b*) Doit-il se borner à l'étude des contre-indications (lesquelles) ou chercher à déterminer les aptitudes (lesquelles ?) de l'enfant à orienter ?

*c*) Son action doit-elle s'exercer seulement au moment de l'entrée de l'enfant dans le métier, ou doit-elle se continuer au cours de l'apprentissage ?

Dans ce dernier cas, sous quelle forme ?

*d*) Le médecin doit-il être spécialement préparé au rôle qui lui est demandé en orientation professionnelle : Si oui, comment ?

*e*) Relever les différents points ne figurant pas dans ce questionnaire quant au rôle du médecin en matière d'Orientation professionnelle.

*f*) Indiquer, par une note complémentaire, ce qui se fait à la connaissance des congressistes, en ce qui concerne la collaboration apportée par le corps médical à l'Orientation professionnelle.

Les médecins que la question intéresse peuvent s'adresser pour tous renseignements complémentaires au secrétariat général, 2, place de la Bourse, Paris.

— **Xe Congrès international de psychologie.** — Le Xe Congrès international de psychologie aura lieu à Copenhague, du 22 au 27 août 1932, sous le patronage de S. M. le Roi de Danemark.

Pourront y être admis comme membres actifs les psychologues et les savants les sciences se rapprochant de la psychologie. Seront admis, en outre, à une partie des séances du Congrès, des membres simplement adhérents: Cotisations : 150 francs et 60 francs.

Secrétariat général : 6, Studiestrœde, Copenhague.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

nomenclature de la pratique médicale courante, ou à celle des spécialistes, suivant le cas.

« Le tarif de responsabilité peut comporter une majoration de 20 à 50% lorsqu'il ne s'agit pas d'un accouchement normal, notamment lorsque la sage-femme doit faire appel à l'intervention d'un médecin. »

« Lorsque l'assurée, ou la femme de l'assuré est hospitalisée dans un établissement n'ayant pas contracté avec la caisse, elle doit être considérée comme soignée chez elle. On appliquera, dans ce cas, pour les soins médicaux, le tarif spécial à l'accouchement, aucune indemnité n'étant attribuée pour les frais d'hospitalisation; les frais pharmaceutiques seront payés dans les conditions ordinaires. »

Aux sages-femmes, qui tiennent des maisons d'accouchements, comme aux assurées sociales de voir quel est leur intérêt : ou de signer des conventions avec les caisses et se contenter du prix de journée d'hospitalisation, plus un multiple du chiffre clé ; ou de ne pas contracter et de considérer la femme enceinte comme soignée à son propre domicile.

Dans ce dernier cas, celle-ci a droit au remboursement partiel de ses frais d'accouchement et, si elle est assurée personnellement, aux prestations en argent prévues.

Dr Paul Boudin.

## A la Commission interdépartementale des assurances sociales pour les départements de Seine et de Seine-et-Oise

Le 29 juin 1932, la Commission interdépartementale tripartite des Assurances sociales pour les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise s'est réunie, avenue Lowendal, sous la présidence de M. Heller. On sait que cette Commission nommée par arrêté ministériel du 19 décembre 1931 en exécution de la loi du 30 avril 1930 (art. 7 paragraphe 5) est composée pour un tiers de représentants des syndicats de praticiens, pour un tiers de représentants des caisses et pour un tiers de représentants de l'administration et des hôpitaux publics.

Après lecture des rapports présentés par une Sous-Commission prise dans son sein, la Commission plénière interdépartementale a approuvé à l'unanimité les Conventions passées entre les caisses de répartition de la région parisienne d'une part et les syndicats de praticiens d'autre part : Fédération des syndicats médicaux de la Seine, syndicat médical de Seine-et-Oise, syndicats de chirurgiens-dentistes, syndicats de sages-femmes.

Elle a également approuvé à l'unanimité les tarifs de responsabilité des caisses concernant ces conventions ainsi que les tarifs de responsabilité pour les analyses biologiques, les lunettes et les appareils d'orthopédie.

Enfin elle a approuvé, toujours à l'unanimité, les

Conventions passées par les caisses avec l'administration de l'Assistance publique à Paris et avec les hôpitaux publics du département de la Seine, ainsi que les barêmes annexés à ces Conventions. Seule la convention passée par les caisses avec l'hôpital public du Kremlin-Bicêtre dont le texte s'écartait considérablement de celui des autres conventions, n'a pas été approuvée par la Commission. A la suite d'un long débat, il a été décidé que des négociations seraient engagées par les caisses avec l'hôpital communal du Kremlin-Bicêtre pour obtenir de celui-ci, et dans le sens indiqué par la Commission, des modifications à la convention non approuvée.

Ces importantes décisions de la Commission interdépartementale, toutes prises à l'unanimité, rendent donc légales les conventions sus-indiquées ainsi que les tarifs de responsabilité et les barêmes annexés à ces conventions qui jusqu'à maintenant n'avaient eu qu'un caractère provisoire.

## LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE AU THÉATRE

Une pièce de Ch. de Puymordant : S. G. D. G.

Dans la pièce de Ch. de Puymordant on voit un médecin abandonner sa clientèle pour se livrer à des recherches scientifiques. Il y laisse sa fortune. Naturellement, en France, personne ne fait attention à ses travaux. L'article 3 de la loi du 5 juillet 1844 lui interdit, d'ailleurs, de breveter les remèdes qu'il a trouvés, ce qui permet à un groupement étranger de s'en emparer et de gagner ainsi des millions, tandis que ce docteur sera réduit à accepter un modeste emploi de radiologue dans un hôpital, et que sa fille devra s'engager comme secrétaire dans une usine où elle ne tardera pas à s'éprendre d'un jeune inventeur qui n'est guère mieux favorisé que son père.

Ce jeune homme la quittera pour aller tenter la chance en Amérique, et après mille péripéties, gagnera une petite fortune dont les agents du fisc s'empresseront de le dépouiller à son retour en France.

Ecœuré, cet inventeur va s'embarquer pour des pays lointains, lorsqu'à la dernière scène, un télégramme lui apprend qu'une firme américaine lui propose une somme importante à titre de transaction pour ses brevets. Il sauvera à la fois la fille et le père qui, ayant subi une grave opération, pourra enfin quitter son dangereux emploi de radiologue.

Cette pièce, traitée dans le style âpre de Becque et de Mirbeau, fut interprétée par d'excellents artistes, en tête desquels se place Chamarat, de l'Odéon, premier prix du Conservatoire; elle a intéressé certainement les médecins *qui ont été invités spécialement* à la soirée du vendredi 27 mai, à 20 h. 30.

M. le Docteur Foveau de Courmelles a prononcé une allocution avant le lever du rideau.

Nombreuse assistance. La présentation de Foveau de Courmelles, retraçant la malheureuse existence de tant d'inventeurs, a été très applaudie.

# CORRESPONDANCE

## Application du Tarif des Accidents du travail

**3864. — Ne pas oublier l' « avis préalable » en cas d'intervention à tarif spécial** (*Art.* 7)

Ayant donné mes soins à un grand brûlé : brûlures intéressant tout le membre inférieur droit, (deuxième degré), une grande partie du membre inférieur gauche et du bras droit, je vous serais obligé de me dire si cette brûlure correspond à la catégorie :

Grande brûlure de deux membres....... 75 fr.
ou :
Vaste et profonde brûlure au deuxième degré et au bras.................... 100 fr.
pour les premiers pansements.

D'autre part, l'ignorant, je n'ai pas prévenu par lettre recommandée le patron de la nécessité de plus de cinq interventions à tarif spécial.

Des visites de contrôle par le médecin de l'assurance ont toutefois eu lieu ultérieurement.

L'assurance peut-elle me refuser le payement de plus de cinq interventions à tarif spécial ?

Il s'agit d'un brûlé : brûlure de la presque totalité du membre inférieur droit, au deuxième degré à certains endroits, brûlure étendue du membre inférieur gauche, occupant les deux-tiers de la cuisse et de la jambe, brûlure du bras droit (la moitié de la surface cutanée).

J'ai pratiqué :

80 pansements du membre inférieur droit ;
15 pansements du bras droit ;
25 pansements du membre inférieur gauche.
Comment établir ma note ?

D'autre part, comme j'ai négligé (l'ignorant) de prévenir l'assurance par lettre recommandée, de la nécessité d'interventions à tarif spécial, dans quelle mesure l'assurance peut-elle réduire ma note ?

Il y a eu visite de contrôle environ trois mois après le début de l'accident.

Dr H.

**Réponse**

*a*) Les « surfaces additionnées » des brûlures sont comparables à « brûlure de deux membres = 75 francs » (art. 16) naturellement pour les premiers pansements seulement « suivant les progrès de la cicatrisation ».

*b*) Vous auriez dû en donner « avis préalable » au patron ou à l'assureur substitué (note 2 de l'art. 16), la Compagnie est donc dans son droit de ne compter qu'une série de cinq pansements à tarif spécial (art. 7)... mais toutefois jusqu'à la première visite du médecin contrôleur, puisqu'ensuite la Compagnie était prévenue.

Voilà pour le *Droit*. Quant à l'*Equité*, la Compagnie ayant pu se rendre compte de l'intensité

des brûlures et de la nécessité des pansements effectués, pourrait, ce me semble, ne pas se retrancher devant le « droit pur » d'après les textes, inexorablement.

Dr F. DECOURT.

### 3906. — « Pose » et « cliché » font deux

Jusqu'ici il était admis que dans l'établissement des honoraires de radiographies (tarif Accidents du travail), on comptait une majoration de 30 francs, quand le membre était entouré d'un appareil plâtré. Cette majoration s'appliquait à l'épreuve de face *et* aussi (ou en outre) à celle de profil.

Aujourd'hui une Compagnie prétend ne payer que 30 francs pour les deux épreuves nonobstant mes remarques et le § II des « Observations » de l'art. 27 qui dit : Les prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves.

J'ai refusé le mandat représentant manote amputée et vous demande ce que je dois faire et quel est votre avis.

Ignorer la Compagnie et poursuivre le patron — cela est excessif, d'autant que je suis souvent chargé d'expertises par cette Compagnie.

Prier votre contentieux de faire comprendre le texte du tarif ministériel à la Compagnie d'assurances.

Ou m'incliner devant ses prétentions.

Ou faire appel à la commission d'arbitrage.

Dr R.

**Réponse**

Il n'y a pas de doute que la Compagnie doit vous payer 30 *francs par cliché* alors qu'il est dit : « Les prix s'entendent *pour un seul cliché* et deux épreuves... » (art. 27. Observ.). Je crois inutile de faire appel à la Commission d'arbitrage pour une chose aussi nette. En rappelant la phrase « .... quel que soit le nombre de poses » la Compagnie a confondu le nombre de *poses* avec le nombre de *clichés*. Faites-le lui simplement remarquer en lui communiquant mes observations, si vous le jugez utile.

Dr F. DECOURT.

### 3676. — 1° Soins à l'hôpital ; 2° Intervention par un omnipraticien

J'ai donné mes soins pendant plus de deux mois au jeune M... âgé de 18 ans.

Cet ouvrier, travailleur agricole, a dû être amputé de tout le membre supérieur gauche à la suite d'une plaie au bras compliquée de gangrène gazeuse.

L'opération a été pratiquée à l'hôpital de B., par un chirurgien.

Les pansements ont été effectués à B., par les soins du médecin traitant, c'est-à-dire par moi-même, comme il en est l'habitude dans cet hôpital.

J'ai dû effectuer, tous les jours, 15 km. pour aller faire ce « grand pansement » à ce blessé. La plaie

ayant été laissée largement ouverte, le pansement demandait environ une heure, et l'aide d'une infirmière.

Au bout de trois semaines ces mêmes « *grands pansements* » sont effectués chez moi. Je dois être assisté de ma domestique. Ils durent une heure environ.

*Puis-je demander à l'assurance le remboursement des honoraires pour les pansements effectués à l'hôpital ?* et l'indemnité kilométrique ?

*Quel est le tarif de ces grands pansements ?*

J'ai fait des pansements de grandes brûlures un et deux membres (qui sont tarifés 50 et 75 francs) qui demandaient moins de temps et moins de soins que ces pansements.

Au bout de deux mois, la plaie n'ayant pas tendance à se fermer, j'ai dû pratiquer des greffes de Thiersch qui ont amené la cicatrisation. Puis-je demander les mêmes honoraires, pour cette intervention, qu'un chirurgien ? Dr R.

**Réponse**

1° Tous soins donnés à l'hôpital rentrent dans le « tout compris » donc dans les frais de journée payés à l'hôpital ; les dits pansements auraient dû être effectués par le médecin du service hospitalier. Je ne vois donc pas comment vous pourriez obliger l'assurance à payer ces frais.

2° Toute intervention effectuée par un chirurgien ou un omnipraticien est tarifable au même prix (art. 15). Dr F. Decourt.

### 3631. — Expertise ou certificat descriptif

Une compagnie d'assurance me demande d'établir un certificat d'expertise après guérison (et non en cours de traitement) ou consolidation d'une luxation de l'épaule.

J'ai demandé 50 francs d'honoraires. La compagnie me répond en m'offrant 25 francs : 15 francs consultation, 10 francs certificat.

Est-ce juste ? Dr M.

**Réponse**

*a*) Si vous avez agi comme *médecin expert* en vue d'un rapport à présenter devant un tribunal, les honoraires minima qui vous sont dus sont de cent francs.

*b*) S'il s'agit du « certificat final descriptif constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave » (art. 30-3°) les honoraires sont de : consultation 15 francs plus certificat descriptif 15 francs, soit au total 30 francs.

Dr F. Decourt.

## Questions médico-militaires

### 2540. — Droits de la veuve d'une victime de la guerre, non pensionnée

Ancien combattant décédé en avril 1932 de tuberculose pulmonaire. Gazé en 1918, mais sans doute assez légèrement.

Depuis sa démobilisation jusqu'à 1928, troubles gastriques avec hyperacidité.

En 1928, diabète avec amaigrissement rapide qui se termine en 1932 par de la bacillose pulmonaire.

N'a jamais rien réclamé, donc non pensionné.

Sa veuve mal conseillée sans aucun doute prétend à une pension de veuve et veut entreprendre les démarches dans ce sens. Tout en l'en dissuadant, je lui ai promis de consulter à son sujet.

Dr S.

**Réponse**

Pour que cette veuve ait droit à pension, il faudrait que les droits de son mari à pension d'invalidité aient été établis, ou qu'ils soient établis actuellement. Or, la bacillose pulmonaire est notoirement une suite du diabète, et pour celui-ci aucune origine ne se révèle en service.

De même si on voulait faire imputer directement l'affection pulmonaire à la guerre — gazé (?) — il n'y a aucune preuve de soins continus pour le poumon depuis la démobilisation.

A notre avis, s'il y avait quelque chance de succès, ce ne serait que par le Tribunal des Pensions. La veuve se mettrait en instance par lettre adressée à l'Intendance départementale des Pensions. Le dossier serait instruit par les Pensions, et rejeté par le Ministre. En possession du rejet ministériel, la veuve aurait six mois pour se mettre en instance devant le tribunal. Au total trois ans environ, de démarches pour un succès bien aléatoire.

**2571. — Réforme pour diabète. Aggravation**

Je soigne un diabétique réformé de guerre pour diabète, définitivement avec 30 % d'invalidité.

Depuis cette réforme définitive à 30 %, pour diabète, datant de cinq ans, son état s'est aggravé, en ce sens, que si son diabète est resté stationnaire, il a contracté en plus une bronchite chronique, très suspecte au point de vue tuberculose.

Est-ce qu'il peut demander une augmentation de son pourcentage actuel et définitif de 30 % pour diabète ? en faisant valoir que sans son diabète contracté ou aggravé pendant la guerre, il n'aurait pas contracté cette bronchite grave, ou en aurait contracté une moins grave. Ou si vous voulez, est-ce que la tuberculose pulmonaire, terminaison fréquente des diabétiques, peut-être considérée par une commission de réforme, comme une complication du diabète, au même titre par exemple que la gangrène diabétique ou le coma diabétique ?

Dr P.

**Réponse**

Votre malade peut demander au médecin-chef du centre de réforme, dont il dépend, une visite pour aggravation (en y joignant un certificat médical).

Mais il est peu probable que la Commission de réforme et le ministre reconnaissent l'affection pulmonaire comme une complication du dia-

bète, ce qui serait normal pour la gangrène et le coma.

Toujours est-il que l'intéressé, en possession au bout de quelques mois du rejet ministériel, pourra se mettre en instance devant le tribunal des Pensions, pour essayer d'avoir gain de cause.

### 2511. — Délivrance des titres de pension

En avril 1930, je suis passé devant un Conseil de réforme pour affection contractée aux armées, lequel m'a reconnu un taux d'invalidité inférieur à 10 %. En mars 1922, le tribunal des Pensions m'a accordé un taux d'invalidité de 10 % à titre temporaire . Comme suite, je viens de recevoir ces ours-ci de l'intendance militaire un titre de jugement d'allocation provisoire d'attente avec bons de paiement s'échelonnant du 10 mars 1932 au 10 mars 1933. Or, je croyais avoir droit à un arrérage de pension remontant au 25 avril 1930. Est-ce exact ou suis-je dans l'erreur ? Dans le cas où j'aurais droit à cet arrérage, dois-je le réclamer et à qui, ou dois-je attendre qu'il me soit accordé ?

Dr N.

**Réponse**

En cas de jugement du tribunal des Pensions, accordant une pension refusée par le ministre, il est *aussitôt* délivré un titre d'allocation provisoire, *partant de la date du jugement, en attendant* que le ministère des Pensions, une fois en possession du jugement, vous liquide votre pension au point de départ de la Commission de réforme, qui a pris la décision, actuellement en litige ; vos arrérages seront ainsi réglés, quoique avec un certain retard.

### 2623. — Promotion au grade de médecin lieutenant. Périodes d'instruction

C'est encore moi qui viens abuser de vos conseils.

Médecin sous-lieutenant de réserve. Classe 1918, rang du 11 août 1926, je suis convoqué cette année pour la période de 25 jours, en vue de l'obtention du ce galon.

1° A quelle date sera reportée ma nomination au grade de médecin lieutenant après l'accomplissement de la dite période ?

2° Etant décidé à offrir ma démission d'officier lors de mon passage dans la 2e réserve (si rien ne s'y oppose), c'est-à-dire dans cinq ou six ans environ, ai-je des chances d'être convoqué à nouveau pour une période obligatoire d'ici cette date ?

Dr M.

**Réponse**

1° Une fois que vous aurez accompli cette période, vous serez vraisemblablement compris dans la prochaine promotion des médecins lieutenants, la date de prise de rang de lieutenant étant celle du décret de votre promotion.

2° Vous pourrez encore être convoqué pour

une ou deux périodes, la première dans les trois premières années de votre grade de lieutenant, la seconde dans les trois années suivantes.

Le maximum total de la durée des périodes à effectuer reste toujours celui de 4 mois, fixé pour les officiers de réserve par l'art. 49 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée.

### 2595. — Soins gratuits aux gendarmes par les médecins militaires

Voulez-vous me permettre de rectifier une erreur du *Concours Médical* du 10 avril 1932 ?

Les militaires de la gendarmerie (Question 324, page 1183) n'ont pas droit aux soins des médecins militaires. C'est ainsi que même dans les villes de garnison il existe un médecin civil bénévole ; et c'est ainsi qu'à l'hôpital militaire de X (qui reçoit les civils comme hôpital mixte) les gendarmes et leur famille sont acceptés en payant l'allocation *civile*.

En pratique les médecins militaires soignent les militaires de la gendarmerie et leur famille, mais c'est une habitude librement consentie et non pas une obligation. Dr P.

**Réponse**

Les gendarmes sont des militaires en activité de service ; à eux comme aux autres militaires, les médecins militaires *doivent* leurs soins gratuits, non seulement à eux personnellement, mais encore à tous les membres de leur famille résidant sous le même toit (règlement du Service de santé à l'intérieur).

Quand ces militaires sont hospitalisés, il en est de même ; *mais* ceux-ci doivent à l'hôpital le remboursement des frais de nourriture. Pour les officiers et sous-officiers, ce remboursement s'effectue suivant un tarif fixé pour chaque grade. C'est ce qui correspond à l'allocation civile, dont vous parlez.

### 260. — Maintien dans les cadres. Démission

Classe 1900, cinq enfants, j'ai été maintenu dans les cadres à l'expiration de mon temps de service accompli, en juillet 1929. Puis-je, et comment puis-je donner ma démission ? faut-il de toute nécessité, faire valoir, pour cela, un cas de réforme ?

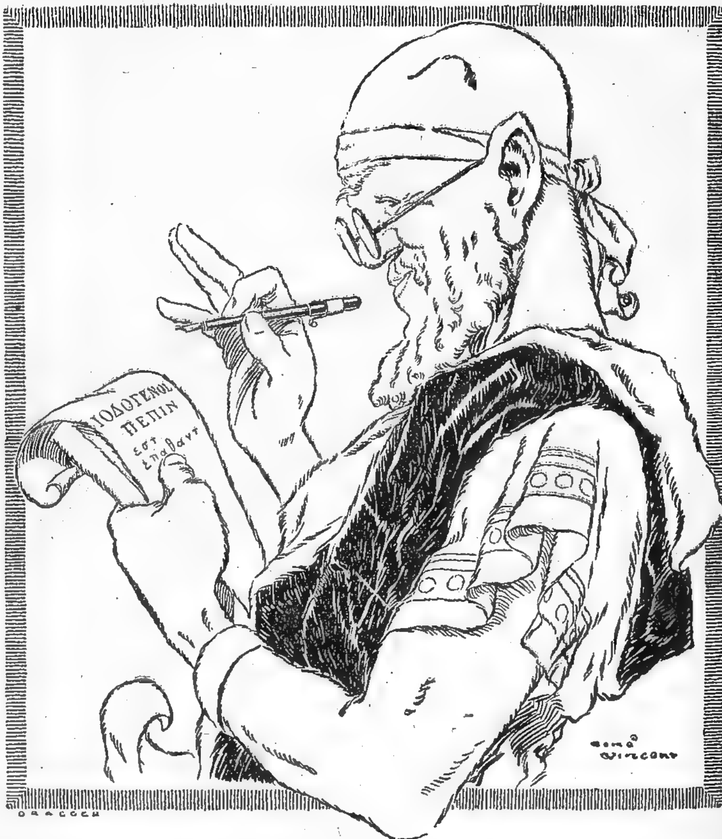
Dr P.

**Réponse**

Ayant demandé à être maintenu dans les cadres après la libération de votre classe, vous ne pouvez plus offrir votre démission d'officier de réserve.

Il vous est seulement loisible de chercher à obtenir *pour raisons de santé*, soit votre radiation immédiate des cadres (maladie incurable) soit votre mise en non-disponibilité temporaire (maladie demandant un traitement de plus de six mois).





**2651. — Proposition pour la Médaille militaire**

Une citation à l'ordre de la division, avec blessure de guerre et réforme n° 1 consécutive, transformée plus tard en affectation au service auxiliaire (catégorie des « moins de 10 % d'invalidité ») constituent-elles des titres suffisants à la médaille militaire, promotion des réserves ? Le cas échéant à qui le candidat doit-il adresser sa demande ?

Dr R.

**Réponse**

Les propositions pour la Médaille militaire dépendent :

1° Du nombre d'annuités de service et de campagnes ;

2° Des blessures de guerre, comptant chacune pour une annuité ;

3° Des autres titres, ne valant pas par eux-mêmes une annuité, mais comptant dans l'appréciation d'*ensemble* : citations diverses à l'ordre, qualité de combattant volontaire, etc.

Il s'agit aussi de savoir si l'intéressé est, ou non, dégagé de ses obligations militaires. La demande est adressée à l'autorité militaire, d'affectation en cas de mobilisation (chef de corps ou bureau de recrutement pour les « sans-affectation »).

## Médecine légale

**3739. — Honoraires d'une autopsie**

Je me trouve en désaccord avec un juge d'instruction, au sujet du montant d'un mémoire d'honoraires pour frais de justice criminelle (autopsie d'un nouveau-né).

La taxe du juge porte :

| | |
|---|---|
| Honoraires .............. | 60 francs |
| Myriamètres parcourus 2,8. | 28 francs |
| Total............. | 88 francs |

en s'appuyant sur le décret du 5 octobre 1920, art. 26, n° 4.

N'y a-t-il pas eu depuis 1920, d'autres décrets qui ont apporté des modifications au tarif ? et n'existe-t-il pas une taxe fixe de 20 ou 25 francs pour un déplacement dépassant un nombre fixé de kilomètres ?

Je suis allé faire l'autopsie de ce nouveau-né à 14 kilomètres de ma résidence.

Dr B.

**Réponse**

Le décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle a été modifié par deux autres décrets des 16 octobre 1926 et 22 décembre 1927.

Conformément à l'art. 26 du tarif actuellement en vigueur, il vous est dû effectivement des honoraires de 60 francs pour l'autopsie du cadavre du nouveau-né si cette autopsie a eu lieu

avant inhumation ; il vous serait dû 110 francs au cas où l'autopsie aurait eu lieu après exhumation ou sur un cadavre en état de décomposition avancée. Il vous est dû en outre, conformément à l'art. 19, un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour pour votre déplacement, plus, en vertu de l'art. 20, une indemnité spéciale de 20 francs, le lieu de votre transport étant situé à une distance de plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence.

Vous pouvez donc réclamer auprès du juge d'instruction, en lui signalant l'existence de l'art. 20 du tarif. Au cas où le juge d'instruction aurait déjà rendu son ordonnance de taxe, il faudrait que vous formiez un recours devant la Chambre des mises en accusation près la Cour d'appel, dans le ressort duquel exerce le juge d'instruction, dans le délai de dix jours à compter de celui où l'ordonnance vous a été notifiée administrativement.

## Fiscalité

### 3541. — La patente n'est pas due sur un simple pied-à-terre

J'exerce ma clientèle à C., mais j'ai à Paris, un petit pied-à-terre (deux pièces et une cuisine) pour venir me reposer et suivre des cours. Je n'y fais pas la moindre clientèle, je n'y reçois jamais un seul malade, et cependant je viens de recevoir une feuille d'impôts « patente », de 250 francs, pour ce petit logis. Est-ce légal, ou dois-je adresser une réclamation au percepteur ?

Dr P.

**Réponse**

Si vous n'exercez pas à Paris et que votre habitation principale soit imposée, vous ne devez pas être imposé à la patente pour votre pied-à-terre.

Il faut faire une réclamation sur papier libre *au directeur* dont vous trouverez l'adresse au dos de votre avertissement.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

### 3680. — Valeur locative, base de la patente, des maisons habitées par leur propriétaire

Propriétaire depuis 1931, de la maison que j'habite, la valeur locative de 1921 à 1927 fut estimée ........ 900 fr.
en 1928-1929 ........ 1.500 fr.
en 1930 ........ 2.670 fr.
en 1931 ........ 1.500 fr.
en 1932 ........ 2.670 fr.

Cette estimation est-elle normale et légale ? Pourquoi la valeur locative peut-elle être moins élevée en 1931 qu'en 1930 ?

2° Qu'appelle-t-on anciens droits et pour quelles raisons sont-ils variables d'une année à l'autre ?

Dr B.

**Réponse**

Pour les propriétaires de maison d'avant-guerre, le calcul de la valeur locative se fait de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Valeur d'avant-guerre, par exemple. | 500 fr. |
| Majoration de 150 % | 750 fr. |
| Comme local professionnel 25 % | 125 fr. |
| En juillet 1931 15 % | 75 fr. |
| | 1.450 fr. |
| En juillet 1932 15 % | 75 fr. |

On appelle anciens droits la part de l'Etat dans la patente. Cette part a été supprimée en 1917, mais elle sert à calculer la part des communes et départements en y appliquant les centimes additionnels.

A. M.

### 3401. – La taxe d'apprentissage est due par une clinique

Propriétaire et directeur d'une petite clinique médicale où je reçois quelques malades et qui fonctionne avec un personnel très réduit (trois personnes au maximum, infirmière comprise), je me vois réclamer par le contrôleur des contributions directes « le chiffre des salaires versés en 1930 et 1931 » : le tout est porté sur une feuille portant en titre : *Taxe d'apprentissage.*

Qu'est cette taxe nouvelle ?

Avec une affaire qui ne me donne commercialement aucun bénéfice et où je n'emploie pas d'apprentis, suis-je obligé de payer cette taxe ?

Dr C.

**Réponse**

La taxe d'apprentissage n'est pas nouvelle ; elle est due en vertu de la loi du 13 juillet 1925, art. 25 par tout commerçant payant plus de 10.000 francs de salaires dans son entreprise. Or, dans la clinique, il y a une partie commerciale dont le personnel est soumis à la taxe.

A. M.

### 3420. — Patente sur la place occupée dans un garage public

1° Pour que, dans un garage *public*, un médecin puisse être soumis à la patente sur l'emplacement qu'il occupe dans ce dit garage, ne faut-il pas qu'il occupe un *emplacement* FIXE ?

2° Pratiquement, y a t-il des régions où cette interprétation (patentes sur l'emplacement dans un garage public) soit appliquée ? et où les médecins aient payé déjà les énormes droits de patentes sur l'emplacement occupé pour leur voiture professionnelle?

Dr P.

**Réponse**

La patente est due sur la valeur *locative seulement* de l'emplacement fixe *ou non* occupé par le médecin dans un garage public.

La jurisprudence consacre ce principe pour toute la France ; s'il n'était pas appliqué, ce serait par négligence du contrôleur.

A. M.

### 3415. — Calcul de la patente. Point de départ

J'ai ouvert un cabinet le 1er décembre 1931. Valeur locative : 5.000 francs. Le 29 février 1932, j'ai reçu un avertissement (rôle supplémentaire) se montant à 328 fr. 89 au titre « contribution des patentes ». C'est maintenant réglé.

Le 26 mai 1932, je reçois le rôle général soit :

| | |
|---|---|
| Contribution mobilière | 206 fr. 74 |
| Contribution des patentes | 3.960 fr. 56 |
| Taxe vicinale sur la contribution mobilière | 13 fr. 13 |
| Taxe vicinale sur la contribution des patentes | 249 fr. 05 |
| Total | 4.429 fr. 48 |

Je serai très reconnaissant si vous aviez l'amabilité de me préciser :

*a)* Quel mois de patente représente le premier versement de 328 fr. 89 ?

*b)* Sur quelles bases est calculé le nouveau chiffre ; 3.960 fr. 56, et si je suis obligé de payer la patente de l'année 1931 tout entière, bien que j'aie ouvert mon cabinet seulement le 1er décembre 1931 ?

Ou bien ce chiffre représente-t-il la patente de l'année présente (1932) ?

Je sais bien que la patente est due dès la première année de l'installation : mais que faut-il entendre exactement par ces termes ? est-elle due depuis le 1er janvier précédant le mois de l'installation ? ou pour la première année d'exercice effectif ?

Dr X.

**Réponse**

Le cabinet ouvert le 1er décembre 1931 était, pour ce mois, l'objet du rôle supplémentaire.

La patente est calculée sur la valeur locative dont on prend le 1 /15e. A ce chiffre on applique les centimes additionnels qui varient d'une commune à l'autre.

Le deuxième avertissement est pour l'année 1932.

A. M.

Cinquante-quatrième année — N° 30 — 24 Juillet 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

## *Partie Professionnelle*

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.**

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

# AVIS

## I

## Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

## II

## Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

## III

## Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :
**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse.** Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne.** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche). J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maîche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat.** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex.** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja.** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Pau.** Cornet, Sendral.
**Rousses (les)** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianes.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié, de Vaucressou (*chir. acc*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs :
**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.), Lapy, Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet, Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barraud G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Laoanau.** Dubroca.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutie, de Vaucresson (*chir.*)
**Palavas-les-Flots.** Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Roscoff.** Bagot, Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer.** (Calvados), Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau
**Saint-Georges-de-Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**Ste-Maxime-s/Mer.** Ficonetti
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn. enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr CALBA, du Havre, la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 218. — Méd., 34 ans, marié, 2 enf., anc. préparat. Faculté Méd. de Lyon, ex-interne des asiles publics, cherche toutes régions France et Colonies, poste rémunérateur à acheter sans apport immédiat. Accepter. collab. en vue succession.

No 219. — Serais reconn. à confr. qui m'indiquer. pays suscept. création cabinet dentaire.

No 220. — Pas-de-Calais. Gr. ville, cause retraite, à céder bon poste méd. génér. tenu 40 ans, dans grande maison avec garage, bien aménagée pour exercice profession. Condit. avantag. conviendr. jeune doct. actif.

No 221. — A vend. parf. état : Traité complet de l'Anatomie de l'homme (chirurg. et méd. opérat.) par Bougery et Cl. Bernard et profes. dessir. Jacob, avec le concours de Hirschfeld, Gerbe, Leveille, Roussin, Leroux, Dumontier, etc. 8 vol. in folio, belle reliure maroq. rouge. Bien compl. av. toutes ses planches en couleurs. Faire off. à part. 2.000, à Dr Granier à Saint-Pons (Hérault.)

No 222. — Doct. méd. génér., dans ville de 13.000 hab. Sud-Est, dem. remplaç. du 25 août au 24 septembre.

No 223. — Doct. voudr. connaître pour sa fille pharmacienne, poste à créer ou à acheter dans pet. ville agréable ou village du Midi, ou bien gérance d'une pharmacie dans ville importante.



## Renseignements

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

**« La Soleillette »**, Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs CHARMOT et ROZET.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Des cas de fièvre ondulante ont été signalés dans les départements de la Drôme et de Seine-et-Oise.

— **IXe Congrès international d'histoire de la médecine.** — Nous rappelons que ce Congrès aura lieu à *Bucarest du* 10 *au* 18 *septembre* 1932 et sera suivi de très belles excursions dans les différentes parties de la Roumanie.

La cotisation est de 100 francs français pour les membres de la Société internationale d'histoire de la médecine.

S'inscrire, sait auprès de M. Boulanger-Dausse, 4, rue Aubriot, Paris (IVe), soit auprès du Docteur Gomoiu, 88, rue Stirbey-Voda, Bucarest (Roumanie).

— **Paris.** — *Assistance médicale gratuite.* — Ont été réinvestis dans leurs fonctions de médecins de l'Assistance médicale gratuite, pour une période de trois années, à compter du 1er janvier 1932 : pour le 11e arrondissement, MM. Boyer, Netter, Chalard, Rousseau, Gerson et Baldy ; pour le 12e arrondissement, MM. Abramoff et Théry ; pour le 13e arrondissement, MM. Dreyfus, Lemarignier, Besançon, Gadreau, Finot, Abonneau ; pour le 14e arrondissement, MM. Forestier, Ledchman et Langlois ; pour le 15e arrondissement, MM. Raphel, Chastanet, Ricaret, Bing, Ferry, Jacobson et Durand.

— **Bourses familiales du Corps médical créées par le Docteur Roussel.** — La Commission chargée de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille s'est réunie le 28 juin et a examiné 82 demandes.

Douze bourses ont été attribuées à cinq confrères pères de treize, onze, dix enfants, à trois confrères malades pères de sept enfants, et à quatre veuves de médecins, dont l'une est restée avec quatre enfants âgés de moins de 10 ans ; l'autre a perdu son mari cette année après une longue et douloureuse maladie, ayant à élever six enfants avec 4.000 francs de revenus et la modeste maison qu'elle habite ; la troisième est restée veuve à 34 ans avec cinq enfants dont l'un est arriéré ; la quatrième, enfin a élevé dix enfants et en a encore cinq à sa charge.

Il y a lieu de souligner le geste généreux de M. le Docteur Roussel qui, cette année, a mis à la disposition de la Commission deux bourses supplémentaires.

Le Jury d'attribution était composé de Mme Jayle, vice-présidente de la Société de femmes et enfants de médecins, M. le Docteur Roussel, fondateur et M. le Docteur Carte ; M. le Docteur Bazy, pré-

sident de l'Association des médecins de la Seine; M. Lanoye, chef du Bureau de la natalité au ministère de la Santé publique, M. le médecin général Geysen, représentant M. le médecin général Cadiot empêché, MM. les Docteurs Bellencontre, Chapon, Darras, Thiéry, Bongrand, Foveau de Courmelles et Watelet, de l'Association générale des médecins de France, M. le Docteur Cibrie représentant la Confédération des syndicats médicaux.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — *Prosectorat et adjuvat.* — Sont proposés : pour la place de prosecteur, M. Cabanac ; pour les fonctions d'aide d'anatomie, MM. Carrière et Soulier.

— **Le Groupement de l'Ecole odontotechnique de Paris** nous informe que les Journées franco-belges porteront à l'avenir l'appellation de « Journées dentaires de Paris » (anciennes journées franco-belges, organisées sous le patronage de l'Ecole odontotechnique de Paris).

Les IXe Journées dentaires de Paris auront lieu du 25 au 27 novembre 1932, à l'Ecole odontotechnique de Paris.

— **L'« Œuvre parisienne »** fera examiner le 31 courant 600 enfants pour *la montagne*, au 26, faubourg Saint-Jacques. Elle prie les étudiants ou médecins de venir contribuer à l'examen. Petite indemnité.

— **Ecoles de plein air.** — Au cours de ses deux dernières séances, présidées par le Docteur G. Ichok, directeur des services d'hygiène de Clichy, la Commission d'hygiène du Comité national des Ecoles de plein air a examiné les travaux présentés pour un concours, doté de six mille francs. Le premier prix de mille francs a été accordé à M. Nicolas, directeur de l'Ecole de plein air du préventorium de Liesse (Aisne).

Le concours a été ouvert à tous les membres du personnel enseignant et traitant, ainsi qu'aux pupilles des écoles de plein air et de préventoria. Il s'agissait d'intensifier la propagande en faveur de la lutte contre la tuberculose. A cet effet, les éducateurs devaient envoyer : plans de campagne, choix de textes, résumés de leçons, graphiques suggestifs, tableaux illustrés, etc. Les pupilles dont les travaux devaient être adressés par les soins du personnel se sont distingués par leur originalité plutôt que par leur perfection sous quelque forme que ce soit : contes illustrés, récits vécus ou imagés, comptes-rendus de leçons, images de propagande, enseignes lapidaires, etc.

— **Situations dans les affaires.** — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur signalant que « l'Union nationale du commerce extérieur », association d'industriels, patronnée par le Gouvernement, dispose parmi ses membres de nombreuses situations diverses en France et à l'Etranger pour les personnes des deux sexes et de tous âges. Les candidats capables

peuvent avoir de suite des situations lucratives ; les débutants peuvent faire un stage à l'Ecole professionnelle de l'Association, tout en travaillant pour augmenter leur valeur et leur gain.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction, 3 *bis*, rue d'Athènes, à Paris.

— **Légion d'honneur.** — Dans la récente promotion du ministère de la Santé publique, nous avons salué très sympathiquement le nom de M. Ferdinand Bouty, nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Créateur de longue date et propriétaire-directeur, avec son fils Raymond, de l'importante firme pharmaceutique qui porte son nom, éditeur de *La Médecine Pratique*, vieille de quarante ans déjà, M. F. Bouty était lié d'amitié avec Auguste Cézilly ; il a assisté à la naissance du *Concours Médical* et à son développement progressif qu'il ne cessa d'encourager C'est un ami de toujours, à qui nous sommes heureux d'exprimer notre joie et nos félicitations amicales, à l'occasion de la distinction méritée dont il vient d'être l'objet. G. D.

— **Fiançailles.** — Nous apprenons les fiançailles de Mlle Liliane Fraenkel, fille de M. et Mme O. Fraenkel, avec M. Georges Mayer, avocat, petit-fils du docteur Léon Stiénon, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles, et fils du Docteur Mayer, agrégé de l'Université, rédacteur en chef du *Bruxelles Médical*.

Nos plus sincères compliments.

— **Nécrologie** — Nous venons d'apprendre la mort de Madame Cazin, femme de notre distingué confrère et ami, président du Conseil d'administration de *La Maison du Médecin*.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos condoléances les plus sympathiques.

— **Nos Croisières.** — Ainsi que nous l'avons annoncé, les passagers inscrits à notre XVI[e] croisière ont été répartis entre les trois voyages suivants auxquels, d'ailleurs, il est encore temps de s'inscrire :

Le premier vers le Cap Nord, à bord du paquebot *Foucauld* quittera Dunkerque le 1[er] août (avis aux retardataires) pour y rentrer le 20 du même mois.

*Itinéraire* : Dunkerque, Kopervik, Trondhjem, Digermulen (Lofoden), Harstad, *Cap Nord*, Hammerfest, Lyngseidet, Tromsoë, Svartisen, Kristiansund, Molde, Aandalsnes, Merok, Hellesylt, Oye, Loen, Gudvangen, Balholm, Bergen, Dunkerque.

Prix médical en 1[re] classe : 4.250 francs français En classe « Touriste », depuis 1.650 francs français.

Le second groupe quitte Marseille à bord du *Patria* le 27 de ce mois — une soixantaine de personnes — mais ceux qui n'ont pu trouver place, ou les retardataires qui peuvent encore s'inscrire, pourront s'embarquer, au même port, le 10 août, à bord du *Théophile Gauthier*, pour effectuer, dans les deux cas, la tournée suivante : Marseille, Alexandrie, Le Caire, Port Saïd, Jaffa, Jérusalem, Nazareth, Tibériade,

Damas, Beyrouth, Tripoli, Alexandrette, Rhodes, Smyrne, Constantinople, Le Pirée, Athènes, Naples, Pompéi, Marseille, où le *Théophile Gauthier* rentrera le 3 septembre.

Prix médical en 1re classe : 6.730 francs français ; en 2e classe : 5.540 francs, excursions et trajets terrestres compris.

*N.B.* — L'hôtel de Noailles de Marseille, consent à nos passagers, une réduction de 10 %.

Un troisième groupe se dirige vers le Brésil et s'embarque à Bordeaux le 11 août à bord du paquebot de grand luxe extra-rapide *Massillia* pour y rentrer le 15 septembre.

Itinéraire : Bordeaux, Vigo, Lisbonne, Rio-de-Janeiro et retour. Séjour au Brésil du 23 août au 3 septembre. Visite de Rio et environs, La Tijuca (forêt vierge), excursion maritime dans la baie de Rio, Petropolis, Sao Paulo, Campinas et les fazendas de café, Butantan, Santos, Rio.

Prix exceptionnel : 7.500 francs français, séjour à terre et excursions au Brésil compris.

*N. B.* — On peut encore s'inscrire, mais de toute urgence, à chacune de ces trois croisières, en s'adressant de notre part, à l'Office belge des Compagnies françaises de navigation, 29, boulevard Ad.-Max, à Bruxelles.

## L'AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN
## Edition 1933

### Les nouveautés qu'elle contiendra

Blessés du travail, pensionnés de guerre, assurés sociaux, forment présentement un contingent important dans la clientèle de tout médecin praticien. Or, les honoraires des soins qu'ils réclament sont calculés selon des nomenclatures officielles, énumérant tous les actes médicaux, chirurgicaux et de spécialités et indiquant, pour les deux premières catégories, une tarification définie ; pour la troisième, un coefficient par lequel se multiplie le prix de l'acte le plus élémentaire, et qui s'appelle chiffre clé.

Ces trois nomenclatures ont des dispositifs différents, tout en conservant un bon nombre de points communs. Et cela ne va pas sans rendre parfois délicat l'établissement d'une note de soins ou d'une feuille de maladie. Les correspondances que nous recevons tous les jours, de confrères embarrassés, nous ont démontré quel service ce serait leur rendre que de mettre à leur disposition des Tableaux synoptiques indiquant, pour un acte médical défini, les trois tarifications afférentes aux blessés du travail, aux pensionnés de guerre et aux assurés sociaux, étant bien entendu que ces tarifications

sont exprimées par un chiffre d'honoraires, ou par un coefficient, suivant les cas.

L'un de nous s'est attelé à cette tâche ardue, et il a réussi à élaborer un travail qui, en respectant le plus possible l'ordre alphabétique, pour faciliter les recherches, permettra au praticien de se rendre compte, d'un coup d'œil, des honoraires accordés pour une intervention déterminée, selon qu'elle intéressera l'une ou l'autre des trois catégories sociales envisagées.

Ce travail formera la Partie originale de l'« Agenda Memento du Praticien », édition 1933. En outre, toute la documentation relative à l'Assistance médicale gratuite, reprise à pied d'œuvre et mise à jour, y sera présentée sous une forme aussi claire et ordonnée que possible.

Pour compléter les matières de cet « Agenda », les législations en vigueur, les textes officiels et réglementaires, les commentaires nécessaires, trouveront leur place à côté des deux grands chapitres qui précèdent. Et l'Edition 1933 offrira à nos confrères, comme celles qui l'ont précédée, un champ luxuriant où ils pourront moissonner à leur aise le renseignement, l'indication, la référence qui leur permettront de venir à bout des difficultés qu'ils rencontrent si souvent dans l'exercice de leur profession

La Direction.

(Voir *bulletin de souscription page 2276*).

# A TRAVERS L'OFFICIEL

30 juin

**Service de santé militaire**

*Honorariat.*

Sont placés dans la position d'officier honoraire, à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel :

MM. Brouardel, Marion, de Paris ; Montalescot, du Breton ; Pegurier, de Nice.

Avec le grade de médecin commandant :

MM. Savatier, Judet de la Combe, de Paris ; Tocheport, d'Excideuil ; Huguet, de Verneuil ; Grange, de Saint-Jean-de-Maurienne ; Leblanc, d'Alger ; Schieffer, de Tlemcen.

Avec le grade de médecin capitaine :

MM. Beaujard, Benabu, de Paris ; Potiez, du Vésinet ; Sergent, de Levallois-Perret ; Théret, d'Anvin ; Chapelle, du Touquet ; Delattre, de Boulogne-sur-Mer ; Eloy, d'Etricourt-Manancourt ; Bidel, de Paris ; Girard, de Veules-les-Roses ; Le Prieur, de Valognes ; Trolley, de Condé-sur-Noireau ; Gasne, de Paris ; Vallée, de Cannes ; Garnier, de Falletans, de Noirmoutier ; Damotte, de Baume-les-Dames ; Pavillard, d'Héricourt ; Gamet, de Gueugnon ; Carré, d'Etais-

la-Sauvin ; Rerolle, de Salornay-sur-Guye ; Boutier, de Pacy-sur-Eure ; Collin, de Niort ; de Lacombe, d'Antibes ; Lemesle, de Bléré ; Zerlant, de Foussais ; Le Gall, de Châteauneuf-du-Faou ; Le Gueu, de Tréguier ; Chomet, de Treignat ; de Cisternes, de Clermont-Ferrand ; Bouchard, de Tassin-la-Demi-Lune ; Chavanne, de Lyon, Soulier, de Nice ; Vuillaume, de Beaujeu ; Blanc, de Marseille ; Calmels d'Albi ; Lamarche, de Castres ; Arnaud, de Toulouse ; Appraillé, de La Rochelle ; Houpert, Paulouch et Vital, de Bordeaux ; Hybram, du Tarf ; Lasserre, d'Alger ; Lebhar, d'Oran.

Avec le grade de médecin lieutenant :

MM. Fraikin, de Neuilly-sur-Seine ; Barbier-Bouvet, de Tilly-sur-Meuse ; Saurain, d'Epernay ; Dufour de Labastide, de Paris ; Vernet, de Moulins ; Hubert, de Neuville-sur-Ain ; Sahuc, de Lyon ; Bergugnat, d'Argelès ; Maudet, de Blanzac ; Rebeyrolle, de Sainte-Foy-la-Grande.

6 JUILLET

### Hygiène publique.

*Avis de vacance de postes de directeur de bureau municipal d'hygiène.*

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Marseille (Bouches-du-Rhône).

Le futur directeur, par une nomination anticipée, participera, en collaboration avec le directeur actuel, au fonctionnement du bureau d'hygiène. Il entrera réellement en fonctions le 1er janvier 1933.

Les candidats devront être âgés de trente ans au moins et de cinquante ans au plus.

Le traitement alloué est fixé à 46.300 francs par an. Il sera porté à 49.300 francs après trois années de services.

L'exercice de la clientèle est interdit au directeur du bureau d'hygiène de Marseille. Une voiture automobile sera mise à sa disposition pour son usage exclusif.

---

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bègles (Gironde). Le traitement alloué est fixé à 40.000 francs par an et divers avantages en nature.

Il est interdit au directeur du bureau d'hygiène de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de trente jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt,

leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

2 JUILLET

### Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique :

*Commandeur* : M. le Docteur Brouardel, de Paris.

*Officiers* : MM. les Docteurs Baldet, Dalimier, Ratynski, Thalheimer, Weill dit Weill-Hallé, de Paris ; Paviot, de Lyon ; M. Lechat, chef de bureau au ministère de la Santé publique.

*Chevaliers* : M. Bouty, pharmacien, à Paris ; MM. les Docteurs Bergeron, Coulaud, Grimpret, Ecalle, Lœwy, Arbeit, Mme Pouchet, Riche, Rontin, de Paris ; Dalbès, de Capendu ; Debeyre, d'Ablon ; Fontaine, de Melun ; Andrieu, de Caylus ; Lafond, d'Argenton-sur-Creuse ; Moncany, de Corbeil ; Nougaret, de Saint-André-de-Sangonis ; Roux, de Mardor ; Sallé, de Necers ; Salmont, de Neuilly-sur-Seine.

---

### Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Assurances sociales. Voie de recours contre les décisions de la Commission technique de l'art. 7 § 3 de la loi.**

136. — M. Vincent Auriol demande à M. le ministre du Travail si les parties mises en cause devant la commission technique prévue par l'article 7, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales peuvent faire appel de la décision de cette commission et devant quelle juridiction. (*Question du 7 juin* 1992.)

*Réponse.* — Il résulte des termes combinés de l'article 7, paragraphe 3, et de l'article 10, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930, que la commission technique des trois médecins apprécie sans appel l'état du malade non atteint d'invalidité au sens de l'article 10, et avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales s'il est atteint d'invalidité au sens dudit article. Toutefois, si l'état de maladie ou d'invalidité est apprécié souverainement par la commission technique et éventuellement par la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, l'assuré peut, au cas où la caisse d'assurances se refuserait à faire état de la décision de la commission technique, porter le différend devant la commission cantonale prévue à l'article 63 de la loi. (*J. O.*, 2 juillet 1932.)

---

**Droit aux soins médicaux après trois mois de cotisations.**

178. — M. Edmond Miellet demande à M. le ministre du Travail si un assuré social, immatriculé au 1er mars 1932, ayant trois mois de cotisations

(mars, avril, mai), n'a pas droit aux soins médicaux avant le 1er juillet 1932. (*Question du* 9 *juin* 1932.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 5, paragraphe 2, *in fine* de la loi du 30 avril 1930, modifiée par la loi du 28 juillet 1931, l'assuré qui n'aura pas été immatriculé pendant un trimestre civil entier aura droit aux prestations s'il a cotisé soixante jours pendant les trois mois qui ont précédé la maladie. En conséquence, un assuré immatriculé en mars 1932 pourra bénéficier des soins médicaux et pharmaceutiques à partir du 1er juin 1932.) (*J. O.* 2 juillet 1932.)

**Droit des ascendants des victimes du travail aux majorations accordées par la loi du 30 avril 1931.**

147. — M. Lévy-Alphandéry demande à M. le ministre du Travail : 1° si un ascendant d'une victime d'un accident du travail, survenu le 13 avril 1929, titulaire d'une rente viagère, conformément à la loi du 9 avril 1898, a droit au bénéfice de la loi du 30 avril 1931 ; 2° dans le cas de l'affirmative, quel serait maintenant le montant de la rente annuelle de l'ascendant en question, qui reçoit actuellement 873 fr. 55 par an ; 3° dans la négative, si ledit ascendant doit recevoir une rente annuelle d'au moins 900 fr., conformément à la loi du 15 août 1920. (*Question du* 7 *juin* 1932.)

*Réponse.* — Réponse négative aux 1° et 3°. Ne sont susceptibles de majorations que les rentes allouées pour des accidents du travail antérieurs au 9 janvier 1927. (*J. O.*, 29 juin 1932.)

**Honoraires du 3e médecin membre de la Commission technique.**

524. — M. Jean Lerolle demande à M. le ministre du Travail : 1° si le troisième médecin, désigné par application de l'article 7, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930, a le droit de se faire provisionner de ses honoraires par la partie demanderesse ; et, dans le cas de l'affirmative, *a*) quel est le tarif applicable ; *b*) quelle voie de recours a le médecin pour se faire payer ; 2° si la procédure organisée pour l'assurance-invalidité par l'article 41, paragraphe 1er, du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930 est applicable également pour l'assurance-maladie et l'assurance-maternité ; 3° pour quelles raisons l'administration des postes exige du greffier de la justice de paix l'affranchissement au tarif ordinaire des convocations et notifications adressées aux parties qui plaident devant la commission cantonale, alors que les imprimés officiels établis pour les greffiers par le ministère du Travail indiquent que ces convocations ou notifications bénéficient de la franchise postale ; 4° de quelle formule doit user le juge de paix, président, pour l'établissement de la taxe des assesseurs de la

*Voir la suite page XLVII-2265*

# PROPOS DU JOUR

## Gastronomie. — Bienfaisance. — Reconnaissance

### Au dîner de La Bidoche. — Bouchers, Médecins et Pharmaciens. Pour la Maison du Médecin

Nous avons récemment assisté au dîner de *La Bidoche*, répondant à l'invitation du très aimable président de cette Association philanthropo-gastronomique, notre collègue au Conseil d'administration de la *Maison du Médecin*, M. le Docteur Mondain.

*La Bidoche* ! Ce nom étrangement pittoresque rappelait à notre esprit les relents d'amphithéâtre que nous allions respirer après déjeuner, il y a quelque quarante-cinq ans, tantôt à Clamart, tantôt dans les pavillons d'anatomie de l'Ecole pratique, sans que pour cela notre digestion en fût troublée, ni notre robuste appétit le moins du monde atténué. Il nous commémorait encore le bifteck des restaurants du quartier latin que nos jeunes mâchoires, cependant alors saines et robustes, avaient quelque peine à entamer.

Mais la Bidoche du Docteur Mondain n'a rien de commun avec ces réminiscences. Elle est tendre, succulente et agréablement parfumée. On la savoure au Restaurant de la Tête-de-Bœuf, avenue du Pont-de-Flandre, dont le patron qui porte le nom triomphant de Verdun, s'est assuré le concours du plus habile rôtisseur de Paris et de la province.

« *La Bidoche* » réunit chaque trimestre en d'amicales et confraternelles agapes des bouchers en gros, des pharmaciens, des chirurgiens et des médecins. La préparation du catgut et la fabrication des produits opothérapiques ont établi des liens entre ces divers groupes corporatifs dont la réunion, presque exclusive, en ce dîner paraît au premier abord quelque peu hétéroclite.

Deux avocats distingués inspirateurs et fondateurs du Dîner, élus tous les deux députés aux dernières élections, Me Martineau-Desplat, député de Paris, et Me Dumoret, député de Romorantin, nous ont fait au dessert dans d'éloquentes et spirituelles allocutions l'historique de La Bidoche.

Il y a un certain nombre d'années, un conflit s'éleva entre les patrons bouchers de la Villette et le Syndicat de leurs employés au sujet de « la petite viande ».

Sous ce nom, on entend certains morceaux, parfois fort délicats, qui ne peuvent être livrés au commerce, étant en quantité fort minime. Les patrons-bouchers abandonnaient à leurs employés comme gratification les petites viandes, depuis des temps immémoriaux. Or, le syndicat des employés émit la prétention d'incorporer le prix de ces petites viandes à leur salaire. Il en eut résulté, en cas d'accidents du travail, une augmentation notable du demi-salaire et de la pension s'il survenait à la suite d'un de ces accidents une incapacité permanente. L'augmentation devenait d'autant plus sensible que beaucoup d'organes qui servent actuellement à fabriquer des produits opothérapiques, avaient, de ce fait acquis une réelle valeur et étaient jadis considérés comme de « petites viandes ».

Ce conflit mit aux prises deux jeunes avocats de talent, Me Dumoret et Me Martineau-Desplat.

Une fois qu'il fut apaisé, Me Dumoret suggéra aux patrons-bouchers l'idée de se réunir périodiquement en un déjeuner dit « des Petites Viandes », auquel prit part Me Martineau-Desplat. Ce dernier avec son ami, le Docteur Mondain, résolut de créer, pour un dîner trimestriel analogue, l'Association de La Bidoche. Comme au déjeuner des petites viandes, le menu devait comprendre ces morceaux délicats, inconnus dans le commerce, qui savamment préparés et convenablement et discrètement arrosés, devaient doter le dîner d'une réelle originalité.

Mais les créateurs de La Bidoche tinrent à donner à leur œuvre un caractère plus noble que celui que lui assuraient ses qualités gastronomiques. Ayant appris par le Docteur Dupuy de Frenelle, l'existence de la *Maison du Médecin*, les bouchers, en reconnaissance des soins qu'ils avaient reçus eux et leurs familles, et les médecins, venus en nombre notable, invités par les Docteurs Mondain et Dupuy de Frenelle, eux par confraternité, résolurent d'intéresser La Bidoche à la prospérité de l'œuvre de Valenton et c'est pourquoi de nombreux confrères (dont nous-même), s'asseyaient à la table de La Bidoche.

Nous y avons trouvé le très distingué et sympathique médecin inspecteur général Rouvillois, le Professeur Laignel-Lavastine, vice-président de la Maison du Médecin, le médecin colonel Colin, le Docteur Thiéry, secrétaire général de l'Association des Médecins de France, le Docteur Dupuy de Frenelle, secrétaire général et le Docteur Digeon, trésorier de la Maison du Médecin, le Docteur Signoret, de la Butte Médicale, les Docteurs O'Followel, Colanéri, Lamaze, Massart, Béeart, etc., etc., etc.

Outre les deux députés, deux conseillers municipaux et un des maires adjoints de l'arrondissement étaient parmi les convives.

Après avoir savouré le consommé et sa bidoche, les ris d'agneau, sautés au Chablis, et un succulent rôti de bœuf, le tout arrosé de quelques carafes d'un agréable beaujolais et de quelques verres d'un Fleurie délectable, les convives applaudirent aux allocutions du Professeur Laignel-Lavastine, du Professeur Rouvillois, de Me Martineau-Desplat, de Me Dumoret, du Docteur Dupuy de Frenelle, et du Président Docteur Mondain qui, tous, vantèrent l'œuvre bienfaisante de la Maison du Médecin et remercièrent les convives de leurs générosités à son égard.

Nous apprîmes alors la signification exacte du mot (pour nous mystérieux) *La Bidoche*. Après avoir abattu le bœuf, le garçon boucher enlève en un seul morceau, le larynx, la trachée avec une partie des muscles du cou, le corps thyroïde, le thymus et le sommet des poumons. Cette pièce de boucherie qu'on nous a alors montrée, porte le nom de bidoche.

Le mot bidoche doit avoir la même étymologie que viande, la transformation du v en b et réciproquement, étant fréquente dans nos langues latines. Bidoche doit venir du latin *vivenda*, comme viande (1).

Notre très érudit correspondant, M. le Dr Paul Noury (de Rouen) que nous avons consulté sur les origines du mot *bidoche*, nous a rappelé que le grand *Dictionnaire Larousse* (XIXe siècle) fait venir ce mot du provençal *bidaousso*, mouvement de bascule, nom qu'on donne aux chevaux de bois. Dans le *Dictionnaire de la langue verte*, Bidache ou Bidoche signifie viande. Dans *Paris oublié*, de Ch. Vermaître, on lit que Bidoche était le nom d'une marchande de soupes, ancienne cantinière, qui, vers 1830, tenait près des Halles, une gargotte appelée le Restaurant des Pieds humides et vendait pour trois sous des portions de bœuf entrelardé.

A la fin du repas, une quête fut faite au profit de la Maison du Médecin, elle a produit 2.050 francs. Le lendemain du reste un repas plus copieux a dû être servi aux pensionnaires de Valenton pour les faire participer au festin de La Bidoche.

Le succès de ce dîner va sans cesse croissant. Vint-cinq personnes assistaient au premier ; le sixième auquel nous avons pris part, comptait plus de cent convives. Quant à nous, charmé de l'accueil qui nous fut fait, nous avons rapporté de ce banquet le meilleur souvenir.

Nous avons été touché des sentiments d'estime, de sympathie, de gratitude que les négociants de la Villette n'ont cessé de témoigner au Corps médical. La reconnaissance à l'égard du médecin est chose rare. Nous avons été heureux de la constater au sein de la plus ancienne corporation de notre Vieux-Paris, corporation qui jadis compta dans l'histoire municipale de notre ville.

Nous avons estimé à son prix, l'expression discrète de ces nobles sentiments. « Il n'y a que les âmes d'élite, fait dire Labiche au héros d'une de ses meilleures comédies, qui sachent supporter le fardeau de la reconnaissance. »

J. Noir.

(1) Bidoche est un terme relativement récent, on ne le trouve dans aucun ouvrage en vieux français et Rabelais ne l'a jamais employé.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### L'APPENDICITE TELLE QUE JE LA VOIS

par le Dr J. Fiévez, de Malo-les-Bains.

I

*La maladie appendiculaire. Stase appendiculaire. Constipation appendiculaire. Appendicite.*

« L'appendicite, c'est la grande maladie abdominale » (Dieulafoy)... « L'appendice est un petit organe qui fait vivre une corporation des plus honorables » (Un médecin anglais, plein de l'humour de son pays)... « L'appendice est le point de départ des infections de la vésicule biliaire »(Pauchet)... Et des ulcères de l'estomac aussi, d'après le même auteur, dont je regrette seulement de n'avoir pas retrouvé la citation précise.... Ces textes, d'allures évidemment différentes, expriment la très grande fréquence de l'appendicite, et le rôle prépondérant de l'appendice dans la pathologie abdominale.

C'est avec deux cents cas que Dieulafoy a écrit ses magnifiques leçons initiatrices, résumées dans son Manuel de pathologie interne. Depuis lors, les malades opérés se chiffrent sûrement par millions ! Ma statistique personnelle comporte un bon millier de cas que j'ai vus, étudiés cliniquement et radiologiquement, débrouillés, opérés et suivis, en une dizaine d'années. Il est certes de plus vastes expériences ; mais il ne m'est peut-être pas interdit d'avoir une opinion sur la maladie appendiculaire, et je me propose de l'exposer ici.

Je ne dériverai pas dans ce travail le torrent d'encre que ces foules innombrables de malades ont fait couler de la plume des médecins et des chirurgiens qui les ont soignés ! Ce qui ne signifie pas que j'ignore la littérature parfois passionnante, toujours abondante, qui traite de l'appendicite ; mais je désire m'en tenir à une note aussi personnelle que possible, qui exprime brièvement les conclusions auxquelles je me suis arrêté actuellement, tant dans la conception de l'appendicite que dans son traitement. Je m'en voudrais pourtant de ne pas citer comme une source importante de mon information les travaux de l'Ecole de Barcelone, et de son chef, le Dr F. Gallard y Monès (qui m'honore de son amitié), le Maître de l'Ecole de pathologie digestive de l'Hospital de la Santa Cruz y san Pablo.

Le terme « maladie appendiculaire » que j'ai employé tout à l'heure convient mieux que celui d'appendicite pour résumer l'ensemble des troubles dont fait partie la maladie décrite par Dieulafoy, que j'appellerais volontiers, elle, l'appendicite proprement dite. Voici comment je vois l'enchaînement des phénomènes pathologiques dont l'appendice est le siège ; je l'exposerai comme si aucune de mes affirmations n'était contestable, la démonstration par les données anatomo-cliniques ne devant être tentée que dans la seconde partie de ce travail.

L'appendice, comme tout organe creux de l'économie, comme tout organe creux de l'appareil digestif en particulier, est susceptible d'être atteint de stase, c'est-à-dire de ralentissement, voire d'arrêt dans la circulation de son contenu : produits de sécrétion et masse alimentaire plus ou moins liquide. Le fait qu'il est un cul-de-sac (il mériterait bien mieux que le cæcum le nom de boyau aveugle !) et un cul-de-sac à lumière étroite, à orifice de communication étroit, détermine certaines particularités de cette stase et tout spécialement la facilité avec laquelle elle devient complète et la rétention absolue. A la vérité, c'est assez rarement du niveau de l'orifice cæco-appendiculaire que se produit la stase, et la sténose de cet orifice est, peut-on dire, exceptionnelle.

Des dispositions anatomiques diverses peuvent être à l'origine de la **stase appendiculaire** ; les deux schémas ci-dessous représentent celles qui sont habituelles :

Premier schéma (*Fig.* 1). Disposition fréquente. Appendice franchement rétro-cæcal, accolé dans toute son étendue à la paroi cæcale postérieure. La stase en amont du véritable pli intestinal ainsi constitué se conçoit sans peine.

Le second schéma correspond à une disposition infiniment plus fréquente encore. D'ordinaire aux environs de l'union de ses tiers proximal et médian, à l'endroit d'une branche de l'artère appendiculaire, qui de ce fait semble

« hilaire » pour l'organe, l'appendice est coudé à angle plus ou moins vif. Les chirurgiens connaissent bien ce coude : c'est l'endroit où le bistouri rase l'appendice quand il sectionne le méso préalablement pincé par une pince de Kocher ; c'est en ce point que l'artère fuit au loin dans la graisse si la pince, par mégarde, n'a pas été assez serrée, ou si elle a « coupé ». L'angle serait bien plus visible encore si on opérait les malades debout et non pas allongés horizontalement ; sur le cadavre, si on le maintenait, sitôt la mort, en position verticale jusqu'à fixation du contenu abdominal... S'il n'est pas trop fermé, le coude de l'appendice peut être considéré comme normal. Mais le poids d'un cæcum dilaté, lourd, entraîne progressivement en bas le segment appendiculaire proximal sus-jacent à l'attache de l'artère hilaire, et le fléchit sur le reste de l'organe, resté, lui, en quelque sorte flottant (fig. 2). Ici comme dans le premier cas, coude aigu égale stase, plus ou moins prononcée.

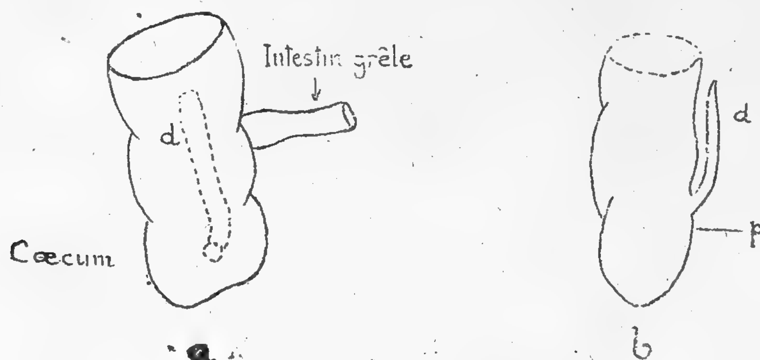



Fig. 1. — Appendice rétrocæcal.
a. De face.
b. en coupe sagittale.
d. appendice.
p. face postérieure du cœcum.

La **constipation appendiculaire** paraît suivre, pour l'ordinaire, la stase appendiculaire. Mais il serait téméraire de penser qu'elle ne puisse relever que de facteurs mécaniques : le problème de la constipation colique n'est pas résolu, nous ne sommes pas plus avancés pour l'appendice ! Il me suffit, au moins pour l'instant, de constater l'existence de cette constipation, et de bien préciser que ce terme signifie, ici, la présence de matières stercorales dures plus ou moins pâteuses dans l'appendice qui, normalement, ne devrait renfermer que le contenu cæcal habituel, c'est-à-dire une masse liquide de consistance au plus légèrement crémeuse. Constipation signifie donc pour l'appendice plus que pour le côlon : il n'y a pas simplement retard dans le transit, mais stagnation du contenu, malgré les efforts péristaltiques dont l'organe est le siège.

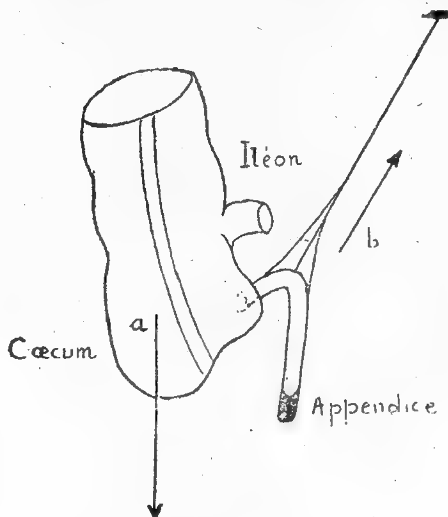



Fig. 2. — Appendice coudé.
*a.* poids du cæcum.
*b.* résistance de l'artère hilaire de l'appendice, prolongement (en schéma général) de la mésentérique supérieure.

Les matières pâteuses, allongées en boudin d'ordinaire, témoignent souvent de ces contractions appendiculaires inefficaces : leur aspect moniliforme, habituel, constitue un véritable moulage des ondes péristaltiques.

Les matières dures forment généralement des galets, de taille variable (un pois, une fève ; je viens d'en extraire un de la forme et de la taille d'une petite poire !), de consistance variable aussi, tantôt se laissant facilement couper ou écraser, méritant parfois, rarement, le nom de lithiase appendiculaire que leur a donné Dieulafoy.

Stase et constipation appendiculaires n'appartiennent pas, par elles-mêmes, à la catégorie des phénomènes inflammatoires ; mais elles appellent l'infection, l'entretiennent et l'aggravent.

Cette infection arrive à l'appendice de diverses manières. Elle peut y venir de la bouche : amygdalites aiguës ou chroniques, adénoïdites, abcès dentaires, etc. Les épidémies de grippe sont suivies de véritables épidémies d'appendicite : en série les « constipations » appendiculaires, de simples, deviennent infectées. (Ce qui a, bien à tort selon moi, fait admettre par certains, l'existence d'un microbe spécifique de l'appendicite, susceptible de virulence épidémique). Alors, l'infection survenue, se trouve réalisée la **maladie de Dieulafoy, l'appendicite** avec sa redoutable éventualité de perforation intra-abdominale.

Le fait dominant de ma statistique est là : dans environ 90 % des cas, il y a un fécalome dans une cavité appendiculaire infectée.., Qu'il s'agisse d'une crise aiguë, avec perforation amorcée ou effectuée, et dans ce dernier cas le fécalome est souvent la première chose que le doigt ramène de l'abdomen incisé... Qu'il s'agisse d'une affection chronique, chronique d'emblée ou devenue telle après une crise aiguë, uniformément chronique ou coupée de paroxysmes plus ou moins aigus.... Quelles que soient, en un mot, les modalités qu'impriment à la maladie la diversité des terrains et la virulence variable des infections.

Le lecteur voudra bien noter dès à présent que l'appendicite chronique dont il vient d'être question est tout à fait différente des troubles anatomo-fonctionnels que j'ai étudiés plus haut, et qui sont à la naissance de la maladie appendiculaire. Nous verrons que cliniquement la séparation est plus difficile à objectiver ; ce qui explique sans doute la confusion qui règne entre ces deux ordres de faits.

Je me résume : l'appendicite est la complication inflammatoire, aiguë ou chronique, de la stase appendiculaire ou de la constipation appendiculaire. La constipation appendiculaire est en cause dans la très grande majorité des cas, mais elle paraît, le plus souvent, être elle-même, une conséquence de la stase appendiculaire.

*Faut-il souligner* combien cette conception pathogénique de l'appendicite diffère de la théorie de Dieulafoy, du « vase clos » et de la « lithiase appendiculaire, maladie familiale et héréditaire, parfois d'origine arthritique, » placée, enfin, par l'auteur, à sa vraie place, « dans le cadre nosologique, à côté des lithiases biliaire et urinaire ».... Rétention stercorale avec infection, plus ou moins mal drainée, cela ne sort pas de la pathologie générale ordinaire, et ne cherche pas explication dans le mystère diathésique !... Il n'est pas question de nier les relations de l'appendicite et des lithiases, de la biliaire en particulier (voir ma citation de Pauchet, au début), mais, cela, c'est une autre histoire ! .....

Les deux conceptions, suivant chacune leur esprit, continuent à diverger si, cherchant à remonter plus loin dans la filiation des accidents appendiculaires, on envisage les rapports pathologiques du gros intestin et de l'appendice : Dieulafoy s'est efforcé de bien isoler la maladie nouvelle ; il l'a séparée avec un soin tout spécial de l'entéro-typhlo-colite : sans être absolument catégorique, n'insinue-t-il pas que cette affection met son porteur à l'abri de l'appendicite !

Il faut évidemment connaître la crise d'entéro-colite (beaucoup plus rare depuis la disparition des grands lavages intestinaux) ; mais il est difficile de ne pas rapprocher la constipation appendiculaire de la constipation tout court. Non pour imaginer comme Talamon que les fécalomes sont formés dans le cæcum et projetés dans l'appendice, Mais pour penser que les mêmes causes de déshydratation jouant dans le cæcum et dans l'appendice (en plus des causes mécaniques de stase appendiculaire), il tend à se faire des « galets » dans l'appendice quand il se forme des « billes » dans le gros intestin, parfois dès le cæcum. Le processus existe chez les très jeunes enfants... comme l'appendicite.

Et voilà l'appendice replacé dans le tube digestif, comme l'appendicite dans la pathologie générale !

Dr F. Fiévez.

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

# La rougeole pendant la première année de la vie (1)

### II. Étude clinique

Professeur P. Nobécourt.

Samedi dernier (2), je vous ai donné une étude statistique de la rougeole pendant la première année de la vie. Elle nous a appris que la rougeole est exceptionnelle entre 0 et 3 mois, assez rare entre 3 et 6 mois, fréquente entre 6 et 12 mois.

Aujourd'hui, je désire vous exposer les principales modalités cliniques de la rougeole pendant cette première année de la vie, en utilisant les observations de nos malades.

***

La forme commune se présente comme chez les enfants plus âgés. Il n'est pas inutile, je crois, de vous en donner une description rapide.

La *période d'incubation* commence le jour de la contagion et se termine lors de l'apparition des premiers symptômes. Elle dure de neuf à onze jours, dix jours en moyenne.

Chez les enfants âgés de moins de 6 mois, elle est généralement plus longue ; elle peut être de douze à quinze jours et même plus. Cette longue durée de l'incubation est un argument en faveur de l'immunité relative des jeunes bébés, dont je vous ai parlé la dernière fois.

En général, la période d'incubation est silencieuse ; cependant, chez les tout jeunes enfants, on peut constater quelques troubles.

D'après M. Mariani, le jeune enfant « pourra présenter de la fièvre, d'ailleurs peu élevée en général, de la diarrhée, symptôme fréquent, une atteinte plus ou moins profonde de l'état général : l'enfant est grognon, refuse ses biberons, a de l'insomnie et perd du poids »...

M. A. Lesage, en 1911, dans son *Traité des maladies du nourrisson*, écrit : « Incubation silencieuse, de neuf jours (parfois petit accès de fièvre le jour de la contagion, baisse de poids, leucocytose) ».

La *période d'invasion* fait suite à celle de l'incubation; elle se prolonge jusqu'à l'apparition de l'exanthème. Elle dure de trois à cinq jours, quatre jours en moyenne.

La fièvre apparaît et monte graduellement ; elle est rémittente, avec un minimum matinal.

Elle s'accompagne d'un catarrhe oculo-nasal et d'une toux sèche, incessante. On constate un enanthème, c'est-à-dire la rougeur des muqueuses buccale et pharyngée, ainsi que le signe de Koplik.

Je m'arrête sur ce signe, car un médecin de Buenos-Aires, le Docteur Salvador Smith Bunge, a publié un travail important sur le *signe de Koplik chez le nourrisson* dans le *Bulletin de la Société cubaine de pédiatrie*, en février 1932. Voici ce qu'il a observé.

Le signe de Koplik est constant et pathognomonique. Entre 6 mois et un an, il paraît avoir une intensité particulière. Il siège sur la muqueuse des joues.

Dès le premier jour de l'invasion, sur la muqueuse rouge, au niveau des points où apparaîtra le Koplik, on voit un « déplissement prémonitoire », « comme du papier de verre extrêmement fin, consistant en une petite granulation faite de pointes fines comme celles d'épingles, extrêmement rapprochées, soulevant très légèrement la surface de la muqueuse sans aucun changement de coloration et sans solution de continuité ».

Les jours suivants, les éléments prennent graduellement les caractères du Koplik. Ce dernier est net le troisième jour de l'invasion ; il consiste en des taches petites, irrégulières, légèrement saillantes, formées par la réunion de petits points blancs d'épithélium tuméfié.

L'aspect est bien caractérisé chez les bébés de 4 à 5 mois ; il est même plus accentué que chez les grands enfants.

Le Koplik s'atténue un peu avant l'éruption et disparaît deux ou trois jours après le début de l'exanthème.

La *période d'éruption* apparaît quatorze ou quinze jours après la contagion.

L'éruption débute par la face, derrière les oreilles et sur le front. Elle s'étend graduellement de haut en bas, au cou, au tronc, aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs ; elle se généralise en deux ou trois jours.

(1) Leçon du 26 mai 1932.
(2) Leçon du 21 mai 1932 : La rougeole pendant la première année de la vie. — I. Etude statistique. *Le Concours médical*, 17 juillet 1932.

Ce sont d'abord un pointillé rougeâtre, puis des taches roses, peu saillantes, qui se réunissent et deviennent plus ou moins confluentes ; mais il reste toujours entre elles des intervalles de peau saine.

L'éruption commence à pâlir le troisième jour et disparaît le quatrième ou le cinquième.

La fièvre augmente avec l'éruption ; elle peut atteindre 39°, 40°, 41° au moment de son acmé. Puis la température baisse en lysis et revient à la normale en deux à cinq jours. Parfois elle tombe brusquement.

Le catarrhe oculo-nasal, la toux, le malaise général s'exacerbent au moment de l'éruption et disparaissent avec elle ; il y a de la bronchite, de la diarrhée.

Celle-ci est fréquente. « La rougeole ordinaire du nourrisson, écrit M. Lesage, a pour signe spécial la fréquence et l'intensité de la diarrhée. » Elle peut apparaître dès la période d'invasion.

La *période terminale* et la *convalescence* commencent avec la disparition de la fièvre et de l'éruption. L'enfant guérit rapidement.

Voici *quelques exemples de la forme commune.*

La petite Michelle est née le 24 octobre 1931. Elle est bien portante.

Le 8 avril 1932, à l'âge de 5 mois et demi, apparaissent des troubles digestifs, une fièvre ascendante, du catarrhe oculo-nasal, de la toux.

L'enfant nous est amenée le 11 avril, quatrième jour de la maladie. Sa température est de 39° ; le lendemain elle est de 39°6 le matin, de 39° le soir. Le jour de l'entrée, on constate une éruption de rougeole derrière les oreilles ; l'éruption s'étend le deuxième jour à la face, au thorax, au membres supérieurs ; le troisième jour, à l'abdomen et aux membres inférieurs.

Le pharynx est rouge ; on entend des râles de bronchite. L'enfant est abattue, somnolente.

Le 13 avril, troisième jour de l'éruption, la température est de 38°8-38° ; le 14 avril, quatrième jour, elle n'est plus que de 37°5-37°. Puis l'apyrexie s'installe et l'éruption s'éteint.

La cutiréaction à la tuberculine, faite le deuxième jour de l'éruption, est négative. On ne trouve pas de bacilles diphtériques dans le pharynx et dans le nez.

Michelle guérie sort de l'hôpital le 25 avril, quinze jours après le début de l'éruption, dix-huit jours après le début de la maladie.

Le petit Jacques est né le 19 avril 1931.

Le 20 janvier 1932, à 5 mois, il est pris d'une fièvre légère à 38°6 et d'un catarrhe oculo-nasal peu intense.

Le 23 janvier, il entre à l'hôpital. Il est au quatrième jour de sa *maladie. Sa température* est de 39°3 le matin, de 39°4 le soir ; son pouls à 140. On constate un léger écoulement nasal, une toux fréquente, une éruption typique de rougeole dans la région rétro-auriculaire, à la nuque et sur la partie supérieure du thorax. Il n'y a pas de Koplik. A l'auscultation, on entend des râles bronchiques ronflants disséminés des deux côtés. Les selles sont normales.

Le 24 janvier, la température est de 38°9-38°8, l'éruption, qui est au deuxième jour, est généralisée.

Les jours suivants, la fièvre baisse graduellement. Le 27 janvier, cinquième jour de l'éruption, au matin, la température est de 37°3, l'exanthème a disparu ; dans l'après-midi la température monte à 38°4 sans explication valable. La température se maintient à 38° jusqu'au 3 février, puis l'apyrexie s'installe définitivement.

Jacques sort le 22 février. Il a 6 mois.

Il n'est pas bien vigoureux ; le 26 janvier, il pesait 4 kgr. ; le 19 février, son poids est resté le même. La cutiréaction à la tuberculine est négative, le premier jour de l'éruption ; il n'y a pas de bacilles diphtériques.

Voici maintenant l'observation du petit André. Vous le connaissez déjà, car je vous l'ai présenté le 12 et le 19 mars dans mes leçons sur *Les états de dénutrition dans la dyspepsie des bébés élevés au lait de vache.*

André est né le 12 novembre 1931.

Il entre à la salle Husson, le 12 février 1932, à 3 mois, avec des vomissements et de la diarrhée ; il est athrepsique. Au mois d'avril, son état s'améliore ; il est apyrétique et monotherme.

Le 23 avril, à 5 mois et demi, apparaît de la fièvre : 37°9-38°5.

Le lendemain, la température est de 38°-38°6 ; une éruption de rougeole apparaît sur la figure, on fait une injection sous-cutanée de 4 c. c. de sérum de convalescent.

Le 25 avril, la température s'élève à 39°5-39°8, l'éruption est généralisée. L'enfant tousse un peu, est dyspnéique, a des battements des ailes du nez. A l'auscultation, on entend quelques râles de bronchite.

Le 26 avril, troisième jour de l'éruption, la température est de 38°4-37°6.

Le 27, elle est de 37°6-38°1.

Le 28, l'apyrexie s'installe.

Mais, du 1er au 7 mai, la fièvre reprend et la température s'élève jusqu'à 39° ; cette reprise est due à une otite et à un abcès de la cuisse consécutif à une injection d'huile camphrée.

A partir du 8 mai l'apyrexie devient définitive. Le 10 mai l'enfant est renvoyé à la salle Husson.

La cutiréaction à la tuberculine est négative, comme avant et après la rougeole d'ailleurs. Il *n'y a pas de bacilles diphtériques.*

Depuis la rougeole, l'enfant continue à s'améliorer.

***

Les rougeoleux, dont vous venez d'entendre les observations, ont eu, somme toute, des maladies relativement peu intenses. Pendant la première année de la vie les observations sont nombreuses, dans lesquelles on peut relever l'intensité dégradée des symptômes jusqu'aux FORMES LÉGÈRES.

Voici deux exemples de formes légères.

Le petit Claude est né le 18 novembre 1931. Il entre à la salle Husson, le 7 mars 1932, à l'âge de 3 mois 19 jours. Il ne mesure que 53 cm. et ne pèse que 3 kgr. 200. Il est athrepsique et monotherme.

A partir du 17 mars, il présente un petit état fébrile.

Le 19 mars, il a 4 mois. On lui fait une injection de 4 c.c. de sérum de convalescent de rougeole. Sa température est de 37° le matin, de 38°3 le soir. Les 20, 21 et 22 mars, elle reste à 38°.

Le 23 mars, elle est de 38°4-38°5. L'enfant présente un catarrhe oculo-nasal et un larmoiement légers, quelques petites macules derrière les oreilles.

Le 24 mars, la température est de 37°8-38°4, l'éruption morbilleuse généralisée.

Le 25, troisième jour de l'éruption, la température baisse à 37°-6-37°4.

Les jours suivants il y a apyrexie et l'éruption disparaît.

On n'a pas décelé de bacilles diphtériques. La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Le 6 avril l'enfant, guéri de la rougeole, revient à la salle Husson.

La petite Denise est née le 28 juillet 1931.

On l'amène, le 25 février 1932, à la salle Husson. Elle a alors 7 mois. Sa température est de 37° ; elle présente du catarrhe oculo-nasal et un peu de toux. Dans l'après-midi, sa température s'élève à 39°8, elle est agitée ; une éruption de rougeole débute.

Le 26 février, la température est de 37°7-37°2, l'éruption généralisée. Le pharynx est rouge. On entend des râles disséminés de bronchite. Il y a de la diarrhée.

L'apyrexie persiste jusqu'au 2 mars. Puis la température monte graduellement jusqu'à 38°3-38°6, le 6 mars, et ensuite diminue.

L'enfant sort le 9 mars avec une température de 37°8.

La cutiréaction est négative le premier jour de l'éruption. On ne trouve pas de bacilles diphtériques dans la gorge et le nez.

La *forme légère* est somme toute une rougeole atténuée. Les symptômes des périodes d'invasion et d'éruption sont peu marqués. La fièvre est légère et de courte durée. Le catarrhe oculo-nasal et l'exanthème sont discrets. Cette rougeole est facilement méconnue.

Au bas de l'échelle des formes légères, sont les FORMES FRUSTES.

Dans celles-ci les symptômes caractéristiques manquent.

Parmi elles, on range d'ailleurs des faits différents.

Voici ce qu'écrit M. Lesage : « Pendant les premiers mois de la vie, elle (la rougeole) peut se présenter sous la forme d'une fièvre avec diarrhée, d'une septicémie avec un léger coryza (ce que l'on appelle grippe). Cette petite maladie est contagieuse sous forme de rougeole. On peut penser à sa nature morbilleuse d'après les caractères de la fièvre en escalier tant à la montée qu'à la descente »...

Pour M. Charles Hermann, de New-York, des bébés de 3 à 5 mois, âge où l'immunité relative commence à s'affaiblir, exposés à la contagion, peuvent contracter une rougeole, qui reste occulte, sans signes cliniques évidents ; cette atteinte peut provoquer cependant des réactions qui réalisent une immunité durable.

Le *diagnostic* des formes légères et des formes frustes est difficile et parfois même impossible à affirmer. Il faut rechercher attentivement le signe de Koplik.

Ces formes se voient chez des nourrissons très jeunes, d'après MM. Hutinel et Darré, pendant les premiers mois de la vie, d'après M. Lesage, avant 8 mois, suivant MM. Debré et Joannon, pendant les 5 ou 6 premiers mois, suivant M. Paolo Galli.

Leurs *facteurs étiologiques* peuvent être complexes.

C'est tout d'abord l'immunité transmise par une mère ayant eu la rougeole.

C'est ensuite la tendance naturelle du tout jeune bébé à avoir des maladies de faible expression clinique ; il en est ainsi, par exemple, pour la diphtérie, qui se manifeste par un coryza souvent banal et jamais par l'angine membraneuse.

C'est enfin, pour nos malades d'hôpital, l'état de dénutrition et de cachexie, dans lequel ils se trouvent souvent.

On a dit que les injections préventives de sérum de convalescent atténuaient l'intensité de la rougeole ; le fait peut être exact, mais il ne peut pas trouver sa démonstration dans l'observation des jeunes bébés.

Claude, qui a eu du sérum préventif, Denise, qui n'en a pas reçu, ont eu tous deux des rougeoles très légères.

***

A l'opposé des formes légères ou frustes, nous trouvons les FORMES HYPERTHERMIQUES.

En voici deux exemples.

La petite Jeanne est née le 19 novembre 1931. Elle est allaitée par sa mère pendant quinze jours, puis nourrie avec du lait de vache ; son alimentation est mal réglée.

On l'amène à la salle Husson, le 7 mars 1932, à l'âge de 3 mois et demi. Elle mesure 52 cm. et pèse 4 kgr. 570 ; elle présente des signes de rachitisme. Depuis huit jours, elle a de la diarrhée et des vomissements. Elle a une fièvre élevée, irrégulière, des selles glaireuses et, dans les urines, 0 gr. 50 d'albumine par litre, quelques leucocytes, de nombreuses cellules épithéliales.

La fièvre persiste jusqu'au 20 mars.

A partir du 21 mars, l'apyrexie s'installe. L'enfant a 4 mois et pèse 4 kgr. 130.

A partir du 25 mars, la fièvre s'élève graduellement, le poids diminue de 4 kgr. 130, le 25, à 3 kgr. 920, le 29.

Le 30 mars, sixième jour de la fièvre, la température du matin est de 38°6, on constate l'apparition d'une éruption de rougeole. Le soir, la température monte à 39°8, le pouls est rapide, l'éruption discrète, limitée à la face et derrière les oreilles, la pâleur extrême.

Le 31 mars, deuxième jour de l'éruption, la température se maintient à 39°-39°6, la pâleur est toujours très intense, l'éruption sort mal. L'enfant a une selle verte. L'examen des poumons ne révèle rien de particulier.

Le 1er avril, troisième jour de l'éruption, huitième jour de la maladie, le matin, la température est de 40°1, la pâleur et la prostation sont très marquées, l'état général est très grave, les selles sont mélangées. La paracentèse des tympans fait écouler du pus épais. Dans l'après-midi, la température monte à 40°4 ; l'enfant tombe dans le collapsus et meurt.

Josette est née le 8 mai 1931.

Elle nous est amenée le 4 février 1932, à 9 mois, parce qu'elle a présenté chez ses parents une éruption.

Sa température est de 41°. Elle est pâle, cyanosée, abattue, agitée ; elle présente quelques mouvements convulsifs ; la dyspnée est vive ; il y a du tirage, du battement des ailes du nez. On ne constate pas d'éruption.

Le 5 février, la température se maintient toute la journée, 41°5. L'état est le même que la veille. La respiration est rude et légèrement soufflante dans les deux poumons ; on n'entend pas de râles.

Le 6 février, la température est de 41°, l'état toujours très grave. On ne trouve pas de signes physiques nets à l'examen des poumons.

Dans l'après-midi, la cyanose s'accentue, le bébé tombe dans l'adynamie et meurt.

Tel est le tableau clinique des *formes hyperthermiques*. C'est celui que M. Lesage a décrit sous l'appellation de *rougeole septique sans localisation...*

« D'emblée, avec l'éruption dès le douzième jour, apparaissent des signes de gravité (fièvre à 40° ou 41°, pouls petit à 110, teint plombé et gris, langue et lèvres sèches et rôties, peau sèche, catarrhe oculo-nasal épais se concrétant rapidement en croûtes, dyspnée toxique avec angoisse, car le poumon est intact, éruption pâle et sans force). Après trois ou quatre jours de lutte, l'adynamie augmente, les yeux s'excavent, les lèvres et les extrémités se cyanosent, le cœur faiblit et l'enfant meurt en pleine intoxication morbilleuse, sans localisation ».

Quelquefois, il existe, en outre, une forte diarrhée qui prend le type du choléra infantile d'été.

***

Etudions maintenant les COMPLICATIONS.

La plupart ont pour point de départ l'*infection du rhino-pharynx*; celle-ci est la cause des *otites*, des *laryngites*, des *broncho-pneumonies*.

Je ne parlerai aujourd'hui que des BRONCHO-PNEUMONIES.

Elles peuvent revêtir des *modalités cliniques* diverses. On peut toutefois en décrire deux grands types : 1° la *forme suraiguë* ou *diffuse* ; 2° la *forme aiguë, lobulaire, à noyaux disséminés*.

Leur description correspond à celle des broncho-pneumonies de la première enfance que j'ai donnée dans ma leçon du 12 février 1929 sur *Bronchites et broncho-pneumonies dans les rhino-pharyngites aiguës simples des nourrissons*, leçon qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*.

La *forme suraiguë* ou *diffuse*, le *catarrhe suffocant* de Laennec, la *bronchite capillaire* de Fauvel, voisine avec l'*œdème aigu du poumon* et lui est souvent intriqué.

J'ai étudié leurs rapports dans ma leçon du 31 mai 1930, publiée par *Le Concours Médical* du 30 septembre 1930, sur *Œdème aigu du poumon et bronchite capillaire dans la rougeole des enfants*, ainsi que dans un mémoire écrit avec M. Jean Lereboullet sur *Œdème aigu du poumon au cours de la rougeole*, paru dans les *Archives de médecine des enfants* d'août 1931.

L'affection débute plus ou moins tôt, à la phase éruptive. On se demande si elle est due au virus morbilleux lui-même ou à une infection secondaire.

Elle correspond à la « rougeole septique avec localisation pulmonaire » de M. A. Lesage.

Les symptômes réalisent un syndrome infectieux analogue à celui des formes hyperthermiques et un syndrome asphyxique.

La fièvre atteint 39°-40° et même plus.

Le teint est pâle, plombé, cyanosé ; les yeux sont brillants.

Le petit enfant se défend mal ; il reste couché, immobile ; il a une dyspnée vive, de la polypnée, de l'orthopnée, du tirage, du battement des ailes du nez.

A l'examen du thorax, on constate une sonorité forte, due à l'emphysème aigu, des râles sibilants et ronflants, des râles sous-crépitants humides, disséminés, plus ou moins nombreux, des foyers de râles sous-crépitants fins et secs.

Le pouls est rapide et petit.

L'éruption sort mal ou pâlit.

La maladie dure un, deux ou trois jours. L'enfant tombe dans le collapsus, l'hyperthermie persiste ou, au contraire, la température baisse et la mort survient.

Voici un exemple :

Marceau né le 8 avril 1931.

Depuis le mois de novembre 1931, c'est-à-dire depuis l'âge de 7 mois, il présente des épisodes aigus qualifiés de congestion pulmonaire.

Du 1er janvier au 21 février 1932, il est hospitalisé pour une broncho-pneumonie droite traînante et une otite double.

Le 28 février 1932, à l'âge de 10 mois et demi, il est pris subitement de frissons et de vomissements alimentaires ; sa température monte à 39°3. On l'amène à la crèche des Enfants-Malades.

Du 29 février au 3 mars, la température est élevée, sans qu'on découvre de symptômes précis.

Le 4 mars, on constate l'apparition d'une éruption de rougeole et on envoie le malade dans notre pavillon. Sa température est de 40°7.

Le 5 mars, deuxième jour de l'éruption, la température s'élève à 40°8-40°7, le pouls est à 160. L'enfant est très pâle, cyanosé ; il a une forte dyspnée, du battement des ailes du nez, une toux fréquente, un écoulement nasal. L'éruption est généralisée, mais discrète.

A l'auscultation on entend des râles sibilants et muqueux disséminés de bronchite, à la base droite, des râles sous-crépitants fins de broncho-pneumonie.

Les jours suivants, la température reste très élevée : 41°8-41°3, le 6 mars, 41°3-40°2, le 7 mars. Le pouls est incomptable, la dyspnée très vive, l'éruption pâlit. A l'auscultation, on entend, surtout à gauche, des râles sibilants et ronflants et, à droite, des râles sous-crépitants fins, un souffle inspiratoire. Le foie est gros. Il apparaît une otite gauche.

Le 8 mars, la température est de 42°2 et l'enfant meurt, le jour où il a 11 mois.

La *forme aiguë*, la *broncho-pneumonie à noyaux disséminés* peut apparaître à toutes les périodes de la rougeole, pendant l'invasion, pendant l'éruption, à la phase terminale, au moment de la convalescence.

Elle est causée manifestement par une infection secondaire ; elle n'est pas due au virus de la rougeole.

Tantôt la fièvre ne tombe pas avec l'éruption et persiste ; tantôt elle remonte pendant la défervescence ; tantôt elle réapparaît après celle-ci.

La température est plus ou moins élevée et irrégulière, l'état général plus ou moins affecté. La dyspnée, la cyanose, la toux, sont plus ou moins marquées.

A l'auscultation des poumons, on entend de nombreux râles humides et des foyers de râles sous-crépitants plus ou moins fins et secs.

L'évolution et la terminaison diffèrent suivant les cas.

Tantôt la mort survient en 10 à 15 jours.

Tantôt on assiste à des reprises successives.

Tantôt l'affection se prolonge.

Dans ces cas, l'enfant ou bien finit par mourir ou bien s'améliore lentement et guérit à la longue. Même dans des cas graves l'amélioration est possible.

Quand l'affection se prolonge, la broncho-pneumonie passe à l'état subaigu ou chronique et s'accompagne de dilatations des bronches.

C'est ce que nous avons observé chez un de nos malades.

Marie est née le 27 juin 1931.

Elle entre le 14 janvier 1932, à 6 mois et demi.

Sa température est de 39°5, son pouls à 146.

Elle présente une éruption de rougeole généralisée, qui paraît être au deuxième ou au troisième jour. Son pharynx est rouge, ses amygdales sont grosses ; on ne trouve pas de bacilles diphtériques. A l'auscultation, on entend des râles nombreux, disséminés de bronchite.

Les jours suivants, l'éruption disparaît, mais la fièvre reste élevée ; la température est irrégulière pendant quelques jours, puis reste au voisinage de 40°. Il se produit une otite bilatérale et on pratique la paracentèse des tympans. Il existe une dyspnée légère, une toux fréquente et sèche. A l'auscultation, on entend des râles disséminés de bronchite bilatérale et quelques foyers de râles sous-crépitants, fins et secs.

L'enfant a des vomissements fréquents ; son état général est mauvais.

Cet état persiste avec des ébauches de rémission et des reprises pendant dix-neuf jours.

A partir du 1er février, la température pré-

sente de grandes oscillations ; le matin elle est de 37°8-37°6, le soir de 39°6-39°7.

Le 5 février, elle reste à 37°4-37°9.

Du 6 au 9 février il y a apyrexie, les râles fins et secs disparaissent, on n'entend plus que des râles humides des deux côtés.

L'état général est mauvais, le poids, qui était de 6 kgr., le 19 janvier, tombe à 5 kgr. 150, le 8 février.

Du 10 au 17 février, la fièvre remonte à 39°, l'amaigrissement s'accuse ; l'enfant ne pèse plus que 4 kgr. 750, le 16 février.

Le 23 février, Marie est emmenée par ses parents ; sa température est de 38°2 ; elle est très mal.

Après sa sortie, elle est opérée d'une mastoïdite droite.

On la ramène à la salle Husson le 29 avril 1932, à 10 mois. Elle mesure 66 cm. et pèse 5 kgr. 920. Elle est très maigre. La fièvre est élevée.

On entend des râles sous-crépitants et de gros râles humides à la partie moyenne du poumon gauche, symptômes d'une broncho-pneumonie avec dilatation des bronches. Les selles sont panachées, avec des périodes de diarrhée.

Les modalités précédentes des broncho-pneumonies ne sont pas les seules que puissent présenter les nourrissons au cours de la rougeole. On peut rencontrer la *broncho-pneumonie pseudo-lobaire*. Celle-ci est assez rare ; elle est généralement curable.

En voici un exemple.

Pierre entre le 29 mars 1930, à l'âge de 9 mois, avec une éruption de rougeole assez difficile à voir, car il est mulâtre. La température est de 39°1.

Le 30 et le 31, la fièvre tombe ; le 1er avril, la température est de 37°2 le matin, de 37°3 le soir.

Mais, le 2 avril, la fièvre reprend à 38°4-38°6.

Les 3 et 4 avril, la température monte à 39°.

Le 5 avril, se produit une défervescence à 37°6-37°4.

Puis l'apyrexie est à peu près complète.

Pendant la reprise de la fièvre, Pierre a de la dyspnée, du battement des ailes du nez. A la base gauche du thorax, on constate un foyer de broncho-pneumonie. Il y a, en outre, une otite double ; les paracentèses des tympans donnent issue à du pus.

L'enfant guérit et quitte l'hôpital le 12 avril.

***

Telles sont les constatations cliniques que nous avons pu faire chez les rougeoleux âgés de moins d'un an.

Etudions maintenant la FRÉQUENCE DES FORMES HYPERTHERMIQUES ET DES BRONCHO-PNEUMONIES ET LEUR RÔLE DANS LA MORTALITÉ DE NOS ROUGEOLEUX DE MOINS D'UN AN.

Sur les 279 rougeoleux âgés de moins d'un an, que nous avons soignés de 1928 à 1931, pendant quatre années, il en est mort 118, soit 42,29 %.

Les *causes des décès pendant la première année* ont été les suivantes :

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Broncho-pneumonie ..... | 20 | 12 | 11 | 26 | 69 |
| Hyperthermie ........... | 6 | 10 | 14 | 13 | 43 |
| Divers ................ | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 |
| | 27 | 23 | 27 | 41 | 118 |

Sur 100 *décès pendant la première année, la mort est causée* par :

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Broncho-pneumonie.. | 74,0 | 52,1 | 40,7 | 63,4 | 58,48 |
| Hyperthermie ....... | 22,2 | 43,4 | 51,8 | 31,7 | 36,44 |
| Divers ............. | 3,7 | 4,3 | 7,4 | 4,8 | 5,08 |

Les causes diverses sont : une mastoïdite, une péricardite, une septico-pyohémie, des troubles digestifs.

Précisons ce qui a trait aux BRONCHO-PNEUMONIES.

Le *nombre des broncho-pneumonies* et le *nombre des décès par broncho-pneumonie pendant la première année de la vie* sont les suivants :

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre des rougeoles .... | 67 | 44 | 77 | 91 | 279 |
| Nombre de broncho-pneum. | 29 | 15 | 15 | 29 | 88 |
| Décès par broncho-pneum. | 20 | 12 | 11 | 26 | 69 |

Le *nombre des décès, pour* 100 *broncho-pneumonies* est :

| 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | Moyenne |
|---|---|---|---|---|
| 68,9 | 80,0 | 73,3 | 89,6 | 78,40 |

Le *nombre des broncho-pneumonies* et *le nombre des décès par broncho-pneumonie, pour* 100 *rougeoleux* est :

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | Moyenne |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre des br.-pneum. | 43,2 | 34,0 | 19,4 | 31,8 | 31,54 |
| Décès...... | 29,8 | 27,2 | 14,2 | 26,5 | 24,73 |

*Somme toute,* pendant la première année de la vie :

la broncho-pneumonie cause 58,48 % des décès ;

elle est mortelle dans 78,40 % des cas ;

elle survient chez 31,54 % des rougeoleux ;

elle cause la mort de 24,73 % des rougeoleux.

Faisons la même étude pour les FORMES HYPERTHERMIQUES.

Le *nombre des formes hyperthermiques* et le *nombre de décès des malades atteints de ces formes* au cours de la première année de la vie est :

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de rougeoles .... | 67 | 44 | 77 | 91 | 279 |
| Nombre d'hyperthermies. | 6 | 10 | 14 | 13 | 43 |
| Décès par hyperthermie.. | 6 | 10 | 14 | 13 | 43 |

La *mortalité des formes hyperthermiques* est de 100 %.

Le *nombre des formes hyperthermiques* et *des décès par ces formes*, qui est le même, est le suivant :

| 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | Moyenne |
|---|---|---|---|---|
| 8,9 | 13,6 | 18,1 | 14,2 | 15,4 |

*Somme toute*, pendant la première année de la vie :

la forme hyperthermique cause 36,44 % des décès,

elle est mortelle dans 100 % des cas ;

elle survient chez 15,4 % des rougeoleux ;

elle cause la mort de 15,4 % des rougeoleux.

Il faut remarquer que les nombres moyens ne correspondent pas aux nombres observés chaque année. Les *différences annuelles* sont assez importantes.

Je ne parlerai que du *premier trimestre de* 1932, qui ne rentre pas dans les statistiques précédentes.

Voici le *nombre et les causes des décès pendant la première année* :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre de rougeoleux. | 29 | | |
| Nombre de décès ..... | 16, soit | 55,17 % | des décès |
| Décès par broncho-pn. | 8 — | 50 % | — |
| Décès par hypertherm. | 8 — | 50 % | — |

Pour les *broncho-pneumonies* on trouve :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre de rougeoleux. | 29 | | |
| Nombre de broncho-pneumonies......... | 9, soit | 31,1 % | rougeoleux |
| Décès par broncho-pneumonie......... | 8 — | 27,5 % | — |

Pour l'*hyperthermie*, nous avons observé :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre de rougeoleux | 29 | | |
| Nombre d'hyperthermies............... | 8, soit | 27,5 % | rougeoleux |
| Décès par hyperthermie............... | 8 — | 27,5 % | — |

La mortalité des formes hyperthermiques est de 100 %.

Il est intéressant de préciser la *répartition des broncho-pneumonies et des formes hyperthermiques dans les trimestres de la première année de la vie.*

*Broncho-pneumonie* : 9 cas.

De 3 à 6 mois, 2 broncho-pneumonies sur 6 rougeoleux, soit 33,3 %.

De 6 à 9 mois, 6 broncho-pneumonies sur 15 rougeoleux, soit 40 %.

De 9 à 12 mois, une broncho-pneumonie sur 8 rougeoleux, soit 12,5 %.

La *mortalité des broncho-pneumonies* est de :

| | | |
|---|---|---|
| 3 à 6 mois....... | 100 % | |
| 6 à 9 mois....... | 83,3 % | (une guérison sur 6 cas) |
| 9 à 12 mois...... | 100 % | |

*Formes hyperthermiquee* : 8 cas.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 à 6 mois...... | 2 cas | sur | 6 | rougeoleux | 33,3 % |
| 6 à 9 mois...... | 6 | — | 15 | — | 40,0 % |
| 9 à 12 mois...... | 0 | — | 8 | — | 0 |

La mortalité de ces formes est, à toutes les périodes, de 100 %.

***

L'étude clinique et statistique des rougeoleux, soignés pendant quatre années, nous a apporté des *données sur la rougeole pendant la première année de la vie.*

Je les résume.

1° Sur 279 rougeoleux, 142, soit 50,8 %, ont présenté des *formes communes* ou *légères* et ont guéri.

Je ne parle pas des complications légères, telles que les otites qui sont presque de règle.

2° Sur 279 rougeoleux, 137, soit 49,1 %, ont eu des *formes graves* ou *compliquées.*

3° Sur 279 rougeoleux, 43, soit 15,4 %, sont *morts* de formes hyperthermiques ; 69, soit 31,5 %, de broncho-pneumonies ; 6, soit 2,1 %, de causes diverses.

On ne connaît pas bien la pathogénie des formes hyperthermiques ; elles peuvent être le fait soit d'une rougeole très virulente, soit d'infections associées.

Cette réserve faite, il apparaît que la gravité des rougeoles de la première année de la vie est due principalement aux infections secondaires. Il en est ainsi du reste pour les enfants plus âgés de 1 à 5 ans. La petite et la moyenne enfances sont l'âge de prédilection des broncho-pneumonies.

Pendant la première année de la vie, la broncho-pneumonie est particulièrement fréquente et grave.

De ces deux leçons, retenez que la rougeole, pendant la première année de la vie, d'une part, prête à des considérations intéressantes et instructives, d'autre part, est un facteur important de morbidité et de mortalité.

P. NOBÉCOURT.

**Résumé sommaire de la leçon du Professeur Nobécourt**

Cette leçon, suite de la précédente, traite de la clinique de la rougeole au cours de la première année. La *forme commune* comporte une incubation qui varie de 9 à 11 jours, quelquefois 15 jours et même davantage, chez les très jeunes enfants. Période silencieuse en général ; quelquefois fébricule léger, diarrhée, état général défaillant. La période d'invasion dure environ 4 jours : fièvre, catarrhe oculo-nasal, toux sèche, énanthème, signe de Koplik. Période d'éruption, d'une durée de 3 à 5 jours, marquée par de la fièvre (39° à 41°), l'exacerbation du catarrhe ; bronchite, diarrhée. Apparition des éléments éruptifs. Convalescence rapide.

Les *formes légères* sont dites encore atténuées ; les *formes frustes* se voient chez les très jeunes nourrissons ; elles témoignent d'un certain degré d'immunité d'origine maternelle. Les *formes hyperthermiques* sont encore dites *septiques sans localisation.*

Les complications de la rougeole sont les *infections* du rhino-pharynx, les otites, les laryngites, et surtout les *broncho-pneumonies,* dont le professeur décrit une *forme suraiguë,* diffuse, véritable catarrhe suffocant, et une *forme aiguë* à noyaux disséminés.

Des exemples, pris parmi les enfants du service, illustrent cet exposé.

Sur 279 rougeoleux observés, le professeur a enregistré 50,8 % de formes légères, 49,1 % de formes graves, compliquées. 15,4 % sont morts par hyperthermie, 31,5 % par broncho-pneumonies, 2,1 % de causes diverses. D'où il s'ensuit que la rougeole est un facteur important de morbidité et de mortalité dans le premier âge. G. D.

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

### La tuberculose, sous le masque de la fièvre typhoïde

D'après les travaux du Professeur ACHARD (1), ceux du Docteur A. COURCOUX (2) ainsi que de MM. CANTEGRIL et RIEUNAU (3).

Il est certains cas d'association de tuberculose et de fièvre typhoïde, où la tuberculose n'est pas masquée par la fièvre typhoïde : par exemple, quand un tuberculeux reconnu fait une fièvre typhoïde, — quand, à la suite d'une fièvre typhoïde, comme à la suite de toute autre maladie infectieuse, on observe un réveil de lésions tuberculeuses plus ou moins latentes.

Nous n'envisagerons pas ici pareilles éventualités ; nous n'aurons en vue que les cas où l'infection tuberculeuse se révèle sous la forme d'une fièvre typhoïde.

***

LES PRINCIPAUX ASPECTS CLINIQUES

**La typho-bacillose de Landouzy**

Elle est relativement fréquente chez l'enfant et l'adolescent.

Dès le début, l'aspect du malade simule entièrement la fièvre typhoïde ; il a de la stupeur, parfois avec carphologie et soubresauts des tendons, de la céphalalgie ; la langue est sèche et fuligineuse, le ventre ballonné, la rate augmentée de volume, le pouls rapide, la température élevée.

Dans l'immense majorité des cas, après trois ou quatre semaines d'une fièvre continue et accompagnée de tous ces signes, le malade entre en convalescence. Mais, « généralement cette convalescence n'est pas franche ; le bel appétit des dothiénentériques convalescents ne se manifeste pas ; l'amaigrissement persiste. Au bout de quelques semaines, ou de longs mois, apparaissent brusquement ou sournoisement les signes d'une localisation tuberculeuse pulmonaire, ou pleurale le plus souvent, assez fréquemment méningée chez l'enfant.

« Parfois, la convalescence, qui suit la typhobacillose paraît tout à fait franche et de bon aloi ; l'apyrexie est complète ; on touche à la guérison ; et cependant ici encore on voit survenir, plus ou moins tard, plus ou moins bruyamment, une localisation tuberculeuse. »

**La pleurésie du début**

Naturellement, quand il s'agit d'une pleurésie du déclin ou de la convalescence de la fièvre typhoïde, aucun doute ne subsiste sur la nature éberthienne de la manifestation pleurale ; c'est d'ailleurs la forme la plus fréquente de la pleurésie méta-typhoïdique.

(1) Professeur Ch. ACHARD. — La tuberculose à la suite de la fièvre typhoïde. (*Journ. des Praticiens,* 9 avril 1932.)

(2) Dr A. COURCOUX. — Quelques considérations pratiques à propos de la typho-bacillose. (*La Médecine* mai 1932).

(3) E. CANTEGRIL et G. RIEUNAU. — Les pleurésies de la fièvre typhoïde. (*Gazette des hôpitaux,* 4 juin 1932).

Mais, la pleurésie est parfois la manifestation initiale de la fièvre typhoïde, et le diagnostic se révèle particulièrement délicat, lorsqu'on se trouve en milieu épidémique surtout ; on pose volontiers le diagnostic de pleuro-typhoïde, quand apparaissent en même temps des troubles gastro-intestinaux, une température élevée, de l'hypertrophie splénique, du délire, de l'agitation. Parfois même, les malades ont éprouvé depuis un certain temps de la fatigue, de l'anorexie et paraissent ainsi avoir parcouru la période d'incubation de l'infection éberthienne.

Or, l'évolution ultérieure vient révéler la nature tuberculeuse de cette pleurésie ; parfois même les troubles nerveux ont persisté, et sont devenus symptômes caractéristiques d'une méningite tuberculeuse.

***

### Comment soulever le masque

Certes, l'évolution permet presque toujours de reconnaître qu'il s'agit bien de tuberculose ; mais, dit le Prof. Achard, le diagnostic peut souvent se faire avant que la maladie ne soit trop avancée.

*Cliniquement*, on signale comme caractères différentiels que le pouls n'est pas dicrote, et que sa fréquence est plus en rapport avec la température que dans la fièvre typhoïde. La température est moins uniforme et plus oscillante. Il n'y a généralement pas de taches rosées.

L'examen du liquide pleural ne révèle pas la présence de bacilles d'Eberth. Son ensemencement reste généralement stérile, et sa stérilité permanente doit nous rappeler l'enseignement de Landouzy, d'après lequel toute pleurésie, qui ne fait pas ses preuves, doit être suspecté de tuberculose.

L'*hémoculture* et le *séro-diagnostic* suffisent en général à éliminer la tuberculose, encore qu'on ait trouvé parfois, mais par exception, une séro-aggutination positive chez des tuberculeux, qui ne semblaient pas atteints en même temps d'une infection typhoïdique. Josserand et P. Courmont pensent aussi qu'un liquide pleural peut contenir du bacille d'Eberth, et qu'il peut offrir une séro-réaction typhique, même aussi accentuée que celle du sérums sanguin, et cependant être de nature incontestablement tuberculeuse.

Le Docteur Courcoux insiste, à juste titre, sur la nécessité d'un *contrôle radiographique.* Jadis on a pensé qu'en cas de typho-bacillose, il s'agissait uniquement d'une bacillémie, plus ou moins éphémère ou persistante ; on sait aujourd'hui, grâce à nos moyens d'investigation plus perfectionnés, notamment grâce à la radiologie, que certaines typho-bacilloses ne font que traduire de véritables granulies discrètes, qu'elles extériorisent aussi une localisation tuberculeuse, jusque-là latente.

La typho-bacillose n'est plus toujours une étape septicémique de l'infection tuberculeuse qui prépare, à plus ou moins longue échéance, une localisation pleurale pulmonaire, osseuse, méningée ; ce syndrome clinique est aussi réalisé par des lésions préexistantes, ou tout au moins concomitantes. S'il peut être question de lésions dues à l'ultra-virus tuberculeux, il peut y avoir aussi une tuberculose localisée, mais non apparente, une tuberculose des ganglions médiastinaux, qui ne devient apparente qu'après une évolution fébrile de deux ou trois semaines.

En 1930, le Docteur Courcoux a pu faire connaître un groupe de documents radiographiques, accompagnant des observations de typho-bacillose, et dans lesquels on pouvait constater une série de lésions, qu'aucun symptôme clinique n'avait permis de révéler, et qui seraient restées absolument ignorées, sans leur recherche systématique par la radiographie. Ces constatations lésionnelles avaient ainsi été faites au cours de typho-bacillose, évoluant avec leurs caractères classiques. Elles montraient, fait très important, que les lésions étaient toutes situées dans le parenchyme pulmonaire ou les zones hilaires ; plus ou moins étendues et d'aspect variable, elles s'étaient constituées d'une manière absolument occulte, sans qu'aucun symptôme fonctionnel ou physique ait attiré l'attention sur l'appareil respiratoire. On a pu constater aussi parfois une dissémination de petites taches, ponctuant les deux poumons avec les mêmes caractères radiologiques que donne la granulie ; c'était encore des taches plus ou moins opaques et plus ou moins étendues, soit sur le sommet, soit, dans la région parahilaire, au niveau d'un interlobe, au milieu des ramifications broncho-vasculaires inférieures du hile.

Chez tout sujet, atteint de typho-bacillose, il est donc nécessaire de faire le plus tôt possible un contrôle radiographique du poumon ; les facilités, que nous avons de faire faire des radiographies au lit du malade nous permettent des constatations précoces, qui seront extrêmement précieuses dans leurs conséquences thérapeutiques. « Savoir qu'une lésion existe, qu'elle peut évoluer, pouvoir en suivre les phases heureusement régressives, surveiller et saisir immédiatement sa réapparition si elle se présente, et cela souvent sans que survienne aucun symptôme d'alarme touchant l'état général, la température, ou quelque autre signe, est un progrès vraiment considérable. »

Laissée à elle-même, cette lésion peut, en effet, rester latente pendant plusieurs mois ou plusieurs années, et se réactiver sous diverses influences, puis évoluer comme une lésion tuberculeuse chronique, ou prendre un caractère de haute gravité.

Mais habituellement, celle-ci régresse et peut disparaître complètement, surtout si les sujets ont été mis immédiatement dans les conditions de cure que comportait le diagnostic de lésion tuberculeuse.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Considérations médico-légales sur l'appendicite traumatique.

Le Professeur E. Sorel étudie les rapports du traumatisme et de l'appendicite. Le développement d'une appendicite traumatique comporte la mise en jeu de trois facteurs nécessaires :

1° Un trauma cause, direct ou indirect ;

2° Des lésions traumatiques de l'appendice (sain ou malade antérieurement) ;

3° Une inflammation de l'appendice, suite des lésions traumatiques, qui l'ont atteint.

En pratique, l'évaluation des responsabilités doit différer suivant qu'il s'agit d'un accident du travail, ou d'un accident de droit commun.

*a*) En cas d'accident du travail, il doit être fait abstraction des prédispositions morbides et des lésions latentes relevant d'un état antérieur ; dès lors que l'ouvrier était en état de bonne santé apparente, la responsabilité du traumatisme et de ses conséquences (la mort comprise) est entière ;

*b*) Dans les accidents de droit commun, les choses se passent différemment ; l'état antérieur peut et doit être pris en considération. Il faut se souvenir que l'éclatement, la rupture d'un appendice chroniquement enflammé peuvent être la conséquence d'un trauma, qui, sur un appendice sain, n'eut provoqué que des lésions légères, ou peut-être pas de lésions.

Dans les cas de traumatismes portant sur un appendice chroniquement enflammé, les principes précédents gardent toute leur valeur.

S'il s'agit d'un accident du travail, l'expert ne tient pas compte des prédispositions morbides et des lésions latentes relevant d'un état antérieur ; la responsabilité du traumatisme est entière ; elle ne s'étend pas plus loin.

Si, par la suite, il survient de nouvelles crises, celles-ci sont sous la dépendance exclusive de la maladie appendiculaire, et ne sauraient être imputées au trauma. L'indemnité temporaire est seule due au blessé, sauf si, après une appendicectomie, l'accidenté conservait une éventration, ou tout autre lésion post-opératoire, auquel cas il y aurait incapacité permanente partielle et rente.

Enfin, en accident de droit commun, les responsabilités sont partagées au prorata des lésions antérieures et des effets nocifs du trauma. (*Toulouse médical*, 1er février 1932.)

### Invagination intestinale traitée par le lavement baryté.

Une observation du Docteur Foucault est intéressante, parce que le diagnostic et le traitement ont été très précocement institués, et que, moins de sept heures après le début des accidents, l'enfant était sous l'écran radioscopique. D'autre part, l'invagination a été facilement réduite sous la poussée hydraulique, bien qu'il s'agit d'une invagination iléo-colique basse, dont la tête était située dans le côlon descendant. Il est vrai que le malade était un enfant de 4 ans 1/2, normalement constitué, alors que chez le nourrisson, l'invagination évolue beaucoup plus vite, est plus serrée, entraîne des phénomènes de striction et d'œdème plus accentués que chez l'enfant plus âgé ; néanmoins, il n'est pas douteux que si l'on avait tardé à faire le diagnostic, l'invagination serait probablement devenue irréductible, à cause de l'œdème, et des adhérences, et aurait été dangereuse à cause des menaces de rupture.

Ce cas plaide donc en faveur du lavement baryté en cas d'invagination intestinale, lavement qui a un double effet : celui de préciser le diagnostic et celui de permettre la réduction du boudin invaginé, si le cas est récent. (*Revue médicale du Centre-Ouest*, février 1932.)

### Le diagnostic d'appendicite est-il d'ordre radiologique ?

Le Docteur P. Porcher estime que l'examen radiologique ne doit pas être un examen de complaisance ; cet auteur n'accorde ni à la précision de la douleur, ni à la stase iléale terminale, la valeur d'un signe pathognomonique. Il retient que la visibilité de l'appendice, si commode pour en préciser les rapports et les caractères, n'est pas le plus souvent réalisée chez l'appendiculaire vrai (appendicite oblitérante de Letulle). De plus, l'identification des ombres vermiformes paracæcales n'est pas toujours facile.

Par contre, le Docteur P. attache une grande

importance à l'antipéristaltisme iléal terminal et à la constance d'une fixation ectopique sous-transversaire.

Pour toutes ces raisons, si le radiologiste n'a pas le droit de faire, et de faire à lui seul un diagnostic, qui comporte une sanction opératoire, il renseignera utilement le médecin et le chirurgien sur les conditions topographiques, qui faciliteront leur tâche. (*Paris Médical*, 6 février 1932.)

### Le traitement des chéloïdes.

La chéloïde n'est pas un fibrome cutané ; elle est constituée par un tissu conjonctif jeune particulièrement riche en substance interstitielle, en éléments cellulaires et en vaisseaux d'une abondance exceptionnelle.

On divise généralement les chéloïdes en: cicatrices chéloïdiennes développées sur une cicatrice (les plus nombreuses) et chéloïdes spontanées, apparaissant sans cause appréciable. Les premières sont les moins difficiles à guérir ;les deuxièmes sont parfois, mais non toujours, très tenaces.

Comme moyens de traitement, on a recommandé : les scarifications, l'électrolyse, l'ionisation, la cryothérapie, l'électro-coagulation, la radiothérapie, l'ablation chirurgicale suivie d'applications radiothérapiques. La douche filiforme, l'ultra-violet, la haute fréquence, l'air chaud sont inefficaces.

Mais le Docteur J. Belot ne retient que deux moyens : l'électrolyse, dont les indications sont aujourd'hui restreintes, et les radiations, rayons X et radium qui, seuls ou combinés aux massages, aux scarifications, à la chirurgie, dominent actuellement la thérapeutique de cette affection.

Il ne faut pas espérer que la régression des chéloïdes suive la première séance de radio ou de radiumthérapie ; elle est lente, et débute par une atténuation des douleurs au bout de trois ou quatre séances, puis par un assouplissement et un affaissement de la tumeur, avec décoloration. Les chéloïdes jeunes (quelques semaines ou mois) guérissent plus vite que les chéloïdes anciennes (plusieurs années). Les accidents sont très rares, et peuvent être évités si l'on suit les règles, indiquées par l'auteur.

Quant au choix de la méthode, il commande l'excellence du résultat.

Les petits éléments chéloïdiens seront traités par l'électrolyse négative, qui arrête toujours leur progression. La cicatrice chéloïdienne récente, linéaire, sans infiltration, ni adhérence profonde, trouve dans la radiothérapie une excellente méthode ; si son épaisseur dépasse quatre ou cinq millimètres, on associera aux rayons X les scarifications et les applications d'emplâtres.

L'ionisation iodée est surtout indiquée, quand il y a sclérose profonde avec adhérence aux tissus sous-cutanés.

Les chéloïdes volumineuses épaisses, dont la surface n'est pas trop étendue, bénéficieront de la radiumthérapie et de la radiothérapie, précédées de scarifications.

Les chéloïdes, développées sur cicatrices de brûlure, sont généralement étendues ; l'association de la radiothérapie et de la méthode biokinétique (massage) donne rapidement d'admirables résultats.

L'acné chéloïdienne de la nuque, au début, guérit par l'épilation et la radiothérapie. Les lésions anciennes peuvent bénéficier de la méthode radiochirurgicale.

Les chéloïdes restent, malgré tout, difficiles à guérir ; leur traitement demande beaucoup de temps et de patience ; il faut les soigner d'une manière aussi précoce que possible. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1932.)

### L'examen du cœur avant les interventions chirurgicales.

D'après L. Guernez, le chirurgien ne doit pas, pour s'assurer du bon fonctionnement de l'appareil cardio-vasculaire et prévoir, à ce sujet, des suites opératoires normales, se contenter de certaines épreuves standardisées, susceptibles d'être appliquées uniformément à tous les futurs opérés. Ces épreuves peuvent, en certains cas, attirer l'attention sur une déficience cardio-vasculaire passée jusqu'alors inaperçue ; mais, à elles seules, elles n'ont aucune valeur pronostique décisive. L'épreuve de Lian paraît de valeur discutable en pareils cas : le retour des pulsations à la normale peut s'effectuer dans les délais normaux. L'apnée volontaire peut être satisfaisante.

Seul l'examen clinique de l'appareil cardio-vasculaire, avec étude de la tension artérielle et prise d'un ortho-diagramme, permet presque toujours de prévoir la façon dont le cœur réagira à l'intervention chirurgicale, et, par suite, d'instituer une cure toni-cardiaque pré-opératoire. (*La Pratique médicale française*, janvier 1932-B.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Sur la pathogénie de certains épanchements articulaires.

(MM. Pierre Delbet et Pierre Cartier. — *Académie de médecine* ; 7-6-1932.)

MM. Delbet et Cartier ont étudié, au point de vue bactériologique et cytologique, les épanchements articulaires (articulation du genou) provenant de 209 malades.

Sur 92 cas d'hémarthrose, 28 contenaient des bacilles tuberculeux, et 9 des diplocoques. Ainsi, dans un tiers des cas, l'hémarthrose serait due à des lésions antérieures de l'articulation. La synoviale saigne sous l'influence d'un traumatisme minime parce qu'elle est altérée, le bacille tuberculeux étant le plus souvent en cause.

Sur 117 cas d'hydarthrose, les auteurs trouvèrent le bacille tuberculeux dans une proportion de plus de 40 % et d'autres microbes (cocci divers) dans une proportion de 18 %. Ces chiffres montrent qu'un grand nombre d'hydarthroses sur quoi l'on met, faute de mieux, la vague épithète de rhumatismale, sont des arthrites infectieuses atténuées.

### Les aliénés en liberté.

(M. Henri Claude. — *Académie de médecine* ; 7-6-1932.)

M. Henri Claude souligne les dangers de certains aliénés laissés en liberté, les délirants et les démentiels au début, par exemple, qui ne peuvent être que soupçonnés. Pour prévenir les méfaits possibles de ces malades, il faudrait dépister de bonne heure leur psychopathie en développant les consultations de prophylaxie mentale. D'autre part, on pourrait constituer une commission mixte, composée de médecins, de magistrats et d'avocats, qui, en présence d'individus signalés par leur entourage comme psychopathes inquiétants, serait chargée de décider du mode de traitement — libre ou internement — devant être appliqué.

Il y aurait là une institution à créer, que l'on entourerait, il va sans dire, des garanties les plus sérieuses. Les aliénés remis en liberté après internement seraient aussi de son ressort.

M. Claude demande que l'Académie désigne une commission d'étude de cette question.

### L'alcoolisme expérimental ne s'oppose pas à l'établissement de l'immunité antirabique.

(MM. P. Remlinger et J. Bailly. — *Académie de médecine* ; 31-5-1932.)

Deléarde, dans un mémoire publié en 1897, concluait « que les animaux alcoolisés au cours de la vaccination antirabique n'acquièrent aucune immunité contre la rage ». Depuis cette époque, il a été classique de dire que l'alcoolisme est une cause d'insuccès dans la vaccination antirabique et de recommander l'abstention d'alcool aux sujets en cours de vaccination.

Expérimentant sur des lapins, MM. Remlinger et J. Bailly sont arrivés à des déductions différentes et ils ont constaté une égale résistance, à la rage, des animaux vaccinés, alcoolisés ou non alcoolisés. Ils estiment dans ces conditions que l'alcool ne joue pas un grand rôle en pareille circonstance, ajoutant, il est vrai, qu'ils continueront bien probablement, comme par le passé, à donner aux alcooliques mordus par des animaux enragés des conseils d'abstinence, conseils qui ne peuvent que leur être utiles.

### Fièvre ondulante d'origine bovine.

(MM. Ch. Dubois et N. Sollier, de Nîmes. — *Académie de médecine* ; 31-5-1932.)

MM. Dubois et Sollier rapportent deux nouveaux cas de fièvre ondulante d'origine bovine, observés dans le Gard et la Haute-Garonne. Le premier malade contracta son affection par souillure, au cours de traite des vaches, de ses mains excoriées. Les vaches de cette étable n'avaient pas fait d'avortement épizootique connu, mais on sait que ces animaux acquièrent, après plusieurs avortements, une inaptitude à cet accident. Le second malade, vétérinaire, s'était contagionné en procédant à la délivrance de plusieurs vaches ayant avorté.

Les auteurs concluent que les vétérinaires, les jeunes surtout, exerçant dans les régions où sévit l'avortement épizootique des bovidés devraient tous se faire vacciner.

De plus, des mesures sanitaires devraient être instituées à l'égard des bovidés atteints d'avortement épizootique transmissible à l'homme.

MM. Dubois et Sollier poursuivent, d'autre part, leurs travaux sur les diverses origines : caprine, ovine, bovine et même porcine, de la fièvre ondulante.

### Un cas de polynévrite consécutive à l'ingestion d'apiol.

(M. Henri Roger, de Marseille. — *Académie de médecine* ; 31-5-1932.)

Nous avons signalé, il y a quelques mois, une communication de M. Van Itallie, à l'Académie de médecine, concernant une épidémie de polynévrite observée aux Pays-Bas après absorption d'apiol. La toxicité de celui-ci était attribuée par cet auteur à des impuretés du médicament.

M. Henri Roger, de Marseille, relate aujourd'hui un autre cas de polynévrite observé par lui chez une jeune femme de 20 ans. Ne trouvant aucune des causes habituelles de la polynévrite (infection récente ou ancienne ou intoxication, et en particulier diphtérie, syphilis, éthylisme, etc.), il rechercha du côté des intoxications médicamenteuses. La malade avait ingéré six capsules par jour d'apiol, pendant dix jours consécutifs, et les troubles polynévritiques (parésie des quatre extrémités) étaient apparus.

— M. NETTER rappelle les travaux de Van Itallie qui ont permis de rattacher les accidents toxiques causés par l'apiol à l'éther triorthocrésylphosphorique décelé dans les échantillons incriminés.

Les applications locales de tricrésyl, suivant la technique de Doppler, faites à la surface des artères, du testicule et des ovaires, de façon à réaliser une sympathicectomie chimique, n'ont pas toutefois provoqué de polynévrites. Il est vrai qu'alors l'absorption ne se produit guère.

M. Netter envisage la possibilité de l'interdiction de la vente des préparations d'apiol. Il estime que des recherches devraient être faites sur les apiols vendus en France, quant aux impuretés ou falsifications de ces substances.

L'Académie nomme finalement, pour étudier la question de l'apiol au point de vue toxicologique, une Commission composée de MM. Netter, Camus et Tiffeneau. P. L.

### Paralysie du bras gauche à la suite d'une intoxication oxycarbonée.

(MM. Jean HALLÉ et J. ODINET. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 15-3-1932.)

C'est une localisation anormale de cette intoxication : paralysie radiculaire totale du plexus brachial et de ses branches antérieures, subsistant un mois après son début, sans aucune tendance à l'amélioration.

On ne peut pas invoquer dans ce cas une origine centrale, consécutive à un ramollissement cérébral d'origine oxycarbonée ; l'intégrité absolue de la face et du membre inférieur, l'absence de signe de Babinski permettent d'éliminer ce diagnostic et de conclure à une paralysie périphérique. Une compression de la région claviculaire chez le malade (enfant dont la tête s'était, pendant l'asphyxie, trouvée engagée entre deux barreaux de son lit), aurait exercé un rôle favorisant pour localiser une polynévrite oxycarbonée sur le plexus brachial.

### Tétanie du nouveau-né guérie par injection d'extrait parathyroïdien.

(MM. DUFOUR et BARNEVELD. — *Soc. de pédiatrie de Paris* ; 15-3-1932.)

De cette observation, il faut retenir deux choses : a tétanie chez le nouveau-né, ce qui est une rareté ; 'action indiscutable de l'extrait parathyroïdien.

### A propos d'une observation de stase gastrique.

(MM. J. LEVESQUE et Mlle S. DREYFUS. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 15-3-1932.)

Il existe des troubles du transit, nullement exceptionnels, indépendants du spasme, de la sténose, des obstacles matériels, des troubles du chimisme gastrique, dont le caractère est avant tout d'être extrêmement sensibles aux variations du régime. Provoqués par le lait gras et surtout le lait condensé, ils ont guéri par des laits naturels écrémés ou le babeurre.

Ces troubles sont dus évidemment à une prédisposition congénitale, mais n'apparaissent qu'à la faveur d'une alimentation correcte en soi, mais ici mal adaptée. Le fait est incontestable, et il paraît d'une grande importance.

Quant à la pathogénie exacte de ce trouble du transit, s'il éveille l'idée de l'atonie gastrique, on ne peut l'admettre au sens habituel du mot, car il n'a été rencontré aucune dilatation gastrique, et il faut insister sur ce fait que le trouble de la musculature gastrique ne paraissait pas très important. Le trouble principal réside dans un état de l'estomac, exigeant une composition de repas très adaptée, et peut-être surtout du point de vue de la concentration moléculaire.

## *Reims*

### Une nouvelle arme thérapeutique : la dérivation électrique des médicaments.

(Professeur R. FRANQUET. — *Soc. méd. de Reims*)

Dans le traitement des maladies générales (infectieuses ou non), il est souvent utile que la masse totale du médicament, qu'il s'appelle, sérum, vaccin, composé chimique, agisse sur tous les tissus. Mais, pour la grande majorité des affections, il en est tout différemment. La thérapeutique ne doit s'appliquer qu'à une région, et pourtant, neuf fois sur dix, nous sommes obligés, pour tenter l'amélioration ou la guérison de cette région, de pratiquer une imprégnation générale.

La simple logique commanderait l'action thérapeutique, là où elle est nécessaire, là où elle doit agir. Or, pour beaucoup de cas l'application de cette logique est réalisée par ce que l'auteur a appelé : la dérivation électrolytique des médicaments.

Les substances cristalloïdes sont dites électrolytiques, parce qu'elles sont capables de conduire le courant électrique, alors que les colloïdes lui offrent une très grande résistance. Ces substances électrolytiques sont décomposées par le passage du courant. La formation d'ions est ainsi réalisée par le courant, et ceux-ci peuvent être fixées en une zone choisie, leur élimination se trouvant retardée par rapport à leur introduction par toute autre voie.

Le Dr F. étudie une méthode, sœur de l'ionisation, pour laquelle il propose le terme de « dérivation des médicaments ». Ceux-ci sont ingérés, puis appelés

sur la région choisie par la seule action du courant continu. Les résultats sont les mêmes que pour les traitements par l'ionisation. Cette méthode permet de multiplier par imprégnation locale l'action de tout médicament électrolytique. Elle n'offre aucune contre-indication, à condition de n'employer que de faibles intensités. Il suffit de se rappeler que la polarité doit être inverse de celle d'application en ionisation. Ainsi le calcium métal, entrant au positif, sera appelé à la compresse négative. Pour le médecin praticien, qui veut faire de l'électrothérapie à raison de deux ou trois traitements par jour, une simple boîte galvanique suffit ; il vaut mieux se servir d'un appareil avec réducteur potentiel qu'avec collecteur d'éléments.

G. F.

# Les Congrès

## Congrès international de l'asthme

(*Le Mont-Dore*, 4 et 5 juin 1932)

### I. Rapports français ou des pays de langue française

**Evolution de nos connaissances dans l'asthme.** — M. le Professeur H. Bezançon (de Paris) expose que, pendant longtemps, deux théories se sont partagé les faveurs du monde médical : celle de l'asthme névrose, et celle de l'asthme diathésique.

Avec la découverte de l'anaphylaxie, ces théories se transforment. La théorie nerveuse, sous l'influence des études pharmaco-dynamiques sur le vague et le sympathique, substitue à la notion de prédisposition bulbaire celle de prédisposition périphérique, vagotonie, neurotonie, prépondérance vagotonique. La théorie diathésique devient, avec Widal et Abrami, la théorie colloïdoclasique, instabilité humorale particulière, prédisposant l'organisme aux chocs. Cette aptitude réactionnelle peut ou bien être héréditaire, ou bien tenir à une activité anormale ou déviée des endocrines.

A ces théories, qui attribuent à l'asthme des causes générales, l'auteur et ses élèves ont, depuis un certain nombre d'années, opposé l'importance du facteur local, respiratoire, consistant soit en une « épine » inflammatoire, soit en une simple sensibilité locale. Mais ils n'entendent pas être exclusifs, et ils admettent au moins deux types distincts : l'un, diathésique, en général héréditaire, souvent associé à d'autres manifestations morbides ; l'autre, acquis et pour ainsi dire purement respiratoire. Un troisième type serait l'asthme infantile, qui participerait des deux autres.

A cette conception éclectique s'adapte naturellement un traitement éclectique.

**Mécanisme de la crise d'asthme. (Etude clinique et expérimentale).** — M. le Professeur agrégé Abrami (de Paris), rappelle que, d'après l'opinion généralement admise, la crise d'asthme est la conséquence d'une excitation du vague, provoquant des phénomènes diffus de broncho-constriction, de vaso-dilatation, et de vaso-sécrétion bronchiques, et secondairement, par suite de la menace d'asphyxie, une mise en action automatique des centres inspirateurs, dont l'hypertonie explique le caractère expiratoire de la dyspnée. L'auteur se demande si les expériences, qui étayent cette théorie, rendent bien compte des phénomènes cliniques, et il pense que, contrairement à l'opinion commune, le début ne consiste pas en une dyspnée vraie avec rétraction thoracique comme il devrait résulter d'un broncho-spasme initial, mais en un emphysème pulmonaire aigu, compensateur, évidemment dû à la mise en hypertonie brusque de tous les muscles inspirateurs ; la dyspnée vraie ne survient qu'ensuite. En supprimant la cause, c'est-à-dire le broncho-spasme, l'adrénaline fait cesser l'effet, c'est-à-dire l'emphysème. Si la crise non traitée se prolonge, l'emphysème aigu persiste, mais le broncho-spasme s'intensifie, accompagné de phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires. Dans certaines formes cliniques (équivalents asthmatiques) le broncho-spasme est très réduit, et alors l'emphysème compensateur fait défaut. On n'est pas encore très fixé ni sur le mécanisme de persistance de la crise, ni sur celui de sa cessation.

**L'anaphylaxie dans l'asthme.** — M. le Prof. agrégé Pasteur Vallery-Radot (de Paris), démontre que la part de l'anaphylaxie est importante, parfois même prépondérante, dans un grand nombre d'asthmes. Mais expliquer tous les asthmes par l'anaphylaxie est aussi faux que méconnaître systématiquement l'anaphylaxie dans l'asthme.

**La part nerveuse de l'asthme.** — M. Et. Bernard (Paris), étudie d'abord la crise, puis le terrain. Dans la crise, l'élément moteur est le pneumogastrique, ainsi que le prouvent les expériences classiques ; l'élément vaso-sécrétoire est le fait du sympathique ; l'élément sensitif dépend des fibres sensitives, du pneumogastrique, prolongé en haut par le trijumeau, en bas par le nerf pelvien. L'arc réflexe, qui aboutit à la crise d'asthme et qui emprunte ces divers nerfs peut être un réflexe court, se passant au niveau des centres nerveux pulmonaires. Dans ce dernier cas, l'excitation des centres provoque la dyspnée et les modifications bronchiques ; celles-ci à

leur tour exagèrent les réactions de ces centres ; d'où un cercle vicieux qui prolonge la crise.

Le terrain prédisposé, nécessaire à l'éclosion de la crise, comprend : 1° une instabilité particulière du système neuro-végétatif ; 2° une altération du système sensitif organique qui serait à la base des modifications humorales ; 3° un psychisme particulier ; 4° une sensibilité spéciale du bulbe. Ces divers facteurs sont transmissibles héréditairement, et c'est sur eux qu'agissent la plupart des agents thérapeutiques utilisés contre l'asthme.

**Le foie et les glandes endocrines dans l'asthme.** — M. le Prof. agrégé CORDIER (de Lyon), conclut qu'un trouble hépatique ne paraît pas à l'origine de l'asthme ; mais asthme et hépatisme sont les manifestations d'un état plus profond, d'un terrain particulier (arthritisme des anciens) : hyperuricémie plasmatique, hyperuricémie globulaire, perturbation des métabolismes oxalique, cholestérique, etc.

Il est difficile de fixer les relations des endocrines et du système neuro-végétatif ; par contre, il semble bien que les endocrines, et surtout la thyroïde, jouent un rôle dans les troubles de l'état humoral.

Une atteinte du système réticulo-endothélial est peut-être susceptible d'établir la liaison entre tous ces faits.

**L'asthme à épine respiratoire d'origine microbienne.** — M. HAIBE (Namur) expose ses conceptions personnelles. Sur un terrain prédisposé par un double déséquilibre humoral et neuro-végétatif, l'épine respiratoire microbienne déclenche la crise par un double mécanisme : par réflexe, en irritant les terminaisons nerveuses, par anaphylaxie en sensibilisant l'organisme aux toxines correspondantes. L'épine respiratoire microbienne est l'apanage des climats et des régions humides, et plus particulièrement des centres industriels. Sa fréquence est surtout grande dans l'enfance et la jeunesse.

La bactériothérapie, appliquée avec régularité et persévérance, arrête les crises en supprimant les épines ; elle n'est pas exclusive d'autres traitements.

**Les lésions nasales dans le déterminisme de l'asthme.** — M. le Prof. agr. HALPHEN (Paris) estime qu'une épine nasale ne crée pas l'asthme, mais qu'elle est susceptible de provoquer les crises par action réflexe sur les bronches. Ce sont d'ailleurs des cas assez rares.

L'auteur expose la physio-pathologie de la respiration nasale et l'anatomie des épines nasales. Il faut traiter les épines nasales, les modifications de la muqueuse (qui se produisent au cours de l'asthme), faire de la rééducation respiratoire, traiter l'hyperexcitabilité du système pituitaire vago-sympathique (badigeonnage au Bonain de la queue du cornet moyen, injection sous-muqueuse de cocaïne ou d'alcool).

**Les équivalents de l'asthme au niveau des voies aériennes supérieures.** — M. H. BOURGEOIS (Paris). — Ce sont le coryza spasmodique et la toux spasmodique.

Pour le coryza spasmodique, il faut signaler, en dehors des phénomènes communs, l'hémi-sudation de la face et le vertige.

Quant à la toux spasmodique, le traitement consiste en la suppression des épines irritatives, en l'administration des médicaments modificateurs du sympathique, en l'anesthésie locale par insufflation de poudres, en l'anesthésie ou l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur.

**Les parentés morbides de l'asthme.** — M. A. JAQUELIN (Paris). — Il s'agit du groupe des syndromes qui peuvent être considérés comme appartenant à la même diathèse, c'est-à-dire à la même prédisposition morbide.

L'auteur démembre l'ancien arthritisme, et groupe ces syndromes sous quatre chefs différents, auxquels répondent des variétés différentes d'asthme, et des thérapeutiques particulières. Ces syndromes existent dans 77 pour 100 des cas.

Syndromes vaso-moteurs : urticaire, œdème de Quincke, migraine, et accessoirement certaines variétés d'épilepsie, d'angine de poitrine, d'entérocolites anaphylactiques, de congestion hépatique, etc. Traitement de choix : adrénaline, evatmine, inhalations de belladone et d'atropine ; désensibilisation spécifique et surtout non spécifique dans l'intervalle.

Syndromes exsudatifs : entéro-colite muco-membraneuse anaphylactique. Eczéma. Prurigo. Traitement de choix : éphédrine, pyrothérapie dans les formes graves ; mauvais effet de la belladone ; traitement des manifestations hépatiques et diathésiques, autosérothérapie intra-muqueuse.

Plus rarement : syndromes spasmodiques et algiques ; syndromes uricémiques.

**Etiologie, pathogénie et traitement de l'asthme infantile.** — M. LESNÉ et Mlle G. DREYFUS-SÉE (Paris) étudient principalement l'asthme débutant en général avant l'âge de 7 ans, et revêtant des caractères cliniques et évolutifs particuliers.

Ici, la notion d'hérédité est fréquente : hérédité similaire ou plus souvent dissemblable. L'asthme infantile paraît le résultat de l'apparition d'une spasmophilie sur un terrain constitutionnel allergique.

**Symptômes, évolution et diagnostic de l'asthme bronchique infantile.** — M. PÉHU (Lyon) sépare cet asthme de celui de l'adulte et montre les relations, qu'il affecte avec certaines maladies plus spécialement ou uniquement observées dans l'enfance. Son diagnostic causal n'est possible que dans certains cas.

Au point de vue de l'évolution, il y a lieu de distinguer un asthme infantile proprement dit, qui

évolue vers la guérison, et un asthme de grand enfant, qui se confond avec celui de l'adulte, et n'a pas de tendance à la guérison.

**Traitement de l'asthme.** — M. JOLTRAIN (Paris) étudie successivement le traitement des crises par l'adrénaline, avec ou sans adjonction d'extrait hypophysaire, par l'éphrédine, la belladone et ses succédanés, les nitrites, la caféine, les solutions pour pulvérisations. Les associations médicamenteuses sont d'un excellent effet.

Il ne faudrait pas négliger, dans un exposé complet du traitement des crises d'asthme, des méthodes très anciennes, qui rendent de grands services, et représentent précisément un type d'association de substances diverses : ce sont les poudres et cigarettes. Parfois des accès légers peuvent être arrêtés par l'usage de cette médication simple, ce qui a une importance d'autant plus grande que l'on se trouve en face de crises répétées, et souvent de malades ayant la manie des injections. Les fumées sont produites par des poudres ou des papiers que l'on fait brûler en petite quantité ; les produits se composent de poudre de belladone et de poudre de feuilles de Datura, avec une quantité double de nitrate de potasse. Parmi ces poudres spécialisées, il convient de citer l'anti-asthme bengalais, ainsi que d'autres produits de même genre, poudres ou cigarettes.

A mentionner la pyrothérapie, le traitement de fond, et même la réflexothérapie par pression sur certaines parties du corps ou sur la colonne vertébrale.

**Traitement du terrain asthmatique.** — M. DE GENNES (Paris) démontre que, fait d'éléments divers, le terrain asthmatique ne répond à aucune explication univoque, aussi ne saurait-il y avoir que des traitements divers à fixer par tâtonnements. Traitement du terrain humoral, du terrain nerveux, endocrinien (résultats assez exceptionnels), respiratoire.

Traitement diététique dans le cas d'obésité, de troubles hépatiques, d'uricémie, etc.

**Traitement hydrominéral et climatique de l'asthme.** — M. le professeur M. VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON. — Du point de vue pratique les cures thermales et climatiques ont depuis longtemps fait leurs preuves. Ils montrent l'intérêt médico-social de cette thérapeutique si active des états asthmatiques.

**Traitement physique de l'asthme.** — M. H. BIANCANI (Paris). — A l'heure actuelle, il ne paraît pas possible de préciser les indications respectives des diverses méthodes physiques. On peut dire cependant que les ultra-violets, complétés ou non par les rayons X, conviennent particulièrement à l'asthme infantile ; la diathermie transthoracique à l'asthme de l'adulte, la radiothérapie hilaire, splénique ou endocrinienne à des cas particuliers, ou après échec des autres méthodes.

**Le Mont-Dore et l'asthme.** — M. J. GALUP (Mont-Dore). De par l'ancienneté de sa spécialisation et la fréquence de son efficacité, le Mont-Dore mérite une place à part dans la thérapeutique hydrominérale de l'asthme.

Les échecs complets sont d'ailleurs rares. L'expérience clinique permet cependant les discriminations suivantes : 1° l'âge n'est pas une contre-indication ; le Mont-Dore convient aux enfants comme aux adultes ; 2° chez l'enfant, bénéficient particulièrement du traitement les tempéraments excitables, sujets aux poussées congestives fugaces, à tissu lymphoïde peu hypertrophié, à état général peu touché (neuro-arthritiques) ; 3° sont aussi particulièrement améliorés les asthmes à bascule, c'est-à-dire alternant ou succédant à des manifestations articulaires ou cutanées, et 4° les asthmes accompagnés d'un petit état hépatique ; 5° l'asthme bénéficie d'autant mieux de la cure, qu'il est moins étroitement spécifique ; 6° l'asthme sec et l'asthme humide sont également justiciables de la cure, mais exigent des méthodes thermales différentes.

**Traitement chirurgical de l'asthme.** — MM. le professeur LERICHE et FONTAINE ont obtenu trois cas personnels de guérison par ablation unilatérale du ganglion étoilé : la modification bilatérale du type respiratoire a été instantanée.

En dehors de cette sympathectomie, d'autres interventions ont été préconisées par d'autres chirurgiens, avec des résultats également favorables : vagotomie droite, section des nerfs bronchiques supérieurs.

### II. Rapports étrangers

**De l'asthme endocrinien.** — M. le professeur MARAÑON (Madrid) estime que la fréquence du facteur endocrinien dans l'asthme est considérable ; mais il n'admet pas l'existence d'un asthme spécial de pathogénie endocrinienne ; il pense que le facteur endocrinien agit seulement en exagérant les facteurs asthmatogènes latents, qui sont de façon constante : 1° l'instabilité humorale ; 2° le déséquilibre neuro-végétatif.

L'influence de l'ovaire serait la plus fréquente ; l'influence du testicule est moins prononcée.

Au point de vue thérapeutique, l'intervention des facteurs endocriniens n'est qu'une collaboration aux facteurs fondamentaux et constants de l'asthme ; par conséquent, le traitement endocrinien doit être associé aux traitements fondamentaux, quoique, dans certains cas, il soit suffisant d'éliminer le facteur endocrinien pour que l'état allergique revienne à sa place d'équilibre.

### III. Communications

**Le déséquilibre vago-sympathique des asthmatiques au cours de la cure thermale.** — MM. CLAUDE et DEBIDOUR (Mont-Dore), ont montré, par leurs recherches, les modifications variables du réflexe oculo-

cardiaque au cours de la cure, tantôt dans le sens de la régulation, tantôt dans le sens contraire. Mais ces variations paraissent le fait, moins de la cure elle-même que, d'une part du profond déséquilibre du système neuro-végétatif chez les asthmatiques; d'autre part, de l'insuffisance du réflexe oculo-cardiaque comme moyen d'évaluation du tonus vago-sympathique.

**Démonstration expérimentale des variations constantes du sens des tonus vago-sympathiques, au cours de la crise d'asthme.** — M. Roger (André) (Mont-Dore) partant du test chimique qu'il préconise (mesure de la créatine dans le sang), a étudié, dans le temps, les tonus vago-sympathiques au cours de la crise d'asthme.

Cette crise se déclenche, l'organisme étant en hypervagotonie. Pendant la crise, deux phases : une première phase d'hypervagotonie persistante, coïncidant avec le maximum de la dyspnée, une seconde d'hypersympathicotonie, avec dyspnée moins intense, mouvements respiratoires plus courts et expectoration. Après la crise, la sympathicotonie va en s'affaiblissant jusqu'à ce que la vagotonie se réinstalle et se renforce, indiquant l'imminence d'une nouvelle crise.

**Les tests d'intolérance dans l'asthme.** — MM. A. Tzanck et Cord (Paris) estiment, par cette méthode, pouvoir différencier : *a*) un asthme anaphylactique vrai, avec sensibilisation maximale du milieu humoral et tests biologiques positifs; *b*) un asthme idiosyncrasique ou par hypersensibilité individuelle innée, héréditaire ou acquise, localisée à un tissu avec tests biologiques négatifs.

**Asthme et tuberculose pulmonaire.** — M. A. Bernard (Lille) pense que l'asthme et la tuberculose pulmonaire sont deux maladies étrangères ; que l'asthme ne met pas à l'abri d'une atteinte bacillaire, mais forme un terrain favorable à l'évolution scléreuse de la tuberculose, et que le retour des accès constitue un élément de bon pronostic.

**Asthme et glandes endocrines.** — M. Léopold-Lévi (Paris) constate que les rapports communiqués au Congrès confirment les relations que, dès 1910, il avait établies entre l'asthme pulmonaire et nasal, d'une part, et les endocrines d'autre part. Les arguments thérapeutiques et cliniques sont restés les plus valables en faveur de l'asthme thyroïdien. L'asthme ovarien démontre à son tour le rôle de l'ovaire, en accord avec la thyroïde, dans l'apparition ou la disparition des accidents. D'autres endocrines, comme le foie, sont à mettre en cause.

**L'hépatalgie et l'hépatomégalie dans l'asthme.** — M. A. Schlemmer (Mont-Dore), de l'examen de 1.000 asthmatiques, conclut que 85 p. 100 ont, au premier examen, le foie soit augmenté de volume, soit sensible à la pression, soit le plus souvent l'un et l'autre. Les asthmatiques présentant cette congestion du foie, sont ceux qui guérissent le mieux sous l'influence d'un traitement hydrominéral et diététique persévérant. L'amélioration de l'état du foie est parallèle à celle de l'asthme et commande son pronostic. L'auteur se garde d'ailleurs de conclure de ces faits à une théorie pathogénique simpliste et à un traitement univoque.

**Action des eaux sulfureuses et arsenicales de Saint-Honoré sur l'épine respiratoire de l'asthme.** — M. du Pasquier (Saint-Honoré) démontre que cette cure agit surtout sur l'épine respiratoire de l'asthme par le soufre et l'arsenic des eaux de Saint-Honoré, qui modifient, des narines aux bronchioles, la muqueuse respiratoire dans sa sécrétion et sa sensibilité ; le soufre aurait, en outre, une action favorable sur la sclérose broncho-pulmonaire.

G. F.

# Les Livres

Editions Philippe Ouтiz,
92, avenue de Wagram, Paris 17e.

Dr A. Wicart. — **Le chanteur.** Deux volumes de 718 pages avec 124 figures et « hors-textes ». Prix : 50 francs.

Cet ouvrage, très complet, a obtenu l'approbation officielle du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts et il a été honoré d'une souscription de son Ministère. Le Docteur A. Wicart, spécialisé depuis plus de 30 ans dans les maladies de la voix, apporte les résultats de son expérience clinique et de sa culture artistique sur une partie de la physiologie et de la pathologie humaines trop longtemps livrée à l'empirisme pédagogique, faute de bases scientifiques fondées à la fois sur l'observation clinique, la phonétique et l'examen des besoins de l'art du chant.

En décomposant nettement le chant en deux éléments essentiels : l'*élément athlétique* et l'*élément artistique*, l'auteur a précisément démontré que son mécanisme, son fonctionnement et ses troubles, appartiennent au domaine scientifique et intéressent au premier chef le médecin. Le chant, en effet, met en mouvement les organes de la respiration, de la phonation, de la circulation et agit sur les viscères abdominaux par toute la musculature du ventre ; il améliore l'état de ces organes, s'il est *physiologiquement bien exercé*, il trouble leur fonctionnement s'il est mal exercé ; il est troublé lui-même si ces organes sont en mauvaise condition. Aussi les liens du chant avec la pathologie générale sont-ils très fréquents et le Docteur Wicart les a clairement désignés tout au long de son exposé, en prouvant, de plus, que le

chant est lui-même un *indicateur sensible et précoce* du début de nombreux troubles organiques.

A ce point de vue, l'étude de l'anatomie et de la physiologie des organes vocaux, les indications de l'hygiène, de la gymnastique, de la pathologie, du trac, propres au chanteur, sont particulièrement suggestives et offrent un champ nouveau à l'activité de la médecine générale. Il en est de même pour la description du fonctionnement respiratoire où l'on voit que le chant peut être le pire ou le plus profitable des exercices.

L'étude scientifique et clinique de la phonation complète les données des phonéticiens en les enrichissant et en les vivifiant par l'observation physio-siologique et pathologique du mécanisme vocal. L'auteur crée un examen visuel des gestes phonatoires, une étude physique des valeurs vocales, un principe de fonctionnement normal qu'il dénomme : émission physiologique. A l'aide de celle-ci et de l'examen visuel des organes, il établit aussi un classement scientifique et rigoureux des voix qui s'oppose au malmenage vocal et donne les plus heureuses directives à la culture de la voix du chanteur, de l'orateur et du déclamateur pour l'usage en public ou devant le microphone. Le chant, devenant ainsi l'acte physiologique le plus souple, producteur d'un massage vibratoire qui lui est propre sur les organes de la respiration et de la face, d'un massage normal sur les organes de la digestion, le Docteur Wicart préconise avec raison « le chant pour tous » comme l'exercice physique le plus hygiénique, le plus commode et le plus agréable.

---

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Edition : 23, rue du Cherche-Midi.

**Annuaire médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires de France (Sanatoriums, maisons de santé).** *Edition* 1932. Un vol. 795 pages, fig. et illustrations. Envoyé gracieusement sur demande à tout médecin de France et des Colonies qui n'aurait en mains qu'un exemplaire de 1928 ou des années antérieures.

Editions Babu,
11, rue de Montyon, Paris.

Hubert Jausion, agrégé du Val-de-Grâce, Drs Boide, Carrot, Cot, Gervais, Lartigne, Noyer, Pagès, Pecker, Sliosberg, Sohier, Soleil et Troude. — **Claso-vaccins et clasines.** Travaux et documents. 1929-1932. (Un vol., 252 pages, 94 fig.)

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Quelques réflexions sur la médication bromurée

Par le Dr J. M. Poulin

Il y a un peu plus d'un siècle, la pharmacopée s'enrichissait d'un médicament nouveau : le brome. Tout d'abord, ses effets irritants et toxiques n'en firent pas un médicament de premier plan ; mais bientôt, grâce à ses dérivés, les bromures alcalins, il présenta un gros intérêt thérapeutique. En effet, et ceci explique la similitude de leur action pharmacodynamique, les bromures alcalins agissent sur l'organisme, grâce à l'élément brome, qui leur est commun à tous, l'ion bromique apportant seulement une modification à leur caractère physiologique.

On comprendra aisément que l'on obtient ainsi toute une gamme de médicaments, dont les indications varient suivant que le rôle du brome est plus ou moins influencé par le métal, auquel il est uni. Il importe donc de faire un choix.

On serait tenté de croire que la première idée, qui est venue à l'esprit des expérimentateurs, a été d'employer le bromure de sodium. Ne semblait-il pas logique d'introduire dans l'organisme et, comme cela était démontré, dans la circulation sanguine, un bromure alcalin ne modifiant pas essentiellement la constitution chimique du sérum, qui doit son alcalinité à la soude ? Pourtant, et bien qu'à cette époque l'usage des sels de potasse n'ait pas été jugé inoffensif (de nombreux accidents venaient de l'attester pour le sulfate de potassium, par exemple), l'usage du bromure de potassium fut seul préconisé. Il y eut bien quelques timides essais de bromure d'ammonium, surtout en Angleterre, mais il n'en reste pas moins vrai que le bromure de potassium fut le premier des bromures employés, et que, pendant cinquante ans, il conserva une renommée à laquelle était mêlée, il faut l'avouer, une certaine part d'exagération. Mais les médicaments, comme les souverains, supportent malaisément une trop grande popularité ; pendant de longues années, la médication bromurée devait connaître un oubli immérité. Ce n'est guère que depuis une quinzaine d'années qu'elle est revenue en faveur, mais cette fois-ci sous forme de bromure de sodium principalement.

Comment expliquer cette disgrâce ? Beaucoup de désillusions venaient de ce fait que certaines fautes avaient été commises dans l'application d'une médication, excellente en elle-même, mais parfois mal dirigée. Selon nous, tout d'abord le choix de l'ion bromique était mauvais,

et ensuite, certains petits inconvénients, d'ailleurs faciles à éviter, comme nous le verrons, avaient découragé un grand nombre de praticiens.

En examinant la question à la lumière des travaux de Martinet, de Pouchet, de Rabuteau, trop connus pour que nous insistions, il est avéré que le potassium est un « dépresseur du cœur » et qu'il amène un ralentissement notoire des fonctions vitales de la nutrition et de la respiration (diminution du taux de l'urée et du coefficient d'oxydation azotée). De plus, son usage prolongé aboutit, par irritation de la muqueuse gastrique, à l'anorexie et à la dyspepsie atonique.

Il est donc bien préférable d'employer un autre composé bromuré qui, tout en conservant la même action sédative du système nerveux, n'exerce sur l'organisme aucune action secondaire nocive. Le bromure de sodium remplit admirablement ces conditions, le bromure de strontium et le bromure d'ammonium ne pouvant guère être utilisés que pour certaines indications tout à fait particulières.

Il convient, pour obvier à nombre de petits inconvénients, de prendre les précautions suivantes :

1° Etablir un régime déchloruré. Richet et Toulouse ont montré dans leurs travaux que l'action des bromures est en raison inverse de la richesse en chlorures du régime alimentaire du malade. Quelle que soit la composition bromurée employée, le bromure semble remplacer le chlorure dans l'organisme par substitution de la molécule Br à la molécule Cl, dont elle se rapproche beaucoup au point de vue chimique.

2° Ecarter les accidents de bromisme, en employant un bromure ne contenant aucune impureté, et ceci est un point excessivement important.

3° Eviter les crampes toujours fort douloureuses, que provoquent les solutions trop concentrées, en prescrivant le bromure en solution très étendues.

4° Rendre la médication agréable. Ceci paraît oiseux. Pourtant il est absolument nécessaire de ne point rebuter le malade, qui doit prendre journellement une médication fort désagréable au goût. La saveur salée du médicament laisse dans la bouche un arrière goût sensiblement amer, que les formules magistrales arrivent difficilement à masquer. Trousseau avait essayé de pallier à cet inconvénient, en formulant ce qu'il appelait le beurre médicamenteux. Il donnait à manger des tartines de pain recouvertes de ce beurre dont voici la formule : Beurre 125 gr., bromure de potassium 0 gr. 20, iodure de potassium 0 gr. 05, sel de cuisine 2 gr.

Grâce à une ingénieuse présentation spécialisée sous le nom de sédobrol, ce dernier inconvénient n'existe pas. Ce produit, on le sait, se présente sous forme de tablettes de bouillon concentré, renfermant chacune 1 gr. de bromure de sodium chimiquement pur et rigoureusement dosé. Il suffit de faire dissoudre une de ces tablettes dans une tasse d'eau chaude pour obtenir un excellent bouillon eupeptique répondant exactement aux conditions énumérées plus haut : goût agréable, solution étendue et chaude favorisant l'absorption gastrique, bromure de sodium minutieusement préparé et enfin médication permettant de donner aux aliments un goût salé, rendant de la sorte le régime déchloruré très supportable.

Grâce au sédobrol, il devient facile d'administrer du bromure aux enfants, sans aucun inconvénient. Personnellement nous avons eu l'occasion de l'employer, et toujours avec d'excellents résultats, dans plusieurs cas de laryngite striduleuse, de coqueluche et de convulsions, pour ne parler que des indications les plus fréquentes du bromure en médecine infantile.

Cette présentation a en outre l'inestimable avantage de permettre de dissimuler le traitement au malade. Les bromures, il faut bien le dire, jouissent d'une très mauvaise réputation, du fait qu'ils constituent le véritable traitement de fond des crises comitiales. Si cette heureuse action leur a valu le surnom de « pain quotidien » de l'épileptique, elle n'en a pas moins contribué, pour cette raison même, à déterminer chez nombre de gens une véritable phobie de toute médication bromurée. Cette médication convient précisément à ces nerveux, à ces neurasthéniques, à ces pithiatiques, à tous ces gens au psychisme déprimé qui, toujours préoccupés de leur état de santé, cherchent à déchiffrer l'ordonnance du médecin pour découvrir quelques précisions. L'emploi de la notation chimique n'est même pas suffisant pour mettre à l'abri de leur curiosité. Pour toute cette catégorie de malades, le sédobrol est un adjuvant précieux, parce qu'il est toujours très bien accepté et n'effraie jamais.

La présentation du sédobrol permet d'instituer un traitement de longue haleine. C'est un moyen élégant et discret d'administrer les bromures dans nombre de cas où il aurait fallu renoncer à leur bienfaisante action. C'est dire que ce médicament élargit encore le cadre des indications pourtant déjà bien nombreuses de la médication bromurée, tout en donnant au praticien le maximum de garanties.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

### XII[e] Session

(25-28 *juin* 1932)

N'était-il pas téméraire de vouloir organiser, avec quelques chances de succès, des Journées médicales, en 1932 ? La crise, qui sévit sur le monde entier, et n'épargne pas la Belgique, n'allait-elle pas compromettre cette année le sort de ces manifestations, si goûtées et si suivies d'ordinaire par un public médical avide de se retremper aux sources scientifiques dont il est tributaire, — dans un cadre imposant, quoique familier, et de jouir, par surcroît, de festivités d'un goût infiniment délicat et d'un attrait puissant ?

Craintes vaines. Telle j'ai maintes fois admiré la salle des séances du Palais des Académies, débordante d'une assistance, nombreuse et recueillie, telle, je l'ai revue, le samedi 25 juin dernier quand, sur le coup de quatre heures, la musique du 8[e] de ligne exécuta la Brabançonne.

Déception ! La Loge Royale demeurera vide. S. M. La Reine Elisabeth, que nous avions accoutumé de saluer respectueusement d'applaudissements fervents, et dont l'Auguste Patronage est, pour les Journées médicales, un gage triomphal, retenue par d'impérieuses obligations, s'est excusée de n'avoir pu venir. Les orateurs qui se succéderont durant près de deux heures, au cours de la solennité inaugurale, ne manqueront pas d'adresser à la Gracieuse Souveraine l'hommage suprêmement déférent de leur admiration et de leur respect, sentiments unanimement ressentis par l'assistance.

Au bureau, M. CARTON, ministre de l'Intérieur et de l'hygiène. A ses côtés : M. le Professeur HEGER, président des Journées médicales ; MM. NENS, Gouverneur du Brabant ; SMETS, recteur de l'Université ; HERLANT, président de la Faculté de médecine ; nos amis MAYER et BECKERS ; le Professeur DE BÉCO, président de l'Académie de médecine ; le Professeur DUESBERG, recteur de l'Université de Liège ; le Général médecin DERACHE, inspecteur général du service de santé ; le Professeur BORDET, directeur de l'Institut Pasteur ; les délégués des gouvernements étrangers, parmi lesquels les Professeurs BALTHAZARD, LENORMAND, TERRIEN, de Paris ; Pierre MAURIAC, de Bordeaux ; ROHMER, de Strasbourg ; le Médecin colonel ABBATUCCI ; le Professeur MARANON, de Madrid, le Professeur DANIELOPOLU, de Bucarest, ancien interne des hôpitaux de Paris etc., etc.

La loge diplomatique est au complet. Dans la salle, nombreuse sont les personnalités éminentes du Gouvernement, du Parlement, du monde scientifique .....

Le Ministre ouvrit la série des discours par de cordiaux souhaits de bienvenue. Il montra, par des chiffres empruntés à la statistique sanitaire, les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies : à cent ans de distance (1830-1930) le nombre des décès n'a pas varié, — 100.000, — alors que la population a doublé, ce qui marque une diminution de 50 % de la mortalité en Belgique. Œuvre d'assainissement qui ne pourra que progresser dans un accord de plus en plus intime entre le médecin et le service de l'hygiène, par ce qu'il appelle l'*Information*, ce qui n'est autre que notre déclaration des maladies épidémiques.

Adressant un salut particulièrement sympathique au Corps médical, le Ministre fit à son tour l'éloge de l'Ordre des médecins, qu'un projet de loi actuellement en discussion, et d'ailleurs fortement combattu au Sénat, doit bientôt instituer, pour assurer la tenue et la discipline de la profession. J'avais entendu, il y a quatre ans, le premier Ministre de l'époque, M. Jaspar, exposer longuement toutes les bonnes raisons qui, selon lui, militent en faveur de l'Ordre des Médecins. C'est une nouvelle variation sur un thème connu . . . et toujours en suspens.

Le Professeur Balthazard, chef de la délégation française, prit la parole au nom des délégations étrangères. Il rendit hommage à L. L. M.M. le Roi et la Reine, et sut trouver des termes choi-

sis pour exalter l'amitié qui nous lie aux animateurs des Journées. M. le Docteur Beckers lut, tout d'abord, la lettre d'excuse du Secrétaire de S. M. la Reine. Il fit le procès des Assurances sociales, qui ne sont pas encore instituées en Belgique, et protesta, au nom du Corps médical, contre toute tentative de dangereuse fonctionnarisation.

Le Professeur Heger traita surtout du secret professionnel dans les rapports des praticiens avec la médecine sociale. Il s'éleva contre la confusion qui ne doit pas exister entre la médecine de soins et la médecine de contrôle ; l'une et l'autre ne peuvent pas être exercées par le même médecin. Donc, le médecin de soins ne se prêtera pas à une violation du secret au bénéfice de la médecine administrative, qui pourra se renseigner par l'intermédiaire de ses propres médecins contrôleurs.

M. le Docteur Burnet, directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, fit ensuite une remarquable conférence sur la lèpre. C'est un sujet qui lui est particulièrement familier, puisqu'il a été chargé par la Société des Nations de procéder à une vaste enquête sur cette hideuse maladie, qu'il ne faut pas minimiser, sous prétexte qu'elle est presque inconnue dans l'Europe occidentale. Il y a encore, en effet, actuellement quatre à cinq millions de lépreux, de par le monde.

L'histoire de la lèpre peut se diviser en trois grandes périodes : la période mystique et théologique ; la période de la médecine classique ; la période de la médecine sociale. Dans un langage élevé, servi par un organe aux vibrantes sonorités, l'orateur tint l'auditoire littéralement suspendu à ses lèvres, en évoquant tout au long les âges le sort du lépreux, que la loi de Moïse régla tout d'abord ; en rappelant le premier miracle du Christ, accompli au bénéfice d'un lépreux ; en exaltant le sublime dévouement aux lépreux de Sainte Elisabeth de Hongrie. Ce lui fut l'occasion de faire, discrètement, un rapprochement entre la Souveraine du VI<sup>e</sup> Siècle et Celle dont le grand cœur sut, pendant la grande guerre, compatir aux souffrances de son peuple en armes. Au Moyen-Age, le lépreux est mis hors de la communauté des hommes, mais il demeure dans la grande communauté chrétienne. S'il supporte le lourd fardeau du péché originel, il bénéficie de l'admirable rédemption, annoncée et réalisée par le Christ. La lèpre, mal religieux, toutes les religions, toutes les civilisations la considèrent ainsi. Et si la médecine moderne maintient le lépreux hors de la société, dans ces léproseries que l'orateur a visitées et étudiées, elle se penche vers lui secourable, pour le soigner, pour le guérir même, rééditant ainsi le geste rédempteur de l'Homme Dieu.

Le soir de ce même jour avait lieu, au Cirque Royal, une représentation de gala où les numéros de la partie sportive furent agréablement séparés les uns des autres par les principales marches militaires belges, exécutées par la Musique du 1<sup>er</sup> Régiment de Grenadiers, avec tambours et clairons. Les élèves de l'Institut militaire d'Education physique, — l'analogue de notre Ecole de Joinville, — se firent admirer et applaudir dans des mouvements d'escrime d'ensemble, dans la reconstitution d'un combat à la dague et à la rapière au XVI<sup>e</sup> siècle, et surtout, dans une Leçon de gymnastique précédée d'une conférence du capitaine médecin Govaerts. La leçon doit comporter trois phases : 1) mise en activité des synergies fonctionnelles, ou mise en train ; 2) travail allant en intensité croissante (leçon proprement dite) ; 3) travail d'intensité décroissante (retour au calme).

Spectacle infiniment intéressant, qui démontra quels résultats impressionnants il est possible d'obtenir, par une éducation physique rationnelle, avec des jeunes gens de 20 ans, pris dans les régiments sans sélection préalable, après quelques mois de travail.

Le dimanche, commencèrent, dès le matin, les conférences et démonstrastions qui forment la substance même des Journées médicales. Le D<sup>r</sup> d'Ernst, secrétaire de l'association des médecins du canton de Genève, traita de *l'Assurance responsabilité civile du médecin au point de vue professionnel*. Ce qui m'a frappé dans son intéressant exposé, c'est le retard considérable des médecins suisses sur les médecins français, dans l'organisation de leur défense professionnelle. Il en est, parmi eux, une proportion énorme qui sont encores réfractaires à l'assurance, pour des motifs tout de sentiment, fort respectables, mais qui dénotent une méconnaissance absolue de l'évolution des idées et des mœurs, du développement de la notion de responsabilité, dont témoigne une abondante jurisprudence. En tous cas, M. d'Ernst, faisant état d'un remarquable travail du D<sup>r</sup> Julliard, sût montrer la différence qu'il convient de faire entre la faute, imputable au médecin lui-même, et le risque inhérent à la médecine et à ses techniques. On ne discute pas les risques accidentels du travail, de la circulation, qui sont couverts, sans que la responsabilité pénale de l'auteur de l'accident puisse être forcément retenue. Il y a, de même, un risque analogue de la pratique médicale. Il conseille, pour y faire face, de recourir à une assurance, contractée par le patient, contre le risque opératoire par exemple.

Tactique en apparence opportune ; dangereuse en réalité : la Compagnie assureuse cherchera à se couvrir du risque couru par elle en se retournant à son tour contre le médecin et en le mettant en cause. J'ai pu dire au conférencier tout ce que fait notre propre Ligue médicale de défense

individuelle (Sou Médical) et lui montrer ainsi comment, en France, les médecins ont su organiser leur protection, en cette matière.

Il est exact que les revendications de la clientèle se font de plus en plus nombreuses et pressantes. Pour s'en défendre, il ne faut pas hésiter à contre-attaquer, toutes les fois que la chose est possible, par des demandes reconventionnelles, qu'une procédure bien menée pourra faire triompher. Quand la clientèle saura que ses offensives ne sont pas de tout repos, il est probable qu'elle ralentira son ardeur à prendre à partie le médecin dont elle conteste la qualité des soins.

L'après-midi, parmi les nombreuses conférences qui furent données dans les amphithéâtres, (appelés à Bruxelles auditoires) de l'Université libre, j'ai entendu avec plaisir et intérêt celle du Professeur Paul Rohmer, sur le *Rôle des infections parentérales dans les troubles digestifs du nourrissons.* Il exposa, en substance, qu'il convient de faire une distinction entre les véritables entérites, celles qui sont caractérisées, et les affections fonctionnelles du tube digestif, avec état grave, somnolence, perte de poids impressionnante. Certes, chaque enfant réagit à sa manière, selon sa constitution, l'état de sa nutrition, la viciation de son alimentation, qui créent les dystrophies, les hypotrophies, les avitaminoses, selon aussi le terrain. Mais les états dyspeptiques envisagés sont rarement provoqués, comme on le croyait jadis, par les causes généralement envisagées. Dans 90 % des cas, il s'agit d'infections parentérales, et principalement d'otites, compliquant elles-mêmes des infections du rhino-pharynx. Il convient donc de soumettre systématiquement l'oreille à un examen spécialisé, quand on se trouve en présence d'un nourrisson dont les troubles dyspeptiques s'accompagnent de fièvre, de somnolence, et surtout de perte rapide de poids. Et le traitement général de ces états consistera surtout à empêcher la chute du poids, par une reprise prudente de l'alimentation, et des injections d'eau glucosée, salée, de solution de Ringer.

Des graphiques éloquents ont illustré la démonstration du sympathique professeur.

Sa conférence fut suivie de celle du Docteur Devraigne, accoucheur de Lariboisière, sur *Les ruptures insidieuses de l'utérus gravide.* La statistique qui évalue de 0,46 à 2 ‰ les ruptures utérines, est inexacte ; cet accident est beaucoup plus fréquent. Mais il passe souvent inaperçu, et il n'est pas toujours signalé, quand il a été reconnu. Il s'agit, non pas des ruptures survenant au cours du travail, mais de celles qui s'observent durant la gestation, notamment dans les derniers mois. Ces ruptures se constatent chez les grandes multipares, à grossesses répétées, chez les variqueuses, les endo-phlébitiques, les femmes en état de déchéance génitale, dont les fibres musculaires utérines sont atteintes de dégénérescence granulograisseuse ; chez les femmes à passé gynécologique chargé, qui ont eu des métrites *post-abortum* ou *post-partum*, auxquelles on fit des curettages utérins appuyés qui rongèrent la musculeuse ; chez les femmes ayant subi la délivrance artificielle, celles qui présentent des altérations pathologiques de la texture utérine : fibromes, môles hydatiformes, infantilisme utérin, grossesse interstitielle . . . La cause prédisposante essentielle est la césarienne corporéale.

Séméiologie obscure : pas de signes prémonitoires ; douleur vague mal localisée survenant à l'occasion de phénomènes normaux, toux, efforts, émotions ; palper possible ; utérus d'apparence normale ; pas d'hémorragies externes . . . Puis, le drame se précise : le pouls s'accélère, la tension artérielle baisse ; l'état de shock apparaît . . . Le diagnostic, par conséquent, est difficile ; on ne le formulera avec exactitude que sur les indications de l'anamnèse, si l'on y a pensé . . . Les ruptures utérines seront distinguées du placenta prævia, des hémorragies utéro-placentaires, de l'appendicite aiguë... Le pronostic en est très sévère. Ce sont des accidents qui commandent une intervention d'urgence : laparotomie avec hystérectomie subséquente. Dans les cas douteux, une exploration sanglante sera d'un grand secours. Existe-t-il un traitement prophylactique des ruptures utérines, durant la grossesse ? On évitera le plus possible les césariennes corporéales. Et on engagera les gestantes à se faire examiner périodiquement dans des consultations prénatales bien faites et généralisées.

Enfin, on engagera les femmes prédisposées à des ruptures à se faire examiner immédiatement, à la moindre manifestation anormale dont elles s'apercevront, dans le domaine génital.

Mon ami le Docteur Léon Giroux intéressa ensuite très vivement son auditoire en exposant le mécanisme, la symptomatologie, le diagnostic, le traitement des *Bradycardies.* Bradycardies sinusales, nodales, par blocage des branches du faisceau de His, avec dissociation auriculo-ventriculaire. Exposé d'une clarté et d'une ordonnance remarquables, d'une question familière à ceux de nos lecteurs qui ont entre les mains le numéro 17 *bis* du *Concours Médical* (1932).

Le Docteur Descomps montra, par des projections instructives, comment on peut calmer et faire disparaître les douleurs fulgurantes du tabès et desalgies rachidiennes, par des *Injections intra et extra-rachidiennes* de solution isotonique alcoolisée à 10 % ou de lipiodol. Tour de main délicat qui permet de noyer en quelque sorte les

racines sensitives dans un lac médicamenteux dont l'action analgésiante dure de longs mois. Traitement précieux d'ailleurs dans des affections où l'élément douleur est prépondérant et agit si défavorablement sur l'état général des patients.

La soirée du dimanche a été particulièrement bien remplie par une très belle représentation, au théâtre de la Monnaie, de *Boccace*, de tous points réussie. Cette comédie d'inspiration italienne, avec ses bouffonneries amusantes, a été fort bien interprétée par une troupe très homogène qui brûla littéralement les planches, stimulée sans doute par la gracieuse présence de L. L. A. A. R. R. le Duc et la Duchesse de Brabant, à qui la salle fit une chaleureuse ovation.

Le lundi et le mardi furent consacrés, le matin aux leçons, opérations et démonstrations dans les hôpitaux, instituts, policliniques, où se prodiguèrent nos confrères belges avec leur bonne grâce habituelle.

L'après-midi, continuation des conférences à l'Université libre. Je citerai le Rapport du Professeur Lenormant et du Docteur Wilmothe sur *les Fractures sous thalamiques du calcanéum* ; la conférence du Médecin Colonel Abbatucci sur *les Prisonniers de l'Opium* ; la Conférence de M. J. Blache, membre du Conseil supérieur des Colonies sur *les Médecins littérateurs* : « Le violon d'Ingres des médecins, dit-il, c'est leur plume » ; la conférence du Professeur Maranon sur *l'Organisation de la médecine sociale en Espagne*. La conférence du Docteur Pascalis, sur la *Réduction mécanique instantanée des fractures sous le contrôle simultané du double écran radioscopique face et profil*, la conférence du professeur Michaud, de Lausanne, sur *La lithiase biliaire, sa pathogénie et sontraitement*, etc., etc.

Le Banquet traditionnel fut servi, le lundi soir, au Bon Marché. Il était présidé par M. Carton, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, entouré de personnalités du monde diplomatique parmi lesquelles l'ambassadeur de France. A l'heure des toasts, M. Carton but aux Souverains et aux chefs des pays représentés, et au Roi Albert. Il eut un mot de circonstance en définissant les Journées médicales, une pacifique Société des Nations.

Le Professeur Heger remercia avec à propos les Ministres et les délégués étrangers, ses collaborateurs et tout spécialement nos amis Beckers, Bernard et Mayer. Il eut un mot aimable pour la presse et sut trouver des accents émouvants pour exalter le rôle de la femme du médecin.

Le Professeur Maranon parla au nom des délégués étrangers, et fit l'éloge des Journées médicales dont la formule, actuellement imitée en Europe occidentale et même aux Colonies, est une véritable trouvaille dont il convient de féliciter ceux qui en furent les initiateurs et en demeurant les animateurs.

Une exposition internationale des Sciences et des Arts appliqués à la Médecine, se tenait dans les salles et couloirs de l'Université, où les principales firmes belges, françaises et britanniques étaient représentées. Les stands de nos nationaux, parmi lesquels le *Concours Médical* compte tant d'amis, furent particulièrement fréquentés : Maisons Adrian, Ambrine, Bengué, Biochimie médicale, Bottu, Boucard, Compagnie de Vichy, Cortial, Couderc, Debat, Deschiens, Contrexéville, Vittel, Fournier, Fumouze, Galbrun, Gomenol, Hydroxydase, Jacquemaire, Lobica, Lumière, Mouneyrat, Panbiline, Pharmacologie générale, Ranson, Roussel, La Léchère les Bains, Spengler, Vigier et Huerre. Notre ami René Lépine avait organisé cette Exposition avec son dévouement et sa compétence si appréciés.

Les Journées médicales de 1932 ont connu les mêmes fastes que leurs devancières. Leur vitalité scientifique s'est montrée tout aussi puissante et féconde, et je me réjouis de leur succès parce qu'il est la légitime récompense des efforts, soutenus et heureux, de nos amis Beckers, Bernard et Mayer.

Je ne saurais assez louer l'hospitalité somptueuse que nos hôtes prodiguèrent à leurs invités. Et j'offrirai tout particulièrement l'hommage de ma gratitude à Mesdames Beckers, Bernard et Héger qui m'ont reçu avec une bonne grâce et une cordialité dont j'ai pu mesurer, une fois de plus, le charme pénétrant et l'attrait irrésistible. Je remercie aussi mon ami le Dr Henne, fidèle habitué des Journées, qui m'a été très précieux pour la rédaction de ce compte rendu.

G. Duchesne.

## ASSURANCES SOCIALES ET CURES THERMALES

I. — *Muni d'une feuille de soins spéciaux, délivrée par sa caisse, l'assuré se fera soigner par le médecin thermal de son choix, ou auquel il sera adressé par son médecin traitant. La signature du médecin thermal indiquera l'acquit des honoraires, qui, fixés à forfait, par entente directe, seront cotés K* × 12.

II. *Sont qualifiés pour donner leurs soins aux assurés les médecins thermaux, membres du syndicat départemental local, ou ceux qui auront adhéré, dans leur département, à la convention signée entre le syndicat départemental et les caisses locales.*

III. *Les villes d'eaux doivent avant tout être considérées, non comme des lieux de plaisir et de luxe, mais comme des centres nettement thérapeutiques. Dans ce but, des ententes locales doivent exister entre les dirigeants de l'établissement thermal, les membres de l'industrie hôtelière, les fermiers des casinos et le Corps médical local.*

### I

**Syndicat général des Médecins des Stations thermales et climatiques de France**

Monsieur le Président du Conseil d'administration de la Caisse d'assurance sociale de

Monsieur,

Il nous a semblé utile de nous mettre d'accord avec vous sur les formalités nécessaires à l'envoi aux stations thermales des assurés sociaux, et à l'exécution de leur cure, telles qu'elles résultent de l'entente réalisée avec M. le Ministre du Travail, à titre provisoire, au début de la saison dernière.

Le point de départ, c'est l'avis du médecin traitant qui pose l'indication de la cure thermale et de la station choisie et établit un certificat en conséquence. Muni de cette pièce l'assuré va à sa caisse d'assurance demander l'autorisation d'aller faire une cure thermale à X... et subit éventuellement une visite du médecin contrôleur de la Caisse pour justifier le bien-fondé du traitement thermal. Si celui-ci est accordé la Caisse doit délivrer au malade une *feuille de soins spéciaux* (comme pour une opération chirurgicale, un traitement d'oto-rhino-laryngologie, d'urologie et d'électrothérapie) et non une feuille de maladie ordinaire.

Le malade arrivant dans la station prévue présente sa « feuille de soins spéciaux » au médecin thermal, qui y notera la cure thermale avec la date du début et celle de la terminaison, sans qu'il soit nécessaire d'indiquer le nombre de consultations ou de visites puisque la cure thermale est considérée comme un traitement global et réglée à forfait. Les honoraires seront réglés par entente directe au tarif syndical minimum et notés K × 12. La signature de la feuille de soins sera considérée comme un acquit.

Le médecin thermal qui aura reçu de son correspondant, le médecin traitant, quelques détails sur le malade qui lui est confié, remettra à celui-ci à la fin de la cure, une petite note pour son confrère, rendant compte des résultats obtenus par la cure et des observations qui auront pu être faites au cours du traitement.

Les médecins thermaux sont qualifiés pour traiter les assurés sociaux.

A) Parce qu'ils appartiennent à titre de spécialistes au Syndicat département de leur station ;

B) Ou bien parce qu'ils ont transmis leur nom à ce Syndicat comme désirant participer dans le département aux soins donnés aux assurés sociaux.

Nous espérons que vous voudrez bien approuver l'organisation ainsi comprise des cures thermales pour les assurés sociaux, conformément aux directives de M. le Ministre du Travail, et nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

*Le Président du Syndicat,* Dr DURAND-FARDEL. *Le secrétaire général,* Dr DU PASQUIER.

### II

**Les cures thermales**

Nous lisons, d'autre part, dans la « *Voix du Peuple* », 1931, 568, la note suivante :

L'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne a communiqué à ses sociétés adhérentes, une note relative aux cures thermales, dont nous extrayons ce qui suit:

«D'après l'avis du contrôleur médical, les maladies nécessitant une cure thermale sont généralement d'origine ancienne ou chronique. Il semble donc que les Caisses d'assurances maladies peuvent se retrancher derrière l'article 4 § 8 de la loi, pour refuser leur participation à tout traitement thermal.

« Néanmoins, dans certains cas, il apparaît qu'autant dans l'intérêt futur des Caisses que dans l'intérêt des malades, il est utile et équitable d'accorder le concours des Caisses maladie aux assurés ou à leurs ayants droit malades. C'est le cas, notamment, où le traitement a pour objet de réduire les séquelles d'une maladie infectieuse (albumine après scarlatine). C'est le cas où des crises de rhumatisme

aigu pourront être atténuées par un traitement approprié. (Dax). C'est le cas où, après une crise de phlébite, le séjour à Bagnoles apparaît comme nettement indiqué pour remettre l'assuré en position d'activité et de santé normales.

« Dans ces conditions, il apparaît à la caisse interdépartementale que, s'il convenait de se montrer particulièrement rigoureux en ce qui concerne sa participation aux frais de séjour dans les villes thermales pour les maladies chroniques ou anciennes sans évolution, il pouvait être admis des cas où une cure pouvait être prise en charge sans renouvellement toutefois. Le contrôle médical de la Caisse doit donc être, dans tous les cas, appelé à formuler son avis précis et formel sur la nécessité de la cure envisagée.

« Une autre difficulté se présentait pour la Caisse. Quelle devait être sa participation ? Après examen de plusieurs suggestions, et, à titre d'expérience, la Caisse accueillant favorablement une demande de participation, celle-ci serait forfaitairement fixée à 400 *francs* pour un séjour et un traitement complets et dûment justifiés par un certificat de médecin de la ville de cure et de l'établissement thermal dans lequel le traitement a été suivi.

« Tout traitement commencé et non poursuivi ne donnerait lieu à aucune indemnité.

« A cette somme de 400 francs s'ajoutera, pour les assurés, l'indemnité journalière réduite, puisque le forfait comprend les frais d'hospitalisation à laquelle ils peuvent prétendre. Cette indemnité ne sera versée que pour les jours de traitement sans adjonction, sauf avis formel du contrôleur médical de la caisse.

« Plusieurs établissements thermaux : Vichy, Saint-Nectaire, Dax, Vittel, Châtel-guyon, Mont-Dore, Evian-les-Bains, Bagnoles-de-l'Orne, ayant consenti, sauf pendant la saison (juillet et août) des réductions spéciales aux assurés sociaux, une autorisation est délivrée par la Caisse aux intéressés, afin de pouvoir en bénéficier.

« En voici le texte :

« *La Caisse,*
« *sur avis du médecin-contrôleur qui a reconnu la*
« *nécessité d'une cure thermale à ........... autorise le départ de M...........................*
« *(qualité) conjoint, fils ou fille de l'assuré..........*
« *demeurant à ...................................*
« *rue..........................................*
« *La Caisse participera forfaitairement aux frais de*
« *la cure autorisée, sur production de justifications*
« *signées du médecin traitant local et de l'Adminis-*
« *tration de l'Etablissement thermal attestant la réa-*
« *lité du traitement suivi.*

« *Un traitement commencé, mais non poursuivi,*
« *ne donnera lieu à aucune participation de la Caisse.*

« Il sera établi une fiche spéciale pour chaque autorisation accordée. »

**COMMENTAIRES**

Du rapprochement des deux textes que nous donnons ci-dessus, nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

Le « médecin thermal » est considéré comme un spécialiste — et c'est justice — car on ne saurait trop répéter combien, pour certaines stations, il est imprudent de ne pas faire diriger le traitement par un médecin local.

Il est indispensable de faire entrer dans nos mentalités françaises, cette vérité qui attire beaucoup de malades dans les stations thermales étrangères : la ville d'eaux n'est pas un lieu de plaisir, c'est un endroit où l'on soigne des malades, à l'aide de véritables médicaments naturels, véhiculés par une eau vivante, jaillissante, dont les effets sont autrement supérieurs à ceux des mêmes eaux conservées en bouteille.

Proclamons hautement et largement que la ville d'eaux reçoit avant tout des malades, qui ont besoin de guérir une maladie déterminée. Accessoirement, pour éviter l'ennui pendant les différentes phases du traitement, on procure à ces malades des loisirs et des distractions, par des concerts et autres attractions, dispensées dans les casinos.

Elle est passée, la période où l'on attirait de riches étrangers, pour leur faire perdre leur argent à des tables de jeux, et lorsqu'on croyait devoir procurer des distractions artistiques, ou mondaines de grand luxe.

C'est une profonde erreur : la ville d'eaux est surtout faite pour guérir d'abord, pour prévenir ensuite bon nombre de maladies. C'est dans les stations thermales que beaucoup de gens ont appris les bienfaits de l'hygiène corporelle, de la balnéation, ou du simple tub, de la friction au gant de crin, du régime alimentaire approprié, de la nocivité des apéritifs et autres alcools.

Je suis certain, pour ma part, que le jour où s'établira une collaboration étroite entre le Corps médical thermal, les directeurs d'établissements hydrothérapiques, les gérants d'hôtels, les concessionnaires de casinos, nous pourrons éduquer le public, lui inculquer beaucoup de notions d'hygiène, grâce à ce séjour de trois semaines, consacré à se soigner, sans faire autre chose.

J'attire l'attention de tous ceux qui veulent faire de la législation des assurances sociales une grande éducatrice des masses, dans le but de prévenir les maladies et d'arrêter ces dernières avant qu'elles n'entravent la production sociale des assurés.

Le médecin thermal peut jouer un grand rôle dans cette éducation du peuple. Je n'en veux pour exemple que ce que j'apprends moi-même, lorsque séjournant dans une station, je m'instruis auprès de mes confrères locaux. Faisant effectivement la cure, j'arrive à savoir ce que je

dois conseiller à mes propres malades, l'utilisation des différentes ressources thermales de la France, le dépistage des petits signes, qui me font penser qu'il est temps — et grand temps — de diriger mon client vers telle ou telle station, qui enrayera la maladie, avant qu'elle ne s'aggrave.

Mes vacances passées dans telle ou telle station m'ont enseigné l'hydrologie, surtout lorsque la direction de l'établissement thermal sait, non seulement m'adresser des cartes de théâtre, ou de casino, mais surtout me convier à des causeries, à des visites, à des discussions scientifiques et confraternelles, au cours desquelles j'apprends beaucoup, tout en donnant ma façon personnelle d'envisager l'accord entre la clinique journalière et le traitement thermal spécialisé.

Je suis donc heureux de voir le Syndicat général des médecins de stations thermales signaler aux caisses quelle peut être la collaboration des médecins, dans la lutte contre la maladie, ou la préservation contre les affections à venir.

Membres du syndicat médical de leur département, ou adhérents aux conventions locales, les médecins thermaux sont, comme tous autres praticiens, soumis au contrôle prévu dans la loi. Ils soignent les assurés sociaux d'accord avec le médecin traitant du malade ; ils signent les pièces et feuilles d'assurances sociales donnant toute garantie à la caisse d'origine, que le malade est soigné.

Quant à cette dernière, elle peut s'entendre avec la caisse locale, d'où dépend la station thermale, pour que le double contrôle administratif et technique puisse s'effectuer normalement.

Et je souhaite que dans un avenir rapproché, nous n'assistions plus à cet état anarchique, que j'ai constaté dans certaines stations : l'établissement thermal, facteur de guérison, voyant son utilité annihilée par les régimes alimentaires absurdes de certains hôteliers, peu à la page, plus préoccupés de gagner de l'argent que de soigner des malades, à côté d'un casino qui, délaissant les distractions à l'usage des personnes de condition moyenne, ou modeste, ne cherche qu'à attirer la riche clientèle d'étrangers au change favorable.

La crise économique actuelle a tari ce pactole : songeons donc à consacrer nos stations thermales au traitement de nos malades, tout en leur offrant des régimes alimentaires appropriés et des distractions compatibles avec leur situation de fortune et les nécessités de leur cure thermale. Est-ce une utopie ?

Dr Paul Boudin.

---

# MUTUALITÉ FAMILIALE

## Un autre âge critique

Un correspondant m'écrit ces jours-ci :

Mon cher Confrère,

J'ai lu votre article sur l'âge critique, permettez-moi une observation qui me semble de quelque importance.

Vous donnez la cinquantième année comme âge critique pour la Mutualité familiale : je ne dis pas que vous faites erreur puisque c'est l'extrême limite à laquelle on puisse y entrer, mais cette extrême limite ne concerne que les combinaisons MA, qui donne l'indemnité de dix francs, et R qui donne la pension de retraite à 65 ans.

Or, vous devez remarquer que les médecins se portent plutôt vers la pension à 60 ans et vous ne devez plus guère avoir d'entrées à MA, l'indemnité de dix francs étant devenue d'une insuffisance notoire : c'est vingt, trente, quarante ou cinquante francs que les nouveaux adhérents doivent réclamer Or, l'âge limite d'entrée est alors, non pas 50 ans mais bien 45 ans, et c'est cet âge de 45 ans qui, à mon avis, est pour l'immense majorité de nos confrères le véritable âge critique.

Je vous verrais avec plaisir revenir sur cette question et modifier vos conclusions.

Pardonnez-moi cette légère critique et agréez, je vous prie.....

Dr R.

Notre confrère à raison et je m'empresse de lui donner satisfaction.

L'âge critique que j'ai indiqué est celui de la limite la plus extrême et ne s'appliquait guère qu'à la pension de retraite, mais il est évident que la quarante-cinquième année est un autre âge critique, qui doit préoccuper encore davantage la majorité de nos confrères.

Et cela me paraît d'autant plus exact que, chaque trimestre, nous voyons entrer chez nous des confrères arrivés à cette limite de 45 ans, et cela aussi bien pour la pension à 60 ans que pour les indemnités-maladie de trente, quarante ou cinquante francs.

Je signalerai même le cas d'un membre de la Combinaison MA qui me faisait reproche de ne l'avoir pas prévenu qu'il n'allait plus pouvoir passer à une indemnité supérieure.

Ce confrère, abonné au *Concours*, ne le lisait guère sans doute, ou plutôt il ne lisait pas les articles que, Mignon et moi, nous publions à jet

continu sur la Mutualité familiale, son mode de fonctionnement et ses avantages.

Et c'est cette indifférence pour ce qui, dans le *Concours*, a trait à la Mutualité familiale que je veux signaler et condamner en même temps. Il n'y a là, mes confrères n'en doutent pas, aucune question de dépit personnel : je n'envisage que l'intérêt du médecin et, si je lui fais reproche de ne pas lire ce qui devrait particulièrement le préoccuper, c'est pour lui et non pas pour Mignon et pour moi que je le fais.

Nous sommes obligés de répéter continuellement les mêmes choses, c'est fastidieux, je le sais, mais nous sommes soutenus par le vague espoir que nos quelques lignes intéresseront un lecteur, le feront réfléchir et peut-être l'amèneront à nous. Dans l'impossibilité d'écrire personnellement à tous — et il y a aussi bien impossibilité morale qu'impossibilité matérielle — il ne nous reste que la rubrique que le *Concours* veut bien nous conserver.

Donc, confrères qui ne faites pas encore partie de la Mutualité familiale ou qui n'y êtes entrés que pour une combinaison inférieure tant à la pension qu'à l'indemnité-maladie, sachez que votre quarante-cinquième année est celle où finira la faculté, que vous avez encore soit d'augmenter votre participation, soit d'entrer à une combinaison vous assurant une indemnité convenable.

Rappelez-vous qu'après 45 ans vous ne pouvez plus entrer qu'à MA ou à R, qui ne vous donnera la pension de retraite qu'à 65 ans, encore pour cette dernière n'avez-vous plus que cinq années devant vous.

Mais pourquoi, dira-t-on, avoir fixé ces limites d'âge aussi bas ? — c'est parce que, d'une part, la loi exige pour les pensions délivrées par les sociétés de Secours mutuels une participation antérieure minimum de quinze années ; c'est parce que, d'autre part, à partir de 45 ans, la morbidité augmente d'une façon très sensible et la chronicité devient beaucoup plus fréquente. C'est encore parce que nous avons estimé qu'à cette période de 40 à 45 ans le médecin se trouve dans le plein de son activité, que les cotisations, qui lui sont réclamées, sont pour lui le moins onéreuses, qu'enfin son expérience personnelle a dû lui faire comprendre la nécessité de la prévoyance aussi bien dans l'intérêt des siens que dans son intérêt personnel.

A cet âge, on a vu des accidents, des maladies chroniques anéantir la situation professionnelle de confrères qui comptaient cependant parmi les plus favorisés ; on a vu des fortunes s'écrouler et la médiocrité, sinon la misère, remplacer des situations enviées ; on a pu faire ses réflexions sur l'inconstance de la santé comme sur celle de la fortune et comprendre que le devoir est de se prémunir contre de telles éventualités.

Confrères,

La quarante-cinquième année est pour vous un âge critique, ne l'oubliez pas si vous l'avez su ou apprenez-le si vous l'ignoriez.

Venez à la Mutualité familiale, œuvre créée pour vous par des médecin comme vous, œuvre amicale et essentiellement confraternelle, œuvre dont l'organisation comme le fonctionnement sont surveillés d'une manière permanente par un actuaire faisant autorité, œuvre dont la solidité est indiscutable et à laquelle près de quarante années d'existence ont permis de faire ses preuves.

Venez-y pour vous mêmes comme pour les vôtres, venez-y par esprit de solidarité comme par intérêt particulier, venez-y par reconnaissance pour ceux qui ont comblé une lacune dans l'organisation professionnelle de la médecine et n'ont jamais eu d'autre objet que l'amélioration matérielle et morale du sort du médecin.

Par ces quelques lignes je crois avoir donné satisfaction au Dr R... Il verra qu'il n'avait pas à s'excuser d'une critique, qui n'en est pas une, et dont je lui suis particulièrement reconnaissant, puisqu'elle m'a permis de reprendre une nouvelle mise au point.

Ces lettres de confrères, qui veulent bien s'ouvrir à moi me sont toujours agréables ; elles me montrent que quelques-uns, du moins, ne se désintéressent pas de nos efforts et prennent à cœur, comme nous, l'intérêt de notre belle profession, en s'efforçant d'éloigner d'elle les misères inséparables de toutes les affaires humaines.

A. GASSOT.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Autant prétendre qu'il n'y a de réel dans la statue que la matière dont elle est faite.....*

(Ramon FERNANDEZ.)

DCCI. — Albéric CAHUET. — **Les Amants du Lac.** Un vol. 25 × 17 de 224 pages imprimé par Ducros et Colas en Bodini de corps 12, orné de seize illustrations hors-texte de Pierre Brissaud, reproduites au pochoir par le coloriste Lecourt. Tiré à cinq cents exemplaires mumérotés sur velin d'Arches à la forme. *Editions Dardel*, Chambéry, 1931, 395 francs.

Les travaux nécessités par la construction du nouvel établissement thermal d'Aix-les-Bains obligent, paraît-il, à démolir la Pension Périer(1), où Lamartine et Madame Charles se rencontrèrent. Le Docteur Pascal de Saint-Sorlin y avait envoyé le poète atteint de légers désordres du foie, en le confiant aux bons soins du Docteur Périer. M. Cahuet dans un très discret et très simple récit évoque la romantique idylle fixée par le célèbre poème. Le ton de son livre est émouvant sans langoureuse sensiblerie. Il a le rare mérite de retracer une histoire connue en termes neufs : en sachant se garder des trémolo d'époque et plus encore de ce sans-gêne fantaisiste et imaginatif qui inspire tant de Vies dites romancées. La sobre vraisemblance de son conte d'amour est étayée de détails nombreux et exacts sur la vie de la station, sur son aspect, sur le charme des lieux. Talent, probité littéraire, délicate pureté intellectuelle forment autour du couple lamartinien un halo de douce lumière, et presque de fervent recueillement. Est-ce la séduction du Lac, son apaisante harmonie qui a aussi envoûté le biographe ?

La présentation matérielle du livre est très soignée. Blanche couverture, sobrement ornée avec un titre bien bâti, d'un bleu doux, protégée de papier cristal. L'ouvrage est livré sous un robuste emboîtage. Le velin à la forme est de noble qualité. La typographie de Ducros et Colas est sans reproche. Et les seize illustrations hors texte de Pierre Brissaud sont très adroitement inspirées des épisodes de cette passion ardente et contenue, de ses fièvres et de sa candeur, du milieu où elle évolue, de ses caractères et de ses décors. Les couleurs ont la vivacité ou la sourde chaleur estompée des sentiments.

(1) M. Henri Bordeaux, qui connaît bien sa Savoie, écrit PERRIER. M. Cahuet tient pour Pierre-François PÉRIER, haut Savoyard de Taninges, docteur en chirurgie de l'Université de Turin, chirurgien de l'armée sarde, puis établi à Aix en 1790. Douze ans plus tard nommé inspecteur adjoint des eaux thermales, qu'il prit à ferme moyennant une redevance de quatorze cents francs.

Le dessin est consciencieusement dépourvu de tout anachronisme. J'insiste sur cette qualité car nombre d'illustrateurs contemporains ont des étourderies ou des ignorances déconcertantes. La présentation des gravures est faite suivant les procédés d'encadrement de l'époque : en tête de chacune, en majuscules à double trait, la répétition du titre, souligné de part et d'autre d'une courte arabesque, et sous l'image, en italique d'écriture dans le troisième panneau, une phrase du livre prenant ainsi un relief de maxime ou de romantique souvenance. Je dois remarquer que cette adresse du dessinateur donne à l'œuvre un cachet très personnel et situe son déroulement (avec une précision louable) aux rives du lac sans doute, mais bien davantage à celles qu'enchante le climat lamartinien et que hantaient les rêveries d'Elvire.

DCCII. — Jean DES VIGNES ROUGES. — **L'enfant dans les Vignes.** Roman. Un vol. 12 × 19. Collection « Les Maîtres du Roman ». *Editions de la Nouvelle Revue Critique*, Paris, 1932, 12 francs.

Il est difficile de faire d'une autobiographie d'enfant (fût-il bourguignon et sustenté très précocement par les prestigieuses liqueurs du terroir) la matière du roman. Je vous l'ai fait remarquer déjà à propos du *Temps Vert* (1) où l'on sentait, aussi, forcément la vigilante collaboration de grandes personnes penchées sur d'enfantines et fraîches naïvetés. L'enfant dans les vignes, suivant la même fatalité, a une enfance malheureuse, un père peu digne et une facilité surprenante à l'introspection.

DCCIII. — Vice-Amiral DE MAROLLES. — **La Dernière campagne du Commandant Rivière.** Le prologue de la conquête du Tonkin. Souvenirs. Un vol. 12 × 19 avec quatre gravures hors-texte et deux croquis dans le texte. *Editions Plon*, Paris, 1932, 15 francs.

Ce livre vient à son heure au moment où l'on se prépare à célébrer le cinquantenaire du Tonkin français. Rédigé par un collaborateur direct de Rivière, il retrace la stoïque aventure, qui devait lui coûter la vie et préparer la conquête définitive de la colonie. Cette chronique

(1) *Le Temps Vert*, roman, par Josette Clotis. Editions de la *N. R. F.*, 1931.

d'héroïsme marque déjà au regard du dévouement des marins et des soldats la pitoyable lenteur et les tergiversations de l'administration. Elle est écrite avec simplicité et relate au jour le jour cette série d'exploits qui méritaient de revenir en lumière : faits d'armes obscurs et peu connus ou généreux sacrifices inspirés par un rare esprit de devoir et perpétrés avec une abnégation admirable, sous la conduite d'un chef.

DCCIV. — Ramon FERNANDEZ. — **Messages.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 9 francs.

Parus, il y a quelques années déjà, ces Messages (1), études critiques et essais, consacrés à quelques thèmes littéraires généraux vous seront d'agréables divertissements de vacances. Les jugements sont formulés avec clairvoyance et subtilité. Je suis surtout revenu à eux, non tant à cause des séduisants passe-temps intellectuels qu'ils constituent que pour relire les vingt pages d'hommage à Jacques Rivière et la curieuse interprétation de l'œuvre de Marcel Proust.

DCCV. — Marcel JOUHANDEAU. — **L'amateur d'imprudence.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932.

La recette des ouvrages de cet ordre est relativement simple. Une once de dadaïsme, six grains de surréalisme, une pinte de cauchemar transcrit en respectant la relativité de logique de celui-ci et des déductions renversées de M. Freud. Et vous obtenez ainsi un roman cousu à gros fils. Dans le cas particulier, le titre se rapporte probablement tout simplement à l'acheteur éventuel du livre qui aventure son porte-monnaie.

DCCVI. — Clémence DANE. — **Régiments de Femmes.** Roman. Un vol. 12 × 19. Traduit de l'anglais par Jeanne Fournier-Fargoire. *Editions Plon*, Paris, 1932, 18 francs.

On a signalé un peu partout la similitude étrange de ce livre et du fameux film allemand *Mädchen in Uniform.* Ce noble peuple est parfaitement capable d'avoir plagié la romancière anglaise. Le livre vise moins que le film à l'équivoque. Ses passions d'écolières sont apparemment moins troubles. Elles sont exposées suivant la méthode méticuleuse du roman anglais, suivant ce pointillisme descriptif qui semble être une survivance de l'ancienne sincérité anglaise.

(1) *Messages* est pris ici dans son sens contemporain élargi : influence et action générales *posthumes* de l'ensemble d'une œuvre d'art (lettres, musique, sculpture, etc...) sur le public auquel elle s'adresse, sur l'époque ou les époques qui la suivent. Par extension : études consacrées à ces épisodes de l'intelligence et du sentiment.

DCCVII. — Hans SIEMENS. — **Russie pour ou contre.** Un vol. 12 × 19. Reportage. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

C'est Dorgelès, je crois, qui, à une question de Clémenceau, s'informant de ses opinions politiques, lui répondit, dans la salle de rédaction, au journal qui les avait tous deux pour collaborateurs : « Patron, je suis ... *contre* ! » Sa boutade que je rapporte ici sans machiavélique arrière-pensée est d'une profonde sagesse. Je me garderai (je le répète) de juger le fond de l'enquête de Siemens. Il a vu beaucoup de choses en Russie. Il n'est pas possible en 250 pages qu'il ait *tout* vu. Et sa documentation fragmentaire, très clairement rapportée, rédigée d'intéressante façon vaut ce que valent les témoignages de voyageurs à qui on met à la gare frontière des œillères... pour qu'ils voient mieux droit devant eux.

**Varia*****

Au *Mercure de France* du 1er juillet, en tête du numéro, étude très remarquable du Docteur Legendre sur le Conflit sino-japonais. La S. D. N. y est jugée en fonction des services réels qu'elle est capable de rendre. Un article du Docteur P. Remlinger (directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople de 1900 à 1910) sur les mœurs des fameux chiens de rue de Constantinople, leurs qualités et l'inhumaine décision qui mit fin à la séculaire mansuétude dont les braves bêtes bénéficiaient D'amusantes considérations sur la momification du genre Opéra. Et une très originale dissertation sur l'actuel renouveau des lettres philosophiques : M. Teste est juché par l'auteur sur un petit tabouret. J'oubliais de vous signaler un magnifique poème (à la mémoire de Louis Pergaud) où bouillonnent toutes les chansons et les sèves de la Terre.

* Dans la *Nouvelle Revue Française* de juillet, de pénétrantes réflexions qui devaient servir d'armature à un livre qui ne verra pas le jour et que Jacques Chardonne se proposait de consacrer à l'Amour du Prochain. L'auteur de *Claire* devient méchant et juste. Une suite d'extraits du Journal de Monsieur Gide. Un poème limpide. De cocasses réflexions de Jouhandeau, dont l'humour est ici plus accessible et de plus fine qualité. Une apologie d'Albert Thomas bien inattendu dans cette belle Revue. De claires chroniques qui font aisément oublier les utopies de M. Gide.

6 juillet 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Bibliothèque de la Faculté (vacances 1932).** — La bibliothèque de la Faculté, fermée pendant le mois d'août, sera ouverte les mardis, jeudis et samedis, de 13 heures à 17 heures, du 16 au 28 juillet inclus, et du 1er septembre au 16 octobre.

Le service du *Prêt* sera assuré les lundis, mercredis et vendredis, de 13 heures à 15 heures, du 15 au 28 juillet inclus.

Les séances du soir, suspendues depuis le 13 juillet, seront reprises, en même temps que le service normal, à partir du lundi 17 octobre.

— **Thèses.** — Vendredi 8 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, Lévy-Solal, Portes, Vignes. — Mlle ABRICOSSOFF : Etude de la transfusion du sang chez le nourrisson. — M. BOYER : Etude statistique et critique sur les hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. — M. DEFOULOY : Etude de l'érysipèle du nouveau-né. — Mlle HUET Paule : Etude de l'importance du traumatisme obstétrical comme facteur étiologique des encéphalopathies de l'enfance. — Mlle SCHIFRIN : Organisation, fonctionnement, statistique d'un dispensaire anti-syphilitique de maternité.

Samedi 9 juillet. — Jury : MM. Carnot, Claude, Tanon, Chailley-Bert. — M. CADILLAC : Etude radiologique de l'invagination intestinale de l'adulte. — M. DUPEUX : Le régime cétogène dans l'épilepsie. Son application pratique. — M. AZUNKLAN : Géographie médicale de l'Ile Maurice. — M. GAMARRA : La maladie de Carrion. — M. LAGARDE : Etude de la vaccinothérapie antimélitococcique par l'endoprotéine d'abortus. — M. LÉVY Elie : Etude de l'immunité antityphoparatyphique conférée par la vaccination par voie buccale. — M. POPOWSKY : Etude des législations françaises qui pourraient intervenir à l'occasion d'un examen prénuptial. — M. VORMÈRE : Etude de la race française.

Jury : MM. Binet, Lereboullet, Chabrol, Galliard. — M. DARNIS : Etude de la glycémie au cours de certaines affections chirurgicales et de leur traitement. — Mlle BOURDA : Origine congénitale du thorax en entonnoir par aplasie du plastron sterno-costal. — M. DETROIS : L'iode et le fluor dans les états hyperthyroïdiens. — M. GARNIER : Etude de la myosite ossifiante progressive. — M. GIRARDEAU : Contrôle de l'hygiène dans des familles observées au dispensaire de l'école de puériculture. — M. MONTAGNE : Etude graphique de la respiration chez le nouveau-né, le nourrisson et le prématuré. — Mme RODZEWIHT-BOULGOKOFF : Etude du signe de Chvostek chez les grands enfants. — M. VANIER : Le cancer de l'estomac chez les opérés de gastro-entérostomie pour ulcus gastriques.

*Thèses vétérinaires.* — Lundi 4 juillet. — Jury : MM. Lemierre, Lesbouyries, Panisset, Vergé. — M. GENET : La paratyphose du porc. — M. MICHEL : La morve. — M. HANHART : La tuberculose bovine, moyens mis à la disposition du vétérinaire pour lutter contre cette maladie.

Jeudi 7 juillet : Jury : MM. Rathery, Tanon, Dechambre, Moussu, Bresson. — M. JEANNIN : La race bovine du Cotentin « morphologie et pathologie ». — M. CHAKIR : Le chien de Constantinople, son utilisation comme chien de guerre et sanitaire dans l'armée turque.

Samedi 9 juillet. — Jury : MM. Brindeau, Maurice Villaret, Lesbouyries, Robin. — M. DÉTREZ : Paraplégie anti-partum et de la maladie du chemin de fer. — M. STRADY : L'asthme chez les bovins.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Saint-Louis.** — *Cours pratique de thérapeutique dermatologique.* — Ce cours aura lieu, dans la seconde quinzaine de janvier 1933, à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Louis Brocq, sous la direction du Professeur agrégé SÉZARY, avec la collaboration de MM. SABOURAUD, BELOT, SCHULMANN, Paul LEFÈVRE, DUGOURTIOUX, Georges LÉVY, A. DURUY, HOROWITZ, GALLERAND, E. COMBE, LÉVY-COBLENTZ, assistants ou chefs de laboratoire du service.

Tous les jours, à 9 heures, 13 h. 30 et 14 h. 45, conférence sur les méthodes thérapeutiques dermatologiques et sur le traitement des diverses affections cutanées. A 10 heures, policlinique thérapeutique, exercices pratiques de petite chirurgie, manipulations des agents physiques (électro-coagulation, électrolyse, galvanocautère, cryocautère, rayons X, rayons ultra-violets, etc.).

Une affiche spéciale indiquera en octobre le programme détaillé et les conditions d'admission. Pour tous renseignements, s'adresser au service du Docteur Sézary, à l'hôpital Saint-Louis.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur PELLIER, d'Aillevillers (Haute-Saône) ; du Docteur JAMBON, de Rennes ; du Docteur Jean ROBOLIN, de Montrevel (Ain) ; du Docteur CHANGEUX, de Créteil ; du Docteur GRIMARD, de Pauriac (Gironde) ; du Docteur GUILLAUMOT, de Saint-Denis-de-Cabanne (Loire).

— **Etudiants étrangers de la Faculté de médecine de Bordeaux, en 1930-1931.**— 165 étudiants étrangers ona suivi pendant l'année scolaire 1930-1931 les cours de lt Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Leur origine était : Belgique, 1 ; Pays-Bas, 1 ; Espagne, 2 ; Bulgarie, 80 ; Pologne, 22 ; Portugal, 7 ; Lettonie, 3 ; Chypre, 1 ; Roumanie, 9 ; Russie, 4 ; Yougoslavie, 2 ; Perse, 8 ; Liban, 2 ; Syrie, 3 ; Arménie, 1 ; Egypte, 2 ; Tunisie, 2 ; Madagascar, 1 ; Chili, 2 ; Pérou, 7 ; Guatémala, 1 ; San-Salvador, 1 ; Costa-Rica, 3.

— **XII<sup></sup>e Congrès français de Médecine.** —Ce Congrès se tiendra à Paris du lundi 10 au mercredi 12 octobre 1932, sous la présidence du professeur F. Bezançon.

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE. — Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° La lympho-granulomatose maligne ; 2° les acrocyanoses ; 3° le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 10 octobre, à 9 h. 30 du matin, en présence de M. le Président de la République.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 10 octobre, à 10 h. 30. Rapports sur la première question : Formes anatomo-cliniques de la lymphogranulomatose maligne. Rapporteurs : M. Maurice FABRE (de Lyon) : Caractères anatomo-cliniques de la granulomatose maligne ; ses formes anormales ; MM. HUYS (de Bruxelles) et GIBERT (de Genève) : La radiothérapie de la lymphogranulomatose maligne ; MM. R. WEISSMANN-NETTER, J. DELARUE et V. OUMANSKY (de Paris) : Les résultats de l'expérimentation dans la lymphogranulomatose maligne.

Lundi 10 octobre, à 15 heures. Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 11 octobre , à 9 h. 30. Rapport sur la deuxième question : Les acrocyanoses. Rapporteurs : MM. VILLARET, Justin BESANÇON et CACHERA : Physiologie, pathologie des troubles vasculaires périphériques. MM. MAY et LAYANI : Etude clinique de l'acrocyanose essentielle.

Mardi 11 octobre, à 15 heures. Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 12 octobre, à 9 h. 30. Rapport sur la troisième question : Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon. Rapporteurs : MM. E. SERGENT et KOURILSKY, avec la collaboration chirurgicale de MM. BAUMGARTNER et ISELIN : Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon. M. G. LARDENNOIS : La technique opératoire. — MM. KINDBERG et SOULAS : Les méthodes bronchoscopiques et les suppurations pulmonaires. — M. Etienne BERNARD : L'émétine dans le traitement des abcès du poumon.

*Inscriptions.* — Le montant de la cotisation est de 100 francs pour les membres adhérents et de 50 francs pour les membres-associés et les étudiants en médecine.

Inscription, accompagnée de son montant, au trésorier, M. G. Masson, 120, boul. Saint-Germain, Paris(6e).

Le programme des réceptions, excursions, etc., sera publié plus tard et envoyé aux membres du Congrès. Un Comité de dames sera constitué pour organiser l'emploi du temps des femmes des congressistes qui seront désireuses de s'y associer.

Le secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole de médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes et la correspondance les concernant.

*Bureau du Congrès* : Le bureau du Congrès est composé comme suit : président : M. le Professeur Fernand Besançon, 76, rue de Monceau, Paris (8e).

Vice-présidents : MM. le Professeur Marcel Labbé, Jules Renault, le Médecin général inspecteur Sacquépée, le Médecin général Defressine, inspecteur général du service de Santé de la marine.

Secrétaire général : M. Abrami, 9, rue de Lille, Paris.

Secrétaires adjoints : MM. Mathieu-Pierre Weil, 60, rue de Londres, Paris (8e) ; René Moreau, 9, rue de Prony, Paris (17e).

Trésoriers : MM. les Professeurs Noël Fiessinger, 16, boulevard Raspail, Paris ; Georges Masson, 110, boulevard Saint-Germain, Paris.

— **Chemins de fer P.-L.-M.** — Porter à la gare un colis à expédier ! Quel ennui ! Quelle perte de temps !

Voulez-vous qu'on vienne le prendre immédiatement chez vous ? Ecrivez ou téléphonez :

Pour la grande vitesse, au Service du factage P.-L.-M. (enlèvement à domicile), 144, rue de Bercy, à Paris (12e arr.). Téléphone : Diderot 85-10.

Pour la petite vitesse, au Service du camionnage P.-L.-M. (enlèvement à domicile), 48 *ter*, boulevard de Bercy, à Paris (12e). Téléphone : Diderot 85-10.

Les frais de transport sont encaissés à domicile.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

**R. C. Clermont 4264**

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

commission cantonale et sur quel payeur de l'Etat cette taxe doit être faite. (*Question du 1er juillet 1932.*)

*Réponse.* — 1° On ne peut imposer à l'assuré qui supporte déjà la charge des honoraires de son médecin, le versement d'une provision au troisième médecin désigné par application de l'article 7, paragraphe 3 de la loi du 30 avril 1930. Toutefois, le fonctionnement de la commission technique prévue àcet article étant intimement lié au fonctionnement des caisses d'assurances, il appartient à celles-ci de régler directement le troisième médecin, sous réserve de leur droit de recours contre l'assuré s'il succombe. Le tarif applicable, à défaut de tarif appliqué par le syndicat médical, pourrait être celui de la consultation avec confrère. Pour se faire payer, le médecin ne peut exercer de recours que par la voie judiciaire ; 2° réponse négative ; 3° l'attention de M. le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones a été appelée sur la situation que signale l'honorable député ; 4° les indemnités allouées aux membres assesseurs de la commission cantonale en application du décret du 30 août 1931, sont taxées par le juge de paix, président de ladite commission, au moyen d'états mis à sa disposition par le service départemental des assurances sociales et dont le modèle a été fixé par la circulaire ministérielle du 26 mars 1932. Les indemnités sont payées dans les mêmes conditions que les autres dépenses publiques aux caisses des comptables publics. (*J O.*, juillet 1932.)

## IVe VOYAGE CÉVENNES-PYRÉNÉES

Le prochain voyage Cévennes-Pyrénées se groupera le 27 août à Montpellier, et sera inauguré le dimanche 28, dans la plus ancienne Faculté de France, sous la présidence de son doyen. M. le Professeur Euzière. La direction scientifique sera assurée par les professeurs de cette Faculté, notamment par MM. les Professeurs Paul Delmas et Giraud. Le voyage parcourra les rives de la Méditerranée et les Cités médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. Le 29, une réception aura lieu à la Source Perrier, puis, sous la direction de M. Espérandieu, membre de l'Institut, l'on visitera les Monuments romains de Nîmes : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison carrée, la Tour Magne et le Pont du Gard. On s'engagera ensuite dans les Cévennes, avec l'ascension de l'Aigoual (1.547 mètres), le parcours en bateau des Gorges du Tarn, l'exploration des abîmes de Bramabiau, de l'Aven-Armand et de la Grotte des Demoiselles ; enfin la visite de La Malou et de ses cliniques pour le traitement des maladies du système nerveux. Cette première partie du voyage se terminera à Carcassonne le dimanche 4 septembre, après une visite détaillée de la cité, dirigée par le conservateur, M. Embry.

La deuxième partie du voyage s'étendra de Carcassonne à Luchon, par les gorges de l'Aude, Alet, Usson-les-Bains, Font-Romeu, le Sanatorium des Escaldes et la grande route des Pyrénées : col de

Puymorens (1.918 mètres), gorges de l'Ariège, Ax-les-Thermes, Audinac, l'Abbaye de Saint-Lizier, Antichan et Saint-Bertrand de Comminges. Cette deuxième partie se terminera à Luchon le mercredi 7 septembre, par la visite détaillée de cette station et une ascension à Superbagnères.

La troisième partie commencera à Luchon et continuera la grande route des Pyrénées par Bagnères-de Bigorre (réception des Montagnards pyrénéens), Lourdes (visite du bureau médical, des piscines, de la grotte, de la basilique et procession aux flambeaux); puis le col du Tourmalet (2.122 mètres), Barèges, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Argelès et les Eaux-Bonnes. La dissociation aura lieu à Pau, après la visite du château d'Henri IV et des sanatoria. Cette partie du voyage sera présidée par M. le Professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, et dirigée par les professeurs de cette Faculté.

Rappelons que ce voyage appartient à la série des voyages médicaux internationaux dans le Midi de la France, organisés sous le patronage des Facultés de Bordeaux, Lyon, Marseille et Montpellier, par l'initiative des grandes Fédérations médicales de la région (Société médicale du littoral méditerranéen, Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées). Ces voyages n'ont pas seulement pour objet de faire connaître les richesses climatiques, thermales et touristiques de la France, mais aussi de resserrer les liens qui unissent les membres de la grande famille médicale, de leur fournir une occasion instructive et agréable d'utiliser leurs vacances, et de créer entre eux des relations et des sympathies. Ils sont une manifestation de solidarité et d'affections mutuelles. Les membres de la famille des médecins et les étudiants en médecine y sont admis. Le plus grand confort possible est assuré dans les meilleures conditions économiques. Tous les parcours sont effectués en auto-cars. Les municipalités, les médecins des villes et des stations, les syndicats d'initiative, joignent leur concours à celui des professeurs, des historiens et des géologues, spécialisés dans l'étude des régions visitées, afin de donner aux voyageurs le maximum d'enseignements, d'attraits et de facilités. Les programmes bénéficient d'une expérience de plusieurs années et de la collaboration active de tous les éléments régionaux. A l'aller et au retour, les voyageurs seront munis de permis de parcours à demi-tarif sur les chemins de fer français.

Le secrétariat du voyage répond gratuitement à toute demande. Le nombre des places est limité. L'inscription est ouverte et il est indispensable d'indiquer, à l'avance, la partie du voyage à laquelle on désire prendre part, ainsi que les itinéraires que l'on veut suivre, à l'aller et au retour. Les adhérents éventuels sont donc instamment priés de donner sans tarder ces indications à l'adresse : *Voyages Cévennes-Pyrénées, à la Malou (Hérault)*.

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

### Certificats médicaux. — Leurs prix. — Refus par un médecin traitant de faire un certificat pour l'assurance.

I. Un chirurgien, chef du service chirurgical d'un hôpital qui y a opéré un blessé du travail, a-t-il le droit de refuser de délivrer un certificat constatant les soins qu'il a donnés et l'état actuel de la victime ?

Lorsqu'un médecin soigne un blessé du travail ès qualités, il doit se conformer aux prescriptions de la loi du 9 avril 1898 et notamment délivrer les certificats prévus aux articles 11, paragraphe 3 (certificat initial) et 12, paragraphe 2 (certificat d'infirmité permanente).

Mais ces certificats doivent être remis à la victime, ou à ses ayants droit, à cause du respect du secret professionnel. N'oublions pas que, par arrêt du 9 mai 1913, la chambre criminelle de la Cour de cassation a décidé qu'en matière d'accident du travail, le secret professionnel subsiste toujours.

Sur la question posée, je dois répondre que le chirurgien d'un hôpital doit déférer à la demande de son propre malade et délivrer à ce dernier les certificats spécifiés par la loi sur les accidents du travail, c'est-à-dire certificat initial décrivant les blessures et l'état du blessé, certificat de reprise du travail, ou d'incapacité permanente partielle, ou totale, lorsque la consolidation est intervenue, c'est-à-dire lorsque la victime n'a plus besoin de soins médicaux, qui ne pourraient apporter aucune amélioration à son état.

Ce certificat peut-il contenir la nomenclature des soins donnés ? Oui, puisque le médecin devra donner le détail de ses actes médicaux et interventions, pour en obtenir payement.

Mais j'insiste sur ce point : le certificat doit être remis au malade et non pas au chef d'entreprise, ou à l'assureur de ce dernier.

II. Un hôpital a-t-il le droit de réclamer à l'assurance cent francs pour un certificat médical, concernant un blessé du travail, somme payable d'avance, ledit certificat n'étant pas plus détaillé que d'autres, payés dix francs ?

L'hôpital doit agir au lieu et place du médecin, car seul, ce dernier a droit à des honoraires pour les actes médicaux qu'il accomplit lui-même.

Si le certificat est demandé par la victime elle-même, cette dernière ne sera remboursée par son employeur que selon le tarif ministériel, le surplus restant à sa charge.

Si le certificat est demandé par l'assurance, le médecin doit le refuser. Mais si, ne connaissant pas suffisamment les obligations légales, il croit devoir envoyer ce certificat à l'assureur, les

règles de droit commun sont applicables et le praticien est en droit de demander tels honoraires qu'il croit pouvoir exiger.

Si l'assureur agit selon les termes du paragraphe 5 de la loi du 9 avril 1898, lui donnant le droit de faire visiter hebdomadairement la victime par le médecin de son choix, le prix du certificat est librement débattu entre mandant et mandataire.

De ces différentes questions, je conclus que lorsqu'un chef d'entreprise, ou son assureur, veut un certificat médical, il peut envoyer le médecin de son choix, après autorisation du juge de paix ; ou bien il peut réclamer cette pièce à la victime, qui la sollicitera de son médecin traitant.

Ainsi seront respectés les termes de la législation du 9 avril 1898 et les obligations de l'article 378 du code pénal, sur le secret professionnel.

Dr Paul BOUDIN.

# CORRESPONDANCE

## Assurances

**3425. — Assurance individuelle. — Infirmité non prévue au tableau des incapacités**

Une compagnie d'assurance est-elle fondée à ne pas prendre en charge l'incapacité permanente, définitive résultant de l'ankylose d'un genou, infirmité qui ne figure pas dans le tableau des cas de mutilation annexés à la police ?

Dr D.

**Réponse**

Le capital assuré par les polices d'assurance, en cas de mutilation, donne lieu à réduction d'après les termes d'un tableau annexé à chaque police. On y voit que la perte de la jambe droite ou gauche est évaluée forfaitairement à 50 % du capital, que la main droite est indemnisée sur la base de 60 %, etc... Dans le cas qui nous est soumis, il s'agit d'une ankylose d'un genou, ankylose consécutive à un accident et entraînant une réduction égale à 25 % de la capacité fonctionnelle du membre.

La compagnie se base, pour refuser le paiement sur le fait que l'ankylose du genou n'est pas prévue à son contrat et qu'un article 8 de ce

dernier précise que « l'énumération ci-dessus « est strictement limitative : toutes les invalidités non énumérées ci-dessus sont considérées « comme incapacité temporaire de travail et ne « donneront droit qu'à l'indemnité quotidienne « prévue par les conditions particulières. »

J'estime que, malgré ce texte, la compagnie est dans l'erreur en refusant la prise en charge du sinistre. En effet, dans un article 7, la compagnie prévoit que l'expression « perte », figurant dans le tableau, signifie impotence fonctionnelle absolue et définitive du membre. Or, pour avoir droit au capital stipulé, il n'est pas nécessaire que l'incapacité fonctionnelle soit totale.

En cas d'incapacité fonctionnelle partielle d'un membre, le pourcentage forfaitaire d'invalidité prévu au tableau est seulement réductible.

Or, la société d'assurance a prévu que, pour perte de la jambe ou d'un pied, il sera dû 50 % du capital assuré en cas de mutilation.

Le genou fait, il me semble, partie de la jambe, et il s'agit simplement de déterminer quelle est la réduction fonctionnelle que l'ankylose fait subir au membre.

Certes la compagnie pourrait soutenir que, dans son tableau, elle a mentionné l'ankylose de la hanche et qu'elle n'a pas déterminé celle du genou. Mais cette allégation ne pourrait pas infirmer notre thèse : l'infirmité de la jambe étant prévue il n'y avait pas lieu de discriminer l'incapacité atteignant telle partie de la jambe.

Signalons, parmi les différents arrêts et jugements rendus sur cette question, l'arrêt de Lyon du 1er décembre 1927 (*Mon. jud. Lyon*, 13 juillet 1928) précisant que, même si un contrat ne prévoit une indemnité qu'en cas d'invalidité totale, l'assureur doit néanmoins une indemnité proportionnelle à l'incapacité partielle. Du même tribunal, un arrêt du 19 octobre 1927 (*Mon. jud. Lyon*, 15 mai 1928) assimilant l'amputation partielle au cas d'amputation totale ; toujours du même tribunal du 12 mai 1930 (*Gaz. com. Lyon*, 24 sept. 1930) spécifiant que si le contrat d'assurance est un contrat forfaitaire et le droit étroit, il est aussi un contrat de bonne foi fondé sur l'équité et l'intention des contractants, que le juge appelé à l'appliquer doit donc rechercher quelle a été l'intention des parties plutôt que de s'arrêter au sens littéral des termes employés.

On nous opposera un arrêt plus ancien de la cour d'Alger du 24 février 1926, en matière de diminution visuelle non prévue au contrat. La cour de Cassation ayant connu l'appel de cet arrêt ne prit pas parti, et se borna à déclarer que le pourvoi n'était pas recevable: l'appréciation du contrat étant, ainsi que la détermination de la portée des clauses, dans le pouvoir souve-

rain des juges du fond. (Cass. 23 juillet 1929, *D. H.*, 7 novembre 1929.)

Par contre, nous ne résistons pas au plaisir de citer le sommaire d'un arrêt de Lyon qui, le 8 décembre 1927 (*Mon. jud. Lyon*, 20 juillet 1928), jugea dans un cas analogue à celui qui nous est soumis :

« Si le contrat d'assurance est un contrat forfaitaire et de droit étroit, il est aussi un contrat de bonne foi fondé sur l'équité et l'intention des parties,

« On doit donc rechercher dans la convention quelle a été la commune intention des contractants,

« Dès lors, bien qu'un article de la police stipule que les infirmités autres que celles énumérées dans cet article sont assimilées à des infirmités temporaires qui ne donnent pas droit à une indemnité en capital, et bien que l'impotence fonctionnelle même permanente de la main droite ne figure pas dans cette énumération, on ne saurait refuser d'allouer une indemnité en capital à l'assuré victime d'un accident qui a entraîné une invalidité permanente de la main droite de 25 % ».

J'estime donc que si la compagnie d'assurance ne veut pas de bonne foi faire face à ses engagements, les tribunaux sauront l'obliger à régler l'indemnité qu'elle doit.

Nous en profitons pour inviter les médecins à relire soigneusement leurs contrats. Certes, des clauses pouvant donner lieu à interprétation comme celle que nous avons cité, sont, en matière d'assurance individuelle, remplacées dans toutes les compagnies sérieuses par une stipulation précisant que les indemnités non prévues au tableau seront indemnisées par comparaison avec celles insérées dans la police.

Il n'en est pas moins vrai qu'un contrat d'assurance doit être examiné de très près et que l'assuré garde le droit d'avoir, en échange des primes qu'il verse, un minimum de garanties assurées.

Le *Concours Médical* et le « Sou » sont à la disposition des praticiens pour leur donner les conseils nécessaires.

P. R. Baglin,
Conselller technique d'assurance
Docteur en droit.

## Accidents du travail

### 381. — Refus par un accidenté de subir une opération

Un de mes clients, à la suite d'un accident (fracture du coude), présente une ankylose partielle du coude, avec troubles névritiques de la main et de l'avant-bras, par lésion du nerf cubital pris dans le cal de fracture.

La consolidation de la blessure est obtenue, mais il persiste une incapacité permanente partielle d'en-

viron 25 %. La Compagnie d'assurance ne veut allouer que le 10 %, se basant sur le rapport de l'expert qui conseille une intervention chirurgicale et qui déclare, qu'après celle-ci, le taux d'invalidité sera seulement de 10 %.

Le blessé se refuse à toute intervention.

Je voudrais savoir :

1° Si l'on peut l'astreindre à subir une intervention.

2° Si, dans le cas de refus de l'intervention, la compagnie est en droit de refuser d'admettre le taux d'invalidité actuelle, pour ne considérer et n'admettre que le taux qui suivrait l'opération chirurgicale.

**Réponse**

La question de la répercussion sur les droits et indemnités du blessé de son refus de subir une opération a été examinée par Sachet, Conseiller à la Cour de Cassation dans son «Traité des accidents du travail », édition de 1926, nos 460 et suivants. Nous ne pouvons mieux faire pour répondre à la question que vous nous posez que de vous transcrire les observations de Sachet :

« 460. — Si le patron est tenu de prodiguer à son ouvrier victime d'un accident du travail tous les soins nécessaires à sa guérison ou à l'amélioration de son état, le blessé a, de son côté, le devoir non moins impérieux de faire tout ce qui dépend de lui pour assurer le succès du traitement médical. Si donc il refuse sans motifs plausibles de suivre la médication ordonnée, les aggravations ou complications imputables à sa résistance injustifiée ne sont plus les conséquences de l'accident et ne peuvent, dès lors, être admises au bénéfice de la loi. Mais quand la résistance de l'ouvrier sera-t-elle ou non justifiée ? Telle est la question qu'il importe d'examiner.

460 *bis*. — Il est tout d'abord des opérations que l'ouvrier est incontestablement en droit de refuser de subir ; ce sont toutes celles qui mettent sa vie en danger ; car le droit de disposer de sa vie est un droit essentiellement personnel et inaliénable. Et, d'une façon générale, on doit admettre comme dangereuses ou aléatoires toutes les interventions chirurgicales qui nécessitent la chloroformisation. »

Si donc, en l'espèce, une intervention peut faire courir un certain risque à votre client, celui-ci peut valablement s'y opposer.

Mais son incapacité devra être calculée d'après son invalidité actuelle et non d'après celle dont il serait atteint s'il se décidait à subir l'intervention. D'ailleurs, ce n'est pas à la Compagnie qu'il appartient de fixer de son propre chef le taux de l'incapacité ; seul le tribunal a qualité pour prendre une décision de cette nature en cas de désaccord des parties.

## Baux et Locations

### 3603. — Droit à la prorogation

Comme membre du « Sou Médical », je viens vous demander quelques conseils. Tout d'abord, je suis titulaire de la carte du combattant et père de quatre enfants vivants.

J'ai loué une maison, où j'exerce ma profession, en 1923, pour une période de neuf ans prolongeable à douze et quinze ans. Mon propriétaire a inséré dans le bail une clause d'après laquelle je renonçais au bénéfice de toutes les lois futures concernant les prolongations des baux des immeubles à usage professionnel et que si, pour une raison quelconque, je restais dans l'immeuble après expiration du bail, je payerais 50 % de plus le premier mois, 100 % le deuxième et les suivants jusqu'au sixième dernier délai. La première période de neuf ans arrive à échéance le 1er octobre 1932. Dans les délais prévus, mon propriétaire m'a envoyé congé par lettre recommandée, en même temps que par une autre lettre il me disait que si je voulais faire un nouveau bail, il m'enverrait ses conditions. Je lui ai répondu que je n'acceptais pas le congé mais que j'étais tout disposé à apporter des modifications à notre bail. Ces jours-ci, j'ai reçu congé par huissier.

Voici donc les quelques points sur lesquels je serai content d'avoir votre avis.

1° Comment dois-je répondre au congé par huissier ?

2° Puis-je être expulsé ?

3° Si je n'arrive pas à une entente amiable (ce que j'essaie) jusqu'à quelle date resterais-je dans l'immeuble et quel loyer supporterais-je, le loyer de 1914 étant, je crois de 2.400 francs.

4° Si je suis obligé de procéder, puis-je compter sur l'appui du « Sou Médical ».

Dr N.

#### Réponse

Votre ville comptant plus de 4.000 habitants, la législation spéciale des loyers résultant des lois des 1er avril 1926 et 29 juin 1929 s'y trouve applicable, à moins qu'elle n'y ait été abrogée par un décret en Conseil d'Etat rendu après avis du Conseil municipal et du Conseil général.

Si la loi du 29 juin 1929 est toujours applicable dans votre ville, la clause du bail portant renonciation au bénéfice de toutes les lois futures doit être considérée comme nulle et non avenue en vertu de l'art. 28, qui déclare nulle toute clause ou convention contraire à la loi, même antérieure à sa promulgation.

Le congé que vous avez reçu aura donc pour seul effet de mettre fin au bail à l'expiration de la première période de neuf ans. Votre bail une fois expiré, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation de la loi du 29 juin 1929, sans avoir même à la demander sous une forme quelconque. Tant que durera cette prorogation, il

sera impossible à votre propriétaire de reprendre votre maison même pour son habitation personnelle, le droit de reprise que la loi réserve au propriétaire ne pouvant porter sur un local affecté en tout ou en partie à l'exercice d'une profession.

Puisque le loyer de 1914 était de 2.400 francs, votre prorogation prendra fin en principe le 1er juillet 1936, à moins que d'ici-là, la législation spéciale des loyers ne soit abrogée dans votre ville, dans les conditions ci-dessus indiquées.

Pour le moment, vous n'avez aucune initiative à prendre pour faire valoir vos droits ; tout au plus serait-il bon que vous écriviez à votre propriétaire une lettre recommandée pour lui faire savoir simplement que vous entendez bénéficier de tous les avantages que vous accordent les lois des 1er avril 1926 et 29 juin 1929.

Si, par la suite, votre propriétaire engage une procédure contre vous, veuillez nous en informer pour que nous puissions vous donner tous les conseils nécessaires et éventuellement, soumettre l'affaire à notre Conseil d'administration qui seul a qualité pour statuer sur les demandes d'appui présentées par les adhérents.

### 3891. — Prorogation, Retour au droit commun

J'avais contracté en 1920 un bail de douze ans qui devait prendre fin le 24 juin 1932.

La loi de 1929 me faisait bénéficier d'une prorogation de cinq ans, je crois : je pensais être tranquille pendant plusieurs années, je me préparais à subir l'augmentation prévue, quand parut à l'*Officiel*, il y a une quinzaine de jours, un décret stipulant que ma ville retombait dans le droit commun à partir du 24 juin 1932.

Dans l'immeuble que j'occupe et pour lequel le prix annuel du bail était de 1.200 francs, j'ai fait de très grosses dépenses (chauffage central, installation d'eau, etc., etc.), pensant les amortir jusqu'en 1937.

Or, le 23 juin, je recevais un congé en règle de mon propriétaire m'enjoignant de vider les lieux au 24 juin, date d'expiration de mon bail.

J'ai eu une conversation verbale avec lui : il accepterait de me consentir un bail d'un an seulement au conditions suivantes : 6.000 francs (au lieu de 1.200 francs), interdiction absolue de toucher à toutes les installations faites, prise à ma charge du paiement d'une réparation qu'il a dû faire effectuer *il y a trois ou quatre mois* à une fosse d'aisances (grosse dépense de 1.200 à 1.500 francs), etc., etc..

Conditions draconiennes, car il sait que je ne puis trouver à G.. de local me permettant de me réinstaller.

Je vous serais très reconnaissant de me faire connaître votre avis.

J'allais signer ce nouveau bail quand on me dit qu'une loi nouvelle va sortir.

Est-ce vrai ?

Que dois-je faire ?

Si je n'accepte pas ce bail, ses dures conditions, si je ne puis trouver un terrain d'entente, le propriétaire peut-il me faire expulser ?

Je vous serais infiniment reconnaissant de me renseigner *au plus tôt*, car le temps semble presser les événements.

Je reste bien entendu à votre entière disposition pour vous donner tous renseignements complémentaires pouvant vous êtes utiles.

Dr X.

### Réponse

Puisque la loi du 29 juin 1929 a été abrogée dans votre ville par un décret rendu au Conseil d'Etat après avis du Conseil municipal et du Conseil général intéressés, conformément à l'art. 1er de la loi, toutes les prorogations cesseront leur effet à partir de la date fixée par le décret et, à compter de cette date, les relations entre propriétaires et locataires seront régies dans votre ville uniquement par le droit commun.

Dans ces conditions, votre bail étant venu à échéance le 24 juin dernier, vous ne pourrez vous maintenir dans les lieux, à partir de la date fixée par le décret, qu'en vertu d'un accord que vous aurez passé avec votre propriétaire pour un nouveau contrat de location. A défaut d'un tel accord, le propriétaire sera fondé à poursuivre votre expulsion par toutes les voies de droit et vous pourrez seulement obtenir du juge des référés des délais de grâce pour vider les lieux, délais de grâce qui seront forcément de courte durée.

En ce qui concerne le loyer du nouveau bail, il doit être fixé par accord entre vous et votre propriétaire, sans que vous puissiez bénéficier d'aucune taxation, à moins toutefois que le décret, tout en abrogeant les prorogations dans votre ville, n'y ait maintenu la taxation du loyer de la loi du 29 juin 1929.

Il nous faudrait connaître le texte du décret pour vous fixer sur ce point. Quant à la loi nouvelle à laquelle vous faites allusion à la fin de votre lettre, nous n'en avons aucune connaissance. Sans doute faites-vous une confusion avec la législation spéciale concernant les commerçants qui doit faire l'objet d'une révision prochaine. Aucune révision de ce genre n'est actuellement prévue pour les locaux à usage d'habitation ni pour les locaux à usage professionnel.

## Application du Tarif des accidents du travail

**3856. — L'interdiction du cumul de la consultation et d'une intervention est toujours de rigueur.**

Veuillez avoir l'obligeance de me dire, si, con-

sultant un accidenté du travail, pour une plaie contuse du pouce, et lui faisant une injection de sérum antitétanique, je suis fondé à compter sur la note 15 francs plus 20 francs.

J'ai cru devoir me baser sur l'article ci-joint, partiellement, signé du Docteur Decourt et paru dans le journal *Médecin de France*.

Dr B.

**Réponse**

L'article que j'ai publié dans le *Médecin de France* et qui découlait du tarif d'octobre 1931 est *caduc* depuis que ce tarif (mort-né) fut remplacé par le tarif actuellement en cours du 6 février 1932 et alors que les anciens errements ont été rétablis, soit l'interdiction du *cumul* indiqué à l'art. 13 et que les prix de la visite ou consultation sont indiqués «*avec* ou sans pansements » (art. 1er). Au fond, cette possibilité de cumul que j'avais indiquée ressortait bien des *textes*, mais n'avait pas été dans l'esprit de la commission.

Dr F. DECOURT.

### 3873. — Soins d'urgence et pose d'appareil provisoire.

Auriez-vous l'obligeance de me dire comment tarifer (accident du travail) l'immobilisation provisoire d'une fracture ouverte de l'humérus pour son transport à l'hôpital.

Je ne trouve rien sur le nouveau tarif. L'ancien évaluant à 50 francs, si je ne me trompe, cette intervention.

Faut-il tarifer 100 francs par analogie avec pose d'appareil plâtré, quoiqu'il s'agisse d'une immobilisation par écharpe ?

Dr F.

**Réponse**

Dans le tarif Fallières « l'appareil provisoire en vue d'une réduction ultérieure par un *autre* médecin » était tarifé 50 francs à titre de « soins d'urgence ». Il y a omission à ce sujet dans le nouveau tarif, mais je l'ai déjà pris en note en vue du rétablissement de cette rubrique lors de la prochaine réunion de la Commission. En attendant, demandez le prix de l'ancien tarif.

Dr F. DECOURT.

### 3842. — Consultation de nuit avec un confrère

Spécialiste-oculiste, je suis appelé en consultation à 9 heures du soir à 28 kilomètres d'ici (spécialiste le plus proche) auprès d'un blessé du travail grièvement brûlé sur tout le corps et aux yeux en particulier. Rencontre et consultation au chevet du blessé avec le médecin traitant.

Dois-je compter :

*Art.* 4, 5 *et* 25. — Consultation de spécialiste avec confrère après 21 heures :

20 × 8 × 3 = 120 francs ?
ou 20 × 3 = 60 × 3 = 180 francs ?

*Art.* 2. — Indemnité kilométrique, etc.

Dr C.

**Réponse**

Vous ne pouvez compter *trois fois le même dérangement de nuit*. Comptez donc en prenant comme base 20 francs puisque vous êtes spécialiste : « Consultation avec confrère 20 × 3 = 60 francs (art. 5) plus dérangement de nuit, supplément de deux visites (art. 4) = 20 × 2 = 40, soit 100 francs en tout et non 120 ni 180. Naturellement, indemnité kilométrique en plus.

Dr F. DECOURT.

## Fiscalité

### 3614. — Calcul de la patente

1° Est-il normal qu'une patente de 155 francs en 1923 pour un loyer de 1.000 francs ait pu augmenter chaque année pour être actuellement de 812 francs ? Y a-t-il eu depuis cette époque une ou des lois ayant permis une telle augmentation ?

2° Puis-je savoir exactement comment procède le contrôleur pour établir une patente, étant donné qu'il est porté sur ma feuille « médecin tableau D » et « au 15e sur une valeur locative de 1.000 francs ? » Que signifient ces deux indications ?

3° Les répartiteurs d'une commune ont-ils à intervenir, à dire leur mot dans l'établissement d'une patente de médecin ? et peuvent-ils, s'ils le désirent, par un moyen quelconque, faire augmenter cette patente ? En un mot, cet établissement de patente est-il basé sur des appréciations ou bien sur des règles mathématiques, qui lui enlèvent tout caractère de plus ou moins de bienveillance de la part du contrôleur ou des répartiteurs ?

Dr R.

**Réponse**

La patente est calculée de la manière suivante :

Si votre loyer est de 1.000 francs, on en prend le quinzième, soit 66,66 ; à ce chiffre, on applique les centimes additionnels votés par le Conseil municipal et qui figurent à gauche sur la ligne : patente.

Si la valeur locative est exacte, il est probable que le calcul l'est aussi.

Les répartiteurs n'interviennent pas pour la patente.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

## *Partie Professionnelle*

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.**

**Travaux Originaux**



## *Demi-colonnes*



**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

### Changements d'Adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, H. Forestier père, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie-les-Bains.** Alardo, Bouix.

**Ax-les-Thermes** (Ariège), Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre** : Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Censier, Joly, R. Hügel, Le Gouriérec, Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, A. Péré, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon-Lanoy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon-L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains.** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolner, Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry, Contal.

**Dax.** Barrau, Armand Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet, Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** Dr Sarda.

**Evaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). Rigal.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Féré.

**La Bauche-les-Bains.** Brissaud.

**La Bourboule.** Barthomeuf, Albéric, Boudry, Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Rééd. motr.*) M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains.** Roger, Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Doré.** J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros, Jossand.

**Plombières-les-Bains.** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bain.** Bourny.

**Salies - du - Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint - Gervais - les - Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches.** Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Serane, Siguret, Versepuy.

**Santenay - les - Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains.** Fritsch, (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier, (*phys.*) Cahen, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Gluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Fasré (Ch.), (*stom.*), Fau, Gannat, Lère, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Finck, Monsseaux.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Baches, de Sos, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

## Renseignements

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Baoby, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

**Silicyl** réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).
*Ne pas confondre* **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

**La Bourboule.** — Maison médicale p. enfants. Tout conf. Cures therm. et clim. Pour tous renseign. et prospectus, s'ad. Dr Barthomeuf, Beau Soleil-Cottage. La Bourboule.

## DEMANDES et OFFRES

N° 224. — Méd. 34 ans, marié, 2 enf., anc. préparat. Faculté Méd. de Lyon, ex-interne des asiles publics, cherche toutes régions France et Colonies, poste rémunérateur à acheter sans apport immédiat. Accepter. collab. en vue succession.

N° 225. — Après décès. Client. import. méd. propharm. à repren. imméd., pays cultivat. Seul méd. dans rayon 10 km. Proxim. bourg. Mais. à louer 2.500, Faible compt., reste à débatt. Chiff. import. prouvé, fixes transmiss. Ecr. Mme Meynal, Chavannes-sur-Suran (Ain).

N° 226. —Etud. fin de scolarité, ferait remplacem. méd. génér. entre le 1er et le 20 août.

N° 227. — Touraine. Proche gr. ville, poste propharm. import. Maison neuve, chauf. centr., eau ch. et fr., jardin, jolie vue, à vendre ou à louer.



## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaire nouvelle.* — M. Paul Mathieu, agrégé de chirurgie, est nommé, à compter du 1er décembre 1932, professeur de clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte à la Faculté de médecine de Paris.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — M. Paul Bonnet, agrégé, est présenté par le Conseil de la Faculté pour la chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Lyon.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. le Prof. Creyx est proposé par le Conseil de la Faculté pour la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — Melle le Docteur Condat, professeur agrégé, est nommée professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Toulouse, en remplacement de M. le Professeur Dalous, nommé à la chaire de clinique médicale.

C'est la première fois à notre connaissance, qu'une femme médecin accède au professorat dans une Faculté de médecine. C'est à coup sûr la consécration légitime des brillantes qualités de Melle Condat. Mais c'est en même temps une fameuse victoire féministe : et cela vaut bien la peine d'être mis en évidence.

**— La future clinique chirurgicale (à prix modérés) du Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris.** — Le conseil municipal de Paris a décidé l'attribution au Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris d'un terrain avec bail emphytéotique pour y construire une clinique chirurgicale de 300 lits destinée aux malades de situation modeste.

**— Facultés de médecine.** — *Concours d'agrégation.* — Voici l'ordre de présentation : MM. Julien Marie (de Paris), 40 ; Pierre Mollaret (de Paris) et Maurice Lamy (de Paris), 39 ; Paul Froment (de Paris) et Robert Wallich (de Paris), 37 ; Waitz (de Strasbourg) 38 ; Joseph Vidal (de Montpellier), 35 ; Raymond Benda (de Paris), 34 ; Morel (de Toulouse), 34 ; Louis Schmite (de Paris), 34 ; Azerad (de Paris), 33 ; Jean Pichon (de Paris), 33 ; Layani (de Paris), 32 ; André Escalier (de Paris), 32 ; Dervillée (de Bordeaux), 31 ; Oumansky (de Paris), 31 ; Bouhoure (de Paris), 31 ; Rimbaud (de Montpellier), 30 ; Meignant (de Nancy), 30 ; Jacques Lenormand (de Paris), 30.

**— Création d'un centre de dermato-vénéréologie à Châlon-sur-Saône.** — Le 26 juin a été inauguré à l'hôpital de Chalon le service réorganisé de Dermato-vénéréologie, édifié avec le concours du ministère de la santé publique et du conseil général de Saône-et-Loire.

Créé pendant la guerre, ce service vient d'être transformé grâce à l'initiative du Docteur Duvaud, administrateur et médecin de l'hôpital.

Le nouveau centre de dermato-vénéréologie, implanté dans l'île de Saint-Laurent, face au Sud-Est, parfaitement dégagé, aéré, ensoleillé, comprend, réunis en groupe : consultation avec ses dépendances, salle d'examen et laboratoire, salle de pansement. Le Laboratoire de sérologie, établi au sous-sol, effectuera les réactions demandées par les praticiens, le dispensaire, le service. Des postes d'hydrothérapie confortables, de physiothérapie, permettront tous les traitements modernes des affections cutanées, et notamment le traitement du cancer superficiel par la technique du maître lyonnais Costes, par une séance unique de radiothérapie.

Les salles d'hospitalisation (au total 40 lits) recevront les malades éloignés du département qui auront besoin de soins spéciaux de la spécialité : salle commune, salle à 3 lits, chambres d'isolé sont les trois types adoptés dans chaque quartier (hommes, femmes, prostituées). Des terrasses au premier étage avec pergola permettront cure d'air et héliothérapie, si utiles à la convalescence rapide des malades.

Un tel service, parfaitement équipé, avec son laboratoire de sérologie, constitue pour le département de Saône-et-Loire un centre complet de diagnostic et de traitement des affections dermatologiques et vénériennes.

**— Ministère de la santé Publique.** *A propos du vaccin Friedmann.* — Une dépêche ministérielle en date du 5 juin 1932 rappelle que l'introduction en

France du vaccin de « Friedmann » est interdite. Malgré la surveillance exercée par les Services de la Douane et la Répression des Fraudes, ce vaccin continue à pénétrer en contrebande.

Différents travaux scientifiques français et étrangers ont montré que, non seulement ce produit n'avait aucune valeur curative contre la tuberculose, mais qu'il pouvait être nuisible.

*Le Comité central allemand de lutte contre la tuberculose l'a déclaré sans valeur.*

Il ne s'agit donc que d'une affaire commerciale organisée par la Société « Tuberculose-Hoilstoff-Werk », de Leipzig.

Le débit du vaccin de Friedmann étant prohibé et la vente des vaccins étant permise aux seuls pharmaciens, les médecins qui s'en procurent indirectement contreviennent doublement à la loi du 25 avril 1895 sur les sérums et vaccins et sont passibles des pénalités prévues à l'article 4 de la loi.

Avant d'engager des poursuites contre les médecins, le Ministre fait appel à leur conscience professionnelle et insiste sur la responsabilité morale et pécuniaire qu'ils encourent en persistant à vouloir employer un vaccin interdit qui ne peut, au surplus, leur attirer que des déboires.

— **Hôpitaux du Mans.** — *Internat.* — Un concours pour quatre places d'internes (deux titulaires et deux provisoires) aura lieu le 15 octobre 1932. Inscriptions, avant le 1er octobre, au Secrétariat général des hospices, 194, avenue Rubillard, Le Mans.

— **Ministère des postes, télégraphes et téléphones.** *Service médical à Rennes.* — Un concours sur titres aura lieu, en août 1932, au Ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination, à Rennes, d'un médecin au Comité Médical régional siégeant dans cette ville.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés au plus de 45 ans, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des professeurs de Faculté ou d'Ecole de médecine, des professeurs agrégés, des chargés de cours, des médecins des hôpitaux, et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Rennes, *avant le 15 aout prochain.* Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

— **Naissance.** — Madame et le Docteur Joseph Lorin, de Saint-Maurice-de-Pionsat (Puy-de-Dôme), nous font part de la naissance de leur fils *Guy* (8 juillet 1932.)

## CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

Le Congrès international de la lithiase biliaire qui doit se tenir à Vichy du 19 au 22 septembre, sous la présidence de M. le Professeur Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine est, dès à présent, assuré d'un très beau succès, en raison du nombre et de la qualité des adhésions reçues tant de France que du Corps médical étranger.

Nous rappelons que les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er août.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations doivent être adressées à M. le Docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

## A TRAVERS L'OFFICIEL

7 JUILLET

**Service de santé militaire**

*Décret du 13 juin 1932 modifiant l'article 7 du décret du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines.*

Art. 1er. — L'article 7 du décret du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou de pharmacien est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les médecins et pharmaciens admis à la suite de ce concours dans les cadres actifs du corps de santé métropolitain rejoignent le 31 décembre l'école d'application du Service de santé militaire, pour y accomplir un stage en même temps que les médecins et pharmaciens lieutenants de leur promotion provenant de l'école du Service de santé militaire ; ils concourent avec ces derniers, en fin de stage, prennent rang avec eux sur la liste d'ancienneté de leur grade dans l'ordre de classement de sortie et sont appelés à choisir, d'après cet ordre de classement, leur affectation parmi les postes à pourvoir. »

*Premier modificatif en date du 13 juin 1932, à l'instruction du 19 août 1929, pour l'application du décret de même date, instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine en pharmacie.*

TITRE III

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONCOURS DE LA SECTION DE MÉDECINE ET DE LA SECTION DE PHARMACIE

Remplacer le paragraphe *a* par le suivant :

« *a*) Tous les candidats seront soumis :

« 1° A un examen médical en vue de la constatation de leur aptitude au service militaire dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926 et le décret et l'instruction du 15 juillet 1929 ;

« 2° A une expertise en vue de déterminer s'ils sont ou ne sont pas indemnes de toute affection tuberculeuse (loi du 18 avril 1930).

2 JUILLET

Par décret du 5 juillet 1932, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

*Au grade de médecin lieutenant.*

Les médec. sous-lieut. : (rang 26 août 30) Barthes, rég. Paris ; (20 nov. 30) Baumann, rég. Paris ; Bénaerts, rég. Paris ; (2 mars 31) Bérardier, 4e rég. ; (3 mai 13) Gadaud, 12e rég. ; (10 juin 31) Chipot, 19e C. A. ; (11 déc. 31) Andarelli, 19e C. A. ; 29 déc. 31) Bouchard, 9e rég. ; (2 janv. 32) Grégoire, rég. de Paris ; (5 janv. 32) Boutroux, rég. Paris ; (6 févr. 32) Gugelot, 1re rég. ; Mizon, 1re rég. ; Raine, 17e rég. ; (16 févr. 32) Bétrancourt, 1re rég. ; (1er mars 32) Guichard, rég. Paris ; Jonard, rég. Paris ; Louvet, rég. Paris ; (16 mars 32) Katsoulis, rég. Paris ; (24 mars 32) Plichon, 3e rég. ; Caire, 15e rég. ; Esménard, 15e rég. ; Garnaudier, 15e rég. ; (25 mars 32) Le Pape, 11e rég. ; (26 mars 32) Daussy, 15e rég. ; (30 mars 32) Renoyelle, rég. Paris ; (5 avril 32) Beau, rég. Paris ; Cuguillère, 17e rég. ; (7 avril 32), Vexenat, 13 rég.

(9 avril 32) Hamel, rég. Paris ; (19 avril 32) Brisset rég. Paris ; Pomerais, 3e rég. ; (23 avril 32) Deglaude, rég. Paris ; (24 avril 32) Drudin, rég. Paris ; (25 avril 32) Leduc, 3e rég. ; Roeder, 3e rég. ; (26 avril 32) Géraud, 17e rég. ; (29 avril 32) Schmitt, rég. Paris ; Fabre, 16e rég. ; Flourens, 16e rég. ; Petit, 16e rég. ; Virenque, 16e rég. ; (1er mai 32) d'Hour, 1re rég. ; Drieux, 1re rég. ; Leblond, 1re rég. ; Montaigne, 1re rég. ; Roussier, 1re rég. ; Tison, 1re rég. ; Tourgis, 1re rég. ; Watez, 1re rég. ; Marie, 3e rég. ; Savage, 3e rég. ; Rabain, 8e rég. ; (2 mai 32) Burckard, 15e rég. ; (3 mai 32) Muller, 20e rég. ; Tarte, 20e rég. ; (15 mai 32) Hérail, 16e rég. ; (24 mai 32) Caillard, rég. Paris ; Oblin, rég. Paris ; (10 juin 32) Dague, 12e rég.

**Enseignement de la Médecine**

M. Mathieu, ancien agrégé, est nommé professeur de clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte à la Faculté de Paris.

M. Bertin-Sans, professeur à la Faculté de Montpellier, est nommé professeur honoraire.

Par arrêté du 7 juillet 1928, le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves duconcours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour la catégorie suivante :

2e *division. — Médecine générale.*

I. — Médecine, 20, au lieu de 15.

*Liste des candidats admis aux épreuves de concours d'agrégation des facultés de médecine* (1er *degré*).

(*Troisième et dernière liste*).

2e DIVISION. — MÉDECINE GÉNÉRALE

*Catégorie I. — Médecine.*

Marie, Lamy, Mollaret, Walich, Froment, Benda, Schmite, Azérad, Pichon, Layani, Escalier, Oumansky, Lenormand.

Académie de Bordeaux : Dervillée.

Académie de Montpellier : Vidal, Rimbaud.

Académie de Nancy : Maignant.

Académie de Strasbourg : Waitz.

Académie de Toulouse : Morel, Bounhoure.

**Enseignement de la médecine**

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole des Caen s'ouvrira le lundi 19 janvier 1933 devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

13 JUILLET.

**Liste des médecins et étudiants en médecine auxquels la médaille d'honneur des épidémies a été décernée par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 11 juillet 1932.**

*Médaille de vermeil..*

M. Marini (Charles-François), médecin de colonisation à Mahdia (Tunisie).

M. Cassoute (Emile), médecin consultant des hôpitaux de Marseille (Bouches-du-Rhône).

*Médaille d'argent.*

M. Mouriquand (Emile), chirurgien à Vichy (Allier).

M. Castella (Lucien), interne en médecine à l'hôpital Saint-Roch à Nice (Alpes-Maritimes).

M. Guillet, chef du service de l'hygiène municipale de Marseille, en retraite (Bouches-du-Rhône).

M. Vidal (Louis), médecin à Montpellier (Hérault).

M. Delattre (Edmond), docteur en médecine à Reims (Marne).

M. Porez (Emile), docteur à Lille (Nord).

*Médaille de bronze.*

M. Defaix (Louis), docteur en médecine à Fuveau (Bouches-du-Rhône).

M. Pringault (Ernest), médecin de la santé à Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. Bosch (Albert), étudiant en médecine à Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. Capus (Jean), interne en médecine à Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. Dumeau (Jacques), externe en médecine à Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. Farnarier (Georges), externe en médecine des hôpitaux de Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. Thomas (Marcel), médecin chef à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).

M. Leger (Jean), docteur à Saint-Pierre-le-Moutier (Nièvre).

M. Garnier (Paul), docteur en médecine à Chabonnet-sur-Loire (Maine-et-Loire).

M. Franquet (René), professeur à l'Ecole de médecine à Reims (Marne).

Mlle Phelisot (Germaine), chef de clinique adjoint à Strasbourg (Bas-Rhin).

M. Loewenberg (Edgard), médecin lieutenant de réserve à Strasbourg (Bas-Rhin).

Mlle Peillard (Aimée), externe à l'hôpital de la Charité à Lyon (Rhône).

M. Vial (Jean-Louis), interne des hôpitaux de Lyon (Rhône).

M. Chavent (Joseph), médecin à Ugine (Savoie).

M. Naggiar (Jacques), interne à l'hôpital Saint-Louis (Seine).

M. Brehant (Jacques), interne au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades.

M. Joly (François), interne à l'hôpital Ambroise-Paré.

M. Richier (Jacques), interne au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades.

Mlle Abricossoff (Lucie), interne au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades.

M. Lemaitre (Yves), interne à l'hôpital Saint-Louis.

Mlle Guignard (Denise), externe à l'hôpital du bastion 29.

M. Weill (Jacques), externe à l'hôpital Ambroise-Paré.

M. le docteur Reinie (Louis-Alfred), assistant à l'Institut Pasteur à Paris.

M. Girard (Raymond), ancien interne en médecine à la maison d'arrêt et correction de Saint-Lazare.

M. Casabianca (Henri), chirurgien de la Croix-Rouge à Hyères (Var).

14 JUILLET

**Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.**

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bègles (Gironde).

Le traitement alloué est fixé à 40.000 francs par an avec interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

17 JUILLET

**Rectificatif à l'avis de vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Bègles.**

Rectificatif au *Journal officiel* des 6 et 14 juillet 1932 :

Les conditions relatives au traitement alloué au directeur de ce poste sont fixées ainsi qu'il suit :

30.000 francs pour la direction du bureau d'hygiène.

10.000 francs, plus le logement, le chauffage et l'éclairage, pour les fonctions de médecin du dispensaire, de l'état-civil, de la consultation des nourrissons et de l'inspection médicale des écoles.

Les avantages en nature, ici visés, ne seront accordés que lorsque le dispensaire municipal fonctionnera.

Interdiction de faire de la clientèle.

19 JUILLET

**Arrêté du ministre de l'Education nationale du 18 juillet 1932 nommant deux vice-présidents et deux membres de la Commission du Codex.**

Art. 1er. — MM. Roger, doyen honoraire de la Faculté de médecine, et Radais, doyen honoraire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, sont nommés vice-présidents de la commission du Codex.

Art. 2. — Sont nommés membres de la commission du Codex, MM. Lantenois (Marcel), et Penau (Henry), membres de la Société de pharmacie de Paris.

Art. 3. — Tout membre absent sans excuse à quatre séances consécutives sera considéré comme démissionnaire.

**Arrêté du ministre de l'Education nationale du 18 juillet 1932 portant addition d'une composition aux épreuves du concours du premier degré de l'agrégation des Facultés de médecine.**

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Vu l'arrêté du 6 avril 1929 portant règlement de l'agrégation des facultés de médecine, modifié et complété par les arrêtés des 15 février, 18 juillet 1930, 21 mai 1931 et 11 février 1932 ;

Vu l'avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

*Voir la suite page LI-2329*

# PROPOS DU JOUR

## La Défense contre les stupéfiants. Nécessité d'une enquête

Il y a un an environ s'est tenue à Genève la Conférence universelle de Défense contre les stupéfiants à laquelle ont participé les délégués de 57 pays. Elle a conseillé de prendre les mesures suivantes :

Création dans chaque nation d'un Comité de Défense contre les stupéfiants avec un programme d'action commun que voici :

Limitation et contrôle de la fabrication et de la vente de tous les stupéfiants (opium et ses dérivés, cocaïne, éther, etc.).

Contrôle par l'Etat de toutes les phases de la production, de la distribution, de l'exportation des toxiques et de leurs matières premières par une législation appropriée visant, si possible, le monopole ;

Suppression de l'héroïne ; assimilation du trafic des stupéfiants à un acte de piraterie et traité comme tel. Saisie et destruction des produits provenant de ce trafic ;

Education du public. Propagande dans les écoles. Enseignement dans les Facultés de la morale des toxiques ;

Afin d'établir le bilan du fléau, mener une enquête, avec le concours des médecins et aliénistes, dans tous les établissements qui reçoivent des toxicomanes en vue de traitement ou à la suite de crimes ou délits ; enfin, contrôler tous les documents et édicter une loi concernant le principe de la défense sociale contre la toxicomanie.

La lutte contre l'opium a pris un caractère international depuis 1909 (conférences de Shanghaï, 1909, de la Haye, 1910). En 1920 une Commission consultative de l'opium à la Société des nations a provoqué en septembre 1928 la Convention de Genève, créant un Comité central permanent, Convention qui n'a pas été encore ratifiée par le Parlement français.

Répondant au vœu exprimé par la Conférence universelle de Défense contre les stupéfiants de 1931, il a été constitué à Paris un Comité national, présidé par M. Justin Godart, l'actuel ministre de la Santé publique, grâce à l'activité de M. le D[r] Dequidt qui en est le secrétaire général.

Dans sa dernière séance, à laquelle nous avons eu l'avantage d'assister, ce Comité national de Défense contre les stupéfiants, présidé par M. le Prof. Marchoux, de l'Institut Pasteur, a examiné le programme d'action de la Conférence.

M. Castro, délégué de la République orientale de l'Uruguay à la Commission consultative de Genève, a fait remarquer que, s'il y avait dans le public des ennemis du poison, il y avait un plus grand nombre d'indifférents qu'il fallait convaincre, que les pays profiteurs ne pouvaient continuer à exploiter les pays victimes ou en augmenter le nombre. La nécessité d'un traité limitant la fabrication et réglementant la distribution des stupéfiants s'impose.

Le rôle des comités nationaux est de stimuler les Parlements, d'influencer l'opinion publique. Il faut à tout prix que la Convention de Genève du 13 juillet 1931 pour la limitation de la fabrication des stupéfiants par les gouvernements soit ratifiée avant le 13 avril 1933.

Il y a des luttes d'intérêts sur ces questions à Genève. Les financiers y sont aux prises avec les idéalistes. Certains pays comme la Bolivie ont des intérêts à défendre dignes d'être pris en considération. Les Indiens boliviens des Andes font depuis toujours usage de la feuille de coca comme aliment journalier, ils ne sauraient s'en passer et leur race est néanmoins vigoureuse et résistante.

Le but de la campagne contre les stupéfiants n'est pas de gêner les médecins et les pharmaciens mais au contraire de les aider. C'est contre le vice qui consiste à s'intoxiquer et non contre l'usage nécessaire d'un remède qu'on s'élève. Il faut vaincre le commerce illégal des poisons, lutter contre la contrebande puissamment organisée et qui n'hésite pas à aller jusqu'au crime quand ses intérêts sont en jeu. Il faut qu'il y ait une certaine uniformité dans l'action chez les différentes nations.

La question parlementaire devrait céder le pas à la question administrative et les règlements administratifs, policiers sont plus faciles à obtenir que des lois. Sept pays de l'Amérique du Sud ont élaboré une entente administrative. Il faudrait créer ainsi des accords *régionaux*

administratifs qui pourraient à la suite s'agréger entre eux et cela sans besoin de ratification.

Une police criminelle internationale se constituerait pour les stupéfiants comme pour le faux-monnayage. L'indifférence du public en France pour la lutte contre les stupéfiants fait mauvaise impression à l'étranger. Certains l'exploitent et font courir le bruit que la France est la plus grande pourvoyeuse de stupéfiants en Europe. On a fait remarquer que notre pays qui recevait jadis tout au plus 1.000 kilogrammes de feuilles de coca par an, en reçoit actuellement 64.000 kilogrammes. Il est évident que ces feuilles ont destinées à des usines qui fabriquent la cocaïne, que cette fabrication est surveillée, que la comptabilité de ces usines est contrôlée, mais cela n'empêche pas les mauvais bruits intéressés de courir. Il est donc indispensable d'émettre un vœu pour que la ratification de la Convention soit obtenue le plus tôt possible.

En ce qui s'agit de la propagande, il faut en France être prudent. La propagande dans les écoles serait absurde et dangereuse. La toxicomanie des stupéfiants n'a pas gagné le peuple dans notre pays et en parler aux enfants de nos écoles serait éveiller chez eux une curiosité malsaine qui pourrait faire éclore le mal dans les milieux où il n'existe pas. Tout au plus cet enseignement pourrait être donné dans les Universités et en particulier dans les Facultés de médecine.

MM. les Drs Paul Sollier et Logre ont attiré l'attention sur les dangers que présente l'usage qui devient de plus en plus fréquent et abusif de certains hypnotiques barbituriques comme le véronal dons on ne compte plus les accidents (1).

Le Comité regrette que l'inspection des pharmacies et la surveillance de l'emploi des stupéfiants, rattachées au service de la répression des fraudes, dépendent du ministère de l'Agriculture, alors que logiquement il devrait ressortir du ministère de la Santé publique.

Il y a certaines anomalies en Extrême-Orient qui donnent à la lutte contre les stupéfiants un caractère vraiment ridicule. Dans les villes de l'Inde française, un accord avec le gouvernement des Indes britanniques fait interdire la vente de l'opium à fumer, notons que personne ne fume l'opium dans les Indes, alors que la vente de l'opium à mâcher dont la consommation est courante dans ces pays, s'opère en toute liberté. C'est le contraire en Indo-Chine. Les habitants fument l'opium et la vente de l'opium à fumer y est tolérée, mais la vente de l'opium à mâcher dont personne n'use, est très sévèrement prohibée.

L'histoire de la lutte contre l'opium en Extrême-Orient dépasse d'ailleurs les limites du burlesque. Le très distingué Dr Abbatucci dans un très intéressant article du *Journal des coloniaux* du 5 décembre 1931 l'a admirablement résumée et nous lui empruntons les renseignements suivants :

« Au début du XIXe siècle les empereurs mandchous avaient interdit la culture du pavot en Chine et l'introduction dans leurs états de l'opium provenant des Indes anglaises.

En 1839, le vice-roi de Canton fit même couler 20.000 caisses d'opium introduites en contrebande. Mais les Anglais ripostèrent aussitôt par le bombardement des forts de Canton. Ces hostilités marquèrent le début de la « Guerre de l'opium » qui se termina en 1842 par le traité de Nankin, à la suite duquel l'Angleterre obligeait le gouvernement chinois à accepter la libre importation de l'opium, en se faisant attribuer en réparation des dommages, l'île de Hong-Kong et la concession de Shanghaï aujourd'hui si florissantes.

En présence d'un mal qu'elle ne pouvait conjurer, la Chine essaya alors de lutter contre la concurrence anglo-saxonne en cultivant elle-même sur ses territoires le pavot et produisit ainsi les 4/5 de l'opium consommé. Le résultat fut désastreux car la statistique montre qu'au début du XXe siècle, 100 millions de Chinois environ tiraient sur le bambou.

On édicta alors les peines les plus sévères : interdiction de la culture du pavot, suppression au bout de 10 ans des fumeries d'opium (les fumeurs récalcitrants avaient les lèvres coupées), éducation du public en montrant les effets de l'opiomanie, surtout dans les écoles où des gravures morales racontaient aux élèves les diverses étapes de la déchéance humaine.

En Indo-Chine des efforts méritoires mais insuffisants ont été faits en 1907 pour restreindre la vente et l'usage du poison qui est introduit de la province chinoise du Yunnan dans le Haut-Tonkin et dans le Laos.

Mais la Chine est restée le pays de l'opium qui se vend librement à Shanghaï, à Canton et dans tous les ports de la Chine.

Les Célestes ont trouvé des procédés et des

(1) Il ne faut pas non plus oublier le haschich dont l'usage est très répandu dans le peuple en Proche-Orient, notamment en Grèce.

euphémismes vraiment délicieux pour se moquer des règlements internationaux.

Le monopole de la vente de l'opium s'appelle chez eux « l'antidote de l'opium » et « le Bureau de la prohibition » et l'impôt sur les champs de pavots s'appelle « Amende pour culture de pavots ».

Dans l'île d'Haïnan, le fisc chinois concède le droit de vendre l'opium moyennant 1.700 piastres par mois à une Compagnie fermière qui organise des fumeries qui portent le nom de « Lieux de conversation ». A côté est un « Bureau d'interdiction » qui, moyennant finance, accorde aux particuliers des permis de fumer. On conçoit que tant que durera l'anarchie qui règne actuellement en Chine, les généraux qui se partagent le pays useront de toutes les substilités pour battre monnaie sur le vice des fumeurs d'opium.

Si le péril des stupéfiants est grand en Chine, il est non moins menaçant aux Etats-Unis. Le Dr Abbatucci cite un passage d'un discours prononcé à une réunion de la *World Conference of Narcotic Education*, tenue à New-York le 21 février 1932, discours dans lequel l'hon. Hamilton Fish dénonçait les organisations bien agencées par des intelligences habiles et sans scrupules dans les différents Etats de l'Union pour exploiter la vente des stupéfiants.

« La vague de criminalité en Amérique, qui atteint des proportions si terrifiantes, est en relation directe avec la consommation de l'héroïne, de la cocaïne et d'autres drogues nuisibles introduites en contrebande dans notre pays. »

Heureusement nous n'en sommes pas là en France (du moins nous le croyons). Certains cependant prétendent que les stupéfiants font chez nous beaucoup plus de ravages que nous le pensons. Une enquête bien difficile à mener est nécessaire. Seuls les médecins peuvent donner à ce sujet des renseignements dignes d'être pris en considération.

Aussi nous prions nos lecteurs de nous faire savoir, si dans leur milieu, le péril des stupéfiants est réel, s'il existe, s'il s'étend. Quels sont les stupéfiants les plus employés (opium, morphine, héroïne, cocaïne, chanvre indien, barbituriques, éther, etc.) ? Quel est le mode d'absorption qu'ils ont pu constater (absorption ab ore, fumerie, aspiration, injection hypodermique) ?

Quelles mesures leur paraissent nécessaires pour limiter, sinon faire disparaître, le fléau ?

En collaborant à cette enquête nos lecteurs rempliraient à la fois un devoir patriotique et humanitaire. J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

G. Blechmann

FEUILLET CXV

TORPILLAGE (II) (*Suite* du Feuillet CIII)

I. — Une femme observatrice et compréhensive m'a résumé par écrit l'histoire surprenante de son fils. J'emprunterai de larges extraits à la narration maternelle...

L..., âgé de 9 ans, le plus jeune de nombreux enfants, a toujours été gâté par les aînés et on lui témoigne encore une indulgence plénière pour ses péchés véniels. Il est intelligent, vif et gai, avec — toutefois — quelque tendance à déformer la vérité. On a remarqué une légère excitation la nuit ; et il est même sujet à de petits accès de *somnambulisme* : l'enfant fut trouvé un soir complètement habillé sur sa chemise de nuit.

Un lundi après dîner, presque un an jour pour jour après une appendicectomie, J... se plaint de douleurs qui rappellent, dit la mère, celles de l'appendicite, « avec le même mouvement de flexion en se tenant le côté ». Le lendemain, ces douleurs continuent par intermittence.

Un médecin examine l'enfant qui n'a pas de fièvre et ne constate rien de caractérisé. Il ordonne des bains chauds qui calment le ma-

lade. Le mercredi, celui-ci se sent bien et retourne en classe pour ne pas manquer une composition. Mais à midi,il se plaint de nouveau ; il se plaint encore le lendemain jeudi. Le médecin revient et cette fois il trouve en un point de l'hypocondre droit une réaction douloureuse : il envisage alors l'hypothèse de crise de coliques néphrétiques.

Je trouve plus typique de laisser la plume au témoin de la terminaison de cette aventure :

« La mère se décide alors à déranger le Dr X. qui a toujours suivi ses enfants. Celui-ci vient donc vendredi matin et, à la grande stupéfaction de la mère, après avoir palpé et même trituré l'enfant de tous côtés (point sensible y compris) semble tout à coup se mettre dans une colère épouvantable, interpelle l'enfant avec violence, le fait se lever, se tenir très droit, sauter, courir sans répit, veut l'emmener avec lui. Bien entendu, ceci s'exécute de la part de l'enfant avec des cris et des pleurs. La mère, vraiment très interloquée comprend cependant l'idée du Docteur X.. et lui laisse toute liberté d'action.

« Résultat: la douleur cesse *immédiatement*, n'a plus jamais reparu, le lendemain départ en auto à l'occasion des fêtes de la Pentecôte. Après avoir circulé pas mal, l'enfant surveillé discrètement, ne ressent aucune fatigue et dans la suite, saute et joue comme d'habitude. »

II. — Cette fillette de 8 ans est couchée depuis près de vingt jours. A la suite d'une plaie banale du genou et légèrement infectée, le membre inférieur du même côté a commencé à se mettre en contracture. Celle-ci a gagné le membre opposé. On a d'abord pensé au tétanos, puis à la méningite.

Donc, après trois semaines, l'enfant est encore immobilisée dans son lit. Nous étions prévenu qu'elle nous accueillerait avec une certaine hostilité : d'abord renfrognée, elle consent à nous donner la main.

La couverture relevée, les jambes apparaissent à demi-fléchies sur les cuisses ; le seul geste de les étendre, arrache des cris à la petite patiente.

Un plus ample interrogatoire nous apprend que l'enfant prend normalement ce qu'on lui donne à manger, qu'elle n'a jamais vomi et que ses fonctions naturelles s'exercent chaque jour sans difficulté. La température notée matin et soir n'a jamais dépassé la normale et le pouls, bien frappé, est d'un rythme excellent.

En examinant le genou traumatisé, nous ne trouvons plus qu'une croûte banale ne marquant aucune suppuration, sans ganglion inguinal correspondant. Les articulations du genou et du cou-de-pied ne sont pas gonflées et ne montrent pas d'épanchement.

Intrigué par cette histoire, nous obtenons à grand peine que la fillette adopte, au milieu des pleurs, le décubitus dorsal, et minutieusement, nous étudions les divers réflexes tendineux et cutanés qui s'avèrent parfaitement normaux ; en particulier le réflexe cutané plantaire se fait en flexion : il n'existe donc pas de signe de Babinski. Nous ne constatons pas de symptômes d'irritation pyramidale. Est-ce la peine d'ajouter que la nuque est d'une souplesse absolue ?

Revenons à nos moutons, c'est-à-dire à ces genoux fléchis et contracturés. Tandis que l'enfant pousse des hurlements, nous essayons de rompre progressivement cette contracture et, à notre grande surprise, voici les genoux qui cèdent un peu, davantage... De la voix et du geste, nous encourageons la pseudo-malade à se détendre. Au prix d'atroces grimaces, elle y parvient. Maintenant, il va falloir fléchir le membre étendu. Nouvelle lutte et nouveaux cris : nos appels se font plus vifs. Un instant, nous éloignons la famille, frémissante de terreur. Enfin, après une succession d'objurgations impérieuses et de manœuvres de force, les membres se sont assouplis à merveille et la fillette s'amuse elle-même à les mouvoir.

Quand la famille rentre dans la chambre, c'est en proie à une sidération bien compréhensible, qu'elle contemple la nouvelle miraculée qui debout s'amuse à rattraper dans l'air des fléchettes de papier !

Nous crûmes être bon prophète en prédisant que le jeune phénomène renouvellerait un jour ses exploits.

Deux ans plus tard, elle se plaignit longtemps du pied jusqu'au jour où un simple passage aux rayons X amena la guérison. Par la suite, il fallut débrouiller une histoire d'appendicite, qui se résolut sans incision.... Notre jeune cliente est devenue une grande personne : nous abandonnons donc à d'autres praticiens une succession riche d'espérance !

# L'APPENDICITE TELLE QUE JE LA VOIS

(*Suite et fin*) (1)

Par le Dr Joseph Fiévez, de Malo-les-Bains.

## II

*La maladie de Dieulafoy. Le clou appendiculaire. La colique appendiculaire. Asthénie-hypochondrie appendiculaire.*

Je ne m'attarderai pas à la description clinique de l'appendicite aiguë : le tableau qu'en a laissé Dieulafoy doit être éclairé à la périphérie, mais le centre en reste parfaitement lumineux. Cette appendicite aiguë, celle que j'appellerais volontiers « La maladie de Dieulafoy », devrait disparaître aussi bien. Les malades devraient être opérés avant que la symptomatologie n'en soit réalisée au complet. De même que nous n'attendons plus pour soigner et guérir la tuberculose vertébrale que soient réunis les éléments génialement assemblés par Percival Pott dans sa triade : gibbosité, abcès ossifluent, paraplégie.

« Le sujet pris d'appendicite est presque toujours frappé à l'improviste dans le cours d'une excellente santé ». La part de vérité renfermée dans cette phrase de Dieulafoy, c'est que, lorsqu'un élément infectieux évolutif survient au niveau de l'appendice, l'allure en est souvent explosive, l'explosion correspondant souvent à la perforation de l'organe.

Par contre, il est fort rare que cette explosion ne soit pas précédée, au moins pendant une douzaine d'heures (pendant plusieurs jours parfois) de troubles abdominaux souvent légers, voire très légers, mais exceptionnellement absents : inappétence, état nauséeux, coliques vagues, petits frissonnements.

Rare aussi qu'on ne retrouve pas dans les mois qui ont précédé la crise, des crisettes abdominales (elles se sont quelquefois répétées depuis des années), pour lesquelles le public a des appellations lénitives, « indigestions » par exemple, mais que le médecin eût étiquetées exactement s'il avait été consulté et s'il avait pu pratiquer un examen méthodique de l'abdomen.

Qu'il s'agisse d'une appendicite aiguë d'emblée, qui va en quelques heures aboutir à la perforation, ou d'une appendicite chronique sur le point de s'échauffer ou de se réchauffer, l'appendicite aiguë a donc très généralement une période de bégninité, de durée très variable, et qui précède les accidents péritonéaux.

A ce stade, le symptôme crucial, décisif fût-il seul, c'est la douleur à la pression sur l'appendice, ce que j'appelle « le clou appendiculaire ». Ce « clou » pique, s'enfonce douloureusement, sous les doigts qui palpent, en un point qui est le point de Mac Burney. Par définition en quelque sorte ! Car, en réalité, pour affirmer que le clou est bien constitué par l'appendice sensible, il faut savoir — avec des chances d'erreur diminuées au fur et à mesure que l'expérience augmente — reconnaître le cæcum par la palpation de la fosse iliaque ; on arrive aussi à sentir assez souvent le grêle, exceptionnellement et toujours avec un doute dans l'esprit, l'appendice lui-même...

Le cæcum est une masse tantôt ferme comme l'anse sigmoïde et un peu plus large que celle-ci, tantôt mollasse et pâteuse, tantôt molle avec gargouillements, tantôt tendue, élastique, rénitente, comme un ballon, qui, sous la pression douce et insistante des doigts, finit presque toujours par s'effondrer en gargouillant. Quel que soit l'aspect de cette masse cæcale, si la douleur siège en dehors, si les doigts la provoquent en s'enfonçant dans la fosse iliaque, de l'épine iliaque vers la colonne vertébrale, il n'y a pratiquement pas d'erreur possible : c'est un appendice malade, en position externe, ou encore rétrocæcal, croisant le cæcum en diagonale et venant faire saillie en dehors de son bord externe... Si c'est sur le cæcum lui-même que la palpation appuyée détermine la douleur, il s'agit d'un appendice rétrocæcal (je n'en ai jamais rencontré de précæcal), qui peut monter fort haut, le long de l'ascendant. Il faut évidemment distinguer cette douleur produite à travers le cæcum, d'une douleur purement cæcale. Celle-ci peut n'avoir d'autre origine que la distension de l'organe : elle disparaît alors dès qu'il s'aplatit ; si elle persiste, elle est beaucoup moins localisée que la douleur appendiculaire transcæcale et elle traduit en ce cas un phénomène de typhlocolite, dont les manifestations se retrouvent en d'autres segments du gros intestin...... Le plus souvent, c'est en dedans du cæcum que se perçoit le clou appendiculaire ; et là, les causes d'erreur sont plus nombreuses. Chez la femme, il faut éliminer la douleur due à la sensibilité du ligament lombo-ovarien. Il existe une lésion annexielle, ou une rétroversion qui l'explique. Souvent, cette douleur est bilatérale. Elle s'exaspère d'or-

(1) V. *Concours Médical*, n° 30.

dinaire aux périodes menstruelles ; à dire le vrai, il en va souvent de même pour les douleurs appendiculaires. Dans le doute, il faut être prudent, et savoir différer la décision. Voici, par exemple, la jeune femme d'un confrère. Elle se plaint de douleurs abdominales, avec un point appendiculaire net ; quelques nausées. Les annexes droites sont exquisement sensibles, mais sans être tuméfiées. Expectation armée ; en 48 heures, tout rentre dans l'ordre. Nouvelle crise quelques semaines plus tard ; cette fois, rien aux annexes. J'enlève un appendice rempli de mastic stercoral ; les accidents abdominaux disparaissent définitivement... La douleur en dedans du cæcum peut être aussi, dans les deux sexes, un point urétéral dû le plus souvent à un calcul enclavé à l'extrémité vésicale du conduit. Généralement, il y a eu de véritables coliques néphrétiques, et une radiographie de l'arbre urinaire révèle la lithiase.

Le clou appendiculaire n'existe pas seulement dans l'appendicite proprement dite ; il est le signe le plus constant de la constipation appendiculaire, au sens défini précédemment. Il permet de faire le diagnostic dans les cas où un état douloureux de l'abdomen, du bas-ventre, semble inexplicable. Après une étude attentive d'un cas de ce genre, chez une femme de 35 ans, j'affirme que l'appendice est malade. La cliente me fausse compagnie, pour se faire opérer à l'hôpital — çà se voit aussi en province ! Le chirurgien enlève l'appendice, et écrit au médecin traitant qu' « il n'avait pas grandc'hose ». Heureusement, il remet à son opérée la pièce qu'il n'avait pas ouverte ; en réparant cette erreur, nous trouvons un fécalome dans la cavité. Le confrère avait raison de dire qu'il n'y avait pas d'appendicite ; il s'agissait de constipation appendiculaire ; l'appendicectomie n'en a pas moins fait disparaître tous les troubles dont se plaignait cette malade, et l'a mise à l'abri d'accidentsi nflammatoires dans l'avenir.

Est-il possible de préciser la signification du clou appendiculaire, et d'affirmer que, dans un cas donné, la lésion sous-jacente est purement mécanique ou bien au contraire, qu'elle va évoluer inflammatoirement ?... La fièvre est un symptôme d'interprétation difficile. Une température élevée, 39 par exemple, n'est pas en faveur d'une appendicite au stade où nous envisageons les choses. Une température normale n'exclut pas une imminence de perforation ; je me rappelle un malade que j'ai opéré à son domicile, qui, parfaitement apyrétique, avait un fécalome baignant dans le pus, dans un appendice aminci à l'extrême ; il est vrai que deux jours plus tôt, il avait fait 37,5 sous le bras. Un bon signe qui annonce l'entrée en scène des accidents péritonéaux est la contracture localisée ; celle-ci commence au grand oblique, par la bande costo-inguinale dont la masse allongée fait un relief durci, parfois visible, qui descend du rebord costal vers le Mac Burney.

Le clou appendiculaire est le grand symptôme qui objective la maladie de l'appendice ; la « COLIQUE APPENDICULAIRE » en est le symptôme subjectif essentiel.... La colique appendiculaire est une colique tout court, une colique intestinale, à début droit et à prédominance droite. C'est la traduction de la généralisation à tout le tube digestif de l'effort d'expulsion que fait l'appendice obstrué ; la nausée ou le vomissement même l'accompagnent fréquemment. Cette colique appendiculaire est loin d'être constante dans l'appendicite proprement dite, aiguë ou chronique, sauf — et alors par un mécanisme différent — dans sa forme obstructive dont j'ai étudié ici-même les particularités (voir le *Concours Médical* du 11 mai 1924). Quand l'inflammation, peu ou prou, a envahi les couches musculaires de l'organe, le péritoine même, la douleur prend un caractère différent, et les paroxysmes font place à une souffrance continue..... Par contre, la colique appendiculaire est le symptôme cardinal qui permet de diagnostiquer la constipation appendiculaire ; il est aussi l'expression essentielle de la stase appendiculaire, et en traduit les accès de rétention, d'obstruction plus ou moins complète. Voici un exemple typique de colique appendiculaire, je l'ai observé dans une stase appendiculaire, d'évolution récente. Un jeune confrère est pris un matin, de très bonne heure, de violentes coliques abdominales ; plus marquées au début dans le flanc droit, elles se sont très rapidement généralisées, et le malade, quand je le vois à huit heures, se tord sur son lit, souffrant comme je n'ai pas souvent vu souffrir. La palpation du flanc droit révèle, en dedans du cæcum, un clou appendiculaire assez difficile à apprécier en raison de l'endolorissement de tout l'abdomen.

Une piqûre de deux centigrammes de morphine calme ces vives douleurs. Vers 16 heures, une radiographie élimine la possibilité d'un calcul urinaire. Deux heures plus tard, j'enlève l'appendice, qui est trouvé sans inflammation, mais qui contient trois très gros pépins de raisin, fort faciles à reconnaître, l'opéré avait mangé du raisin la veille, au repas du soir. Or, ce malade avait présenté, depuis quelques mois, de petits accidents abdominaux qui lui avaient rendu son appendice suspect. Aussi, je m'attendais à trouver une constipation appendiculaire, un fécalome ; il s'agissait en réalité de corps étrangers introduits récemment. Il est probable que l'appendice était en stase, et que, de temps à autre, des parcelles alimentaires un peu épaisses s'engageaient dans sa lumière et éprouvaient des difficultés à en sortir. L'intervention en tout cas a ramené le calme définitif dans cet abdomen confraternel... A noter que la sœur de cet opéré

a fait, il y a quelques années une appendicite typique avec plastron, refroidie en plusieurs semaines... comme l'appendicite de son père (un confrère aussi), il y a plusieurs dizaines d'années. Quelques mois avant les accidents inflammatoires, la jeune fille m'avait été montrée pour des phénomènes gastralgiques ; de gros spasmes, pylorique et coliques, décelés par l'examen radiologique, joints à une légère sensibilité de la fosse iliaque droite, m'avaient fait porter le diagnostic de lésion appendiculaire, que la crise aiguë, survenant peu de temps après, confirmait complètement.

Ce qui me reste à envisager de la symptomatologie de la maladie appendiculaire, je ne l'avancerai que timidement. Car il s'agit de phénomènes rarement constatés à l'état isolé, et sur lesquels en tout cas, je n'oserais, jusqu'ici, baser une indication opératoire ferme. Je les désignerais volontiers sous le nom d'ASTHÉNIE-HYPOCHONDRIE APPENDICULAIRE. Ils consistent en ces états psychosomatiques dépressifs qui accompagnent un certain nombre d'affections appendiculaires chroniques, mais qui, parfois, paraissent l'unique symptôme traduisant le mauvais fonctionnement de l'appendice. Voici un malade atteint de lassitude générale qui l'handicape gravement dans la vie, dont l'esprit morose est peuplé d'idées noires, qui dort assez mal, avec des réveils à heure fixe... Il n'a jamais souffert du ventre et sa fosse iliaque est pratiquement indolore à la palpation. Un peu au hasard, on lui enlève un appendice qu'on trouve anatomiquement sain et vide. Stupéfaction : en quelques semaines, quelques mois au plus, le malade retrouve sa pleine activité, et ne pense plus à la mort que si, d'aventure, le sujet lui en est proposé au sermon ! J'en ai trois ou quatre de ce type dans ma statistique. S'agit-il de stase appendiculaire, sans obstruction franche, partant sans colique ? Encore une fois, je me défends d'être affirmatif.

Pour ne pas trop allonger cet article, je n'envisagerai pas les rapports cliniques des troubles appendiculaires et de la stase colique droite, me contentant de dire qu'ils s'influencent réciproquement en un cercle vicieux qu'on est amené souvent à briser à son point faible, l'appendice.

Je crois, aussi bien, avoir suffisamment montré que si l'examen d'un appendiculaire supposé exige l'examen complet du tube digestif, tout particulièrement et pour commencer, de la bouche, d'où part généralement l'infection, de l'estomac, de la vésicule biliaire, comme aussi du rein droit, de la plèvre droite, réciproquement les affections soupçonnées de ces divers organes doivent conduire le médecin jusqu'à l'appendice.

Bien plus, l'examen d'un malade quelconque comporte impérieusement l'exploration de la région cæco-appendiculaire, foyer pathologique principal de l'abdomen, origine des maux que les anciens voyaient monter par la veine qui en émane, *porta malorum*.

Quittons ces spéculations — qu'il me serait facile de bourrer de faits — pour résumer l'essentiel de la symptomatologie que je viens d'exposer : les défectuosités du transit appendiculaire se traduisent primitivement par la colique appendiculaire, dont l'intensité variable peut atteindre l'acuité des coliques hépatiques ou néphrétiques, ou se minimiser au contraire, jusqu'au-dessous même semble-t-il du seuil de la sensation consciente, tout en retentissant sur l'abdomen, voire l'organisme entier... La souffrance de l'organe s'affirme objectivement par l'existence du clou appendiculaire, dont les rapports cliniques avec le cæcum permettent, du même coup, d'affirmer le diagnostic et de le préciser topographiquement... L'infection, que le diagnostic devrait devancer, accentue d'abord le tableau clinique, pour le modifier rapidement, en supprimant la motilité de l'organe et en déclenchant les phénomènes péritonéaux... Au point de passage, il n'est pas toujours facile d'affirmer que, dans un cas donné, les accidents correspondent à une lésion encore purement mécanique, ou au contraire, à une lésion de la série infectieuse. C'est pourtant la solution de ce problème qui constitue la base nécessaire d'une thérapeutique rationnelle.

## CLINIQUE UROLOGIQUE

HÔPITAL NECKER

# Traitement palliatif des douleurs vésicales non curables (1)

Professeur LEGUEU

Le sujet de cette leçon est un sujet pénible : le traitement des douleurs vésicales non curables, des douleurs vésicales atroces.

En présence des douleurs inguérissables vésicales, on ne peut envisager qu'un traitement palliatif, traitement destiné à calmer le symptôme pénible de la maladie sans agir sur la maladie elle-même.

L'intervention dans ces cas n'a pas seulement une action physique, mais encore une action morale, le malade voit qu'on ne le délaisse pas dans son malheur.

Quelles sont ces douleurs atroces, incoercibles pour ainsi dire, douleurs déchirantes, ne cédant à aucun calmant ?

Ces douleurs vésicales sont celles qu'on observe en présence de la tuberculose et du cancer vésical.

Supposons qu'un malade soit opéré pour une tuberculose rénale, et que le rein qui lui reste soit aussi tuberculeux ; donc il apporte constamment l'infection à la vessie : cette dernière reste aussi douloureuse après l'intervention qu'elle le fut avant. Le malade souffre d'une façon épouvantable.

Il faut bien savoir que, lorsqu'il s'agit de tuberculose rénale bilatérale, tous les traitements sont à peu près également inefficaces.

Les douleurs sont terribles, les mictions incessantes et progressives, les crises douloureuses se suivent, la première n'est pas terminée quand la seconde arrive.

Ces douleurs ne peuvent être calmées par aucun moyen. Faut-il donc abandonner le malade à son triste sort, peut-on lui faire quelque chose ?

Le cancer de la vessie provoque lui aussi des douleurs terribles, des mictions fréquentes et douloureuses ; les urines contiennent du sang.

Les douleurs chez ces malades sont dues aux contractions de la vessie et, d'autre part, elles sont le résultat de la propagation du cancer en dehors de la vessie, des atteintes cancéreuses extra-vésicales.

Ces malades ont des douleurs de névrite cancéreuse, ils souffrent atrocement et cependant leur existence douloureuse peut, dans nombre de cas, se prolonger encore assez longtemps.

La morphine, les opiacés, le pantopon, le sédol ne peuvent, même à doses massives, calmer ces malheureux.

Il semble que le seul moyen de les calmer, c'est de raccourcir leur existence de martyrs.

On a proposé de nombreux moyens de lutte contre les douleurs tenaces des tuberculeux et des cancéreux.

On a essayé la résection du nerf présacré, mais on n'en a pas obtenu de résultats ; même dans des cystites moins graves, cette opération ne donne pas une amélioration définitive.

Il semble qu'on puisse obtenir davantage de la cystostomie : elle permet de mettre la vessie au repos et de cette façon d'éviter les contractions douloureuses.

Chez les femmes, on peut avoir recours à la cystostomie vaginale ; cette méthode a un gros inconvénient : l'écoulement continu de l'urine par le vagin. Au cours de cette opération, le col vésical devra absolument être sectionné, car, sans cette mesure, on risque de voir encore des contractions de la vessie, puis on pratique l'abouchement, la cystostomie.

Cette méthode a l'avantage de ne pas nécessiter l'introduction d'un corps étranger dans la vessie.

Chez certaines femmes, il est vrai (leur nombre est minime) on voit le sphincter vaginal se contracter avec tant d'intensité que l'écoulement continu de l'urine par le vagin peut être empêché dans une certaine mesure.

L'autre méthode, c'est la cystostomie par voie supérieure, la cystostomie hypogastrique, la seule possible chez l'homme.

Si vous ne mettez pas une sonde et un appareil spécial pour recueillir les urines, le malade souffre continuellement ; du fait de l'écoulement des urines, il est toujours mouillé.

Il faut aider le malade, le soulager dans la mesure du possible. Mais alors que faire ? La seule chose faisable, c'est l'exclusion de la vessie tout en la laissant en place.

Une fois la vessie exclue du cercle rénal, elle ne reçoit plus d'urines, donc il ne peut plus y avoir de contractions provoquant la douleur.

Il y a deux manières d'exclusion de la vessie : 1° la déviation des urines par le rein et 2° la déviation par les uretères.

La néphrostomie est une manière de drainage, de déviation, mais elle n'est pas simple à faire, car les reins peuvent avoir des calices de dimension normale ou presque. On peut mettre une sonde dans un des calices, mais ce qui présente

(1) Leçon du 25 mai 1932.

une grosse difficulté, c'est de maintenir cette sonde en place indéfiniment.

On a essayé les drains en métal, mais ils entraînent souvent des douleurs et ne tiennent, en somme, pas mieux que les sondes souples.

L'uretère est sectionnéou ligaturé et les urines sortent donc par la sonde introduite et maintenue dans le rein. Le malade est obligé de porter une appareil pour recueillir l'urine, ce qui est fort désagréable.

La dérivation par opération uretérale peut être pratiquée de deux façons, ou bien avec implantation des uretères à la peau, ou bien avec leur implantation dans la cavité intestinale (dans un des segments du gros intestin).

Il y a quelques années, on faisait l'abouchement exclusivement à la région lombaire, pourquoi ? Cette méthode ne présente aucun avantage.

Actuellement, on pratique l'abouchement dans la région antérieure. On laisse pendre au dehors un fragment de l'uretère qui, à la longue se détache de lui-même.

En somme, cette opération est simple.

Voici l'autre méthode : celle de l'implantation de l'uretère dans l'une des parties du gros intestin.

Si l'opération réussit, les résultats en sont remarquables.

On faisait, il y a quelque temps encore, l'abouchement termino-latéral (ce qui veut dire, terminal pour l'uretère et latéral pour l'intestin), mais cette technique a des inconvénients ; les voies urinaires se trouvent ouvertes en plein dans l'intestin, dans cette cavité constamment infectée, et il est facile à comprendre que les voies urinaires elles-mêmes ne tardent pas à s'infecter; l'infection survient au plus tard au bout de dix-huit mois après l'opération.

Pour éviter cette infection ascendante, on a essayé l'abouchement protégé d'une valve, c'est-à-dire l'abouchement où l'uretère se trouve recouvert d'une valvule muqueuse.

Récemment, Coffey, en Amérique, a proposé une nouvelle technique opératoire ; on abouche l'uretère à l'intestin, mais d'une façon toute particulière : on introduit l'uretère sous la séreuse et on le fait cheminer dans la paroi intestinale sur un trajet plus ou moins long et ce n'est qu'alors qu'on le fait ressortir dans la cavité intestinale.

A l'extrémité libre de l'uretère est attachée une sonde qui reste libre dans le rectum et l'urine s'écoule à l'extérieur.

Cette méthode nouvelle semble bonne ; certes, elle doit encore être étudiée.

L'abouchement des uretères dans l'intestin semble bien donner des résultats satisfaisants. Ainsi une jeune femme n'ayant qu'un rein et atteinte d'une cystite intense fut opérée suivant la méthode indiquée : elle a pu vivre pendant quelques années une vie à peu près normale, elle est morte d'une azotémie progressive.

Il faut encore citer la cordotomie, ou la section du faisceau sensitif de la moelle épinière. Cette méthode radicale permet de donner au malade la béatitude immédiate et perpétuelle ! !

En résumé, on peut dire : il y a deux indications aux opérations palliatives citées plus haut, ces indications sont le cancer de la vessie et la tuberculose vésicale.

Comme on l'a vu, il y a plusieurs méthodes d'intervention, mais laquelle faut-il choisir ?

Il faut toujours se rappeler que ces opérations sont définitives, les uretères implantés à la peau ou dans l'intestin ne pourront plus jamais être ramenés dans la vessie ; ces opérations créent donc une infirmité définitive.

Lorsqu'il s'agit de la tuberculose, il importe de bien préciser que réellement la cystite est d'origine tuberculeuse, il ne faudrait pas opérer une cystite qui peut guérir. Ainsi une jeune femme fut opérée, on lui fit la cystostomie et elle a vécu encore dix ans après cette intervention mutilante ; vraisemblablement il s'agissait chez elle d'une cystite non tuberculeuse.

Avant d'intervenir, il faut donc être absolument certain de son diagnostic.

Il semble que chez les tuberculeux, la méthode à conseiller soit l'implantation des uretères dans l'intestin ; la dissémination tuberculeuse à l'intestin n'est pas à redouter.

Chez les cancéreux, l'erreur est plus facile à éviter, le diagnostic présente moins de difficultés.

Chez ces malades, le meilleur moyen, c'est l'urétérostomie cutanée.

La cordotomie devra être réservée aux cancéreux désespérés, c'est une manière ultime de les soulager.

Lorsqu'il semble qu'on ne puisse plus rien pour un malade, il faut tout de même essayer de remédier à son mal, il ne faut pas l'abandonner mais le suivre et chercher à le soulager jusqu'à la dernière limite.

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR SUR...

### les causes et les traitements de l'énurésie nocturne

d'après les travaux du Docteur J. COMBY (1) et ceux de M. Marcel PINARD et de Mlle CORBILLON, du Docteur CATHALA (2).

C'est *à partir de l'âge de trois ans*, que l'on est en droit d'affirmer l'énurésie ; à cette époque, en effet, l'enfant doit normalement être propre. Mais, bien avant, il sera souvent possible de soupçonner cette infirmité, car habituellement, un enfant est propre vers l'âge de deux ans, ou deux ans et demi, quelquefois même bien avant.

L'énurésie, miction à la fois active et complète en même temps qu'involontaire, peut se prolonger pendant l'adolescence, et, de façon exceptionnelle, jusqu'à l'âge adulte.

Son caractère nocturne n'a rien d'absolu, puisqu'elle peut coexister avec une énurésie diurne ; exceptionnellement, elle n'est que diurne ; enfin, elle s'associe parfois à une incontinence des matières fécales. Elle évolue par poussées plus ou moins longues ; sujette aux rechutes, elle récidive quelquefois après plusieurs années de rémission.

***

L'ORIGINE EN EST NEURO-ARTHRITIQUE

Si l'énurésie est considérée par la plupart des auteurs comme une dépendance de l'hérédité alcoolique ou neuro-arthritique, M. Marcel Pinard envisage cette tare comme une conséquence de l'hérédo-syphilis ; elle est souvent, dit-il, le signe avant coureur d'affections nerveuses graves, en particulier de l'épilepsie. Cependant M. Cathala émet l'avis du danger qu'il y aurait à laisser accréditer l'idée que la constatation de l'énurésie doit conduire à faire un traitement spécifique ; celui-ci, parfaitement injustifié, amènerait sans aucun doute des accidents.

« Le Docteur Comby, fort de sa vieille expérience de pédiâtre, pense que l'incontinence d'urine essentielle des jeunes sujets est une névrose urinaire, sans lien de parenté avec la syphilis, la tuberculose, ni autre maladie héréditaire ou acquise. Sans doute, ces maladies, qu'on peut rencontrer dans l'histoire de l'énurésie, n'en préservent pas les enfants ; peut-être même, par la dégénérescence qu'entraîne la syphilis héréditaire, doit-on attribuer à celle-ci une influence prédisposante et aggravante, mais sans lui reconnaître un rôle étiologique direct et efficient. »

C'est une *névrose d'évolution*, qui est dominée par l'hérédité de terrain, qui ne s'observe que chez des *enfants de souche neuro-arthritique ou nerveuse*.

Elle appartient à la diathèse neuro-arthritique comme l'asthme infantile, la migraine, les vomissements cycliques, certains eczémas de nourrissons.

Ses relations avec les névropathies sont depuis longtemps établies. L'énurésie nocturne des enfants peut être considérée comme un stigmate nerveux, sans doute bénin et passager, mais réel, rentrant dans la catégorie des « stigmates de dégénérescence ». Ce qui le prouve, c'est non seulement l'étude des maladies concomitantes et des antécédents personnels (état mental particulier, excitabilité, chorée, hystérie, épilepsie, strabisme, convulsions, terreurs nocturnes, onanisme, idiotie), mais encore la connaissance des antécédents héréditaires. Tantôt, c'est l'hérédité similaire (un ou plusieurs enfants sont frappés, après que les parents ont été énurésiques dans leur jeunesse) ; tantôt, elle sévit sporadiquement dans un milieu qui paraît sain ; il s'agit alors de l'hérédité dissemblable, plus fréquente (alcoolisme, hystérie, vésanie chez les ascendants directs ou collatéraux.)

Les *causes occasionnelles* sont nombreuses et variées : phimosis, oxyuriase, végétations adénoïdes, abus des liquides, fatigue physique.

***

(1) Docteur Jules COMBY. — Les causes et traitements de l'énurésie nocturne (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 22 avril 1932.)

(2) M. Marcel PINARD et Mlle CORBILLON, M. CATHALA. — Valeur diagnostique et pronostique de l'énurésie. (*Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 15 avril 1932.)

EN GÉNÉRAL, L'ÉNURÉSIE EST CAPRICIEUSE ET REBELLE A LA THÉRAPEUTIQUE.

*Tout réussit et tout échoue en pareille matière. Tout réussit* depuis l'action directe (électrisation du col vésical par F. Guyon ; injections épidurales de F. Cathelin ; laminectomie de P. Delbet et A. Leré) jusqu'à l'opothérapie, la psychothérapie, et l'homéopathie, en passant par les chimiothérapies les plus variées, sans exclusion du salvarsan, ni du bismuth. La liste est longue des moyens employés contre l'énurésie, et c'est là une preuve indirecte de leur peu d'efficacité. *Mais*, les succès obtenus sont inconstants et temporaires ; voilà pourquoi on peut dire que *tout échoue*.

*Cependant, les enfants*, dit-on, *guérissent tous à la longue, mais restent des nerveux*, candidats à d'autres névropathies, à la chorée, à l'hystéro-neurasthénie, à l'épilepsie, à la spermatorrhée, etc. Certes, ils n'y parviennent pas tous, mais c'est une considération générale, qui n'est pas indifférente pour le pronostic et le traitement. Et, en effet, cette affection, sans gravité quoique désespérante par ses retours incessants après des accalmies trompeuses, offre néanmoins prise à une *thérapeutique rationnelle, basée sur l'hygiène et la médication antispasmodique*.

Avant tout ; *l'examen des urines* est de rigueur. Sont-elles alcalines ou neutres, les médicaments acidifiants (l'acide phosphorique en particulier) sont indiqués. M. Cathala supprime du régime les féculents, le pain, les légumes, les fruits, bref tout ce qui tend à orienter vers l'alcalinité la réaction des urines ; il prescrit, au contraire, les acidifiants : viande, œufs, lait, laitages.

Si, au contraire, les urines présentent une réaction acide, la médication alcaline s'impose (L. Ribadeau-Dumas, J. Cathala).

*Voici le traitement habituel*, que formule le Dr Comby.

1° S'abstenir de vin, ou autre boisson soit fermentée, soit distillée, de thé, de café noir, d'aliments faisandés, épicés, de sauces grasses et fortes. Manger lentement, bien mastiquer, boire peu (150 à 200 grammes d'eau à la fin du repas) ; le soir, *régime sec ; supprimer la soupe du soir*, surtout quand il s'agit d'une soupe épaisse au pain et aux légumes.

2° Vie au grand air, à la campagne, sans fatigue physique, ni surmenage cérébral, loin du bruit et de la foule ; pas d'excitation par les jeux en commun avec d'autres enfants, par les soirées et les spectacles.

3° Hydrothérapie chaude ou froide suivant l'intensité des cas : douche chaude quotidienne sans pression, verser sur le corps quelques litres d'eau à 37°-38° le matin ou le soir ; au besoin, drap mouillé pendant une demi-heure matin et soir (drap trempé dans l'eau froide, essoré, étalé sur une couverture de laine, le tout enroulé autour du corps).

4° Frictions sèches matin et soir avec une lanière de crins actionnée par l'enfant ; si celui-ci n'est pas en âge de s'en servir, frictions au gant de laine ou de crins par la mère, par la nurse).

5° Le cas échéant, solution de Joulie (acide phosphorique) d'un maniement facile et d'une réelle efficacité :

| | |
|---|---|
| Acide phosphorique médicinal | 17 grammes |
| Phosphate de soude | 34 grammes |
| Eau | 250 grammes |

A prendre, trois fois par jour, par cuillerées à café, à dessert, ou à soupe, suivant l'âge.

6° En cas d'échec, V gouttes le soir, au coucher, dans un peu d'eau, de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine | un centigramme |
| Eau distillée bouillie | 10 grammes |

Augmenter de I goutte par jour jusqu'à X, XV, XX gouttes suivant l'âge ; s'arrêter en cas d'intolérance (mydriase et vue trouble, rougeur vive des pommettes, strangurie). Si, l'énurésie, est diurne et nocturne, on donne le remède en trois fois dans la journée.

A ces deux médicaments on pourrait ajouter l'antipyrine, la strychnine, qui comptent aussi des succès à leur actif : mais il faut savoir se borner.

G. F.

## TRAITEMENT MARIN DU RHUMATISME CHRONIQUE ET DES DOULEURS RHUMATISMALES

Dans la pratique courante rien n'est plus décevant que le traitement du rhumatisme chronique. Aussi se borne-t-on, le plus souvent, après avoir prescrit de l'aspirine, du salicylate ou quelques frictions, à dire au client « ce sont des douleurs, on n'y peut pas grand'chose », on ajouterait volontiers, comme les anciens médecins « Patience et flanelle ».

Et cependant, il s'agit d'affections qui frappent souvent des sujets dans la force de l'âge, progressant fatalement vers une ankylose plus ou moins serrée et diminuant ainsi ou même annulant la valeur sociale du patient.

Une expérience de 32 années, consacrées au traitement du rhumatisme chronique à Roscoff (Finistère) me permet d'affirmer que l'on peut obtenir des améliorations et souvent des guérisons remarquables par un traitement bien conduit.

Par suite d'un préjugé tenace, on déconseille le bord de la mer aux rhumatisants. Il se peut qu'un séjour prolongé, surtout en hiver, puisse leur être nuisible à cause de l'humidité du climat, mais l'expérience poursuivie à Roscoff depuis plus de trente ans m'a prouvé qu'une cure au bord de la mer, en été, leur était généralement favorable. Je n'ai jamais constaté d'aggravation due au climat marin.

Cet article ayant un but essentiellement pratique, je ne vais pas me perdre dans les classifications. Le même traitement est de mise, avec des modifications minimes, dans l'arthrite sèche fibreuse post-traumatique ou post-infectieuse ou dans le rhumatisme diathésique.

De même, la notion d'étiologie nous donne rarement des directives thérapeutiques. Evidemment nous devons toujours rechercher la cause probable et, si nous croyons l'avoir trouvée, agir sur elle, si c'est possible (par exemple, en cas d'infection focale). Mais généralement, l'arthrite une fois constituée évolue progressivement pour son propre compte vers l'ankylose ; le plus souvent, on ne peut trouver aucune cause valable ou, si on la soupçonne, on ne peut rien contre elle.

Ainsi tous les auteurs constatent la plus grande fréquence du rhumatisme chronique chez la femme, spécialement au moment de la ménopause et cependant le traitement opothérapique, quoique parfois utile comme adjuvant, ne donne employé seul, que des résultats inconstants et passagers. De même, si on constate des erreurs de régime, il faut les redresser, mais sans tomber dans l'abus. J'ai vu beaucoup de malades qui se soumettaient depuis des années à des restrictions alimentaires pénibles sans autre résultat qu'un affaiblissement de la santé générale.

Voici donc un rhumatisant qui s'adresse à nous. Il souffre depuis longtemps d'une ou de plusieurs articulations ; il ne peut reposer la nuit ; l'état général est plus ou moins atteint, suivant l'ancienneté ou la multiplicité des arthrites. L'examen, qui doit porter sur toutes les articulations (car il est rare que l'articulation dont se plaint le sujet soit seule atteinte), permet de constater de la raideur articulaire, une limitation souvent considérable des mouvements (se méfier des mouvements de suppléance qui masquent en partie cette limitation), de la douleur dans les mouvements actifs et passifs, des troubles trophiques divers, spécialement de l'atrophie musculaire. On apprend que l'impotence s'aggrave peu à peu au point de gêner la vie sociale (impossibilité de s'habiller seul, de marcher sans appui, etc.), et on peut prédire au patient que cette aggravation continuera régulièrement si on n'intervient pas pour l'enrayer.

Que peut-on faire d'utile pour ce rhumatisant ? Notre but doit être triple : 1° calmer ses souffrances ; 2° lui rendre la liberté de ses mouvements et la force de ses muscles ; 3° rétablir sa santé générale ébranlée en ramenant l'appétit, le sommeil, la vigueur d'autrefois.

Pour ce qui concerne cette dernière indication, le séjour dans un climat marin tempéré comme celui de Roscoff a déjà par lui-même une action efficace. Le calme des grands horizons ; la respiration continuelle d'un air pur, vivifiant, condensé (par suite de la pression barométrique élevée), imprégné de senteurs marines et constamment renouvelé par la brise (même au moment des plus fortes chaleurs), stimule toutes les grandes fonctions organiques sans les surmener.

Rapidement l'appétit se réveille, la peau est recolorée par un sang plus vivant, l'état psychique s'améliore et les idées noires s'évanouissent. Une plus grande variété d'aliments frais (produits de la mer, légumes excellents), contribue à exciter la faim et à restaurer les forces vitales. Tous ces adjuvants ont une grande importance, insuffisamment connue, dans le traitement des affections chroniques, toujours déprimantes.

Il va de soi que les prescriptions d'hygiène générale sont toujours données minutieusement. Aération continue ; séjour, autant que possible dans des locaux chauds et secs ; port de sous-vêtements de laine ou de flanelle ; exercice régulier au grand air sans surmenage ; surveiller le fonctionnement de l'estomac, de l'intestin, du foie, des reins, de la peau ; éviter toute intoxi-

cation surajoutée (aliments toxiques, tabac, alcool, etc.) ; régime simple et frugal.

Le traitement direct du rhumatisant chronique comprend l'association des applications chaudes générales ou locales, de l'électricité, du massage et des mouvements méthodiques.

**Applications chaudes.** — De tout temps, la chaleur, sèche ou humide, a été conseillée dans la thérapeutique du rhumatisant. On peut l'utiliser sous des modalités diverses. Habitant le bord de la mer, j'eus l'idée d'employer l'hydrothérapie marine chaude, me basant sur ce fait : 1° que l'eau de mer est une véritable eau minérale, très riche en sels divers (30 grammes de chlorure de sodium par litre) et en éléments vivants végétaux et animaux en constante décomposition ; 2° qu'elle était susceptible, en la chauffant, d'être appliquée au même titre que les autres eaux chlorurées sodiques au traitement du rhumatisme chronique et l'expérience m'a donné raison.

J'emploie l'eau de mer sous toutes ses formes : affusions locales ou générales ; bains partiels ou totaux ; douches, etc., toujours à des températures élevées (38° à 40°). J'alterne ces pratiques hydrothérapiques avec les bains ou douches de vapeur, les bains thermolumineux, les applications de diathermie ou de rayons infra-rouges ou bleus, en tenant compte des réactions générales ou locales du patient. Ces procédés ont pour agent commun la thermalité, mais ils agissent par des propriétés spéciales à chacun d'eux. Les effets principaux qu'on peut en attendre sont : 1° une diminution rapide des douleurs et par suite, le retour du sommeil ; 2° une excitation de la circulation générale et locale (d'où diminution du gonflement et des exsudats périarticulaires) ; 3° le relèvement de l'état général.

Dès que la douleur est atténuée, on passe aux massages et aux mouvements sans lesquels le résultat final serait incomplet.

Les premiers mouvements actifs ou passifs seront essayés dans un bain d'eau de mer chaude qui, d'une part par sa densité soutient le membre et facilite le mouvement, et, d'autre part, atténue la contracture musculaire et la souffrance. Souvent, d'ailleurs, la raideur réelle est moindre qu'elle ne le paraît au premier abord, la contracture musculaire et l'appréhension du malade jouant un rôle important. On associe ensuite le massage aux mouvements passifs ou actifs sous la douche locale d'eau de mer chaude d'abord très doucement puis plus vigoureusement de façon à assouplir peu à peu les articulations et à exercer les muscles atrophiés. Enfin, on réussit à faire exécuter au patient quelques mouvements de gymnastique au plancher ou avec des extenseurs de façon à rétablir les mouvements normaux des membres atteints.

Dès que le malade peut prendre de l'exercice au dehors, on doit l'y pousser car cela a une grande influence sur le moral et sur l'état général.

Il faut, pendant cette période, refaire l'éducation des mouvements, car le malade a de la tendance à tricher en utilisant des muscles ou des articulations de suppléance. On doit donc exiger, dans les exercices divers, des mouvements corrects, exécutés devant une glace afin que le sujet puisse rectifier par la vue les défectuosités de ses attitudes.

Quelques applications électriques locales peuvent être utiles à ce moment pour activer le retour des muscles à la normale.

Le traitement complet d'un rhumatisant chronique comporte donc un ensemble de procédés qui se complètent mutuellement. En trois ou quatre semaines, on obtient déjà des résultats impressionnants. Un sujet qui ne pouvait ni s'habiller, ni marcher seul, peut, le plus souvent, se passer d'aide.

Mais le client doit être prévenu qu'il lui faudra de l'énergie pour maintenir et perfectionner ce premier résultat : il devra, en effet, s'astreindre à faire mouvoir chaque jour, surtout le matin où les mouvements sont plus raides et plus pénibles, toutes ses articulations dans toutes les directions en forçant même le mouvement jusqu'à provoquer de la douleur (cette douleur est d'ailleurs modérée, passagère et s'atténue à mesure que le mouvement est exécuté plus souvent). On peut poser comme axiome que le mouvement entretient et perfectionne les mouvements.

Les résultats éloignés sont généralement excellents. Chez les sujets encore jeunes atteints d'arthrites sèches localisées post-traumatiques ou post-infectieuses, je puis citer de nombreuses guérisons complètes persistant depuis quinze et même vingt ans, ayant permis aux patients de reprendre complètement les occupations qu'ils avaient abandonnées.

Dans les cas de rhumatismes diathésiques polyarticulaires, les malades même déjà âgés et incapables de tout mouvement spontané, peuvent après le traitement reprendre une vie sociale convenable et même gagner leur existence. J'en connais qui tiennent un petit commerce, servent de comptables, etc., au lieu d'aller échouer dans un hospice d'incurables. A condition d'avoir assez d'énergie pour continuer l'assouplissement quotidien de leurs articulations malades et de venir, s'il le faut, tous les deux ou trois ans faire une cure nouvelle, le résultat acquis est durable et même s'améliore peu à peu.

Les déformations articulaires persistent évidemment, mais elles n'augmentent plus et le sujet peut se servir convenablement de ses membres déformés.

*La plupart des affections dites rhumatismales*

(sciatique, névralgies diverses, douleurs musculaires) sont justiciables du même traitement et fournissent un pourcentage élevé de guérisons rapides et souvent définitives. Je ferai seulement remarquer que beaucoup de sujets que l'on m'adresse avec le diagnostic *sciatique* sont, en réalité atteints d'arthrite sèche de la hanche, la sciatique n'étant que secondaire. Un examen soigneux de tous les mouvements de la hanche éviterait l'erreur, car le pronostic est tout différent.

Arrivé à la fin de ce travail, je serai heureux si j'ai pu convaincre mes confrères que l'on peut, surtout au début, souvent guérir et toujours améliorer une affection si pénible qui fait de ces pauvres rhumatisants de véritables ruines humaines à charge à eux-mêmes et à leur entourage.

Dr BAGOT, père,
Directeur de l'Institut marin de Roscoff (Finistère).

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Le trépied de la méningococcémie.

Le Professeur CARNOT démontre que l'infection méningococcémique, de virulence et de gravité variables, évoluant brutalement en quelques jours, ou par poussées en quelques semaines, voire même en plusieurs mois, possède une allure clinique si particulière qu'elle est facilement reconnaissable : les grands accès intermittents pseudo-palustres, les arthralgies, les érythèmes polymorphes noueux, purpuriques surtout, constituent un trépied symptomatique, qui doit d'emblée attirer l'attention, même en dehors de tout signe méningé. La recherche du méningocoque dans le sang, dans les articulations, dans les lésions cutanées, confirmera le diagnostic clinique et lui donnera une précision absolue.

Le traitement découlera immédiatement du diagnostic, d'autant plus efficace qu'il sera plus précoce. Etant donné l'insuccès habituel du sérum actuel contre les méningocoques B (que l'on observe si fréquemment aujourd'hui), il y aura lieu de recourir d'emblée à la chimiothérapie. Un nouveau composé anthraquinonique, qui n'a encore pu devenir industriel en raison de sa préparation difficile, donne de beaux résultats. Mais, d'ores et déjà, le jaune d'acridine est très efficace. On peut répéter tous les jours (car il faut aller vite) les injections intraveineuses à la dose de 5 c. c., puis de 10 c. c., jusqu'à disparition simultanée des accès fébriles, des arthropathies et des éruptions. Les rares cas d'intolérance signalés incitent à la prudence, mais non à l'abstention, en présence de la gravité de la septicémie méningococcique, qui, bien souvent, livrée à elle-même, se terminerait par une poussée méningitique, que l'on doit que éviter à tout prix. (*Journal des Praticiens,* 13 février 1932.)

### Un centre d'élevage de nourrissons.

Jusqu'à ces dernières années, il n'existait pour les nourrissons, non élevés par leurs mères, que le placement en pouponnière, et le placement chez une nourrice isolée ; il y avait là, entre autres inconvénients, des risques constants de contagion, et une insuffisance de surveillance des nourrices isolées. Le Docteur BOHN nous fait connaître une nouvelle organisation, datant de quelques années, qui élimine ces inconvénients : c'est le placement des nourrissons dans des centres d'élevage, encore appelés centres de placement familial surveillé. Les nourrissons y sont constamment surveillés au point de vue médical et au point de vue hygiénique, tout en restant isolés les uns des autres, et en menant une vie normale au centre d'une famille.

Deux types principaux : les centres complets et les centres simplifiés.

Centres complets : un bâtiment central avec eau courante et chauffage central, dans lequel sont les services généraux, y compris une salle d'attente pour la consultation avec isolement individuel, une salle pour les rayons ultra-violets et l'infirmerie. Celle-ci est composée d'un certain nombre de box vitrés, complètement isolés et comprenant chacun une baignoire, ainsi que tous les objets individuels de l'enfant : thermomètre, peigne, etc. Un centre complet peut contenir une cinquantaine d'enfants ; ceux-ci sont reçus après enquête sociale. Dès que les enfants ont été surveillés pendant quelque temps à l'infirmerie, que leur croissance semble régulière, qu'ils ne présentent aucune maladie, on les place chez une nourrice. Les nourrices sont choisies avec soin, après enquête sociale et examen médical complet ; elles doivent avoir une maison saine, avec jardin de préférence, située à une distance maxima de deux à trois kilomètres, afin de pouvoir être constamment surveillées. Chacune d'elles reçoit un ou deux enfants, quatre au maximum, si elle peut être aidée par une fille de 15 ans au minimum. L'œuvre, qui finance le centre, fournit la layette, un berceau complet, une baignoire, une voiture, etc. Des infirmières visiteuses vont surveiller les

enfants à domicile tous les jours au début, plus tard au moins deux fois par semaine. L'enfant est amené une fois par semaine à la consultation médicale ; on y donne toutes les indications utiles pour l'alimentation, les soins.

Tous les biberons sont préparés et stérilisés au Centre par la biberonnerie ; les nourrices viennent les y chercher chaque matin ; elles préparent les bouillies avec des farines qu'on leur fournit.

Les enfants malades sont laissés chez la nourrice ; ils y reçoivent les soins du médecin et de l'infirmière visiteuse.

Les centres d'élevage simplifiés ne possèdent, en général, pas d'infirmerie. Les enfants sont placés directement chez les nourrices. Le lait est fourni sous forme de lait condensé ou de lait en poudre.

Certains centres peuvent être spécialisés : tuberculeux, débiles, convalescents, hérédo-syphilitiques, enfants assistés, etc.

D'une façon générale, l'état sanitaire des enfants, placés dans les centres, est très bon. Chez les nourrices isolées, la mortalité est de 25 à 30 p. 100 ; dans les centres, elle tombe à 2 ou 8 p. 100.

Le gros inconvénient de cette organisation est un prix de revient assez élevé : 30 à 50 francs par jour et par enfant, si l'on compte réellement tous les frais.

Les conditions nécessaires à l'établissement et au bon fonctionnement d'un centre d'élevage sont : le choix du pays, le recrutement d'une bonne directrice, d'une bonne infirmière. Enfin, le médecin doit avoir un rôle de premier plan ; il doit en particulier surveiller et guider l'infirmière. (*L'Hôpital*, février 1932-A.)

**Les triades de séro-réactions dans la syphilis, complétées par la réaction de Calmette-Massol.**

D'après MM. Van den Branden, Nélis et R. Bernard, les triades de séro-réactions (Bordet-Wassermann, Bauer-Hecht, Stern), complétées en cas de discordance ou de sérum « empêchant » par la réaction de Calmette-Massol (modifiée par Mathis et Labougle), donnent à la clinique le plus précieux appui, et parent aux inconvénients qu'il peut y avoir à ne se servir que d'une ou deux de ces méthodes.

Voici les conclusions de cet important travail :

1° Les réactions de Bauer-Hecht, Stern et Bordet-Wassermann correctement effectuées donnent dans la grande majorité des cas des résultats concordants, ce qui confirme les notions établies et ce qui incite à les effectuer toutes les trois sur un même sérum.

2° En cas de discordance, c'est le Bordet-Wassermann qui a donné aux auteurs le nombre le plus élevé de réactions positives, comparativement aux autres réactions ; en cela, leurs résultats diffèrent de ceux relevés il y a cinq ans par R. Bernard et L. Van Boeckel.

3° Dans le cas où le sérum est empêchant ou lorsqu'on obtient avec la triade un résultat discordant, il est intéressant de poursuivre les investigations en effectuant la réaction de Calmette-Massol. Celle-ci permettra dans le premier cas de donner une réponse, dans l'autre d'apporter un élément supplémentaire capable d'éclairer le syphiligraphe qui doit conclure en dernier ressort.

4° Dans l'ensemble, les résultats obtenus par la réaction de Calmette-Massol se rapprochent de ceux de la réaction de Bordet-Wassermann, comparativement à la réaction de Bauer-Hecht, et de Stern. (*Bruxelles Médical*, 14 février 1932.)

**A propos du traitement des pneumopathies aiguës graves.**

A tous les âges, les pneumopathies aiguës peuvent être graves, et même mortelles, cela chez l'adulte comme aux périodes extrêmes de la vie. Or, contre ces affections graves, nous ne possédons guère de médication spécifique. Le sérum antipneumococcique est rarement actif, soit que le pneumocoque ne soit pas l'agent actif, soit qu'il existe un certain nombre de races de pneumocoques alors que le sérum ne saurait être omnivalent. Les vaccins de Minet, de Weil et Dufourt, de Ranque et Senez, de Duchon rendent et continuent à rendre de grands services, mais on ne saurait à leur égard parler de médication proprement spécifique, puisqu'ils sont polymicrobiens. D'autre part, il est des pneumopathies, qui s'aggravent très vite.

Le Docteur H. Paillard insiste sur deux méthodes thérapeutiques, qui lui ont donné des résultats intéressants : l'abcès de fixation, l'hémothérapie.

L'abcès de fixation a été l'occasion de quelques objections, et voici comment on peut y répondre.

Il constitue une méthode douloureuse et parfois cruelle. Or, il faut employer une essence de térébenthine pas trop raffinée (épicier ou droguiste), plutôt que l'essence très raffinée, rapidement diffusible, plus douloureuse, moins apte à provoquer l'abcès. L'injection doit être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané, et non dans la peau, ni sous l'aponévrose. S'il y a réaction inflammatoire et douloureuse forte, appliquer en permanence des compresses humides chaudes ou des cataplasmes de farine de lin.

L'abcès de fixation a une valeur pronostique, et non thérapeutique. Pour le pronostic, le fait est exact ; mais s'il ne prend pas, il ne faut pas se décourager, et, plus que jamais, en raison de la gravité du pronostic, il faut lutter, renouveler l'injection de térébenthine au même point, s'il n'y a aucune réaction au bout de douze heures ; on a

pu faire trois ou quatre injections avant d'obtenir une réaction locale et la guérison.

Il n'y a pas de certitude de l'action favorable de l'abcès de fixation, en raison du nombre des médications employées concurremment ; mais les impressions judicieuses favorables recueillies sur un grand nombre de cas, sont suffisantes.

D'autre part, le sérum de convalescent a été souvent utilisé avec succès. Si, en dehors des épidémies et dans la pratique urbaine, on peut, plus difficilement qu'à l'hôpital, trouver du sang de convalescent, on s'adressera aux personnes de l'entourage du malade, en raison du fait acquis de l'immunisation occulte contre les maladies infectieuses. Il y a utilité à ne pas ménager les doses de sang injecté ; pour un adulte, 15 à 20 cent. cubes de sang total tous les jours ou tous les deux jours ; dans les formes sévères, ne pas craindre de dépasser ces chiffres. Le Docteur P. préfère le sang total injecté immédiatement plutôt que le sérum ; il n'a pas l'expérience de la transfusion sanguine intraveineuse au cours des pneumopathies aiguës, et il la croit un peu choquante. (*Le Journal médical français*, février 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Le violet de gentiane dans les infections sanguines.

(MM. Carrière, de Lille, et Martin. — *Académie de médecine* ; 7-6-1932).

Introduit en thérapeutique en 1923 par Smith et Casparis, puis par Young et Hill, le violet de gentiane ne tarda pas à être utilisé dans les affections les plus variées. Il en fut du moins ainsi en Amérique. Les propriétés antimicrobiennes de ce colorant avaient fait, dès 1902, l'objet des travaux de Churchman, qui démontra qu'il s'agissait d'une action plutôt inhibitrice du développement des germes que microbicide. Cette influence «bactériostatique » se manifeste avec une certaine prédilection sur les microbes qui prennent le Gram et elle existe à de très fortes dilutions du produit (1/40.000). Peu toxique pour les tissus, facilement éliminé par les éléments cellulaires, le violet de gentiane est bien toléré en général.

Les doses habituellement utilisées, chez l'homme, en injections intraveineuses, sont de 5 à 7 milligr. par kgr. de poids, en solution à 0, 50 pour 100 (les solutions à 1 ou 2 p. 100 entraîneraient des thromboses). Comme solvant, Burke et Nenton préconisent l'eau bicarbonatée sodique à 3 p. 100.

Employée d'abord dans certaines septicémies, dans des cas d'endocardite aiguë, la thérapeutique par le violet de gentiane a été étendue avec succès, par les Américains, à nombre d'autres affections (phlébites, encéphalites...). Conner y a eu recours *per os* dans l'anémie pernicieuse.

Depuis 1926, M. Carrière l'a utilisée dans diverses affections sanguines (septicémies : l'une streptococcique, l'autre pneumococcique, une autre entérococcique, une autre à streptocoque hémolytique, une otitique) avec des résultats intéressants. Ces résultats n'ont pas paru aussi appréciables dans quatre cas d'endocardites subaiguës. Aucun accident ou incident ne fut noté.

Les auteurs conseillent de penser au violet de gentiane dans les infections sanguines graves, rebelles aux autres médications.

### Cécité morphologique.

(M. G. Milian. — *Académie de médecine* ; 17-5-1932).

M. Milian expose l'histoire d'un malade, soigné pour tabès fruste, qui présentait les troubles visuels suivants, apparus pour ainsi dire subitement. Le malade voit les objets, il les distingue grossièrement mais ne les discerne pas *dans leur forme* d'une façon précise. Ainsi, dans un groupe d'enfants, il n'arrive pas à reconnaître avec certitude ses deux fils. Il dessine au tableau (il est professeur de géométrie) et, quand il a tracé une circonférence ou un carré, il n'est pas bien sûr de les avoir réussis en tant que cercle ou carré.

M. Milian désigne ce trouble sous l'appellation de cécité morphologique, indiquant l'impossibilité de reconnaître la forme d'un objet par la vue. Le symptôme en question est signalé, dans les traités de séméiologie nerveuse, sous le nom d'agnosie visuelle.

Ce phénomène est survenu ici chez un homme qui avait déjà une lésion des centres corticaux de la vision (scotome hémiopique). On peut penser qu'à côté des lésions ayant provoqué l'hémiopie, il s'est produit au voisinage une lésion nouvelle ayant commandé l'agnosie. Il s'est agi d'agnosie pure, sans phénomènes démentiels.

Un tel fait suggère aussi la question suivante. Si, chez les paralytiques généraux, les déments, la non reconnaissance des personnes peut être due à des altérations de l'intelligence, n'est-il pas possible de penser également qu'une lésion du centre de l'agnosie contribue parfois dans une certaine mesure à ce trouble pénible qui consiste pour un individu à ne pas reconnaître les siens. Il serait intéressant de rechercher chez les aliénés la cécité morphologique et les altérations organiques des centres corticaux de la vision.

**Contracture abdominale et ventre souple après les traumatismes abdominaux.**

(M. R. Proust. — *Société de chirurgie* ; 2-3-1932.)

On connaît l'importance du symptôme contracture de la paroi abdominale, du mur abdominal (*the wall*, des auteurs anglais), après les traumatismes ayant intéressé l'abdomen. Tous les chirurgiens estiment que ce symptôme commande l'intervention. De quel processus relève-t-il et peut-on, de son absence, déduire que la laparotomie n'est pas indiquée ?

M. Proust revient sur ce sujet, à propos de trois observations, l'une de MM. Cahen et A. Sicard, les deux autres de M. Rousseaux, de Nancy.

L'observation de MM. Cahen et A. Sicard concerne un homme de 25 ans qui, au cours d'une rixe, avait reçu des coups de pied sur la région abdominale gauche supérieure. Il entre à l'hôpital dans un état apparemment peu grave.Ventre souple, mais cependant la palpation profonde de l'hypochondre gauche provoque une défense douloureuse très nette. S'appuyant sur ce signe, et en raison des symptômes généraux (pouls à 110, douleurs...), on intervient et l'on trouve une rupture de la rate et du sang en abondance dans l'abdomen. La symptomatologie quelquefois très discrète des ruptures de la rate est un fait connu et tout récemment elle a donné lieu, à la Société de chirurgie, à une discussion que nous avons analysée. A noter, ici, l'absence de contracture abdominale.

L'absence de contracture abdominale est signalée également dans l'une des observations de M. Rousseaux. Il s'agissait d'une fille publique qui sur le point d'être arrêtée par la police, s'était jetée sous une automobile. Etat hémorragique grave, douleurs abdominales, mais ventre souple. A l'opération, rate rompue en deux fragments.

Dans la deuxième observation de M. Rousseaux, par contre, la rupture traumatique de la rate s'accompagnait de « ventre de bois », de contracture abdominale intense.

M. Proust pose alors la question : quelle signification faut-il attacher, après un traumatisme abdominal, à la contracture et au ventre souple, au point de vue de la conduite à tenir ?

Lorsqu'un viscère creux se perfore, le contact du contenu de ce viscère avec le péritoine, entraîne automatiquement la contracture, d'où la règle formelle de pratiquer la laparotomie dès que l'on constate l'existence du ventre de bois, du « mur ». Cette règle ne doit jamais être transgressée. Certes, d'autres éléments pathologiques peuvent provoquer la contracture abdominale : les déchirures du rein (hémi-ventre de bois), l'hématome rétro-péritonéal, des lésions traumatiques médullaires. La contracture semble dériver d'un réflexe sensitivo-moteur passant par la moelle, à retour sur les muscles droits. Malgré tout, l'indication de faire la laparotomie persiste alors toujours.

Lorsque la contracture est absente, le ventre souple, doit-on, sur ce signe, rejeter la laparotomie ? Nullement. Dans bien des circonstances, celle-ci reste indiquée. Nombre d'affections graves de l'abdomen (grandes hémorragies intra-péritonéales, ruptures de la rate, désinsertions mésentériques) peuvent ne pas s'accompagner de contracture abdominale. Le fait de constater un ventre souple ne doit donc pas, si l'on trouve des indices de ces affections, faire remettre la laparotomie.

— M. Mondor partage l'opinion de M. Proust. Attendre la contracture, pour dire, par exemple, qu'il saigne dans le péritoine, est s'exposer à bien des retards, malheureux, pour intervenir.

P. L.

**Phosphatémie, calcémie, bilan calcique dans la maladie osseuse de Paget.**

(MM. Langeron, Paget et Cordonnier. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-4-1932).

Les recherches sur le métabolisme calcique, les rapports avec des altérations ou des troubles fonctionnels parathyroïdiens, avec, comme sanction, des interventions au niveau de ces glandes, ont mis à l'ordre du jour un certain nombre d'affections osseuses, parmi lesquelles la maladie osseuse de Paget. Les auteurs ont pu étudier en détail deux cas de cette affection.

Pour eux, la maladie osseuse de Paget a été authentifiée par l'examen clinique et radiologique. L'augmentation du calcium dans le sang et la négativité du bilan calcique ne sont pas solidaires ; c'est ainsi qu'il a été trouvé un bilan négatif avec une calcémie de 80 milligrammes dans un cas d'ostéomalacie féminine post-puerpérale, et par contre des bilans positifs dans des cas, où cependant il existait des zones de décalcification osseuse évidente au niveau de fractures ne se consolidant pas.

La différenciation des maladies de Paget et de Recklinghausen ne paraît pas pouvoir être basée sur des données biochimiques formelles : dans la première en effet, si l'hypocalcémie paraît là plus fréquente, l'inverse a pu être noté, et dans la seconde on a parfois rencontré des calcémies à peu près normales, et enfin, dans les deux, le bilan calcique est négatif, ce qui indique bien, dans les deux cas, l'existence d'une déperdition calcique générale.

Les indications de la parathyroïdectomie ne paraissent pas non plus pouvoir être établies sur des données biologiques certaines.

**Rupture de la rate dans un cas de charbon.**

(MM. Dumitresco et Jonnesco. — *Soc. médicale des hôp. de Paris* ; 8-4-1932.)

Dans le charbon, presque toujours la rate est augmentée de volume. Or, on cite dans certaines maladies, où il existe une augmentation de volume de cet organe *(fièvre typhoïde, par exemple) des ruptures de*

la rate, spontanées ou occasionnées par un mouvement, par un léger traumatisme.

Une jeune femme avait été légèrement frappée par son mari dans la partie gauche de l'abdomen ; elle succomba, peu de temps après, avec des signes d'hémorragie interne ; à l'autopsie, on trouva une rupture de la rate ; c'était une ancienne paludéenne avec une splénomégalie appréciable.

Mais, dans le charbon, on n'a pas signalé jusqu'à présent de rupture de la rate ; aussi le cas, actuellement rapporté, est-il intéressant. Le malade, atteint de septicémie charbonneuse, avait vu, sous l'influence de doses massives de sérum, son état général s'améliorer progressivement ; la température s'était rapprochée de la normale, lorsque à l'occasion d'un mouvement un peu plus brusque, il présenta des symptômes d'hémorragie interne ; et celle-ci, à la nécropsie, se révéla comme provenant d'une rupture de la rate.

**Le traitement physiothérapique des fibromes utérins.**

(M. Ch. Guilbert. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 26-3-1932.)

Voici les contre-indications du traitement des fibromes par le radium ou la radiothérapie :

1° Compression des organes voisins déclenchant des symptômes précis, qui posent par eux-mêmes les indications de l'intervention chirurgicale.

2° Les fibromes accompagnés de lésions inflammatoires aiguës ou subaiguës des annexes ;

3° Les fibromes sphacélés au calcifiés ;

4° Les fibromes pédiculés sous-séreux, pour lesquels le diagnostic reste souvent hésitant, et qui peuvent, pendant la période de régression, tordre leur pédicule ;

5° Les fibromes accompagnés de lésions concomitantes, nécessitant par elles-mêmes, une intervention chirurgicale.

Ceci réduit à 50 % des cas, les indications de l'emploi des agents physiques. L'auteur expose sa technique, qui lui permet d'obtenir la stérilisation en une séance unique de 4 heures environ, sans immobiliser la malade et sans lui faire courir le moindre risque.

Cette méthode radiothérapique, assez voisine de la curiethérapie des fibromes, a sur cette dernière l'avantage de ne pas traumatiser l'utérus et d'éviter l'immobilisation.

Les résultats sont définitifs dans 87 % des cas après un traitement ; dans 8 % après deux traitements. Dans 4 % des cas, les malades furent opérées sur les indications de l'auteur. Celui-ci n'a jamais constaté d'adhérences, cliniquement ou après intervention chirurgicale, avec cette méthode. Quant à la dégénérescence cancéreuse que quelques-uns ont paru redouter, elle est contraire à la principale action des rayons X, qui est l'histolyse cellulaire et ne s'est jamais montrée sur la peau, ayant reçu des doses beaucoup plus importantes que celles qui sont nécessaires pour la stérilisation.

Ces heureux résultats ne peuvent être obtenus que par une sélection rigoureuse des malades.

**Le radium contre le cancer du col utérin.**

(M. Foveau de Courmelles. — *Soc. de médecine de Paris* ; 26-3-1932.)

Le cancer du col utérin, pris au début ou à peu près, guérit presque toujours par les applications de sels radifères, à doses variables selon la valeur ou l'étendue des symptômes ou lésions perçues. Des malades, suivies pendant quinze ans, sont encore en bonne santé.

G. F.

---

*Société des Chirurgiens de Paris.*

Séance du 15 avril 1932.

**Césarienne (hystérotomie) pour perforation utérine.**

M. R. Bonneau communique l'observation d'une jeune femme chez laquelle une laminaire introduite dans l'utérus n'a pu être retirée et qui, de mauvaise qualité, a été brisée en morceaux au cours de manœuvres d'extraction. La malade est adressée à l'auteur le lendemain ; après avoir extrait plusieurs fragments de la laminaire, il constate la présence d'une perforation antérieure de l'utérus, procède à une laparotomie, puis à une césarienne qui donne la certitude qu'il ne reste plus de corps étrangers intra-utérin et permet, de plus, de faire une myomectomie.

**Grossesse tubaire ayant atteint six mois sans rupture. Mort du fœtus. Intervention au onzième mois. Guérison.**

M. G. Lauret fait un rapport sur un travail de M. Francis Clément (de Briey) concernant une grossesse tubaire opérée au onzième mois par hystérectomie subtotale. Le diagnostic, souvent possible, par l'histoire clinique associée aux signes objectifs, est grandement facilité par la radiographie. Les caractères et les rapports anatomiques du kyste fœtal, très différents selon qu'il s'agit d'une grossesse abdominale où à développement tubaire, règle la conduite chirurgicale applicable à chaque cas particulier.

**Déviation latérale de la mâchoire avec prognathisme. Correction par résection condylienne.**

MM. Dufourmentel et Darcissac présentent un cas de déviation latérale de la mâchoire accompagné de prognathisme accentué dont la correction a été obtenue par la résection totale du condyle du côté opposé à la déviation, suivie de contention en bonne position par un appareil intra-buccal. Les auteurs exposent à nouveau la technique de la résection condylienne qui est le traitement de choix pour la réduc-

tion du prognathisme et des déviations latérales. Ils font la comparaison de ce procédé avec les diverses méthodes proposées antérieurement et concluent que la résection condylienne reste, à leurs yeux, l'opération la plus simple et la moins entachée de séquelles.

**A propos d'un cas de salpingorragie bilatérale d'origine probablement syphilitique.**

M. Burty communique l'observation d'une jeune femme qu'il a opérée pour inondation péritonéale sanguine, due à une salpingorragie bilatérale. L'origine de celle-ci semble être une manifestation de la syphilis pour laquelle la malade était cependant traitée depuis deux ans.

Séance du 6 mai 1932.

**Sur un cas d'épiploïte aiguë avec sigmoïdite par corps étranger.**

M. Mayet fait un rapport sur une observation de M. Canonne (de Rueil) où une épiploïte s'était développée autour d'un corps étranger qui paraissait être un fragment osseux fixé dans la paroi de l'anse sigmoïde.

**A propos du raccourcissement opératoire du membre inférieur sain, dans la grande boiterie due à l'inégalité de longueur des deux membres.**

M. Lamy fait un rapport sur un travail du Professeur Ugo Camera (de Turin), qui concerne vingt-deux cas de raccourcissement, se décomposant comme suit : douze pour luxation unilatérale irréductible, sept consécutifs à la paralysie infantile et trois séquelles de coxalgie. L'auteur étudie successivement les indications, les techniques, les suites opératoires et les résultats éloignés. Il reprend une à une toutes les critiques et conclut que cette méthode, appliquée judicieusement, rend les plus grands services aux malheureux infirmes et ne présente aucun aléa sérieux.

M. Raphaël Massart présente sur ce sujet une observation de M. Lucien Michel (de Lyon) où le raccourcissement du membre sain a permis à l'auteur de rétablir la statique correcte d'une jeune fille dont la boiterie avait déterminé une scoliose importante. Des radiographies et des photographies montrent que le résultat obtenu a été excellent.

**Luxation divergente columno-spatulaire du métatarse.**

M. André Trèves fait un rapport sur une observation de M. Bellanger (de Paris). Les radiographies montrent qu'il existait une luxation en dedans et en haut du premier métatarsien avec le grand cunéiforme fracturé longitudinalement, un gros diastasis entre les deux premiers métatarsiens, les quatre derniers étant luxés en haut et un peu en dehors, un écrasement du troisième cunéiforme et du cuboïde subluxé en dehors et en bas, une fracture du tubercule du scaphoïde et un hiatus astragalo-scaphoïdien et calcanéo-cuboïdien. Malgré l'absence de tout traitement, le malade a guéri et marche sans douleur avec 20 % d'invalidité.

M. A. Trèves partage l'opinion de M. Bellanger sur l'inutilité de toute intervention sanglante en pareil cas. Il aurait cependant tenté la réduction sous-anesthésie à l'écran radioscopique, après quelques jours de massages pour diminuer le gros œdème, cette réduction, même incomplète, pouvant améliorer le résultat final.

**Sur le traitement des paralysies infantiles.**

M. le Professeur Putti (de Bologne), peu partisan de la méthode de Bordier, considère comme primordial le traitement prophylactique des déformations, et s'abstient de toute intervention stabilisante avant 8 à 15 ans, réservant la prothèse aux cas échappant à la chirurgie, ou comme complément des interventions. Pas d'intervention ankylosant les grandes articulations; il faut leur préférer l'arthrodèse, sauf pour les articulations du pied autres que la tibio-tarsienne, et en y joignant les transplantations tendineuses. Putti expose ensuite ses méthodes de traitement dans les paralysies de l'épaule, du coude, de la main, du tronc, des fessiers, dans les rétractions graves de la hanche et du genou, dans les paralysies du pied. Il défend la ténodèse et les transplantations tendineuses, très usitées en Italie, transplantations sur les os et non de tendon à tendon. Ces transplantations devront être combinées au pied, dans certains cas, avec les arthrodèses para-astragaliennes et l'arthrorise. Le traitement opératoire qu'il expose ensuite présente une importance capitale. Dans les paralysies complètes d'un membre inférieur on peut obtenir une bonne utilisation fonctionnelle par l'hyperextension de la hanche et du genou avec arthrorise antérieure de l'astragale.

**Lipome intra-fasciculaire du biceps brachial.**

M. Muller (de Belfort). — Les lipomes des muscles sont rares. Un homme de 56 ans présente depuis deux ou trois ans une tumeur non gênante, dure, grosse comme une noix, fixée tout au bas du biceps. Anesthésie locale. Ablation. Hémostase. Suture de l'aponévrose brachiale et de la peau. La tumeur ne comprend que des fibres musculaires striées, dissociées par d'abondantes cellules adipeuses.

**Résultats éloignés d'opérations ostéoplastiques de la hanche (arthrodèses, ostéotomies, bifurcations, butées).**

M. Raphaël Massart présente une série de résultats éloignés des interventions qu'il pratique depuis 1926. A ce propos, il précise certains points de technique utiles à connaître et il pose les indications des interventions qui conservent à la hanche sa mo-

bilité en supprimant les douleurs de la marche et de l'appui. Il pense que les indications de l'arthrodèse qui supprime le mouvement doivent être limitées. Les diverses opérations qu'on est appelé à pratiquer doivent tenir compte des différences qui existent entre l'os de l'enfant et celui de l'adulte, entre l'os sain et l'os pathologique, celui des syphilitiques, des obèses, des sujets âgés. Tous ces malades doivent d'ailleurs n'être opérés qu'après un examen médical fait avec soin et une préparation par un traitement approprié. C'est en n'intervenant qu'à bon escient qu'on obtiendra de ces interventions sur la hanche tous les résultats fonctionnels qu'on est en droit d'attendre.

# Les Congrès

## VII[e] Congrès des pédiâtres de langue française

(*suite*) (1)

### Communications sur les avitaminoses

MM. Forest et R. Wolff (Strasbourg). — Ces auteurs considèrent que les études sur les avitaminoses A étant basées sur des expériences sur le rat et le cobaye, elles sont, chez le nourrisson, rares, fragmentaires et portant sur des faits complexes par les infections surajoutées; ce sont surtout des cas déjà avancés.

Il leur a semblé que le meilleur moyen d'étude de l'avitaminose au début se trouvait dans l'observation de régimes sans graisses (babeurre, lait écrémé) administrés dans un but thérapeutique. Les observations de Bloch ont montré d'ailleurs la lenteur d'évolution de l'avitaminose A et la rapidité d'effet de la vitamine.

MM. Forest et Wolff ont soumis d'abord six nourrissons, âgés l'un de ving-quatre jours, les autres de deux mois et demi à un régime de lait sec écrémé à 10 p. 100, sucré 5 p. 100, avec flocons de riz 5 p. 100.

Ils ont surveillé le poids, la croissance, la température, le pH, vérifié les yeux examinés au microscope cornéen par le professeur G. Weil et le D[r] Nordmann.

Les phénomènes oculaires, les premiers en date, apparaissent au bout de trois à quatre mois ; le délai est identique chez des nourrissons de moins de quinze jours. Il n'y a donc pas à la naissance de réserves de vitamines.

Le xérosis est toujours le premier signe de l'avitaminose. L'arrêt du poids avec petite température, la flaccidité des chairs viennent ensuite. Avant le xérosis, il n'existe aucun signe permettant d'établir la précarence sur des bases solides.

**Contribution clinique et expérimentale à l'étude du coefficient C/N urinaire chez le nourrisson.** — Albert Valette (Strasbourg). — Le rapport du carbone total à l'azote total urinaire donne certaines indications sur l'état du métabolisme interne et, d'une manière générale, moins l'azote entraîne avec lui de carbone, plus parfaite est l'élaboration des aliments ; donc l'élévation de la valeur du rapport a une signification pathologique ; Roche a précisé que le trouble portait dans ce cas sur le métabolisme des glucides.

Les mesures ont été pratiquées, après élimination de la présence d'albumine et de sucre dans les urines, chez des nourrissons normaux, soumis à différentes alimentations (microdosage de Nicloux pour le C, micro-Koldahl pour l'N) ; il se confirme, comme Ederer, Garot l'avaient établi, que le C/N s'élève davantage chez les nourrissons allaités naturellement que chez ceux qui reçoivent du lait de vache, et qu'il est anormalement élevé chez les rachitiques. Par contre, ni chez des nourrissons scorbutiques, ni chez des cobayes soumis au scorbut expérimental, la valeur du coefficient ne présente d'altérations.

Il y a donc, entre les deux affections, relativement proches l'une de l'autre par certains côtés, que sont le rachitisme et le scorbut, une différence profonde au point de vue du trouble du métabolisme qui les accompagne.

**Symptômes capillaires dans les formes frustes de scorbut infantile.** — M. Frontali (Florence) a étudié les symptômes capillaires dans trois cas typiques de scorbut. La fragilité capillaire joue un rôle important dans l'apparition des hémorragies scorbutiques, et cette fragilité est influencée immédiatement d'une façon favorable par le traitement vitaminique.

L'examen capillaroscopique permet de déceler une véritable capillaro-maladie scorbutique.

**Essai de classification des dystrophies alimentaires chez l'enfant.** — M. le professeur Mouriquand (Lyon) distingue les *dystrophies par carence véritable* (type scorbut), les *carences frustes* répondant à la période de prédystrophie, et les *dystrophies latentes* ou inapparentes. Ces dernières sont précédées elles-mêmes par une période d'incubation. Le diagnostic de ces différents états est basé sur le traitement. Au point de vue *étiologique*, on peut distinguer des dystrophies *quantitatives* et des dystrophies *qualitatives*. Ces dernières peuvent provenir d'un déséquilibre entre les substances *maxima* contenues dans l'aliment (albumines, sucres, graisses, sels) ou entre les substances *minima* ou vitamines. Dans ce dernier cas, on peut

(1) Voir *Concours Médical*, n[os] 24, 26, 27, 28 et 29.

être en présence d'une unicarence ou d'une pluricarence.

*En clinique*, il s'agit généralement de dystrophies mixtes. Le but à atteindre est de réaliser l'équilibre alimentaire. Un aliment unique peut être comparé à un poison dont les effets nocifs doivent être compensés par d'autres aliments.

On peut être amené d'ailleurs à modifier la définition de l'aliment, car son absorption peut se produire par une voie autre que la voie digestive. La vitamine D, par exemple, pénètre dans l'organisme par voie cutanée, et certains gaz nutritifs qui empruntent la voie respiratoire sont à considérer comme des aliments.

**Un cas de xérophtalmie chez un nourrisson de cinq mois et demi.** — M. R.-A. Marquézy (de Paris) rapporte un cas de xérophtalmie bilatérale très net, chez un nourrisson de cinq mois et demi alimenté depuis l'âge de cinq semaines avec babeurre, farine lactée, tournesol, riz sans lait. Pendant cette période, l'enfant n'a pris du lait frais que de la septième à la neuvième semaines. Ce régime avait été institué en raison d'une intolérance lactée très marquée. La carence en vitamine A et en graisse est ici très manifeste. L'enfant n'avait pas pris d'huile de foie de morue.

**La vitamine B facteur d'utilisation des hydrates de carbone chez le nourrisson.** — M. L. Willeming-Clog (de Strasbourg). — L'auteur rappelle d'abord, d'une part les syndromes de carence B décrits par Ribadeau-Dumas, et les constatations faites par Bennet sur l'heureux effet obtenu par l'administration de la vitamine B dans certains cas de dystrophies du nourrisson, enfin ses propres constatations au cours de l'étude des régimes sans lait à base de protéines végétales ; d'autre part les travaux de Mme Randouin ayant établi le rôle de l'un des éléments de la vitamine B dans l'utilisation des glucides et la nécessité de sa présence dans les régimes amylacés ; puis il rapporte quatre observations recueillies dans les services du professeur Rohmer concernant des enfants soumis à un régime riche en farine et ayant présenté un arrêt de croissance prolongé chez lesquels l'administration de quantités importantes de vitamines B a déterminé une reprise nette et durable de la courbe de poids.

L'auteur se demande si les bons effets obtenus par le maltosage et par l'emploi des soupes de malt ne doivent pas être rapportés pour une part à l'action de la vitamine B contenue dans le malt et conseille l'adjonction systématique de cette vitamine aux régimes riches en farine.

**L'influence de la vitamine C sur l'action curative du fer dans l'anémie alimentaire du nourrisson** — MM. P. Rohmer et J.-J. Bindschedler (Strasbourg). — Le fait que certaines anémies du nourrisson, surtout de ceux nourris trop longtemps ou trop exclusivement au lait de vache, ne réagissent pas à la thérapeutique martiale, mais à un simple changement de régime par substitution partielle au lait d'une nourriture plus variée, en particulier de légumes frais et de fruits, et la connaissance des anémies scorbutiques et préscorbutiques (voir entre autres les travaux de M. Bertoye) ont montré l'importance de la vitamine C et suggéré de traiter par une préparation concentrée de vitamine C offerte par M. Bezssonoff les anémies de cause alimentaire probable observées à la clinique infantile.

Dans deux cas la vitamine C seule, non associée au fer est restée inefficace ; dans trois autres cas le traitement martial exclusif n'eut pas non plus d'action sur l'anémie ; dans ces deux premiers groupes, la guérison fut obtenue par l'action combinée des deux facteurs (fer et vitamine C) ; dans plusieurs autres cas le fer seul a suffi pour amener la guérison ; dans la littérature se trouvent des observations où ce même résultat a été obtenu par la vitamine C seule.

Il est donc permis d'émettre l'hypothèse que la vitamine C, ou du moins un de ses composants, joue un rôle dans l'utilisation du fer ; idée déjà énoncée par M. Maldague. Il semble, de plus, qu'au moins certaines formes des anémies alimentaires sont dues à une carence relative soit de fer, soit de vitamine C, soit des deux.

**L'action stimulante de la vitamine C sur certains nourrissons dystrophiques.** — MM. P. Rohmer et J.-J. Bindschedler (Strasbourg). — Certains états de dénutrition, certaines dystrophies sont causés par une carence en vitamine C ; ces études ne révèlent pas leur origine par des signes spécifiques ; le seul test clinique est l'action thérapeutique de la vitamine C.

Afin de préciser ces états, de la vitamine C préparée par M. Bezssonoff a été administrée à 19 nourrissons observés à la clinique infantile, et dont la courbe de croissance pondérale était mauvaise.

Dans 12 cas, action favorable du traitement : redressement de la courbe de poids et amélioration de l'état général.

Dans 4 cas, dont deux enfants au-dessous de quatre mois, donc à un âge où la carence en vitamine C ne se fait pas encore sentir, aucun effet.

Dans 3 cas, stimulation peu prononcée de la croissance. Il est probable que, dans les cas améliorés par la vitamine C, la dystrophie ait été due à l'avitaminose C.

Deux remarques se dégagent encore de ces observations :

1° Les grosses doses de vitamine C, allant jusqu'à correspondre à 200 et 400 centimètres cubes de jus de citron, sont parfois nécessaires pour obtenir un effet.

2° Lorsque les dystrophiques ont présenté une anémie, la vitamine C n'a pas toujours agi parallèlement sur la dystrophie et sur l'anémie.

**Les modifications de l'équilibre protéique du sérum sanguin dans le scorbut du nourrisson.** — M. B. Rosenkranz (Strasbourg). — Les recherches faites sur six enfants dont un atteint par une forme fruste établissent que :

1° Dans les formes avérées de la maladie de Barlow il y a toujours un fort abaissement du taux des protéines totales, qui se porte surtout sur la sérine ; la globuline est aussi diminuée, mais cette diminution est de beaucoup moins importante que celle de la sérine.

2° Comme résultat de cette discordance entre la diminution des deux facteurs, le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ est plus petit que le rapport normal et même renversé.

3° Dans un cas de forme fruste qui présentait comme signe de scorbut seulement une forte hypotrophie et les signes radiologiques de Wimberger et de Fraenkel, l'hypoprotéinémie a été moins marquée, mais déjà les modifications du rapport existent, la sérine diminue, la globuline reste à peu près normale et le quotient commence à s'abaisser.

4° A la suite du traitement, la formule change et après quelques oscillations la quantité de protéines totales et le rapport reviennent à la normale dans un délai assez long de cinq à dix semaines.

En somme, les modifications du sérum précèdent et suivent les signes cliniques et disparaissent en même temps que les signes radiologiques.

**Le facteur antirachitique dans les aliments.** — MM. Ed. Lesné et Robert Clément (Paris). — Il est utile de faire entrer dans le régime des femmes enceintes, des nourrices et des enfants du premier âge des aliments renfermant une certaine quantité de facteur antirachitique et fixateur de calcium ; ceux-ci ne sont pas nombreux.

Les laits de femme et de vache n'en contiennent que d'une façon inconstante suivant l'alimentation et le mode de vie de la nourrice ou femelle laitière.

Le jaune d'œuf est en général riche en facteur D ; celui-ci subsiste dans l'œuf cuit, dur ou conservé.

Le foie de veau, les extraits de foie et de rate ont une certaine activité anti rachitique alors que les autres extraits d'organe et le suc de viande en sont dépourvus.

Parmi les substances végétales, seuls le jus de carotte et certaines huiles de noix de coco renferment une quantité appréciable de vitastérine D.

L'huile de foie de morue est l'aliment médicament le plus actif comme antirachitique et fixateur de calcium ; encore faut-il savoir combien sont différentes les huiles à ce point de vue et que seul l'étalonnage en unités biologiques par la méthode de l'auteur permet d'apprécier leur teneur en vitastérine D.

Par ailleurs, l'irradiation de la peau qui renferme des stérols constitue le moyen de protection le plus puissant contre le rachitisme.

**Les vitamines du jus de raisin frais et conservé.** — MM. Ed. Lesné et Robert Clément (Paris) ont pu, grâce à la méthode expérimentale sur l'animal, faire une étude comparative au point de vue de leur richesse en vitamines des sucs de raisin frais et conservés par pasteurisation ou gélification

Alors que le jus frais contient une quantité d'ailleurs faible de vitamine C antiscorbutique, presque pas de facteur B antinévritique et une proportion notable de facteur B' d'utilisation nutritive, ces vitamines ne se trouvent plus dans le jus de raisin conservé autrement que par l'évaporation à froid. Si l'on ajoute que le pouvoir diurétique du suc de raisin est peu stable, détruit par la chaleur et la conservation, on est obligé de conclure que le jus de raisin conservé n'a pas la même valeur biologique que le produit frais.

Constituant un régime hypoazoté, hypochloruré, doué d'une certaine valeur alimentaire par son glucose-lévulose, ses sels minéraux et ses vitamines, cholagogue, diurétique, laxatif, le jus de raisin frais ne peut être remplacé dans la plupart de ses indications thérapeutiques par les produits de conserve moins actifs.

Mlle M. Erlich (Varsovie) souligne l'importance du terrain pour l'apparition du scorbut, exemple la Pologne où on ne voit presque pas de carence en pleine évolution. Par contre on y voit souvent des anémies par carence ou des symptômes frustes, causés par des régimes sans jus frais. Il serait important de démontrer aux praticiens que le jus frais en quantité suffisante ne produit ni aggrave les diarrhées.

**La diète aux pommes crues dans les diarrhées des nourrissons.** — Mme le Dr H. Kaulbersz-Marynowska, de Wilna (Pologne), dit des excellents résultats obtenus par la diète aux pommes crues chez 56 nourrissons avec entérites et colites aiguës et chroniques. Elle applique les pommes pelées, râpées sur une râpe ordinaire et passées par un tamis de crin, donnant de 70 à 120 grammes chaque fois en cinq à six repas, pendant un jour, comme nourriture exclusive (on ajoute seulement dans la plupart des cas, à volonté comme boisson, de l'eau ou de la solution de Ringer ou du sel physiologique). Chez les nourrissons de moins de cinq mois l'application de la pulpe de pomme était parfois difficile ; on a donné alors le jus extrait de la pulpe des pommes en même quantité que la pulpe. Les plus jeunes nourrissons, auxquels on donna la diète aux pommes crues, étaient âgés de trois mois et demi. Dans des cas exceptionnels, quand l'enfant était mal disposé à prendre des pommes, on donna le premier jour, toutes les heures une petite quantité de la pulpe ou de jus de pommes ; ainsi les enfants s'habituaient à cette diète et les jours suivants ils la prenaient bien. Aux enfants plus âgés on donna les pommes non pelées, râpées sur une râpe sans les passer par le tamis de crin, de 150 à 250 grammes chaque fois en quatre à cinq repas par jour. On mit le vase

contenant la pulpe ou le jus dans de l'eau chaude pour les faire un peu chauffer quelques instants avant de les donner aux enfants. Les pommes étaient toujours employées sans sucre, car ayant essayé les pommes sucrées on a obtenu de moins bons résultats. Pendant la seconde journée de la diète aux pommes crues, on maintint la même quantité de la pulpe ou de jus, mais on ajouta de 100 à 300 grammes de babeurre par jour, la donnant tous les deuxième ou troisième repas, alternativement avec les pommes. Les jours suivants on diminue la quantité des pommes, augmentant celle de babeurre ; cependant on a maintenu constamment 50 grammes de pommes, afin de procurer à l'enfant la quantité de vitamines nécessaires.

Aux enfants à six mois, nourris jusque-là au sein, on donna le premier jour des pommes à quatre repas de suite, laissant l'enfant s'alimenter au sein le matin et le soir ; chaque jour suivant on diminua un repas de pommes, augmentant ses repas au sein ; ainsi au quatrième jour de la diète l'enfant reçut un repas de pommes et cinq au sein.

Sur 58 nourrissons traités à la diète aux pommes, on a obtenu chez 56 une amélioration remarquable, les selles se formaient quelquefois à la fin de la première journée de diète ; les mucosités diminuaient et après deux à trois jours disparaissaient complètement ; chez l'enfant qui avait pris du jus au lieu de pulpe les mucosités persistaient un peu plus longtemps, mais cependant les selles se formaient rapidement. Dans deux cas l'amélioration ne se manifesta pas, mais il n'y eut d'aggravation dans aucun d'eux. Ces cas se montrèrent également réfractaires à toutes les autres méthodes de traitement.

**Les régimes polyvitaminés dans les troubles de nutrition consécutifs aux infections.** — M. Robert Dubois (Bruxelles). — L'auteur a observé les nombreux nourrissons dystrophiques infectés qui fréquentent le service de M. Ribadeau-Dumas à la Salpêtrière à Paris. Sans rien changer aux anciennes mesures prises habituellement à leur égard, il leur a apporté de larges rations journalières des diverses vitamines. Il n'a pu constater le plus souvent d'influence évidente du seul facteur C. D'autre part, avec le facteur B, les résultats sont entièrement négatifs. Avec le seul facteur A, au contraire, et bien plus fréquemment encore avec un apport de toutes les vitamines, y compris nécessairement la vitamine A, beaucoup de nourrissons dystrophiques ont manifesté une réaction de digestion et de nutrition beaucoup meilleure en présence d'infections intenses et tenaces.

(*A suivre*).

# Les Livres

**Annuaire médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires de France. Sanatoriums et maisons de santé.**

L'édition pour 1932 de cette importante publication, comprenant 800 pages, vient de paraître. On y trouvera, comme dans les précédentes éditions, une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur un très grand nombre de sanatoriums et maisons de santé.

Elle contient, de plus, des articles scientifiques sur la crénothérapie (Professeurs Carnot et Villaret), sur la climatothérapie (Professeurs Carnot et Villaret), sur la thalassothérapie (Docteur Lalesque) sur la climatologie de la Côte d'Azur (Société médicale du littoral méditerranéen), etc.

Un long chapitre est consacré à la législation et un autre à l'administration des stations thermales et climatiques.

Enfin, une liste soigneusement mise à jour des médecins exerçant dans les stations thermales et dans les principales stations climatiques, figure en tête de l'ouvrage.

Cette publication, abondamment illustrée, a été honorée d'une souscription du ministère de la Santé publique. Elle est subventionnée par la Fédération thermale et climatique française, l'Institut d'hydrologie et de climatologie et l'Office national du tourisme. Elle a été rédigée avec la collaboration du Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques.

Un exemplaire en sera envoyé gracieusement à tout médecin de France ou des Colonies qui n'en aurait pas encore reçu, ou qui n'aurait en main qu'un exemplaire de 1928 ou des années antérieures. Il suffit pour le recevoir d'en faire la demande à M. le Directeur de l'Annuaire, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris (6e).

Ces demandes seront immédiatement satisfaites jusqu'à épuisement de l'édition en cours.

Les demandes adressées par des médecins de pays étrangers, devront être accompagnées de l'envoi des frais d'expédition soit : treize francs (13 francs).

Librairie F. Alcan,
108, boulevard Saint-Germain, Paris.

René Martial. — **L'immigration tchécoslovaque et la greffe inter-raciale.** (*Académie des sciences morales et politiques*, mars-avril 1932.)

L'auteur a montré, dans de précédentes études, le rôle prépondérant que joue la psychologie dans les questions d'immigration. Il prouve aujourd'hui, que, même lorsqu'une nation n'offre pas une nata-

lité surabondante, il peut être bon d'en choisir les éléments d'immigration, et que ce choix, basé sur la psychologie et l'ethnographie peut même être préférable à celui effectué dans une nation surpeuplée. Il a pris comme objet de sa démonstration le peuple tchéco-slovaque, en se limitant, par moments, au seul peuple slovaque, car nulle part il n'a trouvé aussi vif l'esprit d'aventure, et la tradition de cet esprit.

En raison de leurs qualités de caractère, de leur psychologie et de leur ethnographie, conclue-t-il, l'appel des Tchécoslovaques en France et dans l'Afrique du Nord est désirable. L'esprit d'aventure et la tradition de cet esprit y faciliteraient leur établissement. Cet établissement doit avoir lieu dans l'agriculture. Il est possible en France, en raison des similitudes de race, du pouvoir de résorption des Français, du nombre de terres à remettre en valeur et de la nécessité du reboisement. Il réussira certainement si les principes de la greffe inter-raciale sont appliqués. Il est également possible dans l'Afrique du Nord, où le climat ne saurait constituer un empêchement ; et plus spécialement en Tunisie, parce que les facilités d'établissement y sont plus grandes. Là aussi, les principes de la greffe inter-raciale devront être appliqués.

Dans tous les cas, l'immigration tchécoslovaque serait un bienfait pour la France. Outre l'avantage de peuplement et l'avantage économique, elle en retirerait un resserrement des liens psychologiques et politiques avec la Tchécoslovaquie, resserrement dont celle-ci aurait profit par la voie naturelle de la réciprocité.

Ce serait, en outre, pour la France, l'occasion de créer une politique d'immigration, basée non seulement sur l'intérêt national, mais sur des raisons psychologiques, intellectuelles, scientifiques et politiques.

Editions Doin,
8, place de l'Odéon. Paris.

Jean Saidman et Roger Cahen. — **Les ondes hertziennes courtes en thérapeutique** (Un vol. in-8° de 140 pages avec figures et 2 planches hors texte.)

Après une préface du Professeur d'Arsonval, les auteurs exposent successivement, après quelques généralités sur l'extension des ondes hertziennes, les modes de production des ondes entretenues, le fonctionnement des relais électroniques, et les réglages généraux, qui en découlent.

La partie physique est complétée par un rappel des propriétés des ondes hertziennes, la description des appareillages créés par les chercheurs de tous pays, enfin par les méthodes employées pour la mesure des longueurs d'onde et les élévations de température *in vitro*.

La seconde partie comporte l'étude des actions biologiques et notamment des effets caloriques des oscillations de très haute fréquence. Les auteurs établissent un parallèle intéressant entre la diathermie et l'infra-diathermie, en montrant ce qu'en l'état actuel de nos connaissances on peut attendre de celle-ci, sœur aînée de la diathermie.

La troisième partie traite des applications thérapeutiques générales ou localisées, signalant les résultats obtenus avec la fièvre artificielle en Amérique, et dans de nombreuses affections à l'Institut d'actinologie ou au solarium tournant d'Aix-les-Bains ; névralgies, névrites, rhumatismes, troubles trophiques et circulatoires, affections inflammatoires. Les possibilités de traitement du cancer sont examinées d'autre part.

Ce dernier chapitre se termine par quelques observations relatives aux incidents.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

R. Monod. — **L'anesthésie en pratique chirurgicale.** (Un vol. 154 pages avec 33 fig. Collection médecine et chirurgie pratiques : 22 francs.)

Il existe un grand nombre de méthodes d'anesthésie, qui toutes ont leurs inconvénients. Si, très souvent, en chirurgie courante, leur choix est pour ainsi dire indifférent, il est des cas où, du fait de l'âge du malade ou de l'importance de l'intervention, la question de l'anesthésie passe au premier plan, et va jusqu'à conditionner le succès opératoire. C'est pour ces cas, encore fréquents, qu'il importe au praticien d'être exactement documenté sur toutes les données actuelles du problème anesthésique.

Ce livre contient toutes les connaissances nécessaires, non seulement à l'opérateur, mais aussi au médecin traitant, qui confie son malade au chirurgien : différents modes d'anesthésie ; voie veineuse, voie rectale ; anesthésies locale, régionale, rachidienne. Examen préanesthésique. Syncopes anesthésiques.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### MÉDECINE SOCIALE, RECHERCHES ET PRÉVENTION

### Le Passé, le Présent, l'Avenir

II

C'est volontairement, c'est à dessein que, dans ma précédente chronique (1), j'ai employé à deux reprises l'expression *politique* syndicale, *politique* sanitaire. Qu'est-ce donc que la politique ? C'est, nous dit Larousse, l'art de gouverner ; ce sont les affaires qui intéressent cet art, la manière de les conduire. C'est donc, en médecine, la manière de conduire les affaires qui intéressent la profession. C'est, de même, en ce qui concerne l'hygiène et la prophylaxie, la manière de mener les affaires qui intéressent, en ce domaine si vaste et si complexe, la santé publique. S'il appartient au Gouvernement d'avoir et de pratiquer une politique sanitaire, les Syndicats ont, de leur côté, pour rôle essentiel, de mener les affaires professionnelles et de pratiquer, par suite, une certaine politique syndicale.

Et qu'est-ce alors qu'un politicien ? Toujours d'après Larousse, c'est celui qui fait de la politique. Je m'imagine donc qu'un politicien de la médecine, c'est celui qui fait de la politique syndicale ou sanitaire. Et dès lors, Léon Bourgeois, Honnorat, Justin Godart.... tous ceux qui, au Parlement et dans les conseils du Gouvernement, ont fait voter des lois médico-sociales, ont pris des mesures sanitaires, seraient donc des politiciens de la médecine. Et de même, le seraient tous ceux qui, dans les syndicats, et dans leur groupement confédéral, ont préconisé et fait adopter des attitudes définies du Corps médical envers ces lois et mesures. Ce sont plus particulièrement les présidents, secrétaires généraux et administrateurs de nos divers groupements proessionnels. Encore que le mot *politicien* ait, je m'en réfère toujours à Larousse, un sens généralement péjoratif, et soit pris en mauvaise part, ce n'est pas ainsi qu'il me plaît de l'employer, dans les considérations présentes. S'il fut employé récemment avec une intention d'apparence désobligeante pour moi, je sais, à cette heure, que cette apparence fut due à la véhémence avec laquelle celui qui s'en servit, combattit des idées en opposition avec les siennes, et, ses sentiments m'étant connus, je ne m'y arrêterai pas.

Tant que, — le syndicalisme étant encore en enfance, — le *Concours Médical*, qui en fut le berceau, mena les affaires qui intéressaient la profession, il fit, lui aussi, de la politique syndicale. Mais, depuis que les syndicats se sont émancipés, qu'ils ont atteint leur majorat, que leurs effectifs sont devenus imposants, que leur organisme confédéral a pu totaliser près de 20.000 cotisants, et grouper ainsi dans son sein la quasi-totalité des praticiens français, le *Concours Médical* a cessé de participer à l'action, qui est l'apanage essentiel de nos institutions corporatives. Et si ses directeurs purent mériter jadis d'être qualifiés, en bonne part, de politiciens de la médecine, pour avoir participé activement à la conduite des affaires de la profession, il y a de nombreuses années qu'ils se renferment dans leur rôle journalistique d'informateurs, de commentateurs, de critiques et de suggestionneurs.

Les opinions que j'ai, je les fais connaître, je les défends, parfois avec vigueur. Elles provoquent des réactions diverses ; les uns les approuvent ; les autres les combattent. C'est de bonne guerre, pourvu que la lutte soit courtoise, ce qui n'est pas toujours le cas. Toutes les thèses ayant été exposées et débattues, quand les Syndicats, quand la Confédération ont décidé d'adopter une politique définie, de mener l'action d'une certaine manière, je m'incline, en syndicaliste discipliné, me réservant le droit de regretter que des décisions aient été prises, qui me paraissent contraires au bien général.

***

(1) Cf *Concours médical*, N° 29, 17 juillet 1932.

A dessein, également, j'ai employé l'expression *Service de santé civil* et *Formations sanitaires du temps de paix.* Il y a bien longtemps que, pour la première fois, j'ai prophétisé l'avènement de ce service. Etait-ce bien une prophétie ? Et le jour où je crus la faire, ce service n'était-il pas déjà en voie d'organisation ? Si son développement, si rapide, se poursuit avec une intensité étonnante c'est, en partie, qu'il s'est inspiré des méthodes qui firent la fortune du service de santé militaire, dont l'efficacité et le rendement atteignirent un si haut degré de qualité à la fin de la guerre.

Considérer celui-ci seulement comme un ensemble d'organisations où toutes les activités médicales, chirurgicales ou de laboratoire étaient groupées autour d'états-majors administratifs, et comme une conception de soins anonymes et égalitaires, c'est juger sous un angle fermé et rapetissé. Ce fut, à la vérité, une expérience d'envergure qui ne pouvait pas, en effet, ne pas laisser de traces durables et profondes, un exemple fécond qui ne pouvait pas ne pas être retenu. C'est que les résultats en ont été magnifiques, merveilleux : exploits chirurgicaux qui eurent, sur la conservation des effectifs et, conséquemment, sur l'issue du conflit, une influence prépondérante ; prophylaxie admirablement réglée, grâce à laquelle les épidémies furent à peu près inconnues aux armées. Dire des soins dont bénéficient malades, blessés et gazés, qu'ils furent anonymes et égalitaires, c'est en parler péjorativement, avec dédain, alors qu'ils méritent d'être exaltés, tant leur qualité fut exceptionnelle. Je ne voudrais pas abuser de l'avis du Professeur P. Mauriac, rapporté par Dartigues, et que j'ai déjà cité ; ce fut, pour lui, rappellerai-je seulement, *une organisation touchant à la perfection.* Sur quels principes était-elle donc basée ? Des locaux aménagés spécifiquement. La division du travail. L'utilisation des compétences groupées en équipes. La spécialisation sagement ordonnée. Des liaisons intelligemment établies. Une direction technique qui contrôle et surveille. Tout cela, sous le signe combiné du bon sens, de la clarté, de la raison, vertus essentiellement françaises, — les seules dont nous nous recommandons, sans tomber dans les excès d'un américanisme où Sa Majesté la machine règne en maîtresse, et qui confinent à l'absurde...

La guerre terminée, cet enseignement ne fut donc pas perdu. Et nous vîmes nos services hospitaliers s'équiper sur ce modèle et d'après ces directives. Un professeur, M. Gosset, en fit le sujet de son discours d'ouverture d'un Congrès de chirurgie, qu'il présida magistralement : il fut unanimement applaudi, et toute la presse médicale diffusa largement son impressionnant exposé, inspiré de sa propre pratique hospitalière, dans son beau service de la Salpêtrière.

A cette heure, il n'est pas de service d'hôpital de quelque importance où ne commande un chef, assisté de compétences diverses, qui se partagent la tâche et fournissent leur effort spécialisé dont la conjugaison lui permet la synthèse, la vue d'ensemble qui motiveront d'opportunes et salutaires décisions. Et tous les étudiants sont formés dans de tels services, selon ces méthodes. S'ils n'en tirent pas tout le profit possible, c'est qu'ils sont trop nombreux, du moins à Paris, et sans aucune surveillance. Mais cela, c'est une autre histoire.

Tandis que les hôpitaux publics s'organisaient de cette manière et dans cet esprit, l'hygiène sociale créait peu à peu cet armement sanitaire, dont j'ai montré précédemment les éléments, l'extension et les progrès.

Tout cela se faisait d'ailleurs, il me faut bien y insister, sans que le Syndicalisme médical y prît la moindre part, — ce qui ne l'empêche pas de s'en accommoder aujourd'hui.

N'allez pas surtout me faire dire que je forme le rêve malsain, de transposer tous les principes de l'organisation et du fonctionnement du Service de santé militaire dans la totalité de la pratique civile de la médecine ! Loin de moi la pensée d'une vaste hiérarchisation professionnelle du Corps médical, dont chaque échelon serait sous la dépendance de l'échelon supérieur. Cela a sa raison d'être dans l'armée. C'était impérieusement nécessaire aux périodes critiques de la guerre où une discipline rigoureuse s'imposait, noyant les individualités dans la masse tendue unanimement vers le but à atteindre.

Je ne prends acte de la qualité des soins — dans la médecine d'armée, où je fus, comme tant de confrères, un modeste exécutant, que pour en retenir une méthode si remarquablement mise au point, et qui fut génératrice de cette qualité. Méthode dont il est permis de s'inpirer, dont on s'inspire d'ailleurs, dans toute exploitation qui ambitionne de prospérer, en réalisant les fins qu'elle s'est proposée.

Or, nous voici parvenus à un tournant dangereux. Tandis qu'aux centres préexistants, les pouvoirs publics veulent ajouter, pour les assurés sociaux, des centres nouveaux, que le Conseil d'administration de la Confédération repousse en ce qui concerne la prévention, et n'accepte que comme un *pis-aller*, pour les recherches en vue des diagnostics, la Mutualité fait d'inouïs efforts pour s'emparer de la gestion des Assurances sociales, qu'elle prétend mener à sa guise, dans le cadre de sa loi organique de 1898. De hauts dignitaires mutualistes ne se gênent pas pour crier à qui veut les entendre : « Nous nous f.... des médecins ». S'ils parlent avec cette assurance, n'est-ce pas qu'ils sont dès maintenant en pos-

session de leurs cadres, avec leur personnel médical, fonctionnant ou prêts à fonctionner d'abord dans les grandes villes, et particulièrement à Paris, où ils possèdent déjà leur clinique médico-chirurgicale ?

Sachez que je n'invente rien, que je ne pousse pas au noir un tableau qui serait en réalité moins menaçant. Non je ne cherche pas à dresser un bilan transformé à dessein en épouvantail. Epouvantail ? Cela dépend de la façon dont on envisage la question. Si l'esprit médical était farouchement opposé à toutes les situations qui donnent au médecin figure d'employé vis-à-vis d'un employeur, les hôpitaux, les dispensaires, les Sociétés de Secours mutuels, les industries privées ne trouveraient pas de personnel pour soigner leurs ressortissants. Or, les médecins ne leurs manquent pas, bien au contraire.

Mais ces situations dépendantes ont une précarité, une instabilité que nous connaissons bien : congédiement plus ou moins enveloppé de précautions oratoires, brusques renvois, révocations...... Toutes les formes plus ou moins polies de rupture, qui laissent le médecin désemparé et gêné, dépossédé de ressources sans lesquelles il ne peut vivre et qu'il aura parfois du mal à retrouver ailleurs....

Par contre, un statut défini, les garantissant contre de tels aléas, voilà l'avantage dont bénéficient les fonctionnaires. Et voilà le même avantage dont bénéficieront également les médecins qui sont protégés par leur Syndicat, lorsque celui-ci, sous le couvert d'accords, de conventions, de contrats, aura traité avec une collectivité désireuse d'organiser un service de soins dont elle lui confiera l'exploitation et la conduite technique.

Et me voici ramené à mon dada favori, que j'enfourche de nouveau : « Si le Syndicalisme médical veut éviter la *fonctionnarisation*, moindre mal pourtant que l'*asservissement* mutualiste, il faut qu'il adapte la profession, en prenant partout les leviers de commande technique, afin qu'elle réponde à toutes les nécessités de l'heure. C'est au Syndicalisme qu'appartient la mission, lourde, mais glorieuse pour le Corps médical, de faire échec à l'Etatisme menaçant, et d'en prévenir les méfaits, dans le domaine sanitaire. »

Prévention d'un autre ordre. Elle mérite bien d'être prise en considération, n'est-il pas vrai ?

Mais, ne manqueront pas de me riposter mes contradicteurs, toutes ces organisations sanitaires, ne voyez-vous pas qu'elles aboutissent à la ruine du médecin de famille, mieux qualifié pourtant que quiconque, pour dispenser ces soins avec toute son intelligence sans doute, mais aussi et surtout, avec tout son cœur ?

Serait-ce donc que vous en voulez envisager, et préparer peut-être, la disparition ?

Je vous répondrai prochainement. Je terminerai aujourd'hui par cette phrase extraite d'un article du Professeur Maranon, prophétisant qu'en l'an 2.000, « du praticien rendant visite, il en sera question dans les traités d'archéolgie. »

G. DUCHESNE.

***

*J'ai reçu la lettre suivante, du* Docteur DELMAS, *d'Agen, que je remercie vivement de sa mise au point. Fidèle à mes habitudes d'impartialité, je tiens à la publier pour la contribution qu'elle apporte à l'étude que je poursuis et aussi pour les perspectives d'adaptation économique qu'elle permet de prendre et sur lesquelles je reviendrai.*

Je lis dans le dernier numéro du *Concours* (17 juillet) un de vos intéressants articles sur la médecine sociale, prévention, etc... dans lequel vous faites allusion à la « Maison médicale » d'Agen.

Comme je crois me rappeler que vous avez déjà cité cette « Maison médicale » dans d'autres articles relativement récents, je tiens à rectifier une erreur : cette Maison n'existe plus depuis longtemps.

C'était le créateur de la clinique que j'ai prise il y a huit ans, le Docteur Rouillies, mort un an après mon arrivée, qui avait eu l'initiative d'une Maison médicale. En réalité, il s'agissait d'une polyclinique et Roullies avait été un précurseur. Mais, même à l'époque de sa fondation, cette organisation était en concurrence avec une autre clinique de la ville.

Dans un récent et court rapport au syndicat, dont je suis, depuis peu, le secrétaire, je préconisais un centre de diagnostic « disséminé », utilisant les cabinets de tous les spécialistes, en laissant les médecins généraux libres d'envoyer leurs malades où ils le voulaient.

La clientèle du centre aurait été celle des assurés sociaux *triés* par les Caisses. En effet, je proposais que les malades jouissent d'un double avantage : 1° Abattement de 20 % des tarifs de spécialistes et 2° Augmentation de 20 % du tarif de responsabilité des Caisses d'assurances sociales.

Ce projet concluait donc au *statu quo* pour les cabinets médicaux, à la fois pour la défense des intérêts des médecins généraux et pour les besoins d'une clientèle agricole disséminée.

En ce qui concerne la chirurgie, l'O. R. L. et l'Ophtalmologie, nous avons fondé, en avril 1931, une Caisse chirurgicale mutuelle qui, moyennant une cotisation annuelle de 30 francs, garantit au malade la gratuité totale en cas d'opération en clinique : honoraires, séjour, pharmacie, etc.

Cette organisation est destinée à nous défendre contre les cliniques de Caisses, contre l'A. M. G. et contre l'abus des hospitalisations avec gratuité opératoire pour les petits payants.

Le système semble bien marcher et un certain

nombre d'autres départements l'adoptent. La Gironde, les Bouches-du-Rhône, l'Aude viennent de créer ou sont en train de créer des Caisses identiques, en attendant une fédération nationale qui serait le couronnement de l'édifice.

Si cela vous intéresse, le Syndicat des chirurgiens vous donnera tous les renseignements sur la question.

Quant aux œuvres de l'enfance, publiques ou privées, elles ne se font pas, dans le Lot-et-Garonne, sans le contrôle et le concours du Syndicat. Les confrères qui y trouvent des postes y remplissent un rôle administratif simple, ou bien ont organisé un service actif par roulement.

Les attributions des infirmières visiteuses y sont strictement limitées et surveillées.

Nous tâchons donc, comme vous le voyez, de concilier la défense des intérêts professionnels avec les idées de médecine sociale à la mode.

Notre rôle, en province agricole, est évidemment plus simple que dans les grands centres industriels dans lesquels l'esprit d'usine mène tout droit à la conception d'un service de santé civil.

L'essentiel est de ne pas se laisser déborder par une opinion publique assez peu instruite, férue de standardisation et souvent dirigée par des esprits politiques. La lutte ouverte me paraît ici beaucoup moins utile que des conversations cordiales avec des mutualistes libéraux et influents.

Voilà, mon cher Confrère, où nous en sommes pour le moment.

Je vous prie de croire à mes sentiments confraternels et dévoués.

Docteur Delmas.

## MÉDECINS DES LYCÉES ET COLLÈGES

*Le proviseur d'un lycée a-t-il le droit, en cas de maladie d'un élève, de s'opposer à ce que les familles fassent appel au médecin de leur choix ? Cela dépend des termes du contrat de louage de services, conclu entre l'établissement et son médecin.*

*Mais il convient également d'étudier la question du point de vue déontologique et syndical, pour faire disparaître ces situations, qui sont contraires aux principes du libre choix et de l'entente directe.*

Nous recevons la lettre suivante :

Le jeune M..., élève au collège, tombe malade. Les parents demandent que le médecin de la famille soit autorisé à donner ses soins. Refus du proviseur qui exige, d'après le règlement, que les soins soient donnés par le médecin de l'établissement.

Dans ce cas qui doit payer les honoraires ? La famille ou le lycée ? Est-ce qu'une semblable pratique ne pourrait entraîner des abus : spécialistes, prescriptions coûteuses, chirurgien... et les parents n'ont-ils d'autre droit que de payer et de laisser faire ?

Connaissez-vous une jurisprudence de la question ?

Dr L.

### Réponse

Pour résoudre le problème qui m'est soumis, il est indispensable de connaître dans quelles conditions le médecin du lycée a loué ses services, pour donner des soins aux élèves internes.

En effet, le décret du 7 août 1916, fixe les pouvoirs des conseils d'administration des lycées, lesquels proposent à l'approbation de l'inspecteur d'Académie, ou du Recteur un règlement médical.

Tantôt, le médecin du lycée est seul qualifié pour donner ses soins aux internes, au personnel de l'établissement et parfois aux externes, dans les cas d'urgence.

Pour cette besogne, il touche un appointement fixe, qui n'est que le prix de sa location de services, sans pour cela le transformer en fonctionnaire.

Dans d'autres cas, le médecin du lycée, chargé de besognes d'inspection d'hygiène, est choisi, de préférence à tout autre praticien, lorsque les familles ne désignent pas leur médecin pour soigner un élève malade. Dans ce cas, les honoraires sont laissés à la charge des familles, qui honorent directement le praticien.

Un arrêt de la cour d'appel de Montpellier du 4 novembre 1929 (*Mon. jud. Midi*, 1930.53) décide que « lorsqu'un médecin, désigné par une famille, a donné ses soins à un élève d'un établissement d'enseignement, en vertu du libre choix que les règlements de l'institution réservent pour faire appel, en cas de maladie, au praticien désigné par ladite famille de l'élève, il n'appartient pas à un tiers, en l'espèce la ville, de se substituer aux familles, pour contester des honoraires, qu'en vertu du libre choix médical, le médecin doit être réputé avoir directement stipulés de celles-ci ».

De ceci ressort nettement qu'un établissement d'enseignement peut traiter avec un seul médecin, qui loue ses services, ou laisser aux familles le droit de désigner le praticien, qui donnera des soins à un élève interne, en cas de maladie.

Dans le premier cas, si le médecin est payé à forfait, il ne peut rien réclamer directement aux

familles, en sus de son salaire. L'établissement non plus, puisque ce n'est pas le proviseur qui a qualité pour donner des soins, ou pour réclamer des honoraires au nom de son médecin.

Autre question : le proviseur peut-il s'opposer à ce que la famille d'un élève interne fasse appeler un praticien de son choix, au chevet du malade, soigné dans l'établissement ?

Théoriquement et au nom de la discipline intérieure, on peut répondre par l'affirmative. Mais, ce faisant, le proviseur engage sa responsabilité, au cas où la maladie devenant grave, la famille vienne lui reprocher d'avoir opposé un refus à la demande de faire donner des soins, ou de provoquer une consultation avec un praticien autre que celui de l'établissement.

J'estime d'ailleurs que souvent ces difficultés proviennent des confrères eux-mêmes. Peu lui chaut, au proviseur, de s'attirer des difficultés et des histoires, en imposant le médecin de l'établissement à l'exclusion de tous autres, en cas de maladie d'un élève, confié à sa garde. Bien au contraire, le directeur d'un établissement d'enseignement acceptera toutes les consultations, toutes les collaborations, pour que les familles n'aient rien à lui reprocher en cas d'accident, ou de décès.

Mais il n'en est plus de même du médecin, qui a loué ses services. Il est jaloux de ses prérogatives et de son monopole. Il est bien partisan du libre choix pour toutes les situations, dans lesquelles il n'a pas son petit fromage ; mais il entemps garder jalousement et égoïstement pour lui toutes les fonctions que par relations, ou influences, il est parvenu à se faire confier, en toute exclusivité.

Ce sera donc souvent ce médecin-employé qui défendra son salaire et refusera soit de laisser le libre choix du médecin, en cas de maladie, soit même l'appel en consultation d'un confrère.

Aussi, dans le cas qui m'est soumis, crois-je qu'il est indispensable de connaître les termes du contrat de louage de services passé entre le lycée et son médecin ; puis de soumettre la question à la plus prochaine assemblée générale du syndicat médical local, qui aura à connaître et à décider du maintien du *statu quo*, ou de la disparition de cette situation monopolisée, en conformité avec les grands préceptes du libre choix du médecin et de l'entente directe. Dr Paul BOUDIN.

## ASSURANCES SOCIALES

### Signature sur la feuille de maladie de l'acquit d'honoraires non perçus par le praticien

I. — *Le praticien, qui, sans percevoir comptant ses honoraires, signe néanmoins, dans la colonne* ad hoc *de la feuille de maladie, l'acquit de ce qui lui est dû, commet une imprudence personnelle, car le client peut ensuite, à bon droit, refuser de payer sa dette, acquittée par avance.*

II. — *Il commet de plus un acte professionnel dommageable à la corporation, en rendant possibles des fraudes, ou collusions, permettant à l'assuré de toucher, dans certains cas, de sa caisse plus qu'il n'aura payé au praticien.*

III. — *La question mériterait de retenir l'attention du Corps médical syndiqué.*

Nous avons reçu la lettre suivante :

Je vous fais part de mon étonnement au sujet de l'acquit des feuilles d'assurés sociaux. Le syndicat trouve légitime que des médecins signent dans la case de paiement sans toucher leurs honoraires que leur client, pensent-ils, ne tardera pas à leur rapporter, dès paiement par la caisse ou en fin d'année. Il s'établit ainsi ou deux catégories de médecins (ceux qui signent sans toucher et ceux qui ne le font pas) ou deux catégories de malades (ceux qui acquittent à bout de feuille, comme peu solvables ou plutôt malhonnêtes et ceux auxquels on fait un long crédit).

J'ai objecté qu'un assuré social n'est pas un indigent, qu'il a une caisse d'épargne pour la maladie (les caisses d'assurance sociale) qu'en y envoyant sa feuille non signée il peut se faire avancer la part de responsabilité que lui doit la caisse et l'indemnité de repos. On m'a objecté qu'il ne faut pas indiquer aux assurés cette façon de faire car on risque fort alors de n'être payé par eux qu'au tarif de responsabilité des caisses.

Je ne comprends plus ! La caisse devant payer la feuille sans signature avertit par lettre le médecin du non paiement et déclare que tant que cette feuille ne sera pas acquittée, il ne sera pas délivré à cet assuré d'autres feuilles lui permettant d'user des assurances sociales. On craint ce système et on n'hésite pas, par contre, à acquitter des notes non payées. Je croyais que devant la justice, comme devant le percepteur, l'acquit des feuilles en constatait le paiement et qu'aucune réclamation ne pouvait s'élever à ce sujet. Et puis que fera le médecin signataire anticipé si on ne lui donne que les honoraires du tarif responsabilité — ou encore mieux — rien du tout ? N'est-ce pas une des mille façons indirectes mais inconscientes de risquer d'être rabaisien

par force ? « Choisissez bien le client auxquel vous ferez cet avantage » (lequel ? n'est-il pas aussi facile à lui de se faire régler par la caisse le tarif responsabilité et de payer ensuite intégralement le médecin ?) Mais que puis-je opposer à un client qui viendra me demander la raison pour laquelle je ne le traite pas au point de vue honoraire comme j'acquitte M. Un Tel, que de cette façon je lui fais injure en doutant de son honnêteté ? Eh bien soit, nous ne signons aucune feuille avant paiement. Mais que dire lorsque l'on m'oppose la façon de faire d'un confrère aussi honorable que moi et qu'on me fait part de l'étonnement du préposé à la caisse locale à ce sujet. (Il faut croire que cet anté-acquit doit simplifier la paperasse). Alors nous glissons tout doucement, indirectement par la force de la veulerie, vers le paiement au tarif de responsabilité des caisses.

Je ne puis traiter autrement un assuré social que de la façon dont, client ordinaire, autrefois je le traitais. Il payait tous les ans, tous les deux ans. Il continuera de même. Mais pardon, s'il est accidenté du travail ne lui remettrez-vous pas sa note en fin de traitement pour son assurance ? S'il est devenu assisté vous enverrez le mémoire de vos honoraires à une date fixe ainsi que s'il vous consulte comme mutilé de guerre. Pourquoi ? parce que le règlement de ces formations où joue le tiers payant est ainsi conçu. Eh bien le règlement des assurances sociales où il y a un tiers payant indirect est ainsi, pourquoi ne pas s'y plier ? Est-ce seulement parce qu'il est tiers payant indirect et qu'il ne rembourse que partiellement les honoraires ?

A une personne qui me demandait un acquit dans ces conditions j'avais opposé que je ne voulais pas commettre un faux et lui ai demandé ce qu'elle penserait si je mettais sur sa feuille une intervention à 100 francs que je ne lui ferais pas payer. Réponse : « Sans compter que cela m'arrangerait bien ! »

Autrefois le médecin était consulté pour sa science et sa conscience. C'était le savant homme de l'art de tous les livres de lecture, l'homme sans compromissions aussi sacerdotal que son curé. Maintenant cela est passé au second plan, le médecin doit plaire. Le bon médecin est celui qui a pas mal de laisser-aller dans la rédaction des certificats aussi bien pour les accidents du travail que pour les pensionnés de guerre, dans le paiement de ses honoraires, les règles de déontologie ; c'est l'homme que l'on va bientôt tutoyer, le copain que l'on tape sur le ventre avant de lui demander des services administratifs. A celui-ci de bien se faire appuyer politiquement pour ne pas avoir d'ennuis. Si un jour le médecin devient fonctionnaire il ne conservera pas la dignité que possèdent les fonctionnaires des finances, mais tombera dans la politicaillerie et sera jugé et honoré pour les services rendus à son député, partageant avec lui l'estime goguenarde des électeurs.

Dr J.

**Réponse**

Le médecin ne doit signer l'acquit que lorsqu'il a touché les sommes indiquées.

S'il a affaire à un client de mauvaise foi, celui-ci lui opposera plus tard sa signature sur la feuille d'assurances sociales, tout comme si, n'ayant pas touché d'honoraires en droit commun, le praticien donnait néanmoins à son malade un reçu pour solde de tout compte.

Ce reçu libérerait entièrement le débiteur, malgré les protestations du créancier.

En second lieu, il est dangereux pour le médecin de signer ainsi des feuilles d'assurances sociales, dans la case de la perception des honoraires. Si le malade se sert de cet acquit anticipé pour se faire remettre des sommes importantes par sa caisse et que, plus tard, le médecin réduise sa créance en n'acceptant qu'un total inférieur à ce qu'a touché le malade de sa caisse, il y aura collusion présumée entre médecin et client, pour faire payer à la caisse plus qu'elle ne devait (escroquerie et complicité) ou pour faire de la médecine au rabais, contrairement aux règles de déontologie.

Pourquoi s'entêter à suivre les errements passés, alors que la loi des assurances sociales donne au corps médical la possibilité d'être désormais payé comptant ?

Si le malade est hors d'état d'acquitter sa visite, ou consultation, il demandera l'avance à sa caisse.

Mais, dit-on, si le malade est hors d'état de payer au tarif syndical, il n'aura en poche que ce que lui aura remis sa caisse, au tarif de responsabilité.

Ce sont d'abord des situations assez rares : mais le malade hors d'état de payer au début de sa maladie le sera encore moins lorsqu'il sera resté un certain temps malade.

De plus, pareil système nous ramène au tiers payant que le corps médical a entendu supprimer.

De deux choses l'une : ou le malade est véritablement pauvre et incapable de payer une visite, ou consultation au prix syndical, qu'il se fasse inscrire comme notoirement indigent (article 59 de la loi).

Ou il est momentanément gêné : il peut y avoir alors entente entre la caisse et le syndicat, pour que l'avance soit faite, par la caisse, non seulement du prix de la visite, mais aussi du demi-salaire auquel le malade peut avoir droit.

J'ajoute, pour terminer, que je réponds en droit ; mais que des situations particulières peuvent être envisagées par collaboration entre caisse et syndicat médical.

Mais, d'une manière générale, j'estime qu'un médecin commet une imprudence en signant l'acquit d'honoraires qu'il n'a pas perçus.

Dr Paul Boudin

II

Je vous remercie de votre aimable lettre et de l'appui de votre haute autorité. Il restera tout platonique si la Confédération (les syndicats locaux sont trop près de la lutte et doivent se retrancher derrière une autorité légiférante) n'avertit pas les syndicats ou les médecins et n'exige la signature que contre paiement complet.

Elle indiquerait par exemple dans une lettre de ce genre :

« La signature acquit avant paiement est une mauvaise habitude qui doit disparaître comme contraire à la loi et à la dignité médicale. Le client constatant que son médecin l'avantage par une fausse signature ne comprendra plus dans quelque temps, pourquoi celui-ci ne marque pas de fausses interventions ou des repos injustifiés. Nous devons veiller à ce que nulle entorse ne soit faite à la loi et « La femme de César ne doit pas être soupçonnée ».

« Vous risquez d'ailleurs, et alors sans défense, en recevant un paiement au tarif responsabilité des caisses, d'être poursuivi par le syndicat comme rabaisien et, sans paiement, de l'être par la caisse pour collusion et complicité d'escroquerie.

« En conséquence pour vous soustraire plus facilement à cette mauvaise habitude, vous voudrez bien afficher dans votre salle d'attente sous votre carton « Aux assurés sociaux » le papier suivant :

« La loi exige que la signature d'acquit soit don-
« née seulement contre paiement complet par l'as-
« suré pour chaque acte médical.

« Au besoin vous pouvez, sans honte, pour hono-
« rer votre médecin demander à la caisse qui est
« votre caisse d'épargne l'avance de son tarif res-
« ponsabilité et demi-salaire.

« Si vous ne pouvez compléter la somme entre ce
« tarif et le tarif médical adressez-vous à votre com-
« mune qui dans ce cas, si besoin est, vous mettra sur
« la liste des assurés sociaux assistés. »

Les caisses seraient averties de ne pas délivrer d'autres feuilles de maladie avant acquit de celles datant d'un mois (ou plus) par exemple. A elles d'en avertir les correspondants locaux se considérant bien souvent uniquement comme des distributeurs de feuilles pour sociétés de secours mutuels et ignorant tout de la loi.

Hélas le médecin est individualiste. Il espère par ses relations ou sa clientèle être plus malin que ses confrères, ce qui fait que nous serons grignotés, mais pas toujours avec honneur ou dignité — malgré les avertissements, les secours, les dévouements, la science des légistes syndicaux qui ne nous auront pas manqués.

D[r] J.

**Réponse**

La loi des Assurances sociales a besoin de retouches qui devront s'inspirer de l'expérience provenant de son fonctionnement pendant quelques années. Cette question de la perception des honoraires intéresse au premier chef les praticiens ruraux, ou de petite ville, qui ont souvent à pâtir, d'une manière plus aiguë que dans les grandes villes, des procédés des confrères rabaisiens.

Le procédé que flétrit le Docteur J. permet le débinage systématique des confrères voisins, qui se font payer comptant. Il autorise également de très nombreuses fraudes au détriment des caisses.

Aussi croyons-nous intéressante la suggestion formulée par le Docteur J., surtout de voir les syndicats de praticiens et leur Corporation mettre à l'étude les moyens pratiques et corporatifs, pour l'unification du «*modus faciendi*» concernant les diverses applications de la loi sur les Assurances sociales.

D[r] Paul Boudin.

## LE RECENSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE, LA DÉSERTION DES CAMPAGNES ET LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Il a été procédé, comme on le sait, le 8 mars 1931, au dénombrement de la population française. Les résultats, établis après un travail méticuleux et difficile, étaient attendus, non seulement avec un esprit de curiosité scientifique, due à un problème démographique de la plus haute importance, mais avec un sentiment d'inquiétude. En effet, les dangers de la dépopulation ont été si souvent proclamés, que la crainte d'un grave déficit dominait toutes les prophéties, mêmes les moins pessimistes.

Les alarmistes, pour nous servir d'un terme qui tout en n'ayant pas droit de cité, dans les milieux académiques, trouve beaucoup d'amateurs, se sont trompés, dans leurs prévisions. Cependant, il n'est pas possible non plus de donner raison aux optimistes. La réponse à la question posée n'est pas d'une grande simplicité, et il nous paraît utile de jeter un coup d'œil sur les chiffres qui viennent d'être publiés dans le *Journal officiel*.

La première constatation, la plus rassurante, renseigne sur le nombre total. D'après les opérations effectuées le 8 mars 1931, la population globale s'élève à 41.837.923, soit, par rapport aux chiffres de 1926 (40.743.807) compte tenu de quelques rectifications, une différence de plus de 1.091.026 habitants.

Vu l'attraction exercée, par la France, sur les étrangers, voudra-t-on interpréter l'augmentation comme la conséquence, sinon seule et unique, tout au moins essentielle, de l'immigration en voie d'accroissement continuel ? Détrompons-nous. La supposition, par trop simpliste, n'est exacte qu'en partie. Seulement 385.876 unités sont à mettre sur le compte des étrangers, tandis que le reste imposant doit son origine aux Français.

Dans le tableau d'ensemble, d'apparence encourageante, ou si l'on veut mieux, point décourageante, une tache sombre frappe l'attention. Si la France ne se dépeuple pas, il n'en est pas de même dans les campagnes. Ainsi, les 44 départements, où la population est en diminution, sont presque exclusivement agricoles, tandis que les 46 qui enregistrent une augmentation sont des départements industriels.

Parmi les régions, où les usines attirent les masses, le département de la Seine vient en tête, non pas à cause de Paris, mais en relation avec le développement de la banlieue. Paris proprement dit n'a passé que de 2.830.206 à 2.891.020, mais l'agglomération parisienne a gagné 228.092 habitants.

En province, les Bouches-du-Rhône offrent un exemple instructif et en même temps typique. Le département gagne 172.123 habitants, dont 165.052 pour la ville de Marseille seule, qui atteint maintenant 800.181 habitants. Un accroissement identique est à noter dans le Nord, dans la Moselle et dans les Alpes-Maritimes. Celles-là doivent leur augmentation surtout au prodigieux développement de Nice, qui, avec ses 219.549 habitants, devient la cinquième ville de France et dépasse Lille. Rappelons, à cette occasion, que les Alpes-Maritimes comptent presque un tiers d'étrangers, soit 170.446 sur 435.253. Cette proportion est la plus forte de toutes celles constatées partout ailleurs.

Contrairement à la situation, observée dans les villes et départements industriels, la campagne trahit une tendance nette vers le dépeuplement qui s'explique peut-être, non pas tant par la pauvreté du sol que par l'éloignement des « plaisirs » de la ville, ainsi que par des conditions économiques. La désertion n'est pas chose nouvelle dans certains endroits, comme le Plateau Central (Haute-Vienne, Creuse, Puy-de-Dôme, Haute-Loire), la Gascogne, la Normandie agricole (Orne et Eure) une partie de la Bourgogne (Saône-et-Loire, Yonne). Par contre, ces phénomènes paraissent nouveaux et surprenants en Bretagne (Côtes-du-Nord, Finistère, Morbihan).

***

Qu'il s'agisse de l'histoire déjà ancienne, ou de faits saillants de date récente, la désertion des campagnes ne peut laisser indifférente l'opinion publique et surtout celle des médecins, qui savent combien l'on doit parfois payer cher l'exode rural. A notre époque de crise et de chômage, le problème devient particulièrement aigu. Les miséreux de toute sorte, notamment les nouveaux pauvres, qui grossissent la file des hôpitaux peuvent éviter leur triste sort, si l'on fait de la prévention, en décongestionnant les villes et en repeuplant les campagnes.

S'exposer à la faim et à la maladie, dans les centres urbains surpeuplés, ou bien se créer une existence saine, dans les régions rurales qui manquent de bras, pour le médecin le choix est fait. Non seulement, il voudra agir individuellement en pleine connaissance de cause, à l'aide de cas particulièrement tragiques, mais il sera partisan de mesures sociales de large envergure, permettant de trouver une solution appropriée pour les innombrables victimes d'une désertion, devenue désastreuse.

Les prétuberculeux et les tuberculeux occupent, parmi les campagnards déracinés ou les citadins désaxés, une place à part. Leur retour à la terre a déjà fait l'objet d'un projet de loi, présenté au nom de M. G. Doumergue, par M. J. Hennessy, ministre de l'agriculture, M. H. Chéron, ministre des Finances, M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et des Prévoyances sociales et de M. Antériou, ministre des Pensions.

Dans l'exposé des motifs du projet de loi, déposé à la Chambre des députés, à la deuxième séance du 12 mars 1929, les ministres rappellent tout d'abord que la guerre a modifié profondément l'économie générale du pays. Pour répondre, pendant les hostilités, aux besoins de la défense nationale, la France a dû organiser des industries nouvelles et multiplier ses usines. Ces industries ont connu une ère de prospérité. Mettant à profit, au retour de la paix, des circonstances favorables, elles ont conquis de nouveaux débouchés et augmenté leur production. Il leur a fallu alors une main-d'œuvre abondante et stable, qu'elles se sont procurée, en grande partie, dans la population rurale.

L'exode vers les centres urbains, après les pertes innombrables que venait de faire l'agriculture sur les champs de bataille, a aggravé le mal chronique de la désertion des campagnes. En beaucoup de régions, les terres les plus fertiles sont maintenant abandonnées aux cultures extensives, et, dans d'autres contrées, l'immigration étrangère empêche seule la ruine complète de l'agriculture.

L'afflux incessant des travailleurs vers les villes présente un autre danger. La surpopulation et la crise de l'habitation qui en est la conséquence aboutissent, au point de vue de l'hygiène publique, à des résultats déplorables.

Dans les grandes agglomérations, 20 p. 100 des habitants logent aujourd'hui, dans des taudis ou des locaux trop étroits, privés d'air et de lumière, véritables foyers de maladies contagieuses, où la tuberculose décime la jeunesse et tend à l'étiolement de la race.

Cette situation paraît au gouvernement grave. La diminution de la populaion agricole et l'encombrement des villes par les travailleurs que les conditions d'hygiène défavorables livrent à la tuberculose, pour ne citer que le fléau principal, aboutiraient rapidement, si l'on y portait remède à un réel désastre. Pour cette raison, il est d'après les promoteurs du projet de loi de toute nécessité de favoriser le retour à la terre de ceux qui, amoindris dans leurs facultés de production par la maladie, ne peuvent retrouver leur activité antérieure qu'en vivant à la campagne.

Le Gouvernement considère aussi comme un devoir, au moment où l'agriculture a besoin, plus que jamais, de robustes énergies, de prévoir, en faveur des anciens combattants, des dispositions législatives leur permettant de se fixer à la campagne, d'y acquérir, dans de bonnes conditions, une exploitation rurale, de la mettre en valeur avec les membres de leur famille et de les ramener par ce moyen à la vie active.

***

Puisque depuis longtemps, les pouvoirs publics se préoccupent des conséquences sociales de la tuberculose, le projet de loi sur le retour à la terre trouvera l'appui de tous. On n'oubliera point que certaines lois ont déjà permis de créer, à l'intention des malades des villes, des œuvres d'hygiène et d'assistance, mais, il faut reconnaître que les solutions multiples et fragmentaires, réalisées à ce jour, n'ont pas enrayé la gravité du mal, ni résolu la question du point de vue économique, dans des conditions conformes aux intérêts généraux du pays.

En effet, il est rare que les malades puissent rester, jusqu'à complète guérison, dans les préventoriums et les sanatoriums, encore trop peu nombreux. Dès que leur santé est améliorée, ils cèdent leur place à d'autres, reviennent à la ville, réintègrent le taudis parfois meurtrier, où bientôt leur état s'aggrave, tandis qu'autour d'eux ils sèment le germe de la maladie.

Une œuvre d'assistance sociale est inefficace si elle ne soustrait pas les individus incomplètement guéris au milieu qui a causé leur déchéance physique. Dans l'intérêt de la Société, autant que dans celui des malades, il est désirable d'éloigner définitivement de la ville les tuberculeux et pré-tuberculeux sortant des préventoriums et des sanatoriums, en facilitant leur installation à la campagne. Des citadins, vaincus par le taudis et l'atelier, il faut, de l'avis des promoteurs du projet de loi, faire, dans les communes rurales, des habitants de logis clairs et les auxiliaires de la production agricole.

Une objection peut, sans doute, se présenter car bien souvent, certes, le tuberculeux, en voie de guérison, ne peut cultiver la terre, c'est-à-dire : labourer, faucher et moissonner, comme un ouvrier agricole. En raison du diagnostic qui l'oblige à quitter la ville, il obtient rarement un emploi dans une ferme. Si, par extraordinaire, il trouve à s'embaucher, il lui est difficile de satisfaire son patron, car il ne peut fournir l'effort physique exigé par les travaux des champs.

Il est donc nécessaire d'assurer au tuberculeux et au prétuberculeux une situation indépendante qui le mette à l'abri du renvoi et l'attache à la vie rurale par les liens puissants de l'intérêt. On atteindra ce but en lui facilitant l'acquisition d'une propriété rurale, qu'il s'engagera à cultiver avec les membres de sa famille, suppléant au besoin à l'insuffisance de son aptitude professionnelle.

***

La réalisation du projet de faire retourner à la terre les malades ou les candidats à la maladie, qu'ils soient anciens combattants ou non, nécessite une mise importante de fonds. Aussi, en vue de faciliter l'attribution de prêts à moyen terme et à long terme individuels, en application de la loi du 5 août 1920, et de la loi proposée :

1° aux prétuberculeux sortis de sanatoriums ou de préventoriums,

2° aux pensionnés militaires gazés ou tuberculeux,

il sera constitué deux fonds de garantie du crédit agricole :

*A*) En faveur des prétuberculeux et tuberculeux sortant des sanatoriums ou préventoriums au moyen de prélèvements annuels sur la part du produit des jeux dans les cercles mise à la disposition du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, conformément à l'article 48 de la loi du 30 juin 1923, modifié par l'article 14 de la loi du 19 décembre 1926 ;

*B*) En faveur des pensionnés militaires gazés ou tuberculeux au moyen de crédits annuellement ouverts au budget de l'Office national des mutilés et réformés de la guerre.

Le fonds de garantie, constitué en faveur des prétuberculeux et tuberculeux sortant des sanatoriums ou des préventoriums, serait géré par une commission siégeant au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de Prévoyance sociales et comprenant des représentants de ce ministère, du ministère des Finances, du ministère de l'Agriculture, de la Caisse nationale

de crédit agricole et des Caisses régionales de crédit agricole mutuel. Un décret déterminera la composition de cette commission.

Le fonds de garantie, constitué en faveur des pensionnés militaires, gazés ou tuberculeux, sera géré par l'Office national des mutilés et réformés de la guerre.

Ajoutons qu'il peut être accordé par l'Etat aux prétuberculeux et tuberculeux sortant des sanatoriums ou préventoriums par prélèvement sur la part du produit des jeux dans les cercles, par l'Office national des mutilés, aux pensionnés militaires gazés ou tuberculeux, des bonifications en atténuation de l'intérêt des prêts à moyen terme et à long terme consentis par les Caisses de crédit agricole aux intéressés.

Le projet de loi, dont nous donnons certains extraits, a trouvé un accueil favorable auprès de la Commission d'Assurance et de Prévoyance sociales. M. Thoumyre, député, s'est, dans son rapport, prononcé pour l'adoption, mais l'appareil législatif, dans sa totalité, n'a pas encore dit son dernier mot décisif. Il faut espérer qu'à la lumière des chiffres, établis par le dernier recensement, et grâce à l'appui du Corps médical, le problème abordé trouve, enfin, sa solution rapide, aussi bien dans l'intérêt des malades que du pays tout entier.

G. ICHOK.

## VARIÉTÉS

### Un rapt d'enfant en 1730

Si, de nos jours, il faut aller en Amérique, pays des gangsters, pour voir pratiquer des vols d'enfants, il fut un temps où notre pays connut ce genre d'incidents désagréables.

Et ceci, pour des motifs divers : quelques-uns commettant ce crime par vengeance, ou pour en tirer une rançon, les vagabonds pour en faire des mendiants, les Juifs pour satisfaire, en les tuant, leur haine des chrétiens.

Aussi vieille que l'humanité, cette déplorable pratique est signalée dans l'Exode (XXI-16) : Que celui qui vole un homme et le vend, convaincu de ce crime, soit puni de mort.

Les Romains lui donnaient le nom de plagium, particulièrement appliqué au vol d'esclaves, qui a donné, en français, jusqu'au milieu du XVII^e siècle, le nom de « crime de plage », dont il nous est resté plagiaire.

Jusqu'à la Révolution, les châtiments qu'encouraient les ravisseurs étaient sévères : les femmes étaient fustigées, marquées de la double fleur de lys, condamnées à la prison perpétuelle ; les vagabonds étaient punis de mort, le bûcher consumait les Juifs.

Les contes de notre jeunesse ont gardé l'écho de ces vols, et la crainte du ramoneur ou du bohémien nous empêcha maintes fois de commettre une sottise.

En l'an 1730, à Paris, une petite fille jouait devant la porte de la maison de son père, officier de justice.

Vint à passer une « Bohémienne » ou une « Egyptienne » de ces femmes, qu'une ordonnances du 11 juillet 1682 condamnait à avoir la tête rasée, et, en cas de récidive, à être fustigée et bannie hors du Royaume ; elle vit l'enfant, la cajola, lui offrit des bonbons, fit tant et si bien qu'elle l'amena avec elle, la fit mendier, et la conduisit en Angleterre.

Les recherches entreprises par le père furent vaines ; et les années passèrent.

Le hasard de leurs pérégrinations ramena à Paris les deux mendiantes ; l'enfant avait conservé un vague souvenir de son enfance ; elle reconnut sa ville natale, fit de l'esclandre dans la rue en voulant s'échapper, de telle sorte que le guet, survenant, conduisit les deux perturbatrices devant le Commissaire du quartier.

L'enfant raconta son histoire, et le père, alors procureur du Châtelet, eut l'heureuse surprise de la reconnaître.

Cette histoire, authentique, est presque celle de Mignon.

Le 1^er juin 1740, la Bohémienne, son procès fait, fut condamnée « d'être battue et fustigée de « verges par l'exécuteur de la Haute justice, dans « tous les carrefours ordinaires et accoutumés, « ayant la corde au col et écriteaux devant et « derrière, portant ces mots : « Fille qui a sous- « trait et emporté un enfant hors le royaume » ; « Et, en l'un desdits carrefours, flétrie d'un fer « chaud en forme de fleur de lys sur les deux « épaules ; ce fait, conduite en la maison de force « de l'Hôpital Général, pour y demeurer enfer- « mée le reste de ses jours. »

Le 6 juillet suivant, la sentence fut exécutée.

Ces vols d'enfants avaient, dès cette époque, un retentissement considérable dans le public. Ils y créaient même des paniques, la foule se portant à des excès regrettables, sans preuves suffisantes et faisant du désordre dans les rues.

A tel point que la Cour du Parlement, sur rapport des officiers de Police du Châtelet, prit un arrêt le 25 mai 1750, contre ceux qui ameuteraient ainsi la population ; et interdit les attroupements et rassemblements dans les rues et places de la ville et des faubourgs.

Et cet arrêt fut suivi d'exécution.

Le 1er août de la même année, la Cour du Parlement, condamna Lebeau, charbonnier, Charvat dit Bonnet, portefaix, et Urbain, à être « pendus et étranglés tant que mort s'en suive, chacun en une potence qui à cet effet sera plantée en place de Grève, leurs corps morts y rester 24 heures, ensuite portés au gibet de Paris »; confisqua leurs biens, blâma le nommé Deguisy « pour ce mandé en la Grand chambre, y étant à genoux », le condamna à 3 livres d'amende envers le Roi. La répression était dure.

Si elle fut efficace contre les fauteurs de troubles, il y a tout lieu de croire qu'elle n'eût que peu d'effets sur les voleurs d'enfants, car les annales judiciaires des années suivantes renferment pas mal d'exemples de cas identiques.

Mais il serait fastidieux d'en continuer le récit. Dr CAUZERGUES.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...Le malheur dans toute interprétation d'un texte est la recherche de l'effet ...*
(René-Louis DOYON).

DCCVIII. — Jules BARBEY D'AUREVILLY. — **L'Ensorcelée.** Un vol. 15 × 20 illustré de soixante aquarelles de Maurice Lemainque et tiré pour la *Collection française* sur les presses du maître imprimeur Coulouma à huit cents exemplaires numérotés : 20 Madagascar avec deux aquarelles originales, 16 Annam avec une aquarelle originale, 16 Arches, 750 Rives (1). *Editions Cyral.* Paris, 1932.

Comme vous tous j'avais autrefois lu le roman. En le relisant, j'ai trébuché (dès la page 4) sur un mot qui m'a surpris : l'éditeur est soigneux ; l'écrivain familier de la langue ; à qui attribuer l'expression « *populations musculaires* », qui ne dit pas tout à fait ce qu'elle a charge de dire ? Musclé, musculeux, musculaire ne sont pas synonymes indifférents. La grammaire elle-même de l'Académie, quitant pardonne et tant excuse (2), ne justifie pas cette impropriété ; je la soumets à vos réflexions. C'est la seule imperfection du livre qui est superbement présenté. Sa typographie est impeccable, ornée de discrètes lettrines rouges, et bien distribuée. Mais je désire surtout attirer votre attention sur l'illustration de Lemainque qui est tout à fait remarquable.

Son dessin est tracé avec aisance et fermeté : il donne à son objet une puissante assise ; il est sobre, simple, toujours étroitement soumis au texte, dont il réflète et amplifie la sauvage grandeur. Sombres silhouettes profilées sur ciel de cataclysme, ombré de lourdes nuées, galops de cavaliers lancés sur la lande, églises trapues sur des horizons désolés, masures au toit de bruyères , ruines, boqueteaux, où l'absence de l'homme et des fumées témoigne de ce silence hostile où guettent les Chouans. Teintes comme assourdies, feutrées, estompées de gris, de bruns, de bleus noirs, de bure, d'orage, et soutenant des gestes ou des lignes d'une tragique dureté. L'ensemble de leur ambiance est soigneusement et très véridiquement rustique. L'artiste s'est d'ailleurs inspiré sur place des sites où se déroule l'action : il a composé ses aquarelles à Saint-Sauveur-le-Vicomte, à Coutances et leurs environs. M. Yver, fondateur et conservateur du musée Barbey d'Aurevilly, à Saint-Sauveur, lui a communiqué à cet effet de précieux documents. Plus encore que ce souci d'exactitude est frappant le scrupuleux métier de Lemainque : l'harmonie de ses couleurs, la précision de son trait très appuyé sans la moindre lourdeur et transcrivant avec une très juste vérité la massive gaucherie et la pesante et réfléchie brutalité des scènes du livre.

Son inspiration atteint par la droiture et la force de sa traduction une impressionnante qualité ; elle donne la constante illusion d'un pathétique figé, d'un grave et immobile saisissement des personnages, statural ; du déroulement fatidique d'un drame les manœuvrant dans un décor simplifié entre la haine active de l'homme et le calme endeuillé des champs.

(1) Prix suivant le papier : 380 fr., 300 fr., 250 fr., 200 francs.

(2) Je vous présenterai, de M. F. Brunot un faisceau de curieuses observations qui s'abattent sur ce Traité comme canne noble sur dos de faquin !

DCCIX. — Giovanni PAPINI. — **Gog.** Un vol. 12 × 19 traduit de l'italien par René Patris d'Uckerman. *Editions Flammarion.* Paris, 1932, 12 francs.

Ce livre burlesque est un véritable chef-d'œuvre d'observation. Journal apocryphe d'un milliardaire américain (familièrement surnommé Gog et foncièrement maboul), ce document contient en raccourci toute l'histoire humoristique des vanités, des grotesques illusions qui enchantent nos vies, tous les bégaiements des désirs, des ambitions, des manies, des loufoqueries qui ont cours quotidien et de celles qui sont l'apanage des grands hommes. La fortune-dollars de Gog le met en contact avec les individualités les plus diverses : inventeurs méconnus, génies classés, fous bien pensants et de façon générale tous échantillons possibles de l'agitation intellectuelle

ou de ses activités. Soixante-six chapitres d'une inénarrable drôlerie permettent à l'auteur comme dans un conte philosophique l'examen jovial de tristes imperfections. L'amertume cynique de Papini se manifeste avec une ingéniosité si divertissante que sa gravité en semble absente. Je ne saurais mieux vous comparer sa gaieté triste et ses trouvailles qu'à celles de Charlie Chaplin, le mime de génie. Le chapitre de la visite à Freud est particulièrement cruel. Il y a aussi dans le livre d'émouvants passages, et il faut le considérer surtout comme une juste condamnation des exagérations et des incohérences de la vie moderne. De pareils livres ont une autre utilité : ils nous prouvent l'étroite parenté spirituelle, qui unit au fond nos goûts et nos sentiments à ceux de frères de race italiens, que l'on s'efforce stupidement par tous les moyens de dresser contre nous. La traduction de René Patris est d'une souplesse vocabulaire qu'il serait injuste de passer sous silence.

DCCX. — Andrée MÉGARD-GÉMIER. — **Et l'on revient toujours...** Un vol. 12 × 19, orné de six gravures hors texte. Souvenirs d'une Comédienne. *Editions Malfère.* Paris, 1932, 15 francs.

Ces souvenirs sont exempts de tout cabotinage : le fait vaut d'être noté. J'étais encore à la maternelle quand A. M.-G. triomphait à la scène. Je ne peux donc juger de son livre que l'agrément de son récit. Il est établi avec autant d'esprit que de modestie. Les anecdotes sont contées avec ce brio et cette malice indulgente, dont sa génération de grands comédiens fut coutumière. Elle évoque d'illustres personnages, et quelques confrères, à qui elle eut affaire lors d'un accident d'automobile et qui lui donnèrent de notre profession peu flatteuse opinion. Le ton de son autobiographie dépourvu de banalité me laisse supposer qu'elle tient l'incident pour épisodique ! Retirée en sa Franche-Comté, elle repasse ses souvenirs sans mélancolie avec la juste mais discrète fierté d'une grande artiste, qui sut se garder des vertiges mesquins de la rampe.

DCCXI. — Capitaine LUX. — **Mon évasion.** Un vol. 11 × 19 orné de gravures et fac-similés. Préface du général Hirschauer. *Editions « Les Œuvres Représentatives ».* Paris, 1932, 12 francs.

Le capitaine Lux, arrêté en 1910 sous l'inculpation d'espionnage en Allemagne, brûla la politesse à ses géôliers dans des conditions qui étaient restées mystérieuses. Il rapporte dans le présent récit les détails de préparation et d'exécution de son évasion. La persévérance et le courage, qu'il déploya, aidé d'affectueuses complicités, lui permirent de sortir de la forteresse de Glatz. Son odyssée est écrite simplement, comme s'il n'y eut pas risqué sa vie.

DCCXII. — Henri POLLÈS. — **Sophie de Tréguier.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.* Paris, 1932.

L'intrigue de ce roman bretonnant ne présente pas de particulière originalité, mais il vaut surtout par les pittoresques notations de folklore et de coutumes locales. L'auteur parle d'un pays et de gens qu'il connaît et qu'il aime, encore que ceci ne suffise pas à nous faire oublier Renan, de Tréguier.

DCCXIII. — Manuel GALVEZ. — **Les Chemins de la Mort.** Roman. Un vol. 12 × 19 traduit de l'espagnol par Georges Pillement. *Editions de la N. R. F.* Paris, 1932.

Les traductions de Pillement savent garder au texte ses couleurs, son mouvement. Les foules et les cohortes de Galvez, soulevées par un patriotique enthousiasme de guerre d'indépendance, animent le livre d'une rumeur populaire qui fait penser à la vigueur de Zola quand ne l'enflèvrent pas des bouffées de rut. Benjamin Crémieux a écrit en tête du roman une très claire introduction qui situe dans l'œuvre de Galvez et dans la littérature sud-américaine.

DCCXIV. — Stella BENSON. — **Tobie et l'Ange.** Roman. Un vol. 12 × 19 traduit de l'anglais pour la collection « *Feux Croisés* » par Georgette Camille. *Editions Plon.* Paris, 1932.

Ce roman a obtenu le prix Femina anglais 1932. Sa traduction, ici encore, est soigneusement établie. Aussi ai-je frotté mes yeux en y lisant cette phrase surprenante (p. 105) : « *Il se jeta à plat ventre dans l'eau, la bouche ouverte émergeant à la surface.* » On ne remarque les défauts que dans les bons ouvrages : or, celui-ci est excellent. Il transpose en Corée japonaise l'histoire rajeunie de Tobie, dans un milieu charitable de Russes-Blancs émigrés. Il y a beaucoup de sentiment dans cette émouvante aventure et une très riche science descriptive. La préface d'Edmond Jaloux est un compliment fort bien tourné enjolivé de juvénile enthousiasme aussi littéraire que galant.

**Varia*****

Je recommande une fois de plus à votre attention les prestigieux *Livrets du Mandarin* (nº de juin). En leur compagnie et celle de Gog vous respirerez loin des faiseurs un air fraîchement ventilé : il y passe quelques vapeurs de soufre, d'harmonieux rugissements de colère. Leur rédacteur a un style d'une pureté et d'une précision d'orfèvre ; il a aussi le courage de ses opinions et celui de ses haines. Soit un ensemble de qualités qui ne courent plus les rues.

* L'*Archer* de Voivenel a confié à Campagnou le soin de disserter d'actualité de la Césarite. Il continue la publication de la biographie de Laperrine conquérant du Sahara ; commente (A tous seigneurs tous honneurs!) le Salon des artistes méridionaux où, en bon camarade, il découvre des chefs-d'œuvre. Les revues littéraires de province ont rarement pareille vitalité : tant vaut l'animateur tant vaut le papier .....

10 juillet 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles.

## Fédération médicale de l'Aude

*Assemblée générale du 31 janvier 1932*

*Présidence* : Docteur GIROU.

Bureau : Docteur Craponne, secrétaire ; Docteur Ormières, trésorier ; Docteurs Deumie, Thiébault (Castelnaudary) Docteur Muquet (Lézignan) ; Docteur Espezel (Limoux et Haute Vallée de l'Aude).

Etaient présents : 35 membres représentant Carcassonne, Narbonne, Castelnaudary, Limoux, Lézignan, Belvèze, Haute Vallée de l'Aude.

**Assurances sociales.** — Le docteur Girou, président de la Fédération médicale de l'Aude, fait un résumé de la situation des Assurances sociales durant l'exercice 1931. Il en ressort que depuis le 1er octobre 1930, l'assurance-maladie fonctionne, le Syndicat médical a signé avec toutes les Caisses et a su obtenir le respect du libre choix et des tarifs syndicaux (15 francs le jour, 30 francs la nuit, 22 fr. 50 le dimanche ; kilomètre parcouru 1 fr. 50) ; les contrats passés ont su conserver à la médecine sa qualité de profession libérale : liberté aux malades de choisir leur médecin, liberté au médecin de fixer ses honoraires. Les médecins semblent s'être adaptés à la loi, la paperasserie a peut-être été augmentée, mais il faut savoir se contraindre à une loi ; les médecins n'ont rien perdu de leur personnalité, de leur indépendance et ont maintenu des tarifs raisonnables. D'un autre côté l'assuré malade est assez satisfait de la loi, mais l'assuré opéré est tout à fait déçu devant les indemnités dérisoires octroyées. Nous avons fait une démarche auprès des Caisses pour que, quand elles connaîtront leurs recettes, elles élèvent leur tarif de responsabilité à un taux au moins égal à celui du risque médical (le risque chirurgical est couvert par le coefficient 8 tandis que le risque médical est couvert par le coefficient 12), le malade comprend mal cette différence qui lèse chirurgiens et spécialistes ; il y a des améliorations à faire.

**Assurance sociale et assistance médicale gratuite.** — Une question délicate dans les Assurances sociales a été le rapport de l'assurance sociale avec l'A. M. G.; la formule du tiers payant au tarif des accidents du travail a été adoptée : 80 % pour les caisses, 20 % pour l'A. M. G. La modalité de paiement est la suivante : le médecin doit envoyer aux *Caisses* à la fin de chaque trimestre un mémoire en triple exemplaire en y joignant les bons de visite d'assistance médicale gratuite ; il faut veiller à ce que la feuille maladie d'assurance sociale soit portée tous les quinze jours à la mairie qui doit la faire parvenir à la caisse.

**Nouvelle nomenclature.** — Par les soins des services préfectoraux, la nouvelle nomenclature a été adressée à tous les médecins de l'Aude ; elle est entrée en vigueur à partir du 1er janvier avec le coefficient K = 15.

**Obstétrique.** — Pour ce qui est de l'obstétrique, les tarifs sont assimilés aux tarifs de petite chirurgie ; nous rappelons les tarifs de la dernière circulaire pour éviter toute confusion.

P. C. 7 = 105 francs. Incision du col, travail, délivrance artificielle, avortement thérapeutique.

P. C. 15 = 225 francs. Forceps détroit inférieur, version podalique, siège, accouchement provoqué.

P. C. 30 = 450 francs. Forceps excavation, césarienne vaginale, embryotomie.

Ces prix s'entendent quand *le médecin fait l'accouchement.* Exemple : accouchement 450 francs + forceps (P. C. 15 = 225 francs) = 675 francs. Mais quand la sage-femme y assiste, a attendu plusieurs heures l'expulsion et est chargée des soins post-partum, la sage-femme perçoit alors le tarif accouchement et le médecin se fait payer le tarif P. C. pour son *intervention* (version, forceps P. C. 15 sera inscrit sur la feuille) mais le médecin demandera à la cliente 450 francs au lieu de 225 puisqu'il ne perçoit pas le paiement de l'acouchement, P. C. 15 restant l'élément contributif de la caisse.

**Pharmacie.** — Nous tenons encore à faire observer aux médecins qu'ils prescrivent des ordonnances trop coûteuses, prescription trop facile de spécialités de luxe ; la liberté des prescriptions est complète, mais si nous voulons la conserver nous devons éviter toute exagération.

**Contrôle.** — Ce sont les abus des prescriptions pharmaceutiques qui ont surtout déclenché le médecin, contrôleur de Caisse, l'exagération dans la consommation médicale a été signalée par les contrôleurs de

Caisses surtout dans certaines régions et des avertissements ont été donnés. Cette question du contrôle si délicate a été portée par les soins de la Fédération médicale de l'Aude à la Commission tripartite. Nous avons réclamé un *contrôle administratif du malade*, contrôle non illusoire à la fin de la maladie, mais effectif au cours de la maladie, ce qui évitera ainsi souvent la suspicion et le déclenchement du contrôle médical. Le contrôle technique a été déclanché très peu : dix fois et le plus souvent la durée de la maladie et le traitement institué étaient motivés. Le rôle difficile des médecins contrôleurs de Caisses a été plusieurs fois mal interprété par certains confrères ; ce rôle est un rôle de collaboration, trait d'union de la Caisse avec le médecin. Cet organisme doit être facilité dans son fonctionnement par une réponse sincère aux questions demandées ; le secret professionnel est saugardé, la Caisse devant tout ignorer des renseignements donnés ; le médecin contrôleur des Caisses est un agent de liaison indispensable dans le fonctionnement de la médecine sociale , il s'occupe le plus souvent à défendre les médecins, bien entendu chaque fois qu'ils sont défendables. Il est peut-être ennuyeux de répondre aux questions posées, mais la médecine sociale exige de telles concessions. Le Président a tenu à féliciter les médecins contrôleurs des Caisses de la façon dont ces services ont été remplis ; si au début, il y a eu quelques erreurs dans la manière, actuellement l'adaptation est bien faite.

**Conseil de famille.** — Le Conseil de famille a siégé une fois sous la présidence du Docteur Gaujon (juges, docteurs Gibert, Deumié, Ormières, Prax, Sempé, Cantié, Pinel). Six médecins ont comparu ; trois pour exagération dans la consommation médicale des prescriptions pharmaceutiques, un pour une question déontologique, deux pour tarif au rabais. Le Conseil de famille pour la première fois a voulu être bienveillant et a prononcé cinq avertissements et un blâme ; il a fait remarquer cependant à ces confrères quelle était l'étendue de ses pouvoirs et les a informés des pénalités prévues. Dorénavant les inculpés reconnus coupables seront en plus condamnés aux dépens d'après les statuts de la Fédération médicale du Sud-Ouest.

**Hospitalisation des assurés sociaux.** — Le Président a reçu récemment le compte rendu d'une séance du Conseil d'administration de la Caisse départementale des assurances sociales dans lequel est exposé le différend qui existe entre les hôpitaux et la Caisse, le ministre ayant fixé par décret le tarif d'hospitalisation à 13 francs en médecine et 16 francs en chirurgie, la Caisse a refusé de signer avec l'hôpital une convention sur des bases supérieures à 21 et 23 francs. Le différend a été porté devant le ministre qui a conseillé à M. le Préfet de faire appel devant la Commission supérieure de la décision prise par la Commission tripartite de l'Aude entérinant les conventions passées entre l'hôpital et les autres Caisses ; la Commission supérieure n'a pas encore rendu son jugement. D'autre part, la Caisse départementale soutient que tant que la filiation ne sera pas terminée, elle ne pourra pas établir son bilan et par conséquent connaître ses disponibilités qui, peut-être, lui permettraient de dépasser le tarif de garantie fixé par le ministre. En attendant cette solution, les hôpitaux du département n'acceptent pas dans leurs services les assurés sociaux inscrits à la Caisse départementale à moins d'urgence.

**Relèvement du tarif d'assistance médicale gratuite.** — Le Président a adressé une demande au Conseil général pour la session d'avril pour le relèvement du tarif d'A. M. G. ; il a reçu de M. le Secrétaire général l'assurance que ce relèvement serait examiné avec bienveillance.

**Accidents du travail.** — Le nouveau tarif des accidents du travail a été révisé, il est applicable à partir du 15 février, il constitue un avantage appréciable, le relèvement intéresse surtout les interventions ; le prix de la visite, consultation ou déplacement n'a pas été modifié.

**Mutualité et chirurgie.** — Le Président rapporte les résultats de ses pourparlers avec l'Union mutualiste départementale. Il a fait comprendre à la Mutualité que le risque chirurgical qui est exempt d'abus, gagnerait a être mieux couvert ; prenant pour base les accords que le docteur Delmas a pu réaliser à Agen, le docteur Girou est arrivé à simplifier encore le contrat mutualité-chirurgie et a obtenu le remboursement à K = 25 pour tout acte opératoire (chirurgie et spécialités) avec prix de journée en clinique à 35 fr. (dans une chambre à plusieurs lits) ; si le malade veut une chambre particulière à 1 lit il paye le supplément. Les modalités de cette entente chirurgico-mutualiste sont à préciser et chirurgiens et spécialistes du département qui, à l'unanimité, ont accepté de collaborer, seront prévenus des termes de l'accord. Cette entente est faite dans un excellent esprit car elle prévient ainsi la création d'établissements privés par la Mutualité ; les assurés sociaux ainsi soignés dans les cliniques déjà existantes, la Mutualité n'a plus d'intérêt à créer des établissements à elle.

**Défense corporative.** — Il nous est agréable de remercier MM. les sénateurs et députés de l'Aude, qui nous ont témoigné une vigilante sympathie. La Fédération médicale du département s'est tenue en rapport avec les représentants parlementaires au sujet des votes de la loi Armbruster et du projet Dorman-Montigny ; notamment au sujet de la tentative de mutualisation des Assurances sociales, nous avons reçu de M. le Docteur Gout une note détaillée relatant son intervention efficace. Le docteur Gout faisant partie à la Chambre de la Commission de la Santé publique, nous a été très utile durant cette législature, nous tenons à l'en remercier. D'autre part, MM. Mistler et Siré, ont défendu nos intérêts et nous ont donné l'assurance qu'ils s'opposeraient au vote du

projet Dorman-Montigny remis *sine die*; nous les en remercions au nom de tous nos confrères.

**Commission des soins aux mutilés de guerre pour 1932.** — Docteur Craponne, secrétaire ; Docteur Soum, suppléant.

**Cotisation.** — 120 francs comme en 1931 répartis comme suit :

50 francs à la Confédération des Syndicats médicaux de France. ; 50 francs aux frais de contrôle Assurances sociales ; 5 francs inscription à la Fédération médicale du Sud-Ouest ; 10 francs, Mutuelle médicale de Toulouse (assurance professionnelle de 10.000 francs, contentieux et recouvrement d'honoraires difficiles, tout syndiqué est assuré de droit). 5 francs frais de secrétariat.

L'Assemblée générale s'est terminée par un banquet confraternel servi dans les salons de l'Hôtel de la Cité.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Thèses.**— Lundi 11 juillet.— Jury : MM. Loeper, Ombrédanne, Abrami, Harvier. — M. Briceno-Iragorry : Affections générales et phanères. — M. Dausse : Essai sur les difficultés de la médecine. — Mme Paula Dreyfuss : A propos des hémorragies observées en pratique dentaire, essai de classification des maladies hémorragiques. — M. Leroux : Etude des carences médicales. — M. Azema : Les spondylolisthésis. — M. Savelli : La méningocèle. Forme rare de spina bifida cystica.

Mardi 12 juillet. — Jury : MM. Léon Bernard, Bezançon, Roussy, Aubertin. — M. Boquet : Etude du syndrome de Spurway van der Hoëve. — M. Raffray : Intérêt de quelques tests pour le diagnostic de certaines formes de tuberculose aiguë. — M. Desourteaux : Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire aigu. — M. Marchand : Etude des insuffisances aortiques fonctionnelles. — M. Foulon: La place nosologique de la lymphogranulomatose.

Jury : MM. Binet, Carnot, Hazard, Brûlé. — M. Bouthillier : Le débit cardiaque. — M. Spector-Itig : Utilité de la recherche du réflexe oculo-cardiaque pour régulariser les anesthésies générales. — M. Durrmeyer Jean : Considérations cliniques et thérapeutiques sur les états hyperthyroïdiens et les troubles gastriques. M. Germon : Intoxication mortelle par l'apiol. — M. Pinus-Rubin : Sur un nouveau cas d'association de lymphogranulomatose maligne et de tuberculose. — M. Ricoux : Etude de la motricité intestinale (application à la thérapeutique et à la pathogénie des constipations fonctionnelles). — M. Seigneury : Sur une observation d'anthracose pulmonaire.

Jury : MM. Champy, Tanon, Giroud, Lian. — M. Ayzenstein Khaya : Etude histo-physiologique des effets vasculaires de quelques glandes endocrines. — M. Laiser-Itic : Etude des septicémies à bacilles de Friedlander. — M. Lubas : La maladie de Kussmaul et Maïer ; périartérite noueuse. — M. Meidinger : Influence des facteurs atmosphériques sur les maladies infectieuses. — M. Stern Hermann : Etude sur l'évolution de la protection légale de la maternité en France. — M. Le Van Tinh : Le paludisme en Cochinchine et sa prophylaxie. — M. Valot : Causes et conséquences de l'heureuse évolution de la mortalité dans le monde

Jury : MM. Claude, Nobécourt, Rathery, Lévy-Valensi. — M. Ascher : Etude du traitement de l'hypertension artérielle. — M. Bornstein : Sur des formes d'association entre catatonie et parkinsonisme dans les névraxites. — M. Chaïm Tegelnicki : Considérations sur l'étiologie de la psychose périodique. — M. Silvian Berl : Les psychoses spirites. — M. Bembaron Victor : Essai sur la pathogénie du doigt hippocratique. — M. Nomblot Jean : Jean Martin de la Martinière (1634-1676), médecin empirique du 17e siècle.

Jury : MM. Gougerot, Laignel-Lavastine, Gastinel, Sézary. — M. Brun : Etude du traitement des lépromes cutanées par la neige carbonique. — M. Le Baron : Bismuthothérapie et cryothérapie dans le traitement du lupus érythémateux. — M. Serbanesio : Les nodosités sous-cutanées des enfants. — M. Alex Melun : Galien.— M. Etienne Polacco : A quel âge contracte-t-on la syphilis.

Jury : MM. Brindeau, Cunéo, Lenormant, Proust. — M. Parent : De la suture du rectum au crin de Florence au cours des périnéorraphies pour déchirure compliquée du périnée. — M. de Soria : La réaction de Vernes à la résorcine chez les tuberculeuses gravides. — M. Jean Camard : Les tumeurs à cellules géantes des gaines tendineuses digitales. — M. Quilichini : Etude des ruptures musculaires du quadriceps fémoral. — M. Amiard : Etude du traitement opératoire de l'hallux-valgus. — M. Mégnin : L'apicolyse sans plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Maly : Etude du raccourcissement du fémur sain dans la grande boiterie.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

## Enseignement

— **Clinique infantile.** — Un *cours de perfectionnement de médecine infantile* sera organisé sous la direction du Professeur Rohmer, à la Clinique infantile de Strasbourg, du 10 au 22 octobre 1932, avec le programme suivant :

1° *Alimentation, nutrition, troubles digestifs du nourrisson.* — Les bases scientifiques de l'alimentation du nourrisson ; Technique de l'alimentation artificielle ; Dystrophies alimentaires ; Etats de carence et de précarence ; Etiologie et pathogénie de la diarrhée ; Formes cliniques de la dyspepsie aiguë ; Hypothrepsie et athrepsie ; Les vomissements ; Entérites ; Prématurés et débiles (Professeur Rohmer). — L'eczéma du nourrisson ; Travaux récents sur le rachitisme (Docteur Woringer).

2° *Enfants plus âgés.* — L'amygdalectomie totale

chez les enfants ; Indications ; Technique opératoire ; Résultats (Professeur CANUYT). — Les formes organiques de l'arriération mentale ; Les modifications apportées par l'âge infantile à la symptomatologie des psychoses (Professeur PFERSDORFF). — Les lésions oculaires dans l'hérédo-syphilis (Professeur WEILL). — Les troubles du développement physique des enfants ; L'alimentation des enfants plus âgés ; Dyspepsies et entérites chroniques après la première année (Professeur ROHMER). — Vomissements acétoniques ; Traitement des néphrites et des névroses chez les enfants ; Indications et résultats de la transfusion sanguine chez les enfants (Docteur PHÉLIZOT). — Occlusion intestinale (Docteur BINDSCHEDLER). — Rôle de l'infection latente dans les maladies de l'enfance (Docteur WORINGER).

3° *Maladies infectieuses.* — Notions actuelles sur la conduite de la sérothérapie de la diphtérie ; La maladie sérique : formes cliniques, pathogénie, traitement ; Encéphalite aiguë de l'enfant (Docteur WILLEMIN-CLOG). — Forme évolutive de début de l'infection tuberculeuse ; B. C. G. ; Forme inapparente de l'hérédo-syphilis ; Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis (Docteur VALLETTE).

4° *Travail social.* — Aperçu général sur les lois démographiques qui conditionnent la natalité et la mortalité infantiles. Législation et œuvres privées. Le rôle du médecin (Professeur ROHMER).

Les conférences auront lieu tous les jours de 9 à 10, 11 à 12 et de 17 à 18 heures.

Tous les jours, de 10 à 11 heures, visite clinique avec examen de malades.

De 15 à 17 heures, démonstrations et travail pratique au laboratoire et à la biberonnerie. Visites d'œuvres de l'enfance.

Droit d'inscription : 300 francs.

Pour l'inscription et tous les renseignements, on est prié de s'adresser au Professeur ROHMER, directeur de la Clinique infantile, hôpital civil, Strasbourg.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

*(Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul VUILLEMIN, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; de M. CARRION, ancien chef de laboratoire des hôpitaux de Paris, directeur des Laboratoires Carrion ; du Professeur Villiam W. KEEN, doyen des chirurgiens américains, membre associé de l'Académie de médecine ; du Professeur BANG, de Copenhague, connu pour ses travaux sur l'avortement épizootique et la mélitococcie ; du Docteur Maxime LANG, de Montpellier ; du Docteur RIGAL, de Chevreuse (Seine-et-Oise).

— **Prix du Congrès des accidents du travail de Genève.** — Le Comité d'organisation du VI[e] Congrès international des accidents et des maladies du travail, tenu à Genève en 1931, a institué un prix unique de « mille francs suisses » à décerner à l'auteur du meilleur travail original et inédit sur le sujet suivant :

« Valeur de l'état antérieur dans l'appréciation des suites d'un accident du travail. »

Sont admis à concourir les médecins de tous pays.

Le prix sera décerné lors du prochain Congrès international qui se tiendra à Bruxelles en 1935.

Les manuscrits, dactylographiés en deux exemplaires, devront parvenir au secrétaire général du Congrès de Genève, M. le Docteur Yersin, 3, rue de la Monnaie, à Genève, avant le 31 décembre 1934.

Ils seront rédigés en français, anglais, allemand ou italien.

L'auteur conservera la propriété de son œuvre, mais devra la publier dans l'année qui suivra l'attribution du prix.

Le jury sera composé du bureau du Comité d'organisation du Congrès de Genève.

Les manuscrits seront adressés non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre cachetée renfermant le nom, l'adresse et les titre du candidat.

— **Le IV[e] cours international de perfectionnement** pour médecins de la *Fondation Tomarkin-Locarno* aura lieu à Milan du 12 septembre au 2 octobre 1932. Le cours sera organisé par la Fondation Tomarkin sous les auspices de l'Université royale de Milan.

Il est prévu que les thèmes qui seront traités pendant ce cours comprendront les spécialités suivantes : maladies du cœur, cancer, vaccination antidiphtérique, neurologie (neurosyphilis, sclérose en plaques, poliomyélite), hormones.

Jusqu'à ce moment, les professeurs-conférenciers dont les noms suivent ont accepté l'invitation et assuré leur coopération à ce cours : E. Abderhalden, Halle, ; H. Alexander, Agra ; M. Ascoli, Palermo ; L. Asher, Berne ; E. Bertarelli, Pavia ; R. Bing, Bâle ; Fr. Blumenthal, Berlin ; L. van Bogaert, Anvers ; J. Bordet, Bruxelles ; Th. Brugsch, Halle ; A. Dustin, Bruxelles ; G. Fichera, Pavie ; C. Foà, Milano ; A. Gigon, Basel ; B. Gosio, Roma ; C. Heymans, Gand ; A. von Korànyi, Budapest ; E. Laqueur, Amsterdam ; Ch. Laubry, Paris ; J. Lépine, Lyon ; R. Leriche, Strasbourg ; C. Levaditi, Paris ; E. Läwenstein, Vienne ; Th. Madsen, Kopenhagen ; E. Morelli, Roma ; C. von Noorden, Wien ; L. M. Pautrier, Strasbourg ; N. Pende, Genova ; F. Pentimalli, Perugia ; Cl. Regaud Paris ; P. Rondoni, Milano ; G. Roussy, Paris ; F. Rusca, Locarno ; H. Sachs, Heidelberg ; D. Sarason, Berlin ; F. Sauerbruch, Berlin ; A. Schittenhelm, Kiel ; Lina Stern, Moskau ; M. Taute, Berlin ; P. Uhlenhuth, Freiburg i. B. ; R. von der Velden, Berlin ; W. Weichardt, Wiesbaden ; C. Wilmanns, Heidelberg ; L. Zoja, Milano.

Pour tous renseignements prière de s'adresser au secrétariat de la Fondation Tomarkin, Case postale 128, Locarno (Suisse).

*Le Directeur-Gérant* : D[r] A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
***Maison spéciale pour périodiques médicaux***

Arrête :

L'article 11 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929 est ainsi modifié :

« Les candidats choisissent entre les divisions et catégories ci-après :

1re DIVISION. — BIOLOGIE

« *Catégorie A.* — Anatomie. — Une composition sur une question d'anatomie mascroscopique et une composition sur une question d'histologie et une question d'organogénèse ».

**Arrêté du ministre de l'Education nationale du 18 juillet 1932 portant adjonction de trois catégories nouvelles aux catégories du concours du premier degré de l'agrégation des Facultés de médecine.**

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Vu l'arrêté du 6 avril 1929 portant règlement de l'agrégation des facultés de médecine, modifié et complété par les arrêtés des 15 février, 18 juillet 1930, 21 mai 1931 et 11 février 1932 ;

Vu l'avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public ;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1. — Les dispositions des articles 11 et 16 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929 sont complétées ainsi qu'il suit :

*Art.* 11. — Les candidats choisissent entre les divisions et catégories ci-après :

1re DIVISION. — BIOLOGIE.

*Catégorie H* bis. — Pharmacologie et matière médicale. — Une composition sur une question de physiologie générale et pharmacodynamie et une composition sur une question de matière médicale chimique et naturelle.

*Catégorie I* bis. — Médecine légale. — Une composition sur une question de pathologie générale et une composition sur une question de médecine légale.

*Catégorie J* quater. — Urologie. — Une composition sur une question de pathologie générale chirurgicale et une composition sur une question de physiologie et pathologie urinaires.

*Art.* 16. — Les épreuves du concours du premier degré donnent accès aux épreuves du concours du deuxième degré suivant le tableau ci-après

*Catégorie H* bis. — Pharmacologie et matière médicale , à la section 8 Pharmacologie et matière médicale.

*Catégorie I* bis. — Médecine légale, à la section 13 Médecine légale.

*Catégorie J* quater. — Urologie , à la section 19 Urologie.

Art. 2. — Exceptionnellement et pour le concours

de 1932 seulement, le registre des inscriptions, pour les candidats aux trois catégories susvisées du concours du premier degré, sera ouvert dans les secrétariats des académies pendant deux mois à compter de la publication du présent arrêté.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Assurance-maladie. Infirmité antérieure à l'application de la loi.

140. — M. Boissel-Dombreval demande à M. le ministre du Travail si l'enfant d'une assurée, née avec un bec de lièvre et âgée actuellement de quatorze ans, peut avoir droit, du fait de sa mère assurée, aux prestations maladie pour un appareil de prothèse (palais artificiel) pour améliorer son état de santé général ou sa facilité d'élocution. (*Question du 7 juin* 1932).

*Réponse.* — Les prestations de l'assurance maladie ne sont pas dues pour des infirmités antérieures à l'application de la loi sur les assurances sociales. (*J. O.* 17 *juillet*).

## SERVICE DE SANTÉ

### Prise de rang

Réserve

Par décret du 5 juillet 1932 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve, ci-après désignés libérés du service actif, est fixé ainsi qu'il suit et par décision ministérielle du même jour ces officiers reçoivent les affectations suivantes :

Les méd. sous-lieut. : (15 sept. 1927) Gueirard, 15e rég., maint. ; Dambrin, 17e rég., maint. ; (15 sept. 1928) Bardin, rég. Paris, maint. ; Cadet, rég. Paris, maint. ; Gorse, rég. Paris, maint, ; Lévy-Klotz, rég. Paris, maint. ; Milhaud, rég. Paris, maint. ; Moline, rég. Paris, maint. ; Simonnet, rég. Paris, maint . ; Lieffring, 9e rég. aff. rég. Paris ; Courtial, 2e rég., aff. rég. Paris ; Bretey, 20e rég., aff. rég. Paris ; Flouquet, 1re rég., maint. ; Levet, 6e rég., aff. 1re rég. Genel, tr. Maroc, aff. 1re rég ; Totin, 2e rég. maint. ; Audige, 3e rég., maint. ; Letresor, 3e rég., maint. ; Saullière, tr. Maroc, aff. 3e rég.

Bezier, 4e rég., maint. ; Esnoux, 10e rég., aff. 4e rég. ; Durieux, 12e rég., aff. 4e rég. ; Leveiller, 5e rég., maint. ; Lecocq, tr. Maroc, aff. 6e rég. ; Jocquel, 7e rég., maint. ; Gaume, 19e C. A., aff. 7e rég. ; Roy, 8e rég., maint. ; Aaron, 9e rég., maint. ; Landry, 3e rég., maint. ; Varangot, 4e rég., aff. 9e rég. ; Pou-

lin, 5e rég., aff. 9e rég. ; Barré, 10e rég., maint. ; Desvaux, 10e rég., maint ; Couette, 6e rég., aff. 10e rég. ; Coudray, 19e. A., aff. 10e rég. ; Laurent, 10e rég., aff. 11e rég. ; Picaud, 11e rég., maint. ; Defaut, 12e rég., maint. ; Dumery, 12e rég., maint. ; Labarre, 12e rég. , maint.

Sicol, 12e rég., maint . ; Sirieix, 12e rég., maint., Lachaud, rég. Paris, aff. 12e rég. ; Defouilloux, 13e rég., maint. ; Berre, 15e rég., maint. ;Dumon, 15e rég., maint. ; Llucia, 15e rég., maint. ; Moulin, 15e rég., maint. ; Beille, 16e rég., maint. ; Calas, 16e rég., maint. ; Carratier, 16e rég., maint. ; Fau, 16e rég., maint. ; Fourcade, 16e rég., maint. ; Ponsaille,16e, rég., maint. ; Raynard, 16e,rég., maint. ;Reymond-16e rég., maint. ; Oreckin, 17e rég., aff. 16e rég. ; Robert, 17e rég., maint. ; Barrère, 16e rég., aff. 17e rég.; Cazaux, 18e rég., aff. 17e rég. ; Bonnaud, 18e rég., maint.

Comte, 18e rég., maint. ; Dejean, 18e rég., maint. ; Le Lain, 18e rég., maint. ; L'Huillier, 18e rég., maint. ; Pourcelet, 18e rég., maint. ; Bernard-Lapommeraye, 9e rég., aff. 18e rég. ; Sourreil, 17e rég., aff. 18e rég. ; Chiapponi, 19e C. A., maint. ; Guedj, 19e C. A., maint. ; Medinger 19e C. A., maint ; Regula, 20e rég., maint. ; Troesch, 20e rég., maint. ; Samuel, tr. Maroc, aff. 20e rég. ; Knecht, tr. Maroc, aff. 20e rég. ; Poulain, tr. Maroc. maint. ; (28 octobre 1928) Martin, 8e rég., aff. rég. Paris ; (10 novembre 1928) Luxereau, rég. Paris, aff. 5e rég. ; Carcy, 17e rég., maint. ; (20 novembre 1928) Pozzo di Borgo, 19e C. A., maint. ; (28 novembre 1928) ; Ligier, 8e rég., maint. ; (2 décembre 1928) Gilormini, 15e rég., aff. rég. Paris.

(16 décembre 1928) Lefebvre, rég. Paris, maint. ; (17 décembre 1928) Lavigne, 18e rég., maint. ; (18 décembre 1928) Lesourd, 11e rég., aff. 4e rég., (26 janvier 1929) Erieau, 17e rég., aff. 11e rég. ; 15 mars 1929) Favro, 10e rég., maint. ; Le Gall, rég. Paris, aff. 11e rég. ; Roques, 16e rég., maint. ; (20 mars 1929) Bachman, rég. Paris, maint. ; Auzepy, rég. Paris, maint. ; Amram, rég. Paris, maint. ; Bardin, rég. Paris, maint. ; Bloch, rég. Paris, maint. ; Boquet, rég. Paris, maint . ; Chigot, rég. Paris, maint. ; Courtois, rég. Paris, maint. ; Delinotte, rég. Paris, maint. ; Dupuy-Dutemps, rég. Paris. maint.

Gazeau, rég. Paris, maint. ; Grasset, rég. Paris, maint. ; Josseran, rég. Paris, maint. ; Lehmann, rég. Paris, maint., Mace de Lepinay, rég Paris, maint. ; Nicolas, rég. Paris, maint. ; Oster, rég. Paris, maint. ; Prost, rég. Paris, maint. ; Tulasne, rég. Paris, maint. ; Tyrode, rég., Paris, maint. ; Grabli, 4e rég., aff. rég. Paris ; Urbain, 4e rég. aff. rég. Paris ; Guy, 6e rég., aff. rég. Paris ; Jusseaume, 6e rég., aff. rég. Paris ; Kreyts 6e rég., aff. rég. Paris ; Schwartz, 6e rég. aff. rég. Paris ; Brizard, 14e rég., aff. rég. Paris.

Grozieux de Laguerenne, 20e rég., aff. rég. Paris ; Leblanc, 20e rég., aff. rég. Paris ; Pour, 20e rég., aff. rég., Paris ; Jomain, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Sergent, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Cavel, tr. Tunisie, aff. rég. Paris ; Lesage, 19e C. A., aff. 1re rég. ; Jauneau, 2e rég., maint. ; Braillon, 1re rég., aff. 2e rég. ; Augeix,

6e rég., aff. 2e rég. ; Lefèvre, 6e rég., aff. 2e rég. ; Olivier, 3e rég. maint. ; Trumel, 3e rég., maint. ; Lecadre, rég. Paris, aff. 3e rég. ; Gourcon, 12e rég., aff. 3e rég. ; Dugue, 19e C. A., aff. 3e rég. ; Profichet, tr. Maroc, aff. 3e rég. ; Thorain, 5e rég., maint. ; Voizot, 8e rég., aff. 5e rég. ; Beletre, 20e rég., aff. 5e rég.

Huet, 6e rég., maint. ; Janvier, 6e rég., maint,. ; Maleplate, 6e rég., maint. ; Fournaud, 7e rég., maint. ; Malgas, 8e rég., maint. ; Maréchal, 18e rég., aff. 9e rég. ; Pigeaud, tr. Maroc, aff. 9e rég. ; Roulin, 19e C. A., aff. 10e rég. ; Renault, 11e rég., maint. ; Biliard, 13e rég., maint. ; Hermabessière, 13e rég., maint. ; Maronne, 7e rég., aff. 13e rég., Barioz, 14e rég., maint. ; Bovièr, 14e rég., maint. ; Granet, 15e rég., maint. ; Lioure, 16e rég. aff. 15e rég. ; Viala, 16e rég., maint. ; Souilhe, 19e C. A., aff. 17e rég., maint. ; Lévy, 19e C. A., maint. ; Nicolai, tr. Maroc. aff. 19e C. A. ; Christiany, 20e rég., maint. ; Meylaender, 20e rég., maint. ; Pain, tr. Levant, maint.

(15 septembre 1929) Delamare, rég. Paris, maint. ; Laplane, 15e rég., aff. rég. Paris ; (20 mars 1930) Aubrun, rég. Paris, maint. ; de Font Reaulx, rég. Paris, maint. ; Frumusan, rég. Paris, maint. ; Hamburger, rég. Paris. maint. ; Lazard, rég. Paris, maint. ; Lemant, rég. Paris, maint . ; Leuret, rég. Paris, maint. ; Martin, rég. Paris, maint. ; Netter, rég. Paris, maint. ; Richard, rég. Paris, maint. ; Demaldent, rég. Paris, maint. , Laquerrière, rég. Paris, maint. ; Brunel, rég. Paris, maint. ; Cariotti, 4e rég., aff. rég. Paris ; Dugas, 15e rég., aff. rég. Paris ; Courvoisier, 19e C. A., aff. rég. Paris ; Simon, tr. Tunisie, aff. rég. Paris ; Gigon, tr. Maroc, aff. rég. Paris.

Kreis, tr. Maroc. aff. rég. Paris ; Hutin, tr. Tunisie, aff. 1re rég ; JStefani, 3e rég., maint. ; Lemeilletier, 6e rég., aff. 3e rég'. ; Piel, 10e rég., maint.

## A PROPOS DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### Une « observation » du Dr F. Decourt

Il arrive parfois que, donnant des soins d'urgence à un blessé grave, un confrère, après lui avoir fait des pansements d'urgence et voyant que le blessé a besoin d'être transporté à l'hôpital, l'emmène, *lui-même*, dans sa propre auto, alors qu'il n'y a pas d'autres moyens pratiques de transport. Puis, le confrère me demande ce qu'il a *droit* de réclamer à l'assurance pour le dit transport.

J'ai toujours répondu — et continuerai à répondre — qu'il ne s'agit plus là d'un « Tarif médical », mais d'une question de « loueur de voiture » à régler, *à l'amiable*, avec l'assurance.

Or, voici plusieurs fois que des confrères m'écrivent avoir ainsi réglé à l'amiable avec l'assurance, aux prix mêmes du tarif médical des « Indemnités de déplacement du médecin ». Voici

Je croyais qu'il aurait droit à la déduction jusqu'en 1932.

Dr C.

**Réponse**

Pour donner lieu à une réduction comme personnes à la charge, les enfants ne doivent pas avoir 21 ans au 1er janvier de l'année au titre de laquelle l'imposition est faite.

Un enfant né en 1910 a 21 ans au 1er janvier 1932, par conséquent ne peut compter parmi les personnes à la charge pour l'imposition au *titres de* 1932 calculée sur le bénéfice de 1931.

A. M.

### 3799. — Changement de résidence

Voulez-vous avoir l'obligeance de soumettre à notre conseiller fiscal la question suivante en le priant de me donner quelques détails sur ce qui motivera sa réponse :

« Quand en France un docteur en médecine transporte son cabinet d'une région dans une autre, pour quelle raison la patente qu'il a payée dans la première n'est-elle pas valable pour exercer dans la deuxième puisqu'il n'exerce que dans une seule région ?

Dr P.

**Réponse**

Le médecin qui change de résidence après le 1er janvier doit la patente pour l'année entière à son ancienne résidence et ne peut être impoé à la nouvelle que pour la différence des valeurs locatives des locaux. A. M.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 4060. — Les prix en « banlieue » des villes de plus de 100.000 habitants

J'habite M..., canton de T..., et commune limitrophe de cette ville (90.000 habitants). De plus M.., est à moins de 2 km. de la limite de R.... (octroi), dont M..., est séparé par une bande de territoire appartenant à T....

Quel est le tarif à appliquer pour les visites à domicile des blessée du travail ?

Est-ce simplement 15 francs ; est-ce 18 francs comme banlieue de R... ? est-ce 15 francs plus indemnité kilométrique ? Dans ce cas, à partir de quelle distance puis-je appliquer l'indemnité de déplacement de 1 fr. 50 au kilomètre ?

Jusqu'aujourd'hui, j'ai toujours obtenu 17 francs (ancien tarif) mais dernièrement la *x*... m'a réduit de 9 francs, une note ou il y avait trois visites.

Dr D.

**Réponse**

Il n'y a point (au point de vue tarif des A.T.) de « banlieue de T... », puisque cette ville n'a pas 100.000 habitants. Si vous êtes, par contre, à moins de 2 kilomètres de « la limite administrative » de R... qui a plus de 100.000 (si je ne me trompe), vous avez droit à la majoration, mais alors, vous n'avez plus à compter d'indemnité de déplacement horokilométrique, puisqu'il est dit, à propos de ces prix spéciaux ; « *quelle que soit la distance* » (voir *Annexe* à l'art. 2 *in fine* du tarif). Cette majoration de 3 francs par visite est, en effet, une indemnité *forfaitaire* de déplacement, pas autre chose, et ce n'est pas toujours un avantage.

D[r] Fernand DECOURT.

### 4080. — Double exemplaire des certificats

Je vous serais très reconnaissant de me faire donner par le service compétent du journal le renseignement suivant, relatif aux *Assurances-Accidents du travail* :

Lors de la consolidation de blessures donnant lieu à une incapacité permanente, doit-on délivrer au blessé *le certificat de consolidation en double exemplaire ?*

Dans plusieurs circonstances analogues, où ce certificat était très détaillé et fort long, je n'avais remis à l'accidenté qu'un seul exemplaire, destiné à la mairie. Or, chaque fois la Compagnie d'assurance m'a prié de lui envoyer un exemplaire de ce certificat de consolidation.

Cette façon de procéder est-elle régulière au point de vue légal ? n'est-il pas possible de s'en libérer, ce travail de copie étant fastidieux et demandant beaucoup de temps ?.

**Réponse**

*Seul*, le certificat *initial* porte la mention « y compris la copie » (art. 30). On n'est donc *pas obligé* de donner le certificat de guérison ou de consolidation en double exemplaire. Mais il est si simple de ne l'écrire qu'une fois et de l'avoir en double, en plaçant une feuille de papier carbone sous celle sur laquelle on écrit, et cela, simplement pour rendre service au blessé lui-même.

D[r] Fernand DECOURT.

### 4086. — 1° Intervention inutile (?) ; 2° Certificats descriptifs ou non (?)

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me renseigner sur les honoraires que je dois demander dans les cas suivants. (Accidents du travail).

1° Un blessé vient le 11 mars à ma consultation. Je diagnostique : fracture du radius droit au tiers inférieur par retour de manivelle — Pose d'une écharpe — Certificats (sans déplacement).

Le 12 mars, je lui fais un appareil plâtré, à son domicile à 10 kilomètres, aller et retour ;

Le 13 mars, une visite à son domicile pour constater l'état de son bras dans le plâtre, s'il n'est pas trop serré, et échancrer le plâtre à la main, au coude, etc.

Puis je l envoie au radiographe, pour vérifier mon diagnostic et si la réduction de la fracture est correcte.

Le radiographe constate : pas de fracture du radius mais luxation du semi-lunaire. Par téléphone je conviens avec lui qu'il adresse le blessé chez un chirurgien qui enlève le plâtre et intervient pour pratiquer l'ablation de l'os luxé.

Que dois-je demander pour mes visites, intervention et consultation ?

2° Un blessé, (fracture de côte ?) est soigné par un de mes confrères. A la fin de son temps d'invalidité, le patron va trouver le docteur et lui dit que le blessé est guéri. Le docteur envoie le certificat de guérison.

Le lendemain, le blessé me fait demander, me raconte cela, ajoutant qu'il est en désaccord avec son patron qui l'a congédié, veut que je l'examine pour constater qu'il n'est pas guéri et que je lui délivre un certificat. Après quelques difficultés, je me rends à ses désirs et lui donne un certificat disant qu'une huitaine de jours sont nécessaires à sa guérison.

Quelque temps après, l'agent de la Compagnie vient me voir et m'informe que la Compagnie a accepté les huit jours de prolongation donnés par moi, et prend à sa charge la visite et le certificat.

Que dois-je demander ?

Visite avec examen à 10 kilomètres et retour. Rédaction d'un certificat médical descriptif sur l'état du blessé presque guéri (mon certificat délivré à la demande du blessé).

Dr R.

**Réponse**

1° Vous ne pouvez compter une « réduction et contention » d'une fracture qui n'existait pas. Comment pourriez-vous libeller votre note ? Vous ne pouvez donc compter que les consultations ou visites effectuées.

2° Si le blessé pouvait marcher, il devait venir à la consultation (art. 2) ; sinon, vous avez à compter votre visite plus votre déplacement, plus le certificat *descriptif* donné au cours du traitement (16 francs). N'oubliez pas qu'il est dit (à cet art. 30) « ne sont pas considérées comme certificats de cette catégorie (descriptifs) les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri » et que, de plus, il est dit (*ibidem*). « Tout certificat fourni au cours du traitement *à la demande* du patron ou de son assureur ». Vous voyez la complexité de ce que vous me demandez et combien les réponses peuvent varier suivant les faits eux-mêmes. Soyez donc « prudent » dans l'établissement de votre note.

Dr Fernand DECOURT.

## Questions médico-militaires

### 2923. — Attribution de l'indemnité de soins aux tuberculeux

Un de nos malades pensionné à 100 % pour tuberculose pulmonaire a reçu de la Préfecture — sans avoir été appelé à fournir d'explications — un blâme sévère et a été prévenu que son indemnité de soins lui serait enlevée s'il ne se soumettait pas absolument aux obligations imposées par la loi aux malades de sa catégorie.

Quelles sont ces obligations ?

Ce malade se rend tous les trois mois au dispensaire d'hygiène sociale le plus voisin distant de 7 kilomètres. Il se soumet à la visite de l'infirmière-visiteuse de ce même dispensaire... Sa femme et ses enfants subissent l'examen de cette infirmière.

Quels sont les droits de l'infirmière-visiteuse ? Jusqu'où peut-elle pénétrer dans la maison ? Que doit-elle voir, examiner, contrôler ? Le pensionné est-il obligé de lui présenter sa femme et ses enfants ?

En cas de désaccord dans les conseils donnés par le médecin traitant et ceux donnés par l'infirmière lesquels doivent prévaloir ?

Dr K.

**Réponse**

Le décret du 23 août 1925 fixe, comme l'une des conditions essentielles pour l'attribution d'une indemnité de soins aux tuberculeux, que ceux-ci se soignent sous la surveillance des organismes antituberculeux (art. 2, parag. 3). Ceux-ci sont actionnés par le Préfet (art. 3) qui désigne les personnes de surveillance. S'il n'y a pas d'organisme antituberculeux, le préfet désigne spécialement des médecins chargés de constater que l'état du tuberculeux nécess te des soins (Circulaire ministérielle du 8 septembre 1925-4°).

Une infirmière-visiteuse peut être chargée de cette constatation (Instruction ministérielle du 18 mai 1926-art. 2, parag. 4-*b*). La surveillance s'exerce automatiquement auprès du tuberculeux et de sa famille. L'infirmière visiteuse, après chacune de ses visites, doit mettre le médecin du dispensaire au courant de ce qu'elle a observé, et lui faire savoir, en particulier, si l'intéressé se soumet effectivement aux prescriptions ordonnées (*Idid.*, parag. 4-*c*).

La même instruction spécifie : « L'attention est tout particulièrement appelée sur la nécessité d'apporter la plus grande bienveillance dans le contrôle effectué, en application des mesures édictées ci-dessus. Il convient de remarquer à ce sujet que dans l'esprit du législateur, la surveillance des malades a pour but de les amener à retirer le plus grand bénéfice pour leur santé de l'indemnité qui leur est accordée. »

---

**2777. — Avantages de la carte de combattant**

J'ai recours à votre obligeance pour vous demander de bien vouloir me dire quels avantages me procure ma carte de combattant : j'ai 52 ans.

Dr P.

**Réponse**

La carte de combattant vous permet de solliciter, encore à l'heure actuelle, une pension d'invalidité.

De plus, elle vous donne droit, présentement à une retraite annuelle de 500 francs. Cette retraite sera portée à 1.200 francs dès que vous aurez atteint l'âge de 55 ans.

**2634. — Calcul du supplément de la pension**

Je suis pensionné de guerre à 30 % et j'ai le grade de médecin capitaine avec un enfant de 10 ans.

Je voudrais connaître le montant exact de ma pension d'invalidité ainsi que son supplément.

Pendant les deuxp remiers trimestres, le décompte était établi de la façon suivante :

| | Année | Trimestre |
|---|---|---|
| Pension principale ........ | 1.320 | 330 |
| Supplément ............. | 1.848 | 462 |
| Majoration .............. | 90 | 22,50 |
| Supplément .............. | 126 | 31,50 |
| | | 846,00 |

Pour le dernier trimestre, le décompte a été rectifié et ramené à 636 francs, la différence provenant de ce que le supplément de la pension principale a été ramené à 1.008 au lieu de 1.848. Je voudrais savoir ce qui motive cette rectification : je n'y vois qu'une seule explication, c'est que la majoration due au grade n'interviendrait pas dans le calcul du supplément de pension.

Dr E.

**Réponse**

Le supplément de pension qui, pour les officiers, intervient en plus de la pension d'invalidité du grade, correspond à la majoration de 140 % du taux de soldat. Or, pour 30 %, cette majoration, appelée « supplément temporaire de 140 % » est de 1.008 francs ; c'est par erreur que l'on avait attribué comme majoration le total de la pension de soldat (taux primitif 720 francs + 1.008 francs = 1.728 francs.

Vous n'aviez droit qu'à 1.008 francs de supplément.

**2847. — Situation militaire. Nomination au grade de médecin sous-lieutenant**

Je suis de la classe 1915, j'ai deux enfants vivants. Je n'ai jamais été pendant la guerre dans une unité combattante, parce que j'ai été mobilisé comme infirmier, service auxiliaire. J'avais alors 10 inscriptions de médecine. J'ai ensuite été versé service

armé, mais, après une maladie contractée en service, on m'a définitivement remis service auxiliaire. J'ai été mobilisé de février 1915 à la démobilisation.

Le 12 juillet 1917, j'ai été nommé « médecin auxiliaire », et je le suis encore.

Donc, à l'heure actuelle, n'ayant rien fait pour modifier cette situation, je suis : médecin auxiliaire dans le service auxiliaire, affecté à une section d'infirmiers.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire :

1° Quelle serait ma situation en cas de guerre ? Mon état de santé étant meilleur, je serais versé dans le service armé, et je ne voudrais pas, à mon âge, et docteur en médecine depuis dix ans, faire campagne comme médecin auxiliaire. Ne vaudrait-il pas mieux dès maintenant demander à être nommé aide-major ?

2° Quelles seraient les démarches à faire pour cela ?

3° Ne faudrait-il pas passer un examen et faire des périodes, ce que je n'ai jamais fait depuis la guerre ? Seraient-elles longues ?

4° Dans combien de temps pourrais-je être aide-major de première...., et de deuxième ?

5° A mon âge, 37 ans, suis-je de la première ou de la deuxième réserve ?

Dr S.

**Réponse**

Vos deux enfants vivants vous font gagner quatre classes de mobilisation ; c'est-à-dire qu'appartenant à la classe 1915, vous êtes dès maintenant considéré comme appartenant à la classe 1911, c'est-à-dire que le 15 octobre 1932 vous passerez dans la deuxième réserve.

Cette bonification de classe ne vous libérera cependant pas plus tôt de vos obligations militaires, qui vont encore durer douze ans. Vous avez donc avantage à demander votre nomination au grade de médecin de réserve. Pour cela, adressez une demande, avec exposé détaillé de votre situation, au Directeur du Service de santé de la 15e région à Marseille.

Puisque vous avez déjà le grade de médecin auxiliaire, vous n'aurez pas d'examen à passer. Vous devrez faire une période pour passer à deux galons, au bout de deux ou trois ans (suivant votre régime d'études médicales qui vous vaudra une bonification d'ancienneté de deux ou trois ans). Pour être promu capitaine, il faudra ensuite au minimum six ans et deux ou trois périodes.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### I

### Changements d'Adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

### II

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :
**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse.** Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne.** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche). J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maiche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat.** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex.** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja.** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Rousses (les)** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianes.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié, de Vaucressou (*chir. acc*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.), Lapy, Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet, Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barraud G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Laoanau.** Dubroca.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié, de Vaucresson (*chir.*)
**Palavas-les-Flots.** Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Pau.** Dr Cornet.
**Roscoff.** Bagot, Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer.** (Calvados), Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau
**Saint-Georges-de-Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**Ste-Maxime-s/Mer.** Ficonetti
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Bartho-meuf, de La Bourboule, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 228. — Doct. Faculté Paris, 52 ans, accepter. poste avec fixe intéress., administr., industrie, laborat., mais. santé.

No 229. — Méd., 47 ans, ex-interne hôp. Bordeaux, père fam. nombr., ch. client. avec propharm. envir. Paris. Ne peut faire aucune avance comptant.

No 230. — Pour cause achat voit. 10 CV, on vendr. Fiat 6 CV 509, parf. état. Pressé.

No 231. — 25 km. Paris, bon poste propharm., à céder, dans jolie campagne. Villa 8 p., jardin, garage, etc. Loyer 6.000. Prix à débatt. Ecrire.

No 232. — A vend. d'occ. : Comptes rendus Sté Intern. de Chir., ann. 1905. Som. : Valeur de l'exam. du sang en chir. (Depage, O. de la Torre, von Sonnenburg, W. W. Keen). Traitem. de l'hypertrophie prostat. (Rydygier, Harrison, Rovsing). Intervent. chirurg. dans les affect., non cancéreuses (Montprofit, W. Mayo, J. Rotgans, Mattoli, von Eiselsberg, Th. Jonnesco). Traitem. de la tubercul. articul. (A. Bier, Broca, Ch. Willems, Codivilla, Bradford). Traitem. de la péritonite (Friedrich, Krogius, Lennander, Lejars, Mc Cosh, de Isla).

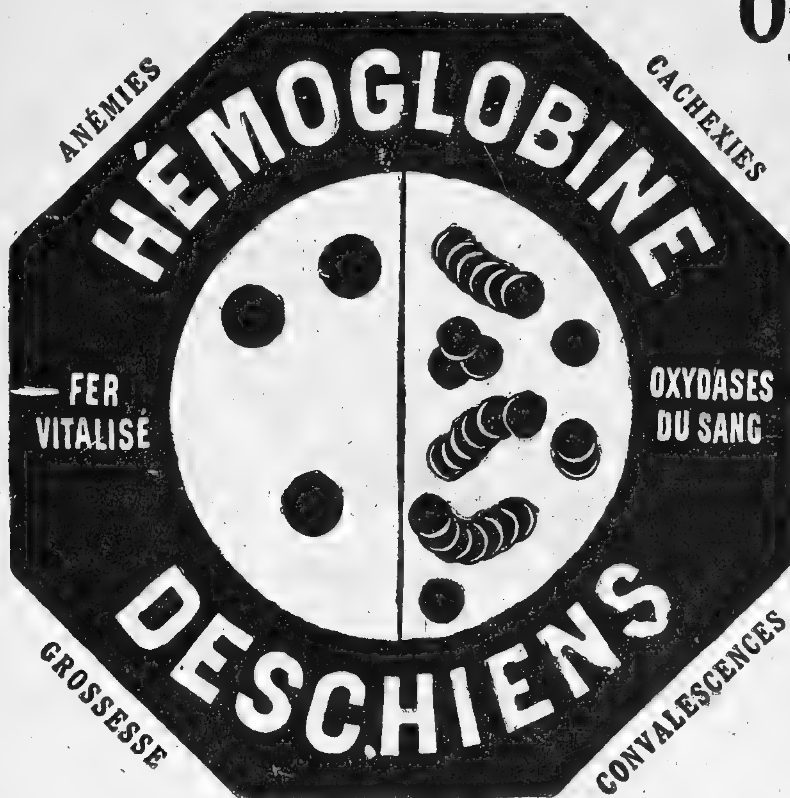


## Renseignements

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.



# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — C'est avec un très vif regret que nous apprenons la mort, à l'âge de 47 ans, de notre sympathique et distingué confrère, le Docteur Charles Guéret, de Sète, survenue le 16 juillet dernier.

A la vérité, nous savions que, depuis quelque temps déjà, sa santé donnait des inquiétudes à sa famille et à ses amis. Mais nous pouvions espérer que sa constitution viendrait à bout des attaques répétées de la maladie. Espoir vain, hélas ! Celle-ci a fini par l'emporter.....

Ch. Guéret n'était pas seulement un médecin de qualité. C'était aussi un poète lyrique de la plus noble inspiration. Il avait, en outre, l'originalité d'imprimer lui-même ses œuvres « sur la presse à bras de sa tour d'ivoire », comme il le disait lui-même. Et quelle magnificence que ce vélin d'Arches, au grain à la fois fin et résistant, offrant un corps substantiel à l'impression de caractères à l'antique, puissamment frappés !

Il voulut bien, à maintes reprises, m'envoyer quelques exemplaires choisis de ses œuvres. Et j'ai sous les yeux une *Ode à Béziers*, dont je ne résiste pas au désir de transcrire ici la dernière strophe, dont l'humanisme plaira à tous ceux qui restent fidèles à la culture classique et à la latinité :

Mécène n'a-t-il pas, en leur tendant la main,
Auprès de Virgile et d'Horace,
Dans le temps comme dans l'espace,
Débordé la splendeur de l'horizon romain !

Que Madame Guéret, si cruellement éprouvée, veuille bien trouver ici l'hommage profondément ému des condoléances les plus sympathiques du *Concours Médical* et du

Docteur Duchesne.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — *Clinicat.* — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de MM. Ch. Boyer et G. de Chanaleilles.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — *Clinicat.* — Ont été nommés, à la suite des derniers concours :

Chefs de clinique dermatologique : titulaire, Docteur Vidal ; adjoint, Docteur Assada.

Chefs de clinique médicale (professeur Gaujoux) : titulaire, Docteur Recordier ; adjoint, Docteur D. Lena.

Chefs de clinique médicale (professeur Olmer) : titulaire, Docteur Olmer ; adjoint, Docteur Buisson.

— **Lyon.** — *Médecins du Bureau de Bienfaisance.* — Un concours pour la nomination à cinq emplois de médecins du Bureau de bienfaisance s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 21 novembre prochain.

— **Hôpitaux de Nantes.** — M. le Docteur Paul Véran a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux de Nantes.

— **Hôpitaux de Chambéry.** — M. le Docteur G. Pizzéra, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé après concours accoucheur des hôpitaux de Chambéry.

— **Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.** — *Ouverture de concours* pour le recrutement d'un médecin-directeur stagiaire et de sept médecins-assistants stagiaires pour les sanatoriums et préventoriums de l'Office public d'hygiène sociale. La date de clôture du registre d'inscription pour ces concours est reportée du 5 juillet 1932 au 20 septembre 1932 inclus.

Pour tous renseignements concernant ces deux concours, s'adresser à l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (4e).

## LE XVIIe CROISIÈRE MÉDICALE FRANCO-BELGE

**« *Bruxelles-Médical - Concours Médical* »**

**La Grèce et l'Adriatique (*Pâques* 1933)**

Ainsi que la chose a été annoncée dans les numéros de *Bruxelles-Médical* et du *Concours Médical* du 3 avril dernier dans le but de développer encore davantage l'*Œuvre* des Croisières médicales, il a été décidé qu'à partir de 1933, ces croisières s'appelleraient désormais : *Les croisières médicales franco-belges. — Bruxelles-médical-Concours médical.*

Nous rappelons à cette occasion que, comme il a été également signalé dans les numéros précités, la XVIIe Croisière médicale franco-belge s'effectuera à Pâques 1933 en Grèce et en Adriatique, et durera environ trois semaines. Elle permettra à ceux qui l'effectueront, non seulement de voir quelques-unes des villes les plus importantes de la Grèce ancienne, telles que Delphes, Mycènes, Thèbes et Athènes (le navire pénétrera dans le golfe de Corinthe, dont il fera le tour complet), mais encore de visiter l'Albanie (Scutari) et l'Ancien Montenegro (Cettigne), ainsi que toute la côte si réputée de l'Adriatique (Raguse, Splite, Fiume) jusqu'à Trieste et peut-être même jusqu'à Venise, le retour s'effectuant à Marseille (point de départ et d'arrivée) après une escale à Civita-Vecchia (d'où les passagers se rendront à Rome), et en Corse. Des prix exceptionnels ont été obtenus.

Ajoutons d'autre part, qu'une croisière en Norvège, au Spitzberg, à la banquise et en Islande avec retour par l'Irlande est également en voie d'organisation, pour l'été 1933.

Les médecins que les voyages en question seraient susceptibles d'intéresser peuvent dès maintenant se faire connaître, sans engagement de leur part, en écrivant aux *Croisières médicales*

*franco-belges* « *Bruxelles-Médical-Concours Médical* », 37, rue de Bellefond, Paris, ou 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

N. B. — *Bruxelles-Médical* et le *Concours Médical* accueilleront avec le plus vif empressement toutes les suggestions, tous les desiderata que voudront bien leur soumettre leurs sympathiques lecteurs, touchant les Croisières franco-belges futures.

## SERVICE DE SANTÉ

### Prise de rang

RÉSERVE

Par décret du 5 juillet 1932 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve, ci-après désignés libérés du service actif, est fixé ainsi qu'il suit et par décision ministérielle du même jour ces officiers reçoivent les affectations suivantses :

Ruello, 6e rég. aff. 10e. ; rég. Laporte, 12e rég., maint. Lanet, rég. Paris, aff. 12e rég. ; Passera, 13e rég., aff. 14e rég., ; Segard, 15e rég., maint. ; Cayrol, 17e rég., maint. ; Lancon, 17e rég., maint. ; Malignon, 17e rég., maint. ; Decros, 12e rég., aff. 17e rég. ; Guignot, 18e rég., maint. ; Loizeau, 18e rég., maint. ; Rotureau, tr. Maroc, aff. 18e rég. ; Casanova, 19e C. A., maint, ; Medioni, 19e C. A., maint.

(20 septembre 1929) Amblard), tr. Maroc, aff. 13e rég. ; (24 novembre 1929) Bruel, 13e rég., maint. ; (25 novembre 1929) ; Le Guennec, 17e rég., maint. ; (19 janv. 1930) Bastien, 17e rég., maint.

(15 mars 1930) Faure, 19e C. A., maint., (20 mars 1930) Maury, des tr. de Tunisie, aff. région de Paris ; Savare, tr. du Maroc, aff. région de Paris ; Varet, 3e rég., maint. ; Mesnil, troupes de Tunisie, aff. 3e rég.; Nalline, des troupes du Maroc, aff. 5e rég. ; Moreau, 19e C. A., aff. 9e rég. ; Dubourg, tr. de Tunisie aff. 11e rég. ; Sauze, 13e rég., maint. ; Brémont, 19e C. A., aff. 13e rég. ; Millard, 14e rég., maintenu ; Alzieu, 19e C. A., aff. 17e rég. ; Yéfi, 19e C. A., maint.

### Promotions

Sont promus :

*Au grade de médecin lieutenant.*

Les méd. sous-lieut. : (15 février 1931) Gueirard, 15e rég. ; Dambrin, 17e rég. ; (15 février 1932) Bardin, rég. de Paris ; Cadet, rég. de Paris ; Gorse, rég. de Paris ; Lévy-Klotz, rég. de Paris ; Milhaud, rég. Paris ; Moline, rég. de Paris ; Simonnet, rég. de Paris ; Lieffring, rég. de Paris ; Courtial, rég. Paris ; Bretey, rég. Paris ; Flouquet, 1re rég. ; Levet, 1re rég. ; Genel, 1re rég. ; Totin, 2e rég. ; Audige, 3e rég. ; Letrésor, 3e rég. ; Saullière, 3e rég. ; Bézier, 4e rég.

Esnoux, 4e rég. ; Durieux, 4e rég. ; Leveiller, 5e rég. ; Lecocq, 6e rég. ; Jocquel, 7e rég. ; Gaume, 7e rég. ; Roy, 8e rég. ; Aaron, 9e rég. ; Landry, 9e rég. ; Varangot, 9e rég. ; Poulin, 9e rég. ; Barre, 10e rég. ; Desvaux, 10e rég. ; Couette, 10e rég. ; Coudray, 10e rég. ; Laurent, 11e rég. ; Picaud, 11e rég. ; Defaut, 12e rég. ; Dumery, 12e rég. ; Labarre, 12e rég. ; Sicot, 12e rég. ; Sirioix, 12e rég. ; Lachaud, 12e région ; Defouilloux, 13e rég. ; Berre, 15e rég. ; Dumon, 15e rég.

Llucia, 15e rég. ; Moulin, 15e rég. : Beille, 16e rég. ; Calas, 15e rég. ; Carratier, 16e rég. ; Fau, 16e rég. ; Fourcade, 16e rég. ; Ponsaille, 16e rég. ; Raynard, 16e rég. : Reymond, 16e rég. ; Oreckin, 16e rég. ; Robert, 17e rég. ; Barrère, 17e rég. , Cazaux, 17e rég. ; Bonnaud, 18e rég. ;Comte, 18e rég. ; Dejean, 18e rég. ; Le Lain, 18e rég. ; L'Huillier, 18e rég. ; Pourcelet, 18e rég. ; Bernard-Lapommeraye, 18e rég. ;Chiapponi, 19e C. A., ; Guedj, 19e C. A., ; Medinger, 19e C. A. ; Regula, 20e rég. ; Troesch, 20e rég. ; Samuel, 20e rég. ; Knecht, 20e rég. ; Poulain, tr. du Maroc.

Réserve

Par décret du 12 juillet 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle de même date, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les méd. auxil., titul. du brev. de P. M. S. ci-après désignés :

(7 mai 1932) : Albou, 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; (18 mai 1932) : Bluzat, 5e sect. inf. milit., aff. 5e rég. ; (9 juin 1932) : Duge de Bernonville, 18e sect. inf. milit., aff. 18e rég. ; (14 juin 1932) : Lamoure, 8e sect. inf. milit., aff. 8e rég.

## ARMÉE COLONIALE

Par décret du 20 juillet 1932 sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, les militaires des réserves dont les noms suivent (susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930) :

Au grade d'officier

*Service de santé.*

Médecins : Gibert, méd. comm., disp. serv. santé 15e rég. ; Pujol, méd. comm., disp. serv. santé rég. Paris.

Au grade de chevalier

*Service de santé.*

Médecins : Baillon, méd. capit., disp. gén. comm. sup. tr. gr. Indochine ; Bourquel, méd. lieut., en stage act. deux ans en Indochine.

(Décorations sans traitement, les bénéficiaires, n'ayant été ni blessés ni cités postérieurement à leur

décoration précédente, ne remplissant pas les conditions fixées par l'article 79 de la loi du 16 avril 1930) :

AU GRADE D'OFFICIER

*Service de santé.*

Médecin : Philippe, méd. comm., disp. serv. santé 11e rég.

## LÉGION D'HONNEUR

RÉSERVES

Par décret du 20 juillet 1932, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, les militaires des réserves dont les noms suivent :

(Susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930 avec traitement.)

AU GRADE D'OFFICIER

*Service de santé.*

Faure, méd. lieut.-col. région de Paris ; Demilly, méd. lieut.-col. 5e région ; Flach, méd. command. 15e rég. ; Thévenot, méd. lieut.-col. 14e rég. ; Gaussel, méd. lieut.-col. 16e région ; Lemaistre, méd. command. 12e rég. ; Piollet, méd. lieut.-col. 13e rég. ; Lemierre, méd. lieut.-col. rég. Paris.

AU GRADE DE CHEVALIER

*Service de santé.*

Brissart, médec. capit., 6e rég. ; Chapelle, médec. capit., 2e rég. ; Delmas, médec. capit., rég. Paris ; Lagleize, médec. lieut., rég. Paris ; Dupinet, médec. command., 12e rég. ; Pince, médec. command., 17e rég. ; Vaissade, médec. capit., 15e rég. ; Riff, médec. capit., 20e rég. ; Laplace, médec. command., 2e rég. ; Delfosse, médec. capit., 1re rég. ; Desjardin, médec. capit., rég. Paris ; Kraut, médec. capit., 11e rég. ; Galup, médec. lieut., rég. Paris.

Winterbert, médec. command., 1re rég. ; Lajoux, médec. command., rég. Paris ; Cornillon, médec. capit., 13e rég. ; Triau, médec. capit., 5e rég. ; Charrier, médec. capit., rég. Paris ; Mignard, médec. capit. 10e rég. ; Jouen, méd. cap., 3e rég. ; Marrel, médec. lieut., 14e rég. ; Lesage, médec. capit., rég. Paris ; Favier, médec. capit., 16e rég. ; Chambrette, médec. capit., rég. Paris.

Coste, médec. capit. 14e rég. ; Minon, méd. capit. 20e rég. ; Lafond, méd. capit. 15e rég. ; Leblanc, méd. capit. 13e rég. ; Esparbes, méd. capit. 17e rég. ; Huré, méd. capit. 2e région ; Couffon, méd. capit. 9e rég. ; Durand, méd. capit. 20e rég. ; Job, méd. capit. 6e rég. ; Onillon, méd. capit. 11e rég. ; Huriez, méd. capit. 1re rég. ; Druhem, méd. capit. 7e rég. ; François, méd. capit. 15e rég. ; Lecaplain, méd. command. 5e rég. ; Reynaud, méd. capit. 19e C. A. ; Combes, méd. command. 15e région ; Coste, méd. capit. 16e

rég. ; Gorisse, méd. lieut. 1re rég. ; de Chabert, méd. capit. rég. de Paris ; Neboux, méd. capit. 12e rég. ; Bourgoin, méd. capit. 8e rég.

Mourniac, méd. lieut. 12e rég. ; Chazarain, méd. command. région de Paris ; Marchal, médec. capit. rég. de Paris ; Deverre, méd. command. 10e rég. ; Léothaud, méd. capit. 15e région ; Pezet, méd. command. 6e rég. ; Brossard, méd. capit. 18e rég. ; Railliet, méd. capit. 6e rég. ; Chavoix, méd. lieut. 18e rég. ; Gravost, méd. capit. 19e C. A. ; Ferran, méd. capit. 15e rég. ; Maréchal, méd. capit. région de Paris ; Constant, méd. capit. 13e rég. ; Solirène, méd. capit. 12e rég. ; Sigwalt, méd. capit. 11e rég. ; Verhaeghe, méd. command. 1re rég. ; Vilbonnet, méd. capit. 5e rég. ; Vleeschuwer, méd. capit. 20e rég. ; Renault, méd. command. 4e région ; Roy, méd. command. 9e rég. ; Peyrache, méd. capit. 13e rég.

Juif, méd. capit. 19e C. A. ; Gèzes, méd. capit. 17e rég. ; Castay, méd. capit. 18e rég. ; Canel, méd. capit. 14e rég. ; Simacourbe, méd. capit. 16e rég. ; Zellmeyer, méd. capit., 18e rég. ; Fanjoux, méd. capit. 8e rég. ; Capdequi-Peyranère, méd. capit. 18e rég. ; Haas, méd. command. rég. de Paris ; Moreau, méd. capit. 8e région ; Loubet, méd. capit. 17e rég. ; Rollin, méd. capit. 5e rég. ; Vincent, méd. command. 15e rég. ; Delmas-Marsalet, méd. capit. 18e rég. ; Coulet, méd. capit. 20e rég. ; Boutet, méd. capit. région de Paris ; Lascazas de Saint-Martin, méd. capit. 17e rég. ; Poisson, méd. capit. 11e rég. ; du Castel, méd. *capit. 2e rég. ; Gérest, méd. capit. 13e rég. ; Pillet,* méd. capit. rég. de Paris ; Lagarrigue, méd. capit. 16e rég. ; Miginiac, méd. capit. 17e rég.

Robert, méd. capit. 7e rég. ; Fort, méd. capit. 14e rég. ; Bettinger, méd. capit. 3e rég. ; Lathoud, méd. capit. 14e rég. ; Thomas de La Pintière, méd. capit. 11e rég. ; Duguyot, méd. lieut. rég. de Paris ; Dupont, méd. capit. 11e rég. Bréhier, méd. capit. 2e rég.

(Décorations *sans traitement*, les bénéficiaires n'ayant été ni blessés ni cités postérieurement à leur décoration précédente, ne remplissent pas les conditions fixées par l'article 79 de la loi du 6 avril 1930.)

Au grade d'officier

*Service de santé.*

Carrive, médec. col., 18e rég. ; André, médec col., 20e rég. ; Gayet, médec. col., 14e rég. ; Zeller, médec. lieut.-col., 7e rég. ; Brenta, méd. command., 19e C. A. ; Dide, médec. command., 17e rég. ; Lacapère, médec. command., rég. Paris.

Au grade de chevalier

*Service de santé.*

Martin, médec. command., 13e rég. ; Prudhomme, médec. capit., 12e rég.Lebhar, méd. capit. 19e C. A. ; Tessier, médec. capit., 18e rég. ; Bidel, médec. capit. 3e rég. ;Bassal, médec. capit., 17e rég. ;Garin, médec. capit., 1re rég. ; Anjaleu, médec. capit., 17e rég. *Hautefeuille, médec. command., 2e rég. ; Piéri, mé-*

dec. capit., 15e rég. ; Jegourel. médec. comm., 11e rég. ; Doin, médec. capit., 8e rég. ; Beltrami, médec. command. 15e rég. ; Elicagaray, médec. lieut., 18e rég. ; Surjus, médec. capit., 16e rég. ; Botte, médec. command., rég. Paris.

Par décret du 20 juillet 1932, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

(Susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930.)

AU GRADE DE CHEVALIER

*Service de santé.*

Bouffier, ex-méd. lieut. ; Giraud, ex-méd. lieut.

(Décorations *sans traitement*, les bénéficiaires n'ayant été ni blessés ni cités postérieurement à leur décoration précédente, ne remplissent pas les conditions fixées par l'article 79 de la loi du 16 avril 1930.)

AU GRADE D'OFFICIER

*Service de santé.*

Azoulay, méd. command. honor.

AU GRADE DE CHEVALIER

*Service de santé.*

Vandermeersch, méd. command. honor.

## Admission de requête pour soins gratuits

Le ministre des pensions s'est pourvu devant le Conseil d'Etat à l'effet de faire annuler une décision, en date du 26 mars 1931 de la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, rendue au profit de la dame D... ;

Le ministre des pensions soutenait, à l'appui de sa requête, que l'article 36 de la loi de finances du 1er août 1924 n'a pas étendu le droit aux soins gratuits à tout le personnel du service de santé mentionné par l'article 57 de la loi du 31 mars 1919, mais seulement aux infirmières, pensionnées au titre de cette loi ; que la dame D..., conductrice d'automobile sanitaire militaire, ne saurait prétendre au titre d'infirmière ; que c'est donc en violation des dispositions législatives précitées que la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits lui a accordé le bénéfice de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Le Conseil d'Etat a admis son recours par les motifs suivants :

Considérant que si, aux termes de l'article 57 de la loi du 31 mars 1919, « la présente loi est applicable à tout le personnel du service de santé, et des formations militaires, temporaires ou auxiliaires rattachées audit service », cette prescription ne saurait par elle-même autoriser ce personnel à se prévaloir de celles

des dispositions de la loi du 31 mars 1919 qui n'ont été expressément prises par le législateur lui-même qu'en faveur de certaines catégories d'ayants droit ;

Considérant que l'article 64 de la même loi a formellement réservé aux militaires et marins le bénéfice de la gratuité des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, et que l'article 36 de la loi du 1er août 1924 ne l'a étendu qu'aux infirmières pensionnées au titre de la loi du 31 mars 1919 ;

Considérant que la dame D..., conductrice d'automobile sanitaire, si elle remplit les conditions prévues par l'article 57 de la loi du 31 mars 1919 pour l'ouverture du droit à pension, n'entre par contre dans aucune des catégories auxquelles les dispositions législatives précitées ont réservé le bénéfice de l'article 64 de ladite loi ; que, dès lors, la commission supérieure de surveillance et de contrôle n'a pu le lui reconnaître sans violer lesdites dispositions.

(Décision du 4 mars 1932).

## NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

### Du chlorure de calcium par absorption dans les hydropisies

J'ai eu l'occasion plusieurs fois de recourir à la puissance hygrométrique du chlorure de calcium dans des ascites et des œdèmes.

On applique sur le ventre ou les membres enflés des compresses d'une solution à 10 % du sel calcique après avoir au préalable lavé la peau à l'éther ou à l'alcool, ou mieux, avec un mélange à parties égales des deux produits pour la débarrasser des substances grasses et du sébum dont elle est lustrée. Rien ne gêne plus alors l'intimité des épithéliums avec la compresse chlorurée, et la dialyse des liquides profonds à travers le revêtement dermique.

Après quelques heures d'application, il se fait une adsorption considérable des humeurs internes qui augmente notablement le poids de la compresse médicamenteuse.

Je ne sais si cette méthode a été employée avant ma communication. Il se pourrait faire que oui, tant elle est rationnelle. Elle est en tout cas devenu pratique, et je pourrais citer de nombreuses guérisons d'ascites et d'œdèmes de toute origine par ce simple procédé.

Dr Louvel
(La Ferté-Macé).

*Voir la suite page LV-2397*

# PROPOS DU JOUR

## Guerre — Paix

### La relation d'une mission chirurgicale française au Caucase en 1917-18

Le mois d'août évoque toujours chez nous de poignants et cruels souvenirs, bien que dix-huit ans se soient déjà écoulés depuis les débuts de la Grande Guerre. Ces souvenirs ravivés et les loisirs de la période de vacances nous ont incités à lire le dernier livre que notre ami, le Dr Dartigues, avait bien voulu nous envoyer. Le titre quelque peu paradoxal, *Guerre-Paix*, piquait notre curiosité.

Rien de ce que dit ou écrit Dartigues ne saurait laisser indifférent. Chacun, selon son caractère, peut apprécier différemment son style imagé, son verbe enflammé, l'exubérance toute méridionale de son éloquence, mais on conviendra que jamais les paroles, ni les écrits de Dartigues, qui d'ailleurs sont toujours précédés ou suivis d'actes, ne sont entachés de banalité. Ce que nous aimons en Dartigues, c'est son enthousiasme, son courage, voire même son audace. Rien ne l'arrête lorsqu'il exprime sa pensée, ni quand il s'efforce de la réaliser. D'autres hésiteraient, craindraient la malveillance des critiques, l'arme si dangereuse en France du ridicule, les conséquences d'un échec. Dartigues, avec une superbe confiance, poursuit son chemin sans même se soucier des obstacles, et il arrive au but et réussit. C'est dans l'exposé de la seconde partie de son livre qui a trait à la Paix qu'il énumère toute son action d'après-guerre, tous ses efforts pour développer sa création chérie, l'UMFIA, l'UNION MÉDICALE LATINE, pour la faire connaître dans tous les milieux français et étrangers par ses fêtes, ses banquets, sa revue. Et dans ce but, il a su réaliser avec un remarquable succès les brillantes conférences auxquelles il a trouvé un nom qui est tout un programme : les *Voix latines*. Il a su trouver partout des adhérents, faire le choix judicieux de ses collaborateurs, leur transmettre sa foi et sa vaillance ; il a su assurer la pérennité de l'*Union médicale latine* en créant, avec la collaboration étroite de son ami Molinéry, la *Jeune Umfia*, et en multipliant les prix aux étudiants.

Toute cette action pacifique dont le but est d'assurer la paix au monde par le développement de la culture latine et l'entente fraternelle des peuples latins, a été exposée, développée, vantée cent fois par nous et par d'autres dans ce journal. Nos lecteurs le savent bien et nous n'y reviendrons pas. Mais ce qu'ils connaissent moins et qui est d'une lecture passionnante, est exposé dans la première partie du livre : *Guerre-Paix*, c'est ce que Dartigues a fait pendant la guerre, c'est son odyssée au Caucase, à la tête de la Mission sanitaire de Tiflis, mission qu'il a conduite et ramenée.

***

Rayé des cadres, Dartigues, lors de la déclaration de guerre, s'engagea volontairement au début d'août 1914. Bien que pourvu depuis plus de vingt ans du certificat d'aptitude aux fonctions de médecin auxiliaire, malgré ses titres scientifiques, son âge, son passé chirurgical d'ancien interne des hôpitaux de Paris, d'ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, malgré sa réputation méritée de chirurgien de carrière, habile et expérimenté, il fut, comme infirmier de 2e classe, promené de caserne en caserne, puis à l'hôpital Villemin à Vincennes où il subit les brimades imbéciles d'un vieux chirurgien de territoriale, déplorable et ridicule, à qui les galons donnaient tous les droits et tenaient lieu d'habileté, de science et de conscience.

Les victimes accumulées par l'incompétence des chirurgiens improvisés ne tardèrent pas à ouvrir les yeux de ceux qui présidaient à l'organisation du Service de santé et chacun reçut (hélas ! un peu tard) l'affectation la plus propre à utiliser ses capacités.

Aussi l'infirmier de 2e classe Dartigues fut, le 20 septembre 1914, promu aide-major de 2e classe, médecin-major de 2e classe le 18 mai 1917, enfin en juin 1918, médecin principal de 2e classe à titre de mission. Passer de soldat de 2e classe au grade de lieutenant-colonel en trois ans et demi, voilà un avancement qui, on l'avouera, n'est pas banal. Dartigues avait fait

apprécier son habileté d'opérateur et ses talents d'organisateur, tout à tour dans les hôpitaux de Toulouse, de Verneuil, d'Houlgate et d'Amiens, quand le 21 mars 1917, il fut mis à la disposition du sous-secrétariat d'Etat du Service de santé pour organiser et diriger une des quatre missions sanitaires envoyées en Russie, plus dans un dessein de propagande que dans un but utilitaire. Primitivement Dartigues devait conduire sa mission sur le front arménien à Erzeroum, puis à Trébizonde, enfin à Ourmiah en Perse. En cours de route on lui ordonna d'aller s'installer à Tiflis.

Le voyage aller et retour de cette mission d'une cinquantaine de Français, à travers la Russie en pleine révolution, rappelle la retraite des Dix-mille que Xénophon conta dans l'Anabase et la relation résumée qu'en publie Dartigues dans *Guerre-Paix* malgré sa concision, peut être comparée à l'œuvre du héros athénien. Il fallut sans doute autant de courage, plus d'habileté, de patience et de diplomatie au Dr Dartigues, pour conduire à Tiflis cette poignée de Français, l'installer et la ramener sans pertes en France, qu'à Xénophon pour ramener d'Asie Mineure en Grèce ses dix-mille guerriers.

***

La mission partit de Paris le 1er juillet 1917; elle s'embarqua à Lorient le 3 juillet sur le navire anglais l'*Umona*. La traversée fut monotone dans le brouillard qui, sans doute, mit le bateau à l'abri des torpillages. Pendant une semaine, on captait à bord les communiqués de la Tour Eiffel, puis toute relation fut coupée avec la Patrie. La mission trompait l'ennui en apprenant avec ardeur le russe que lui enseignaient les interprètes ou en exécutant des exercices de branle-bas de sauvetage qu'un torpillage aurait pu nécessiter. On fêta le 14 juillet à bord et le 15, on aperçut les côtes de la Laponie. L'*Umona* s'engagea alors dans la baie Youkamcki ; ses passagers assistèrent presque simultanément au spectacle féérique du lever et du coucher du soleil, puis il pénétra dans le « Gorlo », goulet de la mer Blanche. Une canonnade fut alors entendue, c'était *La Loire* qui soutenait un terrible combat contre un sous-marin allemand qu'elle réussit à couler. Pénétrant dans l'estuaire de la Dwina du Nord, l'*Umona* abordait le 19 juillet à Arkangel.

Arkangel, ville aux cent coupoles ou bulbes polychromes d'or et d'argent, laisse voir auprès du quai une statue de Pierre-le-Grand. Elle offrait alors, le lamentable tableau de la Russie tout entière, que Dartigues résume en saleté, pouillerie, pauvreté et paresse. On y coudoyait avec répugnance les popes crasseux et ignares, les moujiks hirsutes et les bolchevicks bottés, sales et malodorants. Les églises au luxe barbare et asiatique étaient encombrées d'un peuple prosterné dans une dévotion fanatique et servile malgré l'ambiance révolutionnaire. Nos Français étaient au pays du froid, de la faim, du désordre, de la fainéantise, du « nitchevo ». Ils avaient hâte de partir et embarquèrent leur matériel sur un train.

Le 26 juillet, ils étaient à Moscou, où ils séjournèrent seulement 24 heures, le temps d'entrevoir la ville et le Kremlin. Leurs 17 wagons roulèrent alors vers la Russie du Sud à travers la Donetz, les steppes sans fin, les terres noires si fertiles, où poussaient en grand nombre des soleils dont les graines mastiquées servaient à tromper la faim des habitants. Ils passèrent à Rostov-sur-Don et le 2 août atteignirent le Caucase du Nord à Derbent où ils prirent un bain dans la mer Caspienne.

Ils traversèrent Bakou, la cité titanique, où des pyramides de bois par milliers recouvraient les puits de pétrole.

Le 8 août 1917, la mission arriva à Tiflis après 38 jours de voyage.

L'accueil des Russes fut plutôt froid dans le Nord ; on craignait que la mission ne cachât quelque expédition de police destinée à combattre la Révolution. Dans le sud de la Russie, les populations furent plus accueillantes, mais elles ne savaient guère à qui elles avaient affaire. Nos Français furent tour à tour pris pour des Polonais, des Serbes, des Roumains, des Belges, des Anglais, des Américains, voire même des Autrichiens et des Allemands. Dartigues remarqua l'absence presque absolue de blessés et de mutilés dans toute la Russie. Cependant la guerre avait fait dans les armées russes d'innombrables victimes, mais les services sanitaires étaient si mal organisés et si insuffisants que presque tous les blessés mouraient.

Tiflis, dont l'essor a été très rapide, est une ville de près de 200.000 habitants qui s'étend en longueur dans la vallée encaissée et sinueuse de la Koura. Les montagnes du bas Caucase qui l'entourent rappellent un peu les contreforts de nos Pyrénées. La campagne avoisinante est sèche et unie et un soleil intense la dote d'un climat torride. La ville de Tiflis donnait alors l'impression que tout y était liesse et amour

malgré la guerre, la famine et la révolution.

Après avoir été provisoirement logée dans un lazaret, la mission chirurgicale française prit le 18 août 1917 possession de l'hôpital qui lui était destiné.

Le nettoyage et la désinfection furent opérés par ses membres, et le 29 août le drapeau français flottait officiellement sur les bâtiments. Le 18 septembre on parvint à grand'peine à se débarrasser des derniers Russes qui se cramponnaient à l'hôpital, le préférant aux formations sanitaires du front d'Arménie, auxquelles ils devaient être affectés.

Au bout d'un trimestre, après avoir résisté à des difficultés sans nombre, l'hôpital pouvait normalement fonctionner.

Les membres de la mission française prirent part à quelques fêtes, dont la remise d'un fanion brodé par les dames de la colonie française, la fête nationale de la Géorgie avec instauration du pape géorgien, le Catholicos Kirion II, dans la cathédrale de Mchket, l'ancienne capitale, une soirée chez Mme Eva Brunelli, une grande musicienne italienne. Ils furent l'objet d'un excellent accueil de la bonne société tiflisienne, russe, géorgienne, arménienne, tartare, etc. — qui parlait d'ailleurs très bien français. Mais à côté grondait la révolution, le drapeau rouge flottait partout, une demi-famine régnait dans le peuple ; le désordre et l'angoisse se répandaient dans la ville.

Les armées disloquées du front du Caucase s'évacuaient par hordes, s'écoulant affamées en flot interminable.

L'absence absolue de patriotisme, sauf chez les gens cultivés, avait déterminé la débâcle. Il n'y eut pas de massacre en masse, pas de pogroms de races, mais des actes de brigandages, des rixes entre soldats de partis différents, des assassinats d'une façon continue de novembre 1917 à mars 1918.

L'hôpital français fut respecté, bien que le 11 septembre 1917, il eut été envahi par des énergumènes qui, prenant notre drapeau tricolore pour le drapeau impérial russe, voulaient le faire amener. Ce fut avec peine qu'on put faire comprendre à ces gens qui ignoraient les couleurs de leur propre pays, la différence qui existait entre le drapeau français et le drapeau russe. Dartigues se rendit à l'hôpital Michaïlowitch et put constater à la *Prosecture* le tableau épouvantable des cadavres de femmes, enfants, vieillards, amoncelés dans une mare de sang et affreusement mutilés.

Les mois de février, mars et avril 1918 furent particulièrement pénibles et angoissants. En février la Perse fermait ses portes. En mars les Turcs et les Allemands prenaient Erzeroum et Trébizonde et les délégués du gouvernement du Caucase s'y rendaient pour demander la paix à tout prix. L'influence germanique se faisait nettement sentir à Tiflis. Le 22 avril, l'indépendance du Caucase était proclamée, mais avec elle on constatait la mainmise de l'Allemagne sur le pays. Il fallait partir en hâte. Batoum était entre les mains des Turcs ; la voie par Bakou n'était pas sûre. Un seul chemin restait libre, la route militaire de la Géorgie, traversant le Caucase central.

Le 11 mai, l'hôpital était remis au service de santé géorgien, et, en un clin d'œil, notre établissement si propre, si bien tenu, devenait désordonné, sale et pouilleux. Le départ se fit en deux échelons. Le premier, comprenant les charrettes, partit à pied le 14 mai. Le second, formé des camions automobiles, partit le lendemain. Le 18 mai, la mission atteignait le col de la Croix, qui sépare l'Europe de l'Asie. Puis elle arrivait auvillage de Kasbeck au pied du Mont Kasbeck, qui a 5.043 mètres d'altitude. Là, le prince Baratoff qui commandait un poste, essaya sous les prétextes les plus spécieux d'empêcher de passer le convoi et de subtiliser une camionnette.

La mission s'engagea dans les défilés de Darial, passa sous les ruines du château de la Reine Tamara, cette Marguerite de Bourgogne géorgienne qui, selon la légende, faisait précipiter ses amants d'une nuit dans les flots du Terek.

Enfin, le 20 mai, les Français étaient à Vladicavcaz, dans la région du Kouban. Dartigues obtint d'occuper avec ses hommes et son matériel la moitié d'un train et l'exode continua à travers les plaines de la Russie méridionale. Partout régnaient le désordre, la paresse, la famine et la peur. On voyait des êtres au visage de brute, mastiquant des graines de soleil pour tromper la faim. Les enfants demi-nus se ruaient sous les wagons pour dévorer les débris les plus immondes comme de véritables pourceaux.

A Tikarskaïa, on pénétra dans une zone dangereuse ; les Allemands étaient à proximité. Un général bolchevick de 21 ans, Entomonoff, arrêta le convoi et il fallut de longues palabres et quelques bouteilles de fine champagne, que Dartigues avait mises prudemment en réserve, pour obtenir la voie libre.

Le 26 mai, à Sarepta, on donna à Dartigues

le conseil de ne pas aller plus loin. Tsaritzine aurait été occupée par les Allemands. Que faire ? Mieux valait tenter la chance. La mission gagna Tsaritzine, les Allemands n'y étaient pas encore arrivés. Cette ville de 50.000 habitants sur la Volga avait des ressources. Dartigues obtint de pouvoir embarquer sa mission sur un bateau venant d'Astrakan et, le 2 juin, nos Français naviguaient sur la Volga, cet immense fleuve, la Méditerranée russe, la mer intérieure (mat rodnaïa). Ils passèrent devant Koumonachin, Saratow, Bolok, Samara, Stavropol, Sumbirsk, Kazan, et le 7 juin, atteignirent Nijni-Novgorod. Près du quai de débarquement ils virent le cimetière des cloches ; 317 cloches de toutes grosseurs provenant des églises de Pologne et de Lithuanie attendaient la fin de la guerre. Après de longs pourparlers, où la fine-champagne joua encore son rôle, Dartigues obtint un train qui le conduisit avec sa mission à Moscou. Il y arriva le 14 juin et trouva la ville bouleversée par la Révolution. Il dîna avec le général Lavergne, chef des missions françaises en Russie, dont l'hôtel était à côté de la maison de l'ambassadeur d'Allemagne Mirbach, qui venait d'être assassiné.

La mission quitta Moscou et gagna le Nord par chemin de fer ; elle passa à Golbskovka, Kem, Kandlackcha, Imendra, où elle rencontra des postes alliés, parfois français. Le train longea la mer Blanche. A Poliarnikrong, elle dépassa le cercle polaire et contempla le soleil de minuit. Enfin, voici Mourmansk, la base navale des Alliés sur l'estuaire de la Kola.

Le 3 juillet toute la mission s'embarqua sur le *City of Marseille*, et Dartigues qui comptait être de retour par le port de Marseille, fut de ce fait consolé. Son désir était en partie satisfait. La traversée s'opéra sans incident et le 13 juillet la mission était saine et sauve à Paris.

Dartigues l'avait ramenée sans perte d'hommes ni de matériel. Il avait parcouru 24.000 kilomètres, séjourné 9 mois à Tiflis et accompli 100 jours de voyage.

Dans les *Lettres Caucasiennes*, adressées au regretté Dr Helme, dont le fils faisait partie de la mission, et publiées dans le volume *Guerre-Paix*, Dartigues donne de piquants détails sur son séjour à Tiflis.

Nous nous sommes contentés de résumer ses notes de voyage et le lecteur impartial peut juger qu'en le comparant à l'*Anabase* de Xénophon, nous n'avons rien exagéré.

*Guerre-Paix* constitue un véritable diptyque. L'odyssée du voyage aller et retour au Caucase, en passant par la mer Blanche et traversant toute la Russie en révolution, est le digne pendant du tableau pacifique et harmonieux des faits et gestes de l'*Union médicale latine*.

On le voit, tout ce que Dartigues dit, écrit ou accomplit, sort de l'ordinaire et de la banalité.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### PRATIQUE ORTHOPÉDIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE (1)

### L'Orthopédie médicale

M. Raphaël MASSART

Ancien Assistant d'orthopédie à la Clinique chirurgicale infantile de la Faculté.

*Beaucoup de troubles osseux qui sont à la base de déformations importantes du squelette sont susceptibles d'être améliorés par un traitement médical simple.*

*C'est cette orthopédie, que tout praticien doit pouvoir faire, qui est étudiée ici.*

Les malformations que l'orthopédie se propose de traiter ont souvent pour cause première des troubles de la croissance osseuse. Presque toujours ces troubles sont liés à une altération de l'état général, à une maladie qui, si elle ne se manifeste pas d'une façon bruyante, n'en existe pas moins et marque de son empreinte le développement du squelette.

Dans l'étude du traitement des malformations acquises, une importante place doit être réservée au traitement médical et il est certain qu'au début de bien des lésions, les soins médicaux priment les soins orthopédiques.

Certaines périodes de la croissance doivent être particulièrement surveillées, car les déformations y sont plus fréquentes, ce sont celles qui correspondent :

*Aux premiers pas* ;

*Aux premières dents définitives* ;

*Aux premières manifestations de la puberté.*

Avec la première commencent les troubles de la marche, avec la seconde les déformations dites scolaires, avec la troisième, les déviations liées aux grandes poussées osseuses. Ces troubles constituent une importante partie des maladies orthopédiques, ils sont toujours en rapport avec un état pathologique auquel on n'attache pas l'importance qu'il faudrait et on est surpris de voir évoluer vite des déformations des membres ou de la colonne qui inquiètent les familles ; effrayées, celles-ci se croient sauvées pour avoir acheté un corset, une chaussure ou un appareil, toujours inutiles, souvent nuisibles, au lieu d'avoir eu recours à leur médecin.

Dans ces cas pris au début, l'orthopédie médicale, bien faite, apporte la guérison sans qu'il soit besoin de recourir à des redressements, à des interventions ou à des appareils ; c'est l'orthopédie que tout praticien doit pouvoir conseiller et dont les résultats étonnent tant par leur rapidité que par les moyens simples qui permettent de les obtenir.

I

Le squelette du nourrisson est frappé durement et fréquemment par deux maladies :

La syphilis héréditaire à la première ou à la deuxième génération ;

Le rachitisme.

Les modifications imprimées par ces affections au système osseux vont se traduire par des déformations importantes, dès que l'enfant va faire ses premiers pas, dès que le poids du corps va s'appliquer sur les leviers osseux malades.

La syphilis héréditaire dans ses formes légères, discrètes, avec Wassermann négatif, n'aboutit pas à la maladie de Parrot, elle conditionne cependant des os un peu fragiles, déformés en varus et insuffisants, pour supporter le poids du corps dans la marche et dans l'appui.

Beaucoup de ces déformations sont confondues avec le rachitisme et la démarcation entre les deux affections est souvent difficile à faire ; ce qui est certain, c'est que ces enfants sont énormément améliorés par un traitement antispécifique.

Les incurvations des os longs, surtout celles du tibia, sont d'une extrême fréquence ; tant que l'enfant a moins de trois ans, elles peuvent être améliorées et même guéries par le seul traitement médical ; au-dessous de cet âge, on peut poser en principe que tous les appareils sont inutiles.

L'os en grandissant et à condition qu'il soit soustrait à l'action du poids du corps, qui s'exerce continuellement sur lui, se redresse seul ; c'est une règle que vérifie l'expérience de chaque jour ;

(1) Voir *Concours médical*, n° 28, du 10 Juillet 1932.

mais il est évidemment plus facile à obtenir des familles l'achat d'un appareil que la promesse d'une surveillance, pour empêcher un bambin de trotter sans arrêt de 7 heures du matin à 7 heures du soir.

Nous avons pour habitude de prescrire à ces enfants beaucoup de repos étendu, au moins six heures par jour, sur une petite planche recouverte de couvertures ; sur cette planche, il est aisé d'empêcher l'enfant de se lever en le fixant par une brassière à laquelle sont cousus quatre cordons. Nous suivons le conseil de Marfan et nous leur permettons de marcher un peu, de se promener, mais nous coupons toutes les périodes d'exercice, par des repos fréquents ; ainsi le développement musculaire se fait normalement et les os ne sont pas constamment soumis à l'action funeste de la pesanteur.

A ces enfants, le stovarsol est donné à faibles doses, un, deux, puis trois centigrammes en trois jours avec un arrêt de trois jours et ainsi de suite pendant six à huit semaines.

Des bains salés et des frictions alcooliques complètent le traitement.

Pour les rachitiques, la question de l'alimentation est importante, surtout pour les nourrissons alimentés artificiellement; chez eux, nous associons les ergostérols irradiés aux phosphures ; nous n'utilisons les rayons ultra-violets qu'en plein hiver, quand toute insolation est impossible et encore faut-il bien recommander aux familles de faire très attention aux refroidissements consécutifs.

Les genu valgum, les jambes en varus, les aplatissements du pied, les coxa vara lorsqu'ils sont diagnostiqués assez tôt guérissent et guérissent complètement avec le repos étendu, une bonne hygiène générale et surtout un traitement médical rationnel et bien compris.

Il faut donner une mention toute spéciale aux os surchargés des enfants trop gros, de ceux dont les endocrines fonctionnent mal, de ceux dont l'alimentation mal réglée est trop chargée en lait, en féculents, pauvre en viande ; bien des troubles de la croissance sont la conséquence de ce préjugé qui interdit aux enfants, quand ils sont petits, la viande ou le poisson.

Mention spéciale aussi pour les os fragiles de ces enfants pâles, maigres et chétifs, qui se déforment et chez lesquels, on note avec une fréquence particulière, les fractures ; chez ces sujets, la maladie de l'os est en rapport avec une pauvreté du sang en hémoglobine, avec une anémie légère qu'il suffit de corriger par une alimentation mieux réglée et par le traitement de Whipple.

A cet âge, l'orthopédie médicale doit suffire pour guérir la plupart des malformations acquises, à condition de les traiter assez tôt ; dans toute cette première période de la vie, les appareils, les plâtres devraient être des traitements exceptionnels, ils devraient en tout cas, n'être jamais les seuls traitements de cet état pathologique.

Je ne suis pas partisan de la gymnastique, je crois que chez ces enfants qui ont surtout besoin de repos, c'est une fatigue de plus qu'on impose aux muscles, il faut se contenter de quelques mouvements respiratoires simples, apprendre à inspirer et à expirer convenablement : on s'assure ainsi du bon fonctionnement des voies aériennes supérieures.

II

Avec l'apparition des premières dents définitives se manifestent les troubles de la croissance osseuse des membres, du rachis, du thorax qu'on met sur le compte des mauvaises positions prises par l'écolier.

Sans méconnaître le rôle de l'écriture, du travail penché, il ne faut pas croire que la déformation soit le lot de l'écolier studieux, que le labeur couche sans cesse sur le travail ; bien au contraire, les déformations sont plus fréquentes chez les inattentifs, les instables, ceux dont l'attention est plutôt fixée au plafond où volent les mouches que sur le cahier où s'écrivent les devoirs.

L'écolier chez lequel s'observent les déformations rachidiennes accompagnées souvent de genu valgum, de pied plat léger, c'est un enfant qui se fatigue vite, qui est incapable de fixer son esprit, chez lequel les études sont médiocres et dont tout le monde se plaint.

Ce type d'enfant est très répandu dans nos villes, où la vie au grand air se passe dans la rue, au square ou au jardin public, où toute sortie oblige à marcher, à monter des étages, à se traîner pour rentrer à la maison après avoir joué comme un fou et s'être dépensé tout l'après-midi.

Ce sont des enfants dont l'appétit est capricieux, qui grignotent entre les repas des biscuits, des gâteaux, des bonbons et ne font jamais un vrai repas. Il y a chez eux déséquilibre entre les recettes trop faibles et les dépenses trop fortes, l'état général s'en ressent.

Ces enfants ne sont pas des malades, ce sont d'éternels fatigués, dont le poids n'augmente pas et pour lesquels la bascule est aussi nécessaire pour suivre les progrès que l'est le thermomètre pour étudier un état fébrile.

Pour ces enfants, le médecin doit avant tout prescrire une alimentation régulière à quatre repas par jour, le grand repas est à midi (excellent effet de la pension). Le repos, les jeux doivent être surveillés, un peu de phosphate de chaux, une préparation phosphorée suffisent à tout remettre en ordre ; nous conseillons le phosphure de zinc titré en granules de 4 milligrammes, pris un jour sur deux, pendant plusieurs semaines.

Le repos étendu, les bains salés sont ici fort salutaires et corrigent à leurs débuts bien des malformations qui, abandonnées à elles-mêmes, nécessiteront corsets, appareils, plâtres.

On observe **parfois** entre 7 et 10 ans après des jeux excessifs, des fatigues, de longues marches, des douleurs articulaires et même de petites boiteries qui effraient les parents.

Ces douleurs siègent surtout aux genoux, **ou** à la hanche, elles ont pu être prises pour des débuts de tuberculose et il faut se garder de s'y laisser tromper.

J'ai vu de ces enfants qui m'étaient adressés, à la veille d'être mis en plâtre et je conserve le souvenir d'un enfant que m'avait demandé d'examiner mon ami Blechmann, dont le départ était décidé et qui, en réalité n'avait ni coxalgie, ni arthrite grave, mais des troubles douloureux, liés à une syphilis héréditaire légère ; cet enfant mis au repos et traité médicalement est devenu un solide et robuste enfant qui a guéri complètement en quelques mois, et n'a plus jamais présenté à la hanche de phénomènes douloureux.

Chez de tels malades, nous prescrivons un repos absolu sur la planche, des bains iodo-salins et souvent un petit traitement au Stovarsol en comprimés de 5 centigrammes à 1 et 2 comprimés par jour pendant trois jours, avec un arrêt de trois jours : traitement d'une durée moyenne de deux mois.

Au bout de ce temps, l'enfant a, en général, considérabement grandi, ne souffre plus, ne tire plus la jambe et reste guéri.

L'importance du traitement médical dans les altérations du squelette des enfants qui vont en classe n'échappe pas à la vigilance de nos médecins inspecteurs scolaires et ceux-ci savent tout le bien qu'on peut attendre de l'orthopédie médicale.

On a voulu faire de la gymnastique une panacée et souvent les directeurs d'école se heurtent avec le médecin, car ils ne comprennent pas qu'un enfant tendant à se déformer ne soit pas soumis à une gymnastique intensive : la gymnastique est excellente à condition qu'elle soit confiée à un professeur, s'occupant spécialement de son élève, capable de la doser suivant l'état de fatigue, mais si les enfants travaillent en groupe, comme c'est le cas de la gymnastique scolaire, le résultat est mauvais, l'exercice est fatigant, il faut le supprimer.

A cet âge, l'enfant profite au maximum des cures marines ou thermales et on voit revenir de la montagne ou de la mer des sujets transformés.

Il n'y a pas seulement, comme on a tendance à le croire, l'effet d'un air de qualité supérieure qui agit en améliorant les échanges, il y a des conditions de vie plus régulières, plus simples, il n'y a plus l'école, il n'y a plus les longs trajets pour y aller et pour en revenir, il y a une vie organisée pour le repos, en dehors du milieu habituel.

Nous considérons les stations climatiques comme d'excellents adjuvants de l'orthopédie médicale, mais ce serait une erreur de croire que sont des moyens thérapeutiques suffisants.

## III

La période qui précède la puberté correspond aux grandes poussées osseuses qui amènent le sujet au voisinage de sa taille définitive.

C'est la période de la vie où le système osseux est soumis à une activité formatrice considérable, toute altération de ce tissu aura un retentissement sur la morphologie du squelette définitif, c'est la période par excellence où l'orthopédiste doit exercer son action.

Les altérations les plus fréquemment observées sont celles de la croissance vertébrale ; on peut les éviter facilement avec quelques précautions orthopédiques et un traitement médical bien compris.

La grande fréquence des scolioses et des cyphoses chez les filles est en rapport avec l'installation des règles ; la fatigue créée par l'organisation de l'importante fonction de reproduction s'ajoute à celle déjà créée par la croissance osseuse et chez beaucoup de grandes filles qui se tiennent mal, les troubles de l'état général sont importants et nombreux, si on se donne la peine de les rechercher.

La plupart des grandes filles cyphotiques ou scoliotiques, si elles n'ont aucune gêne mécanique des voies aériennes, aucune lésion pulmonaire ou pleurale sont des anémiques dont le foie fonctionne mal, dont le sang est pauvre en hémoglobine, dont les règles sont de trop longue durée et d'apparition irrégulière.

Les troubles circulatoires se traduisent par des membres violacés (mollets, cuisses, bras à la face postérieure), des engelures fréquentes, des extrémités difficiles à réchauffer, souvent ; il y a un léger éréthisme cardiaque et des palpitations.

Ces fillettes se déforment plus facilement qu'autrefois du fait de la vie plus active qu'elles mènent et aussi du fait de la modification du costume qui a supprimé le puissant soutien qu'était le corset baleiné de leurs mères ; la déformation vertébrale attire en premier l'attention du médecin, alors qu'autrefois c'étaient souvent les premiers signes de la chlorose qui se manifestaient d'abord ; c'est là sans doute, ce qui explique que le Professeur Hayem a pu considérer cette maladie comme moins fréquente.

En réalité, nous retrouvons la jeune fille chlorotique, déformée bossue avec son teint livide, quand la malade reste sans soins ; fort heureusement la plupart de celles que nous voyons n'ont que des signes frustres de la maladie et il faut considérer les troubles orthopédiques de la puberté comme le signal symptôme d'une déficience sanguine qui est à traiter.

Gardons-nous bien de ce réflexe « faites porter un corset » sans pousser plus loin l'examen clinique, car, à plus ou moins brève échéance, nous verrons revenir à nous des malades aggravées et difficilement curables.

Sur ces malades, le repos agit salutairement, en redonnant une position correcte à des os trop malléables, mais c'est le traitement médical qui empêchera les désordres de se reproduire.

Nous utilisons avec succès une médication à base d'extraits hépatiques, de préparations à base de fer, d'extraits endocriniens, avec la balnéation chaude et les frictions alcoolisées.

Le traitement agit en régularisant des menstruations jusqu'ici irrégulières et de trop longue durée (six à huit jours) et il est curieux de noter que la venue régulière de règles qui durent quatre jours correspond à la guérison des troubles osseux.

Evitons chez ces filles, le sport à outrance et l'exercice désordonné en croyant que la culture physique est une merveilleuse panacée d'après-guerre ; déjà les longues études, les préparations au baccalauréat sont des épreuves assez fatigantes pour qu'il soit inutile d'en ajouter de nouvelles.

Le traitement médical des scolioses donne à qui veut le faire scrupuleusement des résultats brillants sans appareils, sans corsets sans gouttières, il n'a contre lui que sa trop grande simplicité et le petit ennui, pour une fillette qui joue déjà à la jeune fille, de passer de longues heures étendue.

Pour notre part, et depuis que nous suivons cette méthode, nous n'avons jamais été obligé de faire porter des appareils aux fillettes dont les parents ont bien voulu écouter nos avis et nous avons vu bien des scolioses ainsi traitées et surveillées par leur médecin, régresser et disparaître.

A toutes les altérations du squelette encore à leur début, nous devons opposer l'orthopédie médicale bien dirigée et bien comprise, ne pas croire et faire croire aux malades et à leurs familles que le corset et la gymnastique font des merveilles ; autant ces moyens ont de bons effets lorsqu'ils sont utilisés au moment voulu, au moment où l'os a repris sa solidité normale, au moment où l'organisme n'est plus déficient, autant ils seront déplorables à la période où l'os est malade, où l'organisme souffre et où il faut agir autrement qu'en lui imposant un surcroît de fatigue ou un tuteur externe toujours insuffisant.

## LES INSTILLATIONS INTRAVEINEUSES DANS LA CURE DU TÉTANOS CONFIRMÉ

### (Méthode de Lehman)

Bien que les traitements opposés au tétanos soient encore assez nombreux, il n'y en a cependant que deux qui ont fait leurs preuves dans les cas de tétanos confirmé et grave : celui de Dufour et le mien. Quant à la puissance curative des autres, elle est tellement minime, voire même douteuse, qu'on ne saurait plus guère les utiliser aujourd'hui que dans des cas bénins ou très localisés.

Or, je me suis rendu compte qu'on établissait parfois une confusion, que rien ne justifie, entre le traitement curatif du tétanos, dont j'ai été l'initiateur en 1917 et celui qu'a présenté Dufour en 1925.

Le procédé de Dufour et le mien constituent cependant deux méthodes efficaces nettement distinctes l'une de l'autre. Elles n'ont de commun que l'association « chloroforme — sérum antitétanique », que j'ai, le premier, imaginée et employée avec succès au cours de la guerre. Et cette association heureuse, divulguée et répandue rapidement de tous côtés, a été adoptée par d'autres auteurs, en raison de son efficacité. De telle sorte que l'anesthésie chloroformique a fini par prendre droit de cité dans le traitement opposé au tétanos confirmé et grave.

Or, il n'est pas possible de confondre le procédé de Dufour, qui introduit le sérum antitétanique dans l'organisme par la voie intrarachidienne avec ma méthode qui l'y introduit par les instillations intraveineuses, selon un mode inédit jusqu'ici.

Les deux systèmes ont leurs qualités et leurs défauts probablement aussi ; n'en est-il pas de même de toute méthode, même quand elle est devenue classique ?

Toutefois, il est juste d'observer que la voie intra-veineuse est, à mon sens, plus aisée et de pratique plus courante que ne saurait l'être la voie intrarachidienne. A qualités égales, un praticien n'hésitera point ce me semble entre les deux procédés, et c'est à la voie intra-veineuse qu'il aura recours, je n'en garde aucun doute.

Sans vouloir discourir plus longtemps sur l'intérêt de la voie intrarachidienne, que son auteur a suffisamment fait connaître dans sa communication de 1925, qu'il me soit permis, à mon tour, de donner ici quelques détails importants sur mon traitement curatif du tétanos confirmé, par la voie intraveineuse, dont certains journaux scientifiques ont parlé déjà et que des praticiens méconnaissent encore, malgré les communications faites.

Ma méthode consiste essentiellement en injections intraveineuses bi-quotidiennes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur, effec-

tuées sous anesthésie générale au chloroforme, ce dernier administré prudemment et en moindre quantité possible.

Je m'explique sur chacun de ces points.

Il n'est pas question dans mon procédé d'injections intraveineuses banales et communes, comme toutes celles qu'on pratique généralement au cours de diverses maladies, en poussant rapidement le piston de la seringue, pour introduire un médicament dans une veine turgescente. Celui qui les effectuerait ainsi sans les précautions indispensables que je n'ai cessé de conseiller depuis 1917, ne manquerait certes point d'occasionner à bref délai des réactions de l'organisme, susceptibles parfois même de revêtir un caractère dramatique, que tout praticien doit non seulement prévoir, mais aussi savoir éviter.

C'est que le sérum antitétanique de l'Institut Pasteur, étant un sérum de cheval, n'a pas la même formule que le sérum humain. D'où production de choc sérique plus ou moins intense à redouter, si l'on n'a recours à certains moyens, destinés à le prévenir.

C'est pour ces raisons que, dans le but d'injecter au malade une quantité de sérum antitétanique assez considérable et proportionnée à son degré de toxi-infection, d'une part, tout en cherchant à éviter la production d'un violent choc anaphylactique, d'autre part, le praticien ne doit pratiquer l'injection intraveineuse, selon ma méthode particulière et personnelle, que très lentement, *goutte à goutte*, et suivant le rythme d'une goutte par seconde au maximum, moins si possible (ce qui demande quelques exercices préalables, avant le chargement définitif de la seringue).

Loin donc de pousser rapidement, comme d'habitude, le piston de l'appareil, afin d'introduire en quelques secondes son contenu dans le vaisseau choisi, l'opérateur ne doit exercer qu'une pression douce et en quelque sorte « retenue » sur l'appareil, de façon que l'injection soit poussée avec prudence et lenteur extrême, posément, sans se presser, en se défendant de toute précipitation. La nervosité du praticien, impatient d'obtenir une guérison rapide est l'écueil principal à redouter et à éviter. Tout énervement doit être surmonté, dominé, absolument maîtrisé.

Il s'agit donc moins d'une injection que d'une *instillation intraveineuse*. C'est là le fait capital de ma méthode.

Jamais avant moi, l'on avait parlé de « goutte à goutte », ni d' « instillations intraveineuses ». En cela mon procédé, tout personnel, diffère des autres méthodes quelles qu'elles soient. Il ne saurait en aucune manière être confondu avec aucun autre.

Ce goutte à goutte ne permet pas d'instiller dans la veine plus d'une ampoule de 10 c. c. de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur en moins d'un quart d'heure. Et c'est grâce à cette lenteur inusitée que l'instillation intraveineuse de sérum de cheval introduite dans le courant sanguin ne provoque pas d'anaphylaxie. Chacune des gouttes, distante de la précédente, se dilue peu à peu et progressivement, l'une après l'autre, dans le système circulatoire du patient.

Il est à noter alors que si le « Besredka » consiste à diluer une petite quantité de sérum de cheval dans du sérum physiologique, dont on injecte seulement un centimètre cube d'abord, avant d'injecter plus tard une dose un peu plus élevée, pour continuer par une quantité plus considérable et aboutir plus tard encore à la dose terminale et totale, ce qui constitue la perte d'un temps des plus précieux, ma méthode au contraire est directe d'emblée et en définitive bien plus rapide, malgré sa lenteur d'instillation, bien que cela puisse paraître quelque peu paradoxal.

Selon Besredka, on doit en effet diluer tout d'abord un peu de sérum de cheval dans du sérum physiologique à 9 pour 1.000.

Du sérum physiologique ? Mais le sérum humain n'est-il pas physiologique et en tout cas plus naturel et mieux approprié à l'homme ? Pourquoi donc serait-il nécessaire de diluer préalablement un peu de sérum de cheval dans une solution dite physiologique et qui n'est qu'artificielle ?

Selon mon procédé, le sérum antitétanique est dilué sans préparation aucune, goutte à goutte et directement dans le sang veineux du sujet. La vitesse du courant sanguin est largement suffisante pour que chaque goutte de sérum antitétanique soit de suite entraînée seule et aussi largement espacée de celle qui l'a précédée, que de celle qui va la suivre.

La dilution du sérum antitétanique s'opère donc dans les meilleures conditions, directement et progressivement dans la circulation, au fur et à mesure de la lente instillation ; si bien que le torrent circulatoire contient bientôt la totalité de l'ampoule de sérum de cheval à injecter ; et celle-ci entièrement et uniformément répartie dans le sang du sujet, pénètre dans la totalité des cellules de l'organisme pour y détruire efficacement la toxine tétanique partout où elle se trouve.

Cette extrême lenteur d'instillation du sérum de cheval est la condition absolument indispensable pour éviter le choc colloïdal.

Et d'ailleurs, en ce qui me concerne, malgré le Besredka, j'ai fréquemment observé dans ma clientèle, la production de la maladie sérique que j'avais si soigneusement cherché à éviter. D'autres praticiens, et ils sont nombreux, en ont également fait la remarque. Flandin n'a-t-il pas dit récemment : « Je crois que la dilution dans du sérum physiologique n'empêche pas les chocs ».

A son tour, Grenet a tout dernièrement fait aussi observer : « J'ai fait un certain nombre d'injections intraveineuses et je prends beaucoup de précautions en faisant l'injection très lentement, et en utilisant, comme il est souvent recommandé, du sérum dilué dans dix fois la quantité de sérum artificiel. J'ai toujours constaté alors des chocs violents. Puis, j'ai appris que différents collègues injectaient le sérum non dilué dans les veines. J'ai alors agi ainsi, en injectant lentement le sérum pur ; et je n'ai plus eu de choc. » (*Journal médical français*, 1931.)

On ne saurait justifier et illustrer plus favorablement la méthode que j'ai instituée en 1917, qui consiste à instiller le plus lentement possible le sérum antitétanique pur dans les veines des tétaniques.

Citerai-je encore l'opinion de Marimon, chef du service chirurgical de l'hôpital du Sacré-Cœur, de Madrid : « Je n'ai jamais vu d'accidents importants imputables au sérum antitétanique, seulement dans quelques cas, une réaction locale et générale de caractère allergique, surtout dans les cas d'injections intramusculaires. Jamais avec les injections intraveineuses. » Et il ajoute : « Nous avons abandonné les intrarachidiennes, convaincu de leur inefficacité. » (*Phare Médical*, nº 113, mai 1932.)

Ainsi donc, injecté lentement, selon mon procédé et en « *instillations* » dans les veines du malade, le sérum antitétanique n'y occasionne pas de choc anaphylactique. Peu à peu, les auteurs en arrivent à se ranger à mon avis, motivé depuis 1917.

Ma méthode d'instillation intraveineuse peut s'appliquer à tous les sérums de cheval.

Mais la première instillation intraveineuse terminée, selon le mode que je viens de rappeler, mon traitement curatif du tétanos ne s'arrête point là, et l'intervention telle que je la recommande, doit être renouvelée une deuxième fois chaque jour et dans des conditions identiques. Dans certains cas même, très graves et lorsque l'urgence le commande, au lieu d'une seule ampoule de sérum antitétanique, le praticien pourra dans chaque séance en instiller deux, trois même si c'est nécessaire ; de fortes doses ne pouvant que hâter la guérison du malade. Mais, au cours des toutes premières interventions, il est de la plus haute prudence de n'injecter qu'une seule ampoule, afin de désensibiliser le sujet et l'habituer peu à peu aux doses plus considérables qu'il recevra par la suite et qui sont nécessaires à sa guérison.

### ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE

Les instillations intraveineuses de sérum antitétanique doivent enfin être pratiquées, d'après ma méthode, sous anesthésie générale au chloroforme, ainsi que j'en ai institué l'usage depuis 1917.

Dans les cas graves, en effet, le tétanique ne présente pas seulement du trismus, de la raideur de la nuque et de la dysphagie, mais le plus souvent aussi des contractures des membres plus ou moins étendues ; il a des spasmes convulsifs irréguliers, du tremblement, des mouvements désordonnés des membres. Comment faire alors une injection intraveineuse chez un sujet agité, dont les bras sont en flexion ou se jettent au devant de l'aiguille prête à ponctionner une veine superficielle, sans risquer d'occasionner des accidents ou de perforer une artère sous-jacente ? C'est pour éviter ce danger que j'ai fait mettre mon blessé en 1917 sous anesthésie générale au chloroforme, afin d'obtenir sa résolution musculaire complète me permettant de pratiquer, avec tout le calme nécessaire, l'instillation très lente de sérum antitétanique telle que je la concevais.

Ce n'est que plusieurs années plus tard, alors que le succès de la méthode que j'avais employée avait été divulgué de tous côtés, qu'on s'est demandé pourquoi et comment le chloroforme venait ainsi en aide à l'efficacité du sérum antitétanique et que certaines expériences de laboratoire ont montré son influence favorable sur les centres nerveux ou sur la toxine tétanique. Telle est la raison pour laquelle l'anesthésie générale au chloroforme est aujourd'hui considérée comme un adjuvant indispensable à la cure du tétanos confirmé, aussi bien dans mon procédé qui date de 1917, que dans celui qu'a présenté Dufour en 1925.

Quelles que soient les différentes théories plus ou moins savantes, peut-être éphémères comme tant d'autres, imaginées pour justifier l'administration de cet anesthésique, il est indispensable de mettre le tétanique, contracturé et agité, tout d'abord en résolution complète, sous anesthésie générale, dans le but de faire l'instillation intraveineuse en toute sécurité. J'ajoute en passant que n'ayant disposé dans mon ambulance, en 1917, que d'un seul et unique anesthésique, le chloroforme, je n'ai eu ni l'initiative, ni la liberté d'en choisir un autre.

Ici, attention ! Il ne s'agit point d'un malade quelconque à endormir, mais d'un tétanique, c'est-à-dire d'un sujet déjà plus ou moins infecté, au centre bulbaire intoxiqué, à l'amplitude des mouvements thoraciques limitée, au jeu respiratoire incomplet, au cœur bridé, surmené. Les crises d'opisthotonos sont plus ou moins fréquentes, l'épuisement du blessé atteint ses limites dernières, (c'était le cas de mon poilu, en 1917, dont l'état était désespéré) : toutes constatations qui commandent la plus extrême prudence dans l'administration du chloroforme, qui ne doit être donné qu'à très faible dose, doucement, lentement, « à la reine » et surveillé de très près, tout tétanique étant susceptible d'entrer en syncope avec la plus grande facilité.

Jusqu'à quel moment administrer le chloroforme ? Le meilleur moyen de répondre à cette question est de ne pas oublier que le patient est déjà atteint de toxi-infection sévère, d'une part, et que, d'autre part, ainsi que l'a rappelé Louis Bazy, « un homme en puissance de tétanos, même léger, peut mourir subitement » et cela avant même qu'on l'ait placé sur une table d'opération et qu'on ait seulement commencé à l'endormir. A cette intoxication tétanique profonde, dont il est tout imprégné, va-t-on ajouter encore celle d'une grande quantité de chloroforme ? Qu'on s'en garde bien ; son cœur n'y résisterait pas.

C'est pour ces raisons que je n'ai cessé de conseiller de n'administrer le chloroforme aux tétaniques qu'avec grande prudence et seulement jusqu'à disparition des réflexes oculaires. Le chloroformisateur doit veiller à ne pas dépasser cette limite extrême et à y maintenir le patient jusqu'à la fin de l'instillation intraveineuse ; jamais au delà.

Quand on a appris de divers côtés le succès que j'avais obtenu par l'association « chloroforme-sérum antitétanique », certains praticiens pensant que le chloroforme pouvait avoir, seul, une action puissante sur la toxine tétanique au moins égale à celle du sérum antitétanique, ont essayé de maintenir le sujet sous chloroforme pendant plusieurs heures ; d'autres même allant plus loin encore, ont fait administrer cet anesthésique « de jour et de nuit ». Qu'est-il arrivé ? Le malade a succombé non seulement en raison de sa toxi-infection tétanique profonde, mais encore de par son intoxication chloroformique surajoutée. Et l'on s'est cru autorisé à dire alors que si le patient était mort avant la guérison espérée, c'est que le traitement institué par les injections intraveineuses de sérum antitétanique, sous anesthésie chloroformique, était resté inefficace. Et cependant, la syncope cardiaque n'était-elle pas nettement légitimée cette fois par deux causes au lieu d'une ?

Sitôt donc l'instillation intraveineuse terminée, ce qui nécessite un quart d'heure environ pour 10 centimètres cubes, cesser l'anesthésie.

Il est remarquable que le chloroforme se montre antianaphylactique. De sorte que chloroforme d'une part, et instillations intraveineuses de sérum de cheval, d'autre part, s'allient pour éviter le choc colloïdal si redouté à tort des praticiens.

Ce qui est frappant aussi dans le traitement par les instillations intraveineuses, c'est la minime quantité de sérum antitétanique nécessaire à la guérison du sujet. Et, tandis que, dans la plupart des cas traités par d'autres méthodes, il ne faut pas moins de 7 à 800, 1.000 et même 2.000 centimètres cubes de sérum pour obtenir un résultat favorable, la consommation de 2 à 300 centimètres cubes de sérum intraveineux suffit à la guérison d'un tétanique.

**TECHNIQUE PRATIQUE**

1° Dès que le diagnostic du tétanos est établi, endormir sans tarder le malade au chloroforme, mais avec la plus extrême prudence et seulement jusqu'à disparition de ses réflexes oculaires, en ayant soin de maintenir l'anesthésie sur cette limite et ne jamais la dépasser, tout en surveillant attentivement la respiration.

2° Profiter de ce premier sommeil chloroformique léger, pour nettoyer, désinfecter et surtout « exciser » la plaie d'entrée, selon les recommandations classiques, de façon à ne pas laisser dans la profondeur des tissus, souvent même déjà cicatrisés, de foyer générateur de toxine tétanique.

3° Cette excision faite et le pansement terminé, commencer de suite l'instillation intraveineuse d'une seule ampoule de sérum antitétanique.

Dès que l'aiguille a ponctionné la veine et que, pénétrant dans la seringue, le sang en rougit le sérum, détendre le lien constricteur et exercer une pression minime, très douce, sur le piston, de manière à n'obtenir qu'un « goutte à goutte intraveineux » lent et espacé, suivant le rythme d'une goutte par seconde au maximum ; pression attentivement surveillée, presque retenue, car l'opérateur doit lutter sans cesse contre sa nervosité, son impatience et sa tendance à achever l'instillation avec précipitation.

Pratiquée ainsi avec lenteur, l'instillation intra-veineuse est des plus précieuses lorsqu'il s'agit d'introduire un sérum de cheval dans l'organisme, surtout chez les sujets antérieurement sensibilisés par du sérum équin.

4° Lorsque le cas est très grave, et seulement après les premières interventions, ne pas hésiter à instiller dans chaque séance deux ampoules de sérum au lieu d'une, et plus tard encore trois, si c'est nécessaire.

5° Ne cesser les instillations de sérum antitétanique que lorsque le trismus a disparu.

Ce traitement guérit le tétanos confirmé et grave avec la même puissance et la même rapidité qu'aucun autre procédé. Il ne le cède en rien, en particulier, aux injections de sérum dans le canal rachidien, et il n'échoue que dans les cas où les autres procédés contre le tétanos grave échouent eux-mêmes.

A ce sujet, il faudrait qu'il fusse bien entendu entre tous praticiens de bonne foi, qu'en face d'un tétanos très léger, subaigu, ou simplement localisé, à très faible température, ou même au début des premières manifestations cliniques, il n'est pas de traitement, si anodin soit-il, qui ne compte à son actif des succès irréfutables.

Ce sont ces cas, en effet, qui ont pu guérir parfois en quelques heures ; et, c'est là, ce qui contribue à faire naître le doute dans les esprits, en

rendant sceptiques à l'égard de traitements puissants et vraiment curatifs du tétanos confirmé et extra-virulent.

Certes, quelques injections hypodermiques ou intramusculaires viendront facilement et rapidement à bout d'un tétanos léger, surtout s'il est traité dès son début. Et alors certains praticiens diront : « Bah ! j'ai guéri mes tétaniques en leur renouvelant plusieurs fois par jour des injections hypodermiques de sérum.... ».

Mais lorsque le tétanos est d'emblée sévère et se complique rapidement de spasmes, de contractures déjà étendues, de crises d'opisthotonos et que sa marche revêt une allure rapide, avec température élevée, l'heure n'est plus de s'adresser aux injections hypodermiques ou intramusculaires, dont la diffusion vraiment trop lente et à l'effet trop longtemps problématique, laisse le praticien dans une attente véritablement angoissante et exige la consommation d'une quantité telle de sérum qu'elle expose le malade à des accidents parfois redoutables, que j'ai rappelés dans ma communication à la Société Médicale du XVII^e arrondissement de Paris, le 23 octobre 1931. Pour juger en toute équité de la valeur et de la puissance d'un traitement, il est indispensable d'abord de l'appliquer concurremment avec un autre, et à des cas de même gravité.

D'ailleurs, dès l'apparition d'un trismus suspect, sait-on jamais si le pronostic de ce tétanos naissant sera par la suite bénin ou grave? Si sa marche sera lente ou rapide ? Si son allure ne deviendra point mortelle ? Et si sa gravité revêt bientôt un caractère exceptionnel, comme tous ceux que nous avons hélas ! observés pendant la guerre, sera-t-il temps alors d'abandonner le traitement anodin commencé, sous forme d'injections hypodermiques et intramusculaires et qui aura fait perdre un temps précieux à jamais irrécupérable, pour lui substituer un autre traitement plus puissant et plus actif ? Faut-il donc attendre qu'il soit trop tard pour instituer le plus tôt possible les instillations intraveineuses, dont l'action est puissante et rapide ?

Qui peut le plus, peut le moins, dit le proverbe. Quel que soit donc le pronostic du tétanos confirmé, il est prudent et sage d'instituer dès le début et sans remise au lendemain, le traitement curatif du tétanos, comme s'il s'agissait toujours d'un cas grave et à marche rapide, et de commencer de suite les instillations intraveineuses de sérum antitétanique sous-anesthésie chloroformique.

Efficace contre le tétanos confirmé et grave, mon procédé curatif le sera plus encore si le tétanos est léger et bénin ; et la guérison du patient n'en sera que plus certaine et plus rapide.

Docteur LEHMAN,
(Pau.)

---

## LA CLINIQUE INFANTILE AU GOUT DU JOUR

### Sachons utiliser la bouillie de malt chez le nourrisson

d'après le Dr E. TERRIEN (1).

#### LE MALTOSAGE AU SECOURS DE LA DIGESTION NATURELLE

*L'addition de la diastase du malt au régime hydrocarboné du nourrisson réalise une digestion partielle et artificielle de l'amidon ; elle peut ainsi subvenir à la défaillance des sucs digestifs.*

En effet, au cours de la digestion naturelle, l'empois d'amidon se transforme successivement en amidon soluble, en dextrines, maltose, puis glucose ; c'est la saccharification de l'amidon.

Et, au cours de la digestion artificielle, la diastase du malt transforme aussi l'empois d'amidon en amidon soluble, dextrines, maltodextrine et maltose. Cependant le stade ultime, la transformation de maltose en glucose, reste réservé aux sucs digestifs.

Toutefois, obtenir ainsi, d'une manière artificielle, l'effet saccharifiant complet du maltosage est inutile et même nocif. Car, si on introduit dans l'estomac d'un nourrisson une certaine quantité de solution glucosée un peu concentrée, on détermine presque à coup sûr, et très rapidement, un flux diarrhéique abondant : cette solution, pour arriver à l'isotonie, attire, en effet, par osmose une certaine quantité de liquide dans l'intestin, d'où le flux diarrhéique.

Il ne faut donc pas, dans la pratique, arriver au stade de la saccharification totale par le maltosage, mais s'en tenir au premier stade de ses effets, à celui de la *liquéfaction exclusive de l'amidon* : arrivé dans l'intestin, celui-ci ne s'y transforme que *peu à peu* en dextrine, maltose, etc., et ces produits sont absorbés à mesure qu'ils se forment.

(1) Dr E. TERRIEN. — Emploi de la bouillie de malt chez le nourrisson. (*Actualités infantiles*, 1 vol. chez Masson et Cie, éditeurs, 1932.)

Néanmoins, cette liquéfaction de l'amidon garde toute son utilité : détruisant la cuticule protectrice, qui enveloppe le grain d'amidon, elle le rend *plus facilement attaquable par les sucs digestifs*, qui vont achever sa transformation.

Or, rien n'est plus facile que de *séparer le pouvoir saccharifiant et le pouvoir liquéfiant de la diastase de malt* : c'est affaire de température. Entre 55° et 70° se produisent les différents types de saccharification ; à 80°, aucune saccharification ne se produit, mais le *pouvoir liquéfiant persiste avec sa puissance maxima.*

## Un peu de cuisine

Comment faire agir la diatase sur l'amidon à la température de 80°, pour obtenir une bouillie exclusivement liquéfiée ?

Dans la préparation de la bouillie de malt, il faut envisager deux choses : sa composition et la technique du maltosage.

La composition doit être telle qu'elle possède un pouvoir calorique à peu près égal à celui du lait. Pour un litre de bouillie, l'auteur conseille : lait 300 gr., eau 700 gr., crème de riz, 80 gr., sucre 50 gr. Certes, cette composition pourra varier suivant les circonstances, de même que la nature du lait sera également variable, d'où les bouillies de malt au lait sec, au lait condensé, au babeurre, etc.

*Une fois la bouillie cuite, il faut la ramener à 80°, avant d'ajouter l'extrait de malt.*

Dans la pratique, un thermomètre n'est pas indispensable : un litre de bouillie retirée du feu durant 10 minutes, ou 250 grammes de bouillie retirée durant quatre minutes, descendent approximativement à 80°. A ce moment seulement, on ajoutera l'extrait de malt ; on mélangera bien, et on réchauffera très doucement, pour le cas où le refroidissement aurait un peu dépassé cette limite.

## Pour que la bouillie de malt soit bien tolérée

Il faut éviter les principales causes des échecs : bouillie donnée de façon trop brutale, à un enfant trop jeune, à trop hautes doses.

Jamais on ne doit donc passer brusquement d'un régime à un autre ; l'enfant ne recevra ce nouvel aliment que par doses progressives.

Dans tout état dyspeptique un peu sévère, la tolérance étant souvent limitée pour *tous* les aliments, il sera utile de ne donner de chacun d'eux que la dose limite, facilement tolérée. Il y aura donc tout intérêt à prescrire simultanément de petites doses de plusieurs aliments associés. Ainsi ont pris naissance les régimes des trois tiers ; exemple : 1/3 de babeurre, 1/3 de bouillie de malt, 1/3 de yoghourt. Chacune de ces petites quantités est bien tolérée, et le total fait une ration suffisante. Puis, suivant le type de dyspepsie, on augmente le taux de tel ou tel aliment.

### Il faut aussi tenir compte des indications de la bouillie de malt

Celle-ci peut être utilisée comme *bouillie de coupage*, chez des nourrissons à tolérance lactée limitée. Ainsi, certains enfants, même très jeunes encore, de 3, 4, 5 mois, ne peuvent dépasser 500 à 600 grammes de lait sans présenter de manifestations digestives ou cutanées. L'emploi de cette bouillie de coupage permet de leur donner un biberon de contenance adéquate à leur âge, tout en maintenant une proportion de lait peu élevée.

En raison de *dyspepsies atrophiques*, des nourrissons présentent aussi une atrophie de leurs glandes digestives, et par suite ils ne peuvent supporter que de faibles quantités de lait, sous peine de voir les troubles digestifs reparaître. Pour leur donner la ration élevée, que cependant leur état exige, l'emploi de la bouillie de malt vient à point, avec les meilleurs résultats, soit pure, soit comme bouillie de coupage au lait naturel ou yoghourt. Dans ces conditions, on voit souvent les enfants se développer avec une extrême rapidité.

Chez certains *hypotrophiques à développement retardé*, le maltosage permet de réaliser une suralimentation facilement acceptée et très bien tolérée grâce à sa grande digestibilité. Il vient alors s'ajouter au régime antérieur souvent à peine modifié, et il augmente sensiblement la teneur en hydro-carbonés.

Des enfants dont le poids demeurait stationnaire, qu'aucun régime ne pouvait transformer, prennent ainsi rapidement d'intéressantes augmentations de poids.

*Des troubles digestifs aigus rendent parfois l'enfant inapte à tolérer le lait* pendant un certain temps. Entre la diète hydrique et la reprise de l'allaitement, les bouillies aqueuses, le babeurre, le yoghourt, le képhyr sont d'une heureuse transition. Il en sera de même pour la bouillie de malt ; mais, la tolérance restant chez ces enfants, limitée pour *tout* aliment, il

y aura intérêt à les associer, afin de ne donner de chacun d'eux qu'une très petite quantité (régime des trois tiers, par exemple), tout en réalisant une ration totale suffisante.

On peut aussi réaliser les régimes les plus profitables pour les diverses catégories de troubles digestifs : si, dans la dyspepsie fermentative ou amylacée, il faut élever le taux de l'élément albuminoïde (babeurre, yoghourt, képhyr), d'autres fois, on doit, par contre, élever celui des hydrates de carbone ; en ce dernier cas, le meilleur résultat est obtenu par une ration plus élevée de bouillie de malt. C'est, en effet, un aliment mixte hydro-carboné, particulièrement riche en amidon, ayant déjà subi un premier temps de digestion artificielle.

Bref, la bouillie de malt mérite de figurer à côté de ces nombreux aliments de transition, si souvent utilisés chez le nourrisson.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Diagnostic et traitement de la péritonite à pneumocoques.

Le diagnostic est ici de première importance, car l'intervention chirurgicale immédiate reste discutée, contrairement à ce qui se passe pour les péritonites dues à des perforations du tube digestif, à son inflammation ou à celle des organes intrapéritonéaux.

Or, il ne peut être porté d'une façon certaine que dans un nombre de cas limité, lorsque l'ensemble des petits caractères différentiels (non concordance des différents symptômes, entre l'état du ventre et l'état général, entre le pouls et l'état général) forme un faisceau suffisant de probabilités. Mais, même dans ces cas, si un examen de laboratoire ne confère pas une certitude, faut-il accepter la croyance à une péritonite à pneumocoques et, si l'on n'est pas partisan de l'opération, s'abstenir ? M. A Bréchot ne le pense pas ; il ne croit pas que l'intervention aggrave le pronostic, à la condition que celle-ci se limite à une simple incision exploratrice, faite sous anesthésie locale, dans la fosse iliaque droite. Elle permettra de ne pas laisser échapper une péritonite appendiculaire. Cette incision suffira, sans faire aucune autre manipulation, au dignostic. Quelques gouttes de sérosité montreront, directement ou par ensemencement, le pneumocoque. Mais surtout un aspect particulier du cæco-côlon et de la fin de l'iléon, rouge, vernissé, comme huilé, aspect très particulier, renseignera le chirurgien. Il faut savoir s'arrêter, et ne pas profiter de l'incision faite pour ôter un appendice, ordinairement plus sain, moins rouge, plus pâle que le cæcum et le côlon.

Cette intervention, en permettant le drainage d'un épanchement pneumococcique, formé ou en formation, ne peut avoir qu'un rôle utile en soustrayant partiellement l'organisme à la résorption d'une collection septique. (*Revue de médecine*, février 1932.)

### Sur le traitement des accidents nerveux de l'hypertension artérielle.

Au cours des accidents de l'hypertension artérielle, et particulièrement au cours du coma hémiplégique par ramollissement, la saignée abondante peut devenir une arme dangereuse. Les pertes de sang suffisent, en effet, à provoquer parfois des accidents nerveux graves, dans les cas où une lésion antérieure du système circulatoire constitue un point d'appel à la thrombose vasculaire.

Sans doute, de tels accidents sont rares ; mais le seul fait qu'ils peuvent éclater doit rendre très prudent dans l'usage de la saignée, au cours des divers accidents purement nerveux de l'hypertension artérielle permanente, où, croit le Docteur Worms, elle est le plus souvent inopérante.

Cependant, il ne faudrait pas proscrire ce moyen thérapeutique de la cure de toute hypertension. Les accidents dyspnéiques, les états de défaillance cardiaque restent, au premier chef, justiciables d'une si efficace thérapeutique.

Toutefois, dans le cas où, pour une de ces raisons, une émission sanguine se trouve indiquée chez un hypertendu aux artères scléreuses, il y aurait intérêt à recueillir le sang en milieu citraté, et à le conserver quelques heures à l'abri ; on pourrait ainsi, sans délai, réinjecter au malade 100 ou 200 grammes de sang s'il devait apparaître un accident nerveux. *Car, la transfusion sanguine* est le seul traitement des accidents nerveux post-hémorragiques.

Au total, un hypertendu athéromateux, qui se plaint de céphalée, de vertiges, de bourdonnements d'oreille, etc., ne doit pas être saigné ; du moins, il ne subira, s'il est besoin, à intervalles très éloignés, que des soustractions sanguines de 100 grammes, ainsi qu'on en prescrit à juste titre avant l'institution d'une cure toni-cardiaque.

S'agit-il chez un tel malade d'un coma hémiplégique, la saignée se trouve plus formellement encore contre-indiquée ; l'abstention demeure le plus souvent la règle. Si l'on voulait agir, il faudrait chercher, soit à lutter contre un spasme éventuel par des injections d'acétylcholine, soit surtout à relever la tension artérielle et non à l'abaisser, et, dans ce sens, l'injection intra-musculaire d'adrénaline a donné plus d'une fois des résultats encourageants. (*La Pratique médicale française,* février 1932-A.)

### Les hypnotiques en psychiatrie.

Les troubles du sommeil sont courants chez les psychopathes, et, pour y remédier, on a généralement recours à des hypnotiques. Mais, d'après le Docteur Barbé, il semble bien que leur usage soit à déconseiller dans la plupart des troubles mentaux s'accompagnant d'insomnie, car celle-ci révèle un trouble de l'organisme, non seulement cérébral, mais encore général, et les différents viscères ont peut-être une interdépendance encore plus grande qu'on le croit aujourd'hui ; ce trouble ne peut qu'être aggravé par les substances toxiques, que l'on considère comme des calmants, mais dont l'action est ici dangereuse, l'utilité contestable, le pouvoir inconstant.

Ceci ne veut pas dire que l'on doive abandonner à lui-même un psychopathe, qui présente des troubles du sommeil. Mais, on doit remarquer tout d'abord que ces troubles sont souvent peu durables et guérissent souvent, soit d'eux-mêmes, soit par l'administration de substances destinées à faciliter les éliminations hépatique, intestinale, ou rénale.

Ensuite, un traitement causal donne souvent de meilleurs résultats que des médications symptomatiques.

Enfin, on peut avoir recours à de vieilles pratiques, très simples, facilement instaurées, et qui ont au moins l'avantage, si elles ne donnent aucun résultat immédiat, de n'être pas nocives et de réserver l'avenir ; ce sont les grands bains tièdes, l'alitement, et les lavements froids. Ces moyens ont fait leurs preuves ; ils ont une valeur thérapeutique au moins égale, sinon supérieure, à celle des hypnotiques, dont on a fait dans ces cas un usage courant, parfois inconsidéré. (*La Médecine,* février 1932.)

### Les arthropathies protéiniques.

Les arthropathies protéiniques, quelle que soit la substance albuminoïde en cause, se présentent en clinique avec des aspects infiniment variables. MM. Paviot, Lagèze et Naussac estiment qu'elles ne sont certainement pas aussi rares qu'on pourrait le croire au premier abord.

Parmi elles, il faut d'abord faire une place à part aux manifestations articulaires de la maladie sérique. Puis, ce sont les autres formes d'arthropathies, apparues en dehors de la sérothérapie, qu'elles soient consécutives à la résorption d'albumines étrangères en dehors de la voie parentérale (c'est-à-dire de l'alimentation) ou à la résorption d'albumines personnelles plus ou moins largement modifiées. Certaines formes aiguës peuvent simuler le rhumatisme articulaire franc ; de telles arthropathies fébriles ont été signalées dans l'autohémothérapie, mais il est plus fréquent de les observer au cours de la résorption d'hématomes ; on les voit aussi, avec les mêmes caractères, consécutives à des ponctions d'épanchements pleuraux, à des crises d'hémoglobinurie paroxystique.

Ce sont ensuite les hydarthroses protéiniques : soit intermittentes, à évolutions cycliques, soit chroniques, bilatérales ou à prédominance unilatérale et souvent à balancement, irréductibles par les thérapeutiques habituelles, par la seule immobilisation ; elles sont cependant susceptibles d'être rapidement transformées par un traitement tiré de leur pathogénie.

Il existe aussi les rhumatismes chroniques d'origine protéinique.

Malgré la diversité des causes déterminantes, le traitement doit toujours s'inspirer des mêmes règles générales. Il faut tout d'abord chercher à modifier le terrain pathologique : traiter l'insuffisance hépatique, l'obésité, les lésions dentaires ou plus rarement amygdaliennes, supprimer l'intoxication latente par l'oxyde de carbone, si elle existe, etc.

Il faut surtout, en l'absence de cause déterminante évidente, rechercher dans le mode d'alimentation des malades s'il n'existe pas un régime trop chargé en substances protéiques, une modification importante du transit gastro-intestinal, une intolérance particulière aux œufs et au lait, des signes de sensibilisation aux albumines de l'alimentation. L'importance du régime alimentaire est considérable, et surtout du régime parfaitement suivi par le malade, le moindre écart supprimant inévitablement le bénéfice des restrictions antérieures. Il n'est évidemment pas possible de supprimer de l'alimentation toutes les substances protéiques ; un régime trop exclusif ne tarderait d'ailleurs pas à entraîner de sérieuses complications.

On ne cherchera donc à supprimer que les œufs, le lait et ses dérivés, mais on les supprimera complètement. Pour les autres albumines, et pour la viande en particulier, le malade sera soumis avant chaque repas au choc peptonique, auquel on ajoute l'adrénaline en gouttes, le matin et le soir.

A ce traitement de protection contre les protéiques, on ajoutera le traitement désensibilisateur général avec certains médicaments, dont le plus efficace paraît être le chlorure de calcium, sous

ses multiples formes spécialisées, injectable ou par voie buccale, seul ou associé à d'autres produits, tels que les sels de magnésium ou autres.

Ce traitement variera selon les malades. On ne doit pas faire pratiquer d'avulsion de chicots infectés par exemple, avant d'avoir pu faire un traitement de protection suffisant contre les résorptions de sang et de pus, qui seront inévitablement secondaires à ces avulsions ; on s'exposerait à voir redoubler les accidents sous l'influence de cette opération intempestive. Il est aussi préférable de ne donner les peptones préprandiales qu'après avoir soumis le malade pendant quelque temps au chlorure de calcium, à l'adrénaline, et aux injections désensibilisatrices. (*Gazette des Hôpitaux*, 27 février 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### L'hygiène de l'industrie des soies artificielles.

(MM. P. Cazeneuve, A. Morel et de Leeuw. — *Académie de médecine* ; 14-6-1932.)

Depuis les premières réalisations industrielles du comte de Chardonnet, en 1884, la fabrication des textiles brillants, dérivés de la cellulose, que l'on désigne sous le nom de soies artificielles, s'est développée dans le monde entier d'une manière considérable. Il est intéressant de considérer au point de vue de l'hygiène cette industrie nouvelle.

Les soies artificielles se distinguent profondément de la soie naturelle non seulement par leur origine, mais par leur constitution chimique. Elles ne sont pas formées comme celle-ci de matières protéiques ou albuminoïdes ; ce ne sont que des produits de transformation de la cellulose des tiges végétales. Les actions chimiques, auxquelles les usines soumettent cette cellulose, ont pour but de solubiliser celle-ci ou, plus précisément, de la faire passer à l'état de pseudo-solution colloïdale susceptible d'être coagulée en fils.

Les procédés, d'ordre chimique, utilisés pour cette transformation, sont multiples (soies artificielles à bases d'éthers-sels ou d'éthers-oxydes, soies artificielles au cuivre, soies artificielles à base de xanthogénate de cellulose, dites soies *à la viscose* — les plus répandues aujourd'hui).

Dans les premiers temps, où l'on fabriquait les soies à la nitro-cellulose par le procédé du comte de Chardonnet, on a observé chez les ouvriers des symptômes voisins de l'alcoolisme et de l'éthérisme. Des perfectionnements (récupération des vapeurs d'éther et d'alcool) ont notablement atténués ces accidents. Pour les soies à la viscose, dans la préparation desquelles on a recours au sulfure de carbone, on a adopté des moyens de protection qui paraissent suffisants, en attendant que l'on ait trouvé un procédé de destruction complète de l'hydrogène sulfuré et de ses produits d'oxydation.

En résumé, les mesures d'hygiène mises en œuvre dans les usines de soies artificielles donnent actuellement des résultats satisfaisants — ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas chercher à les améliorer.

— M. de Lapersonne rappelle que l'on a observé, chez les ouvriers employés dans les fabriques de soie artificielle, des conjonctivites avec larmoiement et blépharospasme. Elles sont dues à des vapeurs nocives dont on peut débarrasser l'atmosphère par une ventilation bien comprise.

### Le glucose agent protecteur contre le choc.

(MM. H. Cade, Barral, de Lyon, Huc d'Arrac et Séguin. — *Académie de médecine* ; 14-6-1932).

Les recherches expérimentales des auteurs leur ont montré que l'hyperglycémie protège les animaux contre le choc anaphylactique ou peptonique. L'addition de solution glucosée à l'antigène ou à la peptone atténue ou abolit complètement les manifestations du choc.

Par contre, lorsque le choc est réalisé sur un animal préalablement hypoglycémié, il est toujours plus intense que chez les animaux témoins.

Les notions découlant de ces recherches paraissent susceptibles d'être utilisées en thérapeutique humaine, chaque fois qu'il y aura intérêt à protéger un sujet contre un choc anaphylactique, protéinique ou même médicamenteux. On pourrait, soit hyperglycémier au préable le sujet par une injection intraveineuse glucosée (par exemple 10 ou 20 c. c. d'eau glucosée stérile à 30 %), soit injecter simultanément le sérum thérapeutique mélangé à de l'eau glucosée à 30 pour 100.

### La stérilisation de l'eau par l'argent métallique.

(M. André Kling. — *Académie de médecine* ; 14-6-1932.)

L'action microbicide de l'argent métallique est connue depuis les travaux de Raulin et de Vincent. Le Professeur Vincent étudiant, en 1895, l'effet bactéricide que possèdent les pièces de monnaie, a montré qu'à la température ordinaire, un certain nombre de microbes (bacilles typhique, diphtérique, streptocoque, staphylocoque) étaient tués au bout d'un temps variable par le simple contact de leur culture avec des pièces de monnaie d'argent.

De nombreuses explications ont été proposées pour expliquer cette propriété microbicide de l'argent métallique. Rappelons que Erich et Kloptock ont

fait intervenir un effet de rayonnement hypothétique qu'ils dénommèrent phénomène d'oligodynamie (ὀλίγος, peu nombreux, δύναμις, force) : propriété oligodynamique de l'argent.

M. André Kling, directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris, a repris la question. Mettant au contact d'une eau chargée en coli-bacilles de l'argent métallique, il a vu le coli-bacille disparaître progressivement. De même pour les bacilles typhiques. Il suffit, pour obtenir cette stérilisation de l'eau que celle-ci (eau distillée ou eau potable courante) ait été en présence du métal pendant 10 à 15 minutes. Toutefois le contact a besoin d'être assez étendu et assez fréquemment renouvelé.

Les recherches de M. Kling lui ont en outre montré qu'il y avait passage de l'argent dans l'eau par simple dissolution physique. Et l'auteur conclut : « En résumé, l'eau distillée et aussi les eaux potables courantes, lorsqu'elles se trouvent au contact de l'argent métallique, dissolvent une petite quantité de métal et acquièrent des propriétés microbicides vis-à-vis des bacilles typhiques et du coli-bacille. Pour expliquer les propriétés de ces dissolutions, point n'est besoin d'invoquer des causes plus ou moins mystérieuses ou de créer des néologismes, car la genèse et les propriétés des eaux ainsi activées s'expliquent tout simplement à l'aide des données élémentaires de la physique et de la chimie ».

### Septicémie à streptocoques d'origine otitique traitée et guérie par le sérum antistreptococcique de Vincent.

(M. Didier. — *Académie de médecine* ; 14-6-1932.)

M. Didier, médecin de l'hôpital militaire de Belfort, a traité un jeune soldat atteint de septicémie à streptocoques d'origine oto-mastoïdienne par trépanation de la mastoïde et sérothérapie. La défervescence a débuté aussitôt après la première injection de sérum antistreptococcique de Vincent. La température, qui était la veille au soir, de 40°, est descendue le lendemain à 37°9. Au quatrième jour, température normale.

La septicémie évolua rapidement vers la guérison, dès la mise en œuvre de la sérothérapie. Il n'y eut aucune réaction sérique, bien qu'il ait été injecté 580 centimètres cubes de sérum en dix jours.

P. L.

### Un nouveau vecteur de radio-activité.

(M. Marcel Joly. — *Soc. de méd. de Paris* ; 26-3-1932.)

Il était pratiquement impossible jusqu'ici de faire agir les corps radio-actifs sur une grande étendue cutanée, en conservant l'intégralité de leur rayonnement, autrement que par les bains d'eaux minérales, ou les applications de certaines boues naturellement radio-actives.

M. J. a eu l'idée d'incorporer des sels radio-actifs, dosables à volonté, dans certains mélanges à base de paraffine, dans lesquels l'émanation est soluble. On peut ainsi faire agir le rayonnement intégral des corps radio-actifs sur toute l'étendue du tégument, et cela grâce à un vecteur, qui possède lui-même des qualités thérapeutiques propres.

Le rhumatisme sous toutes ses formes, la goutte, les œdèmes post-phlébitiques ou post-traumatiques, les troubles trophiques cutanés, les raideurs articulaires, les névrites et névralgies, l'obésité, les brûlures, certaines dermatoses bénéficient largement de ces applications.

### Sur la sonorité pré-hépatique.

(MM. Ch. Guilbert et André Tardieu. — *Soc. de médecine de Paris* ; 23-4-1932.)

Il s'agit de trois nouveaux cas de sonorité pré-hépatique, symptôme de périviscérite du carrefour supérieur ; la réalité de la péricolite adhésive fut démontrée au cours de l'intervention chirurgicale.

La première observation concerne un cas de sonorité préhépatique par interposition hépato-diaphragmatique du côlon, chez une malade atteinte d'appendicite chronique, de péricolite ascendante et de péricolite sous-hépatique. Au cours de l'intervention chirurgicale une adhérence pyloro-hépatique étendue recouvrait la face antérieure de l'angle du côlon droit.

Les deux autres observations sont des cas de sonorité pré-hépatique également symptomatique de périviscérite du carrefour supérieur ; mais ici l'angle droit du côlon, responsable de la sonorité pré-hépatique, est maintenu adhérent sous la face inférieure du foie, et en arrière du bord antérieur (péricolite angulaire postérieure).

Pour distinguer les cas d'interposition hépato-diaphragmatique vraie de ceux qui relèvent de la péricolite sous-hépatique postérieure, le cliché radiographique pris de face est insuffisant ; le cliché de profil est indispensable. Le plus souvent d'ailleurs, l'évolution progressive de la péricolite postérieure aboutit à l'interposition hépato-diaphragmatique véritable.

Les cas de sonorité pré-hépatique non symptomatique de périviscérite du carrefour supérieur sont d'observation assez rare.

### Sur le traitement des paralysies diphtériques.

(MM. Jules Renault et Pierre-Paul Lévy. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 19-4-1932.)

Les auteurs rappellent combien il est difficile d'apprécier l'effet d'un traitement sur les paralysies diphtériques. Les formes légères peuvent guérir spontanément en quelques semaines ou quelques jours. Les formes très graves sont capables de déterminer rapidement la mort, soit par phénomènes bulbaires, soit par broncho-pneumonie de déglutition. Les formes intermédiaires ont une durée qui varie de quel-

ques semaines à six ou huit mois, et guérissent d'ordinaire sans laisser de traces. La sérothérapie peut ou bien prévenir les accidents paralytiques en arrêtant d'emblée l'extension d'une angine à fausses membranes, et par suite l'intoxication du système nerveux, ou bien exercer une action curative sur les paralysies traitées peu après leur début.

Les auteurs pensent que sur des paralysies tardives, ou soignées tardivement, sans dénier au sérum antidiphtérique tout pouvoir effectif, celui-ci est loin d'être incontestable. Au contraire, l'effet thérapeutique de l'anatoxine dans les manifestations tardives de la diphtérie leur a paru indiscutable. Mais le traitement même de certaines formes et complications de la maladie appelle encore de grandes améliorations.

M. Lereboullet n'a pas trouvé démonstratifs les essais qu'il a faits avec l'anatoxine et il ne partage pas les doutes, émis par les précédents auteurs, sur l'efficacité du traitement des paralysies par la sérothérapie ; il a maintes fois insisté sur ses effets curatifs. Une sérothérapie bien conduite est d'une heureuse influence sur l'évolution et le traitement des paralysies diphtériques.

**Encéphalite de l'enfance et poliomyélite.**

(MM. R. Debré, R. Broca et Julien Marie. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 19-4-1932.)

Le groupe des encéphalites, et particulièrement celui des encéphalites infantiles, demeure toujours parmi les plus confus de la pathologie nerveuse. Cependant, la connaissance de l'encéphalite épidémique a permis d'apporter quelque clarté dans ce cadre nosologique obscur.

Les auteurs pensent toutefois que toute encéphalite infantile, ne s'accompagnant pas d'une réaction méningée nette, a peu de chances de relever du virus poliomyélitique. L'intensité et la constance d'une atteinte méningée histologique dans la poliomyélite sont en effet un des signes les plus fidèles de cette maladie. Aussi, estiment-ils que pour donner une base solide à l'origine poliomyélitique de certaines encéphalites infantiles, il faut s'adresser à la réaction biologique de Netter et Levaditi : la réaction de neutralisation du virus. On sait qu'elle permet de confirmer avec certitude le diagnostic rétrospectif de la maladie de Heine-Medin, et l'on est frappé de voir que très peu d'auteurs se sont adressés à elle pour rattacher certaines de ces encéphalites infantiles à la poliomyélite aiguë.

G. F.

---

*Société des chirurgiens de Paris.*

Séance du 20 mai 1932.

**Sur la prostatectomie hypogastrique.**

Pour M. Le Fur, la suture partielle de la muqueuse vésicale au pourtour de la loge prostatique, après énucléation de l'adénome, suivant le procédé de Lichtenstern (de Vienne) est en principe une amélioration notable dans la technique de la prostatectomie. Cependant, il reste fidèle au tamponnement de la loge prostatique, auquel il associe la médication calcique pour lutter contre l'hémorragie. L'important est de bien préparer le malade avant l'opération (désinfection soigneuse de la prostate, de la vessie et des reins), de rendre au rein son fonctionnement à peu près normal, et de n'opérer que lorsque les conditions sont devenues favorables. L'auteur est arrivé ainsi à obtenir une mortalité d'à peine 5 % pour l'ensemble de ses prostatectomies hypogastriques. Il ajoute que chez les prostatiques pris tout à fait au début, notamment chez les prostatiques jeunes, le traitement local, qu'il préconise depuis plus trente de ans, donne des résultats très satisfaisants, ainsi que le forage de la prostate, suivant la méthode de Luys, pour certains cas spéciaux : rétrécissement du col, lobe médian, petits adénomes prostatiques.

**Diverticule de la troisième portion du duodénum. Résection du diverticule. Guérison.**

M. André Raiga fait un rapport sur un travail de M. A. Lefort (de Paris) concernant un diverticule gros comme un œuf de pigeon , implanté par une large base sur la troisième portion du duodénum. La malade en a souffert pendant trente-sept ans et a été guérie par la résection du diverticule avec une gastro-entérostomie complémentaire qui a été pratiquée à cause de la forme en V du duodénum et de la grosse dilatation du « genu inferius ». Le diagnostic précis en avait été posé radiologiquement.

**Action de la ligature épididymo-testiculaire sur l'hypertrophie de la prostate (Opération de Steinach N° 2).**

M. Georges Luys a obtenu des améliorations notables par l'application de cette méthode dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate et cite plusieurs observations personnelles concluantes. Se basant sur les données connues d'anatomie pathologique et le processus de développement de l'adénome prostatique, il expose ensuite le mécanisme par lequel agit cette intervention. Il considère que si la ligature de l'épididyme peut diminuer le volume de la prostate, en favorisant la décongestion de cet organe, par contre, son action est tout à fait inopérante sur les blocs fibreux qui constituent l'adénome prostatique. C'est ici que le forage de la prostate, chargé de détruire toutes les masses adénomateuses, permet d'obtenir des succès thérapeutiques constants. En conséquence, l'association de ces deux opérations qui se complètent est tout à fait indiquée et permet de guérir l'immense majorité des hypertrophies prostatiques.

**Péritonite par perforation en péritoine libre d'une tuberculose de l'intestin grêle. Guérison opératoire.**

M. Le Gac. — Les péritonites généralisées par per-

foration en péritoine libre des tuberculoses intestinales sont une rareté. Dix-neuf cas, celui-ci compris, ont été publiés. Le traitement a consisté en un abouchement cutané du grêle au-dessus de la lésion, avec drainage large de la cavité péritonéale. Le malade était porteur de cinq lésions du grêle étagées depuis celle perforée jusqu'à l'iléon. L'auteur se propose de pratiquer ensuite une exclusion du grêle par l'iléo-transversotomie et de faire un traitement médical.

**Abcès du rein consécutif à un panaris de la gaine des fléchisseurs.**

M. Jack Mock communique l'observation d'une femme qui fit une septicémie après un panaris de la gaine. Au cours de cette septicémie, elle fit un abcès du rein traité par la néphrotomie, abcès unique à pus anthracoïde. L'auteur insiste sur la rareté et la gravité de pareils cas. Il préfère, dans ces cas, la néphrotomie à la néphrectomie d'urgence, quitte à faire ultérieurement une néphrectomie secondaire.

**Maladie kystique de la cavité utérine avec fibromatose pariétale, polypose cervicale et ovarite scléro-kystique.**

M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'une femme, multipare, qui, au toucher vaginal, présente des polypes du col, un corps utérin gros, un ovaire gauche énorme. Hystérectomie subtotale. La cavité utérine, ouverte, est tapissée de petits kystes ; le myomètre est fibreux, épais ; l'ovaire gauche kystique. L'examen microscopique montre : 1° les vésicules kystiques de l'endomètre d'origine glandulaire ; la fibromatose du muscle utérin ; 3° un des polypes est fibromateux, l'autre kystique ; 4° le kyste ovarien est d'origine lutéinique.

**Les hiatus sacro-iliaques.**

M. Carle Rœderer et M. Gaucher (de Saint-Denis) montrent qu'il existe une coïncidence indiscutable entre les « hiatus sacro-iliaques » vus dans des radiographies et une certaine forme de lumbago tenace et à récidives. Tout se passe comme si la charnière sacro-iliaque n'était plus tenue que par une vis inférieure, les deux vis supérieures ayant lâché ; mais le sacrum, dans ce cas, n'a pas basculé. Les ailerons sacrés sont généralement élevés et la forme de la première sacrée doit tendre à l'extériorisation, à la lombalisation.

Il s'agit très probablement d'une anomalie congénitale prédisposant à un état d'élongation ligamentaire et d'arthrite qui se développe, même sans cause, un peu tard dans la vie.

---

*Société française de gynécologie.*

Séance du 18 avril 1932.

**Grossesse, fibrome et cure thermale.**

M. Etienne David (de Salies-de-Béarn) communique deux observations de fibromateuses soumises à la cure thermale au cours d'une grossesse. Si, grâce aux publications de nombreux médecins qu'il cite, on connaissait déjà la possibilité, au cours de la grossesse, des cures thermales sulfurées, bicarbonatées calciques ou sodiques, chlorurées faibles, la question était délicate et controversée pour les eaux chlorurées sodiques fortes. Leur action, plus ordinairement réservée aux affections chroniques pelviennes, pour efficace qu'elle soit, passe pour être agressive par les réactions locales qu'elle peut déterminer. L'auteur montre que quelques pratiques hydriatiques seules, qu'on peut réduire, pourraient être nuisibles, mais non point la *balnéation* doucement graduée et mitigée d'eaux-mères.

Le Docteur David insiste à ce propos sur ce fait que les formes de fibromes de ses malades réalisaient bien par leur siège, leur étendue, leur néo-formation interstitielle, les cas cliniques où le succès est constant, en opposition avec les formes où des myomes durs, déjà volumineux, ou noyaux multiples sous-péritonéaux, voire même parfois des fibromes crétacés, ne sauraient obtenir aucune amélioration. L'utérus serait, à son avis, plus susceptible d'un avortement quand la tumeur évolue au tiers inférieur du corps utérin et moins sensible si elle siège au niveau du pôle supérieur, ce qui était le cas de ses deux malades. Il conseille aussi, en pareille circonstance, d'attendre que les deux premiers mois de la grossesse soient écoulés afin d'être assuré que ne survient aucun symptôme de toxémie gravidique dont les réflexes se montrent d'ordinaire au cours des premières semaines.

Il est intéressant de montrer que la gravidité n'empêche pas l'efficacité de la cure thermale et il faut conclure, surtout, que s'il s'agit d'une affection étrangère à la pathologie utérine, il ne faut pas comme on l'écrivait antérieurement considérer que la grossesse normale, évoluant sans troubles, est une contre-indication de la balnéation chlorurée-sodique forte.

**Les phlébites pelviennes.**

Rapport présenté par M. G. Delater (de Paris).

L'auteur a voulu répondre aux quatre questions qui semblent cristalliser l'incertitude des chirurgiens en matière de pathologie veineuse inflammatoire :

1° Pourquoi l'opération d'un organe pelvien apparemment non infecté (fibromes) provoque-t-elle souvent une phlébite ? On ne peut l'imputer à une faute d'asepsie ;

2° Pourquoi la complication prend-elle le type de la phlegmatia alba dolens (phlébite *profonde*), quand les infections de la moitié supérieure du tronc occa-

sionnent au membre inférieur, des phlébites *superficielles*, variqueuses le plus souvent ?

3° Comment survient l'embolie brutale, sans phlébite révélée, sans infection viscérale ?

4° Pourquoi la statistique des phlébites post-opératoires passe-t-elle, de 1914 à 1929, de 1 % à 5 et 7 % ?

Il s'appuie sur quatre constatations :

1° Les veines pelviennes drainent des cavités naturelles ouvertes à l'extérieur et fréquemment infectées ;

2° Anatomiquement, l'inflammation chronique latente des viscères (utérus en particulier) est plus fréquente encore et s'accompagne de *microphlébite latente*, considérée comme banale par les histologistes, mais qui amorce des extensions méconnues vers les collecteurs des pédicules et jusqu'à l'hypogastrique. Ces « *phlébites rampantes* » ne se révèlent que si le caillot vient flotter au confluent avec l'iliaque externe, puis se détache par suite de mouvements intempestifs qu'aucune alarme n'a interdits ; ou si elles gagnent les iliaques et la fémorale d'un membre ou des deux (phlegmatia alba dolens ; phlébite en étrier). Ce mécanisme est à distinguer de celui des « *phlébites métastatiques* », qui s'improvisent, au loin d'un foyer microbien, sur une veine superficielle insuffisante, après une septicémie sournoise ou avérée et une bactériopexie adventitielle dans les vasa vasorum de ces veines ;

3° Bactériologiquement, ces organes apparemment normaux contiennent des germes d'origine intestinale qui ont suivi un *parcours entéro-réno-génital* à la faveur des souillures vaginales de la miction ;

4° Les phlébites pelviennes torpides, autrefois méconnues, alourdissent les statistiques depuis que les accoucheurs et Ducuing insistent sur leur symptomatologie fruste intéressant à la fois les sphères vésicale, génitale, rectale, l'abdomen et les parois, en une confusion qu'explique la disposition anatomique des plexus et des premiers collecteurs largement anastomosés ; depuis aussi qu'une lutte plus efficace contre les septicémies, en évitant ou en retardant leur tragique dénouement, laisse au mécanisme d'arrêt de la bactériopexie veineuse le temps de se révéler par l'inconvénient d'une migration embolique ou par l'oblitération d'un collecteur ilio-fémoral.

Le traitement préventif de ces complications redoutables n'est pas abordé parce qu'il a fait l'objet d'une note présentée à la séance de février.

# Les Congrès

## VIIe Congrès des pédiatres de langue française

(*Suite et fin*) (1)

### Communications diverses

**Cas mortels de méningite cérébro-spinale septicémique.** — M. le professeur Cohen (Bruxelles) rapporte deux cas d'infections mortelles dus au bacille de la méningite cérébro-spinale. Il souligne les caractères qui permettent de différencier le bacille de la méningite cérébro-spinale septicémique (bacille de Cohen) du bacille de Pfeiffer.

**Agranulocytose avec angine nécrotique suivie de guérison.** — MM. le Professeur Cohen, Schellink et Flamand (Bruxelles).

**La chronaxie dans l'enfance.** — MM. Péhu et G. Morin (Lyon). — Après avoir présenté sur la chronaxie dans l'enfance une série de considérations, les auteurs communiquent le résultat de leurs recherches personnelles concernant la chronaxie chez les enfants retardataires.

**Les rayons ultra-violets et le système neuro-végétatif.** — MM. Paul Duhem, E. Biancani et Huant (Paris) ont repris les travaux de Garot et constaté que les irradiations ultra-violettes entraînaient, d'une façon immédiate, des modifications du tonus neuro-végétatif. Ces réactions sont complexes et variables, suivant les individus. Elles montrent en tout cas que l'action des rayons ultra-violets ne se manifeste pas seulement sur les stérols cutanés, mais également sur le système neuro-végétatif.

**Sérothérapie dans l'encéphalite aiguë hémorragique.** — M. le Professeur Maldague (Louvain) communique les bons résultats qu'il a obtenus chez des sujets atteints d'encéphalite hémorragique en leur injectant du sérum antipoliomyélitique de Pettit. Il voit dans ces résultats un argument en faveur de l'intervention dans ces encéphalites du virus de la poliomyélite, et cela d'autant plus que le virus peut exercer son action sur le cerveau aussi bien que sur la moelle. Cette hypothèse déjà défendue par Strümpell, paraît à l'auteur digne d'être envisagée. Il apporte l'exposé de six cas cliniques favorablement influencés par la sérothérapie antipoliomyélitique.

J. Comby. — Les observations présentées par le Dr Maldague sont des plus intéressantes. Elles soulignent une fois de plus la fréquence des encéphalites aiguës infantiles et leur curabilité. Il faut mettre à part l'encéphalite léthargique, due à un virus spécial et sévissant sous forme épidémique. Quant à l'encéphalite aiguë de nature poliomyélitique, sans la nier d'une façon absolue, je la crois très rare. Ce qui se voit surtout dans la maladie de Heine-Médin, c'est la méningite qui marque le début de certaines fièvres. L'efficacité du traitement par le sérum de Pettit,

(1) V. *Concours médical*, nos 24, 26, 27, 28, 29 et 30.

que le Dr Maldague semble admettre dans ses cas personnels, pourrait être discutée ; car si ses malades ont guéri sans séquelles, nous pouvons lui opposer d'autres malades guéris spontanément sans l'emploi d'aucun sérum comme d'aucune médication active.

Les encéphalites aiguës de l'enfance sont très fréquentes et elles reconnaissent des causes multiples. Presque toutes les maladies infectieuses peuvent se compliquer d'encéphalite aiguë plus ou moins grave. On connaît bien aujourd'hui l'encéphalite vaccinale qui a fait tant de victimes en Hollande et en Grande-Bretagne. Mais la vaccine n'est pas la cause la plus commune des encéphalites infantiles. La grippe, la coqueluche, la rougeole et bien d'autres maladies peuvent s'accompagner d'encéphalite aiguë. La plupart de ces encéphalites banales, non spécifiques, guérissent, quelle que soit la médication employée et en dépit de toute médication active. Les unes guérissent entièrement sans séquelle motrice ni psychique. Encore faut-il faire des réserves quand on voit un enfant indemne d'une encéphalite grave. J'ai vu plusieurs de ces enfants que l'on croyait guéris présenter tardivement, parfois plusieurs années après la phase aiguë, des convulsions épileptiformes traduisant la persistance d'une lésion cérébrale minime qui conduit à l'épilepsie D'autres enfants restent bien et définitivement guéris. Quelques-uns ne conservent que des troubles insignifiants du caractère et de leurs fonctions nerveuses, l'excitation cérébrale, par exemple. Quelques autres gardent une hémiplégie spasmodique. Enfin, il en est un petit nombre qui deviennent arriérés psychiques, imbéciles ou idiots complets.

Nous devons savoir gré au Dr Maldague d'avoir rappelé l'attention des pédiatres sur cette question très importante des encéphalites aiguës infantiles.

M. Netter (Paris). — Le professeur Maldague a obtenu de bons résultats chez des sujets présentant des signes d'encéphalite hémorragique auxquels il a injecté du sérum antipoliomyélite de Pettit.

Il voit dans ces beaux résultats un argument en faveur de l'intervention dans ces encéphalites du virus de la poliomyélite, et cela d'autant plus que le virus de la poliomyélite peut exercer son action sur le cerveau aussi bien que sur la moelle.

*Comme notre collègue, j'ai obtenu la guérison d'encéphalites par la même médication. Je ne crois pas en revanche que l'action favorable du sérum chez ces malades soit de nature spécifique.*

Le 19 décembre 1925, dans une leçon parue le 20 janvier 1926 dans *Clinique et laboratoire*, et dans les *Progrès récents en thérapie anti-infectieuse* je rapportais les résultats obtenus chez 18 sujets présentant les signes d'encéphalite léthargique et soumis à ce traitement. Quinze de ces sujets avaient été injectés au début de la maladie : deux à une période avancée, le dernier au début d'une rechute survenue quatre ans après une première atteinte.

J'avais été amené pour la première fois en mai 1922 à pratiquer ces injections par la lecture d'expériences de Neustaedter Larkin et Banzhaf, rapportées en novembre 1921 dans l'*American Journal of Medical Sciences.* La moelle virulente de singes ayant succombé à la poliomyélite, mise en contact avec le sérum de cinq sujets guéris d'encéphalite, a été inoculée aux singes sans provoquer de maladie, alors que les singes témoins inoculés avec le même virus mélangé au sérum de sujets normaux ont pris la poliomyélite. Le sérum de ces anciens encéphalitiques se comportait ainsi comme celui des anciens poliomyélitiques et l'on était en droit d'espérer du sérum antipoliomyélite la même action contre l'encéphalite que contre la poliomyélite.

Les résultats obtenus en partant de cette idée directrice furent très encourageants, bien qu'il ne se soit pas écoulé assez de temps pour affirmer qu'ils seront définitifs. Treize de mes malades paraissent guéris dont deux depuis plus de deux ans, six depuis plus de seize mois. Chez cinq de ces malades, je me suis abstenu de recourir à l'injection de térébenthine dont l'utilité dans le traitement de l'encéphalite me paraissait indiscutable.

A l'heure présente, soit près de six ans après ma leçon que je viens de rappeler, je suis exactement renseigné sur l'état actuel de 10 de ces malades dont j'avais noté la guérison. Sept sont toujours encore dans un état de santé parfait, et sur ces sept, quatre n'avaient pas reçu en même temps l'injection d'essence de térébenthine.

La guérison remonte : chez un malade à neuf ans ; chez deux malades à huit ans ; chez trois malades à sept ans ; chez deux malades à six ans.

Deux sujets présentent un certain degré de parkinsonisme. Un dernier a une rechute après quatre ans.

Un malade auquel j'ai injecté du sérum antipoliomyélite en 1926 est actuellement en parfait état après cinq ans et demi. Mes interventions remontent à 1921. Celles plus récentes du Professeur Maldague établissent donc l'utilité des injections du sérum antipoliomyélite dans les encéphalites récentes, qu'il s'agisse, comme chez mes sujets, d'encéphalites léthargiques ou, chez ceux de notre collègue, d'encéphalites hémorragiques.

Faut-il en conclure, comme tend à le faire notre collègue, que ces encéphalites étaient une manifestation du virus de la poliomyélite ? Telle n'est pas mon opinion.

La poliomyélite est une infection spécifique dont le caractère spécifique est aussi bien établi par la pathologie expérimentale que par la clinique et l'épidémiologie.

L'encéphalite d'Economo, dont la pathologie expérimentale n'a pu encore établir la spécificité, affirme cette dernière par sa tendance à la chronicité, par la fréquence des états parkinsoniens consécutifs.

D'autres encéphalites sont d'ailleurs dues à d'autres virus nettement différenciés : vaccin, fièvres éruptives, typhus exanthématique, etc. Les heureux résultats des injections de sérums d'anciens malades dans le traitement des poliomyélites sont dus incontestablement aux principes neutralisants dont l'ex-

périmentation a établi la présence. De même encore ceux qui ont été obtenus par Hekman dans l'encéphalite vaccinale après injection du sérum de sujets récemment vaccinés.

Je ne saurais être aussi affirmatif pour l'interprétation des résultats obtenus dans les encéphalites et surtout les encéphalites léthargiques à la suite d'injection de sérum antipoliomyélite qui, dans presque tous les cas, provient de chevaux immunisés.

J'y vois plutôt la manifestation des principes protéiques constituant du sérum hérétologue d'animaux normaux. Le pouvoir bienfaisant des injections de pareils sérums a paru d'une manière indiscutable dans les observations personnelles évoquées le 29 avril 1921 à la Société des hôpitaux, dans lesquelles des injections intra-articulaires de sérum antiméningococcique avaient amené la guérison rapide et complète d'arthrites suppurées dues aux pneumocoques, aux bacilles paratyphiques. Par ailleurs, Krauss et Penha ont guéri un grand nombre de pustules malignes, d'œdèmes charbonneux accompagnés parfois de septicémie charbonneuse, par l'injection de sérum de bœuf normal. Dans le même ordre d'idées, je rappellerai enfin les nombreuses observations rapportées en 1918 par Binget de diphtéries traitées par les injections de sérum normal de cheval.

**Etiologie du coup de chaleur du nourrisson et sa prophylaxie.** — M. le Professeur Cruchet et le Dr Cantoné (Bordeaux). — Les auteurs ont recherché quels facteurs météorologiques pouvaient être incriminés dans le déclenchement des accidents réalisant « le coup de chaleur du nourrisson ». Le degré élevé de la température extérieure intervient sans doute, mais il s'y associe toujours, à Bordeaux, une dessication de l'atmosphère telle que le degré hygrométrique tombe brusquement pendant les périodes meurtrières au tiers ou au quart de sa valeur.

Sur ces données a été aménagée à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux une crèche où se trouve réalisée une ventilation qui renouvelle l'air des salles trois fois par heure ; en même temps la température y est maintenue constante à 21°-24° en toutes saisons. Le degré hygrométrique est fixé à 50-60 p. 100 environ. Les auteurs indiquent le principe de l'installation et les résultats excellents qu'on peut en attendre.

M. Burghi (Montevideo) souligne l'importance du facteur météorologique dans la pathologie du premier âge. Il tend même à considérer le choléra infantile comme indépendant de toute influence alimentaire et comme dû uniquement aux conditions météoriques où se trouve le nourrisson.

Le Professeur Marfan (Paris.) — La communication de M. Burghi soulève des problèmes nombreux et importants et qui sont loin d'être résolus. Je ne les aborderai donc pas. Mais je ferai quelques remarques qui pourront aider à mieux poser ces problèmes.

Et d'abord, avant tout, ce qui est capital c'est de choisir les faits. Or, c'est ce qu'on ne fait pas souvent. On confond alors des états très différents. La diarrhée cholériforme est un état distinct du coup de chaleur et du syndrome du vent du midi ; le coup de chaleur et le syndrome du vent du midi sont aussi des états qu'il ne faut pas confondre ; ils se manifestent par des tableaux cliniques différents. Par suite, ce qui s'applique au coup de chaleur ou au syndrome du vent du midi ne s'applique pas nécessairement à la diarrhée cholériforme.

En ce qui regarde celle-ci, certains auteurs, et M. Burghi lui-même, si je ne me trompe, tendent à la regarder comme indépendante de toute influence alimentaire et comme due uniquement aux conditions météoriques où se trouve le nourrisson. Je ne puis partager cette manière de voir. J'en indiquerai brièvement les raisons. La diarrhée cholériforme *primitive*, c'est-à-dire celle qu'il faut distinguer des états cholériformes d'origine parentérale, ne se voit jamais chez les enfants exclusivement au sein, à la condition qu'ils prennent le lait de femme directement au sein et non dans un biberon. Ces enfants-là, vous pouvez les mettre dans une atmosphère surchauffée ou desséchée, ils n'auront pas de diarrhée cholériforme ; ils pourront présenter les symptômes du coup de chaleur ou ceux du syndrome du vent du midi, mais non ceux de la diarrhée cholériforme. Il en est de même des nourrissons qui ne prennent pas de lait et qu'on nourrit avec des bouillons de légumes, des décoctions ou des bouillies de farine à l'eau et au sucre, de l'eau sucrée. Enfin la diminution remarquable de la diarrhée cholériforme primitive dans les dernières années, au moins à Paris et dans le milieu où j'observe, me paraît due à la modification du régime alimentaire des enfants privés du sein ; dans notre milieu, en effet, le lait sec ou le lait condensé remplacent progressivement le lait acheté dans une crémerie. M. Lereboullet, qui m'a succédé à l'hospice des Enfants-Assistés, a sur ce point la même impression que moi.

Je laisse de côté le problème bactériologique que soulève la diarrhée cholériforme : il n'est pas résolu ; mais les quelques faits que j'ai signalés ne me permettent pas de me rallier à ceux qui soutiennent que, dans la genèse de la diarrhée cholériforme, les aliments ne jouent aucun rôle.

**L'élimination du bacille d'Eberth par le lait et l'infection typhique par l'allaitement.**—M. le Professeur Todorovitch (Belgrade). — A la base de ses recherches, l'auteur indique que le bacille d'Eberth s'élimine par le lait dans un pourcentage qui dépasse 77 p. 100.

L'élimination est assez précoce, puisque les germes étaient trouvés déjà dans la première semaine de la fièvre typhoïde.

Elle dure assez longtemps, au moins trente à quarante et un jours après l'apparition des signes cliniques.

La quantité des germes éliminés est vraisemblablement massive, puisqu'il suffisait de deux gouttes de

lait pour avoir une culture riche du bacille d'Eberth.

L'affinité des germes typhiques vis-à-vis de la glande mammaire s'affirme par le fait qu'on a réussi, 12 fois dans 18 cas, à l'isoler du lait, alors que les hémocultures étaient négatives.

La réaction spéciale du nourrisson vis-à-vis des germes pathogènes, d'une part, et d'autre part leur pouvoir restreint de produire les anticorps ont une influence indéniable sur l'expression clinique.

En présence de ces faits sur l'élimination des bacilles d'Eberth, il ne semble pas du tout surprenant que l'infection typhique du nourrisson se produise plutôt par le lait que par une autre voie.

L'allaitement par les nourrices typhiques représente, en effet, un danger d'infection.

**Les maisons d'enfants en Haute-Savoie.** — M. G. Sersiron (La Bourboule, Mégève). — Les stations et les maisons de prophylaxie infantile se multiplient dans les Alpes françaises et particulièrement en Haute-Savoie, à Saint-Gervais (Dr Doullet), à Chamonix (Dr de Chabanolle), à Mégève.

Mégève, à l'exemple de Villars de Lans, a institué depuis deux ans des mesures sévères pour écarter d'elle tout malade contagieux (arrêtés municipaux, décisions de la Commission d'hygiène, certificats médicaux, clauses dans les baux ; timbres, affiches).

La population est unanime à repousser ces malades. Aussi la prospérité de la ville va-t-elle sans cesse en croissant. Elle possède aujourd'hui, en dehors de nombreux hôtels, neuf maisons médicales d'enfants, six pour familles aisées, trois pour des familles nécessiteuses ou pauvres. L'auteur en donne la liste et décrit l'état actuel toujours en progression, de l'armement de prophylaxie infantile qui existe en Haute-Savoie : renseignements précis qui intéressent tous les pédiatres.

**La fatigue chez l'enfant.** — M. A. Boudry (La Bourboule). — Les symptômes caractéristiques sont : l'hypotonie musculaire avec flaccidité, le tremblement, la myosite. Puis surviennent l'amaigrissement, l'albuminurie, la céphalée, les modifications leucocytaires. L'hygiène et les moyens physiques aidés de médications appropriées aux divers troubles observés sont exposés en détail par l'auteur.

Julien Huber.

## Les Thèses

P. — Dr Marguerite Vincent-Marie. — **Contribution à l'étude des pyodermites chroniques.** (*Les Presses Univ. de France.* Paris, 1932.)

Jusqu'à ce jour les pyodermites chroniques extrêmement polymorphes et de diagnostic difficile souvent étiquetées à tort syphilis ou tuberculose, mycose ou épithélioma, ont formé un groupe assez diffus parmi les dermatoses. Nous devons féliciter Mme Marguerite Vincent-Marie d'avoir tenté de mettre un peu d'ordre et de méthode dans la classification de ces pyodermites.

Polymorphisme et polymicrobisme sont les deux grands caractères des pyodermites chroniques. Mais une classification étiologique présentant d'insurmontables difficultés, l'auteur a cru préférable d'avoir recours à une classification d'ordre morphologique.

Elle divise les pyodermites chroniques en ulcéreuses, végétantes et ulcéro-végétantes.

I. Les P. *chroniques ulcéreuses* peuvent se diviser en *érosives* (ulcérations superficielles), et *ulcéreuses* proprement dites dont les lésions sont plus profondes.

Parmi, les premières peuvent être rangés certains eczémas séborrhéiques, certains intertrigos suintants, la syphiloïde post-érosive décrite par Sevestre et Jacquet chez les nourrissons, la dermatite vacciniforme de Hallopeau, les pyodermites serpigineuses linéaires de Dubreuilh.

Les P. chr. ulcéreuses proprement dites comprennent l'echtyma, variété ulcéreuse de l'impétigo, qui peut prendre l'aspect syphiloïde ou tuberculoïde, et l'acné nécrotique de Bœck des vieillards et des adultes à laquelle s'apparente l'acné ulcéreuse et serpigineuse de Kaposi du nez et des narines.

II. Les *P. chroniques végétantes* peuvent se diviser en :

a) *formes papillomateuses en nappes étendues* (pyodermite de Hallopeau, dermatite frambœsiforme de Samberger, dermo-épidermite miliaire érythémato-squameuse de Gougerot) ;

b) *formes verruqueuses à petits foyers* ;

c) *formes tumorales* (botryomycome, granulome vénérien).

III. Les *P. chroniques ulcéro-végétantes* peuvent donner lieu à deux formes :

a) *les pyodermites végétantes érosives* ;

b) *les pyodermites ulcéro-végétantes proprement dites* pouvant simuler la tuberculose ulcéro-fongueuse ou l'épithéliome cutané.

L'*histo-pathologie* des pyodermites chroniques n'offre pas un très grand intérêt bien que dans les cas à diagnostic très difficile, elle puisse faciliter la découverte de la nature de l'affection.

La *microbiologie* permet de constater l'association fréquente du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré, parfois aussi du streptocoque. Dans les formes végétantes le spirochète de Favre et Civatte prendrait part à l'association.

*Le traitement* consistera en antiseptiques (eau d'Alibour, pommade au calomel, ou à l'oxyde jaune de mercure, teinture d'iode, alcool iodé à 1/100,

violet et vert de méthyle, permanganate de potassium, soufre colloïdal, nitrate d'argent, etc.).

On pourra avoir recours aux rayons X, aux rayons ultra-violets, aux rayons solaires, au galvanocautère, à l'électro-coagulation, à la trypaflavine locale, aux greffes cutanées, à l'air chaud chirurgical, au curettage après anesthésie.

Comme traitement général on prescrira un régime fortifiant, fortement vitaminé, on tentera la vaccinothérapie et surtout les auto-vaccins.

J. Noir.

P. — Dr X. Pasquereau. — **Traitement de l'état de mal épileptique.** (Thèse de Paris, 1932.)

Après avoir examiné les différentes thérapeutiques actuellement en usage contre l'état de mal épileptique, l'auteur étudie l'emploi de l'acécoline.

Il rapporte les observations de plusieurs cas d'état de mal où l'acécoline s'est comportée comme un médicament d'action héroïque amenant la disparition rapide des crises.

Les injections d'acécoline présentent l'avantage d'être d'une innocuité absolue et d'une administration facile par la voie sous-cutanée, ou intra-musculaire.

P. — Dr L. Chaudron. — **Les colibacilluries et leurs traitements.** (Marcel Vigne, éditeur, 11-13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Il semble bien que la colibacille, saprophyte banal de l'intestin, peut acquérir dans certains cas une virulence et une vitalité exceptionnelles qui lui permettront de créer des états infectieux, variables, différents suivant les terrains et les localisations, rassemblés sous la dénomination trop générale de *colibacilloses.* La colibacillurie, symptôme le plus fréquent de ces états infectieux, découle le plus souvent du syndrome entéro-rénal ; mais il est des cas où l'infection peut être d'origine ascendante et n'avoir aucun rapport avec la flore microbienne intestinale.

Le traitement médical de la colibacillurie consistera — avant tout — à conseiller aux malades une bonne hygiène et une stricte diététique, à calmer les phénomènes douloureux, à administrer des diurétiques, des antiseptiques et des balsamiques doux. Mais, *le point essentiel de ce traitement* devra toujours tendre à modifier les urines : le milieu de culture « urine » possède un pH qui devra être changé le plus souvent possible. L'acide camphorique, à la dose journalière de un gramme, est un excellent modificateur du pH urinaire, les germes infectieux ne se multipliant et ne pouvant vivre que très difficilement dans un milieu dont la réaction varie souvent. Les lavages à l'oxy-cyanure de mercure à 1 /4.000 semblent réaliser le meilleur traitement de désinfection locale.

La vaccinothérapie est un adjuvant utile du traitement médical. Les vaccins chauffés ou iodés, injectés par voie sous-cutanée, déclenchent parfois des réactions violentes qui doivent limiter leur emploi. Les vaccins à la soude de Mauté, injectés par voie intra-veineuse provoquent souvent une sédation heureuse, mais passagère. La vaccination par voie buccale préconisée par Fisch et de nombreux auteurs, a une action indéniable, dans les colibacilluries qui relèvent du syndrome entéro-rénal. Il semble, qu'à l'heure actuelle, l'administration *per os* soit la meilleure.

La sérothérapie anticolibacillaire doit être réservée aux états infectieux graves et rebelles, aux formes cliniques septicémiques, en un mot aux « colibacillémies ». Le sérum de Vincent, antimicrobien, et antitoxique, a permis d'enregistrer d'intéressants résultats.

Le bactériophage de F. d'Hérelle a été adapté à de nombreuses races de colibacilles, mais on se heurte souvent à des espèces réfractaires, ou tout au moins à des races de colibacilles dont la résistance s'accroît assez rapidement vis-à-vis du bactériophage, même le mieux adapté. Il semble que les applications pratiques de cette découverte scientifique ne soient pas encore définitivement au point.

Li. — Dr Samsœn. — **Contribution à l'étude de la greffe épidermique chez l'homme.** (Imprimerie Huyghe, 187, rue de Paris, Lille, 1931.)

Le but de ce travail n'est pas de montrer les avantages d'une méthode de greffes cutanées ; l'auteur a employé de petits greffons de peau uniquement pour donner aux expériences une plus grande valeur scientifique.

De ses observations on peut conclure : seuls les auto-greffons cutanés donnent des greffes. Tous les homogreffons finissent par disparaître ; les groupements sanguins du donneur et du receveur ne jouent aucun rôle. Tous les greffons ont un rôle dans la formation du néo-épiderme. *a*) Les autogreffons donnent un néo-épiderme plus solide que les homogreffons ; *b*) Dans la méthode de Reverdin, les homogreffons laissent un néo-épiderme plus esthétique que les autogreffons qui apparaissent comme des taches sur l'épiderme de néo-formation. La grande vitalité du sujet augmente les chances de succès d'une greffe cutanée avec autogreffons. Les sujets jeunes et bien portants donnent les homogreffons les plus actifs dans la formation du néo-épiderme.

Cette étude du type de la greffe cutanée le plus simple qui soit semble éclairer le problème des greffes en général d'un jour nouveau, grâce à la chance d'avoir pu trouver un sujet qui ait permis le répétition des expériences, avec toute la rigueur scientifique qu'exige la physiologie expérimentale.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

I

### L'exercice illégal des étudiants en médecine dont la scolarité est terminée. — Le cas de Mlle Braunstein. — Réflexions qu'il suggère

Le jugement rendu par la 10e Chambre correctionnelle du tribunal de la Seine, le 7 juillet dernier, et dont les journaux nous ont appris la substance dans l'entrefilet suivant, donnerait-il un démenti à ma chronique que le *Concours médical* a publiée le 10 juillet ?

L'ÉTUDIANTE ROUMAINE EST CONDAMNÉE A 1.000 FRANCS D'AMENDE

Titulaire de vingt inscriptions à la Faculté de Paris, mais non encore pourvue du diplôme de médecin, l'étudiante roumaine Ida Braustein avait, en mai dernier, donné ses soins à Mlle Lenglet : la malade mourut assez rapidement.

Le parquet de la Seine poursuivait hier, devant la 10e chambre correctionnelle, Ida Braustein pour exercice illégal de la médecine et usurpation du titre de médecin, car la jeune étrangère avait signé un certificat du nom d'un médecin qu'elle remplaçait accidentellement.

Le substitut Picq, s'en étant rapporté à la sagesse du tribunal, Me Silvain Krainik demanda aux magistrats d'oublier ce qui a été « une fatalité » et de n'infliger à sa cliente qu'une condamnation de principe.

Ida Braustein est condamnée à 1.000 francs d'amende et 3.000 francs de dommages-intérêts envers le syndicat des médecins de la Seine.

(*Le Matin.*)

Il serait intéressant de posséder la teneur exacte de ce jugement. Il est vraisemblable en effet que la note du *Matin* n'emploie pas les termes rigoureusement exacts dans la qualification du délit réprimé.

L'espèce est, en tout cas, différente, par certains points, de celle que j'avais en vue. Il s'agit, en effet, d'une étudiante contre laquelle des poursuites furent intentées à la requête de la famille d'une jeune fille qu'elle soigna et qui mourut. Ayant diagnostiqué une appendicite, elle avait prescrit des applications de glace sur le ventre de la malade qui succomba quelques jours plus tard à une affection broncho-pulmonaire, attribuée par les siens au refroidissement occasionné par ces applications glaciales. Cette plainte n'a pas été retenue. Une expertise du Docteur Paul montra qu'elle n'était pas techniquement fondée.

Mais, elle fit découvrir l'irrégularité de situation de cette jeune étudiante, titulaire seulement de ses vingt inscriptions, qui exerçait indûment et, après avoir remplacé des confrères, qui prit frauduleusement le nom de l'un d'eux pour signer un certificat de décès, circonstance particulièrement aggravante.

On ne nous dit pas si ses inscriptions sont de doctorat d'Etat ou d'Université. Dans ce dernier cas, elle n'aurait pu invoquer aucune excuse, puisque le diplôme d'Université ne permet pas à ses détenteurs de pratiquer, en France, l'art médical.

Remarquons, en passant, que le Ministère public abandonna en quelque sorte l'accusation, puisqu'il s'en rapporta à la sagesse du Tribunal, et que, nonobstant, la condamnation qu'acceptait le défenseur de cette jeune étudiante, ne fut pas de principe puisqu'elle s'éleva à mille francs d'amende, ce qui, au taux du jour, fait en réalité 7.500 francs.

Il est permis de penser que les juges ont eu la main lourde, par comparaison avec les peines légères qu'ils prononcent habituellement contre les véritables illégaux de la médecine, qui s'en tirent avec 50 francs d'amende le plus souvent.

Ce n'est pas que je veuille la disculper. Toutefois, il me sera bien permis de prendre acte de l'attitude du Ministère public, pour m'étonner d'une pareille rigueur.

En réalité, elle s'explique sans doute par le

dessein du tribunal de punir, bien plus, le faux commis par l'usage d'une signature usurpée, que l'illégalité de l'exercice médical elle-même.

En tout cas, il convient de noter que le Tribunal n'a pas retenu le délit d'usurpation, tel qu'il est qualifié par la loi du 25 mai 1924, ce qui semble donner raison à l'opinion que j'ai exprimée.

La situation, que j'avais plus particulièrement visée, est celle de l'étudiant qui n'a plus que sa thèse à soutenir, *qui est en instance de soutenance*, et qui, par anticipation, appose sur le domicile, où il ouvrira bientôt son cabinet, une plaque portant son nom, précédé du mot Docteur. S'il se borne à ce geste, il n'y a là rien de délictuel, et des poursuites ne seraient guère possibles. Elles le deviendraient au contraire si, en outre, cet étudiant se livrait de façon suivie à l'exercice de la médecine. Et la mésaventure de Mlle Braunstein nous prouve qu'elles sont, à l'occasion, suivies d'effet.

S'il s'agissait d'un remplacement, par contre, il n'y aurait rien à dire, à condition que le remplaçant fut qualifié et bénéficiât de l'autorisation préfectorale, ainsi que le prescrit l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892.

Je ne saurais trop recommander aux confrères qui, pour des raisons quelconques, prennent un remplaçant, de se mettre en règle avec la loi, en le choisissant apte à le faire et en le faisant autoriser régulièrement. Ceci étant, ce remplaçant jouira de tous les droits d'un docteur en médecine, et exercera d'une façon parfaitement normale.

Mais s'il jouit de ces droits, il est soumis d'autre part aux mêmes obligations. C'est à ses risques et périls techniques qu'il soigne des malades, et sous sa responsabilité.

On ne peut pas dire qu'il est le préposé, l'employé du confrère qu'il remplace et dont la propre responsabilité pourrait être mise en cause à l'occasion d'une faute commise par lui ; il fera donc bien de prévoir les risques qu'il court et de se garantir contre eux. Je rappelle incidemment que notre Ligue médicale de Défense individuelle, le « Sou médical », accepte les étudiants dont la scolarité est terminée et les internes nommés au concours et pourvus de seize inscriptions. En outre, une clause statutaire est à l'étude, qui reporterait sur le remplacé les garanties accordées par notre Ligue au remplacé, membre du « Sou médical », pendant la durée du remplacement, dans des conditions déterminées.

Si l'Assemblée générale de novembre 1932 se prononce en faveur de cette clause, satisfaction sera ainsi donnée à maints confrères qui en demandèrent l'adoption, jusqu'alors impossible à leur accorder.

G. DUCHESNE.

II

## Les frais de déplacement surajoutés aux honoraires d'une opération tarifée « globalement », peuvent-ils être remboursés par les Caisses d'assurance-maladie ?

Les actes chirurgicaux et de spécialité sont tarifés, dans la nomenclature générale établie par la Confédération des Syndicats médicaux, selon un chiffre clé K multiplié par un coefficient. Cette tarification s'applique à l'acte global. Elle comprend la rémunération du chirurgien, des aides et des soins consécutifs durant vingt jours. Seuls, les actes, qui ne comportent pas de soins consécutifs, sont tarifés isolément, et pris strictement en eux-mêmes.

Dans l'instruction pour l'utilisation de cette nomenclature, il est dit expressément :

« Le médecin n'a pas le droit de considérer comme acte isolé l'intervention qui comporte des soins consécutifs, et de marquer les visites ou pansements ultérieurs, dans le but de faire rembourser un supplément à l'assuré. La règle à suivre est la même, si les soins consécutifs ne sont pas donnés par l'auteur de l'intervention. La Caisse fait à l'assuré un *remboursement unique*, selon le prix global, et l'assuré règle *séparément* le spécialiste, auteur de l'intervention, et le praticien qui a donné les soins consécutifs. »

Il importe de bien distinguer entre le règlement des honoraires, effectué directement par l'assuré entre les mains du chirurgien et de ses aides, parmi lesquels pourra figurer le médecin traitant, qui pourvoira peut-être aux soins consécutifs, et le remboursement *unique* effectué par la Caisse, d'après les indications de la feuille de soins chirurgicaux. Celle-ci ne doit porter qu'une date, un coefficient multipliant le chiffre-clé K, et deux signatures, la première attestant que la prestation a été fournie, et la seconde, attestant que les honoraires médicaux ont été réglés. En principe, c'est le chirurgien qui donne sa double signature, même si c'est le médecin traitant qui dispense les soins consécutifs, — dans un délai maximum de vingt jours.

Mais une petite complication surgit ; si le malade opéré est domicilié à quelques kilomètre de son médecin, et qu'il ne puisse se déplacer pour recevoir les soins consécutifs à son opération (pansements, etc.), il devra régler en outre à celui-ci des frais de déplacement kilométrique, légitimement dus.

Or, ils ne sont pas prévus dans le prix global dont une part est remboursée à l'assuré par la

Caisse responsable. Il est juste cependant que ce remboursement partiel soit fait à l'assuré ; comment le médecin doit-il établir la feuille de soins spéciaux, pour éviter des contestations et des discussions ? C'est ce que m'ont demandé déjà plusieurs correspondant sprovinciaux.

Et voici ce que je leur ai répondu :

La feuille contient neuf colonnes. La huitième est réservée aux *frais de déplacement*. Le médecin y indique, par « oui » ou « non », s'il a perçu ces frais de déplacement.

Supposons qu'il s'agisse du débridement d'un phlegmon des gaines de la main, pratiqué par le Docteur Jean, sur un assuré, client du Docteur Paul, et habitant à 8 kilomètres de ce dernier.

La feuille de maladie devra, à mon sens, porter le nom des deux médecins : l'opérateur et le médecin traitant, et l'indication de la distance kilométrique. Et les émargements successifs seront portés, celui de l'opération par le chirurgien, ceux des frais de déplacement des soins consécutifs, par le médecin traitant.

L'opération ayant été effectuée, le 15 juillet, à la clinique du chirurgien, les pansements consécutifs ont eu lieu au domicile de l'opéré les 16, 17, 19, 21 et 23 juillet.

La feuille sera établie comme suit :

| 1<br>Jours de maladie. | 2<br>Date de l'acte médical | 3<br>1re signature du médecin attestant la prestation de l'acte médical. | 4<br>Désignation de l'acte médical. | 5<br>2e signature du médecin attestant le paiement de l'acte médical par l'assuré. | 6<br>Prescriptions générales. | 7<br>Délivrance d'une ordonnance. | 8<br>Frais de déplacement. | 9<br>Exécution des ordonnances. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Juillet 15 | Jean | K. 20 | Jean | I | O | — | |
| 2 | 16 | Paul | Soins consécutifs | — | I | | Oui | |
| 3 | 17 | Paul | | — | I | | Oui | |
| 4 | 18 | Paul | | — | II | | Oui | |
| 5 | 19 | Paul | | — | II | O | Oui | |
| 6 | | | | — | | | | |
| 7 | 21 | Paul | | — | II | | Oui | |
| 8 | | | | — | | | | |
| 9 | 23 | Paul | | — | | | | |
| 10 | | | | — | | | | |

A partir du 24 juillet, l'opéré peut sortir et se rendre à son tour chez son médecin.

C'est, d'autre part, un cas où il me semble opportun, dans l'intérêt de l'assuré, de prévenir le médecin contrôleur de la Caisse qu'il s'agit d'une intervention qui sera pratiquée par le Docteur Jean, et que les soins consécutifs seront donnés par le Docteur Paul au domicile de l'assuré, distant de huit kilomètres de son médecin, tant que cela sera nécessaire.

A partir du moment où le malade peut venir se faire panser chez son médecin, il n'y a plus lieu en effet de mentionner des frais de déplacement. Mais, si ces pansements devaient être continués au delà de vingt jours après l'opération, il y aurait lieu de faire délivrer à l'assuré une nouvelle *feuille de maladie*, puisqu'il s'agirait d'actes de pratique courante. Sur cette feuille, le médecin traitant, le Docteur Paul, inscrirait, à partir du 21e jour, date par date, les prestations fournies par lui, et l'attestation du règlement de ses honoraires, comme il le fait habituellement.

Cette manière de procéder me semble de nature à sauvegarder tous les droits, ceux de la Caisse qui ne doit évidemment rembourser que sa part de responsabilité sur le prix d'un acte chiffré globalement, et ceux de l'assuré qui, cependant, a supporté des frais de déplacement dont il est juste que sa Caisse lui tienne compte, dans la limite de ses obligations.

Nouvel exemple du casse-tête chinois que représente l'interprétation des lois, règlements et tarifs à la simplification desquels il faudra bien s'atteler quelque jour.

G. DUCHESNE.

## MORT PAR EMPOISONNEMENT — CERTIFICATS DE DÉCÈS DÉPOSITION EN JUSTICE — SECRET PROFESSIONNEL

Résumé : I. *Il appartient à l'officier de l'état civil de constater lui-même les décès, ou de les faire constater par un médecin, désigné spécialement à cet effet.*

*Mais, si le certificat de décès est demandé, à tort, au médecin traitant, celui-ci ne saurait, sans violer le secret professionnel, certifier autre chose que l'état de mort : il ne lui est pas possible de déclarer que le décès est dû à une cause naturelle, ou non.*

II. *Appelé à déposer en justice, parce qu'il a eu connaissance d'un empoisonnement, dont est mort son malade, le médecin traitant doit garder le silence sur tout ce qu'il a appris dans l'exercice même de sa profession.*

*Par contre, il doit répondre sur tous les faits qu'il a connus comme citoyen, en dehors de toute pratique médicale.*

III. *Le juge d'instruction, ni le Procureur de la République ne sauraient requérir des sanctions pénales, contre un praticien qui se retranche derrière le secret professionnel pour tout ce qu'il a appris dans l'exercice de sa profession.*

Plusieurs praticiens sont appelés au chevet d'une malade qui, finalement, est transportée dans une clinique, y meurt rapidement, en présentant des symptômes d'empoisonnement.

Dans la localité, il n'y a pas de médecin de l'état-civil : ce sont les médecins traitants qui délivrent le certificat sur le vu duquel l'officier de l'état civil autorise l'inhumation.

Or, devant les symptômes présentés par la défunte, les médecins traitants refusent le certificat de décès. Enquête du Procureur de la République, qui, avec le juge d'instruction commis pour cette enquête, interroge nos confrères.

Ces derniers doivent-ils se taire ? Doivent-ils parler ?

Je dois ajouter que, par téléphone, le Procureur ayant demandé le pourquoi du refus de certification de décès, il lui fut répondu par les praticiens qu'en raison des phénomènes ultimes présentés par la défunte, la mort pouvait ne pas être due à une cause naturelle.

Le problème, que nous avons à résoudre, comporte deux points différents : celui du certificat de décès, puis celui du secret professionnel.

### Qui doit délivrer le certificat de décès ?

Aux termes de l'article 77 du code civil, l'officier de l'état-civil est tenu de se transporter lui-même auprès de la personne décédée pour s'assurer lui-même du décès.

Mais (article 81), s'il existe des signes ou indices de mort violente, l'inhumation ne pourra être pratiquée qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances respectives.

Dans la pratique, pour esquiver cette corvée légale, les officiers de l'état-civil se font remplacer, pour l'examen des cadavres, par un médecin, dit médecin de l'état-civil,

Celui-ci agit au nom du maire et doit à ce dernier le rapport de tout ce qu'il a pu découvrir, apprendre, constater sur la réalité de la mort et sur les causes du décès.

Malheureusement, par esprit d'économie, ou ignorance de la loi, la plupart des municipalités de France ne désignent pas de médecin de l'état-civil : on se contente de prier le médecin traitant de délivrer un certificat, sur le vu duquel l'inhumation est autorisée.

Je ne veux pas revenir sur cette question, que j'ai maintes fois traitée dans les colonnes du *Concours Médical*. Je rappelle simplement que, faisant partie d'une commission nommée en 1923 par M. Paul Strauss, alors ministre de l'Hygiène, il nous fut impossible d'aboutir à un mode pratique de certification des causes exactes des décès.

Consulté sur ce point par le ministre de l'Hygiène, le Garde des Sceaux nous fit savoir qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, il était impossible au médecin traitant, lié par le secret professionnel, de déclarer autre chose que l'état patent de mort, sans en indiquer les causes, même à un autre docteur en médecine, qui serait inspecteur départemental d'hygiène.

A la vérité, chargé par le maire de constater un décès sur un de ses propres clients, le médecin traitant ne peut que déclarer à l'officier de l'état civil, que le nommé X est décédé et que la mort est véritable.

Il ne peut pas indiquer de cause de la mort ; il n'a même pas le droit de déclarer que la mort est naturelle, sinon il se transformerait indirectement en dénonciateur.

Autrement dit, est ainsi créé un conflit entre l'intérêt social, qui oblige un citoyen à faciliter les investigations de la Justice, et l'intérêt individuel, qui, pour la sauvegarde de l'honneur des familles, oblige le médecin, confident néces-

saire, à garder le silence sur tout ce qu'il a appris, connu, surpris, dans l'exercice de sa profession.

**Secret professionnel et déposition en justice**

Pour que l'article 378 s'impose dans toutes sa rigueur à un médecin, il faut que les faits connus de ce dernier soient arrivés à sa connaissance, dans l'exercice même de sa profession. Ainsi l'obligation du secret n'existe pas pour ce que le praticien peut apprendre, concernant ses malades, en dehors de toute visite, ou acte médical (cour de Toulouse, 25 juin 1900 ; D. 1901, 2.213 ; trib. civ. Rennes, 12 juin 1903, D. P. 1905, 2.321).

Ce n'est pas parce qu'il exerce la médecine que, dans tous les cas, le praticien doit se retrancher derrière le secret professionnel : si les faits sur lesquels il est interrogé sont parvenus à sa connaissance en dehors de l'exercice de sa profession, même concernant un de ses malades en traitement, le médecin doit comme tout autre citoyen, déférer aux interrogations des magistrats enquêteurs.

Mais pour tout ce qu'il a pu apprendre, surprendre, deviner dans l'exercice même de son art, le médecin doit se taire,

Il n'est nullement nécessaire de rappeler les nombreux arrêts de Cassation, qui décident que, confident nécessaire de son malade, le médecin doit le silence : en face d'un client qui se débat contre la maladie, ou la mort, le médecin devient le dépositaire nécessaire, par état, ou profession, de tous les faits qu'il constate, ou qui lui sont confiés, avoués (Cass. 13 juillet 1897, D. 1900.1.43 ; Cass. 1er mai 1899, D. 99. 1.585 ; Cass. 18 juillet 1904, D. 05.1.43 ; Cass. 30 avril 1907 ; *Gaz. Pal.*, 1907, 1.664.)

Un arrêt de la chambre des requêtes (17 juin 1927, D. R. H. 1927.433) décide que « la disposition de l'article 378 du code pénal est générale et absolue. En imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation au secret, comme un devoir de leur état, la loi a entendu assurer la confiance, qui s'impose, dans l'exercice de certaines professions, ou de certaines fonctions. »

La jurisprudence est actuellement fixée dans ce sens que le médecin ne peut ni témoigner en justice, ni fournir de certificats suceptibles d'être produits en justice (Cass. 13 juillet 1907. Pand, fr. 97.1.526 ; S 98.1.220 ; Cass. 1er mai 1899 et 10 mai 1900, Pand fr. 02.1.24, S. 01.1.161 ; Cass. 1 juillet 1904 ; S. 058.1.233).

Si, en fait, le médecin témoigne, ou délivre un certificat, cette attestation, ou déposition sera nulle et la décision judiciaire s'appuyant sur elle devra être cassée (Cass. 1er mai 1899 précitée.)

Par suite, lorsqu'un médecin est cité devant un magistrat, ou un tribunal, il devra déférer à la convocation ; mais il n'encourt aucune peine, lorsqu'il refuse de répondre aux questions qui lui sont posées, en invoquant le secret professionnel (Cass. 26 juillet 1845, D. P. 1845.1.234).

Le médecin ne doit pas se laisser influencer par une contrainte morale, lorsque le magistrat le menace de pénalité qu'encourt un témoin quelconque, qui refuse de répondre. En ce sens, tribunal civil de Pau, 20 juin 1925, *Gaz. Pal.*, 21 novembre 1925, cour de Bordeaux, 1er juin 1926 ; D. H. 1926.425. Voir encore, *Rep . prat.* Secret professionnel, no 3 et suiv. no 115 et suiv. ; Lyon, 16 juin 1909. D. P. 1909.2.123.

Cependant, au sujet du médecin appelé en témoignage, il faut distinguer deux sortes de faits : ceux confidentiels par nature, tels que ceux concernant le genre de la maladie, les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, ses causes, son évolution ; puis, ceux qui ne se rapportent pas directement au malade, ou à la maladie et qui ont un caractère extra médical, sans être confidentiels, ni par leur nature, ni par la recommandation du malade.

Et si le médecin a, non seulement le droit, mais le devoir de se refuser à dévoiler les premiers, il ne saurait être fait application de cette règle aux seconds (Trib. civ. Rennes, 12 juin 1903, D. P. 1905.2.321).

Si les questions qui sont posées au praticien ne concernent pas des faits secrets et professionnels, mais de notoriété publique, le médecin devra répondre, tout comme un citoyen ordinaire. Ainsi, témoin d'un accident dans la rue, le médecin devra répondre sur les causes de l'accident, parce que, pour cette déposition, il est un citoyen, non un homme de l'art.

En ce sens, cour de Montpellier, 31 décembre 1894, S. 97.2.169 ; Amiens 3 décembre 1909 ; *Gaz. Pal.*, 1910.1.414 ; Cassation 27 nov. 1909. S. 1910.1.329.)

C'est donc au médecin qu'il appartient, en son âme et conscience, d'apprécier s'il doit se taire, ou parler, sans avoir à donner les raisons précises de son silence, sur certains points qu'il estime être secrets, ni avoir à dire pourquoi le secret est engagé (Cass. 26 mars 1862, D. P. 62.1.545 ; Trib. Besançon 17 février 1867 ; S. 87.2.94).

Sur la déclaration du praticien qu'il entend garder le silence sur les faits qu'il a connus dans l'exercice même de sa profession, le juge doit s'incliner et ne peut qu'inviter le médecin à parler des faits, qui ne sont pas l'objet du secret professionnel.

Par suite, invité à prêter serment, le médecin devra déférer à cette invitation, tout en déclarant qu'il dira toute la vérité, sauf sur les points qui doivent rester secrets, en vertu des devoirs de sa profession.

S'il se refusait à prêter ce serment, il serait punissable (Cour d'assises de la Seine, 10 avril 1877 ; S. 782.45).

Un arrêt de Cassation, Ch. crim. du 11 juin 1926 (D. R. H. 8 juillet 1926. 378) déclare coupable la personne qui refuse de prêter serment, à cause du secret professionnel : « Attendu que le témoin qui est appelé à fournir son témoignage, ne peut connaître par avance les questions qui lui seront posées et dont quelques-unes peuvent s'appliquer à des faits n'ayant aucun caractère confidentiel ; que la dispense de déposer sur les secrets, dont le témoin est dépositaire, ne saurait, dès lors, justifier le refus absolu dudit témoin de prêter serment ».

Le médecin se trouve donc dans une situation très embarrassante, puisque, dans certains cas, il doit se faire juge si les faits sur lesquels il est appelé à déposer, sont secrets, ou de notoriété publique, s'il les a appris dans l'exercice de sa profession, ou comme simple citoyen.

Voici pourquoi, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, est-il préférable de se retrancher derrière le secret professionnel.

Ainsi, dans l'espèce qui nous est soumise, si les praticiens, qui ont examiné la malade, ont constaté sur elle des indices très nets d'empoisonnement, quelle doit être leur conduite ?

Pendant la vie de la malade, si pour sauver son existence, alors qu'elle est la victime d'une personne de son entourage, le médecin peut dénoncer à la justice la personne coupable : il violera certes le secret professionnel et sera passible des peines correctionnelles prévues à l'article 378 du code pénal, mais il aura, par sa dénonciation, rendu service à la malade, dont il doit défendre les intérêts, en faisant arrêter les manœuvres criminelles dont la patiente est l'objet.

Mais, la malade est morte, son intérêt n'est plus en jeu. Le médecin doit-il taire ce qu'il a pu apprendre, surprendre, pendant qu'il donnait ses soins ? Doit-il faciliter la tâche de la justice répressive, en l'aidant à découvrir le coupable ? Doit-il même, aux termes de l'article 30 du code d'instruction criminelle, dénoncer les faits, ou le coupable ?

J'estime qu'il n'appartient pas aux médecins traitants de se faire les auxiliaires de la justice répressive. Les magistrats ont à leur disposition des médecins légistes, qui feront toutes les analyses, autopsies, recherches scientifiques, ou autres, pour déterminer la culpabilité des inculpés.

Le rôle du médecin est, dans notre société actuelle, de soigner, de guérir si possible, alors que le malade sait que ses confidences, ou même son abandon de tout son être contribueront au traitement, alors que les faits connus du médecin seront jalousement gardés secrets par ce dernier.

Le secret professionnel est d'ordre individuel, puisque si le praticien enfreint la loi du silence, il est punissable, alors même qu'il n'y aurait aucune intention de nuire (Cass. 9 novembre 1901 ; S. 04.1.212, D. 1902. 1.283).

Ce secret professionnel, ce n'est pas une prérogative du Corps médical, c'est une obligation que lui impose la loi, dans l'intérêt des malades et de l'honneur des familles.

Le médecin viendrait-il, par sa déposition, à dévoiler l'identité du coupable, ou à aider à cette découverte, que l'avocat de l'inculpé serait en droit, non seulement de demander des poursuites correctionnelles contre le médecin, pour violation des termes précis de l'article 378 du Code pénal, mais encore d'exiger que les articulations du praticien soient écartées des débats (Cassation 1er oct. 1899 ; S. 01.1.161).

Le praticien doit-il dénoncer les crimes, comme l'enjoint à tout citoyen l'article 30 du code d'instruction criminelle ?

Disons tout d'abord que cet article impose la dénonciation à toute personne qui a été témoin d'un attentat soit contre la sûreté publique, soit contre la vie, ou la propriété d'un individu. Donc, si l'on n'a pas été témoin, on n'est pas tenu à la dénonciation.

Or, dans le cas qui nous est soumis, les praticiens, qui, avant sa mort, ont soigné la défunte, n'ont pas été témoins de l'empoisonnement. Ils ne soupçonnent ce dernier que d'après les signes cliniques qu'ils ont constatés sur la patiente.

**Conclusions**

Qu'il me soit permis, tout d'abord, de blâmer cette confusion regrettable des fonctions occasionnée par l'absence du médecin de l'état-civil, pour constater le décès au nom et à la place de l'officier de l'état civil.

En tout cas, le rôle du médecin traitant doit se borner à vérifier l'état réel de la mort et à indiquer, sur son certificat, que la personne examinée est bien décédée.

Le praticien excéderait sa mission, en indiquant que le décès est dû à une cause naturelle.

En second lieu, dans le cas qui m'est soumis, les praticiens ont découvert les indices de l'empoisonnement dans l'exercice même de leurs fonctions. Que ce soit la malade elle-même qui ait confié ses craintes d'empoisonnement, en indiquant la personne sur laquelle elle fait passer ses soupçons, que ce soient les signes cliniques et autres symptômes, qui aient fait penser à une intoxication criminelle, toujours est-il que c'est comme médecins et nullement com-

me simples citoyens que les médecins ont découvert l'empoisonnement.

A mon avis, ils doivent déférer à la convocation du juge d'instruction, mais doivent déclarer à ce magistrat que les faits, dont s'agit, ayant été connu d'eux, dans l'exercice de leur profession, ils sont tenus de se retrancher derrière le secret professionnel.

Et si le Procureur de la République, ainsi que le juge d'instruction croyaient devoir poursuivre nos confrères, ils pourraient compter sur l'appui de la Ligue médicale de Défense individuelle (Sou médical) pour suivre ce procès devant tous les degrés de juridiction.

Dr Paul Boudin

## ÉCONOMIQUE, SOCIOLOGIE ET MÉDECINE

Dr J. Legendre

Sous le règne des trusts internationaux de la production, l'homme n'est plus la créature pensante, au regard levé vers le ciel, de l'âge des humanités, il n'est plus qu'une machine qui doit produire, qu'un animal qui doit consommer, c'est l'âge du fer, de l'acier et du caoutchouc. Le premier devoir de la créature humaine à son réveil est de manger, non parce qu'elle a faim, mais parce que le négoce en tire profit.

L'individu n'a plus le droit de suivre la destinée qu'il aura librement choisie, on a tendance à l' « orienter professionnellement » de même que les Commissions de recrutement imposent au conscrit de servir dans l'infanterie ou l'artillerie. Le serf de la féodalité moderne n'est plus le paysan, de plus en plus détaché de la glèbe, mais l'ouvrier rivé à l'usine.

Le pensionné et le retraité sont traités de parasites parce que l'âge et la diminution de leur valeur physique les ont écartés de la vie active. Parce qu'ils ne sont plus « producteurs », ils auraient perdu le droit de consommer.

Depuis que l'économique a pris le pas sur la politique, la paix dans la cité et à l'extérieur est plus menacée que jamais ; les querelles naissent plus souvent de questions d'intérêt que de questions de sentiment. La triarchie de la Finance, du Commerce et de l'Industrie, qui ne voit dans l'humanité que des ventres à remplir, des corps à vêtir et des bras à pourvoir d'outils, croit qu'elle ne remplit pas tous ses devoirs vis-à-vis d'eux quand elle réduit sa consommation et leur démontre qu'il est absurde de fondre un système économique sur le gaspillage. Contre toute logique, en même temps qu'on gémit sur la surproduction on reproche aux sexagénaires de ne plus produire. Pourquoi n'adresse-t-on pas le même reproche aux enfants, aux adolescents, aux jeunes gens, ils sont des centaines de mille, qui n'ont encore ni métier ni profession, à tous ceux qui, jusqu'à treize ou vingt-cinq ans, non seulement ne produisent rien mais coûtent cher à leur famille et à l'Etat qui doivent inscrire chaque année de larges crédits au budget familial et au budget de l'Etat pour leur apprentissage ou leur instruction.

Quant aux retraités, ils ont contracté avec la grande compagnie d'assurances qu'est l'Etat une assurance pour la vieillesse et ont versé pendant trente-cinq ou quarante années de vie active une forte prime de 5 %, puis de 6 % prélevée d'autorité sur leur solde, traitement ou salaire. Les arrérages qu'ils touchent ne sont donc ni une aumône ni un secours, mais le paiement d'une d'une traite à échéance. La pension a été « financée » par ceux qui la perçoivent et non par d'autres. D'abord institution du seul Etat, le principe de la retraite s'est étendu à la plupart des administrations privées. Les œuvres sociales, telles que l'assurance-accident, l'assurance-maladie ou décès ne sont que l'application aux travailleurs de l'usine et des champs de réglementations en vigueur depuis des siècles dans l'armée et la marine ; ce ne sont pas des nouveautés.

Si on envisage le rôle, dans le système économique, de ceux qui ne sont pas des producteurs, parce que trop jeunes ou trop âgés, on s'aperçoit que c'est un rôle de soupape de sûreté, que, consommant sans produire, ils retardent la terrible échéance qu'est le chômage avec ses méfaits sur la constitution physique de la race, par sous-alimentation, quand il se prolonge. Qu'ils aient encore des dents de lait ou qu'ils portent depuis longtemps des dents de sagesse, les oisifs contribuent au maintien de l'équilibre économique et social. Sans ces non-producteurs, la concurrence vitale serait encore plus âpre.

C'est une erreur d'accorder la prépondérance à l'économique sur la politique, à la partie sur le tout, aux membres et à l'estomac sur tout le corps. On a ainsi jeté plusieurs continents dans une crise de surproduction et de sous-consommation qui engendre la misère pour beaucoup, et la gêne pour d'autres. Au lieu de régler la production sur la consommation, ce qui est sage, on a voulu régler la consommation sur la production, ce qui est fou. La publicité la plus alléchante ne peut décider à l'achat qui n'en a par les moyens, sauf à pratiquer les longs crédits ruineux pour l'acheteur et pour le vendeur. Les Jaunes et les Noirs augmenteraient bien leurs

achats, les uns d'objets manufacturés, les autres de lainages et de cotonnades pour couvrir leur nudité, mais ils n'ont pas assez à vendre pour les payer.

L'américanisation de l'Europe ne semble pas faire sa prospérité ; la machine a trop produit, il faut faire machine en arrière. L'homme a deux bras et un seul estomac, il produit en général plus qu'il ne consomme. Les crises économiques sont contagieuses, elles passent d'un continent à l'autre aussi vite que la grippe. La grippe économique fait autant de victimes que l'autre ; l'abondance et le bien-être sont moins transmissibles.

Les perfectionnements de la technique industrielle, ni les progrès de la législation sociale n'ont supprimé ni même réduit notablement le taudis, le paupérisme, la faim ni le chômage ; l'alcool, dieu intangible, a partout ses autels. Dans les pays primitifs, comme les colonies, où chacun a sa maison ou sa hutte et son lopin de terre, où l'industrie est limitée aux arts essentiels, le chômage est inconnu, la main-d'œuvre est sollicitée et trouve toujours à s'employer. Le développement pris de nos jours par le chômage chez les grandes nations est une conséquence de la concentration industrielle, c'est une rançon du progrès technique. De même l'accélération des moyens de communication interhumaine a multiplié les risques de propagation des maladies épidémiques. Tout progrès crée pour la vie physique, sociale ou intellectuelle un risque nouveau qu'il faut conjurer ou limiter en ne gardant que le bénéfice du progrès.

L'hygiène et la médecine, dont le public a l'habitude de croire et de dire qu'elles vont à petits pas, ont cependant fait plus de progrès que la politique et l'économique qui n'ont éloigné ni le péril extérieur ni les crises intérieures. Chez les nations civilisées la variole et la rage ont pratiquement disparu ; la typhoïde est devenue rare, le choléra et la peste peuvent être arrêtés ou contenus si on le veut fermement. Il est vrai que la tuberculose cède lentement du terrain ; souvent logée dans le taudis, elle s'installe aussi dans la demeure des riches. Il est à craindre qu'elle se trouve aussi à l'aise dans le logis neuf que dans la masure. Cèdera-t-elle aux mesures de prévention individuelle dirigées contre la contagion interhumaine ou aux mesures collectives prises contre le virus de provenance extérieure à l'homme ? Quant au cancer, cet autre fléau, à l'encontre de la tuberculose il ne connaît d'arrêt ou de régression que ceux qui lui sont imposés par la chirurgie ou la radiothérapie. Le typhus nord-africain et la récurrente ouest-africaine, dont on a découvert que le vecteur commun est le pou de corps, relèvent d'une simple propreté hebdomadaire. Si le premier fait échec à la thérapeutique, la seconde est jugulée en quelques heures par les arséno-benzènes. Dans nos possessions d'outre-mer les maladies transmises par les moustiques et autres animalcules ne conservent leur terrain que faute d'hygiénistes pour mener contre elles une lutte éclairée.

La thérapeutique seule est impuissante à expugner les maladies endémiques. Ce n'est pas un spécifique qui a vaincu la lèpre en Europe au XVII[e] siècle, mais des mesures administratives qui répugnent aujourd'hui. Sans l'appui d'une police sanitaire les meilleurs spécifiques n'empêcheront pas la syphilis de faire de nouvelles victimes. Les faits démontrent que toute prophylaxie qui fait abstraction de l'agent de transmission est vaine. C'est là une vérité première qui avait été répudiée, comme tant d'autres en politique, en économique et en sociologie, et qu'il faut rétablir dans sa puissance. En dépit de ces erreurs, en dépit de notre incapacité à préserver de la grippe, des fièvres éruptives, malgré la résistance de la tuberculose, du cancer, de la lèpre, etc., on ne peut nier que la lutte préventive ou curative contre tant d'autres maladies, ait eu pour résultat de réduire la somme des douleurs que la vie impose à l'homme et de prolonger la durée de son existence.

Que ne peut-on dire que la sociologie ait progressé de façon égale ? Cependant les problèmes de sociologie ne sont pas plus complexes que les problèmes de biologie ; les uns et les autres s'adressent à des individus ou à des groupes dont les réactions physiologiques ou psychologiques varient d'un individu à l'autre et d'un groupe à l'autre. Ces deux sciences disposent des mêmes méthodes : l'observation et l'expérimentation. Les chercheurs attachés à l'étude des phénomènes sociaux ont autant de moyens de recherche que les biologistes ; les statistiques du travail et du commerce sont aussi bien tenues que celles du mouvement démographique et épidémique. Dans la plupart des pays, on attache plus d'importance au ministère de l'Economie nationale et du Travail qu'à celui de la Santé ; les Chambres de commerce et d'industrie sont mieux dotées que les bureaux d'hygiène, les hôpitaux et les laboratoires. C'est que le public n'a pas encore pris conscience que le Département de la Santé, récemment créé, à côté des soins à la minorité que sont les malades, a surtout la haute mission de préserver des maladies évitables l'immense majorité que sont les gens valides qui œuvrent au bureau, aux champs, à l'usine ou ailleurs ; il a aussi dans ses attributions la protection de la maternité et de l'enfance, non moins importante que celle qu'on accorde au blé, au vin et au cheval d'armes.

Prévisibles ou imprévisibles, les crises éco-

nomiques et les maux qu'elles engendrent s'abattent périodiquement sur l'humanité comme la grippe, sans qu'on sache bien pourquoi. Elles durent quelque temps, font plus ou moins de victimes et s'arrêtent un jour, comme la grippe, sans qu'on puisse attribuer leur disparition à quelque mesure spécifique. C'est la nature, *vis medicatrix*, qui a opéré sous nos yeux sans que nous percevions ses moyens. Nos connaissances en économique et sociologie ont plus de lacunes que nos connaissances en pathogénie et épidémiologie.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### Les conditions actuelles du transport des blessés en avion

Médecin-Colonel SCHICKELÉ.

18 juillet 1932

**Conférence de l'Ecole de perfectionnement du Service de Santé de Paris**

L'aviation sanitaire, qui fit son apparition durant la guerre de 1914-1918, sans avoir alors été utilisée systématiquement ni donné de résultats appréciables, s'est développée progressivement à la faveur des services éminents qu'elle rendit et qu'elle rend encore sur les T. O. E., au Maroc, et au Levant notamment. On pouvait craindre que les conditions particulières au vol aérien entravassent son essor et arrêtassent les évacuations sanitaires : il n'en a rien été. Cinq mille évacuations ont été faites sous cette forme, avec seulement trois accidents mortels. L'avion se joue du temps et de l'espace.

Les besoins sanitaires du temps de paix sont justiciables de l'aviation. C'est ainsi qu'en Suède, des avions vont chercher les blessés graves et les malades jusqu'au Cercle polaire. En Pologne, on utilise les pilotes militaires pour des transports sanitaires aériens, dont le prix est celui d'un billet aller et retour en 2e classe, en chemin de fer. Ce n'en est pas moins une exploitation difficile. Il faut, en effet, à l'avion, un terrain pour atterrir et décoller, des abris, un personnel de mécaniciens, des dépôts de pièces de rechange. Or, de tels terrains sont peu nombreux et situés à des distances variables du point où le besoin existe. Il faut donc une liaison routière entre ce point et le terrain, ce qui augmente les frais. Le rendement commercial est médiocre, en raison du prix élevé des appareils, de leur entretien, de leur consommation en essence et huile : le prix de revient kilométrique est trop haut. Aussi, l'aviation sanitaire n'est-elle possible que si elle dépend de vastes associations, de groupements importants disposant de budgets suffisants.

Si l'on envisage l'aviation sanitaire au cours d'une guerre européenne en partant de l'expérience de 1914-1918, il faut reconnaître que ses résultats ne sont guère favorables à cette méthode d'évacuation. Les besoins étaient, en effet, trop considérables pour le matériel disponible, et le matériel militaire n'était pas adpaté à des transports de ce genre. D'autre part, une organisation puissante du Service de santé, la présence de formations nombreuses à proximité du front, suffisaient aux nécessités, et les délais de transport étaient assez réduits pour ne pas rendre l'avion désirable.

L'organisation et le fonctionnement du Service de santé des derniers mois de la guerre, en 1918, ont montré qu'il est possible de reporter loin du front, à 150 et 200 kilomètres, les H. O. E.[2] et leurs centres satellites, qui peuvent recevoir aisément les deux tiers, et même les trois quarts des évacués. Du front jusqu'à l'arrière, il existe une succession de seuils correspondant à une urgence déterminée. A trois heures du front, pour une distance de 4 kilomètres, s'arrêtent les *morituri*, au P. S. D., dans la proportion de 1 %. A six heures, pour une distance de 12 kilomètres, s'arrêtent, au G. A. C. A., les premières urgences, à raison de 5 %. Pour une distance de 30 kilomètres, à douze heures du front, s'arrêtent les deuxièmes urgences, aux H. O. E.[1], à raison de 17 %. Le reste, 62 à 75 %, peut gagner, à 150 et 200 kilomètres l'H. O. E.[2]. S'il était possible d'atteindre cette destination dans le temps nécessaire pour parvenir à chacun des seuils intermédiaires, tous les blessés y seraient transportés. Et les avantages de cette méthode seraient considérables : récupération plus rapide des blessés et malades, soignés dans de meilleures conditions techniques, matérielles et morales ; soulagement des formations de l'avant déchargées de leur mission d'hospitalisation. Or, dans la guerre de mouvement qui, avec la motorisation des armées modernes, sera la guerre de l'avenir, il faut que les formations sanitaires possèdent une grande légèreté, une souplesse remarquable et une mobilité parfaite.

Eh bien ! L'avion sanitaire permet-il de réaliser de telles aspirations, qui, théoriquement, seraient l'idéal des évacuations sanitaires ? Pratiquement, il faut reconnaître qu'il serait illusoire

de compter sur l'avion pour évacuer tous les blessés. On ne doit pas oublier, en effet, que l'avion est subordonné aux conditions météréologiques et atmosphériques qui peuvent le rendre inutilisable. Et il est sans intérêt de concurrencer les trains sanitaires, qui gagnent aisément les H. O. E.[2] avec 60 à 75 % des évacués.

L'aviation sanitaire doit donc être réservée aux blessés de première urgence, qu'elle cueillera au plus près de leur chute. Mais ses limites d'action étant constituées par les risques du champ de bataille, ce n'est guère qu'à 4 kilomètres, c'est-à-dire au P. S. D. que se trouvera l'origine des évacuations par avion, à la condition de disposer, à proximité, de terrains sommaires d'atterrissage pour appareils légers. Or, ces terrains existent pour les appareils de reconnaissance de la division près du P. C. divisionnaire. Mais l'avion léger n'a qu'un rendement précaire. Il faut utiliser l'appareil lourd, qui réclame un terrain fortement organisé, qu'on ne trouve qu'à l'échelon du Corps d'armée, et, plus à l'arrière, de l'Armée. Il convient donc de prévoir deux types d'appareils sanitaires : les avions légers, disposant des terrains sommaires, et les avions lourds, disposant des terrains organisés. Ceux-ci gagneront l'H. O. E.[2], tandis que les avions légers n'iront que jusqu'à 60 kilomètres, où ils trouveront des centres chirurgicaux puissants. Entre les deux, une aviation moyenne serait nécessaire.

On peut donc prévoir les évacuations sanitaires aériennes **de 1re urgence** comme suit :

L'avion léger transporte un ou deux blessés couchés, sans convoyeur, à la vitesse de 150 à 180 kilomètres à l'heure. Il peut faire 300 kilomètres par jour et, à raison de six rotations, transportera 12 à 24 blessés graves à 60 kilomètres.

L'avion moyen transporte de deux à six blessés couchés, avec un convoyeur. Il plafonne à 5.000 mètres, parcourt par jour 500 kilomètres, et atterrit à 175 et 200 kilomètres du front.

L'avion lourd ou gros porteur, à huit et quinze places, plafonne à 4.000 mètres, et parcourt par jour 500 kilomètres, atterrissant également à 175 et 200 kilomètres du front. A raison donc de trois voyages par jour, l'avion à quatre places transportera douze évacués ; l'avion à quinze places en transportera quarante-cinq. Et si un vol de nuit est possible, et permet un voyage, une rotation de plus, le nombre des évacués s'élèvera respectivement à seize et soixante évacués.

L'avion léger et l'avion moyen n'ont besoin chacun que d'un pilote ; l'avion gros porteur en exige deux.

L'aménagement des avions doit répondre à deux ordres de préoccupations. Préoccupations aéronautiques : maximum de sécurité et de confort ; cabine large ; train d'atterrissage résistant et souple en même temps, grâce à des amortisseurs éprouvés. T. S. F., fusées et bombes éclairantes, etc. Préoccupations spécifiquement sanitaires : cabine très aérée, bien éclairée, équipée avec des supports-brancards ; appareils d'immobilisation, siège pour le convoyeur ; chauffage ; oxygénation progressive en altitude à partir de 300 mètres. Des instruments de propreté : bassins, seaux. Une trappe d'évacuation. Dans la paroi, un lavabo. Une trousse médicale d'urgence..... Possibilité de relations entre le pilote et le ou les convoyeurs.

Le matériel nécessaire à la constitution d'une aviation sanitaire pratique doit être recherché parmi les avions commerciaux. Il conviendrait d'en agir avec ces appareils comme on en agit avec le matériel roulant des chemins de fer qui est disposé de telle façon qu'à la mobilisation, il suffit de débarrasser chaque voiture de son aménagement intérieur et de le remplacer par des supports brancards, pour transformer un wagon de voyageurs en wagon sanitaire. On devrait faire de même avec l'aviation commerciale. Et si des primes sont versées aux compagnies ferroviaires pour l'établissement et l'entretien d'un matériel roulant apte à se transformer, des primes pourraient être versées de même aux compagnies de navigation aérienne. Moyennant quoi, elles prévoieraient, à la construction des avions, des orifices d'accès suffisants, des attaches dans les parois, etc.

Le personnel serait recruté parmi les pilotes trop âgés pour servir dans l'aviation combattante, ou dégagés de toutes leurs obligations militaires, ou appartenant aux nations neutres...

Enfin, la quantité d'appareils nécessaire à la constitution d'une aviation sanitaire suffisante n'est pas aussi élevée qu'on pourrait le supposer tout d'abord. Une centaine d'appareils semblerait devoir répondre aux besoins sanitaires de l'armée.

Il va sans dire que cette aviation devrait être protégée par la Croix de Genève. A cet effet, il suffirait d'ajouter un article à la convention, pour que l'immunité lui soit conférée et qu'elle bénéficie de la neutralité dont jouissent déjà le personnel et le matériel du Service de santé.

G. Duchesne

## ÉVOCATIONS

Seigneur, faites que ceux qui connaîtront ces heures,
Se souviennent de ceux qui ne reviendront pas.

Cela se passait en octobre 1918. Les Allemands, pressés et refoulés par un effort tenace qu'on pressentait être le dernier, essayaient de faire tête et s'étaient établis au Nord de l'Aisne.

De hâtives tranchées sinuaient au travers des plaines marécageuses et personne, ni eux, ni nous, ne s'inquiétait de les aménager, tant on était pressé d'en finir. Les attaques se succédaient avec une frénésie exaspérée : du matin au soir, le ciel ronflait de la course des avions ; la nuit, on écoutait passer au-dessus de sa tête l'invisible menace des escadrilles de bombardement.

Chaque jour l'alerte aux gaz sonnait, lugubre : l'herbe rare qui, seule végétait par les champs, en était devenue rèche et plombée comme une espèce d'alfa malade. Les projectiles tombaient dru comme aux plus beaux jours de Verdun ; de temps en temps, un obus un peu « long » venait éclater à proximité des tentes où l'ambulance s'était installée.

Et par la route martelée aux durs charrois des camions, les voitures sanitaires surgissaient sans trêve. Dans le fleuve de boue qui submergeait tout, d'implacables ornières guettaient les roues et chaque cahot arrachait au véhicule une plainte indécise où se confondait la souffrance des êtres et des choses.

De jour et de nuit, le défilé durait avec des à-coups, des arrêts, des reprises. Aux instants de repos, le temps de griller une cigarette, nous allions jeter un coup d'œil dehors : d'un côté, par des pistes engluées et coupées d'entonnoirs, les bataillons, les batteries, les tanks, les corvées, montaient aux lignes. *Ave Caesar*..... De l'autre, en descendait ce que la monstrueuse et insatiable mécanique nous renvoyait : des débris et du sang.

La chaîne était déjà inventée.

Les autos sanitaires stoppaient devant le chemin de rondins qui accédait au triage. Il fallait garder les « grands blessés ». Les autres, injectés de sérum quand on avait le temps, réconfortés d'un quart de thé s'il en restait, pouvaient s'en aller plus loin ; et ils se hâtaient vers la voiture libératrice qui, plus légère et ailée, les enlevait comme une louve portant à sa gueule ses louveteaux en péril.

Malgré le renfort d'équipes chirurgicales nouvelles, il avait fallu les dédoubler toutes ; on opérait sans arrêt, en se relayant toutes les quatre heures. Dans les baraques opératoires aux minces cloisons, régnait une atmosphère terriblement suffoquante : les lourds relents des réchauds Primus étaient traversés d'une odeur fade de sang et de chair malpropre. L'éther, l'alcool et le chloroforme aggravaient le tout d'effluves entêtants. Par moments, quand sifflait la bise ou que la porte s'ouvrait au passage de quelqu'un, d'aigres filets d'air glacé giclaient brutalement, arrachant une plainte à l'opéré et des jurons aux opérateurs.

A peine le dernier fil noué et pendant que l'un de nous faisait le pansement, l'autre, jetant sur son dos trempé de sueur et collé à la blouse une capote de soldat, s'en allait vers la tente où les nouveaux venus attendaient, pour désigner le prochain à étendre sur la table. Sous le frêle abri de toile qui claquait au vent, à même la terre gluante, les brancards se pressaient, pêle-mêle, sinistre étal de misères et de désespoir.

Les plus vaillants appelaient, attiraient l'attention sur eux : « Monsieur le major, ma jambe me fait mal... — Monsieur le major, depuis ce matin, je saigne... ? — D'autres, quand on s'approchait d'eux, ne geignaient pas ; ils étaient immobiles sous leur carapace de boue trouée par la blancheur des pansements ; la lampe approchée éclairait des yeux grand ouverts, une bouche béante : ceux-là n'avaient plus besoin de nous ; d'un signe, on les faisait emporter.

D'autres encore, au corps glacé et aux gorges brûlées de soif, imploraient à boire, suppliaient qu'on s'occupât d'eux. Le pansement discrètement soulevé découvrait un flanc labouré, un ventre ouvert. « Quand as-tu été blessé ? — Cette nuit... ; hier... ; je ne sais plus ! — Une seconde, mon vieux : on va venir ; il faut attendre ton tour. »

Et le médecin, en se relevant, savait qu'il venait de fixer le destin. Un homme, un frère d'armes, un blessé était abandonné là, à la mort : autant valait jeter sur son corps la première pelletée de terre. Telle était la consigne, effroyable et logique : dans l'immense marée qui nous submergeait, il fallait repêcher à coup sûr ceux qui avaient chance de vivre. Nous n'avions pas le droit de gaspiller notre temps.

Mais, après quatorze ans, un frisson me glace encore à la pensée de tous ceux-là que mon choix, délibérément fait, a laissé partir à la dérive et dont la main, agrippée aux pans de ma capote, avait cru saisir un défenseur.

Telle était la vie depuis dix jours que l'ambulance était venue s'installer à cet emplacement désigné, dans un chaos de terres labourées par les obus, bosselées d'humbles monticules où le

fusil fiché semblait porter le deuil de celui qui, tombé là, avait laissé l'arme s'échapper de ses mains.

Si perdus que nous soyons en ce bled infernal et abêtis par un travail exténuant autant le cœur que les bras, nous savions pourtant que des bruits de paix commençaient à circuler. Avant d'arriver, nous avions connu la déroute des Bulgares ; des automobilistes revenant de l'arrière nous avaient appris celle des Autrichiens. Par moments, des « bobards » (comme on disait alors) nés on ne savait où couraient en éclairs à travers le camp : les Allemands font des propositions de paix ; un avion allemand tout blanc a passé les lignes et amène des parlementaires ; la révolution a éclaté à Berlin.

Chacun prenait à tâche de propager de si magnifiques nouvelles et s'engouffrait en hurlant dans les tentes où étaient alignés les lits des opérés. Les pauvres n'en étaient plus à quelques hurlements près.

L'heure des pansements devenait l'occasion de longues discussions politico-stratégiques, et le patient n'avait plus trop de toutes ses forces restantes pour soutenir son point de vue : il oubliait de crier. Entre tous, un petit chasseur à pied, tout jeunet, à la figure de fille, était ardent à chanter la paix prochaine. Il était arrivé, une semaine auparavant, pâle comme un linge, vidé de sang, une cuisse broyée par un éclat de torpille. Vingt-quatre heures, il était resté avec sa blessure dégoulinant de sang dans un trou d'obus à demi-plein d'eau où il s'était traîné comme il avait pu pour se dérober au tir d'une mitrailleuse acharnée à l'achever. Il avait fallu aller l'y chercher de nuit, en rampant, et, pour le ramener dans les lignes, le traîner, sa cuisse déchiquetée râclant la boue. A son arrivée, il ne valait pas cher et si on l'avait amputé, c'était bien parce que, justement, on avait un peu de loisir.

A peine délivré de son lamentable moignon, dûment doppé de sérum et de tout ce qu'il faut à un moribond pour le retenir sur la pente, il avait paru littéralement ressusciter. Jour après jour, on voyait les couleurs renaître à ses lèvres exsangues, ses mains longues reprendre de la force, ses yeux remonter du fond de leurs orbites.

Quand il s'était réveillé et qu'il avait aperçu son pansement, il avait pleuré comme un gosse sa jambe perdue.

Ce qui le mortifiait, c'étaient les béquilles auxquelles il se voyait voué ; c'était d'avoir à se traîner comme un infirme : « Ah ! Monsieur le major, un bras, çà m'était encore égal, le gauche par exemple, ou bien, tenez, un œil : un seul me suffisait bien. Mais s'il fallait donner une jambe, pourquoi est-ce que c'est justement sur moi que c'est tombé ? » Et il se lamentait de plus belle.

Il fallut lui expliquer qu'après la guerre, il y aurait tellement de mutilés que ce seraient justement les hommes pourvus de leurs quatre membres qui se feraient remarquer : et ils ne seraient pas fiers ! Que les femmes sauraient bien faire la différence entre un embusqué qui aurait garé sa peau et un héros qui la rapportait un peu rapiécée. Que la médaille militaire ferait un crâne effet à la boutonnière d'un blanc-bec comme lui. Et puis, enfin, pour lui c'était fini : les attaques, les petits postes, les corvées de soupe ; fini ! les gardes au créneau, les coups de main, tout le diable et son train, fini ! !

L'évacuation sur l'arrière n'allait pas tarder, et alors..... L'arrière ! Mot si lourd de sens qu'il résumait alors toutes les félicités humaines. C'est lui, je crois, qui, à faire miroiter ses prestiges indéfinis et d'autant plus enivrants, amena en quelques jours le chasseur au bord de la convalescence. Il savait où il irait : on évacuait en ce moment vers le Midi, qu'il n'avait jamais vu, qu'il fallut lui décrire.

Et il se berçait de visions de fleurs frissonnant au bord des flots, de palmiers balancés dans l'azur. Son optimisme allait grand train, et devenu exigeant aux heures des débats, il énonçait les conditions de paix les plus draconiennes.

C'est à ce moment qu'un matin, en traversant la tente, je le trouvai, non pas assis sur son lit comme à l'ordinaire, et pérorant, mais affalé, le front moite, et la voix cassée. Un coup d'œil à la feuille de température me montra un menaçant clocher ; et, le pansement rapidement défait, je vis, en plein milieu de la plaie laissée largement ouverte, une petite tache grisâtre entourée de boursouflures sinistres !

— Qu'est-ce que c'est ? Monsieur le major, implora-t-il, en surprenant le mouvement de lèvres que je n'avais pu réfréner assez vite. — « Rien, deux fois rien, l'affaire d'une journée, et peut-être encore d'une mauvaise nuit ».

Il fallait se préparer à accueillir la mort puisqu'elle s'annonçait. Le pansement fut un peu plus long, un peu différent. « Tu comprends, je te prépare pour le voyage ; dans les trains sanitaires ils n'ont pas leurs aises, et comme tu vas loin ... »

Je refis la description de la Riviera enchanteresse, des hôpitaux installés dans des palaces où tous les murs sont en glace et les plafonds en marbre.

Il convenait aussi de prévenir la vieille maman que, dans trois ou quatre jours, son gars serait mollement étendu dans une chaise-longue, sur une terrasse d'où il verrait des voiles blanches glisser sur une mer bleue. Elle habitait dans une petite ville du Centre : « Ne t'inquiète pas : la lettre partira ce soir par le ravitaillement, et je lui explique que tu as encore la tête trop faible pour écrire toi-même. »

Le soir vint, lourd de menaces. La fièvre montait, les tempes battaient, il se plaignait de son pansement trop serré. Par instants, ses lèvres

remuaient sans qu'il parlât ; mais si on lui prenait la main, il se tournait encore pour sourire. « Dors bien ; je viendrai te voir tout à l'heure, à la relève !.. » Et il me dit, quand je revins au milieu de la nuit : « Je ne sais pas ce qui sent mauvais comme çà ; j'échangerais bien un quart de « gnole » pour un peu d'eau de Cologne. »

Le lendemain matin, en entrant, je vis son lit bardé de planches : il avait eu du délire, avait voulu se lever pour courir après le train qui partait sans lui. Son souffle était haletant ; il marmonnait sans arrêt des mots inintelligibles, de brefs sursauts le secouaient par moments ; mais sa tête n'avait pas la force de se soulever de l'oreiller. Une sueur visqueuse faisait ses mains moites et glacées. Plus de pouls ! M'entendait-il ?

Le martèlement lourd d'une troupe en marche ébranla le sol. D'un coup d'œil par le hublot, je vis, dans le champ voisin, un bataillon s'aligner et la musique venir se ranger. « Petit, dis donc, une prise d'armes ! ils viennent te donner ta médaille avant le départ : Vas-tu être beau pour débarquer à Ni e ? » La tête oscilla lentement.

Soudain éclata la rumeur cuivrée des clairons, et le moribond immobilisa son regard. Et puis, tout de suite, comme un drapeau qui monte, monte le long de sa hampe en s'éployant, à mesure, dans le ciel, la *Marseillaise*, vague sonore qui, quoiqu'on en ait, vous roule et vous berce à la fois et dont toutes les paroles, en ce temps-là, chantaient le cantique des martyrs.

Alors, je vis ceci : aux premières mesures, il fut parcouru d'un frisson, et tout son lit en trembla. Et puis, soudain, la tête redressée, les mains crispées, le buste comme soulevé, sur sa face une sorte de sourire désespéré, je le vis se raidir, au garde à vous. Il tint jusqu'au bout, le souffle arrêté, tout son être offert, et puis, aux dernières notes, il retomba d'un bloc, les yeux déjà vitreux.

Il « y » était allé, l'enfant de la patrie, si loin, si haut qu'il n'en reviendrait pas.

D'un geste sec et presque brutal (c'est ainsi qu'on rabroue ses nerfs en temps de guerre), je ramenai le drap sur sa face et sortis. La troupe s'éloignait.

Machinalement, j'allumai une cigarette et m'en fus vers le champ des croix : les ambulances marquent ainsi leur passage. On l'avait choisi au bas d'un petit talus qui le couvrait un peu des projectiles. Déjà il y avait là la population d'un village : tous nos condamnés ! Et puis, tous ceux pour qui nous avions peiné en vain ! ! Patience ! au train dont ils allaient, là-bas, avec leurs canons qui ne s'assouvissaient pas de tuer, bientôt ce serait une ville que nous aurions fondée au sein de la terre épouvantée. Quatre hommes étaient employés à creuser des fosses, pour qu'il y en ait toujours d'avance. Les veilles de grosses attaques, on en mettait dix.

Tout en marchant, je cherchais celle qui, toute prête, attendait la dernière victime.

O Patrie ! Comment t'évoquer ? Où trouver ta vraie face, à l'heure où chacun de tes fils, en son exaltation quotidienne, la compose de tout ce qu'il a aimé et la modèle avec tous ses désirs ? Vais-je t'apercevoir là-bas, au cœur du carnage et de la destruction, dressée dans la fumée, grandiose, tragique ? Es-tu là, toute ceinturée de fer, les bras au ciel, à susciter au cœur des tiens des soifs de meurtre et de vengeance ? Vais-je te rencontrer par ici, femme lasse et brisée, à la ressemblance de tant d'autres femmes de chez nous ? Traînes-tu ton cœur lourd par ces champs funèbres, est-ce toi qui, tout à l'heure, t'es glissée sous la tente ? Est-ce à ton épaule qu'il s'est accroché pour passer, en trébuchant, sur l'autre rive ? Parle : es-tu l'amazone farouche ou la *Mater Dolorosa* ? O « doulce France », allons-nous, parce que nous sommes fous et féroces, te barbouiller de sang ? A la femme que l'on aime, donne-t-on une ressemblance de mégère ? Et ceux-là même qui sont, à cette heure, au plus ardent de la mêlée, s'ils se retournaient soudain et apercevaient ta grande figure de crucifiée, n'éclateraient-ils pas en sanglots parce qu'ils t'auraient reconnue ? Patrie, c'est ici que je te trouve et que je t'aime, car je te sens déchirée comme moi.

Et me penchant au bord du trou fraîchement ouvert, à voix basse, puisque je ne parlais que pour Elle et pour son enfant mort, je récitai les vers qui remontaient du fond de ma mémoire :

Je recueille en mon cœur votre gloire meurtrie,
Je renverse sur vous les feux de mes flambeaux,
Et je monte la garde autour de vos tombeaux,
Moi qui suis l'avenir, parce que la Patrie.

Etait-ce en octobre 1918 ? ou en octobre 1932 ?

G. LAVALÉE.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

### (Le Sou Médical)

### Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration

**Activité de la Ligue pendant le deuxième trimestre 1932.**

*Admissions.* — Les admissions ont été publiées, à la suite de chaque réunion du Conseil, dans le plus prochain numéro du *Concours Médical.*

104 ont été prononcées au cours du trimestre au lieu de 98 au cours du deuxième trimestre 1931.

Admissions du premier semestre : 185 au lieu de 206 pour la période correspondante de 1931.

*Correspondance.* — 1.761 lettres reçues, au lieu de 1.687 l'année dernière; 3.859 pour le semestre.

*Appuis pécuniaire.* — 54 au lieu de 61 en 1931.

137 pour le semestre, au lieu de 139 l'année dernière.

**Répartition des affaires d'appui pécuniaire.**

| | |
|---|---|
| A. — Affaires de responsabilité | 15 |
| B. — Recouvrement d'honoraires de droit commun | 16 |
| C. — Recouvrement d'honoraires contre le tiers qui a mis en œuvre le médecin | 6 |
| D. — Recouvrement d'honoraires pour soins donnés aux victimes d'accident d'auto | 1 |
| F. — Recouvrement d'honoraires en matière d'accidents du travail | 5 |
| H. — Recouvrement d'honoraires pour soins donnés à des agriculteurs blessés dans leur travail | 3 |
| J. — Affaires de diffamation | 2 |
| N. — Affaire d'exercice illégal | 1 |
| P. — Affaire administrative | 1 |
| R. — Affaire pénale | 1 |
| S. — Affaires fiscales | 3 |
| Total | 54 |

**Résultat des affaires ayant bénéficié de l'appui pécuniaire.**

Affaires terminées au cours du trimestre : 59.

Echecs : 2, dont un devant la Commision supérieure de Cassation et un en Justice de paix.

Une affaire de responsabilité professionnelle a donné lieu à un versement amiable de 275 francs.

19 affaires n'ont comporté aucune suite.

26 affaires ont été réglées sans jugement et 11 procès gagnés, dont un devant une Cour d'Appel, 3 devant des Tribunaux civils, 1 devant un Tribunal correctionnel, 5 en Justice de paix, 1 Commission d'arbitrage.

Les frais de procédure et honoraires se sont élevés à 12.599,05, soit une moyenne de 213,54 par affaire.

Une affaire de responsabilité professionnelle, qui durait depuis de longues années et dans laquelle le médecin a été condamné à 20.000 francs de dommages-intérêts, vient de se terminer et a coûté à la Ligue, en plus des dommages-intérêts, 12.425 fr. 45 de frais et honoraires.

**Responsabilité professionnelle.**

Le Dr F., est assigné en 400.000 francs de dommages intérêts pour avoir fait interner une femme dans un asile d'aliénés. Cette demande est tellement mal fondée et abusive que le Conseil, en accordant l'appui pécuniaire et admettant le Dr F. au bénéfice de la Caisse de garantie, est d'avis qu'une demande reconventionnelle en dommages-intérêts soit formée pour abus de citation en justice.

Le Dr R., ayant cité en payement de 465 francs d'honoraires un client, celui-ci lui a demandé 50.000 francs de dommages-intérêts. Le Tribunal civil, devant lequel le juge de paix a renvoyé l'affaire, a donné entièrement gain de cause au Dr R. mais l'adversaire a interjeté appel.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr R., pour défendre à cet appel et ordonnance le payement à l'avoué de première instance de ses frais, qui s'élèvent à 1.617 fr. 30.

Le Dr D., ayant été assigné en dommages-intérêts, une expertise a mis sa responsabilité hors de cause et son adversaire, dont la solvabilité est douteuse, n'ayant pas suivi l'affaire, il y a lieu de payer les frais et honoraires de l'avoué qui s'élèvent à 384 fr. 05.

Le Conseil en ordonnance le versement.

Le Dr H., ayant poursuivi un client, avec l'appui de la Ligue, en payement de 1.250 francs d'honoraires, prix d'une opération, le client, mettant à exécution ses menaces, se porte reconventionnellement demandeur en 3.000 francs de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle.

Le Conseil admet le Dr H., au bénéfice de la Caisse de garantie dans cette affaire.

Le Dr M., ayant fait une injection intramusculaire à un malade atteint d'une sciatique, l'aiguille s'est brisée par suite d'un mouvement du client et n'a pu être retirée.

*Cité en justice* de paix, le Dr M., obtient, pour résister à la demande, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Dr B., a gagné, après expertise, devant le Tribunal civil, le procès en responsabilité qui lui avait été intenté pour une atrophie du bras à la suite d'une vaccination antivariolique.

Le Dr L., a obtenu, devant le juge de paix, la condamnation d'un client à lui payer ses honoraires et le rejet de la demande reconventionnelle en 3.000 francs de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle formée par le client.

Les frais et honoraires se sont élevés dans cette affaire à 1.757 fr. 60 dont moitié est à la charge de la Ligue, une autre assurance étant également intéressée dans l'affaire.

Le Dr R., a, sur une demande reconventionnelle à une action en payement d'honoraires, été condamné par le juge de paix à 500 francs de dommages-intérêts, parce qu'il aurait porté sur sa note d'honoraires « piqûres » au lieu de visites et apporté par ce fait un trouble dans le ménage de son client.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour interjeter appel de cette décision.

Le Dr F., ayant fait une plaie à la joue d'une cliente en lui donnant des soins dentaires, le Conseil ordonnance le payement des honoraires du médecin qui a soigné cette plaie, qui s'élèvent à 275 francs, la cliente ayant accepté ce paiement à titre de dommages-intérêts.

**Diffamation.**

La Société médicale de Saint-Nectaire, ayant obtenu confirmation, par la Cour d'Appel, du jugement qui a condamné le pharmacien B., pour diffamation, celui-ci s'est pourvu en cassation.

Le Conseil accorde à la Société l'appui pécuniaire proportionnel au nombre de ses membres faisant partie de la Ligue, pour défendre à ce pourvoi.

**Assurances sociales.**

Le Dr H., ayant saisi la Commission cantonale pour demander le payement des soins qu'il a donnés à des assurés sociaux agricoles indigents au tarif des accidents du travail, alors qu'il lui était offert au tarif de l'Assistacnce médicale gratuite, la Commission s'est déclarée incompétente.

Suivant l'avis de Me Auger, le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr H., pour interjeter appel de la décision devant le Tribunal civil.

**Exercice illégal.**

Les frais et honoraires d'avocat dans l'affaire d'exercice illégal de la médecine pour laquelle l'appui pécuniaire proportionnel avait été accordé au Syndicat de Loir-et-Cher se sont élevés à 863 fr. 90.

Un tiers des membres du Syndicat étant adhérents à la Ligue, le Conseil ordonnance le payement du tiers de cette somme, soit 288 francs.

Le Syndicat de Marseille demande l'appui pécuniaire contre un guérisseur qui a déjà été condamné pour exercice illégal et qui est poursuivi pour de nouveaux faits par le Parquet.

L'appui est accordé au Syndicat dans la proportion du nombre de ses adhérents faisant partie de la Ligue.

**Contestations d'honoraires.**

Le Dr J., a touché 475 francs d'honoraires pour le recouvrement desquels il avait obtenu l'appui pécuniaire. Mais il ne peut récupérer les frais, qui s'élèvent à 225 francs, son débiteur étant décédé.

Le Conseil ordonnance le remboursement de ladite somme de 225 francs.

Le Dr C., appelé la nuit près d'une malade atteinte d'hémorragie utérine, l'a accompagnée à 45 km., dans une maternité et a été absent de chez lui 3 h. 1/2. Il a demandé 100 francs d'honoraires que le mari refuse de payer, malgré une réclamation qui lui a été adressée par la Ligue.

Le Conseil accorde au Dr C., l'appui pécuniaire pour recouvrer judiciairement ses honoraires.

Le Dr R., ayant soigné des accidentés du travail d'une importante entreprise, celle-ci prétend réduire les honoraires qu'il demande et, sur intervention de la Ligue, déclare qu'elle se refusera systématiquement à payer le Dr R., amiablement, le contraignant ainsi à s'adresser à la justice.

Le Conseil, étant donné cette mauvaise volonté inadmissible, accorde au Dr R. l'appui pécuniaire pour poursuivre judiciairement le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr V. a pris, avec l'appui pécuniaire, un jugement contre un client qui contestait ses honoraires, mais il ne peut l'exécuter, étant donné la situation du débiteur.

Les frais et honoraires d'huissier et d'avocat se sont élevés à 194 fr. 15, sur lesquels le Dr V. abandonne 20 francs à la caisse de la Ligue.

Le Conseil, en ordonnançant le payement des 174 fr. 15 de surplus, adresse ses remerciements au Dr V.

Le Dr P., a dû renoncer à poursuivre le recouvrement d'honoraires contestés pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé, son client étant complètement insolvable.

Les honoraires dus dans cette affaire s'élèvent à 40 francs dont le Conseil ordonnance le payement.

Le Dr B., ayant soigné, à la demande de l'automobiliste, une enfant qu'il avait blessée, ne peut obtenir ni de l'auteur de l'accident, ni des parents le payement des 480 francs d'honoraires qui lui sont dus.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement contre l'automobiliste et les parents de l'enfant solidairement.

Le Dr M. ne peut obtenir payement de 2.250 francs d'honoraires dus par une cliente, qui, pour se rendre insolvable, a vendu ses biens à son amant, avec réserve d'usufruit.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr M., pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr C., ayant confié à un huissier sept affaires de recouvrement d'honoraires, a eu à supporter 900 fr. 40 de frais, dont 479 fr. 35 pour une seule affaire. Il demande le remboursement de la somme de 900 fr. 40, bien qu'il n'ait jamais antérieurement saisi la Ligue de ces affaires.

Le Conseil, étant donné les dispositions des Statuts et Règlements, qui exigent que la Ligue soit mise au courant avant toute procédure et considérant en outre que, comme il s'agit d'affaires de recouvrement ordinaires, l'appui pécuniaire n'aurait sans doute pas été accordé, regrette de ne pouvoir donner satisfaction à la demande du Dr C.

Dans deux affaires de payement d'honoraires et frais de clinique pour accidentés du travail admis d'urgence, le juge de paix a réduit dans de fortes proportions les notes du Dr G. et mis les deux cinquièmes des dépens à sa charge.

Le Conseil accorde au Dr G. l'appui pécuniaire pour suivre l'appel qu'il a dû interjeter d'urgence vu la brièveté du délai.

Le Dr T., ayant obtenu la cassation d'un jugement qui l'avait débouté d'une demande en paiement de 2.100 francs d'honoraires pour soins donnés à un agriculteur blessé dans son travail, le débiteur n'a pas payé les honoraires, malgré les démarches de l'avoué

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr T. pour saisir le tribunal devant lequel l'affaire a été renvoyée.

Le Dr C. ayant opéré dans sa clinique, un client qui lui a signé une reconnaissance de dette, le client répond, à sa demande de payement de la somme de 2.865 francs que, comme il s'agit d'un accident du travail, il ne doit que les frais de clinique, les honoraires devant être payés par l'assurance.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr C., pour poursuivre son client en droit commun.

Le Dr V. ayant pratiqué un curetage, à la suite d'un avortement et une perforation de l'utérus s'étant produite, la cliente refuse de payer ses honoraires et menace de lui faire un procès en responsabilité.

Aucune faute ne paraissant imputable au Dr V., le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour recouvrer ses honoraires.

Le Dr C. a obtenu un jugement rejetant la demande de remboursement de 1.154 francs d'honoraires, qu'avait formée contre lui une assurance qui prétendait qu'elle aurait dû être avisée que le blessé ne suivait pas les prescriptions de son médecin traitant.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de l'avocat, qui sont de 150 francs.

Le Dr C. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de 40 francs d'honoraires, que le client refuse de payer, sous le prétexte faux qu'il aurait abandonné le malade et commis une erreur de diagnostic.

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

**Fiscalité.**

Le Dr D., a été imposé à la patente, pour un appartement qu'il a acheté, sur une valeur locative supérieure à celle de 1914, majorée de coefficients prévus par la loi sur les prorogations.

Conformément à l'avis de M. Martinot, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour se pourvoir contre cette décision devant le Conseil de Préfecture.

**Divers.**

Le Dr B., a obtenu confirmation, par la Cour d'Appel, du jugement qui a condamné à 10.000 francs de dommages-intérêts une Société de Secours mutuels qui l'avait brusquement renvoyé.

Le Dr R., ayant obtenu un jugement déboutant de sa demande de dommages-intérêts le remplaçant qui avait été victime d'un accident d'automobile en usant de sa voiture pour ses besoins personnels et le condamnant à payer les frais de réparation de l'automobile, son adversaire a interjeté appel de cette décision.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr R., pour défendre à cet appel.

**Dons.**

Les dons suivants sont faits à la caisse de la Ligue pour les bons offices et les appuis qu'elle a accordés : par le Dr L., 400 fr. ; par le Dr B., 150 francs ; par les Dr C. et G., 50 francs chacun.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...Mais j'ai cessé depuis longtemps de croire à la vertu des conseils autres que ceux que l'on peut se donner... soi-même...*

(André GIDE).

DCCXV. — Pierre BENOIT. — **Axelle.** Roman. Un vol. 15,5 × 20,5 illustré par Lucien Boucher, tiré à 900 ex. numérotés (Vieux Japon, Japon, Hollande, Rives). *Editions Mornay,* Paris, 1932.

Avant de relire le roman, j'ai page par page feuilleté le livre, entraîné par la très personnelle originalité du dessin de Boucher, qui a su de magistrale façon saisir et traduire l'âme du livre. Voici lâché un bien grand mot : il me sera agréable de le justifier. Il serait injuste de vouloir l'appliquer indistinctement et obligatoirement à tous les romans qui passent ici. Pour Axelle, il n'est pas superflu : derrière l'intrigue vit cette confuse tristesse que nous avions en deça des lignes baptisée « cafard », et qui, au delà de la sanglante démarcation où sont parqués les captifs prit parfois l'acuité physique d'une torture.

Dès la gravure qui, en frontispice, représente un coin du camp, les larges mailles qui quadrillent grossièrement, en premier plan obsédant de grille de cage, toute l'image imposent cette idée fondamentale de geôle, de morne résignation, d'humains barbarement réduits à l'état de fauves inoffensifs isolés par des « barbelés », ridicule rempart dressé par la couardise des gardiens, ronce de fer aggravant l'inhumaine solitude des hommes parqués. Leurs défroques déteintes, lavées par les intempéries, fanées et maladroitement ravaudées, leurs attitudes lasses, toute la misère de leur abandon évoquent très adroitement et simplement les détresses de leur exil. L'architecture générale de tous les desseins est ingénieusement établie en fonction de cette donnée : trait stylisé, couleurs pâlies, poignante désolation de la composition, renforcement et assombrissement des ombres et de leur pénombre. Il n'est pas jusqu'aux tresses blond-germain et au ferme ovale du visage d'Axelle qui n'aient échappé à cette imbibition d'engourdissement collectif des teintes par où s'exprime, avec une telle rudesse, l'impossibilité de toute joie et, parallèlement, une sorte de lourde mélancolie informulée. Je vous signale avec d'autant plus de plaisir cette magnifique interprétation graphique d'un texte difficile, et la remarquable réussite de son adaptation, que lors de l'illustration de son Rabelais, paru l'année dernière chez Hazan, le talent de Boucher avait quelquefois dépassé les intentions comiques de l'écrivain. Ici, au contraire, est particulièrement exacte cette atmosphère deux fois grise : de cette triste région et des nostalgies qui s'y étiolent au milieu des marécages, des forêts de bouleaux, des dunes mornes, des grèves désertes entourant le manoir déchu des hobereaux trompant leur ennui avec le kriegspiel national, ou à l'aide de ce piano abandonné qui traduit si douloureusement le tourment secret de Dietrich repassant de toute sa maladresse musicale le thème d'orgueil du Crépuscule des dieux (p. 241 et 271). Cette rêverie de l'enchantement des sons est une des plus puissantes pages du romancier. Mais vous connaissez le texte dont je vous signale seulement encore la très agréable et pure typographie. Je veux vous redire en effet, en terminant, avec quel art très sûr Boucher a composé et animé ses ensembles, parant chacun d'un détail où s'accuse, sous une forme différente, cette note fondamentale de vie végétative, de taciturne reploiement qui engourdit la monotone existence des prisonniers aux cantonnements perdus en terre étrangère, figés par exemple (p. 317) autour du grabat d'un des leurs ou brusquement réjouis par une insignifiante maraude d'un braconnier. Les paysages ont cette même tonalité voilée de grisaille ; ciel bas, arbres maigres, eaux mortes, horizons nus, tels ceux de la page 9 où serpente un convoi de prisonniers, de la page 247 où avancent dans la nuit de misérables obsèques, de la page 401 où une minable et vétuste automobile semble rabougrie entre les étangs et la lande à perte de vue. Un peu plus loin, l'héroïne dans ses vêtements de deuil éternel, sous la lumière rouge de sa lampe au chevet de son oncle agonisant, près des petits drapeaux du kriegspiel, poursuit la rêverie de son impossible bonheur. Elle attend aussi : dramatique attente où chacun de nous chaque jour, comme elle et comme les prisonniers attend et espère et use son attente, qui de la joie, qui du retour, qui de la délivrance. Boucher a su, de cet esprit caché, extérioriser toute la poésie et la coucher comme aux flancs d'un herbier les fleurs séchées où est resté accroché un reflet de soleil.

DCCXVI. — Francis JAMMES. **L'Antigyde** ou Elie de Nacre. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France,* Paris, 1932, 12 francs.

Ce livre réjouira les mânes de Rémy de Gourmont ; mais il est bien inattendu sous la plume du poète géorgique. De longtemps il n'était paru aux vitrines de pamphlet aussi redoutable, de froide exécution d'un chef d'école littéraire aussi

férocement conduite. J'avais bien entendu dire qu'un mouton enragé est particulièrement dangereux : Elie de Nacre est en mesure d'en faire l'expérience ! Le ton doucereux de l'histoire acère les traits, sa transparence enjouée emprisonne le modèle sans espoir de confusion. Cette fiction d'une mirobolante spécialité pharmaceutique destinée à réparer d'irréparables lésions intellectuelles causées chez ses disciples par l'éthique spécieuse d'Elie de Nacre, n'est qu'un narquois et facétieux enjolivement. Puisqu'il est effectivement question de pilules, disons que le bol amer destiné au sosie vivant d'Elie a été enrobé par l'amitié qui l'unit à Francis Jammes. Mais quel camouflet à l'homme, quelle impitoyable démonstration de ce que peut avoir de vain ou de néfaste une attitude spirituelle ! J'imagine s'il lui reste une parcelle de cœur quels remords effroyables monteront en lui à la lecture de ce livre. En quelques lignes je ne peux qu'effleurer son contenu ; l'émouvant épisode terminal de la conversion supposée, après la minutieuse caricature d'un cénacle, ramène le grand poète basque à ses éléments : êtres et choses humblement pliées à la volonté de Dieu.

DCCXVII. — Henry de Monfreid. — **Les Secrets de la Mer Rouge. Aventures de Mer.** Deux vol. 14 × 19 illustrés. *Editions Grasset*, Paris, 1932, 33 francs.

Le Prix des Vikings a couronné cette extraordinaire odyssée d'un conquistador français, qui, avec un cran magnifique, s'est intéressé longuement et de très près à ces mystérieux trafics de la Mer Rouge que dirigent et commanditent de puissantes organisations politiques (le fameux Intelligence Service anglais surtout) ou de véritables trusts. Albert Londres avait essayé de les approcher (1) et avait dû reconnaître la difficulté de cette tâche. L'expérience de Monfreid porte sur une durée et sur un champ d'observation plus importants : elle a été conduite dans les milieux les plus divers et parmi d'invraisemblables et continuels dangers avec une témérité et une audace qui mériteraient mieux qu'un succès de librairie.

DCCXVIII. — Louis de Robert. — **Journal d'un mari.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Justes notations, correctes, fines et sensées des réflexions quotidiennes d'un mari vieillissant au contact de sa jeune femme, et acceptant avec une douce philosophie cette cruelle interpolation « du printemps et du bonheur » que Proust mettait à la base de toute vie.

(1) Albert Londres. — *Pêcheurs de Perles.* Editions Albin Michel, Paris.

DCCXIX. — Michel Argentine. — **Le fakir voleur d'âmes.** Un vol. 12 × 19. *Editions N. R. C.*, Paris, 1932, 12 francs.

Pastiches agréablement conduits, généralement bien construits, avec toute la causticité nécessaire et l'adresse soutenue d'un malicieux et spirituel commentateur épiloguant sur l'œuvre de quatorze écrivains contemporains : les uns justement célèbres, les autre ahanant en vain pour le devenir.

DCCXX. — Noël Vindry. — **Le Loup du Grand-Aboy.** *Editions N. R. F.*, Paris, 7 fr. 50.

Les mots croisés et le roman policier suffisent au délassement de nombre de nos contemporains : celui-ci sort de l'ordinaire médiocrité du genre ; il se déroule en Provence avec l'imbroglio coutumier des pistes et des trajectoires de projectiles où s'agitent avec une application louable de distingués magistrats.

DCCXXI. — B. Traven. **Rosa Blanca.** Roman. Traduit de l'allemand par Ch. Burghardt. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 12 francs.

Un épisode romanesque de la lutte économique pour le pétrole du Mexique, ample et traçant avec vigueur le destin de cette concession. L'humour intermittent et robuste qui est destiné à nous faire oublier les drames concomitants du livre semble d'importation américaine.

**Varia*****

*Le Crapouillot* de juillet traite spécialement de gastronomie ; gens d'esprit et gourmets ont collaboré au fascicule, largement illustré. Pour votre gourmandise une abondance de conseils et de recettes.

* Le *Figaro Illustré* de juillet vous souhaite « Bonnes vacances » : pronostics des augures de la météorologie ; conseils pour les villégiatures d'enfants, par le Docteur G. Dreyfus-Sée ; splendides photographies ; chroniques d'errants professionnels, Claude Blanchard, André Beucler, Georges Pillement ; accessoires et frivolités d'été pour la coquetterie féminine qui, surtout ici, ne perd jamais ses droits.....

18 juillet 1932.

L'Homme aux Bésicles.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale des enfants** (Professeur : M. Nobécourt) et **Clinique de la tuberculose** (Professeur : M. Léon Bernard). — *Enseignement complémentaire. Cours de vacances sur la tuberculose infantile.* — Le Docteur P.-F. Armand-Delille fera, du jeudi 1er septembre au samedi 17 septembre 1932, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, avec le concours du Docteur Lestocquoy, assistant du service, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile, et, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold (place du Danube, Paris, XIXe), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire.

Prix de l'inscription : 150 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Objet du cours. — 1o Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. Rôle du contact. Données nouvelles fournies par la notion des formes filtrantes. — 2. Etude anatomique et diagnostic clinique de l'adénopathie trachéo-bronchique ; valeur des signes stéthacoustiques et signes radioscopiques ; stade de généralisation ; tuberculoses aiguës. — 3o Tuberculose pulmonaire chez le nourrisson et chez le grand enfant. Importance du diagnostic précoce par la radioscopie et l'examen bactériologique du contenu gastrique. — 4o Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. Oléothorax. Discussion de la valeur de la phrénicectomie et de la thoracoplastie. — 5o Etude radiologique de cas de pneumothorax infantile. — 6o Exercices pratiques d'insufflations. — 7o Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — 8o Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon ; injection intra-trachéale de lipiodol. — 9o Tuberculoses atténuées des séreuses ; pleurésies et péritonites. — 10o La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 11o Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. Tuberculoses viscérales ; symphyse cardio-tuberculeuse ; tuberculose rénale. — 12o Méningite tuberculeuse. Diagnostic différentiel des états méningés. — 13o Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant. Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 14o Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. Héliothérapie et thalassothérapie. — 15o Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. Prophylaxie ; la préservation de l'enfance contre la tuberculose : L'Œuvre Grancher ; la vaccination antituberculeuse de Calmette.

Une visite aux Foyers de placement et aux Centres d'élevage de l'Œuvre Grancher sera organisée pour les élèves qui le désireront.

— **Travaux pratiques de chimie.** *Série supplémentaire.* — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à partir du 17 octobre 1932.

A cette série pourront s'inscrire : 1o Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque ; 2o dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques, en chimie biologique et pathologique, avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 200 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet no 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures, à partir du 3 octobre 1932.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Broussais** (96, rue Didot, 14e). — *Maladies du cœur et des vaisseaux* (Cours complémentaire. Service de M. le Docteur Ch. Laubry.) — Objet du cours : 1o Séméiologie fonctionnelle et physique ; 2o Questions à l'étude dans le service.

Ce cours, qui aura lieu du lundi 10 au samedi 22 octobre 1932, se fera sous la direction de M. le Docteur Ch. Laubry, chef de service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les Docteurs Daniel Routier, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-assistant de l'hôpital Broussais ; Jean Walser, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin assistant de la consultation de cardiologie ; G. Marchal, médecin des hôpitaux ; L. Deglaude, chef du laboratoire d'électrocardiographie ; A. Jaubert, chef de laboratoire ; A. Van Bogaert et L. Matton, assistants étrangers ; R. Heim de Balsac, radiologiste du service ; P. Soulié, G. Poumeau-Delille, R. Degos, J. Antonelli, Mlle Brosse, J. Louvel, internes et anciens internes du service.

Horaire et programme du cours. — Lundi 10 octobre, 9 h. 30, Dr Laubry : Introduction à l'étude de la séméiologie. — 11 heures, Dr Routier : Les palpitations et leur traitement. — 15 heures, Dr Walser : Notions générales d'électrocardiographie.

Mardi 11 octobre, 9 h. 30, Dr Walser : Les algies cardio-thoraciques et leur traitement. — 11 heures, Dr Antonelli : Myocardite éthylique. — 15 heures, Dr Heim de Balsac : Notions générales de radiologie cardiaque.

Mercredi 12 octobre, 9 h. 30, Dr Marchal : Les angines de poitrine et leur traitement. — 11 heures, Dr Soulié : Infarctus de la cloison. — 15 heures, Dr Deglaude : Interprétation des tracés électrocardiographiques.

Jeudi 13 octobre, 10 heures, Dr Laubry : Consultation clinique. Données de l'inspection. — 15 heures, Dr Heim de Balsac : Aspect radiologique du cœur chez les mitraux.

Vendredi 14 octobre, 9 h. 30, Dr Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi.

— 11 heures, Dr ROUTIER : Les signes généraux chez les cardiaques. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Aspect radiologique de l'aorte à l'état normal et pathologique.

Samedi 15 octobre, 9 h. 30, Dr MATTON : Œdèmes et métabolisme de l'eau chez les cardiaques. — 11 heures, Dr LAUBRY : La syncope et son traitement.

Lundi 17 octobre, 9 h. 30, Dr WALSER : La dyspnée commune chez les cardiaques. — 11 heures, Dr POUMEAU-DELILLE : Interprétation radiologique des images hilaires. — 15 heures, Dr DEGLAUDE : Interprétation des tracés électrocardiographiques.

Mardi 18 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Les dyspnées paroxystiques et leur traitement. — 11 heures, Dr VAN BOGAERT : Les rythmes à trois temps. — 15 heures, Dr JAUBERT : Etude bactérioblogique des endocardites infectieuses et leur prémunition.

Mercredi 19 octobre, 9 h. 30, Dr SOULIÉ : Les réactions cardio-vasculaires normales et pathologiques à l'effort. — 11 heures, Dr MARCHAL : Diagnostic des souffles cardiaques. — 15 heures, Dr BROSSE: Examen de la circulation artérielle périphérique.

Jeudi 20 octobre, 10 heures, Dr LAUBRY : Consultation clinique. Données de la palpation. — 15 heures, Dr LOUVEL : Examen de la circulation veineuse.

Vendredi 21 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Dr DEGOS : Les lésions valvulaires d'origine indéterminée. — 15 heures, Dr VAN BOGAERT : Enregistrements mécaniques, exercices pratiques.

Samedi 22 octobre, 9 h. 30, Dr MATTON : La vasomotricité chez les hypertendus. — 11 heures, Dr LAUBRY : Traitement de l'hypertension artérielle.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service. Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Docteur MATTON, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un certificat.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr STEPINSKI-VESSIÈRE, chargé de cours à la Faculté de médecine de Paris ; du Dr COSSA, de Nice ; du Prof. Camille DELEZENNE, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; du Dr KLOTZ-FOREST, de Paris ; du Dr BRAUMAN, de Châteaurenard (Loiret) ; du Dr DUHAMEL, de Saint-Malo ; du Dr Marcel STÉPHAN, de Binic ; du Dr Marcel KRIGESKY, de Damery (Marne) ; du Dr Georges RICHARD, de Paris, licencié ès sciences, stomatologiste, décédé le 5 juillet 1932. Ses obsèques ont eu lieu dans la plus stricte intimité à l'Eglise Saint-Jacques du Haut-Pas et l'inhumation a eu lieu au cimetière de Saint-Ouen, dans le caveau de famille.

— **Une école internationale des hautes études d'hygiène à Paris.** — La Commission d'hygiène du Sénat, réunie sous la présidence de M. Merlin, a conclu à l'adoption du projet de loi sur la création d'une Ecole internationale des hautes études d'hygiène, à Paris.

— **1er Congrès de la Société française de gynécologie** (3, 4 et 5 octobre 1932). — Le 1er Congrès de la Société française de gynécologie s'ouvrira le lundi 3 octobre, à 16 heures, à la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Vulpian, sous la présidence de M. F. JAYLE, président de la Société française de gynécologie.

*Lundi* 3 *octobre* : Discussion de la première question : *Hypophyse et ovaire*, rapport présenté par MM. JAYLE et HALLION. Communications relatives à cette question et communications de gynécologie médicale.

*Mardi* 4 octobre, à 16 heures : discussion de la deuxième question : la *Diathermie en gynécologie*, rapport présenté par M. Xavier BENDER. Communications relatives à cette question et communications de physiothérapie gynécologique.

Les réseaux de Chemins de fer français ont accordé aux congressistes, à leurs femmes et filles non mariées, une réduction de 50 %. *Exprinter*, 26, avenue de l'Opéra, Paris-1er, est chargé de leur faire parvenir les bons de réduction et de pourvoir à leur logement.

Des séances opératoires et des visites de services hospitaliers, des réceptions spéciales pour les dames sont prévues. Des excursions à prix réduits seront organisées par *Exprinter*. Les demandes d'inscription doivent être adressées *avant le* 1er *septembre* au secrétaire général : Docteur Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris-9e.

— **Congrès international du lymphatisme. La Bourboule, 1934.** — Le Congrès international du lymphatisme, organisé par la Société de médecine de La Bourboule, sous les auspices de l'Université et de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, se tiendra à La Bourboule, en juin 1934.

Le Bureau du Congrès est ainsi composé : président d'honneur : M. le Professeur Marfan ; présidents : MM. les Professeurs Nobécourt, Lereboullet et Castaigne, vice-présidents : MM. les Professeurs Mouriquand, Lemaître et Villaret.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur E. Sauzet, secrétaire général du Congrès, à La Bourboule (Puy-de-Dôme).

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

**R. C. Clermont 4264**

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Le Sou médical)

**Admissions prononcées par le Conseil dans ses réunions des 5 et 19 Juillet 1932**

9.759 Dreyfus-Sée (Germaine), 2, rue de la Muette, Paris, Syndicat de la Seine.
9.760 Liébault, Quimper (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
9.761 Niel, 225, rue de l'Université, Paris. Parrains : Docteurs Guébel et Kaplan.
9.762 Mével, Quimper (Finistère), Syndicat de Quimper.
9.763 Paillard, 56, rue de Mouzaïa, Paris, Syndicat du 19e arrondissement.
9.764 Galtier, Vals-les-Bains (Ardèche). Parrains : Docteurs Fontayne et Rausier.
9.765 Colson, 230, boulevard Voltaire, Paris, Syndicat de la Seine.

A défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication, les admissions ci-dessus deviendront définitives (article 6 des statuts).

# CORRESPONDANCE

## Divers

### 4074. — Création d'une maison de santé municipale

Une municipalité a-t-elle le droit, d'ouvrir une maison de santé médico-chirurgicale payante, alors qu'il existe dans la commune deux maisons de santé médico-chirurgicales, avec services d'accouchement.

A-t-elle le droit de faire concurrence à ses administrés ?

**Réponse**

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence du Conseil d'Etat, une commune, un hôpital, ou tout autre établissement public n'a pas le droit de faire acte de commerce, lorsque, de ce fait, il entre en concurrence avec l'initiative privée.

Ce n'est qu'en cas de carence, ou de déficience, de cette dernière qu'une commune, ou un établissement public peut être autorisé à prendre une initiative, d'ordre commercial, pour le bien public en général.

Donc, une municipalité ne peut pas fonder une maison de santé municipale, alors qu'il existe d'autres maisons de santé privées dans la localité, ou à proximité.

La jurisprudence du Conseil d'Etat et de la Cour de Cassation considère la maison de santé comme un établissement commercial, surtout lorsque les malades y sont admis comme dans un hôtel, où, en outre des soins, on leur donne le logement et la nourriture.

Aussi, avant de porter le conflit devant les tribunaux administratifs, ou de faire une requête auprès du Préfet, convient-il d'étudier la question de fait, les circonstances locales, les mobiles de la création communale, etc., etc. Envoyez-nous donc la documentation nécessaire.

Dr Paul BOUDIN.

### 4118. — Recherche judiciaire de la paternité

Il a été voté, je crois, ces dernières années, une nouvelle loi sur la recherche de la paternité.

Pourriez-vous me dire la date exacte de sa parution au *Journal Officiel* ?

Dr B.

**Réponse**

C'est une loi du 16 novembre 1912 qui a modifié l'art. 340 du Code civil en permettant la recherche de la paternité dans les cas limitativement énumérés par elle. Voici le texte de cette loi :

« La paternité hors mariage peut être judiciairement déclarée :

1° Dans le cas d'enlèvement ou de viol, lorsque l'époque de l'enlèvement ou du viol se rapportera à celle de la conception ;

2° Dans le cas de séduction accomplie à l'aide de manœuvres dolosives, abus d'autorité, promesse de mariage ou fiançailles, et s'il existe un commencement de preuve par écrit, dans les termes de l'art. 1347 ;

3° Dans le cas où il existe des lettres ou quelque autre écrit privé émanant du père prétendu et desquels il résulte un aveu non équivoque de paternité ;

4° Dans le cas où le père prétendu et la mère ont vécu en état de concubinage notoire pendant la période légale de la conception ;

5° Dans le cas où le père prétendu a pourvu ou participé à l'entretien et à l'éducation de l'enfant en qualité de père ;

L'action en reconnaissance de paternité ne sera pas recevable :

1° S'il est établi que, pendant la périodelégale de la conception, la mère était d'une inconduite notoire ou a eu commerce avec un autre individu ;

2° Si le père prétendu était, pendant la même période, soit par suite d'éloignement, soit par l'effort de quelque accident, dans l'impossibilité physique d'être le père de l'enfant.

L'action n'appartient qu'à l'enfant. Pendant la minorité de l'enfant, la mère, même mineure,

a seule qualité pour l'intenter. Elle devra, à peine de déchéance, être intentée dans les deux années qui suivront l'accouchement.

Toutefois, dans les cas prévus aux paragraphes 4 et 5 ci-dessus, l'action pourra être intentée jusqu'à l'expiration des deux années qui suivront la cessation, soit du concubinage, soit de la participation du prétendu père à l'entretien et à l'éducation de l'enfant.

A défaut de reconnaissance par la mère, ou si elle est décédée, interdite ou absente, l'action sera intentée conformément aux dispositions de l'art. 389.

Si l'action n'a as été intentée pendant la minorité de l'enfant, celui-ci pourra l'intenter pendant toute l'année qui suivra sa majorité (Civ 342 ; Pén. 354 s).

(*Ancien art.* 340. — La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement se rapportera à celle de la conception, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant.)

---

## Assurances Sociales

### Remboursement des appareils dentaires

Un assuré social s'est fait faire une série de travaux dentaires, tels que pose de couronnes en or, etc.

Que peut-il obtenir de sa caisse, comme remboursement partiel de ces appareils ?

Aux termes de la loi sur les assurances sociales, la délivrance des appareils dentaires est subordonnée à la décision préalable d'une commission technique, qui décide si les appareils sont indiqués, dans le cas présent, et quelle sera la part de remboursement mise à la charge de la caisse.

D'après les dispositions relatives aux appareils de prothèse dentaire, annexées au règlement type d'administration intérieure, pour caisses primaires d'assurances sociales, le prix des appareils n'est remboursé que dans les limites du tarif de responsabilité de la caisse.

Bien entendu, ce remboursement n'est que partiel, l'assuré devant supporter lui-même une partie des frais.

De plus, ce tarif de remboursement est calculé sur la base des appareils exécutés en matière plastique, ou en métal non précieux.

Par conséquent, pour qu'une caisse puisse rembourser à un assuré une partie des frais d'appareillage dentaire, il faut au préalable que l'autorisation du travail ait été demandée, puis obtenue, la commission spéciale ayant été avisée.

La quote-part, mise à la charge de la caisse, est calculée sur le travail fait avec des matériaux ordinaires, la différence avec le prix des métaux précieux restant à la charge de l'assuré social.

Dr Paul Boudin.

**4270. — Assurances sociales — Tarification des soins donnés aux assurés sociaux indigents de l'article 59**

Dans le n° 17 *bis* du *Concours Médical*, du mercredi 27 avril 1932, vous signalez, parmi les affaires qui ont bénéficié de l'appui du « Sou médical » (page 1370 sous le sous-titre : assurances sociales) que le Conseil d'administration du « Sou médical » a accordé son appui pécuniaire au Docteur H... pour que celui-ci puisse demander devant la Commission cantonale que soient réglés d'après le tarif des accidents du travail ses honoraires pour soins donnés aux assurés sociaux agricoles indigents, honoraires réduits par le Préfet à concurrence du tarif de l'A. M. G.

Est-il possible que nous connaissions la suite de cette affaire qui nous intéresse tous ? Quel avis la Commission cantonale a-t-elle donné ? Y a-t-il appel devant un échelon supérieur ? Bref, quel est le résultat final de cette affaire ?

Dr M.

**Réponse**

Notre ligue a donné, en effet, son appui à plusieurs de ses membres pour porter devant la Commission cantonale des Assurances Sociales, la question de savoir si, comme nous le soutenons, les soins donnés aux assurés sociaux indigents agricoles, doivent être payés sur la base du tarif des accidents du travail conformément à l'art. 59 de la loi, ou au contraire, s'il y a lieu de leur appliquer le tarif de l'assistance médicale gratuite, comme le prétend l'Administration, en s'appuyant sur une circulaire du ministre de la Santé publique.

Jusqu'ici, aucune décision n'est encore intervenue dans cette affaire. Par contre, dans une affaire très voisine où il s'agissait simplement de la tarification des honoraires d'un accouchement d'une assurée sociale de l'art. 59, la Commission cantonale vient de se déclarer incompétente et notre ligue a accordé son appui à son adhérent pour faire appel de cette décision devant le tribunal civil.

La question en est là, et dès qu'une décision de jurisprudence définitive sera intervenue, nous ne manquerons pas de la publier dans le *Concours Médical* avec les commentaires appropriés.

---

**4243. — Assurances sociales — Seul le tarif des accidents du travail est applicable aux soins donnés aux assurés sociaux indigents**

J'ai fait un accouchement d'une assurée notoirement indigente et j'ai envoyé ma note à la commune qui l'a refusée.

Le règlement départemental dit que les accouchements des A. M. G. doit être fait par une sage-femme, mais ne parle pas des A. S. N. I.

Il y a-t-il libre choix comme pour les A. T. puisque

le tarif employé est celui des A. T. ? et dois-je renvoyer ma note d'honoraires ?

**Réponse**

L'article 59 de la loi sur les Assurances sociales, qui a créé la catégorie des assurés sociaux notoirement indigents, déclare simplement que, pour les assurés de cette catégorie, il ne doit être prélevé aucun pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie, grossesse et invalidité et, d'autre part, que les dépenses de ce service seront tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

C'est donc, à notre avis, en violation formelle de la loi que l'administration, guidée en cela par une circulaire ministérielle, prétend appliquer aux soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents, le tarif et la procédure de l'assistance médicale gratuite, chaque fois que le tarif des accidents du travail est muet sur le prix d'une intervention.

Nous estimons, quant à nous, qu'une assurée sociale notoirement indigente inscrite sur la liste spéciale prévue à l'article 59 a droit au libre choix de son médecin, comme tout assuré social quel qu'il soit, et que l'on ne peut vous opposer le règlement de l'A. M. G. qui réserve les accouchements aux sages-femmes.

Puisque la commune a refusé votre note, vous devez saisir du litige la commission cantonale à laquelle l'article 63 d e la loi attribue compétence d'une façon générale pour connaître de toutes les difficultés auxquelles peut donner lieu l'application de la loi. Dans un cas analogue au vôtre, que nous soutenons pour l'un de nos adhérents, la commission cantonale vient de se déclarer incompétente, mais nous portons l'affaire en appel devant le tribunal civil.

Conformément au § 1er de l'article 7 du décret du 30 juin 1930, la commission cantonale doit être saisie par lettre recommandée adressée au juge de paix en sa qualité de président de la commission dans le délai de dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision. En raison de la brièveté du délai, il faut, s'il n'est pas déjà trop tard, que vous saisissiez immédiatement la commission cantonale de la décision de rejet de la note que vous avez présentée. Dans votre lettre au juge de paix, faites valoir les arguments que nous vous indiquons.

Dès que vous aurez fait le nécessaire, avisez nous et nous pourrons alors demander à notre Conseil d'administration de vous accorder l'appui de la Ligue pour pousser l'affaire aussi loin qu'il le faudra.

---

## Questions de loyers

### 4150. — Bail consenti par un usufruitier. Validité

Mon propriétaire usufruitier vient de me consentir un bail de 3-6-9 au gré du preneur. Puis-je jouir de la maison en toute sécurité pendant 9 ans ? C'est-à-dire sans voir mon bail augmenté de prix ou sans être mis dehors ? Il peut se produire une vente de la nue-propriété ou de l'usufruit ou des deux. Cela modifiera-t-il mon bail ? L'usufruitier très âgé peut mourir ? Le nu-propriétaire en faillite est poursuivi en justice et probablement son bien, y compris nue-propriété de ma maison va être vendue. Cela peut-il modifier mon bail et mon inamovibilité pendant 9 ans ?

Dr C.

**Réponse**

L'usufruitier n'a pas outrepassé ses droits en vous consentant un bail de 9 ans en trois périodes à votre seule volonté, car un bail d'une telle durée rentre dans les pouvoirs d'administration et de gestion qui lui sont reconnus par la loi.

Par conséquent, au cas où l'usufruitier viendrait à décéder, le nu-propriétaire ou l'acquéreur éventuel de l'immeuble, serait obligé de respecter vos droits acquis et ne pourrait ni résilier le bail ni vous donner congé avant l'expiration des 9 ans.

Vous n'avez donc aucune crainte à concevoir pour le cas, où l'usufruitier viendrait à disparaître.

---

### 4129. — La loi du 29 juin 1929 n'est pas applicable aux immeubles construits après la guerre

J'ai loué il y a six mois un appartement où j'exerce dans une maison neuve sans bail, avec faculté réciproque de résiliation de trois mois en trois mois.

Etant donné la législation actuelle :

1° *A-t-on le droit de m'augmenter mon loyer ?*

2° *A-t-on le droit de me donner congé avant une date limite fixée par la loi ?*

**Réponse**

Dès lors que la maison où vous habitez a été construite après guerre, elle échappe totalement à la législation spéciale des loyers résultant des lois des 1er avril 1926 et 29 juin 1929.

Vos rapports avec votre propriétaire sont donc uniquement régis par le droit commun. Il en résulte que le propriétaire peut vous demander une augmentation de loyer sans qu'aucune taxation puisse lui être opposée. Et, au cas où vous n'accepteriez pas l'augmentation demandée, votre propriétaire serait en droit de mettre fin à la location puisque vous n'avez pas de bail, à la seule condition de vous donner congé au moins trois mois à l'avance.

**4022. — Bases de calcul des augmentations dues en vertu de la loi du 29 juin 1929**

Le 1er juillet, mon nouveau propriétaire m'a donné congé pour le 30 juin 1933. Je lui ai répondu que je considérais son congé comme nul et non avenu.

Sur la quittance de loyer de sept mois échus, il a maintenu son congé. Il avait déjà tenté de me congédier prétextant que la maison menaçait ruine. Mais devant le juge de paix, il n'a pas insisté.

Je suis convaincu que la maison étant en partie consacrée à l'exercice de ma profession, le propriétaire ne peut exercer son droit de reprise jusqu'à l'expiration de ma prolongation, c'est-à-dire jusqu'au 1er juillet 1937 (augmentation de la population de plus de 5 % au dernier recensement).

J'occupe cette maison depuis le 1er juillet 1908 et en 1914, je payais cinq cents francs de loyer par an.

Depuis longtemps, je payais par année à terme échu.

J'ai gardé le bail, les reçus et je puis faire la preuve.

Mon propriétaire prétend que je payais 1.125 francs dès 1914 et a calculé mon loyer pour l'année en cours 280 + 25 + 15 = 320 ; 320 × 11,25 = 3.600 francs. N'est-ce pas lui qui doit faire la preuve ?

Je vous demande donc de vouloir bien me confirmer, s'il y a lieu, que le congé signifié par mon propriétaire est sans valeur et me dire de quelle somme je lui suis redevable pour l'année en cours.

**Réponse**

Pour que la loi du 29 juin 1929 sur les loyers soit applicable dans votre ville, il faut tout d'abord que celle-ci compte plus de 4.000 habitants, ou bien soit distante de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants ou encore qu'elle ait vu croître sa population municipale d'au moins 5 % entre le recensement de 1921 et celui de 1926 et, d'autre part, que la législation spéciale n'y ait pas encore été abrogée par un décret en Conseil d'Etat rendu après avis du Conseil municipal et du Conseil général. Si toutes ces conditions se trouvent réunies : le congé que vous a donné votre propriétaire aura pour seul effet de mettre fin au contrat de location, mais à partir de la date fixée par le congé pour votre départ, vous bénéficierez de plein droit et sans avoir à la demander sous une forme quelconque, de la prorogation légale qui ne prendra fin, en principe, que le 1er juillet 1937, puisque le loyer de 1914 n'atteignait pas 1.000 francs et qu'il s'agit de locaux affectés en partie tout au moins, à l'exercice de votre profession.

Si votre bail est toujours en cours, vous n'avez pour le moment aucune augmentation de loyer à supporter. S'il est déjà expiré, vous devez payer un loyer calculé conformément aux taxations de la loi du 29 juin 1929, c'est-à-dire à compter du 1er juillet de cette année, un loyer égal au loyer

ou à la valeur locative de 1914, majoré de 205 % plus les charges, qui, en cas de forfait ne peuvent excéder 30 % du loyer ou de la valeur locative de 1914.

Puisque votre loyer était seulement de 500 francs en 1914, il n'y a pas de raison pour que vous acceptiez de payer les majorations légales sur une base différente, à moins toutefois que votre propriétaire ne soit en état de faire la preuve que la loi lui en donne le droit et que le loyer de 1914 ne correspondait pas à la valeur locative réelle de l'immeuble à cette époque. Cest à votre propriétaire qu'il incombe de faire cette preuve, mais il ne peut la faire qu'en démontrant que des logements similaires dans la même commune étaient loués en 1914 à un prix supérieur.

Au cas où vous ne pourriez vous mettre d'accord avec votre propriétaire sur le loyer de base, c'est le juge de paix qui serait appelé à trancher le différend à la requête de la partie la plus diligente.

## Fiscalité

### 4062. — Droits d'enregistrement sur le prix d'acquisition d'un terrain

Le tarif de l'enregistrement pour un achat de terrain de trois mille francs.

Le tarif du *notaire*; ce dernier doit-il se *conformer* au tarif ? Dr L.

**Réponse**

Le droit d'enregistrement est de 12 % sans surtaxe. Il n'y a pas de taxe de première mutation, le montant de la vente étant inférieur à 5,000 francs.

Le tarif du notaire est de 2,25 % dans le ressort de la Cour de Pau, et est obligatoire. Il faut ajouter les menus frais de rédaction et expédition des actes. Bien entendu, la question d'un honoraire spécial pour négociation ou conseil est réservée. A. M.

### 4006. — Patente. Sous-location partielle des locaux

J'habite un petit pavillon qui m'appartient, mais où je n'exerce pas.

Par contre, j'exerce dans deux cabinets distincts, assez éloignés et pour lesquels je paye une patente de 6.000 francs environ.

Bien que je n'exerce pas dans mon pavillon, on me fait payer une patente de 5.000 francs.

Je voudrais diminuer ce dernier chiffre qui me semble plus qu'exagéré.

Jusqu'à présent j'ai habité avec ma famille. Mes enfants sont maintenant mariés, aussi je vais leur louer, à chacun un étage de mon pavillon et je n'habiterai que le rez-de-chaussée.

J'espère ainsi n'avoir que le tiers de la patente à payer.

Etes-vous de mon avis ? Il me semble que c'est d'une justice élémentaire.

Il faudra naturellement que j'en avise le contrôleur avant le 1er janvier.

Voyez-vous d'autres formalités à remplir pour que je sois bien en règle avec le fisc et que je n'aie aucun ennui avec lui à ce sujet ?

Dr G.

**Réponse**

La patente sur le pavillon qui vous appartient, s'il existait avant guerre, doit être basée sur une valeur locative calculée sur celle de 1914 d'après les augmentations légales.

D'autre part, si vous louez des appartements dans votre maison et que les locataires n'habitent pas en commun avec vous, par exemple aient une cuisine séparée, votre valeur locative sera diminuée d'autant.

Il suffit que vous fassiez enregistrer les baux et que vous avertissiez le contrôleur le plus tôt possible, car les matrices sont rédigées en fin d'année.

A. M.

---

### 3899. — Conditions à remplir pour obtenir la détaxe de 50 % sur les automobiles de plus de neuf ans

Je possède une 5 Hp Citroën qui va avoir neuf ans (ma carte grise porte la date du 4 août 1923, mon permis de circulation du 24 août 1923).

J'ai demandé que la demi taxe me soit appliquée à dater d'août 1932 et je vous joins la réponse du fisc (que je vous prie de me retourner). Cette réponse est-elle exacte ? dois-je payer encore un semestre la taxe entière ?

**Réponse**

Bien qu'il s'agisse d'impôt payable trimestriellement, si le contribuable le désire, l'administration entend lui maintenir son caractère annuel en ne faisant partir que du 1er janvier suivant la détaxe de 50 % lorsque la voiture automobile a plus de neuf ans de date.

Vous avez intérêt à vous procurer le certificat demandé, car il peut se faire que la voiture soit sortie de l'usine en 1922.

A. M.

---

## Questions médico-militaires

### 4005. — Remise de décoration. Tenue

Je suis « officieusement » informé que je vais être décoré de la Légion d'honneur lors d'une prise d'armes. Je connais la tenue : mais existe-t-il une couleur spéciale pour gants et chaussures ?

J'ai la Croix de guerre ; dois-je porter la Médaille interalliée et celle de la Victoire ? et dans quel ordre ?

Dr B.

**Réponse**

Les chaussures seront de teinte jaune ; les gants blancs pour cette cérémonie.

Mettez vos décorations dans l'ordre suivant: Croix de guerre, Médaille interalliée, Médaille de la Victoire. *Mais*, laissez, avant la Croix de guerre, une place vacante pour y accrocher la Légion d'honneur.

**2807. Proposition pour la Médaille militaire**

J'ai été nommé médecin auxiliaire en avril 1918 et affecté à un bataillon d'infanterie jusqu'à la fin des hostilités. Pendant ces six mois, j'ai obtenu la croix de guerre avec trois citations, deux au régiment, une à la brigade. Je suis actuellement réformé sans pension (je l'ai refusée). Ai-je quelque droit à la médaille militaire qu'on semble distribuer largement et si oui quelle est la marche à suivre ? (Je ne veux user d'aucun « piston »).

Dr C.

**Réponse**

Afin d'être proposé pour la médaille militaire, il faut un minimum de 27 annuités ; il est tenu compte en outre des citations, blessures, de la valeur des services de guerre.

Adressez une demande à l'autorité militaire, dont vous dépendez en cas de mobilisation, en exposant vos titres militaires dans tous leurs détails.

Cette demande devrait être envoyée au mois d'octobre afin d'être étudiée pour le travail de l'année 1933.

**1893. — Demande de pension militaire**

J'ai été évacué pendant la guerre pour une affection qui maintenant limite mon activité et qui me rendrait, à l'occasion, incapable de servir.

Je désirerais savoir quelles formalités je dois faire pour être réformé.

Dr T.

**Réponse**

Demandez à votre Directeur du Service de santé une visite et un passage devant une Commission de réforme.

Celle-ci appréciera la gravité et la curabilité ou non, de vos infirmités, puis elle fera au ministre les propositions équitables en vue de votre mise en non-disponibilité temporaire ou de votre radiation définitive des cadres.

**3870. — Combattants de la guerre de 1870-71. Carte de combattant**

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me faire connaître : 1° Si un médaillé de 1870-71 a droit *ipso facto* à la pension d'ancien combattant de 1870-71. ;

2° Quel est le texte du décret ?

3° Quelles sont les formalités à remplir ?

Dr L.

**Réponse**

Les ex-militaires, ayant pris part à la guerre de 1870-71, ne peuvent obtenir *ipso facto*, la

Carte de combattant, ni, par conséquent, la retraite du combattant. Ils doivent en formuler la demande à la section départementale de l'Office du combattant. Demande avec indication des noms, prénoms, date et lieu de naissance, classe et bureau de recrutement, corps d'affectation pendant la campagne.

Indiquer de façon très précise ce corps d'affectation garde nationale « mobile » ou garde nationale « mobilisée », le canton dans lequel a eu lieu le tirage au sort. Si les intéressés sont titulaires de la Médaille commémorative de la campagne de 1870-71, joindre à la demande une copie certifiée conforme par le maire du domicile.

La carte et l'allocation du combattant ont été instituées par l'article 201 de la loi des Finances du 16 avril 1930.

### 3370. — Conditions à remplir pour être nommé au grade de médecin commandant

Médecin capitaine de réserve vers juin 1918, suis-je proposable pour le quatrième galon, quoique n'ayant fait aucune période depuis ma démobilisation (février 1919).

Je n'ai pas été sollicité, depuis plusieurs années du moins, pour faire une période volontaire. En demandant moi-même à faire une période, ai-je plus de chances d'être proposé pour le grade supérieur ?

A quel âge est-on mis hors cadre :

1° avec trois galons ? 2° avec quatre galons ?

Enfin quand la limite d'âge est atteinte ne peut-on plus suivre les cours de perfectionnement et obtenir par suite la carte de surclassement ? même avec l'honorariat ?

Dr H.

**Réponse**

Un médecin-capitaine doit avoir au moins six ans de grade, et avoir effectué deux périodes d'instruction, afin d'être proposable pour commandant.

Si donc vous avez ce désir, demandez à faire vos périodes, le plus tôt possible. Les officiers de réserve sont dégagés de toutes obligations militaires en même temps que les hommes de leur classe. Sur leur demande, ils peuvent être maintenus dans les cadres au delà de cette époque, les capitaines jusqu'à l'âge de 58 ans, les commandants jusqu'à l'âge de 61 ans.

Durant tout ce temps, vous êtes admis à suivre les cours de perfectionnement ; une fois officier honoraire, vous n'en avez plus le droit.

### 3331. — Recours contre une décision de refus de la carte de combattant

Vous serait-il agréable de me faire savoir par l'intermédiaire de l'Office de renseignements si un militaire appartenant au train des Equipages militaires,

(transport de matériel) dont le travail habituel était le ravitaillement en munitions des formations d'artillerie de la zone des armées. a droit à la carte de combattant.

Il s'agit en l'espèce d'un jeune homme qui a été au front d'août à septembre 1916 au 34e régiment d'infanterie, puis fut versé au train des équipages où il est resté jusqu'à la fin de la guerre à faire le ravitaillement des batteries de 75 sur les positions.

Il a même obtenu une citation en novembre 1918, dont je vous adresse une copie et en même temps une attestation de son capitaine.

Je voudrais savoir si ce jeune homme, qui est un de mes malades et très digne d'intérêt, peut obtenir la carte de combattant.

Elle lui a été refusée et pourtant il a été au front d'août 1916 à la fin de la guerre.

A qui doit-il s'adresser s'il doit faire une réclamation ?

Dr F.

**Réponse**

Puisque la carte de combattant a été refusée une première fois à votre protégé, qu'il use du droit dont il dispose pour adresser une réclamation, en vertu de l'art. 4 du décret du 28 juin 1927, à l'Office national du combattant, ou à son Office départemental.

Il y joindra les pièces, dont vous nous envoyez la copie, et nous pensons que cette fois, il aura des chances de réussir.

**2999. — Médaille militaire. Demande**

Profitant de l'extrême obligeance avec laquelle le *Concours Médical* veut bien renseigner ses abonnés dans l'embarras, je vous prie de bien vouloir me dire si un client auquel je m'intéresse a droit à la Médaille militaire et si oui, comment il doit s'y prendre pour faire sa demande.

Voici sa situation : Classe 1908 ; deux ans service avant guerre ; mobilisé début guerre ; blessé en 1914 par éclat d'obus à l'épaule ; blessé à nouveau en 1917, une balle lui traverse la poitrine et une autre un genou ; en 1918 citation à l'ordre de la division. Pensionné à 40 pour cent.

**Réponse**

Votre client possède, en effet, des titres appréciables pour obtenir la Médaille militaire, puisque, en plus de ses années de service, il réunit trois conditions supplémentaires : deux blessures et une citation.

Qu'il fasse une demande à l'autorité militaire dont il dépend à la mobilisation (très probablement Bureau de recrutement, en raison de sa classe). Cette demande ne serait utilement adressée qu'au mois d'octobre (pour 1933), car le tableau de concours pour la Médaille militaire est sur le point de paraître (année 1932).

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

## *Partie Professionnelle*

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.**



## *Demi-colonnes*



**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### I

### Changements d'Adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

### II

### Envoi de Fonds

**Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :**

***Concours médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, H. Forestier père, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie - les - Bains.** Alardo, Bouix.

**Ax - les - Thermes** (Ariège), Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre :** Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Censier, Joly, R. Hügel, Le Gouriérec, Louvel, D[resse] M. Peillon, E. Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, A. Péré, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon - Lanoy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon - L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains.** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolner, Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry, Contal.

**Dax.** Barrau, Armand Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet, Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** D[r] Sarda.

**Evaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). Rigal.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Fére.

**La Bauche-les-Bains.** Brissaud.

**La Bourboule.** Barthomeuf, Albéric, Boudry, Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Réed. motr.*) M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains.** Roger, Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Dore.** J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros, Jossand.

**Plombières-les-Bains.** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bain.** Bourny.

**Salies-du-Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint-Gervais-les-Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches.** Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Sérane, Siguret, Versepuy.

**Santenay-les-Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains.** Fritsch, (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier, (*phys.*) Cahen, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Fasré (Ch.), (*stom.*), Fau, Gannat, Lère, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Finck, Monsseaux.

## DEMANDES et OFFRES

Nº 233. — A vend. d'occ. comptes rendus Sté Intern. Chir. ann. 1914. — Sommaire : Techn. des amputat. (Witzel, von Kusmik, Binnie, Durand, Ranzi) ; Ulcère gast. et duodén. (de Quervain, Hartmann et Lecène, Mayo, Payr) ; Greffes et transplantat. d'organes (Morestin, Villard, Ulmann, Lexer, Carrel).

Nº 234. — Rég. Nord, 1 h. 30 Paris, ch.-lieu cant., bonne client. méd. génér. à céder, méd. Cie du Nord. Poste occupé par titul. depuis 27 ans. Maison très confort.

Nº 235. — Cause double empl. A vend. 11 CV. Renault berline 4/5 pl. KZ 5. Moteur entièrem. refait, actuell. en rodage. Garanti en excell. état 6 roues, outillage, 14.000 compt.

Nº 236. — Caisse départ. assur. soc. de la Marne, à Châlons, dem. méd. contrôleur. Limite d'âge 40 ans. Adresser candidat. au Présid. qui fera parven. liste des pièces à fournir.

Nº 237. — Paris. Cause décès, à céder deux cab. dentaires dans 3e et 5e arrond., avec appartem. et bail. S'ad. Mme Richard, 35, rue Claude-Bernard, Paris.

Nº 238. — Doct. 45 ans, ayant dirigé clin. à Paris actif. réf. 1er ordre, cherche situat., analogue, même en prov., ou affaire paraméd.

Nº 239. — Spécial. O. R. L., 50 ans, libre en octobre, cherche associat. ou participat. à clin. sérieuse. Accepter. remplacem.

Nº 240. — 25 km. Paris. Bon poste propharm. à céder dans jolie campagne, villa 8 p., jardin, garage, etc., loyer 6.000. Prix à débatt. Ecrire.

## Renseignements

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles) Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18.50. Cuvée 1919 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. = E. Cauche pharmac. à **AY** (Marne).

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **M. Alfred Poussier, pharmacien honoraire des hôpitaux de Rouen, et le culte de Gustave Flaubert.** — Il vient de mourir à Rouen un homme simple et charmant, très érudit et fort savant, universellement aimé et estimé, M. Alfred Poussier, pharmacien honoraire des hôpitaux.

M. A. Poussier était un grand admirateur de Gustave Flaubert. Ce fut grâce à lui que la chambre natale de Flaubert à l'Hôtel-Dieu de Rouen, transformée en laboratoire d'histologie, devint, avec la collaboration du Docteur Raoul Brunon, un Musée du Souvenir ; Louis Bertrand dans *Flaubert à Paris* raconte ainsi son entrevue avec M. Poussier :

« Guidé par un garçon, je trouvai, au milieu de ses bocaux, l'homme le plus charmant, le plus lettré, le plus modeste, le moins « Homais » enfin qu'on puisse voir — et avec cela parlant de Flaubert et des Flaubert avec une telle émotion, une telle chaleur admirative, connaissant si bien les moindres particularités de leurs vies, mettant à les raconter un tel accent de ferveur, qu'on avait envie de l'embrasser. »

M. Poussier était un grand érudit et avait le culte du passé. Notre aimable correspondant le Docteur Paul Noury, de Rouen, de qui nous tenons ces renseignements, nous apprend qu'avec un soin pieux, il avait reconstitué à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le logis des Flaubert avec les moindres détails de leur ameu-

blement. Il conservait comme une relique la pipe que Flaubert avait encore à la bouche au moment de sa mort, pipe que lui avait donnée le Docteur Tourneux.

M. Alfred Poussier avait publié de nombreuses études de botanique et d'intéressantes recherches sur les anciens apothicaires et les remèdes d'autrefois.

Les dernières années de la vie de cet excellent homme furent péniblement assombries par deux infirmités qu'il supporta stoïquement. Il devint progressivement aveugle et sourd et son plus grand regret fut de penser qu'une partie de ses intéressantes recherches inédites serait perdue. Espérons qu'un savant rouennais des amis d'A. Poussier s'intéressera à ce qu'il a laissé et publiera ses œuvres posthumes ou en tirera parti.

J. Noir.

**— Le volume jubilaire du Professeur Delbet.** — La remise du volume jubilaire du Professeur Pierre Delbet aura lieu le mercredi 5 octobre, à 11 heures du matin, à l'hôpital Cochin, dans l'amphithéâtre de la Clinique chirurgicale.

Les souscriptions sont encore reçues par le trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

**— Le Cinquantenaire de la Société française d'ophtalmologie.** — La Société française d'ophtalmologie qui groupe plus de 400 Français et près de 800 étrangers, célèbre, cette année, son quarante-cinquième Congrès et les fêtes du Cinquantenaire de sa fondation.

Une séance solennelle, présidée par M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, vient d'avoir lieu, à la Faculté de médecine. Le ministre a été accueilli par le Professeur Terrien, représentant le Doyen. Le secrétaire général, Docteur René Onfray, a fait ensuite l'historique de la Société, de ses travaux et des savants éminents qui ont contribué depuis un demi-siècle aux progrès considérables de l'ophtalmologie.

Des envoyés de toutes les Sociétés étrangères ont félicité la Société. Puis, le Docteur Morax a parlé au nom de l'Académie de médecine, le Docteur Clovis Vincent, au nom de la Société de neurologie, et le Docteur Bourgeois, au nom de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.

On remarquait, dans l'assistance :

Les Docteurs Paton et Adams, de Londres ; Coppez et Danis, de Bruxelles ; Van Duyse, de Gand ; Wekers, de Liège ; Van der Snaetten, de Louvain ; De Mets, d'Anvers ; Kruckmann, de Berlin ; Wagenmann, de Heidelberg ; Sachs, de Vienne ; Ovio, de Rome ; Lodato, de Palerme ; Marquez, Marin-Amat, Poyales, de Madrid ; Llovera, Arruga, Barraquer, de Barcelone ; de Grosz, de Budapest ; Parker, de Détroit (Etats-Unis) ; Szymanski, de Vilno ; Pascheff, de Sofia ; Slavik, de Brno ; Van der Howe, de Leyden ; Weve, d'Utrecht ; Zeeman, d'Amsterdam ; Marx, de Rotterdam ; Pfluger et Siegrist, de Berne ; Patry, de Genève ; Tobgy, du Caire ; Auzonis, de Kaunas ; Aubaret, de Marseille ; Bailliart, Cantonnet, de Paris ;

H. Coppez, de Bruxelles ; Jeandelize, de Nancy ; H. Joseph, Magitot, de Paris ; Moreau, de Saint-Etienne ; Redslob, de Strasbourg ; de Saint-Martin, de Toulouse ; Teulières, de Bordeaux ; Valois, de Moulins ; Velter, de Paris, etc.

Et plus de 300 autres congressistes étrangers et français.

— **Cité universitaire de Bordeaux.** — La Cité universitaire de Bordeaux, dont la première pierre a été récemment posée en présence de M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, s'élèvera sur l'emplacement de l'ancien château d'eau de Budos, près de la rue de Ségur. Elle comprendra 260 chambres, aménagées dans les meilleures conditions d'hygiène, un restaurant et des terrains et locaux destinés aux sports. On sait que la population scolaire des Facultés de Bordeaux compte environ 3.500 étudiants, dont les trois quarts n'ont pas leur famille domiciliée à Bordeaux même.

— **Chambre des Députés.** — *Une proposition du groupe parlementaire communiste sur l'avortement.* — Le groupe parlementaire communiste vient de déposer à la Chambre des Députés une proposition de loi tendant à autoriser l'avortement pour raison d'ordre social.

Cette proposition, qui a été renvoyée à l'examen de la commission d'hygiène, comporte les articles suivants :

Art. 2. — L'avortement artificiel est considéré comme une intervention chirurgicale et, comme tel ne peut être pratiqué que par des docteurs en médecine dans des services publics spéciaux et gratuits.

Art. 3. — Une commission composée d'un ou de plusieurs médecins et de délégués des organisations ouvrières, hommes et femmes, déterminera les cas où l'intervention chirurgicale sera pratiquée.

Art. 4. — Toute travailleuse condamnée par la législation en cours pour avortement est amnistiée.

— **Hôpitaux de Chartres.** — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin-chef de la Maternité des hôpitaux de Chartres, s'ouvrira le samedi 19 novembre, à la Faculté de médecine de Paris.

Demandes de renseignements à M. le vice-président de la Commission administrative à l'hôpital, rue du Docteur-Maunoury, 34, à Chartres, avant le 1er octobre 1932.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Marie-Magdeleine Bréhier, fille du Docteur Georges Bréhier, de Château-Thierry, Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, avec Monsieur Ghislain Bot, Docteur en droit, juge suppléant au tribunal civil de Saint-Nazaire.

Le mariage a été célébré le mercredi 20 juillet 1932, en l'Eglise Saint-Crépin de Château-Thierry. Sa Sainteté Pie XI a daigné envoyer aux jeunes époux sa bénédiction apostolique.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

27 JUILLET

**Décret du 19 juillet 1932 sur l'organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine.**

Art. 1er. — L'article 22 du décret du 10 septembre 1924, portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928, est modifié et complété comme suit :

*Art.* 22. — §§ 1er, 2, 3, 4, 5, 6, 7, sans changement.

§ 8 (nouveau). — Les candidats à l'un des 1er, 2e, 3e et 4e examens de fin d'année, renvoyés à la session de juin-juillet après échec, ne peuvent subir les épreuves de leur examen qu'à la condition de justifier qu'ils ont effectué à nouveau tous les travaux pratiques et les stages hospitaliers afférents à leur année d'études.

§ 9 (nouveau). — Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels aux sessions d'octobre-novembre et de février-mars du cinquième examen de fin d'année, n'est tenu de réparer que ce ou ces échecs partiels à la session suivante de juin-juillet, le bénéfice des autres épreuves restant acquis. Il ne peut se présenter à ladite session de juin-juillet que s'il a effectué à nouveau les travaux pratiques afférents à l'épreuve ou aux épreuves auxquelles il a été ajourné, ainsi que tous les stages hospitaliers de la 5e année.

Art. 2. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret qui entrera en vigueur à la session d'examen de juin-juillet 1933.

Art. 3. — Le ministre de l'Education nationale est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel.*

**Décret du 19 juillet 1932 modifiant le décret du 3 février 1927 relatif à la session extraordinaire d'examens de doctorat en médecine de février-mars.**

Art. 1er. — Les articles 1er et 2 du décret du 3 février 1927 relatif à la session extraordinaire d'examens de doctorat en médecine de février-mars sont remplacés par les dispositions suivantes :

*Art.* 1er. — Par dérogation aux dispositions des articles 1er et 22 du décret du 10 septembre 1924 portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié et complété par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928 et 26 février 1932, seront admis à poursuivre leur scolarité sous condition de réparer leur échec à la session extraordinaire de février-mars, s'ils ont obtenu pour

l'ensemble des autres matières de l'examen une moyenne d'au moins six sur dix :

*a*) Les étudiants en médecine ajournés à une matière ou à plusieurs épreuves d'une même matière des 1er, 2e, 3e et 5e examens de fin d'année ou aux épreuves pratique et théorique orales de pharmacologie du 4e examen de fin d'année, soit aux deux sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre, soit à l'une ou à l'autre de ces deux sessions ;

*b*) Les étudiants en médecine ajournés à une matière du quatrième examen de fin d'année autre que la pharmacologie, soit à la session de juin-juillet, soit à la session d'octobre-novembre lorsque, pour motifs jugés valables par le doyen ou directeur,ils n'ont pu se présenter qu'à une seule de ces deux sessions.

*Art.* 2. — Lorsque la matière pour laquelle le candidat a été ajourné comporte plusieurs épreuves et que l'une de ces épreuves a été subie avec succès, la note obtenue, si elle est égale ou supérieure à 6, entrera en ligne de compte pour l'établissement de la moyenne prévue à l'article précédent.

Art. 2. — Le ministre de la Défense nationale est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel*.

**Décret du 19 juillet 1932 portant revision des titres initiaux en vue du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste.**

Art. 1er — L'article 2 du décret du 11 janvier 1909 portant organisation des études et des examens en vue du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste est remplacé par les dispositions suivantes :

*Art.* 2. — Le stage afférent au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste est constaté au moyen d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il ne produit l'un des titres initiaux français suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ou de docteur ès sciences, ou de docteur ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, diplôme complémentaire de l'enseignement secondaire des jeunes filles, brevet supérieur de l'enseignement primaire.

Art. 2. — Le présent décret entrera en vigueur le 1er novembre 1935.

Art. 3. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures à celles du présent décret et notamment les dispositions du décret du 13 août 1931.

Art. 4. — Le ministre de l'Education nationale est chargé de l'exécution du présent décret.

28 JUILLET

**Avis de vacance de poste de médecin-chef de service d'asile d'aliénés.**

Un poste de médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés d'Armentières (Nord) sera vacant à

dater du 1er octobre 1932, par suite de la nomination de M. le Docteur Carriat à un autre poste.

30 JUILLET

**Nomination d'un professeur de Faculté.**

Par décret du 27 juillet 1932, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, M. Creyx, agrégé, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la faculté de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux. — Dernier titulaire de la chaire : M. Sellier.

**Nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur au titre du ministère de la Santé publique.**

*Au grade de chevalier.*

MM. Eymard (Jean-Georges), directeur fondateur de l'Ecole de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris ; Laffaille (Christian-Albert), Paris ; Payrau (Jean-Marie), Saint-Gaudens (Haute-Garonne) ; Vagniot (Charles-Albert), Lons-le-Saunier (Jura) ; Verrier (Clément-Irénée-Firmin-Sainte-Marie), Albert (Somme) ; Dozoul (Honoré-Jean-Edouard), Saint-André-les-Alpes (Basses-Alpes) ; Kayser (Robert), Colmar ; Cotonnec (Charles), Quimperlé (Finistère) ; Couderc (Roger), Limogne (Lot).

31 JUILLET

**Tableau de concours supplémentaire pour la Légion d'honneur.**

Année 1932.

(*Loi du* 17 *juillet* 1931).

*Réserve.*

POUR OFFICIER

*Service de santé.*

Médecins.

MM. Bender (Xavier-Eugène-Alexandre), médecin commandant, 5e région ; Cosse (Elie-François-Joseph), médecin-lieutenant-colonel, 9e région ; Argaud* (René-Louis-Charles), médecin lieutenant-colonel, 17e région ; Pradel (Marie-Arnaud-Eugène), médecin commandant, 9e région.

*Troupes coloniales.*

Le Gorgeu (Victor-Pierre-Marie), médecin commandant, 10e région.

POUR CHEVALIER

*Service de santé.*

Médecins.

MM. Paquet (Félix-Henri-Louis-Alphonse), médecin commandant, région de Paris ; *Perrier (Maurice-Joseph-Edmond), médecin capitaine, région de Paris ; *Corcket (Louis-Georges-Henri-Fidèle), mé-

decin capitaine, 3e région ; *Capelle (Paul-Gustave-Joseph), médecin capitaine, 1re région ; Girard (Etienne-Pierre-Alexandre), médecin capitaine, 3e région ; *Dumon (Marie-Alexandre-François), médecin commandant, 15e région ; *Urmes (Marc-Marie-Eloy), médecin capitaine, 20e région ; *Le Louet (Félix-Marie), médecin capitaine, 11e région ; *Benès (Antoine-Gaston), médecin commandant, 15e région ; Teissier (Gustave-Michel-Louis), médecin capitaine, 10e région ; *Bourguet (Edmond-Emile), médecin capitaine, 2e région ; Leclerc (Louis-Ernest-Victor), médecin capitaine, 10e région ; *Lhopitallier (Edouard-Marie-Marcel), médecin capitaine, 9e région ; *Legrand (Hubert-Constant), médecin commandant, troupes de Tunisie ; Michel (Victor-Gaston) médecin commandant, région de Paris ; Dotezac, (Henri-Joseph-Léon), médecin capitaine, 18e région ; *Castéran (Alexandre-Eusèbe), médecin capitaine, 5e région ; Monteil (Louis-Marie-Lucien-Henri) médecin capitaine, région de Paris ; *Espinet (Léon-François-Marie-Jean), médecin commandant, 12e région ; Sagory (Olivier-Louis-Joseph), médecin capitaine, 10e région ; *Biat (Emile-Pierre-Edmond), médecin lieutenant, 2e région ; Ducamp (Maurice), médecin capitaine, 10e région ; Morillon (Maurice-Stanislas-Jean), médecin capitaine, 5e région ; Balland (Claude-Pierre-Paul-Louis), médecin capitaine, 5e région ; Netter (René), médecin capitaine, 6e région ; Clermont (Louis-Ernest-Alfred), médecin capitaine, 16e région ; Passeron (Charles-Louis), médecin capitaine, 15e région ; Bignon (Jean-Lucien-Paul), médecin capitaine, 13e région ; Cluzfau (René-Pierre), médecin lieutenant, 9e région ; *Froger (Léon-Louis), médecin capitaine, région de Paris ; Malafosse (Marie-Jean-Georges), médecin capitaine, 15e région ; Veyrier (Henri-Jean-Joseph), médecin lieutenant, 15e région ; Quenu (Jean-Augustin-Edouard-Eugène), médecin capitaine, région de Paris ; Petit-Dutaillis (Daniel-Edouard-Charles), médecin capitaine, région de Paris ; *Hocquard (Jean-Marie-Edouard), médecin lieutenant, région de Paris ; *Petitjean (Paul-Ernest-Eugène), médecin lieutenant, région de Paris ; *Radenac (Jean-Félix-Amédée), médecin lieutenant, région de Paris ; Péchenart (Albert-Pol-Emile), médecin capitaine, 6e région ; Piéri (Jean-Baptiste), médecin lieutenant, 15e région ; *Santenoise (Jules-Pierre-Daniel), médecin lieutenant, région de Paris ; Dufau (Marie-Pierre-Joseph-Gabriel), médecin lieutenant, 18e région.

*Troupes coloniales.*

M. Dumont (Louis-Joseph-Albert), médecin capitaine, région de Paris.

(*) Officier pour lequel l'assiduité aux écoles de perfectionnement a constitué un titre particulier à l'inscription au tableau de concours pour la Légion d'honneur.

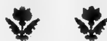
## Syndicat national de l'Industrie française des Sparadraps et Tissus adhésifs

Afin de défendre l'industrie des sparadraps contre une concurrence étrangère, qui devient de plus en plus menaçante, il a été formé un Syndicat national de l'industrie française des sparadraps et tissus adhésifs, dont le siège social est établi : 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris.

Le Conseil d'administration a la composition suivante : président, M. H. Huerre, (Anciens établissements Vigier) ; vice-président, M. Desnoix (ancienne maison Desnoix et Debuchy) ; secrétaire-trésorier, M. Cavailles (Laboratoire Dr R. Cavailles).

Les maisons et sociétés ci-après, font partie du syndicat : Bruneau (Cutiplaste), Cavailles (Coloplastre), Coquelu (Coqluplast), Desnoix (Plastima), Fournier (Sparaplast), Kraus (Francoplast), Le Perdriel (Sparadrap Le Perdriel), Pennel et Flipo (Dermoplaste), Robert et Carrière (Zédéno), Sauter (Sparablanc), Vigier (Albuplast).

(*Communiqué*).



# CORRESPONDANCE

### Divers

### 4248. — Patente. Changement de domicile

Depuis le 1er janvier 1932, j'exerce dans un nouveau local. En temps voulu et dès septembre 1931, j'ai informé de mon changement d'adresse les Contributions directes. D'autre part, j'ai consulté la matrice des patentes en novembre 1931, je n'étais plus porté à mon ancienne adresse.

Or, il y a quelques jours, j'ai reçu une feuille d'imposition-patente pour *l'année* 1932 *et à mon ancienne adresse.*

Le contrôleur intéressé questionné a répondu que puisque le 1er octobre 1931 j'étais 2, rue d'X... (ancienne adresse) la patente jouait pour le 2, de la rue d'X... en 1932.

Désirant des éclaircissements je vous pose les questions suivantes :

1° Cela est-il fiscalement exact ?

2° Mon nouveau local occupé le 1er janvier 1932 étant moins important que le précédant puis-je faire une demande en réduction pour 1932 ?

3° Quelle conduite à tenir si je reçois deux feuilles de patente ?

*Voir la suite page XLVII-2457*

# PROPOS DU JOUR

## Bienfaisance médicale

### Beaux gestes

Nous considérons comme un devoir de signaler les beaux gestes de générosité au fur et à mesure qu'ils s'accomplissent.

Devons-nous rappeler les noms de nos confrères les Docteurs Boucart, Debat, Plantier, Roussel, et nous ne saurions les citer tous, dont l'inlassable bienfaisance permet à nos belles œuvres de multiplier les secours et de venir efficacement en aide aux membres de la famille médicale ?

Certains de ces bienfaiteurs, craignant d'être parfois exploités par des indignes, confient à nos associations : Association générale des médecins de France, Maison du médecin, etc., le soin d'utiliser ou de répartir leurs dons. Souvent ces dons sont faits sans attribution précise. Parfois le donataire désire voir réaliser un but, ce qui en somme nous paraît assez naturel. C'est ainsi que les Docteurs Plantier et Debat ont créé des caisses de prêts gratuits, destinées à permettre à un médecin, à la suite d'un accident, d'une maladie qui l'ont mis dans l'impossibilité d'exercer durant un certain temps, de pouvoir sans de trop lourdes privations reprendre son activité professionnelle.

C'est dans un but unique encore que le Docteur Debat a chargé une commission de l'Association des médecins de France de secourir efficacement le plus rapidement possible, au lendemain de la mort de son mari, la veuve du médecin qui se trouve dans la gêne. C'est encore dans un but unique que le Docteur Roussel a chargé une autre commission de l'Association générale d'affecter chaque année dix bourses de 10.000 francs chacune aux médecins ou veuves de médecins ayant la charge d'une famille nombreuse. Nous croyons intéressant de faire connaître comment cette année il fut procédé à la répartition des bourses pour familles médicales nombreuses du Docteur Roussel.

Notre si dévoué ami, le secrétaire général de l'Association des médecins de France, le Docteur Thiéry, reçut plus de 80 demandes ; il envoya des questionnaires minutieusement élaborés par la Commission, questionnaires analogues à ceux que notre collègue Vimont avait rédigés pour la répartition de la Caisse de secours aux médecins victimes de la guerre.

Le Docteur Thiéry, possesseur des questionnaires remplis et de bien d'autres renseignements, avec un soin et une conscience que nous ne saurions trop admirer, étudia et classa les quatre-vingts dossiers et, dans un rapport qui entraîna la conviction de la commission, fit les propositions suivantes :

1° Un médecin, exerçant dans une ville de la vallée de la Loire, père de *quatorze enfants* ;

2° Un confrère périgourdin, ayant *onze* enfants à sa charge ;

3° Un médecin de ville d'eaux que l'altération de sa santé oblige à ne pas exercer et père de *onze* enfants ;

4° et 5° Un praticien breton et un autre lorrain, pères chacun de *dix* enfants ;

6°, 7° et 8° Trois médecins *malades*, pères de *huit* enfants, un normand, un lyonnais, un berrichon ;

9° et 10° La veuve d'un médecin du Nord mère de *dix* enfants et une autre veuve de Picardie, mère de *huit* enfants.

Deux autres veuves, *malades*, l'une mère de *six* enfants et l'autre de *quatre* enfants en bas âge, se trouvaient dans une triste situation et la lecture de leurs dossiers était vraiment émouvante. Notre bon ami Thiéry déplorait d'être obligé de les laisser sans secours.

Le bienfaiteur, M. Roussel, assistait à la séance de la Commission : « Puisqu'il en est ainsi, dit-il en toute simplicité, ajoutez ces deux pauvres veuves. Cette année, je donnerai *douze* bourses au lieu de *dix* ».

Thiéry nous a conté cela en termes émus au Conseil général de l'Association. Il est inutile, croyons-nous, d'ajouter le moindre commentaire.

Tout le monde ne dispose pas de ressources permettant de faire des gestes aussi généreux, mais qui ne peut participer dans une mesure

◆◆

modeste aux souscriptions ouvertes pour la Maison du médecin ou pour la Caisse de secours de la Société des femmes et enfants de médecins ?

Donnez, lecteurs, donnez. La plus petite somme sera bien accueillie et surtout bien employée. J. NOIR.

Envoyer les dons pour la *Maison du Médecin* au Trésorier, 51, rue de Clichy, Paris (IXe). *Compte de chèques postaux : Paris* 391-46.

Pour la *Caisse de secours de la Société des femmes et enfants de médecins* à M. le Docteur GROUZON, trésorier, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

La dernière liste de la souscription de la *Maison du médecin* que nous avons publiée le 5 juin 1932 s'élevait à 20.250 francs ; ce qui porte le total général de la souscription à ce jour à *cent vingt-quatre mille trois cent dix francs* (124.310 francs).

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

G. BLECHMANN

### FEUILLET CXVI

### TRICHOCÉPHALES (DE L'EMPLOI DU THYMOL)

I. — SAVIGNAC a publié l'observation singulière d'un enfant comitial et entéritique chez lequel l'examen des selles montra la présence de kystes amibiens : une cure d'émétine guérit les troubles digestifs et par surcroît *fit disparaître* les crises épileptiques. Quel utile enseignement !

Mais, le cas suivant est-il comparable ?

..... Depuis l'âge de 5 ans, une fillette qui va entrer dans sa onzième année est atteinte de troubles qui inquiètent fort ses proches. Par périodes de un à plusieurs mois, elle est atteinte deux à trois fois par jour, d'un malaise qui se traduit ainsi : une sensibilité (?) autour de l'ombilic, puis sensation anormale dans la gorge, suivie de congestion de la face. Elle est traitée pour un *urticaire fréquent* et de la *colite*.

En 1930, nous notons l'accentuation de ces crises : les yeux sont alors hagards, l'enfant salive abondamment et laisse tomber les objets de sa main. Enfin, en juillet 1931, elle présente par deux fois, une crise tonique avec bave et yeux révulsés : il s'agit donc bien de crises comitiales révélées d'abord par des équivalents.

Un an auparavant, on avait songé à faire examiner les selles ; elles contenaient de nombreux trichocéphales. Or, l'enfant n'a pu être débarrassée de ses parasites par le Crésentyl, le Chénantol (à base d'huile de chénopode), la Santonine : la réponse du laboratoire est de trois mois en trois mois positive.

Nous conseillons donc une cure de thymol prudente, associée à des petites doses de Stovarsol.

1° Faire préparer :

Thymol porphyrisé .... 0,25 centigrammes
Pour un cachet N° 4.

*a*) Lundi soir, diète légère.

*b*) Mardi, l'enfant restera au repos, au lit, toute la journée.

Au réveil, lui donner un de ces cachets avec un peu d'eau.

Attendre une heure et donner le second cachet.

Attendre encore deux heures, puis faire prendre le paquet suivant :

| | |
|---|---|
| Citrate de soude .............. | 2 grammes |
| Sulfate de soude.............. | 5 grammes |
| Sulfate de magnésie ........... | 3 grammes |

Pour un paquet.

Puis, une heure après, alimenter l'enfant avec des légumes et des fruits. Comme boisson, *exclusivement de l'eau*. Tous les formulaires rappellent qu'il faut interdire vin, alcool, huile et glycérine.

Surveiller les urines (prévenir en cas d'urines foncées) et noter la température.

c) Puis, l'enfant reprendra sa vie normale jusqu'au vendredi soir ; on la remettra alors à une demi-diète.

Et, le lendemain samedi, administrer les deux cachets restant de thymol, exactement comme la première fois.

2° a) Le lundi suivant, commencer le

*Stovarsol à un centigramme* (0,01)
(comprimés pour usage infantile).

Lundi : 1 comprimé,
Mardi : 2 comprimés,
Mercredi : 3 comprimés,
Jeudi : 4 comprimés,
(en deux fois, aux repas, avec une gorgée d'eau).

Vendredi, samedi et dimanche, pas de traitement.

b) Et, la semaine suivante, redonner le Stovarsol de la même manière.

3° Après un mois d'interruption, la cure sera reprise, si elle a été bien supportée.

*Résultats du traitement* : En 6 mois, cette médication a été suivie quatre fois. Bien que les doses fussent habituelles, l'enfant a paru mal à son aise au moment du thymol, se plaignant des bras et des jambes.

On ne trouve plus dans les selles que de rares œufs de trichocéphales et l'urticaire ainsi que les signes de colite ont disparu. Mais, si l'on a noté une certaine *amélioration* des crises nerveuses, elles n'en ont pas moins persisté et nous avons dû recourir à l'emploi du gardénal.

Faut-il persister dans le traitement antihelminthique ?

Afin de mieux débrouiller le cas, nous devrions insister pour obtenir :

a) Un examen de sang (éosinophilie ?) ;

b) La recherche des hémorragies occultes dans les selles ;

c) Et, en désespoir de cause, la ponction lombaire, malgré l'absence de signes de syphilis héréditaire.....

II. — Nous ne savons pas pourquoi, chez ce petit garçon de 6 ans, on a pratiqué deux ans auparavant un examen des selles qui révéla la présence de trichocéphales. Son état de santé est excellent, son développement statural et pondéral ne laisse rien à désirer. N'oublions pas que le trichocéphale est très fréquent (30 % de la population hospitalière est infestée) et donne peu d'accidents, d'après M. Delort, parce que les microbes du tube digestif sont peu virulents.

Faut-il traiter ou non ?

Si nous laissons aller les choses, le moindre ennui de santé chez l'enfant sera attribué aux parasites ; d'autre part aucun bénéfice n'est à attendre d'une thérapeutique agressive. Delort nous a appris à manier le thymol au milligramme. Nous formulerons donc ainsi :

1° a) Faire prendre pendant cinq jours, à la fin de chacun des trois repas, un paquet de :

Thymol.................. un milligramme (0,001)
Craie préparée............. 0,25 centigrammes
Pour un paquet N° 15.

mélangé à un peu de confitures, de miel ou de sucre en poudre.

2° Attendre cinq jours, puis prendre la

*Chrysémine*

à la dose de soixante (LX) à quatre-vingts (LXXX) gouttes (en augmentant tous les jours de quelques gouttes), le matin à jeun pendant cinq jours consécutifs.

3° Attendre quinze jours et recommencer ce traitement (soit six semaines en tout) ; puis attendre deux mois et refaire une cure identique.

Dans six mois, on fera porter une selle au laboratoire pour recherche des parasites et de leurs œufs.

III. — D'après R. A. Gutmann, très versé dans la question des parasitoses intestinales, on utilise en Amérique du Sud, une médication très efficace contre la trichocéphalose, c'est le lait de Higueron (latex de *Ficus Glabrata*).

Nous regrettons qu'il soit matériellement *impossible* de se procurer ce médicament en France, et nous espérons que ces quelques lignes inciteront à faire importer cette drogue en Europe.

IV. — Contre les oxyures (complément du feuillet CX) on peut employer le thymol, avec les précautions déjà indiquées, à la dose de 0,05 centigrammes par jour et par année d'âge. C'est ainsi que pour un enfant de 3 ans, on prescrira :

Trois matins de suite, faire prendre délayé dans de la confiture, le matin à jeun, à une demi-heure d'intervalle, le contenu de deux des paquets suivants :

Thymol finement pulvérisé. 0,08 centigrammes
Carbonate de bismuth...... 0,30 centigrammes
Pour un paquet N° 6.

Ne rien prendre avant la fin des deux heures qui suivent l'ingestion du deuxième paquet.

On peut compléter ce traitement de trois jours, par la médication par voie rectale :

*a*) A la fin de la journée, pendant ces trois jours, donner un petit lavement d'un verre à bordeaux d'eau sulfureuse.

*b*) Et au coucher, enduire la région périanale avec le volume d'une noisette de la pommade que recommande NOBÉCOURT :

| | |
|---|---|
| Onguent napolitain belladoné. | āā 5 grammes |
| Vaseline .................... | |

Cette médication sera reprise au bout de trois semaines.

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

# L'acrodynie infantile (1)

E. PICHON,

Médecin des hôpitaux.

Je dois vous parler aujourd'hui de l'acrodynie infantile, ou maladie de Selter.

Selter, en 1903, en rapporta huit observations au Congrès de Cassel ; il l'appelait *Trophodermatoneurose.*

Cette entité morbide est caractérisée par la coexistence de douleurs, de troubles psychiques, de sueurs abondantes et d'éruptions cutanées, qui sont la conséquence de ces sueurs.

L'existence de paroxysmes à la fois algiques et sudoraux est caractéristique ; la tachycardie ne manque jamais.

La description donnée en 1903 par Selter tomba peu à peu dans l'oubli.

En 1914, à Adelaïde (Australie), Swift en rapporta plusieurs observations au Congrès médical d'Auckland ; il reconnut la maladie comme une entité clinique sous le nom de « *Erythrœdème* ».

Les médecins australiens s'intéressant à cette question publièrent sur elle de nombreux travaux ; Wood et Cole, au Congrès de Brisbane, en 1920, en rassemblèrent 91 observations.

D'autre part, depuis 1917, la maladie était décrite, aux Etats-Unis. Ce qu'il y a de curieux, c'est que les observations faites en Australie furent longtemps ignorées en Amérique, où l'on étudia le même syndrome morbide en tant qu'entité nouvelle, inconnue.

En Angleterre, Parkes Weber publie un cas d'acrodynie à la *Royal Society of medicine* de Londres sous le nom d' « *Acrodermatite chronique mutilante* ». En 1922, Thursfield propose pour elle le nom de « *Dermato-polynévrite* ».

Feer (de Zurich) fait une communication à Berne, dans laquelle il essaie de définir le syndrome qu'il croit être nouveau. En 1923, il en donne une étude détaillée dans une monographie qu'il intitule « *Névrose du système végétatif* ». Les auteurs allemands décrivent dès lors la maladie sous le nom de *maladie de Feer.*

En France, c'est M. Comby qui fit connaître en 1922, l'acrodynie australienne, et de cette façon attira l'attention des médecins français sur cette affection. Haushalter et son élève, M. Hochstetter, sont les premiers à en observer des cas. C'est depuis 1926 surtout que les travaux français se multiplient, grâce aux écoles de M. Nobécourt et de M. Debré à Paris, de celle de M. Péhu à Lyon.

Il faut enfin, mentionner, en Pologne, Szwajkart qui, en 1923, signale l'acrodynie dans son pays.

Cet historique à lui seul nous indique qu'il y a eu dans le monde entier une véritable explosion de cette maladie. Pourquoi est apparue cette affection jusque-là inconnue, c'est une question qui reste jusqu'ici inexpliquée.

Avant de passer à la symptomatologie, il faut préciser les différents noms qui furent donnés à la maladie dans les divers pays et par les divers investigateurs.

Dans les pays anglo-saxons on l'appelle maladie rose (Pink disease) ; en Australie, érythrœdème, ce qui n'est pas tout à fait exact, car il n'y a pas d'œdème véritable.

La dénomination d'acrodynie est due à Chardon, qui l'appliquait à une maladie de l'adulte. Or, l'acrodynie infantile se rapproche de la maladie décrite en 1827 par Chardon, mais il serait osé de les identifier péremptoirement.

En Suisse, la maladie qui nous occupe reçoit le nom de maladie de Feer, ou névrose du système végétatif. Selter, en Allemagne, lui avait donné le nom de trophodermatonévrose.

En somme, en l'état actuel des choses, il me semble qu'il est préférable de nommer cette entité morbide maladie de Selter.

L'*âge* semble avoir une grosse importance pour

(1) Leçon du 9 avril 1932, recueillie par la Dresse I. TRIFONOFF.

le développement de la maladie. On peut presque dire que l'acrodynie ne s'observe que dans l'enfance et même chez des enfants de moins d'un an ; le malade le plus âgé qui ait été signalé par les auteurs avait 13 ans.

Le *début* de la maladie est insidieux.

Les symptômes psychiques y dominent. L'enfant change de caractère, il devient irritable, ne veut plus jouer, évite ses camarades de jeu ; il devient triste, cherche à se coucher n'importe où, ou bien encore il va s'accroupir dans un coin écarté et y reste des heures dans la même attitude recroquevillée. Un enfant qui avant la maladie était doux et caressant peut devenir méchant, hostile.

Ces troubles psychiques s'accompagnent de manifestations myasthéniques, les petits enfants se refusent à marcher, demandent constamment qu'on les porte. Bientôt, on les voit se coucher de plus en plus fréquemment et si on les pose dans leur lit, ils s'y effondrent littéralement inertes.

Voyons maintenant ce qui se passe à la *période d'état*.

Etant donné que la maladie est le plus souvent caractérisée par l'association de troubles psychiques et d'altérations des extrémités, il me paraît convenable de prendre pour type la forme psycho-acro-pathologique.

On note une rougeur de nuance vive, disposée symétriquement aux oreilles, aux joues, au nez, aux organes génitaux, mais principalement aux mains et aux pieds.

Le malade éprouve au niveau des régions atteintes des sensations désagréables, voire douloureuses. Il ressent des fourmillements, des picotements ; les pieds et les mains sont froids, moites ; la sudation y est exagérée. Il est à noter que subjectivement les malades disent avoir trop chaud aux extrémités.

Ces troubles vaso-moteurs sont permanents, mais à certains moments on peut observer de véritables crises paroxystiques ; les sensations anormales s'exagèrent, la sudation devient très abondante, la sueur ruisselle véritablement, les parties atteintes deviennent plus rouges. Suivant la gravité du cas, on peut compter de cinq à dix ou même vingt crises paroxystiques par 24 heures.

Il n'y a pas de doute que les éruptions de toutes sortes que l'on observe chez ces malades ne soient la conséquence de la sudation constante.

On peut voir des éruptions miliaires disséminées, des sudamina, des éruptions vésiculo-papuleuses qui par la macération et le grattage peuvent prendre des aspects variés et en s'infectant, entraîner des complications diverses, telles la pyodermite.

Les malades ont souvent une amélioration des symptômes subjectifs lorsqu'ils plongent les extrémités dans de l'eau froide, mais ce moyen peut entraîner une macération dangereuse. Pour éviter la macération de la peau on peut revêtir les mains du malade de gants en caoutchouc, ces derniers laissant passer le froid sédateur tout en préservant les mains de la macération.

Dans certains cas graves, l'atteinte des extrémités peut entraîner de la gangrène, soit des orteils, soit, ce qui est encore plus désagréable, des doigts.

L'abondance des sueurs a pour conséquence l'oligurie et la polyglobulie sanguine qui s'expliquent toutes deux par la déshydratation de l'organisme.

Voilà, brièvement décrit, le syndrome acro-pathologique. A ce syndrome s'ajoute le syndrome psycho-névro-pathologique.

Les malades manifestent de la tristesse anxieuse ; ils se concentrent en eux-mêmes ; ils sont abattus, on note chez eux un état de souffrance morale très particulier, leur regard est anxieux. La dépression peut alterner chez un même malade avec des explosions d'agitation.

A ces altérations du caractère se joignent des troubles du sommeil. Ces malades présentent de l'insomnie nocturne ; il faut noter qu'en pédiatrie l'insomnie est un symptôme rare, c'est pourquoi l'insomnie chez un enfant a d'autant plus de valeur. Dans certains cas l'insomnie nocturne peut s'allier à de la somnolence dans la journée.

Certains enfants restent immobiles, inertes dans leur lit ; ils ne peuvent tenir leur tête ; ils ne peuvent pas s'asseoir, leur tronc oscille.

Les réflexes tendineux sont habituellement diminués ou même abolis. Il semble aussi qu'il y ait de l'hypoesthésie des extrémités, et dans certains cas on peut même trouver des zones d'anesthésie.

Un troisième syndrome est le syndrome cardio-vasculaire. La tachycardie est constante et précoce. Le pouls est rapide, à 140 ou 180. A la tachycardie se joint l'hypertension artérielle, qui, suivant l'opinion de Feer, serait un signe constant de la maladie.

J'ai fini l'énumération des symptômes cardinaux ; les autres symptômes ne sont pas constants. J'en cite quelques-uns de possibles : l'amaigrissement ; l'élévation thermique, due soit aux infections surajoutées, soit peut-être à des troubles du mécanisme régulateur thermique nerveux.

Dans certains cas les malades présentent de la photophobie ; la rhino-pharyngite est fréquente, surtout au début de la maladie ; on lui a même attribué une action causale. La broncho-pneumonie n'est pas rare.

Les malades peuvent être anorexiques, présenter de la sialorrhée. Leurs urines sont foncées, il y a de l'oligurie ; dans certains cas on voit des adénopathies ; je vous signale aussi la possibilité des épistaxis.

Comme vous le voyez, on peut énumérer toute une série de symptômes accessoires mais leur valeur pour le diagnostic est moins importante que celle des trois syndromes acropathologique, psycho-nerveux et tachycardique.

Au point de vue de l'évolution, on peut dire que l'acrodynie évolue lentement, progressivement ; la période de régression est aussi lente que celle d'invasion. La guérison s'effectue lentement, les troubles nerveux et les douleurs s'atténuent ; le malade commence à se tenir, à tenir la tête, il reprend de l'intérêt pour le monde extérieur. C'est la tachycardie qui persiste le plus longtemps.

La durée de la maladie est essentiellement variable suivant les cas. La durée moyenne est de six à sept mois. Mais on a observé des cas où la maladie a évolué en six semaines, ainsi que des cas où elle a duré des années.

Cette grande variabilité de la durée de la maladie rend difficile de juger l'action des traitements.

Les reliquats de la maladie sont insignifiants ; il faut signaler toutefois les troubles trophiques entraînant dans certains cas la nécrose des extrémités avec mutilation.

Quant à la mortalité des malades atteints d'acrodynie, on peut dire qu'elle ne dépasse pas 5 à 10 % et encore, la mort n'est-elle jamais due à la maladie elle-même, mais à ses complications. Ce sont le plus souvent les surinfections cutanées, qui sont l'origine de septicémies, qui, elles, entraînent la mort.

On a décrit de très nombreuses formes cliniques de la maladie. Je veux vous mentionner seulement quelques aspects atypiques de l'acrodynie.

La *forme psychique* : dans cette forme les petits malades deviennent hostiles, accomplissent des actes pervers tout à fait inattendus ; ainsi, Servel de Cosmi cite dans sa thèse l'observation d'un enfant qui se levait en cachette pour aller souiller les tapis de sa chambre ; de tels malades peuvent se blesser eux-mêmes ; dans d'autres cas, dans la *forme motrice*, les enfants se livrent à des mouvements stéréotypés ; on a aussi signalé des formes *clonique*, *paralytique* ; dans cette dernière, l'hypotonie musculaire est extrême, l'enfant paraît paralysé ; l'excitabilité électrique peut être troublée. Une observation de ce type a été rapportée par Rocaz, le diagnostic ne put y être précisé que grâce à la constatation des lésions caractéristiques aux mains. La *forme algique* peut s'observer chez les grands enfants, qui peuvent exprimer leurs sentiments.

Une autre forme est la *forme éruptive* ; là, l'attention est attirée par les éruptions généralisées, de types divers, les surinfections peuvent entraîner l'apparition de pseudo-eczémas ; enfin on a aussi signalé la *forme ganglionnaire* ; dans cette dernière on observe l'augmentation des ganglions dans toutes les régions du corps.

Voyons maintenant la question du *diagnostic différentiel.*

Lorsqu'il s'agit du syndrome isolé acro-pathologique, on peut penser à *l'acrocyanose,* mais dans cette dernière maladie la cyanose est le seul symptôme. Souvent elle atteint les enfants du type que M. Hutinel appelle « les grandes asperges » : ils ont des symptômes dystrophiques ; leur acrocyanose survient le plus souvent vers la puberté. L'état psychique de ces enfants ne présente rien de particulier, la tristesse anxieuse caractéristique de la maladie de Selter y fait défaut.

Les *engelures* sont parfois plus difficiles à différencier de l'acrodynie, mais le plus souvent l'influence du froid sur leur évolution et leur apparition est manifeste.

*L'érythromélalgie* ou maladie de Weir-Mitchell se traduit en clinique par des paroxysmes douloureux atteignant les extrémités, s'accompagnant de rougeur, d'élévation thermique locale, mais par peu de sudation ; elle n'entraîne aucun symptôme général ; donc facile à différencier de l'acrodynie.

Le *syndrome de Raynaud* se rapproche de l'acrodynie infantile par l'aspect des extrémités et par les douleurs, mais il s'en distingue par l'absence des symptômes généraux.

La *suette miliaire* est caractérisée par des sueurs abondantes, par un érythème polymorphe, par des crises dyspnéiques. Il y a aussi de la lassitude, de l'insomnie, mais l'évolution de cette maladie est fébrile, les sueurs sont généralisées. La maladie est souvent mortelle, c'est pourquoi la précision du diagnostic différentiel est de grande importance.

Les éruptions de l'acrodynie peuvent dans nombre de cas pousser au diagnostic erroné d'une maladie infectieuse et principalement de la *scarlatine* ou de la *rougeole*.

On peut aussi penser à la *poliomyélite,* à la *démence précoce*, etc...

Je ne veux pas terminer sans vous dire quelques mots sur *l'étiologie* et la *pathogénie* de la maladie de Selter.

L'*âge* a certainement une grande influence sur l'apparition de la maladie. Seuls les sujets jeunes sont atteints de maladie de Selter ; on la voit surtout entre 6 mois et 4 ans. Le *sexe* semble être sans influence ; cependant, les statistiques auraient montré une plus grande fréquence de la maladie chez les garçons, mais c'est une constatation fortuite.

Par contre l'influence *saisonnière* est très nette. Dans la grande majorité des cas, la maladie s'observe en hiver ou au printemps.

On a pensé à des dispositions individuelles particulières, mais on peut exclure l'origine syphili-

tique ou tuberculeuse. La fréquence des rhino-pharyngites au cours de la maladie est une chose frappante, entraînant l'hypothèse que la porte d'entrée de l'affection siège dans les voies respiratoires supérieures.

La maladie a été décrite presque en même temps dans des parties du monde très lointaines les unes des autres, elle s'y est développée sous forme de cas sporadiques ou par petites épidémies.

En France, on a relaté une petite épidémie autour de Nancy, une autre dans la région de Chalon-sur-Saône, observée par Péhu.

Il faut noter que jamais on n'a pu acquérir de précisions sur la possibilité de la contagion.

Les *données anatomo-pathologiques* concernant l'acrodynie infantile sont peu nombreuses : ceci tient à la bénignité relative de la maladie et au petit nombre d'autopsies auxquelles elle a donné lieu.

Les lésions les plus nettes sont celles qu'on constate à la peau, mais elles sont probablement secondaires.

On aurait constaté dans certains cas de l'infiltration cellulaire diffuse de la moelle, la disparition de la myéline de certaines fibres nerveuses périphériques. L'anatomie pathologique est, en somme, encore insuffisamment étudiée. Passons maintenant à l'élément nosographique.

On a essayé de rapprocher l'acrodynie de l'*ergotisme*, mais en réalité l'analyse détaillée des deux affections montre bien que ces deux maladies ne doivent pas être confondues. On a aussi songé à la *pellagre*: cette maladie est principalement liée à l'alimentation par le maïs. Récemment Petren a étudié la ressemblance de l'acrodynie et de l'*arsenicisme chronique*, mais ce rapprochement est tout à fait général.

Pour ce qui est de la ressemblance avec l'*encéphalite épidémique* on peut dire qu'il y a similitude des troubles psychiques, mais la différence capitale c'est l'absence de séquelles psychiques dans l'acrodynie et la gravité de ces dernières dans l'encéphalite épidémique.

Si l'on considère la véritable acrodynie, on voit que cette maladie, décrite en 1827, ressemble considérablement à la maladie de Selter. L'acrodynie infantile ne serait-elle pas une simple reviviscence de l'acrodynie de 1827 ? Seulement, la maladie décrite par Chardon atteignait principalement les adultes et les vieillards, et elle ne provoquait pas de troubles psychiques.

Ces notions nous permettent d'arriver à la question de la *pathogénie* : c'est un problème difficile.

Point capital : le syndrome de l'acrodynie infantile est constitué de manifestations variées qui peuvent toutes être expliquées par des troubles du système neuro-végétatif. On parle aussi d'insuffisance endocrinienne, mais on n'a pas encore de données bien probantes.

Les deux théories les plus admises sont l'infectieuse et la carentielle. On a donc invoqué comme facteur déterminant l'infection : c'est cette théorie infectieuse qui semble dominer en France. Turquety invoque un virus hypothétique.

Quant à l'opinion invoquant le rôle de la carence alimentaire, on a dit que la présence de l'acrodynie chez le nourrisson au sein indiquait l'inexactitude de cette opinion. Je ne suis pas d'avis que l'existence de la maladie chez l'enfant au sein soit un argument suffisant contre l'opinion que l'acrodynie soit d'origine carentielle. Le lait de la mère peut parfaitement ne pas contenir l'élément utile, ou encore le lait maternel peut avoir été donné seul trop longtemps.

Actuellement, MM. Findlay et Stern incriminent la carence d'un facteur inconnu spécial se trouvant dans le foie cru. Je crois que cette théorie est une théorie soutenable, qu'elle peut parfaitement entrer en rivalité avec la théorie infectieuse.

Etant donné la pathogénie incertaine, l'évolution variable, on n'est pas arrivé à établir des règles nettes et précises pour le *traitement*. On est forcé de se borner à des essais divers.

Le traitement est symptomatique. On combat le prurit, les éruptions, avec des poudres, des pâtes ; d'autre part, pour lutter avec les syndromes nerveux on préconise les nervins ; la belladone, l'atropine ont été essayées.

Certains auteurs conseillent l'emploi de l'acétylcholine. L'opothérapie a été essayée sous forme de préparations thyroïdiennes, thymiques et surrénales. M. Nobécourt et moi-même avons employé l'opothérapie surrénale et il nous a semblé qu'elle avait eu une certaine action favorable.

On insiste sur la désinfection des voies respiratoires supérieures, sur la nécessité de l'ablation des amygdales et des végétations ;

Comme médication prise *per os*, on a préconisé la levure, l'ergostérol, le foie cru.

En tout état de cause, l'importance du traitement général est considérable. Les rayons ultraviolets auraient donné de bons résultats.

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

# La lithiase urinaire « larvée » peut être décelée par des troubles uréthro-génitaux

d'après M. J.-E. MARCEL (1)

### CE QU'EST LA LITHIASE URINAIRE LARVÉE

C'est la *lithiase sans calcul,* celle qui se traduit quelquefois par de la sablurie, mais le plus souvent par de la cristallurie, c'est-à-dire par l'élimination, rarement constante, dans la règle discontinue, de cristaux : phosphates, urates de soude, oxalate de chaux. D'ordinaire ces troubles restent tellement discrets, qu'ils peuvent passer inaperçus, si on ne les recherche pas systématiquement.

### LES TROUBLES URÉTHRO-GÉNITAUX RÉVÉLATEURS

A la vérité, ils ne sont pas très fréquents, mais peuvent causer des erreurs de diagnostic, souvent aussi préjudiciables au malade qu'à son entourage, si on ne parvient pas à déceler leur véritable étiologie. On les rencontre plutôt dans la clientèle aisée, aux environs de 40 à 50 ans, parfois aux environs de la trentaine, ou même avant.

Un malade vous consulte pour une uréthrite discrète ; celle-ci n'est nullement sous la dépendance du coït ; on ne peut donc préciser son incubation ; c'est un écoulement blanchâtre ou blanc-jaunâtre plus ou moins abondant, douloureux par crises. Le pus est amicrobien. Son évolution paraît torpide, et ne semble pas accessible au traitement local.

Plus fréquemment, l'uréthrite débute dix à douze jours après un coït. Mêmes caractères de l'écoulement ; mais celui-ci se révèle infectieux par une flore cependant banale et variée, non gonococcique.

Dans un cas comme dans l'autre, on est frappé par l'existence de l'*élément douloureux à caractère névralgique, et d'une prostatite glandulaire marquée* ; celle-ci doit frapper aussitôt par sa précocité et surtout par sa disproportion avec les signes uréthraux.

Parfois les troubles uréthro-génitaux se manifestent différemment. Les patients se plaignent de troubles apparemment prostatiques, mais sans aucun écoulement uréthral ; ils accusent principalement du *priapisme,* des éjaculations prématurées, de la spermatorrhée, plus exceptionnellement de l'*impuissance génitale.* Le priapisme est nocturne, douloureux ; il se traduit par une érection incomplète, constante, coupée de *crises* paroxystiques plus ou moins répétées. Les sujets sont obligés de se lever, et ils n'arrivent à se calmer, que lorsque, après de longs efforts, ils vident leur vessie.

Ces troubles uréthraux, comme les troubles de l'érection, subissent une évolution longue, capricieuse et parfois traînante. Leur *diagnostic* étiologique est difficile ; il ne se fera que progressivement et par élimination.

Tout d'abord l'*examen bactériologique* s'impose : examen direct et culture après réactivation doivent porter sur la sécrétion, les filaments, le culot de centrifugation des urines, le liquide prostatique et sur le sperme. On élimine ainsi le gonocoque, et secondairement les autres uréthrites non gonococciques.

En présence de résultats negatifs, l'attention doit être mise en éveil par l'*état général des sujets* : fatigués, surmenés, à nutrition ralentie. Ils n'ont jamais eu dans la règle d'affections uréthro-génitales. Ce sont, en général, ce qu'on est convenu d'appeler des arthritiques : rhumatisants, migraineux, hépatiques, constipés, eczémateux, etc.

Il faut aussi se méfier d'une prostatite isolée, ou disproportionnée, qui contraste avec la discrétion de l'écoulement uréthral, chez un de ces malades, souvent sans aucun passé génital.

Un autre signe vient augmenter la présomption ; aussi faut-il toujours le rechercher : ce sont les *maux de reins* lancinants et tenaces, qui taquinent le patient au réveil, et qu'exacerbe le voyage en chemin de fer ou en automobile.

Qui plus est, les crises douloureuses précédemment signalées semblent déjà correspondre avec des écarts de régime, des changements de température, ou même des indispositions intercurrentes ; mieux que cela, elles vont coïncider, nous allons le voir, avec des décharges cristalluriques.

(1) J.-E. MARCEL. — Les troubles uréthro-génitaux au cours de la lithiase urinaire larvée chez l'homme. (*Soc. de médecine de Paris,* 27 février 1932.)

L'attention se porte dès lors vers un *examen chimique* des urines ; et aussitôt on les trouve « chargées », fréquemment hyperacides ; leur quantité est fortement diminuée.

On doit traiter des urines fraîches, et d'une manière répétée, afin de surprendre la décharge.

Les uréthrites des phosphaturiques sont relativement simples à déceler ; les urines, laiteuses à l'émission, sont éclaircies par l'addition à froid de quelques gouttes d'acide acétique ; encore faut-il distinguer ces uréthrites proprement phosphaturiques des uréthrites infectieuses s'accompagnant d'éliminations accidentelles ou continuelles de phosphates.

D'autre part, cet examen chimique pourra révéler d'innombrables cristaux, soit d'acide urique (tantôt volumineux, rouges, tantôt losangiques et blancs), soit d'oxalate de chaux (transparents, réfringents, en lettres, en pyramides, en prismes). Il révélera parfois des cellules rénales ou vésicales, et des hématies, dont on devine l'importance chez un malade n'ayant subi aucune manœuvre instrumentale et aucun traitement.

### Le traitement

Il doit être d'abord *général*. C'est le traitement de la lithiase phosphatique, oxalique ou urique : régime, médicaments, cures hydrominérales. Celui-ci est capital, et se prolongera longtemps pour éviter les récidives.

*Local*, le traitement aura pour but de *calmer sans irriter*. Les lavages de l'urèthre avec des solutions émollientes : guimauve, camomille, etc., et, de temps à autre, des solutions légèrement caustiques d'albuminate d'argent, à dose très faible, suffisent dans bien des cas. On y associera, dans les cas particulièrement irritables, des applications à demeure de crayon à l'ichtyol et oxyde de zinc. On les complétera de massages doux de la prostate, d'applications rectales peu intenses de diathermie. Quelquefois cependant, devant la persistance de la sécrétion et des filaments, lorsqu'aucune infection notable n'est intervenue, on tirera un réel bénéfice de cautérisations ou d'étincelage « de visu » à travers le tube uréthroscopique. Le Dr Marcel a eu l'occasion, en effet, d'examiner à l'uréthroscope deux malades atteints d'uréthrite cristallurique : outre un œdème diffus de l'urèthre prostatique, parsemé d'orifices glandulaires béants, il a noté dans l'urèthre antérieur de nombreuses folliculites sur une muqueuse craquelée, saignant au moindre contact, desquamant en vastes lambeaux, et pour ainsi dire eczématiforme.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**L'association de l'autohémothérapie et des extraits endocriniens dans le traitement des diverses psychopathies.**

Le Docteur R. Biot expose que cette méthode consiste à injecter des extraits endocriniens mélangés au moment même, au propre sang du malade ; on pratique en général une injection par semaine ; parfois, il est nécessaire de faire une injection tous les quatre jours.

Il a tenté de traiter ainsi toutes sortes de troubles de l'humeur — au sens moral du mot, — aussi bien des agitations que des dépressions, depuis les formes atténuées jusqu'aux symptômes graves, aussi bien des inaptitudes au travail que des troubles de la sexualité, voir des altérations psychiques, où se discutait le diagnostic de schizophrénie.

A ces malades, se basant sur des analyses biologiques, il a été amené à injecter, mélangés au sang, des extraits testiculaires, ovariens, des extraits thyroïdiens ou hypophysaires, ou même des mélanges de ces divers produits.

Des succès, comme des échecs, ont été notés. La méthode est difficile, car il faudrait faire de très nombreuses réactions biologiques du sang pour surveiller, comme pas à pas, et à chaque nouvelle injection thérapeutique, les réactions biologiques humorales ; ce qui supposerait l'installation technique et la compétence d'un laboratoire spécialisé.

Cependant les succès obtenus paraissent suffisants pour signaler la méthode, dont l'étude mérite d'être poursuivie. (*Le Progrès Médical*, 20 février 1932.)

**Les traitements abortifs du phlegmon péri-amygdalien.**

Si certains phlegmons péri-amygdaliens avortent d'eux-mêmes, on peut dire aussi que l'efficacité d'une méthode abortive dépend en grande

partie du moment où on l'applique. Passé le quatrième jour, le pus se collecte déjà. Tout au début, au contraire, quand apparaît l'œdème annonciateur du phlegmon, la thérapeutique abortive se montre logique et doit réussir : on est encore loin de l'heure chirurgicale.

Quant à savoir si le moment propice pour le traitement abortif est dépassé, seule, la ponction faite correctement peut renseigner d'une façon certaine, et permet d'exécuter le geste nécessaire.

Pour faire avorter un phlegmon péri-amygdalien, on peut recourir, soit à un traitement général, soit à un traitement local.

Le premier consiste à pratiquer une injection intra-musculaire ou intra-veineuse d'électrargol (5 c. c.), ou une injection sous-cutanée profonde de propidon (4 c. c.). C'est la thérapeutique de choc avec réaction générale, température à 40°, frisson, etc., au bout de deux à trois heures. La réaction terminée, il est fréquent de voir que le malade souffre moins; la rétrocession peut ensuite être rapide, si l'injection a été pratiquée au premier ou au deuxième jour de l'œdème pharyngé.

Le traitement local intervient en plein foyer ; on pique à 1/2 cent. de profondeur, soit au lieu d'élection de la ponction exploratrice, c'est-à-dire dans le pilier antérieur, au-dessus et en dedans de la dernière molaire, soit en plein voile, là où la tuméfaction est la plus marquée. On peut injecter soit 2 c. c. de bacté-staphyphage, soit 1 c. c. d'électrargol. Dans le premier cas, il est bon d'injecter dans le muscle 10 c.c. de sang, prélevé sur le malade lui-même. La douleur de cette piqûre est assez vive durant vingt ou trente minutes; puis, en quelques heures le gonflement s'atténue, et le malade éprouve une agréable sensation de bien-être. En 24 ou 48 heures, tout est rentré dans l'ordre, si l'on est intervenu dans les deux premiers jours; plus tard, le traitement abortif n'existe plus; cependant la suppuration sera plus franche, plus rapide, la durée de la maladie sera raccourcie. (*Journal des Praticiens*, 20 février 1932.)

**Intoxication par le tétrachlorure de carbone.**

MM. Lecornu et Pecker rapportent un cas d'intoxication mortelle par ce corps, utilisé comme extincteur d'incendie. Le tétrachlorure de carbone s'emploie de plus en plus dans l'industrie; il peut donner lieu à des intoxications graves, du type hépato-néphrite.

En médecine, on l'utilise dans certaines parasitoses intestinales, en particulier dans l'ankylostomiase (capsules de 50 cgr.), et l'on a vu se produire des troubles cérébraux, du délire, des convulsions, des troubles hépatiques et des vomissements bilieux. C'est un antiseptique pour désinfecter le champ opératoire (solution d'iode à 3 % dans $CCl^4$) ; c'est un parasiticide pour détruire les insectes et imprégner les lentes. En dermatologie, il dissout les graisses. Mélangé au sulfure de carbone, il sert au traitement des affections avec séborrhée.

Dans l'industrie du caoutchouc son emploi est apprécié ; c'est aussi un extincteur d'incendie.

Dans les intoxications expérimentales, ce sont, d'abord des tremblements, des crises convulsives, puis des symptômes pulmonaires, type œdème aigu. Les lésions constatées portent uniquement sur le poumon et sur le foie.

Des précautions s'imposent pour l'utilisation de ce corps ; il faut notamment recruter un personnel indemne de tares pathologiques, et qui se conforme strictement au mode d'emploi indiqué pour l'utilisation des appareils. (*Bruxelles médical*, 21 février 1932.)

**Les pleurésies tuberculeuses para-rhumatismales.**

MM. Lafforgue et Andrieu attirent l'attention sur une variété de pleurésie, qui peut apparaître au cours du rhumatisme articulaire aigu, et qui n'est pas, comme dans un grand nombre de cas, de nature rhumatismale.

En voici un exemple : un sujet présente une atteinte de rhumatisme polyarticulaire aigu (type Bouillaud) et, dans la semaine qui suit, un épanchement séro-fibrineux de la plèvre. Le traitement salicylé institué à hautes doses a vite raison des fluxions articulaires, mais il se montre entièrement inefficace vis-à-vis de l'épanchement pleural, qui continue de croître, s'immobilise et n'aboutit que tardivement à une régression lente.

Des nuances cliniques, seules, permettent de distinguer cet épanchement spécial des pleurésies rhumatismales proprement dites ; son début est plus insidieux ; le point de côté est peu violent ; le frisson est d'intensité variable ; l'hyperesthésie thoracique fait défaut, de même que la vive dyspnée initiale ; l'épanchement pleural est plus considérable, moins étroitement circonscrit : il présente un accroissement progressif plus régulier, une période d'état plus prolongée ; il a peu de tendance à la bilatéralité.

Du côté du thorax, il faut signaler deux particularités : *a*) l'absence de congestion pulmonaire aiguë sous-jacente, et de l'expectoration visqueuse, qui en est le reflet ; *b*) l'absence de complications endo-péricardiques, si communes dans le rhumatisme pleural.

Parfois, la nature hémorragique de l'épanchement peut aiguiller vers la tuberculose. Ces divers indices entraînent une présomption, qui se trouve renforcée par l'échec du traitement salicylé, actif d'autre part sur les localisations articulaires.

Mais c'est le diagnostic biologique, qui entraînera la certitude, en particulier l'examen de

l'épanchement, non point tant l'examen physico-chimique ou cytologique que l'examen bactériologique. Sans parler de l'examen direct peu décisif, l'inoculation au cobaye et la culture du liquide pleural lèveront le doute. (*Paris Médical*, 20 février 1932.)

### De la saignée des veines jugulaires externes.

M. P. Grellety-Bosviel précise que ce mode de saignée est indiqué quand l'œdème rend difficile la saignée au pli du coude, ou quand des troubles cérébraux surviennent au cours de l'asystolie et de la compression de la veine-cave supérieure.

Cette saignée se fait avec une aiguille d'un calibre de 12/10es de millimètre, d'une longueur de 3 cm. avec un biseau demi-long. Le garrot est inutile. L'aiguille est montée sur une seringue de 10 c.c. Le pouce de la main gauche fixera la jugulaire au-dessus de la clavicule et empêchera ainsi l'entrée de l'air. La ponction se fera sur la partie moyenne de la jugulaire. Quand l'aiguille sera enfoncée dans la veine, on retirera la seringue, on mesurera au besoin la pression veineuse, et on renouvellera cette mesure après la saignée. Ensuite, après avoir retiré l'aiguille, on déplacera les plans cutanés avec un coton imbibé d'alcool, et on appliquera une légère couche de collodion.

Le bistouri rend la saignée plus rapide. On peut prélever de 5 à 600 c. c.

Ce mode de saignée, en agissant directement sur la stase cérébrale, donne des résultats plus intenses et plus rapides que ceux de la saignée au bras. Elle sortira le malade d'une situation dangereuse ; ses effets cliniques varieront avec la maladie en cours. (*La Presse médicale*, 5 mars 1932.)

### De la sérothérapie préventive antitétanique.

Les Docteurs Chavannaz et Fontan ont présenté sur ce sujet, un rapport détaillé à la Société de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest. En voici les principales conclusions :

Le tétanos existe dans la région bordelaise plus fréquemment que ne le croient certains médecins. Si Bordeaux paraît peu tétanifère, certaines zones de la banlieue sont suspectes, en particulier, les allées de Boutant et Bègles. Les usines métallurgiques paraissent indemnes de souillure tétanique, à l'instar des usines métallurgiques du Nord et du Creusot. Enfin, il y a une zone éminemment tétanifère, c'est la région d'Ambarès, Saint-Loubès, Saint-Sulpice, Saint-Izon, qui est l'équivalent de la région de Nanterre à Paris.

Le tétanos peut survenir même après une blessure insignifiante, et les auteurs n'ont pas trouvé le critérium absolu de la plaie tétanigène.

En matière de sérothérapie préventive antitétanique, l'opinion et la conduite du Corps médical sont très variables, en raison de la crainte des accidents sériques.

Le chiffre de 40 % d'accidents sériques, donné par les classiques, paraît actuellement trop faible ; il paraît être de 60 à 80 %. Il peut y avoir des accidents sériques graves (troubles cardiaques angineux, paralysies sériques, etc.).

Les indications de la sérothérapie antitétanique préventive, formulées par l'Académie de médecine, sont un minimum. Il est donc nécessaire de faire une injection de sérum dans les cas de plaies contuses, de plaies anfractueuses, de plaies infectées, de plaies contenant des corps étrangers. Il ne faut pas négliger cette manœuvre pour certaines blessures, qui paraissent particulièrement dangereuses au point de vue du risque de tétanos (piqûres en particulier par des clous rouillés ; plaies des extrémités ; hématomes sous-unguéaux).

Malgré les craintes de l'Académie de médecine, les auteurs n'ont pas rencontré d'observations de tétanos après une plaie souillée par le cambouis, et il leur semble que ces plaies s'infectent bien moins fréquemment que ne le croient certains.

Pour prévenir l'éclosion du tétanos, le traitement chirurgical de la plaie est capital.

La vaccinothérapie antitétanique, aujourd'hui réalisable, est à conseiller ; elle permettra peut-être, au prix d'injection de rappel, d'éviter la sérothérapie pour les plaies très minimes, où celle-ci ne s'impose pas. (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, janvier-février 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### De l'emploi de la morphine chez l'enfant.

(M. Armand-Delille. — *Académie de médecine* ; 28-6-1932.)

Depuis Trousseau, l'emploi de la morphine chez l'enfant est considéré comme dangereux et l'on sait avec quelle prudence l'opium est prescrit dans le jeune âge.

S'appuyant sur une série de recherches faites dans le but d'obvier par la morphine aux accidents de l'anesthésie chirurgicale, chez l'enfant, M. Armand-Delille est amené à considérer l'usage de ce méd'cament en pratique pédiatrique, même dès la première année de la vie, non seulement comme sans danger, mais comme précieux avant l'anesthésie chirurgicale. Egalement, avant d'entreprendre un premier pneumothorax thérapeutique, chez l'enfant, l'auteur pratique une injection de morphine, avec ou sans scopolamine, afin d'éviter le réflexe pleural.

Il utilise la solution à 1 p. 100 (un centigr. de morphine par cent. c.), et aux doses suivantes. Il injecte :

| | |
|---|---|
| A 12 ans.............. | 1 cent. cube. |
| Au-dessous de dix ans .... | 3/4 de c. c. |
| — de six ans... | 1/2 c. c. |
| — de quatre ans. | 1/3 de c. c. |
| — de deux ans... | 1/4 de c. c. |

Avec ces doses il n'a jamais eu d'accidents. Par contre, il a obtenu de grands avantages. Il n'a plus observé, en particulier, de cas de syncope blanche du début de l'anesthésie (chloroforme, éther, chlorure d'éthyle) en faisant au préalable une injection de morphine.

Il conclut qu'il y a lieu de revenir sur l'opinion ancienne du préjugé de prohibition de la morphine dans le jeune âge. Son expérience porte maintenant sur plus de 800 cas.

### Etude du virus rabique.

(MM. C. Levaditi, J-G. Mezger et Mlle Schœn. — *Académie de médecine* ; 7-6-1932.)

Etudiant le virus rabique, chez des animaux (souris et rats) atteints de rage expérimentale à virus des rues, les auteurs y ont décelé un germe dont la nature protozoaire et microsporidienne apparaît de plus en plus probable.

D'autres recherches, disent-ils, sont nécessaires pour préciser avec toute la rigueur désirable, l'évolution du virus de la rage dans les cellules nerveuses, « Mais, remarque M. Levaditi, les faits exposés dans la présente communication, s'ajoutant à ceux relatés dans nos travaux antérieurs, plaident en faveur de la nature protozoaire du germe de la rage et de ses affinités avec les microsporidies. En attendant de nouvelles investigations, nous sommes d'avis de conserver la dénomination de *glugea lyssœ* pour désigner le parasite de la rage. Utiliser le nom d'*encephalitozoon rabiei*, que proposent Manouélian et Viala dans un travail paru après la communication préliminaire de Levaditi, Nicolas et Schœn, c'est courir le risque d'une regrettable confusion. »

### Pour faciliter la totérance des sels d'or en chrysothérapie.

(MM. F. Dumarest et H. Mollard. — *Académie de médecine* ; 7-6-1932.)

Les sels d'or ne sont pas, tant s'en faut, toujours bien supportés par les malades, les tuberculeux en particulier, à qui on les administre. Pour atténuer ces inconvénients, MM. Dumarest et Mollard ont substitué aux solutions aqueuses des préparations huileuses de sels d'or. Ils ont noté une tolérance très supérieure, qui apparaît plus particulièrement avantageuse chez les malades dont la susceptibilité réactionnelle est grande ou qui présentent, avant l'institution de la chrysothérapie, une insuffisance fonctionnelle des viscères chargés du métabolisme. Le véhicule qu'ils emploient est l'huile d'amandes douces.

### Vaccination antidiphtérique simplifiée. Essais d'application dans l'armée.

(M. Dopter. — *Académie de médecine* ; 31-5-1932.)

Dans une communication récente, M. Dopter faisait connaître les résultats obtenus dans l'armée à la suite de vaccination associée antityphoïdique et antidiphtérique, cette dernière par la méthode habituelle des trois injections espacées de trois semaines.

On sait que la vaccination antidiphtérique par les trois injections (de 1/2 c. c., 1 c. c. 1/2 d'anatoxine titrant dix unités par c. c., soit 30 *unités* au total) laisse une proportion de 45 % en moyenne de non succès, de vaccinés insuffisamment immunisés. Pour parer à cette défic'ence, on a proposé de faire une quatrième injection ou d'employer une anatoxine titrant un chiffre plus fort d'unités, en trois ou même seulement deux injections.

La technique procédant en deux injections avec une anatoxine de titre élevé offre, pour l'armée, un gros avantage, celui d'être une moindre entrave à l'instruction militaire, partant d'être plus pratique et plus facilement réalisable. Mais, cette technique simplifiée donne-t-elle des résultats satisfaisants ? M. Dopter y a eu recours dans deux circonstances,

dans des milieux régimentaires, à Colmar et à Vincennes, où sévissaient des foyers de diphtérie. Il fut pratiqué deux injections, l'une de 1 centimètre cube, l'autre de 1 c. c. 5, d'une anatoxine titrant 15 unités (soit au total 37 unités 5). A la suite de ces vaccinations, les deux épidémies cessèrent. Outre son activité et ses avantages sur la méthode à trois injections, la vaccination par deux piqûres a un autre bénéfice : celui de procurer l'immunisation plus rapidement, particularité intéressante en période épidémique. Il conviendrait donc d'en poursuivre l'expérimentation.

### La stroboscopie du larynx.

(M. J. TARNEAUD. — *Académie de médecine* ; 24-5-1932.)

M. Tarneaud présente un appareil, dit strobo-rama, permettant l'examen stroboscopique du larynx. La laryngoscopie effectuée avec cet appareil peut fournir une appréciation de l'amplitude des vibrations des cordes, de la nature et la durée de leur accolement, en un mot donner des indications sur l'état *fonctionnel* normal ou pathologique des cordes vocales.

### Sur un nouvel organe du ligament large de la femme.

(M. Bernard CUNÉO. — *Académie de médecine* ; 24-5-1932.)

Sur des pièces opératoires, M. Cunéo a rencontré, avec un caractère de constance, un petit organe, appendu au ligament large de la femme, organe de 2 à 5 centimètres de longueur, grêle, non individualisé encore tant au point de vue morphologique que fonctionnel. Il a semblé à l'auteur, qu'en ce moment où la question des hormones génitales est à l'ordre du jour, la description de ce petit organe pourrait présenter quelque intérêt.

### Les débits de boissons non alcooliques.

(M. LEGRAIN. — *Académie de médecine* ; 24-5-1932.)

M. Legrain, apôtre de l'antialcoolisme, signale tout l'intérêt des débits de boissons non alcoolisées. Les « Abris du marin » sont des prototypes du genre. Ces abris, au nombre de 11, fonctionnent depuis trente-deux ans sur la côte bretonne. Outre leur rôle hygiénique, ils constituent un appoint appréciable à la vente des fruits frais, raisins consommés en jus non fermenté, pasteurisé.

L'auteur rappelle qu'en Suisse la consommation des jus de fruits pasteurisés a pris de grandes proportions. On les trouve chez le paysan, dans les hôtels, dans les restaurants populaires, sportifs, etc. Il y aurait là un remède à la mévente des vins.

— M. ACHARD ajoute que dans certains pays d'Orient on produit beaucoup de raisin mais peu de vin. Le raisin est consommé en nature.

La communication de M. Legrain est finalement renvoyée à la Commission de l'alcoolisme, pour étude.

P. L.

### Le problème des hémorragies dites essentielles ; les intolérances gastriques à forme hémorragique.

(M. A. TZANCK. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 29-4-1932.)

L'hémorragie peut être la manifestation d'une sursensibilité organique, aussi bien que l'urticaire ou que l'asthme ; cette conception nous rapproche singulièrement de la conception ancienne des hémorragies dites essentielles.

Comme pour l'urticaire et pour l'asthme, la notion d'anaphylaxie peut être évoquée à propos de ces hémorragies. Il faut aussi rappeler que nombre de purpuras ont pu être mis sur le compte de l'anaphylaxie ; certaines hématuries ont une signification identique. Les hémorragies gastriques à répétition paraissent être des faits du même ordre. D'autres hémorragies considérées antérieurement comme essentielles sont aussi appelées à rentrer dans le cadre des intolérances hémorragiques.

### La sclérose des varices et des hémorroïdes par la glycérine chromée.

(M. JAUSION, MÉDIONI, PECKER et GAZLAU. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 29-4-1932.)

Le mélange sclérogène est le suivant :

| | |
|---|---|
| Glycérine ............. | 126 grammes |
| Alun de chrome......... | 1 gr. 50 |
| Eau distillée ........... | 200 grammes |

à répartir en ampoules de 5 c. c., à stériliser quarante-cinq minutes à 100°.

L'alun de chrome, sans rien enlever à la glycérine diluée des avantages reconnus, augmente le pouvoir sclérogène, en même temps qu'il empêche les petites hématuries, imputables au polyol. La glycérine chromée, préparée à partir de produits définis et purs, représente le meilleur des agents sclérogènes. Cette solution convient tant à la cure des varices qu'à celle des hémorroïdes.

Pour les varices, les auteurs injectent de 5 à 10 c. c., et rarement 15 ou 20, bien qu'il soit possible d'atteindre 40 c. c., sans encourir le moindre choc. Ils poussent la charge en un temps, et en un seul foyer variqueux, convenablement choisi. Ils utilisent des aiguilles du type ordinaire pour intraveineuses banales, afin de disposer, pour ce liquide légèrement visqueux qu'ils préconisent, d'une vitesse d'injection d'une demi-minute au maximum. Entre deux séances, il faut un intervalle d'une semaine. On doit néanmoins insister jusqu'à l'oblitération totale ; sa perception nette est le seul critérium qui permette d'arrêter le traitement. La glycérine chromée obtient en règle générale la

sclérose des veines d'un membre inférieur en deux à quatre séances, rarement plus.

Pour les hémorroïdes, la technique est simplifiée ; elle est anodine et permet de soulager ordinairement en un seul temps ; on ne traite d'ailleurs que les hémorroïdes externes ou mieux procidentes. L'opération, bien que très brève, est douloureuse ; aux anesthésiques injectables, il faut préférer l'application plusieurs fois répétée de liquide de Bonain.

La glycérine chromée a d'indéniables avantages sur beaucoup d'autres produits : brièveté d'action, défaut de causticité, innocuité. Elle permet de soigner avec douceur ces troubles veineux. Comme elle est efficace, elle permet de belles cures, très simples si l'on s'en tient au plus modique des manuels opératoires.

**Sur la rechloruration au cours de certains troubles digestifs.**

(MM. L. Binet et Zamfir. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 29-4-1932.)

Encouragés par les résultats obtenus au moyen des injections intraveineuses de solutions salines hypertoniques à 10 p. 100 chez des sujets atteints d'occlusion intestinale, les auteurs restent fidèles à cette méthode. Ces injections, qui doivent être effectuées lentement, donnent des résultats rapides et complets ; elles permettent d'agir vite et fort et, dans certains cas, constituent un traitement d'urgence efficace.

**Sur l'origine des hématémèses.**

(MM. René A. Gutmann et Michel I. Demole ; *Soc. médicale des hôpitaux de Paris* ; 29-4-1932.)

L'origine des hémorragies digestives est un des problèmes les plus délicats de la gastro-entérologie. Pratiquement, les auteurs démontrent qu'en présence d'une hémorragie digestive, il ne faut pas penser *a priori* qu'il s'agit d'une maladie de l'estomac ou du bulbe et qu'il faut l'opérer.

On peut dire approximativement que sur cent hématémèses un quart ressortit à une maladie organique gastro-duodénale ; plus d'un quart comprend des vésiculaires ou des appendiculaires ; un troisième quart groupe des affections diverses ; le dernier quart ne peut être à l'heure actuelle diagnostiqué dans son étiologie.

**L'ostéotomie sous-trochantérienne « en console », dans les pseudarthroses du col du fémur.**

(A. Treves. — *Soc. de médecine de Paris* ; 23-4-1932.)

Les douleurs, qui accompagnent ces pseudarthoses, sont dues à l'adduction du membre, qui augmente le raccourcissement, et à la position en porte à faux, grâce à laquelle le fragment diaphysaire glisse contre l'aile iliaque, tiraille la pseudarthrose, et contracture les muscles.

L'auteur propose, après repérage radioscopique, de sectionner transversalement le fémur, immédiatement au dessous du bord inférieur de la tête fémorale, de faire glisser légèrement en dedans le fragment inférieur, et de placer le membre en abduction.

La sorte de « console » ainsi créée s'appuie contre la tête fémorale et l'aile iliaque, supprime le porte à faux et les douleurs ; l'abaissement du bassin du côté malade compense le raccourcissement.

Le Dr T. présente l'observation et les radiographies d'une malade, chez laquelle cette méthode très simple a été suivie d'un succès complet.

G. F.

# Les Congrès

## Congrès français d'oto-rhino-laryngologie

21-24 *octobre* 1931

**L'aspiration en oto-rhino-laryngologie.** — MM. G. Worms et Rateau étudient les indications et la technique de l'aspiration. Ils utilisent soit la pompe à eau, soit la motopompe électrique à laquelle s'adaptent des canules et pipettes de modèles divers, suivant les besoins.

Complément très utile de la paracentèse du tympan, l'aspiration fait sourdre de l'oreille moyenne une quantité surprenante de pus, supprime les douleurs et accélère la guérison.

Elle facilite également la sortie des liquides contenus dans les sinus (antre maxillaire surtout et antre frontal, après évidement ethmoïdal).

L'aspiration des tonsilles permet non seulement de rechercher le « test amygdalien » (Le Mée), utile au diagnostic de l'amygdale coupable, mais de vider les cryptes de leur caséum plus ou moins septique.

Elle mérite, enfin, de prendre une place importante dans le traitement des abcès cérébraux.

**De l'emploi du muscle d'oiseau desséché et pulvérisé comme agent d'hémostase.** — Docteur Van Nieuwenhuyse (de Roubaix). — Le muscle d'oiseau est employé en neuro-chirurgie pour l'hémostase dans les cavités craniennes.

Il possède des propriétés coagulantes qui ont été utilisées déjà en cas d'hémophilie.

Afin de permettre une application plus étendue en

oto-rhino-laryngologie de cet agent d'hémostase, l'auteur a fait usage de muscle d'oiseau desséché dans le vide et pulvérisé.

**La cellulite en oto-rhino-laryngologie.** — H. Caboche (Paris). — La cellulite est assez fréquente à la région cervico-faciale et provoque, dans le territoire oto-rhino-laryngologique, des troubles qui méritent d'être étudiés.

Elle se manifeste avant tout par des douleurs (céphalée, algies cranio-faciales, douleurs locales) et des réflexes neuro-végétatifs (rougeurs de la face, bourdonnements, vertiges, etc.).

A la région cervicale, comme ailleurs, la cellulite doit être recherchée. Le plissement de la peau entre le pouce et l'index, la palpation, permettent de reconnaître un épaississement douloureux, une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel avec par places, de petits grains également douloureux.

La cellulite cervicale n'est pas une réaction inflammatoire. La pression ne provoque jamais de godet et l'évolution se fait sans température.

Consécutive à des infections légères des cavités naso-pharyngées, sinusales, etc., elle se manifeste de préférence chez des sujets auto-intoxiqués, notamment par troubles thyroïdiens.

Le traitement consistera en massages légers.

**Neuf cas de suppurations pulmonaires traités par aspirations bronchoscopiques.** — Coffin et Truffert rapportent sept cas d'abcès du poumon avec six guérisons cliniques et deux cas de suppurations pulmonaires avec une guérison.

Leurs conclusions sont les suivantes :

1° La technique bronchoscopique se présente avec une grande facilité d'exécution ;

2° L'utilisation pour la rétraction de la muqueuse bronchique d'une huile cocaïnée s'est révélée exempte de toxicité et semble assurer une durée plus prolongée du drainage de la cavité.

C'est à ce fait particulier autant qu'à l'aspiration que les auteurs attribuent les résultats favorables du traitement bronchoscopique.

**La bronchoscopie (Etat actuel de la question).** — A. Bloch et A. Soulas. — Toute bronchoscopie doit être précédée d'un examen médical qui permet d'établir des contre-indications provisoires ou définitives : mauvais état général, mauvais état cardio-vasculaire, manifestations inflammatoires pulmonaires aiguës.

L'anesthésie locale cocaïnique n'est utile qu'au-dessus de six ans.

Les auteurs étudient la valeur de la bronchoscopie au point de vue diagnostique : dans les cas de présomption de corps étrangers, de sténoses trachéale ou bronchique, dans toute hémoptysie qui ne fait pas sa preuve, dans certains cas de suppuration trachéo-bronchique, dans toute dyspnée ou toux d'origine trachéale ou bronchique, dans l'apparition d'une ombre radiographique para-hilaire.

Elle est également de mise pour le prélèvement endobronchique des sécrétions ou la biopsie d'une néoplasie bénigne ou maligne.

Au point de vue thérapeutique, le rôle de la bronchoscopie est à l'heure actuelle très nettement déterminé : elle permet d'enlever les corps étrangers, d'attaquer les tumeurs, de cautériser des ulcérations, de panser des muqueuses enflammées. Ces mêmes avantages se retrouvent pour le traitement des affections pulmonaires, et les auteurs insistent en particulier sur le traitement des abcès.

— L. Kindberg a observé, depuis 10 ans, plus de 150 cas d'abcès du poumon ; les méthodes bronchoscothérapiques doivent, d'une façon générale, être toujours, employées.

— M. R. Monod ajoute que pour le traitement des abcès du poumon, la bronchoscothérapie, sans danger et efficace, apporte à la chirurgie un appoint considérable, soit qu'elle se substitue, soit qu'elle s'ajoute à elle.

**Le cinéma en dessins animés dans l'enseignement de la bronchoscopie et de la bronchoscothérapie** — A. Soulas. — Le cinéma en dessins animés est un moyen de démonstration dont ont bénéficié la chirurgie générale (Pauchet), ainsi que la gastro-entérologie (Bensaude, Cambiès).

Il peut rendre des services pour la démonstration des manœuvres bronchoscopiques.

**Considérations sur le traitement des phlébites et thrombo-phlébites sinuso-jugulaires.** — Le Professeur Georges Portmann (Bordeaux) montre pourquoi, à son avis, le traitement des thrombo-phlébites du tronc sinuso-jugulaire compliquant une mastoïdite doit rester entièrement chirurgical. Il ne s'élève pas certes contre la thérapeutique médicale, qui ne doit pas être négligée, mais doit être considérée comme un adjuvant à la thérapeutique chirurgicale et en aucun cas ne doit retarder l'opération, si celle-ci est indiquée.

Le Professeur Portmann passe en revue les différents signes généraux ou locaux, avant l'intervention sur la mastoïde, pendant l'intervention ou après l'intervention, qui commandent une thérapeutique chirurgicale. Ce sont les signes généraux qui indiquent que l'intervention est nécessaire et ce sont les signes locaux qui guident au cours de l'opération.

Le thrombus organisé, qui n'est pas le point de départ d'accidents septicémiques ou pyohémiques, est une défense naturelle de l'organisme qu'il convient de sauvegarder. Par contre, si des complications d'origine veineuse sont flagrantes, le traitement actif s'impose, *même si la paroi du sinus ne paraît pas altérée* et si la circulation n'est pas interrompue.

Ce traitement comporte : 1° La ligature systématique de la veine jugulaire interne ; 2° l'ouverture et le tamponnement du sinus latéral ou du golfe, qu'on peut être amené à compléter par la résection de la veine jugulaire.

**Les abcès de la loge amygdalienne.** — G. Canuyt. — L'abcès péri-amygdalien dit « antéro-supérieur » siège dans le bucco-pharynx, au niveau de l'espace celluleux décollable situé entre la face externe de l'amygdale et la paroi latérale du pharynx.

L'auteur fournit les preuves de l'exactitude de ce siège anatomique en donnant les résultats des expériences pratiquées depuis deux années sur le cadavre et sur le vivant. Il propose donc de donner à cette cellulite le nom d'*abcès de la loge amygdalienne.*

Il attire l'attention sur l'importance des adhérences et par conséquent du passé amygdalien du malade, sur la valeur de la ponction exploratrice systématique et sur l'intérêt de l'amygdalectomie totale à chaud chez les sujets porteurs d'abcès de la loge amygdalienne. Cette opération a été pratiquée 51 fois sans accident. Si l'on préfère ne pas pratiquer l'amygdalectomie totale à chaud, M. Canuyt propose, en se basant sur les résultats de cette étude expérimentale, comme traitement chirurgical de ces collections, *l'ouverture large et au point déclive* sous anesthésie locale et régionale.

L'amygdalectomie totale paraît être le traitement prophylactique le plus logique des *abcès de la loge amygdalienne.*

**Le compresseur de Bosviel dans le traitement des hémorragies consécutives à l'amygdalectomie.** — Docteur Durif (de Clermont-Ferrand). — Cet instrument, délaissé par les spécialistes, mérite d'être rappelé à leur attention, car il peut leur rendre de grands services.

Son application est facile, même chez les enfants nerveux et indociles. Ne pas laisser en place plus de quatre heures, et réduire progressivement la compression qui, au début, doit être assez énergique. On évite ainsi l'œdème du larynx, qui, s'il se produisait, serait combattu par l'application de sangsues dans la région sous-angulo-maxillaire.

**Les causes de réussite ou d'échec de la radiumthérapie du cancer de l'œsophage.** — Docteur Jean Guisez. — La radiumthérapie a certainement très amélioré le pronostic du cancer de l'œsophage, donnant au malade pendant un temps très long l'illusion de la guérison, car l'alimentation redevient normale avec souvent un appétit très vif.

Mais avant d'entreprendre pareil traitement il faut, sous peine d'échec, en connaître les règles : l'expérience que possède M. Guisez lui permet de les formuler de façon assez précise. Cette expérience est déjà grande, puisqu'elle remonte à une vingtaine d'années et que l'ensemble des cas traités dépasse 600 à l'heure actuelle.

Le diagnostic doit être posé sous œsophagoscopie. L'aspect endoscopique ne trompe pour ainsi dire jamais un œil exercé. La biopsie n'a de valeur que si elle est nettement positive.

Il faut avoir fixé le siège du cancer, repéré exactement depuis les arcades dentaires, et le degré de perméabilité de la sténose, car ce traitement ne peut être entrepris que si la sténose peut être franchie par la longue sonde porte-radium. Il faut aussi avoir établi la longueur du canal œsophagien qui est pris par le mal, ce qui est facile avec un petit œsophagoscope, après les premières applications, lorsque l'on a obtenu un certain degré de dilatation.

Il ne sera entrepris que si l'on pense que les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage ; aussi faut-il s'en abstenir chaque fois qu'il y a des signes de propagation. En particulier, les résultats sont meilleurs dans le cancer du tiers moyen qui semble se propager moins vite aux organes voisins. Enfin, il faut que l'état général permette semblable traitement qui ne doit pas être interrompu. On emploiera une sonde porte-radium convenable, c'est-à-dire une longue sonde qui dépasse la tumeur par son extrémité et contienne le radium qui reste ainsi le temps nécessaire en bonne place. Les appareils courts, susceptibles de se déplacer, doivent être proscrits. Le radium sera fortement engainé dans un tube en platine et inclus dans une sonde en gomme amétallique.

Toutes les premières applications seront faites sous endoscopie, et comme celles-ci sont pour ainsi dire journalières, il faut, pour entreprendre semblable traitement, savoir manier le tube endoscopique pour ne pas traumatiser le malade : il ne doit être entrepris que par ceux qui sont rompus à son usage. Sinon, l'on risque de ne faire que de l'à peu près, et d'aggraver le cas plutôt que de l'améliorer.

Les échecs sont dus en grande partie à des fautes de technique, à ce que l'on n'a pas posé exactement les indications et les contre-indications avant de l'entreprendre.

**Sur le traitement du tertiarisme laryngé grave.** — Docteur Gault (de Dijon). — Le Docteur Gault estime qu'en cas de tertiarisme laryngé grave, l'iodure de potassium, trop peu employé aujourd'hui, doit être utilisé et surtout à doses suffisantes, c'est-à-dire au moins 3 ou 4 grammes et plus. Si, à ce jour, l'iodure est trop négligé, c'est bien souvent par crainte de l'œdème laryngé. Mais dans les cas graves, les seuls envisagés ici, cette question est secondaire, et l'on doit être prêt à y remédier par une trachéotomie préalable ou d'opportunité, opération simple sous cocaïne.

**La question vocale.** — Professeur Moure et Docteur Junca. — Fréquent et néfaste aux professionnels de la voix, le malmenage — bien défini par MM. Moure et Bouyer dans un rapport présenté en 1907 à la Société française de laryngologie — l'est aussi dans la vie journalière, où il détermine de véritables *cacophonies*, souvent familiales, qui apparaissent dès la première enfance, et sont la cause déterminante de nombreuses laryngites professionnelles.

Contre ce mal, d'autant plus redoutable qu'il est le plus habituellement méconnu, il n'est qu'un remède : la vulgarisation des principes de prophylaxie et d'hygiène vocales.

C'est celui que proposent les présentateurs, en suggérant, pour y aboutir, l'organisation de la *culture vocale physiologique* dans les écoles normales, au profit des futurs maîtres de l'enfance.

Cette réforme aurait le double avantage de prémunir contre les risques d'impotence fonctionnelle une catégorie importante de professionnels de la voix, et de les instruire de notions auxquelles serait assurée de la sorte une large diffusion.

**La méthode de déplacement dans le diagnostic et le traitement des sinusites.** — J.-M. LE MÉE et M. BOUCHET. — La méthode de déplacement consiste à substituer à l'air normalement contenu dans les sinus un liquide qui peut être soit un liquide médicamenteux lorsqu'on utilise la méthode dans un but thérapeutique, soit un liquide radiopaque lorsqu'on utilise la méthode dans un but diagnostique.

Après avoir exposé le principe de cette méthode, actuellement très employée en Amérique, les auteurs précisent la technique d'injection des divers sinus, et les trois positions radiographiques dans lesquelles doivent être pris les clichés de contrôle.

Ils utilisent la position assise et le rayon horizontal. Le film, la tête du patient et l'ampoule sont rigoureusement solidaires. Ceci permet des radiographies exactement comparables les unes aux autres, et fournit un enseignement véritablement nouveau : le temps d'évacuation du sinus. Ce temps est normalement de soixante-douze heures.

De nombreuses déductions peuvent être tirées de ses variations.

On facilite l'étude du temps d'évacuation en mélangeant au lipiodol injecté une huile chlorophyllée qui fait que le malade mouche vert pendant toute la durée de la présence de l'huile dans les sinus : c'est le signe du mouchoir.

Des études physiologiques et pathologiques ont été entreprises pour accélérer ou retarder ce temps d'évacuation. Il est retardé par la pilocarpine, accéléré par l'éphédrine.

Abordant le côté thérapeutique de la méthode, les auteurs discutent les indications respectives du sérum physiologique, des antiseptiques et des anesthésiants.

Ils concluent :

1° Méthode ni douloureuse, ni offensante. Le seul instrument introduit dans le nez étant le liquide qui pénètre dans le sinus par son propre poids.

2° Elle simplifie le lipiodo-diagnostic des cavités péri-nasales et surtout l'amplifie par l'étude du temps d'évacuation rendue plus facile par le signe du mouchoir.

Projections de clichés montrant la technique et les résultats de la méthode.

**Quelques cas de cornets bulleux avec complications optiques et nerveuses.** — A. SARGNON. — Dans cette communication, l'auteur rapporte cinq cas de cornets bulleux avec complications. Dans trois cas, il s'agissait de complications optiques : névrite optique avec papillite grave pour deux d'entre eux, mais unilatérale. Dans le troisième, très intéressant et très grave, il s'agissait d'œdème papillaire à gauche avec pus dans la bulle osseuse postérieure du cornet moyen gauche. L'opération de la partie postérieure du cornet a amené la guérison optique ; six mois après, névrite rétro-bulbaire aiguë à droite, ablation d'emblée du cornet moyen droit qui était bulleux, mais seulement aérien. Guérison rapide des troubles optiques à droite. Plusieurs de ces malades ont été vus avec le Docteur Grandclément, occuliste, et l'un d'entre eux, avec le Docteur Parthiot.

Dans les deux autres cas, il s'agissait de complications nerveuses : dans une observation par exemple, ce sont des céphalées, des lourdeurs et des éblouissements chez un astigmate bilatéral, porteur d'un gros cornet moyen bulleux ; dans l'autre, extrêmement rare, peut-être unique, c'est une sudation faciale unilatérale, rebelle, consécutive à une gêne nasale par gros cornet inférieur, crête de cloison et surtout gros cornet moyen bulleux, contenant un liquide analogue à du mucocèle. Dans ce dernier cas, l'opération nasale amena la guérison instantanée, comme si on avait fait une section nerveuse.

Ces malformations du cornet moyen peuvent amener des complications, nerveuses et surtout optiques, qui parfois peuvent être graves.

Le diagnostic du cornet bulleux est difficile. Il peut être soupçonné, mais en pratique il est surtout réalisé par l'acte opératoire de la résection plus ou moins partielle du cornet moyen.

Dans des cas de cornets bulleux avec complications, on peut essayer le traitement médical local nasal à l'éphédrine ou à l'adrénaline, mais sans insister. Si la lésion optique est grave, il faut agir très vite chirurgicalement par l'ablation partielle du cornet moyen, opération sans aucune gravité et qui, en pareils cas, donne des résultats constants, souvent très rapides et inespérés.

# Les Livres

**L'épilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde,** par le Dr Gilbert Robin, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris.

C'est en général par la crise convulsive que l'épilepsie fait sa preuve. Mais la crise a des équivalents qui ont également la valeur d'une signature. En outre, certains troubles intellectuels caractérisés essentiellement par la lenteur et l'obnubilation psychiques, des perturbations du caractère, des réactions morbides, contribuent à constituer un ensemble clinique désigné par les expressions de constitution, caractère, mentalité épileptoïdes. Ces derniers traits du caractère épileptoïde, ne peut-on les rencontrer, en dehors des crises paroxystiques classiques, et en leur absence, chez des enfants qui, néanmoins, méritent d'être rangés dès lors sous la même étiquette nosographique ? C'est ce que Gilbert Robin étudie, dans ce travail né, comme il l'affirme en préambule, de l'observation, disant « ce que montre la clinique » sans chercher plus avant !

A côté de la crise comitiale classique, on observe chez certains enfants des troubles atypiques : rire incoercible, impulsions verbales grossières, spasmes, vertiges, absences..... Quand on aura différencié l'épilepsie de la tétanie, de la psycholepsie, de l'hystérie, de la cataplexie, on devra préciser l'affection dont la manifestation épileptique est symptomatique. Après avoir éliminé les affections organiques causales, on en arrivera aux cas essentiels, ou qualifiés tels, composant un syndrome qui définit la constitution épileptoïde, et dont les éléments sont la lenteur ou bradypsychie, l'obnubilation intellectuelle qui n'est pas un équivalent épileptique, mais prend place entre la bradypsychie et l'absence, celle-ci intéressant l'esprit seul, la conscience et la sensibilité restant en dehors ; les troubles de l'écriture, de l'humeur et du caractère, chez des enfants à hérédité chargée, la colère, les réactions antisociales, la turbulence, les troubles du sommeil, l'énurésie, les fugues, etc.

« La constitution épileptoïde mérite droit de cité dans la classification psychiatrique. Elle doit figurer dans la liste des constitutions, à côté des constitutions paranoïaque, perverse, émotive, schizoïde, cyclothymique, psychasthénique. Sans doute les traits que j'ai énumérés sont sujets à caution. Ils seront précisés, complétés..... Ainsi la constitution épileptoïde se manifestera dans tout son relief... Accorder droit de cité à la constitution épileptoïde, la dépister précocement chez l'enfant, la traiter, ce sera faire œuvre utile aux points de vue prophylactique, psychologique, pédagogique et social » (1).

G. Duchesne.

Editions de l'Esprit médical. — A. Fleury, 45, rue de Turenne, Paris.

Dr Léopold Lévi. — **Nervosisme et glandes endocrines.** (Un vol. in-16 : 18 francs.)

Le nervosisme, qui servait finalement à masquer notre ignorance, commence à s'éclairer grâce à l'étude des glandes endocrines. Et, si le système nerveux exerce une fonction régulatrice générale, il se trouve néanmoins soumis, lui aussi, à une régularisation à laquelle concourt l'harmonie des glandes à sécrétion interne, et qui s'exerce par l'intermédiaire des échanges organiques.

Ce volume est un guide sûr pour se débarrasser ainsi des petit mentaux « incurables », qui se rencontrent dans toute clientèle.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Ulysse Boucoiran, éditeur, 62, rue du faubourg Saint-Martin.

Dr A. Peytoureau, expert des tribunaux et Alf. Bitterlin, professeur d'esthétique. — **Le pédicure moderne.** Un vol. 172 pages, 149 figures. Prix : 40 francs.

Librairie agricole de la Maison rustique 26, rue Jacob, Paris, VIe.

Hte Barbet-Charton. — **Utilisation des fruits.** Emploi frais. Confitures. Conserves. Un vol. 230 pages, 80 gravures. Prix : 13 fr. 20 franco.

Imprimerie Bailly et Wetthteins 6, rue Colbert, Nancy.

Dr Hubert Wiltzer. — **L'apophysite calcanéenne de croissance.** Un vol. 192 pages, 31 figures.

(1) G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (18 francs.)

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## L'Actualité Professionnelle

### MÉDECINE SOCIALE — RECHERCHES ET PRÉVENTION

### Le Passé, le Présent, l'Avenir

III

On a dit, et il est parfaitement exact, *qu'il* n'est pas indispensable de disposer de centres de recherches pour soumettre un sujet à tous les examens spécialisés que son état réclame, préventivement ou curativement. Pour bien montrer dans quel esprit et avec quelle objectivité j'ai conçu et je publie mon étude (1), je place à la fin de cette troisième partie le rapport établi par M. HERPIN, pour la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, sur l'*Organisation des recherches en vue du diagnostic*.

J'avais déjà cité sympathiquement une conception analogue de la Fédération des syndicats médicaux de l'Aube, où le tarif préférentiel de M. HERPIN est remplacé par une indemnité forfaitaire, dont le montant se répartit, dans des conditions déterminées, entre tous les confrères omnipraticiens et spécialistes, mis en œuvre par l'assuré social.

***

Le médecin de famille est-il menacé dans ses intérêts par l'armement sanitaire de ce que j'ai appelé le Service de santé civil ? Plus exactement, la médecine privée, avec ses consultations au cabinet du médecin et ses visites à domicile, est-elle destinée à disparaître, comme l'a prophétisé le Professeur Maranon, devant le développement de la médecine sociale et des formations sanitaires qui la représentent ?

Pour répondre à ces questions, il est permis de mettre en évidence cet autre phénomène qui constitue, en même temps qu'un véritable paradoxe, un fait impressionnant :

L'armement sanitaire, au cours des quatorze années qui nous séparent de l'armistice, s'est progressivement développé jusqu'à prendre l'importance qu'il possède aujourd'hui et qui n'est pas parvenue, selon moi, à son point culminant. Dans le même temps, *notez bien ceci*, l'effectif du corps médical a crû avec une rapidité inquiétante, jusqu'à atteindre 26.885 unités (Annuaire Rosenwald, 1931-1932), et des cris d'alarme ont retenti, enregistrés en de nombreuses publications, dont quelques-unes sous ma signature, sur la *Pléthore*. Rappellerai-je, sans y insister davantage, un rapport du doyen Balthazard soulignant les dangers de cette pléthore, dans la genèse de laquelle l'élément étranger a apporté un contingent proportionnellement considérable ? C'est même de là qu'est parti le mouvement de protestation et de résistance qui devait aboutir au projet de loi Armbruster dont le Sénat est présentement saisi et qui devra revenir devant la Chambre.

Ainsi donc, à nous en tenir aux chiffres d'une statistique impitoyable, la profusion des centres divers de prévention, de recherches, et de traitement même, de médecine sociale, qui existent actuellement, et dont chaque jour qui passe voit naître un nouvel échantillon, n'a pas empêché l'avènement d'une profusion parallèle de cabinets médicaux. Si l'on voulait même faire de l'humour, on pourrait soutenir que la première a probablement appelé et favorisé la seconde...

Restons sérieux ! J'ai montré que cette pléthore était due surtout à l'ouverture de nombreux cabinets de spécialistes. A Bordeaux, si je m'en tiens aux indications de l'Annuaire précité, les spécialistes représentent 25 % de l'effectif total de la population médicale. Or, ce sont les spécialistes qui protestent le plus — et cela se conçoit — contre la création de centres de recherches, et encore que ce serait parmi eux que s'en recruterait le personnel.

Sans insister sur cet aspect de la question, il demeure établi que la multiplication des dispen-

(1) Cf. *Concours Médical*, nos 29 et 31 (17 et 31 juillet).

saires, et autres formations de notre armement sanitaire, n'a pas fait obstacle à la pullulation des médecins. D'où je pense pouvoir conclure que ce n'est pas la création de centres nouveaux qui ferait diminuer notre effectif.

Il est facile, il est vrai, de me rétorquer que, de ce que les médecins sont en grand nombre, en *trop* grand nombre, il ne s'ensuit pas que tous réussissent, surtout en cette période de crise, où les malades se montrent moins empressés à se faire soigner assidûment. Mais, au moment où il décide de la carrière qu'il embrassera, et plus tard, à la veille même de son installation, le futur médecin ne se laisse pas arrêter par ces considérations, et il est bien convaincu qu'il ne sera pas de ceux que le succès ne favorise pas, et qui végètent. S'il n'avait pas cette conviction, il changerait d'orientation.

Mais il est juste cependant de reconnaître et de dire que la clientèle des centres en question se constitue, en partie, aux dépens des cabinets privés, dont les propriétaires se trouvent ainsi lésés dans leurs intérêts matériels. A quoi l'on répondra que ce sont d'autres médecins qui en bénéficient, sous une forme ou sous une autre. Si le plus grand nombre participaient au fonctionnement de ces centres, dans le cadre syndical, le déplacement d'honoraires serait bien moins important.

Mais il est un type de médecin que l'on met en avant, soit que l'on veuille défendre les intérêts de ses clients, soit que l'on veuille défendre ses propres intérêts, c'est le médecin, dit de famille. Ne dramatisons pas. Nous avons connu, en effet, des médecins qui conservaient toute leur vie la confiance des familles qui les avaient choisis et adoptés ; ils étaient arrivés, petit à petit, à en faire partie ; on les y considérait tout autant comme des amis que comme des dispensateurs de soins ; pour peu que le ciel leur accordât longue vie, ils prodiguaient le secours de leur art, à plusieurs générations successives, de père en fils, d'aïeuls en petits-enfants. Je crois que ce type tend à se raréfier. D'autres sont du même avis. L'infidélité est le propre de la clientèle moderne. Elle va butinant, en quelque sorte, de cabinet en cabinet, éprise de changement, jamais satisfaite, indifférente au dévouement témoigné, aux résultats heureux obtenus. Il n'est pas rare que, dans la même famille, Monsieur ait son médecin, Madame le sien. L'indifférence, c'est le plus anodin des sentiments qu'elle professe à son égard. Car, que de fois cette indifférence ne se mue-t-elle pas en hargne et en hostilité, jusqu'à traîner, devant les tribunaux, le médecin à qui elle reproche la mauvaise qualité de ses soins, lui réclamant réparation du préjudice qu'elle prétend avoir subi ?

Eh bien ! En le prenant tel qu'il est présentement, que fait-il, le médecin de famille, quand il a diagnostiqué une appendicite, un ulcus gastrique, une grossesse extra-utérine pour le traitement desquels une opération s'impose ? Il adresse son malade à un chirurgien que, généralement, il choisit lui-même, et le lui confie le temps nécessaire, n'assistant pas toujours à l'intervention dont il a été le premier à découvrir la nécessité. Que fait-il aussi, quand il a dépisté une tuberculose pulmonaire qui réclame une cure sanatoriale ? Il la fait admettre dans l'établissement où la cure se pratique. Que fait-il encore, quand il se trouve en présence d'une psychose caractérisée ou d'une de ces névroses pour lesquelles des soins spéciaux sont nécessaires, tout autant que la soustraction du patient à son milieu habituel ? Il place celui-ci dans un asile ou une maison de santé équipés à son intention. Toutes choses que nous ne faisions pas et pour cause, il y a quarante ans, où la plupart des opérations chirurgicales, rares d'ailleurs, se pratiquaient au domicile du patient. Voici donc un changement important survenu dans la technique professionnelle du médecin familial.

Contrairement aux prévisions du Professeur Maranon, je suis persuadé que celui que nous appellerons le médecin de famille, pour rester dans la tradition, continuera à jouer un rôle très important dans la pratique médicale. Rôle de premier plan, qui exigera, tout comme aujourd'hui, un savoir très étendu, une conscience irréprochable, une psychologie avertie, mais en s'adaptant progressivement, comme il l'a toujours fait, aux techniques professionnelles nouvelles que l'avenir nous apportera.

***

Je m'étais promis de ne plus soulever la question des centres divers dans leurs rapports avec les syndicats. Si j'ai passé outre, c'est à la suite de correspondances reçues de confrères qui font quelque cas de mon opinion. Et plus particulièrement du Docteur Foata, syndicaliste très actif de Marseille, qui a bien voulu m'écrire spontanément, à la suite de mon petit article du 17 avril dernier :

Marseille, le 18 avril 1932.

« Vous avez cédé à un mouvement de découragement, mon cher Confrère, et je le comprends, comme le comprendront tous les militants syndicalistes, car qui n'a pas eu, parmi nous, ses heures de dépression ? Mais vous vous ressaisirez bien vite. Je suis sûr que c'est déjà fait et que vous continuerez à nous donner, de votre plume alerte, ces articles empreints d'un syndicalisme de bon aloi et dont il faut louer la logique et la clairvoyance. Que vous ne soyez pas toujours d'accord avec nos confrères, qui peut se vanter de rallier tous les suffrages ? Vous donnez

votre avis ; il peut ne pas plaire à tout le monde ; il ne faut pas moins continuer à le donner ; vous n'avez pas le droit de rentrer dans votre coquille.

« Pour ce qui est des centres de recherches, ils n'ont pas une bonne presse et le Docteur H. leur est hostile. Mais notre confrère a la chance d'exercer dans une ville privilégiée et d'appartenir à un syndicat numériquement faible et agissant. Dans les grandes villes, nous sommes tentés de voir les choses sous un autre angle et nous ne sommes pas sûrs du tout que, si nous ne créons pas ces centres, il ne s'en créera pas sans nous. C'est parce que le corps médical n'a pas su ou n'a pas pu prendre en mains les Ligues de prévention et d'hygiène sociale, que des œuvres se sont créées et se sont — trop souvent — passées de notre concours. Et que ne pourraient faire, dans les grandes villes, les caisses ayant la puissance financière ? Donc, examinons la question sérieusement, pesons bien le pour et le contre, mais n'éliminons pas de parti pris un projet comme celui-là. »

« Croyez, mon cher Confrère, à mes sentiments confraternels les meilleurs. »

Signé : Foata

Je voulais répondre en même temps à des critiques dénuées de bienveillance dans leur forme, et tendancieuses dans leur fond. Je n'ai pas la prétention de rallier tous les suffrages autour de mes idées ; je trouve tout à fait naturel qu'on ne les partage pas, qu'on les combatte même. Mais, dans ces controverses, je voudrais que mes adversaires jouent toujours franc jeu, comme je le fais moi-même. Or, ce n'est pas pratiquer le « *fair play* » que de dénaturer ma pensée et de me prêter des intentions qui sont tout à l'opposé de celles que j'exprime, en une langue que je m'efforce de rendre intelligible. C'est contre de tels procédés que je proteste, et non contre l'opposition que peuvent rencontrer mes développements. Prendre « à la rigolade » une méthode qui a fait ses preuves, qui les fait tous les jours, qui est recommandable à tous égards, parce qu'elle a été souvent placée sous le signe de la *rationalisation*, sous prétexte que les Américains ont versé dans des excès que je suis le premier à critiquer et dont je redoute les dangers, cela ne manque pas de... piquant, de la part d'un médecin d'hôpital dont le service est vraisemblablement équipé d'après cette méthode... S'il a dit qu'il en vaut mieux rire que pleurer, rions-en donc, mais aussi bien à Lyon qu'à Paris.

« Ne soyons pas assez dénués d'esprit pour nous enfermer dans un splendide isolement. Toute une médecine sociale se crée, à laquelle nous devons apporter notre concours... » Qui parle ainsi ? J'ai souventes fois tenu d'analogues propos. Mais la phrase que je rapporte intégralement, c'est sous la signature de M. le Docteur J. Chalier, président du syndicat des médecins du Rhône, que je l'ai rencontrée, et saluée avec une sympathie marquée. Quand on a la bonne fortune de bénéficier de pareilles rencontres, avouez que l'on serait impardonnable de n'en pas profiter. Je sais bien que la discussion serait possible, sur la teneur exacte du mot Concours. Pour moi, il ne prête pas à équivoque : *le corps médical organisé défendra ses propres intérêts, en même temps que les intérêts généraux de la santé publique, en prenant, partout où il le pourra, les leviers de commande techniques. Si l'Etatisme se montre entreprenant et menaçant, c'est au Syndicalisme qu'il appartient de le faire reculer, en procédant à l'adaptation nécessaire de la profession, comme je ne cesse de le redire, avec une insistance... martelante.*

Et puisque la médecine sociale fait une large place à la prévention, le syndicalisme ne s'en désintéressera donc pas. Est-ce à dire que le praticien y soit demeuré indifférent ? Serait-ce une trouvaille récente ? Sans doute il n'en est guère parmi nous qui n'en fasse à tout instant. La vaccination jennérienne est bien le prototype le plus ancien de la médecine préventive. Découverte à la fin du XVIIIe siècle, bien longtemps avant que Pasteur ne nous ait donné génialement l'explication de la contagion et le moyen de la combattre, elle a fait pour ainsi dire disparaître la variole de la morbidité des pays où elle est pratiquée systématiquement. Mais ce n'est qu'en 1902 qu'elle a été organisée et codifiée ; qu'elle est devenue une mesure *sociale* de protection sanitaire. D'autres mesures préventives analogues le seront pareillement un jour. Il n'est pas possible, le Professeur Leuret, de Bordeaux, l'a souligné en termes énergiques, dans sa belle leçon inaugurale, que le tuberculeux continue à demeurer libre de semer ses bacilles à tout venant ; le syphilitique, de mettre ses tréponèmes à la disposition des amateurs. Et voici que M. Justin Godart annonce qu'il va provoquer prochainement un décret qui rendra obligatoire la déclaration de la tuberculose ouverte, mesure à laquelle il n'y a pas d'obstacle à opposer, à une double condition : 1° que ce ne soit pas le médecin traitant qui ait la responsabilité de cette déclaration ; 2° que l'armement tuberculeux se départisse des errements dans lesquels il s'enlise et se montre apte à combattre efficacement la tuberculose à toutes ses périodes curables, et à abriter le tuberculeux devenu incurable.

D'ailleurs, puisque des distinctions ont été faites, entre les examens préventifs des sujets présumés sains, et les recherches en vue du diagnostic, qu'il me soit permis de faire remarquer que la prévention a un domaine plus large, et plus fréquenté d'ailleurs, que celui auquel on a ainsi restreint son action. *Elle est en effet à*

double effet, si je puis m'exprimer ainsi. La prévention protège le sujet présumé sain contre les maladies à venir ; elle protège le malade, opportunément soigné, contre l'évolution et les complications de son affection ; si cette affection est contagieuse par quelque côté, la prévention protège son entourage contre les risques de contamination qu'il représente.

Les vaccinations diverses, aujourd'hui classiques, mais insuffisamment répandues, — contre les états typhoïdes, contre la diphtérie, contre le tétanose, confèrent au sujet sain une certaine immunité. D'autre part, la découverte précoce de certaines altérations fonctionnelles ou organiques chez un homme qui se considère comme bien portant, permet de prendre à temps les mesures qui *préviendront* la survenue prématurée de troubles plus graves. L'hypertendu de l'âge mûr est généralement euphorique ; s'il consentait à prendre certaines précautions dès que sa pression artérielle commence à dépasser la normale d'une façon permanente, il reculerait sans doute l'échéance de la maladie hypertensive jusqu'aux limites éloignées qui coïncideraient avec un âge assez avancé pour qu'il pût être considéré comme le terme naturel d'une existence bien remplie.

***

Tout cela, ce sera l'œuvre de demain, quand l'hygiène, la prophylaxie et la médecine sociale formeront un bloc fécond, — et non plus une vaine et trompeuse façade, — dont la technicité appartiendra au médecin, dans le cadre de la profession organisée, si celle-ci sait faire les gestes et les efforts nécessaires. Dans ce bloc s'intégreront les formations sanitaires existantes, et toutes celles qui se créeront, — aménagées, améliorées, perfectionnées, autant qu'il sera possible — car elles sont loin d'être au point et méritent, je le répète, des critiques sérieuses. Aménagements, améliorations, perfectionnements surgiront d'autant plus volontiers qu'ils seront provoqués par une technicité autonome sous l'égide du syndicalisme.

Le temps du médecin isolé est révolu. L'individualisme sous le signe duquel les plus de soixante ans, dont je suis, ont été formés et ont exercé jadis leur profession, cède de plus en plus le pas à un associationisme imposé par l'étendue et la complexité des connaissances, la diversité des méthodes, la diversité et la délicatesse des instrumentations. Car, si nous ne sommes pas aux ordres de la machine, il est difficile de se passer d'elle ; et le grand public est trop averti de tous les procédés, de tous les appareils dont on attend de meilleures garanties scientifiques, pour ne pas être le premier à les réclamer. C'est lui qui, si on ne le lui propose pas, demande que sa tension soit mesurée ; qu'une radiographie soit faite de ses organes. La Clinique n'a rien abdiqué de sa suprématie ; elle demeure, dans notre culture, prépondérante. Mais si nous savons qu'elle suffit souvent à nous renseigner et à orienter notre action, ce serait manquer de psychologie que de s'en contenter. Et l'aide que lui apporte le laboratoire, si elle n'est pas toujours indispensable, s'impose cependant, quand on connaît des décisions de justice qui ont fait grief au praticien de n'y avoir pas recouru opportunément.

Toutes ces considérations qui peuvent paraître disparates, ne s'en rapportent pas moins étroitement aux rapports nécessaires du corps médical avec l'armement sanitaire de la médecine sociale, auxquels j'ai consacré ces articles et dont les conclusions feront le sujet d'une dernière publication, dans quinze jours.

G. DUCHESNE.

***

**Rapport sur l'organisation des recherches en vue du diagnostic**

par M. HERPIN (1)

A diverses reprises, le Corps médical a cherché les moyens de rendre moins onéreux les examens nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic pour les malades peu fortunés qui préféraient conserver leur médecin de famille plutôt que d'avoir recours aux divers organismes sociaux de soins.

Tout dernièrement encore, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine avait établi un projet de Centres de diagnostic dont l'organisation technique devait être confiée aux Syndicats médicaux ; mais ce projet, outre qu'il ne tenait pas compte des intérêts légitimes des médecins spécialistes, radiologistes ou de laboratoires, était extrêmement onéreux pour les Caisses, qui auraient eu à édifier des Centres très coûteux, alors qu'il était beaucoup plus simple, plus logique et plus économique, de se servir des laboratoires et cabinets de praticiens existant déjà.

Cette question intéresse au même titre les médecins praticiens désireux d'avoir à leur disposition les moyens de laboratoire et de recherche nécessaires à l'exercice d'une médecine tenant compte des progrès scientifiques, et les médecins spécialistes et de

(1) Ce rapport a été établi pour répondre au désir du Corps médical exprimé à l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, de voir dans chaque département les syndicats ou les Fédérations de syndicats organiser eux-mêmes les recherches en vue des diagnostics afin d'éviter autant que possible la création de centres sous la dépendance des Caisses.

Dans la Seine, c'est la Fédération qui a eu à s'occuper de cette question et qui a demandé à M. HERPIN d'établir un rapport dans ce but.

laboratoire désireux de sauvegarder leurs intérêts qui auraient été gravement menacés par l'organisation des Centres prévus ; c'est alors que les uns et les autres, apportant à la réalisation du but cherché une égale bonne volonté, on en vint à penser que si un barème préférentiel de prix modiques était consenti par l'ensemble des médecins spécialisés et de laboratoire, les Caisses pourraient assimiler à la fourniture de médicaments et aux recherches biologiques les examens nécessaires au diagnostic.

Le principe ci-dessus ayant été admis à la fois par les Caisses et le Corps médical, on aboutit au projet de convention que nous donnons plus loin.

Le barème préférentiel, pour la plupart des spécialités, a été adopté de façon fort simple et à un taux peu élevé ; mais, pour les biologistes et pour les électro-radiologistes, il est indispensable d'envisager un nombre d'actes assez important. Ce barème est établi ainsi qu'il suit :

### UROLOGIE

| | |
|---|---|
| Examen urologique sans endoscopie | 30 fr. |

### OPHTALMOLOGIE

| | |
|---|---|
| Examen oculaire | 30 » |

### OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

| | |
|---|---|
| Examen O. R. L. | 30 » |

### STOMATOLOGIE

| | |
|---|---|
| Examen stomatologique | 25 » |

### NEUROLOGIE

| | |
|---|---|
| Examen neurologique | 60 » |

### BIOLOGIE

*Examens de pratique courante.*

| | |
|---|---|
| Recherches des éléments anormaux de l'urine, examen du sédiment, dosage d'un élément | 20 » |
| Bactérioscopie (pus, sperme, urine, etc.) | 30 » |
| Dosage de l'urée du sang ; recherche du sang dans les selles ; angines avec culture (contrôle de la diphtérie) ; recherche du B. K. dans l'expectoration avec homogénéisation, si elle est nécessaire | 40 » |
| Analyse complète d'urine — réaction de B. W. —recherche des parasites (vers et œufs de vers dans les selles) dosage du sucre ou de la cholestérine dans le sang | 50 » |
| Cytologie du liquide céphalo-rachidien + albumine + B. W. | 60 » |
| Cytologie du sang et formule leucocytaire ; examen de pus à l'ultra-microscope | 70 » |
| Constante d'Ambard ; séro T. A. B. ; examen du sang (B. W. + urée + chlorures) ; examens bactériologiques) avec cultures du pus, des urines, etc. ) | 80 » |

Pour les autres examens non mentionnés et d'usage moins courant, prix du tarif des recherches biologiques établi d'accord par les représentants des médecins biologistes du S. M. S., des pharmaciens biologistes, du Syndicat des grandes pharmacies et de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine.

Il en est de même pour les vaccins préparés sur ordonnance médicale.

Les prélèvements effectués directement par le laboratoire sont évalués, à part, aux mêmes conditions que s'ils étaient faits par le médecin traitant.

### RADIOLOGIE

*Viscères.*

| | |
|---|---|
| Poumons, radioscopie | 75 fr. |
| — avec calque | 100 » |
| — radioscopie et radiographie | 160 » |
| Cœur et aorte, radioscopie | 75 » |
| — avec orthodiagramme | 100 » |
| — radioscopie et radiographie | 160 » |
| Estomac, *étude statique*, radioscopie | 75 » |
| — — avec calque | 100 » |
| — — radioscopie et radiographie | 160 » |
| — *avec étude de l'évacuation.* | |
| radioscopie | 150 » |
| radioscopie et radiographie | 200 » |
| Intestin, lavement opaque, radioscopie | 150 » |
| Radioscopie avec une radiographie | 200 » |
| Appareil urinaire, une radiographie d'ensemble pour les deux reins et les deux uretères | 200 » |
| Une radiographie d'un rein ou d'un uretère ou de la vessie | 160 » |
| Vésicule biliaire (tétraiodée ou non), radioscopie et une radiographie | 160 » |

*Radiographie osseuse.*

| | |
|---|---|
| Crâne de face ou de profil, par radiographie | 120 » |
| Colonne vertébrale de face, par segment, cervical ou dorsal ou lombaire ou sacré | 120 » |
| Bassin ou segment de colonne vertébrale de profil | 150 » |
| Dents | 40 » |
| Epaule de face, hanche de face, genou, diaphyses fémorale, tibiale ou humérale, coude ou avant-bras, de face et de profil | 110 » |
| Cou de pied, poignet, main, de face et de profil | 80 » |
| Doigt et orteil, face et profil | 40 » |

Toutes autres radiographies, de la même région, prises le même jour dans une autre position, seront comptées seulement 75 % du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée seulement 75 %.

Il apparaît ainsi que les recerches en vue du diagnostic et de la prévention peuvent être organisées au cabinet du praticien et on peut envisager le projet de convention ci-dessous :

Entre la Caisse interdépartementale, représentée par M. X..., et la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, représentée par le Docteur X..., dûment mandatés,

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE PREMIER. — L'assuré social, pour lequel le médecin de famille a besoin de recherches spéciales en vue de l'établissement d'un diagnostic, est adressé à un médecin spécialiste de son choix.

ART. 2. — Les renseignements cliniques sont transmis sous pli fermé au médecin spécialiste et le résultat des examens est envoyé directement au médecin traitant.

ART. 3. — L'assuré social se présente au mé-

decin spécialiste, aux heure et jour indiqués, muni de la prescription de son médecin et d'une feuille de maladie. Il règle directement le montant de ses honoraires au médecin spécialiste qui inscrit sur la feuille de maladie dans la colonne « exécution des ordonnances » le prix porté au barème pour la recherche faite, précédé du signe B. P. (Barème préférentiel), et de l'abréviation qui désigne sa spécialité.

Art. 4. — Sur le vu de la prescription du médecin traitant, la caisse rembourse 85 % du prix du barème préférentiel.

Art. 6. — La présente convention s'applique exclusivement aux prestations prévues dans le barème préférentiel ; elle est conclue pour un an et se renouvellera d'année en année, par tacite reconduction, sauf préavris, donné par lettre recommandée, au moins un mois à l'avance, par la partie qui désirerait la dénoncer.

Fait à Paris, le...

## ASSURANCES SOCIALES ET MÉDECINS DE MINES

*Théoriquement, l'ouvrier mineur tient, de la loi sur les assurances sociales, le droit au libre choix.*

*Pratiquement, les dirigeants des mutuelles ont intérêt à conserver comme employés des médecins payés à forfait, ou au fixe par tête d'assuré.*

*Seul, le groupement des intérêts corporatifs pourra s'opposer au salariat médical. Aux médecins de mines de se grouper en syndicat général, ou, par l'intermédiaire du syndicat médical départemental, d'obtenir une amélioration de leur situation actuelle.*

Le Corps médical a obtenu du législateur des Assurances sociales la liberté du choix du médecin pour les assurés. Mais, cette transformation ne va pas sans jeter un certain trouble parmi les praticiens, qui, jusqu'ici, possédaient des situations fixes et avaient l'habitude de toucher des honoraires invariables à des périodes déterminées d'avance.

Et certains de demander comment obtenir le libre choix, par exemple pour le service des mutuelles d'ouvriers et employés mineurs, alors que d'autres préféreraient conserver les habitudes anciennes, comme salariés des entreprises, ou mutuelles minières.

Témoin d'abord la lettre que nous venons de recevoir :

Mon cher Confrère,

J'ai lu dans le *Concours Médical* sous votre signature, l'article « ouvriers mineurs et libre choix ».

Je n'y ai pas répondu plus tôt, car j'attendais avec impatience, le compte rendu de l'assemblée générale de la Confédération.

Aujourd'hui je suis en sa possession et vous adresse ma réponse.

Les médecins de mine désirent, je l'affirme, l'application intégrale de la loi sur les Assurances sociales.

Impuissants, par leurs propres forces, à pouvoir rentrer dans le droit commun, ils réclament de la Confédération un geste énergique pour obtenir leur libération.

Ils abandonnent, volontiers, « leur fromage » sur l'autel du syndicalisme pour la raison bien simple qu'ils en ont assez de faire de la médecine en série, de la médecine forcée pour un salaire hors de proportion avec l'effort fourni et que la loi sur les Assurances sociales leur offre une amélioration certaine de leurs conditions de travail à tous points de vue.

Il est bien évident qu'en dehors d'une disposition légale ils sont condamnés à l'impuissance, car, en supposant même qu'ils puissent revendiquer impérieusement, ils seraient certainement vite remplacés par de jeunes confrères moins exigeants qu'eux, j'en suis bien sûr.

Donc il appartient à la profession organisée de détruire les derniers vestiges de tous les forfaits de toute médecine anormale et d'obtenir que sur tout le territoire français les principes de la charte médicale soient respectés.

Si par hasard, ce que je ne veux pas encore croire, la Confédération ne comprenait pas son devoir, je suis bien certain que, demain, ce qui se passe pour les mineurs serait revendiqué par la Mutualité, par les caisses primaires.

L'égalité devant la loi doit être la règle pour tous les citoyens d'un même pays. Si la loi des Assurances sociales n'est pas appliquée dans son intégralité par manque de vigilance du Corps médical, de quel droit pourrez-vous interdire aux diverses collectivités, la possibilité d'avoir le même régime de soins que les mineurs, les chemins de fer, etc. ?

La question est d'importance et grosse de conséquences.

D'après le compte rendu que j'ai sous les yeux, je vois qu'elle n'a pas été traitée avec la vigueur désirable.

Je souligne, et c'est attristant, l'abstention de certains médecins de mine syndicalistes notoires.

Serait-ce par hasard qu'ils ont oublié les grands principes et préfèrent conserver un fromage ? Tout est possible.

Quoiqu'il en soit, puisque l'assemblée générale a décidé de demander des précisions à l'administration au sujet des assurés visés par l'article 49, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir dès que possible par la voie du *Concours*, nous donner connaissance du résultat de cette démarche.

Je comprends très bien que la plupart des médecins de sociétés minières veuillent ne plus être des employés, des salariés aux gages des mutuelles, ou des compagnies exploitantes, alors surtout que nombre d'entre eux n'ont pas de contrat écrit avec la caisse mutuelle, mais un simple accord verbal.

Ils reçoivent souvent un forfait de x par tête d'assuré, pour soigner non seulement le mineur mais toute la famille de ce dernier, vivant sous son toit.

Qu'il y ait donc chomage, diminution du nombre des mineurs, etc., le forfait annuel du praticien s'en ressent.

Qu'il cesse de plaire, qu'il y ait un changement de direction de la mutuelle, que tel parti politique succède à tel autre et le médecin peut être remercié, parce qu'il n'a pas de contrat écrit.

Tout ce que peut alors faire le « Sou médical » pour lui, c'est de lui faire obtenir des dommages intérêts si le renvoi a été brusque et injustifié.

Je crois donc qu'ils doivent principalement compter sur eux-mêmes.

Sont-ils groupés en un syndicat, soit général, soit local, susceptible de passer une convention avec lesdites caisses ? Ou sont-ils rattachés au syndicat général de leur département, ou de leur région, qui aurait qualité pour parler en leur nom ?

En effet, jusqu'à présent, les caisses de secours des mineurs étaient régies par la loi du 29 juin 1894, modifiée par celle du 21 mars 1930. Elles avaient une autonomie pour organiser leur service de soins médicaux.

Le décret du 30 juin 1931, pris en exécution de l'article 49 de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales fixe les règles de coordination entre cette dernière législation et le régime des mutuelles de mines.

Il est dit, à l'article 2 du décret, que les statuts des sociétés doivent donner à leurs ayants droit des avantages équivalents à ceux que prévoit la la législation des assurances sociales, en cas de maladie et de maternité et pour les soins à donner aux invalides.

L'autonomie est donc conservée en ce qui concerne seulement les retraites.

Reste donc à savoir si le libre choix du praticien est possible.

Théoriquement, aux termes du paragraphe 2 de l'article 4 de la loi sur les assurances sociales, l'assuré a le libre choix absolu de son praticien ; il peut se faire soigner par qui bon lui semble, que ce soit un médecin français, étranger, avec ou sans diplôme, un rebouteux, ou autre illégal.

Mais, pour qu'il puisse se faire rembourser par sa caisse le quantum mis à la charge de cette dernière, il faut que le praticien choisi puisse exercer légalement la médecine et qu'il ait adhéré à la législation sur les assurances sociales, soit par adhésion nette, soit simplement, disent certains, en acceptant de remplir les feuilles que présente le malade.

De cette manière, le praticien consent à se prêter aux différents contrôles, tant organisés par la caisse que réglés du point de vue technique par le syndicat.

Or, à la base, se place la convention conclue entre la caisse et le syndicat de praticiens. Le législateur a entendu imposer ces conventions, sinon les caisses d'assurances sociales reprennent leur liberté d'action et peuvent organiser leur service médical dans le cadre de la loi du premier avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, c'est-à-dire avec médecins salariés, uniquement désignés par la mutuelle.

D'où la question que je pose : pour qu'ils puissent obtenir le libre choix, le paiement à l'acte médical, les médecins de mines sont-ils organisés en syndicats ? ou sont-ils membres du syndicat médical général local ?

Seul un syndicat de praticiens a qualité pour conclure une convention avec une caisse d'assurances sociales, celle-ci groupant les ouvriers mineurs d'une entreprise.

J'estime donc que ce n'est pas à la Confédération de prendre en mains cette transformation, mais plutôt aux syndicats locaux. La Confédération n'aurait à intervenir que si les caisses mutuelles minières se refusaient absolument à contracter avec les syndicats, sous des prétextes divers, qui seraient appréciés par le Conseil supérieur des Assurances sociales et même par le Conseil d'Etat.

Mais des résistances confraternelles sont à craindre : il est bien difficile, surtout pour un praticien arrivé vers la fin de sa carrière, d'abandonner ses habitudes, ses appointements fixes pour se lancer dans l'aléa du libre choix, du paiement à la visite. Témoin le litige, qui fait l'objet de la question suivante qui nous est posée.

Une société de secours mutuels d'ouvriers mineurs a organisé une pharmacie mutualiste, qui délivre les médicaments aux seuls mutualistes, sur ordonnance rédigées par les médecins attachés à cette mutuelle.

Or, un de ces derniers praticiens a donné sa démission et cherche à faire un mouvement de propagande pour renverser le Conseil d'administration, pour obtenir le libre choix du médecin.

La Société de secours mutuels va faire venir un autre médecin ; mais elle voudrait savoir si elle peut refuser de faire exécuter par sa pharmacie mutualiste les ordonnances du médecin démissionnaire.

D'après les statuts, que nous avons consultés, le conseil de la société est chargé d'organiser le service médical et pharmaceutique ; il pourra, à cet effet, passer des conventions avec les médecins, pharmaciens, etc., et rédiger les instructions

et règlements nécessaires au bon fonctionnement de ces services.

Chaque sociétaire jouit gratuitement des soins médicaux et pharmaceutiques, dans la limite des règlements. Il doit s'adresser au médecin désigné sur sa carte matricule et au pharmacien de la société. Tout sociétaire qui prend un médecin autre que celui désigné sur sa carte matricule et un pharmacien autre que celui de la société garde à sa charge les honoraires qui leur sont dus.

Nous voyons donc que ces statuts donnent lieu à discussion, car ils ne sont pas rédigés avec la rigueur juridique nécessaire.

*Sricto sensu*, il semble que, pour garder à sa charge les frais médicaux et pharmaceutiques, le sociétaire doit en même temps s'adresser à un médecin *et* à un pharmacien, autres que ceux agréés par la société. Dans les statuts, c'est la conjonction « et » et non « ou » qui est inscrite.

Or, le malade, qui s'adresse à un médecin autre que celui désigné sur sa carte matricule, mais qui s'adresse au pharmacien de la société, me paraît, rigoureusement parlant, garder à sa charge les honoraires du médecin, mais pouvoir obtenir gratuitement les médicaments. D'autant que les statuts parlent « d'honoraires », terme qui ne se rapporte pas aux frais pharmaceutiques.

Cette rédaction défectueuse des statuts est donc motif à procès, à moins que, par délibération de l'assemblée générale, une modification soit apportée aux statuts pour rectifier et préciser ce point. Car il semble bien que, dans l'esprit des rédacteurs des statuts, on ait voulu obliger les sociétaires à ne consulter que le médecin dont le nom est inscrit sur chaque carte matricule et à ne faire exécuter l'ordonnance pharmaceutique que chez le pharmacien de la société.

C'est alors le moment de nous souvenir du réajustement des statuts des sociétés de secours mutuels des ouvriers et employés des mines avec les obligations créées par la loi sur les assurances sociales. L'article 2 du décret du 30 juin 1931 décide que les statuts doivent conférer des avantages équivalents à ceux que prévoit la loi du 30 avril 1930, en cas de maladie et de maternité et pour les soins aux invalides.

Or, parmi ces avantages, le libre choix du praticien est inscrit ; mais une restriction est apportée : il faut qu'il existe une convention entre la caisse et le syndicat médical. Le libre choix du praticien est absolu, en principe ; mais, pour que le malade soit remboursé du quantum auquel il a droit, il faut que le praticien accepte de reconnaître la loi sur les assurances sociales et que notamment, ayant adhéré à la convention syndicat-caisse, il consente à se prêter aux contrôles tant de la caisse que du syndicat.

La question, qui nous est posée rebondit donc et les sociétés de secours mutuels d'ourvriers et employés des mines n'ont plus, comme jadis, le droit de faire ce qu'elles veulent, pour enrôler leur corps médical et pharmaceutique. Les syndicats de praticiens peuvent maintenant avoir voix au chapitre, pour conclure des conventions, dans le cadre de la législation des assurances sociales.

Si ces conventions n'existent pas, ou ne sont pas possibles, alors seulement la caisse mutuelle reprend son ancienne liberté d'action, pour faire soigner ses ressortissants.

En tout cas, pour répondre directement à la question qui nous a été posée, puis-je dire qu'aux termes peu précis des statuts qui m'ont été soumis, le mutualiste qui s'adresse au médecin autre que celui désigné sur sa carte matricule devra honorer ce praticien de ses deniers ; mais s'il s'adresse au pharmacien de la mutualité, il aura droit à la fourniture gratuite des médicaments.

Telle est du moins mon opinion juridique, sauf bien entendu recours devant les tribunaux de droit commun, qui auraient à interpréter les statuts de la société.

Dr Paul Boudin.

## A PROPOS DU CERTIFICAT PRÉNUPTIAL

Vieil et fidèle abonné du *Concours Médical*, j'ai lu, avec beaucoup d'intérêt, l'article de M. le Docteur Pierre Sanz, sous le titre : Conception du certificat prénuptial.

L'eugénisme a toujours été et sera toujours à l'ordre du jour. Il importe pour l'avenir d'une race que les reproducteurs soient sains, normaux, vigoureux, exempts de tares. Dans l'antiquité les Spartiates supprimaient les enfants difformes ou débiles. Peut-être, plus tard, entendra-t-on M. le Maire déclarer solennellement que sur le vu des certificats *ad hoc*, M. X... et Mlle Z... déclarés bons pour le service... matrimonial sont unis, se doivent réciproquement fidélité, aide et protection.

Puis avec le don du livret de famille ce sera l'invite à avoir beaucoup d'enfants, ce qui fera sourire ironiquement les époux qui craignent les charges de famille et qui deviennent hélas ! de plus en plus nombreux.

Mais le certificat prénuptial empêchera-t-il l'amour libre, l'union illégale, l'adultère et leur conséquence possible ?

L'amour est enfant de Bohême qui n'a jamais connu de loi... Voudra-t-il reconnaître un certificat ?

Et inversement, dans ces mariages faits sans affection réciproque, sous les seuls mobiles de l'intérêt, du caprice, etc., les futurs conjoints auront-ils souci du fameux papier officiel ?

Sûrement non, car ils savent avoir toujours la ressource du divorce et la possibilité de tenter une nouvelle aventure.

Je plains de tout cœur les confrères qui accepteront la responsabilité de délivrer ces fameux certificats.

Le certificat d'aptitude délivré par le médecin pour l'engagement dans l'armée est valable pendant 48 heures. Un certificat prénuptial datant d'un mois serait bien sujet à caution. Supposons qu'un célibataire amoral passe sa dernière nuit de liberté dans un lupanar. Ne peut-il en emporter un souvenir que, dans ses effusions d'amour, il pourra à son tour offrir quelques jours plus tard à sa chère moitié... La façon de donner vaut parfois mieux que ce que l'on donne...

Théoriquement si l'on veut accorder quelques chances d'exactitude au certificat, les fiancés, avec de chaque côté père, mère, grands-parents s'ils sont encore en vie, frères et sœurs, oncles et neveux, devront défiler à leur tour dans le cabinet du médecin et subir le petit examen clinique, chimique, biologique, radiologique.

Certes, il faudra au confrère chargé d'une telle mission une haute valeur intellectuelle et une culture scientifique étendue. Cela deviendra sans doute un monopole pour les *as* de la profession.

Et combien de candidats des deux sexes subiront avec succès l'examen ? Si l'on en croit les statistiques il y aurait en France 1.200.000 tuberculeux, cinq fois plus de syphilitiques, ajoutons les tarés divers et nous pourrons conclure que, dans les villes surtout, un quart au moins devront être refusés.

Va-t-on imposer la castration ou la continence à ces inaptes au mariage ? Ne les poussera-t-on pas malgré eux vers l'union libre et n'ira-t-on pas ainsi à l'encontre du but proposé ?

Je le crois, surtout que le Français épris de liberté et frondeur supporterait mal une obligation dont il ne comprendrait pas l'utilité.

A mon humble avis il vaut mieux éclairer les ignorants sur le danger qu'il y a, pour eux et pour leur descendance possible, à entrer dans une famille tarée au point de vue pathologique ou de réputation douteuse. Nous avons pour cela la presse avec son actuelle diffusion qui touche presque tout le monde, les conférences et aussi les conseils des médecins.

Si ceux qui connaissent le danger le bravent, ils en prendront la responsabilité.

Jadis le médecin était l'ami, le confident des familles qui souvent lui demandaient avis dans les circonstances graves de la vie telles que le mariage et cet avis était souvent, sinon toujours, écouté.

La médecine tend de plus en plus à se commercialiser, il n'y a plus d'attachement, j'allais écrire d'affection des familles envers le médecin qu'on remplace facilement par un autre. C'est, comme la facilité des divorces, la conséquence d'une évolution. Pourquoi les divorces, si fréquents à Paris et dans les grands centres, sont-ils encore heureusement assez rares à la campagne ? C'est parce que, à la campagne, il y a moins de tares physiques et surtout morales — on se connaît mieux — ; on a encore la conception que le mariage est une affaire sérieuse, un contrat basé sur l'affection et la confiance réciproque des parties et le résultat c'est que SANS CERTIFICATS PRÉNUPTIAUX, on y fait encore ces poupons vigoureux, bien conformés, espoirs de la race, qu'il nous est donné d'admirer dans les consultations de nourrissons, actuellement si suivies.

Dr P. BLANCHARD,
Avesnes-les-Aubert (Nord).

## REVUE PSYCHOPHYSIOLOGIQUE

### Le Rêve et la Personnalité (1)

M. Paul Valéry, dans « *l'Idée fixe ou Deux hommes à la mer* » (2) met aux prises en une conversation à bâtons rompus un médecin et un de ses amis en villégiature au bord de la mer ; il leur fait effleurer en passant le problème du rêve dans les termes suivants :

« Avez-vous réfléchi quelquefois sur les rêves, Docteur ?

— En voilà des phénomènes à la mode !... Nous aurons bientôt une chaire d'Oneiromancie à la Faculté. Ce n'est pas moi qui la briguerai... Ah ! Non, non.

— Et pourquoi ?

— Mon cher, j'en ai tellement assez de ces histoires, de toutes ces cochonneries, on m'a assez abreuvé de narcoses incestueuses... Savez-vous où j'en viens, où j'en suis ? A ce point de saturation, que...

— Achevez, Seigneur...

— Je finis par croire que le rêve... n'existe pas !...

— Ciel ! Que devient alors le songe d'Athalie ?

— Je ne crains pas de m'avancer jusqu'à... être sur le point de penser que le rêve... est un rêve.

— Cependant vous rêvez quelquefois ?

— Parbleu !... mais je ne fais la constatation ... légale, qu'au réveil. Qui me prouve que ce

(1) Marguerite COMBES. *Le Rêve et la Personnalité*, préface de André LALANDE, membre de l'Institut, Boivin et Cie, édit., Paris VIe, 1932.

(2) Edit. des Labor. Martinet, 1932.

n'est pas une fabrication légale du réveil, une fausse mémoire, une explication première et délirante de l'état de passage du zéro de conscience au régime de veille ? »

Et l'interlocuteur du médecin, mis en scène par Paul Valéry, qui, lui, croit aux rêves, y voit « la puissance de la profondeur viscérale se jouer de la surface intellectuelle ; ces excitations profondes prendre pour excitoires, pour relais jusqu'à la conscience, pour expressions de fortune, tout ce qu'elles trouvent, toujours et à chaque instant. »

Comme le médecin de Paul Valéry, nous n'avions pas jusqu'ici poussé très loin nos méditations sur les rêves. Nous nous contentions de croire que notre cerveau, travaillant au ralenti durant le sommeil, mais travaillant quand même, comme le font d'ailleurs tous nos organes, élaborait des idées incohérentes et confuses associées bizarrement entre elles et de ce fait assez différentes, tout en leur ressemblant, des idées nettes, précises, bien enchaînées qui se manifestent chez l'homme normal à l'état de veille. Nous ne cherchions pas plus loin. Nous savions bien que l'explication des phénomènes du rêve avait occupé l'esprit de maints philosophes et psychologues, qu'Hervey de Saint Denys, Maury, Bergson, G. Dumas, Yves Delage, et plus récemment Freud et bien d'autres, les avaient étudiés et avaient bâti maintes théories à leur sujet. Mais, ne gardant nous-même aucun souvenir précis de nos propres rêves, nous n'avions pas été tentés de nous instruire davantage à ce sujet. Or, nous avons eu récemment l'avantage d'avoir entre les mains un ouvrage important de Mme Marguerite Combes, intitulé *Le Rêve et la Personnalité,* pour lequel le philosophe André Lalande, de l'Institut, a écrit une préface. En en parcourant les premières pages, nous avons été séduit et nous nous sommes laissé entraîner par l'auteur dans un voyage au Pays des rêves. Cette exploration, faite dans des régions pour nous à peu près inconnues, conduit par un guide averti, nous a permis de modifier dans une certaine mesure l'idée un peu simpliste que nous nous faisions du rêve, à l'instar du docteur de M. Paul Valéry.

***

Mme M. Combes étudie les rêves dans leurs rapports avec la personnalité du rêveur.

Il ne faut pas confondre ici la personnalité et l'individualité. Cette dernière nous distingue simplement de nos semblables, tandis que la personnalité nous rattache à une humanité d'ordre moral plus relevé ; elle se forme avec les phénomènes conscients à divers degrés. Or, le rêve, s'il a d'étroites relations avec notre personnalité, traduit surtout notre personnalité inconsciente ou demi-consciente. Il en résulte une grande difficulté à en faire l'étude. La méthode scientifique expérimentale n'est pas ici le plus souvent applicable ; en tout cas elle ne saurait être suffisante.

Yves Delage a écrit : « La science du rêve occupe une situation intermédiaire entre l'histoire et la biologie. Elle est science d'observation en ce sens que l'observation y joue le rôle essentiel, mais elle est une science historique en ce sens que le rêve écoulé ne peut jamais être reproduit, et qu'il est étudié, non directement, mais par l'intermédiaire du souvenir. »

L'introspection est donc indispensable dans l'étude du rêve, plus encore que dans celle des autres phénomènes psychologiques. Mais l'introspection présente un danger ; c'est la tendance à généraliser à tous ce que l'on a observé individuellement sur soi-même, et de mal interpréter les observations faites par les autres qu'il est nécessaire aussi d'étudier pour contrôler ses propres observations.

Il est des rêves cohérents qui font plus que distraire un instant la pensée ; ils doublent en quelque sorte la vie. Le souvenir de ces rêves persiste et laisse au réveil une sorte de lassitude qui tiendrait, selon Bergson, à la profondeur du sommeil pendant lequel ils se sont produits.

L'interprétation des rêves n'entre pas dans le domaine de la fantaisie. Le rêve est un fragment de notre vie inconsciente qui se continue sans doute durant la veille, obscurément, et parallèlement à notre vie consciente, et il est probable que cette vie inconsciente donne naissance à l'intervention et à l'inspiration artistique.

Mme Combes examine l'*approche du rêve.* Chez les deux tiers des enfants, avant de s'endormir, passent devant leurs yeux fermés comme un écran, des images précises. Dans la moitié des cas, ce phénomène persiste chez les enfants de treize à seize ans pour devenir de plus en plus rare chez l'adulte, sauf sous l'influence de la fièvre.

Au début du rêve, rien ne s'enchaîne, tout se juxtapose, se superpose à l'infini. Certains observateurs ont prétendu que les couleurs sont absentes des rêves. C'est une observation individuelle qu'on aurait tort de généraliser. Les souvenirs de la journée précédente, parfois de plus anciens, entrent dans la composition du rêve. L'imagerie du rêve est parfois surprenante. Un enfant, par exemple, qui n'a jamais vu la mer, rêve du port de la Pointe-à-Pitre. Devenu grand, il voyage, visite la Pointe-à-Pitre, et se souvenant du rêve de son enfance, il est surpris de reconnaître le Port. Il est probable qu'une image représentant ce port avait été distraitement vue par l'enfant avant son rêve, et avait persisté à l'état inconscient dans sa mémoire.

Il est des rêves que Mme Combes classe

dans une première zone, où le moi se révèle. Dans ces rêves, le raisonnement peut être correct, mais le jugement fait défaut. C'est un peu comme le calculateur qui fait des opérations impeccables avec des chiffres erronés. Ces rêves incohérents donnent l'impression, selon Delacroix, d'être inintelligibles, tout en ayant cependant un sens. Freud les explique par l'intervention subtile de symboles. Parfois en effet, ils traduisent un désir caché. Mais il n'y a pas que le désir en cause, tous les sentiments peuvent devenir les éléments du rêve. L'émotion fait parfois naître des rêves qui ne sont pas absolument incohérents et prennent les caractères du cauchemar, par l'atmosphère d'angoisse où ils se développent. On ne peut les expliquer par un refoulement, car rien ne s'est opposé à leur libre développement. On ne peut donc ici généraliser les théories de Freud qui, lorsqu'il ne peut expliquer un songe par un désir, lui donne pour origine le châtiment infligé pour un désir défendu et refoulé.

Il arrive que le rêve est la suite d'une hallucination survenue au début du sommeil. Parfois, il continue le récit d'une lecture faite avant de s'endormir. Parfois, il transforme symboliquement une pensée ou un souvenir. Par exemple, une personne s'endort avec le ferme désir qu'aucun bruit ne viendra troubler son sommeil et elle rêve qu'un gardien de la paix, levant le bras, arrête une foule tumultueuse et lui impose ainsi le silence. Une autre personne, dans son rêve, a l'impression qu'un Arabe invisible est assis devant elle et non en face. Or, récemment, elle avait contemplé un film représentant les aventures de Michel Strogoff où apparaissaient, dissimulés sur un côté de la scène des Tartares portant des vêtements analogues aux burnous des Arabes. Parfois les images du rêve persistent pendant un certain temps au réveil comme dans une sorte de petite hallucination.

Mme Combes cite un certain nombre de rêves moins incohérents, dans lesquels on voit surgir la notion antique de la destinée, de la fatalité, notion qui paraît innée chez l'homme puisque, n'étant pas le plus souvent admise dans la vie normale, on la voit se manifester en rêve dans le domaine de l'inconscient.

Jusqu'ici, les genres de rêves examinés paraissent suscités par une idée fixe où l'impression du jour, souvent dissimulée, se donne libre carrière la nuit au cours du sommeil. Ou encore, ce sont des rêves d'une autre essence, composés de tableaux différents de ceux de notre vie normale qui nous divertissent de leurs personnages qui, au fond, ne sont que des déguisements, sinon des dédoublements de notre propre personne. Ces rêves peuvent être rattachés à notre destinée et être interprétés.

Or, il existe des rêves cohérents où le rêveur constitue des tableaux ayant trait à une personnalité plus profonde et dégagée de toute préoccupation individuelle. Dans ces rêves, le rêveur se transforme en un être qu'il admire ou qu'il juge supérieur à lui-même ; il s'ensuit des métamorphoses, des rêves androgynes (et Mme Combes en cite plusieurs) où des jeunes filles se transforment en hommes, en officiers, en aviateurs ; enfin des songes où, poussé par une sympathie manifeste, le rêveur, se trouvant avec des animaux, écoute, comprend et parle leur langage présumé.

Parfois, au cours des rêves, apparaissent des images nettes, des tableaux complexes évoqués par des faits d'apparence absolument insignifiante, et qui prennent le caractère de phénomènes absolument coutumiers qui font que le rêveur est tout surpris au réveil de les voir disparaître. Mme Combes rapproche ces faits de ceux que relate Marcel Proust d'aspects tout aussi insignifiants et qui éveillèrent dans son imagination hypersensible, exaltée, les descriptions si nettes de son livre : *Le Temps retrouvé*. Ces sensations de Marcel Proust, comme celles des rêves, s'apparentent étroitement à l'art ; d'ailleurs, l'inspiration a certainement des relations avec le rêve qui sans doute ouvre à l'imagination une fenêtre sur l'inconscient de veille comme sur l'inconscient du sommeil.

Dans le rêve nous assistons parfois au jeu du conscient et de l'inconscient. C'est ainsi que l'on y voit apparaître des souvenirs de faits totalement oubliés, que des traits malicieux s'y manifestent, qu'une véritable attention y apparaît, même dans le domaine de l'inconscient. Des clichés anciens, enregistrés à notre insu par notre mémoire, peuvent mettre sous nos yeux au cours des rêves des images mentales qui ne sont que leur reproduction. S'il y a des rêves qui transforment la réalité, il en est d'autres qui l'imitent ou même qui en donnent la reproduction identique.

La durée des rêves peut être très variable. Tout le monde connaît le rêve, relaté par Maury, qui, recevant durant son sommeil, sur le cou une flèche soutenant les rideaux de son lit, eut instantanément, avant de s'éveiller un rêve évoquant les péripéties du procès à lui intenté par le tribunal révolutionnaire, suivi de sa condamnation à mort et de sa décapitation.

Hervey de Saint-Denis est arrivé à modifier la durée de ses rêves, à les diriger et à les contrôler, en appelant ou en éloignant de son esprit certaines images ou certaines sensations. Mais ce procédé expérimental est absolument personnel et, quand la conscience se manifeste à ce degré dans la préparation du rêve, on est en droit de se demander si l'on a affaire réellement à des rêves. On peut en conclure que l'homme conscient ne se jouera jamais de son inconscient,

tandis que l'inconscient se joue constamment du conscient. Le livre de Mme Combes est rempli de récits de nombreux rêves inédits, et aussi des rêves les plus démonstratifs rapportés par Maury, par Hervey de Saint-Denis, par Delage, par Freud, récits qui ajoutent un grand intérêt à son ouvrage et qu'elle commente et interprète parfois avec une grande subtilité. Il établit que l'étude du rêve permet de retrouver souvent la vraie physionomie de notre personnalité inconsciente, et d'en élargir singulièrement le domaine. Dans le rêve, la personnalité parvient à se dégager quelquefois inconsciemment de tout ce qui est étroitement individuel. Il semble qu'il s'établit au cours de son évolution un courant continu d'échanges entre le conscient et l'inconscient. Mais dans ce genre d'études, il convient d'être prudent, de se garder de généraliser et de songer que ce qui vaut pour l'un ne vaut peut-être pas pour l'autre. J. NOIR.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Réunion du Conseil d'administration

30 *juin* 1932.

*Présents* : MM. MAURAT, *président* ; NOIR, VIMONT, H. MIGNON, A. GASSOT, HENNE, PAMART, MAZEROUX, FISCHER et M. MIGNON.

*Excusés* : Mlle HAMILTON, MM. DUCHESNE et BOUDIN.

En l'absence du Dr Boudin, M. Henne remplit les fonctions de secrétaire.

Lecture est donnée du procès-verbal de la réunion du 7 avril 1932 qui est adopté sans observations :

M. le Président Maurat entretient le Conseil de la situation pénible d'un ancien membre de la Mutualité familiale ; en son nom propre et au nom du secrétaire général et du trésorier, il demande au Conseil de voter sur la caisse auxiliaire une allocation de 1.000 francs à ce membre qui a rendu comme examinateur les plus grands services à la société.

*Adopté à l'unanimité.*

#### Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

*Combinaisons MA et B.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 25 | ARMAND | Savoie | 3 mois | 300 fr |
| 142 | DUCLAUX | Alpes-Maritimes | 3 mois | 300 » |
| 145 | SIMONNEAU | Vendée | 19 jours | 190 » |
| 193 | COLIN | Var | 3 mois | 300 » |
| 211 | CAMUS | Finistère | 6 mois | 600 » |
| 253 | LAISNEY | Paris | 4 jours | 40 » |
| 375 | PIERRHUGUES | Var | 22 jours | 220 » |
| 382 | GUSTIN | Vendée | 46 jours | 460 » |
| 412 | DUROS | Calvados | 3 mois | 300 » |
| 413 | PIGNET | Var | 13 jours | 130 » |
| 488 | HAMANT | Gironde | 3 mois | 300 » |
| 504 | DELUCQ | Gers | 6 mois | 600 » |
| 523 | FERRAND | Bouches-du-Rhône | 3 mois | 300 » |
| 547 | CLISSON | Maine-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 569 | CADILHAC | Yonne | 3 mois | 300 » |
| 609 | RINGUET | Ille-et-Vilaine | 3 mois | 300 » |
| 653 | DUHAMEL | Lot-et-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 681 | PIOT | Loire | 48 jours | 480 » |
| 686 | DUFOUR 1/2 | Corrèze | 37 jours | 185 » |
| 700 | REY | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 713 | ARCHIMBAUD | Ardèche | 13 jours | 130 » |
| 771 | GIRES | Paris | 25 jours | 250 » |
| 778 | BAUDRILLER | Maine-et-Loire | 46 jours | 460 » |
| 786 | MANHAVIALE | Tarn-et-Garonne | 30 jours | 300 » |
| 827 | TISON | Marne | 3 mois | 300 » |
| 848 | GALAND | Nord | 6 mois | 600 » |
| 850 | NOEL | Seine-et-Oise | 7 jours + 2 mois et 23 jours chr | 346 60 |
| 866 | GUIGNABERT | Indre-et-Loire | 60 jours + 13 jours chr | 643 30 |
| 910 | MENDEL | Paris | 3 mois | 300 » |
| 934 | GIRARD | Paris | un mois et 21 jours chr | 183 25 |
| 946 | BÉZY | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 958 | SAINT-GERMAN | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 985 | FLU | Maine-et-Loire | 5 mois et dix jours chr | 533 35 |
| 995 | DALAVALLE | Pas-de-Calais | 41 jours + 1 mois et 20 jours chr | 576 65 |
| 1054 | ROBERT | Aube | 16 jours | 160 » |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1057 | Boudou | Tarn-et-Garonne | 6 mois | 600 | » |
| 1059 | Vadon | Var | 9 jours | 90 | » |
| 1110 | Odinet | Paris | 2 jours | 20 | » |
| 1116 | Bouilly | Seine-et-Marne | 10 jours | 100 | » |
| 1121 | Lemarchand | Sarthe | 36 jours | 360 | » |
| 1165 | Gauthier | Jura | 60 jours + 3 jours chr. | 610 | » |
| 1176 | Tel | Lot-et-Garonne | 33 jours | 330 | » |
| 1259 | Rilhac | Haute-Vienne | 3 mois | 300 | » |
| 1272 | Molinéry | Haute-Garonne | 2 mois | 200 | » |
| 1281 | Kerrien | Ille-et-Vilaine | 3 mois | 300 | » |
| 1363 | Bernard | Maine-et-Loire | 3 mois | 300 | » |
| 1403 | Canceill | Pyrénées-Orientales | 3 mois | 300 | » |
| 1492 | Ardillaux | Yonne | 50 jours | 500 | » |
| 1493 | Humery | Eure | 28 jours | 280 | » |
| 1573 | Lecouillard | Manche | 3 mois | 300 | » |
| 1578 | Perrion | Loire-Inférieure | 23 jours | 230 | » |
| 1587 | Lacomme | Saône-et-Loire | 3 mois | 300 | » |
| 1603 | Arin | Maine-et-Loire | 5 jours | 50 | » |
| 1626 | Joyes | Paris | 52 jours | 520 | » |
| 1682 | Copreaux | Saône-et-Loire | 3 mois | 300 | » |
| 1720 | Gassot L. | Loiret | 53 jours | 530 | » |
| 1751 | Raffali | Var | 25 jours + 5 mois et 6 jours chr. | 770 | » |
| 1756 | Mosnier | Hérault | 27 jours + 2 mois et 3 jours chr. | 476 | 65 |
| 1796 | Marmarian | Allier | 3 mois | 300 | » |
| 1799 | Castagnoni | Constantine | 3 mois | 300 | » |
| 1815 | Sanerot | Seine-et-Marne | 60 jours + 12 jours chr. | 640 | » |
| 1859 | Grimaud | Deux-Sèvres | 25 jours | 250 | » |
| 1896 | Roure | Ardèche | 3 mois | 300 | » |
| 1967 | Guillard | Ille-et-Vilaine | 39 jours | 390 | » |
| 1976 | Lafond | Basses-Pyrénées | 17 jours | 170 | » |
| 1978 | Chevalier Seyvet | Drôme | 36 jours | 360 | » |
| | | | | 22.064 | 80 |

*Combinaison MA²*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 128 | Voyer | Loire-Inférieure | 51 jours | 1.020 | » |
| 306 | Théronde | Paris | 60 jours + 5 jours chr. | 1.233 | 30 |
| 487 | Foubert | Eure-et-Loir | 9 jours | 180 | » |
| 647 | Bellin | Isère | 3 mois | 600 | » |
| 671 | Juif | Saône-et-Loire | 11 jours | 220 | » |
| 717 | Reynier | Haute-Savoie | 3 mois | 600 | » |
| 719 | Benoit-Jannin | Jura | 11 jours | 220 | » |
| 858 | Frappereau | Deux-Sèvres | 19 jours | 380 | » |
| 880 | Guéret | Hérault | 60 jours + 2 jours chr. (rectification) | 1.213 | 30 |
| 1032 | Lerouge | Pas-de-Calais | 20 jours | 400 | » |
| 1198 | Mouras | Ardennes | 14 jours | 280 | » |
| 1365 | Vitry | Hérault | un mois et 12 jours chr. | 279 | 95 |
| 1383 | Durozoy | Seine-et-Oise | 34 jours | 680 | » |
| 1389 | Bourrud | Jura | 2 mois | 400 | » |
| 1472 | Lileux | Nièvre | 3 mois | 600 | » |
| 1474 | Monier | Nord | 12 jours | 240 | » |
| 1888 | Olivier | Loir-et-Cher | 60 jours + un mois et 6 jours chr. | 1.440 | » |
| 1924 | Pasquereau | Loire-Inférieure | 35 jours | 700 | » |
| 1968 | Moré | Finistère | 12 jours | 240 | » |
| | | | | 10.926 | 55 |

*Combinaison MA³*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 77 | Collon | Haute-Marne | 8 jours | 240 | » |
| 390 | Payré | Pyrénées-Orientales | 3 mois | 900 | » |
| 470 | Midon | Meurthe-et-Moselle | 11 jours | 330 | » |
| 515 | Bourdin | Seine | 15 jours chr. | 150 | » |
| 1965 | Gauthier | Eure-et-Loir | 12 jours | 360 | » |
| | | | | 1.980 | » |

*Combinaison MA⁴*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 753 | Lançon | Seine | 4 jours | 160 | » |

*Combinaison MA⁵*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 271 | Béraud | Charente-Inférieure | 6 jours | 300 | » |
| 286 | Chaix | Var | 3 mois | 1.500 | » |
| 685 | Fodiman | Tarn | 30 jours | 1.500 | » |
| 738 | Mognon Pujo | Côte-d'Or | 16 jours | 800 | » |
| 792 | Arnoux | Meurthe-et-Moselle | 17 jours | 850 | » |
| 797 | Méline | Meuse | 10 jours | 500 | » |
| | | | | 5.450 | » |

M. le Dr Duchaux fait à la Caisse auxiliaire un don de 25 francs ; un anonyme lui fait un don de 5 francs.

Le Conseil leur adresse des remerciements.

Le Conseil inflige une amende de 30 francs au Sociétaire 880 pour retard dans ses déclarations.

**Pensions aux veuves.**

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du deuxième trimestre 1932, les sommes suivantes à :

| | | |
|---|---|---|
| 4 | Mme Vve Lepage, Paris | 150 fr |
| 13 | Mineurs Deshusses, Haute-Savoie | 50 » |
| 27 | Mme Vve Gallois, Côte-d'Or | 150 » |
| 38 | Mme Vve Gillette, Paris | 150 » |
| 43 | Mme Vve Chevreux, Paris | 150 » |
| 45 | Mme Vve Valot, Hautes-Alpes | 60 » |
| 51 | Mme Vve Rousselot, Haute-Marne | 150 » |
| | | 860 » |

**Ratifications d'admissions.**

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

*Combinaison MA²*

MM. les Docteurs
GAUTHEY.

*Combinaison MA³*

VATIN.

*Combinaison MA⁴*

SERBAT.

*Combinaison MA⁵*

CADIOT, VUILLECARD, BOYER, DUMAS, DEFLINNE et LOMBARD.

**Admissions provisoires.**

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

*Combinaison MA*

M. le Docteur :
GUIGNOT, d'Avignon.

*Combinaison MA⁴*

MM. les Docteurs :
BOUTIRON, de Saint-Sauveur-de-Maillé (Charente-Inférieure).
BAPT, de Cassis (Bouches-du-Rhône).

*Combinaison MA⁵*

MM. les Docteurs :
DUFIEUX, de Paris.
MICHAUT, de Saint-Sauveur-en-Puisaye (Yonne).
RIEUSSET PICHOLIER, de Montpellier.
CHOSSUT PERRET, de Laon.
LAURE, d'Argelliers (Aude).
BRICAIRE, de Toulon.

Les admissions seront définitives prononcées dans la séance de fin septembre.

*Admissions.*

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

*Combinaison P*

MM. les Docteurs :
RIEUSSET PÉCHOLIER, de Montpellier.
CHAFFARDON, de Poule (Rhône).

Mesdames :
RIEUSSET PÉCHOLIER, de Montpellier.
RICHAUD, de Bulgnéville (Vosges).
Mademoiselle RICHAUD, de Bulgnéville (Vosges).

*Combinaison R*

MM. les Docteurs :
PICOT, de Chaumont (Haute-Marne).
COUPUT, de Saint-Vrain (Seine-et-Oise).
QUÉZAC, de Millau (Aveyron).
Madame PICOT, de Chaumont (Haute-Marne).

Le trésorier donne lecture de son rapport sur l'exercice 1931.

Ce rapport est approuvé par le Conseil et sera publié dans le *Concours Médical* avant l'Assemblée générale de novembre.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

*Le Secrétaire* H. HENNE. — *Le Président*, A. MAURAT.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... La critique littéraire proprement dite consiste à discerner et à faire voir le bon et le mauvais dans les ouvrages de l'esprit ; discernement qui suppose deux opérations tantôt consécutives, tantôt simultanées : le sentiment et l'élection.....*

(Charles MAURRAS.)

DCCXXII. — LUC DURTAIN. — **D'homme à homme.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Certains ouvrages facilitent singulièrement cette tache de discernement par la clarté de leur construction : matériaux à pied d'œuvre ordonnés harmonieusement déjà par l'écrivain et éclairés par la vivacité de l'inspiration. Le critique n'a plus qu'à se pencher sur une moisson prête. Tel est son bénéfice préalable en face de chaque livre neuf de Luc Durtain. J'ai déjà eu le plaisir de vous présenter ici ses « *Dieux blancs et Hommes jaunes* » en attirant votre attention sur la singulière vigueur des remarques préliminaires délimitant le champ où il comptait situer ses observations. Sans être grand clerc on pou-

vait prévoir que le cadre étroit du roman et des notes de voyage (même élargi par une prodigieuse facilité de synthèse) se révélerait rapidement insuffisant pour l'activité créatrice du penseur. Elle se manifeste dans ce nouveau volume plus robuste, plus ferme encore, plus proche des sources profondes de la vie. Les quelques lignes dont je dispose ne pourront donc pas vous conduire au cœur de l'œuvre, mais vous en donner un bref aperçu. Dans la première partie consacrée à la présentation de quelques écrivains contemporains français ou étrangers sont dessinées des silhouettes littéraires de très justes proportions et d'une méticuleuse exactitude. On peut ne pas partager les idées de Durtain ; on ne peut pas refuser à leur exposé une étrange force froide et lucide de persuasion ; M. Claudel lui-même arrive ainsi à prendre terrestre figure ! Mais dès ce début on sent que par delà l'individu, Durtain se soucie davantage des particularités qui éloignent et surtout de celles qui rapprochent chacun de ses héros, de la liaison plus ou moins étroite, à un fond commun d'humanité. Dans la seconde partie de ces Essais le dessein de l'auteur se fait jour plus librement ; les règles générales d'interprétation se groupent en larges thèmes, et à propos d'art il en vient insensiblement aux linéaments d'une véritable « *géométrie humaine* ». Des cas d'espèce du premier tiers du livre, l'idée ricoche, rebondit, s'élève par les chemins secrets de la logique jusqu'à une sérénité cartésienne. Un esprit de cette trempe se doit de chercher plus loin encore ; les maximes et les pensées terminales s'y efforcent : « *faisceaux sur les vagues d'ombre* » qui fouillent la nuit de nos pensées bien au delà des quartiers d'art dont nous étions partis en écoutant la description des visages de Duhamel, de Morand, de Giraudoux (et pourquoi pas de cette hallucinante figure inspirée de Franz Hellens ?), de Gide, de Fargue aux prises avec son médecin, de Jean Paulhan, de Jules Romains, etc.... Durtain scrute aux horizons de nos sentiments. Il y découvre d'éblouissantes images et les motifs de concises et graves méditations. Ma chronique « aux bras étroits » ne suffirait à reproduire les plus belles. Au hasard des pages en voici une, dont chrétiens ou non, pourront goûter l'émouvante grandeur :

« *Tandis que le Fils de l'Homme gît cloué sur la croix, paumes trouées, emplies affreusement de sang et de fer, les soldats jouent aux dés sa tunique. Va-t-il s'arracher du bois, chasser les brutes ? Pourquoi ? Il est bien mieux là-haut, dans le vent du monde, face à l'abîme et à l'éternité.* »

DCCXXIII. — Docteur L. ROULE. — **Les Poissons** et le Monde vivant des eaux. Etudes ichthyologiques et philosophiques. Tome cinquième : Larves et métamorphoses. Un vol. 16,5 × 25 illustré de 74 dessins dans le texte et de 16 planches en trichromie, d'après les aquarelles d'Angel. *Edit. Delagrave*, Paris, 1932, 42 francs.

Je vous ai signalé les deux tomes précédents, les seuls que j'aie eus à vous présenter : Voyages et Migrations ; Œufs et Nids. Dans celui-ci le problème de l'embryologie et les bizarreries presque tératologiques de l'ontogénèse forment une captivante et bien étrange étude de bioplastie. L'auteur a pris comme exemple de développement embryonnaire la truite puis dans la seconde partie de son livre examine chez différents poissons les plus curieuses de ces mutations. A chaque page il est amené à propos d'espèces et d'apparentes contradictions à envisager les mystères dont il expose avec une minutieuse science les aspects et les contours jusqu'aux confis de nos moyens de connaissance : énigmes qu'éclairent un brillant et souple esprit philosophique et la précieuse expérience d'une patiente observation directe.

DCCXXIV. — Jacques DELAMAIN. — **Les Jours et les Nuits des Oiseaux.** Un vol. 12 × 19. *Editions Stock*, Paris, 1932, 15 francs.

Ici encore que de talent dans ces tableaux de turbulents ou de sauvages modèles. Sauvages, sans péjorative signification, mais dont nous ne connaissons en général que de furtives chansons ou la brusque et passagère trace dans le champ de notre regard. M. Delamain (qui leur a déjà consacré un autre livre) (1) a su grouper sur les secrets de leur vie d'ingénieuses remarques et les disposer sans apparent souci de zoologiste, en poète familier de leurs ruses, de leurs mœurs, de leurs nids, de leurs souffrances, de leurs noces. Il décrit, simplement, comme il convient à un écrivain bien pénétré de l'intérêt de son sujet et sensible à son charme, imprimant ainsi à sa prose ce frémissement constant, ce bruit d'ailes, cette légèreté qui dès la couverture du livre (tendue comme un rideau de scène avant la comédie, barrée de ses trois teintes horizontales : ciel bleu, herbe au sol, et vide transparent de l'air) s'annonce fluide et aérienne comme un prélude.

DCCXXV. — Havelock ELLIS. — **L'art de l'amour.** La science de la procréation. Tome XII des études de psychologie sexuelle. Un vol. 14 × 23 traduit de l'anglais par A. Van Gennep. *Editions du Mercure de France*, Paris, 1932, 20 francs.

Ce copieux et très scientifique tome XII aborde flegmatiquement (avec plus de détails que M. Roule n'en donnait tout à l'heure pour les poissons) le mécanisme physiologique humain de reproduction, ses variantes ethniques et historiques. Il me fait penser à ces curieux ouvrages où les casuistes se préoccupent soigneusement de la manutention du péché. La documentation est

(1) Pourquoi les Oiseaux chantent. Un vol. couronné par l'Académie Française. *Editions Stock*, 1931.

substantielle, le ton parfois comme gravement prédicant, émaillé de fortes vérités premières, telle celle qui fleurit la page 233 :

« *L'avortement et la castration ne sont que des procédés négatifs, qui ne peuvent être employés pour toute l'humanité et dont on n'est pas toujours certain que le but à atteindre le serait sans déterminer d'autres risques* »...

Evidemment !

DCCXXVI. — Charles BENOIST. — **Souvenirs.** Tome premier (1883-1893). Un vol. in-8° carré sur alfa, illustré de 10 gravures hors-texte. *Editions Plon*, Paris, 1932, 36 francs.

Avec une agréable et très philosophique sérénité M. Ch. B. conte ses souvenirs de débuts littéraires, diplomatiques à Paris, Rome, Berlin, en Belgique, Hollande, où il eut loisir d'approcher les personnalités les plus marquantes de l'époque, Léon XIII, Crispi, Bismarck, etc. Il veille avec un soin extrême, à ce que dans ses Notes, la politique ne vienne jamais corrompre la vérité ni envenimer l'Histoire.

DCCXXVII. — Jean PALLU. — **Port d'escale.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Rieder*, Paris, 1932, 15 francs.

Un excellent roman consacré au séjour passager d'un errant dans un calme bureau d'usine. Ce vagabond apporte à ses camarades de travail et à leurs yeux éblouis des souvenirs, des mirages, tout un miroitement d'aventure qui bouleverse ou ébranle la platitude de leurs destins. Pallu qui est servi par un vigoureux talent descriptif (voir p. 244) pouvait faire mieux encore en précisant plus profondément cette pernicieuse influence du rêve sur la médiocrité quotidienne de ses héros, très humainement bâtis.

DCCXXVIII. — Compton MACKENSIE. — **Carnaval.** Roman adapté de l'anglais par M. Canavaggia. Un vol. 12 × 19 de 480 pages. *Ed. de la Revue Française*, Paris, 1932, 18 francs.

L'adaptation a ses tra trises compensant les libertés qu'elle laisse au traducteur, qui peut ainsi de sa propre autorité écrire (p. 451) :

« *Des gouttes de sueur aussi grosses que des cailloux saillaient sur son front et il avait les yeux égarés* ».

Il y avait de quoi ! ou :

« *Plongeant ses doigts dans la bouche de son fils, Jenny découvrait des dents très justement comparables à des perles par leur blancheur et leur rareté.* »

Ce sont là (p. 457) occupations peu dignes de la civilité puérile et anglaise, et relâchements fâcheux surtout d'expression. Le roman n'y gagne rien ; y perd-il ?

**Varia*****

Dans le *Mercure de France* du 15 juillet, une étude de Marcel Coulon sur un « *grand* » poète méconnu du XVIe siècle : Marc de Papillon qui a un patronyme l'ayant vraisemblablement prédisposé aux gaillardes jongleries poétiques et fleurant agréablement la mystification littéraire. Un article d'Ambroise Got sur de cocasses et exactes « *Manies germaniques* ». Une solide et optimiste revue des rapports de « *l'Eglise catholique et l'Etat français* ».

29 juillet 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. COUVELAIRE.) — *Cours de vacances.* — Un cours de pratique obstétricale et un cours de perfectionnement avec stage, auront lieu à la clinique Baudelocque, le premier d'une durée de deux semaines, du 29 août au 10 septembre, le second d'une durée de quatre semaines, du 3 au 29 octobre.

*Cours de septembre.* — Ce cours sera dirigé par M. LACOMME, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de MM. RAVINA et DIGONNET, accoucheurs des hôpitaux ; de MM. POWILEWICZ, SEGUY, SUREAU, anciens chefs de clinique ; Mme ANCHEL-BACH, chef de clinique ; M. FRANÇOIS, chef de clinique adjoint ; M. MERGER, ancien interne des hôpitaux ; Mme GRAND et M. LEPAGE, internes des hôpitaux.

Ce cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 14 h. 30. Les auditeurs seront individuellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi, 29 août, 9 h. 30 à 11 heures, Mme GRAND : Examens de femmes enceintes. 11 heures à midi, M. LACOMME : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance. — 14 h. 30, M. MERGER : Diagnostic des présentations.

Mardi 30 août, 9 h. 30 à 11 heures, M. MERGER : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Complications de la délivrance. — 14 h. 30, Mme GRAND : Forceps dans les variétés directes.

Mercredi 31 août, 9 h. 30 à 11 heures, M. MERGER : Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Présentations de malades. — 14 h. 30, M. RAVINA : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation. — 15 h. 30, Mme GRAND : Forceps dans les variétés obliques antérieures.

Jeudi 1er septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. LACOMME : Visite au pavillon des tuberculeuses. — 11 heures à midi, M. MERGER : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 14 h. 30, M. LEPAGE : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

Vendredi 2 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, Mme ANCHEL-BACH : Consultation des femmes enceintes. —

11 heures à midi, M. MERGER : Discussion d'observations. — 14 h. 30, M. LEPAGE : Forceps dans les présentations de la face et du front.

Samedi 3 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. LEPAGE : Visite à l'isolement septique. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — 14 h. 30, M. MERGER : Visite du musée. — 15 h. 30, Mme ANCHEL-BACH : Extraction du siège.

Lundi 5 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. MERGER : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, Mme ANCHEL-BACH : Albuminurie et éclampsie convulsive. — 14 h. 30, M. LEPAGE : Version par manœuvres internes.

Mardi 6 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, Mme ANCHEL-BACH : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. DIGONNET: Tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement. — 14 h. 30, M. SUREAU : Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier de Ribes.

Mercredi 7 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. MERGER : Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Présentations de malades. — 14 h. 30, M. LEPAGE : Complications de l'avortement. — 15 h. 30, M. SUREAU : Embryotomie rachidienne.

Jeudi 8 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. LACOMME : Visite à l'isolement septique. — 11 heures à midi, M. MERGER : Discussion d'observations. — 14 h. 30, M. SEGUY : Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — 15 h. 30, M. SUREAU : Basiotripsie.

Vendredi 9 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. MERGER : Visite dans les salles de suites de couches. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Soins à donner au nouveau-né, allaitement. — 14 h. 30, M. SEGUY : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement.

Samedi 10 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, Mme ANCHEL-BACH : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. POWILEWICZ : Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle, fœtale et infantile. — 14 h. 30, M. LEPAGE : Visite du musée. — 15 h. 30, M. SUREAU : Mort apparente du nouveau-né.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.**— Nous avons le regret l'annoncer la mort du Docteur CUNNAC, d'Osséja (Pyrénées-Orientales) ; du Docteur ROBY, de Marennes (Charente-Inférieure) ; du Docteur BILLIARD, de Corbigny (Nièvre) ; du Docteur Albert BROCHIN, chirurgien honoraire de l'hôpital Péan, décédé le 24 juillet 1932, dans sa 88e année ; du Professeur Félix LEJARS, chirurgien des hopitaux de Paris, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

—**Institut de technique sanitaire et hygiène des industries** (Siège : au Conservatoire national des arts et métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (IIIe). *Enseignement de technique sanitaire préparatoire au Brevet de technicien sanitaire* (année scolaire 1932-1933). — PROGRAMME GÉNÉRAL :

I. *Généralités.* — Introduction biologique à l'étude de la technique sanitaire.

Rappel des notions essentielles sur les fonctions du corps humain, dans leurs rapports avec l'hygiène.

Rappel des notions de physique et de mécanique intéressant la technique sanitaire.

Notions de microbiologie appliquée à la technique sanitaire.

Notions sur le parasitisme dans ses rapports avec l'assainissement.

Principes de géologie appliquée à la technique sanitaire.

Hydrogéologie dans ses rapports avec l'hygiène. — Circulation des eaux dans le sol.

Assainissement du sol. — Drainage.

II. *Technique sanitaire urbaine.* — L'hygiène dans le plan général d'installation et d'extension des villes.

Etablissement et entretien hygiénique des voies.

Souillures de l'atmosphère urbaine par gaz, vapeurs, poussières, fumées , odeurs . — Action sur l'organisme. — Procédés de captation et de dosage, appareils de détection, dispositifs d'assainissement. — Fumivorité.

Recherche et captage des eaux en général. — Transport par gravité, aqueducs, siphons, conduites sous pression. — Accessoires. — Formules de l'hydraulique courante. — Elévation mécanique des eaux : Pompes et moteurs.

Alimentation des villes en eau potable : Microbiologie spéciale, qualité, analyse et surveillance des eaux. — Précautions spéciales pour le captage et l'adduction ; réservoirs ; distribution. — Epuration par procédés mécaniques, physiques et chimiques. — Rédaction des projets.

Eaux usées : Microbiologie spéciale et nocivité des eaux résiduaires urbaines et industrielles. — Evacuation : systèmes à collectionnement et systèmes d'égouts. — Destination finale de ces eaux ; épuration sur place (fosses septiques ...) ; épuration à distance (dilution, épandage, lits bactériens de contact et percolateurs, boues activées ...).

Immondices et ordures ménagères : collecte, évacuation et méthodes de destruction.

Transmission des infections dans les villes et les collectivités. — Sources et modes d'infection. — Règles et dispositifs de prophylaxie générale des maladies infectieuses. — Prophylaxie spéciale appliquée à la Tuberculose. — Désinfection : principes, procédés, appareils pour services publics et usages privés.

Rôle de l'arbre dans l'hygiène publique. — Espaces libres, promenades et plantations ; leur importance dans les agglomérations. — Cités-Jardins. — Jardins ouvriers.

Transport et destruction des cadavres. — Cimetières.

L'art dans les travaux publics d'assainissement urbain.

Législation sanitaire des villes et agglomérations.

III. *Technique sanitaire des constructions. Habitations et bâtiments publics.*— Desiderata de l'hygiène, relatifs à l'habitation. — Facteurs de salubrité.

Matériaux de construction. — Orientation ; influence de la largeur des voies publiques sur la salubrité des bâtiments ; disposition respective des locaux. — Canalisations sanitaires. — Nettoyage et entretien hygiénique des bâtiments.

Thermalité : chauffage, réfrigération. Aération, ventilation. — Eclairage : diurne et artificiel. — Sonorité, dispositifs d'insonorité.

Bâtiments à usage d'habitation : habitations privées

et collectives, maisons ouvrières, habitations économiques.

Bâtiments publics : Ecoles . — Bains et Piscines. — Salles de réunion et Théâtres. — Hôpitaux, Postes de secours, Crèches et pouponnières. — Abattoirs.

Législation sanitaire de l'habitation.

L'art dans la technique sanitaire des bâtiments.

IV. *Technique sanitaire des usines et ateliers.* — Principes généraux et dispositifs d'assainissement industriel. — Protection collective et individuelle. — Aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les usines et ateliers. — Thermalité, ventilation, éclairage et entretien.

Exemples d'application aux diverses industries, en particulier : dissipation des buées et captation des poussières industrielles.

Législation de l'assainissement industriel et de l'hygiène des travailleurs.

V. *Technique sanitaire rurale.* — Aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les campagnes.

Constructions rurales : Habitations et bâtiments de ferme. — Ecuries, étables. — Alimentation en eau, puits et citernes, distribution d'eau potable. — Fumiers et fosses à purins. — Hygiène de la voie publique au village. — Emplacement des cimetières.

Conditions spéciales d'exécution, dans le milieu rural, des opérations courantes de technique sanitaire.

VI. *Technique sanitaire coloniale.* — Aperçus sur le rôle et les aspects spéciaux de la technique sanitaire aux colonies.

L'habitation privée et les agglomérations aux colonies.

Aperçus sur la lutte contre les grandes endémies et épidémies coloniales (choléra, fièvre jaune, parasitoses les plus dangereuses, etc).

Le Paludisme : Technique de la lutte antipaludéenne.

Applications de la technique sanitaire urbaine et rurale aux colonies.

VII. *Enseignement pratique.* — Les leçons théoriques à l'amphithéâtre sont complétées par des démonstrations pratiques, manipulations, visites d'installations sanitaires, examens de dispositifs d'assainissement et rédactions de projets.

Scolarité. *Obtention du brevet de technicien sanitaire.*— L'enseignement de l'Institut de technique sanitaire est gratuit. Sa durée est d'environ trois mois. La scolarité peut être répartie sur deux années.

La plupart des conférences et démonstrations ont lieu e soir, de 20 heures à 22 heures, les visites, manipulations et seulement quelques cours ont lieu dans la journée, ou le soir, à partir de 17 heures.

Les élèves régulièrement inscrits, qui satisfont à l'examen final, reçoivent un diplôme d'Etat : *Brevet de technicien sanitaire,* délivré par le Conservatoire.

Des auditeurs, libres, non candidats au brevet de technicien sanitaire, sont admis aux cours, sur demande adressée à M. le Directeur du Conservatoire ; il peut leur être délivré un certificat d'assiduité.

Les cours ouvriront en novembre 1932. Les demandes d'inscription doivent être adressées, verbalement ou par écrit, au secrétariat du Conservatoire national des Arts-et-Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (3e), le plus tôt possible, et au plus tard avant le 1er novembre. Le nombre des places étant limité, les inscriptions sont enregistrées par priorité, selon l'ordre chronologique de réception.

— **Institut d'Hygiène de l'Université de Paris.** — Liste des diplômés pour l'année 1932 : MM. Altenbach, Ameur, Barakat, Benmilat, Berkovici, Bleiweiss, Bréhon, Briand, Bosquet, Boucher, Mme Buquet, Mlle de Cambiaire, M. Castanakis, Mme Catel-Beghin, MM. Chambin, Charmant, Cheikh, Copperie, Dangauthier, Delthil, Desmier, Diriart, Mlle Dumans, M. Farahal-Lévy, Mlle Fayot, MM. Feldein, Floresco, Fort, Gaujoux, Mlle Goldberg, M. Gossart, Mme Gravelvick, MM. Grange, Hardouin, Mmes Judes, Lacroix , Lecomte, M. Logothetis, Mlle Loir, Mme Lydaki, MM. Melnotte, Misset, Mlle Nanu, MM. Nicol, Petit, Pochon, Polack, Poruzol, Prades, Raymond, Rivera-Otero, Rolland, Rosenfeld, Salauze, Seuki, Simonin, Stuhl, Susini, Terrial, Thépenier, Théron, Thivet, Thomas, (Emile-André), Tourneux, Valot, Voiriot, Zelonni, Zewos.

— **Banlieue parisienne.** — *Création d'un hôpital inter-communal à Créteil.* — Le conseil général de la Seine a émis un avis favorable à la création d'un hôpital intercommunal à Créteil, sur un terrain appartenant à l'Assistance publique, cette création devant être réalisée par un Syndicat réunissant les communes de Créteil, Joinville-le-Pont, Saint-Maur-des-Fossés et Bonneuil-sur-Marne.

— **Un cri d'alarme !** — Sous ce titre, l'Office national d'hygiène sociale appelle, dans un communiqué à la Presse, l'attention du public sur les ravages des maladies dites vénériennes. La guerre a étendu dans d'inquiétantes proportions le domaine de ces maladies, causes de dépopulation et facteurs de dégénérescence.

Dans un récent ouvrage (« Les maladies dites vénériennes » ; chez Colin, 103, boulevard Saint-Michel), le Docteur Ravaut s'élève contre la fausse pudeur qui empêche de parler de ces maladies et d'en instruire la jeunesse, ouvrant ainsi la porte à toutes les contaminations. Il donne en même temps un message d'espoir à ceux qui, ne s'étant pas préservés, peuvent tout au moins se guérir.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Les billets d'aller et retour de famille permettent de se déplacer à bon compte.* — Si vous voyagez avec votre famille, vous pouvez bénéficier d'une réduction de 25 % pour la deuxième personne, de 50 % pour la troisième, de 75 % pour chacune des suivantes. Une réduction supplémentaire est consentie au delà de 400 kilomètres de parcours.

Tous comptes faits, une famille de cinq personnes paye en troisième classe pour 1.200 kilomètres : 873 fr. 75, au lieu de 1.827 francs au tarif ordinaire : la réduction dépasse donc 50 %.

Les billets de famille délivrés pendant la période des vacances sont valables jusqu'au 5 novembre.

Si pendant votre villégiature, vous désirez revenir, de temps à autre, à votre résidence pour y surveiller vos affaires, vous pouvez obtenir, en même temps que le billet de famille, une carte d'identité qui vous permettra de voyager à demi-tarif aussi souvent que vous le désirerez.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

**Réponse**

La contribution de la patente est due par le médecin qui, au premier janvier de l'année, exerce sa profession. Elle est calculée sur le prix du loyer que paye le praticien au premier janvier de l'année.

C'est donc à tort que notre confrère a été imposé sur le prix du loyer qu'il payait au premier octobre précédant le premier janvier de l'année courante.

Mais, je tiens à faire remarquer que si le médecin n'a changé de local professionnel que le 2 janvier par exemple, sa patente doit être calculée sur son ancien logement et non pas sur le nouveau.

Pour adresser une réclamation, on peut la rédiger sur papier libre et la déposer à la mairie, dans le délai d'un mois, qui suit la mise en recouvrement du rôle.

Passé ce délai, le contribuable formule sa réclamation sur papier timbré et doit la déposer dans les trois mois qui suivent le mois au cours duquel le rôle a été mis en recouvrement. Cette demande est adressée au Directeur des contributions directes ou au préfet.

Si la réponse de l'administration n'est pas parvenue au contribuable, lorsque le percepteur lui enjoint de payer, par avertissement sur papier vert, il faut payer. Ultérieurement, si sa réclamation a été jugée fondée, il recevra un mandat de remboursement, qu'il ira toucher chez le percepteur.

Docteur Paul BOUDIN.

---

### 4247. — Fonctions de médecin-expert et nationalité étrangère

Je vous serais obligé de bien vouloir me renseigner au sujet de l'article 7 de la loi du 29 février 1932, réglementant l'exercice de la médecine artic e ainsi conçu : « Art. 7. — Les fonctions de médecin et expert des tribunaux et toutes les fonctions, publiques données au concours ou sur titres ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou nationalisés tels depuis cinq ans », ce qu'il faut comprendre par « Médecin et expert des tribunaux » ? S'agit-il d'une fonction publique a nsi dénommée ou bien d'une formule qu'il faudrait dissocier ainsi : 1° fonction de médecin comme il est dit dans l'article premier ; 2° fonction de médecin-expert. Autrement dit tout titulaire du diplôme d'Etat français et naturalisé tel peut-il exercer la médecine ou faut-il qu'il soit naturalisé tel depuis cinq ans ?

**Réponse**

Il n'existe aucune loi du 29 février 1932, modifiant la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Notre confrère doit viser la loi Armbruster, qui, votée à la Chambre, n'a pas encore été ratifiée

par le Sénat ; par suite n'a pas pu être promulguée par le Président de la République.

Donc, en matière d'expertises, nous sommes toujours régis par l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, qui spécifie : « les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français. »

Est réputé Français, celui qui est né en France de parents français, ou celui qui a acquis la naturalisation française. Remarquons que l'étranger, qui exerce régulièrement en France l'art de guérir, peut être nommé médecin expert dès le lendemain de sa naturalisation.

Par médecin expert, il faut entendre les médecins légistes, qui assistent le Parquet, dans les expertises criminelles.

En matière civile, les tribunaux civils ont le droit de désigner comme experts les médecins indiqués par les parties, ou commis d'office par le tribunal. La nationalité française n'est plus requise en pareille matière.

Dr Paul Boudin.

---

**Un propriétaire peut-il s'opposer à ce qu'un médecin fasse installer le téléphone dans les lieux loués ?**

L'article 14, dernier paragraphe, de la loi du premier avril 1926, modifiée par celle du 29 juin 1929, est ainsi conçu : « Le bailleur ne peut s'opposer aux installations qui ne peuvent diminuer la valeur des lieux loués, telles que celles de l'électricité, du téléphone, du gaz, de l'eau, que le locataire réalise lui-même à ses frais. »

Aussi, plusieurs décisions de tribunaux, ou de la Commission supérieure de cassation, ont-elles consacré cette disposition législative, en ce qui concerne l'installation du chauffage central, d'une salle de bains, etc.

En ce qui concerne le téléphone, citons un jugement du tribunal cantonal de Strasbourg du 4 août 1927 (*Rec. Alsace-Lorraine*, 1928.77) décidant que tout propriétaire est tenu de laisser son locataire installer le téléphone dans l'appartement loué sans qu'il y ait lieu de rechercher si le locataire en a un besoin urgent, ou s'il veut en user dans un but commercial, professionnel ou autre.

Aussi un médecin qui, dans une ville d'eaux, a loué un appartement meublé, peut passer outre à la défense, qui lui est faite par son propriétaire, pour l'installation du téléphone.

Si le propriétaire lui fait un procès, celui-ci le perdra certainement et sans aucun doute, à moins que dans le bail ne se trouve une clause interdisant au locataire de procéder à pareille installation, sans l'autorisation expresse du bailleur. Dans ce cas, la convention fait la loi entre les parties.

Dr Paul Boudin.

---

### Les usurpations du titre de docteur

*Notre ami le Docteur Foveau de Courmelles ayant reçu de M. Perreau, professeur à la Faculté de droit de Toulouse, la lettre suivante sur un sujet que Paul Boudin a maintes fois traité dans nos colonnes, nous lui donnons volontiers la satisfaction de la reproduire sur sa demande :*

Monsieur,

Merci vivement de l'obligeante confiance que vous voulez bien me témoigner. Merci non moins vivement de l'aimable intérêt que vous voulez bien prendre à nos quelques publications. Venant d'un homme ayant l'étendue de votre culture et la profondeur de vos réflexions, ce sont encouragements des plus flatteurs. Mais aussi je lis toujours avec intérêt tous vos articles, sur des sujets correspondant bien souvent à mes préoccupations.

Sans doute, faites-vous allusion à un petit article de *La Semaine Dentaire* du 28 mars 1926 (page 291 et suivantes) ? Si quelque Ecole dentaire essaie d'en tirer argument pour conférer un diplôme de « Docteur en électro-radiologie dentaire », elle a mal lu l'article. Le titre seul aurait dû suffire à la prévenir.

Il est permis de porter en France des titres de docteur étranger, à la condition d'en indiquer nettement l'origine (loi 30 novembre 1892, art. 20). En revanche, il n'est jamais permis à une Ecole libre de dénommer « Docteurs » des élèves ayant obtenu devant elles des certificats d'ordre exclusivement scientifiques par elles créés (loi du 18 mars 1880, art. 4, § 2).

Les directeurs et administrateurs des Ecoles libres délivrant des diplômes qualifiés « Doctorat » s'exposent à une amende de 100 à 1.000 francs la première fois, de 1.000 à 3.000 francs en cas de récidive (même loi, art. 8). Et cette amende est encourue pour chaque diplôme délivré.

Il y a quelques années, on s'était demandé si la même peine n'était pas égalcment encourue par ceux de leurs élèves qui arboreraient publiquement ces titres. Mais la Cour suprême refusa de les leur étendre (Cass. crim., 6 juin 1913, *Sirey* 1914-1-281, note du Professeur Kann).

Il me paraît très douteux qu'ils encourent les peines prévues par l'art. 259 § 1er modifié par la loi du 26 mars 1924, sur l'usurpation des titres professionnels. En faveur de l'application de ce texte à ces titres, il n'est pas possible d'invoquer l'arrêt de Cass. crim., 29 avril 1929 (*Gaz. Pal.*, 1929-1-57) qui applique l'art. 20 de la loi du 30 novembre 1892, sur les titres étrangers.

Mais il ne faudrait pas en conclure qu'il n'est aucun moyen de réprimer ces usurpations. En effet, tout porteur légitime du titre français de docteur en médecine (et tout syndicat médical) peut intenter une action en concurrence illicite contre les prétendus docteurs en électro-radiologie dentaire. Tout chirurgien-dentiste et plus généralement toute per-

sonne ayant qualité pour exercer l'art dentaire en France a le droit d'intenter pareille action contre ces prétendus docteurs. Dans l'article précité de *La Semaine Dentaire* (p. 29, etc.), vous trouverez des pages entières d'arrêts montrant toute l'étendue de l'action en concurrence illicite. Je rappellerai seulement que les chirurgiens-dentistes l'ont intentée avec succès contre des dentistes simplement patentés. (Tribunal de la Seine, 10 novembre 1896, *Sirey* 95-2-83 ; Paris, 22 décembre 1899, *S.*, 1900-2-171).

Cette action permet d'obtenir une indemnité pour le passé et la défense de reprendre à l'avenir le titre usurpé, à peine d'une certaine somme laissée comme dommages-intérêts, d'avance, par le même jugement, pour toute nouvelle usurpation.

Il me semble qu'avec cette action au civil contre les prétendus docteurs, et des poursuites correctionnelles basées sur les art. 4 et 8 de la loi du 18 mars 1880 contre les directeurs et administrateurs des écoles leur ayant délivré ces pseudo-doctorats, on arriverait vite à faire disparaître tous ces titres.

Veuillez croire, Monsieur, à tous mes sentiments distingués et dévoués.

Signé : J.-H. PERREAU.

---

**Sage-femme. Exercice professionnel dans un département voisin**

Une sage-femme peut-elle exercer l'art des accouchements dans un autre département que celui où elle a déposé son diplôme ? A-t-elle ainsi les mêmes droits que les docteurs en médecine et les chirurgiens-dentistes ?

Oui, puisque depuis la loi du 5 août 1916, il n'est plus délivré de diplôme de sage-femme de 2e classe. Les titulaires de ce dernier diplôme seules étaient obligées de n'exercer que dans le département, pour lequel elles avaient été reçues.

Tandis qu'une sage-femme de première classe peut exercer où bon lui semble, pourvu qu'elle ait fait enregistrer son diplôme à la Préfecture du département de son domicile, avec transcription au greffe du tribunal civil et notification à la mairie de son domicile.

Mais si elle n'a, dans un autre département, qu'une simple résidence professionnelle, elle n'est pas tenue à faire un deuxième enregistrement de diplôme. Cet enregistrement ne deviendrait nécessaire, que si la sage-femme fixait son domicile dans un autre département.

Au point de vue fiscal, il n'y a aucune déclaration à faire : le contrôleur des contributions directes saura bien inscrire sur les rôles de la patente la sage-femme qui aurait une résidence professionnelle dans une autre localité que son domicile. Mais pour être imposable pour une nouvelle patente, il faut être locataire d'un cabinet, ou maison, où l'on donne les consultations.

Dr Paul BOUDIN.

---

### Certificats et médecins assermentés

Je lis dans le *Concours* du 29, 17-VII-32 « Droit de certifier ».

Voici un fait analogue. Il y a quelques jours, la femme d'un de mes amis, dentiste, qui habite dans ma maison, me demandait si j'étais assermenté.

La direction du Lycée Michelet, à Vanves, pour admettre le fils de cette dame, demande un certificat de santé, vaccination, *émanant d'un médecin assermenté* et *de préférence* demandé CHEZ le médecin du dit établissement..... Les mœurs ne changeront donc jamais, dans ce Lycée de bienheureuse mémoire !!!

Confraternelles salutations.

Dr F.

***

Si *tous* les médecins avaient prêté serment au moment de la soutenance de leur thèse, *tous* seraient, *ipso facto*, assermentés...

Je soumets cette suggestion à la méditation des confrères qui, non assermentés, sont fondés à trouver injurieuse la défiance administrative qui les exclut du « droit de certifier » valablement.

G. DUCHESNE.

## Application du Tarif des accidents du travail

### 4042. — Visites avec déplacement non entièrement spécial

En accidents de travail, la disposition de demi-indemnité kilométrique pour un examen fait en passant est-elle maintenue ?

**Réponse**

« Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé, sans se déplacer *exclusivement* pour lui, il n'a droit qu'à la moitié de l'indemnité horokilométrique correspondant à la distance entre le domicile du blessé et le domicile du médecin le plus rapproché » (art. 2, alinéa 9). Telle est la nouvelle disposition concernant ce que vous appelez les « visites en passant » et que je préfèrerais appeler « les visites avec déplacement non entièrement spécial. »

Dr Fernand DECOURT.

### 4015. — Le montant des frais de déplacement doit s'établir régionalement suivant l'annexe du tarif

Habitant le département de X..., où le tarif kilométrique est de 1 fr. 50 (accidents du travail), je suis appelé dans un village des Vosges où le tarif est de 1 fr. 80. Quel tarif dois-je appliquer ? (1 fr. 50 ou 1 fr. 80).

**Réponse**

Vous devez appliquer les prix indiqués dans l'annexe du tarif, suivant la région.

Donc 1 fr. 50 pour tout kilomètre parcouru dans votre propre département et 1 fr. 80 pour tout kilomètre parcouru dans le département voisin où tel est le tarif horokilométrique. Je ne vois pas d'autre solution normale.

Dr Fernand DECOURT.

## Questions médico-militaires

### 3465. — Tenue indispensable pour effectuer une période d'instruction

Etant convoqué pour une période et n'ayant pas d'uniforme, voudriez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer la tenue *indispensable (le minimum)* ?

**Réponse**

La tenue indispensable se compose d'un képi, vareuse, culotte, bandes molletières ou guêtres, baudrier (drap kaki).

### 2922. — Maladie postérieure à la libération. Droit à pension

Un militaire libéré (service actif) tombe malade en rentrant dans ses foyers. Il s'alite le lendemain de son retour. Je le vois ce même jour. Grippe.

Dans les jours qui suivent, pleurésie séro-fibrineuse, puis pleurésie purulente, pleurotomie, mort dix jours après.

Ce malade qui était très fatigué à son retour, a été hospitalisé quinze jours avant, probablement pour bronchite.

La famille a-t-elle recours contre l'armée, la maladie se déclarant au moment de la libération ?

L'état de moindre résistance du malade fatigué par le régiment n'entraîne-t-il pas une imputabilité à mettre sur le compte du service ?

Dr M.

**Réponse**

Le cas de ce militaire n'est pas simple ; car, d'après l'art. 47 de la loi du 31 mars 1928 (recrutement de l'armée), il ne bénéficie plus de la *présomption légale d'origine*, dès qu'il a quitté la caserne par libération.

*Cependant*, si ce sujet avait au cours de son service, présenté quelque affection pulmonaire, qui aurait motivé des exemptions de service, séjour à l'hôpital, infirmerie, etc..., il pourrait devenir possible d'y rattacher la maladie fatale.

En ce cas, les parents auraient droit à une pension d'ascendants. S'il en est ainsi, ceux-ci pourraient adresser une demande à l'Intendant militaire, chargé du Service régional des pensions, et celui-ci constituerait le dossier nécessaire.

**2957. — Nomination au grade de médecin sous-lieutenant**

Aîné de cinq frères, je n'ai fait qu'une année de service militaire : 15 octobre 1929-15 octobre 1930, dont six mois, 15 octobre 1929-15 avril 1930 comme médecin-soldat et six mois comme médecin-auxiliaire 15 avril 1930 au 15 octobre 1930. J'ai passé ma thèse en janvier 1931 et j'ai de suite averti mon bureau de Recrutement en demandant à passer médecin sous-lieutenant. Sans réponse. Je suis convoqué pour le 19 juillet 1932 à accomplir une période d'exercices de 21 jours à la 14e section infirmiers militaires, à Briançon.

1° Quelles autres formalités pour accéder au grade supérieur avant de commencer la période ? 2° Peut-on différer cette période, de combien et comment ?

Dr V.

**Réponse**

1° Ce n'est pas au Recrutement, mais au *Directeur du Service de santé* qu'il fallait, et qu'il faut *aussitôt* adresser votre demande en vue de votre nomination au grade de médecin sous-lieutenant, en y indiquant votre situation militaire, la date de votre thèse, etc... Cette nomination, en raison de la constitution de votre dossier, exigera un délai de six mois environ.

2° Ecrire aussitôt à l'autorité qui vous convoque, afin de demander un sursis pour votre période, *en spécifiant* que vous faites des démarches en ce moment (indiquer la date de la lettre au Directeur) pour être nommé médecin sous-lieutenant.

---

**3286. — Changement d'affectation**

Je vous serais très obligé de me renseigner sur les points suivants : Classe 1920, sursitaire, j'ai fait mon service en 1925 à la 3e région ; j'ai fait ensuite en 1927 une période avec 2 galons, en allant au Camp de Coëtquidan après avoir rejoint à Caen.

Habitant Paris et y exerçant (marié, 1 enfant), je voudrais me faire affecter au G. M. P. *dans le seul espoir* de ne plus être envoyé aussi loin de mes occupations à l'occasion de mes périodes à venir : j'ai vu de nombreux confrères pouvoir mener de front leurs occupations civiles et militaires pendant leurs périodes effectuées à Paris ou en banlieue.

1° Ai-je intérêt à me faire affecter au G. M. P. dans ce but ? (une prochaine période étant imminente pour moi, je crois).

2° Est-ce un droit ou une faveur ?

3° Quelles formalités accomplir ?

Dr C.

**Réponse**

Pour obtenir votre changement d'affectation, il faut adresser une demande au Médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la Région de Paris, en la transmettant, par la voie

hiérarchique de votre actuel Directeur du Service de santé (3e région).

Vous ne semblez pas devoir réussir facilement, car le nombre des médecins de réserve domiciliés à Paris est si grand, que nombre d'entre eux sont affectés en province. Il en est de même d'ailleurs des autres officiers de réserve et des hommes de troupe.

Une affection à la Région de Paris ne vous éviterait pas d'une manière certaine les convocations à longue distance ; le mieux, dans ce sens, est de s'entendre à l'avance avec le Directeur, afin d'obtenir, autant que possible, un lieu de convocation et une époque à votre choix. Cette affectation à Paris est une faveur et non un droit.

**3221. — Nomination au grade de médecin lieutenant. Périodes d'instruction nécessaires**

J'ai été nommé sous-lieutenant par décret du 25 août 1928 (*Journal Officiel*, du 31 août 1928). *Rang du* 1er *juillet* 1925.

Actuellement, je viens d'être promu médecin-lieutenant par décret du 2 avril 1932. *Rang du* 23 *septembre* 1931.

Je crois avoir lu que le grade de lieutenant succédait à celui de sous-lieutenant après un intervalle de quatre années. Dans ces conditions ma nomination de lieutenant ne devrait-elle pas porter : *Rang de* 1929.

Dr C.

**Réponse**

Il est probable que vous n'avez pas été promu lieutenant au bout de vos quatre années de sous-lieutenant, parce que vous n'aviez pas effectué auparavant une période d'instruction ; celle-ci, réglementaire, est nécessaire à cette promotion au point que sa non-exécution retarde légalement la promotion jusqu'à ce que satisfaction soit donnée à la convocation en cause.

**3218. — Conditions à remplir pour obtenir l'honorariat**

Médecin capitaine, classe 1900, rayé des cadres l'an dernier pour, selon la formule « suivre le sort de ma classe », puis-je demander à être mis en position d'officier honoraire ? quel avantage y puis-je trouver ? quelles sont les conditions nécessaires et à qui faire la demande ?

Dr T.

**Réponse**

L'honorariat exige deux conditions essentielles :

1° Avoir été maintenu dans les cadres après la libération normale de sa classe, jusqu'à la limite d'âge des officiers de réserve.

2° Ayant été maintenu dans ces conditions, avoir été rayé des cadres pour blessures, maladies ou infirmités, contractées ou aggravées en service.

Vous ne semblez pas, d'après vos renseignements, réunir ces conditions ; toutefois, adressez une demande à votre Directeur du Service de santé pour lui faire savoir que vous désirez obtenir l'honorariat du grade.

### 3142. — Père de six enfants. Libération des obligations militaires

Père de six enfants vivants, depuis mai 1929, j'a sollicité et obtenu, en novembre 1930, ma radiation des cadres. Me voici donc, en vertu de l'article 58 de la loi du 31 mars 1928, libéré de toute obligation militaire. C'est entendu.

Mais, me reste-t-il, soit dès à présent, soit en cas de mobilisation, une demande ou une formalité quelconque à remplir ?

Dr L.

**Réponse**

A la suite de votre libération, vous avez dû renvoyer votre ordre de mobilisation au Directeur du Service de santé.

Vous êtes donc, entièrement et définitivement, dégagé de toutes obligations militaires, et n'auriez aucune formalité à remplir en cas de mobilisation, sauf à présenter, le cas échéant, à qui de droit, le papier officiel qui vous annonce votre libération.

## Accidents du travail

### 4120. — Accidents du travail agricole. Exploitants assujettis

1° *Pourriez-vous* me donner une définition précise de l'exploitant assujetti obligatoire ?

2° *A quoi* reconnaît-on dans une police d'assurance agricole qu'un exploitant est un *assujetti obligatoire* ?

3° *Faut-il* pour ce genre d'exploitant une mention spéciale concernant les membres de la famille ?

Dr R.

**Réponse**

C'est l'article 1er de la loi du 15 décembre 1922 étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, qui fait d'une manière très nette la distinction entre les exploitants assujettis obligatoires et ceux qui ne le sont pas.

En principe, tous les exploitants sont assujettis. Seuls ne le sont pas ceux qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide de membres de leur famille, ascendants, descendants, conjoint frères, sœurs ou alliés au même degré, même s'ils emploient occasionnellement un ou plusieurs collaborateurs salariés ou non.

L'art. 4 de la loi a réservé la faculté, aux exploitants non assujettis, d'adhérer à la législation sur les accidents du travail en faveur des membres de leur famille et de leur collaborateurs occasionnels.

D'autre part, tous les exploitants assujettis obligatoires et ceux qui, bien que n'étant pas assujettis, ont adhéré volontairement à la législation sur les accidents du travail, peuvent en vertu du parag. 2 de l'art. 4, à la condition de contracter une assurance, se placer eux-mêmes pour les accidents dont ils sont victimes, sous le bénéfice de cette législation.

Conformément au décret du 29 juillet 1923, il est nécessaire que les exploitants qui adhèrent pour eux-mêmes ou pour les membres de leur famille à la législation sur les accidents du travail, désignent ceux-ci nominativement dans la déclaration d'adhésion qu'ils doivent faire à la mairie du siège de leur principale exploitation.

---

### 4252. — Accident du travail dû à la faute d'un tiers — Réglement des honoraires

Comme membre du « Sou médical » je viens vous demander aujourd'hui une consultation sur le cas suivant dans lequel, ce me semble, deux compagnies se sont donné le mot pour nous rouler.

Un jour un brave homme, roulant à bicyclette *pour son travail*, fut happé par une auto et assez sérieusement blessé. Ce fut miracle que même il n'ait pas été tué comme tous les spectateurs de l'accident le crurent sur le moment. L'auteur de l'accident fit humainement le nécessaire et déclara cet accident à son assurance en même temps que le patron à la sienne.

Je fus appelé à donner des soins au blessé que j'avais déjà soigné antérieurement. Et quand vint le moment du règlement de mes honoraires je fis remarquer au blessé que les honoraires qui me revenaient étaient, cette fois, non pas ceux des accidents du travail mais ceux « de droit commun ». En effet, le blessé l'avait bien été au cours de son travail *mais par un tiers* ; les conditions n'étaient donc plus les mêmes à mon avis. La preuve en était que le blessé toucha non seulement son demi-salaire mais encore le complément de ses journées.

Quand il présenta ma note d'honoraires, qui, *notez-le bien, avait été faite « à son nom »*, celle-ci fut refusée par la compagnie qui couvrait l'auteur de l'accident, sous le prétexte que ne me revenaient que les honoraires du tarif « accidents du travail », et que ceux-ci me seraient réglés par la compagnie du patron. Bien mieux, l'agent de cette autre compagnie se permit de prendre la note d'honoraires faite au nom du blessé et de me la renvoyer surchargée à l'encre rouge pour ramener chaque article au taux accidents du travail. Me pensant dans mon droit j'ai refusé jusqu'ici, mais les deux compagnies ont entrepris le blessé pour le convaincre que seule la compagnie du patron me devait des honoraires « au tarif Loi » et que, après cela, je n'avais plus rien à réclamer.

Qui a raison ici ? La compagnie ou moi ? Vous seriez bien aimable de me le dire car j'ai l'impression que l'on cherche à rouler à la fois et le blessé et moi-même.

Dr M.

---

**Réponse**

La loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ni taxé les honoraires du médecin traitant choisi par le blessé ; ce qu'elle a limité et taxé, c'est seulement *la part* de ces honoraires qui doit être supportée par le patron responsable.

Dans la pratique journalière des accidents du travail, ce principe fondamental est habituellement perdu de vue, le médecin se contentant presque toujours pour ses honoraires de la part que le patron responsable lui verse en conformité du tarif fixé par l'arrêté ministériel.

Mais rien n'empêche un médecin d'exiger le paiement de ses soins à un blessé du travail sur la base de son tarif de droit commun et vous êtes d'autant plus fondé à agir ainsi en l'espèce qu'un tiers est responsable de l'accident et doit, par conséquent, indemniser le blessé de tout le préjudice dont celui-ci n'est pas couvert par l'indemnisation forfaitaire de la loi sur les accidents du travail.

Il faut donc distinguer dans vos honoraires ce qui est à la charge du patron responsable et ce qui est à la charge personnelle de votre client, sauf recours de sa part contre le tiers responsable.

En ce qui concerne la première partie de votre note, rien ne s'oppose à ce que vous en acceptiez le règlement par la Compagnie qui couvre le patron, mais en prenant bien soin de faire des réserves dans la quittance pour le solde qui vous reste dû par le blessé.

Pour le paiement du solde, vous ne pouvez vous adresser qu'au blessé lui-même, car vous n'avez pas de lien de droit avec le tiers responsable de l'accident ni avec son assurance, mais, lorsque le blessé vous aura payé, vous devrez lui remettre un reçu acquitté de la somme qu'il vous aura ainsi versée, pour complément d'honoraires, afin qu'il puisse la comprendre dans la demande d'indemnité globale qu'il présentera par la suite à l'auteur de l'accident et dont il poursuivra le paiement par les voies de droit, s'il ne peut l'obtenir à l'amiable.

**4343. — Accident du travail agricole antérieur à la loi du 15 décembre 1929. Allocations**

Je vous serais très obligé de vouloir bien m'éclairer sur le cas suivant :

J'ai, dans ma clientèle, un brave ouvrier qui a été victime d'un accident du travail survenu en 1904 alors que la loi sur les accidents du travail ne touchait pas les agriculteurs.

Depuis, m'a-t-on dit, une nouvelle loi a été promulguée qui aurait un effet rétroactif en sorte que l'ouvrier en question pourrait en bénéficier.

Cet homme a eu la main droite broyée dans une machine à battre. J'ai pu retrouver le médecin qui

lui a donné les premiers soins et j'ai un certificat de lui, certifiant l'origine de la blessure et décrivant les lésions.

L'employeur toutefois est décédé et pour cette raison, je n'ai pu avoir aucune pièce de ce côté.

Ce blessé, d'après la loi récente, aurait-il droit à une pension et le certificat médical est-il suffisant, comme preuve d'origine ? Dr D.

**Réponse**

Différentes lois, depuis la guerre, ont attribué des allocations supplémentaires à diverses catégories de victimes d'accidents du travail. C'est ainsi qu'une loi du 15 juillet 1926 a fait bénéficier de ces allocations les victimes d'accidents du travail antérieurs à la date d'application des lois des 9 avril 1898, 30 juin 1899, 12 avril 1906, 13 décembre 1912 et 15 juillet 1914 (ce qui excluait les victimes d'accidents agricoles) mais en interdisant tout cumul de ces allocations avec les allocations attribuées au titre des lois d'assistance. La loi a attribué compétence au président du tribunal civil du lieu de l'accident pour fixer par ordonnance et sans appel le caractère professionnel de l'accident, ainsi que le degré d'invalidité qui en est résulté directement.

Le bénéfice de la loi du 15 juillet 1926 et celui de la loi du 15 août 1929, qui a élevé le taux des allocations, ont été étendus aux victimes d'accidents du travail agricole par une loi du 27 juillet 1930.

Par conséquent, depuis cette date, votre client aurait pu demander le paiement de l'allocation. Sans doute pourra-t-il obtenir un rappel, mais il importe avant tout qu'il fasse présenter requête au président du tribunal civil pour obtenir une ordonnance constatant le caractère professionnel de son accident, ainsi que le degré de l'invalidité dont il est atteint. Il nous semble que le certificat médical d'origine sera suffisant pour fixer la conviction du président. La requête devra être présentée par un avoué. Il faut donc que votre client expose au procureur de la République, par lettre, la nature de sa demande et sollicite l'assistance judiciaire (dont il doit bénéficier de plein droit puisqu'il s'agit d'une affaire d'accident du travail) et la commission d'un avoué pour s'occuper de son affaire.

Une fois qu'il aura obtenu l'ordonnance du président, votre client (ou son avoué) devra adresser le dossier au ministère du Travail qui liquidera son allocation et son rappel conformément à la procédure fixée par le décret du 20 juillet 1922.

Si le président reconnaît à votre client une invalidité de 65 %, taux habituellement accordé pour la perte de la main droite, le montant de l'allocation annuelle sera de 2.310 francs, conformément à la loi du 15 août 1929. De 60 à 64 %, l'allocation est de 2.130 francs ; de 55 à 59 % elle est de 1.955 francs.

Cinquante-quatrième année | N° 34 | 21 Août 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

## AVIS

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :
**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse.** Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne.** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche). J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maiche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat.** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex.** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja.** (Pyr.-Or.). L. Cunnac
**Rousses (les)** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianes.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié, de Vaucressou (*chir. acc*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.), Lapy, Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet, Cadinouche, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barraud G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Laoanau.** Dubroca.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutie, de Vaucresson (*chir.*)
**Palavas-les-Flots.** Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Pau.** Dr Cornet.
**Roscoff.** Bagot, Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer.** (Calvados), Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau
**Saint-Georges-de-Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**Ste-Maxime-s/Mer.** Ficonetti
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Pichon (*Y. O. R. L.*).

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 241. — Spéc. O. R. L., 50 ans, libre en octobre., cherche associat. ou particip. à clin. sérieuse. Accepter. remplacem.

N° 242. — Confr. Centre Ouest, recevrait pension convalesc., anémiés, fatigués, ayant besoin séjour campagne.

N° 243. — Pas-de-Calais. Cause retraite, à céder sans indemn. bon poste méd. génér. à confr. qui achèterait maison avec garage, bien agencée pour exerc. profess. Prix 180.000. En cas de location, céderait client. contre faible indemn. Ecr. Dr Meunier, à Calais, 45, rue Amiral Courbet.

N° 244. — A vend. d'occas. Comptes rendus de Soc. Internat. de Chirurg., année 1920. Sommaire : Chirurgie cardio-vasculaire (Tuffier, Sencert, Alessandri, Goodman); Radiologie chirurgic. (Regaud, Neville S. Finzi, Mioni, Greenough) ; Hématologie chirurgicale (Depage et Govaerts, Graham) ; Fractures de la cuisse (Patel, Sinclair, Kellog Speed) ; Prophilax. et traitem. du tétanos (Donati, Cumins, Sieur, Ashhurst).

N° 245. — Sud-Ouest. Poste seul méd., propharm. possible, chiffre important en progression. Condit. avantag. Essai possible avant cession moyenn. garanties.

N° 246. — Poste méd. pet. ville Ouest à céder urgence pour raison famille, dans des condit. exceptionn. Chiffre affaires important.



## Renseignements

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles) Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18,50. Cuvée 1919 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. = E. Cauche pharmac. à **AY** (Marne).

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **XII[e] Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.** — Ce Congrès se tiendra à Ottawa-Hull (Canada), les 6, 7 et 8 septembre 1932.

La délégation française comprend M. le Professeur Antonin Clerc, MM. Maurice Chevassu, René Charpentier et Robert Ducroquet.

— **Hôpitaux de Barcelone.** *Cours de chirurgie abdominale.* — M. le Professeur Corachan, assisté de plusieurs spécialistes, fera, dans la deuxième quinzaine d'octobre à l'hôpital de la Santa Cruz Y. S. Pablo, de Barcelone, un cours de chirurgie abdominale.

Ce cours comprendra des leçons cliniques, des leçons de technique chirurgicale, des leçons théoriques et des exercices pratiques. Le prix de l'inscription est de 100 pesetas. Se faire inscrire à la direction de l'hôpital.

— **Luchon.** *Camp thermal et climatique.* — L'an dernier, le camp thermal et climatique de Luchon s'ouvrit avec 32 enfants. Cette année, voici déjà que 120 fillettes et garçonnets ont débarqué de tous les coins de la France et logent mi en abri fixe, mi sous la tente.

D'autre part, un autre camp, dû à l'initiative privée (42 jeunes filles de l'Association des « guides » de Toulouse) loge dans le parc de Sainte-Hélène de Luchon.

— **Luchon.** *Le Président Gaston Doumergue visite le vaporarium de Luchon.* — Le Président Gaston Doumergue, accompagné de Madame Gaston Doumergue et de quelques amis, s'est rendu le 4 août, à Luchon. Le Président a visité avec un vif intérêt les nouveaux services des thermes, et en particulier les galeries sous roche du radio-vaporarium sulfuré.

M. Gaston Doumergue n'a pas caché son admiration pour l'organisation technique du radio-vaporarium sulfuré et a bien voulu consigner ses sentiments sur le Livre d'or de la station.

— **Æsculape.** Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les Sciences et la Médecine.

*Sommaire* du n° 7 : Hygie donnant à boire au serpent, dessin de Rubens (1 ill.) — La tête en poire de Louis-Philippe et l'oxycéphalie familiale héréditaire des Bourbons, Habsbourg, Médicis, par le Docteur M. TRÉNEL, médecin de l'asile clinique de Sainte-Anne (6 ill.). — Les os de Charles-le-Téméraire sont-ils restés à Nancy ? Le duc était-il prognathe ? par le Docteur TRICOT-ROYER, d'Anvers (fin, 8 ill.). — Jean-Baptiste Gastaldy (1674-1747), par le Professeur agrégé Paul RAYMOND (2 ill.). — Noms et caractères des doigts, traduit du latin d'Alessandri par le Docteur LACOSTES (8 ill.). — Cupidon piqué par des abeilles (1 ill.). — Supplément (17 ill.).

# A TRAVERS L'OFFICIEL

1er AOÛT

**Arrêté du ministre de l'Education nationale du 1er août 1932 relatif à l'agrégation des Facultés de Médecine.**

Art. 1er. — Une session, pour les concours du premier degré s'ouvrira aux dates ci-après indiquées pour les catégories ci-dessous désignées :

7 et 8 novembre 1932.

Catégorie I *bis* : médecine légale.

Catégorie II *bis* : pharmacologie et matière médicale.

9 et 10 novembre 1932.

Catégorie J *quater* : Urologie.

Art. 2. — Le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves de ces concours est fixé au maximum ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des facultés dans chacune des catégories :

I *bis* : médecine légale.................... 3
H *bis* : pharmacologie et matière médicale... 3
J *quater* : urologie........................ 2

Art. 3. — Les compositions auront lieu dans chaque faculté conformément aux dispositions de l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 1929. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de quatre heures, de huit heures à douze heures.

**Par arrêté du ministre de l'Education nationale** en date du 1er août 1932, est complété le règlement du diplôme de docteur de l'université d'Alger mention « médecine ».

4 AOÛT

**Avis de vacance de poste de médecin chef d'asile public d'aliénés.**

Le poste de médecin chef de l'asile public d'aliénés du Mans est vacant par suite du départ de M. le Docteur Bourdin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

5 AOÛT

**Par arrêté du ministre de l'Education nationale** en date du 31 août 1932, sont modifiés les règlements du diplôme de docteur de l'université de Nancy, mention « médecine », du diplôme de pharmacien et du diplôme de chirurgien-dentiste de ladite université.

6 AOÛT

**Décret du 29 juillet 1932 transformant la chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg en chaire de médecine légale et de médecine sociale.**

Par décret en date du 29 juillet 1932, rendu sur le rapport du président du conseil, ministre des affaires étrangères, et du ministre de l'Education nationale

La chaire de médecine légale de la faculté de mé-

decine de l'université de Strasbourg est transformée en chaire de médecine légale et de médecine sociale.

M. Chavigny, professeur titulaire de médecine légale à cette facultés est nommé professeur titulaire de médecine légale et de médecine sociale.

**Décret du 29 juillet 1932 instituant un emploi de médecin à l'Ecole nationale technique de Strasbourg.**

Art. 1er. — Un médecin sera attaché à l'école nationale technique de Strasbourg.

Les honoraires de ce praticien sont fixés à 3.000 francs par an.

Art. 2. — Le montant de ces honoraires sera prélevé sur les disponibilités du chapitre des traitements des écoles nationales d'arts et métiers.

Art. 3. — Le ministre de l'Education nationale et le ministre du Budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présient décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

**Décret du 27 juillet 1932 modifiant le décret du 15 mai 1930 relatif aux médecins sanitaires maritimes.**

Art. 1er. — Les articles 3, 4 et 5 du décret du 15 mars 1930, relatif aux médecins sanitaires maritimes, sont modifiés ainsi qu'il suit :

*Art.* 3, § 2— L'examen porte sur : la pathologie, la bactériologie, l'épidémiologie, le traitement et la prophylaxie des maladies transmissibles ; la législation sanitaire maritime ; l'hygiène maritime ; le droit maritime. Les conditions et les époques de l'examen sont arrêtées par le ministre de la marine marchande.

*Art.* 4, § 1er. — Sont dispensés d'une partie des épreuves de l'examen prévu à l'article précédent, pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes, les docteurs en médecine français qui ont obtenu le diplôme d'un institut universitaire d'hygiène ou de médecine coloniale. Ces candidats sont astreints seulement à satisfaire aux interrogations portant sur la législation sanitaire maritime ; l'hygiène maritime ; le droit maritime.

§ 2.— Le paragraphe 2 est supprimé.

*Art.* 5, § 1er. — Sont également dispensés d'une partie des épreuves de l'examen prévu à l'article 3 ci-dessus (le reste du paragraphe sans changement).

§ 2. — Ces médecins peuvent être inscrits au tableau sous condition d'avoir satisfait aux interrogations portant :

Pour les médecins de la marine, sur la législation sanitaire maritime, et sur le droit maritime ;

Pour les médecins des colonies, sur la législation sanitaire maritime ; l'hygiène maritime et le droit maritime.

Art. 2.— Le Ministre de la marine marchande et le ministre de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

**Arrêté du ministre de la Marine marchande du 28 juillet 1932 relatif à l'examen des candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime.**

Art. 1er. — Les jurys chargés d'examiner les candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime, dans les conditions prévues par les articles 2, 4 et 5 du décret du 15 mars 1930, modifié le 27 juillet 1932, sont constitués dans les villes et aux époques ci-après :

Marseille, mars.

Paris, juin.

Bordeaux, octobre.

Art. 2. — Les demandes d'inscription aux examens, établies sur papier timbré, doivent être adressées, selon le centre d'examen choisi, et un mois avant la date d'ouverture de la session :

Pour Paris : au ministre de la marine marchande (services du travail maritime et de la comptabilité).

Pour Marseille et Bordeaux : au directeur de l'inscription maritime à Marseille ou à Bordeaux.

Les candidats ont à produire à l'appui de leur demande :

1° Leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur en médecine (ou une copie certifiée conforme de ce diplôme) ;

3° Un certificat de bonne vie et mœurs ,

4° Une pièce établissant leur qualité de Français. (Cette qualité peut être affirmée par le certificat de bonne vie et mœurs, qui tient lieu, dans ce cas, de pièce spéciale.)

Les candidats qui désirent bénéficier des dispositions des articles 4 ou 5 du décret du 15 mars 1930, modifié le 27 juillet 1932, doivent compléter leur dossier par la production, suivant le cas :

Du diplôme qui leur a été délivré par un institut d'hygiène ou de médecine coloniale (ou d'une copie certifiée conforme de ce diplôme) ;

D'un certificat attestant que, médecin de la marine ou médecin des colonies, ils ont exercé, en cette qualité, leurs fonctions pendant cinq ans au moins.

Art. 2. — L'examen porte sur :

La pathologie, la bactériologie, l'épidémiologie, le traitement et la prophylaxie des maladies suivantes : peste, choléra, fièvre jaune, typhus exanthématique et variole ;

La législation sanitaire maritime ;

L'hygiène maritime ;

Le droit maritime ;

suivant le programme annexé au présent arrêté.

L'examen se compose d'épreuves écrites et d'épreuves orales.

Les épreuves écrites comprennent :

1° Une composition sur la pathologie des maladies suivantes : peste, choléra, fièvre jaune, typhus exanthématique et variole ;

2° Une composition sur la législation sanitaire maritime.

Il est accordé aux candidats une heure et demie pour la composition de pathologie et une heure pour la composition de règlementation sanitaire maritime.

Les épreuves orales portent sur :

1º La pathologie des maladies visées ci-dessus (peste, choléra, fièvre jaune, typhus exanthématique et variole) ;

2º La bactériologie. Cette dernière épreuve comprend, en outre, la reconnaissance sur lames ou en culture des principaux microbes pathogènes pour l'homme ;

3º La législation sanitaire maritime ;

4º L'hygiène maritime ;

5º Le droit maritime.

Art. 4. — Les interrogations prévues aux articles 4 et 5 du décret du 15 mars 1930, modifié par le décret du 27 juillet 1922, en ce qui concerne les candidats dispensés d'une partie des épreuves de l'examen, sont subies, au cours des sessions prévues à l'article 1er du présent arrêté, devant les jurys d'examen dont la composition est fixée par l'article 5 ci-après.

Elles portent :

Pour les médecins titulaires du diplôme d'un institut d'hygiène ou de médecine coloniale, sur la législation sanitaire maritime, l'hygiène maritime, le droit maritime ;

Pour les médecins des colonies, sur les mêmes matières que pour les précédents ;

Pour les médecins de la marine, sur la législation sanitaire maritime, le droit maritime.

Art. 5. — Les jurys d'examen sont composés comme suit :

A Paris :

1º Le directeur des services du travail maritime et de la comptabilité au ministère de la marine marchande (ou son délégué), président du jury ;

2º Un professeur de la faculté de médecine ;

3º Un conseiller technique du ministère de la Santé publique ;

4º Un médecin sanitaire maritime.

Dans les ports de Bordeaux et de Marseille :

1º Le directeur de l'inscription maritime, président du jury ;

2º Un professeur de la faculté de médecine ;

3º Le directeur de la circonscription sanitaire maritime ;

4º Le professeur d'hygiène de l'école nationale de navigation maritime, ou un médecin sanitaire maritime.

Ces jurys peuvent s'adjoindre, s'ils le jugent utile, un bactériologue.

Art. 6. — Le présent arrêté entrera en vigueur à la session d'examen de mars 1933.

Sont abrogées les dispositions de l'arrêté du 8 décembre 1896 et généralement toutes les dispositions contraires à celles du présent arrêté.

*Annexe de l'arrêté du 28 juillet 1932.*

**Programme de l'examen en vue de l'inscription au tableau des médecins sanitaires maritimes.**

*Pathologie.*

Epidémiologie, bactériologie, parasitologie, mo-

des de transmission, symptômes, diagnostic, traitement et prophylaxie des maladies suivantes : choléra, peste, fièvre jaune, typhus exanthématique et variole.

*Bactériologie.*

Habitat, caractères morphologiques et culturaux, procédés usuels de coloration des principaux microbes pathogènes pour l'homme : charbon, choléra, colibacille, diphtérie, dysenterie, gonocoque, méningocoque, peste, pneumocoque, tétanos, tuberculose, typhiques.

Diagnostic bactériologique de la peste. Diagnostic bactériologique du choléra. Séro diagnostic du typhus exanthématique.

*Législation sanitaire maritime.*

Législation internationale. Historique des conventions sanitaires internationales. La convention de 1926. Arrangement international de Bruxelles de 1924 pour le traitement des maladies vénériennes. Les organismes d'hygiène internationaux. Les pèlerinages musulmans. L'émigration.

Législation française. Loi de police sanitaire de 1822. Historique des règlements de police sanitaire maritime. Le règlement du 8 octobre 1927. Emploi de la T. S. F. pour la reconnaissance et l'arraisonnement des navires de commerce.

*Hygiène maritime.*

Objet de l'hygiène maritime (hygiène de la marine de commerce).

Hygiène du navire : cales, machines et locaux d'habitation. Conséquences hygiéniques des moyens modernes de chauffe et de propulsion des navires. Aération. Chauffage. Le froid à bord. Eau potable.

Mesures contre les rats (procédés de dératisation, écrans pare-rats, rat-proofing).

Service médical à bord. Les médecins sanitaires maritimes. Historique, leur rôle médical et sanitaire. Personnel infirmier. Hôpitaux. Médicaments. Matériel de bactériologie. Etuve à désinfection. La désinfection. Les embaumements. Le mal de mer. Accidents causés par la chaleur. Secours aux noyés et asphyxiés. Pathologie spéciale du marin. Instruction médicale pour les capitaines de navires dépourvus de médecins.

*Droit maritime.*

Code du travail maritime. Le contrat d'engagement maritime. La règlementation du travail à bord des navires de commerce. Traitement des marins malades et blessés.

Code disciplinaire et pénal de la marine marchande.

Loi du 17 avril 1907 concernant la sécurité de la navigation maritime et l'hygiène à bord des navires de commerce.

Organisation des services d'assurance des marins contre la vieillesse, le décès et les risques et accidents de leur profession.

7 AOÛT.

Par décret du 6 août 1932, M. Martin (Louis), sous-directeur de l'Institut Pasteur, directeur de l'hôpital Pasteur, est élevé à la dignité de grand officier dans l'Ordre national de la Légion d'honneur.

---

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Un domestique blessé dans son travail antérieurement au 3 février 1924 a droit aux allocations de la loi du 15 juillet 1926.**

545. — M. Léon Courson demande à M. le Ministre du Travail : 1° si un mutilé du travail, antérieurement au 15 juillet 1926, peut prétendre au bénéfice de la loi du 15 juillet 1926, au titre de la catégorie des gens de maison ; 2° dans le cas de la négative, quelles sont les dispositions qui s'y opposent (*Question du 4 juillet* 1932).

*Réponse.* — 1° Réponse affirmative, mais seulement si l'accident est survenu antérieurement au 3 février 1924, date de la mise en application de la loi du 2 août 1923 ; 2° si l'accident est postérieur à cette date, la loi du 15 juillet 1926 ne le vise pas, puis qu'elle ne s'applique qu'aux accidents survenus antérieurement à la mise en application de la législation qui les concerne. (*J. O.* 6 août.)

---

**Le guide-barème des invalidités établi en application de la loi du 31 mars 1919 n'est pas limitatif.**

272. — M. Vincent Auriol demande à M. le ministre des Pensions : 1° s'il est légal de la part d'un expert de refuser l'indemnisation d'une invalidité pour le seul motif que la description de la mutilation ou de la maladie n'a pas été prévue dans la classification du tableau synoptique établi conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 31 mars 1919 ; 2° dans le cas de l'affirmative, sur quel texte est basé ce refus et quelle est la valeur des précisions données par l'article 41 de l'instruction ministérielle n° 8 E. M. P., du 21 mai 1920 (§§ 1er et 2). (*Question du 21 juin* 1932.)

*Réponse.* — Le guide-barème des invalidités comprend une liste des diverses infirmités et le pourcentage d'invalidité auquel celles-ci correspondent. Mais ce n'est qu'un « guide », dont la prétention n'est pas d'épuiser toutes les infirmités, si complète qu'en soit la liste, ni de donner aux pourcentages un caractère impératif. Dans chaque cas, il appartient au médecin-expert, dont c'est d'ailleurs la raison d'être, de déterminer de quelle infirmité l'intéressé est atteint et quel est le pourcentage d'invalidité. Si l'infirmité ne figure pas au guide-barème, l'évaluation de l'invalidité se fait par référence au degré d'invalidité correspondant à des infirmités analogues, compte tenu des particularités de l'espèce. L'honorable député est prié de bien vouloir faire connaître les nom, prénoms

de l'intéressé, son grade, son domicile et son dernier corps d'affectation. (*J. O.* 6 août.)

**Les versements faits pour la constitution de la retraite mutuelle de combattant peuvent être déduits des recettes professionnelles.**

24. — M. Barthe demande à M. le Ministre du Budjet : 1° si les retraites que peuvent se constituer les anciens combattants, ascendants, veuves et orphelins de guerre, en vertu des lois des 4 août 1923 et 30 décembre 1928, aux sociétés mutualistes d'anciens combattants et victimes de la guerre (France mutualiste, 8, rue de la Douane, à Paris ; caisse autonome de retraite des anciens combattants, 14, rue Auber, à Paris, etc), et dont certaines peuvent atteindre 6.000 francs, tombent sous le coup de la loi du cumul restrictif prévu apr l'article 62 de la loi du 14 avril 1924 et les autres lois y reelatives ; 2° s'il est exact que le montant des versments effectués, en vue de ces retraites doit venir en déduction, pour les intéressés, dans le calcul de l'impôt sur le revenu (*Question du 7 juin 1932.*)

*Réponse.* — 1° Réponse négative, sauf pour les ascendants à ne pas excéder les limites à l'imposition générale sur le revenu prévues par l'article 53 de la loi du 9 décembre 1927 ; 2° la déduction des versements effectués en vue de la constitution d'une retraite du combattant est admise dans le cadre de l'article 1er du règlement d'administration publique du 30 décembre 1926, c'est-à-dire en ce qui concerne les contribuables relevant de l'impôt sur les traitements et salaires et de l'impôts sur les bénéfices des professions non commerciales. (*J. O.* 6 août.)

# CORRESPONDANCE

## Divers

### 4423. — La loi sur les accidents du travail n'est pas applicable aux remplaçants

La Compagnie d'assurance la M..., qui me garantit des accidents aux au tiers causés par mon automobile, me propose de couvrir « ma responsabilité civile à raison des accidents qui surviendraient à un étudiant en médecine ou à un docteur en médecine me rempaçant pour une période n'excédant pas 40 jours par an » pour « *tous accidents* de quelque cause que ce soit » 100 *francs par an.*

Cette précaution ne me semble pas inutile, mais ignorant jusqu'à ce jour cette assurance, je tiens à p endre votre avis qui ne trompe jamais.

Dr J.

**Réponse**

Sans qu'il y ait lieu de rechercher la nature exacte des rapports juridiques existant entre un médecin et son remplaçant, que ce dernier soit

*Voir la suite page XLVII-2517*

# PROPOS DU JOUR

## La future Faculté de médecine d'Issy-les-Moulineaux

Dans une conférence, tenue au ministère de l'Intérieur, il a été procédé à un nouvel examen de la proposition de la Fondation Rockefeller, offrant 150 millions à l'Université de Paris pour la reconstruction de la Faculté de médecine. Le terrain nouvellement choisi pour la reconstruction de la Faculté a été une zone de 50 hectares, sise à Issy-les-Moulineaux aux portes de Paris, appartenant au domaine national. L'Etat sera sollicité de faire cette cession, remplissant ainsi les conditions de la proposition américaine.

Donc, dans quelques années, la Faculté de médecine de Paris établie depuis plus de six cents ans au Quartier latin disparaîtra et cédera le pas à la Faculté de médecine d'Issy-les-Moulineaux.

Pour un exemple de décentralisation, c'est un bel exemple et on ne refusera pas aux auteurs de ce beau projet de voir vaste et grand.

L'Université de Paris désire donner la réplique à l'Assistance publique. Cette dernière, désirant remplacer le vieil hôpital Beaujon, a décidé de construire un nouvel établissement monstre à Clichy. Ce sera un hôpital en hauteur de quelque onze étages. La nouvelle Faculté repousse cette mode, cependant bien américaine, des « gratte-ciel » ; elle s'étendra en surface et cinquante hectares paraissent indispensables à son établissement. Cinquante hectares ! Pareil espace libre ne se trouve pas facilement dans Paris, ni même dans son immédiate banlieue. C'est un peu plus que la superficie du Père-Lachaise, mais ce dernier a reçu une autre affectation qu'il serait difficile de lui enlever.

La réalisation de ce nouveau projet sera sans doute, selon les milieux, diversement accueillie.

***

Les amants du Vieux-Paris verront avec tristesse se précipiter l'agonie du vieux Quartier latin.

Ils feront remarquer que, depuis leur origine, la médecine et la chirurgie parisiennes n'ont pas quitté le Pays latin, le domaine de l'antique Université qui s'étend encore de chaque côté du Boulevard Saint-Michel, sur les Ve et VIe arrondissements.

La Faculté de médecine fut tout d'abord baptisée à Notre-Dame, car primitivement, étant sans logis, elle réunissait ses docteurs « auprès des grands benoîtiers de Notre-Dame, *ad cuppam Nostræ-Damæ* ». Incorporée à ses origines à la Faculté des Arts, ses maîtres errants donnaient leurs leçons dans la célèbre rue du Fouarre où, par humilité, les écoliers, laissant à leurs maîtres le droit de disposer des sièges, écoutaient leur enseignement assis sur des bottes de paille ou fouarre. Parfois, les médecins se réunissaient aux Mathurins, près de l'Hôtel de Cluny ; d'autres fois, ils s'assemblaient à l'Eglise Saint-Yves, rue Saint-Jacques, ou à Sainte-Geneviève-des-Ardents, vers le parvis de Notre-Dame.

Au XIVe Siècle, maître Gervais Chrestien, médecin de Charles V, chanoine de Bayeux et de Paris, enseignait la médecine et l'astrologie, rue du Foin-Saint-Jacques, près de la rue Bontebrie, dans un collège qu'il fonda et prit le nom de Collège de maître Gervais.

Le 24 mai 1369, la Faculté de médecine, qui avait obtenu son autonomie, acquit un minuscule logis rue des Rats, près de la rue de la Bûcherie, pour y abriter les *neuf volumes* qui formaient toute sa bibliothèque. Le 26 novembre 1454, eut lieu une grande réunion de la Faculté, autour des bénitiers de Notre-Dame. Jacques Desparts, médecin de Charles VII, et Robert Poitevin, docteur de Montpellier et chanoine de Notre-Dame, intéressèrent le roi à la fondation d'une Ecole de médecine. En 1469, cette Ecole prit corps par l'achat aux Chartreux d'une maison voisine du logis de la rue des Rats et, en 1472, le doyen Guillaume Bazin présida à la construction de la Faculté de la rue de la Bûcherie. En 1502, la Faculté construisit une chapelle et, en 1535, une écurie pour abriter les mules des deux professeurs qui formaient alors tout le corps enseignant.

Les inondations de la Seine menaçaient fréquemment l'Ecole. En 1678, sous le décanat d'Antoine Le Moine, un conseiller du roi, Michel Lemasles, seigneur des Roches, protonotaire apostolique, chantre et chanoine de Notre-Dame,

donna 30.000 livres tournois pour reconstruire l'Ecole.

Un amphithéâtre, élevé en 1617, s'étant effondré, en 1620, on en éleva un second à l'emplacement de la Chapelle. Au bout d'un siècle, il tombait en ruines. Mais en 1744, sous le décanat de Col de Vilars, en fut construit un troisième aux propres frais des médecins parisiens. Cet amphithéâtre, inauguré par Winslow dont il porta le nom, existe encore et fait partie de la Maison des Etudiants, rue de la Bûcherie (1).

En 1775, l'Ecole de médecine, mal entretenue, menaçait de s'effondrer ; la Faculté dut se transporter rue Jean-de-Beauvais au Décret que venait de quitter la Faculté de Droit pour occuper les bâtiments actuels à Sainte-Geneviève.

Les locaux du Décret n'étaient pas brillants, et le lieutenant de Police inquiet pressait la Faculté de les évacuer quand survint la Révolution. Elle supprima l'Université et les Corporations et vendit aux enchères leurs écoles et leurs logis.

Le 4 décembre 1794, Fourcroy obtenait de la Convention la création des Ecoles de Santé. Celle de Paris, unissant médecins et chirurgiens, s'installa à l'Ecole de médecine actuelle, l'ancien Collège de Bourgogne, où les chirurgiens avaient fait en 1774 élever leur Académie de Chirurgie.

Le 17 mars 1808, l'Ecole de Santé devenait Faculté de médecine.

Depuis, elle ne quitta plus son Palais. Elle l'agrandit considérablement, mais resta fidèle à son vieux quartier et à ses origines.

Les chirurgiens aussi, bien que ne faisant pas partie de l'Université avant de se confondre avec les médecins, furent de fidèles habitants du Pays latin. Si, primitivement, tout à fait à l'origine, leur corporation se réunissait à l'Eglise Saint-Jacques de la Boucherie, dont la Tour Saint-Jacques reste un imposant vestige, ils ne tardèrent pas à se grouper à la petite Eglise Saint-Côme, à l'angle de la rue de la Harpe et de la rue des Cordeliers (où commence la rue Racine actuelle).

Plus tard, ils obtinrent de construire à côté un petit bâtiment pour donner des soins gratuits aux indigents. Ils s'agrandirent progressivement et, dès le XVI^e siècle, les chirurgiens disposaient d'un Collège important, le Collège de Saint-Côme.

Au XVII^e siècle, après l'opération de la fistule, Louis XIV combla les chirurgiens de ses faveurs.

Le 16 juin 1691, ils firent construire un amphithéâtre d'anatomie et la générosité des premiers chirurgiens du roi, Georges Mareschal, La Peyronie et Pichon de la Martinière, leur permit d'acheter, en 1768, le Collège de Bourgogne et de le transformer, sur les plans de Gandouin, en Académie de chirurgie ; c'est la Faculté de médecine actuelle.

On le voit, de tous temps, médecins et chirurgiens parisiens restèrent fidèles au Pays latin.

Aussi, a-t-on quelque peine à se faire à l'idée du transfert de notre vieille Faculté à Issy-les-Moulineaux. Serait-ce en souvenir de ce que Louis XIV, annoblissant son chirurgien Félix qui l'avait si habilement guéri de sa fistule, le créa écuyer, *Seigneur des Moulineaux* ? !

***

Mais les arguments des historiens et des archéologues seraient de peu de poids, s'il n'y avait d'autres raisons plus pertinentes pour regretter le nouveau projet.

La Faculté va se trouver exilée au point le plus éloigné du centre de Paris : loin des milieux universitaires, des autres Facultés, du Collège de France, du Muséum, qui, dans plus d'un cas, peuvent lui prêter le concours de leurs laboratoires, de leurs bibliothèques, de leurs collections, loin de tout centre hospitalier important, de l'amphithéâtre de Clamart, de l'Institut médico-légal, loin de cette Cité universitaire, si florissante, destinée à grouper les étudiants de toutes les Nations et à faire renaître les collèges fameux de l'époque médiévale.

A-t-on songé à la perte de temps et aux frais que cet éloignement causera aux étudiants et aussi à leurs Maîtres ?

Prenons pour exemple un étudiant, habitant la Cité universitaire, externe à l'Hôpital Tenon, ou même seulement à la Pitié. Le malheureux, s'il désire fréquenter la Faculté, devra passer son temps dans les autobus ou le Métropolitain.

Nous ne parlons pas du tort énorme porté au commerce du Quartier latin, aux fabricants d'instruments, aux libraires, qui vivent de la Faculté.

On nous objectera que les étudiants ne sont pas tenus d'assister aux cours et aux conférences ; que ceux qui travaillent trouveront à l'hôpital leur véritable centre d'enseignement, se borneront à suivre les cliniques, et que leurs études n'en souffriront guère ; qu'ils auront à leur disposition la bibliothèque Sante-Geneviève, celle du Muséum,

(1) Rappelons que ce fut le *Syndicat des médecins de la Seine*, grâce à l'activité de son Président fondateur Le Baron, qui empêcha la destruction de la vieille Ecole de médecine et obtint son achat par la Ville de Paris.

de la Sorbonne, de la Faculté de pharmacie ; qu'à la rigueur, l'Université catholique pourra créer au centre de Paris, comme à Lille, une Faculté de médecine libre ; que la Ville de Paris pourra, pour suppléer à l'éloignement de la Faculté d'Issy-les-Moulineaux, reprendre le projet de notre Maître, Bourneville, qui allait faire adopter par le Conseil municipal, dont il était membre, la création d'une Faculté municipale, création qui eut été certainement réalisée, si Bourneville n'eut cédé aux supplications pressantes de son maître et ami, le Professeur Charcot.

Certes, toutes ces raisons sont bonnes, mais elles sonnent tristement à nos oreilles le glas de notre vieille Faculté de médecine de l'Université de Paris et nous avons l'impression, peut-être mal fondée, mais très nette, qu'on va lui élever pour trois cent millions, à Issy-les-Moulineaux, un merveilleux Mausolée.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LE PRATICIEN ET LA NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

III

### Les arriérés : Le retard mental

Par le Docteur GILBERT-ROBIN,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.
Médecin-assistant à l'Hôpital Lariboisière.

Au sein des arriérations mentales, nous avons décrit au bas de l'échelle intellectuelle, l'idiot et l'imbécile. Le groupe d'arriérés le plus intéressant se trouve celui des *retardés mentaux*, parce que beaucoup d'entre eux ne présentent qu'un retard intellectuel qui, grâce à un traitement médical, grâce aussi à des mesures pédagogiques appropriées et une orientation professionnelle judicieuse, est compatible avec une existence pratique normale. Ces enfants peuvent devenir utilisables.

L'arriéré mental qui n'est ni imbécile, ni idiot est un retardé intellectuel. C'est en général à l'âge scolaire qu'on découvre son état. En dépit d'une fréquentation régulière de l'école, en dépit des efforts de l'enfant, de sa bonne volonté car le retardé mental simple est le plus souvent docile, affectueux, complaisant, agréable quant à la discipline (trop agréable même car il arrive qu'il passe inaperçu, qu'on ne s'aperçoive que fort tard de sa déficience mentale), en dépit donc d'une scolarité normale et d'un effort suffisant, l'enfant ne tire aucun profit des études. Il reste stationnaire. Il fait ce qu'il peut pour fixer son attention, mais celle-ci se fatigue vite, la mémoire est variable, tantôt mauvaise, tantôt fidèle, mais dans ce dernier cas, elle ne sert qu'à reproduire des notions apprises par cœur et qui n'ont pas été bien comprises, ni bien assimilées. La lecture, l'écriture, le calcul exigent de l'enfant un effort énorme et souvent infructueux.

Il ne suffit pas de savoir qu'un enfant est en retard à l'école, qu'il est le « dernier de la classe ». Il est intéressant de mesurer son *retard scolaire*. Il existe pour ce faire, un *barème de connaissances*. Binet, Simon et Vanney, les premiers — suivis par d'autres auteurs — ont établis des *tests pédagogiques* qui permettent de déterminer l'âge scolaire d'un enfant. En pratique médicale courante, nous nous servons d'épreuves simples tirées des travaux de Binet-Simon et Vaney. Voici les tests scolaires que nous employons :

*Lecture* : 6 à 7 ans, sous-syllabique.
7 à 8 ans, hésitante.
8 à 9 ans, hésitante-courante.
9 à 10 ans, courante.
10 à 11 ans, courante-expressive.

*A travers Paris. Accident à un préfet.* — Hier matin, vers huit heures M. Paul Joly, préfet du Puy-de-Dôme, de passage à Paris, se disposait à monter en voiture, boulevard des Italiens, lorsqu'il fut heurté et violemment projeté sur la chaussée par un fourgon des postes.

M. Paul Joly, fut relevé par des passants et, bien que fortement contusionné, put, quelques instants après l'accident, regagner son hôtel.

*Compréhension de la lecture nécessaire.*

*Vitesse de lecture :*

68 secondes, 7 ans.
63 secondes, 7 ans 1/2.
58 secondes, 8 ans.
53 secondes, 8 ans 1/2.
48 secondes, 9 ans.
43 secondes, 9 ans 1/2.
39 secondes, 10 ans.
37 secondes, 10 ans 1/2.

Orthographe.

En se promenant au bord de la rivière une petite fille est tombée dans l'eau, le chien de mon voisin l'a sauvée.

1 faute, 10 ans 1/2 environ.
2 fautes, 10 ans.
3 fautes, 9 ans.
4 fautes, 8 ans 1/2.
8 fautes, 8 ans.
12 fautes, 7 ans 1/2.
16 fautes, 7 ans.
20 fautes, 6 ans et 8 mois.

Calcul

6 *à* 7 *ans environ* : Cinq pommes sont placées dans un compotier. On en ajoute deux autres. Combien y a-t-il de pommes dans le compotier ? Ou : de dix-neuf pommes retrancher six pommes.

7 *à* 8 *ans environ* : Une fillette achète trois cahiers à 4 quatre sous pièce. Combien donne-t-elle de sous au libraire ? Un avion part du Bourget à 6 heures, il arrive à Bruxelles à 11 heures. Combien de temps a duré le voyage ?

8 *à* 9 *ans environ* : Un réservoir contient 1.500 litres d'essence. On en tire 500 litres, puis 400. Combien en reste-t-il ? ou : Pour faire une robe il faut 7 mètres, combien fera-t-on de robes avec 89 mètres et quel sera le coupon restant ?

9 *à* 10 *ans environ* : Un ouvrier gagne 250 francs dans le mois de février. Il a dépensé 195 francs. Combien a-t-il économisé par jour, février ayant 28 jours ?

12 *ans environ* : Ma mère a acheté 3 kgr. de fraises et 5 kgr. de cerises pour 35 francs. La voisine a acheté 3 kgr. de fraises et 2 kgr de cerises pour 25 francs. Quel est le prix du kilog de cerises ?

Un jardinier et son aide doivent tailler 92 arbres. Le jardinier en taille trois fois plus que son aide. Combien chacun a-t-il taillé d'arbres ?

Deux maisons valent ensemble 49.000 francs. Quel est le prix de chaque maison ? Si l'une vaut les trois quarts de l'autre ?

Sans doute ces épreuves sont très réduites. Il sera bon, dans bien des cas de faire appel à des tests plus variés qui rendent mieux compte des aptitudes scolaires d'un enfant.

Toujours est-il que connaissant ce *retard scolaire* et sachant que le caractère d'un enfant est normal, la scolarité régulière, nous pourrons chercher si nous avons affaire à un *arriéré mental.*

En effet, pour Binet-Simon : « la lenteur d'esprit de ces sujets (les arriérés), leur torpeur corporelle, sont comme des qualités négatives qu'un maître surmené a parfois la faiblesse d'apprécier. Lorsque l'arriéré vient en contact avec la discipline, on nous dit qu'il n'y résiste pas, car il est obéissant,respectueux et probablement suggestible. Quelquefois même, le maître lui reconnaît quelques qualités plus positives. Certains arriérés aiment à rendre service, ils sont presque empressés, ils sont bons avec leurs camarades, affectueux, reconnaissants des attentions qu'on leur montre. Comme en général, ils sont plus âgés que ceux de la même classe, le maître s'en sert pour différentes commissions. Autant qu'on peut juger la moralité dans des natures dont le niveau intellectuel est si inférieur,il semble que la source des sentiments altruistes est abondante chez l'arriéré ; il reste par exemple à savoir si sa docilité et sa complaisance ne font pas illusion sur la vraie valeur de ses sentiments, car c'est encore un trait de l'arriéré que la tendance à répéter des formules de politesse ou des déclarations de principes moraux qui lui ont été inculqués. Il a une moralité de surface, toute verbale. »

L'interrogatoire renseignera sur les déficiences de mémoire, d'observation, de raisonnement et de jugement. On se rendra compte que l'arriéré du type retardé mental a toujours un langage rudimentaire qu'il manie difficilement, à moins qu'il ne s'agisse d'une verbigération vide de sens, comme on peut l'observer dans la débilité intellectuelle. Les facultés mentales existent chez l'arriéré, mais à l'état réduit. Elles manquent de développement et d'essor. Les plus vives stimulations n'entraînent que des réactions élémentaires dans cette intelligence fondamentalement pauvre.

L'observation est rétrécie et avec elle, les facultés de discrimination. Les rapports entre les choses ne sont guère envisagés, les associations d'idées ne forment qu'une chaîne très courte. Les facultés intellectuelles sont mises en branle péniblement. Le retardé mental est toujours très lent, soit au point de vue psychique, soit au point de vue moteur et le plus souvent dans les deux modes. Avec des dons aussi réduits, le retardé ne sera capable que d'expériences concrètes. La faculté d'abstraction lui est interdite : « L'arriéré est un enfant dans lequel dominent l'intelligence des sens et des perceptions concrètes » (Binet-Simon).

Nous avons vu, à propos de l'imbécillité, que l'âge mental, dans cette forme d'arriération, ne dépassait pas 7 ans. L'épreuve des tests a établi qu'un niveau mental de 9 ans au moins est in-

dispensable pour la vie au dehors. Un niveau mental de 8 ans permet une utilisation la plupart du temps sous tutelle. Le niveau de 10 ans est suffisant pour que celui qui l'atteint puisse être considéré comme normal.

Au-dessous d'un niveau mental de 10 ans, nous nous trouvons donc dans le domaine des arriérations mentales. Puisque l'imbécillité atteint le niveau de 7 ans, le retard mental et la débilité intellectuelle se trouvent donc situés entre les âges intellectuels de 7 et 10 ans.

Se basant sur ces notions, Binet et Simon, ont ainsi défini le débile intellectuel et le retardé mental simple : « Est débile l'enfant qui arrive à communiquer verbalement et par écrit avec ses semblables, mais qui présente un retard scolaire de 2 ans — s'il a moins de 9 ans — et de 3 ans s'il a plus de 9 ans — à condition que ce retard ne soit pas dû à une insuffisance de scolarité ».

Il faudrait ajouter — et nous insisterons sur ce point, à propos des signes organiques — : « ni à des troubles organiques en évolution ». Car les tests par leur résultat mathématique, ne sont pas exempts d'une excessive rigueur. Il convient de tenir compte d'une sorte de plasticité psycho-organique qu'une thérapeutique active peut modifier.

Aussi l'examen d'un arriéré sera-t-il complété par la recherche *de l'âge mental* qui donne de précieux renseignements aux médecins habitués à la pratique des tests mentaux. *L'échelle métrique pour la mesure de l'intelligence*, imaginée par Binet et Simon est la plus couramment employée. Pour le médecin, elle est le moyen le plus rapide et le plus pratique d'évaluer l'intelligence globale d'un enfant. Nous donnons la liste résumée des épreuves.

3 *mois* : avoir un regard volontaire.

9 *mois* : Faire attention au son. Saisir un objet après contact ou après perception visuelle.

1 *an* : discerner les aliments.

2 *ans* : Marcher, exécuter une commission. Indiquer ses besoins naturels.

3 *ans* : Montrer son nez, son œil, sa bouche. Répéter deux chiffres. Enumérer les personnages et objets d'une gravure. Dire son nom de famille. Répéter six syllabes.

4 *ans* : Dire son sexe. Nommer une clef, un couteau, un sou. Répéter trois chiffres. Comparer deux lignes et indiquer la plus longue.

5 *ans* : Comparer deux boîtes de poids différents et indiquer la plus lourde. Copier un carré. Répéter une phrase de dix syllabes. Compter quatre sous simples. Recomposer un jeu de patience formé de deux morceaux.

6 *ans* : Distinguer la main droite et l'oreille gauche. Répéter une phrase de seize syllabes. Faire une comparaison d'esthétique. Définir par l'usage des objets familiers. Exécuter trois commissions. Dire son âge. Indiquer le matin et le soir.

7 ans : Indiquer ce qui manque dans des visages dessinés. Donner le nombre de ses doigts. Copier une phrase écrite. Copier un losange. Répéter cinq chiffres. Décrire une gravure. Compter treize sous simples. Nommer quatre pièces de monnaie.

8 *ans* : Faire une lecture et en conserver deux souvenirs. Compter trois sous simples et trois doubles et donner le total. Nommer quatre couleurs. Compter de 20 à 0 en descendant. Comparer deux objets, de souvenir. Ecrire sous dictée.

9 *ans* : Donner la date complète du jour. Indiquer les jours de la semaine. Définir mieux que par l'usage. Faire une lecture et en conserver six souvenirs. Rendre la monnaie sur vingt sous. Ordonner cinq boîtes d'après leur poids.

10 *ans* : Enumérer les mois de l'année. Reconnaître les neuf pièces de notre monnaie. Composer deux phrases dans lesquelles se trouveront trois mots donnés. Répondre à huit questions d'intelligence.

12 *ans* : Critiquer des phrases absurdes. Mettre trois mots donnés dans une phrase. Trouver plus de soixante mots en trois minutes. Donner des définitions de mots abstraits. Reconstituer des phrases désarticulées.

15 *ans* : Répéter sept chiffres. Trouver trois rimes à un mot donné. Répéter une phrase de 26 syllabes. Interpréter une gravure. Résoudre un problème psychologique.

Ces différentes épreuves permettent de mesurer en quelque sorte avec des chiffres, le retard d'un enfant.

Si un enfant de 9 ans, par exemple, réalise tous les tests jusqu'à 6 ans et ne va pas au delà, nous dirons que cet enfant a un âge mental de 6 ans.

L'évaluation en âge mental a un inconvénient : ce retard n'a pas la même signification selon l'âge de l'enfant. A 6 ans, un retard de deux ans est plus grave qu'à 15 ans par exemple. Le retard mental s'accroît avec les années parce que si l'on peut admettre que l'enfant normal, en un an, fait beaucoup de progrès au point de vue mental, l'arriéré en un an gagne beaucoup moins et par conséquent progresse plus lentement. Si on disait qu'un enfant qui, à 9 ans présente un retard mental de 3 ans, aura, lorsqu'il atteindra 12 ans un niveau mental de 9 ans, on commettrait une grave erreur.

*Quotient intellectuel.* — Pour obtenir une constante dans l'appréciation du retard à des âges différents ou dans certains cas pour essayer de prévoir, en le calculant, l'avenir mental d'un enfant, Stern a eu recours à un indice dit *quotient intellectuel* qu'on obtient en divisant l'âge mental par l'âge réel. Ainsi l'enfant de

9 ans cité plus haut, présentant un âge mental de 6 ans, aura un quotient intellectuel de 0,66 ; ce qui permet de calculer qu'à 12 ans, il aura 12 × 0,66 = 7,9, ou si l'on veut un peu moins de 8 ans, donc 4 ans de retard mental au lieu des trois ans de retard qu'il présentait à 9 ans.

On conçoit aisément que le quotient intellectuel, qui est égal à l'unité chez l'enfant normal moyen, sera inférieur à cette unité chez l'arriéré. L'arriération est d'autant plus légère qu'on se rapproche de l'unité.

Nous savons que l'arriération mentale simple et la débilité intellectuelle oscillent entre les niveaux de 7 ans et de 10 ans. Mais s'il s'agit d'un enfant de 6 ans présentant un retard mental de 2 ans, nous ne pouvons pas dire, répétons-le, qu'il aura à 10 ans un âge mental de 8 ans.

Pour apprécier son avenir intellectuel, nous nous servirons du quotient intellectuel et nous dirons que cet enfant de 6 ans dont le Q. I. = 0,66, aura à 10 ans un âge mental de 6 ans 6 mois, inférieur par conséquent aux limites de la débilité intellectuelle et de l'arriération mentale simple.

Le progrès nécessaire est en relation directe avec le degré d'arriération et le quotient indique l'avance qui doit être faite. Pour que l'enfant demeure égal à lui-même, pour que son Q. I. reste constant, il doit gagner 75 /100 d'année, soit 9 mois par an, si son Q. I. est de 0,75, 50 /100 soit 6 mois, si son quotient est de 0,50, etc... Plus le quotient est petit, plus le progrès à faire est petit et inversement. C'est là une chose très importante dans la mesure de l'intelligence, puisqu'elle nous montre l'arriéré progressant d'autant plus lentement que ses moyens sont plus faibles.

Cependant rien ne nous permet d'admettre que le progrès réalisé soit un progrès uniforme, que chaque année il sera le même, au contraire la difficulté croissante de l'échelle nous autorise à supposer que dans la majorité des cas, il ira s'affaiblissant. En toutes choses d'ailleurs, les premiers progrès ne sont-ils pas le plus faciles ?

On dit avec plus de précision que le *quotient d'intelligence baisse d'autant plus qu'il est plus élevé à l'origine* (Bonis).

Les tests de Binet-Simon (ainsi que les tests de Verman qui ne sont qu'une adaptation des tests de ces deux auteurs) n'établissent qu'une évaluation globale, massive de l'intelligence. Or, des types d'enfant très différents peuvent correspondre à un même taux global de retard mental. Ainsi un arriéré mental grave, mais calculateur prodige produira sur l'observateur non prévenu une impression plus favorable qu'un arriéré simple de même âge mental. Aussi plusieurs médecins et psychologues ont-ils senti la nécessité d'établir des épreuves analytiques (Rossolimo, Vermeylen, Véra, Kovansky, Mlle Abramson, etc.).

Piéron l'explique fort bien :

« On s'est aperçu que des enfants du même âge mental pouvaient être très différents dans leur réussite vis-à-vis de diverses catégories d'épreuves, l'un par exemple atteignant pour des tests de mémoire des niveaux d'âge très supérieurs, et se montrant au-dessous de la normale de son âge pour des tests impliquant logique et raisonnement. Un autre manifestant des inégalités juste inverses.

Or, il est utile de connaître ces différences propres dans le développement des diverses fonctions mentales, surtout aujourd'hui qu'on se préoccupe à juste titre de l'orientation professionnelle et que la connaissance des caractéristiques individuelles des enfants doit permettre de faciliter leur préparation aux carrières qui leur conviendraient le mieux.

Dès 1911, le psychiatre et pédologiste russe Rossolimo, proposa une méthode destinée à fournir un « profil psychologique » des enfants, par une notation graphique situant, d'après les résultats d'épreuves mentales appropriées, le niveau relatif de l'attention, de la volonté, de la capacité d'appréhension, de la mémoire et des processus intellectuels, avec notation globale permettant aussi de suivre l'ensemble du développement ».

« Un pédologiste et psychiatre belge, Vermeylen, a établi une intéressante échelle analytique de développement mental pour les arriérés permettant d'établir des profils psychologiques de débiles mentaux, et il a été conduit par les recherches faites avec sa méthode, à distinguer des types bien différents de débilité mentale.

Les 15 épreuves utilisées (comportant un maximum de 150 points, sur lesquels les enfants normaux d'une école de Paris en atteignent en moyenne 138) se groupent en deux catégories principales si l'on néglige deux tests attribués à des fonctions d'exécution, Vermeylen mettant d'un côté ce qu'il appelle les fonctions d'acquisition (attention, mémoire, imagination, association simple), et, de l'autre des fonctions d'élaboration (compréhension, jugement, raisonnement, analyse, généralisation, invention) » (Piéron).

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### L'ongle incarné

M. J.-P. TOURNEUX,
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse.

Je vais opérer tout à l'heure devant vous un jeune homme de 17 ans, qui présente au niveau du gros orteil droit une petite lésion, que vous aurez vraisemblablement l'occasion d'observer bien des fois au cours de votre cli ntèle future, et que l'on désigne sous le nom d'ongle incarné.

Voici en peu de mots l'histoire de notre malade : il s'agit d'un adolescent, jouissant par ailleurs d'une très bonne santé générale, et qui depuis deux ans exerce la profession de garçon pâtissier ce qui l'oblige à rester debout et à marcher une grande partie de la journée.

Il s'est aperçu, il y a environ quatre mois, qu'une petite écorchure avait apparu sur le côté externe de l'ongle du gros orteil droit : il ne s'en préoccupa guère et continua de marcher. Cette écorchure ne tarda pas cependant à progresser, et comme elle s'était constituée dans la rainure cutanée qui reçoit le bord de l'ongle, il est infiniment probable qu'elle fut entretenue par l'irritation exercée incessamment sur elle par ce bord.

Un suintement, insignifiant au début, devint ensuite plus abondant, et la lésion commença à être le siège de cuissons qui augmentèrent sensiblement vers le soir. Le matin au réveil, la douleur, le gonflement et l'écoulement étaient très modérés, ils étaient beaucoup plus marqués dans la soirée, surtout lorsque le jeune malade s'était fatigué dans la journée.

A plusieurs reprises, le gonflement s'est accru, s'accompagnant d'une rougeur propagée sur la face dorsale de l'orteil, ce qui a forcé notre sujet à s'aliter chaque fois pendant vingt-quatre heures, il y a même un mois la rougeur s'est accompagnée d'un léger mouvement fébrile, et paraît, d'après les renseignements qui m'ont été donnés, avoir pris le caractère de l'angioleucite. Pourtant, en dépit de ces accidents, aucun traitement n'a été fait, et ce n'est que parce qu'il a été pris ces jours derniers d'une nouvelle poussée inflammatoire qui l'a obligé à cesser ses occupations, que ce jeune homme s'est enfin décidé à venir nous demander les soins nécessaires pour arriver à une guérison complète.

Je n'insiste pas davantage sur les symptômes fonctionnels : ce sont ceux dont je viens de vous parler, ils sont légers, ne s'accompagnent d'aucun trouble des fonctions organiques et auraient pu encore être tolérés pendant longtemps, s'ils ne présentaient pas le grave inconvénient de gêner la marche et d'empêcher l'exercice de la profession.

Quant aux symptômes physiques que vous avez pu observer en comparant le gros orteil droit avec le gauche qui est sain, ils sont également très simples. Ils consistent en un gonflement un peu dur et comme hypertrophique du bourrelet cutané qui se trouve du côté externe de l'ongle et dans la présence d'une solution de continuité étroite, allongée, bourgeonnante, rougeâtre et suppurante qui occupe toute la profondeur et les deux tiers antérieurs du sillon latéral correspondant au bord de l'ongle, ce sillon paraît plus profond qu'à l'état normal par suite de la tuméfaction.

En écartant légèrement le bourrelet cutané, on voit que la petite perte de substance fongueuse va non seulement jusqu'au fond du sillon, mais qu'elle contourne encore le bord de l'ongle et se prolonge au-dessous de lui, sinon dans toute son étendue au moins dans la partie où l'ongle n'a pas de connexions intimes avec la peau : cette partie est d'ailleurs un peu plus étendue qu'à l'état normal parce que l'ulcération a détruit une partie de la peau au moyen de laquelle l'adhérence se trouvait établie.

Du fait de ces constatations aucun doute ne saurait s'élever dans notre esprit sur le diagnostic : il s'agit de l'affection décrite sous le nom d'ongle incarné et appelée par Gosselin *onyxis ulcéreuse latérale*, dénomination qui a pour avantage d'indiquer que ce n'est pas l'ongle qui est malade, que c'est au contraire la peau avoisinante qui a été excoriée, et que cette excoriation est entretenue par le bord unguéal qui joue par rapport à elle le rôle d'un corps étranger traumatisant.

L'ongle incarné, ou ongle rentré dans les chairs, est une onyxis latérale caractérisée par une ulcération avec bourrelet fongueux dans lequel s'enfonce l'ongle. Il s'agit là essentiellement d'une affection siégeant presque uniquement au niveau du gros orteil, et qui se trouve presque toujours localisée sur son bord externe : très rarement la lésion occupe les deux bords, et ce n'est qu'exceptionnellement que l'on a pu la noter sur le bord interne seul.

Dans quelques cas, l'incarnation de l'ongle a pu être signalée au niveau des autres orteils, ou même au niveau des doigts, mais il s'agit

là de faits extrêmement rares, dont vous ne devrez pas tenir compte en pratique.

Cette lésion s'observe particulièrement chez les sujets jeunes de 14 à 20 ans, et principalement dans la classe ouvrière ; les garçons paraissent particulièrement frappés, bien que les jeunes paysannes, depuis peu au service en ville, y soient également exposées ; on a encore incriminé, au point de vue étiologique, la marche, les fatigues, les malpropreté, et surtout l'action des chaussures mal ajustées et trop étroites qui compriment l'orteil latéralement en repoussant les chairs vers l'ongle.

Au point de vue de la production de la lésion, l'action mécanique de la pression a été généralement invoquée : pression qui peut agir de deux façons différentes, soit de haut en bas en refoulant l'ongle dans la rainure latérale qui, ainsi irritée et lésée, s'ulcère, soit de bas en haut par le poids du corps qui, s'appuyant sur le sol, repousse le bourrelet des parties molles externes contre le bord tranchant de l'ongle.

Ce sont ces raisons qui permettent de se rendre compte pourquoi c'est surtout en avant, du côté de l'angle antérieur libre que le bord de l'ongle tend à s'incarner, ce qui est d'ailleurs favorisé, comme l'avait déjà signalé Boyer, par l'habitude de se couper les ongles en rond : en effet, la pression, que la pulpe de l'orteil éprouve dans la progression, fait remonter la peau en manière de bourrelet au-dessus de la ligne courbe que présente le bord libre de l'ongle devenu plus tranchant, et quand ce dernier vient à croître, il agit sur la peau qui lui résiste, l'irrite, l'enflamme et l'ulcère. Et cette ulcération sera encore davantage favorisée, si en se coupant les ongles, on a laissé une petite pointe, qui ayant échappé aux ciseaux, pénètre dans les tissus et les déchire.

Dans d'autres circonstances, on a pu incriminer un développement anormal de l'ongle qui est trop convexe ou mal conformé, ou encore un chevauchement du gros orteil sur le second qui refoule alors les chairs en haut.

Mais, ne manquerez-vous pas de me faire observer, comment peut-il se faire, étant donné que toutes ces raisons que vous venez de nous énumérer existent à tout âge, que l'ongle incarné soit presque toujours une affection de l'adolescence ? Je vous répondrai qu'il convient surtout de considérer cette lésion comme un trouble de croissance, soit que l'on accepte l'opinion de Gosselin, qui prétendait que l'ongle arrivait à acquérir un développement exagéré par rapport aux parties molles, soit que l'on se rallie aux idées de Poncet et de Waill, qui pensaient que c'était au contraire le bourrelet trop gros qui venait déborder l'ongle sur le bord duquel, étant refoulé de bas en haut, il venait se blesser et s'ulcérer.

J'ajouterai encore, qu'à côté de toutes ces causes possibles, il est bien évident que la mauvaise hygiène des pieds, et que la malpropreté sont autant de conditions adjuvantes tout à fait indéniables, et que certains auteurs ont avancé que certaines diathèses, telles que la syphilis, le diabète et la tuberculose, constituaient un terrain des plus favorables. Cependant, bien que Poncet et Leriche aient cru pouvoir conclure de leurs observations cliniques que souvent, la tuberculose pouvait agir en créant des troubles dystrophiques du gros orteil se manifestant par la disproportion du bourrelet périunguéal et de l'ongle, et que Tixier ait observé plusieurs cas typiques d'ongles incarnés survenus chez des tuberculeux immobilisés depuis de longs mois au lit par des lésions d'arthrites, je crois qu'il convient de garder sur ce point une certaine réserve. Il m'est en effet arrivé de voir et d'opérer un certain nombre d'ongles incarnés, et je vous avouerai que mon attention n'a jamais été attirée de ce côté diathésique et vous-mêmes, vous devez être forcés de reconnaître que notre malade ne présente absolument rien de suspect sur ce point.

L'ongle incarné évolue toujours au début très insidieusement, et pendant un temps plus ou moins long, ce n'est que le soir que les symptômes se manifestent vraiment par de la douleur au niveau du gros orteil, douleur exagérée par la marche et par le contact de la chaussure. A ce moment, on ne consate encore qu'un certain degré de tuméfaction et de rougeur du bourrelet péri-unguéal externe, qui disparaissent très rapidement par le repos.

Un peu plus tard, pour les différentes raisons que je vous ai exposées, l'ulcération se constitue, d'abord dans la région antérieure, d'où elle gagne ensuite tout le sillon. Du fait de cette perte de substance, irritée sans cesse par le bord inguéal, il se produit un écoulement de sérosité peu abondante, mais fétide, et qui ne s'évacue que difficilement de dessous le point dur, œdématié, rougeâtre, constitué par les parties molles cliniquement enflammées. Ultérieurement, il se forme sur tout le côté externe de l'orteil, et plus spécialement dans la partie correspondant à l'ulcération, des bourgeons sanieux, des fongosités saignantes qui dans leur prolifération arrivent à recouvrir une partie de la face dorsale de l'ongle. Ce dernier ne tarde pas d'ailleurs à présenter des modifications, tenant à la fois à de la réaction de voisinage, et à un apport nutritif défectueux : il devient alors épais, dur, cassant et se recouvre d'une teinte jaunâtre, plus rarement on le voit s'amincir. Mais bien que par suite de l'inflammation d'une partie du derme sous-unguéal, il se produise un décollement progressif, l'ongle ne tombe jamais spontanément.

Vous comprenez aisément que dans ces conditions la marche devient très douloureuse et cela malgré les pansements plus ou moins ingénieux que le malade s'efforce d'intercaler soit entre le bourrelet et l'ongle, soit entre les deux orteils ; j'ajouterai encore que ces souffrances peuvent être accrues par des poussées inflammatoires avec lymphangite, rougeur et tension des tissus, qui dans certains cas peuvent devenir le point de départ de suppurations plus ou moins étendues.

L'ongle incarné ne constitue pas une maladie grave, puisqu'il ne compromet ni la santé ni la vie ; il n'a que l'inconvénient de gêner la marche et par suite la profession de ceux qui, pour gagner leur vie, sont obligés de faire des courses ou de se tenir debout longtemps de suite.

Le diagnostic de l'ongle incarné est toujours très facile à poser : je ne vous signale que pour mémoire les mycoses des ongles, extrêmement rares et les suppurations péri-unguéales dues à un écrasement du gros orteil, qui se reconnaissent par leur histoire propre. Vous n'aurez pas de peine à individualiser les fistules osseuses symptomatiques d'une nécrose tuberculeuse de la phalange, dont l'aspect clinique est tout différent, ainsi que l'exostose sous-unguéale, véritable petite tumeur qui soulève l'ongle en masse en déchaussant ses bords.

L'onyxis ulcéreuse syphilitique pourrait peut-être au début vous induire en erreur, mais vous vous souviendrez que cette lésion tend à occuper tout le pourtour de l'ongle y compris le repli rétro-unguéal et que l'ongle raccorni et de couleur brunâtre a tendance à tomber spontanément. L'onyxis constitue d'ailleurs un des accidents de la période secondaire et la recherche des autres lésions contemporaines à cette époque viendra confirmer ce que vous veniez de pressentir.

Il est peu d'affections chirurgicales pour lesquelles autant de traitements locaux aient été proposés. Gosselin en comptait plus de soixante-quinze, les uns simples et consistant en pansements quotidiens ou bi-quotidiens, les autres réalisant l'arrachement partiel ou total de l'ongle, combiné ou non avec l'exérèse de la matrice unguéale. Je n'ai aucunement l'intention de vous décrire tous ces procédés dont la plupart sont d'ailleurs tombés en complète désuétude : qu'il vous suffise de connaître les trois méthodes principales auxquelles je vous engage à donner suivant les cas la préférence dans votre pratique.

**Méthode orthopédique**

La première méthode que l'on peut qualifier d'orthopédique et à laquelle s'attache le nom de Fabrice d'Aquapendente, semblait, après avoir joui d'une très grande vogue au milieu du siècle dernier, quelque peu délaissée, lorsque l'autorité de Victor-Pauchet est venue lui donner une nouvelle consécration.

Cette méthode qui, à son avis, donne les meilleurs résultats, est des plus simples et serait applicable même dans les cas suppurés et fongueux. Elle consiste essentiellement à décoller la partie incarnée de l'ongle, qui ne doit jamais être arraché, et à la redresser en introduisant sous la portion décollée une mèche simple, s'il n'y a pas de suppuration, imbibée d'une solution de perchlorure de fer du codex dans le cas contraire.

L'anesthésie locale est absolument nécessaire, et sans elle il serait impossible d'opérer correctement car le décollement et la désincarnation de l'ongle sont excessivement douloureux : elle consistera à faire à la racine de l'orteil une bague de novocaïne réalisant le blocage complet des nerfs.

Un ongle incarné étant un ongle déformé, plié en angle dièdre, de telle manière que le bord dans toute sa longueur est devenu vertical et se dirige vers la plante, le but à atteindre est de redresser l'ongle en lui rendant sa forme normale ; pour cela il faut faire agir pendant longtemps l'appareil de redressement que constitue la mèche.

Voici d'après Pauchet la manière dont il faut procéder. Prenant une sonde cannelée de Nélaton, c'est-à-dire à bec, le chirurgien en introduit l'extrémité, bec en dehors et en avant, sous la partie libre de l'ongle, un peu en dehors de la ligne médiane : la sonde sera ensuite dirigée vers l'angle externe de la racine.

Il est nécessaire de cheminer lentement par petits coups à droite et à gauche, jusqu'à ce que l'on soit arrivé au niveau de la partie externe de la base. Repoussant alors de la main gauche, au maximum le bourrelet latéral, l'opérateur fait sortir dans l'angle le bec de la sonde cannelée, puis d'un coup sec, il désincarne toute la face latérale et tout le bord de l'ongle en en sortant transversalement la sonde cannelée.

S'il n'y a pas de suppuration, il ne reste plus qu'à placer la mèche de gaze simple qui doit soulever tout le bord externe de la partie décollée de l'ongle, en isolant tout ce bord d'avec le bourrelet, et cela depuis l'extrémité libre jusqu'au niveau de la racine dans l'angle externe de la matrice. La mèche doit de toute nécessité occuper toute la région : pour qu'elle puisse en effet jouer le rôle d'appareil orthopédique redresseur qui lui est dévolu, il faut qu'elle agisse le plus près possible de la racine.

Si au contraire, il y a des fongosités et de la suppuration, il vaut mieux donner dans toute la rainure un léger coup de curette fine, puis, après un moment de compression, on introduira

la mèche comme précédemment mais après l'avoir imbibée de la solution de perchlorure de fer du codex.

Le pansement doit être laissé en place pendant deux ou trois jours : puis après un bain de pied chaud d'une demi-heure, on enlèvera doucement la mèche que l'on remplacera par une propre. En général dans les cas suppurés, après quatre à six jours, la destruction des tissus bourgeonnants est suffisante et on peut faire les pansements avec une mèche simple, jusqu'à la cicatrisation complète.

Ordinairement, après cinq ou six pansements, l'ongle est redressé, et le malade peut faire lui-même le changement de la mèche, qui dès ce moment, pourra être remplacée par un peu de coton; il est toutefois indispensable que l'opéré conserve ce corps interposé pendant plusieurs mois, sous peine de voir l'ongle se déformer de nouveau, il devra également avoir soin de le tailler en carré.

Dans les cas non suppurés, le port de la chaussure et la marche pourront, dit Pauchet, être autorisés vers le quatrième ou cinquième jour : dans les cas suppurés, il conviendra d'attendre la cicatrisation.

**Méthode de l'arrachement simple**

Cette petite opération qui comprend plusieurs procédés, suivant que l'on arrache la moitié seulement de l'ongle, celle qui correspond à l'incarnation, ou sa totalité, a pour but de faire l'ablation du corps qui joue le rôle d'épine irritante, et de laisser à la petite ulcération fongueuse le temps de se cicatriser avant que la substance cornée ait repoussé. Vous devez vous attendre en effet à voir l'ongle reparaître, puisqu'en l'enlevant vous n'avez pas détruit la partie du derme qui lui donne naissance notamment ce repli profond postérieur qui est connu sous le nom de matrice de l'ongle.

Pour réaliser cet arrachement, on conduit, après anesthésie en bague de la racine de l'orteil, une des branches d'une paire de ciseaux solides, à plat entre l'ongle et le derme sous-unguéal, et on la fait cheminer, d'avant en arrière en la poussant avec force, jusqu'au niveau de la matrice unguéale. Puis, tournant le tranchant en haut, et rapprochant brusquement les deux branches des ciseaux, on divise l'ongle en deux à peu près au niveau de sa partie moyenne. On saisit ensuite chacune des moitiés avec une pince à disséquer forte, et par un mouvement de soulèvement et de torsion, on l'arrache en déchirant les adhérences qui la retenaient. Il est ordinaire que chacun des arrachements se fasse d'un seul morceau ; quelquefois cependant l'ongle est friable et se déchire et il faut alors arracher nécessairement tous les fragments résultant de la rupture.

Cette méthode présente l'avantage d'une guérison assez rapide : en effet au bout de cinq ou six jours pendant lesquels le repos et un pansement protecteur suffisent, la surface dermique mise à nu par l'ablation de l'ongle s'est asséchée et l'ulcération s'est cicatrisée. Elle présente cependant un grave inconvénient qui est la récidive : trop souvent en effet, l'ongle repoussé tend à s'incarner de nouveau, ce qui oblige à recommencer l'exérèse.

**Méthode de l'ablation de la matrice**

C'est afin d'éviter toute nouvelle incarnation que l'on s'est décidé à attaquer et à détruire partiellement ou en totalité la matrice unguéale en y associant ou non la destruction du bourrelet : inutile de vous dire les nombreux procédés qui ont tour à tour été préconisés, auxquels se rattachent les noms de Baudens, de Th. Auger, de Follin, de Quénu... etc., et, que vous trouverez décrits plus ou moins longuement dan les différents ouvrages que vous avez entre les mains.

Pour effectuer correctement cette petite opération qui constitue le seul traitement radical de l'onyxis, il faut comme toujours intervenir sous anesthésie locale, l'anesthésie générale préconisée par certains, n'étant pas nécessaire et devant être réservée aux seuls sujets très pusillanimes.

Après arrachement de la totalité de l'ongle en deux moitiés, ce qui me paraît très supérieur à la simple ablation du côté malade, il faut détacher au bistouri, largement et profondément toute la matrice de l'ongle, non seulement du côté externe, mais encore au niveau du sillon rétro-unguéal et du côté interne. Ayez bien soin de porter la section assez loin, afin de bien enlever tout le derme de la zone lunulaire préposée à la sécrétion de la substance cornée, c'est la seule manière d'éviter une récidive. On panse ensuite à plat et la marche ne doit être autorisée qu'après cicatrisation complète.

On peut également, comme l'ont proposé Quénu et Dartigues, avant de commencer la résection de la lunule, disséquer un petit lambeau dorsal, que l'on rabat ensuite sur les surfaces cruentées et que l'on fixe par quelques points latéraux. La guérison est un peu plus rapide, et la forme de l'extrémité de l'orteil est mieux conservée : toutefois, ces procédés ne sont pas toujours applicables, en effet dans les cas où il existe des fongosités et de la suppuration, et où il est indiqué de détruire une partie du bourrelet, la recherche de la réunion par première intention est plutôt dangereuse et il est préférable d'attendre une cicatrisation secondaire.

Maintenant, étant donné les différents pro-

cédés thérapeutiques, auxquels devez-vous donner la préférence ?

En premier lieu, tout à fait au début de l'affection, vous pourrez essayer des petits moyens prophylactique qui ont été préconisés, port de chaussures aisées, propreté minutieuse, coupe de l'ongle en carré et repos, vous arriverez dans bien des cas, si l'incarnation n'est encore qu'à son stade initial à obtenir un bon résultat, mais vous n'obtiendrez rien si les lésions sont un peu avancées, et il vous faudra alors recourir à d'autres méthodes.

Si vous avez à faire à un sujet qui n'ait pas besoin de se fatiguer, qui soit patient et qui accepte de se soigner pendant plusieurs mois, vous pouvez avoir recours à la méthode orthopédique qui a donné de si bons résultats à Victor-Pauchet.

Mais si vous vous trouvez en présence de gens qui ont besoin de guérir vite pour recommencer à travailler, d'ouvriers qui ne peuvent pas perdre leur temps à des pansements minutieux comme notre malade, il faudra de toute nécessité recourir à l'intervention. Ne pratiquez pas la seule ablation unguéale, elle est trop sujette à la récidive, et associez-lui toujours la destruction de la matrice ; ce n'est qu'en agissant ainsi que vous arriverez à guérir définitivement votre patient ; et c'est ce que je vais essayer de réaliser dans quelques instants.

## AU CHEVET DES PATIENTS

### I

### LES HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE TUBAIRE ROMPUE PEUVENT ENTRAÎNER UNE MORT RAPIDE, MALGRÉ UNE INTERVENTION CHIRURGICALE, HABITUELLEMENT SUIVIE DE SUCCÈS (1)

Le Docteur A. FOLLIASSON fait apparaître l'importance pratique de ces cas graves. Il est, en effet, des circonstances où, malgré un diagnostic aussi exact que précoce, malgré une opération rapidement menée, une hémostase très rigoureuse, qui permettait d'escompter légitimement la guérison, — « on a parfois la cruelle surprise de voir les malades succomber rapidement après une intervention qui, dans la règle, est salvatrice. »

Naturellement, il faut excepter aussitôt les hémorragies, qui saignent les malades si rapidement qu'il est matériellement impossible de les faire bénéficier des secours de la chirurgie. Ce sont des cas de rupture interstitielle ou isthmique de la trompe, et le voisinage du bouquet terminal de l'utérine explique facilement l'abondance ainsi que la rapidité de l'hémorragie.

D'autres cas sont cependant plus troublants ; et c'est sur ceux-ci que nous voulons insister aujourd'hui. Voici comment ils se présentent, et voici quelles sont leurs particularités si importantes à connaître.

La malade a été vue par un chirurgien plusieurs heures, souvent même un jour, quelquefois deux ou trois *après le début* des accidents hémorragiques. Mais alors *son attention doit être attirée sur certains symptômes* particulièrement importants au point de vue du pronostic, sinon au point de vue du diagnostic de la grossesse extra-utérine.

1° *Au début des accidents, les malades ont relativement peu souffert, se sont peu agitées ; elles n'ont présenté aucun symptôme de réaction péritonéale* (nausées ou vomissements).

En effet, dans les conditions habituelles, l'irruption de sang dans le cul-de-sac de Douglas entraîne une douleur très vive et des signes assez violents de réaction péritonéale. Or, quoi qu'il en soit du degré d'endurance propre à chaque malade, cette absence de réaction au début de l'hémorragie doit fixer l'attention. Faussement rassurante, elle semble témoigner d'une tolérance individuelle très grande du péritoine vis-à-vis d'un épanchement sanguin, alors que, le plus souvent et dans les conditions normales, les premières gouttes de sang, qui tombent dans le Douglas, provoquent une réaction brutale et immédiate.

*Ce n'est donc pas la plus grosse hémorragie, qui entraînera le tableau clinique* le plus douloureux le plus impressionnant, *le plus apte à faire demander le secours chirurgical immédiat.*

Et, c'est seulement quand l'épanchement sanguin a atteint son maximum que de telles malades vont commencer à souffrir. *Ce ne sera plus une douleur pelvienne basse, mais une douleur haute,* scapulaire droite ou gauche, *souvent bilatérale,* témoin de l'irritation des filets sous-diaphragmatiques phréniques.

Cette opposition entre l'absence d'une réaction péritonéale basse et l'existence d'une douleur scapulaire haute doit retenir toute l'atten-

(1) Dr FOLLIASSON. — Les formes graves des grandes hémorragies de la grossesse tubaire rompue. (*L'Hôpital*, mai 1932 B.)

tion ; elle doit être recherchée, parce qu'elle passe souvent inaperçue.

Douleur scapulaire signifie une hémorragie abondante, qui atteint l'étiage du diaphragme.

2° L'*abdomen présente un météorisme à siège périombilical* par suite d'une parésie de la musculature intestinale. Les fosses iliaques, comme l'hypogastre sont mats à la percussion.

3° L'*hyperesthésie du cul-de-sac de Douglas est peu marquée.* Si le toucher vaginal révèle un cul-de-sac vaginal postérieur légèremnt abaissé par l'abondance de l'hémorragie, la douleur, cependant vive, ne va pas jusqu'à l'hyperesthésie, caractéristique habituellement observée dans les ruptures basses de grossesse extra-utérine.

4° *La température est souvent élevée,* le pouls misérable, le facies fréquemment subictérique.

5° *A l'ouverture du péritoine, s'écoule en abondance un sang couleur sépia* (et non pas rutilant, comme dans l'hémorragie habituellement observée), *contenant peu ou pas de caillots,* paraissant mélangé à de la sérosité; la trompe ne saigne généralement plus sur sa zone rompue ou perforée.

Dans ces cas graves, l'intervention chirurgicale doit être particulièrement précoce et soigneuse ; une fois la salpingectomie effectuée, il faut évacuer tout le sang épanché, car le péritoine le résorbe mal, d'où le syndrome d'intoxication signalé précédemment.

D'autre part, s'il n'est habituellement pas indiqué de faire un drainage dans la grossesse extra-utérine rompue, avec hémorragie abondante ou peu abondante, mais avec sang rouge et caillots, le *drainage* ici est, au contraire indiqué ; sans doute, il ne doit être maintenu que très peu de temps (24 heures à peine) ; mais il est *indispensable.*

Or, *malgré une intervention bien et rapidement menée,* il advient souvent que le pouls de la malade ne se remonte pas ; la transfusion, l'injection intra-veineuse massive de sérum sont inopérantes, et ***la** mort survient plus ou moins rapidement.*

Bref le praticien, ne doit pas ignorer ces hémorragies graves, et qui n'ont cependant pas le caractère brutal de l'inondation cataclysmique. Se basant sur les symptômes énumérés, il réservera prudemment son pronostic, après avoir mis immédiatement tout en œuvre, pour donner à la malade les meilleures chances de se tirer d'une partie fortement compromise.

## II

## RECHERCHE DU PUS DANS L'URINE A L'AIDE DE LA LIQUEUR DE FEHLING (1)

Le procédé est le même que pour la recherche du sucre, mais il faut que l'urine soit fraîchement émise. Le Docteur J. GEREST estime que, sur une urine examinée le lendemain de son émission, la réaction est souvent beaucoup moins nette et même douteuse.

*Si l'urine est fortement purulente* — ce que fait déjà soupçonner le trouble accentué qu'elle présente, et qui ne se dissipe ni par la chaleur (urates), ni par l'addition d'acide acétique (phosphates et carbonates), —lorsqu'on en verse quelques cent. cubes dans un tube, où l'on vient de porter à l'ébullition une quantité à peu près égale de liqueur de Fehling, on constate d'abord que l'urine se mélange difficilement au réactif, et qu'elle reste en partie au-dessus de lui, au lieu de se mélanger immédiatement et totalement avec lui, comme le fait une urine non ou peu purulente. En portant à nouveau à l'ébullition, il est prudent de le faire avec précaution pour éviter la projection en masse du contenu du tube, ce que l'on évite en ayant soin de l'incliner fortement, et de ne chauffer que la partie supérieure du liquide, on constate que l'urine prend une *consistance visqueuse*, et, quand l'ébullition, s'est produite, il s'est formé dans le tube une masse gélatineuse.

Pour mieux l'examiner, il suffit de remplir le tube avec de l'eau froide et de le renverser après avoir bouché son orifice avec le pouce ; on voit alors flotter une membrane, qui occupe souvent le tube dans toute sa hauteur et donne l'impression d'un *voile transparent de teinte rose ou améthyste*, tranchant nettement sur la teinte bleu pâle du liquide, dans lequel elle flotte. Un examen microscopique a toujours confirmé la présence de pus dans ces conditions.

*Si la quantité de pus est moins importante,* au lieu de voir dans le tube un voile unique et de grande dimension, on constate la présence d'un plus ou moins grand nombre de *petites masses amorphes*, flottant dans le liquide avec le même aspect transparent, et la même *teinte rose améthyste*, plus ou moins accentuée.

*Quand l'urine, à peine trouble, ne renferme que très peu de pus,* on ne trouve plus de voile, ni de masses flottantes, mais un assez grand nombre de *filaments incolores* absolument semblables à

(1) Dr GEREST. — *La Loire Médicale*, mars 1932.

ceux que l'on voit flotter dans l'urine au décours de la blennorragie. Dans ce cas, l'examen microscopique ne révèle la présence que d'un petit nombre de globules de pus ; c'est ce que l'on note, par exemple, fréquemment dans l'infection coli-bacillaire discrète des voies urinaires.

Cependant, en attendant que d'autres recherches confirment la valeur du procédé, il sera prudent de faire examiner au microscope les urines, qui présenteront cette réaction.

C'est, en tout cas, un moyen commode pour le praticien de dépister, séance tenante, dans son cabinet, la présence de pus dans l'urine, *du malade, en cours d'examen.*

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Les accidents de la puberté et les cures salines.

La puberté, dans nos régions, s'établit chez les filles entre 12, 13, 14 ans. Elle comporte un ensemble de modifications à la fois psychiques, physiques et génitales. Ces transformations ne sont pas toujours complètement achevées et harmonisées, quand le phénomène le plus apparent, les premières menstrues, se produit. De même que les règles se s'installent pas toujours à l'âge habituel, ou ne présentent pas d'emblée l'égalité du rythme, de durée et d'abondance, qui d'ordinaire les caractérise. Ce sont ces anomalies de la puberté qu'envisage surtout Mlle Condat, au point de vue spécial de leur traitement par les eaux chlorurées sodiques.

Mises à part les perturbations générales de l'économie, on observe le plus souvent : le retard ou l'insuffisance de la menstruation et l'irrégularité des périodes menstruelles, la dysménorrhée et les métrorragies. Ces accidents peuvent reconnaître des causes générales : tares héréditaires ; affections générales (rachitisme, lymphatisme, hémophilie, hémogénie) ; cardiopathies ; maladies infectieuses de l'enfance ; intoxications d'origine hépatique, rénale, intestinale ; mauvaise hygiène ; glandes endocrines.

Localement, ce sont : kyste de l'ovaire, petit fibrome, muqueuse adénomateuse, pour les hémorragies ; ovaires scléro-kystique, malformation utérine, leucorrhée infectieuse pour la dysménorrhée ; malformation ovarienne ou utérine pour l'aménorrhée.

Les accidents de la puberté ainsi définis et limités sont justiciables d'une cure dans les stations chlorurées sodiques, fortes de préférence, telles que Salies-du-Salat et surtout Salies-de-Béarn, plus spécialisée dans ce sens. Ces eaux sont à la fois stimulantes et reconstituantes, sédatives et résolutives ; elles apparaissent comme régulatrices de la nutrition et des fonctions endocriniennes, de la fonction ovarienne en particulier. A ces divers titres elles ont une action manifeste sur certains accidents de la puberté, contre lesquels elles s'avèrent d'une remarquable efficacité. (*Toulouse Médical*, 1er mars 1932.)

### A propos de la thrombo-phlébite par effort.

Chez un malade de MM. Paul Mouriq et R.-H. Martin, tous les signes cliniques imposaient le diagnostic de thrombo-phlébite du membre supérieur, survenue après un effort ; or, l'intervention chirurgicale a montré que les vaisseaux axillaires et huméraux étaient absolument indemnes, et que seuls le coracobiceps et le tissu cellulaire voisin gardaient la trace d'une forte contusion.

Il est donc possible, après un effort musculaire exagéré, au cours de mouvements désordonnés, d'observer un œdème dur, blanc, douloureux, intéressant tout le membre supérieur, œdème qui impose le diagnostic de thrombo-phlébite, alors que l'intervention chirurgicale démontre d'une façon indiscutable l'intégrité absolue des troncs veineux. (*La Presse Médicale*, 9 mars 1932.)

### Causes, pathogénie et traitement du vitiligo.

MM. P. Blum et J. Bralez rappellent que les deux notions d'érythème périvitiligineux et de syphilis sont capitales dans l'étiologie et la pathogénie du vitiligo.

La notion du rapport du vitiligo avec une lésion locale mérite d'être prise en considération ; les données récentes sur cette maladie semblent, en effet, prouver qu'entre le vitiligo vrai et la dyschromie consécutive à une lésion locale il y a toute une série de faits de passage de l'un à l'autre, et qu'il ne faut pas les séparer brutalement, comme on le faisait classiquement. Le vitiligo conserve bien entendu sa définition classique de dystrophie pigmentaire, caractérisée par la présence de taches claires achromiques plus ou moins nombreuses, habituellement entourées d'une zone d'hyperpigmentation.

La syphilis, d'autre part, n'explique pas tous

les faits de vitiligo. En fouillant bien l'interrogatoire, on peut déceler une hérédo-syphilis chez certains vitiligineux, qui paraissent indemnes de toute infection tréponémique. Il faut reconnaître cependant qu'il y a des cas, où les recherches cliniques minutieuses, et toutes les réactions sérologiques demeurent négatives, alors que d'autres faits peuvent en expliquer la cause et en justifier la pathogénie.

On comprend, dès lors, la difficulté à établir un traitement rationnel du vitiligo. Lorsque celui-ci est d'origine syphilitique, ou de nature hérédo-syphilitique, il faut poursuivre le traitement spécifique en s'arrêtant de préférence aux sels bismuthiques et mercuriels. Les arsenicaux, et notamment les arséno-benzènes, donnent souvent d'excellents résultats, mais il faut surveiller leur emploi de près, en raison de l'hyperchromie, que ces médicaments peuvent provoquer.

Si toutes les recherches concernant la spécificité sont négatives, on peut tenter un traitement d'épreuve antisyphilitique, ou s'adresser à un traitement endocrinien. On doit, chez tous les vitiligineux, établir un bilan clinique et pharmacodynamique des glandes endocrines, recourir au besoin aux méthodes de recherches biologiques, métabolisme basal, technique de Hirsch, pour établir la valeur des diverses glandes endocrines, et intervenir par l'opothérapie utile.

En cas d'insuccès, on étudiera avec soin le fonctionnement des divers systèmes sympathique et parasympathique, et on recourra à une thérapeutique inhibant le système nerveux.

Si le traitement général échoue, on essaiera le traitement local, pour repigmenter les plaques par l'actinothérapie ou la haute fréquence. On a préconisé aussi l'emploi de certaines substances pigmentantes, huile de coco et teinture de bergamote ou solution oléo-éthérée par voie externe, ou les injections intra-veineuses de gonacrine. Mais la plupart des praticiens se contentent localement d'appliquer des pommades à la quinine, destinées à combattre les contrastes de la dyschromie, provoquée par les rayons solaires. (*Paris Médical*, 5 mars 1932.)

## PÉDIATRIE

### Les troubles digestifs aigus du nourrisson

Avec les chaleurs caniculaires reviennent les altérations laitières, génératrices de troubles digestifs aigus chez les petits enfants : diarrhée commune, choléra infantile, entéro-colite dysentériforme.

La formule qui, en principe tout au moins, s'applique au traitement de ces affections, si souvent meurtrières, est présentement incontestée. Elle est admise universellement en ces termes, classiques en quelque sorte : « Dans les gastro-entérites graves, la *diète hydrique* trouve son indication véritable, mais on aura soin, tout en mettant en action la thérapeutique d'urgence, de ne pas prolonger, plus de 24 à 48 heures, la restriction alimentaire ... ».

La diète hydrique est en effet le traitement d'attaque des troubles digestifs aigus du nourrisson.

Germain Blechmann, dont on ne saurait contester la compétence en cette matière, conseille la diète hydrique dans la diarrhée commune des nourrissons, mais pendant quarante-huit heures au maximum ; dans la diarrhée toxique, ou choléra infantile, elle ne doit pas dépasser trois jours (1).

Dans leur *Traité de pathologie interne*, Enriquez et G. Durand s'expriment ainsi, au chapitre des entérites aiguës :

« Chez le nourrisson et le jeune enfant, dans toutes les formes, *la diète hydrique est de rigueur* ; sa durée peut aller à huit jours et plus dans les cas graves ; l'eau de Vals, l'eau d'Alet sucrée, puis le bouillon de légumes ou de céréales, l'eau de riz, seront employés... »

L'ensemble de la phrase précitée indique bien que, dans l'esprit des auteurs, la réalimentation par le bouillon de légumes, l'eau de riz, etc., ne doit pas trop tarder. Quant à nous, nous croyons avec Blechmann, et le Dr A. Gassot professe la même opinion, qu'il faut *limiter à trois jours* la diète hydrique rigoureuse : c'est là un grand maximum. Et il serait préférable de s'en tenir à 48 heures de ce régime.

Avec Enriquez et Durand, — c'est évidemment à l'eau de Vals, source la Reine, que nous donnerons la préférence.

Vous connaissez nos raisons : minéralisation optima par son taux (3 gr.) et par sa teneur (alcaline) ; richesse très marquée en gaz carbonique, antiémétisant, antiseptique et sédatif de l'inflammation des muqueuses.

En bref, le traitement des affections gastro-intestinales aiguës dans la première enfance comporte une thérapeutique d'attaque, par la diète hydrique, qui ne devra guère aller au delà de 48 heures dans toute sa rigueur.

La diète hydrique sera avantageusement réalisée avec la Reine de Vals, qui demeure également le meilleur agent de la prévention de ces affections, durant la saison chaude.

(1) G. Blechmann. — Nourrissons. (O. Doin, éditeurs.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Le carotène dans l'organisme animal.

(M. Octave Bailly. — *Académie de médecine* ; 5-7-1932.)

M. Octave Bailly, docteur ès sciences, a fait dans son laboratoire pharmaceutique, avec M. Roger Netter, une série de recherches sur la destinée du carotène dans l'organisme animal.

Découvert, en 1815, par le pharmacien français Bouillon-Lagrange, le carotène est une substance dont le rôle biologique, connu depuis quelques années seulement, apparaît comme très important, dans la croissance et la vie même des animaux.

Le carotène, produit très répandu dans le règne végétal (fruits, racines, feuilles vertes, etc.), absorbé par les animaux, est en partie transformé en vitamine A, que le foie met en réserve, et en partie fixé tel quel par certains organes et surtout par les surrénales et par l'ovaire. Sur ce dernier point, toutefois, nous ne connaissons que peu de chose du rôle joué par le carotène.

Les recherches de M. Octave Bailly lui ont permis d'établir la richesse des surrénales en carotène et aussi la localisation élective de cette substance dans la partie corticale de ces organes.

### Sur l'altération spontanée des solutions d'héroïne.

(M. A. Goris. — *Académie de médecine* ; 5-7-1932).

Les solutions de chlorhydrate d'héroïne, dit M. le Prof. A. Goris, s'altèrent rapidement et spontanément. Déjà, au bout de trois ou quatre jours, des ampoules hypodermiques de ce médicament présentent des réactions d'altération. Au bout de quelques mois, on n'y retrouve presque plus d'héroïne sous sa forme initiale. Toutefois, cette altération du médicament, si elle peut être appréciable au point de vue de l'action pharmacodynamique et curative, ne paraît pas produire d'effets réellement fâcheux. Il n'en est pas moins utile de la connaître et de ne recourir qu'aux ampoules récemment préparées.

### La radiothérapie des régions surrénales dans 40 cas d'oblitérations artérielles des membres.

(MM. L. Langeron et R. Desplats, de Lille. — *Académie de médecine* ; 14-6-1932.)

MM. Langeron et Desplats exposent les résultats thérapeutiques qu'ils ont obtenus par la radiothérapie des régions surrénales dans 40 cas d'oblitérations artérielles des membres. Il y a eu : 25 bons résultats, 9 résultats partiels, 2 échecs complets, 4 résultats non suivis. Les douleurs ont été généralement très améliorées. Les oscillations ne réapparaissent habituellement pas.

La radiothérapie des régions surrénales agit à la façon des interventions sympathiques, mais avec des possibilités plus étendues et de manière plus simple. Dans les oblitérations des membres, elle est indiquée toutes les fois qu'il s'agit d'une cause générale, chez les jeunes, chez les gens âgés, et spécialement chez les diabétiques. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est appliquée plus précocement, mais, même employée tardivement, elle pourra rendre de grands services. Par contre, une cause locale, embolie, compression, anévrysme, en contre-indique l'emploi.

### Traitement des tumeurs par le venin des abeilles.

(M. Yoannovitch et Chahovitch. — *Académie de médecine* ; 28-6-1932.)

Ayant remarqué que les personnes s'occupant des abeilles étaient rarement atteintes de tumeurs malignes, les auteurs se sont demandé si le venin des abeilles ne pourrait pas être utilisé dans le traitement des néoplasmes malins. Expérimentalement, ils ont bien constaté, chez le lapin, certaines régressions des tumeurs après injections de venin d'abeille, mais les régressions n'ont été que momentanées. Peut-être, en améliorant la méthode, obtiendrait-on des résultats mieux caractérisés.

### Les maisons à cancer et le problème de la contagiosité du cancer.

(M. Chaton, de Besançon. — *Académie de médecine* ; 21-6-1932.)

Il existe des maisons à cancer, c'est-à-dire des maisons où l'on constate des cas de cancers plus ou moins nombreux, à intervalles assez rapprochés. S'agit-il, alors, de simples coïncidences ou doit-on trouver là, une donnée en faveur de l'hypothèse de la contagiosité du cancer ?

A la vérité, aucune enquête complète, aucune étude précise n'a été faite des maisons à cancer. Et cependant, comme le remarque M. Chaton, le problème mérite qu'on y attache toute l'importance qui convient. M. Chaton souhaiterait qu'une commission d'études soit constituée, qui serait chargée de procéder à une enquête minutieuse, chaque fois qu'une maison à

cancer lui serait signalée. Cette commission devrait être composée de spécialistes, en particulier d'un anatomo-pathologiste, d'un bactériologiste, d'un parasitologue, d'un botaniste, d'un géologue et d'un pathologiste. Elle examinerait, sur place, la situation générale de la maison suspecte, la flore et la faune environnantes, la flore et la faune de la maison même, et considèrerait le cas de chaque malade, s'inspirant d'ailleurs de toutes les particularités qui pourraient apparaître au cours de l'enquête. Il en résulterait des aperçus intéressants et peut-être la solution du problème de la contagiosité du cancer.

— M. Ch. Fiessinger souhaite que le questionnaire du professeur Chaton vienne fournir des sources nouvelles de renseignements. La question de la greffe et de la contagiosité du cancer est toujours à l'étude.

### Les nodules vocaux.

(M. E.-J. Moure, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 24-5-1932.)

On désigne sous le nom de nodules vocaux, des petites saillies acuminées et symétriques occupant le tiers antérieur des cordes vocales. C'est une affection, peu grave en elle-même si l'on s'en tient à la santé générale, mais extrêmement désagréable au point de vue de la voix et qui n'est pas sans donner au laryngologiste quelques soucis. Il ne suffit pas, en effet, de les enlever, car leur ablation n'est généralement pas suivie d'une amélioration appréciable de la voix et le patient, souvent un artiste lyrique, se retourne alors volontiers contre son opérateur auquel il reproche — pour le moins — d'être intervenu sans résultat.

Ceci tient à ce que le nodule vocal n'est pas une production spontanée, occasionnelle, mais la suite de fatigues et de malmenage vocal prolongé. Il se produit principalement chez les professionnels (chanteurs, professeurs), chez ceux surtout qui sont porteurs de larynx petits (enfants, ténors légers, femmes). Son apparition est précédée d'une période plus ou moins longue de troubles vocaux, période pendant laquelle l'examen laryngoscopique révèle une asynergie des muscles vocaux, se traduisant par la formation de deux espaces glottiques séparés au point où se formera le nodule.

Que faire en pareil cas et contre une pareille affection, dit le professeur Moure ? Enlever le nodule ? Oui, quelquefois, s'il est très prononcé, en prévenant que la guérison fonctionnelle ne sera probablement pas obtenue. Il faut, en réalité, recommander deux choses : 1° le repos prolongé de la voix ; 2° une éducation rationnelle de la phonation et du chant, en plaçant la voix à son échelle véritable et en changeant de méthode de chant, s'il y a lieu.

P. L.

### Broncho-pneumonie guérie par vaccin contenant des bactériophages.

(M. Le Lorier. — *Soc. de médecine* ; 8-4-1932.)

Une femme, de 34 ans, atteinte de broncho-pneumonie post-opératoire à foyers bilatéraux, avec azotémie forte (1 gr. 33) paraissait dans un état désespéré ; le 20e jour, l'auteur lui injecta par ponction à travers la paroi thoracique, directement dans les foyers atteints, repérés par l'auscultation, du vaccin polyvalent et lytique, préparé en stock sous le contrôle de M. d'Hérelle.

Le résultat obtenu fut une transformation immédiate de l'état général de cette femme, qui s'achemina vers la guérison, un peu retardée par un abcès du sein et une phlébite du membre inférieur. L'azotémie revint à un chiffre normal après cinq semaines. Cette femme reçut également trois immuno-transfusions ; mais son état était déjà transformé quand la première immuno-transfusion lui fut faite.

### Gémellarité utéro-tubaire ; coexistence d'une grossesse utérine avec une grossesse tubaire.

(M. Dartigues. — *Soc. de médecine de Paris* ; 8-4-1932).

Cas observé chez une femme de 29 ans, mariée, depuis dix ans, et n'ayant pas encore eu d'enfants. Hémorragies abondantes pendant un mois et demi et douleurs violentes. La grossesse extra-utérine est diagnostiquée. Laparotomie ; au cours de l'opération, l'auteur soupçonne une grossesse concomitante. La malade guérit, et six mois après, met au monde un enfant de dix livres. Il faut insister sur l'importance du diagnostic entre la simple fausse-couche et la grossesse extra-utérine et sur l'effet nocif que pourrait avoir un curettage intempestif.

### Inscription de la tension artérielle par le tonoscillographe, et étude des courbes tonoscillographiques.

(M. Barrière. — *Soc. de médecine de Paris* ; 8-4-1932.)

Le tonoscillographe est un appareil inscripteur de la tension artérielle, qui donne la courbe continue des oscillations. L'étude de la courbe ainsi obtenue montre la succession suivante des phénomènes :

De petites oscillations supra-maximales, qui aboutissent à un point appelé maxima totale, qui correspond à l'ouverture de l'artère à la systole ;

Après ce point, la courbe croît jusqu'à un coude, qui est la maxima réelle, au niveau duquel l'artère retrouve sa forme cylindrique à la systole, mais est en collapsus diastolique ;

Suit un plateau, qui aboutit à la plus grande oscillation, appelée minima totale, parce que c'est à ce niveau que le collapsus diastolique disparaît.

Enfin, lorsque, même pendant la diastole, l'artère retrouve sa forme cylindrique primitive, c'est la minima réelle.

L'espace compris entre la maxima totale et la maxima réelle, comme entre la minima totale et la minima réelle, indique la valeur de la paroi artérielle.

La tension moyenne n'est qu'un point, qui correspond à la minima totale.

Quant à l'hypertension moyenne solitaire, elle ne concerne que des sujets (jeunes ou vieux) qui, pour une minima réelle normale, ont une minima totale augmentée. Le syndrome, qui a été décrit sous ce nom, serait erroné, car la maxima totale est elle-même augmentée, et de tels malades ne sont que des sujets, qui ont des parois vasculaires dures, ou en hypertonie.

### Vomissements et accidents sériques.

(MM. Blechmann et Bohn. — *Soc. de médecine de Paris* ; 8-4-1932.)

Les accidents consécutifs aux injections de sérum comportent parfois, à leur début, quelques troubles digestifs avec nausées et même vomissements. Mais il est tout à fait exceptionnel qu'une intolérance gastrique totale constitue, pendant près de vingt-quatre heures, la seule expression clinique de la maladie sérique, avant l'apparition de l'urticaire ; d'où les difficultés du diagnostic en pareille circonstance.

### Sur la mastication et l'action dynamogénique locale des aliments.

(M. L. Pron. — *Soc. de médecine de Paris* ; 8-4-1932.)

La mastication prolongée, entraînant de façon constante une augmentation de la sécrétion gastrique, doit être déconseillée aux hyperchlorhydriques, qui doivent prendre une nourriture demi-solide, ne demandant qu'une mastication rapide et un travail mécanique réduit.

Les aliments, outre leur action sur la sécrétion et la sensibilité, exercent sur la musculature gastrique, et surtout sur le plexus solaire, une action d'ordre physico-dynamique. Cette action stimulante est maxima avec la viande grillée ; moyenne, avec le poisson ; légère avec les purées de légumes ; nulle avec le lait.

Aussi, les purées de légumes secs, de même que les pâtes et le riz, cuits en bouillie, ne conviennent pas aux hyperchlorhydriques avec atonie ; leur estomac demande une certaine dose d'excitation, d'origine alimentaire.

### Trois cas d'acrodynie infantile.

(M. R.-A. Marquezy et Mlle D. Rouget. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 19-4-1932.)

Ces auteurs ont réuni trois observations d'acrodynie infantile, réalisant trois modalités cliniques différentes depuis le syndrome classique jusqu'à la forme fruste, en passant par une forme plus rare, caractérisée par la prédominance des troubles psychiques et la présence d'une fièvre continue.

Dans aucune de ces observations, ils n'ont noté de réaction méningée du liquide éphalo-rachidien. Tous les symptômes de l'acrodynie, en effet, paraissent devoir être rapportés à une atteinte du système végétatif, et l'origine infectieuse semble très vraisemblable, sinon certaine.

### Le prurigo-strophulus traité par les injections intradermiques de peptone de Witte.

(MM. René Mathieu, Gaston Lévy et Lautman. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 19-4-1932.)

Ces injections sont un auxiliaire très précieux. Elles ont permis de procurer un calme immédiat à tous les malades. Dès la deuxième ou la troisième injection, ceux-ci retrouvent le sommeil, et ils sont mis très rapidement en mesure de recevoir une alimentation variée et assez riche, composée surtout de légumes, de fruits et de lait fermenté. On ne recommence de nouvelles injections de peptone que si des rechutes surviennent au cours des essais de réalimentation, et on arrive ainsi, avec du temps, de la patience, à faire tolérer l'alimentation normale, à l'exception des œufs crus ou peu cuits, des saucissons ou des aliments notoirement indigestes.

G. F.

# Les Congrès

## XVIIIe Congrès d'hygiène

*Paris*, 12-15 *octobre* 1931.

**Protection des populations civiles contre les gaz de combat**, par M. SIEUR. — C'est l'exposé des moyens conseillés pour se préserver contre les gaz toxiques lancés par avion qu'a l'intention de faire le médecin général inspecteur Sieur.

**Les dispositions préconisées par M. le maréchal Pétain pour contribuer à la défense passive des populations civiles contre les gaz de combat**, par le colonel LAURE. — La protection des populations civiles contre les gaz forme une partie qui ne peut être isolée du cadre général des défenses passives.

Elle comprend :

1° *Des mesures préventives*, dont la plus importante est l'évacuation d'une grande partie de la population ; les mesures de protection de la population non évacuée comportent des moyens de protection individuelle (appareils clos, masques), et des moyens de protection collective (abris) ; tous ces moyens sont utilisés d'après des consignes d'alerte étudiées dès le temps de paix ;

2° *Des mesures curatives*, ayant un triple objet : transporter, hospitaliser et soigner les personnes intoxiquées ou blessées.

Pour fonctionner, un tel système de défense doit être préparé dès le temps de paix, amélioré par des essais et connu de tous. Le maréchal Pétain a mis à l'étude une instruction pratique qui donnera les directives générales et les précisions techniques nécessaires.

**De la nécessité de créer une Ligue internationale pour la protection des populations civiles contre les gaz de combat**, par le colonel A. FONJALLAZ. — Le principe des règles internationales pour les blessés, les hôpitaux et le personnel sanitaire, créé par la fondation de la Croix-Rouge le 22 août 1864, doit être étendu sur l'ensemble des peuples et des populations en guerre. Coopérer à l'œuvre humanitaire de la Croix-Rouge, tel est le but que se propose la Ligue internationale pour la protection des populations civiles contre les gaz de combat.

**La protection des populations civiles contre le danger aéro-chimique. Mesures, d'utilité pratique en temps de paix, permettant d'en faciliter l'organisation. Rôle des médecins directeurs des services d'hygiène**, par le professeur J. PARISOT (Nancy). — S'adressant à des médecins, aux directeurs des services d'hygiène, l'auteur envisage le rôle qui peut incomber à ceux-ci dans l'organisation de cette *protection telle qu'elle est fixée par les instructions* de l'inspection générale de la défense antiaérienne (surveillance médico-sociale de la population évacuée, collaboration à l'organisation sanitaire et de secours, etc.).

Les mesures préconisées en cas de guerre, auraient en temps de paix, dans la vie courante, une utilité pratique incontestable pour la protection de la vie, de la santé des populations. M. Parisot insiste en particulier sur les points suivants :

Intérêt de donner aux médecins (aux étudiants dans les Facultés, et aux praticiens par conférences spéciales) des notions suffisantes sur les intoxications par gaz (de combat et autres), la protection, le traitement et les méthodes modernes de secours aux asphyxiés, etc.

Nécessité de doter les corps de sapeurs-pompiers et de police de moyens de protection (masques filtrants et appareils respiratoires, ventilateurs, etc.) permettant tout au moins la création de sections de sauvetage et de dégazage, aptes techniquement et matériellement à intervenir en cas de sinistres (incendies, explosions, accidents, etc.) sans danger pour eux-mêmes et avec le maximum d'efficacité pour leur action, le sauvetage des victimes, etc.

Développement et surveillance plus efficace des moyens de sauvetage et de protection contre les intoxications par gaz délétères dans les usines, établissements industriels, etc., où un personnel mieux éduqué, parfaitement protégé et armé (section de sauvetage), devrait partout être parfaitement à la hauteur de sa tâche ; on éviterait ainsi des accidents encore trop fréquents en renforçant la prévention contre les accidents du travail.

Création de postes de secours fixes et mobiles pour soins aux asphyxiés, urbains, industriels, etc. (modèle de l'organisation de Paris, « type » du médecin colonel Cot).

Création dans les départements d'un « Centre antigaz » (caserne de sapeurs-pompiers du chef-lieu par exemple) pour la surveillance, réfection des masques, avec chambre à gaz, lieu d'éducation, d'entraînement pour les pompiers, sections de sauvetage, etc.

Instruction adaptée des infirmières de la Croix-Rouge et des sociétés de sauveteurs, de boy-scouts, et organisation d'un certain nombre d'*équipes de premier secours*, bien encadrées sous forme de *détachements sanitaires* (suivant l'organisation réalisée à Nancy par M. Parisot), munis d'un petit matériel d'urgence et auxquels on pourrait faire appel dans les cas de sinistres importants, de calamités, etc.

Développement, en général, du matériel de se

cours urbain, pour transports de blessés, malades en particulier.

Ces diverses réalisations font partie du domaine des médecins hygiénistes ; leur exécution peut être financièrement facilitée, car elles concourreront au développement de l'armement sanitaire ; utiles à ce point de vue, on doit espérer qu'elles n'auront jamais à intervenir dans le but de constituer les « noyaux » prêts techniquement et matériellement à soutenir et à grouper autour d'eux les services de défense passive contre une agression.

**Les abris collectifs de protection contre les gaz de combat.** — J. Leclercq (de Lille). — Pour ces abris, une ventilation doit être réalisée à l'aide d'un appareil permettant de filtrer l'air extérieur et de neutraliser les gaz toxiques qu'il contient.

La caisse filtrante réalisée par l'auteur au cours de la guerre et encore réglementaire aujourd'hui dans l'armée permet d'obtenir ce résultat. Des recherches récentes ont montré qu'il est aisé de la modifier suivant des nécessités nouvelles.

**Organisation urbaine de postes de secours fixes et de postes de secours mobiles pour asphyxiés du temps de paix. Son importance dans la formation et l'entraînement des équipes de sauveteurs spécialisés en temps de guerre,** par le Dr Cot. — L'auteur indique l'intérêt qu'il y a à doter l'hygiène urbaine des moyens de secours nécessités par les asphyxies accidentelles que le machinisme moderne rend de plus en plus fréquents.

Il rappelle que les électrocutés, les noyés, les intoxiqués par CO sont des malades intransportables, qu'il faut soigner sur place et avec le maximum de rapidité.

Le poste de secours mobile du régiment de sapeurs-pompiers de la Ville de Paris, qu'il a créé il y a cinq ans, a permis de secourir plus de 300 victimes et d'obtenir un pourcentage de succès très intéressant. L'auteur estime que c'est le meilleur moyen de préparer dès le temps de paix la formation des équipes de premier secours que la Commission des experts a si justement préconisée et de donner aux divers éléments secouristes volontaires un noyau de cristallisation officiel.

Ceux-ci pourront alors être initiés de façon vraiment pratique et homogène à la technique des soins nécessités par les gazés du temps de guerre, qui dans ses grandes lignes, est identique à celle dont les asphyxies accidentelles du temps de paix sont justiciables.

**Quelques points particuliers de la protection des populations civiles contre les gaz de combat,** par M. le Dr Boulanger, inspecteur départemental d'hygiène. — Il pourra être bon d'organiser en faveur des relèves des équipes de secours de ces gazés, en zones non gazées, zones dites de repos ou zones-refuges, situées en forêt ou sur une colline choisie *ad hoc*, à quelques kilomètres de la ville, relèves par autocars ou par avion.

Toute ville susceptible de constituer un objectif de bombardement doit être munie dès à présent d'un hôpital suburbain spécialement aménagé et outillé, en dehors des points les plus exposés, dans un site très aéré, muni de larges moyens d'évacuation.

**Protection des populations civiles contre les gaz de combat. Présentation d'appareil.** — M. Marcille, chirurgien des hôpitaux de Paris, présente un appareil de ce genre, qui a comme caractéristiques : 1° De fixer puissamment l'acide carbonique, ce qui est l'acte le plus essentiel d'un appareil à circuit fermé ; 2° De dépenser très peu d'oxygène ; 3° D'aider l'acte respiratoire, dont les moyens dynamiques normaux sont extrêmement faibles.

**Les pyréthrines et l'hygiène,** par le Dr J. Chevalier. — Les pyréthrines n'agissent pas à l'état de vapeurs : il faut, pour tuer, qu'elles soient absorbées soit par contact, soit par le tube digestif. Le plus souvent, les insectes sont atteints par pulvérisations d'un liquide chargé de pyréthrines ; il faut employer un liquide de tension superficielle et de viscosité convenables pour mouiller les tissus vivants et pulvériser sous pression et en produisant un brouillard et non des gouttes. La concentration en pyréthrine devra être suffisante : elle varie suivant les animaux de 1/10.000 à 1/25.000.

Par cette méthode, on débarrasse sans nuire, les habitations, casernes, navires, hôpitaux, locaux agricoles, des puces, punaises, cafards, poux divers. C'est le procédé de choix pour l'épouillage, le traitement de la phtiriase, de la gale, par lavage et friction légère, chez l'homme, le chien, le chat, le cheval, etc.

Les pyréthrines sont des vermicides actifs, qui, pris à l'intérieur, détruisent les vers intestinaux des animaux domestiques souvent transmissibles à l'homme. Ce traitement systématique des chiens et chats diminuerait ces infections chez l'homme.

**Sérothérapie de la fièvre typhoïde, par le sérum antityphoïdique concentré et purifié,** par E. Grasset. — Une sérothérapie antityphoïdique spécifique, pour être efficace, doit être à même d'exercer une double action thérapeutique, antitoxique et antimicrobienne.

Par son principe de préparation, son action polyvalente, et le procédé de concentration et de purification auquel il est soumis, le sérum antityphoïdique concentré et purifié répond à ces desiderata.

Le traitement sérothérapique présente son maximum d'efficacité lorsqu'il est institué au cours des deux premiers septénaires de l'infection typhoïdique, bien qu'un pourcentage important de cas traités tardivement bénéficient encore de son action curative. La mortalité générale de typhoïde, réduite dans la proportion des deux tiers pour l'ensemble des sujets traités par le sérum, est par contre sept

fois inférieure lorsque le traitement sérothérapique est institué durant les quatorze premiers jours de l'infection typhoïdique.

**Lutte contre les coquillages insalubres.** — Le décret de 1923 est venu au secours des hygiénistes, mais il ne vise guère, malheureusement, que l'huître, autrefois seule incriminée, et c'est aujourd'hui la moule qui joue le premier rôle dans la transmission des infections éberthiennes. MM. Carrieu et Pappas pensent qu'une réglementation nouvelle doit voir le jour au plus tôt, visant indistinctement tous les coquillages.

(*A suivre*).

# Les Livres

Ulysse Boucoiran, éditeur,
62, rue du faubourg Saint-Martin, Paris-10e.

Dr A. Peytoureau et Alf. Bitterlin. — **Le pédicure moderne**. Un vol. 172 pages, 149 figures. Prix : 40 francs.

Ce manuel, écrit à l'usage des élèves pédicures donne des précisions scientifiques et techniques sur l'art de soigner les petites infirmités, si fréquentes et parfois si pénibles, des pieds. Après un court exposé anatomique, les auteurs passent successivement en revue : l'hygiène des pieds, la question des chaussures, les cors, leurs variétés, leurs traitements, les durillons, l'œil de perdrix, les soins à donner aux ongles. Ils donnent quelques notions sommaires sur quelques affections et défectuosités des pieds (chevauchement des orteils, verrues, engelures, orteils en marteau, onychoses, hygromas, intertrigo, etc.) que le pédicure doit sinon traiter, du moins connaître pour adresser les patients au médecin ou au chirurgien compétent. Un chapitre est consacré à l'asepsie des instruments et à l'antisepsie générale et un autre chapitre à la pédicurie chinoise. On sait que les asiatiques sont aujourd'hui les pédicures à la mode.

L'ouvrage de MM. Peytoureau et Bitterlin, bien qu'écrit surtout pour les élèves pédicures, contient nombre d'aperçus intéressants pour le médecin : *De minimis curat medicus* disait jadis le professeur Landouzy dans ses leçons cliniques de l'hôpital Laennec !

P. L.

Imprimerie Bailly,
6, rue Courbet, Nancy.

Dr Hubert Wiltzer, de Metz. — **L'apophysite calcanéenne de croissance**. (Calcaneo pathia posterior adolescentium). Un volume avec 31 dessins et radios. Prix : 60 francs.

Dans ce travail, on trouvera les détails les plus précis et les renseignements les plus précieux sur le diagnostic et le traitement d'une affection aujourd'hui très répandue et pourtant peu diagnostiquée. Grâce à sa connaissance de plusieurs langues, M. Wiltzer a pu concevoir un ouvrage d'ensemble qui contient synthétisé tout ce qui a pu paraître sur cette question en France et à l'étranger, en Allemagne surtout.

G. Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr Ch. Rocaz. — **L'acrodynie infantile**. (Un vol. in-8o in « *La Pratique médicale illustrée* », de 96 pages avec 20 fig. dans le texte : 25 francs.)

L'acrodynie infantile, dont on avait signalé de nombreuses épidémies à l'étranger, est apparue en France depuis trois ans, avec un chiffre de cas assez élevé. Mais ce chiffre est bien inférieur à la fréquence de la maladie, qui, peu connue de la plupart des médecins, est encore rarement diagnostiquée.

Après avoir fait un tableau complet de la forme classique de l'acrodynie infantile, l'auteur étudie minutieusement ses formes anormales, et particulièrement les formes frustes, sur l'importance et la fréquence desquelles, il a été le premier à attirer l'attention. Une documentation personnelle importante, jointe aux notions acquises antérieurement, lui permet d'établir le diagnostic de ces formes, qui exposent le médecin non averti à de graves erreurs cliniques.

La pathogénie de cette affection, quelque peu mystérieuse, s'expose ici par l'exposé de faits nouveaux et personnels, qui la font classer dans le groupe des névraxites, dont on connaît la diversité et l'importance.

De nombreux clichés, fixant les traits caractéristiques de l'acrodynie infantile, illustrent le texte de l'ouvrage.

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Librairie Delmas,
6, Place Saint-Christophe, Bordeaux.

Docteur Jean Audit. — **L'opothérapie orchitique chez la femme**. (Un vol. 146 pages.)

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### Les honoraires des soins aux assurés notoirement indigents sont calculés d'après le tarif des accidents du travail. — Le forceps, la version, peuvent-ils être assimilés à l'accouchement provoqué ? — Discussion

Le calcul de la valeur des frais médicaux résultant des soins donnés aux indigents, dans le cadre de l'Assurance maladie, apparaît, en pratique, parfois compliqué, du moins, à certains points de vue. La loi a bien défini leur taxation dans son article 59, mais en des termes qui auraient gagné à être plus précis. Il y a là matière à interprétation, aussi bien dans la loi elle-même que dans l'application de la tarification qu'elle institue. Reprenons donc cet article 59. Il est ainsi conçu :

1° Pour les assurés notoirement indigents, inscrits sur la liste prévue ci-après, il ne sera prélevé aucun pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie, grossesse et invalidité.

Il sera établi une liste spéciale des assurés, conformément à la loi du 15 juillet 1893 ; cette liste sera communiquée pour avis à la caisse primaire.

*Les dépenses de ce service seront tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, et supportées pour 80 % par la caisse primaire et pour 20 % par la commune du domicile de secours.*

Les dispositions ci-dessus sont applicables à la famille de l'assuré inscrit sur ladite liste spéciale.

2° ..........

Pour être affilié obligatoirement aux Assurances sociales, il faut être salarié, ce pour quoi il suffit d'accomplir chaque année un nombre de journées de travail égal au moins à 90. Un *indigent* notoirement qualifié qui travaille au moins 90 jours par an est donc obligatoirement assuré social. Ce sont ces 90 journées de travail, qui font de lui un *assuré obligatoire.* Il est à présumer qu'un indigent travaille cependant en général plus de 90 jours par an.

Or, la loi a dû envisager la situation particulière de certains salariés, qui bénéficient par ailleurs d'avantages qu'ils tiennent d'une législation protectrice : les pensionnés de guerre, les blessés du travail, les travailleurs atteints d'une maladie professionnelle, les indigents. Ils sont d'abord assurés, et secondairement, assurés d'une certaine qualité. Il en résulte que c'est dans le cadre de la loi sur les assurances sociales que doit être envisagé le règlement des conflits qui peuvent découler du fonctionnement de cette loi. Un assuré notoirement indigent est donc soumis, comme assuré, à toutes les obligations de celle-ci, de même qu'il bénéficie de tous ses avantages. Ces obligations, et les différentes conséquences qu'elles entraînent, devront donc être examinées et les conflits qu'elles suscitent résolus sous le couvert de la loi du 30 mars 1930, et non sous celui de la loi du 15 juillet 1893.

Il en doit être ainsi tout particulièrement du contrôle, — tant administratif que technique, — qui peut être exercé aussi bien sur l'assuré lui-même que sur son médecin, — non pas par la Commission de contrôle de l'Assistance médicale gratuite, — mais par le médecin contrôleur de la caisse (contrôle administratif) ou par le syndicat médical co-contractant (contrôle technique).

Le tarif applicable au calcul des honoraires médicaux, pour soins donnés à un assuré notoirement indigent, étant le Tarif ministériel de la loi de 1898, sur les accidents du travail, selon l'article 59 précité, il conviendra, quand un acte médical, ne figurera pas audit tarif, de procéder par analogie, en recherchant quel acte tarifé se rapproche le plus de celui qui fut accompli. Il en est de ces actes, qui prêtent plus particulièrement à controverse ; ce sont les actes de pratique obstétricale courante, particulièrement les accouchements.

Et tout d'abord, il convient de préciser qu'en décidant que le tarif des accouchements, pour les assurées sociales notoirement indigentes, serait celui de l'Assistance médicale gratuite, des Con-

seils généraux et des Préfets ont délibérément violé la loi. Et le Ministre l'a violée pareillement, dans une circulaire où il prétend que, quand un acte technique ne figure pas explicitement au Tarif A. T., c'est selon le Tarif A. M. G. qu'il doit être rémunéré.

Une affaire de ce genre est présentement pendante devant les Tribunaux et sera suivie très attentivement par notre Ligue de défense médicale (Sou Médical). En outre, tout membre de cette Ligue qui se verrait contester la tarification de ses soins, dans les limites de l'article 59, selon le Tarif des accidents du travail, peut être assuré d'être soutenu et appuyé par nous de toutes les forces dont nous pouvons disposer, jusque devant les plus hautes juridictions.

Voici donc un premier point bien net : *c'est le tarif des accidents du travail qui doit être appliqué au calcul des honoraires médicaux chez les assurés notoirement indigents.* On procédera par analogie toutes les fois qu'un acte médical ne figurera pas explicitement audit Tarif.

Le tarif des accidents du travail comporte, en son article 22, § D, la rubrique suivante :

*Accouchement d'origine traumatique sans complication*..... 375 francs, prix de l'acte isolé, les visites consécutives devant être honorées en plus. C'est donc 375 francs que doit réclamer tout médecin ayant procédé à l'accouchement d'une assurée assistée, plus ses visites consécutives.

Plusieurs confrères nous ont exprimé leur étonnement, devant la différence notable qui existe entre cette rémunération, dans l'assurance-assistance, et la somme de 300 francs prévue par un certain nombre de Caisses dans leur tarif de responsabilité, et s'appliquant à l'acte global, c'est-à-dire accouchement et soins consécutifs, en ce qui concerne une assurée non assistée.

Qu'ils veuillent bien considérer que la règle, c'est qu'en régime d'entente directe, ils se font honorer par leur cliente sans se préoccuper, théoriquement, de la part de responsabilité de la Caisse. Régulièrement, leurs honoraires doivent être plus élevés que ceux de celle-ci. En Seine-et-Marne, le prix syndical minimum d'un accouchement simple est de 400 francs. En Lot-et-Garonne, il est de 450 francs.

Par exception, dans l'Assurance-assistance, le tiers payant reparaît, et ce n'est plus le tarif de responsabilité de la Caisse envers son assurée dont bénéficie celle-ci, c'est le tarif des accidents du travail dont bénéficie son médecin. Il peut paraître légitime que le médecin, en cette circonstance, reçoive des honoraires *ne varietur* qui se rapprochent quelque peu de ceux auxquels il aurait eu droit de la part d'une assurée non assistée : sur ces 375 francs, d'ailleurs, 300 francs seulement (80 %) seront payés par la Caisse, ce qui équivaut à son tarif de responsabilité habituel, et 75 francs (20 %) par la commune du domicile de secours.

Enfin, une autre difficulté d'interprétation et d'application nous a été, maintes fois déjà, soumise. Le tarif des accidents du travail ne comporte que deux variétés d'Accouchements, l'Accouchement d'origine traumatique sans complication et l'Accouchement provoqué. Les Accouchements compliqués, ceux qui se terminent par une version podalique, par un forceps, ne sont pas prévus. Comment doivent-ils être tarifés ? Il y a là évidemment une lacune qu'il faudra combler sans retard. Qu'est-ce en effet qu'un *Accouchement provoqué* ?

« On donne le nom d'accouchement prématuré artificiel à l'interruption, provoquée dans un but thérapeutique, lisons-nous dans le Précis d'accouchement de Dubrisay et Jeannin (6e édition, p. 645), d'une grossesse ayant atteint ou dépassé la limite inférieure de viabilité du fœtus (180e jour). L'accoucheur *provoque* le travail ; il le met en train... ».

Il ne me paraît pas possible de soutenir que l'on puisse assimiler un forceps, une version, qui sont les *achèvements* d'un accouchement dont le travail s'est déclenché *spontanément* à une *provocation artificielle* de ce même travail. Ici, acte initial ; là, actes terminaux.

Mais, pourra-t-on me riposter, vous êtes en désaccord avec vous-même, puisque vous venez de dire que quand un acte technique ne figure pas au tarif des accidents du travail, il faut procéder par analogie. Or, c'est par analogie que le prix de l'accouchement provoqué peut être appliqué à un forceps, à une version.

L'analogie est elle présentement défendable ? Essayons de comparer les cas envisagés. On provoque un accouchement en déclenchant mécaniquement le travail par l'application d'un ballon de Champetier dans le segment inférieur. Intervention déjà quelque peu délicate. Le ballon appliqué, il faut attendre patiemment que les excitations qui en partent soient assez puissantes et répétées pour provoquer des contractions efficaces et significatives. Cela peut durer plusieurs jours. Dans le seul cas de ce genre qui me soit personnel, j'ai attendu neuf jours. Il y a donc une période préalable durant laquelle il est difficile de laisser la femme sans surveillance, d'autant plus que le ballon peut retomber trop tôt dans le vagin et qu'il est alors nécessaire de le bien réappliquer. Puis, l'accouchement proprement dit doit être pratiqué, avec ou sans intervention terminale (forceps, version). On comprend que, dans ces conditions, les honoraires du médecin soient calculés à un taux relativement élevé, — 750 francs. Il y a là deux interventions successives, dont la première peut donner lieu à récidive : 1) application du ballon dilatateur ; 2) ac-

couchement proprement dit. Une version, un forceps, qui terminent un accouchement, réclament tout de même moins de temps.

Autre argument : à une assurée non indigente, la Caisse remboursera, si l'on s'en rapporte à la Circulaire ministérielle du 21 mars 1931, sujette à caution d'ailleurs à certains points de vue, en cas de forceps ou de version, sa part de responsabilité normale, — habituellement 300 francs, — majorée de 20 à 50 %, soit au maximum 450 francs, moins les 20 % de retenue réglementaire, soit 360 francs. Et vous voudriez que pour une assurée assistée, *notoirement indigente*, — catégorie sociale qui bénéficie toujours de tarifs réduits, cette même Caisse verse au médecin 80 % de 750 francs, soit 600 francs, plus 80 % des visites consécutives, à raison d'au moins 15 francs l'une, les 20 % complémentaires étant payés par la commune du domicile de secours .....?

En d'autres termes, l'accouchement par version ou forceps d'une assurée assistée coûtera, si l'on admet qu'il entraînera neuf visites consécutives à 15 francs minimum, 750 francs + 135 francs = 885 francs, dont 768 francs à la Caisse et 177 francs au compte de la commune du domicile de secours. Tandis que, pour une assurée non indigente, la Caisse ne déboursera que 360 francs.....

Ceux qui ont rédigé le Tarif des Accidents du travail ont bien fait d'y introduire l'accouchement d'origine traumatique. Pourquoi n'ont-ils pas prévu le forceps et la version comme complications, si l'on admet avec moi qu'il est impossible de faire entrer ces interventions sous la rubrique Accouchement provoqué ? Mais je voudrais savoir combien de fois, depuis que la loi de 1898 fonctionne, un traumatisme au cours du travail a provoqué l'accouchement de l'accidentée, combien de fois le même traumatisme atteignant une femme enceinte, a mis son médecin dans l'obligation de provoquer artificiellement son accouchement.

Ce sont là des éventualités tellement rares que, pratiquement, elles ne comptent pas. Pour ma part, je n'en ai jamais entendu parler. Jamais elles n'ont figuré dans les nombreux mémoires qui ont été soumis à notre Ligue de Défense.

Le Tarif des Accidents du travail est *énonciatif* et non *limitatif*. C'est en lui, et non ailleurs, qu'il faut chercher des analogies acceptables. Nous avons, d'accord avec notre ami Decourt, trouvé l'analogie dans l'*Extraction de corps étrangers profonds*, tarifée 300 francs. En application stricte du Tarif, l'intervention dystocique sera diminuée de 50 %, puisqu'elle est concomitante d'une autre intervention principale, l'accouchement (art. 10).

L'accouchement terminé par un forceps ou une version, chez une assurée notoirement indigente, devrait donc être tarifé : 375 + 150 = 525 francs.

La situation des Assurés notoirement indigents est réglée par l'article 59 de la loi. Jusqu'à ce que le Parlement ait modifié cet article, ou que des décisions de justice émanant des juridictions qui font autorité (Cour de Cassation, Conseil d'Etat) aient donné raison au ministre, et à son interprétation, nous soutiendrons que le Tarif des Accidents du Travail est applicable rigoureusement sans discussion possible, quand l'acte médical envisagé y figure, et par analogie quand il n'y figure pas.

Il est puéril de prétendre qu'un accouchement, *d'origine traumatique*, et non pas traumatique, diffère d'un accouchement spontané. On a dit que cet accouchement, d'origine traumatique, étant toujours plus ou moins prématuré, n'en pouvait être en général que plus facile puisque le fœtus est moins gros.

Je n'arrive pas à comprendre pourquoi des Syndicats se sont inclinés si aisément devant l'interprétation ministérielle.

Et je fais allusion à la *Fédération des Syndicats de la Somme* qui, le 31 décembre dernier, a décidé d'accepter : pour l'accouchement simple, d'une assurée sociale notoirement indigente, 240 francs, visites et déplacements en sus, et pour l'accouchement dystocique 500 francs, visites et déplacements en sus.

Ceux de ses membres qui font partie du « Sou Médical » peuvent être certains que s'ils faisaient appel à lui pour soutenir notre point de vue dans les cas concrets de leur pratique personnelle, ils auraient son appui le plus entier pour aller devant toutes les juridictions.

Et comme il serait à craindre que le Parlement fût appelé, dans les modifications éventuelles de la loi, à supprimer le bénéfice du Tarif des accidents du travail aux soins donnés aux assurés assistés, il faut que tous les Syndicats, sans exception, obtiennent du Conseil général de leur département que le Tarif de l'A. M. G. soit celui des Accidents du Travail, ainsi que le corps médical organisé de la Charente-Inférieure et des Deux-Sèvres l'a obtenu. Dans la Nièvre, il en a été de même, mais la décision précise qu'il s'agit du Tarif ministériel d'une date ancienne, et donc actuellement périmé. Il ne peut être question que du Tarif en vigueur sans aucune indication de date ni de nom de ministre. Sur la proposition de Paul Boudin, le Conseil supérieur de l'Assistance publique a donné un avis nettement favorable à l'adoption de cette tarification.

G. DUCHESNE.

## CONSEILS DE FAMILLE SYNDICAUX

*I. Les conseils de famille, juridiction d'exception librement consentie, doivent respecter d'une manière très étroite les statuts, qui les organisent.*

*II. L'Impartialité doit régner dans ces réunions disciplinaires, d'où toute passion doit être bannie.*

*III. Le président doit veiller à ce qu'aucune altercation ne se produise ; il doit faire respecter les droits de la défense, car aucune sentence ne peut être prononcée, sans que l'accusé n'ait été mis à même de présenter ses moyens de défense.*

*IV. Le rôle du conseil de famille est surtout conciliateur entre deux confrères adversaires, pour rétablir entre eux la concorde et la paix. Il doit également servir d'organe d'avertissement, pour les défaillances possibles ; mais il ne doit pas hésiter à sévir sévèrement contre les récidivistes.*

Je suis président de mon syndicat. Un confrère appartenant à un syndicat voisin a formulé contre un confrère de mon syndicat, une plainte écrite pour faute déontologique.

Je suis obligé de soumettre cette plainte à notre conseil de famille.

Notre conseil de famille a convoqué les deux confrères. Doit-il les entendre isolément ou ensemble ?

Peut-il essayer de faire de la conciliation s'il en entrevoit la possibilité ? Sinon il doit sans doute mettre le syndicat au courant de son enquête et ce dernier jugera ensuite le cas.

Je prends les deux hypothèses possibles : *a*) Le confrère accusé est coupable : Quelle est la gamme des sanctions éventuelles : avertissement, blâme, exclusion ?

*b*) Il n'est pas coupable. Alors bien entendu le syndicat doit faire connaître son jugement à l'accusateur et à l'accusé.

Dans cette deuxième hypothèse il peut se faire que le confrère accusé et reconnu non coupable se retourne contre son accusateur et formule à son tour une plainte contre lui.

Je fais remarquer que l'accusateur actuel appartient à un syndicat voisin. N'est-ce pas au syndicat voisin que le confrère incriminé à tort devrait s'adresser ?

J'envisage aussi l'hypothèse où l'enquête du conseil de famille établirait la culpabilité non de l'accusé, mais de l'accusateur, notre rôle doit-il se borner à dire qu'il n'y a pas faute déontologique pour l'accusé ou bien devons-nous faire remarquer que c'est au contraire l'accusateur qui a tort ?

Dr Z.

### Réponse

La juridiction des conseils de famille syndicaux constitue une modalité judiciaire d'exception : les ressortissants, c'est-à-dire les médecins syndiqués, acceptent, de leur plein gré, de soumettre leurs litiges professionnels à un tribunal composé, non pas de juges de métier, mais de confrères.

Aussi ces derniers doivent-ils se considérer bien plus comme des amiables compositeurs, n'ayant pas, comme un tribunal ordinaire, à suivre *ne varietur* les règles du droit, mais devant surtout se laisser guider par le bon sens, l'équité et les règles de la déontologie.

En d'autres termes, avant de sévir, avant de condamner, — tels les tribunaux correctionnels ordinaires, qui sont liés par les articles du code d'instruction criminelle et ceux du code pénal — ils doivent s'efforcer à résoudre à l'amiable les conflits confraternels, qui leur sont soumis.

Bien entendu, lorsqu'un médecin est poursuivi pour un manquement grave, à l'égard de tiers, d'étrangers à la profession médicale, convient-il d'appliquer les sanctions avec rigueur ; mais s'agit-il d'un différend survenu entre deux praticiens, le rôle du conseil de famille est d'aboutir à la conciliation, à la réconciliation même, si possible, entre les deux adversaires.

Cet appel à la concorde, à l'oubli de l'injure reste-t-il lettre morte, alors le conseil de famille prononce la sentence d'après la conviction de ses membres et applique les sanctions prévues aux statuts.

Je ne saurais trop recommander le souci de la forme. Les médecins, qui se transforment en juges, doivent garder toute la sérénité de juges de métier. Ils ont à oublier leurs propres rancunes contre tel ou tel des deux confrères en cause ; ils doivent même faire table rase de leurs propres conceptions sur l'exercice de la profession, pour n'écouter que la voix de la justice pure et de l'équité.

Les fonctions de juge ne sont pas commodes, si on veut les accomplir avec conscience et probité.

Le président doit veiller au bon ordre ; il ne peut pas tolérer que la majesté et la solennité de la séance soient altérées, ni troublées par des discussions passionnées et orageuses.

Chacun doit avoir la parole à son tour, le plai-

gnant d'abord ; le défenseur ensuite. Il ne faut pas permettre les interruptions et surtout ne pas autoriser les discussions de confrère à confrère : chacun doit s'adresser au président et uniquement à lui.

La défense doit toujours avoir la parole en dernier. Il faut également que les statuts du syndicat soient strictement observés, tant pour l'enquête (si elle est prévue) que pour l'audition des parties ; tant pour l'intervention du Bureau, que pour le renvoi devant l'Assemblée générale, siégeant en réunion disciplinaire.

Ces questions de forme sont loin d'être vaines ; chacun sait que toutes les juridictions d'exceptions, qui ont été instituées par une loi, telles que les tribunaux de commerce, les prud'hommes, etc., ne peuvent juger qu'en première instance : l'appel est porté devant les tribunaux de droit commun, et, selon la qualité de la juridiction de première instance, sera de la compétence, en appel, soit du tribunal civil, soit de la cour d'appel.

Or, les conseils de famille syndicaux, qui ne sont pas institués par un texte de loi, mais qui sont librement acceptés par les syndiqués du fait de leur adhésion aux statuts de leur groupe corporatif, voient leurs sentences soumises, s'il y a lieu, au tribunal civil, pour recevoir l'exequatur, lorsque ce dernier est nécessaire, soit pour l'exécution judiciaire de la sentence, soit avant de porter cette dernière en appel.

Le rôle du tribunal civil sera de s'assurer que les statuts ont été suivis, que la défense a été régulièrement entendue et a pu se manifester librement.

A mes confrères d'apprendre leurs nouvelles fonctions de juges médicaux.

Le conseil de famille compétent pour connaître d'une plainte formulée par un confrère contre un autre est celui du syndicat médical auquel appartient l'accusé.

Cependant, si l'accusateur est membre d'un syndicat voisin, on peut juger opportun soit de constituer un conseil de famille intersyndical, entre les deux groupements, soit de demander au syndicat du plaignant d'envoyer un ou plusieurs de ses membres, à titre d'observateurs, pour le cas où le conflit serait évoqué ultérieurement par le défendeur devant le conseil de famille du plaignant, ce dernier étant accusé d'avoir inconsidérément porté plainte contre son confrère.

C'est là où doit intervenir le rôle conciliateur du conseil de famille.

Devant un tribunal de droit commun, le défendeur peut toujours former une demande reconventionnelle contre celui qui l'accuse à tort : les tribunaux sont considérés comme étant impartiaux.

Il n'en est plus de même pour la juridiction d'exception et toute conventionnelle de nos conseils de famille ; on pourrait toujours craindre que si le défendeur se portait reconventionnellement demandeur, devant son propre syndicat, contre l'accusateur appartenant à un autre syndicat, on puisse suspecter, ne serait-ce que très faiblement l'impartialité de ce dernier groupe, à cause de l'esprit de solidarité entre voisins.

Au syndicat donc de tenter la réconciliation, mais s'il craint de ne pouvoir y parvenir, je crois que la meilleure forme serait de constituer un conseil de famille, comprenant des membres de l'un et de l'autre des deux syndicats, qui connaîtraient ainsi du conflit, sans que leur impartialité puisse être mise en doute, sous quelque forme que ce soit.

Le jour de l'audience arrivé, il est préférable et plus confraternel d'entendre ensemble les deux parties et non pas séparément. Bien entendu, chacun devra parler à son tour et il ne sera toléré aucune interruption, dénégation, ni altercation.

Le plaignant a la parole le premier.

L'accusé parlera ensuite pour réfuter l'argumentation de son accusateur et présenter sa défense.

Après quoi, les témoins seront entendus ; mais ceux-ci ne doivent pas être présentés dans la salle d'audience, avant leur déposition : ils devront attendre dans une salle spéciale, d'où on ira les appeler chacun à leur tour.

Ensuite, plaidoiries dans les deux sens, plaidoiries que je préfère voir être confiées à des médecins et non pas à des avocats de profession.

Cependant, il faut toujours reconnaître à l'une ou aux deux parties le droit absolu de se faire assister d'un membre du barreau.

La sentence devra s'inspirer des statuts, si la réconciliation des deux confrères n'a pas pu être obtenue et s'il est nécessaire d'infliger une sanction.

Cette dernière doit être une de celles fixées aux statuts du syndicat. Bien entendu, en cas d'exclusion du syndicat, cette pénalité peut être temporaire (pour un ou plusieurs mois) ou définitive.

En somme, il faut s'inspirer des débats et juger comme des arbitres, amiables compositeurs, s'efforçant plus à aplanir les difficultés entre confrères voisins qu'à prononcer des pénalités, comme cela doit se faire lorsque le plaignant est une collectivité telle qu'une caisse d'assurances sociales, ou tout autre organisme public ou privé.

Organe de répression, dans certains cas, le conseil de famille doit être surtout un arbitre confraternel, pour éteindre les haines, les discordes si fréquentes entre praticiens voisins. Il doit s'efforcer de faire régner l'idéale *optima medicorum concordia*.

Dr Paul Boudin.

## CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

# Le Corps médical dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris (1)

par M. Maurice de FONTENAY,

Conseiller municipal de Paris
Conseiller général de la Seine
Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique

Le Corps médical, dans l'organisation de notre Assistance publique, tient la première place : par le nombre d'abord (on trouvera plus loin une statistique résumée d'après les prévisions pour 1931), ensuite par le rôle scientifique qui lui est dévolu à Paris. En effet, sans forfanterie, nous pouvons dire qu'à part quelques grands maîtres qui honorent les facultés de province, c'est Paris qui rassemble la partie de beaucoup la plus importante des chefs de la science médicale française.

L'Assistance publique de Paris ouvre ses portes à une élite et ce n'est pas la première fois que sera constatée cette association indissoluble entre l'enseignement et le service public hospitalier. L'un ne saurait exister sans l'autre : une faculté qui n'aurait pas des hôpitaux pour les stages de ses étudiants serait une maison de pure théorie ; une administration hospitalière qui n'aurait pas au chevet de ses malades les premiers d'entre les médecins de la ville serait réduite au rôle d'une simple entreprise commerciale.

Et ceci nous amène à une double réflexion. La partie enseignement, et par suite de la venue d'étudiants étrangers, la partie propagande française coûte assurément fort cher à la ville de Paris ; l'Etat qui en profite doit lui en tenir compte. Et d'autre part il doit obligatoirement exister entre la Faculté de médecine et l'Assistance publique des rapports étroits, cordiaux, s'inspirant des droits et des devoirs des deux parties.

La convention du 23 octobre 1923 entre la Faculté et l'Assistance a été approuvée à cette époque par le Conseil municipal de Paris.

Elle constate un état de choses que personne ne voudrait bouleverser et, avec des phrases un peu solennelles, elle énonce quelques vérités de bon sens comme je l'expliquerai plus loin en l'analysant d'après le rapport de notre doyen, M. Ambroise Rendu.

Je voudrais brosser devant vos yeux un tableau d'ensemble, depuis le jeune homme qui ayant son certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.) arrive à l'hôpital, jusqu'au maître titulaire d'un important service ou professeur de faculté, en examinant les échelons successifs et les moyens de les gravir.

L'intérêt qu'il y a à jeter un regard sur les étapes de cette carrière que font médecins, chirurgiens et spécialistes ne se mesure pas seulement aux discussions passionnées que soulève chaque épreuve, chaque concours, mais encore au nombre des intéressés. Aussi bien la carrière médicale tout entière est-elle encombrée par la venue d'étudiants en nombre croissant. La Confédération des syndicats français de médecins l'a déjà signalé : la Faculté de Paris qui recevait moins de 500 étudiants nouveaux par an, va en recevoir un millier ; pour la France entière, le nombre des médecins est passé de 16.815 en 1900 à 27.500 en 1928, alors que la population est simplement passée de 38.442.000 à 40.743.000 habitants. Et cependant, aujourd'hui plus que jamais, le coût d'une préparation à la carrière médicale est très élevé.

D'après un journal très documenté, les dépenses pour la durée des études peuvent être fixées à 111.000 francs.

### LE MÉCANISME DES CONCOURS

Voici le mécanisme des concours :

Les concours de l'Assistance publique ont provoqué les plus vives critiques. Elles sont restées les mêmes qu'il y a cinquante ans où l'on parlait déjà d'« élections », de « coaptations » à la manière des Académies, et non de concours véritables. Un effort considérable a cependant été tenté en 1919-1920, effort auquel le docteur Harvier a attaché son nom : l'introduction des épreuves cliniques anonymes. A ce moment cette solution était présentée comme une véritable assurance, un palladium d'un nouveau genre. L'événement prouve que ces espérances étaient exagérées : pour être équitable, il faut déclarer que cet anonymat a renforcé dans les concours l'importance de l'élément mémoire et aussi de l'élément chance. Mais il a constitué, au moins dans les concours d'élèves, un progrès indiscutable et nous devons nous y montrer fermement attachés. Aussi bien est-il intéressant de prendre connaissance des précautions fort anciennes, qui s'ajoutent à cet anonymat pour assurer la sincérité des concours.

*Tirage au sort des jurys.*

L'opération se fait dans le cabinet du Directeur général de l'Administration, assisté de deux membres du conseil de surveillance : les noms des juges appelés à figurer dans le tirage ont été, le matin, placés sous deux enveloppes (dont l'une demeurera comme témoin), paraphées par le plus ancien et par le plus jeune des candidats. Les enveloppes sont tirées de l'urne

(1) Revue des Etablissements et des Œuvres de bienfaisance (août 1931).

et reçoivent un numéro : on n'ouvre séance tenante que le nombre d'enveloppes nécessaires pour former le jury ; les autres enveloppes numérotées sont conservées pour appeler les suppléants en cas de défaillance ou de récusation d'un juge tiré. La seconde série d'enveloppes est conservée soigneusement pour être utilisée comme contrôle. C'est dire que le tirage au sort se fait dans des conditions indiscutables.

*Epreuves anonymes.*

Utilisé depuis longtemps dans les concours, l'anonymat a été combiné avec les dispositions qui ont pour but de limiter le temps pendant lequel le candidat peut rédiger sa copie. A cet effet, un cahier de couleur lui est remis pour ses notes préparatoires et ce n'est qu'à l'arrivée de l'heure impartie pour la rédaction que lui est remis le papier de couleur différente sur lequel il pourra écrire. Les brouillons sont recueillis et détruits. Quant à la lecture des copies, elle n'est jamais faite par le candidat, non plus que par les membres du jury qui ne peuvent prendre en mains les copies. Pour le concours de l'internat, où les concurrents sont en très grand nombre, la relève des copies est minutieusement faite : à la fin de la séance, les candidats doivent se lever et faire passer leur copie à l'extrémité de la table sous la garde d'un surveillant ; un membre du jury vient ensuite faire l'appel des copies contradictoirement avec les candidats présents. Pour l'anonymat, c'est encore plus compliqué : les trois copies d'un même candidat sont rendues anonymes après avoir été réunies et, une fois l'angle de la copie scellé, sont placées dans une même enveloppe. Les enveloppes contenant les copies d'un même candidat sont ensuite mélangées soigneusement. Les enveloppes sont alors ouvertes et chaque copie d'un même candidat reçoit alors un numéro qui est immédiatement masqué. A ce moment, les copies sont groupées par épreuves et mélangées pour être soumises au jury.

Le classement des candidats se fait en dévoilant d'abord le numéro, puis en rassemblant les trois copies portant le même numéro pour en totaliser les points. C'est alors qu'on dévoile le nom des candidats dont les copies sont éliminées.

Les mêmes principes sont appliqués au concours de l'externat, avec cette simplification que ce concours ne comporte que trois épreuves écrites, toutes anonymes (anatomie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale). Chaque composition comprend une série de 5 questions (ou 6 ou 4), comportant des réponses précises et courtes. Le caractère de cette épreuve est en somme encyclopédique : on demande au futur externe un ensemble de connaissances élémentaires et précises. Pour l'internat, outre les trois épreuves écrites anonymes il y a un oral, non anonyme, avec deux sujets exposés en dix minutes, après vingt minutes de réflexion.

Pour le concours de médecin des hôpitaux, l'épreuve clinique anonyme, qui figure dans le concours d'admissibilité, est entourée de garanties minutieuses. Tout d'abord le jury est divisé en deux sections et les candidats répartis par le sort. A chaque séance, c'est également le sort qui désigne les candidats appelés à subir l'épreuve. C'est d'ailleurs un « censeur » (médecin des hôpitaux) qui procède à ce tirage, alors que le jury, dès que son choix des malades est fait, est isolé des candidats. Le candidat a un quart d'heure pour examiner le malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. Il est tenu compte que, dans la dernière séance, 6 candidats au moins doivent passer, de manière à assurer même ce jour-là un véritable tirage au sort. Les copies sont lues devant le jury avec les précautions ordinaires.

Ces concours, je l'ai dit en débutant, sont sujets à critique, comme toute chose humaine d'ailleurs. Quand on cause avec des maîtres, et je n'ai pas manqué de le faire et j'ai beaucoup appris à leur contact, un mot revient sans cesse à leur bouche « bachotage »: il y a trop de « bachotage » ; le candidat est obligé de trop apprendre de questions par cœur et ne peut se consacrer suffisamment à la partie clinique, qui est l'indispensable. Je reviendrai sur ce sujet dans les différentes parties de mon exposé.

*Les stagiaires, les externes, les internes.* — Le jeune homme qui embrasse la carrière médicale doit consacrer une année à obtenir le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, sorte d'introduction pendant laquelle il met à l'épreuve ses aptitudes. Il aura à prendre 16 inscriptions, ce qui représente quatre années d'école et une de stage au P. C. N.

Mais, ici, il ne nous intéresse que s'il ambitionne de passer par nos hôpitaux, non seulement comme « stagiaire », c'est-à-dire comme élève de Faculté venant soit dans une clinique, soit dans un service ordinaire désigné par la Faculté, mais comme « externe », titulaire des titres et prérogatives qui sont propres à notre hiérarchie médicale.

Dès qu'il a ses 4 inscriptions, il peut essayer de réussir au concours de l'externat (qui a lieu fin octobre) et qui lui donne droit de fonctionner à ce titre pendant six ans au maximum.

Après deux ou trois ans d'externat, il peut espérer réussir au concours de l'internat (qui a lieu fin juin). Le premier concours d'internat auquel il puisse accéder est celui de sa deuxième année d'externat à moins qu'il ne soit venu des cadres d'internes des hôpitaux d'une ville siège de faculté ou d'école de médecine.

L'internat lui fera une place enviée dans nos hôpitaux, comme cheville ouvrière du service, si je puis m'exprimer ainsi, pendant 4 ans.

Les externes constituent une sélection parmi les élèves de la faculté : ce sont cependant toujours des élèves. Ils recueillent les observations, assistent le chef ou son interne, font quelques pansements ; ils sont des aides et il faut bien reconnaître que ce travail quotidien dans les salles de malades leur permet d'aborder la médecine avec un acquit autrement sérieux que celui des stagiaires de la Faculté, groupés

dans des services où ils sont nombreux, où ils ne font qu'un stage limité, où ils ne sont pas les collaborateurs directs du chef. L'externe est, peut-on dire, un élève privilégié.

Il a acquis ce titre par un concours.

Les épreuves consistent en compositions écrites et anonymes.

Les candidats sont nombreux.

Pour la seule année 1930, il y a eu 1081 qui se sont présentés, 965 ont remis leurs compositions, 500 ont obtenu de bonnes notes et 350 seulement, ce chiffre correspondant aux places disponibles, ont pu être admis.

Ce concours, sous sa forme actuelle, donne toute satisfaction. Il assure un bon recrutement ; les candidats doivent avoir parcouru tout le cycle des connaissances théoriques, mais ils doivent les posséder à fond.

Le grand nombre de questions posées élimine, dans la mesure du possible, le hasard — la forme écrite des épreuves oblige les candidats à répondre avec précision — l'anonymat met à l'abri du favoritisme.

Une controverse s'élève dans laquelle le profane que je suis entend ne pas prendre parti, mais que je veux mentionner néanmoins. Actuellement, pour concourir, il faut avoir 4 inscriptions, certains proposent de porter ce nombre à 8 ; la modification a son importance ; si on songe que les stagiaires ainsi augmentés de 1.300, obligatoirement, doivent être répartis dans les cliniques de la Faculté, les chefs de clinique ont autour d'eux de 60 à 70 stagiaires dans les 11 chaires de médecine générale existantes.

Le Conseil de surveillance a ajourné sa décision sur ce point. Les conséquences seraient nombreuses : ajourner le concours de l'externat à la suite de la deuxième année de médecine, c'est retarder automatiquement la carrière d'une année ; c'est aussi augmenter sensiblement le nombre des stagiaires de la Faculté — puisque nos externes feraient une année de plus comme stagiaires, et on sait que les cliniques de la Faculté suffisent à peine actuellement à l'enseignement des stagiaires. Cette mesure est difficile à justifier complètement ; actuellement c'est le *statu quo*, c'est-à-dire le concours à la suite de la première année de médecine.

L'interne, à l'encontre de l'externe, est l'adjoint né du chef. Sans doute dans les services importants il y a assistants, ou chefs de clinique. Mais ce sont des cas exceptionnels : partout il y a l'interne et l'interne assiste véritablement le chef, il le supplée pendant les heures qui ne sont pas celles de la visite, il assure la garde, pendant laquelle les malades lui sont entièrement confiés. Seules les opérations lui sont interdites sauf dans quelques cas très étroitement limités.

Les internes sont recrutés au concours parmi les externes en fonctions ayant au moins dix-huit mois d'exercice, durant lesquels ils ont pu étendre leurs connaissances théoriques et acquérir des connaissances pratiques. En fait, il est exceptionnel qu'un externe arrive à l'internat avant sa deuxième année d'externat ; le plus souvent, les nouveaux internes ont trois ans d'externat. Les internes sont donc des étudiants ayant achevé de très bonnes études et qui pourraient avoir passé leur thèse de doctorat. L'Assistance publique leur impose de ne pas le faire pour qu'ils consacrent toute leur activité professionnelle à ses malades.

C'est dire que le concours de l'internat nous procure une véritable élite : il y a 750 candidats pour 80 places environ ; et, cependant, 150 de ces candidats seraient dignes d'être nommés. Un certain nombre de classés à la suite des internes reçus, sont nommés externes en premier ; nous ne pouvons entrer dans trop de détails, ce sont les internes provisoires d'autrefois, titre fâcheux qui prêtait à la confusion.

Sous sa forme actuelle, le concours de l'internat ne soulève guère de critiques.

C'est à l'institution de l'internat des hôpitaux que l'école de Paris doit la plus grande partie de son prestige mondial. Le concours de l'internat entretient parmi les élèves une émulation du meilleur aloi et maintient à un niveau élevé les études médicales ; les candidats doivent s'astreindre à une préparation intensive de deux ans au moins pour le plus grand profit de la science pure et de la science appliquée au traitement des malades. Il n'existe rien de pareil à l'étranger. En certains pays, on autorise bien quelques étudiants, généralement docteurs, à faire un stage prolongé à l'hôpital, mais cette autorisation n'est pas subordonnée à la possession certaine des connaissances scientifiques indispensables pour en tirer le meilleur parti et, nulle part, on ne dispose d'une élite aussi nombreuse de candidats. Toute mesure susceptible de porter préjudice de près ou de loin à l'institution de l'internat serait désastreuse pour la médecine française en général, pour l'école de Paris en particulier et pour l'Assistance publique.

### Les médecins des hôpitaux

C'est encore par le concours que l'on accède à cet échelon envié.

Ce concours est à deux degrés : un jury pour le concours d'admissibilité (une épreuve théorique anonyme, une clinique anonyme) et un autre jury pour le concours d'admission (une consultation écrite de diagnostic, pronostic et traitement et une épreuve clinique orale : ces deux épreuves ne sont pas anonymes). A signaler que le diagnostic écrit formulé par le jury avant chaque épreuve du concours d'admission doit être rendu public et ne peut être révisé que pour raisons données par écrit.

Les admissibles prennent part au concours d'admission de l'année, ceux qui ont acquis deux admissibilités sont définitivement dispensés du concours d'admissibilité. Il faut, d'ailleurs, obtenir au moins une admissibilité dans l'un des cinq concours suivant la première inscription.

Des praticiens autorisés voudraient voir augmenter le nombre des admissibles, toujours dans le même but

de mettre plus tôt un terme aux efforts livresques et de permettre à ceux qui espèrent devenir médecins des hôpitaux de se consacrer davantage aux travaux utiles à la science et aux malades.

Actuellement il y a deux fois plus d'admissibles que de places à pourvoir dans l'année, soit 12 admissibles pour 6 places de médecins des hôpitaux. Cette réforme amènerait à déclarer 18 admissibles. Au lieu de se préparer à cette admissibilité pendant quatre ou cinq ans, en deux ou trois ans le médecin serait débarrassé de cette partie où la mémoire tient la plus grande place et beaucoup d'anciens internes ne refuseraient pas de se présenter, répugnant à se soumettre, à un âge, reconnaissons-le, assez avancé, à un effort digne d'un bachelier. Quoi qu'il en soit, l'admissibilité avec un anonymat a pour but de former d'une manière rigoureuse une sélection de candidats entre lesquels se jouera le concours de nomination. C'est une disposition ingénieuse qu'il ne faut pas modifier.

Une autre critique est plus désagréable, c'est celle qui veut qu'on ne puisse être nommé si on n'a pas tiré son jury, je veux dire des chefs qui vous connaissent, qui vous apprécient et qui voteront de préférence pour vous.

Laissons-là les gros mots de marchandages, de combinaisons. Il faut voir la question sous un autre angle : le jury a devant lui une élite que lui a recruté le concours d'admissibilité, celui-là complètement anonyme, peut-être trop anonyme, en raison, je le répète, de la supériorité laissée à la mémoire. Ce jury a à faire un choix ; il est normal qu'il soit influencé par la connaissance qu'il a d'un candidat, souvent depuis de longues années : on juge plus sérieusement un homme qui a travaillé plusieurs années sous vos ordres que le candidat qu'on aperçoit dans le prisme des épreuves d'un concours. Dès lors il faut ramener les critiques à leur juste valeur.

Il est un fait, c'est que nous entendons des critiques.

Mais ce qui est certain, c'est que je n'aperçois pas les remèdes en dehors des bouleversements inquiétants que nous sommes amenés à entendre proposer. Il faut reconnaître que la question est terriblement embarrassante.

### Concours de chirurgien des hôpitaux

Obligé de me restreindre dans un cadre aussi vaste je ne puis m'étendre longuement sur tous les concours : chirurgie, spécialités. Je veux, à titre d'exemple, vous montrer ce qu'est le concours de chirurgien des hôpitaux, celui contre lequel, étant donné les sélections successives dont les candidats sont l'objet, ne donne lieu presque aucune critique.

En théorie, le concours de chirurgien des hôpitaux est ouvert à tous les docteurs en médecine ayant cinq ans de pratique au moins, et aux docteurs ayant été quatre ans internes des hôpitaux, après une année de pratique. En fait, tous les candidats se recrutent parmi les anciens internes.

Les candidats ne peuvent se présenter que pendant dix ans à partir de leur première inscription.

Le concours est à deux degrés : admissibilité, nomination.

#### 1° *Concours d'admissibilité.*

Il comporte des épreuves théoriques et des épreuves pratiques :

Composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie chirurgicale ;

Composition écrite anonyme sur un sujet de pathologie chirurgicale ;

Consultation écrite anonyme sur un malade chirurgical (établir le diagnostic, le pronostic et le traitement).

15 minutes d'examen ; 45 minutes pour la rédaction de la consultation.

Une épreuve clinique orale, sur un malade.

15 minutes d'examen et de réflexion ; 15 minutes pour l'exposé devant le jury.

Les admissibles peuvent se présenter au concours de nomination qui a lieu la même année. Mais, pour se présenter au concours de nomination de l'année suivante, il faut subir à nouveau les épreuves d'admissibilité.

Toutefois, les candidats qui ont été deux fois admissibles ont le droit, sans subir de nouvelles épreuves d'admissibilité, de participer aux concours de nomination pendant les cinq années qui suivent leur deuxième admissibilité.

Tout candidat qui n'a pas obtenu une admissibilité au moins dans les cinq années qui suivent sa première inscription est éliminé.

Chaque année compte 24 candidats environ au concours d'admissibilité.

On fait 4 ou 6 admissibles, suivant qu'il y aura dans l'année 2 ou 4 chirurgiens à nommer.

#### 2° *Concours de nomination.*

Ouvert aux admissibles de l'année (4 ou 6) et aux bi-admissibles (4 ou 5 en général).

Ce concours ne comporte que des épreuves pratiques :

Une épreuve clinique orale sur un malade ;

15 minutes d'examen et de réflexion ;

15 minutes pour l'exposé devant le jury ;

Une épreuve de médecine opératoire sur le cadavre, comprenant deux opérations classiques.

A la suite de ces deux épreuves, on retient 6 candidats qui sont admis à la dernière épreuve :

Epreuve clinique sur un malade, analogue à la première.

Tel est ce concours ; vous voyez que j'étais en droit de dire que ceux qui s'y présentent ont subi au préalable une sélection sérieuse. Les éliminations utiles ont été réalisées successivement par les concours de l'adjuvat et du prosectorat.

Il n'est pas obligatoire d'avoir été aide d'anatomie ou prosecteur pour s'inscrire au concours de chirur-

gien, mais, en fait, tous les candidats, sauf rares exceptions, ont passé par ces deux filières.

L'exercice de la chirurgie exige des connaissances anatomiques et physiologiques approfondies et de longs exercices de médecine opératoire.

L'adjuvat et le prosectorat permettront de faire cet apprentissage.

Voici comment on y accède :

Chaque année, la Faculté de médecine met au concours cinq places d'aides d'anatomie et l'amphithéâtre des hôpitaux deux places tous les trois ans, de sorte qu'un premier choix s'opère parmi les internes des hôpitaux, et il aboutit à la création d'un peloton de 5 + 2/3 futurs candidats chirurgiens.

Le concours d'aide d'anatomie comprend :

1 épreuve écrite d'anatomie ;
1 démonstration d'anatomie au tableau ;
1 épreuve de dissection.

Les aides d'anatomie sont nommés pour trois ans, pendant lesquels ils enseignent chaque jour aux élèves de la Faculté ou de l'Assistance publique toute l'anatomie et la médecine opératoire, sous la direction des prosecteurs.

Durant leurs trois années d'exercice, les aides d'anatomie peuvent concourir au prosectorat. En réalité, ils ne sont préparés à ce concours que dans leur deuxième année, ce qui leur donne deux concours seulement.

La Faculté de médecine met chaque année au concours deux places de prosecteurs et l'Assistance publique une place tous les deux ans.

On obtient ainsi chaque année une seconde sélection, parmi les aides d'anatomie, ce qui réduit le groupe des futurs candidats aux hôpitaux à 2 unités 1/2.

Le concours de prosectorat est de beaucoup le plus difficile des concours de médecine.

A la Faculté il comporte :

Une composition écrite d'anatomie et d'histologie ;
Une composition écrite de physiologie ;
Une composition écrite de pathologie chirurgicale ;
Une épreuve orale sur une question d'anatomie ;
Une épreuve orale de physiologie ;
Une épreuve orale de pathologie chirurgicale ;
Une épreuve de dissection ;
Une épreuve de médecine opératoire avec deux opérations.

A l'Assistance publique les épreuves sont à peu près les mêmes.

Les prosecteurs, nommés pour quatre ans, sont chargés d'enseigner chaque jour aux étudiants de la Faculté ou de l'Assistance publique l'anatomie, la médecine opératoire et la chirurgie opératoire.

En résumé, les candidats au concours de chirurgien des hôpitaux ont presque tous été successivement internes, aides d'anatomie et prosecteurs. Les concours étagés qu'ils ont subis, avec places de moins en moins nombreuses, et limitation étroite du nombre des concours auxquels on peut se présenter, éliminent tout d'abord les non valeurs, puis les moins bons, de sorte que le nombre des candidats arrivant au concours des hôpitaux équivaut sensiblement à celui des places à pourvoir. Tous ces candidats ont déjà largement fait leurs preuves, ils sont tous nommables, leur nomination n'est plus qu'une question de temps.

Il faut bien reconnaître qu'une sélection semblable n'existe pas pour les candidats au concours de médecins des hôpitaux, qui sont ouverts aux simples anciens internes. Il y a donc un trop grand nombre de candidats pour très peu de places et ces candidats sont de valeur très différente. De là viennent, je crois, toutes les difficultés et les récriminations des candidats évincés, trop souvent disposés à imputer leur échec, sauf exceptions, à la forme du concours et aux juges plutôt qu'à eux-mêmes.

En toute conscience, il est extrêmement difficile de juger la valeur et les aptitudes d'un candidat sur les épreuves d'un seul genre de concours. On peut être mauvais concurrent tout en étant un médecin savant. Il est possible que certains candidats dignes d'être nommés ne le soient pas ; mais, en règle générale, on peut dire que tous ceux qui sont nommés méritent de l'être.

*(A suivre).*

## SOU MÉDICAL

### Rapport du Trésorier de l'exercice 1931

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou Médical » pour l'exercice 1931.

Le nombre des membres qui ont régulièrement cotisé a été de 5.803. Il avait été en 1930 de 5.797 ; augmentation insignifiante, pourrait-on dire, si l'on oubliait que l'augmentation de la cotisation au 1er janvier 1931 devait fatalement nous amener un certain nombre de démissions.

Ce que nous devons retenir, c'est que, depuis 1920, la progression du nombre des membres ne s'est jamais ralentie et va continuer encore pour l'exercice 1932.

#### I. Caisse générale

##### 1° Recettes

Les recettes de l'exercice 1931 se sont élevées à 600.615 fr. 01, savoir :

| | |
|---|---|
| Cotisations | 580.416 » |
| Intérêts | 9.597 06 |
| Dons | 1.226 90 |
| Recouvrements, rappels et timbres | 7.676 20 |
| Boni sur remboursement de valeurs | 1.698 85 |
| Total | 600.615 01 |

##### 2° Dépenses

Les dépenses se sont élevées à 499.806 fr. 50, savoir :

| | | |
|---|---|---|
| Frais d'installation | 895 » | |
| Frais généraux | 40.119 70 | |
| Frais de réunions | 12.000 » | |
| Secrétariat général | 26.360 » | |
| Services spéciaux (1) | 9.500 » | |
| Service contentieux et judiciaire | 160.038 80 | |
| Frais de propagande | 6.053 » | 254.966 50 |
| Pour ordre : | | |
| Versements à la caisse de garantie | | 244.840 » |
| Total | | 499.806 50 |

##### 3° Balance

| | | |
|---|---|---|
| L'avoir général au 31 décembre 1930 était de | 216.357 31 | |
| Les recettes de 1931 ont été de | 600.615 01 | 816.972 32 |
| Les dépenses ont été de | | 499.806 50 |
| Reste avoir | | 317.165 82 |

représentés par :

| | | |
|---|---|---|
| Portefeuille, valeur de 1930 | 200.572 70 | |
| moins valeurs remboursées | 23.301 15 | 177.271 55 |
| plus achats de 1931 | | 43.687 50 |
| | | 220.959 05 |
| Espèces à la Société générale | 109.142 37 | |
| moins dû au trésorier | 12.935 60 | 96.206 77 |
| Total égal | | 317.165 82 |

#### II. Caisse de garantie

##### 1° Recettes

Les recettes de l'exercice 1931 se sont élevées à 274.630 fr. 43, savoir :

| | |
|---|---|
| Cotisations | 244.840 » |
| Intérêts | 27.120 58 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 2.669 85 |
| Total | 274.630 43 |

##### 2° Dépenses

Les dépenses se sont élevées à 72.392 fr. 50, savoir :

| | |
|---|---|
| Frais de banque | 610 10 |
| Indemnités | 71.782 40 |
| Total | 72.392 50 |

##### 3° Balance

| | | |
|---|---|---|
| Avoir général au 31 décembre 1930 | 485.744 52 | |
| Recettes de l'exercice 1931 | 274.630 43 | 760.374 95 |
| Dépenses de l'exercice 1931 | | 72.392 50 |
| Reste avoir | | 687.982 45 |

représentés par :

| | | |
|---|---|---|
| Portefeuille valeur de 1930 | 467.658 87 | |
| moins valeur remboursées | 113.545 15 | 354.113 72 |
| plus achats de 1931 | | 231.606 50 |
| | | 585.720 22 |
| Espèces à la Société générale | 100.067 63 | |
| Espèces en caisse | 2.194 60 | 102.262 23 |
| Total égal | | 687.982 45 |

(1) Service fiscal, service médico-militaire, service des tarifs, service de conciliation près des assurances.

Messieurs,

Vous le voyez, la situation du « Sou Médical » est excellente. Sans doute l'actif de ses caisses n'est pas disponible et une partie en est engagée dans des affaires en cours, mais il est en situation de faire face à toutes les éventualités et peut envisager l'avenir avec une entière confiance.

*Le Trésorier*,
A. GASSOT.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...Le critique se voit souvent en face de difficultés assez étranges. Obligé de dire son mot sur les questions les plus variées, il lui arrive* (1) *de sentir l'insuffisance de son expérience personnelle.....*

(Gabriel BRUNET.)

DCCXXIX. — Jérome et Jean THARAUD. **Paris-Saïgon dans l'azur.** Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1932.

Bien souvent en effet surgissent au creux des livres des difficultés d'interprétation ; le moyen le plus simple de les trancher est de proclamer avec véhémence que l'écrivain est doué d'un talent très personnel et très (encore !) original. Nombre de critiques ont adopté cette reposante attitude et ils promènent sur les « Malaises » de notre temps d'onctueux jugements. Il n'est pas toujours aisé d'y déceler la part respective de leur nonchalance et celle de leur bienveillance automatique. Rares enfin sont ceux qui, comme Brunet, savent reconnaître les lacunes obligatoires de leur expérience et en avouer les inconvénients. Mais à côté de ces sujets spéciaux qui déroutent le commentateur consciencieux, il est d'autres œuvres redoutables, plus redoutables ; ce sont celles où le talent est d'une telle luminosité, d'une si simple harmonie que toute tentative d'analyse glisse, que leur matière échappe aux plus attentives formules de transmutation critique.

C'est dans cette catégorie que peuvent être placées les œuvres des frères Tharaud. J'emploie à dessein le pluriel car mes remarques actuelles valent pour leurs livres précédents, pour certains d'entre eux surtout qui dépassent et dominent de très haut le « Paris-Saïgon ». Je me suis longtemps demandé par quel sortilège leur prose sans recherche, sans effet de style, sans bruit (pourrait-on dire) parvient aussi sûrement à émouvoir leur lecteur et à s'imposer ensuite à sa mémoire. Je me demande encore, après avoir attentivement (2) et plusieurs fois relu ce récit de leur randonnée aérienne vers l'Indo-Chine, comment s'exerce cette séduction de leur phrase. Ne suffisent à l'expliquer ni leur familiarité intellectuelle passée avec Barrès (dans cette claire, mais parfois si hautaine et glaciale atmosphère spirituelle), ni plus que le climat lorrain la silencieuse et aristocratique majesté de la ville où ils vivent, ni la tonique et salubre influence du vent du large qui souffle sur leurs orageuses vacances. Il est des auteurs pour lesquels ces données de géographie littéraire permettent d'expliquer toute l'œuvre (Otez la Provence de l'inspiration de Mistral ou les brouillards girondins de celle de Mauriac !) ; chez les Tharaud, elles ne *conditionnent* pas de limites, elles n'imposent aux manifestations de l'esprit aucun « sens unique » : car même hélas ! les voies triomphales où montent certains talents sont ainsi établies. Les frères-écrivains zigzaguent sur le monde, longuement et intelligemment penchés sur les malheurs de la race juive ; maintenant attirés par cette vision neuve de la terre offerte à leur promenade « dans l'azur ». Mais jamais ils ne sont prisonniers d'une formule, d'un climat, d'une province, d'une empreinte ethnique : leur indépendance est sans doute un de ces facteurs mystérieux de leur force. S'ils échappent à toute tentative de classement, il n'est guère plus commode de trouver dans l'examen direct de leur style, les raisons de leur supériorité sur les écrivains de leur génération. La richesse de leur vocabulaire, ses innombrables nuances, sa précision, cette véritable science du mot propre, du seul à mettre à la place exacte où nous le rencontrons, cette plénitude de la phrase concise, souple ; cet écho grave de leur langue harmonieuse et gonflée d'images, sans répétitions, sans redites ; son aisance, cette cadence indolente de sa mesure (où semble passer un reflet de cet énigmatique et clair sourire de Jean Tharaud), rien de tout cela n'est suffisant pour justifier cette attirance, ce pouvoir attractif qu'ils exercent sur une élite de lecteurs. Sans doute, puisent-ils le secret de leur envoûtement, d'une part dans les généreux élans de leur sensibilité, mais surtout d'autre part, dans ces

(1) Il lui arrive aussi de ne pas sentir et ceci peut devenir superbe autant qu'auguste !

(2) Contrairement à ce que supposent quelques écrivains dont j'ai eu l'honneur de m'occuper sans leur trouver un génie qui crevait, paraît-il, les yeux des critiques réellement consciencieux, j'affirme (navré de les contredire à nouveau !) que je lis les livres dont je parle, sans tenir compte de la filandre des « Prière d'insérer ».

zones tranquilles de l'art où ils se sont réfugiés ; où n'arrive pas le tintement des deniers et où les écrivains de bonne compagnie, sans soucis sonnants de trafiquants de verbe écoutent la musique intérieure qu'ils transcrivent à notre usage en livres spontanés. Ma's je trouve fâcheux, pour essayer d'exprimer le charme de leur œuvre, d: n'envisager qu'hypothèses où suffit au contraire à vos yeux l'évidence de leur talent.

DCCXXX. — Princesse BIBESCO. **Le Destin de Lord Thomson of Cardington,** suivi de Smaranda par le Brigadier-Général Lord Thomson of Cardington. Préface de James Ramsay MacDonald, Premier Ministre d'Angleterre. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Descendant par sa mère (d'origine française), d'Ambroise Paré, Lord Thomson, ministre anglais de l'Air, était parmi les passagers qui périrent lors de la catastrophe du R.-101 écrasé par la tempête près de Beauvais. La Princesse Bibesco qui l'honorait d'une affectueuse amitié, et partageait avec lui un clairvoyant amour de notre pays, lui consacre une émouvante biographie. Ce mot est bien étroit pour un ouvrage de cette qualité, rédigé sous l'impulsion d'une fraternelle admiration et tout animé d'une douloureuse fidélité des souvenirs. Le grand Anglai; qu'un cœur généreux avait poussé vers le travaillisme et qui semblait prédestiné à cette fin tragique était aussi un délicat écrivain et un lettré fort averti. L'œuvre dont M. MacDonald a préfacé la traduction prouve (si besoin était après le récit minutieux et profondément mené de la Princesse Bibesco), à quelle finesse et à quelles hauteurs de vues peut parvenir l'humour manié par un gentilhomme à qui le commerce de l'esprit fut aussi familier que celui de la bravoure. Et à quelle délicatesse d'expression et de sentiments il était naturellement accoutumé.

DCCXXXI. — Jean RAVENNES. **Spartakus-Parade.** Roman. Un vol. 12×19. *Editions Albin Michel*, Paris, 1932, 15 francs.

Vous vous souvenez certainem nt des héros de « *Kavalier-Scharnhorst* » ; de leur audace, de leur turbulence, de leur cran. Les voici (après une dernière exaspération des tortures qui leur sont réservées) à la tête des révolutionnaires allemands de 18 ; mêlés à la liesse et aux orgies compensatrices de la foule délivrée de ses contraintes. Sur ce vertige de tout un peuple plane l'autorité morale du fameux et hurlant Commandant de Joyeuse et de ses compagnons de captivité. La drôlerie burlesque de leurs aventures de prisonniers passés au rôle de libérateurs est éblouissante d'imprévu. Mais ce que j'aime le mieux dans ce livre, c'est l'amertume de leur retour dont charitablem nt Ravennes a gazé la tritesse ; cette disproportion entre leur joie et l'accueil presque hostile ou poliment indulgent fait à leur rentrée dans la vie où l'on avait si bien pris l'habitude de se passer d'eux.

DCCXXXII. — Jean GUYON-CESBRON. **De Berck à Montparnasse.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la Revue française*, Paris, 1932, 12 francs.

Si le grand-père, médecin de campagne mort à la tâche, pouvait lire les étranges « Souvenirs » qu'a rédigés son petit-fils alourdi de séquelles d: poliomyélite, il aurait certainement un haut-le-corps. Comme il eût pensé, je pense qu'il est de; lieux et des occupations qui valent les boîtes et les loisirs ébrieux de Montparnasse. J'ai de sordides rancunes de « fourmi » contre les « cigales » qui me semblent gaspiller (c'est ici le cas) d'heureux dons intellectuels en galipettes littéraires.

DCCXXXIV. — Lafcadio HEARN. **Pèlerinages japonais.** Traduction de Marc Logé. Un vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France*, Paris, 1932, 12 francs.

Pays sacré de brumes et de légendes, tel était le Japon qu'a connu et admirablement décrit Hearn. Son style a une flexuosité toute orientale et le récit de ses observations sur les mœurs, la religion, parures, etc..., ressemble à une vivante transcription de ce proche passé.

DCCXXXV. — Pierre VILLEY. **Maurice de la Sizeranne,** aveugle, bienfaiteur des aveugles. Un vol. in-8° demi-jésus avec 3 planches hors texte. *Editions Plon*, Paris, 1932, 10 francs.

Successeur de Sizeranne voué à l'amélioration du sort social des aveugles, l'auteur, aveugle lui-même et Professeur à la Faculté des lettres de Caen, retrace la vie du bienfaiteur et de l'animateur des œuvres qu'il fonda pour soulager l'isolement, et parfois la misère surajoutée à la cruelle infirm té, de ses frères d'infortune.

DCCXXXVI. — Vicki BAUM. **Lac-aux-Dames.** Roman gai d'humour et de disette, traduit de l'allemand par H. Chaudoin. *Editions Stock*, Paris, 1932, 15 francs.

Petite station balnéaire où la nécessité des temps a conduit un ingénieur à devenir maître-baigneur ; il est soumis ainsi à de drôles de situations et à des situations fort drôles ; le dénouement est consolant et les silhouettes de jeunes filles et jeunes femmes modernes alertement délinéées. C'est un roman qu tient honnêtement les promesses de son sous-titre.

**Varia**

Le *Crapouillot* d'août constitue le second tome de l'histoire de la guerre, de Charleroi à Verdun. Il se garde

soigneusement de toute atténuation de la vérité et s'écarte tant par l'image que par le texte des poncifs de l'histoire fabriquée. Les crétins pompeux, spécialistes du « bourrage de crâne », et qui ne comprenaient rien aux choses dont ils parlaient, sont à l'honneur. Le *Crapouillot* pousse l'amabilité jusqu'à livrer quelques portraits ! Dire que l'un d'eux parlait de « nos *élégants* obus de 75 » !

*Je suis à bout, non de souffle, mais de place et je vous détaillerai la semaine prochaine, l'intéressant contenu du *Mercure* et celui de la *N. R. F.* parus ces jours derniers.

5 août 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles...

## Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo

### Assemblée générale du 15 avril 1932 à l'Hôtel de Ville de Saint-Malo.

Étaient présents : MM. les Docteurs : Pallier, Lenormand, Maigné, Aubry, Noury, Bazin, Tuloup, Boulogne, Legay ; Derrien, Lugnier, Breban, Lebreton père, Lebreton fils, Rolland, Billant, Pourcin, Autier, Périer, Pérée, Maris, Leborgne.

1° Les candidatures de MM. les Docteurs Lugnier, (de Saint-Servan), Roulin (de Saint-Malo), Mathieu (de Dol), sont admises à l'unanimité.

2° Les nouveaux statuts des Syndicats médicaux d'Ille-et-Vilaine et de la Fédération départementale, ainsi que le règlement déontologique sont unanimement approuvés dans leur rédaction définitive. Un exemplaire en sera adressé à tous les confrères qui voudront bien retourner au Président dans le plus bref délai, le dernier feuillet revêtu de leur signature en faisant précéder celle-ci des mots « *Lu et approuvé* ».

3° Les assurances sociales, dans leur forme actuelle, avaient obtenu, sinon l'approbation du moins la collaboration sincère du Corps médical. Nous savons que la nouvelle législature verra une formidable offensive de la Mutualité pour s'emparer de cet organisme et en transformer, selon ses idées propres, le fonctionnement actuel dans l'esprit le plus opposé à la liberté des malades et à la dignité des médecins passés à l'état de salariés. Ceux-ci auront besoin d'une énergie inflexible pour éviter l'asservissement ; ils devront compter uniquement sur leur discipline syndicale et leur action résolue et coordonnée.

4° Le Président rappelle à tous les médecins que la visite annuelle des Pupilles de la Nation devra être passée du 15 avril au 15 juin. Le prix de la visite pour chaque pupille reste fixé à 10 francs.

5° Le Docteur Perrée (de Plerguer), ayant été l'objet de procédés inacceptables de la part d'un officier ministériel de Châteauneuf a déposé contre celui-ci une plainte au Procureur de la République. Après avoir pris connaissance des faits, le Syndicat accorde au Docteur Perrée son appui moral sans restriction, et son appui financier dans la mesure des ressources disponibles, avec l'assentiment de la Fédération ;

6° D'une discussion assez confuse, au sujet d'une question d'honoraires, ressort une conclusion très nette :

En dehors des malades de leur résidence, les médecins doivent toujours prendre des honoraires supérieurs au tarif syndical minimum, lorsque l'indemnité kilométrique n'entre pas en jeu (Visite en passant ou consultation).

*Le Président* : Dr PALLIER.

*Le Secrétaire* : Dr MAIGNE.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### Enseignement et actes de la Faculté.

— **Liste des prix à décerner en 1932.** — (*Bourses de fondations, bourses de doctorat, bourses municipales.*) — BERNHEIM, 1.200 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais). — 15 octobre 1932.

SEGOND, 5.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. — 15 octobre 1932.

DÉROULÈDE, 1.000 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. — 15 octobre 1932.

MONTHYON, 4.000 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1931. — 15 octobre 1932.

GIRARD, 3.000 francs. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. — 15 octobre 1932.

SAINTOUR, 10.000 francs. — Prix dont le sujet sera désigné par la Faculté. — 15 mai 1933. (Le sujet du prix Saintour sera indiqué ultérieurement).

BARBIER, 6.000 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. — 15 octobre 1932.

CHATEAUVILLARD, 3.600 francs. — Prix au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé au cours de l'année précédente (les thèses et dissertations inaugurales sont admises). — 31 janvier 1933.

JEUNESSE, 4.500 francs. — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène, 15 octobre 1932.

JEUNESSE, 1.400 francs. — Prix au meilleur ouvrage sur l'histologie. — 15 octobre 1932.

BEHIER, 3.500 francs. — Prix à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale. — 15 octobre 1932.

Bernard LAIGNEL-LAVASTINE, 1.000 francs. — Prix à un travailleur méritant choisi par le professeur d'anatomie parmi ses collaborateurs. — 15 octobre 1932.

LANNELONGUE, 700 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. — 15 octobre 1932.

DE ROTHSCHILD, 2.500 francs. — Bourses à deux étudiants, de préférence israélites. — 15 octobre 1932.

CARVILLE, 2.000 francs. — Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. — 15 octobre 1932.

DEHARLE, 1.000 francs. — Prix annuel à un étudiant méritant. — 15 octobre 1932.

DE TRÉMONT, 2.500 francs. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 octobre 1932.

VERET, 700 francs. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 octobre 1932.

ANONYME, 3.100 francs. — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune. — 15 octobre 1932.

HERVIEUX, 3.500 francs. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. — 15 octobre 1932.

DIEULAFOY, 7.000 francs. — Bourses à trois étudiants méritants, sans fortune ou peu fortunés. — 15 octobre 1932.

Serge Henri SALLE, 200 francs. — Achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité.

SELIGMANN, 10.000 francs. — Bourse destinée à soigner un externe des hôpitaux de troisième année ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante.

Legs MARJOLIN. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service). — 15 octobre 1932.

FAUCHER. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examens pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. — 15 octobre 1932.

Les demandes établies sur papier timbré à 3 fr. 60 (sauf pour les Pupilles de la Nation) et accompagnées, soit d'un état de situation de fortune, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, devront parvenir à la Faculté, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

BOURSES DE DOCTORAT. — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de première année de doctorat en médecine, les étudiants qui justifient au minimum :

Soit de la note 75 à l'examen P. C. N. (certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (ou de la mention «assez bien», au certificat d'études supérieures des sciences portant sur la physique, la chimie, ou l'histoire naturelle) et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : deux mentions « bien» ou une « bien » et « assez bien ».

Soit de la note 80 au certificat P. C. N. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

Les bourses de doctorat en médecine, à partir de la deuxième année d'études sont données au concours pour un an.

Sont admis à prendre part à ce concours, les candidats appartenant au régime d'études fixé par le décret du 10 septembre 1924, pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions, qui ont subi avec la moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les concours ont lieu annuellement au siège des Facultés mixtes et des Facultés de médecine et de pharmacie, dans le courant du mois de juillet, au jour fixé par le ministre.

*Pièces à fournir* : I. Pour les boursiers de première année : 1° demande sur papier timbré à 3 fr. 60 ; 2° notice individuelle (imprimé fourni par la Faculté) ; 3° extrait du rôle des contributions ou certificat de non-imposition ; 4° certificat indiquant les notes obtenues au baccalauréat ; 5° certificat indiquant le nombre de points obtenus au P. C. N. ; 6° bulletin de naissance.

II. Pour les boursiers devant prendre part au concours : 1° demande d'inscription au concours, sur papier timbré à 3 fr. 60 ; 2° et 3° (comme ci-dessus).

Les Pupilles de la Nation peuvent obtenir des bourses de doctorat sans concours, même s'ils ne remplissent pas les conditions prévues par l'arrêté du 15 mai 1927.

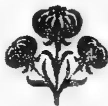
Les demandes rédigées sur papier libre et accompagnées des pièces indiquées ci-dessus, doivent être adressées à la Faculté munies de l'avis de l'Office départemental des Pupilles de la Nation dont dépend le candidat.

Les demandes de bourse de première année et celles des Pupilles de la Nation ne participant pas au concours devaient parvenir complètes à la Faculté avant le 15 juillet.

BOURSES MUNICIPALES. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.



# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

—I[er] **Congrès international d'hygiène méditerranéenne.** (Marseille, 20 à 25 septembre 1932, sous les auspices de la Faculté de médecine de Marseille.) *Programme* : Mardi 20 septembre, matin 9 heures : Séance solennelle d'ouverture au Grand-Théâtre, en présence de M. le Président de la République. Premier rapport : La Spirochétose espagnole, par M. SADI DE BUEN ; après-midi 2 heures : Communications : Démographie. Mouvements de la population. Emigration. Immigration. — Mercredi 21 septembre : matin 9 heures : 2e rapport : La fièvre ondulante, par M. Burnet ; après-midi 2 heures : Communications : Météorologie. Climatisme. Urbanisme. Génie sanitaire. Hygiène du rivage le long des mers sans marée. Questions connexes d'Hydrologie et de Géologie. —Jeudi 22 septembre, matin 9 heures : 3e rapport : La Dengue, par M. Blanc ; Communications : Fièvre à pappataci. Fièvre jaune ; après-midi 2 heures : Communications : Leishmanioses. Paludisme. Bilharziose. Fièvre typhoïde. Variole. —Vendredi 23 septembre, matin 9 heures : 4e rapport : Des procédés modernes de dératisation des navires, par M. Lutrario ; après-midi 2 heures : Communications : Trachome. Lèpre. Tuberculose. Maladies vénériennes. Après la séance, au cours de la visite des ports, il sera fait une démonstration pratique de dératisation d'un navire. — Samedi 24 septembre, matin 9 heures : 5e rapport : *La Fièvre exanthématique méditerranéenne*, par M. Olmer. Communications : Fièvres exanthématiques. Typhus exanthématique ; après-midi 2 heures : Communications : Prophylaxie publique et privée des maladies infectieuses les plus communes dans le bassin méditerranéen. Ententes internationales.

*Nota.* — Pendant la durée du Congrès, les Services des Hôpitaux et différents services d'Hygiène seront ouverts tous les matins aux Membres du Congrès.

*Réceptions. Excursions* : MM. les Délégués et MM. les Membres du Congrès seront reçus officiellement à la Faculté de médecine, à l'Hôtel de Ville, à la Chambre de commerce. Des visites de la ville et de ses environs auront lieu pendant le Congrès et des excursions sont prévues aux villes d'Art de Provence pour le dimanche 25 et le lundi 26.

*Un Comité de Dames* organisera des promenades et des thés pour les femmes et les filles des Membres du Congrès

*Facilités de transport.* — Compagnies de chemins de fer : Les grandes compagnies de chemins de fer français accordent aux membres du Congrès, français et étrangers, qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres ou qui consentiront à payer pour cette distance, ainsi qu'à leurs femmes et filles non mariées, les accompagnant, une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour). Les autorisations sont valables à l'aller, du 15 au 25 septembre 1932 inclus, au retour, du 20 septembre au 10 octobre 1932 inclus.

Compagnies de navigation : La Compagnie générale transatlantique (Algérie et Tunisie seulement) et la Compagnie de navigation mixte (Touache) accordent aux membres du Congrès une réduction de 20 p. 100, et la Compagnie Fraissinet une réduction de 50 p. 100 (nourritureet péages non compris) sur le montant des traversées aller et retour en limitant à un mois la durée de validité du coupon de retour.

Pour tout ce qui concerne leur voyage (billets de chemins de fer, réductions, hôtels, excursions), les membres du Congrès trouveront tous renseignements complémentaires auprès de l'Agence des voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Pour tous autres renseignements, s'adresser : à Marseille : au secrétariat du Congrès, Faculté de médecine Palais du Pharo, Tél. Dragon, 11-83 ; à Paris : au Dr Ch Broquet, 195, boulevard Saint-Germain (7e), Tél. Littré 86-10.

— **XIe Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.** — Ce Congrès se tiendra les 24 et 25 septembre 1932. Il sera placé sous le patronage d'un comité présenté par MM. les ministres de la Justice, de l'Intérieur et des Sciences et des Arts.

PROGRAMME : 24 septembre 1932, à l'Institut médico-pédagogique Saint-Joseph, à Zwynaerdelez-Gand, 9 h. 30 : Séance d'ouverture. — 10 heures : Exposé et discussion du rapport de psychiatrie : « Les troubles des échanges organiques dans les états mélancoliques et anxieux », par M. Charles MASSAUT. — 12 h. 30 : Lunch offert aux congressistes par la direction de l'institut. — 14 h. 30 : Visite de l'Institut. Exposition d'ouvrages manuels. — 15 h. 30 : Communications diverses. — 18 h. 30 : Réception à l'Hôtel de Ville de Gand par l Administration communale. — 20 h. 30 : Soirée offerte par le Congrès.

25 septembre 1932 à l'Institut Caritas, à Mellelez-Gand, 9 heures : Départ en auto-car de la gare de Gand-Saint-Pierre. — 9 h. 30 : Exposé et discussion du rapport de neurologie : « Les encéphalites non suppurées chez l'enfant », par MM. MEUNIER et FONTEYNE (partie clinique), Ludo VAN BOGAERT et Rodolphe LEY (neurologie et anatomie pathologique). — 12 h. 30 : Lunch offert aux congressistes par la direction del'Institut. — 14 h. 30 : Visite de l'Institut. Exposition d'ouvrages manuels. — 15 h. 30 : Communications diverses.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès, 18, rue Beekmon, Liége (Belgique)

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

étudiant en médecine légalement autorisé, ou docteur en médecine, la responsabilité du remplacé à l'égard de son remplaçant ne peut être engagée que dans les termes du droit commun, car la législation sur les accidents du travail ne s'applique pas aux remplaçants.

Par conséquent, la responsabilité du remplacé ne peut être engagée à l'égard du remplaçant que si ce dernier vient à être victime d'un accident dû soit à la faute du remplacé lui-même, soit à la faute de ses préposés, conformément aux principes généraux de la responsabilité résultant des articles 1382 et suivants du Code civil. C'est vous dire que le risque que peut courir un médecin remplacé dans ces conditions, est très minime, mais il peut être sage néanmoins de s'en couvrir par une assurance spéciale ; toutefois, la prime qui vous est demandée est tout à fait hors de proportion avec l'importance du risque couru.

## La lampe stylo... carte forcée

Je crois utile de signaler aux lecteurs du *Concours* la petite escroquerie suivante dont je n'ai probablement pas été la seule victime.

J'ai reçu l'autre jour de Paris contre remboursement, de 9 fr. 85, une lampe électrique de poche forme stylo que je n'avais pas commandée. Une note jointe promettait le remboursement si l'objet n'était pas à ma convenance.

N'ayant aucun besoin de cette lampe, et trouvant le procédé peu correct, j'ai réclamé le remboursement annoncé et comme de juste, je n'ai rien reçu.

Escroquerie peu importante sans doute, mais qui, multipliée un certain nombre de fois par celui qui l'utilise, confiant dans la modicité pour s'éviter des ennuis avec la justice, peut être d'un assez bon rapport.

Docteur ARMAND

## Une sage-femme peut-elle vendre sa clientèle ?

Les sages-femmes ont le même statut juridique que les médecins et les chirurgiens-dentistes, puisque la même loi — celle du 30 novembre 1892 — règlemente l'exercice de l'art de guérir.

Par suite, elles peuvent céder leur clientèle dans les mêmes conditions que les docteurs en médecine.

Or, en ce qui concerne ces derniers, bien souvent les tribunaux ont été appelés à juger la légalité de ces cessions.

On peut dire qu'actuellement, la jurisprudence est bien fixée en ce sens que, si la cession d'une clientèle est nulle en soi, le cédant peut néanmoins vendre à son successeur certains droits et obligations.

Les tribunaux sont unanimes à décider qu'une clientèle est hors du commerce, parce qu'elle repose sur la confiance que les malades reportent sur leur médecin. Il est donc impossible de

monnayer cette confiance et, par suite, le praticien qui se retire, ou quitte la localité, ne peut pas céder ce qui ne lui appartient pas, c'est-à-dire cette foi que les malades ont placée en sa science et en sa conscience professionnelle.

En conséquence, est nul de droit le contrat portant uniquement : *cession de la clientèle* d'un praticien, c'est-à-dire tradition par un praticien à un autre de l'achalandage d'un cabinet.

Mais il en est différemment lorsque le cédant vend à son successeur des objets matériels ou des obligations de faire, ou de ne pas faire.

Ainsi, le praticien est en droit de céder, moyennant payement, son droit au bail, le droit de se dire successeur du Docteur X., le droit de communication des livres du vendeur, l'obligation de présenter le successeur à la clientèle, soit par visites, soit par lettres, afin que les malades puissent, s'ils le jugent à propos, reporter sur le successeur la confiance qu'ils avaient dans le prédécesseur.

Le vendeur peut également s'obliger valablement à ne pas exercer la profession médicale, pendant un temps déterminé et dans un rayon fixé par contrat.

Dans certains cas, lorsque le cédant possède des monopoles, dites situations fixes, il peut s'engager à faire tout son possible pour que ses divers employeurs acceptent comme successeur et employé celui qui doit le remplacer définitivement. Ici, le vendeur se porte fort de la décision de ses employeurs, bien que ceux-ci restent parfaitement libres d'agréer, ou non le successeur.

Point n'est besoin d'acte notarié : un simple sous seings privés, sur papier timbré, en triple exemplaire est suffisant.

Mais il ne faut pas omettre de faire enregistrer cet acte, car l'enregistrement lui donne une date certaine. De plus, cette formalité est un impôt, qui frappe les mutations.

Enfin, il est confraternel de prévoir dans le dernier article de cet acte de cession quen cas de conflit, ou d'interprétation à donner à une stipulation du contrat, les deux parties s'engagent à soumettre le litige à des arbitres : chacune d'elles désignera son arbitre et ceux-ci, si besoin en est, en désigneront un troisième.

Ces confrères décideront comme amiables compositeurs et leur sentence, qui sera rendue plus en équité qu'en droit pur, sera plus expéditive et moins onéreuse qu'un procès devant les tribunaux de droit commun.

Dr Paul BOUDIN.

### 4191 — Un remplaçant n'est pas tenu de faire enregistrer son diplôme

Sollicité de faire un remplacement dans une clinique, je me permets de demander à vos services, les renseignements suivants :

Dois-je faire viser à nouveau mon diplôme ?
Suis-je assujetti à la patente ?

**Réponse**

Si vous bornez votre activité professionnelle à faire des remplacements, vous n'avez pas à faire enregistrer votre diplôme et, d'autre part, vous n'êtes pas imposable à la patente.

### 4258. — Médecins salariés. Enregistrement du diplôme

Un médecin n'ayant pas encore exercé et entrant à un service de contrôle d'assurances, ou à un service médical de mines, ou chez un opticien, *salarié* par conséquent et non établi pour son propre compte, est-il dans l'obligation de faire enregistrer son diplôme ? Dr P.

**Réponse**

Un médecin, qu'il exerce pour son propre compte ou qu'il soit salarié par une assurance, par une Compagnie minière ou même par un opticien, engage sa responsabilité personnelle lorsqu'il examine ou soigne des malades.

D'autre part, l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 enjoint aux docteurs en médecine, *dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession*, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du Tribunal civil et de le faire viser à la mairie.

Dans ces conditions, les médecins salariés, comme les autres, sont dans l'obligation de faire enregistrer leur diplôme.

### 4189. — Remplacement – Formalités

Veuillez me dire, je vous prie, quelles sont les formalités à remplir quand on prend un remplaçant (pour quelques semaines au plus) ?

Dr M.

**Réponse**

Si votre remplaçant est docteur en médecine, vous n'avez absolument aucune formalité à remplir avant de lui confier votre clientèle.

Par contre, si votre remplaçant n'a pas encore obtenu son diplôme, il ne peut vous remplacer ques'il est interne des hôpitaux et hospices français, nommé au concours et muni de seize inscriptions ou étudiant en médecine ayant terminé sa scolarité et muni de vingt inscriptions (article 6 de la loi du 30 novembre 1892) ; de plus, avant de commencer le remplacement, il doit solliciter l'autorisation du Préfet du département (même article). Personnellement, vous n'avez également aucune formalité à remplir.

### 4233. — L'ouverture d'un second cabinet n'oblige pas à un nouvel enregistrement du diplôme

Je viens d'ouvrir un cabinet à V., commune située en S., à 4 kilomètres de X.

Je voudrais savoir si je suis tenu à faire une déclaration, soit à la mairie, soit à la préfecture de S., étant donné que mon diplôme est déjà enregistré à la Préfecture de mon département ;

Si je dois écrire au contrôleur des contributions pour lui signaler l'ouverture de mon nouveau cabinet et si vous croyez que je payerai une patente pour toute l'année, bien que je n'aie commencé à travailler dans ce nouveau cabinet que depuis le 20 juillet.

Dr T.

**Réponse**

Aux termes du § 2 de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, le fait de porter *son domicile* dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du diplôme.

Or, en l'espèce, si vous ouvrez un second cabinet sur le territoire du département de S., vous conservez votre cabinet de V. où se trouve et restera situé votre domicile.

Dans ces conditions, vous n'avez donc pas à faire enregistrer à nouveau votre diplôme dans le département de S.

Au point de vue fiscal, vous serez imposable à la patente pour votre second cabinet à partir du premier jour du mois où vous ouvrirez ce second cabinet et votre patente sera proportionnelle au temps restant à courir jusqu'à la fin de l'année. Vous n'avez aucune déclaration à faire au contrôleur des contributions.

**4263. — Recouvrement d'honoraires contre une succession — Procédure**

Je serais heureux si vous pouviez me donner quelque jour des renseignements sur le problème suivant :

Que faire quand, une note étant envoyée pour soins donnés à un malade décédé, cette note est versée à la succession, et que le médecin n'arrive pas à en obtenir le paiement ?

J'ai personnellement plusieurs cas de ce genre. La famille renvoie au notaire, qui répond qu'il n'a pas de fonds disponibles, le temps passe et l'on arrive au bout des deux ans au delà desquels, si je ne me trompe, la dette disparaît.

Dr H.

**Réponse**

Après un décès, les héritiers ont un délai de trois mois pour faire l'inventaire de la succession, plus quarante jours pour délibérer sur leur acceptation ou leur renonciation.

Pendant ces trois mois et quarante jours, les créanciers de la succession ne peuvent agir contre les héritiers ou, plus exactement, en cas d'action de la part des créanciers, les héritiers possèdent une exception dilatoire qui leur permet de retarder le jugement jusqu'à l'expiration du délai.

D'autre part, s'il existe plusieurs héritiers et que ces héritiers aient chargé un notaire de la li-

quidation de la succession et du partage, les créanciers de la succession peuvent faire opposition au partage entre les mains du notaire, sans formalité, de façon à être réglés, sur les fonds de la succession avant toute répartition entre les héritiers.

Mais au cas où les opérations de liquidation et partage traîneraient en longueur et où les créanciers ont lieu de concevoir des craintes pour la sécurité de leurs créances (imminence de la prescription par exemple), ils sont en droit de poursuivre immédiatement les héritiers (sauf l'effet de l'exception dilatoire ci-dessus mentionnée) et de prendre jugement contre eux. En cas de pluralité d'héritiers, c'est le tribunal du lieu où la succession est ouverte qui est compétent jusqu'au partage. Au cas où il n'existe qu'un héritier et que l'action n'est introduite qu'après le partage, c'est le tribunal du domicile du défendeur qui est compétent, suivant les règles ordinaires de la procédure.

S'il existe plusieurs héritiers, la dette se divise entre eux proportionnellement aux parts qu'ils prennent dans la succession et le créancier doit poursuivre individuellement chaque héritier pour la part dont il est débiteur.

*P. S.* — Les honoraires médicaux se prescrivent par deux ans à compter de la cessation des soins. Mais cette courte prescription, à la différence de la prescription ordinaire, ne constitue qu'une présomption de paiement qui peut être détruite par la preuve contraire et notamment par l'aveu exprès ou tacite du débiteur qu'il n'a pas payé sa dette.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 4352. — Contre-visite avec déplacement

Au titre de membre du « Sou Médical » pourriez-vous me donner un renseignement dont j'ai un urgent besoin pour aplanir un conflit amiable qui s'est élevé entre un assureur et moi.

La contre-visite provoquée par le médecin du patron doit-elle être considérée comme une consultation ou comme une visite, autrement dit donne-t-elle droit pour le médecin traitant aux frais de déplacement ? Bref, dans mon cas particulier, dois-je compter :

15 + 7,50 + 3 = 25 fr. 50.
ou bien
15 + 7,50 = 22 fr. 50.

Je dois vous avouer que jusque'à présent, les différentes compagnies à qui j'ai eu affaire m'ont toujours réglé l'indemnité de déplacement ; c'est la première fois qu'elle m'est contestée : c'est donc sur une question de principe que je vous serais obligé de vouloir bien me donner votre opinion.

Dr L.

**Réponse**

La contre-visite est payée 15 francs + 50 % de majoration (art. 3, § *a*), mais *s'il y a déplacement*, on doit y ajouter les indemnités de déplacement, qui sont, dans les villes de plus de 100.000 et banlieue, ramené s au chiffre forfaitaire de 3 francs, quelle que soit la distance.

Donc, dans votre cas, on vous doit : 15 + 7,50 + 3 = 25 fr. 50.

Dr Fernand DECOURT.

### 4425. — Ponction d'un hématome

Dois-je compter une ponction d'hématome (au trocart fin) dans un accident du travail ?

Dr G.

**Réponse**

La ponction d'hématome est assimilable à l'ouverture d'abcès et en suit les tarifications suivant qu'il s'agit d'un abcès superficiel ou profond (voir art. 17).

Dr Fernand DECOURT.

### 4428. — A propos des indemnités de déplacement

Une discussion avec une Assurance renouvelle la nécessité d'une mise au point à propos des articles 5 et 7 de la loi de 1898.

Un blessé — pour lequel, au cours du traitement, une consultation avec un chirurgien paraît nécessaire — est conduit ou accompagné par son médecin traitant à la consultation dudit chirurgien.

Puisqu'il paraît admis qu'un chirurgien n'est pas un spécialiste, l'assurance n'est pas préalablement avertie, le cas pouvant apparaître grave et pressant.

Le médecin traitant peut-il réclamer comme honoraires :

1° La triple consultation ;

2° Le tarif kilométrique.

Le chirurgien (non spécialiste) réclamant, de son côté, la consultation triplée.

Il me semble que, si le chirurgien n'est considéré que comme confrère, son déplacement auprès du blessé ne doit pas entraîner d'autre tarif de transport que celui du confrère le plus rapproché.

D'autre part, le médecin traitant accompagnant son blessé a-t-il droit à ses frais de déplacement ?

Dr M.

**Réponse**

En cas de « consultation entre confrères », chacun des deux médecins a droit aux honoraires *triplés* de la consultation ou visite, soit 15 × 3 = 45 francs. Quant aux frais de déplacement, « l'indemnité s'entendra du domicile de la mairie du médecin au domicile du malade » (art. 2, al. 5), elle n'est donc payable que pour les visites faites *au domicile du malade*, ce qui n'est pas votre cas.

Néanmoins, je vous conseillerais de demander, *à l'amiable*, vos frais de déplacement à l'Assurance, avec toutes explications techniques nécessaires.

Dr Fernand DECOURT.

---

**4444. — a) Tarification d'ordre départemental ; b) Déplacement du médecin non nécessité par l'état de l'intéressé**

J'ai enlevé en une seule séance, (avec l'aide du médecin traitant, anesthésiste,) les végétations adénoïdes et les amygdales d'un enfant A. M. G. d'Ille-et-Vilaine.

Or, les opérations d'A. M. G., sont payées, dans ce département, au tarif Durafour, moins dix pour cent.

Et le Tarif Durafour ne parle, à ma connaissance, ni de végétations, ni d'amygdales.

— Combien dois-je réclamer ?

—Combien devrais-je réclamer si je n'avais enlevé que les végétations ?

— Combien mon confrère doit-il réclamer ?

D'autre part, l'intervention s'est passée au domicile de l'enfant, à six kilomètres du médecin le plus proche, et à 18 kilomètres du spécialiste le plus proche :

Quelle indemnité kilométrique, moi, spécialiste, dois-je réclamer : celle de six, ou celle de dix-huit ?

Dr H.

**Réponse**

*a)* Lorsque des interventions (en cas d'assistance médicale gratuite) ne sont pas notées dans ce Tarif, il y a lieu à des tarifications spéciales que d'ordinaire la Préfecture établit à l'amiable avec le Syndicat médical. Mais c'est là une question d'*ordre départemental,* c'est donc au président de votre Syndicat qu'il convient de vous adresser à ce sujet.

*b)* L'ablation des amygdales devait être faite au cabinet du médecin ou du spécialiste, l'enfant pouvant dans ce cas « *se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé* » (art. 2, alinéa 1 du Tarif des accidents du travail). Il en résulte que le tiers payant est en droit de refuser de payer les frais de déplacement qui retomberaient, par suite, à la charge des intéressés. »

Dr Fernand DECOURT.

---

## Questions médico-militaires

**4454. — Port et traitement de la Légion d'honneur (loi du 17 juillet 1931)**

Je viens d'être avisé par la direction du Service de santé de la *n*e Région que par décret du 20 juillet 1932, j'ai été nommé Chevalier à la Légion d'honneur au titre de la loi du 17 juillet 1931, (susceptible de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930.

Voulez-vous me dire :

1° Si j'ai le droit *dès aujourd'hui* de porter la décoration, ou si je ne le pourrai qu'après remise officielle de la croix.

2° Quelles sont les dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930.

3° Que signifie : au titre de la loi du 17 juillet 1931 ?

Dr C.

**Réponse**

1° Légalement, vous n'avez pas le droit de porter les insignes de Chevalier de la Légion d'honneur avant d'avoir été reçu selon les rites dans l'Ordre, ce pour quoi vous serez sans doute convoqué à la prochaine prise d'armes de la garnison la plus voisine de votre résidence, à moins que vous ne préfériez être reçu à titre privé par un légionnaire de vos parents, amis ou relations. Pratiquement, votre nomination ayant paru à l'*Officiel*, vous pouvez arborer, en vertu d'une tolérance générale, le ruban rouge à votre boutonnière. Mais si vous aviez l'occasion de vous mettre en tenue, il ne faudrait pas accrocher prématurément la croix sur votre tunique.

2° L'article 79 de la loi de finances du 16 avril 1930 étend aux militaires des réserves le doublement du traitement de la Légion d'honneur à toutes les décorations attribuées pour faits de guerre (blessure ou citation. — *Concours médical*, 1930, p. 1793).

3° La loi du 17 juillet 1931 met à la disposition du ministre pendant cinq ans un contingent spécial de croix destinées à récompenser les officiers, sous-officiers et hommes de troupe des réserves, qui seront attribuées *avec traitement* lorsque leurs titulaires rempliront les conditions de l'article 79 précité (*Concours médical*, 1931, p. 2515).

Vous remplissez ces conditions : vous aurez donc droit au *traitement* afférent au grade de chevalier, pour lequel vous recevrez un livret vous permettant de toucher vos annuités dans les Caisses publiques de l'Etat.

G. DUCHESNE.

**4436. — Légion d'honneur. Tableau de concours. Promotion**

Dans le *Journal officiel* du 31 juillet paraît un tableau de concours supplémentaire pour la Légion d'honneur (Réserve).

Sous la rubrique « Service de santé » figure mon nom, avec le no 23.

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir quelle est la signification exacte de cette inscription.

Confère-t-elle le grade de Chevalier, avec droit au port du ruban ? ou bien faut-il une nouvelle confirmation officielle ?

Par ailleurs, les nominations, au titre des Réserves, sont-elles avec ou sans traitement ?

G. C.

**Réponse**

Dans l'armée, pour être décoré (de la Légion d'honneur ou de la Médaille militaire), il faut d'*abord* avoir été inscrit au tableau de concours.

C'est ce qui vient d'être fait en ce qui vous concerne.

Mais vous n'êtes pas encore décoré. Vous ne le serez que quand paraîtra au *Journal officiel* la promotion dont les bénéficiaires auront été choisis parmi les inscrits audit tableau de concours. Attendez donc patiemment cette promotion ; si vous avez le numéro 23, il est vraisemblable que vous serez compris dans la première fournée, au cas où il y en aurait plusieurs.

Vous n'avez donc pas le droit d'arborer les insignes du grade de Chevalier, puisque vous n'êtes pas encore nommé.

Les promotions actuelles sont, les unes avec traitement, les autres sans traitement.

Sont promus avec traitement, aux termes de la loi du 16 avril 1931, les officiers qui, ayant fait la guerre, sont proposés à l'occasion de faits de guerre (citation, blessures).

Si tel est votre cas, vous jouirez du traitement afférent au grade de Chevalier.

Sinon, vous n'en jouirez pas.

La loi du 16 avril 1931 a créé un contingent spécial de décorations dans la Légion d'honneur, en faveur précisément de ceux qui, ayant fait la guerre, n'ont pas encore été récompensés de leurs belles actions. G. DUCHESNE.

**3052. — Agent militaire. Contre-visite en cas de maladie**

Je serais heureux s'il vous était possible de répondre à la question suivante :

Un agent militaire, malade, est soigné par moi-même comme médecin civil. L'Intendant militaire émet la prétention de faire aller à la contre-visite du médecin de la Place mon malade et ceci à, deux reprises différentes. J'avais prescrit quinze à vingt jours de repos et le médecin contre-visiteur a donné vingt jours ; l'intendant a prétendu qu'il aurait dû donner deux fois dix jours.

Il me semble que l'intendant militaire outrepasse ses droits ; l'agent militaire n'étant plus un militaire, a le droit de se faire soigner par le médecin de son choix pour lui délivrer un certificat.

Que dois-je faire et quels sont les droits de mes clients devant le militaire pur sang ?

Dr L.

**Réponse**

Le contrôle est un droit formel de tout employeur ; il est donc tout à fait légal que l'employeur (Intendant militaire en l'espèce) fasse contrôler ses malades par le médecin officiel dont il dispose (médecin assermenté de l'Administration) ici, le médecin militaire de la Place.

Sur la proposition de ce médecin, l'employeur accorde un congé d'une durée qu'il juge convenable.

### 3163. — Invalidité de 60 %. Droit de la veuve à une pension de révision

Voici les renseignements complémentaires que vous me demandez dans votre lettre du 11 mai. Je reprends la question.

D., homme de troupe, meurt d'une lésion non imputable au service. Pensionné pour blessure.

Le décès est survenu quelques jours après que sa pension de 50 % avait été portée à 60 %. Ces 60 % restent-ils acquis ? Tout est là, je crois, pour la veuve ; car alors, c'est pour elle le taux de réversion (si non : rien).

Quel est le taux de reversion ? A qui doit s'adresser la veuve pour faire valoir ses droits.

Quelle est la différence entre le taux exceptionnel, le taux normal, le taux de réversion, au point de vue *financier* ?

Dr S.

**Réponse**

Dès que les 60 % ont été reconnus par une *Commission de réforme*, le bénéfice en est acquis à l'intéressé, et par suite à la veuve.

Celle-ci a donc droit à une pension de réversion. Le montant en est de 1.560 francs.

Celui de la pension au taux normal est de 2.400 francs, ou taux exceptionnel de 2.400 francs.

### 3010. — Taux d'invalidité pour surdité

Je vous serais bien obligé de me dire si, depuis 1931, il y a eu un relèvement des barèmes d'invalidité pour pension de guerre. Dans le cas m'intéressant actuellement (surdité bilatérale totale de l'oreille droite, presque totale de l'oreille gauche ; voix criée à 0,05 du pavillon).

Quel serait le taux de pourcentage d'après les derniers remaniements de la loi ?

Dr M.

**Réponse**

Le barème, actuellement en vigueur pour les oreilles, est celui du 7 septembre 1928 :

*Surdité absolue d'une oreille,* et de l'autre voix chuchotée à 5 cent. et au-dessous, la voix haute à 0,30 : 60 % ; ou, de l'autre, la voix haute *seulement* perçue au voisinage du pavillon : 80 %.

### 4425. — Accident en service. Soins médicaux postérieurs au service

Je vous serais très obligé de me renseigner sur la conduite à suivre dans le cas suivant :

Un de mes jeunes clients, faisait une période militaire de vingt-et-un jours ; il reçoit pendant les manœuvres un coup de pied de cheval sur un genou.

Il est hospitalisé pour sa blessure. A la fin de la période, il quitte l'hôpital (où on lui a fait uniquement de la compression) avec un gros épanchement.

On a refusé de lui délivrer un certificat d'origine de sa blessure.

A l'heure actuelle, le blessé me demande d'intervenir pour le débarrasser de son hydarthrose ou hémarthrose. Je veux bien agir, mais je veux sauvegarder les droits de mon blessé.

Que faut-il faire ? L'envoyer dans un hôpital militaire pour faire constater l'état du genou ? ou bien le traiter moi-même et lui délivrer un certificat que le blessé présentera à l'autorité militaire ?

D'autre part, mon blessé a-t-il droit à une indemnité pour les soins que nécessite son état actuel et peut-il demander une pension au cas où il garderait une raideur articulaire ?

Dr A.

**Réponse**

Votre client ne peut obtenir aucun remboursement de frais de soins médicaux, aucun traitement à la charge l'Etat dans un hôpital militaire, si son droit à pension d'invalidité n'est pas établi.

Or, c'est ici qu'intervient l'inscription portée sur le registre des constatations qui remplace depuis quelques années l'ancien certificat d'origine de blessures ou maladies en service commandé. Sur ce registre peut être inscrite la mention « en service ».

Il faut donc tâcher d'obtenir un extrait de ce registre, et adresser une réclamation au général commandant la région, si l'on refuse de reconnaître l'origine en service de l'accident, invoqué comme tel.

## Questions fiscales

### 4392. — Aucune remise ne peut être accordée sur la patente

Est-il exact que, dans les circonstances actuelles, étant donné tout l'argent que l'on perd (absence de rentrées d'argent, débiteurs en faillite ou qui se dérobent par tous les moyens) on peut demander au percepteur une remise partielle d'impôts ?

Cela m'étonne, mais on me l'a affirmé.

Si c'est exact, comment procéder.

Dr P.

**Réponse**

Vous avez été mal renseigné, mais pratiquement, vous pouvez obtenir des délais de votre percepteur pour vous libérer ou faire une demande de remise gracieuse au ministre qui est toujours libre de l'accorder.

### 4300. — Les médecins âgés n'ont droit à aucune réduction de patente

Je m'excuse de venir vous déranger peut-être au moment de vos vacances, mais mon mari me dit qu'une nouvelle loi met en vigueur la demi-patente

pour les médecins âgés de 70 ans. Comme c'est le cas de mon mari, je voudrais bien savoir si nous sommes en droit de réclamer un dégrèvement sur ce chapitre-là. Ayant déjà bien apprécié votre extrême amabilité, je m'adresse à vous, parce que je sais que le *Concours Médical* est une force pour les médecins, car il défend toujours avec énergie et succès leurs intérêts.

Dr F.

**Réponse**

Aucune loi nouvelle ne réduit de 50 % la patente des médecins âgés de plus de 70 ans.

Il s'agit d'un projet non voté.

A. M.

### 4110 — La patente n'est pas due sur la valeur locative d'un parc

Je viens de m'installer à L., le 1er *juin.* J'ai un loyer de 5.000 francs. Dans ce prix, sont compris un vaste jardin genre parc et d'importantes servitudes inutilisables. Comment sera donc calculée ma patente ?

Il est possible que je puisse louer les servitudes. Aurais-je intérêt à faire indiquer dans le bail (qui n'est pas encore signé) la partie du loyer s'appliquant aux servitudes et au jardin ? Dr D.

**Réponse**

L'habitation seule, avec le terrain qui en forme la dépendance naturelle, est imposée à la patente, S'il y a un parc et des servitudes, il y aurait lieu d'en déduire la valeur locative des 5.000 francs de loyer.

A. M.

### 4079 — Taxes sur les automobiles

Voudriez-vous me donner les renseignements suivants :

1° J'ai une voiture qui a été mise en service le 18 mai 1923 (carte grise) ; la régie prétend que la demi taxe ne m'est applicable qu'à partir de janvier 1933 ; est-elle dans son droit ?

2° Ayant deux voitures, dois-je payer pour une ou pour deux ?

3° Les droits de régie sont-ils dus à partir du premier jour de chaque trimestre, ou trimestriellement du jour de la déclaration ? Dr H.

**Réponse**

1° La régie est dans son droit, la demi-taxe n'étant due qu'à partir du 1er janvier de l'année qui suit l'expiration du délai de neuf années.

2° En principe, vous devez payer pour les deux. Si vous ne voulez payer que pour une, vous devez déposer au bureau des Contributions indirectes le permis de circuler de la voiture ne circulant pas, mais à la condition que ces dépôts et retraits ne présentent « aucun caractère de fréquence ou de périodicité ».

3° Les droits de régie sont dus trimestriellement à partir du jour de la déclaration.

A. M.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN




## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### I

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

### II

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

### III

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, H. Forestier père, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie - les - Bains.** Alardo, Bouix.

**Ax - les - Thermes** (Ariège), Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre** : Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Censier, Joly, R. Hügel, Le Gouriérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E. Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, A. Péré, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon - Lanoy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon - L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains.** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolner, Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry, Contal.

**Dax.** Barrau, Armand Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet, Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** Dr Sarda.

**Evaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). Rigal.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Fére.

**La Bauche-les-Bains.** Brissaud.

**La Bourboule.** Barthomeuf, Albéric, Boudry, Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Rééd. motr.*) M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains.** Roger, Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Dore.** J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros, Jossand.

**Plombières-les-Bains.** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bain.** Bourny.

**Salies - du - Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint - Gervais - les - Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches.** Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Sérane, Siguret, Versepuy.

**Santenay - les - Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains.** Fritsch, (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier, (*phys.*) Cahen, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Fasré (Ch.), (*stom.*), Fau, Gannat, Lère, Marquis, dat, Martin - Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Finck, Monsseaux.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Brulé, de Paris, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

## Renseignements

**ON DEMANDE** pour laborat. Paris, jeune médecin très sérieux pouvant disposer de deux heures par jour. Ecrire urgent en donnant Curriculum Vitæ, à Marcel, N° 462 /602, 17, rue Vivienne Paris.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à* **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* **Concours Médical, Paris 167-95.**
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 247. — A vend. occas. compte rendu Soc. Intern. de Chirurg., année 1923. Sommaire : Le shock traumatique (Crile, Fraser, Quénu, Duval et Mocquot) ; Résultats éloignés de la chirurgie des traumatismes nerveux (Henriksen, Gosset, Frazier) ; Chirurgie des glandes endocrines (Veau, Mayo, Willems, Percy Sargent, Lorthioir) Séro et vaccinothérap., des infect. chirurgic. (Parkers, Hitchens, Bazy, Almroth, Wright).

N° 248. — Pas-de-Calais. Cause retraite, à céder sans indemn. bon poste méd. génér. à confr. qui achèterait maison avec garage, bien agencée pour exerc., profess. Prix 180.000. En cas de location, cèderait client., contre faible indemn. Ecr. Dr Meunier, à Calais, 45, rue Amiral Courbet.

N° 249. — Spéc. O. R. L., 50 ans, libre en octobre, cherche associat. ou particip. à clin. sérieuse. Accepter. remplacem.

N° 250. — Secrét. dactylo, un peu sténo, bonne dessinatr., ainsi que lavis et aquarelle. Référ. Mlle Koehler, chez Mme Chardon, 37, rue des Archives. Paris.

N° 251. — Centre physiothérapie offre à méd. franç. exerçant rég. parisienne, associat. sans apport de capital ni présence au Centre.

N° 252. — Urgent. Poste méd. propharm., 6 communes à prendre sans indemn. à Gouy-le-Catelet (Aisne), loyer 3.000, eau, électr., 8 pièces, garage, cuisine, salle bains, jardin, cave, grenier, dépendances. S'adr. M. Toussaint, à Gouy.



## DERNIÈRES NOUVELLES

— A l'**Hôpital de Honfleur**, une plaque a été apposée sur le Pavillon chirurgical, portant la mention : *Pavillon A. Rachet*. Dans une pieuse pensée de reconnaissance, la Commission administrative de l'hôpital a voulu perpétuer le souvenir du médecin expérimenté et dévoué qui, durant toute sa vie professionnelle, anima l'établissement de ses brillantes qualités.

C'est ce que, au cours d'une cérémonie intime, qui eut lieu le 14 août, et à laquelle j'ai eu la bonne fortune d'assister, a rappelé sobrement mais heureuse-

ment aussi, le Docteur G. Brehier, maire de Honfleur et président de la Commission administrative de l'hôpital.

Au nom de sa famille et au sien propre, le Docteur Jean Rachet, médecin des hôpitaux de Paris, a, en termes émouvants, remercié la Commission administrative et son Président.

Il a associé au souvenir de son père, celui des deux religieuses, aujourd'hui disparues, qui le secondèrent dans sa tâche quotidienne, et celui du regretté Docteur H. Marais, qui collabora avec lui, si longtemps.

J. Rachet a évoqué, d'une façon touchante, les premiers pas qu'il y fit lui-même dans la carrière sous la direction de son père, son premier maître, son *meilleur maître*...

Le Docteur A. Rachet, syndicaliste ardent, était un ami dévoué du *Concours Médical* et de ses œuvres. Il fut mon ami et le médecin de ma famille.

A tous ces titres, cette fête du souvenir méritait bien d'être relatée ici.

G. Duchesne.

— **Légion d'honneur.** — Nous avons vu avec infiniment de plaisir figurer au tableau pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur, au titre de médecin capitaine de réserve, le nom du Docteur Le Louët, maire de Pont-Aven, organisateur des fêtes récentes en l'honneur de Botrel. Le Docteur Le Louët, qui fut lié d'amitié avec Auguste Cézilly, est resté un ami sincère du *Concours Médical* : nous lui exprimons nos plus vives félicitations.

— **Hôpitaux de Marseille.** *Concours de l'externat.* — Un concours pour la nomination de vingt-six élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Marseille s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 24 octobre 1932.

— **Naissance.** — Le Docteur P. Krivine, stomatologiste à Paris, et Madame Krivine, nous font part de la naissance de leur second fils Jean-Michel.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

9 Aout

**Ministère de la Santé publique.**

Est nommé médecin consultant du ministère de la Santé publique, M. le Docteur Ledoux-Lebard, radiologiste des hôpitaux.

10 Aout

**Enseignement de la médecine.**

MM. Heckenroth et Mattei, professeurs sans chaire à la Faculté d'Aix-Marseille, sont nommés respectivement professeur de clinique exotique et

professeur de thérapeutique générale et coloniale à ladite Faculté.

M. Delbet, professeur à la Faculté de Paris, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Fabrègue, Chauvin et Monge, chargés de cours à la Faculté d'Aix-Marseille.

12 AOUT

**Assurances sociales.**

*Avis relatif à l'appel des décisions du conseil national de famille des médecins devant la commission arbitrale prévue à l'article 7 de la convention type entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats médicaux pour les soins à domicile et au cabinet du médecin.*

Suivant décision du conseil supérieur des assurances sociales en date du 12 juillet 1932, l'appel doit être déposé ou parvenir par lettre recommandée avec demande d'avis de réceptionau secrétariat du conseil supérieur des assurances sociales dans les vingt jours de la notification de la décision du conseil de famille national.

Il est donné communication de l'appel dans les dix jours qui suivront son dépôt par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, aux autres parties intéressées, qui devront présenter un mémoire écrit dans les vingt jours à dater de la communication ; les parties devront indiquer dans le même délai si elles entendent présenter des observations orales.

La décision ne sera prononcée par défaut, que contre les parties auxquelles la notification de l'appel n'aura pu être signifiée à personne.

La décision de la commission arbitrale est notifiée aux parties par lettre recommandée ; elle est exécutoire de plein droit.

14 AOUT

**Légion d'honneur.**

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de l'Intérieur, M. le Docteur Valette, maire de Fossat (Ariège).

## Une causerie sur la neuro-psychiatrie infantile du Dr Gil Robin

Notre confrère et ami, le Dr DUPUY DE FRENELLE, ayant réuni chez lui un soir quelques amis, la plupart médecins, a eu l'heureuse inspiration de reprendre une coutume qu'il avait réalisée autrefois, c'était de prier un de ses confrères de traiter dans une causerie familière un sujet peu connu ou mal connu du public, même médical. Il eut l'excellente idée de faire appel à

notre très distingué collaborateur, le Dr Gil Robin, qui exposa devant un public choisi composé de médecins, d'hommes de lettres, d'artistes et aussi de dames qui avaient répondu à la gracieuse invitation de M. et de Mme Dupuy de Frenelle, un sujet qui lui est bien familier : *En quoi consiste la neuro-psychiatrie infantile ?*

Nous n'avons pas à présenter le Dr Gil Robin aux lecteurs du *Concours Médical*, tous connaissent son talent de fin lettré, son expérience de médecin psychologue et le grand succès qu'a obtenu son dernier livre : *Grandeur et servitude médicales.*

Avec une grande simplicité et une parfaite clarté, M. Gil Robin expliqua à son auditoire ce qu'est le neuro-psychiatre ; il se distingue de l'aliéniste en ce qu'il ne s'occupe pas des grandes psychoses, de celles que le public qualifie de folies. Il n'est pas non plus un neurologiste, car sa clientèle ne comprend pas les malades atteints de lésions des centres nerveux. Son domaine se limite à ces nombreux états de dépression ou d'excitation du système nerveux, états psychasthéniques, neurasthéniques, à symptômes plus ou moins bien déterminés, provoqués souvent par des intoxications, un mauvais fonctionnement des glandes endocrines et liés presque toujours à des troubles du système nerveux sympathique.

M. Gil Robin s'est cantonné dans la neuro-psychiatrie infantile où il est passé maître. Il a montré les immenses services que le psychiatre pouvait rendre à une foule d'enfants que leurs parents ont peine à considérer comme malades et qui sont des arriérés, des instables, des paresseux et des vicieux.

Avec des exemples bien choisis à l'appui de sa thèse, M. Gil Robin a fait voir tout l'intérêt qu'il y avait à soumettre les enfants qui ont des *défauts* à l'examen approfondi d'un psychiatre. Il découvrira que tel enfant qui est toujours le dernier de sa classe n'est pas à sa place. Psychologiquement il n'est pas de la même époque que les enfants de son âge ; son développement intellectuel n'a pas suivi son développement physique. Au moyen de tests ingénieux on est arrivé à déterminer exactement l'âge intellectuel de l'enfant et on le placera alors dans un milieu où il pourra comprendre et développer son intelligence attardée. M. Gil Robin a montré quelles réserves il fallait faire sur l'avenir des enfants prodiges. Certains peuvent avoir par exemple une prodigieuse faculté de calculer, une certaine mémoire monstrueusement développée, un sens musical surprenant ; néanmoins ils sont presque tous des esprits médiocres, des débiles mal équilibrés.

D'unanimes applaudissements ont salué la fin de la causerie dont l'agrément était accru par le cadre charmant intime où elle avait eu lieu. Nous devons adresser toutes nos félicitations à

M. et Mme Dupuy de Frenelle qui ont su donner à leur cordiale réception une distraction aussi agréable qu'utile et transformer à tous les points de vue leur salon en un temple du goût tel que le comprenait Voltaire :

Eux dont l'exemple a daigné nous montrer
Par quels chemins on peut, sans s'égarer,
Chercher ce goût, ce dieu que dans cet âge
Maints beaux esprits font gloire d'ignorer.

J. N.

# CORRESPONDANCE

## Divers

### 4065. — Application des lois du travail dans les hôpitaux publics et les maisons de santé

Je ne sais si vous vous rendez compte que la loi de huit heures appliquée à nos cliniques de province serait leur mort.

Exemple : pour onze lits, j'ai trois infirmières, une femme de chambre et une cuisinière.

Alors ? Je sais que les infirmières pourraient se succéder ; c'est-à-dire qu'il y en aurait une au moment de presse et une quand il n'y a presque rien à faire.

Et dans les cliniques avec personnel religieux ? Les ordres suivraient-ils la loi ?

Il ne faut pas confondre présence et travail ; pourquoi pas pour les bonnes ? Dr P.

**Réponse**

Dans mes réponses, je m'appuie toujours sur le droit tel qu'il est et non pas tel qu'il devrait être : je ne cherche pas à leurrer mes confrères par des articles de polémique, ni à leur masquer la vérité. Je dis mon opinion de juriste, en m'appuyant sur les textes législatifs et réglementaires, ainsi que sur les décisions de jurisprudence.

A mes confrères, groupés en associations, ou syndicats, de faire ensuite tel usage qu'ils croiront de mes consultations, pour adopter une ligne de conduite corporative.

Or, je comprends parfaitemnt que l'application des lois du travail soit, pour les maisons de santé privées, une cause de gêne considérable, d'autant que les hôpitaux publics font tous leurs efforts, pour pouvoir échapper aux prescriptions du Code du travail.

Mais, maheureusement, je vous ai signalé, non seulement la tendance de la jurisprudence, mais encore les travaux qui s'élaborent au ministère du Travail, en vue d'étendre progressivement les lois du travail à tous les établissements, qui utilisent la main-d'œuvre salariée, pour les soins à donner aux malades.

Quand ces travaux aboutiront-ils ? Quand le projet de décret sera-t-il soumis à la signature du Président de la République ? C'est l'inconnue de l'avenir.

Néanmoins, il serait prudent, pour mes confrères, d'envisager que, dans un temps plus ou moins rapproché, ils auront à se conformer à la loi de huit heures et à celle du repos hebdomadaire dans leurs maisons de santé.

Aussi, plutôt que de conseiller une résistance systématique à la loi, oubliant les résultats de la lutte du pot de fer contre le pot de terre, convient-il de faire triompher cette idée qui m'est chère, c'est que l'hôpital doit être mis sur un pied d'égalité avec les maisons de santé. Il est un établissement public de bienfaisance, pour la partie, nettement séparée, où les indigents sont reçus gratuitement, comme bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 ; mais il est maison de santé, établissement commercial, pour toute la partie payante, où les hospitalisés sont admis moyennant le payement d'un prix de journée, décaissé soit par eux, soit par une collectivité (accidents du travail, mutualité, assurances sociales, etc.).

Au Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé (président Docteur Hervé, de La Motte-Beuvron), d'étudier ce problème dans ses applications juridiques et ses répercussions pratiques.

Dr Paul Boudin.

### 4430. — Cession du cabinet. Remplacement préalable

J'ai l'honneur de venir solliciter de vous quelques bons conseils relativement à la question suivante :

Mon état de santé, précaire depuis de longs mois, m'incite à envisager un repos prolongé d'un an, peut-être deux, peut-être même un arrêt définitif de l'exercice de ma profession. De ce fait, d'ailleurs, ma clientèle a sensiblement diminué, et je me trouverais dans une situation tout à fait déficitaire si je prenais un remplaçant pour une période aussi longue ; un confrère jeune et actif pourrait cependant, après quelques mois, récupérer les clients perdus et même finir par se faire une très grosse clientèle. Je ne pense pas, par contre, que j'arriverais à pareil résultat si je reprenais mon poste après l'avoir longtemps quitté ; et si je devais exercer de nouveau, mieux vaudrait pour moi, je crois, le faire dans une autre localité.

En face d'une telle situation, je vais tenter de trouver un confrère auquel je céderais ma clientèle après trois mois d'essai. Si au bout d'un trimestre le confrère est content du poste, il me payerait l'indemnité de cession demandée ; dans le cas contraire, je reprendrais ma place. Durant ces trois mois, pensez-vous que ce confrère puisse être considéré comme un remplaçant, c'est-à-dire que je sois complètement responsable de lui ? ou bien, au contraire, me serait-il possible de dégager ma responsabilité, le laissant agir comme s'il était le titulaire du poste ?

J'aurai sans doute aussi à prendre quelques précautions, à passer un contrat avec le confrère pour que, les trois mois écoulés, il ne s'installe pas à côté de moi. Est-ce par devant notaire qu'un tel contrat se passe, et doit-on, nécessairement, utiliser un notaire de la localité ?

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire en troisième lieu (et au cas où le confrère devrait être considéré comme un remplaçant, tant qu'il n'aurait pas le poste nettement acquis), comment je pourrai me mettre à l'abri de la responsabilité professionnelle. Personnellement, je suis assuré au Sou et à la Médicale. Ces assurances couvrent sans doute aussi les remplaçants, sans autre formalité (?)

Dr C.

**Réponse**

Vous pouvez parfaitement traiter avec un confrère pour la cession de votre poste en stipulant que, pendant trois mois, votre confrère prendra contact avec votre clientèle en qualité de remplaçant et que le contrat de cession ne sera réalisé qu'au bout de ces trois mois, à la volonté seule de votre confrère.

Bien entendu, dans l'acte qui constatera votre accord, vous devrez, par précaution, faire insérer une clause aux termes de laquelle votre confrère s'interdira de s'installer à B. et dans un périmètre déterminé pendant un certain nombre d'années, s'il ne donne pas suite à son projet d'acquisition à l'expiration du délai de trois mois. Le contrat pourra, évidemment, être passé par devant notaire, mais il sera tout aussi valable s'il est constaté simplement par acte sous seings privés.

C'est à tort que vous craignez d'être rendu responsable des actes de votre confrère au cours du remplacement. En effet, le contrat passé entre un médecin et son remplaçant est un contrat de louage de services d'une nature particulière, qui laisse une entière indépendance au remplaçant pour le traitement des malades. Il en résulte que le remplaçant ne peut être considéré comme le préposé du remplacé et qu'il n'engage que sa seule responsabilité personnelle par les fautes professionnelles qu'il peut commettre au cours du remplacement.

Il appartiendra donc à votre remplaçant de contracter personnellement une assurance contre les risques de responsabilité, à moins que votre police à la Médicale ne contienne une clause couvrant la responsabilité du remplaçant. Quant à notre Ligue, la garantie qu'elle vous donne ne s'applique qu'à la responsabilité que vous pouvez encourir par votre fait personnel ; cette garantie ne pourra être étendue à votre remplaçant. Mais il sera toujours loisible à ce dernier d'adhérer personnellement à notre Ligue.

Nous restons à votre entière disposition pour vous donner tous les conseils dont vous pourrez avoir besoin par la suite.

**4267. — Police sanitaire. Inobservation des règlements par les filles soumises à l'inspection**

Il y a deux ans environ s'installait dans la ville une maison de tolérance, (il n'y en avait pas jusqu'alors) : le Maire, médecin cantonal, me dit : il ne me convient pas de faire ce service, voulez-vous vous en charger avec votre confrère ? J'ai accepté, et la maison qui n'a le plus souvent qu'une femme ou deux me les amenait tous les samedis à une heure convenue à mon cabinet. (Mon autre confrère ayant quitté le pays, j'assure donc seul ce service sanitaire.)

Seulement, depuis quelque temps, la patronne de l'établissement me dit : Docteur, les affaires ne marchent pas, il ne vient personne (*sic*), je ne peux pas obliger cette femme que je nourris et loge par compassion, et qui ne gagne pas un sou, à venir chaque semaine passer une visite médicale à 15 francs. Je lui ai répondu que cela ne me regardait pas, et que cela regardait le Commissaire de police à qui elle doit montrer le registre des visites. En effet, je ne revois plus cette ou ces femmes que tous les mois ou toutes les trois semaines.

Je me permets de vous demander qui serait responsable si un « client » venait un jour se plaindre qu'il a contracté une maladie, et que la visite médicale n'a pas eu lieu régulièrement. Est-ce que je pourrais être tenu responsable de cela ? Est-ce que ce n'est pas la police qui doit obliger ces femmes à une visite régulière et qui est complètement responsable ?

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me renseigner à ce sujet.

Si même sans aucune plainte, une enquête par le service d'hygiène, de prophylaxie ou autre, montrait que depuis plusieurs mois, ce service médical est assuré de loin en loin seulement, ne peut-on pas me créer des ennuis ?

Dr S.

**Réponse**

Bien que vous soyez chargé du service de la police sanitaire des pensionnaires de la maison de tolérance et que le règlement de ce service oblige lesdites pensionnaires à se soumettre hebdomadairement à votre examen, ce n'est cependant pas à vous qu'il appartient de les contraindre à respecter le règlement.

Si vous ne pouvez obtenir d'elles amiablement, qu'elles viennent vous trouver chaque semaine, comme elles y sont astreintes, tout ce que vous pouvez faire et même ce que vous devez faire, c'est de signaler la chose au commissaire de police et au maire pour qu'ils puissent faire usage des pouvoirs de coercition dont ils disposent. Si cependant, malgré vos avertissements, ils négligent de faire appliquer strictement le règlement, ils engageront leur propre responsabilité, mais la vôtre sera à couvert.

*Voir la suite page XLVII-2577*

# PROPOS DU JOUR

## Le mystère de l'embryon

Le mystère de l'embryon est le sujet d'un dialogue philosophique qui termine le livre si intéressant que M. le Prof. Roule, du Muséum d'histoire naturelle, consacre à l'étude des *Larves et Métamorphoses* des Poissons (1).

M. le Prof. Roule a écrit une série de volumes sur les *Poissons et le monde vivant des Eaux*. Fidèle aux grandes traditions du Jardin du Roi et du Muséum d'histoire naturelle, successeur de Lacépède et de Duméril, dans la chaire d'ichthyologie et d'erpétologie, M. Louis Roule sait, dans son œuvre remarquable, joindre aux exposés scientifiques les plus précis, les descriptions les plus poétiques et les faire suivre de considérations philosophiques de haute portée. En lisant certaines pages d'inspiration vraiment lyrique nous nous sommes parfois demandés si ce n'étaient pas des passages empruntés à Buffon ou à Bernardin de Saint-Pierre.

***

« Il y a plus de choses dans le ciel et sur la terre, Horatio, que dans toute ta philosophie. » fait dire à Hamlet Shakespeare. Cela est si vrai que c'est dans l'étude de la nature que surgissent les problèmes les plus angoissants et les plus difficiles qu'ait à résoudre l'Intelligence humaine. Mais il convient de se méfier de l'intelligence des philosophes qui, selon la belle expression de Bergson, font « de cette lanterne manœuvrée au fond d'un souterrain un soleil qui illuminerait le monde ».

Il est préférable dans l'examen de ces questions ardues de se laisser le plus longtemps possible guider par l'esprit positif du biologiste.

M. Louis Roule, avons-nous dit, envisage le *mystère de l'embryon*, après avoir décrit la formation des larves innombrables des poissons et leurs merveilleuses métamorphoses.

Les embryons des espèces les plus différentes, constate-t-il, ont pour origine une simple cellule, munie d'un noyau. Malgré l'identité apparente de leur structure au début et bien que le milieu où ils se développent soit le même, ces germes se diversifient d'une façon progressive, bien réglée, reproduisant dans leur développement les phases diverses de celui de leurs générateurs.

Les embryologistes, ou la plupart d'entre eux, se bornent à étudier les aspects et les structures des embryons, issus de ces germes, dans leurs détails et se bornent à les analyser et à les reconstituer (1). Cependant, il y a autre chose qui provoque et préside à cette évolution personnelle et diversificatrice de chaque embryon.

A côté de ces transformations sans nombre observées dans la nature, les métamorphoses de la Fable avec leurs fictions poétiques sont, en somme, bien peu de choses au point de vue merveilleux. Le répertoire des métamorphoses naturelles est inépuisable et l'évolution d'un embryon humain dans la matrice maternelle égale, si elle ne le dépasse, le développement des larves des poissons. Le point de départ paraît semblable, mais combien le but atteint est différent !

Les embryologistes ont étudié la constitution des œufs, la prédestination de certaines de leurs zones, les élaborations de forme et de composition qui s'y produisent et les conséquences possibles à l'égard du développement de l'embryon. Toutes les tentatives pour pénétrer le mystère de l'embryon ont échoué ; ce mystère est resté entier. On peut se rendre compte *comment* se produit la métamorphose, mais on ne saura jamais *pourquoi* elle se produit. Toujours, partout dans la nature, on constate des métamorphoses. Tous les embryons en subissent uniformément. Cette observation, qui ne souffre pas d'exception, est une base solide sur laquelle on peut faire reposer le problème. On a présumé autrefois que le germe, tel l'homunculus de Wagner dans Faust, contenait l'être avec toute sa structure complète infiniment réduite et qu'en se métamorphosant, en se développant, il ne faisait que s'amplifier. Mais il a été facile de constater qu'il n'en était rien et Buffon a donné une réponse à cette ques-

(1) Dr Louis ROULE. — Les Poissons et le monde vivant des Eaux. Tome Ve ; Larves et métamorphoses. Delagrave, édit., Paris, 1932.

(1) C'est le reproche que Bergson fait à Herbert Spencer qui, comme dans un jeu de patience, veut reconstituer l'évolution avec les débris de l'évolué.

*tion, réponse dont* jusqu'à ce jour on n'est pas sorti : C'est que tout germe contient dans sa substance, *à l'état virtuel*, en puissance, en potentiel vital, l'être qu'il doit façonner. Buffon appelait ce principe formant le « moule intérieur ». Puis, il émettait l'hypothèse que ce moule se composait de particules infinitésimales, de « molécules organiques », possédant la propriété de devenir des organes. Chaque germe aurait donc son moule personnel et son lot spécial de molécules organiques.

Après Buffon, les naturalistes ont surenchéri. Certains ont tiré de leurs observations des conséquences ingénieuses, parfois impressionnantes, mais qui ne s'appliquent qu'à des cas particuliers et ne peuvent se généraliser. La théorie y est beaucoup trop en avance sur les faits constatés.

D'ailleurs, à notre époque, il n'est pas de conception de l'esprit humain qui soit absolument nouvelle, et dans la théorie de Buffon, les molécules organiques rappellent étrangement les monades de la philosophie antique, reprises par Leibniz, et le moule intérieur transpose dans le mode vivant, en la précisant, la pensée de Spinoza sur la *nature naturante* et la *nature naturée*. Ce moule virtuel, inclus dans le germe, dépend évidemment de la puissance formatrice, invisible, immatérielle qui dirige l'univers. Emanation de la nature naturante, ce moule fonde la nature naturée en lui donnant la figure de l'être réalisé.

Dans ce phénomène, il y a deux choses distinctes : d'abord un fait vraisemblablement réel, observé dans une certaine mesure, c'est l'évolution de cette potentialité, contenue dans le germe ; ensuite une hypothèse qui est l'état même de cette potentialité qui nous échappe.

Le mystère de l'embryon peut être défini ainsi : sous quel état ce principe central et formatif se trouve-t-il inclus dans le germe pour aboutir aux conséquences que l'on constate ?

En admettant qu'il existe dans le germe des particules infinitésimales, chacune représentative de tous les détails des structures vitales, on ne résout pas le problème, on se borne à en transposer les termes et il en résulte la nécessité d'émettre de nouvelles hypothèses qu'il conviendrait encore de démontrer.

Mieux vaut s'en tenir là que de continuer à émettre indéfiniment de nouvelles fictions.

Cependant, la chimie biologique qui offre à la physiologie des aspects étrangement nouveaux, permet d'envisager autrement la question sans toutefois la résoudre. Il est actuellement démontré que des portions infimes de corps simples, métaux ou métalloïdes, peuvent modifier la constitution de la masse des tissus vivants et leur fonctionnement. Les sécrétions des glandes endocrines qui incorporent ces éléments minéraux à la trame colloïdale des tissus vivants, jouent encore, un rôle très important, et tout cela amène, soit le développement, soit la déchéance des organismes. Mais à côté de cette biochimie fonctionnelle qui règle strictement les échanges, il existe une biochimie formatrice, une bioplastie chimique qui crée la matière vivante avant de la faire fonctionner.

Il est certain que nous ne pouvons encore rien affirmer, mais nous pouvons émettre des présomptions qui peut-être approchent de la vérité.

Nous savons, d'une part, que les combinaisons atomiques qui forment les molécules des tissus vivants, offrent une complexité et une multiplicité considérables. D'autre part, nous savons que presque toutes les substances organiques ont une composition chimique déterminée. Il est vraisemblable que la bioplastie est liée à la biochimie, qu'elle en dépend, que toute structure a pour base une composition chimique ou mieux une association de compositions chimiques à elle propre, qui fonde d'abord sa constitution, puis son utilisation.

Ceci posé, demandons-nous : qu'est le germe à son début ? Une masse de matière vivante qui, avec certaines conditions caloriques, dans certains milieux, se transforme et se développe. Son métabolisme continue, il ne se borne pas à sa conservation, mais l'oblige à augmenter, à subir une différenciation organique, à devenir un embryon. Les générateurs de ce germe possédaient un chimisme déterminé qu'ils ont vraisemblablement transmis au germe. Ce chimisme du germe représenterait le « moule intérieur » de Buffon et ce serait par un enchaînement de réactions biochimiques que se produiraient les figurations bioplastiques de l'embryon.

Mais tout ceci n'est qu'une hypothèse, une vue mentale, sans doute trop ambitieuse, basée sur les théories physico-chimiques actuelles.

L'embryon garde son mystère, car on ne connaît pas la puissance capable de l'animer.

Toutefois, l'embryon reste le symbole du progrès, l'avenir lui appartient. Il est l'image du monde vivant qui, comme lui, se développe, se transforme, vise à un progrès constant au cours de la suite indéterminée du temps.

Dieu, dit Platon dans *Timée*, ne pouvant faire le Monde éternel, lui donna le Temps, « image mobile de l'Eternité », et Bergson, à qui nous em-

pruntons cette citation, constate, dans l'*Evolution créatrice*, que « la forme n'est qu'un instantané pris sur une transition », que l'illusion cinématographique nous donne la meilleure image du mécanisme de notre connaissance usuelle. La création n'apparaît plus comme continuée, mais comme continue. »

En cela consiste la philosophie de l'embryon. On pourrait assimiler le monde vivant à un immense embryon, et ses changements au cours des âges ne seraient que les figurations matérielles, successives mais continues, d'un seul et unique pouvoir permanent, complet et parfait. Son évolution serait en fait une illusion cinématographique que par rapport à nos facultés de connaître. « Le permanent construit le variant », conclut M. Roule.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### CLINIQUE UROLOGIQUE

HÔPITAL NECKER

### Les diverticules de la vessie (1)

Professeur LEGUEU

Le diverticule de la vessie est une poche adjacente à la vessie : cette poche est congénitale ou acquise, elle grandit au cours de la vie.

Le volume du diverticule peut être très variable ; dans certains cas il atteint celui de la vessie ou le dépasse même.

Son orifice de communication avec la vessie est plus ou moins large.

A la cystoscopie on peut voir sur la paroi vésicale un trou noir qui est l'orifice du diverticule ; dans certains cas on peut même y passer le cystoscope et explorer les parois de la cavité.

On ne voit jamais de diverticules à la partie supérieure de la vessie. Ils siègent de préférence à la face postérieure ou latérale de la vessie, ce qui complique considérablement l'opération lorsqu'on désire intervenir.

Dans certains cas, le diverticule siège au niveau de la face postérieure de la vessie, sur la ligne médiane : il rappelle alors une sorte de spina bifida, il forme une poche postérieure.

Ces diverticules postérieurs sont difficiles à reconnaître, leur ablation est compliquée et dans certains cas il vaut même mieux y renoncer.

Les diverticules se localisent donc toujours au niveau du segment inférieur de la vessie, leur volume augmente habituellement avec l'âge.

Du tissu cellulaire constitue la paroi de ces diverticules, tissu qui ne peut se contracter pour évacuer le liquide s'accumulant à l'intérieur du diverticule. L'urine peut donc facilement y stagner, elle n'est évacuée que par le trop plein.

La stagnation, la rétention d'urine dans la poche du diverticule y facilite la formation de calculs.

Autour du diverticule on voit avec fréquence de la péridiverticulite.

Lorsque l'uretère se trouve à l'intérieur de la poche on peut parler de vessie double, mais ces cas sont très rares.

Le calcul du diverticule reste enfermé dans la poche, ou, s'il n'est pas trop volumineux et si l'orifice de communication avec la vessie est assez large, le calcul peut être migrateur, il va de la vessie dans le diverticule et vice versa.

L'uretère se trouve souvent accolé à la face extérieure du diverticule, ce qui complique considérablement l'opération.

Un calcul diverticulaire peut facilement être confondu avec un calcul de l'uretère.

Le plus souvent les calculs diverticulaires ont une forme régulière, ils sont arrondis, leur surface est lisse, mais on a aussi pu voir des calculs irréguliers.

Le plus souvent le diverticule est unique ; cependant, dans quelques cas rares on peut observer une vessie dont la paroi est déformée par de nombreux diverticules plus ou moins volumineux.

Comment reconnaître l'existence d'un diverticule ?

Le diverticule n'a habituellement pas de manifestations personnelles, du moins tant qu'il reste peu volumineux.

Lorsque le diverticule est volumineux, il pré-

(1) Résumé de la leçon du 8 juin 1932.

sente, du point de vue clinique, un signe remarquable : la miction en deux temps, le malade vide d'abord sa vessie, puis, au bout d'un moment, il vide le diverticule ; quant à la miction elle-même, elle est tout à fait normale, et se fait sans aucun effort.

Dans certains cas, en présence d'un diverticule de la vessie, on observe une rétention complète d'urine, ce qui s'explique du fait que le diverticule plein comprime le col vésical et empêche l'évacuation de l'urine.

La rétention d'urine chez un sujet relativement jeune, chez un homme de 35 ans, par exemple, doit toujours éveiller l'idée du diverticule de la vessie.

Lorsque la cystoscopie était encore peu employée, on a pu observer des cas fort désagréables : on opère un malade, on lui fait une lithotritie, on enlève un ou plusieurs calculs et au bout de très peu de temps le malade présente un nouveau calcul, et ceci peut se reproduire à plusieurs reprises.

On fait une cystoscopie qui permet de découvrir au niveau de la paroi vésicale l'orifice d'un diverticule qui expulse, pour ainsi dire, des calculs dans la vessie.

Dans d'autres cas, un prostatique est opéré, on lui a fait une prostatectomie, le résultat de l'intervention n'est pas satisfaisant, les urines restent troubles, il continue à faire de la rétention, pourquoi ?

La cystoscopie dans ces cas montre bien souvent la présence d'un diverticule vésical. Mais il est alors difficile d'intervenir, car pour opérer un diverticule, il faut pour bien faire travailler sur des tissus sains et souples.

Le diverticule étant supposé, il faut le rechercher avec l'aide de la cystoscopie : cette dernière précise son existence et la localisation de son orifice, sans donner, toutefois, sa dimension.

L'orifice du diverticule se présente sur le fond rose de la vessie comme un trou noir, son bord est régulier, lisse, propre.

Mais la cystoscopie ne donne aucune précision sur le volume de la poche du diverticule.

Il faut alors avoir recours à la radiographie, ou plus exactement à la cystoradiographie ; remplissant la vessie d'un liquide opaque, on fait la radiographie.

Le diverticule est relié à la vessie par un pédicule qu'on voit à la radio ; si la poche est latérale on le voit plus facilement ; le pédicule peut être plus ou moins long.

La cystoradiographie montre les dimensions, la position et la relation du diverticule avec la vessie.

Les radiographies prises de face sont difficiles à interpréter, lorsqu'il s'agit d'un diverticule postérieur.

*Dans ces cas on peut remarquer parfois une* certaine irrégularité du contour de la vessie, ou encore une ombre accentuée au milieu de celle que donne la vessie elle-même.

On fait alors la radiographie de profil qui montre avec plus de netteté le diverticule.

On peut aussi observer sur l'écran le mécanisme de la miction en deux temps.

La vessie et le diverticule sont remplis d'un liquide opaque, on voit la vessie se vider, le diverticule reste rempli et forme une espèce de ballon suspendu au-dessus de la vessie vide. Au moment où la vessie se contracte pour évacuer le liquide, l'orifice du diverticule se trouve fermé ; lorsque la vessie se relâche, l'orifice s'ouvre à son tour et le diverticule se vide.

Quel est le traitement de ces diverticules de la vessie ?

En principe, tout diverticule devrait être opéré. Comment opérer ? Il existe trois méthodes d'intervention : 1° l'intervention intra-vésicale proposée par les Américains ; théoriquement c'est une jolie opération et d'exécution fort simple.

On ouvre la vessie, on introduit un appareil aspirateur dans l'orifice du diverticule et on aspire, le diverticule vient dans la vessie en se retournant comme un doigt de gant, alors il est tout aisé de le sectionner.

En théorie c'est simple, en pratique il n'en est pas ainsi. Le tissu du diverticule est plus ou moins souple, le diverticule est souvent entouré de péridiverticulite, donc pour l'aspirer, il faudrait utiliser un appareil extrêmement fort qui risquerait de produire des dégâts.

La deuxième méthode n'est plus à la page actuellement, c'est l'intervention par voie transpariétale.

On emploie actuellement une troisième méthode, par voie extra-vésicale. La vessie est décollée jusqu'à la saillie du diverticule ; la vessie étant pleine, on prend le diverticule avec une pince , on le décolle à son tour en entier ; la vessie doit alors être vide, on sectionne le pédicule ; la vessie n'est donc pas ouverte.

Cette opération est la plus simple.

Quels sont les diverticules qu'il faut opérer et quels sont ceux auxquels il est préférable de ne pas toucher ?

Chez les sujets jeunes, il faut intervenir. Chez les prostatiques âgés que faut-il faire ?

Chez les prostatiques âgés ayant eu antérieurement une prostatectomie il ne faudra pas intervenir, les conditions locales étant défavorables.

Chez les prostatiques jeunes, on doit opérer à condition toutefois de faire l'ablation du diverticule et la prostatectomie en même temps, ou bien en deux temps, mais alors il faudra toujours commencer par l'extirpation du diverticule, cette opération ne pouvant être faite qu'en tissus *neufs, solides et sains.*

# LA VITAMINE

## Agent de liaison cosmique

Par le Dr Albert VEILLARD, de Meung-sur-Loire (Loiret).

Dans le *Concours Médical* du 8 février 1931, j'exposais mes idées sur la nature et le rôle des vitamines ; j'arrivais à cette conclusion : *Les vitamines sont de véritables accumulateurs d'énergies électro-magnétiques d'origine solaire.* Enfin, je montrais la probabilité de l'importance des plantes et des algues dans la captation des électrons négatifs ou ions émanés du soleil.

Par quel mécanisme s'opère la sélection des différents rayons solaires ? Comment s'accumulent et se répartissent ensuite les ions entre les divers atomes et les molécules des organismes vivants ? C'est ce que j'ai l'intention de développer aujourd'hui.

Je jetterai ensuite un coup d'œil d'ensemble sur la symbiose générale de tous les organismes de l'Univers qui ne peuvent vivre les uns sans les autres, tout microbe, toute plante, tout animal jouant un rôle spécial dans chacune des phases des fonctions vitaminiques.

### Comment les végétaux et les algues fixent les énergies d'origine solaire.

Le soleil est une masse de corps simples (métaux, métalloïdes) portés à une très haute température. De façon constante ces corps émettent des rayons doués de propriétés caloriques, lumineuses, magnétiques, électriques, chimiques. En réalité, tout cela se confond en une seule et même énergie soumise aux lois de la radio-activité.

D'après mon hypothèse de la vitamine que j'estime être une énergie émise par le soleil, les rayons solaires qui nous parviennent ne seraient pas de simples vibrations. Il n'y aurait pas seulement « vent d'éther », ainsi qu'il a été écrit, mais bien présence d'un corpuscule matériel, véritable projectile parti du soleil. Il y a « *materia* », et non pure sensation visuelle par déplacement ou ébranlement du milieu ambiant.

Ces projectiles sont constitués par les ions négatifs détachés des atomes existant dans le soleil ; ces atomes se composent tout à la fois d'ions positifs ou protons qui en forment le centre et d'ions négatifs périphériques, séparés du noyau. Ces derniers seuls nous parviennent et nous verrons plus loin les conséquences de cette émission d'ions purement négatifs dans l'évolution des organismes situés sur les planètes.

Comme je l'indiquais dans mon article précédent, ces projectiles émis par le soleil ont moins d'un trillionième de millimètre et sont d'un poids correspondant ; c'est dire que des corpuscules d'une telle petitesse et d'une telle légèreté n'impressionnent pas nos sens.

N'en est-il pas d'ailleurs de même de la vitesse de la lumière à raison de 300.000 kilomètres à la seconde, de la poussée formidable de l'air qui nous entoure, et de maints autres phénomènes auxquels notre organisme est soumis sans qu'il en éprouve la moindre sensation?

Et cependant, les ions existent, ils sont d'une petitesse inconcevable, voilà ce qu'aujourd'hui la science démontre avec expérimentation à l'appui.

Les rayons du soleil arrivant à la surface de la terre ont une action sur les corps qu'ils rencontrent, mais je veux d'abord insister sur le rôle des plantes et des algues qui, toutes, deviennent de véritables réservoirs des énergies qui leur parviennent par les rayons solaires.

### Démonstrations expérimentales de l'action de la chlorophylle et des pigments sur la réception et la sélection des rayons solaires. — Vitamines et ultra-violets

On a pu dire que le rôle de la chlorophylle dans l'assimilation carbonée était colossale. Ce rôle n'est pas moindre dans la formation des vitamines, réceptrices de la force électro-magnétique solaire qui sera répartie entre les plantes, les animaux et le sous-sol où doivent germer les graines. Sans la vitamine, pas de vie possible sur le globe terrestre ; et sa force électro-magnétique, la vitamine la reçoit des rayons du soleil.

Dès l'année 1877, Timiriazeff utilise les faisceaux lumineux au moyen du prisme pour l'étude de la matière verte des plantes. « Si la lumière solaire traverse une feuille verte ou une solution alcoolique concentrée de chlorophylle avant de tomber sur un prisme, on remarque sur l'écran la disparition d'une partie des couleurs du spectre. A leur place se trouvent des bandes noires dont la disposition est caractéristique pour la chlorophylle. Une solution moyennement concentrée fournit quatre bandes d'absorption noires, dont l'une, très étendue, située un peu en deçà de la raie F du spectre solaire se poursuit jusque dans l'ultra-violet. Mais la bande que l'on peut qualifier de caractéristique est située entre les raies B et C du spectre solaire, c'est-à-dire dans la région

orangée et dans le commencement de celle du jaune (Gustave André. Chimie végétale, t. I, page 132).

Et plus loin, dans le même ouvrage de Gustave André, nous lisons, page 418 : « Toutefois, dans le spectre des feuilles vivantes, toutes les bandes sont reculées du côté de l'extrémité rouge du spectre. Ce *décalage* des bandes d'absorption pourrait être expliqué de la façon suivante : ou bien le spectre que fournit la feuille vivante serait celui de la chlorophylle solide, ou bien la chlorophylle serait, dans la feuille, en dissolution dans un solvant à grand pouvoir dispersif. »

Edmond Becquerel (1874) a mis en évidence le rôle de sensibilisateur que joue le grain chlorophyllien sur les plaques photographiques.

Toutes ces expériences ont été effectuées pour démontrer l'importance thermique et chimique des diverses parties du spectre après leur passage par la chlorophylle.

Des travaux plus récents d'Everest et Hall (1921), de Jonesco (1922) ont fait connaître le rôle de certains dérivés phénolés, entre autres de la flavone, dans la constitution des feuilles vertes des essences caduques. La flavone jouit de la propriété d'absorber les rayons ultra-violets de la lumière solaire et de protéger ainsi le protoplasma vivant contre l'action nuisible des rayons lumineux. Toutes les plantes qui se développent sous un fort éclairement sont riches en flavone (Gustave André. Chimie végétale, page 437).

De ces diverses expérimentations, on peut conclure :

1° Que la chlorophylle absorbe une partie des rayons visibles du spectre solaire à partir du rouge, à l'exclusion de l'infra-rouge ;

2° Que, dans certaines plantes, la flavone s'oppose, elle aussi, à la pénétration de l'infra-rouge et des ultra-violets ;

3° Que la propriété sensibilisatrice sur la plaque photographique que possède la chlorophylle lui vient évidemment des rayons bleus et violets qu'elle a absorbés dans les rayons solaires ;

Et, par analogie, 4° que tous les atomes, venant du sol, passent d'abord sous l'écran chlorophyllien, avant de remplir leur rôle dans les différentes parties de la plante, s'y chargent de la force électro-magnétique émanée des ondes solaires, à l'exclusion des rayons infra-rouges.

### Vitamines, sels et ferments métalliques. Leur mise au point par les rayons solaires.

Que les rayons violets d'origine solaire soient captés et emmagasinés par les feuilles végétales, grâce à la chlorophylle, cela est aujourd'hui de science courante ; l'expérimentation peut facilement le démontrer.

Ces expérimentations de date déjà ancienne éclaircissent donc certains points du problème du spectre solaire de la chlorophylle ; elles nous indiquent que les plantes sont à l'abri des ondes de l'infra-rouge et, par contre, qu'à l'autre extrémité du spectre visible, dans le violet et une partie de l'ultra-violet, elles sont pénétrées par les rayons dits chimiques.

C'est ainsi que la chlorophylle jouit de la propriété d'impressionner les plaques photographiques. Suivant une expression que Foveau de Courmelles aime à rappeler, il y a *intégration* de la lumière solaire dans certains tissus animaux et végétaux et cette lumière *intégrée* manifeste parfois sa présence longtemps après sa pénétration.

Grâce à cette double propriété, mise à l'abri des rayons infra-rouges d'une part et emmagasinement des rayons violets d'autre part, les plantes ne sont pas brûlées malgré les ardeurs du soleil ; même par les plus grandes chaleurs, elles ne perdent pas leur eau de constitution et conservent une fraîcheur relative ; les rayons violets absorbés contribuent puissamment à la puissance du métabolisme des éléments chimiques de toutes les plantes.

Mais les rayons violets et ultra-violets sont-ils les seuls rayons du spectre qui jouissent d'un pouvoir de réaction chimique ? Je vais démontrer que chaque rayon de longueur d'onde déterminée dans le spectre visible possède également un pouvoir de réaction sur l'élément minéral correspondant à une même longueur d'onde.

La science évolue ; depuis Becquerel, la spectroscopie a fait d'immenses progrès, et je crois intéressant de faire part des réflexions qui m'ont été suggérées par l'examen du spectre d'absorption de la chlorophylle en mettant à profit les connaissances fournies dans ces dernières années par l'étude des longueurs d'onde du spectre et des ondes hertziennes.

Examinons un spectre solaire et cherchons ce que deviennent les rayons lumineux visibles qui en même temps que les rayons invisibles chimiques, ont pénétré dans la feuille.

Le spectre visible représente une bien faible proportion des radiations émises par le soleil.

*C'est l'étude de cet espace restreint du spectre qui va nous donner la clé de l'origine des vitamines.*

Ce spectre compris entre la limite de l'infra-rouge d'un côté et le violet extrême de l'autre ne représente guère qu'un centième de la totalité des octaves du spectre.

Rappelons les couleurs du spectre : violet, indigo, bleu, vert, jaune, orangé, rouge. Sa partie la plus lumineuse est située dans le jaune, au niveau de la lettre D, et la plus sombre dans le violet. D'un autre côté, remarquons que la majorité des raies du spectre se trouve entre les lettres A et H et correspond, pour la plus grande

partie, aux raies spectrales, que nous allons rencontrer dans les plantes et les animaux.

Si nous partons de la lettre A à la limite du rouge et de l'infra-rouge, nous constatons à cette extrême limite une bande très nette. De A à B, le spectre reprend son apect normal, mais de B à C, nouvelle bande, très large, qui existe toujours et est regardée comme *tout à fait caractéristique du spectre chlorophyllien.* Au niveau de la lettre D, nouvelle bande, moins large ; un peu en deçà de E, encore une bande ; enfin, un peu avant F, une obscurité qui se prolonge jusqu'à l'extrémité du spectre visible, de F à H et au delà.

Nous savons aussi que, dans la partie orangée existe la portion la plus lumineuse, et que de F à H et au delà se trouvent les rayons les plus actifs pour les réactions chimiques.

Quelle est la signification de toutes ces bandes ?

Il est aujourd'hui classique d'admettre que les corps absorbent dans toute lumière qui les traverse les radiations qu'ils sont eux-mêmes capables d'émettre.

Nous pouvons donc dès maintenant conclure que la chlorophylle renferme les corps correspondant aux parties obscures observées dans son spectre solaire, et, inversement, que les rayons solaires contiennent les corpuscules qui donnent naissance aux bandes, raies ou lignes observées dans le spectre solaire de la chlorophylle.

L'obscurité siégeant à la ligne A, à la limite de l'infra-rouge, serait causée, d'après Sommerfeld, par les acides chlorhydrique, bromhydrique, fluorhydrique, cyanhydrique et par la vapeur d'eau. Le chlore, le brome, le fluor, certains composés d'azote, d'hydrogène et d'oxygène existeraient donc tant dans les rayons solaires que dans la chlorophylle.

De la lettre A à la lettre F se trouvent les bandes, raies ou lignes correspondant aux corps minéraux qui entrent dans la composition des organismes végétaux ou animaux du globe terrestre (soude, fer, magnésium, calcium, aluminium, manganèse, etc.). Après la lettre F, nous entrons dans le violet dont les rayons sont absorbés par la chlorophylle ; nous savons aussi que la chlorophylle se laisse pénétrer par des rayons au delà de G, dans l'ultra-violet, puisqu'elle réduit les sels d'argent, dans la zone invisilble du spectre.

Mais pourquoi ce décalage général, et ces groupes en tas, en groupes obscurs, mais séparés par des intervalles très clairs ?

Ne serait-ce pas parce que les rayons solaires, parvenus dans le milieu chlorophyllien, cesseraient brusquement d'être sous l'influence de l'énergie solaire ; la force d'émission solaire serait annihilée par la force d'attraction de la pesanteur terrestre ; l'ion d'origine solaire passerait d'une vie solaire à une vie terrestre ; l'électron négatif arraché à un atome solaire et projeté dans l'espace est recueilli par la chlorophylle des plantes et des algues, et ainsi vient à faire partie de l'orbite d'un atome terrestre.

Tous les corpuscules électroniques émis par le soleil et venant à faire partie de la masse d'une cellule chlorophyllienne se groupent suivant leur longueur d'onde et vont rejoindre les atomes correspondant à cette longueur d'onde et privés d'une partie de leurs ions orbitaires ; d'ions solaires, ils deviennent satellites d'un atome terrestre. Dès lors chacun de ces atomes a récupéré ses ions négatifs, et ayant ses ions au grand complet, il va désormais redevenir apte à remplir son rôle d'agent vitaminique dans le régime des plantes et des animaux qui se nourriront de ces dernières.

*Les feuilles des plantes et les algues sont munies d'un écran qui sélectionne les rayons solaires.*

La chlorophylle est impénétrable aux rayons infra-rouges ; par contre, elle laisse entrer et absorbe la plupart des rayons de la zone visible et quelques violets et même ultra-violets.

Que conclure de cette constatation ? La chlorophylle serait-elle donc munie d'un écran qui ferait un triage parmi les rayons solaires, admettant les uns, faisant obstacle aux autres ?

Cet écran existe sûrement, car, d'une part, dans la disposition du spectre chlorophyllien, nous pouvons vérifier tous les effets d'un écran, et, d'autre part, l'analyse chimique nous montre dans les feuilles et dans les algues, l'existence de corps minéraux entrant habituellement dans la construction des écrans dont on se sert journellement dans nos laboratoires de radiologie.

Le fluor, des sels de zinc, de nickel, de silicium, de tungstène sont employés dans ce but, et les végétaux renferment des traces de ces corps chimiques principalement dans les feuilles.

Le fluor se trouve toujours dans les feuilles et les algues à une dose qui n'est pas moindre de 4 à 14 milligrammes par 100 grammes de feuilles sèches ; les bourgeons, les écorces, les tiges sont, par contre, très pauvres en cet élément (G. André). De là, on peut conclure que le fluor doit jouer un très grand rôle dans le fonctionnement de la feuille et j'ajouterai dans celui de la chlorophylle, vis-à-vis des rayons solaires.

La radioscopie ne nous révèle pas moins de 9 raies de fluorure de silicium dans le spectre ; l'étude de ce corps présente donc une grande importance dans le sujet qui nous occupe.

Le zinc, le cadmium, à dose infinitésimale sont rigoureusement nécessaires pour le développement des plantes.

Le silicium est peu abondant dans la feuille ; par contre, il constitue une partie notable des tiges des arbres et des graminées qu'il protège des

rayons solaires, permettant ainsi la libre circulation de la sève qu'il met à l'abri de l'évaporation et de la dessication.

Tous ces corps jouent-ils le rôle d'écrans ? Le fluor n'agirait-il pas par la rapidité avec laquelle, il perd ses ions ? Il faciliterait, ainsi, en se combinant avec d'autres corps, la répartition des divers éléments, et multiplierait les énergies vitaminiques.

Les uns réfléchissent la lumière, d'autres la réfractent ; ainsi s'établit un équilibre indispensable des forces électro-magnétiques.

J'estime que tous ces corps, dont l'utilité jusqu'ici avait été difficile à expliquer, ont à remplir une fonction de premier ordre dans la réception, le triage, l'emmagasinement des forces cosmiques. Dans l'organisation actuelle de l'univers, sans eux ces phénomènes seraient impossibles ; c'est dire que la vitamine n'existerait pas, par conséquent qu'il n'y aurait ni plantes, ni animaux sur la terre.

#### Chlorophylle des enveloppes des graines.

Les enveloppes vertes des graines renferm nt, elles aussi, de la chlorophylle qui joue son rôle habituel dans la captation des ions émis par le soleil. On peut soupçonner que la constitution de cette chlorophylle doit être différente quelque peu de celle des feuilles, en rapport avec les ions qu'elle reçoit ; le calcium, le magnésium, le phosphore prédominent, les proportions des éléments se modifient suivant l'état de maturité de la graine et la pigmentation de l'enveloppe. Les graines ont donc des vitamines spéciales en rapport avec les rayons solaires emmagasinés sous l'écran de la chlorophylle.

#### Spectre solaire des algues marines.

Les algues vertes ont un spectre chlorophyllien sensiblement analogue à celui des feuilles vertes des plantes terrestres, mais beaucoup d'algues marines possèdent une couleur bleu, verdâtre, vert rougeâtre et souvent même franchement rouge ou rosée qui laisse supposer que le spectre tend vers l'infra-rouge. Outre la chlorophylle, ces algues renferment des pigments jaunes ou rouges (carotine, xanthophylle, érythrophylle).

Nous avons vu précédemment que, dans la partie du spectre attenant à l'infra-rouge se trouve une large bande correspondant aux acides chlorhydrique, iodhydrique, cyanhydrique, fluorhydrique ; pas loin de là, à la lettre D, la double raie du sodium. L'iode, le brome, le fluor, le chlorure de sodium se trouvent toujours en abondance dans les algues marines et chez les animaux marins qui s'en nourrissent.

L'observation directe confirme donc encore de ce côté ma théorie que la richesse en vitamines des plantes et animaux marins provient du fort ensoleillement auquel ce milieu est exposé ; les algues et les plantes marines où se forment ces vitamines, d'une part, et le plancton, les poissons, les mollusques, les crustacés qui s'en nourrissent ou se dévorent entre eux, d'autre part, sont les organismes du globe les plus riches en ces vitamines spéciales dont l'iode, le brome, le fluor, le sodium constituent la caractéristique.

(*A suivre*).

---

## SECOURS ET SOINS A DONNER AUX ASPHYXIÉS

Par le Dr J. Maronneaud, de La Rochelle

Président de la Commission médicale de la Fédération française de Natation et de Sauvetage.

Profitant des loisirs d'un dimanche de garde, je lisais les journaux médicaux que la marée biquotidienne du facteur m'apporte et que j'empile sur un coin de table.

J'eus ainsi l'occasion de lire un article du Dr Duchesne, sur l'organisation des soins réclamés par les noyés.

Pratiquant la natation sportive, président de la Commission médicale de la Fédération française de natation et de sauvetage, je me suis depuis plusieurs années attaché à cette question.

Il est remarquable en effet de constater combien sont précaires les soins que reçoivent en général les asphyxiés, les noyés, les électrocutés. Ces différentes catégories d'accidentés demandent les mêmes soins : la respiration artificielle est à la base de la thérapeutique qu'il convient de leur appliquer. Malheureusement, le plus souvent, on utilise dans ce but des méthodes anciennes et peu efficaces.

La méthode Schäfer, qui n'est plus discutée dans les milieux compétents, est trop peu connue pour le plus grand dommage de ceux qui pourraient en bénéficier. Chaque année, je puis constater que la généralité des cas d'asphyxie qui viennent à ma connaissance n'ont reçu que des soins insuffisants. L'exemple rapporté par la *Presse Marocaine* vient après beaucoup d'autres confirmer ce que je sais trop bien depuis longtemps. J'ai même dans ma mémoire plusieurs exemples de cas où des gens informés de la précellence de la méthode de Schäfer, et ayant voulu l'appliquer sur des noyés se sont vus obligés de ne pas insister sous peine de subir un mauvais parti de la part de personnes en train d'agir avec plus de bonne volonté que de savoir.

La dernière en date s'est passée il y a un mois environ à Saint-Nazaire : là, un médecin était présent ! ! ! C'est un comble !

Tout asphyxié devrait pouvoir bénéficier au plus tôt de la respiration artificielle, méthode Schäfer. Contrairement au blessé qui doit dans le plus bref délai être conduit à l'hôpital pour y subir, dans les meilleures conditions, les soins nécessaires, l'asphyxié doit être soigné sur les lieux mêmes de l'accident. Les inconvénients du retard dans la mise en œuvre des premiers soins l'emportent de beaucoup sur les maigres avantages des soins donnés à l'hôpital.

Le premier but d'une organisation rationnelle des secours à donner aux asphyxiés sera donc de répandre encore et toujours la connaissance de la méthode Schäfer.

La Fédération française de natation et de sauvetage et les Hospitaliers et Sauveteurs bretons s'y emploient de leur mieux — ainsi cette année, dans ma région, nous avons fait trois manifestations : Niort, Saintes, Saint-Nazaire — mais la tâche est si vaste que les progrès sont lents.

Pourquoi dans les écoles ne prévoit-on pas, au cours des séances d'éducation physique, un quart d'heure tous les trimestres pour l'enseigner ?

Mais la respiration artificielle peut être pratiquée plus facilement au moyen d'appareils ; elle peut être rendue plus efficace si on fait respirer à l'asphyxié mieux que de l'air contenant seulement 1/5e d'oxygène. D'autre part, d'autres moyens thérapeutiques peuvent être mis en œuvre : ils nécessitent une instrumentation et des produits pharmaceutiques que le médecin appelé ou rencontré n'aura pu se procurer. Et pourtant, le temps presse. C'est pourquoi, pendant que l'asphyxié commence à bénéficier des manœuvres de Schäfer faites manuellement, on appellera le *Poste de secours mobile pour asphyxie.*

Ce Poste se trouvera naturellement dans un endroit tel que le plus bref délai se passe entre l'appel à lui et sa mise en route vers le sinistré : remise de la voiture d'ambulance municipale, Poste de prompts secours, Poste de pompiers.

De quoi se composera-t-il ?

Voici la nomenclature de celui que j'ai présenté à la Commission médicale du Congrès de sauvetage de La Fédération française de natation et de sauvetage, tenu à Nice en juin 1931. Il s'inspire de la parfaite organisation des secours aux asphyxiés prévue dans le corps des sapeurs-pompiers de Paris et mise au point par le médecin colonel Cot. En y ajoutant quelques idées personnelles, je l'ai adapté aux conditions matérielles des villes de province ne pouvant se permettre d'avoir comme Paris un piquet de garde spécialisé.

1° Deux couvertures de laine et un peignoir en molleton.

2° Un appareil de respiration artificielle, soit celui du Dr Panis (145, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris), soit celui du Dr Chéron (Maison Spengler, 16, rue de l'Odéon, Paris).

3° Le masque à oxygénation de Legendre et Nicloux (Spengler).

4° 10 m³ d'oxygène ou, mieux, de carbogène (95 % d'oxygène + 5 % d'acide carbonique, — (Oxhydrique française, 25, rue Béranger, Malaffoff-Seine.)

5° Une boîte scellée contenant : un ouvre-bouche, une pince à langue, un gant de crin, 500 gr. d'alcool camphré, un flacon de sel anglais, le mode d'emploi suivant :

*a*) Débarrasser le sinistré de ses vêtements ;

*b*) Lui ouvrir la bouche avec l'ouvre-bouche ;

*c*) Prendre la langue avec la pince et l'attirer à l'extérieur ;

*d*) Le recouvrir des couvertures préalablement chauffées si possible, après l'avoir installé sur l'appareil à respiration artificielle ;

*e*) Mettre en marche l'appareil ;

*f*) Mettre le masque oxygénateur ;

*g*) Régler le débit de l'obus à gaz de telle sorte qu'au cours des mouvements d'aspiration, le sac se vide incomplètement et se gonfle modérément au cours de l'expiration ;

*h*) Frictionner le corps au gant de crin et à l'alcool camphré ;

*i*) Mettre des compresses d'eau très chaude sur la nuque.

6° Une deuxième caissette également scellée avec l'inscription « Ne doit être ouverte que par un médecin » comprenant : un bistouri, des ciseaux, un nécessaire à agrafe de Michel, une seringue de Luer de 5 c.c. avec ses aiguilles, deux aiguilles à ponction lombaire, un tube de Mayo (tout cela stérile), une pince de Péan, un tube de caoutchouc comme lien, un bassin réniforme, un verre gradué de 500 c.c., bandes de gaze de 7 cm., gaze et coton hydrophile stériles, ampoules d'huile éthéro-camphrée, de camphre aqueux ou coramine, de lobéline, de strychnine, d'atropine, d'adrénaline, et une notice :

*Se rendre compte si le sinistré est un asphyxié cyanosé ou un inhibé aux téguments pâles.*

| Asphyxiés | Inhibés |
|---|---|
| Mettre le tube de Mayo. | |
| abondante saignée de 600 à 800 c.c. | installer l'appareil de respiration artificielle de telle sorte que le patient ait la tête basse. |
| piqûres de camphre aqueux ou de coramine intra-veineuse si pouls perceptible, sinon intracardiaque. | |
| Ponction lombaire | |
| avec soustraction | sans soustraction |
| de liquide | |

et injection intrarachidienne de lobéline
injection sous-cutanée d'atropine et de strychnine,
injection intraveineuse d'adrénaline

Les sauveteurs utilisent tous les appareils selon les indications, sauf la boîte médicale réservée au médecin qui à son arrivée, prend la direction des soins et agit pour le mieux avec les renseignements qu'il trouve dans la caissette qui lui est destinée.

A combien revient une pareille organisation ? elle ne doit pas dépasser 4.000 francs Il m'est difficile de donner une chiffre exact car, dans ce prix, doivent entrer le montant des transports naturellement variable avec la distance séparant Paris, lieu de fabrication des différents appareils et le lieu de l'organisation.

Je suis persuadé qu'en parcourant les différents chapitre du budget de bien des communes, on trouverait cette somme utilisée pour des affaires bien moins utiles.

A ma connaissance, aucune ville sauf Paris ne possède une organisation similaire. Et cependant, que de vie humaines seraient sauvées si ces moyens étaient plus répandus ?

Voilà, je crois, ce que notre confrère de Casablanca devra montrer au rédacteur de la *Presse Marocaine*. Ce dernier pourra alors insister d'utile façon auprès de sa municipalité pour en demander l'organisation.

## CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

### des moyens de rendre efficace la prophylaxie de la tuberculose à l'école

D'après les travaux des Drs Piéchaud et Chantegreil (1), du Dr Aumont (2) et ceux du Dr J. Caussimon (3).

#### I

#### L'état actuel

« La prophylaxie de la tuberculose à l'école devrait être un des éléments essentiels de la lutte antituberculeuse ». En fait, depuis quelques années, on attache une importance de plus en plus grande à la recherche des cas de tuberculose latente chez l'écolier, et l'on a reconnu que l'inspection médicale scolaire était une arme extrêmement efficace de la lutte antituberculeuse.

Dans la plupart des pays voisins, des lois sociales ont été votées, qui obligent l'inspection médicale des écoles, tout comme la déclaration de la maladie. En France, il n'existe à ce sujet qu'un projet de loi Herriot (14 février 1928) ; tous les textes de lois précédents, disent MM. Piéchaud et Chantegreil, invitent, mais n'obligent pas les départements et les communes à réaliser l'inspection médicale des écoles. L'on peut constater aujourd'hui que dans les campagnes et dans certaines villes, *surtout en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose*, l'inspection scolaire n'est qu'à l'état d'embryon. Certaines villes cependant, il faut le reconnaître, l'ont instituée d'une façon effective et sérieuse.

Toutefois, il est très rare que le médecin scolaire, le plus vigilant et le plus averti, puisse s'appliquer, ainsi qu'il convient, à la recherche de la tuberculose latente chez l'écolier ; ses moyens d'étude sont tout à fait insuffisants, surtout en matériel technique. « Si le médecin se borne à passer une ou deux visites par an, au cours desquelles chaque enfant est examiné en un minimum de temps, l'inspection médicale reste un simple mot ». Or, d'après les règlements d'inspection scolaire, tels qu'ils sont établis un peu partout dans notre pays, l'examen médical de l'écolier se fonde sur l'examen clinique et sur l'établissement d'un carnet scolaire, avec fiche individuelle tenue par une infirmière scolaire, qui doit servir de liaison entre les médecins scolaires et les familles. Pratiquement, le médecin scolaire n'est souvent pas spécialisé dans sa fonction, et n'a pas le temps de s'y consacrer utilement. La fiche sanitaire du carnet individuel est rarement complète ; en effet, il est difficile, pour une infirmière scolaire, d'obtenir des renseignements sur les familles de chaque écolier, car celle-ci ne trouve pas toujours le bon vouloir des parents. Souvent aussi, la liaison n'existe pas en trel'infirmière scolaire et le dispensaire antituberculeux.

Enfin, *il manque les moyens d'investigation plus complets venus de la radiologie et du laboratoire.*

(1) Drs Piéchaud et Chantegreil. — Démonstration de la tuberculose pulmonaire latente de l'enfant à l'âge scolaire. (*Le Journal Médical Français*, avril 1932.)

Drs G. Piéchaud et Chantegreil. — Le tubage gastrique, procédé de recherches du crachat tuberculeux dégluti par l'enfant. (*Ibid.*)

(2) Dr Aumont. — L'examen radiologique dans l'inspection médicale scolaire. (*Ibid.*)

(3) Dr Caussimon. — Ce que donne le tubage gastrique chez l'enfant dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*)

L'insuffisance de ces mesures est d'autant plus regrettable que l'obligation de fréquenter la classe jusqu'à treize ans met, jusqu'à cet âge, toute l'enfance du pays à la disposition de ceux qui veulent l'étudier, voire la transformer. Or, « l'examen médical périodique, bien conçu et bien appliqué, est une mesure capable d'effectuer une économie de 75 p. 100 de morbidité ».

## II

### L'examen radiologique doit donc être étroitement associé à l'examen clinique

L'examen radiologique, pour qu'il soit efficace, doit être *systématique*, « faute de quoi de nombreux tuberculeux restent encore ignorés. C'est, par conséquent, une erreur de ne soumettre à un examen que les enfants, dont l'état général paraît déficient. Le diagnostic clinique n'est possible que dans les cas, extrêmement rares, d'infiltration massive, ou de tumeur ganglionnaire importante. Dans l'immense majorité des cas, c'est l'examen radiologique, avec ses deux modalités : *radioscopie et radiographie*, chacune présentant ses avantages et ses inconvénients, qui permet d'affirmer la présence de lésions, parenchymateuses ou ganglionnaires, tuberculeuses. Encore, faut-il exercer une critique sévère des cas observés, basée sur un sens clinique averti et une grande expérience radiologique ».

D'autre part, la radiologie peut redresser des erreurs cliniques. Ainsi, MM. Piéchaud et Chantegreil ont pu voir à la radioscopie, parmi les enfants déclarés atteints d'adénopathie trachéo-bronchique, douze garçons qui leur paraissaient à eux-mêmes des plus suspects ; eh bien, pour six seulement, l'examen radioscopique a confirmé l'examen clinique. Pour les autres d'ailleurs, aux examens suivants, aucune suspicion de tuberculose n'a pu être retenue.

Cependant, le Docteur Aumont pose le principe général fort judicieux, qu'il ne faut demander à l'*examen radioscopique* que ce qu'il peut donner, c'est-à-dire à la fois beaucoup et très peu. Clinique, d'abord ! Il faut s'interdire en radioscopie pulmonaire toutes les descriptions minutieuses et compliquées. Ce mode d'examen doit être simple et rapide.

On étudie d'abord les fenêtres apicales, leur clarté et leur illumination à la toux ; ne pas oublier que beaucoup de sommets paraissent gris à cause de la constitution osseuse et musculaire.

On voit ensuite le jeu costal dans la respiration normale et dans la respiration forcée, puis les sinus costo-diaphragmatique et cardio-diaphragmatique, le médiastin postérieur.

Quant aux ombres hilaires, on se rappellera que ces ombres sont les images des artères pulmonaires, que les ganglions ne se voient généralement pas ; on tiendra compte des grosses ombres hilaires à contours flous, qui effacent dans les différentes positions l'espace clair inter-vasculo-cardiaque. L'examen des plages pulmonaires sera simple et rapide ; les détails précis sur les images pathologiques du parenchyme pulmonaire sont du domaine de la *radiographie*.

L'examen clinique aura permis de classer les enfants en trois groupes :

1° Enfants en bon état de santé apparent, les uns à cuti-réaction négative, les autres à cuti-réaction positive (ces derniers deviennent de plus en plus nombreux à mesure que les enfants sont plus âgés).

2° Enfants malingres ou suspects.

3° Enfants malades, ceux-ci seront aussitôt éliminés de l'école et renvoyés à leur médecin, qui les traitera individuellement.

Seront dispensés de l'*examen radiographique* les enfants considérés comme bien portants et chez lesquels la radioscopie aura révélé une image thoracique tout à fait normale.

Cependant, si les ombres hilaires sont plus ou moins augmentées de volume, avec des contours flous et arborescents ; si l'espace inter-vasculo-cardiaque est partiellement ou totalement effacé, et cela dans les différentes positions données à l'enfant ; si la clarté de l'ensemble de la plage pulmonaire est diminuée ; si le jeu costal ou diaphragmatique est notablement réduit, on soumettra d'emblée l'enfant à un examen radiographique complet.

On radiographiera, par contre, aussitôt les suspects (cliniquement), même si la radioscopie n'a rien révélé d'anormal.

## III

### Le laboratoire viendra au secours de la clinique et de la radiologie

L'examen radiologique, même associé à la clinique, ne peut permettre qu'un triage. En général, l'enfant qui ne paraît pas absolument normal à l'auscultation et à la radiologie doit être soumis aux examens de laboratoire.

Sans doute, doit-on admettre la possibilité de la tuberculose fermée, c'est-à-dire l'existence d'une période plus ou moins longue suivant les cas, durant laquelle la tuberculose peut demeurer en vase clos, sans aucune communication avec les voies aériennes. Cependant, le diagnostic devant entraîner des mesures pratiques, indi-

viduelles et sociales, on doit faire tout effort pour obtenir la *preuve bactériologique*, qui enlèvera tous les doutes.

Lorsque l'enfant crache, ce qui est rare, il suffira de multiplier les examens et les inoculations. Mais, pratiquement, on peut considérer que les enfants ne crachent pas, et qu'ils avalent, plus ou moins consciemment, les produits de sécrétions bronchiques.

Deux procédés existent pour découvrir alors les bacilles : la recherche du bacille de Koch dans les selles ; sa recherche dans les produits du tubage gastrique.

Nous possédons d'excellentes méthodes pour le dépistage dans les selles ; mais cette recherche suppose une émission bactérienne assez abondante et continue ; et, malgré la multiplicité des examens, l'échantillon, sur lequel on opère, est forcément réduit ; par conséquent, il risque de contenir peu ou pas de bacilles.

On préfère donc actuellement le *tubage gastrique* chez l'enfant.

Le lavage est pratiqué à jeun, un peu après le réveil, juste après les premières secousses de toux matinales. On se sert d'une sonde d'Einhorn, d'une seringue en verre stérile de 20 c. c., et de 80 à 100 c. c. d'eau stérilisée, ou d'eau légèrement bouillie tiède. Quand le tube est bien huilé, et que l'opération est bien conduite au doigt, la bouche largement ouverte, l'isthme pharyngien est vite franchi ; un trait de repérage marqué sur la sonde permet de se rendre compte du passage dans l'estomac. On y adapte alors la seringue remplie d'eau tiède, et on élève le tube le plus haut possible au niveau de la tête de l'enfant. On introduit ainsi deux ou trois fois 20 c.c. d'eau bouillie. Celle-ci, après avoir lavé l'estomac est rapidement extraite par siphonage, ou avec une légère aspiration. Si on a la chance d'obtenir des sécrétions bronchiques assez nettes, on se débarrasse du liquide, pour faire seulement passer ces sécrétions dans les boîtes de Pétri. Sinon, on recueille simplement les éléments suspects. Mieux vaut, cependant, opérer dans ces conditions sur la totalité du liquide, ou sur sa partie la plus suspecte. Il sera bon de laisser le liquide prélevé à l'étuve pendant deux ou trois jours pour obtenir un enrichissement. Le liquide sera ensuite homogénéisé.

Les lames sont colorées par la méthode de Ziehl ; il est recommandé de les examiner avec la plus grande patience.

La constatation d'éléments bacillaires nets sur les lames doit emporter la conviction ; on pourra demander une confirmation par l'inoculation au cobaye, à condition d'opérer sur le même échantillon.

Lorsque sur des lames on rencontre des granulations acido- et alcoolo-résistantes à défaut d'éléments bacillaires, il ne faut pas se hâter de conclure à un résultat négatif ; il faut renouveler les examens et faire pratiquer une inoculation au cobaye. D'ailleurs les résultats négatifs doivent toujours être renouvelés avant de conclure à l'intégrité du sujet.

MM. Piéchaud et Chantegreil, pour démontrer l'importance du tubage gastrique dans le dépistage de la tuberculose, rapportent qu'ils ont examiné par cette méthode, cent enfants paraissant suspects en raison :

1° De leur vie dans un *milieu*, actuellement ou déjà contaminé ;

2° D'une cuti-réaction positive ;

3° D'un examen radiologique montrant une hilite, avec ou sans expansion péri-bronchique.

Ils ont eu : dix-huit résultats positifs à l'examen direct, et quatre résultats positifs après homogénéisation.

Les résultats négatifs comprenaient : huit enfants présentant pourtant des signes cliniques et radiologiques, qui pouvaient faire suspecter la tuberculose latente et apparemment fermée ; soixante-dix, pour lesquels les soupçons n'étaient pas fondés, ainsi que le démontra ultérieurement l'évolution, ou plutôt la régression des petits signes, qui avaient été observés.

## IV

### Enfin, la liaison avec un dispensaire antituberculeux sera indispensable pour l'examen radiologique, et les recherches de laboratoire

Il ne peut, en effet, être question de faire à l'école ces investigations, déjà un peu spéciales, et surtout coûteuses. La création de dispensaires scolaires réaliserait au mieux la liaison entre les familles, les médecins scolaires et les médecins traitants.

A Paris, tout enfant présentant un soupçon de tuberculose est adressé au Dispensaire d'hygiène sociale, avec lequel le médecin scolaire est en relation ; l'élève peut être conduit par sa mère ou par l'assistante. Dans certains groupes, on organise des séances spéciales pour les enfants des écoles ; le médecin du dispensaire fait connaître au médecin scolaire, dans le plus bref délai, le résultat des examens pratiqués sur les enfants signalés : examens radiologiques, laryngologiques et bactériologiques. Il lui fait, en outre, des propositions de placement s'il en est besoin.

***

CE QU'IL FAUT RETENIR : c'est qu'à présent les moyens, dont nous disposons pour dépister la tuberculose à l'école sont, la plupart du temps, insuffisamment organisés. A l'examen clinique, doivent être associées, les recherches de la radiologie et celles du laboratoire, et cela grâce au secours du dispensaire antituberculeux. C'est là, le seul moyen de sendre efficace l'œuvre sociale de la lutte contre la tuberculose.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

**Les opérations ostéoplastiques sur la hanche. Indications et résultats éloignés (arthrodèses, butées, ostéotomies, résections, opérations reconstructives, pratiquées depuis 1926.)**

Les interventions chirurgicales sur l'articulation de la hanche se pratiquent actuellement avec de plus en plus de fréquence, et il est certain que toutes ces opérations articulaires constituent un des apports nouveaux de la chirurgie actuelle. Ces interventions paraissent aujourd'hui comme un des traitements à conseiller dans bien des lésions, mais l'accord est loin d'être fait entre la valeur des différentes méthodes. Le Docteur Raphaël MASSART, dont l'expérience dans cette chirurgie est déjà longue, précise les indications des diverses techniques, et il appuie ses arguments sur l'étude qu'il a pu faire de ses résultats personnels.

Avant tout il importe de savoir que la pratique de cette chirurgie, pour être simple, nécessite cependant un matériel un peu spécial, dont on ne peut se passer et qui ne s'improvise pas : table orthopédique immobilisant complètement le malade ; instrumentation spéciale, etc.

Le bon résultat final dépend essentiellement d'une juste indication opératoire : il faut fixer avant tout le but que l'on se propose.

A. Opérations ayant pour but la suppression absolue des mouvements. Pour supprimer complètement la mobilité d'une articulation aussi mobile que la hanche, il faut y être poussé par une nécessité absolue. Ainsi, l'arthrodèse de la hanche n'est pas à proposer pour une coxalgie en évolution, pour une arthrite chronique douloureuse. Mais on est autorisé à ankyloser la hanche systématiquement quand, pratiquement, il existe déjà une ankylose fibreuse, ou une telle limitation des mouvements que l'utilisation de l'articulation coxo-fémorale est à peu près inutile. C'est un cas qu'on observe avec le plus de fréquence au cours de l'évolution des coxalgies ; ainsi s'expliquent les bons résultats obtenus dans des cas bien choisis. Pour que l'arthrodèse réalise une bonne ankylose chirurgicale, il faut que déjà l'articulation ait perdu sa mobilité, mais que les surfaces restent bien *coaptées*, sans tendance au mouvement excessif ou à la subluxation ; l'usure et les destructions osseuses ne doivent pas être telles que l'articulation soit devenue relâchée et ballante. L'opération ankylosante apparaît ainsi comme la réalisation plus rapide d'un processus qui aurait mis des mois ou des années à s'affirmer, au risque constant de déviations ou de positions vicieuses.

Exceptionnellement, on pourra faire l'arthrodèse, après avoir bien étudié ses avantages réels et ses dangers, dans certaines coxalgies prolongées, pour mettre un terme à une évolution interminable, entrecoupée de récidives. Même observation pour certaines arthrites chroniques douloureuses, peu déformantes, où les os sont peu usés, où l'interligne articulaire a disparu, où les mouvements ont une faible amplitude. Les arthrites infectieuses, et plus spécialement certaines coxites gonococciques seront améliorées par l'arthrodèse, si l'on n'attend pas trop pour la réaliser. De même pour certaines arthrites à forme de carie sèche douloureuse à l'appui et gênant la marche.

Il y a contre-indication pour la hanche ballante paralytique, surtout que d'autres articulations sont également devenues mobiles ; l'arthrodèse est ici pleine d'aléas.

Le résultat éloigné, c'est-à-dire la marche, est très supérieur chez le sujet jeune, qui compense son ankylose et la gêne qu'elle provoque avec le jeu de ses articulations sacro-lombaires et sacro-iliaques.

B. Opérations devant limiter les mouvements trop étendus de la tête fémorale. Le type de la lésion, avec laxité exagérée de la capsule, est la luxation congénitale non appuyée, observée pendant la croissance, alors qu'elle n'est pas encore douloureuse. On réalise l'appui du bassin sur le fémur, soit en créant un toit artificiel au-dessus de la tête fémorale (quand la luxation réduite ne reste pas maintenue, ou quand elle ne peut être réduite), soit en rapprochant du bassin, pour qu'elle y trouve un appui, toute l'extrémité supérieure du fémur sectionnée et basculée par ostéotomie. Cette dernière réalise l'appui idéal du fémur sur le bassin, à moins que la tête soit flot-

tante du fait de l'atrophie des muscles fessiers et pelvi-trochantériens, ou du fait d'une capsule ballante.

Ces diverses interventions ont été pratiquées par l'auteur, un assez grand nombre de fois, soit pour des hanches luxées, trop mobiles et indolores, soit pour des hanches luxées, dont l'appui devenait insuffisant, douloureux, et évoluait vers une arthrite chronique, compromettant la mobilité articulaire.

Le bon résultat dépend beaucoup des soins post-opératoires, et le massage des muscles fessiers ; la mobilisation précoce et progressive, l'hydrothérapie chaude sont des facteurs de succès.

C. Opérations ayant pour but de calmer les phénomènes douloureux.

Il faut limiter le problème et s'assurer que c'est bien à la coxo-fémorale qu'est le siège principal des phénomènes douloureux, car, à côté des lésions coxo-fémorales, on décèle avec une fréquence, de plus en plus grande, des arthrites sacro-iliaques, et des arthrites sacro-lombaires. Dans ces conditions, le cas est mauvais à opérer.

L'activité opératoire doit être réservée pour les lésions à siège uniquement coxo-fémoral, pour celles où l'examen radiographique montre des altérations certaines, et qui, cliniquement, se traduisent : ou bien seulement par une marche pénible ; ou bien par une marche pénible et un appui douloureux ; ou enfin par des crises douloureuses rendant la marche et l'appui impossibles. Le meilleur moment pour intervenir est celui où la marche commence à devenir difficile. Il faut essayer de conserver une mobilité articulaire relative ; l'ankylose pourra cependant être recherchée dans certaines lésions bilatérales particulièrement importantes, pour lesquelles il importe d'assurer un bon appui au moins d'un côté.

Les opérations les plus couramment pratiquées se partagent, suivant les cas, entre les ostéotomies, les butées, les arthrodèses ; mais ces opérations comportent des modifications de technique du fait de l'âge, et aussi des déformations apportées par l'arthrite aux surfaces articulaires.

D. Opérations reconstructives pour rétablir le mouvement physiologique. Celles-ci peuvent : 1° rétablir dans leur forme les surfaces osseuses, c'est le cas des déformations consécutives aux coxa-vara, aux fractures du col du fémur, aux insuffisances du toit cotyloïdien : 2° refaire entièrement une articulation en remodelant des surfaces articulaires et en rétablissant leur contact après interposition d'une membrane vivante.

Toutes ces opérations ostéoplastiques, faites par l'auteur en ces six dernières années, n'ont été suivies d'aucune complication grave, hémorragique ou infectieuse. Aucun cas de mort ; tous les opérés vivent au contraire une vie améliorée par l'opération : d'aucuns énormément, les coxalgiques, les luxés congénitaux ; d'autres médiocrement, les sujets atteints d'arthrites déformantes.

Les contre-indications sont tirées de l'âge ou de l'état général : dans le premier cas, l'élimination est sans appel ; dans l'autre, le cas peut se révéler opérable à un examen ultérieur.

L'orthopédie, ne l'oublions jamais, est une longue patience (*Bulletins et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris* ; 20 mai 1932.)

**Ce qu'on peut attendre de la chirurgie dans le traitement du cancer du rectum.**

Le Docteur Desmarest n'envisage, du point de vue pratique, que les résultats après les opérations d'amputations rectales pour cancer. La question se pose de la façon suivante. En présence d'un cancer du rectum (anal, ampullaire, ou recto-sigmoïdien), le chirurgien a-t-il le droit aujourd'hui de considérer l'anus iliaque comme le seul traitement, ou a-t-il le devoir d'attaquer et d'enlever la lésion néoplasique ? Autrement dit, le risque que font courir aux malades les larges ablations du rectum sont-ils compensés par les survies obtenues ?

Il se dégage de la discussion des membres de la Société de gastro-entérologie un premier fait : c'est la conviction profonde que le cancer du rectum peut être guéri chirurgicalement. Les résultats apportés à cette Société, et analysés par l'auteur, en sont la preuve irréfutable. En conclusion, il rappelle que :

1° Sauf pour les cancers du canal anal, cancers pavimenteux, qui peuvent être guéris par les applications de radium, les cancers du rectum peuvent être guéris par la chirurgie. Les nombreux cas de survie, dépassant cinq années, qui ont été publiés, en sont la preuve .

2° Les résultats de la chirurgie du cancer du rectum seront d'autant plus satisfaisants que : les chirurgiens opéreront les malades plus précocement ; qu'ils s'attaqueront à des tumeurs mobiles ou relativement peu adhérentes ; qu'ils enlèveront plus largement et l'intestin et les tissus péri-rectaux.

Les chirurgiens, s'aidant d'une anesthésie non choquante, n'entreprendront une amputation périnéale ou abdomino-périnéale que chez des malades dont l'état général, étudié en particulier par la courbe de la pression artérielle, sera assez satisfaisant pour que ceux-ci résistent et au choc opératoire, et aux complications post-opératoires qui pourront survenir. (*Paris Médical,* 12 mars 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### La section des brides pleurales dans le pneumothorax artificiel.

(MM. Léon Bernard et F. Triboulet. — *Académie de médecine* ; 5-7-1932.)

La section des adhérences pleurales, au cours du pneumothorax artificiel, a été tentée et réalisée par Jacobœus, en 1912, et par Hervé, en France, en 1913. Depuis, cette intervention a été mise en œuvre un peu partout, à l'étranger surtout.

L'opération de Jacobœus-Hervé, dit M. Léon Bernard, se justifie par la fréquence avec laquelle des adhérences pleurales viennent compromettre l'action du pneumothorax artificiel. Ces adhérences, qui siègent en regard des lésions pulmonaires les ayant provoquées, peuvent souvent être supprimées de manière radicale. Les perfectionnements de la technique, l'utilisation des courants diathermiques ont rendu cette opération, plus simple et plus pratique.

MM. Léon Bernard et Triboulet ont fait, depuis 1929, chez leurs malades de l'hôpital Laënnec, 93 sections d'adhérences pleurales. Pour décider de l'opération, la radiographie fournira des renseignements utiles, mais elle reste insuffisante. La pleuroscopie est le moyen d'investigation qui donnera les renseignements les plus précis et fixera l'indication opératoire.

Quand et dans quelles circonstances convient-il d'opérer les brides pleurales ? Dans un pneumothorax artificiel, la persistance des bacilles dans les crachats incitera à faire un cliché radiographique et une pleuroscopie. D'une façon générale, ajoute M. Léon Bernard, on interviendra après un délai variant de trois à six mois, délai parfois plus court, parfois plus long. Les contre-indications sont rares (état local aigu) et les résultats généralement favorables.

### Valeur de l'expiration et de l'inspiration dans le jeu respiratoire.

(M. Marcille. — *Académie de médecine* ; 5-7-1932.)

M. Marcille a constaté expérimentalement une poussée de l'air respiratoire trois fois plus forte pour l'expiration que pour l'inspiration. Il en résulte, dit l'auteur, des notions non concordantes avec les conceptions classiques et dont on aura avantage à tenir compte, en diverses circonstances.

### Parasitisme intestinal et pyréthrines.

(MM. Anglade et Gaudin. — *Académie de médecine* ; 5-7-1932.)

MM. Anglade et Gaudin relatent trois observations de malades atteints de troubles relevant de parasitisme intestinal méconnu (crises dyspnéiques, accidents gastro-intestinaux), qui ont guéri après administration de pyréthrines. Les auteurs ajoutent que cette médication par les pyréthrines est totalement inoffensive et ne leur a jamais donné le plus léger accident, même dans la première enfance. De plus, elle est remarquablement efficace, employée sous la forme de granulé kératinisé.

### Dyspepsies par longues suppurations antérieures et guéries.

(M. J. Paviot. — *Académie de médecine* ; 5-7-1932.)

Chez de grands blessés ayant eu de longues suppurations, M. Paviot a observé des troubles dyspeptiques, à type hyperacide, accompagnés de symptômes généraux (lassitude, céphalée...), d'origine gastrique. Il y aurait en pareil cas une participation hépatique et des phénomènes anaphylactiques (tenant aux résorptions antérieures de pus, d'albumines étrangères). La thérapeutique uniquement gastrique demeure insuffisante. M. Paviot recommande le traitement antichoc, et, en particulier, le chlorure de calcium.

### Brucella melitensis et brucella abortus.

(M. J. Lignières. — *Académie de médecine* ; 5-7-32.)

Depuis les travaux d'Alice Evans, en 1918, on connaît l'identité des caractères morphologiques et biologiques des agents de la fièvre méditerranéenne (Br. *melitensis*, isolé par Bruce en 1887), et de l'avortement épizootique (bacille de Bang, découvert par ce savant en 1896).

Une question se pose : cette identité de caractères correspondait-elle à une identité des deux germes ? Certains auteurs le pensent et il en résulterait une interférence complète entre les deux maladies, fièvre méditerranéenne et avortement épidémique de la vache, d'où la nécessité de mesures prophylactiques communes.

M. Lignières, toutefois, tout en affirmant l'existence d'une parenté étroite entre le Br. melitensis et le Br. abortus, estime que le premier est la cause majeure de la fièvre ondulante et doit être considéré comme beaucoup plus dangereux pour l'espèce humaine que le second. A son avis, les efforts sanitaires doivent surtout se concentrer contre le Br. melitensis.

### Vaccination anti-diphtérique dans la population scolaire d'une grande ville.

(M. P. Poulain. — *Académie de médecine* ; 5-7-32.)

M. Poulain présente la statistique et les résultats

de la vaccination anti diphtérique qui a été pratiquée depuis 1929 dans la population scolaire de la ville de Saint-Etienne. Utilisant des moyens simples de propagande (conférences, articles de presse...) il a obtenu la vaccination de 70 % des enfants des écoles. Avec la dose de 30 unités anatoxiques habituelle, le nombre des cas de diphtérie et surtout leur gravité ont été considérablement atténués. Avec 40 unités (en trois ou quatre injections), la morbidité a pratiquement disparu.

**Présence du virus tuberculeux dans le liquide amniotique.**

(MM. Brindeau, Cartier et Pongin. — *Académie de médecine* ; 21-6-1932.)

Les auteurs ont pu déceler, dans le liquide amniotique de quatre femmes tuberculeuses enceintes, la présence du virus tuberculeux. Celui-ci a pu être caractérisé par l'inoculation et également une fois par l'examen direct qui a montré des bacilles de Koch.

**La digestion des farines chez les nourrissons.**

(MM. Armand-Delille, Bespaloff et Lestocquoy. — *Académie de médecine* ; 21-6-1932.)

M. Armand-Delille a fait une série de recherches sur la capacité de digestion des farines par les nourrissons. Il a basé son appréciation sur la présence ou l'absence de l'amidon dans les selles, après ingestion de farines.

Il signale d'abord une précaution qui, non observée, serait une cause d'erreur. Pour rendre l'amidon attaquable par les ferments digestifs, il faut une cuisson d'au moins trente minutes à feu direct. Ses essais ont uniquement porté sur la bouillie cuite dans ces conditions. Il a vu, alors, que, chez le nourrisson sain, au-dessous de six mois, la digestion des farineux est toujours insuffisante ; chez le nourrisson malade, au-dessous de six mois, elle est nulle ; chez le nourrisson malade ou sain au-dessus de six mois, elle est généralement satisfaisante. Il existe, d'ailleurs, une certaine variabilité, individuelle, et d'un moment à l'autre.

Comme conclusion : éviter l'usage des farines chez le nourrisson avant six mois, sauf dans les cas de dyspepsie au lait de vache et dans les cas de sténose pylorique où la farine agit seulement comme épaississant. Contrôler la faculté de digestion du nourrisson de moins de six mois à l'égard des farines avant de donner celles-ci.

P. L.

**Le carotène ; nouvelles recherches expérimentales.**

(MM. Léon Binet et Ungor. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-4-1932.)

Actuellement, il n'est plus possible d'opposer les pigments des végétaux et les pigments des animaux. L'organisme animal peut édifier la molécule d'hémoglobine en partant des pigments végétaux. La chlorophylle n'offre pas seulement un intérêt considérable du fait de la photosynthèse qu'elle assure. Elle peut constituer, chez les animaux qui l'ingèrent, un agent hématopoïétique sérieux.

Le carotène est un autre pigment végétal ; c'est un carbure d'hydrogène non saturé. En pratique, on l'extrait des carottes. Ce pigment tire son intérêt des relations étroites, qui l'unissent à la vitamine A. Le carotène (coloré) n'est pas la vitamine A (incolore). Mais le carotène semble bien être la provitamine A.

Le carotène, ingéré par les animaux, exerce sans conteste un pouvoir de croissance.

On a démontré, d'une façon indiscutable, la présence du carotène dans le corps jaune de l'ovaire et dans la glande surrénale.

Pigment végétal, banal par sa diffusion, le carotène présente un pouvoir de croissance et un pouvoir hématopoïétique. Il subit, dans l'organisme qui l'ingère, des transformations de la part de deux organes principaux : le foie l'arrête et le transforme en vitamine A ; le poumon joue énergiquement sur lui, et semble pouvoir le détruire par oxydation.

**Traitement de la diphtérie.**

(M. Jules Comby. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-4-1932.)

De récents travaux ont mis au point la question de l'efficacité et de la posologie du sérum dans le traitement de la diphtérie. L'auteur résume brièvement la sérothérapie antidiphtérique, telle que la clinique la lui a enseignée.

Le sérum antitoxique de l'Institut Pasteur (sérum de E. Roux) n'a pas changé, il est efficace aujourd'hui comme hier. Ce qui a changé ; ces dernières années, c'est la diphtérie, dont la malignité s'affirme moins rare que par le passé.

Les diphtéries malignes se montrant rebelles à la sérothérapie classique, on a espéré en triompher par l'augmentation et la répétition des doses. Mais, les doses massives, plus dangereuses que les doses raisonnables, n'ont pas mieux réussi que ces dernières.

Il faut donc en revenir aux doses raisonnables, fortes sans exagération dans les formes graves ou tardivement traitées, modérées dans les formes ordinaires : 10 c. c. à 20 c. c. chez les nourrissons de un à deux ans ; 20 c. c. à 40 c. c. au-dessus de cet âge

Une dose unique et assez forte (20 c. c. sous la peau, 20 c. c. dans les muscles) peut convenir à certains cas ; le plus souvent, se guidant sur l'état de la gorge, on sera conduit à répéter les doses deux ou trois fois, injectant 80 à 100 c. c. en tout pour le nettoyage complet des parties malades.

La répétition des doses de sérum ancien ou purifié, dit actuellement sérum concentré, s'impose dans le traitement des paralysies diphtériques tardives.

Pour la sérothérapie préventive chez les personnes de l'entourage du malade, et quel que soit leur âge, l'emploi du sérum concentré en ampoules de 3 c. c.

environ (1.000 unités) offre toute sécurité ; il expose beaucoup moins aux accidents toxiques que le sérum ancien, et à coup sûr les atténue.

TRAITEMENT LOCAL DE L'ANGINE DIPHTÉRIQUE. — Bien que le traitement local de l'angine diphtérique ait été justement relégué au second plan par la sérothérapie, il peut quelquefois jouer le rôle d'adjuvant dans la thérapeutique antidiphtérique. Les attouchements et badigeonnages sont à écarter ; les irrigations de solutions plus ou moins antiseptiques, d'eau de Labarraque à 5 p. 100, ne sont pas nuisibles, mais leur efficacité est bien restreinte. En revanche, dans les gorges sales, encombrées de mucosités et de débris gênants ou malodorants, le siphon d'eau de Seltz possède une réelle utilité, que le Docteur Labruhe avait révélée, il y a environ vingt ans. Adaptant au bec du siphon un fragment de 8 à 10 centimètres de tube en caoutchouc ou de sonde molle de Nélaton, on applique cet appendice sur le dos de la langue, et l'on fait partir l'eau de Seltz à plein jet dans la bouche. Répétant cette manœuvre pendant quelques minutes plusieurs fois par jour, on obtient un *grand soulagement* et une *détersion parfaite* du fond de la gorge. L'eau gazeuse à forte pression va partout sans douleur, anesthésie même la muqueuse, diminue le spasme pharyngé et nettoie merveilleusement les amygdales, le palais, le pharynx et le cavum.

Ce procédé, applicable à toutes les angines graves, n'est pas assez connu et il mérite d'autant plus de l'être qu'il ne connaît pas de contre-indication.

**Bacillurie tuberculeuse et tuberculose rénale.**

(MM. LE FUR et LAMIAUD. — *Soc. de Méd. de Paris*, 23-4-1932.)

La bacillurie tuberculeuse avec ou sans leucocytose et abuminurie, est toujours un phénomène pathologique. Elle constitue une des premières manifestations de la tuberculose rénale, car elle indique non seulement une imprégnation tuberculeuse de l'organisme, mais aussi nécessairement, une rupture en un point du filtre rénal, avec lésion minime de l'épithélium rénal. Cette lésion peut se cicatriser complètement, et la bacillurie disparaître, avec *restitutio ad integrum* du filtre rénal ; ou bien, elle peut persister avec apparition de pyurie qui devient intermittente, puis permanente, et conduire ainsi à la tuberculose rénale confirmée.

On conçoit toute l'importance de ces données pour la thérapeutique, car la guérison de la tuberculose rénale, à la période de bacillurie et de minimes lésions rénales, peut être facilement obtenue par un traitement médical et vaccinothérapique, alors qu'en cas de lésions caséeuses nettement constituées, s'accompagnant d'une diminution importante de la fonction rénale, et surtout se compliquant de cystite, la néphrectomie devient nécessaire. G. F.

# Les Congrès

## XVIIIe Congrès d'hygiène

*(Suite et fin)* (1)

**La collaboration des institutions d'Assurances sociales et de l'Organisation d'hygiène. Ce qu'elle doit être et comment on peut la réaliser pratiquement.** — Le professeur J. PARISOT (Nancy) a déjà montré la nécessité qu'une étroite collaboration soit établie entre les institutions d'Assurances sociales et l'Organisation d'hygiène. Il a réalisé pratiquement cette collaboration dans le cadre départemental (département de Meurthe-et-Moselle) dès la fin de l'année 1932 par un contrat tripartite établi entre l'Office d'hygiène sociale qu'il dirige, l'Union des caisses du département et l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle. M. Parisot souligne l'intérêt et l'importance de l'intervention du corps médical dans un tel contrat : sa collaboration (indispensable à la vitalité et au large développement de la médecine sociale, manifestée depuis dix années de façon progressivement active en Meurthe-et-Moselle, où le taux des consultants des dispensaires envoyés par leurs médecins atteint 80 à 90 p. 100 de leur totalité, est assurée ainsi de façon précise, effective et durable, toute cause de conflit étant définitivement écartée.

Les caractéristiques principales de cette entente sont les suivantes ;

*a.* Tous les dispensaires d'hygiène sociale existants ou à créer (sections de lutte antituberculeuse, antivénérienne, de protection maternelle et infantile) sont ouverts gratuitement à tous les assurés sociaux, leur fonctionnement se faisant suivant l'accord préalable entre l'Office et le Syndicat médical ;

*b.* L'Office d'hygiène sociale intervient par l'intermédiaire de ses dispensaires et de ses infirmières visiteuses dans le contrôle des assurés, envoyés dans les établissements de cure ou de prévention, en cures libres ou repos à la campagne, etc., des consultations prénatales et du service des prestations de l'assurance-maternité, des primes d'allaitement, et, d'une façon générale, des assurés malades au point de vue des conditions d'hygiène dans lesquelles ils se trouvent placés. Il apporte dans des condi-

(1) V. *Concours Médical*, n° 34.

tions bien réglées son concours au contrôle médical exercé par le Syndicat.

*c*. En regard de ces services, les Caisses d'assurances donnent à l'Office d'hygiène sociale une somme de 2 francs par semestre et par assuré.

*d*. Un comité de collaboration est institué pour rechercher et mettre en œuvre dans le cadre départemental les meilleurs moyens de développer l'organisation de la protection de la santé des assurés et pour mener une action de propagande et d'éducation hygiénique. Ce Comité groupe des représentants mandatés de l'Union des caisses, de l'Office d'hygiène sociale, de l'Association syndicale des médecins, des organisations d'assistance hospitalière et de bienfaisance, des fonctionnaires des services départementaux intéressés.

L'action de ce comité de collaboration doit être extrêmement importante. Déjà réuni chaque mois à plusieurs reprises, il a envisagé et réglé une série de points intéressants concernant en particulier les modalités du contrôle et de la surveillance de la maternité, la création de centres de diagnostic et de prévention représentant le type du centre d'hygiène polyvalent, en particulier dans les régions rurales, celle de maisons de repos et de convalescence, toutes ces organisations devant être créées par l'Office d'hygiène sociale avec la collaboration des institutions d'assurances.

Cette entente conduit également à une politique d'hygiène sociale dans laquelle les Assurances sociales gardent intacte leur autonomie, collaborent à l'action commune en recevant une part d'intervention et de direction correspondant à leur contribution financière et aux larges masses d'assurés qu'elles protègent, sans que pour cela leurs efforts puissent dispenser les Pouvoirs publics et collectivités de la contribution qui, normalement, leur incombe.

Ce contrat tripartite est le premier réalisé en France sous cette forme. M. Parisot fait remarquer qu'il y a erreur à conclure des contrats *univalents*, c'est-à-dire visant exclusivement ou la lutte antituberculeuse ou la lutte antivénérienne, et qu'il est logique au contraire d'envisager de façon pratique cette collaboration dans le cadre général de l'hygiène et de la médecine préventive.

**Le rôle des Assurances sociales dans l'organisation technique et administrative de la protection de la santé publique,** par le Dr Mallard. — Certains hygiénistes de peu d'expérience ont pensé que la loi sur les Assurances sociales pouvait non seulement servir de base à l'organisation technique et administrative de la protection de la santé publique, mais suffire à elle seule à remplacer notre charte périmée de l'hygiène nationale.

C'est dans un esprit de collaboration essentielle, et non de substitution, que doit être conçue notre future législation sanitaire nationale actuellement à l'étude.

**Remarque sur le rôle des Assurances sociales dans la lutte contre la tuberculose**, par le Dr Boulanger, inspecteur départemental d'hygiène. — La loi des Assurances sociales prévoit l'admission des tuberculeux dans les divers établissements de cure, aux frais des caisses.

L'examen de ce qui fonctionne à cet égard dans les départements recouvrés conduit à formuler un certain nombre de vœux à l'adresse des caisses d'assurances en matière de lutte contre la tuberculose : triage précis des malades, dépistage précoce des tuberculeux, octroi de cures sanatoriales suffisamment prolongées pour être efficaces et, d'autre part, participation à la préservation et à la prophylaxie de la tuberculose par des cures préventives, cures marines, cures solaires, colonies de vacances, écoles de plein air et analogues ; œuvre de prophylaxie complétant le rôle d'assistance et susceptible d'alléger ultérieurement celui-ci.

**Protection du nourrisson,** par Mme E. Fould-Halphen. — L'auteur constate avec regret que la mère n'est secourue que si elle amène son enfant aux consultations de nourrissons deux fois par mois pendant neuf mois. Or, l'œuvre de la Protection du nourrisson, comme beaucoup de ses pareilles, tient à surveiller les nourrissons jusqu'à deux ans et même deux ans et demi. Le carnet de santé est donc indispensable.

**L'organisation collective des « Donneurs de santé » dans le cadre des Assurances sociales, par le Dr G. Cuvier,** directeur du laboratoire de biologie clinique, de Bordeaux. — L'auteur entend par « donneurs de santé », tous ceux qui, à un titre quelconque, donnent une portion de leur propre substance à un de leurs semblables, dans un but thérapeutique. Il passe en revue ces catégories : donneurs de sang (pur ou pour immuno-transfusion), sérum de convalescents, lait maternel, fragments d'organes (pour greffes), produits pathologiques même (néoplasmes pour l'obtention d'extraits de tumeurs, par la méthode des Drs Cuvier et Carrère).

Il y a là un ensemble de méthodes thérapeutiques, qui exigent une large organisation sur le terrain social.

**La vaccination antidiphtérique.** — Une commission a examiné les résultats provenant : d'une part, d'essais comparatifs de vaccination effectués d'après le programme établi lors d'une réunion préalable (en juillet 1929 à Paris) ; d'autre part, de nombreux documents rassemblés au cours de ces dernières années.

Les résolutions suivantes ont été adoptées par la conférence d'experts réunie à Londres en juin 1931, en matière d'immunisation contre la diphtérie.

1. La vaccination contre la diphtérie provoque une diminution importante de la mortalité et de la

morbidité parmi les enfants vaccinés dans de bonnes conditions, avec des vaccins efficaces ;

2. Les réactions observées parfois après l'injection de vaccins antidiphtériques ne sont pas redoutables et ne doivent pas entraver la propagande en faveur de la vaccination des enfants, y compris les tuberculeux, et ne doivent pas empêcher non plus de choisir le vaccin le plus actif.

3. D'une façon générale et se plaçant sur le terrain clinique, il semble bien que l'efficacité de la vaccination puisse s'appuyer sur le virage de la réaction de Schick.

4. En se basant sur les chiffres concernant la morbidité, et sur le pourcentage des réactions de Schick devenues négatives après les immunisations, et sur un certain nombre de titrages de l'antitoxine dans le sang des sujets vaccinés, on peut conclure que l'anatoxine est le plus efficace de tous les antigènes qui ont fait l'objet de cette étude comparative, à savoir : mélanges de toxine-antitoxine et anatoxine, et doit être recommandée à présent.

5. Les essais cliniques, soumis à l'étude de la conférence, indiquent que pour autant qu'on a pu le déterminer jusqu'ici, le pouvoir immunisant de l'anatoxine chez l'homme paraît être en liaison avec la teneur antigénique mesurée par la floculation.

6. La voie d'introduction recommandée est la *voie sous-cutanée*. La voie nasale, dans le cas d'impossibilité d'employer la voie sous-cutanée, peut être utilisée. La voie cutanée n'a pas donné de résultats favorables.

7. La vaccination doit comprendre trois injections On peut espérer que dans l'avenir l'emploi d'un antigène plus actif permettra de procéder à la vaccination avec deux, ou même peut-être avec une injection.

8. Les intervalles recommandés entre les injections sont de trois semaines entre la première et la deuxième injection, et au moins de deux semaines entre la deuxième et la troisième.

9. Il n'est pas nécessaire de pratiquer de réaction de Schick avant la vaccination. Toutefois, il y a intérêt à procéder à la réaction de Schick avant et après la vaccination chez un certain nombre de sujets pour contrôler la valeur de la méthode de vaccination employée.

10. La vaccination contre la diphtérie est recommandable dès la période pré-scolaire, à partir de la fin de la première année.

11. Lorsque les enfants n'ont pas été vaccinés durant la période pré-scolaire, ils seront vaccinés dès la première année où ils fréquenteront l'école.

Il est recommandé aux œuvres et administrations qui recueillent des enfants (colonies de vacances, préventoriums, sanatoriums, etc.) d'exiger à la fois des enfants et du personnel un certificat de vaccination contre la diphtérie, ou un certificat déclarant que la réaction de Schick est négative.

12. La vaccination est recommandée pour les infirmières des hôpitaux, asiles, dispensaires, sanatoria, écoles, etc. ainsi que pour le personnel des hôpitaux.

13. La vaccination est recommandée même en période d'épidémie, et aussi chez les enfants qui ont été en contact avec des malades, aucun document ne montrant jusqu'à présent l'existence d'une phase négative.

14. La vaccination antidiphtérique doit être l'objet d'une propagande active de la part des administrations d'hygiène des différents pays pour éclairer le public sur les avantages de cette méthode de protection de la santé publique.

**Assurances sociales et hygiène**, par le Dr DEQUIDT, inspecteur général au ministère de l'Intérieur, conseiller technique sanitaire des Assurances sociales. — Un *service technique* a été constitué au ministère du Travail avec la mission de chercher les meilleures solutions aux problèmes *médico-sociaux*, que pose l'application de la loi. Ce service, en liaison avec l'administration du ministère de la Santé publique, collaborera avec les services d'hygiène et les fonctionnaires chargés sur l'ensemble du territoire de la protection de la santé publique.

Il envisage notamment, dans le sens déjà précisé par la circulaire ministérielle du 28 juillet dernier, sur la prévention dans le cadre des Assurances sociales, la création, en plein accord avec la confédération des syndicats médicaux, de centres de diagnostic et le développement des institutions d'hygiène sociale.

# Les Livres

Editions médicales, N. Maloine,
Paris, 1931.

F. Paoli. — **La gazothérapie au novozone** (in-8°, 66 pages).

C'est l'application de la méthode du Dr Tussau pour le traitement des plaies et de différentes maladies cutanées au moyen de douches en surface ou d'injections gazeuses d'un nouvel ozone, ou novozone. Au moyen d'appareils, on arrive à disloquer la molécule d'oxygène chimiquement pur, à l'abri de l'air et par conséquent de tout azote, par des oscillations électriques de haute et de basse fréquence. Ces appareils produisent un gaz ozone doué d'une physionomie particulière, plus physique que chimique. Ce novozone est à l'ozone ce que l'ozone est à l'oxygène. C'est un gaz bleuté, plus lourd que l'air, d'odeur un peu plus âcre que l'ozone et rappelant celle du chlore.

C'est un désinfectant et un cicatrisant, non toxique, non caustique, qui a comme propriété dominante sa fixation intensive et persistante sur la peau et les muqueuses, dans les cavités closes et les trajets fistuleux. Il exerce une action stérilisante sur les plaies ; il exerce sur les plaies récentes et cruentées un pouvoir kératinisant et même hémostatique remarquable ; il aide à l'esthétique des cicatrisations ; on est d'autant plus frappé par les résultats obtenus que les plaies sont plus anciennes et suintantes ; l'assèchement se produit presque instantanément. Il faut noter les heureux résultats obtenus sur les plaies consécutives à des brûlures ou des gelures, sur des anthrax, sur des lésions osseuses en activité, sur des arthrites purulentes, et des pleurésies purulentes.

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

Dr J. Taillens (de Lausanne). — **Les enfants tuberculeux** (Un vol. in-8° couronne de 208 pages. Prix : 25 francs, in-Bibliothèque de pathologie infantile).

Comment doit se comporter le praticien, lorsqu'il se trouve en face d'un enfant qu'on craint ou qu'on sait atteint de tuberculose ? Telle est l'idée directrice de ce livre. Un exemple : la façon dont il faut procéder pour faire le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique, souvent diagnostiquée à faux, mais souvent aussi méconnue.

L'auteur commence par étudier l'hérédité et la contagion dans la tuberculose ; puis, il traite successivement les symptômes et l'évolution de la tuberculose de l'enfant. Chacun de ces chapitres envisage séparément les tuberculoses généralisées et les tuberculoses localisées ; poumon, plèvre, péritoine, méninges, reins. Viennent ensuite les chapitres sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la tuberculose infantile (cutiréaction, radioscopie, radiographie et recherche du B. K).

Vient enfin le chapitre de la prophylaxie et de la prémunition avec le B. C. G. Le Dr T., qui n'est pas partisan de cette dernière méthode, a donné à ce chapitre, vu son actualité, un développement spécial ; rapportant une longue série de recherches expérimentales faites par nombre d'auteurs sur les animaux, critiquant les statistiques des promoteurs du B. C. G., et en montrant les points faibles, il arrive à conclure que, contrairement à ce que l'on écrit souvent, ce procédé de prémunition n'offre pas la sécurité, et ne donne pas les résultats que prétendent ses partisans.

Tous les renseignements, publiés dans ce livre, seront journellement utiles aux praticiens dans l'exercice de leur profession.

Les Presses universitaires de France.
49, place Saint-Michel, Paris, 5e.

Dr Terracol, Turchini et Harant (de Montpellier). **L'appareil cartilagineux en oto-rhino-laryngologie.** (Monographie oto-rhino-laryngologique n° 23. Un vol. in-16 de 216 pages. Avec 17 figures : 35, francs.)

En oto-rhino-laryngologie, le cartilage rivalise avec le tissu lymphoïde ; leurs réactions sont constantes et personnelles. Cette triple étude, histologique, anatomo-pathologique et clinique, réunit les éléments primordiaux de l'existence cartilagineuse.

La première partie (Professeur d'histologie Turchini) envisage les notions fondamentales de l'histologie et de l'histo-physiologie de l'appareil cartilagineux (constitution, structure, variétés), avec des microphotographies.

La deuxième partie (Dr Harant, chef des travaux d'anatomo-pathologie) étudie les données générales, les inflammations, les néoplasies chondroïdes, avec démonstrations microphotographiques.

La partie clinique (Professeur de clinique O. R. L. Terracol) envisage toutes les affections cartilagineuses du larynx, du nez et de l'organe auditif, sous leurs différents aspects : inflammations banales et dans les maladies infectieuses : périchondrites tuberculeuses et syphilitiques, tumeurs, etc.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'actualité Professionnelle

### MÉDECINE SOCIALE, RECHERCHES ET PRÉVENTION

### Le Passé, le Présent, l'Avenir

IV

*Le Passé.* Sans remonter au delà de cinquante ans, —en 1880 — comment la profession médicale joue-t-elle son rôle dans la Société ? Quelles sont les formes des rapports du médecin avec le malade ? D'un côté les Bureaux de Bienfaisance et les Hôpitaux, réservés au seuls indigents ; des Asiles et des Maisons de santé privées pour les aliénés ; quelques rares cliniques chirurgicales à Paris et dans les très grandes villes. La chirurgie viscérale, pratiquement, est inexistante, tant est grand le risque opératoire. Le public, qui peut payer, s'adresse aux médecins, qui reçoivent leur clientèle dans leur cabinet ou la visitent à domicile. Des Sociétés de Secours mutuels commencent à organiser un service médical, pour lequel elles recrutent des médecins qu'elles exploitent généralement, et dont elles abusent, pour des honoraires dérisoires.

Mais voici que luit l'aube de l'ère pastorienne. Avec elle, nous assistons à l'essor de la grande chirurgie. Avec elle, nous apprenons à connaître les maladies épidémiques, leurs causes, les moyens de nous défendre contre la contagion, de la PRÉVENIR. Aube parallèle de la prophylaxie. Les maisons de santé chirurgicales commencent à naître ; le chirurgien préfère opérer dans un milieu équipé spécialement à cet effet, avec un personnel éduqué, plutôt que chez son malade, dans des conditions précaires qui compromettent le résultat final. En même temps, vont apparaître les premières institutions sociales de protection sanitaire. En 1892, Budin crée la première consultation de nourrissons ; en 1894, Dufour crée les premières Gouttes de lait. Un peu plus tard, Grancher entamera la lutte sociale contre la tuberculose en fondant l'Œuvre qui porte son nom, et qui prend, sous sa sauvegarde bienfaisante, les tout petits qu'il convient de soustraire à la contagion bacillaire.

En même temps, l'hygiène publique est codifiée *par la loi de 1902, loi très imparfaite, dont on* a dit avec raison qu'elle n'édifiait qu'une façade en carton pâte, sans rien derrière, loi dont nous réclamons l'amendement, que le Parlement lui-même accepte de perfectionner, aux termes de projets déjà discutés, et qui devront être étudiés en accord avec le Corps médical organisé. Il n'en demeure pas moins que c'est de cette loi de 1902 qu'est sorti l'armement hygiénique actuel, avec ses bureaux et des inspectorats.

Le branle ayant été donné, les diverses institutions sanitaires dont nous avons vu les tout premiers épanouissements, sont allées se multipliant, se développant, prospérant. La guerre a contribué à activer développement et multiplication. La loi Léon Bourgeois, en 1916, crée l'Office d'hygiène social ; la loi Honnorat, en 1919, crée les Sanatoriums publics : Armement antituberculeux, auprès duquel va naître et se développer l'Armement antivénérien, puis l'Armement anticancéreux.

Dans le même temps, le Syndicalisme médical est né, et après une croissance très lente et très difficile, est parvenu à un état adulte qui lui permet de faire figure dans la Société. Comment a-t-il réagi devant les progrès de la médecine sociale ? En protestant... et en s'abstenant. Abstention et protestations n'ont rien empêché. Cependant, si l'exercice privé de la médecine se continuait, les institutions constituant la médecine sociale ne manquaient pas de bras médicaux, et elles ont toujours trouvé le personnel dont elles avaient besoin. Là encore, le Syndicalisme a protesté, s'est abstenu,... et n'a rien empêché.

***

Et nous sommes parvenus au *Présent*, dont cette étude s'efforce de dresser le bilan impartial et désintéressé. Deux formes de pratique médi-

cale en présence : la pratique traditionnelle, selon laquelle le malade se rend au cabinet de son médecin ou l'appelle à son domicile ; la pratique sociale, où les institutions sanitaires, les formations du Service de santé civil, comme je l'ai déjà dit, attirent à elles une clientèle, qui n'est pas seulement composée d'indigents, de nécessiteux, de ceux que Cibrie a définis les économiquement faibles, mais aussi de gens aisés, et même riches : ces institutions font des recherches, du diagnostic, de la prophylaxie : elles donnent aussi des soins. Les hôpitaux publics sont devenus des Maisons de santé, dont on ne peut même plus vanter le « bon marché », puisque les tarifs de l'Assistance publique à Paris atteignent des taux considérables.

Qu'a fait le Syndicalisme médical ? Que fait-il encore à cette heure ? Il proteste, mais il LAISSE FAIRE. Il proteste, au nom de principes infiniment respectables, dont l'inspiration, hautement sentimentale, trouve sa source dans la tradition qui, pendant longtemps, plaça le malade en tête à tête avec le médecin de son choix dans l'intimité de son foyer ou dans le silence du cabinet médical. J'ai pratiqué moi-même cette « technique professionnelle », selon l'expression imagée de mon maître Paul Le Gendre ; je la connais ; j'en connais la valeur et les avantages ; j'en connais aussi les inconvénients... Quoiqu'il en soit, et quoiqu'on en pense, elle est présentement contrebalancée par une autre technique, qui est celle des formations sanitaires de la Médecine sociale. Or, l'opinion du Corps médical organisé à sa valeur. Mais, il ne faudrait pas qu'il oubliât qu'il n'est pas seul en cause. L'opinion publique compte davantage. Car le médecin est fait pour le malade, et non le malade pour le médecin. Que pense donc le public de la Médecine sociale et de ses formations ? Il suffit de voir avec quel empressement il se hâte vers elles pour être fixé. A-t-il tort ? A-t-il raison ? Ses intérêts sanitaires seraient-ils mieux défendus, s'il demeurait attaché à la tradition ? Là n'est pas la question. Le public afflue dans les hôpitaux ; il encombre les Dispensaires d'hygiène sociale. Raisons économiques ? Sans doute. Elles sont puissantes ; toutes puissantes à cette heure ; assez puissantes pour que le public se détache peu à peu du cabinet médical qu'il fréquentait naguère, montre à son endroit une désaffection de plus en plus marquée, et fasse bon marché du côté sentimental des liens qui l'attachaient à son médecin particulier. Raisons de convenance et de commodité aussi. Obéissance à la loi du moindre effort, qui est en quelque sorte biologique.

Il y a une autre opinion, à laquelle on ne pense pas assez, et qui possède un potentiel à retardement, si j'ose dire, dont il conviendrait de tenir compte. C'est celle des moins de trente ans, des futures générations médicales, de ceux qui, dans dix et quinze ans, représenteront la partie la plus active de la profession.

J'en connais qui n'attachent aucune importance à ce que j'oserai appeler la mystique du cabinet médical, et qui accepteraient très volontiers un service, suffisamment rémunéré, dans une de ces formations sanitaires médico-sociales actuelles ou prochaines.

De grâce, ne nous laissons pas hynoptiser par les mots. Ne nous en grisons pas. Médecine en série, médecine mécanisée, médecine anonyme, médecine égalitaire, j'en demande pardon aux excellents confrères sous la plume desquels j'ai trouvé ces expressions, mais ce ne sont que des mots. Toute médecine est bonne, quand le médecin qui la pratique est bon. C'est le médecin qui fait la qualité de la médecine, et non les circonstances de temps, de lieu, de rémunération.

Où avons-nous appris notre métier, tous tant que nous sommes ? A l'hôpital. Combien d'entre nous, qui font volontiers le procès de cette médecine, n'assurent-ils pas un service d'hôpital ? Serait-ce donc que l'hôpital interdit à la pitié de se manifester, au Cœur de se donner, tout comme la Raison ? Se pencher sur la souffrance, prendre contact, puis, se colleter avec elle pour en triompher, n'est-ce donc le propre que du médecin dont les soins, dans son cabinet ou dans la chambre de son malade, sont tarifés à la pièce ? Aimer son malade, lui témoigner une attention et une sollicitude, un dévouement où le sentiment entre pour une large part, à côté de l'intelligence, l'hôpital s'y oppose-t-il vraiment ? « Le vrai médecin, celui qui consent à laisser la souffrance lui enseigner la vie, celui dont le phénomène douleur intéresse la belle et haute humanité, celui qu'on peut vraiment nommer l'homme de la douleur », — ainsi s'exprime le R. P. Sanson (1), — ne peut-il se rencontrer ailleurs que dans une clientèle privée ? Dans une salle hospitalière, dans un Dispensaire, dans une Maison de santé ?

Vous êtes-vous posé ces questions, ô confrère bien intentionné qui prétendez maintenir la profession dans les vieux cadres qui l'entouraient jadis, et ne vous apercevez pas, ou ne voulez pas voir que ces cadres craquent de toutes parts, qu'un courant violent nous emporte, contre lequel il est impossible de résister, mais qu'il faudrait sans doute canaliser et guider ?

Avant d'y répondre, faites un retour sur vous-mêmes. Demandez-vous comment vous traitez les malades de l'hôpital dont vous êtes le médecin ou le chirurgien ; du Dispensaire dont vous assurez le service ; du Centre antivénérien où vous faites la consultation ; les nourrissons de la Goutte de lait que vous dirigez techniquement ;

(1) D'une conférence faite aux Annales politiques et littéraires.

les enfants de l'école que vous inspectez médicalement, etc... Si vous vous y montrez, comme j'en suis convaincu, l'homme de la douleur, si vous y travaillez humainement, la question est jugée. Et si, ce que je ne veux pas admettre, vous y êtes seulement l'employé qui accomplit en rechignant une besogne dénuée d'intérêt, un peu à la façon d'un automate, elle est encore jugée, sans que j'aie besoin de dire pourquoi.

Canaliser ce courant torrentiel, le guider, tel devrait être l'objectif du Syndicalisme médical, prompt à provoquer les adaptations nécessaires, tout en laissant au médecin la possibilité de remplir sa mission séculaire : consoler, soulager, guérir...

***

*L'avenir* ? Le Professeur Maranon l'a prophétisé dans les lignes suivantes :

« En l'an 2000, le Corps médical sera organisé comme un instrument social de prévoyance des maladies. On examinera les bien portants, leur constitution... Chaque individu aura sa fiche, tenue à jour, d'aptitude sociale et si possible d'utilité pour le bien public... Le médecin sera un fonctionnaire, rien de plus. Du praticien rendant visite, il en sera question dans les traités d'archéologie. A côté de cette médecine sociale tant systématisée et si triste à nos yeux, la science médicale prendra des proportions énormes... De grands instituts de physiologie, de grands laboratoires, de grands centres de recherches sur l'âme humaine hébergeront des millions de travailleurs aux initiatives hardies et sans autre souci que celui de la recherche pure... ». (*Le Siècle médical*, mai 1932.)

Je pense que voilà une description d'une « scène de la vie future » qui laisse bien loin derrière elle les conceptions anticipatrices de ceux qui, comme moi, considèrent que le temps du médecin isolé est révolu, et que d'autres disciplines doivent être envisagées par la profession organisée, organisée par elle-même, si elle ne veut pas que d'autres se chargent de lui imposer une organisation de leur cru.

Me risquerai-je, à mon tour, à formuler quelques pronostics ? Allons-y, même si je n'en dois récolter que horions !

Des centres de recherches et de diagnostic se créeront, malgré l'opposition des Syndicats, parce que d'autres les veulent, qui sont plus puissants que nous. Ils se créeront comme se sont créés les Dispensaires antituberculeux, antivénériens, anticancéreux. Et dans dix ans, vous m'entendez bien, dans dix ans, donc en 1942, si les Syndicats n'en sont pas devenus les maîtres techniques, ils n'en collaboreront pas moins avec eux, ils ne s'en serviront pas moins. J'ose l'affirmer, fort d'une expérience qui se poursuit tous les jours.

Et dans cinquante ans ? Dans cinquante ans, il y aura toujours des médecins qui recevront leurs clients chez eux ou les visiteront à domicile. Mais ils n'y soigneront guère que les indispositions légères, les malaises mal définis, les troubles non différenciés. Ils y soigneront aussi les affections chroniques, dont ils feront établir le bilan biologique, une ou deux fois par an, dans des centres appropriés. Toute la chirurgie se pratiquera dans des établissements spéciaux. Les accouchements ne se feront que dans des Maternités publiques ou privées. Les maladies aiguës, et plus particulièrement les maladies épidémiques et contagieuses, se soigneront également dans des maisons spéciales. On n'admettra pas qu'une variole, une diphtérie, une scarlatine soient traitées dans le milieu familial, où elles risquent de semer la contagion et où les soins nécessaires ne peuvent leur être données que sommairement. Les médecins de l'an 1982 s'étonneront que cinquante ans plus tôt, on ait pu, sans en être révolté, conserver comme un foyer menaçant, prêt à allumer des incendies dévastateurs, dans une chambre familiale, des infections en pleine activité.

En même temps, les institutions médico-sociales, ce que j'appelle les formations sanitaires du Service de santé civil, se seront multipliées dans le domaine de la prévention, dans la lutte contre les fléaux sociaux. L'hygiène publique sera dirigée par des médecins fonctionnaires, affranchis des soucis de la clientèle, et muni de l'autorité qui leur permettra de faire respecter leurs décisions.....

Je vous vois protester avec véhémence, vous écrier : « Ce sera du joli ! Ce sera du propre! »

Nos confrères octogénaires, — et je pense plus particulièrement à mes amis Gassot et Maurat, — si, au début de leur carrière, il y a cinquante ans, on leur avait fait le tableau de la médecine telle qu'elle se pratiquerait en 1932, se seraient écriés, eux aussi, sans doute : « Ce sera du propre ! »

Et cependant, sur la pente qui, insensiblement a amené la médecine jusqu'à l'état présent, à partir de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, début de la législation médico-sociale moderne, et en passant pas les lois sur les accidents du travail, sur la santé publique, sur les pensionnés de guerre, jusqu'aux Assurances sociales, ils ont glissé peu à peu et se sont familiarisés avec des situations qui les auraient révoltés plusieurs années plus tôt.

Surtout, qu'on ne me fasse pas dire que le Syndicalisme est demeuré inactif et qu'il n'a rien fait, ni rien obtenu. A ceux qui, dans un esprit de dénigrement, ont proclamé sa faillite, nous avons répondu, en montrant les progrès réalisés par lui. Mais, pour ma part, je pense que ces progrès sont

en retard sur une évolution qu'a commandée le progrès scientifique, et que précipite une société avide de redresser les inégalités de condition, et de pratiquer une solidarité qui ne peut se réaliser sans certains sacrifices. L'idéal du Syndicalisme, j'emprunte la proposition à Marcel Provost, est en retard sur les réalités.

Ce qui est fait est fait ; il est difficile d'y revenir. Mais pour ce qui reste à faire ? Si les Syndicats, profitant de tous les droits que la Loi leur donne, avaient créé eux-mêmes les institutions sanitaires envisagées, le jour où elles seraient devenues en quelque sorte légalement nécessaires, ils répondaient au législateur : « Les Voilà ! » Il en est parmi nous qui sont de cet avis, qui l'ont formulé nettement. Un très estimable confrère, qui est en même temps un militant syndicaliste, avec lequel j'ai rompu quelques lances, a bien voulu m'écrire que, dans son département, on avait étudié la possibilité de créer un tel centre syndical, mais qu'on y avait renoncé par suite de difficultés matérielles, d'apparence insurmontables.

Il ne s'agit pas de se lier les mains, de se livrer, pieds et poings entravés, à un Etat avide de fonctionnarisation. C'est, tout au contraire, pour se conserver les mains libres que je n'ai cessé de préconiser aux Syndicats la nécessité de se montrer constructeurs.

Contre la fonctionnarisation menaçante, loin de le convier à tendre le cou au collier, je demande au Syndicalisme de se dresser, pour sauvegarder l'indépendance professionnelle à laquelle peut prétendre un médecin à notre époque. C'est dans le *Journal des Praticiens* du 2 juillet dernier, que j'ai extrait cette phrase d'un éditorial non signé, mais dont il n'est pas difficile de discerner l'auteur : « La vie est ainsi faite que chacun, et même les plus forts, sont pris dans un réseau de relations, d'acceptations, d'abdications, de renoncements de tout ordre ».

La médecine sociale comporte une technicité qui exige l'intervention du médecin. Qu'il s'agisse de recherches, de prévention, de diagnostics, de protection... je voudrais que cette intervention fut partout réglée, surveillée et contrôlée par le Syndicalisme médical. Loin de méditer sa défaite, c'est la main mise sur tous les leviers de commande techniques que je rêve pour lui, et qui, en lui donnant conscience de sa force, le conduira au triomphe, pour peu qu'il consente, je m'excuse de terminer sur une redite, à adapter la profession aux nécessités économiques, techniques et sociales de l'heure.

G. DUCHESNE.

## EXERCICE DE LA MÉDECINE ET USAGE DE PSEUDONYME. LES « INSTITUTS DENTAIRES »

*La loi du* 30 *novembre* 1892 *interdit d'exercer la médecine sous un pseudonyme.*

*Mais certains établissements de soins, constituant une personne morale distincte de celle des praticiens qui y exercent, permettent la pratique de l'art de guérir, sans que l'identité des dits praticiens soit dévoilée.*

*Une action syndicale combinée de tous les praticiens de la loi de* 1892 *permettrait de mettre fin à une situation anormale, dont le public a souvent fort à pâtir.*

Un de nos confrères nous pose les questions suivantes :

1° L'article de la loi de 1892 qui interdit l'exercice de la profession médicale sous un pseudonyme peut-il s'appliquer à l'usage d'une désignation anonyme telle que « Provence dentaire », « Radium dentaire », etc., ?

2° N'y a-t-il pas un décret ou loi relativement récent obligeant certaines cliniques, instituts médicaux à faire figurer le nom du médecin qui y exerce ? Si oui, le principe ne pourrait-il s'appliquer à la profession dentaire ?

Dr S.

### Réponse

Plusieurs questions, sur le même sujet, nous ont été posées, tant sur l'utilisation de pseudonyme, ou même de l'anonymat, dans des établissements publics ou privés, que sur le maintien du nom d'un prédécesseur.

Nous faisons donc une étude complète sur cette question de l'usage de pseudonyme, qui devient une des manifestations évidentes de la transformation progressive de nos conceptions modernes sur la pratique de l'art de guérir : le salariat entre de plus en plus dans nos habitudes professionnelles.

### Dispositions légales.

La loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine déclare, en son article 9, paragraphe 4, qu'il est interdit d'exercer sous un pseudonyme, les professions réglementées par ladite loi, c'est-à-dire la médecine, la spécialité dentaire et l'art des accouchements.

La violation de cette prescription est passible des pénalités prévues à l'article 18 de la même loi

(amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, amende de 500 à 1.000 francs et emprisonnement de six jours à six mois, ou une de ces deux peines seulement.)

### Définition judiciaire du mot « pseudonyme ».

Il faut donc définir les cas où il y a usage de pseudonyme, car une loi pénale doit toujours être prise dans son sens étroit et littéral.

Dans un arrêt de la cour de Cassation, chambre criminelle, du 27 juillet 1899 (S. 1901. 1. 431 ; — D. P. 1900. 1.365) nous voyons la condamnation d'un dentiste qui avait pris pour nom un de ses propres prénoms : la cour suprême a considéré que ce fait constituait le délit de prise de pseudonyme.

« En l'absence de définition légale, dit l'arrêt précité, le pseudonyme doit s'entendre de tout nom tendant à dissimuler l'individualité du praticien, c'est-à-dire, en principe, de tout nom autre que le nom patronymique ».

### Evolution de la médecine : exercice dans les établissements.

Cependant, les mœurs ont évolué : si, en 1900, le praticien exerçait individuellement, dans un cabinet qui était sa propriété, il n'en est plus de même aujourd'hui : les hôpitaux, les maisons de santé constituent des établissements, ayant une personnalité morale autre que la personnalité physique de chaque praticien, qui vient y exercer son art.

Le malade, qui va dans un dispensaire, un sanatorium, un hôpital, voire même dans une clinique, ou maison de santé, ne sait souvent pas quel est le nom patronymique de celui qui doit lui donner des soins.

Allant plus loin, nous assistons de plus en plus à l'organisation de véritables entreprises financières, créées par des capitaux pris en dehors du Corps médical et qui se présentent au public sous des raisons sociales diverses, telles qu'Institut Omnium X, etc., etc.

Des praticiens y sont parfois de simples salariés donnant leur science aux malades, alors que ceux-ci ont affaire, pour payer leurs traitements, non au praticien, mais à un commerçant, tenancier, ou gérant dudit Institut.

Doit-on, dans ce cas, considérer qu'il y a exercice de la médecine, ou de la spécialité dentaire, sous le couvert d'un pseudonyme ?

Logiquement, il semble que le praticien, qui exerce sous le couvert d'un « Institut » doit tomber sous le coup de l'article 9 de la loi de 1892 ; une telle dénomination ne dissimule-t-elle pas, en effet, la véritable personnalité et l'individualité de l'homme de l'art ?

Cependant, dans un arrêt du 24 janvier 1930, la Cour d'appel de Pau ne l'a pas cru. Un mécanicien-dentiste avait fondé un « Institut dentaire » et s'y faisait assister par un employé, muni du diplôme de chirurgien dentiste.

« Attendu, dit l'arrêt, qu'il est également reproché à J... d'avoir contrevenu aux dispositions de l'article 9, § 4 de la loi du 30 novembre 1892, par usage d'un pseudonyme, en employant la dénomination « Institut dentaire ».

« Attendu que la loi n'a pas défini la portée du mot « pseudonyme » qu'elle emploie ; que la Chambre criminelle, dans un arrêt du 27 juin 1899, précise que le pseudonyme doit s'entendre ici de tout nom autre que le nom patronymique, même du simple usage d'un prénom ; que cette interprétation juridique cadre, au demeurant, avec la portée étymologique du terme qui s'entend essentiellement de toute dissimulation, ou altération d'un patronyme, susceptible de masquer l'identité d'une personne, mais qui ne pourrait, sans un véritable abus de langage, être appliqué à une dénomination impersonnelle telle qu'«Institut dentaire » ;

« Que, sans doute, une pareille dénomination, de pratique, d'ailleurs courante, peut, parfois, comme le démontre la cause actuelle, servir aux mêmes fins illicites que l'emploi du pseudonyme ;

« Mais attendu que l'article 9, § 4, de la loi de 1892 est une disposition pénale qui, selon le principe général, commande une stricte interprétation ... ».

Ainsi la cour de Pau se refuse de reconnaître qu'il y a exercice de l'art dentaire, sous le couvert d'un pseudonyme par un praticien, qui donne ses soins dans un Institut, soutenant que, par interprétation stricte d'un texte pénal, on ne peut pas assimiler la dénomination d'un établissement de soins à la substitution d'un nom patronymique des praticiens, qui exerçent dans ledit établissement.

Si cette décision se soutient en droit, — bien que la cour de Cassation n'ait pas été appelée à donner son avis, — elle heurte cependant le simple bon sens. De plus en plus, nous voyons aujourd'hui se créer de ces Instituts, qui, trop souvent, masquent soit des pratiques illégales de l'art de guérir, soit constituent de véritables officines illicites, dont le seul but est l'exploitation de la crédulité humaine.

Comme bien des législations, concernant l'art de guérir, ou l'exercice de la pharmacie, la loi du 30 novembre 1892 n'est plus à la page : elle est presque inexistante, principalement en ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine ; les sanctions qu'elle comporte sont trop faibles, pour enrayer l'exploitation éhontée du public, par des charlatans, qui sont assurés d'une quasi-impunité.

Les parlementaires sont trop affairés à démolir le cabinet, pour nommer d'autres ministres; le souci de la santé publique leur échappe

bien fréquemment : voilà pourquoi de nombreuses années se passeront encore, avant que nous sachions obtenir une législation, qui puisse, d'une manière efficace, mettre fin aux réclames éhontées des charlatans de la médecine.

**Exercice sous le nom d'un prédécesseur.**

Une autre manière d'exercer sous un pseudonyme consiste à laisser figurer sur les plaques de porte, ou sur les papiers d'ordonnance le nom de son prédécesseur. Le public croit toujours avoir affaire à tel praticien, qui pense-t-il, peut, momentanément être remplacé par un confrère, alors que le véritable titulaire du cabinet est mort depuis longtemps, ou a cédé.

En mai 1928, la 10e chambre du tribunal correctionnel de la Seine a condamné à 100 francs d'amende et 300 francs de dommages intérêts envers le syndicat de la Seine un Dr David T. qui gérait un cabinet médical, boulevard Sébastopol sous le nom d'un médecin décédé depuis longtemps. Le tribunal a admis qu'il y avait, dans ce fait, exercice de la médecine sous un pseudonyme et il a fait application du paragraphe 4 de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892.

Cependant, par arrêt du 10 mars 1910 (S. 1910. 2.198) la cour d'appel de Paris décide qu'il n'est pas interdit de rappeler le nom de son prédécesseur, pourvu que le successeur fasse mention du sien ; tel que, par exemple : Dr X., successeur du Dr Y, ou inversement.

**Adjonction à son nom propre.**

Tout praticien a le droit de faire précéder son nom propre de son prénom usuel, ou adjoindre un surnom ( cour de Paris, 6 avril 1887 ; S. 1888.2. 135.)

Si plusieurs praticiens exercent dans la même localité, sous le même nom, ces homonymes peuvent, demander au tribunal d'ordonner que chacun annexera les prénoms suffisants pour les distinguer les uns des autres aux yeux de la clientèle (cour de Paris, 5 janvier 1905 ; *Gaz. Pal.* 1905. 1. 225.)

Cependant, les juges restent toujours souverains sur le point de décider si les nécessités locales obligent certains praticiens à adjoindre à leur nom patronymique les distinctions suffisantes, pour éclairer la clientèle sur la véritable identité de chaque praticien, possédant le même nom : c'est affaire d'opportunité, qui ne doit pas se tourner en vexation inutile d'un homme de l'art (cour de Rennes, 23 juin 1925 ; *Gaz. Pal.*, 14 octobre 1925.)

**Existe-t-il sur ce sujet, un texte législatif ou réglementaire postérieur à la loi de 1892 ?**

Non, un hôpital, comme une maison de santé privée, ou clinique constitue une personne morale, qui a son individualité propre et n'est pas obligé de faire connaître au public le nom des praticiens, qui y exerçent, ni les tractations passées entre eux.

Ici, c'est un contrat de louage de services, ou d'ouvrage, le ou les praticiens devant recevoir une rémunération fixe, en échange de leurs services professionnels qu'ils doivent donner à des heures déterminées, aux malades hospitalisés.

Là, il y a association entre le propriétaire de la maison de santé et les praticiens, association reconnue valable par les tribunaux, à la condition que les praticiens conservent absolue leur liberté d'exercice de leur profession, par rapport au non diplômé, leur associé.

Tel est l'arrêt de la Cour de Cassation, chambre civile du 15 mai 1928 (*Gaz. Pal.*, 28 juin 1928.)

Mais aucun texte de loi, ou de décret n'oblige les dits établissements à afficher à l'extérieur les noms des praticiens qui, à l'intérieur de l'établissement, sont appelés à donner leurs soins aux malades.

Cependant, l'Assistance publique de Paris affiche à la porte de ses hôpitaux le nom des chefs de service, qui y traitent les malades, ou dirigent des consultations externes.

Cette pratique est excellente, car, non seulement elle offre aux malades la possibilité de choisir leur praticien dans les limites du règlement de santé de l'établissement, mais encore empêche une médecine clandestine, qui, sous le couvert d'un pauvre diable de diplômé, qui prête son diplôme, laisse des illégaux de la médecine exploiter la crédulité publique.

**Que faire ?**

Il appartient aux syndicats professionnels, groupant les praticiens, qui exercent en vertu de la loi du 30 novembre 1892, d'étudier de concert cette question de l'exercice de la médecine dans les établissements, publics ou privés, pour que sous le couvert de l'anonymat ou d'un pseudonyme, une médecine charlatanesque, ou antidéontologique soit dispensée aux malades trop confiants.

A ces syndicats d'envisager les modalités de poursuites devant les tribunaux, ou la nécessité d'apporter au législateur un texte bien étudié, qui serait adjoint à la loi du 30 novembre 1892, soit comme modification d'un article de cette loi, soit en *addendum* à l'article 9.

En effet, cette question de l'exercice de la médecine, ou de la spécialité médico-dentaire, dans les cliniques, ou Instituts, prend un regain d'actualité, du fait des Assurances sociales.

Un médecin contrôleur, agissant au nom d'une fédération départementale de caisses primaires, me demandait récemment comment il lui serait

possible de contrôler la véritable identité professionnelle de ces praticiens, qui, dans des Instituts dentaires, signent les feuilles, puisque c'est sur le vu de ces signatures que la caisse doit payer à l'assuré social la part qui lui incombe.

Faudrait-il, me demandait mon confrère, obliger ces praticiens d'Institut, à déposer leur signature chez le commissaire de police, tout en fournissant à ce magistrat la preuve de leur identité professionnelle et de leur capacité légale, au regard de la loi du 30 novembre 1892 ?

Faudrait-il contraindre les dits Instituts à imiter la pratique des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, en affichant, à l'extérieur de l'établissement le nom et qualités professionnelles des praticiens qui y sont employés ?

Conviendrait-il d'organiser des visites d'inspection, dans ces Instituts, pour s'assurer des titres de tous ceux qui y donnent des soins ?

Le problème devient alors très ardu : il ne faut pas oublier que les maisons de santé, les Instituts divers, les maisons d'accouchements doivent se conformer, pour leur organisation, à quelques mesures de police ; mais, pour leur fonctionnement n'ont besoin d'aucune autorisation (Cassation chambre criminelle, 30 août 1833 ; Rep. Dalloz, V[e] commune, n° 1.206).

Cet arrêt, comme d'autres, postérieurs, s'appuient sur les dispositions de l'article 378 du code pénal, imposant le secret professionnel à tous ceux qui exercent l'art de guérir.

C'est pour cela que les sages-femmes, tenant une maison d'accouchements, ne peuvent pas être forcées par un arrêté du maire, ou une ordonnance du préfet de police d'avoir à tenir un registre de police, comme les hôteliers et y inscrire le nom de leurs pensionnaires (Cassation criminelle, 22 août 1845, D. P. 1845.4.46. 18 juin 1846, D. P. 1846.4.38 ; 12 juin 1886, D. P. 1887. 1.92.)

Pour la même raison de protection du secret professionnel, un arrêt de cassation, chambre criminelle du 23 janvier 1864 (D. P. 64.1.152 ; tribunal simple police Seine 24 novembre 1909 ; *Gaz. Trib.*, 25 novembre 1909) a décidé que les maisons d'accouchements ne peuvent pas être considérées comme lieux publics, sur lesquels la police est appelée à exercer une surveillance : les maîtres de ces maisons peuvent par suite, refuser d'ouvrir leurs portes aux agents de l'administration, qui se présentent, pour inspecter leur maison.

Cependant, le préfet de police a toujours le droit de faire une inspection d'hygiène, pour savoir s'il n'y a pas surpeuplement et admission d'un trop grand nombre de pensionnaires dans des locaux trop exigus (Cassation 3 août 1866, D. P. 1866.1.451.)

A Paris, l'ouverture d'une maison de santé est soumise à l'ordonnance de police du 9 août 1928, article 2. Il faut demander l'autorisation du Préfet, en indiquant le nombre maximum de pensionnaires qu'on se propose à avoir en même temps.

## Conclusions.

Bien des difficultés se présentent donc ; mais elles ne sont pas insurmontables.

En attendant qu'une loi vienne modifier ce *modus vivendi*, basé sur la loi du 30 novembre 1892 et l'article 378 du code pénal, les syndicats professionnels pourraient demander au Préfet de police, à Paris, aux préfets, dans les départements, de s'appuyer sur l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 14 avril 1910 : chaque praticien est obligé au dépôt de son diplôme à la préfecture et de faire viser son titre à la mairie de son domicile.

En vertu de ces textes, il est toujours loisible à l'autorité administrative, ou judiciaire, de réclamer du tenancier d'un Institut ou autre établissement, où des soins sont donnés, de fournir la preuve que tous les praticiens, qui, à des titres divers, y exercent leur art, ont bien accompli les formalités prescrites par l'article 9 précité.

Une enquête systématique, pratiquée tous les ans, à la requête des syndicats professionnels, pourrait peut-être apporter quelque lumière sur les agissements plus ou moins légaux de certains établissements, qui sont fondés, semble-t-il, pour l'exploitation de la crédulité publique.

Ce serait une question fort intéressante à mettre sur pied, tant du point de vue juridique que du point de vue pratique et qui pourrait être conduite de concert par tous les syndicats, réunis en Confédération, et groupant les praticiens qui, en vertu des dispositions de la loi de 1892, ont la capacité légale d'exercer, en partie, ou totalité, l'art de guérir.

D[r] Paul BOUDIN.

## CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

# Le Corps médical dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris (1)

par M. Maurice de FONTENAY,

Conseiller municipal de Paris
Conseiller général de la Seine
Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique

(*Suite et fin*) (1)

Médecins, chirurgiens et spécialistes, dont jusqu'ici je n'ai pas parlé parce que leur concours se rapproche de celui des chirurgiens, une fois leur nomination obtiennent un service ; jusqu'à ce qu'il y en ait un vacant, ils font les consultations ou des remplacements.

Par la suite, ils ont le droit de choisir leur service à l'ancienneté, ce n'est évidemment pas parfait, mais y substituer une autre méthode est difficile.

Aucun engagement de rester dans un service, sauf si je ne me trompe, pour les hôpitaux d'enfants, n'est demandé par l'Administration. Peut-être vaudrait-il mieux exiger un temps de séjour limité avant de quitter un service, cela éviterait des changements trop fréquents et souvent onéreux pour l'Administration.

Le choix à l'ancienneté amène parfois aussi un autre inconvénient.

Actuellement, la plupart des médecins se spécialisent, le temps est passé où « le médecin, disait dernièrement le professeur Vaquez, pouvait prétendre à tout dans l'art de guérir, sa compétence n'ayant pas de limites ». Cardiologie, neurologie, dermatologie, par exemple, exigent des connaissances et une instruction appropriées...

Or, un maître ayant créé un centre presque unique dans l'une de ces branches vient-il de se voir atteint par l'âge, le successeur peut, par ce droit d'ancienneté, prendre possession de son service sans avoir aucune connaissance en la matière et ayant orienté ses recherches d'un tout autre côté.

Ce sont alors de nouvelles dépenses, des archives souvent précieuses abandonnées, un appareillage dispendieux devenu inutile et, ce qui est plus déplorable encore, des malades perdant le chemin de l'hôpital.

Il y a même situation pire : dans un même hôpital, deux ou trois services peuvent être spécialisés (il y a des exemples), alors que les hôpitaux voisins sont dépourvus de ces spécialités.

Ce sont des questions qui méritent d'être étudiées et de recevoir une solution.

Pour les services de spécialités, je mentionnerai seulement que certains hôpitaux n'en possèdent pas ; l'organisation en ce qui concerne cette partie devrait, il me paraît, être modifiée.

Actuellement, par exemple, si à l'hôpital Cochin un malade doit avoir recours à un oto-rhino-laryngologiste, le choix existe entre deux moyens : ou envoyer le malade accompagné dans un hôpital voisin ou faire demander l'oto-rhino-laryngologiste de garde qui n'a souvent pas sous la main les instruments nécessaires ou ne peut arriver tout de suite. Il en résulte que beaucoup de chefs de service de médecine introduisent sous leur responsabilité un assistant bénévole spécialisé évidemment, mais qui ne rentre pas dans le cadre des médecins des hôpitaux.

Je sais bien qu'on me répondra que le spécialiste qui n'a pas de consultation doit se rendre, si je suis bien renseigné, dans un certain nombre d'hôpitaux, mais l'urgence seule est prévue et non pas le service régulier. Il serait bon, il me semble, de créer ce service une fois ou deux fois par semaine.

### L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET LA FACULTÉ DE MÉDECINE

J'arrive à un point fort délicat : les rapports de la Faculté de médecine et de l'Assistance publique. Que n'avons-nous pas entendu à ce sujet ? D'une part, les revendications de l'Assistance et de la Ville de Paris à propos des dépenses qui sont des dépenses d'enseignement, c'est-à-dire d'Etat ; d'autre part, les difficultés que rencontre la Faculté dans l'organisation de ses cliniques et sa tendance (ex. la clinique de Vaugirard) à essayer de se constituer des domaines où elle soit seule.

Une constatation s'impose : l'Assistance et la Faculté peuvent avoir entre elles des difficultés ; elles ne sauraient se passer l'une de l'autre. J'ajouterai même que Paris, capitale, a des devoirs qu'il n'a jamais méconnus. Il faut donc un *modus vivendi* qui ne lèse pas les intérêts des contribuables, qui retienne dans certaines règles la Faculté.

Si nous voulons faire progresser la science médicale française, il ne faut pas qu'il y ait dualité entre l'Assistance publique et la Faculté de médecine.

Disons bien que du point de vue général, qu'ils soient confiés aux médecins des hôpitaux ou à ceux de la Faculté, ce sont toujours les malades que l'Assistance publique est obligée de soigner. Il n'y a donc pas augmentation du nombre des journées et tout revient en définitive à ceci : que deux corps médicaux juxtaposés, et ne venant pas exactement de la même origine, ont respectivement des droits entre lesquels l'Assistance publique doit tenir une juste balance.

De 1849 à 1920, aucune délimitation n'avait été faite de façon réglementaire. C'est dans sa séance du 31 mars 1920 seulement que le Conseil municipal de Paris a adopté la convention en vigueur actuellement,

(1) Voir *Concours Médical*, n° 34.

convention élaborée par une Commission qui avait fonctionné en 1918 et 1919.

Il paraît qu'elle a eu surtout un but budgétaire et avec le changement de valeur du franc elle est bien désuète.

Le lit à cette époque était estimé valoir 15.000 fr.

Il y est question de 5 millions remis par l'Etat à la Ville, qui devront servir à créer un hôpital où seront transférés les services cédés à la Faculté.

Tout ceci n'est plus possible.

Une règle subsiste, à mon sens bien caduque, c'est que chaque clinique devra comporter un minimum de 130 lits et un maximum de 200; l'Administration la brandit quand bon lui semble. Je dis quand bon lui semble, car je connais deux professeurs de clinique, grands maîtres pour lesquels j'ai la même admiration et la même amitié : l'un a vu, très légitimement et très heureusement pour la science, pour les malades et pour lui augmenter le nombre de ses lits grâce à une procédure administrative, et l'autre, dont les salles regorgent de malades, n'obtient rien et est obligé dans des salles exiguës d'entasser brancards sur brancards, alors qu'à l'étage inférieur il existe des locaux inoccupés.

Je voudrais voir moins de formalisme et plus de cette souplesse que je réclame si fréquemment à l'Administration hospitalière.

Si une nouvelle convention doit être votée, étant donné le nombre de services nouveaux qu'entraînera l'exécution des programmes de construction en cours et les avantages que, de ce chef, y auront les médecins des hôpitaux, une part un peu plus large devrait être faite à la Faculté.

Je dois ajouter que, par leur caractère d'enseignement d'Etat, les chaires coûtent à la Ville de Paris, et je serai toujours le premier à demander que l'Etat lui en tienne compte et se montre plus large dans l'aide pécuniaire qu'il donne à la Ville de Paris (programme Loucheur, outillage national, etc.).

### Les médecins étrangers dans nos hopitaux et les « officieux »

J'avais demandé à M. le Directeur général de l'Assistance publique une statistique de tous les médecins qui évoluent dans nos services.

Des chiffres m'ont été fournis qui me permettent de dresser le tableau ci-après.

Je voulais me rendre compte et montrer combien nos hôpitaux servent, et pour l'ensemble du pays et pour l'étranger, à la science médicale française ; mais il est bien difficile de tirer de ces chiffres des conclusions nettes, car ils nous prouvent surtout la difficulté qu'ont les directeurs d'hôpitaux à exercer à ce point de vue une surveillance très effective.

Cependant, nous voyons que nous avons pour le moins environ 350 auditeurs étrangers et si, quittant le papier, nous voulons bien nous souvenir de nos voyages en province, nous voyons la plupart des médecins renommés se prévaloir du titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris, et nous constaterons une fois de plus que nous ne travaillons pas seulement pour Paris, mais pour le pays entier, pour la renommée de la science médicale française dans le monde.

*Etat numérique du personnel médical au 1er juillet 1930*

| Hôpitaux | Chefs de service | Assistants officiels | Assistants officieux ou bénévoles | | Chefs de laboratoire | Internes | Externes | Elèves stagiaires | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Français | Etrang. | | | | Français | Etrang |
| Pitié | 16 | 17 | 7 | 2 | 4 | 16 | 73 | » | » |
| Tenon | 18 | 17 | 42 | 15 | 6 | 19 | 82 | 256 | 68 |
| Laënnec | 14 | 14 | 1 | 1 | 1 | 24 | 88 | 102 | 45 |
| Saint-Louis | 21 | 27 | » | » | 2 | 22 | 68 | » | » |
| La Charité | 8 | 51 | 57 | 11 | 8 | 34 | 125 | 14 | 4 |
| Saint-Antoine | 15 | 6 | 1 | » | 4 | 12 | 42 | 13 | 27 |
| Necker | 13 | 29 | 1 | 1 | 1 | 20 | 76 | » | » |
| Lariboisière | 16 | 11 | 11 | » | 4 | 24 | 51 | 117 | 51 |
| Beaujon | 14 | 19 | » | » | 2 | 23 | 97 | 106 | » |
| Cochin | 14 | 12 | 13 | » | 8 | 15 | 59 | » | » |
| Bichat | 5 | 24 | 2 | 1 | 1 | 26 | 84 | » | » |
| Broussais | 6 | 4 | 1 | » | » | 9 | 23 | 71 | 62 |
| Boucicaut | 9 | 4 | 2 | » | 1 | 11 | 28 | 4 | » |
| Vaugirard | 3 | 7 | 6 | » | » | 10 | 32 | 6 | 12 |
| Ambroise-Paré | 4 | 9 | 3 | 1 | 1 | 13 | 10 | 33 | 19 |
| Claude-Bernard | 1 | 1 | 4 | » | 2 | 5 | 24 | » | » |
| Broca | 3 | 3 | » | 1 | 3 | 3 | 11 | » | » |
| Maternité | 4 | 6 | » | » | 1 | 5 | 23 | » | » |
| Baudelocque | 1 | 2 | » | » | 1 | 1 | 4 | » | » |
| Tarnier | 1 | 3 | » | » | 1 | 2 | 5 | 7 | » |
| Maison municipale de santé | 3 | 5 | » | » | 4 | 17 | 7 | » | » |
| Salpêtrière | 8 | 12 | 21 | 4 | 4 | 14 | 39 | 146 | 55 |
| Enfants-Malades | 13 | 17 | 4 | » | 1 | 14 | 55 | 167 | » |
| Trousseau | 4 | 5 | » | » | » | 8 | 31 | » | » |
| Bretonneau | 9 | 8 | 6 | » | 1 | 12 | 35 | 6 | » |
| Hérold | 7 | 3 | 2 | » | 1 | 3 | 17 | » | » |

*Situation comparée* 1915-1931

| Désignation | 1915 fr. | 1919 fr. | 1931 fr. |
|---|---|---|---|
| 101 médecins chefs de service | | | |
| 42 chirurgiens. | | | |
| 14 accoucheurs. | | | |
| 8 oto-rhino-laryngologistes. | | | |
| 7 ophtalmologistes. | | | |
| 172 chefs de service des hôpitaux de Paris | 1.500 | 3.500 | 6.300 |
| 14 médecins... / 7 chirurgiens.. } Hôpitaux hors Paris | 3.000 | 6.000 | 10.200 |
| 4 médecins de Forges, Brézin, La Roche-Guyon et Antony | 3.000 | 5.000 | 14.000 |
| 1 médecin de San Salvador | » | » | 11.000 |
| 4 médecins de Galignani, Méricourt, Lenoir-Josseran, Châtillon | 1.200 | 2.400 | 5.400 |
| 1 médecin de Galien | » | » | 3.600 |
| 3 médecins de Vineuil, Bigottini, Maternité, Boucicaut | 500 | 1.500 | 2.800 |
| 1 médecin de Payen | 300 | 600 | 1.200 |
| 11 médecins de Hendaye et de Brévannes | 2.400 | 4.800 | 17.000 |
| 18 médecins de consultation externe | 5 par séance | 20 par séance | 6.300 |
| 9 chirurgiens | | | 4.600 |
| 4 oto-rhino et ophtalmologistes | | | 3.500 |
| Consultations externes hors Paris | 10 | 40 | 10.200 / 5.400 |
| 1 Chirurgien en chef à Berck | 6.000 | 10.000 | 24.000 |
| 3 assistants à Berck | 3.000 | 6.000 | 12.000 |
| 39 stomatologistes | | | |
| Titulaires | 600 | 1.500 | 6.400 |
| Stomatologistes des hôpitaux | » | 1.200 | 5.400 |
| Stomatologistes assistants | » | 1.250 | 4.300 |
| 31 assistants des dispensaires de prophylaxie antivénérienne, centre de triage antituberculeux | 1.000 | 2.000 | 5.400 |
| 6 assistants à l'hôpital Saint-Louis | 1.000 | 2.000 | 8.600 |
| 6 assistants adjoints à l'hôpital Saint-Louis | » | » | 4.500 |

| Désignation | 1915 fr. | 1919 fr. | | | 1931 Dans Paris fr. | 1931 Hors Paris fr. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 130 radiologistes — Chefs de service | 1.800 | 3.400 | » | | 6.300 | 10.000 |
| — Adjoints | 1.200 | 2.400 | » | | 5.400 | 7.200 |
| — Assistants | » | » | | | 4.800 | 6.300 |
| 34 — Chefs de laboratoires généraux de bactériologie | » | » | | | 17.000 | » |
| — Chefs de laboratoire de secteur de bactériologie | » | » | | | 10.500 | » |
| 337 internes | 1.200 | 3.500 | » | Lauréats | 7.000 | » |
| — | 600 | 2.300 | » | 5e année | 6.800 | » |
| — | » | » | » | 4e — | 6.500 | » |
| — | » | » | » | 3e — | 6.100 | » |
| — | » | » | » | 2e — | 5.500 | » |
| — | » | » | » | 1re — | 5.100 | » |
| 26 externes en premier | 600 | 1.200 | » | | 5.100 | » |
| 1.280 externes | 1 par jour | 2 50 par jour | | par jour | 8 | » |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médecins | 335 | Electroradiologie | 114 |
| Chirurgiens | 133 | Laboratoires divers | 34 |
| Accoucheurs | 22 | Radiumthérapie | 16 |
| Oto-rhino-laryngologistes | 41 | Internes | 337 |
| Ophtalmologistes | 32 | Externes en 1er | 26 |
| Stomatologistes | 39 | Externes | 1.280 |

## CHRONIQUE FISCALE

### Les médecins peuvent être salariés au point de vue fiscal

L'administration des contributions directes soutenait que les médecins qui recevaient des émoluments des hôpitaux, des compagnies d'assurances, de chemins de fer, n'étaient pas imposables à la cédule des salaires car, pour elle, ils exerçaient toujours leur profession ; qu'en admettant qu'ils puissent être regardés, dans certains cas, comme salariés, ils ne pouvaient bénéficier des abattements réservés à cette cédule que jusqu'à concurrence desdits salaires et non sur l'ensemble des revenus (clientèle et salaires).

Les conséquences de cette interprétation étaient très préjudiciables à nos lecteurs ainsi qu'un exemple le démontrera.

Prenons un médecin marié, père de trois enfants âgés de moins de 18 ans, touchant 4.000 francs comme médecin d'une compagnie et 49.000 francs d'honoraires.

Si on considère ce contribuable comme exerçant, pour le tout, une profession libérale ses recettes totales sont :

| | | |
|---|---|---|
| 49.000 + 4.000 = ............ | | 53.000 fr. |
| Les premiers 10.000 francs sont exemptés ............ | 10.000 | |
| Les 10.000 suivants sont exemptés pour moitié.. | 5.000 | |
| de 20.000 à 40.000 l'exemption est d'un quart..... | 5.000 | |
| Total à réduire ..... | 20.000 | 20.000 » |
| Reste imposable............... | | 33.000 » |
| A 12 % l'impôt est de $\frac{33.000 \times 12}{100}$ | | = 3.960 » |
| Le revenu étant supérieur à 30.000 la déduction par enfant est 5 %, soit pour 3 enfants 15 % ........ | | 594 » |
| Reste à payer............... | | 3.366 » |

Si l'on considère le contribuable comme exerçant une profession salariée et une profession libérale mais en appliquant la thèse que soutenait l'administration qui ne lui accordait les abattements de la cédule des salaires que jusqu'à concurrence de ceux-ci, le médecin pris comme exemple, a droit aux abattements suivants :

| | |
|---|---|
| Pour sa femme............... | 3.000 » |
| Pour trois enfants âgés de moins de 18 ans ................. | 10.000 » |
| Total des déductions.......... | 13.000 » |

Ne peut en bénéficier que jusqu'à concurrence de 4.000 francs montant de ses salaires, il perd, avec l'interprétation ancienne de l'administration, 9.000 francs d'abattements.

Nous avons toujours soutenu :

1° Que les textes législatifs ordonnaient de déterminer séparément les recettes nettes de chaque cédule, c'est-à-dire de déduire du produit brut de chacune d'elles, les dépenses professionnelles qui s'y rapportaient.

On obtenait ainsi dans le cas qui nous sert d'exemple :

| | | |
|---|---|---|
| Salaires nets................. | | 4.000 fr. |
| Honoraires nets............... | | 49.000 » |
| 2° Que l'on devait totaliser ces recettes soit...................... | | 53.000 » |
| Déduire de ce total les abattements dont bénéficient les salaires soit pour notre exemple........... | | 13.000 » |
| Reste un bénéfice de........... | | 40.000 » |
| sont exonérés les premiers. | 10.000 | |
| Les 10.000 suivants sont exonérés pour moitié ci... | 5.000 | |
| Les 20.000 suivants sont exonérés pour un quart, ci.. | 5.000 | |
| soit à déduire......... | 20.000 | 20.000 » |
| Reste à imposer............ | | 20.000 » |

Ce total est maintenant réparti dans chaque cédule proportionnellement aux revenus nets desdites cédules.

Ce qui donne pour les salaires :

| | |
|---|---|
| $\frac{20.000 \times 4.000}{53.000}$ =......... | 1.510 » |
| Pour les honoraires : $\frac{20.000 \times 49.000}{53.000}$ = ....... | 18.490 » |
| soit à 10 % sur 1.510 =.......... | 151 » |
| soit à 12 % sur 18.490 =......... | 2.218 » |
| soit au total de l'impôt......... | 2.369 » |
| à déduire 15 % pour les enfants = . | 355 35 |
| Reste à payer ................. | 2.013 65 |

Le même contribuable auquel l'administration réclamait :

| | |
|---|---|
| | 3.366 » |
| ne payait plus en appliquant notre thèse que.................... | 2.013 » |
| soit une économie de............ | 1.353 » |

Le *Concours Médical* nous a chargés de porter le différend devant le Conseil d'Etat qui, par son arrêt du 15 avril dernier, nous a donné pleinement raison.

Voici les considérants de cet arrêt, qui fait maintenant jurisprudence :

« Considérant qu'aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925, « les contribuables qui disposent à la fois de revenus provenant de traitements publics et privés..... et de bénéfices de professions non commerciales autres que les bénéfices des charges et offices sont cotisés pour l'ensemble de ces revenus, déterminés suivant le mode propre à chaque catégorie, d'après les règles applicables à l'impôt sur les traitements et salaires ; le total imposable sera ensuite fractionné proportionnellement au montant des revenus de chaque catégorie, et chaque fraction sera taxée d'après le taux spécial à sa cédule. »

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le revenu net qui a servi de base à l'imposition du sieur X... en 1928 et 1929 dans la commune de ..... se compose en partie d'honoraires versés par sa clientèle propre et, à concurrence de 5.000 francs de rémunération que le requérant reçoit en qualité de médecin de la compagnie des chemins de fer de l'Est et de l'hôpital-hospice de... qu'il n'est pas contesté que ces dernières rémunérations aient le caractère de traitements ; qu'ainsi le sieur X... qui dispose à la fois de revenus provenant de traitements et de bénéfices de professions non commerciales autres que les charges et offices se trouve dans la situation prévue par les alinéas 2 et 3 de l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925.

Considérant que, pour l'application de cette disposition législative, les divers revenus doivent être déterminés d'après les règles d'assiette et de déduction spéciales à leurs cédules respectives, puis totalisées, s'il y a lieu, que le total doit être diminué des seuls abattements à la base que comporte l'impôt sur les traitements et salaires ; que la somme ainsi obtenue, imposable en totalité, doit ensuite être fractionnée proportionnellement au montant des revenus de chaque catégorie touchés par le contribuable, et que chaque fraction doit être taxée d'après le taux spécial à la cédule à laquelle elle correspond ;

Considérant , que dans la cédule des traitements et salaires le sieur X... qui est marié et père de deux enfants mineurs, a droit, à raison de ses charges de famille, à une déduction dont le montant est supérieur au montant des traitements qu'il a touchés en 1928 et 1929 ; que, par suite, ses traitements ne peuvent être retenus pour la détermination du revenu imposable ;

Considérant que, dans la cédule des bénéfices des professions non commerciales, le sieur X... ne saurait prétendre avoir droit à une déduction pour charges de famille ; que le montant des honoraires qui lui ont été versés par sa clientèle, s'élevant à 30.000 francs pour l'année 1928 et à 35.000 francs pour l'année 1929 doit être retenu en totalité pour le calcul de l'impôt ;

Considérant que les revenus ainsi déterminés doivent être diminués des seuls abattements à la base que comporte l'impôt sur les traitements et salaires, et que la somme qui excède le montant de ces abattements est imposable en totalité ;

Considérant, enfin, qu'en vertu de l'article 23 de la loi du 3 août 1926, alors en vigueur, l'impôt sur les traitements et salaires était en 1928 et en 1929 calculé d'après le même taux que l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, autres que les charges et offices ; que, dès lors, il n'y a pas lieu de procéder pour la détermination du taux applicable, à la ventilation prévue par l'alinéa 3 de l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925 ».

En présence de cette décision nous ne saurions trop engager les médecins qui, à un titre quelconque, touchent une rémunération pouvant être considérée comme salaire à présenter une réclamation dans les trois mois, qui suivent celui de la mise en recouvrement du rôle des impôts cédulaires.

Pour éviter les erreurs de forme et de fond, il serait bon de confier le dossier à un spécialiste.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable français*

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*.... Un bon citron est très acide. La meilleure camomille c'est la plus amère, et aussi la plus salutaire...*
(Jean-Jacques BROUSSON).

DCCXXXVII. — Jean-Jacques BROUSSON. — **Les vêpres de l'avenue Hoche.** Un vol. 14,5 × 20 orné d'un frontispice par Claude Eschollier et de deux hors-textes par J.-J. Brousson, tiré à 395 exemplaires numérotés (10 Japon nacré à la forme, 385 Auvergne à la main). *Editions du Cadran*, Paris, 1932.

Ce fut un beau tapage quand Brousson publia ses souvenirs sur France : on cria presque au sacrilège. Quelques quarterons de beaux esprits brandirent leur plume ; ils partirent à l'assaut (si j'ose dire !) de ce rénégat qui souillait outrageusement une des plus belles figures des Lettres françaises. Ce fut un débordement de généreux sentiments, de véhémentes indignations. C'était à qui lui reprocherait ses boutades, ses charges spirituelles de disciple nourri de causticité, ses épigrammes de si alerte écriture où tant d'esprit remplaçait pitié et indulgence absentes. Parmi ces plaidoyers à forme de vengeur réquisitoire fut très remarqué « *Le Salon de Madame de Caillavet* » où passait un parfum subtil de haute littérature. Las ! Vint ensuite, tant il est vrai que même les meilleures et les plus pures intentions ont une tare originelle d'éphémère et humaine imperfection, cette retentissante liquidation des papiers du grand homme effectuée à la criée. Las ! On vit à l'encan toutes les reliques, tous les souvenirs, et s'effectuer à l'hôtel Drouot, une pénible commercialisation de cette vie secrète que n'avait qu'effleurée l'inquisition bien informée de Brousson. C'était offrir à celui-ci l'occasion de montrer que sa discrétion relative avait gardé un reste de pudeur, une modération de forme à défaut de celle de fond. Il n'a pas manqué de s'en saisir : des crimes qu'on lui impute, de lèse-mémoire, il démontre la bénignité et le bien-fondé. Il reprend le portrait de son maître en fonction de ces cérémonies littéraires hebdomadaires ordonnées suivant une pompeuse liturgie. Il décrit ces solennités dont on nous aurait donné, à ce jour, de seuls récits tendancieux de seconde main, éreintant à tour de rôle vedettes et figurants, stratèges et stratégie, cuisine et délicates combinaisons épanouies dans ce cercle prestigieux. Il se venge froidement des vilenies qu'il y subit et réussit à donner à ce sentiment généralement si peu reluisant une impertinente élégance. Ses mots sifflent ici comme des lanières ; ailleurs une cinglante ironie hérisse les phrases à qui il inflige avec un bonheur égal un tour bonhomme d'onction d'une inimaginable férocité ou de brusques éclairs de dague. Ses victimes fort malmenées sont assommées à la fin du livre sous deux pages splendides (d'autres, au cours de l'œuvre méritent aussi ce qualificatif) où Brousson évoque le souvenir d'en ance de hideux profanateurs de sanctuaire qu'il vit aussi à l'ouvrage et qui marquèrent d'indélébile manière sa mémoire. On oublie le fiel qui suinte de certains passages tant la langue a d'alacrité, de vigueur, de fermeté syntaxique, de concision drue, de cette redoutable finesse des bons jours Monsieur Berge et. Ce pamph et d'une insigne sévérité est présenté selon le soin coutumier des Editions du Cadran, (qui nous ont accoutumé à une impeccable présentation typographique) sur rude papier. Les trois images sont dans la tradition légèrement déformée du célèbre portrait où Van Dongen avait déjà massacré l'auguste effigie du « *Patriarche de la Béchelleri*. »

DCCXXXVIII. — Max FISCHER. — **Présence du passé.** Nouvelles et Contes. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

La grave « *Revue des Deux-Mondes* » avait déjà publié le premier de ces récits. Les autres, malgré l'identique inspiration de leur fond (retentissement lointain d'actes anciens sur fort diverses actualités) n'auraient tous su y prendre place : celui par exemple, si finement imaginé, du vieux mari qui accorde sa morale conjugale aux coutumes pourries de certain grand monde. Tous sont adroitement const uits, émouvants et très justes de ton quel que soit le milieu, aristocratique, rural, bourgeois, où furent prélevés les héros.

DCCXXXIX. — Pierre GRASSET. — **Amours de mon temps.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions A. Redier* Paris, 1932.

Je crois l'auteur apparenté de très près au célèbre clinicien, qui fut une des gloires de la vénérable faculté de Montpellier. Cette ascendance lui a valu une profonde connaissance du cœur ; sans doute trouve-t-on dans ce roman très brillant, très ha di, et très délicat (qui louvoie entre toutes les turpitudes des passades « *modernes* ») quelques juvéniles invraisemblances, mais l'analy e des curieux sentiments des personnages est remarquablement menée. Troubles marivaudages, extravagances de la chair, sensations d'un byzantinisme inquiétant, qui affolent jusqu'à un

grave médecin des hôpitaux, sont étudiés et exposés avec une légèreté de touche et une machiavélique précision, qui donnent à tous ces phantasmes du désir une cruelle apparence de possibles errements.

DCCXL. — Marcel ARLAND. — **Antarès**. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932.

Encore un excellent roman de « *jeune* », simple, douloureux, romantique sans fadeur, frais et d oit comme une œuvre sincère de jeunesse aux prises avec les désillusions de cet âge. Sobre et clair, peut-être à peine trop ramassé pour la riche matière d'observation et d'émotion qu'il recèle, autour de cette vieille fille, mal récompensée de sa générosité dans un étroit milieu de province que traverse sous l'unanime réprobation (notée par un gamin clairvoyant), la survivante d'une tragique et fulgurante passion qu'elle prend héroïquement sous ses vieilles ailes.

DCCXLI. — Jeanne NABERT. — **Le Cavalier de la Mer**. Roman. Prix 1931 du Premier Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1932.

La progressive déchéance de ce médecin de campagne, placé au centre du roman est contée très vigoureu ement, sans aucune de ces bourdes énormes, dont pavent volontiers leurs livres les écrivains, qui parlent de notre profession sans la connaître. Le cadre provincial de la Bretagne en bordure de la mer est puissamment évoqué. Ici encore un livre excellent, écrit par une femme, mais très solidement bâti, correctement écrit et reflétant avec une sévère et probe simplicité les tempêtes qui assaillent cœurs et consciences dans ce bourg perdu au bout de la lande.

DCCXLII. — Stefan ZWEIG. — **La fantastique existence de Mary Baker Eddy.** Un vol. 12 × 19 traduit de l'allemand. *Editions Stock*, Paris, 1932, 15 francs.

Tome second de « La guérison par l'esprit » (le premier consacré à Freud, et dont je vous avais signalé les outrances, le troisième devant s'occuper de Mesmer), où Zweig a voulu rassembler quelques-unes de nos connaissances sur quelques phénomènes thérapeutiques passés ou contemporains. Fantastique est peu dire pour l'ahurissante odyssée médicante de la fondatrice de la fameuse « *Christian sciences* », disciple elle-même de l'horloger..... Quimby ! Nous sommes en Amérique sur la terre bénie du bluff et de toutes les primitives crédulités, chez Shylock qui a soif de cantiques et de pureté ostentatoire. Cela est vraiment magnifique ..... et instructif.

DCCXLIII. — Max ARRIAND. — **Laurette et Jacques.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la Revue française*, Paris, 1932, 12 francs.

« Le conte charmant, fantasque et touchant..., etc... », dit Monsieur Henri Bidou dans la préface, et j'étais parti enchanté sur la première page ! A la troisième, je pensais que Monsieur Bidou avait été victime, non d'une illusion, mais de sa virtuosité dans le madrigal. Cette petite histoire subodore une intéressante ingénuité, une bonne humeur constante et une bonne volonté à laquelle je suis à mon tour, suivant la charitable technique critique de Monsieur Bidou, tout heureux de rendre hommage.

**Varia*****

Que de papier gaspillé inutilement en éditions : la crise pendant ce temps dévore peu à peu d'intéressantes revues : le « *Divan* » s'amincit et publie sous une seule livraison les trois numéros de juin-juillet-août. En tête, une émouvante « *Dernière lettre* » d'une amoureuse filtrant avec beaucoup de finesse ses regrets ; de clairs poèmes ; quelques notations de voyage en Tunisie (où l'on écrirait « *pottier* » pour les fabricants de gargoulettes ?) rédigées en style vif et coloré ; une abondante chronique bibliographique où il n'y a que rares, très rares analyses faites pour la satisfaction primordiale des éditeurs ou des auteurs. C'est peut-être de cela que meurt « *Le Divan* » ?

*Le « *Mercure de France* » du 1er août consacre un intéressant article à Hitler ; aux Jeux Olympiques un humoristique, mais très spirituel commentaire, affligé comme l'exige le goût impérieux des snobs d'un titre anglais ; au village russe actuel une étude peu optimiste ; aux travaux projetés pour l'année « polaire » et partiellement abandonnés (il n'y a pas de crédits pour les pacifiques recherches envisagées) une revue d'un extrême intérêt. La querelle de la Grammaire prend de l'ampleur. Allons-nous voir quelque immortel blessé dans ses sentiments (de corps) mettre flamberge au vent ?

10 août 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Examens de chirurgie dentaire.** — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de chirurgie dentaire ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, *pour quelque motif que ce soit*, ne peut être accordée dans *les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris)*.

SESSION D'OCTOBRE 1932. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 26 octobre 1932.

L'ouverture de la session est fixée au jeudi 3 novembre 1932.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichets nos 2 et 3, les vendredi 7 octobre (pour l'examen de validation de stage dentaire) et samedi 8 octobre 1932 (pour les examens de fin d'année), de midi à quinze heures.

SESSION DE JUIN-JUILLET 1933. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 24 mai 1933. Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi 6 et mardi 7 mars 1933, de midi à quinze heures.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 17 mai 1933.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 12 juin 1933.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à quinze heures, aux dates suivantes : lundi 13 mars 1933 (étudiants à quatre inscriptions), mardi 14 mars 1933 (étudiants à huit inscriptions), mercredi 15 mars 1933 (étudiants à douze inscriptions).

Les étudiants à douze inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 7 juin 1933.

— **Examens.** — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, *pour quelque motif que ce soit*, ne peut être accordée dans *les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris)*.

1° ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 3 octobre 1932.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 30 mai 1933.

2° NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — *Session d'octobre 1932.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1932, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1932, sont informés que les épreuves pratiques et orales des premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année auront lieu à partir du 17 octobre 1932 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), les lundi 3 et mardi 4 octobre 1932, de midi à 15 heures.

*Session ordinaire* 1932-1933. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 4 au 19 janvier 1933.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite soit par correspondance, soit par une tierce personne.

*Examens de clinique.* — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 3 octobre 1932 au 30 mai 1933.

3° THÈSE. — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 3 octobre 1932. La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 20 juin 1933.

*N. B.* — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie aux guichets nos 2 et 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Congrès des Sociétés tchécoslovaque et yougoslave d'orthopédie.** — Ce congrès aura lieu les 3 et 4 octobre 1932 à Zagreb.

Les questions à l'ordre du jour sont : 1° Importance de l'orthopédie dans la médecine sociale ; 2° Tuberculose des os et des articulations : *a*) indication sociale du traitement chirurgical dans la tuberculose des os et des articulations ; *b*) question de l'occupation des malades qui souffrent de tuberculose des os et des articulations ; 3° Rachitisme : *a*) le rachitisme considéré comme question sociale et nationale ; *b*) importance sociale du rachitisme tardif ; 4° Poliomyélite : *a*) analyse pathogénique et classification des troubles gastro-intestinaux dans la poliomyélite ; *b*) résultats du traitement orthopédique de la poliomyélite.

S'inscrire auprès de M. E. Sorrel, 179, boulevard Saint-Germain (Paris), secrétaire général de la Société française d'orthopédie.

— **Paris.** — *La lutte contre les mouches et les insectes piqueurs.* — Le Conseil municipal de Paris vient d'adresser à MM. les Préfets de la Seine et de Police, une demande les invitant :

1° A rechercher et à prescrire les mesures nécessaires en vue de la destruction des mouches et des insectes piqueurs et suceurs : diptères, culex, cousins et autres moustiques des diverses familles et sous-familles de culicidés.

2° A créer au musée d'hygiène et de l'assainissement une section spéciale de la mouche en général et, en particulier, des diptères et culicidés, avec indication des procédés et produits propres à en poursuivre la destruction.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** (Siège social et direction générale : 44, rue de Lisbonne, Paris VIII^e^. — *Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales* et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes (Sixième session, novembre 1932, (treize leçons) du 14 au 19 novembre 1932, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIV^e^), et à la Clinique Baudelocque.) — PROGRAMME : 1^re^ leçon. M. le Professeur GOUGEROT. Lundi 14 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Danger des maladies vénériennes. Programme d'ensemble de la lutte anti-vénérienne. Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire. — 2^e^ leçon. M. le Professeur GOUGEROT. Lundi 14 novembre, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire). — 3^e^ leçon. M. le Docteur MILIAN. Mardi 15 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. Modes de contamination. — 4^e^ leçon. M. le Docteur QUEYRAT. Mardi 15 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Les modes de traitement de la syphilis. — 5^e^ leçon. M. le Docteur JANET. Mercredi 16 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. Moyens de diagnostic. — 6^e^ leçon. M. le Docteur LOUSTE. Mercredi 16 novembre, à 10 h.15, à l'Institut Alfred-Fournier : Technique du service social dans un dispensaire. Devoirs de l'assistante sociale. — 7^e^ leçon. M. le Docteur Marcel PINARD. Mercredi 16 novembre, à 15 heures, à la Clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal). : Grossesse et syphilis. Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. Rôle de l'assistante sociale. — 8^e^ leçon. M. le Docteur Robert RABUT. Jeudi 17 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La lutte contre la prostitution. Œuvres de protection et de relèvement. — 9^e^ leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES. Jeudi 17 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Histoire de la syphilis. — 10^e^ leçon. M. le Docteur Pierre FERNET. Vendredi 18 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les hérédo-syphilitiques. — 11^e^ leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES. Vendredi 18 novembre, à 10 h. 45, à l'Institut Alfred-Fourinier : Syphilis familiale. Les enquêtes dans les familles. — 12^e^ leçon. M. le Professeur GOUGEROT. Samedi 19 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Propagande antivénérienne. — 13^e^ leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES. Samedi 19 novembre, à 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : Education et hygiène des vénériens. Examen prénuptial.

Visite du Musée de l'hôpital Saint-Louis. Deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Docteur BRODIER : le jeudi 17 novembre, à 16 heures, et le samedi 19 novembre, à 14 h. 30.

Le cours est gratuit. Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIII^e^), le plus tôt possible. Une carte d'admission strictement personnelle leur sera délivrée.

*Ecole de stage de service social.* La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une Ecole de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes. La direction technique de cette école de stage est confiée au Service social à l'hôpital. Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois. Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIII^e^).

*Le Directeur-Gérant* : D^r^ A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

## Accidents du travail

### 4292. — Contre-visite d'un blessé du travail par le médecin du patron. Formalités.

Dans les accidents du travail régis par la loi de 1898, le médecin de la Compagnie d'assurances chargé, pendant le traitement, de contre-visiter le blessé, doit-il toujours et encore maintenant, prévenir le médecin traitant quarante-huit heures d'avance et par lettre recommandée ?

Dr F.

**Réponse**

En vertu du paragraphe 5 de l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail, qui n'a subi jusqu'à ce jour aucune modification, le chef d'entreprise peut désigner au juge de paix, au cours du traitement, un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation dûment visée par le juge de paix, donne audit médecin, accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Si le médecin contrôleur désigné par la Compagnie n'observe pas les formalités prescrites par cette disposition légale, le blessé est en droit de refuser de se prêter à son examen. Mais si, malgré les irrégularités, le blessé consent à se laisser examiner, la contre-visite est valable.

### 4277. — Accident du travail. Changement de médecin au cours du traitement

Je serais heureux d'avoir vos conseils sur le cas suivant, susceptible d'intéresser les praticiens :

Le 22 juillet, une ouvrière est blessée en usine : section incomplète de trois doigts. Le directeur de l'usine la conduit lui-même à l'hôpital de S... où elle subit la triple amputation. Revenue chez elle le soir, elle me fait appeler — je suis médecin de la famille — pour la continuation des pansements et des soins.

Le patron a remis l'avis d'accident au directeur de l'hôpital, qui — c'est légitime — le garde pour se faire indemniser des premiers soins et de l'intervention. Il refuse d'en délivrer un duplicata, agissant ainsi, paraît-il, sur le conseil de son assurance.

Dans ces conditions, n'ayant aucune pièce écrite du patron ou de l'assurance, qui me garantit le payement des honoraires ?

D'autre part, dois-je aviser par voie recommandée l'assurance que je vais être dans l'obligation de faire plus de cinq pansements à tarif spécial (art. 16), et les premiers au domicile de la blessée, fébrile et alitée ?

Y a-t-il lieu de délivrer les certificats initiaux ?

Dr L.

**Réponse**

L'article 4 de la loi sur les accidents du travail réserve d'une façon formelle aux victimes, le

droit de choisir librement leur médecin ou leur pharmacien.

Il importe donc peu que les premiers soins aient été donnés à votre cliente à l'hôpital de Saint-Denis, elle restait parfaitement libre, après avoir reçu ces premiers soins, de s'adresser au médecin de son choix. Le fait qu'elle n'a pu vous remettre le bulletin d'accident conservé par le directeur de l'hôpital, ne peut en rien préjudicier à vos droits.

En effet, pour que vous ayez une action en payement de vos honoraires contre le patron responsable, il faut et il suffit que l'accident du travail ne soit pas contesté. Cependant, si vous connaissez le nom de l'assurance, il serait bon que vous lui adressiez une lettre recommandée dont vous garderez copie, pour l'avertir que vous êtes le médecin traitant de la blessée et que vous vous voyez dans l'obligation de faire une série de plus de cinq interventions à tarif spécial. Au cas où vous ignoreriez le nom de l'assurance, envoyez cette lettre recommandée au patron lui-même.

Par la suite, si vous éprouvez des difficultés pour le règlement de votre note d'honoraires, vous n'auriez qu'à nous le faire savoir et nous vous donnerions les conseils et instructions nécessaires.

Dès lors que ce n'est pas vous qui avez donné les premiers soins et qu'aucun certificat ne vous a été demandé par l'assurance, vous n'avez pas à prendre l'initiative de délivrer des certificats initiaux.

---

**4465. — Soins donnés à la demande du patron à un blessé du travail. Pas de privilège.**

L'administrateur d'une Société anonyme m'a fait donner des soins à un blessé du travail *pour le compte de la Société*.

Cette Société est actuellement en faillite ; puis-je produire en privilège à cette faillite pour le payement de mes honoraires en vertu de l'article 2101 du Code civil ?

**Réponse**

L'art. 4 de la loi sur les accidents du travail a accordé au médecin choisi par la victime, une action directe en payement de ses honoraires contre le patron responsable.

Cette action, dérivée des droits de l'ouvrier, bénéficie comme celle-ci du privilège de l'art. 23 de la loi du 9 avril 1898 inscrit sous le nº 6 de l'art. 2101 du Code civil.

Mais, lorsque le médecin, au lieu d'être choisi par la victime de l'accident, est mis directement en œuvre par le patron responsable, les rapports qui s'établissent ainsi entre le médecin et le patron, sont des rapports de pur droit commun, étrangers à la législation sur les accidents du travail.

Il en résulte, à notre avis, que le médecin ainsi mis en œuvre par le patron, ne peut prétendre pour ses honoraires, au bénéfice du privilège de l'art, 23 et ne peut prétendre non plus, au privilège de l'art. 12 de la loi du 30 novembre 1892, les soins n'ayant pas été donnés au débiteur lui-même.

---

## Assurances Sociales

### 4560. — Assurance-maladie. Début de l'affection

Ayant découvert chez la fillette de mon client une luxation congénitale double, je conseillai aux parents de la faire traiter par le Dr T..., à Paris. Celui-ci lui mit un plâtre à deux reprises depuis neuf mois, et l'enfant revint à chaque fois à R....

Le père assuré social, fit mettre ses feuilles en règle, et toucha même un remboursement pour un appareil en cuir et fer fait par une maison d'orthopédie.

Tout allait bien donc jusqu'au moment où il envoya à la Caisse la note du Dr T..., établie par celui-ci au moyen d'un chiffre-clé, et sans indication du prix demandé.

La Caisse fit des difficultés, demanda le prix payé. Le Dr T..., se refusa à le donner. Bref, je vous envoie la lettre que vient de recevoir mon client, un refus de payement !

La première raison est fausse. Le père à répondu à la première lettre tout au moins convoquant l'enfant à Paris. Elle était en pleine *coqueluche*, et ne pouvait aller à Paris, et c'était d'ailleurs difficile et onéreux, l'enfant étant plâtrée en flexion et abduction complète et difficilement transportable.

La deuxième *raison me paraît inique*.

Les parents naturellement ne savaient pas avant que je visse leur enfant, qu'elle était atteinte de cette affection congénitale.

Pourriez-vous me dire : 1) si les raisons invoquées pour refus de remboursement sont valables ? 2) A quelle juridiction, au cas contraire, on pourrait s'adresser.

Dr P.

**Réponse**

Des deux motifs invoqués par la caisse pour refuser les prestations à votre client, le premier nous paraît sans aucune valeur, mais le second nous semble plus sérieux.

S'il est exact que, conformement au paragraphe 2 de l'article 7 de la loi sur les Assurances sociales, tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles de la caisse, il tombe sous le sens que les conditions dans lesquelles ces contrôles sont exercés ne doivent pas constituer un danger pour le malade. En l'espèce, la jeune malade, déjà difficilement transportable en raison de son plâtre, était en outre atteinte de coqueluche. Un voyage à Paris aurait donc pu comporter de graves dangers

pour elle ; au surplus, il aurait entraîné des frais dont l'assuré n'aurait pu exiger le remboursement de la caisse. C'est à celle-ci qu'il appartenait, à la suite de la lettre de votre client, de faire visiter la malade à son domicile par le médecin-contrôleur, si elle désirait être renseignée sur son état. Si une faute a été commise en la circonstance, elle incombe à la Caisse et non à l'assuré.

Par contre, il est certain que ne peuvent bénéficier de l'assurance-maladie, les affections dont le début est antérieur à la loi.

Sur cette question de principe, la Caisse paraît avoir raison. Mais il ne faut pas oublier que le paragraphe 8 de l'article 4 est ainsi rédigé : « Les indemnités prévues au présent article sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, *qui est celle de la première constatation médicale...* ». Votre client pourrait donc s'appuyer sur la lettre de cette disposition et sur un certificat délivré par vous qui attesterait que vous n'avez constaté pour la première fois la luxation congénitale que bien postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi pour demander le bénéfice des prestations de l'assurancemaladie.

Puisque la caisse a rejeté la réclamation de votre client par la lettre du 29 juillet que vous nous communiquez, pour faire valoir ses droits votre client doit maintenant saisir la commission cantonale des assurances sociales. La commission cantonale compétente est celle du siège de la caisse. Nous vous rappelons que, conformément à l'article 7 du décret du 30 juin 1930 la commission cantonale doit être saisie par lettre recommandée adressée au Juge de paix en sa qualité de président de la commission dans le délai de dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision de la Caisse. Votre client n'a donc plus qu'un court délai pour agir utilement et il faut qu'il se hâte d'envoyer sa lettre recommandée.

### 4481 — Assurance maternité. Prime d'allaitement

Je viens de lire dans la *Médecine Internationale* de juillet le rapport du Docteur Schreiber concernant la protection maternelle et infantile où il est dit à la page 271 que les *femmes d'assurés obligatoires jouissent des mêmes avantages* que les *femmes assurées* en ce qui concerne la prime *d'allaitement* : 150 francs pendant les quatre premiers mois, etc...

Comme médecin de centre je dirige une consultation de nourrissons fréquentée par ces deux catégories de mères ; mais ces dernières femmes d'assurés obligatoires ne touchent que la prime d'allaitement du département, 45 francs pendant les six premiers mois et 15 francs pendant les autres six mois.

Je désire savoir pour les renseigner, comment elles doivent agir vis-à-vis de la Caisse pour obtenir la même prime que les femmes assurées sociales.

Dr P.

**Réponse**

L'art. 9 de la loi sur les Assurances sociales concernant la maternité, contient d'une part les dispositions qui s'appliquent également à l'assurée et à la femme de l'assuré et, d'autre part, des dispositions dont bénéficie l'assurée seule.

Les prestations qui sont communes aux deux catégories sont les prestations en nature, c'est-à-dire les prestations médicales et pharmaceutiques.

Par contre, les autres prestations de l'art. 9 qui constituent des prestations en argent, telles que le demi-salaire six semaines avant l'accouchement et six semaines après et les allocations mensuelles d'allaitement prévues par le paragraphe 4, ne sont dues qu'à l'assurée seule et non pas à la femme de l'assuré.

Cette distinction est faite très nettement, tout d'abord par la loi et aussi par l'art. 48 du règlement-type d'administration intérieure pour Caisses d'assurances sociales.

Il nous semble donc que le Docteur Schreiber a commis une erreur dans son rapport.

**4474. — Assurance-maladie, Assuré agriculteur blessé dans son travail mais n'ayant pas adhéré à la législation sur les accidents agricoles**

Un cultivateur, assuré social, accidenté du travail non assuré par une Compagnie d'assurances quelconque contre les accidents, peut-il toucher les prestations des assurés sociaux ?

Il semble que oui puisque l'art. 23 dit que s'il se conforme au cours de la maladie ou accident aux prescriptions médicales.

Or, la Caisse mutuelle avertit ses sociétaires qu'elle ne leur doit pas les prestations, et dans un des bulletins adressés ajoute que l'article 8 de la loi des Assurances sociales exclut de la garantie les maladies et les blessures indemnisées ou *susceptibles d'être indemnisées* par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

Si l'accidenté est indemnisé, c'est logique mais s'il n'est pas assuré la formule : *succeptible d'être indemnisé* est spécieuse.

Au cas où l'accidenté non indemnisé pourrait toucher ses prestations, où doit-il s'adresser pour faire admettre la chose par la Caisse.

Dr P.

**Réponse**

La législation sur les accidents du travail dans les exploitations agricoles permet, sous certaines conditions, aux exploitants eux-mêmes d'adhé-

rer personnellement à la loi pour les accidents dont ils peuvent être victimes au cours de leur travail. Il s'agit là d'une simple faculté et non d'une obligation et les exploitants ont parfaitement le droit de ne pas adhérer.

Par conséquent, si votre client est régulièrement inscrit aux Assurances sociales, il est fondé, à notre avis, à exiger de la Caisse, les prestations de l'assurance-maladie, sans qu'on puisse lui opposer le paragraphe 1 de l'article 8 de la loi sur les assurances sociales aux termes duquel ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail. En effet, on ne peut dire en l'espèce que la blessure ou maladie soit *susceptible* d'être indemnisée par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail, puisque votre client n'a pas adhéré à la législation sur les accidents agricoles et n'a, par conséquent, aucun titre pour prétendre aux indemnités prévues par cette législation.

Nous estimons donc que votre client doit se pourvoir contre la décision de la Caisse devant la commission cantonale des assurances sociales, présidée par le Juge de paix. Pour saisir le Juge de paix, il lui suffira d'envoyer à ce dernier une lettre recommandée lui exposant le litige, dans le délai de dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision de la Caisse (article 7, § 1er du décret du 30 juin 1930.)

---

**4400. — Assurances maladie. Ce qu'il faut entendre par « rechute »**

Je vous prie de bien vouloir me renseigner sur le cas suivant :

Une de mes clientes, femme d'assuré social, a été en traitement du 24 octobre 1931, à fin d'avril 1932.

A l'expiration des six mois règlementaires, la Caisse signifie la fin des prestations. Elle refuse même de rembourser une visite et une ordonnance datée du 23 avril.

Sur mes conseils, la malade reste sans envoyer de nouvelles feuilles de maladie jusqu'au 4 juillet. A cette date, à l'occasion d'une rechute, son mari assuré demande de nouvelles prestations.

Ci-joint la réponse de la Caisse. A s'en tenir au texte du troisième paragraphe, jamais plus cet assuré n'aurait droit aux prestations en faveur de son conjoint ?

Comme il me semble bien avoir lu le contraire dans les demi-colonnes du *Concours*, j'ai conseillé à mon client de réclamer. C'est pour étayer cette réclamation que je sollicite votre avis.

Dr B.

**Réponse**

Il est exact que M. Maurice Dormann, député, ayant posé au ministre du Travail, la question

---

de savoir si la disposition du paragraphe 10 de l'art. 4 de la loi sur les Assurances sociales, aux termes de laquelle toute rechute survenant dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive, ne devait pas être interprétée en ce sens que pour toute rechute survenue plus de deux mois après la fin de l'affection, cette rechute donne droit, pendant une nouvelle période de six mois aux prestations de l'assurance-maladie ; le ministre a fait à cette question la réponse suivante que nous avons publiée dans le *Concours médical* du 26 juin 1932, page 2009 :

« Réponse affirmative, à condition, toutefois que l'assuré ait été considéré comme guéri et qu'il s'agisse, par conséquent, d'une véritable rechute, c'est-à-dire de la réapparition de la maladie, après une interruption d'au moins deux mois. »

Il résulte de la réponse du ministre que, pour notre part, nous approuvons complètement, qu'il est nécessaire, pour que le malade puisse avoir droit au bénéfice de l'assurance-maladie pendant une nouvelle période de six mois, qu'il y ait eu guérison puis rechute ou nouvelle maladie survenue plus de deux mois après, mais que le droit aux prestations ne peut être ouvert à nouveau s'il s'agit d'une même maladie soignée sans interruption.

En tous cas, votre client pourra porter l'affaire devant la Commission cantonale qui statue sans frais et qui doit être saisie par lettre recommandée, adressée au Juge de paix président, dans les dix jours de la notification de la décision de la Caisse rejetant la demande.

---

**4268. — Remboursement des frais médicaux aux assurés soignés dans des cliniques n'ayant pas passé de conventions avec les caisses**

Je viens d'avoir une longue conversation avec un directeur de caisse sur le sujet suivant :

Un assuré social opéré dans notre clinique a eu sa feuille de soins chirurgicaux dûment remplie.

Exemple : K × 20 Chi, signée puisque acquittée.

Il l'adresse à sa caisse pour toucher la part de responsabilité de cette dernière. La caisse lui réclame un certificat de la clinique indiquant le nombre de journées passées à la clinique.

Par téléphone, le directeur de la caisse m'explique que l'article 36 du règlement leur enjoint de ne rien payer de plus qu'à l'hôpital et que pour savoir ce qu'il sont à payer il leur faut savoir combien ils ont de jours d'hospitalisation. Et, il m'avoue que pour toutes les grosses interventions, ils ne remboursaient pas selon le tarif de responsabilité des honoraires, mais selon le nombre de journées d'hospitalisation.

J'ai fait les objections suivantes :

1° Les malades opérés en clinique sont sûrs de tou-

cher au maximum, ce qu'il toucheraient s'ils étaient à l'hôpital — et peuvent toucher moins, dans le cas où le tarif de responsabilité calculé sur les honoraires donnerait moins.

Donc, dans l'ensemble, un malade en clinique doit coûter moins cher aux caisses qu'un malade à l'hôpital et surtout pour la raison suivante :

2° Je donne l'argument suivant :

Dans une clinique, une hernie par exemple demandera à sortir le sixième jour, ce qui arrive, car le malade craint la dépense. A l'hôpital, il restera quinze jour car sa dépense est minime. La caisse lui remboursera six journées de responsabilité du prix d'hôpital, s'il est opéré en clinique et quinze journées s'il est opéré à l'hôpital.

Donc, de toute façon, les caisses ont avantage à ce que les malades aillent dans les cliniques, et inversement les assurés y perdent.

J'ajoute qu'il s'agit de clinique *n'ayant pas traité avec les caisses.*

Dr P.

**Réponse**

L'article 36 du règlement invoqué par le directeur de la Caisse est sans doute l'article 36 du règlement-type de l'administration intérieure pour les Caisses d'assurances sociales, dont voici le texte :

« En aucun cas le choix effectué par l'assuré, d'un régime d'hospitalisation autre que le régime commun de l'hôpital public ne peut, pour la Caisse, être une cause de dépense supplémentaire. »

Cet article ne nous semble pas avoir la portée que lui attribue le directeur de la Caisse, il signifie seulement, selon nous, que dans le cas où par exemple l'assuré social se fait admettre à l'hôpital dans une chambre particulière, la Caisse n'est tenue de supporter que les frais d'hospitalisation en salle commune.

D'ailleurs, du fait qu'aucune convention n'a été passée entre votre clinique et la Caisse, il résulte, à notre avis, que toutes les dispositions du règlement-type concernant les soins à l'hôpital, n'ont pas à recevoir application, dans le cas que vous nous soumettez.

Du moment que l'assuré s'est fait soigner dans une clinique qui n'a pas passé de convention avec la Caisse, celle-ci doit ignorer la clinique et l'assuré doit être considéré comme ayant été soigné chez lui ; il doit donc recevoir son demi-salaire et les prestations de l'assurance-maladie, dans les termes de l'art. 4 de la loi sur les Assurances sociales.

Cette thèse est d'ailleurs celle du ministre du Travail et de la Prévoyance sociale lui-même, dans une circulaire relative à l'assurance-maternité du 21 mars 1931 dont vous pourrez trouver le texte dans le supplément documentaire du *Concours médical* d'avril 1931 (page 5054). Ce

qui est dit dans cette circulaire au sujet de l'assurance-maternité, paraît devoir, pour identité de motifs, s'appliquer également à l'assurance-maladie. Or, le ministre s'exprime en ces termes :

« Lorsque l'assurée ou la femme de l'assuré est hospitalisée dans un établissement n'ayant pas contracté avec la Caisse, *elle doit être considérée comme soignée chez elle.* On appliquera dans ce cas, *pour les soins médicaux,* le tarif spécial à l'accouchement, aucune indemnité n'étant attribuée pour les frais d'hospitalisation. »

Ainsi donc, nous estimons que la Caisse est tenue de rembourser à son assuré les frais médicaux, dans les limites de son tarif de responsabilité, avec seulement la correction à apporter à cette règle d'une portée générale, par l'alinéa 2 du paragraphe 5 de l'art. 4 de la loi, aux termes duquel le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne peut, en aucun cas, excéder par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, 50 % de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque Caisse, à cotisation, à moins que la Caisse n'ait décidé de verser des indemnités supplémentaires à l'assuré après avoir reconnu, d'accord avec le médecin traitant, que la maladie exigeait un traitement spécial (alinéa3 du paragraphe 7 du même article 4).

En vertu de cette disposition, la Caisse est donc fondée à demander à l'assuré des justifications de la durée de sa maladie, mais elle n'a pas à savoir combien de temps il a pu séjourner à la clinique, puisque celle-ci n'a aucun droit à faire valoir contre elle.

---

## Questions de loyer

### 4393. — Abrogation locale de la loi du 29 juin 1929

A S..., ville de 3.135 habitants, j'occupe un local professionnel qui était en prorogation jusqu'en 1937. (Valeur locative, 200 francs en 1914).

On m'a dit que tout dernièrement, certaines communes du département avaient été rendues au droit commun.

Pourriez-vous me dire si S... est du nombre ? et dans la négative si je peux craindre que pareille mesure soit un jour appliquée à S... ?

D^r D.

**Réponse**

Il est exact qu'un décret du 15 juin 1932, publié au *Journal Officiel* du 17 juin, a abrogé la législation spéciale des loyers, résultant de la loi du 29 juin 1929, dans plusieurs communes du département de l'Allier ; mais parmi ces communes ne figure pas celle de S...

Ce décret a été pris en vertu d'une disposition spéciale de la loi, aux termes de laquelle un

décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil municipal et du Conseil général, peut prononcer l'abrogation de la législation spéciale des loyers, et le retour au droit commun, postérieurement au 1er avril 1931.

Rien n'empêche donc, en principe, qu'une semblable mesure ne soit prise à l'avenir pour la commune de S... Mais comme elle ne peut être prise qu'après avis du Conseil municipal, il vous sera sans doute facile de savoir s'il rentre dans les intentions du Conseil municipal de S..., de demander le retour au droit commun en matière de loyer.

---

### 4317. — Loi du 29 juin 1929. Remboursement des charges

Voulez-vous avoir l'obligeance de demander au Conseil juridique du « Sou médical », si un propriétaire peut demander à son locataire (d'avant-guerre) 45 % de charges, même en justifiant que les charges atteignent effectivement ce chiffre. N'y a-t-il pas une loi qui fixe un maximum pour le pourcentage de charges ?

Dr P.

**Réponse**

Bien que vous ayez omis de nous le dire expressément, nous supposons qu'il s'agit de l'application de la loi du 29 juin 1929 sur les loyers.

En effet, si l'application de cette loi n'était pas en jeu, ce serait seulement aux clauses et conditions du bail qu'il faudrait se reporter pour savoir si le propriétaire est en droit d'exiger le remboursement des charges dans la mesure où il prétend l'obtenir.

Ceci posé, voici quelles sont les dispositions de la loi du 29 juin 1929 en ce qui concerne le remboursement des charges :

« En sus de ces pourcentages (taux de majoration du loyer proprement dit), les impôts mis par la loi à la charge du locataire, les majorations d'impôts grevant depuis le 1er avril 1926 et celles qui pourront grever l'immeuble loué au cours de la prorogation, impôt cédulaire foncier non compris, et les prestations en nature autres que celles qui existaient déjà en 1914, et qui étaient comprises à ce moment dans le prix du bail, pourront être réclamés par le propriétaire dans la mesure où il justifiera de leur montant, lequel sera réparti entre tous les occupants de l'immeuble, propriétaire compris, s'il y habite, au prorata de leur loyer.

« En ce qui concerne les impôts et prestations qui, en 1914, étaient compris dans le prix du bail, le propriétaire pourra réclamer la majoration qu'ils ont subie depuis cette époque.

« Pour le remboursement desdits impôts et prestations en nature, il pourra être établi, d'accord entre les parties, un forfait qui ne pourra dépasser 30 % du montant de la valeur locative de 1914, telle qu'elle est déterminée à l'art. 10. »

Par conséquent, si le propriétaire opte, comme c'est son droit, pour le remboursement des charges ci-dessus définies, sur justification, aucun maximum ne peut lui être opposé.

Pour pouvoir exiger le remboursement des charges, il faut et il suffit qu'il puisse démontrer qu'elles correspondent bien à celles qui sont prévues par la loi et qu'il puisse justifier de leur montant. C'est seulement dans le cas où les parties sont d'accord pour le remboursement des charges d'après un forfait, que ce forfait ne peut excéder 30 % du loyer ou de la valeur locative de 1914.

Si vous ne pouvez vous mettre d'accord avec votre propriétaire, il faudra que vous confiez vos intérêts à un avoué près le tribunal de la situation de l'immeuble.

### 4664. — Installation du téléphone

Pour l'installation du téléphone dans les lieux loués (*Concours Médical*, 14 août), voici comment les choses se passèrent pour moi :

Désireux d'avoir le téléphone, j'ai fait une demande aux P. T. T. qui ont constitué un dossier dans lequel doit se trouver obligatoirement une autorisation d'installation signée du propriétaire.

Le propriétaire signe l'autorisation : tout va bien.

Le propriétaire refuse de signer : il ne vous reste plus alors qu'à faire rendre un jugement en référé au tribunal civil de l'arrondissement.

L'administration des P. T. T. ne vous installera alors le téléphone que lorsqu'elle pourra mettre dans ses cartons cop'e du jugement de référé (une dizaine de feuilles doubles de papier timbré pour mon compte).

Dr D.

## Questions médico-militaires

### 3182. — Père de six enfants. Libération du service militaire

J'ai déjà correspondu avec vous au sujet de ma situation militaire, pour une période d'instruction que j'ai dû faire en octobre dernier. Je tiendrais à savoir si à l'heure actuelle ma démission peut être présentée, et quelle est la marche à suivre pour ce faire.

Je suis de la classe 1913 : j'ai fait toute la guerre, que j'ai finie comme médecin sous-aide-major (une blessure, une citation, cinq mois de captivité). Depuis 1918, j'ai été porté successivement aux grades de médecin sous-lieutenant et médecin lieutenant. Telle est ma situation militaire actuelle. Voici maintenant ma situation de famille : je suis père de sept enfants de 14 à 3 ans.

Je ne veux rien tenter sans être sûr d'être en droit de le faire. Je voudrais savoir aussi quelle sera ma situation après ma démission.

Dr M.

**Réponse**

Puisque vous êtes père de sept enfants, votre situation est des plus simples.

Il vous suffit de réclamer aussitôt au directeur du Service de santé, le bénéfice de l'art. 58 de la loi du 31 mars 1928 qui spécifie que « les pères de six enfants vivants et d'un nombre plus élevé d'enfants, sont libérés de toute obligation militaire dès la naissance de leur sixième enfant »

Vous serez donc aussitôt libéré *définitivement* de tout service militaire. A toutes fins utiles, faites la même déclaration au bureau militaire de votre mairie.

### 3217. — Démission du grade de médecin-lieutenant

Je suis lieutenant de réserve (médecin), classe 1909, père de deux enfants et n'ai plus accompli de période d'instruction depuis ma libération (juillet 1919). Jusqu'à maintenant, mon directeur du Service de santé m'a demandé si j'étais volontaire pour accomplir une de me trois périodes obligatoires. Je crains que cette année le choix ne se pose plus pour moi et qu'il me faille abandonner ma clientèle pendant trois semaines pour endosser un uniforme que je n'ai d'ailleurs plus. Cet e perspective me sourit assez peu — après sept ans de service — et je ne peux guère me payer le luxe de trois semaines de repos.

Je me permets en conséquence de vous poser quelques questions.

1° Dans le cas où je me déciderais à démissionner à qui dois-je adresser ma let re de démission et dans quels termes dois-je la formuler ?

2° Ma démission acceptée, redeviens-je simple pitou de 2e classe ou puis-je conserver mon galon d'argent de médecin-auxilaire ? Suis-je dans ce cas délié de toute obligation militaire ?

Dr A.

**Réponse**

1° Il faut adresser votre offre de démission au ministre de la Défense nationale (Guerre), 7e direction, en la faisant passer par la voie hiérarchique de votre directeur du Service de santé.

Formule officielle habituelle, sans formule de politesse. Exposez que vous réclamez le bénéfice de l'art. 38 de la loi du 31 mars 1928, qui autorise l'offre de démission pour les officiers de réserve, appartenant à la deuxième réserve. Ajoutez que vous appartenez personnellement à cette deuxième réserve, en mentionnant votre classe.

2° Vous reprendrez votre grade de médecin auxiliaire (homme de troupe) et, dans cette condition, vous attendrez la libération normale de votre classe, pour être, en même temps qu'elle, dégagé de toutes obligations militaires.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

I

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

II

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

III

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :
**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse.** Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
**Flumet.** P. Monnamy.
**Jougne.** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche). J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maîche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex.** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Rousses (les)** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianes.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié, de Vaucresson (*chir. acc*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

### Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.), Lapy, Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barraud G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Lacanau.** Dubroca.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*).
**Palavas-les-Flots.** Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Pau.** Dr Cornet.
**Roscoff.** Bagot, Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer.** (Calvados), Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau
**Saint-Georges-de-Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**Ste-Maxime-s/Mer.** Ficonetti
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn. enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

## *DEMANDES et OFFRES*

N° 253. — A vend. d'occas. Compte-rendu Soc. Intern. de Chirurg. année 1926. Sommaire : La curiethérap. du cancer utérin (Regaud, S. Recasens, Forsdike, Pestalozza) ; Epilepsie jacksonnienne (Leriche) ; Chirurgie de la rate (Patel, Leotta, Papayoannou, Cortes, Llado, Henschen) ; La thérapeut. des tumeurs cérébrales (Percy Sargent, Brunn, Lucerne, Lozano, de Martel ; R. Bastianelli, Adson) ; L'abcès du foie (Dominici, Pétridis).

N° 254. — Secrét. dactylo, un peu sténo, bonne dessinatr., ainsi que lavis et aquarelle. Référ. Mlle Koehler, chez Mme Chardon, 37, rue des Archives. Paris.

N° 255. — Centre physiothérapie offre à méd. franç. exerçant rég. parisienne, associat, sans apport de capital ni présence au Centre.

N° 256. — Méd. ayant déjà bonne client. en plein développ. dans quart. populeux de Paris, installat. très pratique, recherche pour exploitat. à deux, associé sérieux, connaiss. bien tubercul. et scopie pulm., Possib. logem. même immeuble. Référ. moralité exigées.

N° 257. — Clin. accouch. en format., près barrière Paris-Est, cherche plus. méd. ayant clientèle, en vue associat.

N° 258. — A vend. agrandisseur Noxa N° 9 *bis*, en excell. état marche, valant 1850, cédé à 500, cause double emploi. Dr Serré, à Wingles (P.-de-C.).

N° 259. — A céd. pour cause double emploi, nombr. appar. mécanothérapie thermothér., hydrothér., orthopédie, redressem. colonne vertébr. électrothér. S'ad. 25, rue des Mathurins, Paris.

N° 260. — Dr demande poste méd. 100.000 fr. envir. ; littoral Sud Bretagne, Ouest ou sud-ouest, ville ou près ville.

N° 261. — Bonne client. 80 km. Paris, pays chasse et pêche, proxim. gr. ligne, mais. confort., loyer 4.000. Chiffre import. touché. A reprend. imméd. Ecrire.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46

1° Paris, quart. central, cab. d'oculiste tenu par le titul. dep. 40 ans, très grd appartement, longue présent. Prix 70.000.

2° Région agréab., 110 kms Paris, propharm., facile à desserv., maison 8 p., facil. paiement.

3° Belle banl. ouest, anc. poste. Fixe transm., bel. habitat. Prix à débat.

## Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

**« La Soleillette »**, Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Rendre un traitement facile, c'est assurer sa continuité, Ordonner à tous les dyseptiques de sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAINE par jour, c'est les guérir facilement et agréablement.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles) Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18,50. Cuvée 1919 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. = E. Cauche pharmac. à **AY** (Marne).

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Notre croisière en Adriatique.** — Elle aura lieu à bord du paquebot *Théophile Gautier*, des Messageries Maritimes, et durera trois semaines environ. D'accord avec le *Bruxelles médical*, et pour répondre au désir exprimé par de nombreux participants aux croisières antérieures, les organisateurs ne prévoient, à leur programme, aucune réception officielle, et ne prendront aucune initiative dans ce sens. Nous répétons que les croisières médicales franco-belges doivent être considérées par les médecins comme leur œuvre et que nous les prions vivement de nous communiquer toutes les suggestions qui leur paraîtraient utiles.

Rappelons d'autre part, que la XVIII[e] Croisière médicale franco-belge aura lieu dans le courant de l'été 1933 et qu'elle se rendra par un paquebot de grand luxe aux plus beaux fjords de Norvège, en Laponie, au Cap Nord, au Spitzberg et en Islande. Le programme en sera tracé par le Commandant Baron de Gerlache de Gommery, membre correspondant de l'Institut, dont les explorations polaires arctiques et antarctiques sont célèbres. Le Commandant de Gerlache accompagnera lui-même cette croisière et a bien voulu nous dire qu'il se mettait à l'entière disposition des passagers pendant toute la durée de celle-ci. Les personnes que ces deux voyages intéressent, nous rendraient service en nous en informant dès maintenant, sans engagement de leur part, bien entendu.

— **Hommage au Professeur François Arnaud.** — Les élèves et les amis du Professeur François Arnaud, de Marseille, se proposent de faire apposer sur les murs de l'hôpital de la Conception, et sur sa sépulture de l'Escale, un médaillon en bronze d'après la maquette du graveur Gustave Martin.

Les souscriptions sont reçues par M. le Professeur Jules Cotte, trésorier du Comité, 213, rue d'Endoume, Marseille, C. C. 134-67.

— **Congrès de gynécologie** (Paris, 3 au 5 octobre 1932.) — Désireuse de resserrer les liens d'estime et d'amitié qui unissent les gynécologues français à leurs collègues étrangers, la Société française de gynécologie a décidé d'offrir chaque année la présidence d'honneur de son Congrès à un gynécologue étranger. En conséquence de cette décision, la séance d'ouverture du Congrès français de gynécologie sera présidée par M. le Professeur S. Recasens, professeur de clinique gynécologique, doyen de la Faculté de médecine de Madrid.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — *Clinicat gynécologique.* — Un concours pour une place de chef de clinique gynécologique s'ouvrira à la Faculté de Montpellier le 24 octobre 1932.

Les épreuves du concours comportent : une composition écrite sur un sujet de gynécologie ; une leçon clinique après examen d'un ou de plusieurs malades ; l'examen d'une pièce pathologique ; l'appréciation des titres et travaux du candidat.

Les concurrents doivent être Français ou naturalisés Français. Ils doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté en déposant leurs titres et travaux du 15 au 21 octobre inclus.

— **Hôpitaux de Lille.** — *Internat.* — Un concours pour la nomination de huit internes en médecine et six externes en premier s'ouvrira le 17 octobre 1932. Inscriptions jusqu'au 6 octobre.

— **Hôpitaux de Rouen.** — *Internat.* — Le concours d'internat des hôpitaux de Rouen (six places de titulaire, trois places de provisoire), aura lieu le 10 novembre prochain.

— **Hôpitaux de Brest.** — *Internat.* — Un concours pour trois places d'interne aura lieu le 18 octobre 1932. Inscription jusqu'au 3 octobre au Secrétariat des hôpitaux civils de Brest, 8 *bis*, rue de Traverse.

— **Voyage d'étude au Maroc (8-28 octobre 1932.)** — L'*Hygiène par le Tourisme*, revue mensuelle de l'Association artistique, littéraire et touristique des étudiants et anciens étudiants de Paris, organise du 8 au 28 octobre 1932, pour les universitaires et étudiants, son XIVe voyage d'étude en Afrique du Nord.

Comme les précédents, il sera dirigé par le Docteur Henri Netter.

Ce voyage permettra de visiter les villes de : Tlemcen, Fez, Meknès, Moulay-Idriss, Volubilis, Rabat, Salé, Casablanca, Mazagan et Marrakech.

Départ de Marseille le 8 octobre. Retour à Bordeaux, le 28 octobre.

Chacun des membres, dont le nombre maximum est fixé à 18, aura un billet individuel d'aller et retour de bateau, lui permettant de prolonger son voyage s'il le désire

Les conditions suivantes sont pour ce voyage, en 2e classe sur le bateau et chemin de fer, de Marseille à Bordeaux : médecins et universitaires, 3.400 francs; étudiants, 2.950 francs.

S'inscrire, avant le 1er octobre, chez M. Evans, directeur du Service touristique de l'*Hygiène par le Tourisme*, 33, avenue de l'Opéra, téléph. Opéra 01,80 et 81, qui donnera tous renseignements complémentaires.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

17 AOUT

**Pharmacie.**

*Décret du 4 août 1932 relatif à la préparation et à la vente de certains médicaments.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

18 AOUT

**Service de Santé militaire.**

Est nommé dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, au grade de médecin sous-lieutenant, le médecin auxiliaire Deshayes, affecté à la 10e région.

19 AOUT

**Légion d'honneur.**

Sont nommés chevalier de la Légion d'honneur :

Au titre du ministère de l'Intérieur : M. le Docteur Maurin, maire de Khenchela.

Au titre du ministère de l'Education nationale : M. le Docteur Ledoux, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon.

**Service de santé militaire.**

*Instruction relative au concours pour le titre de professeur agrégé de l'école d'application du Service de santé colonial (modificatif)*

*Instruction relative au concours pour le titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du Service de santé colonial modificatif)*

*Instruction relative au concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux (modificatif)*

*Instruction sur l'organisation et le service intérieur de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales (modificatif)*

Ces documents seront publiés ultérieurement.

**Service de santé de la Marine militaire.**

*Concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé dans les Ecoles de médecine navale.*

Ces concours annoncés au *Journal officiel* des 8 octobre et 13 décembre 1931 auront lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne à Toulon, aux dates ci-après indiquées.

Ligne médicale. A, Agrégation d'anatomie, chirurgie, Section d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, le 3 octobre 1932.

Agrégation de bactériologie. Hygiène, le 3 octobre 1932.

20 AOUT

**Légion d'honneur.**

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au

titre du ministère des Travaux publics, M. le Docteur Le Page, d'Orléans (organisation des postes des secours sur routes).

### Soins aux gendarmes.

*Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 16 août 1932, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie, et pour les médicaments distribués.*

*Lettres d'éloges officiels* (délivrées après dix années de soins gratuits.)

Légion de Paris : MM. Testot-Ferry, Houdan (Seine-et-Oise) ; Streomberg, Pantin (Seine) ; Charles, Noisy-le-Sec (Seine) ; Calamy, Montreuil (Seine) ; Glaise, Alfortville (Seine) ; Meillet, Rebais (Seine-et-Marne) ; Puig, Crécy-en-Brie (Seine-et-Marne) ; Carillon, Villiers-Saint-Georges (Seine-et-Marne).

1re légion : MM. Delcambre, Somain (Nord) ; Habourdin, Bailleul (Nord) ; Guilly, Etaples (Pas-de-Calais) ; Lorthiois, Wizernes (Pas-de-Calais) ; Deleprouve, Heuchin (Pas-de-Calais) ; Andrès, Saint-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais) ; Fourmestraux, Camiers (Pas-de-Calais) ; Wibaux, Camiers (Pas-de-Calais).

2e légion : MM. Cailleux, Oisemont (Somme) ; Gaudot, la Ferté-Milon (Aisne) ; Delvincourt, Liesse (Aisne) ; Delille, Saint-Quentin (Aisne) ; Chevallier, Crécy-sur-Serre (Aisne).

3e légion : MM. Bettinger, Saint-André-de-l'Eure (Eure) ; Vignal, Fleury-sur-Andelle (Eure) ; Boutin, Gaillon (Eure) ; Lionval, Saint-Pierre-sur-Dives (Calvados).

4e légion : MM Foisy, Laigle (Orne) ; Ducros, Sées (Orne).

5e légion : MM. Godeau, Lignières (Cher) ; Folliot, Vendôme (Loir-et-Cher).

6e légion : MM. Hoël, Ville-en-Tardenois (Marne) ; Blanc, Bétheniville (Marne) ; Valiadis, Varennes-en-Argonne (Meuse) ; Adnet, Saint-Mihiel (Meuse) ; Drapier, Rethel (Ardennes) ; Champion, Raucourt (Ardennes) ; Dumont, Esternay (Marne).

7e légion : MM. Maussire, Pesmes (Haute-Saône) ; Duclerget, Champagney (Haute-Saône).

8e légion : MM. Morel, Christophe-en-Brionnais (Saône-et-Loire) ; Malherbe, Couches-les-Mines (Saô-et-Loire) ; Félix, Saint-Sauveur (Yonne) ; Blondet, Saint-Fargeau (Yonne) ; Morin, Toucy (Yonne) ; Moreau, Auxonne (Côte-d'Or).

9e légion : MM. Bordes, Aubiers (Deux-Sèvres) ; Quartier, Nueil-sur-Laon (Maine-et-Loire) ; Thuau, Baugé (Maine-et-Loire) ; Grosgeorges, Beaupréau (Maine-et-Loire).

10e légion : MM. Maigné, Saint-Servan (Ille-et-Vilaine) ; Descottes, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) ; Thébault, Montauban-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine) ; Pautrel, Châteaubourg (Ille-et-Vilaine) ; Fournière, Saint-Méloi-des-Ondes (Ille-et-Vilaine) ; Saucet, Equeurdreville (Manche) ; Malon, Le Teilleul (Man-

che) ; Signeux, Gavray (Manche) ; Gicquel, Piéneuf (Côtes-du-Nord) ; Dubourg, Loudéac (Côtes-du-Nord) ; Connan, La Roche-Derrien (Côtes-du-Nord) ; Lebranchu, Evran (Côtes-du-Nord.)

11e légion : MM. de Sallier-Dupin, Nort-sur-Erdre (Loire-Inférieure) ; Vaton, Savenay (Loire-Inférieure) ; Vergnet, Bourg-de-Frossay (Loire-Inférieure) ; Imbert, île d'Yeu (Vendée) ; Gellereau, Mareuil-sur-Lay (Vendée) ; Robin, l'Herbergement (Vendée) ; Jaouen, Pont-l'Abbé (Finistère) ; Peneaud, Concarneau (Finistère) ; Guillerme, Ploermeur (Morbihan) ; Molac, Guer (Morbihan) ; Guitard, Riaillé (Loire-Inférieure).

12e légion : MM. Lescuras, Cognac (Charente) ; Gruas, Eygurande (Corrèze) ; Guittard, Terrasson (Dordogne) ; Dupuy, Villamblard (Dordogne) ; Léger Neuvic (Dordogne) ; Mortier, Royère (Creuse) ; Beaufort, Crocq (Creuse) ; Descubes, Saint-Laurent-sur-Gorre (Haute-Vienne) ; Ranty, Ambazac (Haute-Vienne).

13e légion : MM. Mazet, Sauxillanges (Puy-de-Dôme) ; Gerbier, Sauges (Haute-Loire) ; Lafon, Laroquebrou (Cantal) ; Cellier, Lanobre (Cantal) ; Maurin, Marcillat (Allier) ; Roux, Brassac-les-Mines (Puy-de-Dôme) ; Borrot, Billom (Puy-de-Dôme) ; Jalenques, Saint-Martin-Valmeroux (Cantal) ; Gonthier, Roche-la-Molière (Loire) ; Bidot, Ebreuil (Allier) ; Fabre, Brassac-les-Mines (Puy-de-Dôme) ; Mamet, Vorey (Haute-Loire).

14e légion : MM. Ternamian, Lyon (Rhône) ; Chevalier, Lyon (Rhône) ; Puvard, Villeurbanne (Rhône) ; Luigi, Dieulefit (Drôme) ; Capman, Pont-de-Beauvoisin (Savoie) ; Saint-Yves, Chalamont (Ain) ; Barnaud, Rives (Isère) ; Faure, Bourg-d'Oisans (Isère) ; Grandgaud, Chabeuil (Drôme) ; Goirand, la Motte-d'Aveillans (Isère) ; Mathieu, Crest (Drôme).

15e légion : MM. Bouzol, le Cheylard (Ardèche) ; Roman, Aix (Bouches-du-Rhône) ; Roujon, Sumène (Gard) ; Bentkowski, Saint-Jean-du-Gard (Gard) ; Lebasteur, Grasse (Alpes-Maritimes) ; Fraisse, Tamaris (Gard) ; Brahic, Ruoms (Ardèche) ; Arnaud, Bagnols-sur-Cèze (Gard) ; Girard, Cannes (Alpes-Maritimes) ; Darde, Beaucaire (Gard) ; Encontre, Caveirac (Gard) ; Fregier, Cavaillon (Vaucluse) ; Mailhes, Saint-Ambroix (Gard).

16e légion : MM. Feral, Réquista (Aveyron) ; Perie, Marcillac (Aveyron) ; Dupuy, Quillan (Aude) ; Alary, Naucelle (Aveyron) ; Puech, Ganges (Hérault) ; Sauvy, Estage (Pyrénées-Orientales) ; Jaupart, Espira-de-l'Agly (Pyrénées-Orientales) ; Ribot, Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; Sarrat, Castries (Hérault) ; Landes, Olonzac (Hérault) ; Gomez, Roujan (Hérault) ; Rey, Cransac (Aveyron) ; Fromentel, Firmy (Aveyron) ; Ratel, Viviez (Aveyron) ; de Framond, Marvejols (Lozère) ; Chambon, Decazeville (Aveyron) ; Morel, Mende (Lozère) ; Abiad, la Salvetat (Hérault) ; Remize, Nasbinals (Lozère) ; Barsalou, Saint-Hilaire (Aude) ; Granal, Montagnac (Hérault) ; Lafont, Capendu (Aude) ; Durand, Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Penet, Tautavel (Pyrénées-Orient.)

17e légion : MM. Roullies, Agen (Lot-et-Garonne) ; Daffix, Montech (Tarn-et-Garonne) ; Bonafous, Ax-les-Thermes (Ariège) ; de Martres, Cologne (Gers) ; Mazières, Caraman (Haute-Garonne).

18e légion : MM. Pinsolle, Puyoo (Basses-Pyrénées) ; Goyeneche, Ustaritz (Basses-Pyrénées) ; Dufourg, Gujan-Mestras (Gironde).

19e légion : MM. Gueidon, Mila (Constantine) ; Mougeot, Souk-Ahras (Constantine) ; Juving, Fort-National (Alger).

20e légion : MM. Brallet, le Thillot (Vosges) ; Leneutre, Vagney (Vosges) ; Thiébault, Pagny-sur-Moselle (Meurthe-et-Moselle) ; Voinier, Rupt-sur-Moselle (Vosges)

Légion d'Alsace et de Lorraine : MM. Kimmel, Saint-Avold (Moselle) ; Pillot, Sarralbe (Moselle) ; Feltz, Lorquin (Moselle) ; Grimault, Algrange (Moselle) ; Kayl, Sierck (Moselle).

Réunion : Mlle Vabois, Saint-Denis (île de la Réunion)

*Médaille de bronze.*

(Délivrée après 15 ans de soins gratuits.)

Légion de Paris : MM. Kypriotis, la Ferté-Alais (Seine-et-Oise) ; Prévé, Charenton (Seine).

3e légion : M. Labeque, Routot (Eure).

4e légion : M. Fontaine, Sillé-le-Guillaume (Sarthe).

5e légion : M. Bérard, Argent-sur-Sauldre (Cher).

10e légion : M. Dudouyt, Coutances (Manche).

12e légion : M. Auroire, Chabanais (Charente).

14e légion : M. Brevet, Pont-de-Veyle (Ain).

15e légion : M. Aynaud, Peyrolles (Bouches-du-Rhône).

16e légion : M. Amadou, Bédarieux (Hérault).

17e légion : MM. Carles, Aire-sur-Adour (Landes) ; Lucante, la Romieu (Gers).

18e légion : MM. Fontan, Trie (Hautes-Pyrénées) ; Laborde, Lipostey (Landes).

15e légion : MM. Willigens, Aïn-Beida (Constantine) ; Liagre, Constantine (Constantine).

*Médaille d'argent.*

(Délivrée après 20 années de soins gratuits.)

Légion de Paris : MM. Ort, Longjumeau (Seine-et-Oise) ; Bourgeaut, Bray-et-Lu (Seine-et-Oise) ; Rozet, Paris (7e) ; Lambert, Tournan (Seine-et-Marne).

1re légion : MM. Matringhem, Guines (Pas-de-Calais) ; Carton, Flers-en-Escrébieux (Nord) ; Norel, Arques (Pas-de-Calais).

2e légion : MM. Coux, Rémy (Oise) ; Ponthieu, Doullens (Somme).

3e légion : M. Michel-Dansac, Asnelles (Calvados).

6e légion : MM. Doctobre, Vireux-Molhain (Ardennes) ; Henry, Sainte-Menehould (Marne).

7e légion : MM. Thuriot, Valdois (territoire de Belfort) ; Der-Katchadourian, Saint-Blin (Haute-Marne) ; Duboz, Salins (Jura) ; Platey, Monclay (Doubs) ; Nedey, l'Isle-sur-Doubs (Doubs).

8e légion : MM. Guérin, Sennecy-le-Grand (Saône-et-Loire) ; Béliard, Vermenton (Yonne) ; Jobard,

Genlis (Côte-d'Or) ; Fiatte, Sens (Yonne) ; Gavet, Aillant-sur-Tholon (Yonne).

9e légion : MM. Barillet, Bressuire (Deux-Sèvres) ; Hagopain, Vendeuvre (Vienne) ; Chevassu-Périgny, Saint-Gaultier (Indre).

10e légion : MM. Lebrun, Tessy-sur-Vire (Manche) ; Lemoine, Agon (Manche) ; Le Quéré, Quintin (Côtes-du-Nord) ; Bellec, Rostrenem (Côtes-du-Nord) ; Hamon, Saint-Nicolas-du-Pélan (Côtes-du-Nord) ; Dufour, Pleurtuit (Ille-et-Vilaine) ; Mosquet, Saint-Hilaire-du-Harcouet (Manche).

11e légion : MM. Rault, Herbignac (Loire-Inférieure) ; Barbier, Blain (Loire-Inférieure) ; Réme, Plumelec (Morbihan) ; Roblin, Elven (Morbihan) ; Le Strat, Rosporden (Finistère) ; Prat, Pleyber-Christ (Finistère) ; Rambaud, les Clouzeaux (Vendée).

12e légion : MM. Fleyssac, Treignac (Corrèze) ; Reveillaud, Aigre (Charente) ; Chambras, Larche (Corrèze) ; Niort, Montbron (Charente).

13e légion : MM. Besset, Echandelys (Puy-de-Dôme) ; Auzolle, Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire) ; Jouve, Pierrefort (Cantal) ; Folliasson, Pélussin (Loire) ; Royer, Pont-du-Château (Puy-de-Dôme) ; Berger, Thiers (Puy-de-Dôme) ; Michaud, Rive-de-Gier (Loire).

14e légion : MM. Bertrand, Ugine (Savoie) ; Jaume, Pierrelatte (Drôme) ; Simon, Puy-Saint-Martin (Drôme) ; Gidde, Saint-Gervais (Haute-Savoie) ; Lémonon, Saint-Donat (Drôme) ; Vidonne, Taninges (Haute-Savoie).

15e légion : MM. Juillan, Saint-Rémy (Bouches-du-Rhône) ; Clauzel, Saint-Gilles (Gard) ; Devaux, Eyguières (Bouches-du-Rhône) ; Alibert, les Pennes (Bouches-du-Rhône) ; Jouve, Saint-Jean-de-Valeriscle (Gard) ; Lauze, Aimargues (Gard).

Compagnie autonome de la Corse : M. Colombani, Ville-di-Paraso (Corse).

16e légion : MM. Blanc, Estaing (Aveyron) ; Nicolas, Saint-Affrique (Aveyron) ; Dangles, Saint-Amans-des-Copts (Aveyron) ; Valentin, Saint-Affrique (Aveyron) ; Joffre, Cransac (Aveyron) ; Boyals, Rabastens (Tarn) ; Trémolières, Espalion (Aveyron) ; Izard, Cagnac-lès-Mines (Tarn) ; Puech, Roquecourbe (Tarn) ; Peyre, Belpech (Aude) ; Amigues, Belpech (Aude) ; Sans, Alban (Tarn) ; Bousquet, Mende (Lozère).

17e légion : MM. Jolieu, Laroque-d'Olmes (Ariège) ; Mathieu, Villefranche (Haute-Garonne) ; Gisclar, Laroque-Timbault (Lot-et-Garonne) ; Terrenq, Baziège (Haute-Garonne) ; Dupuy, Verdun-sur-Garonne (Tarn-et-Garonne) ; Vignardou, Montricoux (Tarn-et-Garonne) ; Carrère, Sédeilhac (Haute-Garonne) ; Massonié, Verdun-sur-Garonne (Tarn-et-Garonne) ; Loumaigne, Riscle (Gers) ; Lapize, Cahors (Lot) ; Gautié, Nohic (Tarn-et-Garonne) ; Delestaing, Baziège (Haute-Garonne) ; Souilhié, Gramat (Lot).

18e légion : MM. Dissez, le Boucau (Basses-Pyrénées) ; Fouchou, Lesparre (Gironde) ; Nougaro, Soustons (Landes) ; Martin, Pons (Charente-Inférieure).

19e légion : MM. Baudry, Azazga (Alger) ; Rouge, Souk-Abras (Constantine) ; Vivien, Bordj-Bou-Arreridj (Constantine) ; Treille, Cheragas (Alger) ; Manya, Inkermann (Oran). (*A suivre.*)

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Conditions exigées pour être nommé professeur de Faculté de médecine.

462. — M André Février demande à M. le ministre de l'Education nationale si un chirurgien étranger à une spécialité médicale est susceptible d'être nommé à une chaire concernant cette spécialité, alors qu'il ne présente aucune des qualités requises pour être admis comme simple praticien parmi les membres du syndicat professionnel de cette spécialité. (*Question du* 30 *juin* 1932.)

*Réponse.* — Les conditions exigées pour être nommé professeur dans une chaire de faculté sont fixées par le décret du 22 août 1854 ; il faut être docteur dans l'ordre de cette faculté, avoir fait un stage de deux ans et être âgé de trente ans.

(*J. O.*, 6 août 1932.)

### Déduction des versements pour la constitution de la retraite du combattant.

318. — M. Appourchaux demande à M. le ministre du Budget si un ancien combattant appartenant à une profession libérale, qui cotise à une mutuelle retraite des anciens combattants, est autorisé à déduire, de sa déclaration d'impôts sur les revenus de sa profession, le montant des sommes qu'il verse à cette mutuelle. (*Question du* 22 *juin* 1932.)

*Réponse.* — Les versements effectués pour la constitution de la retraite du combattant par les contribuables exerçant une profession non commerciale à titre individuel sont admis en déduction de leur bénéfice brut pour l'établissement de l'impôt cédulaire et de l'impôt général sur le revenu.

(*J. O.*, 6 août 1932.)

## PROPHARMACIE

### Le médecin pharmacien peut-il exercer à la fois les deux professions dans des locaux différents ?

Ayant lu un arrêt de Cassation sur la gérance de deux pharmacies, un de nos confrères craint qu'il ne se produise une analogie avec la profession médicale. Il nous demande, en conséquence si un médecin, possédant également le diplôme de pharmacien, ne pourrait pas avoir une officine dans une rue et un cabinet de consultations dans une autre.

*Voir la suite page LV-2645*



NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41, RUE DE ROME _ PARIS

# PROPOS DU JOUR

## L'évolution de la profession médicale

### Un coup d'œil rétrospectif. — Le vieux projet de création de maisons médicales. Incompréhension ou impuissance de nos syndicats. — Le projet de clinique à prix modérés du Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris

Lorsque Lafontaine proposa la prise en charge des services sanitaires par les syndicats médicaux et l'élaboration de contrats collectifs, ce fut un beau tapage dans le monde médical traditionnaliste. On parla de tyrannie syndicale, de syndicat obligatoire, d'attentat à la liberté individuelle. Une réaction violente se produisit. Pendant ce temps-là, la loi sur les Assurances sociales était votée et les syndicats médicaux, durent, à leur corps défendant, signer avec les caisses des contrats collectifs. Les syndicats ne prirent en charge aucun service public ; parfois même ils repoussèrent avec mépris les demandes de collaboration. Qu'en résulta-t-il ? C'est que presque tous les services, presque toutes les créations sanitaires ou d'assistance (et Dieu sait si elles sont nombreuses !) s'organisèrent en dehors des syndicats médicaux qu'elles ignorèrent, et trouvèrent tous les médecins nécessaires à leur fonctionnement, même parmi les médecins syndiqués.

Nos confrères se grisèrent de grands mots : plus de tiers payants ; l'entente directe. Et le tiers payant, déjà établi partout, ne fut jamais discuté. Il existe pour l'Assistance médicale gratuite, pour les accidents du travail, pour les pensionnés de guerre. On le retrouve pour les médecins des chemins de fer, pour ceux de toutes les administrations, pour les médecins de toutes les Mutualités, de toutes les œuvres.

Allez donc proposer de le supprimer, ce bon tiers payant ; demandez la dénonciation des tarifs de l'Assistance, des accidents du travail, des pensionnés, en laissant aux malades et aux blessés le soin d'honorer leurs médecins, et vous verrez la belle levée de boucliers que vous provoquerez parmi les médecins praticiens.

Nous devons reconnaître qu'il existe un désarroi moral dans le Corps médical. Il provient de ce que le plus grand nombre des praticiens se désintéresse de la défense professionnelle, que dans nos grands centres, c'est à peine si un dixième des médecins syndiqués assistent aux assemblées où doivent être prises les décisions les plus redoutables pour l'avenir de la profession, que le plus souvent, ceux qui assistent à ces assemblées sont des hommes qui, comme nous, ont atteint l'âge de la retraite et peuvent regarder sans passion, mais avec tristesse, se dissocier les forces syndicales sur lesquelles ils avaient dans leur jeunesse mis tout leur espoir.

La faiblesse de nos syndicats médicaux tient à une cause. C'est que, jusqu'à ce jour, ils se sont bornés à un rôle passif, à un rôle destructif. Mais qu'ils n'ont jamais su, voulu, ou pu faire un effort, une œuvre constructive.

Il y a plus de vingt ans, prévoyant le développement que prendrait la médecine sociale, nous avons proposé à nos confrères, dans ce journal, de se grouper au sein de leurs syndicats et de créer, tant dans les villes que dans les campagnes, des centres médicaux, des maisons médicales, maisons de santé plus ou moins importantes selon la population de la ville et les ressources du groupement médical qui les fonderait. Ces institutions, propriétés des praticiens, organisées avec l'appui et sous le contrôle du syndicat, auraient pu s'outiller convenablement, créer des services spéciaux, posséder une salle d'opérations, quelques chambres permettant d'y soigner les malades plus particulièrement graves, d'y pratiquer les opérations d'urgence. Dans les petites villes, chaque praticien aurait pu, selon ses goûts, tout en faisant de la médecine générale, s'initier à une spécialité (ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, radiologie, chirurgie, laboratoire); certes, aucun ne serait devenu un véritable spécialiste, mais chacun aurait pu au besoin donner, dans un cas spécial, sa collaboration plus compétente, plus expérimentée, à ses confrères. Nombre de malades auraient pu éviter ainsi l'aggravation de leur état et, si l'affection avait pris un caractère sérieux, ils auraient pu être à temps dirigés chez le spécialiste qualifié ou à l'hôpital de la ville la plus voisine. Ces groupements de médecins auraient pu s'entendre avec les municipalités, avec les départements, avec les collectivités diverses pour assurer, dans

◆◆

certaines conditions à débattre, tous les services publics et privés, et la maison médicale subventionnée, pourvue de legs et de dons, aurait pu prendre parfois un développement considérable, devenant un dispensaire d'hygiène sociale, de prévention et de soins dans le sens le plus large du mot, à la fois un centre de dépistage, de diagnostic et de traitement. Petit à petit, ces institutions, comprenant tous les médecins d'une région et où chaque nouveau venu aurait pu entrer, en se conformant aux obligations statutaires, auraient, si elles avaient été bien administrées, conquis, si non en droit, du moins en fait, le monopole des soins médicaux. Les municipalités, les compagnies d'assurances, les industriels, les mutualités, dans l'impossibilité d'organiser des œuvres semblables et y trouvant à la fois un intérêt moral et matériel, n'auraient pas marchandé leur appui et leurs subventions à ces créations nouvelles. Quant aux médecins, outre leurs honoraires, ils auraient pu se répartir les bénéfices du centre médico-chirurgical, selon un barème qu'ils auraient fixé eux-mêmes.

Voilà ce que nous avons proposé, il y a plus de vingt ans. Voilà ce qui aurait pu être réalisé et qui aurait singulièrement changé la situation morale et matérielle du Corps médical, lors de l'élaboration de la loi sur les Assurances sociales.

Notre proposition ne passa pas inaperçue. Quelques journaux, notamment à Bordeaux, voulurent bien la discuter. On nous fit même remarquer qu'un projet analogue avait déjà vu le jour en Angleterre. Mais, pour ainsi dire, aucun effort collectif important ne fut fait pour réaliser notre idée.

Il est juste cependant de remarquer que quelques tentatives individuelles se produisirent. Le regretté Docteur Rouillès, d'Agen, créa une maison médicale qui jouit en son temps d'une grande réputation. Elle groupait tous les services nécessaires à un centre de diagnostic et était mise à la disposition de tous les médecins de la région. Mais la maison médicale d'Agen, malgré le souci de son fondateur de la doter de tous les perfectionnements désirables, fut et resta la Maison du Docteur Rouillès, et disparut avec lui après sa mort,, ou plutôt devint une clinique chirurgicale perdant le caractère que son créateur avait voulu lui donner.

Le Docteur Mairesse fonda, il y a une dizaine d'années, une maison médico-chirurgicale à La Capelle-en-Thiérache dans l'Aisne, et s'efforça, avec le concours de quelques confrères, d'en faire une maison médicale telle que nous l'avions projetée. Mais ce fut là encore une entreprise individuelle, et nous ne saurions dire si notre confrère trouva un appui sérieux parmi les praticiens de la région. A Paris, depuis bien des années, ont été créés des hôpitaux privés et des policliniques, mais nous doutons qu'ils soient la propriété des médecins qui y sont attachés, et, le plus souvent, ce sont des œuvres de bienfaisance ou de simples cliniques chirurgicales. Une seule œuvre a réalisé depuis dix ans ce que nous demandions, et son indiscutable succès montre bien que notre projet n'était pas une utopie chimérique : c'est le Centre de diagnostic de la rue Andrieux, fondé et géré par une association de médecins, possédant tous les moyens de préciser un diagnostic en suspens et où tous les médecins peuvent envoyer ou conduire leurs malades.

Mais, nous objectera-t-on, il est difficile à l'heure actuelle de se lancer dans pareille entreprise et une association de médecins a-t-elle quelque chance de se voir secondée, si elle faisait pareille tentative ?

Certes, c'est sans doute un peu tard, car, depuis quelques mois, il n'est pas de semaine où les journaux n'annoncent l'inauguration officielle de quelque centre de prophylaxie, de diagnostic ou de traitement dans lequel le médecin ne remplit guère qu'un rôle d'employé. Il y a un mois, c'était l'inauguration par un ministre du Centre de dermato-vénéréologie de Chalon-sur-Saône ; hier, c'était celle du Centre d'hygiène maternelle et infantile du Plessis-Robinson aux portes de Paris. Duchesne, d'ailleurs qui a repris la question et l'a traitée avec plus de talent et d'ampleur dans des articles récents, a bien montré comment le développement de tous ces centres publics et privés, mais tous richement dotés et largement subventionnés, nous conduisait à une cadence précipitée au salariat et à la fonctionnarisation. Cependant, une nouvelle récente nous prouve que les médecins syndiqués pourraient sans doute, s'ils le voulaient, aboutir à quelque chose.

Le Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris, désirant fonder une clinique chirurgicale à prix modérés de 300 lits, destinée aux malades de conditions modestes, a demandé au Conseil municipal de lui céder un terrain, avec bail emphythéotique, pour y construire cette clinique. Le Conseil municipal, d'abord favorable, a néanmoins renvoyé cette demande pour examen à l'Administration. Nous ne doutons pas que tout autre groupement médical, présen-

tant de sérieuses garanties, n'obtienne du Conseil municipal de Paris la même faveur que le Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris. Mais il est assez piquant de voir les chirurgiens des hôpitaux, tard venus aux syndicalisme médical, se mettre nettement à sa tête dans la voie des réalisations pratiques. C'est un exemple que nous voudrions voir suivre et se multiplier. Cela vaudrait mieux pour développer notre syndicalisme et assurer sa prospérité matérielle et son autorité morale, que d'éternelles lamentations sur l'entente directe, le tiers payant et le respect absolu, et jusqu'à l'absurde, du secret professionnel intangible qui, trop souvent, et dans les cas où il serait le plus nécessaire, est le secret de polichinelle.

J. NOIR.

---

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

### De l'hémogénie chez les enfants. — Etude de clinique (1)

Professeur P. NOBÉCOURT

Je vous ai montré récemment, dans la salle Parrot, la petite malade que voici. Elle est hospitalisée depuis cinq semaines pour des épistaxis répétées et abondantes.

Voici son histoire.

Emma est née à terme, le 1er juillet 1920, avec un poids de 3 kgr. 700. Elle est nourrie au biberon. Dans le courant de la première année, elle a des troubles gastro-intestinaux et se développe mal. Puis, tout rentre dans l'ordre et elle se porte bien.

En décembre 1930, à 10 ans et 5 mois, elle a des hémorragies gingivales spontanées ; après l'avulsion d'une dent, elle a une hémorragie très abondante.

Petit à petit les hémorragies s'espacent et sont moins abondantes. Finalement, elles cessent.

En août 1931, à 11 ans, l'enfant étant à la campagne, les hémorragies reparaissent. Ce sont des épistaxis qui durent deux ou trois jours, une hémorragie abondante après une petite coupure, sur la peau des taches rougeâtres, survenant de façon spontanée, et des ecchymoses succédant à de légères pressions.

Le 24 octobre, survient une épistaxis abondante. Elle persiste, et, le 29 octobre, on amène l'enfant au Pavillon Blumenthal.

Là, on constate une épistaxis de la narine droite. Le saignement se fait en nappe ; il est impossible de découvrir le point qui saigne.

On pratique d'urgence un tamponnement antérieur et postérieur de la fosse nasale droite avec des mèches imbibées de sérum antidiphtérique.

Le tamponnement arrête l'hémorragie. Mais elle se reproduit quand on enlève le tampon.

L'état est sérieux, la température de 38°.

Le 30 et le 31 octobre, le 1er novembre, on fait, quotidiennement, une transfusion de sang de 200 c.c. et une injection de 10 c.c. d'anthéma.

Finalement l'hémorragie s'arrête.

Le 3 novembre, Emma est envoyée à la salle Parrot, où le Dr Liège l'examine.

Elle est âgée de 11 ans et 3 mois, sa taille est assez élevée, car elle mesure 143 cm.5, la moyenne de son âge étant de 136 cm. 5. Elle pèse 33 kgr., poids supérieur au poids moyen de son âge, qui est de 30 kgr. 900.

On remarque quelques poils pubiens et axillaires, les seins qui commencent à grossir, indices du début de la puberté.

Le teint est très pâle, l'aspect très anémique.

La narine droite est obstruée par un tampon imbibé de sang noir.

On voit des pétéchies sur la peau de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses, de petites ecchymoses au niveau des injections sous-cutanées.

La température est de 37°6 - 37°8.

La langue est un peu saburrale.

On entend, au cœur, un souffle sus-apexien, anorganique, et au niveau des jugulaires, un léger sifflement.

Il n'y a pas d'adénopathies périphériques. Le foie et la rate ont des volumes normaux. Les

(1) Leçon du 5 décembre 1931.

urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments, ni acides biliaires ; la réaction de Meyer y est négative, l'urobiline assez abondante.

On prescrit du chlorure de calcium à la dose de 6 gr. par jour, l'ingestion de 20 c.c. d'arhémapectine et 200 gr. de foie de veau.

Le 6 novembre, apparaissent de nouvelles pétéchies.

Le 7 novembre, on enlève le tampon qui obstrue la narine droite.

Pendant la matinée, l'enfant a une petite hémorragie nasale. Puis, à midi, subitement survient une épistaxis très abondante, avec rejet de caillots de sang rouge par le nez et la bouche.

M. Kaplan fait une injection intra-musculaire d'adrénaline, une injection de 10 c. c. d'anthéma, et un tamponnement par la narine.

Dans l'après midi, l'état est grave, l'enfant a des lipothymies ; M. Liège injecte 100 c. c. de sérum gélatiné.

Le 8 novembre, l'hémorragie a cessé ; on injecte encore 100 c. c. de sérum gélatiné.

Le 9 novembre, on fait une injection intramusculaire d'un c. c. d'extrait fluide d'ergot de seigle. En outre, on prescrit, chaque jour, deux cachets d'ergot de seigle de 0 gr. 20.

Les jours suivants, il ne se produit pas d'hémorragies. Emma est très faible. Lorsqu'on la met debout pour la mesurer, elle est prise de vomissements et de tendance syncopale.

Le 21 novembre, elle a de petites épistaxis.

Dans la nuit du 21 au 22 survient une épistaxis abondante qui s'arrête au bout de quelques heures.

Dans l'après-midi du 28 novembre, l'épistaxis reprend.

Dans la nuit survient brusquement une épistaxis abondante avec vomissements de sang ; on se demande s'il n'y a pas eu d'hématémèse.

Le 29 novembre, l'hémorragie persiste malgré l'anthéma et l'arhémapectine. A 15 heures, on pratique une injection de 20 c. c. de sang maternel.

L'hémorragie s'arrête.

A partir du 30 novembre, la température s'élève. Le 1er décembre, elle est de 39°1 - 40° 1, avec un pouls à 152, le 2 décembre de 39°1-39°5, avec un pouls à 180.

L'état est très grave. La paleur est extrême, l'enfant est dans la torpeur. Le nombre de globules rouges est tombé à 1.000.000 par mmc.

A 15 heures, M. Liège fait une transfusion de sang de 500 c. c., qui est bien supportée.

Le 3 décembre, l'état est meilleur, la malade est plus éveillée, mais est très pâle, amaigrie. Le nombre de globules est de 2.000.000 par mmc.

Hier, 4 décembre, on a fait une nouvelle transfusion de 525 c. c. de sang. Ce matin, l'amélioration est plus marquée. On compte 2.650.000 hématies par mmc.

Depuis l'entrée à l'hôpital, la température est toujours fébrile. A chaque reprise des épistaxis, on note une reprise de la fièvre. Du 29 octobre au 2 novembre, la température est de 38°, avec des poussées à 38° 8 et 38° 5.

Du 7 au 10 novembre, elle est le soir de 38°4-38°6.

Du 21 au 27 novembre, elle est le soir de 38°4-38°6, et même un soir de 40°3.

Depuis quelques jours elle est :

| | matin | soir |
|---|---|---|
| Le 28 novembre... | 37°7 | 38°1 |
| 29 ........... | 38°6 | 38°5 |
| 30 ........... | 38°4 | 39° |
| 1er décembre... | 39°1 | 40°1 |
| 2 ............. | 39°1 | 39°5 |
| 3 et 4 ........ | 37°8 | 39° |

Ce matin, elle est de 38° 2.

Entre les poussées la température se maintient aux environs de 38°.

Pendant cette évolution, nous avons poursuivi diverses recherches.

Le 23 novembre, le Docteur Magdelaine, à l'examen de la muqueuse des fosses nasales et du cavum, ne constate rien d'anormal ; il n'y a pas d'érosions, pas de varices ; il est impossible de découvrir le siège des hémorragies.

Les selles sont examinées à plusieurs reprises par MM. Bidot et Comninos. La réaction de Meyer y est positive, probablement par suite de la présence du sang dégluti. La digestion est normale. On trouve des œufs de tricocéphale et de nombreux kystes de Lamblia.

On recherche la glycosurie alimentaire. Le 18 novembre, Emma vomit le glucose qu'on lui donne. Le 26 novembre, à 9 heures, elle ingère 120 gr. de glucose ; les urines recueillies par fractions, depuis 10 heures, jusqu'au 27 novembre 8 heures, ne contiennent pas de glucose, sauf une assez grande quantité à 11 heures et une petite quantité à midi.

Le Docteur Grodnitsky pratique plusieurs examens de sang. En voici les résultats.

| | Temps de saignement | Temps de coagulation | Caillot |
|---|---|---|---|
| 4 nov. | 15 min. | sur lame 8 min. | irrétractile |
| 18 | 23 — | en tube 8 — | id. |

On admet que normalement le temps de saignement est de 3 ou 4 minutes et le temps de coagulation de 7 ou 8 minutes. Le temps de saignement est donc un peu prolongé, le temps de coagulation normal. Notez l'irrétractibilité du caillot.

| | Hémoglobine | Hématies par mmc. | V. G. | Globulins | Granulofilocytes p. 1000 hématies |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 nov. | 75 % | 2.040.000 | 1,85 | » | 28 |
| 18 nov. | 65 % | 2.220.000 | 1,50 | 75.000 | 17 |
| 2 déc. | 30 % | 1.000.000 | 1,50 | » | » |

Il existe donc une anémie globulaire très grande, avec augmentation de la valeur globulaire. On note une légère poïkilocytose et de l'anisocytose, la rareté des granulofilocytes ; il n'y a pas d'hématies nucléées. En somme, il n'y a que très peu de signes de régénérescence.

D'autre part, le 3 décembre, vingt heures après la transfusion sanguine, on trouve 50 % d'hémoglobine, 2.000.000 d'hématies par mmc. et une valeur globulaire de 1,25 ; le 5 décembre, dix-huit heures après la dernière transfusion, 55 % d'hémoglobine, 2.650.000 hématies par mmc. et une valeur globulaire de 1,04.

L'étude des leucocytes ne révèle rien de bien intéressant.

On trouve :

Le 4 novembre, 3.760 leucocytes, par mmc., et, pour 100 leucocytes, 56 polynucléaires neutrophiles, 4 éosinophiles, 2 basophiles, 32 lymphocytes, 4 formes de transition, 2 promyélocytes.

Le 18 novembre, 4.320 leucocytes par mmc. et, pour 100 leucocytes, 53 polynucléaires neutrophiles, 2 éosinophiles, 2 basophiles, 34 lymphocytes, 6 moyens mononucléaires, 3 myélocytes de Merklen.

Le 2 décembre, 7.280 leucocytes par mmc. et, pour 100 leucocytes, 87 polynucléaires neutrophiles, 13 lymphocytes.

Le syndrome hémorragique que présente Emma est isolé dans sa famille.

Son père et son frère, âgé de 8 ans, sont bien portants. Son grand-père maternel est diabétique.

Sa mère présente seule quelques phénomènes intéressants. Elle est née le 20 juillet 1897.

A 13 ans, elle a ses premières règles ; ses règles sont très abondantes, durent huit jours. A partir de 1927, lorsqu'elle a 30 ans, apparaissent des métrorragies qui reviennent tous les huit jours pendant un an.

Le 2 octobre 1928, on pratique l'ablation d'un fibrome de l'utérus. Le 4 octobre 1929, on pratique une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal. Les opérations et les suites opératoires évoluent normalement : il n'y a pas d'hémorragies.

Le 18 novembre dernier, le Docteur Grodnitsky pratique l'examen du sang. Le temps de saignement est de 2 minutes, le temps de coagulation, en tube, de 20 minutes, un peu augmenté, la rétraction du caillot débute au bout de deux heures, elle est normale.

Telle est l'histoire d'Emma.

Voici l'observation d'une autre malade dont la première partie est relatée dans une leçon, *Histoire d'un enfant hémophile*, publiée par le *Journal des Praticiens* du 10 février 1923 et reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des Enfants*, consacré aux *Affections des organes hémolymphopoïétiques et du sang.*

Aimée est née à terme le 2 novembre 1915, avec un poids de 3 kgr. 500. Sa mère est bien portante, son père est mort d'hémoptysie à 30 ans.

Elle reçoit l'allaitement mixte et fait ses premiers pas à 20 mois.

Entre 6 et 14 mois, elle a successivement la rougeole, la varicelle, la coqueluche. En 1918, à 3 ans, elle a une grippe, avec quelques petites épistaxis.

En 1920, à 5 ans, on remarque pour la première fois l'apparition de taches purpuriques ; une chute provoque un gros hématome et une autre chute une hémorragie vaginale, qui dure huit jours.

Depuis cette époque, elle a, en permanence, de petits éléments de purpura et, de temps en temps, des poussées de purpura qui durent quelques jours.

Le 7 juillet 1922, l'extraction d'une dent est suivie d'une hémorragie gingivale abondante.

Le 10, Aimée est amenée à la salle Parrot.

Elle est âgée de 6 ans et 8 mois. Sa taille est de 106 cm., la moyenne pour son âge étant de 108 cm. Elle est un peu maigre ; son poids n'est que de 16 kgr. 200, au lieu de 18 kgr.

Ses lèvres sont saignantes, ses gencives saignent abondamment. Sur son corps, on note une éruption généralisée de purpura.

Elle est pâle, son pouls est petit, sa température de 37°8. Le foie est un peu gros, la rate mesure 11 cm. sur 6 cm.

Les urines sont normales.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

On donne 2 gr. puis 3 gr. par jour de chlorure de calcium. Le 10, le 11 et le 12 juillet, on fait quotidiennement une injection de 20 c. c. de sang humain, une injection de 20 c. c. de sérum antidiphtérique, on fait boire 10 c. c. d'hémostyl.

Le 14 juillet, on pratique une injection de 3 c.c. d'une solution de peptone de Witte, à 5 %.

D'abord, les hémorragies persistent. La compression de l'avant-bras provoque du purpura pétéchial au pli du coude. Des ecchymoses se forment au niveau des injections.

De grandes ecchymoses, de la dimension de la paume de la main apparaissent au niveau de l'épine iliaque antérieure droite, de l'épaule gauche, du mollet gauche.

A partir du 14 juillet, les hémorragies cessent, l'état général s'améliore, les éléments de purpura régressent.

A partir du 19 apparaît de la fièvre due à la formation d'un abcès de la fesse, probablement causé par une piqûre.

Le 22, on fait encore une injection de 3 c. c. d'une solution de peptone de Witte, à 5 %.

Le 23, on incise largement l'abcès, le saignement est modéré.

Aimée est alors envoyée en chirurgie.

Quatre mois après sa sortie du service, le 25 novembre, elle a une forte amygdalite, puis elle présente une céphalée intense, de la somnolence, des vomissements, de la constipation, elle fuit la lumière, reste couchée en chien de fusil, a quelques épistaxis.

Le 10 décembre, elle entre pour la deuxième fois, à la salle Parrot.

Elle est âgée de 7 ans et un mois. Sa taille de 115 cm. 5 est supérieure de 5 cm. à la moyenne (110 cm. 5) de son âge. Son poids est de 16 kgr. 600; le poids moyen est de 18 kgr. 700 ; elle est maigre.

Elle est pâle, a les yeux cernés. Sa température est de 37° le matin, 38° le soir. Elle n'a pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, mais elle a du signe de Lassègue et des réflexes rotuliens un peu faibles. Son pouls est régulier. Sa langue est blanche et sèche. Elle a de petites épistaxis. Au niveau de l'œil droit, on remarque une petite hémorragie conjonctivale des dimensions d'une lentille. Il existe de grandes ecchymoses sur le front et les jambes, une petite ecchymose au niveau d'une injection récente d'hémostyl.

La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H°) et le H cht sont négatifs.

La ponction lombaire retire un liquide teinté de sang, qui ne contient pas de leucocytes.

Il s'agit donc d'une hémorragie méningée.

Du 10 au 15 décembre, on donne chaque jour 10 c. c. d'hémostyl, au total 60 c. c.

A partir du 14 décembre, apparaissent une petite fièvre, 38°3-38°8 le soir, et quelques petites épistaxis. Mais on ne remarque pas de nouvelles ecchymoses.

Le 15 décembre, se produit une reprise passagère de la cépalée qui est intense ; la malade est couchée en chien de fusil, il y a un léger Kernig, sans raideur de la nuque.

La fièvre dure jusqu'au 25 décembre, puis il persiste un état subfébrile.

Emma sort le 31 décembre.

Elle revient, pour la troisième fois, le 8 janvier 1923.

Elle a 7 ans et 2 mois. Elle présente de petites épistaxis, un érythème de la face, des fesses et des jambes ; elle se plaint de douleurs dans les membres, elle a de l'anorexie, quelques vomissements ; sa température est de 38°.

Son état général s'améliore, mais la fièvre persiste. Elle sort de l'hôpital le 18 janvier.

Le 17 février 1924, on nous la ramène pour la quatrième fois. Elle a des vomissements de sang.

Elle est âgée de 8 ans et 3 mois. Sa taille est de 122 cm., supérieure à la moyenne de 117 cm.; son poids de 20 kgr. 200 est inférieur au poids moyen de son âge, qui est de 21 kgr.

A l'hôpital, les vomissements de sang ne se reproduisent plus. Les selles sont normales, mais la réaction de Meyer y est positive ; on n'y trouve pas de parasites intestinaux.

La fièvre s'élève graduellement, jusqu'à 39° le soir, puis diminue. Une hémoculture, faite le 26 février, reste négative.

La cutiréaction à la tuberculine, antérieurement négative, est devenue positive.

A partir du 28 février la température est normale. La radioscopie du thorax ne révèle rien d'anormal.

Aimée sort le 5 mars.

Après sa sortie son état s'améliore.

Mais le 6 mars, survient une petite épistaxis, et, le 27 mars, à cinq heures du matin, elle est prise de malaises, de nausées, puis de vomissements de sang. On lui fait sucer de la glace et on place une vessie contenant de la glace sur la région épigastrique. Le vomissement de sang ne se reproduit pas.

On amène Aimée, pour la cinquième fois, à la salle Parrot.

Elle a 8 ans et 4 mois. Sa température est de 36°8-37°3. On note quelques taches de purpura.

Elle se sent bien et sort le 31 mars.

Du 13 au 17 mai, elle fait un sixième séjour à la salle Parrot pour qu'on l'examine. Elle a 8 ans et 6 mois. Son état est satisfaisant. Sa température normale.

Le 9 août, sans prodromes, à trois heures du matin se produit une épistaxis très abondante avec rejet de sang par la bouche, qui dure quelques heures.

La malade entre à la salle Parrot, pour la septième fois. Son épistaxis est arrêtée.

Elle a 8 ans 9 mois. Elle est pâle, ses yeux sont cernés, ses conjonctives décolorées. On note des pétéchies sur la face, le thorax, les jambes, une ecchymose sur une jambe. Le foie et la rate sont normaux. On ne trouve pas d'adénite.

Du 9 au 15 août, elle prend 2 gr. de chlorure de calcium par jour.

Elle sort le 19 août.

A la suite l'état s'améliore ; l'enfant devient plus vive ; les poussées de purpuras, sont très rares, il ne se produit plus d'hémorragies.

Cette rémission dure près de deux années.

Puis, au début de juillet 1926, Aimée manifeste de l'agitation et a une poussée de purpura.

Le 28 juillet, elle est prise brusquement d'une céphalée violente, de vomissements, de fièvre ; elle présente des alternatives d'agitation et de somnolence ; la nuit, elle a du délire.

Le 30, elle entre pour la huitième fois à la salle Parrot.

Elle a 10 ans 8 mois. La céphalée persiste, les vomissements disparaissent, la température est de 37°3-37°6.

Nous trouvons des pétéchies disséminées sur la face, le cou, le tronc, les membres, un léger suintement sanguin des lèvres et des gencives, de la raideur de la nuque et des membres inférieurs, le signe de Kernig.

Les amygdales sont grosses et rouges, recouvertes d'un enduit pultacé. Il y a de la constipation. Le foie et la rate sont normaux. Il n'y a pas d'adénopathies. Les bruits du cœur sont bien frappés. Le pouls est à 80. Les urines contiennent des traces d'albumine ; il n'y a pas de sucre, pas de sang ; la réaction de Meyer est négative.

La ponction lombaire donne issue à un liquide rouge, également teinté dans les trois tubes où il est recueilli ; il ne coagule pas ; le sang est hémolysé. Au microscope, on ne voit que des hématies ; il n'y a pas de leucocytes. M. Bidot dose 0,41 d'urée par litre.

Le 2 août, on remarque une paralysie faciale droite, du strabisme externe de l'œil droit, du ptosis, surtout à droite, de la mydriase, la pupille droite étant la plus large.

La raideur de la nuque persiste ; le signe de Kernig a diminué, sa recherche est douloureuse. Le ventre est rétracté. La rate mesure 5 cm.

Le pouls est lent et inégal.

L'enfant meurt dans la journée.

A l'autopsie, on trouve une volumineuse hémorragie méningée bilatérale, surtout marquée au niveau de l'hémisphère gauche. Il n'y a pas d'hémorragies dans le cerveau ; les ventricules sont normaux.

Le foie pèse 850 gr. et a un aspect normal.

La rate pèse 130 gr., la moyenne à cet âge étant de 110 à 120 gr. ; elle est un peu dure.

Les ganglions trachéo-bronchiques paraissent normaux. Les poumons, le cœur et les reins ne présentent rien de particulier.

Pendant cette longue évolution de nombreux examens de sang ont été faits.

| | Temps de saignement | Temps de coagulation Début | Fin | Caillot |
|---|---|---|---|---|
| 12 juillet 1922 | normal | 6 min. | 16 min. | irrétractile |
| 13 décembre | — | » | 10 min. | rétraction normale |
| 5 mars 1924 | 22 min. | 2 min. | 10 min. | » |
| 15 mai | 5 min. | » | 6 min. | » |
| 9 août | 21 min. | » | 5 min. | irrétract. |
| 30 juillet 1926 | 12 min. | » | 11 min. | |

Donc le temps de saignement est souvent un peu prolongé, le temps de coagulation généralement normal ; le caillot tantôt normalement rétractile, tantôt et plus souvent irrétractile.

La compression du coude, le 14 juillet 1922, fait apparaître des pétéchies, mais le 18, l'épreuve est négative.

| | Hémoglobine | Hématies par mm. c. | V. G. | Globulins |
|---|---|---|---|---|
| 14 juillet 1922 | 76 % | » | » | très rares |
| 13 décembre | » | 4.300.000 | » | 313.900 |
| 20 mai 1924 | 80 % | 4.624.000 | 0,86 | » |
| 9 août | 60 % | 5.200.000 | 0,57 | » |
| 30 juillet 1926 | 85 % | 5.200.000 | 0,81 | » |

Il n'y a donc pas d'anémie globulaire.

Les globulins ont été très rares à un premier examen, alors que le caillot était irrétractile, en nombre normal, à un autre examen, alors que le caillot se rétractait normalement. A ce moment, Aimée venait d'avoir une hémorragie méningée et une poussée de purpura à larges ecchymoses.

Les leucocytes n'offrent aucune particularité.

| | Leucocytes par mmc. | Pour 100 leucocytes Polyn. neutroph. | Polyn. éosin. | Lymphocytes | Grands mono | Moyens mono |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 juil. 1922 | 9.000 | 76 | 3 | 16 | 3 | » |
| 13 déc. | 11.500 | » | » | » | » | » |
| 20 mai 1924 | 8.000 | 65 | 2 | 17 | 6 | 10 |
| 9 août | 8.000 | » | » | » | » | » |
| 30 juil. 1926 | 5.320 | 82 | 0 | 3 | » | 9 |

Voici maintenant l'histoire d'Odile, qui m'est amenée de province, de temps en temps.

On ne note rien de spécial dans ses antécédents familiaux.

Elle est née le 27 juillet 1920, à terme. Elle est allaitée au sein jusqu'à un an et d'abord bien portante. A l'âge de 2 ans, elle a une entérite dysentériforme. Depuis ses selles sont généralement molles, elle tolère mal les œufs. En 1925, à 5 ans, elle a une nouvelle entérite dysentériforme. Elle est sujette aux coryzas accompagnés de toux. A l'âge de 4 ans, on a fait l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales.

En octobre 1924, à l'âge de 4 ans et 2 mois, se produit une première poussée de purpura. Depuis cette époque, les poussées se répètent sous forme de pétéchies et de petites ecchymoses ; en même temps, il existe quelquefois des douleurs dans les membres. De temps en temps, mais rarement, se produisent de petites épistaxis.

Je vois Odile pour la première fois le 15 mai 1926.

Elle a 5 ans et 9 mois. Sa taille de 122 cm. 5 est supérieure à la moyenne de son âge qui est de 102 cm. 5. Son poids de 22 kgr. est également supérieur au poids de son âge qui est de 16 kgr. 600.

Elle présente de petites ecchymoses sur la jambe gauche.

Sa langue est saburrale, son haleine mauvaise ; elle a de nombreuses dents cariées.

Je ne note pas d'adénopathies. Le foie et la rate sont normaux. L'examen incomplet du sang, qui a été pratiqué, décèle une anémie légère, 3.200.000 globules rouges par mmc.

Je prescris un traitement du syndrome colique fétide et de l'hypohépatie. Ce traitement est poursuivi pendant longtemps.

Je revois Odile à diverses reprises.

Elle présente fréquemment des poussées de pétéchies, accompagnées quelquefois de petites ecchymoses.

En outre, elle a presque en permanence quelques pétéchies.

A partir de l'été 1928, vers 8 ans, les poussées de purpura deviennent de plus en plus rares et de plus en plus discrètes.

A partir de la fin de 1929, vers l'âge de 9 ans et demi, le purpura disparaît. En même temps, l'état général s'améliore, les fonctions digestives se régularisent.

J'ai revu Odile pour la dernière fois le 27 mars dernier. Elle n'a pas eu de poussées de purpura depuis un an. Elle a 10 ans 8 mois. Elle est de grande taille ; elle mesure 154 cm. au lieu de 132 cm. moyenne de son âge. Elle pèse 37 kgr. 700, au lieu de 28 kgr. 270.

Elle a une légère scoliose dorsale. Son haleine est toujours forte, sa langue est encore saburrale. Ses seins commencent à grossir ; on remarque quelques poils pubiens.

Que réserve l'avenir à cette fille ? Il paraît favorable, mais je pense que le pronostic doit encore être réservé.

***

Les trois filles dont je viens de vous rapporter les observations sont atteintes d'affections chroniques, caractérisées par des hémorragies revenant à des intervalles plus ou moins longs.

La troisième, Odile a seulement des hémorragies cutanées, du purpura..

La première, Emma, a des hémorragies cutanées et des hémorragies des muqueuses.

La deuxième, Aimée a des hémorragies cutanées, des hémorragies des muqueuses et des hémorragies méningées.

Ces affections rentrent dans le cadre du *purpura chronique hémorragique.*

Mais purpura est un mauvais mot, car il désigne à la fois un symptôme, l'hémorragie cutanée, et le processus général hémorragique.

On désigne encore cette variété de purpura sous l'appellation de *purpura hémorragique thrombopénique.* C'est là une dénomination pathogénique dont nous verrons plus tard la signification et la valeur.

En France, on admet, en général, l'appellation d'*hémogénie,* qu'a proposée M. Prosper-Emile Weil.

Dans des mémoires sur *Les etats hémorragiques chroniques,* publié par le *Journal médical français* de janvier 1922, et *L'hémogénie. Diathèse hémorragique chronique* pubié par le *Journal des Praticiens* des 26 et 29 avril 1922, M. Prosper Emile-Weil donne la définition suivante : L'hémogénie est une « diathèse hémorragique chronique, analogue à l'hémophilie, avec laquelle on la confond souvent, mais qui en diffère cliniquement et qui, en tout cas, est caractérisée par des lésions sanguines différentes et relève d'une thérapeutique différente ».

« Le mot d'hémogénie, ajoute-t-il, est bon, parce qu'il ne préjuge rien, tout en indiquant l'origine sanguine des hémorragies, et parce qu'il rappelle celui d'hémophilie, diathèse hémorragique voisine, dont il la sépare et la différentie ».

J'ai déjà étudié cette affection dans deux leçons, que vous trouverez dans mon livre de *Clinique médicale des enfants,* que je citais tout à l'heure. L'une, sur : *Les purpuras chroniques de l'enfance*, a été publiée par *Le Progrès médical* du 13 mai 1922, la seconde, consacrée à l'*Histoire d'un enfant hémophile,* contient la première partie de l'observation de la petite Aimée.

L'hémogénie n'est pas très fréquente chez les enfants ; mais elle n'est pas exceptionnelle. On la rencontre plus souvent chez les filles que chez les garçons. Les cinq malades, dont j'ai parlé dans mes leçons antérieures, étaient des filles.

Chez elles, les premières manifestations de l'hémogénie sont apparues une fois à 2 ans et demi, une fois à 4 ans, une fois à 5 ans, deux fois à 10 ans.

Cliniquement l'hémogénie est caractérisée par une éruption purpurique à laquelle s'associent souvent des hémorragies.

L'ÉRUPTION PURPURIQUE est causée par des hémorragies interstitielles de la peau. L'élément purpurique est soit la pétéchie soit l'ecchymose.

Les *pétéchies* sont des taches rouges, petites, de la grandeur d'une tête d'épingle, d'un grain de millet, d'une lentille, ne formant pas de saillie et ne s'effaçant pas sous le doigt.

Les *ecchymoses* sont des taches plus grandes, qui peuvent atteindre les dimensions d'une pièce de 50 cm. d'un franc, de cinq francs, et même plus. Elles sont semblables à celles que provoque un traumatisme.

Les pétéchies et les ecchymoses, en vieillissant, passent par une série de teintes : rouge, bleu, vert, jaune, par suite des transformations de l'hémoglobine extravasée. Elles disparaissent au bout de dix à quinze jours.

Les HÉMORRAGIES peuvent manquer ou bien survenir avec une fréquence et une abondance plus ou moins grandes. Elles se produisent au niveau des muqueuses ou dans les viscères.

L'hémorragie la plus habituelle est celle de la *muqueuse nasale*.

Dans certains cas, elle se borne à l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Dans d'autres cas, elle est abondante, intarissable et nécessite le tamponnement des fosses nasales. Le sang peut être dégluti et rejeté par la bouche, ce qui cause des vomissements de sang et du melæna.

Les *hémorragies de la muqueuse buccale* sont assez fréquentes. Généralement, elles se produisent au niveau de la sertissure des dents, des gencives et des lèvres. Sur la muqueuse des lèvres, des gencives, des joues, de la langue, on peut voir des pétéchies ou de petites ecchymoses.

Les *hémorragies des muqueuses gastrique et intestinale* sont rares. Lorsqu'on observe des hématémèses ou du melæna, il faut toujours penser à la possibilité de la déglutition du sang provenant du nez.

Les *hémorragies bronchiques*, les *hémoptysies* sont exceptionnelles.

Les *hémorragies des voies urinaires* sont également exceptionnelles. La néphrite hématurique, commune dans les purpuras rhumatoïdes, ne se rencontre pas dans l'hémogénie.

Certaines *hématuries dites essentielles*, qu'on attribue à l'hémophilie, relèvent peut-être de l'hémogénie.

Mais ces faits sont rares et mal connus.

Chez les filles, il peut se produire des *hémorragies génitales*. Mais ici intervient l'âge.

En général, ces hémorragies ne se produisent pas avant la puberté.

Odette et Aimée à 10 ans 8 mois, Emma à 11 ans 3 mois, ne présentent pas de symptômes pubertaires et n'ont pas d'hémorragies génitales.

Rappelez-vous cependant Emma qui, à 5 ans, a une hémorragie vaginale à la suite d'une chute.

A la période pubertaire les hémorragies sont liées au degré du développement sexuel.

Une de mes malades, Marie-Louise, âgée de 14 ans et 9 mois, présente de l'hypotrophie staturale ; elle mesure 145 cm., au lieu de 151 cm., et pèse 35 kgr. 800 au lieu de 42 kgr. Ses poils pubiens et axillaires sont assez bien fournis, ses seins sont formés ; mais elle n'est pas réglée et n'a pas d'hémorragies génitales.

Au contraire, une autre de mes malades, Francine, a à 13 ans, ses premières règles qui sont abondantes ; depuis, ses règles durent dix à quinze jours et sont de véritables ménorragies.

Je la vois à 15 ans et demi : elle est grande, mesure 163 cm. au lieu de 152 cm. elle pèse 61 kgr. au lieu de 44 kgr. 500, poids normal de son âge.

Cette relation entre l'activité du développement pubertaire et l'apparition des *ménorragies et métrorragies de la puberté* n'est pas spéciale à l'hémogénie ; c'est un phénomène d'ordre général sur lequel j'ai insisté, le 9 janvier 1926, dans une leçon qui se trouve dans le livre de *Clinique*, dont j'ai parlé tout à l'heure.

A partir de la puberté les hémorragies génitales sont fréquentes. Il y a des femmes chez qui l'hémogénie se traduit principalement ou exclusivement par ces hémorragies.

M. Prosper Emile Weil décrit une *forme génitale de l'hémogénie*.

Ces femmes ont des hémorragies menstruelles profuses ou interminables, d'une façon habituelle ou à certains moments. Elles ont des hémorragies au moment de l'accouchement, des hémorragies à la ménopause.

Dans cette forme génitale, l'éruption purpurique peut être nulle, discrète ou avérée ; d'autres hémorragies, épistaxis, gengivorragies, hématémèses, melæna peuvent se produire.

Dans l'hémogénie, le purpura, les hémorragies des muqueuses et des viscères sont spontanés. Mais, en outre, souvent les hémorrhagies peuvent être provoquées par un *facteur occasionnel*, un traumatisme léger : pression sur la peau, coupure, avulsion des dents, etc.

Les SYMPTÔMES DE L'HÉMOGÉNIE sont plus ou moins nombreux suivant les malades.

On distingue :

une *forme cutanée pure*, le *purpura simplex*, dans laquelle se produisent des pétéchies et des ecchymoses, sans hémorragies des muqueuses et des viscères ;

une *forme complète*, le *purpura hémorragique*, dans laquelle il y a des pétéchies et des ecchymoses, des hémorragies des muqueuses et des viscères.

Ces formes peuvent se succéder ; la malade présente tout d'abord la forme cutanée pure et, dans la suite, la forme complète.

Cependant assez souvent la même forme existe pendant toute l'évolution.

Parmi les filles dont je vous ai parlé, seule Odile présente la forme cutanée pure ; les quatre autres filles ont dès le début la forme complète.

Le DÉBUT peut être *insidieux* ; on découvre par hasard quelques pétéchies ou des ecchymoses, ou bien on remarque que l'enfant est sujet aux épistaxis, a les gencives qui saignent facilement, ou encore, après la puberté, a des ménorragies.

D'autres fois, le début est *aigu*. L'enfant présente une poussée de purpura avec ou sans hémorragies.

La DURÉE de l'hémogénie est indéfinie. Ses manifestations revêtent tantôt la *forme continue*, avec du purpura en permanence, toutefois avec des périodes d'atténuation et de recrudescence, tantôt la *forme intermittente*. Dans cette dernière se produisent des poussées de purpura avec des hémorragies plus ou moins intenses, séparées par des intervalles où la santé paraît normale ; souvent cependant il se produit, dans ces intervalles, quelques pétéchies ou ecchymoses, et de petites hémorragies.

Une variété spéciale est le *syndrome de Werlhof*. Dans une leçon publiée par *Le Concours Médical* du 9 mai 1928 et dans mon livre de *Clinique*, j'ai étudié *Le syndrome de Werlhof*. C'est un syndrome aigu, caractérisé par des pétéchies et surtout par de grandes ecchymoses, par des hémorragies muqueuses, des épistaxis et des stomatorragies, qui peut se reproduire à des intervalles plus ou moins longs, réalisant alors la *forme à rechutes* ou *chronique*. Ce n'est pas une maladie particulière ; c'est une modalité clinique de l'hémogénie.

L'examen des enfants atteints d'hémogénie ne révèle généralement rien de notable du côté des viscères. Le foie et la rate notamment ont habituellement des dimensions normales ; dans certains cas toutefois, on découvre une splénomégalie d'ailleurs modérée.

Il convient d'attirer l'attention sur la fréquence de la fièvre au moment des poussées ; généralement elle est peu élevée, à 38°, 38°2, 38°5 ; elle persiste plus ou moins.

Nous la constatons chez Emma, ainsi que chez Aimée ; celle-ci en a eu à presque tous ses séjours.

MM. Bensaude et Rivet ont écrit, il y a longtemps, que la fièvre paraît être due à la poussée purpurique. Je ne vois pas d'autre facteur expliquant la fièvre de nos malades.

Mais avant de dire que la fièvre est due à l'éruption purpurique il faut naturellement éliminer une infection intercurrente.

*L'état général* est plus ou moins affecté suivant les cas. Son altération dépend, pour ma part, de la fréquence, de l'abondance, de la durée des hémorragies.

*Il y a des malades qui conservent un embonpoint satisfaisant et n'ont pas d'anémie appréciable.*

Francine, à 15 ans et demi, mesure 163 cm. et pèse 61 kgr. Son sang contient 4.240.000 globules rouges, par mmc., 80 % d'hémoglobine ; la valeur globulaire est de 0,94. Elle est en poussée de purpura et a des épistaxis.

Chez Aimée, nous notons également l'absence d'anémie, malgré des épistaxis abondantes mais peu répétées. Le nombre le plus faible des hématies est 4.300.000. par mmc. Même, alors qu'elle a une hémorragie méningée, trois jours avant la mort, on trouve 5.200.000 globules rouges par mmc., 85 % d'hémoglobine et une valeur globulaire de 0,81.

Au contraire d'autres malades dépérissent et présentent une *anémie* qui augmente avec l'importance des hémorragies.

L'anémie peut s'accompagner de signes de régénération, ou s'installer avec peu ou pas de signes de régénération.

Marie-Louise, à 14 ans et 9 mois, a des poussées fréquentes de purpura ; elle est maigre, et présente de l'hypotrophie staturale ; on trouve 2.840.000 globules rouges par mmc., 65 % d'hémoglobine, une valeur globulaire de 1,14.

Emma a des hémorragies abondantes et répétées. Le 4 novembre, on trouve 2.040.000 hématies par mmc., 75 % d'hémoglobine, une valeur globulaire de 1,85. Le 2 décembre, il n'y a plus que 1.000.000 d'hématies, par mmc., 30 % d'hémoglobine, une valeur globulaire de 1,50 ; on note une légère aniso-poïkilocytose. La déglobulisation est donc extrême ; elle est un indice de la gravité immédiate du pronostic.

Quand on s'occupe des enfants, il faut toujours se rendre compte de leur CROISSANCE STATURALE.

La *taille* des hémogéniques est diverse. Tantôt elle est moyenne, tantôt elle est inférieure ou supérieure à la moyenne.

Marie-Louise, à 13 ans 10 mois, a une réduction staturale de 4 cm. 5; à 14 ans et 10 mois, une réduction staturale de 6 cm. 5.

Francine, à 15 ans et demi, a un excès statural de 11 cm.

Emma, à 11 ans 3 mois, a un excès de 7 cm.

Aimée, à 6 ans 8 mois, avec une taille de 106 cm., a une réduction staturale de 2 cm. ; à 8 ans 9 mois, avec une taille de 126 cm. 5, elle a un excès statural de 7 cm. 5.

Odile, à 5 ans 9 mois, a une taille de 125 cm., avec un excès statural de 22 cm. 5 ; à 10 ans 8 mois, elle a une taille de 154 cm. avec un excès statural de 22 cm.

L'hémogénie n'a donc aucune influence sur la croissance staturale. Elle n'est pas associée non plus à des modalités particulières de la croissance.

***

Aujourd'hui je me borne à cette ÉTUDE CLINIQUE.

L'*hémogénie* est une disposition intime de l'organisme aux hémorragies, une *diathèse hémorragique*.

Elle se rencontre à tous les âges, surtout chez les filles.

Le malade saigne sans causes appréciables ; il a des hémorragies de la peau, du purpura, des hémorragies des muqueuses et des viscères. Les hémorragies surviennent par poussées plus ou

moins fréquentes et longues. Il se produit tantôt seulement des hémorragies cutanées, tantôt des hémorragies de la peau associées à celles des muqueuses.

La répétition, l'abondance, la durée des hémorragies entraînent une anémie qui peut être grave et même amener à la mort. Dans certains cas la mort est causée par la localisation des hémorragies aux méninges.

Il existe une autre diathèse hémorragique, l'*hémophilie*. Elle est particulière aux garçons.

Théoriquement, dans celle-ci — les hémorragies sont provoquées.

En réalité, les hémophiles peuvent avoir des hémorragies spontanées, les hémogéniques des hémorragies provoquées.

La clinique ne relève pas de caractères essentiels qui différencient ces deux diathèses.

Ces caractères particuliers sont apportés par l'hématologie. Les constatations permettent, d'autre part, d'interpréter la pathogénie, et celle-ci conduit à des déductions thérapeutiques.

Ces divers problèmes seront le sujet de ma prochaine leçon.

NOBÉCOURT.

**Résumé succinct de la leçon du Prof. Nobécourt**

Le professeur rapporte l'observation détaillée de trois filles, respectivement âgées de 11 ans, 6 ans et 8 mois, 10 ans et 8 mois, atteintes d'affections chroniques, caractérisées par des hémorragies. Ces hémorragies reviennent à intervalles plus ou moins longs, et intéressent la peau, les muqueuses, et même les méninges.

Ces affections répondent au *purpura chronique hémorragique*, encore dénommé *purpura hémorragique thrombopénique*, appellations défectueuses, auxquelles il vaut mieux préférer celle d'*hémogénie*, d'après Prosper-Emile Weil.

L'hémogénie, sans être fréquente, n'est pas exceptionnelle ; elle s'observe plus souvent chez les filles que chez les garçons. Elle est caractérisée cliniquement par une éruption purpurique (pétéchies, ecchymoses), isolée, et plus souvent accompagnée d'hémorragies des muqueuses nasales et buccales. Les hémorragies des muqueuses intestinales sont rares ; celles des muqueuses bronchiques et urinaires exceptionnelles. Les hémorragies génitales sont fréquentes à partir de la puberté.

On décrit deux formes d'hémogénie : la forme cutanée pure, encore appelée *purpura simplex*, et la forme complète, ou *purpura hémorragique*. Le début est tantôt insidieux, tantôt aigu. La durée indéfinie. Le *syndrome de Werlhof* est un type d'hémogénie.

L'examen viscéral des sujets est généralement négatif ; la rate quelquefois augmentée de volume. La fièvre accompagne habituellement les poussées hémorragiques. L'état général est plus ou moins atteint. Certains enfants conservent un embonpoint satisfaisant et ont peu d'anémie. La taille n'est pas influencée.

Il s'agit donc d'une diathèse hémorragique, où les hémorragies sont spontanées. On décrit une autre diathèse hémorragique propre surtout aux garçons, l'*hémophilie* et où les hémorragies sont provoquées.

G. D.

## LA VITAMINE

### Agent de liaison cosmique

Par le Dr Albert VEILLARD, de Meung-sur-Loire (Loiret).

(*Suite et fin*) (1)

**Mécanisme de la formation des vitamines**

**Poste émetteur et poste récepteur de l'énergie solaire. Même longueur d'onde nécessaire entre les atomes terrestres positifs et les ions solaires négatifs.**

Sur 96 à 100 corps simples actuellement connus, 32 à 36 d'entre eux ont été identifiés comme existant également dans l'atmosphère du soleil et sur la terre. Les perfectionnements de la spectroscopie permettront sans doute d'augmenter le chiffre non ignoré dès maintenant des corps communs au soleil et à notre planète. Ajoutons toutefois qu'il peut se faire que certains corps simples solaires aient émis déjà la totalité de leurs ions négatifs et que par conséquent nous soyons désormais privés de leur visibilité par le moyen du spectroscope.

L'examen du spectre solaire de la chlorophylle montre que la plupart des corps dévoilés par l'analyse chimique des végétaux existent aussi dans les rayons ; mais quel est le rôle de ceux-ci dans la formation des vitamines ?

On a comparé la feuille des plantes au poumon des animaux qui reçoit des veines portes un sang usé recueilli par les veines et une lymphe charriée par le canal thoracique qui a centralisé l'apport fait par les veines des voies digestives. Sang ayant déjà servi et sang non encore élaboré, manquant de mise au point, voilà ce que l'oxygénation par l'acte respiratoire va transformer en un sang artériel propre au bon fonctionnement de l'organisme chez les animaux.

Mais cette comparaison de la feuille au poumon des animaux me paraît bien incomplète. Les feuilles des végétaux et les algues, les enveloppes des graines ont, en outre, un rôle spécial ; elles doivent fournir les vitamines multiples qui serviront non seulement aux plantes, mais aussi aux

(1) V. *Concours médical*, n° 35.

animaux qui, tous, sont dépourvus d'organes propres à opérer la captation des ions d'origine solaire.

Etudions tout d'abord la sève ascendante.

Plongées dans le sol, les racines de la plante absorbent les liquides nourriciers renfermant également les sels de potasse, de chaux, de magnésie, de soude, de fer, de soufre, de manganèse, etc., ainsi que les matériaux azotés fabriqués par les azotobactéries.

Le tout forme la sève ascendante ; celle-ci contient déjà des vitamines provenant de la sève descendante, c'est-à-dire ayant perdu une partie de leurs ions dans leur trajet de la feuille à la racine, et, en outre, une matière azotée, comme nous le verrons plus loin, de grande puissance constructive ; mais les sels minéraux qui s'y rencontrent se composent d'atomes aux vitamines incomplètes, leurs ions ayant été utilisés antérieurement en grande partie dans les organismes végétaux ou animaux.

Il est essentiel de constater que toute cette sève ascendante peut être comparée au chyme sortant des voies digestives ; elle porte un peu pêle-mêle, manquant de mise au point, tous les matériaux fournis par les racines. De plus, cette sève ascendante chemine par les vaisseaux situés au centre de la plante, bien à l'abri des rayons solaires dont elle est défendue par l'écran des parties superficielles du tronc fortement imprégnées de silicium, de carbone, et autres substances minérales opaques.

Et cependant, dans ce protoplasma liquide se trouvent déjà des noyaux organiques, c'est-à-dire dont la trame renferme de l'azote. Ce noyau a été comparé au noyau des globules du sang avec cette différence que, dans les plantes, le magnésium remplace le fer des globules sanguins des animaux.

Dans le trajet des racines à la feuille, de nombreuses oxydations modifient la sève qui deviendrait impropre à la vie de la plante sans un retour à l'alcalinité ; c'est ici qu'intervient la cellule organo-magnésienne.

Dès son arrivée à la feuille, lorsqu'il y a ensoleillement, l'oxyde de magnésium, mis en contact au niveau des stomates, avec l'anhydride carbonique de l'atmosphère, capte ce carbone en même temps qu'il se débarrasse de son oxygène, et le bicarbonate de magnésium ainsi formé rend à la sève l'alcalinité nécessaire.

#### Comment les rayons solaires se trouvent sélectionnés par l'écran chlorophyllien.

Mais, en même temps que cet acte respiratoire, un phénomène curieux se passe dans la cellule chlorophyllienne.

Grâce aux atomes de fluor, de zinc, de silicium, de tungstène, que l'on retrouve toujours dans l'analyse des feuilles, il se produit tout un jeu de réflexion, de réfraction, de polarisation, d'interférence qui fait que les rayons solaires infra-rouges ne pénètrent pas et que, par contre sont aborbés les rayons indiqués par le spectre solaire chlorophyllien.

Quelle est la partie de la feuille munie d'un organisme tel que les infra-rouges ne puissent pas s'introduire et que la chlorophylle n'admette aucun rayon solaire d'une longueur d'onde supérieure à 0 µ 75 ? Elle ne peut être assurément que la cuticule ; toute autre disposition laisserait pénétrer les infra-rouges et les feuilles seraient rapidement desséchées.

La sève ascendante arrivant dans la feuille, passe donc derrière un écran protecteur. Ses cellules organisées et sa partie liquide renferment des atomes métalliques multiples qui, brusquement, à la lumière du soleil, vont se trouver soumis à des rayons de toutes les longueurs d'onde du spectre visible.

Chaque atome, arrivant à la feuille, est un atome incomplet, qui, par suite des échanges molécutaires entraînés par le développement de la plante, a perdu la majeure partie de ses ions des orbites périphériques. Il est devenu, avec son noyau positif intact, et par contre, avec ses ions négatifs en nombre trop restreint, impropre à remplir le rôle qui lui est dévolu dans la symbiose des organismes vivants.

Cet atome, touché par un rayon de soleil, se met à vibrer à l'unisson des ions correspondant à sa propre longueur d'onde. Ces ions solaires, tous négatifs, se précipitent sur le noyau positif de l'atome, comme la limaille de fer se jette sur l'aimant, et ainsi chaque noyau-étoile récupère les ions-planètes qui lui faisaient défaut.

Chaque atome de la sève ascendante, au moment où il vient à passer derrière l'écran chlorophyllien, devient un véritable *cohéreur*, un *détecteur* tel qu'un poste récepteur de T. S. F., et cet atome qui était réduit à son noyau de résultante positive et à ses ions orbitaires les plus proches du centre, se charge des ions négatifs que lui apportent les rayons du soleil.

Cet atome métallique peut être comparé à un morceau de fer doux qui devient électro-aimant, attirant à ses pôles la limaille de fer, aussi longtemps que passe le courant, pour redevenir neutre, quand le courant est interrompu. Ainsi agissent les rayons du soleil, pendant l'ensoleillement des feuilles végétales vivantes, sur leurs éléments métalliques.

Cet atome, ainsi complété, peut être comparé à un accu, tout à la fois électro-magnétique et physico-chimique, qui va porter au maximum sa puissance de radio-activité dans les tissus végétaux et animaux qu'il traversera en abandonnant les ions nécessaires pour les échanges entre atomes et le développement des organismes, jusqu'au moment où, réduit de bon nombre de ses

ions et déchargé, désarmé, il retournera à la terre pour recommencer un nouveau cycle.

C'est ainsi que les rayons solaires, dans toute l'étendue du spectre visible et particulièrement ceux que laisse passer l'écran chlorophyllien, donnent une nouvelle énergie aux atomes épuisés au moment où ils pénétraient dans la feuille.

Après leur passage derrière le grain de chlorophylle, ces atomes possèdent le maximum de leur énergie vitale électro-magnétique.

Ce sont ces atomes, rechargés par les ions émis par le soleil, qui constituent toute la puissance des vitamines. Celles-ci vont transporter dans tous les organismes végétaux et animaux, jusque dans tous leurs recoins les plus à l'abri de la lumière du jour, l'énergie émanée directement du soleil. Grâce à ces vitamines, le soleil pénètre tous les êtres vivants et la feuille des plantes, les algues ont été des organismes indispensables pour la fixation et la répartition de toute la puissance amenée par les rayons solaires.

**De quelques atomes qui pénètrent dans les corps vivants sans passer sous l'écran chlorophyllien**

La science procède par bonds. Du jour où la physico-chimie, étendant de plus en plus son domaine, a voulu briser les barrières qui séparaient la chimie minérale de la chimie organique, elle a enseigné que le carbone, l'oxygène, l'azote, l'hydrogène obéissaient aux mêmes lois physico-chimiques que tous les autres corps minéraux.

La physico-chimie déborde de plus en plus la vieille chimie officielle et ma conception sur les vitamines lui ouvrira encore bien des horizons ; cependant, il y a un fait curieux que je tiens à signaler avant de terminer mon présent essai sur les vitamines.

C'est ceci : certains électrons ne passent pas sous l'écran chlorophyllien avant de pénétrer chez les êtres vivants. Ces électrons sont ceux de l'azote, de l'oxygène, de l'hydrogène. Ils entrent par les voies respiratoires ; et ce sont précisément ces corps qui sont à la base de toute la chimie organique.

**Des électrons solaires respiratoires**

En examinant le spectre solaire de la chlorophylle, spectre fortement discontinu avec de fortes bandes noires entremêlées d'éclaircies, je me suis demandé si les parties claires de ce spectre ne correspondaient pas à la non absorption d'éléments pénétrant dans la plante par une autre voie que la cuticule de revêtement, c'est-à-dire par les stomates ou par les racines.

L'air atmosphérique renferme 79 volumes d'azote contre 21 d'oxygène. Lorsque Lavoisier fit son admirable découverte, il montra que l'oxygène seul était actif dans la *respiration des animaux et des végétaux* et que l'*azote de l'air ne servait qu'à modérer cette activité.*

Il y a lieu aujourd'hui de modifier cette dernière affirmation.

A l'époque de Lavoisier, on divisait les corps de la nature en règne minéral ou inorganique, en règne animal et règne végétal.

Ces appellations sont tombées un peu en désuétude ; je pense néanmoins qu'il y a lieu de les maintenir, car elles répondent à une classification bien déterminée, si l'on y fait un changement que je vais indiquer.

A cette question que les savants se sont posée bien souvent : « Les microbes appartiennent-ils au règne animal ou au règne végétal » ? J'estime qu'il y a lieu de répondre : « Les microbes, ou tout au moins les aérobacters, ne doivent être classés, ni dans le règne animal, ni dans le règne végétal, mais bien dans le règne microbien. »

Ma proposition de classer les microbes azotobacters en dehors du règne animal et du règne végétal pour les placer dans une division nouvelle que j'appelle *règne azoto-bactérien* s'appuie sur les considérations suivantes :

Chacun de ces règnes possède une caractéristique qui le distingue très nettement des deux autres : Cette caractéristique consiste en une différence dans le mode respiratoire :

1° Les individus du règne animal ont pour caractéristique dominante de respiration de fixer l'oxygène de l'air ; il y a oxygéno-aérobie ;

2° Dans le règne végétal, les plantes et les algues, *respirant à la lumière du soleil,* fixent l'anhydride carbonique, il y a carbono-aérobie ;

3° Dans le règne microbien, les azoto-bactéries fixent directement l'azote minéral ; il y a azoto-aérobie.

Ni l'homme, ni les animaux, ni les végétaux n'absorbent l'azote minéral atmosphérique ; le microbe azotobacter *seul* peut le faire. Voilà ce qui le différencie nettement de l'animal et du végétal.

J'ai eu soin de montrer plus haut l'importance qu'il fallait attacher à l'ensoleillement dans la fonction respiratoire des végétaux.

En effet, le végétal, lorsqu'il n'est pas sous l'influence des rayons du soleil, absorbe de l'oxygène et rejette de l'acide carbonique, comme le font les individus du règne animal. Inversement, il se charge de carbone et rend de l'oxygène dans l'air atmosphérique, quand la chlorophylle est soumise à l'action de la lumière du soleil.

Ce fait naturel prouve que les atomes à résultante positive de la plante qui passent derrière l'écran de la feuille n'entrent en vibration, qu'autant qu'ils sont impressionnés par les rayons du soleil.

Ceux-ci, chargés d'électrons négatifs à longueur d'onde déterminée par la nature de chaque élément (fer, calcium, potassium, sodium, ma-

gnésium, etc.), sont de véritables excitateurs pour les récepteurs qui étaient au repos. Excitateurs négatifs et atomes récepteurs positifs se mettent à vibrer à l'unisson sous l'influence des rayons du soleil et les électrons du fer, du calcium, du magnésium sont projetés sur les atomes du fer, du calcium, etc. ; chaque atome se charge des électrons-ions correspondant à sa longueur d'onde, puis se trouve entraîné dans la sève sortant de la feuille. Mais alors cet atome est rénové, a récupéré toute son énergie électromagnétique ; il a complété ses ions orbitaires libérables exigés par un bon fonctionnement des organismes des plantes et des animaux. Bref, la vitamine vient de se former ; elle n'est que l'atome qui possède son maximum d'énergie radio-active et de puissance de métabolisme chimique, grâce aux rayons du soleil qui lui ont apporté les électrons nécessaires. La vitamine s'est chargée d'énergie magnéto-électrique, exactement comme un accumulateur ; telle que lui, elle perdra ses ions au fur et à mesure de ses emplois, jusqu'au jour où repassant par la feuille, elle se rechargera de nouveau d'ions émis par le soleil.

C'est ainsi que les rayons solaires, dans toute l'étendue de la partie visible du spectre, et particulièrement de 0 $\mu$ 700 à 0 $\mu$ 420, donnent une nouvelle énergie vitaminique à tous les atomes dont les longueurs d'onde peuvent être vérifiées à l'examen spectroscopique de la chlorophylle.

*A la lumière du soleil, la plante exhale de l'oxygène et absorbe du carbone. Dans l'obscurité la plante absorbe de l'oxygène et exhale de l'acide carbonique. Explication facile de ce phénomène paradoxal en apparence.*

Les végétaux, algues, mousses et champignons sont les seuls organismes revêtus d'une cuticule permettant l'absorption des électrons solaires en forte proportion ; mais cette absorption ne se produit qu'autant qu'il y a syntonie des vibrations entre l'atome végétal (qui est positif) et l'électron solaire (toujours négatif).

Quand la plante se trouve dans l'obscurité, sans soleil, la respiration s'effectue par les stomates ; la plante est en sommeil ; sa chlorophylle ne fonctionne pas, il n'y a pas formation de vitamines.

Mais dès qu'elle est exposée aux rayons et à la chaleur du soleil, la chlorophylle fonctionne et se met à absorber les ions solaires. Or, il faut remarquer que les ions du carbone sont des plus nombreux dans le spectre ; sous l'influence du soleil, il y a une intense absorption des ions du carbone par la plante qui devient une véritable fabrique d'hydrates de carbone ; tous les sels métalliques de la plante passent à l'état de carbonates, et même de bicarbonates, l'oxygène est libéré et évacué par les stomates.

Ce qui se produit pour les atomes du charbon se voit aussi pour tous les autres atomes. Dans l'obscurité, la plante vit au ralenti et, privée de l'apport des électrons solaires, se déminéralise ; sa sève, privée de l'apport des ions solaires, perd la faculté de compléter ses électrons, la chlorophylle ne se forme plus, les vitamines se raréfient rapidement, la plante languit et s'étiole faute des rayons du soleil.

**Symbiose des règnes vivants animaux, végétaux et microbiens.**

L'animal capte l'oxygène minéral atmosphérique, le végétal prend directement dans l'air atmosphérique, l'anhydride carbonique, l'azotobactérie respire et assimile l'azote. Tous les animaux, plantes et microbes sont plongés dans l'eau ou la vapeur d'eau, dans l'air ou la terre plus ou moins humide.

Oxygène, hydrogène, carbone, azote, tels sont les matériaux de tous les corps vivants du globe terrestre, et tous ces matériaux les êtres vivants les ont pris par les voies respiratoires, c'est-à-dire dans l'air atmosphérique ou dans des milieux chargés d'air atmosphérique (eaux douces et marines, parties les plus superficielles du sol où les azotobactéries prennent l'azote de l'air).

L'azoto-aérobactérie est la clef de voûte de tout ce qui vit sur la terre, car l'azote est indispensable pour former la trame d'une cellule organisée. L'hydrate de carbone pur, quel qu'il soit, ne peut échafauder, ni monter une construction ; il faut de l'azote et le microbe a seul le pouvoir de le prendre dans l'air atmosphérique.

Les matières azotées complexes ont toutes été constituées à l'origine par une azotobactérie ; aucune exception à cette règle.

C'est lui, microbe, qui, grâce à l'azote qu'il a absorbé dans l'atmosphère, a forgé la première matière nutritive qui a servi à la nourriture de l'homme et des animaux.

Mais le règne animal, de son côté, respire l'oxygène, les plantes donnent le carbone et le microbe aérobie s'alimente d'hydrate de carbone.

Aucun individu du règne microbien, du règne végétal ou du règne animal ne peut vivre sans le secours des deux autres règnes. Il y a une symbiose générale intime de tous les êtres vivants sur le globe terrestre, et le soleil leur envoie chaque jour les électrons nécessaires pour entretenir les échanges entre les éléments biologiques.

L'air ensoleillé de la haute mer, de la montagne, des grandes plaines, loin des usines et des encombrements malsains des villes, a ses atomes d'azote, d'oxygène, de carbone, d'hydrogène, avec leurs orbites d'électrons au complet, excellemment propres au fonctionnement de tous les êtres vivants.

Ces atomes préposés à la respiration des individus des différents règnes sont de véritables vi-

tamines dont ils présentent tous les caractères physico-chimiques.

Mais il faut remarquer, de plus, que l'azote, l'oxygène, l'hydrogène, le carbone donnent, chacun, des raies dans plusieurs régions du spectre, et qu'il peut se faire que chaque élément ait à pourvoir à la fonction respiratoire ou à la fonction chlorophyllienne suivant la longueur d'onde observée.

**La vitaminisation est une fonction propre à la chlorophylle végétale.**

En dehors de l'oxygène, de l'azote et du carbone absorbés par la respiration de l'homme et des animaux, des microbes et des végétaux, on peut conclure que la chlorophylle des plantes est seule apte à capter les électrons apportés par les rayons du soleil.

Les vitamines observées chez les animaux sont toutes de provenance végétale, résultant de la nourriture par les plantes ou des animaux qui ont consommé des plantes. Les vitamines des carnassiers terrestres ou marins proviennent des vitamines existant chez les animaux qu'ils ont dévorés.

Tous les êtres organisés vivants, plantes ou animaux, ont besoin de vitamines pour les échanges entre leurs éléments, les ions passant d'un élément à l'autre suivant la force d'attraction.

La vie de tous les organismes est dépendante de l'existence du soleil, et aucun animal, végétal ou microbe ne peut vivre sans le secours des individus des deux autres règnes, chacun de ceux-ci ayant une fonction indispensable aux deux autres.

Ainsi existe une symbiose générale de tous les êtres de l'univers, et c'est la vitamine qui sert d'agent de liaison cosmique, grâce aux rayons du soleil portant les électrons jusqu'aux planètes les plus reculées.

Les étoiles, qui sont autant de soleils, émettent également des radiations que nous pouvons enregistrer. Mais ce sujet présente trop d'inconnu, pour être abordé utilement ici.

D'une classification nouvelle des vitamines basée sur l'emploi du spectroscope. Rôle de l'ensoleillement et des organismes vitaminés dans l'hygiène et la thérapeutique médicale, — tels sont les sujets que j'aborderai dans un autre article.

## LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

## La liberté fonctionnelle du coude, principal objectif du traitement dans les fractures fermées de l'extrémité inférieure de l'humérus

D'après le Docteur L. DAVID (1)

S'il est aisé le plus souvent de poser cliniquement le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, il est au contraire délicat, par ce même examen clinique immédiat, de faire un diagnostic rigoureux des lésions ; l'examen radiologique seul pourra faire connaître le siège exact du trait, sa direction, les irradiations, les arrachements parcellaires.

Malgré les aspects cliniques variés des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, trois types les dominent par leur fréquence extrême : *Fr. supra-condylienne*; *Fr. de l'épitrochlée*; *Fr. du condyle externe.*

### COMMENT SE PRÉSENTENT CES FRACTURES

*En raison du rétablissement fonctionnel*, il importe avant tout de distinguer *les fractures extra-articulaires* (sus-condylienne, et de l'épitrochlée) et les *fractures articulaires*, d'emblée, ou secondaires par irradiation du trait.

### I. — Fractures extra-articulaires

#### A. Fracture supra-condylienne de l'humérus avec déplacement

*C'est la fracture typique de l'adulte.*

Le blessé a fait une chute sur la paume de la main, l'avant-bras étant en extension sur le brat, — plus rarement sur la main, l'avant-bras étans en flexion sur le bras. La douleur est extrêmement vive dans la région du coude ; le bras est immobilisé dans l'attitude classique des traumatisés du membre supérieur.

Si l'on pratique un examen avant l'apparition du gonflement, le bras paraît souvent nettement raccourci ; de face, son extrémité inférieure est élargie. Mais, *de profil*, on relève une augmentation souvent énorme du diamètre antéro-postérieur du coude ; on voit nettement saillir, *en avant*, l'extrémité inférieure de la diaphyse fracturée, en *arrière*, et parfois en dehors ou en dedans, le bloc épiphysaire rétropulsé ; en arrière le coude peut déborder franchement le plan postérieur du

(1) Dr Lucien DAVID. — Étude clinique et thérapeutique des fractures fermées de l'extrémité inférieure de l'humérus. (*Gazette des Hôpitaux*, 14 et 21 mai 1932.)

bras, le tendon tricipital détendu s'incurvant sous les téguments au-dessus de la saillie olécrânienne.

Par une palpation douce et extrêmement minutieuse, on recherchera le *signe capital* des fractures supra-condyliennes, c'est-à-dire la *conservation des rapports normaux dès trois saillies osseuses du coude : épicondyle, pointe de l'olécrâne, épitroehlée.*

On sait, en effet, que, dans l'extension, ils sont sur une même ligne horizontale ; dans la flexion à angle droit, ils sont sur un même plan frontal.

*Ces constatations font proscrire absolument la recherche douloureuse, et parfois dangereuse des mouvements anormaux et de la crépitation osseuse ; elles écartent définitivement la luxation,* où ces rapports sont bouleversés.

Pour mémoire, nous citerons le gonflement qui sera un épais bourrelet circulaire, et l'ecchymose linéaire du troisième jour.

*La radiologie*, de face et de profil, confirmera ces données ; elle renseignera sur la possibilité d'une irradiation articulaire du trait de fracture.

B. Dans les **variétés sans déplacement ou à déplacement minima**, la recherche des points douloureux prend une importance capitale ; la radiologie est importante à consulter. Il en est de même des *fractures supra* et *intra-condylienne* en T, avec participation articulaire.

C. **Fracture de l'épitrochlée**

C'est le type le plus rare des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le tableau clinique est beaucoup moins net. L'importance fonctionnelle est principalement marquée par une supination douloureuse, si on cherche à la provoquer. Tuméfaction et ecchymose siègent à la partie interne du coude.

Le diagnostic difficile avec une entorse grave, ne s'affirme, avant le gonflement, qu'au moment où l'on peut percevoir le petit fragment épitrochléen, en pinçant entre deux doigts la portion interne de la palette humérale. C'est une des seules factures, où la difficulté du diagnostic autorise la recherche de la mobilité anormale et de la crépitation.

D'ailleurs, l'examen radiologique, de face et de profil, s'impose ; il permet en même temps de voir si le trait de fracture pénètre dans l'articulation.

*Une complication immédiate, c'est l'association à une luxation du coude en arrière, avec interposition du fragment, ce qui rend cette luxation très difficile à réduire.*

*C'est aussi la lésion possible du nerf cubital,* qui domine aussi beaucoup le pronostic. Elle se révèle aussitôt par des douleurs anormalement intenses dans le territoire du nerf, par des fourmillements et des crampes ; plus rarement, on observe un syndrome typique de paralysie cubitale.

D. **La fracture de l'épicondyle**, présente des signes analogues à ceux de la précédente ; ici aussi, le diagnostic est délicat à poser, et la radiologie est indispensable pour déterminer, de façon indubitable, la lésion.

## II. — Fractures articulaires

*Toute difficulté, souvent grande, de préciser cliniquement et immédiatement la nature des lésions doit faire aussitôt penser à une fracture articulaire* ; il existe, en effet, un véritable syndrome articulaire, qui change peu avec les variétés du traumatisme. Cependant, l'*examen radiologique* est nécessaire pour savoir s'il y a lésion osseuse.

**La fracture du condyle externe** *est la plus fréquente*, et la plus facile à diagnostiquer cliniquement ; les autres variétés ne sont reconnues que par la radiologie.

Le gonflement est souvent considérable, quand l'hémarthrose n'est pas bridée par la capsule.

C'*est au niveau même* de l'interligne articulaire que la douleur s'observe, spontanée ou provoquée, et non plus haut comme dans la supracondylienne.

*Le signe capital est l'impotence totale du coude.*

On recherche ensuite les *signes de la fracture du condyle externe, fracture particulière à l'enfant.* Celle-ci tire toute sa gravité du fait que le trait de fracture oblique en bas et en dedans traverse toute l'épaisseur du cartilage de conjugaison, dont il rompt la continuité, d'où la possibilité de graves complications ostéogéniques. Le gonflement, moins accentué que dans la supra-condylienne, sera surtout marqué à la face externe de l'articulation ; à ce niveau aussi la palpation révèlera des points douloureux, de même que la présence de la portion externe fracturée de la palette humérale, avec crépitation, signe péremptoire quoique rare, et difficile à trouver en raison de la défense de l'enfant.

On peut apprécier, de plus, à la fois un déjettement en dehors du fragment, et un recul plus ou moins accentué du condyle externe sur la palette humérale, avec rotation le plus souvent externe. Quant aux mouvements provoqués, ils sont limités à l'extrême. Si l'extension est relativement peu douloureuse, la flexion et la prono-supination sont impossibles. L'examen radiologique complète ces données.

Voici une énumération des autres variétés de fractures articulaires, et que la radiologie déter-

minera avec précision : **fracture du condyle interne, fracture diacondylienne (rarissime) fracture isolée du condyle ou de la trochlée.**

Rappelons enfin la possibilité tout à fait rare du décollement épiphysaire, avant l'âge de trois ans ; cliniquement, il simule une fracture du condyle externe, mais, à la radio, on trouve un *seul* tracé clair, celui du cartilage, et non le double ergot de la fracture.

## Comment il faut traiter ces fractures

On doit étudier séparément le traitement chez l'adulte, et chez l'enfant, qui est encore en ostéogène. Pour ces raisons :

Le traitement chez l'*enfant* doit être essentiellement orthopédique ; il faut chez lui proscrire absolument massage et mobilisation passive, qui n'ont pour résultat que d'exacerber les proliférations périostiques et conjugales.

Chez l'adulte, par contre, les interventions sanglantes pourront être d'indications bien plus fréquentes, car elles ne sont pas vouées aux troubles ostéogéniques post-opératoires.

### I. — Chez l'enfant

#### Fracture supra-condylienne typique

Réduction sous anesthésie générale ; deux aides l'un pour l'extension, l'autre pour la contre-extension. Cette manœuvre doit être menée avec force, mais sans brusquerie, ni à-coup. La *descente du fragment inférieur* peut demander quelques minutes (10) ; il faut savoir l'attendre, en continuant une traction régulière, qui fera céder la contraction musculaire. A ce moment précis, l'opérateur *repousse d'avant en arrière le fragment inférieur* pour le ramener dans le prolongement du fragment diaphysaire. En même temps, il assure la *flexion à angle aigu* de l'avant-bras sur le bras, flexion qui accole les fragments déjà rapprochés : coroné et tête radiale font ainsi attelle en avant, tandis que triceps et olécrâne remplissent le rôle d'attelle postérieure.

On applique ensuite soit une *gouttière plâtrée banale*, englobant bras et avant-bras par leur face postérieure, soit *le collier plâtré de Broca*, anneau plâtré fixant le coude (qu'il laisse libre) en flexion aiguë, en passant au tiers moyen du bras et de l'avant-bras. L'enfant reste endormi complètement jusqu'à siccité du plâtre. Deux examens radiologiques contrôlent la réduction de la fracture, l'un aussitôt, l'autre au bout de cinq jours.

Vers le *quinzième jour*, le plâtre est enlevé ; la consolidation est suffisante. Alors commence une *période de réparation fonctionnelle*, qui peut être longue, et doit être l'œuvre du seul blessé, *par la mobilisation active.*

Dans les formes sans déplacement, il suffit d'une simple écharpe pendant dix jours environ.

Ainsi *le trouble de la flexion disparaîtra rapidement* par le modelage progressif du périoste, qui entraînera peu à peu une diminution de volume du cal, et aussi par l'ascension du cal, suite de l'accroissement normal du membre.

*Quoique l'évolution doive être normale*, quand la fracture est non compliquée, et bien *réduite, il ne faut rien affirmer du pronostic tardif.*

Si, rares sont les complications immédiates, lésions vasculaires, nerveuses surtout (médian et cubital), *bien plus fréquentes sont les complications secondaires*, même dans les formes qui d'emblée ont paru d'évolution excellente.

C'est tout d'abord le *cal hypertrophique*, dû à une activité périostée, souvent exacerbée intempestivement par le massage ou la mobilisation passive. Il est d'évolution rapide, car, souvent dès le dixième jour, la radio montre un butoir osseux, qui se dessine rapidement. La palpation le révélera aussi, en pinçant de haut en bas l'épaisseur de la diaphyse entre deux doigts. *La présence de ce butoir osseux va gravement limiter les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras.*

De plus, le cal hypertrophique pourra entraîner des *complications nerveuses*, soit que les nerfs médian et radial soient englobés dans le cal, ou soit qu'ils se tendent en corde à violon sur le chevalet osseux que forme le butoir.

Pour mémoire, il faut citer la possibilité d'un ostéome du brachial antérieur.

Quelles que soient les gênes fonctionnelles (cal hypertrophique ou même dislocation des fragments), *plutôt que de recourir à la méthode sanglante, il faut savoir attendre*, car le remaniement spontané des lésions est tellement important que le résultat fonctionnel est souvent excellent, même si, au début, il semblait s'annoncer défavorable.

#### Fracture de l'épitrochlée

Dans la plupart des cas, l'immobilisation relative suffit : avant-bras maintenu en flexion dans une écharpe avec pansement ouaté ; les résultats ne sont pas inférieurs à ceux d'une immobilisation plâtrée.

S'il y a luxation et fracture, on réduit d'abord la luxation, puis on est ramené au traitement d'une fracture banale.

Dans les cas graves, enfin, quand l'épitrochlée complètement luxée est venue coincer l'articu-

lation, en s'immiscant entre humérus et cubitus, on est contraint d'intervenir chirurgicalement.

A titre de complications tardive exceptionnelle, il faut citer une paralysie cubitale, par compression, irritation, ou coincement du nerf.

**Fractures du condyle externe**

Le traitement est très délicat, car le résultat final tient essentiellement à une bonne réduction. Or, la réduction est extrêmement ; difficile et puis, même bien réalisée, la contention des fragments pose un nouveau problème.

C'est le *traitement orthopédique,* qu'il faut appliquer dans tous les cas chez l'enfant.

Anesthésie générale. Le fragment condylien, une fois repéré, est très malaisé à réduire ; on s'aidera de la *supination* de l'avant-bras et de sa mise en flexion, qui relâchent les muscles épicondyliens. En enserrant fortement la base du bras, on mettra en contact le plus intense possible les deux fragments, sous le contrôle radioscopique si possible. Puis on immobilisera dans une gouttière plâtrée, qui sera taillée de manière à présenter sur son bord externe une saillie nette, qui, appliquée étroitement sur la face externe du coude, fera obstacle à toute déviation importante du fragment condylien par en dehors. Certains auteurs préfèrent flexion et *pronation.* Durée d'immobilisation quinze jours, puis *mobilisation active.* Le massage et la mobilisation passive auraient encore de plus graves inconvénients qu'ailleurs, car on est en pleine articulation.

Dans les fractures sans déplacement, écharpe durant huit jours.

Même bien traitées, ces fractures comportent un *pronostic réservé.* Sans parler des *arthrites post-traumatiques,* il survient parfois des *déformations ostéogénétiques graves,* qui amènent un *cubitus varus,* ou *valgus.* Ce dernier, surtout, menace le nerf *cubital,* des années même après le traumatisme (5 ans, 10, 20 et même 40 ans), en raison de la lenteur de progression du cubitus valgus ostéogénique vrai.

Le *traitement sanglant sera exceptionnel,* pour des cas absolument irréductibles par manœuvres externes ; il expose, en effet, à l'ankylose, à des troubles extrêmement sérieux de l'ostéogénèse, dus aux corps étrangers d'ostéosynthèse implantés en plein os de croissance.

Pour les *fractures atypiques,* il est difficile de poser des règles de traitement ; toutes, elles revêtent un pronostic fonctionnel grave en raison de leur nature articulaire même, plus grave encore lorsque l'intervention sanglante s'impose formellement pour extirper le corps étranger intra-articulaire.

**II. — Chez l'adulte**

Ici encore, le *traitement orthopédique prime tout.*

**Dans la supra condylienne,** il sera aussi parfait que possible, et si l'on obtient aussitôt un bon résultat, le pronostic ultérieur restera excellent, car la prolifération périostique est peu à craindre. Il faut s'efforcer, sous le contrôle de la radio, de réduire convenablement le fragment antérieur de la diaphyse.

L'immobilisation sera plus longue, un mois environ. Si des complications se produisent, on peut intervenir chirurgicalement pour ligaturer un vaisseau, suturer un nerf, faire une ostéosynthèse. On abordera le foyer de fracture par la voie postérieure, où le seul risque à craindre est le nerf cubital.

**La fracture du condyle externe** comporte le même traitement orthopédique que chez l'enfant, toutefois, la difficulté ou l'impossibilité de réduction, le désir d'éviter toute déviation de l'axe anti-brachial pousseront souvent à intervenir. Une mobilisation rapide évite l'ankylose. En tout cas, on ne court aucun risque chez l'adulte du fait d'une activité périostique normale, de l'absence de cartilage de conjugaison, facteurs de butoirs osseux et de déviations ostéogéniques.

G. F.

## A PROPOS DU FORAGE DE LA PROSTATE

Par le Dr Georges Luys

Dans le numéro 21 du *Concours Médical* du 22 mai 1932, page 1627, une analyse du travail de M. R. Flandrin ayant donné, sur le forage de la prostate, des appréciations personnelles qui ne nous semblent pas en rapport avec la réalité des faits, il nous a paru utile d'apporter à ses dires des rectifications nécessaires, afin d'éclairer l'opinion des lecteurs sur les excellents résultats que les malades sont en droit d'attendre de la bienfaisante intervention qu'est le forage de la prostate.

Tout d'abord, suivant l'auteur, le « forage de la prostate ne détruirait qu'une zone limitée de l'adénome ». Mais cette assertion montre que l'auteur n'a peut-être pas une grande habitude de cette intervention. En effet, il est aisé de comprendre que lorsqu'on a entre les mains un agent de destruction aussi puissant que l'électrode active de l'électrocoagulation chargée de 8 à 900 milliampères, il est vraiment absolument impossible de prétendre qu'on ne peut obtenir avec cet agent toutes les destructions nécessaires de l'adénome. Il n'y a pas de zone limitée et l'on pourrait détruire l'adénome tout entier s'il était nécessaire. Ce n'est qu'un excès de timidité qui peut rendre incomplète l'action en vue du forage. Sur ce point, il n'y a donc aucune discussion possible.

L'auteur déclare ensuite que « le forage n'agissant que sur l'élément mécanique, ce facteur pathogénique est très secondaire ». Mais là encore, ces termes ne sont pas conformes à la réalité. Tous les faits cliniques sont en effet là pour montrer que lorsque le forage a détruit complètement tous les obstacles prostatiques qui empêchent la miction, celle-ci s'effectue ensuite tout à fait normalement, et la vessie se vide complètement. C'est bien l'obstacle mécanique situé dans l'urètre prostatique, et uniquement lui, qui empêche la miction. Si vous le supprimez radicalement par le forage, la vessie se videra complètement.

Quand, au cours de l'urétroscopie postérieure, qui doit servir de contrôle à la bonne terminaison du forage, le tube urétroscopique est bien placé, juste au niveau du verumontanum, et qu'on aperçoit nettement par son intérieur, après le forage effectué complètement, le fond de la vessie dans le champ visuel, on peut être alors assuré que tous les obstacles prostatiques ont été supprimés par le forage et que le malade sera impérieusement forcé de vider sa vessie, même s'il ne le voulait pas.

Enfin, dit l'auteur, le forage expose aux hémorragies tardives. Des hémorragies peuvent, en effet, se produire au moment de la chute des escarres, mais à moins d'imprudences coupables, elles ne sont jamais graves et s'arrêtent simplement avec l'application d'une sonde à demeure pendant 24 heures.

Quant à l'infection consécutive, tous les urologues savent que du moment que la vessie se vide complètement, l'infection cède très rapidement. Mais ce n'est pas au moment du forage, ni après le forage que l'on doit traiter l'infection urinaire, c'est *avant* le forage, et si l'on a su bien préparer son malade, il n'existera pas de complication de cette nature (1).

Ajouterai-je enfin que nous nous trouvons en pleine opposition au sujet de la thérapeutique de l'adénome prostatique telle que l'indique M. R. Flandrin. Si je suis, comme lui, d'accord sur le fait que les très grosses prostates hypertrophiées sont justiciables de la prostatectomie, en raison du travail considérable du chirurgien qui aurait à abattre, avec le forage de la prostate d'énormes masses prostatiques et du temps considérable qui serait nécessaire pour faire cette opération, je pense qu'il est tout à fait inexact de prétendre que la prostatectomie doit s'étendre aux moyennes et petites prostates. Non, cent fois non ! C'est au seul forage qu'il faut avoir recours dans ces derniers cas, et j'estime que ce serait une erreur de faire courir à un malade les gros risques d'une intervention toujours grave, comme la prostatectomie, plutôt que de lui donner le bénéfice du forage de la prostate, opération bénigne dans son pronostic et radicale dans ses effets thérapeutiques.

Quoiqu'il en soit, il y a actuellement vingt ans que je pratique le forage de la prostate et cette méthode thérapeutique, qui a subi maintenant l'épreuve du temps, a traversé les mêmes vicissitudes qui assaillent d'ordinaire toutes les nouveautés. Mais, actuellement, le forage de la prostate a réussi, non seulement à s'imposer par la précision de sa technique et ses résultats indéniables, mais aussi à réduire à néant la conspiration du silence dont il avait été l'objet.

Depuis qu'à l'étranger, principalement en Amérique où l'on se préoccupe tout particulièrement de la question si importante de la destruction des hypertrophies du col vésical par les voies naturelles, et où on a adopté les principes de ma méthode, depuis les publications du

(1) Voir à ce propos Georges Luys : Traité des maladies de la prostate. Paris, Doin, éditeur.

Docteur Mathé, de San Francisco, et depuis que le Docteur Collings, de New-York, est venu lui-même à Paris présenter dans un magnifique film les résultats qu'il a obtenus, ceux-là même qui avaient systématiquement combattu ma technique, sans même vouloir l'essayer, s'en font actuellement l'apôtre.

N'est-il pas curieux de constater que des auteurs qui avaient délaissé ce procédé opératoire s'y sont subitement convertis et s'en déclarent maintenant de chauds partisans, en allant même jusqu'à le présenter sous un autre nom et prétendre l'avoir inventé ?

A vrai dire n'est-ce point là le comble du succès ?... quoique le procédé manque un peu d'élégance et de franchise...

Au surplus, il reste que ma méthode, annoncée pour la première fois à la tribune de la Société de médecine de Paris en 1913, a enfin maintenant acquis l'approbation générale de tous ceux qui savent la pratiquer.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### La spléno-pneumonie.

MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU font une étude générale, anatomo-clinique, de la spléno-pneumonie. Cette cortico-pleurite revêt l'une des trois formes cliniques et évolutives suivantes : 1° spléno-pneumonie isolée, à pneumocoques le plus souvent ; 2° spléno-pneumonie développée autour d'un abcès, soit pulmonaire, soit scissural ; 3° spléno-pneumonie étendue autour d'un foyer tuberculeux ou de nature tuberculeuse.

Dans la forme simple et pure de la spléno-pneumonie, toute la thérapeutique palliative employée dans les affections aiguës pulmonaires doit être mise en œuvre et notamment la vaccinothérapie polyvalente.

Dans la forme avec abcès pulmonaire ou scissural, la thérapeutique palliative est aussi de mise au début. Quand l'abcès est reconnu, la ligne de conduite n'est pas tracée d'une façon nette : on peut faire de l'expectation, de la vaccinothérapie polyvalente, de la bronchoscopie avec aspiration; parfois même, l'intervention chirurgicale est indiquée. Chaque méthode a ses partisans. En ce qui concerne l'expectation, celle-ci est raisonnable, car la guérison spontanée n'est pas exceptionnelle.

Il en est de même pour la forme bénigne de la spléno-pneumonie tuberculeuse. Dans les cas graves, le pneumothorax thérapeutique est inopérant au cours des premiers mois ; la lésion pulmonaire massive et très dense n'est pas compressible ; mais , dès le début de la phase de résolution, cette méthode reprend ses droits. (*Revue de Médecine* ; mars 1932.)

### Tuberculose et traumatismes.

MM. R. BERNARD et STASSEN exposent des données générales sur les rapports, qui peuvent exister entre un traumatisme et différentes localisations tuberculeuses sur la peau. Il est rare d'ailleurs d'observer une ulcération tuberculeuse cutanée à la suite d'un trauma violent.

Un tableau synoptique établit les différents éléments du diagnostic avec la syphilis, la lèpre, la sporotrichose, l'actinomycose, l'ulcération cancéreuse (*Bruxelles Médical* ; 13 mars 1932.)

### Endocardite lente à forme psychique.

Les manifestations nerveuses au cours de la maladie d'Oselr peuvent être assez frappantes pour permettre à MM. A. LEMIERRE et AUGIER d'en rappeler les formes nerveuses : ce sont la forme méningée, la forme motrice (paralysies à topographie et à évolution variables), enfin la forme psychique.

Voici un exemple de cette forme. Chez un sujet, présentant les symptômes classiques de l'endocardite lente, fièvre, anémie, amaigrissement, azotémie, souffle cardiaque, sont survenus deux ictères successifs, en pleine santé apparente ; puis l'état mental a persisté après des troubles moteurs et une aphasie : lenteur de l'idéation, euphorie, puérilisme ont dominé la situation. (*Gazette des hôpitaux* ; 9 mars 1932.)

### La transfusion sanguine dans les infections de la première enfance.

Mlle PHÉLIZOT, MM. MELY et JUNG précisent que la transfusion sanguine donne ses plus beaux résultats dans les broncho-pneumonies ou septicémies traînantes. Elle est indiquée dans toutes les septicémies, à condition qu'il n'y ait pas de pléthore sanguine avec défaillance cardiaque.

La transfusion sanguine doit être répétée plusieurs fois, à deux ou trois jours d'intervalle. La voie intraveineuse serait la plus efficace pour les Américains.

Les quantités injectées seront assez grandes :

en moyenne 20 c.c. de sang par kgr. de poids, sans jamais dépasser 300 c. c.

Parmi les broncho-pneumonies, ce sont les formes toxi-infectieuses graves, ou à allure septicémique, mais non suraiguës, qui donnent les plus beaux résultats. Mais on aura toujours soin, dans ces cas, de pratiquer d'abord un examen soigné de l'état général, comportant un dosage de l'hémoglobine sanguine et la mesure de la tension artérielle. Au cas où il y aurait des signes de pléthore cardio-vasculaire ou d'insuffisance cardiaque, il faudrait s'abstenir de la transfusion sanguine simple.

Dans ces cas, comme dans les formes cardiaque et blanche de la broncho-pneumonie, on pratiquera une exsanguino-transfusion, ou une injection de sang intra-musculaire. Les doses injectées seront prudentes, afin de ne pas risquer une surcharge sanguine. De petites doses de 50 à 70 c.c. ont procuré de très beaux résultats, même données par voie intramusculaire, à condition d'être répétées plusieurs fois.

Enfin, la condition la plus importante est que la transfusion sanguine soit pratiquée assez tôt, bien qu'il fallie souvent lutter contre les familles.

Un sang compatible, injecté lentement et aseptiquement, ne présente aucun danger. (*Strasbourg Médical*, 15 mars 1932.)

### L'association de l'insuline et du glucose dans le traitement des cardiopathies.

Partant de cette idée que l'association thérapeutique insuline-glucose était surtout cardiotrophique, devant agir sur le métabolisme des hydrates de carbone au niveau du muscle cardiaque, MM. Etienne, Drouet et Collesson se sont adressés à des malades atteints de myocardite pure, ou d'insuffisance cardiaque gauche, chez qui la lésion prédominante était l'atteinte de la fibre musculaire.

Chez les malades atteints de myocardite pure d'origines diverses, chez qui l'atteinte du myocarde se révélait par la dyspnée, l'assourdissement des bruits du cœur à l'auscultation, l'abaissement de la tension artérielle, sans signes d'asystolie droite, les résultats thérapeutiques ont été très encourageants.

Chez les insuffisants gauches, cardio-rénaux, hypertendus, avec gros foie, il y eut échec du traitement, sauf un cas d'amélioration partielle et transitoire.

La dyspnée d'effort a régressé, jusqu'à disparaître complètement ; la maxima tensionnelle s'est redressée, la plupart du temps d'une manière précoce. La diurèse s'est vite établie abondante et persistante.

Bref, les résultats les meilleurs de l'insuline-glucose s'observent dans les myocardites pures, surtout séniles. Les doses de dix unités par jour, soit d'environ 1/5e d'unité d'endopancrine par kilogramme d'individu, associées à l'ingestion de 100 grammes de glycose anhydre ont donné des améliorations rapides et durables ; le traitement peut être prolongé avec avantage.

A côté des cas où l'atteinte du muscle cardiaque n'est pas très accentuée, l'association insuline-glucose donne d'excellents résultats dans les myocardites chroniques graves, dans lesquelles l'atteinte profonde du myocarde, révélée par l'examen clinique et électro-cardiographique, n'a pas été modifiée par les traitements habituels.

Mais, il faudra dépister, au cours de cette cure, les moindres signes de défaillance cardiaque afin, si besoin est, de recourir aux toni-cardiaques habituels, inopérants seuls, mais qui, joints à l'association insuline-glucose, peuvent alors donner de bons résultats. Parfois même, il faudra recourir à des injections intra-veineuses de glucose. (*Revue médicale de l'Est*, 1er février 1932.)

### Les céphalées persistantes après les traumatismes du crâne. Importance de l'examen oculaire.

Les céphalées persistantes après les traumatismes du crâne peuvent être dues à la présence d'une diplopie par parésie ou paralysie de l'un des muscles oculaires, suite de fissure ou de fracture de la base du crâne. Mais le Docteur Cantonnet insiste sur les céphalées persistantes tenant à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien par commotion ou contusion cranienne. Si l'on néglige d'interroger la papille optique, on passe à côté du diagnostic, puisqu'il n'y a aucune altération de l'acuité visuelle. Le plus souvent, on trouve un peu de turgescence des veines papillaires, qui sont légèrement flexueuses et grossies de calibre ; il n'y a, à ce degré, aucun flou ou œdème de la papille proprement dite. A un degré plus accentué et plus rare, on trouve du flou au rebord de la papille, sans qu'il y ait de stase, c'est-à-dire de saillie de la papille. A un degré encore plus accentué et plus rare, il y a œdème et saillie du disque papillaire, mais sans tortuosité des veines.

Le traitement de cette hypertension légère du liquide péricérébral, c'est la ponction lombaire, qui détend ce liquide et fait disparaître du même coup et les céphalées et la turgescence veineuse. (*Journal des Praticiens*, 16 mars 1932.)

### Rôle et technique de la rœntgenthérapie dans le traitement des cancers du col de l'utérus.

Le Docteur Gunsett expose cette intéressante question ; il ne peut cependant fournir aucune statistique purement opératoire, pour la comparer à la sienne. Du reste, il est fort difficile de se former une opinion uniquement basée sur la statistique, car le chirurgien, qui n'opère que des cas

du premier degré au début, aura beaucoup moins de récidives que celui qui grève sa statistique, en opérant des cas à la limite de l'opérabilité, lesquels récidivent très facilement et souvent peu de semaines après l'opération. Et si on envoie au radiothérapeute, ce qui arrive souvent, uniquement les cas du deuxième degré, où le chirurgien n'est pas sûr de pouvoir tout enlever, les statistiques seront également plus mauvaises.

Si l'on fait le traitement post-opératoire, il faut faire le même traitement par les rayons X que si on était encore en présence du cancer, c'est-à-dire des irradiations très larges à grands champs couvrant tout le bassin, à raison d'une dose intravaginale de 3.000 R, en y ajoutant même souvent plus tard un champ périnéal de 2.000 R à 3.000 R mesurés en superficie.

L'auteur considère par contre la curiethérapie post-opératoire par tubes de radium, placés dans le vagin, comme une mauvaise méthode, car il ne peut y avoir ainsi qu'un effet nécessairement limité sur quelques centimètres. Or c'est, dans ces cas, une large irradiation du bassin qu'il faut faire, afin de toucher tous les germes du cancer, qui pourraient s'y trouver (*Strasbourg-Médical*, 25 mai 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Sur un signe nouveau de la mort réelle.

(M. A. Bordier, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 19-7-1932.)

Au mois de février dernier, à la suite d'une demande émanant du Parlement et concernant la possibilité des inhumations prématurées, M. le Professeur Balthazard présentait à l'Académie un rapport, dans lequel il passait en revue les différents signes connus de la mort réelle.

M. Bordier, le radiologue lyonnais dont les travaux font autorité, signale aujourd'hui un nouveau signe de la mort : l'épreuve diathermique qui, à son avis, ne peut pas laisser de doute à ce point de vue.

L'épreuve consiste à appliquer sur la face postérieure des cuisses deux électrodes en étain de 15 cm. sur 20 cm. et à y faire passer pendant trente minutes un courant fourni par un appareil de diathermie puissant, courant porté à 1.500 milliampères. La température du sujet est prise sous l'aisselle ou dans la bouche, au début et à la fin de l'épreuve.

Sur le vivant, le passage du courant diathermique augmente la température du corps : l'élévation thermique (due à l'échauffement du sang et des liquides circulant au niveau de la région réunissant les électrodes) peut atteindre facilement un degré et demi.

Sur le cadavre, toute circulation étant arrêtée, la température ne monte pas ou continue à baisser si le corps n'a pas encore atteint l'équilibre thermique avec l'ambiance. Ainsi, chez un sujet dont le décès remontait à 26 heures, la température axillaire était de 23°5. Après l'épreuve diathermique, le thermomètre marquait toujours 23°5. Chez un autre sujet, mort depuis quelques heures seulement, le thermomètre indiquait 28°4, le corps étant incomplètement refroidi, vu la brièveté du temps écoulé depuis le décès. Après l'épreuve diathermique, la température, loin de s'élever, avait continué à baisser ; le thermomètre marquait 27°8.

*L'épreuve diathermique, positive lorsqu'il persiste* un peu de circulation sanguine, même minime, et inappréciable avec les moyens habituels d'investigation, constitue par sa négativité (dans les conditions qui viennent d'être indiquées) un signe certain de la mort réelle.

Pour rechercher ce signe, il suffit de posséder un appareil de diathermie, du courant alternatif, et un thermomètre gradué de 0 à 40° (le thermomètre médical ordinaire ne peut servir, son minima n'étant pas assez bas). Beaucoup de médecins possèdent des appareils de diathermie et sont à même d'employer cette épreuve. Les médecins de l'état civil pourraient se procurer des appareils portatifs dont ils se serviraient à l'occasion, dans certains cas embarrassants et pour tranquilliser les familles, quelquefois inquiètes sur la réalité de la mort de l'un des leurs.

### Hypoglycémie et choc.

(M. Lévy-Solal. — *Académie de médecine* ; 19-7-1932.)

Revenant sur une communication récente de MM. Cade et Barral, relative au rôle du glucose comme agent protecteur contre le choc, M. Lévy-Solal remarque que chez la femme venant d'accoucher, dans l'heure qui suit la délivrance, la glycémie baisse rapidement. Ces cas de chute brutale de la glycémie peuvent s'accompagner d'un état de choc sérieux.

Les faits en question conduisent à penser qu'il est utile d'administrer aux parturientes une certaine quantité de sucre, non seulement pour soutenir le travail musculaire de la femme, mais aussi pour prévenir l'hypoglycémie post-partum et le choc qu'elle favorise.

### L'ondulation indéfrisable est-elle toujours inoffensive ?

(M. André Feil. — *Académie de médecine* ; 19-7-1932)

Très à la mode et d'ailleurs très pratique, l'ondu-

lation permanente indéfrisable jouit d'une vogue légitime, du moins au point de vue de l'art capillaire. Est-elle sans inconvénient au point de vue de la santé ? Telle est la question que pose M. André Feil.

Pour faire une indéfrisable, il faut une moyenne de cinq à six heures. Cela comporte deux opérations : le chauffage par courant électrique de l'appareil à bigoudis et le séchage des cheveux à l'air chaud. Il en résulte une élévation de température, assez prolongée, de la tête, qui laisse souvent une sensation de fatigue et de lourdeur céphalique, à l'habitude passagère. Ce sont là les petits incidents, peu importants, de l'indéfrisable. Mais, dans certaines circonstances, peut-être, il y a plus.

M. Feil a observé le cas d'une fillette de 13 ans, chez laquelle un coiffeur encore peu expérimenté pratiqua une ondulation permanente indéfrisable. Malgré les plaintes de l'enfant qui souffrait de la chaleur, l'appareil fut maintenu longtemps. La jeune fille rentra chez elle se plaignant de la tête. Les jours suivants, céphalées, vertiges ; puis un vomissement, hébétude, signes de méningisme. Un mois plus tard, elle succomba à une méningite probablement tuberculeuse.

M. Feil ajoute que le Docteur Yaguë a cité à la Société espagnole d'hygiène plusieurs exemples de congestion cérébrale apparue à la suite d'ondulation permanente. Les cas de ce genre, dit-il, seraient peut-être plus nombreux, si l'attention des médecins était attirée sur leur possibilité.

Certes, il faut se garder d'exagérer. Les accidents sérieux de l'indéfrisable doivent être la très rare exception. Néanmoins, il apparaîtrait sage de déconseiller la dite coiffure chez les prédisposées aux maladies méningo-encéphaliques (tuberculeuses, artério-scléreuses, hypertendues), et aussi de réduire au minimum le chauffage qu'elle nécessite.

### Examen bactériologique des beurres.

(M. F. Diénert. — *Académie de médecine* ; 19-7-1932.)

La défense contre la fièvre typhoïde est aujourd'hui régulièrement organisée. On connaît les principales origines de la maladie (eaux d'alimentation, coquillages, légumes non cuits, lait, contacts directs, etc.) et l'on a pris contre elle des mesures convenables. Les eaux distribuées à la population sont contrôlées, assainies ; la surveillance hygiénique des huîtres a donné des résultats intéressants ; les légumes mangés crus, comme les salades, ne font courir qu'un risque minime, si leur lavage est convenable; la manutention du lait a lieu dans de meilleures conditions, etc.

M. Dienert signale aujourd'hui un aliment susceptible d'être vecteur de germes, de coli et d'Eberth en particulier : le beurre. Ayant analysé bactériologiquement dix-neuf échantillons de beurre pris au hasard, l'auteur y a trouvé assez souvent de nombreux bacterium coli et quelquefois des bacilles d'Eberth. Le beurre acide renferme moins de colonies suspectes. C'est un moyen naturel de purification bactériologique.

L'auteur conclut en émettant le vœu qu'une étude sur place puisse permettre d'envisager les moyens d'améliorer la qualité bactériologique défectueuse de certains beurres. Le beurre étant souvent consommé cru, il y a là une origine semblant possible de la fièvre typhoïde, qu'il est indispensable, et sans doute assez facile, de supprimer.

P. L.

### Le travail des infirmes.

(M. C. Rœderer. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-5-1932.)

Rappelant les résultats du Congrès de la Haye en 1931, l'auteur montre l'avance prise sur ce point par les Pays Scandinaves, et évoque les intéressantes fondations réalisées à Berlin et à Milan pour les enfants sans bras ; il signale aussi les heureux résultats donnés en France par l'asile Stéphanie et la Fondation franco-américaine de Berck pour les enfants infirmes. En Suisse, dans le Sanatorium-manufacture de Rollier à Leysin, le travail est considéré comme un appoint économique, une distraction, mais aussi comme une thérapeutique. Il est à souhaiter que la France entre plus généralement dans cette voie, et que l'initiative individuelle soit renforcée par des mesures législatives.

### Quelques observations favorables dans le traitement du cancer de l'œsophage par le radium.

(M. Jean Guisez. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-5-1932.)

Jusqu'à présent, quand il avait été possible d'obtenir une survie prolongée par la radiumthérapie dans le cancer de l'œsophage, il s'agissait de lésions peu étendues, ou encore à la phase du début. Or, les observations rapportées aujourd'hui, dans lesquelles la survie est déjà longue (puisqu'elle dépasse deux ans dans la plupart d'entre elles), concernent toutes des cas où le mal était déjà très étendu et la sténose très serrée ; aucun autre traitement n'a été institué que la pose du radium sous endoscopie pour irradier le cancer dans toute son étendue.

Ce traitement n'est pas applicable à tous les cas ; il n'est possible que lorsque la sténose admet la longue sonde porte-radium, et il ne donne des résultats durables que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage.

Comme signes favorables, on peut citer dans les premières séances de radiumthérapie, la reprise de l'appétit et l'augmentation de poids. Il est facile de constater la disparition complète de la tumeur sous endoscopie, et chez plusieurs gastrotomisés la bouche gastrique a pu être définitivement fermée.

**Les spasmes artériels rétiniens en pathologie générale.**

(M. J. Gallois. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-5-1932.)

Le spasme brutal se traduit par une perte de vision subite, et plus ou moins totale ; il appelle une thérapeutique d'urgence dans les six premières heures.

Le spasme atténué donne des éclipses visuelles discrètes, des sensations de brouillard passager ; il a une très grande importance pronostique générale.

L'un et l'autre traduisent toujours une maladie organique, telle que lésion artérielle locale, hypertension artérielle, glaucome au début.

Le traitement du spasme sera l'emploi des vasodilatateurs : nitrite d'amyle, acétylcholine en doses proportionnées à la gravité du cas. La cause sera traitée également : syphilis, hypertension, déséquilibre vago-sympathique.

**Fièvre typhoïde suivie de cinq rechutes successives. Guérison.**

(MM. Bacaloglu, Dumitresco-Mante et Ciorapciu. *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 6-5-1932.)

La rechute signifie la reprise du processus typhoïdique après une période relativement courte de convalescence avec un ou plusieurs jours d'apyrexie. Chez une femme de 38 ans, les cinq rechutes successives se sont produites durant 182 jours. C'est là un fait exceptionnel ; chacune d'elles eut une évolution et une durée analogues à celles de la première atteinte. A noter que la séro-agglutination de Widal ne s'est montrée positive qu'au 109e jour de la maladie, au cours de la troisième rechute.

La vaccinothérapie et le tubage duodénal n'ont pas donné de résultats très favorables. Après l'injection du sang de convalescent, suivie d'une violente réaction, la température est cependant vite tombée, et les rechutes ne se sont plus produites.

**Etiologie syphilitique de la sclérose en plaques.**

(M. H. Dufour. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 6-5-1932.)

Les deux grands arguments cliniques, opposés à l'étiologie syphilitique de la sclérose en plaques, sont les suivants :

La sclérose en plaques a des périodes d'arrêt et de régression spontanées ; le traitement n'y est pour rien. On peut en dire autant de certains symptômes tabétiques, tels que les paralysies oculaires.

Il y a des syphilis nerveuses simulant la sclérose en plaques ; il ne s'agit pas alors de véritable sclérose en plaques.

G. F.

# Les Congrès

## IXe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie

*Madrid*, 15-18 *mars* 1932.

Fondée en 1902, à l'initiative de la Société belge de chirurgie, la Société internationale de chirurgie groupe actuellement près de 1.250 membres en une association dont s'honorent de faire partie les chirurgiens les plus distingués de quarante-deux nations.

Contrairement à la plupart des congrès internationaux, la Société internationale de chirurgie, en vertu de ses statuts, est une association fermée dont ne peuvent faire partie dans chaque pays qu'un nombre déterminé de chirurgiens, professeurs, agrégés ou chefs de services hospitaliers. Les réunions de l'association se tiennent tous les trois ans dans une ville choisie par l'assemblée générale lors du Congrès précédent. La neuvième session, qui s'est terminée avant-hier à Madrid, a réuni plus de six cents congressistes attirés non seulement par l'intérêt artistique et touristique d'un voyage en Espagne, mais surtout par l'importance des travaux scientifiques extraordinairement nombreux dont cette réunion a été l'objet.

La séance inaugurale, tenue dans la somptueuse salle des séances solennelles du Sénat, était présidée par M. Niceta Alcala Zamora, président de la République espagnole, qui, en termes d'une rare éloquence, a souhaité la bienvenue aux quelque cinq cents congressistes étrangers, au nom du Gouvernement. L'Alcade de Madrid, M. Pedro Rico qui, par sa popularité de bon aloi, a rallié tous les suffrages de la jeune République, a exalté également les sentiments d'amitié qui unissent les intellectuels espagnols à ceux de tous les pays civilisés.

M. le Professeur Jean Verhoogen, de Bruxelles, président du Comité international, rappela en termes élevés les mérites des quarante-trois membres de la Société décédés depuis le Congrès de Varsovie ; il accorda des paroles de particulière sympathie à son prédécesseur le Professeur Willems, de Liége, qui, depuis 1905 présidait aux destinées du Comité international avec une rare courtoisie et une grande autorité. Il paya aussi un juste tribut d'hommage au Professeur Jules Lorthioir qui, pendant vingt-cinq ans, a géré avec sagacité les intérêts de la Société et, qui, par un vote unanime, avait été appelé à la présidence du Congrès actuel. Il caractérisa par

quelques mots d'une précision émue l'activité des autres disparus : MM. Mc Callum, Lopez-Duran, Urrutia Guerezia, Hamann, Le Moyne-Hupp, Law, Mc Guire, Peck, Vander Veer, J.-B. Deaver, C. Dowd Kanony, Brin, H. Delagenière, P. Descomps, Dujarrier, Lecène, Souligoux, Tuffier, Esschen, Luxardo, Binaghi, Félix Rossi, G.-C. Segale, Mattoli, Roncali, Van Campen, Latkowski, Sawicki, Wierzejewski, Mieczkowsky, Lonnberg, Beuttner, Ficher, Schnurpfeil, Zahradnicky, Rutherfurd, Tubby, Bil-Machard, Klington, Magnus.

Le Docteur Mayer, secrétaire général, montra l'activité croissante de la Société et remercia en termes chaleureux les délégués et les rapporteurs qui par une mise au point comportant plus de 2.000 pages, ont fait faire à la science chirurgicale un progrès considérable.

Les organisateurs du Congrès, MM. Recasens, Duarte et Catalina, furent de sa part vivement remerciés de leur inlassable activité qui a puissamment contr'bué à assurer à ce Congrès une organisation parfaite.

Enfin, M. de Quervain, élu à Varsovie comme vice-président et acclamé président du Congrès à l'unanimité à la suite du décès du très regretté professeur Lorthioir, a exposé ses vues très personnelles sur la question actuellement si controversée de la spécialisation en chirurgie. La personnalité éminemment sympathique du président, autant que l'intérêt des questions qu'il a évoquées, lui valurent un très vif succès.

Des résumés des rapports présentés, en vertu des statuts de la Société, étaient joints dans les six langues officielles de la Société à l'envoi des rapports eux-mêmes, sur les quatre questions mises à l'ordre du jour : 1° Diagnostic et traitement des tumeurs intrarachidiennes ; 2° Traitement des infections pulmonaires non tuberculeuses ; 3° Chirurgie de l'œsophage ; 4° Perfectionnements récents des différents modes d'anesthésie.

Tous ces rapports avaient à l'avance été envoyés aux membres de la Société. Chaque question portait une couverture de couleur différente de façon à rendre la discussion plus fructueuse en facilitant aux membres le groupement des mémoires ; vingt-cinq rapporteurs et plus de deux cents orateurs figuraient sur les ordres du jour des séances scientifiques qui pendant quatre jours ont absorbé l'activité des congressistes presque sans interruption de 9 heures du matin à 8 heures du soir. Un très beau voyage d'études menait ensuite les congressistes dans les principales villes universitaires d'Espagne, où ils eurent l'occasion d'admirer l'énorme perfectionnement des services hospitaliers. Nous en reparlerons d'ailleurs.

(*A suivre.*)

---

## Les Thèses

P. — Docteur Michel Tabary, médecin légiste diplômé de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie de l'Université de Paris. — **Le médecin et la loi sur les assurances sociales.** (Thèse de Paris, 1932. Prix : 6 francs. Librairie Médicale Marcel Vigné, 11 et 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Est-il nécessaire d'insister sur l'utilité de cette brochure ?

Tous les praticiens auraient intérêt à la connaître surtout au moment où des modifications profondes vont être introduites dans l'application de la loi. « Celle-ci sera une véritable loi de solidarité, si l'on suit les directives indiquées par le Corps médical dans ses groupements, dans ses syndicats et à l'Institut de médecine légale de Paris.

Du fait de la loi, le médecin doit donc être une sorte d'arbitre placé entre les prétentions des uns et les suspicions des autres, chargé de dire ce qui est médicalement vrai et juste.

Le Corps médical doit exercer une véritable magistrature, il ne doit pas se laisser fonctionnariser, ni étatiser, ni être transformé en une bureaucratie tatillonne, routinière. Pour remplir ce rôle social, le Corps médical doit organiser :

1° Le contrôle des assurés ;
2° Le contrôle technique des actes médicaux ;
3° Des centres de diagnostics ;
4° Des consultations prénatales.

Et aussi prendre l'initiative de la création de maisons de convalescence, de sanatorias et organiser des cures thermales. »

Ce sont ces idées, que le Docteur Michel Tabary, médecin légiste de la Faculté de médecine de Paris, a essayé de développer dans cet ouvrage et qui devraient être, dit-il, la charte du Corps médical, au moment où viendront en discussion au Parlement les modifications qui vont être introduites dans la législation des Assurances sociales.

P. — Dr R. Maillet. — **Des signes dystrophiques et d'amoindrissement préalable du terrain dans la tuberculose évoluante de l'adulte.** (Editions médicales Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1931.)

Lorsque la tuberculose évoluante apparaît chez l'adulte, c'est, le plus souvent, par l'effet du réveil clinique d'un foyer tuberculeux ancien et latent ; ce réveil est possible, grâce à de nouvelles conditions de milieu pour le bacille de Koch ; ce milieu modifié est l'indice d'un terrain amoindri. L'amoindrissement du terrain relève de causes multiples dont beaucoup sont connues, et parmi lesquelles il est peut-être possible de classer la syphilis, dans ses formes acquises et héréditaires, et peut-être aussi le terrain syphili-

tique héréditaire. D'ailleurs, quelle que soit l'interprétation qu'on en fasse, parmi les éléments de l'observation aussi complète que possible des tuberculeux, on retrouve souvent la syphilis acquise et plus souvent encore l'hérédité syphilitique. Chez bon nombre de tuberculeux, le terrain amoindri qui les caractérise presque toujours a, déjà avant l'apparition de leur tuberculose, présenté des défaillances, dont la fréquence, la durée et les autres modalités ont pu être variées, défaillances à la faveur desquelles il s'est manifesté et qui permettent en clinique courante de l'apprécier d'une façon relative mais utile parfois.

Enfin il est possible que lorsqu'on traite la syphilis, ou plus généralement lorsqu'on traite efficacement un terrain amoindri, dont les défaillances font craindre l'apparition de quelque affection grave, on lutte dans une certaine mesure contre la tuberculose.

St. — Dr L. Schaeffer. — **Quelques réflexions sur l'appendicite aiguë.** (Imprimerie Ch. et J. Gœller, place d'Austerlitz, 6c, Strasbourg, 1931.)

L'intensité des signes cliniques d'une crise d'appendicite n'est pas en relation directe avec la gravité des lésions anatomiques ; ce n'est que par l'opération que l'on peut dire si la crise est bénigne ou grave.

Le médecin qui pose le diagnostic d'appendicite aiguë doit demander sur l'heure l'avis du chirurgien ; s'il ne le fait pas, il charge lourdement sa responsabilité. Le diagnostic de l'appendicite aiguë est simple dans la grande majorité des cas. La forme rétrocæcale de l'appendicite étant fréquente, il est nécessaire, au cours de l'examen du malade, de rechercher systématiquement la symptomatologie appendiculaire dans la région lombaire inférieure droite.

Il faut se méfier des points douloureux abdominaux au cours de certaines affections pulmonaires aiguës surtout chez les enfants. Ces points peuvent être une manifestation d'un processus inflammatoire intra-abdominal réel précédant ou accompagnant l'affection pulmonaire.

En présence d'une appendicite aiguë avec plastron, il vaut mieux refroidir, à condition que le malade soit soumis à une observation médicale suivie ; dans le cas contraire, de même que lorsque cette appendicite en dépit du refroidissement continue à évoluer, l'opération est indiquée.

L'incision très externe, à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, offre de grands avantages. Les indications du drainage sont les suivantes : *a)* Appendice perforé ou gangréné ; *b)* Présence de liquide bouillon sale d'odeur fécaloïde, dans le péritoine ; *c)* Présence de pus dans le péritoine. (Abcès péri-appendiculaire ou péritonite généralisée d'origine appendiculaire) ; *d)* Appendicites à plastron, insuffisamment refroidies, dont les surfaces cruentées et les adhérences saignent. Dans ce cas, il ne s'agit plus de drainage à proprement parler mais bien d'hémostase assurée au moyen de mèches. Le drainage fait au moyen d'un drain de caoutchouc dirigé vers le Douglas semble suffisant. Dans les cas où l'on établit un drainage, il y a avantage à refermer incomplètement la paroi en un seul plan.

Montp. — Dr A. Julié. — **Grossesse et dermatoses.** (Éditions du « Languedoc Médical », 45, rue des Carmes, Montpellier, 1931.)

L'influence de la grossesse sur les dermatoses semble incontestable dans tous les cas rapportés. Dans la plupart d'entre eux, en effet, l'auteur a vu cette influence se manifester pendant l'état gravide pour prendre fin avec lui et bien souvent réapparaître plusieurs fois avec cet état. Cette coexistence si précise et si souvent observée ne peut être due au hasard et il faut bien voir là un rapport de cause à effet. La grossesse intervient donc dans l'étiologie de nombreuses dermatoses comme cause favorisante ou empêchante, mais non comme cause efficiente.

De plus, les cas de grossesse qui ont une influence bien nette sur l'apparition ou la disparition des dermatoses constituent de rares exceptions par rapport au chiffre total des gestations.

L'herpès gestationis ou l'impetigo herpétiforme n'apparaissent pas fort heureusement chez toutes les femmes enceintes ; ce sont des exceptions ; de même les femmes qui voient leur psoriasis s'améliorer sous l'influence de la grossesse sont en nombre bien restreint. Aussi est-on en droit de supposer que la grossesse normale n'a pas d'influence directe, ou du moins qu'un facteur pathologique surajouté est nécessaire pour que cette influence puisse se faire sentir.

Les affections cutanées, que crée ou aggrave la grossesse, sont des dermatoses prurigineuses avec œdème ou sérosité, comme l'herpes gestationis, l'impetigo herpétiforme, l'eczéma, le pemphigus. Il y a pendant la grossesse « une tendance aux dermatoses bulleuses dont la réalisation nécessite un plafond corné formé d'éléments suffisamment cohérents. »

Au contraire, les dermatoses améliorées pour la grossesse sont les parakératoses qui sont caractérisées par « l'impossibilité d'une kératinisation régulière de l'épiderme ». Le type de ces dermatoses est le psoriasis. La grossesse paraît donc avoir une influence directe ou indirecte favorisant la kératinisation normale.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

**Les prompts secours sur route. — Suggestion de l'« Œuvre». — Efforts et réalisations de l'U. N. A. T. — Les permanences médicales réglementaires sont-elles possibles ? Sont-elles nécessaires ?**

Dans le *Concours médical* du 26 juin 1932, je consacrais ma chronique hebdomadaire à un écho comminatoire de *La Presse marocaine*, réclamant, de la municipalité de Casablanca, l'établissement d'un roulement entre les médecins de la ville qui seraient de garde, à tour de rôle, le dimanche, à proximité de la plage pour y secourir les noyés éventuels.

Dans un ordre d'idées, voisin du précédent, l'*Œuvre* du 22 juin dernier, s'intéressant aux blessés de la route, réclame à son tour un règlement qui fixerait un tour de garde pour les médecins aptes à les soigner d'urgence. Je dois ajouter que l'*Œuvre* s'intéresse en même temps à la rémunération de leurs soins et envisage les moyens qui leur garantiraient le payement de leurs honoraires.

Voici, d'ailleurs, la partie essentielle de cet article :

« Est-il juste que le médecin n'ait pas pratiquement de recours contre le blessé ambulant auquel il donne ses soins ? Non, n'est-ce pas ? On voudrait, à ce sujet, qu'un règlement intervint, qui fixerait, par exemple, un tour de garde pour les médecins, un tarif des interventions, et donnerait aux communes le droit, les moyens et le pouvoir de régler les honoraires du médecin et de les recouvrer auprès de la victime, de la Compagnie d'assurances ou du coupable. »

L'*Œuvre* ignore sans doute tout ce qui a été déjà fait en ce sens. Comment, se disant généralement bien informée, ne sait-elle pas que, grâce aux efforts persévérants de l'Union nationale des Associations de Tourisme, et du Président de son Comité directeur des secours sur route, le Docteur Pierre Béhague, les prompts secours aux usagers de la route ont été organisés de telle façon que présentement, 13.000 kilomètres routiers sont équipés de postes de secours, à raison d'un poste environ tous les cinq kilomètres ? Chaque poste est annoncé par un panonceau très apparent ; il est doté d'un matériel suffisant pour parer aux urgences, et son service est assuré par un personnel de brancardiers, d'infirmiers bénévoles, recruté sur place, qui, en cas d'accident, appelle par les moyens les plus rapides le médecin, en commençant par le plus rapproché.

Les honoraires de ce médecin lui sont réglés par l'U. N. A. T. à raison de 60 francs par accidenté, auxquels il convient d'ajouter les indemnités du personnel et le remplacement du matériel de pansement utilisé, dont le total a été arrêté forfaitairement à 40 francs. Ces chiffres ont été fixés dans un accord intervenu entre l'U. N. A. T. et la Confédération des Syndicats médicaux. Il résulte de cette organisation que le médecin, appelé à la diligence de ces postes de secours, est toujours assuré d'être réglé de ses honoraires. On lui demande seulement de remplir un bulletin détaché d'un carnet à souche, et faisant connaître aussi exactemnt que possible la ou les personnalités ayant bénéficié de ses soins.

L'U. N. A. T. s'efforce ensuite, avec l'intervention de notre Ligue médicale, d'obtenir, des bénéficiaires de ces soins d'urgence, le remboursement de ses déboursés. Je dois dire qu'elle n'y réussit pas aussi souvent qu'elle y aurait droit. Et il n'est que triste de reconnaître qu'elle n'est pas récompensée, comme elle le mérite, de ses peines et de ses sacrifices.

Cependant, les services que rend cette organisation sont énormes. Elle a déjà reçu en effet, depuis qu'elle fonctionne, 2.800 déclarations d'accidents, et a secouru ainsi plus de 4.150 victimes. Ce sont là des chiffres qui se passent de commentaires.

Dans ces conditions, rien d'étonnant que son budget se solde par de grosses dépenses, dont l'excédent pourrait bientôt mettre en péril l'œuvre des secours sur route. Elle cherche à augmenter

ses ressources pour « tenir le coup ». Et elle vient de prendre l'initiative de mettre en vente un insigne du « Trèfle à quatre feuilles », à l'intention de tous les automobilistes : « *Automobiliste, sauve des vies* ! lui crie-t-elle. *La tienne peut-être..... Achète cet insigne.* »

Mais sera-ce suffisant ? Ne conviendrait-il pas de rechercher le moyen de la doter de subventions qui lui donnent l'aisance nécessaire, non seulement pour assurer la marche des postes existant, mais pour en créer de nouveaux ?

En somme, quels sont les bénéficiaires éventuels de ces postes de secours ? Les usagers de la route, et au premier plan, les automobilistes. On ne peut nier, par ailleurs qu'ils présentent un intérêt public indiscutable. Pourquoi, cela étant, les taxes dont sont frappés les automobilistes à ce titre ne subiraient-elles pas une légère majoration qui servirait à subventionner l'U. N. A. T. ?

Nous avions nous-mêmes essayé d'intéresser les Compagnies d'assurances à la rémunération du médecin appelé d'urgence auprès d'un blessé de la route. Nous suggérions à leur consortium de créer un fonds commun qui aurait pour objet d'assurer, en tout état de cause, et nonobstant les responsabilités, cette rémunération de l'acte médical initial. Nos démarches n'ont pas été couronnées de succès. Pourquoi l'U. N. A. T. ne les reprendrait-elle pas et ne chercherait-elle pas à en obtenir des subventions qui alimenteraient le budget des postes de secours, et de leur service médical ?

Mais les Compagnies objecteront peut-être qu'elles ne peuvent s'engager dans une pareille voie, qui serait onéreuse, qu'elles ne doivent d'ailleurs intervenir que quand leur assuré est responsable des accidents causés, et qu'il serait illogique qu'elles payent, quand cette responsabilité n'est pas établie. Nous connaissons évidemment par expérience les arguties auxquelles elles ont recours, dès qu'il s'agit de régler les frais d'un sinistre. Il me semble pourtant qu'elles sont mal inspirées en se refusant à entrer dans cette voie. Ne sont-elles pas intéressées, en effet, le plus souvent, à ce que les sinistres soient aussi limités, les dégâts aussi circonscrits que possible ? Or, le sort d'un blessé de la route est conditionné par la précocité des soins qu'il reçoit, et aussi par leur qualité. Plus prompt, plus qualifié est le secours, plus grandes sont les chances d'obtenir le résultat le moins mauvais. Il me paraît donc que l'U. N. A. T. devrait revenir à la charge auprès d'elles. En attendant, je me permets d'appeler l'attention des lecteurs du *Concours Médical*, qui roulent en auto, sur l'insigne porte-bonheur de l'U. N. A. T.

Pour en revenir à l'article de l'*Œuvre*, je présume que ce journal a dû recevoir quelque plainte contre un médecin, qui se serait fait tirer l'oreille pour soigner un blessé de la route, sans être certain d'être honoré. Et nous sommes payés pour savoir, au « Sou médical », à quelles difficultés se heurtent souvent nos confrères. A telles enseignes que nous soutenons toujours leurs revendications, quand ils se voient chicaner le règlement de leurs soins.

On sait comment les choses se passent habituellement. Un automobiliste renverse et blesse un ou des piétons. Son premier mouvement est généralement de les conduire, s'ils sont transportables, chez le médecin le plus proche : « Docteur, je vous prie de soigner ces blessés. Voici mon nom et mon adresse. Voici le nom de mon assurance. Vos honoraires vous seront versés. » Puis il part ; l'enquête a lieu ; elle établit les responsabilités. Le médecin, n'entendant plus parler de rien, écrit à celui qui l'a mis en œuvre, qui le renvoie à son assurance. Et il arrive fréquemment que le dénouement est le suivant : ou bien le responsable est le piéton, et dès lors, l'assurance n'a pas à intervenir, cependant que le piéton de son côté ne veut rien savoir ; ou bien c'est l'automobiliste, et l'assurance répond « J'ai versé au blessé une indemnité globale, comprenant les soins médicaux qu'il a reçus, adressez-vous à lui ». Et celui-ci ? Ou bien il est insolvable, et on n'en peut rien tirer ; ou bien, il fait des difficultés et force le médecin à entamer une procédure dont l'issue n'est pas toujours heureuse pour lui, et qui, de toutes manières, lui occasionne des troubles, des ennuis, et même des frais, — sauf quand il est membre du « Sou médical », et qu'il en est soutenu.

C'est évidemment parce que, en pareille matière, le médecin est souvent dupé, que l'*Œuvre* prend sa défense et envisage comment il pourrait, en tout état de cause, assurer la sauvegarde légitime de ses intérêts.

Sans doute est-il théoriquement facile de conseiller à notre confrère de se faire honorer au comptant, voire même de faire verser à qui l'appelle une provision. Pratiquement, c'est difficile. On en revient donc à une organisation analogue à celle de l'U. N. A. T. Mais, nous avons vu qu'elle court des risques et n'y trouve pas son compte.

Et nous en revenons à la suggestion de l'*Œuvre*, de fixer, par un règlement, un tour de garde parmi les médecins.

Voyons ! Voyons ! Il faudrait s'entendre ! Qui prendrait ce règlement ? Parmi quels médecins s'établirait le roulement de garde ? Dans l'état actuel de la législation, il est *impossible* d'imposer à des médecins une pareille obligation. Cela ne pourrait résulter que d'accords amiables entre groupements professionnels et autorités qualifiées. Supposons la chose théoriquement possible, comment serait-elle réalisable ?

Un itinéraire étant donné, la route traverse un

certain nombre de localités d'importance très variable, de très grandes villes, des villes de moindre intérêt, des bourgades, des hameaux... Ici, pas de médecin, là, un seul médecin, plus loin plusieurs médecins. Serait-ce dans la ville comptant plusieurs médecins que se tiendrait le médecin de garde ?

Comment déterminerait-on le secteur où s'exercerait son action éventuelle ? Cette garde serait-elle permanente, ou bien ne fonctionnerait-elle que les jours où la circulation est particulièrement intense, c'est-à-dire les dimanches et jours de fête, et la veille de ces jours-là ?

J'entends bien que l'*Œuvre* voudrait que les communes eussent le moyen de régler les honoraires de ce médecin de garde. Mais cette perspective serait-elle suffisante pour sauvegarder ses intérêts ? Je suppose qu'aucun accident ne survienne dans son secteur, et qu'il ne soit l'objet d'aucun appel ; il n'en aura pas moins été tenu de ne pas s'absenter pour ses besoins personnels, sauf dans un rayon assez restreint pour qu'on soit sûr de l'atteindre dans le moindre temps. Donc, pour lui, perte vraisemblable de profits, puisque limité dans ses possibilités de déplacement dans sa propre clientèle. Qui l'indemnisera pour ce manque à gagner ? Sur quelles bases ? Si on l'appelle pour un accouchement et que sa garde l'empêche de s'y rendre, qu'un confrère soit mandé à sa place, n'est-ce pas là un préjudice dont il est impossible de ne pas le dédommager ?

Voilà des objections qui se présentent tout d'abord à l'esprit le mieux prévenu en faveur de toute mesure apte à protéger la santé publique.

Et pourtant, cette question des prompts secours s'impose de plus en plus à l'attention au fur et à mesure que les risques d'accidents divers augmentent, à la faveur du développement intensif de la circulation. Elle pose un problème, dont il est impossible de se désintéresser, qui est en l'air, dont certains journaux se sont déjà emparés, qui finira par rallier autour de lui, et de sa solution, des activités, de plus en plus nombreuses, au premier rang desquelles se place la grande presse.

Il convient donc de ne pas prendre cela à la légère et d'étudier posément les solutions possibles.

Essayons, à la faveur d'un cas concret, d'examiner de telles possibilités. Et nous chercherons ensuite à en tirer des conclusions pratiques.

La route de Dijon à Clamecy mesure 139 kilomètres. Elle traverse les localités suivantes : Sombernon, (un médecin) à 29 kilomètres de Dijon ; Vitteaux, (deux médecins), à 19 kilomètres de Sombernon ; Précy (un médecin), à 18 kil. de Vitteaux ; Rouvray (un médecin), à 14 kil. de Précy ; Cussy-les-Forges, (un médecin), à 11 kil. de Rouvrays ; Avallon (six médecins), à 10 kil. de Cussy ; Vézelay (deux médecin), à 13 kil d'Avallon ; Clamecy (cinq médecins), à 23 kil. de Vézelay. Dijon est la grande ville, pourvue d'un nombreux personnel médical (100 médecins environ) et de multiples formations sanitaires (hôpitaux publics, maisons de santé privées, cliniques, etc.); c'est le siège d'une Ecole de médecine. Il y a donc certainement un service de garde hospitalier. A Avallon, et à Clamecy, on trouve hôpitaux et maisons de santé. Si l'on admet qu'une permanence médicale tous les 20 ou 25 kilomètres est suffisante, sur cette route de 139 kilomètres, il faudrait six à sept permanences, dont une à Dijon et l'autre à Clamecy et quatre ou cinq intercalaires.

Vingt à vingt-cinq kilomètres en auto, c'est l'affaire d'une petite demi-heure.

D'autre part, pour trouver des ressources hospitalières, publiques ou privées, il suffit de parcourir au maximum 50 kilomètres, puisque la distance la plus longue qui sépare deux localités ainsi pourvues est de 100 kilomètres (Dijon-Avallon) : une ambulance-automobile le fera en une heure quinze environ. Et s'il advient un jour, comme d'aucuns le croient fermement, qu'une aviation sanitaire s'organise pour répondre aux besoins de la population civile, un tel transport ne demandera que quelques minutes.

L'effectif médical de Dijon permet d'envisager une garde permanente, puisqu'elle existe déjà pour les besoins de la ville. A Avallon et à Clamecy, un roulement serait également possible sans occasionner une trop grande gêne aux médecins. Les sept médecins intermédiaires constitueraient deux groupes de quatre et trois, qui assureraient la garde, un jour sur quatre ou sur trois dans leur rayon respectif.

Tout cela fait très bien sur le papier. Dans la pratique, il n'en serait sans doute pas de même. En tout cas, une pareille organisation ne pourrait être mise sur pied qu'aux conditions suivantes :

1° Accords entre médecins intéressés, sous le couvert de leurs groupements corporatifs, et municipalités ;

2° Indemnités de permanence compensatrice du manque à gagner subi par le médecin de garde, dans sa propre clientèle. Cette indemnité ne pourrait guère être inférieure à 150 francs par jour. Rémunération des soins d'urgence, sur la base du tarif de l'U. N. A. T.

3° Moyens de transport rapides, pour suppléer aux insuffisances éventuelles du médecin de garde.

Un tel service est-il réellement nécessaire ? Après ce qui vient d'être dit, je réponds *non*, à la condition que tout le réseau routier soit muni de postes de secours, comme ceux qui existent déjà sur les 13.000 kilomètres ainsi équipés par

les soins de l'U. N. A. T. *Ce sont donc les postes de secours qu'il faut multiplier.* Je n'ai pas entendu dire que le secours médical ait fait défaut aux 4.150 accidentés, dont les postes en fonctionnement ont eu à s'occuper. Les transports sont, à cette heure, si rapides, qu'il est toujours possible de trouver, dans un rayon de 25 kilomètres au maximum, un médecin que touchera un appel téléphonique, et qui sera à pied d'œuvre une demi-heure après.

Ma conclusion est donc que la suggestion de l'*Œuvre*, relative à l'organisation d'un service de garde, ne saurait être retenue. Sa suggestion relative à la rémunération assurée des soins d'urgence que tout médecin donne à un blessé de la route, par contre, est excellente. Tellement que l'U. N. A. T. l'a par avance mise à exécution dans le rayon étendu où elle exerce son activité secourable.

Il semble donc que l'essentiel d'un tel projet doit tendre à permettre à l'U. N. A. T. de poursuivre son dessein essentiellement humanitaire. Pour cela, il suffit que son budget soit suffisamment pourvu de ressources. S'il s'agit d'un service public, en quelque sorte, tous les usagers de la route doivent y participer. C'est un pourcentage à percevoir sur leurs impôts de circulation, auquel il me paraît difficile qu'ils s'opposent. Enfin, les Compagnies d'assurances devraient, elles-mêmes, participer de la même manière aux dépenses nécessitées par le Secours rapide sur route.

C'est en ce sens que la grande presse peut aider l'U. N. A. T. Je soumets donc à l'*Œuvre* ce programme, en escomptant son concours, et je souhaite qu'elle fasse campagne en faveur de l'U. N. A. T. et de son service de prompts secours.

G. Duchesne.

## FRAIS D'HOSPITALISATION DES ASSURÉS SOCIAUX

*Le Concours Médical* a publié dans son numéro 9 du 28 février 1932 une réponse du ministre de la Santé publique à une question écrite posée par M. J.-M. Adam, député, relativement aux conditions de paiement des frais d'hospitalisation des assurés sociaux.

Après avoir rappelé qu'aux termes de l'article 6, par. 2, de la loi du 30 avril 1930, les frais d'hospitalisation des assurés sociaux doivent être contenus dans les limites, qui ne dépassent pas le tarif le plus bas des malades payants, le ministre de la Santé publique soutient que « les caisses ayant qualité « pour fixer leur tarif de responsabilité, il peut se faire « que ce tarif soit établi au-dessous du tarif le plus « bas des malades payants, et, dans ces conditions « une partie de la dépense reste à la charge des assu- « rés ou des collectivités. »

Nous remarquons, tout d'abord, que le ministre n'invoque aucun texte de loi, en faveur de la thèse ministérielle qui prétend autoriser les caisses, par voie de circulaire ministérielle, à fixer un tarif de responsabilité inférieur au tarif le plus bas des malades payants ou inférieur au prix de journée accepté par les administrations hospitalières pour l'hospitalisation des assurés sociaux, et à mettre à la charge des assurés sociaux, ou des communes, une participation dans le payement des frais d'hospitalisation, qui pourra varier suivant le bon plaisir des Caisses.

La loi ne prévoit de tarif de responsabilité des caisses, limitant la participation des caisses dans le paiement des prestations maladies, que pour les seuls honoraires médicaux à domicile.

D'autre part l'article 59 de la loi, qui ne vise pas les frais d'hospitalisation, limite la participation des communes à 20 p. 100. Si les caisses avaient le droit de fixer à leur gré le tarif de responsabilité, limitant leur participation dans le paiement des frais d'hospitalisation, elles pourraient l'établir à leur guise et accroître proportionnellement le montant de la participation de la commune, qui aux termes de l'article 49 ne peut pas être supérieure à 20 p. 100.

Le ministre de la Santé publique ajoute « aux termes d'une circulaire envoyée le 31 mars 1926, le tarif le plus bas des malades payants doit, il est vrai, correspondre à celui de l'assistance médicale gratuite. »

Je ne pense pas qu'il soit possible de soutenir que le tarif le plus bas des malades payants puisse en aucun cas correspondre au tarif d'hospitalisation de l'assistance médicale gratuite. Ici nous avons la pratique et les faits. Il y a un tarif de malades payants qui n'est pas celui de l'Assistance médicale gratuite, c'est celui des accidents du travail, qui correspond au tarif de l'A. M. G. majoré de 30 p. 100.

Mais ce n'est ni celui qui doit être appliqué aux assurés sociaux non indigents, ni celui qui doit être appliqué aux assurés sociaux indigents. L'article 59 de la loi de 1930 dit bien que le tarif appliqué aux assurés sociaux indigents sera celui des accidents du travail, mais uniquement pour les prestations médicales à domicile et non pour les frais d'hospitalisation.

En ce qui concerne les assurés sociaux indigents, nous avons déjà eu l'occasion de soutenir cette thèse que les assurés sociaux indigents, restaient, en ce qui concerne l'hospitalisation, des indigents et que la loi de 1930 n'avait pas rompu le lien juridique, qui unit la commune à l'hôpital, et que les assurés sociaux indigents devaient bénéficier du tarif de l'Assistance médicale gratuite, mais les frais d'hospitalisation restant intégralement à la charge des caisses, sans participation d'aucune sorte à la charge de la commune.

Il est nécessaire que le tarif le plus bas des mala-

des payants soit supérieur au tarif de l'Assistance médicale gratuite, car on ne concevrait pas que les bénéfices de l'hospitalisation aillent aux caisses, qui capitalisent, et non aux administrations hospitalières, qui doivent rechercher dans de tels bénéfices les ressources indispensables à l'amélioration de leurs services.

Si c'était le tarif de l'A. M. G. qui devait être appliqué aux assurés sociaux, comment les hôpitaux pourraient-ils récupérer sur les caisses les pertes résultant d'une insuffisance dans l'évaluation du prix de journée ?

Il ne peut pas, et il ne doit pas y avoir concordance entre les prix de journée de l'A. M. G. et le tarif le plus bas des malades payants, qui doit lui être supérieur.

De quel droit, et par suite de quelle situation juridique, ferait-on bénéficier les caisses d'assurances sociales, des ressources provenant de la dotation hospitalière ? Serait-ce uniquement pour en faire bénéficier la bureaucratie des caisses ?

Quel que soit mon effort de compréhension, je ne parviens pas à comprendre pour quels motifs on s'obstine à vouloir sacrifier les intérêts et les droits juridiques des hôpitaux, aux prétentions abusives et aux intérêts égoïstes des caisses, et à déchirer au profit de ces dernières les textes législatifs, qui consacrent les droits des hôpitaux et doivent en assurer la sauvegarde.

Du point de vue juridique, le seul qui nous intéresse ici, la thèse ministérielle se trouve être sans fondement.

J'ai eu dès l'origine l'occasion d'en faire la démonstration dans les Congrès de l'Union hospitalière du Sud-Ouest et dans la *Revue des Hôpitaux*. M. Morel, ancien ministre et vice-président du Conseil supérieur de l'Assistance, a magistralement développé cette thèse devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Il est grand temps que l'union se fasse entre le ministre de la Santé publique, les Unions hospitalières et le Conseil supérieur de l'Assistance publique pour assurer le respect de dispositions législatives qui fixent les droits des hôpitaux et doivent en assurer la sauvegarde.

Paul GARNAL.

Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique

**Note**

Je tiens à mon tour à ajouter quelques mots à l'argumentation très juste de M. Garnal, membre de la commission administrative des hôpitaux de Cahors, et qui, à ce titre, a le devoir légitime d'en défendre les intérêts.

Les réponses ministérielles manquent en général de précision : volontairement, ou involontairement, elles sont incomplètes, ou bien elles ne situent pas le problème sous tous ses aspects juridiques.

Un ministre ne saurait modifier la loi de sa propre autorité, car une circulaire, ou une réponse ministérielle ne vaut que tant que le signataire est encore au pouvoir. Son successeur peut parfaitement émettre un avis diamétralement opposé.

Or, l'article 6, paragraphe 2 de la loi est extrêmement précis : le tarif de responsabilité des caisses, abstraction faite des honoraires médicaux, est déterminé par le tarif le plus bas appliqué aux malades payants, hospitalisés dans les établissements publics de l'assistance publique.

Par convention spéciale, une caisse peut convenir avec un hôpital, ou avec une maison de santé, pour un tarif de responsabilité plus élevé, mais non plus bas.

Il convient donc de rechercher ce qu'il faut entendre par tarif le plus bas applicable aux malades payants, hospitalisés dans les hôpitaux publics.

Nous trouvons la réponse dans le règlement modèle des hospices et hôpitaux, publié par la circulaire ministérielle du 31 mars 1926.

Faisons remarquer, en passant, qu'il ne s'agit encore ici que d'une circulaire ministérielle, qui n'a nulle force de loi : elle s'impose, non aux commissions administratives des hôpitaux, qui restent libres de décider des admissions payantes, mais aux seuls préfets, qui, au moment d'accorder leur approbation à une modification proposée à un règlement d'hôpital, doivent vérifier si ces modifications sont dans l'esprit de la circulaire précitée, publiant le règlement modèle.

Dans la note de l'article 28 dudit règlement modèle, nous lisons :

« Les malades payants et rentrant dans l'une de ces quatre exceptions, appartiendront à l'une des trois séries suivantes et payeront :

« *Série inférieure* : le prix de journée de l'assistance médicale, pour toute charge, si leurs ressources sont très limitées ;

« *Série moyenne* : le prix de journée de l'assistance médicale, sensiblement majoré, pour toute charge, si leur condition est modeste ;

« *Série supérieure*, le prix de journée de l'assistance médicale, avec une majoration, plus les frais de salle d'opérations, de pansement, des frais médicaux et pharmaceutiques et tous les autres que déciderait la commission administrative, si leur condition est plus aisée ; ou bien, ils payeront un prix de journée forfaitaire et calculé sur ces éléments. Les honoraires médicaux et chirurgicaux sont compris ou non dans les prix ci-dessus. »

Nous pouvons donc déduire qu'aux termes du règlement modèle, il faut entendre que le tarif le plus bas des malades payants est celui de l'assistance médicale gratuite, puisqu'il est applicable à la classe des hospitalisés, qui, ayant des ressources très modestes, doivent cependant

payer leurs frais de séjour, parce que, pour un motif, ou un autre, ils n'ont pas pu figurer sur les listes de l'A. M. G.

Or, le tarif d'assistance applicable au prix d'une journée d'hospitalisation doit, aux termes mêmes des textes législatifs et règlementaires, être fixé de telle sorte que l'établissement public ne fasse ni perte ni bénéfice.

D'autre part, il ne faut pas oublier que les hôpitaux tiennent, des termes de la loi du 7 août 1851, une autonomie complète : ils peuvent donc décider que seuls seront admis en salle commune et soumis au régime des indigents, les assurés sociaux notoirement indigents (article 59) ou les assurés indigents qui ne bénéficient que de la gratuité de la seule hospitalisation.

La commission administrative peut décider que tous autres assurés sociaux seront admis dans des salles ou chambres spéciales et devront acquitter des prix de journée supérieur , à cause du confort, du cadre, des soins infirmiers plus spéciaux, etc., etc.

Un ministre ne peut donc pas, par voie de circulaire, diminuer cette autonomie que les hôpitaux tiennent d'une loi. Tout au plus, l'opinion du ministre du jour, s'imposant aux préfets, pourra-t-elle provoquer des conflits entre préfet et commission administrative de l'hôpital, conflits qui seront du ressort de la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique et non du Conseil supérieur des assurances sociales.

Quelle est la part contributive des caisses, dans le payement du prix de journée ?

Ici encore, une critique est à faire à la réponse du ministre.

Si l'assuré social est admis en salle commune, le prix d'hospitalisation est celui fixé pour la catégorie la plus basse des malades payants ; le quantum de ce prix de journée est lais é à la charge unique des Caisses.

Les termes du second paragraphe de l'article 6 de la loi du 30 avril 1930 ne laissent aucun doute à ce sujet. De plus, le troisième paragraphe du même article fixe le quantum des allocations journalières que doit toucher l'assuré social hospitalisé. Du moment où il doit supporter une réduction, c'est parce qu'il est logé et nourri à l'hôpital. Donc, il n'a rien à débourser et si le tarif de responsabilité de la Caisse est inférieur à celui des malades payants de la plus basse catégorie, ce n'est pas l'assuré social qui supportera cette différence.

Il ne doit participer aux frais d'hospitalisation que lorsque admis, non pas avec les gratuits, les indigents, mais dans une salle payante ou chambre, dont le prix est plus élevé, il provoque ainsi, pour sa seule satisfaction personnelle des dépenses supérieures à cause du confort. Ce sera lui-même et non la Caisse, qui soldera cette différence entre ce dernier prix d'hospitalisation et le tarif le plus bas des malades payants, qui reste à la charge de la caisse.

Bien entendu, la question des honoraires médicaux et chirurgicaux reste entièrement en dehors de la question.

On s'hypnotise trop sur la législation des Assurances sociales, et l'on oublie quelque peu les législations antérieures qui, non seulement n'ont pas été abrogées, mais même n'ont pas été modifiées par la loi du 30 avril 1930.

La loi des Assurances sociales crée une situation juridique d'exception, en faveur d'une catégorie de citoyens ; mais c'est à la condition d'opérer le réajustement de ces situations juridiques nouvelles avec les anciennes, qui ont toujours force de loi.

Maheureusement, dans l'entourage des ministres, on oublie trop facilement de se reporter aux textes législatifs encore en vigueur : d'où des conflits, ou même des avis ministériels, qui faussent l'esprit de notre législation générale.

Que conclure de tout ceci ?

Avec M. Garnal, il faut réclamer ce que sont les droits légaux des hôpitaux. Fondés au bénéfice des seuls pauvres, les hospices doivent conserver jalousement intact le patrimoine des déshérités de la fortune et ne pas laisser des organismes, qui ne sont pas indigents, profiter de ce qui ne leur appartient pas.

L'hôpital, établissement des pauvres, doit avoir son statut spécial et surtout son budget bien distinct.

Mais, l'évolution de la sociologie conduit cet établissement public à admettre des malades payants ; il est ainsi dans l'obligation de faire fonction de maison de santé à bon marché.

Il convient donc que le budget de cette maison de santé soit nettement séparé de celui de l'hôpital proprement dit et qu'il n'y ait aucune confusion entre hôpital, régi par la loi du 7 août 1851, et maison de santé, établissement à caractère commercial, pouvant recevoir des malades de conditions différentes, pour des prix de journée variant depuis le tarif de l'assistance médicale gratuite jusqu'à des prix en usage dans de véritables maisons de santé.

A Nancy, ce système marche à la satisfaction de tous : hôpital, malades, médecins. Pourquoi ne pas étendre les pouvoirs juridiques des hôpitaux, dans ce sens très précis ?

Une collaboration étroite devrait s'établir, dans chaque centre entre commissions administratives des hôpitaux, propriétaires de maisons de santé, caisses d'Assurances sociales et Syndicats de praticiens : cette entente locale déciderait de quelle manière hospitaliser les assurés sociaux, à quels prix, comment et par qui seront donnés les soins, quelles constructions, ou orga-

nisations nouvelles à prévoir, aux frais de quelles collectivités ?

Je souhaite de toutes mes forces, cette collaboration entre collectivités, qui ont une fonction sociale à remplir. Mais, pour combien d'années encore ma voix ne sera-t-elle pas entendue, ni mes conceptions comprises ?

Dr Paul BOUDIN.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Opinions de sociétaires

Je recevais, naguère, la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

J'ai reçu, ce matin, la somme de 1.233 fr. 30 que m'a allouée le Conseil d'administration : je vous prie d'être mon interprète auprès de mes confrères pour leur dire ma reconnaissance.

Je me félicite de faire partie de la Mutualité Familiale depuis des années et ne manquerai pas d'insister près de tous mes jeunes confrères pour les intéresser à cette œuvre.

Je viens d'être malade pendant deux mois et demi et il me faut compter encore trois ou quatre semaines pour être d'aplomb. Il est agréable, après un aussi long temps de repos forcé, de recevoir un beau jour l'aide de notre Société.

Mille fois merci, à vous également, cher confrère, qui prenez une part si active au fonctionnement de cette œuvre si utile.

Dr Th.

Quelques jours après, cette autre :

Absent depuis quelques jours, je trouve à mon retour votre envoi dont je vous accuse réception avec tous mes remerciements. Je ne croyais certes pas avoir besoin de recourir jamais à notre Mutualité Familiale, mais je dois vous avouer que cette modeste somme a été la bienvenue après les grosses dépenses que m'a occasionnées ma maladie.

Puis-je vous dire que j'ai été agréablement surpris de recevoir cet envoi avant la terminaison de mon incapacité de travail qui peut durer encore quelques semaines.

Veuillez, je vous prie...

Dr N.

Et cette troisième :

Mon cher Confrère,

Vous avez porté de 20 à 40 le maximum des parts qu'il est permis de souscrire aux combinaisons : *Pensions de retraite.*

J'ai souscrit 20 parts, m'est-il possible de porter ce nombre à 40 ? Que dois-je faire pour cela et quel supplément de cotisation ai-je à vous envoyer ?

Je pense qu'il faut cotiser pendant qu'on le peut, car chaque jour nous apporte la preuve de la difficulté de l'existence avec la triste histoire de malheureux confrères qui ont été imprévoyants.

J'ajoute que si j'ai pu, dès les débuts de mon installation, m'intéresser à la prévoyance, c'est en partie par la lecture de vos sages conseils périodiquement renouvelés — c'est nécessaire — dans notre bon ami *Le Concours Médical.*

Croyez à ma reconnaissance et recevez mes meilleurs vœux confraternels.

Dr C.

La publication de ces lettres ne constitue-t-elle pas la réponse la meilleure à l'indifférence de nombre de nos confrères et à l'affirmation de quelques-uns que les œuvres confraternelles de prévoyance ne méritent pas de retenir l'attention ?

Car il y a toujours des médecins pour dire que nous sommes les seuls à prendre au sérieux notre œuvre, que les sociétés de ce genre sont parfaitement inutiles et les secours qu'elles donnent tout à fait négligeables.

Oh ! sans doute, les indemnités de trente, quarante et cinquante francs sont loin de compenser les pertes du médecin qui, du jour au lendemain, se trouve dans l'impossibilité de continuer l'exercice de sa profession ; il n'en est pas moins vrai que ces indemnités, pour peu qu'elles se prolongent, finissent par faire une somme globale qui est reçue des intéressés avec reconnaissance. D'ailleurs, nous l'avons dit et répété, nous n'avons jamais prétendu couvrir les pertes ; nous nous bornons à tendre une main confraternellement secourable ..... et nous voyons que certains nous en savent gré.

Nos pensions, dont le maximum peut actuellement atteindre 9.600 francs à 65 ans n'ont pas davantage la prétention de faire vivre le médecin, mais, si elles viennent s'ajouter aux quelques économies qu'il a pu faire, elles ne sont nullement à dédaigner et peuvent permettre un peu de ce mieux être qui est si apprécié dans la vieillesse.

Nous avons la conviction de faire œuvre utile, quoique certains puissent en penser, et c'est sur le témoignage même des intéressés que nous appuyons cette conviction.

Et les sentiments personnels de reconnaissance que reçoit le Conseil d'administration, ou qui nous sont adressés en particulier à Mignon et à

moi, constituent le meilleur encouragement à continuer — et nous continuerons — notre propagande incessante.

Tous les jours, nous pouvons constater les maux causés par l'indifférence et la négligence en matière de prévoyance : ici, c'est un jeune médecin, frais installé, qu'une maladie infectieuse va immobiliser pendant des mois ; là, c'est un vieux confrère dont les économies se sont volatilisées dans un placement désastreux, qui est atteint d'une affection chronique ou dont les forces s'épuisent et que la gêne, sinon la misère, attend pour le reste de ses jours ; ailleurs, c'est la victime d'un accident ... mais à quoi bon insister ? Tous, faisant appel à leurs souvenirs propres, peuvent continuer l'énumération. Or, c'est ce spectacle qu'on prétend négligeable, ce sont ces exemples qui ne méritent que l'indifférence !

Si le *Concours Médical* a pu faire quelque bien, c'est qu'il s'est donné pour programme l'amélioration de la situation matérielle et morale du médecin, c'est qu'il a appelé l'attention de ses lecteurs sur des questions qui jusqu'alors leur avaient été à peu près étrangères, c'est qu'il a créé des œuvres nouvelles dont l'absolue nécessité se faisait sentir, c'est qu'il a prêché d'exemple et, en marchant, démontré la possibilité du mouvement.

Qu'il ne soit pas arrivé à la perfection, c'est possible, mais on ne pourra du moins contester qu'en présence de la carence générale il a tenté quelque chose et que, ce quelque chose, il n'a cessé de l'améliorer et de l'adapter, dans la mesure du possible, aux nécessités qu'il voyait.

Et ce ne sont pas les organisations existantes qui ont facilité sa tâche : bien peu nombreux sont les organes de la presse médicale, qui ont signalé ses efforts, qui lui ont apporté leur propagande ; encore moins nombreuses les sociétés qui ont cherché à faciliter sa tâche ..... son action n'en aura été que plus méritoire. Nous sommes profondément reconnaissants à ceux qui nous ont aidés et aux autres nous souhaitons de faire aussi bien que nous.

Confrères qui connaissez les dangers auxquels vous pouvez être exposés, qui savez les changements que pourrait apporter dans votre situation un arrêt de votre exercice professionnel, écoutez ceux qui se sont montrés prévoyants, qui, s'étant inscrits à la Mutualité Familiale, la remercient de l'aide qu'elle leur a donnée et du caractère tout amical qu'elle apporte dans ses relations avec ses sociétaires.

Faites-vous inscrire à l'indemnité maladie, faites-vous inscrire aux pensions de retraite, faites inscrire à ces dernières vos femmes puisqu'elles leur sont ouvertes.

En ce faisant, vous agirez dans votre intérêt bien entendu, mais encore vous aiderez à la prospérité et au développement d'une œuvre vraiment digne du Corps médical.

A. GASSOT.

## CAUSERIE

## sur la question cynégétique en Afrique Centrale

Par M. H. BOTTU.

Sous les auspices du Saint-Hubert-Club médical, M. H. Bottu a fait, le 29 juin 1932 à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche Midi, une causerie sur le voyage qu'il a effectué en 1931, à la suite d'une mission, dont il avait été chargé par le ministre des colonies.

Ce fut une expédition des plus intéressantes, pleine d'aléas, de risques et même de dangers ; et, pour l'entreprendre, il fallait plus que « l'esprit de chasseur », dont a parlé très modestement le conférencier ; il fallait de l'audace, du courage, et par dessus tout la volonté bien arrêtée d'aboutir. L'énergie nécessaire à une entreprise aussi hasardeuse, nous l'avons retrouvée aussitôt à la vue de M. Bottu : corpulence d'athlète, faciès aux traits mâles et puissants, front de volonté, yeux de vautour, cheveux en crinière, à la manière de Samson pourrions-nous dire. Pendant plus de trois heures, il a su tenir un auditoire particulièrement nombreux et attentif sous le charme et l'attrait de sa parole toute familière ; sa causerie émaillée d'anecdotes intéressantes, de documents précieux, a suivi sur des cartes très instructives le geste de sa baguette professorale, qu'il avait reprise pour l'occasion.

C'est ainsi que l'on s'est rendu compte des distances prodigieuses parcourues dans le Sahara, surtout si on les compare aux 200 kil. qui marquent en profondeur l'Algérie, et même à la traversée de la Méditerrannée, à la distance, si courte relativement, qui sépare Paris de Marseille. D'autre part, les cartes nous ont bien montré que la grande forêt équatoriale, dont les images et les films font en général espérer une vision extraordinaire se limite à la région côtière et seulement dans la zone équatoriale. Infimes sont les parties

boisées de ce trajet, si on les compare à l'immensité des colonies africaines françaises, où n'existent que le désert ou la brousse faite de cailloux, de sable, d'une misérable végétation épineuse et désséchée, ne présentant aucun agrément au voyage ; tout au contraire, c'était l'obsession pendant des milliers de kilomètres d'une uniformité, et celle-ci aurait abattu facilement tout courage.

D'Alger au Niger, s'étendaient les territoires du Sud, et le mystérieux Sahara de jadis, mystérieux encore car, depuis le désastre de la mission Flatters en 1882, depuis la mission Foureau-Lamy, malgré les raids audacieux de Citroën et Renault, les pistes transsahariennes sont encore très mal jalonnées. Il y a notamment à parcourir les 1.300 kil. du Tanesrouft, pays de la mort et de la soif ! Les pistes doivent éviter les dunes de sable infranchissables, même au prix

L'itinéraire de l'expédition se continuait, du Niger à Fort Lamy, par Niamey et la Nigeria anglaise ; puis, ce fut Fort Lamy et Lac Tchad avec retour à Fort Lamy en direction de Fort-Archambault pour trouver les terrains de chasse dénommés Ba-Illi (territoire situé aux confins Camerqun-Oubangui-Tchad).

Après un court séjour de douze jours pour chasser dans la région du Ba-Illi, particulièrement giboyeuse et célèbre par la mort des deux grands chasseurs coloniaux : l'aviateur Latham et l'explorateur Bruneau de Laborie, l'itinéraire de retour fut :

Fort-Lamy, Kano, Zinder. Après Zinder la mission s'engagea dans la direction du Nord par Agadès, In-Guezzam, Tamanrasset, par une piste qui n'a été suivie que par deux missions et qui est extrêmement difficile, peu jalonnée ; elle ne put être franchie qu'au prix de grosses difficultés.

de longs détours ; elles se glissent dans les gassis, sortes de couloirs resserrés entre les massifs de dunes ou ergs ; elles traversent successivement régions de sable, de reg et de montagne. Dans le sable mou notamment, la traction automobile est très pénible. Sur les bancs de fech-fech, c'est une croûte superficielle d'apparence dure, sous laquelle se trouve une terre molle. A ces difficultés il faut remédier, surtout lorsqu'on s'est enlizé, par un revêtement superficiel constitué de branchages. Au point de vue touristique, il ressort donc nettement que la réalité est absolument différente de ce que l'on raconte et de ce que l'on écrit.

Il faut noter que dans la traversée du Sahara, on souffre surtout du froid, à tel point que, le matin, il est impossible de faire aucune manipulation mécanique en raison de l'onglée.

Contrairement à ce qui s'était passé au Sahara en Afrique centrale, c'était la chaleur, qui était devenue l'ennemie. La même clef anglaise, laissée sur le marchepied d'une voiture, devenait si brûlante qu'on ne pouvait la saisir.

Le ravitaillement en eau jouait un rôle de tout premier plan. L'origine de l'eau est tellement variée qu'on se trouve souvent dans la nécessité d'utiliser de l'eau saumâtre, complètement infectée. M. Bottu ne pouvait assurer ses fonctions de sommelier de la mission qu'en stérilisant l'eau avec du permanganate hyposulfite.

La nourriture fut uniquement celle trouvée dans le pays, c'est-à-dire qu'elle consistait en viande de gibier (plumes ou poils), de temps en temps en œufs de poules gros comme des œufs de pigeons, quelquefois en poulets étiques. Les voyageurs n'eurent jamais la satisfaction de trouver un légume ou un fruit. L'unique fruit rencontré

dans la brousse fut une papaye, en Nigéria Anglaise ; partout ailleurs il n'existe aucun fruit. Les fruits africains, et notamment la célèbre banane, les mangues, les ananas poussent exclusivement dans les régions côtières à quelques 5.000 kilomètres de l'endroit où se trouvait la mission.

**Impressions cynégétiques.**

Au point de vue cynégétique la brousse est extrêmement giboyeuse. Ce n'est pas une légende de dire que le lion existe partout en brousse et que dans certaines régions il y pullule. L'administration commence à prendre des mesures pour règlementer la chasse en A. O. F. et en A. E. F.

Si toutefois la question de la présence de gibier n'est pas une légende, la chasse en elle-même, surtout si on se la représente d'après les grands films de chasses africaines, est une véritable erreur. Si l'on veut se placer au point de vue agrément d'une soirée, il est évident qu'on ne saurait reprocher à un metteur en scène de procurer des émotions, que nous ont données certains films ; mais si l'on veut se placer au point de vue de la vérité, et surtout si l'on veut réunir des documents pour ceux qui seraient tentés d'aller chasser dans ce pays, on peut dire que sur dix renseignements, il y en a neuf de faux.

La question du choix des armes et munitions est de toute première importance.

La question des régions, où l'on peut chasser et rencontrer du gros gibier, est loin d'être précise, attendu que même les cartes de direction ou de distances sont pour la plupart inexactes.

L'appui et la collaboration des indigènes sont tout à fait inexistants, au contraire M. Bottu dit que, non prévenus, les indigènes sont souvent la cause de non réussite.

Un point que M. Bottu a mis en relief, c'est que tous les animaux, susceptibles d'être dangereux, ne le sont jamais pendant le jour, quand ils n'ont pas été attaqués ou blessés. Une chose très ennuyeuse pour le chasseur, c'est que tous les animaux fuient devant l'homme, lorsqu'ils entendent du bruit ou qu'ils ont une vision anormale.

Pour classifier le gibier d'Afrique, il est nécessaire de l'envisager suivant les régions ; c'est ainsi que les Territoires du Sud et le Sahara sont extrêmement pauvres en gibier et n'offrent surtout au guidon du tireur que la si élégante et si inoffensive gazelle. Les gazelles ne fuient pas, mais viennent au contraire curieusement au devant des automobilistes ; dans ces conditions, seuls des assasins seraient tentés de les abattre.

La deuxième région parcourue par la mission est celle que M. Bottu a qualifiée de « région des bords du Niger » ; aux environs de la rivière, le gibier à plumes est aussi nombreux que varié tous les palmipèdes et beaucoup d'échassiers s'y trouvent. Pour les fauves, il y a des lions, des phacochères, des chacals, des hyènes. Les caïmans sont très nombreux.

La troisième région est celle que M. Bottu appelle « Chari et environ du lac Tchad ». C'est une région très giboyeuse, où l'on peut tirer à la fois la plume et le poil. On y trouve aussi bien le vulgaire canard que le grand pélican ou les grands rapaces. D'autre part, dans la brousse environnante il y a toutes les variétés de belles antilopes, des lions, des léopards, des panthères et les petits félins. Enfin, on trouve de nombreux caïmans et des hippopotames dans le Chari.

La quatrième région, celle où la mission a séjourné est celle du Ba-Illi, où l'on est susceptible de rencontrer, en plus de ce qui existe au Tchad, le rhinocéros, cependant rare, et des éléphants, suivant la chance. La girafe est signalée, mais personne ne l'a jamais vue.

**Impressions de tourisme**

M. Bottu est parti d'Alger le 5 janvier 1931 avec trois camarades et un mécanicien, sur deux voitures de tourisme, quatre roues, n'ayant comme seule particularité qu'un radiateur colonial. Ces voitures emportaient le maximum de pièces de rechange, de nombreuses armes, une grosse provision de munitions et le strict nécessaire comme équipement et vivres.

Le tourisme automobile en Afrique est limité à une saison très réduite de deux à trois mois, en raison du climat. Une seule époque est propice, celle de janvier à mars ; avant, c'est la période des pluies torrentielles ; après, c'est la période des chaleurs torrides. Pendant les pluies, les pistes sont impraticables à la circulation en automobile ; pendant la période des grandes chaleurs, les cours d'eau ne sont plus navigables et, de plus, pour les automobiles, la chaleur rend le mécanisme très vulnérable.

Au point de vue mécanisme automobile, M. Bottu, considère que l'animal le plus dangereux pour la traversée des grands espaces désertiques africains est le fil de fer, image voulant dire que si un automobiliste ne prend pas la précaution élémentaire de faire suivre sa voiture par deux autres voitures en pièces détachées et par des mécaniciens extrêmement compétents, il court tout simplement à la catastrophe.

M. Bottu a montré combien il fallait faire abnégation de tout confort et de tout sentiment de crainte ou de peur pour entreprendre une pareille randonnée ; mais il reconnaît bien qu'il ne faut pas que cette abnégation soit de l'ignorance ou de l'imprudence, ce qui a été son cas. Imprudence de se fier à un instrument comme l'automobile, lorsque toutes les précautions n'ont pas été prises ; imprudence de se lancer dans ce pays sans entraînement, alors qu'on est à la merci de tous les parasites et de toutes les grandes infections : la tsé-tsé et l'anophèle vous guettent tous les jours et surtout toutes les nuits. Imprudence enfin de croire que l'automobile avait vaincu le désert. Pour M. Bottu le Sahara se défend et se défendra encore longtemps.

De l'avis de M. Bottu, le premier instrument mécanique qui sera vainqueur du Sahara ne sera ni le Transsaharien, ni l'auto-strade de Gao à Alger, mais l'*avion qui*, avec des efforts pécuniaires et techniques moins grands, sera susceptible de réaliser le rêve de beaucoup de Français, qui est d'assurer la police et la liaison dans tout notre empire africain. Cela permettra au Nemrod enragé d'aller sans encombre et sans difficulté chasser les grands fauves, à la condition toutefois qu'il soit bien documenté et bien renseigné par des individus, qui y sont allés, et non par des tartarins ou des chasseurs de cinéma.

M. Bottu n'a pas la prétention de porter des jugements définitifs ; mais il a cependant cette prétention d'affirmer que ses camarades et lui sont sinon les premiers, du moins ceux qui, sans aucune arrière pensée de publicité, sans chercher une popularité intentionnelle et sans disposer de crédits de plusieurs millions, sont partis par

leurs propres moyens en suivant leur amour passionné de la chasse, vers des régions tellement lointaines qu'ils ont dû parcourir près de 16.000 kilomètres, pour trouver des terrains de chasse, ce qui représente un rendez-vous de chasse un peu lointain.

Se défendant par ailleurs de toute critique prématurée, et notamment de celle qu'il était plus à même de formuler au point de vue des dangers des maladies, le distingué conférencier a terminé sa causerie en citant un texte, qui n'est de lui, mais d'un homme très averti des choses *d'Afrique :*

« Sous les tropiques, il s'agit d'un autre astre, « d'un autre soleil qui ne connaît pas le blanc, « d'un soleil vindicatif, inexorable, d'un soleil « omnipotent, tyrannique, qui tue, qui brûle les « cervelles, sans vergogne, comme un rôdeur de « barrière.

« Le soleil est, en Afrique tropicale, le plus « grand ennemi de l'Européen. Qu'il soit bril« lant dans un ciel radieux, ou caché derrière un « rideau de nuages, il est toujours présent, prêt à « abattre brutalement sa proie. Avec lui, point de « bravades, point de fanfaronnades inutiles, il « sera toujours le plus fort ; point d'imprudence, « il ne pardonne pas ».

## LA MÉDECINE EN AMÉRIQUE

### Règles d'Or

Voici quelques aphorismes proposés par MM. Austin W. Cheever et William D. Wheeler (1), relatifs au diagnostic et au traitement de la syphilis.

I. Considérer toute ulcération génitale comme syphilitique, à moins qu'elle n'ait été reconnue non syphilitique au cours de trois examens à l'ultra-microscope.

II. Se souvenir que les chancres extra-génitaux sont fréquents et peuvent être rencontrés sur tous les points du corps.

III. Ne pas oublier qu'il y a des chancres vaginaux, et les chercher attentivement.

IV. Faire les réactions sérologiques habituelles, (et nos auteurs américains citent les réactions de Wassermann et de Hinton) chez tous les malades ; mais ne pas oublier qu'un examen négatif n'exclut pas la syphilis.

V. Examiner le sang de toute femme au début de sa grossesse, et la soigner immédiatement si la réaction est positive, ainsi que son enfant, dès sa naissance.

VI. Reconnaître la syphilis congénitale avant la naissance de l'enfant, et le soigner à l'état fœtal, puis de longues années après sa naissance.

VII. Prolonger le traitement dans tous les cas de syphilis, même si les réactions sérologiques deviennent négatives. Deux à cinq ans de traitement sont généralement nécessaires.

VIII. Examiner le liquide spinal dans tous les cas de syphilis ; c'est souvent le seul moyen de déceler une syphilis nerveuse au début.

IX. Penser toujours à la syphilis. Dans maintes de ses formes, elle simule d'autres maladies.

X. En cas de doutes sur le diagnostic, consulter un syphiligraphe.

Voilà des vérités premières dont le malade, le médecin et le syphiligraphe peuvent, chacun en ce qui le concerne, tirer le meilleur profit.

Ph. Dally.

(1) *New England Journal of Medicine*, 24 décembre 1931.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*..... Laissons une fois de plus travailler l'obscur instinct du langage .....*
(Eugenio d'ORS).

DCCXLIV. — Général WEYGAND. — **Discours de réception à l'Académie française**, et réponse de Jules Cambon, Ambassadeur de France. Un vol. 13 × 20 tiré à 3.570 ex. numérotés. *Editions Plon.* Paris, 1932. 12 francs.

Les mots s'usent plus vite à notre époque de vie accélérée, ils perdent un peu chaque jour cette puissance et cet éclat que, pendant des générations, ils avaient gardés intacts. Je veux dire ceux qui avaient nourri les rêves et les sentiments de nos aïeux ; d'autres viennent aux premiers plans de l'actualité, étincelants d'une éclaboussante lumière de miroir aux alouettes ! Le Général Weygand, dédaigneux de ceux-ci , s'est attaché à la glorification littéraire des premiers, représentatifs des vertus martiales qu'il est venu représenter sous la Coupole, en occupant le fauteuil du Maréchal Joffre. L'hommage à son prédécesseur est exempt de ces rosseries, partie intégrante des éloges académiques, dits en général par de vénérables messieurs qui ne sont plus très difficiles sur le choix ni la qualité de leurs plaisanteries ! Le sujet particulier et le caractère de M. Weygand ne se prêtaient pas à ces rituelles farces de haut vol, qui vont sans doute recevoir lors de la réception officielle de M. Pierre Benoit un élan neuf et un provisoire regain de jeunesse.

Le ton du discours de M. Weygand est grave et mesuré ; à peine y sent-on, discrète comme il sied dans une atmosphère de fête, une sourde inquiétude du lendemain. L'optimisme professionnellement diplomatique de Monsieur C., ne s'encombre pas de ces nuances : la diplomatie agissante d'après-guerre en a vu et en verra bien d'autres. La réponse au récipiendaire a cependant, avec plus de brièveté, la même inspiration martiale, les mêmes couplets et peut-être les mêmes indulgentes illusions. Les deux discours sont drapés de lambeaux glorieux d'histoire de France et assombris, par pages, de sombres souvenirs. L'un et l'autre sont marqués de cette solennité un peu raide qui convient aux cérémonies académiques ; ici peut-on penser que le soldat a voulu masquer son émotion et le diplomate nous faire croire qu'il était ému.

DCCXLV. — Henri BORDEAUX. — **La Revenante**. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon.* Paris. 1932. 15 francs.

Le nouveau roman de M. Bordeaux est agréablement construit, et son cadre marocain le pare d'une vive originalité, de couleurs de printemps tant que ne revit pas le drame, qui rejette l'héroïne aux remords qu'elle avait fuis. Puisque je vais aujourd'hui vous parler grammaire, je m'arrête à la page 87, où M. B., suivant la règle, parle au féminin d'une « ordonnance » : soldat préposé au service particulier d'un officier. Malgré la règle le féminin est une ... distraction, car « ordonnance » n'est en somme que l'abréviation de : soldat ou domestique d'ordonnance. L'Académie dit aussi : « un automobile, » pour désigner une voiture automobile. Ici pensait-elle peut-être au mot plus noble de : « véhicule » qui a gardé quelque majesté des carrosses d'antan ! Mais pour l' « ordonnance », hors l'horrifique hypothèse qu'elle aurait pensé au ... genre de la noble soldatesque allemande, je vois mal la filiation de ce féminin académique et régulier.

DCCXLVI. — Ferdinand BRUNOT, Membre de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, Professeur d'histoire de la langue française à la Faculté des Lettres de Paris. — **Observations sur la grammaire** de l'Académie française. Un volume 12 × 19. *Editions E. Droz.* Paris.

J'avais lu (en attirant poliment votre attention sur la présentation typographique !) la Grammaire de l'Académie. J'en avais retiré des inquiétudes et un vague effroi secret : elle sapait des convictions, que j'avais lieu de croire justes, Monsieur B. vient heureusement de me rassurer. A peine sent-on à quelques pages de son livre cette ardeur confraternelle qui est de règle entre chapelles voisines et où la sérénité traditionnelle de la science perd quelques-uns de ses droits ! L'ensemble des critiques est redoutablement fondé. Et je me demande devant tant d'inepties enregistrées dans le livre officiel, s'il ne s'agit pas tout simplement d'une vengeance froidement perpétrée par l'académicien chargé par la Compagnie de surveiller les « nègres-rédacteurs » et tout heureux de faire payer à ses illustres confrères, par le ridicule dont il les couvre, le temps prolongé qu'ils lui firent passer à la porte, avant le « Dignus Intrare » !

DCCXLVII. — Baudry de SAUNIER. — **Gaîtés et tristesses de la Grammaire de l'Académie**. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1932. 12 francs.

La critique de M. B. de S. est plus joviale, aussi cruelle, et rédigée avec une fort agréable

bonne humeur, réjouie par le pathos intermittent du greffier de l'usage. Elle fortifie cette impression du pénible dilemme qu'ébauche le livre précédent ; ou l'Académie est bien malade, ou elle a été drôlement bernée. Sénilité intellectuelle ou magnifique mystification de l'un des siens ? On n'ose conclure.

DCCXLVIII. — Eugenio d'ORS. — **Ferdinand et Isabelle**, rois catholiques d'Espagne. Version française de Paul Henri Michel. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.* Paris, 1932. 15 francs.

Cette singulière biographie déborde les limites des deux royales existences qu'elle englobe, par l'ampleur de sa trame et des enjolivements philosophiques, dont elle les pare. L'écrivain n'a pas été trahi par son traducteur, qui a su conserver au livre les très personnelles qualités d'un style dont le mouvement a peu d'équivalents en Europe, et dont l'inspiration est d'une originalité telle qu'elle déroute de prime abord les habitudes de calme lecture : un foisonnement d'images, une foule de personnages, un amoncellement d'idées, déferlant aux pieds du couple royal accompagné aux pages du livre de Christophe Colomb, du Cardinal Cisneros et du « Grand Capitaine ».

DCCXLIX. — G. E. THOMPSON. — **Le premier Gentleman.** Georges IV d'Angleterre (1762-1830). Un vol. in-8° de la Bibliothèque historique, illustré de 8 gravures hors-texte, traduit de l'anglais par Michel Drucker. *Editions Payot.* Paris, 1932. 24 francs.

Il est bien agréable de trouver au seuil des œuvres étrangères de claires introductions ; celle, dont le traducteur fait précéder la biographie de cet étrange souverain, prince bigame (plus préoccupé de scandales et de frivolités sous la direction du « beau Brummel », premier dandy, que des soucis du trône) facilite notre orientation au milieu de ces intrigues de cour, de ces idylles que l'écrivain rapporte avec un luxe méthodique ou cynique de détail, très humoristiquement anglo-saxon.

DCCL. — Aimé DIDIER. — **La dernière conquête du capitaine Geldmuth.** Lettres à une nouvelle amie. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions « Les Œuvres représentatives ».* Paris, 1932. 12 francs.

Confidences épistolaires, pitreries sentimentales d'un capitaine d'industrie, contées par le menu, suivant cette technique saugrenue et parfois amusante des « moins de trente ans » qui pensent avec une fausse modestie ingénue avoir réformé les vieilles lois imprescriptibles du cœur et découvert des comportements inédits de leurs passions imaginées puis décortiquées. Le livre contient cependant, sous sa naïveté et ses préciosités intermittentes, de profondes et cocasses remarques qui témoignent par éclairs assez nombreux d'une paradoxale mais papillonnante maturité d'esprit, et d'une pénétrante mais distraite et désinvolte connaissance de la mentalité desaxée de l'après-guerre.

**Varia*****

J'ai reçu de Monsieur Henri Cyral, l'érudit éditeur de la « Collection française » une glose fort ingénieuse touchant l'expression « *populations musculaires* » qui m'avait surpris dans la belle édition de « L'*Ensorcelée* », que je vous ai signalée :

« *L'expression*, écrit Monsieur Cyral, *ne m'avait pas échappé. En réalité, Barbey d'Aurevilly élide un mot Il veut parler du « sens musculaire »* ..... *On perçoit très bien que B. a voulu décrire par l'expression « populations musculaires » l'état de ces types qui ne jouent pas des muscles à la façon de nos champions modernes mais sont taillés de telle sorte que leurs muscles doivent jouer automatiquement sans aucun travail conscient de leur cerveau. On voit très bien les tortionnaires de La Clote agissant férocement avec des attitudes de brutes « musculaires ».* L'explication me semble si séduisante que, sans plus tarder, je vous en fais part. Si Monsieur Bordeaux justifie de la même façon son « ordonnance » par analogie peut-être avec « estafette », je vous le signalerai.

* Dans la *Nouvelle Revue française* d'août, huit petits poèmes admirables de Max Elskamp : « *Huit chansons reverdies* » où le rythme a une splendeur naïve de vieilles et douces chansons et presque de prières aux mots pieusement usés. La suite des épanchements de Monsieur Gide, content de soi et du vide artificiel qu'il s'attache à entretenir dans le déroulement de ses pensées, et se défendant curieusement par avance (« Encore que je détourne aujourd'hui mon esprit de ces questions et me *refuse* à leur accorder cette importance qu'elles avaient naguère encore, à mes yeux ») de cette chute mystique que lui prédit sans risque de grosse erreur ..... Rustique (voir l'Antigyde) ! Une puissante nouvelle de Giono. La fin de ces pittoresques notations psychologiques de Jouhandeau sur Héliodore, l'avare. La suite d'un énorme roman solide et émouvant de J. Bloch. Une patiente interprétation d'incohérences picturales : l'intéressé doit être ravi d'être pris au sérieux !

* Le *Mercure de France* du 15 août donne un cahier particulièrement intéressant : Quatre épisodes de la vie sentimentale de Flaubert ; un « Poème de la solitude » ; une réfutation des plagiats supposés gratuitement effectués par Mallarmé au détriment de Victor Hugo ; le début d'un roman de Rachilde ; une étude de la « Nef » de Bourges ; un sommaire résumé analytique des leçons inaugurales des Professeurs Vires de Montpellier et Mauriac de Bordeaux.

17 août 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES

# Comptes rendus, documents, pièces officielles...

## IIe Session d'Assises médicales de l'Assemblée française de médecine générale

Vingt-trois *Assemblées départementales* de l'A. F. M. G. eurent lieu le 6 juin sur « MAISONS A CANCER ». Les cliniciens régionaux y apportèrent de très nombreux documents *inédits*, illustrés de cartes, mentionnant l'emplacement successif et domiciliaire des cas de cancer soignés au cours de leur longue carrière. Ces documents groupés firent l'objet des débats du 3 juillet aux *Assises nationales* de Paris.

A l'occasion de celles-ci, le Professeur Paul Carnot, président de l'A. F. M. G., reçut ses collègues à l'Hôtel-Dieu et offrit la présidence des Assises à M. Charles Fiessinger (première partie) et à M. le Professeur Rathery (deuxième partie).

La discussion porta successivement sur les *zones à cancer*, les maisons à cancer, l'influence du sol, l'hérédité, la contagion.

Sur ces questions, des observations de foyers de village, de quartiers, de rues, de hameaux furent apportées par leurs témoins, les médecins de campagne de France; auxquels les présidents exprimèrent la reconnaissance de tous pour l'originalité et a qualité de leurs fécondes recherches.

La controverse sur ces faits donna lieu à une discussion extrêmement animée, dans laquelle intervinrent successivement : MM. Paul Durand et Mariani (Eure-et-Loir) ; Hollier, Mauger et Charles Robert (Seine-et-Oise) ; Costes, Laroche et Queyroi (Dordogne) ; Duhamel (Lot-et-Garonne) ; Houssiau (Alpes-Maritimes) ; Chaton (Doubs) ; Piéchaud (Gironde) ; Chevrey et Marre (Loiret) ; Philippon (Finistère) ; Bourdinière (Ille-et-Vilaine) ; Barre (Vaucluse) ; Eschbach (Cher) ; MM. le Professeur Clerc, Charles Richet fils, Jean Cathala, Jules Renault, Lesné, Louste, Pironneau, Georges Richard, Henri Béclère et Pochon (Paris).

M. Henri Godlewski, secrétaire général, à la suite de ces importants débats, proposa les conclusions suivantes, qui furent adoptées unanimement :

Les membres de l'Assemblée française de médecine générale, réunis en Assises nationales, le 3 juillet 1932, estiment que :

Le cancer n'est pas uniformément réparti dans l'espace et dans le temps. Il y a des *zones* à cancer, et des zones qui en sont habituellement ou temporairement exemptes.

A la campagne, où le cancer est souvent plus fréquent qu'à la ville, on distingue en effet des agglomérations épargnées et d'autres très affectées. Les cas de cancer sont parfois groupés en certains points très limités, en foyers de village, de quartier, de rue, de place publique. Ces foyers apparaissent, durent des années ou seulement quelques mois, puis s'éteignent parfois longtemps.

Dans les villages où la population est stable, il n'est has habituel, il n'est même pas fréquent d'observer deux cas dans la même maison à plusieurs années même de distance ; trois cas et plus sont rares. Les cas sont au contraire successivement répartis en des maisons différentes, dans les localités où le cancer est le plus fréquent et comme s'il existait dans ces localités une cause prolongée de cancérisation.

Les cancers de l'appareil digestif sont les plus nombreux, surtout ceux de l'estomac ; certaines régions sont tributaires de ceux-ci jusqu'à l'exclusivité. Par contre, il est d'autres régions, plus rares, où cette forme est exceptionnelle.

On ne trouve pas dans la répartition des cas d'influence géologique certaine.

L'influence de l'hérédité n'est pas évidente dans la majorité des cas, mais on ne peut la nier. Dans certaines familles, il semble exister des prédispositions familiales qui favorisent l'apparition du cancer.

Il n'est pas rapporté de cas convaincant de contagion directe par transmission d'homme à homme ; cependant, il est des observations cliniques qui, par leur troublant réalisme, suffisent à accentuer la nécessité de recherches ultérieures.

Malgré l'incertitude de la transmissibilité du cancer, il y a lieu de se comporter comme s'il l'était et de conseiller l'application des règles d'hygiène, ainsi que les mesures de préservation sanitaire publique.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

**— Clinique de la tuberculose.** — *Cours de vacances.* — Un cours de vacances « Les actualités phtisiologiques » sera donné, sous la direction du Professeur Léon Bernard, à la clinique (hôpital Laënnec et dispensaire Léon-Bourgeois), comprenant leçons et démonstrations pratiques, du 26 septembre au 8 octobre. Le droit d'inscription est de 200 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine.

**— Immatriculation, inscriptions.** — I. IMMATRICULATION. — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897.)

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

*Immatriculation d'office.* — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

*Immatriculation sur demande.* — Ne sont immatriculés que sur leur demande : 1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 francs,

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis de midi à 15 heures.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

1° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N. ;

2° Acte de naissance sur timbre ;

3° Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ;

4° Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au Secrétariat de la Faculté) ;

5° Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu en outre de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

*Inscriptions trimestrielles.* — Pendant l'année scolaire 1932-1933, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au secrétariat (guichets nos 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

Premier et deuxième trimestres, du 10 au 25 octobre 1932 ; troisième trimestre du 24 avril au 6 mai 1933 ; 4e trimestre du 10 au 25 juillet 1933.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré).

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

**(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)**

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Emmanuel FLEURY, de Versailles ; de Mlle Odette DUPONT, externe de l'hôpital Laënnec ; de Mlle le Docteur Renée SCHULMANN, de Paris ; du Docteur Marc TRÉNEL, médecin en chef honoraire de l'Asile clinique Sainte-Anne ; du Docteur AMBLARD, de Manduel.

— **Association internationale des hôpitaux.** *Cours de perfectionnement sur la technique des hôpitaux.* — Siège : hôpital municipal et universitaire de Francfort (Allgemeine Stædtische und Universitæts-Krankenanstalten, Frankfurt am Main, Süd10, Eschenbacherstr.,14).

Durée : du 29 septembre au 8 octobre 1932.

Droit d'inscription : 30 marks pour le cours entier ou 5 marks par journée prise isolément.

Adresser les adhésions au Geheimrat Dr Alter, 5, Moorenstrake, Düsseldorf, Allemagne.

L'Hôpital municipal se charge de procurer le logement.

Les cours sont organisés d'après le principe que le professeur doit apprendre en même temps qu'enseigner et l'auditeur enseigner en même temps qu'apprendre.

Ils se composent de leçons d'une durée maximum de quarante-cinq minutes, de démonstrations, de visites et de discussions.

*Programme.* — Jeudi 29 septembre : L'éclairage et la ventilation, la stérilisation et la désinfection à l'hôpital. MM. les Docteurs DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (Paris). KONRICH, professeur (Berlin).

Vendredi 30 septembre : Le recrutement du personnel soignant et ses examens de capacité. Mlle Christiane REIMANN (Genève), Mlle DELAGRANGE (Paris), M. le Docteur ALTER (Dusseldorf.)

Samedi 1er : La standardisation de l'administration de l'hôpital et le contrôle qu'elle exerce sur sa propre gestion, MM. le Directeur L. URWICK (Genève), les Docteurs FREY, directeur d'hôpital (Berne), CLEYNDERT, directeur d'hôpital (Delft).

Dimanche 2 octobre : visites.

Lundi 3 octobre : La physiothérapie. MM. les Docteurs IREDELL, professeur (Londres), GROBER, professeur (Jena), JAKIMIAK, directeur d'hôpital (Varsovie), STRASSBURGER.

Mardi 4 octobre : L'alimentation des malades et le transport des repas dans l'hôpital. MM. les Docteurs OSTER, directeur d'hôpital (Strasbourg), von Soos (Budapest), WIRTH, directeur d'hôpital (Francfort).

Mardi 5 octobre : Le linge, la buanderie, le linge infecté. Mme H BOUWMEESTER, directrice d'hôpital (Hellendoorn), MM. M. K. M. NIELSEN, directeur d'hôpital (Copenhague), KRISCHER, directeur (Berlin).

Jeudi 6 octobre : Les rayons X et le radium à l'hôpital. MM. les Docteurs HOLFELDER, professeur (Francfort), I. H. D. WEBSTER, (Londres), TOMANEK (Prague)

Vendredi 7 octobre : Les fautes de construction des hôpitaux. MM. H. DISTEL (Hambourg), H. CEDERSTRÖM (Stockholm), sir JOHN BURNET (Londres), Albert

Samedi 8 octobre : Le rôle préventif de l'hôpital. MM. les Docteurs FRANK G. BOUDREAU, Comité d'hygiène, Société des Nations (Genève), Th. GRUSCHKA (Aussig), René SAND (Paris et Bruxelles).

— **Maison de repos pour artistes et écrivains, à Saint-Raphaël.** — Une maison de repos pour artistes, écrivains et coloniaux, vient d'être ouverte à Saint-Raphaël (Var).

Pour renseignements, s'adresser à M. de Vitray, secrétaire général, Hôtel Régina, Saint-Raphaël (Var).

— **Hôpitaux de Lyon.** *Composition des Services,* 1932. HÔTEL-DIEU. *Services de médecine* : Docteur Favre. Interne : M. Guichard. — Docteur Savy. Interne : M. Naussac. — Docteur Froment. Interne : M. Feuillade — Docteur Roubier. Interne : M. Belly. — Docteur Cordier. Interne : M. Anstett. — Prof. Pic. Interne : M. Boyer. — Prof. Paviot. Interne : M. Amic. — Prof. Lépine. Interne : M. Jarricot.

*Services de chirurgie* : Docteur Laroyenne. Internes : MM. Benoît, Mansuy. — Docteur Patel. Internes : MM. Puthod, Cuilleret. — Docteur Cotte. Internes : MM. Arnulf, Leclerc. — Docteur Alamartine. Internes : MM. Palluel, Bisch. — Prof. Tixier. Internes : MM. Colson, Corajod. — Prof. Bérard. Internes : MM. Barbé, Bréchet, Freidel.

*Service d'ophtalmologie* : Prof. Rollet. Interne : M. Girard Paul.

*Service d'accouchement* : Docteur Gonnet. Interne : M. Vial.

HÔPITAL DE LA CROIX-ROUSSE. — *Services de médecine* : Docteur Bonnamour. Interne : Mme Vansteenberghe. — Docteur Pallasse. Interne : M. Magnard. — Docteur Goyet. Interne : M. Boudènes. — Docteur Chalier. Internes : MM. Arnaud, Étienne-Martin. *Service de chirurgie* : Docteur Santy. Internes : MM. Bozon, de Mourgues. — *Service d'accouchement* : Docteur Rhenter. Interne : M. Marmet.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. *Service de médecine infantile* : Prof. Mouriquand. Interne : M. Boucomont. *Service de médecine d'adultes* : Docteur Dumas. Interne : Mlle Grangette. *Service d'oto-rhino-laryngologie* : Prof. Collet. Interne : M. Euvrard. *Services d'accouchement* : Docteur Trillat. Internes (Maternité) : M. de Chanaleilles. (Infirmerie) : M. Dargent. — Prof. Voron. Interne : M. Piaget. *Services de gynécologie* : Docteur Molin. Internes : MM. Rochet, Frieh. — Prof. Villard. Internes : MM. Pizzera, Brun. — *Service de chirurgie infantile* : Prof. Nové-Josserand (Gabriel). Internes : MM. Bérard, Hsu.

HÔPITAL DE L'ANTIQUAILLE. *Services de médecine.* Docteur Bouchut. Internes : MM. Weigert, Pichat. — Docteur Garin. Internes : MM. Chapuy A., Edel. — *Service de neurologie* : Docteur Bériel. Interne : M. Tiran. — *Service des maladies cutanées et vénériennes* : Docteur Gaté. Interne : M. Thévenon. — Prof. Nicolas. Interne : M. Rougier. — *Service de chirurgie générale* : Docteur Desgouttes. Internes : MM. Josserand, Henry. — *Service de chirurgie urinaire* : Docteur Perrin. Interne : M. Douillet. — Prof. Gayet. Interne : M. Millet. — *Service d'oto-rhino-laryngologie* : Docteur Rebattu. Interne : M. Perron.

HOSPICE DU PERRON. *Services de médecine* : Docteur Devic. Internes : MM. Mermet, Masson. — Docteur Nové-Josserand, Léon. Internes : MM. Dugois, Dardaillon. — Docteur Gravier, Internes : MM. Vachon, Bréchet.

HÔPITAL DEBROUSSE. *Services de médecine infantile* : Docteur Péhu. Internes : Mlle Rougier, M. Aulagnier. — Docteur Gardère. Interne : M. Chapuis. — *Service de chirurgie infantile* : Docteur Tavernier. Internes : MM. Simon, Blanc R.

ASILE SAINTE-EUGÉNIE. *Service de médecine* : Docteur Dufourt. Internes : MM. Badinand, Bouquin.

— **Proposition de loi Armbruster.** *Rapport du Docteur Louis Bonnefous à la Chambre des députés.* — Au nom de la Commission d'hygiène, le Docteur Louis Bonnefous, député, vient de déposer à la Chambre des députés, un rapport proposant de rétablir comme suit le texte définitif de la loi Armbruster relative à l'exercice de la médecine :

*Art.* 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

1° Citoyen ou sujet français ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France ;

2° Muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Toutefois, les pays étrangers où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer la médecine pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la naturalisation française.

Mais une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires des pays avec lesquels les conventions ont été passées, venant exercer en France, et celui des médecins français exerçant la médecine dans ces pays.

Les mêmes dispositions s'appliqueront aux chirurgiens-dentistes.

*Art.* 2. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront le doctorat d'Etat français devront justifier des titres initiaux requis pour s'inscrire au diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et subir les examens probatoires.

Ils ne pourront, en aucun cas, obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années.

Les étrangers munis du diplôme d'université français, mention médecine, seront astreints aux mêmes conditions, sauf en ce qui concerne la scolarité et les examens.

Pour eux, la dispense de scolarité pourra être étendue à quatre ans ; de même, des dispenses des examens pourront leur être accordées, sans toutefois qu'en aucun cas elles portent sur l'anatomie, la physiologie et les cliniques.

*Art.* 3. — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens, de scolarité, en vue de leur instruction dans les facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

Chaque année, des étudiants roumains ou mauriciens, inscrits en vue du titre de docteur d'université, mention médecine, et ayant subi avec succès les épreuves des derniers examens de fin d'année d'études médicales et les examens cliniques peuvent être autorisés, par décision ministérielle prise après avis d'une commission spéciale, à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Le nombre des bénéficiaires de cette disposition ne pourra pas dépasser dix pour l'ensemble de ces facultés.

Les étudiants de nationalité étrangère ne peuvent postuler les diplômes d'Etat de docteur en médecine s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ces diplômes d'Etat.

*Art.* 4. — Le décret du 17 août 1928 est abrogé.

Les chirurgiens-dentistes munis de diplômes des facultés étrangères sont astreints, s'ils veulent exercer en France, à subir les mêmes examens que les étudiants postulant le diplôme de chirurgien-dentiste.

Ils ne pourront être dispensés que d'une année de scolarité.

*Art.* 5. — Les diplômes de tous les docteurs en médecine exerçant actuellement en France devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois.

*Art.* 6. — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme de chirurgien-dentiste aucune dispense d'examen et de scolarité en vue de leur inscription dans les facultés, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

*Art.* 7. — Les fonctions de médecin et expert des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titres ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels depuis cinq ans.

Ce délai ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires en 1914, auront servi dans l'armée française pendant la durée de la guerre.

Les dispositions de l'article 7 sont applicables aux chirurgiens-dentistes.

*Art.* 8. — La naturalisation française ne sera pas exigée des médecins exerçant régulièrement leur profession en France le jour de la promulgation de la loi et qui seront alors munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou des étudiants qui seront en cours régulier d'études en vue de ce diplôme.

Il en sera de même pour les chirurgiens-dentistes.

*Art.* 9. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures, en particulier celles de la loi du 30 novembre 1892 qui sont contraires aux dispositions de la présente loi.

— **Chemins de fer P. L. M.** *Cartes d'excursions à prix réduits.* — Jusqu'au 30 septembre 1932 inclus, des cartes d'excursions sont établies par la Compagnie P. L. M. pour le Dauphiné, la Savoie, le Jura, l'Auvergne et les Cévennes, afin de permettre aux voyageurs de circuler librement dans une de ces régions.

Ces cartes d'abonnement en 1re, 2e ou 3e classes, d'une validité de quinze ou de trente jours, donnent droit au voyage d'aller et retour d'un point quelconque du réseau à une gare d'une des régions énumérées ci-dessus et elles permettent, dans le périmètre de cette région, de circuler librement dans les trains.

Leur prix réduit est des plus avantageux et il le devient bien davantage encore si les membres d'une même famille usent de cette carte en même temps, puisqu'à partir de la deuxième personne elles font bénéficier cette famille d'une réduction supplémentaire qui varie de 10 à 50 % suivant le nombre de cartes qu'elle s'est fait délivrer.

Pour tous renseignements complémentaires, notamment sur la délimitation des zones et sur les prix des différentes cartes, s'adresser aux bureaux de renseignements et bureaux de ville P. L. M. et aux Agences de voyages.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

Nous devons immédiatement établir une distinction très nette dans l'exercice des deux professions : celle de médecin et celle de pharmacien.

La première est régie par la loi du 30 novembre 1892, qui n'exige que la production du diplôme de docteur en médecine d'Etat français, laissant à chaque praticien le droit de consulter dans autant de cabinets qu'il désire.

La pharmacie, au contraire, est régie par la loi du 21 germinal an XI ; les règles édictées sont vieillottes et désuètes ; mais sur certains points, sont toujours appliquées avec rigueur.

C'est ainsi qu'une jurisprudence nombreuse maintient l'obligation, pour le pharmacien, d'être seul propriétaire de son officine, de même qu'il ne peut pas être en même temps propriétaire de deux pharmacies.

L'arrêt de la Cour de Cassation, chambre criminelle, du 28 novembre 1931 (*Gazette du Palais*, 23 décembre 1931) maintient cette interdiction. Mais l'arrêt ajoute : « Attendu, il est vrai, que les textes de lois, qui régissent cette matière, ne contiennent aucune disposition expresse interdisant à un pharmacien propriétaire d'une officine de la faire gérer par un préposé, mais que l'article 2 de la déclaration du 25 avril 1777 exige que les pharmaciens possèdent et exercent personnellement leur charge et que cette disposition a été virtuellement maintenue par la loi du 21 germinal an XI, qu'il suit de là qu'un pharmacien ne peut pas être simultanément titulaire de deux officines. »

Des termes de l'arrêt ci-dessus, peut-on déduire que le médecin, également pharmacien, peut faire gérer son officine, pendant que lui-même donne des consultations médicales ailleurs ?

Un pharmacien a le devoir de faire gérer son officine, pendant ses absences, par un titulaire du diplôme de pharmacien. Je sais bien que beaucoup de pharmacies sont gérées et parfois même complètement abandonnées à ce qu'on appelle un élève, personnage enfant de la balle, non diplômé, mais ayant acquis une pratique manuelle certaine.

Si la loi de Germinal est invoquée pour maintenir un monopole, il ne faut pas la déclarer inexistante et désuète sur d'autres points. Légalement, il y a complicité d'exercice illégal à l'encontre du pharmacien, qui, presque toujours absent de son officine, en laisse la gestion à un élève non diplômé et n'assure pas lui-même la surveillance scientifique et professionnelle de sa pharmacie.

Sans compter qu'il encourt une responsabilité assez lourde, au cas d'erreurs de l'élève, ou de tromperie sur les doses ou préparations débitées.

Un médecin pharmacien ne peut donc confier sa pharmacie à un préposé que pendant de courtes absences. Il a été jugé que contrevient aux lois le pharmacien qui fait exploiter son officine par un

élève dans une commune où il ne réside pas habituellement (Trib. corr. Narbonne, 11 décembre 1903 ; *Gaz. Trib.*, 8 avril 1904 ; Trib. correct. Lille, 7 avril 1904, *La Loi*, 30 juin 1904.)

Commet une imprudence des plus graves, le pharmacien, qui laisse exécuter des ordonnances hors de sa présence (Trib. corr. Seine, 21 avril 1904).

Délaissant une jurisprudence nombreuse sur ce sujet, nous pouvons dire qu'il y a surtout une question de fait : un titulaire des deux diplômes ne peut pas à la fois exercer sa profession médicale, en allant voir ses malades en ville, en ouvrant un cabinet de consultations, et gérer, surveiller sa pharmacie.

Je sais bien que certains le font, que même des pharmaciens, titulaires du diplôme de chirurgien-dentiste exercent les deux professions, que d'autres ne s'adonnent qu'à leur laboratoire, laissant la gérance de la pharmacie à un préposé, diplômé ou non.

Pour apprécier ces questions de fait, il faut vérifier si la gérance du propriétaire de la pharmacie n'est pas suffisamment effective, pour être considérée comme réelle. (Dans ce sens, Cassation, Ch. crim., 17 décembre 1900 et 22 décembre 1900.)

On peut faire remarquer que le docteur pharmacien peut prendre un préposé diplômé, qui gèrera la pharmacie, pendant que lui-même exercera la médecine.

La chose est possible ; mais il faudrait s'assurer que cette association, ou ce louage de services ne cache pas une association entre deux diplômés, étant tous deux propriétaires de l'officine, alors qu'un en a la gérance et l'autre n'intervient que pour toucher sa part de bénéfices. D'autre part, rappelons aussi que les tribunaux se sont toujours refusés à reconnaître comme licite une association entre un médecin et un pharmacien, comme aboutissant à l'exploitation du public. Or, bien qu'il soit titulaire du diplôme de pharmacien, le médecin, qui exerce principalement la médecine peut être considéré comme ayant conclu une association nulle de droit avec un autre pharmacien, uniquement chargé de gérer l'officine.

Je conclus en disant que le titulaire des deux diplômes peut bénéficier d'une tolérance, qui s'est introduite progressivement dans les mœurs professionnelles et qui consiste à laisser en fait la gestion plus ou moins complète d'une officine, pendant des temps plus ou moins longs à un élève non diplômé ou à un diplômé, non propriétaire du fonds, pendant que celui qui est le titulaire de l'officine se livre à d'autres occupations, voire même à gérer une seconde pharmacie.

Mais ces irrégularités répétées ne peuvent pas faire la loi, ni le modifier. Il appartient donc soit aux tribunaux, soit aux associations professionnel-

les de médecins et de pharmaciens d'apprécier la conduite d'un médecin, qui, propriétaire d'une pharmacie, délaisse cette dernière pour s'adonner principalement à l'exercice de la médecine.

Dr Paul BOUDIN.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
### (Le Sou médical)

*Admissions prononcées par le Conseil d'administration à la réunion du* 16 *août* 1932.

MM. les Docteurs :

9.766 GIBERT, Brux (Vienne), Syndicat de la Vienne.
9.767 DUTRAY, Pithiviers (Loiret), Syndicat du Loiret.
9.768 LEULIER, Le Vésinet (Seine-et-Oise), Syndicat de Seine-et-Oise.
9.769 TRIBOULET, 3, avenue de l'Observatoire, Paris. Parrains : Drs Vacher et Thouvenel.
9.770 RAGAMONI, Ymonville (Eure-et-Loir), Association d'Eure-et-Loir.
9.771 HOLLARD, Brignoud (Isère), Syndicat du Haut-Grésivaudan.
9.772 LEGAY, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Saint-Malo.
9.773 JAUNEAU, Quevauvillers (Somme). Parrains : Drs Duchesne et Crouzat.
9.774 DEDIEU, Saint-Paul-de-Jarrat (Ariège). Parrains Drs Brunet et Calazel.
9.775 BAZOGE, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). Parrains : Drs Albert et Besnier.
9.776 Mlle AUVERT, Montluçon (Allier), Syndicat de l'Allier.
9.777 ROLLET DU COUDRAY, Montrouge (Seine), Syndicat de la Banlieue Sud.
9.779 HERVAUX, Attichy (Oise), Syndicat de l'Oise.

A défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication, les admissions ci-dessus seront définitives (art. 6 des statuts.)

## VARIÉTÉS

### Les idées de Monsieur de San-Cervo ou l'avenir de la médecine

J'étais seul dans mon compartiment, bercé par l'espoir d'une douce solitude, lorsque je vis entrer Monsieur de San-Cervo. A peine assis, il crut me reconnaître et devint intarissable.

Nourri de cancans de cloches, il en fit tinter quelques-uns : Voilà l'hiver qui arrivait, peut-être aurions-nous des pommes cette année. Puis, il parla de ses petites affaires, de sa petite famille et voulut m'intéresser à sa petite santé.

« Je suis effrayé, me dit-il, en songeant à ce qui « m'arrivera lorsque je serai malade. Ma belle-« sœur a eu, cette année, une fièvre typhoïde et le « médecin qui l'a soignée a mis trois mois à la « guérir. La fille de mon boulanger, atteinte de la « même maladie, a été guérie par le sien en un mois.

« Allez donc expliquer cela !!! Si j'avais une ty« phoïde, je demanderais à mon boulanger l'adres« se de son médecin mais, si c'est une autre mala« die que le sort me réserve, quel médecin de« vrai-je choisir ! ? Voyez-vous Monsieur, cette « question du choix d'un médecin me rend malade.

« J'ai du reste toujours prédit que nous serions « mal soignés tant que ne changerait pas le mode « de recrutement des médecins. On leur fait pas« ser des examens ou des concours. C'est bien. « Mais savez-vous quels sont les examinateurs ? « Je vous le donne en mille. Ce sont des médecins, « Monsieur, ce sont des médecins. Et la voilà bien « l'erreur fondamentale. Car... par qui, je vous « le demande, seront-ils jugés, leur vie durant, ces « nouveaux élus ? ..... Mais, par des malades, « Monsieur, par des malades. Alors..... com« mencez donc par les mettre en présence d'un « jury de malades.

« Vous voulez nommer un médecin des hôpi« taux ... rassemblez les malades de l'Hôtel« Dieu. Ils auront tôt fait de désigner l'étudiant « ou l'infirmier dont ils ont su discerner les lu« mières .. Quant aux autres médecins, ils seront « élus par des membres délégués du Syndicat des « malades. Comme cela, tout ira bien ; nous n'au« rons plus que de bons médecins.

« C'est simple. Encore fallait-il y penser.

« L'œuf de Christophe Colomb, Monsieur, l'œuf « de Christophe Colomb » ....................

..........................................

Monsieur de San-Cervo, votre idée est géniale, oui, mais les « vétérinaires, par qui seront-ils élus ? »..........................

C. Moigneteau.

# CORRESPONDANCE

## Questions médico-militaires

**5219. — Imputation au service militaire d'affections non inscrites sur le titre de pension.**

Un mutilé de guerre est pensionné pour syndrome d'ulcère pylorique, invalidité : 50 %.

Son médecin traitant adresse aux soins médicaux gratuits, article 64 le certificat suivant :

« Je soussigné, Docteur ............ certifie que M. S....., mutilé de guerre est atteint de troubles dyspeptiques et gastralgies avec dentition très insuffisante, nécessitant d'urgence un appareil de prothèse dentaire. »

Au titre de l'article 64 peut-on délivrer cette autorisation à ce mutilé alors que dans le libellé de la maladie, cause de la pension, il n'est pas question de la dentition.

Dr D.

**Réponse**

Seules autorisent le bénéfice de l'art. 64, les blessures ou infirmités, *explicitement* mentionnées sur le libellé de la pension d'invalidité.

En l'espèce, la dentition ne semble pas réunir ces conditions ; il faudrait qu'après une demande de nouvelle visite pour aggravation devant une Commission de réforme, le ministre reconnaisse que l'état de la dentition doit être imputé au service.

---

### 3268. — Fin des obligations militaires. Légion d'honneur

De la classe 1904, appelé avec la classe 1905, par suite d'un ajournement, je pense que je suis ma classe de recrutement et que je serais rayé des contrôles en octobre 1933.

Je suis actuellement médecin capitaine.

Y a-t-il un intérêt à demander le maintien en service après cette date ?

Quels sont mes titres pour la Légion d'honneur ?

J'ai 48 mois de zone des Armées (ambulance et régiments) une citation au régiment, pas de blessures. Pensez-vous que j'aie quelques chances d'être promu ? Le maintien en service pourrait-il ajouter à mes titres ? Dr C.

**Réponse**

L'article 20 de la loi du 31 mars 1928 spécifie, en effet, que les ajournés suivent le sort de leur classe d'âge, une fois qu'ils ont rempli leurs obligations militaires. Vous serez donc dégagé de toutes obligations militaires en octobre 1933.

Si vous demandez à être maintenu dans les cadres après cette date, vous ne pourrez plus ensuite offrir votre démission avant l'âge de 58 ans (capitaine).

Pendant ce temps, vous augmenterez chaque année d'une année vos services décomptés pour la Légion d'honneur.

Vous comptez actuellement vingt-sept ans de service, plus cinq campagnes de guerre ; total trente-deux annuités.

Actuellement vos chances existent, puisque vous avez dépassé les trente annuités réglementaires et que vous avez une citation au régiment, mais elles s'accentueront de plus en plus, et vous aurez certainement la Légion d'honneur au cours de votre maintien dans les cadres, surtout si vous vous faites appuyer au moment voulu.

---

### 3379. — Pension de reversion de la veuve d'un pensionné de guerre

Il y a quelque temps, j'ai été appelé auprès d'un réformé de guerre (amputation de cuisse sous-trochantérienne), qui venait de décéder subitement (embolie, attaque d'apoplexie ?) La veuve, mère de huit enfants (dont six de moins de 18 ans), voudrait pouvoir prouver la filiation de la mutilation entraînant la mort subite.

Cela me paraît assez difficile. Y a-t-il dans la littérature médicale d'après guerre des observations analogues qui permettraient de tenter une action devant le Tribunal des Pensions avec quelques chances de succès ?

Dr M.

**Réponse**

La veuve de votre client pensionné de guerre a droit à une pension de reversion. Mais elle peut demander la pension entière à l'intendant régional des pensions à C., en arguant d'une relation de cause à effet entre l'amputation et la mort subite. Il est probable que sa demande sera rejetée en premier ressort. Elle s'adressera alors au Tribunal des Pensions et là, elle aura de grandes chances de réussir, si elle plaide, ou fait plaider, que tous les grands amputés sont des hypertendus, et que l'hémorragie cérébrale dont son mari est mort a été causée par cette hypertension. L'hypothèse d'embolie partie du foyer de la fracture rendrait la thèse aussi soutenable.

La demande de la veuve doit être accompagnée d'un certificat médical qui mettra ce point de vue en évidence.

### 3305. — Mise en disponibilité pour infirmités temporaires

Etant médecin capitaine de réserve, classe 1898 et désirant pour raisons de santé être libéré au moins temporairement de mes obligations militaires, je vous serais reconnaissant de me dire :

Quelle situation militaire je dois demander ?

A qui je dois m'adresser ?

Dr P.

**Réponse**

Il faut écrire à votre Directeur du Service de santé, et lui demander à comparaître devant une Commission de réforme, qui, sur la constatation (par des experts militaires) d'infirmités, non incurables, mais vous mettant hors d'état de remplir vos obligations militaires pendant au moins six mois, vous *proposera* au ministre (qui décidera) pour une mise en non-disponibilité pour infirmités temporaires.

Cette situation est valable pour une année, elle peut se prolonger durant un maximum de trois années, au bout desquelles vous serez réintégré dans les cadres des médecins de réserve ou rayé définitivement des cadres.

### 3363. — Impossibilité de rétrogradation

Classe 1925, service auxiliaire, n'ayant pas fait de P. M. S., je n'ai fait cependant qu'un an de service étant donné que j'appartiens à une famille de cinq enfants.

Incorporé en octobre 1930, nommé médecin auxiliaire en avril 1931, médecin sous-lieutenant en septembre, libéré en octobre de la même année.

Je n'ai jamais fait de demande pour être nommé sous-lieutenant.

Voudriez-vous me dire s'il ne m'est pas possible d'être dispensé de mes périodes dussè-je redevenir médecin auxiliaire.

Dr X.

**Réponse**

Durant votre service militaire actif, une fois nommé médecin auxiliaire, il fallait faire connaître à l'autorité militaire votre désir de rester sous-officier.

A présent, il n'y a plus aucune possibilité de rétrograder, et vous aurez à faire des périodes, comme tout officier de réserve, dans la limite totale maxima de quatre mois, au cours de toute la durée de vos obligations militaires.

---

### 3364. — Paludisme et tuberculose

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner quelques renseignements sur la façon dont les Tribunaux des Pensions envisagent la question suivante : « Paludisme et tuberculose ».

Un ancien paludéen devenu par la suite tuberculeux peut-il réclamer une augmentation de sa pension du fait de l'aggravation de son état ?

Dr B.

**Réponse**

La tuberculose n'est pas considérée comme une suite du paludisme, en matière de pensions d'invalidité.

Comment jugent les Tribunaux de Pensions ? C'est très variable. La chance peut être tentée... mais avec beaucoup d'aléas.

---

## Fiscalité

### 4672. — Patente en cas de séparation de biens

J'ai une clinique, maison de santé, où je reçois tous mes malades, tous mes consultants, où j'ai mon seul cabinet.

Là, je suis imposé comme médecin, et comme propriétaire de maison de santé.

Par ailleurs, je suis marié, sous le régime de la séparation de biens, et j'habite chez ma femme, un appartement loué par elle à son nom, et là je n'ai point de cabinet, et ne reçois jamais un seul consultant.

Dans ces conditions, j'estime que je ne dois payer un nouveau droit de patente, ni comme médecin, ni comme propriétaire de maison de santé, basé et calculé sur l'appartement et le loyer de ma femme (séparés de biens).

Suis-je dans le vrai ?

Dr X.

**Réponse**

La patente est bien due, d'après la loi, sur l'habitation particulière qui vous est commune

avec Madame, bien que vous soyez séparés de biens.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 4505. — Calcul d'impôt sur le revenu

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner un renseignement au sujet de l'impô: sur le revenu.

Revenu déclaré : brut, 41.600 francs ; net, 22.800 francs. Marié, trois enfants en bas-âge :

1° Quels sont les abattements ?

2° Quelle est la partie du revenu imposable et quel en est le montant ?

3° Quelle est la somme à payer ? Dr B.

**Réponse**

Sur la base des renseignements que vous nous fournissez, vos impôts doivent être décomptés de la manière suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Revenus nets | | 22.800 |
| Les premiers 10.000 francs sont exempts | 10.000 | |
| Les 10.000 suivants sont exemptés pour moitié | 5.000 | |
| Au-dessus trois quarts | 700 | |
| Total à déduire | 15.700 | 15.700 |
| Revenu imposable | | 7.100 |

L'impôt est de : $\frac{7.100 \times 2}{100}$ = 825 francs.

Le revenu étant inférieur à 30.000 francs, la déduction pour les deux premiers enfants est de 10 % et 15 % pour le troisième, soit 85,20 + 85,20 + 127,80 = 298 fr. 20.

Somme à payer : 852 — 298,20 = 553 fr. 80.

A. M.

### 3752. — Patente sur le garage de l'automobile

J'occupe dans un garage un box particulier pour mon automobile.

Je sui: stomatologiste et ne me sers jamais de ma voiture pour ma profession. Elle est mon moyen de transport matin et soir entre mon cabinet à P... et mon domicile à 15 kilomèt es de cette ville.

Jusqu'en 1929 ce box était imposé au seul titre de la contribution mobilière (60 francs pour un loyer de 1.000 francs).

En 1930-1931-1932 je suis imposé pour ce même garage au titre de la contribution des patentes et taxe vicina'e (878 fr. 69 pour le même loyer de 1.000 francs.).

Je n'ai jamais déduit mes frais automobiles de mes recettes professionnelles.

Si je suis imposé justement aurai-je le droit à ces déductions puisque c'est ma voiture qui est la cause de cette imposition ?

Si je ne dois pas être imposé au titre de la contribution des patentes comment dois-je réclamer utile-

ment et puis-je le faire également pour les deux années 1930 et 1931 ?

Dr R.

**Réponse**

Il n'y a qu'un cas où un patentable des professions libérales n'a pas été imposé à la patente pour son garage. Il y remisait la voiture dont il ne se servait que pendant deux mois de vacances. Vous pouvez toujours demander la dégrèvement au directeur sur papier libre en exposant les faits.

A. M.

## Questions syndicales

### 4634. — Exclusion et mise à l'index

Le Conseil de famille de notre syndicat, d'après les statuts, peut prononcer les peines suivantes : avertissement, blâme, amende, exclusion.

Pour cette dernière sanction, il n'est pas spécifié si elle est simple ou accompagnée de mise à l'index :

1° Est-ce qu'il est admis, dans la pratique courante que l'exclusion entraîne d'office la mise à l'index ?

Nous avons condamné dernièrement un confrère à l'exclusion avec mise à l'index.

2° Avions-nous le droit de le faire dès lors que la mise à l'index ne figure pas au nombre de nos sanctions ?

Enfin admettant que nous ayions ce droit, ou bien que la simple exclusion entraîne par elle-même la mise à l'index est-ce que :

3° Un confrère mis à l'index ne peut pas avoir un recours contre le syndicat pour préjudice causé ?

Dr P.

**Réponse**

Il faut bien établir la distinction entre l'exclusion et la mise à l'index.

L'exclusion est une pénalité, prévue aux statuts d'un syndicat et pouvant être appliquée à un membre du Syndicat, s'il a commis une faute professionnelle, ou a manqué à ses engagements, vis-à-vis du pacte syndical.

La mise à l'index est un moyen de défense corporative, contre un non syndiqué, contre celui qui, n'appartenant pas au Syndicat, occasionne à ce dernier, par sa conduite professionnelle un dommage certain.

On ne peut donc pas mettre un syndiqué à l'index : cette mesure ne peut concerner que les non syndiqués.

Je comprends très bien que, dans l'esprit de nos confrères, mettre quelqu'un à l'index, c'est rompre avec lui toutes relations confraternelles : tous les médecins syndiqués doivent se désolidariser avec le praticien, qui viole les intérêts moraux et matériels de la profession.

Mais, à l'égard d'un syndiqué, il n'est possible de prendre des sanctions, qui ne sont pas pré-

vues aux statuts. En adhérant au syndicat, le candidat déclare qu'il a pris connaissance des statuts et qu'il les accepte : il sait à quoi il s'engage, il connaît les sanctions de ses actes. Délibérément, il se soumet à la discipline du groupe, car il connaît les pénalités, qui lui seront appliqués, s'il viole ses engagements.

Aussi, les statuts font-ils la loi entre les parties ; un Conseil de famille est strictement lié par l'application des pénalités prévues et ne peut pas en infliger d'autres.

Il peut donc être entendu que l'exclusion comporte implicitement la rupture des relations confraternelles ; ainsi, en droit commun, laisse-t-on de côté un praticien, qui aura été condamné par un tribunal correctionnel, ou par une cour d'assises.

Mais, cette rupture des relations ne s'impose que si elle est prévue aux statuts, sinon chaque syndiqué reste libre d'avoir, ou non des relations confraternelles avec l'exclu du groupe.

D'ailleurs, la mise à l'index conserve l'allure d'une pénalité accessoire à l'exclusion : un confrère peut avoir mauvais caractère, être très prompt dans ses réactions. Il peut être exclu du Syndicat, pour un écart de langage, pour un acte de vivacité, alors que nombreux sont parmi ses voisins, qui estiment sa science médicale, ou spécialisée et entendent, malgré son mauvais caractère et son exclusion, conserver de bons rapports confraternels avec lui.

Les statuts devraient donc prévoir l'exclusion et prononcer, s'il y a lieu, l'aggravation de peine, en décidant que les rapports confraternels pourront être rompus, avec le confrère exclu, s'il y a lieu de prononcer cette pénalité accessoire.

Qu'il me soit permis de répéter une fois de plus certains conseils, au sujet de la justice corporative : les statuts doivent toujours être respectés ; les droits de la défense sont sacrés ; l'accusé doit toujours être mis à même de se disculper ; les juges médicaux doivent conserver la sérénité de juges de métier et ne jamais se laisser aller à des passions, à des rancunes de voisinage.

La justice professionnelle est instituée beaucoup plus comme avertissement et guide que comme moyen répressif. Il convient d'éviter les pénalités trop brutales, hors de proportion avec la faute commise.

La femme de César ne doit pas être soupçonnée.

Dr Paul Boudin.

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 4546. — Radiographie du pied

Quel honoraire dois-je demander pour radiographie du pied ?

Le tarif accident du travail, dans son arrêté du 5 février 1932, indique à l'article 27 :

Paragraphe 1er, radiographie osseuse, ligne 2 :

| | |
|---|---|
| Pied, face ou profil | 65 francs |
| Pied face et profil | 80 francs |
| Ligne 20 : | |
| Pied face ou profil | 85 francs |
| Pied face et profil | 100 francs |

Quel tarif dois-je admettre, et quelle réponse dois-je donner à la Compagnie d'assurance pour le justifier si elle le conteste ? Dr B.

**Réponse**

On m'a déjà signalé cette anomalie et je l'ai prise en note pour la prochaine réunion de la commission. En attendant, je ne vois pas ce qu'une Compagnie pourrait vous objecter alors que vous prenez 85 ou 100 francs, puisque ces prix sont inscrits en toutes lettres au tarif, et cela d'autant plus que dans l'ancien tarif le pied était tarifé non pas à côté de main ni de poignet, mais à côté de cou-de-pied et jambe, comme dans la modalité de prix ci-dessus rappelée.

Dr F. Decourt.

**4556. — 1° Le tarif des A. T. n'est pas un tarif chirurgical complet ; 2° Les sutures de la peau**

Le nouveau tarif accidents du travail, devant servir non seulement pour les accidentés, mais encore pour les assurés sociaux notoirement indigents, en attendant qu'il serve pour les mutualistes et bien d'autres encore, devait semble-t-il être infiniment plus complet dans ses rubriques que son prédécesseur. N'aurait-on pu le calquer par exemple sur le tarif de la loi des Pensions ? Malheureusement, beaucoup de choses ont passé par maille ; même des actes médicaux figurant au tarif précédent n'y figurent plus.

Je vous serais donc obligé de me dire quel tarif appliquer à « suture simple » (deux points) et quel tarif à « suture multiple » (trois points et au delà).

Dr A.

**Réponse**

1° Lors de l'élaboration du nouveau tarif, les délégués médicaux avaient apporté un tarif *complet*, mais les délégués patrons et assureurs ne voulurent entendre parler que de ce qui concernait les accidents du travail, disant que la Commission n'avait pas d'autre mission, ce qui, d'ailleurs est la vérité. Il fallut donc amputer tout ce qui ne concernait pas les accidents du travail.

2° Il n'y a plus, dans le nouveau tarif, de division entre « suture simple : 15 francs » (en un ou deux points) et « sutures multiples : 25 francs ». Toutes les sutures de la peau ont été mises forfaitairement, pour ainsi dire, à 25 francs.

Dr F. Decourt.

## Baux et Locations

### 4004. — Droit à la prorogation. Conditions. Durée

Ayant lu dans le *Concours* diverses réponses concernant les questions de loyers, je désirerais que vous me donniez des renseignements et des conseils sur ma situation actuelle :

J'ai un bail datant du 1er avril 1921 qui va prendre fin le 1er avril 1933. Ce bail comportait trois, six, neuf ou douze années à ma volonté pour un prix de 2.800 francs par an. Je vais tâcher de faire un nouveau bail identique comme durée et clauses, mais à un prix supérieur : je pense offrir 6.000 francs. Le loyer d'avant-guerre était de 1.400 francs. Que pensez-vous de cela.

Si le propriétaire demandait un prix nettement supérieur, je puis user, d'après ce que j'ai lu dans le *Concours*, du droit de prorogation, puisque j'exerce ma profession dans ces locaux.

Voulez-vous me dire jusqu'à quelle date je puis jouir de cette prorogation, quel doit être le montant légal du loyer d'après la loi et quelles démarches je dois faire pour signifier mon intention ?

Dr P.

**Réponse**

Il nous semble que vous avez tout intérêt à tenter de vous entendre avec votre propriétaire pour conclure un nouveau bail au prix de 6.000 francs, soit un peu plus de quatre fois le loyer de 1914.

Au cas où le propriétaire manifesterait des exigences supérieures, que vous ne pourriez accepter, vous n'auriez qu'à vous en tenir à la prorogation de la loi du 29 juin 1929 qui vous sera acquise de plein droit, sans aucune formalité, sans que vous ayez même à la demander, à compter du 1er avril 1933, date d'expiration de votre bail.

Le loyer de 1914 étant compris entre 1.000 et 2.000 francs, votre prorogation ne prendra fin que le 1er juillet 1938. En échange de cette prorogation, vous aurez à payer un loyer égal au loyer de 1914 majoré, à partir du 1er avril 1933, de 205 % plus les charges, qui, en cas de forfait, ne peuvent excéder 30 % du loyer de 1914.

En outre, à partir du 1er juillet 1933 et chaque année par la suite à pareille date jusqu'à la fin de la prorogation, vous aurez à supporter une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914.

Tant que durera votre prorogation, il sera impossible à votre propriétaire de reprendre l'immeuble même pour son usage personnel, car le droit de reprise que la loi réserve au propriétaire, ne peut jamais porter sur un local affecté en tout en en partie à l'exercice d'une profession.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### I

### Changements d'Adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

### II

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, H. Forestier père, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie-les-Bains.** Alardo, Bouix.

**Ax-les-Thermes** (Ariège), Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre :** Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Censier, Joly, R. Hügel, Le Gouriérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E. Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, A. Péré, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon-Lancy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon-L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains.** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolner, Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry, Contal.

**Dax.** Barrau, Armand Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet, Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** Dr Sarda.

**Evaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). Rigal.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Fére.

**La Bauche-les-Bains.** Brissaud.

**La Bourboule.** Barthomeuf, Albéric, Boudry, Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Rééd. motr.*) M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil-les-Bains.** Roger, Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Dore.** J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros, Jossand.

**Plombières-les-Bains.** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bain.** Bourny.

**Salies - du - Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint - Gervais - les - Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches.** Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Sérane, Siguret, Versepuy.

**Santenay - les - Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains.** Fritsch, (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier, (*phys.*) Cahen, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Fasré (Ch.), (*stom.*), Fau, Gannat, Lère, Marquis, dat, Martin - Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Finck, Monsseaux.

## DEMANDES et OFFRES

No 262. — Spéc. O. R. L., 50 ans, libre en octobre, cherche associat. ou particip. à clin. sérieuse. Accepter. remplacem.

No 263. — A vend. d'occ. : Comptes rendus Sté Intern. de Chir., ann. 1905. Som. ; Valeur de l'exam. du sang en chir, (Depage, O. de la Torre, von Sannenburg, W. W. Keen). Traitem. de l'hypertrophie prostat. (Rydygier, Harrison, Rovsing)), Intervert. chirurg. dans les affect. non cancéreuses (Montprofit, W. Mayo, J. Rotgans, Mattoli, von Eiselsberg, Th. Jonnesco). Traitem. de la tuberc. articul. (A. Bier, Broca, Ch. Willems, Codivilla, Bradford). Traitement de la péritonite (Friedrich, Krogins, Lennander, Lejars, Mc Cosh, de Isla).

No 264. — 25 km. Paris, bon poste propharm., à céder, dans jolie campagne. Villa 8 p., jardin, garage, etc. Loyer 6.000. Prix à débatt. Ecrire.

No 265. — Ardennes, Chef-lieu de canton. Propharm. Poste à reprendre. Conditions à débattre.

No 266. — Dame 32 ans, disting. ay. adm. pens. fam. désire situat. maison repos ou clinique. Paris ou banlieue.

No 267. — On demande pour œuvre, propriété avec jardin, à Paris ou près des portes. Passy 61-10.

No 268. — Cause changem. voiture à vendre pour Ford : roue avec pneu et chambre, roulé 100 km. couvre radiateur, avertiss. Gürtner 6 volts, montre Jaeger. Dr Huart à Fournes-en-Weppes, Nord.

No 269. — Docteurs, étudiants et représentants labo. bien introduits sont demandés toute la France pour article nouveau de vente facile intéressant tout le corps médical. Très forte commission. Le meuble du médecin, 34, rue des Apennins, 17e.

No 270. — A céder, roue Michelin garnie pneu et chambre, le tout en 760 × 90. Bon état.

No 271. — 1o Diathermie Walter 3.000 mils, meuble guéridon, access. prix 1.700 fr.; 2o App. rayons X très puissant, complet avec tube neuf, écran, access. etc. 6.500 fr. Ecrire M. Lorin, 4, r. des Volontaires, Paris.

## Renseignements



# *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Ier Congrès international d'hygiène méditerranéenne.** — Nous rappelons que le Ier Congrès international d'hygiène méditerranéenne s'ouvrira le mardi 20 septembre à Marseille, sous les auspices de la Faculté de médecine de cette ville, et sous le haut patronage de M. le Président de la République.

Cette manifestation scientifique internationale, à laquelle de très nombreux savants appartenant à tous les pays méditerranéens apporteront leur concours et les résultats de leurs travaux, sera inaugurée par M. le Ministre de la Santé publique.

Précisons qu'en outre des communications se rapportant aux sujets les plus divers portés au programme de ce Congrès, plusieurs rapports seront présentés aux congressistes : La spirochétose espagnole (SADI DE BUEN) ; La fièvre ondulante (M. BURNET) ; La dengue (M. BLANC) ; Les procédés modernes de dératisation des navires (M. LUTRARIO) ; La fièvre exanthématique méditerranéenne (M. OLMER).

De nombreuses réceptions et fêtes auront lieu à la Faculté de médecine, à l'Hôtel de Ville, à la Chambre de commerce, à la Foire de Marseille, ainsi qu'un banquet de clôture.

Pour tous renseignements (inscriptions, séjour et réductions sur les voyages, communications, etc.),

s'adresser au secrétaire général Professeur H. Violle, Faculté de médecine, Palais du Pharo, Marseille, ou au Docteur Ch. Broquet, secrétaire général adjoint, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.

— **Résultats du concours de « L'Univers Médical ».** — Le jury du concours de l'*Univers Médical*, réuni sous la présidence des Docteurs Foveau de Courmelles et Dartigues, a attribué, le 3 août, les trois voyages offerts comme prix aux lauréats.

Il s'agissait, pour les concurrents, de répondre aux questions suivantes : 1° Quel pays d'Europe désirez-vous visiter ; 2° Dans quelle ville de ce pays vous serait-il agréable de passer plus de vingt-quatre heures ; 3° Quelle sera l'époque du voyage et sa durée ; 4° Rédiger un texte publicitaire de dix lignes maximum susceptible d'inciter vos confrères à prendre part au voyage qui vous intéresse.

Le concours-referendum était anonyme (le nom et l'adresse du concurrent, sous enveloppe, à part). Le dépouillement des réponses, fait par élimination, donna la majorité à l'Italie (première question), puis à Rome (deuxième question) et septembre, vingt et un jours (troisième question). Il fut nécessaire d'attribuer des notes à la rédaction du texte publicitaire des trois gagnants pour attribution de leur place. Puis les noms furent révélés :

Le Docteur Mme Lombart-Traverson, de Nantes, gagnait le premier prix (un voyage de vingt et un jours en Espagne).

Le Docteur Georges Lévy, ancien interne des hôpitaux de Nancy, gagnait le second prix (une croisière de quinze jours en Méditerranée et Adriatique).

Le Docteur M. Boutarel, 89, rue de Rennes, à Paris, reçut le troisième prix (un voyage de dix jours aux Iles Baléares).

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Concours d'oto-rhino-laryngologiste adjoint.* — Une place d'oto-rhino-laryngologiste adjoint à l'Hôpital-hospice des Enfants est mise au concours.

Les épreuves commenceront le mardi 8 novembre 1932.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat des Hospices, cours d'Albret, 91.

— **Hôpitaux civils de Toulon**: *Concours de chef de laboratoire.* — Il sera ouvert le 14 novembre prochain, à la Faculté de médecine de Montpellier, un concours pour une place de médecin-chef de laboratoire de biologie médicale des hôpitaux civils de Toulon. S'adresser pour renseignements au secrétariat des hôpitaux civils de Toulon.

— **Æsculape.** *Sommaire du n° 8 :*

Le ventouseur noir (1 ill.). — Brienne le jeune à Saint-Lazare ; un internement au XVII[e] siècle, par les Docteurs J. Lévy-Valensi et Emile Jacobé (6 ill.). — L'hôpital Ricord disparu, par M. J.

COUTEAUX (4 ill.). — La tête en poire de Louis-Philippe et l'oxycéphalie familiale héréditaire des Bourbons, Habsbourg, Médicis, par le Docteur M. TRÉNEL, médecin de l'asile-clinique de Sainte-Anne (7 ill.). — Hommage au Professeur Paul Delmas (1 ill.). — Numismatique et médecine militaire, par M. Charles FLORANGE (11 ill.) — Les « Iconolithes » de Würtzburg (1 ill.) — Supplément (9 ill )

# A TRAVERS L'OFFICIEL

20 AOUT

**Soins aux gendarmes.**

*Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 16 août 1932, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie, et pour les médicaments distribués.*

(*Suite et fin.*)

*Médaille d'argent.*

(Délivrée après 20 années de soins gratuits.)

20e légion : MM. Coliez, Longwy (Meurthe-et-Moselle) ; Hermann, Villerupt (Meurthe-et-Moselle) ; Cosserat, Bayon (Meurthe-et-Moselle) ; Henry, Bains-les-Bains (Vosges).

Réunion : M. Hoareau, Saint-Louis (île de la Réunion).

*Médaille de vermeil* (délivrée après 25 années de soins gratuits.)

Légion de Paris : MM. Pasturaud, Montlhéry (Seine-et-Oise) ; Delancé, Corbeil (Seine-et-Oise) ; Richard, Pantin (Seine) ; Vignard, Paris (15e) ; Weiss, Clichy (Seine).

1re légion : M. Lemaître, Blangy-sur-Ternoise (Pas-de-Calais).

2e légion : MM. Faleur, Ribemont (Aisne) ; Leconte, Crécy-en-Ponthieu (Somme) ; Ducros, Rubempré (Somme) ; Cagnard, Saint-Valéry (Somme) ; Monflier, Gamaches (Somme).

3e légion : M. Perreaux, Louviers (Eure).

4e légion : MM. Salmon, Grand-Lucé (Sarthe) ; Goupil, Javron (Mayenne) ; Collière, La Ferté-Bernard (Sarthe).

5e légion : MM. Gary, Baugy (Cher) ; Dirigoin, le Châtelet (Cher) ; Huchon, Dun-sur-Auron (Cher) ; Delaboudinière, Saint-Outrille (Cher).

7e légion : MM. Jacquot, Audincourt (Doubs) ; Giard, Montbenoit (Doubs) ; André, Pont-de-Roide (Doubs).

8e légion : MM. Bernardet, Toulon-sur-Arroux (Saône-et-Loire) ; Goupil, Bar-sur-Aube (Aube).

9e légion : MM. Bregeon, Gençay (Vienne) ; Perrault, Nueil-sous-les-Aubiers (Deux-Sèvres) ; Lemer-

le, Chabris (Indre) ; Houpert, Usson-du-Poitou (Vienne) ; Algret, la Châtre (Indre).

10e légion : MM. Brandès, Lézardrieux (Côtes-du Nord) ; Porée, Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Duval, Bréhal (Manche).

11e légion : MM. Chauveau, Ancenis (Loire-Inférieure) ; Horveno, Saint-Etienne-de-Mont-Luc (Loire-Inférieure) ; Michel, Indret (Loire-Inférieure) ; Attila, Josselin (Morbihan).

12e légion : MM. Nicolas, Champsac (Haute-Vienne) ; Lafaye, Saint-Astier (Dordogne) ; Chauvaud de Rochefort, Saint-Pardoux-la-Rivière (Dordogne) ; Laboisne, Chabanais (Charente) ; Rouilet, Ussel (Corrèze) ; Tarrade, Chateauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne).

13e légion : MM. Renon, Hérisson (Allier) ; Vitaut, Charlieu (Loire) ; Bonnouvrier, Charlieu (Loire) ; Moisset, Saint-Urcize (Cantal) ; Talandier, Mauriac (Cantal).

14e légion : MM. Moussard, la Verpillère (Isère) ; Roux, Saint-Gervais (Haute-Savoie) ; Volpelière, Bourdeaux (Drôme); Grumbach, le Péage-de-Roussillon (Isère) ; Gaud, Montrevel (Ain) ; Gignier, Lyon (Rhône) ; Marchat, la Motte-Chalançon (Drôme) ; Boissat, le Péage-de-Roussillon (Isère) ; Boillerault, Ambérieu-en-Bugey (Ain) ; Guillaud, les Echelles (Savoie) ; Poignon, le Chatelard (Savoie).

15e légion : MM. Guigues, Château-Arnoux (Basses-Alpes) ; Curel, Saint-Saturnin-d'Apt (Vaucluse) ; Fabre, Roquemaure (Gard) ; Lyons, Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes) ; Giraud, Thueyts (Ardèche) ; Meizonnet, Mallemort (Bouches-du-Rhône) ; Gaimard, Aubagne (Bouches-du-Rhône).

16e légion : MM. Lapeyre, Meyrueis (Lozère) ; Touren, Peyreleau (Aveyron) ; Combarel, Camares (Aveyron) ; Forestier, Langogne (Lozère) ; Cochy-de-Moncan, Saint-Sernin-sur-Rance (Aveyron) ; Andrieu, Asprières (Aveyron) ; Monfin, Decazeville (Aveyron) ; Roche, Couiza (Aude).

17e légion : MM. Barbé, Salies-du-Salat (Haute-Garonne) ; Lassalle, Sousceyrac (Lot) ; Delbreil, Puy-l'Evêque (Lot) ; Cazes, Lalbenque (Lot) ; Lavedan, Masseube (Gers) ; Ducos, Masseube (Gers) ; Vilatte, Tonneins (Lot-et-Garonne).

18e légion : MM. Charrier, Mirambeau (Charente-Inférieure) ; Geneuil, Montguyon (Charente-Inférieure) ; Turlais, Montendre (Charente-Inférieure) ; Dagneaud, Mortagne-sur-Gironde (Charente-Inférieure) ; Dugoua, Jonzac (Charente-Inférieure) ; Morisson, Labouheyre (Landes) ; Naureils, Morcenx (Landes) ; Crauste, Soumoulou (Basses-Pyrénées) ; Parazols, Pau (Basses-Pyrénées)

19e légion : MM. Fournier, Canrobert (Constantine) ; Bordère, Saint-Cloud (Oran).

20e légion : MM. Hoummel, Remiremont (Vosges) ; Clair, Lamarche (Vosges).

23 AOÛT

**Médecins experts en Indochine.**

*Décret du 16 août 1932 relatif à la désignation des médecins experts devant les tribunaux d'Indochine.*

CHAPITRE Ier

Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux en Indochine.

Art. 1er. — En Indochine, au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent sur les listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'experts devant les tribunaux.

Art. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine, citoyens français, demeurant, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 43, 44, 235 et 268 du code d'instruction criminelle, les opérations d'expertises ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert.

Toutefois, pour les besoins particuliers de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

CHAPITRE II

Des conditions dans lesquelles sont pratiquées les expertises médico-légales, en l'absence des médecins experts.

Art. 4. — En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement, ou lorsque les moyens de communication ne permettent pas de faire appel à un médecin expert, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine citoyen français, de leur choix.

Art. 5. — Dans les cas où il n'est pas possible de recourir à un docteur en médecine citoyen français, les magistrats peuvent commettre un docteur en médecine d'origine indochinoise, sujet ou protégé français,

Art. 6. — En l'absence de docteur en médecine citoyen français, ou sujet ou protégé français, et lorsque les moyens de communication interdisent de recourir à l'un d'eux, les magistrats peuvent commettre, par ordonnance motivée, un médecin indigène non docteur, diplômé de l'école de médecine de l'Indochine, pour procéder à toutes contatations médico-légales, y compris les autopsies.

Toutefois, dans les affaires ressortissant de la juridiction française, les rapports établis, dans les conditions prévues ci-dessus par les médecins indigènes non docteurs diplômés de l'école de médecine de l'Indochine, devront être remis dès leur arrivée à un docteur en médecine citoyen français, qualifié pour servir d'expert devant les tribunaux français.

CHAPITRE III

Dispositions générales

Art. 7. — Sont abrogées les dispositions des décrets du 17 août 1897, du 12 août 1905 et du 16 avril

1924, en ce qu'elles ont de contraire au présent décret.

Art. 8. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

24 AOÛT

**Légion d'honneur.**

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Marine marchande, M. le Docteur Clerc, président de la Fédération des médecins sanitaires maritimes.

26 AOUT

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé publique :

Officier : M. le Docteur Morali, d'Alger.

Chevaliers : MM. les Docteurs Goutenègre, de Mazan ; Grenet, d'Etampes et Heckel, de Paris.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Assurances sociales.**

**Droit de la femme d'un assuré social à la prothèse dentaire.**

674. — M. Camille PLANCHE demande à M. le ministre du Travail si une femme d'assuré obligatoire aux Assurances sociales a droit au bénéfice de la prothèse dentaire. (*Question du* 11 *juillet* 1932.)

*Réponse.* — Le conjoint d'un ou d'une assuré obligatoire, lorsque son salaire ou son revenu commercial déclaré ne dépasse par les chiffres de salaire ou de gain limite fixés aux articles 1er et 37 de la loi du 30 avril 1930, a droit, en ce qui concerne la prothèse dentaire, à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession, à la condition que l'assuré remplisse les conditions de versements fixées à l'article 5, paragraphe 2, de ladite loi. La délivrance de ces appareils est soumise à la décision préalable de la commission technique prévue à l'article 4, paragraphe 1er de la loi. La dépense correspondante n'est remboursée à l'assuré par la Caisse d'assurance que dans la limite de son tarif de responsabilité et après déduction de la participation légale de l'assuré de 15 p. 100 du montant du remboursement. (*J. O.*, 23 août 1932.)

**Droit des assurées sociales à l'assurance-maternité.**

I

137. — M. Vincent AURIOL demande à M. le ministre du Travail : 1° si, conformément à l'article 9, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 sur les Assurances sociales, le droit à l'indemnité journalière prévu à l'article 5 doit être refusé alors que l'assurée immatriculée avant le début présumé de la grossesse l'est cependant depuis moins de trois mois avant ce début ; 2° si les mots « état de grossesse » doivent s'en-

tendre de la période normale de neuf mois pendant lesquels l'assurée est enceinte. (*Question du 7 juin 1932.*)

*Réponse.* — 1° Le droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance-maternité est subordonné : 1° à une immatriculation antérieure au début présumé de la grossesse ; 2° au versement du minimum légal de cotisations au cours de la période de référence précédant soit le début présumé, soit la première constatation médicale de la grossesse. Une immatriculation antérieure de moins de trois mois au début présumé de la grossesse ne peut donc entraîner la déchéance du droit aux prestations si l'assurée a satisfait aux conditions de versements pendant la période de référence précédant la première constatation médicale de la grossesse ; 2° les mots « état de grossesse » dont s'est servi le législateur à l'article 9, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, visent la période qui s'étend du début présumé de la grossesse à l'accouchement. C'est la combinaison des paragraphes 1 et 2 dudit article qui permet de ne pas faire de distinction entre les prestations en nature et les prestations en argent de l'assurance-maternité pour la détermination des conditions ouvrant droit à ces prestations et d'admettre que la période de référence de base peut être soit celle qui précède le début présumé de la grossesse, soit celle qui précède la première constatation médicale.

(*J. O.*, 23 août 1932.)

II

450. — M. Edmond Miellet demande à M. le ministre du Travail si une assurée sociale, immatriculée en juillet 1930, ayant accouché en août 1931 et en règle pour les trois mois ayant précédé le mois de grossesse, peut prétendre aux prestations en nature et en espèces, quoique ayant cessé tout travail depuis le mois présumé de sa grossesse, mais n'ayant pas été radiée de l'assurance obligatoire sans cependant, avoir effectué de versements volontaires depuis l'arrêt de son travail. (*Question du 28 juin 1932.*)

*Réponse.* — L'attribution des prestations de l'assurance-maternité est subordonnée à la double condition que l'assuré (ou l'assurée) ait été immatriculé avant le début présumé de la grossesse et que les versements légaux aient été effectués au cours de la période de référence qui précède, soit la première constatation médicale, soit le début présumé de la grossesse. Exceptionnellement, on peut tenir compte des cotisations acquittées pendant la période de référence antérieure à l'accouchement, si la grossesse n'a pas été médicalement constatée auparavant ; mais, dans ce cas, le payement des prestations en argent peut, conformément à l'article 9, paragraphe 6, de la loi du 30 avril 1930, et à l'article 49 du règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires, être subordonné à l'observation par l'assuré des prescriptions faites par la caisse, notamment en ce qui concerne le délai de déclaration de grossesse.

Lorsque l'assuré remplit les conditions légales de taux et de durée de versements, elle a droit à l'ensemble des prestations maternité. Elle peut donc cesser postérieurement tout travail salarié sans être déchue du droit à l'indemnité de repos pour les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent l'accouchement, et, le cas échéant, aux primes d'allaitement ou aux bons de lait.

(*J. O.*, 23 août 1932.)

## FAITS CLINIQUES

### La brièveté du cordon ralentit-elle le travail ?

Notre distingué confrère le Docteur Damey publie dans le nº du 17 juillet du « *Concours Médical* » un intéressant article de pratique médicale relatif à la brièveté du cordon ombilical. A son avis, cette anomalie du cordon ne peut pas être cause de lenteur du travail. Eh bien ! je ne suis pas de cet avis, et je lui citerai deux cas assez récents qui me permettent d'étayer mon opinion.

Le premier se passait en septembre dernier : je suis appelé un dimanche vers 7 heures du soir dans la banlieue de T., par une sage-femme, auprès d'une parturiente dont l'accouchement traînait en longueur.

Je m'y rends d'urgence et trouve une présentation du sommet chez une primipare. Bassin normal, la tête près de la vulve. J'ai beaucoup de peine à entendre les bruits du cœur fœtal. Aussitôt, je fais une application de forceps, la femme n'avait du reste pas d'efforts.

J'extrais facilement un enfant petit (il ne pesait guère plus de deux kilogrammes) mais le cou était enserré fortement par une circulaire, et l'enfant vint en état de mort apparente. Au bout de quelques minutes de soins, il revint à lui, mais j'ai la conviction que si j'avais tardé d'un quart d'heure à intervenir, l'enfant n'aurait pas vécu. Or, en extrayant la délivrance, je constatai une brièveté tout à fait anormale du cordon, et je ne vois pas d'autre cause pour expliquer la lenteur du travail dans le cas actuel, car, je le répète, la tête était très petite et l'accouchement aurait dû se faire spontanément et vite sans cette anomalie.

Autre exemple tout récent : Dans l'après-midi du 1er juillet, je suis appelé, en l'absence de sage-femme, à mettre un enfant au monde à C., (Vienne).

Je trouve une primipare bien constituée. Dilatation presque complète à mon arrivée, présentation du sommet, tout paraît normal.

Peu de temps après, la tête apparaît à la vulve, un peu plus à chaque effort, mais après chaque

*Voir la suite page XLVII-2705*

# PROPOS DU JOUR

## L'Entr'aide des Rhumatisants.

### Une œuvre à encourager et à développer. L'utilité d'un hôpital pour rhumatisants.

Il n'y a pas que les tuberculeux, les cancéreux, les cardiaques qui méritent d'être secourus. Il est toute une classe de malheureux malades chroniques, impotents ou semi-valides, qui ne peuvent se passer d'aide et qui, s'ils n'ont pas de famille, ou si leurs parents sont dénués de ressources suffisantes ou se désintéressent d'eux, mènent une vie extrêmement pénible : ce sont les rhumatisants chroniques.

A l'Hôtel-Dieu de Paris, annexé à la clinique médicale du Professeur Carnot, existe un service modèle de physiothérapie, organisé et dirigé par le Docteur Dausset, service doté de tous les moyens thérapeutiques désirables qui donnent de merveilleux résultats dans le traitement des rhumatisants (1). Mais cette maladie cruelle, si elle s'améliore fréquemment, ne guérit jamais complètement ; en outre, l'on ne peut obtenir une amélioration vraiment appréciable et socialement utile qu'après une longue et patiente application des divers procédés physiothérapiques, mis en œuvre à l'Hôtel-Dieu. Il convient donc, pendant cette longue période de traitement, de permettre aux malades de vivre sans s'astreindre à de trop dures privations et, d'autre part, il serait inhumain d'abandonner sans secours, avant que l'Assistance publique leur ait assuré un refuge, ceux qui, complètement impotents, sont incapables de s'améliorer suffisamment et de gagner leur vie.

Le Docteur H. Dausset qui, pendant plusieurs années, en soignant ces malheureux, a pu se rendre compte de leur détresse, en a été ému et a fondé en 1931 un service social à l'Hôtel-Dieu, sous le nom d'*Entr'aide des rhumatisants*. C'est cette œuvre, créée par un médecin distingué qui est en outre un philanthrope averti, que nous voulons faire connaître à nos lecteurs, ne doutant pas qu'ils s'y intéresseront.

Les buts de cette Association sont d'abord de secourir les rhumatisants impotents et pauvres dont les familles ne peuvent supporter entièrement la lourde charge ; en second lieu, d'assister par le travail les rhumatisants semi-valides (et c'est le plus grand nombre) en leur procurant une occupation en rapport avec la diminution de leurs forces ; de leur apporter, en outre, le soutien moral dont ont toujours besoin les malheureux qui se sentent abandonnés ; enfin, de faciliter leur placement dans les maisons de retraite, leur envoi aux eaux minérales, en obtenant pour eux, lorsqu'ils ne disposent pas de ressources suffisantes, des réductions des prix de transport ou la gratuité des traitements.

Le Docteur H. Dausset, président-fondateur de l'œuvre, a trouvé immédiatement, dans son service et, parmi ses amis, des personnes généreuses, pour s'intéresser à cette noble mission.

Ce sont le Docteur Dejust, vice-président de l'Entr'aide, M. Goumy, secrétaire général, Mme le Docteur Brace-Gillot, secrétaire adjoint, le Docteur Chenilleau, trésorier, Mme le Docteur Pagès, trésorier adjoint, le Docteur Chambet, Mlle Gervais, membres du Comité.

Le Docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique, les Professeurs Carnot et Besançon, se sont intéressés à l'*Entr'aide des rhumatisants* en acceptant de la patronner comme présidents d'honneur. En quelques mois, l'Association compta près de 300 membres actifs et elle put aussitôt fonctionner. Grâce au dévouement des médecins et de Mlle Lebossé, assistante sociale, 307 visites à domicile ont pu être faites aux malheureux impotents au cours de la première année 1931-1932. Notons que, durant cette période, 4.000 consultations au moins avaient été données aux rhumatisants vraiment *indigents* dans le service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. Les assistantes sociales ont pu continuer le traitement à domicile de 35 malades, incapables de se rendre à l'Hôtel-Dieu, par des injections médicamenteuses et des massages. Des loyers en retard ont été payés, des secours

(1) Nous avons déjà dans le *Concours Médical* décrit le fonctionnement de ce service.

✦✦

urgents ont été distribués, des appareils indispensables, des béquilles ont été fournis à quelques-uns. Il a été possible d'assurer à certains des séjours de convalescence, notamment à l'*Œuvre des villégiatures du travail féminin* que dirige Mlle Korn.

L'Entr'aide est parvenue à arracher quelques rhumatisants à d'infâmes taudis et à leur procurer des logements sains. Malgré la crise économique actuelle, elle a trouvé (il est vrai très difficilement) du travail pour quelques-uns.

Grâce à l'ingéniosité de Mlle Lebossé, une bibliothèque a été créée pour prêter des livres à ceux qui ne peuvent pas travailler.

L'initiative de l'Œuvre a incité M. P. Fleurot à faire au Conseil municipal de Paris, le 19 novembre 1931, une proposition pour la création d'un atelier de rhumatisants qu'il faut souhaiter de voir un jour fonctionner.

Des dons en nature, en linge, de l'épicerie ont pu être distribués.

L'action de l'Entr'aide s'est manifestée même en province par l'envoi de médicaments coûteux, fournis à prix réduits par des maisons de spécialités, qui ont bien voulu s'intéresser à l'Œuvre.

Il serait très désirable que dans les grands centres de France se constituent des sections ou des filiales de l'Entr'aide des rhumatisants.

L'assistante sociale, Mlle Lebossé, dont on ne saurait trop faire l'éloge, a reçu des malades qu'elle a visités des lettres exprimant d'une façon naïve et touchante leur reconnaissance.

Voilà déjà beaucoup pour une année de début, mais il faut espérer qu'avec des ressources plus grandes et des moyens plus puissants, l'*Entr'aide des rhumatisants* pourra être encore plus utile.

Les rhumatisants riches sont très nombreux ; ils peuvent se rendre compte de ce qu'il y a de pénible, de cruel dans la situation de ceux qui, frappés de la même maladie, sont dénués de ressources. Ne pourraient-ils pas, sollicités par leurs médecins, devenir membres de l'Entr'aide ?

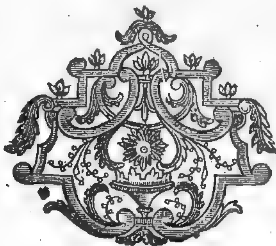
Le Docteur H. Dausset, qui nous exposait l'utilité de son œuvre et le désir de la voir se développer, avec une éloquence persuasive, nous faisait part d'un rêve qu'il voudrait bien voir réaliser, c'est la fondation d'un *hôpital pour rhumatisants.* Le traitement du rhumatisme chronique, nous disait-il, exige, pour obtenir des résultats appréciables, beaucoup de patience et de temps. L'application des procédés physiothérapiques qui s'imposent par leur efficacité, exige beaucoup de soins et de constance ; il convient que les malades graves soient hospitalisés dans le voisinage immédiat de l'établissement de physiothérapie. Il est difficile d'encombrer un service hospitalier normal, surtout un service de clinique, destiné à l'enseignement, de chroniques et, si l'on parvient à les y faire admettre, ce ne peut être que pour une période relativement courte, en tout cas insuffisante. Pour couronner l'œuvre, consacrée aux rhumatisants, il conviendrait de fonder pour eux un hôpital spécial. Médicalement et socialement, cette fondation serait nécessaire. Trouvera-t-on le ou les mécènes capables de réaliser cette bienfaisante institution ? C'est peut-être présumer beaucoup à l'heure actuelle et cependant, des créations infiniment moins utiles ont trouvé pour leur réalisation de riches et généreux donateurs. Ne désespérons donc pas (1).

J. Noir.

(1) Cotisations annuelles : membres actifs, minimum, 5 francs ; membres adhérents, 50 francs.

Envoyer les cotisations au trésorier : M. le Docteur Chenilleau, 22, rue Soufflot. Chèque postal : Paris : 1661-71, ou au secrétaire général : M. Goumy, 32, rue Belgrand, à Paris.

Adresser les dons en nature (livres, linge, vêtements, etc.) à l'Assistante sociale : Mlle Lebossé, 39 *bis*, boulevard Exelmans, à Paris.



# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### OPHTALMOLOGIE

### En déferrant la charrue...

Par le Professeur Henri FRENKEL
de la Faculté de Toulouse

« J'étais en train de frapper sur le carrelet ... »; « j'enfonçais le carré de la charrue ... » ; « je changeais le carrelet ... » : voilà le refrain qui revient régulièrement lorsqu'on interroge un cultivateur qui se présente chez l'oculiste porteur d'un corps étranger intraoculaire. La fréquence de ce genre d'accidents de travail est si grande que notre collègue de Montpellier, M. le Professeur Villard, a cru devoir en saisir l'opinion publique médicale par l'organe de l'Académie de médecine où M. le Professeur De Lapersonne a présenté sa communication sur ce sujet (1).

Ce cri d'alarme jeté par M. Villard nous paraît non seulement justifié, mais il nous semble opportun d'en saisir les plus larges sphères médicales, en lui proposant quelques mesures appropriées, de nature à faire restreindre le nombre de ces accidents.

#### Les accidents agricoles par blessures perforantes

En nous plaçant sur le terrain pratique, nous nous limitons aujourd'hui aux accidents oculaires dus aux blessures perforantes avec pénétration de corps étrangers, d'origine agricole. Ces accidents sont non seulement beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit communément, mais encore beaucoup plus dangereux que les accidents analogues qui surviennent dans l'industrie. Le danger qui résulte de ces accidents oculaires de travail agricole a une double cause.

D'abord, parce que la pénétration d'un petit éclat métallique dans l'œil peut passer inaperçue chez un homme absorbé par son travail, dur à la fatigue et à la douleur et habitué à ne pas s'attacher au moindre traumatisme qui le frappe. Dans les cas où le traumatisme lui-même n'a pas passé inaperçu, le paysan n'en reconnaît la gravité qu'au bout d'un certain temps, soit par suite de l'apparition des complications infectieuses, soit par la diminution de la vision.

Ce retard dans la décision prise par la victime de demander l'intervention médicale s'accroît généralement par les délais qu'entraînent les diverses étapes que le malheureux est obligé de parcourir : visite chez le médecin de la localité qui adresse le blessé à l'oculiste le plus proche ; examen de l'oculiste qui croit nécessaire de faire pratiquer une radiographie ; délai demandé par le radiographe ; décision de l'oculiste d'adresser le blessé dans un centre disposant d'un électro-aimant géant. Tous ces atermoiements aggravent considérablement le pronostic des accidents agricoles, au point que, souvent, lorsque le blessé se présente pour l'application de l'électro-aimant l'œil est en pleine panophtalmie. Et cependant une intervention précoce aurait pu arrêter une infection même déjà déclarée.

A ce titre, il nous paraît utile de faire connaître le cas suivant observé par nous dès le début de l'emploi de notre électro-aimant géant.

OBS. n° 2. — C... Anna, 24 ans. Montesquieu Volvestre, 10 juillet 1913.

Avant hier à 5 heures du soir, lorsqu'elle sarclait un champ, elle a reçu dans l'œil gauche un corps étranger. Elle croit qu'il s'agit d'un éclat de pierre détaché par l'instrument qu'elle maniait. Le médecin consulté le lendemain matin l'envoie à l'hôpital. A l'arrivée, on constate :

O. G. : Plaie pénétrante sclérale à 1 mm. de limbe du côté interne. La chambre antérieure est remplie d'humeur aqueuse trouble : il y a un hypopyon de 2 mm. La pupille est régulière, mais ne réagit pas ; elle est occupée par un exsudat purulent ; l'iris est infiltré de pus. Les douleurs spontanées et à la pression ne sont pas vives. Tn. Vq. O. D. norm. ; VI. La malade est conduite à la radioscopie. L'application de l'écran ne révèle la présence d'aucun corps étranger intraoculaire. On place la malade sous l'électro-aimant. Dès sa mise en marche, l'iris se soulève du côté nasal et la malade ressent une vive douleur.

Après kératotomie, en regard de la région où l'iris est soulevé, on rétablit le courant et immédiatement, avec la force attractive minima de deux ampères,

(1) H. VILLARD. — Les corps étrangers intraoculaires métalliques dans les professions agricoles. (*Bull. Acad. de Médecine*, 22 mars 1932, p. 427.)

le corps étranger se colle à la pointe de l'aimant. Son irruption a provoqué un volumineux enclavement de l'iris qui est réséqué. Par la plaie sourd en même temps une goutte d'hypopyon.

Le corps étranger est un éclat métallique de l'aspect d'une paille de fer détachée de l'instrument. Poids : 18 mgr. Dimensions : 6 mm. sur : 1,5 sur 0,5.

Ce cas prouve : 1° le peu de valeur des renseignements donnés par les malades : celle-ci prétendait qu'elle avait un éclat de pierre ;

2° Le scepticisme qui doit s'attacher à un examen radioscopique négatif en fait de corps étrangers intra oculaires. Dans ce cas, le résultat négatif semblait corroborer les dires de la malade et indiquer qu'il s'agissait d'un éclat de pierre.

3° L'application diagnostique de l'électro-aimant doit être systématiquement faite dans tous les cas de soupçon de corps étranger intra-oculaire.

Traitement : atropine deux fois par jour, pansement occlusif.

11 juillet 1913. La malade n'a pas souffert. Il n'y a plus de pus dans la chambre antérieure, mais beaucoup de sang. V. = mouvement main. Atropine, deux fois par jour.

12 juillet 1913. Pas de douleurs ; le sang s'est collecté en bas de la chambre antérieure. La plaie cornéenne commence à se vasculariser. La pupille commence à se dilater. V = 1/50.

16 juillet 1913. L'état local est encore amélioré. Encore un peu d'hyphéma. Léger enclavement irien dans la plaie cornéenne. V = 1/8.

22 juillet 1913. L'état local s'améliore progressivement. L'inflammation diminue nettement ; il n'y a presque plus de photophobie. V = 1/2. Quitte l'hôpital.

20 septembre 1913. — Revient se faire examiner. L'œil est resté calme depuis son départ de l'hôpital. V = 2/3 à 1.

Nous avons rapporté ce cas *in extenso* pour montrer que l'extraction d'un corps étranger intraoculaire faite 36 *heures* après l'accident peut arrêter une iritis purulente déjà avancée, en faire disparaître les séquelles et ramener une vision perdue à 2/3 allant à 1.

En ce qui concerne l'emploi de la radiographie comme moyen de diagnostic, une longue expérience nous a montré qu'il est inutile et peut même être nuisible. Inutile parce que l'électro-aimant sert à la fois de moyen de diagnostic et de traitement. Lorsque la radiographie a donné une réponse positive, cette réponse ne peut rendre service qu'à la condition qu'on ait procédé à la localisation exacte du corps étranger, soit par le procédé stéréoscopique, soit par les cinq images recommandées par M. Dor. Or, il est rare qu'on nous apporte pareille documentation Les deux photos classiques de face et de profil ne nous permettent pas de localiser le corps étranger et ne nous indiquent pas la meilleure voie d'accès.

Par le retard qu'elle apporte à l'application de l'électro-aimant, la radiographie est souvent préjudiciable au blessé. Elle l'est encore quand elle fait croire à une absence de corps étranger alors qu'il y en a un. L'observation 48 que nous rapportons plus loin en est une preuve. Nous en possédons quelques autres où il s'agissait de radiographie et non de radioscopie.

Une deuxième cause de la gravité des accidents oculaires agricoles, c'est que les corps étrangers introduits dans le globe oculaire par effraction y arrivent souillés de terre, sans que l'élévation de température par le choc ait pu stériliser les microbes y contenus, comme cela peut arriver dans quelques accidents observés dans l'industrie. Remarquons en passant que, malgré la présence fréquente du bacille de tétanos dans la terre, aucun oculiste n'a jamais songé, — et avec raison —, à procéder à une injection de sérum antitétanique au blessé.

Dans l'observation rapportée ci-dessus et qui date de 1913, nous avons déjà insisté sur l'erreur qui fait croire aux blessés et souvent aussi aux médecins que le corps vulnérant est du silex, donc un corps non magnétique, alors qu'en réalité presque toujours il s'agit de fer, par conséquent d'un corps justiciable d'une intervention à l'aide de l'aimant. Déjà en 1890, nous avons entendu le regretté Gayet insister sur cette erreur, à propos des accidents chez les casseurs de cailloux. M. Villard, en 1932, insiste, à son tour, sur la même erreur, preuve qu'en quarante-deux ans le public médical n'a pas fait beaucoup de progrès en fait d'instruction pratique sur cette question. Il faut donc retenir que, dans la lutte entre la pierre et le fer, c'est le fer qui succombe et se laisse casser, quand survient un accident oculaire. C'est un bout de marteau qui est projeté dans l'œil, parce qu'il s'agit d'un marteau dont l'acier est mal trempé. L'éclat a presque toujours la forme pyramidale ou se rapproche de cette forme, ce qui permet de se rendre compte que ce n'est pas l'objet sur lequel frappait le marteau qui a cédé, mais le marteau lui-même.

A titre prophylactique, faisons ici une petite remarque. Dans les accidents industriels, ni les patrons, ni les compagnies d'assurances ne se préoccupent jamais de savoir ce qui a pu être la cause de l'accident. Une seule fois, nous avons été interrogé sur la nature de l'agent vulnérant. C'était la Direction de la Poudrerie nationale de Toulouse qui nous a fait demander si son ouvrier avait été blessé par la tôle sur laquelle il frappait ou par le marteau. Nous avons pu répondre, en tenant compte de la forme de l'éclat, qu'il s'agissait d'un éclat de marteau. Cette demande était faite afin de pouvoir faire une réclamation auprès du fournisseur des marteaux, pour mieux

surveiller la fabrication des marteaux et rendre plus rares les accidents. Il y a là une méthode administrative toute à l'éloge de la Direction de la Poudrerie.

**Les accidents agricoles dans la région toulousaine**

Dans la région montpellérienne, M. Villard estime à 19/20 de tous les cas de blessures par corps étrangers intraoculaires ceux qui surviennent chez les agriculteurs. Dans la région toulousaine, nous avons relevé, sur 171 cas de corps étrangers intraoculaires extraits avec notre électro-aimant géant, 66 chez les agriculteurs, soit 38, 6 %.

Quand on pense que relativement rares sont les paysans qui se décident à consulter successivement un médecin général, un oculiste et d'accepter le conseil de ce dernier de se rendre dans un centre pourvu d'un grand aimant, on comprendra combien doivent être fréquents ces accidents si nous avons pu réunir 66 cas d'extraction avec résultat positif.

D'après M. Villard, les cas où l'accident était dû à la charrue seraient moins fréquents que ceux où il s'agissait d'un coup de pioche. En décomposant nos 66 cas d'après la nature du travail, nous avons trouvé :

Quarante deux cas, en changeant le carrelet de la charrue ;

Vingt cas en piochant ou sarclant (6 cas, en piochant la vigne, 4 cas, en piochant la terre, 10 cas, en sarclant du maïs, des haricots, des betteraves ou en bêchant des haricots) ;

Un cas en forgeant une rondelle pour charrue ;

Un cas en frappant sur le tracteur ;

Un cas en frappant sur le brancard ;

Un cas en cassant des pierres.

Dans notre petite statistique, la charrue joue un rôle prépondérant. C'est en changeant le carrelet que l'accident arrive le plus souvent. Le carrelet est une tige en acier trempé qui constitue le soc. Quand la pointe est usée, il faut chasser le carrelet de la gaine qui l'enserre. En frappant avec le marteau sur le carrelet, lorsque le marteau est mal trempé, un coin du marteau se détache et vient frapper le travailleur.

Voici le relevé des expressions employées par les victimes pour préciser le moment où l'accident est arrivé : déferrait la charrue, dix-huit fois ; frappait sur le carrelet, huit fois ; frappait sur la pointe de charrue, cinq fois ; enfonçait le carrelet de charrue, cinq fois ; frappait sur la charrue, trois fois ; remontait la charrue, deux fois ; changeait le carrelet, une fois ; remontait le coutre de la charrue, une fois ; réparait la charrue, une fois.

Tous les accidents arrivés pendant le travail à la charrue se rapportent aux hommes. Par contre, parmi les vingt cas survenus en piochant ou en sarclant, neuf sont relatifs à des femmes.

D'après l'âge, les 66 cas se répartissent ainsi : de 11 à 20 ans, 6 cas ; de 21 à 30 ans, 19 cas ; de 31 à 40 cans, 6 cas ; de 41 à 50 ans, 12 cas ; de 51 à 60 ans, 15 cas ; de 61 à 70 ans, 7 cas ; de 70 à 80 ans, 1 cas.

**Pronostic des accidents agricoles**

Nous avons déjà indiqué plus haut les raisons pour lesquelles on peut admettre *a priori* que les accidents agricoles oculaires sont plus graves que ceux de l'industrie. Les raisons principales sont l'état septique des corps étrangers introduits dans l'œil ; les soins oculaires sont donnés plus tardivement à ces blessés. Nous donnons ci-dessous le relevé des cas qu'il nous a été donné de soigner et les acuités visuelles obtenues dans ce cas, après l'extraction des corps étrangers à l'aide du grand électro-aimant de la Clinique ophtalmologique de Toulouse. Les cas dont le résultat visuel nous est resté inconnu ont été compris dans le chiffre global pour l'établissement du pourcentage malgré que quelques-uns de ces blessés aient pu conserver un certain degré de vision. D'autre part, parmi les blessés industriels, deux ont conservé une acuité visuelle normale parce que le corps étranger était non intraoculaire, mais intracornéen profond. Si l'on défalque ces deux cas, on obtient pour les acuités de 2/3 à 1 seulement 30 cas, 17,5 %, et une acuité utilisable de 0,25 à 1 seulement dans 46 cas : 26,8 %.

*Corps étrangers intraoculaires extraits à l'électro-aimant :*

| Acuités visuelles | Total des cas, 171 | | Cas agricoles 66 | |
|---|---|---|---|---|
| | | % | | % |
| de 1/2 à 1 | 32 | 18,7 | 7 | 10,6 |
| de 0,3 à 0,4 | 13 | 7,6 | 6 | 9,0 |
| 0,25 | 3 | 1,7 | 2 | 3,0 |
| 0,1 | 7 | 4,1 | 1 | 1,5 |
| 1/30 à 1/20 | 5 | 3,0 | 3 | 4,5 |
| inf. à 1/30 | 91 | 53,2 | 28 | 42,4 |
| inconnue | 20 | 11,7 | 19 | 29,0 |
| Total | 171 | 100 | 66 | 100 |

Par conséquent, alors que sur 171 cas, 48 ont conservé une vision utile ce qui donne 28 % (sans les 2 cas cornéens, 46 cas = 26,8 %), dans les accidents agricoles, sur 66 cas, 15 seulement ont gardé une vision utile, ce qui fait seulement 22,6 %.

**Prophylaxie des accidents oculaires agricoles**

C'est un chapitre encore à écrire et des organes d'application encore à créer. Nous ne pouvons qu'esquisser ici quelques suggestions.

Dans notre pays qui heureusement connaît encore la petite propriété, beaucoup d'accidents surviennent chez le propriétaire qui cultive lui-même sa terre ou chez le métayer qui partage avec le propriétaire le produit de son travail. On ne peut donc pas s'adresser à des groupes collectifs, comme dans les usines, mais il faut toucher les intéressés individuellement par voie de propagande. Et tout d'abord, il faut les instruire sur les dangers auxquels ils sont exposés et qu'ils ignorent. Ces dangers menacent non seulement les adultes, mais encore les enfants. Nous n'avons pas ici en vue ces cas moins rares qu'on ne croit où un enfant reçoit un corps étranger intraoculaire au moment où il regarde travailler les autres. Nous voulons surtout faire connaître les cas où les mineurs sont victimes d'accidents pendant le travail qu'ils exécutent eux-mêmes. C'est ainsi que, parmi les 66 cas d'accidents agricoles de notre statistique, six concernent des mineurs dont l'un est âgé de 15 ans, l'autre de 12 ans.

Obs. 48. — O... Louis, cultivateur à Gaussan (H.-P.), 15 ans.

Le 18 mai 1923, en frappant avec un marteau sur une pointe, a reçu dans O. D. un éclat. N'ayant pas souffert pendant quatre à cinq jours, il ne s'en était pas préoccupé. Au bout de ce temps, il est allé consulter le médecin de la famille qui n'a rien trouvé d'anormal. Le 28 mai 1923, il est allé à T. consulter notre confrère le Docteur M... qui n'a pas trouvé de signes de blessure perforante. Le 4 juin, à la suite de l'apparition d'un hypopyon, une radiographie fut pratiquée, de face et de profil, avec un résultat négatif. Pendant ce temps, apparut une irido-cyclite suppurée, de sorte que, malgré la radio négative, le Docteur M... nous adressa le blessé le 13 juin, en vue d'une application de l'électro-aimant.

15 juin 1923, 8 heures du matin. O. D. V. 0. Violente injection bulbaire avec hypopyon remplissant les deux tiers de la chambre antérieure. Iris invisible, sauf un liseré en haut. Nulle part, trace de blessure perforante. Tension élevée, pression douloureuse. Tendance à la diminution de la grandeur de la cornée, Chambre antérieure plus profonde.

Application du grand électro-aimant pendant trois minutes. Résultat négatif. D'après les renseignements fournis par le père, une partie de la tête de la pointe manque, cette tête ayant un centimètre de diamètre. A 8 h. 45, nouvelle application du grand électro-aimant. Cette fois, un petit corps étranger apparaît dans la chambre antérieure. Kératotomie inférieure. Extraction immédiate de l'éclat et d'une partie du pus concrété en bourbillon. Le corps étranger pèse 1 *mgr.* 2 et mesure 2 mm. sur 0,5 sur 0,25.

Obs. 171. — R..., Aubin, 12 ans, à Fontès-de-Razès (Aude).

Le 17 mai 1932 à 14 heures, en frappant sur le carrelet de la charrue, a reçu dans O. D. un éclat. Vu par le Docteur G..., de C..., le 19 mai, il nous fut adressé sans retard, sans perdre de temps à la radiographie.

20 mai 1932, 8 h. 30. O. D., Vq. Perforation de la cornée. Synéchie antérieure. Cataracte traumatique. Injection périkératique, douleurs. T. I. L'atropine dilate la pupille, détache synéchie, laisse voir une cataracte assez avancée.

Kératotomie temporale à la pique. Extraction d'un petit éclat pyramidal pesant 9 mgr. 3, et mesurant 2 sur 2 sur 2 mm. Excision d'un prolapsus irien. Atropine, pansement.

Il faut donc tout d'abord instruire la population que certains travaux nécessitent le port de verres protecteurs pour préserver les yeux de traumatismes que, grands ou petits, toute personne qui frappe avec un marteau sur un clou et à plus forte raison sur un carrelet, homme ou femme qui bêche, est exposée à recevoir un corps étranger dans l'œil, tout comme le forgeron, le tourneur ou le mécanicien de l'industrie.

Cette propagande devra être faite à l'aide de tracts répandus à profusion dans les campagnes, tracts qui après avoir rappelé le grand nombre d'yeux perdus à la suite de ces accidents, insisteront sur le fait que les victimes sont d'autant plus à plaindre que, très souvent, elles ne sont même pas bénéficiaires de la loi sur les accidents du travail, n'étant pas assurées. On expliquera ensuite qu'une intervention précoce d'un oculiste disposant d'un grand électro-aimant est susceptible d'empêcher la perte de la vue dans un quart des cas, à la condition, bien entendu, que cette intervention soit aussi précoce que possible. Mais on rappellera aussi que dans les trois-quarts des cas, le retour de la vision est compromis, soit par l'importance des lésions créées (hémorragie du vitré, cataracte traumatique), soit par l'infection intraoculaire. Pour ces trois-quarts des cas, il faut donc insister sur la prophylaxie : mieux vaut prévenir que guérir.

La prophylaxie consiste tout d'abord dans le port de verres protecteurs pour les yeux. On fera connaître les modèles le plus appropriés et les circonstances dans lesquelles leur emploi est de rigueur.

Une deuxième mesure prophylactique consiste dans une étude technique des moyens d'amélio-

rer les outils employés par les agriculteurs, point que nous ne pouvons pas développer aujourd'hui, mais qui ne devrait pas être perdu de vue.

Les organes qui assureront cette instruction de la population agricole et se chargeront de la propagande sont aujourd'hui plus nombreux qu'on ne croit.

Tout d'abord, la Société pour la préservation de la cécité ne refusera pas d'appuyer de sa haute autorité une requête auprès des Pouvoirs publics pour mettre à sa disposition les concours nécessaires. Dans cet ordre d'idées, les tracts imprimés pourront être répandus par les services du ministère de l'Agriculture, comme aussi par les Sociétés d'agriculture et les Syndicats agricoles. Les Directeurs départementaux d'hygiène voudront bien apporter leurs concours pour surveiller l'application des mesures conseillées.

La Direction de l'Office national d'hygiène sociale s'intéressera sans doute, à l'initiative prise par la Société pour la préservation de la cécité et lui prêtera le concours de son expérience en matière de propagande efficace et judicieuse. Enfin, le Corps médical tout entier s'intéressera à cette question de prophylaxie et contribuera à répandre les saines notions si peu connues encore.

CONCLUSIONS

1° La fréquence des accidents agricoles du travail et leur danger au point de vue oculaire met à l'ordre du jour la question de la prophylaxie de ces accidents qui devient ainsi un chapitre de la prophylaxie de la cécité.

2° A ce titre, la Société pour la préservation de la cécité se trouve intéressée à l'étude de cette question et à la mise en œuvre des moyens susceptibles d'assurer cette prophylaxie.

3° Le premier pas dans cette voie consiste à répandre dans la population agricole les justes notions sur les dangers qui s'offrent pendant le travail agricole et sur les moyens de les éviter.

4° En raison de la nature individuelle du travail agricole, c'est individuellement qu'il faut atteindre la population agricole et agir non par la voie des lois et décrets, mais par instruction et persuasion.

5° Dans cette œuvre d'instruction et persuasion, les organes des Pouvoirs publics, ceux du ministère de l'Agriculture, les collectivités agricoles, les Directions départementales d'hygiène, l'Office national d'hygiène sociale pourront jouer un rôle important pour réaliser l'œuvre entreprise.

6° Le concours du Corps médical tout entier ne fera pas défaut pour contribuer à la propagande de saines notions de prophylaxie oculaire et pour en assurer l'application.

## LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

G. BLECHMANN

### FEUILLET CXVII. — LES DÉCALCIFIÉS

(*Suite* du Feuillet CVII)

Voici une autre histoire des plus habituelles :

P., âgé de 8 ans, est amené avec le diagnostic d'appendicite chronique. Or, vous constatez qu'il s'agit d'un hérédo-spécifique porteur de déformations rachitiques ; la denture manque d'éclat et elle est mal soignée, ainsi que le révèle une légère gingivite ; il existe des caries homologues des molaires. D'autre part, le dentiste a constaté qu'elles ont été plus marquées à la suite d'une grippe assez sérieuse, survenue six mois auparavant. Par contre, l'examen de l'abdomen ne montre aucun signe appendiculaire...

Souvenons-nous avec L. Frey, des trois points suivants :

1. La carie dentaire est un *binôme pathogénique* (Beretta), fonction du milieu buccal et du milieu intérieur.

*a*) Déficience du milieu extérieur = milieu agressif pour les tissus dentaires = carie.

*b*) Déficience du milieu intérieur = terrain mal défendu = progression de la carie.

On a dit qu'une dent parfaitement propre ne se cariait jamais et c'est à peine excessif.

2) Toutes les maladies *chroniques* ou aiguës de la mère pendant la grossesse, toutes celles de l'enfant risquent d'amoindrir la valeur tissulaire de la dent, aussi bien pendant la période aiguë que pendant la convalescence.

3) Ces constatations sont d'une importance capitale : c'est dans la *vie embryonnaire, l'enfance* et dans la *prime adolescence* que les influences calcifiantes ou décalcifiantes sur le conjonctif dentaire s'exercent le plus activement, et que la valeur tissulaire de la dent subit surtout les influences bonnes ou mauvaises de l'état général.

Le pédiâtre doit être un *empêcheur* de la carie dentaire : *a*) non seulement en défendant le

milieu intérieur de la dent, *b*) mais en insistant sur la prophylaxie locale par la propreté méticuleuse (avec une brosse dure maniée matin et soir) et par la surveillance attentive.

Il faut apprendre aux mères cette hygiène mécanique et à dépister toute tache noirâtre ou laiteuse.

***

Voici quelques lignes d'une ordonnance qui pourra compléter les prescriptions du Feuillet XVII.

L'enfant devra être surveillé de très près au point de vue de sa dentition ; les dents devront être brossées soigneusement trois fois par jour (après le repas) avec une brosse dure et, tous les trois soirs, il sera bon de badigeonner les caries des dents non visibles seulement (imprégnation noire) avec un peu d'ouate sur un bâtonnet, trempée dans la solution :

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent........... | 0,20 centigrammes |
| Eau distillée............... | 15 c. c. |

***

Ajoutons que l'hérédo-syphilis prépare pendant la vie intra-utérine la déficience tissulaire des dents futures : or, les lésions gingivo-dentaires constituent plus tard un obstacle pour la bonne conduite du traitement, tout au moins par le mercure.

## L'AIR FILTRÉ DANS LE RHUME DES FOINS ET L'ASTHME POLLÉNIQUE

B. Z. Rappaport, Tell Nelson et W. H. Welker (Chicago) (1)

Le but de cette étude est de rechercher quelle amélioration peut être apportée aux malades souffrant de rhume des foins ou se trouvant en état de crise d'asthme, en les installant dans une chambre fournie d'air filtré, et les conditions de temps de cet isolement pollénique.

Cette méthode a été imaginée en 1924 par Storm van Leeuwen. Des malades sujets ayant passé la nuit, dans une chambre « sans miasmes » pouvaient sans redouter l'éclosion de nouvelles crises, vaquer dans la journée à leurs occupations. D'autres se trouvaient même complètement guéris après quelques jours de ce traitement. Plus tard, on ajouta à la filtration, le contrôle de la température et de l'humidité.

Mais ces installations étaient d'un prix prohibitif. Cohen, en 1926, utilisa un dispositif plus simple ; un ventilateur doublé d'un appareil filtrant qui injectait dans la chambre du malade, close mais non étanche, environ 60 mètres cubes par minute d'air filtré. Les fentes des fenêtres et des portes servaient de soupapes d'évacuation. La durée de l'isolement dépendait de la concentration en pollen de l'air extérieur ; selon les résultats de ce dosage, les malades restaient de huit à douze heures dans la chambre sans pollen. Dans les cas graves, surtout chez les asthmatiques, le confinement durait deux, quatre ou sept jours ; I. S. Kahn cite même des séjours continus de un, deux et sept mois.

Nos confrères de Chicago ont utilisé, pour purifier l'air de la chambre, hermétiquement close, un filtre spécial dont ils donnent une description détaillée. La partie filtrante est en cellulose, analogue à un papier filtre très lâche et très poreux. On le change tous les jours. Dans une chambre de 2.500 mètres cubes, dont l'air est renouvelé toutes les six minutes, on installe huit malades qui y sont très à leur aise.

Le pollen était compté chaque jour dans l'air extérieur : on trouvait au mois d'août 200, 300 et jusqu'à 400 grains par centimètre cube, et dans la chambre, une teneur à peu près constante de trois à six grains. Cette différence correspond à environ 95 % de filtration. Aucune indication n'est donnée sur la précaution prise au cours des allées et venues indispensables pour le service ou la vie courante des malades.

Le séjour dans la chambre close était pénible, à cause de la chaleur et sans doute de l'immobilité relative ; plusieurs ne purent le supporter.

### Résultats cliniques.

Cent cinq malades ont été soumis à l'expérience. Tous avaient des réactions cutanées positives. Ils restaient une semaine en observation, par groupes de huit. Les résultats ne concernent que 66 malades, les autres ayant abandonné leur traitement pour différentes raisons, dont la principale est qu'ils n'aimèrent pas leur prison ou ne purent se soumettre à un confinement prolongé.

On peut les diviser en trois groupes :

1° Fièvre des foins simple ; ces malades séjournaient dans la chambre de 8 heures du soir à 10 heures du matin.

2° Fièvre des foins compliquée d'asthme. Ils habitaient la chambre en permanence.

3° Asthme pollénique.

(1) *The Journal of the American medical Association*, 28 mai 1932, p. 1.861.

Dans le premier groupe, fièvre des foins simple, environ 45 % furent complètement guéris, et 45 % très améliorés. Ceux qui entraient dans la chambre au cours de la crise étaient soulagés au bout d'un temps quelquefois très court : une demi-heure, une heure ou deux au maximum.

Dans le deuxième groupe, rhume des foins compliqué d'asthme, la même amélioration rapide était constatée s'ils commençaient le confinement au cours d'une crise. Mais si les symptômes du rhume des foins disparaissaient, ceux de l'asthme secondaire concomitant subsistaient plus longtemps ; l'éternuement paroxystique s'apaisait, mais la toux et la crise asthmatique n'étaient pas si aisément jugulées. Toutefois, elles n'avaient pas, de loin, la même intensité qu'auparavant, ne nécessitant pas, par exemple, d'injections calmantes d'adrénaline ou d'éphédrine.

Le troisième groupe, asthme pollénique, n'a pas offert de résultats aussi satisfaisants. Les crises diminuaient également de violence, mais leur rythme était peu modifié, et les signes stéthacoustiques persistaient. De plus, à peine une demi-heure après leur départ de la chambre close, tout le bénéfice de la claustration était perdu et le contact avec les pollens athmosphériques déclenchait de nouveau l'état de crise aiguë.

Un fait curieux est la persistance des crises chez ces malades souffrant d'asthme pollénique. La suppression temporaire des pollens responsables supprime temporairement la réaction asthmatique ; mais elle réapparaît dès que le contact est repris. Ces malades, d'ailleurs, dans les semaines qui ont précédé leur maladie, avaient eu l'occasion d'absorber les mêmes doses de pollen, sans que leur sensibilité soit éveillée. Cette constatation porte nos confrères américains à croire qu'il y a, dans le fait de la crise, un facteur autre que le pollen, probablement un certain degré d'infection des voies respiratoires supérieures.

Pour résumer le travail de MM. Rappaport, Nelson et Welker, disons que la filtration de l'air apporte aux malades en état de crise un soulagement rapide et souvent définitif, à moins que des complications asthmatiques ne rendent la guérison plus lente et moins sûre, exigeant en tout cas un séjour plus intégral et plus prolongé dans la chambre étanche. Chez les sujets atteints d'asthme pollénique, ce traitement doit céder le pas aux traitements spécifiques de désensibilisation.

Me sera-t-il permis d'ajouter une suggestion à ces intéressantes constatations ? Au lieu de cette chambre dont l'installation est nécessairement dispendieuse et l'usage incommode, n'obtiendrait-on pas le même résultat au moyen d'un masque ? Si le masque de guerre, qui opprime désagréablement la bouche et le nez, paraît inconfortable, on peut imaginer une sorte de globe contenant la tête entière, hermétiquement clos au niveau du cou, dont la gêne serait minimum et l'efficacité parfaite. Ces Français, vont dire les Américains, ne peuvent s'empêcher de songer toujours à des conceptions individualistes !

Ph. Dally.

## NOTE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

### Les rhumes de l'oreille

Certains enfants, certains adolescents ont l'habitude, lors de coryzas, d'infections rhino-pharyngées banales, de grippes plus ou moins bénignes, de présenter des signes de congestion tubo-tympanique, d'inflammation de l'oreille moyenne. Ils ont, à chaque instant, des otites moyennes parfois purement congestives, parfois séreuses, parfois suppurées.

Ils s'enrhument par leurs oreilles, comme ils s'enrhument par leurs fosses nasales ou par leur gorge. Il est fort rare que l'infection de ces dernières n'entraîne pas l'infection des premières.

Depuis plus de trente ans, nous avons appelé l'attention des praticiens sur l'importance capitale qu'il y a, pour l'avenir auditif de ces sujets, à traiter systématiquement cette fragilité, cette débilité des muqueuses tubo-tympaniques. Nous avons montré comment le catarrhe tubaire bénin était un « *signal d'alarme* », que ne devaient point négliger les otologistes et les médecins d'enfants ; les catarrhes tubaires à répétition, les otites habituelles sont encore plus à surveiller et à combattre parce que le péril de surdité est encore plus pressant et ne pourra être évité si l'on n'y porte pas remède.

Quelle est donc la conduite à suivre dans ces cas de *rhumes d'oreilles* habituels ?

Il faut d'abord supprimer, chirurgicalement, les causes de l'infection de l'orifice pharyngé tubaire, curetter le cavum s'il est embarrassé de végétations adénoïdes ou de brides inflammatoires du pavillon de la trompe, supprimer les obstacles à la perméabilité nasale, s'il en existe de ce côté. Dès 1906, nous montrions, dans un mémoire sur l' « *insuffisance nasale* » adressé à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, comment le nez devait assurer, rigoureusement, l'aération du cavum ; et l'on sait l'influence heureuse sur les auditions défectueuses de certaines

opérations pratiquées sur les fosses nasales ou leur arrière cavité.

Mais ce n'est pas tout. Les muqueuses de la trompe d'Eustache et de la caisse, dont la fragilité est démontrée par les fréquences de leurs infections, doivent être traitées comme les muqueuses du nez ou de la gorge qui présentent une débilité analogue. C'est aux stations thermales sulfurées sodiques qu'incombe ce dernier devoir ; c'est à elles que l'on devra s'adresser. L'axiome de notre Maître M. Lermoyez est plus que jamais à l'ordre du jour : « *le pus appelle le soufre.* »

Les nez « *marécageux* », les pharynx habituellement infectés, sont communément envoyés vers les villes d'eaux sulfureuses pyrénéennes ou alpines, pour y être nettoyés, détergés, assainis ; et il est bien exceptionnel que le résultat cherché ne soit pas atteint.

Comment donc les muqueuses des trompes d'Eustache, qui ne sont, *histologiquement*, que les prolongements des muqueuses rhino-pharyngées, ne bénéficieraient-elles pas de ce même agent thérapeutique : *le soufre.*

Une condition est nécessaire : c'est que ce soufre (soit sous forme de grains à l'état colloïdal, soit sous forme de gaz sulfuré à l'état naissant), soit introduit dans la trompe et dans la caisse à l'aide de la sonde d'Itard. Une expérience, remontant bientôt à cinquante années, montre bien que les muqueuses tubo-tympaniques, traitées au début des infections, par les gaz sulfurés et le soufre colloïdal, donnent des résultats remarquables. Il faudra donc envoyer les enrhumés de l'oreille se soigner dans les stations outillées dans ce but comme on y envoie les enrhumés du nez, ou les enrhumés du pharynx et des bronches.

En résumé, chez les jeunes sujets, qui présentent des otites à répétition, il faut : 1° supprimer chirurgicalement les causes d'infections nasales ou pharyngées ;

2° Traiter aux stations sulfurées, *par le soufre,* les muqueuses chroniquement malades de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan.

Docteur B. de Gorsse,
(de Luchon),
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

### L'appendicite rétro-cæcale masquée par des symptômes urinaires

D'après le Dr Gaume (1)

*L'inflammation aiguë de l'appendicite se traduit en clinique par des signes d'emprunt dus à la réaction des organes voisins. Classiquement, il ne s'agit que d'une réaction du péritoine ; dans le cas particulier, les signes traduisent la réaction colique ou l'infection du système urinaire contigu.*

*Les malades se présentent à nous comme des urinaires : comment dépister l'inflammation de l'appendice rétro-cæcal ?*

Trois formes urinaires sont à envisager : *la pyélonéphrite, l'hématurie, la douleur lombaire.*

#### La pyélonéphrite a colibacille

La pyélonéphrite, qui masque une appendicite, existe parfois seulement à droite ; mais elle est quelquefois bilatérale. Elle n'est pas spécialement tenace ; elle guérit dans les délais habituels. Toutefois, reprenant à chaque nouvelle crise d'appendicite, *elle récidive, et on n'en trouve pas la cause d'entretien.*

Cette pyélonéphrite peut ne se traduire que par la pyurie, ou s'accompagner de cystite. De temps en temps survient une petite hématurie et les malades se plaignent de souffrir du rein droit. Avec cela, coexistent des troubles digestifs d'ordre tout à fait banal : des digestions difficiles, un peu de météorisme après les repas, de la constipation. La douleur est nette au point de Mac Burney, mais on l'attribue à un point urétéral. Puis l'attention est attirée par un trouble des urines, et l'on dit : pyélonéphrite, sans même envisager le diagnostic d'appendicite.

*Un examen complet des voies urinaires sera tout d'abord nécessaire* pour éliminer la possibilité d'une tuberculose rénale. Une pyéloscopie, du côté infecté, recherchera toute cause locale d'entretien de la pyélonéphrite, telle qu'hydronéphrose ou calcul latent.

Le résultat étant resté négatif, les investigations se porteront alors du côté de l'intestin, et on dépistera l'appendicite.

(1) Dr P. Gaume. — Formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale. (*Le Bulletin Médical,* 27 février 1932).

### L'hématurie

L'hématurie peut être très abondante, au point de déterminer une rétraction aiguë d'urines par caillot. Elle constitue parfois le seul symptôme ; parfois aussi, elle s'accompagne de troubles digestifs banaux ainsi que d'une douleur au point de Mac Burney, et, celle-ci, on l'attribue à l'uretère. On porte le diagnostic de néphrite hématurique.

Mais il convient tout d'abord d'éliminer le néoplasme du rein, le papillome vésical, certaines formes du début de la tuberculose rénale (avec bacilles de Koch dans les urines).

Avant d'envisager une néphrite hématurique, il faudra penser à l'appendicite rétro-cæcale, et en rechercher les signes.

### La douleur lombaire

Dans l'appendicite rétro-cæcale, la douleur lombaire est un signe à peu près constant. Presque toujours localisée à droite, elle peut être bilatérale à maximum droit. Tantôt, c'est une douleur sourde, presque continue, réveillée par le mouvement ou par la palpation de la région ; tantôt ce sont de véritables crises, simulant la colique néphrétique, d'autant mieux que, dans certains cas, on peut noter une irradiation testiculaire.

La confusion est d'autant plus facile que le point douloureux classique de l'appendicite rétro-cæcale, en arrière, au-dessous de la crête iliaque et le long du bord externe du carré des lombes, manque presque toujours.

Pour éliminer une affection vertébrale (douleurs radiculaires), on fera une bonne radiographie de la colonne vertébrale.

En cas de coliques néphrétiques, la douleur semble toujours en rapport avec un spasme du bulbe urétéral, aussi suffira-t-il d'un cathétérisme urétéral pour faire cesser ce spasme, et voir aussitôt la douleur se calmer.

Un rein mobile ne devra être retenu qu'en dernière analyse, et seulement si la pyéloscopie montre des troubles d'évacuation du bassinet en position basse, et si ceux-ci disparaissent ou s'atténuent lorsqu'on remonte le rein. La *pyéloscopie est donc indispensable*, et non la pyélographie, car, seule la pyéloscopie permet de suivre l'évacuation du bassinet et de préciser la variété des troubles moteurs, qu'il présente.

***

### Conclusions

Deux faits primordiaux méritent différemment une considération particulière, surtout lorsque les trois formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale se combinent :

1° L'étude minutieuse des *antécédents au cours desquels, très souvent on retrouve une crise d'appendicite aiguë franche* ; c'est généralement celle au cours de laquelle l'appendice s'est fixé en position rétro-cæcale.

2° *L'évolution de la courbe thermique.* Il est, en effet, exceptionnel de voir, par exemple au cours d'une pyonéphrose chronique, la température dépasser 38° ; un crochet thermique élevé correspondra alors toujours à une crise de rétention pyélique, mais il sera facile de la faire cesser par un simple cathétérisme de l'uretère.

« De plus toutes causes rénales éliminées, on pensera à l'intestin et à l'appendicite rétro-cæcale, s'il existe une douleur nette au point de Mac Burney, signe qui ne fait jamais défaut.

« Ensuite, une radioscopie du côlon viendra préciser la localisation du point douloureux au niveau de l'implantation de l'appendice, et au bord interne du cæcum. »

**En résumé**, comme le diagnostic avec la simple colite et l'épiploïte est toujours délicat, *il ne sera possible d'affirmer le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale, qu'en présence d'un ensemble de signes, qui comporte, outre les signes radiologiques décrits, l'absence de troubles du côté du rein affirmée par la pyéloscopie, et le syndrome clinique de l'appendicite chronique.*

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Essai de traitement des accès maniaques par l'hyposulfite de magnésium.

MM. Mestrallet et Larrivé font ressortir, pa· l'exposé de leurs observations, que l'action de l'hyposulfite de magnésium se limite aux seuls accès maniaques purs de la psychose maniaque dépressive. L'effet est si rapide, qu'il y a parfois avortement de la crise. Le plus souvent les phénomènes d'excitation psycho-motrice ont rétrocédé rapidement, dans un délai habituel de trois à quatre semaines après la prem ère injection, alors qu'antérieurement des accès identiques avaient persisté des mois. Ce traitement a été appliqué, à l'exclusion de tout autre.

L'hyposulfite de magnésium doit être employé sous forme d'injections intra-veineuses d'une solution à 10 %. Les doses injectées ne seront pas inférieures à 10 cent. cubes par jour ; elles devront être continuées régulièrement pendant dix, vingt jours, et plus, tant que persistera le syndrome d'agitation psycho-motrice. Si l'agitation se montre particulièrement intense et tenace, il ne faut pas hésiter à introduire dans les veines, en une seule ou deux injections quotidiennes, une dose de 20 et même 30 cent. cubes. Cette pratique est sans inconvénient, car si l'injection est constamment suivie de phénomènes, toujours accusés par le malade et dont il ne faut pas s'étonner : vaso-dilatation de la face, sensation passagère de chaleur intense qui débute à la gorge, envahit la cavité buccale, les oreilles et gagne finalement tout le corps, on n'a jamais observé le moindre incident, obligeant à interrompre le traitement. Enfin, on ne devra pas hésiter à reprendre une seconde série d'injections, qui, généralement est suivie d'effets satisfaisants. Le syndrome d'excitation motrice cède ordinairement d'une manière rapide ; l'exaltation intellectuelle est plus tenace même après 100 ou 200 cent. cubes de médicament ; il faut alors continuer le traitement ; la guérison du syndrome psychique en sera accélérée. (*Lyon Médical*, 6 mars 1932.)

### La typhlite aiguë ; ses relations avec l'appendicite.

D'après MM. G. Massabuau et A. Guibal, on observe avec une relative fréquence, au cours de laparotomies iliaques droites, commandées par le diagnostic d'appendicite aiguë, des lésions de typhlite (congestive, phlegmoneuse ou gangréneuse). Le plus souvent, elles sont associées à des lésions aiguës de l'appendice et secondaires à elles, la propagation s'établissant par contact ou par voie sanguine ; parfois même, il faut encore considérer l'appendicite comme responsable, alors que l'appendice ne présente que des lésions cicatricielles.

Cependant, la typhlite aiguë primitive existe, infiniment rare par rapport à l'appendicite ; mais elle ne peut être affirmée que par l'intégrité histologique de l'appendice ou, si les constatations sont seulement macroscopiques, à la condition qu'il n'y ait pas de passé appendiculaire, et que ces constatations soient faites au cours d'une opération à chaud.

Le traitement de la typhlite aiguë, lorsque les lésions cæcales sont légères, paraît pouvoir se limiter à l'appendicectomie systématique. En cas de lésions graves limitées, il faut essayer de les enfouir ; si elles sont trop étendues, un simple drainage au contact, avec remise à plus tard d'une intervention plus complète, devra être préféré aux résections étendues à chaud. (*Montpellier Médical*; 15 mars 1932.)

### Les formes intestinales des cancers gastriques.

Les réactions intestinales surviennent en général au cours d'un cancer gastrique déjà diagnostiqué ; elles réalisent alors, soit des formes cliniques un peu anormales, soit de véritables complications de ces cancers, que le Docteur Jean Rachet n'envisage pas dans cette étude. Il se borne aux formes beaucoup plus spéciales, où la symptomatologie intestinale est la première en date, et où elle motive l'examen clinique. Elle masque alors toute la symptomatologie gastrique, et elle expose par là à des grossières erreurs de diagnostic, si on ne pratique pas, de parti-pris, un examen clinique et radiologique complet du tube digestif pour dépister la tumeur de l'estomac.

La constipation est, dans la très grande majorité des cas, le symptôme intestinal habituel ; elle est en général modérée et n'est citée qu'à titre de symptôme connexe de deuxième plan. Parfois cependant, ou cette constipation s'accroît, ou elle semble résumer à elle seule, pendant un certain temps, toute la symptomatologie ; il s'agit alors de formes coprostatiques du cancer gastrique.

Quand la constipation est simple, presque toujours le cancer passe inaperçu ; il faut cependant systématiquement se méfier chaque fois qu'un sujet de 40 à 50 ans vient consulter pour une constipation d'apparition relativement récente ; et il

ne faut pas s'égarer vers un cancer intestinal, ne pas faire d'examens radiologiques partiels, mais faire un examen total.

Lorsque la constipation est douloureuse, l'histoire est celle d'une entéro-colite muco-membraneuse, d'une colite spasmodique avec météorisme, parfois localisée ; on note également la constipation hémorragique, l'obstruction chronique, l'occlusion aiguë.

D'autre part, la diarrhée n'est pas un symptôme exceptionnel au cours de l'évolution du cancer gastrique : diarrhée aiguë, épisodique ; diarrhée chronique ; diarrhée lientérique (émission de selles liquides, jaunâtres, contenant des débris macroscopiques d'aliments, et survenant très rapidement après chaque repas). Ici, encore, il faut examiner complètement les malades, explorant cliniquement et radiologiquement tous les organes, l'estomac en particulier, où siège le cancer causal. (*Revue médicale française*, mars 1932.)

### Torsion bilatérale des trompes saines.

La connaissance de cet accident est d'acquisition relativement récente. Le Docteur SÉNÉCHAL publie une observation de torsion bilatérale, fait rapporté pour la première fois.

Celle-ci montre : 1° que les insufflations des trompes, même faites par un praticien expérimenté, peuvent être fallacieuses ; 2° que même les injections de lipiodol peuvent amener à des conclusions erronées. Il n'y a que lorsque l'abdomen est ouvert, et que les organes sont dans la main et sous les yeux de l'opérateur, que celui-ci peut conclure à la possibilité d'un acte chirurgical susceptible de favoriser la grossesse.

Voici les points, qui paraissent susceptibles de caractériser la torsion des trompes : Femme jeune ou jeune fille. Crise survenant au début ou au cours de la période menstruelle. Pas de fièvre. Pouls rapide. Pas de vomissements, lorsque la malade est vue dans les premières heures, ce qui est la règle.

Douleurs extraordinairement violentes, diffusées à tout l'abdomen, mais avec prédominance vers le petit bassin, localisation à laquelle correspond la douleur provoquée à la palpation. Le toucher chez les jeunes femmes donne peu de renseignements, étant donnée la difficulté éprouvée par le clinicien à le réaliser. Le toucher rectal, chez la jeune fille, est également peu instructif. Au résumé, le diagnostic est à faire avec la grossesse extra-utérine, avec l'appendicite aiguë ; mais, pour identifier une torsion tubaire, il faut surtout y penser. La coexistence de la période cataméniale chez une femme normalement réglée est le meilleur élément de différenciation des autres symptômes péritonéaux à grands fracas de la région sous-ombilicale. L'indication opératoire est impérative. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1932.)

### La fièvre boutonneuse.

La fièvre boutonneuse existe dans le bassin méditerranéen ; on l'observe pendant la saison chaude. M. Ch. JOYEUX rappelle qu'elle est transmise par une tique : Rhipicephalus sanguineus. Au point où cet acarien a fait sa piqûre, se manifeste fréquemment une petite escarre noirâtre. La poussée fébrile s'accompagne d'une éruption maculo-papuleuse, difficile à décrire et désignée sous l'appellation « boutonnseue ». Le pronostic est généralement bénin ; la durée de la maladie atteint deux à trois semaines. On ne connaît pas d'animaux vertébrés porteurs du virus dans la nature ; celui-ci se transmet héréditairement chez la tique.

Cette maladie semble différer du typhus exanthématique et de ses variétés ; par contre, elle se rapproche d'affections analogues, décrites surtout en Extrême-Orient et dans les Montagnes Rocheuses, en Amérique du Nord. (*La Pratique Médicale française*, mars A et B.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Septicémie à streptocoques hémolytiques d'origine otitique. Guérison par le sérum de Vincent.

(MM. MARQUÉZY, P. CAMUS et ROIZES. — *Académie de médecine* ; 26-7-1932.)

Le malade, un enfant de onze ans, eut, à la suite d'une otite gauche avec mastoïdite, une septicémie à streptocoques vérifiée par l'hémoculture et compliquée d'ictère infectieux, décoloration des selles et prostration profonde.

A la suite d'injections de sérum antistreptococcique de Vincent à hautes doses, se produisit une amélioration notable et la disparition des symptômes infectieux et de la fièvre. L'hémoculture devint négative. Toutefois, la fièvre persistant la nuit et l'hémoculture étant à nouveau positive, malgré un état général satisfaisant, on eut recours à une seconde série d'injections de sérum. Sept jours après, cette septicémie grave était complètement et définitivement guérie.

**Nouveau cas de septicémie à streptocoques guérie par le sérum de Vincent.**

(MM. Flaissier et Sollier, de Nîmes. — *Académie de médecine* ; 26-7-1932.)

Les auteurs rapportent l'histoire d'un enfant de huit ans qui, à la suite d'absorption d'eau croupie d'un ruisseau, fit une très forte fièvre (41°) sans localisation précise au début. Il se plaignit ensuite d'otalgie gauche. Bientôt après, violent frisson, température, 42°4.

L'ensemencement du sang donna du streptocoque hémolytique. Prostration, délire, malgré les injections de bleu de méthylène, etc. Ecoulement séro-purulent de l'oreille, sans mastoïdite.

Au neuvième jour de la septicémie, on institue la sérothérapie par le sérum antistreptococcique du professeur Vincent. Albuminurie, traces de pigment biliaire et d'indican dans l'urine. La fièvre tombe complètement au neuvième jour du traitement. La convalescence est troublée par un court incident anormal : fièvre éphémère, strabisme gauche, photophobie (ébauche d'atteinte méningée ou réaction sérique ?). La sérothérapie est continuée et tout rentre rapidement dans l'ordre. Guérison complète, sans séquelle.

**Présentation de l'appareil à respiration artificielle du Dr Chéron.**

(M. Portier. — *Académie de médecine* ; 28-6-1932.)

Dans les appareils à respiration artificielle, on a surtout cherché à agir sur les côtes et à établir la respiration thoracique.

Or, la respiration n'est pas seulement thoracique, mais thoraco-abdominale. Partant de cette donnée, le Docteur Louis Chéron a pensé qu'il y avait lieu, dans les manœuvres de respiration artificielle, d'associer à la pression sur les parois costales la poussée sur la sangle abdominale. Telle est l'idée qui a présidé à la construction de son appareil. Celui-ci, en dehors d'une ceinture-boucle, comporte une ouverture découpée au centre de la paroi inclinée, livrant passage à une plaque métallique mobile qui épouse la forme de l'abdomen et, commandée par un levier, pivote autour de son grand axe.

En agissant sur le levier on provoque un mouvement d'élévation et de bascule de la plaque mobile qui exerce une pression sur la paroi abdominale ; cette pression se transmet, par l'intermédiaire des viscères, sur la face inférieure du diaphragme et par là même sur la base des poumons.

En ramenant le levier, on relâche la paroi abdominale, les viscères reprennent leur place : le diaphragme s'abaisse et le parenchyme pulmonaire n'étant plus comprimé se dilate.

**Sur le traitement du cancer du rectum.**

(M. Gougerneur. — *Société de chirurgie* ; 2-3-1932.)

M. Gouverneur distingue le cancer du rectum et le cancer de l'anus.

Dans le cancer du rectum, opérable, la chirurgie, dit-il, doit toujours être préférée ; elle reste sans conteste le traitement de choix. Dans les cancers du rectum inopérables, on peut, après avoir pratiqué un anus iliaque, faire un traitement curiethérapique, à condition que la tumeur ne soit pas trop infectée. Lorsque, à la suite d'une cure radiumthérapique, une tumeur est devenue opérable, il faut en faire l'ablation opératoire, car on a trouvé, sur la plupart des pièces, des colonies néoplasiques restantes.

Dans le cancer de l'anus, devant la médiocrité des résultats de l'intervention chirurgicale, le radium (précédé de colostomie) semble supérieur à l'opération.

— M. Desplas ajoute que, dans le cancer rectal inopérable, après anus iliaque définitif, lorsque les signes fonctionnels ont justifié la dérivation, on voit souvent des améliorations importantes et prolongées, pouvant donner au malade l'impression d'une guérison. Si l'on fait alors de la radiumthérapie, on risque de rendre la situation notablement plus mauvaise. L'auteur déconseille le radium aussi bien dans le cancer opérable du rectum que dans le cancer inopérable de cet organe.

**Luxation récidivante des deux rotules. Guérison par myoplastie.**

(M. F. M. Cadenat. — *Société de chirurgie* ; 27-4-1932.)

M. Cadenat a opéré une jeune fille de 22 ans atteinte de luxation récidivante des deux rotules. Quatre opérations successives n'ayant donné que des résultats temporaires, l'auteur pratiqua une myoplastie (opération de Krogius-Lecène-Moulonguet), qui amena une guérison définitive.

— MM. Mouchet, Mativet et Gatelier ont eu recours plusieurs fois avec succès à l'opération de Krogius-Lecène-Moulonguet.

**Diagnostic précoce des cancers du testicule.**

(M. Maurice Chevassu. — *Société de chirurgie* ; 9-3-1932.)

M. Chevassu fait le diagnostic précoce du cancer du testicule par la constatation d'un noyau dur intra-testiculaire, d'une zône indurée dans un testicule par ailleurs normal, ainsi que son épididyme, son cordon, sa vaginale, son scrotum.

Le testicule syphilitique présente des caractères différents. La syphilis testiculaire, lésion « inflammatoire », provoque des réactions de voisinage, vaginalite, funiculite, albuginite. Seule, la forme scléreuse pure peut en être dépourvue, mais alors le testicule, dur dans l'ensemble et insensible, est plus petit qu'un testicule normal.

L'hématocèle, beaucoup plus rare que le cancer du testicule, s'accompagne d'un manque de souplesse du scrotum et du cordon.

Au cas de doute, encore, faire rapidement, sans

trop attendre, une exploration chirurgicale. Même, d'ailleurs, si l'on avait affaire à une hématocèle, à une tuberculose massive testiculo-épididymaire ou à une syphilis ne régressant pas sous l'influence du traitement, la seule thérapeutique à conseiller serait chirurgicale.

Donc, conclut M. Chevassu, sachons dépister le cancer du testicule à son début, en attachant toute l'importance qui convient à l'existence d'une *zone indurée* dans un testicule dont le reste est normal, ainsi que son épididyme et son cordon, sa vaginale, son scrotum. Faire le diagnostic de gros testicule par le pincement de l'épididyme. Confirmer d'urgence le diagnostic par l'exploration sanglante sous anesthésie locale : on reconnaîtra, à première vue, le cancer par la vascularisation spéciale de l'albuginée. Faire en cas de doute une orchidotomie exploratrice. On pourra ainsi pratiquer de bonne heure une castration, assez à temps, dans un cancer qui trop souvent évolue rapidement.

P. L.

### Valeur thérapeutique d'une simple piqûre d'aiguille dans le traitement des arthrites traumatiques ou rhumatismales.

(M. Ferreyrolles. — *Soc. de méd. de Paris* ; 13-5-1932.)

La peau n'est pas seulement un revêtement protecteur, une barrière entre le monde extérieur et les tissus ; par une action simple et discrète sur elle, on peut soulager la douleur et guérir.

Exposant quelques-uns des résultats qu'il a obtenus par la thérapeutique millénaire chinoise de l'acupuncture, l'auteur décrit une méthode de traitement des arthrites traumatiques ou rhumatismales. Par une simple piqûre d'aiguille, en des points donnés pour une articulation donnée, il obtient la mobilisation instantanée et sans douleur de l'articulation malade, en même temps que la récupération fonctionnelle du membre, chaque fois qu'il n'existe pas d'anomalie radiologique apparente.

C'est là une méthode supérieure à celles actuellement employées, par sa simplicité et par son efficacité.

### Epithélioma métastatique du maxillaire inférieur d'origine rénale.

(M. Dechaume. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-5-1932.)

C'est l'observation d'un malade, venu consulter pour une tuméfaction du maxillaire inférieur, sans autres symptômes, dans le voisinage des apex de la première grosse molaire. La radiographie, puis l'extraction confirment que cette dent n'est pas en cause. Les examens du sang sont négatifs.

Le malade, qui présentait depuis trois semaines un ganglion, disait-il, dans la région sus-claviculaire droite, voit apparaître successivement deux nodules, l'un dans la paroi thoracique, l'autre dans la paroi abdominale. La biopsie du nodule de la paroi thoracique montre qu'il s'agit d'une métastase d'une tumeur rénale. L'examen clinique permit de localiser cette tumeur à gauche. Le malade meurt dans la nuit qui suit.

### Traitement de la grippe au moyen des effets hypercriniques de la pilocarpine.

(M. Monnerot-Dumaine, d'Ismaïlia, présenté par M. J. Troisier. — *Soc. médicale des hôpitaux de Paris* ; 13-5-1932.)

Un empirisme séculaire a utilisé la diaphorèse dans la thérapeutique des maladies infectieuses, particulièrement de la grippe ; mais la difficulté d'obtenir toujours d'abondantes transpirations par les moyens habituels a fait que l'auteur a essayé les injections de pilocarpine dans le traitement de la grippe.

Une grippe simple, non compliquée, à son début, même si elle est très fébrile, cède le plus souvent à la crise hypercrinique déterminée par une injection d'un demi à un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine.

La grippe, déjà avancée dans son évolution, même associée à de la bronchite, guérit souvent dans les 24 heures qui suivent cette injection.

Si la pilocarpine reste sans effets hypercriniques, la grippe n'en est nullement influencée ; des doses plus fortes d'alcaloïde doivent être essayées.

Il reste à préciser les résultats et le mode d'utilisation de cette méthode dans les grippes compliquées, les grippes infantiles, les grippes des vieillards. Si l'heureuse influence de l'hypercrinie provoquée dans la grippe se confirme, on pourrait étendre la méthode à d'autres infections.

### Un cas de septicémie veineuse subaiguë.

(MM. Laignel-Lavastine, Escalier et J. Odinet. — *Société méd. des hôpitaux de Paris* ; 13-5-1932.)

Le malade a présenté une septicémie veineuse subaiguë, du type Vaquez. L'infection, relativement bénigne et strictement localisée au système veineux, a évolué pendant plusieurs mois, par poussées successives, et chacune de ces poussées s'est accompagnée d'un léger mouvement fébrile. La première fois, l'infection s'est surtout localisée sur les veines profondes pour donner naissance à une phlegmatia alba dolens à bascule ; mais, contrairement à certains faits rapportés par M. Vaquez, cette localisation profonde n'a pas arrêté l'infection, et quelques mois plus tard est apparue une deuxième poussée, marquée par un début embolique et par l'atteinte prédominante des veines superficielles, bien que la circulation profonde ne soit pas restée absolument indemne. Avant d'affirmer le diagnostic, les auteurs ont fait plusieurs examens de sang qui ont permis *d'éliminer les phlébites d'origine sanguine*. La ré-

tractilité du caillot était normale ; le signe du lacet n'existait pas, ce qui permettait d'écarter l'hypothèse d'une thrombose primitive ou d'une dystrophie endothéliale. De même, l'absence de polyglobulie mettait hors de cause les phlébites survenues au cours de l'érythrémie.

Le point de départ de cette infection est resté difficile à fixer : pas d'infection ; les hémocultures et les séro-diagnostics sont demeurés négatifs. Au début cependant, on a noté une manifestation intestinale aiguë avec débâcle diarrhéique ; peut-être pourrait-on invoquer une action discrète des veines pelviennes ou mésentériques ? Des injections sclérosantes antérieures ne semblent pas pouvoir être retenues, car, dans les cas compliqués d'accidents phlébitiques, circonstance rare, l'infection est survenue rapidement ; or, ici, plus de deux ans s'étaient écoulés.

Au point de vue thérapeutique, il faut signaler la disparition remarquablement rapide de l'œdème après la ligature et la résection des veines superficielles du thorax ; il s'agirait alors d'une véritable neurectomie sympathique.

L'acétylcholine a exercé une heureuse influence sur l'œdème résiduel des membres inférieurs.

**L'épreuve au galactose chez le sujet normal.**

(MM. Noël Fiessinger, H. Walter et F. Thiébaut. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-5-1932.)

Pour explorer la fonction hépatique, on recherche le galactose dans les urines après ingestion de 40 grammes de sucre à jeun, et évacuation de la vessie.

On peut dire que, en position debout avec une vie active, avec un repos normal et sans excès la veille, avec 40 grammes de galactose dissous dans 200 grammes d'eau, les urines des quatre premières heures doivent contenir moins de 1 gr. 50, et plus souvent même 1 gramme de galactose ; la concentration moyenne de ces quatre heures, essentiellement variable, doit osciller au-dessous de 6 p. 1.000.

G. F.

---

*Société française de Gynécologie.*

Séance du 23 mai 1932.

**Les injections intra-tissulaires d'eau d'Uriage dans le traitement des salpingites.**

M. Paul Sappey (de Grenoble). — L'auteur rapporte trois cas types, donnant la note de ce qu'il peut obtenir par les eaux d'Uriage, trois cas indiscutables, puisque la preuve en est dans les documents fournis par les chirurgiens eux-mêmes. Pour chacun de ces cas, ces chirurgiens avaient formellement posé l'indication opératoire, l'intervention ne fut différée qu'en présence de la crainte des malades et c'est en toute dernière ressource que la cure d'Uriage fut tentée.

Deux de ces observations datent de 1929, l'autre de l'an dernier. Les trois malades présentaient des salpingites graves très douloureuses avec phénomènes de pelvi-péritonite et de douglassite et furent complètement guéries par la cure d'Uriage.

L'originalité de la technique de la cure réside dans l'emploi des injections intra-tissulaires quotidiennes, intra-veineuses ou intra-musculaires, d'eau d'Uriage prélevée telle quelle à la source quelques minutes auparavant, concurremment avec les méthodes thermales classiques : bains et injections vaginales à eau courante.

D'après l'auteur, ces résultats surprenants sont dus au fait que *l'eau d'Uriage est injectable*, propriété qu'elle est *seule* à posséder parmi le groupement de toutes les eaux sulfureuses. Ses divers travaux ont prouvé qu'elle était *isotonique, aseptique*, et *antiseptique*, que son introduction quotidienne dans les tissus entraînait systématiquement une augmentation du nombre des globules rouges, une diminution du nombre des globules blancs et le rétablissement de l'équilibre leucocytaire.

L'action anti-infectieuse interne paraît manifeste de par la corrélation absolue existant entre les faits expérimentaux, les recherches de laboratoire et les résultats cliniques.

**Le fibrome granuleux.**

M. F. Jayle (de Paris). — M. Jayle présente un gros fibrome pédiculé dont la surface granuleuse répond à la coupe à une accumulation de petits granulés. Cet aspect microscopique est rare, et M. Jayle propose de le désigner sous le nom de fibrome granuleux. Au moment de l'opération la tumeur parut de nature maligne, d'autant plus qu'elle était très vascularisée et enflammée par suite de la coexistence d'une salpingite double suppurée avec adhérences. L'examen histologique montra que les granules étaient des amas lobulés de fibres musculaires lisses, que la lobulation était accentuée, très souvent, par le tissu conjonctivo-vasculaire périphérique et que ce tissu, en de nombreux points, était mou, lâche, frappé par places de fonte sénile autolytique, fonte entamant les lobules myomateux et les isolant encore davantage. Rapprochant ce cas d'un autre fibrome pédiculé fortement lobulé, commençant à présenter par places l'aspect granuleux et également compliqué de suppuration, M. Jayle pense que l'aspect granuleux est dû en partie à l'inflammation concomitante, les deux causes aboutissent à la fonte lytique périlobulaire.

---

## *Lille*

*Société médicale et anatomo-clinique.*

**Cataracte traumatique insoupçonnée**
(avec présentation de malade)

M. Lescaux. — Jeune homme opéré récemment de cataracte traumatique, dont l'origine et même

l'existence étaient insoupçonnées par l'intéressé. Il se trouvait cependant, dans les masses molles du cristallin, un corps étranger métallique d'un millimètre carré environ, visible avant l'intervention et extrait au cours de l'opération.

L'auteur s'étonne qu'un tel accident puisse passer inaperçu au moment où il se produit, ne provoquer aucune douleur, aucune réaction, aucune « rougeur » de l'œil. L'auteur ajoute quelques considérations médico-légales, relatives à la loi sur les accidents du travail.

**Sur les teignes microsporiques rares.**
(présentation de photographies et de cultures).

MM. L. Danel et P. David. — Jeune fille de 20 ans, présentant au cou et au thorax des éléments discoïdes squamo-croûteux. La culture en milieu peptoné-glucosé montre qu'il s'agit de *microsporum felineum*, affection exceptionnelle en France. L'intéressée avait d'ailleurs soigné et cajolé un petit chat couvert de croûtes, et qui est mort.

Les auteurs étudient brièvement les microspories. Ils font ressortir les différences cliniques qui séparent l'affection observée par eux, d'avec celle décrite par les auteurs anglais Fox et Blaxall.

**Faut-il, quand on a ouvert d'urgence un abcès appendiculaire, enlever l'appendice dans une seconde opération ?**

M. Lepoutre. — L'auteur rappelle la nécessité absolue de cette extirpation de l'appendice.

Chez un malade à qui un abcès avait été ouvert et qui avait repris ses occupations actives, l'appendice enlevé deux mois après la première intervention, contenait une grande quantité de pus : de nouveaux accidents étaient sur le point d'éclater, si l'on n'y avait mis bon ordre.

**Occlusion intestinale consécutive à une contusion abdominale.**
(observation clinique et autopsie).

M. Diesbecq (de Jeumont). — Environ deux mois après une contusion abdominale, on découvre chez le blessé un état d'obstruction intestinale, que l'histoire clinique permet de rapporter à l'accident. Une radiographie montre que l'occlusion siège sur le grêle. Le malade n'est pas opéré et meurt au bout de quelques mois.

L'autopsie permet de constater un rétrécissement du grêle, d'origine cicatricielle et sans existence de néoplasme (examen histologique).

Observation rare et des plus intéressantes.

**Trois cas d'affections pleuro-pulmonaires chez l'enfant, se manifestant par un syndrome d'appendicite aiguë.**

MM. Billet, Delnatte, Delezenne et Ledieu. — Enfant de 6 ans, présentant brusquement un syndrome appendiculaire, mais avec un *signe de Jacob négatif*. Cette particularité fait surseoir à l'intervention. Changement complet le lendemain : il s'agit d'une congestion pulmonaire droite.

Enfant de 7 ans. Même tableau clinique. Trois jours après le début des accidents, se démasque une pneumonie de la base droite.

Enfant de 5 ans, même syndrome appendiculaire. Mais l'hésitation n'est pas possible parce que l'on trouve de suite les signes d'une pleurésie séro-fibrineuse droite.

Les auteurs signalent d'abord la coexistence possible d'une pneumonie avec une appendicite. Ils insistent principalement sur la valeur du signe décrit par Jacob pour affirmer l'existence d'une appendicite : le cri de douleur du péritoine, lorsqu'on explore la fosse iliaque gauche. L'absence de ce signe doit faire rejeter le diagnostic d'appendicite

# Les Congrès

## IXe Congrès de la Société internationale de Chirurgie

(*Suite*) (1)

Première question

### *Diagnostic et traitement des tumeurs intrarachidiennes*

**1° Résumé du rapport de M. le Docteur Bérier (Lyon), invité au Congrès**

I. — Dans le diagnostic général des tumeurs intrarachid ennes, on doit souligner surtout les points suivants, parce que ce sont les plus importants et les plus impérieux.

1° Pour éliminer les maladies simulant une compression médullaire, le diagnostic de *sclérose en plaques* est parfois le plus malaisé à résoudre.

2° Dans la distinction des autres causes de compression ce sont certaines formes de *mal de Pott* qui fournisent les difficultés les plus réelles.

3° Enfin, parmi les tumeurs, il y aurait lieu d'étudier attentivement le diagnostic entre les tumeurs du canal proprement dites et les *tumeurs intramédullaires*.

II. — Le diagnostic clinique de l'état de la moelle sous-jacente aux tumeurs ne peut donner lieu qu'à des indications très générales.

(1) V. *Concours Médical*, n° 36.

III. — Le diagnostic des tumeurs de la queue de cheval se présente d'une façon particulière et se montre surtout difficile avec les *méningites chroniques basses* et certaines *maladies du cône terminal*.

**2° Résumé du rapport de M. le Docteur W. Denk (Vienne).**

La chirurgie des tumeurs intrarachidiennes a fait de grands progrès au cours de ces vingt dernières années. Ces progrès dépendent en premier lieu de la plus grande précision du diagnostic neurologique et de l'amélioration du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien, de l'emploi de la myélographie et du perfectionnement de la technique opératoire.

La plus grande importance doit être apportée à la précocité du diagnostic. Le premier stade de la maladie est caractérisé par les phénomènes d'irritation radiculaire et les troubles de la sensibilité. Le diagnostic des tumeurs au début est difficile, mais, grâce à la plus grande exactitude de l'anamnèse et à des examens répétés, il devient possible.

Si le diagnostic précoce rend possible l'exérèse dans ce stade de début, on peut obtenir une guérison complète et durable. Les résultats opératoires sont d'autant moins satisfaisants que la compression a duré plus longtemps.

La myélographie est un mode extraordinairement efficace, mais il ne faut y recourir que lorsque d'autres moyens d'investigation ne permettent pas d'établir un diagnostic. Son principal avantage réside dans la grande certitude du niveau de la compression.

Les progrès dans la technique opératoire ont conduit à une diminution notable de la mortalité et à un nombre beaucoup plus grand de guérisons.

**3° Résumé du rapport de M. le Docteur L. Dominici (Pérouse).**

1° L'auteur rapporte la statistique des tumeurs intrarachidiennes opérées en Italie et qui comprend 63 cas dont 19 de l'Ecole de Rome, dirigée par Allessandri, et suivis presque complètement par le rapporteur.

Le premier cas, en Italie, fut opéré en 1892 (Caponotto et Pescarolo) ; il s'agissait d'un fibrosarcome intradural. Les suites opératoires furent excellentes, mais les résultats fonctionnels furent négatifs.

Dans 5 cas, on ne trouva pas ou on ne put atteindre la tumeur. Trois moururent des suites de l'opération, ce qui montre la gravité de cette intervention que l'on ne risque pas à la légère. Dans un cas, on fit une laminectomie décompressive pour métastase épithéliomateuse. Dans 57 autres cas on trouva la cause de la lésion (tumeur, kyste, méningite séreuse, méningite fibreuse, gomme). Cette intervention a donné 12,3 p. 100 de mortalité opératoire et 87 p. 100 de guérisons opératoires avec 78 p. 100 de guérisons ou d'améliorations appréciables. Les meilleurs résultats fonctionnels ont été obtenus pour les tumeurs extradurales ; les plus mauvais, pour les tumeurs intradurales. En ce qui concerne l'importance de la mortalité opératoire, elle est plus grande pour les tumeurs haut situées.

2° Les résultats fonctionnels dépendent surtout de l'époque de l'intervention. Le rapporteur a insisté sur ce point dans le rapport présenté sur la même question au XXXV[e] Congrès de la Société italienne de chirurgie (Rome, octobre 1928). De bons résultats fonctionnels s'obtiennent seulement quand on intervient précocement, dans la première période prépaplégique si possible.

3° Mais, à cette période, le diagnostic est très difficile parce que la symptomatologie est très variée et reste encore peu évidente. Parmi les différents moyens diagnostiques, le lipiodol descendant est l'un des plus employés en Italie. Parfois, cette substance ne se résorbe pas et l'auteur rapporte un cas dans lequel la radiographie faite cinq ans après l'opération montre qu'il y a encore du lipiodol dans le cul-de-sac méningé. Dans un autre cas de l'Ecole de Rome, l'iodénol fut employé et suivi radiologiquement pendant quelques jours ; le dixième jour, on ne trouva plus trace de la substance.

En conclusion, l'auteur estime que, malgré ses inconvénients, la radiographie est le meilleur moyen que l'on ait pour établir le diagnostic de l'existence d'une lésion endorachidiennne qui, en augmentant de volume, tend à oblitérer l'espace sous-dural, et pour préciser la hauteur par rapport aux vertèbres, ce qui a une grande importance pour le chirurgien.

Le rapporteur ne croit pas que la radiographie ait une valeur aussi considérable pour déterminer la profondeur de la lésion et sa nature. Pour ces points du diagnostic, l'examen clinique et l'examen du liquide céphalo-rachidien ont une grande importance. Le rapporteur préconise la laminectomie exploratrice dans les cas qui restent douteux.

4° Quant à l'anesthésie et à la technique opératoire, elles varient, si l'on peut dire, de chirurgien à chirurgien. L'auteur rapporte spécialement ce qui se fait en Italie. La laminectomie d'Alessandri est la meilleure, ainsi que le prouvent les cas opérés à l'Ecole de Rome.

Les interventions endorachidiennes exigent beaucoup de délicatesse du chirurgien et ne doivent pas être pratiquées rapidement, mais lentement.

**4° Résumé du rapport de M. le Docteur Ch.-A. Elsberg (New-York).**

*Exposé portant sur 208 cas de tumeurs de la moelle épinière.*

Rapport entre les tumeurs médullaires, les vertèbres, les méninges et les différents cordons de la moelle épinière. 32 p. 100 de ces tumeurs furent rencontrées dans la région cervicale ; 51 p. 100 dans la région thoracique et 17 p. 100 dans les régions lombaire et sacrée. Dans 72 p. 100 des cas, les tumeurs étaient intraméningées et dans 28 p. 100 elles étaient extraméningées. Dans 39 p. 100 des cas, la

tumeur se développa ventralement ou antéro-latéralement ; dans 51 p. 100 des cas, dans le dos ou postéro-latéralement, et dans 10 p. 100 des cas, la tumeur était latérale. Symptomatologie. Mesure de la pression du liquide lombaire et analyse chimique du liquide céphalo-rachidien. Le blocage sous-arachnoïdien était plus fréquent dans les cas de tumeurs extra-médullaires où il était complet dans 71 p. 100 des cas, partiel dans 26,6 p. 100 et n'existait pas dans 2,4 p. 100. Dans les cas de tumeurs extraméningées, le blocage était complet dans 58,5 p. 100 des cas, partiel dans 39,3 p. 100 et nul dans 9,3 p. 100. Il y avait aussi une différence notable dans le pourcentage des globulines et des protéines totales dans le liquide céphalo-rachidien dans les cas de tumeurs extraméningées. Pour les tumeurs intraméningées, le pourcentage de globulines était de 2,71 + et le pourcentage de protéines globales 213 milligrammes pour 100 centimètres cubes, tandis que pour les tumeurs extraméningées, le pourcentage de globulines était de 1,6 + et les protéines globales 97 milligrammes pour 100 centimètres cubes.

De multiples ponctions lombaires sont d'un grand intérêt, non seulement pour le diagnostic des tumeurs de la queue de cheval, mais aussi pour la localisation exacte de ces tumeurs. Diagnostic et localisation. Traitement opératoire. La laminectomie bilatérale chez 190 malades, la laminectomie unilatérale chez 14 malades et la laminectomie unilatérale avec résection des apophyses épineuses utiles au cours des interventions. La mortalité opératoire dans les 108 derniers cas fut de 3,1 p. 100 pour les tumeurs extramédullaires et de zéro pour les tumeurs intramédullaires et extraméningées. La mortalité opératoire totale des 208 cas fut de 6,9 p. 100 pour les tumeurs extramédullaires et de 1,7 p. 100 pour les tumeurs extra-méningées. 63 p. 100 des opérés furent entièrement guéris ou considérablement améliorés. 10 p. 100 furent améliorés et dans 18 p. 100 il n'y eut pas d'amélioration, 5,8 p. 100 des malades ne survécurent pas à l'opération et le résultat définitif resta ignoré dans 5 cas.

(*A suivre.*)

# Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Paul Véran. — **La cessation du pneumothorax artificiel.** Préface du Dr Rist (Un vol. in-8° 160 pages : 22 francs.)

Dans quelle proportion des cas, la cessation d'un pneumothorax est-elle laissée au gré du médecin ? Est-il préférable d'interrompre que d'entretenir un collapsus devenu inutile ? Quels sont les tests d'une guérison solide, la durée minima de sécurité du pneumothorax, quand faut-il y mettre un terme ?

Etudiant 250 cas de pneumothorax, interrompus depuis des années, pour une guérison bien antérieure à ces délais, l'auteur compare l'état actuel des malades à leur passé pathologique. Son observation est basée sur les données de la clinique totale. Les résultats acquis après résorption du pneumothorax sont analysés relativement à l'âge, au sexe du malade, au côté de la poitrine atteint, à l'ancienneté, à l'aspect radioclinique et la tendance évolutive de la lésion initiale, au développement du collapsus, aux pleurésies du pneumothorax, à la rapidité de disparition des bacilles de l'expectoration, à la durée d'entretien du collapsus, etc.

L'avenir des anciens porteurs de pneumothorax n'est pas moins étudiée. La guérison est décrite avec ses surprises, ses paradoxes radio-cliniques. Les incidents de l'avenir sont décrits également : récidives *in situ*, épanchements de substitution, tuberculose contro-latérale ou extra-pulmonaire.

De ces documents minutieusement analysés, l'auteur tire d'intéressantes directives générales.

Librairie Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr A. Leprince. — **Les radiations humaines.** Préface de M. A. Lumière. (Un vol. in-8. 206 pages, 14 fig. : 18 francs.)

Sous le nom de radiations humaines, l'auteur comprend les manifestations de l'Energie vitale, que l'on désigne sous les noms de Radio-ondes, d'Emanations, d'Oscillations cellulaires, de Longueur d'onde humaine, de Vibrations électro-toniques ou Radio-électrotoniques.

L'auteur montre que l'on peut rechercher les radiations humaines, diagnostiquer d'après certaines émanations du corps humain ou certaines sécrétions, ou quelques gouttes de sang, la nature intime du tempérament d'un malade, les maladies dont il peut être porteur, et d'autre part les possibilités de résistance de l'organisme, et formuler d'après ces examens un pronostic et instituer un traitement.

Le corps humain peut être comparé, toutes proportions gardées, à un accu de 100 volts (par exemple). Or, sous l'influence de causes extérieures ou intérieures ( décharges, courts-circuits, perte d'énergie, diminution du liquide acidulé, oxydation, etc)., il peut avoir perdu son voltage de 100 volts. Le diagnostic consistera à déterminer le voltage ou potentiel. Le traitement fournira à cet accumulateur humain la dose d'électricité ou d'énergie médicamenteuse qui lui manque pour récupérer son potentiel. Plus l'accumulateur sera déchargé, plus long sera le temps de charge et plus grave sera la maladie : c'est le pronostic.

Ce qu'on est convenu d'appeler les « tempéraments », n'est autre chose que le reflet de la résistance de l'organisme, par suite des on réservoir d'énergie, à l'attaque de la maladie.

Pour connaître la charge électrique d'un sujet, il faut mesurer la densité électrique, ou mieux la densité électronique du liquide, qui la reflète du sang. A l'état de santé, l'homme a une longueur d'onde déterminé (9 millionièmes de millimètre 48), qui varie en cas de fièvre, de maladie aiguë ; car nos cellules, composées de sels minéraux, participent à la loi générale de la radiation, qui est d'émettre des radiations.

Voici les questions développées dans ce livre :

Ch. I. Les radiations humaines et biologiques. La baguette et le pendule des sourciers. — Ch. II. La recherche des radiations humaines. Leur origine. — Ch. III. Produits biologiques et minéraux qui modifient les radiations humaines. — Les modifications apportées aux radiations par la maladie chronique.— Influence des climats. — Ch. IV. Comment traiter une maladie chronique d'après l'examen radio-électronique. — L'emploi du courant électrique. — Ch. V. Des faits, tuberculose, cancer. — Ch. VI. Les grandes lois de la physique et l'étude des radiations.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

H. Vigneron. — **Manuel des calculs de laboratoire.** Précision, discussion et interprétation des résultats expérimentaux. Préface de P. Pascal. (Un vol. 184 pages. 45 figures. Prix : 40 francs).

Ce livre s'adresse à tous ceux qui entreprennent des recherches expérimentales.

Comment peut-on vérifier l'exactitude de ses appareils de mesure ? Comment les étalonner ? Quelle précision peut-on espérer des nombreux résultats expérimentaux qu'ils fournissent ? quelles corrections systématiques ou accidentelles peut-on leur apporter ? Puis, les expériences commencées, les nombres s'accumulent sur le carnet de laboratoire ; comment les interpréter ? Comment choisir entre les divers résultats numériques d'une expérience plusieurs fois répétée celui qui est plus proche de la vérité ? Quelle précision est-on en droit de lui attribuer ? Comment traduire graphiquement l'évolution du phénomène à partir des nombres qu'ont fournis les expériences. Comment trouver les formules ? C'est ce que l'auteur traite dans ce petit manuel intéressant.

Librairie O. Doin.
8, place de l'Odéon, Paris.

M. Nathan. — **Les malades dits imaginaires.** (Un vol. in-16 de 134 pages, in « Collection des actualités de médecine pratique ». Directeur R. J. Weissenbach. Prix : 14 francs.)

Il ne faut pas traiter trop facilement un sujet de malade imaginaire, et l'abandonner, de ce fait, à son triste sort avec une médication anodine et quelques paroles banales de consolation.

Parmi ces dits malades imaginaires se cachent bien des erreurs de diagnostic grossières, et même lorsque le médecin, à juste titre, a éliminé toute hypothèse de maladie organique, il n'a pas encore fait tout son devoir. Il reste à établir un diagnostic psychiatrique, qui comporte une sanction thérapeutique, car un phobique, un pithiatique, un cénestopathe, un hypocondriaque ne se traitent pas de même. L'auteur consacre un chapitre important à l'hypocondrie, où il montre la variété infinie des malades inscrits sous cette rubrique.

Les indications thérapeutiques médicamenteuses et psychothérapiques sont longuement étudiées ; en effet, un grand nombre de ces malades sont curables et capables de reprendre un jour leur place dans la société.

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chicandre, éditeur,
49, rue Bersot, à Besançon.

Docteur Maurice Duvernoy, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon. — **L'inspection médicale dès écoles.** (Un vol. in-8°, 236 pages, 2e *édition.* Prix : 18 francs.)

**Livret de santé**, du Docteur Duvernoy. Une pochette. En vente au prix de 2 fr. 50, chez Le François, boulevard Saint-Germain, ou par quantité (10 au minimum), chez l'éditeur Chicandre, 49, rue Bersot, à Besançon (15 francs la dizaine.)

Chez Payot, éditeur,
106, boulevard Saint-Germain.

B. Malinowski, professeur d'anthropologie à l'Université de Londres. — **La sexualité et la répression dans les sociétés primitives.** Traduit de l'anglais par le Docteur Jankélévitch. (Un vol., 216 pages. Prix : 25 francs.)

Société de publications scientifiques et médicales,
161, rue Saint-Jacques, Paris, Ve.

**Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales,** par MM. les Professeurs G. Lemoine et E. Gérard (de Lille), Leullier (de Lyon), H. Vignes, agrégé à Paris et Ch. Auguste, agrégé à Lille. *Onzième édition*, entièrement remaniée. (Un vol., 1150 pages. Prix : 50 francs.)

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### Un projet d'adaptation économique de la profession lui permettant de concurrencer efficacement les formations sanitaires publiques

Dans quatre articles précédents (1), je me suis efforcé d'établir que le Syndicalisme ne fera échec à l'Etatisme, en médecine sociale, qu'en tentant partout de prendre la direction technique et d'assurer le fonctionnement technique.

Mais il est sans doute bien tard pour faire de pareilles tentatives, au regard des formations actuellement existantes. Et envers les formations futures, dont la création est envisagée, le Corps médical organisé est animé de dispositions qui rendent problématique une telle réalisation.

Il importe donc qu'il se familiarise avec cette idée qu'à côté de la médecine privée, s'est érigée et se développe une médecine publique, tout comme l'enseignement public s'est érigé et développé à côté de l'enseignement privé.

J'exposerai présentement un projet, qui serait sans doute de nature à permettre à la médecine privée de concurrencer la médecine publique, avec son armement sanitaire et ses différentes formations médico-sociales.

J'ai, à plusieurs reprises, et en m'appuyant sur des références de premier ordre, suggéré au Syndicalisme médical de poursuivre l'adaptation de la profession aux nécessités techniques, économiques et sociales de l'heure.

L'adaptation économique me paraît être le meilleur moyen que possèdent les médecins pour se défendre contre l'attirance qu'exercent sur la clientèle les hôpitaux publics et privés, et les établissements de prévention et de cure créés par certaines institutions, la Mutualité pour n'en nommer qu'une, et fonctionnant sous leur contrôle et leur direction. Il n'est pas douteux, en effet, et je m'excuse d'y revenir, que le succès des différents organismes de l'armement sanitaire est dû, pour la plus large part, aux facilités qu'ils offrent économiquement. C'est un point de vue qu'il convient de ne pas négliger, et qui doit retenir l'attention des Syndicats.

(1) Cf. *Concours Médical*, 17 et 31 juillet, 14 et 28 août 1932.

Sur cette adaptation elle-même, il y a longtemps que j'avais mon idée. Mais, elle n'était pas encore assez mûre dans mon esprit, pour que je me hasarde à l'exposer. Et je me demandais comment elle serait accueillie, et si on ne me reprocherait pas de marcher au rebours du progrès.

Et puis, — cette idée, — il se trouve qu'elle est déjà partiellement réalisée, et qu'il existe, dans le Lot-et-Garonne, une organisation qui renferme, en germe, ma conception personnelle. J'hésite moins dès lors à laisser libre cours à ma proposition.

Et pour ne pas risquer de déformer l'initiative agenaise, je laisserai la parole au Docteur Hervy qui l'a exposée comme suit dans la *Gazette médicale limousine* (juillet 1932).

#### Une initiative intéressante : la Mutualité Chirurgicale

L'après-midi, la question du tarif devait revenir sur le tapis à propos des *organisations chirurgicales mutuelles* en voie de formation dans certains départements : Gironde, Bouches-du-Rhône, Rhône, Charente, etc., sur le type du Lot-et-Garonne. Dans ce dernier département, ce n'est plus un projet, mais une réalité. Une *Mutuelle chirurgicale* a été créée sur l'initiative de notre confrère Delmas, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général du syndicat départemental, avec la collaboration très active de son président, notre vieil ami Guy, qui a bien voulu faire au Conseil l'exposé de cette organisation.

Il s'agit d'une société établie à Agen, sous le nom de *Caisse chirurgicale mutuelle de Lot-et-Garonne.*

Elle a pour *buts* : d'assurer à ses membres participants les soins chirurgicaux, soit à domicile, soit dans une des cliniques du département, soit même dans un hôpital communal, le cas échéant, ces soins étant confiés au chirurgien choisi par le malade parmi ceux du département agréés par la Société et par le syndicat médical.

La *cotisation* des membres est fixée à 30 francs

pour les adultes, 20 francs pour chacun des trois premiers enfants. Elle est gratuite à partir du quatrième enfant.

Le payement de cette cotisation *annuelle* donne droit à la *gratuité des soins*. Cette gratuité s'étend aux honoraires du chirurgien, de son aide, et éventuellement du médecin traitant ; aux frais de pharmacie et de pansements ; aux examens de laboratoire ou de radiologie nécessités par une opération et au séjour en clinique dans une chambre à deux ou trois lits.

Le *tarif* adopté pour les *cliniques* est de 35 francs par jour, comprenant le service des infirmières, tous les frais d'entretien, sauf la pharmacie. Ce tarif comporte en outre une durée forfaitaire de séjour pour les opérations habituelles.

Les *frais de salle d'opération* inscrits aux tarifs comprennent : l'amortissement du matériel, stérilisation, chauffage, éclairage, toutes fournitures de compresses, coton, fils de ligatures, gants, anesthésie, etc.

Le *tarif des chirurgiens* a été fixé d'accord entre la caisse mutuelle et les praticiens.

Voici un aperçu de quelques chiffres, pris au hasard :

*Phlegmon des gaines.* — Chirurgien, 600 francs ; aide, 50 francs ; salle d'opération, 50 francs ; pharmacie et laboratoire, 300 francs ; frais de clinique (18 jours), 630 francs. — Total : 1.630 francs.

*Luxation de l'épaule récente.* — Chirurgien, 150 francs ; aide, 50 francs ; pharmacie, 40 francs. — Total : 240 francs.

*Appendicite simple.* — Chirurgien, 1.500 francs ; aide, 100 francs ; salle d'opération, 120 francs ; pharmacie, 100 francs ; clinique (14 jours), 490 francs — Total : 2.310 francs.

*Végétations.* — Chirurgien, 200 francs ; salle d'opération, 20 francs ; clinique (un jour), 35 francs — Total : 255 francs.

*Mastoïdite simple.* — Chirurgien, 1.500 francs ; aide 100 francs ; salle d'opération, 100 francs ; pharmacie 100 francs ; clinique (12 jours), 420 francs. — Total : 2.220 francs.

*Cataracte.* — Chirurgien, 1.350 francs ; aide, 100 francs ; salle d'opération, 50 francs ; pharmacie, 200 francs ; clinique (15 jours), 525 francs. — Total : 2.225 francs.

*Chalazion.* — Chirurgien, 150 francs ; salle d'opération, 50 francs. — Total : 200 francs.

Comme on le voit, de tous les frais chirurgicaux, il a été fait un total, un tarif global. C'est l'originalité de ce système et c'est sur ces bases qu'ont été établis les statuts de la Société et qu'a été fixé le forfait payable annuellement par les membres adhérents. Les prévisions ont été faites avec une précision méticuleuse ; elles n'ont donné lieu par la suite à aucune surprise. Pécuniairement et moralement, la machine fonctionne à la satisfaction de tous.

Les principaux avantages de ce système ont été ainsi exposés par le Docteur Guy :

La *Caisse chirurgicale mutuelle* a été créée pour défendre, en même temps, les intérêts du public, ceux de la profession chirurgicale et alléger les budgets de l'assistance médicale.

Elle permet à un malade peu fortuné *d'éviter l'hôpital* qui, aussi moderne que puisse être son installation, exposera toujours un opéré au régime de la salle commune, c'est-à-dire au tableau pénible des souffrances ou de la mort de malades voisins et, d'autre part, à une promiscuité quelquefois déplorable.

Elle permet d'*intervenir à temps* chez ceux qui, par souci d'économie, attendent, pour se faire soigner, d'avoir la somme nécessaire pour acquitter les frais opératoires.

Elle offre au malade la possibilité de se faire traiter *sur place*, c'est-à-dire dans les meilleures conditions de rapidité et à proximité des siens.

Elle garantit aux *assurés sociaux*, moyennant une cotisation abaissée, le payement des deux tiers des frais chirurgicaux qui restent à leur charge...

Encore une fois, il ne s'agit pas d'un projet mais d'une réalisation qui a fait déjà ses preuves. Chirurgiens et sociétaires y trouvent d'incontestables avantages.

Les grands principes de notre charte, et en premier lieu le libre choix y sont sauvegardés : *libre choix du chirurgien et du spécialiste, libre choix de la clinique.*

Le *contrôle* y est prévu, administratif et technique, avec sanctions du *Conseil de famille.*

Les *tarifs*, longuement étudiés, librement consentis, ne prêtent à aucune discussion. Mais il s'agit d'un *tarif limitatif* ; l'entente directe entre le médecin et le malade n'existe donc pas dans son intégralité. Alors ? La Confédération va-t-elle pour cela jeter l'anathème sur cette initiative ? Nous l'avons craint tout d'abord, mais nous avons constaté :

1° Que cette organisation avait été mise sur pied par des médecins *syndiqués* jouissant de la sympathie de tous leurs confrères ;

2° Que leur exposé au sein du Conseil a été accueilli par des applaudissements quasi-unanimes et que la plupart des membres présents ont paru donner leur assentiment avec peu de réserves ;

3° Enfin que d'autres départements sont décidés à imiter le Lot-et-Garonne, dont les chirurgiens leur paraissent avoir eu là une idée extrêmement heureuse.

En Limousin, nous avons appris que certains chirurgiens et plusieurs personnalités s'intéressant aux organisations sociales ont vu d'un très bon œil cette initiative. A tous, nous demandons de l'étudier. Peut-être, dans l'avenir, l'exemple du Lot-et-Garonne pourra-t-il nous être d'un grand secours. Nous tenons à la disposition des intéressés des renseignements plus complets sur le fonctionnement de cette Mutuelle chirurgicale.

Il y a entorse à la charte médicale ? — Qu'importe si elle n'en souffre pas et si elle n'en paraît pas du tout boiteuse ?

D'aucuns ont dit : « Pardon ! Ce n'est pas une entorse, mais une luxation, et même une véritable amputation ! »... Il en est qui pensent qu'en l'occurrence, notre charte peut subir sans danger pareille amputation, qu'elle n'en restera pas moins debout et solide. Dr Hervy.

Ainsi donc, le principe de la mutualité chirurgicale d'Agen est la couverture du risque chirurgical par la constitution d'une Caisse alimentée par les cotisations forfaitaires annuelles de ceux qui y adhèrent, s'assurant ainsi la *gratuité* des soins chirurgicaux globaux, et du séjour en clinique, durant un temps déterminé par la nature de l'intervention pratiquée.

Est-ce donc un retour au forfait, à l'abonnement que nous avons combattu jadis et dont nous avions obtenu la disparition à peu près générale de notre technique professionnelle ?

Oui et non. Oui sans doute, puisque le sociétaire, se montrant prévoyant de l'avenir, s'assure les soins chirurgicaux globaux dont il pourra avoir besoin un jour, sans autres frais que le versement d'une cotisation forfaitaire annuelle. Non, puisque ce sociétaire conserve le libre choix de son chirurgien et de la clinique, où il entrera éventuellement, parmi les confrères et les maisons qui, évidemment, auront accepté de participer à la combinaison. Chirurgiens et maisons de santé trouvent leur rémunération raisonnablement calculée, selon la nature des soins donnés. Nous sommes loin des abonnements qui avaient cours, notamment dans le Médoc, il y a une vingtaine d'années encore, et selon lesquels, au prix d'une contribution annuelle dérisoire, 5 francs par famille ; 10 francs, s'il s'agissait d'un château, toute la maisonnée avait droit aux soins du médecin qui acceptait cette forme de rémunération. C'était là un accord strictement individuel, où n'intervenaient que la clientèle familiale d'une part, le médecin de l'autre.

La Mutuelle chirurgicale est, par contre, basée sur un accord collectif, où chaque praticien doit trouver son compte, dans l'équitable rémunération de tous ses actes.

D'ailleurs, il est juste de reconnaître que cette notion du forfait, qui fut jadis bannie, et à juste titre alors, de nos habitudes, tend à reparaître, aménagée au goût du jour, si je puis m'exprimer ainsi. Il y a déjà quelques années que certains chirurgiens s'entendent avec la maison de santé où ils opèrent pour que leurs honoraires, ceux de leurs aides, et ceux de la maison de santé, soient bloqués en un ensemble proposé au malade de condition moyenne. Une appendicite donnera lieu, par exemple, au versement, par l'appendicité, d'une somme forfaitaire de x francs, comprenant les frais chirurgicaux et le séjour dans la maison de santé, durant le nombre de jours habituellement nécessaire.

Dans la nomenclature des actes chirurgicaux établie par la Confédération des Syndicats, pour les assurés sociaux, les honoraires sont calculés globalement, et non à l'acte isolé, toutes les fois que l'intervention comporte des soins consécutifs. Il est même interdit de tarifer isolément des actes dont la rémunération peut être calculée globalement. Le prix global comprend les honoraires du chirurgien, de ses aides et les soins consécutifs pendant vingt jours.

La Fédération des Syndicats de l'Aube a proposé une organisation de la médecine préventive, dans le cadre de l'Assurance sociale, dans laquelle l'assuré achète forfaitairement (120 francs) un carnet avec lequel il peut se faire examiner par son médecin traitant et tous les spécialistes que celui-ci trouvera nécessaire et utile de mettre en œuvre, chacun d'eux étant rémunéré ultérieurement à un tarif honorable.

Dans son intéressante publication mensuelle, *Physis*, notre distingué confrère Ruffier s'exprime ainsi, par la bouche des deux interlocuteurs dont il nous rapporte les entretiens dialogués supposés :

« C'est une erreur de considérer la consultation comme l'acte médical de base, de prix minimum. Car enfin, la consultation qui suppose l'examen du malade, son interrogatoire, et l'établissement du diagnostic dont découlera toute la thérapeutique, est l'acte primordial, essentiel, qui fait appel à toute la science du médecin et met en œuvre toutes ses facultés intellectuelles. C'est d'ailleurs l'acte pour lequel le malade reconnaît au médecin une compétence spécifique... Il faudrait donc diminuer nos prix pour de petits actes thérapeutiques, surtout lorsqu'ils se font en série... Même alors, un prix global, forfaitaire, devrait être la règle... ».

D'autre part, les tarifs officiels tiennent compte des actes médicaux qui s'accomplissent en série, et calculent les honoraires en conséquence. Dans le tarif des accidents du travail, les injections intra-veineuses de sérum ou de médicaments sont tarifées 30 francs si elles sont isolées, et 25 francs seulement, si elles sont en série. Un premier pneumothorax est tarifé 200 francs, les suivants 100 francs seulement. Le premier lavage de la vessie est tarifé 30 francs, les suivants 25 francs. Le premier pansement pulpaire, en stomatologie, est compté 25 francs, les suivants 20 francs, etc.

Toutes ces considérations démontrent à l'évidence un souci fragmentaire du point de vue économique, et une tendance à l'adaptation de la profession et de ses usages aux exigences économiques de la clientèle.

La création de la Caisse mutuelle chirurgicale du Lot-et-Garonne est plus qu'un souci, plus qu'une tendance : c'est une réalisation.

A la base, une cotisation, une prime si vous préférez, versée annuellement, par *tous* les sociétaires. Pour tout dire, — n'ayons pas peur des mots, — un forfait.

Cette méthode a des inconvénients, certes ; elle en avait surtout à l'époque où le médecin isolé pratiquait individuellement l'abonnement annuel. Abus inévitables de la clientèle trop empressée à appeler le médecin, à le déranger, à se montrer exigeante. C'est d'ailleurs le propre en général de tout malade qui n'est pas retenu, sur la pente glissante des exagérations, par l'intérêt immédiat qu'il a à n'engager que les dépenses strictement justifiées. Et l'entente directe n'a été exigée précisément que pour faire échec à ces exagérations dans la consommation des soins médicaux.

On lui a reproché aussi de supprimer le stimulant que constitue pour le médecin la perspective des honoraires que chacun de ses gestes techniques doit lui rapporter honorablement, d'apporter moins de zèle à l'accomplissement de sa tâche journalière, de bâcler volontiers cette besogne, de se dévaloriser enfin, en acceptant de misérables rémunérations, qui minimisent chacun de ces gestes et les ramènent à un taux dérisoire.

La combinaison de la Mutualité chirurgicale du Lot-et-Garonne pare en grande partie à ces inconvénients. Il ne s'agit d'abord que d'interventions chirurgicales : or, il en est tout autrement d'une opération devant laquelle on recule plus volontiers qu'on ne s'y précipite, que d'une consultation, pour le moindre bobo, qu'on renouvellera au contraire sans la moindre vergogne. D'autre part, le chirurgien est honoré dans des limites raisonnables, et parallèles à la qualité de son intervention.

G. DUCHESNE.

(*A suivre.*)

## SERAIT-IL POSSIBLE D'OBTENIR DE L'ÉTAT QU'IL SE CHARGE LUI-MÊME DU RECOUVREMENT DE NOS HONORAIRES ?

*Il est imprudent de demander à la puissance publique de s'occuper de nos affaires corporatives, tant pour l'octroi de règles disciplinaires (Conseil de l'Ordre) que pour le recouvrement administratif de nos honoraires.*

*Une loi serait nécessaire, qui en profiterait pour réglementer le prix de nos actes professionnels et pour percevoir un nouvel impôt, sur le revenu de notre travail, sous le prétexte de frais de recouvrement.*

*La lutte contre les praticiens rabaisiens ne peut être efficacement organisée que par nous-mêmes et, si besoin en est, par des accords intersyndicaux entre médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes.*

Nous avons reçu la lettre suivante de Mme S., sage-femme :

Un syndicat professionnel aurait-il le droit, dans un but d'organisation méthodique et rationnelle de ses statuts, de soumettre d'urgence une proposition auprès des Pouvoirs publics, pour demander l'unification et la stabilité de son tarif syndical, dans le cadre départemental et donner au règlement des honoraires une forme administrative ?

J'entends par la définition de cette formule, si un Syndicat pourrait confier logiquement à l'Administration de l'A. M. G. par l'extension de ses pouvoirs, le soin de faire recouvrer et encaisser les honoraires de tous les accouchements en général, par le percepteur des Contributions directes, après que cette mesure aurait été imposée aux intéressés par les voies légales, et rendue exécutoire par le Préfet.

Ainsi la rétribution serait couverte et perçue sans vexations au prorata des mémoires d'une manière équitable, à jour fixe, sans autre contrainte que quelques frais d'administration ; donc l'Etat n'ayant rien à fournir, l'indépendance professionnelle reste entière.

Les raisons qui obligeraient le Syndicat à formuler cette demande n'ont rien à apprendre qu'on ne sache déjà ; c'est donc la répétition plus ou moins tangible des inconvénients qui troublent la bonne marche de notre exercice et qui ont été énoncés plusieurs fois.

1° Depuis la fondation du syndicat et l'établissement des statuts, le problème des honoraires semblait avoir reçu une solution définitive. En effet les Assurances sociales paient sans tergiverser..., surtout grâce à la Convention que le Syndicat a passée avec les Caisses. Mais la pratique générale nous révèle des exceptions dans certains éléments de la population non assurés. Parmi ceux-ci, il y a parfois des rétifs qui, malgré leur capacité de payement et prenant divers prétextes, marchandent sur le prix, discutent et contestent même la valeur de nos services. Aussi bien ces fâcheuses dispositions rendent l'entente particulièrement difficile et plus souvent mettent une sage-femme dans la triste alternative ou de subir

une diminution de son tarif ou de perdre leur confiance.

2° D'autre part, ces principes sont encouragés par la complicité de certaines sages-femmes en surnombre dans la même région (et aussi de certains docteurs, car aussi bien l'exemple vient d'eux) qui consentent au moyen d'accords, d'intrigues inavouées, à faire des accouchements au rabais et pratiquent l'avilissement des prix pour se mettre en relief et gagner de la clientèle ; ces prix, de l'aveu de certaines clientes, sont parfois diminués de moitié, créant ainsi un précédent au détriment des collègues qui observent le tarif syndical.

3° La singularité de ces procédés fausse non seulement la discipline exigée par les statuts, mais aussi heurte la dignité professionnelle, étant donné qu'on ne retire aucun bénéfice moral ni matériel de l'idée qui a animé la fondation du syndicat. C'est pour ces mêmes raisons d'ailleurs que notre corporation s'est trouvée toujours diminuée dans la considération et pécuniairement.

La force administrative du règlement des honoraires et la limitation du nombre des accoucheurs dans chaque région, auraient un double avantage : celui d'anéantir les abus de tous les rabaisiens et de garantir à notre exercice, avec la sécurité, une valeur positive d'autorité et d'argent.

Madame S...
Sage-femme syndiquée.

### Réponse

La lettre qui vient de m'être soumise démontre une fois de plus quelle acuité peut prendre l'angoissant problème des praticiens rabaisiens.

Aucun syndicalisme n'est efficace, en province, surtout dans les petites localités, s'il n'est pas possible de mettre un terme aux procédés de basse concurrence : il suffit d'un praticien qui, dans un but de réclame, avilit les honoraires, pour paralyser l'action syndicale, en vue du maintien des tarifs à un taux légitimement rémunérateur.

Aussi puis-je parfaitement comprendre — pour en avoir souffert jadis, lorsque j'exerçais dans l'Ain — l'exaspération de certains confrères, qui ragent, de ne pouvoir mettre à la raison des praticiens voisins, lesquels, dans un but électoral, ou pour rabattre la clientèle chez eux, comme encore pour répondre aux sollicitations de ces nombreuses œuvres, qui font de la philanthropie à nos dépens, consentent à faire de la médecine à des taux nettement inférieurs à ceux convenus par décision syndicale, ou même par les usages locaux.

Demander aux pouvoirs publics de se mêler de nos affaires, pour percevoir nos honoraires, par une méthode administrative, serait un procédé illégal, dangereux et inopérant.

Illégal, parce qu'il faudrait une loi, modifiant plusieurs lois déjà existantes. La chose est loin d'être simple. La Chambre des Députés et le Sénat devraient discuter le projet, par lequel le percepteur serait chargé de nos recouvrements.

Mais, pour quels honoraires ? Vis-à-vis de quels débiteurs ? A quels taux ?

Ne croyez-vous pas que le Parlement ne profiterait pas de l'occasion, pour asservir le Corps médical, pour lui imposer des règles de pratique professionnelle et pour le doter d'un Conseil de l'Ordre, que certains imprudents ne cessent de réclamer ?

Le barreau a fait lui-même son Conseil de l'Ordre, il a décidé de ses règles professionnelles. Faisons-en autant dans notre cadre corporatif, sans recourir à l'Etat dominateur.

Sur quelles bases faire recouvrer nos honoraires par la puissance publique ? Ne serait-ce pas donner au Parlement l'occasion de fixer lui-même nos émoluments ?

Alors, sous prétexte de défendre nos malades, députés et sénateurs feraient de la surenchère électorale, en décidant des chiffres, selon lesquels désormais nous serions payés de nos actes médicaux et de nos interventions diverses.

De plus, la puissance publique demandera un tant pour cent, pour frais de recouvrement, telle une agence quelconque chargée de récupérer nos honoraires chez les mauvais payeurs, d'où un impôt nouveau, pesant sur nos honoraires, et mis ainsi à la charge du seul Corps médical.

Et croyez-vous que, parce que l'Etat prendra en mains cette modalité de recouvrement, nous serons débarrassés des soucis occasionnés par de mauvais payeurs ? Ces derniers continueront à chicaner sur la valeur de nos soins, sur notre assiduité. Ils n'en mettront pas moins en cause notre responsabilité professionnelle, pour nous faire peur et nous faire chanter.

Pensez-vous également venir à bout des mauvais confrères, qui ne perdent aucune occasion pour — les imprudents — dauber sur le dos de leurs voisins ? Tairont-ils leurs propos désobligeants, leurs insinuations ?

Le premier défaut de certains, dans notre corporation, c'est l'hypertrophie du moi. Sans réflexion, on estime souvent que le confrère, qui nous a précédé auprès du malade, a mal soigné, n'a rien compris ni au diagnostic, ni au traitement ; on croit, de bonne foi, que sa propre expérience est la seule juste et efficace.

Que de conflits confraternels, que de procès en responsabilité n'ont-ils pas d'autre cause déterminante que des propos imprudents, malveillants déversés dans une oreille trop complaisante, celle de notre client.

Aussi puis-je conclure très nettement qu'il ne faut pas attendre un salut quelconque de la puissance publique. Faisons nos affaires nous-mêmes,

dans nos syndicats. Et puisqu'il s'agit des plaintes d'une sage-femme — plaintes que bien des médecins, ou des chirurgiens-dentistes ont déjà formulées — étudions dans des réunions intersyndicales le problème de la lutte efficace contre les rabaisiens.

Personnellement, je suis partisan du rapprochement corporatif de tous les praticiens qui, médecins, sages-femmes et dentistes tiennent de la loi du 30 novembre 1892 un statut légal, concernant l'art de guérir.

En attendant qu'une vaste confédération unisse nos divers groupes corporatifs, étudions entre syndicats d'un même département, les modalités diverses de l'exercice local de l'art de guérir.

Dans sa lettre ci-dessus, Mme S. pense qu'un des remèdes pourrait consister dans une limitation du nombre des praticiens. Ce problème est à l'ordre du jour depuis bien des lustres ; il ne pourra probablement jamais aboutir.

Alors que nous nous plaignons de l'envahissement de notre profession libérale, les maires les préfets soutiennent que, dans leur région, il n'y a pas assez de praticiens, pour répondre aux besoins des populations. Ces dernières ont un intérêt apparent dans l'avilissement des honoraires, partant à la pléthore. Elles ne se doutent pas qu'on en donne pour l'argent reçu, et qu'honoraires avilis correspondent à soins superficiels.

Pour ma part, je ne vois de salut que dans l'action syndicale, juridiquement bien étudiée d'abord, puis énergiquement exécutée.

Dr Paul Boudin.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Des lettres et des chiffres

Je reçois la lettre suivante :

Monsieur le Trésorier et cher Confrère,

J'ai lu avec intérêt votre appel aux médecins de 30 à 35 ans et suis à peu près décidé à entrer à la Mutualité familiale : ce qui m'embarrasse ce sont les combinaisons auxquelles je dois donner la préférence.

Pour l'indemnité maladie, je prendrais volontiers MA³ c'est-à-dire 30 francs par jour et 300 francs par mois et pour la pension 3.600 francs par an. Quelle cotisation annuelle aurais-je à verser ? J'ai 32 ans.

Je vous serais très obligé de bien vouloir m'éclairer.

Veuillez agréer......

Dr M...

Au confrère, j'ai répondu que sa cotisation annuelle serait :

| | | | |
|---|---|---|---|
| MA³ | 256 fr. | 553 | 608,30 |
| R 30 parts | 297 fr. | | |
| Gestion 10 % | | 55,30 | |

et s'il contre-assurait pour la pension :

| | | | |
|---|---|---|---|
| MA³ | 256 fr. | 625 | 687,50 |
| R contre assuré | 369 fr. | | |
| Gestion 10 % | | 62,50 | |

Si, tout en conservant MA³, il voulait prendre à la fois P et R de manière à recevoir une première pension de 3.600 francs à 60 ans et une seconde égale à 65 ans, sa cotisation serait :

| | | | |
|---|---|---|---|
| MA³ | 256 fr. | 1.081 | 1.189,10 |
| P. | 528 fr. | | |
| R. | 297 fr. | | |
| Gestion 10 % | | 108,10 | |

et s'il contre-assurait P et R :

| | | | |
|---|---|---|---|
| MA³ | 256 fr. | 1.246 | 1.370,60 |
| P. | 621 fr. | | |
| R. | 369 fr. | | |
| Gestion 10 % | | 124,60 | |

Un autre confrère m'avait écrit :

Mon cher Confrère,

Veuillez me dire ce que j'aurais à payer annuellement pour avoir l'indemnité journalière de 50 francs et chronique de 500 francs, puis à 65 ans la pension de 3.600 francs ; me dire également ce que ma femme aurait à payer pour une pension semblable de 3.600 francs à 60 ans. J'ai 34 ans, elle en a 29 : nous arriverions donc en même temps à notre double pension. Je voudrais que les versements pour les pensions fussent contre-assurés.

Merci à l'avance.....

Dr A...

Voici ma réponse :

Votre cotisation personnelle sera :

| | | | |
|---|---|---|---|
| MA⁵ | 468 fr. | 888 | 976,80 |
| R 30 parts | 420 fr. | | |
| Gestion 10 % | | 88,80 | |

Celle de Madame serait :

| | | |
|---|---|---|
| R. 30 parts | 507 | 557,70 |
| Gestion 10 % | 50,70 | |

soit en tout 1.534 fr. 50.

Autre lettre :

Monsieur et très honoré Confrère,

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître

ce que je peux faire d'intéressant pour ma femme âgée de 43 ans et pour ma fille âgée de 21 ans.

Veuillez agréer avec mes remerciements mes salutations les plus confraternelles.

Dr R...

J'ai répondu :

1° Pour Madame, pension à 65 ans :

| *Pension* | *Cotisation annuelle simple* | *contre-assurée* |
|---|---|---|
| 1.200 francs | 217 fr. | 269 fr. |
| 2.400 francs | 434 » | 538 » |
| 3.600 francs | 651 » | 807 » |
| 4.800 francs | 868 » | 1.076 » |

Pension à 60 ans :

| | | |
|---|---|---|
| 1.200 francs | 415 fr. | 479 fr. |
| 2.400 francs | 830 » | 958 » |
| 3.600 francs | 1.245 » | 1.457 » |
| 4.800 francs | 1.660 » | 1.916 » |

Ces chiffres majorés, comme toujours, de 10 % pour frais de gestion.

2° Pour Mademoiselle, pension à 60 ans :

| | | |
|---|---|---|
| 1.200 francs | 87 fr. | 103 fr. |
| 2.400 francs | 174 » | 206 » |
| 3.600 francs | 261 » | 309 » |
| 4.800 francs | 378 » | 412 » |

Pension à 65 ans :

| | | |
|---|---|---|
| 1.200 francs | 51 fr. | 62 fr |
| 2.400 francs | 102 » | 124 » |
| 3.600 francs | 153 » | 186 » |
| 4.800 francs | 204 » | 228 » |

avec toujours majoration de 10 % pour la gestion.

Une quatrième lettre :

Mon cher Confrère,

J'ai 50 ans, que puis-je faire ? J'avais depuis bien longtemps l'intention d'entrer à votre Mutualité familiale, mais j'ai toujours remis et je vois que je suis arrivé à la limite d'âge. Pourtant, s'il en est temps encore, je voudrais le maximum possible.

Avec tous mes remerciements, veuillez agréer...

Dr C...

J'ai répondu :

Mon cher Confrère, vous êtes en effet arrivé à l'extrême limite et vous n'avez plus que quelques semaines pour vous décider.

Vous ne pouvez entrer à l'indemnité-maladie que pour 10 francs par jour, mais vous pouvez, pour la pension, entrer à R, pension de retraite de 4.800 francs à 65 ans.

Votre cotisation annuelle sera :

| | | | |
|---|---|---|---|
| MA | 129 fr. | 1.761 | 1.937,10 |
| R. 40 parts... | 1.632 fr. | | |
| Gestion 10 % | | 176,10 | |

et si vous contre-assurez vos versements pour la pension :

| | | | |
|---|---|---|---|
| MA | 129 fr. | 2.101 | 2.311,10 |
| R. | 1.972 fr. | | |
| Gestion 10 % | | 210,10 | |

Vous n'aurez que quinze versements à faire.

Je pourrais reproduire bien d'autres lettres car, ces derniers temps, nous avons reçu, Mignon et moi, une volumineuse correspondance.

Toutes ou à peu près, nous montrent que nos confrères ne lisent pas les statuts que nous leur envoyons ou ne prennent pas la peine de consulter les barèmes pour en appliquer les chiffres à leur cas particulier : quelques-uns à peine nous indiquent de vagues cotisations en les faisant suivre de la mention : *Est-ce bien cela* ?

Nous sommes là d'ailleurs pour répondre à leurs demandes et leur donner toutes explications utiles et même des conseils s'ils veulent bien nous en demander.

Si j'ai donné ces quelques lettres, c'est pour montrer combien la Mutualité familiale se plie à tous les besoins comme à toutes les possibilités.

C'est aussi pour inviter mes lecteurs à être moins indifférents et à jeter un coup d'œil sur les barèmes des cotisations que nous leur envoyons et à calculer pour eux-mêmes ce que leur coûterait telle ou telle combinaison : je suis convaincu que cette simple petite opération, qui ne leur prendrait que quelques minutes, en déciderait plus d'un.

Car, moins que jamais, il est possible de se désintéresser de l'avenir : le temps de la *ribouldingue* (pour me servir de l'expression d'un de mes correspondants) est fini, il faut revenir aux idées de prévoyance. Et nulle société ne peut offrir au médecin des garanties matérielles et morales plus grandes que la *Mutualité familiale du Corps médical français*.

Du reste, si vous êtes embarrassés, confrères, écrivez-nous et nous nous ferons un devoir de vous éclairer.

A. Gassot.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### Le fonctionnement du Service de Santé de l'extrême avant

Médecin commandant Bouissou
(19 juillet 1932.)

**Sixième exercice pratique de l'Ecole de perfectionnement des Médecins de Réserve**

L'exercice est conduit dans le cadre de la Division, qui est la grande unité tactique dans la guerre moderne. L'offensive menée par une Division comporte quatre phases successives : l'approche ; la prise de contact ; le combat proprement dit ; l'exploitation du succès. La condition essentielle qui s'impose au Service de santé, soucieux de remplir sa mission, est de rester mobile et de toujours garder le contact avec les divers éléments de la division, grâce à des liaisons parfaites. C'est ainsi que le directeur du Service de santé de la Division se tiendra en liaison permanente avec son général ; avec le directeur du Service de santé du corps d'armée ; avec ses subordonnés techniques immédiats : le groupe sanitaire divisionnaire et la section sanitaire automobile. Il restera aussi en liaison avec les médecins chefs de service des régiments de la Division, jusqu'aux postes de secours de bataillon, lorsqu'ils seront déployés.

Le thème adopté suppose que des forces bleues venant du Nord doivent rejeter sur l'Aube des forces rouges qui tiennent les abords de la Marne, vers Châlons-sur-Marne, afin de les empêcher de se retrancher fortement dans le camp de Mailly. Le VI[e] corps d'armée encadré est chargé de l'opération. Il possède trois divisions : la 11[e], la 12[e] et la 42[e]. Ce sont les mouvements et opérations de la 12[e] division qui font l'objet de l'exercice.

L'opération commencée le 1[er] juin, se continuera les jours suivants, suivant deux itinéraires, qui amèneront la Division jusqu'à la grande route transversale qui passe par Sommesous, Soudé-Sainte-Croix et Coole.

Nous assistons d'abord à la marche des deux avant-gardes, dont chacune est composée d'éléments empruntés au groupe de reconnaissance de la Division.

Une tournée de ramassage préalable aura débarrassé la Division de ses indisponibles. Le distingué conférencier nous expose les diverses dispositions prises par le directeur du Service de santé, durant la marche d'approche ; puis, au moment de la prise de contact, et enfin durant le combat. Nous voyons en action le poste de secours divisionnaire, les postes de secours régimentaires, les postes de secours de bataillon. Nous apprenons que le P. S. de bataillon doit se déplacer dès qu'il se trouve à plus de 1.000 mètres, du bataillon ; le poste de secours régimentaire dès qu'il se trouve à plus de 3.000 mètres des lignes.

L'ennemi tient cinq lignes échelonnées d'avant en arrière, dont chacune représente un objectif à atteindre successivement. La répartition du personnel, le remplacement des manquants (tués et blessés), l'utilisation du matériel, les approvisionnements sont méthodiquement étudiés à l'aide d'une carte, sans laquelle il n'est pas possible, ici-même, d'entrer dans de plus grands détails.

G. Duchesne.

---

## DU CLASSEMENT ET DE L'UTILISATION DES DOCUMENTS PATHOLOGIQUES (1)

Par le Docteur J. Vanverts,
Professeur à l'Université de Lille.

*J'ai publié il y a quelques mois un article sur le sort des fiches cliniques établies par les médecins, pour leur clientèle. A ce propos ; M. le Professeur* Vanverts *nous a rappelé les conseils qu'il avait donnés jadis sur le même sujet et que nous publions de nouveau.* G. D.

Lorsque le médecin se donne la peine de recueillir dans tous leurs détails les observations de ses malades — histoire pathologique, résultat des explorations cliniques ou des examens de laboratoire, relation d'interventions chirurgicales, évolutions des lésions, etc... — il vise un premier but : celui de pouvoir se reporter au dossier pathologique de chacun de ses malades dans tous les cas où il en éprouve le besoin. Cette consultation d'un dossier dressé depuis de nombreuses années et tenu à jour, présente, en effet, un intérêt considérable et permet de se procurer en quelques minutes des renseignements plus précis et plus complets que ceux fournis par la mé-

(1) *Echo médical du Nord,* 1923, p. 315.

moire du médecin et par l'interrogation du malade.

A ce premier but s'en ajoute souvent un second : celui de l'utilisation scientifique des documents recueillis, soit que le médecin se serve lui-même de ceux-ci comme base de mémoires ou de communications dans les Sociétés savantes, soit qu'il les communique à ses élèves pour leur permettre la rédaction de leurs thèses ou d'autres travaux.

Pour atteindre ces deux buts, il faut classer les observations des malades de telle façon qu'il soit aisé de les trouver au moment où l'on en a besoin. Il faut, en outre, que les détails intéressants de ces documents soient classés eux aussi, qu'ils ne restent pas noyés dans de longues relations d'observations où l'on ne pensera pas à aller les chercher. Il faut enfin que le classement et ultérieurement l'usage des observations des malades n'expose pas à la violation du secret médical.

***

J'ai pensé qu'il pourrait être agréable à mes confrères de connaître une méthode de classement, que j'ai perfectionnée peu à peu, qui pourra être modifiée au gré de chacun, mais qui, telle qu'elle est, m'a rendu depuis longtemps de grands services. La connaissance de cette méthode sera surtout utile aux jeunes médecins qui, nouvellement entrés dans la carrière, désirent employer fructueusement les documents qu'ils recueilleront. J'espère leur éviter ainsi des tâtonnements et des pertes de temps.

Pour bien me faire comprendre, je n'hésiterai pas à entrer dans les détails que je croirai nécessaires.

Suivant le but poursuivi, le classement des observations est plus ou moins complexe. Chacun choisira dans l'exposé qui va suivre ce qu'il estimera lui être utile et négligera le reste.

***

Tout le système repose sur l'établissement et l'usage des *fichiers* et d'un *registre.*

***

I. — *Description des fiches et du registre.*

1er Fichier : *Feuilles d'observations classées par ordre chronologique.* — On pourrait — comme le font de nombreux médecins — inscrire la relation des observations sur des registres, un répertoire établi par ordre alphabétique des noms des malades reportant aux numéros des pages des registres et permettant de retrouver ces observations sans trop de difficultés. Ce système n'est pas recommandable. Si, en effet, la page consacrée à une observation devient à un certain moment insuffisante pour contenir la relation de celle-ci, il faut faire un ou plusieurs renvois à d'autres pages situées parfois dans d'autres registres. Le répertoire ne peut, d'autre part, être établi par ordre parfaitement alphabétique, puisque le nom d'un nouveau malade y est inscrit à la suite du précédent.

Bien préférable est l'emploi de fiches pour la relation des observations. Ces fiches, qu'elles soient en carton ou, — ce qui est moins dispendieux — en papier, sont toutes de même grandeur. Leur format doit être assez grand, de façon que l'usage de plusieurs d'entre elles pour l'observation d'un malade constitue l'exception. En ce dernier cas — nécessité de plusieurs feuilles pour l'observation d'un malade — celles-ci sont réunies les unes aux autres par une attache quelconque.

Modèle de feuille d'observation

583

Salpingite ; traitement médical.
Grossesse tubaire ; salpingectomie

Mme .................... 25 ans, couturière

22-11-1922 Dr Armand

Dans l'un des angles de la feuille on inscrit le numéro d'ordre de l'observation.

A la partie supérieure de la feuille on note les renseignements principaux concernant la maladie ou la blessure : nom de la maladie ou de la blessure, interventions faites, détails pathologiques ou opératoires importants, etc...

Au-dessous de ces renseignements sont indiqués le sexe, l'âge, la profession du malade. Son nom ne figure pas.

La date du jour où le malade a été vu pour la première fois est indiquée, ainsi que le nom du médecin qui vous a adressé ce malade.

Les feuilles sont rangées dans des boîtes suivant l'ordre des numéros, c'est-à-dire suivant l'ordre chronologique, puisque chaque malade a reçu un numéro au moment de son premier examen (voir plus loin). Chacune des boîtes porte extérieurement une étiquette sur laquelle sont indiqués le premier et le dernier numéros des observations qu'elle renferme.

2e Fichier : *Fiches des noms des malades, classées par ordre alphabétique* (fiches nominatives). — Le nom de chaque malade est inscrit sur une petite fiche en carton ou en papier épais. Au-dessous de lui sont notés le prénom, l'âge, la profession, le domicile. S'il s'agit d'une femme mariée ou veuve, on établit une seconde fiche nominative, en haut de laquelle est inscrit le nom de jeune fille de l'intéressée, suivi de la mention du nom de femme (1).

Dans l'un des angles supérieurs de la fiche est noté le numéro de la feuille d'observation du malade.

Ces fiches sont rangées verticalement, par ordre alphabétique, dans des boîtes.

Des fiches plus hautes, dont chacune porte à sa partie supérieure une des lettres de l'alphabet, établissent des divisions dans lesquelles sont placées les fiches nominatives.

Une étiquette extérieure porte mention des lettres contenues dans chaque boîte.

MODÈLE DE FICHE NOMINATIVE

| 583<br>Dupont-Durand Mme<br>25 ans, couturière, rue Molière, 45, LILLE | 583<br>Durand, femme Dupont<br>25 ans, couturière, rue Molière, 45, LILLE |
|---|---|

3e Fichier : *Fiche de maladies.* — Chaque maladie est inscrite en tête d'une fiche. Il en est de même pour chaque opération, pour chaque détail pathologique, opératoire ou autre. Le nombre de ces fiches est ainsi plus ou moins considérable suivant les cas, et varie suivant chaque médecin qui organisera ce fichier suivant sa spécialité, ses recherches particulières, etc.

Sur chaque fiche sont inscrits les numéros des observations se rapportant au sujet inscrit en tête de ladite fiche.

Les fiches sont placées verticalement dans des boîtes. Des fiches plus hautes, dont chacune porte à sa partie supérieure le nom d'un organe, d'une région, etc., établissent des divisions dans lesquelles sont rangées les fiches de maladies. Ici encore la nature de ces divisions peut varier au gré du médecin.

MODÈLE DE FICHE DE MALADIE

| Salpingite<br>Traitement médical<br>35, 70, 111, 156, 213, 271, 320, 298, 414, 486, 550, 576, 583 | Grossesse tubaire<br>Salpingectomie<br>89, 167, 345, 583 |
|---|---|

4e Fichier : *Fiches des médecins.* — Chaque médecin vous ayant adressé un malade ou l'ayant vu en consultation avec vous, possède une fiche en tête de laquelle figure son nom. Sur cette fiche sont inscrits, les uns au-dessous des autres, les noms des malades suivis, pour chacun, de la mention de la maladie, de l'opération qu'il a subie, de l'année où il a été soigné en commun.

(1) Cette double fiche facilite les recherches quand — ce qui n'est pas rare — une femme mariée ou veuve se présente sous son nom de jeune fille.

Modèle de fiche de médecin

| |
|---|
| 585 |
| Armand (D^r) |
| Lepire, Cancer utérin. 1921. |
| Dupont. Grossesse tubaire. 1922 |

Modèle de registre chronologique

| | |
|---|---|
| N° 581 | Millot |
| 582 | Valare |
| 583 | Dupont |
| 584 | |
| 585 | |
| 586 | |
| 585 | |

Ces fiches sont placées par ordre alphabétique de noms des médecins.

5. — *Registre contenant les noms des malades, rangés par ordre chronologique.* — Sur un registre ou un cahier on inscrit à la suite les uns des autres, les numéros des feuilles d'observations et devant chaque numéro le nom du malade correspondant.

II. — *Classement, entretien et utilisation des documents cliniques.*

Lorsqu'un malade vient vous voir pour la première fois, vous relatez sur une feuille d'observation tous les renseignements que l'interrogatoire et l'examen vous auront fournis, le diagnostic, le traitement conseillé, etc...

Vous inscrivez sur le registre (n° 5) le nom du malade devant le premier numéro libre, et vous reportez ce numéro sur la feuille d'observation. Vous établissez la fiche nominative (n° 2), et vous y insvez le numéro d'ordre, puis vous mettez cette fiche en place à son ordre alphabétique (fichier n° 2).

Quant à la feuille d'observation, vous la rangez de suite dans son fichier (n° 1) par ordre chronologique ou, si le malade doit être révu au bout de peu de temps, s'il doit subir une intervention ou rester en traitement suivi, vous la placez dans une chemise spéciale des observations en cours, où il vous sera facile de la trouver pour y inscrire à mesure divers renseignements. Dans cette seconde éventualité, la feuille d'observation sera rangée dans son fichier (n° 1) quand la maladie ou les suites opératoires seront terminées.

Avant de mettre les feuilles d'observation dans leur fichier, il faut les relire et inscrire sur les fiches correspondantes de maladies (fichier n° 3) le numéro de l'observation. Ce numéro est ainsi mentionné sur une ou plusieurs fiches, suivant que l'observation ne renferme pas ou renferme plusieurs détails dignes d'être notés.

C'est aussi à ce moment que vous inscrivez sur la fiche du médecin qui vous a adressé le malade le nom et l'affection de celui-ci (fichier n° 4).

***

Ainsi rangées, les observations peuvent être aisément trouvées et servir aux divers buts poursuivis.

En présence d'un malade qui vient vous revoir — ou sur lequel vous recevez des renseignements — et dont vous désirez consulter ou compléter l'observation, vous cherchez le nom de ce malade dans le fichier n° 2. Ainsi en possession du numéro de la feuille d'observation, vous trouvez de suite celle-ci dans le fichier n° 1.

Si vous voulez réunir les observations qui se rapportent à telle maladie ou à telle opération, qui renferment des renseignements sur tel ou tel point, vous cherchez dans le fichier n° 3 la fiche ou les fiches qui se rapportent à ces sujets et vous y trouvez les numéros des observations renfermées dans le fichier n° 1.

Si, ayant ainsi trouvé les observations qui vous intéressent, vous constatez que celles-ci sont incomplètes et que les suites éloignées d'une maladie, les résultats d'une intervention n'y figurent pas, vous vous reportez au numéro de cette observation sur le registre (n° 5) et vous connaissez ainsi le nom du malade. Ce nom vous permet de trouver dans le fichier n° 2 les renseignements nécessaires pour pouvoir rechercher le malade et savoir ce qu'il est devenu.

Grâce au fichier n° 4 vous pouvez, dans les mêmes conditions, vous procurer des renseignements sur l'état des malades en vous adressant aux médecins de ceux-ci. Et, quand vous avez l'occasion d'entrer en relations avec l'un de ces médecins, vous pouvez rapidement passer avec eux en revue les malades vus en commun et avoir sur eux des renseignements que vous inscrivez sur leurs feuilles d'observation.

***

Le système que je viens d'exposer paraîtra à certains inutilement compliqué. Pourquoi, m'objectera-t-on, établir le fichier n° 2 et le registre n° 5 ? N'est-il pas plus simple de mentionner sur les feuilles d'observation le nom et l'adresse de chaque malade, et de ranger les feuilles d'observation par ordre alphabétique de nom ?

Je répondrai que ce système, que je reconnais beaucoup plus simple, expose à la violation du secret médical. Les feuilles d'observations sont exposées à être lues par des tiers, car elles peuvent ne pas être rangées de suite ; il est, du reste difficile, vu le volume

que leur ensemble représente, de les conserver dans des armoires fermées à clef. Grâce au fichier n° 2 et au registre, les feuilles d'observation, qui ne contiennent pas la mention des noms des malades, peuvent être lues sans inconvénient par des tiers. Les fichiers n° 2 et le registre doivent être maintenus sous clef. J'estime même, pour assurer le respect du secret médical, que vous devez laisser dans vos papiers une note exigeant que ce fichier n° 2 et le registre soient détruits après votre mort. Il n'y a au contraire qu'avantage — et il n'y a aucun inconvénient — à ce que les documents contenus dans les fichiers n° 1 et n° 3 soient utilisés par des confrères après votre disparition.

## LES CROISIÈRES MÉDICALES FRANCO-BELGES

### Notre Croisière Polaire

Nous avons dit que notre XVIIIe Croisière (été 1933) serait placée sous l'égide du commandant baron de Gerlache, dont la personnalité est bien connue en France, et qui a accepté d'accompagner notre voyage dont il règlera les détails « polaires ». Membre correspondant de l'Institut, Médaille d'Or de la Société de géographie de Paris, membre d'honneur de la Société de géographie de Chicago, etc., le célèbre explorateur a fourni une des plus belles carrières qu'on puisse imaginer. Lorsqu'il fut nommé, sur le désir personnel de S. M. le Roi des Belges, directeur général de la Marine, l'*Etoile Belge*, résuma comme suit (1928) sa vie de navigateur :

Au moment où l'on vient de rendre hommage, un peu partout, à la mémoire d'Amundsen, il est juste, croyons-nous, de consacrer ces quelques lignes à Adrien de Gerlache, qui vient d'être nommé directeur général de la marine.

Il est, en effet, trop peu connu chez nous que le commandant de Gerlache fut le maître d'Amundsen et de Cook, qui firent sous ses ordres leurs premiers voyages.

C'est un devoir d'autant plus agréable à remplir pour l'auteur de ces lignes que ces trois illustres navigateurs lui firent l'honneur de descendre chez lui avec l'équipage de la « Belgica », lorsqu'ils firent, à Montevideo, leur dernière escale dans le monde civilisé avant de s'aventurer vers l'Antarctique en une expédition, qui les couvrit de gloire, et dans les glaces duquel ils devaient volontairement s'enfermer durant 15 mois.

Après tant d'années, nous gardons encore un souvenir ému de ce dîner d'adieu, offert à ceux qu'on n'était pas sûr de revoir un jour.

Fils, petit-fils et frère d'officiers, le baron de Gerlache naquit à Hasselt le 2 août 1866. Entré à l'Ecole polytechnique à 16 ans, et ayant conquis son diplôme d'ingénieur, il s'engagea dans la carrière maritime comme matelot, à bord d'un voilier anglais. En 1889, on le retrouve comme officier aux « Transatlantiques Néerlandais », qui le promènent dans les deux Amériques.

Après un court engagement dans la marine de l'Etat belge, il conçut l'audacieux projet de réserver à un navire belge, la gloire d'aller, le premier, visiter les régions inexplorées du Pôle Sud. Il s'y prépara par une longue croisière au Groenland et, à son retour, il se mit à l'œuvre, préparant pendant trois ans, l'expédition de la « Belgica » dans l'Antarctique. Il ne put réunir, pour subvenir aux frais considérables de ce voyage, que 300.000 francs. Mais de Gerlache était un entraîneur d'hommes, et il sut réunir un équipage d'élite entièrement composé de volontaires sans solde, parmi lesquels Roald Amundsen comme second, et Cook comme médecin du bord. Au Pôle Sud, il découvrit quantité de territoires nouveaux séparés par un détroit que les géographes ont baptisé « Détroit de Gerlache ».

Pergameni écrit à ce sujet : « L'expédition antarctique belge remporta des résultats et eut des conséquences inestimables. Elle est toujours considérée comme l'une des plus fécondes des expéditions polaires actuelles. »

Elisée Reclus dit : « Le nom de la « Belgica » sera ramené, de siècle en siècle, parmi ceux des navires qui visitèrent les mers australes. De Gerlache et ses vaillants compagnons sont, parmi tous les hommes, les premiers qui aient hiverné dans la zone glaciale du Sud. »

De Gerlache fit encore plusieurs autres croisières arctiques dans la mer du Groenland, dans la mer des Barents, au Spitzberg, etc., dont les résultats scientifiques furent remarquables. C'est lui qui atteignit le point le plus Nord dans la banquise du Groenland. Son livre, aujourd'hui épuisé, *Quinze mois dans l'Antarctique*, est remarquable.

Une expédition peu connue est celle que fit de Gerlache en 1901, à bord du « Selika », petit vapeur de 350 tonnes battant pavillon belge, et qui eut pour but l'exploration du Golfe Persique au point de vue zoologique et géologique.

Le grand explorateur connut aussi des moments d'amertume. N'eut-il pas la douleur de voir vendre pour 75.000 francs sa chère « Belgica », qui se trouve aujourd'hui près des îles Lofoden, transformée en dépôt de charbon ! Il ne fut pas possible de trouver, parmi nos compatriotes, un acheteur qui voulût conserver le glorieux petit bâtiment à notre patrimoine national.

De Gerlache se propose d'aller revoir, l'an prochain ce vieux compagnon de ses jeunes années ... ».

G. H.

Dès aujourd'hui, de Gerlache prépare l'itinéraire de notre croisière d'été : elle nous conduira *en Islande, dont nous visiterons l'intérieur, aux Orcades, à Jean Mayen, base habituelle de Charcot* ami intime de de Gerlache, dans la Banquise, au Spitzbergen avec pointe vers François-Joseph, *Terre du Nord-Est, en Laponie, au Cap Nord, aux Fiords de Norvège.*

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Car d'en refaire une semblable il ne saurait être question aujourd'hui : nous avons en tête de tout autres projets mécaniques...*

(Jean L'OLAGNE).

DCCLI. — Henri POURRAT. — **L'Auvergne.** (Les Limagnes). Un vol. 16 × 21 sous couverture illustrée orné de 218 héliogravures. *Editions Arthaud,* Grenoble, 1932.

Je souhaite qu'à son tour, le Docteur Noir veuille bien vous redire tout le bien qu'il pense de ce livre décrivant une région, qui lui tient particulièrement à cœur. Dans cette belle collection (d'un prix extrêmement modéré), ce volume, illustré avec le même soin que les ouvrages précédents et la même large abondance, se distingue par la qualité toute spéciale du texte. Henri Pourrat en touchant la terre d'Auvergne retrouve pour nous attacher à ce qu'il conte une vigueur accrue. Son talent si intelligemment compréhensif de toutes les harmonies des champs donne ici sa pleine mesure, puisque l'écrivain parcourt pour nous une région qu'il aime. Il écrit, quelque part, de son Auvergne : « *Ce pays a sa figure, et, sans doute, ainsi qu'un visage, son secret* ». C'est bien ainsi que se présente l'œuvre imagée, à laquelle il apporte une brillante collaboration : les gravures représentent les aspects physiques, les traits et le profil de la région avec une admirable netteté, et l'écrivain nous révèle les plans profonds, le charme, tous ces reflets fugitifs et secrets qui ont dans l'histoire, les saisons et l'espace cette mobilité d'un « *visage* » et cette fugacité d'insaisissables expressions de physionomie que seuls peuvent saisir les familiers. Il arrive que le texte de livres de ce genre, soit rédigé par d'érudits commentateurs, de remarquables super-guides, qui n'ignorent aucun détail, aucune curiosité géographique. Ils prolongent nos connaissances sans atteindre notre sentiment. C'est par cette voie peu fréquentée des hommes de science que Pourrat nous entraîne, au contraire, vers sa découverte (au sens où il présente en pleine lumière son sujet) de l'Auvergne. Un chauvinisme, plus tempéré d'humour peut-être que ne le ferait supposer une première lecture, avive le filial attachement de l'écrivain, s'il écrit par exemple : « *J'avais devant moi le plus beau paysage du monde, car il y a beaucoup de paysages en Auvergne qui sont chacun le plus beau du monde* » ; s'il présente Cusset, cousine modeste de Vichy ; ou nous signale que les eaux de Saint-Myon, administrées sans discrétion, ont à peu près tué Pascal ; ou se demande « *si les Auvergnats auraient inventé l'écriture, les briques cuites et les idoles bisexuées* » ! ou s'il essaie d'élucider l'obscure étymologie de Vichy. Ces boutades, où Pourrat (comme les grognards plaisantaient ou bougonnaient quand une larme venait perler à leur paupière) masque cet attendrissement qui le gagne à parler de son « *pays* », témoignent en réalité de sa bonne humeur, de cette solide santé spirituelle, de cette force, de cette « *puissante placidité* » qui caractérise et les paysages et les fils de ce sol ; joie saine de bien portants. Et par ailleurs son livre a des profondeurs et des cadences d'hymne : hymne à la terre, enthousiaste et délicate transcription des spectacles de nature ; de leur sereine et calme majesté ; couleurs et bruits du terroir allongé près de la montagne ; bois et bocages, eaux vives, bourgs aux vieilles églises, châteaux croulants ; stations thermales et les deux capitales autrefois rivales ; volcans éteints chauves et lourds sur l'horizon dont Pourrat a fait le tour en s'arrêtant plus longuement aux solitudes, aux témoignages où s'est formé ou affirmé le séculaire effort de la race, aux matrices de ses destinées.

DCCLII. — Maurice BÉGUIN, Archiviste des Deux-Sèvres. — **La cuisine en Poitou.** Un vol. 14 × 19 préfacé par Curnonsky. *Librairie Saint-Denis,* Niort, 1932, 15 francs.

Ce n'est pas un indigeste traité, mais un formulaire précis de bonnes recettes, clairement et succinctement exposées. Je ne crois pas que tout soit spécifiquement poitevin ; à côté de plats nettement régionaux (Vienne, Vendée, Deux-Sèvres), et dont le clair énoncé fait monter l'eau à la bouche, ont été colligées des formules de préparation qu'on utilise certainement en Poitou, mais n'en sont pas originaires. Je précise cette importante nuance pour que vous sachiez, en vous procurant le livre, que les quelque trois cents conseils qu'il donne ont été rédigés avec beaucoup de clarté par un gourmet, qui, sans fioritures littéraires, vous rappelle le moyen d'obtenir (du potage ou du hors-d'œuvre au dessert et aux vins) trois cents façons précises d'accommoder votre gourmandise.

DCCLIII. — Pierre Bost. — **Porte-Malheur.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932, 9 francs.

Court roman où se délasse entre deux œuvres de longue haleine le vigoureux conteur qu'est Bost. Dans un petit garage d'un quartier populaire, un apprenti tuera son patron qui l'a déjà pardonné une première fois après une tentative de vol à main armée. L'intrigue n'a pas une particulière originalité : l'apprenti, mauvaise graine, a des réactions de brute adulte. Est-il sincère en essayant d'échapper à ses mauvais instincts ? Il ne le semble pas : sournois, jaloux bestialement, c'est un produit très démonstratif des générations sans morale garde-fou. Si l'histoire est un peu terne les réactions psychologiques sont admirablement dessinées : c'est du bon « populisme », comme en en faisait déjà avant que les fondateurs de cette école n'aient redécouvert cette Amérique.

DCCLIV. — Docteur Mary Trivas. — **Le douloureux calvaire d'Alphonse Daudet.** Un vol. 16,5 × 25 de 75 pages. *Editions Véga*, Paris, 1932.

Travail inaugural sur lequel je suis heureux d'attirer votre attention ; intelligente et consciencieuse paraphrase clinique du livre publié l'année dernière chez Fasquelle et contenant les notes, où Daudet précisait les progrès et les manifestations de son tabes. Le décousu du livre dont s'inspire notre confrère est ici remplacé par une claire et méthodique étude, logiquement rédigée en suivant débuts, prodromes, traitements, réactions sensorielles et douloureuses que Daudet avait notées, malgré hypnotiques et souffrances avec une géniale lucidité.

DCCLV. — Maurice Privat. — **Nouvelles manières de guérir.** Un vol. 12 × 19. *Editions des Documents secrets*, Paris, 1932.

Il s'agit d'un ouvrage de vulgarisation écrit avec beaucoup d'enthousiasme et quelques illusions : de celles qui ont cours touchant les progrès éventuels de l'art de guérir. Le livre est intéressant parce qu'écrit avec une évidente bonne foi. Il touche tous les problèmes thérapeutiques qui ont passionné l'opinion au cours de ces dernières années : psychanalyse, greffe génitale, homéopathie, centrothérapie, etc... L'exposé est clair et dépourvu de toute hargne systématique à l'égard de la relativité de notre pouvoir. Je ne saurais me porter garant de l'exactitude de tous les détails, tel entre autres celui de l'annonce d'une loi imposant au Chili l'appendicectomie obligatoire chez les enfants.

DCCLVI. — Comte de Palikao. — **Souvenirs du Général Cousin de Montauban,** Comte de Palikao. L'expédition de Chine de 1860. Un vol. in-8° carré sur alfa, avec une carte et 8 gravures hors-texte. *Editions Plon*, 1932, 40 francs.

Ce gros volume relate par le menu des événements, dont la genèse a été à ce jour assez confuse. Les attaques politiques, qui embrouillèrent à plaisir à l'époque la vérité historique, perdent ici tout fondement devant le simple récit du commandant français de l'expédition, étayé de tous les documents officiels, et conduit sans autre souci que celui d'une exactitude modeste et méticuleuse. Ceci se passait environ le temps où il ne manquait pas à notre armée un bouton de guêtre.

DCCLVII. — André Demaison. — **Faidherbe.** Un vol. 12 × 19 illustré de 8 gravures hors-texte. Collection « Les grandes figures coloniales ». *Editions Plon*, Paris, 1932, 15 francs.

J'ai voulu garder pour l'autre bout de ma chronique cette magnifique biographie de l'un des fondateurs de notre empire colonial. Ecrite par un excellent écrivain, qui a pris le soin d'étudier sur place sa documentation, elle est animée d'un brio et d'un mouvement remarquable. Elle retrace très vigoureusement l'aventureuse et courageuse épopée du polytechnicien, bâtisseur de villes, fondateur de colonies, commandant d'armée pendant le désastre de 1870. André Demaison, qui obtint il y a quelques années le Grand prix de roman de l'Académie française, n'a pas été (comme il advint à d'autres lauréats !) écrasé ni endormi sous ses lauriers. Il continue à « sortir » régulièrement des livres où le soin de la facture ne paralyse pas l'intérêt.

**Varia*****

Dans la Collection des « *Visions de France* » le tome *Pyrénées-III* est consacré à Luchon, Pyrénées centrales, Saint-Bertrand-de-Comminges, Toulouse. C'est beaucoup pour 60 hélio-gravures. Toulouse seul les pouvait fournir. Elles sont d'ailleurs très nettes et offrent un pittoresque résumé de cette intéressante région.

* *L'Archer* de juillet-août (18, rue de la Dalbade, Toulouse) donne un article de M. Dresch, recteur de la Faculté de Strasbourg, sur les fêtes de Goethe en Alsace ; d'amers propos de Campagnou désabusé, et perspicace à l'accoutumée en nous parlant avec émotion de ses malades ou de ses souvenirs de guerre. La suite des aventures sahariennes de Laperrine englobant le récit de la mort du père de Foucauld. Quelques poèmes les uns fraîchement ingénus, les autres plus carrément fantaisistes ; une copieuse chronique bibliographique. Et un récit de fouilles archéologiques par un spécialiste du sous-sol, Norbert Casteret qui devrait bien nous expliquer un jour où en est ce problème des sources de la Garonne que revendiquent les Espagnols en veine de nationalisme intégral !

23 août 1932,

L'Homme aux Besicles.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié.** (Professeur : F. Rathery.) — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré, du* 13 *au* 29 *octobre* 1932. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery avec la collaboration du Professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine ; du Professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine ; de M. Plantefol, sous-directeur de laboratoire au Collège de France ; du Docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux ; du Docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des Docteurs Boltanski, Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Kourilsky, Julien Marie, Mollaret, Maurice Rudolf, Sigwald, chefs de clinique à la Faculté de médecine et du Docteur Doubrow, chef de laboratoire.

Programme du cours. — I. *Etude biologique du diabète* : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. Les troubles du métabolisme dans le diabète. Le métabolisme basal chez les diabétiques. L'acidose diabétique. La physio-pathologie du diabète. — II. *Les méthodes d'examen d'un diabétique.* — III. *Etude chimique du diabète* : Le diabète simple et le diabète consomptif. Le diabète infantile. Le diabète rénal. Le diabète bronzé. Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme). Diabète et grossesse. — IV. *Les complications du diabète* : Les petits accidents nerveux. Les accidents oculaires. Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. Les accidents cardiovasculaires : le collapsus cardiaque. La gangrène diabétique. Le coma diabétique. Tuberculose et diabète. — V. *Les thérapeutiques du diabète* : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. Le traitement chimiothérapique et hydrologique. Les succédanés de l'insuline. Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. L'insulino-résistance. Le traitement du coma diabétique. Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. Diabète et chirurgie. L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète : Le dosage du sucre urinaire ; le dosage du sucre sanguin ; le pH et la réserve alcaline ; la recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B oxybutyrique ; le métabolisme basal.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme Plantefol et de Mlle Lévina. Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur Rathery.

Inscriptions. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Horaire des cours et exercices pratiques. — Jeudi 13 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. — 5 heures, Professeur Rathery : Le métabolisme des glucides, des protides et des lipides dans le diabète.

Vendredi 14 octobre, 10 heures, Docteur Maurice Rudolf : L'acidose diabétique. — 4 heures : Exercices pratiques : le dosage du sucre sanguin. — 5 heures, M. Plantefol : Métabolisme basal et diabète.

Samedi 15 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : La physiologie pathologique du diabète. — 5 heures, Professeur Rathery : La fiche d'examen du diabétique.

Lundi 17 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : Les formes fondamentales du diabète ; diabète simple et diabète consomptif. — 4 heures, Exercices pratiques : pH et réserve alcaline. — 5 heures, Docteur Germaine Dreyfus-Sée : Le diabète infantile.

Mardi 18 octobre, 10 heures, Docteur Sigwald : Les formes étiologiques du diabète. — 5 heures, Docteur Julien Marie : Le diabète rénal.

Mercredi 19 octobre, 10 heures, Professeur Jeannin : Diabète et grossesse. — 5 heures, Docteur Doubrow : Diabète bronzé.

Jeudi 20 octobre, 10 heures, Professeur Terrien : Les accidents oculaires du diabète. — 4 heures, Exercices pratiques : Le métabolisme basal. — 5 heures, Docteur Mollaret : Les petits accidents nerveux du diabète.

Vendredi 21 octobre, 10 heures, Docteur Dérot : Accidents cardio-vasculaires. Collapsus cardiaque. — 5 heures, Docteur Kourilsky : Accidents cutanés du diabète.

Samedi 22 octobre, 10 heures, Docteur Maurice Rudolf : Coma diabétique. — 5 heures, Docteur Boltanski : Gangrène diabétique.

Lundi 24 octobre, 10 heures, Docteur Julien Marie : Tuberculose et diabète. — 4 heures, Exercices pratiques : Le dosage du sucre urinaire. — 5 heures, Professeur Rathery : Le régime dans le diabète.

Mardi 25 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. — 5 heures, Docteur Maurice Rudolf : Les traitements chimiothérapiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline.

Mercredi 26 octobre, 10 heures, Docteur Froment : Le traitement de fond du diabète simple. — 5 heures, Docteur Froment : Le traitement de fond du diabète consomptif.

Jeudi 27 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : Résultats de la cure insulinienne dans le traitement de fond du diabète consomptif. Insulino-résistance. — 4 heures, Exercices pratiques : Recherche et dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B. oxybutyrique. — 5 heures, Professeur Rathery : Le traitement du coma diabétique.

Vendredi 28 octobre, 10 heures, Docteur Thalheimer : Diabète et chirurgie. — 5 heures, Docteur Sigwald : Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique.

Samedi 29 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : L'avenir du diabétique.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Nécrologie.** — C'est avec un bien vif regret que nous avons appris le décès du Docteur Maurice GAUBERT, survenu subitement à Montpellier, le 9 août dernier.

Terrassé en pleine santé, le Docteur Gaubert disparaît, au moment où il venait d'entrer dans la vie professionnelle. Esprit encyclopédique extraordinairement actif, il ne comptait que des sympathies.

Préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier, pharmacien de 1re classe, le Docteur Gaubert se destinait à l'agrégation de médecine.

Ses obsèques ont eu lieu le jeudi 11 août, à Montpellier, au milieu d'une affluence considérable. Au cimetière, l'adieu a été dit par M. le Professeur Galavielle, qui a prononcé un discours particulièrement émouvant. Sa disparition sera vivement ressentie et son souvenir fidèlement conservé par ceux qui ont pu apprécier sa bonté et sa haute valeur professionnelle.

C. Z.

— Le Docteur Charles Colin a la douleur de faire part du décès de M. Jean COLIN, capitaine d'artillerie, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé le 31 juillet 1932.

— **Groupe lyonnais d'études médicales philosophiques et biologiques.** — Le Groupe lyonnais d'études médicales philosophiques et biologiques, rue du Plat, 16, à Lyon, dont le secrétaire général est le Docteur Biot, 13, rue Jarente, publie son programme de 1932-33 :

I. La forme humaine : morphologie et tempérament. — II. La forme humaine : morphologie et pathologie. — III. La forme humaine : morphologie et art. — IV. La forme humaine : morphologie et sociologie. (Orientation et adaptation sociale professionnelle). — V. Les formes sociales. — VI. Les formes esthétiques. — VII. Les formes religieuses. — VIII. Forme, vie et ensée.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Internes pour l'année* 1932 (2e semestre). — INTERNES TITULAIRES. — 5e *année* : MM. R. Traissac (Service de M. le Dr Lefèvre), Philip (Portmann).

4e *année* : Roudié (Service de M. le Dr Papin), Vayssière (Lacouture).

3e *année* : Guichené (en congé), Beauchesnes (en congé) R. Laffite (Pansements externes), Courriades (Service de M. le Dr Charrier), Maupetit (Dupérié), Pouyanne (Rocher), André Laporte (Bégouin,) Dubarry (Mauriac), Noblia (Cruchet,) Pauly (Abadie), Mandillon (Rabère), René Fournier (Cruchet), Guichard, F. Laporte (Chavannaz), Bargues (en congé), Marty (en congé), Lévy (S. M.).

2e *année* : Delas (Service de M. le Dr Petges [Salubrité]), Laumonier (Bégouin), Chastagner (Chavannaz), Ouary (Charbonnel), Lange (S. M.), Saric (S. M.), Dupin (S. M.). Penaud (S. M.), Dupuy (S. M.,) Ferradou (S. M.), Lapouge (S. M.), Grèze (S. M.), Bergougnan (S. M.), Cras (Sabrazès).

1re *année* : Sourreil (Service de M. le Dr Duvergey), Duffard (Carles), Nancel-Pénard (Cassaët), Darmaillacq (Parcelier),Cornette-de-Saint-Cyr (Loubat),Grenet (Petges), Verger (Creyx), Dutrénit (Péry), Ferran (Andérodias), Sentenac (S. M.), Beaumont (Leuret).

INTERNES PROVISOIRES. — MM. Jaulain (Service de M. le Dr Nancel-Pénard), Georget (Dubourg), de Boucaud (Guyot), Corcelle (Beauvieux), Lummau (S. M.), Deprecq (Bonnin), Depierrie (Dupérié).

— **La crémation en France.** — La Société française pour la propagation de l'incinération (Secrétaire général : Prof. G. Barrier, de l'Académie de médecine, 4, rue Bouley, à Alfort, Seine), fondée en 1880, et présidée par le Professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine et président du Conseil supérieur d'hygiène de France, vient de faire paraître son bulletin annuel. Nous y apprenons qu'au cours de la dernière année, 1.245 incinérations ont été effectuées dans les six crématoires français (Paris, Lyon, Marseille, Reims, Rouen et Strasbourg).

En comparaison avec les années précédentes, la progression est due certainement à la pénétration de plus en plus grande des vérités d'hygiène et d'urbanisme qui sont la raison d'être de ce mode de sépulture et aussi aux moindres frais qu'il occasionne aux familles, toutes choses égales d'ailleurs, lorsque les tarifs des municipalités ne sont pas trop élevés.

— **Société de chirurgie de Marseille** (3, Marché des Capucins). *Prix Jean Escat.* — La Société de chirurgie de Marseille a décidé dans sa séance du 25 avril 1932 la création du prix Jean Escat, prix triennal, de 1.000 francs, partage interdit.

A ce prix, destiné à récompenser tous les trois ans l'auteur d'un travail se rapportant à l'urologie, peuvent concourir exclusivement :

1° Les élèves en exercice, externes ou internes titulaires des hôpitaux de Marseille, les chefs des laboratoires annexés aux services des cliniques de la Faculté ou des hôpitaux de Marseille.

2° Les docteurs en médecine de la Faculté de Marseille ayant passé leur thèse depuis moins de trois ans au 1er janvier de l'année d'attribution du prix.

Les candidats devront avoir adressé à la Société, avant le 1er novembre, un mémoire anonyme sur un sujet de leur choix, rédigé en trois exemplaires.

La première attribution aura lieu en janvier 1933.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

contraction « elle s'efface et disparaît ». Cette période d'expulsion, qui aurait dû être rapide, eu égard à la vigueur de la femme et à la fréquence des efforts, devient interminable. On eût dit qu'un ressort se détendait au moment de la contraction utérine pour se tendre aussitôt après et faire rentrer la tête dans l'excavation. Si bien que, après avoir attendu environ une demi-heure après la première apparition de la tête à la vulve, et voyant le cuir chevelu violet, noirâtre, sous les cheveux, je me décide à faire une application de forceps. Et bien m'en prit, car aussitôt la tête extraite, je constatai la présence de deux circulaires très serrés autour du cou. Je sectionne immédiatement le cordon, et extrais un bel enfant qui est tout violacé et inanimé. Il fallut plusieurs minutes de frictions, de tractions de la langue, un bain chaud, puis un bain froid pour le ramener à la vie.

Dans ce second cas, le cordon présentait en réalité une longueur à peu près normale, mais le fait qu'il passait deux fois autour du cou de l'enfant le raccourcissait singulièrement.

Aussi je conclurai en disant que, dans certains cas, lorsqu'on a affaire à des accouchements qui traînent en longueur, si notamment l'auscultation révèle un affaiblissement du cœur fœtal, il ne faut pas hésiter à faire une application de forceps. Et très souvent, cette lenteur du travail sera expliquée par une brièveté anormale du cordon ombilical, et par la présence d'un ou de plusieurs circulaires.

Dr AUDOUIN.
à Thouars.

## ASSURANCES SOCIALES

### Les internes des hôpitaux ont-ils intérêt à devenir des assurés sociaux ?

Un interne des hôpitaux de province, nommé au concours, nous demande s'il y a un intérêt quelconque à ce que internes, externes et étudiants demandent à bénéficier de la législation des Assurances sociales.

Il faut tout d'abord faire une distinction profonde entre la situation juridique des internes et externes des hôpitaux et celle des étudiants en médecine, placés à l'hôpital par la Faculté.

Comme je l'ai démontré dans un article, qui paraîtra prochainement dans le *Concours Médical*, j'estime que les internes et les externes peuvent être considérés comme des salariés ; en tout cas, ils sont liés à l'hôpital par un contrat de travail qui les place sous la dépendance de la commission hospitalière, comme sous la dépendance des chefs de service, nommés par ladite commission et chargés par cette dernière d'un travail

déterminé : celui de soigner les malades hospitalisés.

Donc, selon la jurisprudence la plus récente de la cour de Cassation, je considère que les internes et externes des hôpitaux devraient juridiquement être assurés obligatoires aux Assurances sociales.

Les étudiants, au contraire, ne sont liés par aucun contrat de travail ; ils n'ont aucune fonction à l'hôpital ; ils n'ont qu'à songer à leurs études ; ils dépendent d'eux-mêmes, en ce sens qu'ils peuvent travailler, ou ne rien faire à leur gré, sans qu'aucun employeur quelconque puisse leur faire un reproche.

Ils ne sont « salariés » que lorsqu'ils remplacent officiellement un interne, ou un externe, avec l'approbation de la commission administrative de l'hôpital.

Il faut maintenant aborder la question d'opportunité. Il est indispensable de se demander si c'est ou non une bonne chose, pour les internes et externes, d'être affiliés aux Assurances sociales.

Personnellement, j'en suis partisan, ne serait-ce que pour garantir nos jeunes camarades contre la maladie, ou l'accident, pendant leurs études, comme pour leur assurer plus tard, une retraite honorable, alors même qu'ils auraient réussi dans la vie.

J'ai déjà traité cette question dans le *Concours Médical*, 1931, page 1429 et suivantes et 2558 et suivantes.

Bien qu'arrivé « patron », l'ancien interne peut continuer à verser pour sa retraite aux Assurances sociales et ne pas perdre ainsi le bénéfice de sa prévoyance, du temps où il faisait ses études et son internat, ou externat.

Mais surgit alors une difficulté d'ordre pratique : tant que l'hôpital n'a été que l'asile des pauvres, établissement gratuit, internes, comme médecins des hôpitaux, se sont associés à l'œuvre de bienfaisance et de charité. Ils ont accepté de soigner les pauvres, pour ne recevoir que de modiques indemnités, se trouvant suffisamment rémunérés et par le titre obtenu au concours et par l'expérimentation clinique, trouvée dans les salles d'hôpital.

Aujourd'hui, la situation est changée ; l'hôpital est devenu maison de santé à bon marché, faisant acte de commerce en hébergeant, logeant, nourrissant des malades et en faisant donner des soins à quiconque peut payer.

Le médecin d'hôpital, l'interne n'ont plus les mêmes raisons que jadis, à faire preuve d'un désintéressement au regard de cette foule de malades payants qui, désormais, prend à l'hôpital la place des pauvres. D'ailleurs, ces derniers n'existent presque plus, garantis qu'ils sont soit par l'Assurance contre les accidents du travail, soit par l'assurance sociale, soit par la

mutualité, la loi des Pensions de guerre, etc., etc... Un tiers qui paye se substitue au malade jadis soigné aux frais de l'Assistance médicale gratuite.

Dès lors se pose la question du salaire de base, selon lequel l'interne, l'externe doivent être censés avoir été payés, pour fixer la catégorie dans laquelle ils seront admis à l'assurance sociale, ainsi que la double cotisation (patronale et employé) à payer.

J'entends d'ici un tolle général, aussi bien dans le camp des administrateurs des hôpitaux que dans celui des médecins eux-mêmes.

Les docteurs en médecine sont savants dans l'art de guérir ; mais ils ignorent beaucoup de choses, dans la science du Droit : cela ne les empêche pas de donner leur opinion... fréquemment erronée.

Il faut donc aborder le problème du point de vue juridique, puis du point de vue pratique. Juridiquement on pourra toujours faire juger le cas par une Commission cantonale, pour aboutir à la Cour de Cassation.

Pratiquement, convient-il de pousser nos jeunes camarades, futurs confrères, à faire acte de prévoyance, en se garantissant contre la maladie, la vieillesse ou l'invalidité prématurée, grâce aux Assurances sociales ? Aux intéressés de répondre ; mais surtout, ne mêlons pas la politique à nos discussions. Point n'est besoin de savoir si la loi est bonne, ou néfaste, si elle durera, ou si elle échouera : nous n'avons qu'à nous préoccuper d'une loi, régulièrement votée par les deux Chambres, promulguée par le Président de la République et de nous demander s'il convient, ou non, d'en réclamer le bénéfice pour la jeunesse médicale.

Dr Paul BOUDIN.

## Lampe-stylo.... carte forcée

Dans le *Concours Médical* du 21 août dernier a paru, avec ce même titre et à cette même place, une petite note dénonçant, avec juste raison, la petite manœuvre suivante : certains médecins ont reçu, contre remboursement de 9 fr. 85, une lampe électrique de poche qu'ils n'avaient pas commandée ; une note jointe promettait le remboursement, si l'objet n'était pas à leur convenance ; ceux qui ont réclamé le remboursement n'ont évidemment rien touché.

La Maison F. Hoffmann-La Roche et Cie, qui a eu précisément l'occasion d'envoyer, ces derniers temps, une lampe-stylo de poche aux médecins praticiens, serait désolée si une confusion quelconque pouvait se créer dans leur esprit au sujet de cet objet, car, d'une part, la lumière des lampes-stylos « Roche » s'obtient en vissant et

non en appuyant sur un levier, et, d'autre part, ces lampes qui sont adressées au Corps médical, par poste recommandée, sont offertes, bien entendu, à titre absolument gratuit, par la Maison F. Hoffmann-La Roche et Cie.

# CORRESPONDANCE

## Application du Tarif des accidents du travail

### 4475. — Pansement sur une contusion simple

Le 30 mars, je vois un blessé d'une entreprise assurée au S...

J'indique comme diagnostic : 1° Contusion dorso-lombaire ; 2° Ecrasement d'un doigt ; quinze jours d'incapacité. En réalité, le blessé n'a repris le travail que le 20 avril soit vingt-deux jours d'assurance.

Pendant ce temps, j'ai fait huit visites. J'ai tarifé ainsi :

| | | |
|---|---|---|
| 30 mars, deux pansements et certificat. | 38 | francs |
| 31 mars, pansement + sérum | 35 | » |
| 1er avril, deux pansements | 30 | » |
| 4 avril, deux pansements | 30 | » |
| 7 avril, deux pansements | 30 | » |
| 11 avril, deux pansements | 30 | » |
| 13 avril, deux pansements | 30 | » |
| 13 avril, deux pansements | 30 | » |
| 20 avril, une consultation | 15 | » |
| Total | 238 | francs |

Je reçois aujourd'hui, un mot de la Compagnie d'assurances, m'informant qu'elle réduit mes honoraires à 133 francs : « En ce qui concerne ce blessé, il ne peut être compté que le prix d'une consultation par journée de soins alors que vous tarifez deux pansements par jour (contusion et plaie).

« Or, le pansement est une intervention technique qui consiste à mettre une blessure ouverte à l'abri de l'air, il ne peut y avoir de pansement médical quand il s'agit d'une contusion. »

J'ai répondu que j'avais l'habitude de pratiquer des onctions sur les régions contuses, d'y placer une lame de coton maintenue par une bande, ce qui me paraissait constituer un pansement, j'ai ajouté que je vous transmettais le dosier et que je me conformerais à votre décision. Vous m'obligeriez donc en me répondant au plus tôt.

Dr M.

**Réponse**

Il est de jurisprudence constante que l'on ne compte qu'un « pansement » pour une contusion simple ; c'est pourquoi la Compagnie a refusé d'accepter votre note. Quant à la visite du 31 mars, vous ne pouvez compter « injection de sérum : 20 francs, plus pansement : 15 francs »,

Ceci est contraire à l'article 13 qui interdit le *cumul* d'une intervention et d'une visite ou consultation *avec* ou sans pansement (voir article 1). Il s'en suit que je ne crois pas qu'en justice, il vous serait donné gain de cause pour votre note.

Dr F. DECOURT.

---

### 4653. — Réduction et contention de fracture de cuisse

Je serais très heureux d'avoir votre avis pour établir la note de mes honoraires dans le cas suivant :

Une de mes clientes se fracture le col du fémur au service de son patron loin de son domicile. Elle est vue par un chirurgien qui réduit sous plâtre et la renvoie chez elle, en me priant d'établir sur ce plâtre une extension continue. Ce petit travail m'a pris une bonne heure ; comment le tarifer ?

Le délai écoulé, j'ai enlevé le plâtre, mais on l'avait fait très épais, à cause du voyage et j'ai cisaillé pendant une bonne heure encore, puis j'ai fait un peu de massage et de mobilisation. Il me semble que quinze francs constitueraient des honoraires très peu en rapport avec le travail fourni et le temps passé. Qu'en pensez-vous ?

Dr C.

#### Réponse

*a*) La « réduction et contention » d'une fracture de cuisse est tarifée 250 francs. Cette somme comprend donc à la fois l'appareil plâtré et l'extension continue si vous avez jugé bon, avec le chirurgien, de pratiquer ainsi la « contention » de la fracture. Il convient de vous entendre avec le chirurgien sur ce qui vous revient véritablement, à l'un et à l'autre, sur la somme de 250 francs fixée par le tarif.

*b*) L'ablation d'un plâtre n'est pas l'objet d'une tarification particulière, pas plus que le massage.

Dr F. DECOURT.

---

### 4637. — 1° Amputation de doigts ; 2° Lésions de doigts

Vous serait-il possible de me renseigner, sur la façon d'établir exactement ma note d'honoraires du Tarif accidents du travail, dans le cas suivant :

1° Ecrasement de trois doigts (index, médius, annulaire).

*Intervention* : désarticulation dans la même séance des deux dernières phalanges de chaque doigt (résection de la première phalange du médius). Régularisation, épluchage, hémostase, suture primitive.

Il y a eu, là, deux actes distincts, en raison de l'écrasement des tissus, qui ont demandé, une fois la désarticulation faite, à être régularisés et taillés le mieux possible.

2° — Vous serait-il possible de me dire, dans quel article, je dois ranger l'acte chirurgical suivant : curettage et évidement d'une ostéite d'une phalange.

Dr H.

**Réponse**

1° Vous avez à compter « Amputation ou désarticulation simultanée de plusieurs doigts (partielles) soit 200 francs » (Art. 17). La régularisation des lambeaux, la suture, etc., sont compris dans l'intervention, comme pour toute amputation.

2° Vous avez à compter « Régularisation, épluchage et suture d'une plaie de doigts avec lésions ostéo-articulaires : 100 francs » (Art. 17).

Dr F. DECOURT.

### 4782. — Rachianesthésie opératoire

En matière d'accidents du travail ou d'article 59 de la loi des Assurances sociales, est-il permis de compter, en plus de l'acte opératoire lui-même, la rachianesthésie *quand on pratique soi-même les deux choses* ?

Exemple :

| | |
|---|---|
| Arthrotomie du genou | 375 francs |
| Rachianesthésie | 60 francs |
| Total | 435 francs |

Exemple :

| | |
|---|---|
| Hernie | 750 francs |
| Rachianesthésie | 60 francs |
| Total | 810 francs |

Dr B.

**Réponse**

Ce n'est pas l' « anesthésie » qui est tarifée mais le « médecin anesthésiste » quand l'anesthésie » est pratiquée par un médecin autre que l'opérateur » (V. art. 12 et sa note en bas de la page). Il s'ensuit que la rachianesthésie pratiquée par l'opérateur lui-même et non par un autre médecin n'est pas tarifée spécialement.

Dr F. DECOURT.

### 4795. — Rapport d'expertise amiable d'I.P.P. éventuelle par le médecin traitant

Abonné au *Concours Médical* et adhérent au « Sou Médical », j'ai pu apprécier votre compétence particulière en matière d'accidents du travail.

Je vous soumets donc le cas ci-dessous :

Une Compagnie d'assurances m'écrit : « Je vous prie de me faire parvenir un certificat détaillé sur l'état actuel du blessé ; vous voudrez bien également m'indiquer s'il y a lieu de prévoir une incapacité permanente partielle en me disant quel en sera le taux. »

Combien dois-je tarifer un pareil certificat, qui, à mon avis, ressemble beaucoup à un rapport d'expertise amiable ?

Dr D.

**Réponse**

Du moment que la Compagnie vous demande non seulement « la marche de la guérison et

l'époque où celle-ci sera vraisemblablement acquise » (art. 30) — mais, *en plus*, s'il y a lieu de prévoir une incapacité permanente partielle et son taux d'incapacité, il vous est demandé un véritable « rapport d'expertise amiable », ainsi que vous le définissez justement. Et dans ce cas il vous appartient — *en dehors* de toute tarification officielle des accidents du travail — de fixer vous-même, *à l'amiable* également, le prix que comporte ce rapport, suivant l'importance de celui-ci, d'après le cas d'espèce, en l'occurrence.

Dr F. Decourt.

## Fiscalité

### 4466. — Base de la patente. Prix du loyer prorogé

Je serais très heureux d'avoir l'avis du *Concours* sur une question concernant l'imposition des patentes, qui me paraît comporter d'assez grandes injustices de répartition.

J'habite depuis 1910 toujours le même immeuble ; où je suis maintenu par le jeu des prorogations.

J'étais imposé en 1914 sur une valeur locative de 900 francs qui a été portée en 1924 à 1.200 francs, qui vient d'être élevée cette année à 2.700 francs.

En même temps, la valeur des centimes applicables à cette imposition s'est élevée de 176 en 1914 à 842 cette année, avec adjonction d'une taxe vicinale, qui ont porté ma patente de 129 francs en 1914 à 1.677 francs cette année (coefficient 13).

Comparant mon imposition avec celle d'un de mes confrères qui est propriétaire de son immeuble et qui habite un immeuble au moins d'égale valeur, sinon supérieur au mien (car ce confrère est imposé pour la personnelle mobilière sur un loyer de 100, quand je suis toujours imposé sur un loyer de 60), je constate, pour la patente, que mon confrère était imposé en 1924 sur une valeur locative de 1.100 quand je l'étais sur 1.200 à cette époque ;

Que ledit confrère est imposé actuellement sur 1.580 quand j'ai été élevé à 2.700.

Je suis étonné de cette inégalité de relèvement de la base de la patente, quand nous avons conservé tous deux le même domicile.

J'en ai causé officieusement au Contrôleur des Contributions directes, qui m'a fait la réponse suivante : « Vous êtes, m'a-t-il dit, locataire, et je prends pour base ce que vous devez payer à votre propriétaire d'après le jeu des prorogations ; quant à votre confrère, qui est propriétaire de sa maison, je n'ai pas de base sur laquelle je puis m'appuyer, et je prends pour l'imposer le revenu cadastral qui figure sur les matrices de la propriété bâtie ».

Ce raisonnement me paraît assez subtil, et il aboutit, d'après ce que j'ai pu relever sur les matrices consacrées aux patentes, à de très grandes et nombreuses injustices.

Puis-je avoir votre avis au sujet de la réponse du

Contrôleur ? et me conseillez-vous de m'incliner ou de produire une réclamation en fournissant un certain nombre d'exemples ou de comparaisons que je ne suis pas en peine de trouver ?

Dr N.

**Réponse**

En ce qui vous concerne, il est normal que le contrôleur prenne pour base de votre imposition le loyer que vous devez payer en exécution de la législation spéciale sur les loyers.

En ce qui concerne votre confrère qui est propriétaire de l'immeuble où il exerce, le contrôleur n'a à sa disposition que le revenu cadastral figurant sur la matrice de la propriété bâtie, mais il doit pour liquider l'impôt, procéder à une évaluation de la valeur locative des lieux en prenant pour point de comparaison des locaux similaires.

En résumé, vous êtes bien imposé, mais votre confrère semble l'être insuffisamment.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

### 4499. — Base de la patente. Loyer réel

La patente doit-elle être calculée sur le loyer réel ou sur le chiffre donné par l'évaluation des répartiteurs. ?

Je paye 3.000 francs de loyer avec bail 3, 6, 9 et ma patente est basée sur le chiffre de 3.800, je n'ai aucun garage ni dépendances en dehors de ma maison.

Suis-je dans la légalité en demandant que ma patente soit basée sur un loyer de 3.000 francs ?

**Réponse**

La patente doit être calculée sur le loyer réel. Si, payant 3.000 francs de loyer, votre patente est calculée sur 3.800 francs, vous devez pouvoir obtenir une modification.

A. M.

### 4501. — Calcul de la patente

Une fois de plus, j'ai recours à votre amabilité et aussi à celle de votre conseiller fiscal au sujet de ma patente.

Voici les faits :

| | |
|---|---|
| Loyer | 3.000 francs |
| Impôts | 500 francs |
| | 3.500 francs |
| La patente | 3.396 francs |

D'autre part, un ami médecin à Z., pays où les impôts n'ont pas la réputation d'être légèrement dosés, paye 3.200 francs pour un loyer de 6.500 francs !

Vérité en deçà des Pyrénées...

Est-ce que ces chiffres vous disent quelque chose et l'écart peut-il être aussi large de X. à Z. ?

Je suis à votre disposition (ainsi que ma feuille d'impôts), si vous voulez des détails.

Dr M.

**Réponse**

La patente se calcule de la manière suivante : diviser par 15 le loyer annuel et multiplier par le coefficient des centimes additionnels.

Nous ne pouvons donc vous fixer sur l'exactitude du montant de votre patente sans avoir eu connaissance de votre avertissement.

A. M.

---

### 4498. — Exonération de patente de location en meublé

Je possède en province une villa où je paye patente de location en meublé. J'ai reçu cette année cette feuille d'imposition bien que je ne loue pas et ne veuille pas louer. Je suppose dans ces conditions pouvoir me faire exonérer de cette patente et vous serais obligé de m'indiquer la marche à suivre.

Dr C.

**Réponse**

Pour pouvoir vous faire exonérer de la patente qui vous est réclamée, il faut que vous puissiez prouver que depuis le mois de janvier vous n'avez rien fait pour louer votre maison.

De toute façon, faites une demande de dégrèvement sur papier libre adressée au Directeur en joignant l'avertissement. A. M.

## Questions médico-militaires

### 4220. — Demande d'augmentation de pension pour aggravation

Un cultivateur est réformé à 20 % pour fracture du maxillaire inférieur : il y a eu fracture des dents, perte de substance de la partie moyenne de la branche montante du maxillaire. On n'a pas tenté, lors de la blessure, de greffe osseuse, aujourd'hui impossible par suite de l'ankylose complète de l'articulation temporo-maxillaire. La mastication est donc très défectueuse ; un appareil de prothèse, destiné à remplacer les dents absentes ; tient mal par suite de points d'appui défectueux et est plus incommode qu'utile. Il s'agit, en somme, d'un maxillaire édenté qui joue un peu dans tous les sens.

Or, ledit blessé, parfois sujet à d'infimes malaises digestifs, a dû subir une opération pour perforation d'ulcère duodénal, il y a trois semaines. Je me demande maintenant seulement si la loi du 31 mars 1919 peut jouer en sa faveur à propos de cette opération et de ses suites. J'ai dû convenir que l'hygiène digestive défectueuse à laquelle le contraint son infirmité a pu entrer pour quelque part dans la production de l'ulcus. Veuillez donc me faire savoir : 1° si le malade est en droit de réclamer une amélioration du taux d'invalidité en invoquant une aggravation de son état, et si sa demande a quelque chance d'être sérieusement examinée.

2° *Si le certificat médical doit être rédigé par le*

médecin traitant ou par le chirurgien, ou par l'un et l'autre.

Dr D.

**Réponse**

La demande d'aggravation que va formuler votre client pour ses troubles digestifs, a toutes chances d'aboutir si elle est *bien* présentée.

Le certificat médical que vous-même vous fournirez, devra en effet mentionner toute la genèse et toute l'évolution de ces troubles digestifs, apparus *depuis* la blessure du maxillaire ; vous n'oublierez pas de mentionner les années pendant lesquelles vous avez dû prodiguer vos soins.

Il sera bon aussi de joindre un certificat du chirurgien opérateur.

### 4411. — Expertises au Tribunal des pensions

J'ai été commis par le Tribunal départemntal des pensions pour effectuer une expertise oculaire.

Voulez-vous avoir l'amabilité de me dire :

1° Quel est le tarif de ces expertises ?

2° Comment rédiger ma note d'honoraires pour être réglé ?

Dr E.

**Réponse**

En vertu du paragraphe 2 de l'art. 44 du décret du 2 septembre 1919, modifié par le décret du 9 mars 1926, il est alloué aux experts près les Tribunaux des pensions, pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le Tribunal des pensions, par pensionné examiné, une somme fixe de 25 francs.

Toutefois, si l'expertise a présenté des difficultés particulières nécessitant le dépôt de rapports détaillés, il peut être alloué par le président du Tribunal, une allocation supplémentaire de 25 francs.

Vous devez établir votre mémoire sur papier libre et l'envoyer au président du Tribunal en même temps que votre rapport.

### 2837. — Pension d'un médecin réformé à 30 %

J'ai longtemps tardé à demander à la Commission spéciale de réforme de ma région de m'examiner parce que blessé par gaz le 15 août 1918. Je m'y suis décidé fin 1928 ; j'avais un dossier en règle ; la chose a été très simple.

La Commission spéciale de réforme, en date du 13 mars 1929 m'a donné 15 %. La notification ministérielle m'a été faite avec jouissance du 13 mars 1929 au 12 mars 1931.

Deuxième visite en date du 11 février 1931. La Commission spéciale de réforme m'a donné alors

30 %. La notification ministérielle m'a été faite avec jouissance du 13 mars 1931 au 12 mars 1933.

| | |
|---|---|
| Aide-major 1re classe, 1er échelon 30 % | 1.095 francs |
| Deux majorations (enfants) 90 francs. | 180 francs |
| | 1.275 francs |

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si la somme indiquée par le ministre est juste.

Dr X.

**Réponse**

A notre avis, vous avez droit à 1.095 francs (pension 30 % pour un lieutenant, plus 1.008 francs supplément temporaire de 140 % homme de troupe) plus deux majorations enfants à 90 + 126 = 216 × 2 = 432 francs.

Les chiffres que vous nous donnez sont les taux de base. Les taux de suppléments temporaires (1.008 pour vous, 126 pour vos enfants) doivent être portés sur vos papiers ; en tout cas, on en tient certainement compte à chacun de vos payements semestriels.

---

### 4241. — Pas de rappel d'ancienneté pour les promotions au grade de lieutenant

Je voulais vous demander si l'on est en droit de réclamer lorsqu'on vous nomme lieutenant de réserve après huit ans de grade de sous-lieutenant pour *ne prendre rang qu'au bout de ces huit ans*. Tel est mon cas. Je m'attendais à être nommé lieutenant au bout de ces huit ans — comme de juste — puisque je n'avais pas accompli de périodes d'exercices, mais je m'attendais aussi à être nommé lieutenant avec un rappel d'ancienneté de quatre ans. N'étant pas familier avec les termes militaires, je me fais peut-être mal comprendre ! !

Exemple : Nommé sous-lieutenant (rang du 23 mars 1924) ; accompli période d'exercices avril-mai 1932 ; nommé lieutenant (rang du 15 mai 1932).

Je m'attendais à être nommé lieutenant pour prendre rang du 23 mars 1928.

C'est dans ce sens que je voudrais adresser ma réclamation au Service de santé, mais auparavant je voudrais savoir si je suis en droit de le faire. J'ai retardé ma période d'exercices pour plusieurs raisons et j'avais toujours cru que de retarder l'accomplissement de cette période n'avait aucune importance, quant à la prise de rang.

Dr H.

**Réponse**

Pour les promotions au grade de lieutenant de réserve, il n'existe pas de rappel d'ancienneté ; celui-ci est seul prévu pour le grade de sous-lieutenant (loi de 1927, bonification pour années d'études).

Vous ne pouvez donc adresser aucune réclamation au sujet de votre promotion à huit ans

de grade, car le fait est uniquement imputable au retard que vous avez mis à effectuer votre période d'instruction, condition essentielle exigée pour la promotion à ce grade.

### 4108. — Quand une pension devient-elle définitive ?

Un de mes clients vient de passer devant la Commission de réforme, il eu la décision suivante :

Proposé pour 25 % définitif et article 7.

Que signifie cet article 7 ? Dr A.

**Réponse**

L'application de cet article 7 de la loi du 31 mars 1919, signifie que la pension est devenue définitive au bout de qnatre ans après la première Commission de réforme ; c'est ce qu'on appelle encore l'incurabilité administrative, par opposition à l'incurabilité médicale, qui existe souvent d'emblée (amputation, etc.).

## ANTHOLOGIE

### Ballade du Cœur

*A Madame A. Rouzaud.*

Systolisant, diastolisant,
Le cœur jamais ne se repose.
Il vibre et frémit, palpitant,
Comme au souffle du vent la Rose
Tantôt joyeux, tantôt morose,
S'il bat d'un rythme accéléré,
S'il s'émeut de la moindre chose,
Royat le rendra pondéré.

Au gré des passions et des ans,
Nous enseigne une docte glose,
Le cœur, souvent, va culbutant.
En vain il résiste, il s'oppose :
Pareil à la fleur fraîche éclose,
Par les orages sidéré,
Du plaisir, s'il força la dose,
Royat le rendra pondéré.

La Naïade, esprit bienfaisant,
Dans le parc où, nue, elle s'expose,
Offre son baiser vivifiant,
Au cœur, qu'elle métamorphose.
Las et meurtri, s'il en dispose,
Soudainement régénéré,
Le cœur, quelque temps, fait la pause :
Royat l'a rendu pondéré.

Envoi

A vos pieds souffrez qu'il dépose
L'amour dont il est altéré.
Marquise, s'il défaille, hélas ! de ce qu'il ose,
Mon faible cœur, Royat le rendra pondéré.

30 avril 1932.

G. Duchesne.

Cinquante-quatrième année — N° 38 — 18 Septembre 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

## *Partie Professionnelle*

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés



**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

# AVIS

## I

## Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

## II

## Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## III

## Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :
**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse.** Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher.
**Jougne.** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche). J. Goubert.
**Langogne** (Lozère), Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maîche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex.** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Rousses (les)** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianes.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié, de Vaucresson (*chir. acc*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.), Lapy, Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barraud G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Laoanau.** Dubroca.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
**Palavas-les-Flots.** Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Pau.** Dr Cornet.
**Roscoff.** Bagot, Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer.** (Calvados), Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau
**Saint-Georges-de-Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**Ste-Maxime-s/Mer.** Ficonetti
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 272. — Bonne client. 80 km. Paris, pays chasse et pêche, proxim. gr. ligne, mais. confort., loyer 4.000. Chiffre import. touché. A reprend. imméd. Ecrire.

N° 273. — 25 km. Paris, bon poste propharm., à céder, dans jolie campagne. Villa 8 p., jardin, garage, etc. Loyer 6.000. Prix à débat. Ecrire.

N° 274. — Aisne. Urgent 3 h. de Paris, seul médecin, pas de sage-femme, méd. du chemin de fer. Poste médical à céder pour 30.000 fr. dont moitié comptant.

N° 275. — A vendre cause double emploi cond. int. 12 CV Peugeot, 6 cyl. 1929, parfait état général. Mot. neuf. Roulé 20.000 km. 13.000 fr.

N° 276. — Saône-et-Loire. Bon poste, campagne d'avenir 9 comm. à desservir, 2 médecins, proximité gr. ville logt. à bail, très confort. à reprendre sans indemnité cause changt. situat. conviendr. à jeune médecin.

N° 277. — A vend. d'occ. comptes-rendus Sté intern. Chir. ann. 1914. — Sommaire : Techn. des amputat. (Witzel, von Kusnik, Binnie, Durand, Ranzi) ; Ulcère gast. et duodén. (de Quervain, Hartmann et Lecène, Mayo, Payr) ; Greffes et transplantat. d'organes (Morestin, Villard, Ulmann, Lexer, Carrel).

N° 278. — Spéc. O. R. L., 50 ans, libre en octobre. cherche associat. ou particip. à clin. sérieuse. Accepter, remplacem.

N° 279. — Poste banlieue immédiate de Paris. Important. commodités professionnelles et instruction enfants. Confort, à céder d'urgence.



## Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs CHARMOT et ROZET.

Remplacez les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes, chez les **dyspeptiques**, par quelques TABLETTES DE MANGAINE, et, en quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles. Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18,50) Cuvée 1919 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. = E. GAUCHE pharmac. à **AY** (Marne).

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hommage au Professeur Weiss.** — Une plaque vient d'être apposée, à Bischwiller (Bas-Rhin), sur la maison natale du Professeur Weiss, ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien professeur à la Faculté de Paris.

— **IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie** (27-30 septembre 1932). — Le IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à Madrid du 27 au 30 septembre 1932, sous le haut patronage de S. E. M. Alcala Zamora et sous la présidence du Professeur A. G. Tapia. Les réunions auront lieu dans la salle des spectacles du Palais du Cercle des Beaux-Arts.

Des rapports seront présentés sur l'ozène, l'otosclérose, etc.

Les inscriptions sont reçues par le secrétaire du Congrès, M. Fumagallo, 2, Hermosilla, Madrid. (Droits : 10 dollars).

— **XIVe réunion de la Société française d'orthopédie.** — Cette réunion aura lieu le 7 octobre 1932, à 9 h. 1/2, à la Faculté de médecine de Paris (Amphithéâtre Vulpian). Le soir, dîner par souscription (90 francs), au restaurant Ledoyen (Champs-Elysées). Inscriptions auprès de M. Rœderer, 10, rue de Pétrograd, Paris, VIIIe.

— **Préfecture de la Seine.** *Nominations de médecins-adjoints.* — Sont nommés médecins-adjoints de la Préfecture de la Seine : M. le Docteur Odinet, 2e circonscription (3e, 4e, 10e et 11e arrondissements) ; M. le Docteur Desforges, 7e circonscription (15e arrondissement et communes annexes) ; M. le Docteur Netter, 9e circonscription (17e arrondissement et communes annexes).

— **Hôpitaux de Nîmes.** *Internat.* — Un concours pour deux places d'interne des hôpitaux de Nîmes aura lieu le 2 décembre 1932, à l'hôpital Ruffi. Inscriptions (jusqu'au 15 novembre) et renseignements auprès de la direction des hôpitaux, 1 *bis*, rue de l'Hôtel-Dieu, à Nîmes.

— **Nos Croisières.**— Itinéraire probable de notre croisière en Adriatique à Pâques 1933 : Marseille, Messine, Kasakolon, Corinthe, Itéa (excursions à Delphes, Mycènes, Thèbes, Athènes), St-Jean de Médua (Scutari), Cattaro (Cétigné), Raguse, Fort Opus (Mostar et Sérajevo), Split, Fiume (Trieste), Venise, Ravenne, Civita Vecchia (Rome), Ile Rousse (Corse), Marseille. (Durée 21 à 23 jours).

# A TRAVERS L'OFFICIEL

30 AOUT

**Médailles d'honneur de l'Assistance publique.**

*Médaille d'argent* : MM. les Docteurs Ribot, maire de Marseille ; Abadie, Chavanaz, professeurs à Bordeaux ; Bousquet, de Bordeaux ; Desruelles, de Saint-Ylle ; Jacquinet, de Reims.

*Médaille de bronze* : MM. les Docteurs Clauda, de Carcassonne ; Orsini, de Bastia ; Giraud, des Andelys ; Kubern, d'Ivry-la-Bataille ; Fromenty, de Tours ; Cayet, de Thionville ; Jung, Maret, Nieder, de Metz ; David, de Lille ; Galand, d'Anzin ; Besset, d'Echandelys ; Cornet, de Clermont-Ferrand ; Dumont, de Paris ; Duché, Houde et Masson, d'Auxerre.

1er SEPTEMBRE

**Hygiène sociale.**

*Décret du 30 juillet 1932 instituant un examen pour l'obtention de diplômes de visiteuses d'hygiène sociale.*

Art. 1er. — Les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de lutte antituberculeuse, les infirmières d'hygiène sociale de l'enfance, dont les services continus ont débuté après le 19 février 1923 pour l'enfance et ce jusqu'au 1er janvier 1929, sont autorisées à se présenter à un examen d'Etat leur permettant en cas de succès, d'obtenir le diplôme d'Etat de visiteuse d'hygiène sociale de la tuberculose ou de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.

Art. 2. — Ces visiteuses devront déposer au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène et de l'assistance, un dossier comprenant les pièces ci-après désignées :

1° Un bulletin de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ;

3° Indication de leur état civil et domicile actuel ;

4° Une lettre écrite par la candidate et demandant à bénéficier des avantages de cet examen ;

5° Les états de service détaillés avec date, lieu, certificats, diplômes, s'il y a lieu, et exposé de la situation actuelle.

Art. 3. — Les épreuves de ces examens sont celles définies à l'article 7 et à l'article 8 de l'arrêté en date du 15 juin 1926 étant entendu que l'examen du livret de scolarité sera remplacé par l'examen des états de services.

Des notes inférieures à 5, pour les épreuves pratiques, entraînent immédiatement l'éviction de la candidate.

Les questions écrites et orales posées au cours de cet examen doivent être simples et orientées vers l'activité pratique des visiteuses d'hygiène sociale de lutte antituberculeuse ou des visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

Ces examens auront lieu au cours de 1933 et de 1934.

Art. 4. — Les sièges de ces examens seront situés à Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Toulouse.

Art. 5. — Les demandes émanant d'infirmiers, d'infirmières, de visiteuses d'hygiène sociale de lutte contre la tuberculose, de visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance tendant à obtenir l'équivalence du brevet de capacité professionnelle peuvent être déposées au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène et de l'assistance, pour être à nouveau examinées dans les conditions de jurisprudence établies par le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, jusqu'au 31 décembre 1932.

Les demandes seront examinées et recevront satisfaction dans les conditions antérieures soit pour le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmier ou d'infirmière hospitalier, soit de visiteuse d'hygiène sociale de la tuberculose, soit de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.

3 SEPTEMBRE

### Enseignement de la médecine.

*Decret du 25 août 1932 portant création d'une chaire à la Faculté de médecine de Strasbourg.*

Art. 1er. — Il est créé à la Faculté de médecine de l'université de Strasbourg une chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie et un emploi d'assistant affecté à cette chaire.

Art. 2. — Il est créé à cette même faculté un emploi de garçon de laboratoire pour le service de la chaire visée à l'article 1er.

Art. 3. — Les emplois prévus aux articles 1er et 2 comportent les traitements déterminés par les décrets fixant les traitements des professeurs titulaires, des préparateurs et des garçons de laboratoire des facultés de médecine des départements.

Art. 4. — Dans le cas d'abrogation des dispositions de l'article 46 de la loi du 31 juillet 1920, de l'article 14 de la loi du 19 décembre 1926, de l'article 139 (dernier alinéa) de la loi du 30 décembre 1928 et de l'article 115 de la loi du 31 mars 1932, les emplois créés par les articles 1er et 2 du présent décret seraient supprimés.

4 SEPTEMBRE

M. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale A à la Faculté de médecine de Strasbourg (chaire vacante ; M. Leriche, dernier titulaire).

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Assurances sociales. Période d'application des dispositions préventives.

142. — M. André-J.-L. BRETON demande à M. le ministre du Travail si les Caisses d'assurances sociales, en se basant sur l'article 37, paragraphe 1er, du

règlement général d'administration publique pour l'exécution de la loi du 30 avril 1930, ainsi conçu : « La Caisse d'assurance-maladie doit, dans la mesure de ses ressources, prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période maladie » peuvent, tout en restant dans la légalité, continuer à servir à leurs assurés, dont l'état de maladie se prolonge au delà de six mois, des indemnités forfaitaires pour prévenir l'invalidité. (*Question du 7 juin* 1932.)

*Réponse.* — Il n'est pas possible aux caisses primaires, en raison des termes précis des articles 4, paragraphe 8 et 5, paragraphe 1er, de la loi du 30 avril 1930, de prolonger, au titre de l'assurance-maladie, les prestations en nature ou en argent, au delà de la période maximum de six mois prévue par ces articles. Les dispositions de l'article 37, paragraphe 1er, du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, cité par l'honorable M. Breton, ont bien pour objet d'inciter les Caisses d'assurance-maladie à prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité, mais pendant la période de six mois susvisée. Les Caisses ne pourront intervenir, au delà de cette période, qu'au titre de l'assurance-invalidité, dans le cas de l'article 12, paragraphe 2, de la loi.

(*J. O.*, 23 août 1932).

**Droit aux prestations en cas de chômage partiel.**

448. — M. Edmond MIELLET expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'un assuré social de la 5e catégorie, chômeur partiel, a été victime d'un accident du travail (loi 1898) dans les premiers jours de 1932 ; *b*) qu'il n'a repris son travail que quelques jours avant l'expiration du trimestre) ; *c*) que, de ce fait, il n'a versé que 17 francs de cotisations ; et demande : 1° si cet assuré peut être classé provisoirement dans la première catégorie pour ses droits aux prestations ; 2° s'il n'avait été en chômage partiel qu'après la reprise de son travail, s'il pourrait bénéficier des avantages accordés aux chômeurs partiels. (*Question du* 28 juin 1932.)

*Réponse.* — 1° et 2° réponse négative. Le décret du 30 novembre 1930 a eu pour but de sauvegarder les droits éventuels aux prestations de l'assurance des salariés qui, par suite de chômage partiel, n'auraient pas à leur compte, pendant la période de référence antérieure à la maladie, le minimum légal de versements. Les dispositions de ce décret ne sauraient donc être étendues aux assurés qui, pour d'autres causes que le chômage partiel, ne remplissent pas lesdites conditions de versements. Toutefois, les assurés peuvent, en vue d'éviter de perdre leurs droits éventuels aux prestations de l'assurance, effectuer des versements facultatifs pour les journées de maladie ou de chômage qui n'ont pas donné lieu au payement des cotisations obligatoires (art. 2, § 10, de la loi du 30 avril 1930 ; art. 2 du décret du 27 août 1930, modifié).

(*J. O.*, 23 août 1932).

## FAITS CLINIQUES

### Septicémie ayant cédé à la suite d'une phlébite provoquée au bras

Femme de 30 ans, santé et antécédents normaux. Fausse-couche de 5 mois immédiatement suivie d'accidents fébriles, 39 le soir du premier jour.

Cinq abcès de fixation consécutifs sont pratiqués sans donner de pus. A la sixième semaine, date à laquelle la fièvre continuait à se maintenir entre 39° et 40°2 de façon permanente, l'auteur fit une intra-veineuse de 10 c. c. de salicylate de soude à 30 % au bras droit, amenant des sueurs profuses et une chute à 38°. Sensation de mieux être. Le surlendemain, la température étant remontée aux taux précédents, une seconde intra-veineuse est pratiquée au même bras avec même résultat passager.

Deux jours après, l'intra-veineuse devenant difficile au bras droit, elle est faite au bras gauche et suivie dans les vingt-quatre heures d'une phlébite de ce bras.

On assiste alors à la chute immédiate définitive de la fièvre, les abcès de Fochier donnent et la malade qui était au bord de la dégénérescence amyloïde, en situation désespérée, guérit en comblant lentement la vaste perte de substance provoquée par les abcès de Fochier.

Nous pensons que la phlébite a véritablement sauvé un cas désespéré. En pareille occurrence nous n'hésiterions pas à chercher à la provoquer par le même procédé. Il serait souhaitable que cette méthode des phlébites provoquées soit mise à l'étude comme ultime traitement des cas désespérés..... Ai-je la priorité de cette suggestion ?

Dr Lucien CONSTANT,
à Prunay-le-Gillon (Eure-et-Loir).

### LA NÉGATION DE L'HYSTÉRIE

Docteur LE DUIGOU, de Cherbourg.

Simple médecin, sans spécialité, mais exerçant depuis de bien longues années, je ne discuterai pas plus le traitement que le diagnostic de l'hystérie, et me garderai bien de mettre le doigt entre l'arbre de M. Benon et l'écorce de M. Babinski. Au surplus, n'ai-je pas la moindre autorité pour arbitrer leurs conclusions si totalement contradictoires : je me borne à nier l'existence de l'hystérie.

Est-ce à dire que je n'aie jamais vu d'hystériques, d'hystériques sous toutes les formes jadis décrites, depuis la grande crise, qui, grâce au tableau de la Salpêtrière épata le monde, jusqu'au rétrécissement du champ visuel qui ne le fait plus que rigoler ? « *Si dame* » ! comme on dit en Bretagne. Mais je n'en ai vu, d'hystériques, que

dans ma jeunesse. Alors, il y en avait partout. Dans les services de médecine où je fis mes études, un sur quatre des malades était étiqueté hystérique. Je passai ma clinique interne à la Charité avec Dieulafoy. Mon malade avait une paralysie de l'avant-bras. Je la diagnostiquai : hystérique, avec tous les éléments — alors valables — du diagnostic différentiel. Pour un peu Dieulafoy m'eût embrassé et s'il ne me mit que passable, c'est que les mentions n'ont pas été créées pour les péquenots.

J'entrai sous ces auspices dans la vie médicale, voyant des hystériques partout. J'en vis encore quelques-uns, dressés par leurs passages récents dans les hôpitaux. Cela dura deux ou trois ans au plus. Je n'en ai plus jamais revu depuis. Je crois de la façon la plus absolue que l'hystérie est une création médicale, fabriquée de toutes pièces par une école aujourd'hui disparue ou bien près de disparaître. L'hystérie mourra avec son dernier survivant. Quand on s'est aperçu que çà ne collait plus on a bien essayé de l'appeler pithiatisme. Peine perdue : on ne ressuscite pas les morts.

J'ai pourtant revu, pendant la guerre — que n'a-t-on pas vu pendant et depuis la guerre, qu'il s'agisse soit de couper au front, soit d'obtenir une majoration de pension — j'ai pourtant revu de ces crises d'hystérie oubliées depuis longtemps : un siphon d'eau de Seltz en eut toujours raison !

# CORRESPONDANCE

## Application du Tarif des Accidents du travail

### 4826. — Soins d'urgence

Je viens de donner des soins d'urgence à un monteur, en déplacement dans une usine d'ici. Plaies multiples superficielles de la jambe droite ; fracture de la malléole externe. Le blessé ayant son domicile à 25 kilomètres d'ici, ayant une auto pour l'y conduire et, de plus, devant, à mon sens, passer à la radio (fracture compliquée, écartement des malléoles... ?) j'ai estimé préférable à tous points de vue de le diriger sur l'hôpital de son domicile.

J'ai donc pansé les plaies de jambe, immobilisé dans une gouttière le membre fracturé, fait l'injection antitétanique et embarqué le blessé en auto.

Au moment de rédiger ma note d'honoraires, je pensais écrire « pose d'un appareil provisoire en vue de la réduction par un autre médecin », 50 francs, ainsi qu'il était spécifié dans les avis de l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. Recherchant alors le numéro de l'article, j'ai trouvé à l'art. 8, une rédaction différente : au lieu de « réduction et contention d'une fracture simple par gouttière, attelle, extension continue », je lis réduction et contention d'une fracture

simple sans appareils plâtrés ou silicatés, ni extension : même jambe : 60 francs.

C'est selon ce dernier mode que je rédige ma note ; mais alors, maintenant qu'il n'est plus question de la réduction « par un autre médecin », il semble qu'un praticien appelé par exemple en forêt, dans une carrière ou dans tout autre lieu sans abri et sans ressources pourra compter successivement :

1° Appareil provisoire pour le transport, soit chez le blessé, soit dans tout autre local ayant un minimum de confortable et 2° appareil de cure, plâtré ou autre.

N'y a-t-il pas là tout ce qu'il faut pour créer des difficultés entre médecins et assureurs ?

Dr H.

**Réponse**

Il n'y a plus, en effet, la rubrique de « soins d'urgence » qui se trouvait dans le précédent tarif. D'autre part, vous n'avez pas fait une « réduction et contention ». J'avais déjà pris en note cette *lacune* du nouveau tarif pour proposer le rétablissement de l'ancien texte lors de la réunion de la Commission. En attendant, je vous conseille de prendre le texte de l'ancien tarif en disant à la Compagnie que je vous l'ai conseillé, en attendant le rétablissement de la rubrique omise dans le nouveau tarif et qui est *indispensable*, dans la pratique.

Dr F. Decourt.

**4813. — Quelques précisions de tarification demandées**

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire connaître comment je puis tarifer, pour la première visite et les suivantes, l'accident du travail ci-dessous :

1° Fracture de l'épitrochlée (humérus gauche), absolument errant et séparé de l'humérus. Immobilisation en extension par gouttière de carton ;

2° Plaie par arrachement de l'extrémité du pouce droit avec dénutrition complète de la dernière phalange non fracturée, sutures.

3° Plaies superficielles du majeur et de l'annulaire droits dont le majeur avec ablation de l'ongle ;

4° Plaies superficielles multiples du front.

Dr D.

**Réponse**

1° Réduction et contention de fracture de l'avant-bras sans appareil plâtré : 60 francs (art. 18).

2° Sutures de la peau : 25 francs (Art. 17).

3° Si pansement commun aux deux doigts: 15 francs. Si pansements séparés, il s'agit de « pansements multiples sur le même membre : 20 francs. (Art. 16).

4° Il ne peut s'agir là que d'un pansement unique, donc 15 francs puisqu'il est compris dans le prix de la consultation.

Dr F. Decourt.

**4807. — Fracture de la clavicule**

J'ai eu à soigner récemment un blessé atteint de la lésion complexe que voici : fracture de la clavicule droite au tiers externe avec fracture du col de l'omoplate sans déplacement, chute de l'épaule. Intégrité de la tête humérale et de la cavité glénoïde, le tout contrôlé immédiatement à la radiographie.

J'ai fait très péniblement une réduction aussi bonne que possible, mais certainement imparfaite, que j'ai maintenue avec une vieille chambre à air de bicyclette, passée en 8 autour des deux épaules et serrée fortement. J'ai complété par l'application d'une longue bande de flanelle pour tâcher d'obtenir une réascension du moignon de l'épaule.

Voulez-vous être assez aimable de me dire ce que je dois demander comme honoraires pour une semblable intervention que je ne vois pas portée au Tarif des accidents du travail.

Dr C.

**Réponse**

Pour la réduction et contention d'une fracture de la clavicule, on pourrait (à défaut de tarification officielle par omission dans le nouveau tarif) proposer 75 francs, chiffre déjà accepté, sur ma proposition, par des Compagnies, à l'amiable.

Pour la fracture du col de l'omoplate, s'il n'y avait pas de déplacement (donc *pas* de « réduction et contention »), je ne vois pas que vous puissiez tarifer spécialement l'*intervention* du médecin (seul objet tarifable...) alors que je ne vois plus en quoi consiste cette intervention.

Dr F. Decourt.

---

**4808. — 1° Déplacements à pied par manque de viabilité ; 2° Transport d'un blessé à l'hôpital**

J'ai vu vendredi une jeune femme — assurée contre les accidents — pour une coupure légère, à l'annulaire gauche. J'ai fait une injection de sérum antitétanique, pansement, certificat.

Lundi soir à 8 heures, on est venu me chercher pour cette femme, j'y suis allé ; cette femme faisait une grosse température, avait le bras très enflé, j'ai diagnostiqué un phlegmon, et, considérant qu'il y avait urgence, je l'ai emmenée moi-même à l'hôpital à P... Je suis rentré chez moi à 2 heures du matin. La blessée habite à huit kilomètres de mon domicile, dont deux kilomètres que je dois faire à pied, à travers champs. Du village qu'habite la blessée à P..., il y a 58 kilomètres. *Comment dois-je établir la note de l'assurance ?*

J'ai prévenu l'agent du transport de cette femme à l'hôpital.

Dr C...

**Réponse**

*a*) Le vendredi, vous avez à compter la piqûre A. T. : 20 francs plus le certificat.

*Voir la suite page LI-2769*

# PROPOS DU JOUR

## La Défense de la Santé publique

### Du chaos à l'organisation. — La collaboration indispensable du Corps médical.

Voilà plus de trente ans que la France est dotée d'une loi pour la protection de la Santé publique (loi du 15 février 1902) ; voilà plusieurs années que le Gouvernement français est pourvu d'un ministère de la Santé publique, et personne n'oserait affirmer qu'il existe en France une organisation cohérente, méthodique, de l'hygiène publique et sociale.

Les mesures d'hygiène y sont prescrites et appliquées fragmentairement. Certaines villes, certains départements, grâce à l'intelligence et à l'énergie d'un maire ou d'un préfet, à la bonne volonté d'un Conseil municipal ou d'un Conseil général, sont parvenus à peu près à créer un service sanitaire, mais c'est tout à fait l'exception. Et d'ailleurs, le pouvoir central et la législation ne favorisent guère ces initiatives. Depuis longtemps, on proclame un peu partout que rien ne peut être fait sans la collaboration du Corps médical, mais rien de sérieux n'a été tenté pour provoquer cette collaboration.

Comme le fait remarquer le Docteur Lenglet, représentant de la Confédération des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de l'Hygiène publique de France (1), puisque le Corps médical n'a pu prendre l'initiative de l'organisation de l'hygiène par l'intervention de ses syndicats, malgré la bonne volonté de leurs dirigeants, la seule voie de la collaboration reste ouverte. Or, dit en substance le Docteur Lenglet, il y a deux manières de collaborer, celle de recevoir des ordres et de les exécuter comme le soldat ou l'ouvrier, et celle de prendre une part intelligente aux initiatives nécessaires. Est-il besoin de dire que, à notre avis, seule cette dernière nous paraît possible et efficace ?

En tout cas, comme l'affirme un de nos hygiénistes parmi les plus actifs et les plus avertis, c'est un « paradoxe énorme de voir cette armée médicale de 30.000 praticiens, à toute heure sur la brèche pour la conservation de la vie, rester encore inutilisée dans l'immense effort national à accomplir pour le redressement de la France dans son hygiène sociale et dans son nombre » (1).

(1) *Presse Médicale* du 15 juin 1932 et *Le Médecin de France*, 15 juillet 1932.

Est-ce que, par hasard, en France, on manquerait des éléments nécessaires pour créer un service sanitaire correspondant aux besoins d'une grande Nation ? Cela ne saurait être soutenu. Il existe toute une armée de médecins hygiénistes de carrière, instruits, intelligents, actifs, dévoués, groupés dans le Syndicat des médecins hygiénistes français, médecins spécialisés qui ont fait leurs preuves; qui, dans les Congrès d'hygiène de Dijon (1928), de Strasbourg (1929), de Marseille (1930), de Bordeaux (1931), ont exposé le résultat de leurs efforts, relatés dans quatre volumes, remarquablement édités, sous le titre d'*Offrande à Hygie*. Ces médecins ont une conception très nette des nécessités qu'impose la réalisation en France de la Défense de la Santé publique.

Cette conception a été résumée dans un mémoire courageux du Docteur Bussière, secrétaire général du Syndicat des médecins hygiénistes, qui, abordant sans crainte la critique de l'état actuel, attaquant sans ménagements les fauteurs du désordre qui règne dans nos services d'hygiène, sachant qu'il s'attirera des inimitiés dont il sera fatalement victime, n'a pas craint de mettre en épigraphe sur sa brochure :

*Un acte de courage peut perdre un fonctionnaire ; il ne diminue jamais un homme.*

Nous ajouterons : *bien au contraire.*

* * *

Le Docteur Bussière commence par définir la tâche que l'on doit accomplir : « Organiser et assurer la défense sanitaire par une élite animatrice de médecins spécialisés et de techniciens sanitaires, en étroite collaboration avec le Corps médical. »

Pour cela, il faut une législation et une organisation, un statut. La première tâche à accom-

(1) Dr BUSSIÈRE. — Vers une doctrine française d'hygiène sociale, Toulouse, 1931.

plir est de démontrer la nécessité d'un parfait accord avec le Corps médical.

Cette nécessité est inéluctable pour le Docteur Bussière, et le Docteur Lenglet, dans l'article que nous avons cité, en donne un exemple typique : l'absence de mesures efficaces prises contre la fièvre ondulante qui, petit à petit, envahit toutes les régions de la France et qu'on aurait pu sans doute facilement enrayer, il y a quelques années.

Il faut, ajoute M. Bussière, adapter les mesures d'hygiène aux besoins du pays, et pour cela, organiser les cadres d'une élite de médecins fonctionnarisés, bien choisis par un sérieux concours, dignement honorés, que l'on devra soigneusement se garder d'opposer aux médecins praticiens, appelés à être leurs plus précieux collaborateurs.

Mais, pour cela, il faut que la loi sanitaire du 15 février 1902 soit refondue et nettement précisée, et que la Direction de l'Hygiène devienne une fonction d'Etat. Il faut pourvoir les médecins sanitaires d'un statut qui les mette à l'abri des caprices des maîtres de l'heure; il faut qu'au ministère de la Santé publique, on crée des directions et des inspections techniques, capables de coordonner les efforts dispersés.

La loi sanitaire unique future devrait mettre un peu d'ordre dans l'amas touffu des lois sociales de toutes sortes qui forment à l'heure actuelle l'arsenal de notre armement sanitaire, et réglementent les dispensaires antituberculeux, les dispensaires antivénériens, les œuvres de protection de l'enfance, les sanatoriums, les laboratoires, les offices d'hygiène, les offices d'habitation, les Assurances sociales en ce qui concerne la maladie, etc., etc... Les Conseils d'hygiène devraient être largement ouverts aux médecins, notamment aux médecins hygiénistes, pour qu'ils puissent être entendus et soutenus et pour éviter la neutralisation de leurs efforts par une bureaucratie cristallisée au ministère de la Santé publique.

M. le Docteur Bussière a porté un jugement sévère sur le ministère de la Santé publique. Anarchie, incohérence, fantaisie, favoritisme, désordre officiel, « pagaïe », duperie, mystification collective, sont les termes qu'il applique à notre administration sanitaire centrale.

La carence de l'Etat laisse l'initiative privée prendre les devants en attaquant, et ce qui est fâcheux, séparément, les grands fléaux sociaux, et les œuvres d'initiative privée, parfois bien administrées, mais qui, le plus souvent, auraient besoin d'être étroitement surveillées et sérieusement contrôlées (1), disposent des produits des quêtes, des ventes de timbres, et surtout de subventions selon leur fantaisie. Il n'y a pas de plan d'ensemble. La Bureaucratie triomphe en appliquant sa « méthode » : « Surtout pas d'affaire. Que chacun se débrouille en embrouillant tout. » Ce qui évite évidemment tout contrôle en le rendant impossible.

A tort et à travers, on va malencontreusement rechercher des inspirations étrangères, sans s'assurer qu'elles peuvent efficacement s'adapter chez nous.

On néglige manifestement de faire appel aux forces médicales. On a la prétention d'imposer des devoirs aux médecins en brandissant contre eux des sanctions absolument illusoires, et on les éloigne en faisant fi de leur collaboration.

Il conviendrait d'abord, par une réforme dans l'enseignement de nos Facultés de médecine, d'y placer très haut l'hygiène publique et sociale. Puis, il faudrait bien se convaincre qu'un diplôme ne suffit pas à faire un hygiéniste, qu'il est nécessaire de créer des « Ecoles de missionnaires de la Santé publique », et d'imposer aux futurs médecins directeurs ou inspecteurs d'hygiène, des stages prolongés dans les divers services publics.

M. Bussière se plaint de l'éclosion de ces grandes firmes, soi-disant d'hygiène, constituées de bric et de broc, devenues peu à peu des sortes de principautés indépendantes, peuplées d'incompétents, où le médecin hygiéniste est noyé au milieu des mouches du coche. Ces institutions méritent bien par leur composition le surnom de « cocktails d'hygiène » qu'il leur donne. Quant à l'Administration centrale, elle est heureuse d'être ainsi débarrassée de sa tâche. Sa bureaucratie élimine les médecins compétents, des gêneurs; son idéal est « de faire de l'hygiène, sans médecins, avec les seules infirmières et du papier », car, pour elle, l'hygiène consiste en « un papier bien rempli » ; c'est une fiche.

Avec cela, on se plaint en haut lieu de ne pas trouver de candidats aux fonctions de médecins hygiénistes, ou que des candidats médiocres, quand, pour les attirer, on leur alloue des traitements mensuels qui s'échelonnent de 2.000 francs à 3.500 francs, sans sécurité pour l'avenir et sans leur ouvrir le moindre horizon au delà du poste qui leur sera attribué.

Le médecin hygiéniste de carrière ne figure pas

(1) Le Docteur Triollet a éloquemment démontré les abus de maintes œuvres privées qui ne disposent que de ressources insignifiantes, ne vivent que de subventions dont elles font parfois un usage d'une utilité plus que contestable.

parmi les chefs de service de l'Office national d'hygiène sociale. Le Comité national de défense contre la tuberculose, institution privée dans sa composition, officielle dans son fonctionnement, est fermé aux hygiénistes de carrière et ne possède aucun agent de liaison. Il en est de même pour la lutte contre la mortalité infantile.

Il existe dans ce but des milliers d'œuvres qui fonctionnent sans coordination. A coups de millions, on a entrepris la lutte antivénérienne : 1.300 dispensaires antivénériens ont été fondés ; certains fonctionnent très bien, mais qui assure le contrôle des autres ? Au ministère de la Santé publique, les avocats remplacent les médecins. On objecte le manque de ressources, et on vote à tort et à travers des millions et des dizaines de millions de subventions à des œuvres de haute fantaisie.

Pour défendre efficacement la santé publique, pour répandre utilement les bienfaits de l'hygiène, il convient d'éviter les débordements et de résister aux prétentions insoutenables. Le fanatisme sanitaire est un grand danger.

Les résultats de la prohibition en matière de lutte antialcoolique qui, outre son inefficacité, a fait naître un autre fléau qui prend un développement redoutable, la toxicomanie, en est un remarquable exemple. De même l'abus des exercices physiques qui, transformés en championnats, matchs, concours, etc., devient une véritable folie, amène le gaspillage des forces de la jeunesse et constitue un nouveau danger. Il ne faut pas non plus se laisser gagner par des divagations pseudo-scientifiques qui viennent de l'étranger sur l'hérédité, le néomalthusianisme, le freudisme, le contrôle de la vie humaine.

L'hygiène ne saurait chez nous affecter des allures trop révolutionnaires ; il faut qu'elle agisse avec mesure, prudence, clarté, qu'elle soit dotée d'esprit critique, de doute scientifique.

C'est par la persuasion, l'éducation, qu'on obtiendra une imprégnation lente de la population qui. seule, peut amener dans les coutumes et les mœurs une modification utile et durable.

Il faut se garder de faire une hygiène trop individualiste qui favoriserait l'égoïsme, pas plus qu'une hygiène trop collective qui deviendrait tyrannique et étoufferait l'individu. Il faut se tenir dans un juste milieu, qui est l'hygiène familiale. C'est la famille qu'il faut défendre, car elle est la cellule qui contribue à former la Nation. Il faut donc veiller d'abord à la sauvegarde de la famille.

L'hygiène ne doit pas être une plateforme électorale, exploitée à tort et à travers par des politiciens sans compétence.

Elle ne doit plus être la proie d'un fâcheux amateurisme, générateur de patronages et de comités ; il faut chasser, de son temple, les profiteurs et les francs-tireurs qui s'y sont embusqués.

« La vérité en hygiène n'est ni celle d'hier, ni celle de demain. C'est celle du moment, celle qui s'applique au temps où nous travaillons, car elle se déplace avec les doctrines, les coutumes, les habitudes, les mœurs des générations successives. »

* * *

Après avoir instruit le procès de nos « institutions » sanitaires actuelles, le Docteur Bussière expose brièvement un plan de ce qu'il conviendrait de faire pour passer du chaos à une organisation ordonnée et utile.

Il faudrait d'abord un ministère technique de la Santé publique, un ministère de coordination, ayant à sa tête un homme à l'abri des fluctuations de la politique, une autorité technique incontestée, entourée de conseillers techniques permanents et possédant des bureaux, certes indispensables, mais remplissant le rôle subalterne d'organes de transmission. Ce ministère comprendrait des directions techniques, à la tête desquelles seraient placés des médecins spécialisés : Direction du personnel de la Santé publique, Direction de la Technique sanitaire, Direction de Médecine préventive et d'Hygiène, Direction de la Protection de la maternité et de l'enfance, Direction de l'Assistance et de la Bienfaisance, Direction de la Statistique, etc., etc.

Il faudrait amener une centralisation, une coordination de tous les éléments qui ont rapport à la Santé publique. Aujourd'hui, les établissements classés dépendent du ministère du Commerce, la répression des fraudes du ministère de l'Agriculture, l'inspection médicale des écoles du ministère de l'Education nationale, le Service de santé de l'armée du ministère de la Guerre, celui de la marine du ministère de la Marine, celui des Colonies du ministère des Colonies ; le Service sanitaire des ports de commerce dépend du ministère de la Marine marchande ; les Assurances sociales en ce qui concerne la maladie, la maternité, relèvent du ministère de Travail ; quant à l'immigration, elle dépend de tous les ministères sauf de celui de la Santé publique. Et tous ces services fonctionnent, séparés par des cloisons étanches, sans liaisons entre eux.

Une fois un ministère de la Santé publique bien constitué, il faut organiser la défense de la santé *dans les départements.*

A la tête, il conviendrait de placer un Inspecteur ou Directeur départemental, fonctionnaire d'Etat, médecin spécialisé, recruté au concours, ayant fait des stages prolongés dans les divers services publics. Ce médecin devrait dépendre directement du ministre. Homme de grande expérience, il lui faudrait des qualités d'organisateur, d'administrateur, d'animateur. Sous ses ordres seraient les médecins hygiénistes, les techniciens sanitaires, les infirmières visiteuses, le personnel des bureaux. Un laboratoire d'hygiène et un matériel sanitaire suffisant seraient à sa disposition.

Des médecins inspecteurs adjoints d'hygiène d'arrondissement, assistés d'une infirmière par canton, d'agents techniques sanitaires mobiles, auraient un laboratoire et un matériel sanitaire mobile à leur disposition.

La collaboration du Corps médical serait absolument indispensable. Ce seraient les médecins praticiens qui assureraient l'inspection médicale des écoles, qui pratiqueraient les vaccinations antivarioliques, antidiphtériques, antityphoïdiques, etc., qui rempliraient les fonctions de médecins de l'état-civil, qui donneraient leur concours aux œuvres diverses, etc., etc.

Dans les *communes*, le maire serait obligatoirement assisté d'un conseiller sanitaire technique, d'un tuteur officieux d'hygiène qui serait le directeur ou l'inspecteur départemental. Il devrait respecter le règlement sanitaire départemental, imposé aux communes et aux œuvres publiques et privées.

L'organisation sanitaire des villes rentrerait dans le cadre national. Le médecin inspecteur d'hygiène de l'arrondissement serait le directeur du bureau d'hygiène de la ville et, dans les grandes villes ou les villes pourvues de bureaux d'hygiène, dont l'inspecteur d'arrondissement ne pourrait assurer le service, le ministre enverrait un médecin hygiéniste comme directeur.

En exposant ce plan qui mériterait certes d'être longuement étudié, critiqué et développé par les hommes que leurs études, leurs fonctions, leur expérience auraient pourvu d'une véritable compétence, le Docteur F. Bussière ne prétend pas avoir résolu le problème immense de la tâche sanitaire qu'il s'agit de remplir en France : il n'a « d'autre prétention, affirme-t-il, que de traduire une volonté de faire quelque chose dans un sens déterminé, et de susciter quelques initiatives analogues des hommes de bonne volonté. »

C'est déjà beaucoup et nous l'en félicitons.

J. NOIR.

---

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

### L'hémogénie chez les enfants (1)

**II. — Hématologie, pathogénie, traitement par la splénectomie.**

Professeur P. NOBÉCOURT.

Samedi dernier (2), nous avons poursuivi l'étude clinique de l'hémogénie, c'est-à-dire de la diathèse hémorragique, qui se manifeste par des poussées de purpura pétéchial et ecchymotique, avec ou sans hémorragies des muqueuses et des viscères.

(1) Leçon du 12 décembre 1931.

(2) L'hémogénie chez les enfants. Etude clinique. Leçon du 5 décembre 1931. Le *Concours Médical*, n° 36, 4 septembre 1932.

Cette étude clinique ne conduit à aucune notion précise sur la nature du processus.

***

Pour connaître ce processus des RECHERCHES HÉMATOLOGIQUES précises et complètes sont indispensables.

Tout d'abord il faut étudier le *temps de saignement* par l'*épreuve* que *Duke* a imaginée en

1912. On fait une petite incision du lobule de l'oreille et, toutes les trente secondes, on recueille une goutte de sang sur du papier buvard. Quand le sujet est normal, le saignement s'arrête au bout de 3 ou 4 minutes. Lorsqu'il s'agit d'un sujet hémogénique, le temps de saignement est prolongé ; il peut être de 10, 20, 30 minutes et quelquefois davantage ; M. Prosper-Emile Weil rapporte un cas où il était de 105 minutes.

Voyons maintenant le *temps de coagulation in vitro.*

Pour le sujet normal, la coagulation se fait au bout de 7 ou 8 minutes et le caillot est rétractile.

Pour le sujet hémogénique, le temps de coagulation est normal ; celle-ci s'effectue sans sédimentation, mais le caillot est irrétractile ou incomplètement rétractile, même au bout de vingt-quatre heures.

*L'irrétractilité du caillot* présente des degrés divers.

Elle peut être complète, se manifester avec le sang veineux et avec le sang périphérique.

Elle peut être incomplète, se manifester seulement avec le sang veineux ; elle est tardive, le caillot est mou et se redissout partiellement.

Dans le sang d'un sujet hémogénique, le nombre des *plaquettes sanguines*, éléments qu'on appelle encore *globulins, hématoblastes, thrombocytes*, est considérablement diminué.

Chez le sujet normal, on en compte de 250.000 à 300.000 par millimètre cube. Chez le sujet hémogénique, leur nombre est inférieur à 100.000 et parfois elles font défaut.

Ce phénomène a été décrit par Denys, de Louvain, en 1887 et 1889, puis étudié par le Professeur Hayem, par M. Bensaude, par MM. Pagniez et Louis Le Sourd.

Le nombre des *globules rouges* et le taux de l'*hémoglobine* présentent ou non des modifications diverses.

Il y a des cas où ils sont sensiblement normaux, où il n'y a pas d'anémie.

Il y a des cas où ils présentent une diminution considérable, où il existe de l'anémie ; cette anémie augmente avec l'abondance et la répétition des hémorragies.

Tantôt l'anémie s'accompagne de signes de régénération sanguine : on voit alors dans le sang des normoblastes ou des mégaloblastes, des granulofilocytes, de l'anisocytose et de la poïkilocytose.

Tantôt il y a peu ou pas de signes de régénération.

Le nombre de globules rouges peut tomber à 1.000.000 par mm. c. comme chez Emma ; le pronostic est alors très grave.

Le nombre de *leucocytes* et la formule leucocytaire *sont souvent sensiblement normaux.* Quand il existe des signes de régénération, on peut trouver quelques myélocytes.

Les *caractéristiques hématologiques de l'hémogénie* sont donc : un temps de saignement prolongé, l'irrétractibilité du caillot, la rareté des hématoblastes.

La *diminution du nombre des hématoblastes* est le phénomène capital ; il a pour conséquence, d'après MM. Hayem et Bensaude, Le Sourd et Pagniez, l'irrétractibilité du caillot, et, d'après Duke, la prolongation du temps de saignement ; mais, nous le verrons tout à l'heure, M. Roskam ne partage pas cette opinion.

A ces symptômes, il convient d'ajouter le *signe du lacet* décrit par MM. Frugoni et Gugni, par Edmond Weill. On applique pendant trois ou quatre minutes un garrot au-dessus du pli du coude ; chez les hémogéniques on voit apparaître de petites pétéchies sur l'avant-bras. D'après Duke et Frank, ce phénomène serait lié à la diminution du nombre des plaquettes ; il se produirait lorsque celui-ci est inférieur à 30.000 par millimètre cube.

Dans le même ordre de faits rentrent le *signe de la ventouse*, qui n'a rien donné de précis à M. P.-Emile Weil, et le *signe de Koch* ou *signe de la piqûre.* Pour rechercher ce dernier on pique avec une aiguille le lobule de l'oreille ; le lendemain est apparu un halo hémorragique.

*Le syndrome vasculo-hématique dont je viens d'étudier les éléments est sujet à des variations.*

Pendant les poussées, il est bien caractérisé.

Dans les intervalles des poussées, il l'est souvent moins. Alors l'irrétractibilité du caillot est atténuée, la rétraction tardive et incomplète se produit seulement le deuxième jour, le caillot est mou et étalé, le nombre des hématoblastes est moins diminué, le temps de saignement est très variable, souvent relativement peu prolongé.

Il y a des cas où l'on ne constate pas de diminution du nombre des plaquettes ; alors Glanzmann, en 1918, a remarqué des modifications morphologiques.

Ces variations expliquent peut-être certains cas de purpura où on *ne trouve pas les caractères essentiels de l'hémogénie.*

Deléarde et Hallez rapportent l'observation d'une fille qui, depuis l'âge de 10 ans, présente de fréquentes poussées de pétéchies, sans hémorragies ; ses règles, apparues à 14 ans et demi, sont normales. A cet âge l'examen hématologique ne montre rien d'anormal.

Dans ma leçon du 4 mars 1922, je relate l'observation de Marie-Louise. Elle est âgée de 14 ans et demi. Elle a des poussées de purpura pétéchial depuis l'âge de 2 ans et demi. La coagulation du sang se fait en 20 minutes, la rétraction du caillot est normale, le nombre des héma-

toblastes de 100.000, le temps de saignement de 4 minutes.

Francine, dont je parle dans la même leçon, est âgée de 15 ans et demi. Depuis l'âge de 10 ans, elle a des ecchymoses, des pétéchies ; elle souffre, en outre, de ménorragies. La coagulation du sang se fait en 4 minutes, la rétraction du caillot est normale.

Les signes hématologiques de l'hémogénie diffèrent de ceux de l'*hémophilie congénitale*.

Dans l'hémophilie, il y a retard et lenteur de la coagulation, mais la rétraction du caillot est normale. J'en ai cité, pour ma part, plusieurs exemples.

Avec M. Léon Tixier, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 21 octobre 1910, dans une communication *Sur un cas d'hémophilie familiale et congénitale traité par des injections sous-cutanées de peptone de Witte*, je relate l'observation d'un hémophile âgé de 9 ans ; la coagulation du sang veineux débute au bout de vingt-quatre heures, celle du sang du doigt au bout de trois heures.

Dans une leçon reproduite par *Paris médical* du 6 décembre 1919 sur *Quelques considérations sur un enfant hémophile*, je parle d'un garçon, Georges, âgé de 6 ans, la coagulation du sang périphérique commence au bout d'une heure.

Dans ma leçon, du 9 décembre 1922, *Histoire d'un enfant hémophile*, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil hémo-lymphopoïétique et du sang*, je publie l'observation de René, âgé de 11 ans ; la coagulation du sang veineux débute au bout de trois heures ; elle est complète vingt minutes après ; le caillot se rétracte normalement.

Dans l'hémophilie, le nombre des plaquettes et le temps de saignement sont normaux ; le signe du lacet est négatif.

*Les caractères différentiels entre l'hémophilie et l'hémogénie ne sont pas toujours bien tranchés.*

Dans l'hémogénie, les hémorragies sont spontanées, mais il peut se produire aussi des hémorragies provoquées.

Dans l'hémophilie, les hémorragies sont provoquées, mais il y a aussi des hémorragies spontanées.

Dans l'hémophilie, le retard de la coagulation peut disparaître au cours ou au voisinage des hémorragies. Il en était ainsi pour René, dont je viens de parler. En plein accès hémorragique, la coagulation débute au bout de trois heures ; vers la fin des hémorragies, elle débute au bout de une heure et demie ; loin des hémorragies elle débute au bout de six heures.

Il existe des *cas de transition* entre l'hémogénie et l'hémophilie. Le retard de la coagulation est peu important ; elle commence au bout de 30 à 45 minutes ; le caillot est irrétractile, le nombre des plaquettes est normal.

Pour M. Nolf, il s'agit d'hémophilie acquise ou sporadique ; celle-ci ne diffère de l'hémophilie congénitale que par une simple question de degré.

Pour M. Marcel Labbé, il y a l'intrication de purpura et d'hémophilie.

Pour M. Carrière et pour M. Carnot, il s'agit de formes intermédiaires.

Ces faits sont donc difficiles à classer. On les désigne tous sous l'appellation d'états hémophilo-hémogéniques.

Malgré ces faits, la *distinction entre l'hémogénie et l'hémophilie s'impose*.

***

L'hématologie établit que l'hémogénie a pour *substratum* l'absence ou la rareté des plaquettes sanguines, la *thrombopénie*.

Quand le nombre des plaquettes reste normal, MM. Hayem et Lenoble pensent qu'il existe des troubles fonctionnels de ces plaquettes ; d'après M. Glanzmann, il y a *thrombasthénie*.

Mais quelle est la CAUSE DE LA DIMINUTION DES PLAQUETTES ?

On a émis les trois théories suivantes : la *théorie médullaire*, la *théorie splénique*, une *théorie mixte, médullaire et splénique*.

Etudions la THÉORIE MÉDULLAIRE.

D'après J. Homer Wright, de Boston, les *globulins proviennent des mégacaryocytes de la moelle osseuse*. Les mégacaryocytes sont des cellules volumineuses, d'un diamètre de 100 $\eta$, à protoplasme basophile, à noyau bourgeonnant, pelotonné en boudin.

Pour M. E. Frank, de Breslau, qui a soutenu cette opinion en 1915, il y a, chez les sujets hémogéniques, *insuffisance des mégacaryocytes* ; ils produisent peu de plaquettes ; il s'agit d'une *thrombopénie essentielle*.

M. Seeliger, en 1924, M. Jedlicka ont, au cours d'autopsies, trouvé des mégacaryocytes anormaux, dont le protoplasme était dépourvu de granulations.

MM. H. Lautier, Ch. Oberling et P. Woringer ont publié dans *La Revue française de pédiatrie*, de 1931, l'observation d'un garçon hémogénique de 5 ans et demi ; la moelle osseuse contient des mégacaryocytes en petit nombre et altérés ; leurs noyaux sont en pycnose et en état de caryorhéxis ; leur cytoplasme contient des granulations grossières et des vacuoles ou bien il est pâle et vaguement strié.

Pour M. Frank la thrombopénie peut être continue ou intermittente.

Somme toute, d'après la théorie médullaire, le purpura chronique avec thrombopénie est une maladie des mégacaryocytes.

Celle-ci relèverait soit d'un trouble endocrinien, soit d'une action toxique ou inhibitrice exercée par la rate : dans cette hypothèse la théorie médullaire se rattacherait à la théorie splénique.

Voyons la THÉORIE SPLÉNIQUE.

Elle est basée sur la notion établie par J. Homer Wright que, dans les conditions physiologiques, *la rate détruit les plaquettes sanguines.*

Dans l'hémogénie, la *rate* est généralement d'un volume normal ; quelquefois elle est plus ou moins grosse, jamais très volumineuse.

Dans une première catégorie de faits, la rate ne présente *pas de lésions notables.*

Il en était ainsi pour la malade dont MM. Lesné, Marquézy et Stieffel ont publié l'observation à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* le 6 juillet 1928. Une fille, depuis l'âge de 7 ans, présente un syndrome hémorragique grave rebelle à toute thérapeutique. A 23 ans on pratique la splénectomie.

La rate « est très légèrement augmentée de volume, presque normale ». Au microscope, « la structure générale de l'organe paraît tout à fait normale. A signaler seulement l'aspect congestif de la pulpe avec hypertrophie des corpuscules de Malpighi ».

Dans une seconde catégorie de faits, il existe des *altérations manifestes* de la rate.

MM. Lautier, Oberling et Woringer, étudiant la rate de leur malade, enlevée par splénectomie, constatent une « prolifération réticulaire intense sans signes évidents d'une macrophagie exagérée ».

Se fondant sur le rôle destructeur de la rate, M. Kaznelson, de Prague, en 1916, a édifié la *théorie splénique* ; pour lui, le purpura chronique est un *purpura thrombolytique splénogénique* ; il est lié à une destruction exagérée des plaquettes sanguines dans la rate, à une thrombocytolyse exagérée.

Partant de cette conception, chez une femme de 30 ans, ayant du purpura hémorragique et une grosse rate, il pratique la splénectomie. La rate enlevée est bourrée de plaquettes. Après la splénectomie le nombre des plaquettes augmente dans le sang. La malade guérit.

Le rôle de la rate peut être différent de celui admis par M. Kaznelson. Elle peut agir, comme je l'ai dit tout à l'heure, sur les mégacaryocytes de la moelle soit par une sorte d'intoxication, soit par inhibition.

La THÉORIE MIXTE, MÉDULLAIRE et SPLÉNIQUE, donnée par M. Seelinger, est la suivante. Les mégacaryocytes forment des plaquettes anormales ; par suite l'action destructive de la rate sur les plaquettes, qui est physiologique, est augmentée ; d'où la thrombopénie.

Le rôle de l'insuffisance des globulins dans la pathogénie de certains symptômes de l'hémogénie paraît être bien établi. Mais cette insuffisance n'explique pas tous les phénomènes.

Il semble nécessaire d'attribuer également un rôle aux ALTÉRATIONS DES ENDOTHÉLIUMS CAPILLAIRES.

M. Jacques Roskam, de Liége, dans diverses publications et notamment dans un mémoire sur la *Pathogénie de la prolongation des hémorragies dans les syndromes hémogéniques et dans l'hémophilie vraie*, publié par *La Presse médicale* du 21 novembre 1923, montre qu'il n'y a pas de relation entre la prolongation du temps de saignement, d'une part, la thrombopénie ou les troubles de la coagulabilité sanguine d'autre part. Le temps de saignement peut être très prolongé avec ou sans thrombopénie, avec ou sans troubles de la coagulabilité sanguine.

En outre, dans les syndromes hémogéniques, le temps de saignement recherché, au même moment, dans des endroits différents du pavillon de l'une et de l'autre oreilles, peut varier considérablement ; il peut être ici normal, là atteindre une demi-heure, une heure et plus. Par contre, dans l'hémophilie vraie la durée du temps de saignement, toujours voisine de la normale, ne varie que dans de faibles limites.

Par conséquent, écrit M. Roskam, « contrairement à l'opinion classique, la maladie de Werlhof (purpura hémorragique, thrombopénie essentielle de Frank, hémogénie de P.-Emile Weil) — états morbides que je propose de réunir sous la dénomination de syndromes hémogéniques — ne constituent pas, dans leur essence, des maladies du globulin. Envisagés au point de vue de la pathogénie de leur principal symptôme, la prolongation des hémorragies, les syndromes hémogéniques doivent être considérés comme des endothélites parcellaires hémorragiques ».

Somme toute, la pathogénie de l'hémogénie n'est pas encore résolue.

Avec MM. Le Sourd et P. Pagniez, dans le *Nouveau traité de médecine* de Roger, Widal et Teissier, « on peut conclure que les phénomènes hémorragiques dans le purpura relèvent d'altérations des vaisseaux et d'altérations sanguines, dont celles qui frappent les plaquettes, dans leur nombre et probablement dans leurs propriétés, sont les plus importantes »...

De même MM. P.-Emile Weil et Isch-Wall, étudiant la *Pathogénie de l'hémogénie* dans *La Presse médicale* du 14 mars 1924, écrivent : « on peut considérer l'hémogénie comme une diathèse angio-hématique, acquise ou héréditaire, conditionnée par des tares fonctionnelles de l'ensemble du système hématopoïétique »...

Pour M. Allan W. Spence, en 1928, le purpura *hémorragique est une maladie de tout le sys-*

tème réticulo-endothélial. Mais celui-ci est inégalement atteint dans ses diverses parties.

Il distingue trois types.

Dans le premier type, tout le système réticulo-endothélial est affecté : les mégacaryocytes produisent des globulins altérés ; ceux-ci sont détruits en excès par la rate et le reste du système réticulo-endothélial.

Dans le deuxième type, la rate est surtout atteinte ; elle procède à une destruction exagérée des globulins ; les mégacaryocytes médullaires surmenés produisent des globulins altérés.

Dans le troisième type, la rate intervient peu ; les mégacaryocytes produisent des globulins altérés, l'activité destructive du système réticulo-endothélial extra-splénique est augmentée.

***

Les CAUSES DE LA DIATHÈSE ANGIO-HÉMATIQUE sont ignorées.

On ne peut guère incriminer l'hérédité similaire, la syphilis héréditaire, la tuberculose.

M. P.-Emile Weil et Isch-Wall insistent sur le *rôle du foie*. Il y aurait souvent des antécédents hépatiques familiaux ou personnels. Les hémorragies sont fréquentes chez les hépatiques ; MM. Gilbert et Lereboullet ont décrit la cholémie familiale hémorragique, la forme hémophilique de la cholémie. « Tous les signes angio-hématiques de l'hémogénie se retrouvent, y compris même la diminution des hématoblastes, chez les hépatiques... Il y a similitude, sauf la question de degré, entre hépatiques et hémogéniques... »

Toutefois, dans l'hémogénie, écrivent MM. P.-Emile Weil et Isch-Wall, « les autres signes d'insuffisance hépatique sont parfois faibles... On peut dire que l'hémogénie est une tare hépatique associée à d'autres troubles anatomiques ou fonctionnels des organes hématopoïétiques (moelle osseuse et rate). Mais cette tare hépatique, isolée ou non, est spécialisée au foie hématopoïétique qui règle essentiellement la constitution de la crase plasmatique du sang ».

MM. P.-Emile Weill et Isch-Wall attribuent un rôle également aux troubles ovariens, à la dysthyroïdie, aux troubles hypophysaires.

Dans toute cette théorie, la part de l'hypothèse paraît considérable. En tout cas, chez nos malades, nous n'avons pas observé de troubles hépatiques avérés, pas de troubles endocriniens appréciables.

***

Le TRAITEMENT comprend :

1° Le traitement des poussées de purpura et des hémorragies ; c'est un *traitement d'urgence*.

2° Le traitement de la diathèse ; c'est un *traitement de fond*.

Etudions d'abord le TRAITEMENT DE LA POUSSÉE DE PURPURA ET DES HÉMORRAGIES.

On ordonne le repos au lit, l'immobilité, une alimentation légère, etc.

Lorsqu'il s'agit de *purpura pétéchial et ecchymotique, sans hémorragies des muqueuses ou avec des petites hémorragies*, on peut prescrire une des médications dont je vais parler ; mais le plus souvent le processus s'arrête de lui-même.

Quand il y a des *hémorragies abondantes, prolongées, répétées*, une intervention plus active est nécessaire, il s'agit le plus souvent d'épistaxis, et à la période pubertaire, de ménorragies ou de métrorragies.

S'il y a lieu, on fait un *traitement local* : contre les épistaxis, le tamponnement antérieur et postérieur des fosses nasales ; contre les métrorragies, les injections rectales d'eau très chaude, à 45 et même 50 degrés.

On a recours aux *médicaments vaso-constricteurs*. On fait des injections d'adrénaline, d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse. On donne de l'ergot de seigle, sous forme de poudre ou d'extrait mou (ergotine Bonjean), par la voie buccale, soit en injections sous-cutanées d'extrait fluide (ergotine Yvon). On peut aussi faire des injections de chlorhydrate neutre d'émétine.

Ces médicaments ont parfois une action favorable ; mais elle est très inconstante, car ils n agissent pas sur les processus vasculo-sanguins.

On a recours aux *médications favorisant la coagulation du sang*.

On emploie le chlorure de calcium, les injections de peptone de Witte, les injections de sérum gélatiné, la pectine (arhéma pectine) en injections sous-cutanées ou par la voie buccale.

On utilise la médication sérique ; on fait des injections sous-cutanées de sérum de cheval normal, ou, à défaut, de sérum thérapeutique, antidiphtérique ou antiméningococcique, de sérum sérique ou Anthéma, c'est-à-dire de sérum de lapin traité par des injections de sérum de cheval et, de ce fait, se trouvant en état d'anaphylaxie, de sérum humain avec du sang prélevé chez le père ou la mère.

On pratique l'*hémothérapie*.

On fait des injections sous-cutanées de sang d'un des parents.

Lorsque les hémorragies entraînent une anémie importante, il faut pratiquer la transfusion de sang. Généralement, elle est bien supportée. Cependant, M. P. Emile-Weil, en 1922, a écrit à son sujet : « On évitera d'employer la voie intraveineuse, dangereuse chez les hémogéniques au sang si instable ; des cas de mort ont été signalés à la suite de minimes transfusions de sang ».

Les *médications coagulantes* ont une action très irrégulière ; elle est souvent nulle dans les cas graves.

L'hémothérapie semble particulièrement indiquée, parce que, d'après M. P. Emile Weil, « elle seule est capable de fournir des hématoblastes, tout au moins d'une façon provisoire, à un organisme qui en manque. »

Pour fournir des hématoblastes, MM. Kocher et Fonio, en 1923, ont proposé l'emploi d'un *extrait de plaquettes sanguines de porc* ; son efficacité est douteuse, déclarent M. Klinger et M. Glanzmann.

L'hémothérapie n'est peut être pas sans inconvénients.

M. Chevallier, en 1924, a constaté qu'un hématome traumatique peut provoquer l'apparition consécutive d'autres hémorragies. C'est le phénomène de l'*hémotrypsie hémorragipare*, de l'hémorragie par destruction sanguine.

M. P. Emile-Weil écrit à ce sujet dans *Le Monde médical* du 15 mars dernier : « Quand le sang est devenu antigénique chez de tels malades, on ne peut plus recourir à son emploi pour l'arrêt ou la prévention des crises hémorragiques nouvelles. Or, se priver des injections sous-cutanées de sérum, de sang, de la transfusion, c'est se passer de la plus efficace de nos armes thérapeutiques et le pronostic de l'affection est de beaucoup aggravé »...

Mais il s'agit là de faits, qui demandent encore de nouvelles études.

Envisageons maintenant le TRAITEMENT DE FOND.

S'il existe des *facteurs étiologiques* connus, il faut essayer de les faire disparaître.

On traite les troubles hépatiques et digestifs.

MM. P. Emile-Weil et Dalché, qu'il existât ou non des symptômes basedowiens, ont obtenu quelquefois des résultats, dans la forme génitale, avec l'hématoéthyroïdine.

S'il y a des métrorragies, on prescrit les médications régularisant les fonctions ovariennes, notamment l'opothérapie ovarienne appropriée ; dans les formes graves, on est même autorisé, tout au moins chez l'adulte, à réaliser la stérilisation par la radiothérapie.

Le *traitement pathogénique* comprend l'*hémothérapie* qui consiste à faire chaque mois une injection sous-cutanée de sang humain emprunté à un proche parent, et surtout la *suppression de la rate*.

L'*irradiation de la rate* par les rayons X donne des résultats inconstants.

La SPLÉNECTOMIE mérite une mention spéciale.

Elle a été faite, pour la première fois, par M. Kaznelson, de Prague, en 1916, comme je l'ai dit tout à l'heure.

MM. Noël Fiessinger et Paul Brodin, au *XIX*^e^ *Congrès français de médecine*, tenu à Paris en 1927, dans un rapport sur *Les indications et les résultats de la splénectomie dans les ictères hémolytiques, la maladie de Banti* et *le purpura hémorragique chronique*, ont réuni 44 observations bien étudiées de ce dernier.

M. Allan W. Spence, en janvier 1928, a réuni 101 observations ; elles concernent non seulement des purpuras chroniques, mais aussi des purpuras aigus.

Depuis cette époque, d'autres observations ont été publiées. Sans avoir fait de longues recherches bibliographiques, je puis citer, en ce qui concerne les enfants, celle de M. Bernard Meyers, en 1928, d'une fille de 10 ans, celle de M. Hazel-H. Chodak Gregory, d'un garçon de 7 ans, celle de MM. Lautier, Oberling et Woringer, d'un garçon de 5 ans et demi, dont j'ai déjà parlé, celle de MM. Corcan et Schwœgans, en 1928, d'un garçon de 12 ans.

Les *résultats de la splénectomie* sont généralement favorables.

On note la disparition ou l'atténuation des hémorragies et des modifications du sang. Rapidement le temps de saignement redevient normal, le nombre des globulins augmente, le maximum étant atteint vers le quinzième jour après l'opération et suivi de diminution ; leur taux reste faible après plusieurs mois. On note encore la disparition de l'irrétractibilité du caillot.

D'après M. Allan W. Spence, les résultats sont favorables dans 80,9 % des cas. Ils diffèrent suivant les modalités du purpura, modalités dont j'ai parlé tout à l'heure. La guérison est la règle, quand il s'agit du type II, celui où intervient surtout l'action destructive des globulins par la rate. Les résultats sont incomplets ou nuls quand il s'agit des types I et III, où le rôle de la rate n'est qu'accessoire.

Malheureusement, nous ne connaissons pas de symptômes qui permettent la différenciation de ces types.

Les *indications à la splénectomie* ont été bien résumées par MM. N. Fiessinger et Brodin : « Si les hémorragies sont inquiétantes par leur abondance ou la fréquence de leur répétition, il n'y a pas à hésiter à recourir à une intervention qui seule peut sauver le malade. » Le degré de l'anémie est aussi une indication opératoire.

Avant l'intervention, il faut préparer le malade par des transfusions de sang.

L'opération est généralement bien supportée.

MM. Fiessinger et Brodin relèvent 4 décès sur 44 interventions, c'est-à-dire une mortalité globale de 10 %.

Une statistique actuelle serait certainement meilleure.

Les 4 décès signalés par MM. Fiessinger et Brodin sont dus à une syncope pendant l'opération, à une hémorragie nasale pendant l'opération, à deux abcès sous-phréniques qui ont entraîné la mort un mois après l'intervention.

Sur les 4 enfants opérés, dont j'ai relaté les

observations, un seul est mort. C'est le malade de MM. Lautier, Oberling et Woringer. Voici son histoire.

Un garçon a une première poussée de purpura, à 2 ans et demi. A partir de 3 ans et demi, les poussées de purpura accompagnées d'épistaxis sont de plus en plus fréquentes. A partir de 5 ans, les épistaxis, les pétéchies, les ecchymoses sont presque continuelles.

A 5 ans et demi, l'état de l'enfant est très grave, il ne pèse que 10 kgr. ; il est cachectique ; son teint est pâle, cireux. La rate n'est pas palpable. On trouve 1.400.000 globules rouges par millimètre cube, 10 % d'hémoglobine, 10.000 plaquettes, un temps de saignement dépassant ving minutes, un temps de coagulation normal, un caillot irrétractile. Aucun traitement ne donne de résultat. La température s'élève à 38°, quelquefois à 39°.

On pratique la splénectomie sous-anesthésie à l'éther. J'ai décrit tout à l'heure les lésions de la rate.

Les jours suivants, il ne se produit plus d'épistaxis.

On constate les modifications suivantes :

| | Plaquettes par mmc. | Temps de saignement |
|---|---|---|
| Avant l'opération .... | 28.000 | 60 minutes |
| 1 jour après......... | 70.000 | 29 — |
| 3 jours — ......... | 110.000 | 16 — |

L'enfant présente alors un syndrome d'occlusion intestinale. Il meurt le septième jour après l'opération sans avoir présenté d'hémorragies.

A l'autopsie, on ne trouve pas d'occlusion intestinale. Il y a une péricardite hémorragique, des pétéchies sur l'endocarde et une bronchopneumonie.

Ce cas présente une certaine analogie avec celui d'Emma.

MM. Lemaire et Debaisieux, en 1924, ont préconisé la ligature de l'artère splénique.

En 1927, au *XIXe Congrès français de médecine*, M. Lemaire préconise à nouveau *la ligature de l'artère splénique dans le traitement du purpura protopathique.*

Cette ligature agirait par l'atrophie lente de la rate. Son action est la même que celle de la splénectomie ; mais l'opération est plus bénigne.

***

Emma, dont je vous ai raconté l'histoire samedi dernier, nous a donné de graves préoccupations.

En décembre 1930, à l'âge de 10 ans 5 mois, elle a ses premières hémorragies gingivales. Ces hémorragies s'arrêtent pendant quelques mois. Puis, en août dernier, à 11 ans, des épistaxis apparaissent, accompagnées d'ecchymoses et de pétéchies.

Le 24 octobre, débute une épistaxis abondante, les saignements de nez se répètent ; ils nécessitent le tamponnement de la fosse nasale droite. Les examens du sang nous font alors porter le diagnostic d'hémogénie. Le temps de saignement est prolongé, le temps de coagulation normal, le caillot irrétractile, le nombre de plaquettes sanguines très faible. Nous ne trouvons aucune cause appréciable à cette diathèse hémorragique.

Tous les traitements institués restent sans action : chlorure de calcium, foie de veau, arhémapectine, sérum gélatiné, ergotine, transfusion de sang. Les épistaxis se répètent ; l'état s'aggrave de jour en jour ; il y a presque toujours de la fièvre, la faiblesse est grande, l'anémie devient extrême. Le 2 décembre, on compte 1.000.000 de globules rouges.

Un traitement s'impose : la *splénectomie.*

Nous y avions pensé dès l'entrée à l'hôpital, mais nous avions ajourné l'intervention dans l'espoir d'améliorer d'abord l'état de la malade, pour qu'elle pût mieux la supporter. Cet espoir a été déçu. Un dilemme se pose dès lors : ou bien laisser mourir l'enfant, ou bien intervenir, malgré les risques.

Toutefois, d'après les observations que nous avons lues, le risque réside surtout dans l'infection des voies respiratoires. Le malade de Lautier, Oberling et Woringer, qui se trouvait dans des conditions analogues à celles d'Emma, était mort de broncho-pneumonie.

Nous nous décidons donc à demander l'intervention.

M. Liège prépare Emma à l'intervention, en lui faisant des transfusions de sang : le 2 décembre, 500 c. c., le 4 décembre, 525 c. c. ; le 7 décembre, 450 c. c.

Le nombre de globules rouges pendant ce temps est de :

1.000.000 le 2 décembre,
2.000.000 le 3 décembre,
2.600.000 le 5 décembre.

Le 7 décembre, l'enfant a une épistaxis abondante et des vomissements de sang pour lesquels on injecte 1 c. c. d'ergotine Yvon.

Le 8 décembre, vingt minutes avant l'opération, on fait une injection d'un milligramme de la solution d'adrénaline à 1 p. 1000, pour faire contracter la rate. Puis M. Fèvre pratique la splénectomie, sous anesthésie à l'éther.

Il fait une incision médiane pour éviter autant que possible les hémorragies.

L'extraction de la rate est difficile, car il y a des adhérences avec le diaphragme en haut et avec l'estomac en bas. L'opération se passe sans incidents.

Le soir, la température est de 37°.

Le 9 décembre, la température est de 37,7-37°8,

le pouls à 120. On note quelques petites pétéchies sur la face au point d'application du masque anesthésique.

Le 10 décembre, la température est de 37°6-37°9, le pouls à 100.

L'état s'améliore, les forces reviennent ; il ne se produit aucune hémorragie.

Aujourd'hui, Emma est beaucoup mieux. Quatre jours après l'opération, son état est bien différent de ce qu'il était au moment où elle a été faite. Elle est assise dans son lit, elle est plus gaie, son appétit est meilleur.

Le Docteur Grodnitsky a examiné son sang hier, 11 décembre,

Le temps de saignement est de deux minutes et demie, la coagulation en tube se fait en dix minutes, la rétraction de caillot commence très tôt et est complète au bout de deux heures.

Le nombre des plaquettes sanguines est de 3.590.000 par millimètre cube, véritablement considérable ; mais il ne paraît pas y avoir de cause d'erreur.

On trouve 65 % d'hémoglobine, 2.680.000 globules rouges par millimètre cube, une valeur globulaire de 1,15, 11.280 leucocytes par millimètre cube. La formule leucocytaire est la suivante :

| | |
|---|---|
| Polynucléaires neutrophiles.......... | 78 % |
| Polynucléaires éosinophiles.......... | 1 % |
| Lymphocytes ........................ | 13 % |
| Grands lymphocytes orthobasophiles.. | 1 % |
| Formes de transition................ | 7 % |

La *rate*, immédiatement après extirpation, pèse 192 grammes, alors que le poids moyen pour l'âge de l'enfant est de 110 à 120 gr. Sa consistance est un peu ferme, sa capsule un peu épaissie. Sur les frottis et on constate une prédominance notable des lymphocytes, des formes jeunes (grands lymphocytes, orthobasophiles et quelques plasmocytes) assez nombreuses, quelques polynucléaires neutrophiles, basophiles et éosinophiles. On voit aussi de nombreuses hématies polychromatophiles, quelques rares hématies nucléées. Les plaquettes sanguines sont très rares.

L'examen histologique des coupes complétera ces données, mais, en attendant, il faut remarquer la présence d'adhérences, qui font penser à un processus inflammatoire.

Somme toute, nous pouvons espérer qu'Emma va se remettre de son opération, que les hémorragies vont être supprimées, au moins pendant quelque temps.

Mais nous devons réserver l'avenir. Sans doute, nous pouvons espérer que le résultat obtenu sera durable, car des observations déjà nombreuses nous autorisent à le penser ; mais, comme cela se voit assez souvent, les effets de la splénectomie peuvent être transitoires.

En tout cas, nous avons rendu un grand service, à la malade, car la mort paraissait inévitable.

De cette longue étude, retenez cette conclusion pratique : lorsque l'hémogénie est grave, que les hémorragies deviennent menaçantes, qu'aucun traitement n'a d'action, il faut intervenir chirurgicalement : la splénectomie s'impose.

Il aurait été préférable d'opérer plus tôt. Dans un cas semblable, je serai moins temporisateur.

NOBÉCOURT.

**Résumé succinct de la leçon du Prof. Nobécourt**

Pour définir le processus intime de l'hémogénie, il faut se livrer à des recherches hématologiques précises et complètes. Elles nous apprendront que ce processus est caractérisé par un *syndrome vasculo-hématique*, où le *temps de saignement* (épreuve de Duke) est prolongé (10 à 30 minutes et davantage) ; où, si la coagulation *in vitro* est normale, le caillot se montre *irrétractile* (irrétractibilité complète ou non) Les globules rouges et l'hémoglobine sont en quantité variable, mais généralement normale. S'ils sont diminués, il existe un certain degré d'anémie. Les leucocytes et la formule leucocytaire sont également normaux. Mais le fait capital, celui qui marque l'hémogénie, est la diminution des plaquettes sanguines (globulins, hématoblastes) dont le nombre peut tomber, par millimètre cube, à 100.000 et même moins. C'est surtout durant les poussées aiguës que le syndrome vasculo-hématique est marqué. Le *signe du lacet*, le *signe de la piqûre*, appartiennent aussi à l'hémogénie.

L'hémogénie se distingue de l'hémophilie congénitale en ce que dans l'hémophilie, le retard et la lenteur de la coagulation sanguine sont habituels, tandis que la rétraction est normale et que les plaquettes sanguines ne sont pas diminuées numériquement ; le signe du lacet est négatif ; le temps de saignement normal également.

La différence n'est cependant pas toujours bien tranchée: on observe des formes transitoires, des formes intermédiaires.

Diverses sont les théories pathogéniques : *théorie médullaire*, selon laquelle les mégacariocytes de la moelle osseuse, d'où proviennent les globulins, sont malades. *Théorie splénique* : la rate détruit les globulins en quantité exagérée. *Théorie des endothéliums capillaires altérés*.

Les causes de l'hémogénie sont à peu près inconnues. C'est une *diathèse angio-hématique* à l'origine de laquelle certains auteurs ont placé des insuffisances glandulaires (foie, endocrines).

Le traitement des poussées comporte : le lit, l'immobilité, une alimentation légère ; le tamponnement éventuel des fosses nasales ; des lavements très chauds au cas de métrorrhagies ; l'emploi de vaso-constricteurs : adrénaline, lobe postérieur d'hypophyse, ergot de seigle, émétine ; l'usage de coagulants sanguins : chlorure de calcium, peptone de Witte, sérum gélatiné, sérums organiques. L'Anthéma, l'hémothérapie, la transfusion ont leurs indications.

Le traitement de la diathèse comporte l'hématoéthyroïdine, l'opothérapie ovarienne ; l'hémothérapie répétée. Finalement, la suppression de la rate. Son irradiation donne des résultats inconstants.

G. D.

# QUE FAIRE POUR LES ENFANTS DÉFICIENTS PSYCHIQUES ?

## I. — Rôle du médecin de famille

Par

G. DE PARREL, et Henriette HOFFER,

Directeur, Chef du Service de médico-pédagogie

du Centre de rééducation pour les déficients psychiques et les retardés scolaires.

Le nombre des enfants dont le mécanisme psychique ne joue pas normalement est considérable. C'est par dizaines de mille qu'on compte de tels sujets retardés, dans un pays comme le nôtre. Un effort d'assistance et d'éducation de plus en plus large se développe, mais il est encore très insuffisant. Il s'agit là d'une œuvre s ciale au premier chef, qui mérite toute l'attention des législateurs et des Pouvoirs publics.

Le point de départ de cette œuvre de récupération ne peut être que l'*intervention précoce et efficiente du médecin de famille.* Son rôle consiste à dépister, parmi les petits enfants de sa clientèle, ceux qui présentent des anomalies psychiques, à placer en face de la réalité les parents toujours enclins à juger la situation moins grave qu'elle ne l'est et à compter sur le temps pour arranger les choses, à dresser le bilan du présent pour sauvegarder l'avenir, enfin à fixer le programme des mesures à prendre et à veiller à sa stricte exécution.

Comme on le voit, sa responsabilité est lourde, son action initiale d'une importance capitale. C'est dans l'intention de lui faciliter l'accomplissement de sa mission que nous voulons condenser en quelques pages, dégagées de tout détail inutile, les notions pratiques indispensables.

Avant tout, il nous faut donner quelques précisions sur les *différentes catégories de déficients psychiques et sur leurs caractéristiques* (I). Puis nous définirons le *rôle du médecin de famille à l'égard du petit déficient et des parents* (II). Nous montrerons enfin *comment nous rééduquons ces enfants* et les *résultats que nous obtenons* (III).

### I

### LA CATÉGORISATION PRATIQUE DES ENFANTS DÉFICIENTS

Ce qui domine le problème, c'est la possibilité ou non de récupérer de tels sujets ; aussi nous plaçons-nous, pour les différencier les uns des autres, sur le terrain de l'*éducabilité.* Nous pouvons ainsi classer les déficients en deux groupes :

**Les non rééducables**
**Les partiellement ou totalement rééducables.**

Le deuxième groupe nous intéresse beaucoup plus que le premier, puisque notre but est d'obtenir par nos méthodes de médico-pédagogie des récupérations pratiquement utilisables. Le premier groupe étant inaccessible ou peu accessible à l'éducation, ne rentre pas dans le cadre de notre activité. Gilbert-Robin l'a étudié ici-même, en juillet dernier, et l'on sait toute son expérience en la matière.

Parmi les PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT RÉÉDUCABLES nous rangeons :

**1° Les arriérés intellectuels simples ou simples retardés.**

Ces enfants n'ont pas l'âge mental correspondant à leur âge réel. Non seulement ils n'ont pas acquis les connaissances de leurs camarades du même âge, mais leur jugement et leur raisonnement est plus enfantin. Ils ont un certain degré de débilité mentale. Cette débilité les rend non seulement impropres à suivre les mêmes études que leurs condisciples, mais aussi — fait plus grave — elle les met dans l'impossibilité de profiter des exercices collectifs d'enfants plus jeunes. On a beau les faire « descendre de classe » avec l'espoir de les voir s'adapter à un niveau mental moins élevé, on ne tarde pas à se rendre compte qu'ils ne peuvent s'adapter. Ils ont l'esprit lent, une mémoire de fixation mauvaise, exigeant de très nombreuses répétitions, une fatigabilité psychique très marquée. En fait, ces légers débiles, abandonnés dans des classes normales, perdent rapidement pied, font de mauvais élèves, se dissipent et deviennent la terreur des maîtres. Peu à peu ils se découragent complètement et l'on ne peut plus rien en tirer.

A de tels enfants il faut un *enseignement individuel médico-pédagogique*, basé sur une étude minutieuse des possibilités psychiques du sujet.

Cet enseignement permet de suivre l'enfant pas à pas, de rééduquer patiemment son attention et sa volonté déficientes. Au point de vue scolaire, il s'agit de lui « tailler un enseignement sur mesure », c'est-à-dire de le faire travailler aux heures où il est le mieux disposé en lui ménageant des repos chaque fois que son inattention est facteur de sa fatigue.

Une telle rééducation, bien conduite, dosée par un médecin pédagogue, donne des résultats toujours excellents, surtout si elle est com-

mencée avant que l'enfant n'ait pris de mauvaises habitudes.

2° Un deuxième groupe d'enfants incapables de suivre avec profit les classes collectives est constitué par les **arriérés intellectuels sans débilité, mais instables et maladroits.** L'instabilité est à la base de leur déficience.

Tous les maîtres ont connu de tels écoliers. Turbulents, remuants, ils restent difficilement à leur place, la quittant souvent pendant les exercices écrits si la surveillance du maître se relâche. Ils vont chercher un buvard, ramasser une gomme et tout leur est prétexte à un déplacement.

Pendant une leçon, ils touchent à tout, ouvrent, ferment leur pupitre, grattent leur bureau.

Cette *instabilité motrice,* gênante pour le maître et pour les voisins, ne serait pas d'un pronostic grave si elle limitait ses méfaits à des gestes désordonnés. Malheureusement, elle est la manifestation d'une *instabilité psychique* autrement grave.

L'attention ne peut se fixer sur aucun sujet. Non seulement l'enfant n'écoute pas le professeur, mais sa pensée change d'objet aussi souvent que ses mains changent de place.

De tels sujets gênent et fatiguent leurs maîtres comme ils entravent l'effort des bons élèves à côté desquels on les place avec l'espoir de les discipliner par l'exemple d'un camarade attentif et calme. Hélas! l'enfant instable ne peut se fixer. Son instabilité psychique se double, en général, d'une instabilité motrice.

3° Chez d'autres enfants déficients, ce sont les troubles de la parole qui semblent prédominer. Ce sont des **instables muets, retardés de la parole ou dyslaliques.** Souvent ils présentent en même temps des symptômes dysendocriniens et surtout des troubles moteurs au niveau des membres (maladresse de la marche, de l'écriture, de la préhension). Certains enfants présentent des troubles moteurs généralisés.

L'examen de ces incoordonnés est toujours très délicat à pratiquer. Instables et souvent muets, presque toujours émotifs, ils sont peu accessibles à l'épreuve des tests.

Ne nous hâtons pas de les déclarer inéduquables, idiots ou imbéciles. Sans doute leur éducation demande beaucoup de savoir faire, mais les résultats dépassent parfois toutes les espérances.

L'observation suivante est fort intéressante à ce sujet :

Madeleine X..., 6 ans, vient à notre Centre de rééducation en mai 1931.

L'enfant est muette, de type mongolien.

La paupière gauche s'ouvre avec difficulté. Le prognatisme du maxillaire supérieur est très accusé, la bouche est généralement ouverte ou si elle se ferme les dents supérieures sont en contact permanent avec la lèvre inférieure.

L'audition est absolument normale.

Le vocabulaire psychique est bon. L'enfant montre la plupart des objets dont on lui énonce le nom.

Après trois mois de rééducation des organes de la parole, Madeleine articule ses premiers mots. Actuellement, après un an de travail, elle parle et même elle bavarde.

Cette enfant, légèrement déficiente psychique, inattentive, a pu pendant plusieurs années, passer pour complètement inéduquable à cause de la gravité de ses troubles moteurs et de son mutisme, alors qu'en réalité elle est parfaitement récupérable.

4° Les **grands inattentifs** forment un autre groupe d'enfants incapables de suivre des classes collectives. D'année en année, ils se mettent en retard, ils vont de lycée en lycée, d'école en école sans faire de progrès.

Et cependant, au dire des parents, ils sont intelligents. Les maîtres eux-mêmes reconnaissent qu'ils ne manquent pas de jugement. Mais ils ne font pas attention et leur mémoire de fixation est en général mauvaise.

Leur esprit va d'un sujet à l'autre comme le papillon vole de fleur en fleur. L'enfant n'arrive pas au minimum de concentration de pensée nécessaire pour s'instruire et suivre ses camarades.

Un tel enfant, éduqué seul par un maître compétent sachant capter son attention, peut faire, au contraire, des études presques normales. Nous avons eu à notre Centre de rééducation de bons résultats avec de tels sujets.

5° Un autre groupe d'enfants se compose d'**insuffisants sensoriels.** Suivant le degré de leur intelligence et la plus ou moins grande habileté de leurs rééducateurs, ils sont partiellement ou totalement rééducables.

Parmi ces déficients sensoriels, il faut citer ceux qui ont une *vue déficiente,* non dépistée. Ces enfants suivent mal les explications écrite au tableau noir, émaillant leurs copies de fautes d'orthographe ; ils ont fréquemment des céphalées qui leur rendent le travail intellectuel très difficile.

Diagnostiquée à temps, cette insuffisance visuelle aurait pu être facilement corrigée par le port de verres appropriés et par le placement de l'enfant au premier rang de la classe près du tableau noir et près du maître. Malheureusement, on a souvent laissé grandir l'enfant sans songer à mesurer son acuité visuelle, on l'a laissé prendre du retard et s'il n'est pas particulièrement bien doué il s'installe dans la catégorie des mauvais élèves. Muni de bonnes lu-

nettes et soumis à une éducation bien conduite, individuelle, un tel enfant peut rattraper une partie du temps perdu et s'orienter rapidement vers la normale.

Plus souvent, c'est l'*audition défectueuse* qui est une cause de retard du développement psychique de l'enfant.

Comme l'un de nous l'a fait remarquer dans sa thèse (1), il est assez rare qu'un défaut de vision passe inaperçu. Il est très fréquent de ne pas déceler un défaut d'audition. Celui-ci peut être assez marqué pour entraver les études de l'écolier sans que les parents s'en rendent compte.

L'enfant placé aux derniers rangs de la classe n'entend pas ou entend mal les explications du professeur et bientôt n'écoute plus. Le retard scolaire s'accentue d'année en année, entravant complètement le développement psychique de l'enfant.

Il est juste d'ajouter qu'à l'heure actuelle on tend à organiser l'examen auditif en série de tous les élèves des écoles. Il n'est pas de précaution plus opportune pour l'avenir de l'enfant.

Dès qu'une telle déficience auditive est constatée, l'enfant doit être confié à des professeurs spécialisés qui feront son éducation en faisant appel à des procédés pédagogiques spéciaux et on doit le soumettre à des exercices acoustiques méthodiques (2).

De tels enfants ne doivent jamais être mis dans des classes ordinaires puisqu'ils ne peuvent profiter de l'enseignement oral d'un maître placé trop loin d'eux.

Quant aux écoles de sourds-muets, elles ne leur conviennent pas car ils y seraient avec des camarades qu'une surdité totale ralentit dans leurs études. Au contraire, un enseignement individuel adapté à leur déficience acoustique leur permet de poursuivre normalement leurs études.

6° Les déficients endocriniens sont souvent de simples retardés. Un traitement médico-pédagogique peut les récupérer totalement.

Ces enfants présentent des troubles de caractère. Ils sont ou trop calmes et peu éveillés ou agités et coléreux. Ils ont l'esprit lent, paresseux, peu précis, nonchalant. Le Docteur Léopold-Lévi en a fait une étude minutieuse dans le *Manuel de rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires* (Hoffer et Angles) (1).

7° Les **hérédo-syphilitiques** présentent, eux aussi, mais plus accusés, des troubles du caractère. Violents, agressifs, le plus souvent ils sont lents et instables, incapables d'attention soutenue. Inutile d'ajouter que le traitement spécifique doit coopérer à l'effort de récupération dont ils sont justiciables.

8° Nous ne faisons que mentionner les **enfants alcooliques** qu'il faudrait enlever à leur famille indigne et confier à l'Assistance.

9° Il est enfin des **enfants, simples retardés pédagogiques**, confondus à tort avec des déficients.

Ce retard peut être dû à un mauvais état de santé ayant causé des absences prolongées.

La négligence des parents, de fréquents changements de domicile ou de résidence empêchent parfois l'enfant de suivre des classes régulières et pour peu qu'il ne soit pas tout particulièrement intelligent, il prend un retard marqué sur ses camarades du même âge et il est facilement classé parmi les déficients.

## TABLEAU SYNOPTIQUE

### des déficients psychiques partiellement ou totalement éducables

| | |
|---|---|
| I. — *Arriérés intellectuels simples ou simples retardés.* | Débilité mentale légère. Niveau mental au-dessous de l'âge réel. Retard scolaire. Rééducables. |
| II. — *Instables maladroits sans débilité mentale. Instabilité motrice et instabilité psychique.* | Enfants turbulents. Difficilement adaptés à la vie collective d'une classe. Troubles moteurs fréquents gênant le développement normal de l'écolier. |
| III. — *Instables maladroits, muets ou présentant des troubles graves de la parole.* | Ces enfants n'ont pu se démutiser seuls. Ils sont difficiles à classer à première vue, mais leur vocabulaire psychique permet de les différencier des idiots et des imbéciles inéduquables. |
| IV. — *Les grands inattentifs.* | Incapables de suivre un enseignement collectif. Toujours distraits, ils arrivent à s'instruire grâce à un enseignement individuel. |

(1) Docteur Hoffer. — La mesure de l'acuité auditive chez les écoliers. (Thèse de Paris, 1924.)

(2) Consulter le *Manuel de rééducation de l'ouïe*. Collection de Parrel des Manuels de rééducation, Doin, éditeur. Ouvrage honoré d'une souscription du Ministère de l'Education nationale.

(1) Doin, éditeur, Paris 1932. Cet ouvrage a reçu aussi l'approbation du Ministère de l'Education nationale.

| | |
|---|---|
| V. — *Insuffisants sensoriels.* | Enfants dont la vue est insuffisante. Enfants dont l'ouïe est déficiente. A rééduquer par des procédés spéciaux adaptés à leur déficience sensorielle. A soumettre à l'examen de l'oculiste ou aux soins de l'otologiste. |
| VI. — *Déficients endocriniens.* | Sont souvent de simples retardés qu'un traitement médico-pédagogique bien compris replace facilement dans la normale. |
| VII. — *Hérédo-syphilitiques.* | Enfants présentant souvent des troubles de caractère. Lents et instables au point de vue intellectuel. Le traitement spécifique renforce l'action du rééducateur. |
| VIII. — *Enfants alcooliques.* | Coléreux et de santé délicate. A isoler de leur famille et à désintoxiquer. |
| IX. — *Enfants retardés pédagogiques sans aucune déficience.* | Retard scolaire dû à une mauvaise santé, à de la négligence de la part des parents, etc. |

(*A suivre*).

## UNE URGENCE CHIRURGICALE

### La sténose hypertrophique du pylore du nourrisson

Par Louis BERGOUIGNAN, d'EVREUX,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

C'est une affection à propos de laquelle on a beaucoup écrit et parlé, surtout depuis la vulgarisation de la merveilleuse opération qu'est la pylorotomie extra-muqueuse, l'opération de Fredet.

Et pourtant, combien y a-t-il encore de centaines de nourrissons qui meurent tous les ans d'inanition, faute d'un diagnostic correctement posé ?

C'est pourquoi je voudrais, rapidement, schématiquement, retracer à l'usage du praticien les symptômes primordiaux de la sténose hypertrophique du pylore, et montrer que son diagnostic n'est pas difficile... à condition d'y penser.

Je n'ai aucunement l'intention de faire une étude détaillée des discussions étiologiques, des lésions anatomo-pathologiques. Ceux que la question intéresse n'auront qu'à se reporter aux travaux de Fredet et Alary et à l'excellente description que l'on trouve dans le précis de chirurgie infantile d'Ombrédanne.

Restant donc sur le terrain purement clinique, je vais, en quelques lignes, reprendre les principaux symptômes de cette affection.

Il s'agit d'un nourrisson, un garçon le plus souvent, âgé de quinze jours à deux mois. Né à terme, bel enfant, souvent élevé au sein, il n'avait jusqu'ici présenté aucun symptôme morbide. Il semblait pousser d'une façon normale, avait, dans les délais habituels retrouvé son poids de naissance, ne vomissait pas.

Brusquement, un jour, survient l'accident, le *vomissement*. Accident banal, en apparence, mais qui, par sa répétition, ne tarde pas à alarmer les parents. C'est qu'en effet, l'enfant va bientôt vomir après chaque tétée, parfois immédiatement, parfois au bout d'une demi-heure ou d'une heure.

Explosif, brutal, ce vomissement se fait d'un coup, « d'un seul jet », et l'enfant expulse ainsi la totalité du lait qu'il vient d'ingérer. Et pourtant, il ne paraît pas malade, il ne souffre pas, ne crie pas, si ce n'est pour réclamer à nouveau le sein, ou le biberon sur lequel il se jette avidement ; cette nouvelle tétée est d'ailleurs rapidement et intégralement vomie, et l'on conçoit que la répétition de ces vomissements ne tarde pas à entraîner un amaigrissement et une déshydratation marqués et alarmants.

Parfois, au bout de quelques jours, ou de quelques semaines, les vomissements perdent leur caractère rythmé. L'estomac s'est laissé distendre, et c'est toutes les deux ou trois tétées qu'il évacue son contenu. Il ne faudrait pas voir dans ce symptôme un signe d'amélioration : l'enfant vomit plus rarement, mais il vomit plus abondamment, et rien ne franchit son pylore.

Tel est le signe majeur pour lequel le praticien est appelé à voir le nourrisson. S'il est averti, il doit déjà penser à la sténose hypertrophique du pylore ; il confirmera d'ailleurs rapidement son diagnostic par :

I) *Un complément d'interrogatoire*, apprenant que :

Les vomissements ne contiennent jamais de bile, faisant ainsi la preuve du siège sus-vatérien de la sténose.

Les selles sont rares, ont pris une teinte vert foncé, *méconium*, fait expliqué aisément puisque le lait ne franchit pas le pylore.

Les urines sont rares, l'enfant ne mouille ses langes que deux ou trois fois par jour, au maximum.

II) *L'examen du nourrisson* montrera :

L'amaigrissement et la déshydratation intenses ; la peau est sèche, plissée. La température est au-dessous de 37°,

Le gonflement de la région épigastrique, après la tétée. Parfois peut-on être assez heureux pour voir des ondulations péristaltiques se dirigeant vers la région pylorique. Je ne les ai, pour ma part, jamais observées.

La palpation permettra parfois, dans l'intervalle des poussées, de percevoir dans la région sous-hépatique l'*olive pylorique*. C'est une petite masse dure, fusiforme, du volume d'un petit œuf. Sa perception est inconstante, difficile surtout chez un nourrisson qui crie et pousse. Personnellement, je ne l'ai nettement perçue que deux fois sur douze cas.

Enfin, un examen viendra lever tous les doutes, si l'on en a encore, c'est l'examen radioscopique, après ingestion d'un biberon baryté. Il confirme l'imperméabilité pylorique absolue. Mais, en pratique, cet examen n'est pas nécessaire dans la forme typique que je viens de décrire, pas plus indispensable d'ailleurs pour le diagnostic que la perception de l'olive pylorique ou la constatation d'ondulations péristaltiques.

Et le diagnostic doit être facilement posé sur les symptômes suivants :

Vomissements rythmés, sans fièvre, sans diarrhée, avec selles méconiales et signes de déshydratation rapide et intense.

Ce n'est que dans certains cas peu fréquents, formes *incomplètes* où le passage du lait est partiel, où les vomissements sont irréguliers, que la radio prend toute sa valeur pour poser le diagnostic et les indications opératoires.

Quelles peuvent être, en effet, les causes d'erreur ? On peut dire que dans la forme typique, schématique, la plus fréquente, il n'y en a pas, et il suffit de penser à l'affection pour en faire le diagnostic.

Les vomissements d'une gastro-entérite aiguë sont facilement reconnus par leur association avec la diarrhée et la fièvre.

Certains cas d'intolérance pour le lait pourraient peut-être induire en erreur ? Et pourtant, si l'enfant vomit le lait, il ne le vomit pas totalement ; il y a toujours un certain passage, surtout pour l'eau sucrée, les infusions, les autres liquides qu'on lui donne.

En réalité, un seul diagnostic est difficile : c'est *le pylorospasme*. Observé surtout chez des enfants à hérédité névropathique, il n'est pas continu. Les vomissements ne surviennent pas à chaque tétée ; il y a perméabilité partielle du pylore, et les selles ne prennent jamais le caractère méconial. La radioscopie lève les doutes, en montrant un passage pylorique au bout de deux à trois heures. Tous les degrés sont d'ailleurs possibles, depuis le simple pylorospasme, jusqu'à la sténose complète, en passant par les sténoses partielles.

Le diagnostic étant posé, que faut-il faire ?

Il n'y a qu'un seul traitement : l'intervention chirurgicale, que l'on doit pratiquer sans temporiser, ni espérer une guérison *impossible* par d'autres moyens.

Je n'entrerai pas ici dans des détails de technique, et je dirai simplement que l'opération de choix est la pylorotomie extra-muqueuse, opération de Fredet, qui consiste à sectionner longitudinalement la couche musculeuse hypertrophiée du pylore, sans ouvrir la muqueuse. Opération simple, facile, rapide, peu traumatisante, et dont les résultats immédiats et éloignés sont remarquables. Huit sur dix des enfants opérés guérissent sans incidents ; et l'on peut dire que les deux autres succombent parce qu'ils ont été opérés trop tard, amenés au chirurgien dans un état de déshydratation et de cachexie intenses.

Et pourtant, même dans ces cas, combien voit-on de véritables résurrections ! Et il n'est pas exagéré de dire que si les nourrissons étaient opérés assez tôt, le pourcentage des décès deviendrait minime, et peut-être nul.

Je voudrais que ceux qui me lisent fassent un retour en arrière. N'ont-ils pas, au cours de leur vie professionnelle, épuisé parfois tous les moyens thérapeutiques en leur pouvoir, sans arriver à arrêter des vomissements véritablement « incoercibles » du nourrisson. Ils n'avaient pas pensé à la sténose hypertrophique du pylore, qu'une intervention simple aurait guéri.

Il faut, pour vulgariser la connaissance de cette affection, entreprendre une véritable croisade analogue à celle, si féconde en résultats, qui fut entreprise par Pouliquen, de Brest, à propos de l'invagination intestinale. Je suis convaincu que l'on doit obtenir pour la sténose hypertrophique du pylore les mêmes résultats, et que l'on pourra sauver ainsi la vie de quantité d'enfants qui, sans intervention chirurgicale, auraient été voués à une mort certaine.

## AU CHEVET DES PATIENTS

### I

### L'HUILE DE PARAFFINE, TRAITEMENT SIMPLE DE L'ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE (1)

Le principe de cette nouvelle méthode, qui a donné des résultats intéressants à MM. Ch. Richet fils et Couder, diffère de celui des autres moyens de traitement.

En effet, le régime d'élimination d'A. Roure consiste à reconnaître et à éliminer les aliments anaphylactogènes ; la peptonothérapie de Pagniez et Valléry-Radot antianaphylactise pour quelques heures le sujet ; l'autohémothérapie (probablement par petits chocs successifs) provoque une certaine immunité ; la lutte contre l'insuffisance hépatique arrête plus aisément le poison anaphylactique.

Toute autre sera l'action de l'huile de paraffine, car elle est basée sur le fait que l'anaphylaxie est déclenchée, d'une part, par la sensibilisation de la muqueuse digestive, (que l'on obtient expérimentalement par l'action décapante de la bile) ainsi que par le rôle sensibilisateur d'une absorption trop rapide et qu'il se produit ainsi une absorption de protéines non transformées. Eh bien, l'ingestion de l'huile de paraffine ou de vaseline arrive précisément à inverser ces conditions, et à ralentir l'absorption, afin que *l'organisme ne puisse pas être sensibilisé par les aliments anaphylactogènes.*

Au cours de cinq observations, un traitement de quelques jours par l'huile de paraffine a fait disparaître : un urticaire datant de huit mois, deux urticaires eczématisés datant de cinq mois et de cinq ans, une diarrhée glaireuse persistant depuis vingt ans, des vertiges intenses avec douleurs abdominales datant de six mois.

Cependant, on doit à la vérité de dire que ce traitement, actif dans certains cas d'anaphylaxie alimentaire, se révèle inefficace dans d'autres.

#### La méthode

*Il suffit de donner de l'huile de paraffine pure, à la dose d'une cuillerée à café, au début et au milieu (ou à la fin) de chaque repas.*

Ce médicament peut s'associer à toute autre méthode antianaphylactique, par exemple la peptonothérapie ou le régime d'élimination. Après plusieurs semaines, la guérison s'est maintenue complète dans certains cas.

### II

### LA MISE EN PRATIQUE DE LA VACCINATION ASSOCIÉE ANTITYPHO-PARATYPHIQUE-DIPHTÉRIQUE (2).

MM. Fricker et Ferrabouc exposent l'expérience, qu'ils ont acquise au cours de 1.110 vaccinations, dans des unités de l'armée particulièrement touchées par la diphtérie (jusqu'à 15 p. 100 de l'effectif).

La vaccination antidiphtérique nécessitant trois injections d'anatoxine, et la vaccination antityphique se faisant actuellement avec une seule injection de T. A. B., ces auteurs utilisent dans les deux premières injections un mélange de T. A. B. et d'anatoxine, étant la troisième injection constituée par l'anatoxine seule. En procédant ainsi, ils obtiennent à la fois l'immunité contre les infections typho-paratyphiques, et contre la diphtérie, d'où une réduction appréciable du nombre des injections.

**La technique** de cette vaccination associée est la suivante :

*Première injection* : 1 c. c. de T. A. B. chauffé de l'Institut Pasteur, et 0,5 d'anatoxine diphtérique.

*Deuxième injection* : 1 c. c. de T. A. B. chauffé, et 1 c. c. d'anatoxine diphtérique.

*Troisième injection* : 1. c. c. 5 d'anatoxine diphtérique.

Les deux premières injections sont séparées par un intervalle de dix-huit jours, et les deux dernières par un intervalle de quinze jours. Outre la réduction du nombre des injections, ce procédé offre l'avantage d'augmenter l'immunité antityphique, puisqu'on substitue deux injections de T. A. B. à une seule ; d'autre part, l'immunité antidiphtérique est elle-même augmentée par l'addition de l'émulsion bacillaire à l'anatoxine.

Le mélange vaccinal est réalisé au moment même de l'injection à chaque sujet, en prélevant avec la seringue, la quantité nécessaire de chacun des deux vaccins. L'injection est faite comme d'habitude au niveau de la région sous-épineuse.

Les sujets inoculés doivent être sains ; aussi, faut-il surseoir à cette vaccination chez les individus at-

(1) Ch. RICHET fils et R. COUDER. — Le traitement de l'anaphylaxie alimentaire par l'huile de paraffine. (*La Presse Médicale*, 11 juin 1932.)

(2) J. FRICKER et L. FERRABOUC. — La pratique de la vaccination associée antitypho-paratyphique-diphtérique. (*La Presse Médicale*, 1er juin 1932.)

teints d'une maladie aiguë fébrile, même légère. Une contre-indication formelle réside aussi dans les tares rénales, étant entendu qu'il s'agit là non seulement des sujets présentant des symptômes de néphrite chronique, mais aussi de ceux chez lesquels un examen soigneux des urines aura mis en évidence la présence d'une albuminurie même intermittente, car celle-ci peut être l'indice d'un véritable état de débilité rénale, susceptible d'être aggravé par l'élimination des protéines microbiennes injectées.

Naturellement, les vaccinés sont mis au repos complet après l'injection, durant au moins vingt-quatre heures ; il y a lieu également de prescrire la diète lactée le soir de la vaccination et le lendemain.

Une réaction de Schick s'impose au préalable ; si elle est positive, on pratique la vaccination.

A ce propos, *une remarque d'ordre général* doit retenir l'intérêt. On sait qu'une réaction de Schick négative traduit un contact avec un bacille diphtérique suffisamment toxigène pour entraîner l'immunisation de l'organisme. Or, les auteurs ont pu, grâce à cette recherche effectuée au moment de leurs vaccinations, se faire une idée de l'*étendue de l'infection diphtérique dans notre pays* d'après le nombre de ces réactions négatives. Sur 2.599 réactions de Schick effectuées, 1.415 ont été négatives, c'est dire que l'on est très près de la vérité en disant qu'en France, 54 pour 100 des sujets de 20 ans sont immunisés contre la diphtérie. Cette proportion est d'ailleurs variable suivant les régions. On trouve ainsi dans la Bretagne et dans le Puy-de-Dôme des parties où les sujets sont touchés par la diphtérie, cliniquement ou d'une façon occulte, en très forte proportion avant l'âge de 20 ans. Ensuite, viennent le Haut-Rhin et la Seine. Au contraire, les Deux-Sèvres et l'Ille-et-Vilaine sont parmi les moins infectés de diphtérie.

Pour une région déterminée, la densité de la population (contacts interhumains) aurait une importance considérable.

Les *résultats de la vaccination associée* ont été des plus satisfaisants. Aucun cas de fièvre typhoïde ne s'est déclaré chez les vaccinés. Quant à la diphtérie, la vaccination a été effectuée dans des régiments, où cette infection sévissait depuis de longs mois, et aucun cas n'en a été observé chez les jeunes soldats, ayant reçu les trois injections vaccinales ; quatre seulement se déclarèrent chez des soldats n'ayant reçu qu'une injection.

A la suite de l'injection, on observe une réaction locale et générale. La réaction locale consiste en une douleur autour du point d'inoculation avec parfois un peu d'érythème ; le tout disparaît en deux à trois jours au maximum.

La réaction générale, associée ou non aux phénomènes locaux, est généralement assez fréquente et se traduit par une élévation thermique autour de 38°, le lendemain de l'injection ; dans quelques cas la température atteint 39°, mais tout rentre dans l'ordre en un ou deux jours. (La deuxième injection produit des réactions analogues, mais moins nombreuses. Quant à la troisième injection, constituée par l'anatoxine seule, elle n'a donné aucune réaction locale, ni générale, et passe pour ainsi dire inaperçue).

En aucun cas, les auteurs n'ont observé les phénomènes de néphrite aiguë avec hématurie, parfois relatés. Un seul cas a présenté de l'anurie avec des vomissements ; ces phénomènes ont cessé au bout de quarante-huit heures, et non seulement il n'y eut pas de néphrite consécutive, mais les urines n'ont jamais renfermé d'albumine. Dans quelques cas, s'est manifestée une adénite axillaire, qui a régressé en quelques jours.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Traitement du cancer du corps de l'utérus.

Le Docteur Claude Béclère expose l'état actuel de la question. Le diagnostic certain de cancer du corps de l'utérus est délicat ; il ne peut être posé que sur un diagnostic histologique compétent. Après la ménopause, pense-t-il contrairement à l'opinion classique, les métrorragies ne sont dues que dans 60 p. 100 des cas environ à des cancers du corps ; dans les autres cas, il s'agit de lésions bénignes.

Avant la ménopause, le cancer du corps semble un peu plus fréquent qu'on ne le dit habituellement.

En présence de métrorragies mono-symptomatiques, avant ou après la ménopause, on doit faire sous anesthésie générale un curettage soigné de toute la cavité utérine pour examen histologique.

L'hystérographie par injection intra-utérine de lipiodol donne des résultats très importants.

Elle montre s'il existe une lésion intra-utérine ; elle précise son siège exact. Cet examen guide aussi la biopsie et donne de précieuses indications thérapeutiques basées sur le siège et l'étendue de la lésion.

Le diagnostic histologique de l'épithélioma cylindrique des cancers du corps est difficile, car il ne peut être posé que sur les signes cellulaires de malignité. On distinguera avec soin l'hypertrophie bénigne de la muqueuse de l'épithélioma adénoïde.

Le traitement chirurgical du cancer du corps donne de très bons résultats. Ce cancer reste assez longtemps opérable, et on obtient en moyenne 50 p. 100 de guérisons éloignées après cinq ans.

D'après des travaux récents, il paraît hors de doute qu'on ne puisse avec une technique appropriée guérir par la curiethérapie, une proportion importante d'épithéliomas cylindriques du corps.

Jusqu'à nouvel ordre, le traitement chirurgical reste au premier plan. Mais, dans les cas où il y a une contre-indication opératoire, et dans le cas où la malade refuse l'opération, il faut savoir que les radiations, avec une technique adéquate, donnent de bons résultats.

Dans les cas inopérables, la radiothérapie et la curiethérapie à distance procurent encore de 10 à 20 p. 100 de guérisons durables. Elles constituent donc également, dans ces cas, une précieuse ressource thérapeutique.

Dans les lésions bénignes post-ménopausiques, et dans les lésions de malignité douteuse, le curettage simple et la curiethérapie donnent, de l'avis de tous les auteurs, de très bons résultats. (*Paris médical*, 19 mars 1932.)

### Les convulsions essentielles du nourrisson et leur pronostic.

M. R. Debré et Mlle F. Lévy ont essayé de répartir en catégories bien nettes, les convulsions essentielles des nourrissons, de montrer la nécessité et la possibilité de ce diagnostic pour poser un pronostic valable. Une étude prolongée, portant sur 70 observations, leur a permis de les ranger en quatre groupes : convulsions spasmophiliques ; convulsions hyperpyrétiques ; spasme du sanglot ; épilepsie essentielle du nourrisson.

Les convulsions spasmophiliques surviennent dans la proportion de 25 p. 100 ; on les observe le plus souvent chez le nourrisson de plus de six mois, particulièrement à la fin de l'hiver, après une période de carence solaire, souvent précédées de troubles digestifs, et associées d'une façon quasi-constante au rachitisme. Le début est fréquemment marqué par un petit cri inspiratoire, ou parfois même un véritable accès de laryngospasme ; au lieu de reprendre sa respiration au bout de quelques secondes d'apnée spasmodique, le nourrisson cyanosé perd connaissance, se raidit, reste le regard fixe, le globe oculaire révulsé, le thorax immobilisé en apnée, contracturé en hypertension. A ces contractions toniques succèdent rapidement des convulsions cloniques souvent intenses, généralisées, bilatérales d'emblée. Parfois, celles-ci sont discrètes, limitées à la face ou aux membres supérieurs ; elles peuvent même manquer totalement. Au bout de quelques minutes, la crise cesse, l'enfant revient à lui, légèrement obnubilé, ou bien reprend ses jeux. La crise ne s'est accompagnée ni de morsure de la langue, ni d'émission involontaire d'urines et de matières.

Aucun des caractères cliniques ne permet de l'identifier d'une manière certaine, et c'est l'examen complet du nourrisson, qui aide à poser le diagnostic : stigmates de rachitisme manifestes ou frustes. Dans quelques cas, le diagnostic de spasmophilie s'impose ; beaucoup plus souvent, il faut le rechercher, notamment par le signe de Chvostek : contraction en éclair des muscles superficiels de la face à la percussion du facial le long de la branche montante du maxillaire inférieur ; à noter que cette réaction s'épuise rapidement lors d'une série de recherches successives, et qu'elle est très variable dans son intensité et peut même disparaître transitoirement : avant de conclure à son absence, il faut donc la rechercher plusieurs jours de suite. Ce signe constant, pathognomonique à cet âge de la vie, suffit à affirmer le diagnostic de spasmophilie ; il s'associe aux signes cliniques, électriques et hémochimiques de la spasmophilie. L'examen du sang, notamment, montre une hypocalcémie, signe biologique fondamental de la tétanie ; le phosphore organique du sang s'est abaissé. Il y a hyperexcitabilité galvanique, augmentation de la chronaxie ; en général, pas de stigmate d'hérédo-syphilis, ou de malformation congénitale ou acquise du système nerveux.

Quant aux convulsions hyperpyrétiques, leurs conditions d'apparition au cours d'une brusque ascension thermique, lorsque la température atteint 40° ou davantage, le plus souvent au cours d'une maladie aiguë, leur coïncidence avec la première ascension thermique, leur évolution très spéciale, la bénignité de leur pronostic, les isolent parmi les autres convulsions infantiles.

Le spasme du sanglot succède toujours à une crise de sanglots provoqués par une émotion violente (colère, etc.) ; elle n'est en réalité que la simple exagération d'un phénomène physiologique : le nourrisson qui perd le souffle en pleurant.

L'examen de l'enfant, l'interrogatoire des parents ne révèlent aucune anomalie. L'évolution est favorable, sans complication au cours de l'accès, fait qui s'oppose à la gravité du laryn-

gospasme, et cela malgré le caractère impressionnant de la crise. Aucune signification fâcheuse pour l'évolution future de l'enfant ; tout disparaît spontanément au delà de la deuxième année de vie de l'enfant.

L'épilepsie essentielle du nourrisson est une forme grave de convulsions infantiles ; elle survient chez un nourrisson ne présentant aucun symptôme apparent d'une lésion du système nerveux ; sa rareté est loin d'être aussi grande qu'on le croit souvent. Elle peut survenir à n'importe quel moment de la vie du nourrisson, mais fréquemment dès les premiers mois. Le début est brusque, surprenant l'enfant au repos, pendant la tétée, souvent au cours du sommeil ; ce caractère nocturne individualise très nettement la crise épileptique. L'examen de l'enfant est négatif ; parfois, cependant, on découvre dans les heures qui suivent l'accès, une paralysie ou un signe de Babinski transitoires, qui signent en quelque sorte la nature comitiale de la crise convulsive. On cherchera toujours les symptômes plus ou moins évidents d'une atteinte cérébrale, congénitale ou acquise, aiguë ou chronique, ainsi que les stigmates d'hérédo-syphilis (fréquents). On recherchera un précédent traumatisme obstétrical, même minime. En tout cas, pas de spasmophilie, calcémie normale, liquide céphalo-rachidien normal. On trouvera assez souvent des tares héréditaires à retentissement nerveux (alcoolisme, psychopathies). On constatera la cessation, mais non constante, des crises pendant les affections fébriles, par opposition aux convulsions hyperpyrétiques.

Pronostic : pour les convulsions spasmophiliques, pronostic immédiat réservé (mort subite possible au cours de l'accès, soit par apnée brusque ou par syncope au cours du laryngospasme), mais avenir favorable ; bénignité du pronostic proche et lointain des convulsions hyperpyrétiques et du spasme du sanglot ; bénignité du pronostic immédiat, mais gravité du pronostic lointain de l'épilepsie essentielle du nourrisson. (*Gazette des hôpitaux*, 16 mars 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Le tétanos post-opératoire.

(MM. Lefebvre et Cantegril, de Toulouse. — *Société de chirurgie* ; 4-5-1932.)

Le tétanos peut quelquefois apparaître à la suite d'une opération, et en particulier d'une intervention portant sur le tube digestif. C'est là une question qui soulève d'intéressants problèmes de pathogénie et aussi de prophylaxie.

Au nom de MM. Lefebvre et Cantegril, de Toulouse, M. Sauvé relate l'observation d'une femme de trente ans qui, dix jours après une opération abdominale (hystérectomie compliquée d'ouverture intestinale) fut atteinte de tétanos, auquel elle succomba. Les auteurs attribuent cette complication à la présence du bacille tétanique dans l'intestin. Ils s'étonnent même, le bacille tétanique ayant été souvent rencontré dans le tube digestif, que le tétanos post-opératoire, à la suite des interventions sur le tractus gastro-intestinal, ne soit pas plus fréquent.

La pathogénie invoquée par MM. Lefebvre et Cantegril n'est sans doute pas la seule intervenant en pareille circonstance. Dans un travail récent, MM. Kauffmann et Galéa ont signalé d'autres causes possibles de tétanos post-opératoire : les catguts, la peau des opérés. Les catguts ne sont pas toujours complètement stérilisables. Il semble cependant qu'avec le Lugol on ait un moyen de les débarrasser des spores tétaniques. L'origine cutanée se comprend si l'on envisage que la désinfection de la peau par la teinture d'iode est insuffisante dans certaines régions (callosités palmaires ou plantaires, zones péri-ulcéreuses, etc.). Dans ces cas, il faut employer la technique de Fredet, décaper la peau à la benzine iodée.

Une question de pratique se pose au chirurgien. Etant donné la gravité du tétanos, et sa possibilité après une opération, faut-il avant les interventions opératoires recourir aux méthodes biologiques, à la sérothérapie préventive, en particulier. MM. Kauffmann et Galéa concluent qu'elle est utile. En réalité, le tétanos post-opératoire est un accident très rare. M. Sauvé, devant les inconvénients de la sérothérapie, se montre peu enclin à partager l'opinion de MM. Kauffmann et Galéa. Depuis trente ans qu'il fait de la chirurgie, sur plus de 20.000 opérations, il n'a jamais observé de tétanos post-opératoire. Il a vu, par contre, d'assez nombreux incidents, parfois graves, de la sérothérapie. Il est d'avis, en somme, de s'en tenir aux procédés usuels de désinfection, y ajoutant, si possible, la vaccination antitétanique qui n'offre qu'avantage et réservant la sérothérapie préventive à certains opérés plus particulièrement prédisposés.

— M. Chevassu demande quel avait été, dans le cas de MM. Lefebvre et Cantegril, le moyen de stérilisation des instruments. La chaleur sèche ne donne peut-être pas toujours la certitude vis-à-vis des spores tétaniques.

— M. Lenormant a observé quatre cas de tétanos post-opératoire, dont trois terminés par la mort. Une fois, le catgut a paru devoir être incriminé.

Deux fois, la stérilisation de la peau à l'iode a pu être incomplète : il s'agissait d'amputation pour brûlure du pied et ulcère variqueux.

— M. Paul Thiéry a vu, dans sa carrière chirurgicale, deux cas de tétanos post-opératoire. Le catgut employé chez les deux opérés provenait de la même série.

— M. Labey rappelle une observation de tétanos post-opératoire signalée par son maître Ricard. Il concernait une femme qui eût, trois semaines après l'ablation d'un sein cancéreux, un tétanos mortel. Le catgut semble en avoir été l'origine.

— M. Mauclaire signale deux tétanos après opération de pied bot et un après curetage utérin. Les premiers ont trouvé leur explication dans la difficulté de désinfecter la peau du pied ; le second, dans une insuffisance probable de stérilisation des instruments.

— M. Louis Bazy remarque que dans certains pays, en Chine par exemple, le tétanos post-opératoire est assez fréquent. M. Gratia a signalé que des examens bactériologiques ont permis de trouver des bacilles de Nicolaïer dans la bile. Dans ces pays l'injection préventive de sérum antitétanique avant les opérations est la règle.

— M. Jean Quenu signale un cas nouveau, récent, de tétanos post-opératoire, observé par M. Chismanian, de Cosne. Il concerne un enfant de douze ans, opéré pour perforation intestinale traumatique, qui, au douzième jour, fut atteint de tétanos mortel. Le chirurgien de Cosne incrimine la plaie intestinale comme origine du tétanos.

M. Jean Quénu ajoute que l'opérateur avait désinfecté la peau par trois applications de teinture d'iode. M. Chismanian stérilise ses instruments à l'étuve sèche, comme les neuf dixièmes des chirurgiens, et il se sert de gros catgut pour suturer la paroi abdominale, selon un usage universellement répandu. Personnellement, M. Jean Quenu déroge à ces deux usages. Il n'opère qu'avec des instruments stérilisés à l'autoclave et il suture la paroi au fil de chanvre, usant le moins possible de catgut.

— M. Sauvé croit également que la grande cause de tétanos post-opératoire réside dans le catgut. La cause la plus facile à éliminer est celle dérivant de la septicité des instruments. Toutefois, le bacille de Nicolaïer étant très répandu, toutes les origines du tétanos post-opératoire sont *a priori* plausibles.

**Sur la sympathectomie chimique (méthode de Doppler) des glandes génitales.**

(MM. R. Simon et J. Benoit, de Strasbourg. — *Société de chirurgie* ; 20-4-1932.)

La méthode de sympathectomie chimique de Doppler consiste à badigeonner les artères ou les pédicules vasculaires avec une solution d'acide phénique, ou mieux d'un mélange de tricrésols, l'isophénol. Sur les artères des membres, ce badigeonnage a le même effet que la sympathectomie au bistouri. Sur les pédicules des glandes génitales, il produit, après une courte vaso-constriction, une intense vaso-dilatation artérielle, qui aurait pour résultat une plus grande activité glandulaire. Dans le but d'augmenter encore cette action, en ce qui concerne le testicule, Doppler scarifie l'albuginée et frictionne la glande avec un tampon imbibé d'isophénol.

Dans un travail présenté par M. Bernard Desplas, MM. Simon et Benoit exposent les résultats expérimentaux qu'ils ont obtenus de l'irritation chimique des glandes génitales. Les essais, chez l'animal, ont l'avantage de supprimer les causes d'erreurs provenant du facteur psychique. Expérimentant chez de vieux baudets ou béliers frigides, les auteurs ont vu que l'opération de Doppler est susceptible de réveiller chez ces animaux une activité génitale déficiente.

M. Bernard Desplas ajoute que, personnellement, il possède actuellement 44 observations de sympathectomie chimique, dont douze concernent des glandes génitales. Comme MM. Simon et Benoit, il a expérimenté la méthode de Doppler sur de vieux animaux (chiens). Il utilise depuis 1931 le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Tricrésol pur .............. | 1 gr. |
| Phénol pur .............. | 3 gr. |
| Eau distillée .............. | 100 c.c. |

Quatre chiens âgés de plus de dix ans, séniles, affaissés, apathiques, soumis à cette méthode, ont été transformés, offrant un meilleur aspect, une activité beaucoup plus grande. Les testicules, examinés, étaient augmentés de volume et le siège de phénomènes vaso-moteurs.

— M. Chevassu pense qu'il faut être prudent dans l'appréciation des résultats obtenus en pareille circonstance. En cette matière, le rôle de l'imagination n'est pas négligeable. M. Chevassu ne croit pas aux effets prolongés de la greffe testiculaire, par exemple.

P. L.

**Recherches cliniques sur la créatininémie dans les néphrites et en dehors des néphrites, notamment chez les hépatiques, les asystoliques et les diabétiques.**

(Prof. Rathery et M. Dérot — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-5-1932.)

La créatinine fait partie des corps azotés éliminés par le rein normal, et dont la rétention semble régler le pronostic de certaines néphrites. Elle occupe parmi ces corps une place relativement importante ; elle vient cependant après l'acide urique sur la liste des corps composant l'azote non uréique.

Il résulte des recherches faites par les auteurs que, dans les néphrites chroniques, la recherche de la créatininémie présente un intérêt certain et que, dans des cas limités, elle est susceptible de compléter les renseignements fournis par le dosage de l'urée sanguine.

Dans les néphrites aiguës ou subaiguës l'élévation de la créatininémie n'a plus la même valeur, car elle est comme l'azotémie uréique susceptible de régresser. Il est intéressant de signaler ces poussées d'hypercréatininémie. Leur constatation va du reste à l'encontre de la formule trop schématique proposée par un certain nombre de chercheurs, qui attribuent à la créatininémie une valeur immédiate et l'opposent à l'azotémie uréique.

En dehors des néphrites, quand on a trouvé une créatinine élevée, on a pu déceler une lésion rénale, ce qui souligne la valeur diagnostique considérable du dosage de la créatinine dans le sang en clinique.

**Angiocholite aiguë catarrhale primitive, rapidement guérie par le sérum anticoli-bacillaire de Vincent.**

(MM. Ferru, Foucault, Delagenière, présenté par M. Dufour. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-5-1932.)

Après une courte phase de troubles gastro-intestinaux avec température élevée passagère, est apparue rapidement une série prolongée de grands accès fébriles, de type palustre, qui ont fait penser à une infection biliaire. Celle-ci a été rebelle au traitement médicamenteux, mais a paru jugulée par le sérum anticoli-bacillaire de Vincent, à raison de trois injections de 10 c. c. chacune.

**Sur une affection spéciale non syphilitique, caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux.**

(G. Guillain et J. Sigwald. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-5-1932.)

La constatation de troubles pupillaires, spécialement de l'abolition des réflexes à la lumière, coexistant avec l'abolition des réflexes tendineux, impose aux neurologistes le diagnostic de tabès ; et l'on entreprend les traitements antisyphilitiques. Or, cette conception n'est pas exacte. Le signe d'Argyll-Robertson peut en effet se constater dans des lésions non syphilitiques : traumatismes du pédoncule, lésions vasculaires des pédoncules, syringomyélie, zona, tumeurs de la calotte pédonculaire. Lorsque ces troubles pupillaires coexistaient avec une abolition des réflexes, même sans réactions sérologiques syphilitiques, les auteurs avaient toujours hésité à nier dans ces cas l'existence d'un tabes syphilitique classique.

Mais une observation, dont les lésions pupillaires avaient été très spéciales, ainsi que la lecture d'un mémoire de W. J. Adie, ont convaincu MM. G. et S. qu'il existait bien une affection spéciale non syphilitique, se traduisant par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes. Il y aurait abolition complète ou presque complète, fréquemment unilatérale, du réflexe pupillaire à la lumière avec réactivité normale à la convergence et à l'accommodation chez des sujets non syphilitiques. Le plus souvent l'affection débute par une inégalité pupillaire, qui conduit le sujet à un ophtalmologiste ; parfois le début est en apparence assez brusque. Il s'agissait plutôt d'une pupille tonique où l'abolition du réflexe lumineux n'est pas absolue (différence avec le signe d'Argyll) et celle-ci disparaît après le séjour prolongé dans la chambre noire, la réaction à l'accommodation ayant une lenteur spéciale.

La pupille tonique est habituellement plus large que l'autre, alors que le myosis caractérise le signe d'Argyll.

Cependant le diagnostic avec le tabes syphilitique se basera sur l'absence de tout antécédent syphilitique, de tout autre signe de la série tabétique, sur l'absence de la réaction de Wassermann dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien, sur le caractère absolument normal de ce liquide. Il existe certes des cas de tabes fixés avec des réactions sérologiques normales, mais ces tabes fixés ont donné jadis une symptomatologie tabétique. De plus un tabes syphilitique donne toujours par intermittence des troubles spéciaux : douleurs fulgurantes, paresthésies, troubles des sphincters. Au contraire, l'affection spéciale étudiée reste pratiquement sans symptômes apparents.

La connaissance de ces faits a une grande importance pratique, car elle évitera de considérer comme syphilitiques des sujets indemnes de cette infection, de jeter le trouble dans des familles, et de poursuivre des traitements arsenicaux, intempestifs et nocifs.

**Trois cas de varicelles infantiles après zona de l'adulte.**

(M. Weiss. — *Réunion dermatologique de Nancy* ; 27-2-1932.)

Il s'agit de trois cas de varicelles infantiles à point de départ de zonas adultes par contagion familiale. Ils sont en faveur de la théorie uniciste de Netter.

La durée de l'incubation a été variable : treize jours, quinze jours, dix-neuf jours.

Il s'est agi de varicelles après zonas, le zona après varicelle étant beaucoup plus rare.

Dans ces trois cas, le point de départ des varicelles infantiles a été un zona maternel des parties découvertes, en l'espèce le visage ; peut-être cette localisation faciliterait-elle son rôle varicellogène. En tout cas cette communication vient confirmer les liens étiologiques étroits entre le zona et la varicelle.

G. F.

# Les Congrès

## IXe Congrès de la Société internationale de chirurgie

*(Suite)* (1)

### Tumeurs intra-rachidiennes

**5o Résumé du rapport de M. le Docteur P. Goldstein (Varsovie).**

Discutant sur les tumeurs de la moelle épinière du point de vue général, l'auteur nous fait connaître les nouvelles méthodes de diagnostic, la clinique, la thérapeutique sanglante ou non sanglante. La myélographie à l'aide du lipiodol occupe une grande place.

Ensuite vient la description de 62 cas observés dans les services de neurologie de MM. les Docteurs L. Bregman et E. Flatteau, à l'hôpital « Czyste » et reconnus comme des cas de tumeurs de la moelle épinière. Parmi ces 62 cas, 41 malades ont été opérés. Dans la plupart des cas (33), on a trouvé la tumeur pendant l'opération. Dans six cas seulement, d'autres causes de compression médullaire (kyste, etc.) ont été reconnues. Dans trois cas, l'opération n'a montré aucun signe pathologique.

Les résultats des cas opérés sont infiniment meilleurs que ceux des cas traités par d'autres moyens.

Après une brève revue de la littérature étrangère et polonaise sur ce sujet, l'auteur donne les conclusions suivantes :

1o La tumeur de la moelle est une affection qui, malgré les grands progrès de la neurologie, ne peut être reconnue avec toute la précision désirable.

2o La myélographie est un puissant moyen, duquel on reconnaît les tumeurs de la moelle, et qui donne la possibilité de situer le champ d'opération. Mais elle ne doit être appliquée que dans les cas où l'on craint sérieusement une néoformation.

3o Quand on a reconnu la tumeur de la moelle, il faut le plus vite possible, procéder à l'opération, car es tumeurs non opérées aboutissent inévitablement tôt ou tard à la mort.

4o Les tumeurs qui viennent des vertèbres ont souvent le caractère de tumeurs malignes et il est préférable d'employer la méthode combinée : opération + rayons X.

5o Les tumeurs qui se forment entre les méninges — à l'extérieur de la moelle — donnent les meilleurs résultats ; elles ont souvent un caractère bénin et doivent être complètement extirpées le plus tôt possible.

6o Les tumeurs de l'intérieur de la moelle ont un pronostic beaucoup plus grave. Elles présentent souvent un caractère malin.

L'opération de ces tumeurs doit avoir plutôt le caractère d'un essai palliatif ou curatif. Si la tumeur ne peut être facilement enlevée, il faut renoncer à l'extirper et l'opération doit être arrêtée. La seule chose qui reste à faire, dans ces cas-là, c'est une série d'applications systématiques de rayons X.

Ainsi, grâce à ces moyens, l'auteur a obtenu un grand nombre de guérisons complètes et beaucoup d'améliorations marquées et durables chez des malades très gravement atteints qui, jadis, étaient irrémédiablement condamnés à mort.

**6o Résumé du rapport de M. le Docteur Jiraseck (Prague).**

1o La chirurgie des tumeurs intrarachidiennes est relativement une des mieux connues.

2o Malgré le travail de Bailey-Cushing, la pathologico-histologie des tumeurs intrarachidiennes n'est pas encore précisée. En pratique, une compression de la moelle épinière peut être aussi causée par une maladie des disques intervétébraux.

3o L'éventualité et le siège d'une tumeur intrarachidienne ne peuvent pas encore être exactement déterminés.

4o L'étiologie des tumeurs intrarachidiennes reste obscure. Une origine traumatique n'a pas encore été prouvée.

5o Le diagnostic est basé sur les recherches neurologiques, sur l'examen du liquide céphalo-rachidien et sur le résultat du test de Sicard.

La lipiodographie est un moyen de diagnostic inoffensif et exact pour déterminer la hauteur de la tumeur. Parfois la forme de l'ombre peut déterminer le niveau horizontal de la tumeur ainsi que sa nature. Le lipiodol ascendant est moins expressif que le lipiodol descendant. L'endomyélographie permet de déterminer l'étendue de la tumeur dans quelques cas de gliomes intramédullaires.

6o Lorsque le pronostic est bon, le but de l'indication est l'opération dans le stage préparaplégique. Les tumeurs cervicales et les tumeurs de la queue de cheval ont un pronostic plus grave que les autres de même que les tumeurs intramédullaires ont un pronostic plus grave que les tumeurs extramédullaires.

7o Actuellement, la mortalité post-opératoire est très améliorée. La mortalité post-opératoire de l'auteur, sur 35 cas, est de 1,35 p. 100.

8o Les résultats éloignés de l'opération dépendent de l'état de la moelle épinière qu'il est souvent impossible de prévoir exactement.

9o Le diagnostic d'une tumeur spinale réclame toujours et sans réserve une opération. Le diagnostic

(1) V. *Concours médical* nos 36 et 37.

neurologique est suffisant. La lipiodographie seule, sans recherches cliniques, ne doit pas autoriser les chirurgiens à opérer. Le but de l'opération est d'enlever la tumeur, ou, quand cela est impossible, de faire de la décompression. Dans ce cas, la dure-mère est toujours laissée ouverte sans conséquence fâcheuse. Malgré les diagnostics les plus poussés, il y a encore des cas où la tumeur est diagnostiquée, mais n'est pas trouvée. Il en a été ainsi pour 3 des 35 cas observés par l'auteur.

10° Au point de vue de la technique, il convient d'insister sur la nécessité de l'anesthésie locale, sur la valeur du bistouri électrique pour sectionner les muscles, des procédés manuels et non des techniques mécaniques, des deux aiguilles test, du procédé d'Elsberg pour ouvrir la dure-mère, de l'opération en deux temps pour l'extirpation des tumeurs intra-médullaires.

11° Un traitement pré-opératoire radiologique ne doit pas être recommandé parce qu'il peut aggraver les symptômes de compression. Quand l'épine dorsale a été ouverte et la tumeur examinée, un traitement radiologique est applicable pour les tumeurs malignes inopérables et intramédullaires.

### 7° Résumé du rapport de M. le Docteur Robineau (Paris).

En raison de leur évolution progressive, les tumeurs de la moelle aboutissent fatalement à la mort ; un seul traitement radical peut leur être opposé, l'ablation chirurgicale. Mais il ne suffit pas d'empêcher les malades de mourir, il faut encore chercher à les guérir le plus complètement possible et à faire disparaître les douleurs, les troubles de sensibilité, les paralysies, les troubles trophiques.

Il est démontré aujourd'hui qu'une opération trop tardive n'atteint pas ce résultat et ne supprime pas la totalité des troubles fonctionnels ; inversement plus l'opération est précoce, plus la récupération fonctionnelle est rapide et complète. Il y a donc un intérêt capital à poser le diagnostic de bonne heure ; pour cela, il faut mettre en œuvre tous les moyens récemment découverts pour faciliter ce diagnostic et pour donner à l'opérateur les précisions qui lui sont nécessaires, surtout le niveau exact et les limites de la lésion.

A l'investigation clinique, base du diagnostic, il faut donc joindre les épreuves de laboratoire (modifications du liquide céphalo-rachidien et radiographies du rachis), les épreuves manométriques de tension du liquide, et l'exploration radiologique de l'espace sous-arachnoïdien après injection d'huile iodée opaque. En observant la technique mise au point par Sicard, on obtient de l'exploration au lipiodol les renseignements les plus exacts parce qu'ils sont basés sur un document iconographique qu'il suffit de savoir interpréter ; la forme de l'image d'arrêt permet souvent de reconnaître la variété de tumeur en cause.

Des erreurs de diagnostic sont cependant possibles avec les diverses algies, le mal de Pott, certaines myélites, etc. Il est impossible de distinguer avec certitude une tumeur véritable d'une tumeur inflammatoire, ou parfois d'une arachnoïdite essentielle. Mieux vaut, dans le doute, opérer et ne pas courir le risque de laisser évoluer une tumeur méconnue qu'on pourrait enlever.

L'opération est peu meurtrière et ne donne que 5 p. 100 de décès ; mais elle ne guérit pas tous les malades.

On ne peut enlever les tumeurs diffuses intra-médullaires, mais la radiothérapie post-opératoire prolonge l'existence des malades porteurs de gliomes diffus ; on ne fait pas disparaître une paraplégie flasque, indice de lésions destructives de la moelle, ni une paraplégie spasmodique très ancienne ; certaines tumeurs ne peuvent pas être enlevées en totalité à cause de leurs ramifications ou de leurs prolongements trop étendus, sous peine de sacrifier des éléments nerveux essentiels, et leur récidive est inévitable.

Dans près de 60 p. 100 des cas, l'opération procure une guérison définitive, et dans plus de 50 p. 100 des cas, cette guérison est radicale, aucun trouble fonctionnel ne persistant après un délai de quelques semaines ou de quelques mois.

La chirurgie des tumeurs de la moelle est donc une des plus belles conquêtes réalisées dans ces quarante dernières années dans le domaine neurologique.

*(A suivre.)*

# Les Livres

Librairie du MONDE MÉDICAL,
42, rue du Dr Blanche.

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1932.

**Le laboratoire moderne du Praticien**, par le Dr E. AGASSE- LAFFONT. Préface du Prof. BALTHAZARD, doyen de la Faculté de médecine de Paris, 65 figures, dont 45 en couleurs.

Ce livre, écrit par un spécialiste tout particulièrement compétent, est destiné au médecin praticien qui peut constater tous les jours l'importance de plus en plus grande que les recherches de laboratoire prennent dans l'exercice normal de la médecine. Il indique clairement quand le médecin doit avoir recours au laboratoire, comment les recherches du laboratoire doivent être interprétées par lui, quelles recherches il peut facilement faire lui-même s'il exerce loin de tout laboratoire complètement installé.

Un premier chapitre expose quelle peut être l'*Organisation du laboratoire du Praticien* (locaux, meubles, instruments et appareils, objets divers, produits divers, liquides, solutions).

Puis sont exposées *la récolte et la conservation des produits à examiner, la technique des examens au microscope* (méthodes de coloration, examens au microscope et à l'ultra-microscope) ; il aborde ensuite les recherches bactériologiques et parasitologiques (examens, cultures, interprétations).

Une deuxième partie est consacrée aux *Microbes et parasites pathogènes pour l'homme* où sont exposés leurs caractères individuels et les moyens de diagnostic. Viennent ensuite les *examens cytologiques* du sang, et des autres liquides organiques.

La quatrième partie est réservée aux *Examens chimiques* (analyses et dosages).

Les *examens biologiques* et les *examens physiques* (séro-diagnostics, recherche et dosage des ferments, cuti et intradermo-réaction, spectroscopie, viscosité et coagulabilité du sang, métabolisme basal, pression sanguine, etc.) forment la cinquième partie.

Enfin, la sixième partie constitue une sorte de lexique comprenant par ordre alphabétique les *différentes maladies et les indications des recherches de laboratoire* qu'elles peuvent nécessiter.

Tout est exposé sommairement mais clairement dans ce livre de 500 pages qui est appelé à rendre les plus grands services aux médecins praticiens.

J. N.

---

### *Les livres qui viennent de paraître....*

Chez Norbert MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Docteur G. VALOT. — **Causes et conséquences de l'heureuse évolution de la mortalité dans le monde. L'avenir de la France.** Un vol., 168 p., 3 fig., 9 tableaux. Prix : 15 francs.

---

## THÉRAPEUTIQUE

## Considérations sur le choix d'un hypnotique

Par le Docteur S. CAMREDON

Le choix d'un hypnotique est un véritable problème, soulevant des considérations multiples et complexes. D'une façon générale, les effets fâcheux à éviter sont l'intolérance et l'accoutumance, les troubles circulatoires et l'hypotension, la réduction de la diurèse et les phénomènes nerveux consécutifs (céphalées, lourdeurs de tête, vertiges, somnolence, torpeur, affaiblissement musculaire, titubation), et enfin les éruptions médicamenteuses et les troubles digestifs.

Les effets à rechercher sont, au contraire, un sommeil calme et réparateur, aussi semblable que possible au sommeil physiologique, suivi d'un réveil normal avec entière puissance intellectuelle, sans hébétude, ni malaises ; une tolérance parfaite, une résorption prompte ; une maniabilité très grande assurée par un écart suffisant entre la dose toxique et la dose thérapeutique ; une élimination rapide, l'impossibilité de l'accoutumance et de l'accumulation, et, au point de vue pratique, une absorption facile et une action rapide, mais sans brutalité.

Envisageons sommairement les propriétés des hypnotiques les plus courants à ces divers points de vue. Pour la commodité de notre étude, nous rangerons pratiquement les hypnotiques en : sédatifs, hypnotiques analgésiques et les hypnotiques purs. Ils ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients, leurs indications et leurs contre-indications. C'est donc en fonction de chaque forme à traiter, et souvent après une étude approfondie seulement, que nous pourrons nous prononcer dans chaque cas particulier.

Les sédatifs sont surtout représentés par les valérianés et les bromures. Les valérianés agis-

sent en tonifiant les centres nerveux, en modérant l'excitabilité réflexe et la contractilité musculaire, en amplifiant les contractions cardiaques sans augmenter le travail du cœur, en facilitant la diurèse et l'élimination des déchets. Nous les prescrirons donc dans les petites insomnies pithiatiques, dans le nervosisme et les troubles de la ménopause, et aussi dans les insomnies des chlorotiques et des anémiques qui sont dues le plus souvent à des palpitations d'origine nerveuse. Nous constaterons du reste que ces produits sont absolument insuffisants dans les cas sérieux, et que la part de suggestion est considérable dans les résultats obtenus.

Les bromures doivent être prescrits contre les insomnies de l'éréthisme nerveux, cardiaque ou génital, des névroses ou psychoses avec excitation, des affections spasmodiques (chorée, convulsions infantiles, asthme, coqueluche, éclampsie, spasmes de la glotte, palpitations nerveuses). Encore faut-il prendre la précaution de préférer le bromure de sodium, sous forme de sédobrol en particulier, au bromure de potassium qui est responsable, lui, des modifications secondaires observées dans la marche des divers appareils.

Les hypnotiques analgésiques sont représentés par la morphine et les opiacés. La morphine, poison électif de l'activité psychique, abolit la perception de la douleur en obnubilant le centre cérébral des perceptions douloureuses. Très efficace contre les insomnies des névralgiques, des viscéralgiques, des anémiques, des asthéniques, des hyposystoliques et des hypotendus, elle est contre-indiquée dans les états hypertensifs avec congestion encéphalique et excitation, et dans les cas d'imperméabilité rénale. Mais ce sont les effets d'accoutumance et de toxicomanie, auxquels aboutit l'usage habituel de ce médicament, qui doivent le faire considérer comme un véritable poison, et le faire rejeter formellement en dehors des cas de nécessité absolue représentés par certaines crises douloureuses suraiguës et paroxystiques. Encore, dans ces cas-là, agira-t-on sagement en lui substituant le pantopon, qui renferme la totalité des alcaloïdes de l'opium, n'a pas d'action secondaire et ne provoque pas d'accoutumance, au même degré.

Les hypnotiques purs sont représentés par le chloral et les barbituriques. Le chloral exerce une action déprimante sur tout le système nerveux et abolit l'excito-réflectivité musculaire. Il détermine un sommeil presque naturel, calme et réparateur, sans perte de la sensibilité ; mais le réveil est parfois suivi d'incertitude de la marche, et de pesanteur. C'est un hypnotique utile dans toutes les formes d'insomnie nerveuse, sans algies, sous la dépendance du surmenage, de l'hyperidéation, des préoccupations, et dans les insomnies de la surexcitation maniaque et des affections spasmodiques. Mais il est contre-indiqué dans les affections gastriques et cardiaques, et dans les états hypotensifs avec tendance à la cyanose.

Les barbituriques, dont le type est la diéthylmalonylurée, sont des hypnotiques énergiques, à effet rapide et action puissante, extrêmement précieux dans les cas graves, très efficaces dans l'insomnie nerveuse des aliénés, des excités, des maniaques, des déments séniles, etc... Mais leur usage continu peut finir par aboutir à l'accoutumance et s'accompagne souvent de petits troubles tels que céphalée et torpeur, puis de signes graves d'imprégnation du système nerveux central, cependant le somnifène semble être le mieux supporté de ces médicaments.

En somme, quelle que soit la catégorie à laquelle on s'adresse, on constate que tous les hypnotiques ont des avantages particuliers qui les rendent utiles dans certains cas précis, et des inconvénients plus ou moins graves qui en restreignent considérablement l'usage. Pourtant, si nous voulons tirer de notre étude une conclusion pratique, nous pouvons la formuler en trois points :

1° Les hypnotiques les plus constants et les plus efficaces contre toutes les insomnies en général sont les barbituriques ;

2° On peut éviter dans la plus large mesure les inconvénients de ces dérivés barbituriques en choisissant parmi eux les plus efficaces et les moins toxiques ;

3° Il y a un très grand intérêt à pallier à leur insuffisance contre les insomnies douloureuses par l'addition d'un analgésique.

L'allonal nous paraît répondre parfaitement à ces conclusions, puisqu'il résulte de la fusion moléculaire de la diméthylaminoantipyrine, analgésique connu et éprouvé, avec l'allylisopropylmalonylurée, hypnotique très actif et beaucoup moins toxique que la diéthylmalonylurée, donnant les mêmes effets que ce dernier avec des doses quatre à cinq fois moindres. Toujours très bien supporté, sans effet nocif sur le cœur, les reins, les poumons, il peut remplacer les narcotiques et être substitué avantageusement à la morphine dans la plupart des cas, puisque, de par sa constitution même, il constitue un véritable hypno-analgésique renforcé, capable de calmer la douleur, d'apaiser l'agitation et de donner dans les cas les plus graves un sommeil calme et physiologique, suivi d'un réveil normal.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

### Un projet d'adaptation économique permettant au Corps médical de concurrencer les formations sanitaires publiques

(*Suite*) (1)

En présence de la réalisation du Lot-et-Garonne, je me suis demandé s'il ne serait pas possible d'étendre cette conception à toute la médecine. J'ai pensé que le jour où la profession organisée offrirait à la clientèle des conditions économiques avantageuses, sans rien sacrifier de son droit à une juste rémunération de ses actes techniques, si elle les offrait non seulement pour l'acte élémentaire, la consultation, et son analogue, la visite, mais pour toutes ses interventions, petites et grandes, de pratique courante et exceptionnelles, à domicile, et dans des établissements appartenant soit à elle-même, soit privativement, à des médecins, la clientèle n'aurait plus les mêmes raisons de se précipiter vers l'hôpital, vers le dispensaire, vers le centre administratif.

Une conversation avec le sympathique Docteur Maurice Delort, il y a quelques mois, avait aiguillé mes réflexions vers un aménagement économique des honoraires médicaux qui satisfasse mon postulat, et ait quelque chance d'être pratiquement réalisable. Cet aménagement, je le dis sans plus attendre, est une combinaison de l'abonnement annuel et de la rémunération à l'acte médical. Il s'inspire d'une pratique en usage dans les compagnies de chemins de fer, qui mettent à la disposition du public des cartes d'abonnement annuel, permettant à leurs détenteurs de se faire délivrer des billets à *demi-tarif*, pour tous leurs déplacements.

Dans le même esprit, des groupements médicaux se constitueraient, sous le couvert des syndicats, qui offriraient à la clientèle la possibilité de contracter un abonnement annuel, grâce auquel elle ne payerait chaque acte médical, dont elle pourrait avoir besoin, qu'à un tarif réduit, par rapport au tarif syndical minimum.

La carte d'abonnement annuel coûterait, je suppose, cent francs, et pour lui accorder une valeur intrinsèque, on conviendrait qu'elle donnerait droit à son détenteur à deux consultations *gratuites* par an. Les autres actes médicaux, dont il aurait besoin, seraient réglés par lui selon un chiffre-clé très réduit multiplié par un coefficient ; ce chiffre-clé pourrait être de *cinq francs*, pour la simple consultation, au cabinet, du malade appartenant à la catégorie des petites gens (jusqu'à 30.000 francs de revenu).

Plusieurs combinaisons pourraient être envisagées : dans une famille, le père et la mère payeraient leur carte chacun cent francs ; chacun des trois premiers enfants, 75 francs ; chacun des suivants 50 francs. Comme les Compagnies de chemins de fer pratiquent des cartes d'un prix variable selon la classe ferroviaire choisie, de même, le prix pourrait varier avec la catégorie sociale à laquelle appartiendrait l'abonné.

Pour faciliter le règlement des honoraires et assurer en même temps leur perception, le groupement vendrait aux abonnés des carnets de tickets, dont chacun vaudrait cinq francs. Et au lieu de régler son médecin, — *le médecin de son choix*, — en espèces, le malade lui remettrait autant de tickets que son acte vaudrait de fois cinq francs.

Les abonnements partiraient du premier de chaque mois, ou du premier de chaque trimestre.

A la fin de l'année, on décompterait le nombre de tickets reçus par chaque médecin, qu'on totaliserait ensuite. On totaliserait en même temps les sommes provenant, tant de la vente des cartes que de celle des carnets de tickets. La valeur du ticket ressortirait de la division des sommes totalisées par le nombre de tickets, et chaque participant toucherait en espèces, autant de fois cette valeur qu'il aurait reçu lui-même de tickets dans l'année.

On pourrait encore envisager le règlement trimestriel de ses tickets à chaque médecin membre du groupement, au taux de 5 francs l'un, — le

(1) *Concours Médical* n° 37.

produit des cartes d'abonnement faisant l'objet d'une répartition, en fin d'année, au prorata du nombre de tickets reçus par chaque participant.

Concrétisons : les quatre médecins de la ville de X, qui compte 10.000 habitants, lesquels appartiennent à leur syndicat départemental, ont constitué le groupement en question. Deux mille cartes d'abonnement ont été prises dans l'année, dont 1.000 à 100 francs, 800 à 75 francs, et 20, à 50 francs. Total : 170.000 francs.

En outre, 6.800 tickets ont été utilisés également dans l'année, ce qui représente une recette de 33.500 francs. Total des cartes et tickets : 203.500 francs, à répartir sur les 6.800 tickets, ce qui représente, par ticket, 29 fr. 92. Le Docteur A. a reçu 2.000 tickets ; il touchera donc 59.840 francs. Le Docter B. a reçu 1.800 tickets. Recettes : 53.856. Le Docteur C. a reçu 1.700 tickets. Recettes : 51.864 francs. Le Docteur D. a reçu 1.300 tickets. Recettes : 36.896 francs.

Sur ces chiffres, il conviendrait de retenir 10 % pour les frais de bureau du groupement.

Les carnets de tickets délivrés par le bureau pourraient être aussi en dépôt chez les pharmaciens. Chaque médecin lui-même pourrait disposer de carnets dont le montant serait imputé sur les sommes qu'il aurait à toucher à la fin de l'année.

La consultation simple étant, au cabinet du médecin, représentée par un seul ticket, la visite avec déplacement, et tous les divers actes médicaux, du plus simple au plus grave, seraient représentés par deux, trois, dix, cent tickets.

Visites d'urgence, ou de nuit, ou le dimanche ? Deux ou trois tickets. Injections intra-veineuses, ponctions exploratrices, pansements..... ? deux, trois, quatre tickets. Accouchement normal ? cinquante tickets. Opération d'appendicite ? deux cents tickets...

Les honoraires des visites comportant un déplacement kilométrique devraient être établis de manière à être un multiple de cinq. Des zones concentriques, autour de la résidence du médecin, seraient instituées, de rayon de plus en plus grand. A l'intérieur de chaque zone, la visite médicale simple serait cotée 10, 15, 20 francs ou deux, trois, quatre tickets. Cette division a déjà été proposée, sans succès d'ailleurs.

Les avantages de cette méthode pour le médecin seraient considérables. Elle instituerait, en effet, le payement au comptant, et même d'avance, ce qui simplifierait singulièrement la comptabilité. Plus d'attente indéfinie de règlement, provoquant souvent des contestations et des actions en justice. Rémunération équitable de chacun de ses actes, compte tenu de leur importance respective.

Les avantages pour la clientèle seraient plus grands encore. La carte annuelle accordant deux consultations gratuites, chaque abonné aurait droit à un double examen médical, même en dehors de tout état pathologique avéré : ainsi serait facilitée la médecine préventive, qui trouverait des amateurs de plus en plus nombreux. L'abonné qui, de toute l'année, n'aurait pas été malade, n'en aurait pas moins bénéficié de ces deux examens, dont le prix n'aurait rien d'excessif. Quant à l'abonné que la maladie aurait touché, il y trouverait un profit indéniable.

Dans une famille de deux enfants, la mère, enceinte, prend une carte de 100 francs ; chacun des enfants en prend une de 75 francs, Déboursé : 250 francs. L'aîné des enfants fait une rougeole bénigne ayant nécessité six visites médicales. Le cadet fait une rougeole grave, ayant nécessité vingt-quatre visites. Au total, trente visites simples : 150 francs. La mère accouche : 250 francs. Dépenses sanitaires de l'année : 650 francs. Sans abonnement, ces dépenses se seraient élevées à 1.100 francs au minimum (trente visites à 20 francs : 600 francs. Accouchement : 500 francs.)

Dans une famille d'un enfant, le père et l'enfant sont abonnés. Déboursé : 175 francs. Le père fait une fièvre typhoïde au cours de laquelle son médecin lui a fait trente-deux visites. Dépenses : 150 francs. L'enfant doit être opéré de l'appendicite : dépense chirurgicale : 1.000 francs. Au total : 1.335 francs, au lieu de 2.620 francs.

Les critiques ? Du côté médical : nécessité d'une organisation distributrice des cartes et tickets, qu'il faudrait faire confectionner. Le prélèvement de 10 % indiqué permettrait de faire largement face aux frais de matériel et de personnel. Eventualité de multiplication des visites et consultations de la part d'un médecin, qui grossirait ainsi son nombre annuel de tickets ? Ce n'est pas son intérêt. D'ailleurs, la clientèle ne s'y prêterait pas. Les sommes qu'elle aurait déboursées seraient frénatrices de ses tendances à abuser. Eventualité, de la part d'un médecin, de décompter, dans son total annuel, des tickets ne correspondant pas réellement à des actes accomplis ? Leur montant étant imputé sur son compte, je ne vois pas bien où serait son bénéfice.... Et puis, cette organisation ne se conçoit, selon moi, que dans le cadre syndical, soit que le Syndicat constitue un groupement unique ; soit que des sous-groupements puissent être créés, au gré des répartitions de la population médicale de la région. Il y a là une garantie qui n'est pas négligeable.

Cette organisation pourrait englober le service médical de l'assurance-maladie. Les Caisses verseraient entre les mains du Syndicat annuellement le prix de la carte annuelle d'abonnement, des assurés qui *achèteraient* des carnets de tickets, calculés de manière à se montrer modérateurs, et que le *Syndicat* (ou le groupement) leur vendrait.

Les calculs auxquels je viens de me livrer, les

chiffres dont je me suis servi pour mon exposé, sont justiciables sans doute de contestations. Ils ont été pris pour fixer les idées, et pourront servir de base à une discussion, à des contre-propositions.

Ce que j'ai entendu établir, c'est qu'il est possible de mettre sur pied une organisation qui réponde aux nécessités économiques, par la conjugaison de l'abonnement avec la rémunération à l'acte médical, de manière à donner satisfaction à une certaine portion de la clientèle, celle qui afflue plus volontiers dans les hôpitaux, dispensaires, centres, etc., et qui demeurera fidèle à son médecin privé, s'il lui offre des avantages analogues, sans compromettre ses propres intérêts.

Quelle que soit la forme qu'on donne finalement à cette organisation, je suis convaincu que c'est le seul et meilleur moyen, comme je le disais en commençant, de concurrencer toutes ces formations, dans la mesure où elles peuvent l'être, par rapport à certaines des catégories sociales qui s'y adonnent.

Cela vaut bien la peine, me semble-t-il, que les Syndicats s'y intéressent, et, marchant résolument avec leur temps, étudient comment, pratiquement, le projet que je viens d'exposer serait réalisable.

G. DUCHESNE.

## QUELLE EST LA SITUATION JURIDIQUE DES INTERNES DES HOPITAUX ? SONT-ILS DES FONCTIONNAIRES ?

I. — *Les internes des hôpitaux doivent être considérés comme liés à l'établissement par un contrat de louage de services, ou d'ouvrage. Ils font partie du personnel, nommé par la Commission administrative de chaque hôpital.*

II. — *Ils ne sont pas des fonctionnaires, parce qu'ils ne sont pas nommés par le gouvernement, n'ont pas de fonctions publiques, n'émargent pas pour une retraite.*

III. — *Ils peuvent se grouper en associations professionnelles, ou syndicats, aux termes du Livre III du Code du travail.*

Des conflits locaux, des révocations brusquées, des discussions portant sur la situation matérielle et morale des internes, nommés au concours, dans certains hôpitaux posent nettement la question de savoir quelle est exactement la situation juridique de ces futurs praticiens.

Nous allons donc, tour à tour, rechercher d'abord dans les textes législatifs et réglementaires, puis, dans la jurisprudence, quelle doit être la réponse à la question posée.

### I. Textes législatifs et réglementaires.

#### 1° TEXTES LÉGISLATIFS

La loi du 7 août 1851, qui constitue la charte organique des hospices et hôpitaux de France, décide, en son article 14 : « La commission administrative nomme son secrétaire, l'économe, les médecins et chirurgiens ; mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet. »

Pour Paris, la loi du 10 janvier 1849, en son article 6, décide que les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux sont nommés au concours. Leur nomination est soumise à l'approbation du ministre de l'Intérieur. Ils ne peuvent être révoqués que par le même ministre, sur l'avis du conseil de surveillance et sur la proposition du préfet de la Seine.

Il en résulte que les médecins des hôpitaux de Paris ne sont nullement des fonctionnaires, comme certains le prétendent : ils sont nommés par l'administration de l'Assistance publique — et non pas par le ministre, lequel n'a qu'à approuver, ou à donner les motifs de son opposition, s'il y avait lieu.

Légalement, et *stricto sensu*, ces textes ne s'appliquent pas aux internes des hôpitaux. En effet, aux termes de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, seuls peuvent exercer l'art de guérir ceux qui sont titulaires du grade de docteurs en médecine. Ils sont donc médecins, puisque, dans la loi même, le vocable de « médecin » est employé à la place de celui de « docteur en médecine. »

Une réponse du ministre de la Santé publique (*Journal officiel* du 11 février 1931) à une question posée par M. Doriot, député, estime que « les internes des hôpitaux ne doivent pas être considérés comme des employés ayant droit en cas de révocation, à certaines garanties, mais comme des étudiants admis à compléter leurs études dans des conditions particulièrement favorables. »

Je ne partage pas du tout l'avis du ministre de la Santé publique, car, si d'une part, les étudiants, déjà sélectionnés par un premier concours, celui de l'externat, postulent avec tant d'avidité les fonctions d'interne, principalement pour parfaire leur instruction scientifique, nous voyons, d'autre part, certains hôpitaux secondaires rechercher des internes et essayer de les attirer par des avantages matériels intéressants, pour leur confier des services de garde ou d'assistance des chefs de service.

*Par suite, si du point de vue perfectionnement* de leurs études et sélection scientifique, les internes consentent à passer plusieurs années supplémentaires et facultatives, dans les hôpitaux, du point de vue travail hospitalier et soins à donner aux malades, les commissions administratives des hôpitaux ont besoin des services des internes, pour compléter le travail professionnel des chefs de service.

Il y a donc, à la base, un contrat de louage de service, ou de louage d'ouvrage et c'est ce que nous allons démontrer, par la lecture et l'étude des textes réglementaires, qui concernent ces jeunes praticiens.

### 2° Règlement modèle des hospices et hôpitaux de France

Ce règlement modèle, modifiant les précédents, fut délibéré et adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique et publié par circulaire ministérielle, en date du 31 mars 1926.

Nous lisons, en l'article 6 : « la commission administrative a sous sa direction les *employés et agents de service*, à savoir :

II. — Service médical et hospitalier :
Médecins et chirurgiens ;
Pharmaciens ;
Internes et externes ;
Sages-femmes ;
Surveillants (laïques ou congréganistes),
Préposés et servants des deux sexes.

Quel que soit leur mode de nomination, au choix, au concours, quelles que soient leurs fonctions intellectuelles, ou secondaires et matérielles, médecins, internes, infirmiers sont des employés de l'hôpital, au même titre juridique s'entend.

L'article 16 de ce règlement modèle concerne les fonctions des internes et des externes, mais, ainsi que le fait remarquer le ministre, dans ses instructions, « le Conseil supérieur de l'Assistance publique n'a pas cru devoir maintenir les dispositions relatives au concours, pour le recrutement des internes et des externes et à l'approbation par le Préfet de la délibération de la commission administrative statuant sur leur révocation. Elles ne sont imposées expressément par aucun texte législatif ou règlementaire. Il reste désirable que les internes et les externes soient nommés à la suite d'un concours, au même titre que les médecins, chirurgiens et pharmaciens (article 11, note 2). Les commissions administratives se feront un devoir, d'autre part, de leur accorder toutes les garanties, en cas de révocation, en subordonnant, par exemple, à l'approbation préfectorale les décisions qu'elles prendront à ce sujet, lorsqu'elles fixeront, par application du dernier alinéa de l'article 6, les règles concernant le recrutement, l'avancement et la discipline des titulaires de ces emplois. Toutes *les mesures prises en vue d'améliorer le statut* du personnel, ne pourront que relever le niveau du recrutement ».

Ainsi les internes des hôpitaux de province doivent être, aux termes du règlement modèle, considérés comme faisant partie du personnel employé par l'hôpital.

### 3° Règlement de santé de l'Assistance publique de Paris

Il en est de même pour les internes des hôpitaux de Paris. Juridiquement, leur situation est identique.

Ils sont cités, à l'article premier dudit règlement, comme faisant partie du personnel, ainsi que les médecins.

Les articles 6 et suivants fixent les cadres du personnel et, à l'article 9, nous lisons que le nombre des élèves attachés à chaque service, est fixé par le directeur général de l'administration, après avis du conseil de surveillance (arrêté du 11 février 1898).

Suit la répartition des internes et externes selon les services.

### 4° Règlements particuliers

Chaque hôpital de France a son règlement particulier, qui doit recevoir l'approbation du préfet. Ce règlement ne doit par comporter de dispositions contraires, ou en opposition avec le règlement modèle précité.

Pour les internes de Paris, leur statut est compris dans les articles 131 et suivants du règlement de santé, puis dans les articles 159 et suivants. Les peines disciplinaires sont prévues aux articles 179 à 183.

Voici donc la charte des internes : ils sont censés avoir pris connaissance du règlement et l'avoir accepté, lorsqu'ils s'inscrivent en vue du concours. Cela forme un contrat unilatéral, parce que les candidats sont contraints d'accepter, ou de refuser en bloc, sans aucune discussion possible, le statut que leur est proposé, ainsi que les conditions de travail, qui leur sont offertes par l'hôpital.

### Conclusion

De la lecture des textes législatifs et réglementaires, nous devons conclure que la situation juridique des internes des hôpitaux, comme d'ailleurs celle des médecins et des pharmaciens, n'est pas autre chose que l'état de dépendance, du point de vue administratif.

Un contrat de louage de service, ou plutôt de louage d'ouvrage, est à la base de ces tractations, signées lors de l'inscription en vue d'un concours et de la nomination consécutive.

En sa qualité de docteur en médecine, le chef de service conserve son entière indépendance scientifique ; partant sa responsabilité professionnelle reste entière.

Les internes sont des élèves, qui, n'étant pas encore munis du grade de docteur en médecine, ne peuvent exercer dans l'hôpital, que sous la direction de leur chef de service, ou (s'ils sont munis de seize inscriptions) comme remplaçants de leur chef (article 6 de la loi du 30 novembre 1892).

Mais internes comme médecins sont soumis à la discipline administrative de leur employeur : l'hôpital ; le directeur ou l'administrateur de service peut leur donner des ordres de service, auxquels ils doivent déférer, parce qu'ils sont des employés.

Au surplus, s'ils commettent une faute de discipline, d'assiduité, non médicale, qui serait préjudiciable à un malade, c'est l'administration de l'hôpital, qui serait déclarée responsable au lieu et place de leur employé médical.

### II. La jurisprudence.

Des quelques rares décisions de jurisprudence, et notamment d'arrêts du Conseil d'Etat, peut-on dégager la notion de la situation juridique de l'interne ?

Un arrêt du Conseil d'Etat du 8 avril 1911 (Lebon, page 488, *Dalloz périodique*, 1913.3.74) décide qu'aucune disposition législative ou règlementaire n'oblige une commission administrative à inviter, avant de le révoquer, un interne à fournir un mémoire écrit sur les faits qui lui sont reprochés, alors surtout que cet interne a fourni des explications orales.

D'autre part, un arrêt du Conseil d'Etat, du 15 décembre 1911 inédit (*Archives* du « Sou médical ») s'exprime ainsi, à propos du recours formé par un interne en pharmacie, contre une décision de la commission administrative des hôpitaux de Toulon, qui, avait supprimé son emploi :

« Considérant qu'il ne résulte pas de l'instruction que la décision, en date du 14 janvier 1909, par laquelle la Commission administrative des hospices civils de Toulon a relevé le sieur Donato de ses fonctions, par suite de la suppression de l'un des emplois d'interne en pharmacie, ait été motivée par des considérations étrangères à l'intérêt du service. »

Ainsi le Conseil d'Etat, prononçant le mot « emploi » en ce qui concerne les fonctions d'un interne, décide donc bien que celui-ci est un employé et non un fonctionnaire.

Et la jurisprudence plus récente du Conseil d'Etat considère l'interne comme étant un employé, et non pas comme ayant une situation juridique mal définie d'étudiant logé et nourri dans un hôpital.

On sait qu'aux termes de l'article 65 de la loi de finances du 22 avril 1905, « tous les fonctionnaires civils et militaires, tous les employés et ouvriers de toutes administrations publiques ont droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et tous autres documents composant leur dossier, soit avant d'être l'objet d'une mesure disciplinaire, ou d'un déplacement d'office, soit avant d'être retardés dans leur avancement à l'ancienneté. »

Deux arrêts du Conseil d'Etat, en date du 25 juillet 1929 concernant le recours formé par un interne contre les hospices de Boulogne-sur-Mer, ont consacré ce principe en ces termes :

« Considérant que la demoiselle G... a été prévenue, par une lettre en date du 23 juillet 1926, qu'une mesure disciplinaire allait être prise contre elle ; qu'étant donnés les termes de cette lettre, la demoiselle G... a été ainsi mise en demeure de réclamer, si elle croyait y avoir droit, la communication de son dossier, par application de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 et de présenter ses moyens de défense ; que, faute par la requérante d'avoir réclamé cette communication, elle ne saurait, en tout cas, être fondée à soutenir que la décision prise à son égard est susceptible d'être annulée par application de l'article 64 de la loi du 22 avril 1905... ».

La jurisprudence actuelle du Conseil d'Etat décide qu'un médecin, comme une sage-femme d'hôpital, doivent être considérés comme étant des employés de cet établissement public et comme tels ne peuvent être dépossédés de leurs fonctions, sans avoir eu connaissance de leur dossier, selon les termes de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 ; Conseil d'Etat, 3 janvier 1914 ; (*Concours Médical*, 1920.1149) ; Conseil d'Etat, 23 mars 1927 (*Concours Médical*, 1927-2090) ; Conseil d'Etat, 4 mai 1928 (*Concours Médical*, 1928.1730) ; Conseil d'Etat, 14 mai 1932 (*La Loi*, 28 mai 1932).

Il en est de même pour les chirurgiens-dentistes : Conseil d'Etat 28 mars 1931 et les sages-femmes de maternité hospitalière : Conseil d'Etat 15 décembre 1922 (*Concours Médical*, 1924-2691.)

Du moment où ces praticiens sont, comme les internes, compris dans la nomenclature du personnel employé par l'hôpital, tous, les uns comme les autres, doivent être considérés ocmme liés à l'établissement par un contrat de louage de services ou de louage d'ouvrage.

### Les internes des hôpitaux peuvent-ils être considérés comme des fonctionnaires ?

De tout ce qui précède, de l'étude des textes législatifs et réglementaires, ainsi que de la lecture des arrêts du Conseil d'Etat, on peut tirer la conclusion que les internes des hôpitaux, loin d'être des fonctionnaires, doivent plutôt être considérés comme des employés supérieurs.

Que faut-il entendre par ce vocable « fonctionnaire » ?

Un arrêt de la Cour de cassation, chambre cri-

minelle du 30 octobre 1886 (D. 1887.1.507) donne la définition suivante : « La désignation générale de fonctionnaire comprend tous les citoyens qui, sous une dénomination quelconque, ont été investis d'un mandat, dont l'exécution se lie à un intérêt d'ordre public et qui, à ce titre, sont soumis à l'autorité du gouvernement. »

Au mot « gouvernement », on peut ajouter les mots « communes » et administrations publiques ; on aura ainsi le sens complet du mot « fonctionnaire ».

Or, les médecins, qui ont une entente avec les administrations des hôpitaux, pour donner leurs soins aux malades hospitalisés et que ladite administration leur confie, moyennant rétribution à forfait, ne sont pas des fonctionnaires. Ils ne dépendent pas du gouvernement, ne remplissent pas une fonction liée à un intérêt d'ordre public, et ne détiennent jamais une parcelle de l'autorité publique pour l'exécution de leur mandat.

Les médecins d'hôpitaux sont simplement les agents de la commission administrative de l'hôpital et ne peuvent pas être considérés comme des citoyens chargés d'un service ou d'un mandat public. Ainsi en a décidé la Cour de cassation par arrêt du 27 mars 1897 (D. 1898.1.254). *Concours Médical*, 1912-110.

Ainsi également conclut la Cour d'Amiens, confirmant un jugement du tribunal correctionnel de Péronne, cité sans date dans le *Concours Médical* 1897, page 96.

Rappelons que, par arrêt du 23 mars 1927 précité, le Conseil d'Etat considère le médecin d'hôpital comme étant un employé d'établissement public qui, à ce titre, doit avoir communication de son dossier.

Ce qui est vrai pour les médecins des hôpitaux l'est également pour les internes qui, n'ayant pas encore le droit légal d'exercer la médecine, puisqu'ils ne sont pas titulaires du grade de docteur en médecine, sont placés sous les ordres administratifs de la commission hospitalière et sous la direction scientifique et professionnelle de leurs chefs de service.

Mais, me dira-t-on, les internes ne touchent pas de salaire, mais bien une indemnité.

Les mots importent peu. Quelle que soit la qualification de la rémunération que reçoivent les internes, comme paiement de leurs services, que ce soient des honoraires, des indemnités, des traitements, des salaires, des appointements, etc., etc., toujours est-il que c'est de l'argent en échange d'un travail effectué.

Les sommes ainsi versées sont modiques, ridicules parfois même, parce que les administrations hospitalières spéculent sur l'attrait que comportent et les fonctions et le titre envié d'interne. Ce n'est pas l'argent touché, ni les avantages en nature, qui décident la jeunesse studieuse à parfaire ses études, par des années supplémentaires passées dans les hôpitaux.

Si même, comme je l'espère, l'application de la loi sur les Assurances sociales vient améliorer la situation matérielle de nos jeunes camarades des hôpitaux, ce ne sera pas ce surcroît d'avantage pécuniaire qui augmentera le nombre des candidats au concours.

Et les commissions administratives le connaissent bien ce mobile ; elles profitent de l'attrait de ces concours à niveau intellectuel élevé, en confiant aux internes les fonctions de médecins résidants, alors que les chefs de service sont, à proprement parler, des médecins consultants.

Lorsqu'il s'agit de soigner des pauvres, personne ne discutera ni son dévouement, ni son désintéressement.

Mais l'hôpital d'hier, réservé aux seuls nécessiteux, est devenu aujourd'hui une maison de santé, où, pourvu qu'ils paient le prix de journée, les malades sont admis, quelle que soit leur condition sociale, ou même leur fortune.

Fonctionnant commercialement, l'hôpital devrait honorer en conséquence son personnel médical, grâce auquel il lui est possible de faire ainsi acte de commerce.

Mais ceci est une autre histoire.

### Les internes pourraient-ils se grouper en syndicat professionnel ?

Oui, faut-il répondre à première vue, puisqu'ils ne peuvent, en aucune façon, être considérés comme des fonctionnaires, puisque ce sont des employés supérieurs des hospices et hôpitaux.

Cependant, à la réflexion, si nous nous reportons aux termes précis des lois du 21 mars 1884 et surtout du 12 mars 1920, actuellement codifiées dans le Livre III du Code du travail, nous pouvons nous demander si les internes remplissent bien les conditions précisées à l'article 2 du dit Livre III : « Les syndicats ou associations professionnelles de personnes exerçant la même profession, des métiers similaires, ou des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés, ou la même profession libérale, peuvent se constituer librement. »

Et de nous demander si, parce qu'ils ne peuvent pas encore exercer la profession médicale, n'étant pas docteurs en médecine, les internes exercent cependant une profession libérale ?

Telle serait la question qu'aurait à résoudre le tribunal correctionnel, au cas où la dissolution d'un syndicat d'internes serait demandée à cette juridiction. Car, si une association peut être dissoute par un acte réglementaire, par décret (article 12 de la loi du premier juillet 1901) un syndicat ne peut être dissous que par un jugement ; ce qui est un avantage considérable.

Or, la loi pénale est toujours de sens étroit et

les juges devront préciser si les internes exercent ou non une profession libérale.

Exercer une profession, c'est exercer un métier, un état, un emploi. Et nous venons de démontrer que les internes remplissent un emploi à l'hôpital : ils ont les fonctions de médecin résidant dans l'établissement, sous la direction des chefs de service et pendant les absences de ces derniers.

La question doit donc être tranchée dans le sens de l'affirmative.

Si le vocable « syndicat » sonne mal aux oreilles de nos jeunes camarades, ils doivent savoir que les associations professionnelles, créées selon les dispositions du Livre III du Code du travail, peuvent s'appeler de manière diverse. Point n'est besoin de s'intituler syndicat ; il suffit de grouper, dans l'association, des personnes exerçant la même profession libérale et de remplir les conditions exigées par la loi syndicale : c'est-à-dire déposer les statuts, en triple exemplaire sur papier libre, à la mairie du siège social (à Paris, à la Préfecture de la Seine), indiquer les noms des membres du bureau, qui doivent être de nationalité française.

### Conclusion

J'estime, pour ma part, que les commissions administratives des hôpitaux n'ont pas à voir d'un mauvais œil la création de groupements professionnels d'internes. Les sociétés médico-chirurgicales, groupant les médecins, chirurgiens et spécialistes d'un même hôpital, ou des hôpitaux d'une ville, ne sont-elles pas juridiquement des syndicats ? Et pourtant ces associations professionnelles sont loin d'avoir un esprit révolutionnaire.

Il faut, au contraire, développer chez les médecins l'esprit grégaire. Dans notre profession, nous avons par trop la tendance individualiste, pour ne pas dire égoïste. On veut agir à sa guise, en ne se préoccupant souvent de son voisin, que pour lui taper dessus, ou lui jouer un mauvais tour.

Cependant, les praticiens avertis voient monter autour d'eux une cohorte d'associations diverses, publiques, ou privées, qui spéculent sur l'individualisme du médecin, pour transformer peu à peu celui-ci en salarié.

Veillons à ce danger, si nous ne voulons pas être asservis, malgré les belles tirades sur le libre choix et l'entente directe.

Si encore, on nous promettait une fonctionnarisation, avec nomination faite par le ministre, avec un statut nettement défini, comportant un avancement et une retraite.

Mais bien au contraire, c'est le salariat dans toute son horreur ; l'employeur, qui peut, à son gré, congédier le médecin employé qui a cessé de plaire. C'est l'hôpital de demain, maison de santé à allure commerciale, faisant des bénéfices avec les malades payants, qui recrutera à sa guise son Corps médical hospitalier. Ce sont les Assurances sociales, accaparées demain par les mutualités ; et, jusqu'à présent, les médecins salariés des mutuelles n'ont pas eu à se louer de leurs relations avec leurs employeurs.

Les antisyndicalistes vont encore protester ; qu'importe : je crois faire mon devoir en jetant l'alarme et en disant que ce qu'il y a de moins mauvais, pour la défense de nos dernières libertés, c'est la cohésion en syndicats.

Aux internes des hôpitaux de voir si, pour l'étude et la défense de leurs intérêts communs, ils entendent se grouper sous le bénéfice du Livre III du Code du travail.

Dr Paul Boudin.

## VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

### La gravelle et les coliques de Montaigne, ses cures hydrominérales durant son voyage en Italie par la Suisse et l'Allemagne *(d'après son journal)*

Refaire à la suite de Michel de Montaigne un voyage en Italie, guidé par M. Edmond Pilon, est ce qu'il y a de plus attrayant.

M. E. Pilon nous a déjà conduit à Rome avec le Président de Brosses. Pour celui qui connaît l'Italie, qui, à diverses reprises, a visité ses merveilleuses cités, admiré ses innombrables et exquises œuvres d'art, c'est d'un intérêt passionnant que de connaître les impressions que ressentirent quelques siècles auparavant des voyageurs aussi cultivés que Montaigne et de Brosses. Or, en lisant les relations de ces voyages, on est quelque peu déçu de constater qu'infiniment moins que nous, Montaigne et même de Brosses, ne se laissèrent séduire par les plus beaux chefs d'œuvres des grands artistes de la Renaissance italienne. Ils ne s'attardent pas à les admirer et à les décrire. N'empêche que la lecture du *Journal de Michel Montaigne,* journal *de son voyage en Italie par la Suisse et l'Allemagne* (1) est fort intéressante, surtout pour un médecin.

M. Edmond Pilon, dans une remarquable introduction, résume en une cinquantaine de pages la relation assez décousue de ce voyage, dictée d'abord au jour le jour à un secrétaire qui parfois paraît bien en ajouter quelque peu du sien, puis rédigée pendant quelques temps par Montaigne lui-même en son français savoureux, et ter-

(1) Edit. par Les Œuvres représentatives. Paris, 1932.

minée, toujours par lui-même, nous ne savons trop pourquoi, en langue italienne dont on nous donne la traduction.

Ces notes de voyage, écrites au hasard, au jour le jour, et qui ne paraissent pas avoir été destinées à la publication, relatent maints petits faits, cent descriptions, mille anecdotes qui nous donnent une idée assez précise de ce qu'étaient l'Allemagne, la Suisse et l'Italie lorsque Montaigne en 1580 et 1581 les visita.

Le célèbre gascon avait alors quarante-huit ans d'âge, il était atteint de lithiase urinaire et sujet à de fréquentes et douloureuses coliques, ce qui ne l'empêcha pas de rester dix heures en selle, car c'est à cheval à la tête d'un véritable escadron de jeunes seigneurs dont son propre frère, sieur de Mattecoulon, le brillant d'Estissac, MM. de Hantoy, de Cazalis et une suite d'écuyers et de serviteurs, que Montaigne, pourvu de nombreuses et hautes recommandations et précédé par sa réputation, entreprit son voyage.

Dans toutes les notes du journal nous ne relèverons que celles ayant trait à sa santé et au séjour qu'il fit, dans les villes d'eaux qu'il rencontra sur sa route.

***

« C'est une sotte coutume, écrit Montaigne lui-même dans son journal à Lucques, que de conter ce qu'on pisse. » Nous en convenons comme lui. N'empêche qu'il ne nous fait pas grâce de la moindre crise de colique néphrétique, ni de la plus petite pierre rendue souvent péniblement au cours de sa randonnée.

D'abord il s'arrête à Plombières (Plommières orthographie son secrétaire). Il y séjourne du 18 au 27 septembre. Sans demander conseil, sans suivre la coutume des autres baigneurs, Montaigne ingurgite neuf verres d'eau chaque jour pendant huit jours et sept verres les trois jours suivants. Il prend cinq bains. Résultat : il urina abondamment avant dîner. Le sixième jour, il eut une « très véhémente colicque ». Il souffrit durant quatre heures du côté droit, sentit « l'écoulement de la pierre par les uretères et bas du ventre ». Les deux premiers jours, il avait rendu deux petites pierres et parfois du sable, mais il estima qu'il en avait encore dans la vessie quand il partit. Chose à noter, son appétit, sa digestion, le fonctionnement de son ventre et son sommeil ne furent en rien troublés par cette débauche d'eau minérale. Et, comme Montaigne n'oublie jamais sa Gasgogne et ses environs, il compare les eaux de Plombières à celles de la fontaine haute de Bannières.

En passant à Basle, M. de Montaigne y trouve les vins qu'on lui servit fort bons, car s'il faisait à l'occasion des orgies d'eaux, en vrai bordelais, il ne dédaignait pas les vins malgré ses pierres. Il y admire la maison « du médecin nommé Félix Platerus, la plus peinte et enrichie de mignardises à la française les plus belles qu'il est possible de voir ». Il admire son herbier, ses anatomies, mais se garde de lui demander conseil.

Le voilà à Bade, dont il compare les eaux à celles de son pays, Aigues-Caudes et Barbotan. Il se baigne et sort de l'eau qu'il trouve « un peu fade et molle comme une eau battue et quant au goust, elle sent le soufre ; elle a je ne sais quelle picure de salure ».

Le lendemain de son arrivée il en boit sept petits verres qui correspondent à une chopine, puis le jour suivant le double, soit une pinte, sans se soucier des usages de la station. Il fait la remarque que lorsqu'il sue dans son bain, son urine est plus rare et plus foncée.

Il ne fait qu'un court séjour à Bade, gagne Schaffouse et arrive à Munich qu'il compare à Bordeaux, comme il a comparé Kempten à Sainte-Foy-la-Grande. A Miteval (Mittenwald) il profite d'une étuve qui fonctionne dans l'hostellerie pour aller s'y faire suer.

Il traverse le Tyrol arrive à Inspreug (Innsbruck) passe à Bolzano, à Trente.

A Rovereto, il mange des écrevisses, des escargots, des truffes, en somme un menu tout indiqué pour un goutteux et un lithiasique. On comprend que son secrétaire signale dans le journal ses « nuits inquiettes ». Aussi en arrivant à Venise « il eut la colicque qui lui dura deux ou trois heures, non pas des plus extrêmes à le voir et avant le souper il rendit deux grosses pierres l'une après l'autre ». Il ne fut pas enthousiasmé par Venise et trouva même qu'on exagérait la beauté des Vénitiennes. M. de Montaigne découvrit près de Padoue les eaux thermales d'Albano qu'il compara à celles de « Preissac près d'Ax » (Prechacq près de Dax) en Gascogne.

Le voilà à Bataille (Battaglia) qu'il assimile à Barbotan en Armagnac ; il note son installation sommaire et la fange qu'on applique sur les membres endoloris.

A Ferrare, on exige la production de la bollette (billet de santé) à cause de la peste. Il compare cette ville à celle de Tours. Il craint que les vins nouveaux troubles et l'eau laiteuse qu'on y boit, lui provoquent la colique.

Le voilà à Bologne où « il disait se trouver en une indolance de ses reins plus pure qu'il n'avait accoustumé, il y avait longtemps, et jouissait d'un bénéfice de ventre tel qu'au retour de Bannières : sa douleur de teste lui passa la nuict ». Mais la rémission ne fut pas très longue ; à peine arrivé à Florence il rendit deux pierres et force sable. Aussi fait-il à peine attention à la « plate peinture » (fresques) des églises et « aux très belles statues excellentes de l'ouvrage de Michel Ange » ; il condescend cependant à trouver le clocher du dôme revêtu de marbre blanc et noir

« l'une des plus belles choses du monde et des plus somptueuses ». Il traverse Sienne, Montefiascone et arrive à Rome.

L'entrée à Rome ne se fit pas sans difficultés à cause de la peste qui régnait à Gênes et des mesures sanitaires prises pour en préserver la ville.

Mais douze ou quinze jours après l'arrivée, Montaigne eut une crise néphritique.

Cette fois il suivit l'ordonnance d'un médecin français du Cardinal de Rambouillet, prit un jour de la casse, le lendemain de la térébenthine de Venise, puis un médicament qui sentait l'amande et contenait des « quatre-semances-froides ». Une nouvelle colique l'obligea à garder le lit et il « rendit force sable et après une grosse pierre, dure, longue et unie, qui arresta cinq ou six heures au passage de la verge ».

Nous ne parlerons pas des promenades dans Rome, des audiences des cardinaux et du pape qui bien qu'âgé de 81 ans montait à cheval sans le secours d'un écuyer, mais Montaigne dut avant peu reprendre de la térébenthine et rendit encore du sable une quinzaine après sa dernière crise et renouvela la prise de térébenthine trois jours après sans effet apparent. Nouvelle attaque (le 28 janvier) quatorze jours plus tard, suivie de l'expulsion « d'une pierre assez grossette et d'autres moindres ». Il assiste malgré cela à la circoncision d'un enfant juif qui est décrite dans tous ses détails.

Autres crises peu douloureuses avec expulsion de pierres les 8 et 12 février. Cela ne l'empêche pas de suivre les fêtes du Carnaval et de prendre part le jeudi gras au festin offert par le Castellan (Gouverneur de Rome, qui était le propre fils du Pape).

A partir du milieu de février, ce n'est plus le secrétaire, c'est Montaigne lui-même qui rédige son journal.

Au milieu de mars, le « vieil patriarche d'Antioche » avec qui il a fait connaissance, lui « fit présent d'une certaine mixtion pour le secours de sa gravelle, et lui en prescrivit l'usage par escrit ».

Le 16 mars, nouvelle colique et expulsion d'une grosse pierre « come un gros pinon (amande de la pomme de pin) et de cest forme ».

Le 19 avril, il quitte Rome par la voie Flaminia, passe à Narni où sont des sources minérales froides mais « peu fameuses », à Spoleto, à Foligno qu'il compare à Sainte-Foy-la-Grande, à Mocerata, ville de la grandeur de Libourne, à Lorette où il dépose un *ex voto* pour lui, sa femme et sa fille et où en bon catholique, il fait ses Pasques. Il traverse Ancône, Urbin, arrive à Lavenelle où il fait honneur à la meilleure hostellerie de Toscane où la noblesse va dîner comme chez le More à Paris et chez Guillot à Amiens, traverse Florence sans s'y arrêter, Pistoie et gagne Lucques, ville un tiers plus petite que Bordeaux. Il se rend alors aux Bains della Villa dans le voisinage.

Les eaux della Villa, le long de la rivière de la Luna, sortent d'une fontaine contre une petite montagne près de la ville comme à Bagnières. Trente à quarante maisons sont accommodées pour le service des bains. Montaigne choisit la plus belle chambre d'où il a une vue des plus pittoresques. Dans le petit village voisin, tous les habitants tiennent boutique d'apothicaire.

Dans la Maison Buonvici dite le Palais, il existe une belle fontaine d'eau vive dans la salle ; puis sous une voûte un bain couvert et une « doccia » (douche) composée de tuyaux pour doucher la tête et les autres parties du corps. La saison a lieu de juin à septembre, elle est finie en octobre. Il y a un bain spécial pour les femmes et une fontaine à part pour la boisson.

Le 8 mai, Montaigne, sur les conseils de son hôte, se purge avec de la casse. Il en résulte des vomissements, des coliques et deux jours de maladie.

Il va visiter les bains de Corsina, connus des Romains à un demi-mille. On s'y baigne, on n'y boit pas et la station guérit toutes les maladies, mais les bains sont obscurs et malplaisants.

Montaigne aux bains della Villa fait une cure sérieuse, il y boit de l'eau qu'il compare à celle d'Aigues Caudes ou de Barbotan. Il commence par sept verres de suite soit 3 livres 1/2. Il double la dose, sue abondamment mais urine peu à cause de la casse « qui a mal acheminé l'eau ». Il existe tout près l'eau de Saint Jean « pour rafraischir le feu et oster les rougeurs du visage ».

Comme cette eau est peu apéritive, les apothicaires vendent et font boire auparavant de l'eau de Pistoie.

Deux jours après il rend de l'urine blanche avec force sable.

Montaigne n'en fait qu'à sa tête. Bien que ce ne soit pas la coutume, il boit, puis se baigne, alors que les autres prennent la boisson durant huit jours et se baignent trente jours. « Le bain est très dous et plésant ». On mêle à l'eau de boisson du sucre candi, de la manne ou de l'eau de Testuccio que les apothicaires font venir des environs de Pistoie et que Montaigne accuse de fabriquer eux-mêmes. Montaigne va boire dans le voisinage de l'eau de Barnabé, fontaine où jadis le lépreux Barnabé fut guéri. Il en but 5 livres avec quelque malaise, marcha à la suite et rendit une urine claire avec beaucoup de sable, puis blanche et crue. Il visite Corsinne, station voisine où les sources portent des noms gracieux : la Savoureuse, la Douce, l'Amoureuse, la Couronne, la Désespérée. Il n'y a pas qu'à Vals et à Vichy et qu'à notre époque qu'on a baptisé pittoresquement les sources.

Montaigne comme les autres baigneurs prend 3 ou 4 grains de coriandre pour chasser les vents.

Il prend 5 livres d'eau de Barnabé. Son verre tient plus d'une livre, mais la livre italienne n'est que de 12 onces. Il rend encore du sable et a le ventre libre. Il revient à la source ordinaire, froide si on la compare à celle de Barnabé, continue à boire ses 5 livres par jour, rend du sable et des fragments de pierre. Il prend un bain prolongé d'une heure, un bain de tête, après lesquels il revêt des habits chauds et il rend à la suite des urines troubles chargées de matière huileuse. Il prend des douches d'un quart d'heure sous la grande source. L'eau est exportée par des muletiers qui la vendent à un marchand de Crémone, mais on les accuse de la falsifier.

Les fantaisies de la cure de Montaigne stupéfient les médecins.

Il rend toujours du sable. Après un bain de 2 heures et une demi-heure de douche, il a un éblouissement. Il quitte alors la station le 21 juin.

A Corsène est une vierge avec cette inscription: « Faites, vierge sainte, par votre pouvoir que quiconque entrera dans ce bain, en sorte sain de corps et d'esprit ».

Montaigne revient à Lucques le 15 août et fait une nouvelle cure aux bains della Villa. Il rend des urines épaisses et troubles, souffre des dents. L'eau mal tolérée lui donne de la flatulence, des coliques. Il se fait administrer un lavement d'huile, avec camomille et anis. C'est le capitaine Paulino qui s'acquitte de cette tâche avec beaucoup d'adresse, constate Montaigne.

Le 24 août, il rend une pierre.

Le 12 septembre 1581, il quitte les bains passe à Viterbe où il visite une station dans le voisinage, retourne à Rome, où il apprend qu'il est élu maire de Bordeaux. Il revient en hâte par Lucques, Milan, Turin, franchit le col du Mont-Cenis, passe à Lyon, à Thiers qu'il situe sur l'Allier bien que cette ville en soit distante de plusieurs lieues, arrive à Clermont, fait l'ascension du Puy de Dôme où il « randit une pierre assez grande, de forme large et plate, qui estoit au passage depuis le matin et l'avoit sentie le jour auparavant ; et comme elle vousit choir dans la vessie, la santit aussi un peu aux reins. Elle n'estoit ni molle, ni dure ». Ce fut la dernière dont il signale l'expulsion. Après être allé saluer Mme de la Fayette au Château de Pontgibaud, il gagna Limoges, Périgueux et enfin son château de Montaigne.

Son voyage avait duré 17 mois et 8 jours.

Telle fut l'odyssée de Montaigne en Italie par la Suisse et l'Allemagne. Nous nous sommes bornés à narrer ses épreuves et à signaler en résumé ses cures. Nous ne savons ce que nous devons le plus admirer de son énergie qui, malgré ses coliques si fréquentes, lui permettait de chevaucher et de mener une vie fatigante ou de la capacité et de la tolérance de son estomac qui lui permettaient d'ingurgiter chaque jour l'eau minérale par litres sans en être trop incommodé, méprisant les usages des stations et faisant fi de l'opinion des médecins.

J. NOIR.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Les peintures qu'il nous en a fait s'accordent fort bien avec ce que nous en savons par ailleurs...*
(Jacques BOULENGER).

DCCLVIII. — Pierre Mac ORLAN. — **Quartier réservé**. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932.

Sacrifiant à la mode et à l'engouement des lecteurs saturés de littérature pure, Mac Orlan, écrivit il y a deux ans un roman « policier ». Malgré l'apport d'une intrigue encore criminelle, sa nouvelle œuvre s'écarte d'un genre qui n'était à la taille, ni de son talent, ni de ses vigoureux dons d'écrivain. Le crime, dont nous entretient son héros, n'est que l'accessoire dans cette étude fragmentaire du « quartier réservé » d'une grand'ville assez semblable (toutes proportions de camouflage littéraire gardées) à Marseille. La pègre de Mac Orlan n'a pas ces finasseries faisandées, la sentimentalité de celle de Carco : elle est plus peuple, plus instinctive, plus brutale, plus franchement canaille. Ses bouges seraient inhospitaliers aux romanciers du « milieu » ! Les ruelles, où elle trame ses mauvais coups, ont un authentique aspect de coupe-gorge ; y passent comme dans une inquiétante réalité des ombres fugitives et carrément suspectes. L'adresse de Mac Orlan tient comme sa réussite à cette indistincte évocation de ce peuple de « joie », à peine visible et qui donne au livre la rumeur constante d'une vivante figuration. La boutique obscure du marchand de disques (approvisionnant la clientèle très sentimentale), où vit le personnage principal, truchement du romancier, et où viennent aboutir tous les fils de l'intrigue a un curieux aspect de poste de guet, aussi peu recommandable que les maisons voisines, où il écoule sa musique. Louches commerces, chairs vénales étalées juste dans la mesure où l'exige la couleur locale, dessin très ferme de la psychologie et des passions des deux protagonistes donnent à ce livre une étran-

ge rudesse. L'arrivée de l'un d'eux dans la ville, par une aube glaciale d'hiver sous le silence d'une neige paradoxale, a quelque chose de saisissant. Un malaise pèse d'emblée sur ces pages d'une puissante simplicité, comme l'annonce obscure d'une prochaine et inévitable catastrophe. Tous les problèmes de la paresse, les drames de la faim, les expédients misérables d'avant le crime, le cynisme et la bestialité de cette horde battent le livre comme un flot sale et se retirent comme un jusant putride et pollué d'hétéroclites épaves. Le réalisme de Mac Orlan domine flegmatiquement toutes ces turpitudes : pesante et solide allure déhanchée d'un athlète des lettres, indifférent à ces équivoques relents qu'il traverse par professionnelle nécessité. De loin en loin, une phrase sonne comme un écho de triste miséricorde, passager attendrissement de l'écrivain qui a peut-être perçu au fond de toute cette sordide misère un cri humain, que nous n'avons pas entendu à travers le vacarme de l'accordéon, du piano mécanique, des chansons à boire et du halètement monstrueux de l'orgie.

DCCLIX. — Charles BRIAND. — **Aliaga**. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Ce vigoureux roman satirique avait paru dans le *Mercure de France*. Je crois qu'il a été écrit par un médecin qui stigmatise, en termes aussi énergiques que peu voilés, les grandes affaires financières et la pourriture galante de ces étranges milieux d'argent. La crudité de certaines pages est acceptable, car on n'a pas l'impression qu'elle fut intercalée pour satisfaire de malsaines curiosités : elle a le mérite de sembler reproduire des situations observées par un sarcastique clinicien, très au courant des désordres de psycho-sexologie de nos contemporains. Le psychiâtre mis en scène est à la hauteur des étranges aventures, auxquelles il se trouve mêlé probablement, pour nous montrer que nécessité fait loi, et qu'il est aux grandes circonstances des attitudes bizarres d'exception. Car je ne veux pas penser que l'auteur a voulu dresser un prototype du médecin de demi-fous, dans le tourbillon de cette sarabande où il représenterait un bon sens et une honnêteté ambigus !

DCCLX. — Paul IRIBE. — **Défense du luxe.** Une plaquette 25 × 32 *Editions Draeger*, Paris 1932.

Dans le vocabulaire industriel existe un mot qui traduit l'automatique continuité du travail mais, mieux encore, son impitoyable esclavage : « la Chaîne » ! Contre l'asservissement dont il menace les industries (essentiellement françaises) de luxe, Paul Iribe élève une véhémente et éloquente protestation. Il semble bien que son cri d'alarme soit justifié, mais suffira-t-il à éveiller une salutaire réaction de nos artistes préoccupés (souvent sous la poussée des équations économiques) de se conformer à une inquiétante standardisation, à une véritable internationalisation du meuble, de l'architecture, du vêtement, du livre, du théâtre, de la musique, de la parure, du superflu. La question mérite un attentif examen car une grosse gêne paralyse (pour ne pas mieux dire) ces activités naguère florissantes. Les arguments sociologiques présentés par P. I. sortent du cadre de notre chronique, quelle que soit la valeur de leur démonstration. La présentation typographique est somptueuse, clair exemple de ce que peuvent donner des artisans français, « merveilleux ambassadeurs » du goût et créateurs inégalés de chefs-d'œuvre, que Paul Iribe a raison de vouloir sauver du péril qui, de toutes parts, dans tous les domaines de l'art, encercle au milieu des nouveaux barbares leur délicate floraison.

DCCLXI. — Jean COCTEAU. — **Morceaux choisis** Poèmes. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.* Paris, 1932, 15 francs.

Jean Cocteau est très préoccupé d'ectoplasme. On retrouve trace de cette confuse matière dans ses poèmes. Il est d'ailleurs, dès la préface, fort aimable pour le lecteur qui ne comprendrait pas ou qui comprendrait peu, pour celui « *que la connaissance fatigue* ». Son livre contient de magnifiques envolées, comme des éclairs dévoilant brusquement des paysages ensevelis dans l'opacité de la nuit. Le reste du temps je suis resté les yeux écarquillés sur ses pages, où j'attendais la prochaine éclaircie, bercé par le ronronnement de ses mots que j'écoutais tourner comme une prière bouddhique, à laquelle je resterais respectueusement attentif et étranger, comme un chant secret.

DCCLXII. — Emile GAUVREAU, directeur du *Daily Mirror* de New-York. — **Scandale avant tout.** Confessions d'un journaliste américain. Traduction de Paule Ollivier. Un vol. 12 × 19. *Editions « Au Sans Pareil »*, Paris, 1932, 12 francs.

En faisant très largement la part de l'imagination et des récits apocryphes, qui chargent certainement le livre, reste une curieuse description des mœurs de la presse américaine à l'affût des nouvelles scandaleuses capables de maintenir le tirage à un chiffre satisfaisant, et ne reculant pratiquement devant aucune élucubration pour tenir éveillée la curiosité blasée de ses lecteurs. Je doute que ce livre cruel soit bien vu Outre-Atlantique, dans le pays dont il nous montre (une fois de plus !) derrière les façades puritaines quelques « *combinazzione* ».

DCCLXIII. — Capitaine aviateur DE RICHTHOFEN. — **Le Corsaire Rouge.** Journal de guerre (1914-1918) traduit de l'allemand par E. Sifferlen. Un vol. in-8°. *Editions Payot*, Paris, 1932, 16 francs.

Cette autobiographie n'est pas seulement intéressante du fait qu'elle concerne l'aviateur allemand, qui totalisa (avant d'être à son tour abattu par un Anglais) le plus grand nombre de victoires, mais elle est très caractéristique de la mentalité allemande : discipline, méthode, orgueil, froide exaltation germanique, fougue au commandement. Peu de brio, de crânerie, de cette cavalière insolence devant le danger qui animait chez nous Guynemer, Fonck, Nungesser, et quelques-uns de leurs camarades moins connus. Je suppose que l'édition française a été expurgée, car il est peu parlé des aviateurs français, et je ne peux pas croire qu'il les ait aussi peu rencontrés, puisqu'ils envoyèrent à ses obsèques une délégation aérienne. Il parlait probablement d'eux en termes de surhomme aux prises avec des pygmées, et le traducteur s'est abstenu de transcrire ces rodomontades. Richthofen eut parmi nos camarades de combat et parmi ses adversaires britanniques des preux à sa taille. Son livre, dont la rédaction soldatesque est d'un lyrisme très particulier, le laisse ignorer : il nous est agréable de le rappeler à qui semble n'avoir plus de mémoire.

DCCLXIV. — Mendez PINTO. — **Les voyages aventureux** de Fernand Mendez Pinto (1537-1558) publié par Jacques Boulenger. Un vol. 12 × 19 avec 3 gravures et 2 cartes hors texte. *Editions Plon*, Paris, 1932, 16 francs.

Les Portugais furent autrefois brillants conquistadors. Les méthodes de commerce laissaient fort à désirer, et les transactions étaient parfois conduites au net désavantage des indigènes. Pinto qui pendant une vingtaine d'années bourlingua sur toutes les mers d'Extrême-Orient en éprouva quelques désagréments qu'il conte avec beaucoup de philosophie. Les vicissitudes de ses explorations le conduisirent en Chine, au Japon, en Insulinde et Cochinchine, tour à tour corsaire, général, esclave, prisonnier, domestique négociant, « jésuite », ambassadeur. Le compte rendu de ses démêlés avec une destinée fort mouvementée est d'une extraordinaire animation. Il aurait, dit-il, introduit l'arquebuse au Japon. La relation de ses expéditions avait été traduite au début du XVII[e] siècle, puis rééditée à peu d'exemplaires vers 1830. C'était un adroit observateur, dont la narration intéressante peut être mise entre toutes mains et renferme peut-être les exagérations inséparables des exploits aux antipodes. Il prévient notre surprise chemin faisant : « *Je crains fort qu'à lire ces choses merveilleuses que j'ai vues, d'aucuns ne les mettent en doute, et il faut avouer que j'en demeure parfois confondu moi-même* ». Pour étonner Pinto, il faut, je vous l'assure, de surprenants événements.

30 août 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours de radiologie clinique.** — M. R. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera le mercredi 5 octobre, à 18 heures, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine et continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1. Mercredi 5 octobre 1932 : Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers. — 2. Vendredi 7 octobre : Appareil locomoteur : Os et articulations. — 3. Lundi 10 octobre : Appareil locomoteur (*Suite*). — 4. Mercredi 12 octobre : Appareil digestif. Œsophage. Estomac. — 5. Vendredi 14 octobre : Appareil digestif. Duodénum. Intestin grêle. Côlon. — 6. Lundi 17 octobre : Appareil digestif. Côlon (*Suite*). Foie et voies biliaires. — 7. Mercredi 19 octobre : Thorax. Appareil circulatoire (Cœur, vaisseaux). Appareil respiratoire. — 8. Vendredi 21 octobre : Thorax. Appareil respiratoire (*Suite*). — 9. Lundi 24 octobre : Appareil urinaire. — 10. Mercredi 26 octobre : Appareil urinaire (*Suite*). Appareil génital.

Ces leçons seront accompagnées de projections et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

— **Chaire de clinique thérapeutique chirurgicale.** (Hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard. Professeur Pierre DUVAL.) — *Conférences d'endoscopie gastrique.* — Le Docteur P. PORCHER, radiologiste des hôpitaux, chargé de la consultation de gastrophotographie de la clinique, fera une série de dix conférences d'endoscopie gastrique, avec le concours de M. le Docteur Fr. MOUTIER, MM. les agrégés CHAILLEY-BERT et LEROUX, de M. le Docteur GODARD-MONOD.

Ces conférences auront lieu tous les jours à l'hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard, à 10 et à 17 h. 30. Elles seront suivies de démonstrations de technique gastroscopique (Docteur Fr. MOUTIER) et gastrophoto-

graphique (Docteur P. PORCHER), de 11 à 12 heures, avec examens de malades.

Vendredi 21 octobre, 17 h. 30, Docteur P. PORCHER : Principes généraux des méthodes d'endoscopie : historique ; applications actuelles. Morphologie normale de la muqueuse gastrique. Rapports entre la radiologie et les différentes méthodes endoscopiques.

Samedi 22 octobre, 10 heures, Docteur CHAILLEY-BERT : Physiologie motrice de l'estomac. Importance de la muscularis mucosœ. Modifications apportées aux contractions normales par les traumatismes internes et les agents médicamenteux.

Samedi 22 octobre, 17 h. 30 et lundi 24 octobre, 10 heures, Docteur MOUTIER : Technique de la gastroscopie : appareillage et orientation dans l'estomac (avec fantôme), préparation du malade. Technique de l'endoscopie. Champs visuels ; zones visibles, zones invisibles. Indications et contre-indications. Incidents.

Lundi 24 octobre, 17 h. 30 et mardi 25 octobre, 10 heures, Docteur P. PORCHER : Technique de la gastrophotographie avec l'appareil de J. Heilpern : appareillage, montage de la chambre photographique, préparation du malade, prise de clichés, localisation des images par rapport aux parois gastriques. Incidents. Insuccès.

Mardi 25 octobre, 17 h. 30 : Docteur GODARD-MONOD : Technique de la gastrophotographie avec l'appareil américain « le gastrophotor ».

Mercredi 26 octobre, 10 heures, Docteur P. PORCHER : La photographie dans le gastroscope. Les perfectionnements à envisager en gastrophotographie.

Mercredi 26 octobre, 17 h. 30, Docteur R. LEROUX : Anatomie pathologique macroscopique des lésions de la muqueuse gastrique : gastrites, ulcères, cancers.

Jeudi 27 octobre, 10 heures et 17 h. 30, Docteur Fr. MOUTIER : Diagnostic gastroscopique : *a*) L'estomac normal : morphologie, topographie, sécrétion et mouvements (couleurs et plis) ; *b*) Eléments du diagnostic : modifications anatomiques, sécrétoires, motrices. Les hémorragies ; *c*) Etudes analytiques des anomalies endogastriques : 1° Les gastrites ; 2° L'ulcère et ses complications ; 3° Le cancer ; 4° L'estomac opéré ; *d*) Les erreurs d'interprétation.

Vendredi 28 octobre, 10 heures, Docteur P. PORCHER : Interprétation des images gastrophotographiques : 1° La localisation des images dans l'estomac « les zones interdites » ; 2° L'aspect des lésions ; 3° Les causes d'erreurs dans la localisation, dans l'interprétation des images (le mucus, les effets de réfraction).

Droit d'inscription : 150 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ou au laboratoire, n° 1.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers.

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de révision d'une semaine (7 au 12 novembre* 1932) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du Professeur Emile SERGENT et de M. C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux ; FAROY, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux ; JOANNON, agrégé ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, démonstration pratique. — Lundi 7 novembre, M. LIAN, hôpital Tenon. — Mardi 8 novembre, M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié. — Mercredi 9 novembre, Professeur SERGENT, hôpital de la Charité. — Jeudi 10 novembre, M. FERNET, hôpital Broca (service de M. Weissenbach). — Vendredi 11 novembre, M. FAROY, hôpital Beaujon. — Samedi 12 novembre, M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du Professeur Guillain).

II. L'après-midi, à l'hôpital de la Charité : 3 heures à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire du Professeur Sergent). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du Professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le Professeur SERGENT.

Lundi 7 novembre, 3 heures à 4 heures, M. Henri DURAND (tuberculose). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Professeur SERGENT (appareil respiratoire). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (appareil respiratoire).

Mardi 8 novembre, 3 heures à 4 heures, M. LIAN (cœur, vaisseaux). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PÉRISSON (neurologie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition).

Mercredi 9 novembre, 3 heures à 4 heures, M. PÉRISSON (neurologie). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. DUVOIR (médecine légale). — 5 h. 1/2 à 6 heures, M. HARVIER (endocrinologie). — 6 heures à 6 h. 1/2, M. ABRAMI (pathologie générale).

Jeudi 10 novembre, 3 heures à 4 heures, M. FERNET (peau et syphilis). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis). — 5 h. 1/2 à 6 heures, M. JOANNON (hygiène). — 6 heures à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (sang).

Vendredi 11 novembre, 3 heures à 4 heures, M. WEISSENBACH (médecine générale). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FAROY (estomac). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (intestin).

Samedi 12 novembre, 3 heures à 4 heures, M. BLECHMANN (pédiatrie). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN (pédiatrie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. LIAN (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine, ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures (sauf le samedi) salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures. Droit d'inscription : 250 francs.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Laurent PRINCETEAU, professeur honoraire à la Faculté de Bordeaux ; du Docteur Maurice NICOLLE, professeur à l'Institut Pasteur, ancien directeur du Laboratoire de microbiologie de Constantinople, frère du Professeur Charles Nicolle, du Collège de France ; du Docteur Antoine MOLLIÈRE, de Lyon ; du Docteur Charles BOIS, ancien maire de Saint-Laurent-de-Chamousset ; du Professeur HENRIJEAN, de Liège ; du Docteur THYSSEN, de Paris ; du Dr Ch. STHAL, de la Tronche (Isère).

Nous avons encore le regret d'annoncer la mort de Madame ZIPFEL, femme de notre excellent confrère le Dr. Zipfel, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de Dijon, à qui nous adressons nos bien cordiales sympathies J. N.

— **Inauguration du camp thermal de Salies-du-Salat.** — Tout récemment, M. Hippolyte Ducos, sous-secrétaire d'Etat à l'Enseignement technique, a inauguré le camp thermal de Salies-du-Salat (Haute-Garonne).

Après que le Docteur Molinéry, médecin directeur à Luchon, et initiateur des camps thermaux en France, eut développé la nécessité de généraliser de pareilles créations, le ministre en étendit encore le programme et insista sur la nécessité pour les Assurances sociales de fonder, partout où la chose sera possible, des groupes thermaux pour les assurés sociaux.

Le camp de Salies-du-Salat est un véritable village de toile, aussi coquet que possible, et dont l'organisation technique et hygiénique mérite des éloges.

— **Pour nos confrères mutilés.** — Nous croyons rendre service à nos confrères mutilés en leur indiquant les adresses de quelques-unes des principales associations *spécialisées* de victimes de la guerre :

Fédération des mutilés des poumons, 55, rue Bobillot, Paris ; Fédération des amputés, 28, boulevard de Strasbourg, Paris ; Fédération des mutilés de la face, 14, boulevard Poisonnière, Paris ; Fédération des mutilés des yeux, 29, rue Guillaume-Tell, Paris ; Fédération des mutilés de l'oreille, 143 *bis*, Promenade des Anglais, Nice ; L'Union des aveugles de guerre, 25, rue Ballu, Paris ; Fédération des grands invalides, 7, rue Ernest-Cresson, Paris ; Les Grands Mutilés, 18, rue Faber, Paris ; Fédération des trépanés, 141, rue de Bercy, Paris ; Ligue des gazés, 55, faubourg Montmartre, Paris.

— **Hôpital français Reine-Elisabeth, de Bruxelles.** — Le Conseil général de la Seine a voté le renouvellement de la subvention de 5.000 francs attribuée à l'hôpital français Reine-Elisabeth, de Bruxelles.

— **IIe Congrès international de l'aviation sanitaire.** — Le Comité permanent des congrès internationaux de l'Aviation sanitaire, réuni à Liége (Belgique) et à Paris, les 24 et 29 juin 1932, a ratifié, à l'unanimité, la proposition du Gouvernement espagnol de réunir à Madrid, du 5 au 8 juin 1933, le *Deuxième Congrès international de l'Aviation sanitaire.*

*Questions à l'ordre du jour :*

1° L'aménagement des avions sanitaires. Pays rapporteurs : Espagne, France.

2° La sécurité, sous toutes ses formes, des avions sanitaires. Pays rapporteurs : Espagne, Italie, Suède.

3° Les contre-indications médico-chirurgicales du transport en avion sanitaire. Pays rapporteurs : Espagne, Belgique.

4° Le corps de santé de l'air. Pays rapporteurs : Espagne, Grande-Bretagne, Pologne.

En principe les rapports devront être présentés, à la fois, par un médecin et par un aviateur.

Pendant le Congrès sera mise en compétition, pour la seconde fois, la Coupe d'aviation sanitaire Maurice Raphaël. Le règlement d'attribution de cette Coupe sera publié incessamment.

Les inscriptions au Congrès et les demandes de renseignements devront être adressées au Commissaire général : M. le Lieutenant-colonel médecin Van Baumberghen, Barquillo, 15, à Madrid.

— **Société internationale de chirurgie.** — Dans son assemblée générale tenue à Madrid, en mars dernier, le Prof. Eiselsberg (de Vienne) a été élu président du prochain Congrès qui se tiendra au Caire en 1935.

Voici les questions mises à l'ordre du jour ; 1° Chirurgie des glandes parathyroïdes ; 2° Chirurgie du sympathique lombaire ; 3° Chirurgie du côlon (cancer excepté).

Une quatrième question, de préférence de chirurgie tropicale, sera désignée ultérieurement par le Comité international.

Le secrétaire général est le Docteur L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

*b*) Le lundi soir, vous avez à compter visite : 15 francs plus déplacement de la mairie de votre domicile à la résidence de la malade (art. 2) en tenant compte des kilomètres parcourus à pied « par manque de viabilité » qui sont tarifés 5 francs (voir le 3° de l'annexe à l'art. 2 en fin du Tarif).

Quant à votre transport de la malade à l'hôpital de P..., ce n'est plus question de tarif médical, mais de tarif de « loueur de voiture ». En dehors du tarif médical des accidents du travail, entendez-vous, *à l'amiable*, avec la Compagnie qui, je pense, acceptera de payer ce déplacement spécial, au même tarif. Mais alors vous n'agissez plus ici, je le répète, comme médecin, donc ne mélangez pas les deux notes. Ajoutez simplement à la première une deuxième note exposant les faits et comment vous avez été amené à transporter la malade d'urgence à défaut d'autre mode de transport.

Dr F. Decourt.

## Fiscalité

### 4524. — Patente en cas de changement de domicile

Dans le *Concours* du 31 juillet 1932, en réponse à une question posée par un confrère, votre conseiller fiscal écrit ceci (n° 3799) : « Le médecin qui change de résidence après le 1er janvier doit la patente pour l'année entière à son ancienne résidence et ne peut être imposé à la nouvelle que pour la différence des valeurs locatives des locaux ». Le contrôleur des Contributions directes de S..., prétend que, d'après la loi, il est dû, dans la nouvelle résidence, la patente entière pour le temps qui est passé dans cette nouvelle résidence et non pas pour la différence des valeurs locatives des locaux. C'est ainsi que, en 1929, j'ai quitté N... pour S... fin mai : j'ai payé à N... la patente pour l'année entière et à S... la patente pour les sept mois qui se sont écoulés entre le 1er juin et le 31 décembre 1929. D'après la réponse de votre conseiller fiscal, je n'aurais dû payer rien du tout à S... puisque j'y ai un loyer de 3.000 francs alors que j'avais à N... un loyer de 9.000 francs.

Le Contrôleur est tout prêt à me faire dégrever si je lui montre la jurisprudence qui motive la réponse de votre conseiller fiscal et qu'il ne connaît pas. Je vous serais très obligé de vouloir bien m'indiquer quelle est cette jurisprudence.

Dr Y.

#### Réponse

Le docteur qui change de local ne peut être imposé par rôle supplémentaire que sur la différence en principal résultant de la valeur locative supérieure du nouvel immeuble.

Ce principe résulte de la loi du 15 juillet 1880, art. 28, paragr. 6.

Le Conseil d'Etat a décidé le 18 juin 1898 que « quand un établissement commercial a été transporté en cours d'année dans une commune ayant une population plus importante que celle abandonnée, et que le patentable a occupé dans la nouvelle résidence des locaux d'une valeur locative supérieure à celle des locaux occupés dans la précédente commune, il doit être établi un droit fixe et un droit proportionnel supplémentaires dans la nouvelle commune, pour les douzièmes qui ont suivi le changement de commune ».

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 4360. — Le médecin qui ne donne pas de soins n'est pas patentable

J'ai fait partie du « Sou Médical » avant et après la guerre, lorsque j'exerçais à Paris.

Fatigué, j'ai cessé d'exercer la médecine en 1929 et suis venu me retirer en province sans déposer mon diplôme et sans exercer.

Les rentes et le capital baissant d'une façon inquiétante, j'ai cherché à reprendre une occupation médicale.

Je viens d'être désigné par la Caisse des dépôts et consignations « à l'effet de faire passer une contre-visite aux souscripteurs de propositions d'assurances en cas de décès ».

Dans la région, renseignements pris auprès de mes confrères, les visites ne sont pas fréquentes, les contre-visites le seront encore moins.

Il s'agit donc d'un gain annuel léger et qui n'atteindrait pas le prix d'une patente.

Je viens donc vous demander si le fait de la prestation de serment au Juge de paix et de pratiquer, à mon domicile, ces contre-visites (suivies d'un rapport, mais non d'une ordonnance ou de conseils de traitement) m'oblige à payer patente. Dans l'affirmative, je renoncerai à ce poste.

Dr H.

**Réponse**

Suivant la jurisprudence, lorsque le médecin n'est pas payé par le malade, qu'il examine sans le soigner, il n'est pas imposable à la patente.

A. M.

### 4544. — L'indemnité d'assurance-vie n'est pas un revenu

Une personne contractant une assurance vie mixte, vivant encore à l'échéance du contrat et touchant le capital, doit-elle déclarer cette somme au fisc, et, par suite est-elle sur ce capital imposable au titre de l'impôt général sur le revenu ?

Dr B.

**Réponse**

La somme touchée de l'assurance est un capital.

Vous n'avez pas à la déclarer pour l'impôt général sur le revenu.

A. M.

### 4494. — Fixation du loyer matriciel d'une maison

Je suis en difficulté avec le Contrôleur des Contributions directes au sujet du loyer matriciel de la nouvelle maison que j'habite après l'avoir fait restaurer (elle a, du reste, été admise comme construction neuve et bénéficie de l'exemption d'impôt foncier qui est je crois de quinze ans).

Le loyer matriciel qui m'est attribué est de 65 francs. J'ai réclamé une diminution en donnant comme titre de comparaison une maison de semblable importance qui est cotée 50 francs et une autre plus importante qui est cotée 40 francs. Sur ces deux bâtiments, le mien a l'avantage d'avoir une façade neuve et bien crépie...

Le contrôleur, de vive voix, a admis que je pouvais prétendre à une diminution de 5 francs.,. Je n'ai pas voulu accepter en lui répétant que je demandais à ne pas être taxé plus qu'une maison semblable en importance.

J'ai reçu le 29 juillet, l'avis de non admission de réclamation, dont vous connaissez sûrement le libellé traditionnel. Le Contrôleur s'est borné à ajouter à la main :

« Les bases d'imposition en ce qui vous concerne ne paraissent pas exagérées. Il y aurait lieu en tous cas de préciser la réduction demandée. »

Je sollicite donc de vous le conseil suivant :

Dois-je parlementer avec le Contrôleur, comme il m'y invite ?

Dois-je, au contraire, tout de suite présenter une réclamation au Directeur des Contributions directes, sur papier timbré.

Et si ma réclamation n'était point admise, à quelle juridiction dois-je m'adresser ? Conseil de Préfecture ? et de quelle façon ?

Dr N.

**Réponse**

Le loyer matriciel est fixé pour chaque commune par le Contrôleur et les répartiteurs.

Si vous vous croyez trop imposé, il faudrait voir le Contrôleur et si vous ne vous entendez pas, faire une réclamation en indiquant le chiffre de la réduction demandée et les immeubles semblables moins imposés.

A. M.

## Questions médico-militaires

### 4184. — Présomption d'origine des maladies et infirmités

Un soldat de la classe 1930, premier contingent, ayant passé son conseil de révision en mai 1930 et ayant été ajourné, a été pris bon service armé à son



NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41, RUE DE ROME - PARIS

deuxième conseil de révision en mai 1931. A son arrivée au corps, les deux visites d'incorporation l'ont maintenu service armé. Une dizaine de jours après, il est atteint de bronchite aiguë, affection pour laquelle il est soigné une dizaine de jours à l'infirmerie ou à l'hôpital, et à sa sortie de l'hôpital présenté devant la Commission de réforme, il est réformé définitivement n° 2 sans pension.

Présentant de la sclérose pulmonaire, peut-il invoquer que son état s'est aggravé par suite de la bronchite contractée en service et peut-il demander une pension ?

Où faut-il qu'il s'adresse pour faire cette demande, quelle est la marche à suivre et les pièces à fournir ?

Depuis sa réforme (deux mois) son état est très déficitaire et s'il a été jugé bon service armé, au Conseil de révision et à la visite d'incorporation, il y a eû sûrement une aggravation de son affection et il devrait être pensionné.

Dr F.

**Réponse**

Pour les hommes du contingent, le bénéfice de la présomption légale d'origine en service des maladies ne commence à jouer qu'à partir du troisième mois écoulé de l'incorporation. Il faudrait donc que l'intéressé puisse prouver que sa bronchite a été *causée* ou *aggravée* par *une circonstance de service* (refroidissement, etc.).

Ceci dit, toute demande de visite pour pension d'invalidité doit être adressée, par lettre recommandée, au médecin chef du Centre de réforme le plus proche.

### 3821. — Obligations du réformé tuberculeux qui perçoit l'indemnité de soins

Je me permets de solliciter votre avis sur une question qui me semble intéresser les médecins praticiens au premier chef.

Il s'agit de la veuve d'un pensionné de guerre à 100 % pour tuberculose à laquelle le Préfet refuse le payement d'une indemnité de soins sous le seul prétexte, « qu'il n'a pas été suivi ni soigné par un Dispensaire » pendant la période pour laquelle il est réclamé une indemnité.

Or, pendant cette période (les deux années qui ont précédé la mort), le malade a été suivi et soigné par moi, ce dont j'ai délivré attestations et certificats.

Peut-on admettre que le dispensaire soit considéré officiellement comme un super-médecin, en dehors duquel il n'est point de salut, et peut-on obliger un malade à aller consulter au dispensaire (40 kilomètres de son domicile) alors qu'il existe des médecins libres, dont le diplôme ne limite pas, que je sache, le droit qu'ils ont de soigner les tuberculeux.

Allons-nous nous laisser considérer officiellement, et par voie de conséquence, par les malades, comme des médecins de deuxième zone, bons tout au plus à

soigner les gens sous la haute directive des médecins de dispensaire qui contrôlent nos soins, dispensent la louange et l'invective.

Une petite malade ne m'a-t-elle pas dit récemment : « Docteur, je viens de voir le médecin du dispensaire, il m'a chargée de vous dire qu'il était très content des soins que vous m'aviez donnés ». Goûtez-vous ces éloges de supérieur à l'inférieur. C'est presque : « Soldats, je suis content de vous. »

Il est logique de penser que si l'occasion s'en présente, la louange cède le pas au blâme, mais le malade se garde bien de nous en informer.

Ces constatations et bien d'autres posent plusieurs problèmes à mon modeste avis :

1° Liberté du médecin et sa place entre, d'une part l'Etat et les organisations médicales officielles, d'autre part, le malade ;

2° Utilité des dispensaires antituberculeux, je sais bien que je soulève là un gros lièvre, et que mon opinion semblera paradoxale, mais l'on pourrait donner beaucoup d'arguments tendant à démontrer d'une part l'inutilité relative des dispensaires au point de vue prophylaxie et traitement de la tuberculose, d'autre part, leur existence en tant qu'adversaires des praticiens.

Mais le développement de ces idées un peu subversives m'entraînerait trop loin et je vous prie d'excuser la longueur de ma lettre.

Dr D.

**Réponse**

La loi impose, comme l'une des obligations principales, au tuberculeux 100 % qui désire percevoir l'indemnité de soins, celle d'être suivi régulièrement par un dispensaire d'hygiène publique. Si le malade ne peut se déplacer, le Préfet désigne lui-même un médecin qu'il délègue pour aller le visiter à domicile, afin de s'assurer qu'il suit bien le traitement prescrit, et de surveiller prophylactiquement sa femme et ses enfants.

Les fois suivantes, c'est une infirmière visiteuse, qui peut être déléguée officiellement. Il s'agit d'un contrôle officiel de l'Etat, contre lequel personne, même pas le médecin traitant, ne peut s'insurger.

Cette condition non remplie, l'indemnité de soins aux tuberculeux n'est pas accordée, ou bien elle est supprimée.

### 4157. — Promotion au grade de médecin lieutenant

Je me permets de vous demander quelques précisions au sujet de ma nomination au grade de médecin lieutenant.

Ayant accepté cette année-ci de faire une période de vingt-cinq jours, j'ai été nommé médecin-lieutenant pour prendre rang du 15 mai 1932 Or j'étais médecin sous-lieutenant depuis le 23 mars 1924.

Il me semblait qu'automatiquement, on passait

lieutenant après quatre ans de grade de sous-lieutenant. Je ne m'explique pas cette différence de huit ans. J'espérais être nommé lieutenant pour prendre rang du 23 mars 1928.

Veuillez me donner quelques éclaircissements à ce sujet et me dire si je suis en droit de réclamer. A qui dois-je adresser la lettre de réclamations ?

Dr X.

**Réponse**

Voici les dispositions qui concernent votre cas. L'article 3 de la loi du 8 janvier 1925 (statut des officiers de réserve) exige deux conditions pour être promu à deux galons :

1° Quatre années de grade de sous-lieutenant ; 2° l'accomplissement préalable d'une période d'exercice.

Peut-être, même probablement, vous avait-on déjà convoqué pour cette période d'instruction et n'aviez-vous pas pu répondre à cet appel ? Telle doit être la raison du retard que vous nous signalez. S'il en était autrement, veuillez bien nous le faire savoir.

### 3396. — Ajournement pour le service militaire

Un conscrit est ajourné au 30 mai 1932.

Pour combien de temps ? Il ne sait préciser : six mois, un an ?

Il voudrait partir avec son contingent, il a 21 ans déjà, mais il semble qu'il lui faudrait s'engager et pour quelle durée au minimum ?

Motif : Il voudrait s'établir boulanger et se marier le plus tôt possible et pour cela être libéré du service. S'il part dans un an, comme probable, il revient dans deux ans.

Les décisions du Conseil de revision sont-elles à ce point irrévocables, ne peut-il interjeter appel devant une commission ?

Je lui ai trouvé un motif de service auxiliaire, je crois, un rétrécissement de l'orifice mitral.

Peut-il être présenté à une commission de réforme pour service auxiliaire, étant ajourné ?

N'y a-t-il rien à faire en ce sens et par quelle voie ?

Je ne suis pas assez au courant pour le conseiller.

J'ai vu dernièrement un cas opposé.

Quelqu'un appelé comme conscrit a été pris bon, il était souffrant, il m'a consulté, je l'ai reconnu atteint de tachycardie permanente avec hypertension permanente, et troubles nerveux fourmillements dans les membres. On lui a dit : attendez votre ordre d'appel et demandez à passer une visite devant une Commission de réforme, en déposant cet ordre à la gendarmerie de votre domicile (en campagne). Il a été classé service auxiliaire et est parti comme service auxiliaire.

Mais le premier exemple choisi plus haut ne comporte pas l'ordre d'appel.

Dr S.

**Réponse**

L'ajournement est prononcé pour *un an* par les Conseils de révision.

Si entre temps, l'intéressé se croit bon à être incorporé, ou s'il désire contracter un engagement, il doit adresser une demande à son Bureau de recrutement ; une Commission de réforme l'examinera ensuite et se prononcera sur son aptitude physique à être incorporé avec l'expiration de l'ajournement.

La Commission de réforme le classera service armé, ou service auxiliaire, ou le maintiendra ajourné jusqu'au prochain Conseil de révision.

---

### 3515. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre

Un de mes camarades, réformé avec pension de 60 % (cou percé de part en part : gêne de la mastication), est décédé de tuberculose pulmonaire.

Sa veuve a-t-elle droit à la pension comme veuve de guerre ? et quel article de loi doit-elle invoquer ? et quelle démarche doit-elle faire ?

Eventuellement, dois-je établir un certificat mentionnant la cause du décès ; ou bien un certificat de décès délivré par la mairie est-il suffisant ?

Dr B.

**Réponse**

La veuve d'un pensionné *de guerre* à 60 % a droit, si le mariage est antérieur à la blessure ou à l'aggravation, à une pension dite de réversion (1.560 francs).

Cependant, s'il est démontré qu'il soit mort des suites de ses blessures de guerre, la pension sera du taux normal (2.400 francs). Il faudrait alors joindre à la demande de la veuve un certificat médico-légal démontrant que la tuberculose pulmonaire a pu se développer à la suite de la blessure. En ce cas, le Ministre peut accorder lui-même le taux normal ; mais s'il ne juge pas à propos de le faire, il est plus que probable que cette pension sera *ultérieurement* accordée par le Tribunal des pensions.

En tout cas, la demande doit être adressée à l'intendant départemental des Pensions militaires.

---

### 3499. — Promotion au grade de médecin capitaine

Médecin lieutenant de réserve depuis le 15 mai 1927 (classe 1921, brevet de P. M. S.). J'ai accompli une période en 1928, une autre que je dois accomplir en août 1932.

Je crois qu'il faut avoir six ans de grade et deux périodes pour être nommé au grade supérieur.

Or, dans le *Concours* n° 23 du 5 juin, à la question 1616, vous répondez : « Il faut, afin d'être proposable, réunir six ans de grade plus deux périodes de réserve.

Et à la question 1675, « il faut six ans de grade et trois périodes ». DrR.

**Réponse**

Il faut distinguer entre le nombre des périodes indispensables afin d'être proposable pour le grade supérieur, et celui des périodes qu'il est réglementaire de faire effectuer *au cours du grade de lieutenant*, afin de répondre au maximum de quatre mois, réparti sur toute la durée des obligations militaires.

Les deux réponses sont exactes : l'une pour la question « avancement » : deux périodes (loi du 8 janvier 1925, statut des officiers de réserve), l'autre pour le « service normal dans les réserves » : trois périodes (loi du 31 mars 1928. Recrutement de l'armée).

## Internes des hôpitaux

### 3635. — I. Pénalités pécuniaires

Etant internes à l'Hôtel-Dieu de notre ville, nous nous permettons de venir vous demander quelques conseils au sujet de deux différends qui ont surgi entre l'Administration des hospices et nous.

Ayant commis quelques dégâts d'ailleurs insignifiants, et que nous nous offrons à régler, l'Administration sans nous fournir aucune note, nous retient à titre de dommages, à chacun de nous treize, soixante-quinze francs, c'est-à-dire la moitié de notre indemnité mensuelle que nous recevons en plus du logement et de la nourriture ; le détail de la note nous a été refusé.

Nous vous demandons donc :

1° Si l'Administration est bien fondée pour retenir cette somme d'ailleurs exagérée ;

2° Si elle a le droit de ne pas nous fournir le montant des dommages. Dans le cas contraire, quelles seraient les démarches pour faire prévaloir notre droit et, si nécessaire, quelle jurisprudence il faudrait suivre.

**Réponse**

Les internes des hôpitaux sont liés à l'Administration de leur hôpital par un contrat, constitué par le règlement de santé de l'établissement.

L'Administration prétend que ce règlement constitue un contrat de louage de services : quels que soient ses titres, le Corps médical ne serait que l'employé de la commission administrative de l'hôpital. Que de fois, d'ailleurs, n'ai-je pas entendu dire : « mes médecins, mes chirurgiens », par un homme de bien, administrateur des hospices, mais tellement imbu de ses fonctions humanitaires qu'il devenait le plus tyrannique des patrons, vis-à-vis de ses collaborateurs scientifiques, les médecins.

Aussi, ne suis-je pas étonné d'apprendre qu'unilatéralement, votre commission hospitalière entend vous punir à sa guise, en vous réclamant

non seulement le prix des dégâts, mais encore en vous imposant une indemnité supplémentaire, constituant une punition pécuniaire.

Certes la jeunesse est turbulente et, dans nos internats, nous n'avons pas toujours conservé cette sagesse et cette correction, qui sont l'apanage de l'âge mûr et des fonctions de chef de service.

Cependant, la jeunesse travailleuse a besoin de soupapes de sûreté et tout en la grondant amicalement, on peut rester dans la limite des remontrances, sans prendre tout au tragique.

Ceci posé, il convient de savoir si l'Administration de votre hôpital entend ne vous réclamer que le prix des dégâts, ou si elle vous inflige une pénalité pécuniaire.

Dans le premier cas, elle doit vous fournir la facture des frais de réparations : c'est de toute équité.

Dans le second, il faut savoir si cette pénalisation est prévue dans la liste des sanctions disciplinaires, inscrites dans le règlement.

Que faire ?

Il faut résoudre amiablement ce conflit et j'estime que vos chefs de service doivent servir d'intermédiaires entre vous et l'Administration. S'ils s'y refusent, je pourrais proposer au *Concours Médical* et à la Ligue médicale de défense individuelle, dite « Sou Médical », de correspondre avec la Commission administrative.

Si de ces manières, nous éprouvons un échec, le conflit pourrait être porté à la connaissance du préfet, tuteur des commissions administratives des hôpitaux, puis au ministre de la Santé publique, qui pourra demander avis au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Mais je ne serais pas d'avis, pour le moment, d'envisager un recours en Conseil d'Etat, ni une manifestation bruyante d'énergie et de protestation collective, telle qu'une grève des internes. Par notre attitude ferme, mais digne, nous devons démontrer que nous sommes, non pas des employés-médecins, mais des collaborateurs pour l'assistance donnée aux pauvres et aux miséreux.

Epuisons les moyens légaux et administratifs, au lieu de recourir aux procédés de défense ouvrière : la grève.

Donc, demandez au Corps médico-chirurgical hospitalier de s'entremettre auprès de la Commission administrative, pour obtenir d'elle des éclaircissements sur le montant des frais de réparation, ou sur le caractère de pénalisation de la somme, qui vous est forfaitairement réclamée, ou plutôt retenue.

Si les médecins échouent, ou, timorés, ne veulent pas prendre votre défense, informez nous en et, en notre qualité d'anciens, nous viendrons au secours de nos jeunes camarades.

Dr Paul BOUDIN.

**II. Démission. — Révocation**

La deuxième question est la suivante. Un externe a offert sa démission avec un préavis d'un mois. L'Administration lui demande de justifier sa démission ou sans cela veut le révoquer. A-t-on à fournir des raisons ? Un préavis d'un mois est-il suffisant ? Dans le règlement la durée de l'externat n'est d'ailleurs nullement fixée. Dr C.

**Réponse**

La seconde question que vous nous posez est la résultante de cet état d'esprit vieillot et retardataire, qui anime encore quelques commissions hospitalières. Non, le Corps médical hospitalier ne peut pas, ne doit pas être considéré comme ayant loué ses services à la Commission administrative.

Non, il n'est pas dans la condition subalterne de l'employé, par rapport à son employeur : c'est un collaborateur technique et non pas un inférieur.

Or, le règlement de l'hôpital constitue la charte de tous ceux qui collaborent pour le bien des pauvres. S'il est muet sur les conditions de la démission d'un externe, celui-ci a le droit de se retirer, en donnant un préavis de politesse, pour permettre à l'Administration de faire assurer son service.

Doit-il donner les motifs de son départ ? Non, si le règlement est muet sur ce point.

Peut-on soutenir que le fait d'accepter d'être nommé externe, pour une ou plusieurs années, constitue, de la part de cet externe, l'engagement d'accomplir intégralement la durée de ses fonctions ?

Non, car nous conservons toujours le droit absolu de travailler, ou de ne pas travailler, de rompre notre accord de fonctions à tout moment, pourvu que cette rupture ne mette pas l'autre partie dans l'embarras, pour trouver immédiatement un remplaçant ; pourvu enfin que celui qui démissionne ne le fasse pas avec une idée de représailles et intention de nuire.

Dans ces conditions, une révocation de l'externe constituerait une pénalité disciplinaire injustifiée et pourrait d'abord être déférée au préfet, puis ultérieurement au Conseil d'Etat.

Mais ici encore, je conseille la voie diplomatique par l'intermédiaire du corps médico-chirurgical des hôpitaux. La réunion des chefs de service peut démontrer à la Commission administrative que l'époque napoléonienne est passée et que l'autoritarisme de royauté absolue n'est plus dans nos mœurs.

Aussi est-il préférable de discuter de puissance à puissance, de collaborateurs à collaborateurs, au lieu de se retrancher derrière cette autorité administrative, qui, réglementée par la loi du 7 août 1851, ne correspond plus à la situation prépondérante, du point de vue scientifique, qu'ac-

quiert le corps médico-chirurgical des hôpitaux, vu les services rendus aux malades hospitalisés.

Ceux-ci, en 1851, avaient plus besoin de soupe et d'un lit que de soins médicaux, ou surtout chirurgicaux (et pour cause). Aujourd'hui la situation est inversée : d'où ces conflits qui surgissent de plus en plus entre médecins et commissions administratives des hôpitaux, lorsqu'elles ne savent pas évoluer dans la voie du bon sens et du progrès.

Dr Paul Boudin.

## Pharmacie

### 4511. — Délai accordé à la veuve d'un pharmacien pour céder l'officine

Le pharmacien de la commune de X. est décédé depuis deux mois. Sa veuve qui n'a aucun diplôme, a-t-elle le droit d'exercer seule, sans pharmacien diplômé, la pharmacie de son défunt mari ?

La loi lui accorde bien un an et un jour pour trouver un successeur, mais peut-elle continuer de gérer elle-même l'officine ?

Je me crois autorisé à faire le propharmacien. Puis-je l'empêcher d'exercer et quelle voie à suivre pour atteindre ce but ?

#### Réponse

Aux termes de l'art. 25 de la loi du 21 germinal an II sur l'exercice de la pharmacie, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 9 février 1916, au décès d'un pharmacien, la veuve, les enfants ou héritiers peuvent continuer de tenir son officine ouverte pendant un délai qui, en aucun cas, ne peut dépasser un an à compter du décès, aux conditions de présenter à l'agrément de l'Ecole ou Faculté dont dépend l'inspection de l'officine, un étudiant majeur et pourvu d'au moins huit inscriptions de scolarité, en même temps qu'un pharmacien diplômé, établi ou non, sous la responsabilité duquel doivent être dirigées et surveillées toutes les opérations de l'officine.

L'autorisation de gestion doit être délivrée, après avis conforme de l'Ecole ou Faculté par le Préfet du département dans lequel est située l'officine.

Si la veuve du pharmacien continue à gérer l'officine sans avoir accompli ces formalités, elle est dans une situation irrégulière et vous pouvez adresser une plainte au Procureur de la République.

Mais il serait imprudent de votre part de commencer dès maintenant à exercer la propharmacie car la veuve du pharmacien peut encore se mettre en règle et par la suite vendre l'officine à un pharmacien diplômé.

Nous vous conseillons donc d'attendre que le délai d'un an imparti par la loi, soit expiré pour commencer à faire de la propharmacie si à ce moment l'officine n'a pas été vendue.

## Assurances sociales

### 4476. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie

Un de mes clients devient assuré social le 1er janvier 1932. Entre le 25 et le 30 mars, il m'amène sa femme à ma consultation.

Je constate l'existence d'une métrite et je commence le traitement.

La Caisse ne veut rembourser à l'assuré ni la première consultation (ce qui est juste, les trois mois de versement n'étant pas accomplis), ni les consultations suivantes, sous prétexte que la maladie a commencé avant que l'assuré ait droit aux prestations !!!

J'ai parmi mes clientes, de nombreuses assurées ou femmes d'assurées, qui présentent de vieilles métrites bien antérieures à la discussion de la loi des Assurances sociales, j'ai des syphilitiques qui font des accidents tertiaires, des tumeurs blanches datant de plus de vingt ans, la Caisse n'a jamais protesté et a toujours remboursé.

Vous m'obligeriez en m'indiquant :

1° Si la caisse est dans son droit, et en vertu de quel règlement ;

2° Sinon, quelle est la procédure à suivre pour obtenir satisfaction.

Dr M.

**Réponse**

Conformément au paragraphe 2 de l'art. 5 de la loi sur les Assurances sociales, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en argent de l'Assurance-maladie, l'assuré doit avoir cotisé 60 jours *durant les trois mois antérieur* ou 240 jours durant les douze mois précédant la maladie.

D'autre part, en vertu de l'art. 11 du règlement-type d'administration intérieure pour Caisse d'assurances sociales, la date du début de la maladie est toujours celle de la première constatation médicale. En l'espèce que vous nous soumettez, la maladie ayant débuté avant que les trois mois nécessaires depuis l'affiliation se soient écoulés, c'est à juste titre, selon nous, que la Caisse refuse de rembourser à l'assuré le montant de vos consultations, aussi bien celles qui sont antérieures au 1er avril que celles qui sont postérieures à cette date.

Néanmoins, votre client peut tenter la chance de faire réformer cette décision en formant un recours contre elle devant la Caisse cantonale des assurances sociales présidée par le Juge de paix.

Conformément aux dispositions du décret du 30 juin 1930, la Commission cantonale est saisie par simple lettre recommandée adressée au Juge de paix président, dans le délai de dix jours à compter de la réception de la notification de la décision de la Caisse.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

*NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.*

MM. les Docteurs :

**Aix-les-Bains.** Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, H. Forestier père, Kent-Gazet, Lelong.

**Allevard-les-Bains.** Boël.

**Amélie - les - Bains.** Alardo, Bouix.

**Ax - les - Thermes** (Ariège), Boyer, Girard, Gomma.

**Bagnères-de-Bigorre :** Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, A. Gandy (chir.), Ricard-Pomarède.

**Bagnoles-de-l'Orne.** Censier, Joly; R. Hügel, Le Gouriérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E. Poulain.

**Bains-les-Bains.** M. Henry, Lassance, L. Rose.

**Barèges.** Fourment, Orliac, A. Péré, Pinat.

**Besançon La Mouillière.** Tronchon.

**Biarritz.** Augey, Clavel, Lacour.

**Bourbon - Lanoy.** Bellœuf, Compin.

**Bourbon - L'Archambault.** Litaud.

**Bourbonne-les-Bains.** Delacroix, Gay.

**Brides-les-Bains** et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

**Cambo-les-Bains.** A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

**Capvern.** Pouy.

**Cauterets.** Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

**Châtel-Guyon.** J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolner, Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

**Contrexéville.** J. Thiéry, Contal.

**Dax.** Barrau, Armand Delmas.

**Divonne-les-Bains.** Ballivet, Vieux.

**Eaux-Bonnes.** Creignou.

**Enghien-les-Bains.** Beyrand, H. Forterre.

**Escouloubre-les-Bains.** Dr Sarda.

**Evaux-les-Bains.** G. Benabu, Legate.

**Evian-les-Bains.** Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

**Forges-les-Eaux.** Barbaux.

**Gréoux** (Basses-Alpes). Rigal.

**Hammam-Lif** (Tunisie). Fére.

**La Bauche-les-Bains.** Brissaud.

**La Bourboule.** Barthomeuf, Albéric, Boudry, Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

**La Motte-les-Bains.** Goirand.

**Lamalou-les-Bains.** Cauvy (*Rééd. motr.*) M. Faure, Tabarié.

**La Roche-Posay-les-Bains.** Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

**Luchon.** P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

**Luxeuil - les - Bains.** Roger, Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

**Martigny.** Payen.

**Mont-Dore.** J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

**Néris.** Ducros, Jossand.

**Plombières-les-Bains.** Bernard, J. Dumont, Truelle.

**Pougues-les-Eaux.** Hyvert.

**Préchac-les-Bains.** Degos.

**Royat.** Cany, Mougeot.

**Salers.** Rongier.

**Salies-de-Béarn.** Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

**Salins-les-Bain.** Bourny.

**Salies - du - Salat.** Barbé, St Béat.

**Sail-sous-Couzan.** François.

**Saint-Didier.** (Vau.) Masquin.

**Saint - Gervais - les - Bains.** Musso, Roux.

**St-Honoré-les-Bains.** Charpin, Ségard, Silvestre.

**Sallanches.** Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

**St-Nectaire.** Sérane, Siguret, Versepuy.

**Santenay - les - Bains.** Boudeille.

**Sermaize-les-Bains.** Fritsch, (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

**Uriage.** Barbier, Boutelier.

**Vals-les-Bains.** David.

**Vernet-les-Bains.** Ponson.

**Vichy.** Bargy, Berthomier, (*phys.*) Cahen, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Fasré (Ch.), (*stom.*), Fau, Gannat, Lère, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

**Vittel.** Adda, G. Constant, Finck, Monsseaux.

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 280. — Bonne client. 30 km. Paris, pays chasse et pêche, proxim. gr. ligne, mais. confort., loyer 4.000, Chiffre import. touché. A reprend. imméd. Ecrire.

N° 281. — A vend. d'occas. Comptes rendus de Soc. Internat. de Chirurg., année 1920. Sommaire : Chirurgie cardio-vasculaire (Tuffier, Sencert, Allessandri, Goodman) ; Radiologie chirurgic. (Regaud, Neville, S. Finzi, Mioni, Greenough) ; Hématologie chirurgicale (Depage et Govaerts Graham); Fractures de la cuisse, (Patel, Sinclair, Kellog Speed) ; Prophilax et traitem. du tétanos (Donati, Cumins, Sieur, Ashhurst).

N° 282. — 25 km. Paris, Bon poste propharm. à céder dans jolie campagne, villa 8 p., jardin, garage, etc., loyer 6.000. Prix à débatt. Ecrire.

N° 283. — Aisne. Urgent 3 h. de Paris, seul médecin, pas de sage-femme, méd. du chemin de fer. Poste médical à céder pour 30.000 fr. dont moitié comptant.

N° 284. — Confr. Centre Ouest, recevrait pension convalesc., anémiés, fatigués, ayant besoin séjour campagne.

N° 285. — Céderais contrat achat Monaquatre Renault avec housses, 17.500, au lieu de 18.400 sans housses. Dr P. Bordes, Les Aubiers (Deux-Sèvres).

N° 286. — A vend. salle à manger Louis XVI, acajou et bronze, buffet argentier, desserte dossier glace, table ovale 3 allonges, parf. état, prix très intéress. Visite Dr Guillon, 14, rue César-Franck à Paris, ts les j. de 1 à 2 h., tel. Ség. 65-23.

N° 287. — A vend. divers intrum. médic., bon état : forceps, trousse d'urg., thermocaut., etc... Prix intéress.

N° 288. — A vend. Alimentat. totale pour poste T. S. F. au cufoxyde R. E. B. 4, 40, 80 volts, garantie neuve, et batterie accus fer-nickel 120 volts en parf. état.

N° 289. — Dr français cherche poste propharm. région Ouest et Centre Ouest.

N° 290. — Fils doct. libéré serv. militaire, diplômé d'agriculture, plusieurs stages, désire gérance. Sérieuses références. Christien, Saint-Quay-Portrieux (C. du-N.).

N° 291. — A louer appart. 1er étage, 5 p. cuis., galerie vitrée, desservi par 3 escal. dont un particulier. Conviendr. à doct. ou clin., avec habitat. bourgeoise, garage : 16.500 fr. 26, rue Vauquelin (5e) près Panthéon. S'ad. Donaty, 17, quai Voltaire (7e).

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Naissance.** — M. et Madame CONVERS nous font part de la naissance de leur fille Magdelaine. Mme Convers n'est autre que Mlle Cécile NOIR, fille de notre ami et rédacteur en chef Julien NOIR.

Aux heureux parents, au grand père, dont les vœux ont été aussi bien comblés, les affectueuses félicitations du *Concours Médical*, et ses vœux de prompt rétablissement pour la jeune et sympathique maman et de prospérité pour son bébé.

G. D.

— **La production du sérum antivenimeux.** — Le ministre de la Santé publique communique la note suivante :

« Il nous est signalé que quelques pharmaciens éprouveraient certaines difficultés à s'approvisionner, à l'Institut Pasteur, en sérum antivenimeux.

« Jusqu'à cette année, les quantités préparées répondaient à la consommation. Brusquement, les demandes ont plus que doublé et il ne peut y être donné satisfaction immédiate ; un délai de quelques jours est parfois nécessaire.

« Il faut que le public sache que la fabrication du sérum antivenimeux est longue et coûteuse et que le prix de vente est hors de proportion avec celui de la préparation.

« Il est donc nécessaire, tout au moins dans la

période actuelle, de n'autoriser de demandes de sérum qu'en vue du traitement des personnes. De grandes quantités sont, en effet, demandées par les chasseurs qui traitent leurs chiens mordus par des vipères.

« Des dispositions sont prises en vue d'intensifier la production. »

— **Congrès de chirurgie.** — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le vendredi 7 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, à sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations techniques, avec présentation de malades et de sujets guéris.

1° Réduction de plusieurs luxations congénitales de la hanche ;

2° Le traitement des tuberculoses des os, articulations, ganglions (adénites, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, orchi-épididymites, etc...) Supériorité des méthodes conservatrices (avec injections modificatrices et ponctions) sur les méthodes sanglantes ;

3° Pièces et documents originaux sur la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux français d'après-guerre ;

4° Pied-bot et autres affections orthopédiques.

Moyens d'accès : tramways 14 et 20, descendre à l'arrêt : rue Jean Nicot, entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.** — *Service d'accouchement.* — La commission administrative de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye a décidé, dans sa réunion du 1er juin 1932, la création d'un service d'accouchement, dont l'ouverture a eu lieu le 1er septembre.

A la suite du concours du 19 juillet 1932, présidé par le professeur Brindeau, le Dr Jacques Courtois a été nommé accoucheur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye et chargé du service nouvellement créé.

— **Pour l'amélioration de Berck-sur-Mer.** — Le Syndicat des médecins de Berck-sur-Mer, ayant décidé de prendre l'initiative d'un certain nombre de réformes qu'il juge indispensables pour la station dans l'intérêt des malades, a remis, par l'intermédiaire de son bureau, le 31 août, au maire de la Ville, la liste des améliorations qui lui ont paru les plus urgentes.

— **Hôpital et Dispensaire français de Londres.** — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1932. Les conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont sensiblement celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage,

nourriture. Il y a deux médecins résidents prenant la garde de 24 heures à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire soit au Docteur Robert Pierret, (La Bourboule, Puy-de-Dôme), soit au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français de Londres, 172, Shaftesbury Avenue, Londres W. C. 2.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Mademoiselle Eliette Roux, fille de notre distingué confrère, le Dr E. Roux, de Saint-Gervais-les-Bains, avec Monsieur Roger de Breyne, ingénieur I. R. T. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 25 août 1932, en l'église de Saint-Gervais.

## A TRAVERS L'OFFICIEL

6 septembre

### Asiles publics d'aliénés.

M. le Docteur Schützenverger, médecin directeur de l'Asile de la Charité-sur-Loire, est nommé médecin chef de service de l'Asile du Mans, en remplacement de M. le Docteur Bourdin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le poste de médecin directeur de l'Asile de la Charité est vacant.

### Sanatoriums publics.

*Avis de concours pour deux postes de médecin adjoint des sanatoriums publics.*

Un concours sur titres est ouvert pour deux postes de médecin adjoint au sanatorium départemental du camp d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut atteindre 36.000 francs, par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 29 septembre 1932, au ministère de la Santé publique (direction du l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur nomination, être reconnus physiquement aptes à exercer les fonctions de médecin adjoint.

7 SEPTEMBRE

**Légion d'honneur.**

Est promu au grade d'officier, au titre du ministère de la Santé publique, M. le Docteur Montlaur, chef de laboratoire à la Maternité de Paris.

10 SEPTEMBRE

**Service de santé de la Marine militaire.**

*Décret du 7 septembre 1932 fixant le montant des sommes à rembourser par les élèves de l'École principale du Service de santé de la Marine par suite de radiation des contrôles.*

Art. 1er. — Est fixé à 8.000 francs pour l'année scolaire 1932-1933 le montant de la somme à rembourser, en exécution de l'article 152 de la loi du 16 avril 1930, par les élèves de l'école principale du Service de santé de la marine qui, pour une cause quelconque, autre que pour inaptitude physique reconnue, quittent l'école en cours d'études, ne satisfont pas aux examens de sortie ou ne restent pas, sauf le cas de réforme pour raisons de santé, au moins dix ans après leur sortie de l'école dans l'un des deux corps de santé (marine ou troupes coloniales) dans lequel ils seront admis à servir d'après leur rang de classement de sortie de l'école de Bordeaux.

Ces élèves auront également à rembourser :

1° La valeur du trousseau qui leur sera délivré d'après le taux fixé annuellement pour chaque année scolaire passée à l'école ;

2° Le montant des frais de scolarité payés par la marine pendant leur présence à l'école de Bordeaux, d'après les tarifs fixés par les décrest relatifs aux droits à percevoir en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien.

**Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires**

**Effectif des officiers de réserve du Service de santé militaire ; nombre des inscrits au tableau de concours pour la Légion d'honneur.**

603. — M. Prosper BLANC demande à M. le ministre de la Guerre : 1° quels sont les effectifs des divers personnels d'officiers de réserve des services de l'intendance et de santé et, pour chacune des catégories de ces personnels, le nombre de ceux de ces officiers inscrits au tableau de concours de 1932 pour la Légion d'honneur ; 2° dans le cas où des différences appréciables ressortiraient de la comparaison du nombre des inscrits audit tableau avec chacun des différents effectifs, de préciser : *a)* le taux du pourcentage des inscrits au tableau par rapport à l'effectif de chacune des catégories de ces officiers de réserve ; *b)* les raisons qui auraient motivé les différences de pourcentage. (*Question du 7 juillet 1932.*)

*Réponse.* — 1° Les effectifs des divers personnels

d'officiers de réserve des services de l'intendance et de la santé sont respectivement de 4.605 et de 22.912. Le nombre d'inscrits au tableau du concours de 1932 est : pour l'intendance de 9, pour officier de la Légion d'honneur et de 35 pour chevalier ; pour la santé : de 66 pour officier et de 378 pour chevalier ; 2º les inscriptions au tableau de concours ne sont pas faites au prorata des effectifs des diverses catégories d'officiers de réserve, mais uniquement au choix, sur l'ensemble de l'armée, après examen comparatif des titres de tous les candidats et dans la limite des contingents de croix légalement fixés. Le taux du pourcentage des inscrits par rapport à l'effectif de chacune des catégories est donc variable. (*J. O.*, 23 août 1932.)

---

**Prélèvement de sang concernant les paludéens.**

653. — M. MASSON demande à M. le ministre des Pensions si le prélèvement de sang concernant les paludéens doit être fait dans un hôpital ou par un médecin accrédité, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans un hôpital. (*Question du 11 juillet* 1932.)

*Réponse.* — Les examens de laboratoire, nécessités par l'instruction d'une demande de pension, doivent être effectués à la diligence des centres de réforme dans les laboratoires agréés à cet effet. Il n'y a lieu à hospitalisation, que si des considérations particulières tenant soit à la nature de l'examen, soit à l'état du sujet le rendent nécessaire.

(*J. O.*, 8 septembre 1932.)

**Assurances sociales. Rémunération du radiographe d'un établissement hospitalier.**

496. — M. Edmond MIELLET demande à M. le ministre du Travail comment, lorsque le mode de rémunération adopté pour le Corps médical d'un établissement hospitalier, situé en dehors d'une ville de faculté, pour les soins donnés aux assurés sociaux qui y sont admis est le système forfaitaire à la journée d'hospitalisation, aussi bien pour la chirurgie et les spécialités que pour la médecine, doit être rémunéré le radiographe dont le service ne comporte pas de lit, et qui ne peut, de ce fait, faire état de journées d'hospitalisation pour la rémunération de ces actes. (*Question du 30 juin* 1932.)

*Réponse.* — S'il s'agit de malades non hospitalisés, les honoraires du médecin radiographe sont à fixer dans la convention entre la caisse d'assurances sociales et l'établissement hospitalier, dans la limite du chiffre-clé de 3 francs appliqué à la nomenclature des spécialistes. Toutefois, dans les établissements où les honoraires médicaux sont fixés forfaitairement à 4 francs par journée d'hospitalisation, il semble que les honoraires du radiographe devraient être fixés par analogie à 4 francs par intervention. S'il s'agit de malades hospitalisés, il n'y a pas lieu de prévoir d'honoraires particuliers pour le médecin radiographe, dès l'instant que les honoraires médicaux ont été fixés forfaitairement à 4 francs par journée d'hospitalisation. Le forfait s'applique à la totalité des soins. Il

appartient aux médecins attachés à l'établissement hospitalier de répartir entre eux tous, y compris les médecins radiographes, les honoraires forfaitaires sur les bases qu'ils ont fixées d'un commun accord.

(*J. O.*, 8 septembre 1932.)

# CORRESPONDANCE

## Assurances Sociales

### 4875. — Droit de l'assuré social en cas de rechute après la période de six mois

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me renseigner sur le cas suivant :

Il s'agit d'un assuré social qui, le 3 décembre 1931, me fait appeler. Je constate un état inflammatoire du côté de l'ischion qui, par la suite se révèle comme étant une ostéomyélite de l'ischion. L'affection s'améliore et semble guérir dès avril, mai je laisse courir le délai de six mois et le 3 juin 1932, je signe sa feuille de guérison et il reprend son travail dès le 4 juin 1932.

Depuis ce jour jusqu'au 16 août 1932, il travaille normalement et cotise pour l'assurance-maladie. Je n'ai pas revu ce malade depuis.

Le 17 août, je revois ce malade dont l'affection s'est réveillée et qui l'oblige à interrompre son travail, et probablement vais-je être obligé de faire intervenir un chirurgien.

Voudriez-vous me dire si cette rechute, produite dans un délai de plus de deux mois, peut ouvrir droit à de nouvelles prestations ; j'ai vu dans vos demi-colonnes du 28 août ce qu'il fallait entendre par rechute.

D'autre part, voudriez-vous me rédiger un petit mot que je ferais transmettre à la Caisse qui prétend que cet assuré n'a plus droit aux prestations (avec quelques références pour étayer notre thèse).

Dr L.

#### Réponse

Votre client ayant été guéri et ayant repris son travail le 4 juin et la rechute ne s'étant produite que le 17 août, c'est-à-dire plus de deux mois après la guérison, il faut admettre que, conformément à l'avis du ministre auquel vous faites allusion et que nous avons publié dans notre numéro du 28 août, il a droit à nouveau, pour une période maxima de six mois, aux prestations de l'assurance-maladie, s'il est en règle au point de vue du payement des cotisations.

Mais ce n'est pas à vous, mais seulement à l'intéressé, qu'il appartient d'entrer à ce propos en discussion avec la Caisse. Votre client peut se borner à indiquer à la Caisse ce que nous disons plus haut, avec, comme référence, l'avis du ministre. S'il ne lui est pas donné satisfaction, il n'a

qu'à saisir la Commission cantonale du siège social de la Caisse, par lettre recommandée adressée au Juge de paix, président de la Commission, dans les dix jours de la notification de la décision rejetant sa demande.

### 4914. — Les vieux salariés et les assurances sociales

J'ai deux vieux domestiques, une bonne de 77 ans et un domestique de 72 ans, à mon service depuis près de 50 ans. Ils sont à la retraite ouvrière depuis longtemps.

Ne pourraient-ils pas aspirer aussi à une retraite des assurances sociales ? Eux ne versant plus après six ans, et moi continuant à verser.

Pourriez-vous me renseigner ?

Dr L.

**Réponse**

Aux termes de l'article 15, paragraphe 3 de la loi sur les assurances sociales, les salariés âgés de 60 à 65 ans au moment de la mise en vigueur de la loi, non bénéficiaires ou non susceptibles de bénéficier d'une allocation ou d'une bonification de la loi du 5 avril 1910 (sur les retraites ouvrières) et qui, continuant à travailler, rentrent dans les conditions de l'article 1er, paragraphe 2 (déterminant l'obligation d'affiliation aux assurances sociales) pourront entrer dans l'assurance obligatoire pour le risque vieillesse seulement, en versant pour les professions autres que les professions agricoles, la cotisation ouvrière totale et pour les professions agricoles ou assimilées, une cotisation égale à la moitié de la précédente.

Vos deux domestiques ne peuvent donc bénéficier d'aucune retraite du chef des assurances sociales, tant parce qu'ils avaient plus de 65 ans, il y a deux ans, au moment de la mise en vigueur de la loi que parce qu'ils étaient bénéficiaires de la retraite de la loi du 5 avril 1910.

## Accidents du Travail

### 4697. — Calcul du salaire de base d'un accidenté du travail

Un ouvrier blessé du travail (perte de deux doigts de la main gauche et perte partielle de l'usage de l'index) a sa capacité ouvrière réduite de 20 % environ.

Cet ouvrier a, dans le cours de l'année qui précède le jour de son accident, travaillé environ trois mois dans une usine à 35 francs par jour, puis a cessé son travail par suite de chômage. Pas de caisse de chômage dans cette région.

Blessé en draguant du sable chez un autre patron chez lequel il a travaillé une quinzaine de jours avant son accident. Il gagnait là 35 francs par jour. Donc il a travaillé trois mois à l'usine et quinze jours au dragage, où il s'est blessé.

Comment calculer le salaire annuel pour la détermination de rentes, le chômage étant survenu cette année là à l'usine où auparavant, il travaillait presque régulièrement toute l'année ?

Je vous serais très obligé de me donner votre avis, si possible, à ce sujet.

Dr N.

**Réponse**

Si l'entreprise au service de laquelle travaillait l'ouvrier lorsqu'il a été blessé était une entreprise où le travail est continu, le salaire de base doit comprendre la rémunération effective que l'ouvrier a reçue depuis son entrée dans l'entreprise, augmentée de la rémunération qu'il aurait pu recevoir pendant la période de travail nécessaire pour compléter les douze mois, d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie.

Il n'y a pas lieu de tenir compte de la rémunération qu'il a reçue dans l'autre entreprise, encore qu'il y ait travaillé plus longtemps que dans celle au service de laquelle il a été victime de l'accident.

### 4682. — Autorisation d'une opération mutilante

Le 27 avril, le nommé M... était atteint d'une profonde blessure à l'index droit.

A différentes reprises, je l'ai fait examiner par le chirurgien d'une Maison de santé, qui estime, actuellement qu'il y a lieu de faire une désarticulation métacarpo-phalangienne du doigt blessé.

Sur la demande du médecin-chef de l'assurance, l'ouvrier s'est présenté à sa visite et à la suite de cet examen, j'ai reçu la lettre suivante du chirurgien de la Compagnie :

« Je ne puis autoriser que l'ablation de la troisième et de la deuxième phalange de l'index droit, encore qu'il ne soit pas prouvé que, par le temps, une amélioration ne puisse intervenir dans la flexion de la deuxième phalange sur la première. »

Que dois-je faire ? Est-ce à moi à choisir un expert ? Que me conseillez-vous ?

Dr T.

**Réponse**

La solution à la question que vous nous posez est fournie par l'article 9 du tarif des accidents du travail, dont voici des extraits :

« Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne pourra être décidée, sauf le cas d'urgence, qu'après avis, par lettre recommandée, du médecin traitant au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

« *En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.* »

*Voir la suite page XLVII-2829*

# PROPOS DU JOUR

## Hygiène Urbaine

### Aujourd'hui et autrefois

Maintes fois il a été dit que l'hygiène en France était une façade derrière laquelle il n'y avait rien. Nous devons reconnaître néanmoins que de sérieux progrès ont été réalisés et cependant, tout est loin d'être parfait.

Ainsi, nous lisons dans la revue *Aux Ecoutes* :

*Paris, le matin.* — Six heures du matin. Avenue Montaigne. Vingt-cinq boîtes pleines de détritus malodorants.

6 h. 1/4. Même place. Un champ d'ordures étalées sur le trottoir sous les yeux des étrangers réveillés par le tapage des boîtes que l'on renverse. La chiffonnière est là, forte de ses privilèges, le crochet à la main, accompagnée de sa famille (en l'espèce un petit garçon de dix ans). Elle vide les boîtes, remplit des sacs et repart.

6 h. 30. Odeur de pourriture devant tout l'hôtel ; les Américains, venus dans la Ville-Lumière, sont obligés de fermer leurs fenêtres en plein mois d'août.

Puis, un peu plus loin, dans la même publication, la note suivante qui démontre qu'il y a encore beaucoup à faire pour lutter contre le fléau moderne du bruit :

*Autobus.* — L'avenue Montaigne, grâce à l'Administration préfectorale, fut dotée à nouveau en 1922 du pavage en bois. Après des années de pavage de pierre (provisoire du temps de guerre), les riverains se réjouirent de pouvoir enfin dormir la nuit et s'entendre le jour. Hélas ! les autobus existaient toujours — ils existent toujours avec toujours les mêmes machines depuis douze ans : bandages pleins, châssis branlants et freins d'antique modèle. Ils produisent à eux seuls les neuf dixièmes du bruit actuel. Antédiluviens et désuets, ils exhibent leurs formes d'autrefois, du boulevard aux Champs-Elysées, et du Rond-Point à l'Alma. La ligne AC, puisque c'est d'elle qu'il s'agit, est bien connue des pauvres qu'elle transporte et des étrangers qu'elle abrutit par son tapage infernal.

L'étranger compare avec d'autres lignes de Berlin, et surtout de Rome. Inutile d'avoir un tel déficit d'exploitation pour présenter un tel lot de vieille ferraille.

La Province, n'a au point de vue de l'hygiène rien à envier à Paris. Nous relevons encore, toujours dans *Aux Ecoutes*, le passage ci-dessous :

*Le port de mer.* — M. X. a été passer quelques jours sur les bords de la Méditerranée. Il s'est arrêté à Z., M. X., à l'hôtel, a voulu prendre un bain. Il avait bien une baignoire, mais les robinets étaient secs. Ailleurs, nous voulons dire dans les cabinets de commodité, il n'y avait pas plus d'eau que dans la baignoire. La chasse fonctionnait à vide. Alors, M. X. a résumé ses impressions de voyage dans un hebdomadaire littéraire, de façon simple et nette : « Z., a-t-il écrit, n'est pas un port de mer ; mais un port de m. . . e ! »

Qu'a-t-il fait là ! On alerte des associations, des syndicats, des conseils de fabrique : « Préjudice !... Procès !... ».

Nous croyons que M. X. agira sagement, s'il se déplace encore avant la fin de ce que l'on appelle « la belle saison », d'aller quelque part, en Bretagne...

Quant à M. Y., le maire de Z., à qui la pénurie d'eau annuelle a coûté, au mois de mai dernier, son siège de député, il fera bien de méditer sur la matière.

Nous sommes bien convaincus que les faits ci-dessus signalés sont, en France, de très regrettables exceptions, mais il conviendrait, pour le bon renom de notre pays, d'y remédier au plus tôt.

Que ceux qui sont les louangeurs du bon vieux temps, du temps où, selon eux, il faisait si bon vivre, ne se hâtent pas de triompher. Voulez-vous savoir ce qu'était Paris, il y a un siècle et demi ? Lisez le *Tableau de Paris*, paru sans nom d'auteur à Amsterdam en 1783, et qui fut écrit par S. Mercier ; vous y apprendrez que l'air de la Ville était vicié par les cimetières encombrés qui se trouvaient au cœur de la cité, par les boucheries, les poissonneries, les égouts qui coulaient à ciel ouvert, que partout on rencontrait des amas de gadoues et des tas d'immondices, que les eaux des puits étaient infectes, ce qui n'empêchait pas les boulangers de les puiser pour fabriquer leur pain. Les fosses d'aisances, lorsqu'elles existaient, étaient mal construites. Les vidangeurs, pour s'épargner la peine d'aller

◆◆

porter ce qu'ils enlevaient au loin, le déversaient dans la Seine et les porteurs d'eau y puisaient l'eau qui servait à l'alimentation. Les cadavres que volaient ou achetaient les jeunes chirurgiens pour s'exercer en anatomie, étaient souvent coupés en morceaux et jetés dans les fosses d'aisances.

L'Académie des sciences s'émut de cette insalubrité. Pour éviter les intoxications des vidangeurs par les gaz putrides, elle recommanda de désinfecter par le feu les fosses et les puisards, avant d'y descendre. Elle préconisa la suppression des vaisseaux en cuivre pour le transport du lait, celle des balances de cuivre pour peser le sel, le tabac, les fruits ; elle demanda la prohibition des vaisseaux de plomb chez les marchands de vin. Le lieutenant de police Le Noir s'efforça de faire appliquer les mesures préconisées par l'Académie des sciences. Il fit construire aux quatre coins de la ville quatre fosses vétérinaires, destinées à l'équarissage des chevaux et à la besogne des boyaudiers. Mais les maisons étaient si élevées et les rues si étroites que les rayons du soleil ne pénétraient jamais dans certaines, infectées par les vapeurs putrides qui se dégageaient des monceaux d'ordures, des ruisseaux d'urine, des boutiques et des ateliers des teinturiers, des corroyeurs, des tanneurs et de cent autres industries. Les logements étaient si exigus qu'un poète qualifiait leurs habitants :

« Des Lapons végétants dans des caves étroites »

Le Prévôt des marchands, Turgot, avait fait construire un égout, parcourant la moitié du circuit de Paris, du bas de Ménilmontant aux grilles de Chaillot où il allait se jeter dans la Seine. Les égouts particuliers allaient se déverser dans cet égout collecteur qui coulait à ciel ouvert et était surtout destiné à évacuer les eaux pluviales. Mais on s'imagina de le couvrir, de vendre le terrain et de laisser construire au-dessus de lui des maisons. Il était bien défendu d'y laisser pénétrer la décharge des cuisines et des latrines, mais cette défense était illusoire et, comme il était impossible de le nettoyer, il en résulta qu'en 1778, le faubourg Saint-Honoré fut infecté d'une odeur putride que personne n'osa attribuer à l'égout, mais dont on rendit coupable la pièce d'eau du Colisée.

Il n'existait pas à Paris de latrines publiques, et relativement fort peu de latrines privées. Les Parisiens avaient coutume d'aller se soulager en famille sous une haie d'ifs le long de la terrasse des Tuileries. Choqué de ce manque de respect au Palais des Rois, le comte d'Angeviller fit arracher les ifs et construire des latrines publiques fort insuffisantes, mais qu'on pouvait fréquenter en payant deux sols. Alors, les Parisiens se décidèrent à aller opérer sur les quais et, s'ils étaient éloignés de la Seine, certains étaient réduits, quand ils étaient trop pressés, de prendre une voiture publique, « fiacre » ou « vinaigrette », et « transformaient le siège de la voiture en siège d'aisance ». S. Mercier tire de la coutume de cette fréquentation des quais des considérations inattendues à l'usage des médecins. Le passage nous paraît si comiquement intéressant que nous préférons le citer en entier :

« Aujourd'hui, les quais qui forment une promenade et qui sont un embellissement de la ville, révoltent également l'œil et l'odorat ; il n'appartient peut-être qu'à un médecin de se promener de ces côtés-là : ce serait pour lui un véritable thermomètre des maladies régnantes ; il saurait dans quelle saison de l'année les estomacs manquent de ton ; et la malpropreté publique tournerait du moins au profit du génie de l'observateur.

Mais les médecins sont devenus orgueilleux ; ils ne regardent plus à la chaise percée ; ils se moquent même des inspecteurs des urines. Ils dédaignent avec hauteur une science nouvelle, longuement écrite et grandement caractérisée sur les quais de la capitale. C'est là où se réfléchit sans voile l'état de tous les ventres actifs et passifs et les médecins vont feuilleter les livres poudreux des bibliothèques, tandis qu'ils ont sous les yeux la vraie démonstration des épidémies, occasionnées par la nature des aliments ou par l'inclémence de l'air.

Et d'où vient ce dédain ? Autrefois ils étaient obligés de voir. On leur demandait plus encore. Voici les propres mots d'un règlement fait par Henri II : « Sur les plaintes (dit le Roi) des héritiers des personnes décédées par faute des médecins, il en sera informé et rendu justice comme de tout autre homicide et seront les médecins mercenaires tenus de goûter les excréments de leurs patiens et de leur impartir toute autre sollicitude ; autrement seront réputés avoir été cause de leur mort et décès. »

Nous ne renvoyons pas les médecins au règlement de Henri II, nous disons seulement qu'ils pourraient faire dans la capitale les observations les plus détaillées, les plus amples et les plus suivies, juger des formes et des similitudes, étudier enfin ces physionomies mortes mais qui parlent encore. Si l'on établit quelques jours des latrines publiques, ils regretteront peut-être alors la science expérimentale décédée, qui s'offrait pour les instruire ; et si l'on marque, dans le *Journal de Paris*, la hauteur de la rivière, l'état du ciel, le vent, le degré du baromètre, pourquoi à ces observations météorologiques ne joindrait-on pas l'*état des quais* ? »

*Tableau de Paris* (tome VII, chapitre DLXXXV) Amsterdam, 1783.

Nous nous plaignons qu'à notre époque, les magistrats poussent un peu loin la responsabilité médicale ; que dirions-nous si l'on nous imposait le règlement du bon roi Henri II, ou simplement la promenade le long des quais que conseillait S. Mercier, bon humoriste, aux médecins de son époque ?

Toutefois, l'auteur du *Tableau de Paris* ne se bornait pas à faire la description de constatations malpropres et malodorantes ; nous citerons aussi *in extenso* le chapitre CCIV du tome II :

« Conseil de santé. — Il n'existe pas encore, mais ne devrait-on pas l'établir ? Il devrait être composé, non de ces médecins, si dangereux avec leur routine, si ignorants avec leurs thèses ; mais de ces chymistes qui ont fait de ces belles et neuves découvertes, qui nous promettent enfin le vrai secret de la nature.

Ce Conseil examinerait à Paris tout ce qui sert à la nourriture de l'homme, l'eau, le vin, l'eau-de-vie, la bierre, les huiles, le bled, les légumes, le poisson, etc. Il reconnaîtrait les perfides mélanges ; souvent la marée est corrompue, les huîtres gâtées, les légumes recèlent des charançons. De là les maladies dont on ignore les origines. Des physiciens préposés pour examinateurs des denrées, des boissons, arrêteraient dans leurs sources les maladies épidémiques. On appelle les médecins lorsque le danger se manifeste : pourquoi ne le préviendrait-on pas ? Mais les médecins ne songent pas à conserver la santé de l'homme ; ils attendent le profit de la maladie. »

Ces réflexions sont assez justes, bien qu'elles prouvent que nos confrères du XVIII^e siècle n'inspiraient pas une grande confiance et ne jouissaient pas d'une parfaite considération. Elles nous permettent cependant d'affirmer qu'en cent cinquante ans, l'hygiène et la médecine ont fait de formidables progrès et que les médecins modernes et les pouvoirs publics, à l'école du grand Pasteur, se consacrent surtout à prévenir les maladies et songent plus à conserver la santé de l'homme qu'à tirer profit de la maladie.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

G. Blechmann

### FEUILLET CXVIII — DE LA SCARLATINE

I. La quarantaine. — II. Adénites et sérum antistreptococcique de Vincent.

Nous n'osons pas aborder de front les grands problèmes posés par la scarlatine et qui prennent aux entrailles tous les chercheurs .....

A. *Problèmes étiologiques* . — Admettez-vous que cette fièvre éruptive soit une streptococcie ? Si vous ne le pensez pas, comment expliquez-vous le rôle *débordant* du streptocoque dans son évolution ? Et les endémies où alternent : les streptococcémies, les localisations streptococciques pures, les érythèmes scarlatiniformes et les scarlatines typiques (gorge +, langue +, desquamation) ?

Croyez-vous plutôt à une symbiose qui fait greffer étiologiquement certains streptocoques sur le germe non décelé de la maladie ? N'a-t-on point d'ailleurs invoqué « quelque chose » d'à peu près aussi mystérieux pour tenter d'élucider le merveilleux phénomène d'Hérelle ?

B. *Problèmes diagnostiques.*— Rash, érythème toxi-infectieux, scarlatinoïde, fausse scarlatine, érythème scarlatiniforme, rubéole-scarlatine... que d'erreurs on commet en vos noms !

Dans les cas litigieux, disposez-vous d'une puissance de persuasion suffisante sur vos clients *a* ) pour pratiquer le phénomène d'extinction de Charlton-Schultz (avec le sérum de convalescent ou le sérum antiscarlatineux), *b*) pour effectuer l'intradermo-réaction avec la toxine de Dick ? ... Je vois le praticien affairé levant les bras au ciel !

C. *Problèmes thérapeutiques.* — On admet que le sérum antiscarlatineux de l'institut Pasteur est efficace, s'il est injecté à hautes doses dès le

début dans les formes graves, mais il semble inopérant au moment des complications.

*a*) Or, ce n'est pas toujours dans les premières 48 heures que la maladie prend une allure sévère et comment prévoir le syndrome toxique secondaire ?

*b*) Il n'est pas facile de se procurer les hautes doses de sérum recommandé.

*c*) et à Paris, le plus grand nombre de scarlatines évoluent heureusement sans *très gros ennuis*.

### I. — La Quarantaine

Les familles ont raison de considérer la scarlatine comme une catastrophe par le fait que nous la tenons pour contagieuse pendant 40 jours ! Tous les praticiens savent avec quelle difficulté on obtient :

*a*) le « bouclage » absolu du malade dans sa chambre ;

*b*) une soigneuse qui s'occupe strictement de lui ;

*c*) revêtissant le masque de gaze et la blouse en entrant pour s'en dévêtir en sortant ;

*d*) sans oublier de se laver les mains.

Notre orthodoxie, est-elle justifiée ? Les recherches nouvelles sur le rôle du streptocoque scarlatin ne permettent-elles pas au laboratoire d'établir la durée de l'isolement sur une base non empirique ?

Et la méthode de Milne qui laisse en contact les scarlatineux ?

Vous n'admettez plus que les squames jouent un rôle pathogène et les contagions tardives (du 30e au 40e jour et au delà) ne constituent-elles pas une pure coïncidence ?

Ces questions sont sans cesse rebattues. Or, M. Marfan a écrit à ce propos des lignes si sages qu'elles me fourniront une réponse toute donnée.

Evidemment, un scarlatineux doit cesser d'être isolé lorsqu'il n'est plus contagieux, mais ce moment est variable. Seul *l'examen de la gorge et des ganglions du cou* permet de le fixer, car c'est là que réside surtout le virus scarlatin.

*a*) Dans les scarlatines sans complications (angine légère, adénopathie cervicale modérée), la guérison, donc la *non-contagion*, peut être assurée vers le 20e jour. Il suffira donc d'attendre une semaine (la néphrite ne se voit pour ainsi dire jamais après le 25e jour) et après nettoyage, savonnage, etc., le patient sera rendu vers le 27e jour à la circulation. Personnellement, j'attends le 30e jour.

*b*) Dans les scarlatines sévères, il arrive que le 40e jour, la température n'est pas normale, que la gorge reste rouge, les ganglions gonflés : le malade est encore contagieux et *doit rester isolé* jusqu'à ce que l'examen soit satisfaisant.

Pour ma part, je me suis bien trouvé d'appliquer ces règles et je n'accorderai pas encore ma confiance à la méthode des prélèvements qui se fie à la présence ou à l'absence des streptocoques pour rompre ou non la quarantaine.

### II. Adénites et sérum antistreptococcique de Vincent

Dans des états septicémiques consécutifs à des mastoïdites à streptocoques, avec Niel, Bohn, Löb, nous avons constaté, — comme d'autres observateurs — l'action parfois très efficace du sérum polyvalent désalbuminé, préparé suivant les indications de H. Vincent.

Au cours de la scarlatine (au début ou tardivement), quand la muqueuse pharyngée est très infectée, couverte d'exsudat ou de mucopus, les ganglions du cou deviennent souvent considérables. Grâce au streptocoque hémolytique, l'adénite cervicale peut prendre une allure de premier plan et évoluer vers la suppuration. Nous faisons alors administrer quotidiennement (de préférence en lavement à conserver) le contenu de 2 ou 3 ampoules de sérum de Vincent (chacun = 10 c.c.)

Nous avons obtenu ainsi en quelques jours la résolution des phénomènes inflammatoires. Le prix très élevé de ce sérum en restreint malheureusement l'emploi.

## CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL COCHIN

(Service du Professeur ACHARD).

# Lipomes symétriques des extrémités et lipomatoses (1)

Par le Docteur J. THIERS,

Ancien chef de Clinique
Médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine

Je vous présente une malade qui est atteinte de l'affection connue sous le nom de « *lipomes symétriques des extrémités.* »

Voyez ses avant-bras, surtout l'avant-bras gauche ; le bord cubital apparaît tout bosselé, la peau est soulevée par des tumeurs arrondies, mollasses, indolentes, siégeant dans le tissu sous-cutané.

Le volume de ces tumeurs est variable, il y en a de petites ; d'autres atteignent la grosseur d'une mandarine. Elles sont si nombreuses que l'avant-bras offre l'aspect d'un « sac de noix. »

La face antérieure du thorax est normale, le dos de même.

Aux jambes, aucune manifestation pathologique, mais au niveau des cuisses, on constate l'existence de gros lipomes qui distendent la peau ; cette dernière est sillonnée de veines dilatées. Au niveau des fesses, on retrouve encore de très nombreux lipomes, ainsi qu'à la région lombaire.

Vous pouvez constater que ces tumeurs ne sont pas réparties au hasard dans tout le corps, *elles semblent localisées dans la région comprise entre le tiers inférieur des bras et les deux tiers supérieurs des cuisses.*

L'examen du système nerveux ne montre rien de particulier.

La malade n'accuse aucune douleur, spontanée ni provoquée.

Au point de vue mental, nous n'avons à signaler qu'un peu de mélancolie et de neurasthénie, mais sans exagération ni caractère pathologique.

Ce sont là des signes négatifs qui nous serviront pour le diagnostic différentiel. J'ajoute qu'une biopsie a été pratiquée chez notre malade ; elle a montré que ces tumeurs sont formées non seulement de tissu graisseux, mais aussi de tissu fibreux ; ce sont donc des fibro-lipomes à topographie spéciale, segmentaire, symétrique, sans aucun autre symptôme, local ni général.

(1) Leçon du 25 avril 1932.

### *Diagnostic.*

Le diagnostic différentiel doit être fait avec toute une série d'affections :

1° Avec la *neuro-fibromatose* ou *maladie de Recklinghausen.*

Cette affection est caractérisée par une triade symptomatique : tumeurs, pigmentation et troubles psychiques :

*a*) Les tumeurs sont les unes cutanées, les autres sous-cutanées ; les tumeurs cutanées, les plus caractéristiques, sont molles, sessiles ou pédiculées (molluscum pendulum). Leur volume est variable, il y en a de très petites, et, en général, une volumineuse qu'on appelle *tumeur royale.*

*b*) La *pigmentation* est couleur *café au lait,* elle peut être diffuse, ou localisée au tronc, à la racine des membres.

*c*) Enfin, il y a des *troubles psychiques* qui se traduisent par de la dépression, de l'apathie.

Tumeurs et taches pigmentaires sont en général disséminées sur un territoire qui répond à une distribution nerveuse, périphérique, radiculaire, ou métamérique.

Souvent, parmi les tumeurs, il en est qui siègent sur les troncs nerveux ; alors elles y sont fixées : ce sont des névromes.

Chez notre sujet, les tumeurs ne siègent pas sur les troncs nerveux, il n'y en a pas non plus de cutanées, toutes sont localisées dans le tissu sous-cutané.

On ne découvre pas non plus de taches pigmentaires ; nous ne constatons donc ici aucun des signes de la triade caractéristique à la maladie de Recklinghausen : il ne s'agit pas en toute évidence de cette affection.

La maladie de Recklinghausen n'a pas toujours ce type nettement défini, on peut observer des formes intermédiaires.

Chauffard a décrit deux variétés anatomiques : la *neuro-fibromatose* et la *dermo-fibromatose pigmentaire.*

2° *Avec la maladie de Dercum* ou *adipose douloureuse.*

L'adiposité envahit le tronc et la racine des

membres ; les extrémités, les pieds, les mains et la tête restent indemnes.

Il existe des localisations de prédilection ; à la région abdominale, où la graisse peut former un véritable tablier ; à la partie inférieure de la région fessière ; dans certains cas, les seins ont l'aspect de besaces.

Aux extrémités des membres l'adipose est limitée par des bourrelets circulaires. *Symptôme important*, les malades éprouvent des douleurs plus ou moins continues, parfois avec exacerbations intolérables qui sont dues aux tiraillements, à la distension des filets nerveux.

Souvent on peut noter aussi, chez ces malades, divers troubles endocriniens.

Les troubles psychiques ne sont pas rares ; ils se traduisent par de l'asthénie, de la dépression mélancolique.

La maladie de Dercum s'observe le plus souvent chez les femmes et principalement après la ménopause.

Elle se complique fréquemment d'érythème et d'intertrigo dans les plis de flexion des masses graisseuses.

Je profite de l'occasion que nous a fournie notre malade pour passer en revue avec vous, les autres formes de lipomatose.

Dans l'*adéno-lipomatose diffuse symétrique* à prédominance cervicale (Launois et Bensaude), il y a une collerette qui entoure le cou d'une couche graisseuse. Cette affection à localisation si précise a suscité des théories pathogéniques diverses : on a pensé que le point de départ de l'affection était dans les ganglions lymphatiques, nombreux au niveau de cette région, qui subissaient une transformation graisseuse. Cependant, les examens anatomo-pathologiques ont précisé que, dans nombre de cas, les ganglions restaient indemnes. On a aussi incriminé la tuberculose, une infection atténuée des ganglions cervicaux et sous-claviculaires réagissant par transformation graisseuse.

Une autre variété est la *pseudo-lipomatose sus-claviculaire* ou *maladie de Verneuil*. Verneuil a décrit des tuméfactions mal limitées siégant au niveau des fosses sus-claviculaires. Il s'agit là d'hypertrophie graisseuse symétrique ou unilatérale à évolution progressive. L'origine de cette affection n'est pas plus connue que celle de la forme précédente. On a pensé pouvoir l'expliquer également par une réaction du tissu cellulaire du creux sus-claviculaire ayant pour origine une tuberculose très atténuée ou latente du sommet pulmonaire.

On a signalé encore une autre affection du même type, mais qui se localise aux régions fémorales *sous-trochantériennes*. Dans ce cas les fibro-lipomes proviennent du périoste (?) et sont en rapport avec une infection atténuée de la région.

J'ai moi-même observé chez des femmes atteintes d'affections utéro-annexielles, *trois cas* de fibro-lipomes fessiers implantés sur les trousseaux fibreux des ligaments sacro-iliaques qui comprimaient le sciatique et provoquaient de vives douleurs dans le membre inférieur. L'ablation de ces tumeurs a fait disparaître tous les phénomènes douloureux.

La *lipo-dystrophie progressive* est caractérisée par la disparition progressive de la graisse du tissu cellulaire du haut du corps et par l'amaigrissement de ce segment tandis que la graisse augmente dans les parties du corps situées audessous de la ceinture.

Le visage, le cou, la poitrine, les bras et l'abdomen sont progressivement gagnés par l'amaigrissement.

Par contre, on note une hypertrophie graisseuse symétrique des membres inférieurs.

Ces affections dont je n'ai esquissé que les traits principaux ne sont pas très communes, mais il ne faudrait pas non plus croire qu'elles soient exceptionnelles. Si vous n'avez pas l'occasion d'en voir des exemples dans les services hospitaliers, c'est que ces sujets ne sont pas de ceux dont l'état nécessite ou justifie une hospitalisation.

Par contre, dans la clientèle de ville, on en voit encore assez souvent et ces malades, même s'ils ne souffrent pas, demandent à être soignés car leur lipomatose, pour des conditions de pure esthétique, est susceptible de les gêner dans leur vie sociale et affective.

*Traitement.* — Il faut distinguer deux sortes de formations lipomateuses.

Les unes sont de cause incertaine, en réalité, qu'on les attribue à l'*hypophyse* (le traitement hypophysaire n'y fait du reste rien) ; à la *thyroïde* qui, en réalité, ne les influence nullement ; à l'*ovaire* (le traitement opothérapique avec les extraits ovariens reste sans résultat). Dans cette catégorie, il faut ranger : les lipomes symétriques des extrémités ; l'adéno-lipomatose, la lipomatose sus-claviculaire, la maladie de Dercum, la lipodystrophie.

Ces lipomatoses résistent à tous les traitements.

On en est réduit à les considérer comme des sortes de tumeurs bénignes qui, comme toutes les tumeurs, échappent à l'action médicamenteuse quelle qu'elle soit.

Dans certains cas, on peut avoir recours à l'ablation chirurgicale, mais il faudra toujours commencer par une intervention minime afin d'apprécier l'*aptitude des tissus à la cicatrisa-*

*tion* ; faute de cette précaution on sera exposé aux accidents les plus graves et susceptibles de faire mettre en cause la responsabilité professionnelle.

La seconde variété de lipomatose est, elle, nettement d'origine endocrinienne. Elle s'observe presque uniquement chez les femmes et relève de troubles ovariens et thyroïdiens associés, les troubles de dysovarie étant les premiers en date. C'est une lipomatose progressive, qui débute par la ceinture pelvienne, gagne ensuite les membres inférieurs où elle occupe des sièges d'élection ; face interne de la cuisse, face interne du genou, face externe de la jambe surtout au tiers inférieur, dos du pied ; elle s'étend finalement aux membres supérieurs, face interne du bras et postéro-externe de la région deltoïdienne. Les tissus infiltrés de graisse sont mollasses, de température abaissée ; à la face inféro-externe de la jambe, l'hiver, ils se crevassent fréquemment comme par suite d'engelures. Cette lipomatose qui est parfois à prédominance unilatérale, au membre inférieur qu'elle boudine, cède à la médication iodée ou thyroïdienne.

Pour notre part, le traitement qui nous a donné les meilleurs résultats, c'est le traitement par les injections intramusculaires de lipiodol à raison de trois injections de 2 centimètres cubes par semaine par séries de huit injections, répétées avec un intervalle de six mois.

La thyroïdine a un effet plus rapide que le lipiodol, mais son effet est aussi moins durable. L'iode du lipiodol agit par le même mécanisme, en excitant la sécrétion thyroïdienne, mais, le fait que l'absorption d'iode (en combinaison huileuse), n'a lieu que très lentement, assure, pour ainsi dire, à la fonction thyroïdienne une alimentation régulière.

Ce traitement comporte quelques précautions : dans certains cas, la réaction de l'organisme peut être très rapide : elle se manifeste par les symptômes habituels de l'hyperthyroïdie : tachycardie, tremblements ; il faut alors suspendre les injections quel que soit le nombre d'injections faites.

Dans d'autres cas, le traitement paraît avoir été inefficace, et, l'on est naturellement porté, soit à le continuer, soit à doubler les doses ; on peut le faire, mais avec la plus grande prudence, car, il arrive que, assez brusquement, comme s'il s'agissait d'un déclenchement retardé, la réaction thyroïdienne se produise avec intensité.

Enfin, l'on peut voir des sujets engraisser encore à la suite du traitement lipiodolé ; ce sont alors des insuffisants thyroïdiens, et l'on n'obtiendra la fonte graisseuse qu'avec des doses augmentées.

Nous disons fonte graisseuse, car il n'est question de faire disparaître par ce traitement que les formations lipomateuses pathologiques, la malade ne maigrit pas au sens exact de ce mot ; si, en effet, on a soin de prendre des mensurations régulières des différents segments du corps, on note que le chiffre qui exprime la diminution de volume progressive de chacun de ces segments est variable suivant le niveau considéré. La diminution par exemple est pour la racine de la cuisse, de 3 centimètres, alors qu'elle n'est que de 2 centimètres pour le tiers inférieur, d'un centimètre pour le mollet.

Un graphique permet facilement de suivre ces modifications.

On n'assiste donc pas à un « rétrécissement » mais à un « remodelage ». Tout se passe comme s'il existait un plan idéal de répartition de la graisse, et, comme si ce plan avait subi des altérations du fait de la formation de masses graisseuses pathologiques.

Ce sont ces masses graisseuses surajoutées seules qui subissent la fonte du fait du traitement ; la silhouette qui reparaît alors, est la silhouette de l'individu, telle que sa constitution l'avait *à l'état normal* édifiée.

## LE TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR LES DOSES INFINITÉSIMALES DE TUBERCULINE

Par le Docteur Narich, de Montpellier.

Les travaux mémorables de Bard et de G. Sée, voyant dans l'asthme une manifestation tuberculeuse, sont encore dans la mémoire de tous.

Vint Landouzy qui enseigna que l'asthme reconnaît toujours pour cause une tuberculose spéciale, atténuée, à forme larvée. Il écrivait : « Les asthmatiques vrais sont sujets à des accès de spasme respiratoire, parce qu'ils ont une épine tuberculeuse, celle-ci conditionnant la névrose pulmonaire au même titre que certaines lésions des fosses nasales ».

Infection générale avec lésions locales, la tuberculose provoque l'état d'asthme au même titre que les autres infections. En irritant les terminaisons nerveuses de l'holosympathique, inclues dans les scléroses pulmonaires et pleurales, les bacilles et leurs toxines peuvent déterminer l'explosion asthmatique. Expérimentalement, Jasobson occasionne des accès asthmatiques par injection de tuberculine.

Il est probable qu'ici sous l'influence du poison tuberculinique, les centres respiratoires bulbaires réveillent la crise.

Lorsqu'on examine des asthmatiques à l'écran, il est commun de relever chez eux des lésions diverses, pleurales, parenchymateuses ou ganglionnaires.

Et si les renseignements donnés par l'écran, restent parfois négatifs, une graphie soigneuse montre presque toujours des lésions minimes, mais suffisantes pour constituer l'épine irritative indispensable.

Que l'accès soit dû aux mucosités qui obstruent les bronches, à un mouvement fluxionnaire urticariant de la muqueuse ou à une décharge de toxines du bacille, impressionnant les centres bulbaires comme le voulait Landouzy, il n'est pas moins exact que le réflexe reconnaît comme point de départ une lésion de la muqueuse bronchique, de la plèvre ou du parenchyme pulmonaire.

Le malade serait sensibilisé, anaphylactisé par les toxines tuberculeuses.

Employer pour sa désensibilisation, le produit incriminé est la première pensée qui vient à l'esprit de l'observateur (1).

Cette désensibilisation est particulièrement délicate, en ce sens qu'elle ne peut se pratiquer qu'au moyen de doses infinitésimales.

Voici cinq observations des plus heureuses, choisies parmi d'autres moins concluantes et sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir plus tard.

(1) Voir *Concours Médical*, 1er janvier 1922, Narich.

***

Observation I. — Mme S. B..., 39 ans. Lors de la première consultation l'état clinique de cette malade se présente ainsi : elle tousse souvent ; son expectoration est quasi nulle ; elle rejette à peine quelques mucosités épaisses.

Sous l'influence du moindre effort elle s'essouffle ; gravir les escaliers devient un exercice fort pénible. Environ tous les dix jours, cette malade s'alite aux prises avec de violentes crises d'asthme qui ne cèdent que partiellement aux médications ordinairement employées — injections d'adrénaline, d'évatmine répétées. Ces crises fort pénibles durent environ de trois à quatre jours. A la période d'accalmie qui suit succède une crise nouvelle. Cet état dure depuis deux ans. La malade a subi plusieurs traitements antiasthmatiques et notamment l'autohémothérapie.

L'examen de ses organes autres que l'appareil respiratoire ne révèle rien d'anormal. Pas de bacilles de Koch dans ses expectorations. Jamais de fièvre, même durant les crises.

La radioscopie montre une légère grisaille homogène des deux sommets et le diaphragme est dentelé. Comme antécédents pulmonaires, la malade n'accuse qu'une bronchite ancienne, d'assez longue durée.

Son poids est de 75 kilos, sa taille de 1 m. 70 et elle exerce la profession de couturière.

Elle est aussitôt soumise (17 décembre 1928) au traitement de désensibilisation générale par la peptone iodée, le chlorure de calcium et le jaborandi (méthode de Cantonnet) et injections intra-trachéales huileuses modificatrices.

Huit jours après ce traitement, elle présente deux nouvelles crises d'asthme nocturnes, d'une violence marquée. Néanmoins, les crises dans leur ensemble sont moins fortes et plus espacées qu'avant le traitement.

Le 9 avril 1929, la malade réclame la reprise du traitement qui lui a donné quelque satisfaction. Malgré cette deuxième tentative l'état demeure stationnaire ; ses crises sont aussi fréquentes et revêtent la même violence.

J'entreprends le traitement par les doses infinitésimales de tuberculine et j'injecte tous les trois jours et progressivement les doses suivantes : 1/100.000 de milligr. ; 1,5/100.000 de milligr. ;

2/100.000 de milligr. ; 3/100.000 de milligr. ; 5/100.000 de milligr. ; 7,5/100.000 de milligr. ; 1/10.000 de milligr. ; 1,5/10.000 de milligr. ; 2/10.000 de milligr. ; 3/10.000 de milligr. ; 5/10.000 de milligr. ; 7,5/10.000 de milligr.

A partir de la dixième injection de 3/10.000 de milligramme la patiente ne présente plus de crises nouvelles. Elle dort et travaille normalement.

Je lui conseille de continuer ce traitement avec des doses plus élevées, afin de consolider cette désensibilisation qui a parfaitement réussi jusqu'ici. Et nous continuons par les doses suivantes injectées de huit en huit jours :

1/1.000 de milligr. ; 2/1.000 de milligr. ; 5/1.000 de milligr. ; 8/1.000 de milligr. ; 1/100 de milligr. ; 2/100 de milligr. ; 5/100 de milligr. ; 8/100 de milligr. ; 1/10 de milligr. ; 2/10 de milligr. ; 5/10 de milligr. ; 8/10 de milligr.

Depuis septembre 1929, cette malade n'a plus eu de crises nouvelles et n'est plus essoufflée.

Observation II. — B. J..., 30 ans. Ancien bronchiteux chronique, présente depuis le mois de mars 1930, des crises d'asthme quotidiennes. Le 2 octobre 1930, est institué un traitement désensibilisateur polyvalent qui procure une certaine sédation quant à la violence et la durée des crises. Le 18 novembre 1930, le malade se retrouve dans sa situation primitive, et demande qu'on l'en débarrasse.

J'institue le traitement par les doses infinitésimales de tuberculine comme dans le cas précédent.

L'amélioration ne tarde pas à se faire sentir. La disparition totale des crises a suivi la douzième injection. Aucun nouvel accès d'asthme n'a été enregistré depuis cette date à ce jour.

Observation III. — Mme G. M..., 38 ans, 7 octobre 1930. Cette malade est atteinte de sclérose des sommets, cliniquement et radiologiquement démontrée. A l'écran on note de plus un diaphragme immobile. Présence de quelques bacilles de Koch dans les crachats.

Cette malade se trouve en état d'asthme permanent avec paroxysmes au cours de la nuit.

Toutes les médications classiques sont depuis longtemps épuisées.

Le 27 novembre 1930 est institué le traitement tuberculinique, débutant par la dose de 1/100.000 de milligramme (douze injections). A la fin de ce traitement une sérieuse amélioration est enregistrée. La malade peut dormir et n'est plus obligée d'avoir recours à l'adrénaline ou à l'éphédrine.

Je continue par des doses un peu plus élevées, en injections sous-cutanées, hebdomadaires :

1/1.000 de milligr. ; 2/1.000 de milligr. ; 5/1.000 de milligr. ; 8/1.000 de milligr. ; 1/100 de milligr. ; 2/100 de milligr. ; 5/100 de milligr. ; 8/100 de milligr. ; 1/10 de milligr. ; 2/10 de milligr. ; 5/10 de milligr. ; 8/10 de milligr.

Disparition totale des crises et relèvement très notable de l'état général.

La deuxième partie du traitement n'a donné lieu à aucune réaction locale ni générale.

Observation IV. — N. B..., 25 ans. Ce malade est bronchiteux depuis son jeune âge.

Il présente une première crise d'asthme en janvier 1927, la deuxième en juin 1928, d'une durée de 48 heures, la troisième en hiver 1929.

Depuis le 14 juillet 1930, crises quotidiennes avec grands accès de toux.

Il est soumis à la désensibilisation polyvalente ; dès la deuxième injection, on observe une sédation complète de la toux. Après la huitième le malade qui ne pouvait auparavant supporter la position allongée, peut regagner son lit. Cette accalmie n'est que de courte durée. Il recommence bientôt à tousser et à suffoquer. La position allongée redevient impossible ; le malade est condamné à dormir dans son fauteuil.

J'ai recours à la réflexothérapie endonasale qui réveille le réflexe demandé. Cette méthode demeure néanmoins sans résultat et les crises continuent.

La désensibilisation par les doses faibles de tuberculine, pratiquées de trois en trois jours amènent une légère sédation ; le malade continue cependant à se plaindre de suffocation et l'on perçoit à l'auscultation de gros râles qui dénotent encore un spasme des muscles bronchiques. Pour des raisons indépendantes de notre volonté, il n'a pas été possible de poursuivre ce traitement par des doses plus élevées de tuberculine.

Observation V. — J. P..., 26 ans, a présenté des crises d'asthme depuis son enfance jusqu'à l'âge de 20 ans. Il est refusé par le Conseil de réforme pour faiblesse de constitution.

A partir de l'âge de 20 ans ses crises disparaissent jusqu'au 2 novembre 1929 où elles reprennent avec une particulière intensité.

Au cours de la journée, le patient se plaint d'une sensation de constriction du thorax. Vers la deuxième partie de la nuit, à 4 heures du matin, la crise typique d'asthme fait son apparition quotidienne et ne cesse que vers 7 heures. Le malade est brisé et ne peut vaquer à ses occupations.

L'examen radiologique montre un thorax longiligne, un parenchyme paraissant intact et un cœur en goutte d'eau. Il n'a pas été découvert de bacilles dans ses crachats. Aucune réaction fébrile durant les crises.

Sa mère est bronchitique depuis l'âge de 25 ans et en a 47 actuellement. La méthode de désensibilisation polyvalente employée échoue partiellement. Les crises continuent avec moins d'intensité. L'amplitude thoracique gagne 2 centimètres après cette cure.

En présence de la persistance de l'état asthmatique j'ai recours aux doses très faibles de tubercu-

line injectées tous les huit jours. Aucune réaction générale ni locale.

La disparition des crises quotidiennes nocturnes paraît définitive depuis cette date.

Comment employer la tuberculine :

1° Il est indispensable d'avoir sous la main une tuberculine diluée dans l'eau salée physiologique et d'une stérilité absolue ;

2° Les doses extrêmement faibles ont l'avantage de pouvoir être rapprochées — intervalles de trois ou quatre jours — de ne pas amener de réactions générales ou locales.

3° Elles doivent être progressives. Commencer par 1/100.000 de milligramme et atteindre 7.5/100.000 de milligramme.

4° Elles ne doivent entraîner aucune réaction thermique. Pendant le traitement, la courbe des températures sera soigneusement relevée. Une élévation de quatre à cinq dixièmes est considérée comme une réaction et dicte la suspension momentanée ou définitive du traitement.

5° On revient alors, quelques jours plus tard, à la dose précédente de celle qui a occasionné la réaction fébrile ;

6° Il faut considérer comme réaction générale, la courbature, l'inappétence, l'accélération marquée du pouls, et même l'insomnie persistante ;

7° Ce traitement est incompatible avec les états hémoptoïques. Attendre trois mois et plus après l'hémoptysie pour l'instituer ;

8° S'abstenir d'injecter pendant les périodes cataméniales, les réactions focales étant plus fréquentes à ces époques.

9° L'injection est faite sous-cutanée ou intramusculaire ; son point d'élection est la fosse sus-épineuse ;

10° Le malade peut continuer à vaquer à ses occupations.

11° Injectée avec prudence, à doses infinitésimales croissantes, la tuberculine exerce une action manifestement bienfaisante sur la plupart des asthmes dits essentiels ou à épine pleuro-broncho-pulmonaire.

## UN TRAITEMENT SIMPLE DES MÉTRITES

Par le Docteur Pierre SANZ (d'Enghien-les-Bains).

Qu'on ne s'attende point à trouver ici l'exposé d'une trouvaille scientifique sensationnelle, notre but est beaucoup plus modeste : faire profiter nos collègues de notre expérience personnelle sur un point particulier dans le traitement des métrites.

Je ne m'adresse pas aux spécialistes ; j'appelle tout bonnement l'attention du praticien qui souvent recule devant le traitement d'une métrite parce qu'il ignore la façon la meilleure de se servir du médicament qu'il désirerait employer et parce qu'il ignore, aussi, les effets spécifiques de ce médicament.

Dans la crainte de l'erreur, beaucoup s'abstiennent et ils n'ont peut-être pas tort.

Bien souvent, en effet, l'emploi intempestif de substances médicamenteuses sur un col utérin enflammé et irrité ont dépassé de beaucoup les effets que le praticien attendait, parfois même le résultat a été franchement désastreux : brûlure du col utérin avec déformations et tissu cicatriciel ultérieurs, voire même, possibilité de surinfection.

Volontairement, nous rejetterons donc, toutes les substances médicamenteuses qui demandent à être maniées par des mains averties et entraînées : chlorure de zinc, azotate d'argent, crayon néofilhos, etc., etc., pour mettre sur le pavois :

*a*) La glycérine ichtyolée à 1/10 ; *b*) Les bacilles lactiques.

Nous abandonnerons aussi volontairement toutes les données pathogéniques sur les métrites pour nous mettre face à face avec la pratique courante.

Vous avez sous les yeux un col utérin enflammé, c'est-à-dire qu'il a mauvais aspect : rouge et sanieux. Une érosion encouronne l'orifice cervical. Cette surface érosive est, entendez-le bien, en contact permanent avec une quantité plus ou moins notable de mucus purulent qui s'échappe de l'orifice externe du col utérin. Ce mucus purulent *stagne sur l'érosion* et l'*entretient*.

De cette première constatation déduisez que le foyer d'infection primitif est le plus souvent intracervical. La nature histologique de la muqueuse intracervicale contribue à cette faveur spéciale : polymorphisme et abondance remarquable des glandes, glandes en tubes, glandes en grappes, larges cryptes ouvertes dans des sillons.

Vous ferez sourdre ce mucus purulent en pressant sur le museau de tanche ; parfois même, il vous sera nécessaire d'aller le chercher à la pince à l'intérieur même du col, car il s'agglutine aux parois.

Point de guérison possible si ce foyer intracervical générateur de pus n'est pas stérilisé. La surface érosive qui entoure l'orifice externe du col utérin n'est que le témoin de cette infection plus profonde, elle est occasionnée par elle, elle est entretenue par elle. Pour la désinfection du canal cervical ayez recours à la glycérine ichtyolée à 1/10. C'est une arme à double tranchant :

d'une part, vous désinfectez, d'autre part, la glycérine ichtyolée agit à la façon d'une ventouse, c'est-à-dire qu'elle attire le mucus purulent de la profondeur vers la superficie puis de l'intérieur du col vers l'extérieur.

Ne craignez pas de faire des pansements largement imbibés de glycérine ichtyolée. Vous en ferez deux à trois par semaine. Avant de faire chaque pansement, veillez bien à nettoyer le col du mucus purulent qui le recouvre.

Au bout de quelques semaines de ce traitement, les sécrétions purulentes sont presque toujours taries ; il est naturellement impossible de fixer une durée précise, il faut s'armer de patience, savoir attendre l'effet qui peut ne pas être immédiat.

Détail à donner, la malade gardera son pansement ichtyolé pendant trente-six heures, elle l'enlèvera elle-même en le décolant avec une injection tiède.

Quel sera l'aspect du col utérin à la fin de ce traitement ?

L'infection sera tarie, plus de mucus purulent à l'orifice externe du col soit spontanément, soit par pression.

Toutefois, la surface érosive qui entourait l'orifice externe du col s'est étendue vers la périphérie. Que s'est-il passé ?

Sous l'influence de la glycérine ichtyolée la couche dermo-papillaire du museau de tanche s'est ridée petit à petit, s'est gauffrée puis est tombée par petits lambeeaux. Il s'agit là, d'un véritable décapage de la couche superficielle. Erosion large mais pas d'infection.

*b*) Il restera maintenant à cicatriser. C'est alors que nous ferons appel aux bacilles lactiques.

Procédez par pansements successifs pendant plusieurs séances ; arrosez le col lui-même avec une émulsion de bacilles lactiques portée au moyen d'une seringue.

Le résultat final sera relativement vite atteint : un col stérilisé sans ulcération.

Telles sont les règles essentielles du traitement que nous préconisons, la succession des deux médicaments : glycérine ichtyolée et bacilles lactiques en constitue l'originalité. Le premier stérilise, le second cicatrise. Ils se complètent l'un l'autre.

Ce traitement ne s'applique peut-être pas à tous les cas de métrite, mais il peut s'appliquer à presque tous les cas. En l'employant le praticien ne courra aucun risque... que celui de l'amélioration.

Quant à nous, nous nous basons sur notre expérience personnelle et c'est parce qu'elle a été facteur de succès nombreux que nous nous sommes permis d'en causer.

---

## QUE FAIRE POUR LES ENFANTS DÉFICIENTS PSYCHIQUES ?

### II. — Rôle du médecin à l'égard du petit déficient et de sa famille (1)

Par

G. DE PARREL, Directeur, et Henriette HOFFER, Chef du Service de médico-pédagogie

du Centre de rééducation pour les déficients psychiques et les retardés scolaires.

Les parents viennent souvent consulter leur médecin de famille et lui demander un avis sur la meilleure façon de faire instruire leur enfant retardé. Faut-il laisser l'enfant déficient dans une école de normaux ? Faut-il le diriger vers une école spéciale ? Telle est la première question posée au médecin. Nous voulons lui fournir ici les éléments de sa réponse.

En France, l'éducation collective se donne dans deux sortes d'établissements :

1° Les établissements de l'Etat : écoles primaires communales, lycées ou collèges.

2° Les établissements privés.

Nous n'apprendrons rien à nos confrères en leur disant que les uns et les autres sont surpeuplés. Tous les professeurs, toutes les associations de parents d'élèves sont unanimes à se plaindre de la surcharge des classes : quarante élèves par classe est le plus souvent un minimum. Nous connaissons bien des écoles où ce minimum est de cinquante et davantage. Dans de si mauvaises conditions, que peuvent faire des enfants instables, inattentifs ? Que peuvent obtenir les maîtres, malgré toute leur bonne volonté ?

En fait, l'enseignement collectif ne peut convenir qu'aux élèves moyens. Il ne vaut rien pour les sujets d'élite et pour les déficients. Pour ne parler que des déficients, il est évident que l'enseignement collectif n'est qu'un pis aller. Ils perdent leur temps et le font perdre à leurs camarades, mettent durement à l'épreuve et sans aucun résultat la patience de leurs professeurs.

Quelles sont, en effet, les qualités que doit avoir un enseignement destiné à un enfant déficient ?

*a*) Il doit être *dosé strictement suivant l'âge mental et le retard scolaire de l'enfant.*

*b*) Il doit être *à la mesure de son intelligence et adapté à sa déficience.* Il arrive fréquemment

(1) Voir le n° 38 du 18 septembre 1932.

qu'un léger déficient soit par exemple nul en mathématique et bon en orthographe. Des répétitions suffisantes, des explications lentes pourront le plus souvent lui faire comprendre ce que des cours collectifs n'avaient pas réussi à lui apprendre. Il en est de même pour toutes les autres matières du programme.

Il est impossible de réaliser ces conditions dans un milieu scolaire normal.

Mais, dira-t-on, il existe un enseignement collectif pour déficients. Nous connaissons toute la valeur des efforts pratiqués en ce sens par des maîtres éminents, comme ceux de l'Institut départemental d'Asnières. Mais il est surtout question ici des retardés scolaires et des déficients légers : ceux-là sont justiciables avant tout de l'enseignement individuel.

D'ailleurs, il n'y a pas actuellement de classe pour les déficients légers. Les seuls établissements qui s'occupent d'eux sont des établissements d'anormaux. Voilà donc des enfants presque normaux, qui vont être mis avec de grands déficients ! Qui ne voit le danger de cette promiscuité ?

A tout prendre, le contact des enfants normaux leur est bien plus profitable.

*L'enseignement individuel permet seul une éducation sur mesure à la portée de l'enfant.*

Il permet d'insister sur les matières au sujet desquelles l'enfant a des difficultés plus grandes.

Il permet la culture des facultés plus atteintes si la déficience n'est pas globale : mémoire, jugement, attention, etc.

Il permet d'aller aussi lentement qu'il le faut.

Il permet encore le redressement du caractère.

Il permet, enfin, de tenir compte de la santé de l'enfant, de le faire reposer quand la nécessité s'en fait sentir et de mettre à profit les meilleures heures de la journée pour le faire travailler.

Pour toutes ces raisons, nous accordons nettement nos préférences à l'enseignement individuel chaque fois qu'il est réalisable.

Pour combler ce qui est à notre sens une lacune, nous avons créé un Centre de rééducation où nous recevons les enfants déficients légers et les retardés scolaires afin de les traiter concurremment au point de vue médical et pédagogique.

Si l'enfant est déjà soigné par son médecin, nous travaillons en collaboration étroite avec ce dernier. Sinon, nous prenons la responsabilité du traitement et assurons à la fois les soins médicaux et la rééducation pédagogique.

Notre rééducation est strictement individuelle afin de nous permettre de tenir compte de l'état psycho-physique de chacun de nos élèves : chez tel enfant les troubles moteurs de la parole prédominent ; chez d'autres, la mémoire de fixation est particulièrement mauvaise ; chez certains, l'attention est tout particulièrement déficiente.

Notre enseignement individuel nous permet de tenir compte de l'âge de nos élèves.

Il nous permet d'assurer les répétitions aussi nombreuses qu'il est nécessaire.

Enfin, il nous permet de laisser l'enfant dans un milieu familial normal.

### Age de début de la rééducation

*Dès que l'enfant est reconnu déficient, il doit être rééduqué.* Nous ne saurions trop insister à ce sujet auprès du médecin de famille. C'est lui qui doit avertir les parents, qui doit leur donner des conseils, et combattre leur insouciance en leur présentant les faits tels qu'ils sont.

C'est lui qui doit lutter contre la pensée que « tout s'arrangera par la suite ».

Non, rien ne s'arrangera tout seul. Peut-être tout s'arrangera si l'on commence à temps. Très souvent la déficience se manifeste par un retard de la parole. Il ne faut pas attendre que l'enfant parle seul : en effet, même s'il se démutise lui-même, vers 3 ans, il parlera mal, et de plus ce retard de parole aura causé un retard dans le développement psychique. N'oublions pas que le retard de parole n'est pas purement d'ordre moteur, il s'accompagne d'un déficit psychique plus ou moins grave, mais toujours assez sérieux pour nuire à l'enfant.

Dans des cas plus graves, l'enfant ne se démutise pas seul et il faut avoir recours à des exercices de rééducation phonétique, à un âge où beaucoup de temps précieux a été perdu.

On ne saurait commencer trop tôt la rééducation de ces enfants muets ou parlant mal.

La déficience ne se manifeste pas toujours par un retard de la parole. L'enfant est amené au médecin parce qu'il est lent, peu éveillé. Plus tard, s'il est déjà écolier, parce qu'il est mauvais élève : turbulent, paresseux ou endormi (1). Il est en retard d'une ou de plusieurs années.

Il est de toute nécessité de donner à cet enfant les soins dont il a besoin : glandes endocrines, traitement spécifique, et... de l'enlever de l'école pour lui donner un enseignement individuel sur mesure, transitoire si l'enfant redevenu normal peut suivre ses camarades, ou continu dans le cas contraire.

« *Commencer jeune, commencer le plus tôt possible* » : nous nous sommes toujours bien trouvés de cette formule. Dans le cas de mutisme, les organes de la parole sont plus souples dans le jeune âge.

La réceptivité pédagogique est plus grande

(1) Lire les remarquables articles et les ouvrages de notre distingué collègue Gilbert Robin qui a étudié avec tant de soin la psychologie des enfants déficients et celle des enfants normaux, dans toutes leurs manifestations.

chez les enfants jeunes. La maman de l'enfant est pour nous une aide précieuse que nous formons au fur et à mesure des besoins de l'élève. Cette collaboration étroite entre le rééducateur et la mère nous a toujours donné des résultats excellents. La mère, mieux que personne, comprend son enfant, est capable de se donner entièrement à lui, de ne ménager ni son temps ni sa peine.

Dirigée par nous, elle devient une excellente institutrice.

Le médecin rééducateur, la mère et le médecin de famille doivent travailler en équipe et coopérer harmonieusement à l'œuvre indispensable de récupération des enfants déficients.

## AU CHEVET DES PATIENTS

### I

### De la stérilisation des instruments par la vapeur sous pression (1).

La stérilisation par la vapeur sèche est incertaine, et il faut lui substituer l'autoclave horizontal réglé à trois atmosphères. Cependant, la vapeur présente le grave inconvénient de détériorer les instruments, qui sont oxydés, dénickelés et rapidement mis hors d'usage. Or, il suffit d'alcaliniser l'eau, introduite dans l'autoclave, pour remédier à l'action nocive de la vapeur sous pression. Certes, on peut y ajouter du borate de soude, mais dans ces conditions, si les instruments ne sont pas oxydés, ils sont recouverts d'une fine couche de sel et perdent leur brillant.

Après divers essais, M. J. Lafourcade, est arrivé à mélanger l'eau de l'autoclave avec de l'ammoniaque dans la proportion suivante: 1 l. 1/2 à 2 litres d'eau et une cuillerée à soupe d'ammoniaque.

Après la stérilisation ainsi réalisée, les instruments sont secs, nets et brillants. Ils ne sont nullement détériorés. Les tranchants des bistouris et des ciseaux ne sont pas émoussés ; et les pièces doivent être renickelées moins souvent qu'avec l'étuve sèche.

Voici la technique de la stérilisation, telle qu'elle est donnée par l'auteur :

« *Une boîte par opération* qui sera ouverte au moment de l'intervention. Les instruments sont placés *par ordre*, sur un carré de toile qui recouvre le fond de la boîte et qui dépasse largement ses montants, quand il est déployé. Ses bords sont ramenés sur les instruments. Un second carré plié est placé par dessus. Il servira à recouvrir le couvercle de la boîte placé à côté, sur la table, lequel recevra quelques instruments ou ceux qui ont servi.

« La boîte *fermée* est mise dans l'autoclave. Les boîtes d'instruments sont placées les unes au-dessus des autres. Un autoclave de 0 cm. 35 de diamètre contient quatre boîtes de 0 cm. 07 de hauteur.

« L'autoclave est fermé. On y introduit l'eau, dans laquelle est ajoutée de l'ammoniaque dans la proportion déjà indiquée.

« La stérilisation se fait comme pour les compresses et les pansements, sans aucun tour de main spécial, sans aucune manœuvre compliquée. On monte de 2 1/2 à 3 atmosphères, que l'on maintient vingt minutes. Le gaz est éteint et l'autoclave est ouvert, quand le manomètre est revenu à zéro.

« De temps en temps, un tube témoin est placé dans les boîtes. On a ainsi la certitude que la température atteint ou dépasse 130°.

« La boîte étant ouverte — le couvercle étant recouvert de son carré de toile — celui de la boîte étant éversé, la présentation donne toute satisfaction. Il est évident qu'elle est supérieure à celle que l'on voit pratiquée un peu partout, et qui consiste à retirer d'une grande boîte les instruments stérilisés à sec et étalés sur un champ stérilisé. Cette boîte qui contient tout un arsenal est ouverte pour chaque intervention ou pendant l'opération, si besoin est. Il est évident qu'une boîte étant ouverte à plusieurs reprises dans une salle encombrée d'élèves ou de spectateurs, son contenu ne peut rester stérile.

« Il est un dernier point sur lequel il faut attirer l'attention : *celui de la fermeture des boîtes*. Les instruments sont stérilisés le matin où ils sont mis en service. Ils sont portés de l'autoclave sur la table placée aux côtés de l'opérateur, et la fermeture des boîtes ne présente rien de spécial.

« Mais quand il s'agit d'une boîte préparée à l'avance — comme celle qui sert pour les cas urgents — on peut recourir à une disposition qui donne toute garantie. Le couvercle présente une rainure qui contient du coton cardé. Les bords des montants de la boîte pénètrent dans cette rainure et le coton assure une fermeture parfaite. »

(1) J. Lafourcade (de Bayonne). — De la stérilisation des instruments par la vapeur sous pression. (*La Presse Médicale* ; 10 août 1932.)

II

LES INJECTIONS D'ALCOOL POUR SUPPRIMER LES DOULEURS DANS LES CANCERS (1)

Cette méthode consiste à pratiquer des injections d'alcool à 95° dans les tumeurs cancéreuses. Elle a été inspirée au Docteur FEREY par l'exemple et l'excellence des résultats, obtenus dans les névralgies du trijumeau par l'alcoolisation de ce nerf.

La première observation remonte à un an et demi. Il s'agissait d'un homme de 74 ans, qui présentait un cancer du rectum, bas situé, envahissant le canal anal. En raison de l'extension de la tumeur, de l'âge du malade, de son état général très déficient, d'une glycosurie abondante, l'opération était absolument impossible. Comme la malade souffrait horriblement, l'auteur lui fit tous les trois jours, d'abord autour de la tumeur, puis dans la tumeur elle-même, des injections de 10 c.c. d'alcool à 95°. La première injection fut très douloureuse, la deuxième fut faite au voisinage de la première, et l'on fit ainsi chaque fois, piquant dans la partie sclérosée de l'injection précédente ; les injections furent ensuite très bien supportées. Après avoir ainsi circonscrit la tumeur, au moyen de sept piqûres, le Docteur F., fit directement dans la tumeur cinq injections d'alcool. Le malade ne souffrit plus au delà de la troisième piqûre, se laissa traiter docilement. Il mourut dans la suite d'une gangrène diabétique et non de son cancer. Voici, d'autre part, les constatations faites localement : la tumeur s'était considérablement atrophiée ; toute la région périanale était dure, cartonnée, le canal anal était rigide, scléreux comme dans un rétrécissement, et il laissait passer facilement l'index. Bref, la tumeur paraissait avoir été fixée par l'alcool, comme une tumeur que l'on fixe par l'alcool pour en faire une pièce anatomique ; elle ne paraissait plus vivante, mais momifiée.

D'autres histoires cliniques analogues concernent une récidive ulcérée de cancer du sein, un énorme cancer du col utérin ayant envahi le vagin et les paramètres, une métastase dans le grand trochanter suite d'ablation d'un néoplasme du sein, etc., etc.

Certes, les injections d'alcool n'ont pas la prétention de guérir le cancer : mais, ce que l'on constate, c'est la disparition immédiate, ou tout au moins quelques heures après, des douleurs ; le résultat est particulièrement précieux pour les inopérables. Le recul n'est pas encore assez grand pour savoir si la suppression des douleurs au niveau des lésions est, ou sera, définitive ; mais aucun des malades, traités depuis un an et demi par l'auteur, n'a vu ses douleurs réapparaître.

De plus, celui-ci a constaté dans la plupart des cas un arrêt dans le développement de la tumeur, et les malades, qui sont morts, ont été les victimes de complications, sans rapport direct avec la lésion traitée localement, celle-ci ayant toujours paru arrêtée dans son évolution.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant pour les praticiens de pouvoir apporter par les injections d'alcool quelque soulagement à des douleurs intolérables.

G. F.

(1) Dr FEREY (Saint-Malo). — Un nouveau procédé de traitement contre la douleur dans les cancers. (*La Presse Médicale*, 16 juillet 1932.)

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### La stase papillaire d'origine néphrétique.

D'après M. REDSLOB, il existe des affections rénales, qui s'accompagnent de lésions ophtalmoscopiques de la papille, identiques à celles de la stase néphritique d'origine tumorale. Cette lésion papillaire coïncide avec des symptômes indiscutables d'hypertension crânienne (subjectifs : céphalées, vomissements, vertiges ; objectifs : élévation de la pression céphalo-rachidienne et hypertension rétinienne relative).

Dans ces conditions, la lésion papillaire, ayant le même aspect que la stase papillaire néoplasique, et s'accompagnant comme elle d'une hypertension intracrânienne, on peut l'homologuer à une stase papillaire franche. Le seul signe distinctif serait la présence de l'hypertension rétinienne ; celle-ci semble, en effet, subsister dans la stase néphritique, tandis qu'elle disparaît généralement au moment où la stase tumorale apparaît.

A noter que la stase papillaire au cours d'une néphrite est d'un pronostic vital grave ; la survie est trop brève pour que les lésions rétiniennes de la néphrite aient le temps de se développer. (*Revue de médecine*, avril 1932.)

### Tétanie et épilepsie.

Certains auteurs dénient aux parathyroïdes un rôle dans la genèse de l'épilepsie. Cependant, M. GIRARD et Mlle KUNTZ citent des observations, où la tétanie parathyréoprive réveilla et aggrava une épilepsie latente depuis plusieurs années, et où des crises hibernales de contracture des extrémités se compliquèrent à trois reprises de crises comitiales. Cette association leur a semblé intéressante à signaler. Ils font aussi état du rôle de l'hypocalcémie dans le déclenchement des crises convulsives, et, par ce mécanisme, admettent que les glandules parathyroïdiennes peuvent jouer parfois un rôle déchaînant dans la crise comitiale. (*Revue Médicale de l'Est*, 1er mai 1932.)

### Les indications du régime dissocié.

MM. J.-J. ROUZAUD et G. SOULA ont pu étendre le bénéfice de leur régime dissocié, non plus seulement aux malades atteints de diabète ou de glycosurie alimentaire, mais aussi aux malades présentant soit des troubles digestifs, soit des troubles généraux, tels que la migraine, l'asthme, l'urticaire, et paraissant en rapport avec la nutrition du sujet. Des résultats très satisfaisants ont été obtenus.

Deux principes dominent et caractérisent le régime dissocié :

1° Il faut éviter de donner, au cours du même repas, des aliments farineux, en même temps que des aliments riches en azote animal (viandes, poissons, œufs, lait, fromages), comme s'il y avait incompatibilité entre les farineux et les aliments azotés. Parmi les farineux (légumes secs, pommes de terre, riz, pâtes, pain, etc.), certains, comme les légumes secs, portent l'incompatibilité en eux-mêmes, car ils sont à la fois riches en albumines, et en hydrates de carbone. Aussi leur introduction dans le régime dissocié doit-elle être restreinte et très surveillée.

2° Les repas riches en azote minéral doivent être des repas pauvres en liquides ; aussi faut-il diminuer beaucoup, non seulement les liquides eux-mêmes, mais encore les aliments qui en apportent, tels que potages, crudités, salades, fruits crus aqueux, etc. Au contraire, les liquides sont permis à volonté dans les repas sans azote animal. Les légumes verts cuits, et les fruits cuits sont des aliments, qui peuvent être pris indifféremment dans tous les repas, qu'ils soient azotés ou farineux.

Pratiquement, les malades peuvent adopter, par exemple : *a*) un petit déjeuner liquide, fruitarien, farineux sans lait, ou un café au lait sans pain.

*b*) Un repas carné à midi ;

*c*) Un repas végétarien ou végétarien-farineux le soir au dîner.

Ainsi, dans le régime dissocié simple, tous les aliments sont permis, sauf les mets qui, par leur préparation culinaire, violeraient le principe de la dissociation. Dans le cadre du régime dissocié, toutes les possibilités de restriction sont offertes vis-à-vis de chaque catégorie d'aliments, soit les azotés, soit les corps gras, soit les farineux.

Etude des glycosuriques : 320 cas.

Dans la glycosurie alimentaire, sur 109 sujets traités, on note quatre-vingt-sept fois la disparition de la glycosurie, dix-huit fois une amélioration nette de la glycosurie, quatre fois aucun changement.

Dans le diabète arthritique sans dénutrition, le régime dissocié a donné un pourcentage de guérisons ou d'améliorations nettes de 83 pour 100.

Dans le diabète vrai, avec dénutrition et acidose, on n'obtient au contraire qu'un petit nombre d'améliorations, ce qui met en relief l'impuissance du régime en ce cas.

Etude des non-glycosuriques (167 cas).

Sur sept migraineux, qui ont été soumis au régime dissocié, les auteurs ont noté cinq fois la disparition complète des crises de migraine, alors que deux sujets ont continué d'avoir leurs malaises habituels.

Sur onze asthmatiques opérés et soumis à ce régime, on a obtenu neuf fois, soit la guérison, soit l'amélioration notable des crises.

Sur dix-neuf urticariens, dix-sept fois la suppression ou la diminution très nette des poussées.

Sur trente-deux obèses, il y eut quatorze fois une diminution marquée du poids, onze fois une diminution légère, sept fois résultat nul.

Sur quarante-trois cas de dyspepsie flatulente, trente-neuf fois on obtint une disparition complète des malaises, tels que gaz, vertiges, tendance syncopale, congestion de la face, aérophagie. Une des meilleures indications du régime dissocié paraît être le ballonnement gastrique, si gênant pour tant de malades, et surtout pour les femmes.

Pour la colite avec ballonnement, trente et une fois les symptômes ont disparu, onze fois, ils ont été améliorés ; il faut une application stricte du régime dissocié, car la plus petite faute risque de faire perdre au malade le bénéfice de ses efforts.

Ce régime constitue donc une arme thérapeutique très efficace aussi bien vis-à-vis des glycosuries que vis-à-vis de certains troubles digestifs ou nutritifs. En tout cas, s'il est opérant pour les troubles fonctionnels, il est inefficace devant une lésion organique constituée ; il oriente donc dans certains cas vers la recherche d'une lésion organique, et renseigne sur la gravité de cette lésion. (*La Presse Médicale*, 30 mars 1932.)

**Une nouvelle méthode pour le diagnostic des lésions de la glande mammaire : la transillumination ou diascopie du sein.**

Le Docteur P. Ulrich précise qu'il ne faudrait cependant pas voir dans cette méthode un moyen de diagnostic absolu et infaillible, mais la considérer comme un chaînon, très précieux, ajouté à l'expérience clinique et aux connaissances pathologiques, qui doivent être à la portée de tout chirurgien. L'interprétation même des résultats de la diascopie présuppose d'ailleurs une familiarisation complète avec la structure macro et microscopique des lésions de la glande. Cette méthode est souvent incapable de trancher la question, qui prime tout, de la bénignité ou de la malignité d'une lésion quelconque du sein.

Après des considérations techniques, l'auteur envisage d'abord l'état normal du sein.

Dans les tumeurs kystiques, étudiées ensuite, il déclare la diascopie très précieuse, car elle facilite l'interprétation exacte d'une tumeur qui, cliniquement, ne peut donner aucune certitude, ni quant à sa nature kystique, ni quant à la question primordiale de la malignité ou de la bénignité ; elle aide au diagnostic différentiel entre les kystes remplis de sang ou les tumeurs solides, comme le cancer et l'adéno-fibrome.

Sont ensuite passés en revue les hématomes, les écoulements de sang par le mamelon, les papillomes multiples. Bref, un bel avenir semble réservé à la transillumination ou diascopie pour le diagnostic des affections de la glande mammaire. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### Sympathectomie chimique. Rajeunissement. Réactivation des glandes déficientes.

(M. Leriche — *Société de Chirurgie* ; 4-5-1932 )

M Leriche expose son opinion autorisée sur un ensemble de questions d'actualité : la sympathectomie chimique, la méthode de Doppler de rajeunissement et le problème plus général suivant : peut-on réactiver les glandes déficientes (thyroïde, pancréas, testicule, ovaire, etc.) ? C'est non seulement le rajeunissement qui est en cause, mais un procédé de guérison qui s'appliquerait au diabète (pancréas), à la stérilité féminine (ovaire), à l'impuissance masculine (testicule), etc.

Depuis que Sampson Handley a eu l'idée de remplacer, en matière de sympathectomie, l'excision de l'adventice par sa fixation avec une préparation chimique, divers liquides ont été employés à cet effet : alcool (Handley), ammoniaque, solution de Zenker, acide phénique, isophénol. Actuellement, on attribuerait volontiers une vertu mystérieuse et quasi-spécifique à l'isophénol. M. Leriche pense, après essai, que cette substance n'a pas plus de vertus que les autres fixateurs. Doppler, néanmoins, a eu le mérite d'étendre les applications de cette méthode.

Cela dit, M. Leriche met en garde contre un optimisme excessif touchant les résultats pratiques de la sympathectomie chimique. La question soulevée dépasse de beaucoup la partie rajeunissement qui a principalement retenu l'attention. Il s'agit d'une méthode toute générale susceptible d'être appliquée aux autres parenchymes glandulaires. L'expérience de l'auteur lui permet de dire qu'il n'y a actuellement aucun procédé permettant de rendre l'activité perdue à une glande déficiente *pour plus de deux à six mois*. Après des essais divers, par des sympathectomies au bistouri, pas des sympathectomies chimiques par l'ablation des ganglions sympathiques, il n'a jamais obtenu que des effets temporaires, de durée très limitée. Le problème n'est pas insoluble, mais il n'est pas résolu. Mêmes résultats, pas plus durables, pour les pseudo-greffes glandulaires (testicule, thyroïde, etc.).

Pour ce qui concerne plus particulièrement les frigidités masculine et féminine, les stérilités, il serait merveilleux qu'il suffise d'injecter dans le cordon ou au niveau de l'ovaire quelques centimètres cubes d'isophénol pour les corriger définitivement. Par extension, ne devrait-on pas arriver à guérir le diabète avec quelques gouttes d'isophénol autour des artères pancréatiques. Pour admettre pareille révolution thérapeutique, il faudrait des résultats anciens et bien contrôlés. J'ai peur, dit M. Leriche, que les effets obtenus ne tiennent pas plus que n'ont tenu les greffes de Voronoff ou les vasectomies de Lipschitz et de Knud Faber.

N'y a-t-il pas là une simple conséquence, momentanée, de l'hyperémie régionale, qui suit l'acte opératoire. Les opérations qui portent sur la sphère génitale (hydrocèle, prostatectomie...) ou la fosse iliaque (hernie, appendice) ont parfois été suivies d'un retour de puissance génitale, par un mécanisme analogue (hyperémie régionale probablement), retour d'ailleurs tout aussi fugace qu'après la sympathectomie chimique testiculaire ou ovarienne.

### Carbogène et anesthésie générale

(M. H. Gaudier, de Lille. — *Société de chirurgie* 4-5-1932.)

Dans une récente communication, que nous avons analysée, M. Gaudier signalait les avantages des in-

halations de carbogène (acide carbonique et oxygène, 7 p. 100) non seulement dans le traitement des complications pulmonaires post-opératoires, mais aussi dans les alertes de l'anesthésie générale et locale.

L'auteur confirme ses observations antérieures que sa pratique ultérieure est venue appuyer. Sur ses indications, la Société oxyhydrique française a fabriqué un appareillage portatif ne pesant que 25 kgr. avec plusieurs robinets permettant de donner l'anesthésique seul, ou mélangé au carbogène, ou le carbogène seul. Avec un peu de pratique, on arrive à donner un mélange convenable qui procure une excellente anesthésie. Les patients endormis restent bien colorés, leur respiration est profonde.

M. Gaudier estime que l'appareil à carbogène devrait se trouver dans toutes les salles d'opération. Il est utile pour l'anesthésie, et après l'intervention. Le carbogène est indiqué dans les congestions pulmonaires, les bronchites post-opératoires. En France, le Docteur Cot a été le vulgarisateur de l'emploi de ce mélange gazeux, carbo-oxygène. En Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis, le carbogène est d'un usage courant, usage chirurgical, et usage médical.

### L'artériographie des membres.

(MM. R. dos Santos, de Lisbonne ; Lamas et P. Caldas. — *Société de Chirurgie* ; 27-4-1932.)

M. Gosset présente un rapport sur un nouveau travail de M. Reynaldo dos Santos concernant l'artériographie des membres.

L'auteur employait auparavant l'iodure de sodium qu'il injectait dans les artères pour leur donner l'opacité nécessaire à l'image radiographique. Mais l'iodure a l'inconvénient d'être irritant pour les vaisseaux et douloureux. M. dos Santos se sert aujourd'hui du bioxyde de thorium, substance ni dangereuse, ni douloureuse, qui résout le problème pratique de l'artériographie des membres.

### Du traitement des salpingites.

(M. Anselme Schwartz. — *Société de Chirurgie* ; 27-4-1932.)

M. Anselme Schwartz estime que la thérapeutique médicale peut donner d'excellents résultats dans le traitement des salpingites. Les indications opératoires sont rares dans ces affections. Exceptionnelles à la phase aiguë, elles n'existent à la phase de latence que du fait de la persistance ou de l'extension des lésions, éventualités peu fréquentes lorsque le traitement médical a été bien conduit.

L'auteur appuie son opinion sur de nombreuses observations prises à l'hôpital et en clientèle de ville. Il a soigné, en particulier, dans sa clientèle, avec la collaboration de M. Schil, 151 salpingites, toutes guéries par la cure médicale, sans aucune intervention opératoire.

Sa formule, en cette matière, au point de vue chirurgical, est « tout ou rien ». Dans la règle, pas de chirurgie. Dans les cas très rares où le traitement médical n'amène pas la guérison, il faut tout enlever, parce qu'il n'y a plus rien à conserver.

P. L.

### Action du nitrate d'ammonium sur les œdèmes.

(MM. Pasteur-Vallery-Radot et Gilbrin. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-5-1932.)

Les nitrates alcalins, en particulier le nitrate de potasse, ont des propriétés diurétiques utilisées depuis longtemps. Les sels d'ammonium sont considérés comme ayant les mêmes effets.

Les auteurs ont essayé l'emploi du nitrate d'ammonium, à la dose quotidienne de 10 à 12 grammes *per os*. Pendant cette administration, il convient de surveiller de près les malades, en particulier du point de vue de l'albumine et de l'urée sanguine.

Le nitrate d'ammonium n'est évidemment qu'une thérapeutique d'exception. Mais, devant des œdèmes cardiaques volumineux, qui ont résisté à tous les traitements, on pourra l'essayer, soit seul, soit associé à un diurétique mercuriel ; on aura parfois la satisfaction de voir s'effondrer des œdèmes qui, jusque-là, s'étaient montrés d'une ténacité désespérante.

### Intoxication mortelle par l'apiol.

(MM. Lœderich, Mamon et Mme Arager. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-5-1932.)

L'apiol, extrait des semences de persil, est utilisé comme emménagogue. D'après les traités de thérapeutique, il serait fort peu toxique et provoquerait seulement, à dose de 3 ou 4 grammes, une sorte d'ivresse avec vertiges et titubation. Mais, en pratique, il serait fort difficile d'obtenir un produit pur, et ses impuretés seraient parfois cause d'accidents. Si bien que la commission du Codex, en 1920, a supprimé l'inscription de ce produit.

Néanmoins, l'apiol n'a cessé d'être utilisé en thérapeutique, et bien plus encore pour les avortements criminels.

Les auteurs rapportent un cas, qui démontre le danger des fortes doses, malheureusement si souvent utilisées dans un but abortif. La symptomatologie de la grande intoxication apiolique peut être assez caractéristique pour permettre le diagnostic clinique, lorsqu'aux signes d'hépatonéphrite aiguë urémigène, s'associent ceux d'une polynévrite.

### La thiémie dans les cirrhoses.

(MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, R. Even et M. Dralhon. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-5-1932.)

Il s'agit de l'étude des modifications du soufre urinaire dans les affections hépatiques. Les recherches exposées confirment dans l'ensemble les remarques, dont Loeper et ses collaborateurs ont souligné l'im-

portance, en ce qui concerne l'abaissement du rapport sulfatémique dans les cirrhoses.

Cependant, il faut signaler que l'imperfection dans l'oxydation du soufre n'est nullement en rapport avec la mélanodermie. On la retrouve dans les cirrhoses banales au même titre qu'au cours des cirrhoses pigmentaires.

Dans ces dernières, les chiffres du soufre total, par contre, sont sensiblement inférieurs à ceux publiés par M. Loeper. On ne peut, en l'état actuel, confirmer l'élévation du soufre total dans le sang des malades atteints de cirrhose pigmentaire.

Il faut enfin souligner les modifications de la thiémie, qui ont été observées sous l'influence de l'opothérapie hépatique dans un cas d'anémie pernicieuse.

### Tuberculose fibreuse et pneumokoniose.

(MM. Rist et Doubrow. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-5-1932.)

La sclérose et l'imprégnation minérale du tissu pulmonaire n'influencent pas notablement sa teneur en bacilles de Koch, la bactériolyse tissulaire étant fonction de l'état qualitatif de l'allergie locale.

Cependant l'évolution fibreuse avec forte minéralisation des lésions offre un obstacle considérable à l'élimination des bacilles de Koch, d'où une très grande difficulté de leur recherche dans les expectorations.

Les examens nécropsiques des poumons pneumokoniosiques, qui ne comportent pas d'examen bactériologique systématique, ne peuvent en aucune façon être tenus pour valables, quand on veut récuser la nature tuberculeuse des lésions constatées ; pareille erreur pourrait avoir une grave répercussion sur l'hygiène sociale.

### Eventration diaphragmatique avec dextrocardie chez un enfant de onze ans.

(MM. G. Marchal, Faton et H. de Balsac. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-5-1932.)

Les examens radiologiques, faits d'une façon plus systématique, démontrent la fréquence de l'éventration diaphragmatique. Dans l'observation rapportée, il faut signaler deux particularités : le jeune âge du sujet, onze ans, et l'apparition des premiers troubles dès l'âge de sept ans : troubles digestifs, rhumes à répétition, quelques palpitations rétrosternales, une croissance toujours marquée par un déficit pondéral. C'est le schéma habituel des répercussions de l'éventration diaphragmatique : digestives, cardiaques, pulmonaires et générales.

Les signes radiologiques mettent en évidence la déformation très particulière et classique de l'éventration : l'estomac est renversé, la grande courbure en avant. Ces signes différencient l'éventration de la simple surélévation diaphragmatique, par pneumogastrie, par exemple. Ici, la coupole n'a pas la même cinétique, et la déformation gastrique n'a pas les mêmes caractères permanents.

Si, dans la hernie diaphragmatique, où il y a passage viscéral au travers d'un orifice normal ou pathologique du diaphragme, l'acte chirurgical s'impose, il est contre-indiqué dès qu'il s'agit d'éventration. La plicature du diaphragme, exceptionnellement réalisée, ne saurait être tentée en l'absence de troubles menaçant l'existence.

Le traitement se réduira donc à l'hygiène alimentaire recommandée aux aérophages, toute distension supplémentaire de la poche à air gastrique ne pouvant que nuire à la résistance déjà compromise de la coupole, et aggraver ainsi la lésion. Pour une raison inverse, des exercices respiratoires modérés et judicieux paraissent recommandables.

G. F.

---

*Société médicale des praticiens.*

Séance du 15 avril 1932.

### Localisation sinusienne du colibacille.

M. Derecq rapporte l'observation d'une infection coli-bacillaire des sinus maxillaires et frontaux contractée dans une piscine municipale et guérie par application *loco dolendi* d'antivirus anticolibacillaire.

### Sur l'irréductibilité de certains Wassermann.

M. Galliot. — Après avoir éliminé les B. W. pseudo-irréductibles qui ne sont que des W. résistants, l'auteur divise les B. W. irréductibles en deux classes.

Les B. W. irréductibles d'emblée, signes certains de syphilis évolutive maligne et qui nécessitent un traitement pour ainsi dire ininterrompu, qui parfois se montre quand même inopérant.

Les B. W. irréductibles que l'on rencontre chez les vieux syphilitiques et dont le traitement a généralement été insuffisant. Ces malades demandent des traitements variés plus ou moins fréquents suivant qu'ils sont atteints ou non de lésions viscérales.

De toutes façons, on ne devra pas laisser les B. W. irréductibles sans traitement. Ne jamais leur accorder l'autorisation de se marier et surtout de procréer.

---

## *Lille*

*Société médicale et anatomo-clinique.*

### Trois cas de prurigo-asthme héréditaire et leur traitement.

M. Boucher. — Sabouraud individualisait, parmi les prurigos, un type clinique, caractérisé par des manifestations cutanées prurigineuses et par la coexistence de crises d'asthme ; il avait donné à ce syndrome le nom de prurigo-asthme.

L'auteur en rapporte trois cas chez des enfants de 3 ans 1/2, de 18 mois et de 19 mois. Après avoir insisté sur la fréquence de ce type clinique et sur son origine syphilitique lointaine, l'auteur montre les heureux résultats du traitement spécifique *per os*, calomel et novarsénol.

**Maladie de Nicolas Favre, observée avant l'établissement des poradénites.** (Présentation de coupes histologiques).

MM. DANEL et P. DAVID. — Homme de 26 ans, venu consulter pour une adénite inguinale droite, d'allure subaiguë : gâteau ganglionnaire dur et bosselé, sans menace de fistulisation, véritable bubon d'emblée, mobile sur les plans profonds. Biopsie : examen microscopique montrant des micro-gommes typiques. Réaction positive à l'antigène de Frei. Pas de tuberculose, ni de syphilis.

L'affection a rétrocédé rapidement à la suite de cette simple biopsie.

A propos de ce cas, les auteurs font une étude très complète de la maladie de Nicolas Favre.

**Perforation gastrique à symptomatologie atténuée.**

M. COULOMBIER (de Saint-Pair-sur-Mer). — Homme de 20 ans, ayant présenté brusquement une douleur abdominale « en barre ». Examen somatique complètement négatif. Le lendemain seulement, se manifeste un point très douloureux dans l'étage supérieur de l'abdomen avec contracture nette. Opération dans la soirée, 23 heures après le début les accidents. Perforation de la dimension d'une lentille sur laquelle le foie forme clapet. Guérison.

**Sclérodermie généralisée avec mélanodermie.**

MM. DEREUX et DELOBELLE. — Sclérodermie typique chez une femme de 37 ans, mais avec pigmentation aux aisselles, au cou, aux plis articulaires, aux cuisses, à l'abdomen : plages de teinte café au lait.

Les auteurs insistent sur cette association, sur l'affaiblissement musculaire généralisé, sur la participation des glandes endocrines, particulièrement de la thyroïde. Cette affection a débuté par un syndrome de Raynaud. Les examens de laboratoire ont montré une augmentation du métabolisme basal, avec un taux normal du calcium sanguin.

**Septico-pyohémie à streptocoques, traitée et guérie par l'action combinée de l'immuno-transfusion et du sérum antistreptococcique de Vincent.**

MM. BERNARD et GODIN. — Homme de 37 ans faisant une septicémie après angine en apparence banale. Suppurations multiples ; hémoculture décelant du streptocoque. Amélioration manifeste par l'immuno-transfusion. Ouverture et drainage des collections purulentes. Guérison parachevée par le sérum de Vincent.

**Luxation dorsale incomplète du scaphoïde tarsien.** (Présentation de radiographies).

M. THIRION (de Saint-Dié). — Homme de 45 ans, ayant fait une chute de 6 mètres sur des débris de démolitions, où son pied s'est pris. La radiographie montre une lésion rare : une énucléation incomplète du scaphoïde.

A propos de ce cas, l'auteur fait une étude complète de la luxation du scaphoïde tarsien, dont on ne connaît que peu d'exemples, puisque Boeckel, dans un travail d'ensemble, n'a pu réunir que 51 observations. Il insiste sur la nécessité d'une réduction non sanglante, aussi prompte que possible. Si l'intervention chirurgicale devient nécessaire, mieux vaut replacer le scaphoïde que l'enlever.

# Les Congrès

## IXe Congrès de la Société internationale de Chirurgie

(*Suite*) (1)

DEUXIÈME QUESTION

### *Suppurations pulmonaires non tuberculeuses*

**1° Résumé du rapport de M. le Docteur Ascoli (Rome).**

Les suppurations pulmonaires non tuberculeuses comprennent toutes les diverses lésions qui sont réunies sous le nom d'abcès pulmonaires. On distingue :

1° L'abcès simplement parenchymateux par microbes pyogènes à évolution bénigne, qui peut guérir spontanément ;

2° L'abcès gangréneux primitif tendant à se transformer en abcès chronique ; il existe aussi des formes aiguës progressives de mauvais pronostic ;

3° Formes chroniques simples ou formées de lésions complexes qui transforment le poumon en tissu spongieux avec zones de sclérose et cavités des abcès ou bronchiectasies.

Les abcès se forment par voie lymphatique, par diffusion directe, par voie sanguine. On ne peut appli-

(1) V. *Concours Médical*, nos 36, 37 et 38.

quer sans réserve, en pathologie humaine, la théorie de Cutler sur l'origine embolique des abcès, spécialement des abcès post-opératoires.

L'abcès du poumon est toujours une lésion chirurgicale à évolution douteuse ; 30 p. 100 des formes aiguës peuvent guérir spontanément. Tantôt les abcès deviennent chroniques, tantôt l'évolution tend à l'aggravation, tandis que pour les abcès soignés au plus six mois après leur début, on a une mortalité de 19 p. 100 ; pour ceux soignés après six mois, la mortalité atteint environ 75 p. 100.

Les complications les plus fréquentes sont l'empyème par ouverture de l'abcès dans la plèvre, éventualité quelquefois heureuse et capable de conduire un abcès à sa guérison ; l'abcès cérébral et l'hémorragie.

Les soins médicaux généraux et locaux, l'emploi des vaccins et des sérums, peuvent seulement favoriser la guérison des abcès qui tendent à guérir spontanément, spécialement des abcès aigus centraux drainés par une grosse bronche et avec parois élastiques.

Les examens bronchoscopiques peuvent être utiles dans les cas d'abcès par corps étranger en supprimant leur cause.

Le pneumothorax thérapeutique utilisé dans les cas d'abcès profonds bien drainés avec plèvre libre, continué pendant quatre à six mois, peut être utile si la lésion n'est pas trop chronique. Dans les autres cas, il peut devenir à la fin dangereux, interférant avec le drainage et avec la toux.

Les traitements chirurgicaux indirects : phrénicectomie, thoraplastie, plombage extrapleural, peuvent amener la guérison d'un abcès dans des cas exceptionnels. Ils doivent être essayés dans les formes très diffuses.

La pneumectomie avec drainage est indiquée dans les cas d'abcès périphériques avec une ou plusieurs cavités peu développées.

Dans les formes chroniques complexes, les résections du poumon peuvent seules amener la guérison selon Whittemore, Graham, etc. La lobectomie typique dans les cas d'abcès est d'exécution si difficile et donne lieu à une mortalité si élevée qu'elle trouve difficilement place dans la pratique.

**2° Résumé du rapport de M. le Docteur Baumgartner (Paris).**

Les suppurations pulmonaires aiguës localisées se manifestent sous trois aspects différents :

1° L'abcès simple à pyogène, dont l'évolution fréquente est la guérison spontanée ;

2° La gangrène, qui aboutit à la formation d'un bloc de sphacèle et se termine souvent par la mort ;

3° L'abcès putride d'emblée, dont le triple processus anatomique de nécrose parcellaire, suppuration et sclérose, évolue vers la chronicité et l'extension progressive des lésions.

Les suppurations chroniques diffuses sont, dans la majorité des cas, l'aboutissant tardif d'une des formes précédentes, et particulièrement de l'abcès putride d'emblée. Elles se manifestent par la production de nouveaux foyers de suppuration, le développement progressif de la sclérose et l'apparition de bronchectasies. A ce stade ultime, leurs caractères se confondent avec ceux des dilatations bronchiques primitives compliquées d'abcès.

A mesure que se prolonge l'évolution chronique d'une suppuration, le retentissement sur l'organisme s'aggrave, l'effet des traitements palliatifs diminue et l'aléa de l'intervention chirurgicale augmente.

L'indication opératoire doit être posée d'une façon précoce, aussitôt que l'essai des traitements médicaux se sera montré insuffisant à amener une guérison rapide. Ce délai ne doit pas dépasser deux mois à dater du début de la maladie pour les abcès et les suppurations chroniques et quinze jours pour les gangrènes. L'intervention chirurgicale sera d'autant plus efficace et d'autant moins dangereuse qu'elle aura été exécutée plus tôt.

Le pneumothorax artificiel est une méthode thérapeutique peu efficace dans les cas rebelles au traitement médical, souvent dangereuse, et qui rend difficile, si elle échoue, l'intervention directe ultérieure sur le poumon.

Les procédés chirurgicaux de collapsothérapie peuvent être utilisés en tant qu'interventions complémentaires, après les opérations d'exérèse, ou comme traitements palliatifs, dans les cas de suppurations diffuses dont l'étendue contre-indique une intervention radicale.

La bronchoscopie aspiratrice est un utile adjuvant pour préparer à l'opération sur le foyer suppuré, ou améliorer l'état des malades atteints de bronchectasies inopérables.

Le vrai traitement curatif des suppurations pulmonaires est l'action chirurgicale directe sur le foyer, qui seule permet le drainage logique du pus, et la résection des tissus pathologiques qui entretiennent l'infection.

Cette action chirurgicale comprend :

1° La pneumotomie simple pour les abcès collectés récents sans réaction scléreuse et les gangrènes localisées à gros foyer de sphacèle. ;

2° La pneumotomie avec résection de la poche pour les abcès putrides d'emblée ;

3° La pneumectomie pour les suppurations chroniques diffuses extensives.

La pneumectomie atypique fragmentaire progressive par temps successifs nous apparaît comme le meilleur procédé pour aboutir à une destruction complète et définitive du foyer suppuré.

La lobectomie typique doit être réservée aux suppurations compliquées de bronchectasies primitives abcédées ou non, quand la lésion est bien circonscrite à un lobe.

**3° Résumé du rapport de M. le Docteur Coquelet (Bruxelles.)**

A côté de la forme classique d'abcès, il existe

d'autres formes de suppuration pulmonaire, notamment les suppurations diffuses en mie de pain : la caverne est une échéance possible mais non fatale. Les formes polymicrobiennes, qu'elles soient cavitaires ou non, se compliquent volontiers de réaction fibreuse, dès que leur acuité s'atténue ; il en résulte une lésion composite de sclérose et de suppuration que nous avons nommée *pyosclérose*. Au point de vue thérapeutique, les indications sont schématiquement établies comme suit. Il ne faut pas intervenir avant quatre à six semaines ; on permet ainsi au malade de courir la chance d'une guérison spontanée ou médicale ; on donne tout au moins à une suppuration diffuse le temps de se collecter. Il ne faut pas cependant temporiser de façon exagérée : une suppuration qui guérit sans opération, guérit en quelques semaines. D'autre part, le second mois est une période optimale pour l'intervention, d'une manière générale tout au moins. Il ne faut donc pas différer l'intervention au delà du deuxième mois, chaque fois qu'on le peut. Les opérations collabantes s'appliquent d'une manière générale aux formes collectées profondes possédant une bonne bronche de drainage ; elles sont contre-indiquées dans les formes fermées. La pneumotomie s'adresse aux formes cavitaires corticales ou peu profondes. Dans les formes diffuses, surtout lors de pyosclérose, il faut avoir recours aux opérations de résection. Nous avons décrit à ce propos une technique que nous avons dénommée *cunéo-pneumectomie progressive*. Cette cunéo-résection a l'avantage d'être toujours applicable, sauf dans des formes généralisées, bien entendu, pour lesquelles la question d'intervention ne se pose pas. Pour quelques cas tout à fait limités, la lobectomie en un temps de Brunn marque un incontestable progrès.

**4° Résumé du rapport de M. le Docteur Lilienthal (New-York).**

1° Aperçu des processus pathologiques et terminologie des conditions déterminées par eux.

2° Division de la question en deux parties : abcès et bronchectasies suppuratives, bien qu'après un temps assez considérable, les deux affections coexistent.

3° Termes décrivant les formes cliniques pour l'usage pratique du chirurgien.

4° Origine clinique de l'abcès : *a*) Traumatisme et autres causes mécaniques avec infection subséquente ; *b*) infection directe.

5° Découverte de l'abcès par les méthodes cliniques, y compris la radiologie, la bronchoscopie, etc.

6° Traitement palliatif et curatif par différentes interventions chirurgicales.

7° Choix de l'intervention suivant les cas.

8° Principes opératoires à observer dans les abcès.

9° Bronchectasie suppurative : traitement palliatif ou résection.

10° Statistique personnelle de cas de résection du poumon pour bronchectasie.

11° Opinion sur l'étude statistique dans la suppuration pulmonaire.

(*A suivre.*)

# Les Livres

L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

Professeur Rathery. — **Le traitement du diabète sucré.** (Un vol. in-8 cour. de 216 pages in « Collection du Compendium médical » Prix : 30 francs.)

Dans cet ouvrage, le praticien trouvera, exposé à la lueur des découvertes modernes, le traitement souvent complexe de cette importante affection.

Deux parties : les armes thérapeutiques ; la mise en œuvre du traitement.

1° Le régime alimentaire est longuement étudié : besoins caloriques totaux, ration alimentaire, aliments et régimes spéciaux, cures de restriction. L'auteur critique les régimes *a priori*, qui sont fondés sur des formules mathématiques, et il montre qu'il ne s'agit là que d'un pseudo-régime scientifique.

Il aborde ensuite l'étude de l'insuline, décrit minutieusement son mode d'emploi et les accidents pouvant résulter du régime insulinique ; il énumère les avantages de l'insuline, en montrant que rien ne saurait prétendre à la remplacer. Sont ensuite étudiés l'hygiène, l'exercice et l'hydro-climatologie, les traitements médicamenteux.

2° C'est la partie la plus importante et la plus originale, grâce à la longue pratique personnelle de l'auteur.

En présence d'un diabétique, le médecin doit tout d'abord diagnostiquer la forme qui est en jeu : diabète simple, diabète consomptif, car le traitement en est totalement différent.

Pour le diabète simple, c'est le traitement décrit par Bouchardat lui-même. Donner au sujet le maximum de féculents qu'il peut tolérer. D'où la nécessité d'établir le coefficient d'assimilation hydrocarbonée, suivant la méthode longuement exposée.

Pour le diabète consomptif, au contraire, l'insuline est indispensable ; mais, pour en attendre d'heureux résultats, la cure doit être bien conduite. On trouve ensuite exposé le traitement des grands accidents diabétiques ; traitement du coma « agir vite, fort et bien », traitement du collapsus cardiaque, de la gangrène diabétique, de la tuberculose associée, et celui des petits accidents.

Les chapitres suivants ont trait au traitement des diabètes associés, des formes étiologiques ; aux interventions chez les diabétiques, et aux rapports entre le diabète et les assurances sur la vie.

Le livre se termine par des tables très complètes concernant la composition et la valeur calorique des divers aliments. On y trouvera des recettes de plats, convenant aux glycosuriques, imaginées par un chef cuisinier, lui-même diabétique et remises autrefois à Bouchardat, en témoignage de reconnaissance.

Editions médicales N. Maloine, Paris.

Dr A. Bécart. — **La gastrophotographie.** Préface de Victor Pauchet. (Un vol. in-8° avec 99 figures. 1931. Prix : 30 francs.)

Il s'agit d'une nouvelle méthode d'investigation photographique directe des parois de l'estomac et de la région du pylore. Grâce à un appareil ingénieux, le gastrophotor, une minuscule double chambre noire peut être introduite en plein jour dans l'estomac du malade à l'aide d'une sonde en caoutchouc semi-rigide, dont le petit diamètre (10,8 mm) rend l'introduction aussi aisée que celle d'un tube ordinaire de Faucher. Entre la chambre noire supérieure et la chambre noire inférieure, une ampoule cylindrique à filament de tungstène donne, au moment voulu, une umière bleue froide de 20.000 bougies, pendant un 120e de seconde. Chacune des deux chambres noires est munie, en guise d'objectifs, de huit trous d'aiguilles disposés verticalement par série de deux trous, ce qui permet de prendre d'un seul coup seize instantanés de l'intérieur de l'estomac, exactement repérés à l'avance, et comprenant, en haut et en bas, la petite courbure avec l'entrée du pylore, la paroi postérieure, la grande courbure et la paroi antérieure.

Les films obtenus sont agrandis et les photos, grâce à leur disposition stéréoscopique (une double image pour chaque épreuve) donnent la topographie directe et plastique des 9/10es de l'intérieur de l'estomac. Les objectifs ne sont découverts que lorsque le bloc photographique se trouve dans l'estomac. On peut donc opérer en plein jour, l'introduction et la prise de vues n'excède pas 15 secondes au maximum. Lorsque le courant de 450 volts, fourni par un transformateur, est lancé dans l'ampoule, un court-circuit automatique se produit, qui empêche tout échauffement de l'appareil, et exclut tout danger pour le malade.

C'est là une méthode adjuvante précieuse, qui décèle le cancer à ses débuts, alors qu'il est encore opérable avec succès, qui fournit la situation et les dimensions exactes des lésions de l'estomac, bref, qui accroît notablement la sûreté du diagnostic. Elle facilite aussi les contrôle pré et post-opératoires.

La technique de cette opération de vues photographiques est décrite par l'auteur, dans tous ses détails, avec de nombreuses illustrations et dessins schématiques.

Librairie J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Drs Frey et Ruppe. — **Pathologie de la bouche et des dents** (6e édition). I. *Pathologie de la bouche* par le Dr Ch. Ruppe, stomatologiste des hôpitaux de Paris. (Un vol. in-18, 563 pages avec 37 figures, in-« Bibliothèque du chirurgien-dentiste.» Prix : 30 francs.)

Le premier chapitre groupe les accidents infectieux aigus d'origine dentaire ; les ostéo-phlegmons et les cellulites ont été décrits au niveau de chaque dent, avec schémas à l'appui.

La question importante des accidents de la dent de sagesse occupe le chapitre II et celle des accidents en rapport avec l'inclusion des autres dents, le chapitre III. L'auteur étudie ensuite les fractures des maxillaires, celles du nez, du malaire, les plaies de la face.

Puis, sont envisagées les malformations buccales et les tumeurs congénitales, la pathologie osseuse, la pathologie de l'articulation temporo-maxillaire et celle des glandes salivaires. Ensuite on trouve : la pathologie de la muqueuse buccale, la symptomatologie des abcès de la langue, de l'érysipèle, et des affections mutilantes de la face, les causes des névralgies faciales, les stomatorragies, les adénites cervicales chroniques, enfin les accidents consécutifs à la chute des corps étrangers dans les voies aériennes et digestives.

Le praticien trouvera dans ce livre toute la pathologie régionale, même les maladies rares avec leur traitement et la technique opératoire réduite au strict minimum.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez Doin et Cie, 8, place de l'Odéon.

Georges Lakhovsky. — **La formation néoplasique et le déséquilibre oscillatoire cellulaire.** Traitement du cancer par l'oscillateur à longueurs d'ondes multiples. (Un vol. 72 pages, 18 fig.)

# PARTIE PROFESSIONNELLE

**Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés**

## Travaux Originaux

### L'Actualité Professionnelle

I

### AU SUJET DES CERTIFICATS MÉDICAUX D'ADMISSION DANS LES LYCÉES ET COLLÈGES

Jusqu'alors, les élèves désirant être admis dans un Centre d'enseignement public, du plus élémentaire au plus élevé, devaient produire un certificat de vaccination récente. La loi l'exige. Cette année, à ce certificat, le ministre de l'Education nationale prescrit aux familles de joindre, pour l'admission de leurs enfants dans les lycées et collèges, un certificat médical, qui ne pouvait être délivré, tout d'abord, que par le médecin de l'établissement, ou un médecin assermenté.

Cette limitation du droit d'établir un pareil certificat, à une catégorie médicale, assez mal définie d'ailleurs par la loi, a suscité une vive émotion dans le Corps médical. Des protestations se sont manifestées à juste titre. Et, par une circulaire du 7 juillet dernier, le ministre en a tenu partiellement compte :

« J'approuve, a-t-il dit, la suggestion qui m'a été faite d'accepter les certificats médicaux, qu'ils soient délivrés par le médecin du Lycée ou du Collège, par un médecin assermenté, par un médecin de l'Etat-civil, par un médecin inspecteur des Ecoles dans les villes qui ont organisé l'inspection médicale scolaire, ou par les médecins des offices publics d'hygiène sociale. »

Si élargie que soit la liste des médecins habilités pour certifier valablement, au gré de l'autorité universitaire et gouvernementale, l'état de santé de l'enfant qui veut entrer dans un lycée ou un collège, elle n'en constitue pas moins une division du Corps médical en deux grandes classes : les médecins qui ont la confiance de l'Etat, et ceux qui ne l'ont pas.

La défiance à l'égard de ceux-ci est injurieuse, puisqu'elle admet implicitement que des médecins peuvent se rencontrer qui, dépourvus de conscience, seraient capables de délivrer des certificats inexacts, et de complaisance...

Or, tout est possible, et de telles attestations ont pu en effet être établies. Mais c'est là un délit punissable. Que l'on poursuive et condamne tout médecin convaincu d'avoir sciemment certifié faussement. Mais qu'on ne jette pas la suspicion sur les autres par de semblables démarcations.

Et au surplus, s'il suffit d'un serment prêté préalablement pour donner à l'Etat toute garantie concernant le médecin appelé à certifier, que tous les médecins, au moment de la soutenance de leur thèse, et avant d'être admis à exercer leur profession, soient déférés à un serment général, qu'ils pourront prêter selon une procédure aussi simplifiée que possible.

Ce n'est pas le serment d'Hippocrate, d'un caractère défini, et dont certaines Facultés, celle de Montpellier par exemple, ont rétabli la coutume. C'est un serment d'une nature particulière qui mettra tous les médecins sur un pied d'égalité en présence d'une formalité qui ne réclame pas d'aptitudes particulières, et qui rentre dans les actes que *tous* doivent avoir le droit d'accomplir. Faute de quoi, nous verrions-nous acculés à envisager une lutte de classes qui n'est pourtant pas dans nos goûts, ni dans nos mœurs.

Boutade ? dira-t-on. Mais n'est-elle pas permise, ne serait-ce que comme une réaction légitime contre des mesures en réalité offensantes ?

Mais quoi ? Quand il s'agit de taxes, d'impôts, de droits divers, de cette patente devenue odieuse par les chiffres astronomiques auxquels elle parvient, tous les médecins n'y sont-ils pas également soumis ? L'égalité devant les charges doit entraîner l'égalité dans les droits.

***

Il y a cependant un aspect particulier de la question qui appelle certaines remarques, que je m'excuse d'apporter ici, avec l'objectivité que j'ai l'habitude de respecter en ces matières.

Tout d'abord, il s'agit là de *médecine de contrôle*, et non de *médecine de soins*. Si nous revendiquons de la façon la plus impérative le droit pour

le malade à la liberté de confiance, qui a pour corollaire la liberté de choix de son médecin de soins, nous avons reconnu par contre aux collectivités, quelles qu'elles soient, le droit d'exercer leur contrôle par l'intermédiaire de médecins contrôleurs.

L'Etat a décidé de contrôler la qualité physique des élèves qui postulent leur admission dans un de ses établissements d'enseignement secondaire. Sans prétendre discuter ici du bien ou malfondé de cette prétention, elle existe, et met à la base de ce contrôle un certificat médical, consécutif à un examen médical. On ne peut refuser à l'Etat d'avoir ses médecins contrôleurs, en la personne des médecins de collèges et lycées. Ce sont eux, *et eux seuls*, qui auraient dû être chargés de cet examen et de l'établissement du certificat consécutif. Point n'était besoin d'invoquer une prétendue habilitation particulière, au bénéfice de *médecins assermentés*. Qu'est-ce donc, au fait, qu'un médecin assermenté ?

Et puisque le Parlement a décidé que l'enseignement secondaire, dans les établissements de l'Etat, serait désormais gratuit, tout au moins pour les premières classes, en attendant qu'il le soit pour toutes, je dis, d'accord encore une fois avec Cibrie, que cet examen et ce certificat médical, réclamés avant l'admission de l'élève, devaient être, eux aussi, *gratuits* et confiés exclusivement alors aux médecins des lycées et collèges.

Le certificat doit évidemment relater exactement l'état physique de l'intéressé. Si sa santé est excellente, sa constitution irréprochable, le certificat conclura en conséquence. Mais s'il est atteint de certaines infirmités, de certaines tares, il faudra bien le signaler. Or, si le médecin de soins se retranche si fréquemment derrière l'obligation de ne pas violer le secret professionnel, pour refuser de délivrer des certificats explicatifs aux employés de certaines administrations, les P. T. T. par exemple, je m'explique mal pourquoi il réclame si fort le droit de délivrer ces certificats pré-scolaires, puisque, s'il est logique avec lui-même, il doit se refuser à y énoncer le moindre diagnostic.

Enfin, est-il bien de l'intérêt du médecin de soins de revendiquer la pratique de tels examens, la délivrance de tels certificats ? ? ? S'il se trouve en présence d'un enfant atteint d'infirmités que l'Etat jugera incompatibles avec son entrée dans un établissement d'enseignement, ne sera-t-il pas gêné, au regard de la famille, pour être absolument sincère ? Ne subira-t-il pas des sollicitations qui tenteront de le déterminer à atténuer, à camoufler son attestation ? Quel est celui d'entre nous qui ne s'est jamais trouvé embarrassé par de telles conjonctures ? Et n'est-ce pas là un cas où il faudrait s'estimer heureux d'être déchargé d'une pareille mission, dont un autre prendrait la responsabilité ? ? ?

De même que toute médaille a deux faces, de même ces problèmes de pratique ont également plusieurs aspects qu'il convient de mettre en parallèle, pour ne rien laisser dans l'ombre de tous leurs facteurs et des solutions qu'ils comportent.

Une solution de sagesse, Cibrie l'a suggérée au ministre, ce serait que celui-ci annulât purement et simplement ses circulaires.

G. Duchesne.

II

## LA VENTE DES SÉRUMS ET VACCINS EST RÉGLEMENTÉE PAR LA LOI DU 25 AVRIL 1895

Je lis dans le *Concours* du 31 juillet 1932, page 2282, un communiqué du ministère de la Santé publique, que, je l'espère, le Corps médical ne laissera pas passer sans protester.

Je ne veux pas me faire l'avocat du vaccin de Friedmann, que je n'ai jamais employé et dont mes lectures ne m'ont jamais poussé à me servir. Mais il est singulier qu'un ministre de la Santé publique veuille se mêler de limiter la liberté thérapeutique des médecins.

Où allons-nous, vers quelle servitude nous précipitons-nous si nous ne pouvons, dans l'intérêt de nos malades, utiliser tels médicaments que l'expérience des autres ou la nôtre nous pousse à recommander ? Si la médecine française doit subir la censure préalable d'un politicien, presque toujours incompétent ?

Vous me direz que, dans le cas considéré, nous pouvons disposer d'autres vaccins similaires ; mais il s'agit d'une question de principes. La « santé publique » a tout à gagner à ce que chacun cultive son champ et que les médecins puissent faire de la bonne médecine sans se heurter de toutes parts à des règlements souvent absurdes. Dr D.

La circulaire ministérielle, dont nous avons reproduit la substance, comporte deux parties qui, bien qu'intriquées l'une dans l'autre, sont cependant distinctes.

1° Le ministre informe, notamment, les syndicats médicaux que le vaccin Friedman n'est pas autorisé à pénétrer et à être débité en France, et que ceux qui, en l'employant irrégulièrement, contreviennent aux dispositions de la loi du 25 avril 1895, commettent un délit dont il peut leur être demandé compte devant les tribunaux compétents. C'est son droit ; et la façon dont il en use d'ailleurs est tout à son honneur, puisqu'il re-

connaît implicitement la haute qualité du Syndicalisme médical, dont il utilise le truchement, pour prévenir les médecins des risques qu'ils courent, du fait de la législation en vigueur.

La loi du 25 avril 1895 s'exprime en effet ainsi, en son article 1er :

« Les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et les substances injectables d'origine organique non définies chimiquement, appliquées au traitement des affections aiguës ou chroniques, ne pourront être débités, à titre gratuit ou onéreux, qu'autant qu'ils auront été, au point de vue, soit de leur fabrication, soit de leur provenance, l'objet d'une autorisation du gouvernement rendue après avis du Conseil d'hygiène publique de France et de l'Académie de médecine ».

Une proposition de loi, déposée par le ministre en 1931, introduisait quelques précisions dans le texte qui précède. Mais elle est devenu caduque, depuis le renouvellement de la Chambre ; elle devra donc être reprise. Le texte nouveau proposé adjoignait les *produits d'origine microbienne* à tous ceux qui sont visés présentement, et destinés, non seulement à la prophylaxie ou à la thérapeutique, mais encore au *diagnostic*. Il visait aussi, non seulement l'origine, la provenance, la fabrication, mais encore l'*appellation* et les *moyens d'identification et leur teneur en substances utiles*, de ces produits, etc.

Le ministre est évidemment incompétent pour déterminer le produit organique dont la vente sera permise et celui qui sera prohibé. Aussi, doit-il prendre l'avis de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygène. Pratiquement donc, ce sont ces deux organismes qui ont la responsabilité d'accepter ou de refuser un vaccin, un sérum...

C'est d'ailleurs ce qui se passe depuis de nombreuses années pour les Eaux minérales, dont l'exploitation et la vente ne sont autorisées qu'autant qu'elles ont l'autorisation ministérielle, après avis de l'Académie et du Conseil d'hygiène. Ce qui a été reconnu utile, pour les Eaux minérales, doit-il l'être *a fortiori* pour des médicaments aussi délicats et aussi actifs que les sérums et les vaccins, et même que les produits opothérapiques, dont le contrôle est infiniment plus difficile, puisqu'il ne s'agit plus là d'une simple analyse chimique ?

2° Mais le ministre se livre, en outre, à des appréciations sur la valeur même du vaccin en cause. Il se met à l'abri derrière le Comité central allemand de lutte contre la tuberculose, et le Comité national (français) de défense contre la tuberculose, pour « mettre en garde les malades contre l'abandon des méthodes classiques ayant fait leurs preuves jusqu'à présent » pour se faire traiter par ce vaccin, dont il proclame l'inefficacité, et même la nocivité.

Or, c'est ce qui résulte de discussions qui ont eu lieu récemment à l'Académie de médecine. Le ministre a-t-il outrepassé ses droits, et porté ainsi atteinte à la liberté de prescription que revendique, à juste titre, le Corps médical, à la condition que cette liberté ne sorte pas du domaine limité par la législation, et représenté en fait par le Codex.

De quoi s'agit-il en définitive? De la santé publique qu'il faut soustraire à l'action, négative ou offensante, de certaines drogues qui n'ont pas fait leurs preuves. Qui, si ce n'est le ministre de la Santé publique, peut prendre une pareille initiative ? L'Académie de médecine ? Le Conseil d'hygiène ? Je suis convaincu que la circulaire en question a bien été signée par le ministre, mais qu'elle a été inspirée, et peut-être même rédigée par l'Académie et le Conseil d'hygiène, ou tout au moins, avec leur approbation, puisque la loi invoquée rend leur intervention nécessaire en pareille matière.

Des produits organiques, préparés à l'étranger, pénètrent librement en France, et y sont vendus légalement, parce que leur provenance et leurs qualités biologiques ont été approuvées. Il en est ainsi du sérum antidiphtéritique belge, par exemple, qui fut prohibé jusqu'au début de la présente année, ce qui donna lieu à des protestations vigoureuses de nos confrères de la région du Nord, à l'occasion de la mort d'un interne des hôpitaux de Lille, qui fit quelque bruit à cette époque, et qui, maintenant, peut être légalement prescrit en France.

L'allergine du professeur agrégé A. Jousset, dont nous avons maintes fois publié, dans les colonnes du *Concours médical*, les effets positifs rapportés par des confrères qui l'avaient expérimentée, n'a été approuvée par l'Académie de médecine que l'année dernière.

Faut-il suspecter l'impartialité des académiciens sur ce terrain accidenté ? Peut-on dire qu'il est à craindre que les académiciens qui, après tout, ne sont que des hommes, peuvent se laisser influencer par des considérations étrangères à leur haute mission scientifique ? Un impétrant évincé aura toujours plus de 24 heures pour maudire ses juges, et n'admettra jamais que le produit pour lequel il sollicitait l'approbation académique, a été repoussé, parce qu'il est sans valeur, et même dangereux.

Sous le bénéfice de ces remarques, et à la condition qu'ils légitiment leur décision par les approbations compétentes de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène, il me paraît difficile de contester aux pouvoirs publics le droit,

et même le devoir, de ne pas laisser circuler librement des produits qui n'auraient pas fait leurs preuves, ou qui l'auraient trop faite en dépassant leur but apparent. Produits dangereux à cause de la suractivité de leur propriétés ; produits trompeurs, dont le conditionnement fallacieux masque le néant.

G. DUCHESNE.

## OBSERVATIONS ET CRITIQUES SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION D'ARBITRAGE EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Plusieurs fois, la Ligue médicale de défense individuelle (Sou Médical) m'a demandé de représenter et de défendre les intérêts de confrères de province, don t les notes d'honoraires d'accidents du travail étaient soumises à la commission d'arbitrage, qui siège au Ministère du Travail.

Comme je fis partie officieusement de la Commission qui devait étudier les modalités de l'organisation de cette juridiction arbitrale et que je fus chargé de la rédaction du projet de statuts, je tiens à soumettre aujourd'hui mes réflexions personnelles sur le fonctionnement de ce tribunal mixte d'exception, devant lequel je me suis présenté plusieurs fois, en qualité de défenseur.

Mes critiques vont s'adresser tour à tour aux errements suivis par certains de mes confrères, errements qui sont fréquemment la source de conflits et de discussions avec les Compagnies d'assurances. puis à la commission d'arbitrage elle-même,

### I

#### A **Critiques s'adressant tant aux assureurs qu'à mes confrères**

#### 1° Trop souvent absence de contrôle

Le représentant de l'assurance en cause reproche au médecin un abus de visites, ou de pansements ; il déclare que, de l'avis du médecin chef de la compagnie, il eut fallu faire tel ou tel traitement, autre que celui pour lequel il est demandé des honoraires.

Cependant, dans bien des cas, l'assureur est obligé d'avouer que le contrôle, prévu par la loi, n'a pas eu lieu et que l'assurance s'en est rapportée à la bonne foi du praticien traitant.

Dès lors, il est difficile de soutenir l'opinion de l'adversaire, qui conteste le bien-fondé de la réclamation du médecin.

#### 2° Certificat initial trop sommaire.

J'ai parfois du mal à soutenir les intérêts du confrère que je représente, parce que le certificat initial est rédigé en termes peu précis, ne donnant pas une idée exacte des conséquences de l'accident.

Ce qui a été appelé contusion devient ultérieurement fracture sans déplacement ; ce qui a été brûlure légère ou simple, devient plus tard large brûlure intéressant plusieurs segments de membres ; ce qui a été plaie infectée devient phlegmon, etc.

Aussi, l'assurance s'appuie sur ce certificat initial pour protester contre la durée de l'incapacité de travail et sur les soins, ou pansements consécutifs.

Que de fois le certificat initial a laissé prévoir une interruption de travail de dix jours, alors qu'en réalité, le blessé a dû rester un mois et plus en traitement.

Et l'assureur de soutenir que n'ayant été prévenu par personne des complications, qui sont survenues, ou des difficultés du traitement, il n'a pas été à même de déclencher, en temps utile, le contrôle prévu dans la loi.

#### 3° Les pansements quotidiens

Un des reproches les plus fréquents, formulés contre les notes en litige, c'est que, du premier jour au dernier, il a fallu un pansement quotidien.

Les médecins d'assurances soutiennent qu'à leur avis, un pansement quotidien peut avoir son utilité, pendant les quelques premiers jours ; mais que l'amélioration se produisant, un pansement tous les deux, trois, puis quatre jours est bien suffisant.

Aussi, la plupart du temps, la réduction opérée sur les notes d'honoraires, par la Commission d'arbitrage, porte-t-elle sur la fréquence des pansements.

Il serait utile que le praticien puisse indiquer, par avance, dans son certificat initial, qu'il estime devoir faire un pansement chaque jour, vu l'infection, la gravité, ou tout autre motif. De la sorte, l'assureur pourrait, s'il le juge à propos, faire opérer un contrôle.

#### 4° Interventions spéciales non signalées

Aux termes de l'article 7 du tarif ministériel des accidents du travail, le médecin doit prévenir le chef d'entreprise, lorsqu'il estime nécessaire une intervention de spécialiste, ou une série d'actes médicaux à tarif spécial.

Sur ce point, il faut bien nous entendre : l'avis est donné par le médecin au chef d'entreprise, ou à l'assureur de ce dernier, non pas pour obtenir une permission, une autorisation, mais pour

permettre le contrôle, si l'assureur juge ce dernier utile.

Cependant, que de fois le médecin porte sur sa note d'honoraires les dites interventions, ou actes spéciaux, alors qu'il a omis d'en aviser l'assureur ? Et celui-ci de contester l'utilité de ces actes et d'en refuser les honoraires.

### 5° Mauvaises applications du tarif

Dans la rédaction de leurs mémoires, mes confrères ne donnent souvent pas les précisions nécessaires, pour justifier leurs demandes. Ainsi, pour les brûlures, le certificat initial laisse entendre qu'il s'agit d'une brûlure simple, peu étendue, alors que les honoraires sont réclamés pour une lésion du second, ou du troisième degré, de grande étendue.

Cette divergence entre le certificat initial et le traitement exécuté permet aux assureurs de contester les sommes réclamées par le praticien, et il me faut personnellement rechercher, dans le dossier les motifs me donnant l'explication que le confrère ne donne pas.

### 6° Rédaction du certificat terminal

Ici encore, trop de négligence dans la rédaction. Que de fois l'assureur proteste contre un traitement qui est exécuté jusqu'au dernier jour, précédant la reprise du travail, alors que de la lecture attentive des pièces versées au dossier, j'arrive à découvrir que bien que n'étant pas encore complètement guéri, mais étant consolidé, le blessé a été autorisé à reprendre son travail, dès la cessation des soins ?

Je tiens, une fois de plus, à exposer à mes confrères la différence qui existe entre « consolidation de la blessure » et « guérison ».

Par consolidation, il faut entendre le moment où les soins médicaux ne sont plus nécessaires, parce qu'ils ne détermineront désormais aucune amélioration dans l'état du blessé.

La guérison, c'est le moment où le blessé consolidé est en état de reprendre son travail comme auparavant, sauf s'il y a incapacité permanente partielle.

Un blessé consolidé peut parfaitement ne pas être guéri ; c'est-à-dire, il peut avoir besoin de quelques jours de repos ; il peut devoir se réadapter à son travail, aux occupations habituelles, alors qu'il n'a nullement besoin de revoir son médecin.

## II

## B) Critiques sur le fonctionnement de l'arbitrage

### 1° Motifs de la création

Assureurs et médecins ont été désireux de soustraire à la justice de droit commun — et principalement aux justices de paix, — la connaissance de ces conflits, toujours les mêmes, qui naissent à l'occasion du paiement des notes d'honoraires médicales, en matière d'accidents du travail.

Les trois mobiles principaux furent l'espoir d'obtenir ainsi la diminution des frais de procédure, la rapidité des décisions, la résolution des conflits plus en équité qu'en droit pur.

### 2° Résultats immédiats

A. *Les frais.* — En ce qui concerne les frais, il est perçu une somme de vingt-cinq francs, pour chaque affaire, plus un droit de 20 % sur les sommes litigieuses, c'est-à-dire sur la différence existant entre la somme demandée et la somme offerte.

Ces droits ainsi fixés sont supportés par les parties, proportionnellement aux chiffres représentant l'exagération invoquée de la demande et l'insuffisance de l'offre.

Il en résulte que plus le travail médico-chirurgical a été laborieux, plus l'accident a été grave, plus la note d'honoraires sera élevée, plus forte sera la contestation de l'assurance et, par conséquence, plus grande sera la différence entre les sommes réclamées et celles offertes. D'où élévation du pourcentage ci-dessus.

Aussi, certains de nos confrères nous ont-ils fait remarquer qu'en pratique, il semble préférable d'accepter d'emblée et sans discussion les offres de l'assurance.

Les refuse-t-on ? On va devant la Commission arbitrale qui, selon des errements dont nous parlerons tout à l'heure, croit souvent devoir partager la poire en deux. L'assurance est donc condamnée à payer plus qu'elle n'offrait, mais le médecin verra cette somme diminuée par la portion des frais mise à sa charge, parce qu'il n'a pas obtenu l'intégralité de sa demande ; résultat : il touche souvent moins que si, sans arbitrage, il avait accepté d'emblée les offres primitives de l'assurance, offres cependant jugées insuffisantes par l'arbitrage.

Voici donc un premier motif de mécontentement de nos confrères.

B. *Rapidité.* — La commission ne peut pas se réunir souvent ; les arbitres médecins, ou assureurs sont fréquemment absorbés par leurs occupations personnelles. De sorte qu'il faut quelquefois attendre longtemps, parfois même près d'un an, la mise au rôle d'une affaire.

C. *L'équité.* — Il est hors de doute que les arbitres, médecins comme assureurs, font montre d'une grande impartialité. Ils recherchent la vérité, autant que possible, car souvent, il faut éplucher les circonstances de fait, pour répondre

victorieusement à certaines opinions préconçues.

Bien des notes d'honoraires donnent, à première vue, l'impression qu'il y a exagération : pansements quotidiens, pansements faits jusqu'au dernier jour, jusqu'à la reprise du travail, actes médicaux prolongés, alors que le certificat initial permettait d'espérer une incapacité de travail très courte, etc., etc.

Il faut alors éplucher le dossier fourni par le médecin, pour pouvoir présenter la demande de ce dernier, avec preuves à l'appui.

Les arbitres écoutent, posent des questions, rabrouent parfois l'une ou l'autre des parties, lorsque le dossier est incomplet, ou lorsqu'un argument est opposé sans preuve convaincante.

Et les parties se retirent, l'une croyant souvent avoir gagné complètement.

Quel n'est pas l'étonnement quelques jours plus tard, lorsqu'on reçoit notification du jugement — car on n'en donne pas connaissance immédiatement — d'apprendre que la commission d'arbitrage a rogné certains actes médicaux, sans en donner les motifs, ou avec des attendus dubitatifs et incertains ?

On condamne un médecin, en lui diminuant une partie de sa note, mais on ne dit pas pourquoi.

Aussi, le praticien craint-il que, jugeant plus par sentiment qu'en équité, les arbitres se croient obligés de donner satisfaction aux deux parties, en augmentant ce qu'offre l'assurance, mais en diminuant ce que demande le médecin.

Or, ou ce dernier a raison — et il ne comprendra pas pourquoi sa note ne lui a pas été allouée intégralement — ou il a tort, et il voudrait bien savoir sur quels points il a erré.

### 3° Absence de voies de recours

Lors de la rédaction du projet de statuts, qui devait être soumis, d'une part, à la réunion des assureurs, et de l'autre à la Confédération des Syndicats médicaux, il avait été dit que ces conflits d'honoraires devaient être rapidement terminés. Point n'était besoin de prévoir d'appel, pour éviter que ces litiges ne traînassent en longueur.

Ce ne serait que dans le seul cas où les arbitres du premier degré rendraient leur sentence, non à l'unanimité, mais à la majorité, que les parties pourraient faire appel.

Cependant, vu l'absence des motifs des jugements arbitraux, la partie qui succombe plus ou moins complètement, sans savoir pourquoi, a tendance à réclamer d'autres juges, surtout si elle croit n'avoir rien à se reprocher.

Certains demandent même à porter le litige en appel devant les tribunaux de droit commun. Nous devons alors leur rappeler les termes de l'article 12 de la convention : « Seront obligatoirement soumis aux commissions arbitrales tous les les différends survenant entre un membre d'un syndicat médical, ayant adhéré à ladite convention et l'une des compagnies... ».

### 4° Critiques sur la procédure suivie.

Quelques-uns de nos confrères nous ont fait remarquer, avec raison, que la commission arbitrale, siégeant à Paris, pour toute la France, doit juger sur pièces ; il ne lui est pas possible de recourir à une instruction sur place ni surtout de faire examiner le blessé, ou de le faire expertiser.

D'autant que les lenteurs de la mise au rôle des affaires rendent toute expertise impossible, le blessé étant depuis longtemps guéri, ou ayant disparu de la contrée.

Cependant, lorsqu'une assurance soutient que la blessure était peu grave, qu'il y a eu exagération des soins médicaux, il serait utile de faire procéder à un examen médical de la victime, pour établir la bonne foi du médecin traitant, ou celle du médecin contrôleur désigné selon les termes de l'article 4, § 5 de la loi de 1898, ou celle de l'agent local de la compagnie, qui a fait son rapport sur le sinistre.

Cette expertise peut avoir une grosse importance, surtout lorsque, comme cela s'est passé dans un cas tout récent, pour une brûlure, le représentant de la compagnie soutenait qu'il ne s'agissait que d'une lésion superficielle, alors qu'au nom de mon confrère, je produisais un certificat d'un médecin de la région, contrôleur des assurances sociales, et qui décrivait minutieusement des cicatrices de brûlures du second degré chez la malade soignée par son confrère.

Cependant, malgré ces attestations, quelle ne fut pas ma stupéfaction de lire sur le jugement arbitral qu'il ne s'agissait que de lésions du premier degré !

Ou les arbitres n'ont pas tenu compte des pièces versées aux débats — et ils auraient dû en donner les motifs, dans leur sentence, — ou, ayant besoin d'être mieux renseignés, ils auraient pu désigner un médecin local, chargé de faire un rapport après examen de la victime et des cicatrices qu'elle présente.

### Observations

Pour que la commission arbitrale possède une autorité morale indiscutée, il faut qu'elle apporte tous ses soins et une rigoureuse précision dans la rédaction des motifs de ses sentences. Des arbitres ne doivent pas insérer dans leurs attendus : « Il semble que, il paraît que... ». Il convient de dire nettement pourquoi tel honoraire est accordé, refusé, ou diminué.

Les parties apprendront de la sorte sur quels

points de pratique elles ont erré ; elles ne recommenceront plus.

Les arbitres sont des juges : ils n'ont pas à faire une cote mal taillée, mais à donner raison à celui qui a raison, tort à celui qui a tort. Et surtout, en disant pourquoi, nettement sans réticences, ni termes dubitatifs.

Peut-être également conviendrait-il d'envisager une voie de recours, surtout lorsqu'une des parties — comme c'est le cas pour la brûlure, dont j'ai parlé ci-avant — peut démontrer, avec pièces à l'appui, que la commission d'arbitrage n'a pas tenu compte d'un document versé aux débats et qui était un rapport médical détaillé.

A la Confédération des Syndicats médicaux d'étudier, de concert avec la Réunion des assureurs, ce point précis de la possibilité d'un appel, en dehors des cas où les arbitres ont rendu leur sentence, non à l'unanimité, mais à la majorité (article 3 de la convention d'arbitrage).

**Conclusions**

Je demande à mes confrères plus de précision dans la rédaction de leurs certificats, tant initiaux que de reprise du travail. Je leur demande d'aviser l'assureur des interventions, ou séries d'actes à tarifs spéciaux.

Cela permettra aux assurances de ne plus porter à la légère certaines accusations d'abus, ou de fraude à l'endroit des médecins traitants.

Reste la grosse question du certificat d'aggravation, ou de prolongation. Le certificat initial a laissé entendre, par sa rédaction, que l'incapacité de travail serait courte, ou que le traitement serait peu compliqué.

Mais, survient une aggravation, une complication, qui nécessitera des soins plus minutieux, des pansements quotidiens, une prolongation de l'incapacité de travail.

Le médecin traitant doit-il signaler ces faits à l'assurance ? Rien, dans la loi, ne l'y oblige.

Cependant, le tarif prévoit, dans son article 30, un honoraire spécial, lorsqu'à la demande du chef d'entreprise, ou de son assureur, un certificat a été délivré par le médecin traitant, décrivant l'état actuel des lésions, le traitement suivi, ou à suivre.

A la Réunion des assureurs de discuter ce point particulier avec la Confédération des Syndicats médicaux.

Je conclus enfin que les commissions d'arbitrage doivent se comporter comme de véritables justices de paix, dont les membres, bien que n'étant pas juges de métier, sont mieux qualifiés qu'un juge de paix pour connaître de ces conflits spéciaux, nés à l'occasion de l'application du tarif ministériel des accidents du travail.

Mais je leur demande des jugements bien motivés, et non des cotes mal taillées. Il faut que la partie qui succombe sache pourquoi ses prétentions sont écartées.

La justice arbitrale et professionnelle est moins destinée à mettre fin à un différend qu'à empêcher celui-ci de se renouveler son rôle doit être éducateur.

Dr Paul Boudin.

---

## MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

### Rapport du Secrétaire général

Mes chers Confrères,

L'année 1932 s'écoule pour notre Société dans un calme parfait. Aucun événement sérieux n'a retenu l'attention de votre Conseil. Je n'ai rien à ajouter aux chiffres que vous pouvez lire dans le rapport de notre trésorier.

Je vous signalerai seulement qu'en 1931, nous avons recruté 65 membres et que ce chiffre ne peut pas, ne doit pas nous satisfaire, car s'il suffit à couvrir nos pertes par décès, radiations et démissions, il ne donne pas à notre Société l'essor que nous voudrions lui voir. Il est vrai que les trois trimestres écoulés de 1932 nous ont déjà apporté près de 80 nouveaux membres, et ce chiffre montre une heureuse progression sur celui de l'an dernier. Mais, je le répète, cela ne doit pas nous satisfaire, car c'est par plusieurs centaines de membres que nous devrions chaque année clore le chapitre des admissions.

Ceux d'entre vous qui veulent bien prendre la peine — je devrais dire le plaisir — de lire régulièrement notre cher *Concours Médical*, n'ignorent pas les efforts que nous faisons, que fait surtout votre dévoué trésorier, le Docteur Gassot, pour intensifier la propagande et pour enseigner inlassablement aux praticiens français ce que nous sommes, et ce que nous faisons. Les sommes, versées par notre Caisse à nos membres malades, sont assez éloquentes par elles-mêmes, puisqu'elles se sont montées en 1931 à 183.220 francs et en 1932 ont déjà dépassé pour les deux premiers trimestres, la somme de 93.000 francs.

Il faut croire cependant que ni nos articles, ni nos résultats ne touchent suffisamment les intéressés, puisque tant de jeunes médecins français se montrent si indifférents à leur propre sort, si lents et si paresseux à venir se joindre à nous.

Au risque de me répéter, je reviendrai sur cette idée qui m'est chère et que je vous ressasse chaque

année ; chers Confrères, vous qui êtes des nôtres, vous dont beaucoup ont pu déjà matériellement et efficacement apprécier les services que peut rendre vôtre Société, c'est vous qui devriez être partout autour de vous nos meilleurs agents de recrutement, soit en attirant l'attention de nos jeunes confrères sur l'immense intérêt qu'ils ont à être prévoyants, soit en leur prouvant, par des exemples vécus autour de vous, combien notre Mutualité rend journellement de services à ses adhérents. Votre collaboration, je l'attends, je l'appelle, et jamais je ne vous dirai assez : Aidez-nous !

Aidez-nous ! dis-je. Et cet appel ne vise pas seulement le recrutement. Il vise aussi notre vie administrative intérieure, et l'observance des statuts qui sont notre Loi.

En effet, si quelques-uns d'entre vous sont parfois choqués de certains abus, qui, quoique très rares, existent pourtant, et se voient obligés de ne pas nous les laisser ignorer, d'autres, retenus par un scrupule honorable sans doute, mais dangereux pour nous, ferment les yeux et laissent faire, d'autres même quelquefois se prêtent complaisamment à couvrir de leur signature certaines petites irrégularités ; c'est ainsi que quelquefois je m'aperçois que les dates de début ou de terminaison des périodes d'incapacité, données par le confrère traitant, ne correspondaient pas exactement à celles données par le malade lui-même ; c'est ainsi que certains de nos examinateurs, quoique indemnisés de leur travail par notre Caisse, procèdent aux examens des candidats d'une façon un peu trop superficielle et laissent ainsi passer un mauvais risque. Je le redis, ces cas sont rares. Il me suffira de faire appel à votre conscience à tous, j'en suis sûr, pour qu'ils disparaissent complètement.

Et vous, nos chers malades, aidez-nous en nous tenant plus régulièrement au courant de la marche de votre maladie, en m'écrivant sans retard la date exacte du jour où vous avez dû vous arrêter, en agissant de même pour la date exacte du jour où vous avez repris l'exercice de votre profession. Trop souvent, je n'apprends la maladie qu'à la guérison, ou même longtemps après ; trop souvent certains de nos chroniques restent six mois sans donner signe de vie, et c'est seulement quand ils s'aperçoivent que le Conseil ne leur a rien voté, qu'ils m'écrivent une lettre de rappel (pas toujours très confraternelle), protestant contre notre négligence, alors qu'ils oublient candidement la leur. Nous voulons bien admettre que parfois ils sont trop malades pour songer à ces détails administratifs ; mais lesdits détails me sont indispensables, à moi, secrétaire général, pour établir leurs droits aux indemnités. Tous vous devez mettre votre entourage, femme, enfants, famille, au courant de ce qu'il faut faire, pour que je sache ce que vous devenez ; vous éviterez ainsi bien des retards dans la réception de vos indemnités, et bien des lettres ennuyeuses.

J'ai aussi remarqué, surtout depuis un an, que beaucoup d'entre vous oublient que le droit à l'indemnité ne commence que le cinquième jour de l'incapacité et que, dans aucun cas, les quatre premiers jours ne sont indemnisés. Il ne se passe pas de trimestres sans que j'aie une dizaine de réclamations à ce sujet : encore là, des correspondances, des frais de poste et du travail inutiles.

Chers Confrères, je vous en prie, lisez, relisez nos statuts. Si vous les avez perdus, redemandez-moi un exemplaire, et ne soyez plus des négligents qui compliquez considérablement et inutilement un travail déjà bien assez lourd sans ce surcroît de soucis.

Messieurs, je ne vous dirai rien du projet que nous avons étudié de créer une troisième modalité à nos combinaisons-retraites : je veux parler des cotisations à capital réservé.

Quoique nous en ayons parlé à l'Assemblée générale dernière, quoique le *Concours* ait publié deux articles sur ce sujet, quoique nous ayons fait savoir que nous sommes prêts à recevoir toute candidature sous cette nouvelle forme, nous n'avons reçu jusqu'ici qu'une seule adhésion. Nous estimons que c'est trop peu pour vous proposer actuellement une modification statutaire. Nous n'avons qu'à attendre les désirs de nouveaux candidats.

Il en est de cela comme de beaucoup d'autres projets d'amélioration. On nous supplie de les mettre sur pied ; quand nous sommes prêts, personne ne vient.

Je n'insiste donc pas.

Je conclurai seulement ce rapport en insistant sur votre collaboration active à tous. Nous sommes la plus ancienne des Sociétés mutuelles médicales de France, la première aussi par le nombre de ses adhérents et la richesse de ses réserves. Nous pouvons tous regretter que la prévoyance, que nous pratiquons dans nos trois sections, (indemnités en cas d'incapacité morbide, pensions en cas de vieillesse, pensions aux veuves et aux orphelins), ne soit pas devenue en quelque sorte le monopole d'un consortium de sociétés semblables, qui se seraient pour ainsi dire amalgamées, pour remplir leur tâche avec plus de puissance et de généralisation, au lieu de voir s'éparpiller des efforts actuellement divergents, qui ne peuvent que se concurrencer et s'amoindrir mutuellement.

Mais, en attendant que ce rêve de fusion vers une même base se réalise, songez, vous, que vous êtes les membres de la Mutualité médicale fran-

çaise la plus solide et la plus féconde, et que, si un jour cette union à laquelle rêve notre excellent confrère le Docteur O'Followell, vient à se réaliser, ce ne pourra être qu'autour de notre Mutualité Familiale comme noyau de cristallisation et centre d'attraction, surtout si vous avez su nous aider à la rendre chaque année plus prospère.

*Le Secrétaire général,*
Dr H. MIGNON.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... L'auteur est seul à savoir ce qu'il a mis dans ses livres...*
(Jacques CHARDONNE).

DCCLXV. — J.-O. CURWOOD. — **Nomades du Nord.** Traduction de Louis Postif. Un vol. illustré de compositions de Deluermoz gravées par Louis-Joseph Soulas. Tiré à 1.000 ex. numérotés (Vieux Japon à la forme, Japon, Hollande, Rives). Soixante-troisième volume de la Collection « Les Beaux Livres ». *Editions Mornay,* Paris, 1932.

Si cette tranchante affirmation du subtil romancier de « Claire » devait être prise au pied de la lettre, il en serait fini de la critique, et même de la lecture tout court. Elle est vraie en ce sens que chaque œuvre renferme un domaine secret qui n'est pas toujours accessible, par hermétisme de l'auteur ou, plus simplement, soit par insouciance de l'écrivain, soit par inadaptation du lecteur. Elle peut fort utilement nous incliner à beaucoup de modestie et de modération quand nous jugeons ou discutons des tendances apparentes d'un héros préformé ailleurs que dans notre imagination et nous aider à abandonner ces airs fâcheux de tranche-livres ! Ces réflexions s'imposaient à mon esprit au cours de la préface que M. Constantin-Weyer a rédigée pour les « *Nomades* ». Je ne voyais pas comme le célèbre préfacier ce drame des solitudes canadiennes, dont l'idée fondamentale me semblait être, non pas cette lutte incessante pour la vie (à laquelle les circonstances climatiques donnent sans doute plus d'acuité), mais bien une démonstration de l'ingéniosité et (disons-le carrément !) de l'intelligence des bêtes, de leur adaptation à la mauvaise fortune, de leur fidélité, et, sans que Curwood veuille l'ajouter expressément, de la *supériorité* des bêtes réputées sauvages sur les brutes humaines, qu'il met en scène par antithèse. Deluermoz, qui est (malgré l'appréciation hâtive, ou distraite ou intéressée de quelques critiques d'art) un des meilleurs animaliers contemporains, (1) a parfaitement saisi cette indication essentielle du texte et l'a magistralement traduite. Il s'est peu occupé des humains, qui hantent les pages, réservant toute l'adroite sollicitude de son dessin aux animaux, qui sont constamment au premier plan du livre. Dès l'ours du frontispice, magnifiquement campé comme pendant une attentive interruption de son lourd dandidement, nous entrevoyons et retrouvons cette souplesse et ce naturel, qui donnent aux créations de Deluermoz une si vivante et si expressive vérité. Deux ou trois couleurs mortes suffisent à relever ou à foncer toute la gamme de ses compositions : un vert très effacé, un brun pâle, très voisins des noirs opposés à la constante obsession de la neige. Il ne se préoccupe pas de lointaines perspectives, limitant ses cadres aux horizons immédiats de la bête, précisant d'un détail brut la désolation de ses paysages, ainsi simplifiés jusqu'à une extraordinaire impression de vide et de silence, où l'on sent qu'un craquement de branche morte, le crissement des foulées sur la neige glacée prennent la proportion d'un événement. Farouche sévérité de la terre blanche dans ce désert sans routes, où glisse un traîneau qu'enlève l'effort des chiens, où les pièges des trappeurs se détendent brutalement sur les pattes agiles, où se poursuit, cimentée par les dangers, cette touchante amitié de l'ourson et de Miki, le chien qui juge si bien les hommes. Toutes ses silhouettes sont d'une admirable puissance, mise en valeur aiguë, par ce sobre contraste de deux teintes. Les lettrines sont traitées suivant le même procédé et l'échelle leur ajoute, pour l'image réduite qui les adorne, un affinement du trait, qui en souligne plus étroitement encore la délicate richesse décorative. Si j'insiste sur la consciencieuse et élégante présentation de cette œuvre, dont la typographie et le papier sont sans reproche, sans truquage et sans défaut, c'est que le marché bibliographique a été submergé il y a quelques années encore, et jusqu'à l'intervention purificatrice de la crise, par les productions truquées d'éditeurs improvisés, sans scrupules, imprimant pour un public de jobards et de nouveaux riches. La vieille justice immanente est en train de faire à ces élucubrations ébouriffantes, dans les ventes où elles échouent, le sort qu'elles méritent, et, si elles ne sont pas encore tombées au prix raisonnable du papier au poids, cela ne saurait plus guère tarder ! On a

(1) Voir illustré par le même artiste, le « *Second Livre de la Jungle* » édité aussi chez Mornay.

flatté, ici (pour l'édition de luxe), le goût de spéculation qui sévissait après guerre. Il se produit une stabilisation et, comme disent les parlementaires, un « *réajustement des valeurs* ». Les éditions, qui n'ont pas cessé de s'intéresser à la qualité de leur production, au souci du beau livre continuent, sans hâte la mise au point soigneuse de leurs ouvrages, et l'on commence de nouveau, suivant la douce expression de nos pères à se retrouver ainsi entre « *honnêtes* » gens, feuilletant sans fièvre les belles réussites de l'édition française.

DCCLXVI. — Paul Morand. — **Air Indien.** Un vol. 12 × 19. *Editions B. Grasset*, Paris, 1932, 15 francs.

Tout en sacrifiant encore à son amour de la vitesse et des images vertigineuses, le talent de Paul Morand s'assagit et regarde plus profondément ce curieux continent sud-américain où nous conduit son dernier livre, et qu'il survole ou parcourt en s'arrêtant longuement aux vestiges inexplicables des civilisations disparues. Incas mystérieux, peuple indien dont l'énigme devait tenter sa mélancolique randonnée et qui paraissent plus lointains, du haut de son avion de tourisme ou du fond de ses méditations ; plus insaisissables quand il les oppose à la vie actuelle ou à celle des compagnons de Pizarre conquérant, qu'il évoque avec une égale maîtrise d'imagination ou d'observation. On se demande pourquoi il n'est pas descendu jusqu'à cette étrange Terre de Feu et aux idoles de Pâques, d'où il pouvait encore rapporter de plus impressionnantes descriptions. Le vent et sa fantaisie l'ont au contraire fait dériver vers le Nord, pour lui permettre d'admirer le canal de Panama et la grandeur américaine. Il faut cependant se méfier de l'humour caché de Morand qui a peut-être simplement voulu après les grandioses heures qu'il avait vécues nous ramener, loin de ces émouvantes images d'un monde disparu, à l'âge du pétrole qui est le sien et le nôtre.

DCCLXVII. — André Tardieu. — **Devant le Pays.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris 1932.

Je n'ai pas à formuler ici d'appréciation sur la ligne politique de M. Tardieu. Je vous signale, simplement, ce recueil, où sont rassemblés quelques-uns des discours les plus marquants, prononcés ces mois derniers par le Premier Ministre. Leur clarté domine toutes leurs autres qualités. J'ai peu de sympathie pour les tripatouillages politiques et les manifestations d'éloquence qui les accompagnent, mais il se dégage de ce livre une telle impression de lucide jugement, de force dialectique, de clairvoyance, de crânerie et de finesse psychologique, de fermeté et d'aisance rhétorique, que je l'ai lu comme une œuvre littéraire de remarquable et vigoureuse complexion.

DCCLXVIII. — Fernand Benoit. — **Avignon au double visage.** Un vol. 17 × 25 illustré de sept aquarelles et de nombreuses héliogravures. *Editions Alpina*, Paris, 1932.

L'érudition de cet historien d'Avignon nous fait regretter toute la splendeur de cette ville déchue. Je trouve bien symbolique de son destin ce pont coupé, qui tristement ne conduit plus nulle part et dont l'arche brisée semble un élan figé sans espoir. Plus encore que les richesses des souvenirs pontificaux et des cours enjouées, des monuments, des témoignages artistiques de sa prospérité qui sont largement évoqués j'aime y retrouver le souvenir de Pétrarque, de Stendhal, de tous les illustres personnages qui furent à titres fort divers séduits par le charme et la douceur de son « climat ». En complément d'un texte très étoffé et agréablement rédigé, une abondante collection de clichés très fouillés, bien éclairés et d'impeccable reproduction. Les aquarelles (celle de la couverture surtout) sont très vigoureusement traitées. Les courbes y atteignent... presque cette sûreté que Decaris donnait aux reproductions des mêmes paysages, lors de ces cuivres admirables parant la somptueuse édition de « *Sous l'étoile du Mage* » (1).

DCCLXIX. — Charles Maurras. — **Le Quadrilatère.** Un vol. in-16. *Editions Flammarion*, Paris, 1932.

Empruntant au langage obsidional cette figure imagée, Charles Maurras en reporte le symbole aux quatre grands chefs militaires, Galliéni, Mangin, Foch, Joffre. A propos de chacun d'eux, il regroupe les souvenirs les plus significatifs de ces troubles périodes où, pendant que nous faisions la guerre, on fabriquait son histoire.

DCCLXX. — Charles Droulers. — **Le Marquis de Morès.** Un pionnier de la plus grande France (1858-1896). Un vol. in-16 avec 9 gravures hors texte. *Editions Plon*. Paris 1932. 15 fr.

L'auteur, qui a connu le marquis de Morès, conte son aventureuse et courageuse existence : pionnier en Amérique, colonisateur en Asie et en Afrique ; antisémite militant et socialiste chrétien ; explorateur, et, voué aux plus généreuses comme aux plus dangereuses illusions, il a l'air de vivre dans un tourbillon où son biographe a beaucoup de mérite à le suivre. Il a sa statue en Amérique, où, paraît-il, les domestiques du « Pullman » du Northern Pacific, qui

(1) *Editions du Cadran*, Paris, 1931.

passe à proximité du monument, disent volontiers au voyageur que ce Français avait le tort de « mêler la philantropie et les affaires »

DCCLXXI. — Maurice PRIVAT. — **Ivar Kreuger.** Un vol 12 × 19. *Editions des Documents Secrets*, Paris, 1932, 12 francs.

Ceci est très rocambolesque et exact peut-être. Ce potentat qui s'effondre avait vraisemblablement une anormale façon de vivre : banquier des gouvernements, roi des allumettes, adversaire apparent des Soviets, brassant des milliards, il louvoie jusqu'à la catastrophe avec une infernale habileté. Menant de front d'étonnantes et complexes affaires, il a été broyé par la machine qu'il avait déclenchée. Il ressort, du livre présent, camouflé en dangereux aventurier.

**Varia*****

Le *Crapouillot* de septembre, maigri par les chaleurs, offre sur sa couverture une brochette saisonnière de baigneuses hilares et, plus loin, d'amusantes images des plages 1900 ; des extraits du carnet de route inédit du frère (décédé depuis) du Docteur Jean Vieuchange, qui était parvenu à atteindre Smara la mystérieuse, capitale du Maroc dissident ; la chronique bibliographique abondante et férocement impartiale de Gus Bofa.

* Je vous reparlerai plus longuement la semaine prochaine du contenu du *Mercure de France* du 1er septembre. Je vous signale au sommaire un article sur lequel je reviendrai et consacré par le Professeur Pierre Mauriac à l'étude et à la thérapeutique du « *mal d'amour* ».

7 septembre 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles...

## Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex

*Réunion du 3 juillet 1932 au Moulin de Charix.*

Présidence du Docteur Léon BÉRARD, vice-président.

### Assurances sociales.

Le secrétaire CHABOUX fait un exposé complet des différents épisodes qui caractérisent actuellement l'offensive de la Mutualité à l'égard de la loi des Assurances sociales. La Mutualité n'a qu'un but, aliéner à son profit et au profit de ceux qu'elle désignera, médecins, chirurgiens, spécialistes, etc. — qui ne seront en fait que des serviteurs sans gloire et sans grands profits, — aliéner la loi des Assurances sociales en détruisant la charte qui lie le Corps médical et les Caisses d'assurances sociales, charte dont les grandes modalités se caractérisent ainsi :

Libre choix ;
Entente directe ;
Secret professionnel;
Liberté de prescription et thérapeutique.

Le secrétaire CHAROUX, ainsi d'ailleurs que le Docteur PAGET, membre du Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux exposent de quels efforts font preuve dans cette lutte, les dirigeants de la Confédération, « nous nous devons de leur en témoigner et notre satisfaction d'être si opiniâtrement défendus et notre reconnaissance ».

L'ordre du jour suivant qui rallie les suffrages de l'Assemblée sert de conclusion à ce débat :

« Les membres du Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex, devant l'offensive violente de la Mutualité, affirment leur volonté de ne collaborer à la loi des Assurances sociales qu'autant que sera respectée la charte qui lie actuellement le Corps médical et les Caisses, et qui se caractérise notamment par les quatre points suivants : libre choix, entente directe, secret professionnel, liberté de prescription et thérapeutique, font confiance à la Confédération des Syndicats médicaux, dont ils reconnaissent le dévouement sans défaillance à l'égard des intérêts médicaux, pour que ne soit pas rompue cette charte.

« Dans le cas où malgré l'affirmation solennelle de nos volontés légitimes, les pouvoirs publics passeraient outre, le Syndicat du Bugey et du Pays de Gex donne mandat et tout pouvoir à la Confédération des Syndicats médicaux pour prendre les décisions, — pouvant aller jusqu'au refus absolu de collaboration de notre part, — qui sauvegarderont à la fois la dignité et les intérêts du Corps médical. »

Différents confrères exposent les difficultés que rencontrent les assurés sociaux pour se procurer des feuilles spéciales de soins qui leur permettraient de se faire régler certaines interventions. En matière d'accouchements notamment, certaines caisses, en refusant de délivrer ces feuilles, empêchent aux intéressés la possibilité de se faire régler l'intervention que le médecin, à côté de la sage-femme, est obligé parfois d'accomplir.

Le Syndicat priera la Fédération départementale d'intervenir auprès de l'Union des Caisses de l'Ain pour qu'il soit remédié à cet état de choses, donnant ainsi la preuve que le Corps médical a le souci des intérêts matériels de ceux qu'il soigne.

### Vaccinations.

A. VACCINATION ANTIVARIOLIQUE. — Le Syndicat demande que le prix d'une vaccination soit fixé à 2 francs ; il réclame la suppression du maximum et la fixation à 20 francs du minimum.

En outre le Syndicat demande qu'il soit procédé à la vaccination dans certains hameaux et notamment dans les hameaux où il existe une école.

B. VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE. — L'expérience prouve qu'il est difficile de procéder à plus de trente injections du vaccin en une heure. Le Syndicat demande donc que ce soit ce chiffre de 30 qui soit considéré comme chiffre de maximum de vaccination horaire.

### Office des Pupilles de la Nation.

M. l'Inspecteur d'académie a fait part au Président de la Fédération départementale d'un projet concernant les soins médicaux à donner aux Pupilles de la Nation. Ce projet n'est pas au point ; il nécessitera sa discussion devant les deux Syndicats du Département, qui rédigeront un texte uniforme valable pour tous les médecins du département.

### Décisions diverses.

A. — Le Syndicat d'Initiative Lompnès-Hauteville fait actuellement des demandes pour le traitement des assurés sociaux dans les pensions de famille de ces deux stations. Le Docteur ROCHETTE est désigné pour représenter le Syndicat.

B. — Les populations de la région de Belley et du Bas-Bugey ne possèdent pas, à proximité immédiate, d'étuve de désinfecction. Il y aurait lieu de faire des démarches pour qu'un poste de désinfection avec étuve soit créé à Belley, par exemple, qui est le lieu géographique le plus central de cette région.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

**— Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris.** — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1932 commencera le 3 octobre et sera terminée en décembre.

DIPLÔME. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante : *Pathologie exotique* : Professeurs : MM. DOPTER, MARCHOUX, L. MARTIN, TANON. — *Parasitologie.* Professeur : M. BRUMPT. — *Bactériologie.* Professeur. N.... — *Ophtalmologie.* Professeur : M. TERRIEN. — *Hygiène et épidémiologie exotique.* Professeurs : MM. CAMUS, MARCHOUX, NEVEU-LEMAIRE, POZERSKI, TANON, LEMIERRE. — *Maladies cutanées.* Professeur : M. GOUGEROT. — *Chirurgie des pays chauds.* Professeur : M. LENORMANT. — *Règlements sanitaires.* Professeur : M. TANON.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la Clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° Les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. — Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

DROITS A VERSER. — Un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 francs ; deux examens *gratuits.*

CONDITIONS D'ADMISSION. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

*Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.*

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (Laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

**— Chaire d'anatomie pathologique.** (Professeur : G. ROUSSY.) — *Cours de perfectionnement de diagnostic et de technique anatomo-pathologique,* par M. Charles OBERLING, agrégé, et M. Jacques DELARUE, assistant. — Ce cours commencera le jeudi 6 octobre à 14 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants de 13 h. 30 à 17 heures jusqu'au vendredi 28 octobre.

**— Histologie.** — *Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire,* sous la direction de M. CHAMPY, professeur. — Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

Droit : 250 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. COUVELAIRE). — *Stage et cours de perfectionnement*, du 3 au 29 octobre, sous la direction du Professeur COUVELAIRE, avec l'assistance de MM. LEVANT, VIGNES, CLEISZ, PORTES, DESNOYERS, RAVINA, LACOMME, DIGONNET, accoucheurs des hôpitaux ; MM. AUROUSSEAU, POWILEWICZ, SEGUY et SUREAU, anciens chefs de clinique ; Mme ANCHEL-BACH, chef de clinique ; M. MERGER, ancien interne ; Mme GRAND et M. LEPAGE, internes.

Droits : 400 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — *Cours pratique et complet de dermatologie.* Le cours aura lieu du lundi 3 octobre au samedi 29 octobre 1932, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 10 et 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques, culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

PROGRAMME DES COURS (73 leçons). — M. GOUGEROT : Examen des malades et classification dermatologique. — M. CIVATTE : Histologie normale et pathologique de la peau. — Mlle ELIASCHEFF : Histologie pathologique de la peau. — M. RAGU : Dermatoses artificielles de cause externe et de cause interne. — M. MILIAN : Gale. — M. JOYEUX : Phtiriase et affections parasitaires. — M. SABOURAUD : Cocci de la peau. Impétigo. Ecthyma. Pyodermites. Furoncle. Anthrax. Botryomycose. — M. GOUGEROT : Tuberculose cutanée. Tuberculides. Erythème induré de Bazin. Sarcoïdes. — M. TOURAINE : Lupus tuberculeux. — M. FERNET : Lupus érythémateux. Lupus pernio. Engelures. — M. GOUGEROT : Mycoses. Sporotrichoses. Epidermomycoses. — M. SABOURAUD : Teignes. Favus. Trichophyties. Erythrasma. Microsporie. — M. L. PÉRIN : Morve. Charbon. Fièvre aphteuse. — M. TOURAINE : Les érythèmes. — M. SÉZARY : Mélanodermies. Dyschromies. Vitiligo. — M. VALLERY-RADOT-PASTEUR : Urticaire. Urticaire pigmentaire. — M. CHEVALLIER : Eczéma. Purpura. — M. GOUGEROT : Lèpre. — M. JOYEUX : Leishmanioses. Bouton d'Orient. Pian. Granulome des pays chauds. — M. GOUGEROT : Dermatoses atypiques. Infections froides dues aux pyocoques. — M. LOUSTE : Xanthélasma. Xanthome. Pellagre. — M. BURNIER : Lichen plan. Herpès. Zona. — M. CARTEAUD : Psoriasis. Pityriasis rosé. Pityriasis rubra pilaire. — M. CIVATTE : Dermatoses psoriasiformes et parapsoriasis. — M. GOUGEROT : Complications des plaies. Accidents du travail. — M. WEISSENBACH : Carcinose de la peau. Acrodermatites. — M. SABOURAUD : Séborrhée. Alopécies. Pelade. — M. SABOURAUD : Pityriasis simplex et stéatoïde. Eczématides. — M. GOUGEROT : Radiolucites et xeroderma pigmentosum. — M. WEISSENBACH : Maladie de Dühring-Brocq. — M. LOUSTE : Ichtyoses. Kératoses palmoplantaires. Kératose pilaire. — M. CARTEAUD : Erythrodermies. Dermatites exfoliantes. — M. CARTEAUD : Pemphigus. Ulcères de jambes. Mal perforant. — M. BURNIER : Sclérodermie. Maladie de Raynaud. — M. MILIAN : Tumeurs de la peau. Nævi. Chéloïdes. — M. LOUSTE : Mycosis fongoïde. Leucémides. — M. FERRAND : Histologie des tumeurs de la peau. — M. GOUGEROT : Dermo-épidermites strepto-staphylococciques. — M. FERNET : Atrophies cutanées. Prurit. Prurigos.

Un cours semblable a lieu chaque année en avril et en octobre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie qui aura lieu du 2 novembre au 26 novembre 1932 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui aura lieu du 28 novembre au 17 décembre 1932.

Le droit à verser est de 350 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Burnier (hôpital Saint-Louis pavillon Bazin). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

— **Chaire de physiologie** (Professeur : M. Léon BINET). — *Démonstrations pratiques de physiologie chirurgicale.* — Des démonstrations quotidiennes de physiologie seront faites par le Professeur Léon BINET, assisté du Professeur Jean VERNE, de M. P. CHAILLEY-BERT, agrégé, de MM. R. GAYET et P. GLEY, A. ARNAUDET et P. GABRIEL, du 24 au 29 octobre 1932.

Elles seront essentiellement pratiques et s'adressent à MM. les candidats à l'adjuvat ou au prosectorat.

Elles auront lieu tous les jours, à 14 heures, au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine.

— **Chaire de clinique thérapeutique chirurgicale.** (Hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard.) — *Cours de radiologie clinique du tube digestif : Œsophage, Estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, rectum, voies biliaires.* (Professeur : M. Pierre DUVAL ; MM. les Docteurs Jean GATELLIER, agrégé : J.-Ch. ROUX, Henri BÉCLÈRE, François MOUTIER, Alban GIRAULT, Pierre PORCHER.) — Le cours aura lieu chaque année à partir du deuxième lundi d'octobre. En 1932, le cours commencera le lundi 10 octobre et comprendra vingt et une leçons qui auront lieu le matin, à 9 h. 1/2, le soir, à 17 h. 1/2.

PROGRAMME DES LEÇONS. — Lundi 10 octobre, 9 h. 1/2, Professeur P. DUVAL, Docteur PORCHER : L'œsophage (normal, diverticules, dilatations, cancer, sténoses). — 17 h. 1/2, Docteur J.-Ch. ROUX : L'estomac normal. Les ptoses gastriques et l'aérophagie. Les plis de la muqueuse.

Mardi 11 octobre, 9 h. 1/2, Professeur P. DUVAL : Les déformations de l'intestin par aérocolie. Le volvulus de l'estomac. — 17 h. 1/2, Docteur GIRAULT : L'ulcère gastrique non sténosant. L'ulcère de la petite courbure.

Mercredi 12 octobre, 9. h. 1/2, Docteur GIRAULT : Le cancer et les tumeurs de l'estomac. — 17 h. 1/2, Docteur MOUTIER : Les sténoses du pylore et les périgastrites.

Jeudi 13 octobre, 9 h. 1/2, Docteur BÉCLÈRE : L'estomac biloculaire. Les compressions de l'estomac en dehors de l'aérocolie. La hernie diaphragmatique. — 17 h. 1/2, Docteur GATELLIER : L'estomac opéré (gastro-entérostomie, gastrectomie, etc.).

Vendredi 14 octobre, 9. h. 1/2, Docteur PORCHER : Le duodénum normal. Les ptoses et les ectopies du duodénum. — 17 h. 1/2, Docteur MOUTIER : L'ulcère du bulbe et les diverticules.

Samedi 15 octobre, 9 h. 1/2, Docteur J.- Ch. ROUX : Les périduodénites bulbaires. Le duodénum dans la li-

thiase biliaire. — 17 h. 1/2, Docteur GATELLIER : Les sténoses sous-vatériennes du duodénum. Le duodénum opéré.

Lundi 17 octobre, 9 h. 1/2, Docteur PORCHER : Examen du grêle. Le grêle précæcal. Les sténoses du grêle. L'invagination intestinale. — 17h. 1/2, Docteur BÉCLÈRE : Examen des voies biliaires.

Mardi 18 octobre, 9 h. 1/2, Docteur BÉCLÈRE : La lithiase biliaire. — 17 h. 1/2, Docteur PORCHER : Le côlon normal. Les ptoses et les compressions du côlon.

Mercredi 19 octobre, 9 h. 1/2, Docteur PORCHER : La stase colique. Les dolico et les mégacôlons. — 17 h. 1/2, Docteur GATELLIER : La radiologie du cæcocôlon droit (côlon mobile, tumeurs cæcales, appendicites, les malformations congénitales et acquises, volvulus du cæcum).

Jeudi 20 octobre, 9 h. 1/2, Docteur MOUTIER : Les colites et les péricolites. La diverticulose sigmoïdienne. — 17 h. 1/2, Docteur MOUTIER : Les tumeurs du côlon.

Vendredi 21 octobre, 9 h. 1/2, Docteur GATELLIER : L'occlusion intestinale : intestin grêle et gros intestin. La radiologie dans les perforations du tube digestif. Le côlon opéré.

Droit d'inscription : 200 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur NICOLAS, de Menat (Puy-de-Dôme) ; du Docteur COCAIGNE, de Plounévez-Lochrist (Finistère) ; du Docteur Philippe KOPP, 21, rue Cujas, à Paris, Croix de guerre, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de l'Ecole française d'orthopédie et de massage, décédé le 26 août 1932, dans sa 59e année ; du Médecin général FOURNIAL, ancien directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris ; du Docteur Théodore LATY, de La Tour de Salvagny (Rhône).

— **Paris.** *Création d'une clinique de chirurgie orthopédique pour adultes.* — Le Conseil municipal de Paris vient de voter le renvoi à la cinquième commission d'une proposition de M. Pinot tendant à la création d'une clinique de chirurgie orthopédique pour adultes.

— **Congrès de la Société des médecins littérateurs.** — La Société des médecins littérateurs organise un Congrès des médecins littérateurs et amis des lettres. Ce Congrès se tiendra à Lyon en septembre 1933 et comportera un programme des plus intéressants, visite de Lyon, des hôpitaux, notamment de l'hôpital moderne de Grange-Blanche, de la nouvelle Faculté de médecine, excursions aux environs, représentation dramatique, séances d'études où sera traitée l'importante question de la nécessité des études littéraires et gréco-latines pour les futurs médecins. Les confrères, désireux d'y participer et d'y présenter des rapports, sont priés d'envoyer dès à présent leur adhésion de principe à M. Giuliani, 75, cours de la Liberté, à Lyon.

La société, d'autre part, a fait récemment paraître une anthologie des médecins-poètes contemporains, où sont publiées les œuvres d'une trentaine de confrères.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Pour bien voir la Côte d'Azur, allez de Nice à Marseille dans les autocars P. L. M. de la route du littoral.* — Parcourir en une journée le merveilleux ruban de calanques, de rochers, de plages et de forêts, qui se déroule, tout au long de la côte, entre Marseille et Nice, constitue une délicieuse excursion que les autocars P. L. M. de la « Route du Littoral » mettent à la portée de tous.

Les voitures partent tous les matins de la gare de Marseille-Saint-Charles. Elles s'arrêtent, avant de quitter la ville, à l'Agence P. L. M., 7, boulevard Garibaldi. L'arrêt pour le déjeuner a lieu au Lavandou, l'arrivée à Nice le soir même.

Dans le sens Nice-Marseille le départ a lieu, le matin, à la gare de Nice, ou à l'Agence P. L.M., place Masséna ; l'on s'arrête, pour le déjeuner, à Sainte-Maxime.

Le prix du billet de Nice à Marseille ou de Marseille à Nice est de 85 francs. Des billets d'aller et retour, valables huit jours, sont délivrés au prix de 150 francs.

Pour avoir des indications plus détaillées, se renseigner auprès des gares.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

Puisque vous différez d'avis avec le médecin de l'assurance sur l'importance de l'opération nécessaire, il vous appartient donc de vous mettre en rapport avec lui pour, en application de l'article 9 du tarif, désigner un tiers médecin chargé de vous départager. Nous ne pouvons vous désigner aucun médecin particulièrement ; à vous de rechercher celui qui vous semble le plus qualifié et de le proposer au choix du médecin de l'assurance.

### 4836. — Durée de l'action en revision

Un ouvrier que j'ai soigné pour traumatisme grave du pied droit en 1926 (18 mai 1926) est titulaire d'une rente de 1.138 francs correspondant à une incapacité permanente de 45 %, soit 22,50 %.

Il a été convoqué pour revision en juin 1931 : sa rente a été maintenue sans changement.

Depuis, il a dû être amputé de son pied (suite de son accident du 18 novembre 1926). Amputation au-dessus des malléoles, ce qui pourrait être évalué à 60 %. Peut-il demander à bénéficier de cette augmentation ? Et en ce cas, dans quelles conditions ?

Dr S.

**Réponse**

L'action en revision d'un accident du travail est ouverte pendant un délai de trois ans qui court, lorsqu'il y a eu attribution de rente, de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

Pour savoir si l'action en revision est toujours possible, il faudrait connaître la date de l'accord ou de la décision judiciaire. Il est probable que le délai de trois ans depuis cette date n'était pas expiré en 1931 puisque l'action en revision, si elle a été jugée non-fondée, a été accueillie comme recevable. Mais en est-il encore ainsi actuellement ? C'est douteux, étant donné que l'accident remonte à novembre 1926 c'est-à-dire à près de six ans. Mais cela n'est cependant pas impossible.

S'il en est temps encore, l'ouvrier peut déclencher l'action en revision par une simple déclaration au greffe du Tribunal du lieu de l'accident.

### 4923. — L'insolation est-elle un accident de travail ?

Dans le courant d'août, j'ai eu à donner mes soins à des ouvriers agricoles qui ont été victimes d'insolation au cours des travaux de battage. Certaines de ces insolations ont même été suivies de décès. La chaleur a été particulièrement torride cette année.

Les Compagnies d'assurances ont été unanimes à déclarer que l'insolation — de jurisprudence constante — n'était pas un accident du travail.

Cette affirmation me paraît contraire à la loi et à la réalité des faits. Balthazard, du reste dit nettement

dans son précis de médecine légale, p. 270, que l'insolation est un accident du travail.

Toutefois avant de conseiller à mes clients de faire trancher ce différend par le Juge de paix, je serais heureux de connaître votre opinion ; et si elle correspond à la mienne, quels documents, jugements, l'ouvrier victime d'insolation pourrait apporter à l'appui de sa réclamation.

Dr O.

**Réponse**

Pour que l'insolation soit considérée comme accident du travail, il faut que le travail auquel se livrait l'ouvrier ait sinon créé, du moins aggravé sérieusement le risque d'être atteint d'une insolation, et ce, en vertu du principe que la loi sur les accidents du travail ne s'applique aux accidents dus aux forces de la nature que lorsque le travail a mis ces forces en mouvement ou en a aggravé les effets.

Les éléments de l'accident du travail se trouvent réunis lorsque l'insolation est survenue au cours d'un travail excessif ou particulièrement pénible accompli par une chaleur solaire intense ou au cours d'un travail exécuté en plein soleil pendant l'été dans des conditions qui aggravaient les dangers que pouvait faire courir la température.

C'est donc une question de fait, mais nous croyons qu'il y a lieu d'admettre comme accidents du travail, les insolations survenues, au cours des chaleurs excessives qui se sont produites récemment, lorsque l'ouvrier travaillait en plein soleil et pendant les heures les plus chaudes de la journée.

---

**5027. — Droit du conjoint de la victime d'un accident du travail**

Une de mes malades, diabétique, assujettie à la loi sur les accidents du travail, fait, consécutivement à une piqûre septique, un phlegmon de la main et décède.

Est-ce que son mari a droit à quelque chose, ou bien encore est-ce que le mauvais état de santé préalable de l'accidentée annule ce droit ?

Dr B.

**Réponse**

Aux termes de l'article 3 de la loi sur les accidents du travail, lorsque l'accident est suivi de mort, une rente viagère égale à 20 pour 100 du salaire annuel de la victime est servie au conjoint survivant non divorcé ou séparé de corps, à la condition que le mariage ait été contracté avant l'accident.

Il n'y a pas à tenir compte de l'état de santé antérieur de la victime de l'accident, car il est de principe que l'état antérieur doit être sans influence sur l'indemnisation des accidents du travail.

En cas de nouveau mariage, ce conjoint cesse d'avoir droit à la rente et il lui est alloué le triple de cette rente à titre d'indemnité totale.

### 5834. — Accident de battage. Responsabilité de l'entrepreneur de battage

J'ai eu à quelques jours d'intervalle, deux accidents qui se sont produits dans des circonstances identiques : à l'occasion du battage du blé, un propriétaire fait appel à un voisin pour venir l'aider, et lui, à son tour lui apportera la même aide par réciprocité. Ce voisin *monté sur la batteuse*, fait passer des gerbes à l'engraineur. Pendant qu'il fait ce travail, il reçoit dans la cuisse, un coup de fourche.

L'entrepreneur de battage, a déclaré cet accident à sa Compagnie, parce qu'il s'était produit *sur la batteuse*. Du reste, je l'y avais engagé, parce qu'il me semblait avoir lu dans le *Concours Médical*, que tout accident survenu sur une batteuse, alors même qu'il ne serait pas occasionné par le matériel, devait être imputé comme responsabilité à l'entrepreneur de battage. Or, l'agent de la Compagnie prétend que celle-ci n'est pas responsable, et que c'est en l'espèce, le propriétaire qui a fait appel à son voisin ; que ce propriétaire étant assuré, doit déclarer cet accident à sa Compagnie.

Quel est à votre avis, et d'après la jurisprudence le vrai responsable ? En cas de difficultés, contre qui le blessé peut-il avoir recours et devant quelle juridiction ? Dr B.

**Réponse**

Dès lors que la victime de l'accident était occupée au service de la machine ou du moteur, c'est la loi du 30 juin 1899 sur les accidents causés par les moteurs inanimés qui reste applicable.

En conséquence, c'est l'entrepreneur de battage qui est responsable, alors même que le blessé n'était occupé qu'à titre bénévole et n'avait aucun contrat de travail, ni avec lui, ni avec le cultivateur pour le compte duquel le battage était effectué.

Le blessé a donc un recours contre l'entrepreneur de battage, devant le Juge de paix du lieu de l'accident, pour le payement de l'indemnité temporaire et des frais médicaux et pharmaceutiques et devant le président du Tribunal civil, puis le Tribunal civil lui-même, à défaut de conciliation, pour la rente en cas d'incapacité permanente, s'il en existe.

## Médecine légale

### 4651. — Expertise faite le dimanche

J'ai été aujourd'hui dimanche réquisitionné par le juge d'instruction pour autopsie d'un nouveau-né (infanticide.)

Y a-t-il une majoration de tarif pour les expertises faites le dimanche. Dr A.

**Réponse**

En vertu de l'article 26 du décret sur les frais de justice en matière criminelle, il est dû au médecin expert chargé de l'autopsie d'un cadavre de nouveau-né, y compris la rédaction et le dépôt de son rapport, 60 francs d'honoraires, si l'autopsie a eu lieu avant inhumation, et 110 francs, si elle a été pratiquée après exhumation ou sur un cadavre en état de décomposition avancée.

Aucune disposition du tarif ne prévoit expressément de majoration des honoraires pour les expertises effectuées les dimanches et jours fériés, mais le dernier alinéa de l'article 26 permet au magistrat commettant d'allouer des honoraires plus élevés, au cas d'expertise présentant des difficultés particulières.

Sans doute pourriez-vous vous appuyer sur cette disposition, en fournissant bien entendu toutes explications nécessaires à ce sujet au juge d'instruction pour demander une majoration de 25 ou 30 % des honoraires normaux en raison du fait que vous avez dû pratiquer l'autopsie un dimanche.

### 4573. — Examen de blessés sur réquisition du commissaire de police

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir quels honoraires il me faut demander pour le cas suivant :

Sur réquisition écrite du commissaire de police, je suis allé voir la nuit dans un café trois blessés par arme à feu : pansements, consultation avec confrère ; temps passé deux heures.

Aucun rapport n'a été fait, simplement certificats pour admission d'urgence à l'hôpital.

Ce déplacement a eu lieu un jour de fête (14 juillet), la nuit.

Dr J.

**Réponse**

Le commissaire de police n'avait qualité pour vous requérir qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire s'il y avait présomption de crime ou de délit, et seulement pour examiner les blessés et établir un rapport, mais non pour leur donner des soins.

Il se pourrait donc que le Parquet refuse de viser votre mémoire. Néanmoins, vous pouvez le lui adresser en y joignant la réquisition du commissaire de police. Votre mémoire devra être établi en double exemplaires dont l'un sur papier timbré, la somme réclamée excédant 50 francs, et conforme au modèle que nous vous adressons.

Vous devrez réclamer 25 francs par blessé examiné et soigné, par application à l'art. 26 du décret sur les frais de justice en matière criminelle qui alloue cette somme pour une visite judiciaire. Si le Parquet accepte votre mémoire, il le fera viser par le Procureur général, et taxer par

le président du Tribunal. après quoi, vous serez payé par le receveur de l'Enregistrement.

Mais si, comme il est plus probable, le Parquet refuse d'accepter votre mémoire en estimant irrégulière la réquisition du commissaire de police, vous n'aurez d'autre ressource pour vous faire payer, que de vous adresser aux blessés eux-mêmes en vertu du droit commun.

## Secret professionnel

### 4585. — Certification des causes de décès

A propos du secret professionnel en cas de décès, comment faut-il faire quand celui-ci est consécutif aux coups reçus d'un fils que le père (en l'occurence le futur... macchabée) n'accuse pas et cherche au contraire à défendre en racontant une histoire de chute malencontreuse.

L'histoire vient d'arriver à un de mes confrères et ami. Les journaux ont annoncé que le Docteur X... a refusé le permis d'inhumer. Or, d'après l'imprimé en vigueur dans le département de la Seine-Inférieure il n'est nullement question de permis d'inhumer, mais un certificat que la mort *est réelle et constante.*

Que devait faire mon confrère ? Signer le certificat et laisser enterrer la victime ou refuser de le signer d'où enquête, Cour d'assisses et bagne ? Il a adopté la deuxième manière de faire et le coupable a été puni. Mais que devient le fameux secret professionnel tant défendu ?

Mon confrère et moi-même serions heureux de savoir comment il faut agir en pareil cas et en tenant compte du certificat ci-joint. Refuser de signer et se mettre dénonciateur ou signer et être accusé d'avoir égaré la justice.

Je vous fais remarquer en passant qu'il n'existe pas de médecin d'Etat civil, ici, et que c'est nous autres simples praticiens qui constatons le décès des malades que nous avons soignés.

Dr S.

#### Réponse

Maintes et maintes fois, j'ai répondu à des confrères, au sujet de la déclaration des causes des décès et toujours j'ai appuyé mes réponses sur la loi telle qu'elle est et non pas telle qu'elle devrait être.

Reportez-vous notamment au *Concours Médical*, 1930.975 et 1613, 1932.450.

En ce qui concerne la réglementation de la Seine-Inférieure, voyez *Concours Médical*, 1926. 1193 et ma controverse avec le Docteur Ott, *Concours Médical*, 1927.2130 et 3063.

Je maintiens mon argumentation : en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence c'est à l'officier de l'Etat civil, ou à son représentant, le médecin de l'Etat civil, de constater si la mort est patente. S'il y a des présomptions de mort violente, il appartient à l'officier de police judiciaire (qui peut parfaitement être le

maire) de se faire accompagner par un homme de l'art, pour vérifier l'état du cadavre et découvrir les causes de la mort suspecte.

Le médecin traitant est lié par les termes de l'article 378 du Code pénal : il doit se taire, tant qu'une loi ne vient pas le délier de la loi du silence (tels les cas de déclaration des maladies contagieuses).

Il doit se taire, surtout vis-à-vis d'un autre médecin qui, n'étant pas médecin traitant du malade, représente d'autres intérêts que ceux de ce dernier. Bien que docteur en médecine, le médecin directeur de bureau d'hygiène ou inspecteur départemental d'hygiène est avant tout un fonctionnaire qui, aux termes de l'article 29 du code d'Instruction criminelle, doit déclarer immédiatement, au Procureur de la République, les crimes et les délits qu'il a connus dans l'exercice de ses fonctions.

De plus, lorsque obéissant à une circulaire préfectorale, le médecin traitant adresse au maire le double certificat, comme en Seine-Inférieure, et que la partie confidentielle, destinée au médecin inspecteur départemental est détournée, puis remise au Procureur de la République, le praticien peut être condamné pour violation du secret professionnel. Telle fut la réponse précise du Garde des Sceaux, à une question posée, en octobre 1923, par le ministre de l'Hygiène.

Or, dans la réglementation de la Seine-Inférieure, la partie destinée à la mairie ne constitue nullement un permis d'inhumer : le médecin certifie que le sujet examiné est bien un cadavre et il ne se prononce nullement sur les causes du décès. Il n'indique ces dernières que dans la partie réservée au Service d'hygiène.

La tâche de l'officier de l'Etat-civil est double : il doit (article 77 du code civil) s'assurer de l'état de mort ; puis, (article 81) il doit, en tant qu'officier de police judiciaire, s'assurer qu'il n'y a aucun signe de mort violente.

S'il délègue ses pouvoirs à un médecin, autre que le praticien traitant, le médecin de l'Etat civil a le devoir de signaler au maire : 1° l'état patent de mort ; 2° s'il y a ou non des indices, permettant de suspecter une mort violente.

Or, si le maire demande au médecin traitant un certificat de décès, c'est pour que la commune puisse faire l'économie d'un médecin de l'Etat-civil et que le maire puisse se dérober à la besogne peu agréable d'aller visiter les cadavres ; le praticien ne peut qu'indiquer l'état véridique de mort ; mais, lié par le secret professionnel, il lui est impossible de dévoiler les causes de la mort.

Il peut donc remplir le certificat incomplet destiné à la mairie, incomplet, parce qu'il répond à la rédaction de l'article 77 et non à celle de l'article 81. Mais, à mon avis, il a le devoir de

refuser de remplir la seconde partie du certificat destinée à l'inspection d'hygiène.

Tant que l'article 378 du code pénal ne sera pas modifié par une loi, j'ai l'impérieux devoir de conserver mon argumentation juridique que, jusqu'à présent, on a combattue pour des motifs de préservation sociale, ou de statistique, mais qu'on n'a pas pu infirmer, ni démentir.

J'estime que cette question devrait faire l'objet d'une étude approfondie d'un syndicat local et de la Confédération des syndicats médicaux. Je suis à la disposition de mes confrères pour en discuter.

Etudions quel devrait être le texte, s'il y a lieu, d'une loi, qui serait soumise au Parlement, pour que le médecin traitant puisse dévoiler les causes des décès à l'Inspecteur départemental d'hygiène et que celui-ci soit relevé des obligations, à lui imposées par l'article 29 du code d'instruction criminelle.

Mais décidons également que d'accord avec la Préfecture, les praticiens n'auront plus à déclarer la cause des décès, tant que la loi ci-dessus n'aura pas été votée.

Engageons également la préfecture à saisir les conseils municipaux d'une étude tendant à créer partout des fonctions de médecin de l'Etat civil, exercées par tous les praticiens, si on le veut, mais à la condition que chacun n'ait pas à déclarer la mort de ses propres clients.

Malheureusement, c'est une question budgétaire et les maires vont se mettre à protester. Les administrations préfèrent violer les lois, ou les faire violer, plutôt que de faire voter des crédits pour des dépenses utiles pour la santé publique.

Dr Paul Boudin.

## Assistance

### Pas de bénéficiaires de droit de l'Assistance médicale gratuite

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire s'il n'existe pas un article de loi déclarant que « tout enfant de fille-mère est, *de droit*, à l'Assistance médicale gratuite. Et, dans l'affirmative, voudriez-vous m'indiquer le texte exact et l'indication de cette loi (date de promulgation). Il serait important pour moi d'avoir ce texte le plus tôt possible, car j'ai un maire qui fait des difficultés dans le cas que je vous cite.

Dr B.

**Réponse**

Aux termes de l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, l'assistance est due à tout Français malade, *privé de ressources.*

Aucune catégorie de citoyens n'a de plein droit l'assistance médicale gratuite et c'est une question de fait.

Lorsqu'il s'agit de l'enfant d'une fille-mère, si celle-ci est en situation de lui faire donner les soins nécessaires, si, en fait, elle les lui donne, qu'elle l'ait ou non reconnu, l'admission de l'enfant à l'Assistance ne se justifie pas.

Nous vous rappelons que les réclamations en inscription ou en radiation sur la liste d'Assistance peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt de la liste au secrétariat de la mairie et qu'il est statué souverainement sur ces réclamations par une Commission cantonale composée du Sous-Préfet, du Conseiller général, d'un Conseiller d'arrondissement et du Juge de paix du canton. Le maire est entendu ou dûment appelé par la Commission.

## Fiscalité

### 4846. — Déduction du salaire de la femme et des primes d'assurance

Pour me permettre de me mettre en règle avec le contrôleur, je vous serais obligé de me faire connaître :

1° Etant marié sous le régime de la communauté réduite aux acquets.

Si, comme le prétend Monsieur le contrôleur, je ne puis déduire de mes dépenses professionnelles, des appointements que j'attribue à ma femme comme secrétaire infirmière quitte à les reporter sur l'impôt général.

2° Quand aux assurances sur la vie, on admet 6 %, est-ce sur le revenu brut ou le revenu net.

S'il en est ainsi, cette année ayant acheté des rayons X qui me reviennent à 20.000 francs, comme l'amortissement ne peut être compté sur plusieurs années, je ne pourrai rien compter pour ma retraite.

Dr X.

**Réponse**

Les observations qui vous sont présentées par votre contrôleur sont conformes aux instructions qu'il a reçues de son Administration.

Pour le salaire de la femme, il a raison : l'arrêt du 17 juillet 1931 ne permet pas de le déduire.

Pour les primes d'assurances, il y a lieu de considérer, non pas le 6 pour 100 des recettes, mais l'importance de l'avantage, c'est-à-dire de la retraite ou de la somme que l'on touchera.

Si cet avantage correspond à une retraite normale pour la situation du bénéficiaire, les primes sont déductibles ; dans le cas contraire, la déduction devra être réduite.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

### 4748. — Base de la patente

I

Comment serait calculée ma patente pour un im-

meuble que j'occuperais en octobre 1933 dont le loyer total est de 5.000 francs, mais dont des dépendances (aménagées en habitation) pourront être sous-louées 1.500 francs environ.

Dr B.

**Réponse**

Si votre maison est d'un loyer total de 5.000 francs et que vous en sous-louiez une partie pour 1.500 francs à partir du 1er janvier 1933, l'ancien droit sera calculé au 1/15e sur 5.000 — 1.500, soit 3.500 francs, ce qui donne 233 fr. 33.

Ce droit fictif est multiplié par le chiffre des centimes additionnels pour donner la patente perçue pour le département et la commune.

A. M.

### 4613. — II

Un médecin désire louer d'une part un appartement professionnel, d'autre part un appartement privé (soit dans la même commune, soit dans une commune voisine).

Il a idée de faire louer l'appartement privé par son beau-père, qui n'y viendrait qu'une fois ou deux par an pour un court séjour, alors que lui-même y habiterait à demeure.

Eviterait-il ou non, en procédant ainsi, de payer patente pour cet appartement privé qui ne serait pas à son nom ?

Dr H.

**Réponse**

La combinaison que vous proposez serait inopérante, car la patente est due par le fait de l'occupation des lieux. Peu importe que l'on soit locataire, sous-locataire ou occupant à titre gratuit.

Le seul moyen de diminuer votre patente est de sous-louer une partie de l'habitation à votre beau-père.

Vous ne serez imposé que sur la partie restant à votre disposition.

A. M.

### 4833. — Patente d'un laboratoire d'analyses

Si je fonde ici un laboratoire d'analyses bactériologiques, quelles seront mes charges fiscales ? Bénéfices commerciaux ? ou patente et quelle catégorie de patente ? Je pense qu'il ne peut être question dans ce cas de patente médicale.

Dr H.

**Réponse**

Si vous fondez un laboratoire vous payerez la patente de chimiste « qui se livre à des travaux d'analyses exclusivement pour le commerce ou les particuliers ».

Vos bénéfices (n'étant pas commerçant) seront des bénéfices des professions non commerciales et taxés comme tels.

A. M.

## Questions médico-militaires

### 3617. — Conditions d'attribution de l'indemnité de soins

J'ai recours aux bons offices du *Concours* pour une question de pension.

Il s'agit d'un mutilé... pensionné à 100 % pour spondylose rhumatismale et arthrite ankylosante des membres, surtout membres inférieurs. Cet homme ne peut se laver, s'habiller et à peine marcher (quelques pas dans sa chambre).

Il me réclame un certificat pour obtenir une indemnité de soins, bien qu'il ait sa femme pour l'aider, mais il voudrait faire payer les soins conjugaux par l'Etat.

Dans quelles conditions l'indemnité de soins est-elle accordée ? Le cas de mon client est-il défendable ?

Dr D.

**Réponse**

Il s'agit sans doute de l'indemnité de soins, qu'on accorde aux tuberculeux (10.000 francs), mais il faudrait que l'infirmité ait été ou soit reconnue de nature bacillaire par une Commission de réforme.

Ce pourrait être aussi le bénéfice de l'art. 10 (un quart de la pension en plus), donné pour l'aide constante d'une tierce personne. Ici, encore, devrait intervenir une Commission de réforme pour reconnaître ce droit, et encore faudrait-il que ce soit un malade de la guerre, l'art. 10 étant réservé en principe aux mutilés et n'étant accordé que par bienveillance aux malades de la guerre. D'après ce que vous écrivez, ce droit à l'art. 10 ne semble pas justifié.

### 3609. — Invalidité résultant de la diplopie

Un contremaître d'une entreprise de maçonnerie souffre de strabisme convergent double (V. 10/10 O. D., O. G.) par paralysie complète et définitive des deux M. O. E. due à une fracture double de la base du crâne.

A quel taux d'incapacité peut-être évaluée cette infirmité oculaire ?

Dr H.

**Réponse**

Le taux d'invalidité peut varier de 5 à 3 %, suivant la gêne apportée par la diplopie à la vision.

### 3788. — Pension des ascendants d'une victime de la guerre

Je vous serais très obligé si vous pouviez me renseigner sur le cas suivant, concernant certains de mes clients.

Leur fils pensionné de guerre a vu en septembre 1926 sa pension élevée à 100 p. 100 (tuberculeux pulmonaire). Il décède en janvier 1927.

Il était marié, sans enfant, ayant encore son père et sa mère qui sont toujours en vie et âgés. Sa veuve est restée veuve deux ans. Elle est actuellement remariée depuis 1928. N'ayant plus aucun lien avec ses anciens beaux-parents, ils se sont perdus de vue.

Les parents du jeune homme mort n'ont jamais rien touché. Leur belle-fille ne s'est occupée de rien et dit qu'elle n'a pas touché de son côté. Mais dernièrement, ils ont voulu savoir s'ils n'avaient pas droit à quelque rente et vont trouver le secrétaire de mairie de leur petite commune, lequel leur dit qu'ils ne peuvent rien avoir « s'ils n'ont pas un extrait de notification de concession de pension à demander à leur belle-fille remariée ».

Que veut dire cela et tout est-il régulier ?

Doivent-ils toucher quelque chose ? Et si oui, quelle marche à suivre ?

Si le père et la mère ont droit à quelque chose, depuis quand auraient-ils dû toucher la rente et peuvent-ils demander le remboursement de l'arriéré ?

Dr M.

**Réponse**

Le droit à pension des ascendants découle de celui de la veuve. Si celle-ci touchait une pension, les parents doivent également en recevoir une.

Cependant le point de départ légal de leur pension sera la date de leur demande. Ils ont donc intérêt à la faire le plus tôt possible et à l'adresser directement à l'*Intendant départemental des pensions militaires* (au chef-lieu du département).

Ce fonctionnaire se chargera lui-même de constituer leur dossier, en leur demandant de faire établir telle ou telle pièce, qui sera nécessaire. Les beaux-parents n'ont rien à demander à leur belle-fille. Quant aux arrérages, peut-être obtiendront-ils un rappel de trois ans au maximum à partir de la date de leur demande.

---

**3453. — Affectation en cas de mobilisation**

J'appartiens à la classe 1905, c'est-à-dire à une des dernières classes de la deuxième réserve comme médecin lieutenant, marié sans enfant.

Est-il normal que je sois tenu, en cas de mobilisation, de partir immédiatement et sans délai pour être encadré dans un corps de troupe sans passer par un dépôt quelconque ; ou, éventuellement, plus tôt comme faisant partie des troupes de couverture ?

J'ajoute que n'ayant pas de tenue militaire à mes mesures, je serais dans l'obligation de rejoindre mon corps d'affectation en civil.

Je ne parle pas de mon état de santé qui ne me permet pas d'envisager la possibilité de refaire une deuxième campagne dans un corps de troupe, ayant fait la majeure partie de la première dans ces conditions.

S'il y a lieu d'adresser une réclamation, à qui dois-je l'envoyer ?

Dr B.

**Réponse**

C'est à votre Directeur régional du Service de santé qu'il faut adresser votre réclamation. Vous lui exposerez votre situation, et demanderez une affectation, en rapport avec la deuxième réserve, à laquelle vous appartenez.

Si vous avez une raison de santé à invoquer, demandez votre comparution devant une Commission de réforme, qui pourra vous proposer au ministre pour la mise en non-disponibilité pour un an, si vos infirmités, tout en étant curables, vous mettent dans l'impossibilité de remplir vos obligations durant une période de six mois au moins.

La mise en disponibilité pour infirmités temporaires peut être renouvelée pour un maximum de trois années.

Au moment d'une mobilisation, vous trouveriez certainement à acheter un uniforme aussitôt, soit à la ville voisine, soit chez le maître tailleur du régiment.

# ANTHOLOGIE

## Le Cabaret des Oiseaux

*Carduus fullorum*

Carduus fullorum, au chef bardé d'aiguilles,
Tu visses haut ta rampe, ainsi qu'un escalier,
Chaque étage s'étale en un vaste palier.
Tes stipules soudées, évasent leurs coquilles.

L'eau du ciel, plein leur conque, y frémit et scintille,
Offrant à nos oiseaux un bar hospitalier.
A leur bord le pinson chante à s'égosiller
Comme fait un soifard que le verre émoustille.

Oh ! l'exquise guinguette, où viennent s'abreuver
Les chantres du jardin, dès leur petit lever !
Il sort mille chansons de leur larynx humide.

Ils boivent sans vergogne à l'outre de tes eaux,
S'enivrant, sans payer, même les plus timides.
On te règle en chansons, cabaret des oiseaux.

Dr G. Louvel.
(La Ferté-Macé).

Cinquante-quatrième année | N° 40 | 2 Octobre 1932


# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN




## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

### I

### Changements d'Adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

### II

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

***NOTA.** — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :

**Annecy.** J. Cons, Lortet, Pierron (*stom.*).
**Besse.** Caffeau.
**Chamonix.** de Chabanolle. J.-G. Fisher.
**Jougne.** (Doubs). Charlin.
**Lajoux** (Jura), L. Benoit-Jeannin.
**La Louvesc** (Ardèche). J. Goubert.
**Langogne** (Lozère). Adrien Forestier.
**Lus-la-Croix-Haute.** Faure.
**Maiche** (Doubs). J. Chatelain.
**Mainsat** (Creuse). L. Genty.
**Monnetier-Mornex.** (Haute-Savoie). V. Ducret.
**Osséja** (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
**Rousses (les)** Moreau.
**Saint-Gervais.** Roux.
**St-Pierre-de-Chartreuse.** Brianes.
**Sallanches** (Hte-Savoie). Trutié, de Vaucresson (*chir. acc*).
**Vernet-les-Bains.** Ponson.

## Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

**Antibes-Juan-les-Pins.** Claudel (chir. ur.), Lapy, Stef.
**Aiguillon-sur-Mer.** Kraut.
**Ars** (Ile de Ré), J. Moinet.
**Bandol-sur-Mer.** E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
**Banyuls-sur-Mer.** E. Panis, Parcé.
**Berck-Plage.** Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
**Cannes.** P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux.
**Carnac-Plage.** E. St-Martin.
**Cassis-sur-Mer.** Agostini.
**Cayeux-Brighton-sur-Mer.** Colleu (orthopédie).
**Chatel-Aillon-Plage.** Barraud G.
**Croix-de-Vie.** Cristiaen.
**Deauville.** Molina.
**Dinard.** Badin.
**Douarnenez.** Damey.
**Fouesnant-Beg Meil.** Legal.
**Hendaye.** Th. Casenave.
**Laoanau.** Dubroca.
**Mimizan-Plage** (Landes). Froustay.
**Nice.** Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
**Palavas-les-Flots.** Gelly.
**Paramé.** Bazin, Ronsin.
**Pau.** Dr Cornet.
**Roscoff.** Bagot, Stéphan.
**Saint-Aubin-sur-Mer.** (Calvados), Em. Quiquemelle.
**St-Briac-St-Lunaire.** Sineau
**Saint-Georges-de-Didonne.** Maudet.
**Saint-Jean-de-Luz.** J. Reboul, Wurtz.
**Ste-Maxime-s/Mer.** Ficonetti
**St-Quay-Portrieux.** Bertrand
**St-Raphaël.** Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
**Saint-Servan.** Huet.
**Sables-d'Olonne.** Pelletier.
**Sanary-sur-Mer.** Gaillard.
**Tréboul.** R. Rivoal.
**Trébeurden.** Royer.
**Trouville.** Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 292. — Bonne client. 80 km. Paris, pays chasse et pêche, proxim. gr. ligne, mais. confort. loyer 4.000. Chiff. import. touché. A reprend. imméd. Ecrire.

N° 293. — A vend. occas. compte rendu. Soc. intern. de Chirurg. année 1923. Sommaire : Le shock traumatique (Crile, Fraser, Quénu, Duval et Mocquot) ; Résultats éloignés de la chirurgie des traumatismes nerveux (Henriksen, Gosset, Frazier) : Chirurgie des glandes endocrines(Veau, Mayo, Wilhems, Percy Sergent, Lorthioir) Séro et vaccinothérap. des infect. chirurg. (Parkers, Hitchens, Bazy, Almroth, Wright).

N° 294. — A louer appart. 1er étage, 5 p. cuis., galerie vitrée, desservi par 3 escal. dont un particulier. Conviendr. à doct. ou clin., avec habitat. bourgeoise, garage : 16.500 fr. 26, rue Vauquelin (5e) près Panthéon. S'ad. Donaty, 17, quai Voltaire (7e).

N° 295. — 25 km. Paris, Bon poste propharm. à céder dans jolie campagne, villa 8 p., jardin, garage, etc., loyer 6.000. Prix à débatt. Ecrire.

N° 296. — Aisne. Urgent 3 h. de Paris, seul médecin, pas de sage-femme, méd. de chemin de fer. Poste médical à céder pour 30,000 fr. dont moitié comptant.

N° 297. — Poste import. à reprend. après départ 2 médec., propharm. possible, aucune indem. Pays aisé et facile à desservir.

N° 298. — B.-du-Rh. Jne femme, 27 ans, instruite, intellig. meilleur monde, sérieuse, recomm. chaleureus. par doct., serait suscept. prendre surv. génér., gestion, économat, direct. Marseille ou région. Ecr. Mme Simone Barcillon de Maudens, 48, rue Sénac Marseille.

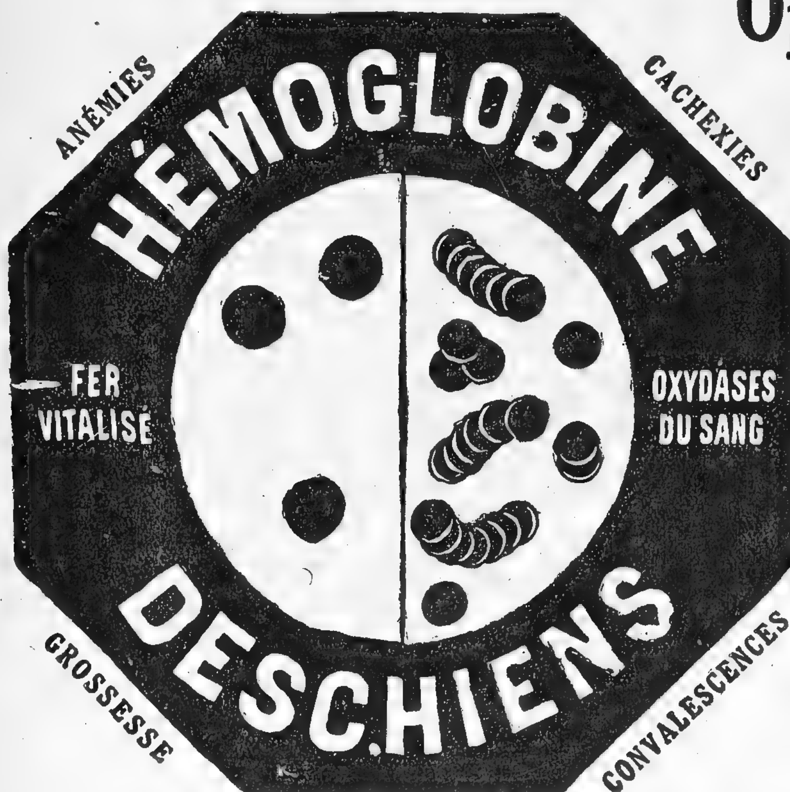
N° 299. — Méd. 35 a. cherche acheter mais. santé médico accouch. ou associat. avec chirurgien, Paris ou banlieue. Cherche acheter chien danois. Ecrire.

N° 300. — Méd. ch. poste import., genre canton. près collège, seul ou confr. âgé, maison 10 p., accepter. associat. avec promesse vente. Ecrire détails.

N° 301. — Doct. recomm. ménage sans enf., 29-26 ans, femme service femme chambre, 4 ans grande maison, mari tout emploi, cherchant place de préfér. confr. ou clinique.

N° 302. — Nord. Spéc. ocul., excell. poste ancien, centre grande ville, à céder avec matériel, suite décès. Bel appartem. Urgent.





# DERNIÈRES NOUVELLES

— **XVIIe Croisière médicale franco-belge** (*Bruxelles Médical*, *Concours Médical*, Grèce, Adriatique, Italie.) — Ainsi que nous l'avons déjà annoncé dans de précédents numéros, la XVIIe Croisière médicale franco-belge ((*Bruxelles Médical-Concours Médical*) s'effectuera à Pâques prochain en Grèce, Adriatique et Italie, à bord du paquebot de luxe *Théophile-Gautier* de la Compagnie des Messageries maritimes.

Nous sommes heureux de pouvoir donner aujourd'hui à nos lecteurs quelques précisions sur cette croisière.

Le départ s'effectuera de Marseille le samedi 8 avril 1933 et le retour, dans le même port, le 1er mai.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Messine, Katakolo (Olympie), Corinthe (Mycènes, Argos, Athènes), Itea (Delphes et le Parnasse), Ithaque (l'île d'Ulysse), Saint-Jean-de-Medua (Scutari d'Albanie), Cattaro (Cettigné), Raguse, Spalato, Fiume, Venise, Porto Corsini (Ravenne), Civita-Vecchia (Rome), Ile Rousse (Corse), Marseille.

Il y aura pour les médecins, leurs femmes et leurs enfants mineurs célibataires, des places à partir de 2.100 francs français en 2e classe, 3.975 francs français en 1re classe.

Des excursions facultatives seront organisées dans les escales.

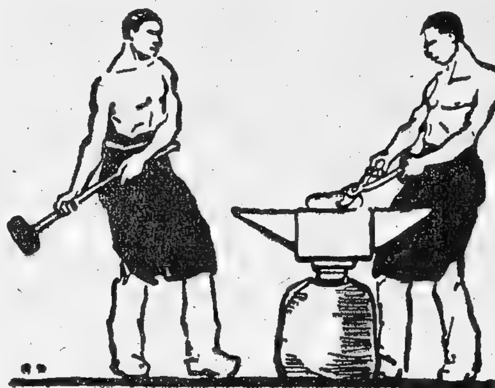
Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se faire connaître dès que possible, sans engagement de leur part, en écrivant à l'adresse suivante :

XVIIe Croisière médicale franco-belge, 37, rue de Bellefond, Paris, ou 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Une brochure détaillée, actuellement à l'impression, sera envoyée gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

A noter que le nombre des passagers ne sera au





maximum que de 190 en première classe et 70 en seconde classe. C'est dire l'intérêt qu'il y a à s'inscrire sans retard. Pour la croisière du *Champollion* en Méditerranée (1931), plus de 200 places étaient déjà réservées d'une façon ferme un mois après l'annonce du voyage.

Rappelons, d'autre part, que, pour l'été 1933, une croisière polaire est décidée : Orcades, Islande, Banquise, Spitzbergen, Laponie, Cap Nord, fjords de Norvège, et peut-être Arkhangel. Ce sera la XVIII[e] Croisière médicale franco-belge.

— **Remise du Livre jubilaire du Professeur Delbet.** — La remise du Livre jubilaire du Professeur Pierre Delbet aura lieu le mercredi 5 octobre 1932, à 10 heures du matin, à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin (27, rue du faubourg Saint-Jacques).

— **Nouvelle Faculté de médecine de Marseille.** — M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, a posé, le 22 septembre 1932, la première pierre de la nouvelle Faculté de médecine de Marseille.

— **Hôpital Lariboisière.** — *Gynécologie médicale.* — Le cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale, fait dans le service de M. Devraigne par MM. Séguy et J.-E. Marcel, commencera le 27 octobre 1932. Le nombre des inscriptions est limité. Droits : 250 francs.

— **Le III[e] Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique** aura lieu les 7 et 8 octobre 1932, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, sous la présidence d'honneur du Professeur Sébileau, professeur honoraire de la Faculté de Paris, et sous la vice-présidence d'honneur des Professeurs Eastman Sheehan, de New-York ; Ricardo Horno Alcorta, de Saragosse ; Corachan, de Barcelone, Manna, de Rome ; Burian, de Prague ; Jiano, de Bucarest.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Dartigues, président du Congrès, 81, rue de la Pompe, Paris 16[e], ou au Docteur Claoué, secrétaire général, 1, rue Singer, Paris 16[e].

— **Hôpitaux de Nîmes.** — M. le Docteur Dufoix est nommé, après concours, médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes.

— **Hôpital Renée Sabran, à Giens (Var).** — Un concours pour le poste de médecin de l'hôpital Renée Sabran s'ouvrira le 5 décembre, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Avantages : indemnité annuelle de 12.000 francs, logement (ou indemnité annuelle représentative de 8.000 francs), repas de midi gratuit, honoraires de 40 francs par jour et par visite pour frais de déplacement.

Inscriptions : à l'Administration centrale des hôpitaux de Lyon, 44, passage de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.

— **Ministère de la Marine marchande.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de *médecin sanitaire maritime*, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux, le 29 octobre 1932.

S'inscrire auprès du directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

— **Légion d'honneur.** — Nous sommes heureux d'annoncer la promotion, au grade d'officier de la Légion d'honneur, du docteur Henri Montlaur, chef de laboratoire à la Maternité de Paris. Nous adressons à notre collaborateur et ami nos plus vives félicitations.

— **Mariage.** — Nous apprenons le prochain mariage de Monsieur Georges Mayer, avocat, fils du Docteur Léopold Mayer, rédacteur en chef du *Bruxelles Médical*, avec Mademoiselle Liliane Fraenkel. La bénédiction nuptiale leur sera donnée en l'Eglise de la Trinité, de Bruxelles, le samedi 8 octobre 1932, à 11 h. 1/2.

## A TRAVERS L'OFFICIEL

13 SEPTEMBRE

**Ministère de la Santé publique.**

M. le Docteur Petetin a été nommé médecin consultant du ministère de la Santé publique (urologie).

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Docteur Perret, médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), est nommé médecin chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord) en remplacement de M. le Docteur Carriat, appelé à un autre poste.

16 SEPTEMBRE

Le poste de médecin chef de l'Asile de Vauclaire est vacant par suite du départ de M. le Docteur Perret, appelé à un autre poste.

18 SEPTEMBRE

**Conversion des rentes.**

Nous rappelons à nos lecteurs que les fonds d'Etat que la loi du 17 septembre déclare convertibles en rentes 4 1/2 pour 100 sont les suivants : 5 pour 100, 1915-1916, 6 pour 100, 1920 ; 6 pour 100, 1927 et 5 pour 100, 1928 ; les obligations 6 pour 100, 1927 et les bons du Trésor 7 pour 100, 1927.

Quant au remboursement de ces valeurs, il devait être demandé au plus tard le 24 septembre.

**Hygiène publique.**

*Circulaire relative au contrôle de la conservation et du fonctionnement des ouvrages et installations sanitaires établis par les communes rurales.*

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

## Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire

### Assurances sociales. Délivrance des appareils de prothèse dentaire.

1520. — M. Rolland, sénateur, demande à M. le ministre du Travail, au sujet de l'application de la loi sur les Assurances sociales, si, étant donné que sur dix-huit caisses du département du Rhône, dix-sept ont signé la convention dentaire et soumettent l'attribution des appareils de prothèse aux décisions de la commission prévue par la loi — une seule caisse ayant refusé de signer ladite convention — cette caisse peut se dispenser de cette formalité pour délivrer elle-même les appareils de prothèse sans passer par la commission technique. (*Question du* 23 *juin* 1932.)

*Réponse.* — La délivrance des appareils de prothèse dentaire doit être soumise à la commission technique prévue par l'article 4, paragraphe 1er, dernier alinéa, de la loi du 30 avril 1930, qu'il y ait ou non convention passée entre la caisse et les syndicats de praticiens.

Dans le cas de convention, les membres de cette commission sont désignés comme le prévoit l'article 20, paragraphe 1er, du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930.

A défaut de convention, cette commission doit être constituée, par chaque caisse, dans les conditions fixées par son règlement d'administration intérieure.

(*J. O.*, 17 septembre 1932.)

## L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris au cabinet du Ministre de la Guerre

J'ai accompagné, le 23 septembre 1932, une délégation de l'Association corporative à l'effet d'exposer à M. le directeur du cabinet du ministre de la Guerre les doléances des étudiants en médecine qui n'ont pas été nommés élèves-officiers de réserve du Service de santé. La liste officielle comprend à peine 245 noms sur 700 candidats, tandis que les années précédentes, il y en avait environ 600. Ayant demandé, comme le bruit en avait couru avec persistance dans certains milieux officiels, si cette hécatombe était causée par des mesures disciplinaires, M. le Directeur m'a répondu avec la plus grande fermeté que cette restriction était de celles imposées par les projets financiers.

Le luxe militaire est désormais interdit aux fils de France qui rentreront dans le rang, même quand ils auront obtenu 14,50 /20 au concours des E. O. R. M. Paul-Boncour leur répondra qu'ils doivent sacrifier sur l'autel de la Patrie, et leur amour-propre, et leur solde !

Je ne sais pas si la masse des étudiants qui ont fait, en pure perte, la préparation militaire supérieure, accepteront de gaîté de cœur les conseils de leur aîné sous les drapeaux.

Qui vivra verra, mais je puis à l'avance dire que la P. M. S. perdra bientôt ses fidèles adeptes, puisqu'elle n'entraînera plus d'avantages pour ceux qui la suivaient assidûment. Et il est pour le moins étrange de voir l'homme des milices diminuer le recrutement et l'instruction des officiers de réserve, car c'est vers la non-fréquentation de la P. M. S. que nous allons, si les étudiants en médecine constatent qu'ils sont éliminés en masse des E. O. R. Bien plus, ils finiront par abandonner les sursis, accompliront leur service à 21 ans, et le Service de santé perdra ainsi de préci ux auxiliaires.

A l'heure actuelle, le ministère de la Guerre prépare de grandes restrictions sur les cadres actifs ; Saint-Cyr, au dernier moment a vu rayer de sa liste d'admission 65 candidats que l'on croyait reçus ; de même pour Polytechnique. Le Service de santé en nommant 350 E. O. R. de moins, oblige ces 350 étudiants, qui comptaient sur le grade de médecin-auxiliaire en arrivant au corps, à faire les cinq premiers mois de service comme soldats de 2e classe. D'où une économie pour l'Etat de 550.000 francs environ, si l'on évalue la solde d'adjudant à 300 francs par mois. Mais si l'on défalque le montant de la nourriture, la solde est loin d'atteindre 300 francs ; or, on devra néanmoins nourrir ces hommes et, de ce fa t, l'économie deviendra minime.

Quoiqu'il en soit, M. le Directeur du Cabinet du ministre de la Guerre nous a promis d'étudier quelles mesures de compensation on pourrait appliquer aux nombreux élèves de la P. M. S. victimes des économies. J'ai alors suggéré l'idée de les nommer faisant fonction de médecin auxiliaire, sans solde et sans grade, comme cela se pratiquait avant la guerre pendant les grandes manœuvres, ainsi que dans les bataillons alpins. Dès que l'Association corporative des étudiants en médecine recevra la réponse officielle du ministère, elle en informera les étudiants par la voie de la presse.

Maurice Mordagne,
Membre d'honneur du Comité de l'A.C.E.M.

## NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

### Du miel comme diurétique

Un de mes clients avait un œdème cardiaque des jambes et du bas ventre dont le volume était considérable et cédait à peine, sans jamais se résoudre complètement, aux traitements classiques. Des cures hydriques de deux jours précédées de purgatifs drastiques, des préparations périodiques de digitale et de scille renforcées de théobromine, même une injection de neptal dont l'effet fut négatif, n'apportaient qu'un soulage-



NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41, RUE DE ROME - PARIS

ment précaire au malheureux hydropique. Mon malade surveillait lui-même depuis quelque temps, avec une expérience avisée, ses phases médicamenteuses. Je lui avais laissé une certaine latitude dont il n'abusait point.

Un jour, il m'arrive transformé. Lui qui était enflé du ventre et des jambes, à éclater, me semblait svelte, ou plutôt, tellement diminué que sa peau pendait en vastes plis affaissés.

« Eh bien ! docteur, qu'en dites-vous ? ».

Je ne cachai pas ma surprise de le voir ainsi transformé.

« Voilà ! J'avais un grand pot de miel ; je l'ai vidé en deux ou trois jours en y puisant par larges cuillerées. Je fus pris d'une envie de pisser, à faire tarir de jalousie le Manneken-Piss. J'ai modéré depuis mon appétit du miel, quand je me suis vu au pair . »

Depuis cette cure empirique, j'ai traité avec succès toutes les hydropisies par le miel, et je n'y vois d'autre contre-indication que le diabète, et encore.

Un de mes fils me fit cette judicieuse remarque que le miel devait son efficacité à cela, qu'il était un sérum glycosé, par conséquent toni-cardiaque au premier chef.

« *Multa renascentur quæ jam cecidere* . »

L'Hymette ne devait point connaître d'anasarque et les flots de lait et de miel qui coulaient dans la Terre Promise ne voyaient pas d'hydropiques sur leurs bords.

Je rappelle cette haute valeur diurétique bien oubliée du miel. Je dis « bien oubliée », car depuis 45 ans que j'exerce, je n'avais vu employer, l'approchant, que le vieil oxymel scillitique remisé lui-même, par delà nombre d'années, au fond des officines.

La puissance diurétique de ce produit n'est pas dans son acétification, mais dans la substance même élaborée par les abeilles de Théocrite et de Virgile, dont les arrières petites-filles, qui peuplent nos ruchers, n'ont point modifié la fabrication après des siècles d'entreprise. Un léger parfum peut être spécial à telle région, mais le miel, qu'il soit de Narbonne, de Normandie ou de Bretagne, qu'il soit clair, topaze ou brun, est toujours identique dans sa composition et unique dans son essence.

Dr G. Louvel.
La Ferté-Macé.

# CORRESPONDANCE

## Expertises au Tribunal des pensions

Je lis avec surprise, dans le *Concours Médical* du 11 septembre, votre consultation 4411 relative aux « expertises au Tribunal des pensions ».

Vous indiquez les tarifs de 25 francs ou 25 + 25 = 50 francs pour les rapports médicaux (sommaires ou détaillés) que nous fournissons en la circonstance.

Ne retardez-vous pas un peu ? Il y a eu, je crois, depuis 1926, un nouveau décret, dont je pourrais vous préciser la date si je n'étais en vacances.

En tout cas, depuis longtemps déjà, nous touchons à Nevers 50 et, plus généralement 100 *francs*.

Je dois même ajouter que, lorsque j'ai demandé des honoraires supplémentaires pour des recherches spéciales (analyses de crachats, etc. : 100 + 20 = 120 francs), ils m'ont toujours été accordés sans difficultés.

Dr L. D. (Nièvre).

**Réponse**

Vous avez tout à fait raison de nous signaler l'erreur commise par un de nos collaborateurs, qui s'en est tenu à un décret ancien et actuellement périmé et je vous en remercie ainsi que les autres confrères qui s'en sont, comme vous aperçus. Voilà donc qui rétablit la réalité des faits : c'est à 50 et 100 francs que se totalisent les honoraires des médecins experts.

Dr G. D.

## Application du Tarif des accidents du travail

### 4841. — 1° Fracture de cuisse ; 2° Radiographie

1° Comment dois-je présenter ma note d'honoraires dans le cas suivant :

Assuré social indigent (fils d').

Fracture de cuisse.

1° Réduction et contention par extension continue ;

2° Renouvellement de l'extension (trois fois) ;

3° Radiographie ;

4° Visites quotidiennes (justifiées par la vérification nécessaire de l'extension).

Le tout à domicile.

Pour ma part, en appliquant le tarif accident de travail, j'arrive à ceci :

| | |
|---|---|
| 1° Réduction et contention.......... | 250 fr |
| 2° Renouvellement de l'extension, 3.. | 150 » |
| 3° Radiographie (diaphyse fémorale).. | 150 » |
| 4° Visites à 15 francs (30 environ)..... | 450 » |
| Total ........................ | 1.000 fr. |

Faut-il qu'à l'appui de mon mémoire, j'envoie une épreuve de radio ?

2° Etant donné que, sans être spécialiste, je possède un poste de radiographie, quelle conduite dois-je tenir à l'égard des accidents de travail pour procéder à un examen radiographique ?

1° Dois-je avertir la Compagnie d'assurances et attendre sa réponse ?

2° Ou me suffit-il de l'avertir et de procéder à l'examen ?

3° Puis-je compter pour mes radios le tarif des radiographes ?

4° Quel tarif appliquer dans le cas de radiographie à domicile, eu égard à la distance kilométrique ?

**Réponse**

Les assurés sociaux « notoirement indigents » suivent le Tarif des accidents du travail.

Donc « réduction et contention de fracture de cuisse avec extension continue » : 250 francs (art. 18).

Le « renouvellement de l'extension » fait partie de la contention que vous devez surveiller et c'est pourquoi vous faites des visites consécutives payées *en plus* dans les Accidents du travail, au contraire de ce qui se passe dans les Assurances sociales où les *vingt jours* consécutifs sont compris dans le prix du tarif. Ceci est important comme vous le voyez.

La *radio* de la diaphyse fémorale (face et profil) est bien tarifée 150 francs. Mais avez-vous fourni « deux exemplaires de chaque cliché avec épreuves signées de vous et commentaire détaillé à deux exemplaires ? » (Voir art. 27. Observations. Tarif des accidents du travail).

Quant au *nombre* des visites, je n'ai pas à m'en occuper, ayant l'habitude de ne jamais m'immiscer en ces questions.

Enfin, au sujet de radio effectuée par vous, en matière d'accidents du travail, lisez attentivement les « observations » dont je vous donnais un extrait ci-dessus, pour vous y conformer en tous points, que vous soyiez spécialiste ou non et vous verrez entre autres, que vous devez vous mettre d'accord au préalable, avec le médecin de l'assurance.

Dr F. Decourt.

---

**4899. — Délivrance artificielle**

J'ai pratiqué récemment d'urgence, bien entendu, la nuit, une délivrance artificielle difficile, sur appel de la sage-femme.

Cette personne fait partie de la catégorie des assurés assistés, pour lesquels on applique le Tarif des

*Voir la suite page LV-2897*

# PROPOS DU JOUR

## Une nouvelle organisation des services d'hygiène dans le département de la Haute-Garonne

Dans un article sur la *collaboration du Corps médical à l'hygiène publique*, article auquel nous avons déjà fait allusion, notre ami, le Docteur Lenglet, cite la conclusion d'un ouvrage de Duclaux sur l'*hygiène sociale*, qui appréciait ainsi la loi du 15 février 1902, alors en projet :

« Telle qu'elle est en projet, on pourrait en tirer un travail médiocre, si l'on n'y avait pas introduit deux rouages en carton, le maire et le préfet. »

Le jugement de Duclaux a été évidemment justifié par trente ans d'expérience. Toutefois les lois ne valent que par la qualité des gens qui savent les appliquer et un préfet ou un maire intelligents et compétents peuvent malgré ses imperfections tirer un utile parti de la loi du 15 février 1902.

Cela s'est produit dans le département de la Haute-Garonne et il sera facile d'y constater que là l'exception, en matière de réalisations hygiéniques, confirme la règle.

La Haute-Garonne a l'avantage d'être administrée par un Préfet de grande expérience, de haute intelligence et d'une excessive bonne volonté. M. le Préfet A. Guillon a fait son apprentissage et ses preuves : d'abord en organisant pendant la guerre, en 1918, à une époque particulièrement difficile, l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, puis en opérant, il y a quelques années, la reconstitution des régions sinistrées par les inondations du Sud-Ouest comme commissaire du Gouvernement. Or, M. le Préfet A. Guillon a récemment doté son département d'une *nouvelle organisation des services d'hygiène*. Pour juger son esprit et son œuvre, nous nous contenterons d'analyser le rapport qu'il présenta à ce sujet à la deuxième session ordinaire de 1931 au Conseil général de la Haute-Garonne, rapport dont il fit adopter les conclusions.

M. A. Guillon commença par faire l'éducation du Conseil général et des maires de son département. Il sut tellement bien convaincre ces derniers qu'il put mettre sous les yeux du Conseil général le texte d'un vœu de l'Association des maires de la Haute-Garonne, texte qui mérite d'être intégralement cité et ainsi conçu :

« Considérant que les maires des communes rurales se déclarent impuissants à pratiquer l'hygiène sociale dans leurs communes, parce qu'ils ne disposent ni des conseillers techniques, ni des moyens matériels indispensables ;

« Qu'ils sont tout disposés à aider les pouvoirs publics dans la mesure de leurs moyens ;

« Que le développement de l'hygiène sociale, sous toutes ses formes, est de plus en plus indispensable pour lutter contre la dépopulation des campagnes ;

« Le Congrès des Maires émet le vœu : « Que « soit créé, dans le département de la Haute- « Garonne, un Office départemental d'hygiène « sociale, avec une Direction d'hygiène, de ma- « nière à développer sous une forme pratique et « efficace l'hygiène dans les campagnes ;

« Demande, en particulier, que les services dé- « partementaux apportent une aide efficace aux « maires dans la lutte contre la propagation des « maladies contagieuses, l'organisation actuelle « étant insuffisante et inefficace ;

« Signale à M. le Préfet que le règlement sani- « taire, qui a été imposé aux maires, ne peut pas « être appliqué par les autorités communales et « ne sera vraiment réalisable dans nos commu- « nes rurales que lorsqu'une organisation dé- « partementale en surveillera l'exécution. »

Fort de l'opinion des maires, le Préfet n'eut pas de peine à démontrer au Conseil général l'insuffisance de la défense sanitaire dans le département : insuffisance numérique des dispensaires, absence de sanatoriums de cure, inexistence de traités passés avec les sanatoriums existants, pas d'organisation centrale d'hygiène, aucun effort suffisant d'éducation et de propagande pour la protection et le développement de l'hygiène de l'enfance, aucune mesure sérieuse pour lutter contre les maladies contagieuses, désinfection tardive et mal organisée, services des vaccinations insuffisamment organisés, lutte contre les

◆◆

fléaux sociaux à peu près inexistante, etc., etc... En somme, la Haute-Garonne était ce que sont encore la plupart de nos départements. Résultats : La natalité y est plus faible que dans le reste de la France (15,5 naissances par 1.000 habitants, alors qu'elle est de 18,1 pour 1.000 dans l'ensemble de la France). La mortalité y est très forte (19,1 décès pour 1.000 habitants, alors qu'elle est de 16,8 pour 1.000 dans l'ensemble de la France et de 9,8 pour 1.000 dans les Pays-Bas). Ces statistiques donnent la moyenne des cinq dernières années.

Si l'on arrivait à ramener le taux de la mortalité en Haute-Garonne à celui du taux moyen de la France, le gain annuel se chiffrerait par 1.016 vies humaines et en atteignant le taux des Pays-Bas, ce serait la vie de 4.829 individus qui serait sauvegardée.

Il était donc de toute urgence d'organiser la défense de la santé publique en Haute-Garonne et M. le Préfet Guillon a commencé par poser ce principe :

L'*action de l'hygiène ne peut être exercée que par des techniciens*, et il y ajoute comme corrolaire : *Le concours du Corps médical est indispensable dans la lutte contre les fléaux sociaux.*

Un programme complet d'hygiène doit, logiquement, comprendre trois catégories de mesures :

1° Les mesures destinées à créer le milieu sain dans lequel l'individu est appelé à se développer (hygiène des agglomérations et hygiène du logement) ;

2° Les mesures destinées à assurer à l'organisme humain le maximum de développement et le maximum de résistance à la maladie (protection de la femme en état de gestation, protection de l'enfant, etc...) ;

3° Les mesures destinées à combattre la maladie, à empêcher la propagation des maladies contagieuses et notamment des grands fléaux sociaux (mortalité infantile, tuberculose, syphilis, cancer).

Voici en quoi consiste essentiellement l'organisation que M. le Préfet Guillon a proposé au Conseil général :

« 1° A créer, sous l'autorité du Préfet, assisté du Conseiller technique sanitaire, un poste d'inspecteur départemental d'hygiène et des postes d'inspecteurs adjoints ne faisant pas de clientèle, assurant dans le département, divisé en circonscriptions sanitaires, la tâche indiquée par la loi du 15 février 1902 et les autres lois d'hygiène ;

« 2° A instituer un Office départemental d'hygiène sociale administré par le Préfet, avec l'aide d'un Conseil de surveillance comprenant, à côté des représentants du Conseil général, les techniciens les plus qualifiés et les représentants de différents organismes.

« L'inspecteur départemental d'hygiène jouerait le rôle de directeur de l'Office ;

« 3° A diviser le département en circonscriptions d'hygiène sociale (correspondant, autant que possible, aux circonscriptions sanitaires) et dotées de dispensaires, centres de diagnostic, de dépistage et de prophylaxie qu'on appellerait plutôt des « Maisons de la Santé » auxquelles seront reliés ultérieurement des petits postes secondaires, créés dans les chefs-lieux de canton les plus importants. Le fonctionnement de ces dispensaires serait assuré par les médecins inspecteurs d'hygiène, aidés au besoin d'un certain nombre d'autres médecins recrutés en raison de leur compétence ;

« 4° A organiser notamment, pour la lutte antituberculeuse, les centres de placement qui conviennent (placement des enfants menacés de contagion tuberculeuse en liaison avec l'œuvre Grancher), préventoriums, sanatoriums, en utilisant au maximum les établissements existants par des traités, mais aussi en comblant les lacunes comme celle qui existe en matière de sanatorium ;

« 5° A assurer la liaison avec les centres régionaux antisyphilitiques et anticancéreux ;

« 6° A examiner la possibilité, rendue assez facile par la législation actuelle, de développer l'organisation interdépartementale qui semble notamment s'imposer pour la création des établissements de cure ainsi que pour le fonctionnement de laboratoires bien outillés. »

Telles sont les grandes lignes de l'organisation qui sera précisée dans la suite de ce rapport et dont la mise au point, en ce qui concerne notamment l'hygiène sociale, sera faite par le Conseil de surveillance de l'Office que le Préfet propose de créer.

* * *

Le Préfet examine ensuite l'organisation du *Service départemental d'hygiène* qui comprendrait l'établissement de la statistique sanitaire du département avec enquêtes faites dans chaque commune sur sa situation hygiénique, la surveillance sanitaire des villes et des communes rurales, où les maires ont besoin de conseillers techniques (ingénieurs et médecins hygiénistes), la surveillance sanitaire des établissements soumis au contrôle de l'autorité publique, le service des vaccinations et sa surveillance, la réception des déclarations de maladies contagieuses, le ser-

vice de désinfection et leur surveillance ; la lutte contre les épidémies et la liaison avec les services de laboratoire.

Depuis la loi du 15 février 1902, l'hygiène sociale a fait de sérieux progrès plus particulièrement dans le sens de la lutte contre les grands fléaux sociaux. Cette lutte nécessite la création d'un organisme à part, l'Office départemental d'hygiène sociale, mais cet office doit être en étroite liaison avec le service départemental d'hygiène et l'inspecteur départemental d'hygiène doit en assumer la direction. De même pour l'éducation et la propagande, il doit être en relations avec les organismes centraux : Office national d'hygiène sociale, Comité national de défense contre la tuberculose, Comité national de prophylaxie des maladies vénériennes, Comité national de l'enfance.

Le rapport du Préfet insiste sur la nécessité d'un cadre solide de *médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle* qui doivent être des hygiénistes compétents.

« Dans le département de la Haute-Garonne, l'inspection médicale des écoles a été organisée par un traité passé avec la Fédération des Syndicats médicaux. J'aurais peut-être des réserves à faire sur la formule, ajoute le Préfet. Mais, grâce au dévouement du Bureau de la Fédération et notamment de son Président, l'organisation a rendu des services incomplets mais certains. J'estime qu'il y a intérêt à la conserver. Sans doute, les médecins du Service départemental d'hygiène auront-ils à se préoccuper de l'inspection médicale des écoles ? Ils n'en auront pas toute la charge puisqu'ils pourront compter sur la collaboration des médecins praticiens. »

Le Préfet escompte encore la collaboration de la Faculté de médecine de Toulouse.

Il convient, dit-il, de ne pas créer un cadre trop nombreux de médecins hygiénistes avant d'avoir pu juger des services rendus et préciser les détails de l'organisation. « *Le résultat de la nouvelle organisation dépendra comme toujours de la valeur des hommes qui seront placés à sa tête.* »

Aussi, borne-t-il d'abord *pour le moment* le nombre des médecins hygiénistes à un inspecteur départemental et deux inspecteurs adjoints, offrant toutes les garanties et nommés après un concours sérieux. Il ajoute qu'il faut prévoir des *traitements suffisants pour s'attacher des hommes de valeur*.

L'*organisation de l'Office départemental d'hygiène sociale* s'impose dans une région dont la situation démographique est loin d'être satisfaisante. La protection maternelle et infantile, la lutte contre les fléaux sociaux exigent la coordination de tous les efforts et l'intervention de tous ceux qui y sont intéressés à divers titres. Il y a, au premier rang, l'intérêt général qui ne peut se discuter. Il y a l'intérêt des malades et l'intérêt de ceux qui doivent être préservés des contagions. Il y a l'intérêt des œuvres privées qui doivent être largement utilisées.

« *Il y a enfin l'intérêt des médecins praticiens qui doivent être parmi les meilleurs auxiliaires de l'œuvre d'hygiène sociale et qui ont le droit de demander que toutes les mesures soient prises pour éviter les abus dont ils auraient à souffrir.* »

Ce seront les médecins inspecteurs du service d'hygiène, sous l'autorité du Préfet, qui devront assurer la liaison entre les services publics et les divers intéressés de façon à obtenir un fonctionnement méthodique et harmonieux.

Le Conseil de surveillance de l'Office devra comprendre pour un tiers des élus du Conseil général, un tiers des membres nommés par le Préfet dont les inspecteurs des services d'hygiène et les fonctionnaires qui sont à la tête de services intéressés au bon fonctionnement de l'Office (Inspecteur d'Académie, Inspecteur des Enfants-Assistés, Directeur des Assurances sociales, Conseil d'hygiène, etc.).

L'autre tiers comprendra des représentants de la municipalité de Toulouse, de l'Association des maires, du Comité des mutilés, de l'Office des Pupilles de la Nation, des Caisses d'assurances sociales, des Syndicats médicaux, des Syndicats des pharmaciens, des Sociétés de Secours mutuels, des Syndicats ouvriers, des Œuvres privées. Ce Conseil de surveillance pourra prendre l'avis de toute personne qualifiée dont il y aurait intérêt à utiliser les conseils et l'expérience.

*Le rôle qui incombera à l'Office d'hygiène sociale* sera :

1° La *protection maternelle et infantile* (centres de protection maternelle et infantile dirigés par des médecins compétents, assistés d'infirmières visiteuses instruites avec liaison avec le Corps médical et aide de sages-femmes agréées, instruites spécialement, utilisation des œuvres déjà existantes, création de nouvelles œuvres de protection maternelle hors de Toulouse, contrôle technique sérieux pour guider la répartition des subventions de l'Etat et du département) ;

2° L'*inspection médicale des écoles*. Le Préfet fait remarquer qu'il a fait des réserves sur le fonctionnement actuel de l'Inspection médicale des écoles organisée par un traité passé avec la

Fédération des Syndicats médicaux, « tous les médecins n'ayant ni la même capacité, ni le même dévouement, ni la même possibilité de consacrer un temps suffisant à des fonctions qui ne peuvent être pour eux qu'accessoires ».

Le Préfet désirerait que lorsqu'un médecin inspecteur a signalé un enfant suspect, cet enfant soit soumis à un examen spécial au dispensaire d'hygiène sociale le plus voisin par les soins de l'inspecteur d'hygiène et que, par l'intermédiaire des infirmières visiteuses, on puisse s'assurer de l'exécution des prescriptions médicales au besoin avec l'aide de l'Assistance médicale gratuite, des Caisses d'assurances et des œuvres privées.

Ce désir évidemment est très légitime, mais il nous paraît actuellement fort difficile à réaliser complètement surtout à la campagne, car il exige un concours de nombreuses bonnes volontés qui ne se rencontrent pas toujours.

3° *La lutte antituberculeuse.* Elle nécessite des mesures pour éviter la contagion surtout chez les jeunes enfants. Nous nous permettrons de faire des réserves sur l'affirmation « que pratiquement l'hérédité ne joue aucun rôle en matière de tuberculose (Léon Bernard) ».

Cela est fort discutable et il n'est pas douteux qu'on reviendra sur une opinion aussi absolue qui est actuellement discutée par des savants de premier ordre.

Le diagnostic précoce avec examens bactériologiques et radiologiques, l'éducation prophylactique du malade et de sa famille, l'admission du malade privé de ressources dans un hôpital-sanatorium ou un sanatorium, pour assurer son isolement ou son traitement efficace, la préservation de l'enfance, l'éducation du public sont les nécessités qu'impose la lutte contre la tuberculose.

Pour cela, il faut disposer de dispensaires et de possibilités de placement des enfants, selon une sélection, dans des familles, dans des préventoriums, dans des sanatoriums divers (marins ou autres) selon leur état.

Pour les adultes, il faut leur assurer les traitements spéciaux et l'isolement à l'hôpital.

Tout cela exige de telles dépenses que le Préfet constate qu'il est impossible de disposer pratiquement d'un armement antituberculeux complet. Il envisage des créations interdépartementales, régionales, qui pourraient être réalisées.

4° *La lutte contre les maladies vénériennes et notamment contre la syphilis.* Il existe à Toulouse un service régional organisé par l'Etat, dirigé par le Professeur Audry, comprenant les départements de la Haute-Garonne, du Lot, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Orientales, Hautes-Pyrénées, Gers, Basses-Pyrénées.

Ce centre régional, pourvu de laboratoires et de services qui fonctionnent parfaitement, doivent rendre de grands services à la ville de Toulouse. Nous doutons que son efficacité soit aussi grande dans les sept départements qui sont de son ressort.

En tout cas, le Préfet prévoit la nécessité de multiplier les organisations locales placées dans les dispensaires d'hygiène sociale et rattachées au Centre régional.

5° *La lutte contre le cancer.* Pour elle encore, il existe un Centre régional à Toulouse, dirigé par le Professeur Ducuing, mais pour obtenir le dépistage précoce, et de ce fait permettre le traitement précoce, seul efficace, il faudra avoir recours aux bons offices des Dispensaires d'hygiène sociale et surtout à la vigilance des médecins praticiens.

***

Reste à étudier les *moyens d'action de l'Office d'hygiène sociale.* A la base est le *dispensaire* dont le rôle est d'assurer l'éducation d'hygiène et la prophylaxie. Il convient qu'il ait à sa tête un médecin-chef très compétent, pourvu de tous les moyens de diagnostic nécessaires, assisté d'un service social d'infirmières visiteuses. Le dispensaire « *peut seul, en liaison amicale avec les médecins traitants, conduire d'une façon efficace la lutte contre les fléaux sociaux* ».

Le *dispensaire d'hygiène sociale* doit être complet et servir au dépistage de tous les fléaux sociaux. Il faut qu'il soit un centre antituberculeux, antisyphilitique, anticancéreux, un centre de protection maternelle et infantile et un dispensaire scolaire, en somme, une véritable « Maison de Santé ». Le Préfet en prévoit cinq ou six. Le centre de protection maternelle et infantile pourrait disposer de locaux spéciaux et on pourrait d'ailleurs, utiliser les organismes existants qui présenteraient les garanties techniques nécessaires.

Une difficulté est le choix du médecin chef du dispensaire. Le Préfet désire des médecins qualifiés, savants, animés de l'esprit social.

La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes a, dans son programme, proclamé que « le dispensaire doit être créé autour d'un spécialiste et non autour d'un local ». Le Préfet se rend parfaitement compte de la difficulté, il propose pour les dispensaires, le recrutement

d'un phtisiologue, d'un pédiatre et d'un syphiligraphe. Sans doute, ces trois hygiénistes qui, ne faisant pas de clientèle, « ne pourront porter ombrage aux médecins praticiens et seront ainsi mieux placés pour devenir leurs collaborateurs et leurs auxiliaires » ne pourront suffire à assurer le service de tout le département. Il faut réserver la question de faire appel à d'autres médecins.

Les infirmières visiteuses instruites sont indispensables pour assurer un service social efficace. Leur nombre dépendra de l'activité des dispensaires.

Le Préfet insiste sur la collaboration des médecins praticiens pour faire œuvre utile et il cite le passage suivant du Professeur Parisot :

« Les médecins praticiens sont les auxiliaires « précieux et indispensables pour mener à bien la « lutte contre la tuberculose et les fléaux so- « ciaux, en général.

« Toute organisation qui, loin de s'appuyer sur « eux, s'aliénerait leur concours par quelque « mesure injuste et vexatoire, serait frappée dans « son développement et même dans sa vitalité. »

Et le Préfet de la Haute-Garonne, qui évidemment, tient à la collaboration des médecins praticiens ajoute :

« Par des rapports fréquents entre les médecins des dispensaires et les médecins traitants, une liaison bienfaisante doit exister sur la base d'une collaboration loyale et d'une entr'aide mutuelle. »

L'Office devra, outre les dispensaires, se préoccuper de disposer, notamment pour la lutte antituberculeuse, de moyens de placements appropriés. Il pourra avoir recours à l'Œuvre de Grancher, utiliser davantage les préventoriums d'Aspet et de Salies-du-Salat, bénéficier de l'établissement légué par le Professeur Guilhem au domaine de Julia, commune de Venerque, se réserver des lits dans des sanatoriums marins et dans des sanatoriums de cure pour adultes. Comme les sanatoriums de cure sont absolument insuffisants en France, on devra envisager la construction à Purpan de deux pavillons pour sanatoriums véritables à côté de l'établissement de Purpan qui ne saurait être qu'un hôpital-sanatorium.

Enfin, M. Guillon émet le projet de la création d'un Comité interdépartemental d'hygiène sociale qui faciliterait la réalisation de nombreux organismes nécessaires, tels que les sanatoriums de cure.

Le rapport de M. le Préfet de la Haute-Garonne ne consiste pas en un projet en l'air relativement facile à exposer sur le papier. Ayant l'intention d'aboutir à une rapide réalisation, il a étudié pour cela les modalités financières, les dépenses de premier établissement, les dépenses pour le fonctionnement, la part qui doit revenir au département et aux communes. Ces prévisions budgétaires que nous ne saurions exposer ici remplissent les vingt-six dernières pages de son rapport.

***

Nous avons tenu à donner ici une analyse détaillée du *rapport de M. Armand Guillon, Préfet de la Haute-Garonne, relatif à une* NOUVELLE ORGANISATION DES SERVICES D'HYGIÈNE, d'abord pour montrer ce que pouvait tenter un Préfet qui a le souci d'assurer le défense sanitaire dans son département, malgré une législation défectueuse, ensuite pour laisser entrevoir à nos lecteurs les énormes difficultés auxquelles se butte l'administrateur qui a le courage d'entreprendre une pareille tâche.

Pour arriver en France à réaliser la défense sanitaire avec méthode et harmonie et à lui donner toute l'efficacité désirable, il faudrait refondre toutes nos lois sociales, d'assistance, de prévoyance et de protection sanitaire ; il conviendrait que les hôpitaux, les dispensaires, les sanatoriums, les préventoriums, etc., relevassent de la même administration, qu'il y ait une unité qui permit de s'assurer le concours d'un personnel de choix suffisamment rétribué, protégé par un statut, auquel un avancement régulier et une retraite seraient assurés. Ce n'est guère dans le cadre départemental, ni même régional que tout cela pourrait être établi.

Le rapport de M. le Préfet Guillon montre éloquemment dans l'organisation de l'Office départemental d'hygiène sociale les difficultés qui se dressent devant lui pour réaliser la lutte contre les fléaux sociaux, le nombre d'organismes divers, créés en vertu de lois différentes avec lesquels il est obligé d'entrer en liaison pour arriver à coordonner ses efforts.

Pour réussir, il est indispensable au Préfet d'obtenir de tous beaucoup de bonne volonté et de certains même de l'abnégation, nous souhaitons qu'il y réussisse. Quoiqu'il advienne, le mérite et la compétence de M. A. Guillon sont à la hauteur de la tâche qu'il a entreprise.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

G. Blechmann

### FEUILLET CXIX — ROUGEOLE ET FAMILLES NOMBREUSES

(Séro-prévention et Séro-atténuation)

C'est un lieu commun et, hélas, qu'on ne démentira pas de sitôt, que d'affirmer la gravité extrême de la rougeole à l'hôpital. Mais la « surmortalité » de cette maladie n'est pas uniquement dévolue aux milieux hospitaliers ; elle est fonction des mauvaises conditions d'hygiène et de logement dont souffrent de nombreux enfants.

Savez-vous qu'en dix années, la rougeole a tué 700.000 enfants en Europe, qu'elle a causé au moins 100.000 décès aux Etats-Unis de 1901 à 1920 ? En France elle a tué 30.000 enfants en huit ans.

Taudis et encombrement, voilà en dehors de l'hôpital les facteurs capitaux de la mortalité morbilleuse. Et même dans la clientèle riche ou aisée, si la maladie est incomparablement moins dangereuse que dans les milieux populaires, *elle n'est pas toujours inoffensive*. Une enquête personnelle faite à Paris par le Professeur Debré lui a permis de le constater (et une enquête menée en Amérique dans les familles de médecins confirme ce dernier point).

Puisque l'*immunisation active* contre la rougeole n'est pas au point, chaque fois que nous le pouvons, essayons de prévenir la maladie autour du rougeoleux par la séro-prophylaxie antimorbilleuse, en nous rappelant que le maximum de gravité de la maladie s'étend depuis l'âge de 9 mois jusqu'à la fin de la 2e année.

I. En 1916, Nicolle et Conseil découvrent la *valeur préventive* du sérum convalescent de rougeole, si l'enfant infesté a été contaminé depuis moins de 5 jours.

En 1923, Debré et ses élèves étudient *la séro-atténuation* : l'injection est pratiquée entre le 6e et le 8e jour de l'incubation et la rougeole éclate, mais fruste ou bénigne, suffisante pour créer une immunité durable.

On établit par la suite qu'en cas d'urgence, on peut employer le *sang total*, mais à dose beaucoup plus élevée.

Enfin, depuis quelques années, l'expérience a montré que des parents *ayant eu la rougeole* peuvent constituer d'excellents donneurs de sang et de sérum, même si la maladie date de 20 et 30 ans.

II. Dans la pratique de ville, il est extrêmement difficile de se procurer du sérum de convalescent provenant de l'hôpital. Dans ces conditions, il faut absolument recourir au sang des proches.

Mais l'injection de quantité importante de sang familial n'est pas sans inconvénient ; elle détermine des hématomes volumineux ; elle serait moins efficace que la séroprophylaxie ; enfin, le sang injecté et celui de l'enfant récepteur peuvent ne pas être du même groupe.

Nous employons donc de préférence le sérum maternel ou à défaut le sérum du père ou d'un très proche parent : comme le diagnostic d'invasion de rougeole n'est pas toujours posé au début, que la préparation du sérum demande pratiquement 48 heures, l'injection est généralement pratiquée dans des délais qui permettent d'obtenir la séro-atténuation.

N'oublions pas que la *séro-prévention* n'agit que pour quelques semaines : le sujet provisoirement immunisé *pourra donc contracter* par la suite une rougeole, nullement atténuée et même grave.

III. *a*) *Schéma* : Il s'agit d'une famille de quatre enfants : Jean 10 ans, Marie 6 ans, Louis 3 ans 1/2 et Nicole 7 mois.

Marie est enchifrenée depuis deux jours sans avoir été séparée des autres enfants : nous lui trouvons le signe de Köplik. Il convient d'éviter ou d'atténuer dans la mesure du possible la

rougeole chez le nourrisson, de l'atténuer chez Louis et même chez Jean.

La mère ayant eu une forte rougeole dans sa grande enfance, son sang doit être riche en immunisines. Nous faisons prélever un peu plus de 60 c.c. de sang pour obtenir environ 25 c.c. de sérum qui sera réparti en 5 ampoules.

*b*) Voici le mode de préparation du sérum antimorbilleux d'après la technique de notre ami, R. Letulle :

Le sang est prélevé aseptiquement dans la veine et recueilli dans un bocal stérilisé.

On le laisse coaguler et on recueille le sérum aseptiquement pendant 12 à 24 heures. Il faut le centrifuger toujours aseptiquement pour éliminer les globules, puis le répartir en ampoules aseptiques. *Ne pas chauffer.*

On ensemence quelques gouttes de sérum sur gélose et en bouillon pour en contrôler la stérilité en laissant ces milieux à l'étuve pendant 24 heures. Les ampoules sont ensuite livrées.

Signalons qu'il faut rejeter toute ampoule dont le sérum est troublé.

*c*) Voici les doses qui furent injectées et les suites observées.

Nicole, 7 mois = 3 c.c. 1/2 (une semaine après, présente pendant 48 heures une poussée fébrile à 38° avec agitation, sans angine ni éruption).

Louis, 3 ans 1/2 = 5 c.c. (deux jours après Nicole a eu les yeux légèrement larmoyants et on aurait constaté des rougeurs (?) sur le corps pendant 1/2 journée).

Jean, 10 ans = 7 c.c. (quand on ne s'attendait plus à la rougeole, a commencé un catarrhe oculo-nasal avec fièvre, puis a fait une rougeole d'intensité plutôt atténuée et d'évolution assez rapide).

IV. *a*) Les parents peuvent refuser, pour des raisons de santé ou autre, à laisser prendre de leur sang... Même si ce sang est alors prélevé dans l'entourage familial, la question du B. W. se pose !

*b*) Quand une mère a eu la rougeole, Debré et Joannon estiment que l'injection de sérum n'est pas indiquée chez le nourrisson avant l'âge de 3 mois, car il bénéficie de l'immunité maternelle. D'après toutes les statistiques, cet état réfractaire serait absolu *avant l'âge de 2 mois.*

Mais, après cet âge, si la rougeole de la mère n'est pas certaine, faites la séro-prévention ou tout au moins la séro-atténuation.

*c*) Dans des familles de grands enfants, on peut hésiter à pratiquer la séroprophylaxie, mais tout enfant qui n'est pas dans un excellent état de santé doit être protégé : la rougeole donne un coup de fouet à des tuberculoses occultes, aggrave le rachitisme et, chez les adénoïdiens s'accompagne trop souvent d'otite grave, de mastoïdite.

V. Cette méthode de prévention et d'atténuation — surtout si l'on utilise le sérum d'anciens rougeoleux et non de convalescents — comporte évidemment des échecs, mais elle est d'une innocuité à peu près absolue et elle fait habituellement de la rougeole, maladie grave à l'hôpital, ennuyeuse en ville, une pyrexie peu méchante et sans complications.

## DU TRAITEMENT DES PETITES AZOTÉMIES PAR LA SUPPRESSION DU PETIT CAFÉ AU LAIT DU MATIN

Par M. A. CHALLAMEL

Je ne me souviens plus dans quelle pièce, au théâtre, on voit le personnage s'attabler en se moquant de la manie des Français de prendre « *leur petit café au lait du matin* ».

C'est ce souvenir qui me fait donner ce titre à ma communication, bien qu'il soit incomplet et qu'il soit loin de résumer intégralement mon traitement des petites azotémies. Il a toutefois le mérite du pittoresque, et s'il n'exprime qu'une partie du traitement, c'en est du moins la plus importante.

Ce titre qui fait image une fois expliqué, je rejette bien entendu, et entièrement, la manière dont l'acteur se nourrit sur la scène quand il mange jambon, beurre, œufs, pâté, etc ...

Que dans l'état de santé, l'individu adopte telle manière de se nourrir qui lui plaît, soit ; bien que nous lui devions encore nos conseils. Mais ici nous envisageons un point particulier de pathologie où le régime est à la base de nos prescriptions.

Que ce soient les régimes en général ou le régime des brightiques en particulier, tous ont été discutés maintes fois à la tribune de notre Société. Qu'il me suffise de rappeler au cours de ces dix dernières années les travaux de nos collègues MM. Guelpa, Lematte, Leven, Laumonier, Linossier, Glénard.

Mais personne n'a encore osé préconiser dans l'azotémie *la viande chaque jour* et *proscrire le*

*lait*, même à toutes petites doses : et pourtant *c'est bien là où l'observation m'a conduit.*

***

Si l'on compulse tout ce qui a été écrit sur les régimes hypoazotés, on s'aperçoit que les auteurs sont loin d'être d'accord, mais toujours lait et laitages, souvent les fromages, sont autorisés, tandis que la viande est défendue, parfois de façon absolue.

*Mon traitement est exactement le contre-pied de ceux-là.*

Des thérapeutes ont voulu soumettre leurs azotémiques à des régimes strictement végétariens, voire au jeûne. La baisse du taux de l'urée sanguine n'a pas été en rapport avec la rigueur du régime.

Chez maints malades soumis à des régimes trop sévères le remède devient pire que le mal, et en cas d'observance stricte, la prescription d'un régime sans azote revêt le même caractère d'abus que celui constaté parfois avec le régime déchloruré, et cela sans résultat tangible ; tandis que le régime que je propose donne, avec de la viande chaque jour ou presque, un résultat excellent en 2 ou 3 semaines.

Mais nulle part cependant on ne voit attacher d'importance spéciale au petit déjeuner du matin.

Or, pour moi, c'est la composition de ce petit déjeuner, c'est *l'opposition de cette composition* avec celle des autres repas, qui doivent être la base du traitement, car elles constituent un des éléments de son efficacité.

Cela pour plusieurs raisons dont la plus importante est que le thérapeute dispose, à ce moment de la journée, d'une *heure particulièrement précieuse*, puisqu'il peut faire fonctionner les organes d'assimilation et d'élimination pris à l'état de repos sur un rythme étudié et choisi.

La composition des aliments du petit déjeuner du matin revêt selon l'affection en cause une importance plus ou moins grande, et sa nature est sujette à variations. Ici je ne m'occuperai que de la thérapeutique des petites azotémies, de celles inférieures à 0 gr. 80 d'urée par litre de sang.

Cette découverte que je fis des heureux résultats d'un régime sans lait remonte à dix ans déjà. Elle eut pour point de départ l'observation suivante :

Observation I. — Pour des troubles divers, céphalée, insomnie, etc., en mars 1921, chez un homme de 43 ans, sans albumine dans l'urine, sans chlorurémie, hypotendu, le dosage d'urée dans le sang fut effectué et donna le chiffre de 0 gr. 65 par litre. Sous l'influence de régimes très sévères ce taux en quatre mois descendit à 0,46. Après une cure à Saint-Nectaire, le taux était de 0,47.

Alors, l'idée me vint, devant un aussi *maigre résultat*, de faire diamétralement le contraire de ce qui avait été fait jusqu'alors et de supprimer le café au lait du matin en le remplaçant par un petit repas de fruits. Le repas de midi fut composé de façon normale : viande, légumes, pain et fruits ; le repas du soir de potage aux légumes, légumes et fruits. *En moins d'un mois*, le taux de l'urée était descendu à 0,27.

Depuis dix ans, les dosages effectués ont donné des chiffres variant entre 0,54 et 0,15 selon l'état de fatigue ou selon le régime, car le lait a été réintroduit dans l'alimentation. Mais chaque année, à plusieurs reprises, une cure de fruits à jeun constitue le petit repas du matin. Vu le tempérament du malade, la viande est prise chaque jour non seulement au repas de midi, mais aussi le soir trois ou quatre fois par semaine.

Il me restait à poursuivre mes observations et à tenter de délimiter les indications de ce régime particulier.

Auparavant quelques remarques générales sont de mise ici.

Nous savons que le régime lacté intégral constitue un régime hyperazoté, d'où la nécessité chez l'adulte de substituer, à une fraction de laitage, une fraction adéquate d'hydrocarbonés.

Chez le nouveau-né, le régime lacté intégral est le régime normal et ne constitue pas à cet âge un régime hyperazoté.

Les besoins sont autres chez l'adulte que chez nouveau-né. Ces besoins varient du reste selon la latitude, l'âge, la nature du travail, le tempérament de l'individu. L'un de ces besoins est incontestablement la nécessité d'introduire, dans la ration alimentaire, la viande, c'est-à-dire un élément important, non seulement au point de vue nutritif, mais aussi au point de vue opothérapique. La viande donnée dans une sage mesure constitue, non seulement une fraction utile au point de vue calorique, mais aussi jusqu'à un certain point *une opothérapie* en rapport avec l'importance de la masse musculaire du sujet, et sauf cas très particuliers, on ne saurait en priver maint hypotendu, maint vieillard, maint débilité, maints malades, et parmi ces derniers les petits azotémiques.

Cette opothérapie musculaire a été faite journellement, sans le savoir, depuis la plus haute antiquité. Le lait ne fournit pas les hormones équivalentes, et de plus, il apporte des colloïdes particuliers qui, sous des influences pathologiques mal déterminées, entraînent passagèrement pour l'individu adulte (ou même parfois pour le nourrisson) un déséquilibre du métabolisme.

La suppression *prolongée* de la viande dans la ration alimentaire de l'adulte sain, comme dans celle de nombreux adultes malades, est donc pour

moi une erreur thérapeutique. Elle l'est particulièrement à l'égard des petits azotémiques, car la suppression *totale* de l'azote alimentaire oblige le patient à *vivre aux dépens de ses propres muscles et tissus*, et mes observations montrent que la viande, chez l'azotémique, est moins à redouter que le lait.

Il me faut dire maintenant quelques mots sur la *répartition* de l'azote alimentaire entre les différents repas.

Si, chez l'homme sain, il est indifférent ou à peu près que viande, lait, graisses, aliments hydrocarbonés, etc., figurent à tous les repas, il n'en est pas de même chez l'azotémique.

Toute l'originalité de mon travail repose sur ce point : *il faut chez l'azotémique* au cours des 24 heures *faire travailler* le foie ainsi que les glandes annexes du tube digestif et les reins *sur des rythmes variés alternés.*

Il n'est pas superflu d'ajouter aussi que doivent être évités les *régimes tristes*, fastidieux, monotones, qui lassent les malades. Si bien faite que soit la prescription du médecin, quels que soient conscience, art et science chez le cuisinier ou la ménagère, dès qu'il s'agit d'établir un repas sans aliments azotés, et en certains cas tout à la fois sans sel, l'exécution reste dans un relatif fort loin de l'absolu.

Or, *cet absolu*, ou presque, peut exister. *Il est nécessaire.* Il suffit qu'il se renouvelle *une fois par jour.* L'heure de choix, je l'ai dit, pour faire fonctionner les organes déficients sur le rythme choisi est le *petit repas du matin.*

Et justement, à ce petit déjeuner, que laisse-t-on prendre ! Des biscottes, c'est-à-dire de l'azote. Du lait, c'est-à-dire de l'azote. Du beurre, c'est-à-dire un aliment organique d'origine animale.

Dans le repas de fruits, au contraire, les éléments azotés sont considérablement réduits, ainsi que les graisses, et je ne suis pas sûr que la suppression des graisses ne joue pas un rôle fort important dans les résultats que j'ai obtenus, car je permets souvent avec les fruits deux ou trois biscottes ou un morceau de pain, mais jamais de beurre. Le petit repas est complété par une tasse d'infusion tiède sucrée (fleur de thé, tilleul, feuilles de cassis, etc.).

Aux malades dont l'estomac ne supporte pas un repas de fruits à jeun, on donne une assiettée de bouillon de légumes *épais* (1).

Sur la composition du repas du soir, entièrement de légumes jusqu'au retour du taux de l'urée à la normale, je n'ai rien à dire, sauf que le beurre rentre en proportion habituelle pour la préparation des aliments, et qu'à ce repas comme à ceux du matin et de midi : graisses, fromages, laitages, œufs, pâtisserie, etc., sont interdits. Le pain est permis modérément selon les cas.

Au repas de midi de composition identique vient s'ajouter un plat de viande, mais à raison d'une portion normale *et non squelettique*, et je prescris 100 gr., 150 gr. et même 200 gr. (1) selon l'appétit, les habitudes, le tempérament. Avec ces portions de viande, on constate que le taux d'urée sanguine s'abaisse. Il est certain que les hypertendus supportent infiniment mieux la restriction de la viande, ou sa suppression, que les hypotendus, comme ils supportent bien également la suppression totale de toute prise d'aliment le matin, ce qui n'est pas un avantage dans le traitement de l'azotémie, j'en ai donné les raisons.

Les malades qui présentent une augmentation d'urée dans le sang n'ont entre eux en effet que ce symptôme de commun parfois, et sont souvent *des cas fort différents* les uns des autres. Ce signe existe tantôt seul, tantôt associé à de l'albuminurie, ou à de la chlorurémie, ou à de l'hypertension artérielle, ou simultanément à plusieurs de ces symptômes.

Aussi est-il fort difficile de parler des azotémiques en général. *Chaque cas est à examiner en particulier* et nécessite des modalités thérapeutiques adaptées.

Néanmoins j'ai pu prescrire mon régime dans un nombre de cas suffisamment variés pour qu'il acquière une place honorable en thérapeutique.

Il suffit d'en juger par les quelques observations suivantes. Je ne puis songer à les publier toutes, je choisis parmi celles que j'ai recueillies les plus typiques, n'ayant pas encore observé un seul échec.

C'est volontairement que je place en tête de ces observations 3 cas où le régime après avoir donné tous ses résultats, n'empêcha pas les malades de mourir plusieurs années après, l'un de sa tuberculose rénale progressive ; le second, un vieillard, d'une pneumonie ; le troisième, à 77 ans, d'une hémorragie cétrébrale.

OBSERVATION II. — M. D..., 50 ans. Néphrectomisé à droite deux ans auparavant par M. G. Marion pour tuberculose rénale. Son état général étant moins bon, un dosage d'urée sanguine est fait et donner 0,83. Le régime est prescrit : suppression du lait, fruits le matin, viande à midi et même le soir trois fois par semaine. Les troubles disparaissent et, après trois semaines, le dosage de l'urée sanguine donne 0,42.

Mais ce malade, pour diverses raisons, ne peut suivre une existence paisible, il se remet à un travail intensif, il sort le soir, il soupe parfois, etc., et deux ans après, son état général décline rapidement, la

(1) L'appellation *bouillon de légumes* évoque l'idée d'un liquide aqueux, ce qui ne doit être exact qu'en chirurgie dans la phase post-opératoire.

(1) Cette dernière quantité plutôt à titre de démonstration.

fièvre apparaît et l'urée remonte. Il meurt d'urémie au cours d'une poussée évolutive tuberculeuse au niveau du second rein.

Observation III. — M. C..., 71 ans, cardiaque, hypotendu. Etait au régime lacto-végétarien avec de la viande une fois ou deux par semaine. Le 4 mai 1923, dosage d'urée 0,72. Suppression du lait, fruits le matin ; à chaque repas de midi, viande, légumes et pain ; fruits à 4 heures ; légumes le soir. Ce changement de menu à la grande satisfaction du malade. Le 30 mai, le taux d'urée sanguine est tombé à 0,28. Par la suite, ce malade sera remis au lait, car il faut de la variété dans les régimes, et chez un cardiaque âgé, le lait constitue une grande ressource. Après trois mois de régime lacté intégral, le taux de l'urée n'est remonté qu'à 0,48. Ce vieillard, avec un taux d'urée normal, est mort cinq ans après de pneumonie.

Observation IV. — M. A..., 73 ans. En février 1923, crise d'urémie avec étouffements, enrayée par une saignée. Taux de l'urée sanguine 0,65. Dans l'urine 0 gr. 35 d'albumine et 3 gr. 80 de sucre. Légère chlorurémie. Hypertension artérielle à 23. Le lait est supprimé de suite ; fruits le matin ; à midi repas avec viande et pain sauf un jour par semaine ; légumes le soir. Suppression du sel. En deux mois le taux de l'urée tombe à 0,37. L'albumine et le sucre disparaissent de l'urine. La tension artérielle n'est plus que de 16.

Le malade fait alors des écarts de régime. D'autres crises surviennent, qui sont enrayées. La tension remonte. Le processus de sclérose évolue, et il succombe en 1927 à 77 ans à une hémorragie cérébrale.

Observation V. — Mme F..., 67 ans. Malaises, vertiges, nausées, étouffements. Urines avec albumine 0,56 et seulement 12 gr. d'urée. Dans le sang taux d'urée 0,79. Mise au régime sans lait avec suppression du sel et trois prises d'eau une heure avant chacun des trois repas. Dix-huit jours après le taux de l'urée sanguine était de 0,38, dans l'urine l'urée à 0,19 et l'albumine à 0,22.

Observation VI. — Mme C..., femme de médecin. Etait soumise à un régime composé de lait le matin et à 4 heures, à midi très peu de viande, légumes et petit-suisse, le soir quelquefois potage au lait, légumes et petit-suisse. Un jour par semaine strictement à l'eau (le lendemain les urines très acides brûlaient à l'émission : acidose par jeûne). Le taux de l'urée sanguine était de 0,69. Mise au régime sans lait, avec viande à midi, six jours sur sept, suppression du jour de jeûne, fruits le matin, légumes le soir : on voit en moins de trois semaines son urée sanguine tomber à 0,44.

Observation VII. — M. H..., 52 ans. A la suite d'une grippe avec angine présente des troubles qui conduisent à faire une prise de sang. Il prenait alors quatre repas jour : trois de lait, un de légumes le soir. Ce qui est bien le type du régime lacto-végétarien. Taux d'urée 0,81. De suite suppression du lait ; fruits le matin ; à midi viande, légumes et pain ; à 4 heures repas de fruits ; le soir légumes, pain et fruits. Une heure avant chacun des trois repas 150 gr. d'eau. En moins de quinze jours le taux d'urée tombe de 0,81 à 0,19. La tension artérielle qui était normale ne varie pas. Ce cas est à méditer pour les partisans acharnés du régime lacto-végétarien.

Je terminerai par la narration d'une observation qui remonte à quelques semaines, fort suggestive car elle montre combien la question des doses limites de l'urée sanguine est mal comprise.

Observation VIII. — Un de mes amis, le Docteur S..., âgé de 55 ans, me téléphone. Sa voix est altérée et traduit une émotion très vive. Il a fait doser son urée sanguine et le résultat a donné 0,48 par litre. Que faut-il qu'il fasse ? Deux confrères consultés ont donné deux avis différents, et exprimé un *pronostic réservé* ! ! ! Et pourtant, rien ne permet de dire qu'il s'agit là d'azotémie. C'est que les taux limites d'urée sanguine ont *mauvaise réputation* dans le Corps médical.

Je lui dis de venir me voir. A sa stupeur, je lui prescris de la viande à chaque repas de midi, à la dose de 200 gr. (1). Puis dix jours après également au repas du soir, trois jours par semaine. Je lui supprime le lait le matin, sans lui en donner la raison.

Il n'a pas la patience d'attendre les quinze jours demandés avant de faire faire un nouveau dosage : au bout de dix jours seulement le taux d'urée sanguine était tombé à 0,36. Trois mois plus tard, bien que le repas de fruits le matin ait été délaissé, le taux est de 0,31.

***

Je regrette de n'avoir pu expérimenter mon traitement plus souvent, car jamais je n'ai observé d'échecs lorsque la souplesse nécessaire était rapportée à la prescription comme la ponctualité l'était à l'observance.

Si je fixe quant à présent les indications de ce régime aux azotémies de moins de 0 gr. 80, il est certain que sous la réserve de certaines modalités il doit s'étendre à des azotémies de taux beaucoup plus élevé.

Dans les azotémies au début, le rôle du foie semble l'emporter sur celui du rein. Dans la phase avancée, le rôle du rein prédomine, et le problème augmente en difficultés. Le syndrome hépato-rénal doit toujours être présent à l'esprit du thérapeute (2).

---

(1) Cette dernière quantité plutôt à titre de démonstration.

(2) Voir communication Société de thérapeutique, séance du 10 juin 1914, p. 322.

*Régime de désintoxication* par le repas de fruits, dans l'ensemble, mon régime constitue *un régime de rééquilibration.* On peut pour un malade l'adopter définitivement ou seulement par périodes.

J'y ajoute comme prescriptions, de combattre s'il y a lieu la constipation, et le plus souvent de prendre une heure avant chacun des trois repas 120 à 180 gr. d'eau de Vittel, Evian, ou Saint-Savin, etc... Suppression du sel s'il y a lieu.

En somme il s'agit de remettre sur le droit chemin un métabolisme momentanément dévoyé, et pour cela momentanément de supprimer le lait pris même à petites doses.

Mais c'est là aussi une atténuation considérable dans la sévérité du pronostic, qui jusqu'à ce jour était déduite lors de la constatation d'une dose limite d'urée dans le sang.

***

**Conclusions**

Lait, café au lait, chocolat au lait, véritables *routines de ménage*, ont fini par passer à l'état d'habitudes endémiques dans l'hygiène alimentaire.

Au point de vue philosophique, le lait ne constitue dans l'alimentation de l'homme bien portant qu'un produit de surproduction économique en notre état de civilisation .

Dans le traitement de certains états morbides à point de départ hépato-intestinal, avec ou sans retentissement sur le rein, le lait est à proscrire entièrement, au moins pendant quelques semaines.

L'homme adulte est *un omnivore*. La formule qui résume le mieux l'hygiène alimentaire qu'il doit suivre est la suivante : *fructarien le matin, carnivore à midi, végétarien le soir.*

Mais si les mots *fructarien* et *végétarien* peuvent être compris au sens strict, il n'en est pas de même ici du terme *carnivore*, car ce repas de midi n'est pas uniquement composé de viande.

Cet adage comporte de grandes modifications dans les divers états morbides, comme il supporte bien des changements chez l'adulte en pleine santé, mais *il représente pour moi le traitement de base des petites azotémies.*

Les résultats obtenus par cette diététique alimentaire, c'est-à-dire par la suppression totale *et transitoire* du lait, montrent que le rôle du rein dans la production des états azotémiques a été exagéré et qu'il faut rendre en fait au foie, la part qui lui revient de par son importance dans le métabolisme général (1).

Chez les petits azotémiques il semble qu'avant tout ce soient les fonctions protéolytique et protéopexique du foie qui laissent à désirer, et pour leur redressement rapide, rien ne vaut, je le répète, la suppression totale du lait et le fonctionnement du foie et des glandes annexes du tube digestif *sur des rythmes variés alternés.*

Sous l'action de ce régime le retour du taux de l'urée sanguine à la normale et la disparition des symptômes : céphalée, asthénie, somnolence, etc., sont très rapides.

Mais si le lait constitue un abus dans l'alimentation de maints adultes, et un aliment néfaste transitoirement pour *certains malades*, ces cas doivent être soigneusement déterminés, et je tiens à ce qu'il n'y ait pas de confusion et à être bien compris : je ne suis pas de parti pris un ennemi du lait, car chez maints dyspeptiques, cardio-rénaux et vieillards il rend, pris de façon correcte des services inappréciables, comme il constitue pour un grand nombre d'adultes bien portants un petit repas facile et sans inconvénients.

Mais quand un taux d'urée sanguine trop élevé se manifeste à la faveur d'un métabolisme défectueux, pour qu'il redevienne normal, il faut des règles alimentaires adéquates qui, par désintoxication réalisent une sorte de rééquilibration.

Pour bien des adultes, le lait loin de constituer un régime de désintoxication, est devenu un aliment perturbateur.

Ce régime spécial n'a pas les inconvénients d'un régime de brusque transition. Il agit par les modifications progressives qu'entraînent des repas de composition variée, nettement différenciés, régulièrement alternés, sans imposer à l'organisme *la tape du jeûne.*

***

En résumé, j'ai voulu :

1° *Réagir contre la sévérité excessive de certains régimes alimentaires prescrits parfois dans les petites azotémies, régimes que les malades eux-mêmes aggravent de façon nuisible.*

2° *Montrer que pour certains sujets qui présentent une élévation du taux de l'urée sanguine, liée à divers symptômes cliniques, le lait n'est pas le mieux supporté des aliments azotés, et que même pris à petites doses il est parfois à éviter plus que la viande ; et que sous l'influence de la suppression transitoire mais totale du lait, avec les modalités de régime nécessaires, dans les azotémies de moins de 0 gr. 80, le retour du taux de l'urée sanguine*

(1) L'azotémie à son premier stade, qu'elle soit isolée ou qu'elle coïncide avec des signes d'altération rénale, traduit-elle *une défaillance fonctionnelle* du foie et des glandes annexes ? A un stade plus avancé *une insuffisance biologique* de ces organes et des reins ? Il ne m'appartient pas de trancher la question.

*à la normale était rapide et les troubles en cause disparaissaient.*

3° *Donner l'indication précise d'une cure de fruits.*

4° *Montrer l'importance de faire fonctionner le foie et les glandes annexes du tube digestif sur des rythmes variés alternés.*

5° *Montrer l'importance de la composition du petit déjeuner du matin, premier repas de la journée* (1).

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

# Dans les caries des grosses molaires, méfions-nous des phlegmons gangréneux de la face

**D'apparence anodine au début, ils sont généralement de la plus haute gravité**

D'après MM. D. Petit-Dutaillis, R. Leibovici et A. Lattès (2).

### I

### Les origines de ces phlegmons gangréneux de la face

La seule localisation des suppurations gangréneuses d'origine dentaire, décrite par les classiques, a été jusqu'à présent le phlegmon gangréneux du plancher de la bouche dénommé habituellement « angine de Ludwig ».

Plus rares sont les localisations à la face ; les auteurs en rapportent trois observations particulièrement intéressantes. Or, il s'agit là d'une affection *redoutable, en raison de sa marche rapidement envahissante en surface et en profondeur.* Et surtout, celle-ci évolue souvent sans douleur ; au début, elle paraît simple, et, trop facilement, *on la prend pour une banale fluxion dentaire.* Aussi risque-t-elle d'être reconnue tardivement, et le malade succombe à la septicémie, malgré l'intervention la plus large. Même quand le diagnostic est précoce, les régions anatomiques vers lesquelles se fait la propagation de l'infection (régions ptérygomaxillaires, temporales) se prêtent mal à la mise plat du foyer, et surtout de ses fusées lointaines. Et cependant, la guérison est conditionnée par les interventions les plus larges, en dépit de tout souci de l'esthétique.

*Le point de départ* est généralement une grosse molaire, ou une dent de sagesse, supérieure ou inférieure. Cependant l'extériorisation semble plus précoce, quand il s'agit du maxillaire supérieur. Le pus fuse alors le long du rebord alvéolaire, et du sillon gingivo-jugal. De la bouche, le phlegmon gagne la joue aux environs de la « boule graisseuse de Bichat », véritable carrefour, où aboutissent les interstices cellulaires, qui mènent dans toutes les régions adjacentes. Puis de la joue, une fusée peut gagner la région parotidienne, la face externe de l'angle de la mâchoire et même la région sous-angulo-maxillaire. Toujours en surface, le phlegmon gangréneux diffuse parfois en avant, vers l'angle de l'œil, vers le nez, vers la bouche, vers le menton.

Dans la profondeur, les fusées, tout aussi redoutables, gagnent la loge des ptérygoïdiens et l'espace ptérygo-maxillaire ; mais surtout, vers le haut, elles peuvent accompagner l'important prolongement temporal de la boule de Bichat.

Lorsque l'origine du phlegmon est au maxillaire inférieur, celui-ci reste volontiers cantonné à son début vers la face interne de la branche montante de la mâchoire, et il n'a que peu de tendance à migrer au dehors ; d'où la difficulté d'un diagnostic précoce. Plus tard, il gagnera le plancher de la bouche et déterminera un phlegmon sous-hyoïdien ; mais il peut aussi, primitivement ou secondairement, gagner la fosse temporale.

### II

### Comment dépister de manière précoce ces phlegmons gangréneux

Fluxion dentaire banale, simple périostite alvéolo-dentaire, tels sont les diagnostics posés souvent par le malade, le dentiste, ou même le chirurgien, — et cela au prix de quels déboires ! Exceptionnellement, il arrive qu'on voit des gaz sous tension sortir de l'alvéole, au moment de l'extraction de la dent ; bien souvent l'examen de celle-ci ne montre qu'une gangrène pulpaire, sans trace de carie.

Mais un fait doit aussitôt frapper l'attention : *C'est l'intensité de la fièvre,* qui accompagne les

(1) Communication faite à la *Société de Thérapeutique*, séance du 8 juin 1932.

(2) MM. D. Petit-Dutaillis, R. Leibovici et A. Lattes. — Les phlegmons gangréneux de la face. d'origine dentaire. (*La Presse Médicale*, 20 juillet 1932.)

premières manifestations. Une poussée thermique brutale à 40°, jointe à l'intensité des douleurs intiales, constitue aussitôt un symptôme inquiétant, car il n'est pas habituel dans les suppurations banales d'origine dentaire.

Ce qui domine à la période d'état, c'est *l'importance de l'œdème et sa rapide extension* aux régions voisines de la face, *souvent en quelques heures*. L'œil même disparaît fréquemment sous les paupières tuméfiées. C'est là un œdème blafard, avec, par places, des veines dilatées.

Quand le phlegmon est déjà proche des téguments, la crépitation gazeuse est aisément perceptible au palper. La peau peut prendre parfois un aspect rosé ou bien pseudo-érysipélateux, même avec des plaques ecchymotiques.

Dans la forme profonde, avec la dent de sagesse inférieure comme point de départ, lessignes locaux restent longtemps plus discrets ; l'œdème reste localisé à la région angulo-maxillaire.

Cependant, *toujours*, les signes généraux revêtent d'emblée *l'allure septicémique*.

C'est le *phlegmon temporal* qui est le plus difficile à déceler cliniquement ; la gangrène évolue à bas bruit, masquée par les muscles et l'aponévrose temporale, très épaisse et résistante. Or, si l'on attendait son extériorisation dive, le malade risquerait fort de mourir avant qu'elle soit évidente.

Un *signe capital* doit être recherché systématiquement, car au début le malade n'attire nullement l'attention vers sa région temporale : *c'est une tension anormale de cette région, dont les téguments, une fois les cheveux rasés, apparaissent lisses et brillants*. Il ne faut pas attendre la fluctuation profonde, ni la crépitation, pour suspecter cette propagation, car si l'on incise à ce moment, on peut déjà trouver la loge remplie de gaz et de sanies fétides, et le muscle lui-même en voie de nécrose.

Toutefois, s'il importe de faire un diagnostic précoce, afin d'avoir la chance de guérir le malade, il ne faut pas se dissimuler qu'il paraît bien exister toutes les échelles de gravité parmi ces phlegmons. Il en est même dont l'évolution reste longtemps locale, sans atteinte trop grave de l'état général. Il en est d'autres, par contre, qui, sans raison apparente quant au terrain, sans doute du fait d'une virulence particulière des germes, prennent d'emblée une allure foudroyante.

En présence d'un œdème rapidement envahissant de la face, chez un malade atteint de carie dentaire, qu'il y ait ou non avulsion de la dent malade, le seul diagnostic à discuter est celui d'une phlébite septique avec thrombose du sinus caverneux. Si cette thrombose, bien que classique, est exceptionnelle en pareil cas, il manque en cas de phlegmon gangréneux, un signe essentiel : l'exophtalmie. Mieux vaut cependant, une incision exploratrice inutile, au cas où l'on ne sent ni crépitation, ni fluctuation, plutôt que le risque d'une intervention trop tardive.

## III

### Chirurgie et médication antimicrobienne constituent le traitement

Quoique le traitement soit avant tout chirurgical, l'opération seule risque, en effet, d'être insuffisante si l'on n'y adjoint toutes les ressources, que les découvertes modernes ont mises à notre disposition pour lutter directement contre les agents microbiens.

« Dès la nature gangréneuse de l'inflammation reconnue ou même soupçonnée, contrairement aux suppurations habituelles d'origine dentaire, le ou les foyers doivent être largement incisés *par voie externe*. La voie buccale est ici dangereuse et inopérante. Le souci vital prime tout souci de l'esthétique. C'est une gangrène gazeuse extensive que l'on doit s'efforcer de mettre à plat, autant que faire se peut ».

Pas d'incision au bistouri, qui ouvre les voies lymphatiques et sanguines et peut déclencher une septicémie foudroyante : le vieux thermo-cautère, que le bistouri électrique ne saurait remplacer en pareil cas.

Pas d'anesthésie générale, qui fait risquer l'aspiration de pus gangréneux dans les bronches. Pas d'anesthésie régionale, qui favoriserait la diffusion de l'infection. Pas de chlorure d'éthyle local, à cause des risques d'inflammabilité par le thermo-cautère. En somme, aucune anesthésie ; les malades ont une sensibilité très émoussée du fait de leur intoxication profonde et de la distension des tissus ; ils ne sentent presque pas les incisions qu'on leur fait.

Les auteurs conseillent deux ou trois incisions faciales, parallèles au trajet du canal de Sténon, une au-dessus, une autre au-dessous, une autre au niveau du bord basilaire du maxillaire inférieur. A la fosse temporale, une ou deux incisions allant profondément jusqu'au muscle, dirigées suivant ses fibres. Décoller largement le tissu cellulaire au niveau des incisions faciales et, par l'une d'elles au moins, *rejoindre le foyer buccal*. Des drains réuniront ces différentes incisions. Dans leur intervalle, on multipliera

les mouchetures et les ponctions profondes au thermo-cautère, jusqu'à la limite apparente des lésions et même au delà.

Quant au *traitement antimicrobien*, le sérum antigangréneux polyvalent employé seul est insuffisant. Etant donné la fréquence du streptocoque, il faut lui associer le sérum antistreptococcique de Vincent. En cas de septicémie menaçante, la voie intraveineuse s'impose, à la condition de prendre les précautions d'usage contre l'anaphylaxie, et de pousser lentement l'injection.

On doit en plus ajouter (en raison de l'infection spirillaire) le néo-salvarsan, en injection intraveineuse, à la dose de 15 centigr., ; répéter au besoin deux ou trois jours de suite.

Cette thérapeutique sera renforcée par des transfusions pour remonter l'état général et aider l'organisme dans sa lutte anti-infectieuse.

Ne pas négliger les soins locaux : pulvérisations répétées de liquide de Dakin, ou de sérum antistreptococcique, antigangréneux.

*Quand à l'ablation de la dent malade, il faut la pratiquer toujours dès le début des accidents.*

G. F.

## ASILE DÉPARTEMENTAL DE BRON (Rhône)

Service du Docteur Lautier, Médecin-chef de l'Asile

# Effets du rhodanate de potassium dans le rhumatisme chronique

Par le Docteur M. Loutchitch,
Interne

Le rhodanate de potassium, introduit il y a très peu d'années dans l'arsenal thérapeutique par les Américains, utilisé maintenant très couramment en France, est regardé comme un succédané des combinaisons de l'iode. Dans les nombreuses affections dyscrasiques que l'iode guérit ou améliore, il donnerait des résultats équivalents, quoique ne contenant aucun atome de ce métalloïde, et éviterait ainsi tout danger d'iodisme.

En réalité, il semble que, dans le rhumatisme chronique notamment, il peut provoquer de considérables améliorations là où l'iode a échoué et que, par conséquent, son action n'est pas seulement superposable à celle des produits iodés, mais plus énergique au moins dans certains cas.

Dans un travail sur le traitement du rhumatisme chronique par le rhodanate de potassium (*Journal des Praticiens*, 26 septembre 1931), le Docteur Benichou note : « Son activité nous paraît supérieure à celle des préparations iodées ». Nous avons fait la même constatation, et c'est ce qui nous engage à publier un cas de polyarthrite déformante dans lequel, après l'échec de nombre d'autres médicaments et notamment de l'iode, nous avons obtenu une sédation complète de la douleur et une modification très appréciable des troubles trophiques par le rhodanate.

Notre malade est actuellement âgé de 65 ans, et interné depuis deux ans. Il est atteint d'un délire hallucinatoire, très intéressant d'ailleurs au point de vue psychiatrique, mais qui est sans aucun rapport avec les troubles rhumatismaux. Qu'il suffise de dire que l'observation physique et l'interrogatoire ne sont gênés ni par de l'affaiblissement intellectuel, ni par un délire hypocondriaque, ni par de la mauvaise volonté.

Au point de vue héréditaire, s'il n'y a rien à signaler du côté de la mère morte d'accident à 80 ans ; le père aurait été très rhumatisant et serait même mort d'une complication des rhumatismes, d'après son médecin traitant.

Le malade aurait été atteint de dilatation d'estomac, de 30 à 55 ans, avec entérite intermittente. A 20 ans, il a eu une fracture du tiers inférieur du fémur gauche (écrasement par une roue de voiture). La consolidation s'est mal faite, le malade ne pouvant marcher qu'avec des béquilles, et au bout de cinq mois, une chute a déterminé une nouvelle fracture au même endroit. Cette fois-ci, le port d'un appareil spécial, pendant douze mois, amena une consolidation satisfaisante, mais avec raccourcissement du membre de 2 centimètres et ankylose légère du genou.

Vers la cinquantaine, varices, suivies de plaie variqueuse de la région tibio-tarsienne, actuellement complètement cicatrisée.

La première manifestation arthritique a été une sciatique de la jambe gauche à l'âge de 55 ans.

Après une période aiguë d'un mois persistèrent des douleurs récidivantes, intermittentes. De plus, apparurent des douleurs au niveau de la colonne lombaire qui l'obligeaient de temps à autre à cesser son travail et à se mettre au repos.

Tel était l'état du malade au moment de son entrée à l'asile de Bron. Au début de l'année 1931, il a une nouvelle poussée de douleurs lombaires. La marche et la station debout devenant très pénibles, le malade se laissant de plus aller

à son indolence naturelle, il devient grabataire. Il reste depuis cette époque continuellement au lit, quoique pouvant marcher. En effet, il s'est toujours levé pour aller aux W. C., distants de son lit d'une vingtaine de mètres. Mais il revient se coucher de suite et ne marche pour aucune autre raison. Il dit sentir comme « une barre de fer dans les reins ».

Mais toutes les douleurs ressenties jusqu'à ce moment paraissent tout à fait supportables, en comparaison de celles que cause un rhumatisme de la main et de l'avant-bras gauche débutant en août 1931. Les douleurs frappent d'abord le petit doigt, puis successivement l'annulaire, le médius, l'index et le pouce et la face dorsale de la main. Après être restées localisées cinq mois à la main, elles se propagent à l'avant-bras, à l'articulation du coude et à celle de l'épaule. Dès le début, les souffrances sont assez vives pour faire gémir le patient et pour troubler gravement le sommeil. Au début, il y a une atteinte assez sensible de l'état général.

Ce qu'on remarque avec l'intensité des douleurs, c'est celle des troubles trophiques. Voici en quoi ils consistent en pleine période d'état. Tous les doigts de la main gauche sont déformés. Toutes les articulations phalangiennes sont tuméfiées ; du côté de la face dorsale, les articulations de la phalangine et de la phalangette dessinent une saillie, tandis que celles de la phalange et de la phalangine dessinent une dépression, chaque doigt présentant un profil sinueux et fuselé. La déformation latérale « en coup de vent » de la main est moins marquée. Les troubles cutanés sont si prononcés qu'ils simulent ceux de la syringomyélie avec glossy-skin. Le bout des doigts est conique, l'épiderme est blanchâtre et brillant, « pelure d'oignon ». Les ongles sont cannelés, friables, s'en allant en poussière et l'ongle du petit doigt présente même une véritable perte de substance. C'est si bien la main du syringomyélique, que nous avons recherché les troubles sensitifs propres à cette maladie, mais, si ce n'est que le tact est légèrement émoussé, il n'y a aucun trouble sensitif important et la dissociation syringomyélique n'existe pas.

Il y a une fonte musculaire complète des éminences thénar et hypothénar. Les muscles de l'avant-bras sont également atrophiés et sa circonférence est diminuée de 3 centimètres. Les mouvements des articulations du poignet, du coude et même de l'épaule sont nettement limités.

Dans le groupe complexe des rhumatismes chroniques, il n'est pas difficile de trouver à quelle catégorie appartient le cas ci-dessus. Il s'agit de la forme que M. Mathieu-Pierre Weil nomme : la polyarthrite symétrique progressive (Ce qu'on appelle le rhumatisme, in *La Médecine*, de décembre 1930). Tous les symptômes en sont réunis, sauf un qui est énoncé dans le nom même de l'affection ; je veux dire la bilatéralité des lésions. Mais on sait que si les membres sont pris symétriquement, ils ne le sont pas en même temps, et la polyarthrite du bras gauche de notre malade pourra être suivie dans l'avenir d'une polyarthrite analogue à droite.

Du fait même que la polyarthrite symétrique progressive est une maladie dont l'étiologie et la pathogénie sont inconnues, dans laquelle on ne fait que soupçonner l'importance des troubles nerveux et endocriniens, sympathiques peut-être, le traitement n'en est pas fixé. Les médecins et les fabricants de spécialités ont constitué pour elle un arsenal thérapeutique d'autant plus riche et abondant qu'on n'est jamais sûr de voir réussir tel ou tel traitement. Ce sont, en général, les combinaisons organiques d'iode qui, jusqu'à présent, donnaient les meilleurs résultats.

Pendant six mois que nous avons vu notre malade souffrir, gémir et dormir à peine, nous avons essayé toute une gamme de ces médicaments, et tous sans résultats.

A l'extérieur, nous avons employé des pommades au salicylate de méthyle, des pommades iodées et divers baumes spécialisés. Le seul effet de ces remèdes a été de provoquer de légères lésions eczémateuses du dos de la main.

A l'intérieur, le malade a pris de l'iode sous forme de teinture d'iode et sous forme de combinaison organique (peptonate d'iode), de sextraits thyroïdiens (en raison de l'origine endocrinienne possible de l'affection), de l'extrait de cassis (Ribes nigrum).

Enfin, on lui a fait des injections hypodermiques de l'association camphre-salicylate de benzyle.

Toute cette thérapeutique a eu un effet absolument nul, et notamment les produits iodés n'ont amené aucune amélioration.

C'est au bout de cinq mois que notre attention a été attirée sur le rhodanate de potassium et que nous avons commencé à l'administrer au malade. Dès le premier flacon, les douleurs se sont atténuées dans une proportion si sensible que le malade nous a comblés de remerciements et que le sommeil est redevenu satisfaisant. Mais, en poursuivant le traitement, nous avons également obtenu une correction considérable des troubles trophiques. Nous avons employé une solution de rhodanate de potassium titrée à un centigramme par goutte : à la fin du cinquième flacon, l'aspect fuselé des doigts, les troubles cutanés, le glossy-skin avaient disparu. Les ongles repoussaient avec leur aspect normal. Les atrophies des éminences thénar et hypothénar, les ankyloses articulaires, plus tenaces, n'étaient que légèrement améliorées.

Le malade n'a pris que de très petites doses quotidiennes du remède. Nous ne lui avons donné que 40 à 60 gouttes, correspondant à 0 gr. 40 et 0 gr. 60 de rhodanate de potassium, alors qu'on atteint et dépasse facilement un gramme.

A l'heure actuelle, après plus d'un mois d'interruption, nous avons repris son administration, dans l'espoir d'arriver à corriger les vieilles lésions de la colonne lombaire et de faire cesser l'alitement continuel, en unissant la rééducation à la thérapeutique médicamenteuse. Les résultats déjà obtenus autorisent tous les espoirs.

Il paraît donc très intéressant que la pharmacopée se soit enrichie d'un corps qui, non seulement peut remplacer les combinaisons iodées dans le traitement du rhumatisme chronique et éviter l'iodisme, mais même donner des résultats lorsque ces combinaisons ont complètement échoué. C'est ce que nous avons voulu souligner. Le rhodanate de potassium peut rendre de grands services aux malheureux rhumatisants chroniques, et à leurs médecins.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### Infections urinaires d'origine dentaire.

M. G. Gayet estime important, quand on est appelé à traiter une infection des voies urinaires, dont la cause initiale n'apparaît pas clairement, de faire un examen soigneux de la cavité buccale et des dents. Si la denture est insuffisante pour assurer une mastication convenable, penser à l'action néfaste de cet état de choses sur l'intestin, à l'exaltation possible du colibacille, et à son passage dans le système urinaire. Si on observe une suppuration caractéristique, ne pas négliger ce foyer d'infection, qui peut être la cause de l'atteinte pyélo-rénale. Dans les deux cas, appeler à son aide le dentiste, veiller à la désinfection bucco-dentaire ; bien souvent, on sera récompensé de ces soins par un éclatant succès thérapeutique. (*Lyon Médical*, 20 mars 1932.)

### De la néphrectomie différée dans la tuberculose.

La règle de la néphrectomie, en cas de tuberculose rénale unilatérale, souffre des exceptions, d'après MM. Boeckel et Stergiou.

Il est évident que si le sujet, atteint de bacillose d'un rein, souffre en même temps d'une grave affection chronique, telle qu'une cardiopathie avancée ou une tuberculose pulmonaire à la période cavitaire, l'opération ne devra pas être tentée. Il en est de même lorsque le rein, opposé à la tuberculose rénale, est atteint d'une maladie, qui amoindrit d'une façon notable et durable son pouvoir fonctionnel : tumeur, hydronéphrose importante, volumineux calcul, etc. Dans tous ces cas, qu'il s'agisse d'affection rénale ou non, la néphrectomie est nettement et définitivement contr -indiquée.

Par contre, lorsque le tuberculeux rénal contracte une affection aiguë, telle qu'une grippe ou une fièvre typhoïde, la néphrectomie n'est que momentanément interdite ; elle devra être retardée et entreprise seulement après la guérison complète de cette maladie.

Mais, le point important de cette étude comporte les affections inflammatoires, néphrite ou pyélonéphrite, du rein opposé au rein tuberculeux, qui ne constituent parfois que des contre-indications temporaires à la néphrectomie, obligeant seulement le chirurgien à différer cette opération.

Contrairement aux affections précédemment citées, celles-ci sont susceptibles, assez souvent d'être améliorées par une thérapeutique appropriée, à tel point que les malades, d'abord jugés inopérables, arrivent par la suite à très bien supporter l'intervention.

Il faut bien entendu que ces affectionsn'aient pas abouti à des lésions anatomiques définitives, irrémédiables ; sinon, ce serait la mort rapide par urémie en cas de néphrite, ou par septicémie en cas de pyélonéphrite.

Les ressources, dont dispose aujourd'hui l'urologiste pour arriver à un diagnostic précis, (cystoscopie, cathétérisme des uretères, examen cyto-bactériologique des urines séparées, examen fonctionnel global ou portant sur les urines divisées, pyélographie ascendante ou intra-veineuse) lui permett nt de se rendre compte très exactement de l'état et de la valeur de chacun des deux reins, et de déclarer d'emblée si tel malade est définitivement inopérable, ou si, au contraire, un traitement bien conduit est susceptible d'entraîner, chez lui une amélioration suffisante pour que la néphrectomie puisse devenir possible.

La chose essentielle est de voir le malade à temps, avant que les lésions du rein non tuberculeux ne soient devenues incurables. Après un traitement approprié, la néphrectomie sauvera la vie du sujet. (*Revue de Médecine*, avril 1932).

**Les fibromes douloureux.**

Une femme, précise le Docteur F. M. Cadenat, consulte rarement parce qu'elle souffre, lorsqu'elle est atteinte de fibrome ; elle se plaint généralement de métrorragies, de troubles urinaires, d'une augmentation de volume de l'abdomen.

Or, certains fibromes peuvent paraître douloureux, parce qu'il existe à leur contact une lésion, annexielle le plus souvent. Le diagnostic est en pareils cas facile ; si les culs-de-sac ne contiennent aucune masse annexielle, c'est la mobilisation même de l'utérus qui provoque des douleurs ; l'anamnèse éclaire le clinicien ; il s'agit là d'une douleur de voisinage.

Mais un fibrome peut devenir douloureux en soi, parce qu'il est infecté ou en voie de sphacèle ; la douleur siège alors sur l'utérus lui-même, ou sur un noyau fibreux. La fièvre peut être élevée, menaçante et l'intervention est rapidement nécessaire, d'autant que le traitement médical est voué à l'échec.

Le fibrome sous-péritonéal pédiculé peut, comme le kyste de l'ovaire, subir des phénomènes de torsion, qui provoquent un syndrome péritonéal. Sous la paroi douloureuse et plus ou moins contracturée, on sentira une masse sensible à la pression, que l'on trouvera au toucher rectal. La douleur siégeant contre l'utérus permet d'éliminer le kyste de l'ovaire.

Cependant, dans certains cas, la douleur peut être due à un mécanisme différent. La malade accuse des douleurs expulsives, analogues à celles qu'elle peut avoir au moment de ses règles, mais plus violentes, véritables douleurs d'accouchement, dues à la présence d'un noyau fibreux à évolution sous-muqueuse. Le diagnostic est difficile, lorsqu'il n'existe pas d'autres noyaux fibreux utérins, perceptibles par exemple entre les lèvres du col dilaté. C'est alors que les erreurs de diagnostic sont fréquentes. L'injection de lipiodol intra-utérin est un procédé très recommandable, en l'absence de lésions inflammatoires, à la condition de trouver une saillie anormale ; une recherche négative n'élimine cependant pas le fibrome. Dans les cas douteux, puisque aussi bien un curettage est nécessaire devant les hémorragies douloureuses, l'auteur pousse plus loin la dilatation du col et fait un toucher digital intra-utérin ; il est a:ı si possible, après avoir décollé la vessie, d'inciser la paroi antérieure du col jusqu'au péritoine, et d'introduire le doigt avec douceur afin de ne pas produire de fissure vers le corps ; si le résultat était négatif, on n'hésiterait pas à prolonger l'hémisection, ce qui permettrait chez une femme jeune de réséquer le corps du délit, puis de suturer l'utérus, ou, le cas échéant, d'en pratiquer l'ablation. (*L'Hôpital*, avril H. S. 1932.)

**Les abcès gazeux de l'abdomen.**

Le Docteur P. Mocquot attire l'attention sur les abcès gazeux de l'abdomen, parce qu'ils se présentent avec des symptômes qui risquent fort d'égarer le diagnostic, alors qu'il est capital de les reconnaître d'emblée et d'intervenir rapidement et en bonne place.

Les plus connus sont les abcès sous-phréniques, qui renferment des gaz en même temps que du pus (pyo-pneumothorax sous-phrénique). La présence du gaz se traduit par une série de signes de percussion et d'auscultation : zônes alternées de matité et de sonorité variant avec la position du malade, tintement métallique, bruit de pot fêlé, bruit d'airain, bruits hydroaériques à la succussion, souffle amphorique.

Or, on observe dans la cavité abdominale des abcès gazeux ailleurs que dans la région sous-phrénique. L'auteur les répartit suivant leur siège en trois groupes : étage supérieur de l'abdomen, spécialement région sous-hépatique ; région appendiculaire ; pelvis, région hypogastrique et fosse iliaque gauche.

Abcès gazeux sous-hépatiques ; les signes généraux, la fièvre, l'allure de la température font penser à une suppuration, mais l'examen de l'abdomen ne révèle aucun empâtement ; il n'y a qu'un ballonnement plus ou moins considérable, et partant une sonorité tympanique. Mais si la palpation par la paroi antérieure est décevante, il faut insister sur la sensation donnée par le palper bimanuel du flanc et de l'hypocondre, qui montre une distension considérable, une réplétion, qui traduit l'existence de la collection pyo-gazeuse.

Abcès gazeux d'origine appendiculaire : La difficulté du diagnostic provient de la présence d'une tumeur sonore éveillant tout naturellement l'idée de l'occlusion intestinale, avec laquelle ne cadrent pas les autres symptômes. On retrouve là les mêmes signes que dans les abcès sous-hépatiques : ballonnement parfois considérable, météorisme uniforme, absence d'empâtement, sonorité tympanique : ce sont les signes généraux qui font penser à la suppuration, et les seuls signes de localisation sont la sensation de plénitude et de tension du flanc au palper bimanuel, une accentuation de la voussure et parfois de la sonorité dans la fosse iliaque droite, dans les cas habituels ; dans l'abcès méso-cœliaque, ces signes se trouvent dans la région ombilicale.

L'auteur n'a observé qu'un seul cas d'abcès gazeux pelvien. Ce qui rend le diagnostic si délicat, c'est que, avec une histoire clinique et des symptômes généraux qui font penser à un processus inflammatoire, à une réaction péritonéale localisée, on ne trouve aucun des signes

physiques par lesquels se manifestent d'ordinaire les abcès localisés de l'abdomen, les péritonites circonscrites ; il n'y a pas d'empâtement ; il n'y a pas le plastron si caractéristique, dont l'évolution renseigne sur l'apparition de la suppuration ; il n'y a pas non plus de matité à la percussion. L'abdomen est ballonné parfois d'une façon considérable, au point de refouler le diaphragme ; on est tenté d'attribuer la sonorité tympanique à la distension des anses intestinales. On penserait à l'occlusion intestinale, si les symptômes généraux, la fièvre, ne devaient faire écarter ce diagnostic. Les commémoratifs, les signes généraux conduisent à l'idée d'une suppuration intra-abdominale, mais on n'en trouve pas les signes de localisation habituels, et surtout le plastron. Cependant des symptômes peuvent mettre sur la voie : le météorisme n'est pas toujours uniforme ; il y a souvent une voussure plus ou moins localisée et saillante au siège de l'abcès ; à la percussion, la sonorité est souvent plus tympanique que dans le reste de l'abdomen. La palpation de la paroi antérieure de l'abdomen est décevante : elle ne montre souvent pas de différence appréciable dans le région de l'abcès, parfois une tension un peu plus accusée ou une douleur un peu plus vive, mais il faut insister sur l'importance du palper bimanuel : en prenant à pleines mains l'hypocondre et le flanc, une main en arrière, l'autre en avant, en comparant avec le côté opposé, on acquiert la notion précise d'une tension anormale, d'une augmentation considérable d'épaisseur, d'une réplétion, qui traduit l'existence de la collection gazeuse.

Il faut surtout avoir présente à l'esprit la notion des abcès gazeux ; il faut y penser pour arriver à l'interprétation correcte de symptômes qui paraissent contradictoires. (*Le Bulletin Médical*, 5 mars 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### L'inhalation d'acide carbonique, adjuvant précieux dans l'anesthésie chirurgicale.

(M. A. Gosset. — *Société de chirurgie* ; 1-6-1932.)

L'emploi des mélanges anesthésiants, dans lesquels entre l'acide carbonique (éther-acide carbonique, anesthésique plus carbogène qui est de l'oxygène associé à $CO^2$), s'est notablement développé durant ces derniers temps. M. Gaudier, de Lille, a beaucoup vanté le carbogène (mélange de 95 % d'oxygène et 5 % de $CO^2$) dans le traitement de l'asphyxie au cours de l'anesthésie générale et dans le traitement des complications pulmonaires post-opératoires. M. Fruchaud, d'Angers, utilise l'éther-acide carbonique donné au moyen de l'appareil d'Ombrédanne. M. Thalheimer a imaginé un appareil pour faire respirer avec le masque d'Ombrédanne un mélange riche en $CO^2$.

Au cours d'un récent voyage à Vienne, M. le Professeur Gosset a pu voir mise en œuvre, dans le service du Professeur Lorenz, cette même méthode d'anesthésie : éther inhalé au masque d'Ombrédanne avec adjonction intermittente d'acide carbonique. Documenté, en outre, par le Docteur Karl Doppler, assistant de Lorenz, M. Gosset a eu recours assez largement à ce procédé, et il fait connaître aujourd'hui les résultats de sa pratique en la matière.

Le point fondamental de la méthode est le suivant : l'acide carbonique, donné en inhalations, est un excitant respiratoire, un stimulant du centre de la respiration. Un malade anesthésié qui respire mal reprend une respiration plus ample quand on lui fait inhaler quelques bouffées de $CO^2$. L'inhalation de $CO^2$ constitue donc un traitement de l'asphyxie dans l'anesthésie générale : en ramenant les mouvements respiratoires, il réussit là où l'oxygène reste sans action. On a pu dire qu'il fallait utiliser non l'oxygène mais l'acide carbonique chez les sujets anesthésiés qui asphyxient par apnée. L'oxygène, en tout cas, ne vient ici qu'au second plan.

L'appareil d'Ombrédanne, mettant en œuvre la méthode du « rebreathing », comporte pour l'anesthésié l'absorption, l'inspiration de son propre $CO^2$, de l'acide carbonique qu'il a exhalé dans le masque. C'est un élément favorable, mais trop irrégulier pour être toujours suffisant. Chez un anesthésié qui respire mal, il convient d'y joindre de l'acide carbonique envoyé dans le masque par une source régulière de ce gaz.

Pour manœuvrer convenablement $CO^2$ en pareille circonstance, il faut bien se pénétrer de son action, et bien saisir le mécanisme de l'anesthésie éther-$CO^2$. Ne pas donner trop d'éther, car la stimulation du centre respiratoire due à l'acide carbonique entraînerait une trop grande absorption d'éther. Ne pas donner trop de $CO^2$ pour le même motif. Agir en somme avec le doigté convenable que l'on acquiert vite avec un peu d'expérience. En définitive, avec moins d'éther, on obtient grâce à $CO^2$ une bonne anesthésie. Si l'on a poussé l'éther trop loin, ramener la manette à 0 et augmenter l'arrivée d'acide carbonique qui rétablira la respiration.

La technique du Professeur Gosset est la suivante. Il utilise les gros tubes d'acide carbonique destinés à la fabrication des boissons gazeuses. Un embout est vissé sur ce tube et permet de remplir un

ballon de caoutchouc, avec lequel il est relié, de gaz carbonique. Le ballon est raccordé au masque d'Ombrédanne.

Le ballon contenant $CO^2$ est mis sur un tabouret à portée de la main de l'anesthésiste. Au début de l'anesthésie, on monte progressivement et très doucement la manette de l'appareil d'Ombrédanne pendant qu'une pression sur le ballon fait arriver sous le masque du gaz carbonique. Très vite, le malade fait de profondes inspirations et s'endort sans s'agiter, sans présenter cette phase de défense, avec apnée, si fréquente lorsqu'on emploie l'éther seul. L'anesthésie est rapidement obtenue. En général, il ne faut guère dépasser le 4 de la graduation de l'appareil d'Ombrédanne et, chez l'homme, il est exceptionnel que l'on soit obligé d'atteindre le 5 ou le 6, alors qu'il est difficile d'endormir un homme vigoureux à l'éther seul, sans monter jusqu'au 7 ou 8. Une petite quantité d'éther suffit pour l'anesthésie et il ne faut pas en faire respirer trop car son absorption serait trop brutale, $CO^2$ augmentant l'amplitude des mouvements respiratoires. Le malade bien endormi, on ramènera la manette d'éther vers 3, 2 et 1, en cessant le gaz carbonique. Lorsque le malade tend à se réveiller, on remonte doucement la manette du masque en lâchant quelques bouffées de $CO^2$. Si le malade se mettait en apnée, en début d'asphyxie, donner de l'acide carbonique, avec ou sans oxygène.

— M. Métivet a utilisé depuis plusieurs mois, avec grand avantage, l'appareil dont vient de parler M. Gosset.

— M. Maisonnet signale les résultats très heureux qu'il a obtenus avec le carbogène.

### Migration aberrante d'un helminthe.

(M. Rolland. — *Société de chirurgie* ; 1-6-1932.)

Opérant à l'hôpital maritime de Brest un malade atteint de hernie inguinale, M. Rolland trouva dans le sac herniaire un ver de 6 centimètres de longueur, enroulé sur lui-même et bien vivant. Le laboratoire montra qu'il s'agissait d'*hymenolepis nana.*

La question du rôle possible des vers intestinaux dans les perforations de l'intestin est discutée depuis longtemps. Les migrations vermineuses à travers les parois intestinales normales doivent être exceptionnelles, comme l'indiquait M. Okinczyc, en 1926, à la Société de chirurgie, à propos d'une communication de M. Anagnostopoulos.

L'hymenolepis nana est un cestode fréquent dans les pays chauds. Comment expliquer ici sa présence dans le péritoine ? Peut-être par passage à travers la paroi de l'intestin ; peut-être par développement sous-péritonéal : il n'aurait plus ainsi qu'à traverser la séreuse.

P. L.

### Association bismuth liposoluble et lipoïde hépatique dans le traitement de la syphilis.

M. A. Galliot. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-5-1932.)

L'auteur associe, dans le traitement de la syphilis, aux sels de bismuth liposolubles un lipoïde hépatique. Cette association renforce l'activité du bismuth, ce qui donne une cicatrisation plus rapide des lésions, et permet d'éviter tous les petits phénomènes d'intolérance et la grippe bismuthée.

### Les calculs endogènes de la prostate.

(M. G. Luys. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-5-1932.)

C'est une étude détaillée des calculs endogènes de la prostate, trop souvent ignorés, et qui ne peuvent être bien diagnostiqués que par la radiographie. Jusqu'ici l'évacuation des calculs endo-prostatiques se faisait par voie périnéale ou par voie hypogastrique, et la prostatectomie en était l'aboutissant. Mais ces opérations étaient hors de proportion avec les lésions. L'auteur préconise un nouveau traitement, qui lui a donné des résultats favorables. Sous le contrôle de la vue, avec son urétroscope à vision directe, il creuse à l'aide de l'électro-coagulateur, de profondes tranchées sur le plancher de la fossette prostatique, en se guidant sur les points de repère fournis par la radiographie. Quelques jours après, lorsque les eschares sont tombées, les calculs endogènes de la prostate, rendus ainsi libres, s'éliminent spontanément par mictions naturelles.

### Les cancers gastriques de la « crise ».

(M. Victor Pauchet. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-5-1932.)

La cure chirurgicale du cancer de l'estomac est aussi réalisable que celle de tous les cancers, à condition que le diagnostic soit précoce. Celui-ci s'établit par le sens clinique, le tubage, la radiologie, la gastro-photographie, l'incision exploratrice. Or, en ces derniers mois ou semaines, de nombreux cancers de l'estomac ont été observés, sinon inopérables, du moins compliqués.

Ces complications étaient dues au recul des malades devant l'opération, par mesure d'économie. Or, il faut opérer précocement, la résection immédiate donnant au malade le plus de chances de guérison définitive.

### Le rôle pathogène des fronto-ethmoïdites latentes.

(M. Houlié. — *Soc. de médecine de Paris* ; 10-6-1932.)

Il s'agit de deux malades : une asthmatique guérie, âgée de 30 ans, et dont l'asthme avait débuté à l'âge de huit ans ; et une asthmatique remarquablement améliorée, âgée de 34 ans, dont l'asthme avait débuté à l'âge de 13 ans.

Ces résultats ont été obtenus par le traitement des fronto-ethmoïdites latentes, et il faut insister sur le rôle pathogène de ces fronto-ethmoïdites latentes, véritables foyers infectieux susceptibles d'agir à distance.

**Démonstration cinématographique de la conception actuelle et des indications des méthodes bronchoscopiques.**

(M. Soulas. — *Soc. de médecine de Paris* ; 10-6-1932.)

C'est un film cinématographique en dessins animés, qui montre la technique et les indications nouvelles des méthodes bronchoscopiques. Celles-ci constituent non seulement un moyen de confirmation ou de précision du diagnostic (corps étrangers exogènes ou endogènes, sténoses, tumeurs bénignes ou malignes, prélèvement de sécrétions dans les suppurations, dans la tuberculose, lésions hémorragipares trachéo-bronchiques), mais surtout une méthode de traitement : drainage, aspiration, instillations médicamenteuses dans les abcès du poumon, dans les dilatations bronchiques, dans certains cas de broncho-pneumonie, de pneumonie, de diphtérie trachéo-bronchique, d'atélectasie pulmonaire post-opératoire ; abrasion de tumeurs bénignes ; dilatation de sténoses, extraction de corps étrangers de nature variable.

A condition de respecter les règles de technique (outillage perfectionné, travail en équipe entraînée), la bronchoscopie n'est ni dangereuse, ni traumatisante ; elle est devenue une manœuvre simple, d'usage courant, tandis que ses indications se sont considérablement élargies.

**L'immigration exotique.**

(M. René Martial. — *Soc. de médecine de Paris* ; 10-6-1932.)

L'immigration exotique qui remonte historiquement à la fondation du Canada, et à celle de Fort-Dauphin, à Madagascar, doit être préparée avec plus de soin que l'immigration inter-européenne.

Les races intéressées sont moins bien connues, susceptibles à l'égard du climat, des transports, de la nourriture, des maladies et du régime de travail. Le régime européen de vie ne saurait leur être imposé sans les précautions les plus grandes, et leur transformation sociale, si tant est qu'elle soit nécessaire, ne doit être opérée qu'avec la plus grande prudence.

Les opérations de sélection et de prophylaxie, les mesures d'hygiène doivent être rigoureusement appliquées. L'Etat au profit duquel la migration s'opère a le devoir impérieux de préparer l'implantation, dans tous ses détails. L'immigration exotique exige des connaissances multiples et doit être supportée par des vues politiques larges et humaines.

G. F.

---

## *Lyon*

**A propos d'un corps étranger des voies digestives.**

(M. R. Gaillard. — *Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon.*)

Il s'agit d'un porte-coton en aluminium, d'un modèle couramment vendu en pharmacie, fracturé à quelques centimètres du manche, dégluti accidentellement, et évacué quatre jours après par l'anus.

De cette histoire, il faut retenir :

1° Le danger des badigeonnages pharyngés employés souvent à tort par les malades ;

2° La difficulté du repérage radiographique des objets en aluminium ;

3° La facilité et la rapidité avec lesquelles cette tige de 14 centimètres franchit toutes les voies digestives, et en particulier la région pyloro-duodénale. Il faut être patient et savoir attendre. Ces faits légitiment la technique du désenclavement cocaïnique et du refoulement des corps étrangers œsophagiens.

**Paralysie amyotrophique post-sérothérapique, après sérum antitétanique.**

(MM. Pommé, Tricault et Brizard. — *Soc. méd. des hôp. de Lyon.*)

Le malade présenté est atteint d'une paralysie amyotrophique post-sérothérapique de la ceinture scapulo-humérale du côté gauche. Certains points particuliers méritent d'être signalés : 1° Les douleurs spontanées localisées au scapulum ont précédé immédiatement les autres accidents sériques, survenus dix jours après l'injection. Dès qu'elles ont cessé, le sujet s'est aperçu de l'impotence fonctionnelle partielle de son membre supérieur gauche, et de l'amyotrophie des sus- et sous-épineux. Une légère douleur provoquée par la pression a persisté longtemps dans la portion moyenne du sous-épineux ; 2° on a noté, une fois de plus, une concordance assez étroite entre l'augmentation de la chronaxie du muscle et l'abaissement du potassium ; 3° dans cette forme presque monosymptomatique, l'évolution a été rapidement favorable du point de vue fonctionnel et chronaxique.

**Guérison de l'hémoptysie tuberculeuse par la transfusion sanguine.**

(MM. Pic et A. Chapuy. — *Soc. Méd. des hôpitaux de Lyon.*)

Les auteurs rapportent un nouveau cas favorable de ce traitement ; c'est la deuxième observation lyonnaise ; devant ces faits, on peut souhaiter que cette nouvelle méthode se généralise dans les cas d'hémoptysies incoercibles, cela tant par les effets hémostatiques immédiats que par son retentissement favorable sur l'état général. Cette méthode n'est pourtant pas toujours efficace.

MM. Dufourt et Etienne Martin rapportent d'autres cas en faveur de ce procédé thérapeutique ; l'état des malades était particulièrement inquiétant par l'abondance et par la prolongation des hémorragies. La transfusion sanguine a réussi après l'échec des procédés classiques : émétine, hypophyse, anthéma, sérum gélatiné à 10 %

**Phlegmon de l'orbite d'origine sinusienne chez un enfant de 19 mois.**

(MM. Sargnon et Rollet. — *Soc. nationale de méd. et des sc. médicales.*)

Les sinusites sont extrêmement rares chez l'enfant ; en présence de signes de phlegmon de l'orbite, et en raison de la notion de coryza, on n'hésita pas à faire le diagnostic de complications oculaires de sinusite. Mais il semble difficile de dire quel sinus fut en cause ; il s'agissait sans doute d'une lésion fronto-ethmoïdale.

**Névraxite aiguë mélitococcique, réalisant un syndrome aigu de sclérose en plaques.**

(MM. Bériel, Barbier et Mlle Lambert. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Les symptômes étaient dans ce cas très importants et graves ; ils faisaient craindre une sclérose en plaques ; mais la guérison fut rapide, aboutissant en quelques semaines à une *restitutio ad intégrum* à peu près parfaite. Le diagnostic de myélite mélitococcique fut porté après coup, en raison de ces faits : le laboratoire, à ce moment, répondait que le sang agglutinait à 1 %, ce qui n'aurait pas suffi à affirmer une fièvre de Malte, mais suffisait à faire la preuve d'une atteinte mélitococcique dans le passé du malade. Ce résultat positif tire encore une plus grande certitude du fait que le séro-diagnostic, il y a quatre ans, s'était montré négatif. Ces faits de névraxite mélitococcique sont rares.

**Tatouage par injection intra-cornéenne.**

(M. Paufique. — *Société d'ophtalmologie.*)

Les cicatrices cornéennes disgracieuses, souvent accompagnées de strabisme, obligent, malgré les discussions médico-légales, à pratiquer des interventions esthétiques, qui améliorent singulièrement l'aspect extérieur des malades, au point de rendre invisibles des lésions oculaires très importantes.

L'auteur présente une jeune fille de 18 ans qui, à la suite d'une kératite de la première enfance, présentait un vaste leucome de l'œil gauche, avec strabisme interne très marqué.

Dans un premier temps, la correction du strabisme fut obtenue par une large ténotomie du droit interne gauche. Dans un deuxième temps, fut pratiqué le tatouage de la cornée par injection intra-cornéenne, suivant le procédé de Rollet.

Le résultat esthétique est excellent. Cette méthode de tatouage est inoffensive, non douloureuse, facilement dosable, et n'oblige pas les sujets à interrompre leurs occupations ; les résultats en sont durables. Les succès constants obtenus par cette méthode doivent inciter à l'employer, à l'exclusion de toute autre, dans le traitement esthétique des leucomes cornéens.

**Zona ophtalmique et hémiplégie croisée.**

(MM. Jean Lépine, Christy et Feuillade. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Cette association est intéressante, mais généralement l'apparition du zona a lieu quelques jours avant celle de l'hémiplégie ; ici, c'est le contraire qui se produisit : l'hémiplégie eut lieu en juillet, et les premiers signes du zona n'apparurent que deux mois plus tard. Malgré cela, l'affection de ce malade ne consiste vraisemblablement pas dans l'association de deux phénomènes nerveux différents, et il y a tout lieu de croire à une corrélation pathogénique.

Ce n'est pas une lésion cérébrale gravement destructive, puisque les signes de l'hémiplégie et ceux du zona ont régressé assez rapidement. Il paraît logique de penser à une lésion infectieuse de l'ordre encéphalitique, localisée à la partie droite de la protubérance et intéressant la racine du trijumeau.

**Vésicule bourrée de calculs, sans manifestation clinique durant la vie.**

(MM. Garin et Masson. — *Soc. nat. de méd. et des Sc. médicales.*)

Ce fut une découverte à l'autopsie d'une femme âgée. Généralement, en pareils cas, il s'agit le plus souvent d'un gros calcul, sur lequel les parois vésiculaires se sont appliquées, sans donner la réaction de la paroi, et sans déterminer d'accidents de migration. Pour expliquer le fait que de nombreux calculs n'ont pas déterminé d'accidents, on peut dire que l'oblitération du cystique s'est opposée, durant la vie, à la migration des calculs.

**Hydronéphrose tuberculeuse par oblitération basse de l'uretère.**

(MM. Gayet et Douillet. — *Soc. nationale de méd. et des sciences médicales.*)

Le malade présentait depuis dix ans des signes de bacillose rénale gauche ; à l'intervention, on trouve une hydronéphrose tuberculeuse.

Or, cliniquement, rien dans la symptomatologie ne pouvait faire prévoir l'hydronéphrose ; il est classique dans l'hydronéphrose tuberculeuse de remarquer l'absence de phénomènes vésicaux et la présence de crises rénales douloureuses. Ici, c'était exactement l'inverse : le syndrome vésical avait toujours occupé toute la scène, et les quelques douleurs lombaires accusées par le malade siégeaient à droite, en rapport avec un rein mobile de ce côté.

Les auteurs pensent qu'il s'agissait d'une hydronéphrose congénitale, secondairement tuberculisée. Bien qu'*a priori* rien n'empêche un rein hydronéphrosé de se tuberculiser, tous les auteurs s'accordent à considérer cette pathogénie comme exceptionnelle. Il s'agit d'une hydronéphrose secondaire a une urétérite oblitérante, d'origine tuberculeuse ; mais cette sténose tuberculeuse siège habituellement bien plus volontiers au niveau du tiers supérieur que du segment juxta-vésical de l'uretère.

**Sclérodermie avec sclérodactylie et syndrome de Raynaud ; Wassermann positif.**

(MM. SAVY, DELORE, BOYER et Mlle REUTENAUER ; *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Cette observation de sclérodermie faciale avec sclérodactylie a débuté par un syndrome de Raynaud, ce qui est des plus fréquents. La positivité du Wassermann fait invoquer légitimement la syphilis en l'absence de tout autre facteur étiologique ; celle ci a d'ailleurs été souvent mise en cause à côté de la tuberculose.

La calcémie à 114,5 était légèrement augmentée par rapport au taux moyen normal (110 milligrammes). L'hypercalcémie devrait être théoriquement constante si la sclérodermie était subordonnée à une hyperparathyroïdie, comme on tend à le penser actuellement ; mais, si plusieurs auteurs l'ont vérifiée, celle-ci est loin d'être constante. Les variations du métabolisme basal sont très inconstantes au cours de la sclérodermie.

Au point de vue thérapeutique, l'acétylcholine est de mise, surtout au début. Le traitement spécifique s'impose, lorsque la syphilis peut être mise en cause ; son action est variable.

M. Gallavardin a recommandé les rayons ultra-violets, qu'il a fait appliquer jusqu'à 48 séances. La diathermie paraît vraiment efficace ; elle a été employée chez la malade observée, une électrode dans la main, une électrode sur l'épaule, et dès la huitième séance la sensation de chaleur revenait au bout des doigts.

Quant au traitement chirurgical, il a été surtout pratiqué par Leriche et Jung sous forme d'opérations sympathiques, cervicales et humérales, et de parathyroïdectomie, dont les résultats paraissent supérieurs.

**Transfusion pour une hémoptysie grave, au cours d'un pneumothorax artificiel.**

(M. BONNAMOUR et Mme VANSTEENBERGHE-JOLY. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Il s'agissait d'une hémoptysie, progressivement croissante quant à l'abondance, rebelle aux thérapeutiques habituelles, survenant chez une femme présentant un pneumothorax artificiel droit avec intégrité pulmonaire du côté opposé, et ayant résisté à une nouvelle insufflation d'azote au cours de l'hémoptysie. La transfusion a été tentée comme moyen suprême à titre purement hémostatique. Celle-ci s'est montrée comme un traitement coagulant et hémostatique ; elle a pu agir sur l'hématopoïèse, et comme médicament de remplacement. De plus, elle n'a pas présenté les caractères paradoxaux des traitements habituels des hémoptysies ; enfin, elle a joué un rôle anti-asphyxique.

Ce traitement semble donc pouvoir être appliqué de nouveau dans un cas semblable, sans qu'il soit néanmoins possible de pouvoir établir, sur un seul cas publié, un traitement systématique de toutes les hémoptysies.

# Les Congrès

## IX[e] Congrès de la Société internationale de chirurgie

(*Suite*) (1)

### Suppurations pulmonaires non tuberculeuses

**5° Résumé du rapport de M. le Docteur Martin Lagos (Valence).**

Le traitement chirurgical des suppurations non tuberculeuses du poumon dépend de l'étendue des lésions, de l'état général des malades, de l'existence ou de l'absence d'adhérences pleurales et de leur rigidité.

Dans les abcès et gangrènes pulmonaires avec adhérences pleurales, l'opération de choix est la pneumotomie large, malgré ses dangers et la fréquence de la fistulisation qu'il est ensuite nécessaire de fermer.

Dans les lésions centrales parahilaires avec plèvre libre (si l'état local de la lésion et l'état général du malade n'obligent pas à une ouverture urgente du foyer, cas le plus grave et pour lequel les résultats sont les plus aléatoires), on doit essayer la thérapeutique bronchoscopique avec aspiration, puis instillation d'antiseptique, dans la période aiguë et intermédiaire de la maladie. Si, par ce moyen, des résultats sont obtenus, la compression permet, dans beaucoup de cas, d'arrêter et de limiter l'infection.

Dans ces cas, ainsi que dans les abcès chroniques,

(1) V. *Concours Médical*, n[os] 37, 38 et 39.

les méthodes compressives à utiliser sont la phrénicorexie, s'il s'agit d'un abcès de la base du poumon, ou le plombage extrapleural dans les autres cas ou lorsque la phrénicorexie a échoué.

Le plombage extrapleural est plus efficace et présente moins de danger que le pneumothorax et la thoracoplastie et même lorsque, dans la majeure partie des cas, on n'obtient pas complètement la compression et la guérison de l'abcès, il favorise la production d'adhérences pleurales, rend plus superficielle et, par conséquent, plus accessible la cavité, parfois il aide l'évacuation des matières purulentes et, de ce fait, simplifie et rend moins dangereuse la pneumectomie, opération à laquelle on arrive presque toujours pour assurer la guérison.

Dans les bronchectasies, au contraire, la pneumotomie ne s'impose pas davantage que lorsqu'il existe de larges cavités. Dans les autres cas, ce sont les méthodes compressives qu'il convient d'appliquer.

Parmi les méthodes de compression, le pneumothorax ne donne pas plus de résultats que dans les bronchectasies congénitales avec plèvre libre et lésions induratives peu avancées (enfants et individus jeunes).

La phrénicorexie est moins efficace dans les abcès et des deux autres procédés : thoracoplastie et plombage, le dernier est le plus efficace, le plus simple et le moins dangereux. Tous les procédés ne sont presque toujours que des méthodes palliatives. Le seul traitement radical et définitif est la résection du lobe affecté, employé ces dernières années par l'école de Sauerbruch, bien qu'elle soit une opération grave et sanglante, qui doit seulement se faire dans les cas de lésions limitées à un lobe et chez les malades dont l'état général est bon. Malheureusement, ceux que l'on nous envoie encore actuellement sont en si mauvais état qu'on doute même qu'ils puissent supporter une opération palliative qui pourrait atténuer leurs souffrances.

Etant donné le pronostic de cette maladie et les suites des méthodes radicales, il est nécessaire de convaincre les médecins de ce que, lorsque la thérapeutique médicale n'assure pas de meilleurs résultats que ceux obtenus à ce jour, ces malades doivent être confiés au chirurgien dans des conditions qui lui permettent de pratiquer des opérations capables d'assurer leur guérison.

## Troisième question

## *Chirurgie de l'œsophage*

### 1° Résumé du rapport de M. le Docteur Bircher (Aarau).

Le rétablissement par voie opératoire d'un œsophage fonctionnant bien grâce à une technique actuellement très perfectionnée et dans des cas bien indiqués, peut être considéré comme une opération tout à fait conseillable. Différentes méthodes sont à notre disposition qui donnent toutes des résultats satisfaisants. La technique la plus simple, la moins dangereuse, utilisée dans ces dernières années, est la dermato-œsophagoplastie. A côté d'elle se trouve, comme également peu dangereuse, la coloplastie. La jéjunoplastie comporte des conditions compliquées et est entachée d'une mortalité sensiblement plus élevée.

Les plastiques gastriques constituent une opération tellement dangereuse qu'elles ne doivent être envisagées que dans des cas exceptionnels.

### 2° Résumés des rapports : *a*) de M. le Docteur Grégoire (Paris) ; *b*) de M. J. Jiano (Bucarest).

A. — *Etat actuel de la chirurgie de l'œsophage.*

Tout progrès en chirurgie dépend de trois conditions :

*a*) Des acquisitions nouvelles dans les moyens d'exploration ;

*b*) Des acquisitions nouvelles en pathologie ;

*c*) Des acquisitions nouvelles en thérapeutique.

Depuis trente ans, la chirurgie de l'œsophage a fait, à ce triple point de vue, des progrès considérables.

L'application de la radiologie et de l'endoscopie à la chirurgie de l'œsophage a transformé les moyens d'exploration, a permis de découvrir en temps utile des affections jusque-là méconnues, a autorisé le traitement intra-œsophagien d'affections qui ne nécessitent plus l'emploi du bistouri.

Un progrès en amène un autre. Du jour où l'on a pu étudier sur l'écran l'ombre de la cavité œsophagienne ou voir directement cette cavité à travers le tube endoscopique, il devient possible d'observer des affections généralement méconnues.

La pathologie s'est augmentée de trois chapitres nouveaux : l'ulcère de l'œsophage, les diverticules de l'œsophage, les dilatations iodiopathiques de l'œsophage.

L'endoscopie a permis de traiter directement, par voie intra-œsophagienne, un certain nombre d'affections, comme les corps étrangers de l'œsophage, certains rétrécissements, le cancer, pour lesquelles les indications de la chirurgie sanglante sont devenues beaucoup moins fréquentes.

La technique opératoire s'est perfectionnée dans les moyens d'aborder l'œsophage médiastinal, du moins au niveau de son segment inférieur. Les procédés extra-séreux ont permis d'éviter le danger de l'infection de la plèvre et du péritoine.

Enfin, la technique opératoire s'est augmentée d'une opération nouvelle, qui est la constitution d'un néo-œsophage préthoracique.

***

B. — 1° Les sténoses totales de l'œsophage diagnostiquées par la radiologie, l'endoscopie et l'épreuve colorimétrique, trouvent dans l'œsophagoplastie dérivatrice une ressource thérapeutique importante.

2° Les sténoses cicatricielles serrées, à allure pro-

gressive, intolérantes à la dilatation rétrograde ou sans fin ainsi qu'à l'électrolyse, peuvent bénéficier largement de bienfaits de l'œsophagoplastie dérivatrice.

3° A l'heure actuelle, la méthode d'œsophagoplastie dérivatrice qui a prouvé sa valeur sur une grande série d'observations, est la méthode Lexer-Blauel-Wullstein.

4° En ce qui concerne l'œsophagoplastie avec le côlon tube gastrique ou par transposition de l'estomac, ces méthodes ingénieuses, qui font honneur à leurs promoteurs peuvent servir à l'occasion.

5° Au point de vue situation du néo-canal, l'œsophagoplastie préthoracique doit être préférée aux interventions directes sur l'œsophage, qui sont d'une gravité exceptionnelle.

6° Dans l'état actuel de la technique, nous croyons que les opérations dérivatrices doivent être réservées aux sténoses cicatricielles. Les sténoses cancéreuses trouvent tout leur bénéfice dans une bonne gastrostomie.

7° Les cas réservés à l'opération dérivatrice doivent être bien choisis, à la suite d'une collaboration intime entre le chirurgien et le spécialiste, afin d'éviter la formation d'un nouvel œsophage quand l'ancien peut encore fonctionner suffisamment.

### 3° Résumé du rapport de M. le Docteur Lusena (Gênes).

Dans les blessures, la radiographie de contraste et l'œsophagoscopie ne sont pas conseillables. Le traitement consiste en une suture en deux plans qui, lorsqu'elle est difficile ou lorsque les résultats sont douteux, doit être complétée par la gastros omie.

Dans les brûlures graves, le sondage précoce n'est pas conseillable. On doit toujours le tenter, au contraire, dans la période de néoformation conjonctive pour prévenir la sténose. Dans les sténoses, la dilatation graduelle est le traitement d'élection ; il est efficace dans la grande majorité des cas. Quand il y a imperméabilité absolue et permanente, on fera, après la gastrostomie, la plastique préthoracique de préférence par un procédé dermato-intestinal. La plastique intestinale pure réussit mieux encore, mais il convient de s'assurer de la vitalité du transplant non pédiculé.

L'extraction des corps étrangers doit se pratiquer dans la majorité des cas avec l'aide de l'œsophagoscopie. L'extraction avec le crochet se fait rarement (pièces de monnaie). Quand l'extraction œsophagoscopique est contre-indiquée ou lorsquelle risque d'échouer, il convient de pratiquer une intervention sanglante.

Le traitement d'élection des diverticules pharyngo-œsophagiens est l'extirpation en deux temps par la méthode de Mayo.

Dans la plupart des cas de mégaœsophage primitif l'hyperdilatation au niveau de l'hiatus donne de bons résultats. L'intervention sanglante a de rares indications et s'il faut la pratiquer, il est préférable de faire l'œsophago-gastrostomie abdominale ou l'œsophagolyse avec hiatotomie.

Le traitement du carcinome au début, cervical et abdominal, consiste dans la résection complète et peut être conseillé. Pour le carcinome thoracique, cette règle trouve son application difficile. La radiumthérapie peut être conseillée.

### 4° Résumé du rapport de M. le Docteur Zaaijer (Leiden).

Dans ce rapport sont traités les sujets principaux de la chirurgie de l'œsophage, surtout au point de vue thérapeutique.

Cancers de l'œsophage. — Chaque thérapie ne donnant que peu de résultat, le traitement chirurgical ne doit pas être abandonné. Un diagnostic précoce est de première importance.

Déformations congénitales. — Même chez les enfants nouveau-nés, il faut établir par un examen minutieux un diagnostic exact de la déformation, étant donnée, dans quelques cas rares, la possibilité d'un traitement effectif. La fistule congénitale œsophago-trachéale est inguérissable ; en ce cas, il ne faut pas faire une gastrostomie.

Diverticules. — Comme traitement des diverticules cervicaux, l'opération en un temps devient de plus en plus l'opération de choix. En l'effectuant, il faut drainer largement.

Les diverticules thoraciques en général n'ont fait le sujet que de quelques communications, d'ailleurs souvent très intéressantes.

Corps étrangers. — L'extraction des corps étrangers est effectuée de plus en plus avec l'aide de l'œsophagoscope. Mais l'évacuation chirurgicale, et spécialement l'œsophagotomie cervicale, ne doit pas être totalement abandonnée.

Rétrécissements organiques bénins. — Ils doivent être traités aussitôt que possible par différentes méthodes. Il est désirable et possible d'éviter de grandes opérations graves ; l'œsophagoplastie antéthoracique ne doit plus être nécessaire, bien que les diverses méthodes aient donné de bons résultats et des guérisons fonctionnelles permanentes.

Rétrécissements fonctionnels. — *Véritables spasmes* : Il faut éviter surtout l'erreur de prendre un spasme pour un rétrécissement carcinomateux. En outre, il faut toujours penser à la possibilité qu'un spasme secondaire cache une autre maladie.

Cardiospasmes. — Dans la plupart des cas, cette affection n'est pas un spasme mais une insuffisance fonctionnelle de l'appareil dilatateur du cardia. Pour cela, le nom « *achalasie du cardia* » (Hurst) est préférable.

Le traitement consiste en :

1° Lavage, sondage et alimentation par tube ;

2° Dilatation forcée avec appareils divers (dilatateur de Plummer ou de Starck) ;

3° Traitement chirurgical (en premier lieu l'opération de Heller).

(*A suivre.*)

# Les Livres

BOIVIN et Cie, éditeurs, Paris.

**Ce qu'il faut connaître de soi pour se bien porter,** par le Docteur L. CHAUVOIS.

Nous avons, il y a quelques mois rendu compte d'une intéressante conférence, faite au grand amphithéâtre de la Sorbonne devant un nombreux public, convoqué par *Les Amis de l'Université*, conférence dans laquelle le Docteur L. Chauvois avait, avec un talent et une clarté remarquables, expliqué la machine humaine par la machine automobile. Le succès de cette conférence, qui fut grand, a incité le Docteur Chauvois à exposer avec plus de détails son parallèle dans un petit livre intitulé : *Ce qu'il faut connaître de soi pour se bien porter.*

Cet ouvrage d'excellente vulgarisation, car il expose avec netteté et précision, en évitant autant que possible les termes techniques, les données indispensables à connaître de l'anatomie et de la physiologie, se divise en deux parties : 1° *Se bien connaître*; 2° *Se bien conduire*. Ce sont les deux conditions indispensables pour se bien porter.

Le Docteur Chauvois met en garde ceux qui auraient tendance à exagérer la comparaison entre la machine automobile et la machine humaine.

La machine humaine, ne l'oublions jamais, est vivante. Elle a la faculté de sentir toute variation qui agit sur un de ses points et elle réagit en conséquence.

Dans son fonctionnement, par les voies sanguines et nerveuses une liaison s'établit entre le travail et l'alimentation. La machine animale a la faculté de se défendre et de se réparer elle-même ; bien plus, celle de se reproduire. Il n'en est pas de même dans la machine automobile malgré le parallélisme de ses organes que M. Chauvois établit et rend plus démonstratif par un double schéma. Nous allons énumérer en les assimilant dans leurs opérations les organes de la machine animale et les pièces de la machine automobile :

A l'estomac correspond le réservoir à essence ; à l'intestin, le filtre à membrane ; à la veine porte, la conduite à la cuve ; au foie, la cuve à niveau constant ; le système gicleur du cœur droit au gicleur; aux poumons, la buse d'air ; au cœur gauche et à la distribution aortique, la distribution aux cylindres ; au muscle, la chambre de combustion d'un cylindre ; à l'excitation neuro-musculaire, l'excitation électrique ; au système veineux (échappement et récupération), les tuyaux d'échappement ; enfin aux os locomoteurs correspondent les pistons, le vilbrequin et les bielles d'entraînement.

Mais outre tout cela, pour obtenir une bonne conduite de la machine humaine, M. Chauvois fait intervenir l'éducation physique, morale, intellectuelle. Il montre le rôle d'une sage thérapeutique qui doit seconder la nature dans ses réactions de défense, car il faut prévoir les dangers et savoir les écarter. Il aborde les sujets délicats de la reproduction, les graves problèmes de l'hérédité et de la responsabilité, toutes questions que la jeunesse doit connaître.

Dans la seconde partie de l'ouvrage *Se bien conduire*, le Docteur Chauvois rappelle que dans la machine humaine il existe des réglages précombinés et automatiques, « déposés d'hérédité » au long de notre axe nerveux (moelle et cerveau); que, si les parents ont une responsabilité dans le bon fonctionnement de la machine dont ils sont les auteurs, il est possible par l'éducation de perfectionner, de réformer, de réparer les pièces de la machine imparfaites.

L'examen des moyens d'auto-défense et d'auto-réparation permet au Docteur Chauvois de faire un court et ingénieux exposé de pathologie et de thérapeutique générales et de terminer par un « tour d'hygiène » où il examine les grandes fonctions générales et celles des pièces détachées en suivant pas à pas la comparaison des organes de la machine humaine et de la machine automobile.

Le livre du Docteur Chauvois est un ouvrage que le médecin doit lire avec intérêt et qu'il doit surtout conseiller de lire à ses clients. Certes ils n'y apprendront ni la médecine, ni la thérapeutique, mais ils comprendront mieux les conseils et les ordonnances du médecin traitant et s'y plieront avec plus de confiance et de discipline.

J. NOIR.

Librairie DELMAS,
6, place Saint-Christoly, Bordeaux.

— Docteur Jean AUDIT. — **L'opothérapie orchitique chez la femme.** Etude historique, clinique, expérimentale. Un volume in-8° raisin. Prix : 20 francs.

Ce livre soulève un intéressant problème de biologie. A ce titre, il intéressera le médecin, qui y puisera une foule de données nouvelles, utiles à l'élaboration d'un *diagnostic moderne*, mais aussi la physiologiste, le psychologue, le moraliste, l'éducateur et tous les esprits curieux de questions sexuelles, qui sont envisagées ici d'un point de vue tout particulier.

Après une curieuse partie historique sur le « mariage en thérapeutique, on y trouvera posée la question de l'opothérapie hétéro-sexuelle ; le problème de la carence sexuelle envisagée dans le célibat et dans les fraudes anticonceptionnelles ; un chapitre est consacré aux conceptions les plus récentes sur les hormones génitales, à la question de l'antagonisme des hormones des deux sexes, aux greffes, etc.

Les indications de l'opothérapie orchitique y sont abondamment développées, principalement en ce qui concerne les troubles carentiels, menstruels,

neuropsychiques d'origine génitale, l'obésité, les syndromes cutanés.

L'ouvrage se termine par cinquante curieuses observations et une abondante bibliographie.

Ce travail sur une médication dont on commence seulement à entrevoir l'intérêt scientifique, sera le guide de tous ceux qui cherchent à élargir le champ de la thérapeutique.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez Doin et Cie,
8, Place de l'Odéon, Paris VIe.

*Collection « Hygiène et diététique ».* Directeur : Docteur Schulmann, médecin des hôpitaux de Paris.

Henry Schwab, ancien chef de clinique à la Faculté de Strasbourg. — **Hygiène du diabétique.** Un vol. in-8° de 128 pages. Prix : 12 francs.

F. Dumarest, médecin-chef du sanatorium Mangini, à Hauteville. — **La vie hygiénique du tuberculeux.** Un vol. in-8°, 118 pages. Prix : 12 francs.

Victor Pauchet et H. Gœhlinger (de Châtel-guyon). — **Hygiène du constipé.** Un vol. 82 pages. Prix : 12 francs.

R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris et F. Françon, d'Aix-les-Bains. — **Hygiène des goutteux et des rhumatisants.** Un vol. in-8°, 118 pages. Prix : 12 francs.

A. Lavenant, chirurgien du Hertford British Hospital de Paris. — **Hygiène de l'urinaire.** Un vol. in-8°, 112 pages. Prix : 12 francs.

*Collection Testut.* Bibliothèque de l'étudiant en médecine, publiée sous la direction du Prof. Fergue.

Etienne Martin, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — **Précis de médecine légale.** Un vol. in-8°, 830 pages, 95 figures. Prix : 65 francs.

*Collection des manuels de rééducation.* Directeur : G. de Parrel.

Pierre Prost. — **Rééducation psychothérapique.** — Contrôle de l'équilibre mental et nerveux. Un vol. in-8°, 138 pages. Prix : 20 francs.

Henri Diffre. — **L'éducation et la rééducation fonctionnelle de l'enfant.** Un vol. in-8°, 170 pages, 40 figures et tableaux. Prix : 28 francs.

*Collection franco-britannique des Sciences médicales et biologiques.*

George Draper, professeur à l'Université de Colombia. — **La maladie et l'homme.** Un vol. in-8°, 306 pages, 57 figures. Prix : 35 francs.

*Collection des Actualités de médecine pratique.* Directeur : Docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris.

A. Durupt, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Paris. — **L'interférométrie en clinique.** Un vol. in-16, 204 pages, avec figures et graphiques. Une planche en couleurs. Prix : 28 francs.

*Collection : La Pratique médicale illustrée.* Directeurs : E. Sergent, R. Mignot et R. Turpin.

J. Stéphani et G. Delore. — **Le traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses.** Un vol. in-8°, 60 p., 41 figures. Prix : 18 francs.

Georges Guillain et Pierre Mollaret. — **Les séquelles de l'encéphalite épidémique.** Un vol. in-8°, 104 pages, 21 figures. Prix : 28 francs.

Ed. Doumer. — **L'œdème aigu du poumon.** Un vol. in-8°, 68 pages, Prix : 20 francs.

C. Lepoutre et F. Stobbaerts. — **La pyélographie intra-veineuse dans le diagnostic urologique.** Un vol. in-8°, 40 pages. 3 figures, 32 radios. Prix : 22 francs.

Georges Mouriquand et Marcel Bernheim. — **Hypertrophie du thymus et états thymo-lymphatiques.** Un vol. in-8°, 50 pages, 4 planches. Prix : 20 francs.

Constantin Daniel. — **La tuberculose génitale de la femme.** Diagnostic et traitement. Un vol. in-8°, 76 pages, 17 figures. Prix : 22 francs.

G. Derscheid et P. Toussaint. — **Indications de la chirurgie thoracique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.** Un vol. in-8°, 40 pages, 6 planches. Prix : 16 francs.

D. Daniélopolu. — **Le système nerveux de la vie végétative.** — I. *Anatomo-physiologie normale.* Un vol. in-8°, 100 pages, 63 figures, 7 en couleurs. Prix : 30 francs. — II *Méthodes cliniques d'exploration. Pathologie. Thérapeutique médicale et chirurgicale.* Un vol. in-8°, 110 pages, 71 figures, 3 en couleurs. Prix : 30 francs.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## L'Actualité Professionnelle

### MÉDECINE SOCIALE, PRÉVENTION ET RECHERCHES

### Le Passé, le Présent, l'Avenir

A la suite de la publication des quatre articles que j'ai consacrés à ce sujet, le dernier en date du 31 août 1932, j'ai reçu de mon vénéré Maître et ami, le Dr Paul Le Gendre, de l'Académie de médecine, la lettre suivante qu'il m'a autorisé à reproduire, ce que je m'empresse de faire :

Mon cher ami,

Dans ma retraite, je lis avec le plus vif intérêt la série de vos articles sur le passé, le présent et l'avenir de notre profession, dont l'histoire me passionne. Dans le dernier, vous me faites l'honneur de me dire un de vos maîtres en matière de *technique professionnelle.* (C'est bien, en effet, un terme que j'ai employé le premier, comme celui d'*omnipraticien* adopté par tout le monde). Je tiens à vous en remercier et à vous dire que je trouve vos articles remarquables par la logique comme par la forme. Je partage toutes vos idées, mais je fais une restriction au sujet de la disparition possible des médecins de famille et des médecins non embrigadés; si toutes les maladies étaient de l'ordre infectieux ou aboutissaient à la chirurgie, on pourrait prévoir une époque où tous les citoyens de tout âge et des deux sexes consentiraient à la prophylaxie, aux diagnostics et aux traitements institués ou régis par la fiche individuelle, estampillée dans un centre organisé par les pouvoirs publics ou les syndicats médicaux. Mais, si vous voulez bien vous reporter à l'époque où vous étiez omnipraticien, vous vous rappellerez, comme moi, qu'*un très grand nombre* de clients étaient des malades ou pseudo-malades, requérant des traitements psychologiques, des épanchements moraux, des consolations, qui exigent beaucoup plus de temps qu'un médecin de dispensaire ou de centre de diagnostic ne pourra jamais leur en consacrer, qui supposent une confiance, une intimité possibles seulement dans le mystère du cabinet médical ou la chambre du patient. Ce côté, — considérable par le nombre des cas et qui, loin de diminuer par les progrès de la science, *s'accroîtra* par suite des conditions de la vie contemporaine, de plus en plus génératrice de troubles nerveux et psychiques — ne trouve une application satisfaisante ni dans l'hôpital dirigé par le médecin le plus humain, et le plus consciencieux, ni dans un dispensaire supérieurement organisé et dirigé, pas davantage dans un centre de médecine officielle ou syndicalisée. Donc, ne laissez pas croire que la conception des associations de médecins, si utiles qu'elles doivent être aux divers points de vue, si bien exposés par vous, suffira jamais à tous les besoins de la technique professionnelle. *Le médecin personnel ou familial est un rouage indispensable à l'organisme social.* C'est ma conviction.

Bien affectueusement avec mes félicitations, malgré cette restriction.

Paul Le Gendre.

M'étant risqué à pronostiquer ce que serait la technique professionnelle dans cinquante ans, j'avais écrit notamment : « Ils (les médecins) n'y (chez eux ou à domicile) soigneront guère que les indispositions légères, les malaises mal définis, les troubles non différenciés. Ils y soigneront aussi les affections chroniques... » J'accepte d'autant plus volontiers la restriction que le Dr Paul Le Gendre formule que les cas qu'il envisage sont implicitement contenus dans les malaises mal définis, les troubles non différenciés, qui resteront en effet l'apanage du médecin pratiquant la consultation dans son cabinet et la visite au domicile de ses clients. Il

s'agit d'ailleurs plutôt de *pseudo-malades* que de malades véritables, au système nerveux mal équilibré, dont le grand sympathique réagit avec vivacité et violence même, dont le psychisme possède un tonus abaissé, et qui résistent mal à l'envahissement de l'idée fixe, tous ces sujets qui sont à la limite de la psychasthénie, de la catégorie que l'on dénomme petits mentaux. Ce qu'ils recherchent, c'est plus un confesseur, un confident, qu'un médecin à proprement parler. Et si le médecin leur paraît plus apte que d'autres à remplir ce rôle, c'est sans doute parce que, par destination, il panse et console..... Mais ils vont aussi volontiers chez le guérisseur surtout s'il porte soutane, et fréquentent les sanctuaires où leur foi espère trouver une miraculeuse guérison.

Ce sont aussi des états chroniques, généralement, et ils se trouvent donc implicitement compris d'autre part dans mon énoncé. Et il en résulte que je suis complètement d'accord avec mon éminent correspondant. Je le lui ai écrit, ajoutant qu'il y avait cependant une restriction nouvelle à formuler, qui ne me paraît pas négligeable. Ces malades, ou pseudo-malades, dont les troubles durent et se prolongent — j'en ai soigné un grand nombre dans ma carrière, — il arrive très souvent qu'ils se lassent du médecin qu'ils ont primitivement appelé, s'adressent à un second confrère, à un troisième, à un quatrième, pour finir par échouer dans la maison de santé qui leur eût, certes, convenu bien plus tôt, pour les cures d'isolement et de psychothérapie qu'on y pratique, et qui sont si efficaces. Il arrive même que c'est le médecin qui, lassé le premier à son tour, et ne sachant plus à quel saint se vouer, se débarrasse d'un malade (ou pseudo-malade, les plus... insupportables) sur l'établissement aménagé spécialement pour lui.... Et ceci, par un détour, nous ramène à ma conception de la pratique médicale de l'avenir, qui est bien aussi, n'est-ce pas ? celle du présent.

***

Au fur et à mesure que je transcrivais, pour les publier, les résultats de mes longues méditations sur un sujet qui me passionne, comme il passionne toujours le Dr Paul Le Gendre, la situation se précisait avec une rigueur croissante dans mon esprit, et devant mes yeux.

Qu'on le veuille ou non, il y a à cette heure, *deux techniques professionnelles*, deux disciplines médico-techniques, qui se partagent les faveurs du public : la *médecine privée*, vieille comme le monde, née le jour où, pour la première fois, un homme, qui souffrait dans sa chair, a demandé à un de ses semblables qu'il supposait apte à le faire, de le soigner et de le guérir ; *la médecine publique*, dont le rudiment est l'hôpital, mais qui a pris son essor surtout aux environs de 1890, et est présentement en plein épanouissement. La médecine publique est collective. La médecine privée est aussi collective (maisons de santé, cliniques particulières), mais le plus souvent individuelle. Elle peut même être personnelle, quand une famille, un malade s'attachent à demeure un médecin permanent.

Je suis personnellement convaincu que la médecine publique n'a pas atteint son complet développement, et qu'elle ira en progressant encore. Mais je suis non moins convaincu qu'il y aura toujours des malades pour lui préférer la médecine privée, des patients qui se rendront chez le médecin de leur choix, ou l'appelleront dans leur foyer. Même quand la grande chirurgie ne se fera plus que dans des maisons équipées à cet effet, il y aura toujours des interventions opératoires qui se pratiqueront au domicile du malade. C'est là un fait qui ne donne lieu pour moi à aucun doute.

La place que tient la médecine publique dans la société moderne est indéniable, ses progrès sont non moins patents. Des preuves ? Il n'y a qu'à se baisser pour en découvrir. En voici une que je trouve dans le *Moniteur du Puy-de-Dôme* du dimanche 4 septembre dernier.

**Si vous êtes atteint faites-vous soigner sans retard**

Il est honteux de ne pas se soigner ou de se soigner mal et de transmettre ainsi à d'autres la maladie dont on est atteint. Ne perdez pas votre temps et votre argent en vous adressant à « de faux guérisseurs », mais allez immédiatement chez votre médecin ou au Dispensaire d'hygiène sociale de votre arrondissement. C'est le seul moyen efficace de vous guérir.

**CONSULTATIONS GRATUITES ORGANISÉES PAR L'OFFICE D'HYGIÈNE SOCIALE DU PUY-DE-DOME**

**Maladies du sang et de la peau et femmes enceintes**

Riom, 73, rue Lafayette : mardi à 17 heures.

Thiers, rue Mancel-Chabot : lundi à 20 heures.

Issoire, route de Parentignat : samedi à 14 heures.

Ambert, boulevard du Nord : jeudi, à 14 heures.

Saint-Eloy-les-Mines, rue Vernadat : mardi, à 15 heures.

M sseix-les-Mines, aux Gannes : vendredi, à 14 heures.

Puy-Guillaume, à la Mairie : lundi, à 17 heures.

**Consultations de nourrissons**

Saint-Eloy : deuxième mardi du mois.
Puy-Guillaume: premier lundi du mois à 14 heures.

Nota. — Ces consultations sont ouvertes à tout le monde, aucune formalité n'est demandée pour s'y présenter.

Cette médecine publique a sa clientèle, importante ; elle se pratique surtout dans les grandes villes, mais les villes de moindre importance n'en sont pas dénuées, et les campagnes elles-mêmes peuvent bénéficier de ses avantages.

Eh bien ! le but des articles que j'écris sur ce sujet, mon objectif essentiel, c'est, tout d'abord, de suggérer aux syndicats de faire tous leurs efforts pour prendre la direction technique de cette médecine publique. C'est, ensuite, de chercher à leur démontrer que la médecine privée pourra concurrencer avantageusement la médecine publique le jour où elle s'adaptera pour offrir à la population les mêmes avantages techniques, et surtout économiques, que celle-ci.

J'ai déploré que, devant la croissance rapide de cette médecine publique, le syndicalisme se fût borné à protester, en laissant faire. Et cette allégation a ému de bons amis à moi qui m'ont fait part de leur trouble. Entendons-nous. J'appartiens à la maison dans laquelle est né, et a grandi le syndicalisme médical. Que des confrères qui en font l'historique l'oublient, cela n'empêche pas que c'est le *Concours Médical* qui a le premier lancé, en 1880, l'idée du groupement des médecins d'une ville, d'un département, en syndicats ; qui a favorisé l'éclosion des tout premiers de ces groupements ; qui en a été le berceau. Mon attachement au syndicalisme ne saurait donc être suspecté ; il est tel que je le voudrais assez puissant, assez fort pour s'imposer partout, et harmoniser l'intérêt général avec l'intérêt particulier de la profession. Mais ce qui me peine en vérité, c'est de constater, comme je l'ai déjà dit, qu'il cultive un idéal qui est toujours en retard sur les réalités. De ces réalités, des nécessités de l'heure, il y eut toujours parmi nous des confrères qui en eurent une conscience très claire et très lucide. Ils surent discerner et suivre les évolutions sociales, et comprendre que la profession devait évoluer parallèlement et s'adapter. Je ne veux pas faire de personnalités ; ceux que je vise ici se reconnaîtront sans peine. Leurs intentions ont le plus souvent été dénaturées par d'autres personnalités plus remuantes, pour qui le piétinement, quand ce n'est pas le recul, paraît préférable, — leurs efforts paralysés.

Ils ont essayé de dire, ils ont dit : « Si la profession organisée ne peut prendre totalement en charge la médecine sociale (ou publique), elle a cependant le devoir de *collaborer* à son fonctionnement. Collaboration ne veut pas dire ici soumission d'un employé envers un employeur, mais *direction* et *pratique de la technique* qui est et doit rester le propre du médecin, si l'administration et la gestion financière demeurent en d'autres mains ».

Est-ce à dire qu'aucun résultat n'a été obtenu ? C'est bien la profession organisée qui forme le pivot de la loi sur l'Assurance-maladie-maternité-invalidité, et là, la collaboration, telle que je l'ai définie, a été réalisée. Réalisation fragmentaire, tout comme la participation de certains syndicats au fonctionnement des Offices départementaux d'hygiène sociale. Retard, je me répète à dessein, sur les réalités...

***

J'en reviens à la médecine privée ; et, à ceux qui exaltent la supériorité de ce qu'ils appellent le médecin de famille, j'ose affirmer que celui-ci, en 1932, n'est pas comparable au médecin de famille de 1890. Et pour cause...

Le médecin de famille de 1890 tirait tout de son propre fond. Il examinait, scrutait, palpait, percutait, auscultait, n'utilisant à cet effet que ses cinq sens ; il avait alors tout le mérite de ses efforts et de sa sagacité. C'était de l'art, où entraient en jeu sa mémoire, son jugement, son intuition, ce flair clinique, difficile à définir, mais qui distingue les praticiens les uns des autres, et explique la vogue de celui-ci, l'insuccès de celui-là. La clientèle affluait chez celui qui obtenait les résultats les meilleurs, et elle lui était fidèle, car c'étaient ses *dons personnels* qui faisaient sa valeur et sa réputation.

L'introduction, dans la technique médicale, d'un certain machinisme, des formules qui mettent la biologie en équations, des mensurations, des dosages, des photographies... tout cela a donné au public cette idée, fausse évidemment, que la médecine est actuellement moins un art qu'une science appliquée, disposant de critères de certitude. La tension artérielle se mesure avec un appareil ; tout l'organisme se projette sur la plaque photographique, dévoilant ainsi ses arcanes les plus secrets ; pH, métabolisme basal, résultats de calculs compliqués, traduisent par des chiffres précis le fonctionnement de l'organisme. Ces données, n'importe qui peut donc les obtenir pourvu qu'il sache manier les appareils, calculer les formules. Le Pachon est toujours le Pachon entre les mains de Durand, de Dupont ou de Legrand. La radiographie d'un cœur ou d'un tube digestif ne change pas, que ce soit X, Y ou Z qui la prenne. Le public

ne voit pas plus loin, et, simpliste, se dit que si sa tension est à un moment donné de 18-9, n'importe quel médecin qui la mesurera, avec un appareil, devra trouver toujours 18-9. Il ne sait pas, ou ne veut pas savoir que ces données, il faut en outre et surtout les interpréter, en tirer des conclusions qui permettront d'apprécier sainement un état morbide et de le combattre avec des moyens appropriés. Et alors, aux yeux de ce bon public si simpliste, ce n'est plus de son propre fond que le médecin tire tout ce qui lui permettra de soigner ses malades et de les guérir, mais d'un machinisme impressionnant. Qu'importe dès lors la personnalité qui emploie ce machinisme si, entre dix mains différentes, les mêmes données sont obtenues, sur lesquelles se basera une thérapeutique adéquate ! (1)

C'est cela qui fait en grande partie le succès de la médecine publique et de ses institutions. C'est ce qui fait que le médecin de famille de 1932 n'est pas le même que celui de 1890, et qu'il est plus sage de dire de lui qu'il est le médecin *habituel*, celui à qui l'on a recours plus volontiers, mais à qui, non moins volontiers, on fait des infidélités, et que l'on remplace avec une touchante désinvolture. Constater un fait aussi évident, ce n'est pas rédiger un bulletin nécrologique, ô délicieux confrère ironiste, c'est voir les choses telles qu'elles sont.

« Est-on sûr que le secret professionnel soit resté aussi intangible que par le passé, dit le Dr Frec s, d'Oran, quand on voit se multiplier chaque jour dispensaires antituberculeux, antisyphilitiques, anticancéreux, vers lesquels affluent, de plus en plus nombreux, des malades de la ville ou de la campagne, également, au vu et au su de leur parents, de leurs amis ou ennemis, désertant de plus en plus le cabinet du praticien, *du médecin de famille, si tant est que ce dernier existe encore,* et qui était pourtant, au temps jadis, seul dépositaire des secrets de ses malades ! »

(1) Le Dr Max Hulmann a, humoristiquement, exprimé une opinion analogue dans une fantaisie rimée *Radiofolie* (*Lien médical*), dont voici la strophe essentielle :

*C'est qu'jons confiance à leu rayons*
*Je n'cré point à tout' ces manières,*
*A leu trucs d'escultation,*
*De tapot'ments devant, derrière.*
*Ça c'est des chichis d'avant guerre ;*
*On n'est plus tout d'mêm' est ballot.*
*Et c'est plus la pein' de s'en faire,*
*Pisqu'on voit tout à la radio.*

Ah ! certes, les temps sont changés ! Jugez-en encore : C'est dans le même *Moniteur du Puy-de-Dôme* du dimanche 4 septembre dernier, que je relève ces annonces :

**Dr C. abs. du 3 au 26 sept.**

**SAGES-FEMMES DE GARDE**

Mlle Germain, place de la Fontaine, Montferrand.

Mlle Teytard, 35, rue du Onze-Novembre.

**Dr B. reprend ses consultations**

**PHARMACIENS DE GARDE**

MM.

Brun, avenue de Beaumont.

Degeorge, avenue de Lyon.

Vernière, boulevard Lavoisier.

Je trouve très naturel que les médecins prennent des vacances. C'est une nécessité pour eux et ils font bien de se reposer. N'empêche qu'il y a quarante ans, mes contemporains n'en prenaient jamais ; moi non plus d'ailleurs. Les médecins y gagnent plus de bien-être. *Le médecin de famille* y perd quelque chose... Il est toujours le médecin habituel, il n'est plus aussi complètement partie intégrante de la famille qu'en 1890.

Mais il faut en finir. Résumons donc l'essentiel, la substance même de ces études ; ce seront des redites ? Les clous ne s'enfoncent qu'à coups de marteau :

Deux médecines sont actuellement en présence : La *médecine publique*, avec son armement et ses formations sanitaires, *la médecine privée.* Il appartient à la profession organisée de s'efforcer de prendre en médecine publique, la *charge technique* du fonctionnement de cet armement, de ces formations. Il lui appartient également de mettre la médecine privée en état de concurrencer la médecine publique, par d'opportunes adaptations techniques et économiques en offrant, en outre, ce qu'elle a de plus personnel et de plus sentimental.

Je suis très à mon aise pour m'exprimer ainsi. Que préconisé-je en effet ? Le développement du syndicalisme orienté vers l'usage de tous les droits que la loi lui confère, et conscient de ses devoirs envers la profession qu'il représente, et aussi de son rôle social. Qui pourrait s'élever contre un pareil objectif ? Les antisyndicalistes? Qu'est-ce que vous voulez que cela me fasse ? ? ?

G. Duchesne.

## LES FONDEMENTS JURIDIQUES DE LA JUSTICE MÉDICALE PROFESSIONNELLE

RÉSUMÉ. — *La justice syndicale n'est pas imposée par une loi. Elle est librement consentie par ceux qui adhèrent au groupe. Mais, bien que les tribunaux de droit commun soient toujours compétents d'une manière générale, la juridiction d'exception des conseils de famille tend à s'implanter dans les mœurs, parce que les difficultés professionnelles sont plus de la compétence de juges médecins que de celle de magistrats de tribunaux ordinaires ; parce qu'appelés à contracter collectivement avec les organisations publiques, ou privées, les syndicats médicaux doivent donner à leurs co-contractants l'assurance du respect des engagements pris et de la répression des abus.*

*Le syndicat devient indispensable par intérêt, pour défendre les individualités contre les collectivités ; la justice tend à se spécialiser, pour faire juger par des pairs, exerçant la même profession.*

*Il appartient aux dirigeants des syndicats, comme aux juges-médecins d'apporter dans leurs fonctions toute la gravité, la compétence et la conscience professionnelles, qui conviennent à ceux qui sont revêtus de la confiance de leurs confrères, pour faire respecter la profession au dehors, mais pour, à l'intérieur du groupe, faire observer la déontologie et l'honnêteté corporative.*

A la suite d'un de mes articles (*Concours Médical*, 1932, page 1425, 2e colonne) un des mes confrères proteste parce que j'avais écrit : « Ai-je commis un abus ? Condamnez-moi, soit par les juridictions professionnelles, soit par les tribunaux de droit commun ; mais respectez ma liberté de médecin praticien ».

Mon confrère demande que je fasse connaître les textes légaux instituant les juridictions professionnelles, dont je parle.

Je vais donc, pour le satisfaire, discuter à nouveau les fondements juridiques de la justice syndicale. Je dis à nouveau, car ceci fit en partie le sujet de ma thèse de doctorat en droit, sur le syndicalisme médical, soutenue en 1919 devant la Faculté de Droit de Paris.

### Les textes législatifs.

Laissant de côté les autres juridictions d'exception, telles que les prud'hommes, les tribunaux de commerce, etc., je commence par répéter une fois de plus qu'une seule juridiction s'impose légalement aux médecins : celle de droit commun. Nous sommes responsables de nos actes, tant comme hommes, que comme praticiens, devant les tribunaux civils, répressifs, ou administratifs. C'est tout.

Aucune loi, jusqu'à présent, n'a créé ni imposé de justice professionnelle disciplinaire. Heureusement pour nous, ni le Syndicat, ni le Conseil de l'Ordre ne sont obligatoires.

### La justice syndicale.

Mes très honorables contradicteurs vont triompher. En termes plus ou moins mesurés, selon leur tempérament, ils vont m'accabler, moi qui me fais le défenseur de la justice disciplinaire et ne la crois possible que dans le cadre syndical.

Cependant, les tribunaux d'exception sont nés de la nécessité de faire juger les questions spéciales, par des hommes possédant des connaissances spéciales. Les ouvriers sont jugés par leurs prud'hommes ; les commerçants par des commerçants, les marins par des marins, l'Etat lui-même et ses administrateurs par des tribunaux administratifs et le Conseil d'Etat.

Ce n'est que lorsque la pratique a consacré le bien fondé de ces juridictions d'exception qu'intervient une loi pour cristalliser et imposer des règles définitives.

Notre juridiction d'exception médicale en est, non plus à sa période de début, mais bien à celle d'organisation et d'aboutissement définitif.

### Historique.

Dès 1833, l'Association des médecins de la Seine, puis l'Association générale des médecins de France tentèrent de « maintenir par une influence moralisatrice l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession. »

On sait que ces associations sont surtout créées en vue de l'assistance aux confrères et de la bienfaisance.

Le Congrès de Déontologie de 1845 proclama la nécessité d'une discipline et d'une juridiction professionnelles. Le gouvernement déposa même un projet de loi, qui fut voté par la Chambre des Pairs en 1847, mais fut arrêté par la Révolution de 1848 et ne put, par conséquent, être soumis à la Chambre des Députés.

Ce projet de loi instituait un Ordre des médecins.

Pendant de nombreuses années, les uns militèrent pour la reprise de cette question de l'Ordre, alors que d'autres luttèrent, pour obtenir du Parlement, le droit, pour les médecins, de se constituer en syndicat (**droit qui nous fut accordé**

par l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892.)

Les praticiens purent donc, depuis 1892, librement adhérer, si bon leur semble, à des syndicats médicaux; mais les engagements pris furent parfois violés par les syndiqués eux-mêmes. Témoin le jugement du tribunal civil de Bourgoin, du 21 décembre 1901, confirmé par la Cour d'appel de Grenoble, 6 mai 1902 (*Gaz. Trib.*, 25 juin 1902 ; D. P., 1903.2.21.)

Le 31 octobre 1901, le syndicat des médecins de l'arrondissement de Versailles créait une juridiction professionnelle avec conseil de famille et sanctions.

Je me rappelle, lorsque j'étais jeune médecin, les résistances acharnées de beaucoup de confrères, qui refusaient à cette époque, d'adhérer à un Syndicat, à cause de ces tribunaux médicaux et des sanctions, incompatibles, disaient-ils, avec leur dignité professionnelle.

Et cependant, les événements, l'évolution de notre vie sociale nous entraînent malgré nous vers un associationnisme qui n'est pas obligatoire, mais que dès 1919 j'ai appelé « indispensable par intérêt. »

**Fondement juridique de la justice syndicale.**

Nul n'est contraint d'adhérer à un syndicat. Tel peut être un confrère parfaitement honorable et respecté, alors qu'il lui répugne d'être syndiqué. Ses raisons sont défendables, car, souvent à la base, existent des rivalités personnelles ou des questions de voisinage.

Quiconque ayant adhéré à un syndicat a le droit de s'en retirer à tout moment, quand bon lui semble, par démission.

Ces deux points doivent bien être mis en lumière, car ils sont à la base des lois syndicales (22 mars 1884 et 12 mars 1920, constituant actuellement le Livre III du code du travail).

Le pacte syndical repose sur une convention de droit commun. Sous l'empire des articles 1134 et suivants du Code civil, le médecin, qui pose sa candidature à un groupe professionnel, s'engage à accepter les statuts et à les respecter. Un véritable contrat bilatéral se forme entre chaque syndiqué et la personne morale du Syndicat, les statuts et les décisions des asemblée générales formant la loi des parties.

On n'est donc pas forcé d'être syndiqué; mais si on demande son adhésion au groupe, c'est à la condition de respecter les engagements et notamment de se soumettre à la juridiction de Conseil de famille en cas de manquements déontologiques dans l'exercice de la profession.

Je répète donc ici ce que j'ai déjà souvent soutenu : la justice syndicale n'a pas été créée par une loi : elle est librement acceptée par ceux qui veulent s'y soumettre ; de plus, en qualité de citoyens, les syndiqués ont toujours la faculté de recourir à la justice de droit commun, s'ils estiment que leurs droits ont été méconnus, ou lésés par leurs co-syndiqués.

A l'occasion de la législation sur les assurances sociales, une juridiction d'exception a été ébauchée, dans un projet, de convention, paru au *Journal Officiel* du 8 août 1930. Le Conseil de famille départemental juge en premier ressort les litiges professionnels nés à l'occasion de l'application de la loi sur les assurances sociales. Ce tribunal médical connaît également des plaintes formulées par les caisses, ou par le service de contrôle.

L'appel est porté devant un Conseil de famille national. Puis, un sur-appel est prévu, terminé enfin par un arbitrage de trois personnes.

Cette organisation n'est pas créée ni imposée par un texte de loi. Par son adhésion au Syndicat, le syndiqué s'y soumet bénévolement, tout en restant libre de revenir à tout moment devant les tribunaux de droit commun.

Un non syndiqué s'oblige également, lorsqu'il a donné son adhésion à la convention qui lie le syndicat aux caisses du département ; mais, comme tout citoyen, il peut toujours réclamer les juges de droit commun.

Cependant, malgré son caractère purement contractuel et non pas légal, cette juridiction d'exception médicale offre plus de garanties que la justice courante : les juges sont des confrères, qui, peut-être ne se sont pas encore assez pénétrés de la gravité de leurs fonctions de juges et sont parfois troublés par les bruits extérieurs de la vie professionnelle ; mais ils ont, sur les juges de métier, l'avantage de connaître les choses de la médecine et surtout de pouvoir apprécier certains manquements aux règles de déontologie, manquements, qui, en droit commun, ne sont prévus par aucun texte du code civil ou du code pénal.

**Utilité sociale de la justice médicale.**

Le seul organisme professionnel reconnu par la loi, le seul qui puisse discuter et défendre les intérêts d'une corporation, c'est le Syndicat (Livre III du code du travail).

Je ne reviens pas non plus sur cette question, que j'ai maintes fois traitée, lorsque certains voulaient opposer l'association de la loi du 1er juillet 1901, ou l'ancienne corporation au syndicalisme actuel.

Seul le Syndicat a le droit de poursuivre devant les tribunaux toute action, ayant pour base l'intérêt général de la corporation.

Seul le Syndicat a qualité légale pour conclure des accords et contrats collectifs, ou conventions d'ordre général.

A la base de ces accords, se trouve la bonne foi : chaque partie contractante s'engage à respecter et à faire respecter par ses membres les engagements réciproques.

Or, ce que demandent le plus les non-méde-

cins, c'est d'avoir affaire à des praticiens consciencieux, probes et honnêtes, ne commettant pas d'abus.

Et le Syndicat de s'engager à réprimer les abus, par ses conseils de famille, pour donner tous apaisements à ses co-contractants.

Voilà pourquoi nous voyons le Syndicat devenir progressivement, non seulement le représentant légal, mais également le garant de la probité professionnelle.

Et, du point de vue chronologique, nous voyons que, pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, les Syndicats du département élisent un délégué à la Commission de contrôle.

Pour la loi du 31 mars 1919, sur les pensionnés de guerre, également les Syndicats collaborent au contrôle, tant par les commissions départementales que par la commission supérieure d'appel.

Encore les Syndicats qui ont organisé des commissions d'arbitrage mixtes avec les Compagnies d'assurances contre les accidents du travail pour juger à l'amiable, les difficultés provenant de l'application du tarif ministériel.

Avec la loi sur les assurances sociales, les Syndicats ont été chargés du contrôle technique et ont reçu du législateur la mission de réprimer les abus. Ils sont également seuls qualifiés pour passer avec les caisses des conventions locales, pour la mise en pratique de la loi. Ils doivent envoyer un ou plusieurs délégués tant dans les conseils d'administration des caisses, ou à la commission départementale de l'article 7 qu'au Conseil supérieur des assurances sociales.

Disons encore que les Syndicats médicaux sont appelés à élire leurs représentants au Conseil supérieur de l'Assistance publique, à celui de la Mutualité, etc.

De tout ceci, ne pouvons-nous pas conclure qu'on le veuille ou non, le syndicalisme s'impose à nous, médecins ? Les collectivités diverses, publiques ou privées, tentent, par tous moyens, à nous transformer, non pas en fonctionnaires, mais en salariés, en employés qu'on peut à tout moment casser aux gages, à qui l'on donne des ordres, qu'on impose aux malades et qui recevront un salaire.

Ne pensez-vous pas, que, sans se faire un admirateur sans bornes du syndicalisme médical, on puisse dire de lui, comme du suffrage universel, que c'est qu'il est encore ce qu'il y a de moins mauvais ?

On devient syndiqué, moins par foi syndicaliste — car cette dernière est bien rare — mais par nécessité, par intérêt. On aliène une partie de son indépendance et de sa liberté professionnelle, entre les mains de la personne morale, constituée par le Syndicat, pour que ce dernier nous donne en retour une sécurité contre les tentatives d'asservissements de la profession.

Certains dirigeants des Syndicats ont certes pas mal de choses à se reprocher : parfois, ils sont loin de mettre les théories et les statuts en conformité avec leurs pratiques.

Aux syndiqués de savoir choisir leurs chefs : ce n'est pas parce qu'un groupe est mal dirigé que le syndicalisme a fait faillite.

Dans tous les gouvernements, dans toutes les organisations humaines, il y a beaucoup de critiques à faire ; c'est entendu. Mais de grâce, voyons nettement la situation d'avenir très proche, qui se prépare et demandons-nous si c'est le moment de nous entre-déchirer.

L'hôpital s'organise pour devenir maison de santé à bon marché, faisant des bénéfices commerciaux et voulant avoir son Corps médical spécial. Médecins, chirurgiens, spécialistes, internes vivront à l'hôpital, seront payés à forfait, mais devront toute leur activité professionnelle à l'hôpital, leur employeur.

La mutualité rêve d'accaparer la gestion de toutes les caisses départementales d'assurances sociales et, dans le cadre de la loi du premier avril 1898, avoir, comme jadis, ses médecins à elle, choisis par elle, payés à forfait, ou selon des tarifs très bas : le mutualiste, ou assuré social sera soigné gratuitement par ces médecins, sinon, il paiera de sa poche les honoraires des praticiens restés en dehors de la mutualité.

Entre cette domestication toute proche et l'abandon d'une partie de ma liberté, en faveur du Syndicat, j'opte de suite et je demande au Syndicat de défendre ce qui me reste de ma liberté d'antan, où il n'y avait ni tiers payant, ni tarifs ni limitation de mon droit de prescrire.

Je ne puis, pour terminer, que rappeler de sages paroles prononcées par M. Camille Blaisot, alors ministre de la Santé publique, au banquet de la Confédération des Syndicats médicaux: « Vous avez demandé au Parlement de vous doter d'un Ordre des médecins. Mais faites-le donc vous-mêmes, cet Ordre ; instituez et développez vos juridictions professionnelles, librement consenties. Plus tard, bien plus tard, si besoin en est, lorsque l'expérience aura démontré ce qu'on peut attendre d'une juridiction professionnelle, alors seulement vous vous tournerez vers le Parlement, pour lui demander de consacrer par une loi le fruit de votre expérience et pour rendre cette justice obligatoire à tous les praticiens. »

Voilà la vérité: organisons nous-mêmes notre justice d'exception, faisons-en disparaître progressivement toutes les imperfections ; mais n'attendons notre salut que de nous-mêmes, sinon l'Etat, le Gouvernement, le Parlement en profiteront pour nous imposer des obligations nouvelles.

Dr Paul BOUDIN.

## MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

### Rapport du Trésorier sur l'exercice 1931

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1931.

SECTION I

**Indemnités-maladie**

Les combinaisons groupées dans cette section sont au nombre de six, mais la combinaison B est fermée et ne reçoit plus de nouveaux membres.

Nous avons, au cours de l'exercice 1931, perdu 43 membres dont 18 par décès, 6 par démission, 5 par radiation et 14 sortant par âge. Notre situation au 31 décembre 1931 reste la suivante :

170 membres inscrits à la Combinaison B ;
3 membres inscrits à la Combinaison 1 /2 B ;
568 membres inscrits à la Combinaison MA ;
4 membres inscrits à la Combinaison 1 /2 MA ;
338 membres inscrits à la Combinaison $MA^2$ ;
110 membres inscrits à la Combinaison $MA^3$ ;
23 membres inscrits à la Combinaison $MA^4$ ;
169 membres inscrits à la Combinaison $MA^5$.

COMBINAISONS B ET 1 /2 B

| | | |
|---|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | | 216.510 76 |
| *Recettes de 1931.* | | |
| Cotisations | 22.077 » | |
| Intérêts | 11.953 45 | 43.045 17 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 9.014 72 | |
| | | 259.555 93 |
| *Dépenses.* | | |
| Indemnités-maladie | | 37.047 50 |
| Reste avoir | | 222.508 43 |

COMBINAISONS MA ET 1 /2 MA

| | | |
|---|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | | 804.676 74 |
| *Recettes de 1931.* | | |
| Cotisations | 49.899 50 | |
| Intérêts | 44.493 36 | 127.843 84 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 33.450 98 | |
| | | 932.520 58 |
| *Dépenses.* | | |
| Indemnités-maladie | | 39.434 40 |
| Reste avoir | | 893.086 18 |

### Combinaison MA².

| | | |
|---|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | | 523.650 62 |

*Recettes de l'année* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisations | 66.590 50 | |
| Intérêts | 28.942 82 | 117.367 98 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 21.834 66 | |
| | | 641.018 60 |

*Dépenses.*

| | |
|---|---|
| Indemnités-maladie | 38.386 25 |
| Reste avoir | 602.632 35 |

### Combinaison MA³.

| | | |
|---|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | | 175.544 65 |

*Recettes de l'année* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisations | 32.869 » | |
| Intérêts | 9.684 50 | 49.856 60 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 7.303 10 | |
| | | 225.401 25 |

*Dépenses.*

| | |
|---|---|
| Indemnités-maladie | 16.339 90 |
| Reste avoir | 209.061 35 |

### Combinaison MA⁴.

| | | |
|---|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | | 19.100 62 |

*Recettes de l'année* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisations | 9.793 75 | |
| Intérêts | 1.051 46 | 11.636 89 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 791 68 | |
| | | 30.737 51 |

*Dépenses.*

| | |
|---|---|
| Indemnités-maladie | 6.280 » |
| Reste avoir | 24.457 51 |

### Combinaison MA⁵.

| | |
|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | 108.581 65 |

*Recettes de* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisations | 81.499 » | |
| Intérêts | 5.976 72 | 92.020 70 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 4.544 98 | |
| | | 200.602 35 |

*Dépenses.*

| | |
|---|---|
| Indemnités-maladie | 45.732 05 |
| Reste avoir | 154.870 30 |

RÉCAPITULATION.

| | | |
|---|---|---|
| Avoir des combinaisons | B | 222.508 43 |
| — | MA | 893.086 18 |
| — | MA² | 602.632 35 |
| — | MA³ | 209.061 35 |
| — | MA⁴ | 24.457 51 |
| — | MA⁵ | 154.870 30 |
| | Total | 2.106.616 12 |

représentés par :

| | |
|---|---|
| Portefeuille (au prix d'achat) | 2.084.399 44 |
| Espèces en banque | 21.819 95 |
| Espèces en caisse | 396 73 |
| Total égal | 2.106.616 12 |

## SECTION II

## Pensions de retraite

La deuxième section comprend deux combinaisons : P qui donne la pension à 60 ans et R qui la donne à 65 ans.

Au 31 décembre 1931, la situation est la suivante :
295 membres inscrits à la Combinaison P ;
297 membres inscrits à la Combinaison R.

COMBINAISON P.

| | |
|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | 1.493.742 38 |

*Recettes de* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisations | 129.852 90 | |
| Intérêts | 87.218 22 | 262.795 57 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 45.724 45 | |
| | | 1.756.537 95 |

*Dépenses*

| | | |
|---|---|---|
| Pensions | 9.671 » | 18.232 » |
| Remboursements de cotisations contre-assurées | 8.561 » | |
| Reste avoir | | 1.738.305 95 |

COMBINAISON R.

| | |
|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | 1.544.675 08 |

*Recettes de* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisations | 82.901 30 | |
| Intérêts | 88.825 22 | 218.976 04 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 47.249 52 | |
| | | 1.763.651 12 |

*Dépenses.*

| | | |
|---|---|---|
| Pensions | 20.800 » | 25.828 60 |
| Remboursements de cotisations contre-assurées | 5.028 60 | |
| Reste avoir | | 1.737.822 52 |

Récapitulation

| | | |
|---|---|---|
| Avoir de la Combinaison P | 1.738.305 95 | |
| — R | 1.737.822 52 | |
| Total | 3.476.128 47 | |

représentés par :

| | |
|---|---|
| Portefeuille (au prix d'achat) | 3.375.750 22 |
| Espèces en banque | 62.321 64 |
| Espèces en caisse | 38.056 61 |
| Total égal | 3.476.128 47 |

## SECTION III

### Pensions aux veuves

La troisième section ne comporte que la Combinaison V qui compte 63 membres.

Combinaison V

| | | |
|---|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | | 350.145 08 |

*Recettes de* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisations | 24.011 70 | |
| Intérêts | 20.783 30 | 56.866 81 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 12.071 81 | |
| | | 407.011 89 |

*Dépenses.*

| | |
|---|---|
| Pensions | 3.356 65 |
| Reste avoir | 403.655 24 |

représentés par :

| | |
|---|---|
| Portefeuille (valeur au prix d'achat) | 396.324 74 |
| Espèces en banque | 5.163 61 |
| Espèces en caisse | 2.166 89 |
| Total égal | 403.655 24 |

## CAISSE AUXILIAIRE

| | | |
|---|---|---|
| Avoir au 31 décembre 1930 | | 38.258 43 |

*Recettes de* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Intérêts | 1.153.80 | |
| Dons | 545 » | |
| Amendes | 180 » | 2.298 17 |
| Boni sur remboursements de valeurs | 219 37 | |
| Versements des combinaisons | 200 » | |
| | | 40.556 60 |

*Dépenses.*

| | | |
|---|---|---|
| Allocations | 440 » | 740 » |
| Secours | 300 » | |
| Reste avoir | | 39.816 60 |

représentés par :

| | |
|---|---|
| Portefeuille (valeur au prix d'achat) | 32.271 20 |
| Espèces en banque | 6.411 02 |
| Espèces en caisse | 1.134 38 |
| Total égal | 39.816 60 |

COMPTE DE GESTION

| | |
|---|---|
| Avoir au 31 décembre | 45.602 57 |

*Recettes de* 1931.

| | | |
|---|---|---|
| Cotisations | 49.860 65 | 58.842 95 |
| Intérêts | 794 » | |
| Droits d'entrée | 3.105 » | |
| Recouvrements, rappels et timbres | 5.083 30 | |
| | | 104.445 52 |

*Dépenses.*

| | | |
|---|---|---|
| Frais de poste | 1.211 90 | 50.759 72 |
| Frais d'envoi d'argent | 754 10 | |
| Timbres quittances | 932 25 | |
| Recouvrements et rappels | 1.498 90 | |
| Matériel | 828 65 | |
| Impressions | 572 25 | |
| Frais de banque | 6.081 67 | |
| Frais d'examens médicaux | 2.880 » | |
| Frais de bureaux | 16.000 » | |
| Secrétaire général | 6.000 » | |
| Trésorier | 6.000 » | |
| Frais d'inventaire | 6.000 » | |
| Frais de propagande | 2.000 » | |
| Reste avoir | | 53.685 80 |

représentés par :

| | |
|---|---|
| Portefeuille valeur au prix d'achat | 22.689 90 |
| Espèces en banque | 29.807 48 |
| Espèces en caisse | 1.188 42 |
| Total égal | 53.685 80 |

## AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

| Comptes | Portefeuille | Banque | Caisse | Totaux |
|---|---|---|---|---|
| Première section | 2.084.399 44 | 21.819 95 | 396 73 | 2.106.616 12 |
| Deuxième section | 3.375.750 22 | 62.321 64 | 38.056 61 | 3.476.128 47 |
| Troisième section | 396.324 74 | 5.163 61 | 2.166 89 | 403.655 24 |
| Caisse auxiliaire | 32.271 20 | 6.411 02 | 1.134 38 | 39.816 60 |
| Compte de gestion | 22.689 90 | 29.807 48 | 1.188 42 | 53.685 80 |
| | 5.911.435 50 | 125.523 70 | 42.943 03 | 6.079.902 23 |

Les comptes dans les banques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes :
A la *Société Générale* pour la première section, la Caisse auxiliaire et la gestion ;
Au *Crédit Lyonnais* pour la deuxième section ;
Au *Comptoir National d'Escompte* pour la troisième section.

Messieurs

Je crois, après cet exposé, qu'il m'est permis de dire que la situation de notre société est excellente.

*Le Trésorier*
A. GASSOT

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Nous promettons en vers et nous tenons en prose....*
(Jacques DEVAL.)

DCCLXXII. — Edouard ESTAUNIÉ, de l'Académie française. — **Madame Clapain.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Perrin*, Paris, 1932.

Monsieur Estaunié serait, dit-on, parmi les écrivains susceptibles de recevoir le prochain Prix Nobel. Par la puissance tragique de la nouvelle œuvre qu'il vient de publier, ses chances ne peuvent que s'affirmer. Son roman consacré à la criminelle persévérance d'une mère, qui veut assurer à son enfant naturel un bien-être qu'elle n'a pas connu, puis se terre à Langres chez deux vieilles filles (qui reconstituent après son suicide toute la ténébreuse existence de leur pensionnaire et sauvent héroïquement sa mémoire et le bonheur de l'enfant de la morte, un instant menacé), est d'une émouvante âpreté. On ne peut guère imaginer plus ternes existences que celles des personnages à l'orée du livre et, de page en page, leurs actes grandissent, les enveloppent, les emportent, les encerclent : ils gravitent autour de Madame Clapain morte, avec une rigueur de satellites rivés à leur orbe. Ceci va encore étonner Jacques Chardonne, qui conçoit difficilement que la province soit toujours représentée «*endormie ou tragique.* » Elle est ici tragique *et* endormie, et c'est bien ainsi qu'elle est en réalité, souvent, disons presque toujours, pour consoler d'un correctif la désillusion de Chardonne qui trouve à Barbezieux (1) des rumeurs de paradis ! Madame Clapain et ses complices, volontaires (comme le médecin) ou involontaires (comme la vieille fille chez qui elle meurt), n'ont aucun de ces édéniques douceurs : on sourit peu. Tout se passe comme si cette œuvre remarquable venait démontrer cette loi biologique générale, qui veut qu'à un minimum imposé d'activité extérieure (intellectuelle, affective, sociale, sentimentale, physique même) corresponde obligatoirement une vie souterraine, déviée et hypertrophiée. La province (pour des raisons qu'il serait oiseux de développer ici) réalise électivement ces conditions de resserrement, d'étranglement de l'activité *apparente* et favorise ces redoutables déviations psychiques mystérieusement orientées vers d'inhumaines tendances. Elle demeure lointaine, comme étrangère à ces criminelles tractations l'enfant, que nous ne voyons pas et qui est le motif de la persévérante indignité, de la patiente et farouche existence de cette femme dont la maternité est déchaînée : comme un instinct inaccessible à tout remords et à toute injonction d'humaine conscience. La grandeur du livre de M. Estaunié est bien plus saisissante parce qu'elle dresse, jusqu'aux cîmes de la souffrance, des humbles. J'ai été frappé du peu de place que tiennent dans ce livre les décors : la petite ville et le château inachevé, qui donnent cependant au roman sa véritable atmosphère. Faut-il ici encore penser que les personnages sont peu impressionnés par leur cadre ? et ne lui accordent que, très exceptionnellement, (quand la mort qu'ils redoutent tous, terriblement, s'en mêle : cahots du corbillard de Madame Clapain devant l'étude du notaire au long des ruelles silencieuses) une passagère attention ? Ceci est encore très « provincialement » juste. Et la tristesse si poignante de cette impitoyable analyse ne vous éloignera pas, je l'espère, d'y chercher le témoignage d'une magnifique aberration de l'amour maternel.

(1) Dans la *Nouvelle Revue Française* de septembre en transcrivant de touchants souvenirs d'enfance d'une fraîche sincérité.

DCCLXXIII. — Valéry LARBAUD. — **Technique.** Un vol. 12 × 19 de la Collection « Les Essais » tiré à 2236 ex. numérotés. *Editions de la N. R. F.*, Paris 1932.

Je garde à Valéry Larbaud une reconnaissance inaliénable, car son « *Barnabooth* » me tint compagnie pendant la guerre dans un secteur atroce. Ce sont là choses qu'on n'oublie pas. Je

viens de lire sa « Technique » dans des conditions de sécurité tout autres, non loin de cette gare de Cahors, que Barnabooth (Pourquoi, Seigneur ? ?) gratifia d'une ode lyrique, et reposant mon regard sur le visage rubicond d'un compagnon de voyage aussi exactement rasé que... Barnabooth. La vie est faite de ces coïncidences. C'est sans doute la technique du hasard qui échafaude ces mirifiques combinaisons. Celle de Monsieur Larbaud s'en tient à la « *chose littéraire* ». Admirable érudit, analyste que n'arrête aucune franchise, critique d'une lucidité et d'une ingéniosité subtile et redoutable, il promène sur son sujet d'étonnantes clartés. Son style est rehaussé de brusques trouvailles vocabulaires qui le parent d'une souveraine élégance. Et brusquement, sans qu'on se soit aperçu exactement à quel moment cela a bien pu commencer, cette douce sensation qu'il se moque de quelqu'un, de ses sujets ou de vous, lecteur attentif ! Je vous recommande particulièrement son commentaire d'un passage de Renan et (si vous avez commerce avec les imprimeurs) sa « *Lettre* » à eux adressée. « *Déjà* », dit-il, « *par un effet de catharsis, je me sentais un peu soulagé* ». Puis il leur assène une douzaine de pages où, sans conteste, il leur prouve combien il les aime. Sa justification, ultième, d'un index à la fin d'un livre est comme une dernière flèche, au ralenti sur la vanité de l'homme et de l'homme de lettres en particulier.

DCCLXXIV. — Jean GIRAUDOUX. — **Textes choisis**, réunis et présentés par René Lalou. Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1932, 15 fr.

Le classement des textes adopté par Monsieur Lalou a mécontenté quelques critiques quinteux (incapables de pareille adresse s'ils se fussent trouvés au pied du mur !). Je le trouve ingénieux et logique, donnant des facettes innombrables du talent de Giraudoux une agréable vue d'ensemble ; de cette légère et grave humanité de ses livres, une vision et un groupement harmonieux ; de tout ce microcosme, un aperçu qui donne au lecteur le désir d'aller plus loin, dans l'œuvre dont on lui montre rapidement la chatoyante séduction et la souriante philosophie.

DCCLXXV. — Dominique DUNOIS. — **Suspicion.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 fr.

Mésentente d'un jeune ménage créée par l'ombrageux caractère du mari et que sauvera de justesse, au bord de la désunion du couple, un élan réciproque où chacun secrètement prend conscience de ses torts. Exposées avec beaucoup de talent et de vérité psychologique, ce sont les réactions et les vicissitudes bourgeoises d'un couple « *moyen* » qui est ballotté par cette méfiance native du terrien devenu citadin, et fâcheusement verni par une trop hâtive accession et une trop haute opinion de soi-même. La jalousie conjugale n'étant qu'un épisode de cette méfiance continue.

DCCLXXVI. — Cyprien NORWID. — **Le Stigmate.** Légendes et Nouvelles, Traduit du polonais par Paul Cazin. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932, 15 fr.

Mort à Paris, à l'hôpital, en 1883, Norwid se battit toute sa vie avec la misère. Ses écrits, grâce à l'effort de Przesmycki, commencent à connaître en Europe la notoriété. Ils ont ce halo des littératures de l'est, ce mysticisme spirituel qui console les écrivains faméliques et trompe leur faim ; et dans les poèmes cette ardeur grave que confère la souffrance tempérée d'une courageuse résignation. Il vit Chopin à Paris et glisse dans ses souvenirs quelques portraits de l'école romantique. Bien près des « poètes maudits » il a parfois leurs symboliques obscurités ou leur hermétisme.

DCCXXVII. — Irmine ROMANETTE. — **Sonson de la Martinique.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Malfère*, Paris, 1932, 12 fr.

Naïvement écrit, comme il sied à cette simple histoire d'une Martinique zézayant et doucement sentimentale, ce roman rapporte les touchants élans et les désillusions subséquentes de Sonson, fils crédule de l'île.

DCCXVIII. — Paul REBOUX. — **Une Merveilleuse,** Madame Tallien. *Editions Flammarion*, 3 fr. 75.

Monsieur Reboux a une façon personnelle d'accommoder l'histoire de France. A défaut d'exactitude (qui risquerait d'être ennuyeuse) il lui infuse un mouvement que cette période du Directoire (où opère en pleine forme, Madame Tallien), transforme en orgiaque farandole. Madame Tallien fut une illustre gourgandine : Monsieur Reboux tient avec beaucoup de fermeté le flambeau de l'histoire.

**Varia*****

*La Guiterne* de juillet (19, rue Viète, Paris) contient une étude vigoureuse du fameux livre de Lawrence ; une présentation d'Ernest Raynaud ; de bons poèmes ; d'intéressantes notations de littérature française et étrangère ; une claire revue de livres ; tous textes, animés par une saine écriture qui ne craint pas d'adopter quand il le faut le ton sifflant du pamphlet.

* Dans le *Crapouillot* de septembre que vous signalait ma dernière chronique, j'avais négligé la page terminale contenant des définitions gastronomiques : « *Tamiser* », passer au tamis : vous n'y voyez certainement aucune objection ! Mais j'en appelle aux gour-

mands qui me lisent : « *mitonner* » traduit par « faire imbiber du pain dans du bouillon très chaud » me semble impropre et plus évoquer un brouet persévérant qu'un plat onctueux réellement « mitonné ».

* Le *Mercure de France* du 1 septembre contient une étude dérivante de John Charpentier sur le « *Précieux* »; de transcendantales considérations de Saint-Pol-Roux sur « la Repoétique » ; sur Heine et son amour relatif de l'Allemagne de curieuses révélations ; et l'intéressant essai du Professeur Mauriac sur le « *Mal d'amour* » d'Hippocrate à Marcel Proust. Monsieur Mauriac qui attaqua avec une certaine vivacité, naguère, les disciples déconfits d'Hahneman, rapporte (page 322) une expérience physiologique qui laisse loin derrière elle leurs étonnants succès thérapeutiques ! Cette immunisation en musique, de lapins, me plonge (comme était plongé Monsieur Mauriac face à l'homéopathie) dans un respectueux étonnement !

13 septembre 1932

L'HOMME AUX BÉSICLES

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Faculté de médecine** (Professeurs honoraires : MM. BAR, CHAUFFARD, DELBET, H. HARTMANN, HAYEM, HUTINEL, JEANSELME, DE LAPERSONNE, MARFAN, P. MARIE, MÉNÉTRIER, NICOLAS, PINARD, POUCHET, QUÉNU, RIBEMONT-DESSAIGNES, CH. RICHET, H. ROGER, SÉBILEAU et VAQUEZ. Année scolaire 1932-1933.) — *Cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.* — ENSEIGNEMENT CLINIQUE.

Cliniques médicales générales : M. ACHARD, professeur, hôpital Cochin ; M. BEZANÇON, professeur, hôpital Saint-Antoine ; M. CARNOT, professeur, Hôtel-Dieu. — Cliniques chirurgicales générales : M. LENORMANT, professeur, hôpital Cochin ; M. GOSSET, professeur, hôpital de la Salpêtrière ; M. N..., professeur, hôpital Saint-Antoine. — Cliniques obstétricales : M. BRINDEAU, professeur, clinique Tarnier ; M. COUVELAIRE, professeur, clinique Beaudelocque. — Clinique obstétricale (Réservée aux élèves sages-femmes : JEANNIN, professeur, maternité de l'hôpital de la Pitié. — Clinique thérapeutique (Fondation de M. le duc de Loubat) : M. RATHERY, professeur, hôpital de la Pitié. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. CLAUDE, professeur, asile Sainte-Anne. — Clinique des maladies des enfants : M. NOBÉCOURT, professeur, hôpital des Enfants-Malades. — Hygiène et clinique de la première enfance : M. LEREBOULLET, professeur, hospice des Enfants-Assistés. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. GOUGEROT, professeur, hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies du système nerveux : M. GUILLAIN, professeur, hôpital de la Salpêtrière. — Clinique ophtalmologique : M. TERRIEN, professeur, Hôtel-Dieu. — Clinique urologique : M. LEGUEU, professeur, hôpital Necker. — Clinique des maladies infectieuses : M. LEMIERRE, professeur, hôpital Claude-Bernard. — Clinique gynécologique (Fondation de la Ville de Paris) : M. J.-L. FAURE, professeur, hôpital Broca. — Clinique chirurgicale infantile (Fondation de la Ville de Paris) : M. OMBRÉDANNE, professeur, hôpital des Enfants-Malades. — Clinique oto-rhino-laryngologique : M. LEMAITRE, professeur, hôpital Lariboisière. — Clinique thérapeutique chirurgicale : M. P. DUVAL, professeur, hôpital de Vaugirard. — Clinique propédeutique (Fondation de la Ville de Paris) : M. SERGENT, professeur, hôpital de la Charité. — Clinique de la tuberculose (Fondation du Département de la Seine) : M. Léon BERNARD, professeur, hôpital Laënnec. — Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte : M. MATHIEU, professeur, hôpital Cochin. — Radiologie clinique : M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, hôpital de la Salpêtrière. — Puériculture : M. WEILL-HALLÉ, chargé de cours, hôpital des Enfants-Malades.

Des affiches spéciales indiqueront pour chacun des enseignements cliniques les jours et heures des leçons.

COURS ET CONFÉRENCES THÉORIQUES. — *Semestre d'hiver.* — Anatomie (1re année) : M. ROUVIÈRE, professeur. — Anatomie pathologique (3e année) : M. ROUSSY, professeur. — Bactériologie (2e année) : M. N.., professeur. — Chimie (2e année) : M. DESGREZ, professeur. — Embryologie (1re année) : M. GIROUD, agrégé. — Médecine légale (5e année) : M. BALTHAZARD, professeur, et M. PIÉDELIÈVRE, agrégé. — Obstétrique (3e année) : M. VIGNES, agrégé. — Parasitologie (3e année) : M. BRUMPT, professeur. — Histoire de la Médecine : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur. — Enseignement théorique aux élèves sages-femmes : M. Ecalle, agrégé. — Physique, (2e année) : M. STROHL, professeur. — Histologie, (1re année) : M. CHAMPY, professeur. — Pathologie expérimentale et comparée, (3e année) : M. FIESSINGER, professeur. — Pathologie médicale, (3e et 4e années) : MM. CLERC, professeur, Guy LAROCHE, CHABROL et MOREAU, agrégés. — Pathologie chirurgicale, (3e et 4e années)) : MM. MARION, professeur et BROCQ, agrégé. — Pharmacologie et matière médicale, (4e année) : M. TIFFENEAU, professeur. — Physiologie, (2e année) : M. BINET, professeur. — Thérapeutique, (5e année) : MM. LOEPER, professeur et HARVIER, agrégé. — Hydrologie thérapeutique et climatologie, (5e année) : Maurice VILLARET, professeur. — Stomatologie, (5e année) : M. FREY, chargé de cours. — Chirurgie orthopédique chez l'adulte : M. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.

*Semestre d'été.* — Anatomie (1re année) : M. HOVELACQUE, professeur sans chaire et OLIVIER, agrégé. — Anatomie topographique et Médecine opératoire (4e année) : M. GRÉGOIRE, professeur. — Chimie (2e année) : M. SANNIÉ, agrégé. — Histoire de la Médecine : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur. — Histologie (1re année) : M. VERNE, professeur sans chaire. — Hygiène et Médecine préventive (5e année) : M. TANON, professeur. — Médecine légale (5e année) : M. PIÉDELIÈVRE, agrégé. — Obstétrique (3e année) : M. VAUDESCAL, agrégé. — Pathologie chirurgicale (3e et 4e années) : MM. QUÉNU et LEVEUF, agrégés. — Parasitologie (3e année) : M. GALLIARD, agrégé (ffon). — Enseignement théorique aux élèves sages-femmes : M. ECALLE, agrégé. — Anatomie pathologique (3e année) : M. OBERLING, agrégé. — Pathologie expérimentale et comparée (3e année) : M. TROISIER, agrégé. — Pathologie générale (4e année) : M. BAUDOUIN, professeur. — Pathologie médicale (3e et 4e années) : MM. CLERC, professeur, Guy LAROCHE, CHABROL et MOREAU, agrégés. — Pharmacologie et matière médicale (4e année) : MM. BUSQUET et HAZARD, agrégés. — Physiologie (2e année) : M. RICHET, agrégé. — Physique (2e année) : M. DOGNON, agrégé. — Education physique : M. CHAILLEY-BERT, agrégé. — Chirurgie orthopédique chez l'adulte : M. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.

Pour les jours et heures des cours et conférences, consulter les affiches spéciales et les horaires.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES. — *Semestre d'hiver*. — 1re année : Dissection, histologie. — 2e année : Physique médicale, chimie médicale, physiologie, bactériologie. — 3e année : Anatomie pathologique, pathologie expérimentale, parasitologie. — 4e année : Pharmacologie, anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire. — 5e année : Médecine légale.

*Semestre d'été*. — 1re année : Dissection, histologie. — 2e année : Chimie médicale, physiologie. — 3e année : Manœuvres obstétricales. — 4e année : Pharmacologie, anatomie, médico-chirurgicale et technique opératoire. — 5e année : Hygiène.

Les travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique, aux jours et heures indiqués aux horaires qui sont remis aux étudiants immatriculés.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours (sauf le dimanche), de 13 h. 30 à 19 h. 15 et de 20 heures à 22 h. 15.

— **Chaire de physique médicale** (M. André STROHL, professeur) et **Institut du radium** (Mme P. CURIE et Docteur Cl. REGAUD, directeurs). — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des Professeurs REGAUD et STROHL et de MM. ZIMMERN, agrégé à la Faculté de médecine, LEDOUX-LEBARD, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. BELOT, électroradiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend : 1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales ; 2° un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. CERTIFICAT D'ÉTUDES PRÉPARATOIRES DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES. — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. Il est divisé en trois parties :

*Première partie* (Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic). — Décharges dans les gaz. Ionisation. Propriétés fondamentales des rayons X. Rayonnement secondaire. Tubes à rayons X. Mesures. Appareillages. — Radioactivité et corps radioactifs. — Radiodiagnostic.

*Deuxième partie* (Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie). — Effets biologiques des rayons X et des corps radioactifs. — Technologie des rayons X et des corps radioactifs appliquée à la thérapeutique. — Radiothérapie des affections cancéreuses. Radiothérapie des affections non cancéreuses. — Accidents de la radiothérapie en général.

*Troisième partie* (Electrologie. Photothérapie). — Notions physiques sur les courants employés en électrologie. — Electrophysiologie. Electrodiagnostic clinique. — Electrothérapie. — Accidents de l'électricité. — Photobiologie. Photothérapie. Ultra-violet, etc.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 3 novembre 1932, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine. Il aura lieu tous les jours, à la même heure. Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 francs ; un droit d'examen, 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis. Le nombre des places est limité.

II. DIPLÔME DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. (Durée : deux ans.) — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement.

A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comprenant : 1° une interrogation portant sur la radiologie et l'électrologie médicales ; 2° la présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) ; 3° une épreuve pratique ; 4° une épreuve clinique.

Les candidats ayant satisfait à cet examen recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, avant le 15 octobre de chaque année.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 60 francs, 120 francs ; deux droits annuels de bibliothèque à 40 francs, 80 francs ; un droit d'examen, 250 francs.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Tenon.** (4, rue de la Chine, métro Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.* — Ce cours, qui aura lieu du 14 au 24 novembre 1932, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, médecin des hôpitaux ; Welti, chirurgien des hôpitaux ; A. Blondel, ancien interne, lauréat des hôpitaux, premier assistant du service ; Gilbert-Dreyfus, Even, F.-P. Merklen, Odinet, J. Pautrat, P. Puech, Racine, anciens internes du service ; Golblin, assistant d'électrocardiographie ; Marchal, assistant de radiologie du service ; Bréant, chef du laboratoire du service ; Deparis, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (pression artérielle, pression veineuse, électrocardiographie, métabolisme basal, débit cardiaque, etc.) ou exercices cliniques (présentation de malades).

Programme. — Lundi 14 novembre, 10 heures, M. Lian : Remarques générales sur l'examen clinique du cœur. — 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Blondel : Endocardites malignes. — 16 heures, M. Odinet : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire. — 17 h. 1/2, M. Haguenau : Endocardite aiguë rhumatismale.

Mardi 15 novembre, 10 heures, M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Insuffisance mitrale. — 16 heures, M. Pautrat : Démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique. — 17 h. 1/2, M. Blondel : Rétrécissement mitral.

Mercredi 16 novembre, 10 heures, M. Lian : Insuffisance aortique rhumatismale. — 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Blondel : Rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique. — 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. Marchal : La radiologie dans le diagnostic des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Jeudi 17 novembre, 10 heures, M. Blondel : Péricardites aiguës et subaiguës. — 11 heures, MM. Lian et Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Affections valvulaires du cœur droit. — 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie.— 17 h. 1/2, M. Haguenau : Insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 18 novembre, 10 heures, M. Lian : Conférence consultation. — 15 heures, M. Blondel : Péricardite chronique et symphyse péricardique. — 16 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 17 h. 1/2, M. Welti : Traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 19 novembre, 10 heures, M. Lian : Les données de la phonocardiographie. — 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. Merklen : Cardiopathies traumatiques. — 16 heures, M. Puech : Démonstration pratique de l'examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 1/2, M. Blondel : Syndromes myocardiques aigus.

Lundi 21 novembre, 10 heures, M. Blondel : Hypodynamie du myocarde. — 11 heures, M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes. — 15 heures, M. Blondel : Infarctus du myocarde. — 16 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : Les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Mardi 22 novembre, 10 heures, M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures, M. Racine : Anévrysmes de l'aorte. — 16 heures, M. Bréant : Technique de la détermination du métabolisme basal et de la mesure du débit cardiaque. — 17 h. 1/2, M. Blondel : Syphilis du myocarde.

Mercredi 23 novembre, 10 heures, M. Lian : Aortites de la crosse. — 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Blondel : Artérites pulmonaires. — 16 heures, M. Even : Pratique et valeur séméiologique de la mesure de la pression veineuse. — 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : Aortites thoraciques et abdominales.

Jeudi 24 novembre, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. Odinet : Cardiopathies congénitales. — 16 heures, M. Odinet : Exercices cliniques. — 17 h. 1/2, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vaculaires. Tout le progrmme est réparti en quatre cours : 1° artyhmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de juin 1933 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque, et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydro-minérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droits d'inscription : 250 francs.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

— **Concours de l'externat** (places vacantes le 1er mai 1933). — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 7 décembre 1932, à 9 h. 1/2 au Parc des Expositions (Porte de Versailles, Paris-15e).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze à dix-sept heures, depuis le mercredi 26 octobre jusqu'au mercredi 23 novembre 1932 inclusivement.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer le décès du Dr MOUSSAUD, de Cuise-la-Motte (Oise); de M. ALBERT ARNAUDET, interne des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement à l'Institut de biologie de Tamaris (Var) ; du Dr BAZENERGE, de Paris ; de M. LÉON COMAR, ancien président de section au tribunal de commerce de la Seine, Directeur des laboratoires Comar-Clin. Nous exprimons à sa famille nos plus vives condoléances.

— Nous apprenons la mort de M. ARTHUR LAVALÉE, ancien juge au tribunal de commerce de Cambrai, maire de Saint-Leu-d'Esserent (Oise), décédé le 9 septembre 1932, dans sa 72e année. Il était le père de notre collaborateur et ami le Dr Georges Lavalée, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— **Les causes pathologiques des accidents d'automobile.** — Le ministre de la Santé publique vient de constituer une commission d'étude des causes pathologiques des accidents d'automobile.

L'arrêté est motivé comme suit :

« Les accidents d'automobile, qui constituent, par les morts et les invalidités graves qu'ils entraînent, un péril croissant pour la population, ont, pour le plus grand nombre, des causes pathologiques qu'il importe de dégager.

« Les lourdes digestions et les libations des sorties dominicales ont leur part de responsabilité. Mais il faut tenir compte des états mentaux légers si nombreux, qu'aggrave la vitesse, qu'exalte le dépassement des autres véhicules, etc. D'autre part, la fatigue de longues heures passées au volant amoindrit et annihile l'attention et les réflexes.

« C'est pour étudier les problèmes physiologiques et médicaux que posent les trop nombreux accidents d'automobile et en dégager les enseignements qu'est instituée une commission spéciale. »

La commission est ainsi composée :

Vice-président : M. Serge Gas, conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance.

Membres : MM. le baron Petiet, président de la Chambre syndicale des constructeurs d'automobiles ; le vicomte de Rohan, président de l'Automobile-Club de France ; Edmond Chaix, président du Touring-Club de France ; Max Hermant, président du comité général des assurances ; le docteur Raynier, inspecteur général adjoint des services administratifs, conseiller technique du ministère de la Santé publique ; le docteur Toulouse, médecin-directeur du service libre de prophylaxie mentale à l'hôpital Henri-Rousselle ; le docteur Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique ; le professeur Tanon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France ; le docteur Godlewski, auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France.

— **La circulation automobile en France.** — Le nombre des automobiles de tourisme et poids lourds circulant en France est en constante progression : de 235.943 en 1920, il est passé à 1.520.501 en 1930 et 1.689.405 en 1931. En y ajoutant les cyclecars, sidecars et canots automobiles, on comptait en circulation, l'an dernier : 2.203.136 engins à moteurs. Leur rendement fiscal a atteint 992.145.904 francs.

La France est passée en 1931 du troisième rang au deuxième rang pour l'importance de la circulation automobile, prenant ainsi la place de la Grande-Bretagne.

D'après les chiffres du dernier recensement qui fixent à 41.839.923 le nombre d'habitants sur le territoire français, la densité de la circulation est d'une voiture de tourisme par 33 habitants et d'un camion par 15 habitants. On compte à Paris, une voiture par 18 habitants.

Comme nombre des véhicules automobiles en circulation, les Etats-Unis viennent en tête avec 26.132.000. La France occupe le second rang avec 1.689.000. Viennent ensuite la Grande-Bretagne, avec 1.557.120 ; le Canada, avec 1.188.237 ; l'Allemagne, avec 688.136 ; l'Australie, avec 525.546 ; l'Argentine, avec 345.856, et l'Italie, avec 285.042. (*L'U. N. A. T.*, août 1932.)

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

accidents du travail. Or, ce dernier ne parle pas de délivrance artificielle !

Quel chiffre faut-il compter ? Dr P.

**Réponse**

A défaut de rubrique correspondante, on pourrait demander par « analogie » (?) « Evacuation de gros hématome : 100 francs (art. 17).

Dr F. Decourt.

## Fiscalité

### 4334. — Calcul d'impôt sur le revenu

Je fais partie du « Sou Médical ». C'est à ce titre que je m'adresse à votre obligeance afin d'obtenir des renseignements substantiels sur la façon dont est décomptée ma feuille d'impôt. Je suis sidéré de constater que je dois payer à l'Etat 1/7e de mon bénéfice.

J'ai refait des calculs et il ne me paraît pas possible de tomber d'accord avec le contrôleur. Avant d'adresser une réclamation à ce dernier, je vous serais infiniment reconnaissant de me donner votre avis éclairé.

Je m'excuse de vous imposer une révision aussi fastidieuse et vous prie d'agréer avec mes remerciements, mes sentiments de reconnaissance.

Dr N.

**Réponse**

Il faut additionner le montant de votre pension et le montant de vos bénéfices soit : 32.010 + 56.140 = 88.150 francs. Vous avez droit à 4.000 francs de dégrèvements (3.000 francs étant marié, 1.000 francs étant pensionné), soit 88.150 — 4.000 francs = 84.150 francs.

Pour l'impôt sur les traitements et salaires, la portion jusqu'à 10.000 francs est exclue, celle de 10 à 20.000 compte pour moitié, celle de 20 à 40.000 pour trois quarts, au-dessus pour l'intégralité, soit le tableau suivant :

| | |
|---|---|
| 10.000........ | 0 |
| 10.000........ | 5.000 |
| 20.000........ | 15.000 |
| au-dessus........ | 44.150 |
| revenu net imposable...... | 64.150 |

Le montant de vos impôts est donné par les opérations suivantes :

$$\frac{64.150 \times 32.010}{88.150} = 23.294$$

au taux de 10 % = 2.329 francs.

$$\frac{64.150 \times 56.140}{88.150} = 40.831$$

au taux de 12 % = 4.899 fr. 70.

*Impôt général sur le revenu.*

84.800
5.000 charges de famille
79.800

$$\frac{79.800 \times 28}{300} = 3.733,33$$

= 3.714,67 francs.

Votre avertissement est donc exact et se rapporte point par point à votre déclaration.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 4956. — Pas de changement cette année aux impôts sur les revenus

Y a-t-il cette année quelque chose de changé dans l'établissement des *impôts sur les revenus* ?

Je m'explique : les années précédentes j'étais imposé aux deux rubriques : *a*) impôt sur les traitements, salaires, pensions, etc. ;

*b*) Impôt général sur le revenu.

Je viens, ces jours-ci, de recevoir ma feuille d'impositions et j'y constate qu'aux deux impositions précédentes on a ajouté : *c*) celle d'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

La « sauce » est, du coup, un peu forte. Est-elle légale ? C'est ce que je vous prie de vouloir bien me faire savoir.

Dr B.

**Réponse**

En fait, il n'y a rien de changé aux différents modes de taxation aux impôts cédulaires et à l'impôt général sur le revenu. Pour pouvoir vous dire si la discrimination nouvelle qui a été faite est ou non fondée, il est nécessaire que vous nous adressiez en communication un double de votre déclaration et l'avertissement que vous avez reçu et une note indiquant la nature de vos recettes.

A. M.

### 5022. — Patente d'un médecin âgé d'une activité très réduite

Un médecin âgé et fatigué n'ayant plus de domicile et vivant à l'hôtel, peut-il une ou deux fois par semaine recevoir à l'hôtel quelques anciens clients pour leur donner ses conseils et cela sans payer de patente et sans ennuis.

Au cas qui me semble improbable où il serait obligé de payer patente, sur quelle base serait-elle calculée.

Dr C.

**Réponse**

En principe, vous devez payer patente, mais il est probable qu'en agissant avec discrétion et sans caractère périodique permanent, vous ne serez pas inquiété.

La patente des médecins s'obtient en multipliant par le montant des centimes additionnels le 15e de la valeur des locaux occupés à titre professionnel et d'habitation.

Dans votre cas, il est impossible de prévoir de quelle façon ce calcul serait fait.

A. M.

**4913. — La taxe vicinale n'est plus due après 60 ans**

Est-il exact que la taxe vicinale n'est plus due par le contribuable âgé de plus de 60 ans ?

En l'occurrence que faut-il faire pour en être exempt ?

Dr D.

**Réponse**

Il est exact que vous ne devez plus les prestations à partir de 60 ans.

Votre exemption est de droit. Si, néanmoins, vous étiez encore imposé, vous auriez à faire parvenir votre réclamation au directeur des Contributions directes de votre département.

A. M.

**4900. — Traitements fixes. A quelle cédule doivent ils être imposés ?**

Me référant à divers articles déjà parus dans le *Concours Médical* et en dernier, la chronique fiscale de M. A. Martinot parue dans le *Concours*, nº 35, du 28 août 1932, page 2571, je serais heureux d'avoir votre avis au sujet de mon imposition.

Comme médecin de la Caisse de maladie de la Société houillère de X..., je touche un traitement fixe annuel de 40.000 francs avec en plus une indemnité d'auto de 8.000 francs, le logement, chauffage, éclairage, etc., évalué à 3.600 francs. Ces chiffres sont déclarés annuellement par la Caisse de maladie au contrôleur des Contributions comme traitement. La clientèle privée est pour ainsi dire inexistante (moins de 4.000 francs). Comme autres revenus professionnels, je touche de la Société X., un traitement annuel de 6.000 francs pour les expertises des accidentés, environ 4.000 francs comme médecin contrôleur d'une assurance-accident et 3.000 francs pour la visite annuelle des enfants des écoles. A noter que ma place a tous les caractères d'un salariat (traitement fixe mensuel indépendant du nombre des assurés et de la fréquence des soins). Contrat de trois ans, vacances payées, retenue pour la retraite, etc. Or, jusqu'à présent le contrôleur des Contributions directes a toujours refusé de m'admettre au bénéfice de la cédule des traitements et salaires. Croyez-vous que j'aurais des chances d'obtenir gain de cause auprès du directeur des Contributions.

Sinon, puis-je lors de ma prochaine déclaration indiquer dans la rubrique « traitements et salaires » les 6.000 francs de traitement de la Société houillère, les 4.000 francs de l'assurance privée et les 3.000 francs de la visite scolaire ?

Dr X.

**Réponse**

Vous devez vous considérer comme un salarié quoiqu'il n'y ait pas de jurisprudence formelle du Conseil d'Etat ayant statué sur votre cas.

Nous sommes à votre disposition pour vous rédiger une réclamation. A. M.

## Questions médico-militaires

### 3519. — Pension d'un amputé du bras. Pas de majoration de pension pour les ascendants aveugles

1° A quel taux de pension a droit un mutilé de guerre amputé du bras droit *non appareillable* ?

2° Existe-t-il une majoration de la pension d'ascendant, père âgé de 74 ans, aveugle, si oui, à qui adresser la demande ?

Dr M.

**Réponse**

1° Pour un amputé du bras, non appareillable, (de la Grande guerre), le taux est de 90 + 5, soit 95 %, ce qui correspond à :

| | |
|---|---|
| Une pension (homme de troupe) de | 5.472 fr. |
| Plus l'allocation spéciale de...... | 1.120 fr. |
| Total..................... | 6.592 fr. |

2° Il n'existe pas de majoration de pension pour les ascendants aveugles.

### 3634. — Conditions d'application de la présomption légale d'imputabilité au service militaire

Un jeune homme libéré le 2 avril 1932 avec un congé de convalescence de sept jours, après avoir été hospitalisé pour courbature fébrile suivie de sinusite maxillaire, mal en train depuis lors, d'après ses dires, et actuellement, à la première visite (15 juin) atteint de pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement très abondant, peut-il prétendre à imputer cette affection au service, en la rattachant à la maladie qui avait motivé son hospitalisation ?

Si oui, quels sont ses droits actuels au point de vue traitement et futurs, en cas de séquelles ? Et comment les faire valoir ?

Dr M.

**Réponse**

Il semble difficile de rattacher au service cette affection aiguë car, d'après l'art. 47 de la loi du 31 mars 1928, l'intéressé ne bénéficie plus de la présomption légale d'imputabilité au service.

En tout cas, les soins médicaux ne sont dus que pour une infirmité reconnue par le ministre comme imputable au service, et à la condition d'avoir un taux d'invalidité de 10 % au moins. On peut toutefois tenter la chance par une demande de pension adressée (lettre recommandée) au médecin-chef du Centre de réforme.

Le ministre refusera très vraisemblablement ; peut-être le Tribunal des pensions sera-t-il plus favorable ? Mais il faut compter alors sur un délai de deux à trois ans pour obtenir une solution, et, dans ce dernier cas, les soins médicaux ne seraient dus qu'à partir du jugement.

**4553. — Le tableau de concours pour la Légion d'honneur ne lie pas le Ministre**

Je suis inscrit au Tableau de concours pour la Légion d'honneur au titre des réserves. Je devrais être nommé en janvier Chevalier de la Légion d'honneur. L'inscription au tableau implique-t-elle la certitude absolue d'être nommé ? Pour quelles raisons par exemple pourrait-on ne pas l'être ? (C'est ainsi que j'ai constaté que, dans la première partie du Tableau qui vient de recevoir la décoration, trois confrères bien placés dans le Tableau, n'ont pas été nommés.)

Dr B.

**Réponse**

Pour être décoré de la Légion d'honneur au titre militaire, il faut être inscrit tout d'abord au Tableau de concours établi par le ministre. Mais cela ne suffit pas, au sens strict du mot ; le ministre choisit ensuite sur ce Tableau, *qui ne le lie pas*. En général, le ministre en suit l'ordre. Mais il peut passer outre, pour certaines individualités. Supposez, par exemple, qu'un médecin inscrit soit l'objet, depuis lors, d'une instruction pour crime ou délit : il est évident que le ministre avisé sursoiera à sa nomination.

Ce sont là des exceptions et, d'une manière générale, autant que nous avons pu nous en rendre compte, ceux qui sont au tableau ont 99 chances sur 100 d'être nommés.

**4554. — Légion d'honneur avec traitement**

Le *Concours Médical* dans son numéro du 7 août donne avis d'un certain nombre de nominations dans la Légion d'honneur au titre des réserves par application des lois du 16 août 1930 et 17 juillet 1931.

Pouvez-vous m'indiquer succinctement les dispositions essentielles de ces deux lois.

Dr B.

**Réponse**

La loi de 1930 a voté des crédits pour accorder le traitement afférent aux différents grades de la Légion d'honneur, aux officiers de réserve décorés pour faits de guerre.

La loi de juillet 1931 a créé un contingent important de décorations de la Légion d'honneur, dans tous les grades pour récompenser les officiers de réserve qui n'ont pas encore été décorés pour faits de guerre (blessures, citations). Les officiers décorés au titre de la loi de 1931 peuvent donc bénéficier des dispositions de la loi de 1930.

---

**4576. — Sursis d'un étudiant en médecine**

Un étudiant en médecine qui vient de passer ses examens de 4e année, atteint par la limite d'âge (27 ans), doit être incorporé en octobre. Cependant, on lui offre un sursis de six mois. A-t-il intérêt à l'accepter ? Cette mesure lui permettrait de prendre ses 17, 18 et peut-être 19e inscriptions avant son ser-

vice. Croyez-vous qu'étant militaire, on lui permettrait de prendre sa dernière inscription et de se présenter aux examens de cinquième année ?

De toute façon, il sera incorporé vraisemblablement comme simple soldat, car il est classé dans le service auxiliaire et n'a pu en raison de son état de santé, suivre les cours et les exercices de la P. M. S.

Dr B.

**Réponse**

Cet étudiant en médecine peut avoir intérêt à accepter cette prolongation de sursis de six mois, afin d'avancer la prise de ses inscriptions.

Cependant, une circulaire ministérielle a rappelé, il y a quelque temps encore, qu'il était formellement interdit de prendre des inscriptions et de passer des examens durant le service militaire d'un an.

Bien que du service auxiliaire, cet étudiant suivra des cours afin d'obtenir le grade de médecin auxiliaire et, pour le dernier mois de son service, celui de médecin sous-lieutenant, s'il possède un nombre suffisant d'inscriptions.

### 4572. — Nomination au grade de médecin sous lieutenant

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner la marche à suivre pour être nommé médecin sous-lieutenant après quinze ans de grade de médecin auxiliaire.

Voici ma situation ; reçu médecin auxiliaire en avril 1917 ; démobilisé en 1918 ; reçu interne des hôpitaux de Paris en 1924 ; passé ma thèse de doctorat en 1929 ; nommé chirurgien des hôpitaux en 1929.

J'ai adressé une demande au médecin chef commandant le Corps d'armée à X, et lui ai fourni toutes les pièces demandées.

J'ai reçu un programme pour m'inviter à repasser l'examen de médecin auxiliaire !

J'ai écrit au ministère de la Guerre, ma lettre est restée sans réponse. Je n'ai pas la possibilité d'aller à X. actuellement. A qui dois-je m'adresser ? Que dois-je faire ?

Dr B.

**Réponse**

A notre avis, c'est au Directeur du Service de santé de la Région que vous habitez qu'il faut vous adresser afin d'obtenir votre nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

N'oubliez pas de lui exposer en détail votre situation militaire et surtout de lui dire que *déjà*, vous êtes médecin auxiliaire. Dans ces conditions, vous n'aurez pas à suivre les cours et à repasser l'examen de médecin auxiliaire. N'oubliez pas non plus de mentionner la section d'infirmiers militaires à laquelle vous êtes rattaché en cas de mobilisation, afin que le Directeur s'y adresse pour demander l'état de vos services

militaires. Le ministre n'a rien à voir directement dans cette question, sinon par l'intermédiaire du Directeur.

Pour plus de rapidité dans la réponse, peut-être pourriez-vous un jour rendre vous-même visite à la Direction de R. N'oubliez pas d'ailleurs que les formalités de nomination demandent environ cinq à six mois en raison du dossier à constituer, enquête d'honorabilité, etc.

### 3978. — Maladie contractée au service. Présomption d'origine

Un jeune homme se trouve libéré du service militaire à une date où il était encore en traitement dans un hôpital militaire pour sycosis. Je le vois un mois après sa libération, toujours porteur de ce sycosis. Depuis, il y a déjà huit mois, l'affection persiste, après avoir paru être définitivement éteinte à différentes reprises.

Ce jeune homme est-il en droit d'exiger une aide quelconque de l'autorité militaire en raison de ce sycosis, soit indemnité de soins, soit hospitalisation ?

Dr C.

**Réponse**

Le seul moyen donc puisse disposer ce jeune homme pour obtenir des soins gratuits pour son sycosis, c'est d'obtenir pour cette infirmité, une pension d'invalidité, c'est-à-dire de voir évaluer à 10 % au moins le degré d'invalidité par une Commission de réforme.

Or, il a droit, du fait de son sycosis, à la présomption légale d'origine (sauf dispositions légales contraires à intervenir ces temps-ci). Qu'il adresse donc aussitôt, par lettre recommandée, une demande de visite pour pension d'invalidité au médecin-chef du Centre de réforme le plus proche.

### 3908. — Indemnité de première mise d'équipement

Je suis convoqué pour une période de réserve de vingt et un jours ; or, ma tenue militaire n'est plus utilisable, est-ce que j'ai droit à une indemnité d'habillement ?

Voici qu'elle est ma situation militaire ; aspirant d'artillerie en 1917-1918 ; médecin sous-lieutenant, le 1er février 1924 ; médecin-lieutenant le 18 mars 1927.

Dr N.

**Réponse**

Vous n'avez droit à une indemnité qu'au cas où vous n'auriez jamais touché l'indemnité de première mise d'équipement, à l'occasion de votre promotion, soit au grade d'aspirant, soit à celui de sous-lieutenant ou de lieutenant.

En ce cas, vous auriez à réclamer cette indem-

nité à votre Directeur du Service de santé, en spécifiant que vous n'avez jamais reçu pareille indemnité.

## Honoraires de droit commun

### 5011. — Privilège des frais de dernière maladie

J'ai un client, cultivateur, qui ne m'a pas payé ; pour fixer les idées, je vous joins sa note établie conformément au tarif du Syndicat des médecins de la Vendée *avec les dates des visites*.

Comme ce cultivateur faisait de mauvaises affaires et ne payait personne, tout le matériel ainsi que les animaux ont été vendus. J'ai remis ma note à l'huissier du canton chargé de la vente. Le boulanger en a fait autant ainsi que les autres créanciers.

Comme l'huissier tardait à me régler, je suis allé le trouver pour toucher la totalité de ma créance. Or, il est arrivé que le boulanger a touché 3.000 francs, c'est-à-dire la presque totalité de ce qui lui était dû et en ce qui me concerne, l'huissier prétend que, d'après la loi, je n'ai droit qu'aux honoraires concernant les soins de la dernière maladie.

La note que je vous joins concerne des visites pour son enfant (broncho-pneumonie) et pour sa femme (hémorragies), et l'huissier s'appuyant sur ce prétendu texte de la loi, s'apprête à me verser 270 francs sur 670 francs.

Dois-je accepter ? A-t-il raison de me diminuer ainsi ma créance ? Est-ce légal ? Et quelle procédure adopter contre l'huissier au cas où il agirait selon son bon vouloir.

Je répète que ma note n'est pas discutée sur le prix des visites, mais bien parce qu'elle concerne la maladie de sa femme et de son enfant et que je n'aurais droit qu'aux honoraires de la *dernière maladie*

Je croyais pourtant que la créance du médecin passait avant toutes les autres. J'ai été pris, il y a quelques années, dans une affaire de ce genre, et j'avais été payé intégralement bien que le produit de la vente n'ait pas été suffisant pour solder tous les créanciers. Dr N.

**Réponse**

Il est bien exact que ne sont privilégiés, d'une part, que les honoraires pour soins de la dernière maladie et, d'autre part, que ceux pour soins donnés au débiteur lui-même, à l'exclusion des honoraires pour soins donnés aux membres de sa famille, même les plus proches comme sa femme et ses enfants.

Comme votre note ne concerne que des soins donnés à la femme et à l'enfant du cultivateur dont le matériel et les animaux ont été vendus, vous n'aviez pas droit à être payé à titre privilégié, comme l'a été, par exemple, le boulanger, mais à titre chirographaire, au marc le franc sur la somme à distribuer après qu'ont été payés les créanciers privilégiés.

**4947. — Responsabilité du mari pour soins donnés à la femme avant le divorce**

Une de mes malades, non divorcée, mais séparée de son mari sans qu'il y ait eu cependant une décision de justice quelconque, a besoin d'une intervention chirurgicale. Son mari refuse d'en assurer les frais. Ai-je eu raison de lui assurer que la loi lui en fait une obligation ? Et pourriez-vous me faire savoir quels articles de loi elle peut invoquer ?

Dr C.

**Réponse**

Les soins donnés à l'un des époux sont une dette de la communauté et le payement peut en être exigé du mari chef de la communauté. Il en est ainsi tant que dure la communauté et, par suite, tant que le divorce n'a pas été prononcé.

Le Tribunal civil de la Seine s'est prononcé en ce sens par jugement du 25 juillet 1922 (*Concours Médical*, 1925.806).

Mais la femme est également débitrice personnelle envers le médecin des honoraires pour les soins qui lui ont été donnés et vous pouvez la poursuivre, si elle a des ressources suffisantes pour vous payer.

Dans le cas contraire, l'obligation du mari existerait encore du fait qu'il doit à sa femme dans le besoin, jusqu'au divorce, des aliments, qui comprennent, suivant la jurisprudence, les soins médicaux nécessaires.

**Privilège du médecin en cas de faillite. L'ordre. Soins à la femme du failli**

L'ordre des créanciers privilégiés est fixé par l'article 2101 du Code civil : 1° les frais de justice ; 2° les frais funéraires ; 3° les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison ; 4° les salaires des gens de service, pour l'année échue et ce qui est dû sur l'année courante ; 5° les fournitures de subsistances, faites au débiteur et à sa famille...

La créance du médecin est donc une des premières à régler, venant de suite après les frais de de justice et les frais d'enterrement.

Les frais de dernière maladie s'entendent par honoraires dus pour les soins qui ont été donnés au *de cujus* ou au failli, immédiatement avant la mort, ou la déconfiture, ou faillite. Ainsi le médecin, qui a entrepris la cure d'une maladie, au cours de laquelle il a été remplacé par un autre médecin, ne peut réclamer le bénéfice du privilège de l'article 2101 que s'il est certain et prouvé que la maladie, pour laquelle il a fourni ses soins, est bien celle qui a précédé immédiatement l'événement donnant lieu à la distribution des deniers (Cour de Paris, 2e chambre, 28 janvier 1931, *Sem. jur.*, 1931-780. Dans le même sens, Cass., 3 août 1897, D. 98.1.394).

Ce dernier arrêt limite également les frais de maladie à ceux qui concernent le seul débiteur,

sans l'étendre aux soins donnés aux membres de sa famille et à sa charge (Voir également Trib. comm. Le Havre, 20 mai 1891, Sirey, 1897. 2.251 ; Trib. comm. Villefranche-sur-Saône, 28 décembre 1900 ; *Journ. faillites*, 1902.85.)

Un arrêt de la Cour d'appel de Paris, 3e Chambre du 17 avril 1930 (*Archives* du « Sou Médical ») a été rendu dans le même sens ; les frais occasionnés par le traitement du conjoint du failli sont compris, non pas dans les frais privilégiés, mais dans les créances chirographaires.

Dr Paul Boudin.

### 5149. — Saisissabilité des pensions des fonctionnaires

Je vous serais fort obligé de vouloir bien me procurer le renseignement suivant :

Un facteur des postes, retraité me doit des honoraires que je ne puis arriver à recouvrer malgré plusieurs démarches faites auprès de lui. Puis-je, après jugement, mettre arrêt sur sa pension ?

Dr D.

**Réponse**

Aux termes de la loi du 14 avril 1924, art. 54, les pensions allouées aux fonctionnaires et employés de l'Etat et aux militaires sont incessibles et insaisissables, sauf en cas de débet envers l'Etat, les services locaux des colonies et pays de protectorat, ou pour les créances privilégiées aux termes de l'article 2101 du Code civil et dans les circonstances prévues par les articles 203, 205, 206, 207 et 214 du même code.

L'article 2101 du Code civil comprend au nombre des créances privilégiées celle du médecin pour ses honoraires de la dernière maladie et les articles 203, 205, 206, 207 et 214 concernent l'obligation alimentaire existant au profit des enfants à l'égard de leurs parents et réciproquement, des gendres et belles-filles à l'égard de leurs beau-père et belle-mère et réciproquement, du mari, envers la femme.

Pour les créances privilégiées, les pensions sont passibles de retenues jusqu'à concurrence d'un cinquième de leur montant, comme pour les débets envers l'Etat, les colonies ou pays de protectorat.

Dans les autres cas (art. 203 et suivants), la retenue peut s'élever jusqu'au tiers du montant de la pension.

La retenue du cinquième et celle du tiers peuvent s'exercer simultanément.

## Médecine légale

### 4673. — Autopsie du corps de la victime d'un accident d'automobile

Chargé par le Juge d'instruction de pratiquer l'autopsie du corps d'un accidenté d'automobile, je vous serais obligé de me faire connaître le tarif que je dois

appliquer. Le mémoire d'honoraires doit-*il* être établi sur papier timbré, et à qui dois-je l'adresser ?

Dr L.

**Réponse**

Puisque vous avez été commis par le Juge d'instruction pour pratiquer l'autopsie, vous devez vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle, conformément aux dispositions du décret du 5 octobre 1920, modifié par les décrets du 16 octobre 1926 et du 22 décembre 1927.

En vertu de l'article 26 de ce tarif, il vous est dû, pour l'autopsie elle-même, la rédaction et le dépôt de votre rapport, 120 francs si l'autopsie a été pratiquée avant inhumation ou 220 francs si elle a eu lieu après exhumation ou sur un cadavre en état de décomposition avancée. De plus, en vertu de l'article 23, vous avez droit au remboursement des fournitures indispensables que vous avez dû vous procurer, sur la production de pièces justificatives.

Vous devez établir votre mémoire en double exemplaire, conforme au modèle que nous vous adressons, dont l'un sur papier timbré, la somme due excédant 50 francs, et l'envoyer au Procureur de la République. Après visa du Procureur général et taxe du Juge d'instruction, vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

## Assurances Sociales

### 5055. — Prestation des soins et appareils dentaires

1° Un malade assuré social, se voit refuser le bénéfice des soins dentaires sous prétexte qu'*il* a déjà reçu de nombreuses prestations pour maladie. Est-ce légitime ?

2° En cas d'abus de pouvoir des Caisses et de refus de prestations, quelle marche doit suivre l'assuré pour ses réclamations ;

3° Pour la fourniture des appareils dentaires existe-t-il officiellement un *coefficient de mastication* permettant à la caisse de déclarer indispensable ou inutile une prothèse dentaire en matière non précieuse ?

Dr P.

**Réponse**

1° Il existe en effet, dans la loi sur les assurances sociales, une disposition (art. 5 paragraphe 5, alinéa 2), aux termes de laquelle « le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra, en aucun cas, excéder par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, 50 pour 100 de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque Caisse à cotisation ».

C'est sans doute cette disposition qui est opposée à votre client. Mais il serait nécessaire que la Caisse justifie de son refus en se basant sur la loi ou les règlements, car la limitation

à la période de six mois ne pourrait s'appliquer, en l'espèce, puisqu'il semble qu'il ne s'agisse pas de la même maladie pour laquelle les prestations ont été antérieurement allouées.

2° En cas de difficultés pour l'application de la loi en matière de prestations, l'intéressé doit saisir la Commission cantonale, dans les dix jours de la réception de la notification de la décision de refus, par lettre recommandée adressée au Juge de paix, président de la Commission. La Commission compétente est celle du domicile du défendeur, c'est-à-dire, en l'espèce, du siège de la Caisse.

3° Pour la fourniture des appareils de prothèse, il existe en effet, un barème, annexe au règlement-type d'administration intérieure pour Caisses d'assurances sociales, dont nous vous envoyons la copie.

---

**5030. — Cas des assurés sociaux antérieurement indigents qui ne sont pas en règle avec leur caisse**

La préfecture me retourne un mémoire de soins aux assurés sociaux notoirement indigents, accompagné d'une note m'informant que les assurés sociaux indigents X... et Y... ne sont pas en règle avec leur caisse d'affiliation, et que, en conséquence, les soins qui leur ont été donnés doivent être décomptés selon le tarif de l'A. M. G. (c'est-à-dire, pour notre département, 10 francs au lieu de 15 pour visite ou consultation, 1 fr. 05 par kilomètre au lieu de 1 fr. 50.)

Alors, parce que lesdits X... et Y... ne sont pas en règle, c'est-à-dire que, sans doute, ils ont « omis » de verser leurs cotisations à la Caisse, il faut que ce soit le médecin, l'éternelle victime, qui en supporte les conséquences.

Y a-t-il seulement quelque protestation à élever ou la Préfecture est dans son droit et je n'ai qu'à m'incliner ?

J'attendrai votre réponse avant de « vouloir bien approuver les modifications apportées » à mon mémoire, ainsi que m'en prie M. le Préfet, et d'avance je vous remercie pour vos conseils éclairés.

Dr P.

**Réponse**

Puisque les assurés sociaux notoirement indigents ne sont pas en règle avec leur Caisse d'assurances sociales pour le payement de leurs cotisations et n'ont pas droit, de ce fait, aux prestations de l'assurance-maladie, l'article 59 de la loi sur les Assurances sociales ne joue pas et vous ne pouvez vous faire payer au tarif des accidents du travail.

Il est donc exact que c'est le tarif de l'Assistance médicale qui est applicable si, comme il est plus que probable, ces indigents sont également inscrits sur la liste ordinaire des assistés.

---

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN


## SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

### I

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

### II

### Envoi de Fonds

**Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :**

***Concours médical,* Paris, 167-95.**
***Sou Médical,* Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale,* Paris, 182-32.**

## DEMANDES et OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* **Concours Médical,** *Paris* **167-95.**
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 302. — Méd., 35 a., cherche acheter mais. santé médico-accouch. et associat. avec chirurgien, Paris ou banlieue. Cherche acheter chien danois. Ecrire.

N° 303. — Aisne. Urgent 3 h. de Paris, seul médecin, pas de sage-femme, méd. de chemin de fer. Poste médical à céder pour 30.000 fr. dont moitié comptant.

N° 304. — A vend. d'occas. Compte rendu Soc. intern. de Chirurg. année 1926. Sommaire : La curiethérap. du cancer utérin (Regaud, S. Recasens, Forsdike, Pestalozza) ; Epilepsie jacksonienne (Leriche) ; Chirurgie de la rate (Patel, Leotta, Papayoannou, Cortes, Llato, Henschen) ; La thérapeut. des tumeurs cérébrales (Percy Sargent, Brunn, Lucerne, Lozano, de Martel ; R. Bastianelli, Adson) ; L'abcès du foie (Dominici, Pétridis).

N° 305. — 25 km. Paris, Bon poste propharm. à céder dans jolie campagne, villa 8 p., jardin, garage, etc., loyer 6.000. Prix à débatt. Ecrire.

N° 306. — A vend. état neuf lampe portat. du Dr Seidman pour actinothér. Très bonnes condit. Dr A. Colin, 1, rue Cotta, Nice.

N° 307. — Infirmière pour chirurgie est demandée pour direction petite clinique province.

N° 308. — Anc. ext. hôp. Paris reprendr. poste méd. génér. pet. ville ou ch.-lieu cant. import. Ecr. Dr 43 *bis*, rue du Marché, Neuilly-sur-Seine.

N° 309. — Pour bibliophiles. A céder ouvrages très curieux et très intéress. des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, concernant l'art médical. S'ad. Dr Chéron, à Manciet (Gers).

N° 310. — Jeune médecin cherche à acheter clientèle importante dans quartier bourgeois, Paris ou banlieue immédiate, agréable. Ecrire Dr G., 173, boul. Pereire, Paris. Téléph. Wag. 71-57. Urgent.

N° 311. — Le Dr Guillemin, 16, Av. George V, achète actions Sté Lithia jusqu'à 5 frs.

Cabinet Breitel & Goret
1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46

1° Région Nord, pro-phcien bon rend., fiche chem. fer. Petite indem. Urgent

2° Jol. rés. de Bretagne, près gde ville (lycées) maison conf., cond. intéres.

3° Grde ville, vallée du Rhône, très anc. po te avec jolie villa, à céder 15,000.

## Renseignements

Les **phénomènes de croissance** se trouvent entravés par des troubles digestifs, souvent peu apparents. Utiliser chez les enfants le manganèse colloïdal diastasé, c'est-à-dire, 3 ou 4 TABLETTES DE MANGAINE par jour, et l'enfant grandira et se développera comme l'ont montré les courbes de Camescasse à l'Hôpital de Forges.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Conf. off. vieux **rancio** doux 1er cru (M.D.D.) prov. exclus. de ses vignes, Haut-Roussillon. Conv. goûters, desserts, cadeaux, 12 bout. franco tt domicile : 168 fr.
Dr W. de Froutiguen, 68, av. gare, Perpignan Pyr.-Oles.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles. Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18,50) Cuvée 1919 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Rédut. 0,50 par 50 bout. = E. Gauche pharmac. à **AY** (Marne).

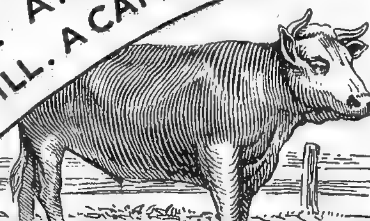
ANÉMIE
CROISSANCE
CONVALESCENCE
GROSSESSE
TUBERCULOSE

ORTHOZOMINE

PRINCIPE ACTIF DU PLASMA MUSCULAIRE DÉSALBUMINÉ
SIROP AGRÉABLE AU GOUT ÉMINNEMENT ASSIMILABLE
SANS AUCUNE CONTRE-INDICATION
2 A 4 CUILL. A CAFÉ PAR JOUR

ZOMINE

PLASMA MUSCULAIRE TOTAL CRU ET SEC
POUDRE AROMATISÉE
2 A 6 CUILL. A CAFÉ PAR JOUR



# DERNIÈRES NOUVELLES

— **XXII<sup></sup>e Congrès français de médecine.** — Le XXII^e Congrès français de médecine s'ouvrira à Paris le lundi 10 octobre, sous le haut patronage de M. le Président de la République, et sous la présidence du Professeur Fernand Bezançon. Ses séances se poursuivront jusqu'au mercredi 12 octobre inclus.

— **Une société nouvelle : la Société française d'électropyrexie.**— A une réunion tenue le 15 juin 1932, au Château de la Muette, a été décidée la formation d'une nouvelle société : *La Société française d'électropyrexie.*

Celle-ci aura pour but de grouper et de faire connaître les travaux scientifiques et les résultats thérapeutiques obtenus, au moyen de la fièvre artificielle et en particulier de l'électropyrexie.

Les publications étrangères traitant ce sujet seront traduites au fur et à mesure de leur parution.

Il sera organisé régulièrement des séances, au cours desquelles seront présentées les communications des confrères employant cette méthode, ainsi que les nouveautés techniques.

Aux questions posées par les membres de la Société il sera répondu dans le plus bref délai, après expérimentation dans un des locaux affectés à cet usage. Un *Bulletin* sera publié.

Le siège de la Société, ainsi que la salle de réunion, est fixé à « La Muette », rue André-Pascal, Paris (XVI^e).

M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, a bien voulu accepter la présidence d'honneur de la Société française d'électropyrexie. Celle-ci comprendra des membres d'honneur et des membres actifs.

Au cours de la première réunion du comité, seront nommé le bureau, fixés les statuts et décidé le montant de la cotisation.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** *Prosectorat.* — M. le Docteur Jean Cabanac a été nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier.

— **Concours de médecin-inspecteur des écoles de la banlieue de Paris.**— Un concours aura lieu à la Préfecture de la Seine, le 12 décembre prochain, en vue du recrutement de 50 médecins-inspecteurs d'écoles de banlieue (indemnité annuelle : 6.000 francs).

Une notice sur les conditions d'inscription à ce concours ainsi que le programme, sont envoyés sur demande adressée au Service administratif de l'inspection médicale scolaire, 2, rue Lobau (4^e arrond.).

— **Hôpitaux de Lyon.** *Internat.* — A la suite du concours ouvert le 12 septembre 1932, ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Piaget, Jeune, Gonnet, Cuche, Mathieu, Francillon, Gignoux, Gonin, André,

Morel, Vincent, Mlle Barral, MM Chanial, Violet, Colas, Dauvergne, Revol, Lavabre, Sprécher, Montagnard, Marmet, Rivollier, René Blanc, Racouchot, Ballivet, Gayet.

Internes suppléants : MM. Chapuis, Doucet-Bon, Mlles Rebatel, Bourgeois, MM. Henri Blanc, Roman, Dedru, Didierlaurent, Piquet, Bertrand, Charvet, Truchet, Guiran, Bérard, Reynaud, Perrin, Leclerc, Roulet, Fumoux, Latarjet, Thomasset, Joly, Vansteemberghe, Lecuire, Cornut, Damidot, Lecuire.

Le jury était constitué par MM. les Docteurs Nicolas, Bériel, Favre, Laroyenne, Philippe Rochet, Eugène Pollosson, Voron.

— **Hôpital Auban Moët, d'Epernay.** *Concours de sage-femme.* — Un concours pour la nomination d'une maîtresse sage-femme aura lieu prochainement à l'hôpital Auban Moët, d'Epernay (Marne).

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Econome de l'hôpital d'Epernay (Traitement de début 6.000 francs par an, logée, chauffée, éclairée, nourrie, blanchie, régime des retraites.)

— **Internat en médecine des Asiles de la Seine.** — Un concours s'ouvre annuellement pour huit à dix places d'internes dans les Asiles de la Seine. Avantages : traitement et indemnités diverses (800 à 1.000 francs par mois), logement, nourriture. Débouchés : médecins des Asiles, clinicat des maladies mentales, médecin-assistant à l'hôpital Henri-Rousselle, etc.

Les épreuves comprennent une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux, et trois épreuves de pathologie : compositions écrites de pathologie interne et externe. Question orale d'urgence. MM. Masquin, chef de clinique et O. Trelles, interne à l'hôpital Henri-Rousselle, traiteront à partir du 15 octobre les questions d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

En ce qui concerne la préparation aux épreuves de pathologie, les candidats sont invités à suivre les conférences organisées pour l'internat des hôpitaux.

## A TRAVERS L'OFFICIEL

22 SEPTEMBRE

**Sanatoriums publics.**

Par décret du 13 septembre 1932, une indemnité annuelle de 6.000 francs est allouée à M. le Docteur Esnault, médecin directeur du sanatorium d'Etat de Clavières (Mayenne), à compter du 1er avril 1932.

**Service de santé militaire.**

Par décret du 15 septembre 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les méd. auxil. tit. du brevet de P. M. S. ci-après désignés : (rang 28 juin 1932) Meyer, 7e sect. inf. milit., aff. 7e rég. ; (rang 7 juillet 1932) Godin, 9e sect. inf. milit., aff. 9e rég.

23 SEPTEMBRE

**Enseignement de la médecine.**

M. Violle, professeur sans chaire à la Faculté d'Aix-Marseille, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur d'hygiène générale et coloniale à ladite Faculté.

M. Chauvin, chargé de cours à la Faculté d'Aix-Marseille, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur de clinique des voies urinaires à ladite Faculté.

27 SEPTEMBRE

**Asiles publics d'aliénés.**

Un quatrième poste de médecin chef de service est créé à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône).

## DOCUMENTS MILITAIRES

### Engagements pour la durée de la guerre

Vient de paraître, à la date du 1er septembre 1932, sous le n° 7592 — 1/11, la feuille de renseignements ci-après pour l'application des dispositions du décret du 9 mars 1932 et de l'instruction n° 2345 — 1/11 du 11 mars 1932 (engagement pour la D. A. T.).

La loi du 16 février 1932 dispose que les engagés pour la durée de la guerre, qui sont dégagés de toutes obligations militaires et ont été possesseurs d'un grade au titre de l'armée active ou de la réserve, peuvent être, sous certaines réserves, pourvus de ce grade pendant la durée de leur engagement.

La question a été posée de savoir si l'acte d'engagement pour la durée de la guerre (D. A. T.) contracté en exécution des dispositions du décret du 9 mars 1932 et de l'instruction n° 2345-1/11, du 11 mars 1932, ne devait pas mentionner le grade avec lequel les intéressés contractaient leur engagement.

Réponse affirmative.

Le modèle de l'acte d'engagement pour la durée de la guerre (D. A. T.) sera complété ainsi qu'il suit :

Après le signalement, au lieu de : « Lequel a déclaré vouloir s'engager pour la durée de la guerre pour servir dans le ... », lire : « Lequel a déclaré vouloir s'engager pour la durée de la guerre avec le grade de..... pour servir dans le .... »

## Obligations du réformé tuberculeux qui bénéficie de l'indemnité de soins

Dans le numéro du *Concours Médical* du 18 septembre 1932, page 2772, le Docteur D..., a fait lever « un gros lièvre » qui est l'utilité des dispensaires antituberculeux.

Je suis entièrement de son avis au sujet de l'inutilité relative des dispensaires qui sont, en général, organisés d'une façon très défectueuse.

Quant à moi, voici mon opinion personnelle sur l'organisation des dispensaires :

1° Ceux-ci devraient s'occuper uniquement du diagnostic (en ce qui concerne les gens privés de ressources suffisantes et sur demande du médecin traitant) et du contrôle (sur demande des tiers payants.)

2° Ils devraient être dirigés par des médecins compétents et spécialisés nommés au concours.

Or, les dispensaires ne s'occupent pas uniquement du diagnostic, mais aussi du traitement. D'autre part, la politique et le coup de piston interviennent fort souvent dans les nominations.

Cet état de choses est-il irrémédiable ? Oui, parce que le Corps médical est désorganisé. Je sais bien qu'il y a des syndicats, mais qu'y peuvent-ils faire ou mieux de quoi seraient-ils capables ? Les syndicats médicaux ont en général fort à faire pour maintenir la concorde parmi leurs membres, précisément du fait de l'existence de nombreuses situations « acquises » par les vieux du métier et quelques jeunes entreprenants.

Quant à la question du contrôle de l'Etat sur les pensionnés de guerre ou d'après guerre, je ne partage, certes, pas l'opinion du Docteur D... Comment voulez-vous qu'un médecin contrôle son malade sans violer le secret professionnel (1) ? Lorsque ce dernier est un tire-au-flanc, que voulez-vous que le médecin traitant fasse ? Voici deux exemples personnels, qui prouvent que le contrôle est d'ailleurs organisé d'une façon insuffisante. Je soigne depuis plusieurs années deux pensionnés à 100 % avec indemnité de soins pour tuberculose. Il est certain qu'ils ont été tous les deux tuberculeux, mais maintenant leurs lésions sont entièrement sclérosées. Or, ils touchent toujours : 1° leur pension de 100 % en vertu de de la loi sur les pensions ; 2° leur indemnité de soins en vertu de l'avis du médecin du dispensaire. Ce dernier doit certainement se rendre compte que ces deux pensionnés ne devraient pas bénéficier de l'indemnité de soins. Mais il laisse couler l'eau sous le pont, car il sait fort bien que les deux pensionnés en question pourraient lui causer un

(1) Le secret professionnel n'a rien à voir dans la situation des pensionnés de guerre dont le motif de la réforme est inscrit tout au long sur leur carnet ou dans leur dossier, que tant de bureaux manipulent.
N. D. L. D.

tort plus ou moins sérieux dans sa clientèle, si lui, le médecin de dispensaire, s'avisait de faire du zèle.

Concluons : Si parfois l'Etat bénéficie de la bêtise ou du malheur des gens, il arrive certainement bien plus souvent que l'Etat est grugé par de multiples parasites, en matière de pensions de guerre et d'après-guerre en particulier.

Dr D.

## A propos de la cession d'un cabinet

Nous lisons dans le *Siècle Médical* le 15 juillet et 1er août, l'information suivante concernant un procès à propos de la cession d'un cabinet médical :

Le Docteur A..., céda le 12 février 1931, son cabinet au Docteur Q..., moyennant une certaine somme, s'engageant à ne plus exercer dans un rayon de cinq kilomètres pendant dix ans.

M. Q... régla ses premières échéances, mais il apprit que, dans le même immeuble, le Docteur A... continuait d'exercer. Il tenta un arbitrage amiable, mais en vain, et il assigna devant le tribunal civil de la Seine, versant désormais ses annuités entre les mains d'un séquestre.

Le Docteur A... alla dès lors quelques centaines de mètres plus loin, affichant en gros caractères sa qualité de médecin.

Aussi le Docteur Q... a-t-il réclamé 100.000 francs de dommages-intérêts et 1.000 francs par contravention constatée dans l'avenir, au Docteur A...

Le 23 juillet 1932, la cinquième Chambre du Tribunal civil de la Seine s'est prononcée sur ce procès.

Le tribunal a fait entièrement droit à la demande du Docteur Q... et a repoussé la demande reconventionnelle en 100.000 francs de dommages-intérêts du Docteur A.... Le Docteur A..., débouté, a été condamné à verser 10.000 francs à son confrère ; il devra dans la huitaine cesser d'exercer la médecine dans les limites du périmètre prévu et une astreinte de 500 francs a été fixée pour chaque contravention constatée.

## Sur un mode peu connu de dissémination des bacilles de Lœffler et autres

J'ai eu récemment l'occasion de prescrire des siphonages d'eau de Seltz à une malade qui souffrait d'une angine banale, mais douloureuse.

Je lui avais expliqué qu'elle n'avait qu'à ouvrir la bouche tandis qu'un aide dirigerait sur sa gorge le jet d'eau gazeuse.

Le lendemain, je trouvai la malade si contente du remède qu'elle voulut m'en donner la représentation.

Mais, n'ayant pas d'aide à sa disposition, elle

avait simplifié le *modus faciendi* : elle opérait seule, en suçant le bec du siphon à pleines lèvres. Et, quand l'appareil était vide, elle le rendait, comme de juste, au limonadier.

J'ignore si les manipulations de remplissage comprennent la stérilisation préalable de l'armature des siphons. Mais j'en doute.

Et alors, si ma malade avait eu la diphtérie ? Ou encore si — pour un autre malaise, bien entendu — je lui avais conseillé des lavements d'Eau de Seltz ? Elle aurait pu, au prix de quelques difficultés, faire l'économie du raccord et de la canule, sans penser que, le lendemain, le siphon, rendu à sa destination première, servirait à faire mousser des consommation variées !

Dr Armand.
(Lagnieu, Ain).

## LA CRISE ?

Il fut un temps où crise économique était synonyme de disette. Les peuples se réjouissaient dans les années des vaches grasses, se lamentaient dans celles des vaches maigres....

Quand les récoltes étaient abondantes, il y avait place pour tous au festin de la vie.....

Aujourd'hui, changement à vue ! une partie de l'humanité pleure devant ses greniers pleins à craquer, devant ses troupeaux trop gras, trop nombreux, pendant que, chose étrange, l'autre partie montre les dents et se les brise sur les barreaux de l'énorme garde-manger dont on détruit les denrées plutôt que de les céder à bas prix aux affamés....

Qu'est-ce à dire ? Cette surproduction, accusée de tous les maux d'Israël, a-t-on le droit de la dénommer surproduction quand la sous-consommation est évidente ?

Tous les hommes ont-ils assez de pain ? En mangent-ils à leur faim ? Ont-ils tous une tasse de café ? Et tous un os à ronger ?

Que non, mille fois non. Le blé ne se vend pas, les cours s'effondrent et le pain reste cher ! Comprenne qui voudra....

Et pour que le pain reste cher, vous brûlez le blé ! Et pour que la tasse de café soit inabordable, vous noyez le café en grains, vous le transformez en briquettes !...

Mieux, vous enfouissez la toison de vos moutons pour que le froid oblige à acheter les vêtements chers !.....

Vous préférez laisser pourrir fruits et légumes, plutôt que de les céder.....

Et à côté, de l'autre côté de la barricade, le pêcheur auquel vous payez 2 francs le mille ses sardines revendues 0 fr. 50 pièce, les rejette à la mer.... l'éleveur qui vous vend 300 francs un bœuf de valeur 1.000, pour vous racheter sa

viande toujours au prix fort, crie misère et malédiction, le céréaliste sur lequel vous spéculez ne veut plus d'un pain cher de blé bon marché....

C'est cela que vous dénommez une crise ?

Allons donc... s'il y a crise, elle est la crise de notre portefeuille habitué aux gains monstres, et se refusant au manque à gagner.

Crise d'honnêteté, crise de confiance, oui, mais pas crise économique. C'est faux.

Dr HONORAT.

# CORRESPONDANCE

## Application du Tarif des accidents du travail

### 4902. — Certificat au cours du traitement

Un agent local écrit au patron d'un blessé (dont l'état se prolonge un peu) et lui demande de lui « adresser un certificat de prolongation motivé techniquement par le docteur ». Je délivre ledit certificat en ces termes, « le jeune D... étant dans l'obligation de subir l'ablation de tous les ongles de la main droite, ne pourra reprendre son travail avant le ..... ».

La Compagnie d'assurances doit-elle, ou non, un honoraire pour ce certificat ? (loi de 1898).

Dr P.

**Réponse**

Ce certificat donné « au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur » et ayant donné « la cause qui a retardé la guérison », doit être payé 16 francs (voir art. 30, alinéa 4).

Dr F. DECOURT.

### 4884. — Appendicite

Comment faut-il tarifer l'appendicectomie pour les *assurés sociaux* (*article* 59). ?

Je lis au Tarif des accidents du travail, art. 22 :

Appareil digestif : laparotomie avec intervention sur les viscères

Ne comportant que des sutures........ 750 fr.

Comportant des résections .......... 1.125 fr.

Le tarif étant tel qu'il est, il me paraît que l'appendicectomie, étant une résection de l'appendice, doit être tarifée 1.125 francs.

Est-ce votre avis ?

Dr B.

**Réponse**

Je ne pense pas qu'on puisse compter 1.125 francs pour une opération d'appendicite, mais bien 750 francs qui est plus en rapport avec les tarifs des assurés sociaux. A l'article 22, pour

le premier prix, on a eu en vue, ce me semble, des *résections d'intestin*, ce qui est tout autre chose qu'une ablation d'appendice et nécessite une intervention d'une technicité et d'une importance fort différentes. Mais ce n'est là qu'une impression personnelle que je vous donne sous toutes réserves, la question ne s'étant pas encore posée sous cette forme, à ma connaissance.

Dr F. DECOURT.

## Assurances sociales

### 5179. — Contrôle administratif des assurés sociaux

Une caisse d'assurances, peut-elle faire contre-visiter un malade soigné par un confrère de la même localité, et dans ce cas, le médecin désigné comme contrôleur, peut-il accepter ce rôle et doit-il en cas d'acceptation, en aviser le médecin traitant, et s'il fournit un certificat médical à la suite de son examen, n'est-il pas lié par le secret professionnel ?

Dr X.

#### Réponse

Les Caisses exercent un contrôle administratif sur les assurés sociaux, notamment par l'intermédiaire de médecins qui procèdent à toutes les investigations et constatations concernant leur état et leur incapacité de travail. L'assuré peut exiger que ces opérations s'effectuent en présence de son médecin traitant. Les médecins contrôleurs ne doivent pas donner leurs soins aux assurés qui sont affiliés à la Caisse. Ils ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant.

Telles sont les prescriptions de l'article 7, § 2 de la loi et de l'article 9 du règlement d'administration publique consécutif.

Il en résulte que, dans une localité où exercent deux ou plusieurs médecins, l'un d'eux ne pourrait être chargé du contrôle administratif par une Caisse d'assurances sociales, qu'à la condition expresse qu'il n'ait pas soigné ou ne soigne pas d'assurés affiliés à la Caisse qui entend le charger de ce contrôle.

Il me paraît difficile, sinon impossible de trouver dans une petite ville, un médecin qui ne soigne pas d'assurés sociaux affiliés aux Caisses ; et ceci étant, aucun d'eux ne peut donc être chargé de ce contrôle.

Théoriquement, le médecin contrôleur de la Caisse n'a pas à prévenir le médecin traitant de l'assuré qu'il va contrôler. Il ne doit prévenir que cet assuré, à moins qu'il n'ait des raisons de lui faire une visite inopinée. Mais le contrôlé a le droit d'exiger que son médecin soit présent à cette visite de contrôle. Donc, c'est à lui, contrôlé, de prévenir son propre médecin et de refuser de

*Voir la suite page LV-2965*

# PROPOS DU JOUR

## A propos de l'Évolution de la Profession médicale

Quelques lettres que nous avons reçues et qui apprécient de façons très différentes notre Propos du Jour du 4 septembre sur l'*Evolution de la profession médicale*, nous font craindre d'avoir été mal compris de certains de nos lecteurs. Un de nos correspondants y voit une critique, un reproche adressé à ceux qui, avec une énergie et un talent que nous admirons et que nous voudrions voir mieux secondés et plus courageusement et unanimement appuyés, défendent actuellement dans une période très critique les intérêts et l'avenir de notre profession. Un autre nous accuse de proclamer la faillite du syndicalisme médical. Ce n'a pas été là du tout notre but, ni notre pensée.

Le syndicalisme médical ne peut pas faire faillite. Il ne pourrait disparaître que s'il atteignait son idéal, l'âge d'or de la profession médicale. Si, au contraire, les difficultés deviennent de plus en plus grandes, comme nous le craignons, si nous sombrons de plus en plus dans la fonctionnarisation ou le salariat, nos syndicats seront de plus en plus indispensables, car la nécessité de nous défendre s'imposera davantage. Les médecins, comme tous les êtres faibles et menacés, obéiront à l'instinct grégaire. D'ailleurs ils y ont obéi jusqu'ici et cela sans s'en rendre compte. Nous l'avons maintes fois constaté. C'est, après le vote de chaque loi sociale imposant une obligation nouvelle aux médecins que nous avons vu croître le nombre de nos syndicats et augmenter le chiffre de leurs adhérents. C'est après la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels, les lois du 9 avril, 30 juin 1899, 12 avril 1904, 18 juillet 1907, 15 juillet 1914, 25 octobre 1919, 15 décembre 1922, 2 août 1923 et 30 avril 1927 fixant la responsabilité patronale dans les accidents du travail et étendant progressivement cette responsabilité à tous les employeurs et aux maladies professionnelles. C'est aussi après la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, avec les innombrables décrets et arrêtés destinés à fixer et à compliquer son application, après la loi du 14 juillet 1905 sur l'Assistance obligatoire aux vieillards et aux infirmes, les lois de 1909, 1910, 1913 pour assurer la protection prénatale, les lois de 1917 et 1919 pour la protection des enfants, les lois de 1904, 1906, 1907 pour assurer la surveillance des enfants assistés, les lois du 31 mars 1919, du 21 juillet 1922 et du 19 décembre 1926, pour assurer les soins gratuits aux pensionnés militaires, enfin les lois du 5 avril 1928, du 30 avril 1930, du 28 juillet 1931 sur les Assurances sociales, c'est pour répondre aux obligations créées par toutes ces lois que notre syndicalisme a prospéré. L'application difficile de cette législation touffue, bien plus que la propagande des dirigeants du syndicalisme médical, ont amené à nos syndicats, primitivement rares et très faibles, un nombre de plus en plus grand d'adhérents. De telle sorte que de 1.500 à 2.000 en 1894 alors que nous prîmes la direction du secrétariat général de l'Union des Syndicats médicaux de France, les médecins syndiqués devinrent 8.000 quand quinze ans plus tard, nous quittâmes ce secrétariat en 1909, et que lors de la création des Assurances sociales près de 20.000 praticiens s'affilièrent à la Confédération des syndicats médicaux français, qui réunit pratiquement l'unanimité des médecins exerçant normalement leur profession, sauf dans quelques très grandes villes comme Paris.

Il n'y a donc pas à redouter la disparition du syndicalisme médical. Il pourra, comme cela s'est produit plusieurs fois, être agité de convulsions intérieures, dues à l'incompréhension de la situation par certains, à la défense âpre des situations acquises par les égoïstes, à des antipathies personnelles, à la méfiance des uns, la malveillance et quelquefois, la mauvaise foi des autres. Tout cela peut créer des difficultés d'ordre intérieur, mais finalement, devant le danger extérieur imminent, l'union se fera toujours. Du moins l'histoire syndicale de ces cinquante dernières années nous l'a souvent prouvé.

Ce que nous reprochons à nos syndicats, non pas au Bureau ni au Conseil de la Confédération qui, contemplant les choses de plus haut, voient par conséquent plus loin, mais aux syndicats eux-mêmes, ou plus exactement à certains, c'est de ne pas se rendre compte de l'évolution fatale que subit et subira de plus en plus la profession

◆◆

médicale ; c'est de s'acharner à vouloir défendre et maintenir la médecine traditionnelle individualiste, c'est de croire que l'exercice de la médecine continuera comme par le passé, alors que ceux qui, comme nous, ayant quarante années d'exercice, ayant pratiqué comme leurs pères, s'aperçoivent avec quelle rapidité la transformation s'opère. Ce que nous leur reprochons, c'est de ne pas avoir fait, de ne pas faire l'effort nécessaire pour se mettre à la tête du mouvement, pour tâcher de le diriger au lieu de se laisser traîner en rechignant à la suite d'un courant qui les emportera.

On aurait pu rêver une organisation syndicale puissante, unie et bien ordonnée, offrant ses services techniques aux pouvoirs publics en débattant avec eux les termes du contrat collectif, fixant équitablement les obligations réciproques des deux parties et réglant la procédure d'un arbitrage en cas de conflit. C'eût été ce que l'on a appelé la prise en charge des services publics et privés, expression qui, mal comprise, n'a pas eu de succès.

Actuellement, il est trop tard pour tenter l'application de cette méthode et d'ailleurs les médecins seraient très mal préparés à en remplir les obligations. Il faut donc chercher autre chose pour éviter la fonctionnarisation ou ce qui serait pire le salariat. Une autre méthode s'offre, celle de la collaboration.

La collaboration, a dit le Docteur Lenglet, peut s'appliquer de deux façons : l'une consiste à remplir une tâche servile qui est dictée d'avance, c'est-à-dire à jouer le rôle d'employé, d'ouvrier sanitaire ; l'autre à demander à entrer dans les Conseils, à y donner des avis en toute indépendance, à prendre part à la direction, tout en contribuant à l'exécution.

C'est cette seconde collaboration que les dirigeants de notre syndicalisme, comme d'ailleurs nous-mêmes, voudraient voir réaliser. Mais, pour assurer cette collaboration, il faut que, dans nos syndicats, on sache abandonner ce fâcheux esprit d'égalitarisme étroit qui tend à méconnaître les valeurs et les compétences. Si l'on veut que la collaboration des syndicats médicaux soit appréciée et finisse par s'imposer, il faut envoyer dans les Conseils de direction comme délégués des syndicats des hommes de valeur, de compétence reconnue de tous et ne pas choisir, comme malheureusement il en aurait existé quelques rares exemples, des délégués dont le mérite et les connaissances spéciales étaient faits de camaraderie ou d'intrigues.

Nous avons parlé de l'incompétence des praticiens en signalant l'impossibilité actuelle de la prise en charge ; nous devons sur ce point donner quelques précisions. Prenons un exemple qui, après nos derniers Propos du jour, frappera davantage nos lecteurs : l'organisation de la défense de la santé publique. Croyez-vous que tous les praticiens soient capables actuellement de remplir les fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène, même de directeur du bureau d'hygiène d'une ville de quelque importance ?

Outre les connaissances médicales ordinaires, il faut des connaissances techniques variées, juridiques, administratives, bactériologiques, biologiques, qu'un étudiant ne peut toutes acquérir au cours de ses études.

Il y a quelque vingt ans, les hommes prévoyants de nos syndicats insistaient pour qu'on s'occupât de la réorganisation des études médicales. Ils furent peu suivis. Or, l'hygiène et la prophylaxie qui tiennent une part de plus en plus importante dans l'art médical et qui devraient absorber le tiers, sinon la moitié des années de scolarité, sont enseignées parcimonieusement dans nos Facultés. De telle sorte qu'on ne peut affirmer que le diplôme de docteur en médecine équivale toujours à un certificat d'hygiéniste émérite. Nous savons bien que les sciences médicales ont pris un tel essor qu'il est impossible à un jeune docteur de tout savoir. Il faut se contenter qu'il ait des clartés de tout. N'empêche qu'actuellement, alors qu'on dit, qu'on répète, qu'on proclame, *urbi et orbi*, que la médecine doit prévenir plus qu'elle ne doit guérir, il est fâcheux qu'on ne donne pas une place plus importante dans l'enseignement à l'hygiène et à la prophylaxie.

Nous fermons cette parenthèse, qui a cependant son intérêt quand on traite de la collaboration du Corps médical aux services publics.

Il faut à tous prix, répétons-le, que nos syndicats médicaux s'adaptent à la situation actuelle et évoluent vers une médecine nouvelle.

Jadis, nous vivions sous un régime économique, que nous qualifierons de régime de l'artisanat. Lorsque l'homme de la rue, le Français moyen, avait besoin de chaussures, il se rendait chez un savetier plus ou moins habile qui prenait des mesures et, au bout d'un mois, lui livrait une paire de souliers plus ou moins élégants, dans lesquels ses pieds étaient souvent très mal à l'aise ; il fallait les porter plusieurs semaines avant de pouvoir

marcher avec eux sans souffrir. A l'époque de l'artisanat a succédé l'époque des usines ; le progrès technique a créé des machines et l'on ne s'adresse guère au savetier quand on a besoin de souliers. Le français peu aisé ou de moyenne aisance se rend dans un grand magasin où l'on est certain de trouver de belles et bonnes chaussures qui s'adaptent parfaitement au pied et permettent, à l'heure même, de marcher avec. Notons encore qu'il les paye bien meilleur marché. Il se borne actuellement à donner au savetier les petites réparations et les ressemelages à faire. Seuls les gens très fortunés ont encore recours à un bottier qui, à grand prix, leur fait des chaussures sur mesure.

Pour la médecine, comme pour l'industrie de la chaussure, l'époque de l'artisanat est passée. Dans quelques années sans doute, seuls les gens très riches pourront avoir *leur* médecin, les autres s'adresseront plus ou moins à des organisations de soins. Reste à savoir si le médecin praticien s'acharnera à vouloir, sans espoir d'y réussir, rester un artisan comme le savetier, ou si, s'inclinant devant la loi inéluctable du progrès, il s'efforcera de devenir l'ingénieur médical qui s'emploiera à la défense sanitaire et dirigera les établissements de diagnostic, de prévention et de cure. Ces établissements se fondent tous les jours, leur généralisation s'imposera et il n'est au pouvoir de personne de l'empêcher. Puissent les syndicats médicaux persuader à la fois leurs adhérents et les établissements publics et privés de l'utilité, de la nécessité de leur collaboration et au besoin dans une certaine mesure arriver à l'imposer !

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## Travaux Originaux

### LE PRATICIEN ET LA NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

IV

### Les arriérés : La débilité intellectuelle distinguée du retard mental

Par le Docteur GILBERT ROBIN,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.
Médecin assistant à l'hôpital Lariboisière.

La débilité mentale, pour Binet et Simon, englobe tous les états situés entre l'imbécillité et l'intelligence normale. Nous pensons que ce terme de débilité mentale est, dans la pensée de ces auteurs, trop extensif et qu'on gagnerait à lui substituer celui de retard mental. On a coutume de diviser les arriérés en : idiots, imbéciles et débiles mentaux. Sans doute, les débiles mentaux sont des arriérés, mais ils en représentent une variété bien spéciale. L'idiotie et l'imbécillité relèvent de l'arriération mentale grave. L'arriération mentale légère (ou retard intellectuel) dans laquelle se classent les sujets « utilisables », « adaptables » (Paul-Boncour) comprend différents groupes (par exemple : arriération intellectuelle et instabilité, arriération intellectuelle et épileptoïdie, etc.), parmi lesquels la débilité intellectuelle, celle que Vermeylen appelle la débilité intellectuelle dysharmonique. Cette débilité intellectuelle constitue une forme bien définie. Elle est un sous-chapitre dans les retards intellectuels et mérite d'être décrite comme une forme spéciale.

Cette opinion a été surtout défendue par Chaslin, et cet auteur insiste sur la difficulté de définir avec précision la débilité mentale, « ce genre de pauvreté d'esprit, dit-il, se rencontre souvent avec l'arriération intellectuelle tout en en étant distinct. » Philippe et Paul-Boncour pensent également « que la débilité mentale désigne à la fois la faiblesse d'esprit (arriération) et le déséquilibre des facultés ». Fay émet des idées semblables. Il n'est point de meilleur synonyme à débilité intellectuelle que le mot de *sottise*. Le retardé mental est plus bête que sot, le débile plus sot que bête.

Crédulité, maniérisme, prétentions, suggestibilité, mythomanie, se rencontrent chez le débile intellectuel. Un arriéré simple et un débile intellectuel pourraient, aux tests, révéler le même âge mental. Combien ils sont cependant, différents l'un de l'autre. Les fonctions intellectuelles de l'arriéré simple, pour déficiente qu'elles soient, sont à peu près également réparties au sein de leur déficience. Celles du débile intellectuel offrent un déséquilibre dans leur développement. La mé-

moire sera prodigieuse. L'imagination souvent exaltée. Le jugement et le raisonnement presque totalement absents. Ou bien, ils ne sont mis en branle que lorsque l'attention a été captée. Ce trouble de l'attention est primordial chez les débiles intellectuels. Ils vont, comme on dit, « le nez au vent » et « parlent la bouche ouverte ». La bévue qu'ils ont dite, ils ne la voient pas, la sottise qu'ils ont dite ils ne l'ont pas entendue avec leur raison et ils sont prêts à la répéter. Comme dit Fay « la débilité donne une couleur péjorative aux tendances ; elle fait d'un bon, un bonasse ; d'un orgueilleux un vaniteux et un fat ; d'un exalté, un brouillon et d'un déprimé un mollasse ; un imaginatif n'est plus qu'un faiseur de bons mots, un amnésique qu'un collectionneur de souvenirs absurdes ». Plus tard, les débiles intellectuels seront importants et gaffeurs. Ils se mêlent de tout, font la mouche du coche et blessent par inadvertance.

Nous reproduisons ici la lettre que nous adressait un débile intellectuel de 11 ans, après son retour en Amérique du Sud, son pays d'origine. Elle montre le goût de ces sortes d'enfants pour les exercices de mémoire et montre non moins bien, la pauvreté de leur jugement.

Mon cher Docteur Robin,

Je suis à Rio de Janeiro. Je vais aller à Thérisape pour tué des serpents et pour faire un jardin zoologique. J'irai dans les bois chercher tous les animaux : les tamanduas ; les jaguars, les pumas, les tapirs, les lamas, les vigognes, les alpaces, les tamanoirs, les tatous, les tortues, les tigres, les caïmans, les alligators, les iguanes, les perroquets ara toucan, les sarigues, les harpies, les singes et les condors et les chouettes, les urubus, les grosses grenouilles, les crapauds, les caméléons, et les lézards, les pécaris, les ours. Le jour que j'ai été à Pernambouc, j'ai attraper un petit lézard. Il était janti le petit lézard..... 80.000 baisers d'Oscar. »

Voici d'autre part, une observation qui montrera les traits du débile intellectuel.

Pierre a 13 ans. Il sait tout ou presque tout. Il a pourtant été refusé au certificat d'études, mais sur les dates de l'histoire de France, il est imbattable ; toutes les petites villes, jusqu'aux bourgades insignifiantes qui s'échelonnent le long des côtes de France, il les énumère à la file, mais il ignore peut-être que le Havre est plus important que Veules-les-Roses. La table de multiplication est admirablement sue, les règles de grammaire sont appliquées dans une dictée si elles tombent automatiquement, si la dictée ne propose pas de « colles » qui fassent appel au jugement. Il sait le nom de toutes les fleurs, comme un recueil de botanique, mais ne saurait reconnaître un œillet d'une primevère. Il sait le nom de tous les animaux exotiques, mais ignore peut-être d'où viennent les œufs dans la basse-cour.

Ses parents n'ont qu'à le consulter pour les anniversaires, les adresses de leurs amis. Il sait par cœur les numéros de téléphone et des lignes de tramway. Les indicateurs de chemin de fer n'ont pas de secrets pour lui, tout ce qu'il a vu ou entendu est enregistré, comme photographié, et resservi automatiquement tel que, dès qu'on appuie sur le déclic de la mémoire, mais sans souci des circonstances dans lesquelles ce déclic se produit. Bref cet enfant est un véritable bureau de renseignements. « Comme il est doué », diront les uns « déshérité » diront les autres, et ceux-ci auront raison.

Son échec au certificat d'études est le moindre des avatars qui le guettent dans la vie. C'est que la mémoire n'est rien si elle n'est au service du jugement. Ce sont les qualités de jugement et de raisonnement qui font l'intelligence, — c'est le manque de jugement qui, chez Pierre, favorise toutes les impulsions de la vanité ; il est le plus fort en classe, mais son maître ne veut jamais l'interroger. L'enfant n'est pas assez fin pour comprendre que cette abstention provient de ce fait que le maître n'obtient jamais de réponse pertinente. Pierre répond n'importe quoi et son attention est constamment diffuse, il ne réfléchit jamais avant de parler. Il aime le faste, le décor, la parade, tout ce qui brille pour lui est de l'or. Plus tard, il portera un uniforme, il cherche s'il sera garçon de recettes ou général parce qu'il est en train de se demander quel est l'uniforme le plus reluisant.

On a souvent insisté sur l'association avec la débilité mentale la plus manifeste, de dons artistiques, notamment pour la technique musicale. D'autre part, l'étude de certains calculateurs prodiges a révélé chez eux des signes de débilité intellectuelle. La promptitude aux saillies, aux reparties, aux bons mots — quand elle est associée à la débilité intellectuelle, — explique la prétendue franchise des bouffons royaux, célèbres par leur audace et leur « esprit ».

La débilité mentale doit à notre avis être distraite de l'arriération intellectuelle parce qu'elle nous paraît exiger pour être telle un trouble du caractère. En effet, dit Chaslin, « sottise et vanité marchent de pair ». C'est exact, mais ne serait-il pas plus exact de dire que c'est la vanité du caractère qui rend compte de la sottise, que le jugement ne montre sa faiblesse qu'en tombant dans la brèche que sa vanité a creusée au milieu des tendances de l'enfant. Autrement dit, l'arriéré intellectuel, ne se révèle un sot, c'est-à-dire un débile qu'à la faveur de sa vanité. Puisque nous nous référons à l'autorité d'un auteur tel que Chaslin, peut-être les médecins adopteront-ils notre suggestion et réserveront-ils le terme débilité mentale à la désignation des états d'arriération intellectuelle compliqués de sottise.

## CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU

### Suites éloignées des plaies du globe oculaire. — Ophtalmie sympathique. Conséquences médico-légales. — Application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (1)

Professeur F. TERRIEN

Je ne saurais aujourd'hui, dans une seule leçon, étudier comme elle le mérite, cette importante question : suites éloignées des plaies du globe oculaire, qui exigerait de longs développements. Je voudrais tout au moins vous montrer tout l'intérêt qui s'y attache, en particulier au point de vue médico-légal ; en raison des indemnités auxquelles elles peuvent donner lieu. Les lésions accidentelles sont naturellement très variables et de causes multiples, quelquefois même thérapeutiques comme en témoigne l'observation de cette première malade que je vous présente.

C'est une jeune femme, atteinte vous le voyez, d'une conjonctivite intense survenue à la suite d'un traitement par les rayons ultra-violets. Sans doute, il ne s'agit pas d'un accident du travail, mais cependant l'affection doit être considérée comme accidentelle et pourrait bien, dans quelques cas et lors de dommage plus considérable susciter des réclamations, parfois même des demandes de dommages et intérêts.

Cette femme a été traitée par les rayons ultra-violets pour des ganglions cervicaux volumineux, d'origine tuberculeuse et qui semblent, au dire de la malade, avoir été très améliorés sous l'influence du traitement. Mais les yeux ayant été insuffisamment protégés, dès la seconde séance, elle présenta de la conjonctivite et la troisième séance vint augmenter encore la réaction conjonctivale. Si bien que la malade préféra renoncer à ce traitement, en dépit de l'amélioration qu'elle en avait ressentie. Ajoutons que cette malade allaitait son bébé, et dès les premières irradiations la sécrétion lactée disparut.

Vous voyez combien il faut se méfier dans certains cas du traitement par les rayons ultra-violets et tout au moins protéger soigneusement les yeux et les parties saines voisines des lésions irradiées.

**Importance des blessures du globe.** — Passons maintenant à l'étude des suites des blessures du globe oculaire. Toutes ces blessures, pour peu qu'elles soient de quelque gravité, entraînent une diminution de l'acuité visuelle et par là même réduisent la capacité professionnelle des sujets qui en sont atteints.

Or, parmi les accidents du travail, les blessures de l'œil occupent une place importante, car, en moyenne, 35 % des accidents du travail sont des accidents oculaires. Or, en raison de la noblesse de l'organe lésé, la moindre lésion oculaire peut entraîner des dommages importants du fait de la diminution de la capacité professionnelle qu'elle entraîne.

On considère que 20 % des cécités sont dues à des traumatismes oculaires.

Si l'on fait la moyenne de tous les accidents de travail survenant en France dans le cours d'une année, on peut compter que 30 millions de journées de travail sont perdues par an à la suite de ces accidents. Ceci représente 5 milliards de francs, soit 10 millions de journées de travail et deux milliards de francs pour les seuls accidents oculaires.

Et pourtant neuf fois sur dix, l'accident aurait pu être évité ?

**Loi du 9 avril 1898.** — Cette question des accidents du travail est donc particulièrement importante puisque tous ces accidents entraînent une infirmité plus ou moins marquée et donneront lieu de ce fait à une indemnité.

En France, nous vivons, vous le savez, sous le régime de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents.

Le caractère essentiel de cette loi est avant tout *forfaitaire*. Avant elle, on était régi par les principes du code civil (art. 2282). L'auteur d'un dommage est naturellement tenu de le réparer et ceci s'appliquait ici au patron ; mais encore fallait-il prouver sa faute. De là, des procès sans fin. Au contraire, avec la loi de 1898, quelle que soit la faute du patron, de l'entreprise, ou de l'ouvrier, s'il y a eu accident du travail, l'ouvrier recevra dans tous les cas une indemnité.

Toutefois, en raison du caractère forfaitaire de la loi, celle-ci ne s'inquiète plus de savoir s'il y a eu faute du patron ou de l'ouvrier. Elle accorde dans tous les cas à celui-ci une réparation pour le préjudice causé. Mais l'indemnisation n'est jamais totale et elle est très différente suivant que l'ac-

(1) Leçon du 13 mai 1932.

cident a entraîné une incapacité permanente *totale* ou une incapacité permanente *partielle*.

Dans le premier cas (perte totale de la vision des deux yeux), le blessé a droit à une rente égale aux deux tiers du salaire. L'incapacité au contraire est-elle seulement partielle, la rente allouée est alors égale à la moitié de la réduction subie au salaire. Si, par exemple, on considère que l'accident a entraîné une réduction de capacité professionnelle équivalent à 30 p. 100, la loi lui donnera une rente équivalente seulement à 15 p. 100.

On le voit, patron et ouvrier supportent la moitié du dommage, du fait du caractère forfaitaire de la loi, mais il y a indemnisation dans tous les cas, quelles que soient la faute et la responsabilité de l'accident. Et c'est là, à côté des bienfaits de la loi, le revers de l'assurance qui, pour beaucoup, suivant la juste remarque de Duhamel dans les « Scènes de la vie future » tient lieu de conscience, d'honneur, de gratitude. « L'assurance paiera », formule magique en laquelle se résument l'acte de foi, l'acte d'espérance et l'acte de contrition.

N'est-il pas évident, par exemple, que si les assurances contre les accidents d'automobile n'existaient pas, les automobilistes prendraient beaucoup plus de précautions, sachant que toute la responsabilité de l'accident retomberait sur eux.

Neuf accidents sur dix, pour ne pas dire davantage, pourraient certainement être évités.

Dans ma leçon d'aujourd'hui, je ne m'occuperai que des lésions touchant le globe oculaire lui-même. Les annexes de l'œil ne nous intéressent pas beaucoup en matière d'accidents du travail, car la loi n'indemnise que les cas où il y a diminution de la capacité professionnelle, sans s'inquiéter beaucoup du facteur défiguration.

Nous aurons donc à nous occuper ici seulement des blessures de l'œil.

Certes, dans nombre de cas, des lésions des paupières peuvent déterminer des rétractions de ces dernières et entraîner par là, une diminution de la capacité professionnelle, du fait des altérations de la cornée insuffisamment recouverte, mais je n'insiste pas aujourd'hui sur ces lésions.

**Conduite à tenir**. — En présence d'une plaie du globe oculaire, vous devez penser tout d'abord à la possibilité d'une lésion pénétrante et à la présence d'un corps étranger intraoculaire, alors même que l'œil paraît intact et ne montre aucun orifice de pénétration.

Pour les plaies du segment antérieur, il est relativement facile de trouver l'orifice de pénétration. Cependant ces lésions, même minimes, entraînent souvent une ecchymose, des hémorragies ou de l'œdème et l'examen de l'œil atteint, de ce fait, peut être délicat.

L'effacement de la chambre antérieure est naturellement un élément de première importance, qui permet de conclure à l'existence d'une plaie pénétrante. Mais la persistance de la chambre antérieure ne permet pas cependant d'écarter ce diagnostic, non plus que la possibilité d'un corps étranger. Car la chambre antérieure a pu se reformer rapidement, aussitôt les lèvres de la plaie coaptées au moyen d'un exsudat fibrineux.

Au contraire, les plaies du segment postérieur, avec issue d'une quantité plus ou moins grande du corps vitré, entraînent une *hypotonie* très accusée avec approfondissement de la chambre antérieure et ces deux éléments permettront le plus souvent de conclure à l'existence d'une plaie pénétrante.

Or, en présence de toute plaie pénétrante et à moins que les commémoratifs (coup de poing ayant entraîné l'éclatement du globe, coup de couteau, etc...) permettent d'écarter le soupçon de corps étranger intraoculaire, il faut toujours penser à la possibilité de celui-ci.

La recherche du *tonus de l'œil* présente, vous le voyez, une importance capitale.

Si vous trouvez après une plaie de l'œil, cet œil hypotone, vous êtes en droit de supposer la présence d'une perforation, sans toutefois l'affirmer d'une façon absolue.

Puis vous examinez l'acuité visuelle : elle est toujours diminuée ou abolie lorsqu'il s'agit d'une plaie pénétrante.

Lorsque vous avez constaté une plaie pénétrante, vous devez donc rechercher avec beaucoup de soin l'existence d'un corps étranger intra-oculaire, hormis les cas où les commémoratifs permettent d'écarter la présence soit par exemple, le cas de contusion par une balle de tennis, etc.

Dans les autres cas, surtout si le malade dit avoir reçu quelque chose dans l'œil, recherchez toujours le corps étranger. Il est d'extrême importance pour le pronostic de préciser son existence, car celui-ci entraînera presque fatalement la perte de l'œil.

Interrogez toujours très attentivement le malade sur les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident. S'agit-il, par exemple, d'un ouvrier casseur de pierres, qui vous dit avoir reçu un éclat, vous devez sans hésitation, rechercher l'existence du corps étranger dans l'œil de ce malade au moyen de la radiographie.

Car deux moyens nous permettent d'affirmer sa présence ; ce sont : l'*électro-aimant* et la *radiographie*.

La radiographie ne saurait être négligée, en effet, mais son application entraîne inévitablement une perte considérable de temps ; et vous le savez, tout corps étranger de l'œil doit être enlevé le plus rapidement possible.

C'est pourquoi, il faudra toujours, et tout

d'abord, avoir recours à l'électro-aimant qui constitue à la fois un moyen de diagnostic et de traitement.

**Emploi de l'électro-aimant.** — Vous soumettrez donc tout d'abord, le malade à l'électro-aimant. Pour cela vous en amenez la pointe (préalablement flambée), tout contre le globe oculaire et vous faites passer le courant. Si le malade accuse une douleur, ceci parle en faveur d'un corps intraoculaire. Dans certains cas, on pourra même voir la membrane irienne se bomber, soulevée par le corps étranger attiré par l'aimant, tout ceci, bien entendu, s'il s'agit d'un corps étranger magnétique.

L'extraction ne présente généralement pas de très grandes difficultés, sauf dans le cas où il siège très en arrière. Il faut alors, au lieu d'une simple paracentèse suivie d'iridectomie, pratiquer après dissection de la muqueuse conjonctivale, une incision sclérale, préalable à l'application de l'aimant.

L'extraction a d'autant plus de chances de succès, que l'aimant est appliqué aussitôt après l'accident. Très rapidement le corps étranger se recouvre d'exsudats et contracte des adhérences qui rendent son extraction difficile.

On ne craindra jamais de s'y prendre à plusieurs reprises et on répétera plusieurs fois l'application avant de renoncer à toute tentative d'extraction. Car les premières applications n'ont souvent d'autre effet que de mobiliser le fragment que des applications répétées finiront par libérer. Si le gros aimant échoue, on introduit ensuite directement dans la plaie la pointe courbe du petit électro-aimant. Bien souvent on réussira par ce moyen à extraire le corps étranger intraoculaire et par là même à conserver un œil utile, voire même une vision relativement bonne.

L'électro-aimant, employé depuis environ une trentaine d'années, a permis de sauver quantité d'yeux d'une perte certaine, alors que la persistance d'un corps étranger dans le globe oculaire entraînera presque fatalement la perte de celui-ci, quelquefois même celle du congénère à la suite d'une ophtalmie sympathique.

**Radiographie.** — Si l'exploration immédiate à l'électro-aimant est demeurée négative ou s'il s'agit d'un corps étranger non magnétique, on fera pratiquer une radiographie qui permettra de préciser l'existence et même le siège du corps étranger.

D'une manière générale, on réclamera toujours une radiographie totale de profil en deux positions sur la même plaque, le sujet regardant en haut dans la première moitié de la pose et en bas dans la seconde moitié. S'il existe un corps étranger intraoculaire, le mouvement du globe oculaire modifie naturellement la place de la tache formée par le corps intraoculaire sur la plaque et donne lieu à deux taches au lieu d'une. Le corps étranger est-il au contraire en dehors du globe, dans l'intérieur de l'orbite, le déplacement du globe n'entraîne naturellement aucune modification et on n'observe sur la plaque qu'une seule tache.

Cependant ce signe du déplacement de l'ombre, symptomatique d'un corps étranger intraoculaire, ne peut être considéré comme absolu, car certains corps extraoculaires peuvent donner aussi des déplacements de l'ombre de 10 à 11 mm. J'ai rapporté de ce fait à la Société d'ophtalmologie de Paris trois observations très démonstratives (1).

Dans la première observation, il s'agissait d'un enfant de 14 ans qui m'avait été envoyé par mon collègue et ami, le Docteur Courcoux. Il avait accidentellement reçu un plomb dans l'œil et la radiographie de la tête prise dans deux positions montrait un déplacement net de l'ombre ; en présence de phénomènes inflammatoires assez graves, on décida de pratiquer l'énucléation de l'œil. Mais chose curieuse, l'examen le plus soigneux de celui-ci ne permit pas de trouver le moindre corps étranger dans l'intérieur du globe oculaire, malgré que celui-ci eût été examiné, sous toutes ses faces et après avoir fait des coupes multiples.

Les deux autres observations étaient sensiblement identiques.

Comment expliquer dans ce cas, le déplacement de l'ombre sur le cliché et la projection de deux taches ? Sans doute faut-il admettre en pareil cas une localisation juxta-oculaire du corps étranger logé dans des exsudats abondants. Ces derniers, très adhérents à la paroi du globe, sont entraînés avec les mouvements de celui-ci et entraînent avec eux le corps étranger.

Ainsi donc la radiographie elle-même ne nous donne pas toujours une certitude absolue. On devra néanmoins ne pas manquer d'y recourir après l'application de l'électro-aimant, dans les cas où on n'a pu extraire d'emblée le corps étranger.

Dans un procès où j'avais été désigné comme expert, un blessé réclamait cent mille francs de dommages-intérêts à son médecin, ce dernier n'ayant pratiqué ni électro-aimant ni radiographie après un accident oculaire grave déterminé par un corps étranger qui avait entraîné la perte de l'œil.

Le médecin ayant pu établir pour sa défense qu'à l'endroit où se trouvait le malade il n'y

(1) F. Terrien. — Les erreurs de localisation des corps étrangers orbitaires à la suite de l'examen radiographique. (*Soc. d'ophtalmologie de Paris*, 17 février 1925.)

avait ni électro-aimant, ni installation radiologique (ce qui d'ailleurs n'était pas une excuse suffisante), et surtout que la gravité extrême de la blessure avait entraîné d'emblée la perte de l'œil sans aucun espoir de conservation de celui-ci, il nous fut possible de justifier la conduite du médecin. Mais en fait on peut considérer comme coupable le médecin qui, en présence d'une plaie pénétrante du globe compliquée de corps étranger, n'a pas recours à ces deux moyens de diagnostic : l'électro-aimant et la radiographie.

Chez ce malade, la plaie étant d'une gravité extrême, l'électro-aimant et l'examen radiologique n'auraient apporté aucun secours. Mais, en principe, le médecin avait cependant une certaine responsabilité qu'il était difficile de dégager complètement.

**Complications.** — Après l'ablation du corps étranger les suites de l'intervention, suivant la gravité de la blessure, le siège et le volume du corps étranger, sont plus ou moins favorables. Dans nombre de cas, on arrive à l'extraire en conservant une acuité visuelle assez bonne, voire même normale dans certains cas. Au contraire, si le corps étranger reste dans l'œil, la perte de celui-ci est presque certaine : à plus ou moins longue échéance une irido-cyclite se développe, capable d'entraîner l'atrophie du globe oculaire et quelquefois même, à un moment donné, des troubles sympathiques de l'autre œil.

Parmi les corps étrangers de l'œil, certains, sont mieux tolérés que d'autres, en particulier le verre, surtout le verre stérile, tel qu'on le trouve dans les explosions au cours de diverses expériences dans les laboratoires (explosions de cornues, etc...).

Souvent aussi les corps étrangers sont stériles, tels les grains de plomb, les éclats surchauffés, et l'infection est alors peu à craindre. D'autant plus que l'œil ne s'infecte pas facilement. Il résiste assez bien aux infections. A la période préantiseptique et préaseptique, on opérait néanmoins des cataractes et il faut reconnaître que si l'infection, la panophtalmie, était naturellement beaucoup plus fréquente qu'aujourd'hui, la guérison était cependant obtenue assez souvent sans complications.

A côté de la stérilité plus ou moins grande du corps étranger, il faut aussi tenir compte de sa nature. Le verre, est de tous, le mieux toléré.

A propos de cette tolérance de l'œil pour les éclats de verre, je rappelle souvent le cas d'un jeune chimiste, actuellement professeur de chimie qui, voici trente ans, au cours d'une expérience de laboratoire reçut dans l'œil un éclat de verre qui perfora le globe. Je pratiquai chez ce malade le recouvrement conjonctival et quelques semaines plus tard, on pouvait voir chez lui enchâtonné dans la partie postérieure du cristallin, un éclat de verre assez volumineux. Jusqu'ici le malade n'a présenté aucun symptôme morbide, pas le moindre signe d'ophtalmie sympathique, il conserve son œil blessé avec un très faible degré de vision.

Les éclats d'acier ou de cuivre, au contraire, sont mal tolérés, et des accidents assez fréquents s'observent dans les tirs de foires, avec des carabines de mauvaise qualité qui crachent et provoquent de graves lésions oculaires.

Le cuivre est le moins bien toléré. Le fer ne l'est guère mieux : il donne lieu à la longue à des phénomènes de *sidérose*, ou de rouille de l'œil. La sidérose est le résultat de la dissolution des parcelles métalliques sous l'influence de l'acide carbonique contenu dans les tissus de l'organisme. La coloration de l'iris se modifie : de bleue elle devient brunâtre couleur rouille.

Cette constatation est encore un élément de diagnostic, mais aussi et principalement un danger. Des poussées d'irido-cyclite peuvent survenir et entraîner la plus grave des complications, l'*ophtalmie sympathique*, c'est-à-dire, vous le savez, l'inflammation et souvent aussi la perte de l'œil sain

Or, cette ophtalmie sympathique, surtout à craindre dans les semaines ou dans les mois qui suivent la blessure, peut survenir dix, vingt, voire même trente ans après l'accident.

Je n'ai pas à vous rappeler ce que c'est qu'une ophtalmie sympathique. J'y ai consacré une leçon en novembre dernier, leçon que vous trouverez dans le *Progrès Médical*, nº 3, du 16 janvier 1932.

On a nié, à tort du reste, l'existence de l'ophtalmie sympathique. Si elle est peut-être moins fréquente qu'on ne l'a dit, son existence n'est pas douteuse. C'est là, un point important à connaître, et il faut toujours la redouter, en présence de toute blessure du globe oculaire infectée, surtout si celle-ci se complique de la présence d'un corps étranger.

L'ophtalmie sympathique est une irido-cyclite de l'œil sain, dont on ne peut malheureusement prévoir l'apparition. Il est, cependant, certains symptômes capables de nous faire soupçonner l'éclosion de cette affection redoutable.

Du côté de l'œil blessé, deux symptômes caractéristiques doivent de suite éveiller l'attention : la *rougeur* et *la douleur*. Si on trouve ces deux symptômes, il ne faut pas hésiter : il y a menace d'ophtalmie sympathique et l'énucléation de l'œil blessé s'impose, à condition, bien entendu, que la vision de cet œil blessé soit complètement abolie.

La douleur à la pression doit être recherchée attentivement, avec douceur tout d'abord, en pressant très légèrement avec les deux index appuyés sur la paupière supérieure ; si cette douleur

n'est pas décelée de suite, appuyez un peu plus profondément. La douleur peut être localisée en un point seulement du corps ciliaire, le plus souvent à la partie supéro-interne ; aussi, faudra-t-il explorer la totalité de celui-ci ; il peut y avoir un décollement de ce dernier, ce qui expliquera l'absence de douleur à une pression très superficielle et son apparition à une pression plus profonde.

Dans certains cas, il n'est pas rare, deux ou trois ans après l'accident, de constater dans l'œil blessé des ossifications de la choroïde, allant même jusqu'à la formation d'une véritable coque osseuse. Celle-ci, visible seulement après énucléation, pourra cependant quelquefois être soupçonnée par la radiographie. Elle constitue un nouveau facteur d'irritation capable de favoriser le développement d'une ophtalmie sympathique.

Il ne faut jamais attendre l'apparition de symptômes du côté de l'œil sain pour porter le diagnostic d'ophtalmie sympathique, car à ce moment, l'énucléation de l'œil blessé ne suffit plus à enrayer sa marche.

Les signes de certitude, il est vrai, ne s'observent que sur l'œil sain. Ce sont des symptômes d'irido-cyclite. Ils peuvent être précédés de légers troubles : rougeur de l'œil sain, sensibilité à la lumière, larmoiement, gêne de l'accommodation. Ces phénomènes devront toujours faire craindre l'éclosion d'une ophtalmie sympathique et commandent l'énucléation de celui-ci si la vision est complètement abolie.

La lampe à fente permettra quelquefois de découvrir de fins précipités, sur la membrane de Descemet, qui, jusque-là restaient ignorés, l'œil paraissant absolument normal. Le Professeur Jeandelize, de Nancy, a rapporté de ces faits des observations très intéressantes ; on ne manquera donc jamais de recourir à cet examen.

**Emploi du sérum antitétanique.** — Lorsque vous vous trouvez en présence d'un blessé de l'œil, devez-vous faire une piqûre antitétanique de façon systématique ?

C'est là une grosse question. Il semble peut-être exagéré de faire une piqûre anti-tétanique à tout blessé de l'œil, car l'injection peut fréquemment entraîner des névrites persistantes.

On se basera sur les commémoratifs et sur l'état des lésions. Les lèvres de la plaie sont-elles bien coaptées et celle-ci est-elle la conséquence d'un corps étranger plus ou moins stérile, éclat de métal, grain de plomb, éclat de verre, etc..., la question de l'injection de sérum antitétanique ne se pose pas.

Au contraire, les lèvres de la plaie sont-elles mâchées, irrégulières, et l'accident est-il survenu chez des cultivateurs, des jardiniers, des sujets travaillant à la terre, il sera toujours sage de pratiquer une injection de sérum. On ne peut donc préciser une ligne de conduite générale ; on se basera sur les circonstances de l'accident.

**Conséquences médico-légales.** — Lorsque les lésions oculaires sont cicatrisées et le malade guéri, le médecin peut être appelé à donner un rapport médico-légal sur l'état du blessé et les conséquences définitives de l'accident. Il y a lieu d'envisager ici, comme à la suite de tout accident, l'incapacité totale et l'incapacité permanente partielle.

La première est réalisée par la perte des deux yeux, la seconde, par la perte totale ou partielle d'un œil.

Lorsque la perte est totale et permanente, l'ouvrier, nous l'avons dit plus haut, a droit à une rente représentant les deux tiers de son salaire annuel. Si l'incapacité est permanente mais partielle, l'ouvrier reçoit une rente égale à la moitié de la réduction subie par le salaire, conséquence du caractère forfaitaire de la loi.

Le degré de réduction de capacité est réglé par le degré de réduction de l'acuité visuelle. Mais il ne faut pas considérer ici le degré d'acuité visuelle *physiologique*, mais seulement l'acuité visuelle *professionnelle* variable avec les différents métiers.

C'est là une conception remontant à une trentaine d'années sur laquelle on s'est assez facilement accordé. L'acuité visuelle professionnelle serait égale à la moitié de l'acuité visuelle physiologique ou normale. Ainsi tout individu jouissant d'une acuité visuelle de 1/2 (la moitié de l'acuité visuelle normale) est capable de faire tous les métiers, exception faite pour certains métiers (horlogers, bijoutiers, ajusteurs) exigeant une acuité visuelle supérieure.

Par contre si l'acuité visuelle normale tombe au-dessous de 1/10 on considère que le sujet est devenu incapable d'excercer un métier et l'acuité visuelle professionnelle est égale à 0.

Les limites de cette acuité visuelle professionnelle sont donc assez étroites.

Lorsque l'acuité physiologique ne tombe pas au-dessous de la moitié, le sujet en principe n'aura donc droit à aucune indemnité.

Peu de chose à dire de la perte totale ou quasi totale des deux yeux ; c'est la cécité et par conséquent l'incapacité totale, équivalente à une réduction de capacité professionnelle de 100 p. 100.

Bien entendu, il faut toujours songer dans tous ces cas à la simulation ou tout au moins à l'exagération. La mise en évidence de celle-ci est quelquefois très difficile, surtout en présence de lésions manifestes ; témoin un sujet examiné par nous avec les Docteurs Monthus et Coutela aux fins d'expertise et qui disait ne rien voir. Ceci paraissait d'autant plus vraisemblable qu'il existait une atrophie optique bilatérale, avec excava-

tion glaucomateuse très accusée, pour laquelle on avait pratiqué une iridectomie bilatérale. Une surveillance prolongée permit cependant de constater que la vision n'était pas complètement abolie.

Plus délicate est l'appréciation de l'incapacité partielle et deux cas sont à envisager : la perte totale d'un œil ou la perte partielle.

a) *Perte totale.* Comment évaluer dans ces cas, la perte de la capacité professionnelle ? C'est là un sujet qui a donné lieu à de nombreuses discussions.

On serait facilement porté à conclure ; deux yeux perdus : perte de 100 %, donc perte d'un œil, égale 50 %. En réalité, la perte totale d'un œil est bien loin de correspondre à la perte de la moitié de la capacité professionnelle. Assez souvent le sujet arrivera à faire le même travail qu'auparavant, exception faite, bien entendu, pour les travaux délicats exigeant une vision binoculaire parfaite (ouvriers de précision, ajusteurs, mécaniciens, etc.).

Mais il est tout d'abord un certain nombre d'éléments dont il y a lieu de tenir compte et qui concourent à diminuer la capacité professionnelle.

C'est, avec la suppression de la vision d'un œil, la suppression ou la diminution de la vision du relief et de la profondeur. Sans doute le sujet, avec beaucoup d'entraînement, arrivera au moyen de l'accommodation et des déplacements du globe oculaire, à suppléer dans une certaine mesure à la perte de la vision d'un œil. De même par une inclinaison correspondante de la tête, il peut aussi compenser la périphérie du champ visuel binoculaire perdue. Mais pour y arriver, il doit substituer à des phénomènes visuels réflexes des efforts volontaires et par là même beaucoup plus fatigants et essentiellement inconstants.

Enfin, il faut aussi tenir compte de la capacité de concurrence. L'ouvrier n'ayant qu'un œil trouvera difficilement un employeur.

Pour toutes ces raisons, on s'est mis d'accord pour évaluer à 30 % la diminution de capacité professionnelle résultant de la perte d'un œil. En raison du caractère forfaitaire de la loi, l'ouvrier touchera donc 15 %, lorsque la perte de capacité professionnelle est évaluée à 30 %.

b) Dans les cas de *perte partielle d'un œil,* l'appréciation de la diminution de la capacité fonctionnelle est plus difficile, plus délicate. On est souvent obligé de s'en rapporter pour une grande part aux dires du sinistré et ce dernier a le plus souvent tendance à exagérer. Mais nous possédons ici des moyens multiples nous permettant de dépister la simulation. Les plus simples sont les meilleurs et je vous recommande le suivant qui suffit presque toujours.

Tout d'abord, durant l'examen, il faudra exercer une *surveillance rigoureuse des deux yeux,* afin de s'assurer que le sujet ne ferme pas le bon œil pour se rendre compte de ce qu'il voit avec le mauvais seul. Puis, après avoir recherché en premier lieu l'acuité visuelle de l'œil sain, sous prétexte d'améliorer celle-ci, les deux yeux étant toujours largement ouverts, on place, par exemple, devant l'œil sain un verre très fortement convexe et devant l'œil prétendu malade un verre neutre puis, on demande au malade placé à 5 mètres de lire les lignes des échelles d'acuité.

Si le malade parvient à lire, c'est avec l'œil malade, car le verre convexe fort empêche naturellement la vision du côté sain, et le nombre de lignes lues indique le degré de son acuité visuelle.

L'acuité visuelle est-elle réduite à un dixième (le malade ne lit que la première ligne de l'échelle) on considère alors qu'il lui est impossible d'exercer un métier quelconque. L'acuité professionnelle dans ces cas est égale à zéro et l'indemnité sera sensiblement identique à celle accordée pour la perte totale de la vision d'un œil, soit 25 p. 100.

On peut donc admettre, vous le voyez, que l'acuité professionnelle est égale à la moitié de l'acuité visuelle physiologique. Ainsi lorsque le sujet a perdu toute vision, ou lorsqu'il a une vision inférieure à 1/10, l'indemnité à attribuer sera sensiblement identique. Si au contraire, l'acuité est supérieure ou égale à 1/2, on peut considérer que l'acuité visuelle professionnelle demeure entière et l'indemnité accordée sera nulle ou, pour ne pas être trop rigoureux, très légère, de 2,3 ou 4 p. 100.

Les limites de l'acuité professionnelle sont donc moins étendues que celles de l'acuité visuelle physiologique normale. Elles vont de cinq dixièmes à un dixième (quatre dixièmes, trois dixièmes, deux dixièmes), et, on donnera 6 à 7 % par dixième perdu ; par conséquent, à un sujet ayant deux dixièmes d'acuité visuelle, on donner 18 %.

A côté de l'acuité visuelle il y a à considérer l'étendue du champ visuel. La perte d'une partie plus ou moins étendue de celui-ci vient aggraver sensiblement le dommage. Enfin, il est une forme de rétrécissement du champ ou mieux des champs visuels intéressante à envisager, ici, c'est l'hémianopsie ou perte des deux moitiés du champ visuel. Voici, par exemple, à la suite d'une blessure cérébrale, comme on le voit souvent dans les blessures de guerre, mais aussi dans les fractures de crâne et les accidents du travail, une hémianopsie homonyme droite.

Cet individu est bien plus gêné que celui ayant une hémianopsie homonyme gauche. Ce dernier ne s'en aperçoit pas ; le premier, au contraire, ne peut plus lire, il voit le début des mots, mais pour la suite est obligé d'épeler lettre par lettre.

Pour un individu atteint d'hémianopsie homo-

nyme droite, l'indemnité peut aller jusqu'à 40 ou 44 %, suivant la profession. Pour l'hémianopsie homonyme gauche, l'indemnité ne sera que de 30 ou 33 %.

Deux mots sur les blessures extra-oculaires. Elles ne nous intéressent pas au point de vue médico-légal, parce que les déformations et cicatrices de la face, au point de vue de la loi, ne diminuent pas la capacité de travail. Cependant, il y a à considérer les paralysies oculaires, et la diplopie qu'elles provoquent. C'est une chose extrêmement gênante, surtout dans la plupart des professions où le sujet ayant besoin d'une vision binoculaire ne peut supprimer la diplopie qu'en voilant l'œil dévié, ou en mettant un verre dépoli.

La diplopie est homonyme ou croisée, suivant qu'il s'agit d'une paralysie d'un muscle abducteur ou d'un adducteur.

Le blessé étant obligé pour supprimer la diplopie, de cacher un œil, il n'est pas très exagéré de lui accorder le même degré de réduction de la capacité professionnelle qu'à celui ayant perdu la vision d'un œil, c'est-à-dire 30 à 33 %. Mais il faut toujours vous méfier de la simulation possible, témoin le cas suivant ayant trait à un blessé qui se présentait pour être réformé, et se plaignait de diplopie. Ne voyant pas de limitation des mouvements des muscles de l'œil, je cherche à déceler la simulation. Pour déceler la diplopie nous mettons, vous le savez, devant l'œil un verre rouge ou un verre bleu, en faisant fixer au sujet placé dans une chambre noire la flamme d'une bougie. Me méfiant de la simulation, je fis remplacer le verre bleu par un verre, soi-disant bleu plus foncé : c'était tout simplement un verre noir opaque. Le sujet continuant toujours à se plaindre de diplopie, je pus conclure alors à la simulation.

Enfin, il faudra toujours prendre en considération le métier exercé ; si celui-ci exige une vision excellente (bijoutier, mécanicien, ajusteur, etc.) l'indemnité accordée sera un peu plus élevée.

**Prophylaxie des accidents.** — De plus en plus, on recherche les moyens d'éviter les accidents du travail. Les Sociétés de Croix-Rouges ont fait beaucoup dans ce sens. On a créé des revues spéciales, des périodiques traitant les moyens de prévention des accidents du travail.

Le traité de Versailles du 28 juin 1919 a créé un organisme permanent dont la raison d'être est la protection des ouvriers contre les accidents. Il recherche les meilleurs modes d'organisation du travail, publie un résumé de ses travaux dans une revue paraissant en trois langues « *La chronique de la Société industrielle* » et la question des accidents oculaires n'est pas négligée.

**Moyens de prévention.** — Ils sont de toute importance puisque 80 p. 100 des accidents pourraient être évités. Variables avec le genre de travail, ils sont bien entendu multiples et ne peuvent se résumer dans l'opinion un peu simpliste du port de lunettes.

*a*) Un des points principaux de la lutte contre les accidents du travail c'est tout d'abord la *revision fréquente des machines*. Grâce à cette pratique on a réussi aux Etats-Unis à abaisser le pourcentage des accidents dus aux machines à 9 % tandis qu'il est encore de 27 % en Europe. Les outils eux aussi devraient être revisés plus souvent.

Il est toute une foule de moyens pouvant être appliqués pour la lutte contre les accidents du travail, très variables avec le genre d'accidents.

Des lunettes très résistantes, en verre très épais, ou mieux constituées par plusieurs lames de verre réunies sont un moyen de protection excellent contre les éclats projetés avec une grande force.

Il est également facile de se protéger par l'emploi de verre coloré, contre les dangers d'une énergie lumineuse et calorique excessive, par exemple chez les ouvriers employés à la soudure autogène, au découpage au chalumeau.

Ainsi les souffleurs de verre devraient régulièrement porter des lunettes. Malheureusement dans la pratique il n'en est pas ainsi. Or, l'article 20 de la loi sur les accidents du travail précise que si l'ouvrier ne se soumet pas aux exigences nécessaires, on est en droit de réduire l'indemnité.

Il faudrait aussi veiller à l'amélioration de la qualité de l'ouvrier qui ne saurait trop connaître son métier ; 25 % des accidents du travail proviennent de fausses manœuvres ou d'une technique insuffisante.

Aussi de grandes industries se sont annexé des laboratoires de psychophysiologie qui établissent une fiche pour chaque individu nouveau. Un médecin est chargé de diriger l'orientation professionnelle et de corriger les défauts capables de l'être. C'est ainsi que la seule correction des vices de réfraction a donné, dans certaines industries, un bénéfice de 12 % sur la production.

On remarque aussi un plus grand nombre d'accidents chez les ouvriers travaillant à la pièce et non à la journée.

**Eclairage défectueux.** — Pour éviter nombre d'accidents, il serait utile de veiller à un meilleur éclairage des ateliers. 24 p. 100 des accidents oculaires seraient dus à un éclairage trop intense, éblouissant, ou au contraire trop faible. La lumière du jour est, bien entendu, la meilleure. La loi Honnorat, en permettant la prolongation du travail à la lumière solaire est venue ainsi apporter un secours imprévu à la sécurité industrielle.

En Amérique du Nord, Ford dépense près de deux millions de dollars pour la propreté des locaux et une grande partie de cette somme est consacrée au nettoyage des carreaux de ses usines.

Il faut encore mentionner les causeries instructives, les primes aux contremaîtres dont les équipes n'ont pas eu d'accidents du travail.

Par ces différents moyens, les accidents du travail ont été très diminués. La Compagnie Pullmann, par la seule surveillance rigoureuse du port des lunettes a vu la proportion des lésions oculaires passer de 5 à 1. Telle entreprise de l'Est voit en six mois ses accidents diminuer dans la proportion de 70 p. 100. Dans les usines Berliet, de Lyon, la proportion des accidents passe de 22 à 30 p. 100 en 1916 à 1,6 p. 100 en 1917.

Dans certaines industries métallurgiques, les seules primes aux contremaîtres amènent une diminution de 5 p. 100 dans la proportion des accidents (3.000 de moins en une année, soit un million de francs), justifiant cette conception d'outre-mer que « la sécurité paie ».

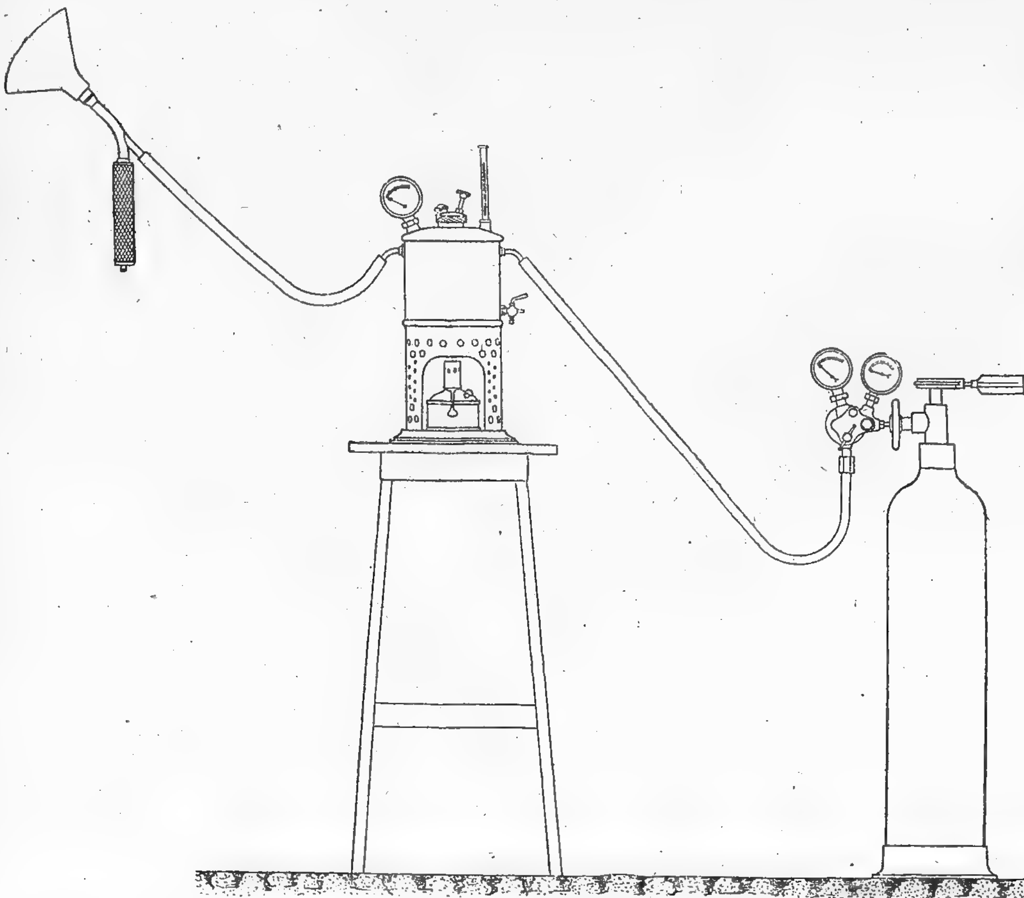
Bien des choses restent encore à faire et il me resterait aussi, vous le voyez, beaucoup à dire.

J'ai essayé seulement aujourd'hui de vous préciser rapidement toute l'importance et la gravité des accidents oculaires du travail, les moyens de les prévenir et la façon d'apprécier le dommage qui en résulte.

## L'OXYGÈNE HUMIDE ET CHAUD DANS LES PNEUMOPATHIES DU VIEILLARD

Par le Docteur Jean PLANAS, à Etoile.

Les affections pulmonaires aiguës isolées ou épidémiques atteignent indifféremment des malades de tous les âges. Chez l'adulte, leur gravité tient surtout à la virulence du germe infectieux, très accidentellement au fléchissement de la résistance organique. En effet, un adulte normal offre des défenses solides, des organes non dégénérés sécrétant des anticorps puissants ; son cœur, non scléreux, résiste longtemps aux toxines ; enfin son équilibre nerveux lui permet de conserver longtemps intacte la volonté de guérir, et la patience de continuer sans lassitude un traitement.



Il n'en est pas de même quand nous retrouvons

ces mêmes affections chez les adultes déjà tarés ou chez le vieillard. Dans ce cas, les fléchissements des organes de défense sont la règle. Nous trouvons parmi eux des sujets amaigris, en misère physiologique, incapables de supporter l'effort prolongé d'une maladie très choquante, ou bien des intoxiqués, alourdis de graisse, avec un foie et des reins insuffisants, un cœur affaibli.

Chez un adulte vigoureux, le traitement peut être incomplet sans danger grave, l'élasticité de la défense supplée aux oublis thérapeutique : mais chez des demi-vaincus, quand une pneumonie ou une broncho-pneumonie s'amorce, il faut lui opposer une thérapeutique parfaite, pour compenser l'indigence des défenses naturelles.

Dès le début, le traitement sera total, préventivement complet ; il ne faut pas attendre la défaillance du cœur ou des reins, la dyspnée agonique, pour mettre en œuvre les médications réexes de ces incidents. Dès le début, il faut opposer à l'infection pulmonaire grave un bloc thérapeutique sans fissure que je veux essayer de préciser.

Dans ces moyens thérapeutiques coalisés, je ne veux donner de préséance à aucun d'entre eux: ils s'étayent, se complètent et les moyens impersonnels que j'y range, ont à mes yeux, la même importance que la thérapeutique personnelle que je préconise, à savoir les inhalations massives d'oxygène humide et chaud.

Je ne reviendrai pas au point de vue technique sur ces inhalations, (voir figure, page précédente) déjà décrites ailleurs (*Siècle Médical* du 6 aout 1931 ; Communication à la Société nationale de médecine de Lyon du 20 avril 1932) et au point de vue principe, je n'affirmerai pas que les inhalations d'oxygène à elles seules m'aient permis des miracles ; je dirai seulement que s'appuyant sur les thérapeutiques symptomatiques habituelles, elles m'ont permis de guérir un nombre important de malades désespérés.

Aucun exposé théorique n'aurait la valeur démonstrative des observations que je rapporte ci-dessous ; une partie d'entre elles sont relatives à des cas récents observés cet hiver au cours des températures extrêmes qu'il nous a offert.

Nº 1. — B. Louis, âgé de 70 ans. Je suis appelé auprès du malade le 4 janvier. Il se plaint de douleurs thoraciques bilatérales, la température est de 40°1, la langue est rôtie ; les urines sont rares ; le pouls à 110.

A l'auscultation, on trouve une pluie de râles fins sur les deux poumons en arrière, les sommets sont submats, les bases franchement mates ; en avant l'encombrement alvéolaire est moins serré, Le malade crache peu, ses crachats, franchement verts et très purulents, montrent une flore variée où prédomine le pneumocoque.

On prescrit : les enveloppements chauds ; de la solubaïne ; du vaccin.

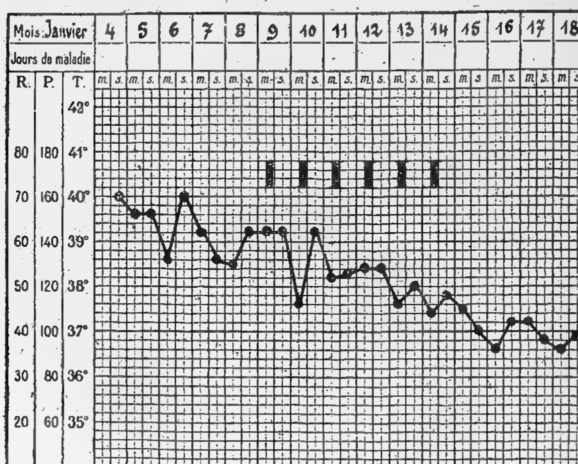
Une alimentation atoxique lacto-végétarienne.

Aucune potion expectorante pour ne pas favoriser une surcharge plus grande des bronches et compliquer la dyspnée déjà intense.

Le 5, le 6, le 7, le 8 janvier, on continue la thérapeutique sans changement dans l'état du malade qui lutte.

La température baisse légèrement le 7, remonte le 8.

A l'auscultation, les râles fins encombrent encore les deux poumons, mais on trouve en plus un foyer d'hépatisation soufflant, occupant le tiers supérieur du poumon gauche ; le pouls est à 140, la langue est




rôtie, le malade urine peu et délire, la dyspnée est très intense.

Le 9 janvier, le pouls reste à 140, le foyer d'hépatisation du sommet gauche s'étend sur la partie moyenne du poumon, la dyspnée augmente considérablement. On commence alors les inhalations d'oxygène humide et chaud, qui, faute d'appareil, n'avaient pu être pratiquées jusqu'à ce jour.

Le 10 on constate une légère amélioration, la fièvre tombe à 37°6 puis remonte le soir à 39°2 ; au bout de six jours d'inhalations la température baisse et le malade se remet lentement avec une persistance du fléchissement myocardique et de l'obscurité respiratoire du sommet gauche.

Nº 2. — F. Paul, âgé de 71 ans. Ce malade courbaturé depuis huit jours se couche le 29 décembre avec une toux pénible et des crachats abondants.

Le 30, la toux s'exaspère, coqueluchoïde.

Le 31, apparaît un point de côté extrêmement douloureux à droite.

Le 1er janvier, pour la première fois, on prend la température qui est de 40°, la douleur du côté droit persiste, violente.

Le 2 janvier je vois le malade pour la première

fois : il est assis sur son lit anhelant, avec des lèvres asphyxiques, le visage jaune pâle.

A l'auscultation, la respiration est voilée sur toute l'étendue du poumon droit en arrière ; à gauche on trouve quelques bouffées de râles fins, le cœur est en asystolie complète, incomptable par sa rapidité et par le nombre de systoles avortées.

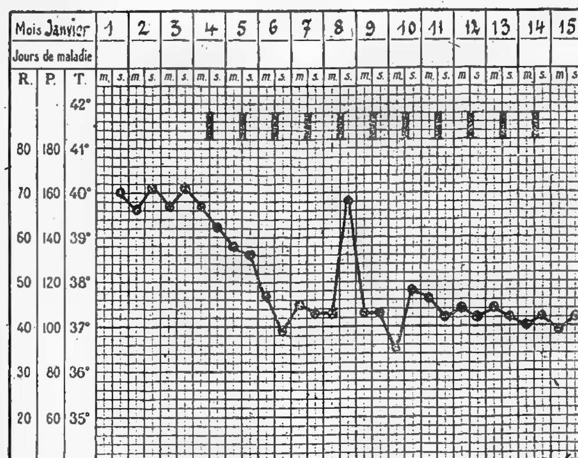
On commence de l'ouabaïne intraveineuse, de l'huile camphrée, des enveloppements chauds. Une potion tonique à base d'ergotine est jointe au traitement.

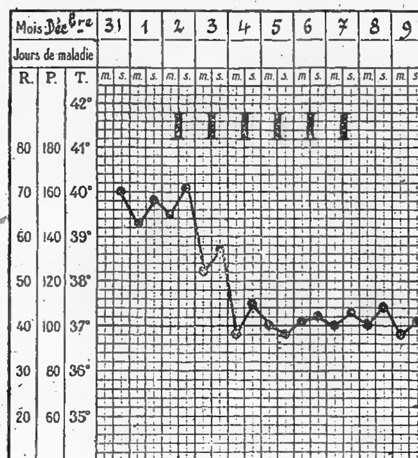
Le 3 janvier la situation reste stationnaire, mais le pouls est mieux frappé.

contrainte à s'aliter avec un point thoracique douloureux.

Je suis appelée auprès de la malade le 31 décembre, je constate la présence d'une zone de submatité à la base gauche et en arrière ; en avant, le poumon droit présente une respiration normale, le poumon gauche présente un foyer de condensation, marqué par une zone soufflante sous la clavicule. Le pouls incomptable est irrégulier, la malade a un facies vultueux et délire.

J'institue un traitement mixte : septicémine. huile camphrée, digitaline, enveloppements chauds. Les signes cardio-pulmonaires restent inchangés.




Le 4, la température reste élevée : 39°7 le matin. Le malade est très dyspnéique, obnubilé, il répond mal et semble perpétuellement assoupi.

On commence les inhalations, qui, dès la première, ont le pouvoir d'atténuer nettement la dyspnée. Le soir la température est plus basse que le matin et cette baisse vespérale de la température persistera tant que dureront les inhalations. Dans la nuit du 4 au 5 on est appelé à pratiquer une inhalation pour calmer les crises de dyspnée, qui, chaque fois, sont jugulées avec la même rapidité.

Puis, peu à peu, la température baisse, la respiration se rétablit normalement, en même temps que disparaissent les signes d'auscultation.

La convalescence s'amorce et le malade guérit sans nouvelles rechutes.

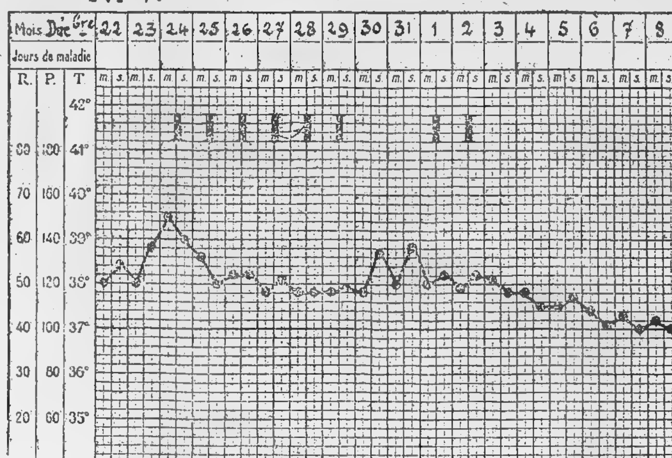
N° 3. — P., âgée de 56 ans. Atteinte de bronchite chronique et de cardiopathie mitrale avec une augmentation notable du volume du foie d'origine cardio-éthylique, cette malade présente des symptômes d'infection grippale vers le 20 décembre ; les symptômes en sont l'infection rhino-pharyngée, une courbature générale, mais la malade néglige tous soins ; vers le 27 décembre seulement elle se trouve

Le 2 janvier, la température reste élevée, la dyspnée est très intense. On commence alors les inhalations d'oxygène chaud et humide et dès la première la dyspnée s'atténue et la malade peut dormir, pour la première fois depuis qu'elle s'est alitée.

Le lendemain, la température s'abaisse pour revenir à la normale après 48 heures de traitement Les inhalations chaudes sont cependant continuées, la malade conservant une dyspnée intense qui va s'atténuant à chaque séance et qui disparaît complètement dans la période qui suit l'inhalation. La malade guérit sans incident.

N° 4. — F... M., âgée de 51 ans. Je suis appelé auprès de la malade le 21 décembre 1925. Cette malade d'embonpoint important présente des signes d'emphysème, de plus elle est depuis quelques jours atteinte d'une infection rhino-pharyngée qu'elle a négligée. Elle s'est couchée aujourd'hui avec des point douloureux thoraciques. A l'auscultation on trouve de l'obscurité des deux bases avec quelques râles fins à la toux. Le pouls est régulier mais petit, les urines normales. Je prescrit un traitement cardiotonique, des enveloppements sinapisés, une potion expectorante. Je suis brusquement rappelé auprès de la malade le 23 décembre ; celle-ci présen-

tant une dyspnée très intense. A l'auscultation les deux poumons sont remplis de râles fins, le pouls est incomptable, les extrémités cyanosées ; étant donnée la cyanose, j'applique quelques ventouses scarifiées ; pratique une injection d'huile camphrée et d'ouabaïne, la dyspnée s'atténue légèrement. Dans la nuit la malade présente plusieurs crises de dyspnée avec cyanose. Je conseille alors les inhalations d'oxygène chaud qui sont appliquées le même jour. Dès la première la dyspnée se trouve considérablement amendée, la malade réclame son oxygène avec anxiété, dès que les suffocations tendent à réapparaître, la température s'abaisse et son maximum se trouve le matin. Le minimum du soir correspond aux heures consécutives à l'inhalation. Pendant trois jours on cesse les inhalations pour des raisons économiques, et on voit se réveiller la fièvre avec un maximum vespéral. Après deux jours d'inhalations, la température baisse à nouveau définitivement. La malade maintient sa guérison et se porte actuellement bien.




Je termine là cette présentation de faits. Je ne puis relater toutes les observations de même type, où les malades traités se sont présentés dans des conditions de résistance diminuée, avec des symptômes pulmonaires graves, des toxémies massives, un fléchissement cardiaque total.

Chez tous ces malades, la thérapeutique employée fut identique :

1° Un traitement cardiotonique : huile camphrée, solubaïne, digitaline par voie buccale ou intraveineuse ;

2° Un traitement révulsif tendant à réaliser un véritable pansement thoracique humide et chaud (cataplasmes vastes ou enveloppements);

3° Un traitement antiseptique :

1° Chimique (septicémine) ;

2° Vaccinal pour un malade robuste encore et capable de sécréter des anticorps ;

3° Un traitement sérique pour les malades incapables de produire leurs antitoxines ;

4° Enfin chez tous, les inhalations d'oxygène humide et chaud, inhalations prolongées, continues dans certains cas de dyspnées intenses.

Dans aucun cas, je ne veux attribuer la guérison obtenue aux seules inhalations, tous les autres moyens : ouabaïne, digitaline, huile camphrée, vaccins, révulsions, ont eu leur part dans ce succès ; mais il est une part des symptômes, la plus pénible, la plus angoissante, dont l'amélioration rapide est l'œuvre exclusive des inhalations d'oxygène ; ces symptômes sont constitués par toutes les dyspnées, toutes les asphyxies qui lassent le malade, surmènent son cœur, épuisent son système nerveux et préparent les abdications de l'agonie. Devant ces dyspnées, la thérapeutique ordinaire échoue, les inhalations d'oxygène suivant le mode ancien ne peuvent régulariser le rythme respiratoire parce que trop courtes et trop mal tolérées, seule l'inhalation d'oxygène humide et chaud reste très bien tolérée ; par sa large balnéation des voies respiratoires, elle les décongestionne, calme les dyspnées, soulage le cœur, permet aux malades harassés de retrouver le sommeil ; s'adressant à des intoxiqués graves, elles les soutient toujours, et ne comporte aucune contre-indication quelles que soient la gravité de l'infection et la fragilité du sujet.

## LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

# Pour certaines lésions des annexes, l'intervention chirurgicale exige une mûre réflexion

D'après les travaux du Dr A. Siredey (1) et ceux du Dr de Manet (2)

La chirurgie s'efforce, depuis longtemps déjà, de devenir conservatrice en gynécologie ; encore faut-il que les circonstances le permettent. En effet, avant de prendre une détermination, il convient d'étudier mûrement l'étendue et la nature des lésions, leur marche, les conséquences que l'on peut en redouter, l'état général des malades, leur âge, leur situation sociale, et nombre d'autres contingences. Cependant, des considérations extrinsèques entraînent plus d'une fois une décision, que n'imposeraient pas, à elles seules, les lésions constatées sur les organes ; et, d'autre part, aux conséquences parfois désastreuses des opérations radicales, — on ne manque pas d'y opposer les déceptions assez fréquentes des temporisations trop timides.

Traitement chirurgical ou traitement médical dans les affections, qui siègent sur les annexes utérines ? Telle est une question bien angoissante à résoudre suivant les cas particuliers.

## I

### L'intervention chirurgicale ne laisse aucun doute pour les tumeurs des ovaires, des trompes, du ligament large

Toutefois, cette intervention ne doit avoir lieu que sur un diagnostic net, dûment établi.

*Se méfier des tumeurs fantômes* car elles n'appartiennent pas à une simple légende. Le Dr Siredey en a observé quelques curieux exemples entre les mains de très bons chirurgiens, d'une indiscutable valeur professionnelle et morale, qui, sur un examen unique, avaient eu un réflexe opératoire un peu trop prompt.

On suspectera donc la contraction parfois si trompeuse des muscles abdominaux chez certaines femmes nerveuses, ainsi que des masses graisseuses accumulées dans l'épaisseur de la paroi abdominale ou sur l'épiploon, et qui simulent une véritable tumeur intra-abdominale. La percussion minutieuse de l'abdomen, la recherche attentive de la sonorité intestinale mettront à l'abri de cette erreur. En cas de doute, un peu de repos, quelques pansements humides chauds, bien faits, permettent de renouveler une exploration plus facile et plus décisive après quelques jours d'attente et d'observation. Recourir au besoin à un examen radiologique et même à une radiographie.

Mais, sauf contre-indication tenant à l'âge excessivement avancé de la malade ou à un fâcheux état de santé, toutes les fois qu'il existe chez une femme une tumeur, susceptible de s'accroître, donnant lieu à des accidents de torsion, de compression, *son ablation s'impose.*

Cependant certaines de ces contre-indications, dues à l'âge, à la faiblesse générale, ou à quelque maladie intercurrente, ne sont pas toujours inéluctables. Maintes fois, on a pu enlever à des femmes âgées des kystes ovariques, des fibromes des trompes, et même des tumeurs malignes au début ; il en est résulté pour elles un relèvement de la santé et une survie profitable.

Ayant éliminé les tumeurs cancéreuses multiples, adhérentes, manifestement inopérables, *les kystes ovariques, simples ou multiloculaires, les tumeurs fibreuses des trompes ou des ovaires, les hydrosalpinx enkystés exigent une intervention* ; si ces tumeurs existent sur les annexes des deux côtés, il faut sans hésitation pratiquer l'exérèse complète, chaque fois qu'elle est réalisable. « Le succès d'une opération est, le plus souvent, en raison directe de l'importance des lésions enlevées ». En effet, réserves faites sur les risques immédiats de l'intervention (choc opératoire, accidents d'anesthésie, infection, embolie, celle-ci étant plus rare que pour les fibromes utérins), les résultats opératoires immédiats et lointains sont favorables, que l'opération ait été unilatérale ou bilatérale. D'autre part, les accidents provoqués par la ménopause artificielle sont, dans ces conditions, peu importants.

La même conduite s'impose lorsque quelque tumeur nouvelle apparaît sur les annexes conservées au cours d'une opération antérieure ; il n'est pas rare de voir ainsi une grossesse ectopique se produire de nouveau sur l'autre trompe à l'occasion d'une nouvelle conception ; on ne doit pas reculer, dans ces conditions, devant une mutilation définitive pour sauver la vie de la femme.

(1) Dr A. Siredey. — Les opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juin 1932.)

(2) Dr J. de Manet. — Les jeunes filles dysménorrhéiques. (*Gazette des Hôpitaux*, 4 juin 1932.)

## II

### Patience, longueur de temps, prudence pour les lésions inflammatoires des annexes

Patience, longueur de temps, — car, en principe, *sauf* dans quelques cas d'infection suraiguë d'une gravité exceptionnelle appartenant à la clinique obstétricale, où l'hystérectomie d'emblée avec ablation des annexes peut seule sauver les malades, — *sauf* dans quelques formes suraiguës d'infection blennorragique avec péritonite généralisée, où une laparotomie se montre parfois efficace — *les chirurgiens et les gynécologues sont à peu près unanimes à s'efforcer de refroidir les lésions avant de songer à une opération.*

*Le repos absolu,* rigoureusement observé, l'*application permanente de glace sur le ventre,* avec les précautions d'usage, constituent la thérapeutique la plus généralement adoptée en pareils cas. Les multiples essais de vaccination, de sérothérapie, sont des plus intéressants, mais leurs résultats sont encore loin d'être décisifs, en raison notamment de l'infinie variété de germes, que l'on rencontre dans les différentes infections génitales.

Quant *à la durée de cette expectation,* l'accord n'est pas encore réalisé : quelques semaines, quelques mois ?. « Ce n'est qu'au bout d'une année, de plusieurs années même, que l'on peut dans certains cas constater la guérison complète de lésions, que l'on considérait volontiers au début comme irréductibles. »

On estime généralement qu'il faut se baser sur l'*évolution de la douleur et sur celle de la courbe thermique.* Certes, les modifications des lésions correspondent assez souvent aux oscillations thermiques et aux réactions douloureuses qu'accusent les malades, mais ce parallélisme n'est pas constant. La tuméfaction des annexes, l'empâtement du tissu cellulaire pelvien, du cul-de-sac recto-utérin persistent alors que la douleur et la fièvre ont disparu depuis longtemps.

On peut être alors pressé d'intervenir pour des raisons d'ordre économique et social (mère obligée de travailler pour faire vivre sa petite famille, etc.).

Hélas, ces interventions prématurées, même après plusieurs semaines ou mois d'attente, dépassent forcément l'étendue, qu'elles auraient eu plus tard après une régression plus accentuée des lésions ; il en résulte de fâcheuses et pénibles mutilations. ***Faute de patience,*** la chirurgie n'a pu donner ce qu'on attendait d'elle : le soulagement n'est que momentané ; à l'occasion de fatigue ou d'une maladie intercurrente, la maladie mal éteinte se réveille, et une nouvelle intervention s'impose. Ceci commande, en pareils cas d'opérations imposées par les circonstances, une exérèse complète d'emblée, si pénible qu'elle soit. Cette solution est plus particulièrement motivée, lorsqu'il s'agit d'une infection blennorragique moins apte à la guérison spontanée.

« Mais, pour toutes les malades qui, dans d'autres milieux sociaux, ont la possibilité d'attendre, auxquelles les soucis matériels sont épargnés, on ne saurait trop préconiser la *prudence,* la *patience, et une attente très prolongée, car il n'est pas possible d'affirmer que les altérations même tenaces et rebelles sont infiniment incurables* » (Dr Siredey). Beaucoup de ces femmes raisonnables, résignées, puisant dans leur volonté de guérir la patience nécessaire pour prolonger les soins nécessaires sortent victorieuses de la lutte, dont le succès avait paru longtemps incertain. Au cours de plus de trente années de pratique gynécologique, le Dr S. a vu plus de cent femmes, qui sont devenues mères, en dépit de l'avis d'éminents chirurgiens, lesquels avaient affirmé qu'elles n'auraient jamais d'enfants ; l'une d'elles a eu quatre enfants.

*Il est donc permis d'hésiter devant la menace d'une opération radicale et tout au moins de l'ajourner, quand les circonstances le permettent.*

Le Dr S. a toujours considéré l'*infection blennorragique* comme une indication opératoire, en raison de la rareté de sa guérison. Cependant il a eu une agréable surprise à propos d'une femme de 22 ans, atteinte d'une métrite blennorragique avec double salpingo-ovarite. Après quatre mois d'immobilisation, les douleurs avaient disparu, et les écoulements avaient notablement diminué. Après deux cures à Luxeuil, au bout de dix-huit mois, elle présentait les symptômes d'une grossesse.

Ces faits ne permettent certes pas de généraliser, en raison de la variété des cas ; mais ils montrent que nous ne connaissons pas dans tous leurs détails les procédés de défense de l'organisme, les réactions locales qui font à la longue disparaître des adhérences, des oblitérations tubaires, et aboutissent au rétablissement des fonctions, qui paraissaient définitivement compromises. Le même auteur, au cours d'opérations d'appendicite ou d'hystérectomie pour fibromes chez des femmes, dont il avait suivi l'évolution, d'une pelvi-péritonite ou d'une salpingo-ovarite, a pu également constater dix ou quinze ans auparavant, plusieurs fois la disparition complète des lésions anciennes, bien et dûment constatées.

*Le repos prolongé, des cures thermales répétées* constituent le traitement de choix. Elles relèvent la santé générale et stimulent merveilleusement les réactions de défense locale. Il est,

souvent utile d'y associer la kinésithérapie bien faite, prudemment surveillée.

PRUDENCE aussi, car l'on ne saurait mettre en garde les médecins *contre l'abus des petits essais de thérapeutique locale* : écouvillonnage, instillation, introduction de crayons médicamenteux dans la cavité utérine, tentatives de redressement, de dilatation, dont on abuse journellement. Ces procédés sont presque toujours inefficaces, souvent dangereux. Ils sont fréquemment la cause de rechutes, qui compromettent parfois la guérison.

PRUDENCE encore, quand on se trouve en présence de *troubles dysménorrhéiques*, simples troubles fonctionnels, primitifs ou secondaires, qui compliquent la vie de tant de femmes, et qui, *souvent, ne répondent pas à des altérations anatomiques, précises, indiscutables.*

Ces désordres succèdent quelquefois à diverses affections génitales, soignées, guéries pendant une certaine période, ou même opérées depuis un temps plus ou moins long.

Mais, ils sont souvent primitifs, et s'observent dès la puberté ou dans les années qui la suivent en dehors de toute infection locale appréciable.

Ils consistent habituellement en des douleurs, tantôt périodiques, rythmées, accompagnant les règles, ou apparaissant à date fixe vers le milieu de l'espace intermenstruel. Mais elles sont quelquefois continues ou intermittentes, sans aucun lien chronologique avec la menstruation. Les malades les localisent habituellement à la partie inférieure de l'une des deux fosses iliaques, ou à la fois au niveau des deux fosses iliaques, sur les côtés de l'utérus.

A l'examen, on peut trouver une tuméfaction douloureuse dans l'un des deux culs-de-sac, au moment des souffrances, mais ce symptôme n'est pas constant, *l'état local varie d'un jour à l'autre.*

Il s'ajoute souvent à ces troubles pénibles, susceptibles de rendre les femmes tout à fait impotentes, condamnées au lit, à la chaise-longue, non améliorées par les calmants, des troubles de la menstruation (retards, avances, aménorrhée, métrorragies).

Souvent, *en présence des insuccès de la thérapeutique médicale*, les médecins les plus prudents et les plus consciencieux, les malades et les familles impatientes font *appel au chirurgien*, et celui-ci après quelques hésitations se décide à intervenir. Or, ce ne sont fréquemment que déceptions, on ne rencontre pas de fausses membranes, pas de lésions nettement inflammatoires ; les ovaires sont durs, gros, dépassant le volume normal, d'un aspect blanc nacré, avec de petits kystes folliculaires ; même si ces derniers sont extirpés, la plupart des femmes, précocement stérilisées peuvent continuer à souffrir, et, par surcroît, elles présentent souvent des phénomènes de dépression nerveuse. Une seule exception est à faire pour les femmes qui ont eu auparavant des accidents génitaux ; on découvre des fausses membranes, des adhérences à l'épiploon, à l'intestin, des ptoses des ovaires, des coudures des trompes, auxquelles on peut remédier dans une certaine mesure, et on obtient de réels succès.

Toujours est-il que nous n'avons aucun critérium pour apprécier de façon certaine la valeur physiologique d'un ovaire ou d'une portion d'ovaire ; aussi devons-nous nous attendre aux résultats opératoires les plus contradictoires.

**Chez certaines femmes, le soulagement peut être assez complet, prolongé, définitif même.** Chez d'autres, il n'est que passager ; les douleurs reparaissent aussi violentes, et il s'y ajoute des troubles menstruels, allant parfois jusqu'à des hémorragies, abondantes, prolongées, qu'on ne peut interpréter (Siredey). Comme aussi, brusquement, ces troubles sont susceptibles de disparaître à nouveau, avec une guérison, que viennent confirmer des maternités ultérieures.

Ce qu'il y a de plus troublant, c'est que des phénomènes complexes s'observent parfois : troubles accentués de l'estomac, de l'intestin, ptoses gastro-intestinales, spasmes des côlons, crises biliaires, coliques hépatiques.

*En présence de constatations douteuses, on ne saurait donc se montrer trop réservé.* Les malades, qui ne présentent aucun lésion bien définie de l'appareil génital, ne relèvent de la chirurgie que d'une façon toute relative, et *elles sont loin de bénéficier toujours d'interventions tentées en désespoir de cause, sans but précis, et sans base certaine.*

En pareils cas, on pense que l'utérus fonctionne mal, et que les endocrines sont presque toujours responsables, en particulier l'ovaire, la thyroïde, l'hypophyse. Toute lésion anatomique étant écartée, on tentera l'opothérapie mono- ou pluri-glandulaire.

M. J. de Manet institue le traitement ovarien dès les premiers symptômes de la dysménorrhée, et même avant, si la date des règles peut être exactement prévue. Quand celles-ci sont peu abondantes, on ordonne l'agomensine, à la dose de quatre à six comprimés par jour, en commençant si possible quelques jours avant l'apparition des règles. On peut lui associer exceptionnellement les extraits thyroïdiens et le lobe antérieur de l'hypophyse. Si, au contraire, les règles sont trop abondantes, ménorragiques, c'est la sistomensine, qui est administrée dès leur début, aux doses croissantes de quatre, six, huit et jusqu'à dix comprimés par jour. On recourt à la forme injectable, une ampoule de sistomen-

sine tous les deux jours ou même tous les jours si les règles sont ménorragiques. Le cas échéant, on pourra lui associer les extraits mammaires et l'insuline.

Si les phénomènes neuro-végétatifs et psychiques dominent la scène, c'est l'extrait spermatogénétique, qui donne les meilleurs résultats ; on le prescrira à la dose de six à huit comprimés par jour, dès la fin des règles, jusqu'à la crise dysménorrhéique.

Le *traitement symptomatique* ne sera pas non plus négligé : enveloppements humides et tièdes du bas-ventre, grands bains tièdes, bains de pieds chauds, sont d'excellents sédatifs. Repos au lit durant les règles. Médication calmante. Hygiène générale, vie au grand air, régularité des fonctions intestinales. Hydrothérapie. Héliothérapie.

G. F.

# L'Actualité Scientifique

## La Presse

### L'agranulocytose au cours des traitements antisyphilitiques.

L'agranulocytose, écrit M. J. Robert-Lévy, est la traduction hématologique et clinique d'une déficience plus ou moins totale, du système médullaire, générat ur des éléments blancs granuleux de la moelle osseuse et du sang circulant. C'est un syndrome pouvant relever de causes multiples, toxiques ou infectieuses, ou non décelables (forme cryptogénétique).

Parmi les agranulocytoses symptomatiques, on connaît surtout celles qui sont liées à une intoxication exogène : benzol, rayons X, corps radio-actifs, sels d'or ; mais ce sont avant tout les médications antisyphilitiques, arsénobenzols principalement et sels bismuthiques, qui sont responsables de la plupart des agranulocytoses toxiques.

Cependant, ces accidents ne semblent pas de constatation fréquente. Quel que soit l'agent thérapeutique en cause, la date d'apparition des accidents par rapport aux doses injectées est des plus variables ; l'intervalle de temps, qui sépare l'injection déchaînante du début apparent des accidents, peut être fixé en moyenne entre six et huit jours, mais il peut atteindre parfois deux à trois semaines, surtout lorsque le bismuth est en cause. Quant au début apparent, il est tantôt brutal, tantôt simplement rapide, parfois même il est précédé de prodromes marqués par de vagues troubles de l'état général ou par des signes plus manifestes d'intolérance médicamenteuse.

L'agranulocytose peut se présenter sous de multiples aspects ; mais toujours on retrouve deux éléments primordiaux du syndrome agranulocytaire : un syndrome hématologique et un syndrome clinique. Il existe aussi des formes frustes.

L'évolution de ces agranulocytoses, bien que revêtant une haute gravité, est cependant moins souvent fatale que celle des agranulocytoses essentielles. Spontanément ou sous l'influence du traitement, les lésions peuvent se réparer, parfois assez rapidement. D'une manière générale, le pronostic sera d'autant moins sombre que la leucopénie et la neutropénie surtout seront moins accentuées.

Le traitement de cette variété d'agranulocytose ne comporte pas d'indications spéciales : soigner l'état général, l'état local, exciter le système granulocytaire déficient, corriger les troubles sanguins associés ; transfusions sanguines, nucléinate de soude, médication coagulante et surtout radiothérapie de la moelle osseuse à doses excitantes. Faire de la prophylaxie par des examens de sang répétés. (*La Médecine*, mars 1932.)

### Les formes gastro-intestinales de la lymphogranulomatose maligne.

On connaît les manifestations de la forme typique de la maladie de Hodgkin : adénopathies, splénomégalie, prurit, fièvre, leucocytose avec polynucléo e et légère éosinophilie. Cependant d'autres formes existent, et MM. Chêne et Vanier attirent l'attention sur les formes gastro-intestinales, qui paraissent négligées par le plus grand nombre des auteurs.

Ce problème des localisations digestives pures est impossible à résoudre sans le secours de l'anatomie pathologique ; il devient plus abordable lorsqu'un des signes habituels de la maladie (adénopathie périphérique surtout) complète le tableau clinique. La diarrhée vient, d'autre part, compliquer les lymphogranulomatoses typiques.

Le pronostic de la lymphogranulomatose digestive est aussi sérieux que dans les cas précédents ; ce sont d'ailleurs des faits exceptionnels, mais il est bon de les connaître, bien qu'ils ne comportent pas de sanctions diagnostiques, ni

thérapeutiques spéciales. (*Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1932.)

### Une forme clinique du rhumatisme chronique déformant progressif : le syndrome de Chauffard-Still.

Le syndrome de Chauffard-Still est parmi les mieux individualisés des syndromes du rhumatisme chronique. C'est, disent MM. WEISSENBACH, FRANÇON et GILBERT-DREYFUS, un rhumatisme fibreux, qui respecte les tissus ostéo-cartilagineux. Il tuméfie les têtes articulaires par épaississement des parties molles ; il s'accompagne d'atrophie musculaire précoce et intense, et aboutit à des déformations segmentaires, orientées surtout en flexion. Pas de douleurs spontanées, mais une raideur extrême avec craquement à la moindre tentative de mobilisation.

Ce qui contribue à individualiser le syndrome de Chauffard-Still, c'est l'association des arthrites avec des adénopathies, qui débutent dans les territoires intéressés par l'arthrite pour prédominer aux épitrochléens, huméraux, axillaires, angulo-maxillaires, inguinaux. La glande n'est ni adhérente, ni douloureuse ; elle ne suppure jamais. Il existe de plus une splénomégalie notable, une atteinte importante de l'état général, exceptionnellement des manifestations cutanées, oculaires, viscérales.

Il débute tantôt comme un rhumatisme de Bouillaud, tantôt de manière insidieuse ou subaiguë. Il procède par poussées évolutives, régulièrement et symétriquement extensives, et la fièvre accompagne ces poussées évolutives. Au bout de quelques années, la cachexie s'installe. Grand infirme confiné au lit, le malade est ordinairement emporté par une infection aiguë intercurrente.

Sa nature infectieuse est bien probable : gonococcie, hérédo-syphilis, tuberculose, streptococcie.

La thérapeutique est difficile à codifier. L'iode, sous toutes ses formes, donne les meilleurs résultats : teinture d'iode, injections intraveineuses de formine iodée.

L'aspirine, la chaleur, les rayons ultra-violets et infra-rouges sont des adjuvants utiles, au même titre que la massothérapie, la crénothérapie. Par contre, les vaccins, la protéinothérapie, le soufre, le salicylate de soude, la rœntgenthérapie n'ont jusqu'alors abouti qu'à des échecs. (*L'Hôpital*, avril H. S. 1932.)

### Sur le dolichocôlon.

Le Professeur Paul CARNOT développe quelques considérations sur la pathogénie du dolichocôlon, et notamment sur l'allongement ou le raccourcissement expérimental de l'intestin, que l'on peut obtenir en modifiant la nature des aliments ou la nutrition de l'intestin : ces considérations ont quelque utilité pour fixer le régime des dolicho-coliques.

Les dolichocôlons, qui font parler d'eux, sont généralement accompagnés, primitivement ou secondairement, d'une colite, qui les rend intolérants.

Cette affection est caractérisée par une longueur anormale de tout ou partie du côlon ; c'est une lésion fréquente, qui, dans bien des cas, n'a pas d'histoire clinique, et ne se révèle qu'à l'écran. Son siège est variable ; on observe le plus souvent le dolicho-sigmoïde ; mais il peut être iliaque, descendant, ascendant, transverse, droit. L'augmentation de longueur des anses grêles est, aussi, fréquente chez les nourrissons, athrepsiques notamment.

Il existe des formes latentes, ou avec constipation simple ; des formes douloureuses, avec parfois de véritables crises de subocclusion ; des formes colitiques avec diarrhée ; des formes dyspeptique, hépatique, rénale. Deux grandes complications sont à craindre : la péri-colite (ou péri-sigmoïdite), et le volvulus.

Quant à la pathogénie, deux opinions sont en présence, qui ne doivent pas être exclusives : celle d'une origine congénitale d'ordre tératologique, et celle d'une origine acquise, principalement sous l'influence d'altérations viscérales, dues à des troubles toxi-infectieux, neuro-endocriniens, alimentaires, ou même avitaminosiques.

Il faut retenir le fait que l'on peut, thérapeutiquement aussi bien qu'expérimentalement, réduire la longueur hypertrophiée d'un intestin par de simples modifications diététiques. Un régime sans résidus et sans hydratation excessive paraît propre à réduire les nécessités d'une grande surface intestinale de résorption et, par là même, la taille et la longueur des segments.

Mais l'échec serait, par une alimentation carnée excessive, de provoquer, simultanément, la réduction de longueur du dolichocôlon et aussi la production de troubles colitiques antagonistes. Aussi, doit-on se méfier des excès d'une diététique théorique qui, malgré la logique du raisonnement, aboutirait à des troubles colitiques plus graves que ceux-là mêmes déterminés par le dolichocôlon. Un régime sagement équilibré tiendra compte à la fois des avantages et des inconvénients d'une alimentation riche de résorption facile. (*Paris Médical*, 2 avril 1932.)

### La légende de l'aérophagie.

Le Docteur Ch. JACQUELIN pense servir la pratique médicale en combattant le dogme d'une aérogastrie-maladie, qui repose sur une série de confusions. L'aérophagie est un phénomène physiologique ; les faits pathologiques, groupés

sous le nom d'aérophagie, ne relèvent que dans des cas exceptionnels du mécansime de l'aérophagie. Ils relèvent le plus souvent d'un trouble dans le péristaltisme et surtout la tonicité des parois œsophagienne, gastrique ou colique, en dehors de toute déglutition pathologique d'air.

Pour les grouper sous un nom à large compréhension, qui ne préjuge pas de leur mécanisme variable, on peut faire appel au nom de dyspneumatose gastro-colique. Sous ce nom, ou sous un autre, celle-ci ne constitue pas une maladie ; elle n'est qu'un symptôme; celui-ci peut, par un développement exagéré, entraîner à son tour des complications.

Le diagnostic, ni le traitement ne doivent, sous peine de danger souvent grave et quelquefois mortel, s'arrêter à ce symptôme. Ils doivent viser les affections diverses et nombreuses, qui commandent ce symptôme par l'intermédiaire du mécanisme invoqué. (*Le Bulletin Médical*, 26 mars et 2 avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## *Paris*

### L'anesthésie de base au bromure de sodium.

(M. A. Bréchot. — *Société de chirurgie* ; 8-6-1932.)

La question de l'anesthésie générale est toujours à l'étude, les problèmes qu'elle soulève étant loin d'être entièrement résolus.

M. Bréchot dit quelques mots d'abord des méthodes récemment préconisées pour l'anesthésie générale, lavements d'éther, injections de somnifène, avertine. Il signale en particulier les inconvénients de l'avertine : son prix élevé, son maniement complexe, sa toxicité, les rectites qu'elle peut provoquer. Il a pensé que la première condition était de trouver une anesthésie de base assurée par une substance aussi peu toxique que possible, permettant une marge de sécurité considérable et une technique facile. Les bromures lui ont paru susceptibles de réaliser cet espoir.

Depuis trois mois, l'auteur a pratiqué dans son service 60 anesthésies au bromure de sodium, selon la technique suivante : il injecte, 35 à 40 minutes avant l'opération, par voie intraveineuse, 12 à 15 grammes de bromure en solution stérile dans 25 c. c. d'eau distillée. Cette injection ne provoque aucune réaction immédiate, ni secondaire. Les malades, amenés sur la table d'opération, accusent seulement une sensation de calme. Dans un cas, une épididymectomie a pu être pratiquée d'emblée. Dans tous les autres cas, l'action du bromure a été complétée par un peu d'éther : on met le masque d'Ombrédanne ouvert au chiffre 3 pendant quatre ou cinq minutes et l'on commence l'opération. Après l'incision cutanée, on descend entre 1 et 1 1/2 et on maintient l'appareil à ce chiffre jusqu'à la fin de l'opération. Parfois, il est possible même de le laisser quelque temps à 0.

L'aspect des opérés est remarquable : visage rose, réflexes oculaires généralement conservés. Réveil rapide. Pas de vomissements. Chez les femmes, en général, l'anesthésie est plus parfaite que chez certains hommes, vraisemblablement alcooliques.

M. Bréchot a pratiqué, avec cette méthode, les plus grosses interventions (fibromes, cancers utérins). Il a l'impression que la réflectivité médullaire est supprimée par le bromure en grande partie et que l'absorption d'éther n'a plus guère à assurer que la perte de l'idéation.

### Le lavement baryté dans l'invagination intestinale.

(M. E. Pouliquen, de Brest. — *Société de chirurgie* ; 8-6-1932.)

M. Pouliquen présente une nouvelle série de dix-huit cas d'invaginations intestinales, dans lesquels il a eu recours au lavement baryté. Au point de vue des résultats, cette statistique est moins bonne que les précédentes : la mortalité a été de trois nourrissons.

De l'avis de l'auteur, le lavement baryté étudié radiologiquement peut constituer un test suffisant pour permettre d'apprécier la désinvagination. Il estime qu'après un lavement baryté, la formation d'images radiologiques d'invagination dans le cadre colique suivie d'une réplétion massive du grêle par la baryte est un signe certain de désinvagination.

### Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de la langue.

(M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 1-6-1932.)

M. Paul Moure présente la statistique générale des cancers de la langue opérés par lui de 1920 à 1930. Elle comprend 65 cas, sur lesquels :

Trois malades ont subi un traitement radio-chirurgical (ablation opératoire des ganglions et radium sur la lésion linguale) ; ils sont morts de récidive rapide ;

Cinq ont guéri après ablation partielle large d'une petite lésion au niveau de laquelle l'examen histologique n'a pas révélé d'épithélioma.

L'un d'eux, il est vrai, eut une récidive et guérit néanmoins.

Les 57 cancers restants, vérifiés histologiquement, comprenaient : 50 grosses tumeurs ayant donné 32 pour 100 de guérisons (16 survies allant de deux

ans à dix ans) ; 7 petits cancers débutants mais histologiquement certains, avec une seule récidive, soit une proportion de 85 pour 100 de guérisons.

Sur le total de 57 cancers opérés, 23 ont actuellement une survie de deux à dix ans depuis l'opération. La proportion globale des guérisons — autant qu'on puisse parler de guérison en cette matière — est donc de 40 pour 100. Les récidives se font généralement dans les deux ans.

Il y a eu seize morts opératoires, c'est-à-dire survenues au cours des soixante jours ayant suivi l'opération, par hémorragies secondaires et surtout par infection avec broncho-pneumonie et septicémie.

### L'adrénaline est-elle utile ou nuisible dans la syncope chloroformique ?

(M. A. Tournade, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 15-6-1932.)

On connaît l'action toni-cardiaque puissante de l'adrénaline et son emploi fréquent dans les états de shock et de collapsus.

Injectée dans les veines et, aussi, directement dans la cavité ventriculaire, ce médicament a procuré à nombre de chirurgiens un pourcentage très appréciable de réanimations dans la syncope chloroformique.

Mais, sur ces entrefaites, les physiologistes sont intervenus, déclarant que cette thérapeutique pouvait être dangereuse. Expérimentalement, chez le chien *chloroformé*, l'injection d'adrénaline est susceptible de provoquer des accidents foudroyants de fibrillation ventriculaire. Donc, au cours des états de collapsus par chloroformisation, si les faits observés chez le chien s'étendent à l'homme, l'adrénaline peut, dans des circonstances à déterminer, être nuisible.

M. Ghevrier a émis l'hypothèse que les accidents adrénaliniques ne sont à redouter que dans les syncopes tardives de la chloroformisation, alors que le sujet a déjà absorbé beaucoup de chloroforme. Les syncopes du début de l'anesthésie chloroformique seraient, pour lui, par contre, justiciables de l'injection intracardiaque d'adrénaline.

M. Tournade a fait sur cette question une nouvelle série d'expériences. Elles l'ont conduit à la conclusion suivante : selon les cas, l'adrénaline tue ou ranime le sujet chloroformé auquel on l'injecte. Mais, la syncope chloroformique elle-même, quand elle relève de l'intoxication et non de l'inhibition, ne semble pas faire craindre la syncope adrénalino-chloroformique. P. L.

### Sur deux cas de tétanos guéris par sérothérapie intensive.

(MM. Crouzon, Christophe, Mlle Riom et Mme Laquerrière. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-5-1932.)

Le tétanos a présenté douze jours d'incubation dans les deux cas. Les deux malades ont guéri par sérothérapie intensive, mais dans le premier cas, le sérum a été injecté par voies intramusculaire et intrarachidienne, sans être associé à la chloroformisation.

La guérison est survenue en cinq semaines, avec près de trois litres de sérum.

Dans le second cas, au contraire, on a associé, dès le début, l'anesthésie à la sérothérapie, faite par voie intramusculaire et intrarachidienne ; la guérison est survenue en trois semaines, avec deux litres de sérum.

Ces remarques montrent l'intérêt qu'il y a à associer l'anesthésie à l'emploi de la sérothérapie, à la fois intramusculaire et intrarachidienne.

### Observations de fractures successives dans des cas de maladie de Recklinghausen et de maladie de Paget.

(C. Rœderer. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-5-1932.)

La fracture peut être le symptôme-signal dans ces maladies osseuses d'évolution très lente, et de symptomatologie silencieuse au début. Ces fractures font de beaux cals solides et dans les délais normaux. L'étude complète des radiographies des malades en cause, montre que, chez eux, les aspects du Recklinghausen et du Paget sont conjugués, et cette constatation est à retenir à côté de tests biologiques et d'arguments thérapeutiques récemment discutés en faveur de la théorie uniciste, apparentant ces deux affections.

### L'évolution des dolichocôlons.

(M. Paul Aubourg. — *Soc. de méd. de Paris* ; 10-6-32.)

Il est impossible de chiffrer la limite où la longueur d'un côlon devient anormale et seule une grande pratique de la radiologie peut permettre ce diagnostic. Cette malformation peut rester longtemps silencieuse, et dans ses formes frustes revêtir de nombreux aspects cliniques. Dans chaque forme, la radiologie fournit d'utiles précisions tant sur l'anatomie que sur la physiologie des côlons. Les repas multiples risquent cependant de donner des renseignements très incomplets. En face de cette anomalie d'une fréquence inattendue, il ne faut jamais désespérer d'une guérison clinique.

### Sur les infections atténuées à diplococcus crassus.

(MM. P. Chevalier, Lévy-Bruhl et J. Bernard. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 10-6-1932.)

Contrairement à ce que l'on s'imaginerait, il n'est pas exceptionnel d'observer des formes de septicémie, dues au diplococcus crassus, que l'on considère généralement comme un saprophyte banal. Les auteurs en ont recueilli quatre cas en quelques mois.

L'infection bénigne est de durée longue ; elle est asthéniante, et présente parfois des adénopathies. On a décrit aussi des formes graves.

L'attention des praticiens mérite d'être attirée sur cette infection.

**L'acétylcholine et l'expression bilio-pancréatique.**

(MM. Loeper, Lemaire et Davy. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 10-6-1932.)

L'acétylcholine agit puissamment sur les fibres lisses des voies biliaires et sans doute aussi sur celles des voies pancréatiques. Son action s'exerce par l'intermédiaire du vague. Elle permet d'explorer les fonctions bilio-pancréatiques par l'examen du liquide dont elle provoque l'afflux dans le duodénum.

Pour que l'exploration soit rapide et parfaite, l'acétylcholine doit être introduite dans les veines à la dose de dix centigrammes. L'injection se fait sans aucun accident, sauf parfois le rejet du tube qu'il faut introduire à nouveau.

L'afflux du liquide biliaire résulte d'une contraction brutale de la vésicule, et peut-être aussi du cholédoque. Il n'a rien de sécrétoire. L'afflux du liquide pancréatique résulte peut-être d'une excitation de la glande, mais aussi sans doute d'une contraction de ses canaux. L'acétylcholine permet donc d'exprimer les canaux bilio-pancréatiques plutôt que d'exciter les glandes correspondantes.

L'épreuve de l'acétylcholine est indiquée dans les ictères catarrhaux et dans les inflammations si souvent combinées, couplées du foie et du pancréas. Elle peut être un élément de diagnostic et de traitement.

En raison de son action très fortement kinétique, l'acétylcholine est contre-indiquée dans les lithiases biliaires, où la contraction de la vésicule, la mobilisation du calcul pourraient provoquer une crise douloureuse.

G. F.

# Les Congrès

## IXe Congrès de la Société internationale de Chirurgie

(*Suite*) (1)

Quatrième question

### *Progrès récents de l'anesthésie chirurgicale*

A. — *Généralités.*

**1° Résumé du rapport de M. le Docteur Ishihawa (Kanazawa).**

I. — Intensité de la sensibilité à la douleur par des irritations mécaniques.

1° Péritoine pariétal.

2° Plexus gastrique antérieur ainsi qu'artère et veine gastrique gauches et tissu pancréatique.

3° Plexus mésentérique supérieur et inférieur (ainsi que les vaisseaux).

4° Plexus nerveux et vaisseaux des canaux cholédoque, cystique et hépatique.

5° Vaisseaux pyloriques et petite courbure.

6° Ramus colique et plexus sacré.

7° Plexus hémorroïdaire.

8° Vessie.

9° Plexus et vasa renalis.

10° Utérus.

11° Grande courbure de l'estomac.

12° Paroi intestinale

II. L'anesthésie splanchnique ne rend pas l'estomac complètement indolore.

Le blocage par des anesthésiques ou la section des deux vagues surtout à gauche et des splanchniques peuvent rendre l'estomac complètement insensible.

Les branches du nerf vague contiennent quelques filets sensitifs de même que le splanchnique, ce que démontrent des recherches histologiques de dégénérescence de même que des expériences d'irritation.

Les excitations mécaniques des manipulations opératoires amènent un abaissement de pression si l'on touche au sympathique.

III. — Les fibres sensitives des organes abdominaux sont principalement les grosses fibres myéliques provenant très probablement des nerfs cérébro-spinaux.

La distribution de ces fibres aux différents organes abdominaux est assez variable. Les tissus qui sont peu innervés par ces fibres sont moins sensibles à la douleur. La sensibilité douloureuse des organes abdominaux dépend donc de la plus ou moins grande concentration des fibres sensorielles. Il est difficile d'admettre que la douleur peut être directement déterminée par des excitations uniquement sympathiques.

IV. — Il est possible d'opérer l'estomac (éventuellement aussi les voies biliaires) de façon tout à fait indolore par anesthésie vago-splanchnique par infiltration locale, ou par injection au cou (pas conseillable), ou par injection dans l'espace sous-phrénique. Il est conseillable, dans ce cas, d'ajouter l'inoffensive atropinisation générale et l'injection sous-cutanée de pantopon.

V. — Pour les opérations sur l'intestin grêle, la meilleure anesthésie s'obtient en infiltrant les plexus à la racine des vaisseaux mésentériques.

VI. — Pour l'appendicite, l'analgésie peut s'obtenir par l'infiltration périvasculaire au niveau de

(1) V. *Concours Médical*, nos 37, 38 39 et 40.

l'artère appendiculaire. En cas d'abcédation ou d'adhérences aiguës, on aura recours à l'anesthésie par diffusion.

VII. — Pour les résections iléo-cæcales ou coliques, on utilise l'anesthésie périvasculaire au niveau des vaisseaux correspondants. Pour le côlon descendant et le sigmoïde, il faut ajouter les méthodes de diffusion du petit bassin ou l'infiltration. Pour la résection de l'angle hépatique, l'anesthésie par diffusion est nécessaire.

VIII. — Pour les autres opérations abdominales, l'intervention peut aisément se faire en anesthésie locale périvasculaire.

IX. — Pour faciliter la dissection et libérer sans douleur les adhérences, de même qu'en cas d'inflammation aiguë des organes abdominaux, les appareils de haute fréquence sont un adjuvant efficace de l'anesthésie locale.

X. — Pour l'anesthésie par diffusion des organes abdominaux, la percaïne est efficace.

**2° Résumé du rapport de M. le Docteur Coyanes (Madrid).**

1° L'anesthésie par la voie artérielle avec des solutions de novocaïne à 0,5 p. 1.000 permet d'exécuter toutes les opérations importantes du membre supérieur jusqu'à l'épaule.

2° C'est une méthode régionale, supérieure à toutes les autres formes d'anesthésie du bras.

3° Elle a tous les avantages et tous les inconvénients de l'anesthésie régionale comparée à la narcose.

4° En raison de la perfection dernièrement atteinte par cette forme d'anesthésie, la pratique en est simple et à la portée de tous les chirurgiens.

Nous en trouvons l'indication principale dans l'exérèse des grandes néoplasies, soit de parties molles, soit des os du membre supérieur, tout en étant une méthode précieuse pour les amputations et les résections indiquées pour d'autres processus, par exemple, pour les processus tuberculeux.

6° La durée indéfinie de l'effet anesthésique tant que dure l'ischémie, donne une haute valeur à la méthode d'anesthésie artérielle.

7° La méthode d'anesthésie artérielle, imaginée par l'auteur en 1909, mérite une plus grande diffusion que celle qu'elle a déjà atteinte, puisqu'elle permet d'obtenir une insensibilité absolue de la région, d'une durée presque indéfinie, et qu'elle ne cause point de troubles circulatoires imputables à la pénétration de solutions anesthésiques dans le vaisseau ou à la canule de la seringue dans la variété ascendante.

8° Dans la zone où l'on ne peut amener une ischémie par le bandage d'Esmarch, l'anesthésie locale offre moins d'avantages et l'efficacité en est aléatoire.

B. — *Narcose par inhalation.*

**3° Résumé du rapport de M. le Docteur Uffreduzzi (Torino).**

L'auteur, après avoir résumé les conceptions modernes sur la physio-pathologie de la douleur et sur les différents moyens dont on dispose pour supprimer la sensibilité du sujet, met en relief les grands progrès qu'a faits ces dernières années l'anesthésie par inhalation, grâce à l'expérience clinique et expérimentale, qui va toujours croissant, aux perfectionnements de la technique d'administration, à l'introduction de nouvelles substances anesthésiques.

De cette relation sont tirées quelques affirmations d'une importance particulière :

1° La nécessité, en face de la complexité toujours plus grande des différents problèmes de l'anesthésie, d'instituer dans les écoles de chirurgie un enseignement spécialisé et d'avoir dans chacun des services de chirurgie un assistant ou un anesthésiste de profession ;

2° L'importance d'une préparation soignée du patient s'adaptant à l'anesthésie dont on se servira avec l'emploi rationnel, cas par cas, des hypnotiques administrés la veille et de prénarcotiques. On donne beaucoup d'importance à l'usage des anesthésies basales et à l'emploi d'anesthésies mixtes où la narcose par inhalation représente le dernier temps complémentaire ;

3° Dans l'analyse critique des différents narcotiques dont on se sert encore actuellement par inhalation, on signale la décadence générale du chloroforme entièrement justifiée par les graves dangers immédiats et tardifs qu'il comporte. Au contraire, l'éther est presque universellement employé : bien qu'il ne soit point tout à fait indifférent pour l'organisme (voies respiratoires, foie, pancréas, thyroïde, etc.), l'action irritante ou toxique qu'il exerce est très légère et peut être réduite à des valeurs insignifiantes en l'employant à doses réduites pour compléter l'action d'autres anesthésiques : gaz, anesthésies basales, locales, tronculaires. Les gaz (protoxyde d'azote, éthylène, nar ylène) représentent, au point de vue de leur nuisibilité pour l'organisme, ce qui a été proposé jusqu'à présent pour la narcose : si on ne leur demande que ce qu'ils peuvent donner, en s'en servant dans les limites et avec les précautions indiquées dans les différents chapitres, en préparant opportunément le patient et en ayant recours en temps voulu à l'emploi complémentaire de l'éther afin d'obtenir le relâchement complet, et l'action corrective du $CO^2$ et de l'$O^2$, on peut en tirer des avantages incalculables ;

4° Dans les indications de la méthode d'anesthésie, il faut tenir compte de nombreux éléments psychiques et somatiques en évitant les moyens, qui, d'après les connaissances acquises, agissent défavorablement sur les points les moins résistants de l'organisme. Par un choix opportun parmi les moyens

très nombreux dont on dispose, on peut obtenir les meilleurs résultats avec le moins de risques possibles pour le patient.

5° Le péril moindre et les grands progrès réalisés dans l'anesthésie par inhalation lui ont permis aujourd'hui de reconquérir un grand nombre de positions sur lesquelles semblaient s'être établies les méthodes d'anesthésie réduite et spécialement l'anesthésie locale.

C. — *Rachi-anesthésie*

**4° Résumé du rapport de M. le Docteur Mériel (Toulouse).**

Les progrès récents en rachi-anesthésie consistent d'abord dans une fixation plus nette de ses indications et contre-indications. Grâce à ces principes directeurs, la rachi ne sera plus considérée comme une anesthésie d'exception, recueillant les mauvais cas des autres modes d'anesthésie générale, mais une méthode aux applications de plus en plus étendues parce que plus sûres et de moins en moins dangereuses.

Ensuite, le progrès s'affirme dans l'emploi de nouvelles substances anesthésiques nées de la chimie synthétique et qui, tout en étendant le champ des applications de la rachi, selon l'âge et l'état général du sujet, apportent à celles-ci la propriété d'une localisation précise, presque élective, sur les racines à impressionner, ainsi que l'appréciable avantage d'une anesthésie certaine et prolongée. Cette localisation précise est fournie par la *spinocaïne* de Pitkin, grâce à sa composition un peu complexe et aussi par la technique de l'injection. Cette rachi à la spinocaïne est fort répandue en Amérique et donne des résultats encourageants.

Plus simple, plus pratique est la rachi à la *percaïne* que Jones et Quarella emploient avec un plein succès. Ici encore, en suivant rigoureusement la technique, on a obtenu des anesthésies sûres, sans danger, sans l'orage de la vingtième minute, et enfin de durée largement suffisante puisqu'elle persiste plusieurs heures après l'opération. Plus de céphalée, de nausées, et aucune séquelle nerveuse. Contre l'hypotension, ces auteurs utilisent systématiquement l'éphédrine. Personnellement, nous ne nous en servons pas et n'avons pas eu à le regretter. L'injection préalable de scopolamine-morphine peut rendre des services chez les nerveux, les inquiets. Notre expérience de la technique de Quarella, avec la solution forte, nous a donné toute satisfaction, et nous paraît jusqu'à présent un des plus sensibles progrès dans une méthode d'anesthésie qui gagne de plus en plus des partisans et à laquelle nous restons fidèles après l'avoir employée depuis trente et un ans, sans avoir à le regretter.

**5° Résumé du rapport de M. le Docteur Lorenzetti (Milan).**

Dans ce rapport, après avoir examiné quelques considérations générales sur l'anesthésie locale, régionale et spinale, on passe à l'examen de leur application pratique dans certains domaines de la chirurgie générale et des spécialités.

Il résulte que ces anesthésies localisées jouissent d'un grand crédit, surtout le procédé de l'anesthésie locale et régionale dans ses diverses modalités ; au contraire, on se défie de l'anesthésie spinale, malgré les perfectionnements techniques plus récents. Le meilleur champ d'application de l'anesthésie spinale est constitué par les zones sous-ombilicales et par les membres inférieurs ; pour les interventions dans un territoire plus élevé, l'anesthésie spinale réussit insuffisamment, eu égard au danger qu'elle comporte.

Mais en même temps que ces anesthésies localisées, on doit actuellement considérer l'opportunité offerte par l'anesthésie aux gaz (éthylique, acétylénique, protoxyde d'azote) qui certainement représentent dans les méthodes d'anesthésie générale, un grand progrès sur le chloroforme et l'éther.

(*A suivre.*)

# Les Thèses

Mp. — Dr J. Cabanac. — **Etude anatomique du sympathique cervico-thoracique suivie d'une systématisation du sympathique viscéral.** (Montpellier, Imprimerie Mari-Lavit, 1, rue de Sauvages, Pont-de-Lattes, 1931.)

Les anatomistes doivent chercher à orienter chirurgiens et physiologistes égarés dans le dédale des plexus, de leurs fibres afférentes ou efférentes, permettant ainsi des interventions physiologiques basées sur des notions anatomiques précises. Ce qu'il faudrait dans cet ordre d'idées, c'est systématiser nettement les nerfs de chaque organe en pédicules anatomo-physiologiques.

En admettant qu'une pareille précision devienne possible, on peut et on doit passer par une étape préliminaire : elle consiste à dégager par une vaste synthèse une conception d'ensemble des branches viscérales de la chaîne sympathique latéro-vertébrale.

Systématisation anatomique d'abord, mais en vue d'une systématisation physiologique ultérieure.

Pour réaliser ce projet, l'auteur s'est basé sur ses dissections personnelles et sur l'examen attentif des travaux d'autrui.

Après avoir disséqué minutieusement en s'aidant d'une forte loupe binoculaire, le sympathique cervico-thoracique de quelques sujets, il a vérifié ses impres-

sions par l'examen plus rapide de nombreux cadavres injectés ou frais (soit en totalité 25 sujets).

Il a ensuite analysé toutes les descriptions contenues dans la bibliographie très complète qu'il donne à la fin de sa thèse, tenant compte aussi des publications des physiologistes et des chirurgiens.

Son travail est divisé en deux parties :

La première comprend l'exposé de ses recherches sur le sympathique cervico-thoracique.

La deuxième est consacrée à la systématisation du sympathique viscéral périphérique.

P. — Dr G. Masson. — **Sympathectomie et revitalisation glandulaire par action chimique ou isophénolisation.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1932.)

L'isophénolisation (ou la phénolisation) est un procédé simple, d'une pratique facile, ne donnant lieu à aucun accident ; la solution d'acide phénique à 5 % est facilement préparée. Sur les artères des membres, elle produit une sympathectomie par action chimique réelle et efficace. Ses résultats sont tangibles, facilement contrôlables. D'une exécution plus simple que la sympathectomie chirurgicale elle donne des résultats aussi bons, peut-être plus intenses par la destruction plus complète, plus étendue des filets sympathiques péri-artériels. Cette méthode mérite de se généraliser. L'isophénolisation des pédicules de l'estomac provoque l'énervation chimique de cet organe.

La sympathectomie chimique provoquée par la phénolisation du cordon et du testicule chez l'homme, des pédicules utérins, utéro-ovariens et de l'ovaire chez la femme, provoque des résultats qui se transmettent à tout l'organisme sous l'influence de deux facteurs :

1° Plus grande production d'hormones due à une suractivité circulatoire ;

2° Abaissement général du tonus du sympathique, qui succède à la destruction des filets de ce nerf.

Cette opération se trouve donc indiquée dans tous les processus pathologiques dus à l'insuffisance des glandes sexuelles, à l'hypertonie du sympathique ou à l'association de ces deux facteurs. Les résultats sont plus difficiles à apprécier que dans l'isophénolisation des membres. Cependant le retour d'une menstruation normale, la disparition des douleurs ou de l'impuissance, l'amélioration de l'état général semblent militer en faveur de cette méthode simple, pratique, inoffensive qu'il serait souhaitable de voir expérimenter par de nombreux observateurs.

Quant à l'isophénolisation du pancréas, les résultats en cas de diabète paraissent des plus douteux ; en cas de pancréatite chronique, ils semblent encourageants, mais actuellement il serait prématuré de conclure.

---

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Chez Doin et Cie,
8, place de l'Odéon, Paris-VIe.

Henri Claude, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — **Psychiatrie médico-légale.** Un vol. in-8°, 300 pages. Prix : 32 francs.

H. Gaehlinger, de Châtel-guyon. — **Infection intestinale et coli-bacilloses urinaires.** Préface du Professeur Carnot. Un vol. in-8° 152 pages. Prix : 18 francs.

Adolphe Bernard. — **Le pneumothorax thérapeutique «ambulatoire».** Le vade-mecum du praticien phtisiologue. Préface du Professeur Rieux. Un vol. in-8°, 222 pages, 14 fig. 21 pl. Prix : 45 francs.

Stanislas Higier. — **Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles.** Introduction a la clinique de l'impuissance. Préface du Prof. Laignel-Lavastine. Un vol. in-8°, 392 pages et fig. Prix : 50 francs.

Jean Sigwald, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **L'hypoglycémie.** Préface du Prof. Rathery. Un vol. in-8°, 320 p. Prix : 45 francs.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

# Travaux Originaux

## L'Actualité Professionnelle

I

### L'organisation et la réglementation des services de la salubrité, chargés de surveiller les prostituées.

**Un correspondant, qui est chargé de la surveillance sanitaire des femmes de la maison de tolérance de la petite ville où il exerce, nous avait demandé ce qu'il devait faire, si ces femmes ne se soumettaient pas aux deux visites hebdomadaires réglementaires, et nous lui avions répondu qu'il n'avait qu'à en informer le maire, chargé de la police sanitaire de sa ville.**

**Or, notre réponse, publiée le 28 août dernier (p. 2540), nous a valu d'un généreux anonyme, la leçon suivante que nous publions, malgré sa provenance mystérieuse, en raison du rappel qu'il nous permet de faire, d'une réglementation que les médecins ont intérêt à connaître, surtout s'ils se trouvent dans les conditions voulues pour en être médicalement les agents d'exécution.**

Je m'intéresse toujours aux questions et réponses du *Concours Médical* : c'est très intéressant.

Voulez-vous me permettre de vous faire remarquer qu'alors que vous êtes toujours si bien renseigné, vous me semblez ne pas être documenté, et notre confrère non plus, sur le règlement sanitaire de la prostitution, dans la correspondance, n° 4.267 du 21 août 1932.

Ce service a été mis, depuis près d'un an, entre les mains du ministère de la Santé qui a tout réglé par circulaire.

L'inspecteur départemental d'hygiène en est le chef pour son département.

Les médecins qui surveillent les maisons de tolérance sont nommés avec l'approbation du ministre.

Quant aux visites, elles ont lieu au minimum deux fois par semaine ; une visite d'entrée et une de sortie obligatoires; des visites supplémentaires inopinées sont possibles.

Un local spécial avec tout le matériel doit être organisé.

Le médecin doit être assisté d'une infirmière qui tient les carnets, prépare les instruments, etc.

Les non-contagieuses doivent être soumises obligatoirement à un traitement d'entretien fait par le médecin sanitaire.

L'examen des sécrétions doit être fait au laboratoire à tous moments.

La prise de sang est obligatoire pour toutes les femmes chaque 2 mois, etc ...

Ce sont les principes fondamentaux.

Et alors : *tous les frais en incombent aux tenanciers seuls* et, s'ils ne se soumettent pas, le cas doit être signalé au ministre qui peut prononcer la fermeture d'office de la maison.

Je suis étonné que notre confrère n'ait pas vent de cette réglementation.

A l'heure actuelle, il en est ainsi dans presque tous les départements.

Le confrère craint les ennuis, il a raison, dans sa situation il relève du ministre et doit connaître les règles qu'il est là pour faire appliquer.

Croyez à mes sentiments empressés.

**Notre correspondant prend la peine de nous résumer la Circulaire ministérielle du 3 juillet 1930 et les Instructions générales subséquentes. S'il s'intéressait autant qu'il le prétend au *Concours Médical* et s'il le lisait avec l'attention dont il se vante, il saurait que cette documentation a été publiée, *in extenso*, dans le numéro documentaire du *Concours Médical* de janvier 1930 (page 5004). Nous savons donc de quoi il retourne et notre information à cet égard est exacte, plus exacte même que celle qu'il se targue de détenir, ainsi que nous allons le lui démontrer.**

**Tout ce qu'il croit nous apprendre *ne concerne en effet que les villes dotées d'une police d'Etat* : elles ne sont pas nombreuses et sont caractérisées par leur importance ; elles sont parmi les plus grandes de France.**

**Dans les villes dotées d'une police d'Etat, il est exact en effet que la nomination des médecins**

chargés du service sanitaire devra être soumise à l'agrément du ministre de l'Hygiène.

Dans les villes possédant une police municipale, le ministre se borne à les engager à organiser leur service de salubrité conformément à ses instructions. A cette condition, ces villes bénéficieront de subventions destinées à participer au traitement du personnel médical et du personnel auxiliaire.

Les municipalités qui préfèrent ne pas modifier leur organisation actuelle sont libres de le faire, à condition que leur organisation soit suffisamment efficace, faute de quoi les préfets substitueraient leurs pouvoirs en la matière à ceux des maires défaillants.

Dans le cas que nous avons rapporté, il s'agissait d'une petite ville du S. E., dont l'importance modeste n'était pas difficile à discerner, d'après l'effectif insignifiant de l'unique maison close dont elle est pourvue.

Ce n'est pas au ministre, mais au préfet que les médecins chargés du service à des titres divers doivent signaler les infractions au règlement, dans les seules villes dotées d'une police d'Etat ou s'étant conformées aux instructions ministérielles. Dans les autres, là où l'organisation est *municipale,* c'est au maire que doivent être signalées les mêmes infractions.

C'est ce que nous avions répondu à notre correspondant. Et ce faisant, nous étions dans la vérité.

G. DUCHESNE.

II

## Conséquences logiques mais lamentables de l'application « intégrale » du Tarif des assurances sociales

Il est dit, à la page VI de la nomenclature de la Confédération que le prix global des interventions chirurgicales comporte la rémunération :

1° De l'opérateur ;
2° Des aides ;
3° Les soins consécutifs pendant vingt jours.

En calculant mathématiquement, nous allons voir les conséquences paradoxales de ces stipulations.

*Premier exemple* : un curettage. Le chiffre-clé syndical pour le Gard est de 15 francs. Le coefficient du tarif est 20 ; 15 × 20 = ................ 300 fr.

Comptons maintenant :

La rémunération d'un aide ............ 60 »
et ce qui peut arriver, une infection sérieuse avec 15 jours de visites à domicile à 18 fr. 270 fr.
270 + 60 = ........................... 310 fr.

Le prix de l'opération elle-même deviendra, algébriquement et mathématiquement :
300 — 310 = ...................... — 10 fr.

*Deuxième exemple* : un phlegmon des gaines.

| | |
|---|---|
| Même coefficient | 300 fr. |
| Rémunération d'un anesthésiste | 60 fr. |
| Rémunération d'un aide | 60 fr. |
| 20 jours de pansements à 15 fr. | 300 fr. |
| | 420 fr. |

Même calcul. L'opérateur touchera pour son intervention elle-même : 300 — 420 = ..... — 120 fr.

*Troisième exemple* : une fistule à l'anus.

| | |
|---|---|
| Coefficient 40, soit | 600 fr. |
| Rémunération des aides : | |
| Anesthésiste | 60 fr. |
| Aide direct | 60 fr. |
| 20 jours de pansements à 15 fr. | 300 fr. |
| | 420 fr. |

L'intervention elle-même sera « honorée » au prix de 600 — 420 = ............. + 180 fr.

Et nous pourrions pendant longtemps faire le même calcul.

Mais si nous prenons les mêmes exemples au tarif accidents du travail, nous avons :

| | |
|---|---|
| 1° *Curettage* | 190 fr. |
| Aide | 80 fr. |
| 15 visites pour infection | 225 fr. |
| | 495 fr. |
| soit pour l'opérateur | 410 fr. |
| pour l'aide | 80 fr. |
| 2° *Phlegmon* des gaines | 375 fr. |
| 20 pansements à 15 fr. | 300 fr. |
| pour l'opérateur | 675 fr. |

+ 160 francs pour les deux aides.

3° *Traitement des plaies de la région anale* (assimilable à fistule anale).

| | |
|---|---|
| Opération | 375 fr. |
| 20 pansements à 15 fr | 300 fr. |
| Soit pour l'opérateur | 675 fr. |

Je laisse ces quelques lignes à la méditation de tous mes confrères et leur demande rectification en cas, toujours possible, où je n'aurais pas compris.

Docteur P.

***

**Le raisonnement de notre distingué correspondant est-il inattaquable ? Ses calculs, pour impressionnants qu'ils apparaissent à une première lecture, sont-ils exacts ? Peuvent-ils**

être acceptés aveuglément, ou sous bénéfice d'inventaire ? C'est ce que nous allons examiner.

I. Le corps médical organisé a voulu que les rapports entre médecins traitants et assurés sociaux soient placés sous le régime de l'entente directe. Ce qui signifie qu'ils calculeront et réclameront leurs honoraires directement, selon leur propre tarif. A eux de faire que ce tarif soit suffisamment rémunérateur. Si le chiffre clé syndical n'est, dans le Gard, que de 15 francs pour la consultation simple, rien ne s'opposerait à ce qu'il fut plus élevé afin que les interventions, surtout si elles nécessitent un anesthésiste et un aide, soient suffisamment rémunérées. La feuille de maladie et les indications qu'elle comporte ont pour but de permettre à l'assuré de se faire rembourser par sa caisse la part de responsabilité de celle-ci. Elle ne fait qu'un remboursement unique, même quand il arrive qu'une intervention a été pratiquée par un chirurgien et que les soins consécutifs sont donnés par le médecin traitant, auquel cas l'assuré règle à chacun d'eux leurs honoraires respectifs : opération d'une part, soins consécutifs de l'autre.

II. Le prix global a été adopté, pour le remboursement par les caisses de leur part de responsabilité en cas d'intervention chirurgicale, pour simplifier et éviter les abus. Il constitue un forfait ; il a les qualités et les défauts de tout forfait ; mais il semble pourtant que les qualités l'emportent sur les défauts. Quoi qu'il en soit, il faut le prendre en bloc tel qu'il se présente, *dans tous les cas*. Vous envisagez un curetage compliqué d'un état infectieux ayant motivé quinze visites consécutives à domicile. Et votre bénéfice sera minime en effet. Mais le curettage suivant, qui ne nécessitera pas d'aide, ni plus de deux visites consécutives, fera compensation : c'est ainsi, qu'en pareille matière, il faut voir les choses.

Ce qu'il faut retenir, c'est l'indépendance relative qui existe entre les honoraires réclamés directement par le médecin à son client, et la part de remboursement supportée par la caisse d'assurance de celui-ci.

III. Le tarif des accidents du travail est plus avantageux que votre tarif syndical minimum, dites-vous ? C'est regrettable pour vous et pour ce tarif syndical. Le tarif des accidents du travail n'intervient, en assurance-maladie, que pour calculer les frais médicaux des soins donnés à des assurés notoirement indigents : en ce cas, il s'impose, — en dehors de toute entente directe, impraticable alors — et rémunère directement et totalement le médecin. Si celui-ci s'en trouve favorisé par rapport, par exemple, au tarif de l'A. M. G., il ne saurait s'en plaindre.

IV. De vos trois exemples, il y en a deux qui ne semblent pas très heureusement choisis. Le curettage, dans la médecine du travail, doit être aussi rare que l'accouchement d'origine traumatique. Il en est de même, à peu de choses près, des plaies de la région ano-rectale comparées à une fistule à l'anus. Quant au phlegmon des gaines, il doit se rencontrer plus souvent, mais encore, ne court-il pas les rues. Je vais d'ailleurs essayer de me documenter sérieusement à ce sujet.

V. Le tarif des accidents du travail ne s'applique généralement qu'à des actes médicaux d'un ressort limité et nécessités par un traumatisme, donc de petite ou grande chirurgie. Le tarif des assurances sociales s'étend à toute la pathologie.

Enfin, en comparant les divers tarifs entre eux, on s'expose à verser dans le paradoxe, parce qu'on oublie leurs destinations respectives. En outre, du tarif accidents du travail, les médecins utilisent le tarif des pensions militaires Or, les deux tarifications ne sont pas superposables. Exemple : la transfusion du sang. Dans la médecine du travail, elle est ainsi tarifée :

Moins de 100 c. c. ..... 100
Massive. ............. 500

non compris l'indemnité au donneur.

Dans la médecine des pensionnés de guerre, sa tarification est la suivante :

Transfusion, quelle que soit la technique et y compris l'épreuve de la compatibilité sanguine quand elle est effectuée.... 300 francs

(par transfusion, on doit entendre le recueil et la transfusion d'au moins 150 c.c. de sang humain).

Les injections de petites quantités sous-cutanées ou intraveineuses qui constituent des pratiques d'hémothérapie..... 20 francs.

Rémunération du donneur.....

Dans la médecine du travail, la part de responsabilité patronale est habituellement réglée au médecin par les compagnies d'assurances qui sont de riches et puissantes entreprises financières, le cours de leurs actions le démontre surabondamment. Elles font d'ailleurs payer à leurs clients, commerçants et industriels, des primes considérables.

Dans la médecine des pensionnés de guerre, c'est l'Etat qui paye les honoraires médicaux; donc, vous, moi, tous les contribuables.

Dans la médecine de l'assurance-maladie, ce sont les intéressés eux-mêmes, pour une certaine partie, gens de petite condition, puisque ne devant pas jouir d'un revenu supérieur à 50 francs par jour.

Tout cela, en vérité, n'a rien de comparable, et il est dangereux, je le répète, de raisonner comme le fait notre distingué confrère P., dont le chiffre-clé syndical départemental (15 francs) est au même taux que le prix de la consultation des accidents du travail et des pensions militaires, il faut bien en convenir... Et n'est-ce pas cela surtout qui pourrait être considéré comme lamentable ? ?

G. DUCHESNE.

## QUESTIONS DIVERSES SUR L'A. M. G.

### Responsabilité des maires

PREMIÈRE QUESTION : Aux termes de l'article premier de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, que faut-il entendre par ces termes « privés de ressources » ?

RÉPONSE. — Le terme « privé de ressources », qui figurait déjà dans l'article premier de la loi du 7 août 1851 sur les hospices et hôpitaux, a, dans la terminologie administrative, une signification moins restrictive que le mot « indigent ».

La privation de ressources n'implique pas l'absence de toutes ressources. Ainsi, si nous nous reportons aux travaux préparatoires de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite et notamment à la discussion qui eut lieu au Sénat le 13 mars 1893, nous voyons que le bénéfice de l'A. M. G. ne saurait être réservé aux seuls malades dépourvus de toute ressource et d'une manière permanente.

Aussi, la section de l'Intérieur du Conseil d'Etat a-t-elle donné le 19 janvier 1926 (*Concours Médical*, 1926.1177) un avis favorable à l'extension de la loi de 1893 aux personnes qui sont momentanément privées de ressources et ne peuvent pas supporter complètement les frais d'une maladie et surtout ceux d'une longue hospitalisation.

La privation de ressources est ainsi relative et doit être appréciée pour chaque postulant, par rapport à l'aide et à l'assistance demandées.

Dans le règlement modèle des hospices et hôpitaux du 31 mars 1926, nous lisons en note de l'article 28 : « Il y a des malades, qui, sans être pauvres, ne peuvent payer les frais élevés d'une clinique, ou d'un traitement, d'une opération à leur domicile et qui peuvent payer le prix de journée dans un hôpital ».

Dans certains cas, on a tenté de justifier la privation de ressources par la non-imposition au rôle des contributions directes ; mais ce procédé est une source de conflits, car une personne peut payer une contribution directe minime et se voir plongée dans la misère, par suite du chômage, de l'interruption de son travail par maladie, ou par l'improductivité en revenu de son bien.

Aussi, à la séance du 28 juin 1928 (*Concours Médical* 1929, 188) fut-il déposé sur le bureau de la Chambre des députés par M. Alexandre Duval, un projet de résolution tendant à inviter le gouvernement à proposer dans la loi de finances de 1920 une modification de l'article premier de la loi du 15 juillet 1893, pour indiquer que :

« Est considéré comme privé de ressources tout individu qui, notoirement dépourvu de valeurs mobilières, n'est pas inscrit au rôle des contributions directes pour une somme supérieure à 25 francs, au profit de l'Etat. »

Le rapport fait au nom de la commission d'assurances et de prévoyance sociales ajoute ces mots (*J. O.*, Ch. Déb. parl., 1929.113) :

« Et n'a pas à sa disposition, à titre de salaire, pension, allocations, secours, ou revenus de valeurs mobilières, une somme supérieure à 5 francs par jour et par personne, composant son ménage. »

Nous devons conclure que la définition des mots « privé de ressources » est assez vague et est laissée à l'appréciation de chaque commission d'assistance communale, sauf recours devant la commission cantonale (loi du 15 juillet 1893, article 17).

DEUXIÈME QUESTION : Lorsque l'un des membres d'une famille, le père, par exemple, est admis au bénéfice de l'A. M. G., s'ensuit-il que tous les autres membres de la famille — les ressources étant communes — aient également droit au bénéfice de l'A. M. G. ?

RÉPONSE. — L'article 13 de la loi du 15 juillet 1893 décide que « la liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille. »

TROISIÈME QUESTION. — Un malade qui se prétend privé de ressources du fait : *a*) qu'il n'a aucun bien immeuble, ou qu'il a des biens immeubles, dont le revenu est insuffisant pour le faire vivre ; *b*) que son salaire, ou son traitement, ou toutes les ressources, dont il dispose sont à peine suffisantes pour le faire vivre, lui et sa famille ; *c*) qu'il n'est assujetti à aucune contribution directe, ou qu'il est assujetti sim-

plement à la contribution mobilière et accessoirement aux contributions relatives aux immeubles mentionnés ci-dessus, dont le revenu, joint à ses autres ressources, est à peine suffisant pour le faire vivre lui et sa famille, un tel malade est-il en droit de demander le bénéfice de l'A. M. G., en justifiant bien entendu le chiffre de ses ressources journalières ?

Dans le cas où il s'agirait d'un malade isolé sans famille, quel est le chiffre maximum de ressources journalières qui soit compatible avec les exigences de la loi sur l'A. M. G. ?

RÉPONSE. — Jadis, n'étaient inscrits sur la liste dressée annuellement par le bureau d'assistance et arrêtée par le conseil municipal, en séance secrète, que les seuls notoirement indigents. Cette liste était toujours incomplète, car, en vertu de l'article 19 de la loi de 1893, le maire a le droit d'admettre d'urgence un malade sur la liste de l'A. M. G. quitte à en référer au conseil municipal, dans sa plus prochaine séance.

Après avis du Conseil d'Etat, en date du 19 janvier 1926 et délibérations du Conseil supérieur de l'Assistance publique (*Concours Médical*, 1925.2291), le Ministre du Travail a, par circulaire du 22 avril 1926 (*Concours*, 1926. 3079) apporté certaines modifications au règlement modèle de 1894, sur l'A. M. G., notamment à l'article premier : « Ce service a pour but de faire donner gratuitement aux malades, dans *la mesure où ils sont privés de ressources*, les secours de la médecine, de la chirurgie et de l'art des accouchements.

« Une mention particulière sur la liste d'assistance indiquera ceux des inscrits, pour lesquels la gratuité est incomplète, étant constaté qu'ils sont à même de supporter personnellement soit une partie des frais de traitement à domicile, soit une partie des frais de traitement hospitalier, soit la totalité des frais du traitement à domicile, mais non pas ceux du traitement hospitalier.

« En outre, l'admission d'urgence pourra être prononcée, soit au cours d'une maladie prolongée, après épuisement des ressources de l'intéressé, soit en vue d'un traitement chirurgical, ou autre reconnu indispensable, dont le coût dépasse les revenus du malade.

« Cette admission d'urgence sans rétroactivité pourra également ne comporter la gratuité que pour une partie seulement des soins à domicile, ou pour le seul traitement hospitalier, ou même pour une partie seulement des frais de ce dernier.

« Ces admissions d'urgence ne seront prononcées qu'après avis du médecin appelé à donner ses soins ou des représentants de l'hôpital, qui doit recevoir le malade. »

Ainsi l'admission à l'A. M. G. complète ou partielle est soumise à l'appréciation de situations de fait.

Des injustices, des passe-droits, des irrégularités même sont à redouter, surtout pour qui connaît l'influence de la politique locale, sur la gestion administrative de certains élus.

Or, la loi du 15 juillet 1893, en son article 16, donne à tout habitant, ou contribuable de la commune le droit de protester en inscription, ou en radiation sur la liste de l'A. M. G.

La réclamation est soumise à une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton. Cette commission statue souverainement sur les réclamations, qui lui sont soumises.

QUATRIÈME QUESTION : L'admission au bénéfice de l'A. M. G. peut-il avoir un effet rétroactif par rapport à la date de l'admission ?

RÉPONSE. — A plusieurs reprises, le « Sou médical » a soutenu les intérêts de certains de ses adhérents, pour porter en justice la question de l'inscription sur les listes de l'A. M. G., avec effet rétroactif. La plupart du temps, l'affaire s'arrange, lorsque les adversaires savent qu'une Ligue de défense médicale intervient pour faire un procès.

Citons cependant deux décisions : Tribunal civil de Bergerac (*Concours Médical*, 1926. 2028) : un hôpital ne peut accepter un malade gratuit que sur le vu d'un certificat d'admission émané du médecin du domicile du malade et contresigné par le président du bureau d'assistance. C'est seulement sur la présentation de cette pièce que l'hôpital peut obtenir de l'administration compétente le remboursement des frais exposés.

Il en résulte qu'admis comme payant dans un hôpital, le malade ne saurait, par la suite, se prévaloir, avec effet rétroactif d'une inscription ultérieure sur les listes de l'A. M. G.

Jugement de paix de Saint-Pierre-Eglise (Manche), du 29 novembre 1926 (Archives du « Sou médical ») : antérieurement à une visite, ou à un accouchement, le malade doit se procurer un bon d'A. M. G. et le remettre au docteur avant l'opération, car il résulte des circulaires préfectorales que les maires doivent, en principe, remettre les bons avant les visites. Et le juge de condamner le mari à payer au médecin les frais d'un accouchement, parce qu'il a négligé, sachant sa femme à terme, de se procurer les papiers nécessaires, pour que l'accouchement soit porté au compte du service de l'A. M. G.

CINQUIÈME QUESTION : Un maire, qui refuse

d'admettre d'urgence, nonobstant certificat médical, un malade demandant le bénéfice de l'A. M. G. est-il tenu de réunir et dans quel délai la commission d'assistance ?

Réponse. — L'article 19 de la loi de 1893 est ainsi rédigé : « En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la loi, un malade non inscrit sur la liste.

« En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa prochaine séance. »

D'après l'article 12, la commisssion administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

De ces textes législatifs résulte que le maire n'est pas tenu de rendre compte de ses refus d'admission urgente, mais simplement des inscriptions qu'il a accordées, en vertu de l'article 19.

Si un malade se croit lésé par un refus, comme d'ailleurs tout habitant ou contribuable de la commune, il peut s'adresser au président de la commission d'assistance, comme à la commission cantonale (article 17).

Sixième question : Lorsqu'il s'agit d'un cas d'urgence, dans quel délai doit-il être statué sur les réclamations prévues par l'article 17 de la loi sur l'A. M. G. ?

Réponse. — Je n'ai trouvé aucune décision jurisprudentielle concernant la question posée; l'intéressé a vingt jours pour se pourvoir devant la commission cantonale, à dater du dépôt de la liste (article 16) ; mais si la commission cantonale tarde à se réunir, il convient d'en référer d'abord à son président le sous-préfet, puis au préfet. Le silence de ces magistrats est considéré comme un refus et, après quatre mois, peut faire l'objet d'un recours en Conseil d'Etat ; mais dans ce cas, il me semble préférable de saisir le Conseil de préfecture de la réclamation contre la carence de la commission cantonale, puis de porter le conflit en appel devant le Conseil d'Etat (article 33).

Septième question : Un président de commission d'assistance est-il tenu de contresigner immédiatement tout certificat établi par un médecin, par application de l'article 3 de la loi sur l'A. M. G. ?

Réponse : Le médecin propose, le maire dispose. C'est lui qui, par son visa apposé sur le certificat du médecin, engage les finances publiques, pour le remboursement des frais d'hospitalisation. Il ne saurait donc être dénié au maire le droit de procéder à toutes enquêtes utiles, avant de décider de l'envoi d'un malade à l'hôpital, même sur le vu d'un certificat détaillé et affirmatif, délivré par le médecin traitant.

Cependant, le magistrat municipal encourt une certaine responsabilité, si par sa négligence, ou son parti pris, il laissait l'état du malade empirer, faute des soins nécessaires. Ce sont donc questions de fait, qui ne sont pas soumises à des directives générales d'ordre législatif, ou réglementaire.

Huitième question : Dans le cas où le certificat ci-dessus établit que le malade n'est transportable que par auto, le président du bureau d'assistance est-il tenu de réquisitionner immédiatement une automobile ?

Réponse : Non, car le médecin n'a qu'un avis à donner et non pas un ordre. C'est le maire qui commande au nom de la commune et pour le bien des finances publiques. A lui de faire le nécessaire, sous sa responsabilité d'administrateur.

Neuvième question : Un maire, qui ne se conforme pas aux lois, règlements, ou décisions jurisprudentielles, concernant l'A. M. G., engage-t-il sa responsabilité civile, pénale, ou administrative, dans les cas suivants :

*a*) Refus d'admission d'urgence sur une interprétation de la loi contraire à celle établie par la jurisprudence ;

*b*) Refus de convocation du bureau d'assistance, en cas d'urgence, lorsque le maire estime ne pouvoir prononcer seul l'admission ;

*c*) Refus de contresigner un certificat médical d'admission à l'hôpital ;

*d*) Refus de réquisitionner une automobile nécessaire au transport à l'hôpital d'un malade bénéficiaire de l'A. M. G. ;

*e*) Refus de signer les feuilles de maladie, bons de visites ou consultations, nécessaires aux assistés pour faire valoir leurs droits ;

Quelles sont les juridictions compétentes pour appliquer des sanctions ? Quelles sont les sanctions possibles ?

Réponse : Il est parfois très difficile de faire la distinction entre les fautes de l'administrateur, justiciables des tribunaux administratifs (Conseil de préfecture, Conseil d'Etat) et les fautes de l'homme privé, justiciables des tribunaux de droit commun. Je ne rappelle que pour mémoire le fameux procès, soutenu par le « Sou médical », à propos de la radiation d'un médecin, sur les listes des médecins de nuit,

radiation prononcée par un confrère, devenu maire de la ville.

Tour à tour, tribunal civil, cour d'appel, cour de cassation, puis conseil de préfecture et Conseil d'Etat se sont renvoyé l'affaire, se déclarant chacun incompétent. Il fallut recourir au Tribunal des conflits. Mais pendant ce temps, la mort avait fait son œuvre parmi les adversaires.

Dans les cas qui me sont soumis, il est hors de doute que le maire agit en sa qualité de magistrat communal : si une faute lui est reprochée c'est dans le cadre administratif, qu'il faut la faire juger.

Mais, il sera nécessaire de démontrer que le maire a outrepassé ses droits et devoirs d'administrateur, ce qui sera fort difficile.

En l'espèce, matière d'A. M. G., le conseil de préfecture est compétent en premier ressort, l'appel étant porté devant le Conseil d'Etat.

La sanction consiste simplement en l'annulation de la décision du maire, si la juridiction administrative estime que ce magistrat a violé un texte de loi, ou a commis un abus de pouvoir.

En principe, la véritable sanction des actes administratifs d'un élu du peuple est la décision du suffrage universel : l'administrateur incapable ou trop autoritaire n'est pas réélu, lors de la terminaison de son mandat.

Quant à attaquer un maire devant la juridiction ou civile en dommages-intérêts, ou pénale, pour violation du Code pénal, dans l'exercice de ses fonctions, il ne faut pas y penser, ces juridictions devant se déclarer incompétentes pour juger ce qui est le fait de l'administrateur et non de l'homme privé. Et la distinction entre les deux est parfois impossible à établir. Lutte du pot de fer contre le pot de terre.

Dixième question : Un indigent majeur, interdit ou non, qui est dans un état habituel d'imbécillité et est bénéficiaire de l'A. M. G., peut-il être admis dans un asile d'aliénés, bien qu'il ne présente aucune réaction anti sociale et que, par suite, il ne puisse être considéré comme dangereux pour la société, mais simplement comme incapable de gagner sa vie ?

Réponse : Il s'agit-là d'une question d'espèce. Le malade en question ne sera pas admis dans un hospice, ou dans un asile, aux termes de la loi du 15 juillet 1893, mais selon ceux de la loi du 14 juillet 1905, sur les vieillards, infirmes et incurables.

Puisque le malade est hors d'état de subvenir à ses besoins et qu'il ne peut gagner sa vie, il sera hospitalisé dans un asile quelconque, ou hospice, selon les conventions que la commune a pu passer avec tels et tels établissements de bienfaisance, qui acceptent de recevoir des vieillards, infirmes et incurables.

Dans certains cas, lorsque le débile d'esprit, sans être un aliéné dangereux, a cependant besoin d'être l'objet d'une surveillance, il peut être décidé que cet incurable sera dirigé sur tel ou tel établissement, désigné par le conseil municipal, d'après la liste dressée par le conseil général, des hospices et hôpitaux-hospices devant recevoir les bénéficiaires de la loi de 1905 (articles 22 et suivants).

### Conclusion.

Des questions qui m'ont été posées, il ressort qu'il est bien difficile de répondre d'une manière générale à des situations de fait. Le maire est chargé d'administrer pour le plus grand bien des finances communales ; sa responsabilité est surtout d'ordre électoral ou administratif, rarement civil ou pénal.

Dans certaines circonstances, il peut être utile, avant de recourir à la voie contentieuse administrative, de saisir le préfet officieusement, du conflit. Ce haut fonctionnaire peut user de son influence et de sa persuasion, auprès du maire, car le préfet a un certain contrôle sur la gestion des affaires municipales.

Egalement et à titre officieux peut intervenir le conseiller général du canton.

Enfin, un conseiller municipal a toujours le droit de poser, en séance, une question au maire pour demander à ce dernier les motifs de sa conduite dans tel ou tel cas particulier.

Au conseil municipal alors de décider s'il doit ou non émettre un avis, ou vote défavorable au maire.

Dr Paul Boudin.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### On n'est jamais trop prévoyant

A propos de prévoyance, j'ai la naïveté de croire qu'après chaque article, j'ai dit le dernier mot et que je ne pourrais plus que me répéter. Hélas ! les événements de la vie quotidienne se chargent de m'enlever mes illusions et me donnent trop souvent les raisons de revenir sur cet inépuisable sujet.

Je crois aujourd'hui devoir exposer à nos lecteurs du *Concours Médical* une histoire toute récente, atrocement vécue, dont ont été les témoins un certain nombre de nos confrères, et si je n'en donne pas tous les détails dans leur absolue authenticité, c'est uniquement parce que je veux respecter l'anonymat de la victime.

Parmi les plus anciens membres de l'Amicale s'était fait inscrire, par pur esprit de solidarité, un confrère ayant à la fois une excellente clientèle, une situation enviable et une certaine notoriété dans le monde médical.

Ce confrère était vraiment un des nôtres ; maintes fois nous l'avions chargé de missions délicates, et nous lui gardions une très grande reconnaissance de la manière consciencieuse avec laquelle il s'en était acquitté.

Il s'était inscrit à notre vieille combinaison A, donnant les 10 francs d'indemnité quotidienne qui étaient à cette époque la somme type en ce genre d'assurances mutuelles. Il aurait pu s'inscrire à la combinaison B, vie entière, quand on parla de la fermer, car il savait mieux que beaucoup les raisons qui nous la faisaient abandonner ; mais profondément scrupuleux, il ne voulut pas charger cette combinaison d'un risque de plus ; d'ailleurs, sa situation était satisfaisante et il envisageait l'avenir avec sérénité. C'est ainsi qu'il ne pensa jamais à s'inscrire à nos combinaisons pensions.

La guerre survint, puis l'après-guerre avec tous ses bouleversements de toutes sortes.

Quand nous dûmes aménager nos combinaisons pour les mettre au niveau des circonstances nouvelles, notre confrère, comme tous ceux de la première heure encore vivants, se trouva trop âgé pour profiter des nouveaux avantages, et dut se contenter de ceux que lui réservait, bien insuffisants, la combinaison MA.

Il est vrai qu'il n'avait jamais été malade, et c'est sans avoir coûté un centime à notre caisse qu'il atteignit ses 65 ans, l'âge limite, l'âge de sortie de la seule combinaison à laquelle il appartenait.

Il n'était pas de B, donc il n'était plus garanti contre l'invalidité-maladie ;

Il n'était ni de P. ni de R. ; donc, il n'avait droit à aucune pension.

D'une honnêteté exagérément scrupuleuse, oserais-je dire, il n'avait pas élevé ses honoraires à la hauteur des exigences de la vie, et, vieillissant, il voyait chaque jour s'amenuiser ses ressources professionnelles. Il avait placé ses économies d'abord dans des valeurs étrangères, qui s'étaient évanouies, puis dans une affaire industrielle gérée par un parent, et qui, comme tant d'autres à cette époque-là, laissait espérer de grosses plus-values du capital.

Il en était là, quand vinrent s'abattre sur lui à la fois la crise économique et la maladie.

L'affaire où ses capitaux travaillaient sombra dans une faillite, et notre confrère perdit d'un coup presque toutes ses économies.

Au même moment, il fut pris de troubles organiques graves, qui le conduisirent à l'arrêt forcé de son travail médical ; il y perdit ses fixes comme son casuel journalier. Bientôt il dut se résoudre à consulter des spécialistes ; le diagnostic fut grave : il fallait opérer vite, et quand on parla de clinique, on s'aperçut que notre malheureux confrère était tombé dans la sombre misère, ne disposant que de très rares billets de mille francs !

Je ne dirai pas comment les amis intervinrent pour l'aider en ces circonstances, dont les tristes suites n'ont rien à voir avec mon sujet.

Mais de cette tranche de vie, je veux tirer une conclusion utile pour nos jeunes confrères.

D'abord, cette histoire n'est pas une chose exceptionnelle ; j'en connais un certain nombre d'aussi navrantes ; et les membres de nos sociétés diverses pourraient en réunir une gerbe impressionnante.

Ce qui est arrivé à notre confrère, est arrivé à beaucoup d'autres, et nul de nous n'est à l'abri de ces coups du destin !

Ensuite, cette histoire a une signification plus haute : il ne suffit pas de faire un acte de prévoyance réduite ou provisoire ; en ces matières, s'arrêter à moitié chemin est aussi dangereux presque, que de ne rien faire du tout.

Compter sur la fortune et la santé pour les vieux jours, c'est bâtir sur le sable. Et qui ne fait pas le maximum possible, selon son âge, sa situation, ses besoins, qui n'augmente pas ses garanties au fur et à mesure qu'il avance dans la vie et que les risques grossissent, ne mérite pas le nom de prévoyant.

C'est à l'heure, où notre malheureux confrère

n'avait plus aucun droit aux secours de nos caisses, parce qu'il avait négligé, étant jeune, de s'y faire inscrire suffisamment, qu'il fut frappé dans ses œuvres vives. Quelle tranquillité, quel adoucissement pour lui, s'il avait fait partie de notre vieille combinaison B et de nos caisses de P et de R, quand il le pouvait fort bien !

Quelle terrible leçon, quel exemple navrant, pour tous les jeunes qui restent indifférents à l'avenir, qui les menace !

Confrères qui me lisez, je n'ai pas besoin d'insister, je crois. Vous connaissez, vous pouvez connaître notre organisation.

Vous savez que nous couvrons les risques indemnités maladies et accidents jusqu'à 65 ans au taux maximum, et actuellement nécessaire, de 50 francs par jour pendant deux mois et ensuite de 500 francs par mois jusqu'à guérison et reprise du travail ;

Que nous assurons à 60 ans une pension de retraite qui peut être de 4.800 francs ;

Que nous assurons à 65 ans, une pension analogue pouvant se cumuler avec la précédente ;

Que nos femmes et nos enfants peuvent participer pour leur compte aux mêmes pensions.

Que nous garantissons une pension de 1.800 francs aux veuves, même ayant une retraite de droit à 60 ou 65 ans.

Je vous le répète, n'attendez pas les mauvais jours, et assurez-vous dès maintenant au maximum qui vous est possible, et n'oubliez pasque vous avez toujours la faculté d'augmenter vos assurances au cours des années à venir, pourvu que vous n'ayez pas dépassé l'âge limite.

Pour le médecin l'âge terrible, c'est la vieillesse. Jamais vous ne ferez trop pour vous l'assurer à l'abri du besoin.

Heureux êtes-vous, les jeunes qui pouvez profiter aujourd'hui des caisses organisées dans ce but par vos aînés ; ils ont travaillé pour vous car, eux ils ne peuvent rien espérer de l'amélioration des services de leur bonne Mutualité familiale : ils sont trop vieux.

Vous qui êtes jeunes, venez à elle, venez et restez-lui fidèles !

Dr MIGNON.

## LES FÊTES DU CENTENAIRE DE LA BRITISH MÉDICAL (1)

Par le Docteur Fernand DECOURT

La *British Medical Association* (B. M. A.) qui groupe environ 42.000 médecins, non compris ceux des Dominions, vient de fêter solennellement le Centenaire de sa fondation. Elle futcréée, en effet, en 1832, par le Docteur Charles HASTINGS, un médecin de Worcester, ville d'une soixantaine de mille habitants, située à cent et quelques kilomètres au nord-ouest de Londres.

J'avais été invité à me rendre à ces fêtes du Centenaire, à titre de délégué de l'*Association professionnelle internationale des médecins* (A. P. I. M.). Mon excellent ami, le Docteur Cox, secrétaire général de la B. M. A. avait également envoyé une invitation particulière à chacun des 31 groupements médicaux nationaux composant l'A. P. I. M. C'est ainsi que j'eus le plaisir d'aller à Londres en cette semaine du centenaire, en compagnie de notre confrère DIBOS, président de la *Confédération des syndicats médicaux français*, et que nous trouvâmes, là-bas, les présidents ou secrétaires généraux des groupements nationaux de : *Autriche, Belgique, Brésil, Canada, Danemark, Etats-Unis, Hollande, Luxembourg, Norvège, Palestine, Pologne et Suisse.*

La « Celebration of the Centenary Meeting » avait lieu du 21 au 30 juillet, mais les premiers jours étant consacrés aux questions d'ordre « intérieur », les « distingués hôtes étrangers » ne devaient venir que le 24, pour commencer les fêtes par le « pilgrimage » (pèlerinage) à Worcester, la ville où vécut le Docteur Charles Hastings.

*Dimanche* 24. — Donc, parvenus à Londres, le soir du 23, nous en repartions le matin même du 24, pour arriver, par train spécial, à Worcester, vers onze heures. A la gare, nous attendait un groupe officiel, en tête duquel était le Maire de Worcester, une *dame* en costume moyenâgeux de lord-maire : tricorne sur la tête, habit aux multiples chamarrures et décorations, la jupe seule, non traditionnelle, remplaçant la culotte courte et les bas noirs habituels. A côté de Madame le Maire (la « lady mayoress ») se tenait son « conseiller juridique » en sévère costume noir traditionnel avec broderies d'argent et culotte courte, la tête ceinte de la blanche perruque bouclée des avocats...... Des autocars nous conduisirent (nous étions 5 ou 600 voyageurs) à l'Hôtel de Ville où, dans un vestiaire spécial, tous les médecins anglais (masculins et fémi-

(1) Sachant que le Docteur DIBOS a l'intention de faire paraître, dans le *Médecin de France*, ses « impressions » sur le Centenaire de la B. M. A., je ne parlerai pas de ce qui concerne le côté « technique » de notre voyage, ni des questions administratives et intérieures de la B. M. A., ainsi que de l'installation de sa « maison médicale ». Je ne relaterai ici, que le côté « descriptif » pour ainsi dire, de ces fêtes, si grandioses, à côté de nos modestes manifestations syndicales françaises...

nins) revêtirent leurs grandes robes rouge clair, aux bandes blanches, et, pour certains hermine, et leurs bonnets différents suivant les Universités. De là, à travers les rues de la ville, cortège imposant jusqu'à la cathédrale, où l'archevêque de Birmingham, puis le président de la B. M. A., lord Dawson of Penn, montèrent en chaire pour celébrer la mémoire de Charles Hastings, et parler de la B. M. A. et du rôle si important du médecin dans la société, — le tout entrecoupé de prières et d'hymnes liturgiques chantés pieusement par tous les assistants — tandis qu'un service analogue se célébrait à l'église catholique, non loin de là. Et j'allais oublier le conseil municipal de Worcester, composé d'hommes et de femmes, tous en robes de cérémonie, noires avec de larges bandes violettes, défilant dans l'église, précédés du porteur de la « masse ». La cérémonie se termina par l'inauguration d'un grand vitrail, dans la cathédrale, destiné à perpétuer le souvenir du Docteur Charles Hastings : Une plaque commémorative, avait été également inaugurée, le matin, sur la maison qu'il habitait jadis.

Nous quittâmes ensuite la cathédrale, toujours suivant le même cortège, pour nous rendre au déjeuner, dressé sous une grande tente, aux multiples tables. A la fin du repas, toasts nombreux couronnés par celui de la lady-mayoress de Worcester. Les autocars nous emmenèrent ensuite à Droitwich-Spa, ville d'eau dans un site romantique, où était ménagée une charmante réception aux « pèlerins », avec le thé obligatoire et son assaisonnement de gâteaux et sandwichs, tandis que la musique se faisait entendre. Retour le soir à Londres, par le train spécial.

*Lundi* 25. — Le matin, réception des membres du Centenaire à la «Room for Registration » (chambre d'enregistrement), où nous furent remis cartes d'identité, cartes d'invitations multiples, brochures, même un grand livre relatant l'histoire de la B. M. A., etc... Là se trouvait également une Exposition médicale intéressante. Dans un bâtiment voisin, se tenait le « Ladies Club and Bureau », où un groupe de dames londoniennes se mettait, avec empressement, à la disposition des centaines de dames (femmes-médecins et femmes de médecins) venues à Londres des provinces d'Angleterre, d'Ecosse, de Galles, des Dominions et des pays étrangers, L'après-midi, réception chez le Président de la B. M. A., ainsi que chez d'autres personnages officiels, et même une « sherry-party » était offerte aux dames.....

Le soir, dîner en divers endroits, suivant les invitations particulières reçues. A ce sujet, nous noterons spécialement le « Meeting and Dinner », à la « Motherland Lodge » pour les « Francs-Maçons ». On sait qu'en Angleterre, la Franc-Maçonnerie est une institution officielle dont des hauts dignitaires, même d'Eglise, font partie, et dont les Princes de Galles même sont ordinairement parmi les grands chefs. N'étant « maçons », ni Dibos, ni moi, nous ne pouvons donner un aperçu de cette réception, car, un mois auparavant, nous n'avions pu répondre « oui » à la question qui nous avait été posée, entre autres, à ce sujet.

*Mardi* 26. — A 10 heures, « Council Meeting » à l'Imperial Institute et à 16 heures le « *Adjourned Annual General Meeting* » à « Queen's Hall », grande salle rectangulaire où eut lieu la solennelle « President's Address », c'est-à-dire le grand discours officiel annuel du Président de la B. M. A., relatant les faits principaux de l'année concernant celle-ci, remettant des « prix », des diplômes, des attestations à certains confrères pour leurs travaux scientifiques de l'année, etc... Et c'était vraiment un spectacle imposant que toutes ces robes, rouge clair, au milieu des robes plus sombres des dames invitées et des rares costumes « civils », portés, presque tous, par les délégués étrangers, dont le noir soulignait d'autant mieux les couleurs éclatantes de chaque « academical dress » anglais qui, contrairement à nos coutumes françaises, est le costume officiel, et porté à toute cérémonie par *tous* les docteurs en médecine de la Grande-Bretagne.

Le soir, avait lieu au « *Royal Albert Hall* », la réception offerte aux membres du Centenaire, par le président de la B. M. A. et Lady Dawson of Penn. Cette salle immense, la plus grande de Londres et qui fait songer à celle du Trocadéro, est une sorte d'hippodrome, plutôt en forme de fer à cheval, car une partie de la circonférence est réservée à l'emplacement du « grand orgue » avec, dans le bas, une estrade où se placent les personnages officiels dans les réunions solennelles. Tout autour de la salle, deux étages de loges, comme au théâtre, couronnés d'un cercle de gradins montant jusqu'au plafond, ou à peu près. De 21 à 22 heures, Lord et Lady Dawson of Penn eurent à serrer la main à chaque arrivant annoncé à haute voix, puis à 22 heures s'ouvrit le bal.

Or, dans les cérémonies, ai-je dit, les médecins anglais portent toujours leurs robes rouges. Ils la portaient donc tous, ce qui, avec les robes de bal féminines, aux couleurs vives, faisaient un ensemble inconnu à nos yeux français... Dans ce grand hall, vu par nous des gradins du haut, pour mieux observer cet ensemble, c'était un véritable parterre de fleurs bigarrées, où se mariaient, au milieu des « academical dresses » rouge clair, les tons jaunes, verts, violets, oranges, amarantes, bleus, etc... Et toutes ces fleurs vivantes tournoyaient, virevoltaient, en un kaléidoscope impressionnant.

Vers minuit, arrêt de la musique et des danses. Ce fut la solennelle présentation du portrait du Docteur Cox, le secrétaire général de la B. M. A., qui va quitter ses fonctions après un quart de siècle de travaux — portrait qui prendra place désormais dans la salle d'honneur de la B. M. A. Discours du président, faisant l'éloge du Docteur Cox, à la confusion extrême de celui-ci, qui, debout, face à la foule, à côté du président, avait l'air, ainsi que je le lui disais quelques minutes plus tard « d'un enfant en pénitence ». Dirais-je qu'à côté de ces honneurs si mérités — dans une réunion qui fut spécialement consacrée aux reremerciements solennels de la B. M. A. au Docteur Cox — on lui avait remis, quelques jours plus tôt, à titre de reconnaissance des médecins anglais, un chèque de mille livres, près de cent mille francs. Qu'en pensent nos confrères français, qui, trop souvent, ne font que critiquer leur secrétaire général actuel, et n'ont, parfois que des paroles amères pour leurs secrétaires généraux anciens !... N'insistons pas sur cette différence de mentalité, dont le sentiment nous fut vraiment pénible.

Ensuite, devant un immense voile noir, comme fond, défilèrent, ressuscitées, grâce à des « acteurs bénévoles » dans leurs habits de l'époque, avec même leurs gestes, leurs « tics » habituels, toutes les célébrités médicales anglaises depuis un siècle... Et c'était tellement vrai, tellement saisissant, que Cox, auprès duquel nous étions à ce moment, nous disait avant qu'on en proclamât le nom, quel était le personnage qui passait devant nous, pour peu qu'il eut eu l'occasion de le connaître. Environ quatre-vingts défilèrent ainsi, avec comme intermède, après le passage de dix personnages environ chaque fois, un gracieux groupe d'une douzaine de « nurses » par époque et par hôpital. Quand le dernier eut défilé, la toile de fond s'ouvrit soudain et nous les revîmes tous groupés en apothéose avec un groupe féminin dont l'héroïne centrale portait un grand drapeau sur lequel était inscrit simplement le mot « Progress ».

Ce furent ensuite divers divertissements : patineurs à roulettes, danses villageoises, danses russes, jongleurs, etc...., il était je n'ose dire quelle heure quand nous rentrâmes à domicile.

*Mercredi* 27. — Nous n'insisterons pas sur les multiples réceptions de chaque jour, ni sur les réunions scientifiques de la B. M. A. Toutefois, pour nous Français, il en est une que nous ne saurions passer sous silence. Ce fut le déjeuner offert ce jour-là par le *Club Anglo-Français* à leurs hôtes d'honneur, les « eminent french medical men », sous la présidence du savant Sir Sinclair Thomson. Réunion intime, familiale, d'une soixantaine de convives, dans le cadre somptueux de l'Hôtel Victoria. Les « hôtes français » n'étaient pas nombreux. A côté du Docteur Dibos, mis à la place d'honneur, comme président de la Confédération, à la droite de Lady Dawson of Penn, femme du président de la B. M. A., se trouvaient Madame Dibos, le Docteur et Madame Decourt, le Docteur et Madame Armand Delille, les Docteurs Lacassagne, Le Mée et Weil-Hallé : c'est tout. Au champagne, toasts portés, en français, par le président du Club, le Docteur Sinclair Thomson, un écossais d'origine à l'humour irrésistible et par Sir Henry Brackenbury. Répliques, en anglais, par contre, par le Docteur Weil-Hallé et le Docteur Le Mée, lequel, à la fin de son speech, remit, au nom du Président de la République, la cravate de Commandeur de la Légion d'honneur au Docteur Sinclair Thomson. Accolade, congratulations, puis café, cigares, conversations bilingues animées et, avant de se quitter, de vigoureux shakehands...

Le soir, grande *réception au Guildhall* par le Lord-Maire et la Corporation de la Cité de Londres. Dans ce magnifique monument, d'une richesse inouïe, ce fut la réception habituelle en de telles circonstances, analogue à celle de notre Hôtel de Ville parisien, avec le bal traditionnel, où, là encore, les médecins anglais portaient leurs robes pour danser, renouvelant ainsi ce tableau de couleurs vivantes et mouvantes décrit plus haut, avec des promenades dans les multiples salles de l'édifice et les stations habituelles devant les buffets ou dans les fumoirs.

*Jeudi* 28. — Toujours les multiples invitations particulières, où l'on devait faire son choix, n'ayant pas le don d'ubiquité. Signalons toutefois la visite au *Welcome Museum* où se trouvent réunis, par l'initiative d'un confrère anglais, des instruments anciens de médecine et de chirurgie, ainsi que des peintures et des tableaux, du plus grand intérêt, avec des souvenirs personnels de personnages illustres comme Napoléon, Wellington, etc...

A 15 heures, *Vêpres solennelles*, à la Cathédrale de Westminster, avec discours et bénédiction du Cardinal. Tous ceux qui ont visité Londres connaissent cette « Westminster Abbey », sorte de Panthéon anglais, où des centaines de tombeaux et de statues s'amassent depuis l'an 1200, pour le moins, et où se célèbrent les plus grandes solennités de l'Angleterre.

Le soir, *Dîner du Centenaire*, dans le « Royal Albert Hall » que nous avons déjà décrit. 2.000 couverts étaient préparés, avec les noms des 2.000 invités, marqués à l'avance sur des centaines de petites tables convergeant vers l'estrade légèrement circulaire, pour épouser la forme de l'édifice, et où était dressée la table d'honneur. Le dîner avait lieu sous la présidence du Docteur Dawson of Penn ayant, à sa droite, comme

« hôte d'honneur » le Prince de Galles. Tout d'abord *benedicite* (que je note ici, en passant, mais qui se disait également dans tous ces repas d'apparat), qui fut donné ce soir-là, par le Cardinal de Westminster, après que celui-ci eut été « annoncé » par le « Héraut », sorte de maître des cérémonies, debout derrière le président et revêtu d'un habit rouge vif à boutons d'or. Avec sa majestueuse stature et sa voix de stentor, il demandait chaque fois aux « ladies and gentlemen » de faire silence pour écouter tel orateur dont il annonçait solennellement le nom et les titres. Et, je le répète, cela n'était pas spécial à cette grande solennité : là-bas à Worcester, sous la tente, dans l'intimité relative de cette réunion de campagne, nous avions également vu et entendu un « héraut » au rutilant habit, à la noire culotte courte et aux souliers à larges boucles.

Au champagne, nous entendîmes le héraut nous annoncer que « maintenant chacun pouvait fumer »..... et les discours commencèrent. Je passe sur ceux du président de la B. M. A., du président du Conseil de la B. M. A., du Chairman de la B. M. A., du Cardinal de Westminster, du ministre de l'Intérieur, du président des médecins d'Australie, au nom des confrères des Dominions, etc... (leurs paroles s'entendaient parfaitement bien dans l'immense hall, grâce aux hauts-parleurs, chaque orateur ayant devant lui un microphone disposé à l'avance). Mais je crois devoir dire un mot, toutefois, du discours du Prince de Galles. Il parla pendant un bon quart d'heure, sur un ton de bonhomie, de familiarité et avec un humour bien anglais qui attirait, sans doute, les applaudissements, mais aussi des fusées de rires éclatant soudain dans l'immense vaisseau circulaire. Parfois, des phrases graves, émues, en faveur des humbles praticiens de campagne, ou en proclamant le dévouement du Corps médical. « Le médecin, s'écria-t-il sous un tonnerre d'applaudissements, est notre premier et souvent aussi notre dernier ami. » Et à ce moment, il me sembla qu'il eut un geste affectueux et discret pour son voisin, lord Dawson of Penn, le médecin du Roi et de la Famille royale... Bref, le Prince de Galles, autant que je pus en juger en ma très modeste connaissance de la langue anglaise, m'apparut comme un orateur disert et aisé. Il était plus de minuit, quand prit fin la séance, après quelques morceaux d'opéra chantés par deux artistes connus, masculin et féminin, aux voix sonores et prenantes.

*Vendredi* 29. — Journée de clôture des réceptions officielles et journée, heureusement, beaucoup moins chargée, car devant un tel assaut de gracieuses invitations, qui nous arrivaient de toute part, nous allions être obligés de demander grâce..... Signalons encore la réception, dans l'après-midi, du « *Royal College of Physicians* » et celle consécutive de la « *Royal Society of Medecine* », puis, le soir, à Grosvenor House, la réception de « *Metropolitan Counties Branch* », comparable à notre syndicat de médecins de la Seine. Vous voyez que, même pour une journée « peu chargée », ce ne fut pas encore le « chômage » absolu.

Nous quittâmes Londres le samedi matin... et cependant tout n'était pas encore terminé. Un certain nombre de délégués (inscrits à l'avance à ce sujet) étaient invités à passer le week-end (le samedi 30, dimanche 31 et lundi 1er août) à Bath et à Bristol, villes à l'ouest de Londres, où ils étaient reçus par les médecins de ces contrées et leurs familles. Nous avions, Dibos et moi, décliné cette gracieuse invitation, mais n'est-il pas juste de la mentionner ici, pour montrer la grande amabilité de nos confrères anglais ?

Certes, nous ne manquerons d'envoyer nos remerciements personnels à ceux de nos confrères anglais avec lesquels nous nous sommes plus particulièrement trouvés en contact, mais, en terminant cet aperçu, — bien superficiel, — du splendide, fastueux, mais aussi sympathique et familial accueil que nous avait réservé nos confrères de Grande-Bretagne, nous considérons comme un devoir de les remercier ici *tous* avec toutefois la mélancolie de songer que notre Confédération ne serait guère à même, d'ici longtemps encore, de démontrer qu'elle possède, dans la Nation, une semblable puissance sociale..... Et cela pour la raison bien simple que savants et praticiens, syndicats professionnels et sociétés scientifiques, groupements médicaux de bienfaisance ou d'assurance, etc., sont chez nous *dispersés*, avec des états-majors divers, alors que tout cela est réuni, en Angleterre, sous le même bloc, le même faisceau solide, qui abrite tous les médecins anglais dans son véritable palais de Tavistock Square, sous la bannière *unique* qui s'appelle la *British Medical Association*.

Fernard DECOURT.

***

La séance d'ouverture a comporté une remarquable conférence de Lord Dawson, qui a passé en revue les progrès merveilleux accomplis par les sciences médicales depuis un siècle et a montré les domaines nouveaux qu'auront, après la bactériologie, la découverte des vitamines et des hormones.

La section de médecine, présidée par Sir Humphrey Rolleston, a discuté les *applications cliniques* des recherches récentes sur les affections de l'ossification ; avec de très remarquables rapports de Mallenby, connu déjà par ses recherches sur les rapports des vitamines et du métabolisme du calcium, et de Leonard Parsons, le pédiatre bien connu de Birmingham, qui a parlé du rachi-

tisme et de son traitement ; elle a encore étudié la sclérose des coronaires sur un rapport de John Parkinson, de Londres. Enfin, dans une séance combinée avec la section de radiologie, elle a étudié la valeur de la *radiologie dans le diagnostic des affections pulmonaires*.

Les Docteurs Chambers et Burrell ont conclu qu'à l'heure actuelle tout examen d'une affection pulmonaire nécessitait un examen radiologique complet. D'intéressantes radiographies de pneumoconioses ont été apportées par *Lyle Curamins*.

La section de chirurgie, présidée par *Lord Moynihan of Leeds*, avait parmi ses vice-présidents, *Archibald*, de Montreal, et pour secrétaire John Hunter ; elle a principalement discuté la prostatectomie et la splénectomie. La discussion a été ouverte par Lord Dawson et Lord Moynihan.

La section de gynécologie, présidée par Comyns Berkeley, a discuté les indications de l'avortement thérapeutique et le traitement du carcinome utérin.

La Section de physiothérapie, présidée par Leonard Hill, a étudié la valeur des manipulations et de l'électricité en thérapeutique, la question du charlatanisme en physiothérapie, enfin le rôle de l'air, de la lumière, de la pression atmosphérique et de la température, particulièrement en ce qui concerne le traitement de la tuberculose pulmonaire.

La section d'oto-laryngologie était présidée par *Sir Sinclair Thomson*, l'éminent spécialiste grand ami de la France et si connu de tous les médecins parisiens ; elle a discuté la question de l'otite moyenne et celle de la valeur diagnostique et thérapeutique de la bronchoscopie.

La section d'anatomie pathologique. présidée par Muir, de Glasgow, s'est consacrée à l'étude des pneumoconioses et du *métabolisme du cholestérol* au cours des maladies.

La Section de bactériologie, présidée par Sir A. Wright, avec de nombreux vice-présidents, dont *Christophers*, a discuté les bases immunologiques des inoculations prophylactiques contre les maladies infectieuses ; les aspects bactériologiques des infections par le lait et, en collaboration avec la section d'anatomie pathologique, l'étude des modifications des tissus dans les infections à virus filtrants.

La section de radiologie, en plus de la question des affections respiratoires ci-dessus mentionnée, à étudié l'investigation radiologique des causes de la sciatique et le traitement des états inflammatoires par les radiations.

La section de neurologie a étudié les conditions étiologiques des scléroses multiples et les désordres sympathiques au point de vue thérapeutique.

La section de pédiatrie, présidée par G. F. Still, l'éminent pédiatre, avec Leonard Findlay comme vice-présient et Leonard Parsons, a étudié les péritonites aiguës à pneumocoques et à streptocoques, et d'autre part, les dilatations bronchiques, sur un rapport du Prof. Ch. Mac Niel, d'Edimbourg.

La section de thérapeutique a étudié la sérothérapie de la pneumonie.

La section de physiologie, les résultats des recherches récentes sur les hormones sexuels.

La section d'ophtalmologie s'est consacrée à l'étude des manifestations oculaires des lésions de la cinquième paire et à la circulation du liquide ciliaire.

La section d'orthopédie a étudié différentes questions de fractures et de tuberculose osseuse.

La section de vénéréologie a étudié les principes du diagnostic et du traitement précoce des affections vénériennes au début, chez la femme.

La *section d'anesthésie* a discuté le choix des anesthésiques dans la chirurgie abdominale.

La section de *médecine tropicale*, présidée par Leonard Rodgers, avec Ronald Ross parmi les vices-présidents, a étudié les récents travaux sur la fièvre jaune et les maladies à virus filtrants.

La section de pathologie mentale s'est consacrée à l'étude de la santé mentale.

La section de la tuberculose, présidée par Sir Robert Philips, avec Burrell et Lyle Cummins comme vice-présidents, a étudié l'état actuel de la tuberculine au point de vue de sa valeur diagnostique et thérapeutique.

Enfin, une section d'histoire de la médecine a étudié l'évolution médicale pendant les derniers siècles en Angleterre.

Celle de médecine légale s'est consacrée à l'étude des suicides et celle de médecine sociale au service social à l'hôpital.

Signalons aussi une réunion qui a eu lieu à l'Ecole d'hygiène et de médecine tropicale, dans les locaux d'un superbe bâtiment inauguré en 1929. On y a constitué un fort beau musée d'hygiène, avec tout ce qui a trait aux maladies infectieuses européennes et tropicales — reproductions, photographies en couleurs, diagrammes.

Rappelons aussi qu'à l'occasion de ce congrès, le gouvernement français a nommé au grade de commandeur de la Légion d'honneur Sir Sinclair Thomson, l'éminent laryngologiste, et que la cravate lui a été remise, à l'issue d'une réunion, le 27 juillet, à l'Anglo-French-Luncheon Club, par le Docteur Le Mée, en présence de nos confrères Armand-Delille, Weil-Hallé, et Lacassagne, et d'éminentes personnalités appartenant au monde médical britannique et à la haute société londonienne.

A. D.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...Je me rappelle de quel air les bonnes gens d'autrefois, le soir, leur besogne faite, s'asseyaient devant leur porte pour causer ensemble ou rêver tout seuls. L'ombre venait vers eux en leur apportant les étoiles...*

(Abel BONNARD.)

DCCLXXII. — D. H. LAWRENCE. — **Défense de Lady Chatterley**. Traduit de l'anglais par J. Benoist-Méchin. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932, 9 francs.

Quand je vous présentai ce roman, qui avait connu outre-Manche la réprobation puritaine et l'autodafé de la « *Cheminée du Roi* », à Douvres, je vous signalais d'une part les regrettables défaillances de la traduction de « *Lady Chatterley* » et la singulière vigueur de l'œuvre. Le tolle de la critique fut tel que, deux ans après la sortie du livre, le romancier crut devoir expliquer les impérieuses raisons, qui lui avaient dicté son incartade. Je ne vous donnais pas les mêmes. Celles de Lawrence ont plus de noblesse, moins de physiologique causalité. Du livre dont j'avais aimé la courageuse insolence, la cynique brutalité, il me semblait qu'on n'avait pas tout dit en le comparant aux « *garçonnades* » de notre littérature. Mais je ne pensais pas qu'une si étrange et presque messianique philosophie fût à la base des intentions de l'auteur. Il les confesse et les analyse avec une fièvre, où semblent passer ces frissons perpétuels, cet embrasement organique qui consume, chez les malades comme il le fut, à la fois la logique, la chair et toute sagesse. On en profita au camp des vertus ostentatoires pour le taxer de folie. Lawrence repose en terre de Provence et cette haine des censeurs pudibonds, qui le poursuit au delà de sa tombe, a quelque chose d'écœurant. Je le vois, comme tous les artistes, rudoyés par les élans de leur inspiration, navré de devoir fournir à ses juges, et presque à ses inquisiteurs, des détails familiers et secrets sur son commerce avec les démons de son art. En expliquant à ses accusateurs, la pureté profonde de son apparente immoralité, comme on comprend qu'il accuse à son tour une « *affreuse lassitude* ». Il a souffert de leur incompréhension, de leurs anathèmes. Il leur explique bien mal sur la fin de son plaidoyer ce qu'il sent avec tant d'originale finesse : cette action dissolvante de la sexualité contemporaine, qui (par une perturbation sociale frénétique ayant touché jusqu'aux tréfonds de l'homme) est devenue si j'ose dire... « *unilatérale* ». J'ai tout à l'heure employé le qualificatif de « *messianique* ». S'il vous semblait démesuré , c'est que je ne vous ai pas encore dit que Lawrence voit, dans un rééquilibre des instincts sexuels, la régénération de la « *vieille Angleterre* » et probablement de l'humanité. Emporté par sa fébrile excitation, le voici qui dépasse une fois encore le but qu'il veut nous montrer. Des indiscutables et néfastes effets de l'amoralité (il traduit par : *asexualité* et cette nuance vous montre le chemin du malentendu !), de l'hypocrisie émasculée de ses contemporains, il prend prétexte pour dresser la triomphale image d'un couple nu et le fondement d'une éthique. Nous ne sommes pas accoutumés à voir de pair les deux choses. Lawrence, s'insurge et s'étonne : pauvre Lawrence dont la dialectique mollit dès que ne la soutient plus sa colère mystique et qu'il essaye de s'appuyer sur des arguments, non plus asexuels mais apoétiques ! Il en est à souhaiter le retour aux saines joies du mariage brut, mais toute ferveur ayant disparu de l'âme de ceux qu'il veut convaincre, ils ne voient plus en lui que les dangereux sophismes d'un fanatique illuminé et chacun d'eux se hâte pour lui jeter la première pierre.

DCCLXXIII. — D. H. LAWRENCE. — **La Femme et la Bête**. Roman. Un vol. 12 × 19 traduit de l'anglais par Jean Cabalé, Introduction d'Eugène Marsan. *Editions du Siècle*, Paris, 1932, 15 francs.

Au lecteur tenté de ne voir en Lawrence qu'une aggravation anglo-saxonne des dérèglements littéraires, qui ont connu chez nous un succès de scandale, je demande de commencer sa lecture des textes de cet auteur par la remarquable préface d'Eugène Marsan. Cet écrivain (qu'il s'agisse d'urbanisme, d'art ou de littérature) a coutume d'émettre des jugements d'une modération, d'un équilibre et d'une justesse qui frappent l'attention et la captivent au milieu des incohérentes estimations des critiques. Il est doué d'un « *esprit de finesse* » et d'une urbanité, qui ne sont accessibles à aucune compromission, à aucune mesquine considération de camaraderie. Il n'attend de personne la rhubarbe en échange de son séné ! Il précise donc que « *Lawrence romancier n'est pas plus fait pour les enfants que Lucrèce ou que Stendhal* ». Que ces deux grands noms soient placés (sans aucune intention de commune mesure cependant) en tête de cet étrange roman, dit assez en quelle estime le préfacier, technicien fort averti, tient l'œuvre du grand écrivain anglais, qu'il consi-

dère dans son ensemble (pour la part déjà traduite en français) au cours de la lumineuse introduction, où il s'occupe attentivement de « *son puissant et subtil génie* ». Dans cette nouvelle œuvre, si large, si lourde de prolongements esquissés, frémit à chaque instant l'écho d'un émouvant et pénétrant panthéisme, et grondent bridés les instincts sournois, qui donnent aux héros de Lawrence, cette intensité d'action. J'ai retrouvé ici encore cette amertume secrète du malade, qui eût tant aimé cette vie qui lui échappe un peu chaque jour ; ce pessimisme glacial (1) ; cette science véritablement machiavélique du cœur ; cette sereine désolation des passions (p. 214) qu'il scrute et dépeint ; la graduation de ces états d'âme, de tous ces sentiments informulés (animales tendresses, flambées d'amour, élans ardents) qui viennent lamentablement échouer dans un ranch perdu de l'Amérique du Sud, aux flancs d'une montagne ingrate : dernier renoncement, plongée aux marges du désert, comme vers une thébaïde. Tragique chassé-croisé de la femme, qui s'exile et fuit vers cette sauvage nature où Saint-Mawr va retrouver toute sa joie de vivre. Ce roman, comme Lawrence y excelle, s'éteint peu à peu, sans solution, comme une piste à l'orée de régions inexplorées de nos vies.

DCCLXXIV. — J.-H. ROSNY, aîné. — **Sabine et son père.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 12 francs.

Enfance malheureuse d'une fillette, trop tôt promue par la disparition de sa mère aux charges de la maison, entre de turbulents frères et sœurs, un père malade et autoritaire, un cousin détraqué. Tout s'arrange à la fin comme dans un conte de fées. Mais avant d'en arriver à ce consolant dénouement, Monsieur Rosny trace des jeux de l'enfance semi-innocents et du triste cercle de famille où est enfermée Sabine une saisissante et juste opposition. Ses gamins ont l'exubérance de Poil-de-Carotte et la tristesse du foyer de Sabine en est accrue. La description des hallucinations qui jettent le malheureux cousin par une fenêtre a la dramatique simplicité d'une observation médicale.

DCCLXXV. — Regis GWYNN. — **Roger Casement.** Un vol. 12 × 19 de la Collection « Les Contemporains vus de près », adapté de l'anglais par Jean-Henri Morin. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 18 francs.

Sir Casement, consul général de S. M. Britannique, Irlandais d'origine, mis à la retraite en 1912, profite de la guerre de 1914 pour essayer de fomenter en Irlande des troubles autonomistes. Parti des Etats-Unis, en lutte constante avec le contre-espionnage anglais qui aura raison de lui après d'innombrables péripéties, fanatique de l'indépendance ; sa vie aventureuse jusqu'au gibet est un passionnant récit où se manifestent avec vigueur la duplicité allemande, l'entêtement britannique et les dominant de toute sa grandeur, le téméraire héroïsme irlandais.

DCCLXXVI. — Charles GUIBIER. — **Où rêve un homme s'éveille un Dieu.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions » Les Œuvres représentatives »*, Paris, 1932, 12 francs.

Le roman a pour auteur notre confrère, le médecin de bord du « George-Philippar ». Je suis navré, quand il ne m'est pas possible de couvrir de fleurs une œuvre confraternelle, mais je suis tenu de vous *renseigner* avant tout. Le curieux roman, qui paraît, par une triste coïncidence, peu après la catastrophe maritime de ce paquebot, est susceptible de heurter l'amour de la logique et les sentiments de trop de lecteurs pour que je puisse m'étendre sur son contenu. Je me demande simplement si le héros n'est pas victime d'une dernière illusion en supposant qu'il contrôle un cauchemar. Notre confrère a tort de disperser les heureuses dispositions, dont il fait preuve.

DCCLXXVII. — D. Manuel SIUROT et Philine BURNET. — **Au cœur de l'Espagne.** Un vol. 16 × 21 orné de 194 héliogravures. *Editions Arthaud*, Grenoble, 1932.

Avila, Burgos, Ségovie, Salamanque, Tolède Madrid et cet Escorial funèbre, où dorment les rois, fournissent au livre la matière de pittoresques illustrations. Les Castilles sont parmi les provinces d'Espagne les plus riches en souvenirs et en témoignages d'un passé d'art et de grandeur. L'art religieux s'était largement épanoui et produisit là quelques merveilles architecturales qui ont à juste titre retenu le double soin de l'écrivain autochtone et de sa traductrice toulousaine.

**Varia*****

Il nous semble intéressant, au moment où, chaque jour, on parle du grand écrivain Octave Mirbeau, de signaler aux bibliophiles (et nous y reviendrons plus longuement dès qu'il paraîtra) que son ouvrage le plus connu, le « *Journal d'une femme de chambre* », va paraître sous peu, en édition illustrée, à tirage limité aux Editions Mornay.

*Doit sortir aussi, en octobre, chez Piazza, une édition de « *Toi et Moi* » de Paul Géraldy.

*Henri Martineau dans la *Nouvelle Revue Française* de septembre, donne encore de Stendhal de nouveaux inédits du fonds de Grenoble : Pages d'Italie. Dans le

(1) ... Attendant sa réponse, elle vit se tarir les sources de sa loquacité, sa figure s'éloigner, redevenir, aussi, silencieuse... Il la regardait bien en face, l'œil indifférent, sombre et blessé, comme si des espaces éternels, des océans infinis les séparaient. Ses yeux semblaient la rejeter derrière quelque barrière ; on y lisait une colère refroidie comme de la lave, impassiblement dirigée contre elle et toute sa race...

même numéro un hommage attendri de Chardonne à la petite ville de son enfance : Barbezieux. La suite du « *Journal* » de Monsieur Gide, beaucoup plus profonde que les passages déjà donnés. Une étude pertinente du « *classicisme* » de Paul Claudel, où filtrent tous les enthousiasmes de ses fidèles. Le début d'une dissertation métaphysique, à nébuleuses directives et ondoyant sur la « *Seconde dimension de la pensée* » : tâtonnantes inquiétudes des générations négatrices fort embarrassées de reconstruire sur les ruines qu'elles accumulent. La suite de cet impressionnant roman de Bloch d'une incisive cruauté.

20 septembre 1932.

L'Homme aux Bésicles.

# Comptes rendus, documents, pièces officielles...

## Syndicat des médecins des Ardennes

*Réunion du* 26 *juin* 1932.

Sous la présidence de M. le Docteur Goguel, se sont réunis MM. les Docteurs Beaudier, Boisse, (Conseiller général), Bourgeois, Deglaire, Deparpel Gobinet, Guérin Ph., Hennecart, Jeanvoine, Lemaire, Mignon, Pérignon, Rozoy.

I. **Affaire Dantrelle-Vouziers.** — Le Docteur Guérin s'est entendu avec le Docteur Dantrelle pour les injections intra-veineuses faites à l'hôpital de Vouziers.

Le Docteur Guérin doit voir M. Bourgeois, représentant de la caisse à Vouziers, et terminer cette affaire.

II. **Examens pour permis de conduire les véhicules de transports en commun.** — Le Docteur Lapierre ayant donné sa démission de ses fonctions d'examinateur médical des candidats au permis de conduire affectés au service de transports en commun, M. le Préfet demande au Syndicat de vouloir bien proposer à sa nomination un médecin de Sedan pour le remplacer.

Le Docteur Georges Pérignon est désigné.

Dans la même lettre, M. le Préfet nous indique qu'il se propose de désigner M. le Docteur Woirin pour examiner l'ouïe, M. le Docteur Lemoine pour la vue, et M. le Docteur Charpentier pour les affections nerveuses.

Le secrétaire répondra que le Syndicat ne voit aucune objection à la nomination de MM. les Docteurs Woirin et Lemoine, médecins spécialistes. En ce qui concerne les maladies nerveuses il n'y a actuellement aucun spécialiste établi dans le département, toutefois les Docteurs Blairon, Deglaire, Louis Vassal ont été internes ou externes dans des services de neurologie ; qu'en l'absence de médecin spécialiste de cette catégorie, l'un de ces trois médecins nous paraît pouvoir être désigné pour remplir ces fonctions.

III. **Assistance médicale gratuite.** — Le secrétaire fait la proposition suivante :

« Messieurs,

« Le Service d'assistance médicale gratuite, du fait des Assurances sociales, demande une réorganisation et une mise au point nouvelle de son règlement.

« Depuis quelque temps, à la Commission de contrôle des notes d'honoraires, votre président et votre serviteur se trouvent aux prises avec des difficultés telles qu'il leur faut, ou bien laisser passer et ne rien faire, ou bien violer toutes les règles syndico-médicales, discuter avec des non-professionnels, ou bien laisser le confrère inculpé se défendre en étalant les tares et maladies diverses de ses clients pour justifier ses interventions et se défendre des exagérations, abus d'interventions, fautes professionnelles, qui peuvent lui être reprochés.

« Il nous est impossible de continuer plus longtemps un service pénible et ingrat à tous points de vue.

« Nous vous demandons donc :

« 1° De vouloir bien décider :

« ou d'élire une Commission composée de membres du Conseil d'administratian du Syndicat et de médecins conseillers généraux qui établira le nouveau règlement à proposer au Conseil général;

« ou bien de proposer purement et simplement au Conseil général de vouloir bien adopter le projet de réglementation approuvé par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Ce projet nous avait été proposé le 25 février 1930 par M. le Préfet ; l'Assemblée générale du Syndicat du 16 mars l'avait admis, et j'ignore pour quelles raisons cette nouvelle réglementation n'a pas été proposée au Conseil général en 1930, comme M. le Préfet en manifestait l'intention dans la lettre qu'il écrivait le 25 février 1930 à M. le Docteur Beaudier, alors président du Syndicat.

« 2° D'écrire aux Conseillers généraux une lettre qui leur sera transmise par M. le Préfet. »

Après discussion l'examen est remis à une commission composée de cinq médecins conseillers généraux et cinq médecins du Syndicat : les Docteurs Ab-el-Nour, Beaudier, Boissel, Vannière, Deparpe, Goguel, Guérin, Lemaire, Rozoy.

IV. Le secrétaire met le Conseil d'administration au courant des pourparlers qu'il a eu avec les caisses pour créer une commission paritaire composée, moitié de médecins, moitié de représentants des caisses.

Les pourparlers seront continués sur ce sujet.

Le Conseil d'administration ne voit qu'un avantage pour tout le monde à cette création.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (Deuxième série), par MM. les Docteurs Marcel METZGER, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; VAUDESCAL, agrégé ; CHEVALLIER, agrégé, médecin des hôpitaux ; LANTUÉJOUL, accoucheur des hôpitaux ; DESOUBRY, DE PERETTI, SUZOR, BIDOIRE, BOMPART, BUCQUOY, chefs de clinique, et anciens chefs de clinique, DE MANET, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 17 octobre 1932 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les leçons seront illustrées de projections photographiques et cinématographiques. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 17 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultations de nourrissons. — 18 heures : Indications du forceps. Forceps sur le sommet (BIDOIRE).

Mardi 18 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur BRINDEAU. — 17 heures : Présentation de malades. — 18 heures : De l'hydramnios (BIDOIRE).

Mercredi 19 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes. Policlinique. — 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons. — 17 heures : Présentation de malades — 18 heures : Pyélonéphrites gravidiques (BOMPART).

Jeudi 20 octobre, 9 h. 1/2 : Leçon par M. METZGER, agrégé. — 10 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultations. — 16 heures : Visite du musée. — 18 heures : Les présentations de la tête défléchie (SUZOR).

Vendredi 21 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes. — 17 heures : Présentation de malades. — 18 heures : La présentation de l'épaule et son traitement (BIDOIRE).

Samedi 22 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur BRINDEAU. — 16 heures : Exercice pratique du forceps. — 18 heures : L'extraction du siège (DE PERETTI).

Lundi 24 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons. — 16 heures : Exercice pratique du forceps. — 18 heures : Fibromes et puerpéralité (BOMPART).

Mardi 25 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur BRINDEAU. — 16 heures : Exercice pratique du forceps. — 18 heures : Cardiopathies et grossesse (BUCQUOY).

Mercredi 26 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes (policlinique). — 10 h. 1/2 : Leçon de syphiligraphie par M. CHEVALLIER, agrégé. — 16 heures : Exercice pratique du forceps. — 18 heures : Les hémorragies de la délivrance et des suites de couches (DESOUBRY).

Jeudi 27 octobre, 9 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultations. — 16 heures : Exercice pratique : La version par manœuvres internes. — 18 heures : Des hémorragies inter utéro-placentaires (LANTUÉJOUL).

Vendredi 28 octobre : 9 h. 1/2 : Présentation de malades (Maternité de l'hôpital Bretonneau. Service de M. Marcel METZGER, agrégé). — 16 heures : Exercices pratiques : L'extraction du siège. — 17 heures : Diagnostic de la grossesse au début (SUZOR).

Samedi 29 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes enceintes. — 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur BRINDEAU. — 16 heures : Exercices pratiques : L'embryotomie céphalique. — 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis rachitiques (M. VAUDESCAL).

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— **Cours de perfectionnement sur la diététique et la thérapeutique du premier âge** (octobre 1932). — *Hygiène et clinique de la première enfance.* (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — Un cours de perfectionnement sur la *diététique* et la *thérapeutique du premier âge* sera fait à la Clinique Parrot (hospice des Enfants-Assistés), sous la direction du Professeur LEREBOULLET, avec le concours de M. CATHALA, agrégé, médecin des hôpitaux ; de MM. LELONG et PICHON, médecins des hôpitaux ; de MM. BAIZE, BENOIST, BOHN, BRIZARD, CHABRUN, GARNIER, VANIER, chefs et anciens chefs de clinique ; MM. GOURNAY et DETROIS, chefs de laboratoire ; MM. SAINT GIRONS et ROUDINESCO, assistants du service.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique, de thérapeutique, de diététique et de laboratoire.

Ce cours commencera le lundi 17 octobre et se terminera le samedi 29 octobre 1932. Les leçons auront lieu à 10 h. 30 et à 16 heures. Elles seront précédées, le matin, de la visite dans les salles à 9 h. 45.

Seront admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 200 francs.

Le bulletin de versement du droit est délivré au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis, vendredis de 14 à 16 heures.

— **Chaire de physiologie.** (Professeur : M. Léon BINET.) — I. COURS. — M. le Professeur Léon BINET commencera son cours le mercredi 9 novembre, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Les fonctions de nutrition.

II. TRAVAUX PRATIQUES ET CONFÉRENCES PRATIQUES. — *A.* M. L. GARRELON, chef des travaux, assisté de MM. R. THUILLANT et R. JODIN, fera des travaux pratiques les lundis, mercredis et vendredis, à 14 heures, au laboratoire des travaux pratiques. Ces travaux seront choisis parmi les principaux sujets de la physiologie et une note sera donnée, après interrogation, en fin d'année.

*B.* Des conférences pratiques obligatoires commenceront le lundi 14 novembre au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 14 heures. Ces conférences, qui auront lieu tous les lundis, seront réservées aux étudiants de deuxième année et porteront sur des questions du programme de l'examen de fin d'année. Elles seront faites par le professeur de physiologie, par MM. L.

JUSTIN-BESANÇON, A. CHAUFFARD, R. GAYET, P. GLEY, Mlle M. GOLDSMITH, MM. LAUDAT, L. PLANTEFOL et Mme L. RANDOIN.

III. CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE CLINIQUE. — Des conférences de physiologie clinique auront lieu tous les samedis matins, à 9 heures, à l'amphithéâtre de la clinique de l'hôpital Necker.

Elles seront faites par les Professeurs Léon BINET et René FABRE, MM. J. HAGUENAU et J. DECOURT, médecins des hôpitaux ; H. WELTI, chirurgien des hôpitaux ; H. BAYLE, assistant à l'hôpital Cochin ; MM. M. KAPLAN, A. LEMAIRE, Julien MARIE, M. SUREAU, M. THOMAS, anciens internes des hôpitaux; MM. C. JÉRAMEC et J. ROUDINESCO ; MM. Jean GOSSET, J. PATEL et A. SICARD, prosecteurs à la Faculté. Elles commenceront le samedi 12 novembre.

IV. DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE PHYSIOLOGIE CHIRURGICALE. — Des démonstrations quotidiennes de physiologie chirurgicale seront faites par le Professeur Léon BINET, assisté du Professeur Jean VERNE, de M. P. CHAILLEY-BERT, agrégé, de MM. R. GAYET et P. GLEY, A. ARNAUDET et P. GABRIEL, du 24 au 29 octobre, au laboratoire de physiologie, à 14 heures. Elles sont réservées à MM. les candidats à l'adjuvat et au prosectorat.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire.* — M. le Professeur F. TERRIEN, assisté de M. VELTER, agrégé, M. le Docteur A. TERSON et de MM. les Docteurs CASTERAN, VEIL, RENARD, J. BLUM, DOLLFUS et HUDELO, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commencera le vendredi 21 octobre, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr A. DELANNOY, président du Syndicat des stomatologistes du Nord ; du Docteur ADRIEN MICHEL, ancien député de la Haute-Loire.

— **XXIIe Congrès français de médecine** (Paris, 10 octobre 1932). — *Excursion.* — Le XXIIe Congrès français de médecine sera suivi d'une excursion de trois jours aux châteaux de la Loire (tout en autocar).

*Dimanche* 16 *octobre.* — Départ en autocar à 8 heures pour Orléans. Visite de la cathédrale. Puis Blois, où l'on arrivera pour déjeuner. Dans l'après-midi, visite du château de Blois et des châteaux de Cheverny et de Chambord. Dans la soirée, arrivée à Tours. Transfert aux hôtels. Dîner. Installation.

*Lundi* 17 *octobre.* — Visite de la cathédrale de Tours et de la basilique Saint-Martin ; puis, dans la journée, visite des châteaux de Villandry, Azay-le-Rideau, Chinon, Ussé, Langeais, Cinq-Mars et Luynes. — Coucher à Tours.

*Mardi* 18 *octobre.* — Visite dans la matinée des châteaux d'Amboise et Chenonceaux. Déjeuner à Chaumont. Départ vers 14 heures pour Paris, où l'on arrivera vers 19 heures.

— **Le nouveau pavillon de l'internat de l'hôpital suburbain de Montpellier.** — On vient d'inaugurer à l'hôpital suburbain de Montpellier, un nouveau pavillon de l'internat. C'est l'ancienne villa Fournier qui a été désaffectée, restaurée et aménagée au goût moderne par les soins de la commission administrative des hospices. Le pavillon est situé au milieu d'un parc et les internes pourront y vivre dans des conditions d'hygiène excellentes. Une fête intime, réunissant les membres de la Commission administrative, les chefs de service et les internes a été donnée à l'occasion de cette inauguration.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Pour voyager commodément et économiquement.* — Voir du pays est devenu un besoin. Mais comment se déplacer vite, pratiquement, à peu de frais ?... En combinant ses voyages en chemin de fer et en autocar ; les deux modes de transport se complètent et l'un repose de l'autre.

Par le train, vous vous rendez de votre résidence au centre d'excursion que vous avez choisi. Vous y trouvez un autocar ; vous n'avez qu'à vous y installer, puisque, en prenant votre billet de chemin de fer, vous avez pris en même temps votre billet de car ; et vous partez ainsi à la découverte des villes, des sites, des curiosités qui vous attirent. Pas de temps perdu : on passe du train au car et du car au train en quelques instants.

Pour des indications plus détaillées se renseigner auprès des gares.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

se laisser examiner hors de sa présence. Pratiquement, quand les médecins traitants et contrôleurs entretiennent de bons rapports, le contrôleur prévient parfois son confrère du contrôle qu'il va exercer.

Le médecin contrôleur, mandataire de la Caisse, n'est nullement lié par le secret professionnel au regard de son mandant ; bien plus, il doit à la Caisse un rapport détaillé et précis de ce qu'il a constaté. Mais il est lié par le secret au regard des autres tiers.

Dr DUCHESNE.

### 5105. — Tarifs à l'acte global ou à l'acte isolé

Une femme assurée sociale présente un abcès du sein à inciser. Je l'envoie à l'hôpital local (clinique privée appartenant à une usine) où le médecin ouvrira l'abcès. Mais, pour des raisons spéciales qu'il serait trop long d'expliquer, cette femme désire rentrer chez elle après l'intervention.

Logiquement, les pansements ultérieurs à domicile doivent être faits par moi, médecin traitant.

Dans ce cas alors comment concilier l'acte global tarifé K20-CHI à la nomenclature des spécialités que prendra le chirurgien, avec les actes ultérieurs qu'il ne fera pas ?

Si, par ailleurs, le chirurgien désire se faire honorer sur K20 à l'acte isolé, quel coefficient doit-il prendre ?

Dr E.

**Réponse**

Il convient de ne pas confondre les honoraires qu'en régime d'entente directe, le chirurgien et le médecin peuvent réclamer aux assurés sociaux qui recourent à leurs soins, et la part de responsabilité que leur rembourse la Caisse d'assurance-maladie à laquelle ils sont affiliés.

Dans le cas particulier que vous me soumettez, la feuille de maladie ne peut porter que l'indication K × 20 CHI. Mais chacun de vous, chirurgien ayant opéré, et vous-même donnant les soins consécutifs, vous vous ferez honorer à votre propre tarif, à la condition que le chirurgien se borne à réclamer ses honoraires pour l'acte opératoire isolé. Par assimilation avec le tarif de la Confédération, cet acte opératoire pourrait être tarifé K × 10, K étant le prix de la consultation de ce chirurgien, aides en plus naturellement.

Donc, le chirurgien se fait honorer ; vous vous faites honorer vous-même pour les soins consécutifs. Mais sur la feuille de maladie, qui pourra mentionner vos deux noms, vous ne portez que K × 20 CHI, la signature étant donnée soit par vous, soit par votre confrère.

Mais si les soins consécutifs duraient plus de vingt jours, à partir du vingt et unième jour, votre cliente demanderait une nouvelle feuille de maladie sur laquelle vous inscririez au jour le jour les prestations que vous lui donneriez (pansements, visites, etc.).

Dr DUCHESNE.

**5209. — Accident survenu à un assuré social en état d'ébriété**

Je soigne habituellement un Italien, père de sept enfants, employé comme manœuvre au château de P...

Cet homme est assuré social et a été admis au bénéfice de l'A. M. G.

Dimanche 7 août le matin, il se présente à mon cabinet porteur d'une grosse plaie contuse à la joue gauche, plaie déchiquetée, plusieurs lambeaux que je désinfecte et suture (cinq points). Injection antitétanique. Soins ultérieurs, pansement jusqu'au 22 août où la cicatrisation complète est obtenue (six pansements consécutifs). Le blessé me conta avoir été blessé par chute de bicyclette la veille au soir, 6 août, en revenant chez lui, sa journée faite (de nuit). (Il y avait eu au château une vente-kermesse.)

Comme au moment de l'accident, le blessé n'était plus au service de son patron, mais regagnait son domicile, j'ai estimé qu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail, mais qu'il y avait lieu de le soigner au titre des A. S. et de l'A. M. G. ; j'ai donc rempli les feuilles des A. S. et détaché, comme il se doit, les feuilles du carnet médical d'A. M. G.

Or, aujourd'hui, je reçois du maire la lettre ci-jointe que je vous communique, en vous priant *de me la renvoyer* avec votre réponse.

Bien entendu, je n'ai aucun moyen de vérifier le bien-fondé des allégations du maire ; je n'ai vu le blessé que le lendemain matin de l'accident et à ce moment il n'était point ivre.

Mais à supposer — ce que je ne crois pas — que lors de l'accident le blessé fût en état d'ébriété, le maire est-il fondé à m'empêcher de le soigner au titre des A. S. et de l'A. M. G. ? Car G... est *indigent* et si je ne réclame pas mes honoraires à l'A. M. G. je n'en serai jamais payé. La vérité me paraît être que le maire a toujours manifesté son hostilité à mon client qui est un travailleur sérieux et qu'il serait bien content de lui causer des ennuis, et sans doute à moi-même par surcroît, car j'ai toujours conseillé G... pour lutter contre le mauvais vouloir du maire de sa commune. Mais il serait trop long de vous narrer les épisodes de cette lutte... Quoiqu'il en soit, j'attends votre avis avant de répondre au maire qui me paraît outrepasser singulièrement ses droits. Qu'en pensez-vous ?

Dr T.

**Réponse**

Dès lors que votre client est régulièrement immatriculé aux Assurances sociales et que, d'autre part, il se trouve inscrit sur la liste des assurés notoirement indigents prévue par l'article 59, il doit bénéficier pour son accident des prestations de l'assurance-maladie dans les conditions fixées par l'article 59, c'est-à-dire que vos honoraires doivent être tarifés conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et

supportés pour 80 % par la caisse primaire et pour 20 % par la commune du domicile de secours, le règlement devant être opéré par la Préfecture.

En admettant pour exact que votre client était en état d'ivresse au moment où l'accident s'est produit, ce fait ne peut exercer aucune influence sur ses droits au bénéfice de l'assurance-maladie. En effet, l'article 8 écarte de l'assurance-maladie les seules maladies ou blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail, et ne prive que des prestations en argent, mais non pas des prestations en nature, les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

Or, en l'espèce, la loi sur les accidents du travail ne peut jouer, l'accident étant survenu au moment où votre client, son travail fini, retournait chez lui et d'autre part, quand bien même il y aurait eu faute intentionnelle de sa part, ce qui n'est d'ailleurs pas invoqué par le maire, il n'en conserverait pas moins le droit aux prestations en nature.

Pour toutes ces raisons, nous estimons l'attitude prise par le maire dans sa lettre du 18 septembre parfaitement injustifiée et au cas où il refuserait d'admettre votre client au bénéfice des assurances sociales et de l'article 59, il faudrait que celui-ci saisisse du litige la commission cantonale prévue par l'article 63 dans les dix jours de la notification de la décision et par lettre recommandée.

### 5232. — Droit à la pension d'invalidité

Je vous serais obligé de me faire savoir si un assuré social (ouvrier d'usine) ayant cotisé de juillet 1930 à avril 1932, tombé malade à cette dernière époque, et présentant une réduction de sa capacité ouvrière justifiant une pension d'invalidité, n'a pas droit à cette pension, parce qu'il n'a cotisé que vingt et un mois (et non vingt-quatre).

Dr O.

**Réponse**

Aux termes de l'article 11 de la loi sur les Assurances sociales, pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé *depuis deux ans au moins avant la maladie* et par suite posséder à son compte d'assuré les versements correspondant au moins à 480 cotisations journalières durant les deux ans précédant le début de l'affection ou l'accident.

Puisque votre client n'avait cotisé que pendant vingt et un mois au moment où il a été atteint de la maladie qui entraîne aujourd'hui une invalidité partielle, il nous semble que la caisse fait une exacte application des dispositions de la loi en lui refusant une pension d'invalidité.

**5244. — Versement des cotisations d'une domestique qui n'a pas accompli un mois entier de travail**

Ma bonne me quitte sans avoir accompli le mois de travail habituel. Suis-je tenu néanmoins d'appliquer sur ses carnets d'assurances sociales les timbres V et M ?

Dr D.

**Réponse**

A notre avis, bien que votre bonne vous quitte avant d'avoir accompli le mois de travail habituel, vous n'en restez pas moins tenu d'acquitter pour elle les cotisations d'assurances sociales correspondant à la durée de son travail effectif.

Si elle est restée à votre service plusieurs semaines, vous devez verser les cotisations hebdomadaires fixées par la loi pour la catégorie à laquelle elle appartient ; si son travail n'a duré que quelques journées, ce sont les cotisations journalières, que vous devez verser.

Si, compte tenu des avantages en nature, votre bonne rentrait dans la troisième catégorie (salaire journalier de 15 francs à 19 fr. 99 ou annuel de 4.500 à 5.999), la cotisation journalière est de 0 fr. 75 pour l'assurée et 0 fr. 75 pour l'employeur, au total : 1 fr. 50 et la cotisation hebdomadaire de 4 fr. 50 pour l'assuré et de 4 fr. 50 pour l'employeur, au total : 9 francs.

Au cas où elle rentrerait dans la quatrième catégorie (salaire journalier de 20 à 31 fr. 99 ou annuel de 6.000 à 9.599 francs), ces chiffres seraient portés respectivement à 1 franc + 1 franc = 2 francs et à 6 francs + 6 francs = 12 francs.

**4978. — Association entre médecin et pharmacien**

Je lis dans le *Concours* du 4 septembre 1932, page 2646, deuxième colonne votre consultation où vous dites : « D'autre part rappelons aussi que les tribunaux se sont toujours refusés à reconnaître comme licite une association entre un médecin et un pharmacien comme aboutissant à l'exploitation du public. »

*Quid* d'un ménage dont le mari est médecin et la femme pharmacien ? — et exercent naturellement leur professions respectives sous le même toit.

Dr B.

**Réponse**

Bien souvent, la jurisprudence est en retard sur les mœurs, surtout en matière professionnelle.

Si les tribunaux reconnaissent comme immorale et illicite l'association entre un médecin et un pharmacien, c'est qu'on redoute l'exploitation du public, qui peut être privé du libre choix de son pharmacien, pour l'exécution de l'ordonnance du médecin.

Pendant longtemps, les tribunaux ont redouté

les compérages permettant des gains illicites par la vente des médicaments secrets. Soucieux du monopole à eux accordé par la loi du 21 Germinal an XI, les pharmaciens ont toujours été hostiles à une association quelconque entre médecins et pharmaciens.

Cependant, bien que réclamée fréquemment par les syndicats pharmaceutiques, la tolérance de l'article 27 de la loi de Germinal persiste, accordant aux médecins de faire de la pharmacie pour leurs propres clients, lorsqu'il n'existe pas d'officine ouverte dans leur commune. Et le nombre de ces propharmaciens a tendance à augmenter.

La spécialité pharmaceutique n'est plus un médicament secret depuis le décret du 13 juillet 1926 et tout en réclamant un pourcentage de bénéfice de vente de plus en plus élevé sur les spécialités, le pharmacien redoute qu'un jour ou l'autre le médecin soit également autorisé, par la loi, ou par des décisions jurisprudentielles, à vendre directement ces produits spécialisés, fabriqués par des laboratoires responsables de leurs produits.

Voilà pourtant bien un type de l'association permise, lorsque la même personne, docteur en médecine, est en même temps le pharmacien de ses propres clients, en vertu de l'article 27 de la loi de germinal. Situation analogue pour le titulaire des deux diplômes et qui s'établit pharmacien dans une grande ville, tout en continuant l'exercice de la médecine.

Est parfaitement licite la situation d'un ménage, dont l'un des époux est docteur en médecine, alors que l'autre tient officine de pharmacie ouverte.

Nous nous trouvons donc dans une situation transitoire entre le passé, qui délimitait les deux professions et l'avenir, qui tend au contraire à les rapprocher, pour les confondre, non du point de vue laboratoire de préparation des médicaments, mais du point de vue vente et débit au public de produits préparés par des maisons de gros.

Une étude juridique serait utile, abordée en commun par les syndicats de médecins et de pharmaciens. Dr Paul BOUDIN.

## Fiscalité

**4965. — Imposition des salaires et des bénéfices des professions non commerciales**

Abonné au *Concours*, j'ai lu dans le numéro du 28 août dernier, sous la signature de M. Martinot, un article intitulé : « Les médecins peuvent être salariés au point de vue fiscal ».

Il semble résulter de cet article qu'un médecin touchant un traitement, si réduit que soit ce traitement, aurait droit avant toute imposition à l'abattement sur la totalité de ses revenus professionnels prévu dans la catégorie des salaires : c'est du moins la conclusion qu'en tire l'auteur de l'article.

Il s'appuie pour cela sur un arrêt du Conseil d'Etat, du 15 avril dernier, qui ne me semble pas correspondre à cette conclusion.

En somme, la question qui m'intéresse est celle-ci : Titulaire d'un traitement infime (200 francs par an), puis-je arguer de cette situation pour demander qu'avant toute imposition sur mon revenu professionnel, on me consente l'abattement prévu dans la catégorie des salariés. La chose m'intéresse vivement, car, marié et père de deux enfants, dont l'un à moins de 18 ans, je bénéficierais d'un abattement supplémentaire de 3.000 + 2.000 + 3.000 = 8.000 francs.

Dr B.

**Réponse**

La loi du 13 juillet 1925 dont les termes ont été reproduits par celle de mars 1932 est formelle. Les contribuables qui exercent une profession non commerciale, doivent calculer leurs bénéfices dans chaque cédule suivant les règles qui lui est propre. Ces sommes sont réunies pour application des règles spéciales à la cédule des salaires et la somme restant est partagée proportionnellement aux bénéfices nets pour l'application des tarifs.

Ces textes sont clairs et ne sauraient donner lieu à une autre interprétation que celle que nous avons toujours soutenue et que nous indiquons dans notre article.

L'administration soutenait que les médecins même appointés ne faisaient qu'exercer leur profession et n'étaient imposables qu'à la cédule des professions non commerciales.

L'arrêt que nous reproduisons dans notre article nous donne raison en admettant que les médecins puissent être salariés mais il fait une fausse application de la loi en n'admettant les déductions que jusqu'à concurrence des salaires.

Cette décision motivée sur ce fait qu'il y a eu des abus et que certains se faisaient appointer pour une somme infime pour bénéficier de réductions de plusieurs milliers de francs.

Nous ne nous contenterons pas du premier succès remporté et nous tâcherons d'obtenir la déduction totale.

A. Martinot.
Conseil fiscal.

---

**5293. — Vérification des poids et mesures d'un propharmacien**

Propharmacien pendant douze ans à A. je n'ai jamais présenté à la vérification des poids et mesures ni poids ni balance. Je crois qu'on ne me l'a jamais demandé, le pharmacien n'étant pas commerçant.

Ayant quitté depuis un an A. pour B. où je suis également propharmacien, je reçois de la mairie de B. une invitation à présenter mes poids et balances.

Que dois-je faire ? En pratique je ne pèse jamais rien, les paquets de coton de 100 grammes par

exemple, m'étant expédiés tels quels et tout le reste étant préparé d'avance par mon droguiste en produits spécialisés (sirops, poudre, cachets, etc...).

J'ai bien une balance Roberval à deux plateaux et le jeu complet de poids en cuivre. Mais il y a douze ans qu'ils n'ont pas été poinçonnés. Est-ce que j'encours une amende de ce fait ? douze amendes peut-être ? Voudriez-vous me dire :

1° Ce à quoi, légalement le propharmacien est généralement tenu, en matière de vérification de poids et mesures ;

2° Pour mon cas particulier, ce que j'ai de mieux à faire, à ce sujet.

Dr X.

### Réponse

Du moment que vous ne vous êtes jamais soustrait volontairement à une vérification aucune amende ne peut vous être appliquée, si, comme je le suppose, vos poids sont conformes aux modèles légaux et poinçonnés.

Si aujourd'hui on vous demande de produire vos balances et vos poids, présentez-les.

A. M.

---

## 5265. — Base et point de départ de la patente

Devant changer prochainement de local (mon loyer actuel est de 2.600 francs, l'autre sera de 10.000), ai-je avantage, au point de vue fiscal, à ce que mon bail parte du 1er avril 1933 ou du 15 novembre 1932 ? Est-il vrai que, pour la patente, l'imposition se fasse sur le loyer de la maison habitée au premier janvier !

Faut-il faire une démarche spéciale quant au change de domicile ?

Ayant mon père qui habite une partie de l'année avec moi, est-il possible afin d'alléger la patente, de faire deux baux séparés, l'un en son nom pour les locaux occupés par lui, et l'autre au mien ?

Dr F.

### Réponse

Il est exact que pour la patente on considère le chiffre du loyer au 1er janvier. Faites donc partir votre bail du 1er avril 1933.

Quand vous changez de domicile, vous avez à adresser une lettre, l'en informant, à votre ancien contrôleur.

Puisque tous les locaux ne seront pas occupés uniquement par vous, je vous conseille de faire deux baux ce qui vous évitera toute discussion avec l'administration.

A. M.

---

## 5137. — Un médecin qui ne fait que des expertises n'est pas patentable comme médecin

Un médecin nommé par le Juge de paix ou par le Tribunal pour faire des expertises aurait-il à payer patente s'il renonçait à donner des consultations

et à faire des visites, en un mot s'il cessait l'exercice de ce que l'on est convenu d'appeler la clientèle pour se consacrer uniquement aux expertises.

Dr X.

**Réponse**

Un médecin qui cesse d'avoir une clientèle personnelle et fait des expertises, n'est plus astreint au payement de la patente de médecin, mais à celle d'expert (4e classe au trentième).

A. M.

### 5152. — Patente de plusieurs médecins exerçant dans le même local

Nous sommes trois confrères qui allons deux fois par semaine à nos cabinets dans la même localité. Nous avons donc trois patentes, des frais de matériel, d'entretien, eau, électricité, service.

Nous voudrions nous mettre tous les trois dans le même local (un médecin-dentiste, et deux chirurgiens-dentistes).

Dans ce cas, que devons-nous faire ? Faut-il qu'un seul assume la responsabilité du loyer et lequel ?

Ceci fait, pouvons-nous mettre chacun notre plaque avec les indications d'heures et de jours sans risquer à nouveau trois nouvelles patentes.

Dr C.

**Réponse**

Le loyer pourra être mis au nom d'un seul d'entre vous. Peu importe lequel.

Vous pourrez mettre chacun votre plaque avec les indications des heures et des jours ; mais de toutes façons, il continuera à y avoir trois patentes, chacun d'entre vous étant imposé sur la valeur locative des locaux communs et sur la valeur locative du cabinet dentaire particulier.

A. M.

### 5078. — Redressements par le contrôleur. Justifications

Je serais heureux d'avoir l'avis du conseiller fiscal du *Concours* au sujet de la note ci-jointe que j'ai reçue ce jour, sous pli recommandé, du Contrôleur des Directes, et je vous prierais de vouloir bien m'indiquer dans quel sens je dois lui répondre.

Mes déclarations ont été les suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| 1929 | Bénéfices bruts ......... | 40.100 |
| | Dépenses professionnelles. | 19.800 |
| | Bénéfices nets .......... | 20.300 |
| 1930 | Bénéfices bruts ......... | 43.000 |
| | Dépenses professionnelles. | 21.600 |
| | Bénéfices nets .......... | 21.400 |
| 1931 | Bénéfices bruts ......... | 41.000 |
| | Dépenses professionnelles. | 19.800 |
| | Bénéfices nets .......... | 21.200 |

En 1930 à la demande du Contrôleur je lui ai fourni le détail de mes dépenses professionnelles. Aussi

suis-je surpris qu'il établisse lui-même mon bénéfice des trois années précédentes sur une base beaucoup plus élevée que la mienne.

Dr B.

**Réponse**

Si vous pouvez justifier facilement la réalité de vos dépenses professionnelles, et par conséquent la sincérité de vos déclarations, bornez-vous à répondre à votre Contrôleur que vous n'acceptez pas ses rectifications, parce qu'il a omis de les justifier autrement que par un cliché.

Ou bien votre Contrôleur s'inclinera, ou bien vous serez renvoyé devant la commission consultative qui s'efforcera de vous départager.

A. M.

---

**5067. — Le médecin qui ne fait que des examens pour l'assurance-vie n'est pas patentable**

J'ai cessé d'exercer depuis quatre ans, n'ai plus de cabinet et ne figure plus au rôle de la patente.

Un de mes amis inspecteur d'une compagnie d'assurances-vie me demande de passer des visites médicales pour les contrats d'assurance-vie ; je n'ose accepter craignant de me voir à nouveau imposé à la patente et de ce fait verser à l'Etat plus que ne rapporteront les visites.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner votre avis.

Le fait d'être médecin-contrôleur uniquement pour les assurances-vie entraînera-t-il inéluctablement l'application de la patente ?

Voyez-vous une formule pour y échapper ?

Dr N.

**Réponse**

Si vous ne faites absolument que des visites *à domicile* pour le compte de la compagnie, vous n'aurez aucune patente à payer. Les sommes que vous toucherez devront être déclarées par vous à la rubrique des salaires.

A. M.

---

## Questions médico-militaires

**4574. — Médaille des épidémies pour maladie contractée au service**

Classe 1914, incorporé simple soldat le 19 décembre 1914 au dépôt d'un régiment d'infanterie (service armé) après ajournement, je suis passé (étudiant en médecine à six inscriptions) à une section d'infirmerie le 12 mai 1925, puis détaché comme étudiant en médecine au service de l'infirmerie du régiment d'infanterie d'où je venais.

Chargé des services de contagieux j'y contractai la rougeole ainsi que l'atteste un certificat de visite du 26 juin 1915.

Le médecin chef me demanda alors des renseignements afin de constituer, me dit-il, un dossier en vue de la Médaille des épidémies. En même temps, il

demandait un témoignage de satisfaction du ministre pour deux infirmiers qui assuraient avec moi le service des contagieux.

Ces témoignages furent accordés ; n'ayant rien pour moi je m'inquiétai auprès du médecin chef qui me répondit : « Etant étudiant en médecine vous n'avez fait au fond que votre devoir, aussi n'ai-je pas envoyé la proposition que j'avais d'abord songé à faire pour vous. »

On me dit aujourd hui que la maladie contractée par moi en service me constitue un titre pour la Médaille des épidémies qui pourrait ainsi m'être accordée, je viens vous demander ce que vous en pensez et dans l'affirmative quelle serait la marche à suivre pour l'obtenir. Dr N.

**Réponse**

Vous avez certainement droit, tout aussi bien et mieux qu'un simple infirmier, à la médaille des épidémies pour rougeole contractée au chevet des malades militaires.

Adressez une demande de proposition au Directeur régional du Service de santé dont vous dépendez en cas de mobilisation et joignez-y la copie authentifiée de toutes les pièces originales qui juistifient de votre atteinte de rougeole en service.

Evidemment, pour aboutir, votre demande exigera quelques mois. Ces nominations ont lieu environ deux fois par an.

**4688. — Aggravation de maladie contractée au service**

Un homme de 30 ans, pensionné d'abord à 100 % pour une ostéo-arthrite bacillaire sterno-claviculaire gauche, puis à 100 % au cours d'un deuxième conseil de réforme, puis à 35 % au cours d'un troisième avec le libellé définitif suivant : « Ostéo-arthrite bacillaire sterno-claviculaire gauche, actuellement consolidée : 35 % », est depuis un mois porteur d'une orchite tuberculeuse.

Sur mon conseil, il réclame pour aggravation de son état.

Le Conseil de réforme note son orchite tuberculeuse, la constate, mais statue : diathèse sans rapport avec le libellé de la pension ! ! ! Ou si on veut : diathèse préexistant au libellé de la réforme.

Qu'en pensez-vous ?

C'est idiot, évidemment. On n'a pas donné 35 % pour une cicatrice d'abcès froid, bien sûr, mais bel et bien pour la diathèse qu'elle révélait. On s'est dit : cet homme que nous avions réformé à 100 % deux fois pour un abcès froid en évolution, est maintenant cicatrisé et vigoureux, mais tout de même, du fait de sa diathèse tuberculeuse dont l'origine régimentaire a été retenue, il demeure astreint à des précautions. Il est diminué de 35 % de ce fait.

Pas moyen d'envisager les choses autrement, n'est-il pas vrai ?

Or, la diathèse qui valait 35 % d'incapacité *lorsqu'elle était muette*, combien en vaut-elle maintenant

qu'une orchite tuberculeuse astreint le pensionné *au repos absolu* ?

Tout cela est trop évident. Le malade *bien portant*, avec sa diathèse, avait 35 % d'invalidité. Maintenant, il est au lit. Son droit à révision et augmentation de la pension ne peut être nié.

Que faut-il faire ? Quels sont les recours du malade ? Où doit-il s'adresser maintenant que la Commission devant laquelle il vient de passer, a purement et simplement maintenu l'ancien taux de 35 % ?

Naturellement, si vous avez des arguments contre la thèse que je soutiens, dites-les moi.

Dr R.

**Réponse**

Il n'y a aucun doute : s'il y a une orchite tuberleuse, celle-ci résulte de la tuberculose ostéo-articulaire déjà pensionnée et elle doit être indemnisée au même titre.

Que ce malade écrive donc, sans plus attendre, au ministère des Pensions, Service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, et demande de nouvelles expertises ainsi que l'indemnisation de son orchite tuberculeuse ; qu'il donne exactement la date et le lieu de la dernière commission de réforme et qu'il envoie une copie de la notification ministérielle de la pension qu'il touche actuellement pour son arthrite bacillaire.

En principe la tuberculose testiculaire n'est pas assimilée à la tuberculose viscérale et ne donne pas droit à 100 pour 100 (Décret du 17 juillet 1931), à moins que le surexpert phtisiologue ne trouve quelque localisation prostatique ou séminale.

---

### 5043. — Soins aux gendarmes

1º Au sujet des soins gratuits aux gendarmes, hors les villes où ces derniers sont soignés par les médecins militaires y résidant, est-ce que tous les autres médecins civils peuvent leur donner leurs soins gratuitement, ou bien n'y a-t-il qu'un ou deux confrères qui soient autorisés à ce faire ? Y a-t-il eu une loi ou une circulaire à ce sujet ?

2º Est-il possible de savoir à quand remonte la pratique de la gratuité, par des médecins civils, des soins donnés aux gendarmes ?

4º Le fait des soins gratuits s'applique-t-il à toute la famille, femme, parents, enfants du gendarme ?

4º La circulaire du 29 mars 1900, je crois, ne parle-t-elle que des récompenses honorifiques : médailles, ruban rouge, lettre d'éloges ?

5º Les bénéficiaires de ces médailles doivent-ils les acquérir à titre onéreux ? comme la croix.

6º Y a-t-il d'autres avantages quelconques à être assez naïf pour donner ainsi pendant toute une vie ses soins à des fonctionnaires de l'Etat ?

Dr L.

**Réponse**

Pour donner ses soins gratuitement aux mili-

taires de la gendarmerie, il faut avoir été agréé par le commandant local de gendarmerie, qui est chargé de faire les propositions de récompenses.

La circulaire ministérielle qui règle ce service gratuit, est du 29 mars 1900 ; toutes ces médailles sont acquises, si on les désire, à titre onéreux.

Les soins sont accordés aux militaires et à tous les membres de leur famille habitant sous le même toit.

Aucun autre avantage que les récompenses ci-dessus.

### 4712. — Suspension du droit à la carte de combattant pour les opérations au Maroc et en Syrie

J'ai fait il y a neuf ou dix mois une demande de carte de combattant au titre des opérations sur les T. O. E. postérieures à la guerre (campagne du Riff 1925). On m'a répondu qu'il n'y avait pas encore de de circulaire ministérielle réglementant l'attribution des cartes pour ces cas et que ma demande était classée en attendant la parution des dites circulaires. Bien entendu je n'en ai plus entendu parler depuis.

Mais plusieurs personnes m'ont dit que cela était faux, mais que si je voulais cette carte il fallait que je m'en occupe activement. On m'a même indiqué une Association d'anciens combattants coloniaux sans pouvoir m'en donner l'adresse.

Pourriez-vous me dire ce qui en est exactement, si je dois encore attendre ou réclamer et dans ce cas où et comment, dans le cas également où des instructions auraient été données à notre sujet pourriez-vous me dire si ma demande est justifiée ? j'ai été du 20 mai au 30 septembre 1925 dans des formations divisionnaires, ou en colonne mobile.

Dr R.

**Réponse**

Il est exact qu'un décret de 1931 ait suspendu l'attribution de la carte de combattant pour les opérations d'après guerre au Maroc et en Syrie.

Actuellement, vous ne pouvez donc tenter aucune démarche pour obtenir cette carte du combattant, à laquelle vous aviez droit dans les conditions normales.

### 4996. — Tenue pour une prise d'armes

Quelle est la tenue pour une prise d'armes quand on doit y recevoir la Croix ? J'ai quatre galons. Couleur bottines, gants, épée ou sabre.

Dr X.

**Réponse**

La tenue est celle de campagne, en bleu horizon ou kaki. Pantalon avec bottines noires ou jaunes, ou culottes avec bandes molletières ou guêtres et brodequins (noirs ou jaunes). Gants blancs. Epée ou sabre, l'un et l'autre sont réglementaires.

Cinquante-quatrième année — N° 42 — 16 Octobre 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

I

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

II

### Envoi de Fonds

**Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :**

***Concours médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

III

### Changements d'Adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

## DEMANDES ET OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 312. — Méd., 35 a., cherche acheter mais. santé médico-accouch. et associat. avec chirurgien, Paris ou banlieue. Cherche acheter chien danois. Ecrire.

N° 313. — Infirmière pour chirurgie est demandée pour direction petite clinique province.

N° 314. — 25 km. Paris, bon poste propharm. à céder dans jolie campagne, villa 8 p., jardin, garage, etc., loyer 6.000. Prix à débatt. Ecrire.

N° 315. — Bonne client. 80 km. Paris, pays chasse et pêche, proxim. gr. ligne, mais. confort. loyer 4.000. Chiff. import. touché. A reprend. imméd. Ecrire.

N° 316. — Yonne. 130 km. Paris, à vend. bon poste seul méd. propharm. ayant fait très gros chiff., fais. actuell. encore chiff. import. Logem. 10 p., eau, élect. garage, jardin, loyer 2.400. Prix, y compris pharmacie, 30.000 dont 15.000 compt. Cause départ Algérie.

N° 317. — Doct. ayant longue prat. dem. remplacem. en vue success. Rayon 30 km. autour Paris.

N° 318. — Centre Ouest. Bon poste propharm., pays riche, maison agréable, jardin, garage, loyer 3.000. A céder bonnes condit.

N° 319. — Paris, beau quart. près bois, client. gros chiffre en progrès. Appartem. 7 p., loyer 12,000. A céder 50,000 dont 30.000 compt.

N° 320. — Achèterais spécial. (pharmac. ou autre) en plein rapport, ou m'associer. à affaire existante. Discrét. assurée.

N° 321. — Fils confr., 26 a., obligé abandonner études médic. (8 inscrip). connaiss. sténograp. et mach. à écrire, cherche situat. stable dans affaire paraméd.

N° 322. — Trocadéro. A vend. hôtel partic. avec jardin, salon, salle à manger, office, véranda, 4 chambres, salle bains, 2 cab. toil., cham. domest, grenier, caves, libre de suite. Ecr. 6, rue Chardin, Paris (16e).

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46

1° Paris, quartier bourgeois, médecine générale, très bel appartement, confortable. Indemnité, 50.000.

2° Banlieue proche très importante clientèle ancienne, Belle villa, Condition à débattre.

## Renseignements

Toute **asthénie** reconnaît comme début et comme cause des troubles hyperacides. La tablette de mangaine qui reglobulise, qui aseptise le tube digestif, est le médicament le plus agréable et l'agent de guérison le plus rapide.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) offre à conf, champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes et des vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles. Carte bleue : 9,50, Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 ; 18,50) Cuvée 1919 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Rédut. 0,50 par 50 bout. = E. Cauche pharmac. à **AY** (Marne).

Conf. off. vieux **rancio** doux 1er cru (M.D.D.) prov. exclus. de ses vignes, Haut-Roussillon. Conv. goûters, desserts, cadeaux, 12 bout. franco it domicile : 168 fr.
Dr W. de Froutiguen, 68, av. gare, Perpignan Pyr.-Oles.

# *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Nécrologie.** — Le Docteur Pierre MOURET (de Brioude). — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Docteur Pierre MOURET, de Brioude (Haute-Loire). Le Docteur Mouret était un de ces praticiens de la vieille école qui, par leur conscience, leur dévouement, leur charité et les efforts qu'ils font pour se tenir au courant des progrès de la science et en faire bénéficier tous leurs malades, méritent le respect, la reconnaissance et l'affection de toute une population. Ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand, ancien externe des hôpitaux de Paris, le Docteur P. Mouret exerçait à Brioude depuis 1887. Il était membre correspondant de la Société des chirurgiens de Paris et de l'Association française de chirurgie. Fondateur de la Clinique chirurgicale Saint-Dominique, il y rendit avec une générosité sans limite d'inappréciables services à la population brivadoise. Lors de la Grande guerre, il créa à Brioude l'hôpital auxiliaire nº 4 dont il assura seul le service. Son fils, Léon Mouret, mourut au champ d'honneur en 1918.

Le Docteur Mouret était président de la Croix-Rouge. Catholique convaincu et professant les vertus chrétiennes sans ostentation mais avec une agissante sincérité, le Docteur Mouret n'avait à Brioude que des amis. Il était chevalier de la Légion d'honneur et de l'Ordre de Saint-Grégoire le Grand.

Le Docteur Dorel, au nom du Syndicat des médecins de Brioude et de la Fédération des médecins de la Haute-Loire, dont le Docteur Mouret était membre depuis 45 ans, a dans un discours ému fait devant sa tombe l'éloge de ce praticien aimé et estimé de tous ses confrères.

Nous adressons à la famille du Docteur Mouret et à son gendre, notre confrère, le Docteur de la Tour, l'expression bien sincère de notre douloureuse sympathie.

J. NOIR

— **Association générale des médecins de France.** — *Legs Vignard.* — Mme Veuve Vignard, de Paris, ainsi que l'avait désiré son mari, le Docteur Vignard, Chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin chef de l'hôpital maritime de Sulina (Roumanie), décédé en 1917, a légué à l'Association générale des médecins de France toute sa fortune s'élevant environ à 200 mille francs. Ce legs, qui portera selon la volonté de la testatrice le nom de « Legs Vignard », permettra aux différentes Caisses de continuer avec plus d'efficacité l'œuvre d'entr'aide professionnelle qu'elles poursuivent en faveur des membres de l'Association.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçon inaugurale.* — M. A. LEMIERRE, professeur de clinique des maladies infectieuses, fera sa leçon inaugurale le 24 novembre 1932, à 10 h. 30.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Enseignement*

*de la médecine coloniale.* — Ouverture de cet enseignement le 3 novembre 1932. Examens de médecin colonial et de médecin sanitaire maritime : du 19 au 24 décembre 1932.

— **Nord Médical** (Association amicale des médecins du Nord à Paris. Fondation Quivy) *Bourses d'études.* — Des bourses sont attribuées chaque année à des étudiants en médecine de ressources modestes, originaires du Nord, si possible d'Anzin, faisant leurs études à Lille ou à Paris.

Les candidats adresseront avant le 1er novembre leur demande au Docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid à Paris, 8e. Ils y joindront tous les documents utiles, tels que carnet scolaire, et toutes pièces établissant leur situation matérielle et celle de leurs parents dans les conditions des bourses d'Etat (livret de famille, feuilles d'impositions fiscales, etc.).

— **XIXe Congrès annuel d'hygiène** (Paris 24-28 octobre 1932). — La visite de l'hôpital d'Argenteuil par les membres du Congrès aura lieu le 27 octobre dans l'après-midi, et celle des établissements O. F. C. O., à Saint-Ouen et Ozoir-la-Ferrière, le 28 octobre (matinée et après-midi). S'inscrire au secrétariat du Congrès (28, rue Dutot), avant le 24 octobre.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — M. le Docteur Despin a été nommé stomatologiste à l'hôpital des Enfants, en remplacement de M. le Docteur Delguel, atteint par la limite d'âge.

— **Institut d'actinologie.** *Concours d'assistant.* — Un concours pour la nomination d'un assistant au Dispensaire de l'Institut d'actinologie aura lieu, 6, passage Dombasle, vers le 15 novembre.

Le concours est ouvert aux jeunes médecins et aux étudiants ayant terminé leur stage hospitalier.

S'adresser à l'Institut les lundi, mercredi et vendredi de 17 à 18 heures.

— **Æsculape**, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les Sciences et la Médecine. — Abonnement : 40 francs (Etranger 60 francs). — 15. rue Froidevaux, Paris (XIVe). Prix du numéro : 5 francs.

*Sommaire du No 9.* — David calme la folie de Saül, peinture de Lucas de Leyde (1 ill.) — La Sainte Chandelle d'Arras et le Mal des Ardents, par le Dr Henry Chaumartin (8 ill.). — Une image de la Licorne (1 ill.). — La tête en poire de Louis-Philippe et l'oxycéphalie familiale héréditaire des Bourbons, Habsbourgs, Médicis, par le Dr M. Trénel, médecin de l'asile-clinique de Sainte-Anne (7 ill.). — Brienne le Jeune à Saint-Lazare : un internement au XVIIe siècle, par le Dr J. Lévy-Valensi et Emile Jacobé (6 ill.). — Saül se donne la mort (1 ill.). — Supplément (15 ill.).

# A TRAVERS L'OFFICIEL

29 SEPTEMBRE

**Service de santé militaire.**

Par décret du 24 septembre 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous lieutenant.*

Les méd. auxil. titul. du brev. P. M. S., ci-après désignés : (du 23 août 1932) Chabellard, 21e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; (15 septembre 1932) Bartrand, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Cazenove, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Dulot, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Fuchs, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Montagne, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Pellet, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Strée, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Marnery, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Callens, 1re sect. inf. mil., aff. 1re rég. ; Delaeter, 1re sect. inf. mil., aff. 1re rég. ; Gros, 1re sect. inf. mil., aff. 1re rég. ; Lascure, 1re sect. inf. mil., aff. 1re rég.

Huguet, 1re sect. inf., mil., aff. 2e rég. ; Masure, 1re sect. inf. mil., aff. 2e rég. ; Tabary, 1re sect. inf. mil., aff. 2e rég. ; Bron, 6e sect. inf. mil., aff. 2e rég. ; Monceau, 5e sect. inf. mil., aff. 5e rég. ; Duprez, 6e sect. inf. mil., aff. 6e rég. ; Willot, 6e sect. inf. mil. aff. 6e rég. ; Aegerter, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Bloch, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Perrin, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Ronot, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Bousseau, 9e sect. inf. mil., aff. 9e rég.; Gondet, 9e sect. inf. mil., aff. 9e rég. ; Loroy, 10e sect. inf. mil., aff. 10e rég. ; Pailheret, 10e sect. inf. mil., aff. 10e rég. ; Augereau, 11e sect. inf. mil., aff. 11e rég.

Pinel, 11e sect inf. mil., aff. 11e rég. ; Veyrac 11e sect. inf. mil., aff. 11e rég. ; Galmot, 12e sect. inf. mil., aff. 12e rég. ; Blanchot, 13e sect. inf. mil., aff. 13e rég. ; Bay, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Bousquet, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Maspétiol, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég ; Soyer, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Arnaud, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Bruno, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Bézault, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Figasso, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Pélissier, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Séatolli, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég.

Tissot, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Calas, 16e sect. inf. mil., aff. 16e rég. ; Courtino, 16e sect. inf. mil., aff. 16e rég. ; Guilhaumon, 16e sect. inf. mil., aff. 16e rég. ; Porrier, 16e sect, inf. mil., aff. 16e rég. ; Servol, 16e sect. inf. mil., aff. 16e rég. ; Vincons, 16e sect. inf. mil., aff. 16e rég. ; Barrère, 18e sect. inf. mil., aff. 18e rég. ; Delavallade, 18e sect., inf. mil., aff. 18e rég. ; Drivet, 18e sect. inf. mil., aff. 18e rég. ; Fave, 18e sect. inf. mil., aff. 18e rég. ; Planton, 18e sect. inf. mil., aff. 18e rég. ; Bréhant, 23e sect. inf. mil., aff. 20e rég. ; Fournot, 23e sect. inf. mil., aff.

20e rég. ; Kissel, 23e sect. inf. mil., aff. 20e rég. ; Kneppert, 23e sect. inf. mil., aff. 20e rég. ; Pannet, 23e sect. inf. mil., aff. 20e rég.

Westphal, 23e sect. inf. mil., aff. 20e rég. ; Wiederkehr, 23e sect. fin. mil., aff. 20e rég. ; Camelot, 19e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Carlet Soulages 19e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Cassé, 19e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Debray, 19e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Munéra, 19e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Stérin, 19e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Stumpf, 19e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Valléo, 19e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Charles, 20e sect. inf. mil., aff. 19e C. A. ; Lasserre, 23e sect. inf. mil., aff. troupes Tunisie ; Soubrano, 23e sect. inf. mil., aff. troupes Tunisie ; Gougoux, 32e sect. inf. mil., aff. troupes Maroc ; Joubert, 32e sect. inf. mil., aff. troupes Maroc.

Mosserlin, 32e sect. inf. mil., aff. troupes Maroc ; Sadourny, 32e sect. inf. mil., aff. troupes Maroc ; Etesse, 32e sect. inf. mil., aff. troupes Levant ; Lemoine, 33e sect. inf. mil., aff. troupes Levant.

Non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure :

(Rang du 20 septembre 1932) : Besombe, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Beitz, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Calvet, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Sasalis, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Dufour, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Gibret, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Isaksohn, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Jaulerry, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Marchand, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Wechsler, 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris.

Gingold, 32e sect. inf. mil., aff. rég. Paris ; Helluin, 1re sect., inf. mil., aff. 1re rég. ; Mennecier, 32e sect. inf. mil., aff. 1re rég. ; Martin, 3e sect. inf. mil., aff. 3e rég. ; Victor, 4e sect. inf. mil., aff. 4e rég. ; Bacquelin, 5e sect. inf. mil., aff. 5e rég. ; Defouloy, 5e sect. inf. mil., aff. 5e rég. ; Mathis, 6e sect. inf. mil., aff. 6e rég ; Nivlet, 6e sect. inf. mil., aff. 6e rég. ; Carteret, 8e sect. inf. mil., aff. 8e rég. ; Robert, 8e sect. inf. mil., aff. 8e rég. ; Carpuat, 9e sect. inf. mil., aff. 9e rég. ; Landois, 9e sect. inf. mil., aff. 9e rég. ; Villard, 11e sect. inf. mil., aff. 11e rég ; Chaudon, 12e sect. inf. mil., aff. 12e rég. ; Chaussidière, 13e sect. inf mil., aff. 13e rég. ; Massoulier, 13e sect. inf. mil., aff. 13e rég.

Boulez, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Brun, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Charton, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Chauviré, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Roget, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Thiers, 14e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Marbot, 32e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Wenger, 32e sect. inf. mil., aff. 14e rég ; Soustelle, 32e sect. inf. mil., aff. 14e rég. ; Gérolami, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Sigal, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Besse, 16e sect. inf. mil., aff. 16e rég. ; Escalaïs, 16e sect. inf. mil aff. 16e rég. ; Janicot, 16e sect. inf. mil., aff. 16e rég. ; Bergouignan, 18e sect. inf. mil., aff. 18e rég. ; Loubic, 18e sect. inf. mil., aff. 18e rég. ; Abrand, 23e sect. inf. mil., aff. 20e rég.

Dumas, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Février, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Bachy, 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Germain, 21e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Loras, 25e sect. inf. milit., aff. tr. de Tunisie ; Michel, 25e sect. inf. milit., aff. tr. de Tunisie ; Raynard, 52e sect. inf. milit., aff. tr. de Tunisie ; Sabatier, 25e sect. inf. milit., aff. tr. de Tunisie ; Bernardi, 32e sect. inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Claret, 32e sect. inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Damoz, 32e sect. inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Zha, 32e sect. inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Chatenay, 33e sect. inf. milit., aff. tr. du Levant.

30 SEPTEMBRE

**Service sanitaire maritime.**

*Décret du 30 août 1932 fixant la composition des cadres du Service sanitaire maritime.*

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 15 octobre 1926 est modifié comme suit :

« Les cadres du personnel du service sanitaire maritime se composent de :

« 5 emplois de directeurs de circonscriptions.
« 2 emplois d'agents principaux (médecins).
« 9 emplois de médecins de la santé.
« 14 emplois de capitaines.
« 13 emplois de lieutenants.
« 2 emplois de mécaniciens.
« 4 emplois de gardes principaux.
« 30 emplois de gardes.
« 1 emploi de patron marinier.
« 11 emplois de mariniers.

« Ces emplois sont répartis entre les diverses conscriptions suivant les besoins du service, par décisions ministérielles. »

Art. 2. — Cette nouvelle répartition sera effective à compter du 1er janvier 1933.

Art. 3. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel.*

**Médecin de Colonie familiale**

Le poste de médecin directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) est vacant par suite de la mise à la retraite de M. le Docteur Ameline.

## EN DÉFERRANT LA CHARRUE

*M. le Professeur Frenkel (de Toulouse) nous transmet une lettre qu'il a reçue du Dr J. Cazalis (de Béziers), dont nous extrayons ce qui suit :*

Exerçant au centre d'une région essentiellement agricole et viticole (Béziers), j'avais depuis longtemps noté, dans le cadre de ma simple pratique quotidienne, la fréquence et la gravité des accidents provenant du carrelet et de la pioche.

Je me permets de vous signaler que, dès juillet 1926, dans le tome II, séméiologie des spécialités, de la collection « Du symptôme à la maladie (Dr Coste)», ouvrage paru chez Maloine en 1927, et destiné comme son vaillant petit aîné le tome I (Séméiologie médicale, sept éditions successives), au praticien général, j'écrivais à la page 168 :

«..... Méfiez-vous donc de ces traumatismes perforants ; méfiez-vous même de l'impression de non-pénétration accusée par le blessé. Méfiez-vous du soit-disant petit éclat de pierre qui heurte l'œil, au chantier, sous le choc de la pioche ; pensez toujours au fragment d'acier détaché de l'instrument de travail et devenu corps étranger intra-oculaire ; dans le doute, s'il y a le moindre soupçon de porte d'entrée, qu'il y ait déjà hypotonie ou non, mettez-vous à couvert par l'envoi d'urgence de votre blessé au spécialiste ; souvenez-vous que tout retard dans l'extraction d'un corps étranger intra-oculaire augmente pour l'œil les risques de mort. »

Loin de moi la pensée de vouloir m'attribuer le mérite d'un cri d'alarme que des maîtres plus autorisés ont poussé avec plus d'ampleur, mais il m'a paru utile, dans l'intérêt précisément de la cause qui nous intéresse, de signaler à nouveau cet appel direct au praticien rural, premier technicien d'urgence en pareil cas.

Dr J. CAZALIS.

# CORRESPONDANCE

## QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

### 4997. — Périodes et avancement d'un médecin de l'active passé dans la réserve

Médecin capitaine de l'armée active ayant démissionné en 1931, à l'expiration de mon engagement de dix ans, vais-je être obligé à des périodes comme médecin de réserve et quand ? Si ces périodes ne sont pas obligatoires ai-je quelque intérêt à demander à en faire ?

Dr E.

**Réponse**

En principe, vous êtes *obligé* de faire les mêmes périodes de réserve que les médecins de réserve, avec maximum de quatre mois (art. 49 de la loi du 31 mars 1928).

Quant à l'avancement, si vous êtes capitaine, il vous faut six ans de grade afin d'être proposable, et en plus une *seule* (au lieu de deux) *période de réserve*, puisque vous êtes démissionnaire de l'active.

Vous avez intérêt à monter en grade, en vue de la solde meilleure en cas de mobilisation, en vue aussi d'obtenir avec plus de facilités ensuite la Légion d'honneur. Nous vous signalons aussi le grand compte qui est tenu actuellement (avan-

cement et Légion d'honneur) de l'assiduité au cours des *Ecoles de perfectionnement* (en plus de l'avantage possible de la carte de surclassement pour les voyages en chemins de fer).

---

### 4775. — Annuités nécessaires pour la Légion d'honneur

N'étant pas très versé en questions militaires, je vous serais reconnaissant de me fixer sur le point suivant.

Est-il exact qu'il n'est pas nécessaire d'avoir fait la guerre, d'être titulaire de la carte de combattant mais qu'il est indispensable de compter trente annuités pour concourir pour une Légion d'honneur qu'il faut solliciter ? Combattant volontaire, une simple citation, mis hors cadres il y a plusieurs années pour invalidité alors que je comptais vingt-quatre annuités et trois ans de cours à l'Ecole des officiers de réserve, je ne puis compter atteindre trente annuités et donc être un jour au tableau où figureront des collègues aux titres de guerre encore plus modestes que les miens ? J'ai posé question analogue à l'Etat-major dont je relève. Il m'a laissé sans réponse.

Dr Z.

**Réponse**

L'article 204 du *Bulletin Officiel* du ministère de la Guerre (Volume 22 *bis*) prescrit pour les officiers de réserve l'obligation de réunir trente annuités, afin d'être proposé pour la Légion d'honneur.

Or, il n'est possible d'être l'objet d'une proposition à titre exceptionnel, en dehors de ces conditions, que si l'on est blessé de guerre, ou si l'on possède des citations à l'ordre de l'armée, qui permettent de compléter à trente le nombre des annuités que déjà on réunit par ailleurs.

Telle ne semble pas être votre situation et en l'état actuel, vous ne pouvez être proposé au titre militaire pour la Légion d'honneur. Néanmoins vos services militaires pourront entrer en ligne de compte et s'ajouter à des services civils, en vue d'une proposition, dont vous seriez l'objet au titre d'un ministère, autre que celui de la Guerre.

---

### 4756. — Les pères de six enfants sont libérés des obligations militaires

J'attends prochainement la naissance de mon sixième enfant. Pourriez-vous me dire ce que cela peut me permettre de demander au titre militaire : affectation spéciale, etc. Je suis de la classe 1916 et suis à deux galons depuis 1927.

Dr G.

**Réponse**

L'article 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée spécifie que les pères de six enfants vivants sont libérés de toute obliga-

tion militaire lors de la naissance de leur sixième enfant.

Aussitôt votre sixième enfant né, écrivez donc à votre Directeur du Service de santé, en joignant un bulletin de naissance de chacun de vos enfants, et réclamez le bénéfice de cet article 58.

Vous serez ainsilibéré définitivement de tout service militaire.

### 4915. — Annuités pour la Légion d'honneur

Classe 1910, une blessure, une citation, quatre ans de front, ayant donc vingt-trois annuités, ai-je quelque espoir, grâce à mes deux titres de guerre, de me voir proposé pour la Légion d'honneur avant de réunir trente annuités ?

L'accomplissement de périodes d'instruction est-il indispensable pour cette proposition ?

Père de quatre enfants, si je donne ma démission d'officier de réserve, verrai-je les annuités continuer à se totaliser ?

Pensionné à 70 %, puis-je être dispensé des périodes pour raisons de santé ? Quelles démarches accomplir ? Dr P.

**Réponse**

Approximativement, car nous ne possédons pas vos états de services, vous devez compter vingt et une annuités de service, quatre campagnes, une blessure, soit vingt-six annuités, auxquelles il faut ajouter une unité si votre citation est à l'ordre de l'Armée.

Vous approchez donc des trente annuités réglementaires et vous pourrez tenter de vous faire appuyer en vue d'une proposition, à titre exceptionnel en raison de votre blessure et de votre citation. Pour ces propositions, on tient le plus grand compte des périodes de réserve, et surtout de l'assiduité aux Ecoles de perfectionnement.

Si vous donnez votre démission, vos annuités continueront à courir en qualité d'homme de troupe jusqu'à la libération de votre classe, mais vous aurez plus de difficultés à obtenir la Croix que si vous restiez officier de réserve. Demandez à vous faire mettre en non-disponibilité pour infirmités temporaires, par passage devant une Commission de réforme ; il faudrait alors vous adresser à votre Directeur du Service de santé.

### 5037. — Maintien dans les cadres au delà de la durée légale du service militaire

Ancien médecin de l'Armée, démissionnaire, j'ai reçu, il y a deux ou trois ans, un papier me demandant si je désirais, à l'âge légal, être dégagé de toute obligation militaire, ou rester dans les cadres de la réserve. J'ai opté pour cette dernière alternative, et je suis médecin commandant de réserve.

*Voir la suite page LV-3033*

# PROPOS DU JOUR

## L'internat obligatoire et l'enquête du « Médecin de France » au sujet des études médicales

Les secrétaires généraux de la Confédération des Syndicats médicaux français, les Drs P. Cibrie et Ch. Hilaire, ont eu l'heureuse inspiration d'ouvrir une enquête auprès des professeurs de nos Facultés et Ecoles de médecine au sujet des études médicales. Ils ont posé en dernier lieu la question de l'internat pendant la sixième année d'études. Le *Médecin de France* de septembre 1932 publie le résultat de cette enquête.

Comme c'est nous qui, dans un Propos du Jour du *Concours Médical* du 31 juillet 1910 (il y a déjà plus de 22 ans), avons émis l'idée d'exiger en fin de scolarité de tout étudiant en médecine une année d'internat, idée qui, à cette époque, n'a pas été très bien accueillie dans le monde officiel, nous sommes heureux de constater qu'une sérieuse évolution s'est produite dans le corps enseignant, car nous relevons que sur 406 réponses faites à l'enquête du *Médecin de France*, 218, c'est-à-dire la majorité, admettent l'utilité de l'internat obligatoire en fin d'études, 137 seulement y sont opposées et 51 s'abstiennent de donner sur ce point une opinion. L'enquête indique les oppositions ou les réserves faites à cette idée qui est jugée intéressante mais d'une réalisation difficile. Les voici :

« On objecte que les places disponibles seront très insuffisantes eu égard au nombre des étudiants ; que ceux-ci seront éloignés du centre universitaire, ne pourront en bénéficier pour perfectionner leur culture et ne disposeront pas de la bibliothèque pour préparer leur thèse ; qu'ils ne seront pas surveillés, et que cet internat pourra dégénérer en fonction fantaisiste ; que les médecins et chirurgiens de ces hôpitaux ne sont pas tous qualifiés pour faire de l'enseignement, ou bien n'en ont pas le goût ou le temps ; que les commissions administratives n'accepteront pas volontiers ce système qui se traduirait pour elles vraisemblablement par une charge (logement, nourriture ?) sans garanties, puisqu'il n'y aura ni concours ni désignation par l'hôpital ; que les malades courront un danger à être mis entre les mains d'étudiants dont certains seront encore inexpérimentés ; que le titre d'interne nommé au concours risque de pâtir de cette concurrence.

« Ceux qui acceptent l'organisation demandent des garanties et des contrôles : désignation des hôpitaux par la Faculté, agrément des chefs de service par la Faculté, droit de contrôle, etc. » (1).

Nous nous permettrons d'examiner une à une ces oppositions et ces réserves :

1° *Les places disponibles seront très insuffisantes eu égard au nombre des étudiants.*

En est-on bien sûr ? En tout cas, il serait facile de nous éclairer sur ce point. Dans un article du *Concours Médical* du 12 janvier 1911 où nous reprîmes la question sous le titre : *A propos de la réforme du stage hospitalier, l'internat obligatoire*, nous avons cherché à nous éclairer à ce sujet, et voici ce que nous écrivions alors :

« A cette objection nous répondrons par des chiffres empruntés au dernier Annuaire de statistique publié par les soins du ministère du Travail et qui donne des renseignements pour l'année 1907.

« Il existait en France à cette époque 287 hôpitaux avec 79.583 lits pour malades et blessés. Nous ne tenons pas compte des 1.078 hôpitaux-hospices, ni de 485 hospices pourvus de 72.648 lits pour vieillards et incurables. Nous mettons aussi à part les 14.886 lits destinés aux blessés et malades militaires et nous ne faisons pas non plus entrer en compte les ressources des asiles d'aliénés, ni des hôpitaux privés, et tous ces établissements cependant pourraient dans une certaine mesure être mis à contribution. Le chiffre de 79.583 lits est donc un chiffre minimum, car il est certain que depuis trois ans, le nombre des lits d'hôpitaux s'est notablement accru. Or, tous les ans, les Facultés de médecine françaises délivrent un millier de diplômes de docteurs. Les hôpitaux de France pourraient donc disposer au bas mot de 80 lits pour chaque interne stagiaire. Cela dépasse, et de beaucoup, le chiffre nécessaire pour faire un stage utile, et les 3.923 mé-

(1) *Le Médecin de France*, sept. 1932, page 705.

decins ou chirurgiens d'hôpitaux seraient des guides suffisamment nombreux pour conseiller les docteurs de demain.

« Notons qu'en outre, il est certains grands hospices, comme à Paris, Bicêtre et la Salpêtrière, certains asiles d'aliénés, etc., dont les infirmeries sont de véritables services hospitaliers, dont nous ne faisons pas état. »

Voici donc la réponse que nous faisions, il y a vingt ans, à une objection que nous avions prévue et, on le voit, cette réponse n'était pas une réponse *a priori*, faite sans réflexion, ni sans documentation.

On nous répondra que le nombre des docteurs s'est accru chaque année. D'accord, mais les hôpitaux, les sanatoriums et autres maisons de soins ne se sont pas accrus et dans une proportion autrement plus forte ? Notons que la statistique que nous avons citée, date de 1907, c'est-à-dire de vingt-cinq ans.

En tout cas, il serait, sans doute, facile de se documenter d'une façon précise sur ce point au ministère de la Santé publique.

2° *Ceux-ci (les internes obligatoires) seront éloignés du centre universitaire, ne pourront en bénéficier pour perfectionner leur culture et ne disposeront pas de la bibliothèque pour préparer leur thèse.*

Mais puisque ce seront des étudiants ayant terminé leur scolarité et que l'internat obligatoire est destiné à les mettre en contact directement avec les malades et à les habituer à prendre, sous le contrôle d'un médecin expérimenté, une part de responsabilité, nous ne voyons pas ce que le centre universitaire aurait à faire pour perfectionner leur culture. Ceux qui ont l'intention de travailler à leur perfectionnement auront conquis au concours les places d'internes des hôpitaux de Paris ou d'une ville, siège d'une Faculté, et, comme ce sont presque les seuls qui consacrent de sérieuses recherches au mémoire qu'ils présenteront comme thèse, ils auront des bibliothèques à leur disposition. Pour les autres (et nous ne craignons pas d'être démenti), la thèse est une formalité et, en quelques jours, il leur sera facile de faire les recherches bibliographiques nécessaires pour la rédiger.

3° *Ils ne seront pas surveillés et cet internat pourra dégénérer en fonction fantaisiste.* Cette objection nous porte à rire. Nous voudrions bien savoir de quelle surveillance sont l'objet les élèves de nos Facultés, surtout à Paris. Ceux qui veulent travailler travaillent. Quant aux autres ? ? Notons cependant que le jeune médecin qui a fini sa scolarité, a presque toujours le souci de pouvoir aborder avec assurance la clientèle, et que l'internat obligatoire lui donnera cette maîtrise de soi qui est indispensable à son succès.

4° *Les médecins et les chirurgiens de ces hôpitaux ne sont pas tous qualifiés pour faire de l'enseignement, ou bien n'en ont pas le goût ou le temps.*

Mais il ne s'agit pas d'enseignement didactique, donné *ex cathedra*, il s'agit d'un stage de nature absolument pratique. L'interne obligatoire ne sera pas pour le médecin d'hôpital un élève, puisque sa scolarité sera terminée et tous ses examens passés avec succès, mais un auxiliaire, un assistant et au besoin un suppléant. D'autre part, nous protestons contre l'insinuation qui tendrait à faire admettre que le médecin ou le chirurgien d'un hôpital important, mais dans une ville où il n'y a pas de faculté, est incapable de donner un enseignement clinique au lit du malade, ou a une conscience assez élastique pour ne pas trouver le temps de faire son service, assisté d'un interne.

5° *Les commissions administratives n'accepteront pas volontiers ce système, qui se traduirait pour elles vraisemblablement par une charge (logement, nourriture) sans garanties, puisqu'il n'y aura ni concours, ni désignation par l'hôpital.*

Nous répondrons d'abord : Qu'en sait-on ? A-t-on consulté les commissions administratives ? Tous les hôpitaux de quelque importance cherchent des internes. On parle de manquer de garanties ! ! Eh bien ! Oublie-t-on que ces internes obligatoires auront terminé leur scolarité et passé tous leurs examens ? Est-ce qu'alors ces examens n'auraient aucune valeur ? Ce seront cependant les seules garanties que le nouveau praticien offira au public quand il entreprendra d'exercer la médecine.

6° *Les malades courront un danger à être mis entre les mains d'étudiants dont certains seront encore inexpérimentés.* Cette objection ne manque pas d'à-propos. Celui qui l'a faite préfère que ces étudiants inexpérimentés aillent acquérir une expérience sur leurs clients en dehors de tout contrôle et sans avoir un médecin d'expérience pour les guider. C'est justement pour remédier à ce danger que nous préconisons l'internat obligatoire. L'interne exercera à l'hôpital, sous la direction, la surveillance, le

contrôle d'un médecin dont les fonctions font par cela même un praticien qualifié.

7° *Le titre d'interne nommé au concours risque de pâtir de cette concurrence.* Cette objection ne compte pas. Il y a déjà des internes dans un grand nombre d'hôpitaux et de villes, internes qui ne sont pas nommés au concours ou qui sont soumis à des concours de valeur très variable. D'ailleurs nous ne tenons nullement à l'appellation d'interne. Le nom pour nous n'est rien ; l'important, c'est la réforme, c'est le progrès, ainsi obtenu, c'est l'apprentissage véritable et sérieux que nous désirons voir faire aux jeunes praticiens avant de les lancer sans la moindre expérience dans l'exercice de la médecine.

Quant à l'exigence de garanties et de contrôles que demandent ceux qui acceptent cette organisation, nous la trouvons tout à fait légitime. Ils entreraient dans les attributions des Facultés et des Ecoles.

J. NOIR.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### THÉRAPEUTIQUE DES ABCÈS

par DUPUY DE FRENELLE

I

#### Traitement actuel des abcès chauds

L'ancien traitement des abcès chauds consistait en une longue incision suivie de drainage par des mèches, des drains ou des pansements en surface suivant la disposition de la cavité de l'abcès.

Actuellement l'incision passe au second plan, elle est le plus souvent remplacée par une ponction, le véritable traitement de l'abcès est constitué par la *biothérapie*.

Celle-ci dispose de trois armes qui sont les vaccins, les antivirus et les bactériophages.

L'incision qui devient le plus souvent une ponction n'a plus pour rôle que de créer une porte de sortie aux déchets de la lutte entreprise contre l'infection par les antivirus, les vaccins et les bactériophages.

*Dans une première période, tant que le pus ne paraît pas formé,* on agira en stimulant la leucocytose par une injection quotidienne de 10 centicubes d'Orargol ou d'Electrargol, faite sous la peau à distance de l'abcès.

Dès que le pus paraît devoir se former au milieu de l'induration on injectera au centre de l'abcès, avec une aiguille fine, deux centicubes de bactériophage staphylococcique si l'on pense à un abcès d'origine staphylococcique, ou de bactépyophage si l'on pense à une infection microbienne mixte.

Le bactériophage est théoriquement, un agent qui détruit les microbes par lyse. Il est spécifique ; il est surtout actif contre le staphylocoque et les coli.

En outre, l'abcès se développe généralement parce que l'organisme est fatigué. La gravité du pronostic d'un abcès est proportionnelle à l'état de fatigue du sujet. La fatigue de l'organisme est responsable autant, sinon davantage, de la gravité de l'abcès que la virulence du microbe.

Insistez donc sur le repos et le traitement général.

*A la deuxième période, lorsque le pus paraît collecté,* le traitement actuel doit consister en une ponction faite au bistouri et combinée avec une injection dans la cavité purulente de bactériophages, d'antivirus ou de bouillons filtrats.

*L'antivirus* est un produit microbien rigoureusement spécifique. Il est actif uniquement sur l'espèce microbienne qui a servi à sa fabrication. Pour agir avec précision, il est donc préférable d'avoir identifié la nature microbienne de l'abcès en utilisant le pus prélevé par une ponction préalable.

L'antivirus agit en rendant les cellules qu'il imprègne impropres à la culture et au développement des microbes contre lesquels il a été préparé.

Pour réaliser ce traitement, Collin a fabriqué, sur mes indications, un bistouri creux, lancéolé. La pointe de ce bistouri porte un orifice qui permet d'injecter le liquide biothérapique en même temps que l'on pratique la ponction. Cette lame

creuse et lancéolée est montée sur une seringue de 10 centicubes qui forme le manche de ce bistouri.

Après anesthésie locale en surface et en profondeur on charge la seringue d'antivirus ou de bactériophage, on ponctionne à fond l'abcès puis on injecte le liquide qui forme lavage sous pression.

*A une troisième période, lorsque l'abcès tend à diffuser en nappe,* pour enrayer cette marche extensive, circonscrivez le mal par une ceinture de bactériophage ou d'antivirus pratiquée à l'aide d'une aiguille fine, souple et longue.

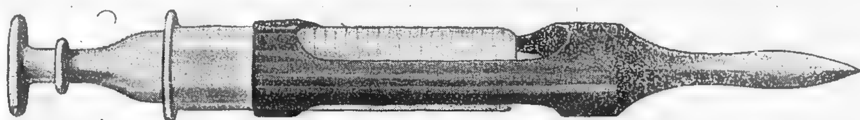
La technique d'un barrage sous-cutané pratiquée de cette façon m'a donné de beaux résultats dans des cas d'abcès de la face ou de la lèvre à marche diffusante.

Depuis de nombreuses années j'utilise deux bistouris différents pour inciser les abcès en profondeur dont le type est l'adénophlegmon sous-maxillaire.

Le premier est un bistouri ordinaire avec lequel j'incise la peau ; le second est muni d'une large lame mousse à pointe arrondie, non tranchante en bronze mou.

Ce bistouri mousse permet de creuser un trajet plus ou moins large et profond pour arriver, sans aucun risque, jusqu'au centre du foyer purulent.

Il m'a paru faire mieux, avec plus de précision et moins de délabrement que la sonde cannelée ou la pince généralement employées pour cet usage.



Bistouri-seringue de Dupuy de Frenelle.

Lorsque cette méthode de la ponction combinée au lavage et à l'imprégnation biothérapique ne paraît pas couronnée de succès, il ne faut pas perdre de temps et inciser.

Dans ces cas, le traitement biothérapique a préparé l'action salutaire de l'incision.

Il est parfois nécessaire d'inciser très profondément.

Inciser en profondeur n'est pas toujours sans péril ; le bistouri risque de sectionner une artère ou une veine qui, en milieu infecté, peut saigner avec une abondance inquiétante.

En outre, cette ouverture vasculaire est une porte sanguine ouverte à la généralisation de l'infection qu'il vaut mieux éviter.

Pour panser les abcès largement incisés, on utilisera les antivirus ou les bouillons filtrats polyvalents. Ces pansements doivent être fréquemment répétés car les agents thérapeutiques n'ont qu'une action passagère.

Lorsque le traitement de l'abcès a consisté en une ponction avec mon bistouri laveur, je ne mets pas de drain, mais chaque jour je fais un lavage sous pression dans la cavité de l'abcès avec de l'antivirus, des bactériophages ou des bouillons filtrats.

Pour pratiquer ce lavage j'utilise une canule très fine et longue, semblable à une canule pour instillations intra-utérines qui se monte directement sur une seringue (1).

## UROLOGIE PRATIQUE

## Comment on sonde un urinaire ?

### Technique du cathétérisme

Par René Le Fur

Le cathétérisme consiste à *introduire dans l'urètre* un instrument ou cathéter dans le but : soit de le dilater (*cathétérisme dilatateur*), soit de le modifier et désinfecter (*cathétérisme modificateur*), soit d'évacuer la vessie (*cathétérisme évacuateur*). Nous ne parlerons ici que de ce dernier que l'on appelle encore *sondage.*

A. — **Principes du cathétérisme.**

Rappelons d'abord les *connaissances anatomo-physiologiques* que tout médecin doit avoir présentes à l'esprit lorsqu'il pratique le cathétérisme :

*Coudure de l'urètre* au niveau du pubis que fait disparaître l'élévation et la tension de la verge ;

*Cul-de-sac du bulbe* parfois très prononcé, dans lequel s'enfoncent les sondes, et pouvant deve-

(1) Extrait du *Traitement des Abcès,* édité par l'Expansion scientifique française (sous presse).

nir l'occasion de fausses routes ; la meilleure façon de l'éviter est aussi de tendre et d'allonger la verge.

*Sphincter urétral* indiquant la séparation de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur, offrant toujours une certaine résistance et servant même de point de repère, devenant parfois le siège d'un spasme prononcé (*spasme urétral*) qui peut rendre le cathétérisme difficile et même dangereux ;

Présence de *saillies et bosselures prostatiques* le long de la paroi inférieure de l'urètre chez les gens âgés et atteints d'hypertrophie de la prostate, qui gênent souvent le cathétérisme et le rendent même parfois impossible, qui peuvent aussi devenir l'occasion de *fausses routes prostatiques.*

lésion, et le sondage est en tout cas toujours plus douloureux.

d) *Propreté absolue* : *l'asepsie* est toujours nécessaire, mais souvent elle est insuffisante, et l'antisepsie devient alors nécessaire, en cas d'infection déjà existante.

e) Se *rappeler* en outre que la sonde « est un doigt prolongé » et constitue un « *véritable toucher prolongé* ».

B. — **Préparatifs.**

Nettoyage minutieux du gland (tampons trempés dans une solution d'oxycyanure de mercure à 1/1000). Désinfection de l'urètre antérieur par une à deux seringues d'oxycyanure de mercure à 1/2000 si l'on veut pratiquer un sondage rigoureusement aseptique.

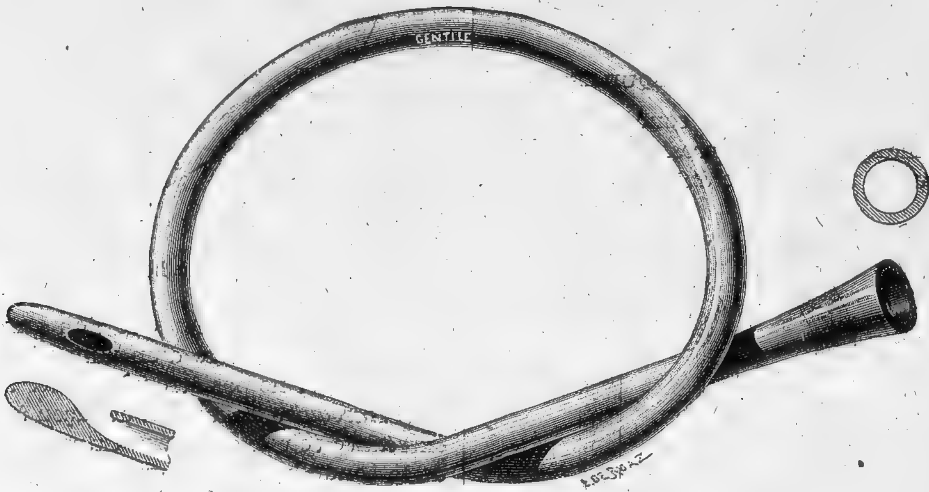



Fig. 1. — Sonde Nélaton.

Se rappeler que tous les *obstacles siègent sur la paroi inférieure de l'urètre* et que la paroi supérieure au contraire est libre.

Les *principes du cathétérisme* doivent toujours être minutieusement appliqués, si l'on veut que le cathétérisme soit correctement exécuté et non douloureux, et n'offre aucun danger pour le malade. Ils consistent en :

a) *Douceur* : ne jamais user de brutalité ni de violence.

b) *Prudence* : ne jamais forcer si un obstacle se présente ; ne jamais vouloir « réussir malgré tout ».

c) *Patience* : s'y reprendre plutôt à plusieurs fois, ne pas s'obstiner par amour-propre (le Professeur Guyon dont l'habileté était pourtant si remarquable savait dans certains cas à l'hôpital passer la main à son interne ou même à son infirmier qui arrivaient parfois à passer par chance là où il avait échoué). Ne pas sonder avec trop de rapidité, sauf si on possède une grande expérience, car on peut provoquer ainsi une

C. — **Technique de l'introduction des sondes.**

(*Différentes variétés de cathétérisme*).

La technique varie avec les diverses variétés de sondes :

I. — Avec les sondes molles Nélaton

Le cathétérisme est ordinairement simple avec les sondes Nélaton (fig. 1) qu'il suffit de

Fig. 2. — Sonde en gomme à bout arrondi.

pousser du méat vers la vessie, en tenant toujours la sonde à quelques centimètres du méat. Mais il est parfois difficile d'éviter avec ces sondes le *cul-de-sac bulbaire* et les *bosselures prostatiques,* qui sont souvent très développés chez le vieillard et peuvent devenir l'origine de *fausses routes* (voir plus bas).

Cependant leur *souplesse* leur permet, dans

certains cas d'obstacles prostatiques, de les franchir et de passer là où d'autres sondes ont échoué.

II. — Avec les sondes olivaires

Le cathétérisme avec les sondes olivaires (fig. 3) est surtout indiqué chez les rétrécis. Mais ce sont des sondes en général *dangereuses* et qui demandent à être maniées avec prudence, car

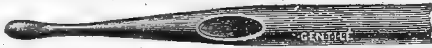


Fig. 3. — Sonde en gomme olivaire.

elles peuvent facilement provoquer des fausses routes au niveau du bulbe et de la prostate. On construit, pour les prostatiques rétrécis, des sondes olivaires béquillées ou courbes (fig. 12, nº 3).

III. — Avec les sondes béquilles

Le cathétérisme avec les sondes béquilles (fig. 4) est indiqué chez les *prostatiques* et peut être pratiqué de trois façons différentes :

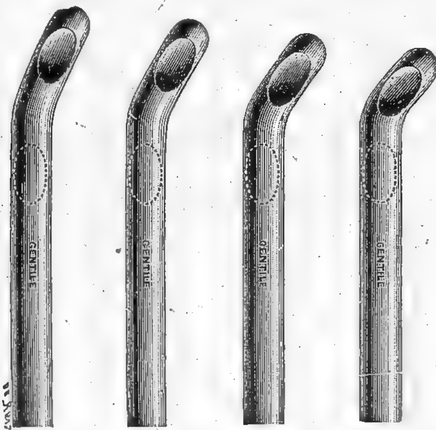


Fig. 4. — *Sondes à béquille, coudures variées, du Professeur Guyon, en gomme élastique.*

Les sondes à béquille sont coudées suivant quatre angles qui sont de 25º, 30º, 35º et 40º et le bec est d'autant plus long que l'angle est plus ouvert. Ces sondes sont munies d'un index palpable, placé au niveau du pavillon, qui permet de connaître à tout moment la direction de la coudure. Les sondes à béquille se font des nºs 10 à 30 et celles à double béquille des nºs 15 à 25.

toujours *regarder en haut* et suivre la *paroi supérieure*, libre d'obstacles. Il y a intérêt à prendre chez les prostatiques non rétrécis une grosse sonde nº 18 ou 20. On pousse doucement la sonde d'avant en arrière, de la main droite, en même temps que l'on tend la verge de la main gauche, la verge devant faire un angle obtus avec la paroi abdominale.

Après avoir senti l'obstacle du sphincter qui doit arrêter un instant la sonde, on enfonce alors doucement celle-ci dans l'urètre prostatique, en lui imprimant, si on sent de la résistance, de petits mouvements de latéralité, ou en abaissant un peu le pavillon entre les cuisses.

2º *Sondes béquilles avec mandrin* (fig. 8 et 11).

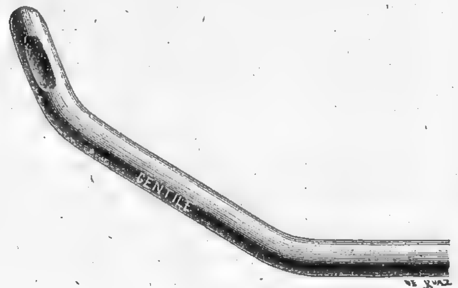


Fig. 6. — Sonde béquille bicoudée.

Les sondes béquilles que l'on emploie avec mandrin doivent être d'un numéro assez élevé, 18 ou 20, et ne pas être inférieures à 16.

a) *Introduire le mandrin* de façon à ce que son extrémité soit exactement entre les deux yeux de la sonde béquille, à quelques millimètres en arrière du dernier œil.

b) Pousser *alors la pièce mobile conique* jusqu'à ce qu'elle coiffe le pavillon de la sonde, et la fixer dans cette situation.

c) *Faire la manœuvre du cathétérisme en trois temps* comme pour tout instrument métallique.

α) Tenir la sonde parallèlement au pli de l'aine et l'enfoncer jusqu'au sphincter.

) Faire décrire un demi-cercle à la sonde et la ramener sur la paroi abdominale (ligne médiane) ce qui la fait pénétrer dans l'urètre membraneux.

γ) *Abaisser le pavillon de la sonde* entre les cuisses avec la main droite, en même temps

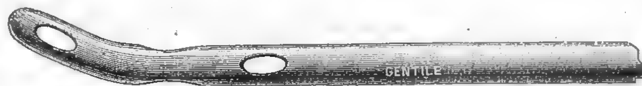


Fig. 5. — Sondes à béquille avec 6 grands œils, du Docteur Bazy.

1º Avec des *sondes béquilles sans mandrin* ;
2º Avec des *sondes béquilles sur mandrin* ;
3º Avec la *manœuvre du mandrin*.

1º *Sondes béquilles sans mandrin coudées ou bicoudées* (fig. 4 et 6). Le bec de la béquille doit

qu'on *déprime la région sus-pubienne* de la main gauche.

Le mandrin est employé chez les prostatiques quand les obstacles créés par la prostate empêchent la sonde béquille simple de passer.

3° *Manœuvre du mandrin.* — Celle-ci est utilisée dans les cathétérismes difficiles, là où la sonde béquille montée sur mandrin a échoué. Elle consiste à introduire la sonde montée avec son mandrin comme d'habitude dans l'urètre prostatique, puis à dévisser la pièce mobile, et retirer la tige du mandrin d'un ou deux centimètres en même temps qu'on enfonce et qu'on abaisse la sonde : ce double mouvement combiné a pour but de surélever encore le bec de la sonde, de l'éloigner de la paroi inférieure de l'urètre pour le rapprocher de la paroi supérieure, et de l'aider ainsi à franchir l'obstacle prostatique situé sur la paroi inférieure, ainsi que le montre très nettement le schéma ci-joint (voir fig. 7).

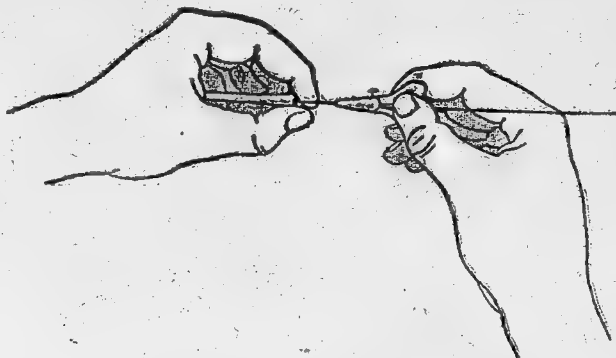


Fig. 7. — *Manœuvre du mandrin.*
Retrait progressif du mandrin. Le pavillon de la sonde est solidement retenu par le pouce et l'index gauches : le mandrin décrit en sens inverse les temps du cathétérisme (d'après Pillet).

Fig. 8. — Mandrin coudé de Guyon, avec cône.

Fig. 9. — Sonde béquille mise sur le mandrin coudé.

Fig. 10.— En retirant le mandarin coudé de quelque centimètres, on oriente une *sonde béquille bicoudée*, et on surélève notablement l'extrémité de la sonde béquille.

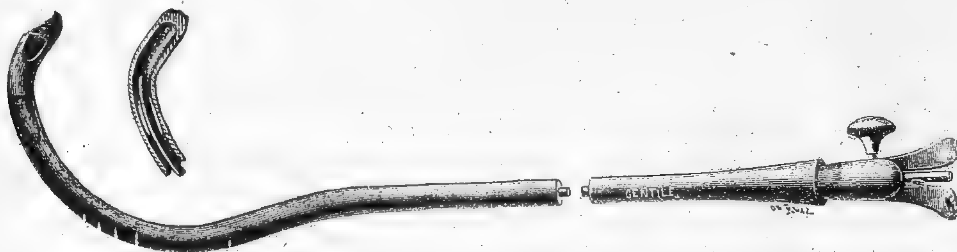



Fig. 11. — Sonde béquille mise sur le mandrin courbe de Guyon.

La *manœuvre du mandrin* excessivement précieuse dans les cas particulièrement difficiles ne peut s'exécuter qu'avec le mandrin de Guyon, et non avec les mandrins d'Outre-Rhin (celui de Freudenberg particulièrement) qu'on a essayé de substituer à celui de Guyon, ce qui constitue une erreur.

### IV. — Avec les sondes métalliques

1° *Les sondes métalliques creuses à grande*

*courbure*, celle de Gély par exemple (fig. 13) (1) peuvent être employées dans quelques cas particuliers et doivent être introduites, comme tous les instruments métalliques, d'après la technique indiquée plus haut (manœuvre en trois temps), en accentuant encore pour ainsi dire le deuxième temps, c'est-à-dire en décrivant un demi-cercle assez large.

2° *Les sondes métalliques à petite courbure ou à courbure de Béniqué* sont utilisées quelquefois avec succès chez certains prostatiques dont le cathétérisme est particulièrement difficile, et chez lesquels les sondes béquilles même sur mandrin échouent ; aussi est-il prudent d'en avoir une ou deux dans son arsenal (voir fig. 14).

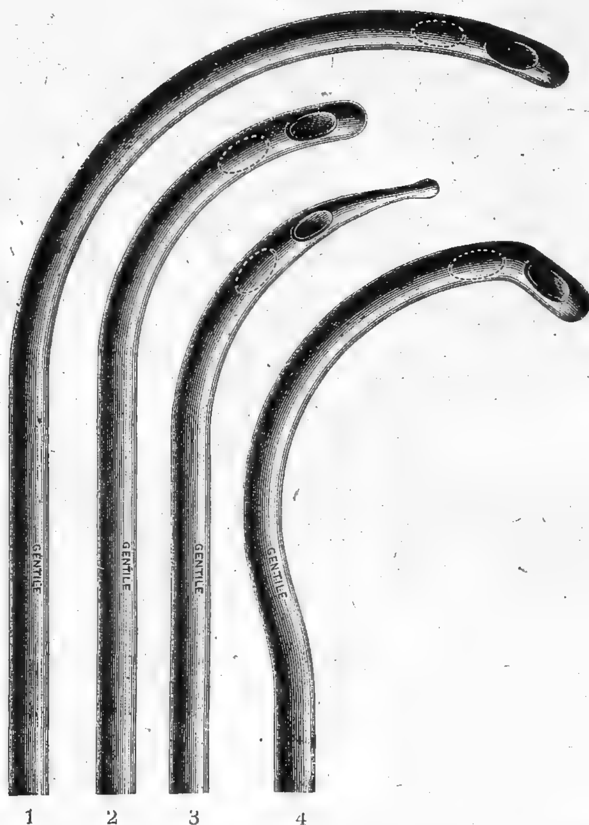



Fig. 12.—1. Sonde cylindrique à grande courbure fixe de Gély.
2. Sonde cylindrique à petite courbure fixe.
3. Sonde olivaire à petite courbure fixe.
4. Sonde cylindrique à courbure fixe de Béniqué et à béquille.

3° *Les sondes creuses avec mandrins métalliques* du modèle des *sondes à lithotritie* par exemple, présentent un mandrin métallique bouchant complètement leurs deux larges yeux et les empêchant ainsi d'être blessantes pour l'urètre. On les introduit avec leur mandrin, qu'on ôte pour permettre l'évacuation de l'urine ou du liquide par la sonde, puis on remet le mandrin avant d'enlever la sonde. Les grandes sondes métalliques creuses peuvent être utilement employées pour l'aspiration des caillots, en cas d'hémorragie vésicale.

(1) On construit aussi des sondes de Gély à grande courbure en gomme (fig. 12, n° 1).

D. — **Technique de l'évacuation de l'urine.**

L'évacuation de l'urine a lieu facilement en général dès que la sonde est introduite.

Elle peut être seulement *interrompue*, soit par de *petits grumeaux purulents* : un lavage les repousse facilement ; soit par la *paroi de la vessie* qui vient appuyer sur la sonde et la boucher, ceci indique alors que la sonde est trop enfoncée, ce qui survient surtout dans les vessies flasques chez les tabétiques, distendus, etc. ; il y a alors intérêt à déplacer la sonde, et à la retirer de quelques centimètres.

*Chez les distendus*, l'évacuation de l'urine doit se faire prudemment, par intervalles, et pas complètement dès la première fois, pour éviter les hémorragies *ex-vacuo*.

En cas *de distension de la vessie par des caillots sanguins*, employer une grosse sonde béquille n° 20 ou 24, ou une grosse sonde métallique et faire à plusieurs reprises l'*aspiration des caillots* avec la seringue de Guyon.

E. — **Difficultés et accidents du cathétérisme.**

Les difficultés sont dues principalement au *spasme*, au *cul-de-sac bulbaire*, aux *obstacles prostatiques* ; les accidents sont surtout de deux sortes : les *fausses routes*, les *hématuries*.

I. — Le spasme. — Celui-ci siège presque toujours au niveau du *sphincter urétral*, c'est-à-dire de l'*urètre membraneux*.

On en triomphe ordinairement par les *sondes olivaires* ou *métalliques* (Béniqué) ou *béquilles sur mandrin*. Parfois l'anesthésie locale est nécessaire pour le faire céder. Il rend souvent le cathétérisme difficile, pénible et parfois dangereux. On le constate surtout chez les névropathes, les tabétiques, etc...

Rarement on observe du spasme au niveau du *col vésical* (*sphincter vésical*). Nous avons eu cependant l'occasion d'en observer quelques cas incontestables surtout chez les Isréalites névropathes.

II. — Les difficultés dues au *cul-de-sac bulbaire* et aux *obstacles prostatiques* sont ordinairement vaincues par les différentes variétés de cathétérisme que nous venons d'étudier, surtout avec les sondes *béquilles sur mandrin* et les *sondes métalliques à grande courbure*. Il faut avoir soin aussi de *bien tendre la verge*, ce qui permet de déplisser le cul-de-sac bulbaire et le diminue de profondeur.

III. — Les fausses routes. — Il en est de deux sortes :

1° *Les fausses routes du cul-de-sac bulbaire*, siégeant en avant du sphincter urétral, donc de l'urètre antérieur, à la partie la plus reculée de cet urètre (fig. 15, C. S. B.), et qui se caractérisent par une *urétrorragie* parfois abondante (le sang coule goutte à goutte par le méat, parfois en jet).

*Le cul-de-sac bulbaire* est parfois fort développé chez certains malades, notamment chez les vieillards ; on peut s'en rendre compte au cours d'opérations périnéales, comme nous l'avons constaté chez un homme pourtant jeune encore (39 ans), où le cul-de-sac bulbaire avait pris un développement exceptionnel (grosseur d'une noix, profondeur de plusieurs centimètres) ; les sondes s'enfonçaient dans ce cul-de-sac qu'elles déprimaient et y provoquaient à chaque instant des fausses routes ; nous en avons pratiqué la résection puis nous avons suturé l'urètre.

Fig. 13. — Sonde à grande courbure, de Gély, en argent

2° *Les fausses routes prostatiques* se produisant au niveau de la prostate, dans l'urètre postérieur par conséquent (fig. 15, U. P.) sont caractérisées par une *hématurie*, car le sang s'écoule dans la vessie, hématurie qui peut provoquer une *rétention avec caillots* et nécessiter l'*aspiration*. Ces fausses routes peuvent aussi se compliquer d'infection prostatique, de suppuration ou d'abcès de la prostate.

Fig. 14. — Sonde à robinet en argent, courbe pour homme.

*Manière de les éviter*. — Eviter la paroi inférieure semée d'embûches, d'obstacles, et suivre la paroi supérieure libre, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Employer les sondes correspondant aux lésions observées (sonde béquille ou à grande courbure). Si une fausse route existe déjà, surtout importante, ne pas essayer à nouveau le cathétérisme et combattre s'il y a lieu la rétention d'urine par une ponction hypogastrique.

La *ponction hypogastrique* diminuant rapidement la congestion et le volume de la prostate, le cathétérisme devient souvent facile après la ponction alors qu'il était impossible auparavant.

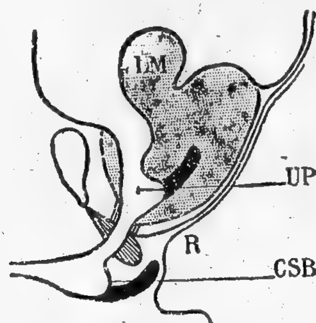



FIG. 15. — Obstacles urétraux et fausses routes.

Les deux obstacles de la paroi inférieure de l'urètre : cul-de-sac du bulbe (C. S. B.). — Urètre prostatique hypertrophié (U. P.) surmonté du lobe moyen (L. M.). — Rectum (R.).

*En noir, les deux fausses routes les plus fréquentes* (d'après Pillet).

En cas d'impossibilité du cathétérisme, la *cystostomie* reste le seul recours.

IV. — LES HÉMORRAGIES (urétrorragies ou hématuries) s'arrêtent en général spontanément au bout de quelques heures. Sinon, il est indiqué de mettre une grosse sonde à demeure. En cas de *rétention avec caillots,* faire l'*aspiration des caillots.*

F. — **De la répétition du cathétérisme.**

Le cathétérisme peut être *renouvelé* une ou plusieurs fois par jour (*cathétérisme intermittent ou répété*) ou bien la *sonde peut être laissée à demeure.*

*Combien de fois par jour doit-on sonder un malade* ? On conçoit que la réponse à cette question varie suivant les cas. Tout dépend de la difficulté qu'éprouve le malade à vider sa vessie et du *degré de rétention* qu'il présente.

En cas de *rétention complète,* le sondage doit être fait *toutes les quatre heures en moyenne,* soit *cinq à six fois par jour* : quatre fois le jour, une à deux fois la nuit.

Mais parfois, en cas de vessie enflammée ou irritée, les sondages doivent être rapprochés (toutes les deux ou trois heures).

En cas de *rétention incomplète,* l'importance des sondages variera suivant l'importance du *résidu vésical.* On peut accepter en général la formule suivante facile à se rappeler :

| | | |
|---|---|---|
| à 100 gr. de résidu ..... | 1 | seul sondage par jour |
| à 200 gr. — ..... | 2 | sondages |
| à 300 gr. — ..... | 3 | — |
| à 400 gr — ..... | 4 | — |
| à 500 gr. — ..... | 5 | — |
| au-dessus de 500 gr...... | 6 | — |

en somme augmenter d'un sondage par 100 grammes de résidu.

Mais à partir de 200 à 300 grammes de résidu nous croyons que l'opération (cystostomie ou prostatectomie) se trouve plutôt indiquée, à cause de la *distension* de l'appareil vésico-urétéro-rénal et du *mauvais fonctionnement rénal* qui en devient fatalement la conséquence (azotémie élevée et ses conséquences) **(1)**.

(1) Extrait du livre qui vient de paraître : L'UROLOGIE EN CLIENTÈLE (Technique et pratique courantes), par René LE FUR, 2e *édition.* Bibliothèque : Comment guérir ? (N. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

## QUE FAIRE POUR LES ENFANTS DÉFICIENTS PSYCHIQUES ?

### III. — Les méthodes de médico-pédagogie individuelle. Notre centre de Rééducation (1)

Par

G. DE PARREL, et Henriette HOFFER,

Directeur, Chef du Service de médico-pédagogie

du Centre de rééducation pour les déficients psychiques et les retardés scolaires.

PRINCIPES DIRECTEURS. — Comme nous l'avons indiqué dans un précédent article, la rééducation des enfants déficients doit obéir à certains principes directeurs.

1° *Cette rééducation doit être médico-pédagogique.* Médicale car l'enfant déficient doit être *soigné,* pédagogique car il a besoin d'être instruit en tenant compte des caractéristiques et du degré de sa déficience.

2° *Cette rééducation doit être précoce. L'enfant est déjà* en retard sur ses camarades par le fait de sa déficience. Il faut se garder d'aggraver ce retard par négligence, en attendant « que les choses s'arrangent d'elles-mêmes ». Il faut savoir que loin de s'arranger cette déficience ne fait que s'accentuer avec les années.

(1) Voir nos 38 et 39 du *Concours Médical.*

3° *Cette rééducation doit être strictement individuelle.* L'enseignement collectif ne peut être qu'un pis aller qu'il faut bannir chaque fois que faire se peut.

Il n'est pas, en effet, deux enfants déficients qui marchent au même pas. Celui-ci a des troubles de parole si graves qu'ils nécessitent de longues heures de rééducation. Tel autre a surtout des troubles moteurs. Un troisième est réfractaire au calcul tandis que son camarade, tout aussi déficient, apprend sans peine et en un minimum de temps les quatre opérations, la table de multiplication et tout ce qui concerne les chiffres.

Pierre apprend assez vite mais ne retient rien sans un nombre respectable de répétitions. Martine, apprend avec une lenteur qui met la patience de ses maîtres à l'épreuve, mais elle retient bien.

Ces remarques sont aussi vraies pour les enfants normaux que pour les déficients. Mais l'enfant normal se tirera toujours d'affaire. Les fautes commises dans son éducation n'ont pas la même importance que celles commises à l'égard des petits déficients.

Seule une éducation individuelle, lorsqu'elle est possible, permet de rattraper le temps perdu sans fatigue pour l'enfant ; seule elle permet de s'adapter strictement à ses besoins.

De même que le médecin ne soigne pas la maladie mais le malade, de même le rééducateur doit rééduquer tel enfant avec ses propres possibilités.

4° *Cette rééducation doit être une œuvre de tous les instants.* Il ne s'agit pas, en effet, de rééduquer un petit déficient à certaines heures de la journée, mais de profiter de ses jeux, de ses promenades, de ses conversations pour l'instruire en l'amusant, en le distrayant. En dehors des heures de leçons régulières, il faut répondre à la curiosité naturelle de l'enfant. Ce travail spontané est bien souvent plus profitable qu'on ne le croit et laisse des traces profondes parce qu'il est fait sans contrainte et avec plaisir.

5° *La rééducation, telle que nous la comprenons, laisse l'enfant dans son milieu familial.* Cette façon de procéder a d'immenses avantages. L'éducation morale se fait dans la famille mieux que partout ailleurs. L'éducation de la parole et l'enseignement du vocabulaire se font beaucoup plus facilement ; les mots ne sont pas évoqués par des images mais par les objets eux-mêmes.

6° *La rééducation de l'enfant doit être complète et s'adresser aux troubles psychiques aussi bien qu'aux troubles moteurs et aux troubles de caractère.* Il est bien rare, en effet, qu'un enfant déficient ne présente pas un retard moteur et des troubles plus ou moins graves de caractère. Les corriger, les traiter, c'est aider la rééducation de l'enfant.

C'est en nous inspirant de ces principes que nous rééduquons dans notre Centre les enfants déficients. Lorsque ceux-ci habitent la province nous les plaçons dans des familles qui les reçoivent en pension, nous les conduisent chaque jour pour la séance de travail et assurent la répétition des exercices prescrits.

**Rôle du médecin de famille en liaison avec nous**

Nous restons en liaison étroite avec le médecin de l'enfant. Si ce médecin habite Paris, il continue à voir l'enfant et à le traiter. Dans le cas contraire, nous appliquons à l'enfant le traitement ordonné par son médecin et le lui renvoyons à chacune de ses vacances.

Cette liaison entre le médecin de famille et nous donne les meilleurs résultats. Nous comptons sur lui, en effet, pour soutenir le moral des parents, pour leur inculquer la foi dans l'avenir de l'enfant.

D'autre part, c'est encore au médecin de famille que revient la charge de surveiller les autres enfants de la famille. C'est lui qui ayant remonté aux causes de la déficience de l'enfant pourra faire auprès de la maman de la médecine préventive en cas d'autres grossesses : commencer à temps un traitement spécifique ; recourir à une cure de désintoxication ; mettre la mère au repos pour prévenir un accouchement prématuré ; calmer les inquiétudes morales et les appréhensions qui, même si elles sont justifiées, doivent être maîtrisées dans l'intérêt du petit être qui va naître.

**Rôle de la maman ou de la gouvernante en liaison avec nous**

De même que le médecin de famille nous est d'un précieux secours, de même la maman ou la gouvernante qui la remplace nous permet de mener à bien notre tâche de rééducateur.

L'enfant nous est amené tous les jours par la personne qui le fait travailler. Nous initions celle-ci à nos méthodes, nous la formons, nous faisons d'elle la véritable monitrice de l'enfant. Il est moins rare qu'on ne serait tenté de le croire, que la maman devienne une excellente institutrice. Que de fois, nous avons été profondément touchés par le dévouement inlassable, la patience sans limite de ces irremplaçables auxiliaires. Incapables toutes seules de fermeté, d'autorité, nous les voyons, lorsque nous les avons convaincues que l'avenir de l'enfant est en jeu, acquérir les qualités qui leur manquent.

Dans le cas où la maman est obligée de confier son enfant à une gouvernante, nous éduquons celle-ci et la chargeons des répétitions.

**Résultats que nous obtenons**

Cette collaboration étroite entre la famille, le médecin et nous-mêmes, donne des résultats excellents.

Dans les cas de légère déficience, il n'est pas rare que l'enfant, après un an de travail, rattrape ses camarades normaux et retourne au milieu d'eux.

Dans le cas où une rééducation individuelle s'impose pour plusieurs années, nous faisons rendre à cette rééducation le maximum de résultats en gagnant un temps précieux.

**CONCLUSION**

Dans cette lutte contre la déficience psychique, il importe que le médecin de famille sache qu'il peut jouer un rôle considérable :

1° En traitant le petit déficient au point de vue médical (traitement spécifique, opothérapie, application de rayons ultra-violets, etc.).

2° En conseillant les parents au sujet de la conduite à tenir.

3° En prenant toutes mesures prophylactiques nécessaires.

C'est à lui, en effet, de conseiller une rééducation précoce, à lui de faire connaître les établissements où l'enfant pourra être rééduqué, à lui d'imposer aux parents les traitements préventifs indispensables en cas de grossesse éventuelle.

L'enfant déficient ne doit pas, et ne peut pas d'ailleurs, suivre les classes de normaux. Il y perd son temps et fait perdre celui des autres. C'est un « indésirable ».

Il y prend des mauvaises habitudes de paresse. Il aggrave ses troubles de caractère.

L'enfant déficient ne doit pas être rééduqué avec d'autres déficients, souvent plus gravement atteints que lui. Il ne tire aucun bénéfice de cette promiscuité et ses efforts sont vains.

Une éducation médico-pédagogique individuelle et familiale donne le maximum de résultats. L'enfant déficient doit vivre en milieu normal ; la mère est l'auxilaire indispensable du médecin rééducateur.

# CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

## Sur la possibilité d'une prophylaxie des embolies post-opératoires.

D'après les travaux du Prof. DUCUING (1) et ceux du Dr GODLEWSKY (2)

I

### LES EMBOLIES POST-OPÉRATOIRES CONSTITUENT UNE REDOUTABLE COMPLICATION, QUI AUGMENTE DE FRÉQUENCE

Sur 3.000 opérés, le Professeur Ducuing relève 225 phlébites, soit 7,5 p. 100, et 300 embolies soit 10 p. 100 ; or le pourcentage des décès post-opératoires par embolie est pour cet auteur au minimum de 2 p. 100. D'après Payr, la mortalité post-opératoire serait même de 6 p. 100, alors qu'en 1920, elle variait seulement entre 0,50 et 3,5 p. 100.

Cette *augmentation* du nombre des phlébites et des embolies post-opératoires est à la fois apparente et réelle. Elle est apparente, *car ces complications sont mieux décelées qu'autrefois* ; on n'attend pas que les membres inférieurs soient gros comme des sacs pour faire le diagnostic de phlébite. D'autre part, on range dans les statistiques d'embolies, des embolies moins évidentes que celles qui déterminent la mort ou de grosses pneumopathies.

Mais l'augmentation des phlébites et embolies post-opératoires est aussi réelle, *car on opère de plus en plus des malades à la limite des possibilités opératoires* : cancers envahissants du tube digestif, par exemple. Comme corollaire, beaucoup de laparotomies faites pour cancers à la limite de l'opérabilité, restent des laparotomies blanches ; or, toutes les opérations, surtout ces dernières, donnent des phlébites post-opératoires dans une proportion considérable (60 p. 100 d'après le Professeur Ducuing).

(1) Professeur DUCUING. — Le signe de la douleur plantaire prétalonière pour le diagnostic précoce des phlébites post-opératoires. (*La Presse Médicale*, 21 mai 1932.)

(2) Dr GODLEWSKI. — Phlébite et embolie post-opératoires. (*La Provence médico-chirurgicale*, mai 1932.)

## II

### IL FAUT DONC S'EFFORCER DE LES TRAITER A TEMPS, ET MÊME DE LES ÉVITER

**Pour les traiter à temps, il est nécessaire de savoir les reconnaître avant toutes manifestations cliniques.**

« La fréquence des phlébites et des embolies post-opératoires, les dangers que courent les malades, dont le diagnostic n'est pas posé, les résultats relativement heureux d'une immobilisation précoce (faute d'une meilleure thérapeutique), ont incité les chirurgiens à surveiller plus que jamais les suites opératoires de leurs opérés pour déceler les plus petits signes, traduisant une phlébite au début, ou une phlébite fruste ».

Tout chirurgien doit apprendre à reconnaître ces formes discrètes, insoupçonnées de phlébite viscérale (intestinale), de phlébites abdominale ou pelvienne, souvent méconnues ou prises pour d'autres complications et mal étiquetées.

Le *moment de l'apparition* de ces complications est variable, de quarante-huit heures à trois jours après l'opération : c'est ainsi qu'on peut voir des malades se plaindre le deuxième ou le troisième jour d'un petit point de côté, très douloureux durant trois à quatre jours, et pouvant s'accompagner d'un très léger crachement de sang. Si ces embolies des premiers jours sont en général peu graves, elles peuvent être mortelles (un cas de Godlewski chez un malade âgé de 42 ans).

D'autre part ces petites embolies précoces, même quand elles ne sont pas graves, doivent attirer l'attention du chirurgien sur la possibilité de phlébites vers la deuxième ou troisième semaine ; celles-ci sont de gravité variable.

Les embolies tardives sont bien plus rares.

*La localisation* de ces phlébites dépend naturellement de la région opérée. Celles du membre inférieur, consécutives aux interventions portant sur l'appendice et l'ovaire du côté droit, se font toujours du côté gauche. D'une manière générale d'ailleurs, les phlébites du membre inférieur gauche sont les plus fréquentes.

On doit signaler particulièrement les thrombophlébites de l'hypogastrique, survenant vers le quinzième jour à la suite d'une opération pour fibrome ; le diagnostic ne peut guère en être fait que par l'examen vaginal minutieux, qui permet de sentir le thrombus haut situé et très douloureux.

*Deux signes sont importants* pour prévoir la phlébite ou l'embolie, avant qu'elle ne se produise : ce sont l'*élévation du pouls et celle de la température* en saccades, les jours qui suivent l'opération.

Souvent, le Dr G. a vu une phlébite du dixième ou du douzième jour annoncée par une élévation de température de cinq à six dixièmes, apparaissant par saccades, par accès tous les deux ou trois jours. Dans les cas graves de septicémie phlébitique, du dixième au quatorzième jour, l'ascension progressive de la température à 38, 39, 40° est toujours d'un mauvais pronostic.

Avec l'accélération du pouls, il faut souvent noter un état d'énervement, un état d'angoisse, présenté par le malade, lequel contraste avec les symptômes cliniques apparents.

*Nombreux sont aussi les petits signes* : ballonnement de l'abdomen, œdème du pubis, des grandes lèvres, du scrotum et de la verge, diarrhée, ténesme rectal, bégaiement urinaire, etc.

Enfin, le Prof. Ducuing vient de montrer la valeur du signe de la *douleur plantaire prétalonnière* dans le diagnostic des phlébites post-opératoires.

« Quelques jours après l'opération, quelquefois au premier lever, alors que le malade n'accuse aucun autre symptôme, et que le chirurgien le plus averti ne constate rien d'anormal, apparaît une douleur dans la partie postérieure de la voûte plantaire, juste contre le talon et sur la ligne médiane. Cette douleur peut être provoquée par le chirurgien. » Elle est quelquefois excessivement vive, et des malades ont pu présenter une véritable hyperesthésie des téguments à ce niveau. Dans certains cas, la douleur spontanée se poursuit à la partie interne du pied, en avant du calcanéum, sous la malléole interne, et dans la gouttière rétro-malléolaire interne. Elle peut même s'accompagner d'une douleur provoquée au niveau du mollet par la flexion dorsale du pied, qui comprime les veines tibiales postérieures.

La douleur plantaire résulte de la pression qu'exercent les veines thrombosées sur les branches nerveuses qui se trouvent en rapport étroit avec elles. Ces veines sont d'autant plus comprimées que les loges, dans lesquelles elles cheminent sont inextensibles.

Ce signe révèle la phlébite jambière, au même titre que les petits signes, précédemment énumérés, révèlent les phlébites pelviennes. Mais il serait inconstant et pas toujours très précoce.

Si, dans les cas où la phlébite frappe d'emblée la jambe ou les veines plantaires, le signe de la

douleur talonnière peut se manifester comme un signe précoce de phlébite post-opératoire, on trouve plus fréquemment et plus sûrement les signes précoces de cette complication au niveau du bassin, même lorsque les lésions, léchant les veines pelviennes, viennent frapper plus sérieusement les veines crurales ou cruro-jambières. Si les signes pelviens paraissent quelquefois postérieurs aux signes jambiers ou plantaires, c'est qu'ils sont souvent très discrets, et de ce fait méconnus.

Néanmoins le signe de la douleur plantaire pré-talonnière est d'une valeur non négligeable, et il permet d'ord nner au plus tôt l'immobilisation, d'autant plus efficace contre toute aggravation, qu'elle est instituée précocement.

**Pour éviter les phlébites et embolies, il faut prendre certaines précautions au moment de l'intervention chirurgicale.**

Certains facteurs semblent, en effet, jouer un rôle primordial dans l'apparition de ces complications.

Ce sont : l'*infection* locale ou générale (grippe, par exemple), souvent discrète et passant inaperçue ;

le *traumatisme opératoire*, agent occasionnel ;

les *lésions des veines* ; dans la majorité des cas, il s'agit de malades ou obèses, ou à circulation ralentie, avec aplasie veineuse ; ce sont rarement des hypertendus ou des congestifs artériels, mais des veineux ou des hyperpassifs veineux ; ce sont encore des malades blêmes, très impressionnables, des insuffisants surrénaux ou thyroïdiens ;

les *altérations sanguines* ;

les *prédispositions individuelles* : maladie infectieuse antérieure, névropathie, affection cardiaque.

Puisque nous ne connaissons encore aucun traitement préventif de ces accidents, force nous est de suivre certaines règles prophylactiques, que le Dr Godlewski formule très heureusement de la manière suivante :

1° N'opé er un malade qu'une fois son dossier médical bien établi : état de la circulation ; tension ; étude du sang ; temps de coagulation ; état des veines ; sécrétions internes. Donner dès lors au malade ainsi observé toute médication utile.

2° Vacciner toujours le patient avant une opération importante, et principalement une opération abdominale.

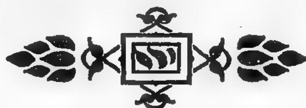
3° Stimuler le plus possible la circulation pour prévenir toute stase. Dans ces conditions, de petits mouvements effectués dans le lit ont des effets intéressants ; l'auteur préfère d'ailleurs, au lever précoce, « la promenade au lit » suivant l'expression du Professeur Forgue. Ce seront des mouvements d'abord passifs, puis actifs, faits dès le deuxième ou le troisième jour, et ceux-ci supprimeront le facteur mécanique de ces complications.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est que le danger des phlébites et des embolies post-opératoires n'est pas un leurre ; qu'il semble aller en progressant, à mesure qu'on opère de plus en plus des malades à la limite des possibilités opératoires ; et que c'est du côté des patients à opérer qu'il faut chercher un des éléments de prophylaxie de ces accidents.

Il convient d'autre part de ne négliger aucun des signes, même minimes, qui permettent de faire redouter, avant toute manifestation clinique, pareilles complications, afin de mettre aussitôt en pratique l'immobilisation. Elle seule, en l'état actuel de nos connaissances, nous permet d'éviter l'aggravation d'une phlébite ou l'apparition d'une embolie.

G. F.



# L'ACIDE URIQUE DANS L'ORGANISME ET LE PROBLÈME DE SON ÉLIMINATION

Par le Docteur Jean OLLIVIER,

Ancien chef de clinique à la Faculté.

Depuis que Garrod a su mettre en évidence l'augmentation de l'acide urique dans le sang des goutteux et des néphrétiques, l'étude de l'uricémie a pris en pathologie une place des plus importantes.

L'acide urique de l'organisme serait l'aboutissant du métabolisme des nucléo-protéides par désamination et oxydation de leur molécule.

A l'état normal, l'homme en élimine 5 à 7 centigrammes par vingt-quatre heures, et le taux de l'acide urique sanguin ne dépasse pas 4 à 5 centigrammes pour les auteurs français (Chauffard, Brodin, Grigaut). Il serait de 2 à 3 centigrammes pour les auteurs américains, cette différence trouvant son explication dans des techniques de dosage différentes.

On considère qu'il peut exister un acide urique exogène, en rapport avec une alimentation trop riche en nucléo-protéides (chair musculaire, foie, pancréas, thymus) et un acide urique endogène qui résulterait d'une désintégration des nucléo-protéides des tissus.

Les variations de l'acide urique de l'organisme peuvent se rencontrer au cours d'affections aiguës, mais elles prennent réellement de l'importance au cours de certaines affections chroniques, que nous pouvons considérer comme formant le cadre de l'arthritisme.

L'hyperuricémie est constante dans la goutte. On l'a vue atteindre 10 centigrammes. Elle s'accompagne souvent d'hypercholestérinémie. Pendant longtemps, elle paraît indépendante de tout facteur rénal, mais assez rapidement, comme l'a montré Rathery, les fonctions rénales sont troublées et on voit s'ajouter un élément de néphrite avec hyperazotémie et élévation de la constante d'Ambard. L'accumulation des cristaux d'urate de soude dans les tissus semble être un facteur important d'altération rénale.

Dans la lithiase rénale, Chauffard, Brodin et Grigaut ont montré que l'uricémie atteignait souvent 8 centigrammes. Normalement, l'acide urique est parfaitement soluble dans l'urine et devrait être éliminé par elle. Mais d'après Ritter, pour que l'acide urique ne se précipite pas sous forme de concrétion calculeuse, il est nécessaire que les urines contiennent une quantité notable de phosphate mono-sodique. Le plus souvent les urines des lithiasiques sont instables et la précipitation de cristaux peut résulter d'un écart de régime ou d'une médication inopportune.

Au cours des néphrites chroniques, l'uricémie, dans tous les cas beaucoup moins marquée que l'urémie, apparaîtrait toujours très longtemps avant elle. Cette hyperuricémie pourrait d'abord être indépendante d'une atteinte rénale, mais, à la longue, le rein subit les effets nocifs de la surcharge urique du sérum et une rétention d'origine rénale vient ajouter ses effets à ceux du trouble initial du métabolisme, si bien que certains auteurs ont insisté sur une uricémie d'alarme, précédant l'azotémie.

Au cours des affections hépatiques, on note aussi une hyperuricémie qui peut être indépendante de tout trouble rénal associé. Elle serait due pour Chauffard, Brodin et Grigaut à ce fait que le foie est devenu incapable d'assurer la transformation normale des nucléines et n'aboutit qu'à la formation d'acide urique.

Ces troubles, s'accompagnant d'hyperuricémie, constituent pour ainsi dire des accidents majeurs de l'arthritisme où viennent les rejoindre : eczéma, asthme, urticaire, migraine, obésité, etc., etc. Malgré Weissenbach et Françon, l'étiquette d'arthritisme n'est pas près de disparaître de la nosologie médicale. Elle groupe véritablement une série d'accidents cliniques, parfois très différents en apparence, mais ayant entre eux des liens indiscutables de coïncidence, d'alternance ou de succession.

Loeper et Debray en ont fait récemment une étude heureuse, sous le nom de diathèse précipitante ; pour eux, l'un des points le plus caractéristique de l'arthritisme est la présence dans le sang de certaines substances en excès : acide urique, acide oxalique, cholestérine, chaux, et le dépôt de ces substances dans certains tissus ou dans certains émonctoires.

L'acide urique est une des plus importantes de ces substances : chercher à éviter son accumulation, à aider à son élimination, c'est chercher une thérapeutique de l'arthritisme.

Le problème de l'élimination de l'acide urique se trouve donc posé.

Mais, avant de l'aborder, on doit logiquement envisager si une meilleure hygiène appliquée aux individus paraissant appartenir à la famille des arthritiques, ne pourrait prévenir l'envahissement de l'organisme par un tel déchet si difficilement éliminable.

Des notions actuelles sur la constitution de l'hyperuricémie et sur le mode d'apparition des accidents qui en découlent, on peut déduire toute une discipline des arthritiques, portant

à la fois sur leur hygiène alimentaire et sur leur hygiène générale.

Au point de vue de l'hygiène alimentaire, on peut considérer que dans la majorité des cas, surtout s'il s'agit de sédentaires, il y a intérêt à réduire la ration alimentaire globale quotidienne. On peut poser en fait que la plupart de nos citadins absorbent chaque jour notablement p us que ne leur demandent leurs besoins organiques, et plus que ne sont capables d'utiliser leurs combustions physiologiques. Cependant il ne semble pas possible de prescrire un régime omnibus, surtout pour ce qui est de la quantité absolue de la ration. Celle-ci devra être adaptée aux besoins de chaque malade, à son mode d'existence, aux variations menues que peut subir son activité physique, dans sa capacité de combustion, au cours des saisons.

D'une manière générale, il semble y avoir intérêt à réduire l'apport alimentaire en viandes, et surtout en viandes jeunes, et en tissus glandulaires dont la désintégration dans l'organisme pourrait aboutir à la formation d'une quantité importante de purines. Est-ce à dire qu'on doive tendre vers un régime strictement végétarien ? Non sans doute, car il est fréquent de voir des végétariens, convaincus et convertis de longue date, n'être point exempts des diverses misères de l'arthritisme. D'ailleurs, parmi les accidents de l'arthritisme, Loeper l'a montré, l'oxalémie peut jouer un rôle important à côté de l'uricémie et de la cholestér némie, et de nombreux végétaux sont riches en oxalates préformés, ou sont oxaligènes (pour Bricout, une cuisson prolongée, à grande eau, des légumes, pourrait atténuer cet inconvénient).

Si l'on ajoute que la peur de la cholestérinémie tendrait à faire nterdire œufs et graisses en général, on en arrive à ne pouvoir équilibrer de façon possible le régime d'un arthritique, auquel il ne resterait plus que le pa n et les pommes de terre, faute de quoi, selon le mot de L noss er, « le goutteux serait condamné à mour r de faim ». S'éloignant à la fois des extrêmes, régime végétarien absolu, et régime carné systématique tel que celui conseillé par Guelpa, l semble plus raisonnable de penser, avec Heckel, qu'un régime mixte avec ration carnée suffisante et sagement choisie, apparaît utile à la majorité des goutteux.

Ce régime mixte a, en tout cas, un grand mérite, c'est d'être applicable. Il va de soi qu'il devra être accompagné de mesures d'hygiène générale, régularité des évacuations digestives, hydrothérapie, activité musculaire et respiratoire progressive et raisonnable, et surtout absence de toute espèce de surmenage.

A ce dernier point de vue, à côté des cures de jeûne et de désintoxication préconisées par Guelpa, il serait bon d'instituer de véritables cures de détentes, de deux ou trois jours chaque quinzaine par exemple, ou chaque mois, suivant le degré d'intoxication du malade, pendant lesquelles il serait, non seulement mis à un régime hypotoxique, mais surtout enlevé à ses soucis quotidiens, et aux « bruits de la ville ». Il semble qu'une telle retraite serait souvent plus profitable qu'une cure de jeûne type Guelpa entre le téléphone et l'amoncellement de dossiers d'affaires, ou d'études. Cette détente est d'ailleurs parfaitement réalisée par la cure hydrominérale quand elle est sagement conduite et suivie.

Mais en dépit de cette précaution, l'intervention médicamenteuse doit bien souvent être mêlée au régime et à la discipline générale de l'arthritique.

Il n'est pas toujours aisé de fixer son choix, tant sont nombreux et parfois opposés, au moins en apparence, les médicaments qui ont été conseillés dans la thérapeutique de l'arthritisme.

On a usé du salicylate de soude, qui a paru particulièrement indiqué dans les poussées subaiguës goutteuses avec manifestations articulaires tendant à la déformation des jointures.

L'administration de salicylate de soude aux doses moyennes de 4 à 6 grammes pendant plusieurs jours de suite, augmente notablement le taux de l'acide urique urinaire, et semble, par conséquent, devoir débarrasser le sang de son excès d'urate de soude. Mais, dans le cas particulier de manifestations articulaires de la diathèse goutteuse ou arthritique, le salicylate de soude ne semble pas avoir l'action le plus souvent si nettement active qu'il présente au cours du rhumatisme articulaire aigu. Peut-être l'ion salicylé agit-il comme analgésique, et l'élément sodium agirait comme médication alcaline ?

La médication alcaline, a, en effet, été considérée comme un des éléments les plus importants de la médication antigoutteuse ou antiarthritique.

Les médecins anglais se servent surtout de sels de potasse, dont l'influence aurait été parculièrement heureuse sur les sables uriques ou uratiques.

En France, on a plutôt donné la faveur aux sels de soude, et Charcot et Bouchard ont pu donner à des malades jusqu'à 30 grammes de bicarbonate de soude par jour ; mais Le Gendre pense que cette thérapeutique alcaline massive pourrait n'être pas sans inconvénient sur les malades âgés, et conseille plutôt de s'en tenir à une alcalisation modérée, avec les eaux minérales alcalines.

L'acide benzoïque a été considéré par Ure, Bence, Jones, comme capable de transformer l'acide urique du sang en acide hippurique, et

les benzoates de soude, de chaux, d'ammoniaque ont été préconisés, mais, sans succès déterminant, semble-t-il. Le benzoate de lithine paraît généralement préféré, et peut-être doit-il cette faveur à son élément lithiné.

On s'est servi, indifféremment, dans la thérapeutique antiarthritique ou antigoutteuse, de divers sels de lithine : carbonate, benzoate, salicylate de lithine. Ces sels dissolvent facilement l'acide urique *in vitro*. Peu toxiques, en général, ils pourraient à haute dose exercer sur le cœur une action dépressive, analogue à celle des sels de potassium.

Tous les sels alcalins ont paru plus ou moins bons dissolvants de l'acide urique *in vitro*, mais de leur pouvoir *in vitro*, il est malaisé de conclure à leur action dans l'organisme. Pour certains auteurs, tous ces médicaments alcalins agiraient plutôt comme diurétiques banaux que comme dissolvants, ou mobilisateurs de l'acide urique.

D'ailleurs, si la médication alcaline systématique a eu ses partisans, certains médecins ont eu recours, non sans avantages, à une médication acide, ce qui nous permet de noter une fois de plus quelle incertitude demeure encore, dans la thérapeutique médicamenteuse de l'arthritisme et de la goutte.

On s'est servi d'acide citrique, sous forme de cures de jus de citron, qui auraient pour ré ultat l'alcalinisation du sang par formation, très rapide de citrate de soude.

L'acide HCl même a été préconisé.

Mais, surtout, on a eu recours à l'acide phosphorique dont Joulie a fait la base d'un traitement des goutteux et des rhumatisants. Joulie, considérant goutteux et rhumatisants comme hypoacides, pensait que la modification de leurs humeurs par apport d'éléments phosphoriques empêcherait la destruction des noyaux cellulaires, et par conséquent, la formation de purines génératrices d'acide urique.

Il est certain qu'on voit assez souvent des goutteux anémiés, atoniques, débilités, se trouver mieux après usage de la médication par l'acide phosphorique, mais Le Gendre aurait observé plusieurs fois des accès de goutte déclenchés par l'usage de l'acide phosphorique. Il peut être indiqué de rechercher l'élément phosphoré préconisé par Joulie, dans un sel de l'acide phosphorique, et on peut s'adresser au *phosphate disodique* que son extrême solubilité dans l'eau rend d'un maniement très aisé.

On s'est adressé encore, comme dissolvant de l'acide urique, *à la pipérazine*, qui a paru empêcher les dépôts d'urates chez les oiseaux, qui pourrait même les faire disparaître quand ils existent.

His formule cependant des réserves sur ces médicaments dont aucun n'influencerait nettement l'excrétion d'acide urique chez l'homme.

*L'urotropine* a été aussi conseillée aux goutteux. Si ce médicament n'est plus considéré comme uricolytique, et si sa valeur diurétique même est discutée, il demeure un remarquable antiseptique urinaire et biliaire, mais son usage trop prolongé peut causer quelques troubles qui commandent de ne pas l'employer à doses élevées, de façon continue, et sans discernement.

On s'est également servi d'acide quinique, qui se trouve dans la cuticule de la pomme et de certains fruits, favorables aux goutteux, et de combinaisons de cet acide à divers alcalins ; et de bien d'autres médicaments, sans succès assuré.

L'importance de cet arsenal thérapeutique démontre bien qu'on ne saurait parler, contre la diathèse arthritique, de médication spécifique.

Un des médicaments les plus vantés, dans la thérapeutique antiarthritique, est l'acide phényl-quinoléine carbonique, qui a été vulgarisé sous le nom d'atophan, et employé surtout dans les manifestations antigoutteuses.

Dohrn et Nicolaïer, en 1904, étudiant le métabolisme des bases puriques, ont constaté que les acides quinoléine carboniques auxquels était adjoint un groupe phényle, étaient capables de produire une élimination d'acide urique de 100 pour 100.

En 1910, Tchernikow et Magat ont publié quelques résultats favorables par l'emploi de l'acide phényl-quinoléine carbonique dans la goutte et le rhumatisme articulaire, et ces faits étaient confirmés l'année suivante par les observations de Weintraud.

Ces résultats heureux avaient été attribués à la capacité éliminatoire de l'acide phényl-quinoléine carbonique à l'égard de l'acide urique. Puis, en 1913, Starkenstein et Wiechowski ont montré que ce médicament possédait aussi une action antiphlogistique, ce qui étendait beaucoup les indications thérapeutiques.

L'action éliminatrice de l'acide phényl-quinoléine carbonique sur l'acide urique s'exerce aussi bien sur l'acide urique exogène que sur l'acide urique endogène ; on a constaté en effet, au moment de l'emploi de ce médicament, l'augmentation de l'acide urique urinaire au cours d'un régime pauvre en purines. On aurait même, par cette médication, amené une disparition totale de l'acide urique du sang et pour Brugsch l'acide phényl-quinoléine carbonique agirait en accélérant le débit de l'excrétion de l'acide urique.

En somme, après les hésitations qui ont marqué les autres tentatives thérapeutiques, certains thérapeutes semblant préférer la médication systématiquement alcaline, d'autres la médication strictement acide, l'acide phényl-quinoléine carbonique a paru rallier le maximum de suf-

frages ; c'est un médicament plus particulièrement favorable à empêcher l'accumulation d'acide urique.

Mais, comme beaucoup de médicaments actifs, l'acide phényl-quinoléine carbonique provoque parfois quelques phénomènes d'intolérance, en particulier quelques troubles des voies digestives, troubles gastriques, et pour certains auteurs (Lœwenthal, Mac Kay, Kinkert, etc.), hépatiques. C'est dire que ce médicament, bon agent d'élimination de l'acide urique, qui soulage souvent les goutteux, doit être administré par le médecin seulement et sous surveillance médicale.

Weintraud conseille, au cours de la médication par l'atophan, de faire boire abondamment le malade, et, pour éviter la précipitation de l'acide urique au niveau du parenchyme rénal, de donner abondamment des alcalins.

L'éther phényl-quinoléine carbonique ou novatophan offre la plus grande parenté chimique avec l'atophan, et en présente à peu près tous les avantages. En outre, il est soluble dans l'eau, n'a pas de goût désagréable, et paraît n'avoir aucune action fâcheuse sur la muqueuse gastrique.

Par ses propriétés anti-inflammatoires, qu'il a de communes d'ailleurs avec l'atophan, il décongestionne les tissus articulaires, les cartilages, les tissus de peu de vitalité, et en favorisant l'apport d'éléments nutritifs, actifs, détermine une mobilisation importante de l'acide urique.

Dans une étude récente sur la toxicité des produits phényl-quinoléine carboniques, Chabrol, Busson et Jacques Mennecier concluent d'ailleurs à la rareté des accidents sérieux si on considère l'ensemble des malades traités, et affirment que la crainte de ces accidents ne doit pas faire abandonner un médicament très précieux dans le traitement de la goutte et des rhumatismes aigus ou chroniques.

Grâce à l'association possible de sels de pipérazine, capables de déterminer la dissolution dans l'urine de l'acide urique ainsi mobilisé, on s'oppose aux accidents de coliques néphrétiques qui ont été signalés par l'usage de la médication par les produits phényl-cinchoniques. Le quinate et le tartrate de pipérazine qui peuvent être préférés, sont d'autre part, les sels les plus actifs du groupe pipérazique.

On se trouve souvent bien d'associer à ces médicaments mobilisateurs et éliminateurs de l'acide urique, l'urotropine ; nous avons vu qu'elle fait partie, dès longtemps, de la médication antigoutteuse et antiarthritique, plus d'ailleurs semble-t-il, comme un antiseptique urinaire et général, destiné à lutter contre les accidents infectieux chez ces malades, dont tous les éléments de défense sont médiocres.

Les accidents qui peuvent apparaître par l'emploi prolongé du médicament ne risquent guère de se manifester si on en use à petites doses, comme il paraît indiqué de le faire dans la plupart des états chroniques ; et l'arthritisme n'en est-il pas un au premier chef ?

Les sels de lithine conservent leur importance. Ils doivent leurs lettres de noblesse à Garrod et à Bouchard. Ce sont des titres. Il n'est point certain pourtant que ce soient de puissants dissolvants de l'acide urique, mais on ne discute guère leur action diurétique, et ils peuvent jouer un rôle anti-infectieux notable.

La médication acide a donné de trop favorables succès pour pouvoir être abandonnée, mais l'acide phosphorique est d'un maniement peu aisé, son hostilité pour la muqueuse gastrique bien connue. On peut pratiquement appliquer la thérapeutique acide en utilisant le phosphate disodique qui, outre l'obstacle qu'il apporte à la formation d'acide urique endogène, pourra s'opposer à la précipitation de phosphates terreux, c'est-à-dire s'opposer à la lithiase phosphatique, manifestation d'arthritisme non négligeable.

En somme, malgré la multiplicité des drogues proposées par les classiques contre les manifestations arthritiques et goutteuses, multiplicité qui peut faire croire qu'il n'en est point d'efficace — car c'est malheureusement presque une règle en thérapeutique, que lorsqu'à une maladie on s'efforce d'opposer de nombreux médicaments c'est qu'on n'en a pas trouvé un de véritablement bon — le praticien est loin d'être désarmé contre les manifestations pathologiques de la « diathèse précipitante ».

Au cours de l'étude des moyens rencontrés dans l'arsenal thérapeutique de l'arthritisme, on est conduit à s'adresser à l'acide phényl-cinchonique, ou à l'éther phényl-cinchonique, d'emploi plus agréable et peut-être moins toxique et qui a une action particulièrement énergique sur la mobilisation de l'acide urique du tissu conjonctif où il s'est accumulé, — aux sels de pipérazine, capables de dissoudre l'acide urique, de faciliter aussi son évacuation, — à la médication acide phosphorique, qui s'opposera à des destructions nucléaires pouvant aboutir à la formation d'acide urique endogène. Et enfin, il conviendra de ne pas oublier les sels de lithine — vieux médicament antigoutteux — employés avec bonheur par Garrod et par Bouchard, qui conservent à leur actif maints succès.

Tels sont les médicaments de base de la thérapeutique antiarthritique et antigoutteuse. Chacun semble avoir son rôle particulier : produit phényl-cinchonique, sel de pipérazine, acide phosphorique, sels de lithine, urotropine ont chacun leur importance. Du reste, le groupement de tous ces éléments a été heureusement

réalisé dans un complexe médicamenteux mis à la disposition des praticiens depuis quelques années sous le nom d'u omil, dont la moindre qualité, pourtant capitale, est de n'avoir aucune action secondaire ni sur l'estomac, ni sur le filtre rénal et les conduits urinaires.

Mais sans doute, la médication antiarthritique n'a-t-elle pas dit son dernier mot. Si on considère l'ensemble des accidents de l'arthritisme et surtout son caractère héréditaire et familial, on est conduit à envisager cette diathèse comme résultant peut-être de fragilités cellulaires spéciales, mais peut-être aussi de troubles métaboliques, secondaires à certaines imperfections endocriniennes. Si on arrive un jour à les préciser on aura sans doute en mains une thérapeutique préventive efficace des accidents de l'arthritisme.

BIBLIOGRAPHIE

Bricout. — Indications dans la thérapeutique de la goutte. (*Journ. méd. français*, juin 1924.)
Chabrol, Busson, J. Mennecier. — Soc. méd., hôp., 23 octobre 1931.
Chauffard. — Syndrome huméral de la goutte. (*Progrès Médical*, mai 1922.)
Chauffard, Brodin, Grigaut. — Soc. biologie, mai 1920, Soc. méd. hôp., décembre 1920.
Chauffard, Brodin et Grigaut. — L'hyperuricémie dans la goutte et dans la gravelle. (*Progrès Médical*, décembre 1922. *Presse médicale*, décembre 1920.)
Chauffard, Brodin et Grigaut. — Acide urique des urines dans la goutte et dans la gravelle. (*Presse médicale*, février 1921.)
Grigaut. — Soc. biologie, octobre 1920.
Hugounenq. — *Arch. mal. appareil dig. et nutrition*, 1907.
Klinkert. — *Thérapie der Gegenwart*, 1928 (page 140.)
Lambling. — Biochimie, 1925, Masson, édit.
Le Gendre. — La goutte. Nouveau Traité de médecine.
Loeper et Debray. — *Journal méd. français*, mai 1927.
Loewenthal, Mackay, Cronin Lowe. — *British medical Journal*, 1928 (page 592.)
P. Mathieu. — Action sur les fonctions du foie des eaux bicarbonatées sodiques et sulfatées sodiques. (*Strasbourg médical*, janvier 1925.)
P. Merklen. — Uricémie. (*Journal méd. français*, mai 1927.)
Mouzon. — *Presse médicale*, octobre 1928.
Perrin et Paul Mathieu. — *Journal méd. français*, mai 1927.
Rathery. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, janvier 1922.
M. P. Weil. — Uricémie témoin de l'insuffisance rénale. (Soc. biologie, novembre 1921.)
M. P. Weil. — Acide urique libre et acide urique combiné des globules sanguins et du plasma. (Soc. biologie, février 1922.)
M. P. Weil et Ch. Guillaumin. — Diverses formes des composés uriques sanguins. (*Paris médical*, 30 décembre 1922.)

## *L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE*

# La Presse

**Le rôle de la clinique dans les sciences biologiques.**

C'est le sujet que vient de traiter le Professeur E. Sergent dans une conférence, faite à l'hôpital de la Charité. La clinique, dit-il, est la recherche de tous les signes et symptômes, qui révèlent les troubles apportés par un état pathologique au fonctionnement normal des organes et des appareils, ces signes et ces symptômes étant enregistrés par la mise en œuvre de tous les moyens et procédés d'exploration actuellement connus, aussi bien au lit du malade que dans les laboratoires.

Quant aux sciences biologiques, elles ont pour objet d'étudier les formes et les fonctions des êtres vivants ; elles comportent donc nécessairement l'étude des modifications apportées à ces formes et à ces fonctions par la maladie. La clinique ne peut par conséquent être exclue du domaine des sciences biologiques.

Or, la clinique est l'une des sciences les plus difficiles, parce que l'une des plus complexes. Elle s'est développée progressivement par étapes successives ; elle est arrivée à la période où les jeunes peuvent l'admirer, sans se rendre compte des efforts et de l'inlassable labeur de ceux qui les ont précédés. La clinique a progressé par elle-même, mais elle a fait progresser les autres sciences biologiques ; elle a souvent « ouvert la voie ».

Le but de la clinique et de la médecine est de soulager, sinon de guérir les malades ; c'est aussi d'éviter, si possible, certaines maladies. La médecine s'est évertuée, tout le long de siècles, non seulement à construire la séméiologie, qui conduit au diagnostic, mais à chercher les moyens de faire disparaître les troubles apportés au fonctionnement normal des organes par les désordres pathologiques ; et ici, apparaît la thérapeutique.

Ce but de la médecine ne peut être atteint qu'à une double condition : d'une part, l'application méthodique, rigoureuse, de toutes les acquisitions, qui ont été peu à peu accumulées par les recherches scientifiques, et, d'autre part, l'affirmation d'un diagnostic exact, précis, et aussi précoce que possible.

En résumé, le clinicien doit être un homme instruit, n'ignorant rien de ce qui est connu à l'heure où il exerce son art et sa science, et s'attachant, d'autre part, à accroître par ses recherches personnelles, la somme des connaissances déjà acquises. Il doit être non pas sceptique, mais réservé et quelque peu douteur. Il doit avoir l'esprit de sagesse, l'esprit de philosophie. Il lui est permis de lancer des hypothèses rationnelles, génératrices de recherches fécondes, mais dont il doit attendre le contrôle par la masse des observations cliniques, expériences spontanées, ou par la rigueur des recherches de contrôle, expériences provoquées.

La clinique est tellement hérissée d'obstacles et de complexités, le clinicien doit posséder tellement de qualités : science, art, esprit de philosophie, qu'on comprend pourquoi la médecine a progressé si lentement, et au prix de quels efforts elle est parvenue cependant à s'élever du simple empirisme, qui a caractérisé ses premiers pas, au rang des sciences biologiques, parmi lesquelles elle a conquis l'une des plus nobles et des plus respectables places. (*Journal des Praticiens*, 2 avril 1932.)

### Les paraplégies.

Au point de vue pratique, S. R. distingue : les paraplégies par compression ; les paraplégies par myélite aiguë ou chronique ; les paraplégies par névrites infectieuses ou toxiques ; les paraplégies d'origine corticale ; les paraplégies hystériques.

Les paraplégies par compression comprennent : le mal de Pott, les tumeurs de la moelle (intervention chirurgicale), les cancers.

Contre les paraplégies par myélites aiguës, on recommande le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur (40 à 80 c.c. les premiers jours, et ensuite tous les deux jours), et pour les autres maladies infectieuses, les sérums antistreptococcique de Vincent, antistaphylococcique, antigonococcique, antidysentérique, antidiphtérique (40 à 80 c.c. par jour, six à huit jours de suite).

Contre la myélite syphilitique, c'est le traitement mercuriel alterné avec le traitement bismuthé. Contre la sclérose en plaques d'origine infectieuse le Professeur Pettit, de l'Institut Pasteur, prépare un sérum.

Quant aux névrites infectieuses ou toxiques, il faut s'attaquer à l'élément causal, infection ou intoxication exogène (alcool, arsenic, plomb, oxyde de carbone), ou intoxication endogène (diabète, béribéri). Dans les infections, il n'y a guère que la diphtérie, la syphilis, le paludisme, et les suppurations qui puissent être atteintes dans leur cause.

L'encéphalite épidémique peut, par origine corticale, se traduire par la paraplégie : abcès de fixation et uroformine. Des tumeurs sont aujourd'hui enlevées par voie corticale. S'il s'agit de lacunaires, avec foyers diffus dans l'écorce cérébrale, les piqûres d'acécholine (0 gr. 10 par jour), les potions iodurées (0 gr. 30 à 0 gr. 40 par jour), l'application d'un cautère à la pâte de Vienne sur une épaule peuvent retarder l'évolution. Surtout pas de saison hydrominérale n'importe où ; elle risquerait de précipiter les accidents. (*Journal des Praticiens*, 2 avril 1932.)

### Traitement de certaines affections cutanées par la méthode de l'U. V. A. G.

La méthode, envisagée par MM. Craps et Alechinsky, associe la solution aqueuse de nitrate d'argent de 1 à 5 p. 100, en badigeonnage, à l'irradiation par les rayons ultra-violets. Une fois le badigeonnage effectué, on soumet aussitôt la région à l'irradiation par une lampe à vapeur de mercure. Compte tenu de la surface à traiter et de la chaleur dégagée par la source actinique, celle-ci est placée à une distance aussi petite que possible de la lésion. Il y a lieu de noter que la durée de la séance doit être proportionnée à cette distance, mais que celle-ci, par contre, n'a aucune influence sur la rapidité de la guérison.

Les auteurs ont toujours fait des séances de cinq minutes, en plaçant la source à 20 cm. avec une lampe de Bach, et à 10 cm. avec une lampe de Kromayer. Ce temps est suffisant pour amener l'assèchement complet de la solution et le noircissement de la région traitée, surtout avec une lampe de Bach. Les résultats ont été favorables dans tous les cas. L'eczéma aigu s'est montré nettement influencé dès la première séance (disparition complète du suintement et du prurit) ; le suintement ne reparaît que peu avant la deuxième séance, faite à deux jours d'intervalle ; après la troisième séance, assèchement complet.

Mêmes résultats dans les eczémas chroniques localisés, humides ou non ; les intertrigos avec ou sans lésions fissuraires ; les eczémas hyperkératosiques ; les ezcématides figurées de Brocq. Les ulcères variqueux avec eczéma variqueux ont donné un succès rapide et complet dans deux cas. (*La Presse Médicale*, 19 mars 1932.)

### Le climat de Royat ; son influence dans la cure des maladies cardio-vasculaires.

Le Docteur Boucomont (de Royat) démontre combien sont variées les ressources qu'offre la station de Royat. Son climat tempéré, sa situation à flanc de coteau dans une vallée abritée, sa demi-altitude, son sol perméable et l'air des montagnes en font du point de vue climatologique une ville d'eaux très nettement favorisée.

Les qualités de ses eaux, si diverses par leurs

thermalités différentes et leurs principes minéraux, leur richesse en acide carbonique libre, et la balnéation carbo-gazeuse naturelle à température indifférente (30° à 35°), qui est celle même des sources, font de Royat un des grands centres de la thérapeutique thermale. (*Journal de Méd. et de Chir. Pratiques,* 10 avril 1932.)

### Le sang des radiologistes.

On sait que les radiations ont sur l'organisme une action qui, selon les doses employées, peut être destructive ou excitatrice. Le Docteur Ch. Aubertin étudie leur action sur le sang et les organes hématopoïétiques des radiologistes, c'est-à-dire des sujets, médecins ou non, qui, habituellement et professionnellement, sont exposés soit aux rayons de Rœntgen, soit aux rayons du radium, soit aux émanations de substances radio-actives, telles que le thorium X ou le mésothorium. Une seule condition semble nécessaire : un maniement régulier, quotidien et généralement déjà ancien de ces substances radio-actives.

Il existe chez un certain nombre de ces sujets des modifications sanguines, généralement légères, discrètes et ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel. Mais parfois — le fait est heureusement relativement rare, mais non exceptionnel — on peut constater chez quelques-uns d'entre eux le développement d'une hémopathie subaiguë, soit destructive, c'est l'anémie pernicieuse, soit hyperplasique, c'est la leucémie, généralement à forme myéloïde.

Les modifications latentes du sang chez les radiologistes, en apparence bien portants, ne peuvent être mises en évidence que par un examen systématique ; les hématies sont généralement en nombre normal, et l'hémoglobine ne présente aucune modification. C'est du côté des globules blancs que l'on peut trouver des modifications spéciales ; il y a une tendance à la leucopénie avec hyponeutrophilie, et augmentation de 4 à 7 % des éosinophiles. On ne trouve pas de leucocytes anormaux, même lorsqu'il y a une inversion marquée de la formule leucocytaire. La leucopénie rœntgénienne peut apparaître assez rapidement ; dans quelques cas deux mois, un mois même d'exposition, suffisent pour la rendre appréciable, et il faut une cessation prolongée de l'exposition, ou un renforcement de précautions aboutissant au même résultat, pour permettre à la formule de revenir à la normale. Il n'y a aucun rapport entre ces lésions sanguines et les lésions cutanées, en particulier celles des mains. Ces modifications sanguines ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel, pas même d'asthénie. Le pronostic reste bénin, cette leucopénie se rencontrant d'ailleurs chez un quart environ des sujets professionnellement exposés.

Quant aux anémies proprement dites des radiologistes, elles sont relativement rares par rapport au grand nombre de personnes exposées quotidiennement aux radiations. Leur début est extrêmement lent, progressif et insidieux, et l'on peut dire qu'il n'y a pas de symptômes, ni cliniques, ni hématologiques prémonitoires. Les premiers symptômes sont une fatigue inusitée, un peu de dyspnée et surtout une pâleur extrême; puis ce sont les signes habituels de l'anémie grave. Les caractères hématologiques rappellent ceux de l'anémie aplastique cryptogénétique : chute rapide des hématies accompagnée d'une chute parallèle des polynucléaires, thrombogénie ; ils n'en diffèrent que par la présence de quelques signes, et d'ailleurs bien légers de réaction médullaire anormale : anisocytose habituelle, présence de myélocytes et d'hématies nucléées ; encore ces signes manquent-ils bien souvent.

L'évolution est rapide ; en trois mois au maximum l'affection aboutit à la mort. Il s'agit d'une anémie par destruction globulaire : la réaction défensive contre cette destruction se fait mal, d'où le caractère aplastique de l'anémie.

La forme clinique la plus spéciale de ces anémies est celle qui atteint les ouvrières employées à la peinture des cadrans lumineux des montres et pendules. Elle peut survenir plusieurs mois après la cessation du travail, car les substances radio-actives s'accumulent dans l'organisme. Avant l'anémie apparaissent la perte des dents, puis la nécrose plus ou moins étendue du maxillaire inférieur, et les ulcérations buccales.

La leucémie des radiologistes, enfin, est une maladie assez rare ; c'est une leucémie myéloïde s'observant, non pas chez des médecins possédant une installation radioscopique de secours, mais chez des confrères complètement spécialisés. Cette leucémie est classique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue hématologique. Le parallélisme entre l'importance de la leucémie et celle de la splénomégalie est en général très net. L'évolution de cette forme est un peu plus rapide que chez les autres leucémiques, amenant la mort en dix-huit mois à trois ans malgré l'institution pourtant très précoce de la radiothérapie. (*Le Monde Médical,* 15 avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Infarctus de l'instestin grêle. Guérisons.

(MM. J. Guibal et R. Rousseaux, de Nancy. — *Société de chirurgie* ; 15-6-1932.)

On connaît la gravité de l'infarctus de l'intestin grêle, qui provoque des nécroses iléo-mésentériques souvent très étendues, et se termine trop généralement par la mort. Il y a, à cela, cependant, quelques exceptions.

M. Moulonguet en rapporte, au nom de MM. Guibal et Rousseaux, un exemple. Il s'agit d'un homme de 49 ans qui fut pris, subitement, de douleurs abdominales violentes, avec léger météorisme et défense discrète de la paroi. Pensant à une pancréatite hémorragique, les auteurs intervinrent et arrivèrent, après laparotomie, sur un segment intestinal de 80 centimètres, offrant l'aspect rouge-violacé typique de l'infarctus hémorragique. Résection de 90 centimètres d'intestin avec la portion correspondante du méso, et rétablissement de la continuité intestinale par anastomose au bouton de Murphy. Les suites opératoires furent simples. Emission du bouton au vingt-deuxième jour. Sortie de l'hôpital le vingt-septième jour. La guérison s'est maintenue, depuis un an.

— MM. Perdoux, de Poitiers, et G. Pouchet, de Pamiers (cas rapportés par M. P. Brocq), ont observé, l'un et l'autre, un cas d'infarctus de l'intestin grêle, constaté au cours de la laparotomie, et non réséqué parce que l'intervention paraissait plus défavorable que l'abstention, et qui ont guéri spontanément.

Onze cas de guérisons spontanées d'infarctus reconnus par laparotomie ont été publiés déjà. Cette question est encore mal précisée, de même que la pathogénie de certains de ces infarctus (embolie artérielle, trouble fonctionnel vaso-moteur, entérite ulcéreuse, etc.)

### Infarctus hémorragiques utérins.

(M. J. Braine. — *Societé de chirurgie* ; 15-6-1932).

Encore une variété d'« abdomens aigus » ressortissant de la chirurgie d'urgence, de la chirurgie de garde.

Les infarctus hémorragiques utérins et tubo-ovariens sont des états morbides assez rares, peu connus, en France particulièrement.

Dans son rapport sur les deux observations de M. Braine, M. Mondor cite surtout des documents allemands, concernant une dizaine de cas, étudiés au point de vue anatomique et pathogénique, plus que clinique.

Les circonstances étiologiques semblent se grouper autour d'une notion importante, celle de grossesse en évolution ou récemment terminée, ou multiparité dans un passé plus ou moins éloigné.

Les deux faits de M. Braine, beaucoup plus détaillés quant au côté clinique, permettent de tracer un tableau symptomatique de cet accident : soudaineté des troubles chez de jeunes femmes ; intensité de la douleur ; état de shock abdominal intense, avec pâleur, angoisse, sueurs froides, petitesse et rapidité du pouls, coïncidant avec une température voisine de la normale ; contracture modérée et assez nettement limitée à l'étage sous-ombilical ; irradiation douloureuse lombaire ; absence d'épanchement abdominal perceptible et absence d'écoulements vaginaux.

### Torsion des annexes saines chez l'enfant.

(MM. E. Sorrel, Oberthur et Loutsch. — *Société de chirurgie* ; 8-6-32.)

Deux cas de torsion des annexes saines chez des petites filles ont été observés au cours de ces derniers temps dans le service de M. Sorrel. L'un était une torsion en masse de l'ovaire et de la trompe, l'autre était une torsion de la trompe.

Le nombre des observations publiées de torsions des annexes saines n'est pas encore très grand (31, y compris les deux cas actuels). Plusieurs concernent des femmes enceintes. Il peut s'agir aussi, comme le montrent les deux cas de M. Sorrel, de fillettes (ici onze et treize ans). Il semble qu'alors on puisse jusqu'à un certain point, rapprocher l'accident en question de la torsion du cordon testiculaire, que l'on voit assez souvent chez les garçons.

— M. André Martin remarque que le diagnostic de torsion des annexes saines chez la petite fille est très difficile. L'auteur a été appelé, un jour, auprès d'une jeune fille de 14 ans présentant un syndrome abdominal rappelant la rupture de la grossesse tubaire. Pensant, en raison de l'âge de la malade, à une torsion d'annexe saine, il fit une laparotomie et tomba sur une inondation péritonéale tenant à une rupture de grossesse tubaire gauche. L'examen histologique confirma ce diagnostic. On voit que le problème est parfois délicat ; la conduite thérapeutique, il est vrai, est invariable : l'intervention.

### Pneumo-péritoine spontané.

(MM. Pierre Monod et Holiander. — *Société de chirurgie* ; 15-6-1932.)

M. d'Allaines rapporte, au nom de MM. Pierre Monod et Holiander, un cas de pneumopéritoine paraissant spontané

Le malade était entré à l'hôpital pour un tympanisme progressif et à marche assez rapide de l'abdomen, sans contracture de la paroi et avec une évacuation intestinale normale. L'ouverture du péritoine permit l'échappement d'un gaz indolore sous pression. Les organes abdominaux étant trouvés sains, le ventre fut refermé. Guérison, sans récidive.

Les auteurs ont relevé, dans la littérature médicale, 34 observations de pneumopéritoine. Les causes étaient diverses : blessure opératoire ou accidentelle, pariétale ou viscérale, formant une perforation à clapet, affection d'un viscère creux ayant entraîné une perforation et permis la filtration du contenu gazeux dans la grande cavité. L'organe le plus souvent en cause, a été l'estomac.

M. d'Allaines incline à croire que le cas relaté par MM. Monod et Holiander rentre dans ce groupe général, et qu'il est peu probable qu'il s'agisse véritablement de pneumopéritoine spontané.

— M. Proust considère également le pneumopéritoine comme lié, dans la majorité des cas, à une perforation petite communiquant par un trajet vraisemblablement oblique avec la grande cavité.

— M. Cunéo ajoute qu'il n'est pas douteux que des perforations d'ulcère gastrique puissent guérir spontanément. On s'explique alors l'apparence spontanée possible du pneumopéritoine.

P. L.

### Le bactériophage et l'immunotransfusion dans la fièvre typhoïde

(M. Manoussakis, d'Athènes, présenté par M. Zoeller ; *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 10-6-1932.)

De l'étude d'un certains nombre d'observations, il résulte que le traitement habituel, employé seul, donne des résultats, moins bons qu'associé au traitement spécifique. Quant au bactériophage, il semble qu'il agisse plus sûrement en injection que par voie buccale. Les cultures intégrales des auto-bactériophages paraissent avoir une action plus favorable que les auto-bactériophages filtrés ou chauffés.

Employées suivant les données fournies par l'auteur, ces cultures sont inoffensives. En dehors de la baisse de la mortalité et de la durée de la maladie, on observe souvent la transformation d'une forte pyrexie continue en une pyrexie faible, continue ou intermittente, avec amélioration de tous les symptômes. L'efficacité de ces bactériophages semble être conditionnée par la précocité de leur emploi, avant l'installation de l'intoxication typhique. La forme de la maladie et ses localisations possibles sont à considérer. Les fièvres typhoïdes déterminées par des bactéries très toxigènes, les fièvres typhoïdes avec localisation à la plèvre, aux poumons, n'ont pas été favorablement influencées.

Sont justiciables des injections d'auto-bactériophages toutes les fièvres typhoïdes, quel que soit leur stade évolutif, à condition qu'il n'y ait pas de localisation, ni de signes d'intoxication typhique profonde. Lorsque ceux-ci existent, mais sont légers (pouls autour de 120, léger tuphos, injection cyanique des joues, délire, myoclonies, tremblements, secousses musculaires), on peut encore tenter le traitement ; mais, si au bout de quarante-huit heures à trois jours l'intoxication au lieu de rétrocéder s'aggrave, il est inutile d'insister, et il faut se hâter de secourir le malade par l'immunotransfusion.

Cette dernière méthode constitue un remède efficace contre la fièvre typhoïde aux conditions suivantes : longue préparation des donneurs par des injections réitérées de vaccins, revaccination de ceux-ci par le germe infectant six à huit jours avant la récolte du sang, injection des doses de sang proportionnées à la gravité de la maladie, et surtout emploi précoce de la méthode ; l'échec est très souvent à craindre et d'autant plus que l'intoxication est plus avancée.

### Sur l'image radiologique de l'abcès putride du poumon

(MM. Emile Sergent, R. Kourilsky et Gessen. — *Soc. médicale des hôpitaux de Paris* ; 10-6-1932.)

On se fonde trop souvent, au cours de l'évolution des abcès putrides d'emblée, sur des modifications radiologiques d'interprétation erronée pour juger de l'efficacité d'un traitement médical, et pour différer une intervention chirurgicale.

La disparition radiologique d'une cavité au sein d'une plage de condensation, alors que celle-ci persiste, ne doit pas être interprétée comme une victoire thérapeutique ou comme une amélioration spontanée, qui engage à recule l'intervention. Elle a, au contraire, la signification d'une poussée évolutive (focale ou péri-focale), et doit faire prévoir l'aggravation prochaine des lésions. Elle est, en effet, suivie à brève échéance d'une extension de la zone opaque, de l'apparition de petites cavernules ou de la réapparition de la cavité ancienne.

La disparition radiologique d'une cavité ne correspond à sa disparition anatomique que si la condensation péri-cavitaire disparaît en même temps qu'elle.

Les incidents cliniques et radiologiques, observés au cours de l'évolution de l'abcès putride, ne doivent pas être interprétés étroitement en fonction du drainage, mais bien plutôt en fonction de la recrudescence ou de l'accalmie du processus de broncho-pneumonie nécrosante à la périphérie de l'abcès.

L'intervention chirurgicale découvre, en règle générale, une cavité toujours bien plus grande que la radiologie ne le faisait prévoir, et permet de constater qu'une grande partie de l'opacité péri-cavitaire correspond à un bloc de tissu nécrosé, qui s'élimine, une fois la brèche pulmonaire faite, aggrandissant ainsi les limites de la cavité apparente.

G. F.

## Lille

*Société médicale et anatomo-clinique.*

**Gliome temporo-occipital profond.**

(Présentation de pièce).

MM. Langeron et Cordonnier. — Gliome temporo-occipital profond, diagnostiqué sur la constatation de signes d'hypertension intracranienne, avec hémianopsie et hémiparésie, — non retrouvé à l'intervention — vérifié à l'autopsie. Inextirpabilité.

**Calcification pleurale simulant une pleurésie enkystée ; abcès sous-jacent fistulisé. Vérification anatomique.**

M. D'Hour. — Homme de 68 ans, présentant des signes de pleurésie à la base droite. Ponctions négatives, l'aiguille bute sur un plan dur. On pense à une plaque calcaire de la plèvre.

Quelques jours plus tard, apparaît une collection purulente, qui est incisée et drainée. Il s'agissait, comme l'a montré l'autopsie, dix jours après, d'un abcès gangréneux du poumon, développé derrière une plaque calcaire.

L'auteur résume la question des calcifications pleurales ; il insiste sur les difficultés du diagnostic entre les abcès du poumon et les pleurésies enkystées.

**Un cas de diverticule de la vessie.**

(Présentation de radiographies.)

M. Lepoutre — Jeune homme de 18 ans, porteur d'un volumineux diverticule de la vessie, à gauche, ayant à peu près les dimensions du réservoir lui-même. Ce malade était envoyé pour hématurie, mais il avait eu plusieurs crises de rétention, ayant nécessité le cathétérisme évacuateur.

Le diagnostic a été fait par la cystoscopie d'abord, par la cystoradiographie, ensuite Le diverticule a été enlevé chirurgicalement.

L'auteur rappelle un certain nombre de cas du même genre observés par lui. Il étudie le traitement curatif, qui ne peut être que l'ablation — et les traitements palliatifs auxquels on peut recourir quand l'ablation n'est pas possible.

**Cellulite gangréneuse du cou, due à une carie latente de la dent de sagesse.**

M. Lavrand. — Jeune femme de 25 ans, présentant du trismus avec douleur et tuméfaction à l'angle droit de la mâchoire inférieure, accidents dont l'origine pouvait être rapportée, *a priori*, à une dent de sagesse. Mais celle-ci existait, parfaitement évoluée et saine en apparence.

Les accidents continuent avec fièvre. Pour permettre un examen plus complet, on supprime le trismus au moyen d'une injection de novocaïne : on constate alors une infiltration massive de toute la branche montante, ayant pour centre la troisième molaire ; on enlève cette dent, qui porte une carie postérieure, cachée par un bourrelet muqueux.

Consécutivement, processus de cellulite gangréno-gazeuse. Incision large, sérothérapie antigangréneuse. Guérison.

L'auteur insiste sur la nécessité de surveiller les dents de sagesse : leur carie, susceptible de causer des accidents graves, peut rester latente, à l'abri d'un repli muqueux. Il souligne les bons effets du sérum antigangréneux. Il montre enfin l'influence heureuse de la novocaïne pour supprimer le trismus.

# Les Congrès

## IXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(*Suite et fin*) (1)

**Progrès récents de l'anesthésie chirurgicale**

D. — *Anesthésie locale et régionale.*

**6° Résumé du rapport de M. le Docteur A. Trias-Pujol (Barcelone).**

Dans ce travail nous considérons le blocage des nerfs produit non seulement par les substances qui, comme la cocaïne et ses dérivés, ont un effet spécifiquement anesthésique, mais aussi par ces autres qui, mises en contact avec les fibres ou les synapsis nerveuses, introduisent en elles des modifications fonctionnelles et anatomiques qui, dans certains cas, peuvent être d'une longue durée, voire même définitives (alcool, acide phénique, nicotine, acide osmique, etc.).

1° *Blocage chimique de la sensibilité viscérale, avec des buts diagnostiques et thérapeutiques.*

a) *Anesthésie para-vertébrale* : La correspondance entre les parties rachidiennes et l'innervation sensitive établie par Lawen, Kappis et Pieri, a été la base pour le blocage sensitif paravertébral, permettant de trouver la localisation des lésions viscérales dans quelques cas de syndromes obscurs.

Comme moyen thérapeutique, on l'a employé dans les crises *gastriques des tabétiques*, avec des résultats inconstants. Dans l'*angine de poitrine*, le blocage du ganglion cervico-thoracique peut avoir une

(1) V. *Concours Médical*, nos 37, 38, 39, 40 et 41.

grande valeur diagnostique pour décider de son extirpation chirurgicale.

b. *Le blocage anesthésique de la douleur d'irradiation.*

C'est principalement au niveau du nerf phrénique que ce blocage peut avoir une grande utilité diagnostique, en différenciant quelques lésions des viscères thoraciques et abdominaux, qui peuvent se confondre par l'intensité de ces irradiations.

c) *Anesthésie intradermique et sous-cutanée pour le blocage des zones de Head.*

Résultats brillants dans les processus inflammatoires aigus du poumon, calmant le point de côté et permettant de vastes mouvements respiratoires. De même, résultats excellents en général dans la colique hépatique.

Le blocage intradermique définitif avec l'alcool a beaucoup amélioré un malade affecté de cancer gastrique inextirpable (cas personnel).

Dans l'*angine de poitrine*, il peut être utile.

2° *Le blocage cocaïnique dans les dérangements fonctionnels de l'estomac.*

Discussion des applications modernes de cette méthode soit, pour elle-même, soit comme auxiliaire de la chirurgie. Dans la statistique personnelle de l'auteur, le vomissement rebelle des opérés et des personnes enceintes s'est plus amélioré avec l'anesthésie paravertébrale qu'avec celle des planchniques.

3° *Le blocage chimique du sympathique dans le traitement de l'iléus paralytique.*

L'anesthésie spinale, l'anesthésie des splanchniques et l'anesthésie paravertébrale ont le même effet. Dans la première, les effets sont certains, mais on doit tenir compte d'une certaine hypotension artérielle, moins marquée dans celle des splanchniques, quoiqu'elle ne soit pas grave ; le moyen le plus efficace de la combattre est l'adrénaline qui, d'autre part, neutralise l'action du blocage en intéressant la motilité intestinale. Il convient ensuite d'éviter cette hypotension. L'anesthésie paravertébrale, du fait d'être plus longue et moins difficile, a moins d'application dans l'iléus.

Nous croyons que l'anesthésie des splanchniques avec de la novocaïne, *sans* adrénaline, est préférable. Dans l'iléus paralytique secondaire à la péritonite aiguë généralisée grave, le blocage du sympathique est en général inefficace.

Dans les péritonites généralisées discrètes et dans les péritonites localisées, nous le croyons contre-indiqué. Il sera seulement applicable à la paralysie intestinale consécutive à une péritonite déjà vaincue (cas rare). Dans l'iléus paralytique subséquent à un obstacle mécanique il peut être un moyen auxiliaire efficace une fois qu'on aura enlevé ou exclu l'obstacle.

Le blocage du sympathique avec de la nicotine ne possède pas encore dans la clinique le caractère d'une acquisition thérapeutique définitive. Comme on ne peut pas l'injecter dans l'épaisseur des ganglions semi-lunaires, son action est faible si la solution n'est pas concentrée, et, si elle l'est, l'hypertension qu'elle détermine est dangereuse.

*Le blocage du sympathique lombaire dans la maladie de Hirschprung.*

Cliniquement et expérimentalement, la valeur thérapeutique du blocage du sympathique lombaire dans cette affection est reconnue comme étant moins grave que les autres méthodes chirurgicales.

4° *Le blocage chimique nerveux dans les affections pancréatiques.*

Il paraît qu'aux paires D IX et D X gauches correspond la conduite sensitive du pancréas. Son blocage a déjà fait ses preuves favorables dans la clinique contre la douleur aiguë, et il paraît que quelques pancréatites aiguës se sont améliorées. Des recherches pathogènes paraissent faire présumer, au milieu des obscurités de cette question, que le blocage paravertébral ou des splanchniques peut être d'une grande valeur thérapeutique dans les premières heures de la *nécrose aiguë du pancréas.*

Dans le *diabète*, on entrevoit diverses possibilités dérivées de la diminution de la glycémie dans le blocage des splanchniques et du nerf vague, sans que nous puissions aujourd'hui établir rien de définitif.

5° *Le blocage nerveux dans les maladies des reins.*

L'anurie réflexe fournit à ce blocage une indication précise. L'anesthésie paravertébrale a une action sélective sur le sympathique, mais produit un relâchement des parois abdominales et une congestion intra-abdominale qui ne se présentent pas dans le blocage des splanchniques.

Dans l'éclampsie gravidique le blocage a donné des résultats satisfaisants.

La *lithiase urétrale* peut être favorablement influencée par le blocage des splanchniques ; il calme la douleur et favorise l'évacuation des calculs.

6° *Le blocage nerveux dans certaines affections des extrémités.*

A. — Dans les troubles circulatoires des membres

a) *Névrolyse péri-artérielle.*

b) *Blocage des nerfs rachidiens par l'alcool.*

c) *Blocage chimique de la chaîne sympathique lombaire et du sympathique cervico-thoracique.*

Ce blocage anesthésique a été proposé comme moyen diagnostique et employé pour évaluer le résultat de la sympathectomie paravertébrale.

d) *Anesthésie spinale pour les membres inférieurs.*

B. — Blocage anesthésique du nerf sciatique.

C. — Blocage anesthésique des ganglions paravertébraux

Pour les ganglions dorsaux supérieurs, on suit la technique de Labat.

Pour la chaîne lombaire, Whitte a proposé la même technique de Kappis.

*Névrolyse thérapeutique de la chaîne sympathique lombaire avec l'alcool ou le triphénol.*

L'auteur a employé dans douze cas le blocage durable du sympathique lombaire à la place de la gangliectomie sanglante.

Pour éviter le blocage simultané des splanchniques, il emploie une technique personnelle. L'aiguille

arrive au sympathique lombaire par derrière, mais en-dessous des splanchniques. Le blocage se fait avec trois injections, dont la supérieure (blocage du deuxième ganglion lombaire) est la plus importante. Il a employé jusqu'à ce jour l'alcool à 80° et le triphénol à 5 p. 100.

Ce blocage n'est pas dangereux et peut se faire plusieurs fois dans le cas d'insuccès (toujours dû à des déviations de l'aiguille). La gangliectomie ne présente pas d'inconvénients, si on la pratique après plusieurs tentatives stériles de blocage chimique.

Comme la gangliectomie, la névrolyse chimique du sympathique lombaire trouve ses indications dans la maladie de Raynaud et dans la *trombo-angéite oblitérante*, dans laquelle l'indice vaso-moteur est élevé. Dans les artérites séniles et dans les ulcères variqueux et, dans d'autres dérangements trophiques, l'indication est moins précise.

7° *Influence de l'anesthésie locale et régionale sur le tonus de la musculature volontaire.*

Dans le terrain doctrinal, la question présente beaucoup d'obscurités, qui ne permettent pas de prendre des décisions thérapeutiques trop catégoriques, mais dans quelques cas concrets, la pratique montre son utilité.

Dans le *tétanos localisé*, l'injection dans le même muscle d'une solution de novocaïne peut causer un allégement temporaire appréciable. Enumération d'une série de maladies tributaires de ce traitement dans certaines conditions.

Le *blocage chimique paravertébral* a donné des résultats inégaux dans les hypertonies musculaires, mais il n'est pas possible de les juger, en raison de la nouveauté de la méthode.

8° *Le blocage chimique dans les douleurs des reins pour préciser l'intervention.*

Quand on ne peut pas préciser cliniquement ou par radiographie la cause de la douleur, le blocage *anesthésique des troncs nerveux* sera un bon moyen diagnostique qui nous amènera à déterminer l'indication de la névrectomie et de la névrolyse avec l'alcool.

S'il s'agit de dérangements spasmodiques vasculaires par irritation en un point qu'il est impossible de préciser, la gangliectomie ou le blocage chimique de la chaîne sympathique lombaire (dans les membres inférieurs) peut donner un soulagement définitif.

E. *Narcoses par voie rectale.*

**7° Résumé du rapport de M. le Docteur Anschutz (Kiel)**

1° L'analgésie a réalisé, par la narcose rectale à l'avertine, un progrès essentiellement considérable, car l'avertine a ajouté au sommeil la merveilleuse amnésie comme un élément nouveau des principes de la narcose.

2° La narcose rectale à l'avertine peut être considérée comme le procédé le plus humanitaire d'obnubilation, parce qu'il épargne le plus les fonctions cérébrales.

3° L'art de la narcose rectale à l'avertine doit être perfectionné, quant à la dose et à la technique.

4° Sous forme de narcose de base, l'avertine, à condition de bien individualiser les doses, peut déjà, aujourd'hui, être considérée comme aussi peu dangereuse que la narcose à l'éther.

5° La narcose totale à l'avertine constitue un but élevé, mais il ne peut être réalisé sans danger qu'à la condition de perfectionner notablement le dosage ou bien en inventant des moyens pharmacologiques ou techniques accessoires.

**8° Résumé du rapport de M. le Docteur Camberini (Bologne).**

L'anesthésie à l'éther, par voie rectale, après avoir été d'abord en faveur, perdit cette faveur, à cause de très importantes contre-indications (nécrose du gros intestin, météorisme, irrégularité du sommeil, vomissements, lésions des organes parenchymateux).

Après l'examen de la plus grande partie de la littérature concernant la narcose rectale par l'avertine, et d'après son expérience personnelle, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Les complications mortelles, attribuées à la narcose, sont toujours dues à des doses exagérées ; avec la dose de base, on peut voir des incidents qui ne seront jamais mortels, et ils ne seront d'ailleurs pas plus nombreux que ceux qui accompagnent les autres narcoses.

2° S'il y a une certaine atteinte des organes, due à l'intoxication et à l'élimination, les lésions sont pratiquement causées par un état antérieur.

3° La mortalité, dans les plus mauvais cas, est égale à celle de l'éther, et même moindre. L'auteur énumère quelques avantages : suppression du traumatisme psychique, diminution des complications pulmonaires, suppression du masque dans les interventions sur la tête ou le cou ; utilisation dans les contre-indications fréquentes des autres narcoses générales, spécialement dans les interventions de longue durée. Il discute enfin les questions de doses et de bas pourcentage, de narcose complète. Il affirme, se basant sur une longue pratique, que la dose doit être individualisée ; il estime que l'avertine s'inspire de la tendance actuelle d'obtenir une narcose idéale par combinaisons médicamenteuses et qu'à ce titre, elle constitue un progrès notable dans l'anesthésie chirurgicale.

Il soumet à une critique serrée sa propre expérience et celle des autres et il affirme que l'avertine peut entrer utilement dans la pratique commune et, dans certains cas, on peut même la considérer comme une méthode d'élection.

**9° Résumé du rapport de M. le Docteur Monod (Paris).**

1° La *voie rectale*, utilisée pour l'anesthésie, ne peut être qu'une voie d'exception.

2° L'irrégularité de l'absorption intestinale, la non-gouvernabilité de la narcose expliquent l'in-

certitude et l'infériorité de cette méthode anesthésique, qui, employée seule, n'arrivera pas de longtemps à détrôner la voie d'absorption pulmonaire.

3° L'anesthésie rectale complète heureusement le champ d'action de la rachi, dont la base du thorax représente la limite supérieure.

On aura recours à elle dans toutes les interventions majeures portant sur le cou et le thorax, lorsque l'anesthésie par inhalation est contre-indiquée et l'anesthésie locale non praticable.

4° A côté de ces raisons anatomiques, la douceur de la narcose qu'elle procure explique la persévérance des chirurgiens à l'utiliser et à la défendre, la faveur — contrairement à la rachianesthésie — qu'elle trouve auprès des malades, qui sont les premiers à la réclamer et à l'apprécier, considération qui est loin d'être négligeable.

5° D'un usage restreint avec l'éther, l'apparition de l'avertine lui a donné, depuis trois ans, un regain d'actualité et une considérable extension.

6° A côté de l'avertine, l'éther, sous la forme de mélange éthéro-huileux, mérite d'être conservé pour l'anesthésie rectale.

Il procure les avantages de la voie rectale, est moins dangereux que l'avertine, permet par le renouvellement des doses l'entretien de la narcose et se trouve plus facilement sous la main.

Moins rapide dans son action, plus irritant pour le rectum, son usage est plus limité ; il trouve ses meilleures indications dans la chirurgie de la tête, du cou et du thorax.

L'adjonction de l'avertine à l'éther semble devoir améliorer la valeur anesthésique du mélange. Des essais méritent d'être poursuivis dans ce sens.

7° La toxicité de l'avertine impose à sa posologie des limites assez étroites, condition défavorable pour une anesthésie non gouvernable, comme l'est toute anesthésie donnée par lavement.

Mais en abaissant les doses et en ne recherchant pas l'anesthésie totale, l'avertine s'est révélée un anesthésique de base des plus intéressant, dont les indications peuvent dès lors s'étendre à toute la chirurgie.

8° Cette nouvelle formule anesthésique est particulièrement précieuse pour des interventions longues faites sur des organismes fatigués ; mais elle est également très appréciable pour tous les opérés, en ce sens qu'elle supprime la plupart des désagréments de la narcose par inhalation.

9° L'avertine n'est pas le seul produit applicable à l'anesthésie de base. Plusieurs produits (injectés par voie veineuse) sont actuellement utilisés dans ce même but. Les plus connus sont : le numal, l'amytal et le pernocton.

10° Malgré sa vogue grandissante, l'avertine n'est pas l'anesthésique de base théoriquement le meilleur. En raison de sa toxicité, il exige une posologie rigoureuse et un anesthésiste entraîné ; la durée de son action est courte. Par contre, il est ce que nous avons de meilleur pour la mise en marche de la narcose ; c'est un anesthésique starter idéal.

11° Son association à un anesthésique gazeux marque un réel progrès dans la technique anesthésique ; il diminue la toxicité de l'anesthésie prolongée et rend la narcose presque aussi agréable que le sommeil normal.

12° En raison de leurs effets physiologiques contraires et se complétant heureusement, l'association anesthésique : avertine + protoxyde d'azote paraît actuellement la plus avantageuse.

### F. *Narcoses intraveineuses.*

#### 10° Résumé du rapport de M. le Docteur Fredet (Paris)

Le numal est une forme injectable de l'allyl-isopropyl-malonylurée ; il contient 10 p. 100 de matière active.

Précédée d'une injection sous-cutanée de morphine, l'injection intraveineuse d'A. I. M. produit une anesthésie de fond, qui dure plus de deux heures, et suffit pour l'exécution de la plupart des temps opératoires. Mais cette anesthésie de fond doit être renforcée, à certains moments, par l'inhalation de quelques gouttes d'un anesthésique volatil.

Après l'opération, le malade reste endormi pendant cinq ou six heures ; l'agitation très gênante qu'on observe après l'injection d'autres malonylurées fait défaut ou est très atténuée ; les vomissements post-anesthésiques sont exceptionnels.

L'A. I. M. est transportée par les globules rouges ; elle se fixe avec prédominance sur les centres nerveux, mais on n'en trouve que de faibles traces dans le foie et dans le rein ; elle est éliminée en nature par le rein avec une grande lenteur.

L'A. I. M., injectée aux doses indiquées par l'auteur, ne lèse pas les organes essentiels de la vie et n'apporte ni troubles sérieux, ni troubles durables à leurs fonctions. Elle provoque momentanément une baisse de la tension artérielle, avec accélération du cœur et ralentissement de la respiration.

Les fonctions principales du foie (biliaire, glycorégulatrice, protéolytique, lipolytique) ne subissent pas de modification sensible. La diurèse reste abondante si l'on a soin de faire boire les malades, mais l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine et de l'urée sanguine est généralement ralentie.

L'anesthésie au numal est indiquée pour les opérations longues et délicates, que l'on peut exécuter sans hâte ; pour les malades affaiblis, à poumon fragile ou hypertendus.

L'auteur l'a utilisé avec les meilleurs résultats dans 496 cas.

# Les Livres

Société de Publications scientifiques et médicales,
161, rue Saint-Jacques, Paris (Ve).

— **Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales**, par MM. G. Lemoine, professeur honoraire de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille ; E. Gérard, professeur de pharmacologie ; Leulier, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Lyon ; H. Vignes, accoucheur des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Auguste, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, avec la collaboration de MM. Ed. Antoine, Bisson, Boulanger-Pilet, F. Bourgeois, Ch. David, A. Escalier, L. Girard, A. Lavenant, B.-J. Logre, R. Miégeville, A. Monbrun, J. Pescher, R. Rabut, P. Rouffiac, F. Rousseau, anciens internes des hôpitaux de Paris ; P. Arnold, P.-E. Cassan, J. Guex, L. Sandzer.

*Onzième édition* . (1932), entièrement remaniée (un vol. relié peau souple, de 1.170 pages. Prix : 50 francs, franco de port).

La nouvelle édition de ce formulaire, *paru pour la première fois* en 1905, est *un livre complètement nouveau*, tant il a été modifié, aussi bien dans le fond que dans la forme. Il est nouveau par l'idée, qui a présidé à sa conception ; il l'est aussi par la façon dont celle-ci a été exécutée. C'est ainsi que :

Dans la partie « *Formulaire magistral* », on a fait de larges coupes, parmi les médicaments peu employés ou tombés en désuétude, pour laisser plus de place à tous ceux qui sont d'un usage courant. D'autre part, les médicaments les plus récents sont indiqués, mais seulement ceux, dont la valeur thérapeutique a déjà pu être éprouvée et dont les avantages comme les inconvénients ont été bien mis au point. On remarquera une innovation : la citation de produits spécialisés de nature nettement scientifique, ce qui n'aurait pas été de mise il y a encore peu d'années.

Si les auteurs ont eu la hardiesse de le faire, c'est parce qu'actuellement certains de ces médicaments ont pris une telle place dans les prescriptions journalières, que le médecin doit connaître au moins ceux qui ne peuvent être remplacés par une formule magistrale.

Dans la partie « *Consultations* » une idée a dominé : celle de faire une œuvre aussi complète que possible tout en ne s'étendant pas outre mesure. On a laissé de côté l'étude des maladies, qui ne se rencontrent que rarement, et on s'est efforcé de n'en omettre aucune parmi celles qui sont fréquentes. C'est ainsi que se trouve présenté, sous la forme la plus concise, le traitement de la plupart des états pathologiques, médecine, chirurgie, accouchement, spécialités diverses.

Pour faciliter les recherches, les auteurs ont adopté le classement par ordre alphabétique comme étant le plus commode. A la lettre initiale de chaque maladie, on trouvera son traitement. De la même façon, on trouvera aussi des indications très claires sur certaines questions où le médecin demande à être bien renseigné, par exemple la lecture d'une radiographie, celle d'une analyse de liquides pathologiques, etc.

En un mot, le but de ce formulaire a été celui-ci : être utile au praticien en choisissant pour lui des formules bien étudiées mais simples et pratiques et aussi des directives thérapeutiques ayant fait leurs preuves, de telle façon qu'après avoir établi son diagnostic il puisse établir facilement son ordonnance.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris

Henri Fromaget, H.-B. Bichelonne et Albert Favory. — **Précis clinique et thérapeutique de l'examen fonctionnel de l'œil et des anomalies de la réfraction.** *Deuxième édition.* Préface du Docteur Morax. (Un vol. in-8°, 432 pages, 174 fig. Prix : 40 francs.)

Imprimerie Fortin,
152, rue de Vaugirard.

**Rapports et communications sur l'électropyrexie**, présentés à la séance du 15 juin 1932, au Château de la Muette (création de la Société française d'électropyrexie). Un vol., 80 pages.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

**Nouvelles assises mutualistes, nouvelle offensive. — Il faut concurrencer la Mutualité sur son propre terrain. — Les caisses chirurgicales des Alpes-Maritimes. — Les expériences et les réalisations toulousaines**

La Mutualité ne désarme pas. Elle vient de tenir de nouveaux Etats-Généraux, au cours desquels elle a maintenu sa revendication de gérer ses propres caisses d'assurances sociales dans le cadre et les limites de son statut organique. Ce qui veut dire que, faisant siennes les déclarations belliqueuses du président de sa Fédération, M. L. Heller, que nous rapportâmes en leur temps, elle entend demeurer maîtresse de l'organisation des soins médicaux, comme la loi de 1898 lui en donne le droit.

Au banquet de clôture, après que M. Gaston Rousselle eut passé au cou de M. L. Heller la cravate de Commandeur de la Légion d'honneur (on monte vite en grade dans notre nationale Mutualité ! ! !) le ministre du Travail, M. Dalimier, proclama que si le principe de la loi est intangible, il s'en faut que la loi elle-même soit parfaite. Il se déclare prêt à collaborer avec les mutualistes pour faire disparaître les retards, les imperfections, les complications qu'on lui reproche, à juste titre d'ailleurs.

« Vous me demandez, leur a-t-il dit, plus d'indépendance et de liberté, sous la réserve des contrôles techniques et financiers. Cela aussi, je l'étudierai en homme de bonne foi, qui n'a aucune idée préconçue... »

En fait, le ministre ne s'est pas engagé à autre chose qu'à étudier les réformes qui lui sont demandées. Mais il connaît aussi les idées du Corps médical organisé. Il n'ignore pas que les médecins n'accepteront jamais de continuer à collaborer à l'application de la loi si elle leur retire les avantages qu'ils ont si péniblement obtenus. Et si, d'aventure, demain, il présidait un banquet médical, où il prendrait la parole, ce serait pour promettre aux médecins de tenir compte de leurs légitimes revendications et d'étudier leurs protestations et propositions, en homme de bonne foi, sans auccune idée préconçue.... Le 18 septembre, hôte de la Mutualité, il lui était difficile de tenir un autre langage ; celui dont la presse nous a apporté les échos n'est guère compromettant.

Nous ne nous en émouvons donc pas exagérément. Mais n'en tenons pas moins notre poudre sèche, ainsi que nous y conviait il y a quelques mois le Secrétaire général de la Confédération.

Et puis, connaissons bien notre adversaire. Et ne nous dissimulons pas qu'elle est de poids, et de qualité avec ses effectifs énormes, son trésor de guerre imposant, ses réalisations impressionnantes.

Et laissez-moi vous répéter encore que si la médecine traditionnelle, la médecine privée, veut sur le terrain technique, lutter à armes égales contre la Mutualité, il faut qu'elle offre au public des avantages comparables aux siens, du point de vue économique, aussi bien que du technique.

J'ai, faisant état de la création de la Caisse chirurgicale du Lot-et-Garonne, suggéré aux Syndicats d'étudier un aménagement des honoraires médicaux qui satisferait ce postulat, contre lequel il me paraît difficile de formuler la moindre critique.

Les Caisses mutuelles chirurgicales semblent appelées à se constituer un peu partout. C'est un acheminement vers cet aménagement qui doit, selon moi, s'appliquer à toute la médecine, et non pas seulement au risque chirurgical. En fait, ce risque est infiniment moindre que le risque médical.

Ayant publié un exposé du Dr Hervy du fonctionnement de l'œuvre agenaise, j'ai appris que, dans les Alpes-Maritimes, existent aussi des Caisses analogues, mais dont le fonctionnement est quelque peu différent. L'intéressé, choisis-

sant librement son médecin, et éventuellement, le local où il sera opéré (domicile, maison de santé privée, hôpital) règle directement les frais divers de son opération. Mais il reçoit de sa Caisse une contribution double, sous la forme : 1) d'un remboursement de 25 francs par journée d'hospitalisation en maison de santé ou à l'hôpital, et 2) un remboursement d'un chiffre-clé élevé, que multiplient les coefficients portés à la nomenclature, pour les honoraires médicaux. Ce chiffre-clé est égal à 11 ou à 13, selon l'importance de l'intervention.

Donc, pas de tarif limitatif, pas de ti rs réglant. Dans le Lot-et-Garonne, l'opéré ayant acquitté ses cotisations annuelles, n'avait absolument rien à débourser. Dans les Alpes-Maritimes, il n'est remboursé que d'une pa tie de ses frais, environ la moitié. Mais tandis qu'à Agen, la cotisation annuelle est de 30 francs, à Cannes par exemple, elle n'est que de 10 francs.

Rien ne s'opposerait à ce que le remboursement fut total à Cannes, si la cotisation était portée, par exemple, à 30 francs..... Pourquoi n'en est-il pas ainsi ? On ne l'a pas dit. Il me paraît cependant assez légitime de supposer que, je le répète, le risque chirurgical étant très limité par rapport à la pathologie générale, les Caisses trouvent à recruter un plus grand nombre, d'adhérents à 10 francs par an, ceux-ci acceptant de faire une partie des frais de l'intervention, qu'éventuellement ils auront à subir, mais qu'ils espèrent bien éviter. C'est un raisonnement qui se défend. En somme, dans les Alpes-Maritimes, on a appliqué le principe qui est à la base même de ce que j'ai envisagé ; l'assuré paye une cotisation annuelle pour que les frais de maladie qu'il pourra avoir à supporter soient notablement diminués, la cotisation lui donnant cependant droit à deux consultations gratuites dans l'année.

Tout cela représente indiscutablement l'effort d'adaptation économique que j'ose réclamer de la profession organisée. C'est bien. Ce n'est pas assez ; la Mutualité ne borne pas son intervention au risque chirurgical. Son action est beaucoup plus générale. Les œuvres syndicales qui veulent la concurrencer doivent l'imiter et étendre leur activité à toute la médecine.

Mais l'essentiel, c'est de marquer une volonté d'évoluer, et de la mettre en pratique. Le premier pas dans cette voie serait, j'en suis sûr, suivi d'autres pas plus décisifs encore.

Mais pourquoi parler au conditionnel ? Voici que j'apprends qu'à Toulouse, un système absolument comparable à celui que j'ai préconisé a fonctionné depuis 1920 jusqu'à la veille de la mise en application de la loi sur l'Assurance sociale. Le Dr Delon, président du Syndicat des médecins de Toulouse, a bien voulu, en effet, m'écrire la lettre suivante que je m'empresse de publier.

Je lis toujours avec le plus grand intérêt les articles que vous publiez dans le *Concours Médical*.

Les deux derniers ont particulièrement retenu mon attention ; l'avant dernier d'abord dans lequel vous exposez le fonctionnement de la Caisse chirurgicale d'Agen, organisation que nous avons copiée à Toulouse, et j'espère pouvoir dire bientôt dans la Haute-Garonne, copiée avec cette différence, qu'en Lot-et-Garonne, le Corps médical a pu s'entendre avec la Mutualité, chose qui depuis longtemps est irréalisable chez nous. Nous avons donc constitué une Société mutuelle mixte, administrée par un Conseil composé par moitié de médecins appartenant au Syndicat, faisant partie de la Société comme membres honoraires et par moitié de membres participants (patrons, ouvriers ou employés).

La Société a admis le libre choix sur la liste des médecins et sages-femmes syndiqués ainsi que l'entente directe, avec un tarif de responsabilité qui est celui du Syndicat des médecins de Toulouse ; elle prend à sa charge le séjour en clinique dans des conditions à peu près identiques à celles du Lot-et-Garonne. L'exemplaire ci-joint de nos statuts vous renseignera suffisamment sur le mode de fonctionnement prévu pour notre Société.

Je tiens à ajouter qu'il a fallu près de six mois pour que nos statuts stipulant la collaboration du Syndicat des médecins (acceptation du conseil de famille, et moitié des places dans le conseil), fussent approuvés par le ministre.

Le recrutement paraît devoir se faire sans trop de difficultés.

Les cotisations sont fixées tous les ans et par conséquent modifiables en cas de déficit ou de bénéfice.

Mais, c'est surtout au sujet de votre dernier article (numéro du 18 septembre) relatif aux soins de médecine générale que je tiens à vous écrire aujourd'hui, car, à la demande des patrons de certains établissements, nous essayons d'organiser un service de soins médicaux.

Dans votre article, vous préconisez le système coopératif :

Les médecins ont reçu x tickets soins.

La Société a perçu une somme provenant des cotisations ou de la vente des tickets à ses adhérents ;

Chaque ticket a une valeur de $q : x = y$ ;

Chaque médecin touche une somme y, multipliée par le nombre de tickets en sa possession.

Ce système, à peu de choses près, a été appliqué à Toulouse pour une Société créée en 1920 et qui a vécu jusqu'à la veille de l'application de la loi sur les Assurances sociales, époque à laquelle la plupart de ses membres sont devenus assurés sociaux.

Quelques confrères toulousains se déclarent encore partisans de ce système, mais la grosse majorité a été fort heureuse de voir disparaître l' « Assurance toulousaine contre la maladie », à un tel point que,

lorsque j'ai parlé de constituer l'assurance chirurgicale, j'ai éprouvé au syndicat, ou plutôt de la part d'un certain nombre de syndiqués mal renseignés, une résistance assez vive : la raison en était dans la crainte de voir revivre une organisation de soins copiée sur l'ancienne société qui n'avait pas donné satisfaction.

Quelle raison avait-on pour se méfier ainsi, et, quel grief formulait-on contre feu l' « Assurance toulousaine contre la maladie » ? Le premier grief était celui de l'insuffisance des honoraires qu'elle avait payés ; il est arrivé que les honoraires d'une visite ou consultation de médecine générale n'atteignaient pas 10 francs ! Les défenseurs de la méthode nous disent : nous aurions pu élever nos tarifs d'assurance, et arriver à payer les médecins d'une façon raisonnable ; sans doute, mais cela n'a pas été fait, car on craignait toujours de voir cette clientèle échapper, et on voulait faire durer cette société qui était devenue une filiale du Syndicat des médecins. Je tiens, en passant, à souligner ce fait : lorsqu'il y a, entre une Société et le Corps médical, une cloison étanche, la Société s'imagine toujours payer beaucoup et satisfaire largement le Corps médical, et le Corps médical se contente de peu, parce qu'il ne connaît pas les moyens financiers de la Société, et a toujours peur d'être accusé d'en vider la caisse jusqu'au dernier sou. C'est pour cela que j'ai préconisé, pour l'assurance chirurgicale, la part à deux, avec un tarif de responsabilité bien établi, dont l'application stricte permettra tous les ans de fixer la cotisation des membres adhérents.

Je reviens à votre article ; je ne discute pas les avantages pour les malades ; ils sont certains. Mais ne croyez-vous pas que les médecins peu scrupuleux, hésiteront à faire une consommation élevée de tickets ? Sans doute ils les dévaloriseront, mais ils se rattraperont sur le nombre, et les médecins consciencieux seront lésés. Quant à la clientèle, dont les exigences sont bien connues quand elle ne paye pas ou paye peu, le ticket modérateur pourra peut-être en limiter un peu les abus, mais il est si facile à un médecin de persuader à son malade que des soins plus ou moins longs ou répétés lui sont nécessaires !

Je ne crois pas voir dans l'adaptation que vous préconisez une solution de la médecine collective. Et, assez peu satisfaits de ce qu'a donné à Toulouse, l'assurance toulousaine contre la maladie, fonctionnant d'après le système que vous suggérez aux syndicats médicaux, voici de quelle façon nous essayons d'organiser une section de soins médicaux :

1° Une cotisation annuelle fixe, avec avantages pour les familles nombreuses ;

2° Un pourcentage de 20 % à la charge du malade sur les soins donnés (ticket modérateur de 5 francs, payable au médecin 25 francs) ;

Le même conseil d'administration que pour l'assurance chirurgicale, le tarif syndical minimum comme tarif de responsabilité, mais, entente directe, le prix de remboursement du ticket figurant sur ce dernier ; enfin tarif modifiable tous les ans selon l'état de la caisse. Bien entendu, en cas de bénéfices, on ne prévoit d'abaissement de la cotisation qu'après la constitution d'un fonds de réserve.

De cette façon, le médecin honnête ne verra pas ses honoraires diminuer par suite du manque de scrupules d'un de ses confrères ; si la caisse est en déficit, la cotisation de l'année suivante sera augmentée, et il sera toujours possible de récupérer l'insuffisance des honoraires payés une année. Enfin les médecins qui porteraient préjudice à la caisse pourraient être contrôlés, traqués et rejetés du service de soins dont le syndicat se porte garant ; cette nécessité de contrôle se fait du reste sentir dans votre projet comme dans le nôtre.

Les cotisations que nous avons prévues sont à peu près celles que vous indiquez dans votre article.

Je n'ai pas la prétention de vous soumettre quelque chose de parfait ; nous y retoucherons autant qu'il le faudra, et le jour où un système meilleur verra le jour nous ne mettrons aucun entêtement à l'adopter laissant de côté le médiocre pour évoluer vers le bien.

Je vous prie d'excuser cette trop longue lettre et de croire à mes sentiments d'excellente confraternité.

Dr Delon,
**Président du Syndicat des médecins de Toulouse.**

Je me félicite d'avoir osé traiter ce sujet que j'avais dans l'esprit depuis longtemps déjà, mais que j'hésitais à mettre au jour. Combien j'avais tort ! Une conception analogue avait été en effet réalisée depuis dix ans, et une autre conception inspirée du même objectif est en voie d'organisation. Je n'ai donc rien inventé, et je n'en suis pas surpris. Il est rare que les inventeurs n'aient pas quelques devanciers qui les ont précédés plus ou moins heureusement ! Et je ne parle pas seulement de l'*assurance chirurgicale d'accouchement de spécialités, et de prophylaxie.* de Toulouse, dont je tiens à reproduire ci-dessous les articles principaux des statuts :

Article premier. — Une Société d'assurance mutuelle est établie à Toulouse, sous le nom de : « Assurance chirurgicale d'accouchements, de spécialités et de prophylaxie ».

Elle a pour but : d'assurer à ses membres participants les soins chirurgicaux et de spécialités, soit à domicile, soit dans une clinique, ces soins étant confiés au spécialiste choisi par le malade, parmi ceux du département agréés par la Société et par le Syndicat médical.

Composition de la Société

Conditions d'admission

Art. 2. — La Société se compose de membres honoraires, bienfaiteurs et participants.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Art. 4. — Les membres participants sont ceux qui

ont droit à tous les avantages assurés par la Société en échange du payement régulier de leur cotisation.

Les membres participants se divisent en deux catégories :

*Catégorie A* : Qui comprend les membres non assujettis à la loi des Assurances sociales.

Les membres de la catégorie B, qui ne peuvent plus jouir des prestations médicales des Assurances sociales (limite d'âge) passent dans la catégorie A.

Les membres participants, bienfaiteurs ou honoraires, sont admis par le Conseil, à la majorité des voix et sauf ratification par la plus prochaine Assemblée générale.

### ADMINISTRATION

ART. 5. — La Société est administrée par un Conseil composé de dix membres au moins, et de vingt au plus, comprenant par moitié des représentants des membres participants et par moitié des *médecins du Syndicat des médecins de Toulouse.* Le Conseil désignera un président, deux vice-présidents, un trésorier, un secrétaire et un secrétaire-adjoint, l'un choisi parmi les membres participants, l'autre parmi les médecins.

La composition de ce Conseil d'administration mixte est la preuve du désir de loyale collaboration entre les bénéficiaires de la Société et les médecins, et constitue la meilleure assurance pour la Société d'atteindre le but qu'elle se propose.

Les membres non médecins peuvent se réunir en Conseil pour étudier les questions purement administratives.

Les membres médecins peuvent constituer un Conseil technique pour étudier les questions purement médicales.

Mais, toutes les questions doivent être portées devant le Conseil d'administration qui est seul capable de prendre une décision.

.............................................

### OBLIGATIONS ENVERS LA SOCIÉTÉ

ART. 21. — Droit d'admission fixé à dix francs (10 francs) — celui de la première année ne sera pas perçu.

ART. 22. — Cotisation fixée chaque année par le Conseil d'administration.

Pour la première année, la cotisation annuelle sera de :

*Catégorie A* :

48 francs pour les adultes ;
35 francs pour le premier enfant ;
30 francs pour le deuxième enfant ;
25 francs à partir du troisième.

*Catégorie B* :

36 francs pour les adultes ;
20 francs pour le premier enfant ;
15 francs à partir du deuxième enfant.

ART. 23. — *Stage.* — Un stage de six mois est exigé des membres participants, sauf exception pour les cas urgents à partir du troisième mois (voir règlement intérieur, article 26, 5°) et pour les accouchements qui ne seront pris en charge par la Société que si l'inscription de l'intéressée dépasse la durée d'une grossesse normale.

ART. 24. — Les membres honoraires ou bienfaiteurs payent une cotisation dont le minimum est de 50 francs.

ART. 25. — Les membres participants admis au bénéfice des prestations garanties par la Société, doivent se soumettre au règlement intérieur et accepter, dans leur propre intérêt, les contrôles administratifs et technique prévus dans ce règlement.

### OBLIGATIONS DE LA SOCIÉTÉ

ART. 26. — Ces obligations sont définies par le règlement intérieur.

### *Règlement intérieur.*

1° *Libre choix.* — Au cas où un membre participant a besoin de recevoir les prestations garanties par la Société, il a le libre choix parmi les chirurgiens, spécialistes ou sage-femmes agréés par elle et par le Syndicat médical.

Le lieu des prestations est décidé par le chirurgien en ne tenant compte que de l'intérêt du malade.

3° *Remboursement des prestations à concurrence du tarif syndical minimum du Syndicat des médecins de Toulouse* (honoraires opératoires du chirurgien et, éventuellement, du médecin traitant, pharmacie, examens de laboratoire ou radiologiques nécessités par une opération, séjour en clinique dans une chambre à deux ou trois lits), est assuré dans les conditions ci-après, défalcation faite pour les assurés sociaux de la part de responsabilité de leur caisse, part que l'assuré devra avancer.

4° *Prise en charge par la Société.* — Lorsqu'une opération est décidée, le malade ou le chirurgien avise immédiatement la Société de la date fixée.

La Société, après avoir vérifié que le malade s'est conformé aux articles 21, 22 et 23 des statuts, lui délivre un imprimé de « prise en charge » à remettre au chirurgien.

Le sociétaire devra s'engager à rester, après l'opération, dix années dans la Société. En cas de départ avant l'expiration de cette période de dix ans, la totalité des cotisations à verser deviendra immédiatement exigible.

A moins d'intervention d'extrême urgence, le malade devra toujours s'assurer, avant son entrée à la clinique, par l'intermédiaire de son médecin, qu'il y a des chambres disponibles. Le jour d'entrée sera fixé en accord entre le chirurgien ou le spécialiste et l'infirmière-major.

5° *Stage.* — Le stage est fixé à six mois ; mais, en cas d'opération urgente au cours du quatrième, cinquième ou sixième mois, la Société assure au membre participant malade, respectivement la moitié, les deux tiers ou les trois quarts des frais établis selon le tarif annexé aux statuts.

Pour les accouchements et les frais opératoires, une dérogation aux statuts pourra être consentie pour les collectivités dépassant cent membres et adhérant en bloc à la Société.

6° *Examens de laboratoire. Examens radiologiques.* — La Société ne prend à sa charge que les examens nécessités par une opération. Ces examens pourront être également pratiqués à la demande du médecin traitant, dans un but de diagnostic et de prophylaxie.

7° *Frais de séjour.* — Ils sont à la charge de la Société et comprennent le séjour en chambre à deux

ou trois lits, le service des infirmiers, chauffage, éclairage, blanchissage et nourriture.

8° *Chambres particulières.* — Si un malade réclame une chambre particulière, il prend à sa charge le supplément journalier que détermine la chambre.

Si l'admission en chambre particulière est faite en dehors de la volonté du malade ou de sa famille (manque de disponibilité en cas d'urgence, gravité du cas, etc...), c'est le tarif normal qui joue.

En cas de manque de disponibilité en chambres communes, et si le cas n'est pas urgent, le malade ne peut exiger une chambre particulière sans en payer le supplément.

9° *Prolongation de séjour.* — En cas de complications faisant prévoir une augmentation de la durée de séjour, le chirurgien prévient le Conseil médical de la Société, de même que si l'état du malade nécessite des frais de pharmacie manifestement anormaux.

Dans ces cas, le médecin de la Société s'entendra avec le chirurgien pour fixer la date du retour à domicile, étant entendu que cette décision ne puisse nuire, en quoi que ce soit, à l'état du malade.

La Caisse prend à sa charge la partie des frais supplémentaires prévus au paragraphe 3 du règlement intérieur, occasionnés par la prolongation du séjour ou les frais de pharmacie, sauf avis contraire du Conseil.

Si un malade désire prolonger son séjour au delà des limites fixées, sans raison valable aux yeux du chirurgien et du Conseil médical, les frais supplémentaires resteront à sa charge.

10° *Soins à domicile.* — Sont considérés comme tels, les soins donnés au domicile du malade ou dans un hôpital commun

Les soins après l'opération seront normalement confiés au médecin traitant du malade.

La caisse n'est responsable des frais post-opératoires (honoraires du médecin et pharmacie) que dans la limite de son tarif forfaitaire global.

Le retour éventuel du malade à la clinique, en cas de complication grave, sera décidé d'un commun accord entre le médecin traitant, le chirurgien et le Conseil médical.

Les frais de ce séjour seront réglés comme il est dit à l'article 9 de ce règlement, en cas de prolongation de séjour.

11° *Contrôle.* — Il est assuré par un médecin contrôleur désigné par le Conseil technique.

Ce médecin contrôleur pourra :

1° Examiner le malade avant l'opération, en présence du chirurgien ;

2° Assister à l'opération ;

3° Assister, en présence du chirurgien, aux visites ou pansements ;

4° Fixer, d'accord avec le chirurgien, la date de sortie du malade, lorsque le séjour dépasse la durée prévue au tableau ;

5° Déclencher le contrôle technique.

Quel que soit le résultat du contrôle, la caisse reçoit du ou des chirurgiens contrôleurs, un court rapport où sont mentionnées les conclusions de l'examen, sans indication de diagnostic.

En cas de désaccord entre contrôleurs et contrôlé, un rapport détaillé des contrôleurs est adressé au Conseil de famille du Syndicat.

Le Conseil de famille du Syndicat jouit, vis-à-vis de la Société, des mêmes pouvoirs que vis-à-vis des caisses d'Assurances sociales.

*Sanctions.* — Le blâme, la radiation temporaire, la radiation définitive du service de l'Assurance chirurgicale d'accouchements, de spécialités et de prophylaxie, ne pourront être prononcés que par le Conseil de famille du Syndicat.

Le chirurgien en cause jouit du droit d'appel, comme le stipule le règlement du Conseil de famille.

*Consultations.* — Les consultations à domicile, non suivies d'opération dans un délai de deux mois, ne sont pas garanties par la Société.

Les consultations « opératoires » proprement dites, sont comprises dans les honoraires forfaitaires du tableau.

12° *Règlements.* — La caisse règle les honoraires de l'opération d'après le tarif minimum du Syndicat des médecins de Toulouse (prix global) par chèque barré au nom du chirurgien ou du spécialiste.

13° *Accidents de travail. Polices individuelles (accidents de droit commun).* — La Société, en cas d'accident de travail survenu à un salarié, ne prend à sa charge que les frais de clinique. Les frais d'honoraires, de pharmacie, étant à la charge du chef d'entreprise.

S'il s'agit d'un accident survenu à un membre de la famille de l'assuré (polices agricoles), la Société prend à sa charge la différence entre le tarif des accidens du travail et son propre tarif forfaitaire.

Dans le cas où le patron a omis de s'assurer, la Société ne prend à sa charge que les frais qui lui incomberait si le patron était assuré. Le chirurgien, pour le restant de sa note, peut user du recours légal contre le chef d'entreprise.

S'il s'agit d'une police individuelle, la caisse ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police, dans la limite de son tarif forfaitaire.

S'il s'agit d'un accident de droit commun, la Société règle les frais selon son tarif. Le chirurgien reste libre de réclamer à la Compagnie d'assurances responsable, les honoraires qu'il désire.

Le chirurgien ou le malade, le cas échéant, s'engage à rembourser à la Société, dès qu'il les a perçues, les sommes avancées par elle.

14° La Société, en aucun cas, ne couvre les chirurgiens affiliés des risques de responsabilité civile professionnels.

**Pour en revenir à l'extension d'un tel système à toute la médecine, la modalité envisagée à Toulouse diffère de la mienne en ce qu'elle établit le règlement des honoraires médicaux sur les bases suivantes : une cotisation annuelle perçue par la Caisse centralisatrice, capable de**

varier d'année en année, selon les résultats de l'exercice précédent ; des tickets de la valeur de l'acte médical élémentaire — 25 francs — que l'abonné ne payera que 5 francs, soit 20 % de leur valeur réelle, les 80 % complémentaires étant supportés par la Caisse centralisatrice ; un contrôle éventuel, entraînant des sanctions,

L'aménagement économique est le même. Mais il n'y a pas de répartition annuelle au prorata du nombre de tickets reçus par chaque médecin. On éviterait ainsi les abus possibles commis par un médecin indélicat ou un malade peu scrupuleux...,

Ces possibilités ne m'avaient pas échappé, et je m'en étais expliqué librement. Mais j'avais pris soin de préciser que, à mon sens, l'organisation de ce sytème devait appartenir exclusivement au Syndicat médical, et qu'il en résulterait des garanties suffisantes, en pratique, contre ces risques. Mais je n'ai aucun amour-propre d'auteur, et je reconnais en effet que la méthode toulousaine prête moins à la critique. Je m'y rallie donc, et je le fais d'autant plus volontiers que ce qui me paraît surtout importer, c'est, le principe même de l'aménagement économique que je suggère. Il est tout naturel que ceux qui, dans notre monde syndical, ont l'expérience de ces sortes d'institutions, finissent par discerner le fort et le faible de leurs divers régimes, et par être excellemment armés pour marquer une préférence.

La médecine privée pourra donc concurrencer la médecine publique, et la médecine mutualiste. Et si la Mutualité, au lieu de se préparer à la guerre, veut s'entendre avec le Corps médical, comme cela s'est déjà vu régionalement et partiellement, rien ne sera plus facile. Elle n'aura qu'à revendiquer la gestion de ses Caisses d'assurances sociales, *mais dans le cadre de la loi du* 30 *avril* 1930, avec toutes les garanties que cette loi accorde au Corps médical, et qu'il eut tant de peine à obtenir.

G. DUCHESNE.

## A PROPOS DU CERTIFICAT MÉDICAL A L'ENTRÉE DES LYCÉES ET COLLÈGES

Je viens de lire votre article au sujet des certificats médicaux d'admission dans les lycées et collèges.

Je vous communique la lettre que le 7 juillet j'ai adressée à M. le Ministre de l'Education nationale,

Monsieur le Ministre,

Les parents qui désirent faire admettre leurs enfants dans les lycées (jeunes gens ou jeunes filles) reçoivent de l'administration des lycées une feuille leur indiquant les pièces à fournir.

Parmi ces pièces, ils doivent fournir un certificat médical, ce qui est naturel, certifiant que l'enfant est en bonne santé, n'est atteint d'aucune maladie contagieuse, ou chronique, et est apte à suivre les cours d'une année scolaire, mais il est écrit que ce certificat doit être établi par un médecin *assermenté*.

Or, il n'est pas donné de liste des médecins assermentés. Les parents ne savent où s'adresser. Et pour les habitants de la banlieue pensez aux dérangements onéreux et innombrables pour aller faire examiner leurs enfants et faire établir ce certificat par un médecin assermenté, éloigné de leur domicile et dont ils ne connaissent pas les heures et les jours de réception.

Il y a là une erreur commise fort préjudiciable à tous. Je tiens à vous la signaler, persuadé que vous y apporterez remède, d'urgence. D'autant que le médecin assermenté ne connaît rien de la famille, ni de l'état de santé de l'enfant qu'un examen rapide, pour un certificat d'entrée de lycée, ne peut lui faire connaître, alors que le *médecin de famille* est autrement qualifié pour savoir si l'enfant qu'il connaît, qu'il a soigné, dont il a soigné la famille, est apte ou non à poursuivre ses études dans un lycée au programme plus ou moins fatigant.

Appartenant au Corps médical praticien depuis plus de trente ans, je peux me porter garant de la conscience du Corps médical et peux certifier que la garantie d'un certificat établi par le médecin qui a la confiance d'une famille est *au moins* égale à celle d'un certificat établi par un médecin assermenté *administratif*.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, etc.

Comme vous pouvez le constater, j'ai tenu à ce que ma lettre fût courte, concise et courtoise. Il eût été inutile et peu diplomatique d'y ajouter des considérants pourtant justifiés.

Ne serait-il pas souhaitable que beaucoup de confrères veuillent bien se donner la peine de soumettre leurs protestations, toujours courtoisement, directement au ministre lorsque des circulaires peuvent porter atteinte à la dignité du Corps médical. Je crois que l'avalanche de ces lettres de protestation, toujours courtoises et dignes, aurait quelque poids et ferait apporter quelque attention à ces circulaires dont les auteurs ne voient pas les conséquences. Et pour éviter tous ces ennuis et protestations à l'occasion de ces circulaires mal étudiées, le ministre peut-être, se donnerait la peine de les lire ou les soumettrait à quelques compétences ou à quelques représentants de nos syndicats, avant de les signer.

Quant à votre article, je ne suis pas du tout de votre avis quand vous écrivez que ces certificats devraient être *gratuits* et confiés exclusivement aux médecins des lycées et collèges, ni de l'avis de Cibrie qui aurait suggéré au ministre d'annuler purement et simplement ces circulaires. Car j'estime que ces certificats sont *utiles* parce qu'ils obligeront les parents à faire examiner leurs enfants avant de les envoyer au lycée ou au collège, et à demander à leur médecin de famille si leurs enfants ont les aptitudes physiques et une santé suffisante pour poursuivre leurs études dans un lycée ou collège, s'ils peuvent, par exemple, supporter un internat dans un lycée de Paris où les dortoirs sont trop souvent si peu conformes aux règlements de l'hygiène scolaire, s'ils peuvent supporter, sans compromettre un état de santé déjà déficient, huit heures de classes et d'études, huit heures d'attention, d'immobilité, dans des classes surchargées d'élèves dans une atmosphère plus ou moins viciée, etc... Et tous ces conseils ne peuvent être donnés que par le médecin de famille, et ils ne seront écoutés et suivis que s'ils sont donnés par le médecin qui a la confiance de la famille.

Conclusions :

1° L'Etat a raison d'exiger des parents un certificat établissant que les enfants qui veulent entrer dans les lycées et collèges sont aptes à suivre les cours et ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse ou chronique ;

2° Ces certificats doivent être établis par le *médecin de famille* exclusivement ;

2° Ces certificats ne sauraient être *gratuits*. Car tout acte *gratuit*, médical ou autre, perd toute valeur morale et toute importance lorsqu'il n'est pas inspiré par un sentiment d'amitié ou de charité. Or, pour que ces certificats médicaux d'entrée d'enfants au lycée conservent toute leur valeur et toute leur importance ils ne doivent être gratuits ni pour les parents qui les demandent, ni pour le médecin qui les établit, ni dans l'esprit de l'Etat qui en a jugé, avec raison, la nécessité.

4° Les médecins des lycées et collèges devraient simplement examiner les élèves à leur entrée au lycée comme le médecin du régiment fait ses examens d'incorporation, si l'Etat juge opportun de faire un contrôle.

Dr PERREAU,
Ivry-sur-Seine.

***

A la dernière heure, le ministre est revenu sur ses décisions antérieures. Il admet que le certificat médical puisse être délivré par le médecin familial, en demandant à celui-ci de remplir un questionnaire clinique qui sera transmis confidentiellement au personnel médical des établissements d'enseignement secondaire.

Toutes les discussions précédentes ne semblent donc plus avoir de raison d'être, et, une fois de plus, les Pouvoirs publics finissent par où ils auraient dû commencer ! Que de temps perdu ! Que de polémiques évitables !

G. D.

## ASSURANCES SOCIALES ET CLINIQUES MUTUALISTES

*Par convention intervenue entre la Fédération des syndicats médicaux du Gard et la Fédération des sociétés de secours mutuels, les mutualistes et assurés sociaux sont dirigés sur la clinique pour toute intervention chirurgicale, ou spéciale.*

*De ce fait, les médecins omnipraticiens ne peuvent plus faire d'opérations de petite chirurgie, ou de chirurgie courante, facile.*

*Comment remédier à cet état de choses ? Par l'action syndicale, qui demandera une modification à la convention. Mais il convient également de se préoccuper de l'avenir, qui, à brève échéance, verra s'organiser la médecine dans des maisons de cure et de diagnostic, laissant peut-être au médecin praticien un rôle de dépistage ou de soins de première nécessité.*

Nous avons reçu la lettre suivante :

Une société de Secours mutuels (il y en a trois) vient de me souffler un client que je devais opérer d'une fistule à l'anus dans une salle d'opérations (je n'ai pas de clinique), et l'a envoyé d'OFFICE, malgré ses protestations, à la Clinique mutualiste de Nîmes qui fonctionne depuis le 1er juillet écoulé.

Le même fait vient de se produire pour deux autres confrères.

A notre protestation, le secrétaire de la S. S. M. a répondu que les ordres qu'il avait reçus étaient formels, et que les médecins traitants n'étant pas prévus dans la convention, seuls avaient le droit d'opérer, à la Clinique ou à leur cabinet les chirurgiens et les spécialistes.

Le secrétaire du Syndicat, à qui j'ai immédiatement téléphoné m'a répondu : qu'on n'avait pensé qu'à Nîmes, où le *médecin* ne fait pas du tout de chirurgie, et qu'on avait « *oublié* » (sic) les cantons et les villages où le médecin traitant fait personnellement de la chirurgie courante et d'urgence .....

Sans commentaires ! ! !

Ainsi donc, contre tout simple bon sens, les médecins traitants de tout le Gard se trouvent exclus de tout droit à la chirurgie au profit des spécialistes, et d'eux seuls, comme si ces derniers n'en faisaient pas assez avec les grosses opérations !....

Nous allons donc demander, au nom de nos confrères « médecins généraux » la refonte de la convention ci-incluse, mais pour faire un bon travail, il faudrait que vous nous disiez :

1° Ce que vous pensez de cette convention ;

2° Ce que nous devons faire pour la modifier de façon satisfaisante (réunion syndicale et desiderata);

3° Ce qu'il y aurait lieu de faire pour obliger la mutualité à accepter, s'il y avait du tirage de sa part ;

4° Si, au point de vue *légal*, une mutualité a le *droit* d'exclure le médecin traitant de la chirurgie courante.

Le tarif de base est celui de la nomenclature, accepté *par tous les médecins traitants*, (comme par les spécialistes), ce dont vous ne doutez pas une minute.

Dr P.

**Réponse**

Du point de vue légal, la convention dont vous nous avez communiqué le texte soulève les observations suivantes :

**1° Législation des Assurances sociales.**

Aux termes de l'article 6, paragraphe premier, alinéa 3 de la loi du 30 avril 1930, « les Caisses d'assurances sociales pourront passer des contrats avec les sociétés de secours mutuels, ayant créé des œuvres sociales dans les conditions prévues à l'article 8, alinéa 7 de la loi du premier avril 1898 modifiée en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents assurés de la présente loi. »

Nous devons alors nous reporter à la loi du 28 décembre 1927, modifiant partiellement la loi du 1er avril 1898. Ce paragraphe 7 de l'article 8 est ainsi conçu : « La création de maisons de la mutualité, ou dispensaires d'hygiène sociale, de preventoria, de sanatoria, de cliniques chirurgicales et obstétricales, de maisons maternelles, de consultations prénatales, de consultations de nourrissons, de gouttes de lait et, en général, de toutes œuvres de prophylaxie et d'hygiène ».

**2° Les conventions.**

De ces deux législations, sur les Assurances sociales et sur la Mutualité, découle qu'une Caisse d'assurances sociales peut contracter avec une Société, ou Fédération de sociétés de Secours mutuels, pour que les assurés sociaux soient soignés à la clinique chirurgicale.

De plus, aux termes de l'article 26 de la loi de 1930, sur les Assurances sociales, les assurés sociaux peuvent faire partie d'une caisse primaire, qui n'est autre qu'une société de secours mutuels approuvée.

Le syndicat médical aura donc à contracter collectivement soit avec la Caisse d'assurances sociales, soit avec la Mutualité.

Avec la Caisse il peut parfaitement convenir que les soins chirurgicaux et spéciaux seront donnés dans les établissements mutualistes, qui ont contracté avec les caisses.

Avec les Mutualités, ils peuvent convenir que les praticiens soigneront à la clinique mutualiste tant les assurés sociaux que les mutualistes, qui, non assurés sociaux, bénéficient toujours des dispositions de la loi de 1898 sur les sociétés de secours mutuels.

**3° Arguments invoqués en faveur de la concentration des soins dans une clinique mutualiste.**

Caisses d'assurances sociales et Mutualités soutiennent qu'elles ont grand intérêt à ce que leurs ressortissants soient mieux examinés, soignés, opérés dans une clinique spécialisée plutôt qu'à domicile.

*a*) Les médecins, chirurgiens et spécialistes sont sur place à la clinique. Ils peuvent se consulter entre eux, s'adresser les malades, aux fins d'examens. Ils sont spécialisés comme technique professionnelle, mieux que ne le sont les omnipraticiens.

*b*) Le personnel infirmier de la clinique est autrement mieux entraîné pour les soins à donner aux malades opérés, ou atteints d'affections graves que les personnes de la famille des patients.

*c*) L'instrumentation coûteuse, les salles spéciales sont à la disposition des praticiens, lesquels souvent n'ont pas à leur domicile professionnel pareille installation fort coûteuse ;

*d*) Les malades sont mieux surveillés et n'ont pas l'occasion, comme chez eux, d'enfreindre les prescriptions et directives des médecins ;

*e*) Les malades mieux soignés, mieux surveillés sont plus vite guéris ; par suite, les frais médicaux seront moins élevés, ainsi que les dépenses pharmaceutiques. Moins de journées de demi-salaire seront à payer aux intéressés. D'où économie certaine pour la Caisse d'assurances sociales, ou pour la Mutualité. Telle est la thèse soutenue par cette dernière.

**4° Arguments contre cette concentration.**

Le docteur en médecine tient de son grade le droit absolu de soigner toutes les maladies sans restrictions.

Mais, en pratique, il est prudent, tant dans l'intérêt du malade que pour le repos du praticien (responsabilité professionnelle), de n'entreprendre que les soins qu'on est capable de donner, laissant à des confrères spécialisés la

possibilité d'accomplir les actes professionnels, pour lesquels ils sont idoines.

Cependant si volontairement, le médecin peut renoncer à l'exercice de telle ou telle branche de l'art de guérir, on ne peut pas le lui imposer, sans le vote préalable d'un texte législatif.

Or, en matière d'assurances sociales, le législateur a ordonné que les intérêts des médecins soient débattus et déterminés par des conventions intervenant entre syndicats de praticiens et Caisses d'assurances sociales. Si de pareilles conventions étaient impossibles, ou si les syndicats médicaux s'y refusaient, les Caisses reprendraient toute leur liberté d'action et organiseraient leur service médical comme bon leur semblerait.

Lorsque intervient une convention entre le syndicat médical et une caisse (ou une mutualité faisant fonction de Caisse d'assurances sociales) le syndiqué est obligé, lié par le texte du contrat que ses représentants (le bureau du syndicat) ont signé avec lesdites caisses. Il doit se soumettre aux stipulations y contenues, du fait qu'il est syndiqué.

Quant aux non-syndiqués, ils doivent adhérer à ces conventions, s'ils veulent avoir qualité pour donner leurs soins aux assurés sociaux. Il faut accepter, ou refuser en bloc ladite convention.

### Conclusion.

Du point de vue légal, la convention qui nous a été soumise ne viole aucun texte de loi ou de règlement.

Professionnellement, il peut en être différent, tant au regard des médecins syndiqués, qu'à celui des non-syndiqués.

Les syndiqués qui seraient lésés par cette convention, qui accapare tous les cas de chirurgie, petite ou grande, au seul profit des praticiens spécialisés, ont le droit de réclamer la modification des termes de ladite convention en s'adressant au bureau, d'abord, puis à l'assemblée générale de leur syndicat.

N'obtiennent-ils pas satisfaction, ils n'ont que la ressource de démissionner du syndicat, s'ils ne veulent pas se soumettre aux décisions de la majorité. Leur situation sera alors la même que celle des non-syndiqués, que nous allons envisager.

Ces derniers tiennent de la loi de 1892 le droit d'exercer complètement l'art de guérir. Il semble donc, à première vue, qu'une convention, qui les dépossède partiellement de cette faculté, soit contraire au texte de la loi de 1892.

Cependant, la convention fait la loi des parties : cet accord est signé selon les termes de la loi de 1930, sur les Assurances sociales, qui spécifie que seuls seront qualifiés pour soigner les assurés sociaux les praticiens qui auront adhéré à la convention syndicat-caisse.

Reste alors le point de savoir si ce contrat collectif serait susceptible d'être déféré à la justice, comme restreignant la liberté du travail. c'est-à-dire diminuant l'étendue de la capacité professionnelle des praticiens, qui ne peuvent pas se dire spécialisés.

Ce serait la commission départementale, prévue par l'article 7 de la loi de 1930, qui serait compétente pour connaître du conflit. L'appel serait porté devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

Mais, il n'est pas douteux qu'interviendraient les motifs que j'ai signalés plus haut, à savoir les arguments invoqués en faveur de la concentration des soins dans une clinique mutualiste : il y a gros à parier que la section permanente donnerait avis favorable à la thèse du syndicat et au texte de la convention en litige.

### Considérations de fait.

Du moment où la voie contentieuse me paraît difficile, il est bon de se tourner vers la procédure corporative, pour obtenir des dirigeants des syndicats médicaux la modification à proposer à la convention.

Remarquons d'abord que le contrat actuel est signé et doit être appliqué jusqu'en janvier 1933. C'est donc avant cette époque que les deux parties doivent se mettre d'accord, le préavis, prévu par l'article 15 devant être donné avant le premier octobre 1932. Il faut donc que les médecins se soient mis d'accord avant cette date, sur les modifications à présenter au cocontractant, la mutualité.

Remarquons que, dans sa lettre d'envoi aux confrères du département, le secrétaire de la Fédération reconnaît lui-même que cette convention présente des lacunes importantes. Le Bureau de la Fédération doit donc avoir déjà mis à l'étude les modifications à présenter à la mutualité, avant octobre prochain.

D'autre part, le « tiers-payant » est rétabli, l'entente directe est supprimée, puisque, à l'article 7, il est spécifié que « le trésorier général de la Fédération départementale de la Mutualité versera directement à chaque médecin ses honoraires calculés suivant les indications de la feuille de soins chirurgicaux, dans le mois qui suivra la fin du traitement ».

De plus, ces honoraires sont débattus, non plus selon le tarif syndical local, ou le tarif général de la Confédération, mais bien selon le tarif de responsabilité de la Caisse, ou de la Mutualité : par le fait même qu'il a accepté les termes de la convention, le médecin du Gard s'interdit de demander directement à son client une somme quelconque, complémentaire, ou sup-

plémentaire pour les soins donnés pour une affection chirurgicale, ou de spécialité.

C'est le triomphe d'une partie du programme de la Mutualité, lorsqu'elle demande au Parlement d'être seule chargée de la gestion des Assurances sociales. Le médecin sera d'abord payé, par la Mutualité, à l'acte médical, au tarif de cette dernière, en attendant que le salaire à forfait nous soit imposé par les Fédérations mutualistes, au nom de la simplification de leurs écritures. Ce sera la porte ouverte au salariat médical, dans toute son horreur.

**Libre choix.**

Cependant, l'article premier de la convention spécifie que les « adhérents des Sociétés de secours mutuels fédérées, ayant besoin de soins chirurgicaux (chirurgie générale, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie) *ont le droit* de s'adresser...... » *Stricto sensu*, ce n'est pas un ordre : les malades peuvent toujours se confier à leur médecin habituel. Mais on sait combien peu se prévaudront de *ce droit* et ils se laisseront diriger sur la clinique mutualiste, par les employés de la Mutualité, à laquelle ils appartiennent.

Peut-être serait-il utile de spécifier, dans cet article premier que, tout en conservant la faculté de se laisser soigner par leur médecin local, les mutualistes pourront également recevoir les soins à la clinique.

Mais alors va surgir la difficulté de savoir si le médecin local est suffisamment outillé et s'il a la compétence professionnelle nécessaire, pour donner ces soins spécialisés. Grosse question qui a comme corollaire la suivante : les médecins locaux donneront-ils leurs soins spéciaux au même tarif que les praticiens de la clinique ? Accepteront-ils d'être payés par le « tiers » et renonceront-ils à l' « entente directe » vis-à-vis de leurs clients ?

Ces derniers ne demandent qu'une chose, c'est de ne rien avoir à débourser, ni même à faire l'avance de frais médicaux, qui doivent leur être remboursés par leur Caisse. Ils estiment plus simple que leur médecin soit honoré directement par le « tiers payant ». Je parle de la clientèle ordinaire, courante, qui est assez peu versée dans ces questions de libre choix et d'entente directe, pour que leurs propres droits soient respectés.

Il convient donc de discuter, au sein du syndicat, ou de la Fédération des syndicats du Gard, cette question toute confraternelle, à savoir la dépossession de la médecine chirurgicale et spécialisée au profit des praticiens de la clinique, au détriment des praticiens ruraux et de ville, non attachés aux cliniques mutualistes.

Ce conflit prouve la tendance sociale, qui entraîne la médecine vers une conception de proche avenir, différente de nos habitudes actuelles.

L'évolution de la science, la nécessité de la collaboration de plusieurs confrères, tant pour établir un diagnostic que pour pratiquer une intervention, l'utilisation d'un matériel chirurgical, ou de spécialité fort coûteux nous conduisent peu à peu vers la concentration dans des centres spéciaux, créés pour les examens, le diagnostic et les traitements en série.

La clinique, privée ou hospitalière, s'imposera de plus en plus dans nos habitudes professionnelles. Et je crois que, plutôt que de se battre entre confrères, pour des questions de préséance et d'honoraires, il serait plus profitable d'envisager cette évolution et de l'orienter, dès à présent, vers un mieux-être garantissant non seulement les intérêts des médecins attachés à une clinique par un choix, un contrat, ou un concours, mais aussi les droits légitimes à la vie qu'ont à réclamer les omnipraticiens.

Gros problème d'avenir livré à la sagacité de nos confrères et de leur Confédération.

Dr Paul BOUDIN.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Il s'agit de ne pas rester là, comme un mouton qui bêle...*

(Jules VALLÈS.)

DCCLXXVIII. — Jules VALLÈS. — **La Tableau de Paris**. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932, 15 francs.

Dans un de ses récents « *Propos* », notre érudit rédacteur en chef, familier du passé de la capitale, vous signalait un « *Tableau de Paris* » paru à Amsterdam en 1783, assez aigre et où déjà le Corps médical bénéficiait de la hargne des chroniqueurs. Jules Vallès a repris le titre, sans nous réserver les mêmes pointes. A peine quand il décrit l'asile de Sainte-Anne lui échappe-t-il quelques traits : c'est si humain que je n'ai pas songé à m'étonner. Vallès fut interné, étant jeune, aux quartiers de l'hospice de Nantes ; il a le droit d'avoir gardé aux psychiatres et, par extension, aux médecins une vague rancœur

dont il se dispense de donner les raisons. Sa description s'y arrête d'ailleurs fort peu. Ici comme dans les autres chapitres du livre, ce qui l'intéresse, ce sont les miséreux, leurs joies, leurs démêlés avec une société mal bâtie : la prison, l'hôpital, la foire, le boulevard, le jardin public ; le peuple des chiffonniers, celui du Faubourg Saint-Antoine, les jours de liesse et ceux de deuil. Mais Vallès qui écrit ceci en 1882 prend de l'âge : et, s'il gronde, il n'est plus capable de ces magnifiques rugissements qui traversaient ses œuvres de jeunesse. Il écrit d'ailleurs la plupart de ces chroniques pour le « *Gil Blas* » et, s'il est flatteur pour les lecteurs du journal de voir embrigadé un réprouvé, on ne saurait leur donner l'équivalent des propos incendiaires que le polémiste produisait à pleine voix. Le lion devenu vieux bêle, ses éclats gardent plus de grandiloquence que de fougue. De cette ville qui retrouve après la guerre et la Commune un nonchalant farniente, où lui-même revient amnistié (voir son chapitre de converti sur « *les Cénacles* »), il nous présente une vision attendrie. Sa fidélité à ses convictions redonne à quelques passages de son livre une indiscutable fermeté, mais il me semble qu'outre leur intérêt documentaire très vif, elles sont surtout curieusement démonstratives de l'évolution fréquente des penseurs « politiques ».

DCCLXXIX. — André MAUROIS. — **Le Côté de Chelsea.** Un vol. 11 × 17. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1932, 9 francs.

Monsieur Maurois pastiche Proust. Techniquement, il se rapproche très fidèlement des procédés d'écriture de son modèle et fait même preuve de virtuosité syntaxique puisqu'il termine son livre par une phrase déroulée sur trois pages ! Il a tâché d'enguirlander son texte de ces sinueuses incidentes où se jouait la pensée de Proust, de ces parenthèses-gigogne où musait sa fantaisie (toujours préoccupée d'un oubli possible), mais ces méandres graphiques d'une irréprochable qualité n'ont pas ce brusque et déroutant jaillissement qui les pare chez Proust d'une gracile spontanéité. Il leur manque cette indéfinissable mobilité, ces dérobements fugaces, cette vivacité rebondissant et ricochant dans les moindres propos de l'inquiet et scrupuleux ami d'Albertine. C'est une excellente copie, suivant jusque dans les détails les plus caractéristiques, l'œuvre dont elle s'inspire, mais il lui manque ce rien, ce souffle, cette douce respiration et ce confus chuchotement de voix qui passent dans le silence où coule le « *Temps retrouvé* ».

DCCLXXX. — J.-M. SOLLIER. — **Fableaux.** Un vol. 14 × 19 tiré à 350 ex. numérotés (5 Japon, 25 van Gelder, 320 alfa). *Editions « La Maison des Amis des Livres »*. Paris, 1932.

Ceci est beaucoup plus rude ; fableaux en prose, avec les courtes phrases d'une simplicité nue comme Ramuz les écrit. Commères et buveurs, filles ou gueux sont quelquefois mal embouchés jusqu'au juron inclus et à l'ivresse. Au bout du livre, une « *Vierge sage* » qui regarde avec un candide étonnement le monde, et peut-être aussi les pages précédentes où voisinent d'étonnantes richesses et une fange quintessenciée.

DCCLXXXI. — Victor MARGUERITTE. — **Debout les vivants.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

J'ai, comme nombre de mes camarades, des raisons personnelles de détester la guerre, que n'a pas l'auteur de « *La Garçonne* ». Comme lui et toujours pour des motifs directs (épaulés de cuisants souvenirs qui lui sont aussi étrangers), nous souhaitons tous que la guerre ne revienne jamais. Et nous le remercions (comme nous le faisions déjà quand les civils nous souhaitaient chaleureusement de « *tenir* » !) des solutions tonitruantes qu'il propose à la sagesse et à la bonne volonté des hommes, fidèle à son programme de snobisme révolutionnaire.

DCCLXXXII. — Lisbeth BURGER. — **Mémoires d'une sage-femme.** Un vol. de 400 pages traduit de l'allemand par M. H.-D. *Editions Mariage et Famille*, Paris, 1932, 15 francs.

Sous forme de courts récits sont passés en revue les différents problèmes de morale conjugale, eugénique, hygiène que ces mémoires sont censé avoir donné à une sage accoucheuse l'occasion de discuter. Les procédés anti-conceptionnels sont désignés comme « *procédés français* ». Les tendances générales de l'œuvre sont bien-pensantes.

DCCLXXXIII. — Pierre DE LANUX. — **Sud.** Un vol. illustré 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1932.

Le livre ne se limite pas au récit circonstancié de la guerre de Sécession ; l'auteur montre le retentissement qu'elle eut sur la pensée politique moderne et sur la déformation de la mentalité américaine. Il voit dans les Etats du Sud un facteur de régénération, passagèrement écrasé par cette malencontreuse guerre de 1861-1865 et susceptible de racheter la civilisation yankee.

**Varia*****

« *Figaro illustré* » publie son numéro de septembre sous le signe de Sant-Crépin : petite histoire du cuir, matière vivante ; retour au cuir dans la décoration, l'ameublement. Reproduction de magnifiques reliures. Quelques brèves notes de voyage de Georges Pillement sur l'Espagne. Une chronique sur Adrien Le Corbeau, presque mort dans la misère et auquel on découvre depuis beaucoup de talent. Une revue des expositions artistiques des derniers mois ; rétrospective Manet

des ventes d'avril à juin ; monnaies et médailles et une série de pronostics sur le visage de la mode féminine de demain. Aux nouvelles (pour et à l'usage de nos jeunes confrères) l'annonce qu'aux jeunes époux qui veulent se rendre à Rome les chemins de fer italiens (page 447) accordent une réduction sur leurs tarifs, de 80 % !

* Dans le « *Mercure de France* » du 15 septembre, un article sur un rêve d'amour de Sainte-Beuve ; une nouvelle de René Puaux ; un excellent poème : Soir de juin ; divers jugements de Stendhal sur le journalisme ; un article étudiant le problème juridique des pseudonymes. Je serais à ce propos reconnaissant aux confrères de la Charente de me signaler les récidives possibles d'un journaliste du cru qui, froidement, à deux reprises, s'est honnêtement (a-t-il déclaré la première fois !) emparé de mes « *Bésicles* » pour rédiger un courrier littéraire dans son journal. Et comme dans chaque livraison du Mercure, cette extraordinaire chronique théâtrale de Pierre Lièvre, Aux échos une discussion sur la génération simultanée ou perlée des jumeaux et où est invoquée l'autorité de M. de Buffon. Le résumé d'une étude sur le diagnostic des maladies par le seul pendule.

**Tableau d'honneur*****

A la page 184 de l'un des livres signalés dans la présente « *Page* », cette phrase inattendue : « *La jeune fille, au bureau de poste, dressa les oreilles, surprise* ».

*Dans un journal qui montre, pour le pathos, une dilection particulière : « *Mais je suis tout de même tranquille, ce bateau-phare ne sombrera pas ; il continuera de naviguer, c'est-à-dire d'avancer droit pour nous éclairer, nous guider. . . .* »

**Correspondance*****

**Docteur J. O., Finistère.* — Un bas-bleu est capable de tout, même de salir la mémoire de son père médecin. Je vous remercie de vos renseignements qui n'enlèvent rien à la valeur intrinsèque du roman, mais prouvent à quel degré d'abjection peuvent descendre les femmes tourmentées par le démon de la littérature.

**Docteur G. A., Paris.* — Il est plus facile de piller dans le domaine d'autrui que de composer. Même si vous réussissez à faire condamner vos plagiaires (et « *plagiaire* » est peu dire !) ils recommenceront. Cette façon de rendre hommage à la richesse de vos travaux est de courante monnaie. Nos étonnements sont du siècle dernier et le procédé, du siècle actuel. Votre attachement aux principes et votre indignation vont sembler à ces glaneurs impavides d'une ridicule sénilité.

**Docteur L. N., Paris.* — L'édition est épuisée depuis plusieurs mois. Vous trouverez difficilement l'ouvrage d'occasion.

**Docteur L. B., Ardennes.* — Je regrette de ne pouvoir signaler l'ouvrage auquel vous vous intéressez, non qu'il soit dépourvu d'intérêt, mais le ton de sa rédaction et son inspiration me l'interdisent. Il ne faut pas promener, serait-ce par amusement, de bâton prospecteur dans un terrier de guêpes.

**Docteur A. N., Marseille.* — L'édition de « *Knock* » que je vous signalai et dont vous ne retrouvez pas la référence avait été publiée par les éditions Kra, devenues « *Editions du Sagittaire* ».

29 septembre 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## Comptes rendus, documents, pièces officielles...

### *Syndicat général des médecins spécialistes de l'appareil respiratoire*

**Centres de diagnostic et de prévention** (rapporteur M. LE MOAL). — Le Docteur Le Moal constate que la majorité du Corps médical est opposée au projet des établissements de diagnostic. Or, les projets de substitution, projet Aube, projet de la Commission confédérale, peuvent être, à la rigueur, acceptés comme une réaction de défense, dans certains départements menacés, ils ne sauraient inspirer une politique confédérale, car ils conduisent à l'effondrement du taux des honoraires et à l'abaissement des tarifs de toute la médecine sociale.

Le rapporteur pense néanmoins, qu'une politique d'abstention, à l'égard des caisses et des pouvoirs publics n'est pas de nature à arrêter le cours des projets amorcés dans le sens de la socialisation de la médecine.

Il expose un contre-projet, dont les idées directrices sont les suivantes :

Décaler d'un cran le problème et faire porter l'étude de la question prévention-diagnostic, sur le terrain prévention-établissements.

Treize années de collaboration, à la lutte antituberculeuse officielle, les statistiques communiquées par les Comités antituberculeux de deux départements bretons (Finistère, Morbihan), certains articles émanant du Comité national, lui inspirent les observations suivantes :

1° L'armement antituberculeux comporte des armes d'inégale valeur.

Au haut de l'échelle, les préventoriums et l'Œuvre Grancher, œuvres excellentes, au bas de l'échelle, les dispensaires, centres de statistiques, alourdis par une fastidieuse besogne bureaucratique et qui, faute de débouchés, pour les sujets dont ils ont la charge en sont réduits à pratiquer l'éducation prophylactique du public, tâche ingrate, dont la portée sociale est réduite.

Les Pouvoirs publics doivent encourager les organisations de grande valeur, consacrées par l'expérience, type : Œuvre Grancher et ne pas employer leurs ressources à une extension inconsidérée des centres de diagnostic, type dispensaires.

2° La loi des Assurances sociales préconise tous les cinq ans, un examen de prévention.

Or, le système d'entente directe, formellement reconnu par le législateur, ne signifie pas uniquement liberté d'honoraires, mais il implique, pour les médecins, le droit de conduire ses examens selon les règles

qu'il juge les meilleures, sans se soucier des schémas administratifs.

La date des examens, leur modalité, la variété des recherches à entreprendre, leur répétition, tiennent à l'âge et au genre de vie des sujets, à certains épisodes physiologiques qu'ils traversent, aux circonstances particulières, économiques, qu'ils subissent, aux tendances héréditaires. Ces éléments doivent être appréciés, pour chaque sujet, individuellement.

Les stipulations de la loi fixent uniquement le principe de la rémunération de l'examen de prévention à l'assuré et leur répétition tous les cinq ans. Elles ne lient nullement le médecin, pas plus que la limitation des prestations-maladies, à six mois de temps ne conduit le médecin, à cesser ses soins au tuberculeux, ou au malade chronique, cette période limite écoulée.

3° Les circulaires ministérielles englobent sous la rubrique : examens de prévention, des modalités d'examens fort différentes.

Il faut mettre à part, l'examen que réclame un sujet averti, par un symptôme révélateur (toux persistante, etc...). Ces examens ne sont pas à proprement parler des examens de prévention. Ce sont des examens en vue du dépistage précoce des maladies. Ces types d'examens sont à recommander. Ils relèvent de la médecine courante. En matière d'Assurances sociales ils sont couverts par un tarif de responsabilité qui leur est propre.

Tout différent est l'examen systématique de prévention prévu par la loi, périodiquement, chez des sujets sains, qui ne présentent aucun symptôme, même minime, d'une affection quelconque.

Le principe même de ces examens systématiques est discutable. A titre d'exemple, en matière de tuberculose, 80 % des sujets sains, pris au hasard, présentent des anomalies cliniques, radiologiques ou humorales. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne possédons pas de critère, qui nous permette de dire, que de tels sujets resteront indéfiniment en bonne santé ou qu'ils feront, demain une tuberculose évolutive.

L'examen systématique conduira nécessairement à des interprétations erronées, à des diagnostics hypothétiques. De tels examens sont de nature à semer dans les familles le doute et l'angoisse, à décupler le nombre des inquiets, des anxieux et des phobiques, à créer la névrose de prévention.

Les syndicats médicaux, conseillers techniques des caisses doivent s'opposer à ce que des sommes considérables soient affectées à ce type de médecine dont l'intérêt n'est pas évident.

La Confédération doit tendre à conserver le caractère facultatif, pour les assurés, de tels examens ainsi que la loi l'a prévu, jusqu'à ce jour.

4° Il n'y a pas de crise de diagnostic.

Les malades sociaux trouvent aisément, et en tous lieux, des organisations de diagnostic qui suffisent à leurs besoins : les cabinets médicaux des praticiens, des spécialistes, les établissements divers d'assistance.

Toute nouvelle organisation est superflue, de nouveaux organismes de ce genre ne seraient que la doublure d'organisations déjà existantes.

Il y a par contre, une pénurie navrante d'établissements de prévention. Il existe un nombre impressionnant de sujets étiquetés, catalogués, diagnostiqués, qui attendent l'heure du placement salutaire.

*En résumé, pour faire utilement de la prévention, ce ne sont pas des organisations de diagnostic qu'il faut, ce sont des établissements de prévention.*

La Confédération ferait œuvre utile, en soumettant un projet d'organisation prophylactique dont les premières réalisations devraient être les suivantes :

*a*) Acquisition dans chaque département d'une Œuvre Grancher ;

*b*) Développement de l'œuvre des placements des tout-petits ;

*c*) Création d'un ou deux préventoriums, par département ;

*d*) Etude des modifications à apporter à la loi des Assurances sociales, en vue de faire bénéficier les tuberculeux des trois années de prestations-maladies, par analogie, avec le statut qui régit les fonctionnaires de l'Etat.

*e*) Subvention des Assurances sociales aux centres de recherches scientifiques, créés dans le but d'étudier le vaccin ou le traitement curateur d'une maladie contagieuse.

*f*) Etude des modifications de la loi en vue de faire bénéficier les sujets, admis au préventorium, de la totalité du prix de journée et de l'application de cette disposition au delà de six mois, c'est-à-dire pendant tout le temps que persiste le risque de contamination familiale.

Le rapport de M. Le Moal fut adopté à l'unanimité par le Conseil d'administration du S. A. R. (13 mars 1932.)

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de clinique de la tuberculose.** (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres, et Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* organisé, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. RIST et P. AMEUILLE, avec la collaboration de MM. L. RIBADEAU-DUMAS, P. JACOB, J. LEVESQUE et A. RAVINA, médecins des hôpitaux ; A. MAURER, chirurgien des hôpitaux ; G. MAINGOT, électro-radiologiste de l'hôpital Laennec ; E. BRISSAUD, J. ROLLAND, E. COULAUD, F. HIRSCHBERG, E. HAUTEFEUILLE, J. ARNAUD, A. SOULAS et Mlle M. BLANCHY, assistants et anciens assistants ; M. S. DOUBROW, chef de laboratoire à la Faculté, et M. EVROT, sous-directeur du Comité national.

Ce cours, d'une durée d'un mois, commencera le lundi 24 octobre 1932, à 11 heures, à la salle des conférences de la clinique de la tuberculose, à l'hôpital Laennec. Il se composera de leçons et d'exercices pratiques.

PROGRAMME DES LEÇONS : Lundi 24 octobre, à 11 heures, M. RIST : Principes généraux du diagnostic de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures, M. ROLLAND : Le bacille tuberculeux. — Mardi 25 octobre, à 16 heures, M. COULAUD : Tuberculine et réactions tuberculiniques. — Mercredi 26 octobre, à 16 heures, M. RIST : Valeur diagnostique et pronostique des symptômes fonctionnels et généraux dans la tuberculose pulmonaire. — Jeudi 27 octobre, à 11 heures, M. AMEUILLE : Les lésions anatomiques de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures, M. ROLLAND : L'allergie tuberculeuse. — Vendredi 28 octobre, à 16 heures, M. HIRSCHBERG : Technique du pneumothorax artificiel. — Samedi 29 octobre, à 11 heures, M. RIST : Les signes de percussion et leur notation graphique ; à 16 heures, M. SOULAS : La laryngite tuberculeuse. — Lundi 31 octobre, à 11 heures, M. RIST : Les signes d'auscultation et leur notation graphique ; à 16 heures, M. AMEUILLE : Les signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 2 novembre, à 16 heures, M. HISCHBERG : Accidents et complications du pneumothorax artificiel. — Jeudi 3 novembre, à 11 heures, M. RIST : Début et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; à 16 heures, M. BRISSAUD : Oléothorax, thoracoscopie et section de brides. — Vendredi 4 novembre, à 16 heures, M. HIRSCHBERG : Résultats du pneumothorax. — Samedi 5 novembre, à 11 heures, M. MAURER : Les interventions chirurgicales dans la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures, M. JACOB : Traitement des accidents et complications de la tuberculose pulmonaire. — Lundi 7 novembre, à 11 heures, Mlle BLANCHY : Résultats de la phrénicectomie ; à 16 heures, M. RIST : Tuberculose et gravidité. — Mardi 8 novembre, à 16 heures, M. SOULAS : Rôle de l'endoscopie rhinopharyngée et trachéobronchique dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil respiratoire. — Mercredi 9 novembre, à 16 heures, M. RAVINA : La cure d'aération et de repos. — Jeudi 10 novembre, à 11 heures, M. AMEUILLE : La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures, M. ARNAUD : La tuberculose intestinale. — Samedi 12 novembre, à 11 heures, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose du nourrisson ; à 16 heures, M. RIST : Charlatanisme et tuberculose. — Lundi 14 novembre, à 11 heures, M. RIST : Conduite générale du traitement de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures, M. SOULAS : Technique et valeur de l'injection intrabronchique de lipiodol dans le diagnostic des maladies broncho-pulmonaires. — Mardi 15 novembre, à 16 heures, M. HAUTEFEUILLE : Technique du dispensaire antituberculeux. — Mercredi 16 novembre, à 11 heures, M. MAINGOT : Organisation d'un laboratoire radiologique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures, M. COULAUD : La prémunition de la tuberculose par le B. C. G. — Jeudi 17 novembre, à 11 heures, M. ROLLAND : Les néoplasmes pulmonaires et médiastinaux ; à 16 heures, M. DOUBROW : Les tuberculoses miliaires. — Vendredi 18 novembre, à 16 heures, M. EVROT : Organisation de la prophylaxie sociale de la tuberculose. — Samedi 19 novembre, à 11 heures, M. LEVESQUE : La tuberculose de la seconde enfance ; à 16 heures, M. RIST : Principes généraux de la prophylaxie antituberculeuse.

LES EXERCICES PRATIQUES comprendront : 1° La recherche des bacilles tuberculeux dans les sécrétions pathologiques ; 2° L'examen clinique des malades dans les salles d'hospitalisation ; 3° Des démonstrations radioscopiques et l'interprétation des clichés ; 4° Le fonctionnement du dispensaire antituberculeux ; 5° Le rôle du service social à l'hôpital ; 6° La pratique du pneumothorax artificiel ; 7° Des démonstrations pratiques de laryngoscopie, de trachéoscopie et de lipiodolo-radiodiagnostic ; 8° Des démonstrations pratiques de thoracoscopie ; 9° Des visites : *a*) au service de chirurgie thoracique de l'hôpital Laennec (MM. les Docteurs PROUST et MAURER) ; *b*) au laboratoire du B. C. G. (M. le Professeur CALMETTE) à l'Institut Pasteur ; *c*) à la crèche de l'hôpital Laennec (M. le Professeur Léon BERNARD) ; *d*) au service des femmes tuberculeuses de la clinique d'accouchements Baudelocque (M. le Professeur COUVELAIRE) ; *e*) au service des nourrissons de la Salpêtrière (M. le Professeur RIBADEAU-DUMAS) ; *f*) au sanatorium de Bligny (M. le Docteur GUINARD).

PROGRAMME DU TRAVAIL HEBDOMADAIRE. — Lundi, 10 heures : Visite salle Villemin ; 11 heures : Leçon ; 16 heures : Leçon. — Mardi, 10 heures : Consultation au Dispensaire Léon Bourgeois ; 16 heures : Leçon. — Mercredi, 10 heures : Conférence médico-sociale ; 11 heures : Visite salle Potain ; 14 heures : Consultation au Dispensaire ; 16 heures : Leçon. — Jeudi, 10 heures : Visite salle Laennec ; 11 heures : Leçon ; 14 heures : Policlinique : Pneumothorax artificiel ; 16 heures : Leçon. — Vendredi 10 heures : Consultation au Dispensaire ; 14 heures : Policlinique : Pneumothorax artificiel ; 16 heures : Leçon. — Samedi, 10 heures : Visite salle Grancher ; 11 heures : Leçon ; 16 heures : Leçon.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats au poste de médecin de dispensaires, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses : s'adresser à M. le Docteur ARNAUD, directeur général du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits à verser sont de 250 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie.** (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). Professeur : M. A. BRINDEAU, avec la collaboration de MM. Marcel METZGER, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; ECALLE, agrégé,

accoucheur de l'hôpital Boucicaut ; Vaudescal, agrégé ; Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis : Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Paul Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Bidoire, chef de clinique ; Desoubry, Jacquet, de Peretti della Rocca, Suzor, Bompart, anciens chefs de clinique ; Cartier et Hinglais, chefs de laboratoire.

*Tableau général de l'enseignement clinique et des cours annexes donnés à la clinique Tarnier pendant l'année scolaire* 1932-1933. — Tous les matins, enseignement clinique par le professeur. — Lundi, à 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; à 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons et des femmes enceintes malades. — Mardi, à 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; à 10 h. 1/2 : Présentation de malades à l'amphithéâtre ; Mercredi, à 9 h. 1/2 : Policlinique des femmes enceintes ; Consultation de syphiligraphie ; Jeudi à 9 h. 1/2 : Opérations obstétricales et gynécologiques ; à 10 h. 1/2 : Policlinique des femmes atteintes d'affections gynécologiques. Traitement de la stérilité. — Vendredi, à 9 h. 1/2 : Policlinique des femmes enceintes. — Samedi à 9 h. 1/2 Examen des femmes en travail et des accouchées ; à 10 h. 1/2 : Leçon à l'Amphithéâtre.

*Cours de perfectionnement du jeudi soir*. — Ce cours gratuit, destiné aux médecins et étudiants s'intéressant spécialement à l'obstétrique, sera fait par des conférenciers qui traiteront des questions particulièrement étudiées par eux. Il commencera le 1er décembre 1932, à 20 h. 3/4, et sera continué chaque jeudi pendant le semestre d'hiver. Pour les détails consulter l'affiche spéciale.

*Cours de pratique obstétricale*. — Ces cours sont destinés aux médecins et étudiants français et étrangers. Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, le matin et l'après-midi. Ces leçons seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs feront par eux-mêmes des accouchements sous la direction des moniteurs ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, ainsi qu'aux manœuvres obstétricales.

Ces cours auront lieu aux dates suivantes :

*Un cours de pratique obstétricale* (février 1933). Le droit à verser pour ce cours est de 250 francs.

*Trois cours de vacances* : Vacances de Pâques (un cours de pratique obstétricale pendant les quinze jours de vacances) ; vacances d'été (deux cours de pratique obstétricale du 15 au 30 septembre et du 15 au 30 octobre). Le droit à verser pour chacun de ces trois cours est de 250 francs. Des affiches spéciales indiqueront le programme des leçons et démonstrations.

*Cours de puériculture*. — Ces cours comprendront une série de leçons où ne seront traitées que des questions concernant l'hygiène, l'alimentation et la pathologie du nourrisson, au cours des premières semaines.

Première série : Le nouveau-né normal (mars 1933).

Deuxième série : Le nouveau-né pathologique (mai 1933).

Des affiches indiqueront le programme des leçons.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Bidoire, chef de clinique à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs à ces cours sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique médicale des Enfants** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt.) — M. Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des enfants, le jeudi 3 novembre 1932, à 9 heures.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur. Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur. Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de thérapeutique, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections digestives, par M. Jean Hutinel, agrégé. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Jean Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur (première leçon le 19 novembre).

Des cours de revision de médecine et de clinique des enfants seront donnés à Pâques et en juillet 1933.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie** (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Professeur : M. Brindeau.) — M. le Professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 5 novembre 1932, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— **Clinique obstétricale** (Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital. Professeur : M. Cyrille Jeannin.) — M. le Professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons à la clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 10 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin**. — (Professeur : M. Charles Achard.) — M. le Professeur Charles Achard commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la Clinique médicale le samedi 19 novembre 1932, à 10 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, visite dans les salles, examens des malades par MM. Poumailloux, Benoist, Cahen et Horowitz, chefs de clinique.

A 11 heures, excepté le samedi, leçons et démonstrations avec le concours de MM. Loeper, Villaret, Clerc et Léon Binet, professeurs à la Faculté ; Joannon, Henri Bénard et J. Verne, agrégés ; Bensaude, P. Emile-Weil, Laubry, Grenet, Louis Ramond, Touraine, Flandin, Marchal, M. Debray, Hamburger et Bariéty, médecins des hôpitaux ; Grigaut, chef de laboratoire ; Saint Girons, Thiers, Mouzon, Sigismond Bloch, Morlaas et Moussoir, anciens chefs de clinique.

Le lundi et le jeudi, à 10 heures, consultation des maladies rhumatismales par MM. les docteurs Coste, médecin des hôpitaux, et J. Forestier, ancien interne des hôpitaux.

Le samedi, à 10 h. 1/2, leçon à l'amphithéâtre, par le professeur.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mlle le Docteur Madeleine GIRARDEAU, de Paris ; du Docteur BUTTERLIN, ancien sénateur du Doubs ; du Docteur Charles SALLÉ, de Tesson ; du Docteur JAMBON, de Rennes ; de M. Julien RENAUDEAUX, décédé le 18 septembre 1932 à l'âge de 70 ans. Il était le père du Docteur Maurice Renaudeaux, de Paris, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

— **Ecole municipale d'hygiène** (Musée d'hygiène, 57, boulevard de Sébastopol).

PROGRAMME DES COURS : Ces cours, généralement illustrés par des projections cinématographiques, auront lieu deux fois par semaine, les mardis et vendredis, à 20 h.3 0. Un certificat sera délivré aux élèves qui auront fait preuve d'assiduité.

*Hygiène générale.* — Mardi 18 octobre 1932. M. SENTENAC : L'alimentation en eau des villes et l'évacuation des eaux usées.

Vendredi 21 octobre 1932. M. GRANDJEAN : Nettoiement et salubrité de la voie publique ; collecte et traitement des ordures ménagères.

Mardi 25 octobre 1932. M. FOVEAU DE COURMELLES : Rayons ultra-violets ; abus du soleil.

*Hygiène alimentaire.* — Vendredi 28 octobre 1932. M. C. ROÉLAND : Le lait envisagé comme aliment.

Vendredi 4 novembre 1932. M. C. ROÉLAND : Les maladies transmissibles par le lait.

Mardi 22 novembre 1932. M. J. BLIER : Les divers aliments ; nutrition ; rationnement ; métabolisme alimentaire.

Mardi 15 novembre 1932. M. J. BLIER : Régimes ; intoxications alimentaires.

Vendredi 18 novembre 1932. M. C. ROÉLAND : La conservation du lait ; le lait cru.

Mardi 22 novembre 1932. M. J. BLIER : La conservation des aliments.

*Hygiène infantile. Hygiène scolaire.* — Vendredi 25 novembre 1932. M. MAILLET : Première enfance ; croissance et alimentation.

Mardi 29 novembre 1932. M. MAILLET : Moyenne et grande enfance ; croissance ; hygiène individuelle (notions générales).

Vendredi 2 décembre 1932. M. DUFESTEL : La croissance de l'enfant à la période scolaire.

Mardi 6 décembre 1932, M. DUFESTEL : Les colonies de vacances et les écoles de plein air.

*Maladies infectieuses. Maladies professionnelles.* — Vendredi 9 décembre 1932. M. CAUJOLE : Maladies microbiennes en général ; variole ; vaccine ; varicelle ; scarlatine ; rougeole.

Mardi 13 décembre 1932. M. CAUJOLE : Coqueluche ; oreillons ; dipthérie ; fièvre typhoïde ; dysenterie ; tétanos.

Vendredi 16 décembre 1932. M. CAUJOLE : Choléra ; typhus ; peste ; fièvre jaune ; lèpre.

Mardi 20 décembre 1932. M. N... : Le plomb ; le mercure ; le phosphore ; l'arsenic.

Vendredi 23 décembre 1932. M. N... : Le sulfure de carbone ; l'oxychlorure de carbone ; les hydrocarbures et quelques autres composés organiques.

*Maladies d'origine animale.* — Mardi 27 décembre 1932. M. J. BLIER : Tuberculose ; fièvre ondulante ; charbon.

Vendredi 30 décembre 1932. M. J. BLIER : Rage ; psittacose ; maladies vermineuses.

*Hygiène sociale. Hygiène mentale.* — Vendredi 6 janvier 1933. M. C. ROÉLAND : Alcoolisme ; tuberculose.

Mardi 10 janvier 1933. M. BÉRILLON : Hygiène mentale : la psychothérapie préventive de la neurasthénie.

Mradi 10 janvier 1933. M. BÉRILLON : Hygiène du nez ; les dangers de l'insuffisance nasale.

Mardi 17 janvier 1933. M. le Professeur H. GOUGEROT : Comment combattre et éviter la syphilis et la blennorragie.

*Hygiène chirurgicale. Hygiène dentaire.* — Vendredi 20 janvier 1933. M. C. ROÉLAND : Antisepsie ; asepsie ; hémostase ; contusions ; plaies ; brûlures ; fractures.

Mardi 24 janvier 1933. M. L.-C. BARAIL : La santé d'un pays, facteur essentiel de son développement, dépend directement de l'hygiène bucco-dentaire.

Vendredi 27 janvier 1933. M. C. ROÉLAND : Blessures de guerre et gaz de combat.

Mardi 31 janvier 1933. M. L.-C. BARAIL : Importance de la prophylaxie dentaire dans l'hygiène sociale.

— **Maison des mutilés des yeux.** — L'Association des mutilés des yeux ouvrira l'an prochain une salle de rééducation destinée à permettre aux blessés des yeux de la guerre n'ayant presque plus de vision d'apprendre à lire et à écrire par la méthode Braille, ainsi qu'un métier utile (massage, cannage, musique, dactylographie, etc.). M. Albert Lebrun, Président de la République, inaugurera cette salle le 23 avril 1933.

« La Maison des mutilés des yeux », 29, rue Guillaume-Tell, Paris (XVII^e), reçoit à son siège social tous dons et souscriptions de personnes désireuses d'encourager cette œuvre.

*Le Directeur-Gérant* : D^r A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Dans mon esprit, il ne faisait pas de doute que, restant de mon plein gré dans la réserve, il me suffirait d'exprimer la volonté d'en sortir, en donnant ma démission, pour que satisfaction me soit donnée. J'ai maintenant comme une vague idée que ce n'est pas suffisant et que je ne peux être rayé des cadres que pour raison de santé.

S'il en est bien ainsi, vous avouerez qu'il serait de la plus élémentaire honnêteté d'en prévenir les intéressés sur la feuille qu'on leur fait traîtreusement signer.

En tout cas, quel est l'âge auquel un médecin commandant est alors libéré ?

Dr X.

**Réponse**

La loi du 8 janvier 1925 (statut des officiers de réserve) précise en effet, que, dans les conditions nouvelles où vous vous trouvez par suite de votre maintien dans les cadres au delà de la durée légale du service militaire dans les réserves, vous ne pouvez plus être rayé que pour raison de santé.

L'âge normal de la retraite pour un commandant étant de 56 ans, vous ne serez entièrement libéré que lorsque vous aurez atteint l'âge de 61 ans.

### 5084. — Fin des obligations militaires

Assimilé à la classe 1904, père de deux enfants, je dois, je crois, pouvoir être libéré de toute obligation militaire cette année, mais avant de demander ma radiation des cadres, je voudrais savoir exactement à quoi je m'engage.

Rayé des cadres, je ne suis plus mobilisable que si ma classe est rappelée ou maintenue sous les drapeaux ? Si cette éventualité se produisait, serai-je réintégré dans mon grade ? ou serai-je rappelé comme médecin auxiliaire ?

Dr T.

**Réponse**

Le fait d'avoir été assimilé à la classe 1904 de par vos enfants n'abrège en rien la durée normale de vos obligations militaires. Vous ne serez entièrement libéré qu'avec les hommes de votre classe normale.

Vous ne pourriez, en vertu de cette bonification, qu'offrir plus tôt votre démission d'officier de réserve, puisque vos enfants vous ont classé de meilleure heure dans la deuxième réserve. Ayant démissionné, vous reprendriez le grade de médecin-auxiliaire.

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 5145. — Sutures de tendons

J'ai opéré, pour accident du travail, un jeune homme qui s'était sectionné les tendons fléchisseurs de quatre doigts.

Or, le tarif porte :

« Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts avec suture des tendons fléchisseurs » : 200 francs .

J'ai fait quatre sutures et l'intervention elle-même fut longue et difficile (une heure). Dois-je compter une seule suture ou quatre ? 200 ou 800 francs ?

Le blessé n'étant pas guéri, rien ne presse pour la réponse, vous n'aurez qu'à l'insérer dans le *Concours Médical.* Dr S.

**Réponse**

Ce n'est évidemment pas 800 francs, ni 200 francs, bien qu'à l'art. 17, il y ait suture des tendons fléchisseurs. Je proposerais d'appliquer dans votre cas, l'*art.* 20-*C* « Régularisation, épluchage, etc., des sutures tendineuses, etc., 375 francs», mais en donnant toutes explications techniques nécessaires sur l'importance de votre intervention.

Dr F. Decourt.

### 5254. — Intervention sur les viscères abdominaux

Membre du « Sou Médical », je me permets de vous demander un renseignement de tarification d'article 59 (Assurances sociales) : j'ai fait opérer en clinique privée (le chirurgien en qui le malade et moi-même, avions placé notre confiance, n'ayant pas de service d'hôpital).

L'opération a consisté en : incision médiane sous-ombilicale, appendicectomie, résection épiploïque étendue (opération de Lardennois).

Quelle tarification pour l'opération d'une part et les frais de clinique d'autre part ; est-il possible d'autre part, de récupérer les frais de salle d'opération (anesthésique, ligatures, compresses) et ultérieurement les objets de pansement ?

Dr S.

**Réponse**

*a*) Pour l'intervention, vous avez à compter, d'*après le tarif des accidents du travail,* art. 22 : « Intervention sur les viscères abdominaux avec résection : 1.125 francs ».

*b*) L'aide, s'il est docteur en médecine et l'anesthésiste (dans le même cas) réclameront chacun en plus 80 francs (art. 11 et 12).

*c*) Pour les produits pharmaceutiques, c'est au pharmacien avec note détaillée à l'appui qu'il appartient de se faire payer.

*d*) Tout le reste (salle d'opération, etc...) est compris dans les honoraires chirurgicaux, *sauf* les pansements consécutifs (art. 10) qui sont payés (pour chaque visite ou consultation, *avec* ou sans pansement) 15 francs.

Dr F. Decourt.

### 5258. — Consultation de nuit entre confrères

Je suis appelé le 21 mars 1932, à 21 heures, en

pleine arrière-banlieue (trajet vingt kilomètres minimum aller et retour) auprès d'un accidenté du travail grave. En pleine nuit et par des chemins impossibles, loin de la grande route, je parviens à joindre le blessé et à le faire transporter dans une clinique d'accidentés où je n'ai plus à m'en occuper personnellement.

Je tarifie ma consultation, faite avec le médecin traitant, de la façon suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Consultation............ | 15 × 3 = | 45 fr. |
| Consultation de nuit...... | 45 × 3 = | 135 fr. |
| Déplacement...................... | | 185 fr. |

Je vous adresse ci-joint la réponse de l'assurance.

Il va sans dire que si les affirmations que cette lettre contient sont exactes, je m'incline en jurant bien que l'on ne m'y reprendra plus.

Dr C.

**Réponse**

Je ne comprends pas votre manière de compter... ni celle de l'assurance. Il y a déjà pas mal d'années que j'avais proposé une solution pour les « consultations de nuit entre confrères ». Cette solution qui a paru dans plusieurs agendas successifs du *Concours* est adoptée par les Compagnies et les médecins depuis longtemps. C'est de compter « la consultation entre confrères 15 × 3 = 45 francs (art. 5) + *la majoration* de la visite de nuit, soit 15 × 2 = 30 francs (art. 4), soit en tout 45 + 30 = 75 francs. *Nota* : La visite de nuit est triplée, c'est-à-dire *majorée* à l'art. 4 du prix de *deux autres visites*. Vous ne pouvez, dans cette seconde partie (majoration de nuit) compter trois visites, puisque la visite est déjà comptée dans la première partie (consultation entre confrères). En pratique, il en résulte que : « Consultation entre confrères, la nuit : 15 × 5 = 75 francs. (Voir l'Agenda du *Concours Médical*, année 1932, page 74).

Dr F. Decourt.

**5143. — Attente pour accouchement sans l'effectuer**

A. M. G. et A. S. : une parturiente, en l'absence de toute sage-femme, me demande. Je reste auprès d'elle un *dimanche, de minuit à midi.* Puis, ne pouvant l'accoucher à domicile, je l'envoie à la Maternité. Quel tarif ? Dr F.

**Réponse**

1o Vous ne pouvez compter un accouchement que vous n'avez pas fait. Puisqu'il s'agit en l'espèce du Tarif des accidents du travail, vous pouvez, vous basant sur l'art. 6 « surveillance prolongée » prendre le maximum de cinq visites soit 15 × 5 = 75 francs, en expliquant techniquement pourquoi vous êtes resté de minuit à midi, puis avez envoyé la parturiente à l'hôpital.

Dr F. Decourt.

### 5199. — Diathermie pratiquée contrairement à l'avis du médecin patronal

J'ai averti par recommandé la Compagnie d'assurances que je commençais un traitement diathermique au blessé.

Or, cette Compagnie m'a déjà adressé deux fois son médecin contrôleur qui a proposé des séances de massage (parce que, sans doute moins coûteuses).

Ces séances, je n'accepte pas de les faire, surtout dans les conditions proposées : lettre jointe que vous voudrez bien me retourner. Qu'en pensez-vous ? (de cette lettre).

J'ai donc commencé la diathermie. Dans ce cas, puis-je me faire payer les séances faites, au tarif des accidents du travail, même si, dans quelques jours, la Compagnie me répond qu'elle ne les accepte pas ? et dans ce cas puis-je les continuer ?

Dr F.

**Réponse**

Il est dit art. 27 : Observations, que sauf urgence, « l'exploration radiologique et l'électrodiagnostic doivent être prescrits par le médecin traitant d'*accord* avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». Il n'est pas parlé, pour cet « accord » de la diathermie. Vous n'avez, dans ce cas (d'après l'art. 7), qu'à en donner « avis préalable » par lettre recommandée au patron ou à son assureur substitué. C'est ce que vous avez fait. Il y a eu le « contrôle » indiqué à l'art. 3a), à la suite duquel il y a désaccord entre le médecin patronal et vous sur l'utilité du traitement par diathermie. Dans ce cas, pour éviter tout différend au moment du payement, le mieux serait de se servir, *par analogie*, de l'art. 9 et de demander « l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord entre le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». Telle est la marche à suivre qui me semble la plus pratique pour sauvegarder l'avenir et ne pas avoir de difficultés de payement.

Dr F. Decourt.

## FISCALITÉ

### 5292. — Amortissement de frais d'installation professionnelle

J'habite depuis juin dernier une maison qui m'appartient et où j'ai fait, cette année, 150.000 francs de frais variés.

Je me propose, dans ma prochaine déclaration, d'amortir le quart environ qui correspond à la mise en état de la partie professionnelle, en dix ans, soit 4.000 francs par an environ. Ai-je raison ?

Dr L.

**Réponse**

Il n'y a pas de règle fixe pour les amortissements des frais d'installation ou d'aménagement des cabinets de médecins, beaucoup de contrô-



NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORDA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41, RUE DE ROME - PARIS

leurs n'admettant l'amortissement que pour la première année d'exercice.

Je vous conseille donc d'agir comme vous en avez l'intention, quitte à discuter plus tard avec l'administration si la difficulté est soulevée par elle.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

---

**5253. — Un médecin qui ne donne pas de soins n'est pas patentable**

Dans le dernier numéro du *Concours* vous écrivez :

« Suivant la jurisprudence, lorsque le médecin n'est pas payé par le malade, qu'il examine sans le soigner, il n'est pas imposable à la patente. »

Je ne fais pas de clientèle, je suis attaché à plusieurs Compagnies d'assurances accidents de travail et droit commun, comme médecin-conseil : contre-visites, assistance à expertises, révisions. Je suis payé à l'acte et au kilomètre parcouru.

J'avais demandé au Contrôleur des Contributions directes à ne pas être imposé à la patente. Par une première lettre, j'avais à prouver ne pas faire de clientèle ; je répondis au Contrôleur de faire une enquête auprès de la mairie, des pharmaciens, des Caisses d'assurances sociales, etc... Une seconde lettre me demandait l'envoi des contrats passés avec les Compagnies d'assurances ; je communiquai ceux que je fis faire. Voici, ci-joint, la copie de la réponse du Contrôleur. Le paragraphe C concerne un contrat qui n'a pas été mis en vigueur.

Je vous serais très reconnaissant de me faire connaître l'arrêt établissant qu'un médecin non payé par un malade (ou blessé) qu'il examine sans le soigner n'est pas patentable. Dr Y.

*Avis de non admission*

Monsieur,

J'ai l'honneur, etc., etc...

Dans un arrêt du 19 janvier 1912, le Conseil d'État a décidé qu'un médecin attaché à une Compagnie d'assurances, en vue d'examiner les victimes d'accidents du travail, qui est rémunéré par un traitement fixe, doit bénéficier de l'exemption édictée en faveur des commis et personnes travaillant à gages.

Or, vous ne travaillez pas dans les conditions prévues par cet arrêt :

*a)* Vous représentez plusieurs Compagnies ;

*b)* Les termes de vos contrats ne peuvent pas permettre de juger que vous êtes par rapport aux Compagnies dans les rapports de salarié à employeur et que vous ne conservez pas la liberté de vos agissements.

*c)* Vous êtes rémunéré non seulement par un traitement fixe, mais par des remises proportionnelles au nombre de journées d'incapacité économisées.

Recevez, etc...

*Le Contrôleur des Contributions directes.*

---

**Réponse**

L'avis de non admission du Directeur demande une réfutation comportant des déductions successives appuyées sur plusieurs arrêts dont le dernier est du 15 avril 1932 rendu dans un cas dont nous assurions la défense.

Le mieux serait de présenter une pétition basée sur ce fait que travaillant pour des Compagnies d'assurances, n'ayant pas de clientèle particulière, vous êtes salarié non patentable.

Vous annoncerez que la pétition sera complétée par un mémoire ampliatif et que vous demandez à bénéficier du sursis de payement.

Vous adresserez cette réclamation sur timbre par lettre recommandée au Conseil de préfecture et nous nous chargerons du mémoire ampliatif de même que de toute défense devant le Conseil d'Etat.

A. M.

---

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 5226. — Renvoi d'un accident du travail après guérison

Un ouvrier accidenté du travail reprend son travail à 7 heures, à 17 heures il est licencié sans aucune raison (cet ouvrier est à l'heure et n'a aucun contrat de travail).

La raison réelle est qu'il a été blessé deux fois en peu de temps et qu'il est venu se faire soigner chez moi.

D'autres ouvriers ont pour la même raison été licenciés, mais quelques jours après la reprise du travail ; on ne le leur dit pas mais il est facile de le comprendre.

Un patron peut-il renvoyer ses ouvriers sans aucune raison, à n'importe quel moment « si tel est son bon plaisir ». Sinon quelles lois doivent être appliquées et quelle jurisprudence.

Dr A.

**Réponse**

Suivant Sachet, auteur d'un Traité d'accidents du travail qui fait autorité, « un accident n'a pas pour effet, en principe du moins, de rompre le contrat de louage d'ouvrage qui lie la victime envers le patron. Après sa guérison et s'il est apte à faire le même travail, l'ouvrier peut exiger que le chef d'entreprise le reprenne jusqu'à l'expiration du terme si le contrat est à durée déterminée ou jusqu'à ce qu'il y ait eu une dénonciation du contrat faite par l'une ou l'autre des parties, conformément à l'usage des lieux ou conformément à la convention » (édition 1926, tome I, nº 185).

Puisque le contrat de travail ne se trouvait pas rompu par l'accident, il convient de rechercher si, en l'espèce, le patron n'a pas excédé ses droits en donnant congé à l'ouvrier quelques heures après la reprise du travail.

Or, la loi du 19 juillet 1928, qui a modifié l'art.

23 du livre premier du Code du Travail, déclare que « le louage de service fait sans détermination de durée peut toujours cesser par la volonté d'une des parties contractantes et que l'existence et la durée du délai-congé sont fixées en conformité des usages pratiqués dans la localité et la profession ou, à défaut de ces usages, par des conventions collectives ».

Par conséquent, si le patron n'a pas respecté le délai-congé conforme aux usages de la profession ou fixé par une convention collective, l'ouvrier est en droit de le poursuivre devant le Conseil des Prud'hommes pour obtenir réparation du préjudice subi. Si au contraire, le patron a respecté le délai-congé, l'ouvrier est sans aucun recours.

---

### 5385. — Revision. Opération chirurgicale. Frais

Un accidenté du travail est consolidé il y a moins de deux ans, présentant une rétraction en flexion totale du cinquième doigt dans la paume de la main. Cette flexion gêne beaucoup le blessé pour la préhension de ces outils professionnels : marteau, pinces, etc. ; il pense que l'amputation des deux dernières phalanges du petit doigt diminuerait la gêne apportée à son travail.

1° L'ouvrier peut-il faire exécuter cette intervention mutilante sans en rendre compte à son patron et à son assurance ? dans le cas contraire quelles sont les démarches ?

2° Les frais de cette intervention et soins consécutifs sont bien à la charge du blessé si je ne m'abuse.

Dr B

**Réponse**

Puisque votre client est consolidé depuis plus de deux ans et que par conséquent, il perçoit actuellement une rente d'invalidité permanente, tous les soins dont il peut avoir besoin maintenant en raison de sa blessure, ne peuvent être mis à la charge du patron ni de sa Compagnie d'assurances. En effet, les frais médicaux et pharmaceutiques constituent, en matière d'accidents du travail, un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle. Par conséquent, si votre client fait procéder à l'amputation des deux dernière phalanges du petit doigt, c'est à lui qu'incomberont les frais de cette intervention et il n'aura besoin de demander aucune autorisation ni de donner aucun avis à l'assurance.

Mais au cas où cette intervention aurait pour effet de réduire l'incapacité permanente, le patron ou l'assurance pourraient encore introduire une action en révision, pour réduction de l'incapacité, puisque moins de trois ans se sont écoulés depuis la consolidation. Peut-être serait-il donc prudent pour le blessé d'attendre l'expiration du

délai de révision pour faire procéder à l'intervention.

**5261. — Accident survenu dans le trajet entre le domicile et le lieu du travail. Tétanos consécutif**

En qualité d'abonné du *Concours*, je serais désireux de savoir si dans le cas d'un ouvrier agricole le patron est responsable.

Cet homme est tombé de bicyclette en quittant le travail, se rendant chez lui, petite plaie de la main qui n'a pas été soignée, il a continué à travailler s'occupant des chevaux de son patron.

Son patron me l'amène huit jours après. Je trouve symptômes tétanos, lui signe un certificat accident du travail et l'envoie à l'hôpital où il meurt.

La veuve a-t-elle droit à indemnité, le patron n'est-il pas responsable de l'avoir laissé travailler le sachant blessé à la main et surtout s'occuper des chevaux.

L'indemnité est-elle aux termes de la loi de droit ou la chose peut-elle être plaidée avec des chances de succès (trajet entre le lieu du travail et le domicile pour un ouvrier agricole n'ayant pu trouver de domicile qu'assez loin ; il est d'usage que le patron loge les ouvriers agricoles ou donne une indemnité pour couvrir les frais de logement) ?

Dr R.

**Réponse**

*L'accident survenu à l'ouvrier agricole pendant le trajet entre le lieu du travail et son domicile ne peut, en vertu d'une jurisprudence constante, être considéré comme un accident du travail. Le fait que l'ouvrier n'a pu trouver de domicile qu'assez loin et qu'il est d'usage que le patron loge les ouvriers agricoles ne saurait apporter une exception à cette règle. Lorsque le patron loge ses ouvriers, il est tenu compte de cette particularité dans la rémunération en espèces, car une partie de la rémunération de l'ouvrier lui est donnée en nature.*

*Mais, par contre, la contamination de la blessure préexistante par le microbe du tétanos doit, suivant l'opinion des auteurs et notamment de Sachet (Traité de la Législation des accidents du Travail, n° 457 bis) être considérée elle-même comme un accident, dès lors qu'il s'agit d'une action soudaine de l'agent pathogène du tétanos.*

*Dans ces conditions, il y aurait donc, en l'espèce, accident du travail, qui aurait dû être déclaré par le patron à la mairie et à la Compagnie d'assurances et la veuve de l'ouvrier devrait avoir droit à la rente accordée par la loi à la veuve d'un accidenté du travail, soit à une rente de 20 pour 100 du salaire de base du mari.*

*Il faudrait, bien entendu, que la relation de cause à effet entre le travail et l'affection qui a entraîné le décès soit prouvée.*

### 5231. — Accident du travail causé par un chien

Un facteur intérimaire d'un bureau de postes de campagne, fait une chute de bicyclette au cours de sa tournée, chute occasionnée par un chien qui divaguait sur la route : d'où luxation de l'épaule droite.

Le blessé adresse le certificat d'accident du travail au Directeur des postes, celui-ci répond que la responsabilité de l'accident ne lui incombe pas et qu'il n'a qu'à s'adresser au propriétaire du chien pour se faire indemniser.

Est ce bien au blessé à s'adresser au propriétaire du chien et l'employeur est-il complètement hors de cause ? Je ne le crois pas et dans ce cas quelle est la ligne de conduite de l'accidenté ?

Dr F.

**Réponse**

Puisque la victime de l'accident n'a pas la qualité de fonctionnaire et se trouve liée envers l'administration par un simple contrat de louage de services, la loi sur les accidents du travail lui est applicable quand bien même un tiers serait responsable de l'accident, car celui-ci est bien survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

C'est donc à tort que l'Administration des P. T. T. prétend rejeter la responsabilité de l'accident et invite le blessé à s'adresser au propriétaire du chien pour se faire indemniser. Sans doute le blessé pourra-t-il exercer un recours contre le propriétaire pour obtenir réparation du préjudice dont il ne sera pas indemnisé par les allocations forfaitaires de la loi sur les accidents du travail, en vertu de l'article 7 de la loi, mais il n'en reste pas moins qu'il se trouve fondé à réclamer à l'Administration le payement des indemnités de la loi sur les accident du travail : demi-salaire et frais médicaux et pharmaceutiques.

Pour faire valoir ses droits à l'égard de l'Administration, le blessé doit tout d'abord faire la déclaration de l'accident à la mairie de la commune sur le territoire de laquelle l'accident s'est produit. Ensuite il devra citer l'Administration prise en la personne du Directeur départemental, en payement de son demi-salaire, devant le Juge de paix du canton dont relève la commune où il aura fait la déclaration d'accident, seul compétent. Cette procédure est exempte des droits de timbre et d'enregistrement.

Lorsque le blessé aura obtenu un jugement en sa faveur, vous aurez à votre tour une action contre l'Administration en payement de vos honoraires calculés conformément au tarif des accidents du travail. Le même Juge de paix sera compétent pour connaître de votre action.

---

### 5307. — Responsabilité de l'accident survenu à un travailleur prêté par un autre patron

Une fois de plus, j'ai recours à votre obligeance

pour me conseiller dans une affaire d'accident de travail contesté par la Compagnie d'assurances. Voici les faits :

Le fils d'une cultivatrice aidait un voisin dans ses travaux de battage. Suivant l'expression d'usage dans la région : « il rendait à ce voisin des journées de travail, » c'est-à-dire qu'il ne touchait pas de salaire en espèces, mais ce salaire était constitué par des journées de travail que le voisin ou ses ouvriers venaient effectuer en nombre équivalent chez les parents de ce jeune homme à l'occasion des grands travaux de la campagne.

Ce voisin est assuré contre les accidents pouvant survenir au cours des grands travaux de la campagne pour ses ouvriers habituels et pour un certain nombre de journées supplémentaires de façon à assurer les ouvriers embauchés en supplément au cours au des grands travaux.

Pendant une journée de battage, la pluie s'étant mise à tomber, les ouvriers se réfugièrent momentanément dans une grange appartenant à ce voisin et se livrèrent à des jeux divers en attendant une accalmie, qui survient d'ailleurs quelques instants après. Au moment de cette accalmie, ils reprirent leur travail.

Or, au cours des jeux, dans la grange, mon client, faisant de la barre fixe, tomba la tête la première et se fractura la colonne vertébrale. Résultat : six mois au moins d'incapacité de travail, dont trois mois d'immobilisation dans un appareil plâtré (minerve).

Estimant que l'accident était survenu sur le lieu de travail, je déclarai à la famille que c'était le voisin qui était responsable et que c'était par conséquent son assurance qui devait régler.

Le voisin, tout en rejetant verbalement toute responsabilité, fit néanmoins la déclaration légale d'accident du travail. Les certificats furent régulièrement déposés à la mairie d'une part et d'autre part, envoyés à la Compagnie.

Or, je reçois aujourd'hui avis de cette Compagnie qui décline toute obligation relativement à cet accident.

Légalement, le voisin est-il responsable de l'accident ?

Si oui, comme me le font penser les nombreux cas de cette espèce publiés dans le *Concours Médical* (accident survenu sur le lieu du travail, pendant les heures de travail, même en dehors du travail proprement dit) que faut-il que le blessé fasse actuellement pour être dédommagé ?

Dr A.

**Réponse**

Dès lors qu'il n'existait aucun contrat de travail entre la victime de l'accident et le voisin pour le compte duquel les travaux de battage étaient effectués, mais que l'aide apportée par la victime au voisin était due en vertu de conventions tacites ou d'usages de réciprocité, si même l'on admet qu'en raison des circons-

tances qui l'ont entouré, l'accident peut relever de la législation sur les accidents du travail, il est certain que le voisin n'en peut être considéré comme responsable. En effet, en vertu d'une jurisprudence constante concernant les ouvriers, mais qui, dans l'agriculture doit s'étendre le cas échéant aux exploitants eux-mêmes, en cas de prêt ou d'échange de personnel entre deux chefs d'entreprises pour un travail déterminé, seul est responsable de l'accident qui peut survenir au cours de ce travail le patron avec lequel la victime est liée par un contrat de travail (voir dans ce sens Sachet, édition 1926, tome 3, nº 2.373, et suivants).

Par conséquent, sans qu'il y ait lieu d'examiner si, considéré en lui-même, l'accident pourrait constituer un accident du travail, nous croyons pouvoir vous affirmer que c'est à tort que vous avez pensé que le voisin en était responsable et nous ne saurions engager votre client à exercer une action contre le voisin, après le rejet du sinistre par la Compagnie.

Dans ces conditions, le mieux que vous ayez à faire est de vous faire honorer par votre client personnellement conformément au droit commun et de l'inviter à s'adresser à son assurance, s'il est assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail ou titulaire d'une assurance individuelle, pour se faire indemniser.

---

## BAUX ET LOCATIONS

### 5248. — Fin de bail. Départ du locataire

J'ai un bail de trois ans qui expire le 1er avril 1933. Je désirerais changer d'appartement, le mien étant trop petit, et aller habiter dans un immeuble en construction qui ne sera terminé qu'en juin 1933. Si je donne mon congé de l'appartement que j'habite actuellement au 31 décembre prochain, suis-je obligé de quitter mon appartement le 1er avril 1933 et le propriétaire est-il en droit de me faire partir ? ou bien puis-je rester encore après le 1er avril, en invoquant que l'immeuble dans lequel je dois emménager n'est pas encore terminé ?

Dr X

#### Réponse

Puisque le bail dont vous jouissez actuellement a été conclu pour une durée fixe de trois ans, il viendra à échéance de plein droit, à l'expiration des trois années, sans que vous ayez besoin de donner congé.

A partir de la date de l'expiration du bail, votre propriétaire pourra poursuivre votre expulsion s'il estime devoir le faire. Pour prolonger votre occupation jusqu'au 1er juin 1933 le mieux est que vous vous entendiez à l'amiable avec votre propriétaire dès à présent.

Au cas où votre propriétaire refuserait d'ailleurs de vous accorder la prorogation de jouis-

sance qui vous est nécessaire, il lui serait pratiquement impossible d'obtenir votre expulsion dans les deux mois qui suivront la fin du bail. De toutes façons, vous pouvez être assuré de rester dans les lieux jusqu'à la date que vous désirez.

## HONORAIRES

### 5341. — Attestation de créances d'honoraires sur une succession

J'ai soigné pendant deux mois un malade décédé, sa femme me demande un reçu des honoraires, que je lui donne deux mois après le décès. Son notaire m'envoie un libellé, qu'il me demande d'approuver et de signer, ainsi conçu :

« Le soussigné..... docteur en médecine, etc.,

« Atteste qu'à la date du ....., jour du décès de M. X., marié à Mme Y., il lui était dû la somme de $x$ francs pour honoraires dus à l'occasion de la dernière maladie (soins donnés du $x$ au $x$ 1932).

« Le soussigné déclare connaître les dispositions de l'art. 9 de la loi du 25 février 1901 relatives aux peines encourues en cas de fausse attestation. »

Quelle est cette loi ? pourquoi cette pièce que l'on ne m'a jamais réclamée ? puis-je la refuser, mon reçu libellé au nom de la veuve du décédé suffisant à mon avis ?

Dr H.

**Réponse**

L'article 9 de la loi du 25 février 1901 est ainsi conçu :

« Toute déclaration ayant indûment entraîné la déduction d'une dette sera punie d'une amende égale au triple du supplément de droit exigible, sans que cette demande puisse être inférieure à 500 francs, sans décimes. Le prétendu créancier qui en aura faussement attesté l'existence sera tenu solidairement avec le déclarant au payement de l'amende et en supportera définitivement le tiers. »

L'attestation que l'on vous demande est donc destinée à permettre à la veuve de comprendre vos honoraires parmi les dettes de la succession à l'égard de l'Administration de l'Enregistrement.

Nous ne pensons pas que vous puissiez vous refuser à la fournir telle qu'elle vous la demande.

● ● ●

Cinquante-quatrième année — N° 43 — 23 Octobre 1932

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

# SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

### I

### LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

**(Sou Médical)**

Avis

A partir du 1er novembre 1932, les cotisations des nouveaux adhérents seront valables pour l'année 1933.

### II

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

## DEMANDES ET OFFRES

N° 323 — Yonne. 130 km. Paris, à vend. bon poste seul méd. propharm. ayant fait très gros chiff. fais. actuell. encore chiff. import. Logem. 10 p., eau, élect., garage, jardin, loyer 2.400. Prix. y compris pharmacie, 30.000 dont 15.000 compt. Cause départ Algérie.

N° 324. — Paris, beau quart. près bois, client. gros chiffre en progrès. Appartem. 7 p. loyer 12.000. A céder 50.000 dont 30.000 compt.

N° 325. — Doct. ayant longue prat, dem. remplacem. en vûe success. Rayon 30 km. autour Paris.

N° 326. — Touraine. Poste propharm. import. à céder. Mais. très agréablem. située, pourvue de tout conf. mod.

N° 327. — Doct. ayant longue pratique, dem. bon poste dans un rayon de 50 km. autour de Paris.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46

1° Paris. Client. de 20 ans, excel. quart. près République, gros produit, loyer 4.000, 5 p. indem. à déb.

2° Eure (Vallée de l'). Résid. très agréab. poste méd. propbcien très import. à céder cause retraite. 30.000 fr. jolie maison conf.

## Renseignements



## LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES DU « CONCOURS MÉDICAL » ET DE SES FILIALES

### Le Dîner annuel

Le Dîner annuel aura lieu le mercredi 23 novembre à 19 h. 30, dans les Salons de l'Hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle, à Paris.

## Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical Français

### Assemblée générale ordinaire

Les membres de la Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français sont convoqués en Assemblée générale ordinaire le 27 novembre 1932 à 14 h. 1/2, au Siège social, 37, rue de Bellefond, Paris 9e.

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du Président ;
2° Rapport du Secrétaire général ;
3° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1931 ;
4° Rapport des Commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1931 ;
6° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Boëlle, Perret et Choussaud sortants et non rééligibles.
7° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

# *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Dr Van Ermengen, professeur de bactériologie à l'Université de Gand, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Belgique, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris. On lui doit d'intéressantes recherches sur les toxines des viandes avariées, sur le botulisme. C'est lui qui le premier isola le « bacillus botulinus ».

A son frère qui, en littérature, signe Frank Hellens des ouvrages que nous avons analysés, nos condoléances les plus sympathiques.

— **Don à l'Association générale des médecins de France.** — Le Docteur Plantier, d'Annonay (Ardèche), propriétaire des laboratoires de la « Panbiline », a fait don à l'Association d'une somme de 10.000 francs en faveur des confrères et des veuves auxquels elle vient en aide. Ceux-ci ne manqueront pas d'apprécier, une fois de plus, la délicatesse de ce nouveau geste de notre généreux confrère.

— **Faculté de médecine de Lyon.**— M. le Professeur Leriche, précédemment titulaire de la chaire de clinique chirurgicale A de la Faculté de médecine de Strasbourg, nommé professeur de pathologie chirurgicale expérimentale à Lyon, s'installera le 1er novembre prochain dans sa nouvelle chaire et son laboratoire de la nouvelle Faculté de médecine de Lyon.

— **Congrès de chirurgie.** — *Élection du vice-président pour* 1933. — L'élection du vice-président a eu lieu le 5 octobre, au cours de l'Assemblée générale. Le Professeur Cunéo a été élu par 167 voix, contre 162 à M. Victor-Pauchet.

— **Association française d'urologie.** — *Prix Taesch.* — Le prix Taesch (7.500 francs) a été décerné à M. Contiadès, interne des hôpitaux de Paris, attaché au service Civiale, à l'hôpital Lariboisière.

— **Cours pratique d'actinothérapie.** — Un cours pratique d'actinothérapie s'ouvrira à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle (223-225, rue de la Convention, métro Convention) le 14 novembre, à 17 heures.

Ce cours est réservé aux médecins et aux étudiants en médecine. Les auditeurs pourront assister aux consultations et aux traitements.

Il comportera dix leçons : Lundi 14 novembre, 17 heures, M. Saidman : Généralités sur les radiations. Choix des lampes dans la pratique ; 18 heures. M. Saidman : La sensitométrie. Choix des doses. Sensibilité et sensibilisation. — Mercredi 16 novembre, 17 heures, M. Krainik : Médecine générale et endocrinologie ; 18 heures, M. Jean Mayer : La

photothérapie dermatologique. — Vendredi 18 novembre, 17 heures, M. LAUTMANN : Pédiatrie ; 18 heures, M. Jean MEYER : La photothérapie dans la tuberculose. — Lundi 21 novembre, 17 heures, M. SAIDMAN : La photothérapie des rhumatismes et névralgies ; 18 heures, M. AUZIMOUR : Oto-rhino-laryngologie ; Mlle PALLISSE : Gynécologie ; Mlle DOUFOUGÈRE : Stomatologie. — Mercredi 23 novembre, 17 heures, M. SAIMAN : Infra-rouges ; 18 heures, Jean MEYER : Polyradiothérapie. Association aux ondes courtes.

On est prié de s'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie. Le droit à verser est de 150 francs. Un certificat sera délivré aux auditeurs qui auront suivi tous les cours.

— **Fédération nationale des contribuables.** — A l'occasion du prochain Congrès de la Fédération nationale des contribuables, qui aura lieu à Paris fin octobre, nous rappelons à nos confrères que cette Fédération (24, rue de Clichy, Paris) qui fournit présentement un gros effort à l'occasion des projets fiscaux du gouvernement, est à leur disposition pour les documenter à ce sujet.

Le Docteur Henri Meyer, membre du Syndicat parisien, 37, rue de Liége, Paris, s'offre bénévolement à renseigner ses confrères et répondra à toute lettre accompagnée d'un timbre.

— **Conférence internationale de pédiatrie préventive.** — Nous publierons prochainement un compte rendu de notre collaborateur et ami, le Docteur G. BLECHMANN, de la Conférence internationale de Pédiatrie préventive (section première), qui s'est tenue à Genève, en septembre dernier.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage du Docteur Jacques QUIVY, ancien interne des hôpitaux de Paris, Croix de guerre, avec Mademoiselle Alice MAUBERT, fille du Docteur Maubert, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mardi 18 octobre 1932, en l'église Saint-Jean, de Flers-de-l'Orne.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame J. AUBERTOT nous font part de la naissance de leur fils Jean-Bruno (Royat, le 2 octobre 1932). Félicitations.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

5 OCTOBRE

**Code de la route.**

*Décret du 25 septembre 1932 modifiant l'article 10 du Code de la route.*

Art. 1er. — L'article 10 du décret du 31 décembre 1922 est modifié comme suit :

Article 10. — *Bifurcations, croisées de chemins et carrefours. — Obligation de céder le passage.*

Tout conducteur de véhicules ou d'animaux, abordant une bifurcation ou une croisée de chemins, doit annoncer son approche et vérifier que la voie est libre, marcher à allure modérée et serrer sur sa droite, surtout aux endroits où la visibilité est imparfaite.

Aux bifurcations, croisées de chemins et carrefours, tout conducteur est tenu de céder le passage à un autre conducteur venant par une voie située à sa droite.

Par exception à la règle prévue au précédent alinéa, en dehors des agglomérations, tout conducteur, abordant une voie à grande circulation et ne se trouvant pas lui-même sur une voie de cette catégorie, est tenu de céder le passage aux véhicules qui circulent sur la voie à grande circulation.

Des décrets, rendus sur le rapport des ministres des travaux publics et de l'intérieur et publiés au *Journal officiel*, détermineront les voies à grande circulation. Un délai minimum de deux mois devra s'écouler entre la publication de ces décrets et leur mise en application.

La nature et le mode d'établissement des signaux ou indications par lesquels ces voies seront annoncées aux usagers seront fixés par des arrêtés pris en commun par les ministres des Travaux publics et de l'Intérieur.

Art. 2. — Jusqu'au 1er avril 1933, aucune modification n'est apportée aux règles de priorité de passage actuellement en vigueur.

Art. 3. — Les ministres des travaux publics et de l'intérieur sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

*Arrêté du* 30 *septembre* 1932 *fixant la nature et le mode d'établissement des signaux et indications annonçant les voies à grande circulation.*

Art. 1er. — La nature et le mode d'établissement des signaux et indications par lesquels les voies à grande circulation sont annoncées aux usagers des voies affluentes sont fixés comme suit :

*a)* Les signaux et indications sont installés sur les voies affluentes par les soins et aux frais de la collectivité qui a la gestion de la voie à grande circulation ;

*b)* En dehors des agglomérations, chaque croisement ou bifurcation de voie à grande circulation avec une voie affluente praticable à la circulation automobile, est annoncé :

1° A 150 mètres en principe, ou exceptionnellement à moins de 150 mètres si l'état des lieux l'exige pour éviter toute ambiguité, par un panneau réglementaire portant le signal dit « de priorité » constitué par un triangle, la pointe en bas à fond jaune clair et à bordure bleu foncé ;

2° Au débouché de la voie affluente sur la voie à grande circulation, par une bande de couleur d'au moins 40 centimètres de largeur tracée en travers de la chaussée de la voie affluente, dans les emprises de la voie à grande circulation, autant que possible à un mètre de la chaussée de cette voie. La couleur de cette bande sera le jaune clair sur sol à revêtement foncé et le jaune foncé sur sol clair.

Art. 2. — Les préfets et les maires, les ingénieurs en chef des ponts et chaussées et du service vicinal sont chargés, chacun en ce que le concerne, de l'application du présent arrêté.

### Substances vénéneuses.

*Décret du 1er octobre 1932 concernant la réglementation du commerce, de la détention et de l'usage des substances vénéneuses à la Réunion, à la Guyane et aux îles Saint-Pierre et Miquelon.*

6 OCTOBRE

### Service de Santé militaire

Par décision du 30 septembre 1932 :

Dhomont, médec. capit. rés., rayé cadres 13 juin 1932, est admis à l'honorariat de son grade, à compter du jour de sa radiation des cadres.

Par décision du 30 septembre 1932, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, rayés des cadres le 25 août 1932, sont placés dans la position d'officier honoraire du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de médec. capit. : Lecointre, à Chatellerault.

Avec le grade de médec. lieut. : Derrien, Paris : Duteil, Narbonne ; Leclerc, Levallois, Perret (Seine) ; de Lombard de Château, Orléans ; Pavin, Paris.

Par décision du 1er octobre 1932, les officiers de réserve du Service de santé rayés des cadres dont les noms suivent sont admis à l'honorariat de leur grade, à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de médec. capit. : Netter, méd. capit., Paris ; Donard, médec. capit., Crozon (Finistère).

7 OCTOBRE

### Asiles publics d'aliénés

M. le Docteur Guillant est nommé médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre), en remplacement de M. le Docteur Schützenberger, appelé à un autre poste.

8 OCTOBRE

Est annulé, sur la demande de l'intéressé, l'arrêté portant nomination de M. le Docteur Perret en qualité de médecin chef de l'Asile public d'aliénés d'Armentières. En conséquence, M. le Docteur Perret est

maintenu comme médecin directeur de l'Asile de Vauclaire.

Le poste de médecin chef de l'Asile d'aliénés d'Armentières est, par suite, vacant.

Le poste de médecin chef de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire est vacant par suite du départ de M. le Docteur Teullé, mis en disponibilité sur sa demande.

### Hygiène publique.

*Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.*

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Versailles.

Le traitement alloué est fixé à 22.000 francs par an, et porté successivement à 26.000 et à 30.000 francs après deux périodes de quatre ans. Le directeur reçoit en outre, une indemnité annuelle de 1.000 francs.

Il n'est pas autorisé à faire de la clientèle et doit résider obligatoirement à Versailles.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la publication pour adresser au ministère de la Santé publique (Direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau) 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

9 OCTOBRE

### Sanatoriums publics.

*Avis de concours pour deux postes de médecin adjoint des sanatoriums publics.*

Un concours sur titres est ouvert pour deux postes de médecin adjoint au sanatorium départemental de Feleries-Liessies (Nord).

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut atteindre 36.000 francs par avancements successifs. Le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. En sus du traitement, une indemnité annuelle de 15.000 francs est accordée par le département du Nord.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, et produire un extrait de leur acte de naissanec, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le

3 novembre 1932, au ministère de la Santé publique (Direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les médecins qui seront désignés devront être reconnus physiquement aptes à exercer les fonctions de médecin adjoint, et seront soumis aux visites médicales exigées des candidats à un emploi départemental.

## IXe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOËL SUR LA COTE D'AZUR

Le beau voyage annuel de Noël sur la Côte d'Azur (voyage bleu), organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, se concentrera cette année à Cannes, après Noël. Une excursion préliminaire aura lieu dans les montagnes de l'Estérel, où l'on visitera Fréjus, Saint-Raphaël, et les stations de la Corniche d'Or. Une réception à Grasse terminera cette première étape. Puis, le voyage parcourra Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, la Turbie, Roquebrune, Le Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et Villefranche. Ainsi seront visitées les stations les plus renommées de la Côte d'Azur et ses plus belles routes touristiques. De luxueuses réceptions sont prévues, notamment à Cannes et à Monaco où les voyageurs seront les hôtes du Gouvernement princier. Au château de Grimaldi, ils visiteront le laboratoire du Docteur Voronoff. Tous les parcours seront effectués en auto-car de luxe et le logement sera assuré dans les principaux palaces de la côte.

Le retour à Nice s'effectuera dans les premiers jours de janvier et l'on assistera à la première assemblée de l'Institut de recherches solaires et cosmiques, qui sera tenue au Palais de la Méditerranée. Puis une excursion terminale aura lieu dans les Alpes, avec sports d'hiver à Beuil. Une excursion en Corse pourra être aussi organisée, pour les voyageurs qui en feront la demande.

Ce voyage est placé sous la présidence et la direction scientifique de M. le Professeur Forgue, membre correspondant de l'Institut (clinique chirurgicale); de M. le Professeur Marcel Labbé (clinique médicale); et de M. le Professeur Laignel-Lavastine (histoire de la médecine et de la chirurgie). Dans chaque ville, des démonstrations cliniques et des conférences scientifiques et historiques seront faites à l'occasion des parcours et de la visite des établissements chirurgicaux, médicaux et sanitaires.

En raison des circonstances économiques, les organisateurs se sont efforcés de restreindre la durée et les frais du voyage : ils ont pu y parvenir par la bonne volonté de tous, en conservant à ce voyage le confort, l'agrément et le luxe, qui ont fait sa renommée. On peut écrire, dès à présent, au *Secrétariat de la Société médicale*, 24, *rue Verdi, à Nice*, pour réserver des places et se faire adresser le pro-

gramme détaillé. Le droit d'inscription est de cent francs. Le nombre des participants est limité et les adhérents seront admis dans l'ordre des inscriptions. Ils recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois sur les réseaux des chemins de fer français. La cotisation pour le voyage est de mille francs.

## CORRESPONDANCE

### ACCIDENTS DU TRAVAIL

**5422. — Frais médicaux postérieurs à la consolidation de la blessure**

J'ai soigné une ouvrière victime d'un accident du travail le 1er février 1930. Je lui ai délivré un certificat de guérison (sans incapacité de travail) et la facture m'a été payée par le Syndicat de garantie.

Le 2 octobre 1931, l'ouvrière revient me voir, la plaie de la jambe s'est rouverte et elle souffre. Je la soigne, elle reprend le travail le 25 novembre et je délivre un certificat d'incapacité de 10 % le 17 décembre 1931.

Ceci donne lieu à une deuxième facture que la Compagnie refuse de me payer parce que j'ai délivré en 1930 un certificat de guérison et qu'elle n'a pas à considérer les soins postérieurs à la date dudit certificat.

Je considérais cette affaire terminée puisqu'en effet j'avais employé indûment le mot « guérison ». Mais j'apprends que l'ouvrière touche une rente basée sur une incapacité de 5 %. La Compagnie est donc en contradiction avec elle-même puisqu'elle reconnaît que l'incapacité est la conséquence de l'accident du 1er février 1930.

Alors ne doit-elle pas me payer ? Actuellement l'ouvrière accuse des douleurs et va demander qu'on augmente le taux de son incapacité.

Dr R.

**Réponse**

En matière d'accidents du travail, les frais médicaux et pharmaceutiques constituent un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle. Or, l'indemnité temporaire est due jusqu'à la guérison ou jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'état du blessé, ne pouvant plus être amélioré, son incapacité totale ou partielle devient permanente.

D'autre part, dans un délai de trois ans à compter, suivant les cas, de la cessation du payement de l'indemnité temporaire ou de la décision judiciaire attributive de rente, les parties peuvent introduire une action en revision fondée soit sur l'aggravation soit sur l'atténuation de l'incapacité. Cette action peut être exercée par le blessé en cas d'aggravation de son inca-

pacité ou encore, lorsque, après guérison, une rechute vient à entraîner une incapacité permanente. Et en vertu de la jurisprudence actuellement en vigueur, l'exercice de l'action en revision ne peut jamais ouvrir droit à nouveau aux indemnités temporaires.

C'est en application de ces principes que la Compagnie d'assurances, bien que tenue, à la suite d'une action en révision, de verser une rente à la blessée, refuse aujourd'hui de vous payer vos honoraires pour les soins que vous avez donnés pour la rechute qui a donné naissance à cette action en revision.

En l'état actuel de la jurisprudence nous ne pensons donc pas que vous puissiez obtenir gain de cause en portant votre réclamation en justice de paix. Votre seule ressource pour vous faire payer est de vous adresser à votre cliente elle-même.

---

**5364. — Procédure à suivre pour obtenir payement d'une note d'honoraires accidents**

Je soigne une accidentée du travail (brûlure, note d'honoraires de 125 francs), j'adresse ma note d'honoraires à la Compagnie d'assurances. Elle me répond que le patron n'est pas en règle et refuse de payer. Une demande adressée au patron reste sans réponse.

A quelle justice de paix dois-je m'adresser, celle de mon domicile ou celle du domicile du patron chez qui a eu lieu l'accident ?

Puis-je écrire sur papier libre ou dois-je me présenter en personne ?

Dr T.

**Réponse**

En matière d'accidents du travail, le seul Juge de paix compétent pour connaître de l'action en payement de ses honoraires dirigée par le médecin traitant du blessé contre le chef d'entreprise responsable est celui dans le ressort duquel l'accident s'est produit, à Paris le Juge de paix de l'arrondissement du lieu de l'accident.

La procédure est exempte des droits de timbre et d'enregistrement.

Pour faire convoquer le patron en conciliation, vous pouvez écrire une simple lettre au greffier, mais il serait préférable, que vous alliez le trouver pour consigner immédiatement les frais de l'appel en conciliation.

Vous pourrez vous présenter en personne en conciliation et, éventuellement, à l'audience. Mais, si la conciliation n'est pas obtenue, la citation à l'audience devra être délivrée par un huissier.

---

*Voir la suite page LV-3101*

# PROPOS DU JOUR

## Le danger du respect absolu des principes. La liberté individuelle

Sur les murs du Temple d'Apollon, à Delphes, étaient inscrits deux préceptes que les Grecs considéraient comme l'expression la plus haute, la plus lumineuse de la Sagesse humaine. L'un était : Γνῶθι σεαυτόν. *Connais toi toi-même* ; l'autre : Μηδὲν ἄγαν. *Il faut fuir toute extrémité.* Les juristes romains ont traduit ce dernier précepte par l'adage bien connu : *Summum jus, summa injuria*, et le bon sens populaire en France par le proverbe : *L'excès en tout est un défaut.* Nous avons assez souvent montré ce qu'il y a d'absurde et d'odieux à pousser dans certains cas jusqu'aux extrêmes limites le respect du secret médical. Nous n'y reviendrons pas. Aujourd'hui nous nous contenterons de montrer le danger que présente le respect absolu et poussé à l'extrême d'un autre principe qui, cependant, nous est très cher, celui de la *Liberté individuelle.*

Nous croyons qu'aucun de nos lecteurs ne peut nous reprocher de manquer de libéralisme, mais nous donnons cependant une limite à la Liberté, c'est le respect de celle d'autrui, de ses intérêts, de sa santé et de sa vie. Nous ne reprendrons pas la question du *Danger social des fous en liberté*, que le Docteur Jacques Roubinowitch a lumineusement exposé dans un article du *Matin* du 5 octobre 1932, bien que chaque jour la crainte de la violation du principe sacro-saint de la liberté individuelle et celle d'être accusé de complicité d'une séquestration arbitraire annihile l'initiative des médecins et permette à des aliénés dangereux de commettre des délits et des crimes, qu'il eut été cependant facile d'éviter.

Nous nous souvenons qu'il y a une quarantaine d'années, notre maître Bourneville qui dirigeait la revue de Charcot, les *Archives de Neurologie*, dont nous étions secrétaire de la Rédaction, nous faisait relever chaque mois les attentats dont étaient auteurs les aliénés en liberté et nous n'étions jamais embarrassés pour mentionner dans les colonnes des *Archives* un grand nombre de faits divers de ce genre, sensationnellement tragiques. Ici, comme pour le secret professionnel, nous nous attaquions à un principe et, dans le monde politique, cependant si avide de compromissions de tous genres, il est des principes auxquels personne n'ose toucher. Nous allons citer un exemple de ce qu'a d'absurde et de dangereux le respect de la liberté individuelle poussé à l'extrême ; notre exemple est typique tout en étant moins impressionnant que les crimes imputables à la folie.

Les habitants d'une maison bien tenue d'un quartier très sain de Paris furent un jour sérieusement incommodés par les émanations fétides qui provenaient d'un des appartements. Cet appartement était habité par deux femmes, très originales, une vieille octogénaire et sa fille sexagénaire. Comme les observations de la concierge et du gérant restaient sans résultats, les voisins se plaignirent au Préfet de Police qui chargea la Commission d'hygiène de l'arrondissement de procéder à une enquête et de donner son avis. L'enquêteur se rendit dans la maison infectée, il fut reçu par les locataires.

Il constata que la vieille octogénaire gisait sur un matelas pourri, souillé d'ordures d'où s'exhalait une odeur de putréfaction qui ne lui permit pas de séjourner dans l'appartement. Il proposa à la fille de la pauvre vieille de faire procéder au nettoyage et à la désinfection de l'appartement gratuitement par le service de la Ville de Paris. Elle refusa brutalement, répliquant qu'elle n'était nullement incommodée par l'odeur et que, d'ailleurs, sa mère, ni elle, n'entendaient être troublées dans la jouissance de leur logement dont le propriétaire ne pouvaient les expulser à cause de l'âge de l'infirme.

Les médecins, présents à la Commission d'hygiène, émirent alors l'avis que le fait qu'une vieille femme ne voulait pas se laisser nettoyer et persistait à vouloir coucher dans les ordures sur un matelas pourri, constituait un signe indiscutable de démence sénile et la Commission d'hygiène demanda l'internement d'office de la vieille femme dans un Asile d'aliénés. Le Préfet de Police, ainsi averti, fit faire à son tour une enquête par ses services et répondit à la Commission que la vieille femme, jouissant de toutes ses facultés mentales de l'avis de l'enquêteur de la Préfec-

◆◆

ture, l'internement d'office ne pouvait s'effectuer.

La maison en question continuera à être infectée.

Le principe de la liberté individuelle sera respecté jusqu'à ses extrêmes limites, aux dépens de tous les habitants d'une maison, aux dépens même de la vieille femme qui finira sans doute avant peu par être infectée en vivant ainsi plongée dans la pourriture.

Allez donc parler d'organisation de l'hygiène en France, en poussant ainsi à l'absurde le respect des sacro-saints principes.

J. Noir.

---

## Le projet de relégation de la Faculté de médecine de Paris à Issy-les-Moulineaux. Le cas que l'on fait de l'intérêt public. — L'exemple des Halles centrales de Paris.

Un de nos lecteurs nous a adressé la coupure suivante empruntée au numéro du dimanche 2 octobre 1932 de la Revue satirique : *Cyrano*, intitulée : *Les doléances de M. de Monzie.*

« Un problème absorbe le grand maître de l'Université : le déplacement de la Faculté de médecine de Paris.

Reconstruire n'est rien, lorsqu'on a le terrain. Et le terrain on l'a aujourd'hui — mais à Issy-les-Moulineaux.

— La Faculté de médecine à Issy... c'est de la folie ! dit le ministre.

Deux autres emplacements, en plein Paris, avaient été envisagés.

D'abord la Halle aux vins — mais on se heurte à l'opposition irréductible des usagers.

Puis, l'emplacement de l'asile Sainte-Anne.

— Quand je l'ai réclamé, dit le ministre, la préfecture de la Seine m'a opposé un argument inattendu mais irréfutalble ; il faut que les familles puissent aller voir leurs fous. Il paraît qu'elles ne pourraient pas aller les voir en banlieue... Ah ! conclut M. de Monzie avec découragement, quel est le journal qui osera entreprendre une campagne contre le transfert de la Faculté de médecine au diable vauvert ! »

Nous ne savons si l'auteur de l'article a reproduit fidèlement la pensée de M. le ministre de l'Education nationale, pensée qui est bien la nôtre. Nous nous permettrons de faire remarquer que la Halleaux vins, qui a déjà émigré en grande partie à Bercy, pourrait avantageusement être transportée hors de Paris.

Si, en outre, la réponse faite au ministre par la Préfecture de la Seine alléguant que, si l'on transportait l'Asile Sainte-Anne dans la banlieue, les familles ne pourraient pas facilement aller voir leurs fous est exacte, nous ne la trouvons pas du tout irréfutable. La plupart des aliénés parisiens ne sont pas internés à Sainte-Anne ; ils le sont à Villejuif, à Ville-Evrard, à la Maison-Blanche, à Vaucluse, c'est-à-dire dans la banlieue, même dans des régions assez éloignées, ce qui n'empêche pas leurs familles d'aller leur rendre visite.

Il y a en plein Paris et parfaitement situé, un emplacement auquel on n'a pas songé, c'est l'Observatoire.

Les fumées et les poussières qui rendent opaque l'atmosphère parisienne, les trépidations du sol font que l'Observatoire de Paris ne peut plus guère permettre de faire des observations astronomiques dans de bonnes conditions. Pourquoi ne pas élever, dans les jardins de l'Observatoire, la nouvelle Faculté de médecine ? On objectera que la superficie de ces jardins est très loin d'égaler les terrains libres d'Issy-les-Moulineaux. Mais ne peut-on pas, pour une Ecole de médecine, gagner en hauteur ce qui ne peut être occupé en superficie ?

Des laboratoires peuvent être parfaitement installés au sixième ou au huitième étage.

A l'Observatoire, comme à l'Asile Sainte-Anne, l'Ecole de médecine serait placée entre le quartier des Ecoles et la Cité Universitaire, en un point où les communications seraient faciles. Là, on pourrait installer des Instituts d'anatomie, d'histologie, de chimie biologique, de bactériologie, d'hygiène, etc., etc., et on laisserait dans les bâtiments actuels les bureaux, la Bibliothèque, les Musées, les salles d'examens, que l'on pourrait aménager confortablement avec de nouveaux amphithéâtres dans les locaux de l'actuelle Ecole pratique.

Mais, à Paris, on se heurte chaque fois que l'on veut faire quelque chose au mauvais vouloir de certains et à la coalition des intérêts privés devant lesquels doit toujours capituler l'intérêt public.

N'est-ce pas un véritable scandale et un défi porté à l'hygiène urbaine que le maintien des Halles centrales au Centre de Paris ? Et cependant non seulement on les y maintient, mais on va démolir tout un quartier pour les agrandir. *Cui prodest* ? En tous cas, pas à l'intérêt de la Ville de Paris.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LE GATTILIER OU AGNUS CASTUS
(*Vitex Agnus Castus. L*)

Par Henri LECLERC

Au caducée ou à la coupe qu'il est classique de donner comme attributs à la thérapeutique on pourrait, en mainte occasion, substituer le glaive à deux tranchants, arme dans le genre de celle dont Joseph Prudhomme se servait pour défendre les institutions et, au besoin, les attaquer. Les exemples abondent, en effet, de substances auxquelles la tradition a prêté les propriétés pharmacodynamiques les plus « antipodaires ». C'est le cas de la pervenche qui, jadis vantée par Fabrice d'Aquapendente et par Van Spieghel « pour favoriser l'afflux du sang dans les mamelles et le transformer en lait », a, dans la médecine populaire, la réputation d'un efficace antilaiteux ; non moins typique est l'exemple que nous fournit l'Agnus castus, austère gardien de la chasteté, suivant les uns, puissant auxiliaire, suivant les autres, du dieu malin dont un bandeau couvre les yeux.

Il ne me paraît pas superflu de décrire ce végétal à mes lecteurs dont je suppose que la plupart sont plus familiarisés avec la flore de l'Ile-de-France qu'avec celle du Midi : c'est, en effet, dans les lieux humides et marécageux de nos départements méridionaux que croît le Gattilier ou Agnus castus (*Vitex agnus castus* L.), petit arbrisseau dont la tige, droite et nue inférieurement, est garnie, vers son sommet, de rameaux très flexibles, particularité à laquelle la plante doit son nom de *vitex* (de *viere*, plier, fléchir). Ces rameaux sont garnis de feuilles composées de cinq à sept folioles étroites, lancéolées, d'un vert gris parsemé de points blancs en dessus, blanchâtres et cotonneuses en dessous. Ils se terminent par de longs épis portant de petites touffes arrondies de fleurs violettes ou purpurines, plus rarement blanches, auxquelles succèdent des baies globuleuses, dures et noires, assez semblables à des grains de poivre ; leur aspect, joint à leur odeur épicée, leur a fait donner, dans certains pays, les noms de poivre sauvage et de petit poivre.

C'est à Dioscoride que nous devons les plus anciens renseignements sur le gattilier qu'il appelle ἄγνος (chaste) ou λύγος (baguette pliante). Après avoir vanté son efficacité contre les morsures de serpents, comme emménagogue, comme galactogène, pour combattre la céphalalgie, la léthargie, pour guérir les crevasses du fondement et préserver les piétons de l'intertrigo, il nous apprend que les Grecs lui avaient donné le nom d'ἄγνος parce que « les matrones athéniennes, astreintes pendant les Thesmophories ou fêtes de Cérès, à une étroite chasteté, jonchaient leurs lits de son feuillage (1) ». Cette coutume avait très vraisemblablement son origine dans une tradition mythologique suivant laquelle Latone, s'étant réfugiée dans l'île de Delos pour y faire ses couches, cacha sa fille Diane, divinité tutélaire des vierges, à l'ombre d'un gattilier. Les auteurs des siècles suivants, à commencer par Pline, ne firent que renchérir sur la faculté dont jouissait cet arbrisseau de réfréner les ardeurs de la concupiscence ; on en a la preuve dans les noms qu'ils emploient pour le désigner : σέμνος (vénérable), *agnus castus* « formé, dit Chaumeton, par la réunion bizarre et battologique du terme grec ἄγνος et du mot latin *castus* qui tous deux signifient chaste », *agonus* (qui fait disparaître la semence), *eunuchorum piperella* (petit poivre des eunuques), *piper monachorum* (poivre des moines) ; le dernier de ces vocables, qu'on trouve dans Serapio, avait pour origine l'usage qu'on faisait de ses graines comme condiment dans les couvents où ses branches flexibles servaient, en outre, à tresser des ceintures, précieux adjuvants de la vie monastique, *quoniam semen genitale absumit et libidinem extinguit* (Zorn). Voici en quels termes, d'une savoureuse naïveté, l'*Arbolayre* prône ses vertus : « On l'appelle agnus castus parce qu'il fend l'homme chaste comme un aignel et réprime luxure et pour réprimer soit faict un lit de luy et soit cuyt en eaue de laquelle les genitoires soient fomitez ou chauldiez et en soit beu le ius. Contre une maladie que l'on appelle gonorrea c'est quand la nature de l'homme yst de luy sans sa volunte. Contre ceste maladie soit cuyt agnus

(1) DIOSCORIDE. — *De materia medica libri sex.* Lib. I. Cap. CXXXVI.

castus, avecq castoreum et soit donne a boire et que les fleurs soient cuytes en vin aygre dont les genitoires soient fomantez ou emplastrez (1). » Il n'est pas jusqu'aux poètes qui ne rendent hommage à ses mérites : c'est d'abord Thibault Lespleigney, le joyeux apothicaire tourangeau qui, après nous avoir enseigné qu'il est « grandement à estimer »

Car il estaint lassivité
Et naturelle impurité
Venant par inclinations,

en prend occasion pour faire, sur l'honnêteté des dames de son temps, quelques commentaires empreints d'un évident scepticisme :

Je demandroye voluntiers,
Parlant en conscience saine,
Aux femmes, non pas de Touraine
Seullement, mays de Région
Loingtaine et autre nation,
Si elles ont point ce bel aigneau
Engravé en verge ou anneau
En signe de virginité.
Je croy en pure vérité
Que peu ont de tel aigneau cure ;
Mays plustost chascune procure
Faire son plaisir à oultrance.
Mourir fault au bout de la dance (2).

Deux autres pharmaciens poètes, J. et P. Contant, de Poitiers, magnifient également l'agnus castus,

Honorable arbrisseau que les chastes pucelles
Ayment uniquement, qui font des fueilles belles
Des lits mollement durs et qui dessus leur front
Et sur leurs chastes chefs des guirlandes se font
Pour monstrer par effait que leurs fueilles vellues
Les tiendront à jamais chastement impollues (3).

Bien qu'il eût cessé d'inspirer les chantres des simples, l'agnus castus passait encore, au XVIII^e^ siècle, pour un des remèdes les plus prestigieux des boulimies charnelles, ainsi qu'il appert de ce passage d'un curieux ouvrage, *La génération de l'homme*, publié à Londres par Venette en 1779 : « La semence de cet arbre fait de merveilleux effets pour se conserver dans l'innocence. Car si l'on en prend le poids d'un écu d'or, elle empêche la génération de la semence, et, s'il en reste encore après en avoir usé, elle la dissipe par sa sécheresse et puis sa qualité astringente resserre tellement les parties secrètes qu'après cela elles ne reçoivent presque plus de sang pour en fabriquer de nouvelle ».

Il semble qu'il eût été bien difficile, à moins d'être animé d'un esprit de contradiction frisant l'amour du paradoxe, de s'inscrire en faux contre de tels témoignages ; c'est, cependant, ce que n'hésite pas à faire Johnston dont je reproduis, en atténuant certaines expressions un peu trop crues, l'opinion sur les effets puissamment aphrodisiaques de l'*Agnacath* : « Il rend les hommes si puissants (*adeo validos ad coïtum*) que tout le monde lui reconnaît une miraculeuse efficacité. Son usage procure une vigueur extraordinaire, *mirificum ad venerem suppeditat robur*. On prétend qu'il suffit d'uriner dessus pour être aussitôt assailli de désirs. Chez les jeunes filles qui conduisent les troupeaux, on voit, lorsqu'elles s'asseyent ou qu'elles urinent sur ses branches, la membrane hymen se rompre, comme si elles avaient eu commerce avec un homme (1) ».

Quelque cent ans plus tard, Chomel, malgré son inépuisable crédulité, sans aller jusqu'à faire de l'agnus castus un aphrodisiaque, émettait de prudentes réserves sur ses vertus tempérantes : « Un pasteur d'une piété consommée et d'un zèle apostolique (ce pasteur étoit Noël Chomel curé de Saint-Vincent de Lyon) a fait beaucoup valoir dans ses lettres et dans son Dictionnaire Œconomique, un remède qu'il en composoit et qu'il regardoit comme un secret infaillible pour conserver la chasteté ; je défère beaucoup à son témoignage, mais je n'ai pas encore d'assez sûres expériences de ce remède, pour l'établir comme un moyen capable de procurer une vertu si difficile à pratiquer sans le secours d'une grâce surnaturelle (2) ». Un contemporain de Chomel, Gauthier, partageait cette façon de voir : « On a cru, dit-il, cette plante bonne pour réprimer les feux naturels : je crois, vu son âcreté, qu'elle est plus propre à les exciter » (3).

Malgré ces critiques, l'agnus castus continuait à rallier des partisans lorsque, il y a près d'un siècle, Chaumeton lui porta le coup de grâce en faisant remarquer combien il était ridicule « de regarder ses semences tout à la fois comme échauffantes et comme antiaphrodisiaques » et en déclarant, en des termes qui durent faire se pâmer de joie M. Homais, que le sirop de chasteté préparé avec ses baies était dénué de toute propriété « pour émousser l'aiguillon de la chair qui souvent se fait sentir avec une violence extrême dans ces sombres asiles où l'homme s'impose la loi barbare de combattre le plus doux et le plus utile penchant de la nature (4) ».

Sans en appeler de cette condamnation, notre époque n'a pas jugé indigne d'intérêt de soumettre l'agnus castus aux investigations de l'analyse chimique et de l'expérimentation physiologique. Par distillation, M. G. Malet a obtenu de 100 kgr. de ses feuilles 45 gr. d'une essence

(1) *Arbolayre* (imprimé à Besançon vers 1489), F° V.
(2) THIBAULT LESPLEIGNEY. — *Promptuaire des médecines simples en rithme joieuse*, 1538. Edition publiée par le Docteur Paul DORVEAUX.
(3) Jacques et Paul CONTANT. — *Le second Eden* 1628.

(1) JOHNSTON. — *Thaumatographia naturalis*, 1670.
(2) P. J.-B. CHOMEL. — *Abrégé de l'histoire des plantes usuelles*, 1761.
(3) GAUTHIER. — *Introduction à la connaissance des plantes*, 1760.
(4) CHAUMETON, — *Flore médicale*, Ch. VIII, 1842.

de teinte jaune citron dont l'odeur forte et pénétrante, rappelle à la fois l'eucalyptus et la menthe et dans laquelle Schimmel a décelé plus tard du *cinéol*, du *sabinène* et une *quinone*. La plante renferme, en outre de fortes proportions de tanin et une résine dont M. Malet a extrait deux corps cristallisables à fonction glucosidique, la *vitexinine* formée d'octaèdres d'un blanc jaunâtre à odeur poivrée avec un léger parfum d'amandes amères et laissant sur la langue une sensation persistante de brûlure, la *vitexine* cristallisant en prismes jaunes d'une saveur astringente et amère. Le même auteur, ayant fait absorber dix gouttes de l'essence, par voie buccale, à un cobaye mâle, le vit d'abord, en présence d'une femelle, « manifester des désirs de rapprochement ». Mais après un court moment d'agitation, l'animal se retira dans un coin de sa cage, triste et somnolent, sans faire le moins du monde attention à sa compagne. La dose d'essence ayant été portée à 1 gr. il se produisit des secousses convulsives cloniques de la face, puis du tronc et des membres auxquelles succéda un léger état comateux d'environ 15 heures. A la suite de l'absorption de 6 gr. les secousses devinrent épileptiformes : les yeux roulaient hagards en un mouvement régulier très prononcé de gauche à droite. Au bout d'une heure on vit se paralyser successivement l'arrière train et les membres de devant et l'animal tomba dans un coma profond et mourut. Les symptômes que M. Malet éprouva à la suite de l'ingestion de XX gouttes d'essence, symptômes consistant en un léger état nauséeux suivi de lourdeur de tête, de sensation de sommeil, de lassitude générale lui permirent de conclure que cette essence était suivant les doses, sédative, soporifique ou stupéfiante, effets cadrant, dans une certaine mesure, avec les propriétés que les anciens attribuaient à la plante (1).

Ayant eu moi-même l'occasion, il y a une vingtaine d'années, d'employer, non pas l'essence, mais l'extrait fluide et l'alcoolature d'agnus castus, j'ai reconnu que ces préparations, à la dose de 1 à 2 gr. par jour, exercent, en effet, sur le système nerveux une action antispasmodique incontestable. Elles trouvent leurs principales indications dans les troubles neuro-végétatifs, dans les psycho-névroses ayant pour *primum movens* une affection pelvienne (métrite, salpingite, ovarite, etc.) ou une perturbation des fonctions sécréto-motrices des voies digestives et se traduisant par de l'éréthisme cardio-vasculaire, par des vertiges, par des spasmes intestinaux, par de la sympathalgie, par de l'insomnie et par de l'angoisse. J'ai soigné une malade, qui, aux époques précédant ou suivant les règles, était sujette à des phénomènes cyclothymiques avec alternatives de dépression et d'agitation : passant, sans transition, du mutisme de la carpe à la logorrhée de la perruche, de l'inertie du boa qui digère à la trépidation de l'écureuil dans sa cage, elle somnolait le jour et employait ses nuits à ressasser les événements de la veille et à scruter anxieusement ceux du lendemain. Parmi les antispasmodiques qui lui procuraient le maximum de bénéfices avec le minimum d'inconvénients, elle donnait la préférence à l'agnus castus dont je lui avais prescrit, le soir au coucher, soit l'infusion à 10 %, soit l'extrait fluide en formulant :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de vitex agnus castus | 10 gr. |
| Glycérine | 30 gr. |
| Eau ... Q. S. pour | 100 cmc. |

D'une à deux cuillerées à dessert dans une infusion de tilleul.

D'autres faits analogues, dont il serait aussi fastidieux que superflu d'imposer le récit à mes lecteurs, on pourrait tirer cette conclusion que, si l'agnus castus n'a pas, comme le croyaient nos pères, le pouvoir de soustraire les humains aux sollicitations de la « *libido* », il mérite du moins qu'on lui accorde quelque crédit comme adjuvant de la médication antispasmodique dans les cas si fréquents où le médecin a intérêt à ne pas soumettre le système nerveux de ses patients aux effets d'agents thérapeutiques d'un héroïsme inopportun, à s'armer d'une légère époussette plutôt que d'une lourde matraque.

(1) G. Malet. — Etude botanique et chimique du « Vitex agnus castus ». (*Thèse de pharmacie de Montpellier*, 1904.)

**CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE**

HÔPITAL DE LA PITIÉ (Service du Prof. RATHERY)

# LES PNEUMONIES TUBERCULEUSES [1]

Par le Docteur DOUBROW,

Chef de laboratoire.

*Messieurs,*

Il y a quelques quinze ou vingt ans, le titre même de cette leçon aurait fait scandale : pourquoi ce pluriel ? Certes, on connaissait *la pneumonie caséeuse*, et celle-là seule avait conquis droit de cité en tant que *pneumonie tuberculeuse*. La pneumonie tuberculeuse, chapitre particulier de la tuberculose aiguë de l'adulte, forme rare, à symptomatologie bien précisée, fixée dans ses détails, au demeurant plutôt une curiosité clinique, qu'on apprenait à son corps défendant pour le besoin des concours, mais qu'il fallait bien se garder d'évoquer au lit du malade, tant en raison de sa rareté que de son fâcheux pronostic, telle fut la réputation de la pneumonie caséeuse, synonyme à l'époque de la pneumonie tuberculeuse.

Et pourtant, cette idée un peu simpliste et schématique de la pneumonie tuberculeuse ne s'est pas imposée d'emblée à l'esprit des médecins.

Andral, dans ses cliniques, n'a-t-il pas écrit : « Il n'est pas rare d'observer des phtisiques qui pendant leur maladie ont éprouvé jusqu'à dix ou quinze fois les symptômes bien tranchés de la pneumonie ». Lorain n'enseignait-il pas que « la tuberculose pulmonaire chronique n'est qu'une succession de pneumonies ».

Ces maîtres s'étaient-ils donc trompés dans leur observation ou, dans leur clairvoyance, avaient-ils devancé leur temps ?

Pour répondre à cette question, il me faut, dans un bref rappel historique vous retracer les idées du siècle passé sur les modalités anatomiques de la tuberculose pulmonaire. Nous pourrons alors voir ensemble les raisons qui, pendant si longtemps dérobaient aux yeux des médecins, les formes curables et les poussées évolutives de la pneumonie tuberculeuse, ces pneumonies tuberculeuses dont je vais surtout vous entretenir aujourd'hui étant donné leur immense importance clinique car vous les rencontrerez journellement dans votre carrière de praticien.

Examinons donc succinctement les aspects anatomiques de la tuberculose pulmonaire chronique.

A l'autopsie d'un tuberculeux arrivé au terme de l'évolution de sa maladie, vous voyez des tubercules crus, masses arrondies de dimension variant de celle d'une grosse tête d'épingle à celle d'une petite noisette, des plages de matière caséeuse, présentant l'aspect classique de fromage de Roquefort et des bandes scléreuses, semées çà et là de petites granulations translucides de dimension d'un grain de semoule.

Bayle, en 1810, a été le premier à décrire ces dernières et leur a donné le nom de « granulations grises »; elles caractérisaient, pour lui, la « phtisie granuleuse » qu'il opposait ainsi à la phtisie tuberculeuse.

Vous savez que ce dualisme n'a pas résisté au génie de Laënnec qui du premier coup a su reconnaître, malgré la variété déconcertante des lésions leur unité étiologique. La granulation, le tubercule, l'infiltration grise n'étaient que des aspects variés d'une même maladie, et la fonte caséeuse et la caverne étaient leur aboutissant, leur corollaire toujours identique dans son essence.

Laënnec, comme vous le savez, ne faisait que de l'anatomie pathologique macroscopique. Le microscope, entre les mains de Langhans, a permis de découvrir dans certaines lésions tuberculeuses un élément nouveau : *la cellule géante*. Cette découverte eut une fortune singulière : bientôt la cellule géante devint, grâce à l'autorité de Virchow, l'élément spécifique de la tuberculose, à tel point qu'il a littéralement englouti toute la malade.

En effet, Virchow n'admettait comme relevant de la tuberculose que les lésions présentant au microscope des follicules giganti-cellulaires. Les lésions exsudatives, même dans la forme de pneumonie caséeuse lobaire totale, avaient pour lui une étiologie toute différente, quoique complètement obscure. Une telle distinction paraissait à cette époque si bien marquée que Niemeyer déclarait sans sourciller : « Le plus grand danger qui menace un phtisique est de devenir tuberculeux ».

Cet état d'esprit domine la phtisiologie jusqu'à la découverte de Villemin qui montre, en 1865, dans sa communication à l'Académie de médecine, la *virulence*, *la spécificité* et l'*inoculabilité* des lésions tuberculeuses aussi bien pneumoniques que folliculaires .

Il ne s'est trouvé à l'époque que deux hommes pour saluer dignement la découverte de Ville-

(1) Leçon du 4 mai 1932.

min : Conheim, qui proclama qu'une grande étape venait d'être franchie dans l'étude de la tuberculose, et Chauveau, dont les expériences élargirent la base de celles de Villemin. Enfin, en 1882, Koch apporte la preuve définitive de l'unité de la tuberculose en découvrant le bacille qui porte son nom.

Il semble, lorsqu'on envisage ainsi le développement historique de nos connaissances sur la tuberculose que l'anatomie pathologique, première venue dans l'étude objective des lésions tuberculeuses, ait été définitivement éclipsée par l'expérimentation et la bactériologie.

Par un juste retour des choses, on s'est aperçu cependant que l'unité étiologique ne signifiait pas unité de lésions. Et la discussion reprit pour savoir si telle ou telle voie d'introduction des bacilles, si un état d'allergie préalable ou toute autre cause qui nous échappe encore, pouvaient déterminer le type anatomique des lésions tuberculeuses. En France, Letulle et Bezançon avaient décrit avec une grande précision et un grand luxe de détails, la forme bronchio-pneumonique « aérogène » et la forme folliculaire « hématogène » de la tuberculose pulmonaire. En Allemagne, Aschoff et son Ecole ont admis la même distinction sous le vocable de tuberculose exsudative et de tuberculose productive.

Cette opposition de deux formes de la tuberculose pulmonaire suivant la voie de pénétration du bacille, semblait au premier abord très séduisante pour le logicien et donnait en même temps satisfaction à l'expérimentateur qui pouvait les reproduire dans les conditions rigoureuses de l'expérience.

Mais lorsqu'on étudie la tuberculose pulmonaire évolutive, on se rend aussitôt compte d'un mélange à peu près constant des deux formes anatomiques de la tuberculose. On est ainsi fatalement amené à chercher l'explication du polymorphisme morphologique dans l'évolution même du processus morbide.

Tripier, après Hébrard, Cornil et Hanot, avait bien compris la précession de la lésion inflammatoire, non spécifique, et l'éclosion postérieure du follicule au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Cette thèse aujourd'hui ne trouve plus de résistance, et on est d'accord, du moins en France, pour admettre que toute lésion pulmonaire initiale est une lésion exsudative, c'est-à-dire une lésion de type pneumonique.

Les projections que je vais vous montrer vous le feront mieux saisir qu'une discussion verbale, toujours un peu stérile.

Vous pouvez voir sur ce cliché, une lésion initiale de tuberculose pulmonaire. Vous voyez une nappe diffuse tissée de filaments rouges enchevêtrés de fibrine (1) ; les éléments cellulaires, reconnaissables par leurs noyaux sont relativement peu abondants ; à cette différence près, la lésion est tout à fait celle d'une pneumonie banale.

Sur le cliché suivant, vous voyez que la lésion s'organise : le centre prend une coloration violacée ; la structure filamenteuse a fait ici place à une sorte de magma compacte entouré d'un double manchon de filaments rouges et bleus. Au fort grossissement, comme vous le montre le cliché suivant, on peut suivre la transformation de certains filaments rouges qui progressivement prennent une coloration bleue en s'étirant et en s'atténuant. Ce changement de coloration répond à un processus physico-chimique complexe : *le filament de fibrine se transforme en fibrine collagène.* Vous pouvez maintenant vous rendre compte que les cellules ont réglé leur comportement sur celui de la substance fondamentale : là où le collagène a fait son apparition vous voyez se former des cellules géantes. Leur genèse est subordonnée à la résistance mécanique du sol histologique matriciel et n'a rien de spécifique, propre à la tuberculose.

Mais les transformations tissulaires que nous venons d'étudier montrent comment la lésion tuberculeuse initiale, de type pneumonique, s'achemine progressivement vers la forme fibrocaséeuse commune.

Elle peut cependant, comme vous montre cette autre coupe, subir un autre sort et se transformer en un bloc homogène, d'une substance hyaline. Cette dernière peut à son tour, à la longue, se désagréger pour faire place à un tissu conjonctif, apparemment normal ; c'est ainsi que guérissent les lésions tuberculeuses.

On peut donc dire que la tuberculose ne guérit pas par « sclérose », comme d'aucuns le prétendent encore aujourd'hui, mais que la sclérose tuberculeuse est une des modalités évolutives de la maladie lorsque la pneumonie tuberculeuse passe à la chronicité.

***

Maintenant que vous connaissez la place de la lésion pneumonique initiale dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire, nous pourrons étudier avec profit les modalités cliniques des pneumonies tuberculeuses.

C'est habituellement dans l'enfance que l'homme subit son premier contact avec le bacille de Koch. La pneumonie tuberculeuse de l'enfant a été pendant longtemps méconnue. C'est à Parrot et ses élèves qu'on en doit surtout la connaissance. Kuss, dans sa thèse, en a fixé définitivement

(1) Les coupes projetées à cette leçon furent colorées par la méthode de Mallory-Masson.

les traits en montrant que chez le jeune enfant la tuberculose débute par un foyer pneumonique accompagné d'une adénopathie similaire.

Il a donné à ce complexe ganglio-pulmonaire ou mieux pneumo-ganglionnaire, le nom de *chancre d'inoculation*, par analogie avec ce qu'on produit expérimentalement chez le cobaye. Aujourd'hui, on a tendance à l'appeler, conformément à la terminologie de Ghon « *le complexe primaire.* »

Lorsque Küss a publié son remarquable travail (1898), ce furent les constatations nécropsiques qui lui ont permis d'en asseoir la partie documentaire. En effet, à cette époque, les deux principaux modes d'investigation, dont aucun médecin digne de ce nom ne peut se passer aujourd'hui en cette matière — la cuti-réaction à la tuberculine et l'examen radiologique — n'existaient pas encore. A l'heure actuelle, le complexe primaire, c'est-à-dire la pneumonie tuberculeuse du jeune enfant, ne peut échapper au diagnostic du médecin, bien que, comme vous allez le voir, ses signes diffèrent entièrement de ceux qu'on a l'habitude de constater chez l'adulte.

Voici une observation qui vous permettra de saisir la technique d'un examen séméiologique en pareil cas. Il y a quelque temps, j'étais appelé à voir un enfant de 18 mois qui, depuis cinq semaines environ présentait des poussées de fièvre de 39°-40°. Il conservait un bon état général et mangeait de bon appétit. Aucun trouble digestif n'a pu être signalé. Né de parents sains, il a été nourri au sein jusqu'à un an ; il a eu sa première dent à 7 mois, et a commencé à marcher à 14 mois.

Il n'a jamais présenté ni toux, ni éternuement ni aucune éruption cutanée.

L'examen somatique ne révélait rien d'anormal : la cavité buccale ne présentait aucune mofication pathologique ; la percussion et l'auscultation du thorax ne révélaient aucun bruit anormal, en particulier pas de retentissement du cri (signe de grande valeur, sur lequel Mouriquand, de Lyon, a attiré l'attention) ; la palpation de l'abdomen n'a permis la constatation d'aucun signe pathologique.

En présence de cet examen entièrement négatif je pratique aussitôt une cuti-réaction qui est fortement positive et je fais faire une radiographie qui montre une ombre floue de toute la base droite se confondant avec l'ombre cardiaque.

Cet enfant est donc atteint d'un complexe primaire, sous forme d'une pneumonie tuberculeuse de la base droite, et sa fièvre répond à ce qu'on appelle « la fièvre d'invasion ». Ce terme est d'ailleurs très impropre, car il invoque plutôt l'idée d'une dissémination des germes et non pas celle d'une lésion locale constituée. Or, la maladie de notre enfant correspond très exactement à sa lésion pulmonaire.

J'ajoute que la recherche des bacilles de Koch pratiquée dans les selles, les urines et le contenu gastrique s'est montré négative, mais cela ne doit pas nous étonner, car les lésions du « complexe primaire » ne se ramollissent en général pas et les bacilles restent cantonnés dans les lésions mêmes.

La pneumonie tuberculeuse du complexe primaire est le plus souvent curable : sa durée clinique est très variable ; quelquefois l'enfant présente une fièvre éphémère de quelques jours seulement qu'on met le plus souvent sur le compte d'une indigestion ou d'un coryza aigu ; dans d'autres cas, elle peut durer plusieurs semaines, mais l'image radiologique persiste souvent pendant de longs mois, et la cuti-réaction reste positive pendant des années.

Il n'est pas indifférent cependant pour un enfant d'avoir subi le contact infectant du bacille de Koch : le médecin a donc le devoir de faire son diagnostic en pareil cas . Et ce devoir est d'autant plus impérieux que les deux épreuves qui en font le fondement ne sont *ni dangereuses ni compliquées.* Il n'y a pas de médecin, même dans la plus lointaine de nos campagnes, qui ne soit appelé à faire chez l'enfant une vaccination jennérienne. Or, la technique de *la cuti-réaction à la tuberculine* est exactement la même à cette différence près qu'au lieu de déposer une goutte de vaccin de Jenner sur la petite scarification cutanée, l'opérateur y applique une goutte de tuberculine. Celle-ci est aussi facilement livrée par l'Institut Pasteur que le vaccin jennérien l'est par n'importe quel Institut de vaccine. On ne peut même pas alléguer une difficulté matérielle de cet examen dont l'importance diagnostique est capitale.

Le second examen non moins indispensable est un *examen radiologique.*

*C'est engager gravement sa responsabilité que de négliger ces deux épreuves aussi nécessaires que faciles à pratiquer.*

Le début pneumonique de la tuberculose chez l'enfant n'est pas toujours aussi silencieux ; on peut assister à des formes à début bruyant avec généralisation rapide. Ce sont des formes qu'on observe assez fréquemment chez les nourrissons laissés en contact avec des parents tuberculeux, et où la contagion massive à laquelle le nourrisson est très sensible détermine une tuberculose à marche aiguë, le plus souvent une tuberculose miliaire généralisée qui suit de près la pneumonie initiale du complexe primaire.

***

Comme je vous l'ai dit, la plupart des pneumonies de primo-infection sont curables. Mais l'histoire des pneumonies tuberculeuses ne se limite point, il s'en faut, à celles de l'enfance.

C'est chez l'adulte, que le réveil de la tuberculose sous forme pneumonique représente peut-être le chapitre le plus important de la phtisiologie. Nous allons maintenant le passer en revue.

Et tout d'abord, à tout seigneur tout honneur, commençons par la pneumonie caséeuse vraie, la plus anciennement connue, la plus démasquée dans ses manifestations, la plus redoutable par son évolution rapide et son pronostic toujours fatal.

Le plus souvent, en pleine santé apparente, le malade est pris d'un frisson, d'un point de côté, d'une toux sèche et d'hyperthermie à 40°. Le pouls est rapide, la dyspnée vive, mais la langue est rarement sèche et l'herpès labial fait généralement défaut.

Appelés auprès d'un tel malade, votre impression première est qu'il s'agit d'une pneumonie, et le premier diagnostic qui vient à l'esprit est celui d'une pneumonie à pneumocoques. Vous recherchez les signes physiques, ils semblent confirmer votre impression : la matité s'étend à tout un lobe, les râles crépitants fins s'entendent dans le même territoire. Tout semble indiquer une pneumonie banale dont un organisme jusque-là indemne de toute tare doit triompher au bout de huit ou neuf jours.

Mais, dès le lendemain, un doute s'est glissé dans votre esprit, il ronge votre optimisme premier et vous vous sentez comme envahis par l'angoisse de votre malade. D'où lui viennent ce teint plombé qui contraste avec la face vultueuse d'un bon pneumonique franc ; cette émaciation survenue au bout de 48 heures seulement de maladie ; cette adynamie profonde ?

Pourquoi au troisième jour l'expectoration rouillée, si caractéristique, se laisse-t-elle toujours attendre ? Quelquefois une hémoptysie abondante dès cette période vous mettra déjà sur la voie du diagnostic ; dans d'autres cas, vous attendrez impatiemment ce neuvième jour fatidique qui ne vous apportera pas plus de soulagement qu'à votre malade, dont la crise et la défervescence ne veulent toujours pas venir ; le souffle tubaire persiste, l'état général devient de plus en plus grave et quelquefois le malade meurt avant que le bloc caséeux se soit ramolli et que l'expectoration bacillifère vienne confirmer le diagnostic qui depuis une semaine ou deux hante votre esprit.

Dans d'autres cas, l'expectoration apparaît et, rapidement, de gros râles caverneux signalent la fonte massive du bloc caséeux : la phtisie galopante succédant à la phase pneumonique, emporte votre malade en un ou deux mois.

Telle est schématiquement la pneumonie caséeuse, affection heureusement fort rare et dont vous n'aurez certainement pas à compter plus d'une dizaine de cas pendant toute votre carrière médicale, et je la suppose, et vous la souhaite, fort longue.

***

Bien plus souvent, vous aurez affaire à une maladie qui débute brusquement avec toutes les apparences de pneumonie, mais la température peut être oscillante dès les premiers jours, l'expectoration est d'emblée assez abondante, l'herpès labial et l'état saburral des voies digestives font défaut. L'examen physique montrera une matité moins franche, quelquefois les vibrations thoraciques sont diminuées, le souffle a plutôt un timbre bronchique que tubaire (appelé par certains auteurs assez improprement tubo-pleural), les râles crépitants semblent très peu abondants ; cette phase infectieuse est de courte durée et quatre ou cinq jours après la température revient à la normale, mais le malade reste abattu, il n'a plus le cœur au travail, et son expectoration n'est pas tarie.

Combien de médecins encore aujourd'hui en présence d'un pareil tableau font leur diagnostic de congestion pulmonaire ? ! Combien de malades payent de leur vie un tel diagnostic ? ! La congestion pulmonaire, si malencontreusement introduite dans la nomenclature médicale par Woillez, a été surtout défendue par l'Ecole de Montpellier (Dupré, Grasset et tout particulièrement Carrière). Dieulafoy lui a donné l'appui de son autorité, et on a beaucoup de mal, même aujourd'hui, à démontrer que dans l'immense majorité des cas, elle ne sert guère que de futile paravent pour couvrir une pneumonie tuberculeuse, parfaitement accessible à nos moyens thérapeutiques, mais qu'on laisse évoluer grâce à l'euphémisme trompeur d'un terme depuis longtemps dénué de tout sens nosologique.

Car la « congestion pulmonaire » a toujours eu une très mauvaise presse aux yeux des médecins. Elle passait, au même titre que la « mauvaise grippe », terme si cher aux malades eux-mêmes, pour une des maladies les plus « prédisposantes » à la tuberculose. Mais cette prétendue prédisposition n'est en réalité que la phase initiale, pneumonique, de la tuberculose allergique de l'adulte.

Entendons-nous bien. Le début réel, la primo-infection, remonte à l'enfance, mais l'éclosion de la tuberculose de l'adulte, le réveil de cette vieille infection tuberculeuse dont la cuti-réaction positive signe pour ainsi dire la vitalité latente, se fait avec cet aspect apparent de bénignité, et avec ce nom anodin de « congestion pulmonaire. »

Et d'ailleurs, la durée de ce début n'est pas nécessairement aussi courte qu'on le prétend habituellement. Rénon a rapporté autrefois un cas où la phase infectieuse a duré quarante-sept jours. Bezançon et ses élèves, plus particulièrement Braun et de Serbonnes, en ont rapporté des obser-

vations analogues. Savy (de Lyon) en a réuni un certain nombre.

Mais je dois cet hommage à mon maître M. Rist dont l'effort porte bientôt sur seize ans et qui a réuni une importante statistique dans la thèse de Marcel Blanche ainsi que dans un article récent de la *Revue de la Tuberculose* (1), pour combattre cette notion néfaste de la « congestion pulmonaire » et lui substituer celle d'un diagnostic rationnel et *précoce* de la pneumonie tuberculeuse de l'adulte.

Certes, M. Bezançon a eu le très grand mérite d'insister dès 1910 sur l'existence des pneumonies tuberculeuses curables et sur l'évolution par poussées pneumoniques de la tuberculose pulmonaire chronique, mais nous savons aujourd'hui que les faits de cet ordre ne sont pas seulement des cas isolés, mais qu'ils dominent pour ainsi dire toute la clinique de la tuberculose.

Je ne saurais mieux fixer dans votre esprit ces caractères évolutifs des pneumonies tuberculeuses curables qu'en vous citant *in extenso* cette observation de M. Rist.

R. I..., étudiant en médecine, âgé de 21 ans, vient me consulter, le 3 juin 1921, dans les circonstances suivantes : bien portant, à la fois grand travailleur et grand sportif, amateur de canotage et de foot-ball, il est entré comme engagé volontaire au 12e régiment de cuirassiers à Paris, le 2 octobre 1920. Peu après, il a été transféré au 31e régiment d'infanterie, toujours à Paris. Tout en accomplissant son service militaire, il est autorisé à poursuivre ses études médicales, fréquente l'hôpital et passe avec succès plusieurs examens. Il est donc soumis à un surmenage certain qu'il supporte bien et qui ne semble pas altérer sa santé. Il a subi depuis son engagement volontaire six visites médicales ; l'une au moment de l'engagement, l'une lors de son incorporation dans la cavalerie, une autre lors de son incorportation dans l'infanterie, une autre encore avant la vaccination antityphique, et deux autres dans des circonstances qui ne sont pas précisées dans mes notes, mais qui avaient un caractère réglementaire et n'étaient motivées par aucun symptôme morbide. A chacune de ces six visites il a été déclaré bien portant. Il affirme d'ailleurs n'avoir éprouvé aucun trouble de santé et aucune fatigue. Depuis son incorporation son poids a passé de 71 à 69 kgr. Cette perte de 2 kgr. n'a évidemment rien d'anormal, compte tenu de la vie active qu'il menait.

Le 25 mai 1921, il fait une marche militaire de 25 kilomètres. Le lendemain 26 mai, il prend part à une partie de foot-ball au cours de laquelle il a brusquement une syncope. Le médecin du régiment l'examine et ne constate rien d'anormal. Le 27, il se sent très fatigué et s'alite. On s'aperçoit alors qu'il expectore un peu. Le 28 on examine ses expectorations et on y trouve des bacilles tuberculeux. On prend sa température : le thermomètre marque 40°. On le renvoie chez lui. Son père, pharmacien à Paris, est frappé de l'altération de ses traits, le met au lit, et sa température étant tombée le 2 juin à 38°2, il me l'amène le lendemain.

Je constate de la submatité et une suppression du murmure vésiculaire dans le tiers supérieur de l'hémithorax droit et quelques craquements. A l'examen radioscopique, je découvre une condensation de tout le lobe supérieur droit, bien limitée par la scissure, au voisinage de laquelle l'ombre est plus foncée. Un cliché fait le lendemain — huit jours exactement après le début des accidents — confirme qu'il s'agit d'une lobite et révèle de plus qu'elle est creusée d'une cavité d'un diamètre apparent d'une pièce d'un franc. Le poumon gauche est indemne. Un pneumothorax artificiel a été pratiqué le 6 juin. Il a produit un collapsus parfait et a ultérieurement amené la guérison.

Retenez bien cette observation : elle est pleine d'enseignement ! En effet, seul l'*examen bactérioscopique et la radiologie* ont permis de poser le diagnostic exact de pneumonie tuberculeuse curable, ou encore de pneumonie nécrosante de Sabourin, car cliniquement cette observation réunit par ailleurs tous les caractères de la « congestion pulmonaire » de Woillez.

Je n'aurais cependant pas dû dire « cliniquement ». C'est faire aujourd'hui injure à la clinique que de vouloir la priver des secours de la radiologie et de la bactériologie. Elles ont depuis longtemps leur place, et d'importance, dans tout examen clinique. C'est de la clinique courante, au même titre qu'une prise de température ou de tension artérielle. *Nul n'a le droit aujourd'hui d'éliminer la tuberculose chez un malade atteint d'une affection pulmonaire, s'il n'a pas pratiqué un examen radiologique et bacilloscopique.*

Je viens de vous rapporter une observation de pneumonie tuberculeuse *curable*. Encore faut-il que le vrai sens de ce qualificatif ne vous échappe point. Si la poussée pneumonique aiguë peut se dissiper en quelques jours cela ne veut pas dire que le malade est *guéri* de son affection. Autrement, la discussion sur la « congestion pulmonaire » et la « pneumonie tuberculeuse curable » ne serait qu'une stérile querelle du langage. En effet, peu importe au malade de quelle affection il est guéri, si cette guérison est stable et définitive.

Mais cette accalmie le plus souvent n'est que trompeuse, les lésions continuent à évoluer *à bas bruit*, avec le minimum de signes physiques et de symptômes fonctionnels et ce n'est que beaucoup plus tard que la tuberculose se démasque. Votre devoir est de la diagnostiquer *dès son début*, car ici elle est réellement *curable*, mais à la condi-

(1) Rist (E.). — Le début brusque de la tuberculose pulmonaire et sa localisation lobaire. (*Revue de la Tuberculose*, t. XI, p. 5, 1930.)

tion de lui opposer une thérapeutique indispensable.

Je n'insisterai pas sur la cure hygiéno-diététique dont je vous ai exposé la technique dans une conférence antérieure. Je veux plus particulièrement insister sur la *nécessité absolue d'instituer un pneumothorax artificiel chez des malades atteints de pneumonie tuberculeuse.* C'est là le véritable triomphe de la méthode. Les travaux de Rist et de son Ecole en ont donné des preuves surabondantes. Mais je suis heureux de pouvoir vous dire qu'aujourd'hui les voix autorisées venant de l'étranger apportent une adhésion unanime à cette thèse. Je n'en veux pour preuve que l'autorité d'Assmann qui affirme ne pas avoir vu un seul « Frühinfiltrat » résister à la collapsothérapie.

***

Je veux maintenant étudier devant vous deux autres formes de pneumonie tuberculeuse.

L'une bien étudiée autrefois par Dieulafoy, bien qu'il ait méconnu son étiologie tuberculeuse sous le nom de *fluxion de poitrine,* se caractérise par une pleurodynie vive, souvent accompagnée d'hyperesthésie cutanée, d'un état fébrile, de toux grasse et de signes physiques au nombre desquels on note la submatité, les frottements pleuraux, les râles de bronchite. Le tout dure 4 à 7 jours.

Pour expliquer cet état morbide Dieulafoy dit: « A côté des phlegmasies franches de l'appareil respiratoire, bronchites, pneumonies, pleurésies, il y a d'autres états morbides mixtes et bâtards, dans lesquels les éléments hyperémiques et phlegmasique sont diversement combinés et que, par un accord tacite on nomme *fluxions* ». De nos jours, Bezançon et de Jong ont repris l'étude de ces faits sous le nom de cortico-pleurite profonde, dont l'étiologie est si fréquemment tuberculeuse. C'est là encore une variété de pneumonie tuberculeuse que la radiologie et la bacilloscopie permettent aisément de dépister.

Enfin, la *spléno-pneumonie de Grancher,* cette affection dont les signes stéthacoustiques simulent la pleurésie à grand épanchement qui souvent a une allure traînante et après plusieurs semaines d'une évolution imprécise finit aussi par jeter le masque et dévoiler sa nature par une hémoptysie ou l'apparition des signes d'excavation.

Grancher d'ailleurs lui-même avait déjà noté la fréquence de la tuberculose chez les sujets dont les anamnestiques étaient chargées d'une spléno-pneumonie ; mais évidemment à l'époque où les rayons X n'avaient pas encore apporté leurs lumières aux phtisiologues, il eut été téméraire d'affirmer, qu'il s'agissait là d'un début authentique d'une affection tuberculeuse.

***

Je vous ai si longuement parlé de l'examen radiologique au cours de cet entretien qu'il me sied d'en terminer l'exposé par une série de clichés qui doivent vous permettre de saisir *de visu* l'aspect assez caractéristique des pneumonies tuberculeuses.

Sur ce cliché qui appartient à la malade 18 *bis* de la salle Cornil et que vous connaissez, vous pouvez voir que tout le lobe supérieur droit est opaque aux rayons et cette opacité sous forme de pain de sucre se termine par un plan qui, sur la projection, est représenté par une ligne oblique correspondant au plan scissural. C'est ici l'image de lobite homogène. Vous ne voyez pas d'excavation, ni de formations nodulaires, aspects qui apparaîtront lors de l'évolution du foyer.

Voici un autre cliché ; c'est celui de la malade nº 17 de la même salle : vous voyez qu'ici l'image radiologique se borne à la bande sombre, oblique du dehors en dedans et du haut en bas avec un cercle plus clair dans la partie plus proche du hile. Notez que la région apicale est apparemment normale. Mais ici encore le plan scissural marque la limite de la lésion dans l'espace. Il s'agit d'une condensation juxta-scissurale gauche excavée. Cette malade est entrée en salle, enceinte de 4 mois, avec une expectoration richement bacillifère. Nous avons institué sans tarder un pneumothorax thérapeutique. Elle vient d'accoucher d'un magnifique garçon. Elle ne crache plus et son poids a augmenté de 9 kgr. Vous voyez sur ce dernier cliché que le collapsus pulmonaire est total : le poumon est réduit à cette masse sombre accolée au cœur, de la dimension à peu près de ce dernier et sans trace de cavité.

Sur ce dernier cliché qui est celui du petit malade atteint, en outre, de maladie bleue qui est actuellement hospitalisé salle Rendu vous voyez encore une image semblable. Excellent résultat thérapeutique du pneumothorax artificiel, mais le dernier cliché montre une vaste adhérence axillaire ; la caverne, comme vous voyez, est très étirée, mais elle persiste toujours sous forme de cette ellipse à grand axe très allongé et l'on peut envisager d'ici quelques mois la nécessité de la section des adhérences qui la maintiennent béante.

Vous voyez donc que ce n'est pas sur de petits signes d'arborisations pulmonaires accentuées ou de petites taches fines difficiles à percevoir que se fondera votre diagnostic. La pneumonie tuberculeuse n'offre pas aux rayons X un aspect camouflé ; ce masque qu'elle porte si volontiers en clinique se laisse facilement percer par les rayons, et c'est sous forme de condensations franches, tantôt homogènes, tantôt déjà excavées, au voisinage des scissures, qu'elle se présente derrière l'écran ou sur un cliché. C'est assez dire qu'*elle ne peut pas passer inaperçue* pourvu qu'on veuille se donner la peine de la rechercher.

Pour terminer, un mot de thérapeutique. Ces pneumonies tuberculeuses sont *curables. A cette phase de la tuberculose pulmonaire, la collapsothérapie est souveraine.* Plus tard, elle pourra certes encore rendre des services, mais combien ses résultats seront plus précaires. Toute la signification du *diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire* peut tenir dans cette proposition : *dépistez les pneumonies tuberculeuses dès leur début.*

***

Messieurs,

Après ce long exposé descriptif, je voudrais me résumer en quelques brèves formules qui pourront vous servir de guide pratique.

Les pneumonies tuberculeuses sont fréquentes. Elles peuvent se présenter en clinique sous des aspects variables, quelquefois parfaitement anodins. Leur diagnostic cependant est aisé si on a recours à un examen méthodique des crachats et à l'exploration radiologique. C'est manquer gravement à son devoir de médecin que de se contenter d'un diagnostic de « congestion pulmonaire » de «spléno-pneumonie» ou de « fluxion de poitrine », sans s'être adressé à la bacilloscopie et aux rayons X. La plupart des pneumonies tuberculeuses sont curables, à la condition de leur opposer une thérapeutique efficace — la collapsothérapie.

Le médecin se doit de *les connaître, de les diagnostiquer et de les guérir.*

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

### La conduite du médecin en présence d'une asphyxie accidentelle suraiguë.

**L'association de la saignée et de l'huile camphrée en injection intraveineuse**

D'après les Docteurs Cot, Jacob, Joly et Sarroste (1).

L'Accident. — Les causes en sont variées : submersion, intoxication par des gaz nocifs (gaz d'éclairage, oxyde de carbone, cuves à fermentation, gaz d'égouts, etc.), électrocution, ensevelissement, pendaison, strangulation.

Le sauvetage. — Le rôle du sauveteur, qui le premier arrive sur les lieux, est double.

1° *Il soustrait l'accidenté aux causes nocives.* C'est ainsi qu'il retire le blessé du local où règne un air toxique, qu'il le dépose sur la berge, qu'il le soustrait à l'action du courant électrique, qu'il le débarrasse des éboulis, qu'il enlève tout lien de constriction.

2° *Il prodigue les premiers soins en attendant l'arrivée du médecin.* Tout d'abord la respiration artificielle, pour laquelle il est bon de remplacer la méthode ancienne de Sylvester par celle de Schaefer, préconisée en Angleterre depuis 1907, et vulgarisée en France par le lieutenant de vaisseau Hébert. A signaler aussi, pour réaliser la respiration mécanique, l'appareil à sangle thoracique du Dr Paris.

Ensuite les inhalations d'oxygène ; à noter que l'embout buccal, en usage jusqu'à présent, se révèle comme totalement inopérant, et qu'il faut le remplacer par un masque du type Legendre et Nicloux.

D'autre part, les auteurs ont retiré les plus grands bénéfices de la méthode au carbogène du Professeur Yandell-Henderson ; celle-ci est basée sur l'emploi d'un mélange d'oxygène avec 5 % d'acide carbonique, et possède une supériorité évidente sur celle de l'oxygène pur.

Le rôle médical. — Si le rôle du sauveteur e t primordial, s'il doit être immédiat, il doit être aussitôt accompagné de l'action du médecin ; quand celui-ci se trouve aussitôt sur les lieux de l'accident, il est évident qu'il commence néanmoins à faire acte de sauveteur dans les conditions qui viennent d'être indiquées, à la condition qu'il s'agisse de cas de moyenne gravité.

*Dans les cas légers* le sauvetage ainsi réalisé peut, en effet, à lui seul, être suffisant pour obtenir le rétablissement de la victime. C'est ainsi que dans 50 % des cas observés par les auteurs (200 sur 400), il a permis d'obtenir des résultats, sans que soit intervenue l'intervent nomédicale proprement dite.

*Les cas de gravité moyenne* peuvent se reconnaître aux caractères suivants : le pouls est assez bon ; la respiration spontanée est d'une amplitude suffisante ; l'état de cyanose ou simplement de congestion est peu prononcé ; il n'y a pas ne signes nets de défaillance cardiaque, ou de dilatation du cœur droit.

*Les cas graves nécessitent au contraire une rapide intervention* **médicale**. Ce sont des accidentés qui sont en défaillance cardiaque, avec un arrêt des mouvements respiratoires, ou sim-

(1) Docteurs Cot, Jacob, Joly et Sarroste. — De l'association de la saignée et de l'huile camphrée en injection intraveineuse dans le syndrome asphyxique suraigu. (*Gazette des Hôpitaux*, 30 juillet et 6 août 1932.)

plement quelques mouvements spontanés, superficiels, rares, arythmiques ; leur pouls est incomptable, filiforme ; il y a congestion ou cyanose marquée du visage.

Cette intervention médicale se superposera à celle du sauveteur, que l'on a d'ailleurs tout intérêt à ne pas suspendre. Dans cet ordre d'idées, on a recommandé l'oxygénothérapie par voie sous-cutanée ou par voie sanguine, la lobeline, l'adrénaline, les toni-cardiaques. Mais, en raison de la constance des résultats obtenus, il semble qu'il faille seulement retenir deux moyens dans les cas d'asphyxies accidentelles : la saignée et l'injection intraveineuse d'huile camphrée.

***

La saignée et l'huile camphrée

**Principe.** — Jusqu'à ces derniers temps, on pensait qu'il était absolument contre-indiqué de pratiquer une saignée, notamment dans l'intoxication oxycarbonée ; mais, d'autre part, cette pratique donnait quelques résultats heureux dans certains cas de submersion et d'électrocution. Puis, l'expérimentation pratiquée sur de nombreux animaux asphyxiés par le gaz d'éclairage montra constamment qu'il existait à l'autopsie, pratiquée dès l'arrêt des battements cardiaques, des phénomènes de dilatation du cœur droit, de l'encombrement des artères pulmonaires et du sinus cave, avec embouteillage de la circulation de retour.

Ces troubles de la mécanique circulatoire devaient justifier la pratique de la saignée dans tous les cas d'asphyxie grave avec dilatation du cœur droit, cyanose, hypertension veineuse, dyspnée et surtout avec un état misérable du pouls indiquant l'imminence de la mort. Dans ces cas de circulation pulmonaire bloquée, l'oxygénation jointe à la respiration artificielle par manœuvres externes manuelles ou mécaniques, restait, en effet, inopérante. Même au prix d'une perte de sang partielle, il était indiqué de rétablir le circuit sanguin, de lutter contre l'œdème pulmonaire mortel, chez les noyés du type asphyxique par exemple.

Quand, d'autre part, l'incision de la veine ne donnait pas d'écoulement appréciable, le camphre se révéla comme le médicament le plus efficace pour lutter contre les paralysies des vaso-dilatateurs, engendrant le spasme constricteur des veinules pulmonaires. En outre, ce composé agit par excellence sur le déséquilibre vaso-moteur, sur l'inhibition du pneumogastrique, qui, dans le syndrome asphyxique, commande la gravité du tableau clinique.

**Pratique.** — En présence de cas graves, et *a fortiori* de cas très graves ou désespérés, il n'y a pas une minute à perdre pour recourir immédiatement à l'association de la saignée et de l'injection intraveineuse d'huile camphrée. La quantité de sang qui doit être enlevée, sera réglée très simplement d'après la force du jet sanguin ; on arrêtera l'écoulement dès que la tension veineuse sera redevenue sensiblement normale.

Quant à la technique opératoire, il semblerait *a priori* que l'on puisse pratiquer une émission sanguine avec une aiguille d'un calibre assez grand, et qu'ensuite, lorsque l'écoulement sanguin est jugé suffisant, on puisse se servir de cette même aiguille pour pratiquer l'injection intraveineuse d'huile camphrée. Il est cependant préférable, afin d'éviter tout danger de coagulation, et aussi afin de pratiquer l'injection avec la *lenteur absolument indispensable*, de la faire au bras opposé à celui de la phlébotomie. Il est avantageux de se servir d'une aiguille d'un diamètre aussi petit que possible, afin d'injecter *lentement* l'huile camphrée ; si on agit trop rapidement, on peut voir apparaître des vomissements en fusée du type cérébral, ainsi que des convulsions ou des mouvements toniques. « Ces manifestations sont cependant sans dangers, et elles représentent un mode plus accusé de la phase habituelle, qui caractérise, dans les cas d'asphyxies accidentelles, la fin de la phase de coma et le début de la réanimation. »

La saignée sera d'autant plus efficace que le type asphyxique sera plus poussé. Dans certains cas d'intoxication suraiguë à évolution rapide, elle a pu donner *à elle seule* des résultats complets.

Voici encore un autre cas où la saignée peut suffire à elle seule : c'est celui des hypervagotoniques, réagissant par un syndrome asphyxique très marqué à une intoxication, qui chez un sujet normal aurait produit simplement un état congestif léger, justiciable même du seul traitement au carbogène.

A l'inverse, dans certaines intoxications plus lentes et plus prolongées, l'huile camphrée intraveineuse suffira sans adjonction de la phlébotomie, dont l'effet serait ici moins marqué : l'injection semble être dans ces conditions l'élément vraiment utile de la réanimation. Ainsi en est-il lorsqu'il y a collapsus cardio-vasculaire, suite d'intoxication par l'oxyde de carbone, et non pas véritable état asphyxique.

Mais, quand le syndrome asphyxique ou cyanotique existe de façon plus ou moins mani-

feste, il faut associer la saignée et l'injection d'huile camphrée. En libérant l'oreillette et le ventricule droits, ainsi que le système des artères pulmonaires, la saignée préparera et régularisera l'action élective du camphre sur la paralysie des vaso-dilatateurs, et elle contribuera au déblocage des veinules pulmonaires ; car c'est ce blocage par spasme vaso-constricteur, qui *commande incontestablement le syndrome asphyxique.*

**Résultats.** — L'association saignée-huile camphrée intra-veineuse constitue la méthode qui a donné aux auteurs le pourcentage le plus élevé de succès, et cela chez des asphyxiés qui se trouvaient toujours dans un état de gravité extrême, sinon désespéré. Ils ont eu l'impression très nette dans les cas graves que l'intervention des sauveteurs avait permis simplement à l'état précaire, dans lequel se trouvait le sujet, de ne pas s'aggraver, et qu'en empêchant ce dernier de trépasser, elle avait permis d'attendre l'arrivée du médecin. Mais, c'est seulement au moment où l'action médicale (saignée et huile camphrée) s'est produite, que la réanimation passe instantanément à une phase vraiment active.

Lorsque la phlébotomie donne, non pas seulement un écoulement *local* de quelques centimètres cubes de sang, qui s'écoule en bavant et qui est formé simplement par l'issue du contenu de la veine incisée, mais qu'il persiste un jet aussi faible qu'il soit (indiquant une ébauche de contractions cardiaques), les auteurs ont le plus souvent obtenu la réanimation. Sur cinquante-trois cas du type asphyxique tous à forme très grave, chez lesquels l'arrêt des battements cardiaques n'était pas déjà réalisé, il y eut seulement huit échecs, grâce à la méthode conseillée.

En résumé, sur quatre cents cas d'asphyxie :

Deux cent dix à forme légère, avec pouls assez bon et mouvements respiratoires spontanés, bien que superficiels et arythmiques, ont nécessité seulement la mise en œuvre de la respiration artificielle et de l'oxygénothérapie ;

Cent treize ont été traités par la saignée et l'injection intraveineuse d'huile camphrée associées.

Quarante-cinq ont été traités soit par la saignée seule, soit par l'injection intraveineuse d'huile camphrée seule (type syncopal).

Dans les autres cas, la mort était déjà réalisée à l'arrivée des secours.

Le tableau, qui se déroule en cas de réanimation, à la suite de l'intervention médicale, est généralement le suivant : « dans les dix à quinze minutes qui suivent, on voit la respiration reprendre son amplitude et son rythme, le pouls devenir de plus en plus perceptible et reprendre progressivement ses caractéristiques normales. Le malade sort assez rapidement de son coma et la phase d'excitation physique et psychique est très atténuée. Bientôt il ouvre les yeux et reconnaît son entourage. *La phase d'obnubilation qui, avec les anciens procédés, durait plusieurs heures ou plusieurs jours*, se trouve réduite au minimum. Les facultés intellectuelles se rétablissent dans leur intégrité, même la mémoire qui, comme l'on sait, peut rester touchée pendant plusieurs jours. Il n'est pas rare qu'une demi-heure après le début des soins le malade fournisse lui-même des renseignements précis sur les causes et les circonstances de l'accident, dont il a été l'objet. »

G. F.

# *L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE*

# La Presse

### Les avantages de la tension moyenne.

Le Docteur A. Dumas (de Lyon) démontre que la tension moyenne, plus stable dans les conditions habituelles que la maxima, est susceptible de présenter des variations, dont la valeur séméiologique aura plus d'importance que celle des variations de la seule maxima. L'hypertension moyenne signifiera que le cœur est hypertrophié et responsable de l'état hypertensif, auquel il confère de ce fait une gravité plus grande, alors que l'évolution de la seule maxima n'en est pas toujours le témoignage suffisant.

Au cours du collapsus cardio-vasculaire l'abaissement de la tension moyenne signifiera, plus sûrement que l'abaissement de la seule maxima, que le collapsus est bien réellement un collapsus cardiaque, lié à un infarctus ou à une lésion du cœur, et non à une simple inhibition du sympathique, par état de choc ou par toute autre cause susceptible de rémission.

Aussi, peut-on dire pour conclure que la tension moyenne traduit le facteur cardiaque, indépendamment du facteur vasculaire périphérique. (*Revue Médicale française*, avril 1932.)

**La diathermie dans le traitement des affections douloureuses du gros intestin.**

Le Docteur L. Timbal a pu obtenir par la diathermie des résultats très satisfaisants dans dix-neuf cas (sur vingt et un) d'appendicite chronique, de périviscérites, de dilatation du cæcum, d'affections spasmodiques. On obtiendra des effets favorables dans la plupart des cas, en ayant soin de n'appliquer cette thérapeutique qu'à des malades judicieusement choisis, et vraiment susceptibles d'en retirer un bénéfice réel. Par contre, on devra intervenir chirurgicalement chez tous ceux qui présentent une épine organique susceptible d'être enlevée. D'autre part, on ne devra jamais traiter par les courants de haute fréquence les affections inflammatoires aiguës, telles que la cholécystite, l'ulcère de l'estomac, l'appendicite et les entérites. Enfin, les résultats seront très aléatoires chez les grands névropathes.

Dans les affections douloureuses abdominales, la diathermie, si elle ne guérit pas toujours, du moins soulage les malades, chez lesquels la médecine est trop souvent impuissante. (*Toulouse Médical*, 15 avril 1932.)

**La place actuelle de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale.**

D'après le Docteur Roconans, l'opération césarienne basse, née du désir d'éviter les complications péritonéales si redoutées dans la césarienne haute, offre l'avantage de porter son incision sur une zône de l'utérus mince, non rétractile, facile à suturer, peu hémorragique, située dans une région relativement bien protégée du petit bassin. La moindre gravité immédiate et les moindres risques de ses suites éloignées expliquent ce fait que cette méthode ait pu le disputer victorieusement à la césarienne corporéale. Les avantages qu'elle offre compensent largement les difficultés de quelques détails de technique.

Elle a permis de résoudre d'heureuse façon le problème des viciations pelviennes, et d'élargir le champ des indications opératoires du placenta prævia.

Dans les cas nettement infectés pourtant, il faut y renoncer, car, si elle protège efficacement la cavité péritonéale, elle ne saurait entraver le développement de l'infection puerpérale et de ses complications (phlébites, embolies).

Cependant la césarienne corporéale garde des indications formelles, quoique restreintes. D'autre part, la pelvitomie est une intervention simple, qui trouvera ses indications, rares à coup sûr, mais nettes.

Enfin la césarienne, même suprasymphysaire, n'est pas le seul procédé qui permette de tirer d'affaire des cas difficiles. Toute excellente qu'elle soit, c'est une opération qui offre encore des risques sérieux, pour le présent ou pour l'avenir, risques auxquels il serait coupable d'exposer une femme à la légère. (*Bruxelles Médical*, 17 avril 1932.)

**Le traitement des fractures du col du fémur.**

Le traitement des fractures du col du fémur par la traction continue est absolument inopérant ; il n'a jamais pu assurer, dit L. Tavernier, la consolidation d'une fracture trans-cervicale ou sous-capitale ; il est incapable de réduire l'engrènement incorrect de fractures cervico-trochantériennes et de corriger le raccourcissement. Il fait des blessés, des infirmes définitifs dont l'incapacité dépasse ordinairement 50 p. 100, avec une très petite proportion de cas mieux accommodés. Si la plupart des médecins s'en contentent, c'est qu'il s'agit le plus souvent de vieillards, pour lesquels on se résigne plus facilement à une incapacité définitive; c'est surtout par ignorance de méthodes meilleures ou par défiance à leur égard.

Deux méthodes permettent d'obtenir une consolidation correcte de ces fractures : la méthode de Withmann et le vissage. La première comporte une immobilisation prolongée dans un grand appareil plâtré, prenant tout le membre inférieur et le tronc jusqu'au thorax, hanche en abduction, à 45°, flexion légère et rotation interne. Ce plâtre est laissé trois mois ; il doit le plus souvent être renouvelé deux ou trois fois ; la reprise de la marche n'est guère possible d'ordinaire avant huit à dix mois.

C'est Delbet, qui eut l'idée d'assurer l'immobilisation des fragments par une longue vis métallique introduite à travers une petite incision sur le trochanter et sans arthrotomie. Les résultats obtenus tout d'abord furent mauvais en raison de l'insuffisance de technique : vissage incorrect et déplacements secondaires, après vissage correct par bascule ou éclatement de la tête. La mise en bonne place de la vis sans contrôle de la vue est le point délicat ; en réalité les mauvais vissages sont dus à de mauvaises réductions. Depuis que l'auteur sait faire des réductions correctes, il n'a jamais mal placé la vis. Pour réduire le déplacement, il faut supprimer l'engrènement en exerçant sur la racine des cuisses une traction divergente qui sépare les fragments ; la réduction se fait alors presque d'elle-même par tension de la capsule autour des fragments. Si on ramène à ce moment le pied en position correcte, en rotation interne, on peut relâcher la traction divergente et abandonner le pied : il ne revient pas en rotation externe. Cette épreuve et la disparition du raccourcissement à la mensuration, prouvent que la réduction est correcte.

D'autre part, pour éviter les échecs par déplacement secondaire après vissage correct, il ne faut pas que les opérés se lèvent trop tôt ; sinon, la douleur et l'impotence reparaissent : la radiographie montre que la vis s'est infléchie. Un délai de trois mois est nécessaire avant le lever. Une autre cause plus rare d'échec, c'est le défaut de consolidation par résorption du fragment trochantérien du col ; sa rareté la rend négligeable.

L'auteur, fort de ces observations, a conçu une technique, qui, depuis cinq ou six ans, ne lui a donné qu'un seul échec pour la cause mentionnée en dernier lieu. Il décrit en détails : anesthésie, réduction, opération. Les seules contre-indications à sa méthode viennent de l'âge du malade et de son état général. (*La Presse Médicale*, 20 avril 1932.)

### A propos de vingt-six cas d'amputation périnéale du rectum.

MM. A. Charrier et G. Dubourg donnent quelques résultats éloignés. Opératoirement, disent-ils, l'amputation périnéale du rectum satisfait suffisamment l'esprit. Bien exécutée, elle permet de dépasser largement en hauteur les limites de la tumeur, et d'enlever une quantité appréciable du méso-rectum avec ses ganglions.

Les résultats, qu'elle donne dans ces conditions, sont appréciables, et peuvent être améliorables. La notion des récidives locales doit inciter à toujours mieux faire pour dépasser le mal en largeur, en particulier vers la prostate, en avant du rectum, encore que le meilleur moyen de passer en tissus sains soit de s'attaquer à des cancers au début.

Tout en reconnaissant la supériorité de l'abdomino-périnéale, il ne faut pas oublier qu'une telle opération est grevée d'une lourde mortalité (26 à 40 % et même plus), et, qu'en dehors de cela elle est inapplicable à certains sujets. Il faut savoir en limiter les indications ; les opérations basses doivent vivre des contre-indications des opérations combinées, mais il ne faut pas oublier les quelques beaux cas de guérison durable qu'elles peuvent donner. On pourra donc avoir recours à ces opérations sans arrière-pensée quand, par prudence, on les jugera préférables. (*Bordeaux Chirurgical*, avril 1932.)

### Sur la coli-bacillose urinaire.

Le Docteur Viannoy, d'après ses observations personnelles, classe, un peu schématiquement peut-être, les faits de la coli-bacillose urinaire en quatre catégories :

1° Cas de bactériurie simple à symptomatologie nulle ou très pauvre ;

2° Cas de pyélo-néphrite coli-bacillaire primitive (en dehors de la grossesse) à symptomatologie plus accusée, mais transitoire. Le cathétérisme urétéral est à recommander ici en premier lieu ;

3° Lésions plus graves d'un rein antérieurement sain (pyélo-néphrite avec ou sans distension, phlegmons périnéphrétiques), nécessitant une solution chirurgicale. Le lavage du bassinet, la néphrotomie suffisent souvent à la guérison, sans qu'il soit besoin de faire une néphrectomie ;

4° Coli-bacillose urinaire, complication d'une lésion préexistante créant la stase (uronéphrose, rétrécissements de l'uretère, de l'urètre) ou d'une stase sans lésions proprement dite des voies urinaires (grossesse). Ce sont les cas les plus fréquents. Dans la pyélo néphrite gravidique, le traitement de choix est le cathétérisme de l'uretère ; on n'y recourt ni assez souvent, ni assez tôt. Il faut cathétériser aussi les pyélo-néphrites d'allure bénigne, qu'on empêchera ainsi de se transformer en manifestations graves. (*La Loire Médicale*, avril 1932.)

### De l'absence de lésions coronariennes dans l'angine de poitrine des cardiopathies valvulaires endocardiques.

Le Docteur L. Gallavardin rappelle qu'il est classique de voir les malades, atteints de cardiopathies valvulaires endocardiques, après avoir présenté pendant des années une dyspnée d'effort progressivement croissante, succomber au cours d'une insuffisance cardiaque devenue irréductible. Or, ils n'ont jamais ressenti, malgré l'angoisse devenue permanente et les pires affres dyspnéiques, aucune douleur thoracique précise ou localisée. D'autres éprouvent la douleur de l'angor vrai, mais alors il n'existe aucun signe clinique, qui permette de distinguer ce syndrome douloureux de celui que l'on relève si souvent chez les angineux classiques, ayant atteint ou dépassé la cinquantaine, et à l'autopsie desquels on retrouve si communément des lésions coronariennes. Aucune observation purement clinique ne permettait de décider si un tel syndrome angineux relevait de lésions coronariennes, ou de toute autre cause. Grâce à quelques autopsies, l'auteur peut affirmer aujourd'hui que les lésions coronariennes ne sont pour rien dans sa production. (*Revue Médicale française*, avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Le team-standard opératoire.

(M. Bosch Arana, de Buenos-Aires. — *Société de Chirurgie* ; 22-6-1932.)

M. Bosch Arana propose un plan-modèle d'utilisation des aides dans l'opération, un *team-standard opératoire* (team = attelage, aides ; standard = modèle).

Le chirurgien, dit-il, doit avoir son attention uniquement retenue par l'acte opératoire. Les aides doivent être exercés à lui mettre en main, prêts à servir, les instruments ou objets divers (gaze, matériel de ligature, de suture) sans qu'il ait besoin de les regarder. Il lui suffira d'esquisser un mouvement de pincer, de couper, de suturer, de tamponner, etc., pour que l'instrumentrice lui place entre les doigts — sans un mot de lui, sur son seul geste silencieux — une pince, un bistouri, une aiguille de Reverdin, etc.

Un team (équipe d'aides) bien entraîné, ajoute-t-il, permet une opération sûre et rapide, qui devient une véritable expression d'art manuel.

— M. de Fourmestraux (de Chartres) est d'un avis un peu différent. Cette taylorisation opératoire lui apparaît comme un recul et non un progrès technique.

M. Bosch Arana emploie quatre aides pour faire une laparotomie, trois aides actifs et une infirmière qui lui passe les instruments après des appels silencieux, sorte de télégraphie optique déduite des mouvements des doigts de l'opérateur. Pour M. de Fourmestraux, c'est trois aides de trop. La multiplication des assistants est une multiplication des fautes d'asepsie. Le chirurgien de Chartres a vu mettre en pratique, en Allemagne, des techniques se rapprochant de celle conseillée par M. Bosch Arana. Il a constaté souvent alors que l'augmentation du nombre des aides entraînait des complications post-opératoires, qui cadraient mal avec les appareils de stérilisation majestueux et écrasants de leur luxe colossal que l'on apercevait dans la salle. On peut faire d'excellentes opérations sans tout cela : il faut surtout un bon chirurgien et un aide adroit, attentif, sachant se laver les mains.

### Deux cas d'imperforation avec absence d'anus.

(M. Paul Masini, de Marseille. — *Société de Chirurgie* ; 22-6-1932.)

M. Masini a opéré deux nouveau-nés atteints d'imperforation avec absence d'anus. Les nourrissons ont supporté parfaitement ces opérations sérieuses, sans qu'on ait eu besoin de recourir aux anesthésiques, dangereux pour eux. Le premier enfant, dont l'état général était très mauvais au moment de l'intervention, succomba. Le second, après une opération en deux temps, a guéri et a eu un développement satisfaisant. Il pesait 4 kilogr. 500 deux mois après sa naissance. Des séances de dilatation avec les bougies de Hégar ont été poursuivies.

### Péricardite purulente à pneumocoques.

(MM. Benhamou et Goinard, d'Alger. — *Société de Chirurgie* ; 15-6-1932.)

Dans l'observation de MM. Benhamou et Goinard, rapportée par M. Lenormant, le diagnostic de péricardite purulente ne put être établi que par des examens radiologiques en série et par l'électro-cardiographie. Rien, au début surtout, n'attirait l'attention du côté du cœur. Le malade, âgé de 25 ans, entra à l'hôpital au quinzième jour d'une affection fébrile aiguë, qualifiée de congestion pulmonaire grippale. Température : 39°, 40° ; frissons, délire, dyspnée, expectoration purulente abondante. Matité aux deux bases, râles sous-crépitants. Une première radiographie révéla une légère augmentation de l'ombre cardiaque. Des radios ultérieures montrèrent un accroissement progressif de cette ombre. Le diagnostic fut confirmé par l'électro-cardiographie.

Les auteurs se décidèrent à intervenir chirurgicalement par péricardotomie épigastrique sous anesthésie locale. Evacuation de 7 à 800 cent. cubes d'un pus jaunâtre, épais. Guérison.

### Calcifications péri-articulaires de l'épaule.

(M. L. Tavernier. — *Société de Chirurgie* ; 15 et 29-6-1932.)

M. Tavernier rapporte deux cas de calcifications péri-articulaires de l'épaule. L'affection se traduit par des douleurs, parfois très vives, de l'épaule. La radio montre des petites opacités dans la capsule. A l'opération, on trouve une ou des concrétions calcaires composées de phosphate de chaux. L'affection peut guérir spontanément ou après traitement physiothérapique. Les deux malades de M. Tavernier, opérés par lui, ont guéri aussitôt après l'opération.

Il s'agit d'une affection peu connue en France. Carnett, de Chicago, en a relaté 122 cas.

— M. Guimbellot joint aux faits relatés par M. Tavernier une observation analogue d'une malade qu'il a soignée il y a deux ans et sur laquelle la physiothérapie avait été tout à fait inefficace, tandis que l'opération a amené une guérison complète, qui se maintient depuis cette époque.

Les formations péri-articulaires en question de

l'épaule sont constituées non par de l'os, mais par des dépôts de sels calcaires analogues au tophus goutteux. Ils ne contiennent toutefois pas d'urates. Ces lésions ont été souvent prises pour des productions osseuses et comparées à tort à la maladie de Pellegrini-Stieda au genou. Elles sont généralement très douloureuses. Il est bon de savoir qu'elles peuvent être guéries par une opération simple qui consiste à aller enlever le dépôt calcaire.

— M. BASSET relate un cas personnel, qui paraît rentrer dans ce groupe morbide, bien que la confirmation opératoire y fasse défaut. Les douleurs ont été assez légères, sauf une forte crise en 1929, qui a cédé à des applications de rayons infra-rouges. Une radiographie révéla alors des ombres péri-humérales rattachables sans doute à des calcifications. Quelques précautions simples et l'action de deux cures thermales sulfureuses ayant évité le retour de crises douloureuses notables, il n'y eut pas lieu d'intervenir chirurgicalement.

P. L.

### L'action cardiaque de l'insuline.

(MM. COSTEDOAT et AUJALEU. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 3-6-1932.)

L'insuline avait été accusée à l'étranger, dans les années qui ont suivi sa découverte, de provoquer divers accidents cardiaques chez les diabétiques. Dans certains cas, il s'agit en réalité soit d'un collapsus cardiaque dû à l'acidose diabétique, soit d'une insuffisance cardiaque d'évolution rapide qui, tout en ne paraissant pas liée à l'acidose, ne semble pas dépendre de l'insuline, puisqu'on la connaissait avant l'emploi de ce médicament. Le plus souvent, les troubles cardio-vasculaires des diabétiques, traités ou non par l'insuline, sont provoqués par les infections ou l'artério-sclérose fréquente chez ces malades. Correctement administrée, c'est-à-dire associée à une quantité suffisante d'hydrates de carbone, l'insuline n'est nullement nocive pour le cœur, comme le prouve la pratique quotidienne ; elle exerce même vraisemblablement sur lui une action favorable.

Par contre, le syndrome hypoglycémique n'est pas sans danger pour les cœurs déjà malades ; mais une administration judicieuse du médicament permet généralement de l'éviter.

### Fièvre typhoïde grave guérie par immuno-transfusion.

(MM. TRÉMOLIÈRES et TZANCK. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 3-6-1932.)

Lors des graves hémorragies, il faut rendre à l'organisme le sang perdu. Il faut, dans ces conditions, faire des transfusions massives, proportionnelles à l'abondance de l'hémorragie et les répéter tant que persiste le moindre espoir.

Indépendamment des graves hémorragies, il faut envisager le problème de l'hémogénie constitutionnelle ou passagère. Si l'on constate les anomalies qui caractérisent ce syndrome, on peut dès le début, pratiquer de petites transfusions sanguines en vue de corriger l'état déficitaire du sang.

L'apport du sang nouveau a encore pour effet de provoquer une stimulation de l'organisme, qui n'est ni spécifique, ni productrice d'un état réfractaire, mais qui accroît les défenses générales contre l'infection.

La fièvre typhoïde étant une maladie immunisante, et l'existence des propriétés antimicrobiennes et antitoxiniques dans le sang des individus guéris ou vaccinés étant démontrée, — on est naturellement amené à utiliser la transfusion sanguine dans le but : soit de réaliser une immunité transmise ; soit d'activer une immunité spontanée difficile à se manifester.

C'est à ces faits que doit être réservé le terme d'immuno-transfusion. Cette immuno-transfusion semble donc indiquée à l'auteur dans les formes graves et prolongées de la maladie.

### Traitement des tuberculoses cutanées par les injections locales de sels d'or.

(MM. GOUGEROT et BURNIER. — *Soc. de dermatologie et de syphiligraphie* ; 9-6-1932.)

L'aurothérapie locale doit prendre place à côté de l'aurothérapie générale ; elle paraît plus active que celle-ci chez certains malades rebelles aux injections veineuses d'or, et dans certaines affections, gommes, lupus, que les injections générales d'or influencent peu ou pas ; elle est particulièrement indiquée dans le cas de lésions tuberculeuses nettement limitées de la peau.

A part quelques rares réactions locales ou générales, le traitement est ordinairement bien supporté ; on a l'espoir que les faibles doses d'or injecté éviteront les accidents viscéraux toxiques, rénaux, etc. ; mais les observations des auteurs, quoique en petit nombre, prouvent déjà que l'on peut observer l'anaphylaxie aurique : accidents précoces fébriles chez une lupique miliaire, érythrodermie généralisée chez une malade atteinte d'érythème induré de Bazin.

### Hémorragies gastro-duodénales et transfusion sanguine.

(M. A. TZANCK. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 2-6-1932.)

En présence d'une hémorragie gastro-duodénale, même importante, il faut tout mettre en œuvre pour éviter l'intervention, et la transfusion sanguine doit être avant tout utilisée dans un but hémostatique.

Si l'hémorragie se prolonge, la transfusion massive répétée permettra seule, dans certains cas, d'empêcher la mort par hémorragie. Elle sera renouvelée aussi souvent que les circonstances l'exigeront ; elle sera aussi abondante qu'il sera nécessaire. C'est une transfusion sanguine d'entretien ; son but est encore d'attendre l'hémostase spontanée.

Enfin, si l'hémostase ne se produit pas, si la mort

semble inévitable malgré ces transfusions répétées, il ne faut point se laisser arrêter par des considérations purement théoriques L'intervention a permis de véritables guérisons inespérées, mais à la condition de recourir à des transfusions sanguines suffisantes, qui peuvent rendre réalisable une opération, impossible sans elles. C'est là ce que l'auteur entend sous le terme de transfusion sanguine opératoire

G. F.

---

## *Toulouse*

*Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie*

### Prolapsus utérin par allongement hypertrophique du col.

MM. J.-P. Tourneux et Gouzi ont eu à intervenir chez une femme âgée de 40 ans, hospitalisée pour prolapsus utérin irréductible avec cystocèle et rectocèle.

Il s'agissait d'un allongement hypertrophique du col, le corps étant maintenu dans le petit bassin par une grosse masse annexielle suppurée.

L'intervention eut lieu par voie vaginale et consista en une hystérectomie associée à une large colpectomie ; les suites opératoires furent normales et le résultat définitif a été très bon.

Les auteurs ne croient pas qu'en pareil cas, il fût indiqué de procéder par voie abdominale et pensent qu'il y avait là au contraire une des rares indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin.

### La toxicité de la coronilline.

MM. Maurin et Sermet, après avoir rappelé l'origine de ce glucoside (retiré des coronilles, plantes appartenant à la famille des légumineuses papilionacées) et ses propriétés comparables à celles de la digitale, reprennent l'étude de sa toxicité.

Ils montrent que la coronilline possède un pouvoir toxique capable d'arrêter le développement des grains de képhir, de tuer des poissons à la dose de 0 gr. 20 pour mille, et des cobayes d'un poids de 400 gr. à la dose de 0,005. Ces doses leur ont paru élevées par rapport à celles indiquées par d'autres auteurs qui admettent que 0,001 suffit à tuer un chien de 15 kgr.

Ils pensent que les coronillines ont une activité variable suivant leur mode de préparation et espèrent par de nouvelles recherches expliquer ces divergences et préciser la dose utile à appliquer à l'homme.

### Cancer du rectum sans récidive dix ans après l'intervention.

M. J.-P. Tourneux présente un malade opéré en 1921 de cancer du rectum suivant la méthode de Cunéo (voie coccygienne avec conservation du sphincter). L'intervention avait eu lieu en trois temps successifs, établissement d'un anus iliaque, ablation du rectum, fermeture de l'anus iliaque, séparés par des intervalles plus ou moins considérables.

Les suites immédiates avaient été très bonnes, et le résultat à longue échéance s'est maintenu excellent ; l'opéré, âgé actuellement de 78 ans, est en parfait état de santé et ne présente aucun trouble sphinctérien. Cette observation semble montrer d'abord que le cancer du rectum opéré dans de bonnes conditions peut aboutir à une guérison définitive, et en second lieu que les procédés basés sur la conservation du sphincter anal sont susceptibles de donner d'excellents résultats définitifs.

### Fracture du bec de l'acromion.

MM. J.-P. Tourneux et Gouzi ont eu l'occasion d'observer un cas de cette solution de continuité signalée comme exceptionnelle par tous les auteurs classiques.

Il s'agissait d'un homme de 65 ans qui, à la suite d'une chute sur la région postéro-externe de l'articulation scapulo-humérale accusait en arrière du moignon de l'épaule un point douloureux exagéré par la pression directe ainsi qu'une légère impotence conctionnelle dans les mouvements d'adduction et d'élévation du bras : il n'existait pas de déformation.

Une radiographie permit de reconnaître l'existence d'un trait de fracture délimitant au niveau du bec de l'acromion un petit fragment long de deux centimètres environ.

Les auteurs pensent que la rareté de cette solution de continuité acromiale n'est qu'apparente et que nombre de cas étiquetés contusion de l'épaule ne sont que des fractures méconnues que seul l'examen radiographique peut faire reconnaître.

# Les Congrès

## LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

*(Vichy, 19-24 septembre 1932)*

Voici terminées les grandes assises scientifiques et artistiques qui, dans le cadre magnifique de Vichy, groupèrent plus de douze cents congressistes de toutes nationalités.

Disons de suite que ce fut un succès, tant au point de vue des questions qui y ont été traitées que de celui des réjouissances. La Compagnie fermière sut recevoir ses hôtes avec munificence et tact, cependant que les médecins de Vichy s'étaient volontairement effacés, pour laisser à leur visiteurs l'honneur des rapports et des premières places.

Certes, on pouvait craindre qu'un seul sujet étant mis à l'ordre du jour : « la lithiase biliaire », la question ne soit vite épuisée et que nous n'eussions qu'à entendre des répétitions, des redites, des lieux communs.

Il n'en fut rien et grâce au président du Congrès, le Professeur Carnot, et à son dévoué collaborateur, le Docteur Aimard, de Vichy, les rapports furent confiés à des personnes qualifiées pour traiter chacune un point particulier de cette grosse question de la lithiase biliaire.

Rapporteurs français et étrangers furent extrêmement intéressants et les médecins de notre grande station, ayant à leur tête, le Docteur Durand-Fardel président de la Société des sciences médicales de Vichy, se mirent à la disposition de leurs hôtes et confrères, pour les guider dans tous les établissements de cure et de thermalisme, pour leur en donner toutes explications désirables. Ils ne se réservèrent que quelques communications, au cours des séances de section, ayant volontairement renoncé, par discrétion, à toute question de préséance.

### Les membres du Congrès

Présidé, lors de sa séance d'ouverture, par M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, le congrès fut dirigé, du point de vue scientifique, par son président, le Professeur Carnot. Ce maître éminent sut, avec tact, méthode, pondération et énergie, conduire à bien les travaux, qui furent toujours d'une très haute tenue.

A ses côtés, les Professeurs Hartmann, Villaret, Loeper, Achard, Noël Fiessinger, Pierre Duval, Rathery, Lenormand, Lemierre, Brulé, Harvier, Etienne Chabrol et *tutti quanti* de Paris, les Professeurs Delmas, et Giraud, de Montpellier, Bérard, Cade, Piéry, de Lyon, David et Lambret

de Lille, Perrin, de Nancy, Mercklen, de Strasbourg, etc., etc.

Beaucoup de professeurs étrangers avaient eu à cœur de participer à ces assises scientifiques et nous vîmes sur l'estrade, les Professeurs von Bergmann, de Berlin, Chas Goordon Heyd, de New York, Sanarelli, de Rome, Maranon, de Madrid, Hijmans van der Bergh, d'Utrecht, etc.

C'était plaisir à voir ces réunions : plus de places libres dans la salle de spectacle du Casino des Fleurs, où avaient lieu les séances plénières de travail ; salles combles, dans les sections. Que dire encore de cet aspect grandiose des banquets d'ouverture et de clôture du Congrès qui, occupaient une grande partie des salles du Grand Casino.

La section de la Presse avait à sa tête le Docteur Descomp, de Paris, qui sut représenter les droits du journalisme médical, pour que ses représentants puissent utilement entendre les discours et travaux. Le secrétaire général de la section de la Presse, M. Dalby, et le rédacteur en chef du *Journal de Vichy*, M. Delbergé, surent se dépenser utilement, pour que le travail des rédacteurs fut aussi aisé que possible.

Malgré cette affluence considérable de congressistes, aucun anicroche, aucun trouble, tant avait été parfaitement organisée cette cérémonie. Non seulement, les congressistes savaient ce qu'il leur fallait faire, où aller, pour assister aux séances de travail, comme aux réjouissances, mais encore les dames étaient promenées en excursions, invitées à des thés dansants, pour attendre avec patience leurs maris qui discutaient scientifiquement.

M. Féré, président de la Compagnie fermière, M. Baugnies, vice-président, M. Normand, ont fort bien fait les choses, cependant que nous ne saurions trop féliciter les organisateurs immédiats de ces manifestations, tant M. Loiseau, chef des services extérieurs, que le commandant Feuillade, qui, avec ses collaborateurs fut toujours sur la brèche, conservant son excellent sourire et sa parfaite urbanité, malgré la fatigue croissante d'une surveillance de tous les instants.

**Compte rendu succinct scientifique**

Le sujet proposé à l'étude du Congrès, avait été divisé en plusieurs tranches : médicale, chirurgicale, thermale et radiologique ; des rapports excellents furent entendus, soutenus tant par des maîtres français que par des savants étrangers.

**I. Premier groupe des rapports : Les séquelles de la cholécystectomie.**

M. J.-V. DONNET, de New-York, traita la *pathogénie des séquelles de la cholécystectomie*, démontrant la dilatation consécutive et progressive tant des canaux extrahépatiques que des canaux intrahépathiques. Le canal cystique se dilate parfois de telle manière qu'on pourrait croire à une régénération de la vésicule, ce qui, par les études histologiques, ne peut exister. Les parois se modifient peu à peu et si l'infection survient, des troubles intestinaux et même généraux font rapidement suite. Aussi, conclut l'auteur, ne faut-il enlever la vésicule biliaire que si la fonction vésiculaire est profondément altérée.

Le Docteur WILKIE, d'Edimbourg, exposa une *étude clinique des séquelles de la choléscystectomie.* Il insista d'abord sur les indications cliniques de l'opération, puis montra les lésions coexistantes, qui doivent être soignées tant avant qu'après l'intervention, surtout les phénomènes d'infection tant des voies biliaires et de l'intestin que de la flore microbienne sanguine.

Avec le Professeur GOSSET et M. PETIT-DUTAILLIS, chirurgien des hôpitaux, nous abordons les *indications chirurgicales de ces séquelles de la cholécystectomie* dans un but tant curatif que préventif.

Des crises de colique hépatique sont consécutives à l'intervention chirurgicale, soit parce qu'un caillou obstrue la voie principale, soit surtout parce que survient une poussée de pancréatite, soit à cause d'adhérences serrées, provoquant une compression des voies biliaires.

Les fistules post-opératoires sont rares, mais plus fréquentes sont les péri-duodénites et péricolites sténosantes, justiciables d'une nouvelle intervention.

Le Professeur GIRAUD, de Montpellier, exposa la *thérapeutique médicale et hydrologique des séquelles.* Il démontra que les accidents secondaires sont dus non à la cholécystectomie elle-même, mais à la persistance post-opératoire des troubles hépatiques et humoraux, ou du processus infectieux antérieurs.

Aussi la tâche du médecin est-elle considérable, après que le chirurgien a pratiqué son intervention ; le malade doit s'astreindre pendant longtemps à une diététique sévère, comme à une hygiène méthodique. Les indications thérapeutiques sont inspirées par l'état de fond hépatique et humoral.

Avec le Docteur BÉCLÈRE, de Paris, nous étudions le *radiodiagnostic des séquelles.* Des séries de clichés, des projections illustrèrent la démonstration du savant radiologue, prouvant combien un cliché peut aider le médecin, comme le chirurgien, pour le traitement des séquelles.

II. — Nous abordons maintenant le second groupe :

**Le traitement médical et hydrominéral de la cholécyste dans la lithiase biliaire.**

Avec le Professeur agrégé CHIRAY, de Paris, et le Professeur PAVEL, de Bucarest, nous étudions

les *indications du drainage médical, dans le traitement de la lithiase biliaire.* Suivant la méthode d'Allard, ce drainage doit être violent, brutal même, pour obtenir parfois la désobstruction des voies biliaires et la migration des calculs.

Après la cholécystectomie, le drainage peut amener la sédation des douleurs, comme il peut activer la cicatrisation d'une fistule biliaire.

Le Professeur agrégé Etienne CHABROL, médecin des hôpitaux de Paris, exposa le résultat de ses recherches personnelles sur la *médication cholérétique, avec ses indications et ses contre-indications dans la lithiase vésiculaire.* L'auteur insiste avec raison sur la différence qui existe entre la médication cholérétique, qui accroît la sécrétion biliaire, sans troubler le jeu fonctionnel de la vésicule, et la médication cholagogue, qui met en branle le contenu des canaux extrahépatiques. La première provoque un véritable drainage, sans mobiliser cailloux ou boue vésiculaire, ce qui n'est pas sans danger.

Etienne Chabrol expose alors le résultat de ses nombreux travaux expérimentaux sur les cholérétiques, surtout de ceux de la série aromatique, les plus actifs. Ce travail vécu, plein d'idées personnelles, intéressa beaucoup l'auditoire.

*La désinfection du cholécyste par l'antisepsie médicale* fit l'objet du rapport du Professeur agrégé ABRAMI, médecin des hôpitaux de Paris. Mais combien difficile cette désinfection des voies biliaires infectées, parce que les microorganismes pullulent non seulement dans la bile, mais se répandent dans les parois du cholécyste et même dans le tissu hépatique.

Expérimentalement, la stérilisation biliaire n'a pu être réalisée, ni par la vaccinothérapie ni par les méthodes d'antisepsie chimique. Les seuls résultats intéressants sont dus à l'antisepsie ionique, qui, faisant dévier le pH de la bile vers l'alcalinité, rend le milieu impropre à la culture de certains germes.

Pratiquement, si on ne peut stériliser une vésicule, du moins peut-on atténuer les conséquences de cette infection et la rendre supportable pour l'organisme.

Le professeur UMBER, de Berlin, expose la *thérapeutique protectrice du foie contre les altérations dangereuses provoquées par la stase biliaire, combinée à l'infection.* Le signal d'alarme de cette hépatose est l'ictère prononcé. Dès son apparition, il faut établir une thérapeutique de protection du foie, pour empêcher les troubles secondaires de cirrhose consécutive. Le sort de la cellule hépatique dépend de sa teneur en glycogène. Aussi l'auteur insiste-t-il sur une alimentation riche en lévulose et glucose.

*Les agents physiques* peuvent procurer une sédation dans les affections vésiculaires, nous démontrent MM. DELHERM et DAUSSET, chefs de service d'électro-radiologie et de physiothérapie des hôpitaux de Paris. Ils modifient la circulation intrahépatique, provoquent des réflexes inhibiteurs et calmants et paraissent provoquer l'élimination du cholestérol du sang.

III. — Le troisième groupe des rapports concerne **le foie lithiasique.**

Le Professeur Noël FIESSINGER fit un magistral exposé sur le *rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase,* tant pour la production de la lithiase hépatique que pour celle qui peut suivre les cholécystectomies. Les calculs hépatiques se distinguent des calculs vésiculaires par une moindre teneur en cholestérol. Et le maître de nous montrer combien la clinique et l'expérimentation, comme la chimie physiologique ont donné raison aux travaux de l'école du Professeur Chauffard. Il existe une véritable diathèse cholestérinique, avec rupture de l'équilibre physico-chimique, entraînant la précipitation du cholestérol.

Le trouble hépatique est à la base de la formation des calculs, les uns mixtes, les autres purs, cholestéroliques, ou bilirubiniques ; cette lithiase apparaît comme l'aboutissant d'un processus complexe hépato-vésiculaire. Mais hépatique au début, comme hépatique, dans la suite, par retentissement (hépatites satellites), elle se montre comme la conséquence d'un trouble métabolique variable d'ailleurs, suivant les circonstances, mais où la cellule hépatique joue le rôle principal, échelon dernier de la diathèse lithiasique et échelon premier de la lithiase biliaire.

Ce rapport fut écouté avec la plus grande attention et l'auteur fut vivement complimenté.

Egalement avec grand intérêt fut entendu le rapport du Professeur agrégé Marcel BRULÉ, sur l'*ictère dans la lithiase de la voie biliaire principale,* qui est, dans la majorité des cas, d'origine mécanique, lié à l'obstruction de la voie biliaire principale et non à une hépatite. Et l'auteur de nous révéler les résultats de l'expérimentation *in anima vili,* comment certains animaux se défendent mieux que d'autres et que l'homme, contre l'imprégnation biliaire.

Le diagnostic différentiel entre les ictères par hépatite et ceux par obstruction est aujourd'hui plus aisé, car dans les seconds, il existe toujours une forte hépatomégalie, de caractères particuliers, due à la distension du foie par la bile accumulée derrière l'obstacle cholédocien.

La parole fut ensuite donnée au Professeur agrégé HARVIER, médecin des hôpitaux de Paris, qui fit un remarquable rapport sur *les lésions du foie dans les ictères lithiasiques.* L'auteur nous démontre l'utilité de la biopsie du foie, qui est indispensable pour l'étude des lésions, biopsies pratiques au cours des interventions chirurgicales. Il a donc été possible d'individualiser un certain nombre de faits anatomo-cliniques :

1° Toute cholécystite calculeuse ou non s'accompagne de lésions du foie, consistant en une infiltration lymphocytaire de l'espace porte avec un minimum de lésions cellulaires. Il existe souvent une hépatite latente.

2° Dans certains cas, rares il est vrai, existe une hépatite grave, au cours d'une lithiase vésiculaire, se révélant par un ictère hémato-cellulaire.

3° Plus fréquemment, le tableau clinique rappelle celui de l'obstruction calculeuse incomplète du cholédoque, alors que l'intervention montre qu'il n'y a pas d'obstacle sur la voie principale ; la biopsie révèle des lésions d'hépatite parenchymateuse, intermédiaires entre celles de l'hépatite latente et celles de l'hépatite grave.

4° Lorsqu'au cours de la lithiase, l'ictère coexiste avec la présence de calculs dans le cholédoque, les biopsies du foie permettent de déceler soit des lésions histologiques d'une stase mécanique, soit des lésions cellulaires qui l'emportent sur la stase.

Et l'auteur de conclure que le pronostic opératoire est commandé par l'état anatomique du foie.

L'*exploration fonctionnelle du foie, dans l'ictère lithiasique* (méthodes chimiques) fut rapportée par le Docteur Dieruck, de Louvain. Les différentes fonctions du foie sont passées en revue : fonction biliaire, glycogénique, métabolisme des lipides, fonction chromagogue et fonction antitoxique. Il donne la préférence à l'exploration de la fonction glycogénique par l'épreuve de la galactosurie provoquée, méthode assez simple qui, mieux que les autres, permet de se rendre un compte approximatif de la valeur du fonctionnement du foie.

*Les méthodes d'exploration radiologique* du foie sont exposées par le Docteur Gilbert, de Genève, avec projections de films.

Enfin, les *déductions chirurgicales dans l'ictère lithiasique* furent discutées dans le rapport du professeur agrégé Gatelier, chirurgien des hôpitaux de Paris. La valeur fonctionnelle de la cellule hépatique est le facteur primordial de l'instabilité du foie opéré. Se pose donc le problème : possédons-nous des moyens de distinguer la stase hépatique, la rétention biliaire pure des hépatites toxi-infectieuses, ou des hépatites imprégnées ? Les résultats fournis actuellement tant par la clinique que par le laboratoire sont nettement insuffisants pour permettre au chirurgien de considérer les interventions, dans l'ictère lithiasique, comme des opérations parfaitement au point.

***

Ces différents rapports furent l'objet de discussions, de même que, dans les séances du matin, en sections, de nombreuses communications furent faites, dont les comptes rendus seront distribués ultérieurement.

Ce qu'il faut retenir de ces assises scientifiques, c'est cette union des chercheurs, qui sont venus de tous pays, pour discuter ensemble les meilleurs manières de poser un diagnostic et se rendre utiles aux malades.

Les savants étrangers ont été favorablement impressionnés par les travaux français, cependant que nous avons pu applaudir la haute portée scientifique des rapports et des communications faits par nos confrères de toutes nations.

Union des cerveaux dans un but humanitaire : c'est ce qui a permis à nombre d'orateurs, au cours des banquets, de former des espoirs en vue de la paix des peuples.

### Les manifestations artistiques

La Compagnie fermière avait fort bien fait les choses. Banquet de plus de onze cents couverts, le premier soir, dans les salons du Grand Casino, sous la présidence du ministre. Dîner intime des journalistes médicaux, groupés autour de leur président, le Docteur Descomp ; déjeuner offert par le sympathique et dévoué président du Congrès, le Professeur Carnot ; banquet de clôture : tout fut parfaitement exécuté, sans heurts, ni désordre, tant avait été conçue et étudiée minutieusement l'organisation de ces fêtes.

Ce furent également une soirée artistique, dansante, des thés dans les grands hôtels, une représentation de gala, au Grand ; théâtre du Casino (Esclarmonde).

Les dames purent, malgré un temps peu favorable, faire quelques excursions dans les environs, pendant les séances de travail du Congrès.

### Conclusions

Il faut savoir un gré infini à la Compagnie fermière d'avoir assumé la tâche de l'organisation matérielle de ce Congrès et d'avoir mis à la disposition du président, le Professeur Carnot, et de son secrétaire général, le Docteur Aimard, toutes les facilités possibles pour mener à bien cette lourde tâche. Le succès a été complet.

Du point de vue scientifique, nous pouvons dégager cette idée que la pathologie de la lithiase biliaire est fort complexe et qu'avant de faire opérer un malade, il convient de bien connaître la valeur fonctionnelle de son foie.

Mais, ces hépatiques opérés, ou non, sont justiciables d'un traitement tant préventif, que curatif, soit postérieur à l'opération. C'est alors qu'interviennent les indications des cures thermales et nous pourrons répéter avec le Docteur Durand-Fardel, président de la Société médicale de Vichy, que son père avait raison, lorsqu'en 1855, dans son cours, à la Faculté, il déclarait que « la médication thermale est caractérisée par

le fait qu'elle porte son action favorable sur l'ensemble de l'organisme, alors que les agents thérapeutiques, dont nous disposons, n'ont habituellement et de quelque dénomination qu'on les décore, qu'une influence locale, partielle, circonscrite et par suite absolument insuffisante. »

Aussi, les congressistes ont-ils pu vérifier l'exactitude de cette affirmation ; le traitement thermal, par l'absorption d'eaux prises immédiatement à la source, eaux vivantes, chargées de tous leurs gaz, est extrêmement actif et doit être conduit avec ménagements par les médecins idoines et spécialisés.

Que des cures à domicile soient ensuite faites, chaque mois, comme entretien, c'est parfait ; mais le lithiasique, l'hépatique léger, ou grave, le gastro-intestinal ont tout intérêt à venir chercher à Vichy un traitement énergique, alors qu'ils peuvent ensuite compléter leur cure par un traitement dans d'autres stations ; Châtelguyon, si leur intestin est paresseux ; Royat, si leur cœur laisse à désirer, etc., etc.

Des visites purent démontrer aux membres du Congrès, la splendide organisation scientifique du Grand Etablissement thermal, avec ses nombreux services, non seulement de douches diverses mais de physiothérapie, de mécanothérapie, etc. Un nouvel établissement est en voie d'achèvement, pour remplacer celui actuel de deuxième classe, devenu trop petit et qui ne répond plus aux besoins présents, à cause de l'affluence des baigneurs de condition moyenne.

On visita le Laboratoire de recherches scientifiques, où son directeur, le Docteur Lescœur, a pu montrer des résultats extrêmement intéressants, en physiologie notamment, par l'action des eaux des différentes sources, sur les muqueuses de divers animaux.

Ce sont les organisations commerciales et industrielles que les congressistes ont pu admirer : ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat, pour le traitement à domicile, traitement d'attente et d'entretien, entre chaque cure annuelle ; pastillerie et usine d'extraction des sels naturels de Vichy-Etat.

Mais celui qui vient se soigner à Vichy sait qu'il y trouvera non seulement une installation thérapeutique de premier ordre, mais aussi des distractions nombreuses et variées, tant au Casino, que dans les différentes salles de spectacle.

Je tiens à faire une mention spéciale pour le Sporting-Club de Vichy : dans un immense terrain de 68 hectares, en bordure de l'Allier, on a réuni, depuis 1922, un golf à 9 et 18 trois, plusieurs courts de tennis, un stade pour la préparation militaire, une piscine dans l'Allier, une salle d'escrime, un manège d'équitation ; l'hippodrome est contigu au golf. Un chalet, club-house, réunit à l'heure du thé, une clientèle sélectionnée.

Comment ne pas engager ses malades à se faire soigner à Vichy, comment ne pas avoir le désir d'y aller soi-même, pour se reposer des fatigues de la clientèle, alors que les médecins y sont reçus d'une manière si accueillante et si généreuse ? S'étonnera-t-on lorsqu'on saura que plus de 200.000 personnes viennent chaque année, de toutes les parties du monde y faire soigner leur foie, leurs troubles digestifs, voire même, le simple surmenage ?

Voici ce qu'ont pu voir nos confrères étrangers, qui ont déclaré franchement être surpris de l'installation scientifique et confortable de notre station. Ce fut donc de bonne besogne qui fut faite au cours de ce Congrès, si réussi, de la lithiase biliaire.

Dr Paul BOUDIN.

# Les Livres

Editions médicales N. MALOINE.
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

**L'Evolution psychiatrique.** — Seconde série, n° 2 (mars 1931) (Un vol. in-4 de 105 pages. Prix : 16 francs.)

H. CODET traite : « *Les émotifs et les impressionnables ; leur psychophysiologie* ». C'est le premier démembrement méthodique des états émotifs, si fréquents dans la pratique, fondé sur leur clinique pschychiâtrique et organique, leur biologie.

P. GUIRAUD, écrit « *Leurs meurtres immotivés* », fine analyse de déterminisme de certains crimes homicides, d'allure mystérieuse, en apparence inexplicables rationnellement.

E. MINKOWSKI expose « *L'œuvre psychiatrique de Maurice Mignard* », et les travaux de cet auteur, mort prématurément, sont considérables par leur valeur et leur influence.

De M. MONTASSUT, on lira « *La fatigue du neurasthénique* », qui apporte des vues doctrinales et des conséquences thérapeutiques originales.

Enfin, G. MORGENSTERN a écrit la « *Conception psychanalytique de la dépersonnalisation* » ; ce phénomène si troublant est décomposé et interprété soigneusement à la faveur de l'investigation psychanalytique.

Chez N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

**L'évolution psychiatrique**, Seconde série, N° 4, 1932. Un volume, 16 francs.

Fidèle à son attitude libérale et vivante, l'*Evolution psychiatrique* donne dans ce fascicule des articles, de tendances très diverses, se rapportant tous au problème, actuellement à l'ordre du jour, des constitutions psychiques, normales ou pathologiques, articles signés *R. Allendy, H. Codet, Lowenstein, Mme Minkowska, E. Minkowski, G. Robin.* Gilbert Robin montre l'intrication habituelle chez l'enfant des symptômes organiques et psychiques, qui, chez l'adulte, se séparent mieux en neurasthénie et psychasthénie.

Collection Armand Colin.
103, boulevard Saint-Michel. Paris.

Dr Gally et P. Rousseau. — **Electricité et radiologie médicales** (Un vol. in-16 : 12 francs, relié).

C'est un résumé très détaillé et très complet de l'ensemble des connaissances nécessaires pour comprendre la pratique de l'électricité et de la radiologie médicales. Il éclairera le public, qui désire s'instruire non seulement sur les bases physiques de l'électricité et des rayons X, mais encore sur leur pratique essentiellement médicale, de telle sorte que ces opérations, encore mystérieuses pour lui, deviendront aussi familières au malade que les moyens d'investigation ou de thérapeutique usuels.

Enfin, dans la lutte entreprise contre la tuberculose et le cancer, il importe que le grand public sache tout ce qu'il peut attendre de la radiologie, tant pour le diagnostic précoce que pour le traitement.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau. — **Conférences cliniques de médecine infantile** (in-8° raisin, 272 pages, 23 figures, 1931. Prix : 30 francs.)

Ces conférences, qui ont été faites à l'hôpital Bretonneau, sont conçues dans un but pratique. Quelques-unes envisagent des questions d'intérêt général toujours actuel. La plupart sont consacrées à des maladies qui présentent chez l'enfant une fréquence particulière ou des caractères spéciaux ; par des observations cliniques et des exemples tirés de la pratique de l'auteur, le lecteur est mis directement en présence des difficultés de diagnostic, de pronostic, ou de thérapeutique. Certains des sujets étudiés ont été renouvelés par des travaux récents ; on s'est efforcé d'en donner une mise au point claire et impartiale.

Ces leçons sont rédigées dans un esprit clinique qui en rendra la lecture facile et les fera bien accueillir des élèves et des médecins soucieux de se familiariser avec les difficultés de la pathologie infantile.

Ce volume contient les quatorze conférences suivantes :

I. Développement de l'enfant normal. — II. Alimentation du nourrisson normal. — III. La pneumonie chez l'enfant. — IV. Les broncho-pneumonies de l'enfance (Etude clinique). — V. Le traitement des broncho-pneumonies de l'enfance. — VI. La fièvre typhoïde chez l'enfant. — VII. La maladie rhumatismale chez l'enfant (rhumatisme articulaire aigu et formes extra-articulaires). — VIII. La méningite tuberculeuse (méningite tuberculeuse de la seconde enfance). — IX. La méningite tuberculeuse (méningite tuberculeuse du nourrisson. Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse). — X. Le tétanos du nouveau-né. — XI. La vulvo-vaginite des petites filles et ses complications. — XII. La vaccination antidiphtérique. — XIII. Les stigmates de la syphilis héréditaire. — XIV. La syphilis héréditaire de seconde génération.

---

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Edizioni « Annali d'Igiene ».
Via Delle Finanze, 14, Rome.

Professeur A. Alessandrini et Docteur M. Pacelli — **Un pericolo sociale : Le brucellosi** Un vol., 184 pages, fig.

Librairie agricole de la Maison rustique
26, rue Jacob, Paris, VIe.

Henry de France. — **Souvenir d'un sourcier.** Un vol. 174 p., 11 francs.

Editions Lajeunesse,
14, rue Brunel, Paris, XVIIe.

Docteur Georges Schoengrun. — **Traitement de l'asthme, du rhume des foins, de la migraine par la réflexothérapie sympathique.** Un vol. 124 pages Prix : 12 francs

Imprimerie administrative, Melun.

— **Rapport présenté par l'inspection générale des services administratifs.** (Jeux, casinos, prisons, Lutte antituberculeuse : Rapport de l'Inspecteur général Dr Dequidt). Un vol. 276 pages.

## THÉRAPEUTIQUE

### La ménopause sympathicotonique

L'hypertension artérielle de la ménopause n'a bien été mise en relief que tout récemment. Elle fait partie, dit C. Galata (*Arch. des mal. du cœur*, 723-1929), du groupe des hypertensions dites fonctionnelles ou essentielles ; elle accompagne et, le plus souvent encore, elle succède à la ménopause. Bien que sa durée habituelle soit de quelques années, il n'est pas rare de la voir se prolonger et s'aggraver après la cessation des règles, se confondant alors graduellement avec des états d'hypertension par artério-sclérose.

Maranon, Dalché, Cotte, Mignot, Decio, Fornero et bien d'autres ont mis en relief les différents symptômes pathologiques de l'âge critique et en ont recherché la pathogénie, mais ils ne se sont pas préoccupés, comme Galata, de les grouper en syndromes définis au point de vue neurovégétatif.

Les femmes qui traversent l'âge critique, avec des souffrances, des signes objectifs prononcés, présentent le plus souvent des signes évidents d'hypertonie du sympathique ; beaucoup plus rarement, cette dystonie neuro-végétative revêt un type vagotonique, ou mieux, hypotonique du sympathique.

Elles paraissent d'ordinaire bien portantes, d'aspect pléthorique, à facies bien coloré, avec parfois une tendance au virilisme, mais elles se plaignent de céphalées gravatiques à prédominance occipitale, souvent intolérables, de douleurs rhumatoïdes erratiques, plus ou moins localisées à la nuque et aux lombes, d'oppressions précordiales, et parfois, d'une douleur fixe à la pointe du cœur, de battements et de bruits soufflants dans les oreilles, de vertiges, et de sensations douloureuses dans la tête. En même temps, on constate un certain degré d'hypertension, variable suivant les cas, et d'ordinaire sans trouble de la fonction rénale ; le cœur soutient bien et longtemps l'augmentation du travail qui en résulte pour lui, mais cependant, on constate assez souvent des extra-systoles ou encore des épistaxis ou des métrorrhagies.

Le déséquilibre endocrinien conditionne bien certainement cette dystonie neuro-végétative, et, par suite, dans bien des cas, la médication opothérapique donne des résultats thérapeutiques appréciables. Mais, comme le dit Vignes (*Physiol. gynécol.*, p. 358) : « elle doit être maniée avec prudence et surveillée, car les diverses préparations peuvent déclencher un grand énervement et exercer sur les hémorragies un effet inverse de celui qu'on recherche ».

Il y a, dans ces cas, à la base, une hyperexcitabilité du sympathique qu'il faut modifier ; les anciens l'avaient pressenti et, dans ces cas, ils prescrivaient des antispasmodiques. Actuellement, on obtient des résultats rapides et prolongés en prescrivant des préparations de gui qui diminuent l'hyperexcitabilité du système nerveux central et périphérique, en particulier celle du sympathique (Chevalier, Busquet) et, par cela même, provoquent physiologiquement l'abaissement de la tension sanguine et l'amélioration de la circulation périphérique tout en diminuant le travail du cœur.

A la suite de l'emploi de six à huit pilules de Guipsine pendant plusieurs jours consécutifs, malgré leur apparente gravité, tous les troubles subjectifs de la ménopause, même et surtout les hémorragies, cèdent rapidement en même temps que la tension sanguine s'abaisse pour se rapprocher graduellement de la tension normale. Cette médication doit être poursuivie pendant plusieurs semaines pour permettre à l'organisme de s'adapter à un nouvel équilibre endocrinien.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

### Le cas de conscience de l' « Echo de Paris » et le secret professionnel.

L'*Echo de Paris* ayant organisé un concours de cas de conscience, un médecin parisien a eu l'astuce de proposer aux concurrents celui-ci :

« Je soigne pour un anévrisme de l'aorte un conducteur de transports publics : plusieurs syncopes, plusieurs crises d'angine de poitrine sont survenues ces mois derniers.

« Ce malade est un danger.

« Je suis lié par le secret professionnel ; cependant, dois-je prévenir son administration, et c'est alors, pour lui, la mise à pied, la misère, « et quatre enfants ».

« Si je me tais, demain peut-être une catastrophe surviendra qui fera de nombreuses victimes.

« Que faire ? »

(Dr G. C., Paris.)

La solution suivante a obtenu le prix promis (numéro du 19 septembre) :

*Docteur, votre devoir est clair comme la lumière du jour. Il n'est pas de « secret professionnel » qui tienne : vous devez arracher cet homme à sa machine et prévenir la Compagnie du danger redoutable que son conducteur fait courir à ceux qui lui confient leur vie.*

*Comment hésiter ? J'ai peur que ce fameux « secret professionnel » derrière lequel vous vous abritez ne soit un prétexte commode pour vous éviter une démarche ennuyeuse et délicate. Le secret professionnel ! Mais il ne peut jouer dans le cas qui nous occupe, et je défie le législateur le plus scrupuleux de vous appliquer le fameux article 378 du Code pénal, dont sont passibles ceux qui le violent. J'attends sans crainte qu'un de vos confrères me donne tort. Mais examinons, je vous prie, les faits dans leurs conséquences, ce qui reste, en somme, la meilleure manière de les juger.*

Si vous parlez, *dites-vous, votre conducteur sera renvoyé.* — Conclusions : *la misère pour lui et ses quatre enfants.*

*Je l'admets et bien que l'alternative soit pénible,* cinq personnes *seulement pâtiront de votre manière de comprendre votre devoir.*

Mais, si vous vous taisez, *et, que demain, votre conducteur soit terrassé par un anévrisme devant sa machine, c'est* dix, vingt, trente vies *peut-être* qui seront sacrifiées.

*Le dommage, convenez-en, est autrement plus grave et d'un autre ordre, que dans le premier cas. Des vies humaines !*

*Comment donc hésiter ?*

*D'autant plus que la Compagnie qui l'emploie peut sans doute assurer à votre conducteur cardiaqu un poste infiniment moins dangereux et ainsi, il ser tout de même, à l'abri de la misère.*

Mlle Simone ARNAUD,
« La Harie », Saint-Etienne (B.-P.).

Je dis que la question posée est astucieuse et je le prouve. De qui s'agit-il ? D'un conducteur de transports publics parisiens. La lauréate a interprété cette situation comme concernant un machiniste menant un train (Métro) ou une voiture (T. C. R. P.). Acceptons cette manière de voir.

Voilà donc un machiniste, atteint d'un anévrisme de l'aorte, et qui a, depuis plusieurs mois, des crises angineuses et des syncopes. Je prétends que cet homme, qui est déjà d'un certain âge, tel qu'il nous est présenté, est incapable de l'effort physique soutenu nécessaire pour conduire un autobus, un tramway, un train. Et je ne parle pas de la tension d'esprit inséparable d'un pareil emploi, et qui réagit sur le fonctionnement du système nerveux, et par son entremise, sur l'organisme tout entier. Il en est incapable, j'y insiste.

Et d'ailleurs, s'il a eu plusieurs crises angineuses, des syncopes, il a dû interrompre son travail, se reposer, et obtenir, pour cela, des congés que sa Compagnie ne lui a accordés qu'après l'avoir fait examiner par son personnel médical, qu'il s'agisse de la T. C. R. P. ou du Métro : elle est donc renseignée, puisque ce personnel est tenu de la mettre au courant de ses constatations, et n'est pas lié envers elle par le secret professionnel.

Je doute donc que le cas de conscience : Doit-on le dire ? Doit-on le taire, — envisagé par le Docteur G. C. puisse se poser.

Mais il est permis cependant d'envisager des cas où l'état physique du machiniste d'une compagnie quelconque, tout en constituant un danger public par la perte subite de connaissance qu'il peut entraîner, peut être longtemps d'apparence compatible avec les exigences de sa profession. Si ce machiniste, ayant ressenti certains malaises, s'en est ouvert à un médecin qui est devenu ainsi son confident, quel est le devoir de ce médecin ? En droit, et sans la moindre discussion possible, IL DOIT SE TAIRE. Il lui est interdit, *quels que soient les intérêts en jeu*, de révéler à des tiers ce qu'il a appris dans l'exercice de son art. La loi est formelle. La jurisprudence, qui en fait l'application en l'interprétant au besoin, est plus formelle encore. Des décisions de justice, émanant tout aussi bien de tribunaux de première instance, que de Cours d'appel et de la Cour de cassation, ne laissent aucun doute à cet égard. Sans les rappeler toutes ici, je me bornerai à renvoyer Mlle Arnaud à l'arrêt de la Cour de cassation (Ch. criminelle) du 19 décembre 1885. C'est en ce sens que « son devoir est clair comme la lumière... » Quand, en 1885, le Docteur Watelet voulant laver la mémoire de Bastien-Lepage des imputations calomnieuses que certains journaux avaient jetées sur elle, en attribuant sa mort à une maladie honteuse, publia à son tour ce qu'il en savait pour l'avoir soigné, il fut poursuivi et condamné à la requête du Parquet. Et pourtant, son intention était des plus louables.

Le médecin, confident de son client, doit donc ne rien révéler à la Compagnie de ce qu'il a constaté. Mais, s'il doit se taire vis-à-vis d'elle et de tous autres tiers, il a l'obligation de parler à celui qu'il soigne. Il est d'ailleurs excellemment placé pour lui tenir ce langage : « Vous êtes atteint, mon ami, d'une affection qui peut provoquer des syncopes inattendues, plus particulièrement quand vous serez au volant de votre machine ; vous en seriez la première victime, et c'est votre vie qui est en jeu. Changez donc d'emploi. Demandez un poste sédentaire. Vous obtiendrez satisfaction. Si vous ne me croyez pas, je vais appeler un confrère en consultation, où vous adresser à un de mes maîtres qui vous confirmera ce que je vous déclare ».

Il est d'ailleurs infiniment probable que ce machiniste a une femme, des parents, des enfants, une famille devant lesquels le médecin s'exprimera ainsi, et qui, ainsi alertés, s'interposeront pour qu'il se soigne et renonce à son emploi.

Croyez-vous, Mademoiselle, que cet homme ne sera pas impressionné par le langage de son médecin et ne suivra pas ses conseils, *a fortiori* s'ils sont appuyés par un consultant ? Son intérêt propre, puisqu'il est le premier menacé, ne lui commande-t-il pas de se montrer obéissant ? Mais, contrairement à cette attente, arguant du profit qu'il tire de son emploi, cet homme pourra évidemment passer outre, sous prétexte que son état n'est sans doute pas aussi grave que son médecin le lui dit, que celui-ci a pu se tromper, etc., etc. Lorsque le médecin le saura, sa conduite est toute tracée : « Vous ne suivez pas mes prescriptions ; je refuse de continuer à vous soigner ».

Mais, direz-vous, c'est un procédé commode pour se défiler, « un prétexte pour éviter une démarche ennuyeuse et délicate... ». Je vous réponds : c'est la loi. J'en serai peut-être victime moi-même, mais je ne dois rien dire.

En passant outre, je risque des poursuites et une condamnation. Condamnation non seulement pénale, mais civile, à raison du préjudice que j'aurai causé à mon client par mes révélations. Si, par mon intervention ILLÉGALE, il perd son emploi et qu'il m'en demande compte, il n'est pas douteux que le Tribunal saisi, pourra me condamner à lui verser des dommages-intérêts... De cela évidemment, on peut à la rigueur faire bon marché, mais ce qu'on ne peut oublier, c'est qu'il y a là une doctrine parfaitement établie, qui ne saurait être transgressée sans qu'un tort énorme soit fait à l'ordre public.

Ce n'est pas *un* médecin qui sera de cet avis, mais la quasi-unanimité du Corps médical.

A côté du point de vue juridique, sur lequel aucune discussion ni contestation n'est possible, il y a la question de fait, le cas de conscience... Là, nous ne sommes plus sur le même terrain.

Affaire purement subjective. Sachant quels risques je cours, et du jeu même de la loi, et des réactions inattendues du client dont j'aurai trahi la confiance, et qui pourra me trucider, — il faut appeler les choses par leur nom, — je décide, en mon âme et conscience, que je dois parler, révéler à son employeur la tare dont il est atteint. Là, plus la moindre place pour la discussion. La mise en balance des conséquences de mon silence ou de ma divulgation, quelque angoissante qu'elle puisse être, m'a fait pencher pour la divulgation. Quoi qu'il puisse en advenir, ma conscience m'absout à l'avance, et cela me suffit. Mais je dois admettre que je suis hors de la règle, en pleine anomalie, en pleine irrégularité ; je suis devenu un délinquant.

Mais la question a été posée sur un terrain limité. Pour la traiter dans toute son ampleur et essayer d'arriver à des résultats pratiques, qui sauvegardent le respect de la loi, et d'un principe qui lui est supérieur, tout en protégeant des

vies éventuellement menacées, il faut élargir considérablement le débat et l'étudier de plus haut. Si le sujet atteint d'anévrisme de l'aorte, avec crises angineuses et syncopes, au lieu d'être l'employé d'une Compagnie, est un automobiliste conduisant lui-même son véhicule, il court aussi des risques mortels ; il en fait courir à ceux qui l'accompagnent ; *il en fait courir à ceux qu'il rencontre.* Et ceux qu'il rencontre peuvent être le nombre, s'*ils occupent un véhicule de transport en commun,* qu'une collision accidentera plus ou moins gravement. Que fera dès lors le médecin de ce sujet, pour l'empêcher de constituer un danger, pour lui-même et pour autrui ? Il aura beau multiplier les objurgations, les supplications, les menaces mêmes ; rien n'y fera si son client fait la sourde oreille, et entend demeurer à son volant, quoi qu'il puisse advenir. Là, plus de cas de conscience, car il n'y a absolument rien à faire, en l'état de la législation et des règlements.

Dans un service public, le personnel, surtout celui de la traction, n'est recruté qu'après un sérieux examen médical, qui se renouvelle périodiquement. Mais, dans le privé, pas d'examen de ce genre. Ce n'est pas faute qu'il soit réclamé par les groupements scientifiques et techniques que la question intéresse. Et l'Académie de médecine s'est nettement prononcée en faveur de l'obligation, pour tout automobiliste, d'être reconnu sain de corps et d'esprit à la suite d'un examen médical, avant d'être autorisé à conduire, à posséder son permis, qui pourra d'ailleurs lui être retiré si des tares incompatibles apparaissent ultérieurement.

Or, voici qui mérite attention : il est avéré que des malaises, survenant soudainement, depuis la simple somnolence invincible, jusqu'à la syncope mortelle, ont, dans le privé, causé maints accidents. Je demande combien de fois, par contre, un accident de même origine s'est produit dans les transports en commun : chemin de fer, métropolitain, autobus et tramways ? Il y a à Paris 450 lignes d'autobus et de tramways, qui sont en pleine activité, dix-sept à dix-huit heures sur vingt-quatre (sans parler des services de nuit). Cela réclame un nombreux personnel, un matériel important, et des circuits répétés. Je demande qu'on me cite, je ne dis pas l'accident, mais seulement l'incident qui se soit produit, depuis dix ans, par suite d'une tare physique, ou mentale, d'un machiniste... J'ai vaguement souvenance d'un autobus qui, il y a plusieurs années, aurait dévalé en aveugle la rue Rochechouart, son conducteur étant mort subitement à son volant ; les détails de l'accident ne me sont pas restés en mémoire. Il y a eu, il y aura toujours des cas imprévisibles, qui déjoueront toutes les précautions.

Ces précautions, dans les administrations publiques, consistent à soumettre le personnel à un contrôle médical sérieux, avant de l'embaucher. Ce contrôle devrait se renouveler périodiquement, au moins pour le personnel attaché à certains emplois périlleux. Peut-être d'ailleurs est-ce ainsi que les choses se passent. En tout cas, un anévrisme de l'aorte n'apparaît pas en quelques jours. C'est une lésion dont on connaît bien, à cette heure, la nature et l'étiologie. Elle se greffe sur un état général dépistable. Quand il arrive au stade des syncopes et des crises angineuses, celui qui en est atteint est repéré et mis hors d'état de nuire. Dans le privé, le même examen médical devrait être exigé de tout candidat au permis de conduire une automobile ; et cet examen devrait se renouveler périodiquement, d'autant plus fréquemment que le sujet prendrait de l'âge.

Mais que nous sommes loin du cas de conscience soulevé par le Docteur G. C. et si désinvoltement résolu par Mlle Arnaud ! L'espèce envisagée est de nature à faire impression tout d'abord. A l'examiner de près, comme je l'ai fait, elle ne se rencontre guère en pratique. Mais, plus généralement, on pourrait se demander si le médecin qui découvre chez un de ses clients des infirmités latentes capables de se manifester soudainement dans des conditions qui feraient de lui un danger public, doit en informer les tiers de qui dépend ce malade, qui peut s'ignorer dans une certaine mesrure. En dehors des maladies contagieuses qui font l'objet d'une déclaration, il faut sans hésiter répondre NON. Non pas seulement parce que la loi nous y oblige. Mais parce qu'il s'agit d'un principe, dont la méconnaissance et l'abandon troubleraient la paix sociale. Que, dans certaines circonstances infiniment rares, le médecin, obéissant à des scrupules respectables, croie devoir se départir de la règle, son ingéniosité lui dictera la manœuvre qu'il devra employer pour calmer ses scrupules, tout en parvenant à ses fins, par des voies détournées.

Mademoiselle Arnaud a résolu le problème avec sa sensibilité de femme, et à l'encontre de toutes les idées généralement admises actuellement. Je la comprends. Ce que je comprends moins, c'est qu'il se soit trouvé un jury, composé sans doute d'intellectuels avisés, pour lui donner raison et l'approuver jusqu'à lui décerner le premier prix de ce concours.

Et cela prouve, c'est là-dessus que je terminerai, que le public se fait, du secret professionnel, une tout autre idée que le Corps médical. Il n'y attache pas la même importance. Pour lui, le secret médical ne doit être observé que si sa révélation est de nature à nuire ; mais si, au contraire, cette révélation peut avoir son utilité, et se montrer salvatrice de vies humaines, pas d'hésitation : le médecin doit parler. Cela de-

vrait faire réfléchir, semble-t-il, les excellents confrères et les syndicats qui passent leur temps à torturer ce pauvre secret médical et à envisager, à son endroit, des distinguo d'une subtilité qui me laisse rêveur....

G. DUCHESNE.

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

### Opération chirurgicale, oubli d'une compresse.

COUR D'APPEL DE BESANÇON

1° 18 mai 1931 ; 2° 11 juillet 1932.

*Bien que les médecins soient responsables dans les termes du droit commun, certaines opérations revêtent une gravité telle que l'oubli d'une compresse peut être considéré, non comme une faute, mais comme un accident opératoire.*

1° ARRÈT DU 18 MAI 1931

Considérant que la dame M... a été opérée le 5 décembre 1928 pour rupture de grossesse extra-utérine à la clinique du Docteur Heitz par le chirurgien Humbert avec l'assistance de son confrère ; qu'elle soutient qu'au cours de cette intervention, une compresse de 45 centimètres sur 50 centimètres est restée dans son corps ;

Qu'elle a évacué cette compresse le 2 juin 1929 par la voie rectale après avoir subi pendant plusieurs mois des souffrances intolérables dont son état général s'est gravement ressenti ;

Que, par suite de la secousse physiologique qu'elle a éprouvée, sa santé restera perpétuellement déficiente ; qu'elle prétend que le préjudice qu'elle a ainsi subi est le résultat des fautes et négligences commises par les chirurgiens ; qu'elle et son mari en demandent réparation en concluant à la condamnation des intimés en 500.000 francs de dommages-intérêts ;

Considérant que la matérialité du fait de l'abandon par les chirurgiens d'une compresse dans la cavité abdominale de la dame M... ne saurait être sérieusement contestée ; qu'elle résulte en effet de certificats du Docteur Schmitt, de Recey-sur-Ource qui affirme qu'au mois de mai 1929, il avait constaté, dans la fosse iliaque gauche de l'opérée, au niveau du côlon descendant, la présence d'un corps dur et douloureux à la pression et qui déclare que le 2 juin suivant, ayant été appelé d'urgence auprès de la dame M..., il lui avait été présenté une masse arrondie de la grosseur d'un poignet que l'appelante venait d'évacuer par la voie rectale et qu'ayant déplié cette masse, il reconnut qu'il s'agissait d'une compresse de 45 centimètres sur 50 centimètres, qui, imprégnée de matières fécales, de glaires teintées de sang, avait certainement séjourné dans ses intestins ; que ce même docteur affirme, en outre, qu'ayant alors examiné la malade, il s'était convaincu que le corps étranger dont il avait précédemment constaté la présence dans son corps avait disparu ;

Que néanmoins et malgré ces constatations, le Tribunal a cru pouvoir déclarer que l'existence de la compresse dans les viscères de l'appelante, pas plus que son expulsion n'étaient juridiquement certaines, parce qu'elles n'avaient point fait l'objet de procès-verbaux de constat, mais que l'exigence d'un tel supplément de preuve ne paraît pas justifiée ;

Considérant, dès lors, que l'abandon de la compresse devant être considéré comme constant, se pose la question de savoir si un tel abandon constitue à la charge des intimés une faute susceptible d'engager leur responsabilité en vertu des dispositions de l'art. 1383 du Code civil ;

Que pour la trancher négativement, les premiers juges se sont appuyés tant sur une lettre versée aux débats et adressée au Docteur Humbert par le Professeur Jean-Louis Faure, que sur une expertise faite par le Docteur Bœkel, dans une instance de même nature introduite devant le Tribunal supérieur de Colmar ;

Que ces deux praticiens concluent à ce que l'abandon d'une compresse ne constitue pas une faute lourde qui puisse engager la responsabilité des chirurgiens ;

Mais quelle que soit l'autorité de ces deux professeurs et bien que le juge puisse fonder sa conviction sur des actes étrangers aux parties plaidantes, la Cour ne possède, quant à présent, les éléments suffisants pour statuer en pleine connaissance de cause sur cette première question, et aussi, et surtout pour se prononcer sur le point de savoir si, dans l'espèce, les chirurgiens n'ont pas commis une négligence coupable, en ne prenant pas les précautions que paraît commander la plus élémentaire prudence pour leur permettre de constater qu'une compresse était restée dans le corps de la personne qu'ils venaient d'opérer, constatation qui aurait permis, soit le retrait de la compresse avant la fermeture de la plaie opératoire, s'il eût été possible sans danger, soit par la suite la prescription de tout traitement utile ou le recours de tout moyen thérapeutique indiqué pour atténuer ou même faire disparaître les trou-

bles graves (persistance de fièvre, douleurs violentes, amaigrissement et affaiblissement progressifs) qui se seraient manifestés pendant plusieurs mois après leur intervention et qu'ils avaient attribués à une seconde grossesse ;

Que, d'autre part, il est indispensable en cas de faute ou de négligence des chirurgiens d'en faire préciser tant les conséquences sur l'état général de l'appelante que celles susceptibles de se produire dans l'avenir ;

Que, dans de telles conditions, il convient, avant de faire droit, de recourir à l'expertise sollicitée par l'appelante ;

Par ces motifs ;

La Cour, après en avoir délibéré : en la forme, reçoit l'appel.

Et, statuant au fond, réforme le jugement entrepris ;

Et avant faire droit, nomme MM. Paul-André et Gaston Michel, chirurgiens et Charles Garnier, docteur en médecine, demeurant tous trois à Nancy, lesquels serment préalablement prêté entre les mains du président du Tribunal civil de cette ville ou de son dévolútaire diront :

1° Si l'abandon d'une compresse de 45 centimètres sur 50 centimètres dans la cavité abdominale d'une opérée constitue une faute entraînant la responsabilité des chirurgiens ;

2° Si les chirurgiens ne commettent pas une négligence en ne prenant pas avant et pendant l'opération, les précautions les plus minutieuses pour pouvoir constater la disparition d'une compresse dans le corps de l'opérée ; constatation qui leur permettrait de retirer la compresse avant la fermeture de la plaie opératoire s'ils peuvent le faire sans danger ; soit, tout au moins, de prescrire, par la suite, tout traitement utile ou d'avoir recours à tout moyen thérapeutique convenable en vue d'atténuer et même de faire disparaître les troubles graves qu'entraîne nécessairement la présence d'un corps volumineux dans les intestins de l'opérée ;

3° Si l'état de santé de la dame M..., qu'ils examineront, a été défavorablement influencé par la faute ou la négligence des docteurs Humbert et Heitz, dans quelle mesure s'est exercé ce retentissement sur l'état général de l'appelante et enfin si, dans l'avenir, d'autres conséquences précises plus ou moins graves, sont susceptibles de se produire.

### 2° Arrêt du 11 juillet 1932

Considérant que les médecins et chirurgiens sont responsables dans les termes du droit commun, des fautes commises par eux dans l'exercice de leur profession ;

Qu'en principe, l'abandon d'une compresse dans le corps d'un opéré constitue une faute de la part d'un chirurgien ayant des assistants ;

Que toutefois, certaines interventions revêtant un caractère de gravité toute particulière devant être pratiquées avec la plus extrême rapidité, chaque minute ayant son prix, se présentent dans des conditions telles que l'abandon d'une compresse ne peut plus être considéré comme une faute du chirurgien, mais comme un accident opératoire.

Considérant que tel est le cas en l'espèce ;

Qu'il est constant en effet, de par l'assignation des appelants que la dame M... étant en état de syncope fut transférée à la clinique pour subir une opération immédiate après une transfusion de sang, vu l'état de la malade ;

Que les experts commis par arrêt de la Cour de céans du 18 mai 1931, estiment qu'au cours d'une laparotomie nécessitée par rupture de grossesse extra-utérine, une des compresses peut glisser profondément entre les anses, être non pas oubliée, mais perdue, tout étant teintée de sang et cet accident pouvant passer inaperçu ;

Qu'ils ajoutent que c'est là un accident non exceptionnel et pouvant arriver à tout chirurgien ayant une carrière active ;

Que leur rapport révèle l'inexistence, en l'état de la science et dans les conditions où se présente l'affaire, d'un procédé vraiment efficace pour se garantir de la perte d'une compresse, le dénombrement de celles mises à la fin d'une opération où les minutes sont comptées devant faire encourir au chirurgien une lourde responsabilité, le retard en résultant pouvant coûter la vie à l'opéré, le reliement des compresses entre elles par un fil présentant le danger pendant la réduction en bloc des intestins éviscérés, de s'enrouler autour d'une anse et de devenir offensif ;

Que l'éminent Professeur Jean-Louis Faure, dans une consultation versée aux débats et prise auprès de lui, sur l'affaire dont s'agit, émet une opinion identique à celle des experts : « L'abandon d'une compresse, dit ce savant praticien, est un accident comme il peut en arriver beaucoup au cours d'une opération. Toutes les précautions qu'on a essayé de prendre pour le rendre impossible sont, en réalité plus nuisibles qu'utiles » ;

Considérant dès lors qu'il n'échet pas en l'espèce de considérer comme faute imputable soit au Docteur Humbert, soit au Docteur Heitz, l'abandon d'une compresse dans la cavité abdominale de la dame M... ;

Considérant que les consorts M... entendent en outre baser leurs conclusions :

1° Sur une erreur de diagnostic des Docteurs Humbert et Heitz, lesquels n'auraient pas reconnu que l'état de Mme M... postérieurement à l'opération était dû à la présence d'un corps étranger dans l'intestin, le Docteur Humbert ayant diagnostiqué faussement une grossesse ;

2° Sur une erreur de traitement des mêmes Docteurs qui se seraient attachés à combattre les signes superficiels, généraux et non à instituer une thérapeutique causale ;

Considérant que pareilles prétentions ne sauraient être accueillies ;

Qu'en effet, l'erreur de diagnostic reprochée aux intimés ne saurait, en l'espèce, être retenue comme cause génératrice de dommages-intérêts ;

Qu'aucun lien certain de cause à effet n'existe entre le diagnostic erroné imputé aux Docteurs en cause, spécialement au Docteur Humbert et la durée de l'état déficient de la dame M..., postérieurement à l'opération qui l'a d'ailleurs sauvée, cet état déficient pouvant tenir à des causes multiples, suites fréquentes d'interventions chirurgicales, et l'augmentation de volume de l'utérus constatée à l'époque étant au surplus, d'après les experts, de nature à faire croire à une grossesse utérine normale, dont la coexistence avec une grossesse extra-utérine, est scientifiquement possible ;

Considérant en ce qui concerne l'erreur de traitement commise, d'après les appelants, les experts concluent qu'en pareil cas, l'expectation est le seul traitement à conseiller ;

Que l'on ne saurait dès lors faire grief aux Docteurs Humbert et Heitz de l'avoir préconisé ;

Considérant pour ces motifs que la responsabilité des intimés n'étant pas engagée, les conclusions tant du sieur M... que de sa femme aux fins de dommages-intérêts ne peuvent être admises ;

Par ces motifs, la Cour, repoussant toutes autres fins, moyens et conclusions reçoit en la forme l'appel des consorts M..., le rejette quant au fond ;

Confirme le jugement entrepris.

### Commentaires

Il fut admis pendant de longues années que le médecin n'était responsable, au regard de ses malades, que de sa faute lourde ; aux clients de prouver que le praticien s'était grossièrement trompé.

Mais un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de Cassation du 21 janvier 1919 (*Gaz. Trib.*, 4 octobre 1919) vint renverser cette théorie : le médecin est lié à son client par un contrat : il est donc responsable de sa faute la plus légère, non plus en vertu des articles 1382 et suivants (C. civ.), mais des articles 1137 et 1147 (C. civ.).

Depuis cette époque, la doctrine a longuement argumenté le fondement juridique de la responsabilité médicale. Citons notamment : La responsabilité médicale, par MM. Donnedieu de Vabres, professeur à la Faculté de droit de Paris, Docteur Duvoir, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris et Desoille, préparateur du cours de médecine légale de Paris, *Ann. Méd. lég.*, mai 1931 ; — La responsabilité médicale devant les tribunaux, par M. Pommerol, vice-président du tribunal de Lille, la longue note de M. Nast, sous cour d'Aix, 16 juillet 1931, (*D. P.*, 1932-2-5).

Disons que le médecin peut, selon les circonstances, être recherché soit pour faute lourde (art. 1382) soit pour faute légère, contractuelle. Qu'il commette une grossière erreur, due à sa négligence, à son étourderie, il n'est point besoin de prouver son intention de nuire : il est responsable de la faute elle-même.

Mais, en ce qui concerne la responsabilité née d'un contrat, il en est tout différemment ; il est nécessaire de démontrer tant la faute scientifique que le résultat du dommage lui-même.

La faute scientifique est dominée tant par l'évolution même de la science médicale que par les circonstances de fait.

La science médicale est en perpétuel changement : le diplôme de docteur en médecine ne prouve pas que celui qui l'a obtenu possède la science en elle-même, mais qu'il a acquis le minimum de connaissances exigées, pour qu'il puisse exercer l'art de guérir avec le minimum de risques pour ses clients.

Une découverte bouleverse parfois radicalement la manière de soigner. Qu'il s'agisse d'antiseptie, de vaccin et sérums, d'anesthésie, d'utilisation des rayons X, du radium, etc., toujours est-il que le médecin a à sa disposition un ensemble de connaissances scientifiques qu'il doit appliquer avec art et bon sens, selon le genre de clientèle, la localité, le prix même des appareils, ou de leur utilisation.

La doctrine insiste fort sur ce point que le contrat de louage de services, qui lie le médecin à son malade ne constitue pas un engagement de la part du praticien de guérir le patient, mais de faire ce qu'il peut pour obtenir une guérison, ou une amélioration.

Or, les circonstances de fait sont nombreuses, qui doivent intervenir dans l'appréciation du degré de responsabilité. Dans le cas de compresse oubliée dans le ventre d'un client, il faut apprécier s'il était possible, pour le chirurgien, de dénombrer mathématiquement les compresses, alors qu'une complication, un accident opératoire, un incident quelconque oblige l'opérateur à faire vite, pour, avant tout, sauver la vie du patient.

Les profanes à la médecine ne se rendent pas un compte assez exact des circonstances opératoires, qui attirent toute l'attention du chirurgien et de ses aides sur un point particulier, parce que la vie du malade en dépend.

Qu'il s'agisse d'arrêter une hémorragie profonde, qu'il s'agisse de maintenir un estomac sectionné, un intestin qui cherche à s'échapper de partout, on va au plus pressé, sans qu'il soit possible de chiffrer les compresses : chaque seconde perdue peut coûter la vie à l'opéré.

D'autre part, un traitement peut par lui-même comporter des dangers. Un cancéreux est soumis à l'application de rayons X ou de radium. Il est guéri de son cancer, mais se plaint d'une brûlure de la peau.

Or, si le contrat est à la base, il eût fallu que,

avant l'opération, avant le traitement, le malade soit mis au courant complètement — mais brutalement — des circonstances de fait, des complications auxquelles il s'expose. Faut-il, dans le cas qui fait l'objet de l'arrêt de Besançon, prévenir, avant l'opération, le patient, qu'il peut mourir, sur la table d'opération, soit du fait même de l'anesthésie, soit par suite d'une hémorragie ? Mais s'il n'est pas opéré, il succombera certainement.

Faut-il dire au cancéreux que s'il ne veut pas mourir de son cancer, il doit se laisser traiter mais que le traitement peut lui occasionner une brûlure ?

En connaissance de cause, le patient choisira et acceptera soit l'opération, soit le traitement radiothérapique avec leurs dangers, soit la mort brutale et sans phrases, sans traitement. C'est juridique : est-ce humain ?

Aussi, les tribunaux, à bon droit, se montrent-ils très circonspects : la faute n'est-elle que contractuelle, n'est-elle pas due à une négligence, à une impéritie notoire, les magistrats demandent l'avis d'experts en la matière et ceux-ci d'apprécier scientifiquement la conduite professionnelle de leur confrère.

Il faut également dégager le résultat lui-même de la faute alléguée : cette compresse, qui a été oubliée, fut-elle l'occasion de troubles irréparables ou de phénomènes assez légers ? En est-il résulté un dommage persistant, patent ?

Ajoutons qu'il est toujours prudent de s'assurer de l'identité du corps étranger présenté, avec les compresses véritablement utilisées au cours de l'intervention. Depuis quelques années une véritable épidémie procédurière se manifeste chez de trop nombreux clients. Poussés par des hommes d'affaires sans scrupules, pensant obtenir du chirurgien l'abandon de ses honoraires de peur du bruit fait autour de la plainte, les débiteurs d'un praticien refusent de s'acquitter de leur dette, invoquant un dommage imputable à l'opération, ou aux soins donnés.

Pour obtenir le silence, le chirurgien paye, ou adresse ses clients à l'assurance et chacun de répéter : « l'assurance transigera ; elle est faite pour payer. »

Pour terminer, disons que l'arrêt de la cour de Besançon est rendu en sens contraire d'un autre arrêt de la Cour d'Amiens, du 16 juillet 1931 (*Gaz. Pal.*, 14 novembre 1931) qui impute à faute au chirurgien l'oubli d'une compresse dans le ventre du malade, bien que l'opérateur ait allégué pour sa défense les difficultés particulières d'une intervention chirurgicale pratiquée en cas d'urgence. Et les magistrats de condamner, en vertu de l'article 320 du Code pénal.

C'est un truisme que de répéter que la médecine est moins une science qu'un art ; cependant, c'est parce que le public croit à la science et qu'il s'imagine que le médecin doit toujours guérir qu'il actionne le praticien, pour prétendue faute, sans tenir compte de la rançon du progrès. Si le malade succombe à une hémorragie interne, sans opération, on s'inclinera devant la fatalité ; mais qu'un chirurgien intervienne pour sauver une vie humaine, il risque son propre repos, sans parler de sanctions pécuniaires, s'il n'obtient pas une guérison complète, ou si, à cause des difficultés, et du danger même de l'opération, ou de l'instrumentation utilisée, il se produit une complication, cependant bien minime comparée aux conséquences d'une abstention opératoire ou de traitement.

Ne serait ce pas paralyser l'initiative de la science médicale et de l'art des chirurgiens, que de toujours laisser au dessus de leur tête la menace de la responsabilité complète et absolue de tous leurs actes thérapeutiques ?

Dr Paul Boudin.

## LES CROISIÈRES MÉDICALES FRANCO-BELGES

L'idée première des croisières médicales appartient au Docteur Adrien Loir, du Havre, qui, depuis dix ans environ, fait une campagne assidue en faveur des cures marines, pratiquées sur des paquebots naviguant au grand large, et appela l'attention du Corps médical sur l'attrait et l'intérêt des croisières maritimes.

Cette idée, cette suggestion, demeurées sans écho en France, retinrent l'attention de nos confrères de *Bruxelles Médical*. Avec l'esprit de décision qu'on leur connaît, leur hardiesse avisée, ils s'en emparèrent et organisèrent des croisières maritimes dont le succès ne se fit pas attendre et alla croissant d'année en année.

Croisières *spécifiquement médicales*, en ce sens que, préparées par des médecins, elles cherchent surtout à recruter des médecins, elles furent, en fait, et dès le début, franco-belges, puisqu'elles utilisent les Compagnies de navigation françaises, et ont une clientèle composée en majorité de Français.

En 1931, il nous apparut que franco-belges de fait, elles devaient être également franco-belges de pavillon, et nous acceptâmes de nous associer à *Bruxelles Médical* pour les préparer, les organiser et en surveiller l'accomplissement.

La première croisière médicale franco-belge conçue d'après cette formule a été annoncée dès le mois d'Avril dernier. Elle aura lieu à Pâques 1933, et visitera l'Adriatique et la Grèce, selon un itiné-

raire que nous avons déjà publié. Le *Concours Médical* y sera représenté par M. C. BOULANGER, son administrateur.

En 1932, la croisière d'été n'ayant pu avoir lieu par suite d'un accident survenu au paquebot choisi fut remplacée par trois croisières dont l'une d'elles parcourut la Méditerranée jusqu'au proche Orient, sur le paquebot *Patria* Notre distingué collaborateur et ami, le Docteur G. BLECHMANN, ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, qui y prit part avec sa famille, a bien voulu nous en donner le compte rendu suivant.

*La Direction du Concours Médical.*

## La Croisière A (en pièces détachées)

Par Germain BLECHMANN.

Pourquoi voyager ? « *A notre époque, c'est un affreux anachronisme, c'est de la barbarie. Il y en a d'autres qui se chargent de ces besognes : les écrivains, les opérateurs de cinéma...* »
R. DORGELÈS.

Au retour d'Orient, je corrigeais sur les bords du Cousin, les dernières épreuves des *Feuillets du Pédiatre*, quand me parvint un mot de l'ami Duchesne : Faites-nous donc un petit compte rendu de la croisière.

Je n'hésitai pas une minute. Comment aurais-je pu résister à la joie de joindre mon mince filet de voix au grand concert des ténors et des barytons qui, depuis les trompettes de Jéricho, se firent entendre au retour de la Terre Promise ? N'étais-je pas arrivé à ce tournant de la carrière où l'on pense avoir son mot à dire, non sur ce que l'on croit connaître le mieux, c'est-à-dire la médecine, mais sur ce que l'on connaît certainement le moins, c'est-à-dire l'art, les lettres et la politique étrangère ?

Les épreuves attendront, me dis-je. Doin mon excellent éditeur saura par cet aveu spontané les causes inavouables du retard que mirent les Feuillets corrigés à lui parvenir.

Disposé à jouir des chefs-d'œuvre sans y périr — suivant le mot de Maurras lors de son voyage d'Athènes — j'ai conservé durant cette croisière maritime un esprit un peu « terre à terre », grâce auquel, je l'espère, vous serez bien armés pour votre prochain voyage.

***

Confrères qui errez pendant l'été sur les routes de France, qui gravissez Alpes, Vosges et Pyrénées ou pratiquez quelque navette urbano-maritime pour garder à la fois le contact avec la maisonnée et la clientèle, ne croyez pas que le médecin voyageur aspire purement à connaître les cristalleries de Karlovy-Vary ou les glaces du Spitzberg.

Il s'agit pour lui de concilier deux sentiments contradictoires : *a*) Celui de l'évasion, mais suffisamment complète pour qu'au téléphone, au courrier, à la clientèle, voire même aux proches, nous devenions inaccessibles. *b*) Celui de la sociabilité, fondement naturel du caractère du médecin et qui le pousse à s'évader, non pas seul, mais en compagnie d'un groupe plus ou moins compact de ses congénères : ainsi se constitue ce qu'on appelle une croisière médicale de vacances.

Le Portugal, les Iles du Soleil (Açores, Madère, Canaries), le Maroc, les Baléares, la Sardaigne, tel était l'alléchant programme qui nous avait déterminés à nous inscrire comme passagers du *Brazza*, ma femme, ma belle-fille et moi. Quelle déception quand on nous avertit, un mois avant le départ, que le paquebot s'était échoué sur une barre congolaise ! Le problème des vacances, si simplifié depuis la création des croisières et voyages médicaux, se redressait devant nous comme un spectre, avec le souvenir un peu lourd de certaines étapes gastronomiques.

Jacqueline, qui aura 15 ans dans quelques mois, ne parut pas s'en faire pour si peu : « Tu trouveras bien une autre croisière », furent ses premiers mots.

Grâce à Mme Bénard-Sesboué, je reçus aux Messageries maritimes un excellent accueil et j'appris qu'à la demande des Chargeurs réunis, cette compagnie s'efforçait de dériver vers elle une partie des « rescapés » du *Brazza*. En juillet et août, trois croisières A, B et C étaient déjà organisées pour la visite du Proche-Orient, depuis le Caire jusqu'à Naples, en passant par la Palestine, la Syrie et la Turquie, à des conditions fameusement avantageuses, et que l'intervention du *Bruxelles Médical* devait rendre plus accessibles encore.

***

« *Mais voilà juillet, c'est trop tard. Le touriste est un animal qui craint la grande chaleur.* »
R. DORGELÈS.

**L'organisation des croisières M. M.** — Quand, pour votre plus grand bonheur, vous circulerez grâce aux M. M. à travers l'Orient, vous trouverez à la « croisée » de tous les chemins, M. Fichet, prototype du manager ; sa diligence, sa compétence et sa bonne humeur permirent — dit-on — à Dorgelès, de composer le personnage de l'inoubliable Bourette.

J'interrogeai donc un jour M. Fichet. C'est en 1923

24, m'apprit-il, qu'en dehors des pèlerinages classiques en Terre Sainte, les M. M. organisèrent les premières croisières : celle de Noël à Beethléem, celle de printemps en Haute-Egypte avec retour par la Palestine, Constantinople et Athènes. Il y a quatre ans, à ces quatre ou cinq croisières annuelles, on adjoignit, après quelques hésitations, les croisières d'été,dites de vacances : le succès s'affirma aussitôt. En effet, à Noël vous risquez la pluie en Syrie ; au printemps, il fait généralement un temps de chien sur le Bosphore (en mars dernier, une tempête de neige compromit toute cette partie de l'excursion). En été, si la chaleur tape dur en Egypte et à Damas, vous êtes tout au moins certain de mener votre périple à travers la Méditerranée orientale par la plus divine des lumières.

Depuis 1925, 17 à 18.000 voyageurs (au moins les deux tiers Français et Belges) répartis en 70 croisières environ, ont à peu près suivi l'itinéraire que nous vous décrirons et qui enchanta Maeterlinck, Dorgelès et, tout récemment, l'ex-roi d'Espagne.

Pour la croisière A. les M. M. avaient affrété le *Patria* (de la Compagnie Fabre), qui tient admirablement la mer, ce qui est une grande qualité, mais dont l'installation est loin de valoir celle des paquebots du service normal des Messageries. L'aimable commissaire du bord, M. Scavino, a été plus d'une fois la providence des passagers.

Les bons lits du Caire et de Damas vous reposeront des couchettes du bord et des sommiers monastiques de Jérusalem et de Nazareth. Ces dernières étapes rappelèrent, à quelques-uns d'entre nous, les réfectoires, et l'ordinaire du collège !

Les croisières seraient à peu près supportables, sans les appareils photographiques et les cartes postales (mais combien resterait-il de croisiéristes !)

D'ailleurs, ce n'est pas une sinécure d'emmagasiner dans vingt ou vingt-cinq voitures, quatre-vingt-dix individus français, belges, voire anglais et américains — dont quelques-uns obèses, — sans oublier l'excentrique dont le passeport n'est en règle ni avec la Syrie ni avec le Liban, le pantouflard qui oublie de se réveiller (ses bagages ne sont pas hors de la chambre à 7 heures du matin) et le rouspéteur qui préfère rester à la porte de la mosquée par ennui de se chausser de babouches ...

A noter que la plupart des pellicules prises par nos compagnons ont été *surexposées* (1).

**Les étapes caniculaires.** — Ce n'était pas sans appréhension que je m'étais décidé, il y a sept ou huit ans, à devenir un hôte estivant de l'Estérel, à l'époque où la côte enchanteresse était relativement peu fréquentée, et rappelait encore par-ci, par-là, les descriptions de Guy de Maupassant — côte qui depuis, hélas ! Mais ces craintes, qui me parurent si risibles par la suite, n'étaient rien à côté de la terreur qui assaillit nos proches quand nous les fixâmes sur notre aventureux projet : le mois d'août à Damas, à Baalbek, aux Pyramides !

1. — Au pied du Stromboli.

Quand nous nous renseignâmes autour de nous pour obtenir les quelques tuyaux que nous jugions indispensables, ils s'avérèrent confus et contradictoires. La notice des M. M. est, à mon avis, beaucoup trop succincte à ce sujet.

Ayant quitté Marseille le mercredi 27 juillet à 2 h. 1/2, nous avons commencé à subir la forte chaleur dans la journée du samedi 30, tandis que nous voguions entre la Crète et les côtes de Cyrénaïque.

Ce jour-là et la veille, la traversée devint houleuse et pendant trente-six heures, le mal de mer incom-

(1) Les photos 1, 2, 3, 4 et 5 nous ont été obligeamment confiées par notre confrère Mademoiselle Alice Ullmo (de Strasbourg) et M. Jean Bosschaert (d'Anvers).

moda quelques passagers ; par la suite, la mer adopta une passivité absolue.

Le lundi 1er août, grand branlebas vers 6 heures du matin, à l'arrivée à Alexandrie. La cérémonie des passeports doit se terminer assez tôt pour qu'on accroche à temps le train de 9 heures direction le Caire, régulièrement prévu pour la croisière. Mais la police se montre tellement inquisitive que l'on manque le départ, et il faut former un train spécial. Les quatre-vingt-dix croisiériens furent contraints de stationner en gare dans deux wagons poussiéreux, sous un soleil qui, d'abord aimable, devint rapidement « de plomb » ! Ce train quitta Alexandrie à 10 h. 1/2 et nous n'arrivâmes au Caire que vers 2 h. 1/4, l'estomac à peu près vide, accablés de chaleur, suants et malpropres grâce à la terrible poussière du désert qui passe par tous les interstices et vous oblige à garder fermés les volets de bois des fenêtres, d'ailleurs peu maniables. Les taxis qui nous attendaient au Caire étaient brûlants comme de la braise. Enfin nous arrivâmes à l'hôtel Savoy et nous comprîmes tous alors ce qu'était une oasis.

Que les M. M. se débrouillent ; mais elles jouissent en Orient d'un prestige éclatant, et enfin, le touriste est un animal suffisamment précieux par les temps qui courent, pour qu'on s'arrange avec la police égyptienne ; il faut que les voyageurs de la croisière puissent déguerpir en bloc à la première heure et ne point subir cette brimade, qui sait allier les supplices combinés de la faim, de la chaleur, et de la soif.

Futurs croisiériens, à tout hasard, emportez pour cette étape les petits pains du petit déjeuner, et une bouteille thermos remplie d'eau glacée.

Une bonne chaleur fut également notre lot, le mercredi 3 août, entre le Caire et Port-Saïd (de 10 h. 30 à 3 heures), mais on passe une bonne heure à déjeuner au wagon-restaurant. Plusieurs de nos camarades ne furent pas atteints par la sonnette et mourants de faim, firent sur le tard une irruption au dining-room. Retournez-y quand vous aurez dépassé Ismalaïa ; cela vous distraira tandis que vous longerez le canal de Suez et coupera ce début assez pénible d'après-midi. A Port-Saïd, la cuisson se prolonge un peu, car le train qui doit vous amener au quai d'embarquement se livre à des manœuvres variées, mais lentes. Enfin, l'on parvient à la salle des douanes avec un soulagement qui n'est pas feint et une vedette vous amène à bord.

A Jérusalem, bousculés par les indigènes, les Juifs, les touristes et les bourricots, nous devions nous égrener quelque peu à la montée du Chemin de Croix au Saint-Sépulcre, sous ce bon soleil d'août, exactement au zénith.

Quelques heures après avoir contemplé de la route, les neiges éternelles des hauts sommets de l'Antiliban, nous avons connu une « douce » chaleur à Damas, ainsi que le lendemain sur le coup de midi, dans les ruines de Baalbek. Mais à Athènes, réputée pour son climat pénible, un vent inattendu apportait, avec de la poussière, une simili-fraîcheur appréciable.

2. — Face au Sphinx.

Par contre, le tour du Bosphore jusqu'aux confins de la mer Noire fut agrémenté d'un vent violent et peu chaud ; puis, la soirée à Istamboul, d'abord douce, se montra de plus en plus fraîche. Maurice Delort nous ayant incités à dîner sur la terrasse d'un restaurant de Péra (Eyoglu disent les Turcs), d'où l'on aperçoit le fameux bras de mer et Scutari, je fus contraint rapidement de remonter le col de mon veston et bientôt frigorifié, regrettai, en pleine canicule, d'être privé de mon pull-over. Depuis ce soir-là, j'ai émis en moi-même quelques doutes sur la volupté de se promener en caïque, le

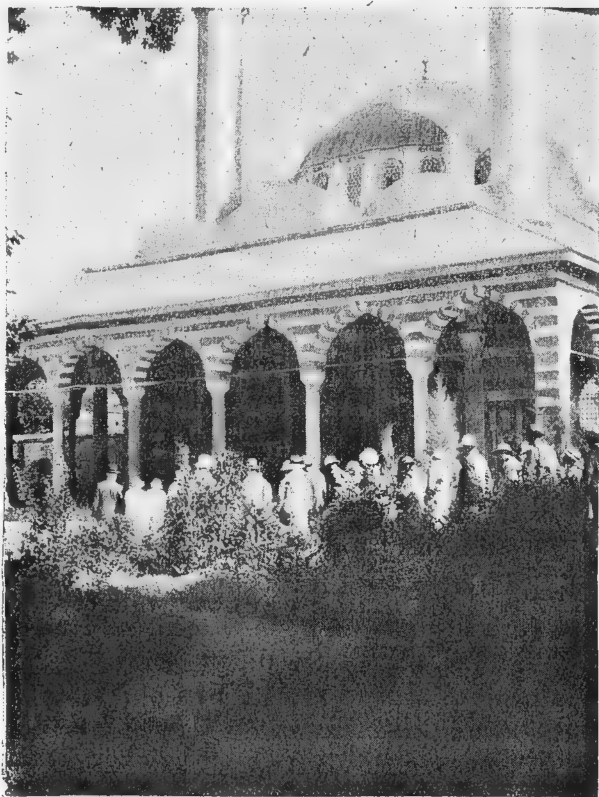
soir, «des eaux douces d'Europe aux eaux douces d'Asie »...

En vérité, toutes ces étapes de chaleur « first-class », même pendant l'inénarrable visite à dos de chameau du groupe Sphinx-Pyramides, furent *supportables* pour tout le monde, et nous n'avons vraiment été incommodés qu'au retour, entre le Stromboli fumant et Naples, puis entre Naples et le Cap Corse ; nous subîmes alors deux nuits lourdes, étouffantes, humides par surcroît ; l'impuissance des hublots et des ventilateurs était à peu près absolue !

**La mode en croisière.** — Au point de vue vestimentaire, nous recommandons : pour les femmes, d'assez nombreuses toilettes (toile de soie, tussor) ; pour les hommes, de la toile écrue, ou, de préférence, du tussor. Pour tout le monde, un ou deux pull-over ou chandail, un vieux manteau pour le bateau (quelques soirées fraîches). Surtout, malgré la notice, pas de smoking (que je n'ai revêtu qu'une seule fois en vingt-cinq jours et dont on doit se passer en croisière d'été). Pour le dîner, emportez simplement un veston vaguement sombre, mais les femmes... !

Le premier soin de quelques jeunes camarades fut d'adopter le fez à Alexandrie, et la calotte brodée à Damas.

Casque colonial ? D'assez nombreux croisiériens en étaient munis. Pour ma part, j'avais trouvé à Paris une modeste paille, type planteur de la Jamaïque, qui me rendit de signalés services.



3. — Les « croisiériens » à la Mosquée des Derviches Tourneurs (Damas).

Le chapeau mou paraît à peine moins porté en été que le chapeau de paille au Caire, et les agents de la circulation, en Palestine, restent coiffés, en plein soleil, d'une sorte de bonnet de fourrure. Quelques croisiéristes même, surtout médecins, ignoraient les délices du style Saint-Tropez et se promenèrent en veston noir, gilet, col empesé et chapeau de feutre : ils n'en sont pas morts.

Emportez votre maillot de bain : des croisiériens trouvèrent le temps et la force de se baigner à la piscine du Ména-House, aux plages de Port-Saïd, d'Alexandrie, de Rhodes et de Smyrne. Si vous êtes follement matinal, vous pouvez joindre à ces étapes balnéaires une trempette dans le lac de Tibériade.

La poussière est très pénible à supporter dans les trains du Caire à Alexandrie et à Port-Saïd (on a pourtant bien envie d'ouvrir les fenêtres). Au Caire même, lors de la visite en partie infructueuse, pour cause de fermeture, des tombeaux des Khalifes et dans la tournée, assez peu intéressante du deuxième jour à Héliopolis et à l'Obélisque de Ramsès, nous en prîmes plus que notre part, comme sur la route de Baalbek, puis entre Beyrouth et Tripoli (60 kilomètres de route en rechargement).

Un voile pour couvrir le visage de vos compagnes sera donc indispensable contre la poussière. Quant à vous, mes confrères, un mouchoir un peu fin sur le nez et la bouche pendant les passages difficiles (se **méfier des angines**). Des lunettes antiactiniques naturellement. Il en existe d'assez coûteuses qui altèrent relativement peu les rapports de couleur. Nous nous en sommes bien trouvés.

**La « question » de l'eau.** — A propos de Jérusalem, j'avais lu dans un journal du Caire que la sécheresse persistante était cause d'une disette d'eau telle que l'on transportait de Jaffa, par wagon-citerne, le précieux liquide et l'on faisait allusion, dans cet article, à un arrière petit goût de pétrole contre lequel les précautions culinaires les plus savantes restaient impuissantes. Nous constatâmes que cette assertion n'était pas complètement dénuée de fondement. Enfin, il paraît que « l'an prochain, à Jérusalem », la question brulante de l'eau potable et fraîche sera résolue.

Méfiez-vous de l'eau et des crudités, nous avait-on mille fois rappelé, et je vous jure qu'en ce qui concerne les radis et la salade, nous avons tenu parole. Pour l'eau, elle est suspecte dans tout l'Orient (sauf au Caire, d'après M. Familiades, l'un de nos dévoués accompagnateurs). Vous vous protégez en accumulant Pelion sur Ossa, c'est-à-dire Périer sur Evian, mais vous acceptez à Damas ou ailleurs de la glace, faite avec quelle eau ? ? distribuée avec quelles mains ? ?

A quand le frigidaire universel ?

Notre ami D. baptisait sa salade avec du vinaigre, son eau avec du vin, sa glace avec quelques gouttes de whisky et les déclarait alors tabous. Faut-il le croire ?... J'oubliais : ne vous froissez pas si au Caire, comme chez les Franciscains de Nazareth, à Baalbek comme à Damas, on vous réclame — avant de consommer — vos piastres pour régler votre eau minérale (+ 10 %) : c'est la mode dans tout l'Orient.

Agréable surprise, aucun moustique, sauf à Damas dans une salle de bain contiguë à notre chambre. Nous avons déployé la moustiquaire à Jérusalem et à Nazareth, mais imprudemment peut-être, nous nous sommes contentés à Damas et au Caire de nous oindre d'essence de citronnelle : aucune morsure.

***

« *Il est des sites qui résistent magnifiquement aux divagations de la littérature.* »

L. Romier.

**Les documentateurs.** — Nous ne sommes plus d'une époque à être intoxiqués, pas plus par Renan, Chateaubriand, Lamartine, Nerval, que par Loti, Maurras ou Barrès. Nos grands entraîneurs se nomment aujourd'hui Duhamel, Kessel, Dorgelès, les Tharaud, Pierre Benoit, la Fouchardière et plusieurs croisés se repentirent certainement — sans nous l'avouer tout à fait — d'avoir, en toute foi *barrésienne*, lâché le *Patria* à Alexandrette pour piqueniquer à Antioche par d'innommables routes, à la recherche d'un hypothétique Jardin sur l'Oronte.

***

Si vous en avez le loisir, préparez la croisière un ou deux mois d'avance. Commencez par posséder à fond l'excessivement précieux guide Méditerranée Orientale édité par Hachette et qui décrit toute la croisière des M. M., à l'inverse de la croisière A, c'est-à-dire en commençant par Pompéi et le Pirée, mais forcément incomplet et quelque peu tendancieux, en ce qui concerne les problèmes ethniques et religieux, embrouillés et si complexes qui se posent en terre d'Asie, entre Port-Saïd et Istamboul, et de Beyrouth au Golfe Persique.

Pour l'Egypte, le Maspéro naturellement et, si vous pouvez trouver un vieux Baedeker d'avant-guerre en français, il vous rendra service. Le guide bleu Paris-Constantinople 1914, réédité récemment n'a pu être modifié et n'est naturellement pas tout à fait à la page. Mais très prochainement doit paraître le nouveau guide Turquie (1).

Il faut vous documenter préventivement sur trois musées merveilleux : ceux d'Istamboul, de l'Acropole et de Naples.

A la librairie H. Laurens, prenez donc Constantinople (par Ch. Diehl, 1925), Naples, Pompéi (en deux volumes), Athènes, le Caire. En ce qui concerne les antiquités d'Athènes, je vous signale plus loin un volume excellent.

Musée du Caire : débrouillez-vous pour le visiter deux fois ; M. Fichet m'a assuré qu'aux prochaines croisières de vacances, vous auriez deux jours de plus que nous pour visiter la capitale de l'Egypte. Sinon, je vous conseille de lâcher la ballade qui comprend Héliopolis, l'Arbre de la Vierge et la pyramide de Ramsès.

Cette année, les M. M. ont inauguré ceci : un accompagnateur de la croisière, M. Janin, nous a fait au Caire de petits topos à la Mosquée El Azhar, à la vieille église Copte et la Mosquée du Sultan Hassan. Ils étaient courts et fort intéressants. En Palestine et en Syrie, un guide de premier ordre attaché aux M. M., libanais polyglotte, M. Elias Homsy nous a exposé la question : Mosquée d'Omar, Saint-Sépulcre, Tombeau de Saladin, etc., avec une concision et une élégance de termes à faire pâlir un vieux candidat à l'internat.

Au Musée de Rhodes, les guides sont au-dessous de tout et baragouinent un français à peu près incompréhensible. Là, comme au Musée de Constantinople, la visite consista en une galopade effrénée.

Les guides du Musée du Caire sont médiocres et parlent assez mal notre langue ; ceux d'Athènes sont passables, bien qu'ils sacrifient trop à mon goût, l'exquis Musée de l'Acropole.

A Naples, ne vous laissez pas carotter, soit la visite des salles de peintures, soit celles des salles du premier étage où se trouvent bijoux, joaillerie, verres précieux, camées, lampes et lampadaires, etc., etc., trouvés à Pompéi (dont un service d'argent récemment découvert et qui est une pure merveille).

J'estime que les M. M. devraient donner plus d'importance aux courtes conférences préparatoires de leurs accompagnateurs et faire connaître aux touristes, soit la veille, soit sur place en quelques phrases lapidaires, l'essentiel de chaque visite.

*(A suivre.)*

(1) Le guide bleu Syrie-Palestine et le nouveau guide de la Grèce, parus cette année sont très complets et conçus dans un esprit très objectif.
Celui d'Egypte est en préparation (1934 ?)

# LA PAGE SANS MÉDECINE

*.....Mais par malheur les ombres sont dans la nature et sans ombres il n'y aurait pas de parties brillantes .....*

(STENDHAL).

DCCLXXXIV. — Gaston MARTIN. — **L'ère des Négriers**, d'après des documents inédits. Un vol. 14 × 22,5 de 448 pages illustré de 7 planches hors-texte. Tome II de l'histoire de Nantes au XVIII[e] siècle (1714-1774). Bibliothèque d'Histoire contemporaine. *Editions Alcan.* Paris, 1931. 70 francs.

Nantes, port d'attache des négriers, connut au XVIII[e] siècle une fortune prestigieuse, dont nous verrons l'épanouissement dans le tome III que Monsieur Martin, agrégé d'histoire au lycée de Toulouse, se propose de consacrer à « *Messieurs du Commerce* ». Dans ce tome second plus spécialement réservé à la traite négrière, en utilisant les documents inédits des Archives de l'Amirauté l'auteur décrit avec un luxe un précis de détail les modalités, les vicissitudes de ce singulier commerce en pleine prospérité à cette époque. C'est dire que son livre déborde les limites coutumières d'ouvrages réservés à l'histoire « locale » : Nantes est le prétexte et le point de départ d'une curieuse randonnée, fort exactement tracée par l'historien devenu narrateur ingénieux, ordonnant suivant une très souple méthode les renseignements des journaux de bord, des mémoires dont personne n'avait songé à dépouiller l'intéressant et copieux enchevêtrement. Après avoir examiné, si l'on peut dire, la technique des opérations et suivi les phases, l'organisation, les péripéties de la traite, ses conditions de fonctionnement à terre, en mer, d'Afrique aux Iles et aux Amériques, toutes les misères, les ruses de ce monstrueux trafic, les coutumes de cette Armada préposée au commerce de l'homme marqué comme un bétail au fer, puis entassé au maximum des disponibilités, l'auteur dans une seconde partie retrace l'historique de ces tractations en fonction de la législation, des mœurs, des rapports internationaux ayant pour effet de faciliter ou de compliquer leur évolution marchande. Une troisième partie s'occupe plus particulièrement, mais avec non moins de vivacité descriptive des répercussions sociales, du statut juridique, des conceptions du « *colonianisme négrier* » et de ses tranquilles audaces. Les sept planches sont pittoresquement démonstratives des fins poursuivies, et l'un des culs-de-lampe, (où, une négresse morte du pian est qualifiée, par le capitaine en rupture d'orthographe, de «pianiste » et où l'enflure relatée prête fâcheusement à confusion) témoigne éloquemment des imperfections des commettants. Le livre est solidement charpenté et rédigé de façon à rendre aux hauts-faits des négriers, en pleine lumière toute leur crudité. Dans les conclusions, tant il est vrai que l'histoire est un perpétuel recommencement, ces quelques lignes ont retenu mon attention, par leur ton de grave et prophétique sagesse et la possibilité d'une actuelle transposition aux événements de notre époque :

*« Il paraîtra de plus en plus évident à ces esprits, positifs qui savent compter, qu'un pays va mal dont les finances périclitent au milieu de la prospérité générale des regnicoles* (1), *que c'est folie de confier les intérêts des producteurs à des «robins » qui n'entendent rien aux affaires ; que ceux qui paient, enfin, ont le droit de donner leur avis, et que le temps serait peut être venu de faire des payeurs les conseilleurs ».*

DCCLXXXV. — André BILLY. — **La Femme maquillée**. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion.* Paris, 1932. 12 francs.

Je verrais très bien les personnages de ce roman rassemblés dans la collection d'un aliéniste : ce mari loufoque qui s'encanaille, boit et conseille à sa femme des distractions para-conjugales ; cette femme qui raconte à son amant (sans omission!) les fredaines de son époux et les siennes ; cet amant qui se délecte de cette confession et en provoque le suintement ; toute cette application collective, cet asservissement aux injonctions de vices sordides, cette femme surtout qui sous son vernis d'apparente civilisation reste la femelle, soumise au mâle qui émeut sa chair et qui la bat. L'amant est aussi falot et suffisant et creux que le comporte son rôle d'utilité : et d' «utilité » pensant remplir la scène ! Ce roman est cruel pour nos contemporains en ce sens que nous pouvons y retrouver des détails de juste observation, une très habile transcription des dérèglements qui sont monnaie courante dans un monde faisandé. Le talent de Billy a su animer le monologue presque continu de l'amoureuse d'un mouvement uniformément accéléré et l'habiller de vraisemblance : maniant avec virtuosité sur ces nudités psychologiques le vieux manteau insuffisant à couvrir ces suspectes ivresses.

---

(1) Nous traduirions avantageusement aujourd'hui «*regnicoles* » par ... fonctionnaires !

DCCLXXXVI. — Fernand Fleuret. — **Cartouche et Mandrin**, d'après les livrets de Colportage avec des images populaires. Un vol. 15 × 20 illustré de 17 planches. *Editions Firmin-Didot.* Paris, 1932. 20 francs.

La « *Bibliothèque bleue* » (ainsi se nommait cette littérature spéciale des colporteurs) fit une large place aux exploits de Cartouche et de Mandrin. Ferdinand Fleuret que son admirable érudition n'empêche pas d'ironiser à ses heures (1) compare chez le populaire ce goût des histoires de brigands à la faveur dont jouit, auprès du public sensible à la séduction de la rhétorique pédagogique, le genre plus noble des « *Vies des personnages illustres* ». Son introduction, copieuse, abonde d'ingénieux aperçus et fulgure de piquantes remarques, aimablement agressives : j'y ai appris que fut visité par Mandrin le château du médecin de Voltaire; que Monsieur Funck-Brentano a été victime d'illusions historiques ; que les médecins et chirurgiens évaluaient les aptitudes physiques des patients condamnés au supplice ou à la question. Et dans la biographie des deux personnages on reconnaît encore, retouchant les naïvetés de cette littérature « bleue » la patte magistrale, benoîte ou hérissée de griffes, de Monsieur Fleuret.

DCCLXXXVII. — Maryse Choisy. — **Le Veau d'or.** Roman-Reportage. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.* Paris, 1932. 15 francs.

Les financiers très aisément reconnaissables que l'auteur met en scène ne sont pas flattés. Il y a dans le livre beaucoup de brio, mais par vocation probablement congénitale, l'auteur ne peut pas arriver au bout d'une histoire sans succomber à ce vertige spécial dont Madame Sans-Gêne subissait les déplorables effets et qui donnait à ses propos une saveur fort relevée.

DCCLXXXVIII. — Th. Jungers. — **Petit Nicolas.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions « Les Œuvres représentatives »*. Paris, 1932. 12 francs.

Cette histoire d'un petit paysan est tracée avec beaucoup de vérité, une très précise connaissance des incohérences de la logique infantile. Elle est reposante à force de simplicité, de candeur et de lénitive sentimentalité.

(1) Voir les « *Mémoires de la bienheureuse Raton, fille de joie* ».

DCCLXXXIX. — Jean Perrigault. — **L'enfer des Noirs.** Cannibalisme et fétichisme. Un vol. illustré 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Librairie française.* Paris, 1932. 12 francs.

Je vous ai signalé l'année dernière la remarquable enquête du même auteur relative aux « *Bêtes et Gens de brousse* ». Son nouveau livre rapporte de curieuses coutumes des noirs africains : sorcellerie, mystères religieux horrifiants ou grotesques, rites obscurs et qui louvoient de l'idolâtrie à la thérapeutique. Etranges manifestations qui posent sans solution le problème des premiers cultes sur l'humanité rudimentaire et qui sont adroitement contées par un clairvoyant et flegmatique observateur.

**Varia*****

Puisque ma chronique est aujourd'hui vouée au noir je vous signale encore (dans la Collection « Hier et aujourd'hui » Editions Flammarion) le « *Paris-Tombouctou* » donnant à 3 fr. 75, l'œuvre célèbre de Paul Morand sur l'Afrique Occidentale française. Et dans la même collection un « *Chine* » de Blasco Ibanez, une « *Madame de Pompadour* » de Marcelle Tinayre, et de Monsieur Funck Brentano (déjà nommé) « *les Secrets de la Bastille* ».

* Dans « *Marsyas* », cette mince revue qui lutte courageusement contre le destin qui menace toutes les revues indépendantes un poème splendide de Sully André-Peyre : « *Dans l'arôme d'une pomme de pin j'ai reconnu ma jeunesse, là-bas* ... » Le texte provençal a une cadence et une clarté de texte grec, cette mesure harmonieuse et sonore de vers chantants de l'Anthologie. Une amicale tentative d'explication de la poétique de Supervielle par Denis Saurat.

* Dans la *N. R. F.* d'octobre une étincelante fantaisie de Valéry Larbaud sur les sources de l'inspiration littéraire, que je vous recommande particulièrement et sur laquelle je reste. Il sera bien assez tôt la semaine prochaine pour vous parler de la délectation morose de Monsieur Gide, poursuivant ses confidences dans la suite de son « *Journal* ».

**Correspondance*****

Docteur F. G. *Rhône.* Je ne connais pas cet auteur auquel un clan limité d'adorateurs prête du génie, et ignorais la publication de cette œuvre à tirage limité. Je n'ai aucune raison de la signaler, et d'ailleurs sa sortie d'édition est trop ancienne. J'ai déjà assez de mal à suivre le train endiablé de l'actualité.

7 octobre 1932

L'Homme aux Bésicles.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité.** (Professeur Emile SERGENT). — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 5 décembre à 9 h. 1/2 et se terminera le samedi 10.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** *Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie* (du 2 au 26 novembre 1932, sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT). — Le cours aura lieu du mercredi 2 novembre au samedi 26 novembre 1932, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45, et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire ; recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réactions de Wassermann ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

PROGRAMME DES COURS (73 leçons). — M. GOUGEROT : Syphilis. Notions nouvelles sur l'évolution. — M. LEVADITI : Le tréponème. — Mlle ELIASCHEFF : Recherche du tréponème. Réaction de Wassermann, floculation. Sérologie de la syphilis. — M. SÉZARY : Ponction lombaire. Etude du liquide céphalo-rachidien. — M. LEVADITI : Syphilis expérimentale. — M. MILIAN : Chancres syphilitiques. Chancre mou. — M. CHEVALLIER : Syphilis secondaire. — MM. NICOLAS, FAVRE : Ulcère vénérien adénogène. — M. BURNIER : Syphilis maligne précoce. — M. CHEVALLIER : Méningites syphilitiques. — Mlle ELIASCHEFF : Anatomie pathologique et histologie de la syphilis. — M. BURNIER : Syphilis tertiaire cutanée et muqueuse. Phagédénisme. — M. MILIAN : Leucoplasie. — M. LOUSTE : Syphilis du foie, de la rate, du rein, du testicule, de l'ovaire. — M. PINARD : Pathologie générale de la syphilis. Immunité. Réinfection, super-infection. — M. GOUGEROT : Syphilis post-traumatique. Syphilis réveillée par l'infection. — M. Cl. SIMON : Ulcérations génitales ; ulcère aigu et chronique de la vulve. Balanite, végétations. — M. DECHAUME : Syphilis acquise et héréditaire des maxillaires et des dents. — M. DUVOIR : Expertise médico-légale en matière de syphilis. — M. BLUM : Syphilis et diabète. — M. BABONNEIX : Syphilis médullaire. Atrophies musculaires syphilitiques. — M. FERNET : Syphilis et tuberculose viscérale. — M. LOUSTE : Syphilis du tube digestif. — M. HUTINEL : Syphilis du poumon et du médiastin. — M. LOUSTE : Syphilis ostéo-articulaire. — M. LIAN : Syphilis du cœur et des vaisseaux. — MM. BARTHÉLEMY, SCHULMANN : Syphilis des glandes endocrines. — M. GARCIN : Syphilis cérébrale. Tabès. — M. CLAUDE : Paralysie générale. — M. DUPUY-DUTEMPS : Syphilis oculaire. — M. HAUTANT : Syphilis de l'oreille. — M. HALPHEN Syphilis du nez et du larynx . — M. LÉVY-VALENSI : Troubles mentaux des syphilitiques. — M. LOUSTE : Syphilis et grossesse. Hérédité. — M. TIXIER : Hérédo-syphilis précoce. — M. DARRÉ : Hérédo-syphilis tardive. — M. BABONNEIX : Hérédo-syphilis nerveuse. — M. GOUGEROT : Déontologie. Mariage des syphilitiques. — M. GOUGEROT : Syphilis et cancer. — M. HEITZ-BOYER : Blennorragie. — M. CHEVASSU : Critérium de la guérison de la blennorragie.

Un cours semblable a lieu chaque année en mai et en novembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 3 au 29 octobre 1932 et est suivi d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui a lieu du 28 novembre au 17 décembre 1932.

Le droit à verser est de 350 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers, à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

— **Clinique oto-rhino-laryngologique** (Enseignement sous la direction de M. Fernand LEMAITRE, professeur.) — 1º *Enseignement magistral* (clinique et technique) par le professeur, gratuit, sera donné dans le service de la clinique à l'hôpital Lariboisière et comprendra : *a*) Une leçon clinique avec présentation de malades, le mardi à 10 heures. Première leçon, le mardi 8 novembre ; *b*) des séances opératoires, les mercredi, vendredi et samedi à 10 heures. Première séance : le mercredi 9 novembre.

2º *Enseignement aux stagiaires* par le professeur, les anciens chefs de clinique, les chefs de clinique et les chefs de laboratoire. Cet enseignement, gratuit, est réservé aux étudiants en médecine de cinquième année inscrits à la Faculté et aux médecins praticiens. Il consiste dans l'exposé des notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie, telles que doivent les connaître les médecins praticiens non spécialisés. Cet enseignement clinique avec présentation des malades sera fait les mardi, jeudi et samedi à 10 heures. Première séance : mardi 8 novembre (service de la clinique à l'hôpital Lariboisière).

3º *Enseignement aux spécialistes oto-rhino-laryngologistes.* — *a*) Enseignement d'initiation. Cet enseignement, propédeutique, réservé aux futurs spécialistes, est essentiellement technique, contrairement à l'enseignement destiné aux stagiaires, futurs praticiens.

*b*) Enseignement clinique complémentaire, sous la direction du professeur par MM. les chefs de clinique, chefs de laboratoire, assistants et internes du service. Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin de scolarité qui sont déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Il aura lieu le matin aux mêmes époques que les cours de chirurgie opératoire spéciale qui auront lieu l'après-midi.

*c*) Enseignement d'anatomie pratique, en vingt leçons, aura lieu toutes les après-midi ; il précédera les cours de chirurgie opératoire spéciale.

d) Enseignement de perfectionnement chirurgical, qui comprendra : deux cours pratiques de chirurgie opératoire spécial, par le professeur et MM. les Docteurs AUBIN, laryngologiste des hôpitaux, MADURO et RÉMY-NÉRIS, chefs de clinique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire ; ils seront donnés à l'amphithéâtre des hôpitaux, tous les jours à 2 heures.

4° *Enseignement aux spécialistes stomatologistes* qui a lieu le vendredi matin à partir de 10 heures et comprend : *a*) Une leçon clinique, avec présentation de malades, par le Docteur Charles RUPPE, stomatologiste des hôpitaux ; *b*) une séance opératoire, avec explications anatomo-cliniques, par le professeur.

Pour tous renseignements, consulter les affiches spéciales ou s'adresser au Docteur MADURO ou au Docteur RÉMY-NÉRIS, chefs de clinique, hôpital Lariboisière.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Broca** (Services des Docteurs TZANCK et WEISSENBACH). — Avec le concours des Docteurs CIVATTE, chef de laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; FERNET, médecin de Saint-Lazare ; BASCH, médecin des hôpitaux ; BORDIER, EDWIN SIDI, assistants à l'hôpital Broca ; MARTINEAU et Mlle DOBKEWITCH, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. A. DREYFUS, M. CORD et LE CHARTRE : *Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie*, du 3 novembre au 2 décembre 1932.

PROGRAMME. — 3 novembre, M. TZANCK : Classification dermatologique et lésions élémentaires. — 4 novembre, M. A. DREYFUS : Anatomie normale et pathologique de la peau. — 5 novembre, M. TZANCK : Erythèmes et érythrodermies. — 7 novembre, M. M. CORD : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires. — 8 novembre, M. TZANCK : Les séroses (eczéma, urticaire, etc...) Notions des intolérances cutanées. Les prurigos. — 9 novembre : M. TZANCK : Les cytoses résolutives (papules, végétations). — 10 novembre, M. TZANCK : Les cytoses nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices). — 12 novembre, M. LE CHARTRE : Thérapeutique dermatologique. — 14 novembre, M. E. SIDI : Les dystrophies cutanées. — 15 novembre, M. CIVATTE : Tumeurs malignes. — 16 novembre, M. TZANCK : Les pyodermites. — 17 novembre, M. BASH : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées. — 18 novembre, M. Fernet : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides. — 19 novembre : M. BASCH : Chancre mou. Poradéno-lymphite. — 21 novembre, M. WEISSENBACH : Syphilis (généralités). Syphilis primaire. — 22 novembre, M. BASCH : Syphilis secondaire. — 23 novembre, M. FERNET : Syphilis tertiaire. — 24 novembre, M. BASCH : Syphilis viscérale tardive. — 25 novembre, M. FERNET : Syphilis héréditaire. — 26 novembre, M. WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis. — 28 novembre, M. WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis. — 29 novembre, Mlle. DOBREWITCH : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles. — 30 novembre, M. BORDIER : Blennorragie aiguë. — 1er décembre, M. BORDIER : Blennorragie chronique. — 2 décembre, M. MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (Dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Docteur MARTINEAU, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** — *Concours de l'adjuvat.* — Jury : MM. Lenormant, professeur désigné par la Faculté de médecine, Basset, Gouverneur, Etienne Bernard.

— **Concours de l'Internat.** — Jury : MM. Weissmann, Paraf, Debray, Boulin, médecins ; Sénèque, Leibovici, Welti, chirurgiens ; Huet, oto-rhino-laryngologiste ; Digonnet, accoucheur.

— **Concours de l'Internat.** — *Liste alphabétique des candidats.* — Mlles Abadi, Abraham, MM. Adle, Aliker, Alilaire, Allos, Amante, Amphoux, Andrianopoulos, Anglade, Antomarchi, Arnous, Arvay, Arviset, Aschkenasy, Aubert, Auclair, Audoux, Auffret, Aussannaire, Austerveil, Avenier, Azoulay, MlleBalossini, MM. Barbier, Barcat, Bardery, Bardon, Barouch, Mlle Barré, MM. Barrière, Barry, Basset, Batail Robert, Mlle Bataille Jeanne, MM. Baudet, Baudouin, Bauer, Baulande, Bayle, Beauchef René, Beauchef Jean, Beaufils, Belletoille, Bellotte, Benassy, Benguigui, Benoist, Béquignon, Béranger, Bernard, Bessil, Bibas, Bigey, Billard, Blanc, Blanchard, Blau, Boëlle, Boissonnat Pierre, Boisonnet Jacques, Boivin, Bonamy, Bondoux, Bonhomme, Bonnel, Mlle Bonnenfant, MM. Bonnet Georges, Boquet Henri, Boquet Paul, Borde, Borgida, Boros, Botreau-Roussel, de Botton, Bouchacourt, Boudonnet, Boulard, Bour, Bourdeau, Bouret, Bourgin, Bourré, Boussard, Boussoulade, Boutakof, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouwens-Van der Boyen, Boyé Pierre, Boyer Jean, Braunberger, Brault, Brégeat, Breitel, Bret, Brettor, Bricage, Brinon, Broche, Broutrran, Brumpt, Brunhes, Buffard, Burel, Bussière, Buisson.

MM. de Cagny, Cahuet, Callot, Calvet Jean, Mme Calvet, née Gauttineau, MM. Camena d'Almeida, Campesco, Camus Jean, Camus Pierre, Cante, Capmas, Carniol, Carrez, Mlle Casalis Annette, MM. Casalis Gérard, Gastany, Cau, Mlle Cauchy, MM. Caudron, Cauvy, Catinat, Mlle Cazamian, MM. Cernéa, de Chabert-Ostland, Challiol, Chanel, Chapoy, Chareire, Charousset, Chatain, Chaubon, Mlle Cheikh, M. Chenebault, Mlle Chessebeuf, MM. Chevallier, Chevé, Claudo, Claisse, Clenet, Cler René, Cler Pierre, Cochemé, Cohen-Solal, Coldefy, Combes, Mlle Comby, MM. Copreaux, Corcos, Cordebar, Cormélie, Cornetet, Mlles Coste, Cottin, Cotton, Courrier, MM. Coulombeix, Courtir, Cuvereaux, Danard, Darras, Dartiguepeyrou, Dassencourt, Dastugue, Daudier, Daum, Dayerne, David Jean, Mlle Debay Christ., MM. Debidour, Debouvry, Debray Jean, Dechaume-Moncharmont, Dehouve, Mlle Delaage, MM. Delaître, Delattre, Delord Pierre, Delort Joseph, Delzant, Demange, Demartial, Mlle Demtchenko, MM. Dépaillat, Dérieux, Dérobert, Mlle Desallais, MM. Deseglise, Desfrançois, Desmonts, Mlle Despax, MM. Desrosiers, Devoucoux, Dezoteux, Dillange, Divet, Domart, Doreau, Dormay, Douay, Doukan, Drain, Dreyfus, Drizard, Dubarry, Dubois Pierre, Dubos, Du Buit, Ducrox,

Duflo Jacques, Duflos Léon, Dufour Emile, Dufour Jean, Mlle Duméry, MM. Duperrat, Dupuy, Durandy Maurice, Duriez, Dutheil, Mlle Dutilloux, MM. Duval, Ebstein, Eckle, El-Khaïm, Epelbaum, Mlle Epstein, MM. Escarré, Fabre Albert, Faliu, Falk, Fasquelle, Faugeron, Faulong, Fauvet, Fay, Feldstein,Ferrien Georges, Mlle Ferrieu Henriette, MM. Ferval, Feuillet, Filderman, Filhoulaud, Findjain, Mlle Finkelstène, MM. Fleury, Fleys, Florès, Flori, Flourens, Fonteneau, Foret, Forget Roger, Mme Forget, née Fauvert, MM. Fornari, Fortin René, Fourault, Fournée, Franchel, François René, François-Dainville, Fréret, Fulconis, Gaignerot, Galup, Ganière, Gaquière, Garcin, Gaube, Gaumé, Gautier, Gay, Gelbert, Genevrier, Genty, Georget, Gérard Pierre, Gerbeaux, Gerbet, Mlle Ghinssberg, MM. Ghozland, Giaume, Gilbert, Gillet, Gillou, Gillot Jean, Girard, Giraud Jean, Giraud Georges, Giraudoux, Mlle Giret, MM. Gisselbrecht, Glénard, Goby, Goéré, Golse, Gordet, Mlle Gottlieb, MM. Gouget, Goujard, Gourand, Gout, Goutner, Goyer, de Graciansky, Gras, Gratier, Greene, Grenet Marcel, Grenet Pierre, Grépinet, Gresse Richard, Grèze André, Mlle Griboval, MM. Gross, Grossiord André, Grossiord Gilbert, Gruner, Grupper, Guébel, Guénin, Guéret, Guérin Jean, Guès, Guichard, Guillemin, Guillon, Guittard, Guny,

Habrekom, Mlle Haguenauer, M. Haguier, Mlle Hahn Lucie, MM. Hallé, Hamoun, Mlle Hannes Augustine, MM. Hébert Pierre, Hébert Paul, Hector, Mlle Helman, MM. Henry, Herenschmidt, Herlnison, Hertz, Hofmann, Horeau, Huchet, Mlle Huguet, MM. Huguier, Husset, Ichard, Inbona, Izraël, Jacquet Maurice, Jacquet André, Jaïch, Jamain, Mlles Jeannette Valen, Jesensky de Magny de Jeseny, Jomier, MM. Joseph, Jouanneau, Jouffroy, Katz, Kipfer, Kiszelnik, Kolpenitzki, Krug, Kun, Lache-Joüon, Kaplan, Karabarbounis, Karcher, Kasatzkerny, Mlle Ladet, MM. Lafon, Lafourcade, Lagaillarde, Laigle, Lajouanine, Lambert André, Lambling, Landolt, Lanthier, Laroche, Laumonnier, Laurence, Mlle Lautmann, MM. de Lavedan de Casaubon, Lavergne, Le Beau, Lebel, Lebreton, Le Brun, Lecat, Le Cœur, Leconte André, Leconte Maurice, Ledoux-Lebard, Le Duc, Lefebvre René, Lefebvre Jacques, Lefer, Le Foll, Mlle Legagneux, MM. LégerLéon, Legrand, Legroux, Legry, Pierre, Lemaire, Lemasson, Lepetz, Le Picard, Lepintre, Le Roy André, Le Roy François, Leroy Louis, Leschi, Lesobre, Lespinat, Mme Levachkivitch, M. Lévy Jean, Mlle Lévy Gilberte, MM. L'Hirondel, L'Huillier, de Lignières, Limasset, Lion, Mlle Liphschutz, M. Lobel, Mlle de Loeschnigg, MM. Logeais, Loiseau, Longuet Yves, Mlles Lorain, Lorsignol, MM. Lortat-Jacob, Losay, Mlle Luneau, M. Luteraam, Mlle Lyon.

MM. Magder, Maillard, Malartic, Malinsky, Mallet, Mande, Marçais, Mlle Marcelot, MM. Marchak, Marcombes, Marcy, Marlir, Marquès, Marre, Martel Jean-Hélène, Martel Jean-Lucien, Martin Jean-Ernest, Martin Marcel, Martin Noël, Martin Philippe, Martini Georges, Martinie Jacques, Martrou, Maruelle, Masse, Mathey Pierre, Mathey Jean, Mathieu, Mathivat, Matinet, Mattern, Maugenest, de Maulmont, Maurage, Maurice, Maury Jacques, Maury Pierre, Maynadier Paul, Maynadier Pierre, Mazingarbe, Meillon, Mlle Melon, MM. Menanteau, Ménétrier, de Mestier du Bourg, Mourin, Meyer Jean, Meyer Louis, Meyer Moïse, Meynard, Meyraud, Michaëlidès, Mignot, Millard, Mine, Mirbeau, Mitroni, Molinéry, Monier Henri, Monin Emile, Monnier Jean, Monsaingeon, Montagne, Monti, de Montis, Mlle Montrozier, M. Moreau, Mlle Morel, MM. Moreno, Morhange, Morichan-Beauchant, Morin Paul, Morin Marcel, Mouchotte Robert, Mouchotte Maurice, Moulinier, Mourgues, Nabert, Nakache, Nardi, Nastorg, Négreanu, Netter, Neumann, Nicaise, Nigaud, Nocton, Nouaille, Mlle Œhmichen, MM. Offret, Oger, Olivier, Opin, Orinstein, Orsoni, Ortholan, Osenat, Ouoin, Ovary, Paillas, Palangié, Mlle Paley, MM. Parfus, Paris, Parrot, Mlle Patez, MM. Pauchard, Payet, Pêcher, Pellerat, Pellier, Perret Robert, Perret Raoul, Pertus, Mlle Petit Paule, MM. Petit Pierre, Petit Jean, Petresco, Mlle Pévet, Philippe Madeleine, Picard Suzanne, MM. Philippe Mathieu, Picard Pierre, Picart René, Picquart Albert, Picquart Antony, Pierra, Pietroni, Pimpaneau, Piraud, Piroux, Piton, Placa, Plas, Pointud, Poissor, Polak, Poncet, Porge, Porret, Pottier, Pouliquen, Prat, Puybaret, Rabaté, Rabinovici, Rabourdin, Rambert, Mme Rambert née Brenot, MM. Raphaël, Raulot-Lapointe, Raymond Roger, Renaud François, Rendu, Mlle Renié, MM. Reynaud Lucien, Ribert, Richard Charles, Richard Eugène, Ripart, Robert, Robin, de Rocca-Serra, Roche, Rocher, Rogé Raymond, Mlle Rohlfs, MM. Rohozinski, Rosanoff, Rossier, Rossignol, Roteinstein, Rouchy, Rouvet, Rouvillois, Roux, Rouyer François, Rouyer René, Rouzaud, Roy André-Louis, Roy André-Henri, Rozée-Belle-Isle, Rudaux, Rymer.

Mlle Sachnine Anna, MM. Sachnine Lazare, Sacquepée, Saïe, Saillant, Mlle Sainton, M. Salamon Jean, Mlle Salembiez, MM. Sallerot, Salvanet, Samain, Sarradin, Sarrazin, Sautter, Sauvain, Scemama, Schatz, Scheid, Schneider, Seguin, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal, Sérane, Seringe, Sene, Sicard Pierre, Sifflet, Siguier, Simart, Mlles Simon Marie, Simon Antoinette, MM. Simon Gaston, Simonin, Siraga, Sobieski, Mlle Solente, MM. Soullard, Stallender, Streusand, Suire, Szejdel, Tallet, Tanret, Taveau, Temerson, Tempier, Terver, Thévenin, Thieffry, Thomas Henry, Thomas Ferdinand, Thomeret, Mlle Thueux, MM. Tiffeneau, Tilitcheoff, Tissandié, Tissot Jacques, Tissot Franck, Torrel, Tran Van Con, Trepsat, Tribalet, Trombert, Trotot, Trouvé, Truelle, Turchini, Turlotte, Ullmann, Vallancien, Vancostenoble, Vannier Henri, Varay, Vassor, Vautier, Vélez, Vendryès, Vettier, Viala, Vialard, Vidart, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent Jean, Vincent Jules, Vincent Paul, Vincent Philippe, Vincent Pierre-Emile, Vincent Pierre-Ignace, Vintzel, Vivion, Wattez, Wimphen, Mlle Wix, MM. Wolfromme, Wolinetz, Mlle Wuest, MM. Yglésias-y-Betancourt, Zaepffel, Zarachovitch, Zeiler, Zivy, Zwillinger.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les Dernières Nouvelles en tête des « Demi-Colonnes »*)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer le décès du Docteur COUVRAT-DESVERGNES, d'Agen (Lot-et-Garonne) ; du Docteur Hubert CHAUFOUR, radiologiste adjoint des hôpitaux de Paris ; du Docteur FOLLET, de Rennes (Ille-et-Vilaine).

— **XIXe Congrès d'hygiène.** — Ce Congrès tiendra ses séances les 24, 25, 26, 27 et 28 octobre, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

*Programme* : Lundi 24 octobre : L'œuvre réalisée en France par les hygiénistes professionnels. — Mardi 25 octobre : Réalisations en hygiène dues à l'initiative et à l'action des œuvres publiques et privées. — Mercredi 26 octobre : Formation technique des hygiénistes.

— **Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier.** — La Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra au mois de mars 1933 sa session annuelle.

Elle sera consacrée à la climatothérapie d'altitude et de semi-altitude chez les enfants.

Quatre rapports seront présentés :

1. M. le Professeur LEENHARDT, de Montpellier : La cure préventoriale d'altitude et de semi-altitude chez les enfants non tuberculeux.

2. M. le Docteur GARDETTE, de Paris : Les stations d'altitude et de semi-altitude pour les enfants non tuberculeux.

3. M. le Professeur GAUSSEL, de Montpellier : La cure d'altitude et de semi-altitude chez les enfants tuberculeux.

4. M. le Docteur TOLÉ, de Passy : Les stations d'altitude et de semi-altitude pour enfants tuberculeux.

Le Bureau de la Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier sera heureux d'enregistrer toutes les communications d'ordre scientifique qui lui seront envoyées par des médecins, membres ou non de la réunion, sur les sujets mis à l'ordre du jour. Aucune communication étrangère à ces sujets ne sera faite au cours de la session de mars 1933.

— **Musée d'hygiène** (57, boulevard de Sébastopol, Paris). *Conférences sur l'hygiène.* — Ces conférences, illustrées généralement par des projections fixes ou cinématographiques, auront lieu les dimanches à 17 heures.

Dimanche 30 octobre 1932. M. A. DAVERTON : Epuration des eaux usées.

Dimanche 6 novembre 1932. M. C. ROÉLAND : Protection contre les gaz de guerre.

Dimanche 13 novembre 1932. M. C. ROÉLAND : Quel lait doit-on donner aux enfants.

Dimanche 30 novembre 1932. M. Georges BENOIT-LÉVY : Les enfants de Paris.

Dimanche 27 novembre 1932. M. Jean PIGEIRE : Hygiène de l'habitation ; les méthodes modernes de chauffage et de ventilation.

Dimanche 4 décembre 1932. M. Jacques OGÉ : Les constructions scolaires modernes.

Dimanche 11 décembre 1932. M. LEMÉE : Maladies contagieuses causées par les insectes ; insectes ailés : mouches, moustiques. Leur rôle. Notre défense ou nos procédés de défense.

Dimanche 18 décembre 1932. M. LEMÉE : Maladies contagieuses causées par les insectes. Insectes dépourvus d'ailes : poux, puces, punaises. Leur rôle. Notre défense, ou nos procédés de défense.

Dimanche 8 janvier 1933. M. LEMAISTRE : Vaccination antivariolique. Vaccination antidiphtérique.

Dimanche 15 janvier 1933. M. BIANCANI : La tuberculose infantile et les rayons ultra-violets.

Dimanche 22 janvier 1933. M. CHRÉTIEN : De l'évolution du commerce de la viande par l'utilisation rationnelle du froid.

Dimanche 29 janvier 1933. M. le Professeur H. GOUGEROT : Les dangers de la syphilis et de la blennorragie.

Dimanche 5 février 1933. M. J. BLIER : Que faut-il savoir du lait ?

Dimanche 12 février 1933. M. J. BLIER : L'urbanisme du lait.

Dimanche 19 février 1933. M. J. BLIER : Le lait en face de l'hygiène.

Dimanche 26 février 1933. M. CAUCHEMEZ : Les viandes parasitées.

Dimanche 5 mars 1933. M. J. DE LALYMAN : Les soins à donner aux asphyxiés du temps de paix.

Dimanche 12 mars 1933. M. J. DE LALYMAN : Les asphyxies du temps de guerre ; mesures préventives et curatives.

Dimanche 19 mars 1933. M. J. PESCHER : Comment on évite la maladie.

Dimanche 26 mars 1933. M. H. MARTEL : Les aliments. Leur valeur nutritive. Les vitamines et les maladies par carence.

Dimanche 2 avril 1933. M. H. MARTEL : Les abattoirs. Comment on abat les animaux de boucherie et de charcuterie à Paris.

Dimanche 9 avril 1933. M. Albert FOURNIER : La gymnastique éducative et l'hygiène.

Dimanche 23 avril 1933. M. Albert FOURNIER : La parure et l'hygiène.

Dimanche 30 avril 1933. M. Albert BESSON : L'amélioration du logement ouvrier dans la région parisienne.

Dimanche 7 mai 1933. M. BÉRILLON : Hygiène des voyages : leur influence psychologique et sociale.

Dimanche 21 mai 1933. M. BÉRILLON : Hygiène mentale : les vacances et l'organisation du repos.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

**5546. — Demande de revision de rente**

Je vous serais obligé de me dire à qui et sous quelle forme un blessé du travail doit adresser une demande pour revision de son taux d'incapacité. Il s'agit en la circonstance d'une fracture du maxillaire inférieur avec gêne masticatoire par défaut d'engrènement et entraînant des troubles digestifs.

Ce blessé a seulement 15 %, ce qui semble sous estimé. Quel est votre avis ?

Dr M.

**Réponse**

En vertu de l'art. 19 de la loi sur les accidents du travail, la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation de l'infirmité de la victime, est ouverte pendant trois ans à compter soit de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties, ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée. Cette demande est formée par simple déclaration au Greffe du Tribunal civil dans le ressort duquel l'accident s'est produit.

Saisi par cette déclaration, le Président convoque les parties en conciliation et, à défaut de conciliation, l'affaire est renvoyée devant le Tribunal où elle suit son cours normal.

Dès la tentative de conciliation, la victime de l'accident bénéficie de plein droit de l'assistance judiciaire. Si vous estimez que le taux d'incapacité attribué à votre client est actuellement insuffisant, il faut que vous lui délivriez pour lui permettre de faire valoir ses droits, un certificat attestant que son état s'est aggravé du fait des troubles digestifs résultant de la gêne de la mastication, et que vous évaluiez le taux de son incapacité actuelle.

Nous devons vous signaler que le « Barême pour l'évaluation sommaire des incapacités partielles et permanentes résultant des accidents du travail » du Docteur Lucien Mayet, donne 15 % au maximum pour la fracture du maxillaire inférieur plus ou moins vicieusement consolidée avec engrènement partiel entre les dents inférieures et les dents supérieures et gêne notable de la mastication. C'est seulement au cas où l'engrènement est très réduit ou inexistant que le taux de l'incapacité peut être élevé jusqu'à 30 %.

---

**5461. — Salaire de base d'un accidenté du travail**

Un ouvrier, auquel j'ai donné mes soins, fut blessé le 20 novembre dernier en abattant des arbres dans une forêt, pour le compte d'un industriel exploitant une scierie mécanique. Cet ouvrier fut consolidé le 1er juillet dernier avec un pourcentage d'invalidité

de 40 %, proposé par moi, par le médecin de la Compagnie et accepté par celle-ci.

Mais cette dernière, sous le prétexte que l'ouvrier n'avait pas eu un salaire fixe l'année précédente, parce qu'il ne travaillait pas pour le compte de ce patron et exploitait sa propriété, se réfère à la loi du 15 juillet 1914, article 4 et prétend calculer l'indemnité d'après le salaire moyen d'un salarié agricole du département.

Or, d'après le barème établi pour celui-ci, la rémunération moyenne annuelle est de 4.500 francs, tout compris.

Se basant sur ce barème, la Compagnie offre une rente annuelle de 900 francs.

Je serais heureux si vous s vouliez me faire savoir ce qu'il y a de vrai dans les prétentions de la Compagnie et s'il ne serait pas possible de faire obtenir au blessé une rente plus forte parce que la rente proposée est dérisoire, eu égard à la blessure.

Dr P.

**Réponse**

La solution de la question que vous nous posez dépend de la durée du contrat qui liait l'ouvrier au chef d'entreprise au moment où l'accident s'est produit.

Bien qu'étant au service du patron depuis moins de douze mois à la date de l'accident, l'ouvrier avait-il été engagé pour une durée de plus d'une année ? Dans l'affirmative, la rente doit être calculée sur le salaire effectif que l'ouvrier aurait touché au cours d'une année en vertu des stipulations de son contrat de travail ; telle est du moins l'opinion de Sachet, auteur d'un traité des accidents du travail qui fait autorité, édition 1926, tome 3, no 2.011.

Par contre, toujours suivant Sachet, si l'ouvrier n'avait été embauché que pour un travail déterminé ne devant durer que quelques semaines ou même quelques mois, le caractère saisonnier ou temporaire de ce travail serait exclusif d'une fixité du salaire annuel et rendrait applicable au calcul de la rente les dispositions de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1914.

Si votre client se trouve dans le premier cas, il ne doit pas accepter les offres de l'Assurance mais laisser venir l'affaire devant le Tribunal civil. Nous vous rappelons qu'il bénéficie de plein droit de l'assistance judiciaire.

S'il se trouve, au contraire, dans le second cas, il n'a aucune chance d'obtenir plus que ce que lui offre la Compagnie, si, toutefois, le salaire de base de 4.500 francs est bien celui fixé comme salaire moyen des ouvriers agricoles du département par le Préfet, *tous avantages en nature compris.*

---

**5490. — Responsabilité du tiers auteur d'un accident du travail**

Un ouvrier revenant du travail et garanti par la loi de 1898 à ce moment, à cause du genre de travail, est culbuté par une auto.

L'auteur de l'accident est condamné *au quart des frais du dommage.*

Le blessé a eu et aura 120 jours d'incapacité temporaire, 30 % d'incpaacité permanente.

Quels sont ses droits vis-à-vis de l'auteur de l'accident, la Compagnie d'assurances lui payant : 1° son demi-salaire ; 2° 30 % divisés par deux d'incapacité permanente. Dr P.

**Réponse**

L'article 7 de la loi sur les accidents du travail réserve formellement au blessé son action de droit commun contre le tiers responsable de l'accident pour obtenir, la réparation du préjudice dont il n'est pas couvert par l'indemnisation forfaitaire mise à la charge du patron, avec cette seule réserve que, dans le cas où l'accident a entraîné une incapacité permanente, l'indemnité due au blessé par le tiers responsable doit lui être attribuée sous forme de rentes servies par la Caisse nationale des retraites.

De son côté, le patron peut agir contre le tiers responsable pour lui réclamer le remboursement des sommes versées par lui à l'occasion de l'accident, en application de la loi sur les accidents du travail.

En l'espèce, la responsabilité du tiers auteur de l'accident n'a été retenue que pour un quart.

Par conséquent, le blessé pourra lui réclamer le quart du demi-salaire perdu pendant la durée de l'incapacité permanente, plus le quart du prix de ses vêtements détériorés, du *pretium doloris*, etc... En outre, puisqu'il subsiste une incapacité permanente, le tiers responsable devra constituer au blessé une rente correspondant au quart de la différence entre la réduction apportée à son salaire par l'accident et la rente qui lui a été allouée en vertu des dispositions de la loi sur les accidents du travail.

Enfin, le patron ou son assurance pourront réclamer au tiers responsable le remboursement du quart des indemnités qu'ils doivent supporter.

---

**5529. — Allocations aux victimes d'accidents du travail anciens. Revision**

J'ai un client actuellement, qui, bûcheron au service d'un marchand de bois exploitant des coupes supérieures à 4 hectares, a été blessé, il y a huit ans. Des certificats de constatation ont été faits, mais pas de déclaration à la mairie par le patron.

Le blessé transporté à l'hôpital a été trépané.

La Compagnie d'assurances a payé l'hôpital et a donné royalement 100 francs au blessé.

Celui-ci n'a pas son intelligence normale, il présente des crises d'épilepsie jacksonienne.

Est-il possible pour lui d'avoir recours contre quelqu'un, Compagnie ou patron, cette affaire n'ayant pas été réglée régulièrement.

2° Un blessé, il y a deux ans, se fait une entorse du genou. Certificat de consolidation sans incapacité permanente.

Actuellement, il fait une tumeur blanche sur le genou blessé.

Peut-il exercer un recours contre son patron.

En somme, pour les deux cas, la prescription pour incapacité permanente en faveur du blessé est de combien (une année sauf erreur), et ce délai, est-il accepté par les tribunaux dans tous les cas ? (Dans le premier cité, il y a eu, semble-t-il, abus de l'affaiblissement cérébral d'un trépané).

Dr P.

**Réponse**

1° L'accident remontant à huit ans, aucune déclaration n'ayant été faite et aucune action en payement des indemnités légales n'ayant été jusqu'ici introduite par le blessé, la prescription se trouve depuis longtemps acquise au profit du patron et de l'Assurance. Il est donc absolument impossible de penser actuellement à faire obtenir à votre client une rente en vertu des lois des 9 avril 1898 et 15 juillet 1914.

Plusieurs lois, depuis la guerre, ont prévu des majorations de rente en faveur de certaines catégories de victimes d'accidents du travail, notamment celle du 15 juillet 1926 qui a étendu le régime des allocations aux victimes d'accidents antérieurs à la date d'application des lois des 9 avril 1898 et 15 juillet 1914 et celle du 15 août 1929 qui a fait bénéficier de ces allocations, les victimes d'accidents survenus avant le 9 janvier 1927 et titulaires d'une rente.

Malheureusement, votre client ne nous paraît pas être en situation de bénéficier d'aucune de ces lois. D'une part, en effet, son accident est postérieur à l'entrée en vigueur de la loi du 15 juillet 1914 et, d'autre part, bien que l'accident soit survenu avant le 9 janvier 1927, aucune rente ne lui a été allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail.

Bien que le succès en soit donc des plus aléatoires, votre client pourrait encore tenter d'agir en vertu de la loi du 15 juillet 1926. Pour cela, il faudrait qu'il expose son affaire par lettre au Procureur de la République dans le ressort duquel l'accident s'est produit et qu'il sollicite l'assistance judiciaire pour comparaître devant le Président du Tribunal, conformément à l'article 2 de la loi. Mais ses chances sont très précaires et il ne faudrait pas le laisser concevoir des espérances excessives.

2° La situation de votre second client est bien meilleure, puisque l'accident a été régulièrement

déclaré et que la guérison remonte à moins de trois ans. En effet, les délais impartis par l'article 19 de la loi sur les accidents du travail pour exercer l'action en revision fondée sur l'apparition d'une infirmité sont encore en cours. Par l'exercice de l'action en revision, votre client pourra obtenir une rente si l'aggravation qui s'est produite dans son état entraîne une incapacité permanente, mais il ne peut plus obtenir le payement de frais médicaux et pharmaceutiques, car ces frais constituent un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle. Pour pouvoir utilement exercer son action, votre client devra apporter la preuve qu'il existe une relation de cause à effet entre l'accident et la complication actuelle et il sera bon, pour cela, que vous lui délivriez un certificat constatant cette relation de cause à effet.

La demande en révision est introduite par simple déclaration au greffe du Tribunal civil dans le ressort duquel l'accident s'est produit. Après quoi, l'affaire suit son cours normal.

---

## HONORAIRES

### 5412. — Privilège en cas de dernière maladie

J'ai soigné pendant quelque temps la femme d'un tenancier de café et meublé. Ce tenancier était gérant et le propriétaire de la licence lui avait loué le café et les chambres meublées. Cet individu a été expulsé pour défaut de payement et le propriétaire a fait vendre les éléments corporatifs (meubles, vins, liqueurs, etc.).

J'ai fait opposition auprès de l'huissier chargé de la vente, pour le montant de ma note d'honoraires, et le propriétaire refuse de considérer une note comme privilégiée sous prétexte que ce n'est pas la dernière maladie puisque la personne malade n'est pas morte. C'est là-dessus que je voudrais avoir un avis : ma créance est-elle privilégiée ou non ? La malade a quitté le pays depuis l'expulsion et je ne l'ai pas revue depuis.

Dr G.

**Réponse**

Le motif pour lequel l'huissier vous refuse l'admission de votre créance à titre privilégié sur le prix de la vente du mobilier et des marchandises du fonds de commerce est erroné. En effet, sont privilégiés aux termes de l'article 2.101, 3° du Code civil, les frais quelconques de la dernière maladie, *quelle qu'en ait été la terminaison.*

Cependant, il est exact que vous n'avez pas droit au privilège, car les soins ont été donnés non pas au tenancier du café lui-même, mais à sa femme et il est de jurisprudence constante que seuls sont privilégiés les frais de la dernière maladie du failli ou de la personne tombée en décon-

fiture, mais non ceux de la dernière maladie des personnes de sa famille.

Vous ne pourriez donc attaquer avec chance de succès le projet de distribution de l'huissier.

## ASSURANCES SOCIALES

### 5411. — Droit aux prestations en cas de rechute

Je soigne un assuré social pendant quatre mois. Il reprend son travail pendant trois mois, et doit le cesser à nouveau. Au bout de deux mois, on lui dit qu'il ne peut plus bénéficier des Assurances sociales, vu qu'il a été soigné quatre mois, plus deux mois pour la même maladie. Est-ce vrai ? Les six mois ne sont pas consécutifs, et le fait d'avoir travaillé et cotisé trois mois, ne fait-il pas ouvrir un droit nouveau ?

Ce cas doit se présenter journellement, et nul doute que vous pourrez me fixer à cet effet.

Dr S.

**Réponse**

M. Maurice Dormann, député, ayant déposé au ministre du Travail la question de savoir si le § 10, de l'article 4 de la loi sur les Assurances sociales, aux termes duquel « toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive » ne devait pas être interprété dans ce sens que, pour toute rechute survenue plus de deux mois après la fin de l'affection, cette rechute donne droit pendant une nouvelle période de six mois, aux prestations de l'assurance-maladie, le ministre a répondu par l'affirmative, à condition, toutefois, que l'assuré ait été considéré comme guéri et qu'il s'agisse, par conséquent, d'une véritable rechute, c'est-à-dire de la réapparition de la maladie, après une interruption d'au moins deux mois (*Journal officiel* du 29 mai 1932, n° 15.000 et *Concours Médical* du 26 juin 1932, page 2009).

L'assuré auquel vous vous intéressez paraît bien être dans le cas prévu par le ministre. En effet, il a été malade pendant quatre mois, puis a pu reprendre son travail pendant trois mois et a dû par la suite l'interrompre à nouveau. Il y a donc bien eu guérison, puis rechute survenue plus de deux mois après.

Dans ces conditions, votre client a droit aux prestations de l'assurance-maladie pour une nouvelle période de six mois depuis la rechute, sans qu'il y ait lieu de tenir compte des quatre mois de soins antérieurs.

Puisque la caisse n'admet pas cette solution, il faut que le client fasse trancher la question par la commission cantonale prévue à l'article 63 de la loi. Nous vous rappelons que la commission cantonale doit être saisie dans les dix jours de la notification de la décision de la Caisse par

lettre recommandée adressée au Juge de paix, président.

---

**5318. — Limitation du droit aux prestations lorsque l'assuré social continue à travailler**

Un assuré social, malade depuis plus de six mois, mais qui continue à travailler et à payer ses cotisations a-t il droit à l'assurance maladie à l'expiration de la période des six mois ? Et si la caisse lui refuse le droit à des prestations, l'assuré doit-il encore verser ses cotisations ?

Ce cas s'est présenté chez plusieurs de mes clients syphilitiques ou tuberculeux.

Il semble bien qu'ils ne peuvent passer dans ce cas de l'assurance maladie à l'assurance invalidité.

Dr L.

**Réponse**

Conformément au § 9 de l'article 4 de la loi sur les Assurances sociales, l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail reçoit des indemnités spéciales qui doivent être prévues dans le règlement intérieur de la Caisse. Mais le § 8 du même article 4 décide que les indemnités prévues à cet article sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois. Il nous semble donc que c'est à juste titre que les caisses limitent à une durée de six mois la période pendant laquelle les assurés sociaux peuvent bénéficier des prestations de l'assurance-maladie même s'il s'agit d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail.

Si l'assuré estime injustifié le refus que lui oppose la Caisse de lui rembourser ses frais médicaux à l'expiration de la période de six mois, il doit se pourvoir dans les dix jours de la notification de la décision de la Caisse devant la commission cantonale prévue à l'article 63, mais il ne peut se fonder sur ce refus pour prétendre se dérober aux versements de ses cotisations, ceux-ci lui étant imposés par la loi.

D'autre part, pour pouvoir prétendre à l'assurance-invalidité à l'expiration de la période de six mois de l'assurance-maladie, il faut que l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant des deux tiers sa capacité de travail (article 10, § 1). Il est peu probable qu'un malade qui peut continuer à travailler soit atteint d'une incapacité de 66 % !

Mais cette condition serait-elle même remplie, qu'un assuré social ne pourrait encore actuellement bénéficier de l'assurance-invalidité, car aux termes de l'article 11, pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé *depuis deux ans au moins avant la*

*maladie.* La loi n'étant entrée en vigueur que depuis le 1er juillet 1930, ce n'est pas avant le 1er janvier 1933 (deux ans, plus six mois de maladie) que l'assurance-invalidité pourra jouer.

---

**5367. — Payement direct des honoraires par les assurés sociaux**

Je viens vous remercier des renseignements que vous avez bien voulu me fournir précédemment au sujet des Assurances sociales. Cette fois encore, j'ai recours à votre complaisance habituelle pour me renseigner.

Il y a un mois je suis appelé à faire un accouchement pathologique. Application de forceps au détroit supérieur, suivie de trois points de suture. J'ai également pratiqué l'anesthésie générale au chloroforme. La femme à laquelle j'avais appliqué le forceps était assurée sociale. L'accouchement fini, je dis que le prix en était de 400 francs. Comme le mari me dit ne pouvoir me payer, j'ai mis sur la feuille d'assurances sociales que je n'avais pas été réglé. Depuis je n'entends plus rien. Il me semble que c'est au mari à me régler et non à la Caisse. Si le mari ne me règle pas que faudra-t-il faire ? Je viens donc d'envoyer ma note au mari, ouvrier capable de me régler.

Dr L.

**Réponse**

La loi sur les Assurances sociales n'a créé aucun lien de droit entre le médecin traitant librement choisi par l'assuré et la Caisse.

En revanche, elle a laissé subsister entièrement les rapports de droit commun habituels et normaux entre le médecin et son client. Par conséquent, si vous ne pouvez arriver à vous faire payer, ce n'est pas à la Caisse que vous devez vous adresser, mais à lui seul et si vous ne pouvez obtenir satisfaction à l'amiable, vous n'avez qu'à remettre l'affaire à un huissier pour qu'il cite votre débiteur devant le Juge de paix, ainsi que vous le feriez s'il s'agissait d'un client ne bénéficiant pas des Assurances sociales.

---

**5503. — Droit des mutilés de guerre assurés sociaux**

Un assuré social, mutilé de guerre, pensionné pour myocardite a-t-il le droit de se faire rembourser le prix des spécialités dont il a besoin par la Caisse des Assurances sociales ?

Dr D.

**Réponse**

Aux termes de l'article 51 paragraphe 1er de la loi sur les Assurances sociales, les assurés malades ou blessés de guerre, qui bénéficient de la législation des pensions militaires, continuent à recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 de la loi du 31

mars 1919, suivant les prescriptions dudit article et des dispositions réglementaires qui en règlent l'application. Ils ont droit, dans tous les cas, à toutes les prestations prévues à l'article 5 de la loi sur les Assurances sociales.

Il résulte de cette disposition que, si un mutilé de guerre n'a pas droit à se faire rembourser certaines spécialités au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il a le droit de se les faire rembourser par application de la loi sur les Assurances sociales, dans les cas où cette loi et les dispositions qui en règlementent l'application permettent le remboursement de ces spécialités et dans la proportion où ce remboursement est admis.

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 5304. — Erreur sur le tarif applicable actuellement

Je vous envoie ci-joint une note d'honoraires de laquelle il m'est déduit 15 francs sous prétexte que l'intervention serait tarifée 35 francs et non 50 francs comme je l'indiquais. Or, je me suis reporté au tarif du 26 octobre 1931 publié par le supplément documentaire de novembre 1931 du *Concours Médical* et je trouve page 5124, art. 18 : fractures fermées. Réduction et contention d'une fracture simple par gouttière, attelle, extension continue : *doigts* et métacarpiens ; orteils et métatarsiens (ensemble et séparément) ; clavicule ; maxillaire inférieur sans appareillage ; côte, sternum ; omoplate ; rotule ; péroné : 50 francs.

Le tarif publié par le *Concours* contient-il des erreurs ou la Compagnie se trompe-t-elle ?

Membre depuis bien longtemps du « Sou Médical », je vous prie de m'éclairer.

D^r G.

**Réponse**

Le tarif du 6 octobre 1931, que vous citez, fut *mort-né* et remplacé, *avant* son application, par le tarif du 3 *février* 1932, qui seul, a cours depuis le 15 février. Et vous n'êtes pas le seul confrère qui, faute de lire les journaux professionnels, soit tombé dans la même erreur.

Or, le tarif actuellement en vigueur, celui du 5 février, porte bien 35 francs (et non 50) pour fracture de doigt et c'est avec raison que la Compagnie a rectifié votre note d'honoraires.

D^r F. DECOURT.

### 5290. — Quelques observations de pratique courante

J'ai soigné hier, un blessé de la main : bain, pansement humide, sérum antitétanique. Total : 20 francs. Mais, s'il avait eu une légère blessure à l'autre main et pas de sérum : 30 francs.

Est-ce logique ?

Quel tarif appliquer, celui de jour ou celui de nuit, pour une consultation commencée un peu avant 9 heures du soir et terminée un peu après ? D'une façon générale *à cheval sur la limite* ?

L'article 8 joue-t-il pour les interventions courantes de petite chirurgie : sérum, sutures, etc., faites la nuit ?

Peut-on l'appliquer ou lui substituer l'article 4, à volonté, selon que l'un ou l'autre de ces articles est plus avantageux pour le praticien ?

Dr S.

**Réponse**

1° Une tarification *générale* ne peut, cela se conçoit, entrer dans tous les cas d'espèce. L'un compense l'autre, en pratique.

2° C'est une question de conscience professionnelle, suivant le dérangement *réel* causé au médecin.

3° L'art. 8 joue pour tout « acte opératoire » fait de nuit. Pour les petites interventions, il arrive, le plus souvent, que l'art. 4 est plus rémunérateur. Il appartient au médecin de faire son choix.

Dr F. Decourt.

---

### 5332. — Visite dominicale dans une clinique

Comme je sais que vous faites tarifer des règlements médicaux et pharmaceutiques, me trouvant entre un docteur qui est en même temps un ami et qui n'a pas le temps de vous écrire et ma Compagnie d'assurances qui elle, m'autorise à m'adresser à vous, je vous soumets le cas suivant qui est très léger, mais qui, malgré tout pourrait créer un précédent et pour l'agent d'assurances et pour le docteur et pour la Compagnie.

Je vous envoie en conséquence, copie d'une note d'honoraires d'une clinique. Vous voyez, il s'agit de peu de chose, pour une visite le dimanche à 22 fr. 50 la Compagnie réduit à 15 francs, car la direction prétend que cette visite du sinistré à la clinique le dimanche ne donne pas droit à une indemnité exceptionnelle.

G. J.

Note de clinique

| | |
|---|---|
| Mars 1931 : | |
| Panaris index gauche | 33 fr. |
| Certificat : | |
| 1er avril | 15 fr. |
| 2 avril | 15 fr. |
| Dimanche 3 | 22 50 |
| 4, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 19, 22, 26, 29 avril, 2 mai | 180 fr. |
| | 265 50 |

**Réponse**

La visite du dimanche (qu'elle ait lieu dans une clinique ou au domicile du blessé, car rien n'est spécifié à ce sujet dans le tarif accidents du

travail) « est augmentée de 50 % ; *b*) lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent, les dimanches et jours fériés » (art. 3). En cas de différend à ce sujet, le médecin n'a donc qu'à expliquer techniquement pourquoi il y eut urgence, mais sans s'occuper de la question du lieu de la visite.

Dr F. Decourt.

### 5267. — Plâtre pour mal de Pott

Sauf pour les accouchements, mon département applique aux indigents, assistance médicale gratuite, le tarif accidents du travail.

Combien tarifer, corset plâtré avec minerve pour mal de Pott cervical chez un adulte ?

Dr A.

**Réponse**

Demandez 150 francs *par analogie* avec, en cas de fracture, « réfection plâtre (type coxalgie ou corset) » (art. 18, *in fine*).

Dr F. Decourt.

### 5217. — Suture d'artères

Comment, en accident du travail, tarifer une ligature de vaisseau dans une plaie, en dehors de celle prévue à l'art. 17 du tarif ? Cette ligature a été faite dans la même séance qu'une injection anti-tétanique Le nouveau tarif est, sur ce point, muet. Dr L.

**Réponse**

Les ligatures d'artère sont payées à part *uniquement* quand il s'agit des artères énumérées à l'art. 17. L'ancienne nomenclature fut supprimée par suite de notes de certains confrères réclamant le prix de ligatures d'artères pour des artérioles insignifiantes, comme celles, par exemple, de collatérale des doigts en une plaie de phalangine ou même de phalangette... D'où réclamations des délégués des patrons et assureurs lors de la révision du tarif et réclamations contre lesquelles, devant de tels exemples, nous ne pûmes rien faire ...

Dr F. Decourt.

## BAUX ET LOCATIONS

### 5566. — Calcul de l'augmentation de 15% des loyers prorogés

D'après la loi, les loyers doivent être augmentés de 15 % à partir du terme d'octobre dont l'échéance est toute proche.

Je désirerais savoir si ces 15 % sont calculés comme pour les charges forfaitaires sur le loyer de 1914 ou sur ce loyer augmenté conformément à la loi.

Dr P.

**Réponse**

La nouvelle augmentation de 15 % due par les

locataires en cours de prorogation, à partir du 1er juillet dernier, doit être calculée non pas sur le loyer actuellement payé, mais sur le loyer ou sur la valeur locative du local en 1914.

## 5501. — Majoration actuelle des loyers prorogés

Locataire depuis le 1er avril 1920, avec un bail de 3, 6, 9, 12, d'une maison d'un loyer de 2.500, francs annuels, sans les charges, de combien suis-je redevable à mon propriétaire pour le trimestre avril-juillet 1932 (je n'ai pas renouvelé mon bail) et pour le trimestre juillet-octobre 1932.

Pour ce dernier trimestre, en vertu de la loi sur le loyer, ne dois-je pas être augmenté, sur le loyer de 1914 qui était de 1.500 francs, de 205 pour cent, avec augmentation, chaque année, au 1er juillet, de 15 pour cent jusqu'à ce que la loi ne joue plus en ma faveur, en 1937 je crois (banlieue-ville de 10.000 habitants).

Ce nouveau loyer, à dater du 1er juillet 1932, sans bail, ne doit-il pas être net désormais de toutes charges ?

Dr L.

**Réponse**

Votre bail ayant pris fin depuis le 1er avril 1932, vous bénéficiez depuis cette date de la prorogation de la loi du 29 juin 1929, qui ne prendra fin que le 1er juillet 1938, puisqu'il s'agit d'un local affecté au moins en partie à un usage professionnel, situé à moins de 50 kilomètres des fortifications de Paris et que le loyer de 1914 excédait 1.000 francs, sans atteindre 2.000 francs.

Pour le terme de loyer allant du 1er avril au 1er juillet 1932 vous aviez à payer à votre propriétaire le loyer de 1914 majoré de 190 % ; depuis le 1er juillet, cette majoration est portée à 205 % et chaque année par la suite jusqu'à la fin de la prorogation vous aurez à supporter une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914. Sur la base d'un loyer de 1914 de 1.500 francs, vous aviez donc à payer, pour le terme avril-juillet : 1.087 fr. 50 et vous devrez payer pour le terme juillet-octobre : 1.143 fr. 75.

Mais, en outre des majorations de loyer proprement dit ci-dessus fixées, vous devez rembourser à votre propriétaire l'augmentation subie, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies par lui, s'il en existe, et par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris. Pour le remboursement de ces charges, la loi autorise les parties à convenir d'un forfait qui ne peut excéder 30 % du loyer de 1914. Si vous vous entendez avec le propriétaire pour adopter le forfait et si celui-ci est fixé à 30 % du loyer de 1914, vous devrez donc payer à chaque terme de loyer jusqu'à la fin de la prorogation, en plus du loyer, 112 fr. 50 pour les charges.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

I

### LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

**Mercredi 16 Novembre 1932**

Les Assemblées Générales de la *Mutualité Familiale du Corps Médical Français* et de la *Ligue Médicale de Défense Individuelle* (*Sou Médical*) auront lieu au Siège social, 37, rue de Bellefond, Paris (9e), le Mercredi 16 Novembre prochain de 15 h. 30 à 18 h.

Le banquet aura lieu le même jour à l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, Paris, à 19 h. 30.

II

### LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

**(Sou Médical)**

A partir du 1er novembre 1932, les cotisations des nouveaux adhérents seront valables pour l'année 1933.

III

### Changements d'Adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

## DEMANDES ET OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 328. — Doct. ayant longue prat. dem. bon poste dans un rayon de 50 km. autour de Paris.

No 329. — Pour méd. Franç, sér. et actif, bon poste méd. à prendre gratuitem. et de suite dans le Cantal.

No 330. — Bretagne. Urgent, poste Y. O. R. L., rapp. import., à céder dans condit. très modestes, départ rais. santé. Grande maison, jardin, garage. Prix modéré, vente ou location.

No 331. — A vend. l'*Illustration* de 1919 à 1931, en 28 vol. reliés, état neuf, 1932 jusqu'au 1er août non relié, avec les Petites illustrations non reliées. Faire offres Dr Rosenblat, 23, rue de Vincennes, à Bagnolet,

No 332. — Appartem. 4 p., cuis., s. bains installée, chauff. cent., esc. serv., vid. ord., ascens. grand conf., ch. de bonne à volonté, prix intéress. Conviendr. à doct. situat. d'avenir. 16, r. Jules-Dumien (20e) près Pl. Gambetta, métro Pelleport.

No 333. — Centre, 35 km. Saint-Etienne, seul méd. commune 4.500 hab. 7.000 avec environs, céderait client. prix minime compt. Conviendr. à débutant. Urgent.

No 334. — Cabin. méd. libre de suite après décès, grande ville région normande.

## Renseignements



# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le Livre jubilaire du Professeur Delbet.** — La remise au Professeur Pierre Delbet du livre jubilaire édité par ses élèves et ses amis a eu lieu le 5 octobre, à l'hôpital Cochin, devant une assistance nombreuse, et sous la présidence du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine.

— **Médaille du Professeur Rieux.** — Les élèves et les amis du Professeur Rieux se réuniront le mardi 8 novembre, à 17 heures, dans les salons du Cercle militaire, place Saint-Augustin, à Paris, pour lui offrir sa médaille, œuvre de l'artiste Armel-Beaufils.

— **Conférences d'ophtalmologie pratique.** — MM. les Docteurs A. Terson et H. Joseph commenceront le jeudi 17 novembre, à 17 heures, à la Clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, une suite d'*Entretiens cliniques et thérapeutiques* pour les praticiens non spécialisés.

Examen, diagnostic, pronostic et traitement, immédiat ou d'attente, des principales maladies des yeux. — Traitement d'urgence des blessures, brûlures, corps étrangers de l'œil et des annexes. — Collyres et remèdes nécessaires, utiles ou dangereux, dans les infections oculaires et dans les glaucomes. — Importance du diagnostic ophtalmologique en mé-

decine et en chirurgie. — Assimilation des maladies des yeux et rapports avec celles de l'organisme. Adaptation du traitement général. Notions sur la chirurgie oculaire actuelle et ses résultats. — Défauts optiques : myopes, hypermétropes, astigmates. Lunettes. Appareils modernes pour les mauvaises acuités visuelles. — Strabisme. Paralysies. Diplopie : diagnostic et traitement. — Les maladies des yeux chez les enfants : traitement et préservation. Ces conférences, gratuites, auront lieu les mardis et jeudis, à 17 heures.

Les auditeurs pourront poser les questions ophtalmologiques qui les intéressent.

— **Séance annuelle de la Société de psychothérapie.** — La séance annuelle, sous la présidence de M. le Médecin lieutenant colonel Fribourg-Blanc, professeur au Val-de-Grâce, chef du service de neuro-psychiatrie, aura lieu le mardi 15 novembre, de 16 à 19 heures, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Questions à l'ordre du jour : Les psychopathes dans l'armée ; La psychologie des inadaptés sociaux ; La psychothérapie des névroses et les perversions sexuelles.

Adresser les adhésions et les titres des communications au Docteur Pierre Vachet, secrétaire général, 8, boulevard de Courcelles.

La séance sera suivie d'un banquet, auquel les dames sont conviées.

— **L'Orchestre Médical** reprendra ses répétitions en octobre sous la direction du Docteur J. Pacaut.

Adresser les adhésions au Docteur L.-H. Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard (Ve).

— **Hôpitaux de Lyon.** *Bal de l'Association de l'internat.* — Le bal annuel de l'Association de l'internat des hôpitaux de Lyon aura lieu le samedi 3 décembre, au « Palace-Hôtel ».

Les bénéfices seront versés, comme les années précédentes, à l'œuvre du sanatorium des étudiants et aux bibliothèques de l'internat, à l'Hôtel-Dieu.

— **Hôpitaux de Dijon.** *Concours de chirurgien adjoint et de médecin-adjoint.* — Des concours s'ouvriront à l'hôpital général de Dijon, le 16 mars 1933, pour une place de chirurgien adjoint, et le 23 mars 1933 pour une place de médecin adjoint. Pour renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices.

— **Hôpitaux du Puy.** — Un concours pour deux places de médecin des hôpitaux du Puy aura lieu le 9 janvier 1933, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Inscriptions au Secrétariat des hôpitaux du Puy jusqu'au 11 décembre 1932.

— **Hôpital civil de Bône.** — Une place d'interne est actuellement vacance à l'hôpital civil de Bône et pourrait être attribuée à un étudiant en médecine ayant au moins seize inscriptions. Les internes sont

nourris, logés, chauffés, éclairés et touchent 500 francs par mois. Cette indemnité est portée à 800 francs après six mois de présence et donne lieu à rappel. Renseignements aux hospices de Bône (Algérie).

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame M. DENARIÉ nous font part de la naissance de leur fils *Henry* (13, rue Alexandre Le Pontois, Vannes, 7 octobre 1932.)

# A TRAVERS L'OFFICIEL

12 OCTOBRE

**Enseignement.**

*Arrêté du 7 octobre 1932 modifiant l'arrêté du 26 octobre 1931 relatif aux équivalences du baccalauréat accordées par les recteurs.*

13 OCTOBRE

**Médaille d'honneur de l'Assistance publique.**

Médaille d'or : MM. les Docteurs Le Nouëne et Profichet, du Havre ; Moiroud, de Riez.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Poirier, de Boulogne ; Fromageot, de Coulommiers ; Augé, de Montfaucon (Lot) ; Sanlaville, du Perréon (Rhône).

Médaille de bronze : M. le Docteur Malherben, du sanatorium de Mardor.

**Hygiène publique**

*Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur d'hygiène pour le département des Hautes-Alpes.*

Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène dans les Hautes-Alpes.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé les fonctions sanitaires publiques auxquelles sont assimilées les fonctions de médecin militaire et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à cet emploi devront être Français, avoir satisfait à la loi militaire, être pourvus d'un diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée au préfet des Hautes-Alpes, avec le dossier réglementaire, composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 20 novembre 1932, dernier délai :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° Exposé des titres, travaux, états des services

et références, notamment en matière de phtisiologie et de syphiligraphie ;

7° Principales publications ;

9° Engagement pour le cas où il serait nommé de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uniquement à ses fonctions, de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat public ;

9° Engagement, en cas de nomination, de rester en fonctions dans le département des Hautes-Alpes, pendant une durée minimum de trois ans ;

10° Engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département des Hautes-Alpes, pendant trois mois au minimum.

Les candidats pourront être appelés à fournir à la commission départementale, siégeant à la préfecture des Hautes-Alpes, tous renseignements que celle-ci jugerait utile de leur demander.

Le concours aura lieu au ministère de la Santé publique, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Chaque candidat sera avisé par le préfet, en temps utile, et à l'adresse qu'il aura donnée, du résultat du concours en ce qui le concerne.

Le candidat admis entrera en fonctions quinze jours après sa nomination. Il ne pourra être titularisé qu'après un stage d'un an pendant lequel, si son service ne donne pas satisfaction, il sera licencié sans formalité ni indemnité.

L'inspecteur départemental d'hygiène est chargé, sous l'autorité du préfet, de tous les services de la santé publique qui lui seront confiés.

Le traitement est ainsi fixé :

| | |
|---|---|
| 5e classe ........................ | 30.000 fr. |
| 4e classe ........................ | 33.000 fr. |
| 3e classe ........................ | 36.000 fr. |
| 2e classe ........................ | 39.000 fr. |
| 1re classe ........................ | 42.000 fr. |

L'avancement a lieu tous les trois ans, à l'ancienneté. L'inspecteur d'hygiène est soumis à la caisse départementale des retraites.

Les frais de déplacement fixés à 10.000 francs par an, sont réglés, sur justification, suivant le tarif fixé par arrêté préfectoral.

### Asiles publics d'aliénés.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Moulins (Allier) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Ricoux, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

14 OCTOBRE

### Service de santé militaire.

Par décret du 11 octobre 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du jour de leur radiation des contrôles de l'armée active, les officiers retraités et démissionnaires ci-après désignés qui, par décision ministé-

rielle de même date, reçoivent les affectations suivantes: :

*Au grade de médecin colonel.*

Les méd. col. retr. : Dickson, aff. 4e région ; Blan, aff. 13e rég.

*Au grade de médecin lieutenant-colonel.*

Le méd. lieut.-col. retr. Guiot, aff. 13e rég.

*Au grade de médecin commandant*

Le médecin command. retr. Laurent, aff. aux troupes du Maroc.

*Au grade de médecin capitaine.*

Le méd. capit. retr. Martin, aff. 20e rég. ; le médec. capit. démiss. Sauvaget, aff. aux tr. du Maroc.

### Assistance publique.

*Avis de concours pour dix emplois de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'Assistance publique.*

Aux termes d'un arrêté en date du 12 octobre 1932, un concours pour dix emplois de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'Assistance publique sera ouvert à Paris le 17 janvier 1933 au ministère de la santé publique.

Ce concours est accessible aux candidats âgés de vingt-cinq ans au moins, pourvus d'un diplôme d'enseignement supérieur ou d'un diplôme de sortie de certaines grandes écoles ou aux personnes ayant exercé pendant trois ans au moins certaines fonctions telles, notamment, que celles de rédacteur de préfecture ou de sous-préfecture.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 17 décembre 1932 au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 2e bureau, 7, rue de Tilsitt, à Paris), où les intéressés pourront se procurer le programme du concours.

Les traitements des sous-inspecteurs et sous-inspectrices sont actuellement compris entre 14.000 et 22.500 fr. auxquels viennent s'ajouter des frais de tournées, une indemnité de résidence dont le taux varie suivant le poste occupé et, s'il y a lieu, des indemnités pour charges de famille. Enfin, les départements allouant des indemnités variables aux inspecteurs et sous-inspecteurs de l'Assistance publique.

15 OCTOBRE

### Service de santé militaire.

Par décret du 2 octobre 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les officiers de réserve démissionnaires ci-après désignés qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin lieutenant.*

(Rang 11 juin 26) Mevel, ex-lieut. de rés. artil.

c. m. art. 11, aff. 11e région ; (rang 19 août 26) Puech, ex-lieut. de rés. art., c. m. art. 206, aff. rég. Paris ; (rang 19 août 30) Artaud, ex-lieut. de rés. art., 15e bat. ouvr. artil., aff. 15e rég.

Par le même décret sont promus :

*Au grade de médecin lieutenant.*

(Rang 11 juin 30) Mével, médec. sous-lieut. 11e rég. ; (rang 19 août 30) Puech, médec. sous-lieut., rég. Paris.

Par décret du 11 octobre 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les médec. auxil. titul. du B. P. M. S. ci-après désignés : (rang 15 sept. 32) Michaut, 22e sect. infirm. milit. aff. rég. Paris ; Jaccotton, 8e sect. infirm. milit. aff. 8e rég. ; Desvignes, 32e sect. infirm. milit., aff. tr. du Maroc.

Non titul. du brevet de P. M. S. : (rang 20 sept. 32), Aniel, 19e sect. infirm. milit. aff. 10e C. A. ; Binet, 32e sect. infirm. milit. aff. tr. Maroc.

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

### Privilège du médecin en cas de faillite du patron

Un agriculteur est saisi, à la requête de son propriétaire ; meubles, bétail, instruments agricoles sont vendus. Il est débiteur, envers un médecin, des soins donnés à un ouvrier agricole victime d'un accident du travail et il n'est pas assuré. Le praticien peut-il produire à la faillite, comme créancier privilégié ?

Un arrêt de la Cour de cassation (chambre civile) du 19 avril 1928 (*Concours Médical*, 1289-2473) décide que l'article 4 paragraphe 4 de la loi du 9 avril 1898 conférant au médecin par subrogation aux droits de l'ouvrier victime d'un accident du travail, une action directe contre le chef d'entreprise, pour le recouvrement des honoraires qui lui sont dus, pour les soins donnés à cet ouvrier, la créance du médecin est la même que celle de l'ouvrier et elle est garantie, comme celle-ci, par le privilège de l'article 2.101 du Code civil, que l'article 23 de la loi du 9 avril 1898 étend à la créance de la victime, relative aux frais médicaux.

Même décision rendue par le tribunal de commerce de la Seine (9e chambre) 24 février 1928 (*Concours Médical*, 1929-427) qui décide que la

créance du médecin est privilégiée, non pas en vertu de l'article 549 du Code du commerce, mais bien en vertu de l'article 2.101 du Code civil, par application de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898.

Dans le cas présent, la créance du médecin est privilégiée sur l'ensemble des meubles, sous le numéro 6, c'est-à-dire que passent avant la sienne les créances pour frais de justice, frais funéraires, frais de dernière maladie, salaire des ouvriers, fournitures de subsistances faites pendant les six derniers mois au débiteur et à sa famille.

Le propriétaire est privilégié sur certains meubles seulement, en vertu de l'article 2.202 du Code civil.

Dr Paul Boudin.

## LE XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Le Professeur Bezançon vient de présider à Paris le XXIIe Congrès français de médecine. Il a su imprimer à cette manifestation scientifique un cachet d'une haute tenue en même temps qu'il organisait une série de fêtes et de manifestations artistiques, unanimement appréciées par les congressistes et leurs familles.

Ce furent des visites à Versailles, au musée Carnavalet, chez les couturières. Le 11 octobre 1932 aussi, une soirée donnée à la salle Hoche permettait aux assistants, particulièrement nombreux, d'applaudir des vedettes de théâtre, sélectionnées avec un goût au-dessus de tout éloge : M. Hérent, de l'Opéra-Comique, dans les chansons du Folklore français ; Mlle Madourah, avec ses danses de la Mouette ; M. Betove, dans son répertoire ; Mlle Janine Becker, chanteuse fantaisiste ; M. Pomiès, danseur excentrique.

Une musique de danse, remarquablement exécutée par le Select Jazz, sous la direction de M. F. Meyer, engagea ensuite les amateurs à terminer cette fête dans le culte de la chorégraphie.

Le lendemain soir un banquet très soigné réunissait une assemblée fort brillante dans les somptueux salons de l'hôtel George-V. J'ai eu le grand plaisir d'y prendre part, en qualité de représentant du *Concours Médical*, et je suis très touché des égards, dont j'ai été entouré.

G. F.

## LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU RHUMATISME A PARIS

Le rhumatisme a été reconnu comme « maladie sociale » au même titre que la tuberculose et la syphilis ; c'est, en effet, un fléau, qui abrège la vie humaine par ses déterminations cardiaques, qui vient à la charge des collectivités en contribuant dans la proportion de 15 à 20 % à la production des invalidités de la race humaine. Il est donc devenu nécessaire d'organiser la lutte contre cette maladie, non seulement d'une manière privée, mais suivant un mode international.

Or, cette lutte peut devenir efficace ; un exemple le prouve ; la compagnie P. L. M. en édifiant à Aix-les-Bains un sanatorium pour les rhumatisants recrutés dans son personnel, a pu diminuer de 50 % les frais, qui lui incombaient du fait de ce facteur morbide.

Les séances de travail de ce Congrès se sont tenues les 13, 14 et 15 octobre 1932 à Paris. Le Professeur Bezançon, qui en était le président, a recueilli pour son talent d'organisateur les mêmes éloges enthousiastes qu'au précédent Congrès de médecine. Même succès aussi pour les fêtes et réunions artistiques.

Le 15 octobre, les assistants de France et de l'étranger célébraient la clôture de cet intéressant Congrès en un banquet parfaitement servi à l'hôtel George-V, où le *Concours Médical* a été fort bien accueilli.

Quatorze nations s'étaient fait représenter par d'éminents délégués, qui, en des termes chaleureux, témoignèrent leur entière satisfaction, ainsi que leurs encouragements les plus vifs.

Le Professeur Bezançon termina par une intéressante mise au point et par l'exposé des projets pour l'avenir, au milieu des plus vifs et plus cordiaux applaudissements.

G. F.

## UN TRAITEMENT EFFICACE DU SYCOSIS

Dans votre *Concours Médical* du 2 octobre que je viens de recevoir, je lis la lettre du confrère relative au sycosis. J'habite une région où, autrefois, cette affection était très répandue, au grand désespoir des médecins, et pendant plus de vingt ans, j'ai eu à traiter cette affection si tenace.

Or, depuis dix ans, le sycosis a totalement disparu de la région, et je n'en ai jamais plus à traiter, depuis que j'emploie le procédé suivant, que vous pourrez communiquer au confrère si cela l'intéresse.

Tout d'abord, cesser absolument tout traite-

ment, quel qu'il soit, et surtout les antiseptiques, etc..., etc....

Soins de propreté du visage à l'eau ordinaire ; puis, application matin, midi et soir de saindoux de porc *très* frais. Rien d'autre. Je n'ai jamais vu un sycosis résister huit jours à ce traitement.

Mon confrère aura, d'abord, sans doute, un petit sourire narquois, mais qu'il essaye, et je serais bien surpris si, dans huit jours, son client n'était pas guéri, de son sycosis rebelle, et de sa persionnite aiguë.

J'ajoute que je n'ai jamais vu de rechutes.

Dr KERAMBRUN,
Hédé (I.-et-V.).

# CORRESPONDANCE

## FISCALITÉ

### 5549. — Base de la patente

Je serais très obligé au *Concours Médical* de bien vouloir me dire où en est, en définitive, la fameuse question de la patente. Est-il exact que, depuis juillet de cette année, seuls les locaux professionnels sont soumis à cette patente et un confrère — abonné aussi au *Concours* — peut-il sans crainte faire de la clientèle en étant assuré qu'il ne sera imposé que sur ses seuls locaux professionnels ?

Médecin d'une administration, il avait renoncé jusqu'ici à faire de la clientèle, reculant devant les frais énormes de patente.

Dr D.

**Réponse**

Pour déterminer le quantième de la patente, il n'a jamais été tenu compte que de la valeur locative des locaux occupés à titre professionnel et d'habitation principale.

Aucun changement n'a été apporté à cette manière de procéder au mois de juillet dernier.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 5191. — Calcul d'impôt sur le revenu

J'ai recours à votre obligeance pour obtenir un renseignement d'ordre fiscal. Je pense que ma feuille d'impôt doit contenir une erreur.

J'ai déclaré au fisc :

1° Un traitement de 12.533 francs ;

2° Un bénéfice net de 35.680 francs pour les professions non commerciales.

J'ai, d'autre part, 9.000 francs à déduire pour charges de famille.

Or, le fisc arrondit d'abord mon traitement par en haut : 12.550 francs ce qui est peu de chose mais me semble irrégulier. Puis, pour un revenu imposable

*Voir la suite page XLVII-3161*

# PROPOS DU JOUR

## Au XXII<sup>e</sup> Congrès français de Médecine

**Deux intéressants discours : La revision de notre concept de la notion de spécificité morbide, par M. le Professeur F. Bezançon. — La collaboration du Corps médical à la médecine sociale, par M. Justin Godart, ministre de la Santé publique.**

Malgré le nombre considérable de manifestations médicales scientifiques nationales et internationales : Congrès de Chirurgie et de Médecine générales et spéciales, Congrès de la lithiase biliaire, Congrès du rhumatisme, Journées médicales, etc., etc. ; malgré l'intensité de la crise économique qui sévit durement et dont pâtissent les médecins comme les autres, le *XXII<sup>e</sup> Congrès français de médecine*, organisé tous les deux ans, par l'*Association des médecins de langue française*, a eu un brillant succès.

Plus de 500 médecins de Paris, de Province et de l'Etranger s'étaient fait inscrire et un grand nombre de dames les avaient accompagnés. Nul doute que ce succès ait été dû aux organisateurs, et plus particulièrement au président, M. le Professeur F. Besançon, aux secrétaires généraux, MM. les Docteurs Abrami, Mathieu-Pierre Weil, René Moreau et aux trésoriers, M. le Professeur Noël Fiessinger et M. Georges Masson, l'éditeur bien connu.

A la séance d'ouverture, présidée par M. le ministre de la Santé publique, Justin Godart, deux discours ont été prononcés : l'un d'ordre scientifique par M. le Professeur F. Bezançon, l'autre d'ordre médico-administratif, si l'on peut dire, par M. le ministre Justin Godart.

Ces deux discours qui ont produit dans l'auditoire une profonde impression, méritent quelques réflexions que nous nous permettrons d'exposer en toute sincérité.

***

Claude Bernard écrivait dans son immortelle *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*:

« S'il fallait donner une comparaison qui exprimât mon sentiment sur la science de la vie, je dirais que c'est un salon superbe tout resplendissant de lumière dans lequel on ne peut parvenir qu'en passant par une longue et affreuse cuisine. »

En écoutant le discours de M. le Professeur Bezançon, sur la *Revision de notre concept de la notion de spécificité morbide*, discours si fortement charpenté, étayé d'un si grand nombre de documents et de résultats d'expérimentations, appuyé sur l'autorité de nombreux savants biologistes et des médecins éminents, nous avons eu la sensation de nous trouver encore dans la longue et affreuse cuisine et de n'entrevoir, que « brumeusement » selon l'expression d'un humoriste célèbre, la lumière resplendissante du superbe salon de la vérité médicale et biologique.

M. le Professeur Bezançon, dans sa savante mise au point, a montré que la notion de spécificité microbienne si elle ne disparaissait pas complètement, passait au second plan. Il y a des phénomènes qui préoccupent plus que la recherche de la cause dans les maladies infectieuses, ce sont les réactions de l'organisme dont la spécificité domine toute la pathologie, ce sont les manifestations anaphylactiques, les chocs hémoclasiques, l'action pathogène des protéines introduites dans les tissus, les conséquences d'une primo-infection qui modifient les réactions des infections consécutives, dues au même germe pathogène, comme l'allergie, constatée par von Pirquet, réaction due à une première infection, dans laquelle comme l'affirme le Docteur Edouard Rist « c'est tantôt la phase immunisante, tantôt la phase sensibilisante qui l'emporte. Presque toujours, elles coexistent toutes deux, à des degrés divers ».

Nous avouons que cette allergie, arme à deux tranchants, reste pour les pauvres médecins qui ne sont pas des savants, une puissance assez mystérieuse, et si nous étions un de ces esprits malveillants auxquels M. le Professeur Bezançon a fait plusieurs fois allusion dans son discours, nous comparerions volontiers cette allergie au fameux sabre de M. Joseph Prudhomme.

Quoiqu'il en soit M. le Professeur F. Bezançon nous paraît constater qu'aujourd'hui ce qui préoccupe le plus le médecin, c'est la prédisposition de l'individu et la résistance du terrain et

en thérapeutique, on tend à faire passer au second plan la lutte contre l'action spécifique du germe et on s'efforce surtout de stimuler ou de réfréner, selon les cas, les fonctions physiologiques des tissus.

Somme toute, avec l'appui d'expériences qui jettent une clarté nouvelle sur les observations des cliniciens de jadis, on revient sensiblement aux doctrines de la médecine qui régnaient avant la découverte des microbes.

Constatons qu'on en arrive à reconnaître que le microbe n'est pas tout dans la maladie ; qu'il soit tuberculeux, diphtérique, typhique ou pneumonique, il peut souvent vivre dans notre organisme en nous laissant jouir de la plus parfaite santé ; il faut donc autre chose, par exemple un fléchissement de la résistance de l'organisme, pour permettre à ces microbes de jouer un rôle pathogène et à une maladie de se déclarer et d'évoluer.

***

Le discours de M. le ministre Justin Godart fut d'un ordre tout différent. Il rappela qu'il bénéficia pendant la guerre, comme sous-secrétaire d'Etat au Service de santé, de la collaboration confiante du Corps médical tout entier. Aux 1.707 médecins de l'active, 19.474 médecins de complément vinrent s'adjoindre et donnèrent le plus bel exemple de discipline, de dévouement, d'abnégation, de dignité, bien que faisant alors de la médecine collective. Pourquoi en temps de paix, les médecins praticiens français compromettraient-ils leurs belles qualités professionnelles du fait qu'ils assureraient une collaboration active et indispensable à certains services de médecine collective ?

La médecine sociale n'est pas une théorie, c'est une conséquence de l'évolution de la vie économique, des progrès de toutes sortes, de la complexité des méthodes techniques de diagnostic et de traitement.

L'expérience de la médecine collective a été faite durant la guerre et le Corps médical français n'en a pas été moralement diminué, bien au contraire. La préservation et la guérison doivent être menées de front et le Corps médical doit être en tête des services de médecine sociale pour guider et diriger cette dernière. Aussi M. le ministre de la Santé publique compte-t-il sur la collaboration du Corps médical.

Nous avons assez souvent dans ces colonnes exposé la nécessité de la collaboration du Corps médical aux services de médecine publique et d'hygiène sociale, et ce ne sera pas nous qui nous insurgerons contre cette collaboration, tout en faisant d'expresses réserves sur la façon dont elle peut être comprise.

Nous nous permettrons de faire remarquer à M. le ministre de la Santé publique, et nous nous en excusons, que l'exemple du rôle qu'a joué le Corps médical pendant la guerre est mal choisi.

Pendant la guerre, tous les citoyens capables de porter les armes étaient aux armées, le rôle des civils était réduit au minimum. Les populations acceptaient volontiers des restrictions qui seraient incompatibles avec la vie normale en temps de paix et cela par patriotisme et parce qu'elles se rendaient compte que c'était une nécessité inéluctable. Les médecins ont fait leur devoir comme la plupart des autres citoyens. S'ils l'ont fait même plus volontiers, c'est parce que leur instruction et leurs habitudes professionnelles leur faisaient mieux comprendre l'obligation de leur sacrifice.

Mais il ne faudrait pas en conclure qu'en temps de paix, on pourrait aussi facilement mobiliser le Corps médical. Tout le problème qui ne nous paraît pas impossible à résoudre, consiste à utiliser la bonne volonté des praticiens et à obtenir d'eux une collaboration volontaire, consentie et partant utile mais qui n'aurait rien de commun avec la servitude militaire.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LA BACTÉRIOTHÉRAPIE DES LÉSIONS TUBERCULEUSES CHIRURGICALES SIMPLES OU COMPLIQUÉES DE LÉSIONS PULMONAIRES

Par le Dr Henri Martin

Licencié ès-sciences

La bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales par la méthode de Vaudremer a été étudiée à deux reprises à la Société nationale de chirurgie, pendant l'année 1931.

Le 10 juin eut lieu la présentation de quinze malades guéris. Le rapport sur ces malades fut présenté à la séance du 4 novembre. Il nous a paru opportun de résumer ces importantes communications pour les lecteurs du *Concours médical.*

**Recherches préliminaires.** — La bactério-thérapie est l'application pratique des recherches poursuivies par V. depuis 1896. Ces recherches sont aujourd'hui bien connues, surtout des lecteurs de ce journal qui n'ont pas oublié les articles publiés en 1925 par leur auteur sur « le cycle évolutif et les formes filtrables du B. K. » Négligeant donc les détails de cette technique bactériologique, nous nous efforcerons de montrer le plan de travail suivi par l'auteur depuis le début de ses recherches.

Celles-ci avaient montré que le bacille de Koch, préalablement dégraissé par des procédés chimiques, restait cependant un bacille, non pas homogène comme on le disait alors, mais granuleux. Ce bacille granuleux, que le bleu de méthylène colorait aussi bien qu'une bactérie banale, possédait une toxine thermolabile, différente de la tuberculine et capable de tuer à dose infinitésimale les cobayes et les lapins inoculés par la voie intra-rachidienne. Ce fait, confirmé plus tard par Dominici, fut le point de départ des recherches sur la bactériothérapie dont il sera question ci-après.

Les expériences de l'auteur lui avaient appris, en effet, que cette thérapeutique, surtout si elle devait être pratiquée par la voie sous-cutanée, ne pouvait se concevoir que par l'emploi de germes possédant une toxine spécifique active, tout en étant dépourvus d'acido-résistance et de tuberculine.

En effet, dans les conditions expérimentales où il s'était placé, V. avait vu que les injections sous-cutanées de B. K. tués par la chaleur déterminaient des abcès froids stériles, très tardifs parfois, mais constants, quand la perte de l'acido-résistance des germes injectés n'était pas absolue ; quant à la tuberculine, elle pouvait produire éventuellement des poussées évolutives qu'il valait mieux éviter.

De nombreux essais faits dans le but de supprimer l'acido-résistance des bacilles et leur tuberculine ayant échoué, V. eut l'idée de soumettre le B. K. à l'action de substances élaborées par des germes protéolytiques et par certaines moisissures telles que le Pénicillium glaucum, l'Aspergillus Orizœ et l'Aspergillus Fumigatus. De ces différents germes l'A. F. fut retenu parce que sa culture était facile et pratique sa manipulation.

**Action de l'A. F. sur le bacille de Koch.** — L'action de l'A. F. sur le bacille de Koch est trop surprenante pour n'être pas décrite ici avec quelques détails.

Imaginons une culture d'Aspergillus Fumigatus développée sur du liquide de Raulin. Cette culture qui se présente sous la forme d'une épaisse membrane sporifère résistante et élastique, a été broyée dans un mortier avec du sable stérile. Le jus de broyage et le liquide de culture ont été mélangés et filtrés sur une bougie stérile. Le liquide ainsi préparé, est alors versé aseptiquement dans un ballon contenant un voile de bacilles tuberculeux poussé sur du bouillon glycériné. Après un temps de séjour dans une étuve à 38°, temps qui peut varier de deux à quinze mois, on voit apparaître, dans le liquide, un trouble déterminé par de petits granules ayant la forme des méningocoques et prenant le Gram. Au fond du ballon restent encore des fragments de voile de B. K. mais les éléments composant ce voile ne sont plus acido-résistants. Cette évolution est

assez habituelle pour que sur quinze souches de B. K. étudiées jusqu'ici, une seule, d'origine chinoise, ait fait exception jusqu'à présent.

Les formes granulaires que nous venons de décrire, poussent sur gélose, ne sont plus acido-résistantes et se colorent comme une bactérie banale. Elles ne contiennent pas et ne produisent pas de tuberculine. Ces cultures repiquables en série sont entretenues depuis dix ans. Depuis leur origine elles sont passées alternativement de la forme granulaire à la forme bacillaire et inversement sans que la cause de ces mutations ait pu être discernée. Ce phénomène a été constaté surtout dans les cultures de B. Bovin, les souches humaines étant restées morphologiquement plus stables.

**Perte et reprise du pouvoir pathogène.** — Les cultures de B. K. récemment transformées pas leur passage dans le liquide aspergillaire ne tuberculise plus le cobaye. Elles peuvent reprendre leur pouvoir pathogène quand elles sont réensemencées sur de la pomme de terre imprégnée de sérum de bœuf ou de cheval non chauffé, glycériné à 5 %, et cultivées à 38°. Dans ces conditions, elles tuent le cobaye en huit jours. L'animal meurt de granulie sans avoir présenté de chancre d'inoculation.

**Antigène et anticorps.** — Cette expérience montre que les cultures sur gélose sont bien composées de bacilles tuberculeux. Cette identité est prouvée aussi par la démonstration du pouvoir antigène de ces cultures. Cette démonstration a été faite par le Dr Vaudremer lui-même et par le Dr Kirchner, Assistant du Professeur Braüer, à Hambourg. Enfin, la nature de ces germes a été confirmée par la résistance conférée aux bovins, par l'inoculation de ces cultures vivantes dans la veine jugulaire des animaux. Ceux-ci ont résisté à l'inoculation ultérieure intra-veineuse et massive de germes virulents.

**Bactériothérapie.** — Ces faits mis en évidence par des expériences rigoureuses ont permis de réaliser la bactériothérapie dans les affections chirurgicales de l'homme.

Il n'entre pas dans le cadre de cet article de donner des précisions sur l'emploi d'une méthode appliquée depuis 9 ans et qui a fait l'objet de nombreuses publications. Nous dirons seulement qu'elle consiste en injections sous-cutanées d'une émulsion bactérienne polyvalente tuée par la chaleur.

**Réactions humorales.** — Ces injections déterminent des modifications humorales décrites par le Dr Guillot, chirurgien en chef et M. Daufresne, pharmacien des hôpitaux du Havre.

Ces observateurs avaient constaté l'ascension progressive de la courbe de déviation du complément au cours de la bactériothérapie.

D'autre part, l'emploi de la méthode de Vernes a montré, à la Salpêtrière, l'abaissement de l'indice de floculation chez les malades en voie d'amélioration. Ces recherches sont poursuivies actuellement par nous d'une façon systématique sur tous les malades en traitement.

Telle est la vue d'ensemble qu'il nous a paru utile de donner sur la bactériothérapie dont les applications s'étendent à toutes les tuberculoses chirurgicales isolées ou compliquées de tuberculose pulmonaire.

Nous complèterons cette revue générale sur la bactériothérapie par la publication de neuf observations accompagnées de leurs radiographies.

## Observations.

Observation I. — Mlle Ben..., vingt ans. *Arthrite tuberculeuse grave de la 1re articulation métatarso-phalangienne gauche* (fig. 1, 1 *bis*, 2, 2 *bis*, 3 et 3 *bis*.)

A l'âge de quatorze ans, la malade ressent pour la première fois des douleurs dans le pied gauche au niveau du gros orteil. Elle continue à vaquer à ses occupations sans se soigner pendant plus d'un an. Les douleurs augmentant d'intensité, elle est hospitalisée à la Salpêtrière en 1922 et y reste au repos durant deux mois. Rentrée chez elle, elle continue à garder le repos et suit un traitement héliothérapique. Une certaine amélioration se manifeste pendant quelque temps, puis une rechute se produit.

Mlle Ben ... vient à la consultation en janvier 1927. L'articulation est légèrement gonflée et très douloureuse à la pression. La marche est devenue impossible. A la radio, on constate une destruction presque totale des surfaces de la 1re articulation métatarso-phalangienne gauche avec subluxation de l'orteil en dedans. Grosse géode de l'extrémité distale du 1er métatarsien et décalcification très avancée des os en présence.

*Traitement* : Une première série de douze injections est terminée le 4 mai 1927. Au cours de cette série, le gonflement de l'articulation disparaît et les douleurs diminuent au point que la malade peut marcher facilement.

Une nouvelle série est faite en juillet et août, une troisième en septembre-octobre. Ces deux séries ne comportent que huit injections chacune.

Radiologiquement, amélioration nette. Recalcification des os ; la géode de la phalange se comble. Des ponts osseux s'établissent entre ces deux os. A la date du 15 octobre, la malade est complètement guérie. Il n'y a plus de douleurs ni à la pression ni à la marche.

Depuis la guérison de ses lésions osseuses, Mlle Ben... s'est mariée. Elle a eu depuis son mariage

Fig. 1. — Obs. I. Mlle Ben... Radiographie de face du pied gauche. Arthrite bacillaire de l'articulation métatarso-phalangienne du 1er orteil (19 décembre 1927).

Fig. 1 *bis*. — Obs. I. Mlle Ben... Radiographie du 19 décembre 1927 (profil).

Fig. 2. — Obs. I. Mlle Ben... Radiographie de face six mois après le début du traitement.

Fig. 2 *bis.* — Obs. I. Mlle Ben... Radiographie de profil six mois après le début du traitement.

Fig. 3. — Obs. I. Mlle Ben... Face (dix-huit mois après le début du traitement).

une péritonite avec annexite. Elle est actuellement à Lariboisière, en instance de laparotomie pour salpingite gauche non bacillaire.

N. B. — Cette malade, pendant tout le cours du traitement nécessité par son arthrite bacillaire, n'a pas été immobilisée. Elle a simplement porté une semelle en acier, moulée et fixée dans un soulier ordinaire.

Obs. II. — M. Ter... vingt ans, 1° *Mal de Pott dorsal* ; 2° *Epididymite gauche fistulisée* ; 3° *Infiltration pulmonaire apicale droite* (fig. 4, 5 et 6.)

I. *Mal de Pott.* — En juillet 1926, le malade se présente à la consultation de l'hôpital Rothschild, porteur des lésions indiquées ci-dessus.

Pas d'antécédents personnels et héréditaires.

En 1926, chute de bicyclette. Douleurs lombaires étiquetées « Rhumatismes ».

En 1928 (mai), le malade passe au conseil de révision et le diagnostic de mal de Pott est posé au Val-de-Grâce sur une radiographie.

*Examen* : Raideur rachidienne. Déformation angulaire douloureuse au niveau des 11e et 12e vertèbres dorsales et 1re vertèbre lombaire.

*Radiographie* : décalcification des vertèbres à ce niveau. Tassement des espaces intervertébraux.

Confirmation du diagnostic de mal de Pott porté au Val-de-Grâce.

*Poumons* : Tous les examens cliniques et radiographiques montrent l'existence de lésions pulmonaires doubles encore en activité.

*Traitement* : le traitement commencé en février 1929 a consisté :

Fig. 3 *bis.* — Obs. I. Radiographie de profil dix-huit mois après le début du traitement.

Fig. 4. — Obs. II. M. Ter... Mal de Pott. Radiographie du 12 juin 1928.

Fig. 5. — Obs. II. Radiographie du 9 février 1929.

1° En injections de V. A. V. huit souches, réparties sur dix-huit mois (six séries de 12) ;

2° Dans le port d'un appareil plâtré avec fenêtres au niveau de la lésion dorsale et de la région gastrique, pour permettre de faire des radiographies sans ablation de l'appareil.

II. *Epididymite gauche.* — Au mois de juillet, le malade signale une lésion épididymaire qui avait échappé à l'examen clinique. Le malade avait constaté cette lésion en 1928 et ne la signala qu'après abcédation et fistulisation de celle-ci.

III. *Evolution des accidents cliniques. — Au cours de ces accidents, le malade n'a pas gardé le lit,* mais il a cessé son travail pendant un an. Ce délai passé, la suppression de l'appareil plâtré, la disparition des douleurs et la guérison de la lésion radiographiquement constatée, ont permis à T.... de reprendre sa place et de conduire une camionnette pendant dix heures par jour.

Fig. 6. — Obs. II. Radiographie du 1er février 1930.

A la fin mars 1931, la fistule scrotale est fermée et on ne trouve plus qu'un petit noyau induré, sur lequel la peau adhère au niveau de la queue de l'épididyme.

Les lésions vertébrales paraissent être absolument guéries.

Obs. III. — Cha... René, vingt-cinq ans. *Mal de Pott. Bacillose rénale gauche* (fig. 7, 8, 9).

Les accidents présentés par Cha... débutèrent en 1922 et furent traités à Berck dès novembre de la même année. Un an plus tard, pendant le séjour à Berck, apparut dans

FIG. 7. — OBS. III. M. Cha... Mal de Pott. Bacillose rénale gauche. Février 1929.

FIG. 8. — OBS. III. Onze mois plus tard.

la fosse iliaque droite un abcès qui, collecté peu après, à la racine antérieure de la cuisse droite, fut ponctionné et resta fistuleux.

En 1925, bacillose rénale gauche avec urines purulentes et sanglantes contenant des bacilles de Koch. Pendant ce temps, le malade est soigné à Brévannes et reste alité jusqu'en 1926.

En 1927, ostéite costale gauche réséquée, fistulisation de la cicatrice opératoire.

*Le 6 février* 1929, Cha.... se présente à la consultation porteur d'un *mal de Pott* des trois dernières dorsales en évolution et d'une fistule en activité provenant de la 5e côte gauche au voisinage de l'articulation chondro-co tale.

Les accidents de bacillose rénale antérieurement observés ne se manifestent plus.

Le malade est mis dans un appareil plâtré fenêtré au niveau de la fistule suppurant abondamment.

FIG. 9. — OBS. III. Un an après le début.

La bactériothérapie est pratiquée à doses massives à partir du 6 février 1929, par série de douze injections.

Le traitement a été appliqué sans incidents, pendant un an. L'appareil plâtré fut maintenu jusqu'au 5 février 1929 et remplacé à cette date par un corset orthopédique.

Actuellement, Cha..., guéri cliniquement de ses lésions multiples, a repris ses opérations de comptable.

*(à suivre.)*

# LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

## Le traitement de la conjonctivite blennorragique suivant les données modernes

D'après le Docteur G. RENARD (1)

### I

### LES CARACTÉRISTIQUES DE LA CONJONCTIVITE BLENNORRAGIQUE.

*Œdème et sécrétion purulente* en sont les éléments dominants. Après une très courte phase de rougeur conjonctivale, les paupières infiltrées retombent sur l'œil, et laissent apparaître, quand on les écarte, une grosse goutte de pus jaunâtre, analogue au pus de l'urétrite ; le globe oculaire apparaît masqué par la sécrétion. Un lavage permet de constater que la conjonctive œdématiée forme un bourrelet saillant dans les culs-de-sac et masque la cornée ; chez le nouveau-né, celle-ci est souvent recouverte d'un enduit pseudo-membraneux.

Chez l'adulte, il est souvent difficile de préciser le moment précis de l'inoculation ; mais la durée habituelle de l'*incubation* est de deux à cinq jours. Celle-ci apparaît plus exacte chez le nouveau-né, qui se contamine au moment du passage de la tête dans la filière génitale ; cependant, parfois la conjonctivite apparaît déjà quelques heures après la naissance, lorsque le travail a été long, et que la rupture des membranes a été prématurée.

La *durée* de cette infection varie beaucoup avec la conduite du traitement ; dans les cas insuffisamment soignés, celle-ci se prolonge durant des semaines, et laisse très souvent apparaître de graves *complications*.

Nous ne parlerons pas ici des arthropathies, septicémies, localisations viscérales, cardiaque en particulier. Sur l'œil, c'est la cornée surtout qui est atteinte par une infiltration opalescente plus ou moins étendue, et si celle-ci est précoce (deux à trois jours), le pronostic en est plus sévère. Voici comment les choses peuvent se passer.

Ou bien, le trouble cornéen reste léger, circonscrit, et s'éclaircit plus ou moins lentement au bout de quelques jours ;

Ou bien, en un point on voit apparaître une petite zône dépolie, ulcérée ; le trouble s'épaissit ; une ulcération est constituée, susceptible de guérir, mais dont la profondeur et l'étendue commanderont l'importance de la taie, qui pourra subsister.

Ou bien enfin, l'infiltration devient très rapidement une véritable fonte purulente de la cornée, avec un envahissement de la chambre antérieure. Le plus souvent, la perforation reste limitée ; cependant, elle peut être large et s'accompagner de suppuration de tout le segment antérieur, d'expulsion du cristallin, avec perte du globe. Mais, même si une perforation minime est capable de se cicatriser sans entraîner de séquelles graves, le pronostic reste toujours assombri par la possibilité de persistance d'une large taie, ou par l'apparition ultérieure d'un état d'hypertension du globe, qui compromettrait la vision d'une façon définitive.

### II

### LES CAUSES D'ERREUR POSSIBLES

**Chez le nouveau-né.**

Ne pas confondre une conjonctivite, même purulente, qui surviendrait vers le dixième jour, et serait souvent d'autre origine.

Ne pas oublier la réaction au nitrate d'argent. Souvent, le lendemain de la naissance, et par conséquent de l'instillation au Crédé, l'enfant a les paupières rouges, légèrement agglutinées au réveil. Or, si l'on instille à nouveau du nitrate d'argent, on entretient cet état de choses. Si l'on s'abstient, en quelques heures l'absence de sécrétion importante, l'amélioration rapide jugent la question.

Se rappeler que, dans un grand nombre de cas, sept à dix jours après la naissance, l'enfant présente une conjonctivite, dite à inclusions, à début souvent unilatéral, puis bientôt bilatérale. Son aspect clinique est celui d'une conjonctivite à gonocoques, mais le plus souvent assez légère ; puis l'œdème conjonctival est moindre, la sécrétion moins franchement purulente ; le pus ne renferme pas de gonocoques ; le début est plus tardif, et si la durée peut être longue, cette affection bénigne est facilement enrayée par le sulfate de zinc à 1 p. 100.

(1) Dr G. RENARD. — La conjonctivite blennorragique et son traitement. (*Paris médical*, 3 septembre 1932.)

Savoir enfin que, rarement d'ailleurs, l'imperforation congénitale des voies lacrymales, unilatérale d'habitude, peut amener précisément une sécrétion purulente.

**Chez l'adulte.**

Le début est souvent unilatéral, contrairement à ce qui se passe d'une manière générale chez le nouveau-né.

La difficulté du diagnostic provient, dans bien des cas, de ce que l'homme n'est pas atteint d'urétrite aiguë, de ce que la femme a une gonorrhée méconnue, de ce qu'il s'agit d'une fillette atteinte de vulvo-vaginite ; ou enfin d'une contamination indirecte.

Citons aussi les sécrétions conjonctivales, de nature purulente ou muco-purulente, qui par leur intensité simulent la conjonctivite blennorragique, et qui sont dues au pneumocoque, au bacille diphtérique, au staphylocoque ou même au streptocoque.

*Dans tous les cas un examen bactériologique est indispensable pour affirmer la nature de l'infection.* Pas de coloration simple sur lame au bleu de méthylène, car on peut trouver des germes (saprophytes accidentels), ayant vaguement l'aspect du gonocoque. Mais si la méthode de Gram donne déjà quelques indications plus précises, d'autant que les gonocoques Gram négatifs sont abondants dans le frottis, si dans la grande majorité elle est suffisante, il peut être nécessaire de recourir à la culture pour les différencier de microbes venus parfois d'une infection des voies respiratoires par pneumocoque ou micro'occus catarrhalis.

## III

### Les grands lavages, la nitratation, la vaccinothérapie, bases du traitement

Tout d'abord, quelques données *de prophylaxie.*

Chez le nouveau-né, il faut dès la naissance laver les paupières à l'eau bouillie pour enlever les mucosités, puis faire tomber dans l'œil une goutte ou deux de solution de nitrate d'argent *fraîchement préparée* à 1 p. 50. Ne pas se servir d'un flacon compte-gouttes, mais d'un compte-gouttes bouilli à l'avance, car les solutions de nitrate d'argent tendent à déposer de petits cristaux qui, entraînés par le flacon compte-gouttes, pourraient amener des lésions cornéennes.

Chez l'enfant ou l'adulte atteint d'urétrite ou de vulvovaginite, prévenir du danger des doigts, qui sont les vecteurs habituels des germes de contamination.

Quand la conjonctivite est unilatérale, protéger l'autre œil, chez l'adulte par un verre protecteur fixé par un leucoplaste, chez l'enfant en le faisant coucher sur le côté malade.

*Les grands lavages* se font avec une solution très faible de permanganate de potasse à 0 gr. 25 par litre ; ils doivent être pratiqués le malade étant couché sur le côté atteint, pour éviter la contamination de l'autre œil. Everser les paupières, non avec des écarteurs, mais avec les doigts, et enlever avec un peu de coton les sécrétions accumulées dans la cavité conjonctivale. Pas de bock, car il expose, entre des mains inexpérimentées, à un jet trop fort ; mais des tampons de coton imbibés que l'on exprime au-dessus des paupières.

*La nitratation.* Matin et soir, instillation d'une goutte de collyre ou de nitrate d'argent à 1 p. 50 ou 1 p. 100 suivant le cas. Mieux vaut déposer, celle-ci non pas sur la cornée, mais sur les conjonctives éversées, et cela à l'aide d'un compte-gouttes ou d'un tampon. Ces instillations doivent être faites par le médecin.

*La vaccinothérapie.* L'auteur, après de multiples essais, s'est arrêté à un vaccin polyvalent, contenant divers microbes de provenance oculaire (gonocoques, pneumocoques, staphylocoques, streptocoques, bacilles massués), lysés par la pyocyanique. 90 p. 100 de ses malades ont guéri sans complications en moins de quinze jours.

Voici sa *technique* :

Dès l'arrivée du malade, le traitement classique est institué, et une première injection de vaccin est pratiquée : 1 /4 de cent. cube chez le nouveau-né, 1 /3 à 1 /2 cent. cube chez l'adulte. L'injection peut se faire à la cuisse ou à la région sous-épineuse chez le nouveau-né ; une légère réaction thermique, ne dépassant pas 38° en général, atteint son acmé neuf heures après. Si son niveau n'excède pas 38°, on pratique le lendemain une nouvelle injection en augmentant légèrement la dose, 1 /2 cent. cube par exemple. Si la réaction a été plus intense, même dose que la veille. Localement, rougeur et gonflement persistent un jour ou deux.

Sous l'influence de ce traitement, la sécrétion diminue considérablement, et parfois se tarit presque en 48 heures ou trois jours.

A ce moment, il faut continuer les lavages, mais espacer les instillations au nitrate, ou même les remplacer par un collyre à 1 p. 200,

afin d'éviter, par un plus long usage, une exfoliation de l'épithélium cornéen; par la suite, même si l'état local est très amélioré, il est *capital* de continuer les injections de vaccin tous les deux jours.

Une rechute est, en effet, fréquente quand on cesse trop tôt le vaccin. Ce n'est que vers le *vingtième* jour que l'on pourra arrêter le traitement.

Cette technique est intéressante à connaître, car elle permet d'atténuer notablement le pronostic sévère de l'ophtalmie purulente, et d'éviter ainsi les nombreux cas de cécité, que trop fréquemment encore, elle compte comme sa plus redoutable complication.

G. F.

# L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

## La Presse

### La durée d'isolement des scarlatineux.

M. G. Schreiber, d'une enquête menée en France et à l'étranger, déduit la pratique suivante :

1° Pour la prophylaxie de la maladie, l'isolement de quarante jours peut être maintenu par précaution, si l'on veut éviter tout risque de propagation aux tiers. Il doit rester la règle pour les scarlatineux convalescents appelés à retourner dans un milieu d'enfants, et par conséquent la quarantaine, fixée par les règlements pour l'éviction scolaire du malade, ne doit pas subir de modifications.

Il est même nécessaire d'ajouter que cette quarantaine est insuffisante pour les scarlatines compliquées de rhino-pharyngites, d'otites, d'adénites suppurées persistantes, de néphrites ou de rhumatisme scarlatin.

2° A n'envisager que l'intérêt du malade lui-même, l'isolement classique de quarante jours paraît excessif dans la grande majorité des cas. Un isolement de trente jours semble amplement suffisant, sauf en cas de complication. Passé le vingt-cinquième jour, l'absence d'albuminurie permet d'affirmer que le patient est à l'abri de la néphrite scarlatineuse. Un isolement de quarante jours, et davantage, n'est nécessaire que si le sujet présente une des formes compliquées, envisagées précédemment. (*La Clinique,* avril 1932 B.)

### La polypose intestinale.

MM. Bensaude, P. Hillemand et P. Augier rappellent que la polypose n'est pas une maladie , mais un syndrome, comprenant des faits voisins, que l'on peut grouper en : polyposes essentielles, néoformations sans étiologie connue se développant sur une muqueuse en apparence normale, en polyposes parasitaires, en polyposes inflammatoires d'origine indéterminée.

Dans tous ces cadres cliniques, l'élément anatomique commun est le polype, hyperplasie de la muqueuse à laquelle participent en proportion variable l'épithélium et le chorion conjonctivo-vasculaire.

L'étude de la polypose intestinale est particulièrement fertile en enseignements ; il faut en retenir l'aspect radiographique si particulier, isolé pour la première fois par l'un des auteurs, les rapports entre la polypose et l'hippocratisme digital, l'association de l'infantilisme et de la polypose, et l'intérêt que présente l'électrocoagulation des polypes bas situés comme premier temps de l'intervention.

Au point de vue théorique enfin, la polypose soulève d'importants problèmes de pathologie générale. Son étude non seulement met en évidence l'origine inflammatoire ou parasitaire possible de certaines tumeurs bénignes et les liens qui unissent les bourgeons inflammatoires aux adénomes, mais encore, du fait de la dégénérescence maligne des polypes, elle pose la question de l'étiologie du cancer. (*La Presse Médicale,* 27 avril 1932.)

### L'hypotonie myocardique essentielle.

On sait à présent que l'on peut mourir d'insuffisance progressive du myocarde, alors que, si l'examen anatomique post-mortem vient à pouvoir être pratiqué, il reste impossible de trouver, même à l'aide des recherches les plus minutieuses, et des techniques perfectionnées, aucune lésion capable d'expliquer la déchéance fatale du muscle cardiaque. Cet état est appelé par le Docteur A. Mougeot (de Royat) : hypotonie myocardique essentielle.

Cliniquement, on observe au cours de l'évolution de cette affection, avant tout un bruit de galop, la dilatation du cœur avec assourdissement des bruits systoliques ; plus tard le souffle systolique, doux, lointain, de l'insuffisance mitrale fonctionnelle ; enfin, le tableau complet de l'hyposystolie progressive, le rythme restant régulier dans la majorité des cas. Les tensions

maxima et minima tendent à se rapprocher : au total, rien de caractéristique. Souvent, le pouls devient alternant. A l'écran, le cœur est gros, avec une forme sphérique.

Les troubles fonctionnels sont ceux qui accompagnent toutes les insuffisances cardiaques : la dyspnée et la douleur thoracique à caractère angineux. L'électro-cardiographie reste muette vis-à-vis d'un syndrome aussi nettement myocardique.

Ce syndrome n'est pas rare ; il est tout particulièrement fréquent dans l'hypertension artérielle pure ; des hypertendus, qui ont supporté pendant des années des tensions élevées comme 25/15 entrent brusquement dans l'insuffisance myocardique, soit sans cause appréciable, soit à la suite de secousses morales, soit encore parce que le malade s'est soumis à un régime diététique sévère.

Il est des formes bénignes, par opposition aux formes primitives et fatales ; ce sont des bruits de galop, qui ne durent que quelques heures, au plus quelques jours, au cours d'une maladie infectieuse (typhoïde ou diphtérie).

Bref : bruit de galop, dilatation du cœur, mauvaise réponse à la digitale et au strophantus, caractère primitif du syndrome, voilà ce que signifie l'hypotonie essentielle du myocarde, alors que l'examen anatomique reste muet.

L'auteur expose sa conception propre de la pathogénie, de façon à conduire à une thérapeutique rationnelle. C'est ainsi que, pour lui, le syndrome représente une maladie du tonus ; le substratum du tonus myocardique se trouve dans sa réserve glycogénée ; le myocarde puise dans cette réserve à l'aide de son amylase, et la reconstitue à l'aide d'une oxydase, en utilisant l'acide lactique et le glucose du sang ; l'insuline facilite cette reconstitution. On le voit, cette conception fait intervenir au premier chef les diastases et les hormones.

Dès lors, si l'hypotonie myocardique est fonction de la pauvreté du cœur en glycogène, le malade ne pourra réagir convenablement à la digitale et au strophantus, qui ont pour effet de l'appauvrir davantage en glycogène. De là, l'indication majeure de fournir du glucose au muscle cardiaque, et de faciliter au myocarde la reconstitution de sa réserve glycogénée par l'insuline.

Ainsi, en cas de défaillance du myocarde, on prescrira un régime riche en sucres, des boissons très sucrées, des fruits confits, des confitures, compotes, jus de raisin non fermenté, fruits secs, figues ; en cas d'urgence, injections glucosées. En outre, ce qui est un progrès sérieux dans la thérapeutique, on fera chaque jour une injection sous-cutanée d'insuline, à doses faibles : trois, cinq ou dix unités au maximum. Sous l'influence de cette association, sucre et insuline, les malades recommencent à bien réagir à la digitale et au strophantus. (*Le Progrès Médical*, 23 avril 1932.)

**Traitement des plaies des tendons fléchisseurs.**

M. Iselin reste fidèle à la suture secondaire ; la suture primitive n'est possible que dans des cas absolument exceptionnels (par exemple, une coupure nette par couteau propre, qui puisse être opérée dans les deux heures, dans les mêmes conditions matérielles qu'une opération secondaire).

Le résultat final dépend pour moitié du chirurgien ; l'autre moitié, du malade lui-même, et de l'énergie et de la constance avec laquelle il travaille après l'opération.

Au point de vue technique, il faut considérer la greffe comme un pis aller, et employer de préférence les moyens désignés par l'auteur sous les noms de réinsertion, et réintroduction ; ils sont d'ailleurs beaucoup plus difficiles qu'une greffe, qui est toujours choisie assez mince pour passer sans trop de difficulté dans le canal digital ; en pareil cas, c'est le tendon lui-même remplissant très exactement sa gaine qu'il s'agit de faire passer.

Enfin, il faut distinguer les coupures des plaies; ces dernières sont plus difficiles à réparer, car les lésions des téguments et des poulies qu'elles déterminent sont beaucoup plus importantes que celles d'une simple coupure. (*La Presse Médicale*, 20 avril 1932.)

**Lymphogranulomatose maligne et tuberculose.**

MM. F. Bezançon, Weismann-Netter, Oumansky et Delarue font une étude critique de cette question d'après six cas étudiés cliniquement et expérimentalement. Ils arrivent aux conclusions suivantes :

Dans un grand nombre de cas l'évolution de la lymphogranulomatose se poursuit sans qu'à aucun moment l'intervention du bacille de Koch puisse être invoquée ; l'examen clinique ne montre aucune localisation de l'infection tuberculeuse ; l'inoculation des ganglions prélevés par biopsie reste négative ; à l'autopsie, l'examen histologique des tissus décèle un processus lymphogranulomateux pur, indépendant de toute lésion tuberculeuse. Enfin, l'inoculation non seulement des ganglions ou des autres tissus granulomateux, mais encore des différents organes (poumons, rate, etc.) ne détermine aucune lésion chez l'animal.

Dans les cas où, au contraire, la clinique, l'histologie ou l'expérimentation apportent la preuve de l'infection tuberculeuse associée, il ne semble guère possible d'attribuer au bacille de Koch un rôle dans l'étiologie de la lympho-

granulomatose. Seule la reproduction expérimentale chez l'animal de telles lésions, par inoculation de bacilles tuberculeux et de bacilles tuberculeux seuls, pourrait apporter la démonstration de l'origine tuberculeuse de la maladie de Sternberg-Paltauf, démonstration qui jusqu'ici n'a jamais pu être faite. (*La Presse Médicale*, 30 avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Un cas de ligature de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique droites.

(M. Condé (Marine). — *Société de chirurgie* ; 29-6-1932.)

Chez un malade de M. Condé, à la suite d'injections de quinine-uréthane, faites dans le but de juguler des crises de paludisme pernicieux, apparut une tuméfaction de la fesse à développement progressif, avec douleurs dans la jambe droite. Pensant à un abcès quinique comprimant le sciatique, l'auteur pratique une incision. De l'incision s'échappe un jet de sang. Il s'agit d'un hématome avec hémorragie artérielle, qui reprend dès que l'on cesse le tamponnement. M. Condé pose une ligature sur l'hypogastrique sans obtenir l'arrêt du jet artériel. Il lie finalement l'iliaque primitive. L'hémorragie cesse. Les suites furent satisfaisantes, le membre inférieur s'étant réchauffé, sans gangrène. Le malade, revu deux ans après, avait une nutrition du membre, amoindrie sans doute, mais à peu près suffisante.

L'auteur appelle l'attention sur trois points de cette observation : la cause de l'hémorragie ; l'artère intéressée et saignante ; le rétablissement de la circulation dans le membre inférieur après la ligature de l'hypogastrique et de l'iliaque primitive.

L'origine de l'hématome et de la lésion artérielle a été très probablement la chute d'une escarre profonde, escarre produite par les injections de quinine. Il est probable que la quinine, injectée trop bas et trop profondément, a fusé le long du pyramidal, pénétré dans la grande échancrure sciatique et mortifié les tissus au contact du nerf sciatique et de l'artère fessière.

M. Condé pense que la source de l'hémorragie devait être une artère importante, la fessière ou l'ischiatique.

Quant au rétablissement de la circulation après la ligature, M. Moure, dans son rapport sur le travail de M. Condé, rappelle que le résultat de la ligature du tronc principal d'un membre dépend surtout de la longueur du caillot prolongé et de l'état du réseau vasculaire périphérique. La ligature aseptique isolée de l'iliaque primitive est d'ailleurs en général bien tolérée.

— M. Lenormant ajoute qu'il ne faudrait pas tirer de l'observation de M. Condé des conclusions précises quant au traitement des hémorragies de la région profonde de la fesse, qui est une des questions les plus difficiles de la thérapeutique chirurgicale.

— M. P. Moure souscrit aux critiques de M. Lenormant. Le traitement idéal d'une hémorragie de la fesse n'est certainement pas la double ligature de l'hypogastrique et de l'iliaque primitive. Il eut mieux valu pincer directement le vaisseau, quitte à causer quelques délabrements de la grande échancrure sciatique, ou encore laisser en place le tamponnement. Le rétablissement fonctionnel du membre après ligature de l'iliaque primitive est toutefois un fait intéressant.

— M. Lenormant remémore la notion des artères dangereuses à lier. Il redouterait plus les effets d'une simple ligature de la fémorale à sa bifurcation que ceux d'une ligature de l'iliaque.

### Les barbituriques par voie buccale comme narcotiques préparatoires à l'anesthésie générale.

(MM. Desplas, Launoy et Chevillon. — *Société de chirurgie* ; 22-6-1932.)

Depuis quelques années, on parle beaucoup de la méthode dite de *narcose de base*, particulièrement à l'étranger. En France, M. Fredet, par ses travaux sur lesomnifène dans l'anesthésie, a été un des pionniers de cette intéressante question.

MM. Desplas, Launoy et Chevillon ont étudié à ce point de vue différents composés barbituriques. Ils se sont arrêtés au butyl N. éthylmalonylurée (sonéryl). Le point particulier de leur technique est qu'ils donnent ce médicament par la bouche et en deux prises, une la veille de l'intervention, l'autre une heure avant le transport à la salle d'opération.

La première prise, de 0 gr. 30, de sonéryl iodé procure au futur opéré une nuit calme et un sommeil profond pendant cette nuit. La seconde prise (0 gr. 40 de sonéryl pour les sujets pesant 50 kilogr., unpeu plus pour les sujets dont le poids est plus élevé), ingérée une heure avant l'intervention, a donné à M. Desplas les résultats suivants : sur 59 malades, 22 étaient endormis avant l'anesthésie générale, 21 étaient somnolents et 16 encore éveillés. Dans tous les cas, le patient était calme au moment de l'administration de l'éther.

Cette narcose préparatoire au sonéryl a permis d'endormir les malades avec une quantité d'éther

très nettement diminuée. L'anesthésie obtenue a été parfaite dans le plus grand nombre de cas. La dose d'entretien a été également réduite au minimum.

Le sonéryl ainsi administré a donc amené une amélioration sensible des conditions habituelles de l'anesthésie générale à l'éther. Un point important est que l'on procure de cette façon une quiétude psychique à l'opéré. Celui-ci, ayant pris le narcotique la veille au soir, a eu une bonne nuit. Reprenant le même narcotique une heure avant l'opération, il est déjà la plupart du temps somnolent ou endormi quand on place le masque d'Ombrédanne. Il passe de la veille à l'état d'anesthésie sans s'en rendre bien compte et sans inquiétude. C'est là un détail de l'anesthésie générale, dont on ne s'est pas assez occupé, peut-être, jusqu'à ce jour. Il convient et il suffit d'ailleurs de donner l'éther, ici, par quantités modérées.

M. Desplas ajoute que la voie buccale dans la narcose préparatoire à l'anesthésie a été recommandée par Ferguson et précédemment encore par Bérard, de Lyon, qui a employé le somnifène.

— M. Pierre Fredet note la caractéristique du mode d'anesthésie expérimenté par M. Desplas, à savoir l'administration *buccale* du narcotique précédant l'inhalation d'éther.

P. L.

**Erythème infectieux récidivant et ictère biotropique au cours du traitement antisyphilitique.**

(MM. J. Cathala, Garnier et Friedman. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-6-1932.)

C'est un document à l'appui des idées de M. Millian sur la nature infectieuse, et non pas toxique, de certains accidents, érythèmes, ictère, qui surviennent au cours du traitement de la syphilis.

Le malade n'a eu aucun symptôme proprement toxique, pas de céphalée, pas d'ébauche de crise nitritoïde, pas de prurit, pas d'œdème. L'éruption scarlatiniforme, précoce d'abord, ébauchée après le novar, puis affirmée par le bismuth, a si bien les allures d'une maladie infectieuse, que les médecins de Saint-Louis l'envoient pour isolement dans un hôpital de contagieux. On retrouve dans la gorge un streptocoque hémolytique. Tous ces caractères étaient ceux que l'on attribue depuis Millian aux érythèmes biotropiques. Aucun ne permettait de croire à une érythrodermie vésiculo-œdémateuse, dont la nature toxique n'est contestée par personne.

L'ictère lui-même a eu les caractères de l'ictère syphilitique précoce ; fait remarquable, sa première apparition a eu lieu, alors qu'on avait renoncé provisoirement au novar, et que l'on employait le bismuth. Après de nouvelles injections de novar, il se reproduisit sous une forme plus atténuée ; au fur et à mesure que le traitement fut poussé plus activement avec le novar, il ne se produisit plus. Ce sont bien des caractères qui autorisent à conclure qu'il est fonction, non pas d'intoxication arsénicale, mais d'hépatite probablement syphilitique. En effet, phénomène qui n'est pas d'ordre toxique, à deux reprises on vit se produire sous les yeux une brusque exagération fluxionnaire des lésions génitales sous l'influence des injections de novar, c'est-à-dire une réaction d'Herxheimer indiscutable.

L'analyse des caractères mêmes de ces incidents incitait à conclure au biotropisme indirect pour les érythèmes successifs, au biotropisme direct pour l'ictère et pour la reviviscence du chancre. Il eut été paradoxal d'attribuer à une action toxique des accidents de forme diverse, qui reparaissaient à chaque injection d'une dose faible, s'atténuaient à mesure que l'on insistait, et disparaissaient définitivement, quand on était parvenu dans les doses fortes.

**Pneumo-péritoine spontané par perforation intestinale au cours d'une fièvre paratyphoïde A. Guérison.**

(M P. Harvier. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-6-1932.)

Un malade, atteint d'une fièvre paratyphoïde A d'allure grave présente, à trois reprises, d'abondantes hémorragies intestinales. Des transfusions sanguines massives et répétées (1.850 grammes en deux jours) ont arrêté les hémorragies et rapidement réparé l'anémie post-hémorragique. Au quarante-huitième jour de la maladie (douzième ou treizième jour de la rechute) apparaît une hémorragie intestinale très abondante ; l'amélioration est obtenue comme précédemment ; mais la température reste élevée et le pouls rapide, lorsque, le cinquante-quatrième jour, on constate pour la première fois, du ballonnement abdominal, une disparition de la matité hépatique et une légère défense musculaire à droite. Il n'y a aucun symptôme de réaction péritonéale, ni hoquet, ni vomissement, ni matité déclive, ni aucun signe d'occlusion. L'auscultation de la base droite décèle des symptômes de pneumothorax, mais il n'y a ni toux ni dyspnée. Quelques jours après le début de ces accidents, une radiographie montre l'existence d'un pneumo-péritoine soulevant fortement les deux coupoles diaphragmatiques. Il s'agit donc d'une perforation intestinale, constituée à bas bruit, et masquée sans doute par les hémorragies intestinales abondantes, survenues lors de la rechute.

Cet épanchement gazeux pur est resté sans réaction péritonéale, sans péritonite exsudative cliniquement appréciable, et il a disparu spontanément, après trois semaines environ. Un pneumo-péritoine gazeux pur a donc pu être le seul symptôme d'une perforation minuscule et rapidement couverte.

**Forme infectieuse du rhumatisme articulaire aigu.**

(MM. F. Bezançon, Et. Bernard, et A. Meyer. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-6-1932.)

Le rhumatisme articulaire aigu, la maladie de Bouillaud, peut dans certains cas revêtir des formes

assez anormales pour que le diagnostic reste un certain temps en suspens, et que l'on croie être en présence d'un rhumatisme infectieux, la démarcation clinique entre les deux formes, étant moins souvent simple qu'on a coutume de le dire.

Après un accouchement, les auteurs virent se dérouler un grand syndrome d'anémie fébrile, avec albuminurie, avec manifestations articulaires, où tout entraînait le diagnostic de septicémie streptococcique, et où cependant, comme le montrèrent l'influence heureuse du salicylate de soude et l'apparition d'une lésion cardiaque, il ne s'agissait que d'une maladie de Bouillaud.

Indépendamment de cette allure septicémique du début, il convient de signaler l'importance de l'atteinte rénale ; dès le début, cinq jours avant les premières douleurs articulaires, la malade accusait des douleurs lombaires et présentait de l'œdème malléolaire ; on notait des urines rares, hautes en couleur, contenant des cylindres granuleux et de l'albumine ; l'urée sanguine était à 0 gr. 60. Le rein, en pareils cas, tolère remarquablement le salicylate, et s'améliore par cette médication.

Il faut aussi noter la précocité des lésions cardiaques ; quinze jours après le début des premiers phénomènes morbides, dix jours après les premières arthralgies, se trouvait constituée une double lésion endocarditique.

**Rupture sous-cutanée du tendon long extenseur du pouce simulant une paralysie radiale partielle.**

(MM. O. Crouzon, G. Bourguignon et J. Christophe. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-6-1932.)

Les réflexes étaient normaux aux membres supérieurs ; on ne constatait aucun trouble de la sensibilité objective dans le domaine du radial à la main. Une paralysie aussi limitée paraissait difficilement explicable par une atteinte très dissociée du territoire du radial. Seule une rupture tendineuse était capable de produire une semblable symptomatologie et permettait d'expliquer ce fait en apparence paradoxal. Le rôle de l'examen électrique fut primordial dans l'établissement du diagnostic ; bien interprété, il imposa le diagnostic et permit de rapprocher le cas de faits semblables déjà observés.

G. F.

# Les Thèses

P. — Docteur M. Jarriault. — **Le radium dans le traitement des affections gynécologiques autres que le cancer.** (Editions Médicales Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27, Paris, 1932).

La radiumthérapie constitue un traitement sérieux pour la plupart des affections gynécologiques autres que le cancer. Elle s'impose du fait des propriétés biologiques que possède le radium. Elle seule devrait même être employée dans le traitement des ménorragies et métrorragies, dues à une lésion de la muqueuse ou du muscle utérin, sans lésion annexielle concomitante, en raison des propriétés hémostatique et décongestive du radium, des dimensions réduites des appareils qui le contiennent, de leur forme tubulaire, qui fait qu'ils peuvent être placés au centre même des lésions, si bien que l'action des rayons se trouve limitée aux parties qui doivent être irradiées. En outre, il convient d'insister à nouveau sur la fréquence relative des états précancéreux que révèle parfois la biopsie, et dont la curiethérapie constitue le traitement le plus sûr, tandis qu'une autre thérapeutique risque de les irriter, plutôt que d'en arrêter l'évolution.

Du reste, dans toutes les affections étudiées par l'auteur : ménorragies et métrorragies, métrites chroniques et leurs gros cols, prurit et eczéma vulvaire, végétations vulvaires, la radiumthérapie a prouvé suffisamment sa valeur pour qu'on doive la prendre en très sérieuse considération.

On est obligé de constater d'ailleurs que le nombre s'accroît chaque jour des chirurgiens gagnés par la valeur du radium. Et, dans un avenir rapproché, au fur et à mesure que ces méthodes seront plus connues, il est probable que l'accord sera complet sur les avantages de la curiethérapie. Comme preuve de cette valeur, il suffit de s'en rapporter au dire des malades déjà soignées, et à l'empressement avec lequel elles conseillent à leurs parentes ou amies de recourir au radium dans les cas analogues au leur.

Au cours de cette étude, ont été soulignés à propos de chaque affection, les avantages que pouvait bien présenter la radiumthérapie sur la chirurgie et les rayons X. Sur la chirurgie, le radium offre l'avantage de fournir à la malade la perspective de se guérir sans la nécessité d'une opération. D'autre part, les rayons X obligent la malade à se déplacer chez le spécialiste et exigent même dans certains cas des séances répétées. En outre, leur action est plus lente que celle du radium, et ils peuvent être la cause de troubles généraux, dont l'ensemble constitue le « mal des rayons ». Au point de vue local enfin, ils risquent de créer des difficultés opératoires pour le chirurgien amené à intervenir ultérieurement sur la région.

La curiethérapie au contraire est simple. Elle est

indolore, et peut se faire au domicile même de la malade.

St. — Dr E. Grevilliot. — **Sur un cas de réticulo-granulomatose maligne diffuse à prédominance cutanéo-musculaire, avec état leucémique terminal. Contribution à l'étude des granulomatoses malignes.** (Imprimerie Union, Mulhouse, 35, rue des Trois-Rois, 1932.)

Les symptômes principaux d'un cas observé ont été : 1° Une éruption persistante, d'un type spécial, consistant en une infiltration dure et contusiforme, par larges placards kératosiques diffus, surtout importants aux faces d'extension des membres ; 2° Un empâtement des masses musculaires des membres qui augmentèrent d'abord de volume — en même temps qu'elles devenaient douloureuses et que l'impotence s'installait, sans aucune atteinte nerveuse—, pour enfin subir une atrophie avec sclérose ; les masses musculaires ont été prises les unes après les autres ; l'atteinte d'un groupe de muscles une fois faite, il n'y eut plus de guérison et l'évolution aboutit inexorablement à l'impotence de ce groupe; 3° Des troubles de la déglutition et de la respiration qui démontraient la possibilité d'une atteinte de muscles viscéraux ; 4° Une hyperesthésie extrême, cutanée et musculaire profonde; des douleurs de la langue; enfin, un état pseudo-leucémique du sang, consistant en un taux fortement exagéré de monocytes ; il y eut une poussée subleucémique dans les derniers jours de la maladie.

Les phénomènes généraux restèrent toujours à l'arrière-plan : la température fut toujours voisine de la normale ; il n'y eut point d'albuminurie ; pas d'augmentation de volume appréciable ni des ganglions ni de la rate ; le cœur se maintint bon jusqu'à la phase ultime de la maladie ; celle-ci aboutit à une cachexie d'un type particulier et fut interrompue par une broncho-pneumonie terminale.

Toutes les tentatives faites pour établir l'étiologie de cette affection sont restées complètement infructueuses ; elles ont tout de même servi à démontrer que la maladie ne relevait ni de la tuberculose, ni de la syphilis, ni d'une autre cause connue.

Les lésions constatées ont consisté en une atteinte de tout le système réticulo-endothélial, transformé en un tissu de granulation qui n'était pas sans analogie cytologique avec celui de la lymphogranulomatose maligne.

Les lésions prédominèrent, durant tout le cours de la maladie, à la peau et aux cloisons interfasciculaires des muscles ; mais, dès le début, elles furent généralisées (biopsie d'un ganglion) ; à l'autopsie, elles étaient manifestes dans les ganglions et la rate, mais faciles à trouver encore dans tout le tissu conjonctif de tout l'organisme.

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez Le François,
91, boulevard Saint-Germain.

Dr H. Herscovici. — **Cancer.** Un vol. 166 pages. Prix : 20 francs.

Chez Doin et Cie,
8, place de l'Odéon.

Georges Luys, avec la collaboration de Félix Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris, Ch. Laubry, médecin de l'hôpital Broussais, et de M. René Joly, Juge au tribunal civil de la Seine. — **Traité de la blennorrhagie et de ses complications.** 4e *Edition, revue, remaniée et augmentée.* Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (Prix Ricord). (Un vol. 686 p., 235 fig., 4 pl. en couleurs). Prix : 110 francs.

Les Presses universitaires de France,
49, boulevard Saint-Michel, Paris.

Chevalier Jackson et Chevalier L. Jackson, de Philadelphie. — **Les maladies de l'œsophage.** In *Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales* publiées par Vernet, Ledoux, Aloin, Portmann et Sourdille. Un vol. 232 pages. 46 fig. ou planches, comprenant analyses en allemand, anglais, espagnol et italien. Prix : 35 francs.

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

**Congrès français de médecine.** XXIIe Session. Paris, 1932. — **Rapports :**

I. Caractères anatomo-cliniques de la granulomatose maligne (Favre, P. Croizat, A. Guichard. — R. Gilbert et Sluys. — Weissmann-Netter, Oumansky et Delarue).

II. Les acrocyanoses (Villaret, L. Justin-Besançon et R. Cachera. — E. May et Layani).

III. Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon (E. Sergent et R. Kourilsky ; A. Baumgartner et M. Iselin. — G. Lardennois. — A. Lemierre, Léon Kindberg et A. Soulas. — E. Bernard).

Editions J. Oliven,
65, avenue de La Bourdonnais, Paris-VIIe.

Dr Paul Farez. — **Les moyens d'être maître de son corps.** Une broch. 41 pages. Prix : 3 fr. 50.

Chez Norbert Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

M. Favreau et S. Beurois. — **Les grossesses gémellaires. Les jumeaux identiques et les jumeaux fraternels.** Une brochure 74 pages avec figures.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

I

### LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE LA TUBERCULOSE

Par Auguste LUMIÈRE,

Correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Quelques organes de la presse quotidienne d'information ont récemment attiré de nouveau l'attention de leurs lecteurs sur la question fort grave, relative à la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Le repos et la vie hygiénique au grand air étant d'importants facteurs de guérison de la bacillose, si l'obligation de déclarer cette affection avait seulement pour objet de procurer aux malades les moyens de suspendre leur travail pendant quelques mois ou quelques années et de se soigner d'une façon plus précoce, nous ne pourrions qu'applaudir à cette disposition, mais tout différent semble être le but poursuivi par les partisans de ce projet qui est présenté, en général, comme un procédé de dépistage des cracheurs de bacilles, en vue de les mettre hors d'état de contaminer les personnes de leur entourage.

Nous nous proposons de démontrer que, de ce point de vue, la déclaration obligatoire est non seulement inopérante et complètement inutile, mais encore profondément cruelle et malfaisante ; nous comptons prouver aussi que sa réalisation pratique se heurterait à des difficultés, et même à des impossibilités qui doivent la faire considérer, en soi, et indépendamment de ses déplorables conséquences, comme une pure utopie.

#### 1° INUTILITÉ DE LA MESURE

Cette mesure est, tout d'abord, basée sur un principe éminemment faux : elle prétend être une mesure de protection contre la contagion et cette contagion n'existe pas pour l'adulte ainsi que nous l'avons *irréfutablement* prouvé.

Voici pourquoi nous disons irréfutablement : La thèse de la propagation de l'affection par hérédité, et non par contagion, que nous avons soutenue, a causé le plus vif émoi parmi les phtisiologues qui, depuis une cinquantaine d'années, nous offrent le plaisant spectacle de la chasse aux microbes avec des sabres de bois et des pistolets de paille !

Pour leur permettre de continuer à somnoler sur le mol oreiller d'une routine dogmatique, autant que stérile, et à professer, en toute quiétude leurs errements aussi coûteux qu'inefficaces, il eût été de toute importance de réfuter sans retard les arguments que nous avons produits à l'encontre de la notion de contagion ; or, depuis plus de deux ans que ces arguments ont été portés à la connaissance des maîtres de la phtisiologie, aucun d'eux n'a été capable de démontrer que nos raisonnements sont erronés.

Nous sommes cependant bien convaincu que s'ils avaient pu le faire, ils n'y auraient pas manqué : le problème est d'une trop haute portée et ceux qui ont toujours soutenu la thèse de la contagi n sont trop intéressés à voir perpétuer leur opinion, pour qu'ils n'aient pas tenté l'impossible contre l'édifice inébranlable que nous avons construit.

Devant leur impuissance, ils se sont contentés de chercher à étouffer notre conception *sous l'éteignoir* qu'est la conspiration du silence.

Ce silence n'est-il pas la preuve que notre argumentation est irréfutable ? Mais ce n'est là d'ailleurs qu'une preuve indirecte, et nous en avons fourni nombre d'autres, plus immédiates, sur lesquelles nous ne pouvons revenir ici et que les lecteurs trouveront dans notre dernier ouvrage sur la tuberculose (1).

(1) Auguste LUMIÈRE. — Tuberculose. Contagion. Hérédité. 2e édition, Lyon 1931. J. Desvigne et Cie, éditeurs.

Nous avons cependant admis, rappelons-le, que la contagion est parfois réalisable et il est certainement des cas spéciaux, qu'il faut bien connaître, dans lesquels la maladie est transmissible par contage. Ces cas sont d'ailleurs relativement rares et les sujets qui en sont victimes succombent invariablement à l'infection qui ne présente alors jamais cette symptomatologie éminemment polymorphe, avec ses régressions, ses rémissions, ses guérisons qui caractérisent la tuberculose commune de l'adolescent et de l'adulte.

Ce sont, en premier lieu, les nouveau-nés qui peuvent être contaminés, surtout dans les premiers jours de leur existence et nous avons exposé les raisons de cette particulière sensibilité. Il est donc nécessaire de ne pas laisser les nourrissons dans les milieux souillés par le bacille de Koch et l'admirable œuvre Grancher remplirait parfaitement ce but, si elle pouvait être développée et généralisée.

Au bout de quelques semaines, la barrière lymphoïde intestinale s'est établie chez le nouveau-né et, quelques mois plus tard, l'allergie humorale s'est installée au sein de ses tissus, en sorte que la contamination n'est plus à redouter.

Il est encore une autre classe d'individus réceptifs à l'infection bacillaire : c'est celle qui comprend les sujets ayant toujours vécu dans des milieux complètement privés de germes et qui se trouvent tout à coup transportés dans des foyers bacillaires.

Le microbe ne peut se développer, chez l'adulte, qu'en terrain rigoureusement vierge de toute imprégnation bacillaire antérieure.

Par exemple, un sujet ayant toujours habité une contrée où la tuberculose est inconnue, et qui arrive dans une grande agglomération urbaine européenne, sera susceptible de contracter la tuberculose s'il absorbe des bacilles virulents en quantité suffisante ; il pourra en être de même pour un sujet qui, ayant été élevé à la campagne, loin de tout cracheur de bacilles, se trouvera subitement en contact avec des phtisiques, porteur de lésions ouvertes.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces catégories d'individus réceptifs, quand la tuberculose s'implante dans leur organisme, elle affecte la forme de la bacillose d'inoculation expérimentale, c'est-à-dire qu'elle tue infailliblement ; son évolution est continue, elle ne procède pas par poussées, avec des périodes d'arrêt ou de régression, elle n'est pas curable et ne se montre jamais sous ce polymorphisme impressionnant qui caractérise la tuberculose habituelle de l'adute, forme strictement héréditaire de la maladie.

Quelle peut être l'importance de ces cas de contamination effective, par rapport à l'ensemble des cas de tuberculose ? Elle est certainement insignifiante et, à notre appréciation, elle est loin d'atteindre 5 % du total des bacillaires.

La démonstration de la réalité de ce faible pourcentage nous entraînerait trop loin, mais nous sommes cependant suffisamment documenté pour justifier notre estimation.

Nous en arrivons à cette conclusion *qu'il y a plus de 95 % des tuberculeux dont l'affection ne relève pas de la contamination et pour lesquels la déclaration obligatoire n'aurait absolument aucune utilité en tant que moyen de défense sociale contre le fléau.*

Avant de prendre une aussi grave disposition, ne conviendrait-il pas de mettre ceux qui affirment la contagiosité de l'affection, en mesure de réfuter l'argumentation que nous avons apportée en vue de combattre un contagionnisme néfaste ?

### 2° Les méfaits de la déclaration obligatoire

Si la loi décrétait que le tuberculeux est un danger pour sa famille et pour ses semblables, elle en ferait un paria ; elle lui enlèverait gratuitement ses affections familiales et les soins dévoués irremplaçables de ses proches, dont il a cependant le plus grand besoin ; elle condamnerait le malheureux phtisique à voir fuir devant lui les êtres qui lui sont chers, elle désorganiserait les ménages ; la crainte de la contagion séparerait les époux, favoriserait les divorces, causerait en somme des chagrins et des désolations sans nombre, voire même des catastrophes.

Dans un article ayant pour titre « *Le contagionnisme malfaisant* », nous avons déjà montré par quelques exemples précis, les dommages moraux et matériels que la notion de contagion, professée si malencontreusement par les auteurs classiques, avait occasionnés dans certaines familles, nous prions le lecteur de s'y reporter, en lui faisant remarquer que la déclaration obligatoire aggraverait considérablement une situation déjà bien déplorable.

La mesure serait d'autant plus cruelle qu'elle s'appuie sur une idée fausse, sur cette croyance en la contagion qui n'a pour elle que des légendes et contre laquelle les faits, les expériences de laboratoire et les documents démographiques se dressent, sans aucune exception.

Est-il admissible qu'une fraction importante de la nation, déjà si durement éprouvée par la maladie, puisse devenir encore la victime d'un dogme qu'on ne saurait plus défendre maintenant que par ignorance ou par routine ?

### 3° Impossibilité d'établir la mesure

La tuberculose compte pour un cinquième environ dans les causes de la mort qui figurent sur les certificats de décès délivrés par les mé-

decins ; c'est du moins le pourcentage approximatif que nous avons relevé à Lyon, pendant vingt ans, de 1906 à 1925.

Cette proportion ne peut qu'être au-dessous de la vérité car, à la demande des familles, le praticien peut parfois, sans faire pour cela de fausse déclaration, ne pas préciser, sur son certificat, la nature de la maladie qui a emporté son malade ou désigner l'affection fatale, sans recourir au mot « tuberculose », en invoquant par exemple une affection pulmonaire.

D'autre part, nombre de tuberculeux succombent à des maladies intercurrentes ou à des accidents qui sont enregistrés comme étant les causes de la mort.

Enfin, des bacillaires innombrables circulent et continuent à vaquer à leurs occupations, sans se douter qu'ils sont phtisiques, soit qu'ils portent des lésions insoupçonnées et silencieuses, soit qu'ils aient présenté, à un moment de leur existence, des poussées de bronchites chroniques éteintes depuis des temps plus ou moins longs.

D'après ces données peut-on déterminer, ne fût-ce qu'approximativement, la proportion des habitants d'une grande ville ou d'une contrée qui répandent autour d'eux des germes bacillaires ?

Cela ne nous paraît guère possible ; toutefois et sous toutes réserves, il nous semble que l'on soit autorisé, sans crainte d'exagérer, à évaluer à quelques centaines de mille, en France, les malades qui devraient être soumis à la déclaration obligatoire.

Mais par quels procédés parviendrait-on à découvrir tous les bacillaires qui, soi-disant, risquent de propager l'affection ? Nous n'entrevoyons aucun moyen efficace d'y parvenir. Il faut ne pas connaître ce qu'est la tuberculose pour prétendre qu'un tel dépistage est pratiquement réalisable.

Au cours de nos recherches sur l'hérédité tuberculeuse, nous avons été amené à examiner des centaines d'ascendants de bacillaires et nous demeurons stupéfait devant l'importance du nombre des sujets qui sont des tuberculeux avérés, sans qu'ils s'en soient jamais douté : Nous rencontrons à chaque instant des malades dont l'expectoration est bacillifère et qui n'ont ni signes cliniques, ni signes radiologiques ; d'autres présentent des signes stéthacoustiques positifs avec des images radioscopiques normales ou, inversement, les rayons X révèlent des lésions que l'oreille ne perçoit pas et, dans ces diverses catégories de malades, les uns ont des bacilles dans leurs crachats et les autres n'en ont pas, mais en ont eu ou en auront plus ou moins prochainement, ces états variant d'une année à l'autre, d'un mois à l'autre, d'une semaine à l'autre ! !

Où sera la démarcation des cas que l'on devra déclarer ? Comment s'y prendre pour découvrir l'armée des cracheurs de germes insoupçonnés ? Cela est impossible sans procéder à un examen périodique et complet, clinique, radiologique et bacilloscopique de tous les habitants !

Tous les médecins de France, en y consacrant tout leur temps, n'y suffiraient pas ! !

On voit, par conséquent, qu'à moins d'être un simple trompe-l'œil destiné à illusionner le public, la mise en pratique de la déclaration obligatoire n'est qu'une pure utopie, puisqu'elle ne peut toucher qu'une minime fraction des individus qu'elle devrait comprendre pour être effective.

4° Impossibilité d'utiliser la mesure

Supposons pour un instant que l'influence des idées classiques qui règnent encore en haut lieu, la perspective de situation élevée pour les uns, de distinctions honorifiques pour les autres, l'emportent sur la raison et que la fameuse mesure arrive à être votée par le Parlement, quels rouages administratifs faudra-t-il créer pour la mettre en vigueur ? N'avons-nous donc pas assez de fonctionnaires ?

Et que ferait-on de ces tuberculeux par centaine de mille, pour les empêcher de cracher en public ou en famille ? Quel serait le chiffre astronomique des dépenses qu'exigerait la moindre disposition qui serait prise à leur sujet ? Notre budget est-il donc si satisfaisant et nos impôts si réduits qu'on puisse se permettre de telles fantaisies ?

Conclusion. — La déclaration obligatoire de la tuberculose est une mesure parfaitement inutile, incontestablement cruelle et pratiquement irréalisable.

Aussi considèrerions-nous comme un crime de lèse-humanité que de ne pas pousser un cri d'alarme en cette circonstance et voilà pourquoi nous avons rédigé cette note.

Le Corps médical des praticiens qui, par expérience journalière, connaît la tuberculose et les tuberculeux, se serait déjà prononcé, nous diton, sur cette question et ce ne serait pas en faveur de la déclaration obligatoire ; on ne pouvait s'attendre à autre chose de son bon sens et il faut l'en féliciter.

II

## MÉDECINE SOCIALE. MÉDECINE PRIVÉE. SYNDICALISME.

### Critiques. Approbations. Hallucinations. . . .

Je ne redoute pas la critique ; je la sollicite ; je sais en tenir compte, et je la mets si peu sous le boisseau qu'il me plaît de publier les extraits suivants d'une lettre que je viens de recevoir d'un excellent correspondant, qui ne m'envoie pas dire ce qu'il pense. Et c'est bien pour cette raison que je fais un tel cas de ses observations.

« Plus je lis les divers articles que vous et Noir publiez sur la médecine future, et moins je suis disposé à vous suivre... « Prenez la tête du mouvement, dites-vous, si l'évolution est dans ce sens, faites ce que le confrère appelle *monter sur la locomotive.* » Notre point de vue n'est pas le même.

« Si cette médecine est celle de demain, ce n'est pas une raison pour l'estimer bonne et pour la soutenir.

« Sera-t-elle d'ailleurs la médecine d'après-demain ? Ce n'est pas prouvé. Nous ne pouvons pas ne pas remarquer déjà une sorte de fiasco des Dispensaires antituberculeux. »

D'après l'auteur de cette lettre, les malades commencent à refuser très catégoriquement de s'y rendre.

Les Dispensaires antituberculeux placent sans doute quelques malades par-ci par-là dans les sanatoriums. Après six mois, un an, deux ans de séjour, on les renvoie chez eux *non guéris.*

Dans les dispensaires antivénériens, fiasco plus complet encore.

« Nous voulons donc lutter contre la conception actuelle de la médecine sociale, parce qu'elle est mauvaise. Ce que nous voulons, c'est rester à notre place de techniciens que l'on consulte avant et pendant la réalisation des organisations ... »

La médecine doit évoluer, dit-il encore, mais l'évolution officielle actuelle nous paraît néfaste...

« Qu'on fonctionnarise le Corps médical, si on y tient, mais alors franchement, complètement, mais pas de pseudo-fonctionnarisation, pour une pseudo-médecine... C'est le défaut de la médecine sociale qu'on veut organiser sans prendre nos avis et sans se mettre d'accord avec nous. »

Il y a pourtant dans ces extraits une phrase, une petite phrase qui, sans en avoir l'air, rapproche singulièrement nos deux points de vue, et qui montre, à mon sens du moins, que nous ne sommes peut-être pas aussi loin l'un de l'autre qu'on pourrait le croire.

Parlant donc des désillusions que peut donner la médecine sociale telle qu'elle fonctionne, des insuffisances de la lutte antituberculeuse par exemple, de la carence des sanatoriums, mon correspondant écrit :

« C'est le défaut de la médecine sociale qu'on veut organiser *sans prendre nos avis et sans se mettre d'accord avec nous ...* »

J'en suis tellement d'avis que je n'ai cessé de répéter moi-même : la médecine sociale ne peut se passer de la collaboration des praticiens. Cette collaboration doit se pratiquer sous le couvert et avec le concours des Syndicats médicaux qui devraient s'efforcer de pénétrer partout pour y prendre en main les leviers de commande technique ... ».

Et justement, les insuffisances dénoncées par mon correspondant, les lacunes, les mauvais côtés de la médecine sociale, disparaîtraient sans doute le jour où le syndicalisme médical en serait le technicien. Je considère l'intervention active et prépondérante du Syndicat en cette matière comme destinée précisément à donner à cette médecine la qualité qui lui manque souvent.

Mais je pense qu'il serait vain de prêcher la disparition prochaine de cette médecine par le seul fait que des confrères, tel mon correspondant, ont décidé de lui faire opposition. Et c'est bien cette perspective de développement grandissant qui me met en alarmes et m'a inspiré mes remarques. Je ne veux pas y revenir ; j'ai dit là-dessus tout ce que je pense très sincèrement. Je me contenterai de livrer à l'examen du Docteur Z. et à mes lecteurs, approbateurs et contradicteurs, ce compte rendu du Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale, qui s'est tenu à Caen le 1er et le 2 octobre.

Au cours de cette ultime réunion, on entendit d'abord une conférence du Docteur Couvelaire, de l'Académie de médecine, sur la protection de la natalité et la lutte contre la mortalité infantile qui doit notamment s'inspirer de la méthode de Mulhouse. L'orateur fit l'historique de ce qui a été fait pour la protection de l'enfant ; puis montra que, dans le programme d'avenir à tracer, deux politiques sont possibles : perfectionner l'élevage des enfants assistés ou chercher à éviter l'abandon. Le professeur Couvelaire donna toute sa préférence à cette seconde solu-

tion en critiquant certaines maternités qui devraient se transformer maisons maternelles. *L'orateur se prononça en faveur de l'institution d'un commissaire à la santé publique par département, responsable de l'enfant dès sa déclaration aux assurances sociales et le suivant au grand centre technique de maternité que préconise le docteur Couvelaire, puis, si besoin, à la maison maternelle.*

M. Léon apporta les excuses du ministre de la santé publique. Le délégué du ministre rappela les progrès récemment accomplis notamment en ce qui concerne la création dans chaque département d'un centre de protection maternelle et infantile prescrite par la circulaire du 15 juillet 1931, et dont soixante-sept départements sont maintenant dotés. Il rappela que nous possédons désormais deux cent vingt-sept médecins d'hygiène sociale, sept cent soixante-sept dispensaires antituberculeux, et quatre cent quarante-trois dispensaires antivénériens, trois cent vingt-deux sanatoria, deux cent soixante préventoria cinq mille trois cent trente-huit consultations de nourrissons et deux mille cent quatre-vingts consultations prénatales, ajoutant enfin que quatre cent quarante-sept mille consultations avaient été données en 1931 dans les centres antivénériens.

(*Siècle médical.*)

Z. proclame la faillite des dispensaires antisyphilitiques. Et voilà que le représentant du ministre de la Santé publique chiffre à 447.000, le nombre de consultations données en 1931 dans les centres antivénériens. 447.000 ! ! ! Fichtre ! C'est une faillite honorable ! ! !

Le nombe des Dispensaires de toute nature s'accroît presque chaque semaine d'une ou plusieurs unités. C'est à Albi que, le 25 septembre dernier, un sous-secrétaire d'Etat a inauguré un Dispensaire municipal d'hygiène sociale, qui a pour objectif la lutte contre la tuberculose, la syphilis et la mortalité infantile.

C'est à Houilles que, le 22 octobre dernier, le Ministre J. GODART a inauguré un Centre de médecine préventive.

Ce sont des faits. Je n'y suis pour rien. Je me borne à les enregistrer, et à les commenter.

Mais, à côté des confrères qui ne sont pas de mon avis et qui me le disent, il en est d'autres qui pensent comme moi et qui me le disent également. Si Z., militant syndicaliste de sa région, m'a écrit franchement, et *amicalement*, comment et pour quoi il diffère d'opinion avec moi, le président du Syndicat d'une très grande ville (c'est dans les grandes villes que sévit le plus la médecine sociale) m'a écrit ce qui suit :

« Je suis, comme vous, persuadé que nous n'échapperons à la mise en tutelle par les collectivités, ou à la fonctionnarisation par l'Etat, que si une clairvoyance suffisante nous excite à organiser notre profession ... Toutes les opinions, toutes les suggestions que nous pouvons retirer d'articles aussi bien étudiés que les vôtres sont précieuses pour nous, malgré quelques divergences inévitables sur un sujet aussi délicat ... ».

D.

Dans un sens analogue et avec un langage qui, dans sa phrase terminale, s'accorde avec le mien, cette appréciation du Docteur JOSSE, d'Alger (*Revue médico-chirurgicale de l'Afrique du Nord,* 10 janvier 1931) :

« Au train qui emmène la médecine dans un torrent de diplômes des plus variés, à la décadence de la morale professionnelle qui glisse sur un terrible plan incliné, on peut se demander si la médecine fonctionnarisée n'est pas, dès aujourd'hui, le meilleur rempart pour la défense de cette morale professionnelle et n'en sera pas le dernier bastion. Que cette médecine fonctionnarisée ne soit pas l'idéal d'une profession jadis libérale, soit, mais elle se dresse nettement, en 1930, au-dessus de la médecine d'application des lois sociales, elle la domine à tous les points de vue : compétence, indépendance, moralité. Rien d'étonnant à ce que les pouvoirs publics lui réservent leurs faveurs ; ce n'est pas à eux, mais aux associations médicales professionnelles de faire la démonstration que la médecine libre peut se flatter de rivaliser à tous points de vue avec la médecine fonctionnarisée, la preuve par les faits, non par les paroles. »

Il s'agit là plus particulièrement de ce que j'appelle l'adaptation économique de la profession dont j'ai exposé un projet. Or, ce projet dont j'ai eu soin de spécifier l'inspiration syndicale, il paraît que c'*est une offensive de grand style déclenchée par nous contre l'entente directe.*

Et il faut que je me tienne bien ! Une contre-offensive va bientôt chercher à me pulvériser ! ! ! C'est du moins ce que je viens de lire dans le *Bulletin des Groupements syndicaux de l'Aube.* Dans l'Aube, j'en sais quelque chose, il est d'usage de dramatiser et de recourir à des formules pompeuses. Offensive de grand style ! ! ! Mais ce n'est pas à moi tout d'abord qu'il faut adresser un pareil reproche : c'est aux Syndicats d'Agen, de Toulouse, des Alpes-Maritimes et autres lieux : c'est à vous-mêmes, gens de l'Aube, créateurs d'un carnet de soins préventifs acheté *forfaitairement* par l'intéressé...

Est-ce moi qui ai eu l'idée et qui ai trouvé l'expression de *tarif préférentiel* ?

Qu'est-ce donc que ce tarif préférentiel, sinon un essai timide d'adaptation économique de la profession au bénéfice des petites bourses ? ? ?

Et qu'est donc le projet que j'ai développé comme matière à réflexion, pour être modifié, ou rejeté, — sinon une forme de tarif préférentiel que je ne cherche à imposer à personne, mais qui me paraît de nature à servir les intérêts de la

médecine privée en lui permettant de concurrencer la médecine publique ?

Il ne vous plaît pas ? Je n'ai jamais eu la prétention de vous le faire adopter. Et je trouve très naturel que vous n'en vouliez pas. Mais qu'est-ce que l'entente directe vient faire là dedans ? En quoi est-elle menacée ? ? ?

Chose curieuse, il y a dix ans, j'ai mené en faveur de l'entente directe une campagne ardente qui ne fut pas étrangère aux volontés exprimées par la majorité du Corps médical. Et voilà que présentement, je brûlerais cette divinité que j'aurais cessé d'adorer, pour m'incliner devant les faux dieux ? ? ? Voyons ! Suis-je bien éveillé ou ne rêvè-je pas encore ? ? ?

*Libre choix* : nul que nous ne l'a plus impérieusement réclamé et finalement imposé, quand il y avait quelque risque et aussi quelque courage à le faire. Cela date déjà de plus de trente ans ; tels qui s'en proclament aujourd'hui les défenseurs irréductibles n'ont pas connu les luttes homériques que nous soutînmes alors, par la raison qu'ils naissaient à peine à la vie. D'ailleurs, les événements ont amené le Syndicalisme à ajouter une légère restriction au libre choix absolu, par la nécessité d'un contrôle comportant des sanctions éventuelles.

*Entente directe* : je la comprends comme résultant de la suppression d'un tiers intervenant pour régler au médecin les honoraires qui lui sont dus par les malades bénéficiant d'une certaine organisation, sociale ou privée, de soins.

Quand ce sont les malades eux-mêmes qui, *sans aucune intervention, sans aucune contribution étrangère*, constituent les fonds qui honoreront leur médecin, tant par des versements immédiats que par des souscriptions anticipées, quand, par surcroît, c'est le Syndicat médical, *et lui seul*, qui sert de centralisateur et de régulateur, je prétends qu'aucun tiers payant n'intervient, et que le principe de l'entente directe est sauf. Je sais bien qu'il en est parmi nos syndicalistes les plus fougueux pour ne considérer comme orthodoxes que les paiements effectués en monnaie ayant cours. Que n'exigent-ils, de surcroît, que cette monnaie soit d'espèces sonnantes et trébuchantes, comme les actes notariés le stipulaient encore au début de ce siècle ? ? ?

*Secret professionnel* : tout a été dit et redit à son sujet. Inutile d'ajouter autre chose que ceci, qui est l'opinion très sage, professée et proclamée par des syndicalistes bon teint : *pas de médecine sociale possible avec une conception littérale et rigoureuse du secret professionnel.*

Je viens de passer en revue le trépied de notre charte professionnelle, que j'ai contribué à édifier. J'ai la prétention de n'avoir versé dans aucune hérésie, dans les projets que j'ai publiés. Ils partent d'un principe que je défie qui que ce soit, dans notre milieu syndical, de contester : *dans la société moderne, le syndicalisme médical représente la profession organisée. Il lui appartient de remplir sa mission sociale en revendiquant notamment le droit d'organiser et de contrôler partout la technique médicale. Il a en outre le devoir d'étudier et de réaliser les adaptations requises par l'évolution sociale.*

Je présume que les purs parmi les purs ne trouveront rien à redire à cette proposition. Si je me trompais, leur pureté cesserait d'être immaculée, et leur esprit syndicaliste serait singulièrement faussé à mes yeux.

Sur le principe donc, impossible de ne pas être de cet avis.

Sur les réalisations, les conceptions peuvent être divergentes. J'ai exposé les miennes ; certains les approuvent, d'autres les trouvent douteuses, mauvaises même. Rien de plus humain, rien de plus naturel. Et je suis d'autant plus à mon aise pour le reconnaître et me dire prêt à abandonner toute idée dont on me démontrera les risques, les périls, l'impossibilité de réalisation, que je n'agis que dans la plénitude de mon droit de journaliste professionnel dont l'expérience repose sur une pratique de la médecine qui remonte à plus de quarante ans, et s'est prolongée pendant plus de vingt ans.

J'ai montré, depuis que j'ai l'honneur redoutable de tenir une plume et de disposer d'une tribune, avec quel libéralisme j'accueille la controverse confraternelle. C'est ma coquetterie et mon orgueil de rédacteur en chef du *Concours Médical.*

Je mets donc au défi le rédacteur en chef du *Bulletin Syndical de l'Aube* de contester le principe sur lequel je me base depuis que le développement rapide de la médecine sociale a mis à l'ordre du jour de nos préoccupations des questions infiniment délicates et même troublantes : *toujours et partout le syndicalisme médical prépondérant, usant de tous ses droits légaux pour assurer cette prépondérance, mais conscient des devoirs de la profession qu'il représente envers la Société.*

Et pour lui montrer à quel point je suis beau joueur, je lui ouvre deux colonnes du *Concours Médical* pour qu'il y expose en quoi je suis devenu un hérétique qui mérite d'être voué aux gémonies.

Mais je l'invite aussi à méditer cette parole du professeur Carozzi, prononcée à Bruxelles au mois de juin dernier, à propos de la médecine sociale :

« Les phénomènes sociaux ne sont pas régis par des lois immuables. Ceux qui sont liés au milieu d'aujourd'hui ne peuvent être expliqués par des lois arrêtées selon les constatations et les déductions faites sur des sociétés primitives ou anciennes et leur milieu. »

G. Duchesne.

# LIGUE MEDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

## Sou Médical

*Rapport du Secrétaire général.*

En compulsant tous les dossiers contentieux qui ont été soumis à notre Ligue, au cours de l'exercice 1931-32, il est facile de constater combien la médecine collective prend de l'importance. Ce n'est plus avec son seul client que le médecin est en litige : de plus en plus souvent s'interpose un tiers, une collectivité, qui se dresse comme un adversaire, non pas au nom du malade, mais en son nom personnel. Assurances sociales, accidents du travail, assistance médicale gratuite, hôpital, médecine légale, impôts, convention avec des communes, ou des mutualités : toujours s'interpose un tiers entre le malade et le médecin.

Ceux qui persistent à croire que l'exercice de la médecine s'effectue comme jadis, n'ont qu'à feuilleter les registres des procès-verbaux de notre Ligue, pour constater combien ils méconnaissent l'évolution présente de l'art de guérir. Pour défendre les intérêts de ses adhérents, la Ligue doit soutenir des procès non plus seulement contre des individualités, mais aussi contre des collectivités.

La responsabilité professionnelle, qui augmente cependant beaucoup, dans ses manifestations judiciaires multiples, reste une partie peu importante de l'activité du Sou, au regard des autres conflits processifs qu'il nous faut résoudre.

Que de services ne sommes-nous pas appelés à rendre, alors que les assurances souscrites uniquement dans le but de se préserver contre la seule responsabilité professionnelle laissent de côté les conflits d'ordre privé ou collectif que nous allons d'abord passer en revue, pour aborder, *in fine*, la question de responsabilité.

### I. Litiges en dehors de la responsabilité professionnelle.

**A. Conflits avec des collectivités.**

*a*) ASSURANCES SOCIALES.

Théoriquement, l'assuré social a le libre choix de son médecin et doit régler directement ou indirectement ce dernier. Pratiquement, la caisse intervient, d'une manière plus ou moins directe, soit au sujet du règlement, ou remboursement des honoraires, soit à l'occasion de tels ou tels articles de la loi de 1930.

A la suite du décès d'un assuré, la caisse refuse de discuter la note du médecin, pour rembourser les parents du de cujus, selon le tarif de responsabilité, alors que ces derniers ne peuvent pas faire l'avance, en acquittant la note médicale, pour se faire rembourser ensuite.

Ce sont plusieurs préfets, contre lesquels il faut agir devant la commission cantonale, devant le tribunal civil en appel, puis probablement en Cassation, car le magistrat départemental ne veut pas autoriser le paiement des notes, pour soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents ; il entend appliquer, non pas le tarif des accidents du travail, mais celui des indigents.

Ce sont des confrères qu'il faut assister devant les conseils de famille, soit départementaux, soit national, car ils sont poursuivis par des caisses pour manquements divers, parfois injustifiés.

*b*) ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Alors qu'il y a une quinzaine d'années, les conflits étaient fort nombreux, ces derniers deviennent moins fréquents, soit parce que des démarches au siège même des compagnies font obtenir des solutions satisfaisantes, soit parce que la commission d'arbitrage connaît de ces litiges. Certes cette commission n'est pas encore de fonctionnement parfait ; mais nous avons confiance dans l'avenir qui nous donnera, nous l'espérons, la fin de certains errements : il faut que les arbitres s'habituent à devenir des juges, avec toutes les qualités professionnelles de ces derniers.

Cette année, notre Ligue a très souvent représenté et défendu les intérêts de ses adhérents devant cette commission d'arbitrage, cependant que dans quelques cas, il nous a fallu saisir les tribunaux de droit commun, puisque la commission arbitrale ne peut connaître que de la seule application du tarif.

En justice donc, nous avons porté une fois de plus la question de savoir dans quelle condition une insolation est un accident du travail, si le patron agriculteur est en droit de se refuser à payer le médecin selon le tarif de droit commun, ne voulant, d'après son assurance, que s'appuyer sur le tarif spécial des accidents du travail. Dans certains cas, il nous faut demander à la justice de décider une fois de plus que le tarif ministériel ne représente que la partie des honoraires mise par la loi à la charge du chef d'entreprise, le surplus restant au débit de la victime.

Il nous a fallu défendre un adhérent, poursuivi en répétition de l'indu, justement parce qu'il s'était fait honorer directement, par son malade, selon le tarif syndical, alors que l'assurance n'a remboursé son client que selon le tarif ministériel.

Surgissent aussi fréquemment les conflits en matière d'hospitalisation, soit que le blessé soit admis dans une clinique prvée, soit que le patron accepte, même par écrit, de payer les frais d'hospitalisation, sans que soit appliqué le fameux « tout compris ». Par deux fois, cette année, nous avons gagné, même en cassation.

Egalement nous avons porté en justice le cas d'un patron ayant menacé son ouvrier de renvoi, s'il ne quittait pas son médecin traitant. Malheureusement, la preuve absolue ne put être apportée et nous fûmes déboutés de notre demande.

*c)* A. M. G.

Très souvent, surtout en matière d'accouchements, le client fournit après coup au médecin un bon d'assistance, pour solde de ses honoraires. Certes, nous avons pu obtenir que les tribunaux décident que le mari de l'accouchée a commis une faute, en ne se préoccupant pas, vers la fin de la grossesse, d'obtenir de la mairie les bons nécessaires, prouvant sa qualité d'indigent. Mais, bien que condamné, le client ne paie pas : là où il n'y a rien, le diable perd ses droits et nous devons supporter, bien que *victorieux, la charge pécuniaire du procès.*

Ce sont les droits de défense d'un de nos adhérents méconnus par une commission départementale de contrôle, que nous devons soutenir devant le conseil de préfecture.

Encore devant cette juridiction administrative, nous avons dû assister un de nos adhérents, auquel la préfecture refusait le règlement de son mémoire d'A. M. G., bien qu'il soit parfaitement régulier et que les bons de visite aient été délivrés à des malades régulièrement inscrits.

*d)* Hôpital.

En Conseil d'Etat, il a fallu porter le cas d'une révocation déguisée, comme celui d'un passe-droit dans une nomination irrégulière malgré des droits acquis par un concours antérieur. Question d'espèce, qu'il faut étudier avec précision, dans chaque cas, puisque chaque établissement hospitalier tient de la loi du 7 août 1851 le droit d'avoir son règlement particulier et son mode particulier de nomination de son personnel médical.

Comme la médecine semble devoir se centraliser de plus en plus dans des établissements de cure et de diagnostic, il nous faut regarder de très près les conditions de louage des services, intervenir entre Corps médical et établissements publics ou privés.

*e)* Médecine légale.

A plusieurs reprises, notre Ligue a été saisie de réclamations de confrères, qui, réquisitionnés pour constater la cause d'un décès suspect, se voient ensuite refuser le paiement de leur vacation, sous le prétexte qu'il n'y a pas en crime. Nous avons suivi toutes les revendications ; nous avons même saisi la Chambre des mises en accusation, enfin, nos confrères sont honorés, sans que nous ayions pu, une bonne fois pour toutes, obtenir un texte jurisprudentiel formel sur la question.

*f)* Rapports avec les communes.

Pour favoriser son installation, un médecin est attiré par un fixe alloué par une municipalité. Mais au bout de quelque temps, soit ingratitude, soit par économie ou vengeance politique, la subvention est supprimée.

Que de fois, naïvement et de bonne foi, le praticien a cru en la parole du maire de l'époque, alors qu'au moment du litige, il ne peut pas fournir la preuve écrite de son accord, ou contrat.

D'autres fois, aide et protection nous ont été demandées contre une commune, qui, sans souci du droit administratif, des décisions du Conseil d'Etat et des décrets de 1926, entend créer un dispensaire municipal, ouvert à tout venant, *mais réservé à un ou deux seuls médecins,* au détriment des autres praticiens.

**B. Conflits avec les individualités. Les honoraires.**

Les litiges, nés à l'occasion du recouvrement des honoraires pourraient servir de transition entre les conflits survenus avec des collectivités et ceux qui surgissent avec nos clients : en effet, dans certains cas, nous avons dû accorder tout notre soutien moral, technique et pécuniaire à des confrères, pour poursuivre l'Etat responsable des fautes de ses instituteurs, lors d'accidents survenus aux écoliers. Qui doit également payer, pour une blessure survenue à l'occasion d'un match de foot-ball, organisé par une société sportive, qui a mis en œuvre le médecin traitant ?

Il en est de même, pour les nombreux accidents d'automobile, à la suite desquels, guidés par la compagnie d'assurances, blessé comme auteur de l'accident se refusent de payer, en se renvoyant mutuellement le fardeau de la preuve de la responsabilité.

Dans cette catégorie des honoraires payés par une collectivité, nous avons été assez heureux d'obtenir en appel la confirmation d'un jugement, qui avait accordé à un confrère 10.000 francs d'indemnité pour brusque rupture de

contrat de travail, avec une compagnie minière.

A côté de ces litiges avec des tiers payants, combien nombreux sont également les conflits qui surgissent avec les clients eux-mêmes, bien heureux lorsque ceux-ci, pour ne pas payer leur dû, ne mettent pas en cause la responsabilité du médecin.

Disons de suite qu'un des premiers avantages de notre Ligue, c'est de permettre au confrère de poursuivre, sans bourse délier, des clients plus ou moins solvables. Si les frais de justice sont parfois irrécouvrables, du moins ne restent-ils pas à la charge du praticien, lequel, bien qu'ayant obtenu un jugement en sa faveur, aurait dû faire l'avance des frais du procès, quitte à les récupérer, s'il le peut, contre son débiteur, si ce dernier est solvable.

En dehors des cas classiques de refus de paiement, ne retenons que les conflits plus compliqués, dans lesquels le service juridique de notre Ligue a dû non seulement donner des avis techniques, mais encore s'entendre avec les avocats plaidants, pour faire obtenir gain de cause à nos adhérents.

J'ai surtout en vue des conflits, assez nombreux cette année, à propos de successions : les héritiers ne se soucient nullement de solder les soins donnés au de cujus et il nous faut poursuivre la succession.

De même en cas de faillite, il nous a fallu produire, pour être admis comme créanciers, surtout lorsqu'on peut apporter la preuve que les soins ont été donnés pour la dernière maladie, ce qui permet de faire inscrire le médecin au rang des créanciers privilégiés. Mais, souvent, cela ne se passe pas sans conflit, ni sans procès.

Citation en justice de parents qui se refusent à payer les soins donnés à leurs enfants mineurs ou majeurs, à leur domicile, alors que souvent ce sont ces parents eux-mêmes qui ont mis le médecin en cause.

Procès encore contre des époux, qui, en instance de divorce, se renvoient mutuellement la charge des honoraires, pour soins donnés soit a l'un des époux, soit aux enfants. Et si un remariage est intervenu, ce sont des complications juridiques pour déterminer le responsable des soins donnés.

Nous ne parlons pas des cas où, pour ne pas payer le traitement fait soit à sa femme, soit à ses enfants, le chef de famille prétend n'avoir pas donné son autorisation au traitement ou à l'intervention chirurgicale. La bonne foi semble disparaître dans ce vent d'amoralité qui souffle depuis la guerre.

Il a fallu également nous préoccuper de la situation juridique du consultant, ou du chirurgien, appelé auprès d'un malade par le médecin traitant et bien que bénéficiaire des soins, ou d'examens de laboratoire, le patient soutient n'avoir rien demandé et oppose l'adage « qui commande paie ». Il oublie que notre Ligue demande à la justice de reconnaître que le médecin traitant n'a été que le mandataire, le negotiorum gestor de son client, lequel ayant tiré profit du traitement, ou de l'examen, ne doit pas s'enrichir sans cause.

Devons-nous, pour donner une note comique, rappeler le motif invoqué par un vétérinaire, pour ne pas honorer l'accoucheur de sa femme ; c'est que lorsque lui-même accouche une vache, il la fait moins crier. Dr Paul BOUDIN.

(*A suivre*).

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Réponse à un jeune.

Très honoré Confrère,

A la lettre qui m'annonce mon inscription au *Sou médical*, vous joignez une demande de renseignements sur la Mutualité familiale du Corps médica que vous m'invitez à envoyer au Docteur Mignon secrétaire général.

Mais, en votre qualité de doyen du *Concours Médical*, vous ne refuserez certainement pas de me donner quelques conseils et quelques renseignements sur cette œuvre qui me paraît fort intéressante.

J'ai 28 ans, je suis installé, depuis une année, dans une campagne où j'espère, grâce à ma bonne santé et à mon activité, pouvoir me faire une certaine situation. Mais, pour cela, il faut que je conserve et ma santé et mon activité, or qui peut répondre de l'avenir ? C'est pourquoi je serais assez disposé à m'agréger à la Mutualité familiale et cela d'autant plus que je viens de me marier, ma femme a 23 ans.

La Société, je le vois, délivre des indemnités-maladie allant de dix à cinquante francs ; elle donne des pensions de retraite pouvant atteindre 4.800 francs et cela à 60 ou 65 ans ; enfin elle assure, en cas de mort prématurée, à la veuve du médecin, une pension pouvant aller à 1.800 francs. Que me conseilleriez-vous de faire dans ma situation ?

J'attendrai votre réponse pour écrire au Docteur Mignon.

Veuillez agréer, je vous prie, avec mes remerciements anticipés, l'assurance de ma haute considération et de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr M...

A cette lettre, j'ai répondu que, si je n'étais pas le doyen du *Concours Médical*, honneur qui revient à mon ami le Docteur Maurat, j'étais sans doute son plus ancien membre et qu'à ce titre, je me regardais comme tenu de donner à mes jeunes confrères les conseils que me permettait ma vieille expérience lorsqu'ils me faisaient le plaisir de me les demander.

Un jeune médecin qui vient de s'installer et de se marier a le devoir de se prémunir contre tous les aléas professionnels et autres.

Mon correspondant est entré au *Sou Médical* et il a bien fait ; il veut s'inscrire à la *Mutualité Familiale* et cela est encore mieux, car si l'exercice de la médecine peut réserver des déboires, la maladie ou l'accident peuvent occasionner de véritables catastrophes : nous en voyons des exemples tous les jours.

Confrère,

Vous devez tout d'abord adhérer à l'indemnité maladie, c'est là le plus pressé, car vous ne savez pas ce qui demain vous attend.

Quelle indemnité prendrez-vous ? Je ne puis vous fixer de chiffre, c'est à vous de voir ce que vous pouvez faire ; mais je vous dirai de faire le plus que vous pourrez. S'il vous est possible de prendre le maximum, n'hésitez pas ; mais si la cotisation corrélative à 50 francs vous effraie, ne vous abstenez pas pour cela, prenez la combinaison à 40 francs, et moins encore si cela convient mieux à votre situation actuelle.

A 28 ans, la cotisation annuelle serait :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pour 50 francs | par jour | de | 453 fr. 20 | gestion comprise. |
| Pour 40 | — | — | 358 fr. 60 | — |
| Pour 30 | — | — | 260 fr. 70 | — |
| Pour 20 | — | — | 172 fr. 70 | — |
| Pour 10 | — | — | 79 fr. 20 | — |

L'indemnité journalière, je dois l'ajouter, est servie, pendant 60 jours et, au delà, fait place à l'indemnité mensuelle qui est égale à dix fois l'indemnité journalière et qui est servie jusqu'à terminaison de l'incapacité.

Il est d'ailleurs toujours loisible au sociétaire de passer à une combinaison supérieure sous la seule réserve qu'il ait conservé sa bonne santé et qu'il n'ait pas dépassé la limite d'âge de 45 ans. La cotisation nouvelle est calculée sur l'âge du passage et sur la durée de la participation antérieure.

Mais la participation à l'indemnité-maladie cesse statutairement à 65 ans, limite qu'il a fallu fixer pour des motifs qu'il serait trop long de vous exposer dans cette réponse, et c'est pour cette raison que la Mutualité Familiale a complété le service de l'indemnité-maladie par celui des pensions de retraite.

Je vous conseillerai donc d'adhérer aussi à une combinaison Pensions de retraite.

Elles sont au nombre de deux :

La combinaison R qui donne la retraite à 65 ans, c'est-à-dire au moment précis où cesse la participation à l'indemnité-maladie ;

La combinaison P qui la donne à 60 ans, pour les membres qui estiment bien reculé l'âge de 65 ans.

L'une comme l'autre délivrent des pensions allant de 1.200 à 4.800 francs ; elles peuvent même se cumuler de telle sorte que le sociétaire reçoit à 60 ans une première pension et à 65 ans la seconde pension — ce qui porte, à cet âge, le maximum possible à 9.600 francs.

J'ajoute que la femme du sociétaire est admise aux pensions de retraite dans les mêmes conditions exactement que son mari.

Ici encore, c'est à vous de décider ce qu'il vous est possible de faire, de choisir la combinaison et de déterminer le quantum de la pension. Je me borne à vous dire : adhérez à l'une ou à l'autre, ou même aux deux. Et j'ajoute encore qu'il est toujours possible d'augmenter le quantum de la pension pourvu qu'on n'ait pas dépassé la limite de 45 ans pour la combinaison P ou de 50 ans pour la combinaison R.

Enfin il est possible de verser les cotisations à fonds perdus ou de les contre-assurer de telle sorte qu'en cas de mort prématurée, elles soient remboursées aux ayants droit du sociétaire.

A 28 ans, ces cotisations annuelles sont pour une pension de 1.200 francs :

| | Aliénées | Contre-assurées |
|---|---|---|
| Combinaison P ..... | 149 fr. 60 | 174 fr. 90 |
| Combinaison R ..... | 84 fr. 70 | 104 fr. 50 |

A 23 ans, pour Madame, ces cotisations seraient :

| | | |
|---|---|---|
| Combinaison P ..... | 108 fr. 90 | 127 fr. 60 |
| Combinaison R ..... | 62 fr. 70 | 77 fr. » |

Ces chiffres, frais de gestion compris.

Multiplier par 2, 3 ou 4 pour les pensions de 2.400 francs, 3.600 francs ou 4.800 francs.

Enfin, la Mutualité Familiale, en cas de décès du mari, sert à la veuve une pension viagère reversible sur les enfants mineurs en cas de décès de la mère.

La pension peut être de 600, de 1.200 ou de 1.800 francs.

La cotisation peut être annuelle, mais elle peut aussi être versée d'un seul coup à l'entrée. Elle varie avec l'âge du mari et celui de la femme.

Pour 28 ans, âge du mari et 23 ans, celui de la femme, elles sont pour une pension de 600 francs :

Cotisation annuelle 186 fr. 80, elle se verse jusqu'à 65 ans, au delà, il n'y a plus de versements à faire.

Cotisation unique à l'entrée 3.151 fr. 50.

La pension commence à courir dès le lendemain du décès du mari et est versée tous les trois mois à terme échu.

Confrère,

Vous voilà, je pense, suffisamment documenté pour que vous puissiez prendre une décision en connaissance de cause. Le Docteur Mignon, en vous envoyant les statuts, vous fournira d'ailleurs toutes explications complémentaires que vous pourriez désirer.

Je n'ajouterai qu'un mot : Décidez-vous, n'attendez pas qu'une catastrophe toujours possible vienne vous empêcher de le faire.

Faites ce que vous pouvez faire, mais faites quelque chose, faites le maximum de ce qui vous paraîtra possible, cela vous assurera une grande tranquillité d'esprit et cela vous évitera peut-être des regrets superflus.

Il y a, dans cette réponse que j'ai faite au confrère qui m'avait fait l'honneur de me demander conseil, bien des redites : j'ai tenu cependant à la reproduire, car parmi les lecteurs du *Concours*, il en est des jeunes qui ignorent ces choses et des anciens qui les ont oubliées s'ils les ont jamais connues.

Ce n'est qu'en frappant sur le même clou qu'on parvient à le faire pénétrer, ce n'est qu'en répétant les mêmes vérités qu'on les fait accepter.

Et si, en dehors du confrère pour lequel ma réponse a été faite, il s'en trouvait quelques autres que j'aie pu éclairer, je me déclarerais amplement satisfait.

A. GASSOT.

# LES CROISIÈRES MÉDICALES FRANCO-BELGES

## La Croisière A (en pièces détachées)

(*Suite et fin*) (1)

par Germain BLECHMANN

« *Jérusalem ne travaille pas, ne produit pas, elle mendie.* »

R. DORGELÈS.

**Paroles d'Orient.** — Le train au quai de débarquement d'Alexandrie.

Devant chaque portière, suppliant ou impératif, un arabe ou un négrillon, offre « limonate, limonate », cartes postales, coiffures du pays, chasse-mouches, pâtisseries, morceaux de glace, etc. Mais le plus insistant, est un énorme et abominable mendiant qui, comme une litanie, répète sans arrêt « Batschich, batschich, batschich ».

A coups de badine, tout ce monde est chassé par un vigoureux agent à peu près nègre, dont la coiffure en toile kaki est pharaonique. Dès qu'il a le dos tourné, les concertants reprennent chacun leur partie ; nouveaux coups de badine, et ainsi de suite...

Mais, voici un nouvel arrivant et, en un clin d'œil, arabes, mendiants, enfants pouilleux se bousculent, lui font un cercle empressé : c'est un prestidigitateur ! Qui voyons-nous au premier rang des badauds et s'esclaffant ? Notre agent, coude à coude avec les singuliers commerçants qu'il bourrait tout à l'heure.

Le train part... enfin le quai se vide. Seul le mendiant continue sa mélopée : Batschich, batschich, que nous ne devions plus cesser d'entendre à travers l'Orient.

« Ti content, ti donner batschich » : ce sont les chameliers des Pyramides qui, pendant notre grotesque cavalcade, sont pendus à nos basques. A l'entrée du jardin de Gethsemani, à la sortie de notre hôtel de Damas, dans la ruelle nauséabonde qui, dans le vieux Caire, mène à l'église Copte et à la Synagogue, hommes et femmes déguenillés, celui-ci mutilé, celle-là à l'orbite privée de regard, cette vieille tenant dans les bras un affreux môme couvert d'impétigo, murmurent inlassablement « Batschich, batschich », et parfois le mot curieux « Meskine ».

Cependant, un souvenir assez gracieux : en Palestine, près de Naplouse, à chaque détour de la route, des enfants chargés de paniers de figues galopent après la voiture. Nous arrêtons ; les petits porteurs se précipitent sur le marchepied, s'arrachent la piastre que nous leur tendons,

La rive européenne du Bosphore franchie, on nous attaque différemment.

Les chauffeurs de taxis d'Istamboul et du Pirée sont des virtuoses du compteur. Sur l'Acropole, trois photographes s'interposent impérieusement entre votre regard et le Temple de Victoire Aptère ou le Parthénon : excédé, on obéit à l'objectif ! Au Musée de Naples, d'honorables guides vous attirent vers d'honorables artistes qui, par hasard, donnent le coup de fion à d'honorables copies du Narcisse ou du

(1) *Concours Médical*, n° 43.

Silène. A Marseille, amarrée à l'Orient, les porteurs du quai de la Pinède quémandent avec un humour si parfumé d'accent, qu'on ne sait pas leur résister et l'on clôt en toute fraternité le chapitre du « batschich. »

***

**Tel-A-Viv.** — La ville hébraïque moderne mâtinée d'art boutiquo-urbain, ressemble à un ersatz de Juan-les-Pins, un peu pauvre. Cela se continue par une petite plage tout à fait famille.

C'est plus loin, sur la route de Jérusalem, à travers la terre de Chanaan, que l'on peut comprendre l'indomptable effort des sionistes qui consument leurs forces pour redonner à ce pays, dévasté par le déboisement et par les Turcs, son antique prospérité. Les colonies juives (quelques curieux échantillons

4. — Le marché aux moutons devant la porte d'Hérode (Jérusalem).

architecturaux qui ne dépareraient pas la rue Mallet-Stevens) sont entremêlées de colonies russes orthodoxes, allemandes protestantes, arabes mêmes (c'est-à-dire musulmanes), si bien que d'après notre guide, c'est jusqu'à Sion le plus beau puzzle ethnico-cadastral qu'on puisse rêver.

Jaffa, Jérusalem, Naplouse. A travers l'ex-Terre Promise qui n'a jamais cessé d'être la terre que tout le monde se promet, une route goudronnée se déroule maintenant, admirablement entretenue par les soldats du génie britannique. A la frontière syro-palestinienne marquée par le Jourdain, nos techniciens l'ont reprise. Elle se continue toujours savamment soignée jusqu'à Damas et de là à Beyrouth par les monts du Liban

**Jérusalem.** — Nous atteignons les faubourgs de la Ville Sainte où sévit la folie constructive du Caire et de toutes les grandes villes du monde. Première impression : banale.

Puis, très vite, la tête et la défroque des gens, le mélange des races, les noms des couvents, des chapelles et des fondations, les murs de l'enceinte arabe, les portes sarrasines — voilà l'atmosphère créée. On s'arrête — on se rend à la Mosquée d'Omar — nous arrivons sur une esplanade éblouissante. En arrière, brûlées, consumées par le soleil, la vieille muraille, les maisons, les églises de Jérusalem; devant nous, un kiosque immense surmonté d'une coupole — celle-ci gris-blanc et celui-là en mosaïques bleues, blanches, vertes avec mille finesses de style, qui font un décor charmant aux ouvertures. Nous faisons le tour du monument sous le soleil, puis nous revêtons les babouches et nous pénétrons dans la nuit d'où

5. — Les ruines de Baalbeck

émergent les vitraux les plus variés, les plus colorés, à rendre jalouses les plus illustres verrières de nos cathédrales. Les yeux s'adaptent et c'est une autre chose, le plus bel ouvrage d'Orient; la coupole, les murs, les plinthes, les arcades intérieures sont ornés, incrustés de mosaïques ; nous foulons d'immenses tapis. Au centre, séparé de nous par une grille circulaire ajustée dans une couronne d'arcades, le rocher... à tout faire — d'où Mahomet s'élança vers le ciel, sur lequel les Hébreux sacrifièrent, qui retourna au paganisme d'Hadrien vers le IIIe siècle, et qui fut transformé en chapelle par les Croisés ! Actuellement les Musulmans le détiennent et le gardent.

Nous quittons la mosquée, nous continuons la traversée de l'Esplanade entre deux immenses cyprès pour arriver à une autre mosquée (El Aksa),

celle-là démesurée. En la quittant, nous contemplons encore la merveilleuse mosquée bleue.

**Jérusalem** (*suite*). — De la sainteté accumulée comme de la crasse, du fanatisme polyvalent, sur un plan immuable la projection plastique de l'histoire la plus compliquée du monde, et en définitive une cité-sangsue qui attira l'or et le sang de la terre entière par toutes ses tentacules, catholiques, hébraïques, musulmanes ou simplement archéologiques.

**Un calvaire à... Bethléem.** — Matinée assez fatigante, Jaffa et Tel-A-Viv, traversée de la Judée, Mosquée d'Omar, Mur des Lamentations. Au sortir des souks, déjeuner à Notre-Dame de-France. Puis, rapidement, départ pour Bethléem. Un peu abruti par le complexe lumière, chaleur, pittoresque, j'essaie de lire dans le Guide bleu : « La façade nue de la basilique, grand mur percé d'une porte étroite et basse, se dresse à l'extrémité d'une place d'où à g. on jouit d'une belle vue sur la campagne. »

Arrêt, débarquement à l'extrémité de ladite place qui, devant la basilique, forme une assez grande esplanade dallée et actuellement en réfection. Nous évoluons à travers planches, sable et ciment. Je tombe subitement en arrêt devant un spectacle qui me sidère.. une énorme dalle — que pouvait-elle diable, bien peser ? — fait chavirer littéralement un malheureux bédouin essouflé et transpirant, qui, soutenu par un copain, essaie en vain de la caler sur son dos. Le redressement finit par s'opérer : l'individu disparaît, plié en deux sous ce fardeau et toujours secouru par l'autre, se met en route. Combien de fois par jour renouvelle-t-il ce calvaire au but purement industriel, pour permettre aux touristes de se rendre très confortablement à la grotte où se lit l'inscription « *Hic de Virgine Maria Jésus Christus natus est* » ?

Au retour — que n'êtes-vous là, René Clair ! — nous discutons le cas du dit esclave, notre contemporain. Nous convenons qu'il ignore tout du fordisme et de la rationalisation : c'est un bienheureux.

**Nazareth.** — Dans un site adorable de Primitif italien, un Lisieux-Lourdes pour voyageurs pressés.

**Baalbeck.** — On sort du bled et pan ! Oasis, 5.000 habitants, des maisons pour de vrai, un hôtel avec des estivants, un autre hôtel, des garages et les *ruines* écrasantes du Temple de Jupiter. Grâce aux tremblements de terre et aux ravages des croyants, une accumulation prodigieuse de fûts, de colonnes, de chapiteaux ; quelques colonnades moins écroulées permettent à l'imagination de reconstruire une vision de ce que fut un ensemble prodigieux, dont émerge un adorable temple de Bacchus assez peu endommagé, émouvant au possible, tant il s'accroche encore à l'antiquité.

6. — Baalbek.

**Le Liban sans cèdres.** — C'est à Chtora, village riant, qu'on tourne le dos à la fourche Damas-Baalbeck. Avec une maëstria tant soit peu inquiétante, nos voitures attaquent le jeu d'épingles à cheveux qui nous amène à travers un paysage de plus en plus rocailleux vers un frisquet 1.600 mètres. A la descente — c'est dimanche — nous croisons bientôt les autos des bourgeois de Beyrouth qui viennent chercher la fraîcheur de la montagne à Aïn-Sofar et dans d'autres stations estivales (grands hôtels d'aspect accueillant, villas maronites, cafés levantins, des sapins, mais où sont les cèdres ?). Aux flancs des monts voisins, des agglomérations émergent des nuées et leurs toits rouges se coiffent d'un rai de soleil. L'horizon est embrumé, enfin la mer étincelle loin dans le bas et l'on distingue qu'elle borde un port, une cité.

Nous avons eu l'heur de changer au pied levé de mécanicien à Baalbeck, et nous avons troqué

notre palestinien pour une sorte de palikare, amateur de grand sport. Quand il ne s'amuse pas à gratter ses collègues eux-mêmes un peu fous, il lâche à peu près le volant dans les virages pour allumer sa cigarette. Nous traversons Beyrouth à toute allure, puis le long d'une côte qui rappelle tantôt l'Estaque, tantôt certains coins arides de la Corse, nous suivons la corniche méditerranéenne en réfection jusqu'à Tripoli. J'étais en transe sur ces routes difficiles et j'arrivais à calmer deux minutes à peine cette brute orientale en lui hurlant dans les oreilles : slow, slow !

**Tripoli.** — Arrivée ahurissante des dix-neuf voitures de notre caravane à essence, bousculant tout sur son passage dans des rues étroites à moitié souks, tandis que les indigènes nous contemplaient avec stupeur.

**Rhodes.** — La vue générale fait grosse impression. Les Italiens ont fait là du beau travail et accomplissent un gros effort touristique et balnéaire. Propreté — belles routes — constructions neuves et importantes, dans un style méditerranéen mauresque très plaisant. D'admirables souvenirs des Croisés et des Chevaliers de Rhodes : les murailles intactes de l'enceinte et l'hôpital des Chevaliers (cloître, salles imposantes, musée petit, mais riche).

**Smyrne.** — Qui reconnaîtrait en la morne Izmir, désarticulée par le feu et par l'exode, les descriptions de Smyrne étalant son opulence hellène et levantine au fond de sa baie magnifiquement panoramique ?

***

« ... *Ils recouvraient les mosaïques et les fresques d'une couche de peinture, creusaient un mihrab dans le mur qui regardait la Mecque, et s'abîmaient dans l'extase les yeux fixés de son côté.* »

Elie Faure.

**Constantinople.** — Le vieux Stamboul : murailles crénelées en ruines, qui nous reportent aux Croisés. Cimetière d'Heyoub si près de notre cœur que sa vision ruinera en nos souvenirs les inflexions de Pierre Loti — Heyoub avec ses stèles innombrables, couronnées de fez et de formes symboliques en pierre teintée, stèles plantées en désordre, se chevauchant les unes les autres et dont certaines sont presque couchées horizontalement hors du cimetière ; une mosquée blanche avec de belles cours accueillantes — un platane millénaire dont l'ombrage énorme a plané sur les ancêtres des ancêtres de ceux qui reposent ici. Et le cimetière d'Heyoub grimpe en haut des collines, se glisse pendant presque des kilomètres le long des rues, s'insinuant dans un extraordinaire désordre entre les vieilles maisons de bois, signature de l'antique Stamboul, maisons surplombant leur rez-de-chaussée, garnissant leurs fenêtres des fameux moucharabiés au grillage en bois qui apparaît déjà désuet dans un Orient désormais dévoilé.

Des mosquées immenses gardées aux quatre coins par des minarets si minces que je suis sûr qu'ils oscillent par les grandes tempêtes — mosquée byzantine de Chora, avec ses fresques de mosaïque délivrées de leur gangue de plâtre — la mosquée démesurée et splendide de Souleiman, — la mosquée bleue aux faïences persanes d'Ahmed, — la mosquée constantinienne de Sainte-Sophie enfin, dont la prodigieuse architecture vous empoigne dès que l'œil s'est un peu exercé à en pénétrer les formes intérieures, les innombrables colonnades, les coupoles parfaites, les mosaïques d'or et je ne sais quelle lumière qui lui crée une âme, faite tour à tour des prières chrétiennes et musulmanes, suivant la loi du vainqueur.

Le Seraï (Palais du Sultan), ses trésors, son harem. Trésors de Golconde et des Mille et une Nuits — y compris celui des Rajahs — comme au Châtelet ! Des salles entières consacrées à de merveilleuses porcelaines de Chine — par centaines — à des costumes, des robes, des uniformes tout chamarrés d'or, tissés littéralement de perles. Des aigrettes, des poignées de poignards, de sabres, constellées — le mot est vrai — de pierreries avec des émeraudes grosses comme des noix et des rubis larges comme des monocles — des trônes dorés ou presque en or, parsemés de milliers de pierres comme par défi. Le coquetier est peut-être en bois ! mais il est plus couvert de perles et de diamants — de même les manches de cuillers — que la plus étincelante des rombières du Ritz. Quand la grande Catherine envoie une toilette, elle est en incrustations d'argent massif et de diamants et le berceau de je ne sais plus quel prince vaut plus que son pesant d'or. Ce sont naturellement les plus beaux chronomètres, les plus belles tabatières, les bagues les plus insensées, les boucles les plus ahurissantes et encore des rubis et des diamants et autres machins aussi gros que des bouchons de carafes : pour vingt ou trente milliards nous a-t-on dit — pourquoi pas ? ? car dans tout cet Himalaya de carbone transparent synthétique, il n'y a rien qui éveille le moindre sentiment de véritable beauté...

***

Dans le chapitre caniculaire, je fais allusion à notre dîner sur la terrasse de X... Otel à Beyoglu (Péra) ... Le clair de lune, après le crépuscule, barre le Bosphore d'une frémissante coulée or et argent... deux ou trois princesses-servantes apportent autour des tables un curieux mélange de charme slave et de

# Hyperchlorhydrie
# Gastralgies-Dyspepsies
# Ulcérations gastriques
# Fermentations acides

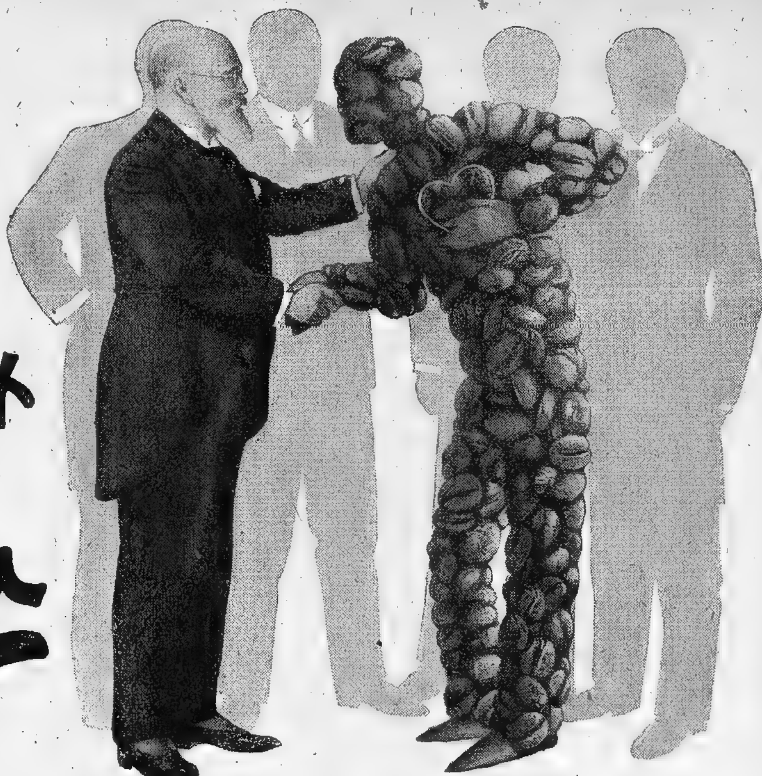
# SEL DE HUNT

LABORATOIRES

**ALPH. BRUNOT**

**16, rue de Boulainvilliers**

**PARIS**



de nouveaux amis de Sanka

...Et la liste des amis connus et inconnus s'allonge toujours...

**Voici un bon docteur qui est heureux de faire plaisir à ses malades avec du Sanka en même temps qu'il en fait ses propres délices :**

J'apprécie le café Sanka et j'en consomme chaque jour. De plus, j'éprouve la joie de faire plaisir à mes malades amateurs de café en leur permettant le café Sanka. Son goût est agréable, son arome est délicieux. C'est une boisson hygiénique excellente, pour les nerveux, les angoissés qui ont une tendance à abuser du café ordinaire.

Dr S.,
*de Savonnières.*

**Voici un grand sympathisant, il nous dit qu'après expérimentation, il recommande le Sanka; écoutez-le :**

Comme suite à votre envoi d'échantillon de Sanka, il résulte de mon expérimentation thérapeutique que votre café décaféiné vient par sa valeur nutritive qualitative au tout premier plan de certains régimes. Là où le médecin est obligé de supprimer le café à un malade, il peut, sans inconvénient recommander le Sanka.

Dr D.,
*d'Issy-les-Moulineaux.*

**Voici l'avis d'un neurologiste pour qui le café Sanka est d'un précieux secours :**

C'est incontestablement un excellent produit à recommander et que je recommande aux nombreux malades qui viennent me voir et qui sont, soit franchement intoxiqués par le café, soit porteurs de petits troubles neurologiques ou mentaux que le café ne peut qu'entretenir ou aggraver. Dans ma spécialité où de tels troubles sont tous les jours rencontrés, la connaissance de Sanka est très importante.

Dr M.,
*de Nancy.*

**Celui-ci ne connait pas encore le Sanka et veut l'expérimenter sur lui avant de le conseiller à ses malades. Rendons hommage à sa conscience professionnelle :**

J'entends beaucoup parler de l'efficacité de Sanka. Voulant l'expérimenter par moi-même, je vous serais reconnaissant de m'en faire adresser un échantillon.

Dr René D.,
*d'Erquey.*

**il fut il est il restera le premier des cafés décaféinés français**

**Café SANKA**
*sans caféine*
54, Quai de Boulogne, Boulogne-sur-Seine

**Et nous continuerons !...**

Ehrmann 1201

sex-appeal... l'orchestre est évidemment très russe et très nostalgique.

Quelle poésie ! S'il n'y avait pas sur notre gauche le magnifique dos en briques d'une maison de cinq étages.

Déjà, la Standard Oil et ses tanks s'agrippent aux rives du Bosphore. Adieu Stamboul et Corne d'Or pays des vieux croissants... de lune et la foule uniforme et sans faste qui s'affaire sur le grand pont de Galata adopte dans sa grisaille une allure quelque peu soviétique.

... Sedd-Ul-Bahr, Koumkale, Tchanak, noms à chair de poule évocateurs des communiqués sinistres

7. — Ephèbe (Musée de Constantinople).

de Loti et de Farrère que les incendies, la dernière des guerres et la politique des républicains d'Ankara ont privé de leur féérie. Les voiles et les fez ont rejoint les pauvres chiens de Constantinople au de 1915. Je distingue près de la pointe européenne les pyramides commémoratives des cimetières français, anglais et turcs. Enfin les Dardanelles s'entrouvent. Voici la mer Egée.

***

« *Il faut bien s'acropoliser* ! »
G. Duhamel.

**Athènes.** — Attique, plaine, cuvette immense, mais cependant bien limitée où ferment a l'étrange génie de quelques siècles et qui sut articuler si vite son dernier mot : que de littérature commise en ton nom !

Vais-je proférer moi aussi la Prière sur l'Acropole ? Lumière d'été, lumière de l'Attique sur laquelle se profile la masse Acropole-Parthénon. Vue du côté Nord. L'ombre descend déjà le long de quelques co-

lonnes et glisse sur le rocher. Le marbre s'est richement teinté au cours des siècles (sels de fer et soleil). La ligne de clarté qui enserre les ruines est nette. Voilà donc cette fameuse transparence, cette limpidité de l'atmosphère que nous n'avons connue qu'à Jérusalem. Nous ne sommes pas déçus et, à mesure que les heures passent, du moindre coin d'Athènes, nous guettons le rocher illustre pour garder un peu mieux sur notre rétine la vision de l'admirable mutilation. Les ruines ont tout subi depuis l'ère de Périclès et de Phidias, l'atteinte religieuse (mosquée, église), la destruction militaire (poudrière qui sauta au cours d'un siège par un bombardement à courte portée), et enfin l'injure suprême d'Elgin, ce pirate-esthète, qui au bénéfice d'une conception égoïsto-britannique de l'art, arracha une colonne de l'Erechteion, les frises les plus belles du Parthénon et l'une des Cariatides.

A l'aide des maquettes de reconstruction du musée Acropolien, (1) j'essaie de me représenter cette cité cyclopéenne : temples ornés de caissons, de frises et *polychromés*, enrichis de statues, de stèles votives. Je suis un peu déçu par cette débauche sculpturale et colorée. Je me demande devant ces mutilations qui conservent l'harmonie fondamentale des lignes et des frontons, dépouillée des ornementations, du luxe semi-oriental, de la statue chryséléphantine (ivoire et pierres précieuses) de Pallas Athénée, je me demande si nous, les modernes, nous n'avons pas hérité de la plus belle part.

**Athènes** (*suite*) **et l'Elgenisme.** — L'ancien éphore des antiquités de l'Attique, Alex Philadelpheus a publié un guide archéologique d'Athènes en français (*Les monuments d'Athènes*, Imprimerie Sakellarios, 1930) « richement illustré » que je trouve excellent. Il est écrit avec passion, ce qui n'est pas pour me déplaire. L'auteur y enguirlande, par ci par là, les Turcs qui, à l'Erechteion avaient accordé un emploi inattendu à l'autel des Sacrificateurs, ou bien notre monde actuel qui reste « aussi barbare, cruel et injuste qu'aux jours des hommes des cavernes et des troglodytes. »

M. Philadelpheus nous rappelle que, par la voie du *Times*, il a réclamé au British Museum, la restitution de la colonne d'Erechtée — en attendant le retour au Parthénon de la procession des Panathénées. Si cette demande était jamais jugée recevable, quel précédent ! Voyez-vous une commission internationale inventoriant tous les musées, toutes les collections de New-York, de Londres, de Paris, de Rome et décrétant que telle ou telle œuvre a été légitimement acquise ou « barbotée ». Voilà qui risquerait de mener loin... Laissons dormir.

***

**Le retour... de Jérusalem.** — Avons-nous été vraiment ballotés à travers les sept merveilles du monde ?

Nous atteignons Aix-en-Provence, et pour chercher la route d'Avignon, la voiture vire autour de la fontaine monumentale que nous contemplons avec délices.

Le long de la vallée du Rhône, notre trio ne cesse d'admirer ébahi, la fertilité sans pareille et l'harmonie inexprimable de nos paysages...

Le souvenir de la lumière orientale se tamise par l'éloignement, mais l'entendement reste imprégné d'une spiritualité renouvelée.

C'est avec des yeux neufs qu'au retour de la croisière, nous avons considéré Saint-Lazare d'Avallon, les bois sculptés de Montréal, les narthex de Vézelay et de Saint-Père, le porche d'Autun, les chapiteaux de Saulieu, le puits de Moïse cher aux Dijonnais.

Je vous retrouve Sept Merveilles de la France ! !

(1) Si le copieux et récent livre d'Emil Ludwig (Le monde tel que je l'ai vu) vous tombe sous la main, lisez le passage curieux intitulé : Une rencontre sur l'Acropole (p. 232).

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*... C'est qu'en effet si j'aime voir clair dans les sources, — tant hydrologiquement que littérairement parlant —, et si je me demande souvent : Où a-t-il pris ça ? Cette question, une fois résolue, me rapproche de l'essence même de la poésie étudiée.....*

(Valéry Larbaud.)

DCCXC. — Stefan Zweig. — **Souvenirs sur Emile Verhaeren.** Traduit de l'allemand par Hendrik Coopman. Avant-propos de Franz Hellens. Illustré de quatre planches hors texte. Un vol. 14 × 22 tiré à 531 exemplaires numérotés dans la Collection « *Pages de Flandre* ». *Editions L.-J. Kryn*. Bruxelles, 1931.

Stefan Zweig avait déjà consacré à Verhaeren un gros ouvrage. Celui-ci fut écrit au moment de la brutale disparition du poète. Le ton de la rédaction obligea l'auteur (nous étions en 1916 et la censure allemande gonflée de chauvinisme eût tudesquement sévi !) à se contenter d'une édition secrète (1), tirée à quelques exemplaires réservés à des amis discrets. Ce n'est pas une étude didactique de critique : peu importe le plan. . La douleur dicte et les souvenirs s'entrechoquent et se

(1) C'est la traduction française de cette édition introuvable qui nous est donnée.

pressent dans ce tohu-bohu que nous avons tous connu à la brusque annonce inattendue de la mort d'un être cher, comme si les sursauts désespérés de notre mémoire voulaient malgré tout assurer, contre la mort une impossible survie. Les détails du passé remontent à la surface, les gestes se dessinent dans notre souvenir, l'écho des paroles se lève, l'affection se fait plus immatérielle et plus profonde par delà le déchirement de la séparation. De ces éléments sensibles de sa douleur Zweig a fait un livre excellent : le poète y paraît dans le cadre familier, où nous l'imaginions, avec son double visage d'affectueux ami modeste, effacé et de magicien prestigieux du verbe. Une des gravures du livre marque admirablement cette dualité : c'est la reproduction du tableau de Montald, où nous voyons le poète, courbé, disant des vers ; la gaucherie de l'attitude, sa lassitude soulevée, ce dos rond, cette moustache tombante, le verre déguingandé du binocle, tout cela s'efface parce qu'il a un bras tendu, la main ouverte et prolongeant vers les proches domaines du rêve le martèlement des mots des feuillets qu'il lit. Il me semble entendre cette voix assourdie des « *Visages de la Vie* » :

« *Mes pauvres yeux, mes pauvres pas, — Mon morne corps, ils sont si las, — De mes chutes et de mes longs efforts, — Par les chemins dédaliens du sort ! — Mes mains se sont usées, — A des besognes embrasées...* »

Ou de nouveau dans le même recueil quand il imagine la maison, où il voudrait délasser sa vieillesse qu'il ne devait pas atteindre :

« *Vivre là-bas, — Au bord d'un quai piqué de mâts, — Et de poteaux mirés dans l'eau ; — Promeneur vieux de tant de pas, — Promeneur las.* »

Cette maison calme, où tout évoquerait la mer (cette mer dont la nostalgie constante le hante) : pièces claires comme ses poèmes, demeure « *propre comme un dimanche* » ; aux murs des cartes de lointaines « *Baléares* » ;

« *Et sur l'armoire, la merveille, — Petits bâtons, minces ficelles, — D'une fragile caravelle — Qui voguerait, voiles au clair, — Dans la panse d'une bouteille.* »

Si ces vers, que j'ai pris un peu au hasard sont démonstratifs de l'inquiète usure prématurée qui avait diminué l'agilité physique du poète (affligé d'un asthme des foins tenace), j'ai voulu les compléter par la suite de ma citation, où éclate à propos d'un objet banal cette splendeur mélodique de l'image portée sur un rythme étrange, qui a des caprices de flots et de bourrasque brusquement amollis et détendus : symphonie sauvage de mots asservis du grondement au murmure ; sourdines amenuisant tout à coup la tempête des syllabes et affinant l'harmonie de leur glissement, chanson lointaine, comme irrégulièrement portée par des sautes de vent et étouffée par ces brumes légères qui voilent sa Flandre.

Il n'y a qu'une chose que je n'ai pas aimé dans le livre de Zweig : sa discrimination trop poussée entre Verhaeren « *lyrique spontané* » et Verhaeren « *technicien* ». Si les images spontanées d'un poète ont en général plus de fraîcheur, lui est-il donc défendu d'aller aussi en puiser au fond des souvenirs, dans les resserres obscures, dans les réserves du subconscient, où elles furent bien en premier lieu jetées par une perception ... spontanée. Cela ressemble à une mauvaise querelle de sophiste. Que les vers de Verhaeren aient été refouillés ou qu'ils soient de génération première, ce sont de beaux vers : leur gloire est méritée et Zweig a eu raison de rendre à la mémoire de leur auteur un hommage embué d'une riche, douloureuse et sincère émotion. Je ne saurais terminer mon analyse sans signaler les pages, où l'écrivain allemand rend à Paris (que Verhaeren affectionna et où lui-même vécut longuement) les devoirs d'un citoyen d'adoption, et celles surtout où il raconte sa stupéfaction devant la félonie de l'Allemagne. On ne saurait suspecter ce témoignage. Il ne devait plus revoir Verhaeren, dont l'éloigna d'ailleurs aussi la véhémente indignation patriotique et qu'un accident devait bientôt atteindre mortellement. De leur commerce d'amitié est né ce livre, que les tragiques heurts de la guerre tinrent longtemps dans l'ombre. Il est établi en très soigneuse typographie, et je ne voudrais pas le quitter sans vous signaler le bois remarquable que Franz Mazereel a gravé en frontispice. Les gros traits d'un énorme visage en premier plan, ridé et comme raviné par toutes les souffrances, les longues ondes de la chevelure et de la moustache, le front creusé encore de rides, toutes ces courbes admirablement ordonnées donnent à la physionomie une douloureuse et éloquente puissance, une muette grandeur de tourments subis et vaincus, une ascétique sévérité tempérée par la tache claire et profonde du regard. Tapis dans les angles, les gratte-ciel des « *Villes Tentaculaires* ». Franz Hellens, qui considère avec raison son compatriote comme le poète le plus humain de ce temps, présente la traduction française de l'œuvre en quelques pages, où l'on retrouve la vigueur et la pénétrante clarté de ses jugements.

DCCXCI. — **Les Géorgiques** de Virgile. Texte et traduction avec une introduction et des notes par Ramond Billard. Préface de Pierre de Nolhac de l'Académie française. Un vol. sur vergé 14 × 19. Collection « Les Belles Œuvres Littéraires. » *Editions Tallandier*. Paris, 1931.

Très intelligemment traduit et clairement présenté cet ouvrage doit retenir votre attention. Jam praeterit aestas : je ne vais pas pouvoir vous en parler longuement et vous signaler les mérites

du traducteur, qui avec beaucoup de talent se plie à l'agencement des phrases latines, à leurs inversions, à une fidèle et souple transposition de la tournure d'esprit et de forme. Il nous précise qu'il n'a pas voulu faire une traduction littéraire, enrubannée comme pour une pastorale, ni suivre ces mot à mot barbares qui ont empoisonné nos classes (il dit aimablement : notre enfance studieuse !). Et il est parvenu sur un terrain battu par les pions à faire œuvre limpide et solide d'honnête homme.

DCCXCII. — André SAVIGNON. — **Saint-Malo, Nid de Corsaires.** Un vol. 12 × 19. *Editions « La Renaissance du Livre ».* Paris, 1931. 15 francs.

Dugay-Trouin et ses hardis compagnons fournissent le thème d'une brillante chronique historique à Savignon, qui connaît fort bien les épisodes de cette invraisemblable « *course* » des corsaires, et les accommode en récits d'une extrême vivacité. Comme Gaston Martin pour son histoire des Négriers de Nantes, mais avec moins de précision, il eut recours pour l'établir aux archives malouines de l'Amirauté qu'il « romance » en excellent écrivain d'imagination.

DCCXCIII. — H. R. YBARRA. — **Hindenbourg.** Un vol. 12 × 19. traduit de l'anglais pour la Collection « Les Contemporains vus de près » par Andhrée Vaillant. *Librairie Gallimard,* Paris.

J'aurais écrit Hindenburg et Andrée Vaillant, mais l'origine américaine du livre (Ybarra est « reporter » américain) lui confère une latitude orthographique que je respecte d'autant plus volontiers que cette biographie, laudative de l'homme aux clous, est intéressante et, comme il sied à un livre américain, pratiquement instructive. Hindenbourg le monarchiste, nous est-il dit en substance, n'est pas devenu Hindenbourg le républicain. Cette forte parole aurait dû briller en épigraphe sur la page de garde.

DCCXCIV. — Raymond ESCHOLIER. — **Souvenirs parlés de Briand.** Un vol. 12 × 19 *Editions Hachette.* Paris, 1932, 12 francs

Je vous ai signalé les cyniques « *Papiers* » de Stresemann. Voici sur son partenaire diplomatique des souvenirs rassemblés en vue de glorifier sa mémoire. Ce n'est pas de la petite histoire pure et la tendance générale du livre est plus qu'anecdotique, probriandiste. Je marque la tendance pour vous éviter toute surprise.

DCCXCV. — René CAILLIÉ. — **Le voyage à Tombouctou** et à travers l'Afrique (1824-1828). Un vol. 12 × 19 avec 5 grav. hors texte. *Editions Plon.* Paris, 1932. 16 fr. 50.

Notes et documents du premier Français entré à Tombouctou, mais analysés et épurés par Jacques Boulenger qui ajoute modestement dans la préface :

*« C'est pourquoi dans notre édition, nous avons, en somme plus analysé que cité : le talent de Caillié est si nul qu'on n'y peut rien perdre. »*

DCCXCVI. — S. S. van DINE. — **L'affaire du Scarabée.** Un vol. 12 × 19. Roman d'aventures. *Editions Gallimard.* Paris, 1932. 7 fr. 50.

Roman policier traduit de l'anglais, rocambolesque à souhait et conduit selon la technique classique de ce genre dont la vogue assure la multiplication.

**Varia*****

Le « **Figaro Illustré** » en très claire typographie s'occupe beaucoup (la saison le veut) d'automobile. Outre des commentaires sur la vitesse et des considérations techniques sur les nouveautés de l'année, agrémentés de nettes images, un curieux article sur les inepties juridiques, une enquête sur l'opportunité des vitesses vertigineuses que vise la construction. Une abondante chronique de modes avec de démonstratives élégances. Une suite polonaise de Pillement, rappelant les manifestations récentes à la gloire de Chopin et signalant à notre inattention quelques chefs-d'œuvre de la littérature des « Latins du Nord ». La rubrique du « *Livre dont personne n'a parlé* » est réservée à un roman : « *Enfance* » de Jean Blanzat, paru pourtant chez Bernard Grasset.

*Je vous parlerai très prochainement d'une belle édition belge de « *Mon Oncle Benjamin* », mais je relis d'abord à loisir ce délicat retour de notre illustre confrère de Clamecy.

*Dans le numéro d'octobre de la *Nouvelle Revue Française,* Monsieur Gide continue à baver sur toutes les croyances. Il devrait bien, en période de calme, parcourir de Renan, les pages magnifiques sur la tolérance ! D'étranges poèmes de Supervielle traversés de fulgurantes images. Je vous ai signalé la semaine dernière, la délicieuse fantaisie de Valéry Larbaud capable à elle seule de vous consoler de Monsieur Gide. Un projet de rénovation du théâtre. Une simple suite de Chardonne sur l'amour du Prochain.

16 octobre 1932,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique des maladies du système nerveux** (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Un cours de perfectionnement sur les tumeurs du système nerveux, sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. ALAJOUANINE, agrégé, médecin des hôpitaux ; R. GARCIN, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire ; D. PETIT-DUTAILLIS, chirurgien des hôpitaux ; R. BIZE, L. MICHAUX, L. ROUQUÈS, R. THUREL, chefs de clinique ; J. CHRISTOPHE, J. DARQUIER, P. MATHIEU, P. MOLLARET, J. PÉRISSON, P. SCHMITE, A. THÉVENARD, anciens chefs de clinique ; H. LAGRANGE, ophtalmologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique avec présentation de malades comportera une série de vingt leçons ; il commencera le lundi 7 novembre 1932, à 14 heures, à l'amphithéâtre de la clinique Charcot.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 7 novembre, 14 heures, Docteur ALAJOUANINE : Généralités ; l'hypertension intracranienne. — 15 h. 30, Docteur LAGRANGE : Signes oculaires des tumeurs cérébrales (stase papillaire).

Mardi 8 novembre, 14 heures, Docteur MICHAUX : Procédés complémentaires de diagnostic. — 15 h. 30, Docteur Ivan BERTRAND : Anatomie pathologique des tumeurs du système nerveux (première leçon).

Mercredi 9 novembre, 14 heures, Docteur BIZE : Tumeurs des méninges. — 15 h. 30, Docteur Ivan BERTRAND : Anatomie pathologique des tumeurs du système nerveux (deuxième leçon).

Jeudi 10 novembre, 14 heures, Docteur ALAJOUANINE : Tumeurs frontales. — 15 h. 30, Docteur ROUQUÈS : Tumeurs des hémisphères et du corps calleux.

Lundi 14 novembre, 14 heures, Docteur MOLLARET : Tumeurs hypophysaires (première leçon). — 15 h. 30, Docteur DARQUIER : Tumeurs du tronc cérébral.

Mardi 15 novembre, 14 heures, Docteur MOLLARET : Tumeurs hypophysaires (deuxième leçon). — 15 h. 30, Docteur THUREL : Tumeurs du cervelet et du IV$^e$ ventricule.

Mercredi 16 novembre, 14 heures, Docteur GARCIN : Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — 15 h. 30, Docteur SCHMITE : Tumeurs de la moelle (première leçon).

Jeudi 17 novembre, 14 heures, Docteur GARCIN : Tumeurs de la base du crâne. — 15 h. 30, Docteur SCHMITE : Tumeurs de la moelle (deuxième leçon).

Vendredi 18 novembre, 14 heures, Docteur PÉRISSON : Tumeurs intramédullaires. — 15 h. 30, Docteur THÉVENARD : Tumeurs des nerfs.

Samedi 19 novembre, 14 heures, Docteur PETIT-DUTAILLIS : Chirurgie des tumeurs du système nerveux. — 15 h. 30, Docteur MATHIEU : Radiothérapie des tumeurs du système nerveux.

Droit d'inscription : 300 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Hôpital Cochin.** — *Clinique chirurgicale de la Faculté.* (Professeur : M. Ch. LENORMANT.) — M. le Professeur Ch. LENORMANT commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 8 novembre 1932, à 10 heures du matin et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Mardi et jeudi, à 10 heures : Leçon clinique avec présentation de malades. — Lundi et vendredi : Opérations. — Mercredi et samedi : Visite dans les salles.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. — Leçons et démonstrations d'urologie, par M. CHEVASSU, agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Leçons de séméiologie et de thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. WILMOTH et MÉNÉGAUX, chirurgiens des hôpitaux ; PATEL et DARFEUILLE, chefs de clinique, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 30.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Beaujon.** — *Démonstrations pratiques de radiodiagnostic.* — Le samedi 5 novembre et les samedis suivants, à 11 heures, au Laboratoire central d'électro-radiologie de l'hôpital Beaujon, MM. AUBOURG, chef de laboratoire, PORCHER, chef-adjoint de laboratoire, MIGNON, GAUILLARD et SURMONT, assistants, feront une conférence de radiologie clinique sur des affections de pratique courante : présentation de malades, histoire clinique, diagnostic radiologique différentiel.

Ces conférences seront suivies à 11 h. 30 de la présentation des clichés intéressants de la semaine.

5 novembre, M. AUBOURG : Arthrite chronique de l'épaule. — 12 novembre, M. SURMONT : Rétrécissement mitral. — 19 novembre M. PORCHER : Occlusion du grêle. — 26 novembre, M. GAUILLARD : Ulcère peptique après gastro-entéro-anastomose. — 3 décembre, M. PORCHER : Fistules du tube digestif. — 10 décembre, M. AUBOURG : Hyperpneumocolie. — 17 décembre, M. MIGNON : Forme thoracique de maladie de Hodgkin. — 7 janvier, M. PORCHER : Localisation d'un corps étranger par la méthode de Hirtz. — 14 janvier, M. MIGNON : Début d'une tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — 21 janvier, M. GAUILLARD : Sinusite frontale. — 28 janvier, M SURMONT : Fibrome utérin (lipiododiagnostic).

— **Concours de l'internat.** — Répartition des jurys : *Anatomie.* MM. Welti, Poulain et Huet. — *Pathologie médicale.* MM. Weissmann, Paraf et Debray. — *Pathologie chirurgicale.* MM. Leibovici, Digonnet et Sénèque.

Composition écrite. — *Anatomie.* — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Muscle psoas iliaque. Ses insertions, sa gaine, ses rapports dans la gaine à l'exclusion des autres. Son innervation. Sa physiologie ».

Questions restées dans l'urne : « Glande sous-maxil-

laire et son canal excréteur (sans l'histologie, sans la physiologie). — Nerf cubital et ses branches à partir de la gouttière épitrochléo-olécranienne inclusivement (sans la physiologie). »

*Pathologie médicale.* — Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Symptômes, évolution et diagnostic de l'endocardite rhumatismale. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes et diagnostic des cancers du foie. — Formes cliniques de la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfant ( sans le diagnostic différentiel ni le traitement). »

*Pathologie chirurgicale.* — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Formes cliniques des cancers du sein. Leurs diagnostics, leurs indications thérapeutiques. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes, diagnostic et traitement des luxations antéro-internes récentes de l'épaule. — Symptômes et diagnostic du cancer du testicule ».

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Rectification.** — Nous avons annoncé par erreur, sur la foi d'un retour postal, la mort de notre confrère le Docteur Nicolas, de Menat (Puy-de-Dôme). Cette nouvelle était heureusement inexacte et nous nous empressons de la rectifier, en priant notre excellent confrère le Docteur Nicolas, de Menat, de vouloir bien nous excuser : qu'il veuille bien accepter nos souhaits sincères de très longue vie.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Quilliet, de Bègles (Gironde) ; du Docteur Jean Doumer, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille, père du Professeur Ed. Doumer, de Lille ; du Docteur Lalisse, de Lille, frère du Docteur Lalisse (de Denain).

— **Question du rattachement de l'Académie de médecine au ministère de la Santé publique.** — *Lettre de M. le ministre de l'Education nationale à M. Achard, secrétaire général de l'Académie :*

Paris, le 17 août 1932,

M. le Ministre de la Santé publique demande que l'Académie de médecine soit rattachée à son département.

Il invoque l'Ordonnance royale du 20 décembre 1820 qui, rétablissant une Académie royale de médecine, indique en son article 2 que : « Cette Académie sera spécialement instituée pour répondre aux demandes du Gouvernement sur tout ce qui intéresse la Santé publique et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les différents cas de médecine légale, la prorogation de la vaccine, l'examen des remèdes nouveaux et des remèdes secrets, tant internes qu'externes, les eaux minérales naturelles ou factices, etc. »

Avant de donner suite à ce projet, vous comprendrez que je tienne à consulter votre savante Compagnie. Je vous serais obligé de vouloir bien la saisir de la question et me faire connaître son avis.

Pour le Ministre et par autorisation,
Le Directeur de l'Enseignement supérieur.
*Signé* : J. Cavalier.

— **Congrès de chirurgie de 1933.** — L'assemblée générale de l'Association française de chirurgie a mis à l'ordre du jour du Congrès de chirurgie de 1933, les questions suivantes :

1° *Chirurgie des parathyroïdes.* — MM. Velti (Paris) et Jung (Strasbourg).

2° *Traitement chirurgical des hémorragies foudroyantes gastro-duodénales d'origine ulcéreuse.* — MM. Wilmoth (Paris) et Papin (Bordeaux).

3° *Traitement des fractures de la base du crâne (coup de feu excepté).* — MM. Lenormant ou Paître (Paris) et Wertheimer (Lyon).

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Les colis express : un progrès !* Le chemin de fer est *seul* en mesure de vous offrir, grâce aux colis express :

Un service rapide comportant de nombreux départs quotidiens ;

— Un service rapide permettant des envois dans toute l'étendue de la France ;

— Un service rapide fonctionnant, sans interruption, les dimanches et fêtes comme les autres jours.

— Le Docteur Mourgeon informe ses confrères qu'il vient de transférer son cabinet 37, rue Galilée (16e) Tél. Passy 17-65.

La clinique d'*Orthopédie maxillo-dentaire*, est ouverte les mercredi de 5 heures à 7 heures, jeudi de 9 heures à 11 heures et samedi de 2 heures à 4 heures, 19, rue Borromée (15e) Tél. Ség. 83-59.

*Le Directeur-Gérant* : Dr J. Noir.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

de 3.550 francs me compte un impôt brut de 505 francs.

Je sais qu'il y a un mode spécial de calcul dans le cas présent, mais j'ai beau calculer de toutes les manières, je n'arrive pas à comprendre.

Avant d'adresser une réclamation au Directeur des Contributions, je serais heureux d'avoir l'avis de votre conseiller fiscal afin de ne pas réclamer injustement.

**Réponse**

Voici votre décompte d'impôt tel qu'il devrait être établi :

*Traitement* : 12.533 — 9.000 francs charges de famille = 3.533 francs, *rien à payer.*

*Honoraires* : 35.680 + 3.533 = 39.213. Impôt :

$$\frac{39.213 \times 9}{100} - 1.200 = 2.329 \text{ fr. } 17$$

$$- 10\ \% = 323 \text{ fr. } 91$$

net..... 2.096 fr. 26 *à payer.*

*Impôt général sur le revenu* : 47.600 — 14.000 = 33.600.

$$\frac{33.600 \times 12}{300} - 800 = 544 - 54{,}40 = 489{,}60.$$

Vous avez à payer : 2.096,26 + 489,60 = 2.585.86 soit 90,68 de plus que la somme demandée. Quoique votre avertissement soit mal établi, vous n'avez donc pas intérêt à réclamer.

A. M.

**5608. — Déductions diverses. Frais de thèse**

Je me suis installé l'année dernière et j'ai compté sur ma déclaration tous les frais que j'ai supportés pour cette première installation.

Or, le contrôleur a modifié ma déclaration en refusant de me dégréver :

1° De mes frais de thèse, soit 1.770 francs ;

2° De mes frais de déménagement, soit 3.400 francs ;

3° D'une partie de mes frais d'essence et d'huile soit 485 francs ;

4° Des 2/10 du prix d'achat de ma voiture, qu'il affecte à mon usage personnel (2/10 de 19.960) : 3.094 francs.

Je viens simplement vous demander si cela est normal ou si je suis en droit de réclamer auprès de l'Administration compétente et, pour cela, de me fournir les indications nécessaires.

Dr P.

**Réponse**

Vous devriez aller voir votre contrôleur, discuter la question avec lui, pour tâcher de vous mettre amiablement d'accord.

J'estime pour ma part qu'il est fondé à ne pas accepter vos frais de thèse car il faudrait admettre pour tout le monde des frais d'examens.

Quant aux frais de déménagement, l'Admi-

nistration n'admettrait que ceux relatifs aux instruments professionnels.

A. M.

**5390. — Changement de domicile. Patente applicable**

J'ai habité jusqu'au 28 février 1932 une maison que je louais 4.000 francs et dont j'ai payé, en juillet 1932, les impôts (patente, etc.). Cette maison m'est restée sur les bras, mon bail ne se terminant qu'en 1934.

Depuis le 1er mars, j'habite dans la même localité une autre maison que j'ai fait construire, attenant à un immeuble dont je suis propriétaire.

Or, le contrôleur vient de m'adresser une feuille de contributions avec cette mention : Contribution nouvelle.

1er mars. Patente sur valeur locative de 1.500 = 800 francs.

Est-il dans le droit de me réclamer cette somme sachant que la valeur locative de ma nouvelle habitation n'est pas supérieure à celle que j'ai quittée ?

Si oui, j'aurai donc versé en fin de 1932, une patente de 2.600 et une seconde de 800 francs, ce qui me paraît exagéré.

J'ajoute que mon confrère et ami, venu s'installer ici en avril dernier est dans le même cas, quoique ayant changé de localité. Sera-t-il obligé de payer patente sur les deux locaux ?

Dr Z.

**Réponse**

Votre contrôleur doit estimer que la valeur locative de la maison que vous avez fait construire et que vous habitez maintenant est supérieure à la valeur locative de l'immeuble que vous avez abandonné. C'est la raison de votre imposition supplémentaire.

Il y a là une pure question de fait que vous devriez tâcher de résoudre en voyant vous-même le contrôleur.

A. M.

**5505. — Bénéfices de bourse. Dons manuels**

Le fisc trouvant exagérées mes économies par rapport au revenu déclaré depuis quelques années, m'a demandé des précisions. J'ai exposé que j'avais acheté et revendu avec bénéfice des valeurs mobilières. Dois-je déclarer les sommes provenant d'opérations de bourse ? A quelle rubrique placer cette déclaration ? De même, si une personne me fait un don (toute question de clientèle mise à part) dois-je le déclarer ? Et si je ne le fais pas, comment expliquer le supplément de revenu qui en est la conséquence ?

Dr X.

**Réponse**

Vous n'êtes pas obligé de considérer comme une recette les bénéfices que vous pourrez réa-

liser sur une spéculation boursière car, *a contrario*, l'Administration n'accepterait pas les déclarations pour pertes survenues dans les mêmes conditions.

Ce sont uniquement des mouvements affectant votre *capital* et non votre *revenu*.

Si vous recevez un don, vous devez déclarer les arrérages. Si des précisions vous sont demandées sur les conditions dans lesquelles le don a été fait, bornez-vous à dire qu'il s'agit d'un don manuel.

A. M.

## QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

### 3946. — Maladie contractée au service. Présomption d'origine

Le jeune C..., engagé volontaire au $n^e$ régiment d'infanterie, contracte, en service, une pleurésie pour laquelle il fait un séjour de deux mois à l'hôpital militaire.

Envoyé en convalescence (quarante-cinq jours), il présente un état de santé très précaire. Au bout de quinze jours, rechute de pleurésie. Trois semaines après, granulie, décès. Les parents ont-ils droit à une indemnité ou à une pension ?

Le père, 64 ans, emphysémateux. La mère, 58 ans, rhumatismes chroniques, sont incapables de pourvoir à leur subsistance. Ils comptaient sur leur fils qui allait être libéré en octobre pour les aider à vivre.

Le jeune homme, très robuste (il avait fait partie de l'équipe d'athlétisme envoyée par le régiment à X., l'hiver dernier), n'avait jamais été malade avant son incorporation.

Dr B.

**Réponse**

Ce jeune homme, d'après les renseignements fournis, ayant été hospitalisé pour pleurésie plus de trois mois après son incorporation, a droit au bénéfice de la présomption légale d'origine.

Que les parents adressent donc le plus tôt possible (en raison de la possibilité de nouvelles dispositions légales) une demande de pension d'ascendant à l'intendant départemental des pensions militaires. Celui-ci se chargera de faire établir le dossier et de l'adresser au Ministre.

Personnellement, vous aurez à fournir un certificat médico-légal, établissant que la pleurésie n'était que le premier stade évolutif de la tuberculose pulmonaire, affection terminale.

### 5195. — Recours contre un rejet de demande d'augmentation de pension

Un de mes clients, réformé 10 % pour fracture de l'os iliaque par balle, a fait cette année un abcès dans sa cicatrice. Il a vu à la suite de cet abcès son invalidité s'accroître du fait :

1º D'une ankylose partielle de sa hanche (impossibilité de prendre sa chaussure) ;

2º De méralgie paresthésique. Ayant fait une demande d'augmentation de pension, il a vu celle-ci refusée.

Que doit-il faire maintenant ?

Et à qui doit-il s'adresser ?

Dr F.

**Réponse**

1º Si l'intéressé n'est pas encore en possession du rejet *ministériel* de sa demande d'aggravation, qu'il écrive immédiatement au ministère des Pensions, Service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris-7e, et qu'il expose au ministre son cas, avec certificats médicaux à l'appui, en le priant d'examiner son dossier avec une nouvelle bienveillance.

2º S'il possède son rejet ministériel, même démarche de recours gracieux auprès du ministre, et en plus, mise en instance devant le Tribunal des pensions, afin de ne pas laisser s'écouler le délai de six mois. Cette formalité consiste à adresser par lettre recommandée, une demande de mise en instance au président du Tribunal civil du ressort.

### 4999. — Demande de réforme

Ayant fait toute la guerre comme médecin auxiliaire du fait d'une inaptitude (crises d'asthme), constatée et accordée par différentes commissions, j'ai refusé de faire une demande pour être nommé aide-major et je suis toujours médecin auxiliaire, mes refus successifs ayant indisposé mon Directeur ; je désire savoir :

1º Si je puis être réformé et ce qu'il faut faire comme démarches dans ce sens.

2º Si je puis connaître mon affectation actuelle en cas de mobilistaicn et ce qu'il faut faire pour cela.

Dr X.

**Réponse**

En qualité de médecin auxiliaire, vous dépendez d'une section d'infirmiers militaires et, si vous n'avez pas de fascicule de mobilisation, c'e t à elle que vous devez vous adresser pour connaître votre affectation de mobilisation.

Pour la même raison, c'est au Bureau de recrutement, dont vous dépendez, qu'il faudra écrire pour demander à être présenté devant une Commission de réforme, qui jugera de votre aptitude physique, et pourra prononcer soit votre réforme, soit votre classement dans le service auxiliaire, où vous ne ferez pas de périodes d'instruction.

### 5272. — Droit à l'indemnité d'absence temporaire

Je viens de faire une période de réserve au camp de X..., et suis en discussion avec l'intendant qui pré-

tend que, l'indemnité d'absence temporaire (de 27 francs par jour pour médecin capitaine) ne peut pas m'être allouée, n'ayant pas été convoqué en dehors de ma résidence.

Il s'agit de savoir si cette indemnité d'absence temporaire n'est pas attribuée à *tous* les officiers de réserve faisant une période *dans un camp* quel que soit le lieu de leur résidence.

De fait, les officiers d'active qui sont affectés depuis plusieurs années au camp, et c'est le cas du colonel qui est au camp depuis sept ou huit ans, touchent cette indemnité. Il n'y a donc pas de raison pour qu'elle me soit refusée.

Si non en vertu de quel texte précis.

Veuillez avoir l'obligeance de me renseigner et de m'indiquer les indemnités auxquelles j'ai droit.

Dr N.

**Réponse**

Puisque vous avez été convoqué dans un camp, vous avez droit à l'indemnité d'absence temporaire, au même titre que les officiers de l'active.

Voir décret du 21 avril 1929, et rectificatif à l'instruction du 27 mai 1926, titre VI, 6e alinéa, paragraphe *c*.

---

### 5288. — Indemnité de première mise d'équipement

Je viens de terminer une période militaire de quinze jours. N'ayant pas été convoqué depuis quatorze ans, j'ai dû acheter un équipement complet de médecin lieutenant de réserve.

Ai-je droit à une indemnité dite de première mise d'équipement et éventuellement, comment puis-je l'obtenir ?

A titre de renseignement, j'ai obtenu l'indemnité de première mise d'équipement en janvier 1917.

Dr B.

**Réponse**

Puisqu'une fois déjà vous avez perçu une indemnité de première mise d'équipement, c'est à vos frais que vous devez entretenir votre tenue en état de servir, et n'avez plus droit à aucune autre indemnité d'habillement ou d'équipement.

---

## PROPHARMACIE

### 5578. — Conditions d'exercice de la propharmacie

Exerçant à C..., où il y a une pharmacie, j'ai un cabinet ouvert quelques heures tous les jours à V... ; V... n'ayant pas de pharmacie et l'officine la plus proche étant à P... (5 kilomètres), puis-je être propharmacien à V... ?

Dr X.

**Réponse**

Aux termes de l'art. 27 de la loi du 21 Germinal, an II, sur l'exercice de la pharmacie, « seuls

peuvent exercer la propharmacie les médecins *établis* dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacien tenant officine ouverte ».

Dès lors que vous êtes installé à C..., que vous y avez votre domicile et votre principal établissement et qu'il existe un pharmacien dans cette commune, il vous est donc impossible d'exercer la propharmacie, même dans votre second cabinet de V..., commune dépourvue de pharmacien.

### 5732. — Étiquetage des médicaments délivrés par un propharmacien

Le médecin pro-pharmacien peut-il ou doit-il, sur les préparations effectuées par lui, apposer des étiquettes à son nom ?

Je me suis laissé dire en effet que seul le pharmacien diplômé pouvait agir ainsi, mais alors que devient la loi régissant la délivrance des produits du tableau B par exemple ? Il me semble que dans ce cas particulier, le flacon doit porter l'adresse du détaillant qui a délivré le produit.

Dr L.

**Réponse**

Le propharmacien a non seulement le droit de faire figurer sur les préparations qu'il effectue son nom et son adresse, mais il en a même le devoir lorsque ces inscriptions sont exigées par la loi, comme par exemple pour les substances vénéneuses des tableaux A, B et C.

## ASSURANCES

### 5669. — Assurance d'une maison de santé

Ouvrant une maison de repos pour enfants anémiés, voudriez-vous me dire qu'elles sont les assurances que je dois prendre contre les risques que j'encours ?

D. C.

**Réponse**

Le propriétaire d'une maison de santé encourt deux catégories distinctes de risques : 1° les risques de droit commun (l'incendie est le plus important), 2° des risques spéciaux de responsabilité.

1° Assurance incendie : il sera bon pour le médecin de faire assurer les bâtiments (s'il en est propriétaire) et le matériel de sa clinique à sa valeur de reconstruction afin d'éviter qu'en cas de sinistre la compagnie applique la réduction dite de dépréciation. Si la clinique possède un appareillage de rayons X important il sera bon qu'il assure les dégâts pouvant survenir aux appareils même par suite de leur fonctionnement. Il existe encore un certain nombre de clauses dont il est difficile de donner ici la nomenclature (clause des inventaires, des procédés de chauffage, etc.).

2° Les assurances spéciales que le médecin doit contracter concernent la responsabilité qu'il encourt du fait de sa clinique. Cette responsabilité est double. Vis-à-vis des personnes qu'il emploie : gens de service, infirmières, internes, etc., et vis-à-vis de ses malades et des autres tiers.

La responsabilité vis-à-vis des employés doit être faite sous la forme de police collective si tout le personnel est ressortissant de la loi de 1898. Si le médecin emploie des internes ou des assistants docteurs en médecine comme la loi de 1898 peut ne pas être appliquable, la police d'assurance du personnel sera faite sous la forme de contrat mixte. Le dit contrat couvrira la responsabilité du propriétaire de la clinique quelle que soit la responsabilité recherchée, soit en vertu de la faute de droit commun, soit en vertu de la loi sur les accidents du travail.

Le contrat responsabilité professionnelle couvrira tant la responsabilité du médecin lui-même que celle découlant du personnel, de l'immeuble, des objets mobiliers servant à l'exploitation de la clinique. Pour être complet, ledit contrat devra garantir la responsabilité d'accidents survenus du fait des enfants confiés à la clinique et elle s'étendra à tous les tiers, visiteurs, etc.

P.-R. Baglin,
Docteur en Droit,
Conseil technique d'assurances.

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 5326. — Pansements multiples sur un même membre.

Membre du Sou médical et du Concours, je vous serais reconnaissant de me faire connaître si, dans le cas exposé dans les copies ci-jointes, c'est l'Assurance ou moi qui ai raison et si je dois accepter la réduction que l'on veut m'imposer.

Dr P.

*Copie de la lettre de l'Assurance.*

Nous vous retournons sous ce pli une note du Dr P... se montant à 193 francs concernant le sinistre du 11 mai 1932.

A l'examen de cette note nous remarquons que le Dr P... compte 20 francs pour pansements multiples de l'index, médius et auriculaire de la main gauche.

Nous vous serions obligés de vouloir bien faire observer à ce médecin que, d'après l'arrêté du 5 février 1932 la somme de 20 francs est allouée pour pansements multiples sur un même membre, mais sur des segments différents ainsi que bras, avant-bras, main ; ce qui ne peut être le cas ici, le blessé étant atteint de plaies de l'index, du médius, de l'auriculaire de la main gauche, par conséquent de blessures siégeant toutes trois sur le même segment, et, la somme allouée pour le pansement ne peut être que 15 francs.

Par suite, la note du Dr P... se trouve ramenée à 158 francs, somme que nous vous autorisons à lui payer.

*Pour le Directeur,*
Illisible.

*Copie de ma note :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mai, | 12 | Pansements multiples | 20 fr. |
| | | Certificats | 8 » |
| | 13 | Pansements multiples | 20 » |
| | 14 | — — | 20 » |
| | 17 | — — | 20 » |
| | 19 | — — | 20 » |
| | 21 | — — | 20 » |
| | 24 | — — | 20 » |
| | 28 | Pansement | 15 » |
| | 31 | — | 15 » |
| Juin | 6 | — | 15 » |
| | | | 193 fr. |
| On me rabat donc | | | 35 » |
| et m'offre | | | 158 fr. |

Il s'agissait d'écrasement des doigts ayant arraché plus ou moins complètement trois ongles et mis à nu la dernière phalange des doigts blessés (petit doigt, médius et index pansés séparément).

Dr P.

**Réponse**

Vous avez eu à panser *séparément* (vu la gravité des lésions) trois doigts d'une même main. Vous avez compté « pansements multiples sur un même membre : 20 francs ». C'est conforme à l'art. 16. Rien à reprendre. Toutefois la Compagnie vous écrit que ces 20 francs sont alloués « pour pansements multiples sur un même membre, *mais sur des segments différents* ». Où a-t-elle vu ce distinguo ?

Dans l'ancien tarif, on comptait « pansements multiples sur un même segment de membre : 15 francs », on a supprimé le mot « segment », estimant que, le plus souvent, on ne pouvait faire plusieurs pansements sur un même segment de membre et qu'il fallait généraliser au membre tout entier. En réalité, ce n'est guère qu'au cas de blessures graves de doigts qu'on est obligé de faire des pansements séparés sur un même « segment » : il n'en est pas moins vrai que vous avez fait plusieurs pansements sur un *même* membre et qu'il vous est dû la tarification de 20 francs comme vous l'aviez inscrit, avec raison.

Dr F. Decourt.

### 5339. — Fracture du calcanéum

Je viens faire appel à votre compétence pour l'évaluation suivante pour accident du travail.

Réduction et contention d'une fracture du calcanéum.

Par analogie avec l'appareil plâtré pour fracture de Dupuytren, j'avais tarifié 200 francs.

Or, la compagnie fait une objection et me demande d'ailleurs très courtoisement de tarifer à nouveau cette réduction de fracture.

Il est d'ailleurs exact que la réduction d'une fracture calcanéenne du premier degré, simple trait de fracture sans déplacement, est tout à fait illusoire, et que c'est l'immobilisation qui compte surtout, et comme cette botte plâtrée est la même que celle d'une fracture Dupuytren, comment tarifer ?

Dr R.

**Réponse**

La fracture du calcanéum est omise dans les rubriques du tarif. J'ai déjà proposé (et ce fut accepté par la Compagnie et le médecin, en attendant une rectification au tarif actuel) que la réduction et contention soit tarifée 100 francs *par analogie* avec : « fracture de l'extrémité inférieure du radius ».

Dr F. DECOURT.

### 5355. — Panaris profond

Ayant ouvert dernièrement un abcès d'un doigt à un ouvrier (accident du travail), j'ai été obligé de débrider de nouveau cet abcès et de faire le curettage d'une phalangette, l'os étant touché.

Voudriez-vous donc me dire si je puis compter cette deuxième intervention et quel tarif je dois demander.

Dr B.

**Réponse**

Vous avez à compter « Incision d'un panaris de la gaine : 50 francs » dans lequel, souvent l'os ou, tout au moins, le périoste sont touchés. Je ne vois pas d'autre rubrique sur laquelle vous pourriez vous baser pour demander davantage, ni qu'il y ait lieu de dire que vous ayiez pratiqué une « deuxième intervention » alors que les deux se confondent, en réalité.

Dr F. DECOURT.

### 5354. — Fracture de doigt

J'ai recours à votre amabilité pour m'indiquer le tarif accident du travail à appliquer dans le cas suivant : fracture de la deuxième phalange du médius et de l'annulaire par grosse contusion (fractures juxta-articulaires). J'ai réduit et appliqué un plâtre prenant les deux doigts et une moitié de la main.

Je trouve au tarif : fractures doigt sans application de plâtre, 35 francs, et c'est tout.

Dr S.

**Réponse**

Il n'y a pas, en effet, d'autre rubrique concernant la fracture d'un doigt. Il y a bien à cette rubrique « sans appareil plâtré », mais cette réserve paraît donc ne pas s'appliquer aux fractures de doigt puisqu'il n'en est plus parlé à la rubrique suivante.

Il s'ensuit qu'ayant eu deux fractures à réduire vous avez à compter 35 francs pour chacune soit 70 francs en tout.

Dr F. DECOURT.

---

**5363.— La nomenclature pour les assurés sociaux dits « notoirement indigents »**

Une Caisse primaire d'assurances sociales m'a retourné dernièrement un mémoire d'honoraires, parce que pour un assuré social notoirement indigent (art. 59) j'avais noté à la colonne des soins les lettres V.P.C$^{2}$ en me disant que pour les assurés sociaux (art. 59) les chiffres P. C. n'étaient pas admis.

Or, il s'agit en l'espèce de « ponction d'abcès froid avec injections modificatrices ».

Que dois-je donc indiquer ?

Et à quoi m'en rapporter, puisque la nomenclature des accidents du travail ne prévoit pas cet acte ?

D'autre part, quelle lettre porter à l'avenir pour les interventions accompagnant la visite ou la consultation et devant l'augmenter tout en respectant le secret professionnel.

Dr C.

**Réponse**

*a*) Pour les assurés « notoirement indigents » il n'y a plus de P. C. ni autre nomenclature des Assurances sociales, puisque vous devez vous baser sur le Tarif des accidents du travail et en suivre la nomenclature.

*b*) S'il s'agit d'un abcès (froid ou non) *profondément situé*, vous avez à vous servir de la rubrique « Incision d'abcès profond non viscéraux : 100 francs (art. 17). Si cet abcès fût superficiel les honoraires sont de 25 francs (*ibid.*). Il n'est pas prévu d'honoraires spéciaux supplémentaires pour l'injection modificatrice.

Dr F. DECOURT.

---

**ACCIDENTS**

**5348. — Responsabilité d'accident survenu à un ouvrier prêté**

Le nommé G.., domestique agricole chez M. P..., va, sur l'ordre de ce dernier, aider à des travaux de battage chez M. B... qui bat son blé avec la batteuse d'un entrepreneur de battage. G... est blessé d'un coup de fourche.

Je désirerais savoir qui est responsable et quelle est l'assurance qui doit.... marcher. (P. et B. sont assurés, et l'entrepreneur de battage aussi.)

La question ne m'intéresse pas personnellement puisque mes honoraires ont été réglés par le patron, mais un cas analogue peut se présenter où mes honoraires seront discutés, je désirerais savoir alors à quoi m'en tenir.

Dr G.

**Réponse.**

Puisque l'ouvrier victime de l'accident était allé prêter main forte à un voisin pour des travaux de battage, sur l'ordre de son patron, et qu'il n'existait aucun contrat de travail entre le blessé et le voisin, conformément à une jurisprudence constante en matière d'accidents du travail, c'est le patron du blessé qui doit être considéré comme responsable de l'accident (voir dans ce sens *Sachet*, édition 1926, tome 3, nº 2373 et suivants).

Par conséquent, c'est à l'assurance du patron et non à l'assurance du voisin ni à celle de l'entrepreneur de battage qu'il appartient de couvrir les conséquences de l'accident.

### 5733. — Accident de droit commun. Payement des frais médicaux

Je viens vous demander un conseil au sujet d'un règlement en litige. Il y a quelque temps j'ai été appelé à donner mes soins à un jeune homme de 14 ans, faisant partie de la fanfare locale qui, en sortant de la répétition le soir, s'est blessé en tombant. Je n'ai pas considéré cet accident comme un accident du travail et j'ai établi ma note d'après le tarif syndical régional et non d'après le tarif ministériel des accidents du travail.

Suis-je dans le vrai ? ou au contraire, comme le soutient la Compagnie d'assurances, dois-je établir ma note d'après le tarif Breton ?

Dr G.

**Réponse.**

L'accident dont a été victime votre jeune client ne relève pas, à coup sûr, de la loi sur les accidents du travail puisqu'il ne s'est pas produit au service d'un patron ni par le fait ou à l'occasion d'un travail quelconque.

Mais il se peut que la fanfare ait contracté une assurance au profit de ses membres leur garantissant, en cas d'accident, le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques suivant le tarif des accidents du travail. S'il en est ainsi et si vous acceptez de vous faire payer par l'assurance, vous ne pouvez évidemment exiger d'elle plus que ce à quoi elle est tenue en vertu de sa police, c'est-à-dire plus que le tarif des accidents du travail.

Mais rien ne vous force à accepter le règlement de vos honoraires par l'assurance ; vous pouvez vous faire payer par le père du blessé à votre tarif de droit commun, sauf à lui à s'arranger avec l'Assurance pour se faire rembourser dans les limites fixées à la police.

### 5760. — Contre-visite d'un accidenté du travail

Un agent d'assurance a-t-il le droit de convoquer

les blessés accidentés du travail dans un local de l'usine, de les obliger — sous menaces de non payement de leur demi-salaire — à défaire leur pansement, d'examiner leurs plaies et de leur fixer une date de reprise du travail ?

2° Quel moyen légal un médecin a-t-il de faire cesser cette illégalité ?

Dr B.

**Réponse.**

Conformément aux paragraphes 5 et 6 de l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail, au cours du traitement le chef d'entreprise peut désigner au Juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le Juge de paix, donne à ce médecin accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

D'autre part, si la victime refuse de se prêter à cette visite, le payement de l'indemnité journalière peut être suspendu par décision du Juge de paix. Pour qu'un blessé du travail puisse être contraint de se laisser examiner par le médecin du chef d'entreprise ou de l'assurance, il est nécessaire que les formalités prévues par la loi aient été remplies, que la contre-visite ait lieu au domicile du blessé et enfin que le médecin contre-visiteur puisse justifier de sa désignation par le Juge de paix et de l'envoi des lettres recommandées au médecin traitant dans les délais impartis par la loi. Faute d'accomplissement des formalités légales ou de production des justifications nécessaires par le médecin-contrôleur, le blessé est en droit de se refuser à tout examen sans encourir les sanctions qui ne sont prévues que pour le cas où il se dérobe à un examen entouré de toutes les garanties que la loi a voulu réunir pour le protéger précisément contre une pression possible de son patron ou de l'assurance.

Aucune atteinte n'ayant été portée au libre choix du blessé dans l'affaire que vous nous exposez, nous ne pensons pas que des poursuites pénales puissent être envisagées contre l'agent d'assurance en faute. Si vous voulez bien nous préciser les faits, nous pourrons adresser en votre nom une protestation à la Compagnie intéressée.

D'autre part, pour l'avenir, avisez systématiquement vos blessés dès le début du traitement qu'ils sont en droit de se refuser à tout examen du médecin-contrôleur si les formalités légales ne sont pas remplies et qu'en aucun cas ils n'ont à exhiber leurs plaies à un agent d'assurance.

● ● ●

Cinquante-quatrième année | Nº 45 | 6 Novembre 1932


# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### I

### Envoi de Fonds

**Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :**

***Concours médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

### II

### Renouvellement des Abonnements

**En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.**

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Docteurs ESCARRAS, de Cannes ; FEUILLET, de Royan ; NÈGRE, de Mazamet et NAUD, des Lucs, la somme de quatre-vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES ET OFFRES

N° 334. — Doct. ayant longue pratique, dem. bon poste dans un rayon de 50 km. autour de Paris.

N° 335. — Urgent. Très bon poste méd. à céder dans ch.-lieu canton, à 30 km Nantes. Maison tout conf. à louer ou à vendre. Indemn. à débatt. Facil. de paiement.

N° 336. — Le Dr Guillemin, 16, av. George V, cherche une demi-squelette, de préférence droit.

N° 337. — A prendre à l'usine, Mona, Prima ou Vivaquatre, au choix. Prix intéress. Dr Molumar, 18 av. Guillemont, Aulnay-sous-Bois.

N° 338. — Jeune doct. int. province, externe Paris, libéré serv. milit., marié, cherche, banl. Paris ou rég. Nord, client. méd. prix abordable, ou assoc. en vue success.

Cabinet BREITEL & GORET
1, rue Dante, PARIS (5e) - Tél. : Odéon 36-46

1° Près Paris. Import. client. méd. gle, sans acchts. grande maison loyer 8.000, bail. Indem. 125.000 fr.

2° Anjou. jolie résid. près ville, pro-phcien, maison, jardin, petite indem.

## Renseignements

Nos pères ordonnaient le manganèse pour relever les fonctions alanguies. Toute dyspepsie s'accompagne d'une asthénie. Donner 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE à vos malades. Vous guérirez à la fois la dyspepsie et l'asthénie.

---

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvese** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

---

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

---

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

---

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles. Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18,50) Cuvée 1929 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. = E. CAUCHE pharmac. à **AY** (Marne).

---

Conf. off. vieux **rancio** doux 1er cru (M D.D.) prov. exclus. de ses vignes. Haut-Roussillon Conv. goûters, desserts, cadeaux, 12 bout. franco tt domicile : 168 fr.
Dr W. de Froutiguen, 68 av. gare. Perpignan. Pyr.-Oles.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Centenaire de M. Guéniot.* — La séance du 8 novembre de l'Académie de médecine sera consacrée à la célébration du centenaire du Docteur Guéniot.

— **Légion d'honneur.** — *Le Docteur Dupuy de Frenelle, officier de la Légion d'honneur.* — Nous sommes heureux d'annoncer que notre très distingué collaborateur et ami, le Docteur DUPUY DE FRENELLE, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur. Fils d'un chirurgien apprécié de Strasbourg qui en 1870, fut le chirurgien de l'Etat-Major du 1er secteur, le Docteur Jean-Paul Dupuy de Frenelle naquit à Paris le 30 mars 1876. Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine, il devint le chirurgien éminent dont nos lecteurs ont pu apprécier les travaux, notamment sur les fractures et l'ostéosynthèse, opération à laquelle il a consacré un livre que le Docteur Dartigues a justement qualifié d'admirable.

L'homme de science, le technicien habile, se double d'un zélé philanthrope. Secrétaire général de la *Maison du Médecin*, il s'est voué, avec un dévouement auquel nous devons rendre hommage, à la prospérité de cette belle œuvre qui lui doit beaucoup.

Le *Concours Médical* où le Docteur Dupuy de Frenelle ne compte que des admirateurs et des amis, lui adresse ses plus sincères félicitations. J. N.

— Dans la récente promotion de la Légion d'honneur, nous relevons également avec un vif plaisir les noms de M. ROGIER, docteur en pharmacie, promu officier de la Légion d'honneur, de M. RANSON, Docteur en pharmacie, et du Docteur ZIZINE, docteur en médecine et en pharmacie, promus chevaliers de la Légion d'honneur, directeurs de Laboratoires bien connus de spécialités pharmaceutiques.

**— Conférences de « l'Union médicale latine ».** — Sous les auspices de l'Union médicale latine qui a organisé une série de conférences : « Les voix latines », et sous la présidence de Son Excellence le Comte Pignatti Morano di Custoza, le Professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine, fera le jeudi 17 novembre, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur : *Ce que la médecine doit à l'Italie.*

On trouvera des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e ; Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e ; Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e ; Casa degli Italiani, 12, rue Sédillot, Paris, 7e.

**— Médecins élus sénateurs.** — Le Professeur Georges PORTMANN, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être élu sénateur de la Gironde. Au Luxembourg, siège déjà un oto-rhino-laryngologiste parisien, le Docteur CHAUVEAU, ancien rapporteur de la loi sur les Assurances sociales, ancien ministre de l'Agriculture.

Dans la Haute-Marne, le Docteur MARTIN, dans les Landes, le Docteur DARAIGNEZ, ont été également élus aux récentes élections sénatoriales.

**— Assemblée française de médecine générale.** — *Conseil d'administration du* 11 *octobre* 1932. Présidence du Professeur CARNOT. — M. le Président prononce l'éloge d'André Gendron, délégué du Conseil d'administration à Nantes, et de Pierre Legrain de la section de Paris, récemment décédés.

Le secrétaire général rend compte de la formation de douze sections départementales nouvelles : Ain, Aude, Calvados, Charente-Inférieure Côte d'Or, Côtes-du-Nord, Deux-Sèvres, Drôme, Landes, Loire, Mayenne, Hautes-Pyrénées. Dix autres sections sont en voie d'organisation.

Les dernières assises départementales ont donné lieu à une documentation régionale considérable et entièrement inédite sur la *pathologie alcoolique régionale.* Les assises nationales concluront cette étude à la réunion de l'Hôtel-Dieu, service du Professeur Carnot, le dimanche 6 novembre, à 9 heures, sous la présidence de M. Jules Renault.

M. le Professeur Mauriac est désigné pour présider la IVe session (décembre-janvier) consacrée aux *animaux domestiques et leur rôle en pathologie humaine.*

Le Conseil entend l'exposé des questions proposées pour les sessions suivantes et fixe ainsi son choix : *Tuberculose conjugale* (février-mars) ; *Sérothérapie préventive antitétanique* (avril-mai) ; l'*Avenir des pleurétiques* (juin-juillet) ; *Fréquence et physionomie actuelles de la syphilis* (octobre-novembre 1933).

— **Société amicale des médecins alsaciens,** (9, rue d'Astorg, Paris, VIIIe.) — Le prochain dîner aura lieu, le samedi 12 novembre, à 19 heures, au Grand Veneur, 5, rue Demours, et sera suivi d'un gala en l'honneur de l'Alsace, salle Pleyel, 252, rue du Faubourg Saint-Honoré.

Au programme : Concert avec le concours d'artistes de nos grands théâtres et de la musique du 46e régiment d'infanterie ; film de l'entrée des Français à Strasbourg, le 22 novembre 1918 ; le Folklore Alsacien, danses et chants, par le Groupe artistique alsacien.

*Les adhésions sont reçues, 9, rue d'Astorg.*

—**Pour la défense des populations civiles.**— *Cours de vulgarisation contre le danger aéro-chimique.* — Les cours théoriques et pratiques contre le danger aéro-chimique, organisés par le Groupement des « *Assistantes du Devoir national* », sous le patronage de l'Union nationale des officiers de réserve, reprendront en novembre 1932.

Se faire inscrire, 17, avenue de l'Opéra.

Il est utile (comme cela se pratique, d'ailleurs, dans les pays étrangers) que dans chaque famille française, une femme connaisse les précautions à prendre et les soins à donner, en cas d'attaques aériennes tant pour sa protection personnelle que pour celle des siens.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec regret, la mort de M. Louis Audebert, avocat, directeur du contentieux de Syndicats médicaux, 5, rue des Saints-Pères, à Paris.

## A TRAVERS L'OFFICIEL

20 OCTOBRE

**Education physique.**

M. le Docteur Latarjet, professeur à la Faculté de Lyon, est nommé conseiller technique pour les questions d'ordre médical ressortissant au Sous-Secrétariat d'Etat de l'Education physique.

Il peut être, à ce titre, chargé de missions spéciales par le Sous-Secrétaire d'Etat de l'Education physique.

**Passage de la Réserve dans l'Active.**

*Décret du 11 octobre 1932 relatif à la prise de rang des officiers de réserve titularisés dans l'armée active.*

Art. 1er. — Le décret du 23 décembre 1929, fixant

la prise de rang des officiers, est complété ainsi qu'il suit :

*Art. 4 bis.* — *a*) Les officiers de réserve titularisés dans l'armée active, par application de l'article 3 (§ 5) et de l'article 4 (§ 2) de la loi du 4 janvier 1929, sont nommés dans l'armée active à compter du 1er octobre qui suit la date où ils remplissent les deux conditions d'avoir achevé leur stage et d'avoir l'âge fixé par la loi pour pouvoir être titularisés ;

*b*) Les officiers de réserve titularisés dans l'armée active, par application de l'article 3 (§ 6) et de l'article 4 (§ 3) de la loi du 4 janvier 1929, sont nommés dans l'armée active à compter du 25 mars, 25 juin, 25 septembre ou 25 décembre qui suit la date où ils remplissent les deux conditions d'avoir achevé leur stage et d'avoir l'âge fixé par la loi pour pouvoir être titularisés ;

*c*) Les officiers de réserve provenant des officiers de l'armée active démissionnaires sont nommés à compter du jour où ils ont été admis en situation d'activité au titre de l'article 3 (§ 7) ou de l'article 4 (§ 4) de la loi du 4 janvier 1929.

Art. 2. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Journal Officiel* de la République française.

22 OCTOBRE

**Légion d'honneur**

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, à l'occasion de l'Exposition coloniale :

Grand officier : M. le Docteur Marchoux, de l'Institut Pasteur.

Commandeurs : MM. les Docteurs Bernard, directeur général des Institut Pasteur d'Indochine et Maclaud, administrateur en chef des Colonies en retraite.

Officiers : MM. les Docteurs Boyé, secrétaire général du Comité d'organisation des Journées médicales; Bué, vice-président du Groupe XVI B, membre du jury ; Catat, chargé de mission dans les territoires français d'outre-mer ; Dupuy, membre du jury ; Le Scour, 32 ans de pratique professionnelle en Nouvelle-Calédonie ; Nattan-Larrier, professeur au Collège de France ; Tanon, président du Comité d'organisation des Journées médicales.

Chevaliers : MM. les Docteurs Bollack, médecin de l'Assistance médicale indigène à Madagascar ; Bourgoin, médecin du Service à l'Exposition ; Cadenaule, membre du jury ; Delbreil, médecin principal de l'Assistance médicale en Afrique Occidentale française ; Hudde, médecin de l'Assistance indigène au Maroc ; Laurent, médecin principal de l'Assistance médicale indigène en Afrique Occidentale française ; Lenoir, médecin contractuel de l'Assistance médicale en Indochine ; Pigassou, ancien médecin de colonisation en Tunisie ; Velter, participation aux Journées médicales ; Wiehn, médecin de colonisation en Tunisie ; Zizine, exposant à l'Exposition coloniale.

## Réponse des Ministres aux questions des Parlementaires

### Admissibilité au concours d'agrégation.

807. — M. Jean Coache, demande à M. le ministre de l'Education nationale si une admissibilité au concours d'agrégation des Facultés de médecine en 1925, section physiologie, est encore valable pour le concours de 1932. (*Question du 17 septembre 1932*).

*Réponse.* — Réponse affirmative. — L'article 43 du règlement de l'agrégation des Facultés de médecine (arrêté du 6 avril 1929) (dispositions transitoires) stipule que « les candidats reçus à la première épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924 avant la session ouverte en 1926 pour la deuxième épreuve, auront le droit de se préenter aux concours des deux premières sessions du second degré ouvertes sous le présent régime pour les sessions auxquelles leur donne accès leur admission à la première épreuve ». Le candidat dont il s'agit n'a donc le droit de se présenter qu'au concours du deuxième degré qui s'ouvrira en 1933, un concours du deuxième degré ayant déjà eu lieu en 1930.

(*J. O.*, 23 octobre 1932.)

### Gérance d'une officine de pharmacie.

1010. — M. Ravanat demande à M. le ministre de la Santé publique si, aux termes des dispositions légales réglementant l'exercice de la pharmacie, un pharmacien peut régulièrement confier la « gérance » ou la « direction commerciale » de l'officine de détail dont il est propriétaire, à un préparateur en pharmacie, lui laissant ainsi la direction de son établissement, et si celui-ci peut opposer lesdites fonctions, sans risquer d'être inquiété au contrôle du service compétent. (*Question du 16 septembre 1932.*)

*Réponse.* — Cette situation est en contradiction formelle avec la loi du 21 germinal an XI. En effet, aux termes de l'article 25 de cette loi : « Nul ne pourra obtenir de patente pour exercer la profession de pharmacien, ouvrir une officine de pharmacie, préparer, vendre ou débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu pharmacien » ; et l'article 36 de la même loi édicte des peines contre tout individu qui se rendrait coupable de débit de médicaments au poids médicinal, sans être pharmacien. Ce cas a, d'ailleurs, été l'objet de nombreuses décisions judiciaires. C'est ainsi qu'un jugement du 26 mars 1892 du Tribunal correctionnel de Nancy, confirmé en appel (*Dalloz périodique*, 1892, IIe partie, page 615), a déclaré « que si une tolérance nécessaire existe, en ce qui concerne les élèves en pharmacie, c'est à la condition qu'ils préparent et débitent les médicaments sous la surveillance des pharmaciens qui les ont agréés ; qu'il est de jurisprudence constante que lorsqu'ils ne sont l'objet, de la part des pharmaciens que d'une surveillance insuffisante, le débit de médi-

caments dans ces conditions constitue une infraction aux dispositions de l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI ».

(*J. O.*, 23 octobre 1932.)

**Remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques aux assurés sociaux.**

146. — M. Henri GUERNUT rappelle à M. le ministre du Travail les plaintes de nombreux assurés qui sont obligés de faire l'avance des frais pharmaceutiques et médicaux et ne sont remboursés qu'après un trop longtemps ; et lui demande s'il ne pourrait prendre l initiative d'une modification à la loi des assurances sociales permettant aux assurés de se faire rembourser sans délai par leur caisse sur simple présentation des factures authentiques des médecins et pharmaciens. (*Question du 7 juin 1932.*)

*Réponse.* — Il résulte des articles 20, 21 et 28 du règlement-type d'administration intérieure des caisses d'assurances sociales que le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques peut être opéré au gré de l'assuré, soit à la fin de la maladie, soit au cours de la maladie, mais seulement par semaine, aux jour et heure fixés par la caisse. Ce remboursement est effectué sur le vu de la feuille de maladie, soit en espèces aux guichets de la caisse, soit par chèque postal ou mandat, dont les frais sont à la charge de l'assuré, entre les mains de l'assuré lui-même ou de toute personne dûment autorisée par ce dernier. Si l'assuré est dans l'impossibilité de payer ces frais, la caisse peut lui en faire l'avance sur le vu de la feuille de maladie visée par le médecin ou de l'ordonnance tarifée par le pharmacien. Il n'est pas possible de prévoir des dispositions plus libérales sans porter atteinte au droit de contrôle des caisses et à la bonne marche de leurs services.

(*J. O.*, 23 octobre 1932.)

**Distinction des amputations des membres pour l'application du barème des pensions militaires.**

933. — M. Maurice DORMANN rappelle à M. le ministre des Pensions : *a*) que le décret du 23 avril 1931 a établi un barème fixant selon le niveau des amputations des membres supérieurs ou inférieurs, les taux à attribuer aux amputés de la guerre ; *b*) que le taux de 95 p. 100, notamment, y est fixé comme devant être attribué pour la désarticulation de l'épaule ou de la hanche, ou encore pour l'amputation «sous-tubérositaire» ou «sous-trochantérienne» ; expose qu'en ce qui concerne ces deux sortes d'amputations, le préfixe « sous » semble bien nettement indiquer qu'il ne s'agit pas là d'amputations entamant les saillies des grands ou petits trochanters ou de la tubérosité, lesquelles devraient plutôt être qualifiées d'intratrochantériennes ou d'intratubérositaires, mais d'amputations situées à un niveau

inférieur aux saillies osseuses précitées ; et demande sur quelles données s'appuient les médecins experts pour distinguer des autres amputations celles dites « sous-trochantériennes » ou « sous-tubérositaires ». (*Question du* 16 *septembre* 1932.)

*Réponse.* — 1° L'amputation du bras est dite sous-tubérositaire, quand la section de l'humérus est pratiquée au niveau du col chirurgical de l'humérus ; 2° l'amputation de la cuisse est dite sous-trochantérienne, quand la section du fémur est pratiquée au niveau du col chirurgical du fémur.

(*J. O.*, 23 octobre 1932.)

## CHRONIQUE FISCALE

### La clientèle d'un médecin a-t-elle une valeur au point de vue fiscal

Autrefois, la jurisprudence et la doctrine n'avaient pas de règles fixe pour décider si oui ou non une clientèle de médecin pouvait être cédée.

Il n'en est plus de même aujourd'hui. La clientèle du médecin est considérée comme personnelle, car elle a pour base la confiance qu'inspire le praticien (*Dalloz*, vente n° 578 ; Paris, 25 juin 1884 ; 12 mai 1885 ; Riom, 13 mars 1894 ; Paris, 3 août 1904 ; Châteauroux, 25 juillet 1898 ; Amiens, 30 novembre 1905).

Cependant, si la cession de clientèle consistait en un engagement du cédant à ne pas s'établir pendant un temps déterminé dans la région, la transaction serait regardée comme valable (Cassation, 13 mai 1861).

Il a été reconnu que les billets souscrits par un médecin à son prédécesseur pour cession de clientèle étaient valables lorsque la cession avait pour base l'obligation par le bénéficiaire des billets de s'employer pour procurer sa clientèle à son successeur (Châteauroux, 25 juillet 1898).

La cession de clientèle d'un docteur n'étant valable que dans le cas où elle consiste dans la recommandation ou l'engagement de ne pas se rétablir, elle ne saurait être valable lorsqu'elle est faite par la veuve (Seine, 22 juillet 1896 ; Saint-Brieuc, 20 janvier 1904).

S'il s'agissait, non plus d'un cabinet personnel, mais d'un établissement médical ou d'une maison de santé, la cession serait valable (Seine 6 décembre 1899 ; 7 janvier 1904).

Les conséquences fiscales de cette jurisprudence sont faciles à saisir.

Si la cession de clientèle a lieu par acte synallagmatique, ce dernier est soumis à l'enregistrement dans les trois mois (art. 71 Code enregistrement). De plus, l'administration n'étant pas juge

de la validité des clauses contenues dans les actes qu'on lui présente (Cassation, 15 février 1854; 13 janvier 1890), le prix de la cession serait soumis au droit de 8 % (loi 31 juillet 1929).

S'il n'y a pas d'acte présenté à l'enregistrement, l'administration ne peut prétendre que la cession a eu lieu et ne peut réclamer aucun droit d'enregistrement.

En cas de décès :

1° Du praticien, l'administration ne saurait exiger une évaluation de la clientèle, puisque la veuve ne pourrait légalement la céder. Cependant, si un acte prouvait que la veuve a touché un prix quelconque pour cette clientèle, la déclaration de succession devrait faire état de la somme encaissée ou stipulée, sauf à prouver qu'il y a eu annulation de la convention.

2° De la femme du praticien commune en biens, alors que le veuf continue à exercer, l'administration ne peut prétendre que la valeur de cabinet est un bien de communauté, car il s'agit du produit du travail intellectuel du médecin.

A. Martinot,
Conseil fiscal
Directeur du « *Contribuable français*. »

## L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LA PRÉPARATION MILITAIRE SUPÉRIEURE

A la suite des démarches que j'ai faites avec la délégation de l'*Association corporative des étudiants en médecine* auprès de M. le directeur du Cabinet du ministre de la Guerre, j'ai reçu une réponse officielle me confirmant que « c'est uniquement en raison des compressions budgétaires que les admissions ont été sensiblement réduites cette année et qu'il n'est pas possible de revenir sur cette mesure. » Mais, plus loin, M. le directeur promet qu'il « sera examiné, avec le Directeur du Service de santé si des facilités nouvelles peuvent être envisagées en faveur des étudiants qui, n'étant pas titulaires du brevet, ont cependant donné, par les notes qu'ils ont obtenues à l'examen, la preuve de leur assiduité et de leur travail au cours de la préparation militaire supérieure. »

L'Association corporative, ayant pris acte de la réponse ministérielle, a continué son action auprès du Président de la Commission de l'armée, M. le colonel Fabry, député de Paris. Voici les contre-propositions qui lui ont été soumises, d'accord avec la section de médecine de l'Association.

« Le Comité de l'A. C. E. M., après étude de la question, émet les vœux suivants :

*a*) Tous les étudiants non admis au concours de la P. M. S., et ayant obtenu une note moyenne au moins égale à 12, seront nommés médecins-auxiliaires dès leur arrivée au corps. Par compensation pour la dépense engagée (100.000 francs environ) ils ne seront nommés sous-lieutenants qu'au moment de leur passage dans la réserve : d'où une économie compensant largement la dépense ci-dessus désignée ;

*b*) Si cette solution paraît trop onéreuse, que les étudiants répondant à ces conditions soient nommés médecins-auxiliaires deux mois après leur incorporation ;

*c*) Tout au moins, que ces étudiants ne soient pas astreints à faire leurs classes, et qu'ils soient appelés immédiatement à faire fonction de médecin-auxiliaire. »

La question qui était déjà mise à l'étude au ministère de la Guerre, l'est maintenant au Parlement ; le colonel Fabry nous a promis son concours car il estime que quelle que soit la formule de désarmement adoptée, on ne peut de si tôt se passer d'officiers de réserve instruits et dévoués.

Maurice MORDAGNE,
Membre d'honneur du Comité
de l'Association corporative des étudiants
en médecine de Paris.

# CORRESPONDANCE

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 5457. — Opérations concomitantes

Je reçois un blessé présentant deux corps étrangers profonds de la cornée du même œil. Puis-je compter chacune des deux extractions, c'est-à-dire 30 × 2 = 60 francs ?

Le nouveau tarif ne mentionnant plus les corps étrangers « multipliés », je crois la chose possible.

Dr S.

**Réponse.**

S'il y a deux corps étrangers *profonds*, c'est bien deux extractions distinctes, à 30 francs l'une. Mais vous avez à compter tarif plein pour la première et demi-tarif pour la seconde intervention (art. 10), soit dans votre cas : 30 + 15 = 45 francs.

Dr F. DECOURT.

### 5568. — Radiographie du pied, cou-de-pied, etc.

Les avis de mon ami le Docteur Decourt publiés par le *Concours* font autorité au point de vue de

*Voir la suite page LV-3229*

# LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

## Mercredi 16 Novembre 1932

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***Mercredi 16 Novembre 1932***, 37, rue de Bellefond, Paris (9e) au Siège social du CONCOURS MÉDICAL.

I. — A 15 *heures*

### MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

*ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE*

Ordre du jour :

1° Allocution du Président ;
2° Rapport du Secrétaire général ;
3° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1931 ;
4° Rapport des Commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1931 ;
6° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Boëlle, Perret et Choussaud sortants et non rééligibles;
7° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

II. — A 16 *heures*

### Ligue Médicale de Défense Individuelle (SOU MÉDICAL)

*ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE*

Ordre du jour :

1° Rapport du Secrétaire général ;
2° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1931 ;
3° Rapport des Contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1931 ;
5° Election du Président et d'un Vice-Président ;
6° Fixation de la cotisation et du maximum de la garantie ;
7° Modification aux statuts.

III. — A 17 *heures.*

### SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

Communications diverses sur la médecine sociale.

IV. — A 19 *heures* 30

**BANQUET** à l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle

Souscription 50 francs. Le complément sera payé par le journal le *Concours Médical.*

A 22 *heures* 30.

**BAL** dans les Salons du Continental. Les familles des membres et amis du *Concours Médical* et de ses *Filiales* sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Banquet.

**AVIS TRÈS IMPORTANT.** — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 15 *novembre*, aux bureaux du *Concours Médical,* 37, rue de Bellefond, Paris-9e.

# PROPOS DU JOUR

## La multiplication des congrès

Le correspondant à Berlin du *Journal of American Medical Association* relate, d'après le *Siècle Médical*, que la Société des médecins et naturalistes allemands se plaint de la multiplication des Sociétés et des Congrès médicaux. Avec une logique bien tudesque, elle songe pour y remédier à organiser un nouveau congrès dans ce but.

Comme les médecins et les naturalistes allemands, nous pouvons, à notre tour, déplorer sinon la multiplication des congrès et des réunions médicales, du moins leur fâcheuse répartition qui leur fait tenir toutes leurs assises à la même époque. Le succès indiscutable de ces assemblées a fait que tout le monde a voulu en organiser et il en est certaines dont le besoin ne se faisait guère sentir. Les congrès nationaux et internationaux ont des avantages évidents, c'est d'abord de mettre en relations directes des médecins et des savants qui, sans eux, ne se seraient jamais rencontrés. C'est ensuite de permettre au médecin praticien sans notoriété de prendre part aux discussions qui lui sont ouvertes comme aux plus réputés de nos maîtres. Ils facilitent encore la mise au point de quelques importantes questions à l'ordre du jour et en favorisent la solution. Mais ces avantages indiscutables seront, nous le craignons, avant peu compromis si l'on abuse des congrès et surtout si on les fait chevaucher les uns sur les autres à des dates déterminées.

Il suffit aujourd'hui qu'une idée intéressante germe dans l'esprit d'un innovateur pour qu'elle devienne à la mode et que tout le monde veuille l'imiter. Les *Journées médicales de Bruxelles*, formule nouvelle des congrès médicaux, nous en a fourni un exemple. Parfaitement organisées, elles ont eu un succès mérité et, comme leurs organisateurs n'ont cessé de les perfectionner, le succès s'est maintenu jusqu'à ce jour. Aussitôt les Journées médicales ont trouvé des imitateurs ; elles se sont multipliées, et ont obtenu une telle vogue qu'avant peu l'on pourra chercher sans les trouver les villes ou les régions qui n'ont pas leurs journées médicales.

En dehors des congrès diplomatiques dont l'origine remonte à plusieurs siècles, les congrès ayant pour but l'étude des questions d'ordre social, politique, professionnel ou scientifique datent à peine de cent ans, mais ils ont pris en ce siècle un développement inouï, surtout dans le monde médical, car non seulement le médecin s'intéresse aux questions scientifiques et professionnelles, mais il est fatalement entraîné à prendre part à toutes les assemblées qui touchent à l'assistance, aux assurances, à la mutualité, à l'éducation, etc., etc. Des associations puissantes et prospères, comme l'Association française pour l'avancement des sciences, assurent l'organisation de congrès périodiques et leur pérennité.

Comme nous l'avons dit, les congrès présentent de réels avantages et sont excellents dans les buts qu'ils poursuivent, mais en les multipliant à l'infini, en les morcelant par une spécialisation excessive, nous craignons de les voir perdre de leur importance. Comme toutes les choses à la mode leur succès pourrait devenir éphémère et les personnes sérieuses peu à peu s'en désintéresser. Jadis, outre la section médicale du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, il n'existait en fait de congrès médicaux que celui de chirurgie ; bientôt vinrent s'y adjoindre les congrès d'urologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'obstétrique, d'orthopédie, de stomatologie. Le Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, celui de gynécologie viennent à leur tour de se manifester ; ce qui porte à une dizaine au moins le nombre des congrès périodiques d'ordre chirurgical.

Dans le domaine médical, nous voyons à côté du Grand congrès français de médecine, les congrès de pédiatrie, de dermatologie, de neurologie, de psychiâtrie, d'hydrologie, d'électroradiologie, d'etc., etc., etc.

On ne se contente plus des congrès de spécialités, on en crée pour chaque maladie, pour la tuberculose, pour le cancer, pour la syphilis ; nous avons vu le congrès du rhumatisme, celui de la lithiase biliaire, et on nous annonce pour

1934 le congrès du lymphatisme à La Bourboule. Citerons-nous encore les divers congrès d'hygiène, des accidents du travail, de médecine légale, d'assistance qui ne sont pas exclusivement médicaux ? Mais arrêtons cette énumération très incomplète. Si encore ces réunions étaient échelonnées à des dates plus ou moins éloignées, ou groupées en petit nombre pour les Congrès de spécialités similaires, mais nous en voyons cinq à six s'ouvrir, sinon simultanément, du moins dans une période de quelques semaines.

Le quarante et unième congrès de chirurgie est à peine clos que l'on voit apparaître les congrès de gynécologie, de chirurgie esthétique, d'urologie, de stomatologie.

A peine les congressistes de la lithiase biliaire étaient-ils revenus de Vichy, que s'ouvraient à Paris le vingt-deuxième Congrès français de médecine, le Congrès du rhumatisme et celui d'hygiène. Notons que de nombreux médecins ont dû prendre part au Congrès de l'Union hospitalière du Sud-Ouest à Saintes, au Congrès national de l'Alliance d'hygiène sociale à Caen et à celui de l'Association française pour l'avancement des sciences à Bruxelles. Nous ne parlons pas des congrès internationaux. Or, il vient de se tenir à Bruxelles le Congrès de l'enseignement technique où la question de l'orientation professionnelle, qui intéresse le médecin tout particulièrement, a été longuement discutée par de nombreux confrères.

Ne trouvez-vous pas, lecteurs, que c'est beaucoup pour un retour de vacances et ne craignez-vous pas que cette pléthore amène, sinon la mort, du moins la déconsidération et la désertion des congrès, ce qui serait fâcheux ?

Ne pensez-vous pas que les Présidents, les Secrétaires généraux de ces Congrès ou les délégués des Comités qui les organisent, pourraient se réunir. Ils discuteraient et s'entendraient pour fixer la date et le siège des divers Congrès, jugeraient de l'intérêt qu'il y aurait à en grouper certains et à en éloigner d'autres. Cette entente augmenterait encore leurs succès et serait certainement appréciée par les Congressistes.

J. NOIR

Le Dr Jayle et le Comité qui ont organisé le premier Congrès de Gynécologie dont le succès a été éclatant, ont, comme nous, compris l'intérêt qu'il y a à ne pas accumuler les Congrès à une même date et dans la même ville. Le prochain Congrès de Gynécologie se tiendra à Luxeuil, pendant les congés de la Pentecôte et une seule question sera mise à l'étude, ce sera : *La douleur en gynécologie.*

---

## L'action antitoxique de l'estomac de certains animaux

M. le Docteur Limousin, professeur à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, a découvert un traitement efficace de l'intoxication par certains champignons vénéneux, notamment la fausse oronge. Ce traitement, auquel la presse a donné une grande publicité, consiste en l'absorption de cerveau et d'estomac frais de lapin. Notre très érudit correspondant, le Docteur Paul Noury, de Rouen, nous fait part à ce sujet d'une curieuse trouvaille :

Dans la relation d'un voyage au Soudan de l'Arabe Ibn-Batouta, qui date du XIVe siècle, le Docteur Paul Noury a découvert l'observation de la guérison d'une morsure de serpent très venimeux par le séjour prolongé de la plaie dans l'estomac d'un chameau qu'on venait de tuer pour la circonstance.

Nous savons que l'absorption *per os* du venin de serpent n'offre aucun danger et on attribue au foie l'action destructive du venin ainsi absorbé. Sans doute dans ce cas l'action de l'estomac s'exerce aussi.

On trouve encore dans Ibn-Batouta de curieuses recettes. Ainsi pour se garantir contre la vermine ce voyageur portait autour du cou des ficelles imprégnées de mercure.

J. N.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LES CONTUSIONS DU REIN

Par M. J.-P. Tourneux,
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse.

Il y a quinze jours environ, qu'un samedi matin entrait d'urgence dans notre service un élève de l'Ecole vétérinaire qui, à la suite d'un traumatisme direct, venait de présenter une hématurie.

Notre sujet maintenait un cheval par la bride au cours d'exercices pratiques, quand, ayant eu un moment d'inattention, il reçut de ce cheval dans la région postéro-externe de la partie basse de l'hémithorax droit un violent coup de pied, qui, ayant pu être prévenu en partie, ne l'atteignit pas cependant à pleine volée et ne le renversa pas.

L'élève ressentit immédiatement une douleur très vive, et quelques instants plus tard, comme il cherchait à maintenir le cheval à sa place, il se sentit devenir très faible et gêné pour respirer. Ses camarades l'ayant fait asseoir, son étourdissement ne tarda pas à se dissiper et il voulut alors reprendre le travail commencé, mais ayant éprouvé le besoin d'uriner, il constata à sa grande surprise que toute l'urine expulsée était uniformément teintée de sang : aussi, sur le vu de ce symptôme, ses maîtres lui conseillèrent de se rendre de suite à l'Hôtel-Dieu, où il fut hospitalisé salle Saint-Pierre au nº 15.

Au moment où il nous a été donné d'examiner le blessé, encore un peu pâle et légèrement dyspneique, il accusait une douleur assez intense dans la région traumatisée, répondant aux 10e, 11e et 12e côtes, un peu en arrière de la ligne axillaire. A ce niveau, on remarquait en effet les signes d'une contusion superficielle, mais il n'y avait pas de tuméfaction et la palpation, bien qu'un peu douloureuse, ne pouvait mettre en évidence par le signe de la douleur exquise la moindre trace de solution de continuité osseuse.

Pas de douleur profonde dans la région lombaire qui restait souple ainsi que l'abdomen, sauf toutefois au niveau de l'hypochondre droit, qui était un peu sensible à la palpation : la température était à 37°2 et le pouls battait à 84. L'examen des résultats d'une miction effectuée à ce moment montra une urine très fortement hématurique.

Le diagnostic ne pouvait guère être douteux ; en effet, devant une hématurie totale, ayant succédé à un traumatisme porté directement sur la région du rein, il n'était véritablement permis de songer qu'à une contusion de cet organe. Quant au degré de cette contusion, qui *a priori* ne nous paraissait pas bien grave, et sur laquelle nous ne pensions pas devoir intervenir, seule l'évolution pouvait nous l'indiquer.

Or les suites de cet accident furent tout à fait bénignes ; le pouls et la température ne dépassèrent pas la normale, l'hématurie se reproduisit bien encore deux fois, dans la journée, mais en diminuant d'intensité ; le lendemain, les urines paraissaient limpides, et ce n'est qu'à l'examen microscopique que l'on put reconnaître la présence de quelques hématies. De son côté, la région lombaire ne fut envahie par aucun épanchement, elle resta souple, et il en fut de même de l'abdomen où la sensibilité hypochondrale ne tarda pas à disparaître complètement. On n'eut pas non plus à constater l'apparition d'ecchymoses lombo-iliaques.

Aussi, le 8e jour, comme notre sujet ne présentait pas d'autre symptôme qu'un peu de gêne superficielle dans la zone contuse, et que les urines ne renfermaient ni cylindres ni albumine, fut-il autorisé à quitter le service.

Voilà donc un cas de contusion rénale extrêmement simple, dans lequel toute la symptomatologie s'est trouvée réduite à un seul signe, l'hématurie, d'ailleurs transitoire, puisqu'elle n'a pas duré plus de 24 heures, sans aucune trace d'ecchymose ou de tuméfaction lombaire. Il est donc bien certain qu'il s'est agi là d'une lésion tout à fait superficielle et qui ne laissera pas vraisemblablement derrière elle des séquelles, comme on en voit couramment quand les désordres sont plus accusés. D'autre part, il ne pouvait dans ce cas être question d'une

intervention chirurgicale, puisque l'hématurie a cessé d'elle-même, et qu'aucune complication n'est venue nous forcer la main. Il n'en est pas toujours malheureusement ainsi, comme vous allez pouvoir vous en rendre compte par l'étude rapide que nous allons faire maintenant des contusions rénales.

Connus encore sous le nom de ruptures ou de déchirures, les traumatismes fermés subis par le rein, entrevus par Basile (1775) et signalés par Rayer (1830), ont été surtout étudiés vers la fin du siècle dernier par Simon, par Le Dentu, par Maas (1870), par Tuffier (1888), par Güterbock (1895), par Küster et par Kean Spencer (1896) et au début de ce siècle par Paul Delbet (1901) par Waldfogel (1902), par Lardennois (1908)... etc.

Par suite de la situation anatomique du rein, protégé à la fois par les viscères abdominaux et par les muscles de la paroi lombaire contre les agents extérieurs, les contusions rénales ne s'observent qu'assez rarement, et ne se rencontreraient d'après Küster qu'environ 10 fois sur 7.741 malades, soit la faible proportion de 0,12 % : elles sont cependant suffisamment nombreuses pour être bien connues, car si dans ses articles Küster relevait 306 cas de contusion, P. Delbet en signalait 322 cas, et dans sa thèse inaugurale, Lardennois a pu s'appuyer sur 770 observations.

Il s'agit là de lésions infiniment plus fréquentes chez l'homme (95 %) que chez la femme (5 %) : la raison en serait d'abord à ce que le rein féminin est sensiblement moins exposé aux traumatismes et en second lieu à certaines dispositions anatomiques : la forme des lombes est plus évasée, la couche adipeuse présente une épaisseur plus considérable et il convient en outre de tenir grand compte de ce que le rein est beaucoup plus mobile et qu'il se déplace plus facilement. Il peut donc fuir en quelque sorte devant une violence extérieure et Küster a pu dire avec une certaine vraisemblance que si le traumatisme contusionnait le rein de l'homme, il déplaçait celui de la femme.

Bien que les contusions rénales se voient surtout à l'âge adulte, bon nombre de cas, un sixième environ d'après Güterbock, s'observeraient chez l'enfant, dont la région lombaire serait fréquemment traumatisée par le passage des roues de voiture.

La question du côté atteint présente peu d'importance : de l'ensemble des statistiques il semble cependant que le droit soit atteint un peu plus fréquemment que le gauche : par contre, la contusion bilatérale paraît au contraire très rare, car il n'en existe qu'une vingtaine d'observations. On a signalé un cas de rupture de rein unique, et un cas de déchirure du rein en fer à cheval. Il est bien évident que l'action vulnérante quelle qu'elle soit, est toujours favorisée dans une mesure plus ou moins grande par les affections antérieures de l'organe urinaire.

Plusieurs variétés de traumatismes se partagent la pathogénie de ces contusions qui peuvent être accasionnées par des violences directes, par des violences indirectes ou encore par la contracture musculaire.

Les contusions directes sont de beaucoup les plus fréquentes : elles résultent soit d'un trauma porté directement en arrière, en avant ou sur le côté, coup de pied de cheval, comme chez notre sujet, coup de poing, heurt contre un corps angulaire, soit d'une pression bilatérale du corps comme dans un tamponnement entre deux wagons, ou dans un écrasement par une roue de voiture.

Plus rarement la lésion est due à une simple contraction musculaire consécutive à un effort violent pour fléchir, redresser ou incliner latéralement le tronc, ou à une crise d'éclampsie ou de tétanos.

Enfin, dans certains cas, à la vérité très discutables pour de nombreux auteurs, la rupture pourrait résulter d'une commotion rénale provenant d'une chute sur les pieds, sur le siège, sur le ventre, sans aucun choc direct sur la région lombaire.

Examinons maintenant suivant quels mécanismes peuvent agir les différentes violences que nous venons de vous énumérer ; plusieurs cas sont à considérer.

Si le choc est porté d'arrière en avant et de haut en bas, le rein tend à glisser en bas et en dedans, et lorsque le trauma est un peu violent, comme l'organe est retenu à un certain moment par son pédicule, il tourne autour de ce dernier et vient heurter les corps vertébraux (2e et 3e lombaires) par son pôle inférieur qui s'écraser.

Au contraire, si le choc a lieu d'arrière en avant, mais de bas en haut, d'avant en arrière ou encore latéralement, le rein ne peut se déplacer, il reste en place et subit le traumatisme. Les avis diffèrent alors sur les véritables causes des lésions : pour certains, comme Tuffier et comme Le Dentu, la rupture proviendrait de la résistance opposée par les os du voisinage, douzième côte ou apophyse costiforme de la première lombaire sur lesquelles le rein vient s'écraser. Pour d'autres, comme Küster, l'éclatement du rein serait dû à l'excès de tension de son contenu : le rein est en effet distendu par du sang, incompressible comme tous les liquides, et il ne peut que se rompre dès qu'il se trouve coincé entre une pression violente et la résistance d'un plan musculaire.

Cette théorie de la pression hydraulique qu'il est très facile de verifier en projetant successivement sur le sol un rein non injecté et un

rein dont on a lié les vaisseaux après avoir rempli les calices et le bassinet avec de l'eau, paraît des plus satisfaisantes à l'esprit et c'est vraisemblablement à elle qu'il convient de rapporter la plupart des cas de lésions rénales. Mais elle ne saurait cependant expliquer toutes les ruptures dont certaines dépendent à n'en pas douter, d'autres facteurs. Güterbock pense que dans les grands traumatismes le rein est comprimé dans tous les sens, particulièrement par la pression abdominale, ce qui tendrait à faire infléchir le grand axe de l'organe, et à rapprocher les deux pôles du hile. Le tissu rénal se déchirerait donc par flexion et les fissures débuteraient au niveau du bord le plus distendu. On ne saurait être absolu dans ces questions, car il est fort possible, comme l'insinue Legueu, que dans un certain nombre de cas il y ait combinaison des différents mécanismes.

Enfin il convient encore de tenir compte de ce fait que parfois l'action traumatique, tout en respectant l'intégrité des téguments, commence par fracturer les dernières côtes et que ce sont les pointes de ces fragments qui viennent déchirer le rein.

Du fait des contusions, le rein éprouve des attritions plus ou moins profondes ce qui a permis de distinguer plusieurs degrés : bien des classifications ont été proposées à ce sujet, je ne vous les énumérerai certes pas et je me bornerai à vous exposer celle qui me paraît la plus satisfaisante, qui se rapproche sensiblement de celle adoptée par Küster et qui répartit les lésions en quatre degrés. Gardez-vous cependant de perdre de vue que la plupart du temps on ne trouve pas de divisions absolues et que sur un même rein les diverses lésions peuvent être associées d'une manière variable.

Dans le premier degré, la capsule propre demeure intacte ce qui exclut tout épanchement péri-rénal : il se forme au contraire dans le sein du parenchyme rénal des foyers d'épanchement sanguin généralement peu considérables. L'hématome reste interstitiel, se résorbant ultérieurement ou se transformant en nodule cicatriciel mais il peut également s'éliminer par l'uretère lorsque la rupture a intéressé les calices ou le bassinet.

Au deuxième degré correspondent les fissures entamant la couche corticale : rarement uniques à bords nets, elles sont plus ou moins profondes et siègent le plus souvent au niveau de la face antérieure, irradiant à partir du hile. Dans leurs intervalles se trouvent des foyers hémorragiques d'étendue variable, de véritables infarctus en forme de coin.

Le troisième degré comprend les déchirures de la substance médullaire qui se prolongent presque toujours jusqu'au bassinet. Ces ruptures ordinairement transversales peuvent atteindre la totalité de l'organe, et le divisent alors en deux fragments que parfois seuls les éléments du pédicule rendent encore solidaires. Dans tous les cas il se constitue un épanchement considérable de sang qui s'étend entre les déchirures du parenchyme au tissu cellulaire rétro-péritonéal et qui peut en fusant le long de l'uretère et des vaisseaux spermatiques descendre jusqu'au scrotum. L'hématome forme alors une grosse tumeur qui vient au contact de la paroi abdominale antérieure en soulevant et en refoulant le côlon. A ce sang épanché, vient presque toujours se mélanger de l'urine, car la rupture des calices ou du bassinet accompagne presque régulièrement les lésions médullaires : ces épanchements uro-hématiques, très aptes à l'infection, peuvent donner lieu à des collections purulentes.

Enfin le quatrième degré est caractérisé par le broiement du rein : l'organe est divisé en de nombreux fragments plus ou moins déchiquetés, les parois des vaisseaux sont rompues. L'épanchement est encore plus considérable, mais parfois il peut se constituer des thromboses vasculaires atténuant dans une certaine mesure l'hémorragie. Le rein privé de tout apport sanguin ne tarde pas à se sphacéler sur place.

En dehors des lésions concomitantes que le traumatisme peut encore occasionner du côté des vaisseaux rénaux et de l'uretère, des côtes ou des organes voisins, (foie, rate, intestin), la séreuse péritonéale peut être elle-même intéressée et constituer alors ce que l'on désigne sous le nom de rupture intra-péritonéale du rein. Très rare chez l'adulte, cette rupture est un peu plus commune chez l'enfant, car à cet âge, il n'existe pas d'atmosphère graisseuse périrénale et le péritoine se trouve en contact direct avec le rein : elle est loin pourtant d'être fréquente car Küster n'a pu en signaler que 14 cas. Les conséquences de cette déchirure du péritoine sont toujours très graves par l'abondance de l'hémorragie dont rien ne vient arrêter la diffusion et par l'infection péritonéale qui survient presque fatalement chaque fois que l'urine vient se mêler au sang épanché.

La réparation des lésions rénales s'effectue assez aisément. Les tubes urinifères dégénèrent dans le voisinage immédiat de la déchirure et disparaissent pendant que les cellules fixes du tissu conjonctif se mettent à proliférer et à envahir le caillot, constituant ainsi une bande de sclérose qui marquera la trace de la rupture. Il se produit en même temps dans le reste du parenchyme rénal de l'hypertrophie compensatrice, consistant beaucoup moins en néoformation glomérulaire qu'en hypertrophie des anciens éléments.

Quant à l'hématome péri-rénal, qui reste longtemps un terrain propice à l'infection, il

se résorbe graduellement, mais il peut encore par sa rétraction arriver à enserrer l'uretère et à déterminer de la sorte la production d'une hydronéphrose traumatique.

Vous venez de voir quelles sont les causes des contusions du rein ainsi que les lésions qu'elles peuvent déterminer ; abordons maintenant leur symptomatologie.

La période de début qui suit immédiatement le traumatisme offre une grande variabilité. Dans certains cas, la violence est si considérable, que la mort survient sur le coup : il s'agit là cependant de faits plutôt rares, et ordinairement le sujet atteint présente des symptômes généraux de dépression plus ou moins marqués, anxiété, dyspnée, sueurs froides, hypothermie, rapidité du pouls, pouvant aller jusqu'à la syncope, qui ne sont pas toujours en rapport avec l'importance des lésions et qui se dissipent plus ou moins rapidement. Le tableau initial peut toutefois différer d'une façon complète, et Lardennois a décrit sous le nom de *forme éréthique* une période de début caractérisée au contraire par des symptômes généraux d'excitation tels que délire, rire nerveux et volubilité des paroles. Parfois même, il n'y a pas d'autre symptôme que de la douleur initiale et tout signe de shock manque primitivement : il peut cependant, comme chez le malade de Lambotte, apparaître au bout d'un certain nombre d'heures. A noter qu'il y a souvent en même temps quelques vomissements alimentaires ou bilieux d'origine réflexe.

Puis, dans les heures qui suivent apparaissent les divers symptômes caractéristiques des contussions du rein, douleur, hématurie et épanchement péri-rénal.

La *douleur* présente une double localisation, à la fois superficielle et profonde. Superficielle, elle affecte plutôt un caractère diffus et tient aux lésions contuses des parties molles : profonde, elle traduit l'attrition rénale, et prend un caractère pongitif et piquant, ou donne une sensation de lourdeur et de pesanteur dans le flanc devenant petit à petit plus intense et s'accompagnant d'irradiations basses vers le trajet inguinal et le testicule, auxquelles Le Dentu et Küster ont attribué une très grande valeur. Il y a en même temps une contracture plus ou moins intense de la paroi qui rend assez malaisé tout examen local.

*L'hématurie*, qui constitue le second signe cardinal des contusions rénales, s'observe dans 95 % des cas : elle ne fait défaut que dans les cas d'intégrité des calices et du bassinet, de déchirure ou d'obstruction de l'uretère, ou de rupture du pédicule rénal.

Lorsqu'elle survient primitivement, c'est-à-dire immédiatement après le trauma, elle dépend ordinairement de l'importance des lésions, aussi peut-elle présenter de très grandes variations. Si minime parfois qu'elle ne peut être décelée que par l'examen microscopique, elle peut être fort courte, se réduisant comme chez notre sujet à quelques émissions d'urines sanglantes, mais elle peut être aussi beaucoup plus abondante et se prolonger pendant des semaines et même des mois, allant jusqu'à causer de la rétention d'urine par l'accumulation de caillots dans la vessie.

L'hématurie secondaire, qui peut se manifester de la troisième semaine au huitième mois, est de beaucoup plus rare, car on ne l'a signalée que dans 5 % des observations : elle est toujours très grave, car elle témoigne de l'infection du rein et constitue une indication formelle d'intervention.

L'*épanchement péri-rénal* ne peut se manifester que dans les cas de rupture de la capsule fibreuse, qui permet au rein de saigner dans son atmosphère graisseuse. Insignifiant dans le cas de lésions peu étendues il se présente dans les cas de lésions plus graves sous la forme d'une tuméfaction diffuse de la région lombaire, immobile et dure, sans limites précises, s'étendant vers la fosse iliaque et parfois en arrière de la vessie ce qui permet de la percevoir par le toucher rectal.

Souvent difficile à reconnaître au début par suite de la défense de la paroi, l'épanchement est bien entendu en rapport avec l'étendue des désordres rénaux et comme l'a fort bien dit Lardennois, si l'hématurie avertit de la lésion rénale, l'hématome en mesure le degré. C'est de cet épanchement sanguin que dépendraient les ecchymoses toujours tardives, qui se manifestent au niveau des régions lombaires et inguinales, ainsi qu'au scrotum.

La quantité des urines émises, qui contiennent fréquemment pendant un certain temps des cylindres et de l'albumine, est souvent modifiée : l'anurie est très rare ; même dans le cas de lésion bilatérale, elle est d'ordinaire de cause réflexe, ne durant que quelques heures pour faire place à une polyurie compensatrice. L'oligurie est plus fréquente, mais elle disparaît de même assez vite par compensation de l'autre rein.

Dans un certain nombre de cas, l'évolution clinique normale des contusions rénales peut être modifiée par l'apparition d'une *complication.*

En dehors de l'*hémorragie*, qui devient parfois très grave par son abondance et par sa prolongation, l'*infection* vient souvent évoluer dans ce foyer de contusion qui réalise un excellent terrain de culture microbienne. C'est ainsi qu'au niveau de l'hématome il peut se constituer un phlegmon péri-néphritique, avec fistulisation plus ou moins prolongée ; au niveau du rein, si l'abcès

est plutôt rare, la pyélonéphrite et la pyonéphrose de voie ascendante ou descendante sont beaucoup plus fréquentes.

L'apparition de la *néphrite traumatique*, dont Lardennois a pu relever 25 cas, et qui peut porter sur le rein lésé comme sur son congénère, se traduit par la persistance de l'albuminurie et de la cylindrurie ainsi que par l'existence d'œdèmes. Vraisemblablement d'origine toxique, et due, comme l'ont soutenu Castaigne et Rathery, aux altérations des épithéliums rénaux, par les toxines provenant des éléments désagrégés par la contusion, cette néphrite s'amende et disparaît en général au bout d'un temps plus ou moins long ; pour certains auteurs, elle pourrait conduire au mal de Bright.

L'*hématonéphrose*, c'est-à-dire l'accumulation dans le bassinet de sang pur ou mélangé à l'urine, exige, pour se produire, l'intégrité de la capsule fibreuse et l'oblitération de l'uretère par des caillots ; elle est très rare, et il en est de même pour l'*uronéphrose traumatique*. La formation d'une poche hydronéphrotique par distension progressive du bassinet et du rein ne peut se réaliser que dans le cas d'obstruction urétérale par un caillot, ou d'encerclement de l'uretère dans le tissu de sclérose que laisse à sa suite la disparition de l'hématome.

L'épanchement de sang et d'urine en dehors du rein, dans le tissu cellulaire, la *pseudo-uronéphrose* est plus fréquente. Nécessitant une plaie des voies d'excrétion, calice ou bassinet, elle est constituée par une tumeur apparue très rapidement après le traumatisme, tendue et douloureuse, pouvant s'infecter très facilement.

Enfin je vous signalerai encore l'existence *d'anévrysmes de l'artère rénale* ou de ses branches dont le diagnostic est toujours impossible, et qui ne sont jamais que des surprises opératoires ou d'autopsie.

Telles sont les principales complications qui, en dehors des lésions des organes abdominaux, foie, rate et intestin, peuvent venir se manifester, car il n'est nullement prouvé comme certains l'ont admis, que la contusion pouvait entraîner la production d'un rein mobile, d'une lithiase rénale, d'une varicocèe ou d'une tumeur maligne.

Les contusions du rein, au cours de leur évolution, ne présentent pas toutes une symptomatologie identique, aussi a-t-il été possible de décrire un certain nombre de formes cliniques suivant l'acuité de certains symptômes et l'apparition de certains accidents. C'est ainsi que l'on a pu caractériser des formes éréthiques du début, des formes foudroyantes, des formes aiguës, des formes subaiguës, des formes simples, des formes compliquées sur lesquelles, je ne crois pas bien utile d'insister, désirant me borner à vous dire quelques mots de *la forme intra-péritonéale*, qui comme je vous l'ai déjà dit, ne s'observe presque que chez l'enfant. Les symptômes généraux sont ici particulièrement accusés avec shock intense, nausées et vomissements : la contracture musculaire est très prononcée au niveau de la paroi abdominale et l'on constate en outre des signes d'hémorragie interne grave avec hypothermie, pouls petit et filant et refroidissement des extrémités, qui s'accentuent peu à peu et qui se compliquent encore dans les jours qui suivent de signes de péritonite.

En ce qui concerne le pronostic, il dépend des lésions viscérales coexistantes et de l'étendue des déchirures rénales. Lorsque le foie, la rate, l'intestin ou le péritoine ont été intéressés, la mortalité est toujours très considérable : par contre dans les cas simples, non compliqués, les différentes statistiques réunies par Lardennois montrent que la guérison survient huit fois sur dix. La plupart des contusions rénales sont donc bénignes dans leurs suites immédiates ; toutefois, en dehors de l'hémorragie et de l'infection qui constituent les deux grands dangers, il faudra encore compter avec les complications ultérieures, ainsi qu'avec la néphrite traumatique, particulièrement dans les cas d'accidents du travail.

Au point de vue du diagnostic, la contusion rénale peut se présenter sous quatre conditions différentes.

Lorsque l'hématurie existe seule, son apparition, à la suite d'un traumatisme porté sur la région lombaire devra vous suffire pour affirmer le diagnostic de contusion rénale, car, comme le dit Legueu, l'hématurie est un signe suffisant de déchirure du rein. Certaines erreurs ont cependant été commises avec des ruptures de la vessie qui donnent lieu elles aussi à une hématurie. Cependant, le siège de la contusion, et les signes spéciaux de la déchirure vésicale doivent permettre le diagnostic. La lithiase rénale peut donner lieu à une hémorragie à la suite d'une contusion, mais en dehors de signes antérieurs, tout diagnostic paraît impossible, et quant à la rupture de l'uretère, accident très rare, elle ne se reconnaît pas immédiatement et ne produit que plus tard la collection qui la traduit.

Si à l'hématurie vient s'ajouter la présence d'une tuméfaction périrénale, il est bien certain que dans ce cas, la rupture rénale s'accompagne de déchirure capsulaire : il s'agit donc d'une lésion grave pour laquelle l'intervention peut être immédiatement nécessaire.

Dans les cas de signes de contusion abdominale avec hématurie, vous devrez penser en présence du shock persistant à une lésion du rein avec hémorragie intra ou sous-péritonéale abondante ou à la coexistence d'autres lésions viscérales : vous devrez intervenir sans retard.

Enfin, s'il n'y a pas d'hématurie, et je vous ai indiqué les raisons qui peuvent occasionner cette absence, le diagnostic de contusion rénale devient beaucoup plus difficile : elle ne peut être que soupçonnée par la présence de l'hématome ou par l'intensité des phénomènes graves de shock et de collapsus.

Bien qu'il ne soit pas de question qui ait été plus controversée que celle du traitement des contusions du rein, je crois devoir vous faire grâce de toutes les discussions qui ont eu lieu au sein des Sociétés de chirurgie et d'urologie, où tour à tour abstentionnistes et interventionnistes sont venus apporter leurs statistiques.

De tout ce qui a été dit et écrit, il semble résulter que l'on ne saurait dans tous les cas suivre la même ligne de conduite, et que c'est l'état seul du blessé qui pourra et devra vous indiquer ce qu'il faudra faire.

C'est ainsi que dans le cas d'hématurie seule et peu abondante, comme chez notre blessé, l'expectative sera pour vous de rigueur, et il devra en être de même dans les cas de petit hématome bien localisé. Au contraire, si l'hématurie est intense et prolongée, si l'hématome est volumineux, si vous soupçonnez une rupture intra-péritonéale ou une complication, n'hésitez pas à intervenir.

Quant à l'intervention elle-même, que vous pratiquerez suivant les cas par la voie antérieure abdominale ou par la voie lombaire, souvenez-vous que la néphrectomie n'est qu'un pis-aller et que vous devez vous efforcer de garder le plus possible le rein. Dans le plus grand nombre des cas la conservation peut être réalisée et la néphrorraphie par suture au catgut à points séparés vous donnera d'excellents résultats même dans les fissures se prolongeant jusque dans la région hilaire. Si un pôle du rein est presque détaché, vous pourrez en achever l'exérèse par une néphrectomie partielle, en assurant par une suture exacte l'hémostase de la branche cruentée.

Pour les ruptures plus étendues, vous pourrez essayer de vous servir du réseau de Marcile, véritable filet de catgut réalisant simultanément l'hémostase et la coaptation des fragments et vous ne vous déciderez à enlever le rein que dans le cas de broiement de l'organe ou de rupture de son pédicule.

## LA BACTÉRIOTHÉRAPIE DES LÉSIONS TUBERCULEUSES CHIRURGICALES SIMPLES OU COMPLIQUÉES DE LÉSIONS PULMONAIRES

Par le Dr Henri MARTIN
Licencié ès-sciences

*Suite et fin* (1)

OBS. IV. — M. Dou..., quarante-deux ans.

*Arthrite du carpe droit et des articulations carpo-métacarpiennes.*

Début d'arthrite du poignet et décalcification de la région externe du cubitus.

Les débuts des accidents présentés par ce malade d'aspect floride sont apparus après un contact bacillaire d'une durée de trois ans avec un parent atteint de tuberculose.

Le traitement a *eu des résultats particulièrement rapides.*

OBS. V. — M. Mege... Louis, quarante-sept ans.

*Tumeur blanche du poignet droit fistulisée et arthrite métacarpo-phalangienne* étendue à toutes les articulations (examen du pus : positif. Wassermann : négatif).

Pas d'autres lésions bacillaires.

Ce malade fut présenté à la consultation, le 11 février 1927, avec des lésions dont la gravité était telle que l'amputation fut discutée.

Cependant, la bactériothérapie, à doses massives, fut tentée à titre d'essai.

Les radiographies ci-reproduites montrent le bon résultat du traitement.

En particulier, en comparant ces quatre radiographies, on se rend compte combien était grande la décalcification au début et à quel point la netteté des contours osseux apparaît sur la radiographie dernière en date, c'est-à-dire de mars 1929 (V. fig. 15).

D'autre part, ce malade présentait, comme nous l'avons dit, de l'arthrite métacarpo-phalangienne étendue à toutes les articulations du métacarpe. Ces lésions ont également bénéficié du traitement bactériothérapique.

Guérison.

OBS. VI. — M. H. L..., quarante-huit ans. *Arthrite tuberculeuse du coude gauche* (fig. 16, 17, 18, 19 et 19 *bis*, 20 et 20 *bis*, 21 et 21 *bis*).

Cet homme exerçait la profession de monteur-électricien. Au cours de son travail il subit un commencement d'électrocution et fut relevé dans le coma. Il resta ainsi une heure et quart sans connais-

(1) *Concours Médical*, n° 44.

sance. On lui pratiqua alors une saignée à la veine céphalique du coude, du côté droit. Tout ceci se passait dans le courant du mois de mai de l'année 1920.

Un mois après cet accident, dont le malade avait été assez long à se remettre, apparurent de violentes douleurs articulaires généralisées à l'ensemble des articulations mais sans signes locaux.

Un traitement intensif au salicylate de soude injections intra-musculaires de Quinby et ensuite une série d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Aucune amélioration ne se fit sentir et bientôt, apparurent, au niveau du coude gauche, des phénomènes de limitation des mouvements, avec atrophie musculaire, le diagnostic fut posée de tumeur blanche du coude gauche et le malade fut admis dans le service du professeur Gosset en 1924.

Fig. 10. — Obs. IV. M. Dou... Décalcification des os du carpe (droit et gauche) ; arthrites carpo-métacarpiennes droites. Radiographies du 1er mai 1930.

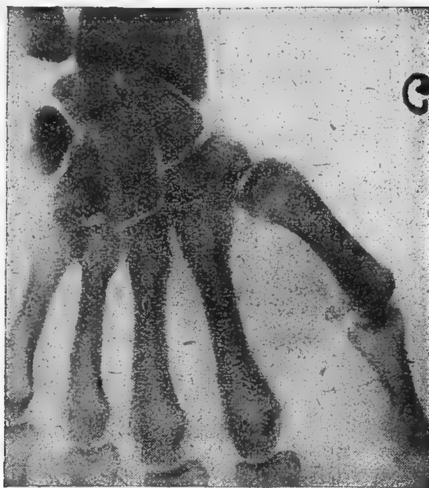


Fig. 11. — Obs. IV. Radiographies du 10 août 1930.

atténua les douleurs mais sans les faire toutefois disparaître. Elles persistèrent en effet avec des variations d'intensité jusqu'en janvier 1924. C'est surtout alors au niveau de l'épaule, du côté gauche, en particulier, ainsi qu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, du même côté, que se trouvaient localisées les manifestations les plus douloureuses.

Devant ce tableau complexe, on pensa à la spécificité et le malade subit un traitement par des

On constatait une arthrite du coude gauche avec limitation des mouvements de flexion et d'extension entre 85 et 105 ; mouvements de torsion nuls. On notait, en outre, de l'amyotrophie du bras, de l'avant-bras et des muscles de la main gauche. La déformation du coude gauche était accusée avec distension de la bourse oléo-cranienne. Les ganglions épitrochléens et épicondyliens étaient augmentés de volume. Toute la région de l'articulation était douloureuse à la pression : une ponction fut prati-

quée sans résultat. Wassermann négatif. Réaction de Calmette-Masson : positive.

Le 5 mai, le traitement est institué.

Le 10 juillet, le malade a reçu cinq injections de

Fig. 12. — Obs. V. M. Mege. : Tumeur blanche du poignet droit fistulisée. et arthrite métacarpo-phalangienne Février 1927.

Fig. 14. — Obs. V. Mars 1928.

1/2 cent. cube. La quatrième a été suivie d'une réaction locale assez forte avec suppuration secondaire qu'il a fallu libérer et traiter par la teinture d'iode. A ce moment, tous les signes objectifs et subjectifs ont disparu. Le malade ne souffre plus.

Les mouvements de torsion sont normaux. La limitation de la flexion est pratiquement nulle. L'extension est limitée de 10° à peine.

L'amélioration a commencé dès la première injection. 28 juillet : les douleurs articulaires n'ont pas

Fig. 13. — Obs. V. 15 septembre 1927.

Fig. 15. — Obs. V. Mars 1929

reparu. L'articulation est le siège de craquements nombreux sans laxité ligamentaire.

Dans ces conditions, le malade est laissé en surveillance sans appareil plâtré.

*N. B.* — Ce malade cliniquement guéri n'a plus été radiographié depuis 1925.

25 juin 1925 : le malade n'a plus de signe de lésion du coude gauche. L'extension est complète. Les mouvements de torsion sont normaux. La flexion forcée est diminuée du 5°. L'amyotrophie tibio-tarsienne est un peu augmentée de volume, sans point douloureux à la pression.

Fig. 16. — Obs. VI. Photographie comparative des deux coudes au début du traitement.

Fig. 17. — Obs. VI. Limitation des mouvements au début du traitement, le 5 mai 1924.

Fig. 18. — Obs. VI. Six mois après le début du traitement.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une arthrite tuberculeuse du coude gauche ayant présenté des signes évolutifs menaçants au moment de la première application du traitement. Guérison depuis sept ans.

Obs. VII. — Mlle Cl..., dix-huit ans. *Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse. Tuberculose du poignet et des os du carpe gauche* (fig. 22, 23, 24 et 25.)

Antécédents personnels : père et mère morts de tuberculose à un an d'intervalle.

La malade, élevée par sa grand-mère maternelle, a présenté pendant toute son enfance des petits signes de tuberculose pulmonaire avec des poussées évolutives discrètes.

Les signes pulmonaires se sont aggravés progressivement et, en mai 1923, la malade a été admise dans un dispensaire de l'Office Public H. S. pour tuberculose ulcéro-caséeuse évolutive des deux poumons, totale à droite, et du tiers supérieur à gauche.

La malade est examinée à la clinique de la Salpêtrière le 5 mars 1924. On constate des signes d'infiltration et de ramollissement étendus dans les deux tiers de l'hémithorax droit et dans le tiers supérieur de l'hémithorax gauche, en avant et en arrière. En outre, on note à droite une zone d'hyperphonie due aux deux poumons ; il permet en outre de reconnaître l'existence d'un pneumothorax spontané partiel droit avec épanchement pleural. Sur la radiographie, on ne voit plus l'ombre cardiaque ; la compression du médiastin est considérable et s'étend à l'hémithorax gauche.

Fig. 19. — Obs. VI. Radiographie de profil du coude gauche au début du traitement.

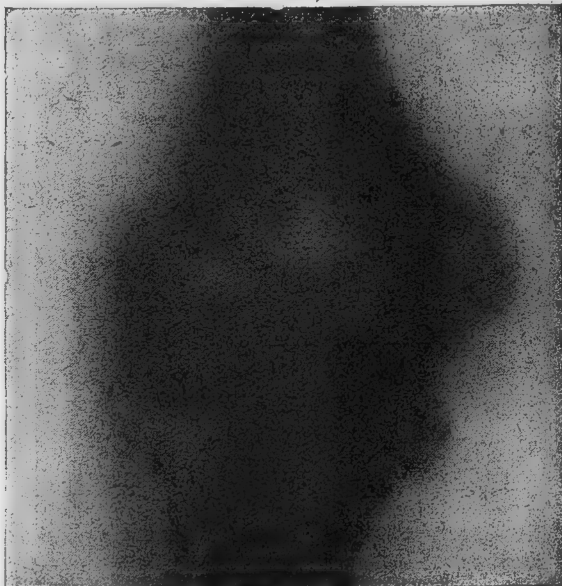


Fig. 19 *bis*. — Obs. VI. Radiographie de face du coude gauche au début du traitement.

Fig. 20. — Obs. VI. Radiographie du coude gauche trois mois après le début du traitement.

Fig. 20 *bis*. — Obs. VI. Radiographie de face du coude gauche trois mois après le début du traitement.

personorité en arrière, dans la région moyenne, et un zone de matité avec souffle pleurétique à la base. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. L'interprétation de ces signes anormaux est rendue possible par l'examen radiographique. Celui-ci montre des signes de tuberculose pulmonaire étendue

La trachée forme une crosse à convexité gauche et cache l'articulation sterno-claviculaire correspondante. La bifurcation des bronches se fait au niveau du bord inférieur de la 5e côte, sous l'articulation chondro-costale. La grosse bronche droite se dirige obliquement de bas en haut et de gauche

à droite. La grosse bronche gauche descend presque verticalement jusqu'au bord inférieur de la 7e côte et se confond avec l'opacité du tissu pulmonaire altéré. A ce moment l'ombre cardiaque n'est visible nulle part.

loïde du cubitus et de la surface articulaire inférieure du radius.

Le poignet et la face dorsale de la main sont tuméfiés. Les mouvements actifs du poignet et des doigts sont impossibles. Le pouce est en adduction.

FIG. 21. — Obs. VI. Radiographie de face du coude gauche un an après le début du traitement.

FIG. 21 *bis*. — Obs. VI. Radiographie de profil du coude gauche, un an après le début du traitement.

FIG. 22. — Obs. VII Ostéite bacillaire des os du carpe gauche. Photographie à l'entrée.

FIG. 23. — Obs. VII. Ostéite bacillaire des os du carpe gauche. Guérison (treize mois).

A ces lésions pulmonaires viennent s'ajouter des lésions graves du poignet et des articulations du carpe gauche.

Celles-ci sont apparues au début de 1923 ; elles sont surtout accusées au niveau de l'apophyse sty-

L'index et le médius en demi-flexion. Au niveau du 2e espace interosseux et de l'articulation du poignet, il existe deux orifices fistuleux laissant échapper un pus floconneux abondant. Autour de ces orifices fistuleux, la peau est amincie et a une couleur cyanotique.

L'examen bactériologique des crachats montre un nombre énorme de bacilles tuberculeux. Malgré la gravité apparente de ces symptômes, l'état général est relativement bon et la température ne dépasse pas 38° ; mais les règles ont disparu.

Ce cas, malgré sa gravité, est traité par la bactériothérapie le 5 mars.

Le 30 avril, la malade est radiographiée. On constate que l'ombre cardiaque est impossible à déterminer. Dans une nouvelle radiographie faite le 24 mai 1924, elle n'est pas encore nettement apparente. Mais les pommelures pulmonaires sont moins marquées. Les champs sont moins opaques. Les tractus broncho-vasculaires sont plus clairs. Le

FIG. 24. — *Obs. VII. Ostéite bacillaire des os du carpe gauche. Flexion normale.*

FIG. 25. — *Obs. VII. Ostéite bacillaire des os du carpe gauche. Extension normale.*

FIG. 26 et 26 *bis*. — Obs. IX. Gaud... (Madeleine). Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Radiographies du 2 octobre 1929.

sommet du même côté se rapproche de la teinte grise uniforme sur laquelle tranchent encore des ramifications bronchiques épaisses. Tout à fait à la base, du même côté, la ligne de Damoiseau n'a plus l'aspect tranché qu'elle présentait antérieurement, il semble qu'il s'agisse plutôt d'une pachypleurite. A gauche, les manifestations parenchymateuses sont aussi en voie d'amélioration ; malgré ces constatations favorables, le pronostic demeure réservé.

Le mieux n'est pas resté localisé aux lésions pulmonaires, il s'est étendu aux lésions articulaires et osseuses.

Les radiographies et les photographies faites à neuf mois de distance montrent les changements survenus. L'état général a suivi la même progression ascendante, la malade a augmenté de 11 kilogrammes.

Elle ne présente plus aujourd'hui, comme séquelle de sa lésion du poignet, qu'une petite lame cornée sèche. Toute douleur a disparu, les mouvements du poignet et des doigts sont normaux.

Guérison des lésions osseuses. Amélioration des lésions pulmonaires.

Obs. VIII. — Mme Mou..., trente-cinq ans. *Rectite tuberculeuse* hémorragique et purulente avec sténose rectale. Bacilles de Koch dans les selles. *Tuberculose pulmonaire ouverte.* Bacilles de Koch dans les crachats.

*Antécédents* : *Appendicectomie* en 1918, à Buenos-Aires.

*Dysenterie amibienne* et fistule anale au Brésil, en 1919.

*Tuberculose iléo-cæcale*, à Paris en 1923 et résection iléo-cæcale en avril 1928, après un examen fait à Saint-Antoine, par le Dr Le Noir, au cours duquel on a constaté de nombreux bacilles de Koch, dans les selles.

Après l'intervention la malade continue à maigrir et à souffrir. Les selles deviennent rares, du pus et du sang sourdent par l'anus.

Le 16 février 1929, un examen de M. Savignac conclut ainsi : Rectite chronique hémorragique et purulente avec sténose rectale, *anus* largement ouvert.

*Toucher rectal* : extrêmement douloureux. Sténose sus-anale. La muqueuse est en ce point granuleuse et très sensible.

*Rectoscopie* : à 7 centimètres de l'anus, sténose serrée dont la lumière est de la dimension d'une lentille. Type de la sténose en entonnoir. La muqueuse est extrêmement rouge, tomenteuse, saignante, recouverte d'un enduit purulent. Les lésions sont les mêmes en descendant au niveau de l'anus.

En dilatant légèrement la sténose avec un tampon de coton, on peut voir que la muqueuse susjacente est atteinte de lésions semblables avec sécrétion purulente.

Dans ces conditions, un anus iliaque s'impose.

Le 21 décembre 1929, anus iliaque et bactériothérapie.

Le 1er mars 1929, *bactériothérapie.*

Injections hebdomadaires de 2/10 de centimètre cube d'émulsion. Cette dose ne peut pas être dépassée en raison des signes de tuberculose apicale droite ouverte que l'on constate.

Le 31 mars 1929, la malade a reçu dix injections. Elle a augmenté de 3 kilogrammes. Continuation du traitement.

Le 23 décembre 1929, la lésion pulmonaire est cliniquement guérie, les bacilles ont disparu des crachats et des selles. La malade qui, au début du traitement, pesait 52 kilogrammes pèse alors 67 kilogrammes.

Le rectum devient perméable et l'eau de lavage, injectée par l'anus iliaque, ressort par la voie naturelle.

Le 3 février 1930, à l'émulsion bacillaire, on ajoute un traitement par le sérum d'un bœuf immunisé contre la tuberculose au moyen d'injections trimestrielles de 10 milliards de bacilles *vivants* cultivés sur gélose. Ce sérum est injecté par l'anus iliaque, deux fois par semaine à la dose de 10 cent. cubes.

Le 16 mars 1930, amélioration considérable par l'action du sérum. Depuis l'emploi de celui-ci, la malade ne souffre plus et n'évacue plus de pus par son anus iliaque. Le fonctionnement de l'anus normal s'est rétabli quotidiennement. Le sérum est continué.

Le 7 avril 1930, examen du Dr Savignac ainsi résumé : « Grande amélioration ; la sténose rectale, dont la dimension ne dépassait pas celle d'une lentille, permet maintenant l'introduction de la pulpe de l'index ».

Le 5 mai 1930, le mieux persiste, l'anus naturel laisse passer des matières moulées, les douleurs ont disparu. Continuation du sérum.

Le 20 octobre 1930, la sténose rectale a encore diminué et laisse passer un rectoscope de gros calibre. La malade quitte l'hôpital.

Le 23 mai 1931, examen du Dr Savignac. Sténose souple, régulière, admettant l'extrémité de l'index.

Le 1er juin 1931, la malade est actuellement infirmière hospitalière de nuit. Son linge n'est plus souillé, la rectalgie a disparu. Gain de poids : 32 *kilogrammes.*

Obs. IX. — Gaud.... (Madeleine), neuf ans. *Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne gauche* (fig. 26, 26 *bis*, 27, 27 *bis*, et 28).

Enfant soignée à Saint-Denis-le-Thiboult par le Dr Angamarre, pour : *Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne* en juillet 1928. Diagnostic confirmé à Rouen par le Dr Lance et pose d'un appareil plâtré le 13 juillet 1928.

Deuxième appareil en novembre 1928.

Le Dr Legrand, de Rouen, directeur du Sana-

torium des Grandes-Dalles, prend l'enfant dans son Institut.

En mai 1929, fistulisation des lésions. Héliothérapie marine. Les accidents s'aggravent, l'état général fléchit, l'enfant devient cachectique.

Le Dr Angamarre conseille la bactériothérapie, ouate de tourbe et de placer le pied de l'enfant dans une boîte de bois doublée de zinc qui, après le voyage, est remplie de pus.

L'enfant est mise au traitement le 3 juin 1929 et ordre est donné de mettre la jambe dans une gouttière garnie d'une épaisse couche d'ouate.

Fig. 27 et 27 *bis*. — Obs. IX. Gaud... (Madeleine) Radiographies de juin 1930.

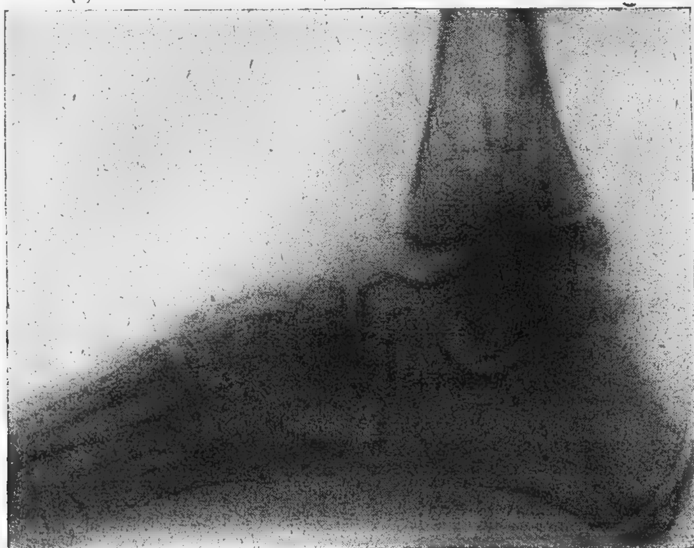


Fig. 28. — Obs. IX. Gaud... (Madeleine). Radiographie du 18 décembre 1930.

Nous voyons l'enfant le 15 octobre 1929. L'articulation tibio-tarsienne gauche est tuméfiée et fistulisée. Les mouvements spontanés ou provoqués sont impossibles. Le pus s'écoule des fistules en telle abondance que pour un voyage de trois heures on est obligé de faire un premier pansement classique, d'entourer celui-ci d'une épaisse couche de

Nous faisons, à ce moment, toute réserve sur l'éventualité probable d'une amputation prochaine.

Cette enfant a reçu 36 injections par séries de 6, séparées d'un mois chacune.

Elle est aujourd'hui complètement guérie sans limitation des mouvements.

*N. B.* — Le pus examiné trois fois au début du

traitement a montré la présence de nombreux bacilles de Koch.

OBS. X. — Mme Nax..., cinquante et un ans. *Néphrite bacillaire bilatérale à début insidieux*, remontant à un an et demi, qui fut suivie de violentes douleurs lombaires compliquées de syncopes répétées et de vomissements.

En mai 1925, apparut une pollakiurie intense (toutes les demi-heures). Ce n'est cependant qu'en 1926 que la cystite fut certaine. A ce moment, tableau typique de tuberculose rénale avec urines chargées purulentes, souvent sanglantes et riches en bacilles de Koch. Pollakiurie diurne, 25 ; nocturne, 7-8. Violentes douleurs vésicales, pas de douleurs rénales.

*Bactériothérapie*. Commencée le 30 juin 1926. Après la première injection, la pollakiurie nocturne s'est calmée. La malade reçoit une première série d'injections qu'elle doit interrompre après la septième à cause d'une grippe avec température élevée.

Elle revient le 13 octobre, et on poursuit le traitement. L'urée sanguine qui était montée à 1,36 est redescendue à 0,85. Maintenant, la malade n'a plus qu'une miction nocturne au lieu de 7 ou 8, et 2 mictions diurnes. Peu de douleurs à la vessie, sauf un peu de chaleur à la fin de la miction.

On commence une seconde série de 6 injections. Les urines redeviennent normales, et le 13 décembre, à la fin de la deuxième série, la malade ne souffre plus.

Une troisième série est commencée le 23 février 1927.

On fait 6 injections. L'état local est très bon ; l'état général excellent.

Une quatrième série de 12 injections est commencée le 29 juillet 1927. L'urée du sang est tombée à 0,40. Le dernier examen des urines n'a pas révélé la présence de bacilles de Koch. A la fin de cette série, le 12 octobre, la malade n'urine plus qu'une fois la nuit et deux fois le jour. Absence absolue de douleurs.

La malade est revue le 11 mars 1929. Trois mictions dans la journée, une la nuit. Urines claires.

Revue une dernière fois le 10 octobre 1930. Santé parfaite. Etat local parfait. Poids, 63 kgr. 500, au lieu de 53 kilogrammes.

**Conclusions**. — Les observations accumulées depuis neuf ans montrent que la bactériothérapie a aujourd'hui guéri cliniquement un nombre considérable de tuberculoses articulaires, péritonéales, cutanées, oculaires. Ces résultats ont été obtenus chez des malades en cure libre qui, pour la plupart, n'ont pas interrompu leur travail, et dont aucun n'a été soumis à une intervention chirurgicale.

Des faits semblables ont été consignés dans les thèses de Moroni, Aimes, Elisabeth Calvet, à Montpellier. Ils l'ont été à la Société d'Urologie par une communication de Larget et Lamarre et un rapport de Chabanier ; à la Société d'Ophtalmologie par Prosper Veil ; à la Société de Dermatologie par le Professeur Gougerot et M. Sézary ; à la Société de Dermatologie de Naples par le Dr Augusto Oro ; à Rome, par le Professeur Alessandri ; par d'autres encore ; enfin, par l'auteur lui-même.

Il n'est donc plus permis de mettre en doute la valeur de ce traitement. Il ne guérit pas, évidemment, tout et toujours. C'est le fait de tout traitement, quel qu'il soit, pour quelque mal que ce soit.

La bacillothérapie, par sa nature même, est soumise dans ses résultats à la sensibilisation de l'individu et M. Vaudremer conclut, avec MM. Tissier, Reilly et Rivalier que les méthodes de vaccinothérapie spécifique comme celle-ci laissent une part importante à l'organisme dans la lutte engagée avec le microbe qui l'assaille et que des insuccès peuvent s'ensuivre. Ces insuccès doivent être enregistrés, mais ils ne doivent pas faire oublier les succès parfois surprenants obtenus.

# COMMENT FAUT-IL INTERPRÉTER L'ÉPREUVE DES VERRES D'URINE AU COURS DES URÉTRITES AIGUËS ET CHRONIQUES ?

Par le Docteur Bréger,

**Ancien Interne des Hôpitaux.**
**Ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.**

Il est classique de dire que l'examen clinique des urines au cours des urétrites permet de savoir si l'infection est localisée à l'urètre antérieur seul, ou si l'urètre postérieur est atteint. L'axiome se résume ainsi :

*Si le premier verre d'urine seul est trouble et le second clair il n'y a qu'urétrite antérieure.*

*Si les deux verres sont troubles, l'infection a gagné l'urètre postérieur.*

Il paraîtra peut-être curieux que l'on puisse encore trouver quelque chose à dire sur cette question qui semble bien simple et jugée depuis longtemps. Pourtant, à notre avis, cet axiome ne doit pas être pris à la lettre, comme on a trop tendance à le faire et comme en font foi nombre de publications touchant à ce sujet. Sans doute, les urologistes savent parfaitement à quoi s'en tenir sur cette question, mais nous ne croyons pas inutile, toutefois, d'essayer d'y apporter quelques précisions. Une expérience de plusieurs années nous permet, en effet, d'affirmer que, dans nombre de cas, l'axiome cité plus haut se trouve en défaut. Bien entendu, nous n'envisageons ici que le cas où le trouble de urines est produit par du pus, laissant de côté les causes d'erreur possibles, telles que la présence de phosphates, de carbonates, de sperme, ou de sang.

Avant d'entrer dans la discussion des faits cliniques, il est indispensable, pour bien comprendre ce qui va suivre, de rappeler quelques notions sur l'anatomie et la physiologie de l'urètre. *Anatomiquement,* l'urètre comprend trois portions : prostatique, membraneuse, pénienne. *Physiologiquement,* il n'en comprend que deux : l'une, postérieure, qui va du col vésical au sphincter membraneux, l'autre antérieure, qui s'étend du sphincter membraneux au méat.

Le passage entre l'urètre postérieur et la vessie est donc fermé par les fibres sphinctériennes du col vésical, qui, en dehors des mictions retiennent l'urine dans la vessie. Cet anneau musculaire n'a certes pas la puissance d'arrêt que possède le sphincter membraneux. A l'inverse de ce dernier, il se laisse facilement forcer, mais il n'en est pas moins vrai que, normalement, son action est suffisamment efficace pour maintenir l'urine dans la vessie. Ce fait a une importance considérable, car il permet de comprendre, comme nous le verrons plus loin, comment une urétrite aiguë peut avoir atteint l'urètre postérieur sans que pour cela le deuxième verre soit nécessairement trouble.

La preuve de l'occlusion effective du col vésical a donc son importance, il est du reste facile de la faire. Introduisez une sonde dans l'urètre, et, après lui avoir fait franchir le sphincter membraneux, arrêtez-la dans l'urètre postérieur : il n'apparaîtra pas une goutte d'urine à son orifice. Mais, pourra-t-on dire, dans ce cas, les yeux de la sonde peuvent être obstrués par les parois urétrales qui ont tendance à s'accoler. Pour réduire cette objection, il suffit de remplacer la sonde par un urétroscope à vision directe. Enfonçons l'instrument dans l'urètre postérieur, retirons le mandrin, rien ne s'écoule. Remettons le mandrin, poussons l'urétroscope jusqu'à ce qu'il vienne buter sur le col vésical, et, après avoir glissé la lampe urétroscopique à la place du mandrin, regardons ce qui se passe au fond du tube : on aperçoit le col vésical fermé. Si on pousse alors un tout petit peu l'instrument, le col s'entr'ouvre, et tout aussitôt, en même temps qu'apparaît la muqueuse vésicale, un petit jet d'urine sort par l'orifice. Retirons le tube en arrière du col, celui-ci se referme, et le jet d'urine s'arrête. Quelle preuve « de visu » plus péremptoire peut-on donner de l'action efficace des fibres musculaires du col vésical ?

A la lumière de ces données physiologiques, il apparaît donc nettement que, quel que soit l'endroit où se trouvera le pus sur le parcours de l'urètre, le premier jet d'urine sortant de la vessie emportera ce pus en balayant d'emblée et de bout en bout tout le canal.

Voyons maintenant quelles conclusions logiques on peut tirer de l'épreuve des verres :

au cours des urétrites aiguës,

au cours des urétrites chroniques.

*Au cours des urétrites aiguës,* deux cas se présenteront :

les urines sont troubles en totalité,

le premier verre est trouble, et le deuxième clair.

Dans le premier cas : urines troubles en totalité, il n'y a pas d'erreur possible, l'infection a envahi tout l'urètre. Voici comment les choses se passent : Le pus de l'urètre antérieur s'écoule tout naturellement vers le méat, mais celui de l'urètre postérieur est retenu entre le col vésical et le sphincter membraneux. Si la suppuration est abondante, le pus remplit l'urètre postérieur

dans l'intervalle des mictions, si celles-ci ne sont pas trop fréquentes, et, dès que la réplétion est suffisante, ce pus a tendance à chercher une issue. Cette issue, il ne la trouvera pas du côté du sphincter membraneux, qui, très résistant, a plutôt tendance à se contracter et à refouler le pus vers le col vésical. C'est ce dernier, qui, plus faible, se laisse franchir. C'est donc par un phénomène de régurgitation que le pus remonte dans la vessie et trouble l'urine en totalité. Comme le dit très justement Janet : « L'urètre postérieur se vide dans la vessie », mais il ajoute : « comme l'urètre antérieur se vide dans la chemise ». Cette comparaison est heureuse parce qu'elle frappe l'esprit, mais elle n'est pas, à notre avis tout à fait exacte. Tandis que, en effet, le pus de l'urètre antérieur s'écoule sans difficulté vers le méat, celui de l'urètre postérieur, au contraire, ne passe dans la vessie que contraint et forcé, par effraction, peut-on dire, du col vésical, et parce qu'il est devenu trop abondant dans l'urètre postérieur.

Cette façon de comprendre le passage du pus dans la vessie a une grande importance au point de vue thérapeutique, car l'expérience montre que les complications ne surviennent précisément le plus souvent que quand cette réplétion de l'urètre postérieur se produit, d'où la conclusion qui s'impose de suite à l'esprit de chercher par quel moyen thérapeutique on pourra l'éviter.

Est-il possible de tirer des renseignements encore plus précis de cette épreuve des deux verres, lorsqu'ils sont troubles tous les deux ? Oui, dans quelques cas. On remarque, en effet, parfois, au moment où le malade urine, que le trouble du deuxième verre est renforcé par le dernier jet d'urine. Ce fait, à notre avis, doit faire penser que le pus de ce dernier jet vient en grande partie des glandes prostatiques dont il est chassé par les contractions terminales du sphincter. Parmi les autres signes d'infection prostatique, celui-ci est parfois très précoce. Aussi, dès que nous voyons chez un malade les urines devenir troubles en totalité, nous reprenons l'épreuve les jours suivants, non plus avec deux verres, mais avec trois, ce qui permet de mettre mieux en évidence, quand il se produit, le fait que nous venons de dire. On a alors un premier verre trouble, un deuxième verre plus ou moins trouble, et un troisième plus trouble que le second.

Voyons maintenant le deuxième cas : Premier verre trouble, et deuxième verre clair.

Ici nous ne sommes pas d'accord pour admettre, suivant l'axiome, que l'urètre postérieur est indemne et qu'il y a seulement urétrite antérieure. Si en effet la suppuration est faible, le pus de l'urètre postérieur pourra y séjourner entre les mictions, sans être refoulé dans la vessie. « La clarté du deuxième verre, dit Janet, ne peut pas être une preuve absolue de la limitation du mal à l'urètre antérieur. Elle prouve que l'urètre postérieur ne sécrète pas ou peu, mais elle ne prouve pas qu'il ne soit pas infecté ». *Il est donc impossible d'affirmer, par ce seul procédé, qu'il y a seulement urétrite antérieure.* Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il y a urétrite, et qu'elle est antérieure ou totale. Le seul moyen de faire un diagnostic exact sera, la fois suivante, de laver avant la miction l'urètre antérieur sous faible pression, puis de faire uriner le malade. Si après cela, le premier jet contient du pus, il y a urétrite postérieure. S'il n'en contient pas, il n'y a qu'urétrite antérieure. C'est également l'avis du Docteur Deschamps, cité par Janet, qui a vérifié par centrifugation l'urine de l'urètre postérieur après lavage de l'urètre antérieur. Il a trouvé, dans ces conditions, l'urètre postérieur infecté chez trois malades sur cinq coulant depuis cinq jours, chez un malade sur un coulant depuis huit jours.

Cette épreuve, nous l'avons refaite nous-même un grand nombre de fois, et nous sommes arrivé à cette conclusion que huit malades environ sur dix présentent une infection de l'urètre postérieur avant le dixième jour, même quand on a commencé les lavages de l'urètre antérieur dès les premiers jours de l'écoulement.

Reste maintenant l'examen des urines *au cours de l'urétrite chronique.*

Deux cas se présentent :

Le premier verre est très légèrement trouble, ou clair avec filaments purulents, le deuxième verre est clair sans filaments.

Les deux verres sont clairs avec filaments purulents.

Ce que nous venons de dire à propos de l'urétrite aiguë (premier verre trouble, deuxième verre clair) s'applique également au premier cas envisagé ci-dessus (premier verre légèrement trouble, ou clair avec filaments, deuxième verre, clair sans filaments). En effet, l'urétrite chronique antérieure ou postérieure donne lieu à une suppuration peu abondante. D'emblée, le premier jet balayera tous les filaments purulents contenus dans l'urètre, et le deuxième verre restera clair sans filaments. Il faudra donc laver l'urètre antérieur avant de faire uriner le malade pour pouvoir établir un diagnostic précis d'urétrite antérieure ou postérieure. Si, après le lavage, le premier verre est clair, il y a urétrite antérieure seulement ; s'il contient des filaments, il y a urétrite postérieure certaine et peut-être urétrite antérieure sans qu'on puisse toutefois l'affirmer, puisque le premier verre conserve des filaments avec ou sans lavage préalable de l'urètre antérieur ; mais l'observation des faits nous autorise, croyons-nous, à affirmer que, bien souvent, il n'y a qu'urétrite postérieure.

La preuve de ce fait, nous l'avons obtenue de la façon suivante : Pendant longtemps, nous prenions soin, chaque fois que nous faisions une urétroscopie en fin de traitement à l'un de nos malades présentant encore des filaments purulents dans le premier verre, de ne traiter dans les premières séances que les lésions de l'urètre postérieur. Six fois sur dix, environ, nous voyions les filaments disparaître avant que nous ayons commencé à traiter les lésions de l'urètre antérieur. *Ce contrôle, nous l'avons fait sur plusieurs centaines de malades, et cela nous amène à dire que, dans la plupart des cas, l'urétrite chronique, tenace, résistante, est une urétrite postérieure.*

Reste enfin le dernier cas : les deux verres contiennent des filaments purulents.

Il est habituel d'admettre que dans ce cas le premier verre contient les filaments de l'urètre antérieur et le second ceux de l'urètre postérieur. Nous ne partageons pas cet avis. En effet, le premier jet, comme nous l'avons déjà expliqué plus haut, balaie dans le premier verre les filaments des deux portions antérieure et postérieure de l'urètre. D'où viennent ceux du second verre ? Ils sont fournis, à la fin de la miction, par la contraction terminale du sphincter qui les expulse des canaux de la prostate ou des glandes péri-urétrales où ils étaient amassés. Pour rendre ce fait évident, il suffit de faire l'épreuve avec trois verres. On verra alors que le premier et le troisième auront des filaments et le second pas du tout. Ces filaments du troisième verre ne viennent évidemment pas ni de la muqueuse de l'urètre postérieur, ni de la vessie, puisque le second verre n'en a pas.

Donc, dans ce cas, il y a urétrite postérieure et infection prostatique.

Peut-on affirmer par ailleurs l'urétrite antérieure ? Non, car d'après ce qui précède, on comprendra facilement que, avec ou sans lavage de l'urètre antérieur, le premier verre contiendra toujours des filaments venus, soit des deux urètres, soit de l'urètre postérieur seul.

En terminant cet exposé, nous ferons remarquer qu'à dessein, nous avons évité de parler de la forme des filaments qui, d'après certains auteurs, permettrait de différencier l'urétrite antérieure de l'urétrite postérieure. Nous ne le croyons pas. Dans un certain nombre de cas, l'examen macroscopique de ces filaments peut donner une probabilité, mais jamais une certitude.

En résumé, voici donc, à notre avis, comment il faut interpréter l'épreuve des verres d'urine :

*Dans l'urétrite aiguë :*

Premier cas. — Le premier verre d'urine est trouble, le deuxième verre clair : l'urétrite est antérieure, ou peut-être totale. A la séance suivante, laver l'urètre antérieur avant la miction. Si le premier verre est clair, il y a urétrite antérieure ; s'il reste trouble, l'urétrite est totale.

Deuxième cas. — Les deux verres sont troubles : Il y a urétrite totale et peut-être infection prostatique. On reprendra l'épreuve avec trois verres ; si le troisième verre est plus trouble que le second, la prostate est atteinte.

*Dans l'urétrite chronique :*

Premier cas. — Le premier verre est clair, avec filaments purulents, ou légèrement trouble ; le second est clair sans filaments. Il y a urétrite antérieure, ou postérieure, ou totale. Pour préciser, on lave l'urètre antérieur avant la miction suivante. Si le premier verre est clair sans filaments, il s'agit d'une urétrite antérieure seule ; s'il contient des filaments, il y a urétrite postérieure certaine, et peut-être urétrite antérieure associée, mais ce dernier point est impossible à préciser par le seul examen des urines.

Deuxième cas. — Le premier verre est légèrement trouble, ou clair avec filaments purulents ; le deuxième contient aussi des filaments purulents. Cela indique une urétrite postérieure avec atteinte de la prostate, et peut-être urétrite antérieure. Pour mieux s'en rendre compte, il suffira de faire l'épreuve des trois verres : le premier et le troisième présenteront des filaments, tandis que le second n'en aura pas. Quant à l'urétrite antérieure, elle est là encore impossible à préciser puisque, après lavage préalable de l'urètre antérieur, le premier verre présentera encore des filaments en provenance de l'urètre postérieur.

# LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

## Une tension artérielle trouvée normale peut n'être qu'une phase hypotensive de l'hypertension artérielle

D'après le Dr A. DUMAS (1).

CETTE HYTPOTENSION RELATIVE SE RENCONTRE, SOIT AU COURS DES MALADIES INFECTIEUSES, SOIT AU COURS DE L'INVOLUTION TENSIONNELLE.

Il s'agit là d'une hypotension clinique, sans hypotension instrumentale ; mais c'est en réalité un état tensionnel diminué par rapport à l'état tensionnel antérieur. Dans ces conditions, une tension de 15/9 peut donner lieu à des symptômes d'hypotension, si les jours ou les mois précédents la tension a été de 25/14. Ce phénomène s'observe dans les maladies infectieuses hyper-thermisantes, comme dans l'abaissement tensionnel progressif, qui survient à une phase avancée de la maladie phyertensive (involution tensionnelle de A. Dumas).

Toujours, cet abaissement tensionnel intéressera autant, et plus, la minima et la moyenne que la maxima. « Ce seront les décalages, les dénivellations de la tension moyenne et de la minima, qui tiendront sous leur dépendance les symptômes d'hypotension, bien plus que le simple abaissement de la maxima ».

### Maladies infectieuses

Au cours d'une pneumonie chez un hypertendu, on observera par exemple, un état de prostration pouvant voisiner avec le coma, ou seulement une asthénie extrême, des vertiges, des manifestation syncopales, quelquefois même des crises épileptiformes chez certains prédisposés. Des paralysies temporaires ont pu être signalées, qui paraissaient favorisées par l'hypertension et disparaissaient avec elle.

Or, au moment de ces accidents, on trouve un *abaissement plus ou moins important de la tension sanguine* ; *mais celui-ci peut passer inaperçu, si l'on ne tient pas compte de l'état tensionnel antérieur.*

Et ces accidents sont bien en relation prépondérante avec l'hypotension, non pas seulement avec l'infection ou la fièvre, car ils évoluent *parallèlement* à la marche de l'hypotension, car ils sont d'autant plus marqués que l'hypotension est plus accusée, car, surtout, ils persistent au début de la convalescence, alors que la température est revenue à la normale et que l'infection a disparu. Enfin, ils s'atténuent progressivement dès que la tension sanguine se rétablit peu à peu, pour disparaître complètement, la convalescence terminée, la tension s'étant rétablie à son état antérieur.

### Phase avancée de la maladie hypertensive

A une phase avancée de l'hypertension diathésique, on observe fréquemment un amaigrissement progressif, un affaiblissement, la production de petits foyers de ramollissements cérébraux.

Même à une phase quelconque de cette maladie, un sujet relativement jeune, dont la tension sanguine était antérieurement très haute, présentera un état d'affaiblissement physique, dont le malade, ayant conservé sa lucidité, aura pleine conscience, et contre lequel il cherchera à lutter par l'usage d'aliments toniques, et trop souvent par l'alcool. Des phases d'excitation alternent parfois avec des phases dépressives, donnant lieu à une véritable forme mentale de l'involution tensionnelle. On encore le début sera une crise d'œdème pulmonaire par insuffisance ventriculaire gauche, laissant après elle un état d'impotence et même de demi-coma. Dans ces conditions, on observera aussi des paralysies ou monoplégies transitoires traductrices d'une lésion cérébrale cicatricielle minime, qui en temps habituel passe inaperçue. « L'état dépressif s'accentuera ainsi progressivement, et le malade pourra succomber, soit à une affection intercurrente, soit à une cachexie rapide. »

Dans ces deux cas, ces symptômes sont imputables à cet abaissement tensionnel, survenant au cours de l'hypertension diathésique ; ils sont d'autant plus importants et plus manifestes que cet abaissement aura été plus rapide et plus intense.

Le décalage tensionnel intéresse alors les trois tensions, mais le rôle pathogénique le plus important appartient à l'abaissement de la tension minima et à celui de la tension moyenne.

(1) M. A. DUMAS. — Les hypotensions relatives. (*Lyon Médical*, 18 septembre 1932.)

« Il ne s'agit pas là d'une simple défaillance cardiaque, mais bien d'une véritable involution tensionnelle, liée à un état dépressif endocrino-sympathique, intéressant à la fois les vaisseaux et le cœur, c'est-à-dire l'appareil circulatoire tout entier ».

***

Il importe de savoir dépister l'hypotension relative, afin d'éviter de néfastes erreurs de thérapeutique.

En effet, le maintien d'une tension, souvent encore relativement élevée, pourrait faire mettre les accidents observés sur le compte de l'hypertension, et inciter à prescrire une médication hypotensive : saignées, restrictions alimentaires excessives, purgations répétées, qui ne feraient qu'aggraver les troubles au lieu d'y remédier.

La première recommandation qui s'impose dans ce dépistage, c'est, *lorsqu'on mesure une tension artérielle, de s'enquérir de l'état tensionnel antérieur.*

D'autre part, certains symptômes, tel que *l'affaiblissement progressif* permettront d'attribuer certains vertiges, certaines syncopes, à l'insuffisance de la tension.

Le *traitement* de cette insuffisance de tension est, avec certains ménagements, celui de l'hypotension proprement dite. Chez des sujets, depuis longtemps hypertendus, il faut en effet tenir compte de l'état fonctionnel des organes, et notamment des reins, avant de permettre à nouveau une alimentation copieuse. Il ne s'agit pas seulement, de viser à rétablir la tension sanguine à un degré voisin de celui qu'elle pouvait atteindre les mois précédents, car il est bien probable que le sujet ne serait plus capable de la supporter sans accident. » Cependant, l'arsenic, le phosphore, un peu de strychnine sous forme de noix vomique, l'adrénaline pourront remédier à l'abaissement progressif de la tension, et, grâce à une surveillance attentive, à des prescriptions judicieuses, procurer d'heureux résultats ».

G. F.

# *L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE*

## La Presse

### Le syndrome entéro-rénal et la crénothérapie.

Le Docteur F. Baraduc rappelle que les infections urinaires d'origine intestinale sont bien souvent difficilement curables par la thérapeutique habituelle, mais ne résistent généralement pas à la crénothérapie. Cependant, pour éviter des espoirs déçus, il convient de préciser ce qu'on doit attendre de la crénothérapie dans le traitement entéro-rénal. Cela est d'autant plus nécessaire que le syndrome devient d'une fréquence extraordinaire.

Tout d'abord, il faut éliminer les infections aiguës : pyélites de la grossesse, pyélites des typhiques et paratyphiques, pour ne retenir que les syndromes entéro-rénaux chroniques, ou les formes à poussées aiguës récidivantes, d'origine infectieuse, dues le plus souvent au colibacille (80 p. 100 des cas), seul ou associé à l'entérocoque, au pneumo-bacille, au staphylocoque. Le rôle de l'infection ne doit cependant pas faire oublier celui de l'intoxication d'origine intestinale. Dans bien des cas, en effet, l'auto-infection et l'auto-intoxication se superposent et s'intriquent. Ces malades ainsi délimités se présentent sous des formes extrêmement variables et complexes.

Ce n'est pas en se fondant sur la présomption de troubles intestinaux (légers ou passagers), ni sur la prédominance de troubles intestinaux ou urinaires, qu'on peut poser d'utiles indications hydrominérales. Il faut envisager la pathogénie et reconnaître que, si pour tous les malades l'infection intestinale est à l'origine, d'autres facteurs interviennent pour créer le syndrome, le favoriser, l'entretenir ou l'aggraver. Il faut donc reconnaître, suivant les malades, l'importance qu'ils prennent dans le syndrome, car la crénothérapie ne s'adresse pas seulement aux conséquences de la maladie ; elle cherche plutôt à combattre celle-ci dans ses causes profondes.

Les causes en question sont de trois ordres : intestinal, urinaire, humoral. Le colibacille ou l'entérocoque étant les hôtes normaux de l'intestin, il faut tout d'abord que leur pullulation soit accrue et leur virulence exaltée, pour que l'infection urinaire descendante se produise. La pénétration se fera à la faveur de tout ce

qui augmentera le microbisme intestinal : entérites, ptoses, typhlatonie, parasitisme, etc.

Du côté urinaire, les causes d'appel peuvent être d'ordre mécanique (ptoses, coudures, calculs, etc.), irritatif (lithiase, cystite, prostatites anciennes, etc.) ou chimique (alcalinité ou hypoacidité).

Quant aux causes humorales, ce sont : la diminution du calcium, l'augmentation de l'acide urique et de l'acide oxalique, l'accroissement de la réserve alcaline, l'hypercholestérinémie.

C'est aux stations intestinales, Châtel-Guyon et Plombières, qu'il appartiendra de s'attaquer aux causes intestinales. Châtel-Guyon sera plus particulièrement indiqué en raison de son action sur le microbisme intestinal, sur les déviations et les insuffisances digestives, et sur les formes droites de stase et de colite, prédominantes dans le syndrome. Cette station s'adressera aussi aux formes infantiles. Plombières sera réservé aux douloureux, chez lesquels prédominent l'hypersthénie générale, et particulièrement l'hypersthénie pelvienne, en raison de son action éminemment sédative, alors que le rôle de désinfection et de désintoxication sera plus spécialement demandé à Châtel-guyon.

La cure de diurèse (Evian, Vittel, Capvern, etc.) s'adresse au pus, au sable, aux graviers, contenus dans les urines. (*Paris Médical*, 16 avril 1932.)

**Influence des variations solaires sur les phénomènes biologiques, la naissance, la maladie, la mort.**

Le Docteur Chabré fait une étude historique et actuelle, des plus complètes, sur cette intéressante question, et il met au point ces choses de l'astronomie et de la médecine. On connaît bien la pathologie estivale et la pathologie hibernale ; mais, à part ces faits d'ordre général, il faut avouer qu'on sait peu de chose, lorsqu'on veut aborder d'une façon plus intime les troubles biologiques en fonction des variations de l'activité solaire, variations qui, elles, tout en étant soumises à des lois qui semblent bien établies, sont relativement indépendantes de nos changements de saisons, le soleil immuable ignorant nos étés et nos hivers.

A ce propos, il convient d'envisager avant tout l'action possible des taches solaires. Ces taches, d'après l'abbé Moreux, ne sont ni des volcans, ni des cyclones, mais simplement des régions surchauffées, toute augmentation de chaleur, par le fait même qu'elle favorise les phénomènes de dissociation, supprimant la radiation photosphérique et produisant une région sombre. La production de ces taches est périodique. Il existe, en effet, un minimum et un maximum de taches. Pendant quatre à cinq années, les taches augmentent en nombre, et pendant six années elles décroissent, ce qui fait entre deux phases maxima une période de onze années environ.

Pendant le passage de plusieurs taches, il se produit une suractivité du globe solaire ; sa lumière est alors plus riche en rayons chimiques bleus ou violets et en rayons obscurs ultra-violets, et il est hors de doute que cette influence se fait sentir sur notre planète, soit sur les phénomènes météorologiques, soit sur les phénomènes magnétiques, dont le champ est immense.

Les variations solaires ont-elles une influence directe sur notre organisme, notre état d'équilibre humoral, c'est-à-dire notre état de santé, sur nos actes, sur notre naissance et notre mort ?

Certains ont cru pouvoir établir par des courbes comparatives et statistiques l'influence des taches solaires sur les suicides, les crimes et les accidents ; mais des recherches de contrôle ont donné des résultats contradictoires quant à ces influences astronomiques sur notre psychisme volontaire.

Il n'en serait pas de même quant aux influences cosmiques sur notre vie végétative, c'est-à-dire sur notre vie automatique, celle qui n'est pas soumise à notre volonté et en particulier la naissance, la maladie, la mort. La courbe des naissances, par exemple, tend à montrer qu'à chaque période d'activité solaire correspond une exaltation de la fonction sexuelle chez l'individu, et vraisemblablement une exaltation du pouvoir de reproduction non seulement chez l'être humain, mais encore chez tous les êtres animés, soit dans le règne animal, soit dans le règne végétal.

D'autre part, l'influence des taches solaires sur le dynamisme, sur le potentiel, sur la résistance de l'organisme, semble hors de doute. Le passage des taches solaires au méridien coïnciderait avec une recrudescence de symptômes des maladies chroniques et même avec l'apparition d'accidents graves ou exceptionnels au cours de ces maladies. La même recrudescence peut se produire en dehors du passage des taches, mais alors la coïncidence est plus rare et les accidents moins graves. Les perturbations des radiations électromagnétiques provoquent donc un déséquilibre momentané des appareils régulateurs de la vie.

Les variations des taches peuvent aussi vraisemblablement créer des épidémies (grippe en 1918 coïncidant avec une augmentation des taches solaires).

Enfin, la courbe de la mortalité tend à suivre celle de l'activité solaire, donnant néanmoins certaines déclinaisons.

Dans l'ensemble, il ne faut cependant pas donner à l'astrologie une importance sans rivale, et on doit tenir compte des conditions que peuvent apporter le milieu, l'hérédité, l'éducation

et les autres éléments agissant sur l'être humain. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 avril 1932.)

**La valeur fonctionnelle des reins est importante à déterminer en chirurgie générale.**

Tel est le sujet développé par le Docteur CHAVANNAZ. Sans doute, toutes les recherches connues ne sont-elles pas indispensables, mais la recherche de la constante d'Ambard, ou l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, mérite d'être effectuée le plus souvent possible. Certes, nombre d'opérés guériront sans incident, même si le temps de saignement, le temps de coagulation n'ont pas été déterminés, la numération globulaire, la formule leucocytaire n'ont pas été pratiquées, l'examen dynamique du rein n'a pas été effectué. Ce n'est malheureusement pas non plus parce que nous connaîtrons la constante d'Ambard ou le taux de P. S. P. éliminé que nous ne perdrons plus un seul malade de complications imprévues ; mais de temps à autre le chirurgien, qui se sera assuré cette collaboration quotidienne du biologiste pourra prévoir et éviter quelques complications et améliorer le pronostic post-opératoire, ce qui demeure sa préoccupation incessante. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 avril 1932.)

**Le traitement radiologique des cancers du rectum inopérables.**

Le traitement radiologique du cancer du rectum est une méthode de valeur permettant d'obtenir des disparitions de tumeurs pendant une très longue période. Les résultats obtenus sont directement fonction de la technique employée.

Il est encore trop tôt pour comparer les résultats des bonnes techniques radiologiques avec les résultats de l'opération radicale.

MM. MAISIN, VASSILIADIS et APPELMANS montrent que le traitement radiologique constitue une amélioration considérable, comparativement à l'anus iliaque simple dans le traitement des cancers inopérables. Il est bien évident, en effet, qu'après un anus iliaque, le cancer restant en place, une bonne partie de la symptomatologie persiste avec tous ses inconvénients : pertes, épreintes, profondément désagréables pour le malade. Quand les auteurs obtiennent par leur traitement une cicatrisation du néoplasme, tout ennui local cesse de ce fait même, et l'anus iliaque mis à part, le malade peut vivre une vie normale et pleine d'activité, plus longue que dans les conditions normales de son mal. Il n'y a que les métastases ou la récidive sur place à longue échéance, qui feront reprendre la symptomatologie. Mais cet arrêt de plus ou moins longue durée dans l'évolution du mal est hautement apprécié par le malade.

On ne doit pas hésiter à le recommander vivement aux malades plutôt que de se contenter de l'anus iliaque pur et simple, dont certaines statistiques feraient une méthode de traitement supérieure ou égale à l'opération chirurgicale. (*Revue belge des Sciences médicales*, avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

**La lutte contre le rat, au Havre.**

(M. A. LOIR. — *Académie de médecine* ; 4-10-1932.)

On connaît les dangers du rat comme agent de propagation des maladies infectieuses, de la peste en particulier. Mais, là ne se borne pas le rôle néfaste de ce rongeur qui se montre à bien des points de vue un hôte particulièrement indésirable de nos habitations.

Le rat s'attaque aux diverses substances alimentaires dont il se nourrit. Il s'attaque aussi — fait moins connu — aux tuyaux de plomb des canalisations de gaz et d'eau. Il ronge ce métal assez tendre pour user ses dents qui croîtraient, sans cela, d'une façon exagérée.

Il arrive ainsi à faire dans les tuyaux de plomb des ouvertures de plusieurs centimètres de diamètre. Il peut en résulter des fuites de gaz, avec menace d'asphyxie ou d'explosion, des fuites d'eau avec inondations, se produisant brusquement (car le rongeur accomplit rapidement son travail néfaste, du soir au matin habituellement : c'est un travailleur nocturne). M. Loir présente des photographies de tuyaux de plomb, ainsi perforés dans un magasin et une maison du Havre.

Le Havre, ville maritime où séjournent beaucoup de navires de commerce, donne asile à de nombreux rats. La quantité de ceux-ci paraît même augmenter, au point que le député-maire de ce grand port a chargé M. Loir d'entreprendre une lutte sans merci contre ces animaux.

La lutte contre les rats n'est pas chose aussi simple qu'elle le paraît de prime abord. Il ne suffit pas de détruire quelques centaines ou milliers des dits rongeurs pour s'en débarrasser. Attaquée d'un côté, la gent muridée émigre vers une autre zone de la ville, pour revenir d'ailleurs à son précédent domicile dans la suite.

Les moyens de dératisation sont nombreux et il ne

faut pas se contenter d'un seul. Les chiens ratiers et surtout les chats, plus persévérants dans leur chasse, sont utiles dans les maisons pour détruire les rats et les éloigner. Le nettoyage des rues, l'enlèvement des détritus, par ballayage des chaussées et des trottoirs, le soir principalement, sont des mesures de propreté efficaces. De même, l'emploi de boîtes à ordures fermées, qu'il vaudrait mieux enlever à la fin de chaque journée et non le matin. Les rats augmentent, en effet, au prorata des matières alimentaires qu'ils trouvent à leur disposition.

Des battues organisées à certains moments avec, au besoin, emploi d'appats empoisonnés sont à recommander. Enfin, de bons résultats sont à espérer de ce qu'on a appelé la « sélection sexuelle », procédé utilisé en Australie pour la destruction des lapins et en Italie contre les rats. Il s'appuie sur le fait suivant :

Quand les rats mâles sont nombreux, la pullulation de l'espèce s'atténue. Particularité paradoxale qui s'explique ainsi. Les mâles trop nombreux pourchassent les femelles, les empêchent de mener à bien leur gestation et la race disparaît. On pourrait philosopher sur ce sujet !.. En tout cas, il y a là une méthode de dératisation qui a donné des résultats. Au lieu de traquer, indifféremment, toute la gent muridée, le procédé consiste à attirer les mâles dans une région déterminée, à tuer les femelles et à relâcher les mâles de façon qu'ils soient en surnombre notable. Ménager les mâles et guerre aux femelles, telle est la formule de dératisation dite de sélection sexuelle.

## Le goutte à goutte intra-veineux antiseptique dans les états septicémiques.

(M. Marcel CHATON, de Besançon. — *Société de chirurgie* ; 13-7-1932.)

M. Chaton a fait une série de recherches, expérimentales et cliniques, sur le traitement direct, intraveineux, des états septicémiques

Il s'est adressé, d'abord, aux rayons ultra-violets, pensant pouvoir utiliser leur action stérilisante. Chez des chiens, préalablement infectés par des injections de cultures de staphylocoques, il introduisit dans la saphène des tubes de quartz et il fit des irradiations ultra-violettes dans le but de stériliser le sang par ce moyen *physique*. Les difficultés de technique lui firent abandonner ce premier procédé.

Il pensa alors, à recourir aux moyens chimiques. Ces moyens ne sont pas nouveaux, du moins dans leurs bases. On fait couramment dans le traitement des états septicémiques, des injections intra-veineuses d'agents divers (urotropine, trypaflavine, métaux colloïdaux, etc.), mais ces injections sont espacées et à doses fortes. Or, dit M. Chaton, paraphrasant un proverbe bien connu, *la manière d'injecter vaut souvent mieux que ce que l'on injecte.*

Au lieu d'injections massives et rares, l'auteur s'est proposé de faire des injections à doses faibles et prolongées : de là est né le goutte à goutte intra-veineux antiseptique continu.

Cette antisepsie sanguine infinitésimale et prolongée a le double avantage d'être non intoxicante et d'avoir une action permanente et durable. On connaît l'activité antiseptique des microbicides en solutions faibles et même très faibles. Raulin a montré, dans sa thèse déjà ancienne (1870) que, dans un récipient d'argent, la culture de l'*aspergillus* ne pouvait être réalisée.

Les infimes quantités d'argent absorbées par la culture suffisent à la stériliser. Danysz, de l'Institut Pasteur, a fait connaître, dans un travail présenté en 1915 à l'Académie des sciences, la valeur microbicide des solutions antiseptiques très diluées. Il a rappelé que le sublimé, par exemple, stérilise une eau très infectée en solution à 1 pour 1 million et jusqu'à 1 pour 5 millions.

M. Chaton a pratiqué sa méthode du goutte à goutte intra-veineux antiseptique selon la technique suivante : ponction dans une veine superficielle de la région du pli du coude, parfois dans la saphène, le vaisseau n'étant ponctionné qu'après avoir fait parcourir à l'aiguille un assez long trajet sous-cutané. L'embout du tube vecteur et ce tube lui-même, ainsi que le pavillon de l'aiguille sont maintenus par des bandelettes d'emplâtre collées à la peau. Tout ceci pour donner une certaine fixité au dispositif. On règle alors le compte gouttes (still goutte de Forgue) de façon à injecter par exemple un litre de sérum médicamenté en 24 heures. Une infirmière surveille les incidents possibles de l'opération (déplacement de l'embout, obstruction de l'aiguille, etc).

L'auteur a utilisé sa méthode, chez l'homme, dans deux cas. Il s'est servi de sérum contenant de la septicémine. Ces deux seuls cas ne lui permettent pas de tirer des conclusions bien précises. De nouvelles recherches seront nécessaires. L'inconvénient principal pourrait être une thrombose au contact de l'aiguille. Aussi faut-il ne s'adresser qu'aux veines superficielles. Toutes les septicémies apparaîtraient justiciables de ce traitement.

P. L.

## Embolie, dite gazeuse, au cours d'une résection pulmonaire faite sous anesthésie locale. Hémiplégie transitoire. Traitement par l'acétylcholine.

(MM. Emile SERGENT, BAUMGARTNER et KOURILSKY. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-6-1932.)

Les auteurs apportent ici une preuve expérimentale cruciale, involontairement recueillie chez l'homme : au cours d'une résection pulmonaire faite à l'anesthésie locale pour une suppuration fétide, chronique, diffuse, une embolie gazeuse, contrôlée au même instant par l'ouïe et par la vue, détermina une perte de connaissance instantanée, aussitôt suivie, du côté opposé à la plaie opératoire, d'une hémiplégie complète. Fort heureusement, les accidents furent transitoires et cédèrent six heures environ après l'injection deux fois répétée de 0 gr. 40 d'acétylcholine. Il s'agit là d'un tableau identique à celui des hémiplé-

gies dites pleurales, au cours des ponctions et insufflations, et déclenché par une embolie gazeuse, dans des conditions rigoureusement, quoique accidentellement expérimentales.

Ces accidents résultent d'une petite blessure veineuse dans une zone de parenchyme scléreux ; l'embolus est vraisemblablement constitué par une parcelle de l'émulsion sanguine, instantanément produite sur les lèvres de la blessure. Ils se déroulent en deux temps selon le trajet de l'embolus : une phase syncopale, correspondant au passage auriculaire, une phase nerveuse traduisant la thrombose cérébrale avec les modifications cardiovasculaires correspondantes.

**Troubles tensionnels et complications cardiaques d'une fièvre typhoïde.**

(MM. G. Marchal, E. Fatou, et Heim de Balsac. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-6-1932.)

Il s'agit de la question, qui a trait à la légitimité des endocardites typhiques à l'origine de certaines lésions valvulaires.

Une fièvre typhoïde authentique, d'ailleurs confirmée par un séro-diagnostic encore positif trois mois après la défervescence (1/500 à l'Eberth, négatif pour les para A et B), a évolué en deux phases bien distinctes :

La première période, de durée normale (vingt et un jours), sans fièvre élevée, fut cependant marquée au sixième jour par une hémorragie intestinale ; à ce moment déjà on nota des troubles tensionnels.

La rechute, brutale et brève (onze jours) fut marquée par des phénomènes d'hypertension paroxystique avec insuffisance cardiaque passagère , d'allure dramatique. Après une crise urinaire très intense s'amorça une convalescence trainante. L'hypertension se stabilisa alors sous la forme systolo-diastolique, et au moment où elle attint ses plus hauts chiffres (25-14) s'installa un souffle diastolique d'insuffisance aortique. Ces phénomènes persistent jusqu'à présent (trois ans et demi depuis la convalescence), sans insuffisance cardiaque, ni insuffisance rénale.

G. F.

# Les Congrès

## XVII^e CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

*Paris* 23, 24, 25 *mai* 1932.

*Président* : M. Raviart (Lille).

### Les lésions du foie dans la mort par submersion

Rapporteur : M. Etienne Martin (de Lyon).

Le foie des noyés est augmenté de volume ; son poids, même en l'absence de toute lésion pathologique du parenchyme, dépasse le poids habituel de l'organe de plusieurs centaines de grammes. La coupe du foie laisse sourdre un sang noir, liquide, qui s'échappe des sinus distendus.

L'examen histologique montre un aspect de foie cardiaque, avec distension des capillaires sanguins et de nombreux blocs hémorragiques. Le nombre des hémorragies intraparenchymateuses, leur étendue, la distension des capillaires, les modifications consécutives des travées cellulaires, sont tout à fait caractéristiques dans la submersion. On ne les trouve certainement pas aussi marquées dans les congestions hépatiques déterminées par d'autres asphyxies, comme la strangulation et la suffocation. Ces modifications sont dues aux conditions suivantes :

La fluidité du sang qui permet une distension brusque de la glande hépatique ; un arrêt brutal de la circulation pulmonaire provoquant une insuffisance du cœur gauche et une réplétion considérable des cavités droites du cœur.

Il est donc nécessaire d'étudier l'état des poumons, la pénétration de l'eau dans le sang et la dilution du sang pour comprendre le mécanisme des lésions hépatiques.

Les lésions pulmonaires sont tout autres que celles de l'œdème aigu des poumons. Cot a soutenu que l'eau ne pénétrait qu'exceptionnellement dans les poumons et que le liquide qui gonfle ceux-ci était surtout du liquide d'œdème. Le rapporteur, s'appuyant sur de nombreux examens histologiques, montre l'absence d'exsudat dans les alvéoles pulmonaires, la rupture intense des parois alvéolaires qui constituent une lésion spéciale à la submersion, différente de l'œdème pulmonaire banal.

Il se produit donc, du fait de la présence de l'eau, un choc alvéolaire, une absorption d'eau qui explique la fluidité du sang et un barrage pulmonaire, cause de la défaillance du cœur droit.

*Discussion.*

M. Leclercq (Lille). — Dans la submersion, on observe en outre un gonflement des cellules hépatiques. L'augmentation de la masse sanguine par l'eau absorbée au niveau du poumon est capitale.

M. de Laet (Bruxelles). — Un élément vient éclairer le mécanisme, dont il est parlé, c'est la mise en li-

berté chaque fois qu'il y a un phénomène d'asphyxie, d'une décharge d'adrénaline qui a pénétré dans le sang. Cette mise en liberté brutale serait de même nature que le spasme artériel qui se produit dans toute la circulation et qui vient compléter le phénomène de barrage veineux.

M. Henri Desoille (Paris). — L'hypertension asphyxique semble être à la fois sous la dépendance d'une décharge adrénalinique et de phénomènes nerveux. Quoi qu'il en soit, pour expliquer la congestion hépatique, il faut faire intervenir l'état des capillaires du reste du corps et l'augmentation de la masse sanguine réalisée par l'absorption d'eau. Le barrage pulmonaire ne peut tout expliquer à lui seul : s'il existait seul, le cœur gauche battrait à vide et le foie ne se congestionnerait pas.

### Traumatismes et syndromes parkinsoniens

Rapporteurs : MM. Naville et de Morsier (de Genève).

C'est un sujet de pathologie traumatique qui peut intéresser les médecins légistes à plus d'un titre.

La doctrine régnante était, il y a encore peu d'années, que des traumatismes ne pouvaient pas être la cause exclusive de syndromes parkinsoniens (opinion résumée par Souques en 1921). Même opinion de Lhermitte, Roussy, Scheffer.

Depuis quelques années, les observations de Paulian, Bing, Lotmar, Négrot et Crouzon, etc., ont montré que des traumatismes centraux pouvaient certainement être responsables de syndromes parkinsoniens.

Par contre, la plupart des auteurs n'acceptent pas encore le rôle étiologique des traumatismes périphériques.

Les auteurs ont suivi le plan suivant :

I. **Syndromes après traumatisme cranien.** — Ils citent une trentaine de cas survenus soit presque immédiatement, soit peu de jours, peu de semaines, quelques mois ou plus, après l'accident. Le plus souvent, il s'agit de syndromes parkinsoniens purs. D'autres éléments peuvent y être associés : thalamiques, pyramidaux, mentaux, ou le syndrome des commotionnés.

Presque la moitié des cas sont survenus avant quarante ans, ce qui prouve bien qu'on est en dehors du cadre de la paralysie agitante ordinaire.

II. **Rôle aggravant du traumatisme sur un état antérieur ou une prédisposition.**

A. Aggravation de syndromes antérieurs (paralysie agitante classique ou parkinsonisme encéphalitique). Quelques-unes de ces aggravations sont impressionnantes.

B. Apparition du syndrome parkinsonien traumatique chez des sujets apparemment sains, mais ayant eu auparavant une encéphalite. Les auteurs citent notamment un cas observé en Suisse.

C. Apparition du syndrome parkinsonien, traumatique chez des sujets présentant une menace d'hérédité similaire.

III. **Rôle du traumatisme dans l'éclosion d'encéphalite infectieuse avec parkinsonisme consécutif.** — On peut discuter le rôle des traumatismes dans l'éclosion d'encéphalite ou d'infections neurotropes (citations de quelques cas).

IV. **Rôle du traumatisme psychique.** — Citations bibliographiques au sujet desquelles les auteurs n'expriment pas d'opinion.

V. **Paralysie agitante consécutive à des traumatismes périphériques.** — Les auteurs rapportent une quarantaine de cas où le syndrome est survenu, et presque toujours après des symptômes intercalaires progressifs, et cela soit peu de jours après l'accident (citation du cas récent du professeur Euzière, de Montpellier), soit après quelques semaines, quelques mois ou plus d'une année. Citation d'un cas observé en Suisse, d'un cas survenu à un chirurgien.

Citation d'un cas consécutif à une épicondylite traumatique.

Plus de 20 p. 100 de ces cas survenus avant quarante ans, ce qui est plus que la proportion observée à cet âge dans la paralysie agitante classique.

A la fin de leur rapport, les auteurs ont cherché à justifier l'hypothèse du rôle étiologique de traumatismes exclusivement périphériques.

Ils montrent que les données anatomo-pathologiques ne permettent pas d'affirmer que les syndromes parkinsoniens soient dus à des lésions organiques, toujours localisées dans les mêmes segments des noyaux centraux puisque la plupart des auteurs récents insistent sur le fait qu'on trouve des lésions diffuses à tout l'axe cérébrospinal (Lewy, Ivan Bertrand).

En outre, des lésions même grossières, dans les zones dites d'élection, ne donnent pas toujours les syndromes parkinsoniens (Clovis Vincent, Nills, Rotter, Ozaki, Lhermitte et Cornil). Par conséquent, les voies du réflexe sensitivo-moteur extrapyramidal ne sont pas encore bien connues et il ne paraît pas exclu que des irritations périphériques puissent déterminer chez certains sujets des troubles du type parkinsonien (analogie avec les troubles physiopathiques qui s'accompagnent parfois de tremblement et de contractures).

Des recherches concernant les réflexes de posture et suivant les méthodes indiquées par Fromen', Foix et Thévenar, Delmas-Marsalet, permettront peut-être de mieux comprendre la pathogénie des syndromes consécutifs à des traumatismes périphériques.

*Discussion.*

M. Crouzon (Paris). — Le parkinson traumatique existe. Il est des cas où, au point de vue strictement médico-légal, le blessé doit être indemnisé, alors que quelques doutes subsistent au point de vue scientifique.

M. Crouzon fait des réserves sur des cas de parkin-

son consécutifs aux traumatismes périphériques. Il verse au débat un cas de parkinson apparu après une anesthésie générale. Il précise les délais d'apparition du parkinson traumatique. Il souligne enfin l'extrême rareté de l'étiologie traumatique.

M. DUVOIR (Paris). — Distingue le parkinson post-traumatique pur et le parkinson post-traumatique chez les anciens encéphalitiques.

M. HAMEL (Nancy). — A observé une paraplégie spasmodique légère chez un sujet atteint de blessure ancienne des deux mollets et qui présente un mal perforant plantaire, qui paraît d'origine centrale. La lésion périphérique a-t-elle déterminé la lésion centrale ?

M. LEY (Bruxelles). — Si l'on a observé peu de parkinson, pendant la guerre c'est que les sujets étaient jeunes et n'avaient pas l'âge de la maladie de Parkinson. L'émotion ne fait que révéler le parkinson.

M. DUPAIN (Paris). — Pense que l'émotion peut accélérer l'évolution d'un parkinson et l'aggraver.

M. NAVILLE (Genève). — Le parkinson traumatique est certainement rare. Il ne s'accompagne pas de somnolence, ni de myoclonie, ni de troubles oculogyres.

MM. LANDÉ et DERVILLÉE (Bordeaux). — **Sur un cas de syndrome parkinsonien évoluant à la suite d'un traumatisme périphérique.** Observation d'un cas de parkinson à la suite d'un traumatisme périphérique dont le taux d'I. P. P., a été fixé à 80 p. 100, avec possibilité d'aggravation. Il s'agissait d'une femme âgée atteinte d'artériosclérose.

(*A suivre.*)

# Les Livres

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, boulevard Saint-Michel, Paris V^e.

Chevalier JACKSON et Chevalier Lawrence JACKSON (de Philadelphie). — **Les maladies de l'œsophage.** Un volume de la collection « Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales », 232 pages, 46 figures ou planches, comprenant des analyses en allemand, anglais, espagnol et italien. Traduction Ed. Aucoin. Prix : 35 francs.

Tous les spécialistes connaissent la clinique de broncho-œsophagoscopie de Philadelphie, que dirigent le professeur Chevalier Jackson et son fils Lawrence Jackson. On sait également que le savant maître américain, qui est d'ailleurs petit-fils d'un français, est venu à Paris à plusieurs reprises, dans le service du professeur Lemaître et à la Faculté de médecine, faire une série de conférences pratiques sur les sujets qui lui sont familiers : la bronchoscopie et l'œsophagoscopie.

L'ouvrage que le professeur Jackson et son fils viennent de publier sur les *Maladies de l'œsophage* est donc l'œuvre d'un clinicien particulièrement qualifié pour traiter cet important chapitre de pathologie. Ce volume est, de plus, excellent au point de vue didactique. Il expose, en termes précis, toutes les questions relatives à la pathologie de l'œsophage. Les maladies de cet organe y sont envisagées avec leurs symptômes et leurs signes essentiels. Les auteurs en décrivent également les signes radiologiques et œsophagoscopiques, leur compétence les incitant à signaler ces derniers avec tous les détails qui conviennent.

Pour le médecin praticien, Chevalier Jackson fait un tableau de clinique générale des affections de l'œsophage. Pour le spécialiste, il montre les aspects multiples de ces états pathologiques vus à l'œsophagoscope. La technique de l'œsophagoscopie est longuement étudiée avec ses particularités et ses incidents.

En résumé, l'ouvrage du Professeur Chevalier Jackson constitue un excellent *Précis* appelé à rendre de précieux services à la fois au médecin praticien et au spécialiste. J'ai seulement regretté de ne pas y voir figurer à la place qu'ils méritent les beaux travaux d'œsophagoscopie du Docteur Guisez, un des pionniers et un des plus habiles techniciens de ce procédé d'examen.

Cet oubli tient sans doute à ce que l'auteur a voulu volontairement négliger toute question bibliographique.

Guisez a fait en France ce que Chevalier Jackson a fait aux Etats-Unis pour le développement et la diffusion de l'œsophagoscopie. Ne pas le dire, serait commettre une injustice.

P. LACROIX.

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Librairie de « L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE »
23, rue du Cherche-Midi.

André BINET, agrégé de la Faculté de Nancy. — **La vie sexuelle de la femme.** Préface du Dr A. Siredey Un vol , 250 pages, 51 fig. Prix : 30 francs.

## THÉRAPEUTIQUE

### Les débuts de l'hypertension
### L'hypertension moyenne solitaire

Si nous connaissons bien l'hypertension à l'état de maladie constituée, nous ignorons tout de son début et, comme l'ont montré Vaquez, puis Dumas, il nous était, jusqu'ici, impossible de savoir comment et quand cette maladie débutait. Sa longue évolution faisait prévoir qu'elle devait commencer d'une manière très lente et insidieuse ; actuellement, les travaux de Vaquez et de ses élèves sur la *pression moyenne* nous apportent des données qui deviendront de plus en plus précises sur ce stade initial, et nous renseigneront sur la valeur fonctionnelle du cœur, alors que les signes cliniques de la modification du régime circulatoire ne sont encore que très peu marqués.

Les modifications sur la pression moyenne entraînent nécessairement un trouble profond du régime circulatoire, même si les pressions extrêmes sont normales, et, à côté des hypertensions aiguës, paroxystiques ou permanentes, doit maintenant prendre place l'*hypertension moyenne solitaire*.

Dans bien des cas, des céphalées rebelles, une dyspnée d'effort, une légère dilatation de l'aorte aux rayons X, une augmentation du volume du cœur sont inexpliquées et sont sous la dépendance d'une hypertension moyenne solitaire, que l'on constate nettement si on la recherche. De même, certains troubles cardiaques mal caractérisés : palpitations, extrasystoles, tachycardies passagères, considérées souvent comme sans gravité, alors qu'elles peuvent être le prélude d'accidents plus sérieux, sont souvent contemporaines d'une élévation de la pression moyenne, dans un premier stade où les pressions extrêmes restent normales, celles-ci ne devant s'élever que beaucoup plus tard pour se transformer en *hypertension permanente*.

Les observations cliniques et les recherches anatomo-pathologiques montrent de plus en plus que cette dernière se constitue par l'intervention de plusieurs facteurs intriqués : rénal, endocrinien, digestif, agissant sur un terrain déjà prédisposé (M. Perrin et G. Richard. L'hypertension artérielle, Paris 1930), et il est, pour le médecin traitant, de la plus haute importance de connaître la tendance évolutive d'un trouble passager, présenté par un malade.

Il y a déjà longtemps qu'Huchard a dit : « L'artério-sclérose commence par une intoxication continue et finit par l'intoxication », et que, pour Alb. Robin, tout hypertendu est un insuffisant rénal, et souvent un hépatique qu'il faut surveiller. Doumer, au Congrès de l'arthritisme à Vittel, indiquait que, dans la plupart des cas, on pouvait déceler des troubles de nutrition et de métabolisme alimentaire, et qu'on pouvait éviter ou retarder l'apparition de ces troubles en surveillant de bonne heure le régime de ceux qui sont prédisposés, par hérédité arthritique et, tout au moins, les amender dès que l'on constate les premiers phénomènes.

Il est évident que la restriction alimentaire, les pratiques d'hygiène raisonnée, l'exercice dosé, le repos intellectuel, l'hydrothérapie doivent jouer le premier rôle, mais il faut en même temps s'efforcer de régulariser et de diminuer le travail du cœur, faire cesser les spasmes artériels et la vaso-constriction périphérique et améliorer les éliminations.

L'emploi de la Guipsine répond entièrement à cette triple indication thérapeutique. A la suite de son administration, à la dose de 6 à 8 pilules par jour, pendant plusieurs semaines consécutives, on constate une amélioration des divers symptômes constatés antérieurement ; il y a, en outre, une augmentation de la diurèse et de l'élimination azotée et chlorurée, l'hyperexcitabilité du système nerveux central est diminuée, les malades dorment mieux, ce qui est caractéristique ; le travail du cœur est amélioré et régularisé, et la pression moyenne s'abaisse. Le gui, pour les hypertendus, est un véritable médicament d'entretien, sans accoutumance ni accumulation.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

### LES CASSE-TÊTES CHINOIS DE LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE DANS L'ASSURANCE SOCIALE

### L'établissement des feuilles et la responsabilité des Caisses

Ministres, hommes politiques, médecins, employeurs, assurés proclament à l'envi que la loi sur les Assurances sociales est bourrée d'imperfections, et qu'elle doit être assouplie et améliorée, afin que son fonctionnement soit plus aisé, et occasionne moins de troubles aux intéressés. Son formalisme exagéré, ses imprécisions, qui se répètent dans le règlement d'administration publique, transforment en véritables casse-têtes chinois, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le déclarer, certains des cas qu'amène la pratique de tous les jours.

Mais il est un domaine spécial où ces casse-têtes deviennent une véritable torture, c'est l'obstétrique.

Les assurées sociales ont des droits définis à la totalité des prestations de l'Assurance maternité ; les femmes d'assurés sociaux n'ont pas exactement les mêmes droits; les assurées sociales ou femmes d'assurés bénéficiant de l'article 59 (assurés notoirement indigents) sont régies par les dispositions de cet article. Il est, en vérité, très difficile de s'y reconnaître Et l'on croit avoir enfin trouvé la solution des problèmes envisagés, lorsqu'on s'aperçoit tout à coup que tout est à refaire.

C'est surtout pour la tarification de l'accouchement et de tout ce qui s'y rattache que ces problèmes deviennent particulièrement ardus, quand il s'agit de déterminer équitablement le quantum du remboursement légal à la charge des caisses.

Essayons encore une fois de nous y reconnaître.

Dans la nomenclature de la Confédération des Syndicats, première manière, seuls l'accouchement simple et l'accouchement gémellaire figuraient dans les actes de pratique courante, avec les coefficients respectifs de 40 et 60. Les diverses interventions nécessitées par un accouchement dystocique figuraient, par contre, à la nomenclature des actes chirurgicaux et de spécialistes : incision du col, délivrance artificielle, avortement thérapeutique (coefficient 10 ou 20) ; forceps au détroit inférieur, version podalique, accouchement provoqué (coeff. 20 ou 40) ; forceps à la partie haute, césarienne vaginale, embryotomies (coeff. 40 ou 60) ; césarienne abdominale, phlébites abdomino-pelviennes (coeff. 50 ou 80).

Mais, on s'est avisé, à juste titre, que sauf les césariennes avec ou sans hystérectomie, toutes les autres interventions sont habituellement de pratique courante, en ce qu'elles peuvent être pratiquées par un médecin de médecine générale. Dans ces conditions, elles n'avaient plus de raison de figurer dans la nomenclature réservée aux actes de chirurgie ou de spécialités.

On les en a donc distraites, en spécifiant que désormais, les actes obstétricaux de pratique courante feraient l'objet d'une tarification, par les soins des Syndicats, annexée aux conventions passées par ceux-ci avec les Caisses. Certains Syndicats, sinon tous, l'ont fait.

A Paris, l'accouchement simple bénéficie du coefficient 40 ; l'accouchement avec forceps ou version, du coefficient 48 ; la délivrance artificielle, sur appel de la sage-femme, du coefficient 20....

Dans le Lot-et-Garonne, l'accouchement simple bénéficie du coefficient 30 ; l'accouchement dystocique, avec délivrance artificielle, du coefficient 40 ; l'incision du col, du coefficient 10, etc.

En Seine-et-Marne, l'accouchement simple bénéficie du coefficient 80, mais avec un chiffre clé de 5 francs seulement ; la délivrance artificielle seule, du coefficient 40 (même chiffre clé...)

Il semble, dans ces conditions, que rien ne devrait être plus facile que d'établir une feuille maternité, de manière à ce que l'accouchée fût remboursée par sa Caisse d'une somme obtenue par la multiplication du chiffre clé de celle-ci par le coefficient adopté par les syndicats. Ce chiffre clé étant de 12 francs par exemple, un accouchement normal donnerait lieu au remboursement de 480 francs à Paris, moins la retenue légale de 15 ou 20 %, selon la catégorie de l'assurée.

Il n'en est rien.

Sur ces entrefaites est intervenue, en effet, une circulaire ministérielle du 21 mars 1931, indiquant que les Caisses adopteraient un tarif forfaitaire qui comporterait une majoration de 20 à 50 %, lorsqu'il s'agirait d'un accouchement anormal, motivant à l'occasion l'appel d'un médecin par la sage-femme.

Mais cette circulaire ne dit pas quand la majoration sera de 20 %, quand de 50 %. Il faut, pour s'y reconnaître, se reporter à une réponse ministérielle, publiée au *Journal officiel* du 29 janvier 1932 et reproduite dans le *Concours Médical* du 14 février suivant. Il en résulte que la majoration de 20 % joue quand l'accouchement anormal a été *en totalité* pratiqué par *le même* praticien ; la majoration de 50 %, quand le médecin n'est intervenu que sur appel d'une sage-femme.

Il est bien établi, qu'en régime d'entente directe, chaque praticien se fait honorer selon son propre tarif, et que la Caisse se borne à effectuer un remboursement calculé d'après le sien. Et alors, on peut se demander comment ce remboursement sera calculé si deux praticiens (sage-femme et médecin) sont intervenus. La réponse ministérielle précitée l'indique : « la Caisse doit rembourser les honoraires payés à ces deux praticiens, *globalement* si l'intervention du médecin est de *pratique courante.* »

Donc, qu'il s'agisse d'un forceps, à quelque étage que ce soit de la filière génitale, d'une version, d'une délivrance artificielle... un seul remboursement à l'assurée, invariable.

Ce n'est que dans le cas où l'intervention du médecin est de celles qui figurent dans la nouvelle nomenclature chirurgicale et spéciale (césarienne, embryotomies, hystérectomies....) que le remboursement sera plus élevé et calculé de la manière suivante :

La sage-femme remplira la feuille maternité. Le médecin accoucheur remplira la feuille soins chirurgicaux et spéciaux, qui aura été demandée à la Caisse quand la nature de son intervention aura été déterminée. La sage-femme indiquera simplement ACC. L'accoucheur indiquera le coefficient de l'acte qu'il aura accompli. Cela semble résulter en effet de la réponse ministérielle à laquelle je me réfère et qui s'exprime ainsi : « La Caisse doit rembourser les honoraires payés à ces deux praticiens..... *séparément,* si l'intervention rentre dans les actes de chirurgie et de spécialités, sur la base du forfait sans majoration, pour les honoraires de la sage-femme, et du chiffre clé applicable à la nomenclature des spécialités, pour les honoraires du médecin. »

Quand le médecin a effectué *seul* l'accouchement, la majoration du prix forfaitaire, en cas de forceps, par exemple, n'est que de 20 %.

Bien que les rapports entre Caisses et assurés touchant le règlement des prestations en nature, ne concernent pas les médecins, qui sont placés sous le régime de l'entente directe, ils ne peuvent cependant pas ignorer, ils doivent même savoir comment s'effectue ce réglement. Et c'est tellement vrai, ainsi qu'on le verra plus loin, que nous sommes fréquemment consultés à ce sujet par des confrères qui sont embarrassés pour établir la feuille réglementaire, et se demandent combien leur cliente touchera de sa Caisse.

Or, j'ai déjà dit, et je répète que la circulaire du 31 mars 1931 et la réponse ministérielle du 29 janvier 1932 sont parfaitement contraires à l'esprit de la loi, en ce qui concerne les prestations en nature, et leur remboursement par les Caisses, dans les limites de leur responsabilité.

L'adoption d'un forfait invariable, quel que soit le cas, est en outre, contraire à l'équité.

La base du fonctionnement de la loi, concernant les soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, est la convention qui lie les Syndicats aux Caisses. Cette convention fait état d'une tarification résultant de la multiplication d'un chiffre clé, *variable,* selon les régions, selon les Caisses, selon les Syndicats, par un *coefficient invariable.* Le chiffre clé change ; le coefficient ne change pas : il est commun aux Syndicats et aux Caisses. Peut-on considérer, dès lors, comme une interprétation saine de la loi, et de ces dispositions particulières, le remplacement par les Caisses du calcul précité, par un forfait univoque ?

Non ; cent et mille fois non....

C'est d'ailleurs inéquitable. Une application de forceps à la vulve est infiniment moins difficile qu'une application au détroit supérieur. Une version podalique est une intervention grave, où la vie de l'enfant est souvent compromise. Il va sans dire que les honoraires du médecin varieront selon la gravité du cas et la difficulté de son traitement. Dans le Lot-et-Garonne, les honoraires du forceps à la vulve sont de 600 francs ; ceux du forceps au détroit supérieur, de 750 francs. Or, l'accouchée qui aura honoré son médecin à 750 francs recevra de sa Caisse le même remboursement que sa voisine, qui n'aura déboursé que 600 francs....

D'autre part, faut-il comprendre que, quelles que soient les autres interventions accessoires qui pourront être pratiquées, dilatation manuelle du col, ou incision du col, (pisiotomie, délivrance artificielle, périnéorrhaphie immédiate pour déchirure simple de la fourchette, la Caisse effectuera toujours son remboursement sur les bases du seul forfait, ainsi qu'un exemple récent, que je rapporterai plus loin, l'établit ?

Je ne puis l'admettre davantage.

Il faudrait donc en revenir au principe même de la tarification des divers actes médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, tel que je l'ai rappelé. Les coefficients existent ; chaque syndicat a adopté ceux qu'il a jugés bons pour la pratique courante, et ils sont annexés à la convention Syndicat-Caisse. C'est par la multiplication du chiffre clé de la Caisse par ces coefficients que devrait être calculée sa part de remboursement.

Mais il n'y a pas, dans un accouchement, que des interventions simples ou compliquées, il y a une présence permanente auprès de la parturiente, qui est parfois très longue.... Si une sage-femme, ou un médecin, sont demeurés huit, dix, douze heures à ses côtés, sans réussir à la délivrer, et qu'elle ait été finalement transportée dans une maternité, publique ou privée, elle n'en devra pas moins une légitime rémunération à ce médecin, à cette sage-femme. Dans quelle mesure la Caisse lui en tiendra-t-elle compte ? C'est encore un côté de la question qui mérite d'être étudié et réformé, si les solutions actuelles sont injustes.

Les assurés sociaux ne sont ni des indigents, ni des bénéficiaires de soins médicaux à la charge d'un tiers. Les coti ations qu'ils versent, et que versent pour eux leurs employeurs, représentent des sommes tellement importantes, et supérieures aux risques, qu'il est avéré que les Caisses réalisent d'impressionnants bénéfices. Dans ces conditions, ces assurés *ont droit* à une contribution, dans les frais qu'ils supportent, qui doit leur demeurer parallèle si j'ose dire, et s'en rapprochant de telle sorte que la différence qui restera à leur charge soit frénatrice d'abus possibles, sans atteindre des chiffres excessifs, ainsi que cela se produit trop souvent.

Comment, dès lors, doivent être établies les feuilles assurance-maternité selon les divers cas qui peuvent se présenter ? Après mûre réflexion, et pour mettre fin au flottement qui s'est manifesté dans les réponses que j'ai pu faire directement à des confrères embarrassés, je suis d'avis que tous les actes accomplis au cours de l'accouchement doivent être portés sur cette feuille, selon leur rubrique générale (CHI.-OBST.) et avec leur coefficient. Si l'accouchée trouve que le remboursement qui lui est fait est inéquitable, eu égard aux honoraires qu'elle a déboursés personnellement, elle se pourvoira contre la décision de sa Caisse devant la Commission cantonale d'abord, devant le Tribunal civil ensuite.

C'est aux assurés qu'il appartient en effet de défendre leurs droits ; mais leurs médecins ne sauraient demeurer insensibles à leur sort, et il paraît juste et utile qu'ils les aident, en les conseillant opportunément.

***

Voici le premier cas qui a motivé cette chronique :

Femme enceinte de huit mois, en état de misère physiologique, accouchant prématurément, dans un état général alarmant : lypothymies, pouls à 150, température à 39°. (1) Le médecin appelé le premier demande un confrère pour l'assister. Dilatation bimanuelle très longue, à laquelle les deux médecins mirent alternativement la main. Extraction au forceps d'un enfant mort.

*Solution.* — Les deux médecins inscriront leur nom sur la feuille, et signeront, respectivement, dans les deux colonnes réservées à cet effet : 1° prestations fournies ; 2°) attestation des honoraires reçus.

La rubrique peut être ACC. (Accouchement) ou OBST. (Obstétrique). Le coefficient a dû être arrêté par chaque Syndicat et introduit, en annexe, dans la convention.

Ce coefficient étant variable, selon les régions, les chiffres que j'emploie ne sont là que pour la clarté de mon exposition.

Voici, dès lors, l'énumération des prestations fournies, telles que je conseille de les inscrire :

Consultation avec un confrère, Obst. × 2 ;
Dilatation bimanuelle, Obst. × 10 ;
Forceps dans l'excavation, Obst. × 40.

***

Le deuxième cas est beaucoup plus compliqué.

Une sage-femme séjourne auprès de la parturiente de 8 heures à 20 heures. Un médecin est appelé, à 5 kilomètres de là, à 20 heures.

Il fait cinq tentatives infructueuses d'application de forceps. La parturiente est transportée dans un *quartier privé* de l'hôpital de la ville voisine. Elle y séjournera vingt jours, après avoir été délivrée sous anesthésie, par une application de forceps au détroit supérieur, avec une déchirure du périnée ayant nécessité quelques points de suture.

Combien croyez-vous que la Caisse offre comme remboursement de sa part de responsabilité

(1) Les soins spéciaux réclamés par l'état pathologique de cette parturiente ne sont pas envisagés ici, mon correspondant n'en ayant pas parlé. G. D.

dans cette circonstance ? Tenez-vous bien ! ! ! TROIS CENT QUATRE VINGT DIX-NEUF FRANCS CINQUANTE (399 fr. 50) ainsi détaillés :

| | |
|---|---|
| Médecin...................... | 19 ,50 |
| Hospitalisation : vingt journées à 19 francs.................. | 380 , » |
| | 399 ,50 |

Cette assurée a dû honorer sa sage-femme, le premier médecin qui est intervenu sans résultat, l'accoucheur.... De tout cela, la Caisse ne tient aucun compte, son offre de 19 fr. 50 étant particulièrement dérisoire.

Ce cas est complexe, évidemment. Il faut distinguer, en effet, entre les soins donnés au domicile de l'assurée et les soins au quartier privé de l'hôpital.

A domicile ? Une sage-femme et un médecin sont intervenus, et devaient être rémunérés *au moins* du temps qu'ils ont passé auprès d'elle et de leurs efforts. Ils l'ont été, dans des proportions raisonnables. La Caisse DOIT en tenir compte à son affiliée.

*Solution.* — Une feuille maternité devrait porter, à mon sens, le nom de cette sage-femme et de ce médecin, et définir les prestations fournies par eux par un nombre de visites à déterminer, qui ne devrait pas être inférieur à 5 pour chacun d'eux. Si les nomenclatures de pratique courante et de spécialités sont muettes sur ce sujet de la surveillance prolongée et de sa rémunération, qui existe dans le tarif des accidents du travail, il ne s'ensuit pas qu'il ne doive pas en être tenu compte. Les nomenclatures ne sont pas, ne peuvent pas être limitatives ; elles ne sont qu'énonciatives et il y a place, à la suite, pour telles circonstances que l'on n'a pas prévues, mais qui n'en méritent pas moins d'être prises en considération.

Les frais de transport à l'hôpital doivent être supportés, au moins pour partie, par la Caisse ainsi qu'il résulte de l'article 34 du règlement type intérieur.

A l'hôpital ? Il s'agit d'un quartier réservé, *payant*, où le prix de journée est de 35 francs, *non compris* les honoraires médicaux, à telles enseignes qu'ils ont été réglés à l'accoucheur, à part.

D'ailleurs, la loi est formelle, en son article 6 §2 : « En cas d'hospitalisation les frais à supporter par la Caisse, *abstraction faite des honoraires médicaux*..... » La Circulaire du 21 mars 1931 énonce elle-même: « En cas d'hospitalisation dans un établissement ayant contracté avec la Caisse.... les frais d'hospitalisation seront payés au prix de journée fixé pour la médecine. Toutefois, ces frais peuvent être l'objet d'un prix de journée différent de celui adopté pour la médecine, mais inférieur à celui de chirurgie.... » Et plus loin : « Aux frais d'hospitalisation ainsi payés s'ajoutera la part contributive de la Caisse dans le montant des *honoraires médicaux*. Ces honoraires seront payés par journée d'hospitalisation, un tarif spécial pouvant d'ailleurs être adopté pour la maternité.... Il pourra également être fait application, dans les hôpitaux publics des villes autres que celles où il existe une faculté, du chiffre clé.... »

Ici, il faut laisser de côté la circulaire du 27 mars et se reporter à celle du 1er octobre 1931. Aux termes de celle-ci, l'entente directe entre assuré hospitalisé et médecin est possible *dans les quartiers ou pavillons séparés, ouverts aux malades payants.*

C'est ce qui s'est passé dans le cas envisagé, la parturiente ayant été admise dans un quartier réservé d'hôpital où elle payait un prix de journée de 35 francs, et ayant en outre réglé *directement* à son accoucheur ses honoraires.

Il faudrait évidemment connaître la convention passée entre les Caisses d'assurances et cet établissement hospitalier pour être renseigné sur le quantum du prix de journée à rembourser par elles. Mais, à défaut de ce renseignement, fort de la circulaire évoquée, et des faits acquis : droit à l'entente directe dans un quartier réservé d'hôpital ; paiement par l'intéressée : 1° de son hospitalisation à raison de 35 francs par jour, et 2° des honoraires de son accouchement, — je prétends que la Caisse doit lui rembourser : 1° sa part dans lesdits frais d'hospitalisation ; 2° sa part dans les frais médicaux de son accouchement, auquel ont coopéré une sage-femme, un premier médecin, un deuxième médecin accoucheur ; 3° sa part dans les frais de tranport à l'hôpital.

Il n'est pas possible qu'une assurée qui a déboursé un total de 2.000 francs, environ, n'obtienne qu'un remboursement de 400 francs à peine, soit d'un cinquième : ce serait de l'abus et de l'exploitation de la part de la Caisse ; c'est inadmissible quand il est raisonnable et logique d'évaluer de 900 à 1.000 francs au moins cette part de responsabilité.

Si un accord amiable est impossible avec la Caisse, par l'intermédiaire du médecin contrôleur de celle-ci, je suis d'avis que l'intéressée porte ce débat devant la Commission cantonale d'abord, ensuite devant le Tribunal civil.

G. DUCHESNE.

## LIGUE MEDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

### (Sou médical)

*Rapport du Secrétaire général*

(*suite et fin*) (1)

**C. Cas divers.**

Dans ce rapport, nous devons nous limiter et donner brièvement un aperçu de la vie intense de notre Ligue, au cours de chaque année. Aussi, allons-nous simplement indiquer d'autres chapitres de la protection que le Sou médical accorde à ses adhérents, ce que ne peut absolument pas faire une assurance contre la seule responsabilité.

*a*) Réputation professionnelle

La dernière période électorale a provoqué des conflits entre médecins et candidats politiques ; des articles de journaux ont fréquemment envenimé les choses ; mais combien difficile est de rapporter la preuve du dénigrement, ou de la diffamation, lorsqu'il ne faut s'appuyer que sur des simples témoignages ! Néanmoins, nous nous sommes occupés cette année, de plusieurs procès contre des maires, voire même contre un député, contre des journaux, contre des agents d'assurances, contre un pharmacien, cependant que nous avons été dans la nécessité d'aider un de nos adhérents, poursuivi lui-même pour des propos imprudents.

*b*) Les loyers

Sur de très nombreux litiges, peu doivent cependant être soumis à justice : notre service technique est assez heureux, par une judicieuse consultation, d'éviter des conflits entre médecins et propriétaires. Cependant, il nous a fallu suivre soit devant les juges du premier degré soit devant la commission supérieure de cassation, des litiges à propos de la durée, ou du droit de prorogation, du prix limite du loyer, de la reprise du logis professionnel, par le propriétaire.

Nous avons dû également étudier avec nos avocats conseils la question des troubles de jouissance, soit que le médecin radiologue gêne, par ses appareils, le fonctionnement d'une installation voisine de T. S. F., soit que le praticien soit incommodé dans l'exercice de sa profession par un voisin trop bruyant, usine à moteurs trépidants, bals ou cinéma, troublant la tranquillité publique.

(1) *Concours médical*, n° 44.

*c*) Exercice illégal

Bien qu'il soit très difficile d'obtenir une condamnation efficace contre les charlatans de la médecine, notre Ligue a cependant aidé quelques syndicats, dans la proportion de ceux de leurs membres qui sont adhérents au Sou médical, pour poursuivre des illégaux devant les tribunaux répressifs. Et des condamnations devant le tribunal correctionnel, ou en appel avec octroi de dommages-intérêts ont été obtenues cette année.

Dans un cas, les confrères poursuivaient un médecin, qui ayant installé un second cabinet, dans une autre localité, avait placé un étudiant en médecine, lequel faisait ainsi de l'exercice illégal.

*d*) Les arbitrages

Pour éviter des procès entre confrères et empêcher d'étaler devant la malignité publique des prétoires les conflits entre médecins, le Sou s'est maintes fois entremis pour constituer un arbitrage.

Entre confrères, ce sont surtout des litiges à l'occasion des cessions de clientèle, de remplacement, honoraires pour soins donnés à un confrère, liquidation d'une association médicale, ou avec un mécanicien dentiste. Parfois même, notre Ligue s'est entremise pour aplanir un conflit entre un syndiqué et le bureau de son syndicat.

**II. Litiges de responsabilité professionnelle.**

La revue rapide des conflits nombreux, dont notre Ligue a dû s'occuper, en dehors de toute mise en cause de la responsabilité professionnelle, prouve surabondamment la différence qui existe entre le Sou médical et les compagnies d'assurances : ces dernières ne couvrent que les procès suivants, à l'exclusion absolue de tous ceux qui précèdent.

C'est surtout à l'occasion de l'envoi d'une note d'honoraires que le client réagit par intimidation ; il menace le praticien de poursuivre, pour prétendue responsabilité, si ce dernier persiste à réclamer ce qui lui est dû.

A côté de cela, signalons les erreurs commises par quelques praticiens, qui se croient autorisés à manier certains appareils plus ou moins dan-

gereux et qui, sans études approfondies, font de la diathermie, ou utilisent d'autres agents physiques, sans en avoir une pratique spécialisée.

Notons encore ce sans gêne de quelques-uns : leur arrive-t-il un ennui, ils conseillent au plaignant de s'adresser directement à leur assureur. Parfois même, ils fixent avec le malade une indemnité forfaitaire, puis se tournent vers celui qui les garantit, en disant : « l'assurance est faite pour payer. »

Nous ne saurions trop nous élever contre de pareils procédés, surtout pour la sécurité de nos confrères eux-mêmes. Si les malades prennent l'habitude de faire payer par l'assurance tout dommage prétendu, l'exemple sera contagieux et chaque client trouvera un motif quelconque, un prétexte pour réclamer une indemnisation au lieu de payer les honoraires pour soins donnés.

Que de fois notre Ligue s'est-elle refusée à toute conversation avec le plaignant, qui, devant cette attitude énergique, renonce à un procès plus ou moins hasardeux.

Nous ne saurions trop recommander également à nos confrères de ne pas hésiter à recourir actuellement à tous les procédés d'investigations et de diagnostic ; je fais principalement allusion à l'examen radiologique de toute fracture ou luxation supposée : nombre de procès ont été intentés, le diagnostic clinique n'ayant pas été contrôlé par la radiographie.

Prudence encore et circonspection, en ce qui concerne la délivrance de certificats d'internement : quatre cas, cette année, démontrent la valeur de notre conseil.

Surveillons nos aides, choisissons bien nos remplaçants, car commettent-ils une faute professionnelle, le praticien peut être en même temps qu'eux poursuivi en responsabilité civile.

Le gros effort de notre Ligue consiste, en matière de responsabilité, à assister notre confrère devant l'expertise : il est indispensable que juridiquement et scientifiquement, l'adhérent du Sou soit défendu, lorsque les experts, désignés par le tribunal, ont à connaître de la plainte. Maintes fois, nous avons été assez heureux pour faire admettre, au cours de l'expertise, qu'aucune faute ne saurait être retenue à l'encontre du praticien.

**Conclusions.**

Ce rapide exposé de l'activité de notre Ligue, au cours de l'année écoulée, a pour but, non seulement de tracer un tableau très bref des nombreux dossiers juridiques et judiciaires, qui nous ont été confiés, mais aussi de nous demander pourquoi le nombre des membres du Sou médical n'est pas plus considérable.

Etre garanti contre la seule responsabilité professionnelle, c'est très bien, mais c'est insuffisant. La compagnie d'assurances ne s'occupe que des litiges qui sont nés et qui font l'objet d'une plainte déposée devant les tribunaux.

Mais elle laisse complètement en dehors de son activité tous les autres conflits professionnels, qui, dans notre exposé, ont constitué la première partie , la plus considérable de notre rapport.

Signalons de plus que l'assurance est parfaitement en droit de faire passer ses propres intérêts pécuniaires, avant ceux de la profession tout entière. Elle acceptera souvent une transaction ; elle paiera même la condamnation de première instance, ne se souciant pas d'interjeter appel, pour faire ainsi l'économie d'un nouveau procès.

Au contraire, administrée par des médecins, notre Ligue tient non seulement à sauvegarder l'intérêt immédiat et direct de chacun de ses adhérents, mais encore à faire de la prophylaxie, en ce qui concerne la tranquillité de tout le Corps médical. Un procès soutenu devant toutes les juridictions démontre à nos adversaires que nous ne reculons ni devant les dépenses, ni devant les problèmes judiciaires, jusque devant la Cour de cassation, si besoin en est.

Ce présent rapport tient également à démontrer que de plus en plus, le médecin a contre lui, comme adversaire, non pas une individualité, son client, mais une collectivité qui parle au nom de ce dernier, ou à l'occasion des soins donnés.

A collectivité doit s'opposer une autre collectivité, sinon le médecin, resté isolé, doit certainement être écrasé.

L'associationnisme devient obligatoire, dans une société qui tend progressivement vers un socialisme d'Etat : nous croyons avoir fait de notre mieux pour faire respecter les droits de nos adhérents.

Dr Paul BOUDIN.

## REFUS DE CONSULTATION ENTRE PRATICIENS

*Un médecin a toujours le droit de refuser de se rencontrer en consultation avec un confrère ; mais il doit s'abstenir de tout propos désobligeant à l'endroit de ce dernier.*
*Le malade doit conserver absolu son droit au libre choix du praticien.*

A mon syndicat, j'ai quelques confrères qui ont entre eux un désaccord irréductible.

Il me semble que s'ils sont demandés pour une consultation ensemble, on ne peut l'exiger d'eux. Evidemment, dans ce cas-là, le médecin traitant devra s'éliminer ou sera éliminé bien souvent.

Si on ne peut exiger l'acceptation d'une consultation, le confrère qui prend la place du médecin traitant, ou bien le médecin traitant qui refuse une consultation avec un confrère pour désaccord personnel, doivent :

1° Exiger le paiement des honoraires dus (médecin traitant évincé) ;

2° S'abstenir de toute critique ;

3° Appliquer les prix syndicaux.

Dr L.

### Réponse

Un médecin est toujours libre de se refuser à soigner un malade, ou à venir en consultation avec un confrère. S'il est le médecin traitant, il peut également ne pas accepter une consultation avec le praticien, réclamé par le malade, ou son entourage.

Dans le premier cas, s'il ne soigne pas le client, il est libre de ne pas intervenir dans un traitement, par une consultation avec le praticien traitant.

Est-il le médecin du malade ? Il risque d'être remercié et remplacé, si le malade exige d'être examiné par le praticien que son docteur se refuse à rencontrer au chevet du patient.

Mais, cette liberté d'action est dominée par l'obligation de ne pas accompagner son refus par des propos désobligeants, comme de ne pas indiquer les motifs qui, même vrais, ne doivent pas être connus du public.

Ainsi, serait condamné par les tribunaux civils, le praticien qui, refusant la consultation avec le Docteur X., ferait connaître au malade que ce praticien, a été par exemple, exclu du syndicat.

D'autre part, le malade doit conserver absolu son droit au libre choix du praticien, qui doit le soigner. Par conséquent, si le médecin traitant refuse le Docteur X. en consultation, sans faire connaître — comme il le doit — les motifs de son refus, le malade est libre de se passer des soins du premier praticien, pour désormais se faire soigner par le second.

Contre ce droit, nous ne pouvons rien ; mais le nouveau praticien, qui prend ainsi la place d'un confrère, doit à son tour s'abstenir de tout propos désobligeant, vis-à-vis de son prédécesseur.

Il n'a pas à EXIGER le règlement des honoraires de son prédécesseur ; mais il doit engager vivement ceux qui l'ont appelé à le faire le plus tôt possible.

Surtout, n'oublions pas que les conflits entre confrères proviennent de racontars de ces bons clients qui, cités ensuite comme témoins, s'empressent de perdre la mémoire, ou de démentir tout ce qu'ils ont raconté, pour brouiller les praticiens entre eux.

Soyons donc prudents, méfiants même, avant d'accorder un crédit quelconque aux propos désobligeants que tel confrère serait accusé d'avoir colportés sur nous-même.

Dr Paul BOUDIN.

## LE TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES DE CLÉOPATRE

### Son caractère et son intérêt

Par Albert GARRIGUES.

Au VIIe ou au VIIIe siècle de notre ère, un médecin du nom de Cléopâtre, — peut-être une *medica*, — écrivit en latin le recueil auquel la tradition a imposé le nom de *Traité des maladies des femmes de Cléopâtre*. L'œuvre eut son instant de vogue au Moyen Age, et Trota de Salerne (1) en fait mention. Mais cet instant fut court, cette vogue éphémère ; et, s'il est vrai que nos plus anciens manuscrits de Trota (XIIIe siècle) redisent le nom de Cléopâtre, ce nom disparaît des copies de ces mêmes manuscrits faites plus tard ; là, dès le XIVe siècle, les écrits hippocratiques sont seuls mentionnés. L'oubli vint si vite que *Experimentarius medicinæ* (1) qui réunit, en 1544,

(1) Cf. *L'Association médicale*, n° 6, juin 1931 ; *Nord Médical*, n° 752, 15 juin 1931 ; *Art médical*, n° 121, 31 juillet 1931.

(1) Un vol. in-fol., J. Schott, Strasbourg, 1544 (*Bib. Nat.*, T. 22/14).

Trotula, Oct. Horatien (Théodore Priscien), Hildegarde, Oribase, Théodore, voire Esculape (un faux Esculape, bien entendu), a négligé l'œuvre de Cléopâtre.

Pourtant, lorsque Volf dans le même temps (1) publia ses *Gynæciorum libri* (2), il fit entrer Cléopâtre dans une *Harmonie* de lieux parallèles à côté de Moschion, de Priscien, de Théodore Priscien et du *Liber matricis*. Trente et un ans plus tard, cette *Harmonie* fut rééditée dans les *Gynæcia* d'Is. Spachius (3), mais sans changement, parce que les vieux auteurs dont elle était formée n'avaient pas inspiré grand intérêt à Spachius, parce que, en particulier pour Cléopâtre, Volf avait essayé en vain de ranimer la flamme de son souvenir. L'*Harmonie* n'avait été qu'un dernier éclat ; puis, cette flamme s'était éteinte.

Siebold, qui a écrit, au siècle dernier, une histoire de l'obstétricie (4), ne connaît pas Cléopâtre ; et, si son nom se retrouve dans quiques ouvrages modernes (5), c'est moins à propos du *Traité des maladies des femmes* qu'à cause des confusions qu'on fit autrefois entre son auteur médiéval et Cléopâtre VI, reine d'Egypte.

Pareil oubli de l'œuvre n'est pas tout à fait immérité. Et d'abord, on lui fit trop d'honneur, en le donnant comme un *traité*, car rien ne ressemble moins à un traité que le recueil de Cléopâtre.

Nulle doctrine médicale ne l'inspire, et Volf en administre la meilleure preuve. L'érudit zurichois, groupant des ouvrages d'un temps où Soranus et sa théorie méthodiste du *laxum* et du *strictum* régnaient encore, divisa son *Harmonie* en deux parties : *hoc est in eos qui per stricturam et in eos qui per fluxum fiunt* (1). Il nous dit bien qu'il s'inspire en cela de Moschion et de Cléopâtre eux-mêmes ; mais, en réalité, pour ce qui est de Cléopâtre et de la division que celui-ci fit de son traité, il n'y paraît rien. Dans chacune des parties de l'*Harmonie* voisinent, en effet, des textes empruntés *indifféremment* au premier comme au second livre de Cléopâtre. Bien plus, on rencontre dans cette *Harmonie* d'identiques formules prises *à la fois* aux deux parties de Cléopâtre, parce que ces formules étaient répétées deux fois dans le traité et classées là, d'abord dans sa première moitié, puis dans la seconde (2).

Aucune pensée doctrinale ne paraît donc avoir inspiré la division de l'œuvre de Cléopâtre. Ceci seulement en distingue les deux parties que, dans la première, qui est la plus importante, les emprunts à Moschion, à Priscien, et au *Liber matricis* abondent, tandis qu'il n'y en a plus guère que trois (3), dans la seconde, qui donne l'impression d'un résidu de formules réunies après coup.

D'autre part, ce qui fait pour nous un traité, ce sont surtout les indications étiologiques, sémiotiques et cliniques. Or, Cléopâtre est de tout cela remarquablement pauvre. Certes, on rencontre bien, de ci de là, quelques-unes de ces indications, mais presque partout elles sont empruntées (4) ; et le texte emprunté ne gagne pas toujours à passer dans les manuscrits de Cléopâtre. C'est ainsi, par exemple, que lorsque Moschion indique que la rétroversion peut gêner l'émission des matières et des gaz (5), Cléopâtre traduit que les selles sont expulsées avec des vents, ou encore que, à propos de la stérilité de l'homme, Moschion accuse ce dernier, parfois *luxuria sua, frequenti usu venereo enervatus sit et sine viribus*, tandis que le copiste de Cléopâtre écrit : *luxuria sua frequentius venerit cum inebriatus sit* (6).

Les passages ayant un intérêt de cet ordre et revenant en propre à Cléopâtre sont exceptionnels ; et encore ne sommes-nous pas toujours bien assurés qu'ils lui appartiennent en réalité ; car,

(1) En 1566 pour la première édition. Une seconde édition parut à Bâle en in-4° ; le 1er vol. chez Th. Guarinus en 1586 ; le 2e et le 3e à la même date chez Walkirch ; le dernier par les soins du même éditeur, mais en 1588 (*Bib. de la F. de Méd. de Paris*, n° 47740).

(2) *Gynæciorum, hoc est de mulierum tum aliis, tum gravidarum parientium et puerperarum affectibus et morbis, libri veterum ac recentiorum aliquot*, in-4°, Th. Guarinus, Bâle, 1566 (*Bib. Nat.*, Td. 35 /8. *Bib. F. de M. Paris*, n° 555.46.

(3) *Gynæciorum sive de mulierum tum communibus, tum gravidarum parientium et puerperarum affectibus et morbis, libri Græcorum, Arabum, Latinorum veterum et recentium quotquot extant*, in-fol. L. Zetzner, Strasbourg, 1597 (*Bib. Nat.*, Td. 35 /10). Les indications paginales données dans le présent article renvoient à cette édition de l'*Harmonie*.

(4) Siebold. — *Essai d'une histoire de l'obstétricie*, traduction française et notes de F. J. Herrgott, 3 vol. in-8°. Paris, 1891 (*Bib. Nat.*, Te. 120 /8 *bis*).

(5) Surtout dans ceux qui se sont intéressés de façon particulière aux femmes médecins : Delacoux (*Biographie des sages-femmes célèbres*, in-4°, Paris, 1833. *Bib. F. d. M. de P.*, 23846) ; A. Rebierre (*Les femmes dans la science*, in-8°, Nony, Paris, 1897) ; M. Baudouin (*Femmes médecins d'autrefois*, in-12, Rousset, Paris, 1906) ; M. Lipinska (*Histoire des femmes médecins*, Thèse de Paris, in-8°, Jacques, Paris, 1900 et *Les femmes et le progrès des sciences médicales*, in-8°, Masson, Paris, 1930.)

(1) Volf. — *Gynæciorum libri*, Lettre dédicatoire à J. Funck et à M. Wolff.

(2) Cf. *Harmonie* : Partie I, chap. III, p. 2 ; chap. IV, p. 5 ; chap. VI, p. 6 ; chap. VII, p. 7 ; Partie II, chap. II, p. 22 ; chap. IX, p. 27 et p. 28 ; chap. XIV, p. 29 ; chap. XXII, p. 34.

(3) Deux à Priscien : *Harmonie* : partie I, chap. IV, p. 5 et partie II chap. XXV, p. 35. Un au *Liber matricis* : *Harmonie* : partie II, chap. XXXVI, p. 40.

(4) Par exemple : 1° à Moschion : *Harmonie* : partie I, chap. III, p. 2 ; chap. VII, p. 7 ; partie II, chap. V, p. 24 ; chap. VII, p. 24 ; chap. VIII, p. 26 ; chap. IX, p. 27 ; chap. XX, p. 32 ; chap. XXI, p. 33 ; chap. XXXI, p. 37 ; chap. XXXIII, p. 36 ; 2° à Priscien : *Harmonie* : partie I, chap. IV, p. 5 ; partie II, chap. X, p. 28 ; chap. XXV, p. 35 ; chap. XXXIII, p. 38 ; 3° au *Liber matricis* : *Harmonie* : partie I, chap. XVII, p. 14.

(5) *Harmonie* : partie II, chap. V, p. 24.

(6) *Harmonie* : partie I, chap. III, p. 2.

par exemple, telle indication clinique *ad retinendum semen et partum* (1) ou *de tumore vulvæ* (2), que l'*Harmonie* donne à Cléopâtre, ne sont pour la première qu'une mauvaise copie, pour la seconde qu'une transcription incomplète d'un pseudo-Théodore (3). Pour bien dire, je n'ai retrouvé que deux passages de Cléopâtre contenant des indications cliniques (4), et ces deux passages sont très courts et sans intérêt.

Du point de vue thérapeutique même, interventions gynécologiques ou manœuvres obstétricales originales font défaut. Peyrilhe a dit le contraire sur le second point. Il assure (5) que dans la présentation de la tête *et* des pieds, Moschion, conseillant de refouler ces derniers en fixant la tête pour extraire ensuite celle-ci, est inférieur à Cléopâtre recommandant d'amener les pieds et de terminer ainsi l'accouchement, ce qui est, ajoute Peyrilhe, *avoisiner beaucoup le précepte de retourner l'enfant.* C'est, en effet, la version moins le mot. Mais il s'en faut que les textes disent ce que Peyrilhe a lu. Il n'a connu Moschion, en 1780, que dans l'œuvre de Volf. Or, Cléopâtre n'a rien fourni aux chapitres XI (*de partu difficili*) et XII (*de juvando partu difficili*) de la première partie de son *Harmonie.* Il est donc impossible d'établir la comparaison que Peyrilhe a faite en faveur de Cléopâtre. Depuis lors, le passage qui l'a retenu a été rendu de différentes façons par les auteurs plus récents. Valentin Rose, qui a suivi une version latine des *Gynæcia* de Moschion, ne connaît que la première manœuvre indiquée par Peyrilhe (6), Mais Fr. J. Herrgott, traduisant pourtant Valentin Rose, a compris (7) : l'*accoucheuse peut repousser les pieds, laisser venir l'enfant par la tête*, ou l'*extraire par les pieds.* Il serait curieux de rechercher où Herrgott a trouvé cette fin de phrase qui n'existe pas dans l'original qu'il traduisait ; mais ne cherchons pas ; ici, il n'importe ; tout est que Cléopâtre n'y est pour rien.

Celui-ci, du reste, s'intéresse si peu à ce qui, dans l'œuvre de ses devanciers, nous retient, au contraire, davantage, que l'obstétrique, dans son recueil est, à dire vrai, sacrifiée, réduite qu'elle est à des détails d'une pratique de « bonne femme », — que la gynécologie elle-même n'est ni mieux, ni plus complètement traitée —, enfin qu'on chercherait en vain le nom de notre auteur dans les chapitres XX à XXIV qui terminent par la pédiatrie la première partie de l'*Harmonie* de Volf (1).

Aussi bien doit-on reconnaître que les prétentions de Cléopâtre étaient fort modestes. Il nous les dit dans une *Préface* : il n'a cherché, pour servir à la pratique de sa fille, qu'à faire une manière de formulaire de gynécologie et d'obstétrique, copiant Moschion (2), Priscien et *Liber matricis*, choisissant parmi les formules des trois auteurs celles que son expérience personnelle lui avait montrées les meilleures et y en ajoutant d'autres, soit empruntées à différents médecins qu'il ne cite pas, soit venant de son propre fonds. Il nous rappelle ainsi ces Madames Fouquet, qui n'ont manqué à aucun siècle pour constituer pareils recueils où les répétitions, les variations d'indications d'une même formule et les contradictions aussi abondent (3).

Les premières surtout sont ici fort nombreuses, soit qu'on prenne les formules communes à Cléopâtre et au pseudo-Moschion (4), soit qu'on s'en tienne à celles du seul Cléopâtre (5).

Pour les différences d'indications d'un même traitement, parfois, elles sont d'un faible degré ; ainsi pour deux formules conseillées tantôt pour provoquer l'expulsion du fœtus mort (6), et tan-

(1) *Harmonie* : partie I, chap. VI, p. 7.
(2) *Harmonie* : partie II, chap. IX, p. 27.
(3) VALENTIN ROSE. — *Theodori Prisciani libri IV*, in-8°, Teubner, Leipzig, 1894, p. 349 : *a*) § VII ; *b*) § VI.
(4) *Harmonie* : partie II, chap. XI, p. 29 ; chap. XXII, p. 34.
(5) PEYRILHE. — *Histoire de la chirurgie*, in-4°, Paris 1780, t. II, liv. V, p. 304.
(6) Valentin ROSE. — *Sorani Gynæciorum vetus translatio latina*, in-8°, Teubner, Leipzig, 1882, p. 88, § 23.
(7) Fr. J. HERRGOTT. — *Soranus d'Ephèse et Moschion*, in-8°, Berger Levrault, Nancy, 1895, p. 218.

(1) *Loco citato*, pp. 16 à 19.
(2) En réalité, non pas ce résumé de Soranus qui, sous forme de questionnaire, constitue notre *Traité des maladies des femmes*, dit de Moschion, mais les *additamenta* qui grossirent peu à peu les manuscrits de ce dernier, en particulier celui de Leyde (Cf. Valentin Rose : *Sorani Gynæciorum libri*, in-8°, Teubner, Leipzig, 1882, p. XVIII ; *additamenta* : pp. 120 à 128.)
(3) Cf. *Vie Médicale*, 10 mai 1932.
(4) Par exemple : Décoction diurétique : *Harmonie*, partie II, chap. II, p. 22 et chap. XXXVII, p. 41 (Pseudo-Moschion de Valentin Rose, : §60, p. 128). — Potion emménagogue, au besoin abortive : *Harmonie*, partie I, chap. VI, p. 6 et partie II, chap. II, p. 21 (Pseudo-Moschion : § 35, p. 125). — Pessaire émollient : *Harmonie*, partie II, chap. XIV, p. 29 et chap. XXXV, p. 40 (Pseudo-Moschion : § 20, p. 124). — Pessaire santi-prurigineux : *Harmonie*, partie II, chap. XX, p. 32 et chap. XXXI, p. 37 (Pseudo-Moschion, § 20, p. 123). — Pessaire contre les blessures récentes de l'utérus : *Harmonie*, partie II, chap. III, p. 23 et chap. XXXI, p. 37 (Pseudo-Moschion : § 48, p. 127). — Pessaires contre l'induration utérine : *a*) *Harmonie* : partie II, chap. XIV, p. 29 et chap. XXXV, p. 40 (Pseudo-Moschion : § 27, p. 124) ; *b*) *Harmonie*, partie II, chap. XIV, p. 30 et chap. XXXV, p. 40 (Pseudo-Moschion : § 14, p. 122). — Suppositoires vaginaux conceptionnels : *Harmonie*, partie I, chap. III, p. 2 et chap. IV, p. 4 (Pseudo-Moschion : § 42, p. 126).
(5) Par exemple, tel pessaire emménagogue à la fleur de nitre répété deux fois sur la même page (*Harmonie* : partie II, chap. II, p. 21) ; ou telle fomentation antiprurigineuse (*Harmonie* : partie II, chap. XXVII, p. 35 et chap. XXXII, p. 38 ; ou certain autre pessaire contre les tumeurs utérines (*Harmonie* : partie II, chap. IX, p. 27 et chap. XIV, p. 29) ; etc.
(6) *Harmonie* : partie I, chap. XVI, p. 14.

tôt comme abortives. Ailleurs, on les rencontre plus grandes ; par exemple, dans telles recettes indistinctement utilisables contre les tumeurs de l'utérus (1) ou simplement dans le coït douloureux (2). D'autres fois, elles sont très marquées, comme pour ce pessaire, commun au pseudo-Moschion et à Cléopâtre (3), ici, recommandé dans la métrite (4) et, là, en outre, contre la constipation (5).

Les contradictions enfin, pour être moins fréquentes, ne sont pas rares ; et l'une d'elles m'a frappé par ce qu'elle montre combien est médiocre le crédit qu'il faut accorder aussi bien à la valeur médicale de Cléopâtre qu'à son sens critique. Il s'agit de cet emploi des bonnes et des mauvaises odeurs qui fut jadis assez fréquent contre les déplacements de l'utérus (6). Suivant d'abord Priscien, Cléopâtre utilise les parfums agréables d'une part, de l'autre la corne ou la laine brûlée pour attirer ou faire, au contraire, s'enfuir la matrice et pour la remettre ainsi à sa place normale (7) ; mais, sur la même page, suivant à ce coup Moschion, il déclare que ce sont là recettes de bonne femme, *res importunissimæ* et *verba vana*.

Est-ce donc à dire que le recueil de Cléopâtre est de nul intérêt ? — Non certes, et telle conclusion serait précipitée et fausse.

Le premier que j'y vois est pour notre histoire particulière. L'œuvre, et plus encore l'auteur, ont posé des problèmes, que je n'ai pas abordés ici (1), mais dont l'étude a l'avantage de répandre un peu de lumière sur maints points obscurs de notre littérature médicale et sur plusieurs siècles assez mal connus.

Un second mérite du recueil est de nous avoir gardé dans ses divers manuscrits de nouvelles leçons des auteurs auxquels Cléopâtre empruntait. Il n'est pas sans profit, par exemple, de pouvoir comparer parfois tels passages douteux du pseudo-Moschion dans l'*Harmonie* de Volf et dans *Sorani vetus translatio* de Valentin Rose. Quant à Priscien, Cléopâtre fournit un texte qu'on a jusqu'ici négligé, qui mérite pourtant d'inspirer des recherches et qui réserve, je crois, à qui entreprendra ces dernières, une surprise heureuse.

Et même tout cela ne serait-il point, il resterait au formulaire de Cléopâtre un intérêt propre, que n'affaiblit pas le médiocre savoir de son auteur, que dis-je ? qui trouve peut-être dans cette médiocrité même une raison de nous retenir davantage. Tel quel, et mieux que les grands classiques antiques, le *Traité des maladies des femmes* de Cléopâtre nous découvre ce que fut la pratique gynécologique et obstétricale d'une sage-femme du Moyen-Age.

(1) *Harmonie* : partie II, chap. IX, p. 27.
(2) *Harmonie* : partie I, chap. IV, p. 5.
(3) Cf. le pseudo-Moschion de Valentin Rose, § 1, p. 120.
(4) *Harmonie* : partie II, chap. III, p. 23.
(5) *Harmonie* : partie II, chap. XXXV, p. 40.
(6) Obéissant à la même pensée théorique, Cléopâtre va même jusqu'à demander aux parfums de provoquer l'avortement (*Harmonie*, partie I, chap. VI, p. 6.)
(7) *Harmonie* : partie II, chap. VI, et chap. VII, p. 24.

1 (1) *Nord médical*, n° 772, 15 avril 1932 ; *Vie médicale*, 10 ; mai 1932 ; *Art médical*, 1932. *Association médicale*, 1932 ; *Concours médical*, 1932.

## LA PAGE SANS MEDECINE

*...Le signe de race de nos écrivains classiques est qu'ils écrivaient de même tous les jours et qu'ils n'étaient pas tantôt habillés, tantôt fagotés...*

(Abel HERMANT).

DCCXCVII. — Jérôme et Jean THARAUD. — **Les Bien-Aimées.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1932. 15 francs.

M. Hermant, entraîné par sa coutumière indulgence, suppose que les écrivains actuels sont quelquefois « *habillés* » et feint d'oublier qu'il en est nombre qui sont, tous les jours, hélas « *fagotés* ». Pour notre consolation ce « *signe de race* », cette belle écriture soutenue (dont il parle au passé : imparfait mélancolique !) n'est pas cependant un vestige d'hommes morts sans descendance. Notre langue a ses « *classiques* » parmi nos contemporains, parmi ceux quelquefois que l'Académie (ancrée à un superbe et grotesque entêtement de vieille dame !) s'obstine à ne pas accueillir. Ce fut longtemps le cas de M. Hermant (qui s'est terriblement vengé depuis en permettant le truffage de la Grammaire !) et après lui, maintenant, le cas des admirables écrivains qu'un malencontreux incident pathologique faillit arrêter à mi-roman. Le Docteur Desmarest, à qui le livre est dédié en a permis l'achèvement. Et voici, souriantes aux premières pages de leur livre, le plus jeune de leurs livres, ces vives et douces « *Bien-Aimées* ». Je ne vous redirai pas les qualités et la séduction du style des Tharaud : il vous suffit de vous reporter à la récente analyse de leur « *Paris-Saïgon* », parue sous cette même rubrique, et surtout de chercher dans votre mémoire les échos de leurs œuvres précédentes. Je ne vous ferai pas l'in-

jure de supposer que vous ne les avez pas lues. Mais hors cette similitude de perfection, de consciencieuse technique littéraire, peu d'analogies sont à retenir entre elles et la nouvelle fiction romancée, qu'ils consacrent à la description de l'aboulique jeunesse d'après-guerre. Une seule des héroïnes, au milieu de ce monde frivole, envisage avec un redoutable sérieux l'existence, et elle parvient, au bout de sa vie, tourmentée et finalement écrasée par un démenti collectif que s'acharnent à lui donner tous les espoirs, tout l'idéal, toute cette mirifique logique de sagesse qu'elle avait bâti comme un théorème et comme un rempart fragile autour de son bonheur. L'intrigue a cette légèreté de touche, cette finesse nue, cette sobre et lumineuse ordonnance, ces brusques dérobements qui sont de règle dans la réalité ; et qu'avec un art consommé de romanciers formés par une caustique observation les Tharaud conduisent de péripétie en péripétie jusqu'au drame amer de leur dénouement. Cela commence comme une riante journée de printemps avec des chansons et une juvénile gaieté autour de la pension de famille de Versailles ; puis dès l'Espagne s'amoncellent de noirs nuages d'orage et sur le Maroc, où se réfugient les amants «blancs», se déchaîne la catastrophe qui alourdit d'un profond pessimisme cette histoire anodinement et cruellement humaine. Cette mélancolie de l'œuvre, enjouée, comme tâtonnante, au début sous les fermes artifices, dont la masquent les écrivains, prend aux ultimes épisodes une gravité, une rigueur, une stoïque élévation, une noblesse de muet sacrifice. Parmi les œuvres solides qui marquent la physionomie d'une époque, celle-ci pourra compter au nombre des meilleures et, si la teinte un certain désenchantement, il n'en faut pas accuser les prestigieux artistes qui l'ont écrite, mais les falots personnages de notre temps, appliqués à la poursuite de leurs illusions ou menés en laisse par elles.

DCCXCVIII. — Henri BORDEAUX, de l'Académie française. **Sibylle,** ou le Dernier Amour. Roman. Un vol 12 × 19. *Editions Plon,* Paris, 1932. 15 francs.

Encore un roman du renoncement et très adroitement fidèle à la mièvrerie sentimentale de ce Second Empire, sous lequel se déroule cette touchante histoire d'amour. Le sujet est d'une pathétique simplicité. Il semble que le distingué romancier ait voulu chemin faisant opposer à nos désordres sentimentaux d'après-guerre cette claire et pure idylle ensanglantée par l'autre guerre, de 1870. Et dresser pour mieux nous faire sentir le désordre de notre psychologie amoureuse ce tableau paisible d'une grande passion aux prises avec la tristesse des armes.

DCCXCIX. — Abel HERMANT, de l'Académie française. **Ainsi parla Monsieur Lancelot.** Le Bon usage du français. Un vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel,* Paris, 1932. 15 francs.

Pur styliste, M. Lancelot rompt des lances chaque semaine contre les barbares coupables de lèse-grammaire. Il a réuni dans le présent volume les plus acerbes de ses « papiers ». Débarrassé de quelques chinoiseries syntaxiques, où le purisme indiscutable n'ajoute rien à la clarté et à la vivacité du style, ce recueil est d'une fort agréable lecture. L'esprit y est terriblement acéré. Mais, révérence parler, ce combat homérique autour de la « *Grammaire* » me fait penser au « *Lutrin* » d'illustre mais joyeuse mémoire.

DCCC. — Pierre HAMP. — **Dieu est le plus grand.** Tome III de « La Peine des Hommes ». Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion,* Paris, 1932, 12 francs.

Mieux encore que par les qualités du roman, ce robuste livre vaut par sa transcription d'une Afrique du Nord où la vie européenne apporta l'enchevêtrement de ses appétits et de ses intrigues économiques. La couleur locale est soutenue et donne un caractère de vie intense aux personnages et à la violence persévérante de leurs sentiments.

DCCCI. — Gérard SERVÈZE. — **Poèmes érotiques suivis d'Essais profanes et sacrés.** Un vol. 12 × 19. *Editions « La Renaissance du Livre »,* Paris 1932, 15 francs.

Les sept poèmes, par quoi commence le livre, ne sont pas aussi virulents que le laisserait craindre leur dénomination. Un long « *Amphytrion* » (39e du nom si Giraudoux a compté juste !) leur fait suite. Puis quelques études de rêves racontés. Et de juvéniles considérations réputées philosophiques et très justement dénommées « *Essais* ».

DCCCII. — Mabel KINGSTON et Michel ARGENTINE. — **Mamie.** Roman. *Ed. Figuière,* Paris, 1932, 8 francs.

Le médecin, personnage principal du livre, a tendances à s'évader du plan scientifique. Ses aventures s'en ressentent. Les plans métapsychiques où évolue sa pensée ont ce flou qu'en l'état actuel de nos connaissances il reste difficile de juger. Nous sommes ici en plein et fervent ésotérisme.

DCCCIII. — Miss EARHART. — **Plaisir des Ailes.** Un vol. 12 × 19 traduit de l'anglais par R. BRUA. *Editions de « La Nouvelle Revue Française »,* Paris, 1932, 12 francs.

Ce journal de la femme, qui traversa, seule sur son avion, l'Atlantique, est rédigé avec un flegme

superbe. Les préoccupations de littérature ne pèsent pas sur le livre. On y cherche à travers le cran de la célèbre aviatrice, trace des caractéristiques, qu'en notre vieille Europe, nous avons coutume de retrouver à la base des actes féminins. Cette courageuse humanité neuve, que mijote l'Amérique, est bien singulière et son matérialisme est d'une splendide assurance, qui me donne froid dans le dos, comme au temps où je croyais que le saltimbanque avalait réellement le sabre et le verre pilé, qui le paraient à mes yeux d'enfant d'un considérable prestige.

**Varia*****

Je voulais vous parler d'un vieux Giraudoux, retrouvé dans un coin de ma bibliothèque. Je l'ai reperdu : cela s'appelait les Aventures de « *Jérôme Bardini* » et j'en ai lu vingt pages à peine, le temps de regretter la disparition de mon livre enfoui sous quelque montagne de papier. Je suis navré car l'envol de ce prosaïque receveur de l'Enregistrement était délicieusement conté et la suite de son périple avait certainement le charme des œuvres du brillant et facétieux écrivain.

* Le « *Divan* » d'octobre contient d'Henri Martineau un article documenté sur la consolatrice de Delacroix. D'émouvants et trop courts poèmes d'André Payer. Une brève et dramatique nouvelle de François Bardin. De cocasses maximes, incisives et justes, de Dominique André. Une claire chronique bibliographique où il faut signaler la place faite aux publications touchant Stendhal et le spirituel pourchas par Pierre Lièvre des abondants emprunts faits à Corneille dans les publications récentes. Cet exercice littéraire suppose chez le subtil critique qui en fait son délassement mensuel une rare connaissance de l'œuvre cornélienne et un pouvoir de lecture qui tient du phénomène.

* Dans le « *Mercure de France* » du 15 octobre une curieuse méditation philosophique sur « *l'Ananké* ». Le résumé d'un ouvrage considérable du Docteur Paul Jacoby, d'où a été extrait ce qui touchait aux origines et aux révélations de Jeanne d'Arc. Des lettres et notes inédites de Pierre Louys. Un poème de Fontainas, de bucolique inspiration. Le début d'un roman de René de Weck. Pas de chronique de Glozel !

* La place me manque pour vous signaler le copieux numéro d'octobre de « *l'Archer* » (18, rue de la Dalbade, à Toulouse). Ce sera pour ma prochaine chronique l'occasion de revenir sur un inédit, burlesque, de Francis Jammes : « *Le mariage de Jean de La Fontaine* ».

24 octobre 1932.

L'Homme aux Bésicles.

## AUTOUR DES THÉÂTRES

### Au Théâtre des Bouffes-Parisiens

### Azor

Opérette en trois actes de Raoul Praxy. Couplets de Max Eddy. Musique de Gabaroche.

Il y a des aliments qui, par eux-mêmes, sans les précautions culinaires nécessaires sont parfaitement insipides et retiennent bien peu la sympathie des gourmets : ainsi les escargots, nous ne voudrions à aucun prix les manger tels qu'ils se promènent sur la terre humide, assaisonnez-les à la façon que vous savez, avec cette excellente noisette de beurre persillé et vous m'en donnerez des nouvelles. « Azor » m'a fait penser à un plat d'escargots de Bourgogne du meilleur maître-queue ; la matière n'est pas très louable mais la garniture est de qualité. Ma foi, c'est une opinion et je veux bien en déguster une fois de plus mais tout de même, depuis quelque temps, les auteurs d'opérette mettent notre estomac à une rude épreuve, il faut aimer les épices, les salaisons, les sauces compliquées pour se bien tenir à leur table ! Pourvu que nous ne soyions pas obligés avant de revenir à la bonne entrecôte nature où à la volaille cuite à point de faire une cure de silence des fonctions digestives ou pire encore d'ingurgiter chaque matin quelques cuillerées de sels alcalins !

Puisque j'ai débuté par une comparaison, j'irai jusqu'au bout, nous allons examiner la bête vivante hors de sa coquille et détailler l'anatomie compliquée du gastéropode, sa hardiesse, ses repliements et parfois même sa nonchalance, nous y trouverons aussi des cornes et même la bave qui l'entoure quelquefois.

Nous sommes au premier acte dans le Bureau du Commissariat de Neuilly. Le Secrétaire du commissaire (Gabaroche) surnommé Azor par ses agents est le héros de l'intrigue. C'est un être naïf, distrait, un peu sournois, poète à ses heures et qui, astucieux par éclaircies, saura se tirer indemne des complications les plus invraisemblables. Nous voyons défiler successivement une troupe de gens du monde en tenue de soirée arrêtée au cours d'une rafle dans le Bois de Boulogne, parmi eux une jeune fille : Marlène Dubois (Eliane de Creus) qu'Azor sans savoir qu'elle est la propre fille du ministre de la Justice, poursuit de ses candides assiduités ; un jeune avocat amoureux de Marlène (Reda-Caire) ; une femme mariée Mme Marny (Arletty) qu'Azor voudrait bien évincer mais qui se cramponne à lui ; une rôdeuse, Cloclo (Jane Marnac) maîtresse de Kiki-le-Frisé arrêté pour vol

à la tire et qui emploie tous ses moyens pour séduire le pauvre secrétaire qui tombe à demi dans ses filets, enfin Mme Dubois (Marthe Derminy), la mère de Marlène, l'épouse du ministre qui usant de sa haute situation, intercède auprès d'Azor pour arranger les choses au sujet des noctambules coffrés dans l'antichambre.

Au deuxième acte nous nous retrouvons au logis de Mme Marny dont le mari part à la chasse et qui a forcé Azor à venir en son absence. La bande de Kiki-le-Frisé accompagnée d'un blanc bec malicieux de prestidigitateur en chômage : Steinkopf (Koval) utilise l'échelle propice dont doit se servir Azor pour grimper jusqu'à l'appartement et commence le « petit déménagement ». Azor arrive, reconnu par Cloclo il est si bien entortillé par elle que pris de panique il en arrive à se mélanger aux apaches. Le retour du mari trompé ne fait qu'augmenter l'imbroglio, Cloclo sauve Azor et enferme le mari dans la cave.

Au troisième acte, le ministre de la Justice, raffinement d'une invraisemblable originalité, donne un bal, où tous les invités sont déguisés en apaches. Azor y a été prié pour faire une discrète police mais la bande de Kiki-le-Frisé s'y infiltre et fait main basse sur les bijoux tandis que le ministre lui-même ravi de trouver en Cloclo une invitée aussi « nature » s'empresse chaudement auprès d'elle. L'alerte est cependant donnée et les policiers prévenus ferment les issues ; fort heureusement pour Azor, les cambrioleurs se débarrassent de leur butin dans sa poche et, félicité pour l'heureuse idée de les y avoir mis par précaution, Azor épouse la jolie Marlène.

La sauce et l'assaisonnement de cette galéjade, qui serait franchement décevante sur une scène de moindre qualité, ce sont tout d'abord la cohésion qui existe entre les différents rôles, favorisée par une mise en scène parfaite (de Georgé) une science et une conscience de leur métier de la part des artistes que l'on rencontre rarement poussées à ce point. Et cependant chacun paraît compartimenté et monté en épingle à certains instants. C'est la qualité même d'acteurs tels que Gabaroche, Koval, Reda-Caire, Jane Marnac, Eliane de Creus, Arletty et Derminy de s'imposer au public par leur jeu personnel et leur valeur particulière et en même temps de concourir de leur mieux de parfaites bonne grâce et camaraderie au succès final. La partition musicale, de Gabaroche sans être d'une égale valeur contribue néanmoins très souvent à créer une ambiance charmante et sympathique et l'orchestre habilement dirigé par M. Marcel Cariven soutient l'édifice par une parfaite et impeccable exécution.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

— **Laboratoire d'hygiène** (Professeur : M. TANON.) — *Cours d'hygiène scolaire. Préparation au concours de médecin-inspecteur des écoles.* — Le prochain concours pour le département de la Seine a lieu à Paris, le 12 décembre 1932.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène, sous la direction de M. TANON, professeur d'hygiène, avec la collaboration de MM. WEILL-HALLÉ, chargé de cours à la Faculté, directeur-adjoint de l'Ecole de puériculture, médecin de l'hôpital des Enfants-malades; DUVOIR, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis et médecin-inspecteur des écoles ; GRIVOT, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Antoine et médecin-inspecteur des écoles ; HARVIER, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et médecin-inspecteur des écoles ; CAMBESSÉDÈS, assistant d'hygiène à la Faculté de médecine ; SIMON, médecin-chef de l'admission à l'Asile clinique Sainte-Anne ; GUIBERT, médecin-inspecteur en chef des écoles ; BARBARIN, BING, DUFESTEL, LAUFER, MOULIN, P. RENAULT, ROSENTHAL, SCHAEFFER, et VITRY, médecins-inspecteurs des écoles ; GRANDJEAN, inspecteur des bâtiments et des Services d'hygiène scolaire ; Mme BONHOMME, secrétaire de l'inspection médicale des écoles.

Le cours durera du 14 au 26 novembre. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour de 16 h.30 à 18 h. 30 et trois visites matinales d'écoles.

Seront admis les docteurs en médecine et étudiants à scolarité terminée.

Le droit à verser est de 200 francs. S'incrire au secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Pour tous renseignements, s'adresser, au Laboratoire d'hygiène.

— **Chaire d'hygiène et médecine préventive** (Professeur : M. TANON.) — M. le Professeur TANON commencera son cours le mardi 15 novembre 1932, à 16 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au même Amphithéâtre.

SUJET DU COURS : Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. JOANNON, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au Laboratoire d'hygiène, pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laënnec. Professeur : M. Léon BERNARD.) — M. le Professeur Léon BERNARD commencera ses leçons à la salle des conférences de la Clinique, le mercredi 16 novembre 1932, à 11 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Laënnec.** *La diathermie en oto-rhino-laryngologie.* — M. Henri BOURGEOIS et MM. FOUQUET, LEMOINE et MARION commenceront, le lundi 28 novembre 1932, une série de huit leçons sur : La diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin, à 10 heures ; en outre ,les 28 et 29 novembre, à 16 heures.

*Programme du cours.* — 1° Principes électriques et démonstrations des appareils. — 2° Physiopathologie. Techniques. — 3° Tuberculose du nez. — 4° Tuberculose laryngée et petite chirurgie endolaryngée. — 5° Tumeurs malignes et polypes naso-pharyngiens. — 6° Chirurgie amygdalienne. Discision au bistouri électrique. Coagulation. Mycoses. — 7° Petite chirurgie endonasale. Tumeurs bénignes (papillomes, angiomes). — 8° Synéchies nasales. Occlusion des choanes. Sténoses vélopharyngées. Sténoses laryngées.

Prix du cours : 400 francs. S'adresser à M. Fouquet, service O. R. L., hôpital Laënnec.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le dimanche 6 novembre à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Pasteur-Vallery-Radot : La néphrose lipoïdique est-elle une entité morbide ?

— **Assistants de consultations de médecine et de chirurgie.** — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats, qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette Administration, 3, avenue Victoria, avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur GENDRON, professeur de thérapeutique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes ; de Mademoiselle RENÉE LANI, interne des hôpitaux de Caen ; du Docteur PIERRE LEGRAIN, ancien interne des hôpitaux de Paris ; du Docteur EMMANUEL HOFFMANN, fils du fondateur des laboratoires bien connus Hoffmann-La Roche. Le Docteur Emmanuel Hoffmann a succombé, à l'âge de 36 ans, dans un accident d'automobile. Nous exprimons à sa famille nos plus sincères condoléances.

— **Hôpital Saint-Jacques.** — *Conférences d'homéopathie.* — Les conférences de l'Ecole homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de l'homéopathie ont lieu deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires (Paris XVe) à 18 heures.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — M. PICARD commencera ses conférences le mardi 8 novembre et les continuera les premier et troisième mardis de chaque mois. Sujet : Matière médicale ; pathogénésie et comparaison ; les venins.

M. BITTERLIN a commencé ses conférences le vendredi 4 novembre et les continuera les premier et troisième vendredis de chaque mois. Sujet : Clinique homéopathique, maladies de l'appareil circulatoire.

M. MOUEZY-EON commencera ses conférences le mardi 15 novembre et les continuera les deuxième et quatrième mardis de chaque mois. Sujet : Monographies cliniques et thérapeutiques.

M. Allendy commencera ses conférences le vendredi 25 novembre et les continuera les deuxième et quatrième vendredis de chaque mois. Sujet : Principes et théorie de la thérapeutique homéopathique.

Les inscriptions aux conférences sont gratuites.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Pour voir la Côte-d'Azur sous ses différents aspects*, il faut parcourir, dans les autocars P. L. M., la magnifique Route du Littoral, qui passe par toutes les plages entre Marseille et Nice.

Prix ; 85 francs pour le parcours simple dans l'un ou l'autre sens et 150 francs pour l'aller et retour.

On délivre tous billets ou coupons d'autocar dans les grandes gares du P. L. M. ou dans ses bureaux de ville.

*Le Directeur-Gérant* : Dr J. NOIR.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

l'interprétation du Tarif des accidents du travail. C'est pourquoi je vous prie de bien vouloir lui poser officiellement la question ci-dessous, au sujet de l'art. 27 de l'arrêté du 5 février 1932, lequel est, à vrai dire mal rédigé. Sa réponse méritera la publicité du *Concours*, c'est pourquoi je ne lui écris pas personnellement.

Il voudra bien trouver ici, avec mes remerciements l'expression de ma toujours vive amitié.

L'article 27 en question, paragraphe 1er « Radiographie osseuse » porte :

1° A la deuxième ligne :

« Main, poignet PIED (face ou profil)..... 65 fr.

A la troisième ligne :

« Main, poignet, PIED (face et profil)..... 80 fr.

2° A la vingtième ligne :

« PIED, cou-de-pied, jambe (face ou profil) 35 fr

A la vingt et unième ligne :

« PIED, cou-de-pied, jambe (face et profil). 100 fr.

A la vingt-deuxième ligne :

« PIED, face et profil avec projection verticale du calcanéum ...................... 130 fr.

Il y a contradiction entre la deuxième et la vingtième ligne, entre la troisième et la vingt et unième.

Une radio du pied face et profil doit-elle être comptée 80 ou 100 francs ?

Il semble bien que l'inscription de « pied » à côté de poignet (*dans l'énumération des segments, du membres supérieur*) à la deuxième et troisième ligne soit un *lapsus calami* et que sa véritable place soit en vingtième et vin5t et unième ligne, à côté de cou-de-pied (*dans l'énumération des segments de membre inférieur*). Je n'en vois pour preuve que l'énumération successive :

Vingtième ligne : pied face OU profil.

Vingt et unième ligne : pied, face ET profil.

Vingt-deuxième ligne : pied, face ET profil AVEC projection verticale du calcanéum.

Cette progression ascendante semble prouver que c'est bien cette partie de l'article 27 qui tarifie les radios du pied et non pas le début qui énumère les segments du membre supérieur.

Jusqu'à présent, différentes Compagnies se sont rangées à cet avis.

Aujourd'hui, la P., se basant sur la troisième ligne m'offre 80 francs alors que me basant sur la vingt et unième j'ai réclamé 100 francs.

Je crois être dans l'esprit et dans la lettre de l'art. 27.

La P. me paraît être dans la lettre d'un *lapsus calami* et pas du tout dans l'esprit. Qui a raison ?

Dr B.

*P. S.* — De plus, raison technique : il faut un 13 × 18 pour faire une main ou un poignet face et profil ; il faut un 18 × 24 au moins pour faire un pied, comme un cou-de-pied.

**Réponse.**

1° L'imbroglio des prix de radio du pied m'a

déjà été signalé et je l'ai pris en note pour la première réunion de la Commission du Tarif... ainsi que pas mal d'autres observations.

Ainsi que vous le faites judicieusement observer (et j'avais déjà donné les *mêmes* raisons), il n'y a pas à tenir compte des lignes deux et trois de cette « Radiographie osseuse » (art. 27). Le « pied » est placé à sa place naturelle, non pas, que je sache, à côté du poignet, mais avec « cou-de-pied » et « jambe », aux lignes vingt et quelques plus bas. Il y a eu un simple lapsus en l'inscrivant aux lignes deux et trois. Et voici plusieurs fois qu'il en est déjà ainsi accepté par des Compagnies d'assurances, ainsi que le veut le bon sens.

Dr F. Decourt.

### 5440. — Sutures de la peau (art. 17)

Dans le nouveau Tarif accidents du travail, je trouve art. 17 : suture simple de la peau, 25 francs. J'ai eu il y a quelques semaines à donner mes soins à un ouvrier blessé par des éclats de verre. Il présentait trois plaies bien séparées de l'avant-bras, deux sur la face antérieure, une sur la face postérieure. Ces plaies mesuraient chacune de 5 à 10 centimètres de longueur.

J'ai fait de quatre à six sutures à chacune. Ne croyez-vous pas qu'il soit logique de porter trois fois le prix d'une suture soit 75 francs, pusqu'il y a eu trois plaies séparées à suturer ?

J'attends votre réponse autorisée avant d'envoyer ma note à la Compagnie.

Dr H.

**Réponse.**

Je ne vois pas sur quelle rubrique vous pourriez vous baser, alors qu'il s'agit de la *même* région (donc en dehors de l'art. 14) pour compter plusieurs sutures *différentes*. Dans l'ancien Tarif, il y avait : suture simple : 15 francs, sutures multiples : 25 francs. Pour simplifier, on a mis, en bloc, toutes les sutures à 25 francs. Tantôt il y a avantage pour le médecin, tantôt c'est le contraire : un cas compense l'autre. Le mot « suture simple » signifie suture sans régularisation, épluchage, etc., ainsi qu'il est noté (art. 17) à la rubrique suivante.

Dr F. Decourt.

### 5441. — Remarques sur les articles 13, 14 et 15

Je vous serais très obligé de me renseigner pour l'application du Tarif « accidents du travail » dans les cas suivants :

1° Une petite bonne m'est présentée avec une plaie du cuir chevelu une plaie de l'arcade sourcilière et une plaie de la racine du nez. Elle a en outre une fracture des os du nez, qui est fortement dévié.

J'ai suturé les trois plaies et j'ai réduit la fracture du nez.

Dois-je compter 25 francs pour chaque suture et ajouter 100 francs pour la fracture du nez, comme le permet le tarif oto-rhino ?

2° Il est bien entendu qu'on ne peut compter en même temps un pansement et une injection de sérum, bien que l'arrêté de 1931 ait failli le permettre. Mais en cas de pansements multiples sur un même membre ou sur des membres différents avec injection de sérum, comment doit-on tarifer ? La chose est fréquente pour moi.

Dr B.

**Réponse.**

1° C'est un cas de « suture simple de la peau : 25 francs ». Je ne vois pas sur quelle rubrique vous vous basez, puisqu'il s'agit, de la même région (donc en dehors de l'art. 14) pour compter plusieurs sutures différentes. Pour la réduction d'une fracture récente du nez, vous avez à compter 100 francs (art. 24), que vous soyiez spécialiste ou non, comme il est dit à l'art. 15.

2° Ce n'est que la visite ou consultation *simples* qui ne peuvent être *cumulées* avec une intervention (injection antitétanique par exemple). Mais s'il y a *plusieurs* pansements effectués, vous devez en supprimer un (en le mentionnant) puisqu'il en est un que comprend la visite ou consultation, et qui ne peut être cumulé (art. 13) avec ladite visite ou consultation.

Dr F. Decourt.

---

**5547. — La visite dite « de contrôle »**

C'est au sujet du prix de la contre-visite en matière d'accident du travail que je vous écris.

Les Compagnies d'assurances prétendent que le prix de la contre-visite est de 22 fr. 50 d'après leur calcul qui est le suivant : Pansement 15 + 50 % = 22 fr. 50.

Je ne suis nullement de cet avis et cela parce qu'il s'agit de contre-visite et non de contre-pansement. A mon avis le cinquante pour cent de la contre-visite doit être pris sur le prix du pansement plus la visite, 15 + 3 = 18 + 50 % = 27 francs.

Etes-vous de mon avis ? Dans tous les cas je porterai l'affaire devant le juge de mon canton.

Dr S.

**Réponse.**

La *visite* a son prix fixé à 15 francs à l'art. 5. Les 3 francs de supplément sont ajoutés à titre d'*indemnité de déplacement* dans les grandes villes (art. 2). Le prix de la visite indiqué à l'art. 3 *a*) pour la visite dite « de contrôle » est bien de 15 + 7,50 = 22 fr. 50.

Dr F. Decourt.

**5465. — Tarification de l'indemnité horo-kilométrique**

Habitant N. canton de V. (Loire), dois-je en matière Tarif des accidents du travail compter l'indemnité de déplacement à 1 fr. 50 ou à un prix plus élevé, X... est à 550 mètres d'altitude.

Vous pourriez me donner le renseignement en même temps que l'autre demandé ce matin.

Dr G.

**Réponse.**

L'indemnité horokilométrique est de 1 fr. 50 par kilomètre parcouru. Elle est majorée *uniquement* pour les régions nominalement indiquées dans « *l'Annexe à l'art.* 2 » qui se trouve à la fin du Tarif. Et votre département ne se trouve pas dans ces listes.

Dr F. Decourt.

---

**5516. — Réduction et contention de fracture du métatarsien par appareil plâtré**

J'ai actuellement un blessé (accident du travail) atteint de fracture de deux métatarsiens pour lequel j'estime un plâtre nécessaire. Or, dans le Tarif des accidents du travail je ne trouve que : Réduction et contention d'une fracture de métatarsien *sans plâtre* ni appareil silicaté ni extension continue.

Combien faut-il tarifer le plâtre que je compte appliquer (gouttière plâtrée remontant jusqu'à mi-jambe).

Dr L.

**Réponse.**

Il n'y a pas de rubrique pour plâtre en cas de fracture du métatarsien. Ce plâtre ayant été nécessaire, compter 100 francs pour la réduction et contention de cette fracture *par analogie*, avec « Réfection de plâtre ordinaire : 100 francs » (art, 18).

Dr F. Decourt.

---

**5817. — Réfection d'un appareil à extension**

J'ai bien reçu votre réponse du 11 octobre, et je vous en remercie. Néanmoins, je reviens à la charge, et je m'en excuse.

Prenons un fait concret :

Blessé, fracture de cuisse, je fais une extension continue, qu'effectivement je surveille et entretiens à chaque visite (15 francs). Mais au bout d'un mois, six semaines, parfois moins, je dois *refaire complètement* l'appareil à extension pour deux raisons :

Ou bien parce que l'appareil initial a été fait au calibre d'un membre enflé, et qu'il est devenu trop lâche, ne tient pas, et ne tire plus ;

Ou bien, et surtout en été, parce qu'au bout d'un mois, le leucoplaste ou le diachylon de l'appareil

ont fondu, ne collent plus, et que l'extension n'existe plus.

N'est-ce pas absolument analogue à la réfection d'un appareil plâtré, devenu trop large parce que le membre sous-jacent a désenflé, ou parce que le plâtre a cassé. Il y a là *réfection complète* d'un appareil nouveau. Et, puisque le tarif est le même pour la réduction d'une fracture et sa contention par plâtre ou extension, le tarif doit également être le même, que l'on ait à refaire un appareil plâtré ou un appareil à extension.

Ai-je tort ou raison ? Je serai très heureux d'avoir votre avis là dessus, si ce n'est abuser de vos instants.

Dr B.

**Réponse.**

Je comprends fort bien vos raisons, mais je ne puis changer ce qui est écrit dans le Tarif. Or, il y a bien (art. 18) : « Réfection plâtre ordinaire : 100 francs », mais il n'y a pas « Réfection d'appareil par extension ». Et cela se comprend, en somme, puisque la surveillance et la manipulation d'un appareil à extension sont choses constantes à chaque visite et font partie de la « contention » de la fracture. Vous pouvez toujours essayer de compter votre « réfection » par *analogie* avec celle d'appareil plâtré, mais je doute qu'en justice vous ayiez gain de cause. C'est cela seulement que je puis vous dire.

Dr F. Decourt.

## ACCIDENTS

### 5221. Renvoi d'un accidenté du travail

Un de mes clients, blessé du travail le 27 août, reprend son travail aujourd'hui ; après une heure et demie de présence au chantier, son patron le congédie sans motif.

Le blessé n'a-t-il aucun recours contre son ex-patron et ne lui est-il pas dû, comme dédite un certain nombre de journées ?

Dr B.

**Réponse**

Suivant Sachet, auteur d'un Traité d'accidents du travail qui fait autorité, « un accident n'a pas pour effet, en principe du moins, de rompre le contrat de louage d'ouvrage qui lie la victime envers le patron. Après sa guérison et s'il est apte à faire le même travail, l'ouvrier peut exiger que le chef d'entreprise le reprenne jusqu'à l'expiration du terme si le contrat est à durée déterminée ou jusqu'à ce qu'il y ait eu une dénonciation du contrat faite par l'une ou l'autre des parties conformément à l'usage des lieux ou conformément à la convention » (édition 1926, tome 1, nº 185).

Puisque le contrat de travail ne se trouvait pas rompu par l'accident, il convient de rechercher si, en l'espèce, le patron n'a pas excédé

ses droits en donnant congé à l'ouvrier une heure et demie après la reprise du travail.

Or, la loi du 19 juillet 1928, qui a modifié l'art. 23 du livre premier du Code du travail, déclare que « le louage de service fait sans détermination de durée peut toujours cesser par la volonté d'une des parties contractantes » et « que l'existence et la durée du délai-congé sont fixées en conformité des usages pratiqués dans la localité et la profession ou, à défaut de ces usages, par des conventions collectives ».

Par conséquent, si le patron n'a pas respecté le délai-congé conforme aux usages de la profession ou fixé par une convention collective, l'ouvrier est en droit de le poursuivre devant le Conseil des prud'hommes pour obtenir réparation du préjudice subi. Si au contraire, le patron a respecté le délai-congé, l'ouvrier est sans aucun recours.

## ASSURANCES SOCIALES

### 5361. — Rechute. Droit aux prestations

Une femme d'assuré fait en février 1931 un abcès du poumon ; après six mois l'assurance-maladie cesse, c'est-à-dire fin août 1931. La malade est guérie en avril 1932. Je ne la revois plus.

Il y a trois semaines, la malade fait à nouveau de la température. Au niveau de la cicatrice dorsale elle fait un abcès qui continue à couler. A-t-elle droit à nouveau à six mois de soins, son mari ayant régulièrement cotisé ?

Dr L.

**Réponse**

En vertu du paragraphe 8 de l'art. 4 de la loi sur les Assurances sociales, les indemnités de l'assurance-maladie sont dues *pendant une période de six mois*, et le paragraphe 10 du même article précise que toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

*A contrario*, on doit donc conclure que toute rechute survenue plus de deux mois après la guérison constitue une maladie nouvelle qui donne lieu à des prestations d'assurance-maladie pendant une nouvelle période de six mois.

Au cas où la Caisse n'accepterait pas cette thèse, et refuserait de rembourser vos honoraires à votre client dans la limite de son tarif de responsabilité, votre client n'aurait qu'à faire trancher la question en saisissant la Commission cantonale prévue à l'art. 63 de la loi par lettre recommandée adressée au président de cette commission, dans les dix jours de la notification de la décision de la Caisse.

### 5871. — « Assurée sociale » devenant « femme d'assuré »

J'ai une malade tuberculeuse pulmonaire depuis

novembre dernier, qui avant sa maladie était assurée sociale. Le 19 mai elle a cessé de toucher toute prestations relatives aux soins médicaux et à l'indemnité journalière.

Elle a été opérée il y a peu de temps pour appendicite. Or, si elle n'est plus assurée sociale maintenant puisqu'elle ne verse plus depuis sa maladie, elle est restée *femme d'assuré*. N'a-t-elle pas droit à une indemnité, puisque l'affection nouvelle est différente de celle qui a amené son exclusion du droit aux prestations, et puisque plus de trois mois sont écoulés ?

Dr A.

**Réponse.**

Si votre cliente, bien que n'ayant pas versé de cotisations au cours de sa maladie, avait continué à en verser depuis, elle aurait droit à toutes les prestations dont bénéficient les assurés, puisqu'elle a été atteinte d'une maladie différente de la première, qu'au surplus il s'est écoulé plus de deux mois entre la guérison de la première maladie et le commencement de la nouvelle et que les journées de maladie indemnisées sont décomptées comme journées de cotisation.

Mais, si elle a réellement cessé d'être assurée elle-même ou ne se trouve pas comme assurée en situation d'avoir droit aux prestations, elle y a droit comme femme d'assuré, si son mari est de son côté en règle. Mais, comme telle, elle n'a droit qu'aux prestations en nature, mais non à l'indemnité journalière.

## BAUX ET LOCATIONS

### 5825. — Durée de la prorogation. Calcul du loyer prorogé

Locataire d'un appartement de 2.500 francs avant la guerre, ma prorogation doit, je crois, se terminer le 1er juillet 1935. A ce moment, le propriétaire me demandera un prix très élevé, que je ne pourrai accepter.

Croyez-vous que je pourrais, pour avoir une prolongation de plus longue durée, faire valoir que j'avais une partie de mon appartement en sous-location. J'ai des baux enregistrés de ma sous-location, terminée pendant la guerre.

Si on pouvait faire admettre que mon loyer n'était en réalité que de la moitié de mon bail, ma prolongation serait, de ce fait, prolongée.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir si les sommes payées actuellement sont bien exactes :

Loyer d'avant-guerre, 2.500 francs. Termes payables 1er avril-1er octobre. La loi ayant effet à partir du 1er juillet, j'ai payé :

| | |
|---|---|
| Terme 1er octobre 1931-1er avril 1932 .. | 3.437,50 |
| Supplément 1er juillet-1er octobre ...... | 93,75 |
| Supplément 1er octobre-1er avril ....... | 187,50 |
| | 3.718,75 |

| | |
|---|---|
| Terme 1er avril-1er octobre 1932 ....... | 3.437,50 |
| Supplément 1er avril, 1er octobre ....... | 187,50 |
| | 3.625 » |
| Terme 1er octobre 1932-1er avril 1933 ... | 3.625 » |
| 15 % d'augmentation sur neuf mois du 1er juillet au 1er octobre 1932... du 1er octobre au 1er avril 1933..... | 281,25 |
| | 3.906,25 |

Ne vais-je pas avoir ainsi une supplément sur quinze mois au lieu de douze.

Dr X.

**Réponse.**

Le fait que vous sous-louiez, avant la guerre, une partie de l'appartement que vous occupez actuellement en totalité, ne peut exercer aucune influence sur la durée de votre prorogation. En effet celle-ci est calculée non pas d'après le loyer ou la valeur locative des locaux occupés en 1914 mais bien d'après le loyer ou la valeur locative en 1914 des locaux occupés au cours de la prorogation.

Nous vous signalons toutefois que votre prorogation ne prendra fin que le 1er juillet 1936 et non le 1er juillet 1935 si le loyer ou la valeur locative de 1914 *n'excédait* pas 2.500 francs.

D'autre part, votre loyer nous paraît exactement calculé. Ce qui complique les choses, c'est que les augmentations légales chevauchent sur les termes semestriels, mais votre propriétaire ne vous réclame que ce qui lui est dû. En effet l'augmentation annuelle égale à 15 % du loyer de 1914 commence à courir du 1er juillet.

Vous n'aviez pas encore payé la première majoration lorsque vous avez acquitté le terme avril-octobre 1931. Par conséquent lors de l'échéance du terme octobre 1931-avril 1932, le propriétaire était fondé à vous réclamer un rappel de majoration pour la période 1er juillet-1er octobre 1931. Le 1er avril 1932, vous avez payé un terme de loyer jusqu'au 1er octobre 1932, ne comportant que la première majoration de 15 %. Au terme d'octobre 1932-avril 1933, le propriétaire était donc encore fondé à vous demander un rappel de majoration de 15 % depuis le 1er juillet. Et il en sera ainsi chaque année jusqu'à l'expiration de votre prorogation.

---

**5737. — Base de la patente : habitation séparée des locaux professionnels**

J'habite actuellement à B... où j'exerce ma profession de médecin.

Je vais aller, sous peu, habiter une propriété dans la commune de P... voisine de B... Je n'y aurai pas de salle de consultation et je continuerai à garder à B... mon bureau, ma salle d'attente et mon matériel radiographique.

Devrai-je payer une patente pour les deux com-

munes de B... et de P... ou bien, comme je le crois, n'aurai-je à payer que la patente se rapportant à mon local professionnel de B... ?

Dr L.

**Réponse.**

Vous payerez une patente dans les deux communes, mais la seconde patente applicable à votre habitation devra tenir compte de celle payée dans la première commune sur votre ancienne habitation.

A. M.

### 5469. — Non payement de l'impôt sur le salaire d'un infirmier

En cas de non payement de l'impôt sur le salaire par mon infirmière, peut-on m'exiger de l'acquitter à sa place ? Dans l'affirmative comment procéder pour me mettre à l'abri contre ces poursuites ?

Dr W.

**Réponse.**

Si votre infirmier n'acquitte pas son impôt sur les salaires, vous ne pouvez pas être recherché en son lieu et place. N'ayez donc aucune inquiétude, mais il pourrait y avoir une saisie sur son traitement.

A M.

### 5796. — Patente en cas de changement de domicile

J'ai payé ma patente à A... pour l'année 1932. On m'impose à nouveau à B... pour les six derniers mois de l'année. Ne doit-on pas déduire dans ce cas ce qui a été payé antérieurement.

Dr B.

**Réponse.**

Ayant payé la patente pour toute l'année 1932 à A., vous ne devez payer au prorata à B. pour 1932, que sur la différence en plus si vos locaux actuels ont une valeur locative supérieure à ceux que vous avez quittés.

Il nous manque cet élément d'appréciation.

A. M.

### 5794. — Le médecin salarié par son père n'est pas patentable

Depuis un an et demi, j'exerce la médecine avec mon père. Nous avons la même clientèle et voyons indifféremment les clients, sauf demande très expresse (et rare). Mon père me donne chaque mois un traitement fixe, et s'occupe seul de la direction de la clientèle, ainsi que des frais professionnels. Seule, sa plaque est posée devant la maison médicale, où nous avons le même cabinet de consultation et les mêmes locaux professionnels.

Pour l'année fiscale 1931, j'étais célibataire, et demeurais chez mes parents. On m'a imposé pour la patente, somme peu élevée d'ailleurs (180 francs environ) que j'ai payée sans observations. Pour cette même année fiscale 1931, je me suis fait imposer sur

les traitements et salaires, ce que le contrôleur a accepté.

Je me suis marié en décembre 1931, et, depuis le mois de janvier 1932, j'ai un logement d'habitation séparé, tout en gardant exclusivement les mêmes locaux professionnels. Mon logement personnel ne comprend d'ailleurs que trois pièces dans une grande maison, dont les autres pièces font annexe d'un hôtel du pays. Mon loyer est de 200 francs par mois.

En juillet 1932, j'ai reçu une feuille d'imposition pour la patente identique à celle de l'année précédente, et l'ai payée aussitôt, soit 183 francs.

J'ai reçu hier une nouvelle feuille d'imposition supplémentaire de 503 fr. 54, droit proportionnel au 1/15e sur une valeur locative de 1.100 francs, pour augmentation des locaux.

1° Suis-je tenu de payer patente, n'ayant pas de clientèle personnelle, mais n'étant que le collaborateur de mon père, rémunéré par lui au mois par un traitement fixe, n'ayant pas de plaque à mon nom et n'exerçant que dans les locaux professionnels de mon père ?

2° Dans ce cas, puis-je faire une réclamation pour ne pas payer ce rôle supplémentaire, alors même que j'avais accepté le payement des précédents, pour ne pas faire d'histoires, et vu le prix peu élevé ?

3° Pourrais-je même aller plus loin, et, au cas où je ne serais pas imposable à la patente, demander le remboursement des sommes déjà payées, au moins pour cette année fiscale ?

4° En cas de réclamation, quels arguments exacts faire valoir, et à qui faire la réclamation ? Au contrôleur, je suppose ?

Dr X.

**Réponse.**

Vous ne devez pas la patente puisque vous n'êtes que salarié de votre père.

Vous devez obtenir votre radiation, mais vous serez gêné par les payements que vous avez déjà faits.

Si vous faites cette réclamation immédiatement, il faudra demander le remboursement de la patente de l'année en cours.

La réclamation devra être adressée à M. le Directeur départemental des Contributions directes.

A. M.

---

### 5502. — Patente en cas d'exercice dans deux localités

J'ai un loyer dans la ville où je suis installé de 5.500 francs ; j'ai l'intention d'ouvrir une fois par semaine une consultation médicale dans un chef-lieu de canton à quelques kilomètres de ma ville ; dans ce but je serai obligé de louer deux ou trois pièces, dont le loyer est de 1.000 francs par an ; ainsi mon loyer total serait de 6.500 francs. Quel serait alors le total de ma patente, de combien serait-elle augmentée pour ce supplément de loyer de 1.000 francs ?

Dr L.

**Réponse.**

Vous serez imposé à la patente dans les deux villes.

Votre seconde patente sera égale à $\frac{1.000}{15} \times$ par les centimes additionnels. A. M.

## QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

### 5692. — A propos du concours de préparation militaire supérieure du Service de santé

Le *Concours Médical* ne pourrait-il pas enquêter auprès du ministre de la Guerre au sujet du résultat des examens de la Préparation militaire supérieure de juillet dernier relativement aux étudiants en médecine ?

Habituellement 90 % de ces jeunes gens étaient admis. Cette année un quart à peine d'entre eux, quoique beaucoup aient totalisés les points nécessaires a pu passer. Pourquoi ce déchet considérable ?

Par économie va-t-on très probablement répondre.

Mais enfin est-il juste que ces jeunes gens qui depuis deux ans se sont astreints à se présenter à la caserne plusieurs fois par semaine le matin à 7 h. 1/2 pour y suivre les cours et exercices de la P. M. S. qui se sont imposés un séjour à Paris d'un mois de plus (les examens n'ayant eu lieu que fin juillet) avec bien entendu des dépenses supplémentaires, est-il juste que ces jeunes gens soient traités à leur incorporation de la même façon que leurs camarades qui eux n'ont rien voulu savoir et sont restés tranquillement dans leur lit ? Ne leur doit-on pas quelques avantages. Leur laisser choisir leur régiment, leur donner un certain grade dès leur arrivée, celui de sergent, par exemple, pour trois mois plus tard leur donner celui d'adjudant et celui de sous-lieutenant à la sortie.

Je pense que cette question doit intéresser pas mal de pères de famille qui comme moi ont un fils dans ce cas-là, c'est pourquoi je la soumets au *Concours Médical* qui, j'en suis sûr, fera le nécessaire.

Dr P.

**Réponse.**

Vous avez probablement lu aussi dans un des derniers numéros du *Concours Médical* le compte rendu d'une visite faite à ce sujet au ministre de la Guerre par l'Association corporative des étudiants en médecine.

D'autre part, la *France Militaire* (Lavauzelle, éditeur, boulevard Saint-Germain, 140, Paris, 6e) en son édition des 2 et 3 octobre 1932 a publié un article « Le dernier concours de préparation militaire supérieure dans le Service de santé ». Cette question importante a reçu une solution provisoire en raison des nécessités de compression budgétaire.

Des démarches ont été entreprises et sont réitérées auprès du ministre, en vue d'obtenir certains dédommagements pour les étudiants en médecine refusés, mais ayant obtenu un nombre

de points suffisant. Par exemple, ils feraient leur service militaire comme médecin auxiliaire (solde de sous-officier) et ne seraient nommés médecin sous-lieutenant que dans la réserve.

**5665. — Obtention de la médaille des épidémies**

Conformément à votre réponse sur une demande de médaille des épidémies j'ai adressé une demande au Directeur du Service de santé ainsi qu'une copie certifiée par le Commissaire de police de mon certificat de visite.

Aujourd'hui je reçois une lettre du Directeur du Service de santé me disant que les recherches effectuées au sujet de ma maladie sont infructueuses et qu'en conséquence ma demande ne peut recevoir de suite favorable.

Je viens vous demander conseil sur ce que je dois faire, mon certificat de visite devrait pourtant compter et je crois que si on avait bien cherché dans les archies de la Commission de réforme qui m'a octroyé mon congé de convalescence on en aurait trouvé trace

Dr X.

**Réponse.**

Puisque vous avez contracté la rougeole, vous avez dû être hospitalisé ? Dans quelle formation sanitaire ? C'est ce qu'il aurait fallu indiquer au Directeur du Service de santé pour faciliter les recherches que naturellement il doit entreprendre.

Si vous n'avez pas été hospitalisé, la chose est moins facile : il faudrait alors retrouver trace de votre médecin-chef pour lui demander une attestation. Pourquoi ne rechercheriez-vous pas aussi dans le même but les signataires de votre certificat de visite ? »

**5583. — Droit de la veuve d'un pensionné de guerre**

J'avais pour garder mon cabinet médical un ménage dont le mari vient de décéder. La veuve voudrait savoir, ayant été mariée sous le régime de la séparation de biens, si elle a droit à la pension de son mari qui était à 30 %, celui-ci étant décédé de la maladie pour laquelle il était ré ormé.

Dr B.

**Réponse.**

Si cette veuve était mariée depuis deux ans, quand son mari a été pensionné, et si celui-ci est réellement mort des suites directes de la maladie pour laquelle il était pensionné (certificat médico-légal à établir), elle a droit à une pension de veuve (2.900 francs environ).

Il faut adresser une demande de pension de veuve (lettre recommandée) à l'Intendance régionale des pensions de la Seine, 13, rue de Bercy, Paris, 12e ; celle-ci enverra à la veuve la liste des pièces à fournir pour l'obtention de sa pension.

# LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN




## SOMMAIRE

## Changements d'adresses

**Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)**

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL
**Mercredi 16 Novembre 1932**

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le mercredi **16 Novembre 1932**, 37, rue de Bellefond, Paris (9e) au Siège social du CONCOURS MÉDICAL.

I. — *A 15 heures*

**MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS**

II. — *A 16 heures*

**Ligue médicale de Défense Individuelle (SOU MÉDICAL)**

III. — *A 17 heures*

**SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL**

IV. — *A 19 heures 30*

**BANQUET à l'Hôtel Continental**, 2, Rue Rouget-de-l'Isle, Paris.
(Souscription 50 francs. Le complément sera payé par le journal le *Concours Médical.*)

*A 22 heures 30*

**BAL** dans les Salons de l'Hôtel Continental.

Les familles des membres et amis du *Concours Médical* et de ses filiales sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Banquet.

*Nota.* — Inscription avant le 15 Novembre.

## LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN

Berceau du syndicalisme médical, le *Concours Médical* ne cesse de recommander aux médecins d'adhérer au Syndicat médical de leur département, et de participer activement à ses travaux, en assistant régulièrement aux Assemblées générales, et en prenant part aux discussions et aux votes.

Ils contribuent ainsi à défendre les *intérêts généraux* de leur profession, et accomplissent un véritable devoir.

Mais il ne leur est pas interdit d'assurer parallèlement la défense de leurs *intérêts particuliers*, toutes les fois qu'ils sont menacés ou lésés, dans l'exercice de leur profession. Et c'est encore un devoir envers eux-mêmes qu'ils accomplissent, en adhérant à la LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE, connue sous le nom de *Sou Médical*, vieille présentement de trente-cinq ans, grosse de près de 6.000 adhérents, riche, dans sa Caisse de garantie, d'UN MILLION...

Cette Caisse de garantie couvre les membres de la Ligue contre le risque de la responsabilité civile, à l'occasion de leurs actes cliniques ou thérapeutiques, jusqu'à concurrence de CENT MILLE francs. Mais ce n'est là qu'une faible partie de l'activité du Sou Médical.

Jugez-en, ô lecteurs qui n'êtes pas encore des nôtres, par ces chiffres :

Au cours du troisième trimestre de la présente année, nous avons enregistré, au secrétariat général, 1.651 lettres, soit dix-sept lettres par jour, en moyenne...

Notre Conseil d'administration a donné son appui pécuniaire dans cinquante et une affaires qui se décomposent ainsi :

| | |
|---|---|
| Recouvrements *litigieux* d'honoraires ..... | 28 |
| Contestation relative à l'exercice des privilèges médicaux, dans une faillite ...... | 1 |
| Diffamation .......................... | 3 |
| Assistance médicale gratuite (contentieux). | 4 |
| Affaire de loyer ...................... | 1 |
| Soins aux pensionnés de guerre (contentieux) .............................. | 1 |
| Contentieux administratif .............. | 3 |
| Affaire pénale ......................... | 1 |
| Affaires fiscales ...................... | 4 |
| Responsabilité professionnelle .......... | 5 |

Et quels résultats obtient notre Ligue médicale de défense individuelle ? Sur vingt-quatre affaires précédentes, deux échecs seulement, un devant le Tribunal correctionnel, l'autre devant le Tribunal civil. Une affaire n'a pu avoir de suite, la prescription étant acquise à l'adversaire. Une transaction amiable. Et VINGT SUCCÈS, plus de 80 %.....

D'ailleurs, la satisfaction des membres de notre Ligue est facile à mettre en évidence. Il suffit de compter le nombre de ceux qui, ayant été soutenus par elle, lui ont fait spontanément un don en espèces. Ces dons se sont élevés, dans le deuxième trimestre, à 650 francs.

Je suis donc très à mon aise pour renouveler mon appel auprès des confrères que j'ai déjà maintes fois sollicités, et que je n'ai pas encore convaincus.

Un petit effort : le bulletin que vous trouverez page ..... n'attend que votre signature, et son envoi à notre trésorier, pour que votre admission soit prononcée conformément aux statuts.

Et si vous adhérez maintenant, votre cotisation sera valable pour toute l'année 1933...

Adhérez en masse : plus nous serons nombreux, plus nous serons forts ; plus nos chances de succès augmenteront.

Dr G. DUCHESNE.
Secrétaire général adjoint de la L. M. D. I.

# CORRESPONDANCE

## 5815. — Un des services que rend la Ligue médicale de défense individuelle

Comme suite aux démarches actives et efficaces entreprises par le « Sou » en ma faveur vis-à-vis de la Compagnie d'assurances X., qui émettait la prétention de me cisailler un mémoire d'honoraires pour accidents du travail, j'ai le plaisir de vous annoncer que j'ai été intégralement réglé ce jour.

Sincèrement reconnaissant des bons offices de la Ligue, je ne me dissimule pas que, livré à mes propres moyens et isolé en face de ce consortium, j'aurais eu pour obtenir satisfaction bien des déboires et bien de la peine !

Recevez donc mes remerciements les plus vifs et que ce soit, une fois de plus, un encouragement pour les confrères à se solidariser avec vous pour faire un bloc plus puissant encore de défense professionnelle.

Dr D.

## 5604. — Prescription des opérations des chèques postaux

Je crois utile à la communauté de vous mettre au courant d'un litige que j'ai eu avec le Service des comptes-postaux et dans lequel j'ai eu gain de cause. Voici les faits :

En juin 1931 j'ai adressé par virement une somme de 240 francs à une Compagnie d'assurances qui m'avait versé par erreur cette somme, montant d'une note pour soins donnés à un de ses assurés (assurance individuelle) lequel me l'avait déjà réglée directement.

Cette année, en juin, la Compagnie m'a rappelé la lettre par laquelle elle me remerciait de lui avoir signalé l'erreur et me priait, suivant mon offre, de virer la somme à son compte postal ; j'ai compris le discret rappel et lui ai répondu en lui indiquant la date où j'avais fait ledit virement (1). Après vérification, elle m'a fait savoir que le virement n'avait pas été porté à son compte, qu'elle me faisait confiance, mais qu'il était inutile de réclamer, la prescription étant acquise au bout d'un an pour les opérations de ce service. Je n'ai pas voulu m'en tenir là et ai adressé ma réclamation à laquelle, en effet, cette réponse a été faite. Ne me tenant pas pour battu et tenant à prouver d'une façon indiscutable l'exactitude de ce que j'avançais, j'ai heureusement songé à user *du droit qu'ont tous les usagers des comptes postaux de demander un relevé de leur compte* et j'ai demandé un relevé de mon compte juin 1931, ce que j'ai obtenu aussitôt.

Le virement en question y figurait, à la date indiquée, à mon débit ; il m'a donc suffi d'adresser ledit

(1) Dont j'avais été avisé à son temps par le Service des comptes postaux.

relevé, accompagné de la souche de mon carnet de virement à la Compagnie, pour apporter la preuve formelle que l'erreur ne venait pas de moi, laissant la Compagnie se débattre ensuite avec l'Administration : elle l'a fait et victorieusement, puisqu'elle vient de m'aviser qu'elle avait eu gain de cause et que le virement avait été inscrit à son crédit, en me remerciant de mon aide.

Si j'ai ainsi suivi l'affaire malgré l'affirmation que ma bonne foi n'était pas mise en cause, c'est que j'estime que, surtout vis-à-vis des collectivités, Compagnies d'assurances et autres, le médecin doit être comme la femme de César : supposez, en effet, que le fait soit arrivé à un jeune médecin inconnu et ayant affaire à une Compagnie défiante et malintentionnée, comme il y en a, cela aurait pu lui causer de graves ennuis. Donc, morale : ne jamais attendre un an quand une opération convenue n'a pas été effectuée ; en cas d'omission, demander comme moi un relevé de compte qui, s'il n'est pas suivi de réparation, sert au moins à établir la bonne foi de la partie mise en cause. A ce propos je serais heureux d'avoir votre avis sur ce point : si l'on plaidait, l'Administration, en face du relevé de compte lui donnant tort, pourrait-elle encore invoquer la prescription ?

Je m'excuse de ce long exposé, mais il y a là je crois un précieux enseignement. Dr C.

**Réponse.**

L'art. 7, parag. 2 de la loi du 7 janvier 1918 a été modifié et le délai de réclamation ramené à un an par une loi du 28 juillet 1919. Mais je ne crois pas, et l'Administration semble dans l'espèce n'avoir pas cru, que cette prescription soit opposable dans la circonstance. En effet, la responsabilité dont il s'agit est celle qui résulterait de ce que l'Administration aurait omis d'effectuer une opération ; ce n'est pas le cas dans l'espèce. L'opération a été effectuée, plus exactement elle a été à moitié effectuée, le compte du Docteur C... ayant été débité sans que le compte de la Compagnie d'assurances ait été crédité. L'Administration s'est trouvée ainsi en possession d'une somme d'argent appartenant à la Compagnie et qu'elle ne pouvait pas s'approprier. En effet, c'est seulement dans le cas où les opérations auraient cessé pendant dix ans sur un compte que la prescription acquisitive joue au profit de l'Administration.

C'est devant la juridiction administrative, à savoir le Conseil d'État, que la question devrait le cas échéant être portée.

Autre question, le Docteur C... pouvait-il se considérer comme valablement libéré vis-à-vis de la Compagnie d'assurances par le virement de chèques postaux irrégulièrement accompli ? Si l'Administration n'avait pas fait droit à la réclamation de la Compagnie, j'en doute fort. En effet, il appartenait au Docteur C... de prendre les mesures nécessaires pour

régler effectivement sa dette, et il ne saurait rendre son créancier responsable de l'imperfection du mode de payement employé par lui sans le concours dudit créancier.

B. AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de cassation.

---

## ASSURANCES SOCIALES

### 5822. — Droit aux prestations en cas d'avortement

J'ai vu dans le *Concours Médical*, à propos d'opération de luxation congénitale de la hanche à l'assurance sociale, que la date du début de la maladie remonte à la première constatation médicale. Cette façon d'estimer le début d'une maladie peut-elle être appliquée à un cas dans le genre suivant :

Supposons un médecin appelé d'urgence pour un abortum chez une récente assurée sociale (ou dans la famille d'un récent assuré social). Comme la grossesse à moins de six mois, il n'y a pas eu de constatation médicale sur feuille de maternité. Pour savoir si l'assurée sociale est couverte par trois versements antérieurs à la conception, la Caisse va-t-elle faire partir l'affection de la première constatation médicale, en l'espèce l'intervention pour abortum, ou bien va-t-elle demander au médecin traitant l'âge du fœtus ? Dans ce dernier cas que va faire celui-ci ? Est-il tenu, comme je le crois, au secret professionnel car il peut se trouver certains milieux ou certaines circonstances où la date de conception doit rester le secret de la mère ou du jeune ménage et pour approfondir un cas d'administration le médecin ne peut pas jeter la désunion dans une famille puisque la Caisse assurance sociale n'a aucune capacité pour recevoir un secret. La Caisse va-t-elle faire contrôler par son médecin l'âge du fœtus ? A la campagne, ce médecin arrivera quelques jours après l'enterrement ou plutôt l'enfouissement de l'œuf.

Comme le médecin doit se taire sur tout ce qui peut être un secret, autrement son silence serait pour la famille ou le voisinage la dénonciation d'une irrégularité matrimoniale, j'estime que si la Caisse demande l'âge du produit de conception, le médecin traitant devrait se taire. Et alors la Caisse mettrait-elle la date de l'abortum comme début de l'affection pour savoir si l'assurée dépend bien des Assurances sociales ?

Ce sont des cas qui peuvent se présenter dans la pratique comme ils se présentent à l'esprit et que j'aimerais voir trancher par vous. Dr J.

**Réponse.**

Dans le cas délicat que vous envisagez, ce n'est pas la feuille assurance-maternité qui joue, mais la feuille assurance-maladie. Il s'agit en effet d'un incident pathologique au cours d'une grossesse, qui peut ne compter que deux ou trois mois.

---

C'est donc la première prestation médicale qui marque la date du début de la maladie, et il suffit que l'intéressée (assurée ou femme d'assuré) ait cotisé soixante jours durant les trimestre civil précédant cette première prestation pour avoir droit aux soins dans le cadre de la loi du 30 avril 1930.

Sur cette feuille de maladie, le médecin mentionnera la prestation fournie par la rubrique P. C. multipliée par le coefficient adopté par son Syndicat médical pour le cas envisagé et qui doit être intégré dans le tarif minimum du Syndicat annexé à la convention Syndicat-Caisse.

Le médecin traitant n'est pas tenu de fournir à la Caisse, en la personne de son médecin contrôleur, le moindre renseignement ; mais l'intéressée ne peut se soustraire au contrôle de la Caisse sous peine de se voir supprimer son droit aux prestations. Si donc, cette intéressée a des raisons particulières pour tenir à ce que son état de grossesse et l'accident qui l'a interrompu soient ignorés, d'une façon absolue, encore qu'il est admis que le médecin contrôleur de la Caisse est lié lui-même par le secret professionnel, même vis-à-vis de sa Caisse, je pense que le meilleur moyen pour elle est de ne pas réclamer l'intervention de sa Caisse en cette affaire, et de supporter *seule* les frais médicaux de son accident.

**5311. — Complément du demi-salaire alloué à une accidentée du travail assurée sociale.**

Une femme est employée comme bonne à tout faire régulièrement :

1° La matinée chez un patron (et reçoit 10 francs);
2° L'après-midi chez un autre (et reçoit 10 francs).

Les deux patrons sont assurés conformément à la loi de 1898.

Cette femme est accidentée chez le patron de l'après-midi (entorse tibio-tarsienne) et est obligée de cesser tout travail depuis trois semaines.

L'assurance du patron de l'après-midi sachant qu'elle travaille en temps ordinaire la moitié de sa journée chez un autre patron ne consent à verser que la moitié du salaire de l'après-midi soit 5 francs. La pauvre femme ne peut guère se tirer d'affaire avec cette somme.

L'assurance du patron du matin n'a pourtant rien à voir dans cette affaire.

Que faut-il conseiller à l'accidentée ? Les Assurances sociales ne devraient-elles pas être avisées et verser le demi-salaire du matin ? Dr D.

**Réponse.**

Le patron et la Compagnie d'assurances ne doivent à l'accidentée du travail que le demi-salaire calculé sur la rémunération qu'elle reçoit chez le patron au compte duquel elle travaillait quand elle a été blessée.

*Voir la suite page XXXV-3289*

# PROPOS DU JOUR

M. le Docteur Armand GASSOT *qui, depuis 1914, assumait la Direction du* Concours Médical *auquel il n'a cessé de collaborer depuis cinquante-quatre ans, faisant valoir les difficultés qu'il éprouve, à son âge, pour venir régulièrement à Paris, surtout en hiver, de Chevilly (Loiret) où il habite, a demandé au Conseil de Direction du journal de le relever de ses fonctions.*

*Le Conseil de Direction unanime lui a exprimé ses sincères regrets pour la détermination qu'il a cru devoir prendre. Il l'a prié d'agréer ses sentiments de respectueuse et affectueuse gratitude pour les éminents services qu'il n'a cessé de rendre depuis si longtemps et sans interruption au* Concours Médical *et à ses œuvres. Néanmoins, appréciant les motifs qui ont dicté à M. Gassot sa détermination, le Conseil a accepté sa démission. Il l'a prié de bien vouloir prendre le titre de Directeur honoraire, en exprimant l'espoir qu'il continuera à s'intéresser au* Concours Médical *et à ses œuvres, et à assister, toutes les fois que cela lui sera possible, aux séances du Conseil où ses sages avis seront écoutés avec une respectueuse déférence et seront toujours pris en sérieuse considération.*

Le Docteur Julien NOIR, *Rédacteur en Chef, a été nommé Directeur, et* le Docteur Gaston DUCHESNE *qui, depuis de longues années, assure à la satisfaction de tous la plus lourde charge de la Rédaction, a été nommé Rédacteur en Chef.*

*En somme, aucun changement ne sera apporté dans le fonctionnement du* Concours Médical, *ni de ses œuvres. Le journal s'efforcera de mériter, comme par le passé, les sentiments de gratitude et d'affectueuse confiance que ne cessent de lui témoigner ses lecteurs.*

*« Très heureux, écrivait aujourd'hui même à notre Rédaction un Confrère du Sud-Ouest, de pouvoir vous redire par la même occasion toute notre reconnaissance pour votre* œuvre si efficace et si agissante d'entr'aide par directives et conseils confraternels. »

*Cette dernière ligne résume tout le programme du* Concours Médical.

LE CONSEIL DE DIRECTION.

---

## Un Pèlerinage à Epidaure

La Croisière médicale franco-belge, organisée par *Bruxelles-Médical* et le *Concours Médical*, doit à Pâques visiter la Grèce, l'Adriatique et l'Italie. Nous lisons sur son programme les étapes suivantes : Katakolo (Olympie), Corinthe (Mycènes, Argos, Athènes), Itia (Delphes et le Parnasse), Ithaque.

Nous conseillons aux directeurs de la croisière de prévoir en outre, ce qui nous paraît facile, entre Corinthe et Mycènes, une visite à Epidaure. Des médecins ne sauraient passer aussi près d'Epidaure, dans le Péloponèse, sans visiter les fouilles du fameux Asclépion qui fut pendant au moins huit siècles un des sanctuaires les plus fréquentés du monde hellénique.

***

Les ruines d'Epidaure, malgré la nomenclature imposante des monuments de cette ville qu'a laissée Pausanias, dans sa *Description de la Grèce* au IIe siècle de notre ère, avaient été longtemps dédaignées. On savait cependant que là, s'élevait le plus important sanctuaire d'Esculape, l'Asclepion.

La mythologie grecque (1) nous apprend qu'Esculape, ou mieux Asclepios, fils d'Apollon, et de la nymphe Coronis, était le Dieu de la médecine, qu'il avait été instruit dans cet art par le Centaure Chiron, s'il faut en croire Pindare dans sa IIIe Pythique, qu'il eut une postérité de longue durée, les Asclepiades, famille, ou mieux corporation de médecins, dont Hippocrate fut le membre le plus célèbre, qu'Asclepios avait eu pour filles Hygie et Panacée, pour fils Machaon et Podalire, les médecins-chirurgiens fameux de l'Iliade. Son culte, d'après Pausanias et Apollodore, d'Athènes, aurait été instauré cinquante-trois ans avant la guerre de Troie.

Les Grecs, qui appréciaient plus particulière-

(1) J. RICHEPIN. — Nouvelle mythologie illustrée. Tome II, Th. XII. Les héros du Péloponèse : Epidaure et la Légende d'Asklépios. Saint-Andrea et L. Marceraux ,édit., Paris.

ment la santé, avaient élevé de nombreux temples à Asclepios ; on comptait plus de trois cents Asclepion dans le monde hellénique, mais le plus ancien, le plus célèbre, le plus fastueux fut sans contredit celui d'Epidaure. La légende veut que l'oracle de Delphes en ordonna la constrution parce qu'Epidaure était le berceau de la nymphe Coronis, mère d'Esculape.

De 1881 à 1887, puis en 1918 et 1919, l'éminent archéologue grec Cavadias procéda aux fouilles d'Epidaure. Ces fouilles donnèrent de tels résutats qu'elles peuvent rivaliser avec celles d'Olympie et de Delphes, et qu'elles ont permis d'établir avec précision en quoi consistait le culte d'Esculape, ce qui est d'un puissant intérêt pour l'histoire des origines de la médecine.

Les temples d'Esculape étaient tous construits dans les contrées boisées les plus saines et les sites les plus enchanteurs, au voisinage immédiat d'une source sacrée. Celui d'Epidaure, dans une plaine entourée de hautes montagnes, au pied du mont Kynortion, était admirablement situé.

Une enceinte élevée mettait le Hicron, le sanctuaire, à l'abri des regards curieux des sceptiques et des profanes. M. Cavadias a découvert, dans cette enceinte, le temple périptère d'Asclépios, entouré de colonnes comme notre église de la Madeleine. Ce temple grandiose avait été construit en style dorique par Théodote. De magnifiques sculptures, figurant des combats de Centaures et d'Amazones, et des Néréides à cheval en marbre, donnaient une idée de la magnificence de la décoration. Trois Victoires ailées couronnaient l'édifice. Au sud-ouest du temple, dans le voisinage, a été découverte la Tholos, rotonde en marbre blanc, élevée par Polyclète le Jeune, 360 ans avant J.-C. Sous la Tholos est une curieuse crypte où devait jadis sourdre la fontaine sacrée. Non loin, au sud-est, étaient le petit temple de Thémis, celui d'Hécate, dont le culte fut souvent associé à celui d'Asclépios. Dans le voisinage s'élèvaient les chapelles d'Hygie et Apollon Méléatas, un grand autel et, près des Propylées, plusieurs petits édifices dont la destination n'a pas été encore identifiée.

On trouve encore une Agora à basilique avec de belles mosaïques datant de la basse époque romaine. Le long de la muraille septentrionale de l'enceinte s'élevaient deux portiques ioniques, l'Abaton ou Eukoimétérion (dortoir) où reposaient les malades, et au voisinage était un puits pour les purifications et les traitements.

En dehors de l'enceinte se trouvaient le stade, une hôtellerie, et sur les flancs du Mont Kynortion, le théâtre que Pansanias déclare unique par sa magnificence. 15.000 spectateurs pouvaient se tenir assis et à l'ombre sur ses gradins. Plus loin, on peut voir les restes d'un grand gymnase et d'un Odéon.

Tel était le sanctuaire d'Epidaure quand, vers 1930, M. Henri Sensine le visita (1).

* * *

« Le temple d'Epidaure, dit Strabon (contemporain du Christ), est toujours plein de malades et de tableaux qui y sont suspendus et dans lesquels le traitement est consigné. Il en est de même à Cos et à Trica (2). »

Cette phrase nous révèle en partie comment s'opéraient les guérisons dans l'Asclepion. Mais plus de quatre siècles auparavant, Epidaure attirait dans le Hieron la foule des malades qui venaient y chercher la guérison. M. Paul Bruzon (3) nous donne d'intéressants détails sur le culte d'Asclepios. Le clergé comprenait un grand pontife, élu tous les ans, ayant sous ses ordres les zacores qui recevaient les malades, les cénophores et les arrérophores qui soignaient les animaux sacrés (chiens, chèvres, coqs, serpents) qui servaient aux sacrifices. Les moribonds et les femmes enceintes étaient impitoyablement chassés de l'enceinte, car il n'était permis ni de naître ni de mourir dans le sanctuaire. Aussi, 170 ans après J.-C., le sénateur Antoine fit construire un hospice-refuge au dehors de l'enceinte pour les agonisants.

Les malades en arrivant étaient d'abord purifiés par un bain froid, après avoir subi pendant plusieurs jours un jeûne sévère. Ils étaient alors soumis à l'incubation ; introduits dans le Temple, ils étaient éblouis par les illuminations, les richesses artistiques, par la statue chryséléphantine du Dieu. Leur imagination était exaltée par les hymnes, les accords des luths et des harpes, par les parfums, par la vue et la lecture des ex-voto et des inscriptions. Epuisés déjà par un long voyage, par l'émotion, ils allaient se coucher sous les portiques de l'Abaton, et au cours de la nuit, les miracles s'opéraient.

Asclepios apparaissait en songe au malade qui l'implorait et lui disait ce qu'il devait

(1) Henri Sensine. — Dans la lumière de la Grèce, Payot, édit., 1931.

(2) Cité par Littré dans l'Introduction des Œuvres d'Hippocrate.

(3) P. Bruzon. — La médecine et les religions. J.-B. Baillière, Paris, 1904.

faire pour guérir. Le malade, au réveil, répétait aux prêtres les ordonnances du Dieu et ces derniers se chargeaient de leur exécution. Parfois, le Dieu opérait lui-même.

Aristophane, dans sa comédie *Plutus* (1), conte d'une façon plaisante comment Asclepios traitait les aveugles. Pour guérir Néoclidès, le Dieu prit un mortier et y broya trois têtes d'ail de Ténos avec du suc de silphum et de lentisque; il arrosa le tout de vinaigre sphettien et frotta le dedans des paupières avec ce mélange. Pour guérir Plutus de sa cécité, il se contenta d'essuyer ses yeux. Sa fille Panacée, qui l'assistait, lui couvrit la tête d'un voile de pourpre et deux serpents vinrent lécher les yeux de l'aveugle. Le miracle se produisit, mais Asclepios, Panacée et les serpents disparurent.

Aristophane fait ce récit au V[e] siècle avant Jésus-Christ. On serait tenté de l'attribuer en entier au génie inventif du grand comique et de croire que tout ce que nous a conté d'analogue Pausanias, quelque six siècles plus tard, est de pure invention. Erreur ? M. Cavadias a découvert des stèles qui sont conservées au musée d'Epidaure, et M. Salomon Reinach a fait la traduction des inscriptions qui les recouvraient. Elles relatent les prescriptions du Dieu qu'exécutaient les prêtres. Elles consistaient en gymnastique, pratiques hydrothérapiques, en régime hydrique, cataplasmes de cendres arrosés de vin, collyres préparés avec le sang d'un coq blanc, jus de ciguë et autres ingrédients. Les inscriptions qui relatent les guérisons sont extrêmement variées ; cancers de l'estomac, dyspepsies de toutes sortes, paralysies diverses, cécités, mutismes, aphasies rentrèrent dans la catégorie des maladies à miracles. Parfois, le Dieu agissait par procuration ; telle cette mère de Lacédémone qui vint implorer la guérison de sa fille hydropique. Elle rêva que le Dieu coupait la tête de sa malade et que l'eau s'écoulait ainsi. Désespérée, elle retourna à Lacédémone et fut stupéfaite de trouver sa fille guérie. Le Dieu débonnaire va jusqu'à guérir les sceptiques. Tel le cas de cet impie qui, ayant les doigts paralysés, se rendit au sanctuaire en raillant et fut surpris de se réveiller guéri après l'apparition d'Asclépios en songe.

La toute puissance divine n'a ici pas de bornes. Le Dieu répare les objets cassés et ressuscite les morts, tel le fils de Thésée, Hippolite, s'il faut en croire Pausanias.

Les offrandes propitiatoires étaient légères; elles consistaient en ex-voto dont on a recueilli dans les fouilles toute une collection reproduisant : yeux, nez, bouches, oreillses, cœurs, poitrines, bras en marbre, en or, en argent, parfois était joint le portrait du miraculé. Mais une fois la guérison obtenue, les prêtres se montraient exigeants. Ils extorquaient des dons qui représenteraient jusqu'à 60.000 francs de notre monnaie et les récalcitrants étaient menacés de retomber malades.

Aussi les œuvres d'art les plus riches et les plus belles encombraient le sanctuaire ; beaucoup, qui ont été exhumées, enrichissent le musée d'Athènes, d'autres sont au musée d'Epidaure.

Au II[e] siècle après J.-C., Ælius Aristides, prêtre du temple d'Asclépios à Smyrne, vante dans ses *Déclamations* les bienfaits du Dieu Sauveur, sur le culte duquel il donne des renseignements précieux, confirmés par les inscriptions trouvées dans les fouilles. Aussi, en 170 après J.-C., lors de la visite de Pausanias, Epidaure jouissait d'une grande vogue ; on y accourait non seulement de tout le monde hellénique, mais des quatre coins du monde romain, et cela, malgré les railleries du sceptique Lucien.

Mais tout lasse, casse et passe. La concurrence aidant, les miracles finirent pas se faire rares. Les prêtres d'Asclepios se mirent à la mode du temps de thaumaturges, ils devinrent thérapeutes. Ils firent de la médecine sacrée illégale et appliquèrent, sans ordonnance du Dieu, l'hydrothérapie, les frictions et le massage.

Bien plus, très longtemps avant l'abbé Kneipp, ils appliquèrent sa méthode, faisant au lever du jour piétiner dans la rosée les rhumatisants. Le Hicron devint peu à peu un sanatorium, un établissement de cure et, comme il fallait distraire les baigneurs, les Asclépiades d'Epidaure organisèrent des concerts, des conférences, des jeux et de brillantes représentations théâtrales. De sorte que la station d'Epidaure, pourvue d'un établissement de cure, d'un personnel soignant, y ajouta toutes les distractions des casinos de nos villes d'eaux les plus réputées. *Nil novi sub sole.*

Est-ce que cette histoire véridique d'Epidaure ne légitime pas le désir que nous avons émis, de voir la croisière médicale franco-belge faire un pieux pèlerinage au berceau de la médecine antique et même de la médecine contemporaine ?

J. Noir.

(1) Aristophane. — Plutus. Acte III, Scène II.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### QU'EST-CE QUE L'ECLAMPSIE ?

Par Henri VIGNES,

Professeur agrégé à la Faculté.
Accoucheur de la Charité.

L'éclampsie (l'étymologie du mot l'indique) est une affection, dont le symptôme le plus frappant est la convulsion. La convulsion étant un phénomène neuro-musculaire, la première théorie de l'éclampsie a été qu'il s'agissait d'une maladie nerveuse. Mais on n'a pas tardé à comprendre que les convulsions étaient seulement un symptôme, qu'il existait, derrière ce symptôme, une maladie de tout l'organisme et que la patiente pouvait succomber à cette maladie sans la moindre convulsion.

Pour désigner ces états morbides où l'on retrouve les signes habituellement observés en même temps que les attaques convulsives, sans oberver ces attaques, elles-mêmes, on emploie le mot de prééclampsie ou, encore, le mot d'éclampsisme comme l'a proposé BAR. Il semble bien qu'il s'agisse d'une seule et même maladie, la convulsion n'étant qu'un symptôme ou une complication de l'éclampsisme.

Quelle est donc cette maladie ? Albuminurie, œdème, hypertension, convulsions analogues à celles de l'urémie, c'en a été assez pour donner à penser qu'il y avait à l'origine une lésion rénale. Aussi, dès 1839, RAYER insistait sur la présence de l'albuminurie et, peu après, FRERICHS considérait l'éclampsie comme une forme du mal de Bright. Cette idée, nous le verrons, est critiquable et a été critiquée. Entre 1880 et 1900, une autre théorie s'est fait jour, suivant laquelle l'éclampsie résulterait d'une intoxication : l'éclampsie serait une toxémie. Ce mot a fait fortune et un livre tout récent de STANDER que j'ai analysé dans ces colonnes (1) et qui a étudié de façon approfondie l'éclampsie et les affections connexes, est intitulé : *The toxemias of pregnancy.*

Qui dit toxémie dit poison circulant dans le sang. On l'a cherché, ce poison de l'éclampsie, et on ne l'a jamais trouvé. TARNIER, dont les expériences sont souvent citées en faveur de son existence, considérait que la toxicité du sérum est « loin d'être démontrée. » BUMM et d'autres accoucheurs ont transfusé à des cancéreuses du sang d'éclamptiques, en grande quantité, jusqu'à un litre, sans déterminer le moindre symptôme fâcheux. STANDER, après avoir intitulé son livre *Toxemias of pregnancy*, conclut qu'on n'a isolé aucune toxine ni du sang ni de l'urine. **Le mot toxémie est un mot à rayer du vocabulaire.** Je l'ai déjà dit (1). Parlons de trouble humoral ou parlons de trouble tissulaire. Mais n'employons pas un mot inexact ; car les mots inexacts mènent aux conceptions inexactes.

Ce que nous savons, c'est que l'éclampsie, l'éclampsisme constituent une maladie des humeurs ou des tissus ; mais nous n'en connaissons pas la nature. Cette maladie est conditionnée par la grossesse et, sans doute, par une prédisposition individuelle. 1° Elle ne se voit que chez la femme en état de grossesse et cesse avec la grossesse ou avec la mort *in utero* du fœtus : c'est donc bien une maladie gravidique, une gestose, comme disent très justement les auteurs allemands ou scandinaves, et toute pathogénie doit être reliée à ce que nous connaissons des modifications apportées par la grossesse à la physiologie de la femme. 2° Quant à la prédisposition individuelle, nous ne la connaissons que de façon fragmentaire ; mais nos efforts doivent tenter à la préciser.

Ce n'est pas que les recherches et les écrits manquent sur ce sujet. De nombreuses théories se proposent d'expliquer l'éclampsie. J'ai relu et lu une bibliothèque pour écrire ces quelques pages. Et, tour à tour, chaque théorie m'a convaincu, m'a enchanté, puis m'a laissé désabusé. C'est qu'en réalité, chacune contient une

(1) H. VIGNES et E. JACOB. — Les toxémies gravidiques d'après un livre récent. *Le Concours Médical*, 15 juin 1930, p. 1888.

(1) H. VIGNES et J. DAUPHIN. — *L'Année obstétricale* (1924) Masson, éd., 1926, page XXV.

part de vérité. Mais ce n'est pas une raison pour ne pas chercher à faire une synthèse et à réaliser une conception homogène de l'éclampsie et de l'éclampsisme, en marquant, d'ailleurs, la place de l'inconnu et de l'incertain.

***

**Théorie rénale.** — *La première théorie qu'il nous faut examiner est la théorie des lésions rénales.* Mais, au préalable, il est logique de voir comment se comportent, en cas de grossesse, des lésions rénales bien cataloguées : néphrites chroniques et néphrites aiguës.

Les *néphrites chroniques* que l'on observe au cours de la grossesse peuvent être connues avant la grossesse **ou** peuvent être révélées par la grossesse. Si donc, la grossesse peut rendre manifeste une lésion rénale jusque-là méconnue, on est en droit de se demander si l'albuminurie gravidique, l'éclampsisme, l'éclampsie ne résultent pas de néphrite méconnue. Quoiqu'il en soit, qu'il s'agisse de néphrite patente ou de néphrite méconnue, l'état est toujours aggravé par la grossesse : l'albumine augmente, la rétention chlorurée augmente, la rétention azotée augmente, l'hypertension augmente, tout cela à des degrés divers en sorte que, après la grossesse, l'état rénal reste plus médiocre qu'auparavant. D'autre part, la néphrite chronique comme l'éclampsisme, peut se compliquer d'hémorragie rétroplacentaire, de mort du fœtus *in utero*, d'amaurose et rétinite, d'éclampsie. Cette dernière complication, qui nous intéresse plus particulièrement, reste assez rare : moins d'un tiers des cas, enseigne DE LEE. Et nous arrivons ainsi à une notion importante, c'est qu'une néphrite peut se compliquer d'éclampsie, mais qu'il faut dans ces cas autre chose, mais qu'il faut un *quid obscurum* en plus de la lésion rénale pour réaliser l'éclampsisme et l'éclampsie.

La *néphrite aiguë* s'observe assez souvent au cours de la grossesse ; le plus habituellement au cours du troisième trimestre, comme l'éclampsisme et comme l'éclampsie. Quelle est sa signification ? Pour certains, c'est la révélation d'une néphrite chronique latente sous l'influence de la grossesse. Pour d'autres, c'est une maladie gravidique ; la suractivité du métabolisme pourrait chez certaines femmes, dans *certaines* conditions, léser le rein, soit par l'action directe des « poisons » sur le glomérule, soit par une perturbation des vaisseaux rénaux qui, à son tour, va troubler le fonctionnement du glomérule. Début brusque, grosse albuminurie, perméabilité rénale normale ou à peu près normale, tels sont les signes observés. Et puis l'évolution se fait ultérieurement vers la guérison ou vers la néphrite chronique, soit que celle-ci s'installe progressivement, soit que les lésions restent latentes jusqu'à s'aggraver lors d'une autre gestation.

Albuminurie, œdème, hypertension, convulsions, comme l'on comprend FRERICHS affirmant après RAYER que l'éclampsie est une forme de l'urémie, une manifestation du brightisme. Grosse albuminurie avec perméabilité rénale à peu près normale, comme l'on comprend MUSSEY et KEITH affirmant que l'éclampsie et l'éclampsisme sont presque toujours dues à des néphrites aiguës. La rétention chlorurée est presque constante chez les éclamptiques et cette rétention peut réaliser un œdème cérébral qui, à son tour, peut expliquer les convulsions.

Oui, mais.....

..... mais l'azotémie est, en général, normale chez l'éclamptique, mais la réaction de Becher est négative, mais l'albuminurie est loin d'être constante, mais les lésions rénales constatées à l'autopsie ne sont pas, non plus, constantes. Ce sont là des arguments valables contre la théorie rénale, sans préjudice de ce gros argument, de cet argument énorme que j'ai déjà signalé, c'est à savoir la rareté relative de l'éclampsie au cas d'une néphrite chronique patente, avérée.

L'inconstance du trouble rénal, d'une part, et sa présence dans certains cas, d'autre part, ont amené certains accoucheurs à parler de toxémie néphritique. Dans le régiment des « toxémies » gravidiques aboutissant à l'éclampsie, il existerait un bataillon de néphrites chroniques et ces cas se distingueraient des autres par un chiffre élevé d'azotémie et par des signes cliniques et humoraux liés à l'insuffisance rénale. Cette distinction est indéniablement exacte ; mais, encore une fois, il reste à expliquer pourquoi toutes les néphrites chroniques chez les femmes enceintes ne font pas de « toxémies ».

Mais voici qu'une autre notion vient compliquer la question, c'est la notion des troubles rénaux ultérieurs. Ces prééclamptiques, ces éclamptiques, sans azotémie ou sans grosse azotémie, sans signes de néphrites, si vous les suivez ultérieurement, vous en retrouverez un grand nombre qui font des signes de néphrite chronique. Pour exemple, voici une statistique d'HARRIS : sur 42 éclamptiques soignées, on en revoit 27, or 3 ont de la néphrite chronique ; sur 83 prééclamptiques, on en revoit 55, or 33 font de la néphrite chronique. Que s'est-il passé chez ces femmes dont le rein semblait normal ? C'est ici qu'intervient une théorie féconde due à VOLHARD. Pour le grand pathologiste allemand, l'éclampsie est une forme de l'urémie. Mais, dans son langage, urémie veut moins dire lésion rénale que vaso constriction généralisée, s'exerçant sur tout l'organisme, déterminant de l'hypertension, déterminant au niveau du

◆◆

cerveau des troubles des cellules nerveuses qui se traduiront par des convulsions, déterminant au niveau du rein une ischémie qui, passagère, est sans inconvénient et qui, durable, est cause d'une glomérulonéphrite définitive.

***

**Théorie hépatique.** — *Il y a quelque trente ou quarante ans, on a cru trouver le secret de l'éclampsie dans le fonctionnement imparfait du foie.* Il est certain que la cellule hépatique est mise à rude épreuve par la grossesse et il est bien compréhensible qu'elle « flanche » parfois.

Les lésions hépatiques, les hémorragies qu'on constate à l'autopsie, les foyers de nécrose, — ces lésions avaient été observées depuis longtemps. Mais c'est le mérite de Pilliet d'avoir montré qu'elles sont pratiquement constantes : quand elles ne « crèvent pas les yeux », le microscope les révèle sous forme d'une vasodilatation de l'espace porte et sous forme de lésions nécrotiques des cellules. Comme, vers le même temps, certains accoucheurs insistaient sur l'inconstance des lésions rénales, on en vint facilement à mettre sur pied une théorie hépatique de l'éclampsie et Pinard, en particulier, a défendu cette théorie avec tout l'éclat de son grand talent didactique.

Au cours des dernières années, on a cherché à préciser s'il existait réellement, dans l'éclampsie, des troubles fonctionnels dus à une insuffisance hépatique. De ces recherches très importantes et très intéressantes, nous ne pouvons ici donner qu'un bref résumé et c'est très sommairement que nous exposerons le métabolisme des sucres, des albumines et des graisses chez les éclamptiques.

1° *Les recherches sur le métabolisme des sucres sont particulièrement intéressantes.* Après une ou plusieurs convulsions, on constate de l'hyperglycémie. Mais c'est là un effet secondaire du paroxysme musculaire. Dans l'éclampsisme, au contraire, on trouve une glycémie normale ou assez souvent, une légère hypo-glycémie ; et, si l'on fait des examens en série, on constate qu'il existe des hypoglycémies relatives, c'est-à-dire des baisses d'un taux normal fort à un taux normal faible.

Ces examens en série montrent aussi une instabilité marquée de la glycémie, avec des sautes qui, en quelques heures, peuvent en faire varier le chiffre du simple au double.

Or, on sait que le glycogène fixé par le foie est libéré soit sous l'influence d'une action du sympathique ou de certaines glandes endocrines, soit automatiquement quand la glycémie baisse. Pendant la grossesse, il a été démontré que, en raison de la consommation fœtale, la glycogénolyse est augmentée, avec diminution facile du glycogène hépatique. Il est donc facile à la femme enceinte de faire de l'hypoglycémie. Cette notion d'hypoglycémie au cours de l'éclampsie se lie à un fait très important rappelé par Hofbauer, c'est à savoir qu'il existe en général un très intime rapport entre la pauvreté du foie en glycogène et l'importance des lésions hépatiques. Tout concorde pour faire supposer qu'il existe un trouble important du métabolisme des sucres dans la cellule hépatique ;

2° *Le métabolisme des protides* a été étudié principalement en calculant le rapport $\frac{\text{azote uréique}}{\text{azote non protéinique total}}$. Chez la femme non enceinte, ce rapport est de 80 % en moyenne et, chez la femme enceinte normale, il descend à 50 % par le fait que l'urée sanguine est nettement diminuée. Or, chez les éclamptiques prééclamptiques, on trouve des rapports augmentés (par exemple à 60 %) et des rapports diminués (par exemple à 20 %). Et il semble que les rapports élevés s'observent dans les cas de « toxémies néphritiques » dans les cas de néphrite chronique, et que les rapports bas s'observent dans les cas sans lésions rénales : dans les cas de lésion rénale, il y aurait rétention d'urée et dans les autres cas, il y aurait fabrication insuffisante d'urée par un foie déficient. Et c'est ainsi que l'on oppose les *nephretic toxemias* et les *hepatic toxemias.* (1).

3° La perversion que subit le *métabolisme des graisses* se traduit par l'acétonémie.

*Il semble donc bien que la cellule hépatique soit débordée dans l'éclampsie. Quel en serait le motif ?*

1° On peut supposer que soit en cause une débilité hépatique déterminée par un facteur congénital, en particulier par la syphilis congénitale.

2° On peut supposer que le foie soit intoxiqué par des produits d'origine intestinale. La localisation périportale des lésions, l'apparition fréquente des crises après des excès alimentaires ou après ingestion d'aliments faisandés, la rareté des crises en cas de disette parlent dans ce sens.

3° On peut se demander s'il ne faut pas chercher là encore, un *quid obscurum* dû à un autre trouble des humeurs ou des tissus.

Mais, au total, il faut retenir la très grande importance du facteur hépatique dans la genèse de l'éclampsie.

*Reste à démontrer comment intervient le facteur*

(1) On observe, aussi, d'autres signes d'insuffisance hépatique : amino acidurie (contestée), hyperuricémie (constante), hyperbilirubinémie. Signalons, enfin, que l'épreuve de la phenoltétrachlorphtaléine indiquerait une rétention du colorant, due à l'insuffisance hépatique. Mais ce point est contesté.

*hépatique. Or, le chaînon intermédiaire pourrait bien être l'acidose.* L'acidose est à peu près constante en cas d'éclampsie ; tout au moins, la réserve alcaline est très abaissée. Et il y a tout lieu de supposer que ceci est dû à l'acétonémie, d'une part, à l'augmentation de l'acide lactique dans le sang, augmentation liée elle-même à la destruction augmentée du glycogène. Trouble du métabolisme des graisses, troubles du métabolisme des sucres, voici qui nous ramène à l'adultération du fonctionnement hépatique.

On peut supposer que cette acidose ait plusieurs conséquences, susceptibles de jouer un rôle dans l'éclampsie et l'éclampsisme :

1° l'acidose détermine de la vaso-constriction et de l'hypertension ;

2° l'acidose détermine un trouble de la fonction rénale ;

3° l'acidose détermine une augmentation du calcium ionisé au dépens du calcium lié aux protéides et ce calcium peut se fixer sur les tissus et, en particulier, sur le sympathique qu'il excite électivement.

Nous avons, donc, dans l'acidose un élément du tableau clinique, qui est constant, qui est explicable par l'état du foie et qui permet d'expliquer logiquement certains symptômes observés.

On peut imaginer, en application de cette théorie, que les néphrites chroniques sans éclampsisme soient des cas sans acidose et que les néphrites chroniques avec éclampsisme soient des cas avec acidose : l'acidose serait le *quid obscurum* dont nous parlions tout à l'heure.

***

On s'est demandé si d'autres troubles du métabolisme n'intervenaient pas dans l'éclampsie et on a pensé aux troubles du **métabolisme minéral**.

1° Il existe, dans la grossesse normale, une rétention des *chlorures* (1) qui n'est pas causée par une imperméabilité rénale, mais qui se rattache à un facteur tissulaire, à une affinité des tissus pour le sel. De ce fait, les œdèmes sont fréquents, et en particulier, peut-être, l'œdème cérébral qui serait susceptible de devenir une cause d'éclampsie. A vrai dire, la constance de cet œdème cérébral dans l'éclampsie n'est pas certaine et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien est, en général, légère.

2° Il existe dans la grossesse normale une *décalcification* de l'organisme (1). Or le calcium est un modérateur du système nerveux central et le manque de calcium se traduit par la spasmophilie. On a cherché à étudier le métabolisme du calcium par l'étude de la calcémie. La méthode est, d'ailleurs, critiquable ; car la calcémie ne nous renseigne guère sur le calcium des tissus. Toujours est-il que certains ont cru observer une notable hypocalcémie. Par exemple, le chiffre le plus bas trouvé, dans une grossesse normale, par Bock, serait 0.091 par litre et, dans une éclampsie, le chiffre le plus bas serait 0,087. Ces résultats sont très contestés, et, d'autre part, je le répète, il n'est pas démontré que la calcémie soit un terrain fidèle de la teneur des tissus en calcium.

3° On aurait observé une augmentation du *potassium* sanguin et une augmentation du *phosphore* minéral.

Mais rien de tout ceci n'est absolument démontré.

***

**Théorie nerveuse.** — *Puisque la convulsion éclamptique est un phénomène neuro-musculaire, il était naturel que, de tout temps, on échafaude des théories nerveuses.* L'observation anatomique a montré que si l'on trouve des lésions encéphaliques, les unes ne sont pas constantes et les autres sont manifestement secondaires à la maladie déjà constituée. Mais l'examen du système nerveux végétatif et de ses fonctions a mis en lumière un fait dont l'importance est probablement considérable, c'est qu'il existe un *spasme des capillaires*, très marqué dans la prééclampsie et dans l'éclampsie. C'est le mérite de Nevermann, d'Hinselmann et d'autres chercheurs d'en avoir fait la démonstration.

Les *causes de ce spasme* restent à déterminer : 1° le spasme serait consécutif à des réflexes ; mais les conceptions que l'on a proposées de ces réflexes sont les unes vagues et les autres inadmissibles et il ne reste qu'un fait indéniable, très important d'ailleurs, pour guider la thérapeutique, c'est que certaines irritations extérieures, la lumière, le bruit, les contacts (1), les refroidissements peuvent renforcer le spasme et déclencher la crise convulsive ; 2° le spasme serait consécutif, pour Elwyn, à la diffusion d'un hypertonus réalisé dans le centre mésocéphalique du muscle utérin, lequel centre serait absolument voisin du centre vaso-moteur ; 3° le spasme, pour Volhard, serait dû à l'accumulation dans le sang d'une substance analogue aux peptones et aux polypeptides ; 4° le spasme serait consécutif à un état endocrinien, à une suractivité de la surrénale ou de l'hypophyse et c'est là un point important qui me

(1) H. Vignes et Coisset. — Teneur de l'organisme en calcium et en halogènes au cours de la gestation. *C. R. de l'Académie des Sciences*, séance du 21 févr. 1927.

(1) La méthode de Stoganoff cherche à bannir les excitations réflectogènes au point que, pour éviter les réflexes causés par la piqûre de la peau, on administre du chloroforme toutes les fois que l'on doit injecter de la morphine.

semble devoir retenir l'attention et sur lequel nous reviendrons plus loin.

*Les conséquences du spasme capillaire* seraient, d'une part, l'hypertension qui s'observe pendant toute la durée de l'état prééclamptique et, d'autre part, des troubles circulatoires cérébraux momentanés qui déterminent la crise convulsive.

L'existence d'un spasme vasculaire explique, probablement, pourquoi la saignée rend parfois service dans l'éclampsie, si comme le veulent cetains auteurs son rôle désintoxiquant est illusoire, si, comme nous le disions en commençant, il n'y a pas de « poison » à éliminer. L'existence d'un spasme vasculaire explique, de façon plus générale, que les médicaments curateurs de l'éclampsie soient des antispasmodiques, que, pour tout dire, le médicament quasi-spécifique de cette affection soit le chlorhydrate de morphine.

***

**Théorie de l'hypertension.** — A la théorie neuro-végétative, à la théorie du spasme se lie de façon intime la théorie de l'hypertension. L'hypertension est un symptôme constant des états éclamptiques et prééclamptiques. Depuis que Ballantyne a signalé sa présence, on a appris qu'elle était constante ou presque constante et, en tout cas, beaucoup plus fréquente que l'albuminurie, on a appris qu'elle était plus précoce que cette albuminurie et on a appris que son degré pouvait mesurer assez fidèlement la gravité de la maladie : elle apparaît ainsi comme liée de façon très intime à l'essence même de l'éclampsie. Aussi Vaquez a-t-il pu soutenir que l'éclampsie était une hypertension paroxystique.

*Les causes de cette hypertension* restent à préciser. Il est possible que l'acidose joue un rôle. Il est probable qu'une suractivité de la surrénale, comme le voulaient Vaquez et Chirié, qu'une suractivité de la surrénale et de l'hypophyse comme le veut Hofbauer, entrent en jeu.

Les *conséquences de l'hypertension* peuvent être, d'une part, les grosses lésions hémorragiques secondaires du placenta et des centres nerveux ; d'autre part, l'ischémie des artères rénales qui, si elle se prolonge, détermine des lésions de glomérulonéphrite. On comprend alors, en tenant compte de la durée et de l'intensité du spasme vasculaire et de l'hypertension, comment certains états éclamptiques ou prééclamptiques sans néphrite chronique préalable puissent laisser comme séquelle des lésions et des troubles rénaux indélébiles.

Avec l'hypertension comme avec le spasme, nous tenons un élément explicatif solide et important. Sans doute est-ce là qu'il faut chercher le *quid obscurum* qui cause l'éclampsie dans les néphrites chroniques et le *quid obscurum* qui retentit sur le foie.

***

Mais à supposer que le spasme vasculaire déterminant l'hypertension et d'autres méfaits soit l'élément prépondérant de l'éclampsie, il reste à déterminer d'où il provient. Trois groupes principaux de théories doivent être discutés : théorie fœtale, théorie placentaire, théorie maternelle.

***

**Théorie fœtale.** — Pour Fehling, *la cause de l'éclampsie et de l'éclampsisme doit être cherchée dans l'action des produits du métabolisme fœtal.* Et le principal argument de cette hypothèse est que l'éclampsie est améliorée par la mort du fœtus ou par l'accouchement. Mais cet argument vaut tout aussi bien pour les théories placentaires et pour les théories maternelles : l'éclampsie s'améliore quand il n'y a plus de placenta et quand la femme n'est plus enceinte. De plus, cette théorie ne s'accorde guère avec le fait que certaines éclamptiques guérissent sans mort d'enfant ou guérissent avant l'accouchement, et elle ne s'accorde pas avec le fait que, dans quelques huit cas, on a observé des éclampsies causées par des môles non embryonnées. Et, puis, il resterait à expliquer pourquoi tous les fœtus n'intoxiquent pas toutes les femmes enceintes (1).

On a proposé une variante de cette théorie en y adaptant, suivant le goût du jour, une hypothèse fondée sur l'*anaphylaxie*. Thies et Lockmann ont vu qu'en injectant un extrait de fœtus à des femelles pleines, il suffisait parfois (parfois et non toujours) d'une seule injection pour déchaîner des phénomènes convulsifs étiquetés par eux crise anaphylactique, alors que, chez les femelles pleines, il fallait une injection préparante et une injection déchaînante. Mais si certains auteurs ont reproduit les mêmes résultats, d'autres n'ont pu y arriver et d'autres encore ont mis en doute qu'il s'agisse de phénomènes anaphylactiques et non pas d'un simple choc ou d'une action toxique banale. Et, même s'il était prouvé que les expériences de Thies et Lockmann soient constantes et exactement interprétées, il faudrait expliquer pourquoi cela se produit seulement dans certains cas et pourquoi cela se produit dans ces cas.

Enfin, il est une autre variante de la théorie fœtale, c'est celle qui se fonde sur la notion d'*incompatibilité sanguine*. Mac Quarrie aurait

(1) Bory pense qu'il faut invoquer une trop grande perméabilité de certains filtres placentaires, laissant passer sans les remanier les produits fœtaux.

aurait constaté qu'en cas d'éclampsisme ou d'éclampsie, il y a beaucoup plus souvent que dans les cas normaux incompatibilité entre le sang maternel et le sang fœtal. Cette théorie séduisante n'a été confirmée ni par les recherches consciencieuses de V. CATHALA et LE RASLE, ni par les vérifications d'ABRUZZESE qui s'étendent à cinq cents cas.

***

**Théorie placentaire.** — *Un grand nombre d'auteurs que nous n'entreprendrons pas de citer tous ont tué des animaux en leur injectant des extraits placentaires* (1) : *ils en ont conclu que le placenta est susceptible de sécréter sune toxine, et que cette toxine pourrait bien causer l'éclampsie.* Certains d'entre eux n'ont d'ailleurs trouvé comme placentas toxiques que les placentas des éclamptiques. De plus, ils ont évoqué la déportation syncytiale physiologique ; en la supposant augmentée, on peut concervoir qu'il en résulte une intoxication de l'organisme. Quelle est cette toxine ? albumine ou produit de dégradation de la molécule albuminoïde ? acide oléique, histamine d'après HOFBAUER ? La question reste sans réponsevalable.

Nous arrivons alors aux expériences souvent citées de SCHOLTEN et VEIT qui, en injectant au lapin un extrait de villosités humaines ont obtenu un sérum antivillosités. Si, dans ce sérum, on met une fine émulsion de placenta, il y a agglutination, puis lyse ; donc il existe une syncytiolysine.

Conclusion : l'éclampsie est due à une insuffisance de syncytiolysine (2).

A ceci on peut répondre que les travaux de FRANKL, de R. T. FRANK, de WORMSER et LABHARDT, de SCHENK n'ont pas permis de retrouverlalysine antisyncytiale ou ont montré qu'il s'agissait non pas d'une lysine anti-syncytiale mais d'une lysine anti-espèce-humaine. D'autre part, l'éclampsie se montre principalement et, même, uniquement à une époque où les villosités placentaires ne sont plus guère agressives, n'attaquent plus les tissus paternels, mais où, bien fixées dans ces tissus, elles sont limitées à un rôle assez passif de filtre.

*La mode d'explications anaphylactiques n'a pas manqué de s'exercer dans le domaine des hypothèses placentaires* et, il y a quelque vingt ans, ANDERSON et ROSENAU, ayant sensibilis, des cobayes par injection de placenta de cobaye, ont pu ensuite déclencher des phénomènes convulsifs par le même antigène. Bien des auteurs, depuis, ont fait des expériences analogues et ont trouvé des motifs spécieux pour assimiler la crise éclamptique aux crises convulsives ainsi produites. Les expériences très minutieuses et très nombreuses de TOMASELLI réduisent à néant tout ce fragile édifice.

(1) COCCHI, en particulier, en injectant des nucléoprotéides placentaires.

(2) OBATA, injectant des extraits placentaires à des femelles de rats, détermine la mort de l'animal, qu'il s'agisse de placenta de femmes normales ou de placenta d'éclamptiques. Le sérum humain neutralise ce pouvoir toxique ; mais le sérum d'éclamptique exerce une action neutralisante plus faible. (On the nature of eclampsia. *Journ. of immunology*, mai 1919, t. IV, p. 111).

***

D'ailleurs, en ce qui concerne les théories fœtales et placentaires, je crois utile de rappeler une remarque que je faisais dans ma *Physiologie obstétricale* en 1923, c'est à savoir que l'enfant appartenant à la même espèce que sa mère, il faut accueillir avec réserve toutes les théories qui le considèrent comme un étranger, susceptibles de déterminer dans l'organisme maternel des réactions pathologiques. C'est là, je crois, du gros bon sens.

***

**Théorie endocrinienne maternelle.** — De toute évidence, l'éclampsie est liée à une imperfection des tissus maternels, augmentés par la suractivité que la grossesse impose à l'organisme. Or, parmi les organes qui peinent au cours de la grossesse, au même titre que le foie, il faut signaler les glandes endocrines. Pour ma part, c'est dans ces glandes qui, quotidiennement, interviennent dans notre métabolisme, mais qui se dépensent si l'organisme est en crise, c'est dans ces glandes, dis-je, qu'il faut chercher le secret de l'éclampsie. Une femme qui a un foie déficient, une femme qui a un rein déficient en souffre plus ou moins dans la vie quotidienne et est connue pour telle. Une femme qui a de la débilité endocrinienne ne souffre que si son organisme doit fournir un surcroît d'activité, ce qui est le cas de la grossesse.

Or, ces imperfections des glandes endocrines qui peuvent mener à la faillite, on les décèle habituellement chez les femmes éclamptiques ou prééclamptiques. Faisons-en le catalogue.

*Ovaire.* — ASCHNER, puis CARLONI et FERRARI ont insisté, à juste titre, sur la fréquence des cas où l'éclampsie se développe chez des femmes à régles pauvres ou à règles espacées. Ce n'est point que je crois justifié de fonder sur ce fait une théorie ovarienne de l'éclampsie. Mais, dans ce fait qui m'est apparu comme fréquent, je vois le témoignage d'une atteinte diffuse du système endocrinien (1).

(1) BUBLITSCHENKO (Constitution des éclamptiques. *Monatsch. f. Gyn. und Geb.* 1925, T. CLXIX, p. 139) signale, chez les éclamptiques, la fréquence des menstruations tardives et des règles anormales.

*Thyroïde.* — Il est fréquent d'observer chez les éclamptiques des signes d'insuffisance thyroïdienne : souvent, ce sont des femmes bouffies, un peu lunaires, souvent ce sont des femmes frileuses.

LANGE, il y a longtemps, avait proposé une théorie thyroïdienne de l'éclampsie.

D'une part, disait LANGE, la gestation détermine un gonflement de la thyroïde, (gonflement empêché par l'administration de thyroïdine) et, d'autre part, les femmes ne présentant pas ce gonflement ont presque toujours de l'albumine et, parfois, de l'éclampsie ; enfin les femmes présentant ce gonflement n'ont pas d'albumine (sauf si elles avaient eu antérieurement une néphrite), Ceci donne à penser que l'insuffisance thyroïdienne joue un rôle dans la genèse de l'éclampsie. Ultérieurement, on a publié diverses observations de femmes qui, ayant eu des thyroïdectomies, et étant devenues enceintes, ont fait des phénomènes convulsifs. Mais, probablement, ces thyroïdectomies ont été combinées à des parathyroïdectomies, en sorte que ces observations perdent beaucoup de leur valeur. Enfin de nombreux accoucheurs (et je suis du nombre) ont eu des succès par l'emploi d'extrait thyroïdien en cas d'albuminurie grave et d'éclampsie imminente (1).

Ce n'est, sans doute, pas assez pour affirmer que l'insuffisance thyroïdienne engendre l'éclampsie. Mais il est vraisemblable qu'elle participe à son déterminisme.

*Parathyroïde.* — Vassale se fondant 1° sur les lésions des parathyroïdes constatées à l'autopsie de femmes mortes d'éclampsie ; 2° sur l'action thérapeutique de l'extrait parathyroïdien qu'il aurait obtenu dans l'éclampsie ; 3° sur l'expérimentation montrant que la grossesse dans des parathyroïdectomies « à la limite » détermine l'apparition de convulsions, avait conclu en 1906 que l'insuffisance thyroïdienne est la cause de l'éclampsie. A ceci on peut objecter que la parathyroïdectomie déclenche, non pas des convulsions, mais de la tétanie (2). Cet argument, très valable contre une théorie purement parathyroïdienne de l'éclampsie, a peut-être moins de valeur si l'on envisage un syndrome pluriglandulaire.

(1) PAROLI a guéri des albuminuries gravidiques graves par la diathermie de la région thyro-parathyroïdienne. Ses observations sont particulièrement intéressantes parce qu'elles sont contrôlées par la mesure du métabolisme basal.

(2) MALMÉJAC, en 1931, a montré que l'insuffisance parathyroïdienne s'accompagne d'hyperguanidinémie et qu'on trouve une hyperguanidinémie légère dans la grossesse normale et très élevée dans l'éclampsie ; d'autre part, il a vérifié que l'hypocalcémie est fréquente dans l'éclampsie. Il conclut que l'éclampsie est due à un trouble hépato-parathyroïdien.

*Surrénale.* — Etant donné le rôle que la suractivité des glandes surrénales peut jouer dans l'hypertension, on s'est demandé si l'éclampsie n'était pas due à une altération pathologique de ces glandes. C'est ce qu'ont pensé VAQUEZ et CHIRIÉ. La destruction du glycogène que nous avons signalé en parlant du foie pourrait bien reconnaître cette origine. Pour HOFBAUER, il y a suractivité, à la fois, de la surrénale et de l'hypophyse.

*Hypophyse.* — La suractivité de la post-hypophyse a, en effet, bien des chances d'être en cause.

D'après KÜSTNER, il existe dans le sang des substances qui activent l'extrait hypophysaire et d'autres qui l'inhibent ; or, les premières sont abondantes en cas d'éclampsie et les secondes absentes, ce qui permet à la sécrétion hypophysaire de créer l'hypertension. Pour HOFFMANN et ANSELMINO, l'extrait hypophysaire arrête ou ralentit la diurèse de façon toute particulière, et augmente la tension ; or, un ultrafiltrat de sang d'éclamptique a les mêmes propriétés. Ces auteurs pensent qu'il faut tenir compte aussi d'une insuffisance thyroïdienne, concomitante de la suractivité hypophysaire. D'après FAUVET, l'hypophyse favorise la rétention d'eau, qui est de règle dans l'éclampsisme et l'éclampsie ; l'injection d'hypophyse détermine de l'albuminurie, de la cylindrurie et des lésions rénales ; l'hypophyse augmente la tension artérielle. HOFFMANN et ANSELMINO, FAUVET insistent sur ce que la morphine agit, de façon quasi spécifique, en inhibant l'hypophyse. Et cet argument possède une grosse valeur ; car, de beaucoup, la morphine est le remède le meilleur de l'éclampsie ; la morphine empêche les crises et elle fait uriner les anuriques.

*Au total, la théorie qui incrimine le fonctionnement imparfait des glandes endocrines, l'insuffisance thyro-para-thyroïdienne, la suractivité surrénalo-hypophysaire est assez satisfaisante.* Déterminant le spasme vasculaire et les lésions glomérulaires qui lui sont secondaires, déterminant le mauvais fonctionnement du foie et l'acidose qui lui est secondaire, elle permet de grouper les principaux phénomènes de l'éclampsie-éclampsisme.

***

Reste à expliquer la genèse de cette maladie endocrinienne. Deux éléments sont à relever : la tare des glandes endocrines, l'élément gravidique surajouté.

*La tare des glandes endocrines* peut être congénitale ou acquise. 1° Parmi les causes congénitales, il faut sûrement faire très grande la place de la syphilis ; peut-être, d'autres maladies agissant comme la syphilis.

On s'est souvent demandé si l'insuffisance des organes et tissus qui permet l'apparition de l'albuminurie gravidique ou de l'éclampsie n'est pas due à une syphilis congénitale. C'est ce qu'a très justement proclamé A. FRUHINSHOLZ dans un article paru en mai 1927, dans *Gynécologie et obstétrique* et intitulé « de l'origine syphilitique probable de certains placentas dits albuminuriques ». MARC RIVIERE (de Bordeaux) sous le titre : « Quelle part convient-il d'attribuer à la syphilis dans l'étiologie des albuminuries dites gravidiques ? » a amplifié cette notion et s'est demandé si le trouble humoral qui cause l'albuminurie gravidique n'est pas lié souvent, très souvent même, à la syphilis. Ses arguments sont tout à fait convaincants et l'on conçoit qu'une syphilis congénitale puisse être la cause primitive des imperfections endocriniennes que nous venons d'étudier.

2° Parmi les causes acquises, il faut faire une certaine part aux toxi-infections d'origine alimentaire, aux méfaits de la flore qui pullule dans les aliments faisandés, dans les aliments mal conservés (viandes, charcuterie, pommes de terre) et insuffisamment cuits, en voie de putréfaction et aussi au banal excès d'aliments avec indigestion consécutive. Il est connu qu'il y a des symptômes de surrénalite aiguë dans certaines intoxications alimentaires et que, secondairement à la perturbation surrénale, on peut observer des symptômes encéphaliques. Il est connu que ces intoxications lèsent le foie en même temps.

Le *facteur gravidique* n'est pas à négliger. Car la maladie cesse, sauf exceptions rarissimes, quand la femme cesse d'être enceinte. Or, les glandes surrénales sont soumises à une rude épreuve par la grossesse.

J'ai exposé dans ma *Physiologie obstétricale* comment les glandes thyroïde, hypophyse et surrénales interviennent dans le métabolisme propre à la gestation. Elles jouent, probablement, un rôle dans la régulation des rapports qui existent entre ce que demande le fœtus et ce que donne la mère. Ce sont, en dehors de toute gestation, des glandes qui ont le pouvoir de faire des appels aux réserves somatiques. Il n'est donc pas absurde de penser que, pendant la gestation, elles peuvent mobiliser des réserves maternelles au profit du fœtus. Certes, elle ne sont pas le seul facteur qui intervienne en cette affaire : il est très probable que le fœtus, par l'intermédiaire du placenta, puisse « écrêmer » le sang maternel et que celui-ci, automatiquement, aille s'enrichir à nouveau au contact des réserves tissulaires. Tel est le mécanisme habituel. On pourrait même concevoir qu'un fœtus se nourrisse par ce seul mécanisme : on peut aussi bien concevoir qu'un pigeon vive sans cerveau ; il n'en est pas moins vrai que le cerveau permet certaines adaptations rapides à des circonstances imprévues et que, probablement, les glandes dont nous parlons permettent certaines adaptations à certains appels du fœtus. Ces glandes en perpétuelle tension sont débordées si elles sont insuffisantes et si on leur demande trop, si le plus petit incident vient compliquer leur tâche.

***

C'est ainsi, je crois, qu'il faut concevoir l'éclampsie. Est-ce à dire que j'apporte la solution définitive ? Je ne le crois nullement et je demande pardon à mes lecteurs si je leur ai paru trop catégorique, trop affirmatif. Mais là me semble bien être la voie.

On a dit : « Il n'y a pas une éclampsie, il y a des éclampsies, une éclampsie néphritique, une éclampsie hépatique, une éclampsie placentaire, une éclampsie anaphylactique. » Cet agréable éclectisme ne me satisfait pas : car nous sommes en présence d'une maladie qui est *une* : il nous faut donc un facteur commun. Ce facteur commun est, selon toute probabilité, le spasme vasculaire avec ses déterminants gravidiques et extragravidiques, et principalement ses déterminants endocriniens.

# LES LIMITES DES GLYCOSURIES ; OÙ COMMENCE LE DIABÈTE VRAI

**Toutes les glucosuries ne sont pas d'origine diabétique ; il convient d'en reconnaître la cause, afin d'éviter par une hygiène et une thérapeutique appropriées qu'elles n'aboutissent au diabète insulaire.**

Par le Docteur G. FISCHER.

## I

### LE MYSTÈRE MÉTABOLIQUE DU SUCRE DANS L'ORGANISME.

Le glucose existe dans le sang sous deux formes : le sucre libre et le sucre combiné, par exemple, le sucre protéidique obtenu par la désintégration des protéides.

L'alimentation, le travail musculaire, etc., sont autant de facteurs pouvant faire osciller la glycémie d'un sujet. Mais, chez le sujet normal, ces variations, ne sont jamais très marquées, et le chiffre de sucre sanguin varie de 0,90 à 1 gr. 10 par litre. Les tissus et les organes puisent, en effet, dans fe sang, le sucre nécessaire à leur vie et à leur fonctionnement.

Quoique cette glycolyse, cette destruction du sucre dans le passage du liquide nourricier à travers les organes, soit un fait indiscutable, le mécanisme en est très complexe ; il reste un problème, qui est encore loin d'être résolu.

D'autre part, on conçoit que, malgré les besoins vitaux de l'organisme en sucre, celui-ci se trouverait à certains moments en excès dans le sang, déterminant ainsi une véritable hyperglycémie, s'il n'existait pas un système de *glyco-régulation*. Or son mécanisme intime est encore loin d'être connu dans toutes ses parties ; on peut cependant le schématiser en distinguant d'une part la glyco-régulation tissulaire ou humorale, et la glyco-régulation nerveuse, celle-ci réglant celle-là.

Tout d'abord, le sucre par sa transformation en glycogène est mis en réserve dans les tissus et dans le foie (fonction glycogénique du foie). Ensuite, l'excès de glycose est neutralisé par certaines sécrétions internes, provenant des pancréas, des parathyroïdes, des glandes génitales, etc.

Et, si ces produits arrivent par excès à produire de l'hypoglycémie, ils se trouvent neutralisés à leur tour. C'est ainsi que, dans l'intérieur des globules rouges existe chez tous les individus, uns substance antagoniste de l'insuline notamment, dont le rôle consisterait sans doute à régler les à-coups de l'insulinémie, comme le fait la réserve alcaline pour les à-coups de l'équilibre acide-base du sang. Par un mécanisme analogue, le corps thyroïde, les surrénales, l'hypophyse seraient par contre hyperglycémiants. Toutefois, on peut difficilement isoler le fonctionnement d'une glande de sa voisine, car le système endocrinien forme un ensemble coordonné, et l'équilibre humoral, comme le dit le Docteur Mauriac, n'est que la résultante d'un accord admirable, dont nous sommes bien en peine de saisir tous les rouages.

Ce que nous savons pourtant, c'est le rôle capital qu'y joue le système nerveux, car les centres nerveux supérieurs sont sensibles aux oscillations de la glycémie.

Toute augmentation accentuée du sucre sanguin met en branle des centres nerveux spéciaux, qui, par l'intermédiaire des pneumogastriques, déclenchent une sécrétion accrue d'insuline.

Et, d'autre part, toute hypoglycémie marquée met en branle des centres nerveux spéciaux qui, par l'intermédiaire des pneumogastriques et du sympathique déclenchent : *a*) une hypersécrétion d'adrénaline, et peut-être d'autres produits glandulaires (thyroïde, hypophyse) ; *b*) une diminution de la sécrétion d'insuline.

*Bref, c'est le système nerveux, qui intervient pour accorder les deux groupes de forces contraires, l'un détruisant le sucre organique, l'autre tendant à la protéger. C'est la glyco-régulation* (MAURIAC).

M. E. Chabrol emprunte à M. Baudoin un schéma mnémotechnique, qui objective très bien toute la complexité des phénomènes de *l'équilibre glycémique normal.*

« Supposez une balance avec ses deux plateaux, son fléau et son aiguille. Dans un des plateaux — celui de gauche par rapport à l'observateur — nous plaçons la surrénale (partie médullaire), l'hypophyse (lobe postérieur) et la thyroïde. Dans le plateau de droite, pèse de tout son poids le pancréas (îlots de Langerhans), et, accessoirement les glandes parathyroïdes, les glandes génitales, les glandes salivaires.

« A l'état normal, tout s'équilibre ; le fléau est horizontal, l'aiguille est verticale et au zéro du cadran. Le segment droit de ce cadran est marqué hyperglycémie, le segment gauche hypoglycémie.

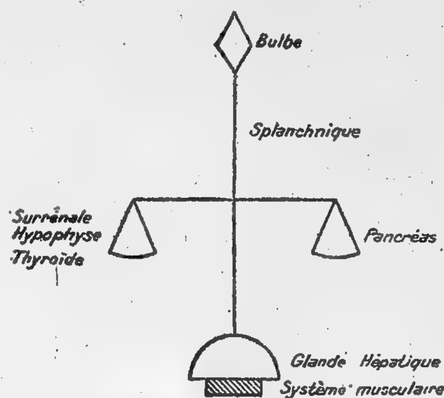
« Cela posé, il est facile d'entrevoir que tout

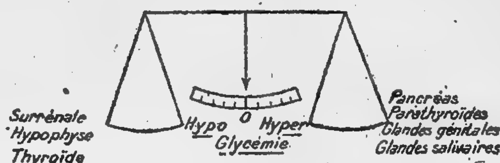
déplacement de l'aiguille vers la droite est déterminé par un double mécanisme : la surcharge du plateau gauche, et la décharge du plateau droit. En d'autres termes, la surrénale, l'hypophyse et la thyroïde provoquent l'hyperglycémie par leur hyperfonctionnement, alors que les glandes du système opposé, le pancréas en tête, la déterminent par leur hypofonctionnement.

« Ce schéma montre également que l'on peut remédier à une hyperglycémie d'origine surrénale ou hypophysaire, en plaçant dans le plateau de droite un flacon d'insuline. Si l'équilibre glycosique est ainsi rétabli, nous devons bien nous garder d'en tirer argument en faveur de l'origine pancréatique du diabète.

« D'ailleurs, les glandes vasculaires ne sont point les seuls facteurs, qui contribuent à bouleverser l'équilibre glycosique. Dans l'exemple précédent, le fléau de la balance ne repose point sur l'expérience du foie lavé. Le système musculaire la renforce, le muscle étant, aussi bien que le foie, l'un des grands dispensateurs du glycogène. L'un et l'autre distribuent la manne aux tissus. Et tandis que, sous des influences multiples, le pendule poursuit le cycle de ses oscillations trop souvent ataxique, l'équilibriste pancréas fait des prodiges : tour à tour, il résiste aux efforts antagonistes de la surrénale, de l'hypophyse et de la thyroïde ; il règle le débit de la glycogénèse hépatique ; il surveille la fonction glycolytique des tissus.

« Ces deux schémas n'ont qu'une excuse : nous faire entrevoir dans leurs relations réciproques les facteurs essentiels de la physiopathologie du diabète. Dans la rupture d'équilibre qui caractérise ce syndrome, le *pancréas* est nécessairement entraîné, puisqu'il représente l'un des chaînons — et non le moindre — du système régulateur.




un support immuable, et l'on pourrait, sans grand effort d'imagination, compléter le schéma de la balance par le schéma du pendule. C'est, en effet, un pendule oscillant qui maintient le fléau de la balance, où s'équilibrent tant bien que mal le pancréas, la surrénale et l'hypophyse. Ce pendule comprend tous les éléments, que Cl. Bernard nous a fait connaître ; il a pour point d'attache le bulbe, dont l'excitation provoque l'hyperglycémie, à condition qu'elle s'exerce en un point électif, situé sur le plancher du quatrième ventricule. La tige verticale est le nerf splanchnique, qui donne, lui aussi, de la glycosurie, lorsqu'il est excité dans son segment périphérique. Quant à la masse terminale du pendule, elle n'est autre que la glande hépatique, organe de la glycogénèse, comme le démontre *Il subit cette rupture dans la majorité des cas ; plus rarement, il la déclenche, c'est alors que la maladie mérite vraiment le nom de diabète pancréatique* » (E. Chabrol). C'est le diabète vrai.

*La genèse de l'hyperglycémie ayant été ainsi envisagée, il faut se rappeler que c'est elle qui,* DANS LES CONDITIONS HABITUELLES, *est cause de la glycosurie.* Cependant, comme l'a démontré le Professeur Rathery, il y a indépendance entre l'état de la glycémie et de la glycosurie. Il peut y avoir notamment une glycosurie avec une glycémie normale ou même au-dessous de la normale. Dans ce dernier cas (diabète rénal), c'est le rein qui, anormalement, laisse passer le sucre dans les urines, et cause ainsi une glycosurie non diabétique.

## II

### Les glycosuries non diabétiques

Mise à part cette glycosurie par déficience du filtre rénal, le sucre urinaire peut donc traduire des hyperglycémies d'origine variable : soit par lésion ou par trouble fonctionnel du pancréas (diabète vrai) ;

par lésion ou insuffisance du foie ;

par insuffisance ou trouble fonctionnel du pouvoir qu'ont les tissus de détruire le sucre, en association avec l'insuline ;

par exagération du pouvoir neutralisant du sang et des tissus vis-à-vis de l'insuline ;

par hyperactivité du système endocrino-sympathique, hypersécrétion de certaines glandes (surrénales, hypophyse, etc.) ;

par lésions ou trouble fonctionnel des centres nerveux préposés à la glyco-régulation ;

par lésion ou trouble fonctionnel des nerfs vagues, qui transportent aux glandes et aux tissus glycolytiques l'excitation des centres nerveux (P. Mauriac).

Le Professeur Marcel Labbé réserve le nom de *diabète vrai ou diabète insulaire* au syndrome, qui reconnaît pour origine un trouble de la glyco-régulation en rapport avec la sécrétion interne du *pancréas*. Mais, en plus de cette altération profonde du métabolisme des hydrates de carbone, le premier mis en évidence, on a décelé par la suite un trouble du métabolisme des protides aboutissant à la dénutrition azotée, à l'amaigrissement, à la perte des forces, et un trouble du métabolisme des lipides conduisant à l'acétonurie, à l'acidose et au coma diabétique. Dans les diabètes bénins, le trouble glyco-régulateur existe seul ; dans les diabètes graves, il s'accompagne d'un trouble du métabolisme des protides et des lipides. Le syndrome d'hyperglycémie est fondamental du diabète ; il s'objective par la polydipsie, la polyurie et la glycosurie.

C'est aux *glycosuries non diabétiques* que les autres facteurs étiologiques, énumérés plus haut, correspondent ; *elles ont donc pour point de départ un trouble glyco-régulateur d'origine endocrinienne ou nerveuse.* Ces glycosuries sont parfois associées au diabète vrai ; mais elles existent aussi d'une manière isolée ; *si on n'arrive pas à les reconnaître, à les traiter rationnellement, elles arrivent plus ou moins vite à l'état de diabète véritable, au lieu de guérir.*

Les glycosuries non diabétiques se rencontrent au cours d'un certain nombre de maladies.

La *suralimentation prolongée* en est la cause la plus fréquente ; il en est de même de l'*obésité.* Ainsi qu'il sera dit plus loin, l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée peut mettre en évidence chez ces sujets un trouble de la glyco-régulation plus ou moins accentué, mais n'atteignant pas le degré de celui que l'on voit chez les diabétiques. La suralimentation prolongée épuise par une sorte de surmenage physiologique, le système glyco-régulateur ; elle altère la cellule hépatique, physiologiquement ou anatomiquement. Cette insuffisance hépatique peut être mise en évidence par l'examen clinique et surtout par l'analyse des urines et du sang. Si le processus pathogène se prolonge, la fonction insuline pancréatique finit par s'altérer elle-même.

Il convient de citer aussitôt, à ce propos, les *migraineux* et les *rhumatisants chroniques.*

Au cours des congestions du foie, des *hépatites toxiques*, des *cirrhoses*, des *abcès*, des *tumeurs du foie*, de la *lithiase biliaire*, il y a, d'une manière à peu près constante, un trouble glyco-régulateur.

Bref, au cours des maladies du foie, on peut voir : soit un état paradiabétique d'origine hépatique, soit un véritable diabète d'origine insulaire compliqué d'insuffisance hépatique.

Même remarque pour les *états cancéreux.*

L'*hypertension artérielle*, qu'elle soit d'origine rénale ou aortique, ou qu'elle soit d'apparence essentielle, s'accompagne souvent de glycosurie. Tantôt c'est une glycosurie simple, intermittente, sans autre symptôme d'hyperglycémie ; tantôt, c'est un syndrome complet d'hyperglycémie, un diabète vrai. Mais, dans le premier cas, l'allure de la glycosurie est différente, la capacité d'utilisation des hydrates de carbone, font penser, non pas à une altération insulaire, mais à une hypersécrétion d'adrénaline par les *capsules surrénales* en état d'hyperfonctionnement.

Dans la *maladie de Basedow*, on constate fréquemment un trouble de la glyco-régulation, qui se révèle soit par une glycosurie intermittente et modérée, soit uniquement par les épreuves d'hyperglycémie provoquée du glycose. Il y aurait excitation fonctionnelle permanente par *hypersécrétion thyroïdienne.* Cependant, dans certains cas, il y a diabète vrai, ou association des deux formes de glycosurie, avec formes de transition.

L'*hypertrophie du lobe antérieur de l'hypophyse*, dans l'acromégalie et le gigantisme, donne aussi un trouble glyco-régulateur non diabétique, que l'on peut attribuer, soit à un hyperpituitarisme agissant de la même façon que l'hyperthyroïdie sur la fonction glycogénique, soit à une altération du centre nerveux de la glycogénèse, décrit dans le tuber cinereum au voisinage de l'hypophyse.

Au cours de la *grossesse*, le trouble de la glyco-régulation est, d'après Marcel Labbé, presque constant. Ce trouble est le plus souvent modéré ou latent, décelé seulement par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. D'autres fois, plus accentué, il s'accompagne d'un petit syndrome d'hyperglycémie : polyurie, polydipsie, glycosurie, fatigue, amaigrissement. Ce syndrome s'accompagne souvent de troubles fonctionnels du foie : urobilinurie, cholalurie, trouble du métabolisme azoté, acétonurie. Généralement cet état paradiabétique ne s'aggrave pas, mais il régresse et disparaît sous l'influence de soins médicaux ; il est

probable que la fonction glyconique du *foie* est seule en cause. Cependant, cette glycosurie non diabétique est susceptible d'évoluer vers le diabète vrai, soit au cours de cet état gravidique, soit au cours d'une seconde grossesse.

Dans les *maladies infectieuses aiguës*, le trouble de la glyco-régulation est presque aussi constant.

Les *troubles du système nerveux sympathique* seraient également causes de glycosurie : le trouble métabolique aurait pour origine l'adrénaline, dont l'hypersécrétion viendrait neutraliser l'action de l'insuline.

Ainsi, *au cours de nombreux états pathologiques* survient un trouble de la glyco-régulation, production d'hyperglycémie, et, dans la question qui nous intéresse aujourd'hui, de *glycosuries.*

Ces glycosuries non diabétiques sont susceptibles de régresser, ou bien de s'aggraver ; elles sont parties de lésions ou troubles fonctionnels de divers organes ou glandes endocrines ; mais, dans la suite (pour cause de non-traitement, ou de simple évolution pathologique), ces troubles ou lésions peuvent gagner le pancréas, *et c'est alors que commence le diabète vrai.*

*Le plus grand intérêt s'applique donc à leur dépistage et à leur traitement.*

## III

### Le dépistage des glycosuries non diabétiques.

Les glycosuries non diabétiques sont extrêmement banales et fréquentes. De même que le diabétique vrai nous apparaît avec des troubles pathologiques très nets ; de même, le glycosurique non diabétique, — et même simplement l'hyperglycémique non diabétique dont la quantité de sucre est trop faible pour passer dans le sang, — se présente à nous avec des symptômes fonctionnels et des signes physiques suffisamment tranchés pour pouvoir faire pressentir l'état chimique anormal de son sang et de son urine.

Et, c'est l'examen complet des malades, qui permet souvent de découvrir une affection, connue pour s'accompagner volontiers d'un trouble de la glyco-régulation, telle que : obésité, maladie du foie, hypertension artérielle, lésion du système nerveux, des glandes endocrines.

« *Ces petits malades fonctionnels* » abondent dans la clientèle privée. Ils se plaignent de troubles dyspeptiques et intestinaux, de douleurs hépatiques plus ou moins sourdes et fréquentes, et chez eux, on note de l'eczéma, de l'urticaire, des migraines, bref, bien des manifestations susceptibles d'attirer l'attention sur le mauvais fonctionnement de leur foie.

Enfin, on découvre la *glycosurie* et l'*hyperglycémie* ; celles-ci sont d'ailleurs *peu prononcées* ; *elles peuvent manquer à jeun* et n'apparaître qu'en périodes digestives ; *elles ne s'accompagnent ni de polidypsie, ni de polyurie, ni de polyphagie.* L'acidose et le coma ne s'observent pas non plus, et les grands accidents du diabète : la gangrène, la tuberculose, font défaut. Par contre, on rencontre souvent de la gingivite alvéolo-dentaire expulsive, des dermatoses rebelles, de la narcolepsie, de l'irritabilité du caractère (E. Aubertin).

A l'examen des urines, la participation du foie se révèle par de l'urobilinurie, de l'indicanurie, un excès d'urates, une élévation du coefficient d'acidose de Lauzenberg et du coefficient sécrétoire d'Ambard ; mais ces signes sont rarement tous présents.

Le sang contient davantage de cholestérine, d'urée, d'acide urique qu'à l'état normal.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire montre une recrudescence nette de ce symptôme en période digestive.

Quant aux lésions et troubles fonctionnels des autres organes ou glandes, ils se reconnaissent, — lorsqu'ils ont provoqué une glycosurie — aux symptômes accessoires propres, que chacun de ces organes ou glandes est susceptible de faire apparaître pour son propre compte. Dans chaque cas particulier apparaît, comme pour le foie, un cachet spécial, qui peut aider au dépistage de la vraie cause.

*Cette étude clinique ne suffit cependant pas à caractériser une glycosurie non diabétique.* Celle-ci peut déjà être soupçonnée parcequ'elle est *intermittente, peu abondante, non accompagnée des autres symptômes d'hyperglycémie,* parcequ'elle est *plus indépendante du régime alimentaire* (sauf pour le foie), parce qu'*elle ne cède pas aussi facilement que la glycosurie diabétique à la réduction des hydrates de carbone.* Enfin, dans le passé du malade, on ne retrouve pas la symptomatologie habituelle du diabète. Dans certains cas, encore la maladie ne se traduit que par la seule glycosurie.

*Mais toujours, la preuve biologique de la glycosurie non diabétique doit être recherchée,* dit M. Labbé, *dans les résultats de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée au glycose.*

Cette épreuve consiste à mesurer la glycémie du malade à jeun, à lui faire ingérer 50 grammes de glucose pur, dissous dans 250 c. c. d'eau, et à mesurer la glycémie de demi-heure en demi-heure pendant trois heures au moins.

« *La réaction est faible chez les sujets normaux, exagérée chez les sujets atteints d'un trouble glyco-*

*régulateur non diabétique, forte chez les diabétiques vrais.* »

Pour bien apprécier les résultats, il faut tenir compte *à la fois de l'élévation de la glycémie* au-dessus du point de départ, et aussi de la *durée de l'hyperglycémie.* On trace un triangle, dont la base varie de longueur, en raison du nombre d'heures que *dure* l'hyperglycémie, et dont la hauteur est fonction du *degré maximum* auquel s'est *élevée* cette hyperglycémie.

La mesure de l'aire de ce triangle fournit des chiffres d'appréciation.

Chez les sujets normaux, elle est de 0,20 à 0,40.

Chez les sujets, ayant un trouble glyco-régulateur non diabétique (obèses, hépatiques, basedowiens, etc.), de 0,50 à 1,50.

Chez les sujets diabétiques de 2 à 7.

Ainsi peut se confirmer le diagnostic des états de glycosurie non diabétiques, diagnostic d'autant plus délicat que ces états sont des termes de passage, parfois transitoires, entre l'état de santé et le diabète.

Il existe des sujets qui, à un premier examen, paraissaient bien, en raison de l'importance de leur glycosurie et par le degré de leur réaction d'hyperglycémie, devoir être classés parmi les diabétiques, tandis que, quelques mois plus tard, après une cure de régime, ou une cure hydrominérale à Vichy, ils se rangeaient en raison de leur glycosurie disparue, de leur tolérance élevée pour les hydrates de carbone, et de la diminution de leur réaction d'hyperglycémie dans le groupe des « paradiabétiques ».

## IV

### Leur traitement

Ces états pathologiques sont parfois difficiles à reconnaître au milieu d'un complexus symptomatique souvent bien embrouillé. Appelés quelquefois « diabètes frustes », « diabètes innocents », ils ont une grande importance en raison de leur évolution, de leur pronostic ; ils nécessitent un tout cas une thérapeutique différente de celle du diabète vrai.

Si le trouble glyco-régulateur est d'origine thyroïdienne, surrénale, hypophysaire ou encore d'origine nerveuse, celui-ci ne cède pas à l'action hypoglycémiante de l'insuline ; celle-ci n'agit que dans des formes mixtes, où s'associe un diabète vrai d'origine pancréatique.

Chez les suralimentés, à la suite d'une cure d'amaigrissement par réduction alimentaire, on voit la réaction d'hyperglycémie diminuer.

Lorsqu'il y a insuffisance fonctionnelle de la cellule hépatique, devenue incapable de fixer le glycogène, c'est également un régime approprié, qui s'impose. Ainsi le syndrome cède plus facilement à un régime de dyspeptique et d'hépatique qu'à un régime de diabétique (le lait fait merveille dans ces cas. E. Aubertin), et il réagit habituellement assez bien à l'opothérapie hépatique, aux alcalins et surtout aux cures de Vichy.

*Mais, dans toute glycosurie non diabétique, s'il convient de supprimer autant que possible la cause, il faut aussi ramener le fonctionnement du foie à la normale* (Haller).

A cet égard, on ne saurait obtenir un résultat meilleur que par les cures hydrominérales alcalines, dont Vichy est le type. Des médicaments sont également doués d'une action favorable sur le foie : sulfate de soude, sulfate de magnésie, calomel, boldo, bourdaine, extraits hépatiques et biliaires.

Cependant, le régime alimentaire, la culture physique, l'hydrothérapie jouent un rôle complémentaire, très important dans le traitement des troubles fonctionnels hépatiques.

Régime alimentaire. — Chez les glycosuriques non diabétiques, dont le trouble de la nutrition n'est encore qu'à l'état d'ébauche, le régime diffère sensiblement de celui que doivent suivre les diabétiques confirmés. On ne saurait infliger la même rigueur aux hyperglycémiques légers, ni leur imposer une discipline trop mathématique.

Voici ce qu'en pense le Dr Haller. La prescription fondamentale, dit-il, doit être assurément une restriction au moins relative des hydrates de carbone, tout en maintenant une ration suffisante afin d'éviter l'amaigrissement.

C'est donc une alimentation suffisante, qu'il faut donner à ces malades ; cependant, celle-ci ne sera pas excessive, car l'appétit exagéré des sujets ne doit pas être la base de la ration alimentaire.

Ce régime devra être équilibré, c'est-à-dire comprendre dans les vingt-quatre heures une proportion utile d'hydrates de carbone, d'albuminoïdes et de graisses. On peut se servir des données formulées par M. Labbé pour maintenir l'équilibre de poids chez les diabétiques sans dénutrition, soit une ration journalière apportant de 20 à 40 calories par kilogramme de poids (28,2 en moyenne).

Toutefois, les gros mangeurs, souvent congestifs, ont intérêt à recevoir un nombre de calories un peu moindre, et à ne pas dépasser 20 à 25 calories. Chez eux, il sera même utile parfois de provoquer une baisse de poids momentanée par une cure, peut être un peu moins brutale que celle de Guelpa : par exemple, conseiller un jour de

jeûne avec purgation matinale, comme début de traitement, et avant de commencer le régime, qui aura été adopté.

Ce régime comprendra pour base générale, la suppression des graisses, des sauces, des épices, des fromages fermentés, des pâtisseries. On restreindra l'usage du pain, en prescrivant des biscottes de pain grillé, à raison de deux par repas environ. On supprimera si possible l'usage du vin ; on le restreindra en tout cas. Le beurre sera autorisé dans la cuisson des aliments, ou consommé à table ; il donnera un apport en graisses suffisant et d'une digestibilité plus facile. Bref, c'est le régime dit hépatique.

On modérera l'usage de la viande, afin d'éviter une augmentation de l'hyperglycémie ; les hyperglycémiques, en effet, utilisent mal le glucose provenant de la transformation desalbuminoïdes du régime ; d'autre part, celles-ci augmentent la congestion normale du foie au moment de la digestion, alors que celle-ci peut être diminuée par un régime plus végétarien que carné. Prescrire donc un maximum d'albumines végétales, riche en légumes verts, lesquels lutteront d'autre part contre la constipation habituelle de ces malades.

Voici également « *le régime dissocié* » préconisé par Soula et Rouzaud *pour lutter contre la congestion hépatique prandiale des glycosuriques non diabétiques.* Il donne chez ces malades des résultats intéressants.

Ce régime est basé sur cette constatation physiologique que la stase hépatique, en diminuant le débit des veines sus-hépatiques, commande à la fois le débit glycosique et le début insulinien (la veine pancréatique se déversant dans la veine-porte), et augmente ainsi l'hyperglycémie. Les auteurs ont classé les aliments en trois catégories :

1° Aliments excitants des sécrétions pancréatique et biliaire : viandes, graisses, œufs, lait ;

2° Aliments hydrocarbonés, de digestion facile, et n'amenant pas de congestion hépatique ;

3° Légumes verts, fruits cuits et compotes.

Deux principes caractérisent ce régime :

1° Il faut éviter de donner, au cours du même repas, des aliments farineux en même temps que des aliments riches en azote (viande, poissons, œufs, laits fromages), comme s'il y avait *incompatibilité* entre les farineux et les aliments azotés. Parmi les farineux (légumes secs, pommes de terre, riz, pâtes, pain, etc.), certains, comme les légumes secs, portent l'incompatibilité en eux-mêmes, car ils sont à la fois riches en albumine et en hydrates de carbone. Aussi leur introduction dans le régime dissocié doit-elle être restreinte et très surveillée.

2° Les repas riches en azote animal doivent être des repas pauvres en liquides ; aussi faut-il diminuer beaucoup, non seulement les liquides eux-mêmes, mais encore les aliments, qui en apportent, tels que potages, crudités, salades, fruits crus aqueux, etc. . Au contraire, les liquides sont permis à volonté dans les repas sans azote animal. Les légumes verts cuits et les fruits cuits sont des aliments qui peuvent être pris indifféremment dans tous les repas, qu'ils soient azotés ou farineux. Les graisses crues (beurre, huile, etc.) ne devraient pas être consommées dans les repas albuminoïdes afin de diminuer les chances de stase hépatique (Haller).

Pratiquement, les malades peuvent adopter, par exemple : *a*) une petit déjeuner liquide, fruitarien, farineux sans lait, ou un café au lait sans pain.

*b*) Un repas carné à midi.

*c*) Un repas végétarien ou végétarien farineux, le soir au dîner.

Ainsi, dans le régime dissocié simple, tous les aliments sont permis, sauf les mets qui, par leur préparation culinaire, violeraient le principe de la dissociation. Dans le régime dissocié, toutes les possibilités de restriction sont offertes vis-à-vis de chaque catégorie d'aliments, soit les azotés, soit les corps gras, soit les farineux.

Voici quelques résultats obtenus par l'application de ce régime.

*Suralimentés,* dont la glycosurie est surtout manifeste après les repas.

Sur 100 sujets traités : 87 fois disparition de la glycosurie ; 18 fois amélioration nette ; 4 fois aucun changement.

« Il est évident que ces malades avaient une valeur pancréatique intacte, et que leur sécrétion insulinique n'était pas diminuée. Sans doute, ces mêmes malades auraient-ils été améliorés de la même façon, soit par la diète de Guelpa, soit par une restriction importante des hydrates de carbone. Mais le régime dissocié simple, qui a permis d'obtenir la guérison, a l'avantage de ne pas être un régime de restriction en hydrates de carbone » (Rouzaud et Soula).

*Hépatiques.* Sur 176 sujets glycosuriques sans dénutrition, on a obtenu par le régime un pourcentage de guérisons ou d'améliorations nettes de 83 p. 100. Il comprenait ici une restriction de la ration en hydrates de carbone, dans le cadre de la dissociation. En pareils cas, on doit l'appliquer rigoureusement pour obtenir un résultat appréciable, et la plus petite faute se paye, car le trouble apporté dans la glyco-régulation est hors de proportion avec la quantité des hydrates de carbone, qui ont été malencontreusement absorbés. Une des plus grosses fautes consiste à mélanger la viande et les pommes de terre ou les fruits crus, alors qu'une quantité plus grande de fruits ou de féculents absorbés, dans les conditions du

••••

régime, n'empêche pas l'abaissement de la glycémie.

Dans le type colonial (cirrhose et insuffisance hépatique), ce régime vaut mieux que la diète, qui aggrave l'asthénie caractéristique de ces malades, qui doivent manger, à part quelques restrictions concernant les graisses et les œufs.

L'insuccès de ce régime écartera l'existence du trouble fonctionnel, et orientera l'esprit du médecin vers la recherche d'une lésion organique causale, notamment d'une lésion pancréatique (diabète vrai).

Bref, dans la *diététique*, il faut insister sur la diminution de quantité des aliments, sur la haute teneur végétarienne, et sur la restriction des aliments pouvant provoquer la congestion du foie.

### Gymnastique générale et hydrothérapie

Les exercices physiques sont à recommander, mais avec prudence, car nous sommes ici sur les frontières du diabète, pour lequel le surmenage aboutit facilement au coma diabétique.

Chez les glycosuriques non diabétiques, la fonction glycolytique des tissus n'est, en effet, pas troublée ; les ferments glycolytiques ont gardé toute leur activité, et il faut s'en servir pour augmenter la destruction du sucre en excès. On y arrive par le travail du muscle, qui, dès qu'il se contracte, fait passer dans sa masse sept fois plus de sang qu'au repos, et que l'apport de l'oxygène atmosphérique au sang s'accroît aussi dans la proportion de 1 à 7.

Au moment d'une cure thermale, on dispose de la mécanothérapie, qui permet de régler facilement le travail physique. La gymnastique abdominale, en particulier, mettra sur les congestions profondes une véritable ventouse, exercera une médication dérivative très importante en appelant dans les muscles de la paroi, contractés, sept fois plus de sang qu'au repos. Un effet analogue sera obtenu par les mouvements respiratoires.

Enfin, des frictions de la paroi abdominale, et surtout des vibrations, seront pour les parois veineuses un stimulant, qui exerce sur les stases sanguines abdominales les plus heureux effet.

Il en sera de même, à plus forte raison, pour la douche-massage, qui réunit les avantages de la douche et du massage. La légère percussion des gouttelettes d'eau tombant de la rampe produit une suite de petites excitations nerveuses, stimulantes au plus haut point ; le long séjour sous l'eau entraîne en partie les effets du bain, et le massage donne ses résultats bien connus, tant au point de vue circulatoire qu'au point de vue tonicité cellulaire.

Chaleur locale sur le ventre. — Celle-ci permet d'agir sur les congestions viscérales portale et hépatique, qui sont une cause fréquente d'hyperglycémie.

Bien des moyens permettent l'application locale de chaleur sur l'abdomen, à commencer par l'antique cataplasme. Ce sont aussi les boues végéto-minérales, et, mieux encore, le bain local d'air chaud, soit qu'il se donne par la chaleur obscure, soit par la chaleur lumineuse, il permettra de monter la température dans les environs de 100°.

On recommande également la douche locale très chaude sous pression, avec une grande masse d'eau et pendant un temps prolongé ; c'est ce qu'on appelle à Vichy la douche couchée, elle-même suivie d'une douche à percussion sur la totalité du corps.

Cet ensemble résume le traitement, qu'il convient d'appliquer aux glycosuries non diabétiques ; aucun élément n'en doit être négligé, chacun d'eux donnant aux autres une plus-value importante, à condition d'adapter le tout à chaque cas particulier, à chaque variété de glycosurie. On se rappellera que ces glycosuries doivent être décelées d'une manière précoce, afin d'être soignées rationnellement ; car, si généralement elles guérissent, lorsqu'elles sont simples, dans une proportion de 10 % des cas, par contre, elles sont susceptibles d'évoluer vers le diabète vrai (G. Verdeau).

### Bibliographie


Prof. Marcel Labbé. — Les frontières du diabète. (*Nutrition*, tome I, 1931.)

Prof. Pierre Mauriac. — Glycolyse et glyco-régulation sanguine. (*Ibid.*)

Dr B. Lyonnet. — Le diabète rénal. (*Lyon Médical*, 1er novembre 1931.)

Dr E. Aubertin. — Le rôle du foie dans la pathogénie du diabète. (*Nutrition*, t. I, 1931.)

Dr E. Chabrol. — Le rôle du pancréas dans les hyperglycémies non diabétiques. (*Ibid.*)

Prof. Rathery. — Le rôle du rein dans les états hyperglycémiques. (*Ibid.*)

Dr Haller. — Diététique et physiothérapie des hyperglycémies. (*Ibid.*)

J.-J. Rouzaud et G. Soula. — Les indications du régime dissocié. (*La Presse Médicale*, 30 mars 1932.)

Dr Pierre Mauriac. — Les troubles de la régulation neuro-endocrinienne dans la pathogénie du diabète. (*La Presse Médicale*, 2 juillet 1932.)

# L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

## La Presse

### Les procédés scientifiques d'effraction de la conscience au cours de l'examen mental.

Devant l'échec ou les difficultés des méthodes purement psychologiques, quelques auteurs ont recherché des tests physiologiques de l'ébranlement émotionnel. Ces tests permettent d'apprécier, très grossièrement il est vrai, la tonalité affective du sujet qu'on interroge. On peut ainsi, dit le Docteur D'HEUCQUEVILLE, dépister la réticence, la simulation, déterminer les sentiments qui tiennent le plus au cœur du sujet ; il suffit, sous le contrôle de ces tests, d'évoquer respectivement ou le délire supposé ou des émotions contraires à celles que le sujet simule, ou les divers sentiments susceptibles de l'attendrir.

Voici quelques tests physiologiques déjà utilisés dans ce but.

1° Le pouls et la respiration s'accélèrent et se ralentissent respectivement sous l'influence d'une émotion ;

2° Le rapport de la durée de l'inspiration à la durée de l'expiration croît avec l'éréthisme nerveux ;

3° La tension artérielle et l'indice oscillométrique s'élèvent dans les émotions.

D'autres tests n'offrent pas les mêmes avantages que les précédents : richesse globulaire du sang, adrénalinémie, glycémie, calcémie, élimination chlorurée, ammoniacale et azotée.

La réaction psycho-galvanique mérite une mention spéciale : la résistance d'un segment du sujet s'abaisse presque instantanément à chaque ébranlement émotionnel.

Laignel-Lavastine et Cornélius ont attiré l'attention sur le pH urinaire en séméiologie neuro-psychiatrique, et ont démontré la constante alcalose de l'angoisse. Cette épreuve semble, mieux que toute autre permettre de dépister la réticence et la simulation, de doser la responsabilité, de pénétrer à son insu dans la conscience du sujet. (*Le Bulletin Médical*, 9 avril 1932.)

### Diagnostic de la grossesse.

Le diagnostic clinique de la grossesse est parfois bien difficile, aussi ne doit-on pas négliger certaines réactions de laboratoire, mises au point en ces dernières années. Ce sont :

La réaction de Zondek (provocation du rut chez la souris impubère par injection d'urine de femme enceinte) ;

La réaction de Brouha et Simonnet (distension des vésicules séminales du mâle impubère par injection d'urine) ;

La réaction de Friedmann (provocation du rut chez la lapine adulte par injection intraveineuse d'urine) ;

La réaction de Bercowitz (instillation dans le cul-de-sac conjonctival de l'auto-sérum, qui produit un spasme pupillaire, puis soit un retour à la normale chez les non-enceintes, soit du myosis ou de la mydriase chez les femmes enceintes) ;

La réaction de Manoilov (addition de diurétine et de Nilblau à du sérum de femme ; si celle-ci est enceinte, la coloration vire du bleu au jaune rouge).

Toutes ces réactions, qui se fondent sur nos connaissances physiologiques des hormones sexuelles, donnent souvent des réponses intéressantes. D'après le Docteur H. VIGNES, elles sont dignes de foi en général, mais elles ne sont pas toujours infaillibles. Il arrive souvent qu'elles soient en défaut dans les cas où elles seraient appelées à rendre les plus urgents services : fausses grossesses par troubles endocriniens, où les anomalies des sécrétions externes font errer les réactions ; grossesse extra-utérine, où les résultats varient suivant que l'œuf est vivant ou mort ; avortement où l'on voudrait savoir s'il reste ou non du tissu placentaire *in utero*. (*Le Progrès Médical*, 30 avril 1932.)

### Des abcès froids.

Une observation relatée par le Docteur A. SCHWARTZ démontre qu'une poche purulente peut avoir toutes les allures d'un abcès froid, alors que le laboratoire révèle la présence dans le pus d'un staphylocoque doré. Un abcès froid n'est donc pas forcément tuberculeux. Il suffit que l'agent microbien en cause ait une virulence atténuée pour que la suppuration ait toutes les apparences d'un abcès froid. L'oubli de cette vérité peut avoir les plus graves conséquences, en amenant le médecin à faire une thérapeutique défectueuse. (*Paris Médical*, 30 avril 1932.)

### Quelques cas de tubercules cérébraux chez l'enfant.

Cliniquement, les cas observés par le Docteur BABONNEIX peuvent affecter des allures très différentes, se rapportant à sept formes principales : éclamptiques, hémiplégiques, méningitiques, cérébelleuses, néoplasiques, « supposées » ou latentes.

Mais, les formes où, de par l'ensemble des antécédents et des symptômes, on peut être autorisé à porter le diagnostic de tubercule cérébral sont fréquentes. Leur diagnostic, en l'absence de toute preuve opératoire ou nécropsique, est toujours délicat, car rien n'empêche un gliome d'apparaître chez un tuberculeux avéré. (*Gazette des Hôpitaux*, 11 mai 1932.)

### La neuro-mélitococcie.

Le Professeur Henri Roger montre que les localisations nerveuses de la mélitococcie ont été méconnues, pour la plupart, jusqu'à ces dernières années, car elles sont tardives.

Celles-ci sont :

1° Cérébrales, à type de troubles psychiques ou de troubles somatiques ;

2° Médullaires à type de parésie spasmodique progressive, ou de paraplégie flasque plus grave ;

3° Méningo-radiculo-névritiques, à type de parésie douloureuse des membres inférieurs avec grosse réaction méningée, de radiculite simple, ou de névrite périphérique ;

4° Méningées : réactions méningées latentes au cours de mélitococcies banales, réactions méningées accompagnant les précédentes localisations, ou les localisations osseuses (spondylites), méningites proprement dites, à type subaigu et lymphocytaire, simulant une méningite tuberculeuse, le plus souvent curables, mais pouvant laisser des séquelles.

C'est la méningite qui constitue la réaction la plus caractéristique, soit cérébrale et associée parfois à des névrites craniennes et presque toujours à des spasmes vasculaires cérébraux, soit médullaire et associée à des radiculo-névrites. Cette méningite à allure subaiguë, assez souvent latente dans ses manifestations cliniques, se distingue cependant par l'intensité de ses réactions albumineuses et surtout cytologiques à type lymphocytaire avoisinant ou dépassant la centaine de leucocytes.

Curable dans bien de ses manifestations, la neuro-mélitococcie aggrave cependant le pronostic de cette infection, qu'elle prolonge, et se complique souvent de séquelles indélébiles. (*La Presse Médicale*, 7 mai 1932.)

### Les états intersexuels.

Les états intersexuels peuvent être définis des états où coexistent, chez un même individu, soit homme, soit femme, des stigmates physiques ou fonctionnels des deux sexes, tantôt associés en proportion équivalente ou presque équivalente, tantôt, ce qui est beaucoup plus fréquent, avec prédominance du sexe légitime sur l'autre.

L'hermaphrodisme, dit le Docteur P. Sainton, est l'expression la plus complète de l'état intersexuel. L'hermaphrodisme vrai, total, n'existe que dans les cas où il y a coexistence, chez le même individu, de tissu ovarien ou testiculaire, avec présence des autres caractères intersexuels. Après la phase infantile d'ambiguïté sexuelle, survient à la puberté une accentuation de l'aspect féminoïde, et, plus tard, une virilisation progressive avec variations de l'instinct sexuel. Bien que les organes génitaux externes soient d'apparence féminine, l'autopsie fait découvrir la coexistence des organes génitaux des deux sexes chez les hermaphrodites vrais ; il y a le plus souvent coexistence dans le même organe d'apparence ovarienne de tissu testiculaire ; tantôt il y a ovotestis bilatéral, tantôt il y a ovotestis unilatéral. A la coupe histologique, le tissu ovarien est en général plus différencié que le tissu testiculaire.

A côté de cet état intersexuel complet, il y a un certain nombre d'états, qui s'en rapprochent au point de vue clinique : ce sont les états dits pseudo-hermaphrodismes. Ils sont beaucoup plus fréquents que les cas précédents ; dans la pratique ils donnent lieu, à la naissance, à des erreurs de sexe ; les sujets sont le plus souvent considérés comme des femmes ; un examen plus approfondi montre chez eux des organes masculins (de pseudo-grandes lèvres représentent un scrotum renfermant des testicules atrophiés ; il existe une verge rudimentaire) ; mais la mentalité de ces sujets est généralement féminine ; il peut y avoir des coïts incomplets avec des hommes, et ceux-là procurent parfois des sensations voluptueuses. Cependant, parfois les instincts sexuels sont neutres ; d'autres, après une période d'attrait pour l'homme, ont une période de sexualité masculine.

L'auteur se demande si les glandes génitales doivent être seules mises en cause dans la production des états intersexuels, ou s'il existe des facteurs sexuels extra-génitaux. Les deux glandes endocrines, qui doivent être mises en cause, sont la cortico-surrénale et l'hypophyse ; leur rôle ne fait aucun doute ; mais jusqu'ici les recherches biologiques n'ont point été méthodiquement poursuivies sur les états intersexuels.

Le traitement des états intersexuels n'a donné, en général, que des résultats variables en ce qui concerne l'opothérapie ; cependant, il y a lieu de tenter dans les états peu accentués la thérapeutique par les extraits, soit ovariens, soit testiculaires, suivant les cas. (*Paris Médical*, 14 mai 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Pouvoir bactéricide des urines des tuberculeux pour le bacille de Koch. Influence des sels d'or.

(MM. P. Courmont, Gardère et P. Pichat. — *Académie de médecine* ; 11-10-1932.)

Le sérum sanguin des tuberculeux possède très souvent, ainsi que l'a montré antérieurement M. Courmont, une action bactéricide sur le bacille de Koch, cette action pouvant aller jusqu'à la mort des bacilles. Certains animaux, le cheval entre autres, ont spontanément un pouvoir bactéricide de ce genre à un degré élevé : on sait d'ailleurs que le cheval est rarement tuberculeux.

M. Courmont s'est demandé si l'on pouvait retrouver dans les urines des tuberculeux une propriété analogue et il a fait sur ce point une série de recherches en collaboration avec MM. Gardère et Pichat. Il lui est apparu qu'effectivement les urines de certains tuberculeux pouvaient présenter un pouvoir bactéricide appréciable vis-à-vis du bacille de Koch. Pour établir l'origine de cette propriété, les auteurs ont étudié et analysé les urines de vingt-deux tuberculeux, en déterminant leur pouvoir bactéricide, leur teneur en urée, chlorures, leur pH, etc. L'acidité et la composition chimique n'ont offert aucune relation avec l'action microbicide de l'urine. Il y a lieu de conclure de là que cette action spéciale tient probablement à l'élimination par les urines du principe bactéricide constaté dans le sérum.

Les auteurs ont envisagé, d'autre part, l'influence des sels d'or, chez les tuberculeux et même chez les sujets sains, sur le pouvoir bactéricide des urines et du sérum. Injectant à quinze sujets de la sanocrysine et examinant ensuite les propriétés de leur sérum et de leur urine, ils ont vu que chez les tuberculeux et également chez les sujets sains en apparence, les sels d'or augmentaient ou provoquaient le pouvoir bactéricide du sérum et des urines vis-à-vis du bacille de Koch. Même après l'élimination à peu près complète des sels d'or, l'accroissement du pouvoir bactéricide persiste, un certain temps tout au moins.

Ainsi donc, en résumé, le sérum et les urines des tuberculeux ont souvent une action microbicide pour le bacille de Koch, action non possédée par le sérum de sujets non tuberculeux. L'action s'atténue lorsque le malade évolue vers la guérison et guérit. Elle disparaît, pour d'autres raisons, chez les tuberculeux cachectiques et très gravement atteints. Cette propriété constitue un indice de tuberculose franche et à l'état de résistance. Elle n'est sans doute pas sans importance dans la défense de l'organisme des tuberculeux. Les sels d'or augmentent ce pouvoir.

### Torsion de la trompe droite et appendicite.

(M. A. Ricard, de Lyon. — *Société de chirurgie* ; 6-7-1932).

La Société de chirurgie s'est occupée, il y a peu de temps encore, de la question des torsions de la trompe chez les jeunes filles et même chez les petites filles. Au mois de février 1932, d'autre part, M. Picot a rapporté une observation qu'il avait intitulée : torsion de la trompe droite au cours d'une appendicite aiguë, laissant penser qu'à son avis, dans le cas en question, l'appendicite avait débuté et la torsion tubaire avait suivi.

M. Ricard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a observé un fait analogue, que rapporte, en son nom, M. H. Mondor . Il s'est agi d'une jeune fille de 14 ans, bien portante jusque là, réglée depuis cinq mois et vierge. Elle est prise un soir de vomissements et de douleurs abdominales droites. Les douleurs persistant, gagnant le bas-ventre, avec contracture de la paroi, fièvre, M. Ricard l'opère avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Il enlève l'appendice et, explorant le petit bassin ( la présence de sang dans le péritoine y incitait), il tombe sur une énorme masse noire, grosse comme une aubergine. La masse en question était la trompe droite en torsion, saine par ailleurs. L'appendice réséqué était rempli de pus sous pression.

M. Auvray, à qui l'on doit un travail inaugural sur les relations entre l'appendicite et les torsions tubaires, pensait qu'il ne fallait pas sans raison bien valable, sans critérium histologique, affirmer l'intégrité de la trompe en pareille éventualité. Ici, cependant, l'âge, l'absence d'antécédents, la virginité, et aussi l'examen microscopique établissaient la non-existence de lésion tubaire. Il y avait donc en appendicite aiguë et torsion aiguë d'une trompe saine. Il est difficile de préciser les relations de l'une et de l'autre. En faveur de l'appendicite initiale, il y a la prédominance des atteintes des annexes du côté droit, mais peut-être cette prédominance tient-elle en partie à ce que l'on opère plus souvent pour les crises abdominales droites, en raison même de l'appendicite. Ce qui importe le plus, il est vrai, c'est de savoir se rendre compte, l'abdomen ouvert, que l'appendice n'est pas seul lésé, de façon à ne pas faire une opération incomplète.

M. Mondor rappelle, enfin, que les torsions annexielles chez les jeunes filles ne sont pas rares. Smith et Butler, en 1921, avaient trouvé 25 cas de torsion avant la puberté, et Finley, de 1920 à 1931, en trouvait aussi 25 cas. Les plus jeunes malades étaient sans doute celles de Hartinger : fillettes de six semaines, huit semaines, trois mois. P. L.

# Les Livres

Imprimerie DANZIG,
26 rue des Francs-Bourgeois, Paris, 1931.

Dr M. KAPLAN. — **Les modifications radiologiques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la chrysothérapie** (65 pages, 12 planches radiographiquse).

L'épreuve radiologique, nécessaire pour suivre l'évolution de la tuberculose pulmonaire, permet de juger l'efficacité d'un traitement. Les formes jeunes de la tuberculose sont celles qui tirent le maximum de profit de la chrysothérapie et donnent les améliorations radiologiques les plus frappantes.

En comparant les améliorations radiologiques obtenues au cours de la chrysothérapie avec celles obtenues sans traitement aurique, on observe les analogies et les différences suivantes : *a*) Les améliorations radiologiques suivent dans les deux cas un mode d'évolution identique, mais : *b*) Au cours de la chrysothérapie elles s'effectuent plus rapidement (en quelques mois). *c*) Et plus fréquemment (25,4 % du nombre total des malades traités = 213).

Les améliorations radiologiques observées au cours de la chrysothérapie peuvent se schématiser ainsi : *a*) Un nettoyage des lésions qui s'effacent progressivement et aboutissent, soit à un cliché normal, soit à une image de tuberculose fibreuse. *b*) Une rétraction des lésions — en particulier dans la lobite supérieure — de bas en haut et de dehors en dedans. *c*) Des modifications des images lacunaires. Elles se font schématiquement de trois façons :

1° L'image lacunaire diminue progressivement de volume et finit par disparaître en laissant à sa place une petite tache étoilée d'apparence fibreuse. 2° Le pourtour de l'image lacunaire se fragmente, devient indistinct et s'efface. 3° Le pourtour de l'image lacunaire s'épaissit en même temps que les dimensions de celle-ci diminuent ; l'image persiste très diminuée, entourée par une large coque scléreuse.

Librairie O. DOIN, et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr E. PAPIN.— **Diagnostic de la tuberculose rénale** (Un vol. in-8° de 80 pages avec 4 planches hors texte, in «*La Pratique médicale illustrée* » Prix : 22 francs.)

La tuberculose rénale, dans ses formes anormales, peut tromper le médecin le plus averti. Peut-on même parler de formes anormales, alors qu'il s'agit de l'absence de certains symptômes, de la prédominance de certains autres, de l'association avec des affections, qui en cachent le début ? Tous ces cas sont étudiés soigneusement ici, ainsi que leurs variétés suivant l'âge, suivant le sexe, et la tuberculose dans les reins anormaux.

Cette étude est basée, non seulement sur une abondante littérature, mais aussi sur plusieurs centaines de cas personnels.

Tous les moyens de diagnostic, actuellement acquis, sont exposés : cliniques, histo-bactériologiques, endoscopiques et radiologiques ; on en lira une description des plus simples, même pour ceux qui n'en font pas habituellement usage.

CHICANDRE, éditeur, 49, rue Bersot, à Besançon.

Docteur DUVERNOY, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, directeur de l'Institut d'éducation physique. — **L'inspection médicale des écoles.** 2e édition. (Un volume in-8, 236 pages. Prix : 18 francs.)

Ce volume, complètement remanié et augmenté, constitue une documentation indispensable non seulement pour le médecin-inspecteur, mais aussi pour tous ceux qui ont mission d'organiser l'inspection médicale des écoles dans le cadre du département.

Il donne le résumé ou le texte entier des systèmes proposés ou fonctionnant actuellement, et une organisation type qui tient compte de ce qui a été fait jusqu'à présent, ainsi que certaines vues originales.

Il reproduit le fac similé de toutes les pièces nécessaires, et surtout celui d'un livret de santé, établi chronologiquement, valable pour toutes les époques de la vie et applicable à l'inspection des écoles. Il envisage enfin le rôle du médecin dans les sociétés sportives scolaires ou post-scolaires.

Comme la première édition, il donne les projets de loi, en y ajoutant toute la documentation nécessaire sur le matériel, les mesures à prendre lors des épidémies, etc., ainsi qu'une note sur les modalités d'inspection actuellement pratiquées dans chaque département.

— **Livret de santé**, par le Docteur DUVERNOY, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, directeur de l'Institut d'éducation physique.

Ce livret, établi chronologiquement, est destiné à suivre l'enfant, puis l'adulte, à travers toutes les étapes de son existence. Etabli sous forme de pochette, il peut renfermer tous les documents d'ordre médical (ordonnances, certificats, etc.).

Il contient des feuilles qui indiquent la moyenne du poids, de la taille, des dates d'apparition des dents, des performances sportives suivant l'âge.

C'est un document indispensable pour qui veut s'assurer la réelle continuité d'une surveillance physiologique et médicale.

En vente chez Lefrançois, boulevard Saint-Germain, à Paris, au prix de 2 fr. 50, et par quantité (10 au minimum) chez l'éditeur, Chicandre, 49, rue Bersot à Besançon (15 francs la dizaine).

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'ANNÉE SYNDICALE

Pour qui, confiné dans sa tour d'ivoire, ne voit le syndicalisme qu'à travers ses animosités personnelles contre quelques dirigeants du syndicat local (en général des voisins et concurrents), ce groupe corporatif ne constituerait qu'un organisme de brimade, qui ne servirait qu'à quelques arrivistes, égoïstes intrigants qui ne pensent qu'à eux-mêmes et font servir le syndicat pour la seule satisfaction de leurs intérêts immédiats.

Mais pour celui qui collectionne les journaux professionnels et y relève le travail accompli par la plupart des syndicats médicaux de France et par leur Confédération, on reste surpris de l'élévation des directives, qui se dégage d'une étude d'ensemble.

Ce qui me frappe, cette année, c'est de voir combien le syndicalisme médical a compris son rôle social : il ne se présente plus comme un éternel mécontent, défenseur des seuls intérêts égoïstes d'une corporation, jaloux de faire respecter les errements anciens, adversaire *a priori* de toute innovation.

Bien au contraire, le syndicalisme médical s'affirme de plus en plus comme un véritable conseiller de l'Etat. Au nom de la protection de la santé publique, il offre sa collaboration avertie à l'Administration ministérielle ou départementale. C'est surtout dans ce domaine que nous allons étudier l'activité syndicale au cours de l'année 1931-32. Tour à tour, nous verrons les syndicats médicaux et leur Confédération, obéissant aux termes de la législation des Assurances sociales, contracter collectivement avec les Caisses départementales ; puis, au nom de la protection de la santé publique, collaborer à la création ou à l'organisation de dispensaires, ou du fonctionnement des services publics, dans le cadre départemental ou communal.

Mais il convient de donner aux co-contractants toutes garanties, concernant la probité professionnelle et la moralité des praticiens, qui concourent au fonctionnement de ces services publics : d'où l'organisation progressive d'une justice d'exception, par le fonctionnement de juridictions professionnelles, conseils de famille qui connaissent des manquements à la déontologie, ou à la probité professionnelle, délits que ne peuvent atteindre les tribunaux de droit commun.

Allant plus loin, et toujours au nom de la santé publique, les syndicats médicaux se sont préoccupés de la valeur morale et scientifique des diplômés, qui sont chargés de soigner leurs concitoyens ; d'où collaboration avec le Parlement, pour mettre une barrière à l'invasion progressive de notre corporation par des éléments étrangers venus, avec leurs habitudes et leurs conceptions de moralité distinctes, de toutes les parties du monde. Collaboration encore pour le statut scientifique des spécialistes ; collaboration enfin pour la réforme des études médicales, afin que le praticien soit à la hauteur de sa tâche sociale.

Voilà, en quelques lignes, le tableau de l'activité des syndicats médicaux, au cours de cette dernière année. Nous allons maintenant en donner les preuves et le détail.

#### Législation des Assurances sociales

Délibérément, je laisse de côté les conflits locaux, pour n'envisager que les grandes directives de la politique syndicale médicale, qui se dégagent de la lecture des journaux professionnels, ainsi que des comptes rendus des assemblées générales des groupes corporatifs locaux.

Une tendance se manifeste : combler la différence qui existe entre le tarif syndical minimum et le tarif de responsabilité des Caisses. Alors que des espoirs avaient pu naître, dans l'esprit des futurs assurés sociaux, qui pensaient pouvoir être désormais soignés à des prix abordables, d'autre part, d'aucuns ont fait le reproche à quelques syndicats médicaux d'avoir relevé brusquement leur tarif, ou d'avoir appliqué strictement le tarif de la clientèle ordinaire à toute une catégorie de malades, hier besogneux, et soignés comme tels, aujourd'hui traités, parce qu'assurés sociaux, comme des gens de condition aisée.

D'autre part, mue par la crainte de l'avenir, l'immense majorité des Caisses s'est montrée d'une économie outrancière, d'un esprit de prévoyance qui frise l'avarice : d'où tarif de responsabilité, c'est-à-dire de remboursement infime, au regard du tarif syndical.

Il en résulte des mécontentements, surtout dans le rang des assurés, qui, pour certains, crient à la faillite de la loi.

Cependant, quelques syndicats médicaux ont pensé pouvoir accepter des pourparlers, des conversations avec les Caisses, aux fins d'établir un *modus vivendi*, qui rapprocherait le plus possible les deux tarifs. Mais, jusqu'à présent, aucun accord n'a été conclu sur ces bases.

Il faut dire que l'attention des uns et des autres a été principalement attirée sur le projet de mutualisation des Assurances sociales.

Des propositions de loi, des manifestes impérieux provenant de ce qu'on appelle pompeusement « les Etats généraux de la Mutualité » ont demandé, au profit de cette dernière, la prise en charge des Assurances sociales.

Malgré les affirmations du Docteur Faugère, sénateur, l'un des auteurs d'une proposition de loi précitée, le Corps médical redoute les conceptions des dirigeants de la Mutualité. Il garde encore le souvenir des mauvais jours, où les Sociétés de secours mutuels constituaient un Etat dans l'Etat et entendaient dicter leurs conditions.

Devant elles, le Corps médical était alors dans un état de servage, le médecin se trouvant dans la condition sociale d'un salarié, mal payé, souvent rabroué et devant obéir aux injonctions des puissants du jour, dirigeants des Sociétés de secours mutuels, bien que n'étant pas des usagers d'icelles.

Aujourd'hui, la Confédération des Syndicats médicaux affirme sa ferme résolution de ne pas accepter de connaître les heures néfastes d'antan. Mieux inspiré que le législateur du 1er avril 1898, celui de 1930 a donné à l'assuré social le droit de choisir librement son médecin et de discuter avec ce dernier le quantum des honoraires.

Que la Mutualité soit chargée de la gestion administrative des Caisses d'assurances sociales, c'est question de politique, mais le Corps médical réclame, au nom de la santé publique, la liberté de confiance pour les malades, le respect du secret professionnel et aucune intrusion d'un tiers, dans les rapports pécuniaires entre malade et praticien. Autrement dit, la Mutualité devra respecter l'organisation médicale, inscrite dans la législation du 30 avril 1930.

Signalons encore dans ce cadre des Assurances sociales, les directives données progressivement pour déterminer devant quelles juridictions porter les différents conflits, d'ordre médical et professionnel, qui surgissent à l'occasion de l'application de la loi de 1930.

Disons enfin que quelques syndicats locaux se sont émus de la manière de lutter contre les médecins rabaisiens, en décidant soit l'obligation du respect du tarif syndical minimum, soit la nécessité de la part des non-syndiqués d'une adhésion par écrit à la convention qui lie les caisses du département aux syndicats de praticiens, soit l'obligation pour ces mêmes non-syndiqués de fournir par avance une contribution pécuniaire, pour permettre le fonctionnement du service de contrôle technique, confié par la loi aux seuls syndicats médicaux.

## Collaboration pour fonctionnement de services publics

### 1° Dispensaires d'hygiène sociale

Les syndicats et leur Confédération se sont maintes fois préoccupés, cette année, du fonctionnement, parfois abusif, de ces organisations sociales. Il a fallu rappeler qu'aux termes de la loi du 15 avril 1916, ces dispensaires sont réservés à la prophylaxie, à l'exclusion de tous traitements, sauf en ce qui concerne les malades indigents.

Les syndicats médicaux ont accepté, à ce principe, une première dérogation, en ce qui concerne la prophylaxie antivénérienne et admis le traitement dans les dispensaires antivénériens.

Ils sont prêts, en ce qui concerne le traitement par le pneumothorax en matière de tuberculose, à examiner, avec l'esprit le plus large, les dérogations paraissant utiles à la santé publique. Ils déclarent cependant que toute organisation future de traitement dans les dispensaires antituberculeux publics devra se faire par convention écrite avec le syndicat médical départemental.

Ce faisant, le Corps médical montre aux Pouvoirs publics le danger d'une centralisation à outrance des services de soins et de diagnostic : la tendance actuelle de l'Administration ministérielle, ou même préfectorale, c'est d'instituer une médecine collective, s'inspirant des principes d'un socialisme d'Etat. La puissance publique, avec des ressources diverses, crée, administre et gère des centres médicaux de dénominations diverses, mais où tout venant, quelle que soit sa condition sociale, ou sa situation de fortune, pourra trouver diagnostics et soins, pour des prix extrêmement réduits. C'est la formule marxiste : « à chacun suivant ses besoins ».

Nous avons même vu, cette année, les syndicats se dresser contre des tentatives municipales, de nature nettement collectiviste : la création d'un dispensaire municipal, ouvert à tous et où un, deux ou trois médecins, de couleur politique semblable à celle des dirigeants de

la municipalité, sont seuls appelés à donner des soins à prix réduits à toute personne qui se présente à la visite.

Autres manifestations de la centralisation administrative : la création de centres de diagnostic et de dépistage, qui fonctionnent au nom de la médecine préventive, laquelle bénéficie de la faveur du jour.

Nous assistons également à la création de centres mutualistes, maisons de santé chirurgicale, où les ayants-droit peuvent être traités, opérés, soignés pour des prix extrêmement abordables. De véritables assurances mutuelles fonctionnent contre le risque chirurgical, autrement dit le mutualiste peut, s'il doit être opéré, subir l'intervention sans que ses ressources financières soient lourdement obérées par les frais chirurgicaux et d'hospitalisation en clinique.

Entre autres, signalons les efforts du syndicat médical de Seine-et-Marne, qui s'est préoccupé de l'exode des malades du département, attirés qu'ils sont par le Dispensaire parisien de la caisse mutualiste.

Aussi, un certain nombre de chirurgiens, notamment ceux de Lot-et-Garonne, conscients du péril que leur font courir ces organisations mutualistes, se sont groupés pour instituer des caisses chirurgicales mutuelles. L'assuré a le droit de se faire opérer dans la clinique, ou dans l'hôpital de son choix, dans le département, et la cotisation, qu'il verse annuellement, lui confère la garantie de tous les frais de chirurgien, de radio, de pharmacie et de séjour.

Comme autres manifestations syndicales en vue d'une collaboration avec la puissance publique, signalons un projet d'organisation du contrôle médical des Pupilles de la Nation, mis au point par le Syndicat médical de la Vienne et l'institution de la protection prénatale, dans le Puy-de-Dôme, due au bureau du Syndicat et adoptée par le Conseil général du département.

Faisons encore une mention spéciale au travail du Docteur Duvernoy, qui dans *Franche-Comté et Montbéliard* a publié une étude très fouillée sur le Livret de santé individuel, qui sera très certainement la vérité de demain.

## La justice professionnelle

Elle est née de la double préoccupation : donner au contractant toutes les garanties sur le respect des conventions collectives signées avec le syndicat ; réprimer des abus et les manquements aux règles de la déontologie, qui échappent aux sanctions des tribunaux de droit commun, par application à l'adage « *nulla pœna sine lege* ».

Certains en sont encore à attendre du Parlement l'octroi d'un Conseil de l'Ordre, alors que sénateurs et députés sont parfaitement incompétents pour légiférer en matière disciplinaire médicale.

Les dirigeants syndicalistes ont préféré organiser leur justice corporative eux-mêmes, la faire fonctionner, d'abord plutôt mal que bien, s'appuyer immédiatement sur des principes juridiques parfois discutables. Mais l'expérience est faite : de boiteuse qu'elle était, la justice médicale prend force et vigueur, elle abandonne les errements jugés mauvais par l'expérience et elle se perfectionne chaque jour.

Les journaux professionnels de l'année sont pleins des résultats du fonctionnement de cette justice disciplinaire.

La loi des assurances sociales ayant mis à la charge des syndicats médicaux tant l'organisation d'un service de contrôle technique que la répression des abus, nous avons vu les groupes corporatifs prendre leur rôle au sérieux et modifier leurs statuts, en vue d'une action tant répressive que prophylactique.

Le contrôle technique est déclenché à la demande d'une caisse locale ou sur l'initiative propre du syndicat. Ce n'est pas que le praticien, ainsi objet d'un contrôle, puisse être suspecté d'abus ; mais il convient parfois de faire confirmer l'utilité d'un traitement de longue haleine, ou une multiplication d'actes médicaux, qui, à première vue, semblent peut-être discutables.

Et les syndicats de nous dire, dans les divers comptes rendus que nous avons sous les yeux, combien les résultats de ce contrôle ont été satisfaisants. Bon nombre de praticiens commettent de bonne foi des erreurs. Ils croient pouvoir soigner les assurés sociaux, comme des clients ordinaires alors que ces derniers payent entièrement de leur poche et que les premiers doivent se faire rembourser par la Caisse partie des frais médicaux que leur affection a occasionnés.

Ce contrôle a permis également de juger, en Conseil de famille, pas mal de cas litigieux. Tantôt le confrère mis en cause est reconnu coupable de manquements soit parce qu'il a agi sciemment, dans un esprit de tromperie, soit parce qu'il a cru, de bonne foi, pouvoir faire un acte, jugé ensuite répréhensible.

Et les juges médicaux de condamner ou d'absoudre, de blâmer, ou au contraire, de démontrer à la Caisse plaignante que le praticien a parfaitement bien agi.

Cependant, certains protestent contre cette justice corporative. Ils dénoncent la partialité de leurs voisins et concurrents immédiats, qui peuvent être appelés à juger leur conduite professionnelle.

Aussi la Confédération des Syndicats médicaux entrevoit-elle une modification des collèges disciplinaires, pour que les Conseils de fa-

mille ne soient plus de cadre départemental, mais plutôt régional.

Personnellement, j'ai été appelé à assister, comme juriste ou ministère public, à des séances de Conseils de famille, tant de première instance que d'appel et toujours j'ai vu les médecins chercher à obtenir la gravité impavide de juges de profession, en s'élevant au-dessus des rivalités locales et des questions de personnes.

Disons, pour répondre à certaines objections, que cette justice syndicale est toute conventionnelle, car aucune loi ne l'impose. Les non-syndiqués sont toujours en mesure de s'adresser aux tribunaux de droit commun, comme tout citoyen de France.

Mais ils n'ont aucun avantage à étaler au grand jour, devant la malignité publique d'un prétoire, les accusations professionnelles, qui sont portées contre eux. Plutôt que de se trouver en butte aux accusations et aux sarcasmes d'un avocat de la partie adverse, mieux vaut liquider en famille les conflits d'ordre confraternel.

D'autant que les juges médicaux sont mieux placés pour apprécier la culpabilité ou l'innocence d'un praticien, alors que, pour se faire une opinion, les tribunaux ne pourront souvent que recourir à une expertise, d'où des frais considérables.

Nous avons tout récemment, dans le *Concours Médical*, donné une étude juridique sur cette question, pour qu'il soit nécessaire de nous étendre sur ce sujet, alors que la place nous est limitée.

## L'exercice de la médecine par les étrangers

Au nom de la santé publique et de la protection de la moralité professionnelle, les syndicats médicaux ont pris une part active dans la proposition de loi du Docteur Armbruster, sénateur, tendant à exiger certaines conditions de naturalisation, de scolarité et de diplômes, pour quiconque veut exercer la médecine en France.

Il est en effet inadmissible qu'un étranger, venu en France pour y faire ses études, soit favorisé, tant pour l'équivalence de diplômes plus ou moins inférieurs qu'il présente pour son inscription dans une Faculté, que pour l'obtention de ses divers grades, alors que les juges montrent plus de bienveillance pour cet étranger, avide de recevoir la culture française, pour la porter ensuite dans son pays.

Voici justement d'où vient tout le mal : c'est que cet étranger, diplômé en France, ne se soucie nullement de rentrer chez lui ; il trouve notre pays à son goût, il s'y installe ; il échappe aux obligations militaires et il importe chez nous des habitudes professionnelles, à tendance parfois commerciales, sans que les scrupules et la délicatesse français puissent le diriger en quoi que ce soit.

Il ne faut pas voir un sentiment de xénophobie agiter le Corps médical : bien au contraire, les praticiens reconnaissent à quiconque le droit de libre exercice de l'art de guérir, mais à la condition que les charges et obligations soient les mêmes pour tous.

Cette loi, qui a été discutée dans les deux Chambres, reste actuellement en souffrance au Sénat. Elle ne sera appliquée, disons-le une fois de plus, que lorsque députés et sénateurs se seront mis d'accord et que le texte voté par eux aura été promulgué par le Président de la République.

## La réforme des études médicales

Il est hors de conteste que la science médicale a fait de grands progrès : le doctorat en médecine constitue à l'heure actuelle un minimum indispensable de connaissances médicales, pour que le praticien qui exerce l'art de guérir puisse non seulement rendre service à ses concitoyens, mais ne pas leur être néfaste.

Voilà pourquoi a été abordé le grand problème des spécialisations médicales. Celui qui se dit spécialiste ne doit-il pas justifier d'études complémentaires, en sus du doctorat en médecine ? Ce grade reste, bien entendu, le seul diplôme légal, permettant d'exercer en France.

Mais, tant au point de vue responsabilité professionnelle que de la tarification spéciale de certains actes de spécialistes, ne convient-il pas d'exiger des docteurs spécialisés dans une branche de l'art de guérir la justification de connaissances supplémentaires ?

D'où la mise à l'étude par les syndicats médicaux d'une refonte des connaissances que doit posséder le praticien tant de médecine générale que de spécialité.

D'où encore la préoccupation de savoir si la science médicale moderne n'oblige pas le spécialiste des maladies dentaires à posséder une culture scientifique générale, consacrée par le seul doctorat en médecine.

De nombreuses discussions, même passionnées, ont été soulevées par le vote étrange de l'Académie de médecine sur ce sujet de la loi Milian et Rio. Tout en professant le plus profond respect pour cette docte assemblée de savants, disons que, dans la circonstance, il ne semble pas qu'elle ait bien saisi la portée du problème qui lui était posé.

Il n'était nullement question de supprimer les chirurgiens-dentistes actuels et de les obliger à passer des épreuves complémentaires, pour les transformer en docteurs en médecine.

Non ! la loi Milan et Rio respectait les droits acquis, comme le fit la législation du 30 novembre 1892, au regard des officiers de santé ; mais

ne convient-il pas de décider que le dentiste de demain devra, au préalable, avoir fait ses études médicales, pour être à même de soigner les manifestations locales, sur les dents, de maladies souvent d'ordre général ?

En cette occurrence, l'Académie s'est trouvée en désaccord complet avec les syndicats médicaux, lesquels sont bien plus près de la pratique courante et en mesure d'en apprécier les nécessités.

**Conclusions**

De cette rapide étude sur le mouvement syndical de l'année, je tiens à dégager l'impression donnée par l'élévation des travaux, discutés dans les syndicats et au sein de leur Confédération. Le syndicat s'affirme, non plus comme le défenseur des seuls intérêts d'une corporation, mais comme un collaborateur de la puissance publique, un véritable conseiller de l'Etat.

Celui qui, chaque jour, est aux prises avec les difficultés de l'exercice de la profession médicale, qui apprécie les besoins individuels et sociaux de ses clients, qui est mieux que quiconque placé pour envisager les nécessités de la protection de la santé publique, ainsi que la carence des organisations publiques, faute des crédits nécessaires et suffisants, celui-là peut être un conseiller utile, par l'intermédiaire de son représentant légal : le syndicat.

Ajoutons encore que le groupe corporatif s'érige en gardien vigilant de la moralité professionnelle, par la répression, parfois trop sévère, des manquements déontologiques ou abusifs.

Voilà pourquoi nous assistons à un revirement d'opinion. Il n'y a pas très longtemps encore, dans beaucoup de milieux, on considérait le syndicat comme un organisme à mentalité et tendance nettement révolutionnaires.

Personnellement, je me rappelle avec quelle profonde stupéfaction avait été accueillie en 1920 au Conseil supérieur de l'Assistance publique, mon argumentation en faveur de la convocation du Secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux, lorsque cette haute assemblée désirerait connaître l'opinion du Corps médical.

C'était l'époque où une individualité médicale se croyait autorisée à donner sa propre opinion, s'arrogeant la prétention de parler au nom du Corps médical.

Que de chemin parcouru depuis cette époque ! Non seulement, la Confédération des Syndicats médicaux a ses représentants autorisés dans les conseils supérieurs, placés auprès de chaque ministre, mais encore voyons-nous, dans des congrès, comme celui qui s'est tenu sur l'Hygiène publique, le secrétaire général de la Confédération être invité à parler sur la collaboration des médecins praticiens avec les représentants de la puissance publique, pour la protection de la santé publique.

Et je vois encore dans le syndicat le défenseur-né de nos dernières libertés corporatives. Alors que nous sommes de plus en plus encerclés par un salariat, alors que des collectivités de tous genres cherchent à avoir leur corps médical, nommé par elles, payé à forfait, ou selon un tarif réduit, alors que des situations d'employé-médecin sont offertes, avec des propositions plus ou moins alléchantes, du moins en apparence, le syndicalisme médical oppose le nombre au nombre, la puissance collective à celle de nos employeurs.

Au nom de notre corporation, qui a besoin de son indépendance, pour progresser, au nom de nos malades, qui trouvent dans la liberté de confiance et dans le respect du secret professionnel un facteur considérable de guérison, le syndicat médical propose, non des contrats individuels de louage de services, mais des conventions collectives de travail, voire même des contrats d'entreprise.

Qui devra l'emporter ? Le socialisme d'Etat, avec une organisation de soins centralisée, anonyme souvent, dans des établissements de cure et de diagnostic, administrés par des collectivités, ou bien le principe, français depuis toujours, de l'indépendance et de la liberté individuelles ?

L'avenir nous le dira ; mais le syndicalisme médical n'a pas, jusqu'ici, failli à sa tâche.

Dr Paul BOUDIN.

# MUTUALITÉ FAMILIALE

## De l'indifférence du médecin en matière de prévoyance

Au *Concours Médical* et aux Conseils d'administration de ses filiales, on est placé mieux que partout ailleurs pour pouvoir juger de la misère médicale présente, passée ou à venir. Ce n'est pas en vain que leurs dirigeants sont à la tâche depuis de si longues années, puisque les aînés ont vu naître l'œuvre-mère fondée par Cézilly il y a plus de cinquante ans, puisque lui-même ne l'a fondée qu'à défaut de l'Association générale qui, à l'époque, se montrait impuissante à mettre sur pieds les organismes si demandés, si attendus par toute une importante partie du Corps médical.

Le *Concours*, d'autre part, est un journal lu chaque semaine par la moitié au moins des praticiens français, tout le corps médical recevant en outre quatre fois par an ses numéros exceptionnels. Et, si l'on passait en revue la collection du journal, on y trouverait des centaines d'articles consacrés à la prévoyance médicale sous toutes ses formes.

Eh bien ! malgré notre habitude de la psychologie particulière aux médecins français, nous sommes continuellement surpris de voir à quel point la grande majorité de nos confrères se désintéresse — et je dirai de plus en plus — de toutes ces questions de prévoyance personnelle qui pourtant sembleraient au contraire devoir attirer leur attention avant toutes les autres.

Tous ceux qui, par une sorte d'altruisme indéracinable, s'acharnent à lutter contre cet état d'esprit, sont frappés de voir combien nos confrères négligent de prendre les précautions les plus indispensables à leur sécurité propre, à celle des leurs et, par contre-coup, à la conservation de leur clientèle même.

Ils pensent généralement à s'assurer contre l'incendie, contre les accidents d'auto ; six à sept mille d'entre eux se sont même assurés contre ce que j'appelle le risque judiciaire en entrant au *Sou médical* ; mais c'est à peine si 2.000 ont songé à se garantir sérieusement contre la maladie ou la vieillesse et rarissimes sont ceux qui pensent à assurer une pension à leur veuve et aux orphelins qu'ils risquent de laisser dans la misère.

C'est de cette indifférence, de cette négligence que je veux une fois de plus entretenir nos lecteurs en en recherchant les causes et les remèdes.

Le Docteur O'Followell vient de publier une plaquette fort intéressante sur cette question, mais il se place à une hauteur où je ne le suivrai pas aujourd'hui : son étude vaut mieux qu'un court résumé et je me propose de revoir une autre fois en détail toutes les réflexions que soulève son travail. Je me contenterai de reprendre le vieux thème de la prévoyance personnelle contre la maladie, la vieillesse ou la mort prématurée, certain d'avance que je me trouverai sur beaucoup de points en parfait accord avec notre excellent confrère.

Voyons donc à quelles causes on peut attribuer l'indifférence et la négligence coupable de nos confrères en ces matières.

Tout d'abord, il y a l'ignorance : ignorance des risques et ignorance des remèdes.

Oui, le médecin français, le jeune débutant surtout, ignore l'importance pour lui du risque maladie. Il croit en lui, en sa solide santé, au peu de gravité d'une incapacité professionnelle de cause morbide ; il ne sait pas quel préjudice matériel et moral peut lui causer une infection microbienne, une fièvre typhoïde, une scarlatine, une paralysie diphtérique, un phlegmon grave, une mutilation même : roulant en auto toute la journée dans son rayon de clientèle, habitué à vivre au milieu de ses malades, il finit par mépriser le danger et méconnaître complètement les risques qu'il court à toute heure.

Personne ne lui dit qu'en France, il y a en permanence et à la fois 1.500 médecins malades en traitement, dont un quart sont devenus définitivement des chroniques atteints d'incapacité professionnelle permanente.

Ce n'est pas que les initiés ne le crient pas chaque jour, mais leurs tribunes sont restreintes : la plupart des journaux médicaux sont fermés aux articles abordant ces questions, et, si lu que soit le *Concours*, il ne touche qu'une partie des intéressés ; encore parmi ceux-là beaucoup passent, sans les lire, les articles où Gassot et moi-même traitons de la nécessité de la prévoyance.

Comment d'ailleurs les médecins qui restent en dehors de nos groupements seraient-ils instruits de toutes ces affaires quand, parmi nos membres de la Mutualité familiale, il en est qui ignorent à quelles combinaisons ils sont inscrits, quelles cotisations ils ont à payer, quels sont leurs droits ?... quand il en est même qui nous demandent si nous fonctionnons toujours !!!

Oui, l'ignorance est ici flagrante, énorme, générale, et nous nous demandons souvent par quels moyens l'éteindre quand la multiplicité des œuvres, l'éparpillement des efforts, disons-le, la concurrence que les sociétés existantes cherchent à se faire sont autant de causes (sans en compter bien d'autres) qui étouffent la

propagande énergique qu'il serait nécessaire d'intensifier. Dans cette multiplicité les intéressés hésitent, n'étudient pas ce qui peut leur convenir, remettent à plus tard leur décision et finissent par n'en prendre aucune.

Et c'est comme cela que notre Mutualité familiale qui va avoir quarante ans d'existence, qui possède plus de six millions de capital, qui a versé déjà plus de trois millions d'indemnités, ne peut arriver à recruter plus de 1.800 membres sur les 25.000 médecins exerçant en France. Et je ne parle ici que de la Mutualité créée par le *Concours*, la plus solide, la plus puissante, la plus riche et la plus étendue des sociétés similaires : les autres, de Paris, de Lyon ou d'ailleurs, souffrent du même mal, on ne les connaît pas — on ne nous connaît pas.

Cette ignorance pourtant n'est pas absolue : il est encore un certain nombre de médecins qui savent que nous existons, qui devraient et pourraient venir à nous, pourquoi s'obstinent-ils dans leur isolement ?

Les uns ne se rendent pas compte des services que nous rendons, ils ne savent pas les nombreuses détresses du Corps médical, ils s'imaginent que nos appels ne sont qu'une vulgaire réclame aux fins publicitaires, ils ne croient pas aux lettres que nous publions : lettres de remerciements, lettres de reconnaissance, lettres d'appels au secours. Ah ! s'ils savaient, s'ils voulaient savoir quels dangers les guettent chaque jour, quelles catastrophes peut amener dans un foyer médical la moindre grippe infectieuse avec ses complications !

Il en est d'autres qui le savent, mais il faut croire qu'entre la connaissance d'un danger et la raison pratique pour s'en protéger il y a un abîme. Il doit en être de la prévoyance comme de l'auto : on voit le danger, mais on s'en moque car on a la présomption de croire qu'on sera plus fin que les autres et qu'on aura la veine d'y échapper.

Oh ! ce sentiment de la chance, de la veine, quel mal il fait souvent ! Combien ai-je vu de confrères qui ne m'ont demandé de venir à nous qu'après la maladie longue ou l'accident grave qui les avait cloués au lit pour des mois ! ils s'en relevaient touchés dans quelque organe et notre Conseil était obligé de les ajourner ou de les refuser, avec peine sans doute, mais sans pitié car l'administration en ces matières ne se fait pas avec de la pitié.

Et puis il y a ceux qui trouvent mesquins et insuffisants les secours que nous leur apportons : qu'est-ce qu'une indemnité journalière de 50 francs une retraite de 4.800 francs ? Il faudrait l'indemnité de 100 francs au moins et la pension de 20.000. Ils ne se rendent pas compte des cotisations qu'il faudrait leur réclamer et ignorent que le risque croît en proportion géométrique avec l'indemnité ; d'ailleurs si vous abordez ce sujet, vous n'entendez plus parler d'eux. Ils attendent qu'on soit 5.000 : Attendre attendre, c'est leur grand mot !

Qu'on veuille bien croire que je parle par expérience car ce ne sont pas ceux qui ont réclamé le plus d'améliorations qui sont venus à nous. Non, ce n'est qu'un prétexte pour s'abstenir car à leur indifférence, à leur négligence s'ajoute une autre cause profonde, inconsciente peut-être parce qu'elle vient du fond de leur psychisme et qu'elle est une maladie de notre époque. Ils ont perdu le sentiment de l'épargne comme celui de la prévoyance : l'après-guerre, a fait d'eux des êtres pressés de jouir de tout, tout de suite et sans souci du lendemain.

« A quoi bon penser à demain et se priver aujourd'hui quand une loi, une guerre, une révolution vont peut-être venir mettre à bas tout l'arsenal de notre belle prévoyance ? Vive aujourd'hui et moquons-nous de demain ! » Combien de fois n'avons-nous pas entendu soutenir cette thèse ? Pourtant demain, après-demain viendront et la nation continuera à vivre : la guerre, la révolution ne sont que des possibilités et, en tout cas, des crises passagères, tandis que la maladie et la misère avec l'impotence et la vieillesse, ce sont des certitudes de chaque jour.

Et je ne tiens pas compte de cette pléthore médicale qui guette les jeunes encore plus que les vieux et qui vient elle aussi légitimer l'acte de la prévoyance que nous prêchons.

Confrères,

Je n'ai fait que résumer dans ces lignes les arguments qui me viennent à la pensée : il me faudrait des pages et des pages pour les développer à fond, mais je veux croire que votre esprit est assez vif et votre raison assez haute pour me comprendre à demi-mot.

Admettez donc, une bonne foi, que ceux qui vous parlent de ces hauts problèmes le font non pas pour eux, mais pour vous. Eux, ils ont terminé leur carrière ; mais ils ont vu les choses de près et ce qu'ils ont souffert et vu souffrir, ils veulent vous l'éviter. Ils sont encore imbus des vieilles idées d'altruisme d'autrefois et ne veulent pas disparaître sans vous crier gare et vous proposer les œuvres qu'ils ont mises à votre disposition.

L'une des plus importantes, c'est la *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français* qui garantit la maladie et l'accident au taux de 50 francs par jour d'invalidité pendant 60 jours et ensuite de 500 francs par mois jusqu'à guérison ou jusqu'à 65 ans en cas de chronicité ; qui assure une retraite de 4.800 francs à 60 ans ou à 65 ans avec faculté de cumuler les deux et

admet aux mêmes avantages la femme et les enfants du sociétaire ;

Qui assure enfin, en cas de décès prématuré, une pension de survie à la veuve, pension reversible sur les enfants mineurs si cette dernière venait également à mourir.

Vous voyez qu'elle nous garantit contre l'invalidité pathologique, contre l'invalidité vieillesse, contre la mort, et ce dans des conditions d'autant plus favorables que c'est une Mutuelle créée spécialement pour vous, fonctionnant dans l'esprit le plus confraternel, vous offrant toutes garanties de sécurité.

Vous ne risquez, en venant à elle, qu'une bien faible part de vos économies, une goutte d'eau dans votre budget ; mais, par contre, grâce à ce geste, vous aurez accompli l'essentiel de ce qui constitue la véritable prévoyance.

Confrères, n'attendez pas plus longtemps ; venez à nous ! H. Mignon.

# LES CROISIÈRES MÉDICALES FRANCO-BELGES

## XVII[e] Croisière médicale franco-belge

(8 *avril*-1[er] *mai* 1933)

L'idée première des croisières médicales appartient au Docteur Adrien Loir, du Havre, qui, depuis dix ans environ, fait une campagne assidue en faveur des cures marines, pratiquées sur des paquebots naviguant au grand large, et appela l'attention du Corps médical sur l'attrait et l'intérêt des croisières maritimes.

Cette idée, cette suggestion, demeurées sans écho en France, retinrent l'attention de nos confrères de *Bruxelles-Médical.* Avec l'esprit de décision qu'on leur connaît, leur hardiesse avisée, ils s'en emparèrent et organisèrent des croisières maritimes dont le succès ne se fit pas attendre et alla croissant d'année en année.

Croisières *spécifiquement médicale* en ce sens que, préparées par des médecins, elles cherchent surtout à recruter des médecins, elles furent, en fait, et dès le début, franco-belges, puisqu'elles utilisent les Compagnies de navigation françaises, et ont une clientèle composée en majorité de Français.

En 1931, il nous apparut que franco-belges de fait, elles devaient être également franco-belges de pavillon, et nous acceptâmes de nous associer à *Bruxelles-Médical* pour les préparer, les organiser et en surveiller l'accomplissement.

La première croisière médicale franco-belge, conçue d'après cette formule, a été annoncée dès le mois d'avril dernier. Elle aura lieu à Pâques 1933 et visitera l'Italie, l'Adriatique et la Grèce. Le *Concours Médical* y sera représenté par M. C. Boulanger, son administrateur.

Elle utilisera le *Théophile-Gautier*, paquebot de luxe des Messageries maritimes.

Il importe de rappeler que les Croisières médicales franco-belges constituent une œuvre créée par des *médecins à l'intention des médecins. Un droit de priorité* doit donc leur être réservé pour la solution des différents problèmes que peut soulever l'entreprise, tant dans sa préparation que dans son exécution.

Sans doute, et dans le but d'être agréables à nos confrères, acceptons-nous très volontiers, à partir d'une certaine date et dans la mesure des disponibilités, l'inscription de personnes étrangères au Corps médical, à la condition expresse cependant que les intéressés joignent à leur demande une recommandation écrite de leur médecin de famille. Mais il n'en est pas moins vrai que, pour garder leur renom et leur particularité, nos Croisières sont et doivent demeurer des *Croisières à « bureaux fermés »*.

C'est le 8 avril 1933 que le *Théophile-Gautier* appareillera de Marseille pour entreprendre son magnifique voyage.

L'itinéraire. — Après deux jours de mer, au cours desquels il aura franchi le détroit de Bonifacio et contourné le Stromboli, toujours en éruption, le *Théophile-Gautier* se présentera devant le détroit de Messine que défendent Charybde et Scylla. Un arrêt, en passant, d'une demi-journée, permettra aux touristes non seulement de visiter cette grande ville de près de 200.000 habitants, dont la destruction, en 1908, lors de la terrible éruption de l'Etna, qui fit 84.000 victimes, est encore présente à toutes les mémoires, mais aussi de se rendre à Taormina qui, en plus de ses beautés naturelles, universellement réputées, offre à l'admiration des touristes des monuments remarquables, tel le théâtre gréco-romain.

Quelques heures après avoir quitté Messine, le paquebot, doublant le cap Spartivento, piquera directement sur Katakolo, petit port de la côte ouest du Péloponèse, à quelques kilomètres seulement d'Olympie, où, à la faveur de la trêve sacrée, se célébraient, tout les quatre ans, ces jeux illustres, témoins de l'unité hellénique en face de la barbarie.

Après Katakolo, viendra Corinthe, d'où les touristes se rendront à Mycènes, cité aux palais

somptueux, où la légendeplace les tombeaux du Roi des Rois et de Clytemnestre.

Le lendemain, excursion à Athènes, déjà connue des habitués de nos croisières, mais que ceux-ci reverront certainement avec une émotion nouvelle, tellement sont impressionnants ces témoins du génie des fils de l'Hellade.

Une nuit en mer et le paquebot mouillera à Itea. C'est d'Itea que les touristes gagneront Delphes, au pied du Parnasse.

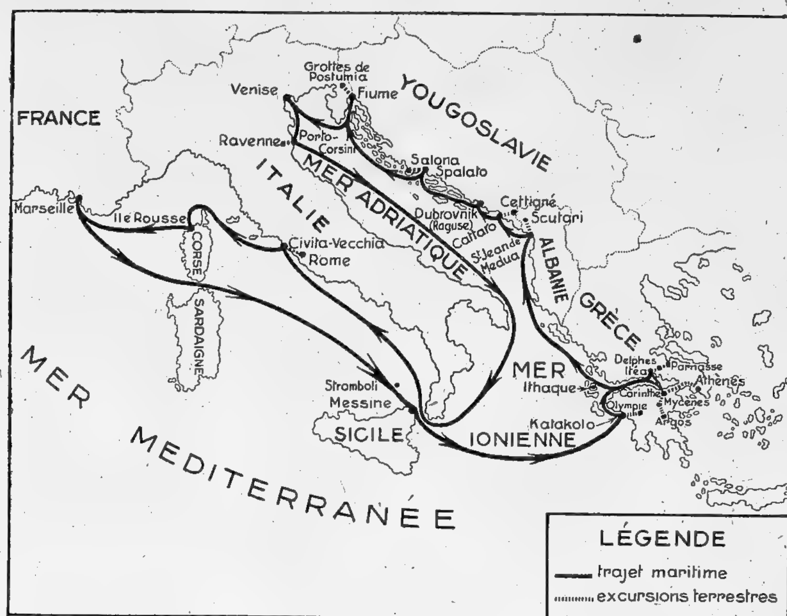
Après une nuit de repos en mer, le *Théophile-Gautier* fera escale à Ithaque, l'île d'Ulysse chantée par Homère, pour de là se rendre à Corfou, la plus septentrionale des îles Ioniennes, au climat délicieux (1).

Puis, le navire, remontant vers le Nord, commencera son périple en Adriatique.

négro, puis, après une visite du Palais-Royal et du Vieux-Palais, ce dernier semblable à une citadelle, retour à Cattaro et départ pour Dubrovnik (Raguse).

Dubrovnik qui, après cinq ans d'administration française, fut, en vertu du Congrès de Vienne, incorporée à l'Autriche, fait, depuis 1918, partie du Royaume des Serbes, Croates et Slovènes.

Le soir, départ pour Spalato, la plus grande ville de la Dalmatie, qui se divise en deux parties bien distinctes : la nouvelle ville et l'ancienne ville, cette dernière située dans l'intérieur du Palais de Dioclétien — bâtiment considérable de l'époque romaine, qui couvre une surface de 30.000 mètres carrés (il fut terminé en 205 après J.-C.).




Première escale : Saint-Jean de Médua, d'où l'on se rendra à Scutari, la ville la plus importante de l'Albanie, avec sa citadelle, ses rues étroites, sa population « bigarrée ».

Viendra ensuite Cattaro, au fond d'un golfe que l'on a souvent comparé à un fjord de Norvège. La comparaison est d'ailleurs heureuse, et il est difficile d'imaginer un plus beau spectacle que celui de ces énormes roches baignant dans la mer, à côté d'une végétation admirable, sous le ciel le plus beau que l'on puisse rêver.

On traversera Cattaro pour arriver au pied du Mont Lovcen, imposante montagne qui élève la route jusqu'à une altitude de 1.274 mètres, d'où se découvre un immense panorama. Déjeuner à Cettigné, autrefois capitale du Monté-

(1) L'escale de Corfou ne se trouve pas indiquée sur la carte, la dite escale n'ayant été décidée que postérieurement à l'établissement du cliché, pour déférer au désir exprimé par nombre de médecins.

Outre le Palais, on visitera la cathédrale, qui n'est autre que le mausolée de l'empereur Dioclétien.

L'après-midi, départ en voitures automobiles pour l'excursion à Salona qui, jadis ville romaine considérable, n'est plus aujourd'hui qu'un modeste village, très intéressant cependant par les antiquités que l'on y rencontre.

Une escale à Fiume, avant d'arriver à Venise, donnera aux passagers la possibilité de se rendre aux Grottes de Postumia, qui sont célèbres non non seulement par leurs dimensions, mais aussi par l'indescriptible et formidable variété de leurs stalactites, par leur illumination électrique de 750.000 bougies et par le chemin de fer souterrain qui les parcourt.

Le 23 avril, le navire fera escale à Venise. L'arrivée parlalagune, à la fraîcheur du matin, est une des choses les plus admirables que l'on puisse voir.

La journée entière se passera à visiter, aussi complètement que possible, la ville des Doges.

Le soir, les touristes assisteront au coucher du soleil sur la lagune, spectacle dont le souvenir ne s'efface plus de la mémoire de qui l'a une fois contemplé.

La dernière escale prévue en Adriatique, escale subordonnée cependant à l'état de la mer, est celle de Porto-Corsini, qui permettra de visiter Ravenne. Ravenne est surtout intéressante par les monuments des Ve et VIe siècles que l'on y trouve. On y verra ce magnifique spécimen de l'art byzantin qu'est Saint-Vitale — avec son célèbre Mausolée de Galea Placidia, — le Dôme dans lequel se trouve le tombeau de Dante Alighieri, l'église arienne Saint-Apollinare Nuovo, construite par Théodoric au début du VIe siècle.

Trois jours passés en mer avant d'atteindre Civita-Vecchia, permettront aux touristes de se reposer, tout en se remémorant les merveilles vues au cours des quinze jours passés.

Point n'est besoin, pensons-nous, de parler de Rome, dont l'histoire est connue de tous. Au cours des deux journées que nos « croisés » y passeront, nous nous efforcerons de leur montrer les plus belles des merveilles que renferme cette ville unique au monde.

Avant de rejoindre Marseille, le *Théophile-Gautier* fera escale à Ile Rousse, petite ville située au nord-ouest de la Corse, dans un des sites les plus appréciés de l'Ile de Beauté.

C'est là qu'aura lieu le dîner d'adieux.

Et le 1er mai vers 14 heures, les touristes verront poindre à l'horizon la tour de Notre-Dame de la Garde. Le beau voyage sera terminé.

Le paquebot. — Mis en service en 1927, le *Théophile-Gautier* est un magnifique paquebot à moteurs, affecté en temps normal à la ligne circulaire de Méditerranée. Construit spécialement pour les croisières, il a un déplacement de 10.300 tonnes, une longueur de 135 mètres et une largeur de 17 m. 17.

Quant à ses aménagements, ils ont été conçus de façon à assurer aux passagers le maximum de luxe et de confort. Aussi ne doutons-nous pas que nos « croisés » emporteront de leur séjour à bord le plus agréable souvenir.

Role de « Bruxelles-Médical » et du « Concours Médical ». — Le rôle de *Bruxelles-Médical* et du *Concours Médical*, nous croyons utile de le rappeler, consiste exclusivement à choisir le navire, à dresser le projet d'itinéraire et à obtenir, pour les docteurs en médecine, des conditions spéciales. Toutes les autres questions, sans aucune exception, leur demeurent étrangères et sont à traiter directement avec l'Office belge des Compagnies françaises de navigation.

Il en résulte que ni *Bruxelles-Médical* ni le *Concours Médical* ne donneront jamais suite aux demandes ou démarches dont ils seraient l'objet et qui les feraient sortir du rôle où ils entendent se confiner de la façon la plus absolue. Mais il n'en est pas moins vrai que pour l'organisation des croisières, lesquelles sont l'œuvre personnelle des médecins, la collaboration de ceux-ci sera toujours très précieuse à *Bruxelles-Médical* et au *Concours Médical*, qui leur seront très reconnaissants de bien vouloir leur faire les suggestions qu'ils jugeraient utiles.

Tarifs. — Deux tarifs ont été établis :

L'un, dit tarif médical, applicable uniquement aux docteurs en médecine, à leurs femmes et enfants mineurs célibataires, ainsi qu'aux étudiants en médecine. (Par médecins ou docteurs en médecine, il faut entendre, *à l'exclusion de toutes autres*, les personnes pourvues, pour la Belgique, du diplôme légal de « *Docteur en médecine, chirurgie et accouchements* », pour la France, du « *Diplôme d'Etat de docteur en médecine* », et, pour les autres pays, du diplôme équivalent.)

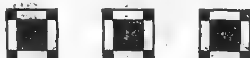
L'autre, dit « tarif non médical », applicable à tous les autres passagers.

Réductions sur les chemins de fer belges et français. — D'intéressantes réductions sur les tarifs de chemins de fer seront consenties aux passagers pour les trajets Bruxelles-Paris, Paris-Marseille et retour, à la condition toutefois que, pour le parcours d'aller, un groupe de vingt-cinq personnes utilisant le même train puisse être constitué.

Toutes indications utiles sur les dates et heures de départ, ainsi que sur le prix des billets seront fournies en temps voulu aux intéressés.

*Les Directions de « Bruxelles-Médical » et du « Concours Médical ».*

Rappelons, d'autre part, que, pour l'été 1933, une croisière polaire est décidée : Orcades, Islande, Banquise, Spitzbergen, Laponie, Cap Nord, fjords de Norvège, et peut-être Arkangel. Ce sera la XVIIIe Croisière médicale franco-belge, dont l'intérêt s'augmentera considérablement du concours assuré de M. le baron de Gerlache, l'explorateur fameux mondialement connu.



# LA CONTRIBUTION QUE LES ÉTUDES ANATOMIQUES PEUVENT APPORTER A L'HISTOIRE

## Identification et étude des ossements des Rois de Navarre inhumés dans la cathédrale de Lescar (1)

Par R. ANTHONY,

Professeur au Muséum national d'Histoire naturelle et à l'Ecole d'Anthropologie.

Il s'agit, ici, des derniers Rois de Navarre, les ancêtres d'Henri IV ; et parmi ceux dont les restes ont été identifiés, se trouve Marguerite d'Angoulême, la « Marguerite des Marguerites » l'auteur de l'Heptaméron, qui, comme l'on sait, a tenu une place très importante dans notre histoire au point de vue politique, littéraire et social.

FIG. 1. — Humérus gauche du roi François Phœbus, face antérieure. On voit sur cette figure la soudure de la masse épiphysaire inférieure, ce qui indique un âge de 14 à 17 ans, dates extrêmes. Un peu plus d'un tiers de G. N.
(Extrait de R. ANTHONY. L'identification des ossements des rois de Navarre. *Revue scientifique*, déc. 1930.)

Il était naturel qu'on s'inquiétât de connaître la tombe des derniers Rois de Navarre. On savait qu'elle existait dans la cathédrale de Lescar (l'antique Beneharnum), chef-lieu de canton des Basses-Pyrénées, mais on ignorait son emplacement exact ; il y a un si grand nombre de tombes dans la vieille cathédrale de Lescar que les recherches étaient, jusqu'ici, restées vaines. Le chanoine Dubarrat, archiprêtre de Saint-Martin de Pau et Président de la Société des Sciences, Lettres et Arts de Pau, depuis plusieurs années, cependant, travaillait ardemment à retrouver cette sépulture ; quand, tout à coup, en 1929, il eut une véritable idée de génie qui, comme toutes les idées de génie, nous frappe par sa simplicité, maintenant que le problème est résolu. En consultant de vieux textes, il apprit que le tombeau royal devait être devant l'autel de la Vierge ; sachant, d'autre part, que le maître-autel d'une église est toujours consacré au patron qui donne le nom à cette église, et la cathédrale se nommant Notre-Dame de Lescar, c'est donc devant le maître-autel qu'il fallait effectuer les fouilles. Celles-ci fu-

FIG. 2. — Fragment du rachis de la princesse Anne de Navarre (4e, 5e, 6e, 7e, 8e, et 9e vertèbres dorsales soudées) décrivant une courbure scolio-lordotique. Face latérale gauche. Deux tiers de G. N.
(Extrait de R. ANTHONY. L'identification des ossements des rois de Navarre. *Revue scientifique*, déc. 1930.)

(1) Volume extrait des Archives du Muséum. Paris, Masson, 1931. Prix : 100 francs.

rent immédiatement entreprises et l'on rencontra (6 avril 1929), exactement au point indiqué par avance, une crypte contenant des ossements. Là, sans doute, se trouvait la sépulture des Rois de Navarre. Il y eut bien quelques discussions : un caveau royal aurait dû contenir des ornements, des bijoux, des objets de valeur, et il n'y en avait pas. Il est prouvé, cependant, par plusieurs exemples, qu'on n'enterrait généralement pas des objets de valeur avec

Le roi François Phœbus, jeune homme de 15 ans environ mort en 1483 ;

Le roi Jean d'Albret, mort à 39 ans, en 1516 ;

La reine Catherine de Foix, épouse de Jean d'Albret, morte à 47 ans en 1517 ;

La reine Marguerite d'Angoulême, épouse d'Henri II d'Albret, sœur de François Ier, grand'mère d'Henri IV, morte à 57 ans en 1549 ;

Le roi Henri II d'Albret, grand-père d'Henri IV, mort à 55 ans en 1555.

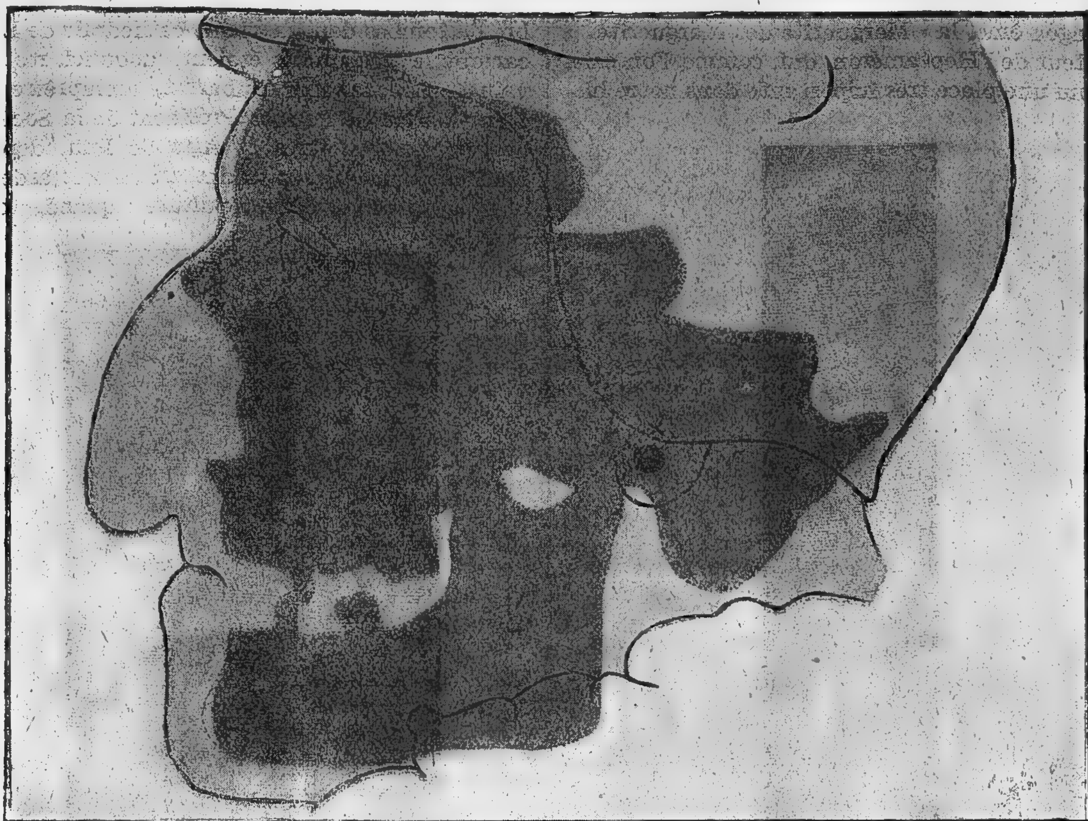


Fig. 3. — Superposition du contour du crâne et de la face du roi Henri II d'Albret au profil d'une médaille du cabinet de la Bibliothèque nationale à Paris reproduite par Schlumberger. Le double trait que l'on aperçoit à la partie antérieure du maxillaire inférieur correspond au rétablissement de la forme exacte de la mandibule qui ne peut apparaître sur le profil osseux en raison de l'assymétrie faciale. Il faut savoir, de plus, que toutes les monnaies et médailles présentent une déformation conventionnelle relative à la position de l'œil et de l'oreille ; X marque la place de l'orifice auditif sur la médaille.

(Extrait de R. Anthony. L'identification des ossements des rois de Navarre. *Revue scientifique*, déc. 1930.)

les grands personnages : à Angers, le tombeau du roi René contient bien une couronne et un sceptre, mais ce n'étaient que des *fac-similés* destinés à rappeler simplement la couronne et le sceptre véritables.

Il fallait démontrer que la tombe retrouvée était bien celle des Rois de Navarre. L'anatomie seule a permis de fournir la preuve exigée.

L'histoire rapporte que cinq personnages furent inhumés à Lescar dans le tombeau royal :

Dès que la sépulture fut ouverte, on s'aperçut de ce qu'elle avait été certainement violée, soit pendant les guerres de religion, soit, bien plutôt, à la fin du XVIIIe siècle, au moment de la Révolution.

Le caveau était, en effet, rempli dans sa partie supérieure de déblais de terre et d'ossements présentant l'aspect de débris concassés. Mais, sur le sol de la crypte, c'est-à-dire dans la profondeur, se trouvaient des ossements d'autant mieux conservés qu'ils étaient situés plus

profondément ; c'étaient certainement les ossements appartenant en propre à la tombe, les autres leur étant étrangers. Cette disposition s'explique évidemment par la destruction des cercueils au cours des âges et par la violation de la sépulture qui a été remplie, après coup, de débris de toutes sortes provenant des autres tombes également violées de la cathédrale.

De plus, il est particulièrement intéressant de noter que les ossements de la couche profonde étaient franchement verts, ce qui permet-

Vincennes en 1422, et, plus anciennement Saint-Louis, mort à Tunis en 1270, avaient été tous deux réduits à l'état de squelette avant leur inhumation.

La méthode décrite par Juvenal des Ursins en ce qui concerne Henri V était la suivante : on faisait bouillir le corps mis en pièces dans de l'eau salée et les muscles se détachaient facilement alors des parties dures. M. R. Anthony suppose que, l'opération faite, on laissait les os seuls dans la « paesle » où ils avaient bouilli et

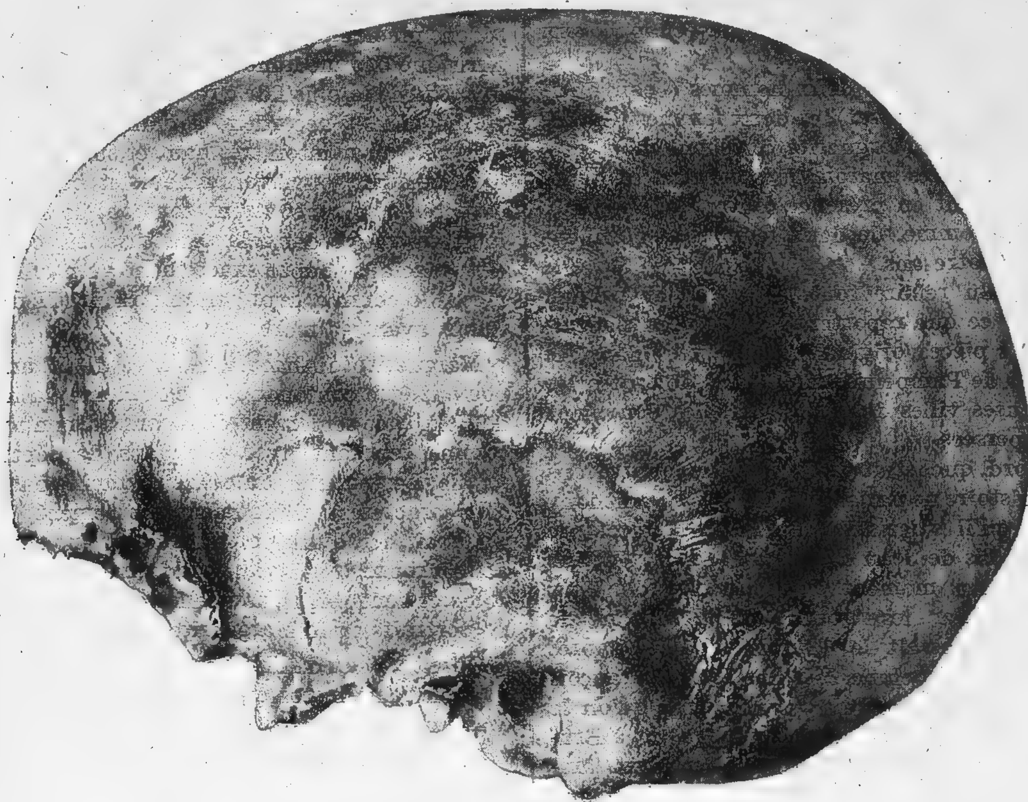


Fig. 4. — Crâne de la reine Marguerite d'Angoulême. Norma lateralis gauche, deux tiers de G. N. (Extrait de R. Anthony. L'identification des ossements des rois de Navarre. *Revue scientifique*, déc. 1930.)

tait de les distinguer encore plus facilement des autres os.

D'où provenait cette teinte verte ? Les procédés d'embaumement étaient perdus depuis longtemps au Moyen-Age. Or, il fallait du temps pour convoquer aux obsèques royales les diverses personnes qui devaient y assister ; souvent aussi, les restes eux-mêmes étaient transportés d'un endroit à un autre, parfois lointain. C'est pour cette raison que l'on dépeçait le corps des Rois et des grands personnages, leurs os seuls étant inhumés. Longtemps ce procédé a été en usage en France pour les membres de la famille royale.

On a, d'ailleurs, des renseignements précis à ce sujet : Henri V d'Angleterre qui mourût à

qu'on les abandonnait ainsi dans quelque lieu caché durant les deux ou trois mois qui devaient nécessairement s'écouler avant la célébration des obsèques. La « paesle » étant en cuivre, il se formait, par suite de la présence du chlorure de sodium, des sels de cuivre qui coloraient les os en vert. Les analyses du Professeur Denigès, de Bordeaux, et de M. Hasenfratz, sous-directeur du laboratoire de chimie au Muséum, ont, d'ailleurs, décelé la présence de sels de cuivre dans les ossements de Lescar.

L'étude anatomique des ossements occupant la profondeur de la crypte et colorés en vert a révélé qu'il s'agissait des débris de cinq squelettes.

D'abord, un adolescent de 15 ans environ, le

plus profondément inhumé et représenté par un squelette à peu près complet. Dans ce squelette aucune épiphyse ne se trouvait, en effet, soudée à la diaphyse des os longs, sauf l'épiphyse inférieure de l'humérus, qui, comme l'on sait, la première de tout le squelette, entre 14 et 15 ans, se synostose au reste de l'os. 15 ans est justement l'âge du roi François Phœbus inhumé en 1483, le premier de tous, dans le caveau royal construit vraisemblablement pour lui et au moment de sa mort; cette circonstance expliquerait que ses restes, occupent la couche la plus profonde de la sépulture et auraient, plus que les autres pour cette raison, échappés aux violateurs.

On devait trouver deux hommes (Jean d'Albret et Henri d'Albret) et deux femmes (Catherine de Foix et Marguerite d'Angoulême).

Or, les données anatomiques montraient qu'en réalité on était en présence (outre l'adolescent), d'un seul homme, de deux femmes et d'un enfant de quatre ans.

Il a fallu refaire tout le travail historique, contrôler ce que raportent les livres en s'adressant aux pièces originales conservées dans les Archives de Pampelune, de Pau et de toutes les nombreuses villes de France où elles pouvaient être dispersées.

D'abord, quel était cet enfant de quatre ans dont l'histoire ne parlait point ? M. R. Anthony montra qu'il s'agissait du Prince François de Navarre, fils de Jean d'Albret et de Catherine de Foix. Au moment où Catherine de Foix poursuivie par les troupes de Ferdinand le Catholique passait les Pyrénées, 1512, après la prise de Pampelune, le jeune Prince François mourût des fatigues du voyage ainsi qu'on le trouve rapporté dans la harangue que fit à Bruxelles, en 1516, le licencié Pierre de Biaxs, ambassadeur de Catherine de Foix, et réclamant en son nom la restitution de la Navarre. Il fut enterré à Lescar ainsi qu'en témoigne le payement du luminaire de ses obsèques qui a été conservé aux archives de la ville de Pau.

En plus des deux princesses indiquées par les ouvrages historiques comme reposant dans la sépulture royale (Catherine de Foix et Marguerite d'Angoulême), M. R. Anthony en identifia une troisième. Il s'agit de la Princesse Anne de Navarre, fille aînée de Jean d'Albret et de Catherine de Foix, morte à 40 ans, en 1532. Parmi les os occupant les profondeurs de la crypte, se trouvait un fragment de rachis fait de premières vertèbres soudées et fortement dévié par une scolio-lordose. Or, en étudiant la correspondance diplomatique de l'époque, M. R. Anthony apprit que Laurent de Médicis désirant, en 1516, s'allier à une princesse de sang royal, avait chargé son oncle, le Cardinal de Médicis, de prendre des renseignements sur les demoiselles de Navarre. Une lettre du Cardinal disait que le choix devait s'arrêter sur la princesse Catherine (qui depuis entra dans les Ordres), parce que la fille aînée du roi et de la reine, c'est-à-dire la princesse Anne, était bossue et contrefaite. On ne pouvait donc pas ne pas attribuer cette colonne vertébrale scoliotique à la Princesse Anne, qui demanda d'ailleurs dans son testament, dont l'original est conservé aux Archives des Basses-Pyrénées, à être enterrée dans la cathédrale de Lescar.

L'identification d'Henri II d'Albret a été considérablement facilitée par le fait que nous possédons plusieurs excellents portraits de ce prince, ainsi que des médailles frappées à son effigie et qui sont de la plus fidèle ressemblance. Portraits et médailles s'accordent à indiquer une figure allongée, un menton très haut et surtout un nez extrêmement long, volumineux et busqué. Ces caractères se rencontrent tous sur le squelette facial retrouvé dans la sépulture et ce squelettre facial s'adapte exactement au profil d'une médaille connue, représentant Henri II peu de temps avant sa mort.

Marguerite d'Angoulême, âgée de 57 ans, ne pouvait être confondue avec la Reine Catherine de Foix âgée seulement de 47 ans et mentionnée comme reposant avec elle dans la sépulture royale. Les sutures du crâne (féminin par tous ses caractères) indiquaient nettement qu'il s'agissait, ici, d'une personne de 60 ans environ. La courbure du frontal et la forme générale du crâne étaient bien aussi celles que représentent les portraits de la Marguerite des Marguerites.

Quant à Jean d'Albret et à Catherine de Foix, les recherches historiques de M. R. Anthony ont établi que leurs restes ne pouvaient pas se trouver dans la crypte au moment de sa découverte. Ils en avaient été extraits à une date encore indéterminée, mais antérieure, certainement, à 1656.

L'intérêt de cette longue étude n'est pas seulement d'ordre particulier. Du travail considérable accompli par M. R. Anthony ressort cet enseignement d'une portée très générale à savoir que l'anatomie peut contribuer aux progrès de l'histoire en en précisant ou en en corrigeant les données, en la mettant sur la voie de découvertes qui, sans elle, n'auraient jamais vu le jour, en lui ouvrant des voies inattendues d'investigation. Et, se rendant compte qu'il établissait dans son mémoire une méthode nouvelle de recherches, l'auteur s'est soigneusement attaché à en préciser les détails avec le plus grand soin en vue de circonstances pouvant se produire un jour et qui seraient comparables à celles où il s'est trouvé placé en 1929.

Dr Madeleine FRIANT.

## A PROPOS DE LA LANGUE INTERNATIONALE

Il est question, depuis quelque temps, dans les milieux médicaux, d'adopter une langue internationale pour les relations scientifiques entre savants des diverses nations.

Et l'on a eu l'idée, dans ce but, de ressusciter le latin parce que, disent les promoteurs, il fait partie des acquisitions premières dans l'instruction de tout homme cultivé, et qu'un léger effort suffirait pour que chacun pût transcrire ou lire des travaux scientifiques en latin.

Sans aucun doute ! Dès lors que l'on se confine à un domaine restreint comme la technique médicale, cinq cents mots, peut-être mille suffiront probablement à s'exprimer. Je crois volontiers que dans l'espace de quelques mois les médecins s'y accoutumeraient. Il est non moins certain, du reste, qu'avec un peu d'application, ils seraient capables dans un laps de temps à peine plus long, de lire des articles scientifiques dans les langues les plus courantes français, anglais, allemand, espagnol, italien. Je dis : dans toutes ces langues à la fois et le crois fermement.

Quoi d'impossible à cela ? Chacun de nous a appris, au lycée, au moins une langue vivante, généralement l'anglais ou l'allemand et, s'il ne la parle pas, peut encore au moins la lire. L'espagnol et l'italien sont assez proches du français pour que l'on passe sans grand effort de celui-ci à ceux-là.

Au reste, à quoi bon forger des hypothèses ? Dès maintenant, je crois, bon nombre des gens adonnés à des recherches ou des enquêtes dans un certain domaine ont reconnu la nécessité d'aller puiser aux sources mêmes sans l'intermédiaire de traducteurs (en quoi ils sont bien inspirés : que l'on se souvienne du fameux contresens qui nous valut, pour plusieurs générations, la joyeuse insanité de l'encoche de Sibson dans les péricardites). Et ils se sont imposé l'effort nécessaire. Je serais bien étonné qu'aux laboratoires de la Sorbonne ou de l'Institut Pasteur, un article de leur spécialité écrit dans une des langues principales demeurât indéchiffrable aux chercheurs qu'il concerne. Un ingénieur de mon entourage me disait récemment, sans aucun esprit de forfanterie, qu'il lisait même les revues scientifiques hollandaises et scandinaves.

Justement ! Me dira-t-on : il y a ces langues secondaires dont les adeptes ont aussi voix au chapitre. Assurément ! Seulement pour eux, la question est résolue depuis longtemps, car ils sont souvent polyglottes et beaucoup mieux armés que nous en pareil domaine.

Je ne crois pas que l'on trouve beaucoup de médecins roumains, portugais, hollandais, scandinaves, turcs, grecs, égyptiens qui parlent uniquement leur langue maternelle. Ils nous font honte dans les réunions professionnelles internationales ; et, pour ma part, je me suis senti d'innombrables fois, vexé d'entendre un Roumain, par exemple, ou un Portugais, m'aborder dans un français très alerte, aller saluer un Italien en italien, puis un Allemand en allemand. En vérité, ces petites nations nous donnent un exemple et une leçon dont nous aurions dû faire, dès longtemps, notre profit.

Mais nous avons (je parle des Français) trop d'orgueil et aussi trop de chance : inconsciemment, nous réclamons que ce soient les autres qui fassent l'effort de nous comprendre ; et trop de chance, parce qu'en effet ils le font.

Les mêmes causes conduisant aux mêmes effets : il se trouve que les Anglais sont les seuls à partager avec nous la disgrâce d'être fermés à toute langue étrangère. Eux aussi attendent que l'on se décide à parler anglais, et si personne de la société n'y parvient, ils ne sont pas éloignés de se croire fourvoyés parmi des sauvages.

Nous avons (eux aussi !), à ce propos, beaucoup de reproches à faire à nos ancêtres. Ils ont donné à notre pays un tel rayonnement que l'on a souvent, en voyage à l'étranger, l'attendrissement et la stupeur de se trouver paré d'un prestige surgi parfois du lointain des âges. On parle encore des Francs en Syrie (et souvent, depuis le mandat, en meilleurs termes que des Français !) la bonne société égyptienne met sa coquetterie à converser en français (ceci, nous ne le devons pas seulement à nos ancêtres, mais aussi à nos missionnaires). Et grande fut ma surprise, à Smyrne, comme j'hésitais à acheter du raisin à un marchand qui, sa corbeille sur les genoux, était assis au bord du trottoir, de l'entendre me vanter sa marchandise en français. Trouverait-on beaucoup de crainquebilles marseillais capables d'accrocher le client en turc ?

L'aptitude à apprendre les langues étrangères est un don, disent certains. Et l'on cite toujours les Slaves. Sans nier le don, je crois qu'elle est aussi pour beaucoup fonction de la nécessité où l'on se trouve de connaître ces langues. Un commerçant grec à qui j'exprimais ma surprise admirative de l'entendre parler trois ou quatre idiomes, et particulièrement le français, avec une aisance qui l'induisait même à hasarder de l'argot, me répliquait en souriant : Que voulez-vous, le grec n'a pas une telle diffusion qu'on puisse se fier à lui pour être compris à l'étranger.

Ce qui nous manque, ce qui manque également aux Anglais, c'est d'être talonnés par le besoin. Il faut s'aventurer dans des contrées bien reculées pour n'y pas trouver un seul indi-

gène capable de comprendre quelques mots de français. Et nous comptons sur cet interprète de la providence.

Mais voici qu'en matière scientifique, nous sentons l'urgence de comprendre et d'être compris. Et de là naît cette idée d'avoir recours au latin.

Pourquoi le latin ?

Je crois que nul ne me contredira si j'avance que ce choix est avant tout une précaution propre à désarmer les susceptibilités nationales. Alors que les petites nations (pour parler le langage de Genève), dégagées de ces questions de prééminence, se préoccupent d'abord de l'utilité immédiate, le Français, l'Anglais, l'Allemand, l'Américain prétendent, avant tout, ne pas baisser pavillon devant un autre. Tant pis si chacun d'eux réédite pour son compte l'exemple de vanité ridicule et butée des Anglais qui, plutôt que d'adopter le système métrique d'invention française, s'empêtrent et s'empêtreront aux siècles des siècles dans leurs yards, leurs onces et leurs gallons.

Plutôt aussi cette étrange pensée de rénover une langue morte que de paraître favoriser une langue étrangère. Car nous vivons au siècle de malveillance où toute entreprise de libéralisme prête au soupçon et où ce terme hideux de « poire » ricane à tout ce qui n'est pas mufflerie.

Pourtant, nos aïeux nous avaient montré la foie : l'italien était le langage de la musique, le français celui de la diplomatie. Nous-mêmes, il n'y a guère, n'avons-nous pas pris le méridien de Greenwich ?

Je n'affronterai pas les foudres, qui déjà me guettent, en proposant d'adopter pour langue scientifique universelle telle ou telle langue vivante. Il y faudra certainement, si jamais la question vient sur le tapis, pas mal de palabres.

Mais ce que je propose, c'est d'accomplir une étape vers cet idéal.

Le latin peut faire office de langue universelle scientifique. D'accord ! Mais il ne peut servir qu'à cela. Je suppose que les médecins du monde entier se remettent à apprendre un peu de latin. Ils comprendront les articles de revue écrits dans cette langue ; ils en écriront eux-mêmes. Comprendront-ils les communications *dites* en latin dans un Congrès ? C'est déjà moins certain car, ici, les différences d'intonation dues aux divers accents nationaux dérouteront déjà pas mal d'auditeurs. Seront-ils aptes à discuter d'un sujet, à aborder une conversation extra-médicale ? (ce qui peut être parfois très profitable).

Il faudrait alors supposer un maniement aisé de la langue et un élargissement du vocabulaire qui nécessiteraient des études plus longues que nous n'avons supposé au début de cet exposé.

Enfin, tout côté scientifique mis à part, en quoi seront-ils plus avancés dès qu'ils auront franchi leurs frontières respectives ? Les Roumains, les Portugais, les Grecs continueront à évoluer à l'aise, grâce à leur polyglottisme ; les Français et les Anglais à sourire avec modestie, en attendant que la société veuille bien se mettre à leur diapason. Et, je le répète pour l'avoir trop souvent endurée moi-même, cette gaucherie est véritablement ridicule et humiliante.

La pensée d'une langue universelle scientifique témoigne d'une intention éminemment louable : rapprocher les pensées, créer une interosmose, travailler, somme toute, à la fraternité humaine.

Pourquoi se contenter, pour un but si noble, de la si mesquine entreprise qu'on nous propose ? Les hommes ont appris, depuis quelques années, à oser passer à l'étranger. Chez les médecins, en particulier, les organisations de voyage se multiplient. Ils s'en vont en Norvège, en Autriche, en Italie, en Amérique, au Japon. Ils y vont tantôt comme simples touristes, tantôt comme étudiants, tantôt comme professeurs. Prétendra-t-on qu'ils s'embarquent avec des malles bourrées d'érudition... et quelques comprimés de latin pour seul truchement ? Avouons le, ce serait dérisoire.

Il vaut la peine, quand on coudoie des populations inconnues, d'essayer de frayer avec elles, de pénétrer leurs pensées, leurs buts, leurs amours, leurs haines, de converser avec leurs élites comme avec leurs plus humbles artisans, de lire leurs journaux, d'écouter leurs orateurs.

On se fait d'un peuple une tout autre idée quand on l'a ausculté de cette façon que si l'on s'est contenté de le dévisager à la façon d'une statue de musée. Peut-être l'aimera-t-on moins, parfois, mais on le connaîtra mieux et, au bout du compte, c'est surtout de mieux se connaître qu'ont besoin les peuples.

Pourquoi ne pas proposer que l'on étudie mieux les langues de ceux que nous désirons comprendre ?

Impossible ? ils sont trop ? ? Voire ; car, nous l'avons vu, les langues secondaires se récusent d'elles-mêmes : leurs ressortissants se sont déjà ralliés à des moyens d'expression plus expansifs. Tout bien considéré, ne p urrait-on soutenir qu'il y a trois langues primordiales : l'anglais, le français, l'espagnol ?

Un homme instruit d'aujourd'hui se devrait de posséder ces trois langues. Elles lui permettront d'aller en tous sens par le monde et de converser avec plus de la moitié de ses semblables.

Qu'il les écrive : ses travaux seront compris de ceux à qui ils s'adressent. Qu'il les parle, et je suis convaincu que sa personnalité, si modeste soit-elle, sera en mesure d'acquérir une formation et de diffuser des influences autrement vastes et profondes qu'à ressasser les mots éteints d'un langage enterré sous les siècles.

G. LAVALÉE.

# LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
## (Le Sou Médical)

**Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration**

### Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

9.778 Moutarde, Corbigny (Nièvre). Parrains: Drs Perdriat et Citron
9.780 Estève, Aups (Var), Syndicat du Var.
9.781 Cohen-Deloro, 243, rue de Vaugirard, Paris. Parrains : Drs Duchesne et Babonneix.
9.782 Briand, Etables (Côtes-du-Nord), Syndicat des Côtes-du-Nord.
9.783 Saint-Pierre, Belleydoux (Ain), Syndicat du Bugey.
9.784 Bonnet, Vallon-sur-Gée (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
9.785 Anglade, Brentz-la-Couronne (Charente). Parrains : Drs Picard et Loup.
9.786 Martin, Sancoins (Cher), Syndicat du Cher.
9.787 Mathey-Cornat, Bordeaux (Gironde), Syndicat des radiologistes.
9.788 Paret, Saint-Antoine (Bouches-du-Rhône), Syndicat de Marseille.
9.789 Riton, Grenoble (Isère), Syndicat de l'Isère.
9.790 Raynard, Saint-André-de-Sangonis (Hérault), Syndicat de Montpellier.
9.791 Baudry, 234, boulevard Raspail, Paris. Parrains : Drs Cathala et Truffert.
9.792 Gaume, Besançon (Doubs), Association des médecins de France.
9.793 Bézier, Laval (Mayenne). Parrains : Drs G. Bézier et Pivert.

### Responsabilité professionnelle

Le Docteur R. ayant obtenu, en première instance, la condamnation d'un client au paiement de ses honoraires et le rejet de la demande reconventionnelle en dommages-intérêts, son adversaire a interjeté appel de cette décision.

L'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale lui sont continués en appel.

Le Docteur T. est appelé devant le Bureau d'assistance judiciaire par une cliente qui lui reproche d'avoir pratiqué inutilement sur elle une hystérectomie. Il résulte des renseignements donnés par le Docteur T. que cette opération était formellement indiquée.

Le Conseil accorde au Docteur T. pour le cas où il serait l'objet d'une action judiciaire, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Docteur J. est cité en conciliation par un client, qui lui demande 40.000 francs de dommages-intérêts parce qu'il aurait méconnu une section du tendon d'Achille, résultantd'un accident.

Le Conseil accorde au Docteur J., dans cette affaire, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Docteur M., qui a un procès en responsabilité en cours, venant de mourir subitement, son avoué demande le paiement des frais, et honoraires qui lui sont dus, qui s'élèvent à 1.216 fr.10 sur lesquels il a déjà reçu une provision de 400 francs.

Le Conseil ordonnance le versement des 816 fr.10 de surplus.

Le Docteur B., ayant obtenu, par défaut, la condamnation d'un client au paiement de 3.995 francs d'honoraires pour cinq interventions chirurgicales, l'adversaire a fait opposition et demande reconventionnellement, avec l'assistance judiciaire, 100.000 francs de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle. Le Docteur B. est garanti en premier rang par une autre assurance pour 500.000 francs.

Le Conseil lui accorde, en tant que de besoin, après le premier assureur, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie pour défendre à cette demande.

### Contestations d'honoraires

Le Docteur L. ayant demandé 1.100 francs d'honoraires pour vaccination antidiphtérique, accouchement gémellaire avec forceps et consultation avec un chirurgien, le mari refuse de payer, lui reprochant d'avoir toléré la présence auprès de sa femme d'une voisine qui aurait été cause de l'infection en ne prenant pas de précautions.

Le Conseil accorde au Docteur L. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Docteur C., ayant demandé en justice le paiement de 1.380 francs d'honoraires pour soins à un homme atteint de syphilis, celui-ci menace de porter plainte en violation de secret professionnel, sous prétexte que la note porte : « injections intraveineuses », sans autre indication.

Le Conseil, estimant qu'il n'y a pas, dans cette simple mention, de violation du secret professionnel, accorde l'appui pécuniaire au Docteur C. pour recouvrer ses honoraires.

Le Docteur N. a soigné une cliente, décédée depuis, qui avait intenté à ses enfants une action en paiement de pension alimentaire. La note est de 1.622 francs, alors que l'actif de la succession n'est que de 500 francs.

Le Conseil accorde au Docteur N. l'appui pécuniaire pour poursuivre les enfants de sa cliente, en vertu de l'obligation alimentaire à laquelle ils sont tenus.

Le Docteur A. ayant soigné la victime d'un accident d'automobile, à la demande de l'automobiliste, l'un et l'autre refusent de payer ses honoraires.
Le Conseil accorde au Docteur A. l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Docteur Q., ayant obtenu la condamnation d'un client qui lui avait payé ses honoraires par un chèque sans provision, son adversaire a interjeté appel du jugement.
L'appui pécuniaire est accordé au Docteur Q. pour défendre à cet appel.

Une demande en paiement de 6.928 francs pour honoraires et frais de clinique, formée par le Docteur M. a été réduite à 5.000 francs par le tribunal, avec des motifs sommaires et insuffisants.
Le Conseil accorde au Docteur M. l'appui pécuniaire pour interjeter appel de cette décision.

Le Docteur M., qui avait obtenu l'appui pécuniaire pour recouvrer 3.000 francs d'honoraires contre un client insolvable et les enfants de celui-ci, en vertu de l'obligation alimentaire, a obtenu gain de cause, mais a été débouté de sa demande contre les enfants.
Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour interjeter appel de ce jugement et ordonnance le paiement des frais de justice de paix et des honoraires de l'huissier, qui s'élèvent ensemble à 639 fr. 80.

### Baux et locations

Le Docteur F. a obtenu le rejet de la demande de reprise de la maison où il exerce sa profession, introduite par son propriétaire.
Il a payé, pour honoraires de son avoué, 150 francs dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Docteur C. ayant pour cause de maladie, pris un remplaçant, docteur en médecine, qui s'est installé dans sa maison, alors que lui-même allait habiter la campagne, son propriétaire l'a assigné en déchéance de son droit à la prorogation, en prétendant qu'il a sous-loué à son remplaçant.
Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

— **Société scientifique d'hygiène alimentaire.** — *Cours de cuisine.* — Les cours d'enseignement supérieur de la cuisine, organisés par la Société scientifique d'hygiène alimentaire, à la demande du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts (Enseignement technique), ont lieu comme chaque année, le jeudi matin, depuis le 10 novembre à 9 heures.
Pour être admis à suivre cet enseignement pratique, les élèves, dont le nombre est limité, devront posséder des connaissances scientifiques élémentaires.
Les inscriptions comportent un droit d'inscription ; elles sont reçues de 10 heures à 11 heures et de 14 à 16 heures au Secrétariat de la Société, 16, rue de l'Estrapade, Paris V^e^.

— **Sanatorium des étudiants.** — Les travaux du sanatorium de l'Union nationale des étudiants de France sont actuellement considérés comme achevés. Cet établissement entrera en service au début de l'année prochaine. Il aura pour médecin directeur le D^r^ Douady, qui vient d'être nommé par le Conseil d'administration et prendra ses fonctions le 1^er^ décembre 1932.

— **Ecole d'ergologie de Bruxelles.** — Les cours de l'Ecole d'ergologie (ou Science du travail) annexée à l'Institut des Hautes-Etudes de Belgique, ont repris le 25 octobre.
Cet enseignement, qui est gratuit et d'une durée d'un an, s'adresse spécialement aux ingénieurs, chefs d'industrie et d'administrations, chefs du personnel, médecins d'usines, inspecteurs du travail, membres du Corps enseignant et auxiliaires sociales,
Il comporte *trois divisions* :
1° Orientation professionnelle ;
2° Physiologie et psychologie du travail ; psychotechnique et sélection professionnelle ;
3° Organisation scientifique du travail.
Il est complété pour les divisions A et B, par des exercices pratiques de laboratoire.

Pour renseignements s'adresser au secrétariat de l'Institut des Hautes Etudes de Belgique, 65, rue de la Concorde, Bruxelles.

*Le Directeur-Gérant* : D^r^ J. NOIR.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET C^IE^.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Suivant l'article 60, paragraphe 1er, alinéa 2 de la loi sur les Assurances sociales, l'assuré ne peut cumuler le demi-salaire dû en vertu de la loi du 9 avril 1898 et l'indemnité journalière prévue par la loi sur les Assurances sociales.

Cette disposition n'a pas prévu, évidemment le cas où l'accidenté ne reçoit qu'un demi-salaire calculé sur une partie de son gain journalier, mais strictement, elle semble devoir s'opposer à ce que la Caisse d'assurances sociales verse en pareil cas un complément d'indemnité journalière.

Cependant, l'assurée pourrait tenter de l'obtenir, en saisissant au besoin la Commission cantonale par lettre recommandée adressée au Juge de paix du siège de la Caisse, président de cette Commission, dans les dix jours de la réception de la notification du refus qui lui serait opposé.

---

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 5365. — 1° Majorations dominicales et de nuit ; 2° Hémostase provisoire

Deux renseignements s'il vous plaît au sujet de l'application du tarif des frais médicaux pour les accidents du travail :

1° L'augmentation du prix de la visite prévue aux articles 3 et 4 de la loi (dimanche, nuit) doit-elle porter seulement sur le prix de la visite, à l'exclusion des opérations de petite chirurgie ? Ou bien doit-elle porter aussi sur ces opérations ?

2° Combien dois-je compter pour hémostase provisoire, acte de petite chirurgie dont je n'ai pas trouvé mention au tarif ?

Dr C.

**Réponse.**

1° La majoration *dominicale* porte *exclusivement* sur le prix de la visite et même pas sur celui de la consultation (art. 3-b). La majoration de *nuit* triple le prix de la visite ou consultation (art. 4) et augmente de 25 % le prix des interventions (art. 8).

2° L'hémostase *provisoire* n'est pas l'objet d'une tarification spéciale ; elle est donc, comme tout pansement (compressif ou non) comprise dans le prix de la visite ou de la consultation.

Dr F. Decourt.

---

### 5384. — Injections sous-cutanées

Quel doit être, selon vous le prix en accidents du travail et en assurances sociales des actes suivants :

1° Injections juxtanerveuses et juxtaarticulaires étagées ou multiples, de produits salicylés.

2° Injections de vaccins, tel que le propidon, susceptibles de produire des réactions parfois violentes,

ayant des contre-indications et par là même entraînant une responsabilité plus grande que celle d'une piqûre d'huile camphrée.

Il me semble que dans ces deux cas, la piqûre ne me paraît pas devoir entrer dans le prix d'une simple consultation. Qu'en pensez-vous ?

Dr L.

**Réponse.**

1° Je ne puis rien répondre en ce qui concerne les Assurances sociales, puisque vous y avez l'entente directe et votre tarif syndical minimum départemental, au besoin.

2° En accidents du travail, dans les deux cas signalés par vous, ayant eu à faire une « injection sous-cutanée » ni de sérum physiologique ni antitétanique (les seules tarifées à part), vous rentrez dans les injections sous-cutanées, inscrites à l'art. 1er comme comprises dans le prix de la visite ou consultation.

Dr F. DECOURT.

## 5381. — Extraction de corps étrangers de l'œil

Le 30 juin, j'ai adressé à la Compagnie X..., trois notes d'honoraires pour soins donnés à trois ouvriers, à chacun desquels j'avais extrait, sous anesthésie locale, un corps étranger implanté dans la cornée.

Pour chacun d'eux, la note était pour cet acte : Extraction d'un corps étranger, art. 25 A : 30 francs.

Le 16 août 1932, je reçois le payement pour deux ouvriers. Ma note était amputée de 10 francs pour chacun d'eux.

Croyant à une erreur du fait de la proximité du changement de tarif, je préviens l'agent. Or, ce jour, je reçois le payement pour le troisième ouvrier avec ma note encore amputée de 10 francs et l'indication suivante de l'agent : « Notre service médical me signale que l'art. 25 A indique la somme de 30 francs pour une opération telle que : extraction sous anesthésie locale d'un corps étranger profond fixé sous la cornée et non une extraction corps étranger superficiel de la cornée pour laquelle il n'est prévu qu'une somme de 20 francs. »

L'extraction d'un corps superficiel (jamais on n'en voit, l'ouvrier se le faisant extraire par un camarade) avec le tarif de 20 francs, comporte-t-elle une anesthésie locale et dans ce cas pourquoi est-il spécifié à l'article 25 A extraction sous anesthésie ?

C'est d'ailleurs la seule compagnie qui réduisit ma note de cette manière. Toutes les autres compagnies, avec le même libellé de note me règlent normalement.

Dois-je accepter simplement la décision de cette compagnie ? et toutes les autres compagnies peuvent en faire autant, ou dois-je adresser une réclamation à la compagnie afin qu'elle me règle la différence et que ces faits ne se renouvellent plus ?

Dr D.

**Réponse.**

Si, dans les cas que vous nous signalez, ce corps étranger était « fixé sur la cornée », et que vous l'avez extrait « sous anesthésie locale » vous avez droit à des honoraires de 30 francs et non de 20 francs comme le dit la Compagnie. Et cela parce que les termes mis ci-dessus entre guillemets sont précisément les termes employés pour caractériser les extractions à 30 francs.

Réclamez donc à la Compagnie ce qui vous est légitimement dû et, en cas de refus, demandez au « Sou médical » la conduite à suivre ultérieurement.

Dr F. Decourt.

**5527. — 1° En accidents du travail, le tarif d'un acte opératoire ne comprend aucun des soins ultérieurs ; 2° Pour les notoirement indigents toutes les modalités du Tarif accidents du travail doivent être suivies**

J'ai soigné une fracture du fémur chez l'enfant d'un assuré social inscrit à l'A. M. G. de sa commune :

Appareil extension continue, après radiographie faite par moi-même ;

Dix-huit visites échelonnées sur une période de deux mois, savoir : dix visites faites dans les vingt jours qui ont suivi l'accident, et huit autres visites entre le vingtième et le soixantième jour.

Bien que ce cas (n'étant pas couvert par une Compagnie d'assurance-accidents) relève uniquement de l'Assurance sociale avec A. M. G., j'avais l'intention d'établir mes états d'honoraires au tarif des accidents du travail, que je croyais entièrement applicable, de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Réduction et appareil | 250 fr. |
| Radiographie diaphyse fémorale face et profil | 150 fr. |
| Dix-huit visites à 15 francs | 270 fr. |
| | 670 fr. |

Ayant lu votre article 4.841 dans le numéro du 2 octobre du *Concours Médical*, je me demande si je suis dans le vrai.

Il semblerait, d'après votre article, que je ne sois pas en droit de compter les dix visites faites dans les vingt premiers jours et que je ne doive compter que :

| | |
|---|---|
| Réduction et contention avec soins compris pendant vingt jours | 250 fr. |
| Huit visites entre le vingtième et le soixantième jour | 120 fr. |
| | 370 fr. |
| Radiographie en plus | 150 fr. |
| | 520 fr. |

Laquelle des deux notes est la bonne ?

La première (670 francs à laquelle je désirerais me tenir) sera-t-elle acceptée sans discussion par le médecin contrôleur de la Caisse d'assurances sociales qui a l'habitude d'éplucher toutes les notes d'honoraires des assurés inscrits à l'Assistance médicale gratuite pour réduire le plus possible la part à payer par la Caisse ?

Ce même médecin-contrôleur peut-il me faire grief de n'avoir pas demandé accord préalable avec lui pour la radiographie ?

Si oui, est-il en droit de ne pas me la faire rembourser ? Suis-je obligé, s'il accepte les honoraires de radio, de lui fournir un exemplaire de chaque cliché avec commentaire signé, comme en accidents de travail ?

Je ne crois pas que toutes ces formalités soient obligatoires en Assurances sociales pour les assurés ordinaires.

Pourquoi le deviendraient-elles quand il s'agit d'assurés relevant de l'A. M. G. ?

Je me permets de vous demander votre avis sur ces différents points, de manière à éviter autant que possible une discussion avec la Caisse.

Dr P.

**Réponse.**

1° Les assurés sociaux « notoirement indigents » relèvent, pour les soins médicaux, du Tarif des accidents du travail, et en suivent toutes les modalités. Vous avez donc à compter le prix inscrit à ce tarif *plus* les visites consécutives, attendu qu'il est dit à l'art. 10 : « le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites, consultations ou interventions *consécutives* à cet acte ». C'est le contraire de ce qui se passe pour la nomenclature des actes opératoires en assurances sociales, qui comprend les soins donnés dans les vingt jours consécutifs.

2° Toutes les formalités (exemplaires de radio avec note explicative) inscrites à l'art. 27 du Tarif des accidents du travail doivent être également remplies s'il s'agit d'assurés sociaux notoirement indigents, puisque, comme je le disais plus haut, le Tarif des accidents du travail et toutes ses modalités doivent être suivies dans ce cas.

Dr F. Decourt.

**5506. — Sur la surveillance d'une « extension continue »**

Je lis dans le *Concours* du 2 octobre dernier, sous le N° 4.841, une réponse qui m'intéresse vivement, car le même cas se présente pour moi :

Fracture de cuisse. Accident du travail. Réduction et contention par extension continue.

Le prix de 250 francs est indiscutable, mais où

je ne suis pas d'accord avec vous, c'est sur l'interprétation du « renouvellement de l'extension ».

Je m'apprêtais en effet à compter à l'assurance pour cet acte, 100 francs par analogie avec « renouvellement d'un appareil plâtré ». Or, vous estimez qu'il ne faut compter que le prix d'une visite ordinaire ! Pourtant, pour refaire entièrement une extension, il faut plus de temps que pour faire une simple vérification. La réfection d'un appareil plâtré est bien rémunérée au tarif spécial, pourquoi la réfection de l'extension ne le serait-elle pas ?

Vous me permettrez également de ne pas partager votre avis au sujet de votre comparaison avec les Assurances sociales. Si je fais à un assuré social une nouvelle extension après vingt jours de traitement (et c'est le cas pour mon blessé) je dois compter quelque chose de nouveau, puisque mon forfait K... ne dure que vingt jours.

Dr B.

**Réponse.**

1° *Accident du travail.* Qu'appelez-vous « Renouvellement de l'extension », alors qu'il s'agit d'une « extension *continue* » ? Vous avez à surveiller à chaque visite si l'extension « continue » bien. Parfois, vous n'avez rien à faire, parfois il faut remédier à une extension qui paraît insuffisante. C'est pour cela que vous venez voir ce qui se passe, et chaque fois vous avez à réclamer une visite. Je ne vois pas, dans le tarif, sur quelle rubrique vous pourriez vous baser pour ce « renouvellement » de l'extension ».

2° *Pour un assuré social,* il en est de même : pendant vingt jours, vos visites ne sont pas payées en plus. Au bout des vingt jours vous les faites payer, mais là est toute la différence, et je ne vois pas davantage d'honoraires *spéciaux* pour « renouvellement de l'extension ».

Dr F. Decourt.

## FISCALITÉ

### 5544. — Le médecin qui ne fait que soigner les membres d'une Société de secours mutuels n'est pas patentable

Le *Concours Médical* donnant toujours réponse aux demandes de renseignements venant des médecins, je viens vous demander ceci : un médecin assurant le service d'une Société de secours mutuels et exclusivement ce service, s'interdisant par conséquent tout exercice médical en dehors des membres de la dite Société, est-il patentable ? N'est-il pas considéré comme un salarié ?

Le Contrôleur des Contributions directes prétend qu'il est patentable parce qu'il exerce ainsi de quelque façon que ce soit une profession libérale. Cela paraît injuste.

Y a-t-il des précédents ou des textes qui fixent la chose ?

Je serais heureux d'avoir une réponse sûre là-dessus et vous en remercie d'avance.

Dr N.

**Réponse.**

Le médecin qui exerce uniquement, moyennant un salaire, auprès des membres d'une Société de secours mutuels, n'est pas patentable.

Il est un salarié et taxable pour ces salaires à la cédule des traitements et salaires.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

---

**5647. — Base de la patente**

J'habite avec mon beau-père une maison dont il est locataire, et pour laquelle il paye un loyer de 4.000 francs plus les charges.

Pouvez-vous être assez aimable pour me dire sur quelle base doit être calculée ma patente et de quelle ordre de grandeur elle peut être ?

Dr X.

**Réponse.**

Si vous n'êtes pas régulièrement sous-locataire d'une partie des locaux, la patente risque d'être calculée sur 4.000 francs.

Le taux est de 1/15e de 4.000 francs, soit 266 fr. 66.

Ce principal est multiplié par le montant des centimes additionnels et on obtient ainsi l'impôt perçu au profit des départements et des communes.

A. M.

---

**5672. — Formalités en cas de changement de domicile**

Ayant quitté le 1er juin, mon habitation rue A. pour venir habiter rue B. Dois-je en informer mon Contrôleur de Contributions et si oui par lettre recommandée ? Comme ce sera un autre Contrôleur, dois-je également avertir celui de mon nouveau quartier ?

Dr D.

**Réponse.**

Quoiqu'il n'y ait aucune obligation de votre part, nous vous conseillons, puisque vous changez de résidence, d'avertir par simple lettre votre Contrôleur en lui indiquant votre nouveau domicile. Le renseignement suivra.

A. M.

---

## QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

**5446. — Affectation d'un médecin spécialiste en cas de mobilisation**

Un médecin exerce exclusivement sa spécialité (yeux, O. R. L.) depuis onze ans. Il a trente-huit ans et est père de trois enfants vivants. Lieutenant de réserve, il a fait toute la guerre.

Peut-il espérer, en cas d'une nouvelle mobilisation être affecté :

1° A un poste en rapport avec sa spécialité ?

2° A une formation de l'intérieur ou à un train sanitaire ?

S'il ne le peut, quand le pourra-t-il ?

Est-ce à lui de justifier, près de l'autorité militaire, du nombre de ses enfants ? Dr Z.

**Réponse.**

Le médecin spécialiste doit, de lui-même, justifier de sa spécialité auprès de son Directeur, et il obtiendra une affectation de cette spécialité pour le cas d'une mobilisation.

Mais comme cette affectation spéciale l'amènera très probablement à un hôpital d'évacuation ou à une formation sanitaire de l'avant, malgré le nombre de ses enfants, peut-être a-t-il intérêt à ne pas la faire connaître afin d'être affecté de préférence à une formation de l'intérieur ?

En ce cas, il indiquerait simplement au Directeur qu'il est père de trois enfants.

---

**5208. — Allocation aux ascendants. Revision du taux de pension**

1° Un de mes clients désirerait savoir si les allocations aux ascendants de militaires tués à la guerre sont variables ou bien indépendantes du grade du militaire, si, en d'autres termes, le père d'un simple soldat recevra la même allocation que le père d'un caporal ou d'un officier.

Je crois avoir lu que le grade du militaire tué n'importe pas.

2° Un autre de mes clients a obtenu une pension de 10 % pour : « Fracture du maxillaire inférieur (branche droite) consolidée avec perte de neuf dents, sans limitation des mouvements, coefficient de mastication inférieur à 40 %. »

Le taux de 10 % me paraît trop peu élevé, ce malheureux n'ayant guère que deux paires de dents antagonistes susceptibles d'assurer une mastication médiocre. D'autre part sa pension lui ouvre-t-elle, *ipso facto*, et sans demande spéciale, la réfection ou le remplacement d'un appareil dentaire dont il avait été muni par les soins de l'autorité militaire, appareil actuellement hors d'usage ?

Dr F.

**Réponse.**

1° Le montant de l'allocation des ascendants ne varie pas suivant le grade du militaire décédé.

2° Le blessé peut demander une visite pour révision de son taux de 10 %. Il a droit à la prothèse dentaire ; il faut, pour cela, qu'il adresse une demande de carnet de prothèse au Directeur du Service de santé de sa Région.

---

# ANTHOLOGIE

## Travaille...

Lorsque chaque matin j'arrivais au lycée,
Sac au dos, la leçon en route repassée,
Mon oncle, un professeur, m'attendait, me disait :
« Sois bien sage, Travaille bien », et m'embrassait.
Et le même baiser et la même parole
Le soir m'accompagnaient au départ de l'école.

Mon père, à la maison, encore enchérissait :
« Travaille, mon garçon Car d'emplir son gousset
« Par tous les bas moyens propres aux multitudes,
« Pas n'est besoin pour ça de faire ses études.
« Si ta bonne maman, si moi, simple ouvrier,
« Pour t'envoyer en classe et te mieux habiller,
« Nous nous privons plus d'une fois du nécessaire
« Afin de t'épargner plus tard notre misère;
« Si, plutôt que te voir peiner à l'atelier,
« J'espère un jour te voir revenir bachelier
« De ce vieux monument qu'on nomme la Sorbonne,
« Ce n'est pas l'argent seul que pour toi j'ambitionne,
« Mais l'avenir plus clair, le ciel plus lumineux,
« La raison plus solide et l'esprit plus joyeux,
« Mieux trempé pour le droit, la lutte, la bataille,
« Dans le grandissement du cerveau qui travaille

« Tu n'es pas né dans la culotte d'un bourgeois.
« La vie, enfant, n'est pas une règle de trois,
« Un calcul d'intérêt, un contrat qu'un notaire
« Griffonne pour te baptiser propriétaire.
« Un jour tu dois pouvoir te dire avec fierté :
—« Ma maison est à moi C'est un gain mérité
« Je ne l'ai pas gagnée à caresser Mécène,
« A trahir ma pensée et baiser la patène ;
« Regardez. Le maçon connaissait son métier,
« Mon pays a fourni le silex. Le mortier
« Est fait de bonne chaux et de sable de Loire.
« Chaque poutre à mes yeux rappelle une victoire.
« Chaque brique, encadrant le soleil, m'a coûté
« Un sursaut du courage et de la volonté » —

« Travaille. La paresse abâtardit la race.
« Travaille. A toi le titre, et le rang, et la place
« Que la cité promet au docte citoyen.
« Ecoute le refrain de ton oncle et le mien

« Le savoir sans rougir t'apportera l'aisance,
« Les loisirs studieux, l'honneur, l'indépendance,
« La satisfaction du devoir accompli,
« Sans au cœur un regret, sans à la face un pli,
« L'estime de toi-même, et la mâle assurance
« Que met dans le regard l'intègre conscience.
« Dans la rue où tu marcheras le front levé,
« Tu recevras l'hommage à l'homme cultivé
« Devant qui l'ignorant, riche et de haute mine,
« Se sent petit et bête, et se sauve ou s'incline.

« On peut être quelqu'un sans être cousu d'or,
« Sans manger chez Prunier le homard thermidor,
« Chez Marguery la truffe en poularde farcie. »
Père, tu m'as trompé, mais je te remercie

Dr Paul GROSSIER

---

Cinquante-quatrième année N° 46 13 Novembre 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## Avis très important

A partir du 1er Janvier 1933, toute la Correspondance concernant le Secrétariat de la « *Mutualité Familiale* » devra être adressée au Siège Social

à Monsieur le Dr H. MIGNON

Bureaux du *Concours Médical*

**37, Rue de Bellefond, PARIS (IXe)**

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours Médical* de MM. les Docteurs Prat, de Pleyber-Christ ; Delarras, de Rehon ; Husson, de Jœuf et Erickson, de Calais, la somme de soixante-dix francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES ET OFFRES

No 339. — Paris. Beau quart. près Bois, client. méd. génér. faisant bon chiffre, en progress., à céder 35.000 dont 25.000 compt.

No 340. — Urgent. Très bon poste méd. à céder dans chef-lieu cant. à 30 km. Mantes. Mais. tout conf. à louer ou à vendre. Indemn. à débatt. Facil. de paiement.

No 341. — Dr 30 a. d'exerc. dans le même pays, Chev. Lég. d'Hon., Présid. du synd. méd. de sa région, hautes référ., demande direction hôpital privé ou clinique.

No 342. — Doct. méd. posséd. clin. médic. et dentaire, cherche pour dévelop. l'affaire, associat. ou autre arrangem.

N° 343. — Dr Franç., 28 ans, actif, cherche situat. médic. dans laborat. ou visiteur médical pour Paris seulement.

N° 344. — Dr recomm. tout particul. nourrice sèche pour placem. d'un nourrisson en pleine campagne Bourgogne. Soins et hygiène assurés. Prix modérés.

N° 345. — A vend. aspirat. Birum complet bon état, 200 fr., et Radiophore Fournier (sans accus) au plus offrant.

N° 346. — A céder 9 km. Paris, install. moderne pour pouponnière, dans grand château 22 pièces avec parc, conviendr. à mais. santé. Téléph. pour condit. à Trinité 63-27.

N° 347. — Dame très sérieuse désire trouver direct. ou gestion dans clinique médicale.

N° 348. — Infirmière dipl. d'Etat, sténo-dactylo, parl. anglais et langues scandinaves, cherche emploi dans mais. santé clinique ou dispensaire.

N° 349. — Dr Guillemin, 16, av. George V, achète actions Sté Lithia jusqu'à 5 fr. et un demi-squelette de préfér. droit.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46

1° Paris. Beau quartier. Clientèle ancienne. Appartement 4 pièces. Indemnité 50.000 francs.

2° Algérie. Jolie villa bord de la mer. Produit intéressant. Grand appartement. Confort. Indemnité à débattre.

## Renseignements

Toute fosse septique, à base de bioxyde de manganèse désodorise et purifie. La Tablette de Mangaine par son bioxyde colloïdal de manganèse, nettoie, aseptise tonifie le tractus digestif.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes et des vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles. Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1928 : 18,50) Cuvée 1929 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. = E. Cauche pharmac. à **AY** (Marne).

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios, Dr Brody, Grasse.

Conf. off. vieux **rancio** doux 1er cru (M. D. D.) prov. exclus. de ses vignes. Haut-Roussillon Conv. goûters, desserts, cadeaux 12 bout. franco tt domicile : 168 fr.
Dr W. de Froutiguen, 68 av. gare. Perpignan. Pyr.-Oles.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Le Professeur CHAUFFARD. Le Docteur BABINSKI. — Nous apprenons, avec un profond regret, la mort du Professeur Chauffard, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre et ancien président de l'Académie de médecine. Le *Concours Médical*, qui a publié dans ses colonnes de nombreuses Cliniques professées par l'éminent et regretté Maître à l'hôpital Saint-Antoine, s'incline respectueusement devant la tombe de ce grand médecin. Le Professeur Chauffard avait organisé à l'hôpital Saint-Antoine un enseignement dont la valeur clinique fut remarquable. Il laisse, pour perpétuer sa mémoire, de très importants travaux, sur les maladies du foie et de la nutrition en particulier.

— Le Docteur Babinski, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, vient de mourir à l'âge de 75 ans. Continuateur de l'œuvre neurologique de Charcot, Babinski fut un neurologiste éminent et un chef d'Ecole. Il transforma l'hystérie de Charcot, à laquelle il donna une forme nouvelle sous le nom de pithiatisme. Son signe de l'extension des orteils (signe de Babinski), dont la recherche est si fréquente et si utile en clinique neurologique, est universellement connu.

La mort du Professeur Chauffard et du Docteur Babinski, deux grands Maîtres de la Clinique, met doublement en deuil la médecine française.

P. L.

— **Académie de médecine.** — *Commission de la valeur nutritive des œufs.* — Pour répondre à une demande de M. le ministre de la Santé publique, concernant la valeur nutritive des œufs pour la nourriture des malades, des vieillards et des enfants, l'Académie a nommé une commission composée de MM. Cadiot, Martel, Labbé, Lapicque et Lesné.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçon inaugurale.* — M. le Professeur MARION fera la leçon inaugurale de son cours le vendredi 18 novembre, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté.

— **Docteur « honoris causa ».** — A la séance solennelle de rentrée de l'Université qui a eu lieu le 5 novembre, à la Sorbonne, M. Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine et de chirurgie de Rome, a été reçu docteur *honoris causa.*

— **Prix Nobel de physiologie.** — Le prix Nobel de physiologie de 1932 a été partagé entre Sir Charles Scott Sherrington, de l'Université d'Oxford, et le Professeur Edgard Douglas Adrian, de l'Université de Cambridge, pour leurs travaux sur les fonctions des neurones.

— **Hommage au Docteur Bérillon.** — A l'issue du banquet, que nous avons annoncé dans notre dernier

numéro, banquet qui aura lieu le 15 novembre, 8, rue Danton, à 19 h. 30, et clôturera la séance annuelle de la Société de psychothérapie, les amis et les collègues du Docteur Bérillon lui remettront un souvenir à l'occasion de son 40e anniversaire de secrétariat et de sa nomination à la présidence de cette Société. Les cotisations au banquet (25 francs) sont reçues chez le Docteur P. Vachet, 8, boulevard de Courcelles, Paris, XVIIe.

— **Ecole de psychologie**, 49, rue Saint-André-des-Arts. — La séance de réouverture des cours de l'Ecole de psychologie aura lieu le jeudi 17 novembre, à 17 heures, 184, boulevard Saint-Germain, sous la présidence d'honneur du Professeur d'Arsonval, membre de l'Institut, Grand Croix de la Légion d'honneur.

La leçon magistrale sera faite par le Docteur L. Chauvois : Considérations psychologiques sur la mécanique du corps humain, avec « projections » et « film ».

— **Faculté de médecine de Montpellier**. — *Chefs de laboratoire*. Sont renouvelés dans leurs fonctions : Histologie : M. Brousy ; Physique (hôpital général) : M. le Docteur Parès ; Physique (hôpital suburbain) : M. le Docteur Reynès ; Chimie (hôpital général) : M. Derrien ; Chimie (hôpital suburbain) : M. le Docteur Monnier ; Bactériologie et microscopie cliniques (hôpital suburbain) : Mlle le Docteur Giraud. Anatomie pathologique : M. le Docteur Guilbert.

*Préparateurs*. — Ont été chargés des fonctions de préparateur : Chaire de bactériologie : Mlle Labraque-Bordenave ; Chaire de chimie biologique : M. Jean Fourcade ; Chaire de physique : M. le Docteur Sagols ; Chaire de médecine légale : M. le Docteur Estor ; Chaire d'hygiène : Mme le Docteur Rambault.

— **Association internationale de prophylaxie de la cécité**. — L'Assemblée générale de cette association aura lieu le 19 novembre, à 14 heures, 66, boulevard Saint-Michel.

— **Prix de la Société des chirurgiens de Paris**. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix : 1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues) ; 2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin) ; 3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet) ; 4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet). Chaque prix est de mille francs.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Docteur Charles Buizard, 3, rue de La Trémoille (Paris 8e), *avant le* 31 *décembre* 1932, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq dactylographiés.

— **Hôpital mixte de Melun**. — *Internat*. — Un concours s'ouvrira le 16 décembre à l'hôpital de Melun pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie.

Conditions : nationalité française, douze inscriptions. — Epreuves : Composition écrite d'admissibilité sur l'anatomie, la pathologie médicale et chirurgicale. Epreuve d'admission : 1° question orale sur la patholog'e médicale et ch'rurgicale et sur l'accouchement ; 2° examen d'un malade ; 3° épreuve pratique (petite opération ou pose d'appareil). — Avantages : logement et nourriture complète ; indemnité : première année, 4.000 francs ; deuxième année, 4.500 francs ; troisième année, 5.000 francs.

L'internat est assimilé au stage par la Faculté. Pour tous renseignements et programme des questions, écrire à l'hôpital de Melun.

— **Monument Gustave Courbet.** — Notre distingué confrère, le Docteur Colard, d'Ornans, nous communique la note suivante :

« Le Comité Gustave Courbet a l'honneur de vous informer qu'une souscription est ouverte dans le but d'offrir à la ville d'Ornans, une statue destinée à honorer la mémoire du grand artiste franc-comtois.

« Prière d'adresser toute la correspondance à M. le Docteur Jean Colard, à Ornans, et les souscriptions à M. Marcel Maire, Grande-Rue, à Ornans. Compte de chèques postaux : Dijon 341.62. »

— **Etablissement thermal d'Enghien.** — Pour répondre à un grand nombre de demandes, la clôture de la saison a été retardée et tous les services de l'Etablissement thermal continueront à fonctionner jusqu'à la fin de l'année.

— Notre sympathique confrère, le Docteur Charlier, vient, avec la collaboration de Madame Charlier, d'ouvrir à *Jougne* (Doubs), une maison d'enfants : « Les Gentianes bleues », à 1.000 mètres d'altitude, face au midi, à l'abri des vents, dans un site merveilleux. Nous signalons avec empressement à l'attention de nos lecteurs cette création, destinée à recevoir des enfants délicats, non contagieux.

## A TRAVERS L'OFFICIEL

25 OCTOBRE

**Enseignement de la médecine.**

Par décret du 22 octobre 1932, il a été créé à la Faculté d'Alger un emploi d'agrégé et un emploi d'assistant.

**Asiles publics d'aliénés.**

Est nommé médecin directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) en remplacement de M. le Docteur Ameline, admis à faire valoir ses droits à la retraite, M. le Docteur Vié, déjà chargé, à titre provisoire, des fonctions de ce poste.

*Concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés.*

*Arrêté du 24 octobre 1932*

Art. 1er. — Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 6 mars 1933.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 12.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, de pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, jusqu'au samedi 4 février 1933 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat directeur de l'hygiène et de l'assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel.*

27 OCTOBRE

Le poste de médecin chef de service de l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Sainte-Madeleine, à Bourg, est vacant par suite du décès de M. le Docteur Dalmas.

**Sanatoriums publics.**

*Avis de concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur de sanatorium public de Bodiffé (Côtes-du-Nord).

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut atteindre 52.000 francs par avancements successifs. Le médecin directeur bénéficiera, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage, du blanchissage avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Il ne peut faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de quarante ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de quarante ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires, ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Les médecins adjoints en fonctions dans les sanatoriums publics ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Tou-

tefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur de sanatorium auquel ils sont affectés.

Les demandes devront être adressées, avant le 1er décembre 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin directeur et subir les visites médicales prescrites pour les candidats à un emploi départemental dans les Côtes-du-Nord.

28 OCTOBRE

**Service de santé militaire.**

Par décret du 25 octobre 1932, est nommé dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoit l'affectation suivante :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

(Du 15 septembre 1932) : le méd. aux. titul. du brevet de P. M. S. Gaultier, de la 6e sect. inf. mil., aff. à la 6e rég. ;

Par décret du 25 octobre 1932 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté du médecin sous-lieut. de réserve ci-après désigné est fixé ainsi qu'il suit :

(Du 20 mars 1929) : le méd. sous-lieut. Serre, des troupes du Maroc.

Par le même décret, cet officier est promu au grade de médecin lieutenant, pour prendre rang du 20 septembre 1932.

30 OCTOBRE

**Enseignement de la médecine.**

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de médecine expérimentale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le mardi 16 mai 1933 devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

**Téléphone.**

*Décret du 10 septembre 1932 relatif à l'organisation d'un service de réveil des abonnés au téléphone.*

Art. 1er. — Un service de réveil des abonnés au téléphone est organisé dans les réseaux téléphoniques classés dans les catégories des réseaux comptant plus de 2.000 abonnés.

Le service du réveil accepte :

1° Les demandes relatives à un appel de réveil isolé;

2° Les demandes présentées sous forme d'abonnement et concernant des appels à effectuer à des dates et des heures déterminées.

Art. 2. — Les demandes relatives à un appel isolé sons soumises à une taxe de 1 fr. 50.

Les demandes par abonnement donnent lieu à une perception mensuelle égale au produit de la taxe d'une demande isolée par le nombre d'appels à effectuer dans le mois.

Il est exigé un minimum mensuel correspondant à dix appels.

Art. 3. — Le ministre du budget et le ministre des postes, télégraphes et téléphones sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

## Réponses des ministres aux questions des Parlementaires

### Remboursement par les assistés des allocations indûment perçues.

288. — M. de Kérouartz demande à M. le Ministre de la Santé publique si un assisté qui perçoit une allocation, que ne justifie plus sa situation, par suite d'une modification dans l'état de santé ou de ses ressources, ne risque pas, en renonçant momentanément a cet avantage, de se voir réclamer les allocations qu'il a indûment perçues depuis l'amélioration survenue dans sa situation. (*Question du* 21 *juin* 1932.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 5 de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, « la commune, le département ou l'Etat peuvent toujours exercer un recours, s'il y a lieu, et avec le bénéfice, à leur profit, de la loi du 10 juillet 1901, soit contre l'assisté, si on lui reconnaît ou s'il lui survient des ressources suffisantes, soit contre toutes personnes ou sociétés tenues de l'obligation d'assistance, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil et dans les termes de l'article 208 du même code. Ce recours ne peut être exercé que jusqu'à concurrence de cinq années de secours ». Il résulte de ce texte que, s'il survient des ressources à un assisté, l'administration est en droit de lui réclamer le payement des frais d'assistance auxquels il a donné lieu pendant une période remontant à cinq années. Toutefois, une amélioration dans l'état de santé n'entraîne pas le reversement des allocations.

(*J. O.* 23 *octobre* 1932).

### Allocations aux hospitalisés incurables de la Seine.

444. — M. Monjauvis demande à M. le Ministre de la Santé publique : 1° pour quelles raisons les hospitalisés de la salle Huet, à l'hospice de la Salpêtrière, ne bénéficient pas des menus avantages réservés aux incurables ; ajoute qu'il y a, entre autres, dans cette salle : *a*) un nommé Robert Lacroy, qui est hospitalisé depuis dix ans ; *b*) un nommé Claudius Sapin, un nain, qui est hospitalisé depuis vingt ans ; *c*) un nommé Menier qui, après trente ans d'hospitalisation à Bicêtre, est depuis vingt ans à la Salpêtrière, et, qu'hospitalisé pour la première fois à l'âge de neuf

ans, il en a actuellement cinquante-neuf ; 2° quelles, sont les conditions qu'il faut remplir pour être considéré comme incurable et quels sont les menus avantages auxquels ont droit les hospitalisés de cette catégorie. (*Question du* 28 *juin* 1932.)

*Réponse.* — Les hospitalisés au titre de l'assistance obligatoire à la charge de Paris, des communes de banlieue ou du département de la Seine reçoivent du département de la Seine une allocation mensuelle de 10 francs dite «d'argent de poche». D'autre part, les hommes reçoivent deux paquets de tabac tous les dix jours ou dix paquets de cigarettes par mois. Tous les assistés obligatoires ont droit une fois par mois, pour l'itinéraire qu'ils désignent, à des tickets d'autobus de tramway et de Métropolitain. C'est au médecin de l'hôpital qu'il appartient de déclarer un malade incurable et de délivrer un certificat médical permettant à l'intéressé d'obtenir, s'il y a lieu, le bénéfice de la loi du 14 juillet 1905. D'après les renseignemetns fournis par M. le directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, les malades dont les noms ont été publiés dans la question, hospitalisés à la Salpêtrière depuis plusieurs années, ont été maintenus dans un service de malades aigus par décision du médecin traitant. Le premier a été envoyé en cure thermale à Néris-les-Bains, le 25 juillet dernier, au compte de la commune du Perreux. Il n'est pas possible d'accorder à certains malades maintenus plusieurs années dans un service d'assistance médicale gratuite les avantages réservés uniquement aux vieillards et incurables assistés obligatoires, cette mesure pouvant donner lieu à des réclamations de la part des autres malades traités dans le même service. (*J. O.* 23 *octobre* 1932.)

**Remboursement aux assurés sociaux des visites médicales de vaccination.**

1538. — M. Valadier, sénateur, demande à M. le Ministre du travail si : 1° les caisses primaires d'assurances sociales (maladie, maternité, décès) sont en droit de refuser le remboursement des visites médicales ayant trait à la vaccination, lorsque, pour une raison ou pour une autre, les enfants n'ont pu bénéficier des séances gratuites ; 2° le fait de refuser le remboursement des visites en question n'est pas contraire à l'esprit et au texte de la loi du 30 avril 1930, laissant à chaque assuré le libre choix du praticien ; 3° l'obligation de telle ou telle loi de subir des soins préventifs ou organisant des soins préventifs gratuits, libère les Caisses maladie d'assurances sociales des obligations incluses dans la loi du 30 avril 1930, en ce qui concerne le remboursement des soins. (*Question du* 8 *juillet* 1932.)

*Réponse.* — Si, en principe, la vaccination rentre dans les soins préventifs visés à l'article 4, paragraphe 9, de la loi du 30 avril 1930, pour lesquels les Caisses primaires peuvent allouer les indemnités spé-

ciales prévues dans leur règlement, elle ne saurait donner lieu à indemnité lorsqu'elle est effectuée en vertu d'une obligation légale et pouvait l'être gratuitement. (*J. O.* 26 *octobre* 1932.)

**Allocations spéciales aux incurables.**

968. — M. Lafaye demande à M. le Ministre de la Santé publique : 1° si, lorsque la commune de résidence d'un invalide civil a accordé à celui-ci le bénéfice de l'assistance obligatoire (art. 20 *bis* de la loi du 14 juillet 1905), la commune du domicile de secours peut refuser le bénéfice de ces allocations spéciales ; 2° quels sont les droits des intéressés et dans quelles conditions ils peuvent bénéficier de ces allocations ; 3° si les aveugles civils jouissent d'un régime spécial et distinct des autres grands infirmes dans l'attribution de ces majorations ; 4° si le fait pour un aveugle d'avoir été rééduqué lui enlève le droit à ces allocations. (*Question du* 16 *septembre* 1932.)

*Réponse.* — 1° Les admissions au bénéfice de l'article 20 *bis* de la loi du 13 juillet 1905 sont prononcées exclusivement par le ministre de la Santé publique après avis de la commission centrale d'assistance ; 2° cet article 20 *bis* institue pour les assistés, déjà titulaires des allocations à domicile prévues par l'article 20, et ayant besoin de l'aide constante d'une tierce personne, une majoration spéciale destinée à porter pour eux le secours d'assistance à un chiffre égal au prix de journée payé pour le placement des assistés de la commune où ils résident à l'hospice où les assistés de ladite commune sont recueillis. Cette majoration n'est donc accordée et maintenue qu'autant que l'intéressé a au préalable obtenu et conserve le droit à l'assistance à domicile et que d'autre part, il ne puisse se livrer aux travaux courants de la vie domestique, sans l'aide constante d'une autre personne. Pour solliciter la majoration, il suffit de déposer une demande à la mairie de la résidence ; 3° et 4° les aveugles civils ne jouissent pas d'un régime spécial et distinct des autres grands infirmes dans l'attribution des majorations. Toutefois, il a été décidé dans une circulaire du 3 décembre 1931 que les demandes des aveugles seraient examinées avec la plus grande bienveillance et que dès l'instant qu'un postulant au bénéfice de l'article 20 *bis* se trouvait atteint de cécité complète et jouissait de l'assistance à domicile, il n'y avait pas lieu de rechercher, par ailleurs, si du fait de sa rééducation il pouvait, seul, effectuer certains actes de la vie courante. Pour déterminer le droit à la majoration, il n'est tenu aucun compte des ressources que peut posséder l'intéressé. Cet examen a lieu seulement au moment de l'attribution de l'assistance à domicile. Il se peut donc qu'un aveugle n'ait pas obtenu cette assistance à domicile parce que du fait de sa rééducation, il se trouvait posséder des ressources suffisantes pour vivre. Dans ce cas, il ne saurait non plus être admis au bénéfice de la majoration. (*J. O.* 23 *octobre* 1932.)

*Voir la suite page LV-3353*

# LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

## Mercredi 16 Novembre 1932

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***Mercredi 16 Novembre 1932***, 37, rue de Bellefond, Paris (9e) au Siège social du CONCOURS MÉDICAL.

I. — *A 15 heures*

**MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS**

*ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE*

II. — *A 16 heures*

**Ligue Médicale de Défense Individuelle (SOU MÉDICAL)**

*ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE*

III. — *A 17 heures*

**SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL**

Communications diverses sur la médecine sociale.

IV. — *A 19 heures 30*

**BANQUET** à l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle

(Souscription 50 francs. Le complément sera payé par le journal le *Concours Médical.*)

*A 22 heures 30*

**BAL** dans les Salons de l'Hôtel Continental. Les familles des membres et amis du *Concours Médical* et de ses *Filiales* sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Banquet.

**AVIS TRÈS IMPORTANT.** — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 15 *novembre,* aux bureaux du *Concours Médical,* 37, rue de Bellefond, Paris-9e.

# PROPOS DU JOUR

## Les néologismes dans le langage technique médical

Nous avons déjà signalé un abus, contre lequel il nous paraît nécessaire de réagir, c'est celui des néologismes, dans le langage technique médical. Nous sommes arrivés à une époque où le jargon médical peut rendre des points à celui de Molière.

Il est des néologismes qui s'imposent, car dans le langage technique médico-chirurgical, et surtout en pharmacologie, on ne peut consacrer une phrase entière à la désignation d'un syndrome, d'une opération ou d'un médicament, mais il serait indispensable de borner leur nombre à l'absolue nécessité et de confier à une commission de médecins à laquelle seraient adjoints quelques linguistes, le soin d'approuver les néologismes proposés et même de les composer avec une étymologie correcte. Un distingué philologue roumain, M. Nicolaü, professeur à la Faculté de droit de l'Université de Cluj, a déjà annoncé à l'Union médicale latine qu'il travaillait à la rédaction d'une nomenclature technique médicale.

Récemment, en lisant les discours et les rapports prononcés dans nos divers congrès, nous avons été fâcheusement impressionnés par la surabondance de termes techniques nouveaux dont l'usage ne nous paraissait pas indispensable et qui transformaient en un déplorable charabia des phrases qui, sans eux, eussent été correctes, harmonieuses, voire même éloquentes. Que doi-

vent penser les profanes de discours ou de rapports émaillés de mots tels que hypercholestérolémie, hétérohémothérapie, lactocaprothérapie, télécuriethérapie, parantrope, nosotrope, mésenchymateux, etc., etc. En outre, il est des termes qui auraient besoin d'être clairement et nettement définis, comme allergie et anergie. Ce travail de lexicologie a été tenté en 1902 par MM. Landouzy et Jayle qui, dans leur *Glossaire Médical*, assemblèrent et définirent environ 9.500 mots. Nous savons bien que de nouveaux ouvrages de ce genre ont été rédigés depuis, mais les sciences médicales ont fait et font tous les jours de tels progrès que leur vocabulaire se modifie constamment. Il serait donc nécessaire qu'une commission permanente et compétente instruisît le procès de chaque mot et de chaque néologisme, comme l'Académie française le fait pour son grand dictionnaire. Il y aurait des mots à ajouter, beaucoup aussi d'inutiles à rayer, quelques uns à modifier. Ainsi contrôlés les termes techniques médicaux perdraient sans doute en partie leur consonnance barbare et souvent ridicule ; ils pourraient ensuite être soumis et adoptés par des réunions médicales internationales, et cela faciliterait beaucoup la lecture et l'étude des travaux en langue étrangère.

***

Il n'y a pas que les nations latines qui s'intéressent au latin, langue scientifique universelle et à la révision de notre terminologie médico-chirurgicale et voudraient voir les néologismes correctement composés soumis à l'adoption d'une Commission internationale. Nous avions déjà rédigé la notice ci-dessus quand nous avons reçu du Professeur Dr E. FULD, de Berlin, une longue et intéressante lettre en français que nous allons résumer.

Le Professeur Fuld, qui a eu connaissance des tentatives de l'Union médicale latine, félicite M. Nicolaü et la Commission qui s'est occupée de la question, d'avoir entrepris cette tâche. Il nous apprend qu'il y a deux ans il a publié lui-même, dans *Medizinische Welt*, un article sur la confusion des langues en médecine qu'il nommait la construction de la Tour de Babel (babylonischer Turmbau). Il avait fait appel aux rédacteurs des journaux médicaux « pour remédier à l'état déplorable de notre langue médicale ». Sa voix demeura sans écho.

Il allait se résigner quand il apprit la fondation à Munich de la *Societas Latina*. Aussi, dès qu'il eut connaissance de l'article que nous avons écrit ici sur ce sujet, il en envoya une traduction à cette société.

M. le Professeur E. Fuld « admire la latinité de M. Nicolaü dont il a lu quelques échantillons ». Il est heureux que nous nous élevions contre les « *voces hybridæ* » telles que *polyvalent*. Il a été récemment aussi froissé du terme *isomoléculaire* qu'il a lu quelque part. Qu'on adopte l'esperanto, soit, mais qu'on n'y mêle pas une langue prétendue scientifique. D'ailleurs, en médecine, chaque auteur fait usage d'un esperanto qui lui est personnel et il est temps de s'élever contre cet abus.

A ce propos le Professeur Fuld, approuvant la critique que nous avons faite de *polyvalent*, terme auquel nous avons proposé de substituer *multivalent*, donne la préférence à *plurivalent* dont la signification moins étendue nous paraît en effet plus juste et cependant il fait remarquer qu'il existe un *echinocoque multiloculaire* et qu'on emploie couramment le terme de *multipare*. Cependant les affections *pluriglandulaires* prennent de jour en jour une importance plus grande dans la littérature médicale. Donc l'adoption de nouveaux néologismes *pluri* s'imposerait. Chemin faisant le Professeur E. Fuld se demande si nous ne désirons pas faire notre besogne sans les Allemands. Cela touche, selon lui, au point faible de notre projet de langue et de terminologie internationales et il se propose d'examiner plus tard ce point.

Revenant à l'article où nous avions rappelé que M. Nicolaü avait fait remarquer que pour être correct on devrait dire *carpholégie* et non *carphologie*, M. E. Fuld convient que c'est exact, mais il insiste sur la difficulté de tracer une limite nette entre ce qui peut être toléré et ce qui doit être défendu et judicieusement affirme qu'il est imprudent de pécher par excès.

Le mot *allergie*, nous fait remarquer notre distingué correspondant, devrait pour être plus correct se transformer en *allurgie*. (On dit *démiurge*, *liturgie*, *métallurgie*, *dramaturgie*, sans oublier *chirurgie*). C'est qu'à l'époque où ont été formés ces derniers mots, on connaissait les langues classiques. Il conviendrait de corriger certains mots commençant par *ana*. On ne devrait pas dire *anaphylaxie* mais, pour être correct, *aphylaxie*. De même *anatoxine* devrait se transformer en *atoxine*. On ne dit pas *anachlorhydrie* mais *achlorhydrie*.

M. le Professeur Fuld nous fait remarquer, ce que nous savions déjà, que le mot *allergie*, créé

par von Pirquet en 1906, a été détourné de son sens primitif quand les phtisiologues s'en sont emparés. Von Pirquet, dans l'important travail qu'il publia dans la *Münchener Medizinische Wochenschrift* en 1906, a proposé d'appeler allergie la modification de la réaction (veranderten raktionfähigkeit) d'un individu ayant déjà subi l'influence d'un vaccin, d'un sérum ou d'un agent infectieux quand on lui injecte plus tard de nouveau ce même vaccin, sérum ou agent infectieux.

Et M. le Professeur Dr E. Fuld conclut en disant que nous avons été bien inspiré en proposant la création d'une Commission internationale pour donner le droit d'entrée dans le langage médical aux néologismes récents et pour réviser les anciens dont la correction est douteuse. Bien qu'à l'origine la Commission qui s'est intéressée à la rédaction de cette nomenclature (le mot nomenclature est plus exact que terminologie) émane de *l'Union médicale latine*, il pense, et nous sommes entièrement de son avis, qu'il serait bon de s'assurer le concours de toutes les nations qui voudraient bien collaborer. « Il ne serait pas trop difficile de trouver pour cela une modalité. »

Nous pensons que la Commission de l'Union médicale latine pourrait approuver le travail de nomenclature que M. Nicolaü élabore avec une compétence et une conscience à laquelle nous devons rendre hommage. Puis on pourrait demander à l'A. P. I. M. (Association professionnelle internationale des médecins) qui comprend la presque totalité des nations civilisées, y compris l'Allemagne, l'Autriche, la Bulgarie, le Danemark, Dantzig, l'Esthonie, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Grèce, la Hollande, la Hongrie, la Lettonie, la Norvège, la Palestine, la Pologne, la Suède, la Tchéco-Slovaquie, la Yougoslavie, outre les nations de culture latine d'Europe et d'Amérique, qui sont toutes représentées dans *l'Union médicale latine*, de créer la Commission médicale internationale qui examinerait, modifierait au besoin, et adopterait en dernier ressort la nomenclature proposée.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

G. Blechmann

### FEUILLET CXX — UNE ENFANT UN PEU FATIGUÉE.

> Dans les grandes hommilières, et en particulier dans l'Hommilière Géométrique, l'activité commence à l'aube et se prolonge pendant une partie de la nuit. (André Maurois, **1995**)

Période lumineuse qui de quelques semaines nous sépare des grandes vacances ; les projets pour un été réparateur et peu coûteux hantent les nuits des mères de famille. Elles nous amènent leur progéniture ; campagne, mer, montagne, cures thermales, régime pour les tout petits, bains de mer, bains de soleil, programme sportif pour les autres, traitements à accorder au rythme des déplacements. Voilà l'écheveau brouillé de mille demandes à travers lesquelles le pédiatre doit glisser le fuseau de ses sages décisions.

Mais ces vacances sont encore trop lointaines pour toute une kyrielle de pauvres gosses âgés de 12, 14, 15 ans qu'on nous amène avec des mines peu florissantes.

Voici tout d'abord les infirmes naso-pharyngiens maltraités par la mauvaise saison, les hérédos latents et les petits insuffisants glandulaires déjà au bout de leur rouleau, les anciens adénopathiques avides d'oxygène et tous ceux que le vide de la cassette paternelle a empêché d'aller purger au grand air les miasmes de la grippe, de la coqueluche ou de la rougeole.

A côté de ces vaincus de la pathologie urbaine, on nous amène d'autres victimes, celles des programmes scolaires et de l'amour-propre familial. Vous connaissez l'antienne : les parents se

plaignent qu'après un excellent semestre, le travail de l'enfant soit devenu moins facile et son attention peu soutenue ; le dernier bulletin s'est ressenti de ce fléchissement si apparent. Nous ne sommes qu'à mi-juin. Dans quelles conditions l'écolier va-t-il terminer ses classes ? D'ailleurs, il est très anémique, seule la maladie peut expliquer le détrônement du bon élève !

Un exemple entre cent : voici une magnifique enfant de 14 ans, bien développée et bien proportionnée ; des yeux intelligents, un peu cernés, brillent dans un visage pâle. Depuis un mois, cette excellente élève paraît fatiguée ; elle manque d'appétit et se plaint de fréquents maux d'estomac. Elle a passé pourtant un hiver sans encombre ; elle est bien réglée, dort bien et digère normalement.

En l'absence de tout signe que puissent révéler la vue, la palpation et l'auscultation, l'examen somatique se complète ainsi : mesure de la pression au sphygmotensiophone de Laubry, analyse sommaire des urines (albumine, réaction), recherche de l'anémie par l'hémoglobinomètre de Tallqwist.

La tension est suffisante ; les urines sont acides et non albumineuses ; malgré le teint de papier mâché, l'hémoglobine = presque 95 %.

Avant de prononcer les grands mots de radiographie du thorax, d'examen des selles, etc., nous crûmes prudent de poursuivre plus avant notre interrogatoire et, à force de questions, nous apprîmes ce qui suit.

La « carrière » de Jacqueline exige qu'elle fréquente avec assiduité une école, genre d'Institut commercial, et la grande fille se lève avant 7 heures du matin, avale en hâte son déjeuner, car elle habite loin, prend l'autobus ou le métro et commence ses classes à 8 heures. Elle sort à 11 h. 1/2. Il faut qu'en 1 h. 1/2, elle ait déjeuné et accompli l'aller et retour. Elle rentre chez elle après 6 heures et elle travaille jusqu'au dîner. Les devoirs obligent la future struggler for life à veiller et elle ne se couche guère avant 10 h. 1/2 ou 11 heures du soir. Elle travaille également le jeudi après-midi pour ne pas se mettre en retard. Mais les parents « par hygiène » avec toute leur famille prennent le train le dimanche pour leur petite campagne !

On parut d'abord surpris quand nous exposâmes nos idées : *a*) sur les méfaits et les fâcheuses conséquences du surmenage scolaire et de la tachyphagie ; *b*) sur le nombre d'heures indispensables à un enfant pour dormir et s'amuser.

Afin de permettre à cette grande fille de tenir jusqu'aux vacances, on nous promit d'exécuter à la lettre l'ordonnance que nous reproduisons, mais si l'on tient compte de l'intégralité de nos conseils *oraux*, nous craignons bien que la carrière de Jacqueline soit un tant soit peu retardée....

1° *a*) Le repas de midi devra durer à l'extrême minimum 40 minutes.

L'enfant mangera lentement et devra bien mastiquer.

La cuisine sera préparée simplement, sans sauce compliquée et, de préférence, avec du beurre mélangé aux mets, à table.

On fera prendre de la viande froide le soir, 4 ou 5 fois par semaine.

*b*) Faire reposer l'enfant étendue : pendant 5 minutes avant le repas de midi ; pendant 10 minutes après le repas de midi ; pendant 35 à 40 minutes vers la fin de la journée.

Elle sera régulièrement couchée *au plus tard* à 10 heures du soir, la lampe éteinte.

Elle ne devra jamais travailler plus d'une heure au maximum, le dimanche matin.

2° *a*) Faire prendre au repas de midi, avec une bonne gorgée de liquide, l'un des gros cachets suivants :

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique .... | deux milligrammes |
| Poudre de kola........... } | ãã 0,05 centigrammes |
| Poudre de coca........... } | |
| Poudre de quinquina jaune. } | |
| Lactate de chaux purifié ... | 0,10 centigrammes |
| Phytine Ciba............. | 0,50 centigrammes |

Pour un cachet N° 20.

*b*) et, pendant une vingtaine de jours, donner tous les deux soirs avant le dîner, dans un peu d'eau froide, le contenu d'une ampoule fortifiante (Hépathémo, Tréphonyl, Hépatrol, Globepal, ou Héparmone).

# CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

## Purpura infectieux avec agranulocytose chez un garçon de 2 ans. L'agranulocytose chez les enfants (1)

Professeur P. NOBÉCOURT

Le petit Bernard, dont je désire vous raconter l'histoire, est mort il y a deux mois. Il était atteint d'une affection rare qui mérite de retenir l'attention.

On ne note rien de particulier dans ses antécédents. Ses parents et sa sœur de 7 ans sont bien portants. Après sa naissance, sa mère a eu deux fausses couches, l'une spontanée à 3 mois, l'autre à 4 mois à la suite d'une chute.

Il est né le 22 mars 1929, à terme, avec un poids de 4 kgr. Il a toujours été bien portant, mais un peu chétif.

Il a eu la coqueluche à un an et demi. À 2 ans, en mars 1931, sa mère ayant une angine diphtérique, on lui injecte du sérum antidiphtérique.

Quelques jours après cette injection, il a des vomissements, de la diarrhée, et même, dit-on, des convulsions.

On l'envoie à la campagne. Son état s'améliore, son appétit augmente ; cependant, il a encore de temps en temps des vomissements et surtout il présente une pâleur extrême, qui frappe son entourage.

Après un séjour de deux mois, l'enfant est ramené à Paris, en novembre 1931.

Après son retour, son état s'aggrave de nouveau ; il est anorexique, a des vomissements, des alternatives de constipation et de diarrhée, quelques convulsions. Sa pâleur est très grande. De temps en temps, il a des poussées fébriles, à 38°, 38°5 et même 40°.

Au début de janvier 1932, il se plaint de douleurs à l'oreille droite, qui sont calmées par des compresses chaudes.

Au milieu de janvier, son père constate sur la peau quelques petites taches rouges, qu'il prend pour des piqûres de puces ; il remarque, en outre, une tendance particulière aux ecchymoses sous l'influence de petits traumatismes.

Vers le 20 janvier, les douleurs d'oreille reprennent.

Le 28 janvier, Bernard entre au Pavillon Blumenthal, où on pratique immédiatement la paracentèse du tympan droit. On constate du purpura et on envoie l'enfant à la salle Bouchut, où il entre le 29 janvier.

Il est âgé de 2 ans et 10 mois. Sa taille de 88 cm. 5 est supérieure de 1 cm. à la taille moyenne de son âge ; son poids de 11 kgr. 400 est inférieur de 1 kgr. au poids normal de son âge, qui est de 12 kgr. 450 ; il est donc un peu maigre.

Sa température est à 39°2.

Sa pâleur est extrême ; sa peau a une teinte cireuse ; ses muqueuses sont décolorées.

Sur la peau du tronc, on remarque du purpura, sous forme de pétéchies rouge foncé, avec quelques taches jaunâtres ou verdâtres, reliquats de poussées antérieures ; les éléments purpuriques sont rares sur les membres ; on n'en trouve pas à la face. On voit aussi quelques petites ecchymoses.

Le signe du lacet reste négatif.

Les amygdales sont un peu grosses ; mais il n'y a pas d'angine. Sur l'amygdale droite et sur la muqueuse de la joue droite, on voit des éléments purpuriques noirâtres.

La langue est humide, un peu blanche.

De l'oreille droite coule un liquide séro-sanglant.

On constate quelques petits ganglions cervicaux.

Le foie est gros ; il dépasse de quatre ou cinq travers de doigt le rebord costal. La rate est normale. Le cœur est rapide ; ses bruits sont bien frappés. On n'entend pas de souffle jugulaire. Les poumons, le système nerveux, les selles ne présentent rien de particulier.

Le soir, la température est de 39°7.

Le lendemain 30 janvier, la température est de 38°8 le matin, 39°5 le soir ; le pouls à 120, la pression artérielle basse (12-2). On compte 34 respirations à la minute.

Une cutiréaction à la tuberculine est négative.

Le drainage de l'oreille étant insuffisant, on pratique une deuxième paracentèse ; il s'écoule du pus et du sang.

Les jours suivants, l'état s'aggrave, la température monte sans rémissions : elle est, le soir, de 40°2 le 31 janvier, de 40°8, le 1er février, de 41°,1 le 2 février ; le 3 février elle reste à 41°1 le matin, 41°2 le soir.

Le pouls est à 140, bien frappé, un peu irrégulier.

La soif est vive.

Il se produit une épistaxis peu abondante, mais qui persiste. L'écoulement séro-sanguinolant de l'oreille droite continue.

Les amygdales ont le même aspect ; à leur surface se produit un suintement sanguin.

(1) Leçon du 9 avril 1932.

Il n'y a pas de nouvelles poussées purpuriques ; les anciens éléments se décolorent.

Le 4 février, au matin, la température est de 40°1, l'état très grave. L'enfant meurt dans la journée.

La nécropsie ne peut pas être pratiquée.

L'enfant a reçu le traitement suivant : chlorure de calcium à la dose de 2 gr. par jour, hépatrol (extrait de foie préparé suivant la méthode de Whipple), adrénaline. Le 2 février, on a fait une ransfusion de 300 c. c. de sang.

Des recherches de laboratoire ont été effectuées.

Le 30 janvier une hémoculture reste négative.

Le 29 janvier, le temps de saignement, très prolongé, dépasse une heure et quart, le temps de coagulation est de 12 minutes, le caillot irrétractile.

D'après l'examen du Docteur Grodnitsky :

Le nombre de globules rouges est de 1.280.000.

La quantité d'hémoglobine est faible, 50 %.

La valeur globulaire est forte, 2.

Le nombre de plaquettes est de 38.000.

Le nombre des leucocytes est de 9.040.

On compte, pour 100 leucocytes, 1 polynucléaire neutrophile soit 90,4 pour 9.040 leucocytes ; 99 mononucléaires, soit 8.949,6 pour 9.040 leucocytes.

La plupart des mononucléaires sont moyens ; les lymphocytes sont rares ; il y a de nombreuses cellules en voie de désintégration.

Il existe une très légère aniso-poïkilocytose ; il n'y a pas d'hématies nuclées ; ce sont les caractères d'une anémie aplastique.

En résumé, jusqu'à l'âge de 2 ans, Bernard se porte bien. A ce moment, sa santé commence à s'altérer, sans qu'on observe rien de précis ; il présente des troubles digestifs banaux, des poussées fébriles et surtout une grande pâleur.

Vers 2 ans et 9 mois, apparaît une otite à reprise, on note quelques pétéchies et la tendance aux ecchymoses.

Vers 2 ans et 10 mois, l'otite s'aggrave et exige une paracentèse, l'enfant a de la fièvre, le purpura est reconnu.

Après l'entrée dans le service, la fièvre monte graduellement, on constate un purpura pétéchial et ecchymotique, des éléments purpuriques sur les muqueuses buccale et pharyngée.

Il s'agit d'un purpura infectieux.

L'examen du sang précise un syndrome hématologique complexe, et notamment une extrême rareté des polynucléaires neutrophiles, qui caractérise une *agranulocytose*.

***

Le PURPURA INFECTIEUX se rencontre de temps en temps chez les enfants.

Dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections des organes hémolymphopoïétiques et du sang*, vous trouverez ma leçon du 12 mai 1923, sur *Purpura primitif suraigu à pneumocoques. Les purpuras infectieux primitifs de l'enfance.* J'y donne la définition de ces purpuras. « Actuellement, on désigne sous l'appellation de *purpura infectieux primitif* une infection réalisant un syndrome clinique caractérisé par le *purpura*, symptôme précoce et important, et par des *phénomènes infectieux* graves analogues à ceux des septicémies ».

D'après les symptômes et l'évolution, on en distingue trois grands *types cliniques* : la forme aiguë ou typhoïde, la forme suraiguë ou foudroyante, la forme subaiguë.

Le purpura se manifeste par des pétéchies, par des ecchymoses parfois énormes, par des hémorragies des muqueuses et des viscères.

Les hémocultures ou les examens pratiqués dans les nécropsies décèlent des germes divers, soit des germes indéterminés, soit des streptocoques, des pneumocoques, des méningocoques. Mais les hémocultures sont assez souvent négatives.

Je conclus : « De par la clinique et la bactériologie, les *purpuras infectieux primitifs* sont des *septicémies avec purpura* ».

L'hématologie fournit des données importantes.

Le nombre des hématies est normal ou diminué, en moyenne 3.500.000 par millimètre cube.

Le taux de l'hémoglobine est habituellement un peu abaissé.

Le nombre des leucocytes est de 15.000 à 30.000 par millimètre cube, un peu a gmenté.

Pour 100 leucocytes, il y a de 65 à 85 polynucléaires neutrophiles, 2 ou 3 éosinophiles.

La réaction myéloïde est rare ou légère.

La coagulation du sang et la rétraction du caillot sont normales.

« Somme toute, disais-je, dans les purpuras infectieux, le sang présente les mêmes caractères que dans les infections. Il ne présente pas les modifications constatées dans d'autres types de purpura : pas de réaction myéloïde, pas de retard de la coagulation, pas d'irrétractilité du caillot ». Les purpuras infectieux « ne constituent donc pas une maladie du sang ».

Or, que nous apprend l'observation de Bernard ?

Cliniquement, il présente un purpura infectieux.

L'hématologie le différencie des purpuras infectieux habituels.

Le temps de saignement est très long, le temps de coagulation légèrement prolongé, le caillot irrétractile, les hématoblastes sont diminués : il y a un *syndrome hémogénique*.

Le nombre des hématies et le taux de l'hémoglobine sont diminués, la valeur globulaire est très augmentée ; on ne constate pas de signes de rénovation sanguine : il y a un *syndrome d'anémie grave*.

Le nombre des leucocytes est normal, mais les polynucléaires neutrophiles sont très rares : il y a de l'*agranulocytose*

***

Etudions l'AGRANULOCYTOSE.

En 1907, Türk, de Vienne, constate chez deux malades atteints de septicémies, une diminution considérable du nombre des leucocytes et des polynucléaires ; l'examen histologique montre l'absence de leucémie ; il existe une véritable « atrophie du système granulocytaire ».

En juillet 1922, à la *Société de médecine interne de Berlin*, Werner Schultz décrit une affection qu'il considère comme nouvelle, observée chez cinq femmes d'âge moyen. Son début est brusque ; elle se traduit par un état infectieux grave, une angine ulcéro-nécrotique, une leucopénie extrême et la disparition presque complète des polynucléaires. La mort survient en quelques jours. On trouve une absence complète ou presque complète des granulocytes dans la moelle osseuse. Schultz dénomme cette affection *agranulocytose*.

En 1923, Friedmann insiste sur l'importance des ulcérations bucco-pharyngées et propose l'appellation d'*Angina agranulocytosis*.

Dans la suite, des observations assez nombreuses sont publiées.

En France, l'étude de l'agranulocytose est faite par MM. Ch. Aubertin et R. Lévy, dans *La Médecine* de mars 1928, par MM. P. Baize et Y. Boquien dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 janvier 1929, par M. Ch. Aubertin dans *Le Concours Médical* du 14 décembre 1930.

En 1931, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies du sang et des organes hématopoïétiques*, le Professeur Achard décrit les *Angines hypogranulocytaires*.

La plupart des observations concerne des adultes, âgés de 30 à 60 ans. D'après MM. Aubertin et Lévy, les femmes fournissent 81 % des cas.

Chez les enfants, les observations sont rares.

Avant d'étudier les observations des enfants, je vais exposer brièvement les problèmes de l'agranulocytose chez l'adulte.

***

Voici la description de l'agranulocytose donnée par Schultz.

On ne découvre pas d'antécédents pathologiques importants.

Le *début* de l'affection est généralement brusque, par des frissons, de la courbature, une forte fièvre, à 40°. Presque toujours, le pharynx est rouge, tuméfié, avec ou sans exsudat.

Parfois le début est insidieux ; le malade traîne pendant quelques jours ou même quelques semaines.

A la *période d'état*, l'affection est caractérisée par une angine ulcéro-nécrotique, un état infectieux grave, un syndrome hématologique particulier.

L'*angine ulcéro-nécrotique* entraîne la fétidité de l'haleine et de la dysphagie. On constate des membranes brunâtres, sanieuses, très fétides, recouvrant des ulcérations profondes ou de véritables escarres. L'ulcération s'étend et envahit l'isthme et la paroi postérieure du pharynx, la base de la langue, la face interne des joues, les gencives et quelquefois les lèvres. Il n'y a ni saignement, ni suppuration, ni adénite importante.

Il existe parfois des ulcérations nécrotiques au niveau des narines, de la vulve, de la peau. Mais les lésions prédominent toujours dans le pharynx.

Le *syndrome infectieux* est caractérisé par une fièvre élevée ; la température reste en plateau à 40° ou présente des oscillations de plusieurs degrés. Le malade est dans un état typhique ; la prostration est extrême, la langue rôtie, le pouls petit et rapide, l'hypotension artérielle importante, la pâleur extrême, le teint souvent subictérique. Il peut y avoir des érythèmes de types diverses, de l'urticaire ; mais il n'y a pas de purpura. Le foie, la rate, les ganglions sont normaux.

Le *syndrome hématologique* est remarquable par la diminution très grande du nombre des leucocytes ; on en compte souvent moins de 1.000, 700, 300 par millimètre cube.

Le nombre des polynucléaires neutrophiles tombe au-dessous de 10 % et même à 1 %. Il y a 90,95, 100 mononucléaires pour 100 leucocytes ; ce sont des lymphocytes et des monocytes. On ne voit ni éosinophiles ni mastzellen.

Le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine sont normaux ou peu diminués.

Les hématoblastes sont peu modifiés.

La coagulation, la rétraction du caillot, le temps de saignement sont normaux.

On n'observe pas le signe du lacet.

Les *hémocultures* sont presque toujours négatives. Dans quelques cas, au début, on a trouvé un streptocoque hémolytique, du pneumocoque, des bacilles pyocyaniques. A la période agonique, on trouve des germes banaux.

La *mort* est la termination presque fatale ; elle survient par toxi-infection ou par broncho-pneumonie.

La *durée* moyenne de la maladie est d'une ou deux semaines ; il y a des formes rapides, qui évoluent en trois à cinq jours, des formes lentes, en trois ou quatre semaines.

On a cité quelques cas de *guérison*.

A *l'autopsie*, on trouve des lésions bucco-pharyngées, des ulcérations nécrotiques sur toute l'étendue du tube digestif et sur la trachée. Au niveau de ces ulcérations, il n'y a pas de suppuration, pas de polynucléaires.

Dans la moelle osseuse, on constate la raréfaction extrême ou l'absence de cellules granuleuses, polynucléaires, myélocytes, myéloblastes. On trouve presque uniquement des lymphocytes et des éléments de la série rouge. Les mégacacyocytes sont normaux.

Schultz conclut que l'agranulocytose est un grand syndrome sanguin, une véritable *leucopénie pernicieuse*, comparable à l'anémie pernicieuse.

Il s'en faut de beaucoup que toutes les observations d'agranulocytose correspondent à cette description ; dans la plupart, l'agranulocytose de Schultz n'est pas pure.

Il faut, avec MM. Aubertin et R. Lévy, décrire des SYNDROMES AGRANULOCYTAIRES.

Ce sont écrit M. Aubertin, de « syndromes infectieux également cryptogénétiques, dans lesquels, à l'agranulocytose proprement dite, s'associent soit une anémie grave, soit un syndrome hémorragique, soit les deux à la fois ».

L'*agranulocytose avec anémie* est la forme la plus fréquente. Le nombre des globules rouges tombe à 2 ou 3.000.000 par mm. c. et même à 1.300.000, à 740.000. La déglobulisation est rapide.

L'anémie est du type aplastique.

Il faut se rappeler que, dans les anémies graves aplastiques, on constate de la leucopénie et de l'hypopolynucléose, c'est-à-dire un certain degré d'agranulocytose ; mais la leucopénie et l'hypopolynucléose sont modérées, aux environs de 2.500 leucocytes, de 10 à 20 polynucléaires pour 100 leucocytes.

Dans l'*agranulocytose avec syndrome hémorragique*, le tableau clinique est celui du « purpura hémorragique aigu d'allure infectieuse avec lésions bucco-pharyngées » ; il y a des hématuries, du melæna, des hématomes.

Dans le sang, le nombre des plaquettes est considérablement diminué.

Dans l'*agranulocytose avec anémie et syndrome hémorragique*, « l'aspect clinique participe de l'angine agranulocytaire, de l'anémie aplastique, du purpura suraigu. Il s'agit, en somme, d'une insuffisance médullaire totale à forme aiguë (aleucémie hémorragique de Frank) ».

Telles sont les *agranulocytoses cryptogénétiques*, de cause ignorée.

D'autre part, on connaît des *agranulocytoses secondaires*, de causes connues.

Ce sont des *agranulocytoses infectieuses*, survenant soit dans des septicémies à staphylocoques, à streptocoques, à méningocoques, soit dans des infections localisées, des otites, des suppurations rénales, des abcès de l'amygdale, la diphtérie.

Ce sont encore des *agranulocytoses toxiques*, dues, par exemple, à l'arsénobenzol.

***

Nous pouvons maintenant aborder l'étude de l'AGRANULOCYTOSE DANS L'ENFANCE.

Les observations sont rares.

Je n'ai pu en recueillir que cinq dans la littérature. Ce sont celles d'un garçon de 4 ans et demi, publiée par M. Rudolf Bantz, en 1925, d'un enfant de 3 ans, publiée par M. Carrau, de Montevideo, en 1927, d'une fille de 12 ans, publiée par M. A. Dufourt, de Lyon, en 1927, d'un garçon de 6 ans, publiée par MM. Hugh Dwyer et Ferdinand Helvig, d'un garçon de 3 mois, publiée par M. Nikolaus Christof, en 1929.

Je ne vous cite que les observations publiées sous le titre d'agranulocytose ou d'angine agranulocytaire. Il est fort possible que d'autres observations soient publiées sous des titres différents, sous celui d'angines à monocytes, par exemple.

Parmi les cinq observations, il y en a quatre, qui sont remarquables par l'importance des lésions pharyngées.

M. Rudolf Bantz rapporte dans *Münchener medizinische Wochenschrift* du 17 juillet 1925, sous le titre *Beitrag zur Frage der Agranulocytose*, l'observation d'un garçon de 4 ans et demi.

Cet enfant, bien portant jusqu'à l'âge de 4 ans et demi, est amené à l'hôpital trois semaines après le début de la maladie. Sa température est de 39°-40°, sa pâleur très accentuée. On constate une hémorragie sous-cutanée au niveau du dos, et une légère splénomégalie. Il n'y a pas d'adénopathies. L'haleine est fétide.

A l'examen du pharynx, on voit des membranes et, sur l'amygdale droite, une ulcération nécrotique. On pense à la diphtérie, on injecte du sérum. L'examen bactériologique montre l'absence de bacilles de Löeffler, de spirilles, de bacilles fusiformes et seulement des staphylocoques, des streptocoques. L'hémoculture est négative.

La mort survient rapidement avec extension du processus gangréneux.

L'examen du sang donne le résultat suivant :

| | |
|---|---|
| Globules rouges ....... | 3.900.000 par mm.c. |
| Hémoglobine .......... | 35 % |

| | Leucocytes par mm. c. | Granulocytes % | Lymphocytes % | Grands monon. % |
|---|---|---|---|---|
| Premier examen.. | 6.700 | 2 | 90 | 8 |
| Deuxième examen | 2.300 | 7 | 93 | » |

A l'autopsie, on trouve de la gangrène des amygdales et du pharynx, des hémorragies de la plèvre et du péricarde, une moelle fémorale rouge, une rate un peu grosse et molle.

Dans un mémoire, *Sobra agranulocytosis en el niño*, présenté à la *Société de pédiatrie de Montevideo* les 16-17 décembre 1927 et publié par les *Annales de la Faculdad de medecine* de Montevideo en 1928, M. Carrau relate l'observation suivante.

Un enfant n'a pas d'antécédents héréditaires intéressants. Il est né à terme et s'est développé normalement, malgré de l'eczéma du cuir chevelu et quelques bronchites.

A un an, il a la scarlatine ; à un an et demi, il reçoit une injection de sérum antitétanique pour une blessure du pied.

A 3 ans, il est pris de fièvre, de mal de gorge, et présente de la tuméfaction des amygdales.

Quelques jours plus tard, on constate un exsudat membraneux dans le pharynx. L'haleine est très fétide,la température atteint 39°. Les ganglions carotidiens sont tuméfiés ; il y a des adénopathies axillaires et inguinales ; la rate est grosse.

L'examen du sang donne les résultats suivants :

| | | |
|---|---|---|
| Leucocytes....... | 4.800 par mmc. | |
| Polyn. neutrophiles | 6 % | soit 7,5 % de polynucléaires. |
| Polyn. éosino .... | 1 % | |
| Polyn. baso....... | 0,5 % | |
| Lymphocytes .... | 86 % | soit 91,5 % de mononucléaires. |
| Monocytes ....... | 5,5 % | |

L'état est grave, la pâleur très marquée. Le malade est prostré, dyspnéique ; la fièvre élevée.

Au bout de trois semaines, l'enfant entre à l'hôpital.

Les symptômes généraux sont les mêmes. On note la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, carotidiens, axillaires et inguinaux.

L'haleine est très fétide.

Les amygdales sont grosses, recouvertes presque complètement par un exsudat membraneux. La luette est détruite par une ulcération rouge, irrégulière. Il existe une ulcération en arrière de la commissure labiale droite.

Il n'y a pas d'hémorragies.

Le lendemain de l'entrée, l'enfant est très agité, très dyspnéique, son pouls est incomptable. Il meurt dans l'après-midi.

Des recherches de laboratoire ont été poursuivies.

L'exsudat pharyngé contient des microbes banaux ; streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, pneumobacilles, quelques bacilles diphtériques courts.

L'examen du sang donne le résultat suivant :

Globules rouges : 1.500.000 à 1.700.000 par mmc.

Hémoglobine : 38 à 45 %.

| Leucocytes par mmc. | Polynucl. neutro % | Polyn. éosino % | Lymphocytes % |
|---|---|---|---|
| 200 | 9 | 1 | 90 |
| 180 | 5 | 1 | 94 |
| 1.000 | 6,7 | 1,6 | 91,5 |

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

M. Carrau remarque, au sujet de cette observation, qu'il s'agit d'une angine nécrotique, avec leucopénie et granulocytopénie précoces et extrêmes, qu'au début le malade ne présentait pas d'anémie, mais que, dans la suite, celle-ci est devenue importante, qu'il n'avait pas d'hémorragies.

M. A. Dufourt, de Lyon, a communiqué à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 20 décembre 1927, une observation d'*angine agranulocytaire chez une fillette de* 12 *ans*.

Cette fille, toujours bien portante jusque-là, est atteinte, en septembre 1927, d'un embarras gastrique fébrile, dont elle se remet rapidement.

Le 17 octobre, brusquement, sa température monte à 39°, elle se plaint d'une fatigue très grande, de courbature.

La fièvre persiste à 39°-40°. La pâleur est extrême. On entend un souffle dans la veine jugulaire. L'asthénie est intense, l'enfant remue difficilement ses membres inférieurs.

Le 19 octobre, deuxième jour de la maladie, on note l'apparition sur l'amygdale droite de plaques membraneuses blanchâtres. Rapidement les lésions membraneuses, ulcéreuses et nécrotiques, envahissent le pharynx ; l'haleine devient fétide. Il n'y a pas d'adénopathies le foie et la rate sont normaux.

Le 21 octobre, quatrième jour de la maladie, apparaît une éruption cutanée polymorphe, avec des pétéchies, des macules, des papules, des nodules rappelant l'érythème noueux, des phlyctènes à contenu séreux.

Le 22 octobre, cinquième jour de la maladie, l'enfant meurt subitement.

L'examen des membranes pharyngées ne montre ni bacilles diphtériques, ni association fuso-spirillaire.

Le sang est très pâle ; sa coagulation normale.

On trouve 50 % d'hémoglobine et 2.050.000 globules rouges ; il n'y a ni anisocytose, ni poïkilocytose. Le nombre des leucocytes est de 1.230 par mmc. Pour 100 leucocytes on numère :

| | |
|---|---|
| Polyn. neutro ................. | 10 |
| Mononucléaires ............... | 60 |
| Lymphocytes ................. | 29 |
| Mono à protopl. bas. .......... | 1 |

Voici maintenant l'observation d'*Agranulocytic angina*, publiée par MM. Hugh L. Dwyer et Ferdinand Helwig, dans *American Journal of Diseases of Children* de juin 1928.

Un garçon de 6 ans présente un syndrome de Mikulicz. On constate de la tuméfaction des glandes lacrymales, des parotides, des ganglions sous-maxillaires, une splénomégalie légère. Il n'y a pas d'adénopathies, sauf quelques petits ganglions mentoniers et un ganglion épitrochléen à droite.

Pendant quinze jours, l'enfant a de la fièvre. La splénomégalie augmente. Il apparaît une otite droite.

Deux examens de sang donnent :

| | Premier examen |
|---|---|
| Globules rouges | 3.400.000 par mmc. |
| Hémoglobine | 50 % |
| Leucocytes | 5.600 par mmc. |
| Polyn. neutro | 42 % |
| Lymphocytes | 50 |
| Grands lympho | 5 |
| Formes de transition | 3 |

| | Deuxième examen |
|---|---|
| Globules rouges | 2.400.000 par mmc. |
| Hémoglobine | 35 % |
| Leucocytes | 4.200 par mmc. |

L'état du malade s'aggrave d'abord, puis s'améliore. La fièvre tombe, la tuméfaction des glandes diminue.

Le malade sort de l'hôpital à la fin de la cinquième semaine.

Trois semaines plus tard, la fièvre reprend et reste très élevée. La joue gauche se tuméfie.

Au niveau de la deuxième molaire inférieure gauche, la gencive est gonflée, douloureuse, saignante.

Le pharynx est œdématié et rouge. Sur l'amygdale gauche, on voit une membrane grisâtre, dans laquelle on trouve des spirilles et des bacilles fusiformes.

Les lésions pharyngées s'étendent. Les amygdales, les piliers, le voile du palais, le larynx, la langue, les gencives se nécrosent ; une partie du voile du palais et l'amygdale gauche sont éliminées.

Les ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux et épitrochléens sont gros. Il y a de l'hépato-splénomégalie.

Cependant l'état s'améliore.

Enfin, deux mois plus tard, après l'extraction d'une dent, la fièvre et les symptômes pharyngés reprennent. L'enfant meurt douze jours après le début de la reprise.

Pendant cette évolution , le sang est examiné plusieurs fois :

| | Premier examen |
|---|---|
| Globules rouges | 2.600.000 par mmc. |
| Leucocytes | 11.800 par mmc. |
| Polyn. neutro | 12 % |
| Lymphocytes | 88 % |

| | Deuxième examen |
|---|---|
| Leucocytes | 2.800 par mmc. |

| | Troisième examen |
|---|---|
| Globules rouges | 1.700.000 par mmc |
| Leucocytes | 2.000 par mmc. |

A l'autopsie, on trouve les lésions du pharynx et de la bouche, des foyers de sphacèle dans l'œsophage, des petites ulcérations dans l'estomac. La rate pèse 220 gr., le foie 1.050 grammes.

Il existe des foyers nécrotiques et hémorragiques dans la rate, le cœur, les reins, etc. Ils sont dus à des embolies septiques à streptocoques. A leur niveau, il n'y a pas de polynucléaires, pas de lymphocytes ou de myélocytes, ce qui élimine la leucémie.

Voilà comment se présentent les faits observés chez les enfants. Comparons ces observations avec l'agranulocytose de Schultz.

Considérons tout dabord le *syndrome clinique*.

Les antécédents pathologiques sont peu importants ; cependant le malade de MM. Dwyer et Helwig présente un syndrome de Mikulicz.

Le début est soit brusque ou rapide, soit insidieux. Il est marqué par des phénomènes infectieux.

A la période d'état, il existe une angine ulcéro-membraneuse et nécrotique, le processus s'étend à la bouche, il n'y a pas de saignement ; toutefois le malade de MM. Dwyer et Helwig a des saignements des gencives. Il n'y a pas d'adénopathie chez les enfants de M. Bantz et de M. Dufourt ; mais ceux de M. Carrau, de MM. Dwyer et Helwig ont des adénopathies cervicales, axillaires, inguinales.

Il existe un syndrome infectieux grave, avec de la fièvre, des phénomènes généraux, de la pâleur, des éruptions cutanées polymorphes. Mais le malade de M. Dufourt a des pétéchies, celui de M. Bantz, une hémorragie sous-cutanée, du sang dans la plèvre et le péricarde. D'autre part, la splénomégalie avec ou sans hépatomégalie existe chez les enfants soignés par M. Bantz, M. Carrau, MM. Dwyer et Helwig.

L'évolution peut être rapide, comme pour la malade de M. Dufourt, qui meurt le cinquième jour, subaiguë, comme pour les malades de M. Bantz et de M. Carrau, qui meurent au bout de trois semaines, lente, comme pour le malade de MM. Dwyer et Helwig. Chez celui-ci l'affection évolue en deux phases : une pre-

mière de deux mois, suivie d'amélioration, une seconde, où le processus reprend et qui se termine par la mort le douzième jour.

Considérons maintenant le *syndrome hématologique.*

La diminution du nombre des leucocytes est importante ; on en compte, par millimètre cube, 2.300 chez le malade de M. Bantz, 2.000 chez celui de MM. Dwyer et Helwig, 1.230 chez celui de M. Dufourt, 180 chez celui de M. Carrau.

La diminution des polynucléaires neutrophiles est considérable : le taux est de 10 % chez la malade de M. Dufourt, de 5 % chez le malade de M. Carrau, de 2 % chez celui de M. Bantz; ils disparaissent chez celui de MM. Dwyer et Helwig.

Sauf chez l'enfant de M. Carrau, où il y en a encore 1,6 %, les éosinophiles disparaissent.

On voit presque exclusivement des lymphocytes et des mononucléaires. Tout ceci concorde avec la description de M. Schültz.

Mais, d'autre part, il existe des modifications de la série rouge.

On constate une diminution plus ou moins grande du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine.

| Hématies par mm. c. | Hémoglobine % |
|---|---|
| 3.900.000 | 35 (Bantz) |
| 2.050.000 | 50 (Dufourt) |
| 1.500.000 | 38 (Carrau) |
| 1.700.000 | » (Dwyer et Hellwig). |

Ce sont les caractères de l'anémie aplastique. Il y a donc *agranulocytose avec anémie.*

Somme toute, dans les quatre observations, le type clinique est plus ou moins semblable à l'agranulocytose de Schültz, mais on remarque des particularités plus ou moins fréquentes : des adénopathies, de la splénomégalie, des hémorragies, de l'anémie, tous phénomènes qui, d'après M. Schultz, ne se rencontrent pas dans l'affection qu'il décrit. Il en est ainsi, nous l'avons vu, dans nombre d'observations d'adultes.

Chez les enfants, il existe donc un syndrome hématologique complexe ; l'agranulocytose n'est pas pure; les enfants présentent des *syndromes agranulocytaires* ; ils ont soit de l'*agranulocytose avec anémie*, soit de l'*agranulocytose avec anémie* et avec *syndrome hémorragique.*

Il me reste à vous parler de l'observation d'*Agranulozytose im Sänglingsalter*, publiée par M. Nikolaus Christof, dans *Wiener Klinische Wochenschrift* du 14 mars 1929.

Un garçon est né de parents bien portants ; ils n'ont pas de syphilis et leur Bordet-Wassermann est négatif.

A 2 semaines, l'enfant a une pyodermie généralisée, qui guérit au bout de trois semaines.

A 7 semaines, il a une gastro-entérite hémorragique très grave, avec une forte fièvre et un grand amaigrissement. Il guérit au bout de quinze jours.

M. Christof le voit à 3 mois avec une éruption de vésico-pustules, à contenu purulent, ressemblant à la varicelle et datant d'environ un mois.

Les ganglions occipitaux, rétro-auriculaires, sous-maxillaires, axillaires, sont gros et très douloureux, les amygdales rouges et tuméfiées, sans exsudat. Le foie et la rate sont de volume normal.

Plus tard, les ganglions axillaires gauches suppurent ; une incision fait évacuer 150 c.c. de pus contenant des diplo-streptocoques et des staphylocoques. Un ganglion sous-axillaire s'ouvre spontanément.

Dès lors l'état s'améliore graduellement. Au bout de deux semaines, l'enfant est presque guéri.

Comme traitement, on a prescrit du calomel pendant vingt jours, puis, on a fait deux injections intra-musculaires de 2 c. c. de trypaflavine à 0 gr. 5 %.

Un premier examen du sang montre des globules rouges normaux et de très rares leucocytes. Sur 100 leucocytes, on trouve 76 lymphocytes et 22 monocytes.

Le noyau de ces derniers contient un fin réseau basophile et est souvent bilobé. Sur 200 leucocytes, on trouve 2 polynucléaires neutrophiles, 1 polynucléaire basophile et 2 myélocytes.

Huit jours plus tard, quand les ganglions axillaires suppurent, on numère, sur 100 leucocytes, 60 polynucléaires neutrophiles, 2 polynucléaires éosinophiles, 30 lymphocytes, 8 mononucléaires.

Les plaquettes sont normales.

Un autre examen trois jours plus tard, donne, sur 100 leucocytes, 58 polynucléaires et 1 éosinophile.

A un dernier examen, cinq jours plus tard, il y a, pour 100, leucocytes 39 polynucléaires neutrophiles et 1 polynucléaire éosinophile.

L'enfant guérit.

En résumé, cet enfant est atteint d'une infection cutanée et ganglionnaire à streptocoques. Il se produit une sidération du système granulocytaire de la moelle osseuse sous l'action de l'agent septique, tandis que la série rouge n'est pas influencée.

Dans ce cas, il s'agit d'une *agranulocytose sans anémie et sans hémorragies* ; le type clinique est bien différent du type de Schultz.

***

Chez les enfants, comme chez les adultes, on observe donc plutôt des *syndromes agranulocytaires* que l'agranulocytose pure de Schultz.

L'observation de Bernard réalise un type d'*agranulocytose avec anémie et syndrome hémorragique.*

Cliniquement, Bernard présente un *purpura infectieux aigu hémorragique* ; *il n'a pas d'angine nécrotique* ; rien ne permet de penser à l'agranulocytose.

L'examen du sang révèle l'*agranulocytose* et un *syndrome hématologique complexe.*

Ce syndrome est bien différent de celui qu'on observe habituellement au cours des purpuras infectieux; dans ceux-ci rien ne témoigne, je vous l'ai dit tout à l'heure, d'une maladie du sang.

La pathogénie de l'affection, dont Bernard est mort, est complexe.

Il existe probablement une hémogénie antérieure, car on remarquait déjà, depuis sept ou huit mois, une pâleur extrême, et plus tard, l'enfant avait des pétéchies et une tendance aux ecchymoses.

Sur cet état, s'est greffée une infection de nature indéterminée, puisque l'hémoculture a été négative, dont le point de départ est probablement l'otite et qui est la cause du purpura infectieux.

Cette observation est à l'appui de l'hypothèse d'après laquelle l'agranulocytose est due à une insuffisance médullaire latente révélée à l'occasion d'une infection.

P. NOBÉCOURT.

**Résumé succinct de la leçon du Professeur Nobécourt**

Un enfant de deux ans, jusque là bien portant, commence à décliner : troubles digestifs, poussées fébriles, pâleur extrême. Au bout de neuf mois, apparaît une otite, en même temps que se montrent des pétéchies, et une tendance aux ecchymoses. L'otite s'aggrave, et un purpura est reconnu, pétéchial et ecchymotique. L'examen du sang révèle un temps de saignement prolongé ; un temps de coagulation de douze minutes ; une irrétractilité du caillot. En outre, une extrême rareté des polynucléaires neutrophiles, caractéristique de l'agranulocytose.

Les purpuras infectieux sont des septicémies avec purpura, sans maladie du sang : on n'y rencontre ni réaction myéloïde, ni retard de la coagulation ,ni irrétractilité. L'agranulocytose chez l'adulte se caractérise par contre par la disparition dans le sang des leucocytes, et surtout des polynucléaires. Elle se présente chez l'adulte comme un syndrome variable : infectieux, hématologique... On décrit une A. avec anémie, une A. avec syndromes hémorragiques, une A. cryptogénétique, des A. secondaires, infectieuses, toxiques.

On ne connaît que cinq observations d'agranulocytose chez les enfants. De ces observations, il résulte que cette A. ressemble plus ou moins cliniquement à celle de l'adulte, avec cependant certaines particularités : adénopathies, splénomégalies, hémorragies, anémie...

L'enfant qui a motivé la leçon a présenté un syndrome hématologique complexe, une agranulocytose avec syndrome hémorragique. Son histoire vient à l'appui de l'hypothèse qui attribue l'agranulocytose à une insuffisance médullaire latente qu'une infection surajoutée met en évidence et accélère.

G. D.

## FAITS CLINIQUES

### A propos de la guérison d'une septicémie par une phlébite provoquée ?

Le Docteur Lucien Constant, de Prunay-le-Gillon, a publié dans le *Concours Médical* du 18 septembre, l'observation succincte d'une « *septicémie ayant cédé à la suite d'une phlébite provoquée au bras* ». Le Dr Constant terminait son article en souhaitant que cette méthode des phlébites provoquées soit mise à l'étude comme ultime traitement des cas désespérés, et il demandait s'il avait la priorité de cette suggestion.

Or, il ne semble pas, à la lecture de cette observation, trop peu détaillée, il est vrai, que l'amélioration et la guérison obtenues l'aient été par la provocation d'une phlébite, mais bien plutôt par *l'effet antiseptique de l'injection intraveineuse, à plusieurs reprises, d'une solution de salicylate de soude.* Au surplus il est vraisemblable qu'il n'y a pas eu *phlébite* à proprement parler, mais plutôt « *veinite oblitérante* ».

Reprenons l'observation : « Femme de 30 ans qui fait une fausse-couche de cinq mois, suivie immédiatement d'accidents fébriles : 39° le soir du premier jour. Cinq abcès de fixation consécutifs sont pratiqués sans donner de pus. A la sixième semaine, 39° et 40°2 de façon permanente, l'auteur fait une intraveineuse de 10 c.c. de salicylate de soude à 30 % au bras droit, amenant des sueurs profuses et une chute à 38°. Sensation de mieux être. Le surlendemain, la température étant remontée aux taux précédents, une seconde intraveineuse est pratiquée au même bras avec même résultat passager.

« Deux jours après, l'intraveineuse devenant difficile au bras droit, elle est faite au bras gauche et suivie dans les 24 heures d'une « phlébite » de ce bras.

« On assiste alors à la chute immédiate définitive de la fièvre, les abcès de Fochier donnent et la malade, qui était en situation désespérée, guérit en comblant lentement la vaste perte de substance provoquée par les abcès de Fochier. »

Faisons une première remarque : les deux premières injections, qui n'ont pas provoqué de « phlébite », n'en ont pas moins eu déjà un effet favorable sinon encore définitif, puisque chaque fois elles ont été suivies, en même temps que de sueurs profuses, d'une chute de la température à 38°, avec sensation de mieux-être. C'est après la troisième injection seulement que la fièvre est tombée définitivement : mais cela n'a rien d'anormal, et il est même assez rare,

au contraire, de voir céder, dès la première injection intraveineuse d'un antiseptique général comme le salicylate, tous les symptômes septicémiques. Mais cette chute définitive de la fièvre, dit le Dr Constant, a suivi immédiatement la production d'une phlébite du bras gauche consécutive à cette troisième injection.

Je ne soutiendrai pas qu'il soit tout à fait impossible qu'une phlébite véritable ait pu être provoquée par l'injection brutale d'une importante solution de salicylate de soude à 30 % dans une veine du bras étant donné l'état septicémique de la malade, et la possibilité d'une localisation microbienne sur une endoveine chimiquement irritée par cette injection, encore que je ne l'aie jamais vu se produire. Il est vrai, la chose étant théoriquement possible, que nous évitons toujours, lorsque nous avons à scléroser des veines variqueuses, d'injecter lorsqu'il y a infection générale même minime.

Il semble pourtant bien que dans le cas présent, il y ait eu simplement *veinite oblitérante*, c'est-à-dire inflammation de l'endoveine d'ordre chimique entraînant une prolifération endothéliale suffisamment intense pour aboutir à une oblitération complète de la lumière du vaisseau et transformation définitive du conduit veineux en un cordon fibreux. C'est là le *processus habituel consécutif aux injections sclérosantes lors du traitement des varices.*

Pour ces dernières, d'ailleurs, les quantités de salicylate injectées sont en général beaucoup plus faibles que celles employées par le Docteur Constant, mais chacun sait que les veines variqueuses, donc à parois déjà altérées, réagissent infiniment plus facilement que les veines normales. Il faut donc, pour aboutir à la fibrose d'une veine du bras, des solutions beaucoup plus fortes et plus considérables que pour scléroser des varices des membres inférieurs.

Ajoutons qu'à notre avis, dans ces cas de septicémie, il n'est pas à recommander de chercher à provoquer une fibrose des veines du bras, et qu'il y a tout intérêt, au contraire, à l'éviter. Ce qui est important, en effet, c'est de pouvoir poursuivre le traitement antiseptique si besoin est, par conséquent de ménager les veines dans la mesure du possible. C'est pourquoi — et aussi parce qu'il faut éviter de léser davantage un cœur déjà bien malade — il est habituel d'employer dans ces cas des solutions très diluées et de les injecter très lentement.

Le plus souvent on utilise, non pas une solution de salicylate à 30 %, mais une solution à 10 % additionnée (selon la formule de Bénard) de 10 % de glucose, qui a pour propriété de diminuer, dans une certaine mesure, l'action irritante du salicylate sur l'endothélium veineux. En général, il suffit d'un gramme de salicylate par jour, soit 10 c. c. de cette solution, mais Carnot et Blamoutier, Rathery et Gournay, Courcoux et Meignant ont atteint, dans le traitement de l'encéphalite épidémique, des doses de 3 à 5 grammes. De même Foix dans le traitement de la sclérose en plaques et Cornil dans celui de la chorée.

Dans le même but ont été utilisés, dans les septicémies, en injections intraveineuses (sans compter les *métaux colloïdaux*) : le *cacodylate de soude*, l'*uroformine*, le *mercurochrome* ou flavurol, la *trypaflavine* ou gonacrine.

Plus récemment, à la suite des Américains, on a employé des *colorants*, plus particulièrement le *violet de gentiane* en solution à 0,25 % dans de l'eau bicarbonatée sodique à 3 p. 100 (5 à 7 milligrammes par kgr. de poids). L'*alcool* également a été utilisé en injection intraveineuse dans le traitement de l'infection puerpérale par Mestitz, en Allemagne (66 c. c. d'alcool absolu dans 140 c. c. de sérum physiologique, injection lente ; dix minutes minimum).

Dans le cas qui nous occupe c'est donc — à mon avis — l'action antiseptique du salicylate de soude qui a sauvé la malade du Dr Constant, en permettant à son organisme de faire ensuite lui-même les frais de sa propre défense.

Et je ne crois pas que l'oblitération veineuse provoquée par l'injection ait réellement été pour quelque chose dans l'amélioration, puis la guérison de la septicémie.

Ce qui ne veut pas dire que je nie la possibilité de l'effet favorable de l'apparition d'une phlébite vraie — localisant l'infection — au cours d'une infection généralisée.

Dr Raymond TOURNAY.

Au sujet d'une guérison de septicémie puerpérale par phlébite provoquée, j'ai eu ces jours-ci une malade qui, après un retard de règles de six (?) jours me fait une fièvre à 42°, fausse couche. La température se maintient avec délire, excitation. J'ai fait pyoformine et uroformine, salicylate en intraveineuse (1 gr. de salicylate à 10 %) tous les jours. Guérison dans la semaine sans complication.

Evidemment, il y a des cas d'espèces : virulence et résistance ne sont jamais identiques. Tout de même ma malade a guéri très vite sans phlébite ni abcès de Fochier. Je remarque au surplus que les abcès de notre confrère n'ont servi à rien qu'à empoisonner la malade au moment où elle guérissait.

Je reste de l'avis du professeur Comby : c'est une méthode barbare et illusoire. S'il faut maintenant déclencher des phlébites parce qu'une malade a guéri au moment où on lui en provoquait une — involontaire — il n'y a qu'à tirer l'échelle.

Dr DORDAIN.

## LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

# Le traitement du nouveau-né de souche syphilitique doit varier suivant qu'il sagit d'un prématuré, ou d'un nouveau-né à terme

d'après M. et Mme MONTLAUR (1)

Durant cette période du premier âge, qui s'étend de la naissance à la fin du premier mois, la syphilis tare le produit de conception soit par suite d'une infection acquise récente des parents, non ou mal traitée, soit, plus souvent encore, par suite d'une infection héréditaire, dont la fréquence est extrême

Parfois, il s'agit d'une *syphilis floride*, qui se manifeste le plus souvent par un coryza muco-purulent, par des syphilides cutanéo-muqueuses, avec ou sans hépato et splénomégalie ; le pemphigus palmo-plantaire (signe de certitude de Marfan) s'observe plus rarement depuis l'application des traitements prophylactiques aux femmes enceintes.

Parfois, il s'agit seulement de *prématuration*, de débilité congénitale, de certaines formes prolongées d'ictère, d'anémie, d'hémorragies (mœlena, hématémèses, omphalorragies), d'adénite sus-épitrochléenne bilatérale, de malformations, d'hydrocéphalie congénitale. Certes, ce ne sont là que des signes de présomption, mais déjà certaines anomalies auront été relevées au cours de la grossesse (gros œuf, hydramnios à marche lente, albuminuries massives), ou au moment de l'accouchement (très gros enfant, gémellité univitelline, et surtout aspect et poids du placenta avec disproportion fœto-placentaire au delà de 1 /5). Une enquête familiale concernant les ascendants et les collatéraux parvient à éclaircir la situation.

On ne doit pas oublier la *forme larvée*, souvent difficile à reconnaître parmi ses manifestations diverses : convulsions dites essentielles, maladie des vomissements habituels, cri nocturne, éruptions cutanées du type dermite entérococcique du nourrisson (H. et J. Montlaur), hypotrophie, hypothrepsie, perte prolongée et progressive de poids : dans nombre de ces cas la solution n'est fournie que par l'action favorable du traitement spécifique.

Toujours est-il que « *tout l'avenir de l'enfant issu de souche syphilitique peut tenir à l'opportunité et à l'intensité du traitement initial institué au cours du premier mois de la vie* ».

***

TOUT PRÉMATURÉ OU DÉBILE, ISSU DE SOUCHE SYPHILITIQUE, QUE LA MÈRE AIT ÉTÉ OU NON TRAITÉE AU COURS DE LA GROSSESSE, DOIT ÊTRE SOUMIS DÈS SA NAISSANCE A UN TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE

## Le traitement antisyphilitique

### 1° Le nouveau-né prématuré présente des signes de syphilis floride

A. *Les manifestations sont à prédominance de syphilides cutanéo-muqueuses*, SANS HÉPATOMÉGALIE : *C'est le traitement mixte à début arsénical.*

Le cas est grave, car une issue fatale est possible avant le redressement thérapeutique ; mais, en raison de l'infection tréponémique profonde, *les doses initiales seront extrêmement* faibles, par crainte de réaction d'Herxheimer mortelle.

La préparation arsénicale de choix est le *sulfarsénol en injections sous-cutanées*, qui possède une action spirillicide certaine chez le nourrisson, et de plus, très bien toléré, exerce un pouvoir hématopoïétique, très appréciable chez les prématurés et les débiles. Il se substitue de plus en plus au novarsénobenzol par voie intraveineuse, qui d'ailleurs exige une grande habitude d'application.

Les trois premiers jours, injection sous-cutanée de sulfarsénol, dissous dans une très petite quantité d'eau distillée (1 /2 c. c. au plus), un demi à un milligramme le premier jour, deux à trois milligrammes les deux autres jours.

Puis, frictions mercurielles pendant trois jours consécutifs, et un jour de repos.

On utilise l'onguent napolitain (50 % Hg),

(1) M. et Mme MONTLAUR. — Le traitement du nouveau-né, issu de souche syphilitique. (*Revue de Médecine*, juillet 1932.)

l'onguent mercuriel (1 partie Hg pour 7 parties d'axonge), le calomel (Gambéol, 1/5 de tube).

L'adjonction de collargol permet de prescrire un traitement mercuriel camouflé :

| | |
|---|---|
| Collargol ............. | 0 gr. 05 |
| Onguent napolitain .... | 1 à 3 grammes |
| Axonge benzoïnée..... | 10 grammes |

à diviser en dix cartouches (G. Blechmann) ; une cartouche par friction.

Les frictions ne seront pas faites au niveau des plis, comme chez le plus grand enfant, mais sur les flancs, le dos ou les lombes.

La médication se poursuivra de la même manière : un jour, injection de sulfarsénol ; trois jours, frictions ; un jour de repos.

Suivant réaction et tolérance, les doses de sulfarsénol seront progressives : cinq milligrammes à un centigramme, puis un centigramme à deux centigrammes, enfin deux à trois centigrammes suivant le poids de l'enfant. Cette dernière dose sera répétée, sans être augmentée, tous les cinq jours autant de fois qu'il le faudra pour aboutir au total de sept à huit centigrammes de sulfarsénol, par kilogramme corporel, pour la cure.

Les frictions se continueront jusqu'à la quinzième. Si l'état de la peau s'oppose à leur continuation, on leur substituera le lactate de mercure à 1/1000 (calomel associé ou lactose, excellent pour une thérapeutique camouflée), qui ne donne pas de troubles digestifs comme la liqueur de Van Swieten ; le lactate de mercure sera donné tous les jours, sans autre jour de repos que celui de l'injection de sulfarsénol. Doses initiales faibles : 2 à 3 gouttes de la solution par kilogramme corporel, rapidement augmentées, et poursuivies jusqu'au vingt-cinquième jour environ.

C'est donc pour la première cure : 0 gr. 20 environ de sulfarsénol associés soit à quinze frictions mercurielles, soit à vingt journées d'absorption de lactate de mercure.

B. *Les manifestations syphilitiques, de nature diverse,* S'ACCOMPAGNENT D'HÉPATO-MÉGALIE : *c'est le traitement mixte à début mercuriel.*

Pendant huit à dix jours, commencer par des frictions mercurielles ou par la solution de lactate de mercure à 1/1000.

Le traitement peut ensuite devenir mixte ; il sera conduit comme dans la forme précédente.

### 2° Le nouveau-né est surtout un prématuré ou un débile

Ici, c'est principalement la *médication arsénicale* qu'il faut employer suivant les données précédentes, mais sans adjonction de mercure.

« Au sulfarsénol cutané peut être substitué, sans l'égaler, le stovarsol ou le tréparsol : un demi à un centigramme par kilogramme corporel et par jour, quatre jours par semaines, le traitement ayant une durée moyenne de cinq à six semaines ».

S'il y a *syphilis larvée*, les injections de sulfarsénol sont également indiquées ; on peut les remplacer par l'administration de lactate de mercure aux doses habituelles ; la première cure mercurielle est de vingt jours.

Quand le nouveau-né présente des troubles digestifs, on préfère la poudre grise (33 % Hg), combinée à quelques centigrammes de carbonate de chaux, et même de bismuth, afin de neutraliser l'action du mercure sur l'intestin : 0 gr. 004 par jour en deux prises.

### L'allaitement et le traitement général

« *La médication spécifique seule n'a guère de chance de succès sans traitement général, pas plus que celui-ci, s'il n'est associé au traitement spécifique* ».

*L'allaitement maternel s'impose* ; à la rigueur le lait d'ânesse constitue un moyen exceptionnel.

Mais, en cas d'allaitement mixte ou artificiel, les *babeurres* sont indiqués : babeurre acide auquel on ajoute du sucre et de l'eau de chaux (10 %) ; babeurre doux sucré, jusqu'au moment où l'état digestif de l'enfant permet un allaitement normal.

Ne pas omettre chez les débiles le réchauffement, les onctions, les poudrages. Comme traitement général, les auteurs recommandent :

Le *sérum glucosé à* 47 ‰, auquel on doit de véritables miracles ; il est très bien supporté en injections sous-cutanées quotidiennes, 5 à 20 c.c., ou, si les selles sont normales et pour éviter le petit choc provoqué par la piqûre, en lavement de 10 c.c., additionné ou non d'une goutte de solution d'adrénaline à 1/1000 ;

Le *sérum physiologique* chez les vomisseurs ;

Le *sérum bicarbonaté isotonique* dans certaines diarrhées cholériformes ;

L'*insuline* donne des résultats inespérés dans la dénutrition rapide ; injection sous-cutanée quotidienne d'une unité par kilogramme corporel solubilisée dans 10 c.c. de sérum glucosé, ou suivie de l'absorption de sirop de sucre par cuillerées à café ;

L'*huile camphrée à* 5 %, quelques gouttes en injections sous-cutanées ;

Les *inhalations d'oxygène, le sang maternel* (1/4, 1/2, 1 c.c., tous les deux jours pour éviter les phénomènes de choc).

***

### 1° Syphilis floride

A. *Pas d'hépatomégalie : c'est le traitement mixte à début arsenical.*

Quand le nourrisson est de poids normal, ou au-dessus de la moyenne (4 à 5 kilogr.), il supporte des *doses relativement élevées d'arsenic, à condition que les premières doses soient très faibles.*

Les trois premiers jours, deux, trois et cinq milligrammes de *sulfarsénol* ; les injections suivantes 0 gr. 015, 0 gr. 03, etc., pour arriver au maximum de un centigramme et demi par kilogr. de poids corporel pour chaque injection ; dose répétée tous les cinq jours autant de fois qu'il sera nécessaire pour arriver au total de 0 gr. 10 de sulfarsénol, par kilogramme corporel.

La première cure comprendra 0 gr. 35 environ de sulfarsénol, et quinze frictions mercurielles, ou vingt journées de solution de lactate de mercure à 1 /1000.

B. *L'hépato-mégalie commande le même traitement mixte, mais à début mercuriel.*

### 2° Syphilis atténuée

*Si la mère n'a pas suivi de traitement au cours de la grossesse,* on ordonne les frictions mercurielles pendant six jours, puis un jour de repos : cure de trois semaines.

Les frictions peuvent être remplacées par des prises de poudre grise (0 gr. 004 par jour en deux fois) pendant vingt jours.

*Si la mère a suivi un traitement,* il suffira de prescrire la solution de lactate de mercure à 1 /1000 : 6 à 8 gouttes par kilogramme corporel pendant vingt jours, ou le calomel, un milligramme par jour pendant vingt jours.

### 3° Syphilis larvée

*Quand il y a disproportion fœto-placentaire,* on doit traiter aussitôt le nouveau-né, mais n'instituer cependant qu'une médication légère : lactate de mercure à 1 /1000, poudre grise, calomel. Sinon, rien ne presse, on peut attendre avant toute prescription.

*Quand la mère n'a pas été traitée,* le calomel est le médicament de choix.

*Quand la mère a été traitée,* et que le nouveau-né est de poids normal, de nutrition satisfaisante avec accroissement normal de son poids, « la sagesse est de s'abstenir de toute médication antisyphilitique et de la réserver pour les jours à venir. Toute l'attention peut alors se porter sur la direction de l'allaitement et la surveillance de l'état général ».

G. F.

## *L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE*

# La Presse

### Traitement de la cystite tuberculeuse.

Le plus souvent, elle est consécutive à une tuberculose rénale ; quand cette dernière est unilatérale, il faut, dit le Docteur DE BERNE-LAGARDE, pratiquer l'ablation du rein malade.

Si les lésions vésicales sont peu marquées et peu profondes, elles se cicatriseront, une fois le rein enlevé. Cette guérison, entrecoupée ou non de poussées aiguës, est généralement lente ; des mois et des années s'écoulent, avant que la guérison survienne avec urines claires, et inoculation au cobaye négative.

Quand l'amélioration est lente, plusieurs hypothèses sont à envisager :

1° La cystoscopie et plusieurs examens bactériologiques ont montré qu'il s'agissait d'une cystite banale : on est alors à peu près certain d'obtenir un bon résultat, soit avec des lavages prudents à l'oxycyanure de mercure à 0,30 ‰, soit avec des instillations de nitrate d'argent à 1 %.

2° La cystoscopie montre des lésions bacillaires localisées ou diffuses, mais superficielles, caractérisées par une rougeur de la paroi ; on peut choisir entre : *a*) des instillations d'huile goménolée à 5 %, deux à trois fois par semaine ; ou *b*) des instillations d'une solution de bleu de méthylène au 1 /100ᵉ, longtemps prolongées ; d'huile phéniquée, dont la concentration progressive varie de 1 à 5 % ; d'une solution de sublimé, sans alcool, ni acide acétique à 1 /20.000. Pas de lavages de vessie avec solution phéniquée forte, il en résulte de trop violentes douleurs.

3° La cystoscopie montre l'existence de lésions tuberculeuses localisées : ulcérations, végétations ou incrustations. Ici, l'étincelage donne des résultats bien souvent remarquables, à condition d'être pratiqué par un spécialiste.

Mais toute thérapeutique peut échouer lamentablement ; la fréquence douloureuse des mictions est devenue telle que le sommeil est impossible. Il faut soulager le malade, et sauvegarder le rein, qui reste, contre l'ascension des urines purulentes, entretenues par des lésions qui ne cessent d'évoluer. Une cystoradiographie dénotera l'existence d'un reflux vésico-urétéro-rénal. Il faut alors recourir à l'exclusion de la vessie par dérivation définitive des urines ; le rein sera ainsi sauvegardé, la vessie mise au repos, les douleurs supprimées.

En tout cas, on ne négligera pas le traitement général. Alimentation substantielle, sans mets épicés, café, alcool. Séjour à la campagne. L'évolution des accidents est heureusement influencée par les eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn. Huile de foie de morue, arsenic, phosphore, sels de chaux. (*L'Hôpital* A, mai 1932.)

### Les formes colloïdoclasiques de la colique hépatique.

MM. Parturier et Legrain rappellent la forme migratrice bien connue de la lithiase biliaire, qui est un accident mécanique, puis c'est la forme infectieuse, moins douloureuse que la précédente, qui est à la région sous-hépatique ce que l'appendicite est à la fosse iliaque.

Ensuite ils attirent l'attention sur la forme colloïdoclasique de cette lithiase ; on y trouve associés la douleur sous-hépatique et les différents symptômes de l'état de choc, tel qu'il a été cliniquement décrit par le Professeur Widal et son école.

Le faciès est pâle, la respiration irrégulière et superficielle, le pouls petit ; le malade est plongé dans une sorte de stupeur ; il est immobile et adynamique ; il est angoissé, répond à peine aux questions. L'examen de la pression artérielle décèle parfois une chute considérable ; les oscillations du Pachon sont irrégulières et surtout de peu d'amplitude. L'examen du sang montre l'allongement du temps de saignement, l'augmentation de la rutilance, des modifications de l'indice réfractométrique et de la coagulabilité du sang, et une leucopénie nette.

Le choc colloïdoclasique intéresse, en effet, tout l'organisme, mais il emprunte à des prédispositions individuelles sa traduction clinique. Ce sont des susceptibilités locales, généralement antérieures, parfois momentanées, qui font que tel malade réagira tantôt par une crise d'asthme, tantôt par une crise de migraine, tantôt par une crise de colique hépatique à la même cause profonde, qu'est le choc colloïdoclasique.

Ce sont : l'alternance chez un même sujet des différents phénomènes de choc (asthme, migraine, goutte, urticaire, maladie de Quincke) avec des crises de colique hépatique ; l'identité des phénomènes généraux et des phénomènes sanguins que le laboratoire pourra contrôler facilement ; ce sont les bons effets de la protéinothérapie dans certaines coliques hépatiques comme dans les affections de choc classiques, qui ont amené les auteurs à classer certaines formes de coliques hépatiques parmi les maladies colloïdoclasiques.

Et, c'est à cette forme de colique hépatique moins brutale que la forme migratrice, non fébrile comme la forme infectieuse, mais susceptible de se répéter et d'aboutir à un véritable état de mal biliaire sans ictère, sans calcul décelable, que paraît correspondre le plus souvent la colique vésiculaire du Professeur Gilbert.

Dans le syndrome colloïdoclasique la crise a débuté en général précocement pendant le repas : on se trouve en présence d'un malade pâle, immobile, dont l'aspect contraste avec celui des malades atteints de coliques à forme migratrice. Ceux-ci paraissent en proie à une agitation violente et, au lieu de l'immobilité des colloïdoclasiques, cherchent par des mouvements convulsifs à échapper à leur douleur. L'état d'angoisse de ces malades pourrait faire penser à l'état de mal cardio-gastro-angineux décrit par Lian. De cette variété colloïdoclasique de la lithiase biliaire, il existe d'ailleurs des formes pseudo-angineuses, comme aussi des formes asthmatiques, des formes gastro-œsophago-intestinales, sans compter la forme lombaire (fruste) et la forme sympathique.

Dans le traitement, il importe dans toute la mesure du possible d'éviter la morphine et l'opium, aux effets dépressifs. Donner un lavement laudanisé, mais avec une injection de spartéine ou de camphre. (*Le Journal Médical Français*, mai 1932.)

### Etude clinique des syndromes hypophysaires.

L'hémianopsie, la déformation de la selle turcique, et accessoirement la céphalée (douleur rétro-orbitaire) sont les principaux signes de compression des tumeurs de l'hypophyse. Ce syndrome de compression peut faire défaut. Quand il existe, il peut s'associer à des signes glandulaires discrets ou manifestes. Si les signes glandulaires sont discrets, les malades iront d'abord consulter l'ophtalmologiste.

Voici quels sont les principaux aspects cliniques :

1° Syndromes d'insuffisance hypophysaire : Chez l'enfant, infantilisme et syndrome adiposo-génital. Chez l'adulte, syndrome adiposo-génital ou génital pur ;

2° Syndrome d'hyperfonctionnement hypophysaire : acromégalie, avec hypergalactorrhée chez la femme ;

3° Syndromes mixtes : ils sont souvent frustes et peuvent échapper à l'examen.

Comme signes de second plan, le Docteur

THIÉBAULT signale la soif et la polyurie, les crises de somnolence, les vomissements, les épistaxis, les troubles thermiques, l'acrocyanose, les modifications de la peau (fine et blanche), la rareté des poils. La glycosurie spontanée est rarement observée, mais l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée peut montrer un trouble glyco-régulateur. (*Journal des Praticiens*, 7 mai 1932.)

**Mal de Pott staphylococcique de l'adulte.**

Le Professeur CARNOT a pu observer deux cas de spondylite staphylococcique ressemblant au mal de Pott tuberculeux, avec douleurs irradiées, brusque gibbosité par destruction vertébrale antérieure, et, dans un cas, abcès par congestion fusant à distance .

Or, la radiographie elle-même, parfois infidèle, ne peut établir souvent le diagnostic étiologique. Il faut les antécédents multiples et répétés de staphylococcies, ou le résultat bactériologique d'une ponction d'abcès pour trancher le diagnostic.

L'évolution, souvent très prolongée, avec reprises au bout de plusieurs années, caractérise la forme lente de la staphylococcie vertébrale de l'adulte ; celle-ci fait que, malgré l'immobilisation, malgré la chirurgie, malgré les vaccins, on éprouve toujours quelque inquiétude pour l'avenir, même lorsque les foyers staphylococciques paraissent évoluer favorablement. (*Paris Médical*, 11 juin 1932.)

**Un cas de fistule abdominale hémorragique cataméniale.**

Hernie d'une trompe infectée, fixation du moignon tubaire sous la paroi, fistule secondaire, tel est le résumé de l'observation relatée par MM. JEANNENEY et LAPORTE. Et pour mieux préciser, il s'agissait d'un pyosalpinx tuberculeux découvert dans un sac herniaire inguinal, au moment d'une cure radicale.

Il est intéressant de noter que la fistule n'est apparue qu'au bout de six mois après l'opération ; dans aucune des observations publiées on n'a trouvé un délai aussi long. C'est qu'une complication inflammatoire est venue ouvrir à la peau le moignon, qui avait été fixé aux plans sous-jacents. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 mai 1932.)

**Les virus néphrotropes.**

L'étude du Docteur Jean TROISIER permet d'envisager dans son ensemble la question des virus néphrotropes. Parmi les bactéries et les spirochétidés d'une part, il est possible de distinguer sans peine ceux qui sont doués d'un tropisme rénal habituel et marqué. D'autre part, il est vraisemblable qu'il existe des virus à affinité néphrotrope spécifique, responsables des néphrites à évolution plus lente, qui, cliniquement se comportent comme des néphrites primitives. (*Paris Médical*, 4 juin 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

**La mortalité par tuberculose chez les mineurs.**

(MM. J. LECLERCQ, E. LEGRAND et BRÉHON. — *Académie de médecine* ; 4-10-1932.)

Les auteurs qui ont étudié la silicose dans les mines aurifères de l'Afrique du Sud ont été presque unanimes à signaler, chez les mineurs, la fréquence de la silico-tuberculose. Les Allemands ont fait des constatations analogues dans la Ruhr. Bœhm, de Bochum, a publié la statistique suivante : sur 346 ouvriers (bowetteurs) ayant travaillé plus de 27 ans au rocher, il a constaté chez 38 (11 %) des symptômes de tuberculose ouverte. Au contraire, sur 413 mineurs occupés pendant dix ans à l'extraction du charbon, 13 seulement (3 %) étaient atteints de tuberculose ouverte.

Policard et Magnin ont signalé, de leur côté, que dans les houillères du centre de la France, les silicosés sont souvent tuberculeux. Ils estiment que la silicose pure, non infectée de tuberculose, est rare. Mais ils reconnaissent que la silicose imprime à l'infection tuberculeuse une allure nette de chronicité.

MM. Leclercq, Legrand et Bréhon n'ont pas recueilli dans leur enquête une impression identique, et il ne leur est pas apparu que la tuberculose pulmonaire fût plus fréquente chez les mineurs et chez les bowetteurs que dans la population non employée dans les houillères. De leurs recherches qui portent sur une ville de 4.000 habitants, il résulte que, contrairement à ce qu'on pourrait penser, la mortalité par tuberculose pulmonaire chez les ouvriers travaillant à l'extraction du charbon ou au rocher dans les houillères du Nord et du Pas-de-Calais n'est nullement supérieure à celle du reste de la population dans les mêmes régions. Les auteurs attribuent ce fait à des conditions locales spéciales : sélection du personnel des mines, ventilation de celles-ci, bonne hygiène de l'habitation.

**A propos de la déclaration des maladies contagieuses.**

(MM. A. Loir et Daniel, du Havre. — *Académie de médecine* ; 11-10-1932.)

Les médecins praticiens, disent MM. Loir et Daniel, montrent peu d'empressement dans la déclaration des maladies contagieuses, déclaration nécessaire cependant pour une prophylaxie efficace de ces affections. Ils signalent en l'approuvant pleinement l'initiative du Bureau du Syndicat des médecins du Havre qui a envoyé la circulaire suivante à ses adhérents :

« Le Bureau du Syndicat du Havre, au début de cette année, a adressé à chacun des médecins un avis individuel, demandant que la déclaration des maladies contagieuses fut faite conformément à la loi.

« Cet appel n'a pas donné les résultats attendus : le Bureau d'hygiène nous fait savoir, qu'à sa connaissance, de nombreux cas d'affections soumises à la déclaration n'ont pas été déclarés.

« Le Bureau d'hygiène ne peut, dans l'ignorance des affections épidémiques, effectuer les recherches d'où découleront les mesures de prévention destinées à limiter la dispersion de ces affections.

« Nous faisons un nouvel appel aux confrères pour qu'ils veuillent bien apporter au Bureau d'hygiène la collaboration qui leur est prescrite par la loi et par leur conscience professionnelle. »

M. Loir soumet, de son côté, à l'Académie, le vœu suivant :

« Qu'il soit rappelé aux médecins que la loi les oblige à faire la déclaration des maladies contagieuses, déclaration indispensable pour toutes mesures de prophylaxie. »

Ce vœu est renvoyé à une commission composée de MM. L. Bernard, Renault et Loir.

**L'allyl-isopropyl-malonylurée (numal) comme anesthésique général.**

(M. Pierre Fredet. — *Société de chirurgie*; 29-6-1932.)

Les premières recherches de M. Pierre Fredet sur l'anesthésie générale au moyen des dérivés de la malonylurée remontent déjà à plus de huit années.

L'effet des malonylurées est sensiblement accru, si on leur associe certains corps tels que la morphine. On peut alors avec des doses réduites obtenir une anesthésie permanente, d'assez longue durée et assez forte pour permettre l'opération dans la plupart des temps opératoires. Cette anesthésie de fond doit toutefois être renforcée à certains moments (incision de la peau, sutures, etc.) par un anesthésique général volatil, inhalé à faible dose.

De là une nouvelle méthode d'anesthésie comprenant :

1° Injection préparatoire d'un adjuvant (morphine, morphine-scopolamine) ;

2° Injection intra-veineuse de l'anesthésique de fond ;

3° Inhalation d'un anesthésique volatil de renfort, aux courts moments où il faut accentuer l'anesthésie.

Parmi les dérivés de la malonylurée, M. Fredet s'est arrêté à l'isopropyl malonylurée (numal) et comme anesthésique volatif de renfort, il préfère actuellement le protoxyde d'azote. L'association numal-protoxyde d'azote lui paraît la plus avantageuse.

**Diverses tumeurs de la cavité buccale.**

(M. Tédenat, de Montpellier. — *Société de chirurgie* ; 13-7-1932.)

Les tumeurs opérées par M. Tédenat ont été les suivantes :

1° Un gros sarcome de la luette. Mort par tumeurs multiples du crâne, des côtes, du sternum, etc. ;

2° Un sarcome globo-cellulaire du voile du palais, chez un enfant de huit ans ;

3° Un hémangiome de la langue venant jusqu'au menton, chez un jeune homme de dix-huit ans. Excision cunéiforme au ciseau. Guérison.

**Six cas d'arthrite sèche de la hanche opérés.**

(MM. E. Sorrel et A. Delahaye. — *Société de chirurgie* ; 13-7-1932.)

Chez des malades en état d'impotence plus ou moins complète du fait d'arthrites sèches de la hanche, les auteurs sont intervenus dans le but de pratiquer une arthrodèse, de provoquer une ankylose de l'articulation. Ils ont obtenu chez plusieurs — non chez tous — une amélioration très appréciable. A la vérité, l'ankylose recherchée n'a pas été réellement acquise ; les malades, néanmoins, ont pu marcher beaucoup plus commodément.

Dans les arthrites sèches, l'ankylose articulaire est difficile à produire. Les surfaces articulaires sont déformées, bourrelées d'ostéophytes, s'emboîtant mal et n'ont aucune tendance à l'ankylose vraie. Le tissu osseux, d'autre part, est friable, cassant, peu vasculaire. L'opération de Whitmann, c'est-à-dire la résection arthroplastique avec abaissement du grand trochanter, peut donner plus sûrement une hanche solide, non douloureuse. Cette question est à l'étude et très incomplètement élucidée encore.

P. L.

**Maladie sérique à forme typhoïde ; guérison rapide par l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique.**

(M. Blechmann et Mlle Lecocq. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 25-6-1932.)

Une jeune enfant, sujette à l'urticaire et à l'acétonémie, est atteinte de diphtérie deux mois après des oreillons graves, compliqués de pancréatite. Très rapidement, les injections de sérum purifié provoquent des réactions locales de plus en plus intenses ; la fièvre reste élevée ; des éruptions polymorphes appa-

raissent et se généralisent. Les ganglions deviennent intumescents ; les articulations s'enflamment ; la petite malade prend l'aspect typhique avec adynamie, ballonnement du ventre, diarrhée, grosse rate.

Une hémoculture révèle la présence de paracoli-bacilles.

Mais le cortège des accidents sériques est trop au complet pour laisser s'égarer le diagnostic : il s'agit d'une maladie sérique, exceptionnellement grave, chez une insuffisante hépato-pancréatique, et les paracoli-bacilles du sang doivent être considérés comme des microbes de sortie au cours d'un processus aigu.

On institue alors un traitement comprenant l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique : en 48 heures, le tableau change du tout au tout. Les phénomènes s'amendent, aussi bien les accidents sériques purs que les signes pseudo-typhiques. Après quatre jours, l'enfant est guérie.

L'extrême gravité de la maladie sérique causée par le sérum purifié, par suite de la prédisposition hépato-pancréatique, et l'efficacité absolument remarquable de la médication mise en jeu, voilà les deux points importants mis en lumière dans le cas rapporté.

**L'urographie veineuse dans un cas de lithiase rénale unilatérale latente, traitée par la néphrectomie.**

(MM. P. Le Gac et Descomps. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 25-6-1932.)

L'étude des pyélogrammes successifs, obtenus par urographie intraveineuse (aux sels iodés en solutions aqueuse ou huileuse) permet la localisation des calculs, et montre la valeur fonctionnelle des reins, sans dispenser toutefois de la division des urines, qui est indispensable pour la décision opératoire.

**La mesure de la pression moyenne.**

(M. Pierre Ménard. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 25-6-1932.)

La pression moyenne ne varie que dans de faibles limites, aussi convient-il d'effectuer cette mesure avec beaucoup de précision. Les manomètres métalliques ne peuvent pas servir, parce que, même livrés exacts par le constructeur, ils se dérèglent toujours très rapidement. L'inexactitude dépasse parfois un centimètre de mercure, correspondant à une pression de 6 centimètres d'eau, valeur de la densité du mercure ; celle-ci, en, outre n'est pas la même sur toute l'étendue de l'échelle.

L'auteur rappelle qu'il a imaginé et présenté à l'Académie des Sciences, ainsi qu'aux autres sociétés savantes, dès 1921, un manomètre à mercure inversable, sans bouchons et sans robinets, à oscillations amorties, qui, en raison même de sa constitution, donne des chiffres rigoureusement exacts, et qui permet de mesurer la pression moyenne, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à un oscillomètre indépendant.

**Quelques notions nouvelles sur les hémoprotides.**

(M. Lematte. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 25-6-1932.)

L'analyse des protéides du sang (nommés hémoprotides) n'a pas donné les résultats attendus en séméiologie ; l'auteur en donne les raisons. A l'avenir, il faudra tenir compte des nouvelles découvertes, qui nous ont appris que le noyau azoté des protides est intimement lié aux métaux biotiques. L'analyse des hémoprotides ne sera vraiment utile que lorsqu'on saura analyser et doser les complexes métaux métalloïdes.

**Les hémoptysies trachéales non tuberculeuses.**

(M. Louis Leroux. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 25-6-1932.)

L'hémoptysie, en l'absence de preuve clinique ou radiologique de tuberculose, peut être due à de banales lésions de la muqueuse trachéo-bronchique : hypérémie diffuse, érosions superficielles, ulcérations ou végétations saignantes, rappelant les lésions si fréquentes de l'épistaxis nasale. Il existe donc des épitaxis de la muqueuse respiratoire inférieure, comme le prouvent deux observations rapportées.

Seule la bronchoscopie, absolument inoffensive dans de tels cas, montre la lésion causale et permet la cautérisation thérapeutique locale. L'usage plus fréquent de l'endoscopie trachéale montrera que de tels cas sont loin d'être rares.

G. F.

---

*Société des chirurgiens de Paris.*

Séance du 1er juillet 1932.

**Quatre observations d'amputation du rectum cancéreux avec guérison opératoire.**

M. Luquet fait un rapport sur un travail de M. A. Lefort (de Paris) concernant quatre amputations du rectum : deux par la voie coccy-périnéale, dont une avec conservation du sphincter et deux par la voie abdomino-périnéale. L'auteur préconise les avantages de ce dernier procédé, tandis que le rapporteur lui préfère l'ablation périnéale beaucoup moins grave, précédée dans un premier temps d'un anus iliaque gauche définitif, accompagné ou non à ce moment d'une exploration de l'abdomen et des lésions par laparotomie médiane concomitante. L'auteur insiste encore sur certains points de technique : 1° anesthésie rachidienne ; 2° péritonisation parfaite; 3° hémostase soignée ; 4° ne pas rétrécir la brèche périnéale. Pour le rapporteur, il y a cependant deux points où il y a intérêt à rétrécir celle-ci : en avant, derrière l'urètre, pour éviter une fistule possible ; surtout en arrière, au niveau de la pointe du sacrum, quand le coccyx a été réséqué, pour éviter l'ostéite, cause de fistules interminables.

### Tuberculoses rénales sans cystite.

M. Marc PAPIN (de La Rochelle) appuie les conclusions du travail, que MM. Le Fur et Lamiaud ont présenté à la Société le 18 mars. Il rappelle l'observation d'un malade rapportée à la Société française d'urologie en 1925, et communique une autre observation d'une tuberculose rénale gauche très avancée, sans aucun phénomènes de cystite, et qui a été découverte par la cystoscopie et la division des urines

### Lombalisation unilatérale de la première pièce sacrée.

M. MAYET en communique deux observations avec radiographies. Les malades présentent depuis plusieurs années déjà des phénomènes douloureux, qui leur rendent toute vie normale difficile et pénible. Agents physiques et thérapeutique médicale ont été essayés, mais sans succès prolongé. La localisation des douleurs, leur recrudescence sous l'influence de petites entorses ou de microtraumatismes distinguent nettement cette affection des syndromes décrits dans la sacralisation ou la spondylolisthésis. Ces états douloureux s'expliquent au contraire parfaitement par de petites entorses successives et répétées des articulations sacro-iliaques devenues âches et peu résistantes. Ces malades sont parfois de véritables infirmes. Une thérapeutique chirurgicale paraît devoir être le seul remède vraiment efficace. Mais, il semble bien qu'elle doit s'attaquer, sous forme d'arthrodèse, à la sacro-iliaque mobile et relâchée. Toutefois, ce ne sera que par l'étude précise des malformations variées du carrefour lombo-sacro-iliaque, par la localisation de la douleur qu'on pourra se décider en faveur d'une intervention sacro-iliaque au lieu d'une intervention par greffon médian sacro-lombaire.

### Epithélioma pflügérien de l'ovaire.

M. MULLER (de Belfort) communique ce cas observé chez une femme de 38 ans. Tumeur de l'ovaire droit ; laparotomie ; ablation ; guérison. L'auteur rappelle la rareté de ces épithéliomes pflügériens qui correspondent à la seconde poussée de l'épithélium germinatif et sont des tumeurs femelles ; il les oppose aux séminomes, tumeurs rares aussi, qui correspondent à la première poussée et sont donc des tumeurs mâles.

### Rein kystique ectopique suppuré. Incision suivie d'une fistule urinaire persistante. Néphrectomie. Guérison.

M. S. DE DZIEMBOWSKI (de Bydgoszcz, Pologne) communique l'observation suivante. Un homme de 32 ans jusque là bien portant et sans symptômes pathologiques, en particulier urinaires, est opéré pour un abcès situé au niveau de la région sus-pubienne. A la suite, il s'établit une fistule urinaire persistante. Les divers examens pratiqués permettent à l'auteur de conclure qu'il s'agit d'une ectopie basse congénitale d'un rein kystique qui s'est infecté et a suppuré. L'opération confirme le diagnostic. Ablation du rein. Guérison.

---

*Société française de gynécologie*

Séance du 20 juin 1932.

### A propos du critérium de guérison de la blennorragie chronique chez la femme.

M. J. E. MARCEL (de Paris). — Il ne semble pas qu'il faille opposer à ce point de vue la blennorragie chronique de la femme à celle de l'homme. Si la première est certainement plus fréquente que la seconde, dans l'une comme dans l'autre, nous n'avons pas de critérium de laboratoire qui puisse nous autoriser à affirmer la guérison. En effet, contrairement à ce que l'on pense, la spermoculture est, dans bien des cas, un moyen bien fallacieux.

Chez la femme, le meilleur critérium de guérison semble reposer : 1° *sur le traitement subi par la malade* ; 2° *sur le temps d'observation clinique et bactériologique après toute cessation de traitement.* Pour réaliser une thérapeutique sûre, il faut rappeler ce qu'est la blennorragie chronique de la femme : affection essentiellement localisée au niveau de l'urètre, du vagin, surtout du canal cervical, quelquefois même du rectum et en particulier de leurs glandes. Le diagnostic est une étude longue et minutieuse, après réactivation et préparation de la malade. Le meilleur traitement doit être donc un traitement localisé et portant sur les différentes niches possibles du gonocoque.

Le temps de mise en observation doit atteindre plusieurs mois ; il résulte de la confrontation des examens cliniques et bactériologiques *répétés* pratiqués au moment propice, par un laboratoire ayant du gonocoque une connaissance consommée. Il sera utile de lui adjoindre la gono-réaction, qui paraît donner des renseignements intéressants. La culture par ses difficultés et ses risques techniques et ses obstacles matériels est, dans bien des cas, moins recommandable que les examens directs réitérés.

En résumé, s'il n'y a pas de critérium scientifique certain de guérison de la blennorragie chronique chez la femme comme chez l'homme, comme dans la plupart des affections ; il n'en reste pas moins certain qu'*en pratique il y a une guérison.*

### Le traitement émanothérapique des affections gynécologiques.

M. P. GASQUET (de Paris). — En gynécologie, l'émanothérapie, grâce aux appareils Vaugeois (source solide et constante dans son débit, présentée à l'Académie des Sciences par le professeur d'Arsonval), est rendue utilisable pour les praticiens. Traitement parfait de toutes les douleurs pelviennes, et merveil-

leux agent de stimulation des organes de défense, on peut l'employer avec un gaz vecteur, tel que l'oxygène, en douches vaginales sous-marines, combinées ou non au bain radio-actif et aussi en injections sous-cutanées ou lavements. On peut l'utiliser en pulvérisations sur le vagin et l'utérus, avec des résultats étonnants.

**La fécondité masculine (note sur soixante-six examens de sperme).**

M. Jean Dalsace (de Paris). — Dans la stérilité primitive — à moins d'une lésion ou d'une malformation des organes génitaux de la femme — il faut examiner le sperme du mari avant d'entreprendre une thérapeutique gynécologique ; l'infécondité absolue ou relative du mari est extrêmement fréquente. Sur 66 examens de sperme, l'auteur a trouvé dans dix cas une azoospermie, dans onze cas une oligospermie avec nécrospermie. Si l'on ajoute à ces cas tous ceux où une blennorragie a infecté les trompes, on est obligé de constater que le chiffre de 40 % donné par plusieurs auteurs n'exagère en rien la responsalité du mari dans l'origine de la stérilité primitive.

---

## *Lille*

*Société médicale et anatomo-clinique.*

**Anophtalmie bilatérale** (Présentation de malade).

M. Lescaux. — Anophtalmie complète : la palpation ne décèle aucune nodosité, aucun bulbe oculaire, même réduit, aucun organe dans une cavité orbitaire cependant bien formée.

Par ailleurs, l'enfant, actuellement âgée de 17 mois, est normale, avec une intelligence qui s'éveille. Aucun antécédent héréditaire ; B. W. négatif chez les parents.

L'anophtalmie congénitale est extrêmement rare. La pathogénie — arrêt de développement ou destruction inflammatoire, — est encore discutée. Aucun traitement n'est possible.

**Tumeur de l'angle interne de l'œil, d'origine caronculaire.**

M. Desprets. — Homme de 52 ans, ayant présenté l'année précédente une petite tumeur à l'angle interne de l'œil ; l'ablation en a été faite, mais l'insouciance du malade n'a permis aucune surveillance. Actuellement tumeur mobile, développée en dehors du globe ; exérèse complète sous anesthésie locale.

L'auteur insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une intervention aussi prompte que possible — d'autre part sur l'intérêt qu'il y a de stériliser le foyer opéré par rayons X ou radium.

**Un cas de tuberculose mammaire (Avec présentation de pièce).**

M. Camelot. — Il s'agit d'une femme de 46 ans, mère de deux enfants, qu'elle avait allaités sans incident, d'un excellent état général, qui présentait depuis un an une mammite totale caractérisée par l'apparition rapidement successive de nodosités qui les unes après les autres se ramollirent et suppurèrent, sans douleurs, sans fièvre, laissant des fistules, et s'accompagnant d'une grosse adénopathie axillaire. L'auteur vit la malade à ce stade, et fit facilement le diagnostic de tuberculose mammaire. Il pratiqua l'ablation totale du sein avec curage de l'aisselle, qui était remplie de masses tuberculeuses, les unes encore à la période de crudité, d'autres ramollies, deux autres, enfin, transformées en cavernes. L'examen histologique confirma le diagnostic.

**Tétanie de l'adulte.**

MM. Dereux et Le Braz. — Les auteurs décrivent les modalités cliniques de cet état, les circonstances étiologiques, les stigmates biologiques. Parmi ces derniers, l'hypocalcémie leur a paru le plus constant. La thérapeutique par le chlorure de calcium a fait disparaître les crises et la plupart des symptômes de l'état tétanique latent.

**Un cas de kyste du prépuce.**

M. Delezenne. — Enfant de 8 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, présentant une petite tumeur du volume d'un pois au niveau du raphé préputial. Il s'agit d'un kyste séreux simple. Ablation, guérison.

Les tumeurs préputiales sont tantôt congénitales, tantôt acquises. Les kystes sont sébacés, ou épithéliaux et séreux, comme dans notre cas.

**Considérations sur le lavement électrique dans l'occlusion intestinale.**

M. D'Halluin rapporte deux observations de malades âgées, atteintes d'obstruction et déclarées inopérables : un insuccès et un succès, avec état satisfaisant se maintenant depuis un mois.

L'auteur rappelle les détails techniques et précise les principes physiologiques. La théorie et les résultats pratiques concordent en faveur de l'efficacité du lavement électrique. Mais il faut sans tarder passer la main au chirurgien, quand le premier, ou à la rigueur, le second lavement n'ont pas donné le résultat voulu.

Les succès les plus faciles sont obtenus dans la paralysie intestinale ou devant un obstacle incomplet, où le spasme se surajoute à l'atonie. Quand il s'agit d'un obstacle infranchissable, volvulus ou hernie étranglée, il faut recourir sans retard à l'intervention chirurgicale.

# Les Congrès

## XVIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

(*Suite*) (1)

### La psychanalyse en médecine légale

Rapporteur : M. GENIL-PERRIN (de Paris).

Le rapporteur examine la question de façon purement historique, mais prend dès le début nettement position *contre* l'immixtion de la psychanalyse dans la médecine légale.

La psychanalyse et la médecine légale prennent contact sur le terrain de la *criminologie* et sur celui de la *déontologie*.

D'une part, la psychanalyse prétend apporter des méthodes et des solutions nouvelles dans l'étude du criminel et dans la lutte contre le crime ; d'autre part, sa pratique soulève des problèmes spéciaux de responsabilité médicale et d'exercice illégal de la médecine.

I. **Psychanalyse et criminologie.** — A. LE CRIME ET LE CRIMINEL. — La psychanalyse propose tout d'abord une classification générale **des** crimes et des criminels, puis elle se désintéresse d'un certain nombre de catégories qu'elle a distinguées et ne s'attache guère qu'à l'étude de l'une d'elles, la *criminalité névrotique*.

Ressuscitant l'attitude religieuse qui punit même la « mauvaise pensée », la psychanalyse distingue d'abord la *criminalité imaginative* et la *criminalité effective*.

A la criminalité imaginative appartiennent certains symptômes morbides, certains rêves, dont l'analyse révèle le sens criminel déguisé, symbolique, qui constituent des soupapes pour l'écoulement inoffensif des tendances criminelles.

La criminalité effective commence à apparaître à titre occasionnel dans le domaine des « actes manqués » ; à la faveur d'une défaillance morale passagère, une tendance inconsciente passe à l'acte, à un acte qui peut avoir une valeur criminelle : c'est l'ordre des *délits par imprudence*. Si la justice punit ces actes, c'est qu'elle a compris leur intention inconsciente et qu'elle veut châtier celle-ci.

La criminalité peut aussi être habituelle, et alors les sujets sont répartis par les psychanalystes en trois groupes :

*a.* Les *criminels à base organique* : ceux dont la personnalité est atteinte par des troubles du développement somatique, d'ordre héréditaire, congénital ou acquis (idiot, paralytique général, etc.) ; ils relèvent de la psychiatrie, et la psychanalyse s'en désintéresse.

*b.* Les *criminels « normaux »* : ce sont des individus dont la structure mentale est celle de l'homme normal mais qui se sont identifiés avec des modèles criminels (étiologie sociologique) ; le criminel « normal » a un *sur-moi* criminel qui autorise une identification complète du *moi* au *ça* ; il se conduit socialement par rapport à la collectivité criminelle, dont il fait partie : il est *psychiquement sain*, mais *socialement* anormal.

*c. Les criminels névrotiques* : ils s'opposent aux criminels « normaux » par l'étiologie *psychologique*, et non plus sociologique, de leur criminalité, qui relève de causes psychiques ayant agi dans la première enfance ; il y a chez eux conflit du *sur-moi* et du *ça* entre lesquels flotte le moi. Le processus criminel prend alors la forme de l'*obsession* (kleptomanie, pyromanie, etc.) ou bien participe des mécanismes d'*auto-punition*.

Névrose et criminalité sont deux phénomènes voisins réalisant le même processus en deux phases :

1° Une satisfaction, contraire aux exigences de la société et du sur-moi ;

2° Une punition, représentant la réaction de la société ou du sur-moi.

Les symptômes névrotiques sont l'aboutissant de mécanismes mentaux inconscients, qui traduisent tantôt une satisfaction illicite des instincts, tantôt une automutilation autopunitive, et ce matériel inconscient refoulé se compose essentiellement des tendances sexuelles infantiles et des tendances agressives contre les membres de la famille : ce sont là les éléments du *complexe d'Œdipe* où l'on trouve la forme originelle du *crime* sous les espèces de l'inceste et du parricide, comme la forme originelle de la *peine*, sous les espèces de la castration (1).

Le sur-moi s'oppose à l'extériorisation de ces tendances criminelles : c'est l'instance morale, que l'adulte redoute. Mais, pour donner le change à son sur-moi, l'homme déguise parfois son désir illicite sous le masque d'un symptôme névrotique ; mais, ce faisant, il n'est pas tranquille, il éprouve une angoisse morale qui se traduit par un *besoin de punition* ; et, si la punition survient, l'angoisse tombe, parce que la faute a été rachetée.

Le moi névrotique ressent donc la punition comme une justification morale et comme une autorisation de s'abandonner à de nouvelles satisfactions interdites.

Transportons ce scénario intime dans la société, remplaçons-y le sur-moi par la justice sociale, et nous

(1) *Concours médical*, n° 45.

(1) Quand Œdipe s'arrache les yeux, il se châtre symboliquement.

aurons le mécanisme du crime, identique à celui de la névrose : le criminel et la justice collaborent pour réaliser ce que le névrotique réalise seul par ses symptômes : la succession du crime et de l'expiation.

Le criminel névrotique trouvera donc dans la peine la neutralisation de ses inhibitions morales, la justification de son attitude blâmable : *donc la peine, au lieu de s'opposer à la récidive, la favorise.*

Le criminel agira, pour attirer sur lui le châtiment, pour pouvoir dire à l'autorité, comme le névrotique à son sur-moi : « En me frappant, tu m'as donné le droit d'agir dorénavant sans me soucier de tes prescriptions morales ».

Le criminel névrotique est donc avant tout un criminel par *sentiment de culpabilité.* Il commet le crime parce que le crime est défendu et qu'il trouve un soulagement moral à le commettre. Il se fait punir pour un acte qu'il juge anodin afin de recevoir en réalité la punition que méritent ses désirs coupables, et par là apaiser son sentiment de faute. La voie du crime est pour lui le chemin de l'ascension morale. *Le criminel névrotique est un être hypermoral.*

C'est donc un malade psychonévrotique, qui peut être traité et guéri. Il est paradoxalement malade par suite d'une santé excessive de ses instincts primitifs, qui offusquent son sur-moi et la société.

Les psychanalystes font une place à part aux *pervers sexuels,* chez qui il s'agit d'une régression de la sexualité à un stade infantile.

B. La réaction sociale. — Les psychanalystes réprouvent les conceptions pénales actuelles, aussi bien celles de l'école classique que celles des écoles nouvelles.

Ils reprochent à la procédure criminelle de ne pas tenir compte des mobiles inconscients du crime, qui sont les plus importants, d'obliger le criminel *à rationaliser* son attitude, ce qui peut fausser l'administration de la preuve.

Ils rejettent la notion de responsabilité pour la remplacer par le concept du *degré et du mode de participation du moi à l'action.*

Ils considèrent l'expertise psychiatrique comme inopérante, le médecin-expert n'étant bon qu'à rechercher chez le criminel l'existence de quelque maladie mentale grave, mais restant incapable de pénétrer les processus psychiques inconscients qui ont déterminé le crime.

Ils condamnent les systèmes actuels de répression, car la peine est contraire à son but, puisque, en satisfaisant le désir d'autopunition, elle encourage à la récidive.

Quel est donc le remède ?

La psychanalyse elle-même ?

La psychanalyse doit prendre en main le procès pénal, le traitement du criminel, et la prophylaxie sociale de la criminalité.

A l'instruction, la psychanalyse doit intervenir dans l'administration de la preuve, critiquer les aveux, le témoignage, les preuves matérielles et littérales.

A l'audience, la psychanalyse approfondira les mobiles véritables, inconscients, du crime.

C'est dire que les magistrats eux-mêmes doivent mettre en œuvre la psychanalyse, sans laisser ce soin à des experts. Tout le procès doit être conduit *analytiquement.*

La psychanalyse ne herche pas à prendre place dans la médecine légale ; elle ne cherche même pas à prendre la place de la médecine légale. Ses visées sont plus hautes : elle veut prendre place dans le droit pénal, et même prendre la place du droit pénal.

Une fois le criminel jugé, une fois fait « le diagnostic » psychanalytique du crime, comment le traitera-t-on ?

Le criminel occasionnel sera simplement contraint à la réparation civile.

Le criminel organique sera abandonné aux médecins en vue d'une thérapeutique banale.

Le criminel névrotique sera soumis à l'*analyse thérapeutique* : celle-ci découvrira le sentiment de culpabilité inconscient, et le passage à la conscience de ce sentiment de culpabilité aura une valeur curatrice, l'empêchera de s'extérioriser à l'avenir en actes sociaux ; de plus, cette tendance sera sublimée et orientée vers l'inhibition d'autres tendances plus nuisibles.

Quant au criminel « normal », il relèvera surtout de la pédagogie servie par la psychanalyse, qui s'opposera au développement d'un sur-moi criminel chez les jeunes.

(*A suivre.*)

# Les Livres

G. DOIN et CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, VI^e^.

Etienne MARTIN, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon. — **Précis de médecine légale.** Un vol. in-8° de 830 pages, avec 95 fig., de la *Collection Testut.* Prix : 65 francs.

Ce précis est le reflet de l'enseignement de la médecine légale donné par l'auteur, à la Faculté de médecine de Lyon.

La forme du *Précis* a été adoptée parce qu'elle est plus commode pour l'instruction des étudiants et qu'elle facilite les recherches de renseignements pour les praticiens. Une bibliographie complète de chaque question permet, le cas échéant, de se procurer les éléments nécessaires à la connaissance de ladite question dans tous ses détails.

L'étude des lois sociales (accidents du travail, maladies professionnelles, assurances sociales) a été particulièrement développée. L'évaluation des invalidités en matière d'accidents du travail est établie selon un nouveau barème. Au lieu de porter, pour chaque invalidité, des taux variables de plusieurs unités, un taux fixe représentant une moyenne a été calculé pour chacune d'entre elles. L'expertise consiste à indiquer si cette moyenne doit être appliquée ou si des troubles surajoutés nécessitent son augmentation.

La rédaction simple et claire de cet ouvrage, les nombreuses planches et gravures qui l'illustrent en font un livre attrayant et facile à lire, aussi bien pour le médecin que pour le magistrat.

DIVISIONS DU VOLUME : I. Organisation de la médecine légale. — II. Etat civil et identité. — III. La mort. Le cadavre. — IV. Les attentats contre la personne. — V. Questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction. — VI. Responsabilité pénale. Capacité civile. Modèles de certificats médicaux. Honoraires des médecins experts.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

D^r^ J.-A. DOLÉRIS. — **Le vin et les médecins (le pour et le contre)** (In-8° carré, 236 pages, 20 francs).

C'est à chaque instant que, dans la pratique, le médecin doit répondre aux questions de ses malades, en ce qui concerne le vin au point de vue de l'hygiène alimentaire, la composition des bons et des mauvais vins, et jusqu'à une étude médico-historique du vin dans l'alimentation. Toutes ces questions sont traitées par l'auteur, qui rapporte aussi en détail toutes les discussions sur le vin devant la Société de médecine de Paris, devant la Société de thérapeutique, les Congrès internationaux de Londres (1924) et de Paris (1925).

Le D^r^ Doléris résume ses idées de bon sens en trois phrases lapidaires :

Toutes les personnes, jouissant d'une santé normale, ont un réel intérêt à boire du vin ; telle est la bonne règle hygiénique.

Les malades, auxquels les médecins l'interdisent en raison de leur maladie, sont hors de cause ; voilà l'exception.

Le vin est une ressource précieuse pour la thérapeutique médicale et chirurgicale (grippe, pneumonie, débilité, convalescence, suites opératoires, etc.) ; c'est l'évidence.

Enfin, le bon vin n'a jamais fait le moindre mal aux bien portants ; il fait souvent le plus grand bien aux malades. Il s'agit du bon vin, car le mauvais, le frelaté, le travaillé, n'a pas assez d'anathèmes.

Editions médicales N. MALOINE, Paris, 1932.

Marc RUBINSTEIN. — **Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic** (*Nouvelle édition.* in-8°, 428 pages, 23 figures, 2 planches en couleurs.)

Cet ouvrage met l'ensemble de nos connaissances sérologiques à la portée des travailleurs et des chercheurs. La première partie est consacrée à la connaissance des constituants sériques, des méthodes de leur isolement, des découvertes de nouveaux faits, de leur interprétation.

Dans la deuxième partie est étudiée la technique sérologique, qui englobe des méthodes principales et leurs variantes, utilisables dans la pratique du laboratoire ; les schémas, les explications accompagnent l'exposé des manipulations.

Le chapitre du séro-diagnostic de la syphilis s'est enrichi de nouvelles méthodes, qui sont décrites ; leur association avec les anciennes, Wassermann, Jacobsthal, Hecht, constitue un guide précieux de surveillance des malades et un appoint considérable au diagnostic clinique.

On trouvera également : les méthodes d'exploration de l'axe cérébro-spinal, le séro-diagnostic de la tuberculose, la gono-réaction, le séro-diagnostic de l'échinococcose, etc.

MASSON et CIE,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

G. RUDAUX, professeur en chef de la Maternité, et Ch. MONTET. — **Guide pratique de la mère. Les premières années de l'enfant.** *Notions élémentaires de puériculture* (2^e^ *édition*, in-8°, 176 pages, 40 figures, 15 francs).

Ce petit livre est uniquement destiné aux mères,

sans qu'il y soit question de pathologie ; ceci afin de leur éviter de croire leur bébé atteint de toutes les maladies, dont elles liraient la description. Chaque fois qu'elles remarqueront chez lui des signes anormaux, elles devront recourir à leur médecin, qui seul est capable de reconnaître l'affection et de la traiter d'une façon rationnelle.

Chapitre I. Préparatifs avant la naissance.

Chapitre II. Les quinze premiers jours.

Chapitre III. Hygiène de l'enfance. Description des soins journaliers (changes de couches. Le bain. L'habillement ; sa composition le jour, la nuit, suivant les saisons ; couchage du nouveau-né).

Chapitre IV. Alimentation. Allaitement naturel, artificiel, mixte. Sevrage. Deuxième année.

Chapitre V. Programme de la journée pour la mère et l'enfant ; soins journaliers ; sorties, promenades ; soins particuliers.

Chapitre VI. Croissance. Dentition. Marche. Sommeil et cris. Vaccinations.

Chapitre VII. Application des prescriptions médicales courantes. Pratique médicale élémentaire. (Préparations culinaires spéciales destinées au nourrisson).

Librairie J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris, 1932.

Dr E. Peyret. — **Pleuroscopie. Section des adhérences au cours du pneumothorax thérapeutique.** (Un vol. in-8°, 241 pages, 9 radiographies et schémas hors texte.)

Le pneumothorax est aujourd'hui unanimement accepté dans la pratique phtisiologique ; il est vraiment et rapidement efficace ; mais on a souvent déploré son efficacité relative dans les cas de collapsus imparfait, dû à l'existence d'adhérences. Jacobeus et Hervé ont eu de bonne heure l'idée de supprimer ces brides gênantes. On trouve dans l'important travail de M. Peyret (Préface du Docteur Dumarest) un exposé complet des différentes techniques avec leur instrumentation respective.

La section des adhérences s'impose dans tous les cas où celles-ci sont nuisibles, ou irréductibles (15 à 20 % du nombre des pneumothorax créés ; 40 % environ des pneumothorax incomplets).

Les indications se tirent de la constatation clinique et radiologique de l'inefficacité du pneumothorax (brides persistant après un certain temps de collapsus ; persistance de l'expectoration bacillifère ; persistance d'accidents évolutifs ou d'hémoptysies, dont le siège est le poumon traité) ; mais il faut la vérification par les données pleuroscopiques.

Chacune des méthodes décrites a ses indications propres.

Sauf indications d'urgence (hémoptysie, grossesse, bilatéralisation) l'intervention ne doit être pratiquée qu'après un délai suffisant pour épuiser les chances d'étirement spontané des adhérences. Ce délai, variable avec chaque cas, est généralement de 4 à 10 mois, à partir de la création du pneumothorax.

Les complications observées sont : la pleurésie séreuse (60 à 70 %), les hémorragies (10 à 50 %), les pleurésies purulentes (1 à 10 %) ; les symphyses post-opératoires (1 à 2 %).

Les résultats sont favorables dans une proportion d'ensemble d'environ 60 % des cas opérés. La mortalité post-opératoire qui, dans les débuts a pu atteindre 2 %, semble, avec les techniques actuelles, devoir être réduite.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dr Pinel de Maisonneuve. — **Essai d'une philosophie médicale et considérations philosophiques sur la médecine.** Préface d'Auguste Lumière. Un vol. 192 pages. Prix : 12 francs.

Dr Roland Leven. — **Vomissements de la grossesse.** Leur guérison même dans les formes les plus graves. Préface du Dr Rudaux et du Dr Gabriel Leven. Un vol. 160 pages, 26 fig. Prix : 25 francs.

Chez Doin et Cie,
8, place de l'Odéon.

Georges Lakhovsky. — **La formation néoplasique et le déséquilibre oscillatoire.** Un vol. in-8°, 72 p., 18 fig. Prix : 18 francs.

Chez N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Pierrette Laignier-Terrasse. — **Némathelminthes et plathelminthes de l'appareil oculaire humain** (Action parasitaire directe ou indirecte). — Préface du professeur H. Coutière. Un vol. 180 pages avec fig.

Dr René Charry. — **Dix consultations d'orthopédie** Un vol. 80 pages avec fig. Recueil d'articles.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

**L'application de l'article 59, dans l'assurance-maladie et maternité. — Le tarif des accidents du travail. — Les interprétations ministérielles contradictoires et le rapport Rinuy à la Confédération. — Les analogies**

Je rappelle que le sort des assurés sociaux notoirement indigents est réglé, du point de vue des prestations en nature, par l'article 59 de la loi, dont le § 3 est ainsi conçu :

« Les dépenses de ce service seront tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, et supportés pour 80 % par la caisse primaire, et pour 20 % par la commune du domicile de secours. »

Il n'y pas d'équivoque possible : c'est le tarif des accidents du travail qui est applicable au calcul des frais médicaux pour soins donnés aux assurés notoirement indigents. Quand l'acte médical figurera dans ce tarif, aucune difficulté ; quand il n'y existera pas, on devra y chercher une analogie. Il ne saurait en être autrement, semble-t-il, si l'on s'en réfère à la réponse qu'a faite le ministre des Pensions (*J. O.*, 6 août 1932) à une question du même ordre relative aux invalidités qui ne figurent pas au guide-barème... : « Si l'infirmité, dit-il, ne figure pas au guide barème, l'évaluation de l'invalidité se fait par référence au degré d'invalidité correspondant à des infirmités *analogues*... »

Le tarif des accidents du travail n'est pas limitatif, mais *énonciatif* ; s'il ne renferme pas explicitement l'affection et l'intervention réclamée, on doit procéder par analogie. Et c'est ce qu'on essaie de faire en pratique.

J'avais développé ce thème dans ma chronique du 21 août dernier.

L'accouchement sans complications figurant au tarif des accidents du travail, je soutenais qu'il importait peu qu'un traumatisme eut déclenché le travail ; qu'un accouchement normal est partout et toujours un accouchement normal ; et que la tarification des accidents du travail doit s'appliquer à l'accouchement normal d'une assurée notoirement indigente.

J'ajoutais que notre Ligue médicale de défense individuelle est prête à soutenir tel de ses membres qui se verrait contester le règlement de ses honoraires sur ces bases.

Or, je suis surpris de constater que certains Syndicats, certaines Fédérations de Syndicats, ont accepté l'interprétation, que je persiste à considérer comme illégale, du ministre, des préfets et des conseils généraux, qui ont établi un tarif d'assistance médicale pour les actes obstétricaux, dans l'Assurance sociale. Je puis citer aujourd'hui le Syndicat des Ardennes, et la Fédération des Syndicats de la Gironde, dont une circulaire en date du 4 juin 1932 s'exprime ainsi :

« Tarif A. M. G. — J'ai l'honneur de vous faire connaître que ... le Conseil général a fixé définitivement le tarif de l'A. M. G. de la façon suivante :

1) actes médicaux et chirurgicaux tarif accidents :
2) accouchements :

| | | |
|---|---|---|
| simple | 200 | francs. |
| gémellaire | 300 | — |
| dystocique | 400 | — |

y compris 5 visites.

Convient-il de se montrer plus royaliste que le roi ? Et puisque des Syndicats ont accepté cette tarification, de s'incliner ? Des confrères, voulant faire juger la question, avec notre appui, ont décidé de la porter devant les tribunaux. Il sera intéressant d'en voir la suite. La loi est formelle, qu'on le veuille ou non. Et si son observation littérale amène à des résultats paradoxaux, tant qu'elle n'a pas été réformée, elle doit être appliquée...

Or, il faut bien le reconnaître, en bien des cas, ils le sont. La lettre du Docteur P., que j'ai publiée et argumentée le 16 octobre, le démontre péremptoirement.

La Confédération des Syndicats médicaux sera appelée à en délibérer dans sa prochaine Assemblée générale. Elle aura comme base la discussion d'un très intéressant rapport de Rinuy, publié dans *Le Médecin de France* du 1er octobre, et dont les conclusions contiennent le vœu suivant :

L'Assemblée générale ..........................

6° Demande à tous les Syndicats de réclamer, pour les accouchements des assurées notoirement indigentes, le tarif intégral des accidents du travail prévu par la loi sur les Assurances sociales.

Toutes les contestations, toutes les difficultés qui ont surgi à l'occasion de la tarification des accouchements des assurées sociales notoirement indigentes sont nées d'une interprétation ministérielle qui est illégale, à notre sens, et d'ailleurs en opposition formelle avec la Circulaire du 21 mars 1931, signée Landry, et où figure le chapitre suivant, qui ne prête à aucune équivoque :

c) *Assurées ou femmes d'assurés notoirement indigentes. — En ce qui concerne les assurées inscrites sur la liste spéciale des assurés notoirement indigents prévue à l'article* 59 *de la loi, et les femmes d'assurés inscrits sur ladite liste, on doit faire application, pour les frais d'accouchement, du tarif prévu par la loi du* 9 *avril* 1898 *sur les accidents du travail en cas d'accouchement à la suite de traumatisme, ainsi que de toutes les règles résultant de l'article* 59. »

Je m'étonne que personne n'ait songé à faire état de cette Circulaire ministérielle, pour montrer aux préfets et aux conseils généraux comment un ministre en fonctions a précisé la modalité du règlement des frais obstétricaux, quand il s'agit d'une assurée notoirement indigente, bénéficiant de l'article 59 de la loi. Il est vrai de dire d'ailleurs que, si ce ministre a fait une saine interprétation de la loi à ce sujet, il semble être entré dans l'illégalité quand il autorise les Caisses à rembourser leurs assurées, *forfaitairement*, pour leurs accouchements, quelqu'en aient été les péripéties.

Il faut arriver à une règle uniforme dans toute la France. Il n'est pas admissible que dans certains départements, le règlement se fasse par application stricte de la loi, et qu'ailleurs, les médecins et assurées soient victimes de dispositions absolument arbitraires.

D'autre part, et pour en revenir aux analogies qu'il importe d'invoquer dans tous les cas qui ne figurent pas explicitement dans le tarif des accidents du travail, les laryngologistes en ont défini quelques-unes. Mais il en restera toujours que la pratique quotidienne fera surgir et à l'occasion desquelles des difficultés renaîtront qu'il serait facile d'éviter en procédant de la façon suivante :

Quelle est la base de la tarification des honoraires médicaux dans l'Assurance sociale ? La multiplication d'un chiffre-clé par un coefficient.

Les coefficients sont communs au tarif syndical et à celui des Caisses ; ils figurent à la nomenclature des actes chirurgicaux et de spécialités, éditée par la Confédération.

Le chiffre-clé n'est autre que les honoraires de l'acte médical le plus élémentaire, la consultation. Or, cet acte est fixé, dans le tarif des accidents du travail, à 15 francs. A mon sens, 15 francs pourraient être le chiffre-clé multiplié par le coefficient de ladite nomenclature, pour l'acte isolé, puisque le tarif des accidents du travail fait une discrimination entre l'intervention, et les soins consécutifs, ainsi que les aides.

Tout acte ne figurant pas dans le tarif accidents du travail serait calculé, isolément, en multipliant le chiffre-clé de 15 francs par le coefficient adopté par la Confédération des Syndicats.

Quand l'application stricte du tarif accidents du travail donne lieu à des difficultés, à des complications, — sans en sortir, et en se bornant à lui emprunter le prix de l'acte le plus élémentaire pour en faire le chiffre-clé utilisable avec la nomenclature de la Confédération, on arriverait à une simplification, que je soumets à mes confrères et aux Syndicats qui en feront ce qu'ils voudront.

Je terminerai par la publication d'une lettre du Docteur V... (Var) reçue durant les vacances, et qui a trait à mon article du 21 août.

G. DUCHESNE.

Je me permets de vous faire remarquer, au sujet du dernier paragraphe de votre article d'actualité professionnelle du n° 34 du *Concours Médical*, qu'il serait plus facile, me semble-t-il, d'obtenir du Parlement le maintien de l'actuel article 59, si celui-ci se trouvait menacé, que l'augmentation de tous les tarifs départementaux d'A. M. G. au niveau du tarif des Accidents du travail, d'autant que si l'art. 59 se trouvait modifié, ce serait dans le sens d'une réduction du tarif applicable aux assurés assistés, ce qui — en conséquence — rendrait très difficile toute demande de relèvement des tarifs d'A M. G., lequel annulerait en fait le résultat cherché pour toute modification en réduction de l'art. 59.

D'autre part, pour éviter toute divergence d'interprétation et toute difficulté de règlement au sujet des honoraires pour accouchement compliqué, il me paraîtrait plus facile et plus simple que nos représentants à la commission du tarif des Accidents du Travail demandent l'addition de la rubrique « Accouchement avec forceps, version, etc... », qui existait d'ailleurs dans les tarifs antérieurs au tarif Landry.

Dr V.

# ACCIDENTS DU TRAVAIL

## Aggravation due à des négligences dans le traitement

JUSTICE DE PAIX DE LARCHE (CORRÈZE)

15 mars 1932.

I. *Ne constitue pas une faute caractérisée, génératrice de responsabilité l'inobservation partielle des prescriptions médicales, qui n'est pas la résultante d'une véritable intention frauduleuse, d'une volonté consciente et réfléchie de se soustraire sciemment au traitement médical, dans le seul but de prolonger la période d'invalidité et de versement des indemnités pécuniaires.*

II. *La loi de 1898 donne au chef d'entreprise la possibilité de se faire renseigner, chaque semaine, par son médecin contrôleur, sur l'état de la victime.*

III. *Choisi librement par le blessé, le médecin traitant n'a de lien de droit qu'avec ce dernier car, avec le chef d'entreprise, il n'a de relation que pour le paiement de ses honoraires, si encore il entend utiliser le bénéfice de l'action directe (loi du 9 avril 1898, art. 4, § 4). Si devant l'inobservation de ses prescriptions, il croit devoir cesser ses soins, pour ne pas se rendre complice d'une fraude, il n'est pas obligé, par la loi, de renseigner à cet égard le chef d'entreprise.*

Attendu qu'il est constant et d'ailleurs non contesté qu'à la date du 11 avril 1930 le jeune Marcel F., alors âgé de 19 ans 1/2, a été victime d'un accident du travail ; qu'il était à ce moment au service de M. F..., à L..., en quantité d'employé de garage ;

Attendu que les blessures reçues par la victime consistaient :

1° en contusions légères et multiples,

2° en une vaste plaie superficielle intéressant toute la face postérieure de la jambe gauche,

3° et une plaie pénétrante siégeant à la face interne du tiers inférieur de la jambe droite.

Attendu que cette dernière blessure, de beaucoup la plus grave, mit un certain temps à se cicatriser, que la victime ne reprit son travail que le 16 août 1930.

Attendu que la société demanderesse a dû, du fait de cet accident, verser à F..., une somme de 945 francs, à titre d'indemnité journalière et au Docteur Chambras, médecin traitant, une somme de 1.369 francs, pour honoraires et soins médicaux ; que cette somme n'a d'ailleurs été payée qu'à la suite d'un jugement rendu par le présent tribunal de paix, le 3 novembre 1931, la Société La Mutuelle ayant soutenu que le nombre de visites et pansements était exagéré ;

Attendu que la Société La Mutuelle a depuis lors, et suivant exploit en date du 13 février 1932, instancié devant nous le Docteur Chambras et Jean F..., père de la victime pris en qualité d'administrateur légal de la personne et des biens de son fils mineur, et comme civilement responsable de ce dernier, pour les entendre condamner solidairement au paiement d'une somme principale de 1.150 francs à titre de dommages-intérêts et qu'elle a portée à 1.154 francs par conclusions ;

Que la société demanderesse prétend avoir été lésée dans ses intérêts par la faute commune, commise par la victime et son représentant d'une part, et par le Docteur Chambras d'autre part ;

Qu'elle reproche à F..., victime de l'accident et par voie de conséquence à son représentant légal, de n'avoir pas suivi strictement, en gardant l'immobilité absolue pendant la période du traitement les prescriptions du médecin traitant et à celui-ci de s'être rendu complice d'une faute, en ne signalant pas au patron pour lui permettre d'exercer son contrôle, les agissements de la victime, contraires à ses prescriptions.

Attendu en premier lieu que la demande en tant qu'elle est dirigée contre F..., père, pris en qualité d'administrateur légal de la personne et biens de son fils mineur, ne peut être déclarée recevable, Marcel F..., la victime, étant devenu majeur avant l'introduction de l'instance, et ayant par suite seul qualité pour défendre à une action dirigée contre lui.

Attendu en second lieu que sans avoir à rechercher si la demande serait recevable en tant qu'elle est dirigée contre F..., père, pris comme civilement responsable de son fils mineur habitant avec lui et si cette responsabilité civile ne pourrait, le cas échéant, faire place à la responsabilité civile du commettant, le sieur F..., le contrat de louage de services intervenu entre les parties n'étant pas de plein droit rompu par le fait de l'accident, il suffit d'observer que le fait par une victime d'accident du travail, de ne pas suivre strictement et à la lettre, les prescriptions de son médecin traitant, ne saurait à lui seul constituer à son encontre une faute caractérisée génératrice de responsabilité, s'il n'est pas démontré et établi par ailleurs que cette inobservation possible et partielle des prescriptions médicales, est la résultante d'une véritable intention frauduleuse, d'une volonté consciente et réfléchie de se soustraire

sciemment au traitement préconisé par le médecin traitant dans l'unique but de prolonger la période d'invalidité et de versement par l'assureur de l'indemnité journalière.

Attendu que le fait par un blessé âgé de 19 ans et astreint à une immobilité complète pendant plusieurs mois, de sortir se promener un peu dès qu'il a eu la possibilité de le faire, ne saurait constituer en l'absence d'un abus caractérisé dont la preuve n'est ni rapportée ni offerte, une faute le rendant personnellement ou par ses représentants légaux passible de dommages-intérêts.

Attendu d'ailleurs que si un traitement médical en matière d'accident du travail a tendance à se prolonger abusivement, la loi du 9 avril 1898 dans son article 4 confère au chef d'entreprise ou quoi que soit à son assureur, un droit de contrôle qu'il lui appartient d'exercer quand bon lui semble et qui peut se traduire par une double sanction : la première contre la victime, par la suppression du paiement du demi-salaire, la seconde contre le médecin traitant, par la réduction d'un nombre de visites dont le paiement est réclamé si ce nombre de visites apparaît au juge comme exagéré.

Or, attendu qu'en l'espèce, non seulement la Société demanderesse n'a pas cru devoir exercer le droit de contrôle qu'elle tenait de la loi, mais qu'encore sur sa demande tendant à faire décider que le nombre des visites et pansements effectués par le Docteur Chambras était manifestement exagéré, elle a été après expertise, déboutée de sa demande par décision de justice, ayant acquis autorité de la chose jugée.

Attendu que la demande ne saurait être accueillie en tant qu'elle est dirigée contre F... père.

Attendu en ce qui concerne le Docteur Chambras que la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905, donne à toute victime d'un accident du travail, la faculté de choisir librement son médecin traitant.

Que le choix une fois fait, le patron ou quoi que soit son assureur n'a pas à s'immiscer dans le traitement préconisé et suivi ; qu'il n'a que la possibilité d'exercer son droit de contrôle, tel qu'il est établi et réglementé par la loi.

Attendu que le médecin traitant n'a lui-même aucun pouvoir de contrôle sur les agissements de la victime.

Que s'il lui est permis de savoir et de comprendre que ses soins et ses prescriptions une fois donnés, ne sont pas suivis comme ils devraient l'être, s'il lui arrive d'apprendre que le malade se soustrait volontairement et dans un but de fraude à ses recommandations, il lui appartient alors pour ne pas se rendre complice de cette fraude, de signifier au malade qu'il n'entend plus lui continuer ses soins ; mais que rien ni dans le texte législatif, ni dans les obligations découlant de son devoir professionnel, ne lui impose de renseigner à cet égard le chef d'entreprise ou sa compagnie, qu'il ne connaît pas et qu'il n'a pas à connaître.

Attendu qu'en l'absence d'une véritable collusion frauduleuse qui n'existe pas en l'espèce et dont il appartiendrait à la société demanderesse de rapporter la preuve, la demande ne peut être accueillie.

Que si en effet, le Docteur Chambras a pu être amené à constater à une certaine période du traitement une inobservation partielle de ses prescriptions, il n'y a eu là toutefois des actes dolosifs ou frauduleux suffisamment caractérisés pour faire admettre de la part de la victime une faute engageant sa responsabilité civile et de la part du médecin traitant, une complicité ou une attitude répréhensible quelconque.

Attendu que toute partie qui succombe doit être condamnée aux dépens,

Par ces motifs :

Statuant publiquement contradictoirement et en premier ressort :

Déclarons la société d'assurances contre les accidents « La M... » mal fondée en toutes ses demandes, fins et conclusions, l'en déboutons et la condamnons aux entiers dépens.

**Commentaires**

Ce jugement est intéressant à plusieurs titres :

I. Par ignorance, entêtement inexplicable, bêtise même, la victime d'un accident du travail peut apporter une certaine négligence dans la régularité des soins qui lui sont ordonnés ; il peut également ne pas observer toutes les règles de prudence qui lui sont prescrites par son médecin.

Le jugement ci-dessus reconnaît que, lorsqu'il n'y a pas d'intention coupable, frauduleuse de la part de l'ouvrier, lorsque ces négligences ne sont pas dictées par le désir de rester pendant longtemps en repos, pour jouir indûment du demi-salaire, au détriment du chef d'entreprise ou de l'assureur de ce dernier, le blessé doit continuer à bénéficier de la législation sur les accidents du travail.

On ne peut demander, en effet, à celui qui n'a qu'une instruction parfois rudimentaire, de comprendre tout ce que le médecin s'efforce de lui expliquer, d'autant que ce dernier parti, l'entourage ne manquera pas de critiquer ces conseils et même de lui en donner d'autres en sens contraire.

II. La négligence de l'ouvrier a-t-elle entraîné une augmentation dans les frais médicaux et pharmaceutiques ? La négligence du blessé peut-elle entraîner, de ce chef, une responsabilité à la charge de la victime, qui pourrait, de ce fait, voir ses indemnités pécuniaires être réduites, pour indemniser le chef d'entreprise ?

Non, déclare la jurisprudence, dans des espèces assez nettes.

Deux arrêts de Cassation, chambre civile,

l'un du 13 mai 1919 (*Gazette des Hôpitaux*, 25 novembre 1920) l'autre du 21 avril 1920 (*Gaz. Pal.*, 19 mai 1920 ; *Concours Médical*, 1921-1136) décident qu'un ouvrier victime d'un accident du travail ne peut pas se voir débouter de sa demande en paiement des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898, sous le seul prétexte que « la blessure était insignifiante au début et que l'aggravation ultérieure était due à sa négligence seule et à l'imprudence de la victime ayant consisté à confier sa plaie à un pharmacien, dont le traitement est seul responsable de la gangrène, complication qui a nécessité l'amputation d'une phalange », ce fait ne constitue qu'une négligence ou une imprudence de l'ouvrier, qui ne suffit pas à lui faire perdre le bénéfice de la loi du 9 avril 1898.

Ainsi, lorsque la victime est de bonne foi, elle n'a pas à supporter les conséquences de son ignorance. Elle ne savait pas que le pharmacien n'était nullement qualifié pour lui donner des soins, puisque ce praticien n'a jamais fait d'études médicales, lui permettant de s'adonner à l'art de guérir.

Il appartenait au pharmacien d'avoir le courage d'avouer son incompétence médicale et de renvoyer le blessé chez un praticien diplômé, qualifié pour traiter une pareille blessure si minime soit-elle en apparence.

Et, dans l'esprit de l'arrêt de Cassation du 21 avril 1920, le chef d'entreprise est mal fondé de réclamer à son ouvrier une indemnisation, pour prolongation de l'incapacité de travail, partant pour l'augmentation indue des demi-salaires, pour le paiement d'un supplément de frais médicaux, puis pour le paiement d'une rente pour incapacité permanente partielle de travail.

Le chef d'entreprise eût dû se tourner vers le véritable responsable, le pharmacien, qui, sans titres ni diplômes exigés par la loi de 1892, a cru cependant être capable de soigner une blessure et a par son incompétence, occasionné les résultats dommageables et à l'ouvrier et au patron responsable de ce dernier.

Un arrêt de la Cour de Nancy 27 juillet 1920, (*Rev. générale des Acc. trav.*, 1921-95) décide que le traitement médical forme avec le traumatisme un tout indivisible, l'aggravation ultérieure due à la négligence ou à l'imprudence de la victime ne saurait priver celle-ci du bénéfice de la loi de 1898.

Dans le même sens encore a été rendu l'arrêt suivant de la Cour d'appel de Douai, 2 avril 1930 (Juris. Douai, 1931-113).

« L'amputation d'une jambe devenue nécessaire par suite d'une infection consécutive à une coupure au genou, que l'ouvrier s'est faite au cours de son travail, doit être considérée comme la suite immédiate et directe du traumatisme, lors même que des experts ont attribué à un manque de soins l'aggravation de l'état du blessé et ont déclaré probable qu'une désinfection bien comprise de la plaie aurait évité l'extension de l'infection. Une simple négligence ou imprudence de l'ouvrier serait d'ailleurs impuissante à le priver du bénéfice de la loi.

III. Le contrôle, prévu par l'article 4, § 5 de la loi de 1898, est un moyen de défense du chef d'entreprise contre toutes les fraudes ou même contre les négligences possibles.

Au patron, ou à son assureur d'envoyer chaque semaine ou moins souvent s'il le désire, un médecin désigné par lui, qui aura pour mission de le renseigner sur l'état de la victime.

Si la visite de contrôle fait ressortir un mauvais état, une défectuosité dans la manière dont les prescriptions médicales sont suivies, il appartiendra au chef d'entreprise de s'adresser au juge de paix, pour qu'une expertise soit ordonnée, ou pour que le demi-salaire soit supprimé, en cas de faute et de négligences volontaires.

IV. Le médecin traitant a-t-il à prévenir l'assurance que ses soins sont entravés par la mauvaise volonté de l'ouvrier, ou par la négligence de ce dernier ?

Le jugement de paix de Larche précise parfaitement la question. Choisi librement par la victime, le médecin traitant n'a de contrat tacite qu'avec cette dernière : il la soignera.

Mais si, comme en matière de droit commun, au cours du traitement, le praticien s'aperçoit que ses prescriptions ne sont pas suivies, que ses conseils ne sont pas respectés, il est en droit de rompre son accord et d'engager la victime à se faire soigner par un autre praticien.

La loi n'impose nullement au médecin d'informer le chef d'entreprise, ou l'assurance de ce dernier, qu'il cesse ses soins, pour tel ou te motif. A l'assureur de faire usage de son droit de contrôle.

Veut-il entièrement dégager sa responsabilité, au cas où la conduite de l'ouvrier lui apparaîtrait comme frauduleuse, le médecin traitant remettra à son malade une déclaration indiquant simplement que les soins ont pris fin à la date du...... Aucun motif ne doit être donné.

Au médecin contrôleur de l'assurance de demander à l'ouvrier à quelles dates vient le médecin traitant, d'autant que, d'après la loi, ce dernier doit être averti de la visite de contrôle quarante-huit heures à l'avance et par lettre recommandée.

En réponse à la convocation de son confrère contrôleur, le médecin traitant répondra à ce dernier qu'il a cessé de traiter l'ouvrier à la date du ....... sans indiquer les motifs de cette cessation.

Je sais fort bien que les assureurs se contenteront difficilement de mon interprétation rigoureuse de la loi et me feront observer que,

dans la pratique, surtout dans les campagnes, il n'est pas toujours possible de faire exécuter un contrôle efficace.

J'en conviens parfaitement ; mais ce n'est pas aux médecins traitants de se faire les agents des compagnies d'assurances, pour renseigner ces dernières sur l'état des blessés du travail qu'ils sont appelés, par ces derniers, à soigner.

Un blessé procédurier, dont le médecin aurait ainsi directement et à son insu informé l'assurance de la cessation des soins, en indiquant le motif, serait en droit d'assigner le praticien devant le tribunal correctionnel et demander l'application de l'article 378 du Code pénal, comportant des pénalités pour violation du secret professionnel.

Le médecin serait condamné, puisque, par arrêt du 9 mai 1913 (*Gaz. Pal.*, 1913-1-734) la chambre criminelle de la Cour de Cassation a décidé qu'en matière d'accidents du travail, le médecin était obligé au secret professionnel par les mêmes règles qu'en droit commun.

Pour terminer, je conseille à mes confrères de ne jamais se faire les complices des tentatives faites par certains ouvriers — rares heureusement — qui négligent le traitement prescrit, dans le seul but de faire traîner la durée de l'incapacité de travail et de toucher ainsi indûment des demi-salaires.

Qu'ils se retirent purement et simplement, si la désobéissance à leurs ordres peut entraîner des conséquences préjudiciables nettes, pour le tiers qui paye. Mais ils n'ont pas à informer l'assurance qu'ils cessent leurs soins. Et même se refusant désormais à se rencontrer avec le médecin contrôleur, ils n'ont pas à faire savoir à ce dernier pourquoi ils ont abandonné les soins.

La loi doit être respectée telle quelle est et non pas telle qu'elle devrait être pour le profit de certains.

Dr Paul BOUDIN.

# LA PRISE EN CHARGE DES ASSURANCES SOCIALES PAR LA MUTUALITÉ

## Rapport présenté à l'Assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens français.

Jean MADIER, Raphaël MASSART et Yves DELAGENIÈRE.

### EXPOSÉ DE LA QUESTION

Depuis que la loi des Assurances sociales est mise en application, les critiques de toutes sortes ne lui ont pas été ménagées ; ceux-là même qui l'avaient votée d'enthousiasme, persuadés que le parlementarisme pouvait en tirer une légitime fierté, se rendent compte qu'il n'est pas facile d'organiser les soins pour un ensemble de plus de 9 millions d'individus, et que l'effet bienfaisant, qui était escompté ,est loin d'être atteint.

Les Mutualités qui, depuis de longues années, ont organisé, pour leurs adhérents l'assurance-maladie comparent les résultats qu'elles ont obtenus, avec ceux qui sont donnés par la loi des Assurances sociales ; il leur paraît qu'une modification de la loi permettant le passage des assurés sociaux aux Sociétés de Secours Mutuels, tout en assurant « *le mieux être de l'assuré* » permettrait de grandes simplifications administratives.

Telle est l'origine de la proposition de loi déposée à la Chambre par MM. Dormann et Montigny dont nous vous donnons ici le texte.

..........................................................

..........................................................

Ce projet de loi a rencontré, au moment des élections, une certaine faveur , auprès des candidats, pour lesquels la formule nouvelle « *La Mutualisation des Assurances sociales* » apparaissait comme une réponse facile à ceux qui demandaient la transformation de « la Loi folle » et comme une solution simple, destinée à aplanir toutes les difficultés.

Vous savez que la proposition Dormann et Montigny a soulevé les protestations du Corps médical dans son ensemble, au moment même où une collaboration réelle existait entre les médecins et les caisses, et où tout conflit paraissait apaisé. D'aucuns ont voulu voir dans la nouvelle loi une rupture de cette collaboration ; votre syndicat a pensé qu'il devait, dès maintenant, étudier cette modification de la loi et se soucier de cette nouvelle manière d'être accomodé.

Le rapport que vous nous avez demandé de faire sur cette question d'actualité, étudiera la « Mutualisation de l'Assurance sociale » à un triple point de vue :

1° Le point de vue de l'assujetti qui va passer de l'Assurance sociale à la Mutualité.

2° Le point de vue du Corps médical tout entier qui, après avoir obtenu des garanties et signé des conventions, se trouve en face d'une organisation nouvelle : la Mutualité.

3° Le point de vue des chirurgiens ; la couverture du gros risque chirurgical reste un des points faibles de l'A. S. et la Mutualité lui oppose ses

réalisations et ses projets ; il importe de savoir le sort qui nous est réservé.

Ayant étudié ces trois points, nous vous aurons montré les avantages et les dangers de la solution mutualiste et nous vous aurons mis en état de décider, en toute connaissance de cause, qu'elle devait être l'attitude du Syndicat des chirurgiens français, vis à vis des pouvoirs publics, chargés d'apporter d'importantes modifications à la loi des Assurances sociales.

### I. — Le point de vue de l'assujetti.

C'est d'abord la situation de l'assujetti que nous devons étudier, puisque les promoteurs de la loi sur la prise en charge des A. S. par la Mutualité ont cherché avant tout *le mieux être de l'assuré* ; ils ont pensé qu'une meilleure utilisation des fonds mis à la disposition des Caisses par l'assurance-maladie était possible et qu'il y avait lieu de faire profiter le cotisant d'une meilleure gestion.

Nous ferons cette étude avec d'autant plus d'impartialité que nous avons montré en maintes circonstances, que nous étions les collaborateurs et non les adversaires d'une loi qui se propose d'organiser et d'améliorer la santé publique.

La grande différence qui existe entre les groupements mutualistes, régis par la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de Secours mutuels et les Assurances sociales, c'est que la Mutualité groupe des souscripteurs bénévoles, cotisants selon leurs ressources, prévoyants de l'avenir, désireux de soulager d'autres misères, alors que l'Assurance sociale assujettit tous les travailleurs à prélever, sur leur salaire, une prime qui viendra, le jour où ils tomberont malades, corriger leur imprévoyance.

Nous avons à faire à deux mentalités différentes, celle de l'insouciant et celle du prévoyant; ne risque-t-on pas en voulant leur appliquer à tous deux une même formule de détruire ce qui a été si heureusement réalisé aussi bien d'un côté que de l'autre ?

#### Situation de l'assujetti s'il reste à l'Assurance sociale

Si l'assujetti reste à l'Assurance sociale, les fonds qui sont prélevés sur son salaire sont gérés par un organisme auquel on reproche ses méthodes administratives, sa bureaucratie compliquée, le temps qu'elle fait perdre pour obtenir un remboursement, jugé souvent insuffisant, mais dont l'avantage est de laisser, du fait du nombre important des cotisants un anonymat qui met l'assuré à l'abri des contraintes et des indiscrétions ; les caisses lui laissent la liberté de se soigner comme il l'entend, la possibilité de recevoir des soins d'une qualité comparable à ceux qu'il pouvait avoir alors qu'il en faisait entièrement les frais ; les contrôles lorsque l'on craint des abus sont toujours faits avec tact ; la loi respecte la liberté et la dignité de l'assuré.

Certes l'Assurance sociale ne couvre pas tous les débours ; le tarif de remboursement est actuellement trop bas, par rapport aux tarifs syndicaux réellement pratiqués ; dans la proportion générale de 10 à 25 et maints assurés hésitent à se présenter à une consultation dont ils doivent faire l'avance et supporter en grande partie les frais, si à cela ils ajoutent la demi-journée de travail perdue par les démarches, on comprend que l'appel au médecin ne soit pas plus fréquent qu'avant l'application de la loi.

Ce reproche qu'on a pu faire à l'Assurance sociale du point de vue du dépistage des maladies et de la prophylaxie, empèche cependant les abus, les appels inconsidérés et inutiles ; il constitue comme on l'a désiré et demandé un frein, aux abus.

Il est bien certain que le jour où la différence entre le tarif de remboursement et le prix demandé avoisinera le chiffre 5, c'est-à-dire une proportion de 15 à 20, l'assuré n'hésitera plus à recourir au médecin.

#### Situation de l'assujetti s'il passe à la Mutualité

Si l'assujetti passe à la Mutualité, il a l'assurance de savoir que les cotisations qu'il verse seront gérées au mieux de ses intérêts. Les groupements Mutualistes sont nombreux, limités et leur nombre s'est encore considérablement accru depuis la promulgation de la loi sur les Assurances sociales.

Ces groupements sont loin d'offrir à leurs cotisants la liberté individuelle qu'offre l'Assurance sociale, surtout parmi les mutualistes de fraîche date ; beaucoup et c'est là ce dont il faut craindre la généralisation, ont à leur tête des chefs d'entreprise, des patrons, des administrateurs de sociétés, beaucoup même ont été créés par le patronat.

Il est à craindre que le contrôle qui va s'exercer et qui a surtout pour but les fonds versés ne s'étende aux administrés, il est à craindre que les indiscrétions y deviennent faciles, puisque l'examen des dossiers par les dirigeants reste toujours possible. Le malade n'a plus de ce fait la sécurité qui lui permet de se soigner à sa guise, il ne trouve plus la liberté d'action que beaucoup cherchent avant tout.

La formule mutualiste intégrale qui a des avantages, tant que l'adhésion au groupement reste facultative, se révèle grosse d'inconvénients, lorsque l'adhésion devient obligatoire.

Ces différences sont trop importantes, pour

n'avoir pas déjà retenu l'attention des promoteurs de la loi nouvelle et il est certain que par un règlement d'administration publique, la loi de 1898 devrait être modifiée, pour réaliser une formule plus avantageuse pour l'assujetti, plus voisine de l'Assurance sociale, en particulier sur les points suivants :

*1° L'assuré doit se trouver en cas de maladie à l'abri des indiscrétions et des contraintes.*

En aucun cas le malade ne doit sentir, lorsqu'il reçoit des soins, qu'une influence joue contre lui, il doit pouvoir se confier entièrement à celui qui l'examine sans avoir l'arrière-pensée de croire, souvent à tort, qu'un médecin payé par une administration ou un organisme sera toujours, en cas de litige, du côté de celui qui le paie. L'exemple des médecins de compagnie d'assurances, celui des médecins d'administrations sont là pour nous montrer que beaucoup d'assujettis renonceront aux bénéfices des soins, plutôt que d'accepter ceux d'un médecin imposé.

L'obligation de se confier à un médecin désigné constitue une atteinte grave à la liberté individuelle, en faire un article de loi et y soumettre tous les assurés sociaux serait aller au devant d'un mécontentement général.

*2° L'assuré ne doit pas hésiter à réclamer les soins dont il peut avoir besoin.*

La loi nouvelle doit lui en donner toutes les possibilités.

Il ne suffit pas de lui offrir une organisation gratuite, capable de voir en un temps minimum un grand nombre de malades et où sera pratiquée une médecine en série, expéditive ne laissant pas le temps de la réflexion entre chaque malade, ne permettant que des prescriptions hâtives distribuées souvent par des auxiliaires médicaux, sous la responsabilité d'un chef de service débordé. Le malade qu'il soit assuré social ou mutualiste doit trouver, lorsqu'il va consulter un médecin, *des soins individuels, des soins éclairés* et *un grand réconfort moral.*

Le principe du respect de la dignité humaine et de la liberté individuelle doit dominer l'organisation des soins, si l'on veut que cette organisation soit effective et ne constitue pas seulement une façade dont se détourneront justement ceux pour lesquels la loi a été faite et qui constituent la partie importante de la nation qui travaille.

*3° L'assuré doit être soigné par le médecin de son choix* (1)

Vouloir limiter le nombre des médecins appelés à collaborer à une loi d'intérêt aussi général et à tendance aussi démocratique, c'est créer deux sortes de médecins : les médecins de l'assurance et les médecins des particuliers c'est-à-dire de ceux qui peuvent payer, de ceux qui peuvent choisir.

C'est surtout compliquer l'organisation des soins en dirigeant les assujettis vers un petit nombre de médecins qui seront vite débordés, qui ne pourront suffire à leur tâche, en hiver surtout où il y aura dans les campagnes de nombreuses visites à domicile, alors que restera inoccupée la partie la plus importante du Corps médical qui n'aura pas été agréée.

De pareilles réalisations ne supportent pas une étude un peu poussée et il est certain que si la Mutualité veut le « mieux-être » de l'assuré, elle doit lui promettre comme l'a fait l'Assurance sociale :

La liberté de se confier à un médecin choisi par lui ;

L'indépendance vis-à-vis de ceux qui l'emploient et qui doivent tout ignorer de ses maux ;

La confiance dans la valeur des soins qui lui sont donnés.

La transformation que va subir la loi des Assurances sociales du fait de sa Mutualisation ne doit pas constituer pour l'assujetti un grand pas en arrière, dans la lutte contre les fléaux sociaux, ni dans l'expansion des principes d'hygiène et de prévoyance sociales qui ont guidé les promoteurs de la loi.

Le fait pour la Mutualité de n'être plus une œuvre de prévoyance facultative, mais un organisme d'assurance obligatoire contre la maladie, l'oblige à modifier sa conception première de l'organisation des soins médicaux par ses médecins particuliers pour la remplacer par une participation entière du Corps médical.

Sans cette modification importante, il ne saurait être question d'un mieux-être pour l'assujetti.

(*à suivre.*)

(1) Le libre choix du médecin par l'assujetti doit être réel ; il ne saurait y avoir libre choix si d'un côté l'assuré trouvait chez le médecin mutualiste des soins, pour lesquels il n'a rien à débourser, et si, d'autre part, le fait d'aller chez son médecin habituel l'empêchait d'obtenir un remboursement équivalent ou le soumettait à des formalités et à des démarches nombreuses.

# LE SERVICE DE SANTÉ PENDANT LA CAMPAGNE DE RUSSIE

## Un rapport du baron Larrey.

Napoléon Ier a souvent été loué par les historiens pour avoir remplacé par un édifice administratif bien ordonné le chaos révolutionnaire, qui, après avoir fait table rase, sous prétexte de supprimer les abus, des institutions les plus utiles de la vieille France, n'avait pu les remplacer que par une phraséologie ridicule et de beaux projets sur le papier.

L'empereur a donc jeté les solides fondements de cette administration, aujourd'hui vieillie, mais longtemps remarquable et qui est demeurée comme jadis, tracassière, paperassière, minutieuse, formaliste, prodiguement économe, sordidement dépensière, intègre, rigide et ponctuelle. On assure, peut-être à tort, que l'Europe a cessé de nous l'envier. Quoiqu'il en soit, il serait téméraire d'avancer que ladite administration est immédiatement parvenue à toute la perfection relative dont elle était capable. N'a-t-il pas fallu environ un demi-siècle, à peu près de 1830 à 1880, à la machine pour se généraliser et pour se perfectionner au point d'arriver à transformer les conditions d'existence du plus humble d'entre nous ? Les historiens n'insistent pas toujours suffisamment sur ce fait qu'un ordre nouveau ne se substitue guère brusquement à un ordre ou, *a fortiori*, à un désordre ancien, et il leur arrive, par suite, de confondre en une seule date le début de la transformation et son achèvement. *Natura non facit saltus*, est une loi qui régit aussi les faits historiques et sociologiques.

Le document, dont nous publions ci-dessous les passages les plus caractéristiques, est un brouillon d'un rapport adressé au ministre de la Guerre et écrit tout entier de la main de l'illustre baron Larrey. Nous en devons la précieuse communication à l'extrême obligeance de M. le médecin-colonel Eybert, qui fut, il y a quelques années, le brillant organisateur du Service de santé de l'armée tchécoslovaque.

Ce rapport illustre avec trop d'évidence ce que nous disions plus haut. Sous le premier Empire, en effet, et même en vue d'une expédition préparée avec grand soin et avec un relatif loisir, comme la campagne de Russie de 1812, pour laquelle toutes les ressources industrielles et militaires de la France avaient été mises à contribution par des administrateurs aussi distingués que bien tenus en main, il existait encore, dans l'organisation des services les plus essentiels de l'armée, d'incroyables et tragiques lacunes. C'est ainsi que le personnel médical, au cours de cette funeste expédition, fut astreint à de perpétuels et prodigieux efforts, pour suppléer, tant bien que mal, à une effrayante indigence de matériel et de remèdes.

Il est juste de reconnaître que nos pères avaient en 1812 des excuses, qui nous manqueraient aujourd'hui : le petit nombre et le mauvais état des routes, la rareté et le faible débit des moyens de transport, la lenteur et le médiocre rendement de toutes les fabrications.

Ch. Nismes.

*Copie du Rapport adressé à S. Exc. le ministre de l'Administration de la guerre.*

Francfort (Oder) le 15 février 1813.

Monseigneur,

N'ayant reçu, depuis notre départ de Moscou, aucune nouvelle de votre ministère, ni d'aucun de mes collègues, MM. les Inspecteurs généraux, j'ai lieu de croire que le travail général de mon service, que j'ai eu l'honneur de vous adresser de cette capitale dans le courant d'octobre 1812, ne vous est point parvenu. J'en aurais d'autant plus de regret que tous les papiers de mon bureau avec mes équipages et mes effets ont été pris par l'ennemi au passage de la Bérézina. Je n'ai même pu sauver, malgré les précautions que j'y avais prises, ni le contrôle des chirurgiens, ni mon registre de correspondance ; or il me serait impossible d'envoyer à Votre Excellence la copie exacte de ce travail.

Il contenait, sous le rapport chirurgical, la relation de la campagne, depuis notre passage à Thorn, lieu de réunion de l'armée, jusqu'à notre arrivée à Moscou.

Je rendais compte à Votre Excellence du nombre des blessés que nous donnèrent quelques attaques d'avant-postes au passage du Nyémen, de la Dwina et à notre entrée à Vilna, de ceux que nous fournirent les combats de Witepsk, de Krasnoï, de Smolensk, la prise et l'assaut de cette dernière ville, les batailles des 5 et 7 septembre sur la Moskowa et enfin les affaires des avant-gardes en avant de Moscou.

Je faisais connaître à Votre Excellence la conduite des chirurgiens des ambulances légères dans les circonstances, où tous se sont distingués par leur zèle et leur courage. Je l'entretenais de la pénurie dans laquelle je me suis constamment trouvé sur le champ de bataille, d'objets à pansement, d'alimens et de liqueurs confortantes (*sic*) ; de la manière dont nous avions suppléé à ces premiers objets pour ne point laisser les blessés sans secours ; notre propre linge, celui des soldats, les étoupes, les nattes de jonc, le papier, les parchemins des archives des villes désignées et des rouleaux de paille ont remplacé les bandes, les compresses, la charpie, les atteles et les fanons ordinaires.

J'ai entretenu les instruments de chirurgie que j'avais avec moi, en les repassant fréquemment sur une excellente pierre à rasoir. Nous n'avons point eu de coutelier et les caisses d'instruments que Votre Excellence nous avait annoncées, ne nous sont parvenues qu'après notre entrée à Moscou.

.......................................

.......................................

Retraite de Moscou

Peu de jours après l'expédition de mes dépêches, l'armée eut ordre de se mettre en marche. Je suivis les mouvements du Petit Quartier Impérial, avec les quatre premières divisions d'ambulances légères. Après avoir organisé, pour ce qui me concernait, le personnel d'un hôpital de cinq cents malades qu'on a laissés à Moscou, je réunis tous les autres chirurgiens sous la conduite du chirurgien principal, M. Mangin, qui devait marcher avec le Quartier Général administratif.

Arrivée à la hauteur de Jaroslawez, près Calugha, l'avant-garde, formée par le quatrième corps, rencontra l'ennemi et lui livra combat. Tous les blessés de cette bataille furent opérés et pansés sous mes yeux par les chirurgiens de nos ambulances et de celles du quatrième corps ; je pense qu'il est inutile d'en désigner le nombre. Je me contenterai de vous dire, Monseigneur, que c'est une des circonstances où les officiers de santé-chirurgiens ont montré, avec leur zèle accoutumé, le plus grand courage, car deux des ambulances se trouvaient sous le canon de l'ennemi, et les plus éloignées du champ de bataille n'étaient pas moins exposées. C'est dans l'une de ces dernières que M. le Commissaire ordonnateur Joub rt fut gravement blessé par les cosaques ; il a péri plus tard des suites de ses blessures.

.......................................

.......................................

Les blessés évacués eurent beaucoup à souffrir de la faim et du froid jusqu'à Smolensk, où l'on fut obligé d'en laisser une très grande partie avec un certain nombre d'officiers de santé, que je me suis permis de recommander au chirurgien-général de l'armée russe ; j'ai été informé depuis qu'ils avaient été bien traités ainsi que nos malades ...............................

L'ennemi nous ayant coupé le pont de la Bérézina à Borisow, il fallut passer la rivière trois lieux (*sic*) au-dessus, vers la source. Ce passage fut surtout funeste aux ambulances. C'est là que le petit nombre de caisses de chirurgie qu'on avait pu conserver et le reste des effets à pansement se perdirent. En avant de cette ville, on livra à l'ennemi deux combats successifs et nous eûmes beaucoup de peine par la pénurie de tout espèce de moyens et le froid excessif, d'assurer les premiers secours aux blessés ; cependant, à l'exception de quelques-uns désespérés, tous furent pansés et opérés immédiatement et heureusement conduits à Vilna.

De Borisow, nous passâmes à travers des forêts immenses pour rejoindre la grande route à Smorgonie. Le froid avait augmenté progressivement à un tel point, qu'arrivés à Osmiana, le mercure était descendu dans le thermomètre de Réaumur à 22 degrés au-dessous de zéro ; il fut bientôt à 24, 25, 26, 27, et, dans la nuit du 8 au 9 décembre, il était descendu, d'après l'avis de quelques personnes dignes de foi, de 28 à 30 degrés, mais pendant quelques quarts d'heure seulement. Cette nuit fut funeste à la majeure partie de nos blessés et aux militaires affaiblis.

A notre arrivée à Vilna, mon collègue Desgenettes et moi nous avions fait des dispositions pour l'évacuation des hôpitaux de cette ville, mais la retraite précipitée de l'armée et une attaque soudaine de cosaques empêchèrent cette évacuation. Tous les officiers de santé épuisés par les privations et les fatigues, comme ceux dont les pieds et les mains étaient frappés de congélation, restèrent dans les hôpitaux......

Mon collègue, M. le baron Desgenettes, resta également, contre mon attente, dans cette ville. Il est probable qu'ayant les jambes enflées et les pieds presque congelés, il ne put se mettre en route pendant la même nuit de notre séparation chez M. le comte Daru, bien qu'il nous eût dit devoir aller rejoindre le duc d'Abrantès, avec qui il voyageait habituellement.

J'ai obtenu de S. A. le prince major général qu'on le réclamerait près du général en chef de l'armée russe, le prince Kutusow, et qu'on prierait S. M. l'empereur Napoléon de lui conserver son titre d'Inspecteur général, dont les appointements seraient donnés à Madame son Epouse. Je prends la liberté, Monseigneur, de recommander à votre bienveillance les intérêts de ce célèbre et estimable collègue.

.......................................

.......................................

Notre passage à Kowno a été aussi pénible qu'à Vilna.......................

De tous ceux qui ont fait la campagne de Moscou, il ne nous reste tout au plus que le quart .................................

J'ai l'honneur d'adresser à Votre Excellence une liste des sujets, pour qui je sollicite de l'avancement, qu'ils ont mérité par leurs services, leurs talents et leur bonne conduite.

.......................................

.......................................

Comme nous devons nous préparer à une nouvelle campagne, et que l'expérience m'a démon-

tré de grandes imperfections dans l'organisation des ambulances actives, j'ai cru devoir présenter à S. E. M. l'Intendant général une série d'observations relatives au perfectionnement de ces ambulances ....................................

Le défaut d'instruction des sujets est un inconvénient majeur qui se perpétuera, Monseigneur, dans notre service, si l'on n'y remédie promptement par l'établissement d'un nombre suffisant d'écoles de chirurgie militaire, lesquelles me paraissent d'une aussi grande importance que celles qui viennent d'être créées pour les médecins-vétérinaires et les maréchaux-ferrants. (1). ..............................

Les pertes que nous avons éprouvées pendant cette expédition vous donneront, Monseigneur, une preuve évidente du zèle et du dévouement avec lesquels tous les officiers de santé-chirurgiens sous mes ordres ont servi. Quant à moi, je déclare à Votre Excellence que je n'ai rien épargné pour remplir la tâche pénible et difficile qui m'était imposée.

LARREY.

# ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS (A. P. I. M.)

Le *Conseil général* de l'A. P. I. M. a tenu sa septième session annuelle les 15, 16, 17 et 18 septembre, au Palais Eynard, à Genève.

Les trois premières sessions annuelles du Conseil général de l'A. P. I. M. eurent lieu à Paris, au siège social (qui est maintenant l'Hôtel de la Confédération des syndicats médicaux français 95, rue du Cherche-Midi.)

La quatrième session se tint à Berlin, en 1929 ; la cinquième à Paris en 1930 ; la sixième à Budapest, en 1931.

Sur les **31 nations** adhérentes à l'A. P. I. M., **17** étaient effectivement représentées par les correspondants nationaux de chaque pays, tous présidents ou secrétaires de leur groupement professionnel national.

La session fut présidée par le Docteur SCHAEFTGEN, secrétaire général des médecins luxembourgeois.

L'ordre du jour comprenait cette année comme *principales questions* :

1° Les résultats de l'enquête (Q) de l'A. P. I. M. sur « *La lutte antivénérienne dans les divers pays* ». Rapporteurs : Docteur NARBESHUBER (Autriche), Docteur CSILLÉRY (Hongrie).

2° L'enquête (S) sur « *L'hygiène à l'école et la surveillance individuelle de l'écolier* ». Rapporteur : Docteur VUILLEUMIER (Suisse).

3° L'enquête (T) sur « *La pléthore médicale* ». Rapporteur : Docteur MATTLET (Belgique).

Différentes autres questions, notamment celle des « échanges d'enfants entre médecins » furent discutées par le Conseil général de l'A. P. I. M.

Au cours de leur séjour à Genève, les membres du Conseil général de l'A. P. I. M. furent invités à la SOCIÉTÉ DES NATIONS (S. D. N.) et au BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (B. I. T.).

A la SOCIÉTÉ DES NATIONS, après une visite très intéressante des locaux, alors en sommeil, y compris les constructions toutes récentes pour la Conférence du désarmement, les délégués eurent le plaisir d'entendre M. GAUTIER leur exposer ce qu'est l'*Organisation permanente d'hygiène de la Société des Nations* ; sa constitution : — Conseil consultatif, — Comité d'hygiène et ses Commissions, — Section d'hygiène, — en donnant un aperçu des tâches bien définies de ces différents organismes.

Au BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, tout d'abord et après quelques paroles de bienvenue exprimées par M MAURETTE, chef de la division des recherches au B. I. T. et dont les délégués de l'A. P. I. M. eurent déjà maintes fois l'occasion d'apprécier la si grande affabilité et l'incontestable compétence pour tout ce qui concerne les travaux de recherches scientifiques du Bureau, en matière de lois sociales, visite de la ruche en pleine activité. Ensuite, deux conférences extrêmement intéressantes pour le Corps médical, portant sur la « *Situation des médecins traitants dans les Assurances sociales* », exposés sur lesquels nos confrères pourront méditer à loisir puisqu'ils seront donnés *in extenso* dans la *Revue de Médecine professionnelle et sociale* ».

M. TIXIER, *chef du Service des Assurances sociales et des Mutilés au B. I. T.*, traita d'abord des « Considérations générales sur l'Assurance sociale et la collaboration du Corps médical à l'Assurance-maladie obligatoire ».

Le Docteur PRYLL, *Conseiller médical du B. I. T.*, parla particulièrement du recrutement des médecins traitants dans l'Assurance-maladie obligatoire ; — des qualifications à exiger du médecin traitant ; — de l'admission des médecins au traitement des assurés ; — de la rémunération des médecins traitants dans l'assurance-maladie ; — de la liberté de thérapeutique et de prescriptions ; — du secret professionnel médical dans l'assurance-maladie ; —des institutions d'assurance et de la création d'un outillage sanitaire ; — de l'organisation du contrôle.

(1) Jugeant sans doute cette phrase trop ironique, le baron Larrey note en marge : cette phrase est supprimée dans le rapport au ministre ( ! ! )

***

Sur les grandes questions traitées au cours de la septième session, des « conclusions » furent officiellement votées. Elles paraîtront dans le n° 18 (novembre 1932) de la *Revue Internationale de Médecine professionnelle et sociale* (organe officiel de l'A. P. I. M.) (1).

L'Assemblée a décidé que les « *Enquêtes* » de l'A. P. I. M. pour 1933, porteraient sur les sujets suivants :

1° Mise au point et publication de l'enquête (U), entreprise en 1932, sur « la profession médicale et les brevets d'invention ».

2° Réponse à une enquête du B. I. T. sur l'Assurance-invalidité-vieillesse-décès (prestations en nature).

3° La dichotomie.

En outre, diverses « *Questions* » seront posées aux correspondants au cours de l'année. Les premières porteront sur :

1° Les avantages consentis aux médecins, qui vont se faire soigner dans les stations balnéaires (dans tous les pays) ;

2° La déclaration de la tuberculose et la déclaration des décès par tuberculose Quels sont les pays où elle est obligatoire, législation, attitude des praticiens, etc. . .

La huitième session du Conseil général se tiendra l'année prochaine à Londres, au début de septembre, sous la présidence du Docteur Cox, secrétaire général de la Bistish Medical Association.

*Le Secrétaire général* :
Dr F. DECOURT.

# LA PAGE SANS MÉDECINE

*. . . Il n'y a qu'une chose dans les arts qu'on puisse comparer aux produits culinaires : ce sont les produits du journalisme ; et encore un ragoût peut se réchauffer, une terrine de foie gras peut exister un mois entier, un jambon peut revoir autour de lui ses admirateurs, mais un article de journal n'a pas de lendemain. On n'est pas à la fin qu'on a oublié le commencement. . .*

(Claude TILLIER).

DCCCIV. — Claude TILLIER. — **Mon Oncle Benjamin.** Un vol. 15 × 20,5, illustrations de Roméo Dumoulin. Tiré à 1.111 ex. numérotés pour la Collection « Les Gloires Littéraires ». Typographie de Ch. de Bruycker, *Editions du Nord*, Bruxelles, 1932.

Souriante, épicurienne sagesse donnent, vous le savez, aux propos et à la conduite de notre illustre confrère de Clamecy, Benjamin Rathery, une célébrité de bon aloi. Ses errements eux-mêmes, ses frasques ont une telle franchise et une si crâne impudence, une si cocasse drôlerie qu'on ne peut leur reprocher leur irrévérencieuse pétulance. Même lorsqu'il humilie le marquis, obligé de recourir à son ministère, il garde une hauteur de principes, une sérénité dont n'auront pas raison les boires les plus mémorables, en compagnie de joyeux compagnons, disciples de toutes bouteilles et de toutes ripailles. Ses aphorismes, ses jugements sont inspirés d'une perpétuelle béatitude. Chevaleresque, il bafoue avec un terrible esprit ses créanciers (cramponnés à de sordides mathématiques !), les puissants, les imbéciles, les pédants, tout ce qui par le monde pince le nez, toise autrui, baye à soi-même. Seul un taureau décidé a momentanément raison de ce courage sans défaut, et encore dès que la protection d'un ruisseau s'avère suffisante entre son poursuivant et lui, reprend-il sans retard les subtilités de sa redoutable dialectique. Je le voudrais aux prises avec les godelureaux qui bavent à qui mieux mieux sur notre profession sans que personne leur puisse clouer le bec. Dans l'intervalle de ses beuveries, de ses miracles (luxation réduite, en un tournemain, d'un maxillaire supérieur !) il philosophe. Cent phrases que je voudrais citer se présentent à mon esprit :

« *Celui qui n'a point de philosophie au milieu des misères d'ici-bas, c'est un homme qui va tête nue sous une averse.* »

Ou encore :

« *Dans tous les environs, on ne voulait mourir que par la main de M. Minxit. Celui-ci, du reste, n'abusait pas de ce privilège. Il n'était pas plus meurtrier que ses confrères.* »

C'est avec ce bon M. Minxit, son confrère qu'ils

« *Regardaient la vie comme une farce, et ils y jouaient leur rôle le plus gaiement possible. Ils avaient un souverain mépris pour ces gens malavisés qui font de leur existence un long sanglot. Ils voulaient que la leur fût un éclat de rire. L'âge n'avait mis de différence entre eux que quelques rides.* »

**Je me laisse entraîner à vous parler longuement (gagné peut-être par sa manie du bavar-**

(1) Revue *trimestrielle*, 5 francs le numéro ; 20 francs l'abonnement annuel, Administration, 95, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

dage !) de choses que vous connaissez depuis longtemps. Et je reviens en hâte au but de ma chronique qui est de vous présenter les éditions que vous ne connaissez pas, de chefs-d'œuvre connus. Celle-ci fort agréablement présentée (par l'éditeur s'entend !) est digne de retenir particulièrement votre attention. La typographie est d'un grand imprimeur belge (je ne dis plus « *maître-imprimeur* » depuis que je sais que ce titre met hors de lui le clair artiste Léon Pichon quand on l'assène à son talent). Elle est parfaite, hors peut-être la justification du tirage, qui est d'une originalité trop poussée, mais ceci est tout au bout du livre et n'a rien à voir non plus avec la splendide illustration de Roméo Dumoulin. Toute la bonhomie du texte reparaît dans les gravures : j'ai eu tort de dire « *splendide* », car je m'aperçois à la réflexion que le mot a quelque majesté et qu'à la page 185, comme il sied, l' « *Oncle* » assommé par de persévérantes libations et hissé, inerte, sur le dos du sacristain, (pour une fois où lui vint idée de faire oraison), manque de cette majesté que veut le mot ; cher homme trimbalé dans l'aube grise, tricorne sur l'oreille, jabot fripé, et son bel habit rouge pâli par le jour sale où se faufile son charitable porteur. Ni dans les autres images on ne trouve trace justifiant ce qualificatif impropre échappé de ma plume. Je voulais dire en réalité que Dumoulin a vigoureusement saisi l'esprit du livre : Benjamin nargue de son long nez et de son large sourire les comparses aux yeux ronds béant de page en page, penchés sur nouvelles besognes, nous retrouvons fidèlement les blancs rouleaux de sa perruque et ce diable d'habit ponceau qui a l'insolence d'une enseigne. La caricature est juste poussée à ciseler le ridicule sans y succomber : elle gonfle l'image d'une joie robuste. Aimable laisser-aller de bon-vivants, panse du bailli, amples vêtements, carnations rougies d'un sang généreux donnent à l'ensemble une rondeur sans-façon de haute liesse. Et, mieux encore que ses ensembles, l'artiste a heureusement traité ses bandeaux écornés adroitement par les lettrines et où les personnages poursuivent leurs prosaïques besognes ou semblent avoir déposé, pendant une pause du conteur, les attributs de leur fonction ; comme à la porte du cabaret le baluchon des buveurs qui vont reprendre raffermis par le réconfort de la halte, plus endiablée leur chanson à boire. Les couleurs n'ont rien de spécial et le dessin est tout à fait remarquable, quand il ne s'attarde pas à de premiers plans appuyés où le grossissement lui ôte le meilleur de sa narquoise finesse. Les attitudes sont fixées dans une souple suspension des gestes, à peu près toutes comme celle du musicien gâteux qui tape comme un sourd, à la page 104, sur sa grosse caisse, ou comme le colloque muet des trois bustes de la page de titre, surmontés de trois visages d'une étonnante expression, en face du frontispice où l'insistance voulue d'une étiquette sur une bouteille alourdit un peu cette autre éloquente composition.

DCCCV. — André SUARÈS. — **Fiorenza.** (Suite du « *Voyage du Condottière* »). Un vol. 12 × 19. *Editions Emile-Paul*, Paris, 1932.

Je regrette que ma jeune chronique n'ait pas eu à vous présenter le premier tome de ce « *Voyage* » qui avait conduit « *Vers Venise* » les pas du Condottière. Autour de Florence, de ses richesses artistiques, des souvenirs qui la parent se poursuit ici son périple. Le ton ne ressemble à rien d'autre : la fermeté du style, celle parfois cruelle des jugements, l'allégresse de l'enthousiasme contrôlée par la constante sourdine d'un sens critique affleurant chaque conquête, sont très spéciales. Elle est bien belle cette idée du promeneur conquérant ses souvenirs, et en faisant pour le passé des fêtes et des joies que nous ne pouvons pas revivre, des trophées. Suarès n'est pas toujours un promeneur paisible : il guerroye, il massacre quelques légendes (comme celle de la poétique incinération de Shelley : oh ! Maurois ! !). Il est en lutte triomphale avec le poncif et l'emphase qui défigurent sur cette terre bénie l'harmonieuse perspective, qu'il rétablit dans sa véritable optique. Il se délasse, en reposant ses armes, de ses perspicaces critiques d'art par de claires descriptions des campagnes, du peuple

« *Leur démarche* »,

dit-il de quelques jeunes filles aperçues,

« *est un balancement de barque sur l'onde tiède et sans heurt de l'été* »,

de cette Toscane, dont le nom est déjà comme une chanson. Sa pénétrante contemplation ne s'alourdit d'aucune fadeur. Des lieux usés par d'innombrables descriptions antérieures il trouve matière à neuves et puissantes méditations. Des génies classés il découvre avec une redoutable précision les faiblesses qui laissent comme purifiée par une flamme ardente la substance de leur gloire. Son âpre ironie, mesurée, tranchante, jaillit comme un éclair de dague, marquant férocement d'un mot l'équitable distinction trop souvent méconnue entre l'art qui est trouvaille de l'esprit, et la virtuosité, qui est recherche entre la pompe et le charme, entre ce qui est gonflé de vent et lourd de poésie ou de vérité. L'impression la plus curieuse, que produit son livre d'apparence très objective, est cet effacement de l'écrivain qui laisse miraculeusement tête-à-tête son sujet et son lecteur. La qualité de l'émotion contenue qui l'inspire, la richesse du sentiment en sont accrues bien au delà des communes mesures.

DCCCVI. — René JOUGLET. — **Frieda**, ou le Voyage allemand. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Bernard Grasset*, Paris, 1932, 15 francs.

Mélancolique voyage d'un jeune français en compagnie d'une douce et robuste allemande. Joies édeniques du camping. Prétexte surtout à une amusante et ingénieuse enquête faite sous le couvert d'un excellent et léger roman. La rédaction est fort alerte, très entraînante, d'une juvénile et très irrévérencieuse coulée ; émaillée d'adroites et profondes réflexions glanées comme en se jouant au cours d'une vagabonde idylle champêtre.

DCCCVII. — Docteur Ben L. REITMAN. — **La deuxième plus vieille profession**. Un vol. 12 × 19 traduit de l'anglais par Henry Musnik. *Editions de la « Nouvelle Société d'Editions »*, Paris, 1932, 12 francs.

Ce cher confrère qui a des lumières spéciales de son sujet (puisqu'il purgea deux mois de prison pour vagabondage avant d'appartenir au Bureau de la Santé publique à Chicago !) prétend que le métier de souteneur est fort ancien et il fortifie sa démonstration de statistiques et d'anecdotes sur lesquelles je vous demande la permission de ne pas insister. La vertueuse Amérique fait bien les choses. Etranges confessions, plus étranges encore ces organisations et ces mœurs par le détail relatées. Une place modeste est réservée aux considérations sociologiques sans lesquelles il n'est pas de bon ouvrage américain.

DCCCVIII. — Emmanuel BERL. — **La Politique et les Partis**. Un vol. 12 × 19 *Editions Rieder*, Paris, 1932, 15 francs.

L'oncle « *Benjamin* » disait en substance de la politique :

« *Mets dix philosophes d'un côté et onze imbéciles de l'autre, les imbéciles l'emporteront.* »

Cette forte définition de la majorité explique sans commentaire le jeu des partis. L'étude que Berl consacre aux partis français actuels, de droite à gauche, n'est pas assez pénétrée de cet aphorisme. Elle est soutenue de brillants sophismes, mais rédigée avec une large compréhension des cuisines parlementaires et un bon sens agréablement teinté d'illusions.

**Varia*****

Le copieux fascicule de l' « *Archer* » d'octobre débute par une délicieuse saynète héroï-comique de Francis Jammes : « *Le Mariage de Jean de La Fontaine* » en sautillants hexa-syllabes, où la finesse du vieux poète pyrénéen s'en donne à cœur joie. Un dense article sur la pensée de Léon Brunschvicg. Une amusante critique d'art de Campagnou consacrée à Georges Gaudion, peintre. L'émouvante suite des souvenirs de guerre de Voivenel. Une touchante lettre ouverte à Jean Tharaud, par Lilian Doire ; et où est dit ingénument le rayonnement discret d'une petite librairie de province : à toucher « *le Vigan* », la célèbre et triste promenade albigeoise, où étincelait le monocle d'André-J. Boussac, poète, nommé dans cette épître, et auréolé d'une célébrité locale.

29 octobre 1932.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## AUTOUR DES THÉÂTRES

**Au Théâtre de la Michodière**

### « La Fleur des Pois »

Comédie en 4 actes de M. Edouard BOURDET.

Voilà une pièce qui va tenir longtemps l'affiche. Vraiment, le théâtre de la Michodière est une des rares scènes « très parisiennes » qui puisse à juste titre s'enorgueillir de la continuité dans le succès. Félicitons sans plus tarder directeurs, auteur et artistes de nous avoir une fois de plus procuré une delicieuse soirée.

Les salles se succèdent, j'en suis certain, composées d'une assistance très mondaine : il y a tant de spirituelle finesse dans cette satire ! et je gage que nous entendrons quelquefois dans les salons : « Comment, cher ami, vous n'avez pas encore vu « La Fleur des Pois ? » Quelle malicieuse indignation la plupart du temps ! Mais disséquons un peu la pièce, afin de communiquer à nos lecteurs les impressions que nous avons nous même ressenties.

L'auteur du « Sexe faible », M. Edouard Bourdet, a choisi, non pas tant pour le clouer au pilori que pour nous divertir en grossissant certaines tares desquelles ce milieu s'accommode très bien, un genre de monde qui, à la vérité, n'a plus guère cours aujourd'hui, mais qui cependant existe encore au ralenti, si j'ose dire, et serait prêt, le cas échéant peut-être, à une nouvelle offensive : c'est le grand monde en simili, celui qui cherche à en imposer trop souvent à ses contemporains par de faux titres nobiliaires, des allures de snobs, un étalage de fortune illusoire et qui semble encore tenir le haut du pavé, grâce à des combinaisons louches où le muflisme, la poudre aux yeux et le culot aboutissent la plupart du temps à l'escroquerie « dans les fleurs ».

Afin de rendre plus délectable encore « La Fleur des Pois », c'est-à-dire ce monde frelaté, l'auteur lui donne le coup de grâce vis-à-vis de son souriant public, en présentant ces aigrefins de haute lignée vivant entre eux au rebours même de toute morale sexuelle naturelle. Ils préfèrent les hommes aux femmes, mais leur immoralité, grâce au talent de l'auteur qui sait à tout instant rester plaisant et de bon goût, a ceci d'ingénieux et de divertissant, qu'elle apparaît presque comme corollaire de leur snobisme ; c'est en somme de l'amoralité et qui s'accommode fort bien avec le genre de société dans lequel il nous transporte.

Je m'abstiendrai cette fois de vous détailler, l'action assez compliquée d'ailleurs ; je n'en dirai que quelques mots : elle pivote autour d'un cercle de viveurs de soi-disant haute lignée, mais pourris et dont le Duc D'Anche (Saturnin Fabre) et Zaza, une Princesse d'apparence authentique (Mme Marguerite Deval), sont les pôles attractifs ; le premier faisant autorité sur l'entourage, organisant des fêtes où les hommes se disputent l'honneur d'être à ses côtés ; la seconde, partie commerciale de l'entreprise se chargeant de trouver les poires éblouies par le faux prestige du milieu, et d'introduire ainsi dans le grand monde les pauvres ambitieux aveuglés qui se figurent accéder de cette façon à la fortune et aux honneurs. M. Victor Boucher tient le rôle de Tavernier (on dira sûrement plus tard : c'est un Tavernier, comme on dit : c'est un Delobelle). Tavernier est un constructeur d'automobiles qui, par l'odeur alléché, se figure avoir trouvé le filon de la fortune en cherchant à s'introduire dans ce milieu ; fortement encouragé par Zaza, il paye les premiers frais de fêtes, réceptions, dîners, et choit dans les filets tendus, mais petit à petit, tombé de déboires en désillusions, il fuit et court encore.

Le grand art de M. Edouard Bourdet, je l'ai souligné plus haut, c'est d'être toujours resté dans une note d'une intelligente satire. Ce n'était pas chose facile dans cette entreprise parsemée d'embûches. Je ne signalerai qu'un petit point toutefois, et encore, qui n'infirme en rien ses qualités de malicieux ironiste, c'est la charge un peu trop appuyée du caractère naïf et rustaud de Tavernier que M. Victor Boucher a une certaine difficulté à atténuer, surtout au premier acte. Je crois que ce caractère aurait gagné à être un peu moins commis-voyageur, un peu moins primaire, et je pense que les constructeurs d'automobiles à l'heure actuelle sont un peu plus dégrossis, un peu plus instruits, un peu plus avertis du monde qu'ils fréquentent et lâchent leur argent à meilleur escient. Mais cela est pour l'optique de la scène, et il était difficile qu'il en fût autrement.

La troupe d'interprètes, qualifiée d'introuvable par voix plus autorisée que la mienne et qu mérite parfaitement ce jugement est composée de MM. Victor Boucher, Saturnin Fabre, Alerme, pour les trois principaux rôles masculins, de Mmes Marguerite Deval, Yolande Laffon, côté femmes ; il y a encore onze acteurs hommes et huit actrices toutes et tous dignes d'éloges sans la moindre restriction.

Jean SÉJOURNET.
de la Société des Auteurs

## Comptes rendus, documents, pièces officielles...

### Syndicat des médecins des Ardennes

*Réunion du 1er juillet 1932.*

Sous la présidence de M. le Docteur Beaudier, se sont réunis MM. les Docteurs Abd-el-Nour, Beaudier, Deglaire, Mignon, Mouras, Rozoy.

I. Le compte rendu de la réunion du 26 juin est lu et approuvé.

II. Lecture est donnée de la lettre à envoyer aux Conseillers généraux.

III. **Affaire B...** — Le président du Syndicat a reçu une convocation (personnelle) à comparaître devant M. le Juge de paix de Sedan à la requête de M. le Docteur B...

L'affaire sera remise à maître d'Acremont, avocat-conseil du syndicat.

Le secrétaire allant à Paris le 3 juillet, au Conseil d'administration de la Confédération, consultera maître Sauvaire, conseil judiciaire de la Confédération, et consultera le « Sou Médical » pour documenter Me d'Acremont.

IV. **Contrôle. Affaire Papier.** — M. le Docteur Deglaire, par un rapport oral, déclare que le malade a été soigné dans des conditions normales et régulières, que jusqu'ici il n'y a pas d'abus et que tout ce qui a été fait est justifié.

V. **Décoration du Docteur Beaudier.** — Le Conseil décide de fêter solennellement la promotion de son président d'honneur, le Docteur Beaudier, comme officier de la Légion d'honneur. Etant donné la période des vacances le Conseil remet cette fête à la réunion de l'Association et du Syndicat des médecins des Ardennes qui doit se tenir à Rethel le troisième dimanche de novembre.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de clinique de maladies cutanées et syphilitiques.** (Hôpital Saint-Louis.) — M. le Professeur H. GOUGEROT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé ses cliniques le mercredi 9 novembre 1932, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte, et les continuera les vendredis matins, à 11 heures, à l'Amphithéâtre de la Clinique, et les mercredis soirs, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte.

*Traitement de la syphilis et l'indispensable en syphiligraphie* (avec présentation de malades et demoulages, projections). Mercredi 16 novembre : Arsénothérapie, état actuel des médicaments, doses et mode d'emploi, discussion des voies veineuse et musculaire. — Vendredi 18 novembre : Les principales techniques actuelles des traitements arsenicaux. — Mercredi 23 novembre : Arsénothérapie : accidents immédiats ; crises nitritoïdes, faciales et viscérales ; nouvelles données prophylactiques et thérapeutiques. — Vendredi 25 novembre : Syphilis post-traumatique, accidents du travail et syphilis éveillée par les infections. — Mercredi 30 novembre : Arsénothérapie : accidents précoces, apoplexie séreuse, érythèmes biotropiques, prophylaxie et traitements ; accidents tardifs, viscéro-récidives — Vendredi 2 décembre : Traitement de l'hérédo-syphil s. — Mercredi 7 décembre : Arsénothérapie : accidents tardifs ; érythrodermie, anaphylaxies arsenicales, nouvelles données thérapeutiques et prophylactiques. — Vendredi 9 décembre : Lutte contre la prostitution — Mercredi 14 décembre : Etat actuel de la bismuthothérapie ; indications et contre-indications, accidents et anaphylaxie bismuthiques. — Vendredi 16 décembre : La propagande antisyphilitique (avec projections de films). — Mercredi 21 décembre : Conduite des traitements bismuthiques : produits, doses, techniques, etc.

Vendredi 6 janvier 1933 : Accidents des traitements mercuriels : anaphylaxie, etc., indications et contre-indications du mercure. Médicaments antisyphilitiques adjuvants : iodure, soufre. — Mercredi 11 janvier : Traitement d'attaque de la syphilis, les six techniques actuelles. — Vendredi 13 janvier : Traitements prophylactiques avant le chancre. Echecs et syphilis primaires retardées. — Mercredi 18 janvier : Notions nouvelles sur le chancre syphilitique : périodes pré- et post-humorales ; syphilis sans chancre, notions nouvelles et conséquences pratiques, traitements. — Vendredi 20 janvier : Polyintolérants, arsénorésistants et arsénorécidivants ; pathogénie et traitements ; les nouveaux antisyphilitiques : zinc, cadmium, etc. — Mercredi 25 janvier : Notions nouvelles sur la syphilis secondaire : syphilis secondaires retardées. Traitements. — Vendredi 27 janvier : Syphilis latentes récentes : surveillance et traitement. — Mercredi 1er février : Notions nouvelles sur les syphilis tertiaires : traitements. Syphilis et cancer. — Vendredi 3 février : Syphilis latentes anciennes : surveillance et traitement. La syphilis guérit-elle ? Discussion des critères. Protéino-pronostic et protéino-thérapie. — Mercredi 8 février : Notions nouvelles sur les syphilis viscérales. — Vendredi 10 février : Syphilis ostéoarticulaires : notions nouvelles ; les hybrides de syphilis ; gonococcie ; tuberculose, goutte. — Mercredi 15 février : Syphilis nerveuses : traitements prophylactiques, la ponction lombaire, les techniques et interprétations des résultats. — Vendredi 17 février : Traitements des syphilis nerveuses. — Mercredi 22 février : Hérédo-syphilis ; notions nouvelles ; éveils, etc. — Vendredi 24 février : Traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis avant la procréation, pendant la grossesse, après la naissance. Pronostic de l'hérédo-syphilis. — Mercredi 1er mars : Allaitement des hérédo-syphilitiques : nourrices et syphilis. — Vendredi 3 mars : Mariage des syphilitiques acquis et héréditaires ; discussion des conditions ; certificat médical prématrimonial. — Mercredi 8 mars : Séroréaction de B. W. : discussion des meilleures techniques. — Vendredi 10 mars : Séroréaction de B. W. : interprétation des résultats, les causes d'erreurs, les imperfections et paradoxes du B. W. — Mercredi 15 mars : Comparaison des antisyphilitiques : cures plurimédicamenteuses. Règles générales du traitement. — Vendredi 17 mars : Chancre mou : formes nouvelles, chancres mixtes, diagnostic ; vaccins, etc. — Mercredi 22 mars : Adénites chancrelleuses : formes nouvelles, diagnostic et traitement. — Vendredi 24 mars : Syphilis et secret professionnel.

HORAIRE DE LA CLINIQUE. — Les mardis : Policlinique par le Professeur, au dispensaire du Pavillon Bazin, à 10 heures (à partir du 4 octobre). — Les mercredis (matins) : Physiothérapie et petites opérations, à 9 h. 30, à la policlinique et salle Lugol. Visite dans les salles du Pavillon Bazin, à 10 heures. — Les mercredis (soirs) : A la consultation de la Porte, policlinique, à 20 h. 30 (à partir du 5 octobre) et leçon de pratique, à 21 h. 30 (à partir du 9 novembre). — Les 1er, 3e, 4e, 5e jeudis du mois : Etudes de questions d'actualités par des spécialistes de chaque question, à l'Amphithéâtre de la clinique à 10 heures ( à partir du 19 novembre). — Les vendredis : Consultation de la Porte, à 9 heures ; présentation des malades, à 9 h. 30 ; leçon clinique, à 11 heures, à l'Amphithéâtre.

LES JEUDIS DE LA CLINIQUE DE SAINT-LOUIS (fondés sous le patronage de L. BROCQ) : les 1er, 3e, 4e, 5e jeudis de chaque mois, à l'amphithéâtre de la clinique, à 10 heures. M. R. SABOURAUD les inaugurera le 17 novembre avec la question : Vue d'ensemble sur les pyodermites.

— **Hôpital Claude-Bernard** (porte d'Aubervilliers). — *Clinique des maladies infectieuses.* (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — M. le Professeur LEMIERRE fera la leçon inaugurale de son cours, le jeudi 24 novembre 1932, à 10 h. 30 et continuera son cours les jeudis suivants à la même heure.

ORGANISATION DU SERVICE ET DE L'ENSEIGNEMENT. — *Service.* Visite tous les matins : de 9 heures à 10 h. 1/2, les jours de leçons ; de 9 heures à 11 h. 1/2, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique (chefs de clinique), ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

*Enseignement.* Le jeudi, à 10 h. 1/2, leçon magistrale à l'amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, par le Professeur LEMIERRE.

Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. les Docteurs J. CATHALA, agrégé, médecin des hôpitaux ; GASTINEL, agrégé ; J. LÉVESQUE, Etienne BERNARD, R. GARCIN, F. COSTE, A. LAPORTE, médecins des hôpitaux ; REILLY, chef de laboratoire de la Faculté ; RIVALIER, ancien chef de clinique ; LAYANI, LIÈVRE, CATTAN, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, est assurée les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par M. le Docteur Chatelier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

L'enseignement donné à la clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes : 1° L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les étudiants (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de séméiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses, comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement. 2° L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle, et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement, chaque jour, au lit du malade ou dans les leçons magistrales et les conférences déjà indiquées : l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la clinique, avec le concours dévoué de M. le Professeur d'hygiène Tanon ; de M. le Docteur Gastinel, agrégé de bactériologie ; de M. le Docteur Reilly, chef de laboratoire ; de M. le Docteur Cathala, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. le Docteur Joannon, agrégé d'hygiène ; M. le Docteur Cambessedès, ancien chef de clinique, tous anciens élèves de la clinique des maladies infectieuses ; aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

Moyens de transports desservant l'hôpital Claude-Bernard : moyens de locomotion desservant l'entrée de l'hôpital par la porte d'Aubervilliers. Tramway 49 (gare du Nord-Aubervilliers), arrêt en face l'hôpital ; métropolitain : ancien Nord-Sud, ligne A. Station Porte de La Chapelle, à 10 minutes de l'hôpital ; Ligne 7 *bis* (La Villette-Opéra), Station Crimée, à 10 minutes de l'hôpital ; tramway 9 (Jardin des Plantes-Porte de La Chapelle), terminus à 10 minutes de l'hôpital, tramway 47 (Kremlin-Bicêtre-Porte de La Chapelle), terminus à 10 minutes de l'hôpital ; tramway 48 (Saint-Denis-Opéra), station Porte de La Chapelle, à 10 minutes de l'hôpital ; tramway 50 (place de la République-Aubervilliers), station Crimée, à 10 minutes de l'hôpital ; tramway 52 (Opéra-Le Bourget), station Crimée ; autobus B E (Palais-Royal-Porte de La Chapelle) ; autobus A O (place d'Italie-Porte de La Chapelle) ; chemin de fer de ceinture, station Est-Ceinture, sortie rue d'Aubervilliers, à 3 minutes de l'hôpital.

Moyens de locomotion desservant l'entrée de l'hôpital par la Porte du Canal Saint-Denis : Métropolitain, ligne 7 *bis* (Opéra-La Villette), station Pont-de-Flandre, à 7 minutes de l'hôpital ; tramway 52 (Opéra-Le Bourget), station Porte de La Villette ; tramway 50 (place de la République-Aubervilliers), station Porte de la Villette, à 7 minutes de l'hôpital ; autobus A J (Porte de La Villette-Opéra), station Porte de La Villette.

L'enseignement de la chaire de clinique des maladies infectieuses, créé durant la guerre, et dont l'organisation matérielle est encore provisoire, s'adresse plus particulièrement aux étudiants de quatrième et cinquième années et aux docteurs en médecine.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Le 13 novembre, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Siredey sur : *Le traitement du cancer du col utérin.*

— **Hôpital de la Charité.** *Obstétrique. Gynécologie. Puériculture.* — Dans le service de M. H. Vignes, seront faites des conférences sur l'obstétrique, la puériculture et les maladies des femmes (affections génitales, affections du tube digestif chez la femme ).

Vendredi 18 novembre, 10 h. 30, M. Pierre Laurent-Gérard : Ce qu'il faut préparer pour un accouchement ; 11 heures, M. Codet, ancien chef de clinique à la Faculté : Psychopathologie de la puberté chez la femme. — Vendredi 25 novembre, 10 h. 30, M. Duhail : Examen gynécologique ; 11 heures, M. Blechmann, ancien chef de clinique à la Faculté : Caractéristiques du nourrisson. Pathologie du nouveau-né.

Vendredi 2 décembre, 10 h. 30, M. Laemmer : Généralités sur les réflexes du tube digestif, en corrélation avec l'appareil génital féminin (anatomie et physiologie) ; 11 heures, Mme Sosnowka : Le traitement des rétroversions par le massage de Thure-Brandt. — Vendredi 9 décembre, 10 h. 30, M. Duhail : Injection intra-utérine de lipiodol et insufflation tubaire ; 11 heures, M. Blechmann : Allaitement maternel. — Vendredi 16 décembre, 10 h. 30, M. Laemmer : Généralités sur les réflexes du tube digestif (diagnostic et conclusions pratiques) ; 11 heures, M. Brouet, ancien chef de clinique à la Faculté : Opérations conservatrices en gynécologie. — Vendredi 23 décembre, 10 h. 30, M. Duhail : Thérapeutique gynécologique, injections vaginales, pansements, dilatation du col, enfumage iodé ; 11 heures, M. Blechmann : Règles de l'allaitement artificiel.

Vendredi 6 janvier, 10 h. 30, M. Laemmer : De quelques états dyspeptiques de la femme enceinte ; 11 heures, M. Séjournet, ancien chef de clinique à la Faculté : Fibromes et grossesses. — Vendredi 13 janvier, 10 h. 30, M. Duhail : Cautérisation du col, caustique de Filhos ; 11 heures, M. Blechmann : Laits modifiés. — Vendredi 20 janvier, 10 h. 30, M. Laemmer : Aérophagie de la femme enceinte ; 11 heures, M. Buquet, ancien interne des hôpitaux de Paris : Amputation du col. Indications et procédés. — Vendredi 27 janvier, 10 h. 30, M. Duhail : Curettage ; 11 heures, M. Blechmann : Allaitement mixte. Sevrage.

Vendredi 3 février, 10 h. 30, M. Laemmer : Le foie et la vie sexuelle de la femme ; 11 heures, M. Lesage, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux : Les chocs physiques dans la pathologie du nourrisson. — Vendredi 10 février, 10 h. 30, M. Duhail : Thérapeutique hydrominérale des affections gynécologiques ; 11 heures, M. Blechmann : Diarrhées des enfants au sein et à l'allaitement artificiel. Diarrhées graves et choléra infantile. — Vendredi 17 février, 10 h. 30, M. Laemmer : Les constipations féminines ; 11 heures, M. Lesage : Les chocs physiques dans la pathologie du nourrisson. — Vendredi 24 février, 10 h. 30, M. Laemmer : Les états congestifs du côlon

terminal chez la femme ; 11 heures, M. Blechmann : Carences et états de dénutrition.

Vendredi 3 mars, 10 h. 30, M. Desaux : Syphilis de la femme enceinte ; 11 heures, M. Lesage : Le sevrage. — Vendredi 10 mars, 10 h. 30, M. Laemmer : Les ptoses digestives de la femme ; 11 heures, M. Blechmann : Constipation et vomissements du nourrisson. Sténose hypertrophique du pylore. — Vendredi 17 mars, 10 h. 30, M. Desaux : Syphilis du nourrisson ; 11 heures, M. Lesage : Accidents du sevrage. — Vendredi 24 mars, 10 h. 30, M. Laemmer : Les ptoses digestives de la femme ; 11 heures, M. Blechmann : Rachitisme. — Vendredi 31 mars, 11 heures, M. Lesage : Accidents du sevrage.

Vendredi 7 avril, 10 h. 30, M. Laemmer : Le psychisme de la femme et les accidents digestifs ; 11 heures, M. Blechmann : Généralités sur les affections des premières voies respiratoires chez le nouveau-né. — Vendredi 28 avril. — 11 heures, M. Max Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris : Equilibre acide base et grossesse.

Vendredi 5 mai, 11 heures, M. Blechmann : Maladies cutanées. — Vendredi 12 mai, 11 heures, M. Max Lévy : Equilibre acide base et grossesse. — Vendredi 19 mai, 11 heures, M. Blechmann : Syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson.

*Enseignement clinique aux consultations.* — Femmes enceintes (Mlle Pithon, le lundi et vendredi, à 9 heures). Endocrinologie et sympathologie chez la femme (M. Laemmer, le jeudi, à 10 heures). Nourrissons (M. Blechmann, le mercredi, à 9 heures, et Mme Ménard, le samedi, à 9 h. 30). Traitements gynécologiques (M. Duhail, le jeudi et le samedi, à 9 h. 30). Syphilis chez la femme enceinte et le nourrisson (M. Desaux, le mardi, à 8 h. 30).

— **Prix Filloux.** — Sont désignés comme membres du jury, pour l'attribution du prix Filloux : MM. Baldenweck, Aubry, Hautant, Vallery-Radot et Legueu.

— **Concours pour la nomination à neuf places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris.** — Ce concours sera ouvert le mardi 29 novembre 1932, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 7 au mardi 15 novembre 1932 inclusivement.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Professeur Mirallié, ancien interne des hôpitaux de Paris, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de Nantes. Neurologiste distingué, excellent professeur et administrateur très apprécié, le Professeur Mirallié jouissait à Nantes d'une très grande considération. Ses obsèques ont eu lieu le 20 octobre et toutes les autorités, Préfet, Recteur, Maire, magistrats, élus, professeurs, médecins praticiens, etc., etc., avaient tenu à suivre le cercueil. De nombreux discours, prononcés au cimetière de la Bouteillerie, ont fait l'éloge du défunt unanimement regretté.

— Nous apprenons avec regret la mort du Docteur Georges Hervé, ancien président de la Société d'anthropologie, professeur d'ethnologie à l'Ecole d'anthropologie.

— **Le 42e Congrès français de chirurgie,** qui aura lieu en octobre 1933 sera présidé par le Professeur R. Leriche et aura comme vice-président le Professeur Cunéo.

— **Question du rattachement de l'Académie de médecine au ministère de la Santé publique.** — En réponse à une demande ministérielle que nous avons fait connaître, et après délibération de l'Académie en comité secret, M. Achard, secrétaire général, a adressé la lettre suivante à M. le Ministre de l'Education nationale :

Paris, le 14 octobre 1932.

« Vous avez bien voulu, par votre lettre du 17 août dernier, consulter l'Académie de médecine sur la question de son rattachement au ministère de la Santé publique qui vous avait été demandé par votre collègue M. Justin Godart.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que, dans sa séance du 11 courant, l'Académie s'est prononcée à l'unanimité pour ce rattachement, étant entendu qu'il n'en résulterait pour elle aucune diminution de sa situation morale, non plus que de ses ressources matérielles.

« J'ajoute que, saisissant cette occasion, la Compagnie tient à assurer le Gouvernement qu'elle fera toujours tous ses efforts pour lui prêter son concours dans toutes les mesures propres à sauvegarder la santé publique, à perfectionner l'enseignement de la médecine et à accroître le rayonnement de la science française dans le monde.

Signé : Ch. Achard. »

*Le Directeur-Gérant* : Dr J. Noir.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

## Pas d'incompatibilités entre les fonctions de maire et de médecin de l'hôpital ou d'un service municipal

Un médecin est maire de sa commune et, comme tel, il est de droit président de la Commission administrative de l'hôpital. Dans quelles limites peut-il être nommé médecin dudit hôpital, ou d'un service municipal quelconque ?

Depuis la loi municipale du 5 avril 1884 et l'arrêt du Conseil d'Etat du 3 avril 1908, il n'y a aucune incompatibilité entre les fonctions de maire, président de la Commission administrative d'un hôpital et celles de médecin rétribué de cet établissement.

Une circulaire du ministre de l'Hygiène, du 20 avril 1930, signale aux préfets l'utilité de nommer un médecin comme membre de la Commission administrative d'un hôpital.

Il en est de même pour les fonctions médicales administratives municipales.

L'article 33, 10° de la loi de 1884 décide que « ne sont pas éligibles au conseil municipal dans le ressort où ils exercent leurs fonctions... les agents salariés de la commune, parmi lesquels ne sont pas compris ceux qui, étant fonctionnaires publics, ou exerçant une profession indépendante, ne reçoivent une indemnité de la commune qu'à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession ».

Cette disposition s'applique donc aux médecins de l'état civil, de l'assistance médicale gratuite, des dispensaires, médecins inspecteurs des écoles, etc.

Mais il est nécessaire que le médecin exerce sa profession en dehors du service communal ; que la commune ne soit qu'un de ses clients.

Ainsi ne pourrait être à la fois conseiller municipal et fonctionnaire, le médecin directeur du bureau municipal d'hygiène, dont les fonctions principales ou uniques sont consacrées à la commune.

Dr Paul Boudin.

## PHYSIOTHÉRAPIE DANS L'ASTHME

Docteur H. Tissier.

Cette affection qui reste encore un peu déconcertante à cause de la multiplicité et de la diversité de sa pathogénie, et des nombreuses thérapeutiques qui ont été instituées pour la combattre, a fait l'objet de recherches importantes de la part des physiothérapeutes.

De nombreuses améliorations ont suivi les applications de rayons ultra-violets ; personnelle-

ment nous nous sommes adressés avec des résultats beaucoup plus satisfaisants à la francklinisation.

Le début de nos recherches est encore trop récent pour que nous puissions nous permettre de parler de guérison radicale ; cependant notre premier cas remonte au 1er janvier 1932. La durée du traitement a été de 30 jours environ, les nouvelles de ce malade sont toujours excellentes et le 9 juillet dernier son médecin traitant nous déclarait qu'il se considérait comme radicalement guéri : il s'agissait d'un malade qui ne manquait jamais depuis des années d'avoir une crise d'asthme chaque fois qu'il était obligé par ses affaires d'aller passer une nuit dans une ville de Normandie où il est assez fréquemment appelé.

Un autre malade est réveillé chaque nuit à 2 heures du matin par une crise de dyspnée et ceci depuis de longues années. A la suite de la première application, il dort jusqu'à 6 heures du matin et cette amélioration continue ; il redoute un séjour à Deauville habituellement très pénible, cependant il l'effectue et n'éprouve aucune gène. Les nouvelles de ce malade traité en mars continuent à être parfaites.

S'il est très aisé de constater ces faits, il est beaucoup plus difficile de chercher à les interpréter.

Le courant statique a des propriétés toniques et sédatives à la fois qui sont connues de longue date ; ces asthmatiques sont souvent des insuffisants musculaires qu'il suffit parfois de doter d'une ceinture apte à remplacer le point d'appui que tous les muscles respiratoires ont perdu en attendant que la culture physique arrive à refaire cette sangle musculaire ( pour voir leurs crises s'atténuer). Nous avons pensé que le bénéfice de l'action tonique du courant statique sur tous les muscles qui concourent à la fonction respiratoire pouvait ne pas être étranger à l'amélioration constatée.

L'effet sédatif de ce courant peut très bien s'exercer heureusement sur une affection que dans de nombreux faits on peut considérer comme essentiellement nerveuse en raison de ses caractères spasmodiques.

Il y a lieu de considérer également que le courant statique active les échanges intercellulaires à tel point qu'il est pour ainsi dire constant de voir le taux de l'urée sanguine s'abaisser très rapidement chez les azotémiques légers, et que l'on peut émettre l'hypothèse d'une modification du milieu humoral qui commande la guérison.

Nous nous excusons de n'émettre aujourd'hui que des hypothèses ; mais nous avons voulu simplement exposer les résultats encourageants que nous avons notés. Il y a là une voie qui s'ouvre aux physiothérapeutes. Il leur convient d'utiliser ce traitement simple qui jusqu'ici nous a semblé d'une efficacité et d'une rapidité d'ac-

tion remarquables. Il importe surtout de créer un mouvement de recherches en vue d'arriver à trouver les raisons des améliorations constatées (1).

## ENCORE LA CRISE

Dans son numéro du 10 octobre, le *Concours Médical* a publié un commentaire du Docteur Honorat sur la crise baptisée « économique » pour rassurer le contribuable. Tous les jours, nous avons sous les yeux semblables exemples des manœuvres qu'il cite, où la sardine n'est pas seule en cause.

La loi de l'offre et la demande ne joue plus depuis longtemps aux Halles de Paris, chacun sait çà. Quand une denrée ne peut se vendre à un prix fixé non par le producteur ou le consommateur mais par une puissance qui n'est pas si occulte qu'on veut bien le croire, elle est mise à la « resserre » attendant une occasion plus favorable. Si elle tarde à se présenter, la marchandise se détériore ; on la jette alors à la rue. L'opération de nettoyage qui s'en suit exige du personnel dont les cadres ne vont pas en diminuant. Et pendant ce temps-là, on cherche à côté un remède à la vie de plus en plus chère, n'en déplaise à Dame statistique. En même temps, on peut assister tous les matins sur les berges de la Seine au spectacle profondément triste de malheureux se partageant des restes d'aliments retirés des poubelles.

Des faits de ce genre abondent dans l'histoire. Au début de la Révolution qui n'est pas née en un jour, il y eut aussi la crise du blé ; crise économique, non pas certes encore, mais les octrois qui encerclaient chaque province en rendaient la circulation difficile : abondance par ici, disette par là. Une administration prévoyante, les Invalides n'en manqua jamais. Ses greniers regorgeaient de provisions accumulées jusque dans les locaux occupés actuellement par le Service de santé du Gouvernement militaire de Paris. Ce sont les Invalides qui, dans les moments difficiles purent alimenter la capitale en farines et quand la foule envahit l'Hôtel, le 14 juillet 1789, ce ne fut pas pour y prendre le blé, mais des armes.

Voilà comment finissent ces crises que l'on nomme « économiques ». L'histoire n'est, du reste, qu'un perpétuel recommencement, les mobiles qui agitent les masses n'ayant jamais changé.

A. NIDRE.

(1) Communication faite à la *Société de physiothérapie et de rééducation*, le 14 octobre 1932.

## LA FUTURE FACULTÉ DE MÉDECINE

Si vous jetez les yeux sur un plan de Paris, vous y voyez il me semble, un emplacement qui semble idéal pour la future Faculté ; c'est celui de la Salpêtrière.

Très vaste et d'accès facile, à proximité du quartier universitaire auquel il se relie par le Muséum du Jardin des plantes, centre d'enseignement scientifique qui touche, de l'autre côté, au quartier latin ; cet emplacement a, en outre, l'avantage d'être déjà le siège de services médicaux et chirurgicaux de clinique, et de toucher, sans intervention de rues, à l'hôpital de la Pitié, autre centre d'enseignement médical. Le voisinage de services hospitaliers me semble en effet être nécessaire à la nouvelle Faculté, tant pour la facilité de l'instruction des étudiants, que pour favoriser le fonctionnement des laboratoires de recherche et de démonstration.

Dr Ch. F.

# CORRESPONDANCE

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 5735. — Rapport médical en cas d'incapacité pouvant persister

Il arrive que des Compagnies d'assurances me demandent pour des blessés que j'ai soignés et à qui j'ai délivré un certificat de consolidation, de déterminer le taux d'invalidité qui subsiste.

D'autres fois j'ai été appelé à contre-visiter des blessés en traitement avec des confrères voisins, dans le but de fixer un pronostic quant au temps et quant à l'invalidité pouvant persister.

Le Tarif officiel des accidents du travail ne mentionne pas ces certificats et ne prévoit pour eux aucun prix. Il s'agit cependant de véritables rapports médico-légaux qui engagent fortement notre responsabilité et qui légitiment une rémunération assez élevée.

Je m'adresse à votre amabilité coutumière pour être renseigné sur ce point.

Dr C.

**Réponse**

Ce sont bien des *rapports médico-légaux* que vous demandent, dans ce cas, les Compagnies d'assurances, *en dehors* du Tarif des accidents du



NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41, RUE DE ROME - PARIS

travail et comme une sorte d' « *expertise* » pour fixer le taux de l'invalidité permanente partielle. Auquel cas, la somme de *cent francs* me paraît normale.

Dr F. DECOURT.

**5784. — Luxation tibio-tarsienne**

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'éclairer sur le tarif que je dois appliquer en matière d'accidents du travail ; je ne le vois pas signalé dans l'arrêté ministériel du 5 février dernier :

J'ai été appelé à réduire une luxation tibio-tarsienne ; ou plutôt semi-luxation puisque la face interne de l'astragade avait seule perdu contact avec la malléole tibiale et faisait saillie derrière elle, le pied fortement déjeté en dedans. La réduction s'est d'ailleurs opérée le plus simplement du monde, deux fois de suite même, puisque le blessé se sentant guéri et malgré ma défense a essayé de marcher et s'est refait naturellement sa luxation. Il n'y avait pas de lésion osseuse. Malgré la rareté du fait c'est la deuxième fois en trois ans que je constate pareille lésion.

Je ne sais quel tarif appliquer à la Compagnie d'assurances.

Dr B.

**Réponse**

J'ai déjà noté cette omission du Tarif et l'ai inscrite parmi les additions que j'ai l'intention de proposer lors de la première réunion de la Commission ministérielle. En attendant, j'ai déjà proposé 150 francs (par analogie avec luxation de l'épaule), ce qui fut accepté par les deux parties.

Dr F. DECOURT.

**5731. — 1° Cumul ; Extraction de corps étranger de l'oreille**

Ci-joint deux notes d'honoraires adressées à un Syndicat de garantie.

I. Accident V. : déduction de 15 francs pour cumul d'un pansement et d'une injection de sérum.

Or, j'ai basé ma note sur l'art. 13, 2e alinéa : « chaque intervention est tarifée à part sans adjonction d'un prix de visite ».

Le renvoi (2) complète : « on peut cumuler les honoraires afférant à chaque intervention faisant l'objet d'une tarification spéciale par exemple : points de suture et injections de sérum antitétanique ».

Or, ici j'ai compté : Sérum antitétanique, 20 francs, pansement du pied, 15 francs, ce qui me paraît conforme aux indications précitées.

II. Accident A : déduction 50 francs. Extraction de corps étranger de l'oreille non prévue au Tarif.

L'accident ayant été régulièrement déclaré, la tarification existant au tarif oto-rhino-laryngologique, Art. 23, corps étrangers simples : 30 francs.

Je ne crois pas avoir exagéré en comptant 20 francs.

Ces renseignements sont pris dans le supplément du *Concours Médical* de juin 1930 d'après lequel je tarife mes notes accidents du travail et *Concours Médical* supplément février 1932 (art. 14).

Je vous serais obligé de me fixer sur ces deux litiges et me dire si, le cas échéant d'impossibilité d'accord, je puis compter sur le « Sou médical ».

Dr L.

**Réponse**

a) *Note V.* : Vous ne pouvez compter à la fois une injection antitétanique *plus* une « consultation ou visite *avec* ou sans pansement (art. 1er) », ce serait pratiquer le *cumul* interdit par l'article 13.

La seconde phrase que vous citez ne se trouve plus à l'art. 13 du Tarif du 5 février, actuellement en cours ; elle ne faisait d'ailleurs que *confirmer* l'interdiction de cumul, pas autre chose.

b) *Note A.* : Ce n'est pas 20 francs que vous auriez dû compter, mais bien *quarante francs*, en vous basant sur la rubrique indiquée à l'*article* 24 « *Oreilles.* Extraction de corps étranger simple : 40 francs », tarification due *que vous soyez ou non spécialiste*, ainsi qu'il est dit à l'art. 15.

Dr F. DECOURT.

**5667. — Incision de panaris profond**

Abcès superficiel face palmaire première phalange du médius. Incision palmaire seulement, le pus paraissant localisé à cette face.

Quelques jours après, l'abcès se vidant mal, je suis conduit à faire une contre-ouverture (une pince introduite dans la première, et après anesthésie locale).

Faut-il compter simplement consultation ou, de nouveau, incision d'abcès superficiel ?

Dr H.

**Réponse**

Je ne pense pas que vous puissiez compter *deux* fois l'incision d'un abcès du même doigt. Par contre, au lieu d'incision de panaris superficiel : 25 francs, je compterais « incision d'un panaris de la gaine : 50 francs, » en expliquant techniquement ce que j'ai dû faire.

Dr F. DECOURT.

## DÉONTOLOGIE

**5870. — Visite de contrôle à l'hôpital**

*Un accidenté d'auto* est hospitalisé à l'hôpital.

La Compagnie d'assurances m'envoie une lettre me demandant de contre-visiter ce blessé.

Le médecin de l'hôpital s'y refuse ; (je lui avais envoyé un mot lui demandant de voir ce blessé avec lui au cours de sa visite, ou l'autorisation de le voir seul si cela lui convenait.

Son refus est, dit-il, un refus de *principe* (nous avons de très cordiales relations). Il n'admet pas qu'une Compagnie d'assurances fasse contre-visiter un des blessés qu'il a en traitement. Si toutefois, dit-il, je tiens à visiter ce blessé, il ne s'y opposera pas, par confraternité, mais il le fera sortant le lendemain.

Je me suis incliné devant ces motifs, me réservant de vous demander votre avis à ce sujet.

Dr A.

**Réponse.**

Il s'agit d'un accident de droit commun : par suite, la visite de contrôle ne s'impose pas également comme en matière d'accidents du travail.

Le médecin de l'établissement a tort de voir là une question de principe. Supposons que l'Assurance ne se soit pas adressée à son médecin de contrôle, mais à la Commission administrative de l'hôpital, demandant à cette dernière l'autorisation de faire procéder à ce contrôle. Si la Commission administrative l'avait permis, le médecin de service à l'hôpital n'avait qu'à s'incliner, car ce n'est pas lui qui commande à l'hôpital, mais bien la Commission administrative qui l'a nommé et qui peut, dans certaines conditions, lui supprimer ses fonctions, autrement dit le révoquer.

Confraternellement, le médecin chef d'une salle d'un hôpital n'est nullement diminué comme autorité, parce qu'une Compagnie d'assurances demande à se faire renseigner par le médecin de son choix : il n'y a aucune pensee péjorative vis-à-vie du médecin traitant, qui n'a pas lieu de se trouver offensé.

D'autant que le médecin de contrôle l'a averti très confraternellement, en lui proposant d'assister à cette visite, faite pour renseigner l'Assurance.

Au surplus, le médecin contrôleur n'a aucune qualité pour s'immiscer dans le traitement : son seul rôle consiste à examiner le blessé, pour rendre compte de son état à l'Assurance. S'il croit devoir formuler quelques critiques sur le traitement institué, il ne peut le faire que dans son rapport. L'Assurance verra alors de quelle manière elle pourra intervenir auprès de la Commission administrative, ou du Juge de paix pour sauvegarder ses intérêts. Mais, répétons-le, il ne s'agit pas ici d'un accident relevant de la loi de 1898.

Le médecin, chef d'une salle à l'hôpital, est toujours en droit de se refuser de laisser pénétrer dans son service un médecin étranger ; mais il ne peut pas agir personnellement. Il ne peut qu'informer son employeur, c'est-à-dire la Commission administrative, que, pour tels et tels motifs, il demande que l'entrée de la salle soit interdite à tel médecin par la Commission administrative, seule maîtresse, seule responsable de la

discipline à l'intérieur de l'établissement. *Dura lex, sed lex.*

Si la Commission administrative passe outre au désir de son médecin et accorde néanmoins l'autorisation demandée par l'Assurance, ou par le médecin de cette dernière, le praticien, en fonctions à l'hôpital, n'aura qu'à se soumettre ou à se démettre.

Voici pour la question de principe. Mais, confraternellement, les deux praticiens ont intérêt à ne pas soulever de pareilles chicanes, ne serait-ce que pour le bon renom de la Déontologie.

Dr Paul BOUDIN.

## QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

### 5394. — Droit à l'indemnité de première mise d'équipement

Suis-je en droit d'exiger de l'Intendance militaire une indemnité pour frais d'habillement à l'occasion d'une période militaire que je viens d'effectuer à titre d'officier de réserve.

J'ai bien reçu une indemnité de frais d'habillement quand j'ai été nommé aide-major en 1917 (je suis de la classe 1909) mais depuis la démobilisation je n'ai pas encore eu de périodes à effectuer. J'ai été nommé lieutenant de réserve en 1925 et cette année j'ai été convoqué pour une période de quatorze jours.

J'ajoute que j'ai posé la question au gestionnaire de l'Intendance qui m'a délivré ma solde et qu'il n'a pas dit non ! Car je ne vois guère un particulier ne pas changer de costume en quinze ans !...

Dr P.

Réponse.

L'indemnité de première mise d'équipement n'est perçue qu'une *seule* fois. Vous n'y avez donc plus droit et aucune autre indemnité n'a été prévue, soit pour entretien de tenue, soit pour changement de tenue.

### 5780. — Surpension aux porteurs de plusieurs invalidités

Je suis réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire. De ce fait je suis titulaire d'un livret d'allocation spéciale aux grands invalides de 1.400 francs par an (allocation n° 4).

J'ai un de mes camarades, réformé également à 100 % pour tuberculose rénale, qui touche une allocation de grand invalide de 5.900 francs par an (allocation n° 5).

J'ai écrit à l'intendant militaire de ma Région pour lui demander le pourquoi de cette différence.

Il me répond :

« L'allocation spéciale aux grands invalides n° 5 de 5.900 francs est accordée aux réformés 100 % et le bénéfice de l'article 12. »

Quel est cet article 12 et que dit-il ?

Je vous serais obligé de vouloir bien me fixer.

Dr Z.

**Réponse.**

L'art. 12 de la loi du 31 mars 1919, sur les Pensions d'invalidité, est celui qui permet aux bénéficiaires porteurs de plusieurs invalidités, dont l'une entraînant à elle seule l'invalidité totale (100 %), d'obtenir une surpension variant de un à dix degrés (100 à 1.000 francs) en rapport avec la gravité de la ou des infirmités supplémentaires.

Lorsque l'art. 12 est ainsi appelé à jouer, l'allocation des grands invalides bénéficie d'une catégorie spéciale, supérieure à celle des invalides de 100 %.

### 5699. — Obtention et avantages de la carte de combattant

Auriez-vous l'obligeance de me dire quels avantages j'aurais à réclamer ma carte de combattant — si l'évacuation, comme médecin auxiliaire, pour maladie, d'une unité combattante (Ne bataillon de chasseurs à pied) m'y donne droit. Quel es seraient enfin les formalités à accomplir ?

Dr B.

**Réponse.**

Si n'ayant pas trois mois de séjour dans une unité combattante, vous avez été évacué du front pour une maladie *contractée* (et non pas aggravée) au front, c'est un droit pour vous d'avoir la carte de combattant.

Adressez une demande au Directeur du Service de santé, dont vous dépendez pour la mobilisation et exposez-lui votre exact « curriculum vitæ » pendant la guerre : affectation, évacuation, avantages, etc. Vous pourrez encore demander une pension d'invalidité (délais expirant actuellement au 31 décembre 1932). Vous toucherez une petite retraite : 500 francs par an à partir de 50 ans.

1.200 francs à partir de 55 ans, ceci en l'état actuel (en attendant la possibilité de futures compressions budgétaires).

### 5642. — Droit aux soins gratuits

Un de mes clients, poilu de la dernière guerre vient d'être reconnu malade du fait de guerre par la Commission des experts et par celle de contrôle. Ces deux Commissions lui accordent moins de 10 % donc pas de pension.

Mais la question posée est celle-ci : le moins de 10 % donne-t-il droit à l'obtention d'un carnet de soins gratuits ? Si oui, quelle marche à suivre pour l'obtenir ?

Deuxième question : Un autre de mes clients, ancien officier à la guerre, atteint de gaz lacrymogènes et de conjonctivite consécutive, avait obtenu pendant dix ans, successivement, 20 %, 15, 10, 15,

10, etc., et ainsi de deux ans en deux ans, sans avoir jamais de définitif.

Finalement, l'an dernier, on l'a mis à moins de 10 % peut-être même à zéro, donc plus de pension. Mais ce client a-t-il encore droit au renouvellement de son carnet de soins gratuits ?

Dr L.

**Réponse.**

1° Le droit aux soins gratuits est exclusivement lié (*pour le point de départ*) à *la concession d'une pension* ; c'est-à-dire à un degré d'invalidité au moins égal à 10 %.

2° Le droit aux soins gratuits (art. 64) une fois accordé, reste toujours acquis la vie durant même si le taux de l'invalidité descend au-dessous de 10 % et ce fait entraîne la suppression de la pension.

Pour le renouvellement du carnet de soins ; on s'adresse alors, comme précédemment à la mairie.

### 5305. — Maintien dans les cadres. Légion d'honneur

Classe 1903, je suis marié et père de quatre enfants.

Médecin lieutenant de réserve depuis décembre 1914, n'ayant gagné aucun galon par manque de souplesse (c'est mon seul défaut) et n'ayant fait aucune période d'instruction depuis la guerre, je suis maintenant dans les cadres après libération définitive de ma classe en octobre.

Je désirerais savoir, si en cas de conflit, vu mon âge et mes charges de famille, je dois être appelé ou si d'après les règlements, je dois rester dans mes foyers.

Titulaire d'une citation au régiment, quelle est ma situation au point de vue de la proposition pour la Légion d'honneur ?

Dr N.

**Réponse.**

Maintenu dans les cadres sur votre demande après la libération de votre classe, vous avez les mêmes obligations que tout officier de réserve, et vous devez, en cas de conflit, obéir aux indications de votre ordre de mobilisation pour rejoindre le poste qui vous a été assigné.

Vous remplissez actuellement les conditions pour pouvoir être inscrit au tableau de concours de la Légion d'honneur ; il sera bon cependant de vous faire appuyer auprès de votre Directeur d'abord, auprès du ministre vers le mois de février-mars de l'année prochaine.

### 5517. — Situation d'un médecin de réserve maintenu dans les cadres, père de six enfants

Né en janvier 1877, j'ai avancé d'un an mon service militaire et je marche donc avec la classe 1896 au

lieu de marcher avec celle de 1897. J'ai été nommé médecin-capitaine à la fin de la guerre ; au moment d'être libéré de toute obligation militaire, j'ai reçu une note du ministère de la Guerre me demandant si je désirais être maintenu ou non. J'ai répondu que je désirais être maintenu. N'ayant pas fait de période militaire, je suis resté à trois galons.

A quelle date devrais-je être rayé définitivement des cadres ? A noter que je suis père de six enfants vivants, dont cinq au-dessous de 13 ans. L'aînée est mariée. Pensez-vous qu'on ait tenu compte de ma situation de famille et que je puisse demander ma radiation définitive.

Aurais-je droit de passer dans l'honorariat ? Passant dans cette position, puis-je encore avoir quelque chance d'avoir la Légion d'honneur ?

Dr N.

**Réponse.**

Médecin capitaine ayant été maintenu dans les cadres sur votre demande après la libération de votre classe, vous serez libéré à l'âge de retraite pour les capitaines (53 ans) plus cinq années, soit à l'âge de 58 ans.

Cependant, étant père de six enfants, vous devez être, dès la naissance du sixième enfant, dégagé immédiatement de vos obligations militaires. Cette clause de l'art. 58 de la loi du 31 mars 1928 jouera-t-elle pour vous, puisque vous avez demandé à être maintenu ? Votre demande était-elle antérieure à la naissance du sixième enfant ? Le ministre seul peut apprécier et décider.

Cependant, puisque vous réunissez, et au delà, les trente annuités nécessaires afin d'être proposé pour la Légion d'honneur, vous auriez avantage à rester dans les cadres jusqu'à l'âge indiqué plus haut, ce qui vous permettrait d'augmenter encore vos annuités, et par suite vos chances de réussite. Il serait donc excellent de vous faire appuyer sérieusement pour la Légion d'honneur, tant que vous êtes encore dans les cadres.

## 5314. — Promotion au grade de médecin commandant

Classe 1911, thèse juillet 1914 ; mobilisé d'août 1914 au 11 novembre 1919 ; médecin auxiliaire de décembre 1914 ; aide-major de 2e classe, avril 1915 ; aide-major de 1re classe, avril 1917 ; cinquante-deux mois de front aux zouaves, une blessure, quatre citations ; médecin capitaine de réserve en 1927 ; Légion d'honneur de 1927, j'accomplis actuellement une période de quinze jours.

1° Dois-je accomplir une deuxième période après ma nomination à trois galons ?

2° Puis-je demander au Directeur du Service de santé de prolonger (à titre de deuxième période) celle actuelle de quinze jours, ou demander à la faire l'an prochain ?

3° Quand puis-je être proposable pour le quatrième galon ?

4° N'y a-t-il intérêt pour cette proposition à demander à faire d'autres périodes supplémentaires ?

5° Quelle solde approximative à trois galons ? j'ai une fille et suis marié. Dr Y.

Réponse.

Il vous faut six années de grade de trois galons et deux périodes d'instruction, afin d'être *proposable* pour le quatrième galon. Si la chose vous convient, vous pouvez donc demander à votre Directeur du Service de santé de prolonger de quinze jours (à titre de deuxième période), votre période actuelle.

Certes, il y a toujours intérêt à faire, si vous le pouvez, d'autres périodes supplémentaires ; n'oubliez pas que l'on tient le plus grand compte, pour l'avancement, de l'assiduité aux cours des écoles de perfectionnement.

La solde budgétaire d'un médecin capitaine est de 28.991 francs par an.

### 5273. — Tenue militaire obligatoire

Abonné au *Concours* veuillez donc me dire — devant faire une période d'instruction militaire — le minimum d'uniforme qu'il me faut.

Dr A.

Réponse.

Le minimum de tenue militaire comporte képi, vareuse, pantalon ou culotte avec guêtres ou bandes molletières, un baudrier, revolver, sabre ou épée.

### 5255. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

Classe 1921, ajourné deux fois en 1921 et 1922 puis service armé en 1923. Sursitaire, ai rompu mon sursis au bout de six mois. Ai donc fait un an de service (de novembre 1923 à novembre 1924) ; j'ai été libéré comme caporal infirmier et ai été reversé classe 1921. J'ai passé ma thèse en juin 1929. Quelle devrait être ma situation militaire et quelles sont les formalités à remplir pour être nommé médecin de réserve. Dr P.

Réponse.

Vous devez, afin d'être promu médecin sous-lieutenant de réserve, suivre des cours spéciaux, en vue de passer l'examen de médecin auxiliaire.

Il faut donc signaler votre situation de docteur en médecine au Directeur du Service de santé de votre Région.

Celui-ci vous indiquera l'époque et le lieu où vous pourrez suivre les quelques conférences nécessaires pour passer ensuite l'examen de médecin auxiliaire ; puis il fera constituer votre dossier : copie du diplôme de docteur, enquête de moralité, certificat de médecin-auxiliaire, etc... Ce dossier sera transmis ensuite au ministre, qui fera la promotion.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN




## SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

## Avis très important

A partir du 1er Janvier 1933, toute la Correspondance concernant le Secrétariat de la « *Mutualité Familiale* » devra être adressée au Siège Social

à Monsieur le Dr H. MIGNON
Bureaux du *Concours Médical*
**37, Rue de Bellefond, PARIS (IXe)**

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr DELARRAS, de Rehon, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

## DEMANDES ET OFFRES

No 350. — A vend. Renault 1928, 18/22 CV, 38.000 km., carross. Binder, éq. Triplex, 6 roues, malle, consom. 19 l. a coûté 110.000 francs, 1er prix élég. Deauville. Prix à discut. au-dessus de 15.000.

No 351. — Dr ayant 30 ans d'exerc. dans même pays, chev. Lég. d'hon., présid. syndicat méd. de sa région, hautes référ., demande direct. hôpital privé ou clinique.

No 352. — Dame veuve, famil. médic., dans un embarras passager, s'adapter. à tout emploi honorable (convalesc. isolés, chroniques, direct. d'intérieur, etc.).

No 353. — Directrice commerc. pendant plus. années d'une mais. de spécialités, cherche collabor. avec spécialiste Normandie ou région Paris.

## DERNIÈRES NOUVELLES

— **Docteurs « honoris causa ».** — A la séance solennelle de rentrée de l'Université de Paris, le diplôme de docteur *honoris causa* a été remis au Professeur Sanarelli, de Rome (comme nous l'avons annoncé déjà), et au Docteur MARANON, professeur à la Faculté de médecine de Madrid. Le Docteur Maranon, très connu pour ses études sur les glandes endocrines, a joué aussi un rôle de premier plan dans la politique espagnole, lors de l'institution du régime républicain en Espagne. Le Professeur Maranon, qui aurait pu aspirer aux plus hautes dignités républicaines, en Espagne, préféra continuer à accorder la majeure partie de son activité à ses travaux scientifiques.

— Lors des récentes séances solennelles de rentrée universitaire, ont été remis, d'autre part, les diplômes suivants :

De docteurs *honoris causa* de l'Université de Lyon : à MM. Emile DE GROSZ, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Budapesth ; Edward EHLERS, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Copenhague ; Jean SERHOOGEN, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Bruxelles ;

De docteurs *honoris causa* de l'Université de Montpellier : à MM. FERRER Y GAGIGAL et JAIME PAYRI,

professeurs à la Faculté de médecine de Barcelone ; Bordet, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles.

**—Académie de médecine.** *Le centenaire du Docteur Guéniot.* — La célébration du centième anniversaire de la naissance du Docteur Guéniot, ancien président de l'Académie, a eu lieu le 8 novembre. Des discours ont été prononcés par MM. Meillère, Achard, Bar, Pierre Duval, Mourier, Ambroise Rendu, de Fontenay, et de Monzie. Au cours de la séance, la médaille de la Ville de Paris a été remise à M. Guéniot, au nom du Conseil municipal.

**— Faculté de médecine de Paris.** — A l'occasion de l'armistice, la Fédération nationale des Médecins du front a déposé une couronne au Monument des morts de la Faculté de médecine.

En quelques mots, son président, Albert Landrin, après avoir salué les camarades tombés au Champ d'honneur, a formulé le vœu de voir se resserrer les liens qui déjà unissent les associations faisant partie de la Fédération.

Le doyen de la Faculté M. le Professeur Balthazard, le Docteur Leroux, médecin des hôpitaux, président de l'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants, le Docteur Schneider, président de l'Union des médecins mutilés de guerre, le Docteur Jouve, président de l'Association des anciens médecins blessés, pensionnés et réformés de guerre, assistaient à cette manifestation ainsi que les anciens présidents : Docteur Maringer, Pinard, Ménétrel, Landolt, et de nombreux camarades.

L'Association des médecins mutilés de Lyon et du Sud-Ouest qui n'avait pas été prévenue à temps n'a pu se faire représenter.

**— Clinique Rémy de Gourmont (XIX^e^).** — Dimanche 5 novembre, le Comité technique de la Clinique Rémy de Gourmont avait convié une centaine de confrères, afin de leur présenter les nouvelles installations de chirurgie, radiologie, physiothérapie et phtisiologie dont cet établissement vient d'être doté, à son instigation.

La Clinique R. de G. est ouverte à tous les médecins, chirurgiens, accoucheurs et spécialistes qui peuvent y soigner et opérer leurs malades, en les hospitalisant, puisqu'elle dispose de 70 lits de chirurgie, médecine et accouchements. Le libre choix y est donc florissant, et c'est là une caractéristique qui la place sur le plan de notre charte professionnelle.

Elle est, du point de vue économique, conçue dans des conditions qui semblent réaliser cette adaptation dont je ne cesse de proclamer la nécessité, en invitant mes lecteurs à méditer sur des projets que je leur propose, ce qui, je le dis en passant, vient de me faire traiter de... ballot, par un fougueux militant syndicaliste à l'esprit caustique, et que je ne tiens pas quitte pour si peu...

J'ai visité les installations de la Clinique R. de G.

Elles sont très perfectionnées et très modernes. L'établissement est situé près des Buttes-Chaumont. Il dispose d'une magnifique terrasse qui domine Paris, et permet de faire un tour d'horizon complet.

Je remercie de leur accueil mes confrères, et spécialement mon ami le Docteur Rouèche, qui a bien voulu me faire les honneurs de cet établissement. Et je leur souhaite toute la chance que mérite leur entreprise.

G. Duchesne.

— **Chez les médecins aliénistes.** — A l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la fondation de leur Association amicale, les médecins des Asiles d'aliénés de France offriront une soirée le mercredi 30 novembre, à 21 heures, dans la salle des fêtes de la Maison de la mutualité, 24, rue Saint-Victor.

Le programme comprendra : 1° Une conférence de M. le Professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon : *La psychiatrie en Amérique du Sud, souvenirs de voyage* ; 2° la première représentation de « *Mentaux divers* », revue médico-psychologique en un acte ; 3° à minuit, souper et bal.

Tous les membres du Corps médical et leurs familles sont cordialement invités à cette soirée, à laquelle M. Justin Godart, ministre de la Santé publique a bien voulu accorder son haut patronage et qu'il honorera de sa présence.

Des cartes d'invitation sont envoyées sur demande adressée à M. le Docteur Demay, Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ou à M. le Docteur Lauzier, Asile de Fitz-James, Clermont (Oise).

— **Confédération des Syndicats médicaux français. Syndicat médical des Deux-Sèvres.** — *Journée médicale de la tuberculose* sous la présidence du Professeur Léon Bernard, à l'occasion de l'inauguration de l'hôpital-sanatorium de Niort par M. le ministre de la Santé publique. — *Dimanche* 27 *novembre* 1932 : 10 h. 30, à l'hôpital-hospice : Inauguration de l'hôpital-sanatorium par M. le ministre de la Santé ; 12 h. 30 : déjeuner offert par le Syndicat médical à M. le ministre de la Santé, au « Raisin de Bourgogne » ; 14 h. 30, à l'Hôtel de Ville : Ouverture de la Journée médicale par M. le ministre de la Santé ; allocution du président du Syndicat ; allocution du Professeur Léon Bernard.

*Rapports* : Organisation de la lutte antituberculeuse dans les Deux-Sèvres par le Syndicat médical : Docteur G. Renon ; Fonctionnement du dispensaire et de l'hôpital-sana : Docteur Panou ; L'ultra-virus : Docteur Merle ; Les indications thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire : Docteur Joubert ; L'état actuel du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire : Docteur Laffitte.

— **Les Journées médicales belges de** 1933 seront consacrées en grande partie à des conférences et communications sur la syphilis. Elles auront lieu, comme d'habitude, à la fin du mois de juin.

— **Volume jubilaire du Professeur Roger.** — La remise du volume jubilaire du Professeur Roger, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, a eu lieu le 15 novembre au laboratoire de physiologie de la Faculté.

— **Monument Maunoury.** — L'inauguration du monument élevé au Docteur Maunoury a eu lieu à Chartres le 16 octobre. Le Docteur Bazy a fait l'éloge du grand chirurgien que fut Maunoury.

— **Ecole française de stomatologie** (20, passage Dauphine, Paris, 6e). — Des concours pour quatre places de démonstrateurs de dentisterie opératoire; une place de démonstrateur d'orthodontie et une place de démonstrateur de prothèse mobile auront lieu en février 1933.

Le registre des inscriptions sera ouvert à l'Ecole française de stomatologie du 1er décembre 1932 au 8 janvier 1933.

— **Hôpitaux de Grenoble.** — *Internat.* — A la suite du concours qui s'est ouvert le 10 octobre, ont été nommés : internes titulaires, MM. Etienne Berthet, Hakami, Joseph Rebuffet, Roche, Delattre, Déroudille, Cairel, Stolzenberg ; internes provisoires : MM. Cadence, Mockers, Roger Genin, Grange, Peyron, Jean Ricard.

— **La caravane universitaire.** *La messe de minuit à Bethléem.* — *La caravane universitaire* réserve aux médecins et à leurs familles des cabines de choix pour la croisière du 17 décembre au 12 janvier (Italie, Palestine, Grèce, Egypte). Prix depuis 3.250 francs. Réduction sur les frais de visa. Demander le programme à M. Roy, professeur au Collège de Gaillac (Tarn).

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage du Docteur Fulbert TAILLARD, directeur de l'*Essor médical*, médecin-chef de l'arsenal de Rennes, fils du Docteur Edmond Taillard, de Maiche (Doubs), avec Mademoiselle Lucienne BRUNSWICK. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 27 octobre en l'Eglise de Saint-Etienne, de Rennes.

— **Fiançailles.** — Nous apprenons les fiançailles de Monsieur René FREDET, fils du Docteur Pierre Fredet, chirurgien des hôpitaux de Paris, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer P.-L.-M., avec Mademoselie Catherine DELEBECQUE.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

3 NOVEMBRE

**Enseignement de la Médecine.**

Par arrêté du 31 octobre 1932, les dates des compositions du concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine fixées primitivement :

Aux 7 et 8 novembre. — Ont été reportées aux 14 et 15 novembre 1932.

Aux 9 et 10 novembre. — Ont été reportées aux 16 et 17 novembre 1932.

4 NOVEMBRE

*Arrêté du 3 novembre 1932 relatif au concours d'agrégation des facultés de médecine.*

Art. 1er. — Les concours du second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvriront à la faculté de médecine de Paris le 8 mai 1933.

Ces concours sont limités aux sections désignées et auront lieu aux dates fixées dans le tableau ci-après :

8 mai 1933 : médecine générale.

10 mai 1933 : chirurgie générale.

15 mai 1933 : obstétrique ; otorhinolaryngologie ; hygiène.

17 mai 1933 : physiologie ; physique médicale ; pharmacologie et matière médicale.

22 mai 1933 : anatomie ; chimie médicale ; médecine légale ; bactériologie.

24 mai 1933 : histologie ; histoire naturelle médicale et parasitologie ; anatomie pathologique ; pathologie expérimentale.

29 mai 1933 : pharmacie ; histoire naturelle pharmaceutique.

Art. 2. — Les registres d'inscription seront ouverts dans les académies du 7 janvier au 6 mars 1933 inclus.

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Docteur Rochaux, médecin du cadre des asiles en disponibilité, est nommé médecin chef de service de l'Asile public d'aliénés de Bron (Rhône) ; poste créé.

6 NOVEMBRE

**Légion d'honneur.**

Sont nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : MM. les Docteurs Charrier, de Paris et Charrin, de Saint-Didier-en-Velay (Haute-Loire).

**Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires**

**Pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques.**

957. — M. CAMBOULIVES demande à M. le minis-

tre du Travail si le pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques à la charge de l'assuré, porté à l'article 51 de la loi des assurances sociales, est bien le même que celui de l'article 4, paragraphe 5 de ladite loi. (*Question du 16 septembre 1932.*)

*Réponse.* — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 29 octobre 1932.)

### Frais de transport des assurés sociaux envoyés dans un hôpital.

965. — M. Alfred Lacourt demande à M. le ministre du Travail s'il est exact que la caisse départementale d'assurances sociales du Nord prétend qu'elle n'est pas tenue de participer dans les frais de transport des assurés envoyés dans un hôpital ou dans un sanatorium situé en dehors du siège de l'hôpital de rattachement ; d'où il s'ensuit que les assurés ou les communes ont à supporter une très grosse dépense, notamment quand le malade est envoyé dans un sanatorium du Midi. (*Question du 16 septembre 1932.*)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 34 du règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires d'assurances sociales, les caisses ne sont tenues à participer au remboursement des frais de transport qu'au cas où le malade est dans l'impossibilité de se déplacer par ses propres moyens. Ces frais sont supportés par la caisse dans la limite de son tarif de responsabilité et calculés d'après la distance qui sépare le domicile du malade de l'hôpital public le plus voisin. Le terme « hôpital public le plus voisin » doit s'entendre de l'établissement le plus rapproché parmi ceux appropriés à l'état du malade.

(*J. O.*, 29 octobre 1932.)

## EXERCICE ILLÉGAL DES ACCOUCHEMENTS

Une sage-femme, qui voit tous les accouchements du pays être faits par une matrone, n'ayant aucun diplôme, demande comment elle peut lutter contre cette concurrence déloyale.

La poursuite de l'exercice illégal, prévu par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 peut s'exercer contre toute personne qui prend part habituellement ou d'une manière suivie au traitement des maladies ou à l'art des accouchements.

Il faut donc apporter la preuve que la matrone a pratiqué des accouchements, soit par des attestations des accouchées elles-mêmes, soit par des témoignages.

La plainte sera adressée au Procureur de la République, soit par la sage-femme elle-même, soit par son Syndicat. Pour être bien certain

que le Parquet poursuivra, il est préférable que Syndicat et sage-femme se portent ensemble partie civile, mais cela demande la consignation d'un millier de francs environ.

Si les faits sont patents et indiscutables, une simple plainte suffit et les plaignants se porteront partie civile au cours des débats, par l'intermédiaire de leur avoué ou de leur avocat. De la sorte, la consignation par avance de la provision pour poursuites n'est plus nécessaire.

Quelle sera la condamnation possible ? 50 à 100 francs d'amende et, en cas de récidive, amende de 100 à 500 francs et un emprisonnement de six jours à un mois, ou l'une de ces deux peines seulement (article 18, § 3, loi du 30 novembre 1892).

Bien entendu le Syndicat, comme la sage-femme peuvent réclamer des dommages-intérêts.

Pour sa défense, la matrone peut invoquer le cas d'urgence : elle a fait un accouchement parce qu'il n'y avait aucun diplômé susceptible de porter secours à la parturiente. Mais, si l'urgence peut se produire une fois, deux au plus, cette excuse n'est plus valable, lorsqu'elle se répète pour tous les accouchements pratiqués par la personne dépourvue de tout diplôme.

Il faut donc avant tout, pouvoir obtenir le concours de deux témoins au moins, qui certifieront devant les juges correctionnels que, Mme X., dépourvue de tout diplôme, se livre néanmoins d'une manière habituelle et suivie à l'art des accouchements. La commune renommée est insuffisante, si personne ne consent à venir témoigner en justice.

Dr Paul BOUDIN.

## LE JUBILÉ MÉDICAL DU DOCTEUR BRANLY

L'Union médicale latine, représentant les trente nations latines d'Europe et d'Amérique, a tenu à honneur de fêter le 8 novembre, le Jubilé médical de celui à qui l'on doit la découverte immortelle du principe de la télégraphie sans fil, et qui est aussi médecin, ce que beaucoup ignorent. Il y a, en effet, cinquante ans que le Docteur Branly a été reçu docteur par la Faculté de Paris, en 1882, avec la thèse suivante : « *Le dosage de l'hémoglobine dans le sang par les procédés optiques.* »

Le Docteur Dartigues, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris, président-fondateur de l'Umfia ou Union médicale latine, s'est donc rendu auprès du Docteur Branly, dans son nouveau laboratoire, accompagné du Doyen de la Faculté de Paris, le Professeur Balthazard, du Professeur Roule, du Muséum, le grand biologiste, l'auteur de cette œuvre admirable : *Le monde vivant des eaux*, qui est aussi médecin, du Conseil d'administra-

tion de l'Union médicale latine, en particulier du Docteur Gaullieur l'Hardy, du Docteur Bandelac de Pariente, du Docteur Eugène Delaunay, du Docteur Moliněry, secrétaire-général, du Docteur Dausset, secrétaire-général adjoint, du Docteur Noir, directeur du *Concours Médical*, du Docteur Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, et d'une cinquantaine de représentants de l'Union médicale latine, de la presse médicale et de la grande presse, parmi lesquels les Docteurs Foveau de Courmelles, président de la Presse scientifique, Rivière, Gardette, Debat, Chauvois, Cambiès, Jayle, Fiessinger, Crinon, Blondel, Baillière, M. Forest, directeur de l'*Animateur des Temps nouveaux*, M. Tournon, gendre de M. Branly sur les plans de qui a été édifié le nouveau laboratoire, M. Vidal, chroniqueur de radio L. L., les Docteurs Armengaud, de Parrel, Guyot, Bongrand, Pierra, Cœlho, Campos, Thiéry.

La cérémonie a été grande dans sa noble simplicité. Après avoir offert une belle corbeille de fleurs aux couleurs nombreuses de la latinité, le Docteur Dartigues a présenté au Docteur Branly un numéro de la *Revue* de l'Union médicale latine, entièrement consacré à la vie et à l'œuvre de cet illustre savant, au nom des 100.000 médecins du Monde latin, des vingt-cinq mille médecins français, des cinq mille médecins, membres de l'Union médicale latine. Ce numéro contient les adresses des Docteurs Bellencontre, Dartigues, Molinéry, Dausset. Aussi ne fut-il pas prononcé de discours ; comme le dit le Docteur Dartigues au Docteur Branly : « Tout ce qui pouvait être dit par nous est dans cette *Revue* et le reste est inexprimable ! » Après que le Doyen de la Faculté de médecine et le président-fondateur de l'Union médicale latine lui eurent donné l'accolade, tous les membres présents serrèrent la main du merveilleux savant.

Dans cette belle *Revue* se trouve rappelé le texte de la première dépêche par T. S. F. envoyée dans le monde par Marconi, en 1899, des côtes d'Angleterre, aux côtes de France, de Douvres à Wimereux, ainsi conçu : « *Marconi envoie à M. Branly ses respectueux compliments à travers la Manche, ce beau résultat étant dû en partie aux remarquables travaux de M. Branly.* » Il est à remarquer, comme l'a écrit le Docteur Dartigues que : « ce sont deux pays de la latinité, représentés par le Français Branly qui fit les premières expériences, l'autre par l'Italien Marconi qui réalisa l'application pratique, qui ont donné au monde cette splendide découverte qui sert à l'humanité tout entière. Le Docteur Dausset dans un très bel article contenu dans cette même *Revue* s'est attaché à montrer les conséquences au point de vue thérapeutique médicale de la découverte de la T. S. F. Il est hors de doute que si Branly avait consacré à la médecine les forces de son puissant cerveau, il eut sans doute résolu plusieurs des problèmes des plus importants de la science et de l'art de guérir.

Cette cérémonie a été digne du génial savant, aussi

modeste et désintéressé que très grand. Le Corps médical, à l'initiative de l'Union médicale latine qui eut, il y a vingt ans, comme présidents d'honneur fondateurs français, le Docteur Georges Clemenceau, le Docteur Charles Richet et le Docteur Branly, a tenu à montrer sa légitime fierté de compter dans son sein un des plus grands génies de l'humanité et un des plus grands Français. Honneur à Branly, à la fois physicien et médecin, qui est une de nos plus pures gloires.

# CORRESPONDANCE

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 6073. — Luxation du cou-de-pied

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire savoir ce qu'il m'est possible de demander à la Compagnie d'assurances pour un accidenté atteint de luxation tibio-tarsienne (avec fracture de la malléole péronière).

Dans un cas semblable, la luxation est la lésion essentielle et la fracture un épiphénomène surajouté.

Par ailleurs, je ne vois nulle part au Tarif figurer la luxation du pied.

D[r] M.

**Réponse.**

Vous avez absolument raison, la fracture malléolaire péronière est un épiphénomène d'une luxation du cou-de-pied, lésion essentielle. Cette lésion (luxation) a été omise dans le nouveau Tarif. En attendant réparation de cette omission, j'ai déjà proposé (et ce fut accepté par les parties) 150 francs, *par analogie* avec luxation de l'épaule.

D[r] F. DECOURT.

### 6071. — Luxation de la clavicule

Je viens vous demander ce que je dois compter sur une note d'accidents du travail, pour le prix d'une réduction de luxation de la clavicule. Je suis surpris que ce prix ne soit pas indiqué sur le nouveau Tarif.

D[r] C.

**Réponse.**

La luxation de la clavicule a été omise dans le nouveau Tarif. En attendant réparation de cette omission, j'ai déjà proposé (et ce fut accepté par les deux parties) 60 francs, *par analogie* avec luxation du maxillaire inférieur.

D[r] F. DECOURT.

*Voir la suite page LV-3421*

# PROPOS DU JOUR

## Le livret sanitaire officiel et ses inconvénients

**L'utilité pour le médecin traitant d'être renseigné sur les antécédents de son malade, notamment si ce dernier a subi une intervention antérieure**

Le livret sanitaire nous a paru une innovation désirable. Divers modèles ont été créés et la *Confédération des Syndicats médicaux français* en a même adopté un modèle qu'elle met à la disposition de ses adhérents et de leurs clients. Le livret sanitaire dont on a vanté les avantages, a retenu l'attention de nos hommes politiques. Les uns voulaient le rendre obligatoire, les autres désiraient le voir facultatif à l'exemple du livret de famille. Au premier abord personne n'a vu d'inconvénient à la distribution d'un livret de santé officiel. Un de nos confrères, maire de sa commune, ayant longuement réfléchi à ce sujet, trouve l'innovation dangereuse; il nous a adressé le texte du projet de loi, créant un livret de santé officiel et l'a fait suivre de réflexions très judicieuses que nous livrons aux méditations de nos lecteurs.

*Proposition de loi déposée par M. Louis Marteau, député.*

Article 1er. — Dans un délai de six mois à dater de la promulgation de la présente loi, il sera mis à la disposition des maires des livrets sanitaires qui seront délivrés aux nom et prénoms de l'enfant, lors de toute déclaration de naissance.

Article 2. — Ce livret sera présenté par son titulaire à toute réquisition du médecin traitant qui devra y consigner toute maladie de caractère contagieux ou chronique, toutes vaccinations effectuées, toute intervention médico-chirurgicale que subira le titulaire dudit livret. Y seront également mentionnées toutes observations cliniques relatives à l'état physiologique du titulaire.

Article 3. — Toutes divulgations des indications portées au livret sanitaire par des tiers, autres que celles faisant l'objet d'un certificat régulièrement délivré par un docteur-médecin, seront punies des peines portées à l'article 378 du Code pénal.

Article 4. — Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, un règlement d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre de la Santé publique, d'accord avec les organisations syndicales des médecins français, déterminera le modèle du livret sanitaire, ainsi que la nomenclature des indications qui pourront y être consignées.

Article 5. — La loi est applicable à l'Algérie et aux Colonies.

Le jour où tous les Français seront munis par les soins du maire d'un carnet sanitaire individuel, ils ne pourront plus faire un pas dans l'existence sans qu'on leur demande à consulter leur livret sanitaire. Soit qu'ils veuillent entrer dans un commerce, une industrie, une administration ou même simplement se placer comme domestique, on leur demandera à voir ce fameux livret et s'ils répondent qu'ils n'en possèdent pas, on en conclura qu'ils en ont un, mais qu'ils ne veulent pas le montrer ; donc facultatif en théorie, il deviendra obligatoire en pratique. Que se passera-t-il alors ?

Les gens prévoyants, comptant sur une infirmité ou une maladie quelconque pour s'éviter une corvée, une obligation, service militaire ou *simplement travail* par exemple, s'efforceront de la mettre en évidence, de l'exagérer et même de la simuler au besoin ; ou bien redoutant en raison d'une maladie ou d'une infirmité de voir les portes se fermer devant eux, ils s'efforceront de la masquer pour qu'elle reste méconnue. De là deux sortes de sujets : des simulateurs d'une part, des dissimulateurs de l'autre ; les uns trouveront le moyen de faire porter sur leur carnet des tares dont ils ne sont pas atteints, les autres n'y feront pas inscrire des affections qu'ils garderont cachées. De cette façon le médecin, appelé à connaître de la teneur du livret, ne saura jamais dans quel esprit il aura été conçu ; ce livret sera toujours entaché, même à tort, de suspicion, donc il sera inutile.

Les malins feront encore mieux ; ils auront deux livrets, un rédigé par le médecin tant-pis et un rédigé par le médecin tant-mieux, et selon les circonstances, se serviront de l'un ou de l'autre. Dépense inutile qui grèvera encore le budget. Seule, est utile la fiche individuelle établie par le médecin et *conservée par lui*, ne servant qu'à lui qui sait dans quel esprit il l'a rédigée, qui ne vise aucun but autre que celui de mieux connaître

◆◆

le sujet qui se confie à lui, et qu'il est toujours disposé à faire connaître à un confrère, sur la demande de l'intéressé, le résultat de ses observations, sera mentionné sur cette fiche qu'il détiendra à son cabinet, à l'usine, à l'école, à la caserne...

Le livret de famille lui-même, actuellement délivré au moment du mariage, peut être suspecté. Ce livret est donné aux conjoints pour leur servir de mémorandum ; il porte la date et le lieu du mariage, les nom, prénoms, date et lieu de naissance des enfants, etc... Il permet aux intéressés de se souvenir surtout des prénoms inscrits dans les actes de l'état civil, des dates et des communes où ces actes ont été rédigés, de telle façon qu'en cas de besoin, ils sachent où s'adresser pour en obtenir des extraits et puissent, par des renseignements précis, faciliter les recherches sur les registres de l'état civil. Mais le porteur d'un livret de famille n'est pas obligé de le faire mettre à jour, de sorte qu'un citoyen peut se présenter avec un livret de famille portant la naissance de six, sept, huit... enfants et ne portant jamais mention de leur décès. Sur huit enfants, huit peuvent être décédés. S'il le juge utile pour lui, il peut se présenter avec son livret de famille et huit enfants d'emprunt qu'il fait passer pour les siens et le tour est joué. Ce livret de famille qui, officiellement, n'est qu'un memorandum, acquiert à tort dans la pratique une valeur qu'il n'a pas. C'est un peu la faute de l'Administration des P. T. T., et peut-être d'autres administrations qui l'acceptent comme pièce d'identité.

***

Nous avouons que les réflexions de notre confrère, maire de sa commune, a ébranlé notre enthousiasme en faveur du livret sanitaire officiel. Il a du reste ajouté : « Que le médecin d'une école, d'une usine, d'un régiment, d'une administration, dresse des fiches individuelles qu'il conserve », j'y trouve de réels avantages, mais lui seul en a la connaissance et s'il s'en sépare un jour, ce sera pour les remettre à un autre médecin, lié par le secret médical, qui sera tenu à conserver au document le même caractère confidentiel. Je lui reconnaîtrai le droit de délivrer à l'intéressé lui-même dans certaines circonstances, sous forme de certificat, les renseignements d'ordre médical qui pourraient lui être indispensables ; mais ce serait tout.

« A-t-on réfléchi aux graves préjudices que pourraient, dans certaines circonstances, causer à un enfant le livret sanitaire remis à ses parents, par exemple, en cas de divorce, de décès, suivi de remariage, etc... »

Nous comprenons que des parents tiennent à recueillir tous les renseignements sur le développement et le passé sanitaire de leurs enfants, c'est à eux à tenir à jour le casier sanitaire de leur famille en demandant à leur médecin les renseignements qu'ils jugent nécessaires. Mais ce dernier doit éviter d'assumer la responsabilité de la rédaction du livret, surtout si ce document a un caractère officiel.

Sur cette question de l'avantage qu'un médecin traitant trouverait à être renseigné sur les antécédents de ses malades, et que nous avions cru résolue par le livret de santé, s'en greffe une autre, celle de faire donner à un opéré, après sa guérison, quelques précisions sur l'opération qu'il a subie. Il nous est arrivé, au cours de notre carrière, d'être fort embarrassé en présence de malades, présentant de graves symptômes et ayant subi, le plus souvent à l'hôpital, plusieurs années auparavant, de grandes opérations. Quelques rares chirurgiens remettaient à leurs opérés une note indiquant le genre de l'intervention pratiquée, et même l'indication des organes qui avaient été enlevés ou mutilés. Cette pratique ne paraît pas s'être généralisée, bien qu'il y ait une dizaine d'années, nous ayons attiré l'attention sur son utilité. Le secret médical n'est pas là en cause. Le chirurgien a toujours le droit, et souvent le devoir, de renseigner un opéré guéri sur l'intervention qu'il a pratiquée et les mutilations qu'il a dû lui faire subir. Il est libre d'atténuer, s'il le juge utile, le libellé qu'il remettra à ce sujet à son client. On nous objectera que l'ancien opéré n'aura qu'à avoir recours, en cas d'accidents postérieurs, à son opérateur. D'accord ! mais ce dernier peut être mort ou disparu ; il peut en outre, s'il est très occupé, n'avoir gardé aucun souvenir d'une intervention qu'il a jugé banale, n'en prévoyant pas les conséquences éloignées. C'est ce que nous avons observé plusieurs fois, et nous nous permettons d'attirer de nouveau l'attention sur l'utilité qu'il y aurait à remettre à chaque opéré une note succincte qu'il conserverait, précisant la nature de l'intervention.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS DOIT-IL ÊTRE IMMÉDIAT OU EXPECTATIF ?

Par le Docteur Carle,
Médecin-chef du Service sanitaire de la ville de Lyon.

A l'occasion du récent centenaire du Professeur Fournier, le Comité d'organisation avait mis à l'ordre du jour la question de la prophylaxie des syphilis nerveuses, rapportée par les Professeurs Wagner von Jauregg, Claude et Nicolaü.

Dans ces rapports, l'attention était particulièrement attirée sur trois points, l'opportunité des ponctions rachidiennes, les résultats donnés par la malariathérapie dans la paralysie générale, et aussi l'influence possible des traitements intensifs et précoces sur l'éclosion des syphilis nerveuses. Ce dernier point, dont je veux parler ici, n'est pas tout à fait une nouveauté, puisque nous avons tous dans la mémoire les diatribes passionnées du Professeur Gaucher contre l'arsénobenzol, cause, d'après lui, des localisations nerveuses, précoces ou tardives. Mais cette question prenait un regain d'actualité du fait des hypothèses récentes sur la dualité des virus, de l'opposition, admise par quelques auteurs, entre les tropismes cutané et nerveux, des résultats obtenus par Dujardin dans ses analyses de liquide céphalo-rachidien et enfin de deux articles de Raoul Bernard (*Bruxelles Médical*, 3 et 10 avril 1932) qui ont été résumés dans le *Concours Médical* (15 mai 1932). Rappelons seulement que l'auteur, s'appuyant sur des lois de pathologie générale et une statistique personnelle, se demande si, en empêchant par des traitements précoces l'apparition des exanthèmes secondaires, nous n'entravons pas le processus d'immunisation, et n'exposons pas nos malades à des complications nerveuses tardives plus nombreuses. Mon ami Raoul Bernard, malgré l'originalité de son esprit, est trop sage pour tirer des conclusions hâtives qui seraient dangereuses pour l'intérêt social, mais il expose la question d'une façon troublante qui oblige à la réflexion.

Tant que ces discussions ne sortent pas du cadre des spécialisés, juges et bons juges de chaque cas, elles conservent un caractère académique qui en atténue les dangers. La gravité de la situation apparaît avec leur vulgarisation. Je m'en aperçus à l'occasion d'un cas récent, que j'ai présenté à la Société de Dermatologie de Lyon (juin 1932) où un bon praticien, mis au courant de ces hypothèses par la lecture du *Concours Médical*, avait systématiquement attendu la roséole pour commencer le traitement. Six semaines après, une paralysie faciale apparut, très tenace. Quel que soit le nom qu'on donne à cette manifestation, neuro-récidive ou autre, je dis simplement que je n'ai jamais vu pareille chose, quand j'ai commencé un traitement intensif arséno-bismuthique dès le début.

Avant donc que ne soient généralisées ces notions, qui ont pour elles le dangereux attrait de la chose nouvelle et un peu révolutionnaire, il m'a semblé que chacun devait apporter sa contribution afin de voir, dans les suggestions de Raoul Bernard, si contraires à notre enseignement et à nos habitudes, ce qui correspondait à la généralité des cas.

Les trois rapporteurs ont été formels, le Professeur Wagner sous forme d'indication, le Professeur Claude avec la plus grande netteté, et le Professeur Nicolaü, avec une chaleur communicative. Tous trois ont affirmé que rien ne permettait, jusqu'à plus ample informé, d'incriminer les traitements précoces, et que ceux-ci étaient encore la meilleure des préservations contre les complications de l'avenir, voire nerveuses. Ce disant, les rapporteurs, appuyés déjà par leur expérience personnelle, ne faisaient que répéter ce que les travaux et les statistiques ont démontré, de façon qui semblait définitive, depuis 1910, et tout particulièrement depuis 1922, date où la combinaison des arsénobenzols et des bismuths a permis, sans danger, l'institution précoce des médications mixtes intensives, telles que nous les conseillons et les pratiquons depuis cette date.

Car il faut bien reconnaître, avant toute critique, que la technique d'application du traitement joue un rôle essentiel dans la préparation des récidives. Nous sommes d'accord avec tous ceux qui ont pris part à la discussion, pour reconnaître qu'un traitement insuffisant, fut-il pré-

coce, peut être nocif pour l'avenir. Mais, avec les mêmes collègues, nous affirmons qu'un traitement vraiment intensif, précoce et régulier, est le meilleur moyen que nous ayons pour préserver le malade de tout maléfice, présent et futur, ainsi que pour protéger ses semblables et même lui assurer une saine postérité.

Cette assertion m'est permise par trente ans de pratique, au cours desquels j'ai subi, comme tous, les fluctuations des découvertes syphiligraphiques, qui ont autorisé quelquefois les plus grands espoirs, pas toujours justifiés. En l'honneur de ce trentenaire, j'avais colligé, dès 1931, toutes les observations de mes syphilitiques vus, traités ou suivis par moi, depuis 1900, et revus en ces dernières années. Résumer cette statistique sera peut-être la meilleure façon d'apporter à cette discussion ma contribution personnelle.

La première partie de ce travail a déjà paru dans les *Annales des maladies vénériennes* en juin 1931, sous ce titre : « Trente ans après ... ou la vie des syphilitiques ». Il s'agissait de 415 malades que j'avais traités de 1900 à 1910 et revus de 1925 à 1930. Sur ces 415 malades, 154 seulement avaient été ramenés chez moi par des affections d'origine syphilitique et le nombre des lésions nerveuses de toutes espèces s'élevait à 80, soit 50 % environ ; au lieu que, dans la grande statistique du tertiarisme de Fournier, cette proportion était de 32 %. Voilà qui paraît, à première vue, justifier l'idée de l'augmentation générale des affections nerveuses post-syphilitiques. Cette assertion n'est que partiellement exacte, et je vais l'expliquer.

Il faut d'abord savoir que nombre de ces malades (77 exactement) me furent légués par le siècle passé, et que, pour beaucoup d'autres, j'avais encore ordonné les pilules ou appliqué les timides médications mercurielles (solution huileuse de biiodure, huile grise, benzoate légers, hermophényl, etc.) que nous qualifiions d'intensives au début de ce siècle. La plupart de ces malades avaient eu des accidents cutanés ou muqueux, ce qui ne les avait pas empêchés d'être plus tard atteints de complications nerveuses, que l'on pourra retrouver dans ma statistique. Et cependant, dès 1903, je distribuai *larga manu* les séries de benzoate et d'huile grise, sans prétention abortive, mais avec de très rapides blanchiments.

Mais ces traitements, qui m'émerveillaient à cette époque par la rapidité de leur action sur les accidents secondaires ou tertiaires (Voir *Lyon Médical*, 19 avril 1908), étaient, en réalité, à peine intensifs et pas du tout abortifs. En sorte que la revision lointaine de ces observations, en 1931, m'a démontré, chez ces mêmes malades, le nombre encore considérable de complications de toute nature, parmi lesquelles les localisations nerveuses ont une place importante, alors même, je le répète, que la plupart d'entre eux eussent été atteints, en leur temps, d'éruptions cutanées ou muqueuses.

D'autre part, il faut bien ajouter, à la décharge de ces traitements mercuriels, que le comptoir des complications nerveuses s'est singulièrement élargi depuis Fournier. Nombre de complications nerveuses, ou vasculaires, sont aujourd'hui considérées comme syphilitiques, alors qu'on ne songeait pas, au siècle passé, à cette étiologie. D'où une raison sérieuse de l'augmentation apparente du nombre de ces complications dans les statistiques modernes.

De la période suivante, qui commence avec les arsénobenzols autour de 1909, je ne publierai jamais rien. D'abord parce qu'elle fut toute de tâtonnements et d'essais, et souvent d'incohérence, avec des doses et des procédés qui font frémir aujourd'hui. Il y eut des guérisons merveilleuses, des neuro-récidives et des morts. Et puis, la guerre vint fermer mon cabinet et disséminer mes malades. Je ne les revis plus pendant quatre ans. Beaucoup ont disparu et je ne pourrais faire état des observations mal suivies de cette époque.

Nous voici de retour dans nos foyers. La rude expérience de la guerre a familiarisé les médecins avec la pratique des intraveineuses, devenues d'un maniement plus facile. Puis, après la merveilleuse découverte de l'action spirillicide des bismuths, l'abondance immédiate des produits met à la portée du praticien le plus timoré des moyens thérapeutiques vigoureux. Quelques spécialisés, dont je fus et Raoul Bernard aussi, affirment que les traitements mixtes arsénicaux et bismuthiques, intraveineux et intramusculaires, paraissent donner le maximum de sécurité et de résultats. Pour ma part, je les ai toujours appliqués ainsi, dans ma clientèle personnelle, comme praticien, aussi bien que chez mes consultants. En sorte que, depuis 1922, j'ai adopté une médication stéréotypée, que j'ai quelque raison de croire définitive, basée sur le triple principe des traitements mixtes les plus précoces et les plus intensifs possibles, suivis de séries régulières au cours des trois premières années, prolongées ensuite suivant les résultats des examens et des analyses du sang.

C'est donc sur cette dernière série de malades que j'ai fait porter ma dernière statistique, et voici comment j'ai procédé pour cette période, relativement courte, mais exactement comparable à celle que nous présente Raoul Bernard.

Dans un premier tableau, j'ai réuni les malades ayant subi depuis 1921, dès la période chancreuse, **des traitements mixtes suivant la formule** précitée, suivis et contrôlés par moi-même.

Dans ce tableau, comportant 62 cas, je consigne en 1932 : trois cas d'ulcérations génitales tertiaires, dont l'une accompagnée d'érosions papu-

leuses généralisées et de plaques buccales. Tréponèmes nombreux dans deux cas, absents dans le troisième (vérifié par le Docteur Massia).

Un cas d'ulcération balanique, que je pourrais, suivant les doctrines, qualifier de réinfection ou de superinfection. Tréponèmes abondants (vérifié par le Docteur Lacassagne).

Deux leucoplasies superficielles.

Un testicule syphilitique, assez vite guéri.

Et dans l'ordre nerveux :

Une parésie à l'accommodation droite avec inégalité pupillaire.

Une inégalité pupillaire avec patellaires absents, qui ne bouge pas depuis plusieurs années.

Une paralysie générale, d'ailleurs prévue, chez un cafetier qui avait abandonné depuis trois ans le traitement et s'alcoolisait quotidiennement (mort l'an passé).

Un cas tout à fait mystérieux pour moi d'une jeune femme à qui son médecin faisait, **faute de mieux,** un traitement d'acétylarsan, et qui mourut en trois jours avec des symptômes de méningite suraiguë.

Et c'est rigoureusement tout.

Mais si je prends dans les mêmes délais les malades d'après guerre dont la syphilis a été méconnue ou maltraitée, soit 53 malades, **négligeant les autres complications,** je trouve déjà en fait de déficiences nerveuses sérieuses :

Deux paralysies générales ;

Trois ictus avec paralysies ou parésies consécutives **et deux ramollissements;**

Une ophtalmoplégie ;

Trois tabès à divers degrés ;

Une syphilis médullaire ;

Quatre névrites dont le traitement spécifique me paraît avoir démontré la nature.

Alors, quand je vois le tableau de Raoul Bernard (p. 632) portant sur trente malades soignés dès le chancre, sur lesquels il dénombre déjà six accidents nerveux graves, dont un tabès et deux paralysies générales, j'avoue simplement que je ne comprends plus du tout, et que j'ai quelque tendance à incriminer une mauvaise série, ou la « guigne », que nous sommes quelquefois réduits à invoquer, même en syphiligraphie !

D'autre part, ne possédant pas, dans cette même clientèle, un nombre suffisant de séries d'examens de liquide céphalo-rachidien, j'ai demandé au Docteur Laurent, de Saint-Etienne, quels étaient les résultats obtenus dans son Dispensaire, où ces ponctions sont régulièrement pratiquées.

Voici textuellement sa réponse :

« *a*) 152 malades ont été suivis par moi avec constance et ont eu un traitement régulier. Tous ont eu les huit Wassermann négatifs dans le sang pendant huit mois consécutifs. Ces 152 malades ont eu une **ponction lombaire** la plupart la troisième année, quelques-uns plus tôt.

Neuf malades ont présenté des troubles de ce liquide céphalo-rachidien, soit sous forme de lymphocytose pure, soit sous forme de réaction positive, soit sous forme d'albumine en quantité supérieure à 0,50 centigr., soit sous forme de globuline.

*b*) 69 malades ont commencé leur traitement à la période du chancre sans accidents secondaires, mais 39 avaient une courbe sérologique positive.

Quatre de ces malades ont présenté, l'un une lymphocytose, deux une réaction positive et le dernier une lymphocytose élevée avec séroréation positive et hyperalbumine de 1 gr. 40 avec globuline. Ce dernier malade avait été soigné par quatre injections de 914 en 1920 et était resté sans traitement jusqu'en 1923.

Les trois premiers malades furent soignés par le stovarsol et le muthanol, et, en quelques mois le liquide céphalo-rachidien devint absolument normal. Le quatrième malade a disparu de notre champ d'observation.

On peut donc dire que, sauf un malade qui négligea son traitement deux ans au début de l'infection, trois malades sur 69 ont eu un trouble du liquide céphalo-rachidien et que ce trouble a disparu par un traitement approprié.

*c*) 83 malades ont commencé leur traitement en pleine efflorescence secondaire.

Quatre d'entre eux ont eu des troubles du liquide céphalo-rachidien. Deux ont disparu de notre champ d'observation et les deux autres, malgré le traitement le plus énergique, conservent le même trouble de leur liquide céphalo-rachidien (densité élevée, albumine).

On peut donc conclure que beaucoup de malades, dont le traitement a été commencé à la période du chancre, ne présentent pas de trouble de liquide céphalo-rachidien, dans la proportion de 61 /4 ; sur ces quatre, l'un ne s'est pas soigné pendant deux ans au début de l'infection et les trois autres ont vu céder leur trouble du liquide céphalo-rachidien en quelques mois de traitement énergique.

Sur 83 malades dont le traitement fut commencé après les accidents secondaires, quatre présentent des troubles du liquide céphalo-rachidien ; deux fois au moins, peut-être quatre fois (puisque deux malades n'ont pu être suivis), ces troubles ont persisté malgré le traitement.

Il n'y a là en tout cas, aucun argument défavorable au traitement aussi précoce que possible.

Je ne me permettrais pas, moi chétif, une pareille contradiction, si je ne me sentais solidement étayé par de robustes épaules. Relisez l'enquête faite en 1920 dans les *Annales des maladies vénériennes* sur les syphilis nerveuses. Vous verrez qu'il y a accord complet pour assurer que la lymphocytose de la période secondaire est le

prélude des complications nerveuses tardives, et que le meilleur moyen de les prévenir est d'empêcher l'apparition ou l'extension de cette lymphocytose par un traitement immédiat et intensif. Cette affirmation est signée Dind, Leredde, Pinard, Emery, Nicolas, Spilmann, Gougerot, Sicard, Lacapère, Peyri, Jadassohn, Babinski et quelques autres d'égale autorité.

Cette assurance a été si souvent répétée et confirmée depuis dix ans qu'elle apparaissait comme une vérité première et, qui plus est, logique et de bon sens. Elle a été soutenue par Ravaut depuis ses premiers travaux (*Presse Médicale*, 1912) jusqu'à ses communications au Congrès de 1932, où il a toujours répété que les réactions nerveuses tardives, suites des réactions méningées secondaires, avec modifications du liquide céphalo-rachidien, ne se voyaient pas chez les malades traités à la période du chancre, et qu'elles étaient presque constantes chez les malades plus tardivement traités. On a, en effet, le droit de se demander quelle raison on peut avoir à laisser éclore cette lymphocytose secondaire, source de tous les maux futurs, si on a quelque chance de l'en empêcher.

Si je m'en rapporte à d'autres récents travaux, j'ai entendu au Congrès de Copenhague, en 1930, le Professeur Arzt, rapportant une statistique de 540 cas, affirmer de la façon la plus nette, chiffres en main, que le nombre des syphilis nerveuses ou des parasyphilis n'était nullement accru, et que seul le traitement intensif présérologique permettait d'éviter les atteintes du système nerveux.

Dans la littérature américaine, je trouve un travail très complet de Weatehrby (*Amer. Journ. of Syph.*, juillet 1929), où sont minutieusement examinés les antécédents de 266 cas de paralysie générale, tabès, méningites et psychoses, sur lesquels 48 seulement avaient subi un traitement à peu près régulier. Les autres étaient tous des méconnus ou des traitements retardés.

Même conclusion sous la signature de Morris dans le n° 6 du *Journ. of derm. and syph.* de juin 1930.

Même note dans quantité d'articles de Sicard, Pinard, Sézary, Ravaut et tant d'autres, se rapportant à des cas particuliers qu'il m'est impossible de rappeler.

Je souhaite qu'une voix plus autorisée que la mienne s'attaque à ce nouveau dogme que l'on tend à nous imposer sous le nom de dermatotropisme et de neurotropisme. S'il a paru être justifié dans quelques cas qui peuvent tout aussi bien être qualifiés de coïncidences, quantité de travaux émanant des cliniques ou des laboratoires ont déjà paru, démontrant que cet antagonisme, que l'on veut systématique entre les lésions de la peau et du système nerveux était pure imagination. Je renvoie aux articles de Levin (*Derm. Zeitschrift*, mai 1928, n° 5) de Arzt (*Arch. fur Derm. und Syph.*, 1931, cahier 1, p. 164), de Marinesco (*Revue neurologique*, mai 1930), de Cortia (*J. ital. de Derm. e syph.*, mai 1930), qui conclut que ce dualisme n'est pas plus démontré pour la syphilis que pour la tuberculose ou la lèpre.

Pour ma part, j'ai sur mes seize cas de syphilis nerveuses, cinq malades qui ont été atteints de localisations cutanées, et l'un d'entre eux, hémiplégique et ramolli, avait fait en 1918, à la suite d'injections de néosalvarsan, une érythrodermie telle qu'il a fallu quatre mois pour l'en débarrasser.

Il serait grand temps qu'une réaction intervienne dans ce sens, faute de quoi, nous allons revenir à des enfantillages, tels que l'apologie des réactions cutanées médicamenteuses, des frictions et des bains sulfureux, vieux souvenirs respectables, fort bien à leur place dans le Musée des Antiques, d'où il vaut mieux ne pas les exhumer.

Enfin, quoi qu'on fasse, il est impossible en cette affaire, de séparer le point de vue social du point de vue individuel. Même les protagonistes de cette nouvelle conception le sentent tellement qu'ils n'osent pas une seule fois conseiller l'attente systématique des accidents secondaires. Car, il ne faut pas oublier que la plaque muqueuse, génératrice d'autres contagions, voisine avec la roséole.

Il serait regrettable, aux yeux de tous ceux qui ont entouré et aimé le Professeur Fournier, que la célébration de son Centenaire vit naître une conception et se développer un état d'esprit, aussi nettement contraires à son enseignement et aux principes de prophylaxie qu'il a défendus toute sa vie.

# LA TECHNIQUE RADIOLOGIQUE AU SERVICE DES INSPECTIONS SCOLAIRES RURALES

Par le Docteur LAMBOLEZ,
Licencié ès sciences mathématiques et physiques.

Dans un précédent article, j'ai rapidement examiné quels étaient les obstacles rencontrés par l'inspecteur médical lors des inspections scolaires, au cours de l'examen aussi complet que possible des enfants et en particulier pour le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire (1).

Il est intéressant de reprendre cette question sous un nouvel aspect. Peut-on espérer atteindre le but désiré en faisant appel à la technique radiologique moderne, je veux dire en effectuant les scopies pulmonaires systématiques de tous les enfants à l'école même ?

Pour plus de clarté, je dirai quelques mots de la technique employée, puis en déduirai les résultats qui peuvent être obtenus en tenant compte de divers facteurs inhérents aux conditions matérielles dans lesquelles ces examens ont lieu.

***

Il est incontestable que des progrès considérables ont été réalisés depuis ces dernières années dans l'appareillage radiologique. Nous nous souvenons tous de ce que furent les premiers tubes à gaz, fragiles, d'emploi assez délicat et de réglage si méticuleux ; à peu près abandonnés, ils ont fait place au tube à cathode incandescente réalisé par W. D. Coolidge et dont une disposition particulière est rencontrée dans le tube « métalix » par exemple.

Le générateur idéal du courant de haute tension qui doit alimenter un tube est — ceci est à retenir — une source électrique de tension pratiquement constante. A cet effet, on a trié les ondes par soupapes diverses, en particulier par celles à vide dit absolu du type « Kénotron » réalisant des ondes de même polarité.

Divers montages ont été réalisés par les constructeurs ; il en est de très simples mais leur inconvénient est de ne pas protéger le tube X contre l'onde inverse à cause de la capacité du circuit ; cela n'aura plus lieu si le tube fait soupape lui-même comme dans le Coolidge à anticathode froide : dispositif « métalix » par exemple.

Le dispositif métalix portatif est le prototype d'un appareillage portatif particulièrement intéressant pour solutionner notre problème. Nous le prendrons comme exemple.

De par sa construction, le tube peut être considéré comme parfaitement étanche, à tout rayonnement primaire : le faisceau X projeté issu, d'un foyer linéaire, donne en outre des impressions particulièrement nettes sur un écran photographique ou fluorescent. Ce tube est entièrement enfermé dans une enceinte métallique choisie, placée au potentiel 0, formant en quelque sorte corps avec tout le reste de l'appareil.

La protection contre la haute tension est parfaite, aucun choc électrique n'est à craindre, mais — de l'avis même du constructeur — il est recommandable d'employer dans tous les cas une ligne de terre. Or, pour remplir son but, une prise de terre doit être faite avec soin : choisir pour prise de terre des tuyaux d'eau, de gaz ne sera pas toujours possible et encore faudrait-il que le contact entre le fil de cuivre — délivré avec l'appareil, ce qui en démontre l'utilité — et le tuyau, soit aussi parfait que possible (certains électriciens allant jusqu'à envisager un décapage préalable, s'ils ne vont pas jusqu'à la soudure).

La protection contre le rayonnement X primaire est assurée ; mais on sait que lorsque les rayons de Rœntgen frappent un corps, ils se transforment partiellement en rayons secondaires analogues, au moins en partie, à des rayons cathodiques qui semblent présider à toutes les actions physico-biologiques des radiations, érythèmes et radiodermites (A Broca). Les rayons secondaires qui atteignent l'opérateur au voisinage de l'écran radioscopique pendant un temps assez long et répété sont-ils dangereux ? Il me semble que de sérieuses garanties de sécurité doivent être demandées et que des expériences sont nécessaires, car on ne saurait oublier qu'il y a peu de temps MM. Laquerrière et Lehmann (2) montraient que pour la simple protection des accessoires des radiologistes (tablier, gants...) l'opacité annoncée était généralement beaucoup supérieure à l'opacité réelle.

On ne saurait envisager les mesures de protection édictées, par exemple, au IIe Congrès de radiologie de Stockholm de juillet 1927, l'appareil portatif devenant simplement transportable et encombrant ; cependant, il convient de réduire dans la plus large mesure la durée des examens, l'intensité et la dimension du rayonnement. C'est dire qu'il ne faut faire usage de ces examens qu'à bon escient et de façon prudente.

Il est indiqué de contrôler par un électroscope sensible, l'efficacité des protections après un usage — j'allais dire — immodéré de l'appareil, car l'anticathode subissant peut-être un chauf-

fage l'amenant à une température inacceptable, quelles seront les perturbations apportées dans l'émission des radiations ?

Il faut reconnaître qu'une telle installation radiographique présente malgré toutes critiques quant à la durée de son emploi, le maximum de sécurité pour l'observateur comme pour le patient ; que son montage est simple autant que rapide.

Mais il est évident que ce sont avant tous les cas graves, nécessitant un examen X, scopie ou plutôt graphie à domicile pour lesquels tout appareil portatif aura son utilité maxima. Il serait contraire au bon sens de vouloir effectuer dans de mauvaises conditions l'examen d'une personne non alitée.

En dehors de ce premier rôle essentiel, un appareil portatif ou simplement transportable peut-il être utilisé avantageusement dans les écoles en vue du diagnostic de la tuberculose pulmonaire à son début ?

Nous avons résolu partie du problème, mais l'appareil serait-il parfait qu'il reste à envisager les conditions de l'observation, les conclusions que l'on peut en déduire et les conséquences des erreurs aussi bien systématiques qu'accidentelles.

***

La scopie sera le plus souvent pratiquée en plein jour, car bien rares sont les écoles rurales disposant de chambre noire ou simplement obscure. L'observateur sera donc muni d'une bonnette radioscopique permettant l'adaptation continuelle des yeux. J'abandonnerai le côté fatigant de cette situation, puisque dans un instant j'aurai à parler des mouvements de la tête lors des observations de longue durée.

Nul ne saurait nier que la rétine de l'observateur se fatiguera, qu'elle passe de la lumière dans l'ombre ou reste dans cette dernière, si elle est astreinte à ce travail pendant un temps assez long. La rétine étant fatiguée avec une longueur d'onde spectrale déterminée, on a montré qu'il existe une diminution de sensibilité se traduisant par un seuil de fusion pour une série de longueurs d'ondes voisines. C'est en ne tenant pas compte du degré d'irritabilité de l'appareil sensoriel récepteur au moment de l'excitation que Fechner avait donné sa loi psycho-physique bien connue, quand, en réalité, l'intensité de l'excitation, proportionnelle à la concentration des substances d'excitation dans le système excitable, est une fonction exponentielle du temps pendant lequel agit l'excitation.

D'autre part, Charles Henry (3) dans une très remarquable étude de psycho-biologie écrit que « la loi psycho-physique peut être arrêtée à sa plus simple expression : sensation proportionnelle à l'excitation dans le cas des formes » et il ajoute que les phénomènes d'anesthésie ou d'hyperesthésie rétiniennes que l'on constate quand on étudie « l'influence d'une forme (un angle par exemple) sur la sensibilité lumineuse en recherchant rapidement la distance la plus grande à laquelle cette forme, après fixation durant quelques secondes, apparaît comme une tache indistincte sur le fond blanc du papier » s'expriment par des nombres tenant compte du caractère rythmique des angles et ne valent que s'il s'agit d'un œil normal et que précisément « pour une rétine fatiguée, il y aurait renversement ».

Charles Henry arrive à des conclusions analogues en étudiant l'influence sur la sensibilité à la lumière des successions d'éclats à des intervalles rythmiques ou non. Il utilise d'ailleurs comme photoptomètre un appareil fondé sur le principe de la diaphragmation des objectifs, muni comme source lumineuse d'un écran de sulfure de zinc phosphorescent.

Sans insister davantage sur cette question extrêmement captivante de la réaction de la rétine aux sensations lumineuses, j'en ai dit assez pour conclure qu'il existe chez chaque sujet une limite au delà de laquelle il y a apparition de fatigue et observation défectueuse parce que inversion possible des sensations.

Une scopie est-elle autre chose que le résultat de sensations rétiniennes ?

Partant de ce fait que deux teintes de lavis semblent beaucoup plus différentes lorsqu'elles sont juxtaposées que lorsqu'elles sont observées isolément, c'est-à-dire que l'écart entre deux teintes juxtaposées paraît grandir, Charles Henry montre expérimentalement que si l'on cherche à identifier chacune d'elles à une teinte d'éclat inférieur ou supérieur, il y a un écart tel que c'est la teinte la plus claire qui gagne apparemment, la teinte la plus obscure restant fixe, le caractère rythmique ou non des teintes juxtaposées n'ayant d'autre résultat que de faire varier le gain en plus ou en moins.

Tous ces faits sont importants lors de l'observation continue et répétée du lavis lumineux fourni par la scopie : inégalité de teintes dues aux ombres normales ou non ou encore dues aux différences d'éclairement provenant des plus ou moins grandes variations de voltage du primaire ; caractère oscillatoire de la vision pour tout observateur même en station assise, par un mouvement plus ou moins rythmique des yeux ; efforts d'accommodation, efforts de convergence dans la vision binoculaire alors que le sujet est debout et peut présenter des mouvements involontaires d'une certaine amplitude...

***

Est-ce à dire que j'ai voulu écrire un réquisitoire contre la scopie ? Non, ce procédé d'examen a rendu et rendra toujours service.

Jean Quivy (4) rapporte avoir dépisté par la radioscopie de sujets présumés sains à l'examen clinique un certain pourcentage : 2,58 % de malades tuberculeux. Cela ne saurait être négligé ; mais, nous sommes tous d'accord avec l'auteur, quand il ajoute qu'il ne faut voir dans la scopie que le complément de la clinique, qu'en pratique courante l'une ne doit pas céder le pas à l'autre et qu'un examen complet des poumons exige qu'à ces deux procédés, on adjoigne la radiographie systématique (5).

Il est aisé d'objecter ici que cet ensemble de recherches, longues autant que dispendieuses, ne peut être envisagé chez les écoliers.

J'y répondrai dans un instant, mais je crois que la difficulté comme l'importance du diagnostic précoce exigent plus que de l'à peu près et qu'en particulier, il ne faut pas oublier le proverbe : *testis unus, testis nullus.*

La scopie doit être sérieusement « étançonnée » si j'ose dire, car elle peut être en défaut pour n'avoir rien décelé là où il y avait quelque chose ou bien elle peut induire en erreur l'observateur le plus averti, placé d'ailleurs dans les meilleures conditions d'examens.

La littérature médicale contient bon nombre d'observations émanant de cliniciens et de radiologues des plus qualifiés, qui relèvent toutes les fautes qui ont été commises.

Et en ce qui concerne la clinique, le Professeur Bezançon (6) écrit qu'à la phase de prétuberculose « l'auscultation, on ne saurait trop insister sur ce fait, ne donne le plus souvent, aucun renseignement, le murmure vésiculaire peut être tout à fait normal ; l'absence de signes stéthoscopiques ne veut pas dire intégrité pulmonaire. »

Enfin, les deux procédés : radiographie et radioscopie ont été jugés dans leurs résultats par de nombreux auteurs. Laquerrière semble avoir résumé tout le débat en affirmant que « la radiographie est aussi indispensable que la radioscopie pour l'examen pulmonaire » (7).

Un article du Professeur Sergent (8) serait à citer tout au long. Pour lui, tout diagnostic est une enquête qu'il « est nécessaire de conduire suivant une méthode rationnelle, rigoureusement scientifique et quasi expérimentale » ; deux règles à observer :

1° Epuiser dans chaque cas particulier, la série de tous les moyens d'exploration connus ;

2° Interpréter judicieusement tous les résultats.

Et plus loin :

« Aucun signe, aucun symptôme, n'est pathognomonique. Aucun mode d'exploration n'est, à lui seul, suffisant. Etant donné qu'il est impossible de prévoir d'avance si un moyen d'exploration fournira des renseignements utiles ou restera stérile, le principe, doctrinal et pratique à la fois, qui s'impose est de recourir systématiquement, dans chaque cas, à la mise en œuvre de tous les moyens et procédés d'exploration. »

Si une scopie rapide à l'école peut permettre un tri, très mauvais d'ailleurs, de sujets présumés suspects au cours de l'inspection scolaire, il semble pour le moins inutile de diriger « les suspects des suspects » sur un dispensaire par exemple, si ce dernier ne doit que renouveler l'examen radioscopique.

De toute façon, on est en droit de se demander ce que l'on peut attendre de radioscopies en série, alors que les enfants sont présentés dans un temps limité et que l'on ne possède, le plus souvent, aucun renseignement sur l'antécédence et l'anamnèse.

Le Docteur Nemours Auguste (9) répondra à cette question :

« On demande trop ou on croit trop peu à la radiologie. D'aucuns s'imaginent qu'il suffit de mettre un malade devant une ampoule à rayons X pour avoir un diagnostic certain. Cette conception est un peu simpliste, elle est un encouragement aux examens cliniques rapides et incomplets. Il ne faudra pas attendre beaucoup des renseignements fournis dans ces cas par les rayons X. »

« On sait combien les yeux sont infidèles et que des cavernes pulmonaires par exemple, passent inaperçues, même au cours de l'examen radioscopique le mieux conduit ».

Et en manière de conclusion :

« On ne saurait trop s'élever contre ces examens radioscopiques seuls qui donnent une fausse assurance au malade qui s'en va satisfait, emportant, trop souvent, l'erreur dans sa poche ».

Qu'on le veuille ou non, que l'on effectue la scopie systématique de tous les sujets à l'école ou de quelques-uns d'entre eux seulement ; que l'on tienne compte ou non des dangers courus par l'observateur et que je me suis permis de signaler : examen clinique et examen radioscopique seront toujours sommaires et alors donnera-t-on une fausse assurance ou une fausse alarme ? car enfin, il faudra bien se prononcer quelquefois.

Si aucune conclusion n'est possible par un coup d'œil à l'écran, cela ne veut pas dire qu'il n'est pas souhaitable que l'on fasse le plus grand nombre des examens radioscopiques qui peuvent se faire en toute sécurité mais posément et parallèlement aux autres procédés d'exploration.

Delherm, Thoyer-Rozat et C. Lanel (10) nous guident, en quelque sorte, dans le dédale du dépistage de la tuberculose pulmonaire au début, en indiquant, — et c'est effectivement notre but à tous — que « l'idéal serait de faire ce dépistage dès l'enfance, à l'école, en pratiquant à chaque rentrée des classes, l'examen clinique et radiologique systématique de tous les enfants et en consignant sur une fiche médicale, les résultats de ces examens successifs.

Selon eux « un premier triage se ferait par une

radioscopie des sujets et serait suffisant pour éliminer :

1° Les enfants reconnus sains à l'écran, chez lesquels la clinique, le laboratoire, les antécédents permettent d'écarter l'hypothèse d'imprégnation bacillaire ;

2° Les enfants malades ;

3° Les douteux, pour lesquels les auteurs demandent une « indispensable radiographie ».

On doit viser à l'idéal, la fiche individuelle, tant au point de vue sanitaire que médico-pédagogique doit être utile.

L'examen complet de l'appareil respiratoire comportera la pratique de tous les procédés d'investigation cliniques, physiques et biologiques : scopie avec appareil portatif ou non, film radiographique, étude bactériologique et si nécessaire, séro-floculation de Vernes, uro-diagnostic, étude de la sédimentation de Tilmant...

Impossible objectera-t-on ? Je dis que si « dépister » conserve son sens, ce n'est nullement excessif d'envisager tous les moyens pour y arriver.

Question éminemment complexe certes, qui me paraît pouvoir être abordée et solutionnée — si cela n'a pu être fait avant — à l'entrée de l'enfant à l'école. Est-ce obligatoirement à l'école même ? et par le médecin des écoles ?

En tout cas, j'estime que le médecin des écoles aurait une certaine facilité de procéder à cet examen sanitaire d'entrée au mieux des intérêts de tous.

Clinique et scopie rapides à l'école et uniquement cela : non.

Clinique d'abord, puis scopie et graphie toujours, bactérioscopie le plus souvent, et autres procédés s'il reste encore quelque doute dans le diagnostic : oui.

Chaque nouvel élève, inutile de le dire, aurait sa fiche rédigée à bon escient, mais en outre — et ceci est capital — tout malade ou même suspect, se trouverait isolé de l'école, momentanément bien entendu, sans heurt d'aucune sorte.

Bien plus, il y a toute raison de penser que le champ d'action s'étendrait au delà des limites des écoles car les parents connaissant la valeur de ce premier examen ne manqueraient pas d'y assister et nous pourrions sans doute vérifier plus d'une fois combien sont fréquentes la similitude des localisations et de l'évolution de la tuberculose chez les membres d'une même famille et être utile.

Les fiches de premier examen, pour l'appareil respiratoire comme d'ailleurs pour tout autre appareil, permettront de sérier les enfants en :

1° Enfants sains ;

2° Enfants ayant besoin de soins ;

Dans les années suivantes :

Les premiers — à défaut de temps — seront l'objet d'un examen relativement rapide, quand aucun incident ne se sera produit au cours de l'année précédente, il faut admettre que cela sera la majorité des cas ; sinon, il y aura lieu de procéder à un nouvel examen complet du sujet ;

Les seconds dirigés médicalement par un médecin traitant, seront dispensés de tout nouvel examen tant que la demande n'en sera pas faite par ce dernier à l'inspecteur des écoles s'il le désire, puisqu'ici encore une collaboration étroite existera toujours entre ces deux médecins.

Si la solution n'est pas complète, du moins elle me paraît suffisamment approchée pour mériter l'attention.

Conclusions :

1° Un appareil à rayons X portatif possède une protection certaine contre la haute tension si l'on utilise une prise de terre aussi parfaite que possible ; toute protection contre le rayonnement primaire est assurée, mais il faut faire des réserves en ce qui concerne le rayonnement secondaire dans le cas d'une exposition prolongée de l'opérateur ;

2° La rétine de l'observateur réagit aux excitations lumineuses suivant des lois complexes, la sensation est fonction de la durée de l'excitation et se traduit différemment selon l'état des substances excitables ; une observation prolongée de teintes juxtaposées conduit à la fatigue de l'œil et à l'aberration des observations ;

3° La scopie est cause d'erreur dans le diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire, donc *a fortiori* dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire ;

4° La formule « scopie rapide, donc examen sommaire de tous les enfants ou de quelques-uns seulement *à l'école* » doit céder le pas — à mon humble avis — à celle-ci :

Examen complet de l'enfant *à son entrée à l'école* ; cela est possible et achemine vers l'idéal d'une inspection scolaire rurale.

BIBLIOGRAPHIE

(1) LAMBOLEZ. — Une conception de l'inspection médicale des écoles rurales. (*Le Concours Médical*, 1930, p. 1616.)

(2) LAQUERRIÈRE, R. LEHMANN. — Soc. d'électrothérapie et de radiologie, 22 mars 1927.

(3) Charles HENRY. — Psycho-physique et énergétique. (*Bulletin de l'Institut général psychologique*, 1909, n° 1.)

(4) Jean QUIVY. — *Paris Médical*, 2 février 1929.

(5) Jean QUIVY. — Soc. méd. de l'Elysée, Paris, mars 1929.

(6) F. BEZANÇON, P. BRAUN. — *Presse Médicale*, 31 décembre 1929, p. 1601.

(7) LAQUERRIÈRE. — *Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 janvier 1928, p. 35.

(8) E. SERGENT. — Les principes de la méthode d'exploration de l'appareil respiratoire. (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 janvier 1928, p. 5.)

(9) NEMOURS Auguste. — Sur la collaboration du médecin et du radiologue. (*La Médecine Pratique*, 1930, p. 145.)

(10) DELHERM, THOYER-ROZAT, C. LANEL. — Le dépistage de la tuberculose pulmonaire au début par l'examen radiologique systématique. (*Le Monde Médical*, 1-15 août 1928, p. 678.)

# LA CLINIQUE INFANTILE AU GOUT DU JOUR

## La pneumonie silencieuse de l'enfant ; comment la déceler

D'après le Professeur G. MOURIQUAND et J. SAVOYE (1)

### DÉJA LA PNEUMONIE PARLANTE PRÉSENTE CHEZ L'ENFANT DES CARACTÈRES PARTICULIERS

La pneumonie classique peut être, en effet, chez l'enfant plus que chez l'adulte, masquée par des signes méningés, pseudo-appendiculaires, ou psychiques (délire).

Certes l'inspection permet de constater, en général, la présence de dyspnée ou plus exactement de tachypnée ; la palpation, de son côté, peut montrer le défaut d'expansion sous-claviculaire du côté malade (signe de Weill) ; mais c'est la *percussion* qui revêt ici une importance extrême, et souvent l'emporte sur l'auscultation. Elle montre une matité plus ou moins franche à l'emplacement du foyer, qui siège, par ordre d'importance, à la base gauche, au sommet droit, à la base droite, au sommet gauche. Et, si la percussion ne donne rien en arrière, *il ne faut pas manquer de la chercher dans l'aisselle,* où elle est assez fréquente, ou bien quelquefois en avant sous la clavicule.

De même l'*auscultation,* qui donne les signes habituels, doit être pratiquée d'une façon un peu spéciale chez l'enfant. Pour entendre le souffle, il faut ausculter d'abord à l'oreille, puis le localiser à l'aide du stéthoscope de Laënnec ; cette auscultation médiate permet souvent de ne pas prendre pour un double souffle la transmission au côté opposé d'un souffle intense. A côté du souffle on entend des râles ; ceux-ci peuvent manquer ; mais on les entend mieux au phonendoscope qui les amplifie, et les fait entendre là où l'oreille ne peut aller, par exemple au fond de l'aisselle. Enfin, l'auscultation, à côté des bruits adventices, montre un autre signe, qu'il ne faut pas négliger : c'est la disparition ou la diminution du murmure vésiculaire dans la zone hépatisée.

Enfin le diagnostic est confirmé par l'*examen radiologique,* qui révèle la présence du « triangle radioscopique » (Weill et Mouriquand). Sous l'écran ou à la radiographie, toute pneumonie vraie se révèle, en effet, par une ombre homogène, dense, très sombre et de forme caractéristique : celle d'un triangle à base axillaire et à sommet dirigé vers le hile. Ce signe possède une valeur diagnostique de tout premier ordre ; il est surtout net dans les pneumonies du sommet, en général moins franchement tracé dans celles qui atteignent la base.

### LE SILENCE DES FOYERS PNEUMONIQUES

C'est l'absence totale ou quasi-totale des signes physiques ordinaires (matité, souffle et râle, signes primordiaux de l'hépatisation). Le syndrome fonctionnel et général persiste ; l'examen sous l'écran révèle *la même ombre triangulaire, qui reste le principal signe de l'affection.*

Et tout d'abord, voici une observation, choisie parmi les plus typiques :

G... Suzanne, 6 ans, est hospitalisée le 31 décembre 1930 pour syndrome méningé. Le début de l'affection s'est fait par une élévation de température et une altération de l'état général avec toux le 27 décembre. Puis des signes méningés nets avec céphalée et vomissements ont fait leur apparition.

A l'examen, prostration, raideur de la nuque et signe de Kernig manifestes, température à 40 degrés. Absolument rien à l'examen de l'appareil respiratoire. On pratique une ponction lombaire, qui montre un liquide normal.

Les jours suivants, persistance de la fièvre, qui tombe brusquement à 37 degrés le 2 janvier, en même temps que le syndrome méningé s'atténue. Devant cette chute de température on pratique un examen radioscopique, qui montre un triangle typique du sommet droit.

Un examen respiratoire fait immédiatement après la révélation radioscopique montre : en arrière, dans la fosse sus-épineuse droite, submatité légère et discutable, pas de submatité en avant. Dans l'aisselle une percussion, pratiquée à bout de doigt au fond de la région, décèle une matité nette. Ni souffle, ni râles. Retentissement marqué du son « hi » en avant sous la clavicule, alors que le retentissement n'est pas net en arrière et dans l'aisselle.

Les jours suivants, persistance de l'apyrexie, et évolution vers la guérison.

Chez l'enfant, et surtout chez l'enfant jeune, il faut donc, en présence d'une pyrexie persis-

(1) Prof. G. MOURIQUAND et J. SAVOYE. — Formes cliniques de la pneumonie infantile. La pneumonie silencieuse. (*Revue de Médecine,* juillet 1932.)

tante, qui ne fait pas sa preuve, même si des phénomènes nerveux ou méningés sont au premier plan, rechercher s'il n'existe pas cependant du côté du thorax des signes physiques discrets, nuancés, qui peuvent attirer l'attention et éviter une erreur ; il faut aussi pratiquer l'examen radioscopique du thorax.

Les signes physiques discrets sont : la submatité limitée, l'obscurité respiratoire, le retentissement du cri.

La *submatité limitée*, sans être constante, constitue certainement un très bon signe, qui peut exister à l'état isolé. Elle est d'une recherche délicate, car la percussion thoracique de l'enfant jeune, et surtout du nourrisson, est toujours difficile. Pour percevoir cette submatité, souvent simple nuance auditive, les auteurs recommandent certaines précautions.

On doit toujours percuter autant que possible dans l'intervalle des cris, et toujours en comparant le son produit par le côté présumé malade au son produit par le côté sain. Surtout il faut percuter superficiellement, délicatement. Enfin, la submatité reste limitée : on ne la constate pas dans une zone importante du thorax. On la recherchera non seulement en arrière, comme cela se fait toujours, mais aussi en avant, sous la clavicule et dans l'aisselle. Certaines matités peuvent fort bien n'être perçues que dans la haute aisselle, lorsqu'on repousse les parties molles, qui forment le fond de cette région ; on ne les obtient pour ainsi dire qu'à bout de doigt. *Fréquents sont les foyers pneumoniques antéro-axillaires ou purement axillaires chez l'enfant* ; ils ne donnent leur submatité que dans l'aisselle ou sous la clavicule.

L'*obscurité respiratoire*, ou simplement la diminution du murmure, doit être recherchée parce qu'elle est précoce. C'est cependant un signe inconstant, car elle peut être masquée par l'emphysème compensateur, qui se développe autour de l'hépatisation, car aussi elle est très limitée.

Mais, c'est le *retentissement exagéré du cris qui constitue le meilleur signe des hépatisations, silencieuses*, parce qu'il peut exister à l'exclusion de tout autre.

« Si l'on ausculte alternativement un poumon sain et un foyer hépatisé, lorsque l'enfant crie on constate aisément que dans le premier cas le cri paraît lointain à l'oreille, mal transmis comme capté par un tissu le matelassant en quelque sorte, tandis que, dans le second, il semble proche, éclatant, directement produit sous la paroi. En un mot, il retentit nettement. « Ce retentissement exagéré du cri est facile à constater. En effet, le nourrisson crie presque constamment au cours de tout examen, et chez l'enfant plus âgé, il est relativement facile de faire produire des cris ou des sons, qui permettent de constater ce signe. Il a paru se rencontrer chaque fois qu'existait dans le poumon un foyer suffisamment dense pour produire une ombre radioscopique ou même uniquement radiographique ». Il signifie foyer pulmonaire densifié et à ce titre doit être considéré comme un signe certain de localisation. Son utilité apparaît donc nettement pour le diagnostic d'une pyrexie qui ne ne fait pas sa preuve.

Chez le plus grand enfant, qui généralement ne crie pas, on fait prononcer la lettre « i ». Le « i » garde sa pureté dans le tissu sain ; dans le tissu densifié, il subit un retentissement exagéré, et même se transforme en « é » ou en « a ».

A noter que ces signes doivent être absolument indiscutables, et non pas seulement des nuances auscultatoires, si l'on veut pouvoir certainement les prendre en considération. Leur présence fournit une indication précieuse en montrant qu'il existe un foyer pulmonaire ; ils indiquent la nécessité de la radioscopie.

*Le diagnostic de la pneumonie silencieuse ne peut guère être fait d'une manière absolument ferme sans la radiologie : le triangle radioscopique reste le symptôme capital.*

C'est une image nettement triangulaire, si le processus siège au sommet, ou au lobe moyen à droite (cas le plus fréquent) ; elle est moins géométriquement tracée, s'il affecte la base.

## Pourquoi les foyers pneumoniques ne parlent-ils pas toujours ?

La pneumonie, dite centrale, ne semble pas suffire à l'explication de ce phénomène.

Mais, étant donné que ce qui souffle et crépite, c'est la splénisation et la congestion environnantes, seule l'absence de splénisation péripneumonique paraît devoir être admise pour expliquer le silence des foyers. *D'ailleurs la pneumonie silencieuse apparaît moins grave que la pneumonie parlante.*

## FRÉQUENCE. EVOLUTION

La pneumonie silencieuse est relativement rare ; c'est avant tout une pneumonie observée chez le nourrisson ou chez l'enfant jeune. Le processus témoigne d'une prédominance incontestable pour le sommet par rapport à la base, et pour le côté droit par rapport au gauche.

La durée clinique paraît sensiblement égale à celle de la pneumonie banale ; dans la majorité des cas, la pyrexie fait sa défervescence entre six et onze jours.

Il semble que lorsqu'on porte le diagnostic de pneumonie silencieuse, on puisse en même temps établir un pronostic presque toujours favorable.

Les praticiens doivent néanmoins s'efforcer de la déceler, afin d'éviter l'erreur de rattacher une pyrexie persistante soit à un processus méningé, soit à un état septicémique relevant du bacille d'Eberth, du bacille de Koch, ou de tout autre microbe. Aussi doit-on souhaiter l'emploi de plus en plus fréquent de la radioscopie. Le pronostic, le traitement même des affections mentionnées est différent, et l'erreur que l'on peut commettre est de première importance.

G. F.

## *L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE*

# La Presse

### L'angor par choc anaphylactique.

Le Docteur A. Dumas expose que la place faite aujourd'hui à l'angine de poitrine s'est singulièrement élargie, depuis que l'on considère cette affection non plus comme une maladie, mais comme un syndrome. L'angine de poitrine fait ainsi partie occasionnellement de la symptomatologie d'affections diverses et disparates, au cours desquelles elle joue un rôle variable.

De nombreux cas d'angors ont été publiés au cours desquels on avait relevé soit dans l'intervalle des crises, soit en cours de crises, des symptômes de spasme se passant dans un territoire vasculaire périphérique autre que les coronaires.

Les observations rapportées par l'auteur paraissent suffisamment démonstratives pour permettre de décrire à côté de l'angor d'effort, de l'angor de décubitus, de l'angor spontané et de l'angor émotif, un angor digestif d'ordre anaphylactique, et qui paraît lié à l'hémoclasie digestive chez des sujets prédisposés par un degré plus ou moins marqué d'insuffisance hépatique.

On ne peut prétendre que ce choc anaphylactitique soit en lui-même suffisant pour conditionner la maladie angineuse, qui, elle, relève bien comme on le sait de lésions coronariennes. Seulement dans le cas d'une maladie qui, comme l'angine de poitrine, procède par crises du type spasmodique, la lésion anatomique ne suffit pas à tout expliquer, et il faut lui adjoindre les conditions de production du spasme. On peut les trouver classiquement dans l'effort, dans le décubitus, dans les émotions ; l'auteur pense qu'il faut y adjoindre le choc anaphylactique. (*La Presse Médicale*, 4 juin 1932.)

### Les poussées d'hépatite parenchymateuse au cours des cirrhoses alcooliques du foie.

MM. Noël Fiessinger, Guy Albot et F. Thiébault dégagent le rôle de l'hépatite parenchymateuse dans la symptomatologie et l'évolution des cirrhoses alcooliques. Cette évolution n'est pas toujours progressive ; elle peut se faire par poussées aiguës et subaiguës. Certaines poussées aiguës sont susceptibles de régression ; elles prennent suivant les cas l'allure d'un épisode ictérique, ascitique, ictéro-ascitique, digestif ou nerveux.

Parmi les symptômes des cirrhoses, seules les modifications physiques du foie, qui sont constantes et en grande partie définitives, peuvent être rapportées exclusivement à l'hépatite mésenchymateuse, à la cirrhose annulaire.

Les symptômes fonctionnels, qui sont susceptibles de variations qualitatives, de régression, et qui peuvent même faire défaut, l'ictère, l'ascite, les œdèmes, révèlent parfois les poussées cycliques d'hépatite parenchymateuse, que mettent en évidence les troubles d'insuffisance hépatique, notamment ceux de la fonction galatopexique : autrement dit, l'ictère toujours, l'ascite parfois, les œdèmes souvent, sont des complications, et non des symptômes de la cirrhose. (*La Presse Médicale*, 8 juin 1932.)

### Les pleurésies de la fièvre typhoïde.

MM. Cantegril et Récunau établissent que les pleurésies au cours de la fièvre typhoïde constituent une complication rare (2 % environ). Elles sont dues aux germes de la fièvre typhoïde, aux pyogènes, aux anaérobies, au bacille de Koch, soit seuls, soit diversement associés entre eux. Elles sont le plus souvent séro-fibrineuses, en lame mince, de résorption rapide : elles peuvent être hémorragiques (surtout celles à Eberth), purulentes ou putrides ; elles se transforment parfois au cours de leur évolution.

Les réactions cytologiques de l'épanchement n'ont aucun caractère de spécificité.

Leurs signes sont parfois atypiques, tantôt masqués par les signes pulmonaires, tantôt plus manifestes que ne le voudrait la quantité de l'épanchement.

Leur pronostic est grave dans les cas de purulence, et le plus souvent bénin dans les autres cas. Les pleurésies sèches et séro-fibrineuses guérissent spontanément.

Le traitement des pleurésies purulentes doit tenir compte de l'état pleural et de l'état intestinal ; il doit être médico-chirurgical. (*Gazette des Hôpitaux*, 4 juin 1932.)

**Sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.**

MM. Grimault et Willwertz précisent que lorsqu'un nourrisson, jusque-là bien portant, présente brusquement des vomissements en fusée avec constipation opiniâtre, oligurie et chute rapide de poids, sans phénomènes infectieux, il faut penser à la sténose hypertrophique du pylore, et, pour confirmer le diagnostic, recourir à la radiographie.

Le traitement médical devra toujours être institué, et, en cas d'échec, l'enfant sera soumis sans retard à une intervention chirurgicale : la pylorotomie. Cette opération sera suivie d'une guérison rapide et complète. (*Revue Médicale de l'Est*, 15 juin 1932.)

**Utilisation de la lapine pour le diagnostic biologique de la grossesse.**

Le test de la lapine pour le diagnostic hormonal de la grossesse présente de grands avantages : il est spécifique, constant et précoce, en même temps que simple et rapide. Mlle Brouha a constaté que, très régulièrement, une seule injection intraveineuse de 5 c. c. d'urine de femme enceinte suffit à transformer l'aspect de l'ovaire ; il s'hypertrophie, se congestionne, montre une maturation folliculaire importante et des follicules hémorragiques, qui se transforment en corps jaunes. Ces changements se voient très bien à l'œil nu.

Or, il est facile de se procurer à tout moment des lapines ; puisqu'il n'y a aucune condition d'âge rigoureusement déterminé, il est inutile d'entretenir un élevage. Il ne faut utiliser qu'un animal par essai.

Alors que les autres tests hormonaux exigent une ou plusieurs injections quotidiennes, répétées pendant plusieurs jours, le test de la lapine ne réclame qu'une seule injection intraveineuse. La réaction est macroscopique et de lecture extrêmement facile. La réponse est obtenue très rapidement : parfois quinze heures, en général vingt-quatre ou trente-six heures ; les autres tests hormonaux demandent cinq à dix jours. (*Bruxelles Médical*, 5 juin 1932.)

**Séméiologie de l'anxiété et de la douleur morale. Leur traitement.**

L'anxiété et la douleur morale sont des manifestations très communes au cours ou au début de nombreuses affections : névroses, psychoses, maladies nerveuses organiques à symptomatologie mentale prédominante, maladies nerveuses organiques pouvant accessoirement se traduire par des troubles psychiques.

Leur traitement est prophylactique, étiologique, symptomatique.

Aux sujets présentant la constitution émotive, on devra éviter toutes les causes de dépression ; on leur conseillera les professions qui ne nécessitent ni surmenage, ni intoxications, ni émotions, une vie calme et régulière.

En présence d'un état anxieux, on devra chercher d'abord si cet état n'est pas symptomatique d'une affection du système nerveux susceptible de disparaître sous l'influence d'un traitement (intoxication alcoolique, encéphalites toxi-infectieuses, syphilis cérébrale, ramollissement cérébral, et même paralysie générale).

Le traitement symptomatique, quelle que soit la cause de l'anxiété, aura pour but de combattre l'amaigrissement, l'insomnie et l'excitabilité neuro-végétative.

Contre l'amaigrissement : hygiène alimentaire réglée, repos au lit, accélérateurs de la nutrition (phosphore, arsenic).

Contre l'insomnie et l'excitabilité neuro-végétative, le traitement sera le plus souvent empirique ; on devra procéder par tâtonnement puisque tout le système nerveux végétatif est perturbé.

Les bromures, l'opium, les barbituriques et certains produits d'origine végétale tels que la belladone, la valériane, la jusquiame, le stramoine, l'aubépine, la passiflore, l'anémone pulsatile, la ballote, la drosera forment l'arsenal thérapeutique de l'anxiété et de la douleur morale.

L'opium a de nombreux succès à son actif ; il a l'inconvénient de constiper. La morphine sera prescrite avec prudence, en raison de la nécessité d'augmenter progressivement les doses chez les psychopathes.

Les bromures calment surtout l'anxiété et la douleur morale des obsédés, l'agitation anxieuse ; leur inconvénient est de déterminer souvent des troubles digestifs, dès qu'on atteint la dose thérapeutique nécessaire (3 à 4 gr. par jour).

Les produits d'origine végétale ne sont à conseiller que dans les cas de légère anxiété, et principalement chez des névropathes plus angoissés qu'anxieux. Associés aux bromures, ils sont de très bons modérateurs de l'excitabilité neuro-végétative.

Parmi les barbituriques, le phényl-éthyl-malonylurée associé à la belladone a donné de bons résultats, dans toutes les formes d'anxiété et de douleur morale ; cette association médicamenteuse agit à la fois sur l'insomnie et sur l'excitabilité neuro-végétative ; mais il faut surveiller la tolérance de chaque malade.

On a conseillé aussi l'extrait ovarien ou orchitique. L'hydrothérapie sous forme de douche tiède, de bains, le repos au lit sont de précieux adjuvants. La psychothérapie variera suivant les formes d'anxiété.

Tout anxieux doit être surveillé. Si la crise anxieuse s'accompagne d'idées de suicide, l'isolement dans une maison de santé s'impose. (*Gazette des Hôpitaux*, 17 juin 1932.)

**Les injections intraveineuses de convallatoxine dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.**

Il résulte d'une étude faite par MM. Ch. Aubertin, Robert-Lévy et Wester, que la convallatoxine, employée à la dose d'un septième de milligramme en injection intraveineuse, à raison de une à deux doses par jour, pendant cinq à dix jours, donne dans un certain nombre de cas d'insuffisance cardiaque, des résultats favorables. Ceux-ci, dans une certaine mesure, peuvent être comparés à ceux de la digitaline. De nouvelles observations permettront sans doute de préciser davantage la posologie et les indications de ce nouveau médicament cardiaque, lequel, malgré son activité incontestable, ne paraît pas appelé d'une manière évidente à remplacer avantageusement la digitaline, ni l'ouabaïne. (*Paris Médical*, 7 mai 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

**A propos de la vaccination antidiphtérique.**

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 18-10-1932.)

M. Léon Bernard communique un rapport du Dr Martin, directeur du Bureau d'hygiène du département de l'Aisne, qui signale le développement de la vaccination antidiphtérique dans ce département.

Au début, la vaccination antidiphtérique était pratiquée, dans le département de l'Aisne, par les médecins de dispensaires. Puis, les Syndicats médicaux sont intervenus pour que cette vaccination fut confiée, comme la vaccine jennerienne, aux médecins praticiens : la demande fut rapidement acceptée, une communauté d'esprit existant là entre les praticiens et l'administration d'hygiène.

On décida que les communes feraient les frais de l'acte vaccinal pratiqué par le médecin choisi par la famille et que la préfecture fournirait gratuitement l'anatoxine nécessaire. En somme, il existe dans l'Aisne un véritable service départemental (gratuit) de la vaccination antidiphtérique analogue à celui de la vaccine jennerienne. Quelques municipalités se font rembourser par les non-indigents.

Avec l'appui des médecins praticiens, des sages-femmes et des dispensaires, aidés d'affiches et de tracts remis dans les écoles, la vaccination antidiphtérique s'est largement développée dans ce département.

**La réflexothérapie.**

(M. G. Schoengrun. — *Académie de médecine* ; 4-10-1932).

La réflexothérapie en général, et la réflexothérapie nasale en particulier, doivent avoir des applications limitées. Vouloir étendre la méthode au traitement de toutes les maladies est le meilleur moyen de la discréditer. Elle ne saurait avoir d'action réelle dans les affections organiques, les hémiplégies organiques, le tabes, etc. Son domaine est tout autre. Elle doit s'adresser uniquement aux troubles fonctionnels, issus d'un état neuro-physiologique ou créés à la suite d'une lésion organique sans prétendre pouvoir influencer cette dernière.

M. Schoengrun a recours, comme technique réflexothérapique, aux attouchements avec le liquide de Bonain de points de la muqueuse nasale rapprochés du ganglion sphéno-palatin. A son avis, sont justiciables de cette thérapeutique : des maux de tête divers, les migraines, névralgies faciales, dentaires, rétro-bulbaires ; le rhume des foins, l'asthme, la rhinite spasmodique, des paresthésies, certains troubles sympathiques des voies digestives, les incidents pathologiques de la ménopause, les angoisses cardiaques, tous troubles du déséquilibre sympathique.

L'auteur conclut que la réflexothérapie, appliquée avec discernement, est un puissant moyen de soulager la douleur et les affections spasmodiques. Elle apporte au surplus un nouveau mode d'action contre les troubles neuro-végétatifs.

**Troubles mentaux post-opératoires.**

(M. R. Chureau. — *Société de chirurgie* ; 13-7-1932.)

M. Proust communique, au nom de M. Chureau, un nouveau cas de troubles mentaux post-opératoires. Onze jours après une gastro-entérostomie, le patient fut pris de délire et se suicida par pendaison à un arbre du jardin de la clinique. Il s'agissait d'un alcoolique ayant des antécédents (mère aliénée), ce qui confirme l'influence, admise, du terrain mental, en pareille éventualité. Une discussion récente de cette question à la Société de chirurgie avait conclu au rôle principal du terrain mental et au rôle très accessoire de l'opération.

### L'infarctus de l'intestin. Traitement par l'extériorisation.

(MM. Stulz et R. Fontaine. — *Société de chirurgie* ; 13-7-1932.)

MM. Stulz et R. Fontaine ont observé, à la clinique du professeur Leriche, à Strasbourg, deux malades atteints d'infarctus de l'intestin. L'abdomen ouvert, les lésions, au cours de l'opération, parurent trop importantes pour être réséquées. On se contenta dans ces conditions, de maintenir l'intestin extériorisé. Les altérations intestinales régressèrent spontanément, et l'intestin rentra progressivement dans la cavité abdominale.

— M. Mondor estime que la méthode que préconisent M. Leriche et ses assistants (l'extériorisation) doit être envisagée avec plus de faveur que par le passé. Elle n'est pas absolument nouvelle, d'ailleurs.

— M. Desplas a opéré un malade pour thrombose mésentérique du grêle. Il dut se contenter d'une extériorisation. Le malade s'améliora, mais de nouveaux accidents, mortels cette fois, de thrombose, survinrent.

### Traitement chimiothérapique d'une métastase de cancer du sein.

(MM. Proust, Dalimier et Schwartz. — *Société de chirurgie* ; 6-7-1932.)

Malade de 43 ans opérée de cancer du sein. L'exérèse a été très large ; il reste une partie qui ne se cicatrise pas et quelques doutes se font sur la valeur des tissus à ce niveau. Il existe, en outre, dans le sein gauche, un noyau suspect. M. Proust décide de soumettre la malade au traitement chimiothérapique.

Avec MM. Dalimier et Schwartz, M. Proust a expérimenté dans son laboratoire, dans la thérapeutique anticancéreuse, un certain nombre de dérivés métalliques. La malade actuelle a été traitée par un sel de zinc, sel organique utilisé en injections intramusculaires. Dès la dixième injection le noyau mammaire gauche qui avait le volume d'une mandarine semble s'être affaissé et actuellement il donne l'impression d'une masse aplatie, collée à la paroi thoracique.

L'auteur ne tire de cette simple constatation aucune conclusion mais il fait remarquer que, autant le plomb — qui a également une action locale — prête à des accidents de toxicité souvent sérieux, autant le zinc, d'après son expérimentation, est bien toléré, sans pouvoir anémiant.

La malade a même repris du poids depuis son traitement.

P. L.

### Trois cas de néphrose lipoïdique avec autopsie.

(MM. Ch. Achard, Bariéty et Codounis. — *Société méd. des hôpitaux de Paris* ; 8-7-1932.)

Dans ces trois observations anatomo-cliniques, le syndrome néphrétique était surajouté à une néphrite chronique, qui a évolué progressivement vers la forme azotémique et hypertensive.

Les trois autopsies ont montré dans le domaine histologique la même association de néphrite et de lipoïdose, déjà constatée sur le terrain clinique ; mais en outre, elles ont révélé une lipoïdose importante du foie et des parois aortiques, qui doivent inciter désormais à rechercher le retentissement du trouble humoral lipoïdique sur d'autres viscères que le rein.

Dans l'ordre étiologique, on ne trouvait ici que des facteurs banaux : une angine, une grippe, des grossesses ; cependant l'un des malades présentait un terrain thyroïdien spécial ; il avait été guéri d'une maladie de Basedow, trois ans auparavant, par un traitement mixte, iodé, radio, et électrothérapique Le traitement thyroïdien n'a rien changé à l'évolution fatale de l'affection.

On ne saurait donc voir dans la néphrose hépatique une entité morbide ; il faut par contre envisager la lipoïdose du rein comme une altération survenant au cours d'affections rénales très diverses quant à leur nature, leurs lésions, leurs symptômes, leur évolution.

### Endocardite maligne aiguë à méningocoques.

(MM. Melnotte et Fort, présentés par M. Lemierre. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

L'endocardite méningococcique est classique, bien que d'une fréquence relative ; mais elle a été surtout signalée dans le cas de septicémie avec localisation méningée, que celle-ci soit primitive ou secondaire. Les localisations endocarditiques au cours des septicémies à méningocoques « pures » sont exceptionnelles, surtout dans la localisation purement aortique, observée par les auteurs, alors que cette localisation prédomine plutôt dans les endocardites gonococciques, et que généralement on note des localisations mitrale ou mitro-aortique.

### Etude de l'azotémie, de la chlorémie et de la sécrétion urinaire dans un cas d'infarctus rénal.

(MM. Lemiere, Laudat et Laporte. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

Cet infarctus rénal est survenu en pleine santé chez un homme de 61 ans ; il a provoqué des troubles extrêmement graves de la sécrétion urinaire, qui ont mis les jours du malade en danger, mais dont il a fini par se rétablir.

Cet homme était remarquablement actif, mais obèse et gros mangeur, sans antécédents pathologiques notables. Des phénomènes emboliques (début brutal par des douleurs atroces dans la région lombaire, la face postérieure des cuisses ; anurie initiale, puis hématurie discrète ; symptômes urémiques ultérieurs) se sont manifestés uniquement dans la portion sous-diaphragmatique du corps, probablement à la suite d'une rupture d'une plaque

d'athérome au niveau de l'aorte thoracique. Généralement de tels accidents emboliques se produisent chez des cardiaques décompensés, chez des artério-scléreux cachectiques, au cours d'endocardites ou d'aortites végétantes, et la mort survient rapidement. Mais ici la maladie a évolué vers la complète guérison, et il a été possible d'étudier à loisir les troubles de la fonction rénale, et le retentissement de ces troubles sur la composition du sang. Les lésions résultant des infarctus paraissent avoir eu pour conséquence une imperméabilité rénale pour le chlorure de sodium, aussi accentuée et aussi longue à s'amender que l'imperméabilité pour l'urée.

Voici quelques remarques sur les effets et les indications de la cure de rechloruration. Le malade était hypochlorémique ; l'hypochlorémie ne s'était révélée en rien sous la dépendance de l'azotémie, et ayant persisté longtemps avec symptômes graves, malgré l'afflux de chlore dans le plasma sanguin. Chez ce patient, hypochlorémique, mais dont l'organisme n'avait subi aucune déperdition de chlore, la cure de rechloruration a eu pour résultat de surcharger les humeurs et les tissus d'une quantité supplémentaire de sel, que le rein lésé s'est trouvé dans l'impossibilité d'éliminer : d'où la formation d'œdème et l'apparition d'une hyperchlorémie plasmatique et globulaire.

Toutes les hypochlorémies observées au cours des affections rénales ne sont donc pas justiciables de la thérapeutique rechlorurante intensive. Il conviendra de rechercher si l'hypochlorémie tient à une chloropénie véritable, ou à une migration du chlore vers les tissus. Dans la première éventualité, la rechloruration est légitime ; mais il sera prudent de ne pas la prolonger si une diurèse abondante ne s'établit pas rapidement, à moins toutefois qu'une déperdition d'eau et de chlorures importante par la muqueuse digestive, ne persiste et permette de ne pas redouter l'apparition d'une poussée d'œdème dangereuse. Dans la deuxième éventualité, l'utilité de la rechloruration est contestable ; cependant, l'administration du sel au moment où la diurèse se rétablit franchement présente peut-être quelques avantages, à condition que la perméabilité du rein pour le chlorure de sodium soit elle-même suffisante, et que la totalité du sel introduit en excès dans l'organisme soit rapidement éliminée par l'urine.

G. F.

# Les Congrès

## XVII[e] CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

(*Suite et fin*) (1)

### La psychanalyse en médecine légale

**II. Psychanalyse et déontologie.** — A. LES DANGERS DE LA PSYCHANALYSE ET LA RESPONSABILITÉ DES PSYCHANALYSTES. — Tout le monde reconnaît que la cure psychanalytique peut présenter des dangers : les profanes estiment ces dangers inhérents à la méthode, les psychanalystes à la mauvaise application de celle-ci.

Ces dangers sont ceux de toutes les thérapeutiques psychologiques, qui peuvent être aussi dangereuses pour l'esprit qu'un plâtre mal appliqué en orthopédie.

La responsabilité des psychanalystes peut donc être engagée comme pour tous les autres médecins ;

*a.* Au criminel (secret professionnel, délits d'imprudence, escroquerie, outrages aux bonnes mœurs) ;

*b.* Au civil (réparation de dommages de tout ordre).

B. PSYCHANALYSE ET EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Une très grosse question professionnelle est posée par les prétentions de ceux qu'on appelle les « analystes laïcs », qui, se recommandant de Freud lui-même, s'arrogent le droit de traiter des malades sans être pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les analystes laïcs prétendent qu'ils n'ont pas à s'inquiéter des lois sur l'exercice de la médecine étant donné qu'ils n'emploient ni médicaments ni instruments, que la psychanalyse n'est pas une science médicale proprement dite, mais que ses applications s'étendent à l'éducation, à l'orientation professionnelle, à l'histoire, à la critique d'art, etc., et que les médecins ne sauraient mettre l'embargo sur tous ces domaines.

On peut à cela répondre que, si la psychanalyse n'est pas une science « incluse » dans la médecine, son emploi *thérapeutique* doit être réservé aux médecins. La physique et la chimie ne sont pas non plus « incluses » dans la médecine, et les médecins ne revendiquent pas tous les emplois dans les centrales électriques ou les fabriques de colorants, mais seuls les médecins ont le droit d'utiliser les agents physiques et chimiques au traitement des maladies.

De même, on concède qu'il n'y ait pas besoin d'être médecin pour appliquer la psychanalyse à la critique d'art ou à la littérature, pour interpréter un tableau de Greuze ou un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Mais il faut être médecin pour traiter par la psychanalyse une maladie nerveuse et surtout pour en faire le diagnostic préalable.

La situation de la psychanalyse est, à ce point de vue, tout à fait comparable à celle de l'hypnotisme,

(1) Voir *Concours Médical*, n[os] 45 et 46.

et on peut lui appliquer toutes les remarques faites à propos de ce dernier, en particulier au XIII[e] Congrès international de médecine (1900) où fut votée, sur un rapport de Dupré et Rocher, une résolution demandant que « dans tous les pays la législation soit amendée ou étendue, de manière à empêcher cet exercice illégal de la médecine (par les hypnotiseurs non médecins), *sous quelque forme et à quelque titre que se déguisent les pratiques psychothérapiques* ».

Comme aux hypnotiseurs, trois ordres de délits peuvent donc être reprochés aux analystes laïcs :

*a.* Forcément : le délit d'exercice illégal de la médecine.

*b.* Eventuellement :

1° Délit d'escroquerie ;

2° Délit d'imprudence.

Et en outre, les analystes laïcs s'exposent aux rigueurs des articles 479, 480 et 481 du Code pénal, qui punissent la *contravention d'interprétation des songes*, par une amende de 11 à 15 francs, un emprisonnement de un à cinq jours, et la saisie et la confiscation de leurs « instruments, ustensiles et costumes ».

Ce vestige des vieilles législations de répression de la magie et de la sorcellerie peut à bon droit être évoqué devant la vague psychanalytique actuelle.

La question de l'exercice illégal n'est d'ailleurs pas la seule question professionnelle que pose la psychalyse.

Les psychanalystes, qui revendiquent pour les laïcs le droit de traiter les malades par l'analyse, contestent ce droit aux médecins, demandant que seuls puissent exercer la thérapeutique analytique, les personnes revêtues d'une habilitation spéciale, acquise par un stage dans un Institut psychanalytique en vue d'études spéciales, et de se soumettre à une « analyse didactique » préalable, sorte d'épreuve d'initiation, qui souligne encore le caractère « paléopsychologique » de l'esprit de la secte.

Le Corps médical doit s'élever énergiquement contre cette atteinte souhaitée à son droit d'exercer. On ne lui demande pas de diplôme spécial pour faire une hystérectomie ou pour manier du radium ; lui en demandera-t-on un pour extraire les complexes d'Œdipe ?

Les études médicales développent suffisamment l'esprit critique pour que nous sachions, au lendemain de notre thèse, ce que nous sommes capables ou non d'entreprendre. Et il y a lieu de prévoir que, à la faveur de cet esprit clinique, nos confrères sauront, en matière de psychanalyse, s'abstenir justement.

Observations. — On trouve dans le rapport un certain nombre de cas médico-légaux qui ont fait l'objet d'interprétations psychanalytiques. Il était d'ailleurs difficile de donner une idée exacte de ces études analytiques de criminels, car, par nature, elles sont longues et prolixes et ne peuvent se concevoir autrement.

Le mieux serait donc de recourir aux mémoires originaux et de lire, dans la *Revue française de psychanalyse* (1[er] juillet 1927), le « cas de Mme Lefebvre » par Marie Bonaparte, et dans *Imago* (fasc. XV) le cas publié par Alexander sous le titre *Ein besessener Autofahrer*.

On aura ainsi une idée exacte des horizons particuliers ouverts à la criminologie par les psychanalystes.

Conclusions. — On trouve en somme jumelées dans ce travail deux questions assez différentes : d'une part l'exposé d'une criminologie nouvelle, d'autre part la position de la psychanalyse devant la déontologie médicale.

Sur cette dernière question, l'auteur exprime de façon assez catégorique son opinion personnelle : la psychanalyse thérapeutique ne doit pas être permise aux analystes non-médecins, et elle ne doit pas être interdite aux médecins qui ont la singulière fantaisie d'y avoir recours. Il y a lieu de réprimer par des poursuites judiciaires toute infraction à la loi de 1892 commise par les analystes laïcs et par les médecins qui, en prêtant leur concours à ces derniers, contreviendraient à l'article 16 de cette loi. Il y a lieu également, en matière de médecine administrative (soins aux mutilés de guerre et aux assurés sociaux), d'éviter d'engager les deniers publics dans des fantaisies thérapeutiques longues, coûteuses et d'intérêt discutable, alors qu'on est quelquefois obligé d'économiser sur des traitements de première importance.

Sur la première question, en revanche, l'auteur ne formule pas d'opinion personnelle. Il expose tout simplement le système comme on pourrait le faire de n'importe quelle conception philosophique, élaborée synthétiquement, échappant par conséquent à la discussion scientifique.

Il laisse simplement aux psychanalystes eux-mêmes le soin de conclure sur la valeur pratique de leur système criminologique.

Et cette conclusion est décevante : de l'aveu de ses partisans, la criminologie psychanalytique ne trouve pas sa place dans la société d'aujourd'hui, ce qui les fait glisser insensiblement de la « Kriminalpolitik » à la politique tout court, et nous présenter eux-mêmes la psychanalyse comme un vaste plan d'utopie, — le mot a été prononcé par Reik, l'animateur du mouvement.

Reik va même plus loin confessant : « tout cela, c'est évidemment de la *Zukunftsmusik* ». Le rapporteur n'hésite pas à traduire : de la musique futuriste.

*Discussion.*

M. Heuyer (Paris). — Estime qu'il faut être médecin pour pratiquer la psychanalyse, sous peine d'échecs pratiques. Heuyer rappelle l'importance des psychanalyses non freudiennes. Surtout il proteste contre les restrictions que le rapporteur apporte au rôle du médecin-expert. C'est au contraire dans les cas limites (perversions sexuelles, crimes passionnels, délinquance juvénile) que la psychanalyse permettrait à l'aliéniste de donner un avis utile au magis-

trat. Heuyer en cite des exemples personnels et montre les services rendus par l'examen systématique des délinquants juvéniles (loi de 1912). Par contre, il est vrai que dans le cadre des lois actuelles la psychanalyse ne peut être employée pour les adultes. Ces lois pourraient être complétées.

Quant aux dangers, ils sont importants et il est inadmissible qu'une consultation médico-légale puisse être donnée par un psychanalyste qui n'a même pas examiné le sujet.

Mme Marie Bonaparte (Paris). — Explique qu'il faut de longues études préalables pour être psychanalyste. Un psychanalyste ne doit traiter un sujet que sur prescription médicale. Mme Marie Bonaparte, qui n'est pas docteur en médecine, demande à être traitée en « sage-femme de l'âme ».

M. Cellier (Paris). — L'expertise psychanalytique est impossible actuellement pour des raisons matérielles et psychologiques. D'ailleurs, en droit, expliquer une chose n'excuse pas. Il n'en reste pas moins que la psychanalyse apporte une conception neuve, probablement féconde dans l'avenir, ouvrant la voie à toute une réforme pénale.

M. de Saussure (Genève). — La psychanalyse change le point de vue auquel juges et experts se placent.

M. Dide (Toulouse). — Rappelle que Freud étudia les premiers cas par l'hypnose. Il faut d'abord savoir la valeur de la méthode. Il croit que les psychanalystes cultivent la suggestibilité des malades inorganiques. Freud lui paraît d'ailleurs légèrement désabusé. Il faut en outre rester prudent, car la psychanalyse a une tendance à s'insurger contre l'ordre social.

M. Truelle (Paris). — La psychanalyse est pratiquement impossible à appliquer à la médecine légale, car il faut rester dans le cadre des lois. Il décrit un cas remarquable de simulation, l'inculpé décrivant ce qui se passe dans son inconscient.

M. Schiff (Paris). — La psychanalyse est entrée dans la vie courante ; on en fait constamment sans s'en apercevoir. Il eût été impossible de comprendre le cas de Kürten sans la psychanalyse.

Personnellement, l'auteur a fait intervenir des notions psychanalytiques dans des certificats médico-légaux. Ces certificats ont été pris en considération par les magistrats.

Schiff ne partage pas entièrement l'opinion de Truelle : la conscience personnelle du complexe d'Œdipe n'est pas impossible.

M. Borel (Paris). — La psychanalyse ne peut être employée qu'une fois l'individu jugé.

M. Naville (Genève). — Montre les limites dans lesquelles la méthode des mots induits peut servir au cours même de l'instruction.

M. Claude (Paris). — Les psychanalystes non médecins ne doivent travailler que sous contrôle médical. Il est préférable que le psychanalyste soit médecin lui-même.

La psychanalyse a attiré l'attention du médecin sur l'importance de certaines tares mentales. Il peut en profiter, mais son rapport ne doit être fourni au magistrat qu'à titre de renseignements. Il est d'ailleurs impossible, pratiquement, de faire des analyses complètes.

Au point de vue prophylactique, la psychanalyse peut également rendre des services.

Peut-on modifier la peine au nom de la psychanalyse ?

Il faut être prudent et réserver la question.

Quand les asiles de sûreté seront créés, la psychanalyse pourra servir à traiter les criminels.

### Communications

**Altérations osseuses tardives chez les grands amputés de guerre.** — M. Balthazard (Paris). — A la suite d'amputation, des altérations osseuses se développent. D'une part, des ostéophytes se produisent, contrastant avec une résorption osseuse au niveau des articulations demeurant inactives. D'autre part, se font des lésions à distance, fort peu étudiées jusqu'à présent : scoliose entraînant pour le membre inférieur une bascule du sacrum et, lorsqu'il s'agit d'amputations du membre supérieur, une bascule de la clavicule. Les altérations osseuses à distance sont plus marquées lorsqu'il s'agit d'amputations de membres inférieurs. Elles doivent être prises en considération pour évaluer les taux d'incapacité permanente.

**Preuves de suicide par aspect des taches de sang sur la main droite.** — M. Balthazard (Paris), présente la photographie de la main d'un sujet trouvé mort d'une balle de revolver tirée dans la tempe droite. L'aspect des taches de sang montrait de façon formelle que la main était près de la tempe au moment même de la blessure.

**Péri-arthrite scapulo-humérale avec calcification et ossifications péri-articulaires.** — M. Mauclaire (Paris). — S'appuyant sur d'intéressantes radiographies, le professeur Mauclaire décrit les calcifications à distance qui se produisent dans les arthrites traumatiques.

**Rupture traumatique d'une rate pathologique dans les suites d'un accident du travail.** — M. Sorel (Toulouse). — Un sujet atteint de fracture compliquée de l'épaule, avec suppuration et fièvre fait, alors qu'il est convalescent de cet accident du travail, une chute fortuite dans un escalier. Il succombe au bout de quelques heures d'une rupture de la rate. Cette dernière était rendue fragile du fait de ses réactions à l'infection.

L'auteur discute les conclusions médico-légales : la relation avec l'accident doit être admise en cas d'accident de travail ; des réserves doivent être formulées en cas d'accidents de droit commun.

**Le choc alvéolaire dans la submersion.** — MM. Leclerc et Muller (Lille) montrent expérimentalement que la mort survient vite dans la submersion

dans l'eau ordinaire ; au contraire, les désordres sont moins considérables en cas de submersion dans un liquide isotonique.

**Empreintes d'étoffes sur des balles de plomb.** — MM. PIÉDELIÈVRE (Paris) et Pierre E. MARTIN (de Lyon). — Les balles de plomb gardent l'empreinte de l'étoffe qu'elles frappent. Les auteurs ont précisé par de nombreux tirs expérimentaux, qu'il était possible dans certains cas favorables, de retrouver sur les agrandissements photographiques des balles de plomb, deux empreintes différentes imprimées par deux étoffes superposées.

**Les réactions nucléaires dues aux toxiques.** — M. DE LAET (Bruxelles). — Les injections de toxiques produisent des lésions pycnotiques des thymocytes et des lymphoblastes, ainsi que des altérations de la mitose des cellules des glandes de Lieberkühn.

**Le vol généreux.** — MM. HEUYER et DUBLINEAU (Paris) décrivent un type spécial de vol qu'ils ont observé chez des enfants et des adolescents et qui montre l'intérêt de l'emploi de la psychanalyse en criminologie. Il s'agit d'enfants et d'adolescents intelligents, non pervers, émotifs et intimidables. Le vol est récent, non habituel, non utilitaire. Il est souvent prémédité, adroitement exécuté comme le serait un vol commis par un pervers. Son produit est distribué généreusement à des amis, à des camarades, ou à d'autres personnes dont l'enfant désire s'attacher la bienveillance. Souvent la récidive du vol est encouragée par l'impunité.

Le mécanisme du vol présente un caractère spécial. En général, l'enfant ou l'adolescent souffre d'une infériorité d'ordre social (déchéance de la famille), familial (dissociation), individuel (infirmité physique). Par un mécanisme de compensation, l'enfant satisfait sa vanité et réagit à son infériorité par la distribution généreuse du produit de son vol.

Les auteurs présentent une série d'observations du type pur de vol généreux. Ils en décrivent aussi des types mixtes dans lesquels certaines perversions accompagnent la générosité. Le diagnostic doit être fait avec le vol du débile dont la générosité est due souvent à la suggestibilité, au vol du pervers qui distribue le produit du vol à ses complices, au vol altruiste décrit par Juquelier et Vinchon, enfin à certaines manifestations de vols cyclothymiques chez des hypomaniaques dont la générosité est morbide.

Le pronostic du vol généreux est relativement bon.

L'enfant ou l'adolescent est émotif, intimidable et sa délinquence doit être considérée comme épisodique et curable.

Toutefois, l'impunité encourage les habitudes, et le caractère utilitaire du vol peut apparaître secondairement.

Le traitement est d'ordre psychothérapique, la psychanalyse révélant à l'enfant les motifs réels de sa conduite et donnant en même temps une orientation meilleure du mécanisme de compensation. Souvent des conseils donnés aux parents peuvent modifier la situation familiale dont l'enfant souffre. Enfin, une bonne orientation professionnelle peut remédier à une certaine infériorité sociale du sujet.

SZUMLANSKI.

# Les Thèses

P. — Dr RAUTUREAU. — **La collapsothérapie par alcoolisation du nerf phrénique dans la tuberculose pulmonaire.** (Paris, librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 1932.)

La phrénicectomie faite pour une tuberculose localisée au sommet, surtout quand ses conditions d'action sont défavorables, risque de produire inutilement la perte définitive d'une portion de parenchyme sain. La thoracoplastie partielle ou même l'apicolyse avec plombage paraffiné donnent des résultats excellents dans les lésions siégeant au sommet et permettent de conserver intégralement la fonction d'une base saine, mais ces interventions comportent des risques opératoires plus grands que la bénigne opération de Félix. Un procédé permettant d'immobiliser temporairement l'hémidiaphragme pendant un temps suffisant toutefois pour juger des effets qu'aurait amenés une phrénicectomie rendrait service, à la condition de pouvoir pratiquer ensuite l'exérèse en cas d'efficacité. C'est dans ce but qu'a été faite l'alcoolisation du nerf phrénique dans les quatorze observations relatées.

L'alcool absolu injecté dans un nerf permet d'obtenir avec une certitude complète sa dégénérescence totale. Les altérations nerveuses se produisent seulement au niveau et au-dessous du point d'injection. Il y a d'abord dégénérescence, puis régénération. Les faits cliniques et électriques montrent également l'effet transitoire des injections d'alcool sur le parenchyme nerveux. La durée en est variable, mais toujours de plusieurs mois.

La technique employée pour alcooliser le phrénique a été celle décrite par Cordey et Philardeau : découverte du phrénique cervical comme pour l'exérèse et injection endoneurale d'alcool absolu. Il n'y a eu qu'un incident opératoire : la rupture du nerf. En ce cas, la suture des deux bouts doit être faite.

L'ancienneté des opérations se répartit ainsi : six mois pour les cinq premières, cinq mois pour les cinq suivantes, une à onze semaines pour les quatre

dernières. Les résultats sur l'hémidiaphragme ont été les suivants : immédiatement, paralysie complète douze fois, avec légère ascension dans deux cas, et partielle deux fois. Tardivement, chez onze malades, persistance de la paralysie, s'accompagnant cinq fois du phénomène de Kienböck, et deux fois de petits mouvements normaux lors de la respiration profonde. Une ascension variant entre 2 et 9 cm. s'est produite dans neuf cas. La reprise de la fonction s'est faite une fois partiellement au bout de deux mois et deux fois complètement cinq semaines et trois mois après. Dans ces deux cas l'examen histologique montra qu'il n'existait pas de dégénérescence (alcoolisation probablement défectueuse). Les effets anatomo-cliniques, dont on ne peut parler que pour neuf alcoolisations, deux étant trop récentes et dans trois autres la paralysie ayant été de courte durée, ont été favorables cinq fois, et ici une exérèse sera faite prochainement. Ils ont été nuls quatre fois, mais l'alcoolisation aura été plus avantageuse que la phrénicectomie en évitant une paralysie hémidiaphragmatique définitive. Les deux phrénicectomies faites secondairement ne permettent pas de dire si une alcoolisation préalable rend l'arrachement plus difficile. Si cela était, le procédé de Goetze pour la phrénicotomie radicale devrait être employé.

La valeur de l'alcoolisation du nerf phrénique comme méthode d'immobilisation temporaire de l'hémidiaphragme paraît à l'auteur, d'après les résultats enregistrés, comparable à celle de la phrénicotomie avec l'avantage sur celle-ci de rendre ensuite possible l'exérèse. Dans les deux cas il y a en effet persistance des voies anastomotiques et accessoires du phrénique après opération. Il doit exister cependant une différence dans la durée de la paralysie hémidiaphragmatique chez les malades où elle ne disparaît pas précocement, les conditions de la régénération nerveuse n'étant pas les mêmes après l'alcoolisation ou la section. L'insuffisance de recul — les dix premières alcoolisations datant seulement de cinq à six mois — empêche de donner des renseignements précis sur ce point. Une modification de la technique opératoire s'impose pour améliorer les effets paralytiques de l'alcoolisation phrénique sur l'hémidiaphragme, les rendre constants et assez durables. Les procédés autres que l'alcoolisation pour immobiliser temporairement l'hémidiaphragme, permettant de faire ensuite l'exérèse, tels que l'écrasement et la congélation du phrénique, ne produisent pas une paralysie suffisante pour juger des effets qu'aurait donnés la phrénicectomie. Seule la phrénicotomie avec suture des deux bouts pourrait avoir la même valeur.

Les indications de l'alcoolisation phrénique dans la tuberculose pulmonaire ne peuvent être formulées qu'avec réserve, étant données d'une part l'expérience restreinte et récente de la méthode et d'autre part l'insuffisance actuelle des résultats. Si ceux-ci sont améliorés par une modification technique, l'alcoolisation phrénique pourra être employée : *a*) Comme traitement d'épreuve pour juger de l'opportunité de la phrénicectomie chaque fois que, celle-ci étant indiquée, les lésions siégeront au sommet. Elle s'imposera surtout lorsqu'on craindra une inefficacité de la paralysie hémidiaphragmatique et quand il existera une bilatéralité des lésions. En cas de bons résultats, l'exérèse devra presque toujours être pratiquée secondairement. *b*) Exceptionnellement comme méthode autonome (tuberculose unilatérale légère et terminaison de certains pneumothorax). La contre-indication essentielle sera réalisée par le siège basilaire des lésions. Dans ce cas, c'est la phrénicectomie qui conviendra.

D'une façon générale, l'alcoolisation phrénique sera à rejeter si le malade ne peut rester sous la surveillance du médecin.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez Norbert Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

R. Targowla et J. Dublineau. — **L'intuition délirante.** In *Bibliothèque de neuro-psychiatrie* (Prof. Claude et J. Lévy-Valensi, directeurs). Un vol. 316 pages. Prix : 35 francs.

Librairie agricole de la Maison rustique
26, rue Jacob.

M. Ebel, professeur d'arboriculture. — **La pépinière.** Un vol. 288 pages. 100 grav. Prix : 16 fr. 50 (franco).

Editions Spes
17, rue Soufflot, Paris, V^e^.

**L'école des parents. Le noviciat du mariage.** — Ce que nos fils ne doivent pas ignorer. Ce que nous devons apprendre à nos filles. Conférences données au Musée social en 1932. Un vol. 360 p. Prix : 12 francs.

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain.

Ernest Schulmann, médecin des hôpitaux de Paris. — **Etudes cliniques de syphiligraphie.** Préface du Docteur A. Sézary. Un vol. 292 pages. 18 fig. Prix : 40 francs

**Questions cliniques d'actualité,** 3e série. Leçons professées à la Charité (service du Professeur Sergent.) Un vol. 302 pages, 17 fig. Prix : 45 francs.

Chez Baillière et fils
19, rue Hautefeuille.

Dr Pierre Mollaret, chargé du centre de malariathérapie de la Salpêtrière. — **Le traitement actuel de la paralysie générale.** Ce qu'il nous apprend. Collection : *Les thérapeutiques nouvelles* (Prof. Rathery, directeur). Un vol. 68 pages. Prix : 8 francs.

## THÉRAPEUTIQUE

### La maladie cœliaque

La maladie cœliaque, quoique surtout étudiée chez les enfants, n'en existe pas moins chez l'adulte.

*Chez les enfants*, la maladie cœliaque, fréquente dans les pays anglo-saxons et observée récemment en France par plusieurs auteurs, vient de faire l'objet d'un travail de M. Saint-Girons (le *Concours Médical*, 28 juin 1932.)

La maladie cœliaque se caractérise essentiellement par des manifestations digestives, (augmentation considérable de l'abdomen, volume énorme, anormal des matières fécales, dont l'aspect est particulier), qui entraîne un arrêt du développement statural et pondéral marqué.

*Chez les adultes* on relève des troubles digestifs qui tiennent également la première place. Tantôt les selles sont rares, dures, tantôt elles sont extrêmement abondantes, molles, quelquefois décolorées. L'abdomen est volumineux, météorisé avec un pannicule adipeux abondant. La palpation révèle souvent des points douloureux fugaces.

En dehors de troubles dyspeptiques, il existe des symptômes d'auto-infection (nervosisme, haleine fétide, migraines, asthénie, fièvre) et des troubles à distance au niveau des glandes endocrines, du cœur, et surtout du foie.

Le syndrome d'insuffisance hépatique se trouve souvent réalisé par l'oligurie, l'indicanurie, la glycosurie alimentaire provoquée, la diminution de l'urée et l'augmentation de l'ammoniaque. On constate en outre une augmentation du volume du foie, douloureux à la palpation.

*Chez les enfants*, le traitement de la maladie cœliaque donne, dans les cas où il est institué assez précocement, des résultats encourageants ; il est avant tout diététique,

Le régime repose sur la suppression des graisses et des hydrates de carbone, à l'exception des bananes et de quelques autres fruits. On donne des protéines sous forme de poudre de lait albumineux, de gélatine, de blanc d'œuf, de lait écrémé caillé, de babeurre, de viandes, de fromages. Parmi les protéines végétales, Ribadeau-Dumas recommande particulièrement l'emploi de l'aleurone du tournesol, riche en substances azotées, en phytine. Woringer préconise aussi les purées d'épinards, carottes, laitues. P. Rohmer a obtenu des résultats favorable avec la vitamine C.

*Chez les adultes*, le traitement consiste surtout à rééduquer l'intestin, tout en décongestionnant le foie.

On se souviendra que le régime lacté ne doit pas être exclusif en raison des troubles intestinaux qu'il peut aggraver ; la diète hydrique convient mieux à la condition de la faire suivre rapidement de plusieurs jours de diète hydrocarbonée. Plus tard, on permettra un peu de viande rôtie ou grillée. On prohibera les sauces, la graisse, les fritures, les œufs, le chocolat, les crèmes.

Le traitement médicamenteux sera physiologique ; on rejettera toute manœuvre physique (lavement) et tous les antiseptiques, ou drastiques.

Parmi les laxatifs employés, la Cascarine s'impose parce qu'elle agit à la fois sur l'intestin et sur le foie.

C'est Botkin qui, le premier, a montré qu'elle agissait en excitant les sécrétions gastriques biliaires et pancréatiques. Après lui, Laffont a précisé et localisé le mécanisme de l'action de la Cascarine dans le foie et les glandes digestives, en mettant en lumière que ses effets se continuent longtemps et sans inconvénient. Quant à son action sur la tunique musculaire de l'intestin elle a lieu indirectement par réflexe, ce qui explique sa douceur et sa puissance dynamique. En effet, elle agit comme excitant de la tunique intestinale à la faveur du flux biliaire provoqué déjà antérieurement. Son action cholagogue détermine donc secondairement les contractions intestinales. Ainsi se trouvent démontrés physiologiquement les résultats cliniques d'un médicament qui n'a pas et ne peut avoir d'accoutumance. On comprend donc qu'il convienne admirablement dans la maladie cœliaque si fréquente à notre époque de gros mangeurs et si rebelle aux autres médications.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

### L'aveu non déguisé des pharmaciens qui font de l'exercice illégal de la médecine. La reconnaissance du laboratoire et ses primes dorées sur tranche

Il y a quelques mois, Paul Boudin publia, dans le *Concours Médical*, une étude juridique sur l'importante question des substitutions, effectuées par des pharmaciens qui proposent au client dont l'ordonnance comporte une spécialité définie, un succédané de leur cru, ou un ersatz de leur invention.

Là-dessus, il fut pris à partie dans certains organes pharmaceutico-professionnels, où son étude fut passée au crible le plus étroit, son argumentation discutée, contestée, certaines de ses expressions âprement épluchées ...

C'est tout juste si on ne l'accusait pas de nourrir, à l'égard des pharmaciens, une hostilité plus ou moins justifiée. De là à adresser le même reproche au journal qui publie les articles de Paul Boudin, il n'y a qu'un pas. Ce sont sans doute, en effet, des sentiments analogues que l'on prête à Gassot et à moi-même, qui à maintes reprises, et surtout à propos de la réforme de la législation sur la Pharmacie, — toujours en chantier, jamais achevée, — nous sommes élevés contre le dualisme selon lequel la médecine et la pharmacie, deux professions nécessairement collaboratrices l'une de l'autre, se trouvent séparées par une cloison étanche d'une herméticité légale particulièrement rigoureuse et illogique.

Il m'est arrivé, à moi-même, de relever les propos parfaitement discourtois, tenus dans leurs assemblées corporatives, par des pharmaciens, sur le compte du Corps médical. Et le jour n'est pas si éloigné où *Le Propharmacien* osa, très courageusement, relever le gant et demander des comptes à un pharmacien qui s'était exprimé injurieusement à l'égard de nos confrères ruraux, — allant jusqu'à les traiter de parasites.....

Ce que nous reprochons aux pharmaciens, plus volontiers, ce qui nous irrite contre eux, c'est la désinvolture avec laquelle ils envahissent les plates bandes médicales, faisant, à la ville comme à la campagne, de l'exercice illégal de la médecine, d'une façon habituelle.

Avec désinvolture, ai-je dit ? C'est à dire que c'est tout juste s'ils ne s'en vantent pas. Et en tout cas, il en est qui n'hésitent pas à le proclamer, non pas seulement par le verbe, qui s'envole, mais par l'écrit qui demeure, comme un témoignage irréfutable d'errements contre lesquels nous sommes désarmés et nous avons renoncé à lutter, mais que nous avons bien le droit d'invoquer, pour justifier notre attitude, et riposter aux pharmaciens qui nous attaquent.

Un certain sirop se recommande par une Notice où s'étalent de nombreuses références, parmi lesquelles je n'ai que la peine de choisir ces aveux spontanés d'exercice illégal.

Celui-ci, d'une petite ville de la Nièvre, vante le sirop en question : « Tous les clients à qui je l'ai *proposé* en redemandent...... »

De cet autre, des Vosges, même dithyrambe, plus élogieux encore, se terminant ainsi : « Devant ces résultats encourageants et les louanges des clients, je n'hésite plus maintenant à le *conseiller*... »

De ce troisième, du Nord : « Je le *conseille* à bon escient... »

C'est dans l'Aisne qu'exerce illégalement ce pharmacien qui déclare : « Il m'arrive presque journellement de *conseiller* ce merveilleux Sirop, ... », qui n'est pas seulement remarquable par son efficacité, mais encore, mais surtout sans doute, en raison de l'intérêt commercial qu'il apporte, et qui est incomparable...

A l'autre bout de la France, dans les Basses-Pyrénées, même enthousiasme : « Toutes les fois que j'ai *conseillé* le Sirop... j'ai obtenu des résultats presque immédiats... »

Revenons en Normandie : « J'ai *conseillé* le Sirop... dans ma clientèle... J'ai commencé par le *recommander* aux nombreux gazés de guerre, aux emphysémateux, aux cardio-bronchiteux âgés ». Et pour terminer, cet aveu cynique : « aucun sirop, même de ma fabrication, ne me rapporte autant... »

Transportons-nous dans l'Est de nouveau : « Je le *conseille*, écrit le pharmacien, avec succès, dans les cas de bronchite rebelle... »

Et revenant, vers Paris, à mi-chemin à peu près : « Il m'a été donné de *conseiller* le Sirop... à plusieurs de mes clients... » déclare C. pharmacien de la Haute-Marne.

Etc., etc...

Bornons là notre dépouillement, et constatons que cette documentation est tout à fait à sa place dans les dossiers déontologiques que nous possédons. Elle le sera aussi d'ailleurs au Parlement, quand il s'agira de discuter ce projet de loi sur l'*Ordre des Pharmaciens,* dont j'ai ouï parler, sans d'ailleurs comprendre comment une profession qui est, en pratique, commerciale, pourrait être assimilée à la profession d'avocat qui, jusqu'à présent, est seule soumise aux règles d'un Ordre corporatif.

***

Les pharmaciens qui proposent... qui conseillent... qui recommandent... sont légion. Personnellement, je ne leur en veux pas. Dès mes premiers pas dans la carrière, entretenant des relations d'amitié avec les pharmaciens de ma résidence, je ne me suis jamais offusqué de les voir répondre aussi discrètement et sobrement qu'ils le pouvaient ainsi aux sollicitations importunes de leur clientèle. Je n'évoque ici ces errements que pour montrer l'idée, fausse évidemment, que se font de leurs droits légaux, d'honorables apothicaires, qui ne soupçonnent même pas sans doute ce qu'il y a d'incorrect à s'en vanter avec une pareille inconscience...

Si, par contre, mes amis avaient voulu m'acheter, en me remettant une prime pour me remercier de mes prescriptions, il est certain que je me serais rebiffé. Il y a quelque chose de véritablement répugnant, dans un procédé qui jauge à un niveau si bas la conscience du médecin ...

Et pourtant, ce n'est pas de ma part simple vue de l'esprit, ou rêveries à allure de cauchemar. J'ai sous les yeux toute une série de documents qui établissent péremptoirement que certain Laboratoire parisien n'hésite pas à recourir à ce procédé.

Une circulaire d'abord, où il est dit, — goûtez-moi cet exposé :

« En témoignage de notre reconnaissance au Corps médical, et pour faciliter aux malades l'*exécution rapide des ordonnances,* le laboratoire offre à titre absolument gracieux et franco domicile, un des objets de valeur ... »

Une notice jointe énumère les cadeaux offerts :

Pour 20 unités du produit, un stylo, ou un maroquin ministériel, ou une pendulette, au choix.

Mais pour 30 unités, les mêmes objets sont dorés sur tranche et ont une valeur qui varie de 200 à 300 francs...

Enfin, des cartes postales, toutes préparées, qu'il n'y a qu'à remplir et à signer, sont destinées l'une au pharmacien qui, sur les conseils du médecin, commandera 20 ou 30 unités de cet excellente spécialité; l'autre au médecin qui attestera avoir donné ce conseil, et fixera son choix sur l'un des objets offerts.

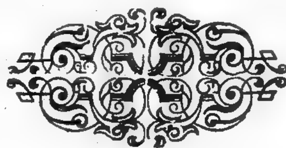
Comment trouvez-vous l'aventure, mes chers confrères ? N'est-ce pas là une forme déguisée de ce compérage que nos Syndicats condamnent à juste titre ? Et combien différente et éloignée de l'usage aimable de ces honorables firmes qui fournissent le médecin de blocs d'ordonnance à son nom, de la colle pour l'usage de son bureau, sans rien demander en échange ?

Je la dédie aux pharmaciens qui rêvent d'un Ordre disciplinaire, qui aura à connaître de la Déontologie pharmaceutique, de ses limites, et de ses règles.

Le confrère qui, dans son indignation, m'a fourni cette documentation, n'attend que l'occasion, m'a-t-il dit, de se trouver en face du représentant de ce laboratoire pour lui mettre proprement son pied... au bas des reins.

Croyez-vous qu'il l'aura volé ?

G. DUCHESNE.



# FAUT-IL PROCLAMER LA FAILLITE DU SYNDICALISME MEDICAL ?

*Ce n'est pas parce qu'un conseil de famille local ne peut, ou ne veut pas obliger un confrère à renoncer à la médecine par abonnement, qu'il faut décider que le syndicat n'est bon à rien, incapable de faire respecter ses décisions.*

*Au contraire, tout en mettant à l'étude l'organisation, sur des bases juridiques indiscutables de la justice disciplinaire, tout en abordant le problème exaspérant de la lutte contre les rabaisiens, il faut reconnaître que le syndicat est le seul organisme qui ait qualité et pouvoir de lutter contre les collectivités, qui veulent transformer les médecins en employés salariés.*

*La défense et la représentation des intérêts généraux de la corporation sont confiées au syndicat, alors que les litiges d'ordre individuel de chaque praticien sont du ressort de la Ligue médicale de Défense individuelle (Sou Médical).*

*Aux collectivités publiques ou privées grandissantes comme pouvoir et ambition opposons nos collectivités professionnelles, qui sont loin d'avoir fait faillite.*

Nous avons reçu la lettre suivante :

A l'occasion d'une lettre de sage-femme, vous soulevez encore une fois la question vieille et toujours d'actualité, des médecins rabaisiens. Vous terminez ainsi votre article : « Pour ma part, je ne vois de salut que dans l'action syndicale juridiquement bien étudiée d'abord, puis énergiquement exécutée. »

Eh ! oui. Je serais de votre avis, à condition que l'esprit de défense professionnelle existât au sein des syndicats.

J'ai un confrère dans ma localité qui pratique encore le système de l'abonnement dont vous êtes loin, je pense de soupçonner le mécanisme.

Ce médecin soigne ses clients à raison de 10 fr. par an et par tête quelle que soit la distance.

Vous comprenez à quel rabaisien j'ai affaire. Il y a déjà plus de cinq ans que j'ai porté le sujet devant le syndicat qui m'a déclaré nettement qu'il lui était impossible d'empêcher pareil abus. La raison est que ce confrère rabaisien a ses meilleurs amis comme membres influents du syndicat et que ces amis en aucune circonstance ne voudraient agir contre leur ami.

Comment après cela compter sur des règlements syndicaux ?

Je vous soumets le cas sans espérer aucune solution, mais seulement pour faire tomber votre mousse de néophyte et votre confiance syndicaliste.

Avec mes regrets de vous avoir enlevé quelques illusions, veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

**Réponse.**

Votre lettre ne m'enlève aucune de mes illusions et est loin de faire tomber ce que vous appelez ma « mousse de néophyte ». Au contraire, elle me flatte, car vous me croyez peut-être très jeune, nouveau venu que je serais au syndicalisme, alors que vous oubliez mes cheveux blancs et que vous ne me croyez pas vieilli sous le harnois.

Oui, il y a trente ans, le 2 juillet 1902, j'étais un des fondateurs et le secrétaire du Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex : ma foi syndicaliste devrait donc être détruite depuis bien longtemps : à maintes reprises, elle aurait dû sombrer, si je m'en étais tenu aux simples exemples journaliers des luttes confraternelles et des manifestations quotidiennes de la concurrence entre voisins.

Je ne suis pas un admirateur béat du syndicat, car il présente encore bien des imperfections. Mais c'est le seul organisme qui puisse légalement faire quelque chose contre l'égoïsme, l'ambition et la mauvaise volonté confraternelles.

Faudrait-il donc proclamer la faillite du code pénal et de la justice répressive de droit commun, parce qu'il y a par les chemins, pas mal de voleurs et même de criminels ?

Le Syndicat a pour fonction principale d'étudier et de résoudre les problèmes corporatifs d'ordre général et collectif. Il a pour but la représentation et la défense des intérêts collectifs.

N'est-ce pas lui qui a obtenu le libre choix du médecin et l'abolition du tarif forfaitaire dans les accidents du travail, pour les soins aux pensionnés de guerre, pour l'A. M. G., etc ?

Sans le syndicat, ne serions-nous pas maintenant les employés, les salariés de la mutualité, des usines, des hôpitaux, des assurances sociales ? Si chaque individualité médicale était livrée à elle-même, elle accepterait, contrainte et forcée, des locations d'ouvrage, par nomination à la faveur, ou à l'intrigue, avec renvoi brutal, souvent sans préavis, ni congé-délai.

Seule la réunion des confrères, en syndicats, permet de défendre nos dernières libertés, parce que nos employeurs éventuels redoutent un refus collectif, ou une démission concertée. Sinon, il y a longtemps que le libre choix, le tarif à la visite et le respect du secret professionnel auraient vécu.

Certes — et je suis entièrement d'accord avec vous — la justice syndicale locale est souvent impuissante à faire cesser certains abus, certains

pratiques condamnables. Le vers du bon fabuliste est éternellement vrai : « selon que vous serez puissant ou misérable ... »

Est-ce à dire que les conseils de famille sont inutiles ? Pour ma part, je crois nécessaire de donner aux juges médicaux l'impavidité et l'impartialité nécessaires, en créant des organismes disciplinaires régionaux et non pas départementaux, avec un ministère public, qui dira la loi et les statuts aux membres de la chambre de discipline.

Ce n'est donc que question d'organisation, de mise au point. Que le médecin, qui pratique encore l'abonnement, qui se cramponne à des habitudes condamnées par l'universalité des praticiens, soit invité à comparaître devant des confrères, non plus ses voisins — et amis — mais des départements voisins, réunis au chef-lieu de la région : il ne se rira plus alors des décisions corporatives, s'il sait que la sanction peut être la mise à l'index, ou l'exclusion du syndicat, avec rupture obligatoire des relations confraternelles avec ses voisins.

Je vais même plus loin et, puisque progressivement les lois et règlements s'appuient sur le syndicat, tant pour l'organisation d'un contrôle technique que pour la répression des abus, le moment est proche où notification des décisions disciplinaires syndicales sera communiquée aux collectivités publiques, pour que le mauvais confrère, exclu, ou mis à l'index, soit également jugé, par les administrations publiques, comme indigne de pratiquer la médecine de l'assistance médicale, des enfants assistés, de la protection du premier âge, etc., etc.

Tyrannie, me direz-vous ; abus de pouvoir de la part de confrères, qui ont condamné un praticien.

Non ! surtout si les chambres de discipline ne sont plus comprises, comme aujourd'hui, dans le cadre départemental, mais dans celui de la région ; surtout si une juridiction d'appel est adoptée, soit devant la cour d'appel, ou le tribunal civil (comme cela existe pour toutes les autres justices d'exception) avec recours ultérieur devant la cour de Cassation, soit devant une juridiction professionnelle d'appel, composée de confrères et de magistrats de profession.

La répression des abus criants, la lutte contre les rabaisiens ne seront efficaces que le jour où la justice syndicale — encore dans l'enfance aujourd'hui — aura été mise sur pied, sur des bases juridiques indiscutables, offrant toutes garanties d'impartialité, autant qu'en présentent les juridictions de droit commun.

La lutte contre les rabaisiens est une des plus urgentes qui se pose ; j'en ai souffert, lorsque j'ai exercé dans l'Ain ; mes confrères en souffrent toujours et c'est ce qui permet à certains de crier à la faillite du syndicalisme.

En tout cas, il ne faut demander au syndicat que ce qu'il peut donner, dans le cadre des questions d'ordre général et collectif.

Au contraire, pour les litiges d'ordre purement individuel, pour les intérêts particuliers à chaque médecin, c'est vers la Ligue de Défense individuelle, qu'il faut se tourner. Le « Sou médical » a, en effet, été créé pour étudier et défendre, non seulement les procès de responsabilité professionnelle, mais aussi et surtout les conflits qui intéressent chaque adhérent, dans l'exercice de sa profession.

Voilà pourquoi je suis un partisan de l'associationnisme entre médecins : l'évolution de la sociologie moderne nous entraîne vers une concentration en collectivités publiques ou privées. Le socialisme d'Etat nous envahit et tend à absorber chacune de nos individualités. La médecine dite sociale s'oppose de plus en plus aux rapports directs entre malade et médecin : elle interpose un tiers, qui veut contrôler, parce qu'il paye.

D'autres collectivités veulent avoir leurs médecins nommés par elles et à leur solde : c'est l'hôpital, qui se transforme en maison de santé à bon marché ; c'est la mutualité qui rêve de gérer les Assurances sociales, toujours avec un Corps médical salarié, avec libre choix restreint et honoraires à prix réduits.

Isolé, le praticien doit succomber : voilà pourquoi je lui prêche l'adhésion au syndicat et au « Sou Médical », pour qu'il soit défendu à la fois, dans ses intérêts collectifs et corporatifs, comme dans ses intérêts immédiats et individuels.

Voilà pourquoi je demande à mes confrères de choisir le moindre mal et, plutôt que de devenir des salariés, préférer le syndicalisme avec toutes ses imperfections — perfectibles cependant — plutôt que de faire le jeu de nos adversaires, en déblatérant contre le syndicalisme, en proclamant sa faillite.

Les pouvoirs publics, les organisations privées donneraient bien cher pour décider la disparition du syndicalisme médical : la voie serait alors librement ouverte pour la domestication du Corps médical et son asservissement aux collectivités qui l'emploieraient.

C'est l'avenir proche, celui de demain : il est urgent d'y réfléchir, pour que le réveil ne soit pas brutal et irrémédiable.

Dr Paul BOUDIN.

# LA PRISE EN CHARGE DES ASSURANCES SOCIALES PAR LA MUTUALITÉ

## Rapport présenté à l'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens

Jean MADIER, Raphaël MASSART et Yves DELAGÉNIÈRE

(*Suite et fin*) (1)

### II. — Le point de vue du Corps médical.

Le Corps médical tout entier a aidé à l'application de la loi sur les Assurances sociales grâce à la bonne volonté de chacun, grâce à la diplomatie de ses dirigeants, il a réussi à établir avec les caisses un *modus vivendi* qui permet aux assurés sociaux d'être soignés et traités comme des clients ordinaires.

La proposition de loi de MM. Dormann et Montigny tendant à supprimer tous les accords, à remettre entièrement en cause l'organisation des soins a soulevé chez nous une émotion très vive, non seulement parce qu'elle ruinait nos efforts, mais aussi parce qu'elle nous laissait en face d'une vieille connaissance, dont beaucoup d'entre nous ont déjà eu à se plaindre : la Mutualité.

### LA MUTUALITÉ NE VEUT PAS D'ENTENTE AVEC LE CORPS MÉDICAL

La Mutualité estime que la loi sur les Assurances sociales a profité au Corps médical, elle l'a dit, elle l'a écrit, nul n'en ignore.

En prenant en charge les Assurances sociales, la Mutualité veut avoir la liberté d'organiser ses services médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers comme elle l'entend ; c'est dire que sur ce point, elle veut une réforme et qu'elle la veut, avant même d'envisager une nouvelle organisation administrative ; elle y insiste, elle le spécifie, dans des notes et dans des commentaires qui accompagnent l'étude de la proposition nouvelle.

L'examen des divers chapitres du budget des sociétés de Secours mutuels permet de se rendre compte que les économies escomptées s'exerceront surtout sur le chapitre des honoraires médicaux et pharmaceutiques qui apparaissent comme beaucoup trop élevés.

Les Mutualités doivent se rendre compte cependant, que des tarifs leur ont été souvent consentis par les médecins pour aider des sociétés locales, en raison même du petit nombre des adhérents, souvent dans un but philanthropique et pour permettre d'équilibrer les budgets ; on ne saurait en faire une règle et l'imposer, maintenant qu'il s'agit d'une assurance obligatoire, comprenant presque la totalité des travailleurs.

En agissant ainsi, le médecin se trouverait seul à être lésé par la loi et dans certaines agglomérations, il verrait sa clientèle disparaître et avec elle son gagne-pain.

Les Mutualités jusqu'ici n'ont pas encore mis sur pied un organisme capable de dispenser des soins à un grand nombre d'adhérents, mais elles en parlent et estiment qu'elles seront à même de donner à la totalité des assurés sociaux des soins de qualité, en dépensant beaucoup moins.

### ORGANISATION MÉDICALE MUTUALISTE

Cette qualité des soins, la Mutualité pense arriver à l'obtenir en ayant la haute main sur le Corps médical appelé à collaborer, en sélectionnant ses médecins, en en réduisant le nombre, en les utilisant à contrôler les abus qui sont le fait du malade, en supprimant les abus qui peuvent être le fait des médecins, par l'allocation d'un salaire forfaitaire, à chaque médecin agréé par elle.

*La collaboration avec le Corps médical est supprimée* en fait la Mutualité appelle à elle des médecins de son choix, elle les impose à ses malades : elle donne un salaire fixe, elle les remercie s'ils ont cessé de plaire ; elle sépare du reste des médecins un groupe de médecins qu'elle attire à elle *les médecins à gages.*

### LES MÉDECINS A GAGES

Le médecin à gages, payé cher (au moins au début) travaillant à forfait, c'est une formule qui ne résiste pas à une étude sérieuse de l'exercice de la profession.

Si elle peut s'expliquer dans la médecine des collectivités, dans l'armée, dans la marine, où il suffit souvent d'appliquer des règles d'hygiène, elle est inopérante et inefficace quand il s'agit de traiter des malades, de les suivre à domicile, de leur dispenser des soins continus le jour et la nuit, d'y ruiner sa santé, d'y consacrer tout son temps.

Le médecin à gages payé cher doit fournir à l'organisme qui l'utilise un rendement qui justifie sa haute paye ; comme tous les malades sont différents, il faut arriver à les catégoriser, à baser sa thérapeutique sur la similitude des cas, à gagner du temps en utilisant les services d'auxiliaires non médecins ; dans l'ensemble c'est une médecine mal faite, bonne au plus à

(1) V. *Concours Médical*, nº 46.

trier les bien portants et les malades et où l'examen clinique individuel, fait avec soin et souvent long est pratiquement impossible.

A cela on nous oppose les garanties offertes par le choix même des médecins que la Mutualité sélectionnera parmi les meilleurs et qui offriront au malade toutes garanties.

La qualité même de ceux que l'on nous désigne, nous laisse croire que la Mutualité se leurre en espérant attirer facilement à elle l'élite de notre profession.

Il ne suffit pas de faire briller l'or pour soumettre les consciences et jamais des médecins instruits et surtout honorables ne consentiront à avilir à ce point l'exercice de leur profession.

### Recrutement des médecins mutualistes

Ce qu'il faut craindre, c'est que la Mutualité ne pouvant obtenir les meilleurs, cherche à en obtenir de moins bons ; *mais à des prix plus avantageux*. Elle cherchera d'abord des médecins sur lesquels elle aura barre, parmi les relations familiales, des dirigeants, des hommes politiques, puis parmi des amis que la clientèle a boudés, parmi les retraités de la médecine militaire désireux d'améliorer leurs revenus ; nous assisterons à une véritable adjudication des soins, où le soumissionnaire au prix le plus bas aura quelque chance d'être agréé.

Espérons même qu'on n'aura pas recours à des naturalisés de très fraîche date et toujours prêts pour vivre à accepter tous les compromis.

### Il est nécessaire de respecter le libre choix

Cette manière de sélectionner ceux qui seront appelés à devenir les collaborateurs de la Mutualité ne peut supporter la comparaison avec la sélection qui est le fait même du malade.

Un médecin pour réussir, pour être choisi, doit offrir à son client des garanties de science, de conscience et de dévouement continuelles. Pour conserver son malade, le médecin doit le bien soigner, se donner de la peine, utiliser des thérapeutique dont les résultats sont efficaces, il doit lutter chaque jour pour garder la confiance qu'on a mise en lui.

Toute cette émulation disparaît chez le médecin à gages. Soucieux avant tout de plaire à ceux dont il dépend, on risque de le voir plus penser à sa situation, à son avancement qu'à son malade ; il n'aura plus ce stimulant de la clientéle qui force à se tenir au courant, à s'instruire continuellement même à un âge avancé, à rester actif, à être prêt à répondre au premier appel. Certes la médecine ainsi comprise comportera moins de risques, moins d'aléas, elle permettra une espèce de tranquillité qui pourra plaire à beaucoup ; mais je doute qu'elle élève le niveau médical.

Qu'on n'aille pas nous dire que cette médecine des masses réalise un progrès, parce qu'elle coûte moins cher.

Ce qui coûtera cher, et on s'en rendra vite compte, ce seront les erreurs et les désastres dont elle sera responsable, car elle ne pourra s'adapter aux aspects et aux conditions multiples et variables de la maladie.

Le libre choix c'est l'intérêt des malades aussi bien que des Caisses, c'est la seule formule qui permette de donner à celui qui souffre avec des soins éclairés le réconfort moral, dont on fait bien peu de cas dans la médecine sociale, c'est la seule formule qui permette de recevoir des confidences souvent utiles pour fixer le diagnostic, et qui, faite de confiance, d'espoir et d'abandon, comporte une part importante de responsabilité.

Le libre choix et le secret professionnel dont le corollaire est l'entente directe n'ont pas été mis au premier plan de nos revendications médicales pour compliquer notre collaboration, ce sont des nécessités sans lesquelles, il n'est pas de bonne médecine possible.

### La mutualité doit rechercher la collaboration médicale

Si la mutualisation de la loi veut avant tout donner à l'assuré des soins meilleurs, il ne faut par commencer par détruire cette liberté de confiance qui est nécessaire et qui permet au malade, en s'adressant au médecin de son choix, d'être soigné comme il le désire.

Il est nécessaire de chercher, dans une collaboration avec le Corps médical, la meilleure façon d'organiser les soins, d'éviter les abus, de simplifier les formalités ; nous ne croyons pas que ce soit en jetant la division parmi les médecins que la Mutualité doive inaugurer nos nouveaux rapports, nous ne croyons pas que tels soient les desseins, ni les intentions de ceux qui ont voulu une amélioration de la loi, ils se doivent de nous donner des apaisements et de faire cesser une irritante équivoque.

## III. — Le point de vue des chirurgiens.

C'est peut-être chez nous, les chirurgiens, que la Mutualité a groupé le plus de partisans, il ne faut pas avoir de honte à l'avouer.

### La Mutualité s'est souciée d'assurer le risque chirurgical

La Mutualité a compris que la couverture du gros risque chirurgical constitue un des points faibles de l'A. S. et, que le remboursement de ce risque est insignifiant avec la loi et ses *tarifs actuels*.

L'A. S. offre à qui doit être opéré deux solutions aussi déplorables l'une que l'autre :

L'*hôpital*, où l'assuré, s'il n'a qu'un débours minime, doit subir la promiscuité, la nourriture médiocre, les nécessités de l'enseignement. Il n'a pas le libre choix de son chirurgien, suivant la nature de son affection il peut être opéré indifféremment par le chef de service ou par ses élèves ; son sort est celui des indigents d'autrefois.

La *clinique privée* offre à l'assuré tous les avantages, mais la différence qui sépare les prix opératoires du prix remboursé, sont si élevés qu'en réalité il doit payer de ses deniers une somme importante ; à ces frais s'ajoutent les prix d'hébergement dont le remboursement n'est pas effectué.

C'est dire qu'à part quelques exceptions, plus nombreuses en province qu'à Paris, l'Assurance sociale ne couvre pas le risque chirurgical.

La Mutualité par contre a déjà pensé à offrir à ses cotisants, même avec le libre choix, des maisons de chirurgie où des cliniques modestes, mais bien organisées où tout l'ensemble rappelle plus la maison de santé que l'hôpital. Il est hors de doute que par ces quelques exemples isolés, la Mutualité a essayé d'apporter aux chirurgiens des possibilités nouvelles et à ses adhérents des facilités matérielles difficiles à trouver ailleurs.

Elle laisse entrevoir le développement de ses créations nouvelles et la réalisation de centres chirurgicaux modernes, semblables aux grandes cliniques américaines ; ces innovations font déjà tourner bien des têtes et quelques-uns d'entre vous s'en voient peut-être déjà les chirurgiens.

Elle laisse escompter les bénéfices de toutes sortes que retireraient les chefs de service, les énormes avantages qui leur seraient consentis et à côté desquels pâliraient les titres actuels chèrement acquis.

Gardons-nous d'écouter ces sirènes et raisonnons un peu.

### Les réalisations de la Mutualité ne doivent pas séparer en deux le corps des chirurgiens

Le jour où la Mutualité aura créé ses centres chirurgicaux il lui suffira pour toute la France de quelques services judicieusement répartis ; les grands centres seront les premiers pourvus et une centralisation à outrance s'exercera au détriment des petites villes et des agglomérations moins importantes où le chirurgien ne pourra plus vivre.

La décentralisation chirurgicale qui a eu sur l'amélioration de la santé publique une action si bienfaisante aura vécu ; la majorité de vos clientèles, c'est vers la mutualité qu'elles iront ; aucun de vous ne pourra, isolément, lutter contre la concurrence des prix de journée, contre la publicité qui sera faite à ces organisations, contre les pressions qui seront exercées pour y diriger les assujettis.

La Mutualité désireuse d'avoir la haute main sur le Corps médical qu'elle utilise aura *ses chirurgiens.*

En raison même des sympathies que la Mutualité trouve chez nous et avant qu'elle ait pu par ses promesses jeter la division dans notre corps chirurgical peu nombreux et nous isoler du reste des médecins c'est notre devoir de pousser un cri d'alarme et de dire à ceux auxquels la Mutualité apparaît comme une solution merveilleuse :

« Méfiez-vous des appâts tentants qu'on est venu vous offrir : en acceptant ces offres vous n'avez pas réfléchi à tout ce qu'ils comportent d'inconvénients et de dangers.

### Dangers de la formule mutualiste

Ne croyez pas que vous allez être seulement les heureux bénéficiaires de fonctions importantes et les chefs de services de formations modèles ; vous allez contracter des obligations vis-à-vis de ceux qui vous emploient, vous allez devenir une caste privilégiée où joueront les faveurs, les appuis politiques, les influences de toutes sortes, vous ne formerez jamais une élite.

Votre décision de suivre la Mutualité aura jeté la division chez nous, et vous serez des isolés, sans défense, sous la dépendance d'une administration puissante dont les faveurs même seront une chaîne dorée.

Pensez qu'un jour le flot des faveurs et des influences qui vous a porté si haut pourra se retirer ; ce jour-là, si les combinaisons et les intrigues se portent sur un autre, le marché pourra vous être mis en mains de vous soumettre ou de vous démettre, c'est-à-dire d'abandonner la brillante clinique qui faisait votre renom, les malades dont vous tiriez votre enseignement, les honoraires forfaitaires qui vous faisaient, sans lutter, la vie facile.

Ce jour-là, vous verrez peut-être diminuer les avantages qui vous avaient été consentis ; il ne sera pas impossible que des présences obligatoires, à des heures fixes, matin et soir, vous soient imposées, rendant toute clientèle impossible.

Vous ne pourrez plus discuter d'un enjeu qui vous échappe et vous penserez un peu tard que des conventions ne pouvaient être effectives que passées entre le puissant organisme mutualiste et le corps de tous les chirurgiens, soutenu par le Corps médical tout entier.

Vous penserez alors que nos alarmes n'étaient pas vaines et que le syndicat seul pouvait vous protéger contre l'intrigue, la faveur et le népotisme,

en vous permettant d'exercer votre profession avec dignité et continuité.

### Nécessité d'une collaboration avec tous les chirurgiens nettement qualifiés

Nous comprenons que le désir d'assurer le mieux-être de l'assujetti guide ceux qui ont proposé une modification de la loi, mais ces améliorations sont possibles avec le Corps médical et pas en dehors de lui ; elles ne doivent pas favoriser les uns et ruiner les autres, elles ne doivent pas dresser l'une contre l'autre deux parties du Corps médical, selon qu'elles ont reçu ou non l'agrément mutualiste.

Pour nous chirurgiens, qui exerçons déjà notre profession de façons si diverses, puisque les uns sont liés par des obligations universitaires, les autres par des obligations hospitalières publiques ou privées, d'autres par des contrats individuels avec des administrations, des sociétés, des usines, d'autres restant absolument libres, le moment est venu de nous grouper, de réclamer la qualification chirurgicale, pour empêcher des spécialisations trop faciles et de défendre nos intérêts qui sont liés à ceux de nos malades.

Cette union nous ne la voulons pas dans un but de lutte, mais pour montrer à ceux qui l'ignorent, qu'il n'est pas deux façons d'exercer la chirurgie, l'une en travaillant à forfait au profit d'une Caisse, en opérant chaque jour, à heure fixe des malades qui vous sont amenés en troupeau ; l'autre en cherchant par son travail, par son habileté, sa science à gagner la confiance de ceux qui mettent leur vie entre vos mains et en apportant à leurs maux le soulagement moral et physique qu'ils réclament.

Ne laissons pas ravaler à l'exercice d'un métier manuel la noble profession que nous avons choisie ; il y a chez les dirigeants mutualistes plus d'esprits prêts à nous comprendre qu'on ne paraît le croire, il suffit de les persuader que les modifications qu'ils cherchent à apporter seront mauvaises si elles favorisent la faveur et l'intrigue, si elles n'améliorent pas sensiblement le sort de l'assuré et si en mécontentant malades et médecins, elles arrêtent dans son essor l'œuvre de la Mutualité.

La transformation de la loi des A. S. et sa prise en charge par la Mutualité ne doit pas être faite à la légère, il serait nécessaire d'étudier en s'inspirant de la loi actuellement en vigueur les modifications à apporter à la loi du 1er avril 1898, pour aboutir à une réalisation pratique et bien gérée de l'organisation publique de la santé.

Ces modifications devront assurer à tous les médecins des garanties comparables à celles qui ont été inscrites dans la loi des Assurances sociales ; les chirurgiens ne sauraient détacher leurs intérêts de ceux de tout le Corps médical, leur Syndicat général doit assurer son action parallèlement et d'accord avec celle qui est déjà entreprise par la Confédération des Syndicats médicaux pour que la Mutualisation des Assurances sociales ne vienne pas sonner le glas du libre exercice de la médecine et de la chirurgie.

---

## PROGRÈS DE LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE

Par le Docteur Foveau de Courmelles

L'idée de la *propriété intellectuelle* lancée par M. Lucien Klotz, exposée par lui à l'Académie de médecine, rapportée par Mme Curie et adoptée, fait son chemin. *La propriété scientifique* que tant nous avons développée et défendue en *Le Concours* a une Commission officielle nommée.

Que de produits pharmaceutiques à base thérapeutique démontrée par des médecins ont été à leurs dépens, industrialisés par des industriels, et des commerçants, sans qu'aucun des bénéfices, énormes parfois, arrivassent à leurs auteurs. C'est une iniquité.

Que d'inventions brevetables, loi de 1844, restent *S. G. D. G.*, sans garantie du gouvernement, en France du moins, car l'Allemagne et les Etats-Unis, défendent leurs inventeurs et même les autres, car si leurs brevets s'obtiennent difficilement et chèrement, ils servent et... rapportent.

*S. G. D. G.* fut (27, 28 et 29 mai 1932), une pièce jouée au Théâtre Fontaine, bien jouée, bons interprètes et avec succès ; elle est signée de Puymordant, pseudonyme d'un grand inventeur et qui s'y connaît... en déception. Le 27 mai était consacré aux médecins et j'en fis et fus... le prologue. En mes livres : *L'esprit scientifique contemporain*, 1898, et *Le bilan scientifique du XIXe siècle*, j'ai tracé les misères de nos inventeurs français, et justifié, par des précisions, leurs revendications, leurs antériorités et leurs misères. *S. G. D. G.* fit de même avec chaleur, émotion. Un médecin y tient un rôle important.

Jamais, on ne fera assez pour la Propriété scientifique qui doit, reconnue, sanctionnée, empêcher nos savants de mourir de faim, les laboratoires d'être miséreux ou disparus, de faire tomber la France primesautière, laborieuse et inventive, au dernier rang des nations. Je ne dramatise pas. Nous traversons une phase critique, menaçante, et rien que pour notre propre défense, ne

devons-nous pas trouver, découvrir, inventer, toutes les armes défensives nécessaires et... inconnues !

N'est-ce pas justice par ailleurs que le labeur cérébral, celui des préoccupations, des nuits sans sommeil souvent, pour trouver, inventer, pour guérir ou augmenter le bien-être de l'humanité, soit récompensé, justement, équitablement ? Il n'en est rien. On a raillé le triptyque du chercheur penché sur ses appareils ou cornues, trouvant et joyeux, accablé et misérable : il n'est que trop vrai. L'inventeur est en butte à toutes les persécutions. On peut se rappeler Denis Papin et la vapeur, Jacquart et le métier à tisser, Sauvage et l'hélice, Bourseul et le téléphone, Cros et le phonographe, Mouillart et l'aviation, Forest et le moteur à explosion, Tellier et la « frigo », Branly et la T. S. F..... ; ils ont créé des fortunes et moururent pauvres, et combien d'autres, car, si nous connaissons ceux que je viens de nommer, c'est qu'on leur rendit relativement justice, tard de leur vivant, bien tard, ou après leur mort... *S. G. D. G.* de M. de Puymordant, nous paraît avoir bien prévu tous les cas, toutes les hypothèses — on lèse tant d'intérêts — tous les plagiats, toutes les misères, et ils sont sans nombre !..

Dans le *Concours Médical* du 17 janvier 1932, dans la *Vie Médicale* du 16 février 1932, j'ai exposé soit le *Pour et le Contre de la Propriété scientifique*, soit la *Propriété scientifique et les laboratoires*, pour ne parler et seulement un peu, que de 1932, car, depuis février 1920, quand, aux côtés de Romain Coolus, Emile Boral, Xanrof, Henry de Jouvenel, nous fondions la C. T. I., nous nous enthousiasmions pour les droits du savant.

***

J'ai reçu du Laboratoire de chimie thérapeutique, Institut Pasteur, la lettre suivante que me valut mon article de la *Vie Médicale*, où je citais le Prof. Fourneau, adversaire de la Propriété scientifique :

Paris, 29 février 1932,

« Monsieur le Docteur FOVEAU DE COURMELLES, 9, rue Tronchet, Paris (VIII^e).

« Monsieur,

« J'ai lu avec grand intérêt l'article que vous avez consacré à la Propriété scientifique, et je constate avec plaisir que, si vous ne partagez pas mes idées, vous ne m'accablez pas comme l'ont fait (oralement avec une certaine violence), plusieurs de mes collègues de l'Académie de médecine qui ont entendu mon intervention.

« Je crois — entre nous — que l'Académie de médecine était très mal qualifiée pour s'occuper de la propriété scientifique, mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que la plupart des membres de la Commission n'ont aucune connaissance spéciale dans ce domaine, alors qu'en dehors de moi (qui ne faisais pas partie de la Commission), il existe à l'Académie des savants comme M. Delépine, M. Perrot, M. Breteau, M. Tiffeneau, etc..., qui étaient parfaitement qualifiés pour en faire partie.

« On m'a fait le reproche de m'être écarté de l'objet même de la discussion, mais je crois, au contraire, avoir posé le problème sur son vrai terrain.

« 1° Si des savants réclament un appui de l'industrie, c'est sans doute parce qu'ils se trouvent mal payés par l'Etat.

« 2° En admettant que cette revendication soit fondée, il s'agit donc de savoir si l'Etat répartit bien les crédits alloués par le Parlement pour la Recherche scientifique. Je prétends que cette répartition est mal faite, et je le prouverai quand on le voudra.

« 3° « Avant de vous adresser à l'industrie — ai-je donc dit aux savants — voyez d'abord si l'Etat ne pourrait pas faire mieux.

« 4° Je prétends que les savants « désintéressés » (généralement on entend par là ceux qui font de la recherche scientifique pure, ayant par conséquent un poste universitaire), sont moins malheureux que les savants ayant évolué vers l'industrie ; alors que près de 1.500 chimistes industriels sont actuellement sur le pavé, je ne connais pas un seul préparateur ou un seul professeur auquel on ait enlevé la moindre fraction de son traitement. Il est question, bien au contraire, de demander justement à tous ceux qui sont restés dans les laboratoires scientifiques de venir en aide à leurs camarades de l'industrie : on serait donc mal inspiré actuellement en demandant pour la science l'aide de l'industrie.

« 5° Il est presque impossible enfin de suivre une découverte scientifique depuis son origine jusqu'à son application. Vous parlez de la bismuthothérapie en déplorant que celui qui l'a découverte n'en bénéficie pas. Mais d'abord, est-ce M. Levaditi qui a, seul, le mérite de la bismuthothérapie ? Est-ce que M. Sauton, M. Sazerac, le D^r Fournier, etc., n'ont pas également leur part ? — Et que dire de celui qui a trouvé le tartro-bismuthate de sodium qui a servi aux premières recherches ?

« Mais prenons un exemple que je connais encore bien mieux : c'est celui du Stovarsol. Le Stovarsol en tant que produit chimique, a été trouvé dans le laboratoire d'Ehrlich qui, non seulement n'a pas préconisé l'emploi de ce produit, mais a mis en garde contre les acides arsenicaux, prétendant qu'ils donnaient naissance à des troubles nerveux et orientant ainsi les recherches plutôt vers la voie des arsénobenzènes qui répondaient du reste mieux à ses idées préconçues sur l'action des médicaments arsenicaux.

« Plusieurs années après les travaux d'Ehrlich, je décidai de reprendre l'étude des acides arsenicaux, car je n'étais pas du tout convaincu par les préventions d'Ehrlich contre ces médicaments. A la suite d'une étude très longue, je fis essayer par mon élève Navarro-Martin, un certain produit arsenical contre

les trypanosomiases. Constatant son activité dans ce genre d'infection, je remis cette substance à M. Levaditi qui, en collaboration avec Navarro-Martin et le Docteur Fournier, démontra son efficacité dans le traitement de la syphilis. Ce produit ayant été reconnu altérable à l'air, j'en fis le dérivé acétylé en employant une méthode bien connue des chimistes pour stabiliser les amines ou les phénols. Ce nouveau produit est le Stovarsol.

« Novarro-Martin et M. Levaditi montrèrent qu'il agit par la voie buccale dans la syphilis. Mais ce n'est pas l'emploi contre la syphilis qui s'est surtout développé. Quelque temps après la communication de MM. Fournier, Levaditi et Novarro-Martin le Docteur Marchoux découvrit l'action du Stovarsol dans le traitement des amibiases intestinales, puis dans le traitement du paludisme, enfin successivement on découvrit les propriétés vraiment remarquables du Stovarsol dans beaucoup de maladies tropicales, en particulier le pian.

« Eh bien, je demande comment, dans ce cas, on peut établir un droit quelconque à la propriété scientifique ? — Et ce cas n'est pas le plus compliqué, il y en a bien d'autres. Certains produits médicamenteux doivent le jour à tout un ensemble de découvertes en cascades. — La recherche de la propriété scientifique est plus difficile que celle de la paternité. Elle est, en outre, dangereuse et ouvrirait la porte à de nombreux abus.

« En résumé, il serait injuste de me présenter comme opposé au développement de la recherche scientifique. Je souffre, au contraire, de voir qu'elle est très mal organisée, et j'estime qu'il faudrait apporter des modifications profondes à l'enseignement supérieur, tout au moins à la partie de cet enseignement qui a trait aux sciences expérimentales.

« Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Ernest Fourneau. »

***

Nous avons répondu à l'auteur, que nous avions toujours trouvé inutile d'être discourtois avec nos adversaires, que les injures ne prouvaient du reste rien, que nous le remercions de sa réponse, et la donnerions. Voilà qui est fait

Nous ajoutions que pour difficile que soit ou paraisse la recherche de la paternité scientifique elle ne nous apparaissait pas plus difficile que l'autre. Certes, je l'écrivais en 1898, en mon *Esprit scientifique contemporain*, « montés sur les épaules de nos devanciers, nous voyons plus et plus loin », et je rappelais à la modestie, mes contemporains et moi-même, quand nous croyons avoir découvert quelque chose. Mais cela n'empêche, malgré le *Nihil sub sole novi*, qu'on s'achemine, qu'on découvre même de temps à autre, même des choses sensationnelles. Téléphone, phonographe, cinématographe, T. S. F., automobiles, sous-marins, avions....., ont eu des pères assez connus, avec des collaborateurs ou des précurseurs, mais pas si difficiles à connaître et à faire reconnaître leurs enfants envolés du nid et sillonnant les routes, les mers, les airs. ...

Si ces chercheurs, ces « découvreurs » sont plusieurs, qu'on leur partage les bénéfices ayant enrichi tant d'industriels ; s'il y a doute, que ces bénéfices aillent aux laboratoires scientifiques, fassent des bourses pour les jeunes ayant de l'avenir (les souscripteurs au souvenir de Schutzenberger l'ont fait), qu'on imite l'Amérique qui, me disait l'apôtre Lucien Klotz, vient d'adopter, de créer chez elle la Propriété scientifique après y avoir été si longtemps hostile ; qu'on imite l'Allemagne invitant les jeunes en ses laboratoires industriels et les intéressant et désintéressant...

La recherche de la paternité, non, de la propriété scientifique n'a pas toujours été considérée comme impossible, puisqu'en 1666, le grand Colbert fonda l'Académie des sciences pour reconnaître et récompenser les inventeurs, que cette branche de l'Institut de France fonctionna, sous la présidence de l'abbé Nollet, en 1770, pour déclarer le magistrat de Romas, le véritable auteur du cerf-volant provoquant la foudre au sein des nuages au lieu de Franklin à qui l'on attribue encore cette découverte !...

Qu'il y ait plus de difficultés maintenant à reconnaître les *Droits du savant*, au milieu de tant de publications, ce qui fait que même de bonne foi, l'on copie parfois, soit, mais n'est-ce pas, en ces procès... amiables et gratuits, le demandeur à faire la preuve de ses droits, au défendeur, à réfuter, s'il y a lieu ?

L'idée pénètre, qu'on le veuille ou non. Les industriels, beaucoup du moins, admettent la propriété scientifique. Le journal *Le Journal* marche avec M. Lucien Klotz. De leur côté, d'autres importants journaux ont donné des articles de M. Georges Lakhowsky, sans préjudice de tous nos journaux de médecine, de nos sociétés où, depuis plus de douze ans, j'expose la question et en montre les progrès dans tous les esprits de bonne foi et non rétrogrades !...

Ce sont les journaux, les sociétés, les Congrès, les Académies qui donneront date, en insérant, en publiant, en vulgarisant ainsi les priorités non seulement d'idées — tout le monde en a, parfois les non-scientifiques, les romanciers, en ont plus que les autres — mais de faits et d'expériences. Dans l'appréciation seront les difficultés de jugement, mais est-ce impossible ? Nous ne croyons pas. Nos brevets si limités jusqu'ici se trouveront étendus, diminués en dépenses (souvent ruineuses, M. André Breton, député du Cher, a proposé d'en supprimer les annuités) et en formalités. Les découvertes non brevetables (médicaments notamment) seront protégées. *S. G. D. G.*

expose tous ces desiderata. La littérature pure peut et doit nous aider : montrer qu'inventeur n'est pas synonyme de fou, comme on l'a cru, comme on le croit trop encore ; que les dépouiller, c'est les y préparer... Que de bienfaits de tous genres découleront des *droits du savant* enfin reconnus, défendus !...

Dr Foveau de Courmelles.

## UN GRAND CHIRURGIEN, GRAND ÉCRIVAIN

### Le professeur Jean-Louis Faure : L'âme du chirurgien (1)

« Quand J.-L. Faure prend la plume, un autre homme apparaît qui n'est plus l'homme d'action chirurgicale, qui n'est pas la grande âme apitoyée seulement, mais un véritable artiste du verbe écrit ; c'est un fleuve majestueux qui coule de sa plume d'or et sur le flot duquel il vous porte dans un délicieux glissement où vous admirez les rives enchanteresses qui se déroulent dans des visions de couleurs exquises et au son des plus délicates harmonies. »

Et Dartigues, après cet éloge dithyrambique mais non exagéré, compare J.-L. Faure, écrivain, à Chateaubriand, plaignant ceux qui pourraient trouver excessive la comparaison (nous pensons comme lui) car ceux-là seraient incapables d'être émus et de comprendre.

Nous avons déjà exprimé ici notre admiration de l'œuvre littéraire du Prof. Jean-Louis Faure, après avoir lu ses livres intitulés : *En marge de la chirurgie*, son étude sur *Claude Bernard* et sa préface à une nouvelle édition de l'*Introduction à l'Etude de la Médecine expérimentale*, aujourd'hui la publication d'un petit livre qui sous le titre de *L'Ame du chirurgien* réunit des Essais, des Discours et des Souvenirs du Professeur en une sorte d'anthologie, et nous offre le plaisir de revenir sur l'œuvre littéraire du grand chirurgien.

*L'Ame du chirurgien* qui donne au petit livre son titre, n'en est que le premier chapitre. C'est une étude qui date de trente ans et qui eut un tel succès qu'elle fut rééditée vingt ans plus tard, précédée d'une préface de Paul Bourget, après avoir été traduite en plusieurs langues.

Tout le monde connaît, ou croit connaître, les progrès inouis de la chirurgie qui, grâce aux doctrines pastoriennes ouvrent à l'opérateur toutes les ambitions, mais ce que personne ne peut bien connaître, c'est l'âme du chirurgien dont «les émotions profondes qui la remplissent et qui l'agitent, ne peuvent être analysées que par quelqu'un qui les a ressenties». Et M. J. -L. Faure nous dévoile l'âme du vrai chirurgien « qui porte au fond du cœur autre chose que la soif de l'or ou le désir du bruit fait auteur de son nom ».

J.-L. Faure s'élève contre le préjugé de certaines personnes qui font de l'insensibilité la vertu nécessaire du chirurgien. La vérité est tout autre et si le chirurgien doit faire preuve d'énergie, d'une inébranlable fermeté qui donne à certains un aspect bourru et rébarbatif, on le trouve toujours compatissant, doux et patient.

Ce contraste entre la fermeté dont il doit faire preuve dans les circonstances les plus tragiques et l'angoisse qui l'étreint devant le péril imminent, auréole son âme fortement trempée d'une singulière grandeur.

Il faut lire les belles pages dans lesquelles M. J.-L. Faure développe avec une éloquence émouvante ce thème et où il conclut « la vie du chirurgien est une belle vie ! »

Et nous, qui, depuis cinquante ans avons passé tous les jours de notre vie au chevet des malades, nous regrettons que l'inaptitude physique ne nous ait pas permis de devenir chirurgien.

Sans doute, au cours d'une longue carrière, le médecin a eu l'occasion d'éprouver bien des satisfactions morales, mais, s'il est conscient de ce qu'il peut et s'il est sincère avec lui-même, un doute l'étreint toujours, il n'est jamais *absolument* certain d'avoir arraché une victime à la mort, ce doute n'existe pas chez le chirurgien et comme l'écrit M. J.-L. Faure, il peut à sa dernière heure « entendre la voix de sa conscience murmurer à son âme apaisée qu'il a fait en ce monde plus de bien que de mal et que, sur cette terre de joie et de misère, ses mains ensanglantées ont soulagé plus de souffrances qu'elles n'ont causé de douleurs ».

*L'Ame du chirurgien* est le brillant prologue du livre de M. J.-L. Faure et permet de prévoir ce que sont les essais, les discours et les souvenirs qui suivent. Il en est qui sont de purs chefs-d'œuvre ou qui présentent un intérêt très spécial. Citons : Les idées médicales de Paul Bourget, l'Esprit latin et l'Art chirurgical, la Leçon d'ouverture du maître, le Discours prononcé au banquet de l'Umfia en 1925, l'Eloge de Peyrot et les Réflexions sur les impôts où M. J.-L. Faure, montrant tout ce qu'il y a d'injuste dans notre régime fiscal, proclame ce principe de haute moralité : On doit payer sur ce qu'on dépense et non sur ce qu'on gagne. On doit payer sur sa jouissance et non sur son travail.

J. Noir.

(1) J.-L. Faure. — *L'Ame du chirurgien*. Essais. Discours. Souvenirs (Nouvelle édition). *Les Œuvres Représentatives*, 41, rue de Vaugirard, Paris, 1932.

# MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

## Réunion du Conseil d'Administration

4 *octobre* 1932.

*Presents* : MM. MAURAT, *président* ; NOIR, VIMONT, H. MIGNON, A. GASSOT, LEVASSORT, HENNE, MAZEROUX, FISCHER et M. MIGNON.

*Excusés* : MM. DUCHESNE, BOUDIN et PAMART.

En l'absence de M. le Docteur BOUDIN, M. HENNE remplit les fonctions de secrétaire.

### Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

*Combinaisons MA et B*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | MAURAT | Oise | 18 jours | 180 » |
| 25 | ARMAND | Savoie | 3 mois | 300 » |
| 142 | DUCLAUX | Alpes-Maritimes | 3 mois | 300 » |
| 193 | COLIN | Var | 3 mois | 300 » |
| 211 | CAMUS | Finistère | 3 mois | 300 » |
| 412 | DUROS | Calvados | 3 mois | 300 » |
| 488 | HAMANT | Gironde | 3 mois | 300 » |
| 504 | DELUCQ | Gers | 3 mois | 300 » |
| 523 | FERRAND | Bouches-du-Rhône | 3 mois | 300 » |
| 547 | CLISSON | Maine-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 569 | CADILHAC | Yonne | 3 mois | 300 » |
| 573 | TIOLLIER | Ardèche | 60 jours + 2 mois chr. | 800 » |
| 609 | RINGUET | Seine-et-Oise | 3 mois | 300 » |
| 627 | ARNAUD | Gard | 36 jours | 360 » |
| 653 | DUHAMEL | Lot-et-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 683 | CHESNAY | Ille-et-Vilaine | 46 jours | 460 » |
| 700 | REY | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 723 | LIAUTAUD | Basses-Alpes | 36 jours | 360 » |
| 760 | JAUBERT | Var | Cure thermale | 100 » |
| 778 | BAUDRILLER | Maine-et-Loire | 18 jours | 180 » |
| 827 | TISON | Marne | 3 mois | 300 » |
| 848 | GALAND | Nord | 3 mois | 300 » |
| 850 | NOËL | Seine-et-Oise | 3 mois | 300 » |
| 908 | GARDETTE | Seine-et-Oise | 2 mois | 200 » |
| 910 | MENDEL | Paris | 3 mois | 300 » |
| 934 | GIRARD | Paris | 3 mois | 300 » |
| 946 | BEZY | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 958 | SAINT-GERMAN | Haute-Garonne | 3 mois | 300 » |
| 995 | DELAVALLE | Pas-de-Calais | 3 mois | 300 » |
| 1017 | MALLET | Dordogne | 13 jours | 130 » |
| 1055 | DORIZON | Loir-et-Cher | 43 jours | 450 » |
| 1165 | GAUTHIER | Jura | 21 jours chr. | 70 » |
| 1212 | CALBA | Seine-Inférieure | 31 jours | 310 » |
| 1259 | RILHAC | Haute-Vienne | 3 mois | 300 » |
| 1281 | TERRIEN | Ille-et-Vilaine | 3 mois | 300 » |
| 1361 | HOURS | Cantal | 12 jours | 120 » |
| 1363 | BERNARD | Maine-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 1403 | CANCEILL | Pyrénées-Orientales | 3 mois | 300 » |
| 1481 | MAY | Isère | Cure thermale | 100 » |
| 1623 | CASANOUVE | Tarn-et-Garonne | 60 jours + un mois et 25 jours chr. | 783 25 |
| 1626 | JOYES | Paris | 8 jours + un mois et 23 jours chr. | 256 60 |
| 1635 | VOUTIER | Savoie | 10 jours | 100 » |
| 1661 | LUCIANI | Corse | 20 jours | 200 » |
| 1682 | CORBEAUX | Saône-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 1720 | L. GASSOT | Loiret | 7 jours + 2 mois et 24 jours chr. | 350 » |
| 1722 | PADIEU | Somme | 16 jours | 160 » |
| 1751 | RAFFALI | Var | un mois | 100 » |
| 1796 | MARMARIAN | Allier | 3 mois | 300 » |
| 1799 | CASTAGNONI | Constantine | 3 mois | 300 » |
| 1815 | SANEROT | Saône-et-Loire | 3 mois | 300 » |
| 1867 | PIERROT | Paris | 44 jours | 440 » |
| 1896 | ROUBE | Ardèche | 3 mois | 300 » |
| 1967 | GUILLARD | Ille-et-Vilaine | 21 jours + 2 mois et 9 jours chr. | 440 » |
| | | | Total | 15.629 85 |

*Combinaison $MA^2$*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 95 | Rebouillat | Alpes-Maritimes | 6 jours | 120 » |
| 128 | Voyer | Loire-Inférieure | 5 jours | 100 » |
| 224 | Tissot | Ain | 14 jours | 280 » |
| 647 | Bellin | Isère | 3 mois | 600 » |
| 717 | Reynier | Haute-Savoie | 3 mois | 600 » |
| 763 | Rault | Ille-et-Vilaine | 14 jours + 2 mois et 2 jours chr. | 693 20 |
| 880 | Guéret | Hérault | 16 jours chr. | 106 55 |
| 968 | Timsit | Alger | 52 jours | 1.040 » |
| 1032 | Lerouge | Pas-de-Calais | Cure thermale | 200 » |
| 1172 | Renoult | Yonne | 60 jours + un mois et 15 jours chr. | 1.500 » |
| 1418 | Robert | Haute-Saône | 5 jours | 100 » |
| 1472 | Fileux | Nièvre | 3 mois | 600 » |
| 1620 | P. Dalban | Isère | 47 jours | 940 » |
| 1703 | Mons | Constantine | un mois et 15 jours chr. | 300 » |
| 1888 | Olivier | Loir-et-Cher | 15 jours chr. | 100 » |
| | | | Total | 7.279 85 |

*Combinaison $MA^3$*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 247 | Breteille | Paris | 60 jours + 2 jours chr. | 1.820 » |
| 390 | Payre | Pyrénées-Orientales | 3 mois | 900 » |
| 772 | Resler | Savoie | 5 jours | 150 » |
| 1812 | R. Armand | Savoie | 16 jours | 480 » |
| 1957 | Colard | Doubs | 12 jours | 360 » |
| | | | Total | 3.710 » |

*Combinaison $MA^4$*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 887 | Hardy | Loire-Inférieure | Cure thermale | 400 » |

*Combinaison $MA^5$*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 152 | Haton | Paris | 27 jours | 1.350 » |
| 271 | Béraud | Charente-Inférieure | 20 jours | 1.000 » |
| 276 | Molin de Teyssieu | Gironde | un mois et 2 jours chr. + cure thermale | 1.033 30 |
| 376 | Treuvey | Var | 8 jours | 400 » |
| 765 | Brausch | Moselle | 5 jours | 250 » |
| 900 | Allotte de la Faye | Loire-Inférieure | 12 jours | 600 » |
| | | | Total | 4.633 30 |

Le Conseil inflige une amende de 100 francs au sociétaire 968 pour retard considérable dans sa déclaration.

Un assez grand nombre de malades continuant à ne pas envoyer de leurs nouvelles aux époques réglementaires malgré tous les avertissements, *le Conseil décide d'ajourner l'examen des indemnités qui peuvent leur être dues à sa réunion de décembre et leur infligera les amendes statutaires.*

Un sociétaire fait sur son indemnité un don de cinq francs à la Caisse auxiliaire : le Conseil lui adresse ses remerciements.

**Pensions aux veuves**

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue pour leur pension du troisième trimestre 1932 les sommes suivantes à :

| | | |
|---|---|---|
| 4 | Mme Vve Lepage, Paris | 150 » |
| 13 | Mineurs Deshusses, Haute-Savoie | 50 » |
| 27 | Mme Vve Gallois, Côte-d'Or | 150 » |
| 38 | Mme Vve Gillette, Paris | 150 » |
| 43 | Mme Vve Chevreux, Paris | 150 » |
| 45 | Mme Vve Valot, Hautes-Alpes | 60 » |
| 51 | Mme Vve Rousselot, Haute-Marne | 150 » |
| | Total | 860 » |

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 30 septembre.

**Remboursement de cotisations contre-assurées.**

Le Conseil ordonnance le remboursement à la succession du Docteur Bonifas (P 153) de la somme de 4.242 francs montant des cotisations contre-assurées versées par ce sociétaire qui est décédé le 23 juillet 1932.

**Ratification d'admissions.**

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

*Combinaison MA :*

M. Guignot.

*Combinaison $MA^4$ :*

MM. Boutiron et Bapt.

*Combinaison $MA^5$ :*

MM. Dufieux, Michaut, Rieusset, Pécholier, Chosset, Perret et Laure.

Il annule l'admission à la combinaison P de M. Beat et à la combinaison R de M. Couput.

**Admissions provisoires**

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

*Combinaison MA*

M. le Docteur :
KALTENBACH, de Mulhouse (Haut-Rhin).

*Combinaison MA⁴*

MM. les Docteurs :
MÉNAGER, de St-Philbert-de-Grandlieu (Loire-Infér).
BÉJOT, de Tigy (Loiret).

*Combinaison MA⁵*

MM. les Docteurs :
GOUJON, de Maclas (Loire).
BAZELIS, d'Orchies (Nord).
FAUCHER, de Limoges (Vienne).
THIBAULT, de Neuilly-sur-Seine (Seine).
GUYOT, de Varennes-sur-Amance (Haute-Marne).

Les admission définitives seront prononcées dans la séance de fin décembre.

**Admissions**

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

*Combinaison P*

MM. les Docteurs :
THIBAULT, de Neuilly-sur-Seine (Seine).
CONTAL, de Remoncourt (Vosges).
Madame :
M. KALTENBACH, de Mulhouse.
M. le Docteur :
M. GASSOT (Michel), de Chevilly (Loiret).

*Combinaison V*

M. le Docteur :
THIBAULT, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

Une réclamation ayant été renvoyée devant le Conseil d'arbitrage, le Conseil désigne M. le Docteur Henne pour le représenter.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

*Le Secrétaire,* H. HENNE. *Le Président,* A. MAURAT.

## LA PAGE SANS MEDECINE

*...J'ai cru qu'en jugeant tout selon un principe constant on évitait la contradiction ; mais ce n'est pas vrai ...*

(Georges DUHAMEL).

DCCCIX. — Georges DUHAMEL. — **Tel qu'en lui-même.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France,* Paris, 1932, 12 francs.

Je trouvais au héros de Duhamel un air de famille : il me faisait penser à Salavin trébuchant, à ce bon paladin myope qui bute à tous les obstacles dans sa soif perpétuelle de dévouement. L'acte de sauvetage qu'il effectue dès les premières pages du livre était signé : toutes ces précautions saugrenues qu'il accumule autour de son anonymat que s'efforcent de percer les bourgeois un peu simplets qui se prennent pour lui, dès lors, d'une reconnaissante et touchante affection ; ses élans paroxystiques vers un idéal de bon Samaritain ; cette guigne récompensant la maladresse de ses efforts que rien ne décourage ; ces mortifications où se délecte sa philanthropie, tout cela ne pouvait appartenir qu'à Salavin. Et quand il meurt à la fin du roman (revenu, pour y succomber, dans ce triste havre de grâce où le ramène rue du Pot-de-Fer sa femme), Duhamel a levé en effet le masque du moribond et c'est bien le mélancolique personnage, auquel le grand romancier avait su nous attacher, qui s'éteint sur le divan sale où il avait rêvé de conquérir, à force de bonté, le monde. Dans ce dernier tome de l'épopée de Salavin, aucune rebuffade du sort ne lui est épargnée. Il s'expatrie à Tunis, manque encore régulièrement tout ce qu'il entreprend, victime éternelle de toutes les méprises ; suspecté de cacher une vie honteuse préalable qu'il serait venu racheter par une expiation. L'accrochage du roman (je veux dire : sa mise en train) n'est pas bonne. Elle souffre du seul défaut que l'on peut reprocher à Duhamel : un léger dépassement, une touche trop appuyée dans certaine forme de l'humour. Mais, dès que l'agencement de son intrigue est assuré, il reprend toute maîtrise de son sujet, et se déroule alors posément, douloureusement, cette marche errante de son héros, l'atroce mélodrame de sa vie, cet amer sacrifice dont le touchant ridicule atteint une déchirante grandeur. Les quelques lignes d'adieu du romancier au personnage qui succombe montrent bien, par la grave émotion de leur ton, toute la considération, toute l'importance philosophique que Duhamel, à juste titre, conférait à ce fantôme

fidèle de son imagination. Hâve, famélique, pot de terre en lutte avec un destin d'airain, bafoué, bousculé sans répit, repartant sous les rires, pauvre homme tout court, je le mets dans mon cœur tout près du grand Quichotte, plus haut peut-être car il est plus près de nous que le lancier légendaire qui avait une arme et une armure. Salavin semble nu sous les coups persévérants du sort : il lève sa triste figure où reste, malgré toutes déconvenues, un espoir renaissant, la pâle résignation d'un sourire. Duhamel est très à l'aise dans toutes ces demi-teintes de la misère humaine et sait tirer de leur uniformité une grandiose et poignante impression de détresse. De cette vie obscure de doux illuminé maltraité et bafoué jusqu'au bout, il semble qu'au fond, il ait voulu faire l'amer symbole de l'effondrement qui guette bien de nos actes désintéressés ou généreux. Ce pessimisme calme, qui tient en lisière l'incorrigible optimiste, est si mesuré, si enveloppant que s'explique la sarcastique tristesse des aventures où sombre le malheureux Salavin. Dans l'écroulement qui secoue notre civilisation, la mort de ce singulier spécimen de l'espèce prend l'aspect d'une faillite de la bonté et du dévouement. Ce faux-Corneille, qui inspire ses décisions, a de touchantes et maladroites ferveurs de martyre, de sacrifice vain, de quotidienne prière pour des dieux morts. Sa couardise, qui louvoie en ahanant vers le courage, sa charité qui lutte contre le vieil homme ; cette offrande grotesque de toutes ses activités, et dont à aucun moment nous n'avons la possibilité de nous moquer, prennent la haute signification d'un drame de conscience, d'un stoïcisme désuet qui force (à travers notre hâte à vivre) notre pitié et notre respect. Je comprends que Duhamel se sépare à regret de ce compagnon qui « *marchait à sa gauche dans les ruelles creuses et pourries de la Montagne Sainte-Geneviève* » et qu'il ne sentira plus coude à coude comme quand ils remontaient côte à côte, « *avec un calme désespoir* » le flot pressé de la foule indifférente.

DCCCX. — Henri POURRAT, Gandilhon GENS-D'ARMES, Jean AJALBERT, Pierre DE NOLHAC, Maurice MAETERLINCK. « Défense de l'Auvergne ». — **La Bataille du Puy-de-Dôme.** Un vol. 12 × 19. *Editions Denoël et Steele*, 1932.

Quelques « *poètes* » (comme les nomment dédaigneusement les champions désintéressés du progrès qui avaient rêvé d'embellir le sommet du « *Puy* » d'un palace !) se mirent en tête de sauvegarder le site menacé. Leurs adversaires étaient de taille : puissantes compagnies d'argent et (plus inattendues de ce côté de la barricade !) des Fédérations de tourisme. Les poètes, qui sont d'irritable nature, eurent raison de ce consortium d'intérêts et d'appétits (1). Le volume consacré à l'historique de ces vives escarmouches comprend l'essentiel des campagnes de presse amorcées dès la vente publique de la fameuse « *parcelle* 86 » et où la finasserie procédurière des constructeurs (toujours désintéressés) se cassa le nez contre le robuste et légendaire entêtement d'autochtones décidés. De Royat, Maeterlinck envoya vigoureusement son avis (qui se trouve être à la fois celui de l'écrivain et du « *touriste* » que l'on prétendait opposer), et les termes vifs de son intervention résument parfaitement cet orageux débat, où la polémique d'alerte facture manque carrément d'induglence.

DCCCXI. — Louis ROUBAUD. — **Christiane de Saigon.** Un vol. 12 × 19. *Editions B. Grasset*, 1932, 12 francs.

Ces aventures exotiques de maison mal close sont exemptes de grossièreté et reposent, par leur simplicité, des parallèles habituellement dérivées par des écrivains sans talent vers l'obscénité pure. Il n'y avait là que matière à une nouvelle, mais Roubaud connaît son métier et le délayage de l' « essentiel » est de très bonne qualité.

DCCCXII. — Jean MARTET. — **Les Cousins de Vaison.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel*, Paris, 1932, 15 francs.

Le ton des histoires de Martet est toujours très entraînant. La secte provinciale, dont il imagine la survivance, lui permet d'opposer à la familiarité des affections provençales qu'il décrit plaisamment un mystérieux roman très adroitement construit et ingénieusement adapté à ce cadre très particulier.

DCCCXIII. — Robert BOURGET-PAILLERON. — **Le Pouvoir absolu.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue Française* Paris, 1932, 15 francs.

Le thème de l'amoureuse despotique, vaincue par le sentiment maternel, eût pu être d'une morne banalité, mais la justesse de l'observation des milieux d'affaires où se déroule le roman compense ce fond sans gloire.

DCCCXIV. — Pierre JEANNERET. — **Le Roman de quatre jours.** Roman. Préface de Jean Maxence. Un vol. 12 × 19. *Editions « A la Revue Française »*, Paris, 1932, 15 francs.

Le groupement quasi-scénique des personnages est prétexte à une facile et copieuse dissection

(1) Je ne dis pas « *intérêts* » au sens arithmétique du mot, lui réservant le sens noble qui inspirait, j'espère, le confrère rudement pris à partie dans la... bataille !

de leurs actes et pensers. Ils ont cette propension aux réactions dialoguées en face des mythes contemporains, qui animait en face des vieux mythes sacrés les personnages bavards du chœur grec. Le foisonnement de leur activité tourne ainsi autour d'un banquet, d'un grand journal, d'un orchestre : divinités contemporaines autour desquelles papillonnent leurs fiévreuses existences, saisies avec ce souci du détail où se sont enlisés tant de jeunes romanciers de l'après-guerre et dont Jeanneret a su se tirer fort honorablement.

**Varia*****

La « *Maison des Amis des Livres* » vient d'éditer (7, rue de l'Odéon, Paris, VIe) au prix de 15 francs, un énorme catalogue de 250 pages 18 × 22. Chaque page donnant le titre de *cent* livres environ (*Littérature française et Culture générale* : philosophie, religions, histoire, voyages, économie politique, beaux-arts, sciences) mis par un ingénieux et remarquable service de roulement à la disposition des lecteurs. Cette œuvre de longue haleine, mise au point par une femme, de 1915 à 1932, mérite d'être signalée comme un rare et émouvant exemple de ténacité au service des Lettres. Je ne joindrai pas ma voix à celle du chroniqueur emporté par une touchante galanterie, qui réclamait dans un journal d'hier matin la Légion d'honneur pour cette admirable patience. Je crois qu'Adrienne Monnier est récompensée déjà, plus conformément à la modestie de son caractère, par la respectueuse estime dont l'entourent ses amis et par le succès de cette audacieuse entreprise qui témoigne d'un généreux caractère et d'un cran de belle qualité. Nombre de livres ailleurs introuvables figurent sur les listes approchant du total impressionnant de *vingt-cinq mille* volumes.

* Dans la *Nouvelle Revue Française* de novembre, trente pages de documents inédits sur les derniers jours de Baudelaire, victime de ramollissement cérébral. Le début d'un roman de Ramuz. De très remarquables notations de voyage aux Indes. Un amer et juste « *Propos* » d'Alain. Une courte nouvelle, drue, vivante, de Jean Prévost. Un article (en contrepoids des élans politiques de M. Gide) sur les réserves que comporte le lotissement de la Cité future et où Jacques Chardonne envisage avec beaucoup de bons sens les facteurs de résistance « *Petit-Bourgeois* » à l'évolution des régimes. Un essai de Denis Saurat sur le même Alain, essayiste et lyrique démocrate.

**Correspondance*****

Le confrère, qui me remit autrefois dans le droit chemin, un jour où je fis ici un horrible salmigondis des vertus théologales, a été surpris de me voir insérer au « *Tableau d'honneur* » une phrase dont il prend trop vite la défense. Il écrit au Docteur Noir : « *Dans le* Concours Médical *du* 16 *octobre* 1932, *page* 3028, *première colonne, L'Homme aux Bésicles relève la phrase suivante* : « La jeune fille, au bureau de poste, dressa les oreilles, surprise. » *C'est une expression figurée, tirée de l'observation des animaux, mais qui peut être exacte. Certaines personnes, par atavisme, peuvent remuer à volonté, leurs oreilles. Le regretté Le Double a étudié complètement le mouvement des oreilles chez l'homme. Hercule remuait ses oreilles en mangeant et je connais plusieurs personnes qui remuent à volonté leurs oreilles et peuvent contracter isolément chacun des trois muscles postérieurs du pavillon* ».

Je renonce à regret à vous citer la suite de la lettre qui contient d'autres considérations physiologiques sur un autre territoire de l'économie. Pour le sujet qui nous occupe et dont mon distingué contradicteur relève l'apparente exactitude il faut noter que l'écrivain voulant précisément utiliser ce sens *figuré* qui lui imposait le singulier devait écrire, en oubliant la possibilité physiologique : « *dressa l'oreille* ». C'est la substitution du pluriel (probablement involontaire) qui supprime l'effet de « *surprise* » à traduire et le remplace par l'évocation d'un acte mécanique. Il ne me venait pas à l'esprit de nier cet « *atavisme* » que nous avons en effet conservé, mais qui reste plus net chez certains quadrupèdes. Mais dresser l'oreille et dresser les oreilles me semblent aussi lointains l'un de l'autre que « *ouvrir l'œil* » (au figuré, et trivialement) et son congénère vocabulaire, physiologique : « *ouvrir les yeux* » .

* Drs T. *Alpes-Maritimes*, et D. *Nièvre*. Merci de vos ouvrages qui seront annoncés. Merci aussi au *Docteur Legendre* pour sa belle étude sur les « *Maladies de Gœthe* » que je vous présenterai aussi dès que j'aurais réglé les vieux papiers qui m'encombrent !

6 novembre 1932.

L'Homme aux Bésicles.

**P. S. — Tableau d'honneur** (de circonstance !)***

A la page 155, du tome 2, d'un Traité *Complet* de Thérapeutique, au chapitre de l'insomnie : « *Il leur sera recommandé de dormir la tête basse. A l'encontre des gens qui dorment mieux la fenêtre ouverte, il leur sera conseillé de suivre l'exemple des animaux ; du chien qui se met le nez sous la cuisse, de l'oiseau qui se cache le bec sous son aile.* »

J'aurai la charité de ne pas vous donner *publiquement* la référence ! ! ! ! ! !

## AUTOUR DES THÉÂTRES

**A l'Alhambra**

### Les trois programmes depuis sa réouverture

On dit qu'il y a plus de joie dans le ciel pour un pécheur repenti que pour plusieurs justes qui persévèrent ; l'occasion est trop rare, à la vérité, de féliciter une salle de spectacle qui du cinéma revient entièrement au théâtre ou au music-hall pour que nous ne lui consacrions pas un article en témoignage de notre vive satisfaction.

L'Alhambra, il est vrai, n'avait pas rompu complètement avec sa destination première. Après l'incendie de ce théâtre, il y a quelques années, le cinéma s'y était installé avec une partie d'attractions précédant le film, partie de qualité mais assez restreinte ; aussi ce fut pour nous un véritable plaisir de constater le retour total de cette scène au genre de spectacle qui fit si longtemps la joie des Parisiens.

Le premier programme, très soigneusement composé, nous replaça dans l'ambiance de jadis : présentation soignée de chaque numéro, rapidité de la succession des scènes, éclairage parfait et adapté, orchestre brillant ; la salle s'est trouvée immédiatement conquise, nous avons senti l'atmosphère chaleureuse d'autrefois, entendu les mêmes applaudissements sympathiques du public, accueillant chacun des artistes selon ses mérites et répondant admirablement à leur talent et au mal qu'ils se donnent. Ceci est de bon augure pour l'avenir de ce théâtre.

La réouverture a eu lieu il y a six semaines environ. Chaque programme durant une quinzaine de jours, nous en sommes au quatrième bientôt ; nous nous bornerons donc à donner un aperçu rapide des trois premiers programmes, afin de montrer comment un grand music-hall d'attractions (et nous n'en avons plus que deux, l'Empire et l'Alhambra) doit choisir et varier ses numéros afin de persévérer dans la voie du succès.

Dans chaque spectacle de quinzaine nous constatons l'heureuse juxtaposition de numéros déjà vus, autrement dit des « rentrées » et de numéros nouveaux non encore présentés sur nos scènes parisiennes. C'est ainsi qu'au programme de réouverture figuraient : *Rodella, Ruis* et *Artix*, numéro cycliste connu, certainement le meilleur dans sa spécialité ; les 8 *Frilli*, acrobates merveilleux au tremplin ; *Drean*, le comique de Rose-Marie, qui va bientôt paraître aux côtés de Florelle dans la nouvelle revue des Folies-Bergère ; *Rolf-Hansen*, l'illusionniste trépidant ; *Charles Fallot*, lourd de souvenirs pour nous et toujours léger à son auditoire ; le jazz de *Ray-Ventura*. Parmi les nouveautés : *Dixon et Pal*, fraternelle camaraderie de l'homme et du phoque, et le ballet *Matray* aux six tableaux pleins d'intelligente finesse et de grâce.

Au deuxième programme, qui passa jusqu'au 8 novembre, nous avons vu *Claudia Alba*, femme herculéenne qui porte des canons et reçoit de lourdes torpilles sur la nuque avec une gracieuse aisance ; le chansonnier *Geo Charley* ; la danseuse acrobatique *Isradna*, les *Six-Lias* sauteurs équilibristes ; *Eva Topsy*, éléphant et zèbre admirablement dressés ; les 4 *Rosettiîs*, fil de ferristes agréables et fort adroits ; les *Sisters Wheeler*, fort gracieuses danseuses, et enfin notre *Boucot* national qui, il faut le reconnaître, et à part ses deux désopilantes chansons de début, ne s'est pas particulièrement dépensé le reste du temps ; fort heureusement *Naughton et Gold*, merveilleux fantaisistes du Palmarium de Londres, donnèrent après leur numéro la réplique à Boucot, ce qui me faisait penser à la fable de Bertrand et Raton !

L'Alhambra donnait cette semaine encore un bien beau programme dont *Mme Ninon Vallin* est la perle. Cette admirable cantatrice débute au music-hall ; elle est fort bien présentée sur scène et nous charme avec «l'Air de Louise», puis avec la «Dernière Valse» de M. Reynaldo Hahn, etc., etc. Les ovations qui l'accueillent sont indescriptibles ; sa pureté de voix, ses accents chaudement exprimés, son interprétation mesurée mais si touchante nous laissent dans le plus parfait ravissement. Nous retrouvons ensuite *The Kitchen Pirates*, trois athlètes et une fragile danseuse qui passe de l'un à l'autre comme une balle et que le Paramount nous fit connaître ; ensuite les *Black Sheaks*, trois danseurs et cinq danseuses fort agréablement présentés ; les Marionnettes de *Walton*, une brillante attraction connue de tous les amateurs de music-hall ; le prestidigitateur *Chefalo* avec son matériel luxeux, sa figuration amusante, ses canards et pigeons éminemment compressibles (n'en dites rien surtout à Madame du Gast) ; le caricaturiste *Gros* aux dessins rapides et spirituels ; enfin *Tré-Ki*, le désopilant fantaisiste qui dans une étourdissante conversation avec tout le monde roucoule et bavarde sans arrêt.

Je m'en voudrais d'oublier les *Douze Alhambra-Girls*, qui, à chaque spectacle, depuis le début, nous offrent un instant une vision délicieuse mais trop fugace et trop parcimonieusement

prodiguée ; nous les verrions avec plaisir proclamées danseuses inamovibles à l'excellent music-hall de la rue de Malte.

Quand ces lignes paraîtront, le quatrième programme sera commencé. Souhaitons bonne chance à Georgel, à Barbara la May, qui doivent en faire partie, ainsi qu'à tous les autres numéros, très intéressants, qui nous sont annoncés. Bravo une fois de plus pour l'Alhambra où nous revivons nos excellentes et délassantes soirées d'antan.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

## LE SALON D'AUTOMNE EN 1932

Le Salon d'automne, Salon du mois de novembre est plus intéressant en 1932 que dans ses deux précédentes manifestations ; il marque un effort vers quelques grandes compositions, se trouve, par hasard, en possession de rétrospectives plus sympathiques que ne l'ont été les précédentes et si son cadre fixe, j'allais dire son armée de métier, demeure toujours semblable et pour ainsi dire égal, il y a dans l'ensemble quelques œuvres qui ressortent et qui, pour mal placées qu'elles soient le plus souvent, valent le déplacement.

Si je note l'effort vers de grandes compositions, je ne parle pas en détail des œuvres elles-mêmes : elles ne sont pas bonnes et forment un rappel de peinture en arrière sans le talent et les qualités d'école de ceux qui furent les grands classiques.

Parmi les rétrospectives, il faut voir celle de Jacqueline MARVAL et y admirer, *salle* 1, la Mystérieuse, la Jeune fille au Chapeau et une série de lithographies du même visage en différentes teintes.

*Salle* 2, une Promenade d'élégantes à Bade en 1845 par Charles GUÉRIN, et une aquarelle de LE BAIL, le Casseur de Pierre.

*Salle* 3, un splendide nu de LEBASQUE (le 947), les Coulisses de l'Opéra-Comique de André HELLE, la Danse à l'Ombrelle de DENAYER, le portrait de M. Paul Valéry par la Duchesse DE LA ROCHEFOUCAULD, un nu de TAVERNIER (1625), la Petite Rouquine de GRUGET, deux très beaux et puissants paysages de Victor CHARRETON, un paysage suisse de A.-M. LE PETIT. Des fleurs par Edith MORGAN, les Percherons de GRANOVSKY. La rétrospective de Paul LAPRADE, la Femme à la Mantille, portrait de sa mère d'une très belle classe.

*Salle* 8, un paysage de Mme CEWITZKA.

*Salle* 9, de Charles BLANC, un portrait de Louis Vauxelles très brutal mais très ressemblant ; un paysage de Kawamata.

*Salle* 10, Hortense et le Guitariste de TOBEEN.

*Salle* 11, la Convalescence de LEMPICKA et une belle composition de RZÉPINSKI.

*Salle* 12, Le Tir de WILSON, un paysage de CRAGGS, deux portraits de Cotton et par dessus tout le nu couché de KISLING.

*Salle* 14, le portrait de M. Klingsland par Mme MUTER, d'une personnalité intense, la Léda de KOYANAGUI et l'Ilet vers Cilaos, paysage de la Réunion par Marcel MOUILLOT.

*Salle* 15, une puissante vue de Rouen de MAC-AVOY l'un des meilleurs peintres sinon l'un des plus spécifiques du Salon d'automne.

Dans la Rotonde, le portrait de la Duchesse d'X. par DRYER et celui d'Edith Desternes de FONSECA, Jackie et Micheline de Lilly STEINE.

Dans les salles annexes qui n'étaient pas numérotées lors de l'avant vernissage, je signale Colombine de TANAKA, un portrait de jeune fille de BROCKLINE, de merveilleux chats de NAM, le Bar de SAGLIO, Fleurs d'Europe et Fleurs d'Afrique de Gerda WEGENER, l'Amant de Lady Chatterley de DREYFUS STERN, celui-ci bien plus à cause de sa tendance évocatrice — actuellement à la mode — que pour l'œuvre elle-même dont le sujet gêne un peu pour trouve le talent. Enfin une tête de jeune fille de Marcelle LEGRAND.

En principe, dans cette promenade, j'ai pris le critérium de l'amateur : « Si j'achetais cette peinture ou si elle venait chez moi par héritage ou autrement : 1° est-ce que je lui donnerais une place dans la pièce que j'habite d'ordinaire ou dans ma galerie ; 2° est-ce que j'ai l'impression de pouvoir l'y maintenir sans en être trop rapidement lassé ?

Jacques DE LA GROTTE.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## *Enseignement et actes de la Faculté*

— **Chaire de médecine légale.** — *Lois sociales* : Accidents du travail et maladies professionnelles, pensions aux mutilés de guerre, assurances sociales, assistance médicale gratuite.

Des conférences seront faites pendant le semestre d'hiver sous la direction de M. le Professeur BALTHAZARD, tous les jeudis, à 18 heures, au Grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions au mutilés de guerre, les Assurances sociales et l'Assistance médicale gratuite.

24 novembre, M. BALTHAZARD : Loi du 9 avril 1898 et lois complémentaires. Principes de la réparation des dommages causés par les accidents du travail. Professions assujetties à la loi. Définition de l'accident du travail. Principe de l'évaluation des indemnités. Etat antérieur. Procédure, jurisprudence. Barème des incapacités permanentes.

1er décembre, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Hémorragies méningées et cérébrales. Ramollissement traumatique. Commotion cérébrale. Méningites traumatiques. Paralysie générale. Tumeurs, abcès.

8 décembre, M. LÉVY-VALENSI : Lésions médullaires et vertébrales traumatiques. Compressions ; commotions médullaires. Affections de la moelle ; tabès. Névrites.

15 décembre, M. Henri CLAUDE : Psychoses et névroses traumatiques.

22 décembre, M. GOUGEROT : Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail.

5 janvier, M. PIÉDELIÈVRE : Tuberculose pulmonaire et tuberculoses chirurgicales et accidents du travail.

12 janvier, M. PROUST : Lésions de l'appareil génito-urinaire dans les accidents du travail.

19 janvier, M. BELOT : Applications de la radiographie aux accidents du travail.

26 janvier, M. BALTHAZARD : Assurances sociales (loi du 5 avril 1928) et assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893).

2 février, M DUVOIR : La loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles. Maladies saturnines et hydrargyriques.

9 et 16 février, M. FRIBOURG-BLANC, professeur au Val-de-Grâce : La loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre. Principes généraux. Barèmes d'invalidité. Blessures multiples. Procédure.

23 février, M. DERVIEUX : Soins aux mutilés. L'article 64 de la loi des pensions.

M. TERRIEN : Complications oculaires des accidents du travail (ce cours sera fait dans le courant du mois de mai, à la clinique de l'Hôtel-Dieu ; la date sera fixée ultérieurement).

*Enseignement pratique.* — Un enseignement pratique, comportant l'examen d'ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les mercredis, à 15 heures, à l'Institut médico-légal, place Mazas, à partir du mercredi 2 mars, sous la direction de M. le Professeur BALTHAZARD.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* (du lundi 5 décembre au samedi 10 décembre 1932 inclus). — Ce cours sera fait par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN.

Il comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 5 décembre, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 6 décembre, 11 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme. — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 7 décembre, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 8 décembre, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 9 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 10 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 1/2 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.** — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours le lundi 14 novembre, à 15 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté et continuera ce cours les lundis suivants, à la même heure.

PROGRAMME DU COURS : Les grandes étapes de la pensée biologique (avec projections). Ce cours complète celui du Professeur Abel REY sur les grandes étapes de la pensée mathématique et physico-chimique, fait à la Sorbonne. Voir l'affiche spéciale de l'Institut d'histoire des sciences.

HORAIRE DES LEÇONS. — 21 novembre : Doctrines médicales : hippocratisme, galénisme, animisme, vitalisme. — 28 novembre : Descartes et l'iatro-mécanisme. — 5 décembre : Leuwenhoeck, Harvey et l'avènement des sciences biologiques. — 12 décembre : L'Encyclopédie et les sciences naturelles. — 19 décembre : Les idées directrices de la biologie : Lavoisier, Bichat, Cuvier. —

16 janvier 1933 : Les études morphologiques ; transformisme. — 23 janvier : Les études physiologiques : Claude Bernard. — 30 janvier : Les études médicales : Laënnec, Pasteur, renaissance de l'humorisme.

En février, M. LAIGNEL-LAVASTINE dirigera au même amphithéâtre et aux mêmes heures des manipulations numismatiques et iconographiques.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Enseignement des stagiaires.* — Mardis, jeudis et samedis à 10 heures (Amphithéâtre Dupuytren) : Leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades. — Lundis et mercredis : Consultation expliquée. — Vendredis, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

— **Cours de médecine légale.** — M. le Professeur BALTHAZARD a commencé ce cours le lundi 14 novembre, à 18 heures (Grand amphithéâtre), assisté de MM. DUVOIR et PIÉDELIÈVRE, agrégés, et de M. HUGUENEY, professeur à la Faculté de droit.

Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure et au même amphithéâtre.

M. le Professeur BALTHAZARD (lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre) : Attentats à la pudeur, viol et perversions sexuelles. Hermaphrodisme. Grossesse, avortement et infanticide. Coups et blessures. Le problème de l'identité : anthropométrie et dactyloscopie. Examen des taches, poils, etc.

M. PIÉDELIEVRE, agrégé (lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies mécaniques ; asphyxies par les gaz et vapeurs. Empoisonnements.

M. DUVOIR, agrégé (tous les mardis du 1er semestre) : Intoxications aiguës et intoxications professionnelles. La médecine du travail.

M. le Professeur HUGUENEY (tous les samedis du 1er semestre) : Législation et jurisprudence médicales.

Accidents de travail, maladies professionnelles, pensions de guerre, médecine sociale. Tous les jeudis (voir le programme détaillé dans l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

*Cours pratiques* : 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les lundis, mercredis, vendredis, à partir du lundi 14 novembre, de 2 à 3 heures : les mercredis, par M. le Professeur BALTHAZARD ; les lundis, par M. PIÉDELIÈVRE, agrégé ; les vendredis, par M. DERVIEUX, chef des travaux. (Les élèves du nouveau régime devront justifier, pour l'examen, de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal).

2° Travaux pratiques de médecine légale et de toxicologie (consulter l'affiche spéciale).

3° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles (consulter l'affiche spéciale. )

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. A. CLERC.) — M. A. CLERC, professeur, commencera son cours le lundi 21 novembre, à 18 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

OBJET DU COURS. — Maladies des artères (séméiologie, pression artérielle, artérites en général, aortites, coronarites).

I) *Cours pratique complémentaire* (Pathologie du cœur et des vaisseaux) : M. A. CLERC, et ses assistants, feront, à partir du 21 novembre, et durant le mois de décembre, à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais), un cours pratique complémentaire et gratuit selon le programme ci-dessous : le lundi à 10 heures, visite des malades dans les salles ; le mardi à 10 heures, consultation externe, polyclinique ; le mercredi à 10 heures, visite des malades ; dans les salles ; le jeudi à 10 heures, visite des malades ; à 11 heures, leçon théorique par l'un des assistants ; le vendredi à 10 heures, radioscopie, électrocardiographie ; le samedi à 10 heures, visite des malades ; à 11 heures, leçon clinique ou démonstration au laboratoire.

II) *Un cours de perfectionnement* sur les maladies du cœur et des vaisseaux commencera au début de janvier et sera ultérieurement annoncé par une affiche spéciale.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale,** (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — *Cours de psychiatrie complémentaire.* — Un cours de psychiatrie complétant l'enseignement donné aux élèves de la clinique, commencera le dimanche 4 décembre 1932, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis) et continuera tous les dimanches, à la même heure. Il aura surtout pour objet des questions d'actualité et de discussion à propos de présentations de malades.

— **Clinique obstétricale** (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal.) — M. le Professeur COUVELAIRE a repris son cours de clinique le lundi 14 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques. — Vendredi : Présentation de malades.

— **Cours de radiologie clinique.** — M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera son cours le lundi 21 novembre 1932, à 11 heures, à l'hospice de la Salpêtrière (laboratoire de radiologie clinique de la Faculté, nouveaux bâtiments de la clinique chirurgicale du Professeur Gosset) et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

OBJET DU COURS : Radio-diagnostic clinique des affections du squelette.

— **Thèses.** — Lundi 24 octobre. — Jury : MM. Couvelaire, Legueu, Lemierre, Fey. — M. SOMMILLON : Action des extraits placentaires sur les troubles de la ménopause naturelle et provoquée. — M. GARMER : Des phlegmons prostatiques. Leur traitement par voie urétrale. — Mme DELTHIL : Les conjonctivites de nature anaphylactique.

Mardi 25 octobre. — Jury : MM. Binet, Brindeau, Gougerot, Gastinel. — M. Paul MAGGI : Etude de la vaccination intradermique. — M. Max PETIT : Sur les différents procédés de césarienne abdominale utilisés dans certains cas. — M. LEVIN Jean : La réaction de conglomération de Muller. Son application au diagnostic de la syphilis.

Jeudi 27 octobre. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Tanon, Olivier, Sézary. — M. BEUSIMON : Essai sur le comte de Cagliostro aventurier, philanthrope et guérisseur occasionnel. — M. CHAMBRIN : Organisation de l'Hygiène sociale dans le département des Côtes-du-Nord.

*Thèses vétérinaires.* — Mardi 25 octobre. — Jury : MM. J.-L. Faure, Tanon, Bresson, Coquot, Dechambre, Robin. — M. DAINTIER : Ovariectomie de la jument. — M. HANTZ : Production mulassière du Maroc.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers

— **Adjuvat des hôpitaux.** — Epreuve écrite. — Questions données : « L'uretère pelvien (sauf l'histologie). Coagulation du sang ».

Lecture des copies. — MM. Delangre et Beuzart, 22 ; Mialaret, 23 ; Monod, 21 ; Poilleux, 19 ; Calvet, 25 ; Lebel, 21 ; Jullien, 26 ; Aboulker, 28 ; Mutricy, 20 ; Gandy, 20 ; Herbert, 21 ; Blanquine, 20.

Epreuve orale. — Questions données : « Muscles adducteurs de la cuisse. Muscles péroniers latéraux et leurs nerfs ».

Classement des candidats : MM. Aboulker, 82 ; Jullien, 80 ; Calvet, 79 ; Lebel, 74 ; Mialaret, 74 ; Delangre, 73 ; Beuzard, 72 ; Herbert, 72 ; Monod, 70.

— **Hôpital Saint-Louis.** (Service de M. le Docteur Milian.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau.* Ce cours sera fait du 9 janvier au 28 février 1935, par M. le Docteur Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. le Docteur Gastou, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur Lafourcade, assistant de l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur L. Périn, assistant de l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur E. Rivalier, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Les cours auront lieu le lundi 9 janvier 1933, et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Programme des cours (31 leçons). — 1re leçon : Biopsie. Indications. Instrumentation. Technique : Fixation, coupes et colorations (M. Milian). — 2e leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. Milian). — 3e leçon : Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. Rivalier). — 4e leçon : Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose (M. Périn). — 5e leçon : Spongiose. Vésicules. Œdème intra-cellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. Milian). — 6e leçon : Pustules. Bulles (M. Milian). — 7e leçon : Papules. Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. Périn). — 8e leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégnérescences. Hypertrophies. Lichénifications. (M. Périn). — 9e leçon : Lésions inflammatoires aiguës ; érysipèle (M. Milian). — 10e leçon, 11e leçon et 12e leçon : La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplasie (M. Milian). — 13e leçon et 14e leçon : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. Milian). — 15e leçon : Le chancre mou (M. Milian). — 16e leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. Lafourcade). — 17e leçon : Le psoriasis (M. Lafourcade). — 18e leçon : Le lichen plan (M Périn). — 19e leçon : Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes d'examen direct avec et sans coloration (M. Rivalier). — 20e leçon : Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. Rivalier). — 21e leçon : Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. Rivalier). — 22e leçon : Les épidermophyties. Erythrasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. Rivalier). — 23e leçon : Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. Gastou). — 24e leçon : Pelade et alopécies en aires (M. Rivalier). — 25e leçon et 26e leçon : Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. Milian). — 27e leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes Kystes. Nœvi (M. Périn). — 28e leçon : Tumeurs épithéliales malignes. Maladie de Paget. Maladie de Bowen (M. Périn). — 29e leçon : Les épithéliomas. Epithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nœvo-cancers (M. Périn). — 30e leçon : Le sang dans les dermatoses (M. Rivalier). — 31e leçon : La lèpre (M. Milian).

Le droit à verser est de 500 francs. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire le plus tôt possible.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri-IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Périn.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur de Mello-Vianna, de Paris ; du Docteur Dalmas, médecin-chef de l'asile Sainte-Madeleine, de Bourg (Ain) ; du Docteur Pierre Dumaine, de Tournon ; du Docteur Le Becq, de Pornichet ; du Docteur Montseret, de Montpellier (Hérault) ; du Docteur Puvion, de Saint-Quentin (Aisne) ; du Docteur Raymond Claoué, oto-rhino-laryngologiste de Bordeaux, père du Docteur Ch. Claoué ; du Docteur Cazal, de Montpellier ; du Docteur Edmond Chevalier, de Mouchard.

— **Ecole d'anthropologie** (57e année, 1932-1933.) — Ouverture des cours le vendredi 4 novembre 1932, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Cours. — *Hérédité et génétique.* M. H. Vignes, professeur, le samedi, à 16 heures : Hérédité dans l'espèce humaine. — *Anthropologie zoologique.* Mlle Friant, professeur hors cadre, le mercredi, à 16 heures : Les caractères zoologiques et éthnologiques des singes du nouveau monde, leurs affinités et leur évolution. — *Anthropologie anatomique.* M. R. Anthony, professeur, le samedi, à 17 heures : Morphologie du système mus-

culaire et du squelette. — *Anthropologie physiologique.* M. N. KOSSOVITCH, professeur hors cadre, le mardi, à 17 heures : Fonctions comparatives du système nerveux central, périphérique et sympathique (normal et pathologique) chez les anthropoïdes et chez les différentes races humaines. — *Anthropologie biologique.* M. SIMON, professeur hors cadre, le mercredi, à 17 heures : Les étapes de la vie. — *Ethnologie.* M. N..., professeur, suppléant, M. G. MONTANDON, le lundi, à 17 heures : La notion de race ; les races et les cycles culturels du milieu arctique. – *Préhistoire.* M. VAYSON DE PRADENNE, professeur hors cadre, le mercredi à 15 heures à dater du 14 décembre : La méthode en préhistoire. — *Sociologie.* M. G. PAPILLAULT, professeur, le vendredi, à 16 heures : Les sentiments conscients et subconscients, étude psycho-sociologique. — *Ethnographie.* M. Louis MARIN, le lundi, à 16 heures : La civilisation occidentale. — *Criminologie.* M. G. PAUL-BONCOUR, professeur, le vendredi, à 17 heures : Le vol et les voleurs.

CONFÉRENCES. — M. SAINTYVES, maître de conférences : Le rôle des nombres mythiques dans les livres sacrés. (Conférences, les mardis 22, 29 novembre et 6 décembre à 16 heures.) — M. le Docteur BRIAND, maître de conférences. Le mouvement eugénique dans le monde. Conférences, les mardis, 22, 29 novembre, 6 et 13 décembre à 15 heures. — M. Marcel JOUSSE Anthropologie linguistique : l'origine du langage et le mimisme humain. 20 conférences, le lundi à 15 heures à dater du 7 novembre 1932. — M. DEFFONTAINES : L'homme et les forêts. 15 conférences, le vendredi à 15 heures, à dater du 4 novembre 1932. — M. WERNERT. La signification de la tête humaine dans les civilisations de l'âge de pierre. Conférences, les mardis 13, 20, 27 décembre 1932, 3, 10 et 17 janvier 1933, à 16 heures. — M. BASCHMAKOFF : Paléoethnologie Pontique durant l'antiquité et le haut moyen-âge (jusqu'à l'an 1000 de notre ère). Conférences, les samedis 26 novembre, 3, 10, 17 décembre 1932, 7, 14 et 21 janvier 1933, à 15 heures. — M. le Docteur NÉRON : La morbidité par tuberculose en Europe. Conférences, les mercredis 23, 30 novembre et 7 décembre, à 15 heures. — M. DE LACHAPELLE : L'art de juger et ses déformations. Deux conférences, les mardis 31 janvier et 7 février à 15 heures. — M. COTTEVILLE : La préhistoire de l'Egypte. Etat actuel des recherches. Six conférences, les mardis, 20 et 27 décembre 1932, 3, 10, 17 et 24 janvier 1933, à 15 heures.

JOURS ET HEURES DES COURS. — Lundi : à 15 heures, M. Marcel Jousse ; à 16 heures, M. Marir ; à 17 heures, M. Montandon. — Mardi : à 15 heures, M. Briand, M. Cottevieille, M. de Lachapelle ; à 16 heures, M. Saintyves, M. Wernert ; à 17 heures, M. Kossovitch. — Mercredi : à 15 heures, M. Néron, M. Vayson de Pradenne ; à 16 heures, Mlle Friant ; à 17 heures, M. Simon. — Vendredi, à 15 heures, M. Deffontaines ; à 16 heures, M. Papillault ; à 17 heures, M. Paul-Boncour. — Samedi, à 15 heures, M. Baschmakoff ; à 16 heures, M. Vignes ; 17 heures, M. Anthony.

Des certificats d'assiduité seront délivrés aux auditeurs inscrits au secrétariat de l'Ecole dès l'ouverture des cours. Un diplôme des sciences anthropologiques pourra être délivré, après deux années scolaires, et après une thèse portant sur une partie des science anthropologiques.

— **Sorbonne.** *Cours libre sur l'assistance médico-sociale.* — M. ARMAND-DELILLE fait le mercredi à 6 heures du soir, à la Sorbonne (Amphithéâtre Michelet), depuis le 9 novembre 1932, des conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du Service social.

— *Programme du cours* : L'assistance médico-sociale. Son origine, son but. Nécessité de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines et d'une préparation spécialisée de ceux qui veulent s'y consacrer. — Manière de procéder aux enquêtes. — Les grands problèmes médico-sociaux. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescences, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Assistance médico- sociale dans la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, le cancer. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses. Amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance dans les milieux industriels : les surintendantes d'usine. — Les centres sociaux. — Le rôle de l'orientation professionnelle. — Rôle des ingénieurs spécialisés pour le service social. — Rôle des organisations de service social dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Enseignement et préparation des assistantes sociales ; les qualités requises. — Les Ecoles de service social. — Les résultats obtenus par le développement du service social en France et à l'étranger.

— **Cité universitaire de Paris.** — La cité universitaire de Paris dispose actuellement des chambres suivantes :

Fondation Deutsch de la Meurthe, 340 chambres ; Argentine, 75 ; Belgique, 220 ; Canada, 45 ; Cuba, 71 ; Danemark, 40 ; Etats-Unis, 258 ; Grèce, 60 ; Indochine, 100 ; Japon, 58 ; Institut agronomique, 150.

— **Congrès français de médecine de 1934.**— Sur l'invitation d'une délégation de médecins canadiens, le Conseil d'administration de l'Association des médecins de langue française a proposé à l'Assemblée générale du 12 octobre de tenir le prochain Congrès en septembre 1934 à Québec.

Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès sont :

1° *Pathologie médicale* : Séméiologie des syndromes pancréatiques ou des syndromes parathyroïdiens ; le Comité canadien décidera entre ces deux sujets.

2° *Pathologie générale* : les états hypoglycémiques.

3° *Thérapeutique.* La pyrétothérapie.

*Le Directeur-Gérant* : Dr J. NOIR.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

### 5847. — Chirurgie des membres avec interventions multiples

Pour une plaie de la main où j'ai *lié la radiale* dans la tabatière anatomique, *suturé le long extenseur du pouce*, paré et nettoyé (avec *ablation de cartilage articulaire*), l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, régularisé, épluché la plaie qui était contuse, j'ai compté 185 francs, la Compagnie d'assurances (accident du travail) ne veut retenir que la suture du tendon soit 100 francs ; en a-t-elle le droit ?

De plus, j'ai tarifé en plus l'*appareil plâtré* 100 francs comme cela se fait toujours (appareil plâtré allant des doigts au coude). La Compagnie prétend que le prix du plâtre est compris dans la suture, soit 100 francs en tout (opération et plâtre). Là, elle se trompe sûrement.

Pourriez-vous, je vous prie, me donner une réponse dont l'autorité en pareil cas arbitrera ce petit litige ?

Dr C.

**Réponse.**

Etant donné vos *interventions complexes*, vous avez à compter non pas 100 francs comme l'offre la Compagnie, non pas 185 francs comme vous demandez, mais bien 375 francs. Voir art. 20-C : « Chirurgie des muscles, tendons et synoviales. Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des membres nécessitant des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses, etc. : 375 francs ». Quant à l'appareil plâtré consécutif, il est compris dans l'intervention dont il est la phase terminale.

Dr F. Decourt.

### 5786. — La question du cumul (Art. 13)

Je pense m'être mal expliqué en vous demandant le tarif applicable aux deux opérations faites sur le même blessé : suture de la peau (sept points) et injection de sérum antitétanique. J'ai dû omettre de vous dire que ces opérations avaient été pratiquées un dimanche. Dois-je les majorer toutes les deux ou une seulement, dans ce dernier cas, laquelle ?

Dr P.

**Réponse.**

*a*) Il n'y a pas de majoration dominicale autre que celle prévue pour la visite simple. Elle n'existe même pas pour la consultation, nous ayant été refusée par la Commission.

*b*) Vous pouvez compter les *deux* interventions signalées « Points de suture + injection antitétanique ». Le cumul n'est interdit (art. 13) qu'entre une intervention plus une visite ou consultation (avec ou sans pansement).

Dr F. Decourt.

## FISCALITÉ

### 5561. — Prestations et taxe vicinale des contribuables âgés de plus de 60 ans

Vieil abonné au *Concours Médical*, je viens de lire, dans un des derniers numéros que la taxe vicinale ne devait pas être payée par les confrères ayant plus de 60 ans, or, j'ai 67 ans depuis le mois de juin dernier... et j'ai toujours payé jusqu'à présent la taxe vicinale (sur la contribution mobilière et sur la contribution des patentes) ; dans ces conditions je vous serais infiniment reconnaissant de me faire savoir par la voie du journal :

1° Si je dois continuer à payer cette taxe ;

2° Dans le cas négatif à qui dois-je m'adresser pour réclamer (Contrôleur des contributions probablement) ?

3° Y aurait-il effet rétro-actif et pourrai-je réclamer le remboursement de cette taxe payée à tort depuis sept ans ? Dr L.

**Réponse.**

Le contribuable âgé de plus de 60 ans ne doit plus les prestations dans les communes où elles existent encore.

Mais, quand ces prestations ont été remplacées par des *taxes*, ces taxes sont dues par le contribuable indéfiniment.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

### 5511. — Impôts à la charge d'une clinique

J'ai ouvert le mois dernier une petite clinique qui comporte actuellement sept lits.

Je vous serai très reconnaissant de vouloir bien me faire savoir :

1° Si j'ai une déclaration quelconque à faire aux Contributions directes ou indirectes, et à qui je dois faire cette déclaration.

2° A quels impôts spéciaux je vais être astreint et à partir de quelle date ;

3° Quels seront les taux de ces impositions. ;

4° Suis-je obligé de tenir une comptabilité et de la montrer aux représentants du fisc le cas échéant.

Dr M.

**Réponse**

Vous devez faire une déclaration aux Contributions indirectes puisque votre clinique payera l'impôt de 2 % sur le chiffre d'affaires. Vous serez astreint du jour de l'ouverture de votre clinique aux impôts suivants :

1° *Patente* : Nous ne pouvons vous fixer combien.

2° *Chiffre d'affaires*, 2 % (si votre clinique n'est pas considérée comme un établissement de luxe), sur le montant du chiffre représentant les sommes encaissées à titre de règlement de frais de pension, etc...

3° *Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales,* 12 % sur le montant des honoraires.

4° *Impôt sur les bénéfices des professions commerciales,* 15 % sur le montant des bénéfices *nets* résultant de l'exploitation commerciale de la clinique (frais de pension).

Vous êtes tenu d'être inscrit au registre du commerce et de tenir une comptabilité commerciale qui devra être soumise, à toute demande, aux représentants du fisc.

A. M.

---

**5515. — Les frais de démolition et de reconstruction d'un mur ne sont pas des frais professionnels**

J'habite une maison qui m'appartient. Cette maison possède une cour d'entrée et un mur de clôture ; ce dit mur menaçant de s'écrouler, et d'autre part n'étant pas à l'alignement, j'ai dû le faire abattre puis reconstruire à l'alignement qui m'a été imposé. Frais considérables est-il besoin de le dire !

Dans ma prochaine déclaration, au titre de *frais professionnels*, puis-je faire mention de ces dépenses-là ? en partie seulement, par exemple, la moitié ?

Dr Z.

**Réponse**

Vous ne pouvez pas considérer les frais de démolition et de reconstruction de votre mur comme des frais professionnels.

Aucune déduction n'est possible de ce chef.

A. M.

---

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

**6000. — Durée du droit au demi-salaire et aux frais médicaux et pharmaceutiques**

Est-il possible pour un blessé du travail consolidé mais non guéri (persistance de fistule suppurante, nouvelle intervention nécessaire) d'obtenir pendant la période où il ne pourra travailler son demi-salaire jusqu'à consolidation définitive ? Pour obtenir ce résultat, comment s'y prendre au point de vue action judiciaire ?

Dr L.

**Réponse**

En vertu de l'art. 15 de la loi sur les accidents du travail, les indemnités temporaires (dont les frais médicaux et pharmaceutiques ne constituent qu'un accessoire) sont dues jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente.

Dans le cas que vous nous soumettez, on ne peut dire qu'il y a consolidation puisque l'état

du blessé nécessite encore des soins. Par conséquent, tant que ces soins resteront nécessaires, le blessé devra continuer à avoir droit à son demi-salaire et aux frais médicaux et pharmaceutiques et la rente à laquelle il pourra prétendre s'il reste atteint d'une incapacité permanente ne commencera à courir que du jour où il cessera d'avoir besoin de soins.

---

### 5905. — Complications résultant du traitement d'un accidenté du travail

Un blessé du travail, 75 ans, atteint de plaie grave de la main fait une réaction sérique articulaire avec fièvre, à la suite de laquelle il fait de la rétention d'urine (grosse prostate). N'a jamais eu de rétention, ni d'accidents.

Les soins nécessité par cette rétention (catéthérisme, etc) doivent-il incomber à la partie adverse (assurance) ?

Dr M.

**Réponse**

Suivant la jurisprudence en matière d'accidents du travail, le patron est responsable non seulement des suites directes du traumatisme, mais encore des complications que le traitement et l'état antérieur du blessé peuvent entraîner.

Puisqu'en l'espèce, l'injection de sérum était nécessitée par la blessure, la réaction sérique articulaire doit être considérée comme une complication de la lésion initiale, et par conséquent, être traitée comme celle-ci, aux frais du patron responsable.

---

### 5980. — Tarif applicable à un patron agriculteur accidenté du travail

J'ai soigné l'année dernière un cultivateur qui s'est fait pendant son travail une fracture de jambe. Il m'a fait appeler, car je suis son médecin, bien que je ne sois pas le plus rapproché.

La blessure s'est consolidée avec une légère incapacité permanente partielle.

Le cultivateur est assuré pour lui-même et ses domestiques et le prix est basé sur la contenance de sa ferme.

J'ai envoyé ma note au tarif syndical ordinaire mais la Compagnie veut appliquer le Tarif des accidents de travail et compter la distance du médecin le plus rapproché.

Dans ces conditions j'ai l'intention d'appeler le cultivateur en question en Justice de paix et exiger le payement intégral.

Quel est votre avis ?

Du reste le paragraphe 4 de l'article 4 de la loi de 1898, qui n'est pas applicable ici, ne dit-il pas que ce tarif (des accidents du travail) n'est applicable que lorsque l'ouvrier fait choix de son médecin), mais

ici c'est le patron qui est assuré pour lui, sa famille et ses domestiques.

Dr C.

**Réponse**

La loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ni taxé les honoraires médicaux ; ce qu'elle a limité et taxé, c'est seulement *la part* de ces honoraires qui doit être supportée par le patron responsable, lorsque la victime choisit elle-même son médecin. Mais ce dernier reste libre, dans tous les cas, de se faire honorer suivant son tarif de droit commun par la personne qui l'a mis en œuvre, que ce soit le patron ou le blessé.

Rien n'a été changé à ces principes lorsque la législation sur les accidents du travail a été étendue aux exploitations agricoles avec faculté pour les exploitants eux-mêmes d'adhérer à la loi.

Par conséquent, le médecin qui soigne un patron agriculteur blessé dans son travail et assujetti facultatif à la loi sur les accidents du travail n'a pas d'autre tarif à appliquer pour ses honoraires que son tarif de clientèle ordinaire.

Sans doute, s'il s'adresse à l'Assurance, ne peut-il obtenir de celle-ci plus que ce à quoi elle est tenue par sa police envers son assuré, c'est-à-dire plus que le Tarif des accidents du travail, mais rien ne peut le contraindre à se contenter de ce tarif.

Par conséquent, vous êtes parfaitement fondé à refuser le règlement proposé par l'Assurance et à vous adresser à votre client pour vous faire payer par lui l'intégralité de votre note d'honoraires.

Il lui appartiendra ensuite, muni de votre reçu, de se retourner contre son Assurance pour se faire rembourser par elle dans les limites fixées à la police.

Commencez donc tout d'abord par envoyer à votre client une lettre recommandée pour le mettre en demeure de vous payer dans le délai que vous fixerez. Si, le délai expiré, vous n'avez pas obtenu satisfaction, avisez nous et nous demanderons alors à notre Conseil d'administration de vous accorder l'appui de la Ligue pour porter l'affaire en justice.

---

**6148. — Responsabilité des propriétaires du chef des métayers**

Par suite du décès de mon père et restant fils unique (mes frères sont décédés non mariés), je me trouve à la tête de deux métairies. Elles sont occupées et exploitées par des métayers, c'est-à-dire des familles logées cultivant tout à moitié (vignes, prairies, champs, bois) mais avec les bœufs, les charrettes et instruments agricoles du propriétaire.

Mon père n'était pas assuré, sauf contre l'incendie.

Dois-je contracter des assurances contre les accidents et puis-je être déclaré responsable en cas d'accidents : 1° pour les personnes occupées sur la propriété ; 2° accidents aux tiers par le fait des bœufs, charrettes, etc... Mes métayers sont-ils assujettis obligatoires aux Assurances sociales ? En cas d'affirmative pour les accidents, le métayer doit-il payer la moitié de la prime ? Dr X..

**Réponse.**

1° Aux termes de l'art. 6 de la loi du 15 décembre 1922 qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, si le propriétaire n'exploite pas lui-même, le fermier, le métayer ou tout autre exploitant est seul responsable des indemnités vis-à-vis des victimes d'accidents du travail ou de leurs ayants-droit.

S'il n'y a pas eu d'assurance, le métayer a un recours contre le bailleur jusqu'à concurrence de la moitié des indemnités nonobstant convention contraire. Ce recours ne peut être exercé lorsque le métayer a été dûment assuré contre l'intégralité du risque, soit par lui-même, soit par les soins du bailleur, qui, nonobstant convention contraire, doit supporter la moitié au moins de la charge de la prime d'assurance. Par conséquent, si votre métayer n'est pas assuré pour les accidents du travail, il est nécessaire que vous le fassiez assurer, sauf à récupérer sur lui la moitié de la prime, si vous désirez éviter d'être éventuellement responsable du payement de la moitié des indemnités dues à des victimes d'accidents du travail.

2° La responsabilité des accidents causés par le fait des animaux ou des choses inanimées incombe à celui qui en assume la garde, conformément à l'art. 1384 du Code civil. C'est le métayer, qui assume cette garde et non pas le propriétaire ; c'est donc le métayer qui doit être tenu pour responsable des accidents de cette nature. Nous ne pensons donc pas que vous ayez à vous assurer contre ces risques, mais il serait bon que votre métayer contracte une police personnelle à cet effet.

3° Conformément au paragraphe 2 de l'art. 73 de la loi sur les Assurances sociales, les métayers travaillant ordinairement seuls avec l'aide des membres de leur famille et ne possédant à leur entrée dans l'exploitation aucune partie du cheptel, sont assimilés aux salariés et comme tels, affiliés obligatoirement aux Assurances sociales.

D'autre part, en vertu du paragraphe 3 du même article, les propriétaires de corps de biens donnés à métayage, aux conditions ci-dessus sont assimilés aux employeurs. Par conséquent, si vos métayers rentrent dans la catégorie ci-dessus, vous devez les faire immatriculer aux Assurances sociales et supporter la moitié de la cotisation.

### 5914. — Incapacité pour perte d'un œil

Vous m'obligeriez en me faisant savoir à quelle somme annuelle a droit un blessé du travail qui a perdu totalement l'œil droit.

La Compagnie d'assurances évalue à 30 % cette incapacité et offre 900 et quelques francs pour un salaire annuel de 5.500 francs.

Le blessé n'a pas accepté l'offre de la Compagnie ne trouvant pas la pension assez élevée.

Dr A.

**Réponse.**

Il est exact qu'en vertu des barèmes habituellement appliqués pour l'évaluation des incapacités permanentes en matière d'accidents du travail, et notamment du barème établi par le Docteur Lucien Mayet, la disparition du globe oculaire d'un œil peut être évaluée à 30 ou 33 %, si la vision de l'autre œil est intacte.

D'autre part, conformément à l'art. 3 de la loi sur les accidents du travail, le blessé a droit, en cas d'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir au salaire et, conformément à l'art. 2, les ouvriers dont le salaire annuel dépasse 8.000 francs ne bénéficient des dispositions de la loi que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus et jusqu'à 18.500 francs, ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'art. 5. Dans le cas que vous nous soumettez, si l'on admet la fixation du taux d'incapacité à 30 % et si le salaire annuel ne dépasse pas 5.500 francs, la rente est donc bien de $\frac{5.500 \times 30}{100 \times 2} =$ 825 francs.

Avec un taux d'incapacité de 33 % la rente serait de 907 fr. 50.

## PROPHARMACIE

### 5366. — Conditions nécessaires pour l'exercice de la propharmacie

Je vais m'installer dans un village dont le pharmacien sera à 1.500 mètres de ma maison. Au cas échéant, cette distance est-elle légalement suffisante pour me permettre de faire de la propharmacie ?

Dr X.

**Réponse.**

Le statut des médecins propharmaciens est régi par l'art. 27 de la loi du 21 germinal, an 11, ainsi conçu :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront nonobstant les articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

Pour qu'un médecin puisse exercer la propharmacie, il suffit donc qu'il soit établi dans une commune où il n'y ait aucun pharmacien ayant officine ouverte ; peu importe la distance à laquelle se trouve en fait la plus proche officine, si celle-ci est située dans une autre commune.

Cette solution résulte de plusieurs décisions de justice, et notamment d'un jugement du Tribunal civil de Montmédy du 1er août 1930 obtenu par le Sou médical au profit de l'un de ses adhérents et publié dans *Le Concours Médical* le 25 janvier 1931, page 265 et dans la *Gazette du Palais* du 7 décembre 1930.

## ASSURANCES SOCIALES

### 6094. — Prix de la version podalique pour les assurées sociales notoirement indigentes

Je vous serais reconnaissant de me donner le renseignement suivant : à quel coefficient correspond la version podalique dans la nomenclature des accidents du travail ?

Ci-joint une nomenclature concernant les accouchements que j'ai copiée dans un journal médical. Cette nomenclature est-elle exacte ?

Dr G.

| | |
|---|---|
| Incision du col ; Délivrance artificielle ; Avortement thérapeutique | P.C. n° 15 |
| Forceps au détroit inférieur ; Version podalique ; Accouchement provoquée | P.C. n° 25 |
| Forceps : la partie haute | P.C. n° 50 |

**Réponse**

La nomenclature du Tarif accidents du travail ne contient pas de rubrique *version podalique*, et il conviendrait d'agir par analogie. Nous avons proposé, Decourt et moi, d'assimiler cette intervention obstétricale à l'*extraction d'un corps étranger profond sous écran*, cotée 300 francs.

L'accouchement complet devrait donc être taxé ........ 375 fr.
Plus demi-extraction ........ 150 fr.
525 fr.

Quand deux interventions sont concomittantes (accidents du travail), la seconde n'est comptée que 50 % de sa valeur.

Par ailleurs, le coefficient attribué à l'accouchement terminé par une version par les Syndicats médicaux est plus élevé que vous ne le pensez. Il est généralement de 40. Dans la Seine, la Fédération des Syndicats a adopté le coefficient de 48.

Pour une assurée sociale notoirement indigente, selon l'article 59 de la loi, les honoraires sont supportés par les Caisses pour 80 % et par la commune du domicile de secours pour 20 %,

et réglés comme en matière d'accidents du travail, *en principe*. Le médecin doit donc présenter à la Préfecture un mémoire établi comme en matière d'accidents du travail, avec indication de l'article de la nomenclature du Tarif.

Mais il faut savoir que dans beaucoup de départements, le règlement ne se fait pas suivant ce Tarif pour les accouchements, mais selon un Tarif d'assistance que certains Syndicats semblent avoir accepté. Cette conception est illégale. Nous sommes en cassation présentement pour faire dire que le Tarif des accidents du travail doit être appliqué rigoureusement quand l'acte médical y figure, sinon, par analogie.

G. Duchesne.

---

### 6040. — Un assuré social pensionné de guerre ne subit pas la retenue de 15 ou 20 % sur les frais médicaux et pharmaceutiques

Je soigne un assuré social pensionné de guerre. Il me semblait que la Caisse devait rembourser intégralement le malade, sans retenue de 15 %. Or, il n'a touché que 9 fr. 60 par consultation. Le tarif de responsabilité des Caisses en Loire-Inférieure n'est que de 12 francs.

Mon client a-t-il droit au remboursement total pour soins donnés à lui-même ?

Pour la maladie ayant causé la réforme, il a droit aux soins gratuits avec son carnet. Ce ne peut donc être que pour une maladie autre qu'il a droit au remboursement à 100 %. A qui doit-il adresser sa réclamation ?

Dr S.

**Réponse.**

Il est bien exact que l'article 51, paragraphe 1er, alinéa 2 de la loi sur les Assurances sociales, en accordant aux assurés sociaux malades ou blessés de guerre, pour les maladies, blessures ou infirmités n'ayant pas une origine militaire, le droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie, les dispense, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Par conséquent, le pensionné de guerre assuré social dont il est question dans votre lettre a droit au remboursement intégral du tarif de responsabilité de la Caisse, soit en l'espèce 12 francs par consultation.

Si la retenue du pourcentage prévu à l'article 4, § 5 lui est faite indûment, il peut saisir la Commission cantonale du siège de la Caisse, par lettre recommandée adressée au Juge de paix, président de cette Commission, dans le délai de dix jours de la date de la réception de la notification de la décision de refus.

## QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

### 5331. — Démission du grade. Fin des obligations militaires

Classe 1908 (sursitaire enrégimenté avec la classe 1910).

Deux ans de service actif avant la guerre, dont un comme médecin auxiliaire. Toute la guerre à titre successivement de médecin auxiliaire et d'aide-major de 2e classe à titre temporaire (demeuré ainsi du fait d'inaptitude complète puis restreinte ou plutôt d'aptitude restreinte).

Aide-major de 2e classe à titre définitif (réserve) en 1923.

Pension définitive en 1924 : taux 20 %.

Un an de mise hors cadres pour affection contractée en service.

Médecin lieutenant en 1925, jamais de périodes d'instruction ; convoqué comme volontaire en 1931 sans que l'autorité militaire m'ait jamais appelé (en réalité il s'agissait d'une demande du Directeur du Service de santé au sujet d'une période que j'accomplirais comme volontaire).

Proposé en mai dernier par Commission de réforme pour 50 % au lieu de 20 % après passage devant surexpert, et par mise en disponibilité (ancien hors cadre, je crois ?). Propositions maintenues après passage devant un sur surexpert désigné par le Ministre. Ces renseignements fournis, je viens vous demander sachant que je suis de la deuxième réserve et que je puis par suite donner ma démission d'officier, si remis médecin auxiliaire :

1° Je serais libéré en tant qu'homme de troupe avant ou en même temps que les officiers de ma classe (1908) de toutes les obligations militaires.

2° Si du fait que j'ai effectué la guerre dans des unités combattantes, je serais par suite de ma remise parmi les hommes de troupe dispensé de périodes d'instruction.

3° A quel âge enfin, restant officier, je serais libéré de ces mêmes obligations. Je crois du reste que ce serait en 1937, suis-je dans le vrai ?

Dr X.

**Réponse.**

Vous serez comme les hommes de votre classe, que vous ayez ou non démissionné, libéré de toutes obligations militaires, dans cinq ans (au 15 octobre) à moins que vous ne demandiez à rester dans les cadres après cette époque.

Démissionnaire, vous redeviendrez médecin auxiliaire. Vous n'êtes pas dispensé de périodes d'instruction puisque vous n'avez pas fait toute la guerre *avec votre grade actuel*.

Mais si vous voulez être libéré avant les cinq années mentionnées plus haut, tâchez d'obtenir votre radiation des cadres définitive pour l'affection qui vous a déjà valu une mise en non-disponibilité temporaire.

---

**5510. — Droit de la veuve d'un pensionné de guerre**

La veuve d'un mutilé de guerre, mort de complications dues à ses blessures, a-t-elle droit à la pension entière de son mari (85 % dans le cas qui m'intéresse) ou simplement à la pension de veuve de guerre ?

Dr C.

**Réponse**

Cette veuve a droit, non pas à la pension de son mari, mais à la pension de veuve qui, dans ce cas, est uniformément de 2.890 francs, plus une majoration de 1.025 francs par enfant âgé de moins de 16 ans.

**5968. — Radiation des cadres**

Au mois de juin dernier, j'ai reçu de la Direction du Service de santé une note me faisant savoir qu'ayant atteint la limite d'âge, j'allais être rayé des cadres dans le courant du troisième trimestre de cette année.

L'on ne m'a pas réclamé mon ordre de mobilisation. Que dois-je en faire ?

Dr P.

**Réponse**

Puisque vous êtes rayé des cadres, il est préférable de retourner dès maintenant votre ordre de mobilisation à votre Directeur du Service de santé. Faites cet envoi par lettre recommandée, et gardez-en bien le reçu, afin que plus tard, on ne puisse vous le réclamer. Mieux encore, demandez au Directeur de vous en accuser réception.

**6070. — Un médecin-major ayant dépassé la limite d'âge n'est pas mobilisable**

Un médecin-major de 2e classe dont la limite d'âge de grade a été atteinte en septembre 1932, peut-il être mobilisé en temps de guerre, si on ne lui a pas retiré sa feuille de mobilisation ?

Dr X.

**Réponse**

Si ce médecin-major a demandé à rester dans les cadres après la libération de sa classe d'âge, et s'il a atteint l'âge fixé pour la retraite des officiers de l'active de son grade, augmenté de cinq années, soit pour un capitaine 53 + 5 = 58, il n'est plus mobilisable.

C'est par suite d'une erreur ou d'un retard, qu'on ne lui a pas encore réclamé le renvoi de son ordre de mobilisation.

**5580. — Maintien dans les cadres après la libération normale**

Je crois avoir lu à plusieurs reprises qu'étant de la classe 1904, je serai libéré de tout service militaire

en 1933. Mais, je trouve dans un autre entrefilet du *Concours*, où vous répondez à un confrère médecin lieutenant comme moi, qu'il sera libéré à 57 ans. Quoi croire ?

Si je suis libéré en 1933 qu'adviendra-t-il ? est-ce la gendarmerie qui nous prévient et quand ?

Pouvez-vous me fixer définitivement ?

Dr A.

**Réponse**

Un officier de réserve n'est *maintenu* dans les cadres après la libération normale de sa classe, que sur demande expresse adressée à l'autorité militaire.

Ainsi, maintenu, il reste à la disposition du ministre jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge fixé pour la retraite aux officiers de l'active du même grade que lui, plus une durée de cinq ans.

Un capitaine est aussi maintenu jusqu'à 53 ans + 5, soit 58 ans.

Libéré en 1933, le Directeur du Service de santé de la Région vous réclamera simplement le renvoi de votre ordre de mobilisation.

---

### HONORAIRES

#### 5959. — Conditions d'application du privilège

Voudriez-vous avoir l'obligeance d'examiner le règlement qui m'est proposé et me dire si je dois l'accepter.

J'ai donné mes soins à M. P., en mars 1931. Sur sa demande je lui envoyai ma note, 135 francs, quelques mois plus tard.

Puis j'appris incidemment son décès survenu vers septembre 1931, sans avoir été réglé.

Vous trouverez ci-joint l'avis de règlement que me propose le notaire chargé de la succession.

J'ai toujours pensé que les créances médicales étaient privilégiées et se réglaient avant l'ensemble des autres créances, car jusqu'ici et dans des cas analogues j'avais été réglé intégralement.

Dr P.

**Réponse**

Pour pouvoir bénéficier du privilège des articles 12 de la loi du 30 novembre 1892 et 2101 du Code civil, les honoraires réclamés doivent s'appliquer aux soins qui ont immédiatement précédé soit le décès soit la déconfiture du client.

Suivant les renseignements que vous nous donnez, vous avez soigné le malade en mars 1931 et il paraît être décédé en septembre d'une autre maladie, pour laquelle vous ne lui avez pas donné vos soins. S'il en est bien ainsi, vous ne pouvez donc invoquer le privilège et c'est avec juste raison que le notaire vous propose le règlement de vos honoraires au marc-le-franc, en votre qualité de créancier chirographaire ne possédant aucun privilège particulier à faire valoir et, par conséquent, venant en concours avec tous les autres créanciers.

Cinquante-quatrième année N° 48 27 Novembre 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours Médical*, de M. le Dr GUYOT, de Chateaumeillant, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES ET OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 354. — Dr ayant 30 ans d'exerc. dans même pays, chev. Lég. d'hon., présid. syndicat méd. de sa région, hautes référ., demande direct. hôpital privé ou clinique.

No 355. — A céder cause famille, bon poste campagne, rég. nord du Cher, contre légère indemn.

No 356. — Belle situat. est off. gratuit. à doct. méd. génér. pouv. faire aussi Y. O. R. L. dans pet. ville. Méd. ch. de fer. Condit. achat ou locat. maison prix d'estimat. actuelle.

No 357. — Très bon poste méd. de demi-repos à céder dans ch.-lieu cant. de Normandie à 80 km. Paris, de préfér. à doct. cathol. Rapp. pouv. être doublé avec auto. Maison confort. avec jardin à louer ou à vendre. Chasse et pêche.

No 358. — Très bonne client. médicale, 100 km. Paris, propharm., à vendre. Très pressé.

No 359. — Doct. dés. trouver pour son neveu, 33 a., comptable, sténo-dact., franç. et anglais, situat. en rapp. avec aptitudes, dans clin. ou mais. de santé, de préfér. au bord mer.

No 360. — On dem. méd. cathol. pour hôpital français dans une île de Chine.

No 361. — Comptable, 30 a., ancien malade, désirerait emploi dans sanator. Ecr. H. Bonnet, 6, rue Pierre-Morin, à Villefranche (Rhône).

No 362. — Aisne. Gros bourg, 2 h. 30 Paris-Nord, poste méd. à céder. Très gros chiff. d'affaires. Maison tout confort.

No 363. — Doct. dem. poste méd. 100.000 francs env. chiff. d'aff. Littoral sud Bretagne, Ouest ou Sud-Ouest, ville ou près ville.

No 364. — Achèter. d'occas. mobil. et instrum. d'oto-rhino-laryng. et d'ophtalm. en bon état.

No 365. — Nord. Cent. industr. import., doct. âgé louerait partie grande maison à jeun. conf. célibat. offr. garantie. Success. sans reprise.

No 366. — Plémet (Côtes-du-Nord). Urgent, client. import. méd. propharm., rayon étendu, grosse agglomér. nombr. ouvriers. S'ad. Dr Martin, à Plancoët (C.-du-N.)

No 367. — Quart. Monceau. Dans appartem. conf. moderne, carref. lignes métro, autobus et tramways, avons à disposition médecins ou spécialistes, salles de consultat. Indemn. mensuelle : 1.500 fr. Service récept. clients, téléph. et tous frais loyer, patentes, éclair. et chauff. compris. Ecr. Mme Roman, 14, rue Saint-Marceau, Paris (XVIIe).

No 368. — Docteur en médecine français est demandé pour remplacement de longue durée. Région Sud-Ouest. Urg.

## Renseignements



# *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Médaille du Professeur Pierre Teissier.** — Un groupe d'amis et d'élèves du Professeur Pierre Teissier, réunis sous la présidence de M. Justin Godard, ministre de la Santé publique, de M. Charletty, recteur de l'Université de Paris, du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, et de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique de Paris, a eu la pensée, pour honorer sa mémoire, de faire exécuter un médaillon qui sera offert à l'hôpital Claude-Bernard.

Les souscriptions sont reçues par le trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e. (Compte chèques-postaux, Paris 599).

Tout souscripteur de 100 francs aura droit à un exemplaire d'une médaille, réplique du médaillon.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — M. le Professeur Leriche a pris possession, le 1er novembre, du service de chirurgie du Docteur Laroyenne, arrivé au terme de ses fonctions.

— **Faculté de médecine de Lille.** — *Prosectorat.* — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination du Docteur Coulouma.

— **Société des médecins alsaciens** (9, rue d'Astorg, Paris-VIII[e]). — Après la réunion du 12 novembre, suivie du dîner traditionnel, les membres de cette société se rendirent au gala organisé en l'honneur de l'Alsace par l'Association nationale des Camarades de combat, sous la présidence du Maréchal Lyautey.

Des loges leur avaient été réservées. On écouta avec recueillement et émotion une conférence de M. F. Dollinger, secrétaire des Amis de l'Université de Strasbourg, qui montra comment l'Alsace est devenue et restée française, et « la Dernière classe » d'Alphonse Daudet par un sociétaire de la Comédie-Française. Puis, on assista à la projection du grand film vécu : l'entrée des Français à Strasbourg, le 22 novembre 1918, avec accompagnement par la musique militaire du 6e régiment d'infanterie sous la direction de M. Montmain.

Enfin, le Folklore Alsacien fut présenté par M. Zimmermann, président du Groupe artistique de Paris dont les chants et les danses remportèrent le plus vif succès.

Remarqués parmi les notabilités présentes : M. Mirman, ancien commissaire de la République en Alsace-Lorraine, M. le Docteur Blind, président de la SAMA, MM. les Docteurs Balencie, Bauer, Gaston Bloch, Bloch-Wormsen, Bruder, Engel, Hahn, Keim, Lantzenberg, Roederer, Schmitt.....

— **IX[e] Journées dentaires de Paris.** — Les IX[es] Journées dentaires de Paris (anciennes Journées franco-belges), qui devaient avoir lieu du 25 au 27 novembre à l'Ecole odontotechnique de Paris, ont été reportées aux 9, 10 et 11 décembre 1932.

— **Le IV[e] Congrès de l'Ecole des parents** se tiendra les 1er et 2 décembre, 5, rue Las Cases, et le 3 décembre, 19, Avenue Kléber. A l'ordre du jour : LA PERSONNALITÉ, *Formation et Conquête.*

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Externat.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Ambre, Fromaget, Grasset, Picard, Cheval, Godefroy, Viallier-Reynard, Bonifaci, Muller, Bailly-Salins, Grand-Clément, Vincent, Druard, Notter, Michelland, Guillemin, Coester, Gillot, Coudert, Dumond, Magnin, Gerest, Castel, Naouri, Curveillé, Masquin, Geay, Bruno, Mlle Roth, MM. Riondet, Bourdillon, Blanchard, Marion, Galvaing, Baffié, Carrier, Bernigaud, Michaud, Guimet, Mlle Raton, MM. Peissel, Bégule, Loupi, Plaisance, Martin-Barbaz, Baridon, Gasca, Mlle Michon, MM. Vial, Béraud, Carlot, Eyraud, Daniel, Massardier, Philippe, Lyathand, Marchand, Mlle Lépanoff, MM. Ballivet, Giraud, Courbe-Michollet, Mlle Lafond,

MM. Chambaud, Micaud, Masson, Rochegude, Feugier, Despierres.

— **Hôpitaux de Lille.** — *Internat et externat.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Garraud, Christiaens, Leperre, G. Patoir, Cauet, Marchandise, Benoit, Bédrine.

Internes provisoires : MM. Dancourt, Lafrance, Hecquet, Lecocq, Bar, Biérent.

Externes : MM. Desmond, Catrine, Noclercq, Mlle Cornillot, MM. Delamon, Ginest, Pinchart, Mlle Waltz, MM. Legrand (Maurice), Jacquemaire, Arsac, Bricout, Graux, Faidherbe, Legrand (Ernest), Lecocq (Jean), Cook, Hémez, Baudry, Labenne, Graye, Croumez, Carin, Butruille, Brabant.

— **Hôpitaux de Strasbourg.** *Internat.* — Ont été nommés, à la suite du dernier concours, internes des hôpitaux de Strasbourg : MM. Haimovici, Houot ; Mlle Wehrung. MM. Labourgade, Laugiel Rodier, Mercenier, Moniatte, Heimendinger, Mlle Rousset.

— **Asile national de convalescents de Saint-Maurice.** *Internat.* — Des concours auront lieu à l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), le 8 décembre 1932 : 1° pour deux emplois d'interne provisoire en médecine générale ; 2° pour un emploi d'interne titulaire en électroradiologie.

Les candidats doivent être Français, âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions de doctorat au moins. Les docteurs en médecine ne peuvent prendre part au concours.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er décembre 1932.

Les internes de l'Asile sont nommés pour un an. Leurs fonctions peuvent être prorogées d'année en année pendant deux ans. Les internes titulaires et provisoires sont logés, chauffés, éclairés et nourris par l'établissement qui est situé dans le bois de Vincennes, à dix minutes en tramway de la Porte Dorée. Ils reçoivent en outre de 4 à 5.400 francs d'indemnité annuelle.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat de la direction de l'asile.

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.** *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires. Il sera procédé également à la nomination de six internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 22 décembre 1932, à 9 heures du matin à l'hôpital.

La durée des fonctions d'interne titulaire est de deux ans. Les internes provisoires sont nommés pour un an, mais ils peuvent se représenter à un nouveau concours s'ils n'ont pas atteint la limite d'âge.

Sur la proposition des chefs de service un concours pourra avoir lieu parmi les internes sortants. Ce concours comportera une épreuve écrite sur un sujet de pathologie et une épreuve clinique. L'interne qui aura obtenu le plus de points au-dessus de la moyenne fixée par le jury, prendra le titre d'interne lauréat et bénéficiera d'une année supplémentaire d'internat dans le service de son choix.

Sur le rapport du stage hospitalier, les internes de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye sont assimilés par la Faculté aux internes des hôpitaux de Paris et jouissent des mêmes avantages.

Les internes provisoires jouissent des mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Le traitement alloué aux internes est de 4.000 francs par an. Ils sont nourris, logés, chauffés et éclairés. L'entrée en fonctions est fixée au 1er janvier 1933.

— **Mariage**. — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Monsieur Jean-Paul Faure, fils de notre distingué confrère, le Docteur Maurice Faure, de Nice, bien connu de tous les adhérents aux Voyages de la Société médicale du Littoral méditerranéen, avec Mademoiselle Solange Allombert-Blanc. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 25 octobre 1932, en l'église de Saint-Pierre, à Besançon. Le *Concours Médical* adresse ses cordiales félicitations aux jeunes époux.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

8 NOVEMBRE

**Service de santé militaire.**

Par décision du 4 novembre 1932, les officiers de réserve du Service de santé, ci-après désignés, reçoivent les affectations suivantes :

A la région de Paris. — Les méd. capit. : Guignard, de la 5e rég. ; Jousse, de la 4e rég. ; les méd. lieut. : Collette, de la rég. de Paris (maint. p. o.) ; Guilbert, de la 1re rég ; Lavieille, de la 18e rég. ; Renard, de la 13e rég. ;

A la 1re région. — Les méd. lieut. : Chauvet, de la rég. de Paris ; Yankelevitch, de la 15e rég. ; Mangeot, de la 6e rég. ; les médec. sous-lieut. : Chosson, de la rég. de Paris ; Daure, de la rég. de Paris ; Lefebvre, de la rég. de Paris.

A la 2e région. — Les méd. lieut. : Magloire, de la rég. de Paris ; Rodrigue, de la rég. de Paris ; Roy, de la rég. de Paris.

A la 3e région. — Les méd. lieut. : Delaporte, de la rég. de Paris ; Lebis, de la rég. de Paris ; les méd. sous-lieut. : Presquet, de la rég. de Paris ; Tyrode, de la rég. de Paris .

A la 4e région. — Le méd. lieut. Picard, de la rég. de Paris ; les méd. sous-lieut. : André, de la rég. de Paris ; Raganeau, de la rég. de Paris.

A la 8e région. — Les méd. lieut. : Sévellec, de la 11e rég. ; Souquières, de la 13e région ; le méd. sous-lieut. Challe, de la rég. de Paris.

A la 9e région. — Les médec. lieut. : Asselin, de la rég. de Paris ; Cazaux, de la 17e rég. ; Lieffring, de la 17e rég. ; Méric, de la 18e rég. ; Pradel, de la rég. de Paris.

A la 10e région. — Le médec. capit. Kermorgant, de la rég. de Paris ; le méd. lieut. Colbert de Beaulieu, de la 10e rég. (maint. p. o.) ; le médec. sous-lieut. Stephan, de la rég. de Paris.

A la 11e région. — Le méd. capit. Boutelier, de la rég. de Paris ; le méd. lieut. Poirier, de la 10e rég.

A la 12e région. — Le méd. lieut. Capitaine, de la rég de Paris.

A la 13e région. — Le méd. lieut. Bousson, de la 7e rég.

A la 14e région. — Le méd. command. André, de la 14e rég. maint. (p. o.) ; le médec. lieut. Pierron, de la rég. de Paris ; le méd. sous-lieut. Penteuil, de la rég. de Paris.

A la 15e région. — Le méd. lieut. Merland, de la 17e rég.

A la 16e région. — Les méd. lieut. : Lasmartres, de la 3e rég.

A la 17e région. — Les médec. lieut. : Assailly, de la 18e rég. ; Sales, de la rég. de Paris ; le méd. sous-lieut. Rouchon, de la 16e rég.

A la 18e région. — Le médec. lieut. Gélin, de la rég. de Paris.

Au 19e corps d'armée. — Le méd. lieut. Gouget, de la rég. de Paris.

Aux troupes du groupe de l'Afrique occidentale française. — Le méd sous-lieut. Delamare, de la 15e rég.

---

Est placé dans la position hors cadres, article 18 de la loi du 8 janvier 1925, « Affectation spéciale », au titre de la 20e région et du tableau 2 ;

Schmutz, méd. capit. de la 20e rég.

10 NOVEMBRE

**Enseignement de la médecine.**

Les dates des compositions du concours de premier degré de l'agrégation des facultés de médecine, catégorie L, histoire naturelle pharmaceutique, fixées du 31 octobre aux 16 et 17 novembre 1932 ont é é reportées aux 21 et 22 novembre 1932.

11 NOVEMBRE

M. Rollet, ancien professeur de clinique ophtalmologique, à la Faculté de Lyon, est nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

13 NOVEMBRE

**Service de santé militaire.**

Par décret du 4 novembre 1932, sont promus

dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

*Au grade de médecin lieutenant.*

Les méd. sous-lieut. ci-après désignés :

(Rang du 4 janvier 1931) Delastre, des troupes de Tunisie ; (4 avril 1932) Dessonville, de la 2e lég. ; (7 mai 1932) Norguin, de la 6e rég. ; (30 mai 32) Jouanneau, de la 2e rég ; (31 mai 32) Favre, de la rég. de Paris ; Janvier, de la rég. de Paris ; (1er juin 32) Frantz, de la 15e rég. ; (3 juin 32) Dessirier, de la 2e rég. ; (7 juin 32) Buhler, de la rég. de Paris ; (8 juin 32) Adelmann, de la rég. de Paris.

(9 juin 32) Péronne, de la rég. de Paris ; (14 juin 32) Martin, de la 2e rég. ; (16 juin 32) Brion, de la rég. de Paris ; Desbruères, de la rég. de Paris ; Evrain de la rég. de Paris ; Joffroy, de la rég. de Paris ; (20 juin 32) Duprey, de la 3e rég. ; Gordon, de la 15e rég. ; (22 juin 32) Appert, de la rég. de Paris ; Demage, de la 18e rég. ; Detchepare, de la 18e rég. ; (23 juin 32) Gandar, de la 20e région ; (24 juin 32) Macasdar, de la 8e rég. ; (25 juin 32) Emerit, de la rég. de Paris, (27 juin 32) Montchecourt, de la 1re rég. ; Séguinot, de la 8e rég. ; (28 juin 32) Corajod, de la 14e région.

(30 juin 32) Beuzart, de la rég. de Paris ; Thoumas, de la rég. de Paris ; (1er juillet 32) Guérin, de la rég. de Paris ; Mégret, de la rég. de Paris ; (rang du 3 juillet 32) Callens, de la 1re rég. ; Delahousse, de la 1re rég. ; Dubois de la 1re rég. ; Fabre, de la 1re rég. ; Jacques, de la 1re rég. ; (4 juillet 32) Bureau, de la 3e rég. ; (5 juillet 32) Ancelin, rég. de Paris ; (6 juillet 32) Fourmestraux, de la 1re rég. ; Hanote, de la 1re rég. ; Rachez, de la 1re rég. ; Moraux, de la 6e rég. ; Chapuy, de la 14e rég. ; Martigny, de la 14e rég. ; Bonnahon, de la 16e rég. ; Durand, de la 17e rég. ; Dana, des troupes de Tunisie ; Nataf, des troupes ; de Tunisie ; Samama, des tr. de Tunisie ; Sarfati, des tr. de Tunisie ; Zérah, des tr. de Tunisie.

(13 juillet 32) Piel, de la 3e rég. ; Perrier, de la 15e rég. ; (16 juillet 32) Duhamel, de la rég. de Paris ; Jacquet, de la rég. de Paris ; Le Floch, de la rég. de Paris ; Tiby, de la rég. de Paris ; Penant, de la 2e rég. ; Letourneur, de la 11e rég. ; Vincent, de la 11e rég. ; Domejean, de la 17e rég. ; Faucher, de la 18e rég. ; Benmussa, des tr. de Tunisie ; (18 juillet 32) Brémont, de la 4e rég. ; (21 juillet 32) Léger, de la 2e rég. ; (22 juillet 32) Laffitte, de la 18e région.

(26 juillet 32) Noblin, de la 18e rég. ; (29 juillet 32) Calléja, du 19e C. A. ; (31 juillet 32) Lévy, de la 20e rég. ; (1er août 32) Coudray, de la 10e rég. ; Verdier, de la 10e rég. ; (2 août 32) Poilleux, rég. de Paris ; (3 août 32) Gauthey, de la 7e rég. ; Assada, de la 15e rég. ; (5 août 32) Mehnert, de la 13e rég. ; (6 août 32) Caillaud, de la 15e rég. ; (7 août 32) Clarès, du 19e C. A. ; (8 août 32) Magnant, de la 18e rég. ; (9 août 32) Carbonnel, de la 1re rég. Douvry, de la 2e rég. ; Fanjoux, de la 5e rég. ; sepxxx, de la 5e rég. ; Ma-

nonviller, de la 7e rég. ; Blanc, de la 14e rég. ; Mézard, de la 17e rég.

(10 août 32) Bouchard, de la 2e rég. ; (12 août 32) Drujon, de la 1re rég. ; Coignet, de la 15e rég. ; Delage, de la 15e rég. ; (14 août 32) Bonduette, de la 1re rég. ; Champion, de la 1re rég. ; Degrooté, de la 1re rég. ; Lefebvre, de la 1re rég. ; Plaquet, de la 1re rég. ; Vandaèle, de la 1re rég. ; Mencière, de la 6e rég. ; Quéméré, de la 11e rég. ; (15 août 32) Cat, de la 15e rég. ; Piéri, de la 15e rég. ; Conte, de la 16e rég. ; (16 août 32) Berthelot, de la 10e rég. ; (17 août 32) Lignières, de la 16e rég. ; (22 août 32) Simon, de la 3e rég. ; Branère, de la 18e rég. ; Cornat, de la 18e rég. ; (23 août 32) Makaraviez, de la 5e rég. ; Limasset, de la 6e rég.

(Rang du 26 août 32) Delignon, de la 2e rég. ; Chaigneau, de la 5e rég. ; Vuillaume, de la 6e rég. ; Chevrolle, de la 10e rég. ; Brissaud, de la 15e rég ; (28 août 32) Catteau, de la 1re rég. ; (29 août 32) Pelletier, de la 3e rég. ; Dethès, de la 13e rég. ; (30 août 32) Bayssat, de la 13e rég. ; Charret, de la 13e rég. ; Courriades, de la 18e rég. ; (rang du 31 août 32) Rabinovitch, de la rég. de Paris ; (10 sept. 32) Martin, de la 4e rég. ; (12 sept. 32) Métin, de la 7e rég.

(13 sept. 32) Haubtmann, de la 20e rég. ; (15 sept. 32) Tual, de la 1re rég. ; (16 sept. 32) Anglade, de la 16e rég. ; Cazal, de la 16e rég. ; Favier, de la 16e rég. ; Galté, de la 16e rég. ; Olieu, de la 16e rég. ; (19 sept. 32) Delpeyrou, de la 17e rég. ; (23 sept. 32) Aversenq, de la 17e rég. ; (24 sept. 32) Assalit, de la 17e rég. ; (2 octobre 32) Launay, de la 4e rég.

## Réponses des ministres aux questions des Parlementaires

### La lutte antituberculeuse dans les P. T. T.

952. — M. Amidieu du Clos rappelle à M. le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, la décision prise par le Parlement, au cours du budget de 1932, de créer neuf emplois de délégués de l'hygiène en vue d'atténuer la propagation foudroyante de la tuberculose et autres maladies dans le personnel des Postes, Télégraphes et Téléphones ; expose : *a*) qu'à une question écrite qui lui fut posée à ce sujet, M. le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones a répondu que la question était encore à l'étude ; *b*) que le ministre intéressé n'a pu encore réaliser les volontés exprimées par le Parlement parce que le contrôleur des dépenses engagées près son ministère s'y est opposé au nom du ministre des Finances ; et demande, étant donné que la question est assurément de son ressort technique, de faire réaliser dans le plus bref délai possible une amélioration aussi importante pour l'hygiène de la race ; amélioration dont la dépense ne constitue assurément qu'une charge infime à côté des primes ou ristournes que la voix publique prétend être perçues dans certaines administrations qui ne courent nul risque d'opposition de la part d'aucun contrôleur. (*Question du* 15 *septembre* 1932.)

*Réponse.* — En raison de la situation budgétaire actuelle et de la situation du trafic, l'administration

des Postes, Télégraphes et Téléphones a été conduite à différer la création des emplois nouveaux accordés par la loi de Finances de l'exercice 1932. Elle examinera la possibilité de procéder aux créations dont il s'agit dès que les circonstances le lui permettront.

(*J. O.*, 9 novembre 1932.)

### L'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-maladie.

960. — M. Léon Castanet demande à M. le ministre du Travail : 1° Si les dispositions ministérielles, en vigueur depuis le 1er janvier 1932, qui fixent que l'ouverture du droit aux prestations est déterminée par le fait que l'assuré doit totaliser soixante cotisations au cours du trimestre civil précédant la maladie, comportent l'annulation du paragraphe 2 de l'article 5 de la loi sur les assurances sociales qui indiquait que, pour avoir droit aux prestations, l'assuré devait avoir cotisé 240 jours dans l'année précédant la constatation médicale ; 2° si la caisse départementale du Gard est fondée à refuser le remboursement des frais médicaux auxquels prétend avoir droit un assuré de la 4e catégorie, qui n'a que 55 francs de cotisations durant le premier trimestre 1932 (la maladie datant du 5 juin), mais qui a toujours cotisé régulièrement et qui totalise 521 francs du 1er juillet 1930 au 31 mai 1932 ; ajoute que l'interprétation formelle de la caisse primaire, dans le cas précité, amènerait au calcul suivant : soit un assuré de 5e catégorie qui, ayant versé pendant 29 ans, aurait cotisé à l'expiration de la 29e année, la somme de 13.920 francs si, au cours du premier trimestre de sa 30e année de versement, il ne totalise pas soixante cotisations, il se trouve déchu de ses droits s'il tombe malade en avril ; il a donc versé 13.920 francs pour n'avoir aucun droit. (*Question du 16 septembre 1932.*)

*Réponse.* — La période annuelle de référence prévue par l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 pour le décompte du minimum légal de cotisations a été supprimée par la loi du 28 juillet 1931 qui a décidé que le droit aux prestations de l'assurance-maladie sera exclusivement déterminé par les versements effectués au cours du trimestre civil antérieur à la première constatation médicale de la maladie ou de l'accident. Une caisse ne peut donc payer les prestations maladie à un assuré qu'autant que le minimum légal de versements a été acquitté au cours dudit trimestre. Au cas où cette condition ne serait pas remplie, l'assuré ne saurait prétendre qu'il a cotisé en pure perte. Les sommes versées pourront, en effet, lui permettre d'être couvert contre les risques vieillesse et invalidité, et elles serviront, d'autre part, de base au calcul du capital-décès qui pourra être dû à ses ayants droit. Il est ajouté qu'en matière d'assurance-maternité, à défaut de versements suffisants avant la constatation médicale, on peut se

référer aux cotisations acquittées pendant le trimestre civil antérieur au début présumé de la grossesse.

(*J. O.*, 11 novembre 1932.)

## LA XVIIe CROISIÈRE MÉDICALE FRANCO-BELGE

SICILE — GRÈCE — ADRIATIQUE — ITALIE
(8 avril-1er mai 1933)

L'annonce de la prochaine croisière médicale franco-belge en Sicile, Grèce, Adriatique et Italie, a été particulièrement bien accueillie dans les milieux médicaux, et nombre d'inscriptions fermes ont déjà été recueillies.

Pour répondre à une question qui nous a été posée de différents côtés, nous tenons à signaler que *toutes les cabines de 1re classe A et B du « Théophile-Gautier »*, paquebot désigné, comme on le sait, pour effectuer la croisière, SONT EXTÉRIEURES, c'est-à-dire donnent directement sur la mer. Il n'y a de cabines intérieures qu'en 2e classe, et encore le nombre de ces cabines est-il très limité et d'*un prix extraordinairement réduit.*

Ajoutons, d'autre part, que toutes les cabines de 1re classe A et B du *Théophile-Gautier* possèdent l'eau courante chaude et froide, et que les cabines de 2e classe ont toutes l'eau courante froide.

Signalons aussi que, pour répondre au désir exprimé par beaucoup d'amateurs, un conférencier accompagnera nos touristes et leur fera, notamment avant l'arrivée en Grèce, un exposé des merveilles qu'ils seront appelés à voir.

Enfin, nous tenons à faire remarquer que la XVIIe Croisière franco-belge de Pâques durera vingt-quatre jours (8 août-1er mai) et que les divers tarifs en ont été calculés de telle façon que, pour une telle période, ils soient aussi modérés que possible.

## PATENTE — MARI ET FEMME MÉDECIN

Lorsque le mari et la femme exercent tous deux la profession médicale dans leur appartement commun, ils doivent payer chacun la patente sur la valeur locative des locaux professionnels à l'usage de chacun d'eux ; de plus le mari doit être imposé sur la valeur locative totale de l'habitation du ménage et la femme pour la moitié de cette valeur locative.

Ainsi en a décidé un arrêt du Conseil d'Etat, section du contentieux, 1re sous-section, par arrêt en date du 12 juin 1925.

*Voir la suite page LXIII-3497*



NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41, RUE DE ROME – PARIS

# PROPOS DU JOUR

## Le Collectionneur de Perles que j'ai roulé

*Tel, comme dit Merlin, cuide engeigner autrui,*
*Qui souvent s'engeigne lui-même.*

Je connais un collectionneur de perles qui n'est pas banal. De l'esprit ? Jusqu'au bout des ongles, certes. Pas très bon pourtant. De la verve, du mordant, du sarcasme... De l'insolence même, à la façon des grands seigneurs du XVIIIe siècle : vous savez bien ? Cette insolence qui est dans le ton plus que dans la chanson.

Des lettres ? Sans doute et des meilleures. Par malheur, il lui arrive de les galvauder. Ah ! par exemple, des lacunes grammaticales. Pas très fixé sur la propriété et l'impropriété des termes.

Un caractère ? Je le crois sans peine. Un mauvais caractère, mal intentionné, malveillant même. Deux lignes de l'écriture d'un homme, il ne lui en faut pas davantage pour qu'il le fasse pendre. Une phrase isolée de son contexte, et dépourvue de sa véritable signification ; voilà de quoi le tuer proprement... par le ridicule.

Joueur peu scrupuleux d'ailleurs, s'il ne truque pas les cartes, s'il ne pipe pas les dés, il sait leur donner le coup de pouce qui les lui rend propices. De l'habileté ? Euh ! Euh !

Collectionneur acharné de perles, sur la qualité desquelles il ne se montre d'ailleurs pas très difficile, il est à la recherche de toutes les coquilles qui en renferment, comme le chasseur est à l'affût du gibier qu'il convoite.

Il ne se contente pas de les découvrir, il les note..... comme le pion note les élèves qu'il tient sous sa férule.

Je viens de lui en fournir deux.... Oui, moi-même !

La première, une toute petite perle sans valeur, une pauvre perlette de rien du tout. A Paris, elle n'aurait jamais trouvé amateur. Il me l'a prise, argent comptant, et sans intermédiaire, pour 30.000 francs ; 30.000 francs papier s'entend : une paille, n'est-ce pas ? au prix où est le beurre ... (1).

(1) J'ai écrit qu'un tarif préférentiel pourrait être accordé à des malades de condition modeste, jusqu'à 30.000 francs de revenus annuels.

G. D.

La seconde ! ! Ah ! la seconde, quelle somptueuse épingle pour sa cravate ! ! !

Dans une de mes récentes Actualités professionnelles, j'ai parlé d'une certaine clientèle qui afflue dans les hôpitaux, dispensaires, centres, etc., à propos d'un projet qui permettrait à la médecine privée de concurrencer toutes ces formations, par rapport à certaines des catégories sociales qui *s'y adonnent.*

Qui s'y adonnent ! Quel barbarisme ! Quelle horreur !..... Quelle perle !

On s'*adonne*, c'est-à-dire qu'on *se livre* à l'ivrognerie ; on s'*adonne*, c'est-à-dire qu'on *se livre* à la prostitution. Mais se livre-t-on pareillement à une clinique, à un dispensaire ? Alors, c'est du sadisme ! ! !

Notez qu'on s'adonne aussi, et dans toute la force du terme, à l'étude, aux belles-lettres, aux beaux-arts... Mais mon collectionneur n'y va pas de main morte. Pour donner, à la perle qu'il vient de découvrir, la monture qui la mettra en valeur, il choisit, comme termes de comparaison, les deux tares les plus viles et les plus déshonorantes de l'humanité. Si bien qu'à ses yeux, sans doute, une clinique, un dispensaire, c'est tout comme un bistro, un lupanar ?

Comme cela fait riche ! !

Eh bien ! S'il est exact que le verbe s'*adonner* signifie *se livrer à*, il est non moins exact qu'il signifie aussi *fréquenter habituellement.* Je m'en rapporte sur ce point à Littré qui, dans son Dictionnaire de la langue française, tome I, page 56 (je cite mes sources !) mentionne cette acception sous cette forme : « *On s'adonne à une société, à un lieu...* »

A un lieu : donc, au cabaret, pour l'ivrogne, à la maison close, pour le libertin... Mais aussi à la Bibliothèque nationale, pour le lettré, aux grands concerts, pour le mélomane... aux consultations hospitalières, aux centres de dépistage, pour le malade qui y trouve ses avantages... *On s'y adonne*, en ce sens qu'*on les fréquente habituellement.*

Ma phrase est donc parfaitement correcte,

◆◆

sinon très élégante ; mais l'élégance, est-ce ce qui manque le moins, à mon collectionneur ?

Las ! Pauvre de lui ! La perle est fausse ! Je l'ai roulé.

Remarquez que, dans la rédaction plus ou moins hâtive de mes Chroniques hebdomadaires, il pourrait fort bien m'advenir d'employer un terme impropre, d'être en défaut avec la syntaxe. C'est un petit malheur auquel n'échappent pas les meilleurs journalistes, les écrivains de la plus haute classe.

Quand Georges Duhamel écrit, dans son dernier roman : TEL QU'EN LUI-MÊME... : *les yeux éblouis par la ténèbre*, seul, un cuistre d'université pourrait lui chercher noise, en ce que l'éblouissement est provoqué par un excès de lumière, tout le contraire de l'obscurité. Mais les honnêtes gens ne s'y trompent pas. Ils admirent l'artifice de style qui rend l'image plus saisissante, d'être évoquée en une aussi vive opposition. A Dieu ne plaise que je vise à d'autres ressemblances avec Duhamel que celles de nos initiales, et de notre grade universitaire. Je n'ai de prétention ni à aucun monopole, ni à aucune infaillibilité.

Nulle critique ne m'offusque, dès qu'elle est courtoise et de bonne éducation ; je l'accepte ; je la provoque même, comme je ne cesse de m'en flatter. Les erreurs que je puis commettre, je remercie celui qui me les signale, cordialement.

Les insolences, les injures ? Je les méprise.

Tout le monde ne peut pas être un Duhamel ; ni même peut-être un Duchesne ! *Non licet omnibus*..... Mais pour être un cuistre, point n'est besoin de grands efforts : une once de suffisance, quelques grains de vanité, force confiance en soi, l'aveuglement d'une poutre monumentale, une incompréhension manifeste de l'esprit qui vivifie, mais par contre, une soumission totale à la lettre meurtrière. La recette est simple, comme vous voyez, et cela mène à quoi ? A des..... saucissonneries.

Ah ! comme je ris du bon tour que j'ai joué à celui qui, *cuidant m'engeigner, s'est engeigné lui-même* ! ! ! Et comme il me semble, mes chers lecteurs, mes chers amis, que vous allez en rire avec moi ...

La perle était fausse : j'ai roulé mon collectionneur !

G. DUCHESNE.

***

## Echos de la Journée du « Concours Médical »

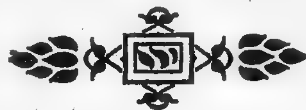
(*16 Novembre*)

Selon le programme arrêté à l'avance, l'Assemblée générale de la *Mutualité Familiale du Corps médical français* s'est tenue à 15 heures et a permis de constater la bonne marche des diverses combinaisons, l'excellente tenue des comptes et la parfaite gestion des fonds.

A la *Ligue Médicale de Défense individuelle* (Sou Médical ), Maurat, ayant, en raison de son grand âge, donné sa démission de Président, a été nommé par acclamations Président honoraire, tandis que Maurice Vimont était élu Président et Noir, Vice-président. Une modification a été introduite dans les statuts, qui permettra aux remplaçants réguliers de bénéficier des services de la Ligue au cours de leur remplacement d'un de ses membres.

La *Société d'études du Concours Médical* est en voie de réorganisation. Des échanges de vues ont eu lieu à ce propos, et Rigal a fait une communication intéressante sur le transfert de la Faculté de médecine de Paris à Issy-les-Moulineaux.

Le Banquet, qui réunit près de 250 convives, fut exceptionnellement brillant. Un bal des plus réussis y fit suite et clôtura gaiement cette journée si bien remplie et dont les comptes rendus détaillés seront publiés prochainement.



# PARTIE SCIENTIFIQUE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### SYMPTOMES DE DÉBUT DES POLYARTHRITES CHRONIQUES ÉVOLUTIVES

Par MM.

F. Coste
Médecin des hôpitaux de Paris

J. Forestier
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Médecin de l'hôpital Reine-Hortense (Aix-les-Bains).

Le début des polyarthrites chroniques évolutives (P. C. E.) est particulièrement intéressant à préciser parce qu'il est mal connu. En dépit de remarquables descriptions de nos classiques ou devanciers (en France, surtout Charcot, puis Teissier et Roque) la question reste discutée. Incertitude facile à comprendre si l'on pense qu'il est relativement rare de voir ou de reconnaître une polyarthrire chronique à son vrai début. Le plus souvent, même dans les consultations de rhumatisants, on ne les observe qu'après des semaines ou des mois d'évolution. Il faut s'en rapporter à l'interrogatoire pour reconstituer les étapes initiales. Or, ce dernier est souvent faussé par le malade qui s'analyse ou se souvient mal, et aussi — il faut bien le dire — par le médecin qui mène cette enquête trop hâtivement ou sous l'empire d'idées préconçues. Les faits prennent un aspect très différent selon qu'on les voit sous le jour de telle ou telle conception étiologique et pathogénique.

Cependant est-il nécessaire de souligner l'importance de cette période initiale ? La P. C. E. mène au rhumatisme déformant généralisé, aux lésions indélébiles du système locomoteur, source des grandes invalidités. Il faut la traiter avant ce stade, dès son début, lorsqu'elle est éminemment curable. Trop de diagnostics erronés ou tardifs sont responsables de l'évolution désastreuse vers le rhumatisme déformant.

Il importe donc de préciser le mieux possible les caractères de cette phase inaugurale, phase thérapeutique par excellence, d'insister sur la menace qu'elle implique pour l'avenir, et de réclamer qu'une fois reconnue le médecin fasse aussitôt usage, avec méthode et *persévérance*, de procédés thérapeutiques éprouvés (chimiothérapie, surtout aurique, phlogothérapie sous une forme appropriée, éradication de foyers infectieux, etc.)

Division. — Certaines P. C. E. succèdent à une phase de polyarthrite inflammatoire aiguë dont l'analogie clinique avec le rhumatisme articulaire aigu est plus ou moins nette.

D'autres commencent insidieusement, d'emblée très peu fébriles, parfois complètement apyrétiques et progressent peu à peu.

Cette distinction, valable pour la période initiale, le reste-t-elle par la suite ? Certains auteurs allemands et scandinaves l'admettent, et ils distinguent une forme secondaire (à début aigu, et une forme primaire (d'emblée chronique). Nous ne pensons pas qu'au bout de quelques années d'évolution il soit possible de séparer les deux formes, elles se confondent. Mais à la phase initiale elles sont nettement différentes et doivent être étudiées successivement.

#### I) Cas à début aigu

##### A) Les types cliniques

On peut schématiquement les réduire à quatre.

1° Forme luxionnaire (pseudo-rhumatismale). — Brusquement se déclare une polyarthrite fluxionnaire à localisations mobiles, changeantes, comme celles du rhumatisme articulaire aigu. La fièvre est élevée, la langue saburrale, les douleurs très vives. Le salicylate est plus ou moins inactif. Au bout de quelques semaines la maladie se fixe sur un nombre variable de jointures, où se développeront des lésions prolifératives.

Quels sont, au stade fluxionnaire, les autres signes distinctifs d'avec le rhumatisme articulaire aigu ?

L'âge d'abord : tout sujet qui fait pour la première fois, après 25 ans, une crise polyarticulaire aiguë salicylo résistante doit être soupçonné de commencer une P. C. E. (Il existe cependant des cas très rares de rhumatisme arti-

culaire aigu authentique jusque vers 40 ans et même plus).

L'absence de déterminations cardiaques.

L'intensité moindre du syndrome vagotonique propre au rhumatisme articulaire aigu (v. Bogaert) : sueurs, hyperémie cutanée, bradycardie relative, etc.

Biologiquement la S. R. nous a paru moins élevée que dans le rhumatisme articulaire aigu où son accélération est extrême (peut-être en raison de l'importance de l'anémie et de l'hyperinose dans ce dernier cas).

Nous laissons à dessein de côté l'angine, qui n'est pas rare dans la polyarthrite pseudo-rhumatismale, et l'iritis, qui s'observe dans beaucoup de polyarthrites infectieuses et qui n'est nullement l'apanage du rhumatisme articulaire aigu.

2° Forme fixe d'emblée. — D'emblée les articulations prises (petites ou grosses jointures) sont le siège d'arthrites avec gonflement, chaleur, rougeur, réaction exsudative plus ou moins nette, empâtement, douleur à la pression sur l'interligne, immobilisation de l'article dans une position déterminée, etc. Les crises se répètent, les localisations se multiplient et persistent, les lésions s'organisent. Une P. C. E. se constitue.

La différence est donc ici très nette avec la forme précédente, *a fortiori* avec le rhumatisme articulaire aigu.

3° Forme hydarthrodiale. Elle peut être l'aboutissant d'une des précédentes ou se constituer primitivement (à vrai dire avec un début moins brusque et moins aigu qu'elles). Un nombre quelquefois très important de jointures (les grosses surtout : genoux, épaules, poignets, chevilles, — mais éventuellement aussi les petites) deviennent le siège d'une exsudation importante qui s'installe en permanence, et se reproduit rapidement après les ponctions. Les gaînes tendineuses, les bourses séreuses participent souvent au processus. Le pronostic de ces formes, heureusement assez rares, est à notre avis particulièrement fâcheux ; elles résistent souvent aux diverses thérapeutiques. Le volume des hydarthroses peut devenir énorme, entraînant des douleurs vives, des dislocations et une impotence sévère.

4° Forme œdémateuse. Dans quelques cas la P. C. E. débute par le gonflement d'ensemble d'une extrémité, main ou pied, gonflement dur, élastique, touchant la face dorsale ; il est souvent chaud, congestif, d'allure inflammatoire et s'accompagne de fièvre. On reconnaîtra l'atteinte articulaire au fait que la pression sur les interlignes réveille une vive sensibilité et que les mouvements des jointures sont limités et douloureux. Il faut découvrir la polyarthrite derrière l'œdème, comme on dépiste derrière un œdème dorsal analogue le phlegmon des gaines des fléchisseurs, ou les collections suppurées de la paume.

**B) Les phénomènes précurseurs**

Ces débuts divers ressortissent naturellement à des étiologies et à des pathogénies différentes. Aussi leur description serait-elle incomplète si elle n'englobait, en plus de leurs symptômes propres, certains signes prémonitoires qui peuvent orienter vers leur cause, leur mécanisme. C'est en rapprochant leur type clinique de ces manifestations antérieures qu'on peut espérer en quelque mesure les interpréter et leur opposer une thérapeutique rationnelle.

1° Nature des phénomènes précurseurs. — Ce sont avant tout des *infections*. Certains préludent immédiatement à la polyarthrite de telle sorte qu'un lien de cause à effet peut difficilement être nié.

Il en est ainsi d'épisodes généraux de nature indéterminée, qu'on qualifie de *grippe*, avec courbature et fièvre, sans localisations. Ils constituent comme la première manifestation clinique de la P. C. E. Ils font partie intégrante de la maladie.

L'*angine* prémonitoire est plus fréquente. Elle ne présente pas de caractères particuliers. C'est tantôt une angine sévère, à grand fracas, érythémateuse simple plus souvent qu'exsudative, très fébrile, parfois même compliquée de phlegmon de l'amygdale — tantôt, et plus souvent peut-être, une angine discrète, qu'il faut rappeler au malade.

Souvent la polyarthrite n'a commencé que deux ou trois semaines après elle. Parfois aussi l'angine évolue en deux temps, avec une première période franche et fébrile, une rémission de huit à dix jours, puis la reprise d'une angine bâtarde que suit de près la polyarthrite. Rappelons à ce propos l'éventualité d'ailleurs exceptionnelle d'un rhumatisme scarlatin passant à la chronicité.

Les *infections génitales* jouent un rôle au moins aussi important : En premier lieu la *gonococcie*, dont il est banal et cependant toujours nécessaire de rappeler la fréquente méconnaissance chez la femme. D'autre part, toutes les infections *post partum* ou *post abortum* (fièvre puerpérale ou formes localisées : métrosalpingites, complications péritonéales, phlébites), dans lesquelles le streptocoque domine, sans qu'il soit d'ailleurs établi qu'il joue le même rôle dans les déterminations articulaires. Rappelons à ce propos qu'il y a quelques observations de P. C. E. ayant débuté brusquement après un érysipèle.

Parfois les infections *digestives* (colite, appendicite, dysenterie, syndrome entérorénal, ictère infectieux, cholécystite aiguë) ou *broncho-pul-*

*monaires* (bronchectasie en phase de poussée semblent bien avoir servi de porte d'entrée au germe ou au virus de la polyarthrite.

Il y a enfin des éventualités exceptionnelles où l'on est obligé de constater la succession rapprochée d'une furonculose ou d'une autre infection, inhabituelle en pareil ca , et d'une P. C. E.

Plus difficile est d'affirmer le rapport entre des *infections* focales de long cours et une P. C. E. : qu'un polyarthritique présente depuis plus ou moins longtemps une minime infection buccodentaire, une sinusite chronique, etc., cela ne prouve à première vue pas grand chose, à moins que les localisations articulaires ne suivent de près une poussée aiguë de ces infections ou une intervention sanglante sur elles.

Reste le rôle indéniable des grandes infections chroniques, *tuberculose* et *syphilis*. On connaît pour la première l'existence de formes fluxionnaires pseudo-rhumatismales, récemment authentifiées dans un certain nombre d'observations par la découverte du bacille au niveau des jointures.

Plus rarement la syphilis secondaire ou secondo-tertiaire détermine non moins certainement des polyarthrites subaiguës discrètement prolifératives, qui font transition entre les P. C. E. à début aigu et les P. C. E. d'emblée chroniques.

En dehors des infetions, les phénomènes précurseurs des P. C. E. à début brusque se réduisent à peu de chose. La ménopause, certaines fluctuations endocriniennes, le froid intense et prolongé, l'humidité, peuvent avoir joué un rôle favorisant. Beaucoup plus souvent, ces facteurs ne ressortent pas nettement. Il faut signaler que les fluxions articulaires d'ordre allergique (maladie du sérum, accidents articulaires survenant après l'injection de vaccins ou de protéines) peuvent exceptionnellemnt s'écarter de leur tendance résolutive habituelle pour devenir l'amorce d'une polyarthrite proliférative.

A côté des cas où les phénomènes précurseurs permettent de suspecter une étiologie déterminée, il en est d'assez nombreux où ni l'examen général des malades ni ses antécédents ne fournissent de présomption sérieuse : la polyarthrite apparaît brusquement, d'une façon plus ou moins aiguë et sans la moindre explication.

Dans ces cas, plus encore que dans les autres, l'étude biologique attentive du sang et des humeurs est essentielle : avant tout les réactions sérologiques de la syphilis cherchées dans le sang et le liquide articulaire, et la gono-réaction qui, pratiquée avec un bon antigène et en tenant compte de certaines causes d'erreur (réaction positive en cas de syphilis, peut-être de tuberculose, d'infection staphylococcique), possède une valeur indicative importante.

2° PHÉNOMÈNES PRÉCURSEURS SELON LE MODE DE DÉBUT. — Les formes fluxionnaires pseudo-rhumatismales ont des circonstances d'apparition nettement différentes de celles des autres formes : ou bien elles surviennent sans cause décelable, ou bien elles succèdent à une angine érythémateuse simple, ou bien elles sont dues à la tuberculose (pseudo-rhumatisme articulaire aigu tuberculeux) ou enfin à titre exceptionnel, elles sont réalisées par une maladie sérique ou des arthropathies protéiniques.

En revanche les autres prodromes infectieux que nous avons énumérés (infections gonococcique, streptococcique, puerpérale, focale, etc.) sont communément observés avant les formes à déterminations fixes d'emblée, et les formes hydarthrodiales ou œdémateuses. D'ailleurs ils sont loin d'avoir tous la même importance. Alors qu'on ne saurait dénier au gonocoque et qu'il faut peut-être reconnaître aux streptocoques virulents, hémolytiques, facteurs d'infections septicémiques (comme cela se voit dans l'infection puerpérale, dans certaines angines graves) l'aptitude à prendre en masse les jointures et à réaliser, par la suite, des P. C. E., en revanche le rôle des *foci* isolés, siège d'une infection virulente et surtout d'infections atténuées (à str. viridans par exemple) est fort discutable. Nous avons eu l'impression que ces *foci* n'intervenaient pas, ou que, s'ils servaient de porte d'entrée à l'infection, celle-ci se cantonnait à une seule jointure (poignet par exemple, ou genou, tibio-tarsienne, coude, articulations digitales) déterminant une arthrite aiguë sévère, parfois suppurée, en tout cas destructrice, avec ostéite épiphysaire prononcée, mais non une polyarthrite. Le propre de ces arthropathies d'origine focale serait donc d'être le plus souvent isolées, avec une allure d'arthrite infectieuse sévère, destructrice. D'autre part, la tuberculose et parfois la syphilis revendiquent selon toute vraisemblance certaines polyarthrites du type fixé d'emblée. Nous avons vu que la première pouvait aussi réaliser des formes fluxionnaires pseudo-rhumatismales : premier exemple du comportement différent d'un même germe selon les circonstances et du rôle important que s'attribue sans doute le terrain dans l'allure clinique et l'évolution des P. C. E.

### C) Essai d'interprétation

1° L'analyse qui précède mène à distinguer parmi les débuts aigus des P. C. E. deux groupes ; dans l'un, la ressemblance avec le rhumatisme articulaire aigu est assez étroite, dans l'autre elle n'existe guère. Il est permis de se demander si une commune pathogénie ne relie pas le rhumatisme articulaire aigu et les faits réunis dans le premier groupe, et si une pathogénie différente ne s'applique pas au second.

Le premier se caractérise par l'allure fluxionnaire et résolutive des arthrites (résolution ha-

bituellement définitive dans le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme scarlatin, le rhumatisme sérique ou protéinique — temporaire seulement dans les pseudo-rhumatismes articulaires aigus, qu'ils soient cryptogénétiques et primitifs, ou post-angineux ou tuberculeux). L'hypothèse s'offre aussitôt à l'esprit — elle a été souvent formulée et faute de temps nous ne pouvons en développer les arguments (1) — que, dans ce groupement, les phénomènes articulaires sont d'*essence allergique*. Dans les cas complètement résolutifs il s'agit d'allergie pure. Dans les cas terminés par une polyarthrite, au stade allergique succèderait sans doute un stade d'infection articulaire des jointures : le type clinique rejoint à ce deuxième stade celui des polyarthrites fixées d'emblée, qui, elles, représentent selon toute vraisemblance, le résultat d'une simple infection pluri-articulaire.

L'intérêt de ces hypothèses n'est pas seulement théorique. Il nous a semblé remarquer qu'autant les formes « allergiques » ou à prédominance allergique se révèlent à l'essai intolérantes à la plupart des tentatives phlogothérapiques (déclenchement de poussées aiguës, difficiles à maîtriser) autant elles obéissent avec aisance à certaines thérapeutiques désensibilisantes ou vasomotrices particulières pour chacune d'elles (salicylate, calcium, adrénaline, hyposulfite). On pourrait évoquer par analogie l'action du colchique sur la crise de goutte aiguë, (habituellement rapportée à une pathogénie allergique). Par contre les chimiothérapies actives dans les polyarthrites fixées (or, etc.) n'ont le plus souvent qu'une action très médiocre.

En revanche les polyarthrites fixées réagissent souvent favorablement à la phlogothérapie qui dans certaines formes (rhumatisme gonococcique par exemple) peut même être sans danger maniée brutalement. Elles tolèrent remarquablement les chocs thérapeutiques, tout en se montrant très inégalement améliorées selon la nature et le mode de production de ces chocs. On ne les modifie guère par les médications dites calmantes qui se montraient capables de guérir en un ou quelques jours un rhumatisme articulaire aigu ou un rhumatisme scarlatin.

2° Une autre question que pose l'existence des polyarthrites à début pseudo-rhumatismal est celle de leurs rapports avec le rhumatisme articulaire aigu. Nous ne reviendrons pas sur les différences symptomatiques et évolutives considérables que nous avons signalées. Elles n'empêchent pas la plupart des auteurs allemands et scandinaves de mélanger dans une commune description la maladie de Bouillaud et ces modalités de polyarthrite chronique. Nous croyons la doctrine française de la dualité exacte, mais il faut reconnaître que l'on se trouve parfois devant des observations embarrassantes, à propos desquelles la discussion est possible.

Ainsi il n'est pas absolument rare de voir une polyarthrite pseudo-rhumatismale apparaître entre 30 et 50 ans chez un sujet qui a présenté du rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance, parfois même un rhumatisme articulaire aigu récidivant. La P. C. E. n'est-elle pas la suite de la maladie de Bouillaud, un aspect nouveau de celle-ci sous l'influence de l'âge, du terrain différent, d'une immunité partielle, d'une aptitude à faire des lésions conjonctives, scléreuses, etc. ? Même question lorsque, comme nous l'avons parfois constaté, du rhumatisme articulaire aigu existe chez les parents ou les collatéraux du malade : ce dernier ne véhiculerait-il pas depuis l'enfance une infection occulte par le virus rhumatismal, ou encore un hérédo-rhumatisme articulaire aigu, qui se traduiraient tardivement par une P. C. E. ?

On ne peut pas répondre d'une manière décisive à ces questions. Il ne s'agit pas à notre avis de cas assez fortuits pour invoquer une simple coïncidence. Un lien existe entre le rhumatisme articulaire aigu observé chez le malade, ses ascendants ou son entourage et la P. C. E. Mais ce lien n'implique pas une identité de nature. Celle-ci est même très peu vraisemblable car nous connaissons bien l'évolution des rhumatismes articulaires aigus récidivants : même après de nombreuses poussées, s'étalant sur de dizaines d'années, ils n'aboutissent pas à la P. C. E., mais sont tout au plus capables d'engendrer quelques rétractions fibreuses du type Jaccoud. Il est beaucoup plus naturel d'admettre soit une fragilisation des jointures par une atteinte antérieure de rhumatisme articulaire aigu, soit une vulnérabilité familiale des jointures vis-à-vis des maladies les plus diverses. A l'appui du premier de ces mécanismes on peut invoquer la succession couramment observée en clinique d'un rhumatisme articulaire aigu et d'une arthrite ou polyarthrite gonococcique, celui-là ayant manifestement fait le lit de celle-ci : il peut aussi bien faire celui du ou des virus des P. C. E. L'exemple du second mécanisme est donné par les « familles à rhumatismes » où les déterminations articulaires et extra-articulaires se succèdent de génération en génération dans un ordre quelconque. Ainsi les parents peuvent avoir eu du rhumatisme articulaire aigu, les enfants une P. C. E. . Mais l'inverse est vrai et

(1) Rappelons seulement à propos des formes tuberculeuses l'importance des phénomènes allergiques dans la bacillose, et, à propos des formes post-angineuses les propriétés particulières de la muqueuse rhinopharyngée, la fréquence et la diversité des sensibilisations et des réactions végétatives qui se greffent sur les atteintes pathologiques de cette muqueuse.

nous avons aussi noté à plusieurs reprises la corrélation suivante : mère atteinte d'une arthrose (genou, doigt, hanche), enfant atteint de rhumatisme articulaire aigu. Des accidents pathologiques si différents se succédant au niveau des mêmes tissus ou organes *dans un ordre quelconque* s'expliquent mieux par l'hérédité de terrain que par l'hérédité morbide.

## II) Forme à début chronique

### A) Description clinique

La plus commune évolue vers le type bien connu de l'arthrite atrophique, « rheumatoïd arthritis ». Nous limiterons à elle notre étude. Nulle part la difficulté n'est plus grande d'établir exactement le mode de début, car le médecin a rarement l'occasion d'y assister. Voici comment les choses nous paraissent se dérouler.

L'arthrite atrophique débute par des signes locaux et des signes généraux, le plus souvent contemporains, mais parfois décalés dans le temps, l'altération de l'état général étant alors le plus souvent la première en date.

#### 1° Signes locaux.

Symptômes fonctionnels. — Le début se fait :

A) Tantôt par les *grandes articulations* : nous trouvons surtout dans nos observations des exemples de début par le genou, l'épaule, plusieurs grosses jointures. Ces jointures deviennent douloureuses, s'empâtent, s'enraidissent. Aux symptômes de la localisation scapulaire se mélangent parfois des signes de névralgie cervico-brachiale. Il peut y avoir eu aussi des crises de sciatique.

B) Tantôt par les *petites jointures* : sterno-claviculaires, temporo-maxillaires, et surtout *jointures des extémités*. Ici le mode de début est très variable. Le plus souvent, surtout quand les malades s'analysent bien, ils déclarent que cela a commencé par une petite articulation des orteils ou des doigts (métacarpo ou métatarso-phalangienne, interphalangienne proximale) qui est devenue douloureuse, parfois un peu chaude et rouge et s'est enraidie, puis d'autres localisations sont survenues au niveau d'autres petites jointures ou de grosses articulations. D'autres fois les malades sont moins précis : ils se sont mis à souffrir de douleurs dans les doigts, les pieds, les mains. Interrogés sur la localisation maximum de ces douleurs, certains indiquent nettement les interlignes, d'autres sont incapables de répondre, quelques-uns affirment avoir souffert dans la continuité des doigts, de la main, et même de l'avant-bras.

Mais ce que tous ont remarqué, c'est l'*enraidissement* des doigts pris, qui ne s'étendent plus complètement, et souvent aussi l'inflexion progressive d'un doigt ou d'un orteil.

Toutes ces sensations sont remarquables par leur variabilité. Il y a des moments de la journée où elles rétrocédent et où les extrémités retrouvent leur mobilité, et d'autres où elles s'accentuent jusqu'à déterminer une véritable impotence et c'est alors (mais rarement) que ces malades parlent de « crampes ». La recrudescence nocturne et surtout l'enraidissement matinal, au réveil, sont habituellement signalés. Les douleurs et la raideur obéissent selon les malades à des influences diverses : froid ou chaud (parfois l'un et l'autre sont mal tolérés), pression barométrique, degré hygrométrique, certains aliments, etc. ; les trépidations de l'automobile ont parfois un effet calmant.

Il est classique d'ajouter à ces troubles des sensations paresthésiques diverses (fourmillements, picotements, brûlures, plomb fondu, etc.). Elles ne nous paraissent pas communes : il est très rare que les malades les signalent d'eux-mêmes, il faut le leur demander et le plus souvent la réponse est négative : douleur et raideur résument leurs sensations.

Il en est de même du syndrome de Raynaud. Très habituellement il manque. Quelquefois les malades signalent qu'ils avaient, soit à cette phase initiale, soit avant le début de la P. C. E. (souvent longtemps avant : 5, 10 ans) les doigts *froids, engourdis*, sans avoir toutefois présenté de véritable syncope locale.

Dans cette phase initiale, quand on leur demande si leur mains et leurs doigts étaient habituellement froids ou chauds, ou bien ils n'ont rien remarqué, ou bien c'est la sensation de chaleur qui dominait.

La différence est donc très frappante entre ce tableau clinique et celui qui accompagne les arthroses climatériques des extrémités (nodosités d'Héberden), où les malades se plaignent, et parfois très vivement, de sentir leurs doigts *gourds, endormis, fourmillants* et *froids*.

Parfois dès cette période les mains sont devenues moites, avec des poussées de chaleur et de transpiration locale.

Quand on demande enfin aux malades si leurs mains avaient déjà maigri, la réponse est habituellement négative.

Reste à préciser le rapport chronologique entre tous ces troubles et l'apparition des fluxions articulaires. Certains sujets sont formels : tout a coïncidé. Exite-t-il chez d'autres une phase préfluxionnaire caractérisée par des signes fonctionnels ? A interroger les malades il semble qu'il en soit parfois ainsi, pendant un temps variable, parfois même très long (six mois, un an ou plus). Si le fait est exact, il doit être possible à l'observateur de saisir cette période et d'en préciser les caractères. D'où l'intérêt des *signes*

*physiques* observés le plus près possible du début.

Signes physiques. — Or, sur plusieurs centaines de P. C. E., il ne nous a jamais été donné de rencontrer cette période. Dans deux cas seulement la question pouvait se poser : Dans l'un, les paresthésies et les troubles circulatoires des extrémités, survenus à la ménopause, avaient précédé de 3 ans l'éclosion de la polyarthrite, des fluxions articulaires. L'autre malade, une femme de 50 ans, présentait depuis assez longtemps, avec les paresthésies habituelles, des arthroses digitales (nodosités d'Heberden) pour lesquelles elle était suivie à notre consultation. Sous nos yeux, trois mois après le début de ce traitement, se constitua une polyarthrite des mains avec fluxions articulaires à localisations typiques. Il nous semble douteux que dans ces deux cas, les acroparesthésies, etc., aient déjà fait partie intégrante de l'évolution polyarthritique.

Chez les tous autres sujets les fluxions articulaires existaient dès notre premier examen.

Aux grosses articulations sont surtout pris dès le début :

Les genoux, où rapidement se développe un empâtement pseudo-fongueux, de consistance amadou, parfois très important de la synoviale, accompagné de douleurs vives, de chaleur locale (très rarement d'hyperémie cutanée visible), de raideur, de quelques craquements et d'une limitation parfois considérable des mouvements de l'article : le tout allant parfois jusqu'à ressembler cliniquement à une tumeur blanche ;

Les poignets, qui s'amaigrissent très vite et présentent par ailleurs une infiltration synoviale plus ou moins développée ;

Les coudes, qui ne tardent pas à perdre leur extension normale et se raidissent en flexion plus ou moins prononcée. Des bourrelets synoviaux encadrent l'olécrâne ;

Les épaules, dont l'abduction devient impossible.

L'hydarthrose est sinon rare du moins peu abondante et de ponction difficile. Cette loi classique souffre d'ailleurs des exceptions.

Aux petites articulations une localisation est très commune, donnant sa physionomie clinique si particulière à l'affection : l'arthrite des 2e et 3e jointures métacarpo-phalangiennes qui sont le siège d'un gonflement élastique. Une autre est fréquente, mais répond peut-être à un type différent car il y a une certaine incompatibilité entre elle et la précédente : c'est l'arthrite des interphalangiennes proximales des doigts. Elle ne manifeste pas la même tendance symétrique que l'arthrite métacarpo-phalangienne ; n'importe quel doigt peut être touché, avec une répartition très capricieuse, variable selon les malades : un gonflement fusiforme donne aux doigts touchés un aspect en radis plus ou moins prononcé. L'incompatibilité que nous signalons est toute relative : les cas ne sont malgré tout pas rares où les deux étages articulaires (métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales) sont pris à la fois.

Aux pieds, la métatarso-phalangienne du I, celle du II sont souvent atteintes, de même que certaines interphalangiennes. Mais le diagnostic topographique des arthrites est souvent difficile en raison de la petitesse des phalanges, de l'épaisseur du coussinet plantaire et des interpositions tendineuses.

Notons encore la présence assez fréquente mais très irrégulière d'une ou plusieurs arthrites sterno-claviculaires et temporo-maxillaires, celle d'une raideur douloureuse du cou traduisant de l'arthrite vertébrale.

Les infiltrations synoviales de toutes ces arthrites sont ou à peine ébauchées ou très prononcées. Comme les signes fonctionnels, elles sont d'ailleurs sujettes à des fluctuations marquées. D'une part elles traversent de véritables poussées évolutives — élément de progression des lésions — pendant lesquelles elles gonflent, deviennent plus chaudes et plus douloureuses. D'autre part, d'un jour et même d'un instant à l'autre, leur volume varie, ce qui laisse à penser qu'un élément œdémateux important s'associe à l'élément prolifératif.

Toutes ces arthropathies ont un caractère inflammatoire plus ou moins accusé. Très nette au niveau des grosses arthrites, l'hyperthermie locale est plus difficile à percevoir au niveau des petites, mais on l'enregistre cependant le plus souvent.

Dans quelques cas cet élément hyperémique s'accentue. Les extrémités deviennent à certains moments « bouillantes », dit le malade, et l'on note en effet un état congestif des extrémités accompagné quelquefois d'un œdème résistant qui boudine les doigts et gonfle le dos de la main. Cette forme œdémateuse que nous avons déjà signalée dans les cas à début aigu, peut être d'un diagnostic difficile avec l'érythromélalgie. La netteté des localisations articulaires permet de la reconnaître. Elle est d'aileurs rare. Parfois le malade distingue entre ses doigts, qui sont froids, trop froids, et leur racine, les mains et les poignets, siège des arthrites, qui sont congestionnés et chauds.

Assez souvent enfin on est frappé par les troubles sudoraux (hyperidrose locale) soit isolés, soit associés à une tendance érythromélalgique soit à de l'acrocyanose (celle-ci surtout marquée aux pieds).

Mais plus souvent encore tous ces troubles manquent : sudation, température locale (en dehors des zones articulaires) ne sont pas modifiées.

*Atrophie.* Elle est précoce et nous l'avons souvent observée dès les premiers examens, donc peu de temps après le début des fluxions articulaires. Rien ne nous a permis de penser qu'elle précédât ces dernières, comme on l'a peut-être hâtivement affirmé dans certaines descriptions. Elle intéresse les muscles voisins des articulations malades : quadriceps, muscles de la cuisse, triceps crural (genou) deltoïde (épaule), triceps, biceps, brachial antérieur (coude), groupes de l'avant-bras (poignet), interosseux, éminences thénar et hypothénar (petites articulations des doigts). Elle est très variable selon les sujets. Particulièrement accentuée dans les cas très évolutifs avec asthénie, amaigrissement, anémie et chez les malades pusillanimes qui immobilisent leurs jointures par crainte de souffrir, elle est moindre chez ceux qui les exercent au contraire « pour lutter contre l'ankylose ».

L'atrophie n'est pas seulement musculaire, elle porte souvent sur l'ensemble des parties molles. La main et les doigts maigrissent au sens propre. Aux doigts survient cette fonte des plans superficiels, avec atrophie cutanée, cet amincissement particulier des phalanges, que vise surtout l'expression d' « arthrite atrophique ». Ce syndrome atrophique se voit essentiellement dans les cas où existent les arthrites métacarpo-phalangiennes, donnant l'impression de phénomènes connexes. Il n'existe pas dès le début, mais apparaît peu à peu.

Les réflexes tendineux sont uniformément vifs.

*Déviations.* Précoces également, mais simplement ébauchées à cette période initiale, elles sont nettement secondaires aux arthrites. Elles paraissent résulter de l'action combinée des fluxions capsulaires (qui imposent une attitude vicieuse à la jointure) et du déséquilibre des actions musculaires (atrophie, contracture). Par la suite, des rétractions fibreuses, des ankyloses osseuses pourront les accentuer et les fixer.

Ce sont avant tout l'attitude en demi-flexion des jointures touchées (genou, coudes, métacarpo et métatarso-phalangiennes), parfois des attitudes compensatrices des articulations voisines, dues à la mise en tension de certains tendons (hyperextension des inter-phalangiennes proximales, hyperflexion des interphalangiennes distales aux doigts, orteils en marteau). Dès le début on voit parfois s'ébaucher la déviation en coup de vent, due sans doute à l'attitude vicieuse des métacarpo-phalangiennes II et III, distendues et relâchées, et à des facteurs accessoires mal précisés (prédominance d'action des interosseux les plus internes ? pression exercée par le pouce sur l'index dans la préhension ? attitude normale en demi-flexion et demi-pronation de l'avant-bras, la pesanteur sollicitant les doigts vers le côté cubital ? etc.) La physiopathologie de ces déformations n'est pas faite et justifierait une très intéressante étude. Elles varient d'ailleurs de sens et d'amplitude selon la combinaison de tous ces facteurs, en particulier selon la localisation des arthrites à telles ou telles articulations digitales.

Les mains sont maladroites, gauches, leurs mouvements incertains, un peu tremblants comme si le malade en était embarrassé. Les actes élémentaires de la vie quotidienne en sont profondément troublés.

Il existe souvent des troubles trophiques unguéaux (friabilité, et surtout cannelures), assez précoces eux aussi. Peut-être même chez certains de nos malades ont-ils préexisté très longtemps à la polyarthrite.

On a parlé aussi de troubles pigmentaires. Nous n'en avions jusqu'ici trouvé aucun exemple. Mais nous avons vu récemment un sujet chez qui un vitiligo génralisé était apparu à peu près en même temps que la polyarthrite ; comme ce début remontait assez loin en arrière, il fut impossible de préciser le rapport chronologique exact des deux manifestations. Nous devons enfin signaler la fréquence assez grande du *psoriasis* qui tantôt apparaît, tantôt se réveille à l'occasion des premières arthropathies. Nous n'en connaissons pas la signification mais il s'associe le plus souvent à des formes sévères. Il peut cependant se révéler sensible comme les P. C. E. à la chrysothérapie, et s'améliorer avec les articulations.

Signes radiologiques. — A cette phase initiale ils se réduisent à peu de chose : aux grandes articulations, une certaine décalcification épiphysaire, des contours osseux plus flous ; aux petites, pratiquement rien.

**2° Signes généraux.**

La P. C. E. est une maladie sérieuse qui retentit profondément et précocement sur l'état général. Elle s'accompagne d'un amaigrissement parfois impressionnant (jusqu'à 10 kilogr. en quelques mois), d'asthénie, d'une grande lassitude, et de fatigabilité, le sujet se sent brisé au moindre effort. Il présente de l'inappétence, de l'insomnie, de la dépression nerveuse, de l'anxiété. L'anémie est de règle ; cliniquement elle est très apparente, le teint est pâle, parfois jaunâtre (café au lait) sans le moindre subictère, les muqueuses plus ou moins décolorées. Enfin la fièvre est parfois notée, plus souvent méconnue par la malade. L'hyperthermie existe au moins deux fois sur trois. Mais elle est très faible, dépassant peu 38°, ou continuellement en deçà de ce chiffre. Il faut la rechercher méthodiquement, trois fois par jour, et même le contrôle thermométrique à heure fixe peut la laisser échapper : on ne la découvrira alors qu'en la recherchant après les efforts (en particulier vers 11 heures du matin ou midi, après les travaux

du ménage) : car ces sujets ont une température éminemment variable, dont les oscillations journalières sont souvent plus amples que normalement (par exemple un degré du matin au soir) et qui devient fébrile sous l'influence d'une fatigue même très légère.

Le cœur est plutôt rapide, sans modification des bruits. La tachycardie s'accentue à la suite des efforts les plus minimes. La tension artérielle est plutôt basse (souvent moins abaissée que ne le feraient prévoir l'asthénie et l'atteinte de l'état général). Les médecins de ville d'eau connaissent la difficulté de faire transpirer ces malades : elle contraste avec l'hyperidrose parfois constatée des extrémités, mais ne s'observe pas toujours, tant s'en faut.

Le métabolisme basal nous a paru très variable; dans les cas vraiment apyrétiques, en tout cas, il se tient dans les limites normales. Dans les cas fébriles il est souvent un peu augmenté, ce qui ne saurait surprendre. May insiste sur cette augmentation, qui lui paraît plus générale qu'à nous, et qu'il tend à rattacher à un déséquilibre végétatif. A ce sujet on doit remarquer que le type neurotonique de ces sujets est, dans une certaine proportion de cas, plutôt orienté vers la sympathicotonie (yeux brillants, tachycardie, tremblement des extrémités, maigreur, R. O. C. faible, sécheresse de la peau.) Peut-être faut-il d'ailleurs une certaine bonne volonté pour retrouver les éléments discrets et épars du syndrome dit sympathicotonique. Le corps thyroïde est souvent normal.

Parmi les autres particularités d'ordre *biologique* communes chez ces sujets, et dès la période initiale, citons :

L'anémie, surtout hémoglobinique, avec chiffre d'hématies presque normal, valeur globulaire abaissée ;

La leucocytose légère, généralement à prédominance polynucléaire ;

La sédimentation globulaire très accélérée ;

La floculation résorcinique (R. de Vernes) souvent accrue ;

L'uricémie normale, parfois basse ;

La cholestérinémie souvent un peu forte ;

L'absence d'azotémie, d'albuminurie, de troubles du fonctionnement rénal ;

La calcémie toujours normale ;

L'absence de déperdition calcique jugée d'après le bilan calcique, habituellement positif dans les quelques épreuves que nous avons faites avec l'aide de Grigaut ;

Le résultat négatif des recherches bactériologiques effectuées sur le sang et les liquides articulaires (contrairement aux résultats de divers travaux anglais et américains) : nous réservons cependant la question de la recherche du bacille de Koch que nous avons discutée récemment au congrès du rhumatisme, et qui est fort intéressante ;

La positivité possible de certaines réactions humorales : celles de la syphilis et la gono-réaction, dans des cas qui, nous le verrons, peuvent avec quelque vraisemblance, être rapportés au tréponème et au gonocoque.

**3° Evolution**

Elle se fait par poussées, susceptibles d'une régression plus ou moins complète. Chacune d'elles se marque par une aggravation de tous les signes généraux, des signes physiques et fonctionnels au niveau des articulations déjà touchées, et par la prise de jointures nouvelles. Il y a des polyarthrites qui, après une ou plusieurs de ces poussées, s'éteignent et guérissent spontanément. C'est rare. Le plus souvent la maladie progresse par étapes, de la manière la plus capricieuse. Il y a d'abord une seule, ou quelques fluxions articulaires, qui persistent quelques mois, puis des localisations nouvelles se révélant à l'occasion de poussées évolutives. Puis, au bout de mois ou d'années, se produit une grande « flambée » qui embrasse tout l'appareil articulaire, La symétrie, on le voit, n'existe pas d'emblée. Parfois elle se manifeste chemin faisant, les deux mains ou les deux genoux, les deux coudes, les quatre extrémités se trouvant prises ensemble à partir d'un certain moment. Quelquefois, à aucun moment la P. C. E. ne devient vraiment symétrique. Souvent la symétrie ne se manifeste que quand tout l'appareil articulaire est pris, c'est une symétrie forcée, une systématisation plus qu'une symétrie.

Nous n'insisterons pas, au point de vue clinique, sur l'aggravation et la transformation graduelle des lésions et des déformations. *Radiologiquement* trois évolutions différentes se dessinent : ou la P. C. E. reste uniquement synoviale, en particulier aux articulations distales, et le cliché ne montre au maximum qu'un peu de décalcification, une transparence exagérée des épiphyses ; ou bien une véritable fonte osseuse survient avec des ulcérations et surtout un télescopage des extrémités ; ou enfin, mais rarement (3 observations dans notre matériel d'étude) il se produit des altérations osseuses complexes non seulement épiphysaires mais diaphysaires (boursouflures osseuses sur la diaphyse, encoches et ulcérations complexes des épiphyses, état « moutonné » de l'os) (Tous ces aspects s'entendent essentiellement des arthrites des extrémités : il n'est point certain qu'ils représentent autre chose que des modalités évolutives ni qu'ils possèdent une signification étiologique). Il faut bien se garder devant de telles images d'encoches ou de plages claires, de conclure, comme on le fait trop souvent, à la nature goutteuse de ces lésions.

**B) Phénomènes précurseurs**

Plus encore que pour les formes à début aigu, ils méritent d'être recherchés à propos de ces polyarthrites chroniques d'emblée, si mystérieuses dans leur essence.

Il y a d'abord des *conditions favorisantes permanentes* ou à *plus ou moins longue échéance.*

La *prédominance féminine* est considérable : Déjà nette pour les P. C. E. à début aigu, elle l'est davantage encore ici : presque 4 fois sur 5 la forme chronique d'emblée évolue chez la femme. Le sexe masculin est donc loin d'être exempt et l'on y rencontre des P. C. E. typiques.

La *ménopause* ne joue qu'un rôle assez vague. Dans 15 à 20 % des cas elle précède d'assez près les premiers symptômes de la P. C. E. Mais la plupart du temps cette dernière n'affecte aucun rapport chronologique précis avec elle : on la voit aussi bien débuter à 30 ans qu'à 70. S'il est un rhumatisme qui mérite le nom de « rhumatisme de la ménopause » ce n'est point la P. C. E., mais bien certaines arthroses, où d'ailleurs l'élément endocrinien n'est vraisemblablement pas seul en jeu.

L'insuffisance *ovarienne* existe parfois ; il n'est pas rare de voir les règles s'espacer, devenir insuffisantes et irrégulières. Bien souvent l'insuffisance ovarienne manque, à en juger par les apparences cliniques, et il ne semble pas qu'on puisse lui accorder plus d'importance qu'à la ménopause. L'inefficacité de l'opothérapie ovarienne ou excito-ovarienne dans la P. C. E. est d'ailleurs frappante. La *condition sociale* ne joue aucun rôle. On a prétendu que la P. C. E. était une maladie de misère, l'apanage ou presque de la classe pauvre. C'est absolument inexact, de nombreux exemples le prouvent.

Le *surmenage* sous toutes ses formes prédispose à la P. C. E. (comme d'ailleurs à toute autre maladie). On insiste à vrai dire surtout sur les surmenages brusques, bouleversant le régime de vie habituel : grandes fatigues, efforts excessifs, veilles répétées, surmenage intellectuel. Il faut en rapprocher le *choc moral,* dont l'effet est parfois frappant : chez une de nos malades, exactement deux jours après la mort de sa fille, enlevée presque subitement par la grippe espagnole, la polyarthrite débute par une poussée articulaire généralisée. Les auteurs anglo-saxons ont insisté sur ce facteur : des soucis de famille, des épreuves matérielles sont également cités. Il faut, bien entendu, se méfier des coïncidences et d'une interprétation trop systématique des faits. En particulier, pour les deuils familiaux, le facteur moral n'est pas forcément en jeu. Il faut tenir compte de la maladie qui a entraîné la mort. Le plus souvent la personne affectée de P. C. E. a soigné pendant de longs mois un parent proche qui est décédé. Or, dans notre matériel d'observations il s'agissait régulièrement du *conjoint,* mort de *tuberculose* : nous en avons plus de dix exemples dans la classe populaire et dans des conditions où, bien plus que le choc moral, la promiscuité étroite avec un phtisique, pendant des mois ou des années, la vie dans une atmosphère bacillaire, méritent considération.

La *tuberculose* se rencontre en effet avec une réelle fréquence dans les antécédents des polyarthritiques. Il ne s'agit pas, chez eux, de tuberculose pulmonaire ni de tuberculoses très évolutives. Ce sont des accidents discrets remontant à l'enfance, des localisations ganglionnaires osseuses, séreuses, une bronchite chronique. Et surtout c'est la *tuberculose de l'entourage* sans atteinte apparente du sujet lui-même. Ces faits, soulignés éloquemment naguère par Teissier et Roques (qui plaçaient la « tuberculose non folliculaire » à la base du rhumatisme déformant) sont en tous points exacts. Aujourd'hui l'on découvre dans certains cas de P. C. E. symétriques et déformantes des bacilles de Koch sous une forme typique ou atténuée, « filtrante ». Il y a là une indication, certes non décisive — le problème de la surinfection devant être discuté — mais fort importante qui vient d'être largement envisagée au cours du débat sur le rhumatisme tuberculeux devant le récent congrès.

La syphilis et l'hérédo-syphilis se laissent déceler dans une proportion restreinte de cas (10 %, 15 % peut-être). Les polyarthrites qu'on voit se développer alors ont quelques caractères particuliers : chez les hérédo-syphilitiques, une allure très froide, peu fluxionnaire, avec des ankyloses rapides et multiples, une tendance fibreuse spéciale, parfois des hydarthroses. Dans la syphilis acquise, une gravité particulière des lésions osseuses (analogie, en beaucoup moins prononcé, avec les arthropathies tabétiques), une importance inhabituelle des hydarthroses. Dans des P. C. E., que l'anamnèse, les arguments biologiques, l'effet souvent très heureux du traitement spécifique, portaient à attribuer, au moins pour une part, à la syphilis, nous avons constaté une intensité extraordinaire des troubles vaso-moteurs des extrémités (en particulier acrocyanose, hyperidrose, état succulent et une sorte d'œdème résistant des mains et surtout des pieds).

L'*infection gonococcique* n'est pas rare, attestée par la clinique et par une gono-réaction très positive. Il existe des P. C. E. gonococciques à début progressif (survenant quelquefois des années après une phase de rhumatisme gonococcique aigu) ; souvent un état arthralgique habituel les annonce très longtemps à l'avance. Les déformations digitales, les désaxations qu'elles

réalisent peuvent revêtir un aspect absolument typique.

L'éventualité de P. C. E. débutant insidieusement un temps variable après les manifestations infectieuses diverses est couramment notée dans nos observations. Nous en avons vu après des infections puerpérales, des grippes, des infections broncho-pulmonaires, un ictère infectieux, des troubles digestifs (entérocolite).

Le rôle déclenchant du froid, en particulier de l'exposition des mains au froid humide, est très net dans certaines polyarthrites acromégaliques. Celui des *foci* d'infection atténuée (bucco-dentaires, etc.) nous paraît en revanche très problématique.

On voit par cette énumération combien excessive est l'assertion selon laquelle une des caractéristiques de la P. C. E. à début insidieux, serait l'absence de toute étiologie décelable. Certes, aucun de ces antécédents n'a de valeur absolue en lui-même, mais les prodromes des P. C. E. sont suffisamment nombreux et significatifs pour suggérer dans bien des cas une opinion sur leur étiologie. On est parfois plus embarrassé par la multiplicité des causes possibles que par leur carence. Ce qui d'ailleurs n'estpas pour nier que, chez quelques malades, ni l'interrogatoire, ni l'examen n'ouvrent de piste sérieuse, l'éclosion de la polyarthrite demeurant totalement inexplicable.

**C) Essai d'interprétation.**

L'analyse exacte des symptômes de début de la P. C. E. d'emblée chronique présente une grosse importance car les théories étiologiques et pathogéniques qu'on a proposées semblent avoir été surtout inspirées par l'aspect des lésions refroidies, sinon complètement cicatricielles, et des déformations extrêmes de la phase d'impotence qui donnent à la maladie un caractère spécial et peuvent faire penser à un syndrome neurotrophique systématisé, n'ayant que des rapports lointains avec les vraies polyarthrites. Peut-être a-t-on tenu trop compte de cette impression tardive, quand on a essayé de reconstituer les étapes initiales de la maladie, en leur assignant d'emblée une symptomatologie essentiellement neurologique.

Ces manifestations inaugurales d'ordre sympathique ne sont ni aussi fréquentes, ni aussi nettes qu'on l'a dit. La précession d'un stade douloureux non articulaire, avec paresthésies, atrophies et même déformations, troubles caloriques, sécrétoires, sudoraux, etc. localisés aux extrémités nous paraît très incertaine. En tout cas l'on n'y assiste jamais, et cliniquement la maladie commence par des fluxions articulaires douloureuses, qui occupent indifféremment soit de petites articulations (des extrémités ou d'ailleurs) soit de grosses articulations. Ces arthrites, surtout quand elles se généralisent et qu'elles affectent certaines localisations (*poignets, métacarpophalangiennes*, interphalangiennes) peuvent s'accompagner des phénomènes sympathiques précités, mais d'une façon absolument *inconstante*, et il arrive qu'on rencontre ces mêmes phénomènes, au maximum de leur intensité, au cours de polyarthrites qui relèvent très probablement d'une maladie infectieuse ou parasitaire (syphilis, infection gonococcique par exemple). Il semble indéniable, par ailleurs, qu'une infection bien connue comme la gonococcie, peut réaliser la P. C. E. avec déformations les plus typiques. Il en est de même sans doute de la tuberculose et d'autres infections (qui ne relèvent pas forcément de virus actuellement connus, car les recherches bactériologiques dans la P. C. E. sont le plus souvent décevantes). La distinction entre une polyarthrite symétrique d'origine neurotrophique et des multiarthrites infectieuses est peut-être séduisante en théorie, mais dans la pratique elle ne peut être maintenue : les symptômes dits sympathiques, la symétrie sont des caractères trop contingents, trop infidèles, il y a une interpénétration trop étroite entre le groupe des P. C. E. très probablement infectieuses, gonococciques, tuberculeuses, syphilitiques, etc., et celui des P. C. E. étiologiquement indéterminées, qui, les unes et les autres, peuvent indifféremment s'accompagner du syndrome acropathologique attribué au dérèglement des centres sympathiques. Il faut d'ailleurs se méfier des coïncidences : un certain nombre de P. C. E. évoluant chez la femme aux alentours de la ménopause peuvent interférer avec les troubles vaso-moteurs des extrémités si communs à cette période de la vie, et cela sans qu'un lien nosologique les réunisse. Au surplus, il est difficile de tirer une conclusion étiologique de l'existence d'un syndrome pathologique, « acrosympathique. » Dans un opuscule récent, Langeron critique non sans raison la tendance à considérer comme formant une entité nosologique ces troubles vaso-moteurs des extrémités : « le « terme d'ectosympathose » proposé par May, « paraît — dit-il — caractériser surtout le méca- « nisme de leur production, sans faire suffisam- « ment allusion à l'existence de causes très va- « riées et dissemblables qui mettent en jeu « l'adultération de ce sympathique : ce ne sont « pas seulement la plupart du temps des ma- « lades du sympathique, comme cette dénomi- « nation semblerait l'indiquer, mais aussi des « maladies artérielles, nerveuses, etc. — nous « dirions également : infectieuses, articulaires — « qui s'entourent d'un tableau clinique particu- « lier à mécanisme sympathique. Il ne semble « donc pas y avoir intérêt à conserver cette dé- « dénomination trop physiologique et pas assez « clinique. »

Ajoutons à cela que malgré tout, dans un nombre appréciable de cas, une étiologie infectieuse définie se laisse sérieusement pressentir derrière la P. C. E. à début insidieux, et que, au bout d'un temps d'évolution plus ou moins long, les P. C. E. à début aigu (où cet élément infectieux est beaucoup plus patent) et à début chronique finissent par se ressembler tellement qu'il devient difficile, sinon impossible, de les distinguer les unes des autres. Ce sont autant d'arguments pour ne pas tailler trop vite dans ce grand groupe des P. C. E. des syndromes foncièrement dissemblables.

Certes, il existe des différences physiopathologiques entre les P. C. E. à début aigu et les P. C. E. à début insidieux. Tiennent-elles aux agents pathogènes ou au terrain ? Il est bien difficile de répondre.

Si ces agents sont en règle générale infectieux, on peut envisager dans les polyarthrites à début chronique d'emblée une infection peu virulente, quoique non immunisante, un terrain relativement réfractaire, expliquant l'allure sourde et progressive de la maladie. On peut aussi penser à une localisation mixte de l'infection, à la fois articulaire et nerveuse, sympathique. Dans ce cas, quel étage du sympathique faudrait-il considérer ? Nous venons d'indiquer que le dérèglement du sympathique périphérique (ectosympathose) ne nous semblait ni assez marqué ni assez fréquent pour jouer un rôle primitif dans la localisation et la constitution des arthrites.

Resterait le sympathique cérébro-spinal. Il y a des raisons d'y penser : Au premier chef ces arthropathies des hémiplégiques et surtout des parkinsoniens qui réalisent parfois un tableau un peu analogue à celui de la P. C. E., avec une évolution fluxionnaire inflammatoire au niveau des jointures atteintes (en particulier poignets et doigts), celles de la syringomyélie qui y font aussi penser, celles qu'on peut voir survenir dans le territoire radiculaire correspondant à un zona (les lésions zonateuses s'étendent, on le sait, aux cornes postérieures de la moëlle). Nous ignorons d'ailleurs si, dans tous ces cas, il s'agit d'une altération d'origine vaso-motrice et trophique des jointures ou de la fixation à leur niveau soit d'une infection secondaire soit des virus neurotropes eux-mêmes, à la faveur d'une prédisposition d'ordre trophique, de l'immobilisation due à la contracture parkinsonienne, etc. D'autres exemples de ces atteintes mixtes arthro et neurotropes sont connus (rhumatisme cérébral, chorée). Dans la P. C. E. l'intensité de certaines contractures ou atrophies musculaires, l'atteinte systématisé de l'ensemble de l'appareil articulaire, la prise symétrique de certains groupes de jointures, le tremblement, l'hyperidrose possible avec état succulent ou atrophique des extrémités, le début après des traumatismes moraux ou intellectuels pourrait justifier un essai d'assimilation avec ces arthropathies nerveuses, non sans rappeler cependant les réserves que nous avons précédemment émises quant à la valeur de chacun de ces arguments. Que faut-il retenir de l'opinion séduisante que lançait notre maître Sicard : « Le rhumatisme déformant est un syndrome strié »? La carence d'examens histopathologiques des centres nerveux dans cette maladie n'aide pas à répondre.

Sans évoquer une théorie aussi générale, il faut rappeler que l'éventualité n'est pas rare de crises de névralgie cervico-brachiale préludant à la P. C. E. et qu'on trouve assez souvent radiologiquement des lésions importantes de la colonne cervicale alors qu'aux mains par exemple il n'existe que très peu de modifications osseuses. Nous nous sommes souvent demandé — sans pouvoir donner de preuves d'ailleurs — si les symptômes « acrosympathique », et la localisation plus ou moins symétrique au niveau des petites articulations des mains n'étaient pas favorisées (comme dans le cas du zona) par cet élément radiculo-névritique ou médullaire.

Mais notre impression d'ensemble est que, si des facteurs « neurotropes » interviennent peut-être pour orienter vers telle ou telle localisation articulaire et enrichir le tableau clinique de quelques symptômes accessoires, le mode de début habituel de la P. C. E. ressemble surtout à celui d'une multiarthrite vraie, à poussées successives, envahissant peu à peu la généralité des jointures, avec des phénomènes inflammatoires atténués, à la manière d'une infection sourde, non immunisante, qui s'identifie peut-être dans quelques cas à la gonococcie, à la tuberculose, plus rarement à la syphilis, ou à d'autres infections connues mais qui peut relever aussi — peut-être le plus souvent — d'un virus inconnu arthrotrope.

L'agent pathogène a bien entendu été recherché ailleurs que dans une infection. Il y a une théorie allergique, protéinique du rhumatisme déformant, fondée sur quelques faits de P. C. E. apparues après des injections de sérum, ou accompagnées de poussées d'urticaire. Il n'est pas impossible que de légères lésions prolifératives, de quelques articulations des mains par exemple, puissent reconnaître une origine protéinique pure, mais il paraît assez peu vraisemblable que l'allergie protéinique explique les énormes arthrites des grosses articulations qu'on voit couramment dans les P. C. E. graves.

Il y a une théorie goutteuse de la P. C. E. Ou la goutte est ici entendue au sens propre, c'est-à-dire comme une maladie reposant sur un trouble important du métabolisme des purines, avec hyperuricémie, précipitations ura-

tiques, et dans ce cas il n'y a certainement aucun rapport entre elle et la P. C. E. Ou l'on prend le terme de goutte dans une acception beaucoup plus étendue, mais par cela même tellement vague qu'on ne sait plus au juste ce qu'il signifie. Il faut à ce propos se défier des renseignements tirés de l'examen ou de l'interrogatoire : un début par crise nocturne du gros orteil, vieux de plusieurs années et auquel on n'a pas assisté, n'a guère de valeur. Une nodosité rétro-olécranienne n'est souvent pas un tophus, etc. S'il y a des gouttes traduites au point de vue humoral simplement par un trouble de la protéinémie, de l'hypercholestérinémie, des précipitations cholestériniques, il y a peut-être une parenté entre elles et la P. C. E. Il est très possible que parmi les éléments qui composent le terrain favorable au développement de la P. C. E. de telles viciations du métabolisme figurent.

Cette question du *terrain favorable* à la P. C. E. est fort importante.

L'influence de la fonction ovarienne ou plus exactement du terrain féminin est affirmée par les faits. Mais en quoi consiste-t-elle, il est bien difficile de le comprendre devant l'inefficacité des opothérapies correspondantes.

Celle d'autres glandes endocrines n'est pas plus claire. Quelques P. C. E. s'améliorent, incomplètement d'ailleurs, sous l'effet de l'opothérapie thyroïdienne ou de l'iode. La plupart n'en retirent que peu de bénéfice. Les signes de dysfonctionnement thyroïdien manquent ou restent vagues. Nous avons signalé la possibilité d'une tendance sympathico-tonique. Le corps thyroïde est de volume très habituellement normal.

On a incriminé les parathyroïdes en vertu de notions assez contradictoires : amélioration sous l'influence de l'extrait parathyroïdien ou au contraire de la parathyroïdectomie, assimilation des crampes à une tétanie fruste, fonction trophique possible des parathyroïdes vis-à-vis de l'ensemble du tissu conjonctif et intervention de ces glandes dans le « rhumatisme fibreux », décalcification des épiphyses ou de l'ensemble du squelette des extrémités. Nous n'indiquons cette tendance récente de certains auteurs que pour mettre en regard d'elle le mode de début habituel de la P. C. E. qui n'évoque guère l'idée d'un syndrome endocrinien ni d'une ostéopathie primitive. Toutefois la pathologie endocrinienne est pleine d'inconnues et elle réserve peut-être des surprises dans cette voie.

***

Nous ne saurions en terminant trop insister sur l'intérêt considérable qui s'attache à l'étude jusqu'ici négligée du début des P. C. E. Nous n'avons pu formuler dans la présente étude qu'une impression personnelle basée sur des observations surtout cliniques. Mais le syndrome humoral dans la P. C. E., les épreuves instrumentales (réactions électriques des nerfs et des muscles, étude des circulations périphériques), les tests pharmacodynamiques, la physiologie des articulations et muscles des extrémités, constituent un champ d'investigation trop peu exploré où le moindre fait nouveau, bien établi, peut renverser mainte théorie.

## LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS POUR ULCÈRE GASTRIQUE OU DUODÉNAL

Par J. LAFONT (Clermont-Ferrand).

Les interventions pour ulcère gastrique ou duodénal ne font pas disparaître nécessairement tous les troubles digestifs ; la gastro-entérostomie n'est pas une assurance contre la perforation de l'ulcère, elle a parfois pour conséquence la formation d'un ulcère peptique du jéjunum ; la résection donne de meilleurs résultats, sans éviter toutefois les mêmes complications. Les auteurs diffèrent d'opinion sur les succès qui durent ; il y en aurait 70 % pour Petren (1), 50 % pour Lewisohn et Feldman (2) et seulement 25 % pour Denéchau (3) ; ce sont là de grosses différences, sinon de résultats, du moins d'opinions sur les résultats.

La question vient d'être reprise dans une étude extrêmement documentée et poussée d'Helge Lublin (1), de la clinique médicale de l'Hôpital Serafimer de Stockholm ; les 98 cas observés (87 gastro-entérostomies et 11 résections) n'ont été retenus que s'il y avait un intervalle minimum de cinq mois entre la première intervention et l'admission à la clinique. Les troubles tardifs (*late symptoms*) ont été étudiés aussi minutieusement que possible, en utilisant les moyens d'investigation à la disposition de chaque cas (seconde intervention, autopsie,

(1) G. PETREN. — *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, 76, p. 305, 1911.
(2) R. LEWISOHN et L. GINZBURG. — *Surg. Gyn. a. Obstetr.*, 44, p. 344, 1927.
(3) D. DÉNÉCHAU. — Thèse Paris, 1907.

(1) HELGE LUBLIN. — *Act. med. Scand.*, suppl. XLI, 1931.

examens radiologiques et biologiques) ; l'auteur a surtout insisté sur les troubles assez mal connus, qui ne relèvent pas d'un ulcère post-opératoire, sans toutefois négliger ce dernier.

La classification de ces troubles a été tentée avec succès et Helge Lublin décrit quatre syndromes : le syndrome ulcéreux post-opératoire, le syndrome gastrique, le syndrome intestinal et le syndrome anémique non hémorragique. Si le premier est classique et les deux suivants connus, il n'en est pas de même du dernier, qui n'a été étudié que tout récemment.

Le syndrome ulcéreux post-opératoire relève de deux causes bien différentes ; tantôt, il y a formation d'un ulcère peptique du jéjunum, tantôt il y a réulcération vraie ou fausse, cette dernière correspondant à l'ulcère non influencé par l'intervention. A l'hôpital Serafimer, dix cas avaient un ulcère jéjunal et dix un retour offensif (*recurrence*) ; sur ces vingt sujets, on avait pratiqué quinze gastro-entérostomies et cinq résections ; le diagnostic fut contrôlé dans neuf cas par l'intervention ou l'autopsie et l'ulcère du jéjunum fut trouvé dans cinq cas ; dans les onze autres cas, les signes cliniques et radiologiques furent cinq fois en faveur de l'ulcère du jéjunum.

Une question intéressante est de savoir quel fut le diagnostic à la première intervention ; on trouva cinq ulcères gastriques, cinq ulcères du pylore, six ulcères du duodénum et quatre fois, on ne découvrit rien du tout ; ces quatre cas donnèrent ultérieurement trois récidives et un ulcère du jéjunum.

Bien des théories ont été émises pour expliquer le retour de l'ulcère ou son apparition consécutive à une exploration opératoire négative ; elles diffèrent ou même se contredisent ; le plus simple est encore de dire qu'une opération ne permet pas d'éliminer les facteurs prédisposants. L'hyperacidité gastrique a été fréquemment invoquée à ce sujet ; les analyses pratiquées sur neuf sujets atteints d'ulcère du duodénum et six récidives ont donné des chiffres un peu déconcertants : hyperacidité 4, acidité normale 7, hypoacidité 4, qui viennent à l'appui de l'opinion moderne de certains auteurs que l'hyperacidité n'est pas un facteur essentiel de la formation d'un ulcère.

Les symptômes d'ulcération ou de réulcération apparaissent à des époques assez variables après l'opération ; sur dix-sept cas, ils se manifestèrent deux fois immédiatement, six fois au cours du second semestre qui suivit et neuf fois dans les quatre années consécutives. Ces symptômes sont bien connus et en tous points semblables à ceux qui motivèrent l'intervention ; toutefois, la douleur est plus fréquemment localisée à la région ombilicale droite qu'à l'épigastre.

L'homme paraît plus sujet à l'ulcère post-opératoire que la femme, qui, par contre, présente fréquemment un des trois autres syndromes.

Le syndrome gastrique, hyperacidité, douleur tardive, hémorragie, était considéré, il y a quelques années à peine, comme la manifestation d'une ulcération quelconque (of some kind or other) ; actuellement, dans l'esprit de nombreux auteurs, il correspond à une simple gastrite sans que l'ulcère soit indispensable. Les difficultés sont donc grandes pour affirmer la présence d'un ulcère et, si ce dernier est fréquemment la cause de troubles, il n'en est pas la seule. Sur les 98 cas de la statistique d'Helge Lublin, 44 cas avaient un ulcère post-opératoire ou du moins pouvaient en avoir un ; 54 cas, la majorité par conséquent, n'avaient vraisemblablement (probably) pas d'ulcère.

Le rôle de la gastrite apparaît considérable ; Denéchau a décrit un syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie ; il ne faudrait cependant pas en exagérer l'importance ; bien d'autres facteurs interviennent, comme les adhérences et les troubles moteurs ; les troubles nerveux sont également à considérer, qu'ils soient provoqués par l'intervention elle-même ou, nous semble-t-il plutôt, par la déception grave et par le choc émotionnel consécutif subis par le malade ; il souffrait avant l'intervention, il souffre encore après, et, quelle qu'en soit la cause, qu'il y ait un ulcère ou qu'il n'y en ait pas, que l'ulcère soit l'ancien ou au contraire un nouveau, il ne sait qu'une chose, c'est que l'opération ne lui a donné aucun soulagement ; l'état d'esprit, qui résulte de cette constatation lamentable, réagit fâcheusement sur l'organe atteint et enferme le malade dans un cercle vicieux.

L'entéro-colite grave, qui apparaît à la suite des opérations sur l'estomac, est bien connue ; les troubles intestinaux chroniques sont à peine signalés par les auteurs ; ils ne sont nullement rares, leur pronostic est favorable, leur apparition est relativement tardive.

Le syndrome intestinal est assez banal : douleurs, flatulence, constipation, diarrhée ; l'intestin n'a pas d'autre manière de manifester son mauvais fonctionnement.

La gastro-entérostomie et la résection de l'estomac produisent des troubles de fonctionnement non seulement de l'estomac, mais encore et à un degré marqué du duodénum et des autres portions de l'intestin.

Dans le cas où le malade avait des troubles intestinaux avant l'opération, il reste encore plus fragile après, comme il est naturel.

Les facteurs déterminants du syndrome intestinal sont à considérer avec attention.

La digestion gastrique est troublée surtout par l'évacuation trop rapide de l'estomac et aussi, bien qu'à un moindre degré, par la diminution de l'acidité. La digestion intestinale est gravement

troublée par une évacuation non physiologique et par le mélange de chyme gastrique et de suc duodénal, aussi bien que par l'affaiblissement des réflexes sécrétoires. En somme, les troubles gastriques et intestinaux s'associent fâcheusement, mais il faut noter que la digestion n'est troublée que dans certaines limites même après une résection étendue de l'estomac.

Dans tous les cas d'Helge Lublin, qui ont été soumis au repas d'épreuve de Schmidt-Strasburger, on a noté une diminution de la digestion du tissu conjonctif.

Dans plus de la moitié des cas de gastro-entérostomie, on constate que les selles sont plus molles qu'à l'état normal.

Dans la moitié des cas examinés, on a noté une augmentation de mucus et de la teneur en graisse des selles.

L'iodophilie n'a été observée que dans des cas isolés.

Une remarque intéressante a été faite ; les malades, qui ont de la constipation, présentent peu ou pas de troubles digestifs, contrairement à ceux qui ont de la diarrhée.

Des constatations de l'auteur, il résulte que les troubles intestinaux sont fréquents chez les opérés d'ulcère et doivent être considérés comme une éventualité peu négligeable.

Le syndrome anémique non hémorragique est d'étude relativement récente, et il a été pris en considération ces dernières années, plus particulièrement au 54e Congrès de Chirurgie tenu à Berlin en avril 1930.

La statistique de l'hôpital Serafimer en contient un cas mortel, dont l'observation résumée, mérite d'être rapportée.

Il s'agit d'un fermier de 61 ans, qui, sauf une gastrite (?) à 25 ans, s'était parfaitement porté jusqu'en 1921. Il ressentit alors des brûlures et des tiraillements à l'épigastre, une heure environ après les repas ; on trouva du sang dans les selles à plusieurs reprises. L'opération, pratiquée en février 1922, ne révéla pas trace d'ulcère. L'année qui suivit fut bonne pour le patient, qui travaillait et ne souffrait qu'exceptionnellement. En janvier 1923, il se sentit fatigué, perdit ses forces, maigrit et pâlit ; ces symptômes se reproduisirent périodiquement jusqu'à son admission à la clinique en décembre 1923.

Il n'y avait pas de troubles dyspeptiques ; les selles étaient normales. La palpation ne révèla pas de tumeur abdominale. Rate non palpable, foie normal. Wassermann négatif. Epreuve de Weber légèrement positive dans les selles. Pas de parasites. A l'examen radiologique, l'évacuation se fait aussi bien par l'anastomose que par le pylore

L'examen du sang donne le 5 décembre : 1.560.000 G. R. et 3.300 G. B., le 29 décembre, 1.000.000 G. R. et 6.500 G. B. et le 19 janvier 605.000 G. R. et 3.700 G. B. Les pourcentages étaient le 6 décembre : neutrophiles 61,6 %, éosinophiles 3,8 %, lymphocytes 26 % ; formes de transition 7,6 %. Le malade sortit le 22 janvier pour mourir chez lui le lendemain ; il n'y eut pas d'autopsie.

Les modifications légères de l'anastomose, révélées par la radiologie, n'avaient probablement aucune importance et ne relevaient certainement pas d'une infiltration néoplasique.

Si l'origine de l'anémie demeure obscure dans les cas de syphilis antérieure ou d'intervention pour une tumeur maligne, on ne peut nier qu'un cas semblable soit en faveur de l'influence d'une opération gastrique (résection ou gastro-entérostomie) sur l'apparition d'une anémie pernicieuse ou de toute autre forme d'anémie.

Toutes les formes ne sont pas aussi graves ; Helge Lublin rapporte les cas de deux femmes de 42 ans, qui avaient l'une 3.750.000 G. R. et 7.200 G. B. et l'autre 4.000.000 G. R. et 5.600 G. B.

Bien que la démarcation sanguine entre anémiques et non anémiques soit toujours plus ou moins arbitraire, ces constatations motivaient des analyses systématiques, qui ont montré une tendance à l'anémie dans plus des deux tiers des cas examinés ; ces résultats sont importants pour le pronostic éloigné ; d'autant plus que certaines de ces formes anémiques sont fort graves.

Les causes de l'anémie non hémorragique sont à peu près complètement inconnues. On peut penser que la résection et la gastro-entérostomie troublent le fonctionnement de l'appareil digestif ; cette opinion est justifiée par le fait que l'exclusion du pylore semble faciliter l'apparition de l'anémie. Il est impossible de dire si la forme pernicieuse dépend de causes surajoutées ou de la constitution individuelle.

Des quatre syndromes post-opératoires, seul l'ulcéreux est revu par le chirurgien. Les trois autres, le gastrique, l'intestinal et l'anémique sont le lot du médecin ; encore le dernier passe-t-il fréquemment inaperçu. Ce qu'il faut retenir de l'excellente étude d'Helge Lublin, c'est qu'une opération guérit rarement un ulcéreux, elle le met simplement à l'abri de dangers graves, immédiats, comme l'hémorragie ou la perforation, ou éloignés, comme la transformation néoplasique ; le gastro-entérostomisé reste un malade, il est à peu près fatalement condamné à des troubles tardifs, qui, dans un certain nombre de cas, ne lui sembleront pas très différents de ceux qu'il ressentait avant l'intervention.

Il est donc nécessaire de traiter médicalement ces opérés pour éviter ces troubles dans la mesure du possible et la condition essentielle pour les traiter est d'abord de les bien connaître.

# AU CHEVET DES PATIENTS

## Les caractères fondamentaux de l'occlusion intestinale vraie

CE SONT : LA CONTRACTION VIOLENTE ET INTERMITTENTE DE L'INTESTIN AU-DESSUS DE L'OBSTACLE ; LE PÉRISTALTISME ET L'ANTIPÉRISTALTISME ; LES VOMISSEMENTS FÉCALOÏDES

Le Docteur SCHWARTZ (1) insiste sur leur importance pratique, afin de reconnaître les fausses occlusions ; tout drame intra-abdominal est susceptible, en effet, de s'accompagner d'une parésie intestinale suffisamment accusée pour simuler une occlusion intestinale, et une erreur de diagnostic peut alors avoir les conséquences les plus graves.

Ainsi, chez un malade observé par l'auteur, on était en droit de penser à une occlusion intestinale, d'origine néoplasique peut-être ; celui-ci avait dépassé la cinquantaine, et l'on notait une absence absolue de gaz et de matières, ainsi qu'un météorisme abdominal très marqué, des vomissements, tout cela durant depuis plus de vingt-quatre heures. L'affection était très nettement localisée dans la partie droite de l'abdomen ; elle avait débuté par une douleur très violente dans l'hypocondre droit et dans le flanc du même côté. L'abdomen était très météorisé, *mais* il n'y avait pas le moindre péristaltisme appréciable sous la paroi, et de plus la douleur était continue, non intermittente. La température était très légèrement au-dessus de la normale, l'état général bon ; les vomissements n'étaient pas fécaloïdes. L'auteur jugea qu'il était en présence d'une occlusion réflexe, et, en l'absence de contraction de défense dans la fosse iliaque, il fit le diagnostic de colique néphrétique. Le lendemain, les urines étaient sanguinolentes, et l'existence de la colique néphrétique ne faisait plus de doute.

Un autre cas se rapporte à une occlusion, intestinale réflexe, suite de colique hépatique. Un soir, douleur extrêmement violente dans la région haute de l'abdomen, sur le trajet du côlon transverse, avec ballonnement et arrêt complet des gaz et des matières ; pas de fièvre ; pouls bon et bien frappé. La *douleur* spontanée est très violente, *mais continue* ; pas de vomissements.

Tout rentre dans l'ordre au bout de 24 heures ; plus tard, une série d'examens radiologiques de l'étage supérieur de l'abdomen montre un beau calcul vésiculaire ; et tout se termine par une cholécystectomie.

Troisième exemple d'un iléus très net, très tenace, dû à un embarras gastro-intestinal chez une grande constipée. C'est une femme de 60 ans qui, après un repas un peu trop copieux, se plaint de douleurs généralisées avec vomissements, arrêt des gaz et des matières. Quarante-huit heures après le début des accidents, il n'y a eu ni gaz, ni matières ; le ventre est uniformément ballonné, sans contracture. Mais, on note peu de douleurs spontanées et il n'y a eu, à aucun moment, de douleurs intermittentes et violentes ; il n'y a pas traces de péristaltisme sous la paroi abdominale, Pas de fièvre ; pouls très bon ; excellent état général.

Aucun effet des lavements, ni de l'huile de ricin, De l'atropine, des injections intraveineuses de sérum hypertonique, un peu de massage abdominal, et, quatre jours plus tard, par de grands lavages glycérinés, plusieurs selles terminent la crise.

Enfin, toute réaction péritonéale soudaine, en dehors même de la péritonite vraie, est capable de s'accompagner d'occlusion intestinale ; exemple, la rupture d'un énorme kyste de l'ovaire ; au troisième jour d'une occlusion intestinale, une laparotomie exploratrice fit découvrir un kyste ovarique rompu.

***

## La « bouteille renversée » pour l'évacuation des épanchements pleuraux

Cette méthode, imaginée par le Docteur M. P. DURAND (2), offre l'avantage de la douceur et évite les inconvénients de l'écoulement trop ralenti ; l'air y est libre ; elle permet, en outre, de régler à son gré la vitesse de l'évacuation.

Le trocart habituel, adapté à son tuyau d'évacuation de 0 m. 80 de longueur, est monté sur le robinet ouvert de l'aspirateur de Potain. Ce robinet, adapté sur le goulot d'un flacon de 500 c.c., est prolongé jusqu'au fond par un tube de verre, recourbé à son extrémité inférieure, au moyen d'un petit tuyau de caoutchouc. Dans le bouchon,

(1) A. SCHWARTZ. — Les fausses occlusions intestinales. (*Paris Médical*, 27 septembre 1932.)

(2) Dr M.-P. DURAND. — Evacuation des épanchements pleuraux par le procédé de la bouteille renversée. (*Journal des Praticiens*, 6 août 1932.)

qui obture le flacon, on fixe également le robinet de Potain, destiné normalement à la pompe d'aspiration ; mais ce dernier robinet est laissé à l'air libre et ouvert.

Le flacon est ensuite rempli d'eau au 4/5es de son volume.

L'appareil ainsi préparé, on ponctionne la plèvre ; puis on renverse *brusquement* le flacon, en le tenant *au-dessous* du liquide à évacuer. Dès lors le liquide du flacon commence à se vider par le deuxième robinet laissé libre et ouvert ; il se crée ainsi un vide relatif dans le flacon, d'où une aspiration exercée sur le liquide pleural par l'intermédiaire du tube de verre recourbé, point initial du système de vidange. Le liquide pleural vient peu à peu remplacer l'eau du flacon.

On peut alors régler la vitesse d'aspiration, en faisant varier l'ouverture du deuxième robinet libre, ou plus simplement en élevant ou en abaissant le flacon. Il est facile de se permettre, lorsque l'amorçage est bien fait, d'élever le fond du flacon jusqu'à 6 et 8 centimètres au-dessus du plan supérieur du liquide pleural, sans désamorcer. Naturellement, plus on l'abaisse, et plus la vitesse d'écoulement s'accroît.

C'est une méthode de douceur, qui est pourtant plus puissante que l'écoulement simple et ne présente pas les inconvénients de ce dernier. Elle permet d'aller même jusqu'au goutte à goutte, sans risquer l'aspiration parfois trop forte de la bouteille à air raréfié de Potain. La mesure du liquide pleural soutiré est la mesure même du liquide évacué par le deuxième robinet libre, puisque ce liquide pleural se substitue à l'eau du flacon, et qu'après une évacuation de 400 grammes, il coule pur.

« Une thoracentèse pratiquée dans ces conditions voit ses risques réduits au minimum ; nulle crainte que l'aspiration soit trop forte ; elle sera suffisante vis-à-vis d'une sérosité épaisse et visqueuse ; on n'a plus à compter avec une pompe d'aspiration sujette à des caprices, lorsqu'elle n'est pas d'utilisation courante. »

G. F.

## *L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE*

# La Presse

### Les rétrécissements du rectum.

Les 226 cas, étudiés par le Docteur BENSAUDE, appartiennent aux trois variétés suivantes : congénitaux, cicatriciels, inflammatoires, ces derniers étant principalement de nature vénérienne.

Chez tous les malades porteurs d'un rétrécissement, on devra rechercher : la syphilis, la chancrelle, la tuberculose, la maladie de Nicolas Fabre avec son adénopathie inguinale caractéristique, et l'on devra pratiquer un Wassermann, une intra-dermo-réaction de Dmelcos, une réaction de Frei, afin d'établir un traitement étiologique.

Cependant la thérapeutique reste avant tout symptomatique : lutte contre la douleur, la constipation, et surtout la suppuration. Les suppositoires au bismuth ou au collargol, les pansements à la coréine et au dermatol, les petits lavages à base de substances non irritantes sont utiles. La radiothérapie diminue souvent les écoulements, et tarit au moins partiellement les fistules ; elle doit être essayée toutes les fois que l'on soupçonne le rôle pathogénique des masses ganglionnaires péri-rectales dans la production de la sténose.

Localement, à la dilatation simple on préfèrera la dilatation diathermique. Les indications du traitement chirurgical restent limitées ; il devra maheureusement se borner le plus souvent à une opération palliative : l'anus iliaque gauche, temporaire ou définitif, suivant le cas.

Maladie fatalement progressive, le rétrécissement du rectum peut être considéré comme l'affection du rectum la plus grave après le cancer. (*Le Bulletin médical,* 11 juin 1932.)

### Paralysies faciales congénitales.

MM. BABONNEIX et MIGET ont eu l'occasion d'observer trois cas de différents types particuliers de paralysie faciale congénitale, pure ou associée.

Les paralysies du type périphérique sont bilatérales ou unilatérales (totales ou partielles) ; elles sont indépendantes de tout traumatisme obstétrical.

Il existe aussi des paralysies congénitales du type central ; celles-ci sont encore mal connues, et sont, comme les précédentes, et selon toute vraisemblance, dues elles aussi à des malformations intéressant, non plus le tronc du facial, mais l'un des faisceaux géniculés. (*Gazette des hôpitaux,* 22 juin 1932.)

### Comment on devient bossu ?

Le Docteur C. Rœderer expose qu'il y a beaucoup de manières de devenir bossu. Deux sont classiques et appartiennent à une nosographie déjà ancienne. Elles relèvent du mal de Pott, tuberculose vertébrale, ou de cet ensemble de déviations latérales que l'on continue de grouper sous le nom générique de scolioses. Ce sont les vrais grands bossus.

D'autres affections, dont un des éléments symptomatiques est la gibbosité, ont été plus récemment identifiées. Elles s'inscrivent dans tous les chapitres de la pathologie, car ce sont ou les os, ou les articulations, ou les muscles, ou le système nerveux qui sont primitivement et essentiellement frappés. Elles fournissent en général des bossus moins difformes.

Mais tous les maux de Pott ne fabriquent pas des bossus. Le vrai bossu est celui dont quelques vertèbres dorsales sont détruites ; les maux de Pott postérieurs, cervicaux ou lombaires survenant dans des régions naturellement concaves en arrière, exigent déjà de grandes destructions pour amener le segment rachidien à devenir plan, et des désordres considérables sont ici nécessaires pour former une courbure convexe en arrière.

Cependant une gibbosité pottique n'est pas toujours franchement médiane, elle est quelquefois latérale et se confondra avec l'aspect des scolioses. Celles-ci sont dues principalement au rachitisme ; parmi les autres causes, il faut citer les séquelles de paralysie infantile, les pleurésies suivies d'empyème, les anomalies vertébrales, etc.

Les façons plus modestes de devenir bossu tiennent, soit à des maladies ou à des anomalies purement locales (plastispondylie, fractures de la colonne vertébrale, syndrome de Kummel-Verneuil, cyphose), soit à des affections qui frappent accessoirement la colonne vertébrale (spondylose rhizomélique, maladie de Friedreich, plicatures de guerre. (*Le Journal Médical français*, juin 1932.)

### De l'esprit chez les bossus et d'autres vertus accessoires ....

Les bossus méritent-ils la réputation d'esprit qu'on leur a faite ? ont-ils le cerveau délié, l'âme caustique et leur gibbosité cache-t-elle une boîte à malices ? Cette opinion est entrée dans l'âme populaire, ainsi qu'en fait foi l'histoire de la littérature, dont le Docteur C. Rœderer fait de bien intéressants extraits et citations.

Cependant les orthopédistes pensent tous qu'il y a bossus et bossus, comme bien des manières d'être bossu, et qu'il y a bien des gammes dans leur subtilité intellectuelle. Un myxœdémateux contrefait et cyphotique n'a, en principe, qu'une finesse d'esprit assez réduite ; un petit achondroplaste peut donner l'illusion d'une maturité assez précoce à cause de son haut front ridé, mais rien, après tout, n'empêche un malade de Friedreich, s'il prend fantaisie à la Providence, d'avoir à la fois un pied-bot invétéré, une cyphose élégante et les méninges très ridées que la théorie, chère à un ardent polémiste, prête aux hérédo-syphilitiques. On ne voit, en général, qu'une relation lointaine entre la carie tuberculeuse et la circulation encéphalique.

Mais, en fait, le bossu a quelques raisons d'être malin. Souvent objet de dérision et de quolibets au cours de son enfance, il s'efforcera, s'il a l'âme rancunière, de trouver la plaisanterie vengeresse, la blague aiguë qu'il plantera comme une banderille ; il prendra une tournure d'esprit tatillonne, revendicatrice et mordante.

A-t-il au contraire l'âme bonne, un peu d'élévation de pensée, un certain détachement des contingences immédiates, cet être souffreteux ne va-t-il pas s'efforcer, par un travail plus assidu, une application plus grande, lui, le déficient physique, le vaincu des jeux, l'exilé des sports, de conquérir d'abord la supériorité que confèrent les lauriers scolaires, puis, par la force des choses, la prééminence intellectuelle consécutive ? (*Le Journal Médical français*, juin 1932.)

### De l'amygdalite phlegmoneuse linguale.

Le Docteur P. Truffert démontre que, sous la dénomination « phlegmon de l'amygdale linguale », on groupe deux affections absolument différentes.

L'une, qui est un abcès localisé dans une crypte de l'amydale linguale, et qui n'est pas un phlegmon puisqu'il n'y a aucune participation du tissu cellulaire, abcès dont l'évolution se fait vers la superficie, qui en constitue la voie d'abord.

L'autre, qui est une glossite phlegmoneuse, car l'infection est localisée dans le riche tissu cellulaire favorisant le glissement incessant des faisceaux musculaires, qui abordent la langue ; infection à situation profonde, à grosse réaction locale et générale, et dont l'évacuation ne peut être obtenue qu'au prix d'une effraction. Celle-ci est localisée dans la loge de l'artère linguale, au point où elle pénètre dans la musculature.

On peut schématiser encore en disant que la première est une amygdalite abcédée, mais non un phlegmon, alors que la seconde est un phlegmon, dont l'étiologie amygdalienne est inconstante, et non indispensable.

Ce sont donc deux affections différentes, qui doivent être complètement isolées l'une de l'autre dans les descriptions cliniques, tant elles s'opposent, sinon par leur étiologie, du moins

par leur localisation anatomique, leur symptomatologie, leur évolution, leur voie d'abord thérapeutique.

L'amygdalite linguale isolée est rare en clinique ; c'est une tuméfaction qui siège en général dans la partie moyenne de l'amygdale linguale, là où les cryptes présentent leur maximum de développement. Abandonnée à ellemême la collection fuse vers la superficie ; elle s'évacue spontanément, donnant issue à une collection fétide, quelquefois caséeuse. Cette évacuation est suivie d'une guérison rapide. Dans certains cas, où la gêne est trop considérable, la collection peut être évacuée chirurgicalement.

Pour la glossite phlegmoneuse, il existe dans la région basale de la langue une collection latéralisée, entourée d'un volumineux œdème infectieux, dont l'extension donne à l'affection son caractère d'extrême gravité. En effet, si initialement cet œdème filtre dans les espaces cellulaires qui limitent les muscles de la langue, abandonné à lui-même, il s'étendra vers les régions voisines et surtout vers la région glosso-épiglottique jusqu'à atteindre même l'orifice supérieur du larynx et à donner lieu aux accidents d'asphyxie, à tous ses degrés, jusques et y compris la syncope mortelle, qui peut être une terminaison de cette affection.

Abandonnée à elle-même, la glossite phlegmoneuse peut s'ouvrir à l'extérieur. Cette ouverture spontanée se fait rarement à la base de la langue ; généralement, c'est au bord peut-être, plus souvent encore sur le versant inférieur du bord, dans la région du V lingual que la collection s'évacue. Il est exceptionnel que cette éventualité se produise car, généralement les souffrances du malade, la gravité des signes généraux et des troubles fonctionnels ont nécessité la mise en œuvre d'un traitement chirurgical.

Le diagnostic est quelquefois extrêmement délicat avec l'angine de Ludwig, qui est le phlegmon du plancher de la bouche ; cette dernière affection s'accompagne dans l'immense majotité des cas de trismus, qui est absent dans la glossite phlegmoneuse. Mais ce diagnostic différentiel est facilité par le fait que, dans la glossite phlegmoneuse, la langue infiltrée et épaissie repose sur un plancher ayant gardé sa souplesse normale. Dans le phlegmon du plancher, au contraire, la langue souple et molle est soulevée par le plancher infiltré et dur ; le centre d'infiltration est donc inversé.

L'évolution de la glossite phlegmoneuse est simple : dès que le pus est évacué, le malade est soulagé, et la guérison survient en quelques jours. (*Le Bulletin Médical*, 25 juin 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### La sérothérapie : ses origines, son avenir.

(M. Charles Richet. — *Académie de médecine* ; 25-10-1932.)

Comment est née la sérothérapie, cette méthode thérapeutique dont les applications sont aujourd'hui si importantes ?

M. Charles Richet rappelle que la sérothérapie a pris naissance le jour — 5 novembre 1888 — où, avec Héricourt, il fit à l'Académie des sciences une communication sur la *Transfusion péritonéale et l'immunité qu'elle confère.* Transfusant dans le péritoine du lapin du sang de chien ayant fait un abcès pyoseptique, les auteurs virent que ces lapins se trouvaient ainsi immunisés contre la septicémie pyoseptique. Ils se demandaient déjà, dans leurs conclusions, si une immunité analogue ne s'étendrait pas à d'autres affections (charbon, tuberculose, etc.).

Le 6 décembre 1890, dans le service de Verneuil, à l'Hôtel-Dieu, Charles Richet pratiqua la première injection sérothérapique qui ait été faite chez l'homme.

Pendant ce temps, Behring et Kitasato appliquaient la sérothérapie découverte par Charles Richet et Héricourt au traitement du tétanos et de la diphtérie et, en décembre 1890, ils publiaient un mémoire sur la sérothérapie de ces deux affections, méthode qui leur avait donné d'éclatants succès. De son côté Roux, dès 1891, étudiait le sérum antidiphtérique, le perfectionnait (en prenant, en particulier, comme animal donneur le cheval, au lieu du lapin) et présentait, dans une communication retentissante, ses travaux au Congrès de Budapest de 1894.

Depuis, la sérothérapie a pris un développement considérable. Les sérums thérapeutiques sont aujourd'hui nombreux : antidiphtérique, antitétanique, sérothérapies de la peste, du choléra, antistreptococcique, anticolibacillaire, antiménincoccique, antidysentérique de Vaillard (dysenterie bacillaire), antipoliomyélitique, sérothérapie de la fièvre jaune, de la spirochétose hémorragique, sérums de convalescents (rougeole, scarlatines graves, typhus, etc.).

Les sérums thérapeutiques sont préventifs, curatifs, antimicrobiens, antitoxiques... La sérothérapie est de son côté homogène, spécifique, ou hétérogène, croisée. Ainsi, Roux et Calmette ont

montré que le sérum antitétanique était actif contre le venin de serpent. On a obtenu aussi des résultats du sérum antidiphtérique dans l'asthme, du sérum de génisse (vaccinée contre la variole), dans la coqueluche.

Pour l'avenir, on peut fonder des espérances sur une sérothérapie anticancéreuse, antituberculeuse, etc. Les vaccinations, en progressant elles-mêmes, limiteront toutefois ces sérothérapies, en limitant leurs besoins. Leurs possibilités, néanmoins, restent encore très grandes.

### Les eaux sulfatées calciques et la pression artérielle.

(MM. Santenoise, C. Franck, L. Merklen et Vidovovitch. — *Académie de médecine* ; 18-10-1932.)

D'une série de recherches expérimentales concernant l'action des eaux sulfatées calciques sur certains mécanismes régulateurs de la pression artérielle, les auteurs concluent :

L'expérimentation physiologique montre que les eaux sulfatées calciques (Vittel Hépar, Contrexéville Pavillon, Martigny) exercent une importante action sur la régulation de la pression artérielle, en augmentant la sensibilité et l'efficacité des réflexes dépresseurs issus des zones réflexogènes et en accroissant leur action tonique frénatrice permanente. Ces premiers résultats permettent d'entrevoir l'explication physiologique de l'efficacité des cures sulfatées calciques dans le traitement de certaines hypertensions.

### Le métabolisme basal pendant le cycle menstruel.

(M. C. Borinono Udaondo. — *Académie de médecine* ; 18-10-32 )

Dans une note présentée par M Sergent, M Bonorino Udaondo signale l'influence exercée par le cycle menstruel sur le métabolisme basal. Cette influence, notée déjà par divers auteurs, ne paraît pas soumise à des règles absolues, du moins à des règles définies à ce jour.

### Chancre de la gencive.

(MM. Proust, Darcissac et Hennion. — *Société de chirurgie* ; 12-10-32.)

Les auteurs présentent un cas de chancre de la gencive, siégeant sur la ligne médiane, à la hauteur de la mâchoire supérieure, et dont le point de départ semble avoir été le frein de la muqueuse.

Le début a été fébrile et s'est manifesté par des douleurs à l'angle de la mâchoire inférieure, une tuméfaction sous-maxillaire bilatérale, un gonflement douloureux de la gencive supérieure, le tout rappelant un état phlegmasique. La malade fut reçue en chirurgie et l'on constata, à l'entrée, une tuméfaction de la gencive au niveau des incisives supérieures, avec ulcération de la dimension d'une pièce de un franc, recouverte d'un enduit blanchâtre. La palpation de la joue (palper combiné intra-et extra-buccal) fit sentir à gauche un cordon dur allant jusqu'au masseter. A droite et à gauche, adénite sous-maxillaire avec phénomènes inflammatoires (rougeur, chaleur locale). Un mois après, apparition d'une roséole caractéristique. Un frottis au niveau de l'ulcération montre des tréponèmes très caractérisés à l'ultramicroscope.

En résumé, chancre syphilitique de la gencive avec phénomènes inflammatoires ayant rendu le diagnostic difficile. On avait pensé, en effet, à une stomatite accompagnée d'adénite aiguë sous-maxillaire.

### Ablation d'un éclat d'obus intra-pulmonaire par voie juxta-vertébrale.

(M. A. Maurer. — *Société de chirurgie* ; 6-7-1932.)

M. Maurer a observé un malade, porteur depuis la guerre d'un éclat d'obus, chez qui l'aggravation produite par des hémoptysies répétées indiquait un traitement actif. La radiographie montrait un éclat d'obus situé profondément. M. Maurer se décida à employer la voie médiastinale, basée sur les recherches de M. Proust de désarticulation des côtes d'avec la colonne vertébrale. Un double repérage radioscopique et l'aide de l'écran pendant l'opération permirent de mener celle-ci à bien.

P. L.

### Diagnostic entre les anévrysmes de l'aorte et les tumeurs non vasculaires par la kymographie.

(MM. Aubertin, Delherm, Thoyer-Rozat et Fischgold. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

La kymographie permet l'inscription des contractions cardio-vasculaires sur le film radiographique ; elle permettra peut-être d'élargir dans ce domaine les possibilités de l'examen radiologique. Ce diagnostic différentiel est basé sur la séparation de l'image pathologique de celle de l'aorte, quelle que soit l'incidence. Il suffit, en effet, de dissocier sous une seule incidence l'image pathologique pour affirmer qu'elle est extra-vasculaire et indépendante de l'aorte. Il y a un certain nombre de cas, dans lesquels la formation pathologique est accolée à la paroi aortique, ayant avec elle des rapports tellement intimes qu'elle paraît la continuer. Le diagnostic est d'autant plus difficile que, dans ces cas, la masse tumorale subit les mouvement d'expansion et de retrait du vaisseau.

Sur le kymogramme, ce sont les organes immobiles qui se perdent dans une grisaille, tandis que les parties mobiles apparaissent de contour très net. La mobilité d'un organe, cause habituelle du flou, est justement la condition qui favorise la netteté de ses contours sur le cliché kymographique. De plus, un contour qui se perd au sein d'une opacité quelconque est identifié sur le kymogramme, grâce aux crochets dus à sa mobilité.

**La dose, dite d'excitation, en radiothérapie.**

(M. Ch. Guilbert. — *Soc. de médecine de Paris* ; 25-6-1932.)

Les rayons X sont essentiellement des agents de destruction, d'histolyse. Le mécanisme de leur action, les recherches histologiques expérimentales faites après des applications de faibles doses, le démontrent. Les effets d'excitation fonctionnelle obtenus en thérapeutique avec les faibles doses sont des interprétations incomplètes des résultats. La transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes ne saurait donc être attribuable aux rayons X. Pour éviter dans le cas de cancer latent, impossible à diagnostiquer, de diminuer la résistance organique au cancer avec des doses insuffisantes, il faudrait renoncer aux doses fractionnées, aux séances répétées.

**Transfusion du sang et paludisme.**

(MM. Nobécourt, Liège, Grodnitsky et Comninos. — *Soc. de pédiatrie de Paris* ; 12-7-1932.)

Les auteurs rapportent deux cas de paludisme, transmis par la transfusion sanguine, en des circonstances particulières. Ici, le paludisme n'a pas été transmis par des sujets ayant eu des accès paludéens ; mais l'inoculation a été faite par le sang d'un sujet, qui avait habité des pays impaludés, mais qui, ayant été soumis à la quininisation préventive, n'avait jamais fait d'accès palustre.

Il apparaît donc préférable désormais de ne pas prendre comme donneur un sujet ayant habité les colonies, même s'il n'a jamais eu d'accès palustres ; il serait d'ailleurs à désirer que dans les centres de donneurs, on pratique la réaction de Henry pour déceler le paludisme, comme on pratique celle de Bordet-Wassermann.

**Six cas de colipyurie infantile, traités par le sérum anticolibacillaire de Vincent.**

(M. Ferrié, de Poitiers. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 24-5-1932.)

La guérison a été obtenue cinq fois sur six, avec rapidité, et l'échec semble nettement imputable à l'application trop tardive et trop timide de la sérothérapie.

Au point de vue étiologique, les six observations concernent des enfants du sexe féminin, ce qui confirme la plus grande fréquence chez les filles. Au point de vue séméiologique, ces infections urinaires ont été précédées de troubles digestifs dans la moitié des cas, réalisant ainsi un syndrome entéro-rénal typique.

Dans quatre cas sur six, le résultat thérapeutique a été excellent : rapidement la fièvre a été jugulée, les urines sont devenues claires, et la guérison a été vite assurée. Dans un cas, la guérison a été moins prompte et moins complète ; les urines sont demeurées longtemps troubles, malgré le retour apparent à une santé parfaite ; c'est que la sérothérapie avait été timide et hésitante ; doses trop faibles (3 c. c., 4 c. c., et trois fois 5 c. c.) et trop espacées.

Le Professeur Vincent conseille maintenant, chez les nourrissons 10 c. c. à 15 c. c. par jour, chez les enfants plus âgés, 15 c. c. à 20 c. c. par jour pendant cinq à six jours. La précocité du traitement est une autre condition fondamentale ; il ne faut pas la réserver aux états infectieux graves et rebelles, ou quand tous les traitements usuels sont restés sans effet.

M. Lereboullet signale un autre moyen de faire disparaître certaines pyuries à colibacilles tenaces. C'est l'emploi, par voie buccale, d'un bactériophage préparé à l'aide des colibacilles isolés de l'urine du malade.

**Présentation de deux jumeaux mongoliens : étude endocrinienne.**

(G. Blechmann, Guillaumin et Karmann. — *Soc. de pédiatrie de Paris* ; 21-6-1932.)

Les deux jumeaux mongoliens sont âgés de 6 ans 1/2 ; c'est là une observation rare. Ils sont du même sexe, univitellins ; ce sont les premiers nés de parents jeunes, non tarés, n'ayant jamais été dans un état de misère physiologique. Le deuxième jumeau, plus menu que son frère, est cependant moins microcéphale, moins brachycéphale, en même temps que son intelligence est plus vive. Son cœur est normal, alors que celui de son frère est le siège d'une communication interventriculaire.

Les résultats de l'étude endocrinienne engagent à essayer un traitement par des extraits thymiques, et accessoirement par des extraits hypophysaires et thyroïdiens. Les résultats cliniques renseigneront peut-être sur ce que l'on peut attendre de ces investigations nouvelles de l'endocrinologie.

**Complication rare dans la scarlatine : hémorragie foudroyante par ulcération de la carotide interne.**

(MM. Bagzan et Roibas. — *Soc. de pédiatrie de Bucarest* ; 16-1-1932.)

C'est un cas de scarlatine légère avec une évolution normale au début, mais qui, après une rechute, a fait diverses complications, avec mort au quarante et unième jour par hémorragie foudroyante. Le processus ulcératif, commencé dans la loge amygdalienne droite, a progressé dans la profondeur pour arriver à la paroi de la carotide interne ; un embolus est parti de là pour s'arrêter dans l'artère cérébrale moyenne, et déterminer une hémiplégie.

G. F.

# Les Congrès

## SEMAINE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LE CANCER

(du 27 juin au 3 juillet 1932.)

organisée par la *Ligue française contre le cancer*, sous le patronage de M. le Ministre de la Santé publique.

**Que savait-on, que sait-on du cancer ?** par M. le Professeur J. Sabrazès, chef de service au Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Jusqu'à la première moitié du XIXe siècle, on n'en savait pas plus long, sur le cancer, que les auteurs immémoriaux de la Ramayana. Les opinions les plus extravagantes avaient cours.

Toutes les recherches effectuées depuis lors ont affirmé l'existence de tumeurs malignes d'espèce différente ; la nature de la cellule en prolifération active et désordonnée est la signature de l'espèce néoplasique. Le cancer ne résulte nullement d'une infection microbienne ; il est dû à une anarchie de cellules sorties du rang qui leur était assigné par leurs fonctions physiologiques, cellules désolidarisées des tissus dont elles faisaient partie.

La possibilité de transmettre par greffe le cancer de la souris blanche à des animaux de même espèce a fourni sur la genèse du cancer, sur ses conditions de croissance et d'arrêt, des données d'une grande importance. Une enquête sur le rôle de l'hérédité devenait relativement facile, grâce aux croisements contrôlés et aux arbres généalogiques, à longue portée, d'animaux dont l'existence n'excède pas trois ans.

Les cancers dits professionnels ont fait soupçonner le rôle cancérigène de certaines substances. Le cancer du goudron, aisément réalisé sur la souris blanche et le lapin, a ouvert de magnifiques horizons sur les influences favorisantes ou empêchantes tenant aux glandes à sécrétion interne, à diverses modifications physico-chimiques, à l'intervention d'agents médicamenteux, etc...

La présence de parasites animaux dans l'estomac, dans le foie, dans l'appareil urinaire, etc..., peut avoir un effet cancérigène ; c'est là encore une notion féconde. Plus importante encore celle des états précancéreux, des cicatrices amorçant le cancer, d'une si nrande portée.

Que de progrès réalisés dans l'étude des cellules cancéreuses, de leur biologie, de leur quasi-anaérobiose, du rôle atténuateur de l'oxygénation à ou, trance, de leur culture *in vitro*. La culture des tissus, les propriétés des rayons X et du radium ont agrandi le ch^mp de nos connaissances à ce sujet. On sait maintenant prévoir le développement du cancer, le diagnostiquer à temps, éviter ce qui l'exacerbe, hâter l'intervention chirurgicale, définir la radiosensibilité.

**Avantages du dépistage précoce du cancer**, par M. le Professeur Lambret, directeur du Centre anticancéreux de la région du Nord.

Qui ne sait, à l'heure actuelle, que le cancer n'est pas un mal sans espoir et qu'au contraire, pendant toute sa période de début, il est, dans la majorité des cas, essentiellement vulnérable ; oui, tant qu'il est une maladie locale, on peut le guérir et pour toujours. S'il fait encore tant de victimes, c'est que, presque toujours les traitements qui seraient victorieux sont mis en œuvre trop tard, alors que le mal a pris des racines étendues. Le principal responsable de ce retard, c'est le malade lui-même.

Pourquoi ce retard ? Les raisons sont des raisons humaines, telles que la pudeur, la peur, le manque d'argent, l'insouciance et surtout une seule qui les contient toutes, l'ignorance. Il en est d'autres, citons : les pernicieux conseils d'un entourage ignorant lui aussi ; les traitements intempestifs d'un charlatan ; l'examen insuffisant qui est le fait d'un médecin négligent, et le dernier en date, la fausse sécurité procurée par l'absorption d'un médicament soi-disant préventif.

Cependant, il y a une atténuation à la culpabilité des malades ; c'est que le cancer n'est pas, pendant très longtemps, une cause de douleur, et l'homme ne s'inquiète réellement que quand il souffre.

Le public a une autre excuse ; il n'est en général pas initié aux lois physiologiques qui réagissent l'organisme et par conséquent ne prête pas une importance suffisante aux petits signes anormaux qui marquent le début du cancer.

C'est dans ce sens qu'il faut l'éduquer. L'action à exercer peut être beaucoup plus simple ; elle peut être efficace à la condition d'être incessante : elle consiste à obliger le public à penser au cancer, à rappeler à tout le monde que tout le monde est candidat au cancer.

D'autre part, il faut imprimer dans l'esprit de tous, quelques notions élémentaires : le cancer n'est pas une maladie honteuse, le cancer n'est pas une maladie contagieuse, le cancer peut être guéri radicalement s'il est découvert et bien soigné à temps. Donc : si vous souffrez de l'estomac, ou maigrissez sans motif, si sur la figure, sur les lèvres, sur la langue, un bouton ou une ulcération durent plus de quinze jours, si vous perdez du sang ou des glaires par l'anus, si, chez une femme, des pertes surviennent en dehors

des époques, *un examen d'urgence et complet est indispensable.*

**Nous devons guérir les cancéreux**, par le Professeur H. HARTMANN, membre de l'Académie de médecine.

40.000 malades environ meurent chaque année, en France, des suites d'un cancer ; si on laisse de côté les enfants, on constate que sur 10 morts d'individus ayant dépassé 15 ans, il y a une mort par cancer. Cette mortalité considérable est en grande partie due à ce fait que le médecin n'est souvent appelé que tardivement, et qu'il est alors impuissant. Aussi le public considère-t-il le cancer comme un mal terrible, ne laissant guère d'espoir ; on n'ose même, dans les familles, en prononcer le nom. La situation est actuellement pour le cancer ce qu'elle était pour la tuberculose, il y a 30 à 40 ans.

Au début, le cancer est une maladie locale, qui gagne peu à peu et finit par se généraliser. Il est alors devenu dans l'état actuel de la science, incurable. Mais traité à temps, supprimé soit par l'intervention sanglante, soit par des radiations suivant les cas, il peut guérir. Tous les chirurgiens qui ont une pratique assez longue, suivent des opérés de cancer, qui restent guéris après cinq, dix, quinze, vingt ans et plus. Et il s'agit là de cancers certains, dont le diagnostic clinique était évident, dont l'examen microscopique de la pièce enlevée a montré l'exactitude. On ne peut plus mettre en doute, aujourd'hui, la possibilité de la guérison du cancer. Pourquoi n'avons-nous encore en moyenne, que 25 à 30 % de guérisons durables après nos interventions. C'est parce que les malades ne s'adressent pas à leur médecin d'assez bonne heure. Craignant l'opération, convaincus que le mal récidivera après elle, pensant que le cancer est incurable, ils ne vont pas consulter immédiatement, ils tardent d'autant plus à le faire que le cancer au début est *indolent.*

Alors qu'une affection inflammatoire, le plus souvent sans gravité, est douloureuse, que le malade souffrant s'inquiète, un cancer, qui au début ne s'accompagne souvent d'aucun trouble sérieux, dont l'évolution insidieuse semble bénigne, est négligé. Le cancer restant indolent pendant une longue période de temps, quelquefois même jusqu'à la mort, le malade ne s'en préoccupe pas, et le laisse évoluer jusqu'au jour où il est devenu incurable.

Femmes, méfiez-vous des indurations indolores du sein, et non pas, comme vous le faites, des poussées douloureuses qui se font quelquefois à son niveau ; méfiez-vous de tout écoulement anormal de sang. Malades, préoccupez-vous des ulcérations persistantes de la langue ou des lèvres, des petites tumeurs cutanées qui augmentent ou s'ulcèrent, des troubles digestifs persistants, surtout quand ils surviennent à un certain âge, d'une constipation qui ne débute qu'à 40 ou 45 ans. Ne vous attardez pas à appliquer des pommades, à prendre des médicaments cuivre, arsenic, magnésium, bismuth, etc,, que vantent des réclames payées dans la Presse. Nous ne connaissons pas actuellement de médicament faisant fondre les tumeurs cancéreuses. Dès que le cancer est reconnu, il faut l'enlever chirurgicalement, ou le détruire par des applications de rayons X ou de radium. Chacun de ces traitements a ses indications qui dépendent du siège et de la nature du cancer en présence duquel on se trouve. N'attendez pas que le mal se soit propagé à distance.

Rappelez-vous que le cancer traité à ses débuts d'une manière rationnelle n'est pas à craindre, et qu'il guérit alors presque sûrement et définitivement.

**Inauguration de la semaine du cancer**, par M. Georges-RISLER, membre de l'Institut, président du Musée social et de la Commission générale de propagande de l'Office national d'hygiène sociale.

Il n'est pas sûr que le cancer soit en augmentation mais il est certain que le nombre des cas signalés, reconnus et soignés, s'est largement accru au cours de ces dernières années. De cela on ne peut que se féliciter car ce n'est point en dissimulant le mal ou en l'ignorant qu'on le guérit.

***

Le grand honneur des associations qui, courageusements, ont entrepris la lutte contre le cancer est justement de le dépister dans un grand nombre de cas où jadis il restait ignoré ou négligé. Leur effort porte maintenant sur le dépistage précoce du cancer et de sérieux progrès ont été accomplis à cet égard.

D'autre part, les admirables travaux accomplis au cours de ces dernières années par les grands savants, comme le Professeur Regaud, ont permis d'assurer la guérison d'un grand nombre de ces cancers diagnostiqués dès le début. Il s'agit donc avant tout de prendre garde aux petits boutons si souvent négligés qui se produisent avec épaississement de l'épiderme et de les signaler aux médecins. Alors, à ce stade de la maladie, le signe extérieur qui la dénonce peut être détruit par le radium ou par l'amputation et le cancer est définitivement guéri. Si ces précautions ne sont pas prises, les cellules cancéreuses pénétreront dans les vaisseaux lymphatiques et donneront naissance à des tumeurs secondaires ; c'est la généralisation.

***

L'hérédité peut-elle être admise ? Aucune certitude ne peut être donnée à cet égard, mais elle mérite d'être attentivement considérée. Peut-être l'hérédité cause-t-elle une certaine prédisposition ou susceptibilité ? Les travaux des Professeurs Gougerot et Queyrat ont eu, comme conclusion, que dans 47 % des cas, le cancer se développait sur les tissus atrophiés par la syphilis. Il y a là une constatation d'un extrême intérêt et quelque peu consolante puisque le

remède spécifique contre la syphilis est connu, que trois procédés de guérison peuvent être mis en œuvre avec la certitude du succès lorsque le mal n'est pas encore invétéré.

L'hygiène, la propreté de la peau, les soins donnés aux affections cutanées et aux tumeurs bénignes concourent de manière presque certaine à éviter les cancers. Les cancers de la bouche ont souvent pour cause une atrophie de glandes causée par la syphilis ; on accuse également le tabac. Cette forme ne représente que 5 % du total des cas.

Celui de l'utérus arrive jusqu'au quadruple environ.

Les cancers de l'estomac s'élèvent environ à plus de 40 % des cas ; ceux de l'œsophage sont évalués à 15 % au moins. Et ici les résultats obtenus sont peu consolants.

***

Les méthodes de traitement qui existent actuellement sont les suivantes : détruire en masse la région où le cancer s'est développé ou séparer cette région du reste du corps par amputation ; détruire électivement les cellules cancéreuses par les rayons X ou par ceux qui émanent des corps radio-actifs ;

Jusqu'ici les médications soi-disant spécifiques n'ont pas donné de résultats curatifs.

L'action chirurgicale obtient de nombreuses guérisons, mais demande une grande habileté. L'intervention ne peut s'exercer fructueusement qu'au début, avant tout commencement de généralisation et les récidives sont extrêmement graves. Le succès de l'opération dépend surtout de la précocité du dépistage du cancer et de la valeur de l'opérateur.

L'action radiothérapique est beaucoup plus compliquée et difficile que le procédé chirurgical. De très grands progrès ont été réalisés depuis trente ans dans l'emploi des rayons X et des corps radio-actifs. Les procédés se perfectionnent encore chaque jour et nous permettent d'espérer que les résultats déjà obtenus ne sont qu'un commencement.

Les résultats constituent cependant dans leur ensemble un grand encouragement et en persévérant dans la lutte sérieuse entamée à l'heure actuelle, on peut espérer voir diminuer très largement et assez rapidement les ravages causés par cette affreuse maladie.

Diagnostic précoce et sûrement établi par un spécialiste auquel le médecin non spécialisé peut toujours envoyer son malade ; ensuite intervention soit chirurgicale, soit par les rayons X ou le radium ;

Comment obtenir ceci ? Par la multiplication des dispensaires.

Multiplions les affiches, les conférences, les tracts destinés à combattre le cancer. Aidons de toutes nos forces les Ligues qui n'ont pas craint d'entreprendre courageusement cette lutte ardue et si pénible et nous aurons rendu à notre patrie un signalé service.

*(à suivre).*

# Les Livres

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine,

— Roland Even. — **Vomissements de la grossesse.**

Le Docteur Roland Even fait une étude complète de la clinique et de la thérapeutique de toutes les formes de vomissements de la grossesse. Il rapporte de nombreux faits personnels et vient compléter le travail entrepris par son grand-père et son père, les Docteurs Manuel et Gabriel Even sur la classification et la guérison, même dans les formes les plus graves, de ces vomissements.

Manuel Even écrivait déjà en 1884 : « Il n'y a pas de vomissements incoercibles de la grossesse », et Roland Even nous apporte la classification de son père qui sépare une forme dyspeptique pure, une forme dyspeptique avec aérophagie, une forme dyspeptique avec dilatation atonique de l'estomac. Puis, après une étude critique des conceptions pathogéniques de ces vomissements, l'auteur nous donne un guide thérapeutique très étudié, basé sur l'étude clinique, et variable avec la forme clinique du vomissement : traitement de l'aérophagie, traitement de la dilatation atonique de l'estomac.

Ce livre vient mettre au point la question si délicate des vomissements de la grossesse, et, par la clinique basée sur de nombreuses observations qu'il rapporte, autant que par la thérapeutique basée sur des faits cliniques précis, il sera d'un précieux secours à tout praticien appelé à suivre une femme pendant sa gestation.

G. Boudin.

Librairie Delmas, Bordeaux.

Docteur Jean Audit. — **L'opothérapie orchitique chez la femme.** Etude historique, clinique, expérimentale (1932).

Le médecin cultivé, dit Jean Audit dans son avant-propos, ne peut pas se désintéresser des questions attachantes, troublantes, que soulève le problème de la sexualité et dont l'étude lui apporte souvent la lumière indispensable à la conduite d'un traitement. Et ceci est surtout vrai dans le domaine de la psycho-neurologie.

L'auteur ayant rappelé que les plus grands noms de la biologie s'inscrivent dans des études d'endocrinologie hétéro-sexuelle, qui ont donné naissance à une littérature extrêmement abondante, s'est proposé de dresser une revue générale de la question.

Encouragé en cela par le Professeur Sabrazès, il s'est efforcé d'en faire la mise au point, tout en ne négligeant aucune occasion d'apporter des vues personnelles issues de sa propre expérience « ... *Equidem virginibus suadeo ut citissime cum viris conjungantur ; si enim conceperint, sanae evadunt* », a dit Hippocrate, dont la vue intuitive était allée loin dans ce domaine comme en beaucoup d'autres. L'organisme incomplet de la femme, lorsqu'il est frustré ou dupé dans ses aspirations physiques et psychiques, est sujet à des troubles de déséquilibre, dits de carence, qui sont maintenant bien catalogués. L'abstinence est un mal, mais elle est moins néfaste certainement que l'amour détourné de son but, et à côté des troubles carentiels par le célibat se placent, plus marqués et plus graves dans leur répercussion, les troubles par fraudes conjugales qui se caractérisent le plus souvent, par des poussées d'hyperthyroïdie avec nervosisme croissant.

Mais, depuis les recherches de Pierra et Jouve, et les travaux de Léopold Lévi, Sédillot, Dalché, Cotte, Malherbe et beaucoup d'autres, on sait que ces troubles nerveux, dits de carence, comme ceux de la menstruation qui s'y rattachent, trouvent leur traitement spécifique dans l'opothérapie orchitique, principalement sous forme d'androstine. Jean Audit rappelle et classe fort justement les divers cas où cette opothérapie a été instituée avec succès ; outre les cas de psycho-nervosisme sus-mentionnés, signalons l'obésité, certains syndromes cutanés, pelade, psoriasis, et surtout l'acrocyanose et les engelures qui paraissent réellement spécifiquement influencées.

Livre excellent qui se lit avec facilité, dans un style simple, clair, dépouillé de toute inutile phraséologie.

A. J.

J.-B. BAILLIÈRE et FILS
19, rue Hautefeuille, Paris, 6e,

— **Protection des enfants du premier âge.** — *Lois, règlements, décrets, ordonnances, instructions ministérielles et préfectorales.* Un vol. in-8 (15,5 × 23,5) de 166 pages : 18 francs.

Ce recueil apporte aux Administrations publiques, aux Œuvres et aux Institutions privées, son tribut officiel de lois, décrets et instructions, qui leur permettra de connaître leurs droits, de perfectionner leurs organisations en y apportant les améliorations qu'elles comportent.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr J. GADRAT. — **De l'espace périvasculaire du cerveau et de la moelle.** (*Histopathologie et applications thérapeutiques.* (Un vol. in-8° de 185 pages avec 34 figures. 30 francs).

La première partie est consacrée à l'exposé anatomique général des méninges et des espaces périvasculaires. Dans les deux parties suivantes, l'auteur a essayé de savoir s'il existait dans ces espaces des courants centrifuges ou centripèdes.

Il a envisagé, pour finir, les conséquences de ces recherches dans la thérapeutique intra-arachnoïdienne du tabès. La médication sous-arachnoïdienne a été utilisée depuis 1912 dans le traitement de la syphilis nerveuse avec des résultats cliniques et biologiques quelque peu différents : ces résultats, encourageants dans le tabès, sont beaucoup plus incertains dans la paralysie générale.

Chez les tabétiques traités par le sulfarsénol en injections intra-rachidiennes, après échec de toutes les médications intraveineuses, on peut, au prix d'exacerbations transitoires extrêmement pénibles, observer parfois des améliorations considérables dans les phénomènes douloureux. Malheureusement, la méthode n'est pas inoffensive, et des accidents graves peuvent être ainsi déclenchés.

G. DOIN et CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

PASTEUR VALLERY-RADOT et F. CLAUDE (du Mont-Dore). — **L'asthme bronchique** (Un vol. in-8° de 54 pages, avec figures, dans le texte, in « *La Pratique Médicale illustrée* » (Prix : 16 francs).

Les auteurs tracent les grandes lignes de la symptomatologie de l'asthme, esquissent sa pathogénie telle qu'on peut la concevoir actuellement, enfin passent en revue les principaux traitements, qui ont fait leurs preuves. Ils sont aujourd'hui, disent-ils, éloignés de tout dogmatisme.

Dans un premier chapitre, ils étudient les caractéristiques de l'accès d'asthme, puis les types d'accès, enfin les équivalents respiratoires : coryza spasmodique, rhume des foins, toux spasmodique.

Dans un second chapitre, ils montrent sur quelles notions s'étaye aujourd'hui la pathogénie de l'asthme ; ils font l'étude du terrain diathésique et du mécanisme de la crise. Les auteurs font preuve d'un grand éclectisme ; c'est leur mérite d'avoir montré que l'asthme a des mécanismes extraordinairement variés. Contrairement aux auteurs précédents, ceux-ci ne sont pas partisans d'une pathogénie.

Le traitement est longuement étudié : traitements agissant sur la crise ; traitements ayant pour but de modifier la constitution de l'asthmatique ; agents transformateurs du système vago-sympathique ; méthodes humorales ; méthodes de désensibilisation spécifique, etc.

« Les traitements de l'asthme, disent MM. P. V. R. et C., sont variés. On ne doit pas les employer sans discernement. Certains asthmatiques bénéficient beaucoup d'un traitement, qui se montre complètement inefficace chez d'autres. Il faut donc, avant tout essai thérapeutique, faire un examen minutieux du malade, rechercher les causes qui sont à l'origine de l'état asthmatique et les conditions d'apparition des crises.

C'est une erreur de supposer qu'il peut y voir une méthode générale de traitement de l'asthme. A chaque asthmatique répondent des traitements différents, et chaque asthmatique doit essayer successivement les diverses méthodes thérapeutiques appropriées à son asthme. »

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Chez N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

J. STÉPHANI et M. MARCHAL. — **Le diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire au début.** Préface du Professeur BEZANÇON. Un vol., 25 pages, nombreuses figures. Prix : 40 francs.

André ALIBERT. — **La tuberculose pulmonaire de l'adolescent.** Préface du Docteur Courcoux. Un vol. 180 pages, 11 fig.

Docteur Pierre HULLIGER. — **Un traitement spécifique contre la tuberculose.** Un vol. illustré, 180 pages. Prix : 25 francs.

L. NEUBERGER. — **Comment diagnostiquer et comment traiter les maladies mentales.** Préface du Docteur Ch. FIESSINGER. Un vol. 424 pages.

Chez Ernest FLAMMARION
26, rue Racine.

Docteur Gilbert ROBIN. — **Les enfants d'aujourd'hui. La paresse est-elle un défaut ou une maladie.** Un vol. 282 pages. Prix : 12 francs.

Chez MASSON et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

Camille LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. A. BLONDEL, G. HURET, M. MARCHAL et H. WELTI. — **L'angine de poitrine. Formes cliniques. Traitement médical et chirurgical.** Un vol. 430 pages, 32 fig. Prix : 55 francs.

Librairie PAYOT,
106, boulevard Saint-Germain.

Docteur Henry E SIGERIST, professeur à l'Université de Liepzig. — **Introduction à la médecine.** Traduction par Maurice TENINE. Préface du Prof. GIDON. Un vol. in-8° de la *Bibliothèque scientifique*, 364 p. Prix : 25 francs.

EDITIONS DE LA REVUE MONDIALE,
28, rue d'Assas, Paris.

Robert LASCAUX. — **La crise chirurgicale.** Un vol. 210 pages. Prix : 12 francs.

# Les Thèses

P. — Docteur P. DUCAS, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Traitement du diabète infantile par l'insuline.** (Les Editions Véga, 43, rue Madame, Paris, 1932.)

L'étude de l'action de l'insuline sur le métabolisme des hydrates de carbone chez l'enfant diabétique donne des résultats sensiblement analogues à celle qui peut en être faite chez l'adulte. Dans tous les cas, il existe une amélioration immédiate très nette dans le bilan des glucides. Par contre l'action lointaine de l'insuline est plus incertaine. Il ne semble pas que ce médicament puisse enrayer la marche de l'affection et qu'on puisse parler de guérison du diabète infantile. L'insuline permet de suppléer à la carence de la sécrétion pancréatique, mais n'arrête pas la marche du diabète qu'elle stabilise simplement. Certains points sont cependant assez particuliers à l'enfant. Il existe une disproportion fréquente entre le taux de la glycosurie et celui de la glycémie. Celle-ci n'a que peu de valeur pour fixer le pronostic. Le taux du sucre sanguin est extrêmement variable et peut être élevé chez l'enfant sans comporter de pronostic grave. Il persiste fréquemment une glycosurie matinale légère. Il n'y a aucun intérêt à vouloir rendre à tout prix le malade aglycosurique. Les troubles du métabolisme des hydrates de carbone sont très variables et peuvent se modifier sous des influences minime, telle qu'une simple fatigue ou une infection, qui peuvent déclencher facilement des poussées d'acidose, sans que celles-ci aient, d'ailleurs, forcément un caractère de gravité. L'étude de la cholestérinémie montre une légère tendance à l'augmentation du taux de la cholestérine sanguine sans que celle-ci puisse servir à fixer le pronostic. Les troubles du métabolisme de base sont très variables et n'obéissent pas à des règles fixes. Le plus souvent le métabolisme de base est peu troublé chez l'enfant diabétique bien traité. On note simplement une légère exagération de ce dernier au moment de la puberté.

Les troubles du développement, tant statural que pondéral, sont importants au cours du diabète infantile. Ils permettent d'établir un contrôle précieux de l'efficacité du traitement et de régler de façon judicieuse la diététique. Ils permettent également d'isoler une forme spéciale de diabète décrite par le professeur Nobécourt : le diabète hypotrophique, dans lequel se surajoute aux troubles du métabolisme des graisses et des hydrates de carbone un arrêt de la croissance. Alors que l'insuline rétablit toujours les petits troubles du développement statural qui

peuvent exister dans les formes habituelles du diabète infantile avec dénutrition, elle reste sans effet sur l'hypotrophie de cette variété particulière. Il s'agit d'un trouble concomitant et non consécutif au diabète.

L'étude de la thérapeutique du diabète infantile comporte deux parties : l'insulinothérapie, la diététique.

L'insuline, sauf quelques exceptions rares, èest indiquée dans presque toutes les fo rmes du diabte inf antile. Elle doit être injectée de façon continue. Des doses quotidiennes de 10 à 40 unités cliniques sont en général suffisantes, même dans les cas sérieux. Il existe rarement des accidents d'intolérance. Il y a avantage à fractionner ces doses et à multiplier les injections. L'insulino-résistance est exceptionnelle chez l'enfant et presque niée par tous les auteurs.

Les régimes proposés répondent à trois types différents. On utilise peu en France les repas riches en graisses préconisés surtout par certains auteurs de langue allemande, et qui sont mal tolérés et fortement cétogènes. On se sert soit des régimes équilibrés, riches en protéines, du type utilisé par les auteurs de langue anglaise, soit de ceux, riches en hydrate de carbone, dont se servent la plupart des pédiatres français. Il y a intérêt à fournir le plus de glucides possible et à se rapprocher des 7 gr. par kilcgr. utilisés par l'enfant sain. Ces résultats sont loin d'être toujours obtenus facilement. Il ne semble pas cependant qu'il soit nécessaire d'utiliser des calculs rigoureux et de prescrire des régimes aussi précis que ceux que l'on trouve cités dans les articles étrangers. Un régime standard qui varie légèrement avec l'âge, la tolérance plus ou moins grande des malades en hydrates de carbone, la quantité d'insuline utilisée, permet presque toujours, avec quelques tâtonnements, d'arriver au but poursuivi.

L'emploi de la synthaline est extrêmement restreint. Elle peut être cependant indiquée comme médicament accessoire, ou dans les cas où pour des raisons spéciales l'insuline n'a pu être utilisée. Elle est assez mal tolérée chez l'enfant et modifie peu la marche du diabète.

P. — Docteur P. Labignette. — **Traitement des fractures de l'humérus par la méthode de l'appareil ouaté.** (Librairie M. Lac, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris. 1932.)

La méthode de l'appareil ouaté est parfaitement applicable dans l'immense majorité des cas de félure ou de fracture de l'extrémité supérieure du col chirurgical et des tiers supérieur et moyen de l'humérus. Les résultats obtenus par ce procédé permettent également de l'appliquer avec succès dans bien des cas de fractures traitées au préalable par une ostéosynthèse et c'est alors que l'appareil ouaté trouve son application même dans les cas de fracture du tiers inférieur de la diaphyse humérale et dans les fractures supra-condyliennes où il devient le complément de l'intervention sanglante.

Comme les observations et les radiographies de l'auteur le montrent, cette méthode de traitement des fractures de l'humérus n'est pas inférieure, quant au résultat final, aux autres procédés de contention employés ailleurs, puisque des malades ainsi traités ont été revus trois, quatre et même cinq ans après leur sortie du service du Docteur Dujarier. Elle a l'incontestable avantage d'être à la fois simple et pratique pour le malade, et ceci de l'avis recueilli plusieurs fois de la bouche des intéressés eux-mêmes.

Mp. — Docteur M. Warnery. — **Tuberculose cavitaire torpide de l'adulte. Contribution à l'étude des cavernes solitaires d'emblée.** (Imprimerie de la Faculté de médecine de Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1932.)

Cette étude confirme l'existence d'une tuberculose pulmonaire cavitaire d'emblée, mais à apparition et évolution torpides. Cette forme est rare : elle représente seulement 1,25 % des malades vus au Dispensaire Léon-Bourgeois ou admis dans le service du Docteur Rist. Elle atteint, en particulier, les adultes jeunes et se rencontre davantage chez les femmes. Les lésions se localisent surtout dans la région sous-claviculaire externe, moins souvent dans la partie moyenne du poumon et dans la région juxta-hilaire. Les cavernes sont ordinairement uniques, quelquefois multiples, sans pour cela perdre leur caractère solitaire. Cliniquement, elles ne se révèlent dans la majorité des cas que par les petits signes dits à tort : d'imprégnation tuberculeuse. L'état général est bon, on note surtout de l'amaigrissement, de la fatigue, très peu de température.

Plus constantes sont la toux et l'expectoration, 64 % au premier examen ; 38 % des malades de l'auteur ont eu des hémoptysies.

La moitié de ces cavernes sont inaudibles. Les deux meilleurs critères d'existence sont l'examen aux rayons X, toujours positif au 1er examen, et la recherche des bacilles dans l'expectoration, expectoration positive dans 68,8 % des cas.

Pronostic : la guérison spontanée est rare, M. Warnery n'en a relevé que cinq cas. Le malade qui ne s'astreint qu'au repos risque une aggravation fréquente, à pronostic évolutif rapide, ou une stabilisation qui ferait de lui un cavitaire chronique, cracheur de bacilles.

# Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ACCIDENTS DU TRAVAIL CHEZ LES INTELLECTUELS, par FOVEAU DE COURMELLES. *Univers médical*, n° 11, décembre 1931.

ACCOUCHEMENTS (SUITES DE COUCHES), par M. VIGNES. *Médecine moderne*, n° 22, décembre 1931.

ADDISON (MALADIE D') ET CORTEX SÉMINAL, par M. POUMAILLOUX, *Gazette des hôpitaux*, n° 9, 30 janvier 1932.

AIRELLE D'AMÉRIQUE (VACCINIUM MACROCARPUM), par H. LECLERC, *Presse médicale*, n° 2. 9 avril 1932,

ALCHEMILLA VULGARIS, par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 33, 23 avril 1932.

ALCOOL (LES MÉFAITS DE L'), par A. VILAR. *L'Unité*, 5 mars 1932.

ALIMENTS VÉGÉTAUX ET MARINS, par FOVEAU DE COURMELLES. *Courrier médical*, n° 50, 13 décembre 1931.

ALIMENTATION, par FOVEAU DE COURMELLES. *Courrier médical*, n° 13, 27 mars 1932.

ALIMENTATION DU PREMIER AGE, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 50, 13 décembre 1931.

AMIEL ESSAYISTE, par E. LACOSTE, *Courrier médical*, n° 15, 10 avril 1932.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE, par J. SABRAZÈS. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 7, 14 février 1932.

ANGOISSES PRÉCORDIALES, par L. MONER, *Le Médecin français*, n° 7, 5 avril 1932.

ARTHRITES TRAUMATIQUES, par R. LERICHE. *Presse Médicale*, n° 15, 20 février 1932.

ARTHROPLASTIE DU GENOU, par R. LERICHE, Société de médecine du Bas-Rhin, 30 janvier 1932.

ASSURANCES SOCIALES, dans le *Concours médical* : 1° par G. DUCHESNE, *a*) Durée de l'indemnité-maladie, n° 6, 7 février 1932 ; *b*) Actes obstétricaux, n° 13, 27 mars 1932 ; 2° par P. BOUDIN, *a*) Honoraires impayés, n° 5, 31 janvier 1932 ; *b*) Tarif des indigents, n° 8, 21 février 1932 ; *c*) Spécialités pharmaceutiques, n° 12, 20 mars 1932) ; *d*) Sages-femmes, n° 15, 10 avril 1932.

ATROPHIES MUSCULAIRES ET RÉFLEXOTHÉRAPIE, par L. MONER. *Le Médecin français*, n° 3, 5 février 1932.

AUTO DU MÉDECIN, par FOVEAU DE COURMELLES, *Vie Médicale*, n° 23, 10 décembre 1931.

AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE (DANGER CHEZ LES CARDIAQUES), par HEIM de BALSAC. *Gazette des hôpitaux*, n° 104, 30 décembre 1931.

BASEDOW (TROUBLES DE LA PIGMENTATION ET DES PHANERÈS), par P. E. MORHARDT. *Vie médicale*, n° 6, 25 mars 1932.)

BOURDELOT (Pierre), par R. MOLINÉRY, *Art médical*, n° 129, 15 décembre 1931.

BRONCHITE CHRONIQUE ET VACCINOTHÉRAPIE, par J. MINET, *Nord médical*, n° 765, 1er janvier 1932.

BRUIT (CONTRE LE) DANS LES STATIONS CLIMATIQUES ET AILLEURS, par R. MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée*, n° 12, décembre 1931.

CALCUL BILIAIRE ÉLIMINÉ PAR LES VOIES NATURELLES, par J. MINET, Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, 16 novembre 1931.

CANCER DU COL UTÉRIN (RADIUMTHÉRAPIE), par FOVEAU DE COURMELLES, Société de Médecine de Paris, 26 mars 1932.

CENTRES DE DIAGNOSTIC ET DE RECHERCHES : *a*) par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 50, 13 décembre 1931 ; n° 10, 6 mars 1932 ; n° 16, 17 avril 1932 ; *b*) par SIGNORET, *Bulle médicale*, n° 49, mars 1932.

CERTIFICATS POST-MORTEM DANS LES ASSURANCES SUR LA VIE, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 49, 6 décembre 1931.

CHATS ET SANTÉ, par FOVEAU DE COURMELLES, *Courrier médical*, n° 1, 3 janvier 1932.

CHIRURGIEN : *a*) par J. NOIR, *Concours médical*, n° 51, 20 décembre 1931 ; *b*) par FOVEAU DE COURMELLES, *Courrier médical*, n° 13, 6 décembre 1931.

CHOLESTÉRINE, par G. LEMOINE : *a*) dans l'hypertension artérielle, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 10, octobre 1931 ; *b*) dans l'étal puerpéral, *ibidem*, n° 11, novembre 1931.

CINÉMATOGRAPHE ET INSTRUCTION, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 11 *bis*, 16 mars 1932.

CITÉ SANITAIRE DE SALAGNAC, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 16, 17 avril 1932.

CLEOPATRA-MEDICA, par Albert GARRIGUES, *Nord Médical*, n° 778, 15 avril 1932.

CLIMATISME, THERMALISME, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 13, 27 mars 1932.

CORSE (CLIMAT. EAUX MINÉRALES), par ZUCCARELLI, *Vie médicale*, n° 3, 10 février 1932.

CÔTE D'AZUR : *a*) par E. DUHOT, *Nord médical*, n° 768, 15 janvier 1932 ; *b*) par M. FAURE. *Semaine des hôpitaux de Paris*, n° 2, 31 janvier 1932.

CORTEX SURRÉNAL, par M. POUMAILLOUX, *Gazette des hôpitaux*, n° 9, 30 janvier 1932.

CRANBERRY (VAVINIUM MACROCARPUM), par H. LECLERC, *Presse médicale*, n° 29, 9 avril 1932.

CRIMINEL (L'HOMME), par E. TOULOUSE, *Prophylaxie mentale*, n° 33, février 1932.

CUVIER (COMMENT EST MORT), par H. BOUQUET, *Le Temps*, 3 avril 1932.

DÉCÈS (VÉRIFICATION DES), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 205, 15 février 1932.

DENTS (ACCIDENTS DUS A L'ÉRUPTION DES PREMIÈRES), par J. CAMESCASSE, *Semaine dentaire*, n° 6, 7 février 1932.

DÉONTOLOGIE, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 9, 28 février 1932.

DIABÈTE ET CHIRURGIE, par J. DE FOURMESTRAUX, *Archives médico-chirurgicales de province*, n° 11, novembre 1931.

DOCTRINES MÉDICALES (INCERTITUDES ET VARIATIONS), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 5, 31 janvier 1932.

# A PROPOS DE L'HYPNO-ANALGÉSIE

Par le Docteur P. Lonjon

L'étude des perturbations de la fonction hypnique prend chaque jour une importance plus considérable. L'apparition de l'encéphalite épidémique, l'étude plus approfondie des tumeurs cérébrales et des syndromes endocriniens ont mis en lumière la valeur séméiologique de la narcolepsie. D'autre part, les chercheurs contemporains se sont attachés à l'observation des troubles résultant de la privation de sommeil. Leurs travaux portent sur l'insomnie volontaire et sur celle provoquée dans un but expérimental. Patrick et Gilbert rapportent que l'influence de l'insomnie sur l'activité organique est peu marquée. Expérimentant chez l'homme, ils notent une diminution de l'acuité visuelle et de la fonction mnésique. Les fonctions d'excrétion, la circulation et la thermogénèse offrent des variations de peu d'amplitude.

Losbett apporte des conclusions à peu près analogues.

Chez tous les sujets en expérience les troubles disparaissent après des périodes de sommeil réparateur, variables, mais relativement courtes.

Il n'en est pas de même chez l'animal, pour lequel l'insomnie provoquée amène des désordres graves et souvent la mort. L'étude des tissus et des humeurs a permis de constater des altérations particulières portant principalement sur le cerveau et sur le bulbe, parfois aussi sur les capsules surrénales. Piéron a mis en évidence l'apparition dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, de propriétés nouvelles, traduisant peut-être la présence d'une substance néoformée qui serait une hypnotoxine.

Tous ces travaux apportent des données intéressantes sur le mécanisme du sommeil, mais il projettent peu de clarté sur l'insomnie banale, celle contre laquelle le médecin est amené si souvent à lutter. Cette insomnie est conditionnée par des altérations organiques vaines, ou peut-être simplement la conséquence d'une altération fonctionnelle du système nerveux. C'est dire qu'il n'existe pas une insomnie, mais que nous sommes ici en présence d'un symptôme qui reconnaît des facteurs divers et revêt des modalités variées. C'est cette diversité des causes qui rend si difficile le traitement de l'insomnie. Cette thérapeutique devient encore plus délicate lorsque à l'insomnie s'associe la douleur. Il en résulte un épuisement de l'organisme qui rend plus aléatoire encore le retour à la santé. De plus, ces insomnies douloureuses sont souvent liées à des états chroniques. Aussi, importe-t-il d'avoir à sa disposition une médication qui puisse être continuée longtemps, sans crainte de phénomènes d'intoxication ou d'accoutumance. On sait avec quelle facilité l'homme s'accoutume à l'opium et à ses dérivés, et les dangers de la morphinomanie sont trop connus pour que nous ayons besoin de nous étendre sur ce point. En conséquence les chimistes ont porté leur effort, durant ces dernières années, dans la recherche d'hypnotiques inoffensifs. Il semble que les meilleurs résultats aient été obtenus avec les hypnotiques dérivés de l'urée. On a réalisé en partant de l'acide barbiturique, un grand nombre de composés dont l'action hypnogène est grande. Pour renforcer cette propriété et lui associer un pouvoir antialgique, on a eu l'idée de combiner les dérivés de l'acide barbiturique avec la diméthylamino-antipyrine qui est un analgésique puissant. On a obtenu ainsi l'allonal, qui est un hypnotique et un sédatif de la douleur.

L'expérimentation et la clinique ont montré que l'allonal est dépourvu de toute action nocive sur les reins et l'appareil cardio-vasculaire. On peut sans aucune crainte en poursuivre l'usage sans avoir à redouter de phénomènes d'accoutumance ou d'accumulation. Il est indiqué d'abord comme spécifique de la douleur, et aussi toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'insomnies douloureuses.

On le trouve dans le commerce sous forme de petits comprimés contenant 0 gr. 16 de substance active. Il se prend à la dose de deux à trois comprimés, absorbés le soir au moment du coucher à une demi-heure d'intervalle. Dans les cas d'algies intenses, on pourra préparer l'action hypnotique du médicament en calmant la douleur par l'absorption de un à deux comprimés dans le courant de la journée. Le sommeil obtenu apparaît rapidement, se poursuit sans cauchemars, et laisse au réveil une impression de repos et de bien-être.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

#### Une grande journée jubilaire médicale.

**I. La célébration du cinquantenaire de la soutenance de la thèse médicale du Professeur Branly par l'Union médicale latine. — II. Le centenaire du Dr Guéniot à l'Académie de médecine. — III. La remise d'une médaille au médecin général Rieux, ancien professeur au Val-de-Grâce, par ses élèves et ses amis.**

Le mardi 8 novembre a été, pour le Corps médical, une journée jubilaire sans précédents. Trois savants qui, à des titres divers, ont bien mérité de notre profession, le Docteur Edouard Branly, membre de l'Institut, le génial inventeur du principe de la T. S. F., le Docteur Guéniot, de l'Académie de médecine, l'accoucheur distingué du siècle dernier, dont l'âge a dépassé un siècle, le Professeur Rieux, médecin général du cadre de réserve, ancien professeur à l'Ecole de santé militaire du Val-de-Grâce, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, ont été fêtés comme il convenait au cours de la journée.

***

Une délégation de l'Union médicale latine, conduite par son Président-fondateur, le Docteur Dartigues, auquel avaient bien voulu se joindre le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le Professeur Balthazard et le Docteur Roule, professeur au Muséum d'histoire naturelle, s'est rendue à onze heures au Laboratoire du Physicien illustre Branly pour lui remettre, avec une corbeille de fleurs, un numéro de la Revue mensuelle de l'Union médicale latine, l'UMFIA, qui lui est entièrement consacré, à l'occasion du cinquantenaire de sa soutenance de thèse médicale devant la Faculté de médecine de Paris.

Il était du devoir de l'Union médicale latine de prendre l'initiative de cette pieuse et modeste manifestation, parce que Branly fut un des premiers qui patrona cette Association ; il forme avec Georges Clemenceau et Charles Richet, ce que Dartigues appelle dans son langage judicieux et pittoresque le triumvirat d'honneur de l'UMFIA.

Nombre de nos confrères, qui connaissent Branly comme un grand savant, ignorent qu'il est docteur en médecine, qu'il soutint en 1882, alors qu'il avait 38 ans, une thèse sur le *dosage de l'hémoglobine dans le sang par des procédés optiques*, qu'il ne fut pas un médecin honoraire, ni amateur, mais un véritable praticien qui exerça à Paris, rue Boursault, puis rue Andrieux, la profession médicale afin d'élever sa famille, car ses recherches scientifiques ne l'auraient pas mis à l'abri de la gêne. Il se consacra surtout aux maladies nerveuses et de la nutrition et à la gynécologie. Ce fut en fréquentant, à l'Hôtel-Dieu, le service de Polaillon pour se perfectionner en gynécologie, qu'il fit en 1896 la connaissance de Dartigues, interne des hôpitaux. Dartigues eut l'honneur de se lier avec lui et de l'initier aux progrès de la gynécologie chez Polaillon d'abord, puis chez Pozzi, à Broca, et chez Paul Segond, à la Salpêtrière.

Branly est indiscutablement une grande gloire de la science française. Sa grande modestie aurait laissé son nom inconnu, car, alors que ses premières découvertes du principe de la T. S. F. datent de 1885, l'attribution du prix Houllavigne de l'Académie des sciences ne lui fut faite qu'en 1898, et ce fut seulement à l'Exposition Universelle de 1900, qu'à l'âge de 56 ans, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur avec ce motif : *A découvert le principe de la télégraphie sans fil.*

Plus généreusement loyal que les propres com-

patriotes du savant français fut l'Italien Marconi qui réalisa l'application pratique du principe de Branly. Le premier télégramme par T. S. F. qui fut envoyé de Douvres à Wimereux, d'Angleterre en France, était ainsi conçu :

*Marconi envoie à M. Branly ses respectueux compliments à travers la Manche, ce beau résultat étant dû en partie aux travaux remarquables de M. Branly.*

Nous ne saurions dire quel est celui que ce télégramme honore le plus, du Français qui l'a reçu, ou de l'Italien qui l'a envoyé.

Edouard Branly est né à Amiens le 23 octobre 1844. Son père était professeur au lycée de Saint-Quentin. Il eut un frère, Edgard, médecin à Paris, qui mourut jeune.

Du lycée de Saint-Quentin, Edouard Branly fut à Paris au lycée Henri-IV, y prépara Normale où il fut admis en 1865. Licencié ès sciences en 1867, agrégé de physique en 1868, il fut nommé professeur au lycée de Bourges, puis revint à Paris où il fut chef des travaux, puis directeur adjoint du laboratoire de physique de la Sorbonne. En 1873, il passait sa thèse de doctorat ès sciences, sur l'*Etude des phénomènes électrostatiques des piles.* Des raisons d'ordre personnel lui firent abandonner la carrière universitaire.

Appelé en 1875 par Mgr. d'Hulst à occuper la chaire de physique de l'Institut catholique de Paris, il accepta, espérant y trouver les moyens de poursuivre ses recherches.

On lui attribua un dortoir désaffecté comme laboratoire provisoire. Ce provisoire dura plus d'un demi-siècle, et c'est grâce à la générosité de M. Coty et au talent d'architecte de son gendre, M. Tournon, que Branly a tardivement, à 88 ans, un laboratoire digne de lui.

Comme Claude Bernard dans sa cave du Collège de France, comme Pasteur dans la masure qu'il occupait primitivement à l'Ecole normale, Branly travailla dans ce dortoir, faisant à force d'ingéniosité face aux plus grandes difficultés, obligé de construire lui-même ses appareils les plus délicats, faute d'argent, assisté par une femme de ménage, s'ingéniant à pallier aux vibrations de la rue qui troublaient ses expériences. Il songea un instant, une fois docteur en médecine, à concourir pour l'agrégation de physique à la Faculté de médecine : il dut abandonner ce projet devant l'hostilité brutalement manifestée par le Professeur Gariel. Il continua donc avec mille difficultés à mener de front ses travaux, son enseignement à l'Institut catholique et l'exercice de la médecine. Nommé, en 1910, membre associé de l'Académie royale de Belgique, il fut en 1911, élu membre de l'Académie des sciences et fait, en 1923, commandeur de la Légion d'honneur.

Comme le fait remarquer Dartigues dans le bel article qu'il consacre à Branly, la plupart des pionniers, des grands inventeurs de la Science française sont chez nous méconnus ou trop tardivement honorés.

Citons Sauvage, inventeur de l'hélice, Clément Ader, précurseur de l'aviation, Tellier, qui découvrit les appareils frigorifiques. Tout récemment encore Bémont qui fournit à Curie le procédé permettant l'extraction du radium, est mort sans qu'un journal daignât rappeler son nom et l'importance de sa découverte.

Pour honorer le grand chimiste Sabatier, nous rappelle Foveau de Courmelles dans l'article de l'Umfia qu'il consacre à Branly, pour le décorer et le faire connaître du public français, il fallut qu'à l'étranger on lui décernât le prix Nobel.

Aussi, nous ne saurions trop féliciter le Président de l'Union médicale latine d'avoir songé à honorer Branly, dont les grandes découvertes ont eu d'importantes conséquences thérapeutiques, directes ou indirectes : les ionisations, la d'Arsonvalisation, la diathermie, l'électrocoagulation, la pyrothérapie et c'est fort judicieusement que le Docteur Dausset associe le nom de Branly à ceux de Hertz, d'Arsonval et Oudin.

Concluons : la Profession médicale peut être fière d'avoir permis à un grand savant comme Branly de gagner dignement sa vie, tout en poursuivant ses recherches. Cela n'ajoute certes guère à la gloire de Branly, mais, à nos yeux, augmente singulièrement son mérite.

***

Plus solennelle a été, à l'Académie de médecine, la célébration du Centenaire du Docteur Alexandre Guéniot, chirurgien en chef honoraire de la Maternité, ancien Président de l'Académie. C'est qu'on ne fête pas tous les jours un Centenaire vivant, même à l'Académie de médecine.

Le ministre de l'Education nationale, M. de Monzie, présidait ; le ministre de la Santé publique, M. Justin Godart, le gouverneur militaire de Paris, général Gouraud, M. de Fontenay, président du Conseil municipal, M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, etc., etc., les enfants et petits-enfants du centenaire, assistaient à la cérémonie.

Il n'y eut pas moins de neuf discours qui, tous,

eurent l'avantage d'être aimables, spirituels et brefs.

M. le ministre de Monzie rappela que Voltaire avait malicieusement fait remarquer qu'il n'y avait pas à son époque de centenaires à la Faculté. Le Docteur Guéniot lui donne aujourd'hui un éloquent démenti. M. de Monzie ajoute qu'il eut d'ailleurs d'assez nombreux prédécesseurs dans le Corps médical français : Saporta, médecin du roi Charles VIII, mourut à 106 ans, Louis Patenôtre, maître-chirurgien à Loisy-en-Brie, opérait encore à 103 ans, Dufournelle de Barjac, né en 1690, fut présenté à Napoléon en 1809, le Docteur Zalewski qui avait 13 ans lorsqu'il assista à l'exécution de Louis XVI, mourut en 1893 et, plus récemment, les trois frères de Bossy, du Havre, tous trois médecins, devinrent centenaires. Le secret de la longévité a été dévoilé par M. Guéniot lui-même dans un curieux petit livre intitulé : *Pour vivre cent ans* ; il suffit pour cela « d'être attentif ».

Nous ne pouvons que mentionner ici les discours de M. Mellière, président de l'Académie, du Professeur Achard, de l'Institut, secrétaire général, de M. Paul Bar, ancien président, de M. Pierre Duval, président de la Société de chirurgie, du Docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique, de M. Ambroise Rendu, de M. de Fontenay, président du Conseil municipal qui remit à M. Guéniot la médaille de la Ville de Paris, *fac simile* de celle qui fut donnée le jour de l'inauguration de la statue de Louis XIV, place des Victoires, à un vétéran, âgé de 117 ans.

MM. Guéniot, très droit, en habit d'Académicien, gagna d'un pas allègre la tribune pour répondre à ce concert d'éloges. D'abord fort ému, il put, debout, puis assis, prononcer un discours où il rappela qu'avant d'avoir obtenu son hôtel de la rue Bonaparte, il y a trente ans (1902), l'Académie de médecine émigra du n° 8 de la rue Poitiers à la chapelle de la Charité en 1851.

L'étonnant vieillard reçut alors les félicitations de ses collègues de l'Académie. En attendant qu'un second centenaire y soit dans quelques années fêté à son tour, rappelons que l'Académie compte plus d'un octogénaire. Le Professeur Hayem est plus que nonagénaire et, pour ne citer que les Académiciens accoucheurs ou gynécologues, le Professeur Pinard a 88 ans, le Docteur Champetier de Ribes, 85 ans, le Docteur Ribemont-Dessaignes, 84 ans, le Docteur Doléris 80 ans et le Docteur Bar, 79 ans.

***

Le troisième hommage, pour nous le plus touchant, fut rendu, au Cercle militaire, au Docteur J. Rieux, médecin général, ancien professeur de l'Ecole de santé militaire du Val-de-Grâce, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, bien qu'il réside à Paris. Le Docteur Ch. Fiessinger, correspondant de l'Académie de médecine, devait lui remettre la plaquette sur laquelle un sculpteur de grand talent, M. Armel-Beaufils, avait buriné son image.

« Celui-là est bon, a dit La Bruyère, qui fait du bien aux autres ; s'il souffre pour le bien qu'il fait, il est très bon ; s'il souffre de ceux à qui il a fait ce bien, il a une si grande bonté, qu'elle ne peut être augmentée que dans le cas où ses souffrances viendraient à croître ; et s'il en meurt, sa vertu ne saurait aller plus loin : elle est héroïque, elle est parfaite. »

En entendant les discours prononcés en l'honneur du Professeur J. Rieux, nous nous sommes souvenus de cette phrase de La Bruyère. Grâce à Dieu, la vertu de M. Rieux n'est pas parfaite, car il est bien vivant et tout nous porte à croire que, pendant de très longues années, il sera conservé à l'affection de ses amis et de ses malades. Mais ceux qui ont connu sa conduite héroïque pendant la guerre, notamment lors de la retraite, après la bataille de Charleroi et qui se termina par la victoire de la Marne, peuvent affirmer qu'il fit tout ce qu'il fallait pour mériter complètement le jugement de La Bruyère.

Au nom de ses élèves, le Docteur Jausion, agrégé du Val-de-Grâce, fit dans un discours où la perfection de la forme ne le cédait qu'à l'éloquence et à la sincérité des sentiments, l'éloge du savant, du soldat et du médecin.

M. le Docteur Ameuille, médecin de l'hôpital Cochin, au nom de la Société médicale des hôpitaux, exposa les mérites du savant dont on connaît les importants travaux d'hématologie et de cytologie, les recherches sur le paludisme et son admirable livre sur la tuberculose latente.

M. le Docteur Trémollières, médecin de l'hôpital Boucicaut, dans une allocution émouvante, évoqua la période tragique où, sous les ordres du Professeur Rieux, il prit part, après Charleroi, à la retraite de la 53e division.

Il montra le Docteur Rieux, faisant preuve du plus grand courage et du plus grand sang-froid dans les circonstances les plus critiques, obtenant de ses subordonnés la plus belle des disciplines, la discipline consentie, imposée par la confiance et l'affection, par l'admiration et la gratitude. Il cita les hauts faits de ce médecin,

hauts faits que, dans sa trop grande modestie, M. Rieux avait laissé ignorer à la plupart de ses amis, les efforts qu'il fit pour rallier les formations sanitaires de la 53e division dispersées à l'arrière, entre les avant-gardes allemandes et les derniers échelons de nos troupes en retraite, presque en déroute, l'habileté avec laquelle il les conduisit à travers les forêts et comment il parvint, à la fin de la retraite, à remettre au médecin divisionnaire qui avait suivi en avant l'état-major, des formations sanitaires que ce dernier croyait irrémédiablement perdues. Il cita un épisode héroïque que le Docteur Ch. Fiessinger se plut à rappeler de nouveau. C'était au cours d'un combat excessivement meurtrier ; les morts s'accumulaient par monceaux et, entre eux, on entendait les cris déchirants des blessés qui imploraient des secours. Le feu nourri des Allemands ne permettait pas aux brancardiers de se rendre à ces appels désespérés. N'écoutant que la voix de la pitié, le Docteur Rieux saisit un fanion de Genève et se précipita entre les combattants ; il gagna sain et sauf les lignes allemandes et son héroïsme lui permit d'obtenir les quelques heures d'armistice nécessaires pour secourir efficacement les blessés.

M. le Pr. Emile Camelot, doyen de la Faculté libre de Lille, vint associer cette Faculté à l'hommage rendu à un de ses plus éminents professeurs.

Puis, M. Ch. Fiessinger, remettant la plaquette à M. Rieux, fit surtout l'éloge du médecin, dont la délicate bonté, le dévouement sans bornes, la générosité sans frein font un modèle à donner à tous comme exemple. Il a rappelé les heures douloureuses que M. Rieux a traversées et le deuil qui l'a si cruellement frappé, il y a quelques années.

M. Rieux répondit avec émotion et remercia les organisateurs de la fête, ses élèves, les Docteurs Jausion, Roudouly et les orateurs qui lui avaient témoigné en termes si chaleureux leur affection. Il fit l'éloge de la médecine d'armée et montra que, tant à l'Ecole de Lyon, qu'au Val-de-Grâce, dans l'armée, dans le Sud-Algérien et en France, il s'efforça toujours de relever le prestige et la valeur du médecin militaire. Il remercia ceux qui l'avaient aidé dans sa carrière, entre autres le médecin général Sacquépée qui, en lui ouvrant son laboratoire à l'hôpital de Rennes, lui permit de faire ses premières recherches. Il exprima sa gratitude au Docteur Ch. Fiessinger qui, lorsqu'il eut quitté l'armée, lui accorda son appui et sa confiance.

L'assistance nombreuse et choisie, qui comprenait maintes notabilités de tous les milieux et surtout de la médecine militaire et civile, et beaucoup de dames et de jeunes filles, venues pour féliciter le maître et sa charmante fille, acclama longuement le Professeur Rieux.

Pour nous qui avons contracté à l'égard du Docteur Rieux une dette de reconnaissance que nous ne parviendrons jamais à acquitter, nous avons été profondément ému de la sincérité des hommages rendus à un homme que nous considérons comme le type du médecin complet et parfait, à la fois clinicien expérimenté et savant de laboratoire, praticien dévoué et généreux, confrère excellent dont la bonté et la charité, autant que la science, contribuent puissamment à la guérison de ses malades.

J. Noir.

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 1° Avis préalable pour opération ; 2° Avis d'aggravation ; 3° Que faut-il entendre par consolidation ?

*Nous avons reçu les questions suivantes posées par le Docteur Houssiaux, l'actif secrétaire du Syndicat médical de Cannes :*

#### Première question

Je compte envoyer à tous les médecins de notre ressort une circulaire reproduisant les recommandations données dans votre article du *Concours* du 25 septembre 1932, concernant les accidents du travail.

A ce propos je me permets de vous demander quelques explications complémentaires.

Pour les opérations mutilantes et de grande chirurgie (art. 9), suffit-il de donner avis préalable, ou bien faut-il attendre pour agir (sauf cas d'urgence) l'acceptation de l'Assurance ? Il me semble que celle-ci est nécessaire, d'une part parce que l'article parle d'avis et non plus d'avis préalable, d'autre part parce qu'il dit qu'aucune opération ne pourra être décidée et non pas qu'aucune opération ne pourra être exécutée, enfin parce que l'article prévoit un arbitrage en cas de désaccord. Néanmoins je voudrais être certain que mon opinion est exacte.

**Réponse**

Un arrêté ministériel ne peut pas changer une loi : seule une autre loi peut modifier un texte législatif.

Or, l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 donne à la victime le droit de choisir son médecin et ce dernier tient de la loi du 30 novembre 1892 la liberté complète de ses traitements, sous sa propre responsabilité.

Par conséquent, il faut interpréter les termes des articles 7 et 9 de l'arrêté du ministre du Travail du 5 février 1932 non pas comme une limitation de la liberté d'action thérapeutique du médecin, mais comme une facilité accordée au chef d'entreprise (ou à son assureur) pour pratiquer s'il le juge à propos le contrôle prévu par le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

En prévenant par lettre recommandée le chef d'entreprise, le médecin traitant permet à ce dernier de se faire renseigner par le médecin de son choix ; mais le médecin traitant ne demande aucune permission. Sous sa responsabilité professionnelle, il est d'avis de procéder à tel ou tel traitement, ou à telle opération qu'il juge nécessaire.

Dans le cas d'urgence, il pratique, ou fait pratiquer l'acte thérapeutique, ou de diagnostic par appareillage spécial, après quoi, il prévient le patron.

S'il n'y a pas urgence, il attend un temps suffisant pour avoir la réponse du chef d'entreprise, avant de procéder à l'acte spécial, ou à l'opération qu'il estime nécessaire.

Si au bout de quelques jours, le chef d'entreprise n'a pas envoyé son médecin, ni fait connaître de réponse, le médecin est en droit de faire ce traitement qu'il croit devoir être utile à son malade.

S'il y a désaccord entre le médecin du patron et le médecin traitant, un troisième praticien sera désigné par le blessé, son médecin traitant et celui du patron.

Bien que le médecin traitant ait le droit de se passer d'autorisation préalable quelconque, je l'engage néanmoins à respecter les termes de l'arrêté, lorsqu'il n'y a pas urgence : sa responsabilité professionnelle sera diminuée, parce que partagée avec le médecin de l'Assurance, en cas d'accident opératoire, ou mauvais résultat ultérieur. De plus, il n'aura pas de difficultés pour se faire payer plus tard sa note d'honoraires. Il est inutile parfois de s'abriter derrière un texte de loi et de se montrer intransigeant : il faut au contraire se pénétrer des motifs de certains textes réglementaires et de leur but précis.

Deuxième question

A propos de l'utilité qu'il y a à prévenir l'assurance en cas d'aggravation, vous dites que rien n'y oblige le médecin traitant et qu'il y aurait lieu de discuter ce point entre Réunion des assureurs et Confédération.

Vous ajoutez : « Cependant le tarif prévoit, dans son article 30, un honoraire spécial, lorsqu'à la demande du chef d'entreprise ou de son assureur un certificat a été délivré par le médecin traitant, décrivant l'état actuel des lésions, le traitement suivi ou à suivre. »

Mais, en dehors des certificats fournis à la demande de l'assurance, prévus au quatrième alinéa de l'article 30, sans qu'il soit dit qu'il s'agit de certificats d'aggravation, on cite au deuxième alinéa du même article « le certificat délivré lorsque par la suite une blessure présumée légère s'aggrave » et on en indique le tarif : 15 francs.

N'est-ce pas dire que, sans y être obligé, le médecin traitant a le droit d'envoyer à l'assurance, quand l'état du blessé le motive, un certificat d'aggravation et que l'assurance, même si elle ne l'a pas demandé, est obligée de le payer 15 francs ?

N'est-ce pas ce que vous demandez ? Ou bien voudriez-vous que l'envoi du certificat d'aggravation devienne obligatoire ?

**Réponse**

La loi du 9 avril 1898 ne fait mention que d'un seul certificat médical : c'est celui qui, aux termes de l'article 11, doit être produit soit par le chef d'entreprise, soit par la victime, pour la déclaration d'accident lorsque le blessé n'a pas repris son travail dans les quatre jours.

Donc, le médecin traitant n'est pas obligé par la loi de délivrer *proprio motu* un certificat : il doit attendre qu'on le lui demande.

La plupart du temps, cette pièce est délivrée d'emblée à la victime, ou à ses ayants droit, lors de la première visite ou consultation, afin d'éviter les pertes de temps et les difficultés pour la déclaration d'accident.

En dehors de ce certificat initial, le médecin traitant peut déférer, en cours de traitement, à la demande de renseignement provenant du chef d'entreprise, ou de l'Assurance de celui-ci ; mais à la condition que la victime soit informée de la réponse du médecin et que ce soit elle-même qui adresse cette pièce à son patron, pour qu'on ne puisse pas accuser le praticien de violer le secret professionnel, en correspondant directement avec le chef d'entreprise, à l'insu du blessé.

Mais disons que la cour de Cassation a jugé que c'est celui qui demande le certificat au médecin, qui doit en payer le prix. Par suite, si *proprio motu* le médecin croit devoir prévenir d'une complication le chef d'entreprise, celui-ci reste en droit de refuser de payer le coût de ce certificat, sous prétexte qu'il n'a rien demandé. Ce serait absurde, mais ce serait son droit absolu.

Je conclus donc, sur la question qui m'a été

posée, que si le praticien a affaire à un agent local d'assurance courtois et intelligent, il pourra de lui-même, donner à la victime un certificat qu'elle remettra à son patron, ou à l'assureur.

Mais s'il s'agit d'une Compagnie tatillonne et peu intelligente, le médecin fera mieux de s'abstenir et d'attendre qu'on lui demande des renseignements.

Dans ce dernier cas, en appliquant strictement la loi, l'assureur n'a qu'à user du droit que la loi confère au chef d'entreprise de se faire renseigner hebdomadairement par un médecin désigné par lui au Juge de paix.

Aussi, comme médecins, chefs d'entreprise et ouvriers ne connaissent que mal la loi de 1898, autant laisser la Confédération des Syndicats médicaux contracter avec la Réunion des assureurs, si cette dernière, estimant difficile le contrôle en province et dans les campagnes, préfère que ce soit le médecin traitant qui prenne l'initiative d'un certificat d'aggravation, étant bien spécifié que l'Assurance n'en contestera pas le prix.

### Troisième question

Votre définition de la guérison et de la consolidation m'a dérouté. Vous dites :

« Par consolidation il faut entendre le moment où les soins médicaux ne sont plus nécessaires, parce qu'ils ne détermineront désormais aucune amélioration dans l'état du blessé.

« La guérison, c'est le moment où le blessé consolidé est en état de reprendre son travail comme auparavant, sauf s'il y a incapacité permanente partielle.

« Un blessé consolidé peut parfaitement ne pas être guéri ; c'est-à-dire, il peut avoir besoin de quelques jours de repos : il peut devoir se réadapter à son travail, aux occupations habituelles, alors qu'il n'a nullement besoin de revoir son médecin ».

Nous avons jusqu'à présent une conception un peu différente des mots : guérison et consolidation.

Pour nous, la guérison est le retour complet à l'état pratiquement normal, avec possibilité de reprise du travail et conservation d'une capacité de travail totale.

La consolidation est le retour à un état définitif plus ou moins éloigné de l'état pratiquement normal, n'étant plus susceptible de s'améliorer ni par les soins ni par le repos, avec possibilité de reprise du travail, mais avec persistance d'une incapacité de travail permanente totale ou partielle.

Nous comprenons dans la maladie la convalescence, c'est-à-dire les quelques jours nécessaires par exemple pour que l'épiderme nouveau après cicatrisation d'une plaie ait acquis une solidité suffisante, pour qu'un reste d'œdème disparaisse suffisamment, pour qu'une articulation raidie recouvre une souplesse suffisante, et qu'alors le travail redevienne possible. Nous ne délivrons le certificat de guérison ou de consolidation qu'une fois la convalescence terminée, quand le blessé peut reprendre son travail.

La définition de la consolidation dans le précis de médecine légale de Balthazard paraît conforme à la vôtre : « cicatrisation avec possibilité de reprise du travail, qu'il subsiste ou non une incapacité permanente ».

Par contre le début de l'introduction du barème de Lucien Mayet dit :

« Lorsqu'un ouvrier victime d'un accident au cours de son travail, est déclaré consolidé, il demande habituellement à son médecin : Quel sera mon pour cent de rente ? »

Le mot de consolidation semble réservé ici au cas où il subsiste une incapacité permanente, et ne pas comprendre les cas avec conservation d'une capacité de travail total.

De même l'introduction de la deuxième édition (page 9) de l'Evaluation des incapacités d'Imbert, Oddo et Chavernac définit la consolidation : le moment où le blessé n'a plus besoin de soins médicaux, sans cependant avoir repris l'intégralité de sa valeur sociale. Cela me paraît signifier que le blessé conserve une incapacité permanente et non qu'une convalescence est nécessaire avant que soit recouvrée la capacité de travail totale.

Page 41, le même ouvrage définit la consolidation : la limite entre la période où le blessé a besoin de soins et celle où, n'étant plus traité, il demeure définitivement infirme.

La question paraît donc confuse. Il paraîtrait plus clair de réserver le mot de cicatrisation au moment où le blessé n'a plus besoin de soins, celui de guérison au moment où il est capable de reprendre son travail avec capacité totale, et celui de consolidation au moment où il est capable de reprendre avec persistance d'une incapacité permanente. La guérison et la consolidation pourraient être contemporaines de la cicatrisation ou en être séparées par une période de convalescence pendant laquelle le malade n'a plus besoin de soins, mais a encore besoin de repos.

### Réponse

Il faut bien faire la distinction entre le moment où le blessé n'a plus besoin de soins médicaux et le moment où son incapacité de travail peut être déterminée et fixée, s'il y a lieu, par une rente.

Il y a des circonstances qui permettent au médecin traitant de faire reprendre plus ou moins complètement le travail, alors qu'il est encore nécessaire de donner des soins.

Il est d'autres cas, où le blessé peut recommencer à travailler le lendemain du jour de la dernière visite, ou consultation médicale.

D'autres fois enfin, le rôle du médecin est terminé ; mais il s'écoulera encore quelque temps, plus ou moins long, avant que l'état de la victime soit définitif et qu'on puisse savoir si

oui ou non et à quel taux il y aura incapacité permanente partielle de travail.

Voilà pourquoi, personnellement, j'emploie le mot « consolidation », en ce qui concerne notre rôle médical, pour bien marquer le moment où nos soins sont terminés et je réserve le mot « guérison » pour préciser le moment où le blessé pourra reprendre complètement, ou partiellement, son travail, son état étant devenu définitif, non seulement du point de vue médical, mais aussi du point de vue versement d'une rente pour incapacité permanente partielle, s'il y a lieu.

La jurisprudence confond les deux cas et elle applique la qualification de consolidé tant au blessé, qui n'a plus besoin de soins qu'à celui qui demande de fixer le point de départ de sa rente.

La loi de 1898, en son article 11 dit : « Les indemnités temporaires sont dues jusqu'au jour du décès, ou jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente. » C'est net.

Malheureusement, dans quelques arrêts, on note une certaine amphibologie, car le mot « consolidation » est employé tantôt pour désigner le moment où le traitement médical est terminé, tantôt pour préciser la date à laquelle l'indemnité temporaire cesse d'être due.

Aussi, pour ce qui nous regarde, nous autres médecins, disons que la consolidation, c'est le moment où notre rôle est fini et, par conséquent, le moment où nos honoraires cessent de nous être dus.

Dr Paul Boudin.

## LETTRE OUVERTE A M. LE PRÉSIDENT POMMEROL AU SUJET DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE D'ORDRE CIVIL

Par le Dr Gabriel Batier (de Strasbourg).

Monsieur le président,

J'ai lu en son temps le livre que vous avez fait paraître sur « la responsabilité médicale devant les tribunaux » ; j'ai lu aussi un grand nombre des articles que ce livre a suscités dans la presse médicale ; mais je n'ai pas voulu donner immédiatement mon avis sur votre œuvre, préfèrant en parler à cœur reposé, loin des passions de l'actualité. Cette méthode fort sage est celle des tribunaux, qui sont accoutumés de faire traîner les affaires deux, trois, quatre ans, et même plus, préférant laisser la justice en souffrance, péricliter des intérêts légitimes et même laisser mourir les plaignants dans l'anxiété, plutôt que de rendre un jugement précipité au milieu des passions du moment. Vous ne pouvez donc qu'approuver mon esprit de temporisation.

Laissez moi, dans une parenthèse, souligner que la pratique médicale ne se prête pas à cette méthode, qu'elle ne peut remettre son action à quinzaine, encore moins à plus tard, que ses conditions particulières d'exercice l'obligent souvent à l'improvisation avec toutes ses conséquences, dans l'intérêt même du malade.

Ah, Monsieur le président, mes confrères ont été sévères pour vous ! Et je ne parle pas seulement de ce que vous avez pu lire sous leur plume, parfois élégante et toujours acérée ; je parle aussi de ce qu'ils ont dit entre eux et en public. J'affirme sans hésiter, qu'ils ont été injustes vis-à-vis de vous, presque aussi injustes que vous l'avez été vous-même dans votre livre à l'égard de toute notre profession.

Car c'est leur excuse et vous devez le reconnaître. L'un d'entre eux a écrit que, si un médecin devait comparaître devant vous, vous seriez moralement tenu de vous récuser. Je n'ai pas à craindre cette éventualité, car vous siégez loin de ma région ; parlant donc en toute sérénité, je vous affirme qu'en une telle aventure, je réclamerais un juge moins prévenu contre ma corporation toute entière.

Votre préjugé contre les médecins apparaît dès votre avant-propos. Vous y racontez une histoire de roman-feuilleton où vous vous défendez de prendre parti, mais où votre sentiment perce à toutes les lignes. Vous avouez n'avoir pas eu en mains la preuve des allégations présentées et cependant il éclate aux yeux du plus balourd que le chirurgien en cause est condamné dans votre cœur.

Savez-vous que c'est là un vice d'esprit bien grave chez un homme qui appartient à la magistrature assise ?

Il y a plus : vous parlez de la responsabilité civile du médecin, « de cette responsabilité mystérieuse, qu'il est si malaisé de découvrir et si difficile de sanctionner, peut-être parce qu'elle porte atteinte à la réputation d'une élite sociale, au renom d'une corporation de citoyens intelligents, instruits, et, je veux bien le croire, généralement consciencieux et dévoués... ». Pour apprécier cette phrase, qui certainement ne donne pas le même son à vos oreilles et à celles d'un médecin, supposez qu'un écrivain quelconque collectionne les centaines d'erreurs judiciaires connues, sup-

posez qu'il souligne, dans sa préface, que les tribunaux jugent sans engager leur responsabilité civile et qu'il dise : « ... cette responsabilité mystérieuse qu'il est impossible de sanctionner, peut-être parce qu'elle porte atteinte à la réputation d'une élite sociale, à un corps constitué de citoyens intelligents, instruits, et, je veux bien le croire, généralement consciencieux et incorruptibles... ». Estimez-vous, Monsieur le président, que l'auteur de pareilles lignes serait animé de sentiments bienveillants à l'égard de la magistrature ? Pour ma part, je le considérerais comme un panphlétaire.

On a souligné souvent le passage où vous condamnez tout simplement les études anatomiques, et cela sortait de votre sujet, n'étant plus de la responsabilité civile. Si la loi vous suivait, l'étudiant en médecine ne pourrait plus apprendre à connaître le corps humain que dans les livres; et ce respect excessif des cadavres conduirait à une régression de la médecine, plus encore de la chirurgie, pour le plus grand dommage des vivants. En cela vous rejoignez le Moyen-Age et vous auriez condamné Vesale, avec la circonstance aggravante de siéger dans un tribunal du XX[e] siècle.

C'est dans le même passage qu'usant de votre manière favorite, vous dites : « J'aime à croire que ces malheureux, autopsiés ou disséqués après leur mort, ont été soignés jusqu'à leur dernier souffle avec dévouement, et qu'aucune main criminelle ou seulement négligente n'a, par action ou par omission, provoqué leur décès, dans le dessein de pourvoir « les morticoles » de chair à autopsie. «Si l'on traduit en français, — c'est-à-dire en langue franche — ce style de Tartuffe, cela signifie que vous soupçonnez fort les médecins et chirurgiens des hôpitaux, de considérer leurs services comme l'antichambre de l'amphithéâtre d'anatomie et de répondre à la demande de l'amphithéâtre, en accélérant le destin s'il est nécessaire.

Je puis vous affirmer que ce passage de votre livre a provoqué non pas la colère ni même le sourire, mais la plus franche hilarité parmi mes confrères. Un conseil, si vous le permettez, Monsieur le président : maintenant que votre livre vous a fait une réputation dans le Corps médical, méfiez-vous des psychiatres ; ce sont gens qui voient facilement la paranoïa chez autrui et il se pourrait que plusieurs d'entre eux, opérant selon votre méthode du préjugé, aient posé déjà sur vous ce diagnostic fâcheux.

Un passage que je ne me souviens pas d'avoir vu souligner et que je tiens à rappeler à votre mémoire, est celui où vous parlez d'un jugement récent de la huitième chambre de la Cour de Paris au sujet d'un accident de dentisterie. Vous relatez que le dentiste ayant cassé une aiguille dans la gencive qu'il anesthésiait, voulut inciser lui-même pour rechercher le corps étranger ; il s'ensuivit un processus inflammatoire tel, que la patiente « dut être dirigée sur un hôpital et nourrie pendant de longues et douloureuses journées *à l'aide d'une poire d'angoisse* ».

Ah, Monsieur le président, ici, vous vous êtes trompé d'arsenal : la poire d'angoisse n'a jamais appartenu à l'instrumentation médico-chirurgicale, mais elle a joué dans la vôtre, dans l'instrumentation des tribunaux eux-mêmes un rôle célèbre, qui donne rétrospectivement encore la chair de poule ! Franchement, vous auriez mieux fait de ne pas réveiller ce souvenir fâcheux de l'histoire judiciaire ; il est vrai que vous ne l'avez pas fait exprès.

Je pensais discuter maintenant avec vous les diverses conceptions de la responsabilité médicale. A la réflexion, j'y renonce, car ce sont choses dont il faut discuter avec des esprits non prévenus. Vous n'êtes pas de ceux-là et, grâce à Dieu, il est d'autres magistrats, avec lesquels il sera à la fois plus profitable et plus agréable d'en discuter.

Veuillez agréer, etc.

## CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

### La protection contre les gaz

Médecin Commandant SABRIE

**Première conférence de l'École de perfectionnement des Médecins de réserve**

17 octobre 1932

Vaste, très vaste sujet, que le conférencier ne pourra qu'effleurer dans ses grandes lignes, en ayant pour objectif essentiel de situer la guerre des gaz.

Deux chapitres principaux sont à étudier :

1° Les mesures de protection ;

2° L'organisation de cette protection :

*a*) Aux armées ;

*b*) A l'intérieur.

A la conférence de La Haye, en 1907, la guerre des gaz avait été solennellement condamnée, avec l'adhésion de l'Allemagne, ce qui

n'empêcha pas les Allemands d'inaugurer cette méthode de combat le 22 avril 1915, en lançant, par surprise, les émissions de vapeurs chlorées sur les positions alliées, dans le secteur d'Ypres. A partir de ce jour, la guerre toxique s'intensifia jusqu'en 1918, où elle prit toute son ampleur.

Depuis lors, cette guerre a fait l'objet d'une réprobation générale qui s'est traduite, à différentes reprises, dans des conférences internationales et notamment à la Société des Nations, où, en 1931, fut adopté un protocole de renoncement à cette forme de combat signé de l'Allemagne et de la Russie. La France l'a signé également, avec cette réserve, que cette interdiction cesserait d'être obligatoire à l'égard des puissances qui ne respecteraient pas le protocole.

Bientôt, la Conférence du désarmement aura à se prononcer de nouveau sur l'interdiction de la guerre chimique, bactériologique ou incendiaire.

Les gaz, qui agissent à l'état de gaz proprement dits, et aussi, sous la forme de très fines gouttelettes, sont suffocants (chlore, phosgène) ; vésicants (ypérite, arsines) ; toxiques (acide cyanhydrique) ; à ceux-ci, il faut ajouter l'oxyde de carbone provenant de l'explosion des gros projectiles. Ils s'emploient de différentes manières : obus, bombardements terrestres et aériens, projecteurs, vagues, infestation du terrain.... tout ce qui est connu sous le nom de *triade agressive* de Parisot.

Les mesures de protection sont individuelles, collectives, générales. La protection individuelle est réalisée à l'aide d'appareils filtrants ou isolants, et par le port de vêtements spéciaux. Comme la nature des gaz utilisés est diverse, que de nouveaux gaz peuvent être émis, qu'on ne soupçonnait pas, les appareils individuels, les masques, sont polyvalents *chimiquement*, pour assurer la neutralisation des gaz, et *physiquement*, pour assurer leur absorption.

Le conférencier décrit ensuite succinctement les différents masques utilisés : M2, efficace durant cinq heures, mais entraînant de la gêne respiratoire ; ARS, efficace durant 10 heures, sauf contre les arsines en fines poussières. Aussi, des modifications ont-elles été apportées à ce masque ARS, considéré dès lors comme un appareil transitoire, mais cependant réglementaire dans l'armée.

L'appareil Tissot, de deux modèles, est volumineux et encombrant. Il est réservé à certains emplois et à la population active. La population passive ne réclame qu'un masque permettant son évacuation rapide dans une zone non dangereuse.

Il existe aussi un masque (masque Decaux) pour la protection des animaux (chevaux, chiens sanitaires).

Il y a enfin des appareils isolants assurant une protection absolue, quel que soit le gaz, mais d'une durée très limitée : l'appareil allemand Draeger, efficace durant 45 minutes au repos ; 20 minutes, en mouvement. L'appareil français Fenzi, de deux modèles : grand et petit.

Tous ces appareils doivent offrir une étanchéité absolue, leur soupape sera en excelleent état de fonctionnement.

Des vêtements spéciaux sont utilisés pour les équipes de désinfection. Ce sont des mouffles, des bourgerons, avec capuchon, des salopettes, des bottes de tranchée avec semelles en bois, des combinaisons.

La protection collective répond à trois objectifs : 1° l'alerte, qui prévient du danger ; *b*) l'isolement dans des abris ; 3° la neutralisation des abris et du terrain. La protection active, qui prévient du danger, est affaire de commandement ; elle dispose de services de transmission et d'alerte, et de procédés de détectionchimique des gaz, d'appareils d'écoute, de projecteurs, d'artillerie anti aérienne.

Bien que les gaz, plus lourds que l'air, s'accumulent dans les parties basses et déclives, les abris seront souterrains, pour se protéger contre les projectiles explosifs. Ils jouiront d'une étanchéité parfaite, et devront être aérés, en même temps que l'air confiné pourra être régénéré. Leur aménagement en profondeur, avec un coffrage solide, comporte deux issues à sas, le sas ayant 2 m. 50 de longueur, ce qui est la longueur d'un brancard avec ses porteurs. Une certaine surpression devra y régner. La durée moyenne de respirabilité dans un abri est proportionnelle au volume de l'abri, et inversement proportionnelle au nombre de personnes. Elle se calcule selon la formule suivante ou T, en heure, indique le temps :

$$T = 3/4 - \frac{V}{P}$$

Le temps limite égale 2 T.

La neutralisation s'obtient avec les pulvérisateurs Vermorel, agissant sur l'air toxique, les parois des abris, les panneaux, la toile, les étoffes. Contre l'ypérite, le chlorure de chaux est nécessaire.

Il faut savoir que les gaz s'accumulent dans les futaies, les buissons, les hautes herbes, qui s'en imprègnent et restent dangereuses durant plusieurs jours. Le cuir s'imprègne profondément d'ypérite. il faut l'enfouir purement et simplement. Les aliments suspects seront rejetés. On peut protéger les aliments en les enfer-

mant dans des pochettes de papier imperméable, contenues elles-mêmes dans des boîtes métalliques.

Aux armées, tout ce qui concerne les gaz est désigné par la lettre Z. Il y a les officiers Z, les médecins Z, les laboratoires Z, les éclaireurs Z, les équipes de désinfection Z. On trouve le service Z à chaque échelon, et jusque dans les petites unités (bataillons).

Un organisme central, composé de savants, de médecins, sous la direction d'un général, et chargé d'étudier tout ce qui concerne la guerre des gaz, et se tient en liaison permanente avec le service Z des armées.

Le médecin Z d'armée doit être clinicien, thérapeute et anatomo-pathologiste ; il demeure en liaison avec le Directeur du Service de santé de l'armée et son adjoint technique. A laboratoire Z d'armée se trouvent des médecins, des pharmaciens, des infirmiers et un matériel.

Les médecins des formations sanitaires et des corps de troupe sont précieux en ce que ce sont eux qui, les premiers, renseignent sur les offensives par gaz.

Le matériel de protection aux armées s'adresse aux unités et au secteur. Il existe trois échelons de réserve de matériel. On protégera les points névralgiques, les centres industriels, les grandes agglomérations......

A l'intérieur, la protection des populations contre les gaz est organisée selon une charte qui place au sommet le ministre de l'Intérieur et l'Inspecteur général de la défense aérienne du territoire, et prévoit trois échelons : l'échelon national, au Ministère ; l'échelon départemental, à la tête duquel est le Préfet ; et l'échelon local, entre les mains des municipalités. Ces échelons organisent les mesures de sécurité générale : guet, alerte, extinction des lumières, camouflage. Ils préparent les abris, possèdent une dotation en masques, assurent la dispersion et le repliement de la population passive, avec le concours d'un personnel instruit et désigné à l'avance.

On voit donc que le danger aérien a provoqué des études et des réalisations destinées à y faire avantageusement face, parce que, selon la forte parole du général Niessel, il n'y a pas de méthode de combat qui n'ait sa parade !

G. Duchesne.

## LETTRE DU COBAYE

*Nous avons reçu la lettre suivante, que nous croyons devoir publier, parce qu'elle expose, sur quelques points de l'exercice de notre art, le point de vue du malade, quelquefois négligé. Nous prions nos lecteurs d'excuser à la fois les enthousiasmes et les doléances du signataire, qui révèlent une ignorance fâcheuse des conditions de notre métier.*

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Je suis né avec un vif intérêt pour les choses de la médecine, et j'aurais peut-être eu du succès dans cette branche des connaissances humaines, si les circonstances de ma vie m'y avaient conduit. Le travail qui m'apporte une modeste aisance me met d'ailleurs en contact avec beaucoup de médecins de toutes les catégories ; contact non point personnel, à vrai dire, mais pourtant immédiat. Ils m'envoient leurs clients ; je leur succède directement, et mon métier est pour ainsi dire l'aboutissant de la médecine : je suis entrepreneur de pompes funèbres. Je ne l'avoue pas toujours aux dames, mais je puis, n'est-ce pas ? vous en faire la confidence.

De plus, je suis malade. Rien de grave : une douleur bizarre dans la poitrine, qui survient assez rarement, mais généralement quand je n'y pense pas, et dans des moments pathétiques. Non pas les moments que je rencontre dans ma profession, devant mes décédés ; j'ai acquis, à force d'en voir, une sérénité presque médicale en face de la mort. Mais supposez d'autres moments pathétiques, ceux qu'amènent mes fréquentations avec le beau sexe, par exemple, comme extases, rendez-vous manqués, scènes de jalousie, ou scènes tout court ; ils retentissent souvent derrière mon sternum sous forme de douleur pénible.

Je n'aurais peut-être attaché aucune importance à cet ennui, si je n'avais pas eu le malheur de lire des journaux médicaux.

Les journaux médicaux sont innombrables. On les trouve partout ; dans les halls d'hôtels, au marché, où ils servent à la vente du macaroni ou des harengs saurs ; dans le métro, où leurs lecteurs les abandonnent comme on perd un chien, avec hâte et tendresse. On en trouve même chez les médecins, après leur mort. Car les médecins, vérité peu connue, meurent aussi. Souvent, après l'enterrement, la famille d'un médecin me demande comment se débarrasser de piles de revues médicales dont le brocanteur n'a pas voulu : je les emporte, non sans être stupéfait de la somme de lecture que cela représente, et non sans imaginer la joie du pauvre défunt qui, dans le ciel ( à moins d'être un grand pécheur), sera dispensé de lire tant de belle prose : et je les lis.

Et voyez comme la consommation est mal répartie dans le monde : les médecins reçoivent

des tonnes de ces journaux, et s'en fichent ; et moi que cela passionne, je n'en ai que des numéros ou des pages dépareillées, des épaves, que je passe mes soirées à étudier.

A vrai dire, j'ai généralement la sensation que c'est toujours le même article ; mais enfin, je m'amuse à voir comment chacun s'arrange pour le refaire, et présenter avec force et nouveauté les idées du voisin. Les mots grecs, dont j'ignorerai toujours le sens, me semblent des truchements fort utiles pour renouveler la science médicale ; ce sont comme des dieux propices, au nom desquels les auteurs apportent au monde leurs petites élucubrations.

Il y a souvent des images dans ces journaux ; pas fameuses à la vérité. On dirait que le dessinateur est sûr d'avance que personne ne les regardera. Il y a des instruments étranges, des anatomies, de mauvaises photos représentant par exemple une sorte de nègre vu dans le brouillard, et portant sur la joue gauche, ou le genou droit, une éponge noirâtre qui est une tumeur. Ou bien une petite femme dessinée au trait, généralement faite d'une manière un peu biscornue et pourvue de jambes bizarres ; de son ventre sortent des manches d'outils et des poignées de bistouris. Il y a des portraits de grands médecins ou de grands chirurgiens, qui seraient très inférieurs à des photomatons, n'était une attitude géniale que l'on distingue très bien sous le flou du tirage. Il y a même des paysages et de froides architectures, représentant des maisons de santé ou des sanatoriums, bien faites pour inspirer au malade l'idée de guérir. Il y a même, dans les pages de publicité, des gravures libertines du XVIII[e] siècle.

J'adore ces lectures : et c'est par elles que j'ai appris le nom de ma douleur de poitrine. C'est une algie rétrosternale. On en parle souvent : et j'ai la sensation qu'on parle de moi. L'algie rétrosternale accompagne la description de la plupart des maladies ; on la rencontre parmi des mots comme lipothymie, syndrome, anorexie, processus, anaphylaxie, immuno-transfusion, sympathicectomie, qui sont aussi les noms d'autres maladies graves. On peut mourir d'une algie rétrosternale, et même en mourir subitement.

C'était donc une vraie maladie que j'avais, assez sérieuse pour mériter aussi un mot grec ; et c'est pourquoi je résolus d'aller voir un médecin.

***

Le choix d'un médecin, ou libre choix, est une chose bien difficile, comme toutes les libertés. J'ai demandé un nom à quelques amis ; les uns m'ont dit que je n'étais pas malade, en me riant au nez ; d'autres m'ont donné d'excellents traitements de l'algie rétrosternale, mais pas d'adresses ; d'autres enfin, se croyant malins, m'ont affirmé que les médecins ne comprenaient généralement rien aux maladies, mais les aggravaient toujours, et qu'ils ne voulaient pas ma mort. La seule personne (la belle-sœur de ma concierge) qui eut l'air de s'intéresser à mon cas, me conseilla d'aller voir une cartomancienne qui guérit, parait-il, toutes les maladies du quartier sans remèdes. Mais je suis un homme d'ordre, et j'aurais autant de scrupule à me faire soigner par une tireuse de cartes qu'à aller me faire tirer les cartes par un médecin.

Impressionné d'ailleurs par mon journal quotidien qui menait une campagne pour la suppression des intermédiaires et la vente directe du producteur au consommateur, je pris le parti d'aller tout droit chez le pharmacien.

Le pharmacien me reçut d'une façon charmante, et me fit une intéressante conférence sur les algies rétrosternales. Sa conclusion fut que je souffrais tout d'abord de troubles endocriniens. « Les glandes endocrines », disait-il, « sont des organes très importants, car ils comprennent presque tout l'organisme. La peau, par exemple, est une vaste glande endocrine, et de même les poumons , les os, le tissu cellulaire. Tout est une glande endocrine. Il est donc essentiel de régulariser le fonctionnement de ces glandes, et ce n'est pas difficile : il suffit de trouver la glande responsable, puis de savoir si elle pèche par excès ou par défaut ; après quoi on administre au malade une certaine quantité, prise sur un animal bien choisi, de la glande insuffisante ou de la glande antagoniste, Dans votre cas, je vous conseille l'Omnivitelline. C'est un extrait total de veau. On a remarqué que les veaux avaient rarement des algies rétrosternales, parce qu'il y a dans leurs glandes endocrines une substance empêchante ; c'est pourquoi l'extrait total de veau vous guérira Voici un flacon d'Omnivitelline : c'est quatre-vingts francs ».

Le veau est cher , mais le raisonnement du pharmacien était imbattable : j'emportai mon extrait de veau et je l'absorbai.

Il ne me fit aucun effet, sauf un dévoiement qui me dérangea fort et m'obligea à renoncer au veau. Le pharmacien me conseilla alors des pilules d'extrait pituitaire de taupe ; cet animal est également réfractaire à l'algie rétrosternale, paraît-il ; mais j'eus peur qu'il ne fût favorable à la diarrhée et, renonçant à l'expérience, j'abandonnai le pharmacien et la médecine endocrinienne.

Sur ces entrefaites, j'appris qu'un de mes clients, pour lequel j'avais livré un cercueil en chêne doublé de plomb, avec poignées argentées modèle 146, avait souffert d'algies rétrosternales. Je connaissais bien sa cuisinière, qui était aussi sa légataire universelle : je résolus d'aller la voir, pour apprendre le nom du médecin du *de cujus*. Elle m'indiqua le Professeur N. Avec enthousias-

me, soit à cause de sa qualité récente de légataire universelle, soit par admiration pour ses soins éclairés : et je décidai d'aller voir l'illustre maître, qui avait soigné au moins un cas analogue au mien.

Un rendez-vous fut pris pour la semaine suivante, un vendredi à 15 heures 52, avec prière d'être exact : et je me rendis, un bon moment avant l'heure indiquée, dans le somptueux appartement où le Professeur N. reçoit ses malades. C'était si beau que l'on se serait cru à la Comédie française, les soirs où Mlle Sorel joue *Le Misanthrope* ; et le valet qui m'introduisit ressemblait beaucoup à M. Le Bargy. Le salon était meublé de bons fauteuils et de revues sérieuses, propres au sommeil ; et mon entrée sembla tirer d'un profond assoupissement quelques fantômes, candidats à l'oracle du maître.

Je n'attendis que quelques heures, bien confortable dans mon fauteuil ; sur mes genoux gisait, abandonnée, *La Revue des Sciences agronomiques*. Mon tour vint enfin d'entrer dans le Saint-Lieu.

Le Professeur N. est très jeune, et son aspect est beaucoup moins solennel que le cadre qu'il s'est choisi. Dès qu'il eut entendu mon nom, il reconnut ma ville natale, qu'il connaissait un peu : et il me demanda mille détails sur les productions du sol, les commodités de la vie courante, l'abondance du gibier et l'état des routes. J'y répondis de mon mieux ; mais le temps passait, je me désespérais en songeant aux bonnes gens qui dormaient dans le salon, et je pensais à demander un autre rendez-vous pour causer un peu de mon algie rétrosternale ; à ce moment le Professeur, devinant sans doute ma pensée, eut la bonté de m'en parler lui-même, et je pus lui en exposer les détails dont j'avais soigneusement préparé le récit. Il m'ausculta avec son tube en caoutchouc, prit ma tension, hocha la tête, me fit faire du pas de gymnastique sur place, m'ausculta encore, reprit ma tension, hocha derechef le menton, en murmurant des mots où je crus reconnaître de l'anglais : *flutter, focal infection, cardiac reserves*, etc ... Puis il écrivit une ordonnance sur un grand papier, qui me conseillait d'aller sans délai faire pratiquer une douzaine d'examens variés. Dans son extrême sollicitude, il avait ajouté l'adresse des laboratoires où je pouvais m'adresser.

Je ne vous énumérerai pas les excrétions, sécrétions, prélèvements et autres morceaux de moi-même que les dits laboratoires examinèrent consciencieusement, et dont ils décrivirent les caractéristiques sur des papiers multicolores de sens obscur. Passons sur ces épreuves où on se sent vraiment petit devant la majesté de la science. Un verre de pipi, un tube de sang, ou même aussi peu de sang que la simple goutte qui coule d'une piqûre de votre doigt, les mouvements de votre cœur recueillis dans deux pots d'eau salée, ou l'ombre de votre aorte sur une feuille demi-raisin de papier calque, suffisent à ces messieurs pour vous classer parmi les malades ou les bien portants. On connaît vos constantes, vos coefficients, vos hypers et vos hypos ; et même, en vous faisant avec des produits variés de petites scarifications, on peut vous dire quelles affinités ou quelles répulsions vous avez pour le vernis du Japon, la poudre qui irise l'aile des papillons ou d'innocentes fleurs comme la pervenche ou le géranium. Cela n'est-il pas beau ?

Je me préparais, muni d'un important paquet de ces oracles de laboratoire, à me rendre au nouveau rendez-vous fixé par le Maître, lorsque je fis fortuitement, dans un wagon qui me conduisait vers un décès nivernais, la rencontre d'un jeune homme si aimable et si causeur, que je n'hésitai pas à lui raconter mon algie rétrosternale et mes tentatives pour m'en débarrasser, notamment ma visite au Professeur N.

Je le vis soudain éclater de rire.

— Monsieur, me dit-il, je vais vous rendre un service.

Il prit dans sa valise une feuille de papier, y écrivit deux ou trois paragraphes, la glissa dans une enveloppe qu'il cacheta, puis ajouta :

Voici mot pour mot ce que le Professeur N. va vous prescrire. Je connais ses dadas du jour, comme si j'étais son palefrenier. Croyez-moi : vous pouvez faire l'économie de la consultation : lisez seulement ce que je viens d'écrire.

Et comme le train s'arrêtait à sa station, il me serra la main, me souhaita une prompte guérison, et disparut.

Je n'ai pas besoin de vous dire que je considérai ce jeune homme comme un joyeux farceur : j'étais même un peu indigné de son impertinence. Mais cette enveloppe chatouillait ma main ; je ne pus m'empêcher de l'ouvrir.

C'était une ordonnance en règle, comportant une dizaine de drogues à désinences étranges, en YL, en OL, en AL ...... Il fallait en prendre de quinzaine en quinzaine, puis en supprimer quelques-unes pendant un mois, les reprendre, les supprimer ou les espacer pendant un autre mois, etc... tout un calendrier sportif très compliqué, mais très impressionnant. On conseillait aussi, pour l'été, une cure à Trôô-les-Bains.

Je trouvais fort ridicule cette polypharmacie, et, résolu à me confier corps et âme à la science officielle, je portai au Professeur N mon paquet d'analyses, qu'il lut attentivement. Il parut plongé dans de profondes pensées, sous l'effluve desquelles mon algie rétrosternale s'abolissait jusqu'aux derniers vestiges. Puis, il me remit, plié en quatre, sa parole sacrée ; je posai au coin de la table un autre papier plié en deux, qu'il n'eut pas

l'air de voir : et je sortis, plein de reconnaissance et d'espoir.

Mais voilà où l'arcane de la médecine devient majestueux. Quand, seul sur cette grande avenue, je dépliai mon ordonnance, je retrouvai les mêmes noms : en AL, en OL, en YL, échelonnés de quinzaine en quinzaine, avec les mêmes alternances, que sur le bout de papier que m'avait remis mon compagnon de voyage ; et sans même oublier la cure estivale à Trôô-les-Bains !

Rien ne me paraît plus digne d'admiration. Quoi ! ce jeune homme, certainement un élève du maître, était entraîné à ses méthodes au point de pouvoir deviner, après une heure de conversation, quelle maladie était la mienne ; mieux encore, de retrouver les remèdes imaginés par le génie de son maître ! Car il ne donne évidemment pas les mêmes drogues à tous ses malades.

Cette impressionnante communion d'idées, entre maître et disciple, dictait ma conduite : prendre scrupuleusement les médicaments selon le rythme indiqué ; suivre la cure de Trôô-les-Bains, et rester assuré de ma guérison.

Voilà ce que je pensai, en malade respectueux et en citoyen docile à la science. Je dois dire que le succès répondit mal à mes espérances. Mon algie rétrosternale s'aggrava ; elle ne m'avait pas beaucoup gêné jusque-là ; elle devint quotidienne et pénible.

J'étais désespéré. Je récapitulai les flacons vides : je les confrontai avec l'ordonnance du maître et même avec celle de l'élève : tout avait été fait en temps et lieu. Ce n'était évidemment pas la faute du Professeur N., si j'allais plus mal. N'est-il pas normal, d'ailleurs, d'accuser de la maladie, non point le médecin, mais le malade ?

Vous voyez, Monsieur le Rédacteur en Chef, que le Ciel n'a pas récompensé mon zèle. Si cette lettre n'était pas si longue, je vous raconterais la suite de mes aventures médicales, et comment j'ai été confié aux maîtres éminents de la chirurgie et de la diététique, sans compter la psychanalyse. En vain, malheureusement, car je ne suis pas guéri. Veuillez agréer, en attendant, etc...

*Nous regrettons d'informer nos lecteurs que l'auteur de cette lettre n'a jamais envoyé la suite promise. Nous supposons qu'il est maintenant mort, ou guéri, à moins qu'il ne soit toujours malade.* *Ph. D.*

## LE LIVRE D'AIRAIN

### Recueil de documents pour l'histoire de la médecine de notre époque. — Les trois portraits symboliques. — Heures vécues et souvenirs. — Biographies et neurologies. — Manifestations bienveillantes d'amitié sincère

Dans les pages si affectueuses et si éloquentes que le Professeur Bernard Cunéo a consacrées à la présentation du *Livre d'Airain*, troisième volume des écrits que notre ami Dartigues a groupés sous le titre de Faisceau scriptural, nous relevons ces phrases :

« Combien donnerions-nous aujourd'hui pour avoir des renseignements aussi vivants et aussi précis sur des faits du même ordre et remontant seulement à quelque soixante ans ! Lorsqu'on cherche à réveiller le passé combien faut-il feuilleter de collections de journaux pour ne trouver souvent que quelques lignes incolores sur les événements de la vie d'un homme, à peine disparu, et dont la mémoire s'estompe déjà indécise dans la brume du temps révolu ! »

Et cela a bien été le but de Dartigues de conserver dans son *Livre d'Airain* les articles qu'il a consacrés dans diverses publications « au souvenir et à l'évocation de temps révolus qui auront aidé à préparer ceux à venir. »

Son livre est destiné à durer comme ces tables de marbre ou d'airain sur lesquelles les anciens burinaient les fastes de leur Histoire. Connaissant combien le souvenir est chose fragile, sachant qu'il n'est « qu'un murmure perdu dans la violence d'une éternelle tourmente », Dartigues a voulu dans un livre plus durable grouper les feuilles volantes dispersées dans plusieurs journaux et les lecteurs du *Concours Médical* y trouveront maint éloge, maint compte-rendu, mainte biographie ou nécrologie déjà parus dans notre journal. D'ailleurs intelligemment groupées, bien que perdant en partie le relief de l'actualité, elles prennent comme les fleurs d'un bouquet un caractère autre, plus harmonieux, auquel s'ajoute un parfum plus complexe et plus subtil.

Au seuil de son *Livre d'Airain*, Dartigues a placé trois portraits de lui aux diverses époques de sa vie. Ce tryptique est un remarquable symbole.

Nous trouvons d'abord Dartigues, avant la guerre, en 1910. Son visage jeune, son front découvert, son regard fixe donnent l'impression d'une intelligence vive au service d'une volonté tenace. C'est le portrait de quelqu'un qui veut et peut arriver. Le second portrait est celui de Dartigues pendant la guerre, en 1915. Sous son bonnet de chirurgien apparaît un visage énergique aux sourcils profondément froncés. Son regard brille grave sous les lunettes. On voit apparaître dans ce visage sévère le souci des responsabilités et la résolution de faire face courageusement aux événements les plus imprévus et les plus dramatiques.

Enfin voilà le portrait d'après-guerre, daté de 1930, où l'artiste Apers a admirablement montré Dartigues au visage calme, méditant, songeur, la tête ap-

puyée sur la main droite. Il a vécu, il a souffert, il n'est plus le jeune enthousiaste qui entrevoyait les succès à venir ; il n'est plus le lutteur énergique, prêt à tenir tête aux éventualités les plus graves ; il est devenu le philosophe, le sage, qui, fort de la dure expérience du passé, envisage avec sérénité l'avenir.

Dartigues a divisé son *Livre d'Airain* en *Heures vécues et Souvenirs* et en *Biographies et Nécrologies*. Les *Heures vécues* sont les fastes de la médecine dont il a été témoin. Les unes sont les *heures solennelles* où il célèbre, nous allions dire où il chante, les grandes premières médicales et chirurgicales, les brillantes leçons d'ouverture des J.-L. Faure, des B. Cunéo, des Lecène, des Sergent, des Jeannin, des Sicart, des Lemierre, des Loeper, des Lenormant, des Noël Fiessinger, des Laignel-Lavastine, des Lemaître, en somme de toutes les illustrations de la Faculté parisienne du XX^e^ siècle.

Les *Heures d'allégresse* sont consacrées aux jubilés ou aux remises des médailles du Prof. G. Pozzi, de Desbonnet, d'Escomel, de V. Pauchet, de Léopold-Lévi, du Prof. Hartmann, d'Auvray, de Buizard.

Les *Heures d'évocation* sont destinées aux disparus, à F. Guyon, à Farabeuf, au deuxième centenaire de l'Académie de chirurgie.

Puis viennent des *Heures de postérité*, à propos de l'inauguration des statues de Farabeuf et de Terrier ; des *Heures d'instruction*, ayant trait à des conférences de Tuffier sur la chirurgie américaine, de Roule, sur Lamarck et sur les poissons qui marchent et qui volent, de Forgue sur l'histoire de la médecine espagnole, d'Emile Sergent sur le Canada.

Enfin, dans les *Heures de critique*, Dartigues expose en des « réflexions amènes » des conseils et des directives sur le professorat, sur la Faculté, sur les temps anciens et nouveaux à la Faculté et dans les hôpitaux de Paris.

Tous ces articles sont écrits dans un style fort imagé et étrangement pittoresque où l'esprit, pétillant comme le champagne, masque parfois sous une mousse légère de fins traits de satire dont la malveillance est d'ailleurs absolument exclue.

La *deuxième partie du Livre d'Airain* est consacrée aux *Biographies* et aux *Nécrologies* de ses très nombreux amis, car ils dépassent la centaine.

Il en est de tous les rangs et de toutes les qualités. Les uns sont des savants comme Branly et Roule, d'autres des professeurs émérites français et étrangers, d'autres des chirurgiens, des accoucheurs, des spécialistes éminents, d'autres enfin des journalistes ou même de simples praticiens. Et Dartigues qui s'élève très haut quand il chevauche les coursiers ailés de l'amitié et de la bienveillance, découvre à chacun, de loin, d'exceptionnels mérites qui, certes contemplés de plus près, perdraient une partie de leur relief.

En lisant les pages excessives qu'il a bien voulu nous consacrer, nous nous sommes souvenu du mot d'un moraliste (de Joubert, croyons nous) qui, comme Dartigues fit en partie ses études à Toulouse :

« *Quand mon ami est borgne, je le regarde de profil* » a écrit Joubert.

Dartigues, comme lui, regarde toujours ses amis sous l'aspect le plus avantageux.

J. Noir.

# LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Tous les hommes ne peuvent être anachorètes, philosophes ou trapézistes...*

(René-Louis Doyon.)

DCCCXIV. — René-Louis Doyon. — **Géronte aux Assises.** Récit. Un vol. 14 × 19. Tiré sur les presses de Coulouma à 1.000 ex. numérotés. *Editions « La Connaissance »*. Paris, 1932.

Doyon est un des rares écrivains actuels, qui aient gardé pour le mot-propre un culte, qui a des ferveurs d'idolâtrie. S'il intitule « récit » ce que d'aucuns moins pointilleux eussent dénommé « roman », nous voici prévenus que son histoire ne sera pas encombrée de parenthèses psychologiques, d'accessoires impédimenteux, qui donnent à certaines fictions l'aspect hérissé d'un fourre-tout ! Il expose méthodiquement le cas simple d'un jeune homme, ou mieux d'un homme jeune, qui poursuit en vain la fortune amoureuse. Celle-ci n'a de prévenances que pour un vieillard, dont la sagesse et la science sont les seules puissances de séduction. Ce triomphe gérontique rejette l'homme de « moins de trente ans » vers les aventures de compensation où nulle satisfaction durable ne lui sera non plus accordée. Sur ces données beaucoup plus ingénieusement agencées que ne vous le laisse supposer ce bref résumé, Doyon a établi un canevas volontairement dépouillé, où il est bien difficile de ne pas retrouver la manière et la technique romanesque, si pure et si hautaine de Rémy de Gourmont. Du grand écrivain le rapprochent encore une misanthropie et une émotivité bourrue, un respect formel de la langue, une délicatesse du sentiment, un amour presque morbide de la casuistique amoureuse, qui ont éloigné de Gourmont comme de Doyon tout ce qui n'appartenait pas à une élite de lettrés capables de passer outre à la mièvrerie des passions exaspérées pour ne retenir que la limpide coulée du style. Cette netteté de l'écriture est si aiguë,

si lumineuse qu'elle semble promener sur l'analyse et ses objets la frange du prisme, appliqué par destination à dissocier en chatoyantes clartés l'énigme crue de la lumière. Et cette aisance graphique du conteur, ses flexueuses souplesses me font encore penser à quelque jongleur du verbe, courbant à l'appel de sa fantaisie au lieu des lois du nombre ou de l'équilibre le trouble illogisme des lois du cœur. Ces arêtes vives de la pensée, cette sûreté de la ligne, ce sang chaud qui circule sous les mots si sagement ordonnés appartiennent (et nous les retrouvons ici apaisés) au féroce pamphlétaire des « *Livrets du Mandarin* ». Sa fougue verbale se tempère dans ce récit de l'amertume indolente des cyniques et de leur romantique désenchantement : et certains passages ont un son douloureux d'autobiographie. Arnould, héros mélancolique se venge de son rival plus âgé par des mots d'une dureté acérée, mais son « accusation » a la platonique inefficacité des sentences philosophiques. Il est lui-même terrassé à la fin du livre sans avoir eu la satisfaction égoïste de triompher ; retiré de la lutte dans un ermitage champêtre de Touraine, il succombe suivant de très près vers la tombe celui que ni sa jeunesse ni son amour véhément du début n'ont pu égaler. Ses expériences sentimentales de dérivation ne lui apportent que déceptions et, au lieu d'une condamnation du vieillard serein qu'il cherche à obtenir, sa vie ne lui offre qu'un arrêt dont lui-même est la perpétuelle victime. L'amour s'est arrêté à la porte de celui, qui ne l'avait pas appelé et nargue celui qui avait de toutes ses forces tenté de le poursuivre et de l'atteindre. Ainsi va de la fortune, disait déjà le fabuliste !

La présentation typographique du livre est d'une extrême clarté. J'ai été surpris de voir Doyon écrire : « *flegmon* » alors que Ambroise Paré écrivait déjà : « *phlegmon* », mais je suis sûr que le parfait styliste qu'est Doyon n'a pas seulement voulu céder à l'attrait d'un archaïsme et qu'il a, pour ce faire des sources que j'ignore et où il a puisé la justification de son orthographe.

DCCCXV. — André ROUSSEAUX. — **Ames et visages du XX^e^ Siècle.** Essais. Un vol. 12 × 19. *Editions Bernard Grasset*, Paris, 1932, 15 francs.

Ce livre est à vous dégoûter à tout jamais de présenter à des lecteurs attentifs les tentatives plus ou moins réussies de la littérature contemporaine. La maîtrise des jugements, qu'il assène, des opinions, qu'il discute est d'une telle intelligence et d'une telle finesse critique que l'on se sent l'envie immédiate de planter là la parodie d'un tel métier. Ce diable d'homme, dont la jeunesse raisonnante est d'une si redoutable vigueur, est sans conteste possible un des deux ou trois excellents critiques de sa génération. J'aurais avec joie consacré toute ma « Page » d'aujourd'hui à ses examens de Mauriac, de Duhamel, de Romains, de Valéry, de Pourrat, de Morand, etc... Sa franchise n'est pas incommodée par les devoirs élémentaires de l'amitié. Il fonce sur les points faibles, et sur les plus cachés, des talents qu'il ausculte. Son style sans violence est d'une parfaite férocité et sa franchise touchant les écrivains de notre temps n'est jamais plus aimable que lorsqu'elle se substitue à la justice réputée immanente, pour mettre à la clef de la louange un contrepoids.

DCCCXVI. — Jean GIONO. — **Solitude de la Pitié.** Contes. Un vol. 12 × 19. *Editions de « La Nouvelle Revue Française »*, Paris, 1932, 12 francs.

Si Giono (il est assez jeune pour se corriger) arrive à débarrasser son genre de certaine affèterie rustique pour lui laisser simplement cette rude saveur de terroir, son œuvre ira plus loin que Rousseaux lui-même veut bien le dire. Il a d'admirables images (relisez son « Regain ») dont la vérite peut échapper aux citadins fort empêchés de distinguer un blé d'une luzerne, mais qui sont d'une saisissante grandeur. Ses contes sont dans le prolongement des romans inspirés de cette terre qu'il comprend autant qu'il l'aime. Ses personnages obéissent à cette lourde vie végétative qui commande le rythme invariable des saisons et des cataclysmes, du frimas, du vent et de l'ivresse du printemps. Son conte de guerre est hallucinant d'exactitude dramatique.

DCCCXVII. — Georges LECOMTE, de l'Académie française. — « **Je n'ai menti qu'à moi-même** ». Roman. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Encore un triste sire, médecin, choisi comme héros du nouveau roman de Georges Lecomte. Il porte un nom prédestiné : Noël Foudre. Sa vanité est grotesque et fatigante. Ces remarques n'ont pas pour but de diminuer le mérite de l'œuvre qui donne de la province d'avant-guerre un tableau à peu près juste. Le fat, dont nous suivons l'effondrement progressif, a parfois des attitudes un peu guindées de marionnette au miroir et de pompier solennel, où j'espère que l'auteur a surtout eu comme dessein de faire une charge, au lieu d'un portrait qui ne serait vraiment pas à la mesure de son talent.

DCCCXVIII. — Charles SILVESTRE. — **Au Soleil des Saisons.** Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1932, 12 francs.

Excellents exercices de style sur les tableaux

des champs : bêtes et gens. Types joyeux et pittoresques ; animaux sauvages vus par un patient observateur ; arbres décrits avec une application poétique qui glisserait irrémédiablement vers la fadeur si ne la soutenait un talent spécial de conteur averti de village.

14 novembre 1932.
L'HOMME AUX BÉSICLES.

# AUTOUR DES CINÉMAS

## Théâtre de la PAGODE

## Le Bluffeur

Les cinémas sont en plein succès : on a beau parler de crise, les salles sont toujours combles quand on choisit pour y aller les quatre derniers jours de la semaine. Et cependant les cinémas se plaignent..... ils se plaignent comme les théâtres d'avoir à payer, en sus des autres commerçants la taxe de l'Assistance publique et prétendent que celle-ci, si elle comprimait son personnel pour le ramener au nombre réellement utile, devrait largement se suffire à elle-même puisque ses hôpitaux et consultations sont devenus des cliniques payantes et même pas des cliniques à très bon marché !... Sans vouloir discuter cette question, je crois bon de l'exposer parce qu'elle sera largement reprise dans l'effort que feront les théâtres et les cinémas et qu'il n'est pas mauvais de soulever par avance la discussion : l'Assistance publique autonome et hors budget... grave question.

Donc, je fus hier à LA PAGODE voir le nouveau film *Le Bluffeur* de M. André Luguet. Ce film occupe la seconde partie de la soirée qui dure de 21 heures à 23 h. 30.

La salle est d'un décor splendide et d'une rare élégance. La première partie est formée d'un documentaire des plus intéressants sur l'Inde et d'un désopilant dessin animé... de ces dessins filmés dont la fabrication est arrêtée.

Le bluffeur (Jack Evans), est un brasseur d'affaires dont la spécialité est de monter et de lancer des sociétés. On le cherche partout depuis plusieurs jours, mais il est introuvable, il a quitté sa douce amie, la jolie Francine violoncelliste de haut talent — et qui l'adore — sous le prétexte d'aller acheter un cachet d'aspirine et n'est pas reparu. Son secrétaire le cherche partout accompagné du riche Israélite Gunsberg qui veut lui proposer de monter une affaire de caoutchouc synthétique en utilisant les « détritus de toutes sortes ».... il vient d'en d'acheter le brevet à l'inventeur pour une bouchée de pain. Ils finissent par retrouver Jack ivre mort dans un de ces « Speckeasies » où malgré la prohibition on peut s'enivrer à fond. Après avoir payé les 58 dollars des consommation de Jack, Gunsberg aide le secrétaire à l'importer dans un taxi et à le conduire au Hammam où sous l'action de douches et d'un massage sévère, il reprend peu à peu ses sens et ses idées.

Il est très vite entendu que Gunsberg financera l'affaire, Jack le crée colonel, puis baron titre que finalement il accepte en se rengorgeant parce que « Baron Gunsberg » sonnera bien. Immédiatement, installation d'immenses bureaux qui se trouvent prêts comme par enchantement, embauchage comme président et membres du Conseil d'administration de gens quelconques l'un parce qu'il représente bien et l'autre parce qu'il s'appelle Vanderbilt (comme le milliardaire). Quel appât pour les gogos !... Sous l'action d'une publicité énorme les souscripteurs d'actions affluent.

Jack s'est réconcilié avec Francine — qui est sa mascotte — au moment même où celle-ci allait accepter les offres d'un riche argentin très épris et qui lui a promis une tournée Cde concerts.

Mais une autre société de caoutchouc s'est émue, elle est fort gênée par la publicité de Jack et lui fait offrir 50.000 dollars pour racheter le brevet et l'affaire. Jack refuse de très haut... la police saisie vient faire une perquisition sur plainte de cette société : Jack est mis en demeure de prouver qu'il peut réellement fabriquer du caoutchouc. Après une poursuite comique, l'inventeur devenu introuvable est enfin installé dans un laboratoire où il offre à Jack et aux baron de monter une Société : Le secret de la Poule aux œufs d'or. C'est un fou ! Stupeur des deux associés... Jack n'a pas manqué pendant tout ce temps de mentir à Francine qui ne s'est calmée que sur la remise du certificat qui assure à Jack la direction de l'affaire, et plus tard après nouveau bluff, et nouvelle brouille, Francine décide de s'embarquer avec l'Argentin sans même revoir Jack.

Nouvelle démarche de la société concurrente. Cette fois Jack accepte de lui céder l'affaire moyennant 100.000 dollars pour lui, sous réserve que tous les souscripteurs seront désintéressés mais il doit remettre le certificat que détient Francine qu'il faut rejoindre avant le départ du paquebot.

Hallucinante course en auto, Jack trouve Francine, Gunsberg retrouve les malles et le certificat non sans que Jack ait aperçu dans la malle sa photographie que Francine emportait... et Francine ne s'embarque pas et cinq minutes plus tard Jack est déjà lancé sur la piste d'une nouvelle affaire... bluffeur !

Dr G. POLÈME.

## Comptes rendus, documents, pièces officielles...

### Fédération des Syndicats médicaux du Finistère

*Réunion générale tenue au Huelgoat, le 3 juillet* 1932.

#### Assurances sociales.

Tout ne va pas pour le mieux pour les Assurances sociales. Notre Convention n'a pas été agréée par le Ministre, nous devrons donc prendre une décision à ce sujet ; mais voyons d'abord comment cela a pu marcher jusqu'à ce jour :

Pour les soins à domicile, ou au cabinet du médecin, il semble que cela puisse aller. Cependant des feuilles de maladie ont été reprises par les caisses, non revêtues des signatures d'acquit. Parfois même, il y aurait des paiements directs de la Caisse à certains médecins (Il vient de m'être dit que dans l'arrondissement de Quimper, seul, le tiers payant était refusé ...! ceci devra être tiré au clair ).

Il devra être bien rappelé à tous que cette pratique contraire à notre Convention, et très dangereuse pour nos intérêts, doit absolument cesser. Les non syndiqués ne sont plus légalement atteints à la contribution aux frais de contrôle.

En tête des ordonnances, bornons-nous à inscrire les deux lettres A. S., rien de plus.

Refusons les feuilles de maladie qui nous sont présentées blanches, c'est-à-dire sans les mentions qui devraient être portées par le bureau qui les délivre aux Assurés.

Avant la reprise du travail, si la dernière fois, nous donnons une consultation au malade, nous devons naturellement la faire payer, mais si nous accordons quelques jours de délai avant la reprise du travail, ne faisons pas payer une consultation le jour où nous nous bornons à inscrire la date finale.

Mais où cela ne va pas du tout, c'est en ce qui concerne les assurés assistés : Le Préfet a envoyé aux Maires, le 15 mars dernier, une circulaire relative aux assurés agricoles, laquelle n'est pas conforme à la loi. Nous ne devons donc pas en tenir compte.

Il doit rester bien entendu que c'est le tarif des Accidents du travail qui doit être appliqué.

La Fédération décide de refuser d'établir pour les assurés assistés des mémoires trimestriels *par Caisse*, c'est là un supplément inutile de paperasserie, et d'ailleurs souvent l'indication de la Caisse ne nous est même pas donnée.

Il importe de combler la lacune qui a trait aux accouchements des assurées assistées. On nous fait remarquer que le tarif des Accidents du travail ne parle que d'accouchements traumatiques (chose bien naturelle, puisqu'il s'applique uniquement à des accidents), puis on en reste là. Il importe qu'enfin une décision soit prise. Après une discussion assez longue, on décide, pour la raison que ces assurées ont fait de versements ou que leurs employeurs en ont faits pour elles) de demander le même tarif que pour les autres, à savoir 300 francs et 450 francs, suivant que l'accouchement aura été simple ou difficile.

Mais il y a quantité d'autres opérations obstétricales qu'il faudra prévoir du même coup (et noter dans notre petite nomenclature de poche) à savoir :

| | |
|---|---|
| Incision du col | C ? |
| Délivrance artificielle | 25 C |
| Avortement thérapeutique | 25 C |
| Forceps à la vulve | 20 C |
| Version podalique | 25 C |
| Accouchement provoqué | 20 C |
| Forceps haut | 30 C |
| Curage digital | C ? |

L'assemblée demande à la Fédération de faire imprimer à nouveau , dès que ce sera possible, la petite nomenclature, en un format qui en facilite la conservation permanente dans nos portefeuilles.

#### Question hospitalière.

C'est la question hospitalière qui donne le plus de fil à retordre. Elle est bien loin d'être au point. A Brest où, d'après la Convention, on devrait percevoir pour le Corps médical 4 francs par malade et par jour, le Corps médical perd à peu près la moitié de ce qui devrait lui revenir. Un très grand nombre d'entrants, qui se disent assurés sociaux, se trouvent ne pas être en règle avec leurs Caisses. La vérification est trop longue. Il faudrait donc régler au plus tôt cette question ; il serait si simple de ne délivrer les feuilles de maladie qu'aux assurés en règle. Tous ceux qui ne le sont pas étant versés à l'assistance, les Caisses n'ont pas grand intérêt à hâter les vérifications.

L'allocation d'une indemnité raisonnable de perception disposerait sans doute mieux les bureaux de l'hôpital, mais le taux qui fut demandé était d'une exagération manifeste.

Les consultations externes doivent être absolu-

ment réservées aux indigents, aucune consultation au titre des A. S. ne doit donc être admise dans les hôpitaux ou les dispensaires.

En résumé, il importe que toute l'organisation hospitalière soit reprise avec les Caisses, et nous nous opposerons à ce qu'un assuré social *non indigent* soit versé à l'Assistance médicale gratuite, *pour le seul fait qu'il ne sera pas en règle.*

Le docteur Hutin expose ce qui se fait dans les Côtes-du-Nord, et qui ne nous paraît pas encore l'idéal.

Toutes ces questions étant très importantes, et se posant partout, il est nécessaire pour la Confédération s'en occupe activement, car nulle part encore il ne nous semble qu'on ait obtenu de solutions satisfaisantes.

### Clause des rabaisiens.

Le docteur Vourch expose le refus que nous a opposé le Ministre d'admettre cette clause de notre Convention, que nous trouvons, nous, très importante. Il rappelle la volumineuse correspondance qu'il a déjà échangée à son sujet. Il explique les raisons que nous avons pour « tenir bon ». Il rappelle toutes les démarches faites, et les obstacles (plutôt inattendus) auxquels il s'est heurté. Son exposé est chaleureusement approuvé, et la Fédération vote donc l'ordre du jour suivant, proposé par lui.

Ordre du jour

« L'Assemblée générale des Médecins du Finistère, tenue au Huelgoat, le 3 juillet 1932, après avoir pris connaissance des démarches déjà réalisées pour poser devant le Conseil d'Etat la question de l'obligation du tarif syndical minimum dans les Assurances sociales, déclare sa volonté de persévérer dans ce dessein ; après s'être étonné de la résistance que lui a opposée la Confédération elle accepte toutefois les objections relatives à une caction immédiate ; mais elle lui demande instamment de s'associer à son intervention, dès que ces raisons d'opportunité auront cessé de valoir . »

### Centres de diagnostic.

Le docteur Bollot donne lecture d'un rapport très précis, et très documenté qu'il a établi sur cette importante question, qui elle aussi *retient fortement notre attention* . . .

Ses conclusions sont chaleureusement applaudies et adoptées à l'unanimité.

On aura beau dire que nous ne « voulons pas comprendre notre devoir social », la vérité c'est que nous refusons de nous rallier à cette conception de la Médecine *parce que nous la réprouvons.*

Ceci ne veut pas du tout dire que nous soyons hostiles à la médecine préventive, nous ne nous opposons *qu'à la manière de la pratiquer*, que l'on prétend nous imposer.

C'est pourquoi, comme le dit si bien Joubert, nous ne voulons pas « monter sur la locomotive » parce que ces machines-là n'ont pas de volant de direction !

Les conclusions du docteur Bollot, que la Fédération fait siennes, sont les suivantes :

1° La Commission d'études, pour enlever aux Caisses le désir de construire ou d'installer, conseille un barème préférentiel, que seuls les spécialistes adopteront ;

2° C'est donc à ces derniers seulement que l'on demande un sacrifice. Les intérêts de la minorité du Corps médical sont donc opposés à ceux de la majorité, composée des omni praticiens.

3° L'apparition dans le vocabulaire socialo-médical du terme « Centre de diagnostic » marque contre nous, médecins, une étape nouvelle dans l'œuvre entreprise par les Pouvoirs publics, d'accord avec les Caisses, de nous détrousser au nom de la Fraternité. »

On en arrive donc à examiner la question du renouvellement éventuel de notre Convention.

En somme, nous disons-nous, le Ministre l'a refusée, mais les Caisses l'ont acceptée, et ne nous ont fait aucune objection.

Actuellement, elle continue à être appliquée, par tacite reconduction.

Laissons donc aller . . . !

Mais cependant, nous décidons de rester fidèles à nos idées, et de poursuivre le maintien de la clause des rabaisiens.

De même nous n'admettrons pas qu'il soit question de création de Centre de diagnostic, (quel que soit le nom, dont on les déguise).

### Accidents du travail.

Le nouveau tarif ministériel est adopté, mais notre département qui, autrefois, étais admis pour les déplacements dans la classe des pays montagneux (eu égard à la dureté de ses routes) a, cette fois, été omis dans la liste.

La Fédération reçoit mission de réclamer le rétablissement de l'ancienne classification.

Les certificats initiaux déposés dans les mairies, continuent à être fréquemment divulgués aux correspondants de journaux, ce qui constitue une violation du secret médical, et parfois, peut avoir de gros inconvénients.

La Fédération demandera donc à M. le Préfet de donner des instructions aux Maires pour qu'ils mettent fin à cette pratique.

En dernière heure. — Une circulaire préfectorale a été adressée aux mairies.

### Assistance médicale gratuite.

La Fédération décide de charger ses délégués de poursuivre l'application à l'Assistance médicale du tarif de responsabilité des accidents du travail, revendication d'ailleurs exprimée généralement par les syndicats de France.

S'il y avait lieu de renouveler notre délégation près

du Conseil général, les docteurs Vourch et Damey seraient désignés.

L'assemblée demande encore l'unification du tarif kilométrique pour tous les services officiels (vaccinations, inspections de nourrissons, enfants assistés etc.. ...). Il est inadmissible que le tarif soit différent suivant les cas.

### Les cinq visites.

Dans certaines mairies, on a refusé de délivrer des billets de visite, parce qu'il en avait déjà été fait cinq.

C'est là une mauvaise interprétation du règlement : celui-ci demande simplement aux médecins, quand ils prévoient qu'une maladie exigera un long traitement et probablement plus de cinq visites, d'en donner avis. D'ailleurs des cartes postales sont en cours d'impression, qui seront remises aux médecins et qui simplifieront l'application de cette mesure, simplement destinée à combattre les abus.

Il paraît que l'impression, tant désirée, du règlement de l'A. M. G. serait en train ! Ce serait pour octobre.

Ce mot d'abus nous amène naturellement à rappeler qu'à la suite de faits plus ou moins corrects reprochés à quelques-uns, des mesures ont été prises contre l'ensemble de la corporation. Les syndicats croient donc devoir rappeler que chaque fois qu'un reproche motivé leur a été exprimé, ils sont intervenus efficacement, aussi se croient-ils fondés à réclamer que les administrations, si elles croient avoir à se plaindre de quelqu'un, *s'en prennent directement à l'intéressé* au lieu de se complaire à jeter la suspicion sur tous, comme il est arrivé trop souvent.

### Tarif des expertises.

Il importe, en l'absence d'un tarif légal, que nous décidions de ce qu'il convient de demander pour les diverses expertises pour lesquelles nous pouvons être commis.

On se met d'accord pour demander pour les expertises ordonnées par les tribunaux (invalidités résultant d'accidents du travail), par exemple :

Pour expertise simple, faite par un seul médecin : 150 francs.

Pour expertise grave (trois experts, prêtant serment) : 200 francs chacun et 100 francs, en outre, pour celui qui rédige le rapport. Ceci est accordé par le Tribunal de Quimper. Les autres syndicats devront le demander dans leur ressort.

Quant au tarif octroyé officiellement pour la médecine légale, il est d'une insuffisance manifeste, il importe que la Confédération en poursuivre le relèvement.

Pour les examens avec rapport demandés par les compagnies d'assurances : minimum 50 francs.

Pour les Assurances-Vie : 80 francs (Et pas de ces examens sommaires que demanderaient certaines compagnies.)

### Inscrits maritimes.

Le docteur Damey expose les incidents de février à Douarnenez, où l'Administrateur de la Marine, sans aucun préavis aux médecins locaux, fit venir de Brest un médecin de marine, en retraite, qui procéda à prix réduit à la visite sanitaire des marins se destinant à la pêche hauturière. Une réponse injurieuse avait en outre été faite à une réclamation des médecins lésés.

Ceux-ci alertèrent les Syndicats, et la question fut exposée au « Sou Médical », lequel en saisit immédiatement le Ministre.

Le Ministre prescrivit une enquête, après laquelle il nous fit savoir qu'estimant bien fondée la plainte des médecins, il donnait des ordres pour que de tels incidents ne se renouvellent pas.

La chose nous paraissait donc réglée ; or l'Administrateur vient d'adresser au Syndicat de Quimper une lettre qui fait craindre qu'il veuille récidiver. Nous avons donc cru nécessaire de lui faire connaître notre point de vue, et de lui signifier que, s'il nous y obligeait, nous pourrions bien rompre tous rapports avec la Marine, et refuser tous certificats à elle destinés, ce qui ne manquerait pas de lui créer de sérieux embarras.

Communication a été faite aux quatre Syndicats de sa lettre, ainsi que de la réponse qui lui a été adressée au nom de la Fédération.

Il importe que les syndicats marchent solidairement car à Audierne s'est produit un autre incident significatif.

Le docteur Le Quer s'est plaint de ce que l'Administrateur de ce port faisait contrôler en cours de traitement les marins malades (surtout les forfaitaires) par un médecin de la localité, leur concurrent.

Tous les médecins du « quartier » ont reconnu que ce confrère agissait de façon telle qu'aucun d'eux n'avait eu à s'en plaindre, mais puisqu'il soignait lui aussi des marins, cette fonction, exercée par quelqu'un de moins délicat que lui, pourrait provoquer des conflits, ou tendre à la création, en somme, d'un monopole.

La question de principe devait donc être étudiée.

Chargé par le Syndicat de Quimper de le faire, le docteur Damey, s'entendit avec tous les intéressés et une réunion eut lieu à Audierne, au Bureau de la Marine. Là, se révéla l'incompatibilité absolue du point de vue syndical et de celui de la Marine. Celle-ci prétend avoir le droit de choisir son contrôleur ; nous, nous disons qu'une fonction de ce genre ne doit être acceptée qu'avec l'assentiment du Syndicat. (Art. XIX de nos statuts). Nous disons en outre (ce que l'Administrateur n'admet pas) que le malade doit pouvoir toujours être assisté de son médecin traitant.

Cet exposé fut unanimement approuvé par l'assemblée.

(*A suivre.*)

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** (Professeur : M. Brindeau.) — *Cours de perfectionnement du jeudi soir.* — Ce cours, gratuit, est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours commencera le jeudi 1er décembre 1932 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Programme du cours. — Jeudi 1er décembre, M. Brindeau : Considérations sur l'ostéomalacie puerpérale. — Jeudi 8 décembre, M. Keiffer : Le problème de l'hémostase spontanée de l'utérus. — Jeudi 15 décembre, M. Metzger : Le traumatisme accidentel n'a pas d'action sur un œuf normal. — Jeudi 22 décembre, M. Chevallier : Quelle conduite tenir en présence d'un enfant dont les parents sont syphilitiques.

Jeudi 5 janvier, M. Brouha : Système nerveux sympathique et fonctions génitales. — Jeudi 12 janvier, M. Lesbouries : Considérations sur l'avortement épizootique. — Jeudi 19 janvier, M. Lantuéjoul : Quelques observations de mort inexpliquée du fœtus et du nouveau-né. — Jeudi 26 janvier, M. Manouélian : Phagocytose intraplacentaire des tréponèmes.

Jeudi 2 février, M. Lemeland : Considérations sur les tumeurs malignes de l'utérus de provenance ovulaire. — Jeudi 9 février, M. J.-L. Faure : Traitement des fibromes utérins. — Jeudi 16 février, M. Vaudescal : Considérations sur les symphyses pelviennes pendant la grossesse. — Jeudi 23 février, M. Hinglais : Des propriétés de l'hormone anté-hypophysaire et folliculaire dans les rapports avec la clinique. — Jeudi 2 mars, M. Nattan-Larrier : Considérations nouvelles sur le passage des anticorps à travers le placenta. — Jeudi 9 mars, M. Kœnig : Considérations sur le traitement du prolapsus utérin.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

— **Institut d'hygiène.** — *Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène.* ((Cours de perfectionnement sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène et de M. P. Joannon, agrégé. Directeur technique des travaux : M. le Docteur Henry Thierry, inspecteur général des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris. Chef des travaux : M. le Docteur Ph. Navarre.) — Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend : 1° une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène avec visites de différents services ; 4° des séances d'instruction dans les services d'hygiène.

Il commencera le 5 janvier à 14 h. 1/2, au Laboratoire d'hygiène (ou au Laboratoire de bactériologie pour les élèves qui le désireront), et le 6 mars, à 14 h. 1/2, au Laboratoire d'hygiène pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il sera terminé le 6 juin, et sera suivi d'un examen portant sur les matières traitées au cours, et donnant droit au diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie et de parasitologie, les élèves qui produiront : soit le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Ecoles de médecine ; soit celui de l'Institut Pasteur de Paris ; soit celui du Val-de-Grâce ; soit le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

Enseignement spécial de bactériologie (sous la direction de M. le Professeur Tanon et de M. Macaigne, agrégé). — *Technique de microbiologie appliquée à l'hygiène* : Généralités. — Le microscope. — Examen à l'état frais. — Colorations. — Stérilisation. — Milieux de culture. — Séparation des germes. — Inoculation aux animaux. — Agglutinations, séro-diagnostic. — Pus : staphylocoques, streptocoques. — Crachats : pneumocoques, tuberculose. — Gangrènes. — Exsudats bucco-pharyngés : diphtérie. — Syphilis : réaction de Bordet-Wassermann. — Gonocoques. — Méningocoques. — Charbon. — Tétanos. — Lèpre. — Peste. — Choléra. — Colibacille. — Bacilles typhiques et paratyphiques. — Dysenterie. — Eaux. — Selles. — Urines. — Lait. — Vaccins. — Sérums.

Nota : Les élèves qui le désirent peuvent suivre cet enseignement pratique également au laboratoire de bactériologie.

Enseignement spécial de parasitologie (sous la direction de M. le Professeur Brumpt) : Les mycoses. — Le paludisme. — Les leishmanioses. — La dysenterie amibienne. — Les trypanosomiases. — Coprologie (recherche des parasites intestinaux). — Leçons théoriques suivies de démonstrations pratiques.

Enseignement spécial d'hygiène. — *Hygiène et prophylaxie générales* : MM. Tanon, Liard, Legros, Lemaitre, Clerc, Cambessédès, Henri Thierry, Jules Renault, Martial, Pouillot, Dantier, Leclainche, Cruveilhier, Debré, Loir, Neveu, Joannon, Ramon, Camus, Nattan-Larrier : Organisation générale de l'hygiène en France. — Législation et administration générales. — Commentaires de la loi de 1902. — Hospitalisation et isolement. — Désinfection. — Police sanitaire maritime. — Les conférences sanitaires internationales. — L'hygiène des navires. — Prophylaxie aux frontières de terre et de mer. — Emigration. — Organisation et fonctionnement d'un bureau d'hygiène. — Charbon. — Diphtérie. — Dysentérie. — Fièvres typhoïde et para-typhoïdes. — Mélitococcie. — Méningite cérébro-spinale. — Rage. — Rougeole. — Scarlatine. — Typhus exanthématique. — Variole et varicelle. — Choléra. — Fièvre jaune. — Peste.

Hygiène urbaine. — MM. Dienert, Guillerd, Henry Thierry, Martin, Clerc, Navarre, Neveu : Les eaux d'alimentation, leur surveillance. — Captage des sources. — Stérilisation des eaux de boisson. — Contrôle des eaux. — Eléments d'hydro-géologie. — Evacuation et traitement des eaux usées. — Hygiène de l'habitation. — Hygiène rurale. — Méthodes de statistique.

Hygiène industrielle. — MM. Bordas, Duvoir, Martin, Kohn-Abrest, Henry Thierry : Salubrité de l'atelier en général. — Règlementation du travail dans les usines. — Les fumées dans les grandes villes. — Les poussières dans les villes. — Dermatoses professionnelles. — Intoxications professionnelles. — Eléments de toxicologie. — Etude des atmosphères confinées.

Hygiène alimentaire. — MM. Bordas, Sacquépée, Henri Labbé, Martel, Giroux, Navarre, Toubeau, Filaudeau : Pains et farines. — Alimentation

normale. — Rations alimentaires. — Le lait. — Boissons fermentées. — Fraudes alimentaires. — Contrôle des fraudes. — Infections d'origine alimentaire. — Les viandes, leur contrôle.

PROPHYLAXIE DES MALADIES SOCIALES. — MM. GOUGEROT, TANON, NAVARRE, BISARD, NEVEU, JOANNON, Marcel LÉGER : Prophylaxie sociale de la syphilis. — Surveillance de la prostitution. — Bases scientifiques de la lutte antituberculeuse. — Organisation antituberculeuse. — Le cancer. — L'alcoolisme. — Le service social, relations avec les services d'hygiène. — Rôle social des visiteuses d'hygiène. — Surveillance des maladies épidémiques.

HYGIÈNE INFANTILE. — M. COUVELAIRE, LESNÉ, MARENGO, WEILL-HALLÉ, VITRY, ROUBINOVITCH, Jules RENAULT, Mme JOUART : Mortalité et mortinalité infantile. — Hygiène de la gestation. — Hygiène du nouveau-né. — Hygiène de l'enfant séparé de sa mère. — Alimentation du nourrisson. — La protection des enfants placés en nourrice. — Réglementation et surveillance des crèches et pouponnières. — Hygiène mentale de l'enfant.

VISITES. — Des visites et des démonstrations auront lieu dans les services de clinique et dans les établissements ou installations intéressant les diverses parties de l'enseignement de l'hygiène, sous la direction des professeurs.

Le programme détaillé pourra être demandé au Laboratoire d'hygiène. Il sera remis aux élèves au début du cours.

CONDITIONS D'ADMISSION. — Le cours est ouvert : 1° aux docteurs en médecine français ; aux étudiants n'ayant plus que la thèse à soutenir ; 2° aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « Médecine » ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° aux personnes autorisées par le professeur à suivre ces cours, en dehors des catégories précédentes ; ces personnes ne peuvent ni subir l'examen final, ni avoir droit à un diplôme.

DIPLÔME. — Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen ; les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen : 1° le certificat de scolarité ; 2° le certificat spécial de bactériologie indiqué plus haut.

Ce diplôme ne pourra être accordé qu'aux docteurs en médecine français et étrangers. Les élèves non médecins pourront recevoir un certificat d'assiduité.

L'examen comporte : 1° des épreuves écrites sur des sujets d'hygiène traités dans le cours ; 2° des épreuves pratiques et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête (les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales) ; 3° les épreuves orales portant sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de bactériologie, de parasitologie et d'hygiène.

Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 400 francs ; pour les travaux pratiques de parasitologie, de 150 francs ; total : 550 francs.

Les droits à verser, pour le cours d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; un droit de laboratoire, 350 francs ; un droit d'examen, 200 francs ; total : 650 francs.

DIPLÔME DE MÉDECIN SANITAIRE MARITIME. — Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecin sanitaire maritime (Décret du 15 mars 1930) à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation supplémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la Police sanitaire maritime. Cette interrogation a lieu au Laboratoire d'hygiène au cours de l'examen.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

— **Hôpital Necker.** — *Cours de clinique urologique* (Clinique Guyon. Professeur : M. LEGUEU.) — M. le Professeur LEGUEU a commencé ses leçons le mercredi 16 novembre 1932, à 11 heures, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des Cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 1/2 à 12 heures ; le mercredi et le vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 heures, avant la clinique.

— **Clinique médicale propédeutique.** (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob. Professeur : M. Emile SERGENT.)

PROGRAMME GÉNÉRAL DES CONFÉRENCES. — 1° Le mercredi à 11 heures : Conférence clinique faite par M. SERGENT, qui étudiera alternativement la tuberculose pulmonaire, les maladies de l'appareil respiratoire et les cas intéressant la clinique générale. — 2° Le vendredi à 11 heures : Conférence clinique par les chefs et anciens chefs de clinique ou par une personnalité étrangère au service. — 3° Le vendredi à 9 heures : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins, par M. René MIGNOT, ancien chef de clinique. — 4° Le lundi, le mardi et le jeudi à 9 heures : Conférences élémentaires de technique et de séméiologie. — 5° Le mardi et le jeudi à 9 h. 1/2 : Séances de pneumothorax artificiel, par MM. René MIGNOT et R. BENDA, anciens chefs de clinique. — 6° Le mercredi à 9 h. 1/2 : Consultation sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par M. MARION.

Les conférences élémentaires du lundi, du mardi et du jeudi, spécialement réservées aux élèves stagiaires, seront faites par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. PIGNOT, BORDET, MIGNOT, DE MASSARY, OURY, GRELLETY-BOSVIEL, TURPIN, KOURILSKY, BENDA, LONJUMEAU, VIBERT, IMBERT, LAUNAY, POUMEAU-DELILLE, THIÉBAUT, MAMOU et les chefs de laboratoire : MM. Henri DURAND et COUVREUX. Leur programme détaillé sera affiché dans le service de la Clinique.

— **Chaire de thérapeutique** (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — 1° *Cours de thérapeutique* : M. le Professeur Maurice LOEPER a commencé son cours le jeudi 10 novembre 1932, à 17 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre.

SUJET : Médications et médicaments de l'appareil digestif et de la nutrition.

2° *Conférences de thérapeutique* : M. le Docteur P. HARVIER, agrégé, fait ses conférences les lundis, mercredis et vendredis, depuis le lundi 14 novembre 1932, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté.

SUJET : Les grandes médications cardiovasculaires rénales, pulmonaires et infectieuses.

Des cours complémentaires sur les sujets thérapeutiques d'actualité et sur la physiothérapie auront lieu les vendredis et samedis en décembre et janvier et février.

Des affiches ultérieures en indiqueront le programme.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — *Conférences du dimanche.* — Le 27 novembre, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. A. TZANCK, médecin des hôpitaux, sur : *La biophylaxie, son importance au point de vue thérapeutique.*

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** — *Programme des cours* pour l'année scolaire 1932-1933 :

Du 5 au 15 décembre 1932 : Chirurgie pratique courante. — Du 9 au 19 janvier 1933 : Chirurgie du membre supérieur. — Du 23 janvier au 2 février 1933 : Chirurgie du membre inférieur. — Du 6 au 16 février 1933 : Chirurgie du thorax et du rachis. Chirurgie orthopédique. — Du 20 février au 1er mars 1933 : Chirurgie gynécologique. — Du 13 au 24 mars 1933 : Chirurgie du tube digestif. — Du 26 avril au 4 mai 1933 : Chirurgie des annexes du tube digestif. — Du 15 au 23 mai 1933 : Chirurgie des voies urinaires. — Du 9 au 19 janvier et fin juin 1933 : Chirurgie ophtalmologique.

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture de chaque cours. Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscriptions s'élève au moins à six.

En outre de ces cours, faits par les prosecteurs et suivis de répétitions sur le cadavre par les auditeurs, les conférences suivantes (qui auront lieu à des dates non fixées encore) sont annoncées : MM. PROUST et MAURER : Chirurgie de la tuberculose pulmonaire ; M. MATHIEU : Chirurgie orthopédique ; M. HEITZ-BOYER : Chirurgie urinaire.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur CORDONNIER, de Paris ; du Docteur DARTEYRE, sénateur du Puy-de-Dôme ; du Docteur Henri MOUFFLIER, de Villers-Cotterets ; du Docteur COSSA, médecin chef honoraire de l'asile Saint-Pons, à Nice ; de Madame Charles WALTHER, née Amélie Segond, femme du Docteur Charles Walther, l'éminent chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, et mère du Docteur Paul Walther. Madame Walther était apparentée à deux des grands noms de la chirurgie de ces quarante dernières années. Nous adressons au Professeur Walther et au Docteur Paul Walther l'expression de notre douloureuse sympathie.

— **Ecole de psychologie** (49, rue Saint-André-des-Arts) — *Cours de* 1932-1933 Professeurs : Docteur BÉRILLON : La psychologie de l'euphronie et la pathologie du jugement. — Mlle Lucie BÉRILLON, professeur agrégée : La psychologie du bonheur. — Docteur Chauvois : Considérations psychologiques sur le mécanisme du corps humain. — M. FOLLEREAU : La psychologie de la latinité. — M. GOSSET : Les méthodes psycho-pédagogiques de rééducation des enfants anormaux. — Me GUILHERMET, avocat à la Cour d'appel : Les causes psychologiques de l'erreur judiciaire. — Docteur P. MÉNARD : La psychothérapie graphique. — Docteur Marcel VIARD : La psychologie appliquée à la vie quotidienne. — Docteur Pierre VACHET : La psychopathologie sexuelle.

Les cours publics de l'Ecole de psychologie ont lieu 49, rue Saint-André-des-Arts, tous les jeudis et les samedis, de 16 h. 30 à 18 h. 30. Les médecins, les membres de la Société de psychothérapie, les étudiants et étudiantes sont reçus gratuitement sur présentation de leur carte. Le droit d'entrée est fixé pour le public à cent francs pour l'abonnement à toutes les leçons ou à trois francs pour chaque séance.

L'enseignement des cours et conférences sera sanctionné par un certificat d'études psycho-pédagogiques

*Conférences* : tous les mardis soirs, à partir du 29 novembre, à 20 h. 30., des conférences seront faites par les Docteurs ARTAULT DE VEVEY, COURTOIS, P. FAREZ, FOVEAU DE COURMELLES, DE HOGUES, PAPILLAULT et MM. LEPINAY, médecin-vétérinaire, Louis FAVRE et KASS.

*Le Directeur-Gérant* : Dr J. NOIR.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

« Considérant qu'il résulte de l'instruction qu'au premier janvier 1914, ainsi qu'au premier janvier 1921, le sieur Duvernay, médecin à Aix-les-Bains, occupait dans cette ville un immeuble, où il habitait en commun avec sa femme, laquelle y exerçait concurremment avec lui la même profession ;

« Que c'est à bon droit que, par application des dispositions de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880, le requérant a été imposé, en sa qualité de chef de famille, au droit proportionnel de patente à raison de l'ensemble de l'immeuble dont s'agit, sous déduction toutefois des pièces réservées exclusivement à la Dame Duvernay pour l'exercice de sa profession ;

« Que le requérant ne saurait se prévaloir de ce que sa femme a été assujettie au droit proportionnel de patente d'après la valeur locative des locaux professionnels utilisés par elle et d'après la moitié de la valeur locative des locaux d'habitation occupés en commun par les époux, pour demander réduction de la contribution à laquelle il a été régulièrement imposé et maintenu. »

Dans le même sens, Conseil d'Etat, 19 juillet 1901.

La même solution a été donnée dans deux réponses ministérielles, parues au *Journal Officiel*, des 21 mars et 29 mai 1931.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 29 mai 1911 a également décidé que lorqu'un mari et sa femme exercent tous deux la profession de dentiste dans le même appartement et que leur clientèle est commune, ils sont tous deux assujettis à la patente.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 8 mars 1912 décide même qu'est assujetti à la patente un médecin, qui exerce d'une façon intermittente pour le compte de son fils, alors que le recouvrement des sommes qui lui sont dues serait exercé par son fils, lui-même médecin exerçant dans la même localité.

De ceci, on peut conclure que : 1° lorsque le mari et la femme exercent leur profession dans le même appartement, chacun d'eux paye la patente sur la valeur locative des pièces professionnelles qu'il utilise ; mais le mari paye sur la valeur totale de l'habitation familiale, alors que la femme ne paye que sur la moitié de la partie familiale.

2° Si les deux époux exercent dans des locaux professionnels séparés, situés hors du domicile familial, ils doivent être considérés comme deux professionnels distincts ; par conséquent chacun payera la totalité de la patente calculée, tant sur la valeur locative des locaux professionnels que sur la valeur des locaux d'habitation.

Ainsi en est-il lorsque le mari exerce une profession et la femme une autre, hors du domicile conjugal.

Cependant, en considération de ce fait que le

logis d'habitation est commun aux deux patentables, la femme peut obtenir du contrôleur qu'elle ne soit personnellement imposée, en sus de son appartement professionnel, que sur la moitié de la valeur locative des pièces d'habitation, son mari restant imposé sur la valeur totale de cette même habitation.

Disons pour terminer qu'on ne saurait considérer que le mari et la femme forment une association entre eux, créant ainsi une personne morale, qui seule serait assujettie à la patente, comme cela se passe couramment. Un mari et sa femme ne peuvent pas créer entre eux une pareille association.

Dr Paul Boudin.

## MÉDECINS ET MESURES FISCALES

Nous voyons dans les journaux les idées lancées par le ministère des Finances touchant l'établissement des impôts sur revenus professionnels pour les membres des professions libérales.

Deux suggestions ont été émises :

— Le carnet de reçus.

— La Commission de taxation fiscale.

— Le *carnet de reçus*, qui serait une complication paperassière nouvelle pour le médecin — lequel aurait à le transporter dans sa poche (un carnet de plus !) — ne présenterait, nous semble-t-il, au point de vue fiscal, que des avantages réduits.

Les recoupements sont en effet difficiles, du fait que nous ne saurions admettre que des noms soient portés sur les reçus. Il faudrait donc supposer que l'Administration compte voir se développer chez les malades un véritable esprit de délation, qui les porterait à transmettre au fisc des reçus à eux donnés.

Le geste manquerait, de la part du Gouvernement, et d'élégance et de psychologie.

— La deuxième formule serait la *Commission de taxation*.

Tout dépend, dans ce cas, et de la composition de la Commission et des modalités de son fonctionnement, au sujet duquel nous prévoyons, d'ores et déjà, des difficultés considérables.

Le médecin n'a jamais refusé de payer ses impôts, et le médecin moyen, dont les déclarations sont normales, trouve excessif que lui soit systématiquement appliquée une suspicion née d'inexactitudes venant de quelques favorisés de la profession.

Surtaxer le médecin au moment où il s'apprête à continuer ses efforts pour une meilleure application des lois médico-sociales, constituerait, de la part du Gouvernement, une erreur de nature à avoir, dans un avenir proche, les répercussions les plus fâcheuses.

Nous protestons contre les commentaires désobligeants parus dans la presse, tendant à faire considérer comme des fraudeurs systématiques les membres des professions libérales.

Nous nous élevons contre cette situation ainsi créée qui tendrait à établir, dans la fiscalité française, une catégorie de *suspects*, alors que les grands principes affirment : tous les citoyens sont égaux devant la loi.

Que les fraudeurs soient poursuivis chez nous comme ailleurs.

Nous voulons la justice, mais nous nous élèverons de toutes nos forces contre des mesures vexatoires susceptibles de porter atteinte au libre exercice et à la dignité de notre profession.

Dr P. Cibrie,
Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français.

## ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE L'ÉTAT.

La réunion du Comité de l'Assemblée générale de l'Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine a eu lieu le vendredi 5 octobre dernier à la Faculté de médecine de Paris.

Après discussion des diverses questions mises à l'ordre du jour (Assurances sociales et enseignement clinique, réforme des études médicales, agrégés sans enseignement, professeurs patentés, traitement des chefs de clinique, familles nombreuses), les vœux suivants ont été adoptés :

1° Considérant qu'il est préjudiciable à l'intérêt général que les agrégés parvenus au terme de leurs fonctions perdent tout contact avec la Faculté au moment où ils ont acquis une pratique et une expérience réelles de l'enseignement ;

Considérant aussi qu'il n'est pas équitable qu'ils soient ainsi privés de tous droits à une retraite pour laquelle ils ont régulièrement versé jusqu'alors ;

L'Association émet le vœu que les agrégés arrivés au terme de leurs fonctions et selon une modalité à étudier, continuent à faire œuvre d'enseignement (notamment participation aux examens pratiques et théoriques) et soient autorisés à continuer leurs versements pour la retraite sur la base de leur traitement d'ancien agrégé.

2° Considérant que l'enseignement de la médecine, fondement nécessaire de la formation professionnelle du praticien, ne peut être réalisé si le recrutement des malades dans les hôpitaux publics cesse d'être convenablement assuré ;

L'Association émet le vœu que l'article 31 § 1 de la loi du 5 avril 1928 complétée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930 soit modifié com-

me suit : « Dans tous les cas, la construction et l'aménagement des établissements hospitaliers de prévention et de cure ne pourront s'effectuer dans les villes où siège une Faculté ou une Ecole de médecine, ni dans leur banlieue qu'après avis favorable des Commissions administratives des hôpitaux et des Conseils de Facultés ou Ecoles de médecine. »

3° Considérant que dans quelques Facultés on ne met pas au concours les places d'agrégé pour les réserver à des faisant-fonction, chefs de travaux ou assistants choisis par leurs maîtres qui n'ont pas les titres nécessaires pour se présenter au concours ;

L'Association propose que les places vacantes d'agrégé soient toutes mises au concours, sauf avis contraire du Comité consultatif.

Bureau pour l'année 1933 : Président honoraire : Professeur Guyot ; président : Professeur Baudouin (Paris) ; vice-présidents : Professeur Jacques (Nancy), Professeur P. Delmas (Montpellier) ; secrétaire général : Professeur Fabre (de Bordeaux) ; trésorier : Professeur Patel (de Lyon).

## LES AGENTS PHYSIQUES EN ODONTOLOGIE

Une brochure vient de paraître ; il est impossible de ne pas protester contre cette publication : on ne peut en effet laisser croire aux étrangers, qui font confiance à la science française, que les auteurs de ce « *travail* » représentent l'étiage de la valeur du corps enseignant dentaire en France.

D'autre part, des publications de ce genre constituent le meilleur moyen de discréditer l'emploi des agents physiques.

Sous la signature de Jean Bader, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, lauréat de l'Ecole Odontotechnique, assistant de l'hôpital Rothschild, et du « *Professeur* » Zareh, membre titulaire de l'Académie internationale d'hygiène et d'antiseptie, est parue récemment une brochure de 60 pages intitulée : « *Les agents physiques en odonto-stomatologie* ».

Les auteurs envisagent l'emploi, dans leur spécialité, de la haute fréquence sous ses diverses modalités d'application, des ultra-violets et des infrarouges.

Ils commencent, au cours de leur préface, par affirmer que les agents physiques guérissent tout et immédiatement, tandis que les méthodes classiques doivent être rejetées avec mépris.

Puis ils accumulent, sans ordre, des citations plus ou moins tronquées, des divers auteurs médicaux. Entre ces citations ils intercalent des commentaires ;

et c'est ici que commence une comédie dont on ne sait s'il faut rire ou pleurer.

Tout d'abord les auteurs ignorent la langue française : les fautes d'orthographe, les fautes de syntaxe, les barbarismes, s'accumulent. Ensuite ces commentaires prouvent que les auteurs n'ont absolument rien compris à la pensée de ceux qu'ils citent. Par des raisonnements simplistes ou fantaisistes ils en tirent des conclusions insensées, et ils semblent s'appuyer sur l'autorité « *d'indiscutables compétences* » suivant leur expression.

Par contre les véritables indications des agents physiques en stomatologie ne figurent pas, pour la plupart, dans cette extraordinaire brochure.

A titre d'exemple nous citerons, avec l'orthographe originale, quelques paragraphes typiques :

« *Toutes les electrodes à vide, type mac-intyre, generées par la haute fréquence, dégagent des ultra-violets, mais les verres sont un obtacle à leur sortie. Il Il existe toutefois des electrodes en quartz et mercure qui dégagent des ultra-violets. Mais elles présentent l'inconvenient d'irradiation dispersé. Comme l'émission est generée unipolairement, on ne peut pas diriger leur rayonnement en un point determiné, tandis que les lampes de quartz sont generées d'une façon bipolaire.*

« *La vitesse de la lumière est de 300.000 kilomètres par seconde et la même que celle des electrodes métalliques mobiles dans les fils parcourus par un courant électrique* ».

« ROUCAYROL *en a fait l'expérience probante : en frottant un milieu de culture avec une electrode vaginale souillée de pus qui venait d'être retiré après une application, la culture est restée stérile.*

« *Donc des tissus soumis à l'action des courants de diathermie et ayant subi une température de 44-45° deviennent stériles.* »

Bel exemple de syllogisme !

Nous ne croyons pas utile d'insister.

La brochure contient un certain nombre de papillons où le « *Professeur* » Zareh s'offre à faire aux praticiens des démonstrations de certains appareils qu'il recommande. D'autre part le « *Professeur* » Zareh est co-directeur de « *l'Ecole supérieure d'électro-radiologie dentaire* » qui délivre un diplôme de « *Docteur en électro-radiologie dentaire* ». Cependant le « *Professeur* » n'est ni médecin ni dentiste.

Le Corps médical ne doit pas rester indifférent devant un tel scandale.

Dr PIERRON,
Ex-assistant d'électro-radiologie des hôpitaux Boucicaut et Broussais.
Professeur suppléant à l'Ecole de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris.

## LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
**(Le Sou Médical)**

*Admission prononcées par le Conseil d'administration au cours de la Réunion du* 8 *novembre* 1932.

MM. les Docteurs :

9.794 Bentkowski (Henri), Saint-Jean-du-Gard (Gard), Syndicat d'Alès.
9.795 Dubuche, Bully-les-Mines (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
9.796 Frain, 52, rue Damrémont, Paris, Société de Radiologie médicale.
9.797 Maris, Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Saint-Malo.
9.798 Hollier, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), Syndicat de Seine-et-Oise.
9.799 Giret, Cenon (Gironde), Syndicat des médecins bordelais.
9.800 Deransart, Dieulefit (Drôme), Syndicat de la Drôme.
9.801 Desbonnets, Tourcoing (Nord), Syndicat de Tourcoing.
9.802 Chaunac, Aubenas (Ardèche), Syndicat d'Aubenas.
9.803 Maudet, Saint-Georges de Didonne (Charente-Inférieure), Syndicat de la Charente-Inférieure.
9.804 Duncombe, Nevers (Nièvre) Syndicat de la Nièvre.
9.805 Roger (Jacques), Brest (Finistère), Parrains : Drs Roger et Barbaro.
9.806 Giorgi, Charleville (Ardennes,) Syndicat des Ardennes.
9.807 Lesaffre, Erquinghem-sur-la-Lys (Nord), Syndicat d'Armentières.

Ces admissions seront définitives quinze jours après la présente publication, s'il n'est survenu aucune protestation (Art. 6 des Statuts).

# CORRESPONDANCE

### ASSURANCES SOCIALES

**6194. — Caractère obligatoire des Assurances sociales**

J'ai une bonne qui refuse de verser sa quote-part aux Assurances sociales.

Le représentant de la Caisse me dit que, dans ce cas, je suis tenu de verser à la fois ma part et celle de la bonne. Il ajoute même qu'en cas de départ de l'employée, je serais tenu de verser jusqu'à la fin de l'année.

Je serais heureux de recevoir la réponse du *Concours*.

Dr C.

**Réponse.**

Aux termes du paragraphe 2 de l'art. 1er de la loi sur les Assurances sociales, sont affiliés obligatoirement tous les salariés dont la rémunération totale annuelle ne dépasse pas 15.000 francs.

Dès lors que votre bonne rentre dans cette catégorie de salariés, elle se trouve donc affiliée obligatoirement et ne peut s'opposer ni à son immatriculation ni à la retenue prescrite par la loi sur son salaire, pour le payement des cotisations qui lui incombent.

Sans doute est-ce à vous qu'il appartient d'opérer ce prélèvement et d'opposer sur ses cartes les timbres justifiant des versements effectués, mais encore une fois, elle n'a pas à donner un consentement quelconque, elle doit subir le prélèvement sur son salaire.

D'autre part, si elle vient à quitter votre service, vous ne devez vos cotisations et les siennes que jusqu'au jour de son départ.

### 6063. — Conditions du droit aux prestations

Un assuré social ayant cotisé un an, puis ayant cessé de cotiser, car devenu petit patron, a-t-il le droit aux prestations, alors qu'il vient de tomber malade, étant à nouveau employé depuis un mois et ayant cotisé à nouveau un mois ?

Dr D.

**Réponse.**

Aux termes du paragraphe 2 de l'art. 5 de la loi sur les Assurances sociales, « pour avoir droit aux prestations en nature et en argent l'assuré doit avoir cotisé soixante jours pendant le trimestre civil précédant la maladie. Toutefois tant que l'assuré n'a pas été immatriculé durant un trimestre civil entier, le droit aux prestations lui est acquis s'il a cotisé soixante jours pendant les trois mois précédant la maladie ».

En l'espèce, votre client n'a pas cotisé soixante jours pendant le trimestre civil ni même pendant les trois mois précédant la maladie, il ne peut donc, à notre avis, bénéficier de l'assurance-maladie.

### 6263. — Droit au bénéfice de l'assurance-invalidité

Pourriez-vous, par la voie du journal, me répondre à la question qui m'a été posée, aujourd'hui par une assurée sociale.

Cette assurée sociale — actuellement en période de post-maternité — est atteinte d'une grosse ptose utérine. Cette ptose, qui a d'ailleurs provoqué à la fin de la grossesse, de violentes hémorragies, a obligé l'intéressée de garder le lit, deux mois, avant son accouchement. Elle porte depuis un pessaire, et dit ne plus pouvoir travailler (femme faisant de gros travaux de lessive).

Cette femme a-t-elle droit, en raison de son infirmité actuelle, à une indemnité, de rente anticipée, étant donné qu'elle ne pourra plus (dit-elle), se livrer aux travaux qu'elle effectuait jadis ?

Dr C.

**Réponse.**

Aux termes de l'article 11 de la loi sur les Assurances sociales, pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie, et, par suite, posséder à son compte d'assuré les versements correspondant au moins à 480 cotisations journalières durant les deux ans précédant le début de l'affection ou l'accident.

D'autre part, n'ont droit à une pension d'invalidité, en vertu de l'article 10, que les assurés qui, à l'expiration du délai de six mois de l'assurance-maladie, restent encore atteints d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers leur capacité de travail.

Si votre cliente peut actuellement remplir la première condition, il est douteux qu'elle remplisse la seconde. En effet, l'invalidité dont elle reste atteinte ne saurait être évaluée à 66 %. Il ne nous paraît pas possible, par conséquent, qu'elle puisse bénéficier de l'assurance-invalidité.

## QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

### 5992. — Demande de réforme

Je vous serais fort reconnaissant de bien vouloir m'éclairer sur ma situation militaire. Si je suis autorisé à faire une demande de réforme, à qui et dans quels termes dois-je la faire ?

Classe 1920, lieutenant de réserve (première) très diminué dans ma profession par suite de perte (accident professionnel) de 30 % de la vision de l'œil gauche, et asthme violent avec crises quotidiennes.

Au cours d'une période militaire récente, je fus dirigé sur un hôpital militaire pour poussée d'iritis.

Dois-je attendre une nouvelle convocation ou faire une demande d'examen médical dès maintenant.

Dr X.

**Réponse**

A notre avis, ce seraient surtout vos crises d'asthme qui vous mettraient dans l'impossibilité de remplir vos fonctions militaires. Mieux vaut règler asusitôt cette question. Adressez à votre Directeur du Service de santé une lettre pour lui demander à passer devant une Commission de réforme, afin que celle-ci se prononce sur votre aptitude physique et ordonne, s'il y a lieu, votre mise en non-disponibilité pour infirmités.

Dans cette lettre, et pour justifier cette demande, exposez brièvement l'état de votre santé.

### 6043. — Promotion au grade de médecin capitaine. Père de trois enfants

Je suis de la classe 1918, mais je marche avec la classe 1917 comme engagé volontaire pour la durée de la dernière guerre. Médecin lieutenant depuis

avril 1927. Depuis cette époque, j'ai fait deux périodes dont une volontaire et j'ai l'intention d'en faire une autre volontaire, l'année prochaine, pour avoir plus facilement mon troisième galon. J'ai trois enfants vivants dont l'un vient de naître.

Pourriez-vous me dire :

1° Quand je puis espérer avoir mon troisième galon ? Je sais que je suis proposable à partir de l'année prochaine, mais ne doit-on pas être proposé plusieurs années de suite avant d'être nommé ?

2° La naissance de mon troisième enfant peut-elle apporter un changement à mon affectation en cas de mobilisation ? Je pars actuellement le huitième jour.

3° Dois-je avertir l'autorité militaire de la naissance de ce troisième enfant et si oui, est-ce au G. M. P. dont je dépends en temps de paix ou au Directeur du Service de santé de ma Région de mobilisation que je dois écrire ?

D^r G.

**Réponse**

1° L'accomplissement de périodes d'instruction ne peut que faciliter votre proposition pour le troisième galon, surtout si vous êtes assidu aux cours de l'Ecole de perfectionnement (ce dont on tient le plus grand compte). Ceci dit, sans qu'il soit possible de vous fixer sur la date de votre promotion, qui dépend aussi des titres de guerre et d'après-guerre que peuvent posséder vos concurrents.

2° et 3° Il est bon que vous avertissiez l'autorité militaire de la naissance de votre troisième enfant, en l'espèce le Directeur du Service de santé, dont vous dépendez au point de vue de la mobilisation. Cependant il semble que vous ne puissiez guère obtenir une affectation plus favorable que celle qui correspond à un départ du huitième jour.

---

**5906. — Promotion au grade supérieur. Périodes d'instruction**

J'ai 46 ans, classe 1906, j'ai fait toute la guerre mais pas de période depuis. J'avais été nommé au grade de lieutenant (deux galons) en 1917, donc quinze ans de grade révolus.

1° Puis-je savoir pourquoi je n'ai pas obtenu le grade supérieur comme beaucoup de mes confrères de mon âge ?

2° A qui faut-il le demander ?

3° Exigera-t-on pour me donner le grade de capitaine (médecin-major) que je fasse une période ?

4° Dans ce cas pourrais-je obtenir d'effectuer cette période en dehors de la Région à laquelle j'appartiens et demander Paris ou Versailles par exemple ?

5° Ou à défaut, puis-je au moins choisir une ville dans ma Région.

6° Jusqu'à quel âge serais-je mobilisable au grade de capitaine (*médecin-major*) que je sollicite ? D^r N.

**Réponse.**

1° et 3° D'après les errements antérieurs, vous pouviez être proposé pour le grade supérieur, sans faire de périodes puisque vous étiez en possession du grade actuel depuis 1917. Cependant des instructions ministérielles de 1931 précisent que, l'époque de la guerre étant de plus en plus lointaine, il n'est pas toujours possible de juger de l'aptitude au grade supérieur dans les mêmes conditions qu'auparavant et que l'on peut demander au candidat d'effectuer une période avant toute proposition. D'autre part, il est tenu le plus grand compte de l'assiduité aux cours des Ecoles de perfectionnement. Si vous n'avez pas obtenu le grade supérieur jusqu'à présent, c'est peut-être que vous ne suiviez pas ces cours des Ecoles de perfectionnement.

2° Tous ces renseignements peuvent être demandés par vous au Directeur du Service de santé de votre Région, par lettre, soit mieux, à l'occasion d'une visite que vous lui rendriez.

4° Un Directeur ne peut convoquer ses médecins de réserve que dans les limites du territoire de sa Région.

5° Lors de votre visite, vous pourriez vous entendre avec le Directeur pour le choix du lieu et de l'époque de cette période.

6° Quel que soit votre grade, si vous ne demandez pas à être maintenu dans les cadres au delà de l'époque de la libération de votre classe, vous serez libéré définitivement de toutes obligations militaires, le 15 octobre 1935.

---

### 6018. — Affectation des médecins de réserve

Mon collaborateur, classe 1919, père de cinq enfants vivants, médecin lieutenant de réserve, n'a-il pas de droit une affectation de mobilisation à l'intérieur ?

Si oui, pourriez-vous m'indiquer quel est le décret ministériel (et la date, qui fixe ce point particulier ? Dr X.

**Réponse.**

Les Circulaires ministérielles des 20 mars 1922 et 9 avril 1925 envisagent surtout l'affectation des médecins de réserve en raison de leurs compétences.

Evidemment, un médecin père de cinq enfants sera plutôt affecté à un poste de l'Intérieur ; mais, en pratique, s'il exerce une spécialité, on tient surtout compte de cette spécialité dans l'intérêt du service ; si notamment il est chirurgien, il sera affecté à une équipe chirurgicale, et ces équipes vont opérer jusque dans les groupes d'ambulances de corps d'armée, c'est-à-dire dans la zone de l'avant.

### 6102. — Démarches à faire pour être réformé

Je m'intéresse à un jeune homme célibataire, âgé actuellement de 33 ans (classe 1919) et ancien combattant. Je viens de lui découvrir une insuffisance aortique nettement caractérisée.

En raison des troubles cérébraux occasionnés par cette affection, il ne pourrait évidemment pas participer à une nouvelle guerre.

Comment faut-il procéder pour le faire réformer ?

Dr B.

**Réponse**

Que ce jeune homme écrive à son Bureau de recrutement une lettre pour demander à passer devant une Commission de réforme en vue de déterminer son aptitude physique au service militaire. Il y joindra un certificat médical constatant l'existence de sa lésion cardiaque.

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 6479. — Réduction de luxation du gros orteil

Je suis appelé auprès d'un blessé qui a une luxation du gros orteil, tous mes efforts de réduction sont inutiles.

J'appelle alors à la rescousse un confrère chirurgien qui décide, avant de faire une réduction sanglante, de tenter la réduction sous chloroforme.

Je chloroforme le malade et une fois celui-ci endormi, le chirurgien arrive à réduire la luxation après bien des efforts.

Pour le tarif nous sommes embarrassés. Je vois :

Réduction des luxations des doigts ou orteils par la méthode non sanglante........ 40 francs

Anesthésie générale.............. 80 francs.

Le chirurgien n'aurait donc droit qu'à la moitié, de ce que moi, anesthésiste, j'aurais droit.

Cela me semble assez paradoxal, surtout que la réduction a été très laborieuse ; au dernier moment, le chirurgien était sur le point d'abandonner et de recourir à la méthode sanglante.

D'un autre côté, l'anesthésie générale ayant été nécessaire, je suis en droit de demander 80 francs.

Qu'en pensez-vous ? Dr R.

**Réponse.**

Dans un tarif général, il y a des « bons » et des « mauvais » cas pour le médecin, l'un compense l'autre, en pratique. Ici, quelle que fut la difficulté, le Tarif n'offre que 40 francs pour la réduction et 80 francs pour le médecin anesthésiste. C'est « paradoxal » en effet... mais il est des luxations de doigt ou d'orteil se réduisant d'un simple « coup de pouce », si je puis dire, et pour lesquelles le tarif est également de 40 francs, alors que le médecin ne touchera que 15 francs pour un pansement parfois assez long.

Dr F. Decourt.

**5907. — Bien voir suivant quel Tarif doivent être fixés les honoraires**

Je vous envoie la lettre que je reçois de la Compagnie d'assurances en vous demandant si les dires de la Compagnie sont exacts et quel serait le Tarif applicable depuis le 15 février dernier.

Je dois ajouter que j'entretiens avec les représentants de cette Compagnie les meilleurs rapports et que c'est à ma demande que leur Compagnie répond la lettre explicative que je vous adresse.

Dr W.

**Réponse.**

D'après le Tarif du 6 février 1932, en vigueur depuis le 15 février, la réduction et contention de fracture des deux os de l'avant-bras est tarifée : 150 francs (art. 18). D'après le Tarif précédent (datant du 16 décembre 1926 et non du 10 avril 1930), en vigueur jusqu'au 15 février 1932, ce serait bien 120 francs. Le taux à fixer dépend donc de l'époque où eut lieu la réduction avant ou après le 15 février 1932.

Même remarque pour la « réfection de plâtre ordinaire » respectivement fixée à 50 ou 100 francs suivant le taux des dits Tarifs.

Quant au Tarif du 16 octobre 1931, il n'y a pas à en tenir compte en *aucun* cas puisqu'il fut « mort-né » et n'eut jamais à être appliqué.

Dr F. Decourt.

**5995. — Fracture du calcanéum**

Ayant à faire le compte d'une fracture du calcanéum survenue en septembre 1931 et pour laquelle j'ai fait un silicate venant jusqu'au dessus du mollet, je suis embarrassé. D'abord je n'ai plus l'ancien Tarif que j'ai dû jeter au panier après le Tarif du 26 octobre (annulé depuis) ; 2° je ne trouve pas mentionné dans le Tarif la fracture du calcanéum, faut-il l'assimiler aux fractures des métatarsiens ? mais, je ne les vois pas dans les fractures silicatées ; 3° pour l'avenir j'aurai à faire le compte pour une fracture du 27 septembre 1932, par adduction de la malléole interne avec écartement (cela a été radiographié) et gouttière dix jours, silicate ensuite. Faut-il compter fracture de jambe : 200 francs ?

J'ai aussi en traitement une fracture de l'extrémité inférieure du radius ; là, c'est explicite : 100 francs.

Dr C.

**Réponse.**

1° Pour la fracture du calcanéum avec appareil silicaté, vous pouvez demander 100 *francs par analogie* avec fracture extrémité inférieure du radius, solution provisoire déjà proposée par moi et acceptée par les parties, en attendant réparation de l'omission du Tarif.

2° Fracture de la malléole interne et une « fracture de jambe », donc 200 *francs*.

Dr F. Decourt.

Cinquante-quatrième année — N° 49 — 4 Décembre 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

I

### Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

*Concours médical*, Paris, 167-95.
*Sou Médical*, Paris, 182-31.
*Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.

II

### Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

### Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

## DEMANDES ET OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 369. — Dr ayant 30 ans d'exerc. dans même pays, chev. Lég. d'hon. présid. syndicat méd. de sa région, hautes référ., demande direct. hôpital privé ou clinique.

Nº 370. — Aisne. Gros bourg, 2 h. 30 Paris-Nord, poste méd. à céder. Très gros chiff. d'affaires. Maison tout confort.

Nº 371. — Doct. dem. poste méd. 100.000 francs env. chiff. d'aff. Littoral sud Bretagne, Ouest ou Sud-Ouest, ville ou près ville.

Nº 372. — Méd. longue prat., cessant d'exercer, aiderait confr. surchargé Paris, tiendrait clin. sérieuse A. T. ou méd. générale.

Nº 373. — Vendée, 40 km. Nantes, seul méd., un pharmac., très forte moyenne prouvée pend. les 4 dern. années, grande maison avec 2 garages. Pressé : 25.000 compt.

No 374. — A céder contre très légère indemn., cause départ urgent, poste propharm. important, avec maison, garage, grand jardin. Loyer 3.000.

No 375. — Doct. spécial. R. X., hautes référ., demande collabor. dans clinique, rég. Paris de préfér., ou avec confr. spéc. en vue cession ultér.

**Cabinet Breitel & Goret**
**1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46**

1o Région Ouest (climat doux) très ancien poste, seul médecin, un pharmacien. Jolie maison. Prix 30.000 francs.

2o Normandie, communications faciles Paris, pro-pharmacien bon rendement à céder d'urgence avec facilités.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Naud, des Lucs, la somme de **dix** francs pour bons offices du journal.

## Renseignements

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Le **gargarisme** le plus agréable pour le syphilitique c'est la TABLETTE DE MANGAINE, grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles. Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18,50) Cuvée 1929 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. = E. Cauche pharmac. à **AY** (Marne).

Conf. off. vieux **rancio** doux 1er cru (M. D.D.) prov. exclus. de ses vignes. Haut-Roussillon Conv. goûters, desserts, cadeaux, 12 bout. franco tt domicile : 168 fr.
Dr W. de Froutiguen, 68 av. gare. Perpignan. Pyr.-Oles.

**Pneumatiques** des 1res marques vendus aux membres du corps médical avec très fortes remises. Expéditions Paris et province. Ecr. Dr Pradignat, 204, bd. Voltaire, Paris.

L'envoi gracieux du **Dictionnaire des Spécialités pharmaceutiques**, qui vient de paraître est fait sur demande adressée à l'O. V. P., 107, rue Lafayette, Paris.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — L'Académie de médecine a désigné M. Souques pour remplacer le prof. Chauffard au Conseil supérieur de l'Offi.e national des Pupilles de la Nation.

— **Les épidémies.** — Des cas de fièvre ondulante ont été signalés dans les départements des Vosges et de la Savoie.

— **L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine** aura lieu le *dimanche 4 décembre* 1932, à 2 *heures précises*, dans la grande salle de l'Hôtel des Syndicats médicaux (Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Métro Vaneau, Montparnasse ou Saint-Placide).

Ordre du jour : 1° Compte rendu annuel du secrétaire général ; 2° Nomination de membres honoraires ; 3° Fixation du jour et de l'heure de l'Assemblée générale du premier semestre 1933 ; 4° Rapport du directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine; 5° Questions fiscales : patente et contrôle des déclarations (M. Boyer) ; 6° L'Office public d'hygiène sociale (Ordre du jour du Conseil) ; 7° Les Assurances sociales (Allocution du président) ; 8° Discussion du rapport du secrétaire général de la Confédération ; 9° Addition au règlement intérieur concernant les candidatures aux fonctions syndicales ; 10° Elections diverses (ouverture du scrutin à 4 heures) : *a*) de vingt membres du Conseil d'administration ; *b*) de trois délégués titulaires et de trois suppléants du Syndicat des médecins de la Seine au collège électoral de la Seine pour le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux français ; *c*) de huit membres titulaires et de quatre suppléants au Conseil de famille du Syndicat des médecins de la Seine ; *d*) de cinq membres titulaires et de cinq suppléants au Conseil de famille départemental.

— **A la mémoire de Forlanini, inventeur du pneumothorax artificiel.** — Aux deux dernières conférences de l'Union internationale contre la tuberculose, tenues à Rome en 1928 et à Oslo en 1930, il a été décidé d'ouvrir une souscription dans tous les pays pour élever un monument à la mémoire de Forlanini.

L'inventeur du pneumothorax artificiel n'a pas seulement doté la thérapeutique de la tuberculose de la première méthode vraiment active et efficace de guérison de cette maladie ; cette découverte a ouvert la voie à tous les procédés de collapsothérapie, grâce auxquels la médecine est aujourd'hui amplement armée pour triompher du mal.

Malades et médecins de France auront à cœur de témoigner leur reconnaissance à cet illustre fils de l'Italie. Par la plus modeste obole comme

par une contribution plus élevée, les uns et les autres tiendront à concourir à la souscription, en faveur de laquelle le Comité national de défense contre la tuberculose (Paris, 66, boulevard Saint Michel), chargé de centraliser la participation française, lance dans une sentiment de solidarité humaine le plus pressant appel.

— **La reconstruction de la Faculté de médecine de Paris.**— La commission chargée de rechercher un terrain pour la reconstruction de la Faculté de médecine, vient de se réunir au ministère de l'Intérieur. Elle a définitivement abandonné le projet d'utiliser une partie du terrain du champ de manœuvres d'Issy-les-Moulineaux. Son choix s'est porté sur le terrain de l'hospice de Sainte-Anne.

La commission s'est transportée sur les lieux. Elle était présidée par M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, et comprenait notamment M. Renard préfet de la Seine. M. Charléty, recteur de l'Université de Paris, M. de Labeyrie, représentant des domaines, et MM. Balthazard et Roussy, représentants de la Faculté de médecine. Après avoir reconnu tous les avantages de ce nouveau projet, la commission a décidé d'engager des pourparlers, le plus tôt possible, avec le Conseil général de la Seine. (*Le Journal.*)

— **Le Jubilé du Docteur Guglielminetti.** — On vient de fêter le 70e anniversaire de la naissance du Docteur Guglielminetti, l'inventeur du goudronnage des routes, dont la réalisation a été si heureuse dans ses conséquences hygiéniques et si appréciée de l'automobilisme. Le Docteur Guglielminetti, né à Brigue, en Suisse, le 24 novembre 1862, exerça longtemps la médecine à Monte-Carlo.

— **L'Œuvre de musique et poésie à l'hôpital** donnera le mardi 20 décembre, à 8 h. 30, une soirée romantique dont la recette est destinée aux séances de cinéma et aux matinées récréatives des hôpitaux d'enfants.

Cette œuvre, fondée par une femme de médecin et par des artistes désintéressés, a pour but de donner aux malades des hôpitaux des divertissements musicaux et littéraires d'une portée à la fois morale, intellectuelle et artistique.

Le concert de musique et poésie à l'hôpital aura lieu Maison Pleyel, salle Chopin, et commencera par une conférence de Me Chassinat, avocat à la Cour d'appel, qui présentera les trois grands musciens de l'époque : Chopin, Schumann et Schubert.

Victor Gille, le grand pianiste, interprètera Chopin.

Mlle Morand, 1er prix de violoncelle du Conservatoire, Mlle Jane Court, 1er prix de violon du Conservatoire, Mlle de Mayo, prix du Conservatoire, interprèteront Schumann.

Mme Georges Dupau, cantatrice, accompagnée par Mme Lebocq, pianiste de l'œuvre, interprétera des Lieds du Voyage d'Hiver de Schubert.

Billets à 15 et 10 francs en location, Maison Pleyel, et chez Durand, place de la Madeleine.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — Une Assemblée générale extraordinaire de cette Ligue a eu lieu le samedi 26 novembre 1932, à 18 heures, au Musée social, (5, rue Las-Cases, Paris-VII^e^).

Objet : Délibération au sujet d'une demande de déclaration d'utilité publique.

— **Ecole de psychologie** (49, rue Saint-André-des-Arts). *Séance de réouverture.* — Le jeudi 17 novembre a eu lieu la séance de réouverture des *cours de l'Ecole de psychologie*, sous la présidence d'honneur du Professeur d'Arsonval, membre de l'Institut, Grand-croix de la Légion d'honneur.

Après une allocution du Docteur Pierre Vachet, directeur de l'Ecole, qui rappela les noms des illustres savants qui manifestèrent leur sympathie en venant présider les séances de réouverture des cours, la parole fut donnée à M. le Docteur Louis Chauvois qui traita comme sujet : *Considérations psychologiques sur la mécanique du corps humain.*

L'exposé, fait d'une façon claire, fut particulièrement apprécié des auditeurs. Des projections et un film montrèrent à l'auditoire, composé d'environ quatre cents personnes, l'analogie frappante qui existe entre les différentes pièces d'une automobile et le corps humain.

Enfin M. le Docteur Bérillon, fondateur de l'Ecole de psychologie, fit une allocution très applaudie qu'il termina en donnant le programme des cours de l'année.

— **Hôtel Chambon.** *Conférence Bottu.* — Afin de répondre au désir exprimé par de nombreux confrères n'ayant pu assister à sa conférence de juin dernier, M. H. Bottu, renouvellera cette conférence filmée, consacrée à son expédition cynégétique en Afrique Centrale, le vendredi 9 décembre 1932, à 20 h. 3/4 précises, à l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi. Les médecins et leurs familles sont cordialement invités.

— **Conférences médicales de l'Hôtel Chambon.** — Le jeudi 1^er^ décembre 1932, à 21 heures, dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, M. le Professeur Serge Judine, chirurgien-chef du service de chirurgie d'urgence à l'Institut Skalifassowsky, à Moscou, a fait une conférence sur : *L'organisation du service des premiers secours chirurgicaux à Moscou* ; *Quelques travaux récents des médecins russes* avec projection d'un film sur la gastrectomie.

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Mutations.* — M. le Docteur Cotte, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, passe à la Charité (service de gynécologie), en remplacement du Docteur Molin, arrivé au terme de ses fonctions.

M. le Docteur Paul Bonnet, passe à l'Hôtel-Dieu,

comme chirurgien titulaire, chargé du cours de clinique ophtalmologique.

**— Secours d'urgence des orphelins de la médecine.** — *Soirée musicale.* — Une grande soirée musicale aura lieu le dimanche 18 décembre, à 8 h. 45, salle Gaveau, rue La Boëtie, Paris-8e, au profit du « Secours d'urgence des orphelins de la médecine. »

Programme. — 1° *a)* Aria de Bach ; *b)* Rondo de Bocchérini, par l'ensemble Paul Bazelaire (50 violoncelles) ; 2° Deux Noëls du XVe siècle ; 3° Orphée, de Gluck (Orphée, Mlle Le Bargy ; Eurydice, Mme Vallandri, de l'Opéra ; L'Amour, Mme Yvonne Brothier, de l'Opéra-Comique) ; Chœurs et orchestre Girardin-Marchal sous la direction Alice Sauvrezis.

Prix des places, de 30 à 5 francs. On trouve des billets : chez Durand, éditeur, place de la Madeleine ; chez Sénart, éditeur, rue de Rome, 49 ; à la *Semaine de Paris*, 28, rue d'Assas ; Maison Gaveau, rue La Boëtie ; à le « F. E. M. » et à la « Société centrale de l'A. G. », 95, rue du Cherche-Midi, Paris-6e. (Tél. Littré 61-43.)

**— Hospice national des Quinze-Vingts.** — *Concours de chef de laboratoire.* — Un concours pour la nomination à une place de chef de laboratoire à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le 19 décembre 1932, rue Moreau, n° 13. MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 heures à midi, jusqu'au samedi 10 décembre 1932 inclus.

Le chef de laboratoire est nommé pour une durée de deux années ; il pourra, sur sa demande, être prorogé dans sa fonction d'année en année.

Il reçoit une indemnité annuelle de 9.000 francs.

**— Hôpitaux de Nancy.** — *Internat et externat.* — Ont été nommés pour une période de quatre années, à la suite des derniers concours : internes, MM. Dedun, Malton, Girard Nicolas ; Mlle Suhner ; internes provisoires ; Mlles Weissmann, Devin ; M. Genet ; externes faisant fonctions d'internes : MM. Hunckler, Thouvenot.

Externes titulaires : MM. Jacobs, Chevillot, Godot ; Mlle Claude ; MM. Jacques Cordier, Lecoanet, Koblentz, Greff, Body, Heully, Boquet, Lenseignies, Dohm, Lelorrain, Royer ; Mlle Huck ; MM. Willigens, Couillault, Mathieu.

— **Æsculape**, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les Sciences et la Médecine.

Sommaire du n° 11. — Sainte Valérie portant sa tête tranchée (1 ill.). — L'Aventure de Mary Tofts qui accoucha de 17 lapins, par Jean Avalon (8 ill.) — Six images des Très riches heures du

duc de Berry, par le docteur Benjamin BORD (6 ill.). — La « Faute » de Mlle de la Vallière devant la médecine, par M. Ch. OUY-VERNAZOBRES (8 ill.). — Une tête macabre précolombienne (1 ill.). — Supplément (23 ill.).

## LA XVII° CROISIÈRE MÉDICALE FRANCO-BELGE

SICILE — GRÈCE — ADRIATIQUE — ITALIE
(Pâques 1933)

Dans le but de renseigner très exactement nos confrères, nous croyons utile de bien préciser à nouveau, les conditions dans lesquelles sont organisées les Croisières médicales franco-belges (*Bruxelles Médical, Concours Médical*) dont la XVII$^e$ s'effectuera à Pâques prochain en Sicile, Grèce, Adriatique et Italie.

Ainsi que nous l'avons déjà signalé, ces croisières constituent une œuvre créée par des médecins à l'intention des médecins. Sans doute, et dans le but d'être agréables à nos confrères, acceptons-nous très volontiers, à partir d'une certaine date et dans la mesure des disponibilités, l'inscription de personnes étrangères au Corps médical, à la condition toutefois qu'elles soient recommandées par leur médecin de famille, mais il n'en est pas moins vrai que, pour garder leur renom et leur particularité, nos croisières sont et doivent demeurer des croisières organisées *à bureaux fermés*. Nous pourrions évidemment demander à tel ou tel armement de nous réserver, sur l'un ou l'autre de ses paquebots, un certain nombre de cabines, la Compagnie se réservant le droit de disposer des autres installations en faveur de sa propre clientèle, mais une telle façon de procéder aurait pour conséquence d'enlever à nos croisières tout caractère médical. Nos passagers ne seraient alors, en la circonstance, que des touristes ordinaires perdus dans la masse des autres voyageurs. Or, cela, nous voulons à tout prix l'éviter. Et c'est une des raisons pour lesquelles nous avons choisi pour la Croisière médicale franco-belge de Pâques 1933 le magnifique paquebot *Théophile Gautier* de la Compagnie des Messageries maritimes. Ce paquebot, qui a été spécialement construit pour les croisières, nous a été *entièrement réservé*. Le nombre des passagers y sera de 250 au maximum. De la sorte, les touristes, qui seront tous des médecins ou des amis de médecins et appartiendront tous, de ce fait, au même milieu social, pourront se connaître facilement, ce qui contribuera à rendre le voyage extrêmement agréable.

Rappelons que le départ de la croisière s'effectuera de Marseille le 8 avril et le retour, dans

le même port, le 1er mai. Rappelons également que l'itinéraire sera le suivant :

Marseille, Messine (Taormina), Katakolo (Olympie), Corinthe (Mycènes, Argos, Athènes), Itea (Delphes et le Parnasse), Ithaque (l'île d'Ulysse), Corfou, Saint-Jean de Medua (Scutari d'Albanie), Cattaro (Cettigne), Dubrovnik (Raguse), Spalato (Salona), Fiume (Grottes de Postumia), Venise, Porto Corsini (Ravenne), Civita Vecchia (Rome), Ile Rousse (Corse), Marseille,

et qu'il y a, pour les médecins, des places à fr. français 3.975 en 1re classe, et fr. français 2.100 en 2e classe.

Des excursions facultatives seront organisées dans les escales.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à l'une des adresses suivantes :

XVIIe Croisière Médicale Franco-Belge,
37, rue de Bellefond, Paris
ou 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

Une brochure détaillée sur le voyage sera envoyée gratuitement sur demande.

Le succès de la croisière s'annonçant comme considérable, il est recommandé aux personnes que ce voyage intéresse de se faire connaître sans tarder.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

15 NOVEMBRE

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Docteur Bourilhet, médecin chef de service de l'Asile de Moulins, est nommé médecin directeur dudit établissement, en remplacement de M. le Docteur Ricoux, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Docteur Loo, reçu au concours de médecin des asiles de 1932, est nommé médecin chef de service de l'asile d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre), en remplacement de M. le Docteur Teulié, mis en disponibilité sur sa demande.

16 NOVEMBRE

**Hygiène publique.**

*Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.*

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal

d'hygiène est déclarée ouverte pour Courbevoie (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 24.000 francs. par an avec autorisation de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau, 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

17 NOVEMBRE

*Avis de concours pour la nomination de deux inspecteurs départementaux d'hygiène adjoints dans l'Aude.*

Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de deux inspecteurs départementaux d'hygiène adjoints dans l'Aude.

Leurs fonctions comprendront, en plus des obligations du service départemental d'hygiènne normal, pour l'un le service du dispensaire d'hygiène sociale de Lézignan-Corbières et prochainement celui de Castelnaudary, pour l'autre le service du dispensaire d'Axal et prochainement celui de Limoux. Un service de consultations antivénériennes sera organisé dans ces dispensaires.

Les candidats à ces emplois devront être Français, âgés de 30 ans au moins et de 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande rédigée sur timbre, devra être adressée au préfet de l'Aude, avec le dossier réglementaire, composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 15 décembre, dernier délai :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ;

2° Acte de naissance ;

3° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

5° Etat signalétique des services militaires, citations, campagnes, etc. ;

6° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et certificat de bonne vie et mœurs ;

7° Copie certifiée conforme du diplôme d'hygiène délivré par une faculté de médecine (obligatoire) ;

8° Certificat de stage à l'un des cours de perfectionnement en phtisiologie organisés dans les diverses facultés de médecine (obligatoire) ;

9° Certificat de stage de perfectionnement auprès d'un service de syphiligraphie (facultatif) ;

10° Exposé des titres, travaux, états de service et références, notamment en matière de phtisiologie et de syphiligraphie ;

11° Engagement de renoncer à toute clientèle, de

résider dans la localité siège du dispensaire et de servir pendant trois ans au moins ;

12° Engagement, en cas de départ, de ne s'installer comme médecin dans aucune des localités de la région dessservie, avant un délai de trois ans, ni de solliciter aucun mandat public durant le même délai.

Le concours aura lieu à la préfecture de l'Aude à la fin de décembre.

Les candidats admis ne pourront être titularisés qu'après un stage d'un an pendant lequel ils pourront être licenciés sans formalité, ni indemnité, si leurs services ne donnent pas satisfaction. La durée du stage en cas de nomination définitive sera comptée pour l'avancement.

Le traitement varie de 38.000 à 46.000 francs, avec avancement tous les deux ans et augmentation de traitement de 2.000 francs par échelon. Indemnités ordinaires en plus. Les frais de déplacement sont remboursés sur mémoire justificatif jusqu'à une limite de 6.000 francs.

### Service de santé militaire.

Par décision du 14 décembre 1932, les officiers de réserve du Service de santé dont les noms suivent reçoivent les affectations ci-après :

Méd. sous-lieut. : Cazenove, de la rég. de Paris, est aff. à la 3e rég. (serv.) ; Bréchant, de la 20e rég., est aff. à la 14e rég. (serv.).

### Enseignement de la médecine.

Les dates des compositions du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) de la catégorie C (histoire naturelle médicale et parasitologie), qui avaient été fixées aux 21 et 22 novembre 1932 ont été reportées aux 5 et 6 décembre 1932.

### Asiles publics d'aliénés.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère), est vacant par suite du décès de M. le Docteur Terrade.

Le poste de médecin chef du service de l'asile public d'aliénés de Moulins (Allier) est vacant, par suite de la nomination de M. le Docteur Bourilhet au poste de médecin directeur.

20 NOVEMBRE

### Sanatoriums publics.

*Avis de concours pour un poste de médecin adjoint de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium départemental de Trestel (Côtes-du-Nord), établissement réservé aux enfants atteints de tuberculose osseuse et ganglionnaire.

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et

*Voir la suite page LV-3565*

# PROPOS DU JOUR

## Aux Voix latines
## Ce que la Médecine doit à l'Italie

Pour la troisième fois les *Voix latines* se sont fait entendre.

A la demande du Président de l'*Union Médicale latine* (UMFIA), le Dr Dartigues, M. le Prof. Léon Bernard a traité, devant S. Exc. le Comte de Pignati Moratto di Custozo, Ambassadeur d'Italie, et un auditoire d'élite, le très vaste et intéressant sujet : *Ce que la Médecine doit à l'Italie.* Connaissant à fond l'Italie, en relations confiantes avec le Gouvernement fasciste et les médecins italiens, admirateur des immenses progrès sanitaires réalisés et qui se réalisent tous les jours dans la Péninsule, M. le Prof. Léon Bernard était tout désigné pour aborder ce sujet. Ses auditeurs n'ont du reste pas été déçus.

M. Léon Bernard a d'abord fait remarquer qu'il ne pouvait que brosser une esquisse de l'histoire de la médecine italienne ; pour l'exposer, même brièvement, il faudrait pendant plus d'un semestre lui consacrer des conférences quotidiennes. Il va essayer néanmoins d'en présenter un raccourci, s'excusant par avance de ne pouvoir citer tous les médecins italiens illustres et de se borner à énumérer ceux qui lui semblent les plus représentatifs.

L'histoire de la Médecine en Italie commence avant la fondation de la Rome antique, se continue au Moyen Age ; puis, l'étude des sciences médicales s'épanouit en même temps que celle des Lettres et les Arts pendant la Renaissance ; elle tient le premier rang en Europe aux XVIIe et XVIIIe siècles et, après une courte et relative éclipse au début du XIXe siècle, due à la situation politique, elle prend de nouveau un brillant essor à notre époque.

***

Bien avant la fondation de Rome, les Etrusques avaient eu le souci d'assainir leur pays et paraissent avoir utilisé des sources minérales. En Sicile et dans l'Italie du Sud, la grande Grèce, la médecine grecque fut exercée surtout par des sectes philosophiques, notamment par les Pythagoriciens.

A Rome, à l'époque de la République, ce furent encore des Grecs et souvent des esclaves qui remplirent les fonctions de médecins. Les vieux Romains, tels que Caton, xénophobes endurcis, méprisaient la médecine étrangère ; ils considéraient que seul le paterfamilias devait soigner les membres de sa famille. Ces préjugés avaient disparu à l'époque de Cicéron et Celse, issu de l'aristocratie romaine, jouit d'une grande réputation sous les règnes d'Auguste et de Tibère ; plus tard Pline l'Ancien consacra à la médecine une partie de son encyclopédique Histoire naturelle ; enfin au IIe siècle après J.-C., le grec Galien, de Pergame, venu à Rome, y exerça l'art médical, et y jouit d'une réputation sans précédent.

Mais si les Romains furent peu enclins à étudier et à exercer la médecine privée, qu'ils abandonnèrent aux Grecs, ils eurent un réel souci de la médecine d'Etat.

Dès la plus haute antiquité ils songèrent à assainir leur ville : les vestiges de la *Cloaca Maxima* qui date de Tarquin, en sont une preuve. Ils nous ont laissé toute une législation sanitaire. Les ruines imposantes des thermes, des bains, des aqueducs, des tombeaux relégués en dehors de la ville, l'existence de latrines publiques montrent le souci que les Romains avaient de l'hygiène urbaine.

L'invasion des Barbares porta durant quelques siècles un coup fatal à la civilisation romaine. Mais, dès le IXe siècle, dans le golfe de Pestum, grâce à une situation géographique privilégiée, le port de Salerne, en relations constantes avec l'Orient, vit naître une Ecole médicale fameuse qui pendant quatre ou cinq siècles jouit d'une renommée universelle. L'Ecole de Salerne eut l'apogée de sa prospérité au XIIe siècle. Laïque, s'inspirant des médecins grecs, juifs et arabes qui lui firent connaître les doctrines hippocratiques, elle eut des maîtres célèbres : Platearia, Jean de Milan, la fameuse Trotula, le français Gilles de Corbeil et Constantin l'Africain qui, ayant acquis une grande réputation, se fit bénédictin et se retira au Mont Cassin, centre médical à demi-sacerdotal qui rivalisait avec l'Ecole de

◆◆

Salerne. Cette Ecole, *avant de péricliter* et de s'éteindre, vers le XIV$^e$ siècle, eut une influence marquée sur le développement de la Faculté de Montpellier et sur les Universités italiennes qui se constituèrent un peu dans toutes les villes à la fin du XII$^e$ siècle, si bien qu'en l'an 1200 on ne comptait pas moins de vingt universités en Italie. Padoue, Naples, Bologne, Lucques, Pise sont des centres importants d'études médicales dès le XIII$^e$ siècle. Tandis qu'à Bologne, la médecine scholastique triomphe avec Guglielmo da Saliceto, Padoue se libère, avec Pietro d'Abano qui commente Averroès et Avicenne.

Il faut noter que la médecine et la chirurgie sont étroitement unies dans les Universités italiennes.

Lanfranchi, qui vint de Bologne à Paris où il fonda la Corporation des chirurgiens, était à la fois médecin et chirurgien.

Pendant la Renaissance, les études médicales marchaient de pair avec les arts, les lettres et les sciences, elles prirent un nouvel essor en Italie. De très grands génies comme Léonardo di Vinci et Michel-Ange furent des anatomistes de premier ordre.

On vit professer ou étudier à Padoue, le flamand Vésale, Colombo, l'espagnol Michel Servet, Fallopio, Fabrice d'Aquapendente ; à Naples enseignait Ingrassia, Césalpin à Pise, Mercuriale à Venise. Botallo (d'Asti) vint à Paris où il passa presque toute sa vie. Mais le plus célèbre médecin italien de la Renaissance fut Gerolamo Fracastoro (de Vérone) qui devint le médecin de l'empereur Charles-Quint. Fracastoro étudia remarquablement la syphilis et, avec une prescience vraiment stupéfiante, indiqua les origines des épidémies et comment on pouvait les combattre.

Au XVII$^e$ siècle, le physiologiste Borelli, de Pise, fut le maître de Malpighi qui professa à Pise et à Rome. Malpighi fut le premier qui aborda l'étude des tissus et se servit pour cela du microscope. Il découvrit les vaisseaux capillaires, les glomérules des reins, etc. ; Aselli, son élève, décrivit le premier les vaisseaux chylifères. Un autre de ses élèves, Valsalva, fut le maître de Morgagni. Baglivi, de Raguse, fut professeur à Rome où il se montra un clinicien émérite.

Des hygiénistes se révélèrent à cette époque : Lancisi, de Rome, qui étudia les Marais Pontins et Ramazzini qui tour à tour exerça à Modène et à Padoue.

Au XVIII$^e$ siècle, Rasori, de l'Université de Pavie, émit la doctrine des contre-stimulants qui jouit d'une vogue excessive. Mascagni, de Sienne, Scarpa, de Modène, Cotugno, de Naples, furent des Anatomistes distingués.

Mais ce furent Morgagni et Spallanzani qui illustrèrent le plus la médecine italienne. Morgagni, à Bologne et à Padoue, créa l'Anatomie pathologique et Spallanzani qui professa à Bologne, à Modène et à Pavie, fut un biologiste remarquable ; il étudia le mécanisme de la génération, les phénomènes de la digestion et de la respiration.

A la même époque Galvani, médecin à Bologne, puis Volta, physicien à l'Université de Pavie, firent les grandes découvertes d'où naquit l'électrothérapie.

Au cours du XVIII$^e$ siècle, Venise, Naples et Florence à l'instigation de Cocchi, prirent des mesures contre la contagion de la tuberculose.

La première moitié du XIX$^e$ siècle fut du fait de l'instabilité politique des Etats italiens une période de torpeur relative pour la médecine italienne. Mais une véritable renaissance se produisit dans la seconde période du XIX$^e$ siècle. Bizozzero fut en physiologie un observateur de génie. Son élève Camillo Golgi, de Pavie, fit faire les plus grands progrès à l'anatomie histologique du cerveau. Lombroso créa l'anthropologie criminelle. Tommasi et Guido Bacelli, le premier à Pavie, puis à Naples, le second à Rome, portèrent très haut la réputation de la clinique italienne tandis que Perroncito et Bozzolo étudiaient l'ankylostomiase sur les mineurs du Saint-Gothard.

Nous arrivons à notre époque et il est difficile de citer des noms de contemporains et de faire un choix judicieux surtout parmi les vivants. Cependant, on ne saurait passer sous silence Forlanini, de Pavie, qui inventa le pneumothorax artificiel et donna aux tuberculeux, jadis condamnés, l'espoir de la guérison ; et Maragliano de Gênes, dont la présence fut remarquée et applaudie à la Conférence du Prof. Léon Bernard. Ce fut Maragliano qui, le premier, s'ingénia dans de longues et patientes expériences à rechercher la vaccination préventive de la tuberculose.

On ne saurait oublier le rôle de Tommaso Crudeli et de son élève Angelo Celli, « le rédempteur des terres incultes et paludéennes de l'Italie », qui étudia la malaria et sut la combattre, ni les recherches de Sanarelli, de Rome, sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre jaune.

A l'heure présente, les efforts de la médecine italienne prennent de plus en plus un caractère social.

Les hygiénistes, qui guident les pouvoirs pu-

blics, poursuivent trois buts : d'abord l'organisation de l'hygiène publique avec la lutte contre le paludisme qui se manifeste par l'assainissement des Marais Pontins, peu à peu rendus à l'agriculture, par la construction de sanatoriums, de dispensaires, de laboratoires destinés à l'étude du paludisme, à sa prophylaxie et à la sauvegarde de ses victimes.

La création de nombreux Instituts d'hygiène expérimentale, à Rome en 1885, puis à Turin, à Padoue, à Pise, du grand Institut pour la lutte contre le cancer, fondé à Milan en 1927, le fonctionnement de l'Œuvre nationale pour l'Assistance et la Protection de l'Enfance (1925) sont les preuves du souci de réalisations hygiéniques du Gouvernement italien.

Le second but est l'amélioration des conditions hygiéniques des travailleurs, poursuivie sans relâche, depuis qu'en 1898, Luigi Devoto fonda la Clinique du Travail.

Enfin le troisième but est le développement des œuvres antituberculeuses qui s'accomplit en grand, grâce aux Assurances sociales contre la berculose.

Les Eaux minérales italiennes furent de tous temps fréquentées. Avec l'aide de l'Etat, Montecatini est devenue une station luxueuse et modèle.

Enfin il existe un projet qui ne tardera pas à être réalisé, celui d'un Institut Mussolini qui dépassera pour les études ayant trait à l'hygiène et à la prophylaxie, et de beaucoup, toutes les fondations de ce genre.

Le Prof. Léon Bernard, fort applaudi, illustra alors sa conférence de très nombreuses projections que le ministère italien de l'Intérieur avait bien voulu lui communiquer.

Après l'image des vestiges glorieux de la Rome antique, après les vues des transformations que subit la Rome contemporaine que le gouvernement fascite est en voie d'« haussmaniser », le conférencier montra à l'auditoire, les Marais Pontins avant et après leur assainissement, les sanatoriums, les instituts, le port d'Ostie, devenu la station balnéaire de Rome, Montecatini avec ses merveilleux établissements, les plans du futur Institut Mussolini.

Il termina en projetant le portrait de Léonard de Vinci, rappelant que ce génie universel dont plusieurs chefs d'œuvre font la gloire de notre Musée du Louvre, mourut près d'Amboise au Château de Cloux entre les bras d'un roi de France, François Ier, selon la légende, et c'est sous le signe du grand Léonard qu'il convient de souhaiter que les deux grandes nations latines, faites pour s'estimer, se comprendre et s'aimer règlent désormais leurs relations et leur politique.

Le succès de la Conférence du Prof. Léon Bernard a montré à S. Exc. l'Ambassadeur d'Italie, qu'en France et à l'Union médicale latine, on sait reconnaître le rôle glorieux de la médecine italienne dans le passé et admirer l'Œuvre sanitaire actuelle du Gouvernement italien qui peut être donnée comme modèle à tout Etat qui met au premier rang de ses réalisations, le souci d'améliorer sans cesse les conditions d'existence de ses citoyens.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### LE PRATICIEN ET LA NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

V

### *Les arriérés*

**Stigmates de dégénérescence. — Stigmates d'hérédo-syphilis. Signes de débilité motrice.**

Par M. le Docteur Gilbert ROBIN

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris,
Médecin assistant à l'hôpital Lariboisière.

Les arriérés mentaux présentent en général, tant au point de vue morphologique qu'au point de vue fonctionnel, des anomalies qui appellent des précisions.

Nous avons vu, quand nous avons traité des idiots, qu'on relevait sur ceux-ci des malformations grossières intéressant tous les appareils. On a rangé ces stigmates sous le nom de stigmates de dégénérescence. S'ils sont moins nombreux chez les débiles et les retardés simples que chez les imbéciles et les idiots, il n'en est pas moins vrai qu'ils existent.

Aussi indiquerons-nous les stigmates dus à l'hérédo-syphilis qui permettent une discrimination avec les si nombreux stigmates de dégénérescence.

Puis nous insisterons sur le syndrome de débilité motrice, si important chez les retardés et les débiles, par le saisissant parallèle qu'il permet d'établir entre l'état mental et l'état organique ou fonctionnel.

#### Stigmates de dégénérescence et stigmates de l'hérédo-syphilis

L'arriération intellectuelle relève souvent de l'hérédo-syphilis. Mais il est parfois difficile de la reconnaître et encore plus de l'affirmer. Les discussions restent ouvertes ; toutefois les conclusions d'auteurs tels que Babonneix, Léon Tixier, Rudaux et Montlaur, etc., permettent en pratique de résoudre le problème.

L'anamnèse donnera de précieux renseignements. Le passé obstétrical sera fouillé. Outre la syphilis avouée des parents, et des générations antérieures, on se basera sur les faits suivants : polynatalité, hydramnios, « expulsion précoce ou prématurée du produit de conception, mort du produit de conception à toutes les périodes de la gestation, mort-nés, surtout mort-nés macérés, môle hydatiforme, gemellarités univitellines, débilité congénitale, mortalité infantile dans les premiers jours, teratologie » (Rudaux et Montlaur), exagération du poids placentaire.

On recherchera dans le passé du nourrisson s'il a présenté : pemphigus, syphilis, coryza, mégalosplénie, hypertrophie du foie, ictère, hydrocèle unilatérale irréductible, adénite sus-épitrochléenne bilatérale, convulsions essentielles.

Si on ne possède aucun renseignement, on se basera sur *les stigmates*, étant bien entendu que la réaction de Wassermann, quand elle est négative, n'a qu'une valeur relative. Les stigmates dits *stigmates de dégénérescence* n'ont perdu de l'importance que parce que des progrès récents ont permis de rattacher à l'hérédo-syphilis des dystrophies qu'on rangeait à tort parmi les stigmates dégénératifs.

Parmi les *signes de certitude* : nez en lorgnette, dents de Hutchinson, perforations palatines, reliquat de rhagades.

Parmi les *signes de probabilité* : infantilisme, obésité précoce et toutes dystrophies générales ou partielles (front olympien, bosselures latérales, tubercule de Carabelli, dents de Mozer, strabisme convergent, agénésie pilaire, coalescence des sourcils, axiphoïdie, hypospadias, cryptorchidie, pieds bots, syndactylie, becs de lièvre, etc.). Encore, beaucoup de ces signes ne peuvent-ils être considérés qu'en qualité de signes de présomption.

Bien que la liste de ces stigmates soit longue,

il n'en est pas moins vrai que les signes de dégénérescence gardent leur valeur clinique.

**Débilité motrice**

Le syndrome de débilité motrice (Dupré et Merklen) traduit l'insuffisance du développement du faisceau pyramidal. Il s'associe dans ses manifestations les plus variées à l'arriération mentale : depuis un symptôme noté, jusqu'aux formes les plus atténuées de la maladie de Little ou de l'hémiplégie cérébrale.

Citons :

La persistance anormale du signe de Babinski ou réflexe plantaire, l'exagération et la vivacité des réflexes tendineux ;

Le tremblement des extrémités ;

Des tics divers ;

Les troubles de la parole (bégaiement), ou de l'articulation (blésité) ;

La conservation des attitudes ou signe de la poupée :

« Lorsqu'on place les bras ou les jambes de l'enfant dans une position dont le maintien provoquerait chez l'adulte une franche fatigue, souvent insurmontable, l'enfant garde sans aucune fatigue apparente les membres dans la position donnée ; si, les deux bras étant en l'air, on en abaisse un, il laisse l'autre dans la position primitive. Il semble pendant un temps très long avoir oublié le membre. On peut le distraire, l'amuser, lui faire tourner la tête, il ne songe pas à ramener son bras dans une position plus commode (Vermeylen), la paratonie ou incapacité de faire le bras mort, d'obtenir volontairement une résolution musculaire complète, les syncinésies. Un exemple emprunté à Collin, permettra d'en rendre compte :

« A..., 4 ans 1 /2, est assis sur une table, nu, les jambes pendantes ; c'est un retardé simple psychique et moteur, il a tous les signes infantiles. On lui fait prendre un petit bouchon dans la main droite et on l'incite, en l'amusant, à serrer de plus en plus fort : le gros orteil droit se met en extension assez rapidement ; la main gauche, placée sur la cuisse gauche, ébauche un mouvement de fermeture du poing ; l'orteil gauche ensuite se met en extension.

« On a assis à côté de lui, un enfant du même âge, d'intelligence active, parlant bien, n'ayant plus de ces signes infantiles. Il fait l'effort demandé de la main droite ; on ne peut noter aucun mouvement associé, ni à droite, ni à gauche. Si on lui demande de faire un très gros effort, les syncinésies s'ébauchent. »

Au stade de mouvements associés, fait suite celui des mouvements coordonnés, c'est-à-dire « localisés à des groupes musculaires dont la contraction est nécessaire et suffisante pour produire l'action entreprise » (Vermeylen).

L'hypertonie, l'incontinence nocturne d'urine ou énurésie ;

La maladresse qui permettent de mettre en valeur les divers exercices qu'on fait exécuter à l'enfant et pour lesquels l'habileté manuelle est indispensable ;

Les troubles de la préhension (Fay) ont une grande valeur.

Dupré fait lui-même remarquer, avec du reste trop de modestie, que les signes qu'il décrit ne sont qu'un apport « très incomplet et très provisoire » à l'étude de la débilité mitrice. D'autres auteurs ont enrichi de leurs observations le tableau clinique.

André Collin a décrit le signe de flexion du pied et d'écartement des orteils en éventail par excitation légère sur la région de l'extrémité inférieure du péroné et sur le côté externe du pied. Au-delà de six mois, ce signe, s'il se manifeste encore, doit faire penser à la maladie de Little dont il serait une des premières manifestations.

Epreuve du saut à pieds joints (Fay) :

« Si l'enfant est incapable de sauter des deux pieds à la fois, s'il arrive les pieds disjoints, s'il tombe par suite de perte d'équilibre, ou si le saut est d'une longueur insignifiante eu égard à l'âge et à la taille, on est en droit de supposer une débilité motrice, accompagnement presque constant de la débilité mentale. Si, les explications données, l'exécution n'est pas réalisée au commandement, même après deux ou trois essais, l'arriération mentale est très probable. »

Au syndrome de débilité motrice, il faut ajouter les signes d'insuffisance cérébelleuse tels que : adiadococinésie ou impossibilité d'accomplir les mouvements successifs de pronation et de supination. C'est l'impossibilité de « faire les marionnettes ».

La titubation, l'asynergie (G. Heuyer).

La liste des signes d'insuffisance motrice chez l'arriéré peut s'allonger à l'infini : astasie, pseudoparaplégie en flexion, nystagmus, mouvements choréiques de la face, etc. (Porot.)

Après avoir établi le diagnostic de débilité motrice, il paraît intéressant de préciser, s'il se peut, l'âge moteur de l'enfant, c'est-à-dire le degré de sa débilité motrice. Ozeretzki a établi des tests moteurs que nous reproduisons ci-dessous. Dans nos examens d'arriérés, nous avons souvent trouvé un âge moteur égal à l'âge intellectuel. Lorsqu'il nous arrivait de constater par exemple un âge moteur inférieur à l'âge intellectuel, nous insistions sur la nécessité d'une rééducation motrice et nous étions frappés de constater des progrès intellectuels réalisés au prorata des progrès moteurs.

**Tests moteurs d'Ozeretzki**

*Quatre ans.*

A) Rester debout sur une jambe, les yeux

ouverts. Successivement pour les deux jambes. Repos intermédiaire de 2 secondes.

B) Sauter. Les deux pieds quittent le sol en même temps. Les jambes sont un peu fléchies.

Vitesse et hauteur n'entrent pas en considération. Nul si le sujet ne peut pas élever les deux pieds en même temps et faire au moins trois sauts l'un après l'autre.

C) Monter l'escalier : 10 marches.

Hauteur des marches : 12-15 centimètres. Sans appui à la rampe.

Nul si le sujet ne place pas ses pas à la manière de la marche. Le mouvement doit être terminé en 1 minute 30 secondes.

D) Descente de l'escalier (voir C).

E) Possibilité de froncer les sourcils (On peut le faire devant le sujet, s'il ne comprend pas).

F) Possibilité de se laver le visage. Réussi si le sujet peut mettre de l'eau dans ses mains réunies et la porter jusqu'au visage.

*Cinq ans.*

A) Sautiller sur une jambe, sur une longueur de 5 mètres. Vitesse non considérée. Sautiller sur la jambe droite, repos 1 minute 30 secondes, puis avancer sur la gauche.

B) Avancer sur les genoux fléchis, distance 3 mètres. Vitesse non considérée. Réussi si le sujet ne touche pas le sol avec ses talons.

C) Possibilité de s'habiller soi-même, se boutonner. Garçons : mettre le pantalon, la chemise, la ceinture, le manteau. Filles : blouse, robe, manteau. Cette épreuve peut également être exécutée avec le cadre Montessori.

D) Possibilité de mettre les souliers et nouer les lacets sans aide, exercice à exécuter en 3 minutes.

E) Monter un escalier en courant, 10 marches. Hauteur des marches 10-15 cm. Sans appui. Temps : au maximum 15 secondes. Si une marche est manquée, répéter l'exercice.

F) Lancer une balle jusqu'au but donné. Eloignement : 1 mètre à hauteur de poitrine du sujet. Une planche carrée de 25 cm. × 25 cm. sert de but. Commander « attention », attendre 1 à 2 secondes, « lance ». Le lancer droit entraîne le bras entier dans le mouvement. Réussi si le but est atteint deux fois sur trois.

*Six ans.*

A) Sauter par-dessus une corde placée à 25 centimètres de hauteur, sans élan. Les deux jambes doivent être élevées en même temps. Réussi si corde n'est pas touchée deux fois sur trois.

B) Rester debout sur une jambe 15 secondes, les yeux fermés. En alternant gauche et droite.

C) Sauter à terre d'une hauteur de 30 centimètres. Le sujet ne doit pas tomber. Deux épreuves sont permises.

D) Descendre en courant un escalier de 10 marches, hauteur des marches 12-15 centimètres. Sans appui. Ne pas manquer une marche. 10 secondes au maximum (voir quatre ans).

E) Trois gracieuses révérences. Montrer. Les talons joints, les pointes des pieds écartées. Les talons ne doivent pas bouger pendant le fléchissement du tronc.

F) Attraper la balle avec la main droite. Distance un mètre. L'examinateur commande : « attention » repos 3 secondes, « attrape ». Le sujet a les mains aux hanches au commandement. Deux épreuves à réussir sur trois.

*Sept ans.*

A) Sautiller les yeux fermés sur une jambe, longueur 5 mètres. L'examinateur montre la direction, puis les yeux du sujet sont bandés. Au but : « halte ». Réussi lorsque le sujet ne touche pas le sol avec le pied levé et si, se déplaçant dans la direction du but, il ne s'en éloigne pas de plus de 1 m. 5 à gauche et à droite. Le même exercice successivement avec la jambe gauche et la jambe droite avec pause de 2 minutes.

B) Lever les sourcils. Réussi si on ne constate aucun mouvement, aucune contraction dans les autres muscles du visage.

C) Attraper la balle de la main gauche. Distance un mètre. Voir six ans.

D) Faire un nœud avec un fil de 15 centimètres de long. Le nœud peut être au milieu ou au bout du fil. Temps maximum 15 secondes. Indiquer la durée dans le rapport d'observation.

E) Sautiller sur la jambe droite avec rotation simultanée du bras gauche pendant 5 secondes. Après 2 minutes de repos, exercice dans l'ordre inverse. Sur place.

F) Sans laisser tomber l'eau, porter sur trois mètres un verre rempli jusqu'au bord. Le verre est posé sur une soucoupe tenue par le bord, le bras tendu. L'eau renversée est mesurée. Nul s'il y a plus de 10 centimètres cubes. Maximum 10 secondes.

*Huit ans.*

A) Fermer l'œil droit ; après 10 secondes de pause, fermer l'œil gauche. Nul si le visage a des contorsions ou si la main doit aider à fermer l'œil.

B) Tailler un crayon : pointe forme conique, la mine doit être pointue. Temps 2 minutes.

C) Sautiller pendant 5 secondes sur une jambe avec rotation simultanée des deux bras. 2 secondes après, le même exercice avec l'autre jambe. Sur place.

D) Porter une boîte d'allumettes sur le pied droit, distance 3 mètres, 30 secondes. Deux épreuves sur trois doivent réussir. Après 2 minutes répéter sur le pied gauche déchaussé.

E) Lancer une balle. But distant de 2 mètres Voir conditions de six ans.

F) Attraper la balle de la main droite. Distance 2 mètres.

9 *ans*.

A) Enfiler une aiguille, fil n° 50, aiguille n° 6, 2 minutes. Pas moins de trois mouvements.

B) Sans verser, porter 2 verres pleins jusqu'au bord sur 3 mètres. Avec soucoupe, bras tendus. Mesurer l'eau renversée. Maximum 15 centimètres cubes, 10 secondes.

C) Lancer une pierre en hauteur, la rattraper après avoir saisi de la même main une autre pierre placée sur la table. Il est permis de lancer la pierre à une hauteur maxima de 75 centimètres. Pierre ronde 30 grammes environ.

D) Parcourir dix mètres à quatre pattes, la jambe droite levée, 1 minute 30 secondes. Nul au cas où le sujet touche le sol avec la jambe levée. Après 3 minutes, même exercice sur l'autre jambe. Deux essais permis.

11 *ans*.

A) Sauter sur place une corde tendue à 35 centimètres (voir six ans).

B) *a*) Grincer des dents en levant les sourcils ;

C) Lancer la balle à un but 3 mètres (voir cinq ans).

D) Attraper la balle de la main droite, 3 mètres (voir six ans).

E) Fermer alternativement l'œil gauche et l'œil droit. En 10 secondes les yeux doivent être fermés au moins trois fois chacun. Trois essais autorisés.

F) Attraper une pierre lancée en hauteur, après avoir avec la même main saisi deux autres pierres sur la table, dans l'intervalle. Les deux pierres seront à une distance de 1 /2 centimètre (voir neuf ans).

13 *ans*.

A) Saisir la barre du trapèze d'une main et maintenir le corps 5 secondes en position (voir neuf ans).

B) Rattraper la balle de la main gauche, distance 3 mètres (six ans).

C) Lancer la balle à un but donné. Distance 3 m. 50 (voir cinq ans).

D) Saute-mouton. Elan 2 mètres. Trois essais autorisés. Ne toucher deux fois ni la tête ni les épaules du partenaire. Toucher le sol soit avec la pointe des pieds, soit avec les talons. Noter l'une ou l'autre position.

D) Sauter sur place sans élan par-dessus une corde placée à 55 centimètres de hauteur (voir six ans).

E) Se mettre debout sur les mains, contre la paroi, tenir le corps droit, vertical, les talons ou les pointes des pieds touchent la paroi. Rester 5 secondes dans cette position. Trois essais autorisés.

15 *ans*.

A) Sauter sur place une corde haute de 45 centimètres. Elan. La chaise est maintenue par l'examinateur. Le sujet doit lever les pieds simultanément. Trois essais autorisés.

B) Sauter sur place une corde haute de 65 centimètres (voir A, six ans).

C) Rattraper une balle, distance 3 m. 5. Changer main gauche, puis droite (voir 6 ans F).

D) Lancer une pierre en hauteur, la rattraper après avoir de la même main saisi sur la table deux autres pierres posées à 1 /2 centimètre l'une de l'autre (voir neuf ans).

E) Au commandement « commencez » le sujet agit le plus rapidement possible. Se coucher sur le sol, étendre les bras. Se lever, courir sur 5 mètres dans la direction d'une chaise placée à 1 m. 5 environ d'une table, prendre de la main la chaise, s'asseoir, prendre en même temps sur la table, des deux mains deux objets placés à 75 centimétres l'un de l'autre (par exemple deux marteaux à percussion) et changer leur place. Prendre une feuille de papier posée sur la table. Faire au crayon trois croix. L'épreuve doit être terminée en 10 secondes. Montrer d'abord. Le sujet répète ensuite les actions à faire. En cas de fautes on peut répéter le mouvement.

***

En pratique médicale, l'ensemble de ces tests complète l'examen neurologique et médical et donne au diagnostic une précision qu'il ne saurait avoir sans eux. Des mesures pédagogiques appropriées sont les heureux résultats de ces examens neuro-psychologiques précis, appuyés sur des bases scientifiques.

# LA COMPOSITION MINERALE DES GLANDES ENDOCRINES

## Etude des perturbations fonctionnelles de ces organes, par carence de leurs constituants chimiques, dans leurs rapports avec la pathogénie des cancers

Par Joseph Leriche (de Joigny).

Etant donné nos connaissances sur le comportement des minéraux et leur spécificité dans le mécanisme de chaque organe, l'étude de la minéralisation des glandes endocrines offre un intérêt considérable qui tient autant à la valeur biologique de ces organes qu'à l'importance des troubles multiples résultant de leurs déviations fonctionnelles consécutives aux perturbations chimiques, en dehors de toute lésion tissulaire.

Les proportions variées que présentent les composés chimiques dans les endocrines constituent le statisme minéral de ces organes dont dépendent leur équilibre fonctionnel et surtout leurs produits de sécrétion. On conçoit quelles peuvent être les conséquences physio-pathologiques de la carence des corps chimiques ou de l'apport exagéré de certains d'entre eux, tels que le potassium et la soude, dont l'action cancérigène n'est plus discutée à l'heure actuelle.

Les minéraux que renferment les glandes à sécrétion interne nous éclairent sur la nécessité absolue de tel ou tel métal, en proportion définie, pour assurer le fonctionnement normal de tel groupement cellulaire et sur le rôle de ces mêmes métaux non seulement dans la formation des produits sécrétés, mais aussi dans la détermination de leurs caractères, de leur spécificité et de leur activité.

Ces acquisitions chimiques ont été exposées par L. Lematte, G. Boinot et E. Kahane dans un intéressant travail sur le « Dosage des minéraux contenus dans les principaux organes utilisés en opothérapie. Ces auteurs ont établi la composition minérale des organes pour 1000 d'organe frais et pour 100 d'organe sec. Nous rapportons les résultats de leurs analyses et nous en dégagerons les déductions qu'elles comportent.

Nous remarquerons que le phosphore est la dominante minérale de toutes les endocrines, et que le soufre, la potasse, le chlore et la soude se placent immédiatement après par ordre de grandeur, tandis que la teneur en chaux et en magnésie est comparativement très faible. Nous retiendrons que le taux de la magnésie est le plus élevé dans la thyroïde, et que le cerveau, le thymus, les surrénales, le pancréas et la rate sont particulièrement riches en phosphore. Si nous nous reportons à la composition des organes pour 100 d'organe sec, il apparaît même que la proportion du thymus l'emporte notablement sur celle de toutes les autres glandes. Un fait digne de remarque concerne la minéralisation du soufre qui, outre sa teneur élevée dans toutes les endocrines, présente le minimum de variation d'un organe à l'autre, ce qui confirme une fois de plus la haute valeur de ce métalloïde dans les fonctions de nutrition, de sécrétion et de défense.

L'hypophyse est la glande qui renferme la plus grande quantité de calcium, et les analyses du fer, où le taux prédomine dans la rate et dans le foie, ne font que confirmer les résultats qui ont été rapportés antérieurement par d'autres auteurs.

### Iode et thyroïde

En ce qui concerne l'iode, L. Lematte, G. Boinet et E. Kahane rapportent qu'ils ont « trouvé chez le mouton et sur la poudre résultant du traitement de plusieurs milliers d'organes 0 gr. 611 d'iode pour 1.000 gr. de matière fraîche ou 0 gr. 235 pour 100 gr. de matière sèche. Le taux en iode de la thyroïde ne change pas seulement d'une espèce à l'autre, mais chez le même individu, elle subit de très grandes oscillations sous l'influence de plusieurs facteurs ; l'alimentation, en particulier, lui imprime des variations saisonnières.

D'après Zunz, un gramme de substance fraîche contient de 0 gr. 46 à 0 gr. 84 milligrammes d'iode et un gramme d'extrait sec de 1,50 à 3 milligrammes, soit en moyenne 2,244. Ces chiffres sont très supérieurs aux précédents et beaucoup plus forts que ceux habituellement admis. On estime, en moyenne, qu'un corps thyroïde d'adulte contient 4 milligrammes d'iode environ, bien que la quantité puisse varier de 2 à 9 milligrammes.

« Dans les deux lobes, la quantité d'iode est sensiblement égale. Mais, ce n'est pas assez de constater la présence habituelle de l'iode dans la thyroïde pour attribuer à ce corps le premier rôle dans le jeu de l'organe. Pour que cette conclusion fût justifiée, il faudrait que l'iode y fût dans des proportions toujours identiques, au moins dans certaines limites. » (M. Garnier et R. Huguenin.) Or, la teneur en iode varie considérablement suivant les contrées, la nourriture, les saisons et l'âge. Au bord de la mer, où la richesse en iode est beaucoup plus élevée, il y a deux fois plus d'iode dans la thyroïde des

moutons qui vivent sur les côtes que dans la thyroïde des moutons de l'intérieur. Cette différence n'est explicable que par une teneur beaucoup plus élevée en iode de l'air marin et des paturages. L'iode est d'autant plus abondant que l'alimentation est plus riche en principes iodés. Il en existe davantage chez les herbivores que chez les carnivores, et Mac Garrison rapporte que « toute trace d'iode disparaît dans la glande du chien soumis à un régime carné exclusif. »

L'influence des saisons repose sur les variations de la teneur en iode des végétaux. D'après Herzfeld et Klinger, les proportions du métalloïde seraient deux ou trois fois plus fortes en été qu'en hiver pour la raison que l'individu consomme, en été, beaucoup plus de légumes verts, et qu'en hiver l'alimentation se compose surtout d'albumines non iodées. L'influence de l'alimentation est particulièrement frappante chez les peuples qui se nourrissent, en grande partie de poissons. Fukushima estime que la teneur en iode de la thyroïde des Japonais, qui est plus élevée que chez l'européen bien que la glande soit plus petite, réside essentiellement dans la nourriture qui est très riche en poisson. Ce qui frappe dans l'énumération de ces facteurs variés, c'est que «plus on fournit de l'iode à l'organisme et plus la thyroïde en fixe » (M. Garnier et R. Huguenin.) de telle sorte que cette glande aurait pour fonction principale de fixer l'iode extérieur, ce qui explique les variations quantitatives, parfois extrêmes, du métalloïde suivant les contrées, les saisons et la nourriture. Cependant, quelle que soit la valeur de ces données, l'iode est un des éléments constants de la cellule thyroïdienne à toutes les périodes de la vie. Bourcet, Pellegrini, Abelin ont signalé sa présence dans la glande du nouveau-né et Fenger a découvert des traces d'iode dès les premiers mois de la vie embryonnaire, conséquence naturelle des réserves en iode de la mère. Les proportions augmentent du jour où l'enfant se nourrit, et d'après Baumann et Weiss elles atteignent leur maximum entre 25 et 55 ans pour décroître progressivement chez le vieillard où la glande se sclérose et s'atrophie. (Castaldi.)

### Iode et parathyroïdes

Les études sur la composition minérale des parathyroïdes n'ont donné lieu, jusqu'à ce jour, à aucun travail d'ensemble. Gley, en 1897, découvrit la présence de l'iode, et en 1900 Gley et Lafayette Mendel établirent que les parathyroïdes contenaient relativement plus d'iode que la thyroïde. Telle était, du moins, la conclusion de leurs recherches comparatives sur la teneur en iode de la thyroïde et des parathyroïdes chez le chien et le lapin ; la prédominance des parathyroïdes pouvant atteindre jusqu'à vingt-cinq fois le taux thyroïdien chez le lapin et six fois chez le chien. Mais Chenu et Morel, Chenu et Doyon en 1904, Mac Callum et Voegtlin en 1909, Ott, Hanson en 1923 n'ont retrouvé l'iode qu'à l'état de traces. De telles divergences peuvent tenir, en grande partie à la variété des mêmes facteurs extérieurs qui commandent la teneur en iode de la thyroïde. M. Garnier et R. A. Turpin estiment que la quantité d'iode contenue dans le tissu thyroïdien étant également subordonnée à l'abondance de la colloïde renfermée dans la glande, il en était vraisemblablement de même pour les parathyroïdes.

### Déductions physiologiques

Quels enseignements pouvons-nous tirer de toutes ces acquisitions ? Nous observerons, au sujet de l'iode, que ce métalloïde est une des caractéristiques exclusives de la thyroïde et des parathyroïdes, bien que Gley et ses collaborateurs l'aient retrouvé dans le sang de la circulation générale, alors que tous les autres composés chimiques connus entrent dans la composition de toutes les endocrines, y compris le nickel, le cobalt et le silicium. Etant donné le caractère spécifique de cette localisation, et si grande que soit l'action de l'iode dans les processus biologiques, il serait illogique, *a priori*, d'établir au point de vue physiologique un rapport entre ses fonctions propres et les fonctions intrinsèques de tous les autres corps qui participent à l'édification des cytoplasmes de toutes les cellules endocriniennes, soit comme constituants, soit par absorption. Si nous considérons, d'autre part, que la teneur en iode offre des écarts considérables sur un même individu, il devient très difficile, sinon impossible, de fixer le taux de concentration minimum compatible avec l'évolution naturelle des phénomènes vitaux. Nous ajouterons que, de tous les corps connus qui participent activement à ces phénomènes, l'iode est le seul dont les variations soient aussi instables, aussi extrêmes et subordonnées à autant de facteurs différents.

### Déductions physio-pathologiques

Quoi qu'il en soit, les données cliniques et expérimentales nous apprennent que la carence de l'iode donne naissance à des troubles innombrables qui retentissent sur le métabolisme général et portent une atteinte plus ou moins profonde à l'équilibre vital. Il en résulte donc que le mécanisme fonctionnel normal des glandes endocrines implique, pour chacun de leurs constituants chimiques, un taux de concentration défini, représentant un seuil, au-dessous duquel naissent les troubles. Ceux-ci sont d'au-

tant plus accusés que les fonctions biodynamiques du métalloïde sont plus importantes et le déficit plus considérable. Les troubles bien connus du métabolisme résultant de la carence du soufre confirment étroitement cette hypothèse. La carence des autres composés provoque des désordres de même nature dont l'étendue et le caractère varient suivant les attributions biochimiques du métal déficitaire, et il ne nous paraît pàs possible de proportionner l'ordre des troubles au taux plus ou moins élevé de l'élément déficient attendu que la valeur physiologique d'un métal dépend beaucoup plus de ses propriétés que de ses proportions. L'iode, le magnésium, le zinc, le nickel, le cobalt nous en fournissent de solides exemples. En réalité, le déficit de tel ou tel corps chimique suffit à altérer les constantes électro-colloïdales des endocrines et des humeurs, et à léser plus ou moins profondément le mécanisme fonctionnel de ces glandes ainsi que leurs produits de sécrétion. Les désordres sont proportionnels à l'importance biologique des éléments déficitaires et ils se multiplient à mesure que grandit le déséquilibre chimique. La perturbation des minéraux, et notamment leur déficience, entraîne des troubles dans la formation « des produits ou ferments spéciaux versés dans le sang et qui viennent influencer, par l'intermédiaire de ce liquide, toutes les autres cellules rendues ainsi solidaires les unes des autres par un mécanisme autre que le sytème nerveux ». (Brown-Séquard et d'Arsonval).

Etant donné que nos cellules, nos humeurs, nos tissus, notre organisme tout entier ne sont constitués que de matériaux chimiques, que chaque système histophysiologique a une minéralisation définie, spécifique, qui commande son fonctionnement, on conçoit que la carence des corps chimiques dans les endocrines ait pour effet de provoquer un ralentissement dans la production quantitative des substances déversées par ces glandes dans le milieu humoral, et qui « impriment à distance des modifications fonctionnelles profondes à d'autres appareils et d'autres tissus ». Il en résulte des troubles d'autant plus profonds et plus étendus que les sécrétions endocriniennes exercent une action stimulante sur les ramifications extrêmes du système nerveux organo-végétatif (sympathique et parasympathique) et que les perturbations des produits de sécrétion ne font qu'accroître les troubles humoraux préexistants, car toute perturbation chimique des endocrines implique préalablement des perturbations humorales de même ordre. C'est ainsi que « la régulation constante du milieu des humeurs par l'organisme et la régulation constante de l'organisme par le milieu humoral » (A. C. Guillaume) se trouvent altérées suivant le processus de répartition normale des composés chimiques dans l'économie.

Il faut envisager, d'autre part, que nos acquisitions sur les troubles du métabolisme et les manifestations pathologiques inhérentes à la carence de certains corps, tels que le soufre, l'iode, le magnésium, le silicium, tendent à démontrer la spécificité de chaque métal, soit dans la production de ferments spéciaux dont l'insuffisance quantitative deviendrait le point de départ de troubles multiples intéressant le milieu humoral et la vie de la cellule, soit dans le mécanisme intime de chaque glande.

**La carence du soufre**

L'extrême variété des troubles du métabolisme et des manifestations morbides consécutifs à la déficience du soufre, par exemple, dont la plupart, pour ne pas dire tous, ne sont que l'expression des perturbations de sérétion de toutes les glandes à sécrétion interne, résultant de cette carence, viennent à l'appui de notre conception. Les proportions du soufre dans les glandes endocrines étant particulièrement élevées, il faut envisager que l'appauvrissement de l'économie en soufre peut devenir le point de départ de déviations fonctionnelles profondes de ces organes et provoquer des troubles généraux susceptibles d'affecter les opérations de la cellule.

**Déficit magnésien et thyroïde**

Nous avons vu que la teneur du corps thyroïde en magnésie est supérieure de moitié à la teneur de chacune des autres glandes en ce même composé. Il est très difficile d'interpréter une telle différence de proportion comme une simple coïncidence plutôt que comme un des facteurs essentiels du mécanisme physiologique normal de l'organe. Cette hypothèse apparaît d'autant plus plausible que la thyroïde exerce un rôle polyopothérapique fort complexe qui ne saurait être exclusivement attribué à la seule présence de l'iode. Le substratum magnésien de la thyroïde tire toute son importance du résultat des recherches expérimentales sur les propriétés physiologiques et prophylactiques du magnésium dans ces dix dernières années, et qui ont nettement mis en évidence que la carence magnésienne était un des facteurs les plus actifs du processus cancéreux. Ces données de laboratoire ont confirmé tout le bien-fondé des observations antérieures de Dubard et Voisenet, sur les habitants de certaines régions, riches en composés magnésiens, tels que les Alpes Dolomitiques, les Chotts africains, et qui étaient en quelque sorte immunisés contre les néoplasies. Récemment, des conclusions analogues ont été rapportées par L. Robinet dans une étude sur les terrains magnésiens et les

cancers, concernant l'Angleterre et le Pays de Galles, et par P. Schrumpf-Pierron sur la rareté du cancer en Egypte dont le sol et l'eau sont exceptionnellement riches en magnésium.

Si nous nous reportons au rôle primordial du magnésium dans les échanges nucléaires, la régulation de la division cellulaire, les phénomènes diastasiques, le dynamisme de la cellule nerveuse, il est aisé de concevoir que les régions dont le sol, et par suite ses produits et les eaux, sont insuffisamment pourvus de sels magnésiens peuvent être la cause, chez l'individu, de troubles chimiques latents dans la composition des humeurs et par cet intermédiaire dans les phénomènes de sécrétion, la régularité de l'influx nerveux, les interactions tissulaires et en dernier ressort dans les divisions karyokinétiques.

Il est vraisemblable que les déviations fonctionnelles de la thyroïde dans l'enchevêtrement de ces troubles physico-chimiques sont déterminées, en grande partie, par le déficit constant de ses composés magnésiens. Il en est de même pour toutes les autres glandes à sécrétion interne lorsque le seuil de concentration magnésienne compatible avec le jeu normal de chaque organe est franchi, et c'est ainsi que se réalisent les conditions physio-pathologiques endocriniennes par la carence soutenue du magnésium. Il en résulte des troubles dans le métabolisme général qui, joints à l'action dépressive sur le système nerveux central et périphérique résultant de cette carence, conditionnent le terrain précancéreux et créent une entrave permanente au travail de la cellule, dont l'équilibre est d'autant plus menacé que le magnésium est un des agents indispensables aux opérations qui règlent cet équilibre.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. Blanchard. — Les parathyroïdes. In l'Œuvre médico-thérapeutique, décembre 1924, p. 4.

2. L. Lematte, G. Boinot et E. Kahane. — Dosage des minéraux contenus dans les principaux organes utilisés en opothérapie. In *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 16 avril 1927, p. 361.

3. Dubard. — Reminéralisation phospho-magnésienne et cancer. In *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*. Tome IX.

4. Dubard. — Magnésie et cancer. In *Bourgogne Médicale*, 1919.

5. J. Caube. — Cours de Minéralogie-Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole de Médecine. Paris.

6 Gley. — Les grands problèmes de l'Endocrinologie p. 75p 76. Baillière, édit. 1926.

7. A. C. Guillaume. — L'Endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. T. I.

9. M. Garnier et H. Huguenin. — Physiologie de la Glande thyroïde. *In* Traité de Physiologie normale et pathologique, T. IV. Masson et Cie, éditeurs.

10. M. Garnier et R. A. Turpin. — Les Parathyroïdes. *In* Traité de Physiologie normale et pathologique. T. IV.

11. Robinet. — Angleterre et Pays de Galles-Terrains magnésiens et cancer. In *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancesr*. T. XX. juillet 1931.

12. P. Schrumpf-Pierron. — Des causes de la rareté du cancer en Egypte. in *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*. T XX, mai 1931.

## LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE AU GOÛT DU JOUR

### Contre le poil du visage, pour la beauté féminine

D'après M. Robert Rabut (1).

L'hypertrichose se voit le plus souvent, soit chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, soit encore chez les femmes âgées vers la ménopause. Elle envahit habituellement la lèvre supérieure, parfois la poitrine ou même les membres. Ordinairement ce sont des duvets ; mais, dans certains cas, ce sont des poils véritables, qui arrivent même, lorsqu'ils sont abondants, à constituer une véritable difformité.

Fréquemment, l'hypertrichose se développe sur un terrain séborrhéique ; elle se rattache aussi à des troubles endocriniens, insuffisance ovarienne, dysfonctionnement de l'hypophyse ou des surrénales, et indirectement à l'hérédo-syphilis, facteur important d'endocrinides.

Mais, duvets ou poils désolent suffisamment la femme, jalouse à juste titre de sa beauté, pour qu'il soit légitime d'engager contre eux une lutte efficace.

***

Le seul remède efficace est la destruction individuelle de la papille pilaire.

Deux moyens principaux : l'électrolyse et l'électro-coagulation.

L'*électrolyse* est basée sur l'action caustique, par libération de produits basiques autour du pôle négatif d'un courant galvanique passant dans les tissus.

« On utilise une batterie de piles, dont le pôle

(1) Robert Rabut. — Comment traiter l'hypertrichose (*L'Hôpital*, octobre 1932, B.)

positif, sous forme d'une électrode indifférente, est placée dans la main du malade, et dont le pôle négatif est constitué par une aiguille très fine, qui doit cathétériser le canal pilo-sébacé. Un courant de faible intensité (2 à 4 milliampères) pendant 12 à 15 secondes, permet une destruction suffisante de la papille et du derme voisin, pour obtenir sans cicatrice apparente, une chute définitive du poil. »

Cette méthode n'amène que quelques sensations assez désagréables chez l'opérée ; mais elle doit être conduite avec une grande prudence, afin d'éviter toute escharre importante avec cicatrice disgracieuse. On ne peut guère compter que sur l'ablation d'une cinquantaine de poils par séance, le traitement est donc de longue haleine.

L'*électro-coagulation* est plus rapide et moins douloureuse ; mais elle exige une technique plus précise. « Pour une intensité de 50 à 70 milliampères, il suffit de quelques centièmes de seconde ; on peut ainsi dans une même séance, enlever 150 à 200 poils. »

*Pratiquement*, il s'agit, dans un cas comme dans l'autre, d'une *opération de longue durée*, puisque, d'après Brocq une barbe peut atteindre le nombre de 20.000 poils, et que l'on doit compter sur un pourcentage de 10 à 20 % de poils, qui, non détruits, repousseront et nécessiteront une seconde et même une troisième intervention. On estimerait ainsi à plusieurs années, l'épilation d'une barbe, ou d'une surface pileuse étendue.

C'est aussi une *opération délicate*, puisque le cathétérisme d'un duvet n'est pas chose facile, et peut entraîner des cicatrices.

Inutile d'entreprendre, sans mûre réflexion, et sans nécessités réelles, une intervention aussi longue, si elle ne doit pas être menée jusqu'au bout.

La cure *réelle* de l'hypertrichose reste donc, malgré tout, un traitement d'exception.

***

## Il existe cependant des remèdes palliatifs, dont l'utilité est certaine

Car, toutes les malades ne peuvent et ne doivent se soumettre à la destruction individuelle de la papille pilaire.

La *décoloration*, tout d'abord, peut venir en aide pour rendre beaucoup moins apparent un duvet brun.

C'est l'application directe d'eau oxygénée, ou mieux un léger massage avec une crème pour éviter toute irritation. Voici une formule :

| | |
|---|---|
| Eau oxygénée | 15 gr. |
| Lanoline | 5 gr. |
| Vaseline | 10 gr. |

L'*arrachement* se fait avec une pince à épiler, ou bien au moyen d'emplâtres agglutinatifs. Ce sont des mélanges de résines (poix), coulés en bâton, que l'on ramollit par chauffage à une extrémité pour en faire une application sur la partie velue. Après refroidissement, l'emplâtre est arraché d'un coup sec, qui enlève en même temps tous les poils englobés.

Divers inconvénients doivent être signalés. L'épilation, d'un effet momentané, doit être renouvelée après trois ou quatre semaines, quand le poil repousse. D'autre part, par suite de l'érosion folliculaire provoquée et de la présence locale de germes banaux, une folliculite apparaît parfois, et nécessite quelques applications d'alcool iodé ou de liqueur d'Hoffmann. Enfin le poil repousse plus gros, après un certain nombre d'arrachements.

*La suppression de la partie visible du poil* s'obtient par les dépilatoires. Ce sont des compositions chimiques, qui, étendues à la surface de la peau, ont une action destructive sur le poil, et le sectionnent à son émergence.

Parmi ces produits, on éliminera ceux qui contiennent de l'arsenic ou de la chaux vive, pour employer les mélanges de sulfures alcalins, notamment le sulfure de baryum. Ce sont des pâtes ou des poudres, celles-ci étant moins commodes mais plus efficaces. « Pour les utiliser, on les délaye dans un peu d'eau, et on étale le mélange sur la région à épiler ; au bout de trois à cinq minutes, on lave, et, sur la peau immédiatement dépilée, on applique une pâte calmante.

Un avantage : ces applications ne font pas grossir le poil. Des inconvénients : il faut les répéter chaque semaine, ou même plus souvent, d'où une action caustique parallèle sur la peau, avec dermites consécutives ; d'où la nécessité de tâter d'abord la susceptibilité de l'épiderme par une opération très limitée en surface et en durée.

Faudrait-il donc conseiller aux femmes dont le menton est trop velu, d'utiliser simplement le rasoir, tout comme les hommes ?

Bien entendu, la disparition des poils superflus peut être obtenue ou facilitée, par un traitement opothérapique ou spécifique, chez les endocriniennes ou les hérédo-syphilitiques.

***

MAIS, LES RAYONS X ET L'ACÉTATE DE THALLIUM SONT A ÉVITER D'UNE MANIÈRE ABSOLUE.

Certes, la *radiothérapie*, à la dose de 5H, sidère la papille et produit une dépilation momentanée, — ou bien l'atrophie, d'où une épilation définitive. Cependant, on doit tenir compte de la possibilité d'une radiodermite, qui mettra parfois plusieurs années à se manifester et pourra aboutir à une dégénérescence épithéliomateuse. Cette méthode a provoqué trop de désastres pour ne pas être rigoureusement proscrite, au même titre que le radium.

L'*acétate de thallium* est toxique, et, si son emploi peut être limité aux enfants de moins de dix ans (ingestion à la dose maxima de 8 milligrammes par kilogr.) pour la dépilation momentanée des teignes, — chez les adultes, ce produit amène parfois des accidents graves, même mortels. Son absorption, non plus par voie buccale, mais par la peau (pommade ou ionisation), est des plus dangereuses, car elle échappe à tout dosage précis. De plus, elle peut aussi bien faire tomber les poils à détruire que ceux du cuir chevelu.

G. F.

## L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

# La Presse

### Le régime de Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gerson dans les tuberculoses externes.

Ce régime a été institué dans la tuberculose externe par analogie au traitement diététique employé depuis quelques années dans la tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire.

M. MEYER et E. IRRMANN en donnent, par le détail, la composition. L'une de ses caractéristiques est la suppression du chlorure de sodium ; la quantité de sel, contenue dans les aliments à l'état naturel, couvrirait, en effet, largement le besoin minimum de l'organisme, soit 2 gr. de NaCl par jour. En appauvrissant l'organisme en NaCl, on le déshydrate et on le rendrait apte à s'enrichir en Ca, en K et en Mg, ceux-ci étant notamment contenus dans les jus de fruits ou de légumes, dont on prescrit une grande quantité.

Avec ce régime, on pense combattre aussi la décalcification. Si on le considère dans son ensemble, en faisant abstraction de tous les facteurs surajoutés discutables et discutés, on ne peut s'empêcher de le trouver rationnel et conforme aux besoins alimentaires des tuberculeux, sur lesquels on est à peu près d'accord.

L'alimentation est avant tout mixte ; elle renonce autant au gavage excessif par les albuminoïdes et les graisses qu'à la nourriture uniquement végétarienne, préconisée primitivement par Gerson. C'est ce qu'il faut pour rendre les aliments attrayants et pour stimuler les glandes digestives.

La viande fraîche est prise à raison d'environ 500 grammes par semaine ; en plus, on donne des poissons frais, des organes riches en peptones et lipoïdes, tels que des cervelles, de la rate, du foie, des rognons, du riz, des œufs, des fromages variés, non salés, et du lait de préférence frais à raison de 1 litre à 1 litre 1 /2 par jour. Le lait est aussi pour l'adulte un des aliments les plus complets et les plus assimilables ; il est de plus riche en vitamine D et en Ca assimilable, dont il renferme environ 2 gr. par litre.

Le métabolisme des tuberculeux étant caractérisé par une dégradation insuffisante des protides, il est rationnel de ne pas en faire prendre une quantité trop élevée ; on ne donne pas non plus un excès de graisses, qui sont souvent mal tolérées par les bacillaires ; on préfère la crème et le beurre de table frais, qui, particulièrement au printemps et quand le bétail se nourrit d'herbe fraîche, est excessivement riche en vitamine D. L'huile d'olives et le saindoux sont permis ; les graisses végétales défendues, car elles ne renferment pas de vitamines. Il y a intérêt à donner beaucoup d'hydrates de carbone aux tuberculeux ; ils sont parfaitement assimilés, et permettent une reprise de poids plus rapide et plus importante. Les légumes et les céréales sont riches en vitamines et en sels organiques, surtout s'ils sont consommés crus, ou peu bouillis et servis avec leur eau de cuisson. Ils apportent à l'organisme les éléments les plus variés : les épinards du fer, l'avoine du calcium, le maïs du magnésium, l'orge de la silice, les pois du fluor, etc. On fait prendre du sucre et du miel, on donne beaucoup de fruits, de préférence à l'état cru.

Il semble que, dans la tuberculose externe, les auteurs, qui s'appliquaient à faire préparer cette nourriture avec un maximum de soins, aient obtenu de beaux résultats ; mais il ne faut pas non plus négliger l'air, la lumière, l'alti-

tude ; pour les tuberculoses ostéo-articulaires, l'immobilisation et les interventions osseuses gardent tous leurs droits (*Gazette des hôpitaux*, 25 juin-2 juillet 1932.)

**L'anesthésie générale par l'oléo-éthérisation rectale.**

Le Docteur Chalier en expose tout d'abord la technique, qui est des plus simples.

La veille, on donne un bon lavement évacuateur dans la soirée. Pour assurer une nuit calme, l'auteur prescrit un hypnotique : dial, véronal ou somnifène. Une demi-heure avant de commencer l'anesthésie, il est bon de faire une piqûre de 1 centigr. de morphine et de 1 milligr. de génoscopolamine.

La dose du mélange anesthésique varie un peu suivant le sexe et la corpulence du malade. A condition d'utiliser un éther anesthésique de bonne qualité, non éventé, il suffit ordinairement de 90 à 100 c. c. d'éther pour anesthésier la plupart des femmes, et d'une façon générale les sujets de petite taille ou de poids moyen. Chez les hommes de forte corpulence, et pour les opérations longues, on peut aller jusqu'à 120 c. c. On y ajoute de l'huile d'olives, aussi pure que possible, pour atténuer l'action irritante de l'éther sur la muqueuse colo-rectale.

Le mélange est préparé au moment de l'emploi par simple agitation dans un récipient bien obturé. Il se compose de :

| | |
|---|---|
| Ether...................... | 100 c.c. |
| Huile d'olives................. | 75 c.c. |
| Huile camphrée à 10 %........ | 20 c.c. |
| Laudanum .................. | X gouttes. |

Le lavement est administré, non sur la table d'opération, mais dans le lit même du malade (pusillanimes et nerveux), celui-ci étant couché sur le côté gauche, à l'abri du bruit et de la lumière. L'auteur préconise une instillation rectale du mélange qui passe goutte à goutte, à la façon et avec l'appareillage des instillations rectales de sérum à la Murphy; on ne risque pas ainsi de bloquer le foie par une résorption brutale et massive. L'instillation demande environ trente minutes, et l'anesthésie à peu près autant pour s'établir après l'instillation ; il faut donc commencer le goutte à goutte au moins une heure avant le moment fixé pour l'opération. Lorsque l'écoulement du liquide est terminé, on laisse en place la sonde, on l'obture avec une pince à forcipressure, et l'on fait coucher le malade sur le dos. Pendant toute la durée de l'instillation, et pendant la demi-heure qui suit on recouvre le visage du malade avec un linge de façon à ménager au-devant lui une véritable chambre respiratoire de petite capacité, dans laquelle seront exhalées très rapidement les vapeurs d'éther ; ce procédé facilitera l'anesthésie.

Dans certains cas, on peut être amené à faire une anesthésie complémentaire par inhalation ; dans ces cas d'échec partiel, cette anesthésie complémentaire n'offre ni plus de difficultés, ni plus de danger qu'en temps normal. Il en est de même en cas d'échec total.

L'opération terminée, il suffit de vider le rectum par la sonde. Le réveil, souvent très long à se produire, se fait sans douleur, sans nausée, sans vomissement. L'opéré n'a donc pas à être observé, d'une façon aussi stricte qu'après l'inhalation, et, comme il n'y a aucun avantage à hâter son réveil, on maintient dans sa chambre l'obscurité et le silence.

Le plus grand inconvénient de la méthode, ce sont les échecs partiels dus à une dose insuffisante d'éther ; ces échecs sont heureusement exceptionnels, et ne sauraient, à eux seuls, discréditer la méthode ; il y a bien aussi des « ratés » dans les anesthésies régionale et rachidienne. Par ailleurs, les accidents sont nuls.

Les avantages sont très appréciables : pour le malade, sommeil facile, réveil tranquille et tardif ; pour le chirurgien, aucune gêne provenant de l'anesthésie, pas de complications pulmonaires.

Bien que l'anesthésie rectale puisse être utilisée pour le plus grand nombre des interventions, il est mieux de la limiter au domaine des grandes opérations portant sur les régions cranio-faciale, cervicale, thoracique et abdominale (*La Presse Médicale*, 9 juillet 1932.)

**Efficacité des injections intraveineuses de salicylate de soude dans un cas de maladie de Chauffard-Still.**

Il s'agit d'un cas de rhumatisme fibreux évoluant par poussées successives et s'accompagnant de volumineuses adénopathies juxta-articulaires. L'affection avait débuté dans le jeune âge, et avait évolué par poussées successives, d'abord espacées de plusieurs années, puis revenant ensuite tous les ans à la même époque, souvent mais pas toujours marquées par de la fièvre à leur début. Elle s'est accompagnée de déformations symétriques importantes des coudes, des poignets, du cou-de-pied, avec atrophie musculaire. L'examen radiographique a montré que ces déformations articulaires étaient dues, non à des altérations du squelette, mais à des lésions intéressant l'appareil synovial et ligamenteux des jointures ; c'était bien un rhumatisme fibreux. Enfin, ces arthropathies s'associaient à de grosses adénopathies sus-épitrochléennes et axillaires.

Si, dans ce cas, on pouvait poser le diagnostic de maladie de Chauffard-Still, il s'agissait d'une

forme quelque peu anormale de ce syndrome clinique.

Le fait intéressant, signalé par MM. Lemierre et Mahoudeau-Campayer, c'est l'efficacité des injections intraveineuses de salicylate de soude ; quand on parle de l'inefficacité en pareils cas du salicylate de soude, il s'agit de son administration buccale. Les injections intraveineuses de ce produit sont donc susceptibles de donner de bons résultats là où les autres modes d'emploi de cette substance ont échoué. L'influence immédiate et durable de ces injections sur l'évolution d'un état morbide, solidement installé depuis des mois et en voie de progression constante, rappelle celle d'une médication spécifique plutôt que celle d'un traitement purement symptomatique.

On a injecté du salicylate glucosé au dixième, 0,50 le premier jour, 2 grammes en deux fois le lendemain, puis des doses de 3 gr., 3 gr. 50, 4 grammes, et 2 grammes les jours suivants. (*Gazette des hôpitaux*, 9 juillet 1932.)

**Le traitement préventif de la méningite dans les fractures du crâne.**

La contusion cérébrale est la cause de la mort, de beaucoup la plus fréquente, des traumatismes, cranio-encéphaliques. D'après le Docteur H. Vullet, il existe un véritable abus des trépanations immédiates. S'il s'en rapporte à ce qu'il a vu personnellement, les indications d'une opération immédiate sont très rares dans des fractures du crâne ; il entend ici par opération la trépanation du crâne fermé, et non la simple toilette d'un enfoncement, ouvert ou fermé, de la voûte. Sur les 230 blessés craniens qu'il a traités en ces dernières années, il en a perdu 41 par contusion cérébrale ; l'autopsie lui a toujours montré qu'une opération n'eut modifié en rien l'évolution fatale.

Mais, si elle occupe la première place, la contusion n'est pas la seule cause de la mort ; l'infection et la méningite enlèvent un bon nombre de blessés, qui ont échappé au premier choc. On ne peut rien contre la méningite déclarée. Certes, il faut éviter le risque de la provoquer, en s'abstenant avec soin de toute manœuvre agressive (injections, lavages) au niveau des orifices naturels (oreilles, nez), que le traumatisme a mis en communication avec les méninges. Mais, de plus, l'auteur a employé avec succès (sur 48 cas, aucun décès par méningite) systématiquement la sérothérapie préventive chez les fracturés du crâne. Puisqu'en pleine méningite la bactériologie a décelé la présence du streptocope, ou du pneumocoque presque toujours, et très rarement celle du staphylocoque ou du méningocoque, chaque blessé du crâne reçoit, au moment de son hospitalisation, outre l'injection usuelle de sérum antitétanique (1500 unités de sérum purifié Pasteur), 10 c. c. de sérum antistreptococcique, et 10 c. c, de sérum antipneumococcique.

Avant la sérothérapie, 15 morts de méningite pour 200 blessés craniens. Après la sérothérapie, 0 mort de méningite pour 188 blessés craniens. Cette statistique ne comporte que les cas graves, où la lésion cranienne était affirmée par des signes certains ou quasi certains. (*La Presse Médicale*, 29 juin 1932.)

**Le diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.**

Le Docteur Stévenin expose que les maladies de Basedow frustes sont très fréquentes, et qu'elles peuvent être confondues avec diverses affections, notamment avec les états névropathiques, qui sont plus fréquents encore.

Il existe des cas particulièrement difficiles où il est impossible, d'après l'examen clinique, de décider s'il s'agit d'un simple névropathe ou d'un basedowien, même parfois d'un hyper ou d'un hypo-thyroïdien.

Dans la grande majorité des cas, cependant, l'examen du sujet, l'analyse des divers symptômes présentés, permettent une très forte présomption. Mais l'examen du métabolisme basal, que l'on doit toujours pratiquer dans ces cas douteux, permet un diagnostic sûr, et l'on peut ainsi appliquer sans crainte d'erreur le traitement approprié. (*Paris Médical*, 9 juillet 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### La dissociation auriculo-ventriculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu.

(MM. Clerc, Vialard et Balaceanu. — *Académie de médecine* ; 25-10-1932).

L'électro-cardiographie, qui peut être utilisée chez les malades alités sans les gêner ni les déplacer, a permis d'explorer systématiquement et quotidiennement l'état du rythme cardiaque dans le cours des infections aiguës. Le rhumatisme articulaire aigu devait naturellement venir en tête dans ces recherches.

L'existence d'un pouls lent permanent rhumatismal a été signalée dès 1896 par Schuster. Depuis, une cinquantaine d'observations en ont été publiées, montrant que si la dissociation auriculo-ventriculaire reste dans cet état morbide assez rare, elle n'est pas exceptionnelle. Sur 63 malades, M. Clerc a noté une proportion de 3 p. 100 de dissociations.

L'altération rythmique se rencontre habituellement à la période d'état, mais ce n'est pas là une règle absolue. On peut la voir précéder, ou suivre, parfois de plusieurs semaines, les symptômes articulaires. Il n'y a pas toujours bradycardie excessive. Le taux des pulsations peut tomber à 40, 35, mais aussi rester à 60 et plus, les oreillettes battant à 115, 120 et 130. De même, au point de vue des formes cliniques. A côté des formes graves, avec état syncopal et même syndrome véritable de Stokes-Adam, se placent les cas assez fréquents où il n'existe aucun symptôme spécial, et où seuls les tracés deviennent révélateurs. L'anomalie rythmique est parfois durable ; ordinairement elle est transitoire et disparaît assez vite.

Quelquefois, elle alterne avec des périodes normales ou avec d'autres arythmies (extra-systoles). Certains cas exceptionnels ont une terminaison fatale ; en général, la dissociation tend spontanément vers la guérison.

Le diagnostic de la dissociation atrio-ventriculaire, chez les rhumatisants aigus, devrait se fonder, en principe, sur la bradycardie, l'asynchronisme des pouls jugulaire et radial, et sur les troubles fonctionnels, à savoir les vertiges ou l'état syncopal. Mais, ces symptômes classiques manquent fréquemment ; de plus, le ralentissement du cœur lui-même peut être banal ou reconnaître une origine simplement sinusale. Le dernier mot reste donc aux tracés électriques qui mettront en évidence les anomalies non décélées par l'examen clinique.

L'évolution est généralement bénigne, la littérature médicale ne relatant que cinq cas de mort, par attaque syncopale. Toutefois, le fait de la présence de la dissociation, toute temporaire qu'elle ait été, peut laisser quelques craintes pour l'avenir. On ne saurait sur ce point être renseigné que par le temps. Quant au mécanisme de la dissociation, il est difficile à préciser (altération des fibres musculaires des voies hisiennes).

En résumé, la dissociation auriculo-ventriculaire est peu fréquente, mais non exceptionnelle, au cours du rhumatisme articulaire aigu. Le plus ordinairement elle est transitoire et relativement latente. La guérison du trouble rythmique reste habituelle et le traitement se confond avec celui de la maladie causale (salicylate, etc.) D'autre part, quoique l'avenir immédiat des sujets ainsi atteints et en convalescence apparente ne semble guère compromis, des observations plus longuement suivies pourront seules fixer ce point. C'est là d'ailleurs un problème général qui se présente à propos de toutes les infections susceptibles de troubler la conductibilité intramyocardique.

### L'anesthésie au numal.

(M. O. Keller, de Copenhague, et M. Knud Bierring, de Copenhague. — *Société de chirurgie* ; 12-10-1932.)

M. Pierre Fredet présente deux rapports sur des travaux de M. O. Keller et de M. Knud Bierring, de Copenhague, concernant l'anesthésie au numal. On sait que M. Pierre Fredet a préconisé l'emploi de cet agent comme anesthésique général, depuis 1927.

M. Keller communique 300 observations, qu'il a recueillies dans son service à l'hôpital municipal de Copenhague. Il a appliqué le numal dans un quart des opérations réclamant l'anesthésie générale. Il le réserve aux sujets ayant dépassé la trentaine, aux malades affaiblis ou devant subir des interventions étendues et de longue durée.

Le numal est employé comme *anesthésique de fond*, avec la morphine, le pantopon ou la morphine-scopolamine comme *adjuvants*, et l'éther comme *anesthésique de renfort*.

Les doses de numal se sont tenues autour de 1 centigr. de produit actif (1/10$^{e}$ de c. c. de numal) par kilogramme, en variant selon les circonstances. M. Pierre Fredet considère cette dose comme une limite qu'il vaut mieux ne pas atteindre.

L'auteur a été satisfait de ses anesthésies. Après l'opération, les sujets se réveillent normalement et répondent à l'habitude aux questions qu'on leur pose au bout de trois ou quatre heures. Parfois on a noté un peu d'agitation (16 % des cas environ) et quelques nausées ou vomissements (31 cas seulement). M. Keller a observé un ralentissement de la

respiration et, exceptionnellement, des troubles du pouls qui ont cédé à une injection stimulante.

Les complications pulmonaires ont été au nombre de quinze, dont une mortelle.

Au total, trente-six des trois cents malades opérés sous anesthésie au numal ont succombé après l'opération à échéance plus ou moins éloignée. Dans trente cas, le numal ne pouvait en aucune façon être mis en cause. Six fois, son rôle plus ou moins important pouvait être discuté, et restait discutable.

M. Keller, en résumé de la longue série des faits qu'il a observés, n'hésite pas à tirer des conclusions très optimistes.

Le travail de M. Knud Bierring porte sur deux cent soixante anesthésies au numal pratiquées à l'hôpital d'Odense.

Le numal a été utilisé comme anesthésique de fond avec, également, la morphine comme adjuvant, et l'éther comme anesthésique de renfort.

L'auteur n'a jamais dépassé un centigramme de produit actif par kilogramme. L'injection est poussée lentement dans la veine et arrêtée avant l'épuisement de la dose, si l'effet se montre suffisant. M. Bierring donne, comme anesthésique de renfort, l'éther à masque ouvert. Les quantités consommées ont oscillé entre 1 et 200 ou 300 grammes. De son expérience, il a acquis la conviction que le numal est un progrès qui a permis à nombre de ses malades de supporter l'opération dans de meilleures conditions.

— M. Bréchot rappelle qu'il obtient de bons effets en faisant précéder l'anesthésie à l'éther par l'administration *per os* de Na Br. Il donne la veille au soir 5 gr. de Na Br et la même dose le matin, 2 heures avant l'opération. Il diminue ainsi sensiblement les quantités d'éther nécessaires à l'anesthésie.

P. L.

### Syndrome de Raynaud, guéri par des injections de bismuth.

(MM. Sézary et Horowitz. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 8-7-1932.)

C'est un cas grave de syndrome de Raynaud, qui s'est accompagné de douleurs cuisantes intolérables et de troubles trophiques assez marqués. Après échec des médications classiques, et même de l'acétylcholine à hautes doses, les auteurs ont institué un traitement par des injections de bismuth, sur la seule constatation d'une aréflexie achilléenne unilatérale chez un homme indemne de sciatique, mais sans aucune anamnèse spécifique, et sans aucun autre signe clinique ou biologique de syphilis acquise ou héréditaire. Ce traitement a provoqué la guérison, et cette guérison a subi victorieusement l'épreuve de l'hiver 1931-32, durant lequel le malade n'a pas souffert un seul jour, bien qu'il fut exposé au froid et qu'il mit souvent ses mains à la glacière.

Les auteurs considèrent ce syndrome de Raynaud comme très vraisemblablement de nature syphilitique ; cette observation doit être ajoutée à celles que l'on connaît déjà de syndrome de Raynaud, guéri par les médications spécifiques. Même quand la syphilis n'est pas décelable, il faudra instituer un traitement d'épreuve antisyphilitique, qui pourra sans doute être souvent inutile, mais parfois donnera un résultat inespéré.

### Rhumatisme de Bouillaud et tuberculose.

(MM. Paiseau, Ducas et Jean Weill. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

On connaît, non seulement des arthrites tuberculeuses, mais encore des pleurésies tuberculeuses compliquant des rhumatismes articulaires aigus, et même des endocardites tuberculeuses aiguës et chroniques, si bien que l'on peut s'accorder à reconnaître que chacun des éléments essentiels de la maladie de Bouillaud peut être réalisé par l'infection tuberculeuse.

Les auteurs ont systématiquement procédé à la recherche des bacilles acido-résistants chez tous les sujets atteints de rhumatisme avec endocardite, qu'ils ont eu l'occasion de rencontrer. C'est sur 10 malades qu'ont porté les recherches avec inoculation du liquide pleural, du sang ou hémoculture ; il n'y eut, en ce qui concerne le sang, que deux faits nettement positifs concernant, par inoculation un bacille de virulence modifiée, et par hémoculture, un paratuberculeux.

Au contraire, il paraît légitime d'attacher une signification précise au cas relaté de maladie de Bouillaud, où le liquide hémorragique d'un épanchement pleural et le sang ont provoqué une tuberculose d'inoculation atypique qui, en ce qui concerne le liquide pleural, a fait retour à la tuberculose viscérale classique au quatrième passage, tandis que, à l'examen direct d'un second épanchement pleural, on trouvait de nombreux bacilles acido-résistants non virulents pour le cobaye.

Ces constatations bactériologiques, rapprochées des particularités cliniques de l'observation, permettent d'envisager la possibilité de formes tuberculeuses de la maladie de Bouillaud.

### Aspects radiologiques du cœur dans les endocardites mitrales rhumatismales.

(MM. D. Routier et Heim de Balsac. — *Soc. de radiologie de France* ; mai 1932.)

Il n'existe pas de silhouette radiologique de telle ou telle lésion valvulaire mitrale, car ce n'est pas la lésion valvulaire qui guide, à elle seule, le comportement cardiaque, mais bien le processus inflammatoire causal, dont l'action sur le myocarde permet aux facteurs mécaniques d'agir sur des parois cardiaques, d'en déterminer la distension et parfois de les déformer.

Les renseignements fournis par l'examen radiologique sont donc d'ordre purement anatomique ; la radiologie ne peut et ne doit jamais autoriser un dia-

gnostic de lésion valvulaire, pas plus qu'un diagnostic étiologique.

En ce qui concerne les endocardites mitrales rhumatismales, le diagnostic de la ou des lésions valvulaires sera basé sur les signes de la palpation et de l'auscultation seuls. La radiologie, en objectivant la forme et le volume du cœur, renseigne sur les réactions myocardiques. La symptomatologie radiologique n'est qu'un des éléments du diagnostic et du pronostic ; toutefois, il est remarquable de noter que, si elle peut être en désaccord avec les signes physiques, elle est habituellement, mais pas toujours, en harmonie avec les troubles fonctionnels cardio-vasculaires.

### Découverte radiologique d'un petit anévrysme aortique.

(MM. D. Routier et Heim de Balsac. — *Soc. de radiologie de France* ; mars 1932.)

La latence et la tolérance des anévrysmes aortiques sont bien connues ; bien souvent, ce sont des découvertes d'autopsie. Il s'agit aujourd'hui d'un malade porteur d'importantes lésions cardiaques, chez lequel l'examen radiologique a permis de découvrir une petite dilatation sur la crosse de l'aorte. Les auteurs insistent sur la netteté, en pareils cas, des images radiologiques, et sur l'inutilité des mensurations cardio-aortiques. L'augmentation de volume du cœur se déduit, moins de la nomenclature chiffrée des divers diamètres, cordes et flèches, relevés entre les différents points de l'ombre cardiaque plus ou moins exactement projetée, que d'un ensemble d'aspects relatifs et particuliers sous les quatre incidences principales. Il en est de même pour les mensurations aortiques, qui ne peuvent être qu'erronées, l'aorte ne se détachant jamais isolément du pédicule, quelle que soit l'incidence, et l'imprécision des bords de l'ombre ne permettant aucune approximation inférieure au demi-centimètre. Pour cette raison, cette petite ectasie pariétale était passée inaperçue à la radioscopie, et elle fut seulement décelée par le cliché.

Il n'est pas sans intérêt de pouvoir mettre en évidence de pareilles lésions, que leurs dimensions réduites laissent échapper à un examen courant ; car, d'une part, l'étude de l'évolution des anévrysmes aortiques y trouve son profit, et, en l'absence d'antécédents et de signes d'auscultation, ce qui est fréquent, le diagnostic étiologique est presque certainement établi. Quelle que soit, en effet, la dimension de l'anévrysme, il s'agit en pratique, d'une façon pour ainsi dire absolue, d'aortite syphilitique.

G. F.

# Les Congrès

## SEMAINE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LE CANCER

(*suite et fin*) (1)

**A propos des cancers de la peau**, par P. Degrais, assistant de radiumthérapie.

S'il est incontestable que nous soyons chaque jour mieux armés contre le cancer, ou, plus exactement, que nous renforcions les moyens de défense en les utilisant mieux et en cherchant à les adapter plus à propos, il n'en reste pas moins évident que trop souvent encore, nous ne parvenons pas à vaincre le cancer, parce que nous arrivons trop tard.

En ce qui concerne les organes profonds, si les signes avant-coureurs signalés au public doivent le plus souvent éveiller son attention, il est possible, toutefois, qu'ils fassent complètement défaut. Ainsi donc les efforts tentés dans le but du dépistage précoce qui doit conduire au succès resteront malgré tout, dans de trop nombreux cas stériles.

Mais à côté des organes profonds, il y a la peau qui, par sa vaste étendue, offre un champ largement ouvert à l'éclosion du cancer ; les irritations chroniques, les brûlures, les cicatrices ne viennent-elles pas préparer le terrain et de fait les mains et surtout la face, avec encore des points d'élection pour les régions les plus exposées, ne fournissent-elles pas un énorme appoint dans la proportion des cancers cutanés ? Or, pour ceux-ci, aucune excuse dans le diagnostic tardif, aucune excuse dans le choix de traitements inopérants.

Cependant, l'existence de figures ravagées par suite d'insouciance ou du fait de traitements insuffisants nous incite à parler ici du dépistage facile, obligatoire, puisqu'il s'offre à la vue, afin que désormais ne puissent plus se voir les lamentables spectacles de lésions qui par leur étendue, par leur extension et leur propagation destructive, rendront vains tous les efforts thérapeutiques alors qu'au début le succès était assuré. Dans certains cas, ce n'est même pas au cancer organisé que nous devrions nous attaquer mais à des lésions bénignes encore, qui ne contiennent en elles que la possibilité de transformations malignes et que nous dénommons les lésions précancéreuses.

Nous voulons donc inspirer la méfiance dans l'esprit du public pour ce qu'il est trop facile et commun d'appeler un « bouton » et lui apprendre à s'en défier.

(1) V. *Concours médical*, n° 48.

Certes, nous ne voulons pas parler des efflorescences juvéniles de courte durée, mais bien de ces taches croûteuses ou un peu saillantes, apanage de l'âge mûr que l'ongle se complait à faire tomber facilement, mais qui se reforment avec une inlassable persévérance. Devant cette guérison quasi-spontanée, les malades passent par des alternatives d'inquiétude et de tranquillité, celle-ci annihilant rapidement les énergiques résolutions prises au stade antérieur.

Parfois, sans que ce stade ait existé, la lésion semble se montrer d'emblée croûteuse, et le grattement même léger fait sourdre du bouton négligé une gouttelette de sang. Le malade ne se borne pas en ce cas à l'irritation unguéale, il veut de lui-même mettre en œuvre un traitement et nous assistons alors aux méfaits surajoutés du crayon de nitrate d'argent et le plus souvent de la teinture d'iode. Quelle erreur, quelle incompréhension néfaste de l'iode capable par ailleurs de rendre les services considérables !

Ainsi donc ne faut-il pas considérer comme quantité négligeable, ces petites lésions cutanées rebelles qui siègent sur le nez, là où serre le binocle, là où portent les lunettes, aux angles des yeux, sur le front, sur les oreilles et encore moins aux lèvres. Dès leur éclosion, elles sont visibles, le mutisme des organes profonds n'est plus à redouter puisque dès que la déviation cellulaire existe, l'œil nu exercé, aidé si besoin est de la loupe, suffit à étouffer dans l'œuf cette puissance inlassablement destructive, capable de ronger toute une face. Encore que s'il est nécessaire, une minime parcelle de tissu confiée au microscope, éclairera d'une façon absolue, diagnostic et traitement ; car celui-ci doit être mis en œuvres rapidement et énergiquement. Plus de « noli me tangere » formule de prudence au temps où mieux valait s'abstenir que de recourir à des moyens d'attaque insuffisants ou imparfaits ; mais aujourd'hui les moyens de défense sont bons et puissants quand nous pouvons les opposer aux lésions débutantes avec la plupart du temps des cicatrisations ne laissant aucune trace.

A ces conseils de sagesse que nous donnons au public, nous devons en regard, évidemment, offrir une éducation médicale adaptée aux temps actuels.

**Ce que toute femme doit savoir concernant le cancer de l'utérus,** par le Professeur Emile Forgue, directeur du Centre anticancéreux de Montpellier, membre correspondant de l'Institut

Femmes qui approchez de la quarantaine, et qui, anxieusement, épiez les premières rides ou le premier cheveu grisonnant, veillez bien plus attentivement, sur l'apparition de pertes irrégulières qui doivent vous mettre en garde contre une lésion en train de se développer au niveau de votre utérus.

Car, le danger peut être grave. Sachez — *non pas pour vous en effrayer, mais pour y parer à temps* — que le cancer de la matrice est le plus fréquent des cancers chez la femme et qu'il en fait mourir, chaque année, plus de vingt-cinq mille en Allemagne, plus de trente et un mille aux Etats-Unis, près de vingt mille en France.

*Les deux décades de la vie* les plus menacées sont celles comprises *entre la trente-cinquième et la cinquantième année* ; et, surtout, la première dizaine, comme nous l'avons établi, celle entre 35 et 45 ans, est la période de plus grande fréquence.

*Soyez vigilantes* : mais *soyez sans crainte.*

D'autant qu'*à côté du signal d'alarme,* nous vous apportons *la note rassurante.* Pour vous tranquilliser, sachez et répétez, autour de vous, qu'actuellement, de tous les cancers, *le plus guérissable, s'il est pris dès son début, c'est probablement le cancer de l'utérus.*

Mais, entendons-nous bien ; ces résultats, autrefois inespérés, et si consolants, *dépendent d'une condition absolue* ; si le cancer de l'utérus est celui qui guérit le mieux, qui égale en tous cas la moyenne de curabilité des plus favorables, comme le cancer de la lèvre, *il ne guérit qu'autant qu'il est traité de bonne heure* : ce n'est pas une question de mois ; c'est dès les premières semaines de son évolution, de sa manifestation par les premiers signes les plus réduits ; c'est dès les premiers jours, suivant sa découverte par un examen clinique, confirmé par l'examen microscopique, signe de certitude, qu'il est nécessaire de le combattre.

Donc, même *en l'absence de toute douleur* (car le cancer de l'utérus qui fait souffrir est déjà incurable), *ou de toute altération apparente de la santé générale,* (parce que des femmes peuvent avoir un teint normal, sans amaigrissement et sans perte de forces et cependant porter un cancer très avancé), votre attention doit être éveillée par les moindres pertes de sang irrégulières.

**Comment éviter et comment guérir les cancers de l'utérus,** par le Docteur Cl. Regaud, de l'Académie de médecine, directeur du laboratoire Pasteur à l'Institut du radium.

1. Le cancer de l'utérus est le plus fréquent des cancers internes qui atteignent la femme ; mais c'est un de ceux qu'il serait très souvent possible d'éviter, et qu'on pourrait (s'il était traité à temps) presque toujours guérir.

2. Dans la grande majorité des cas, le cancer de l'utérus atteint des femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants, ou qui, sans avoir enfanté ont eu une inflammation chronique de la matrice, dont un signe important est l'écoulement chronique de glaire ou de mucopus.

Pour éviter le développement du cancer, il faut donc guérir toute inflammation de l'utérus, toute « métrite chronique » : cela est l'affaire des médecins qualifiés pour le traitement des maladies des femmes, autrement dit des gynécologues.

Mais toute métrite chronique, même non complètement guérie, ne donne pas naissance à un cancer, loin de là. Il faut donc apporter la plus sérieuse attention aux premiers signes du cancer, afin de dépister celui-ci alors qu'il est encore très petit.

3. Le seul symptôme extérieurement apparent d'un cancer de l'utérus à son début, c'est l'écoulement d'un peu de sang en dehors des périodes menstruelles, à l'occasion d'un traumatisme, même le plus petit et le plus physiologique. Ce signe doit alerter une femme et la décider à se faire examiner. Il s'en faut de beaucoup, pourtant, qu'une hémorragie utérine intempestive soit toujours un signe de cancer ; très fréquemment elle traduit l'une ou l'autre de diverses conditions anormales, mais bénignes, notamment le fibro-myome de l'utérus. Par contre, il peut arriver qu'un cancer de l'utérus se développe sans donner lieu, pendant quelque temps, à aucune hémorragie appréciable.

4. Le seul moyen pratique et efficace de dépister un cancer de l'utérus près de son début, c'est de recourir à l'*examen périodique* fait par un médecin compétent. Il faut que toute femme, qui a été mère ou qui a eu une inflammation même bénigne de l'utérus, prenne l'habitude de se faire examiner deux fois par an. Et par qui ? par l'accoucheur ou la sage-femme qui l'a assistée, ou par un spécialiste. La sage-femme, si elle reconnaît quelque chose d'anormal, enverra sa patiente au spécialiste. Celui-ci saura faire les explorations nécessaires, y compris (s'il y a lieu) le prélèvement d'un fragment de tissu pour une analyse microscopique.

5. Sauf les cancers de la peau, il n'y a pas de cancer qui guérisse plus souvent que le cancer de l'utérus, s'il est traité à temps et correctement.

Les cancers du *corps* de l'utérus doivent être de préférence traités par l'opération chirurgicale.

Les cancers du *col* de l'utérus sont beaucoup plus communs que ceux du corps. Ils ne donnent de nombreux succès par l'opération que s'ils sont tout à fait au début. Et même à ce stade, ils guérissent plus souvent, plus simplement et plus vite par le radium.

Un cancer du col qui n'est plus tout-à-fait au début doit être traité par l'association de méthodes radiothérapeutiques internes et extérieures.

6. Le traitement des cancers de l'utérus par le radium et par les rayons X est, dans son genre, aussi difficile que l'hystérectomie. Il exige de celui qui l'entreprend la possession d'une instrumentation adéquate, une compétence spéciale et une grande expérience.

7. Dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic précoce et le traitement correct abaisseraient des trois quarts au moins la mortalité due au cancer de l'utérus, si l'on réalisait une bonne organisation de nos moyens, et si les femmes savaient et voulaient les mettre à profit.

**Le cancer** : *Du danger des traitements illusoires*, par le Docteur Gunsett, directeur du Centre anticancéreux de Strasbourg.

A l'heure actuelle, il n'y a que deux moyens de guérir le cancer : la chirurgie, le traitement par les rayons X ou le radium. Tout autre traitement qui promet la guérison est illusoire. Qu'il soit pratiqué par des médecins, ou des non-médecins, il conduit fatalement au tombeau des malheureux qui auraient pu guérir par l'opération ou par les rayons X ou le radium.

Que le malade se rappelle une fois pour toutes les deux phrases suivantes qui sont capitales quand il s'agit d'un cancer : 1° Le traitement chirurgical ou le traitement par les rayons X ou le radium sont les seuls efficaces contre le cancer. Il n'y en a pas d'autres. 2° Il est capital de soumettre le cancer à ces traitements dès ses premiers débuts, et ne pas perdre un temps précieux en essayant d'autres traitements qui ne peuvent être qu'inefficaces et rendront incurable un malade qui avait auparavant des chances de guérison.

**Le traitement du cancer, son avenir**, par le Professeur Léon Imbert, directeur du Centre anticancéreux de Marseille.

Le cancer étant ordinairement une tumeur, une excroissance, les hommes ont eu de tout temps l'idée de le détruire ; mais comme la chirurgie ancienne craignait à la fois l'hémorragie et l'infection, c'est aux caustiques qu'elle s'adressait de préférence ; il y a un demi-siècle encore, les formulaires en donnaient une longue liste. La lutte contre le cancer n'a pris vraiment corps qu'à l'apparition de la chirurgie antiseptique. Celle-ci délaissa les caustiques pour le bistouri.

Puis on s'aperçut bientôt que le rayonnement du radium possédait un pouvoir caustique.

***

Chirurgie, radium et rayons X : tels sont les deux pôles actuels de la thérapeutique anticancéreuse. Aucun de ces moyens n'est infaillible malheureusement, et rien n'est fait puisqu'il reste à faire. La situation actuelle n'est certainement qu'un palier : nul doute qu'elle ne soit appelée à se modifier profondément, et, j'ose dire, rapidement.

Ne nous imaginons pas, du reste, que la doctrine microbienne soit à jamais écartée de notre route. On a cherché longtemps le microbe du cancer ; on l'a même trouvé ! tout cela est retombé dans le néant. Mais la vérité peut en sortir quelque jour. Et Pasteur a bien fait, entre autres miracles, celui de guérir par ses méthodes la rage, dont on ignore encore le germe.

# Les Livres

Collection Armand Collin,

Mme Lucie Randon, directeur du laboratoire de physiologie de la nutrition à l'école des Hautes Etudes, et M. Simonnet, chef des travaux de physiologie à l'Ecole d'Alfort.— **Les vitamines** (Un vol. in-16, 9 graphiques, 76 figures, 4 tableaux. Prix : 10 fr. 50, 1932).

Depuis plus de douze ans, les auteurs expérimentent sur des questions relatives aux vitamines et essayent de tirer de l'immense chaos des résultats publiés quelques données claires et certaines. Ils ont présenté le problème d'une manière simple, après avoir recherché ses origines, en le situant en même temps dans l'ensemble des grandes questions que pose la physiologie de la nutrition. Ils ont montré la nécessité des vitamines pour l'édification et le fonctionnement de l'organisme animal, pour l'entretien et la conservation de l'individu et de l'espèce.

Les auteurs ont tenu, d'autre part, à expliquer que si les maladies graves et souvent mortelles déterminées par l'absence totale d'une vitamine sont peu fréquentes dans nos contrées, il n'en est pas de même des affections causées par des carences partielles. Dans les conditions actuelles de l'existence, ces avitaminoses souvent multiples, redoutables du fait de leur répétition régulière et prolongée, sont moins rares qu'on ne le suppose *a priori*, et c'est ce fait qui constitue l'aspect social et hygiénique de la question des vitamines.

A. Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain.

Dr A. Leprince. — **Pendule et médecins. Sourciers et malades**. Un vol. in-16°, 11 illustrations. Prix : 8 francs.

Chapitres du livre : — I. Le pendule et ses mouvements. — II. Le diagnostic « au pendule ». — III. Le diagnostic digital. — IV. Réactions pendulaires biologiques. — V. La recherche du médicament au pendule. — VI. Action des métaux et des couleurs. — VII. Le diagnostic sur photographies, écriture, empreintes digitales. — VIII. La médecine au pendule. — IX. Conclusions.

---

***Les livres qui viennent de paraître...***

Librairie de l'Expansion Scientifique Française,
23, rue du Cherche-Midi.

Professeur Marcel Labbé. — **Maigreur et obésité.** *Collection du Compendium médical* (Prof. Achard, directeur). Un vol. in-8°, 224 pages. Prix : 25 francs.

Edition de la Biologie médicale,
21, rue Jean-Goujon.

Dr Ichok, professeur à l'Ecole des Hautes Etudes sociales. — **Etudes sur la population française.** Un vol. 164 p. avec fig.

Edition de la « Revue de l'Ouïe »,
143 *bis*, Promenade des Anglais, Nice.

Robert Morche, secrétaire général de l'Association des mutilés de l'oreille. — **Nouveau guide du Mutilé de l'oreille** et des personnes sourdes, demi-sourdes et dures d'oreille. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Préface du Maréchal Lyautey. Un vol. 260 pages. Prix : 20 francs.

Librairie agricole de la Maison rustique,
26, rue Jacob. Paris, VIe.

E. Degois, professeur à la Bergerie nationale de Rambouillet. — **Le Livre du Bon moutonnier.** Guide des bergers et des producteurs de moutons. Un vol. 404 pages, 50 illustrations. Prix, franco : 22 francs.

---

# DEUX CAS DE RÉANIMATION APRÈS SUBMERSION PROLONGÉE PAR INJECTION INTRA-CARDIAQUE DE CORAMINE

Par le Docteur Maigné, de Saint-Servan

Il nous arrive malheureusement, au cours de la saison balnéaire, d'être appelé assez souvent auprès de baigneurs, imprudents ou présomptueux, ayant subi un degré plus ou moins profond d'asphyxie par submersion, suite le plus souvent de congestion après un repas.

Lorsque le noyé a pu être ramené assez tôt sur la rive, les moyens habituels suffisent généralement à obtenir assez rapidement le retour du rythme respiratoire et de la connaissance. Il n'en est plus de même lorsque la submersion a été prolongée, et qu'on se trouve en face d'un véritable *noyé*, bleu ou blanc, chez lequel la respiration et le pouls ne sont plus perceptibles.

Nous avons pu, l'été dernier, chez deux noyés bleus (forme la plus grave, puisqu'elle correspond

un syndrome asphyxique, et non d'inhibition comme dans le cas du noyé blanc) obtenir une réanimation assez rapide après qu'avaient déjà été tentées, sans succès, les manœuvres usuelles de respiration artificielle et de tractions rythmées de la langue. Nous avons obtenu cette réanimation par l'injection intracardiaque de Coramine. L'idée de recourir à ce médicament nous a été donnée par la lecture faite quelque temps auparavant du magistral ouvrage sur les *Asphyxies accidentelles* du Docteur Cot, chef du Service de santé du Corps des sapeurs-pompiers de la Ville de Paris (1). Voici nos deux cas :

1[er] *cas.* — Août 1931. Homme d'une cinquantaine d'années, pléthorique. Allant prendre un bain de mer, disparaît sous l'eau subitement. Le maître baigneur, qui a vu l'accident, plonge aussitôt et le ramène inanimé sur la plage. J'arrive quelques instants après. Je trouve un homme la figure congestionnée, violacée, un bouchon d'écume à la bouche. Pouls misérable ; pas de respiration malgré la manœuvre de respiration artificielle et des frictions au gant de crin faites dès que l'asphyxié a été retiré de l'eau. J'essaie une saignée au bras et à l'oreille qui ne donne aucun résultat. Considérant le cas désespéré, je fais une injection intracardiaque de Coramine Ciba suivant les indications du Docteur Cot : 1 c.c de la solution de Coramine, aiguille de platine de 8 cm. enfoncée dans le 5[e] espace intercostal droit, contre le sternum, l'aiguille rasant le bord supérieur du cartilage costal inférieur. Les mouvements de respiration artificielle sont alors repris (nous n'avions pas encore l'appareil Panis que j'ai fait depuis acheter par la ville de Saint-Servan) ; avec la pince de Laborde, je fais des tractions rythmées de la langue et, au bout de quelques minutes, le pouls reprend. Je fais une injection intramusculaire d'huile camphrée de 10 c.c. Le pouls remonte ; les mouvements d'inspiration se rétablissent. Une heure après le malade est couché dans son lit, à l'hôtel, une bouillotte aux pieds, causant avec son entourage.

2[e] *cas.* — Eté 1932 (je ne puis préciser la date exacte).

Je suis appelé auprès d'un garçonnet d'une quinzaine d'années qui s'étant baigné sans savoir nager, ne tarda pas à disparaître sous l'eau. Ramené sur la plage par des baigneurs qui l'ont vu disparaître, il ne donne plus signe de vie. Au moment de mon arrivée, il est congestionné, a de l'écume à la bouche, son pouls est misérable ; respiration imperceptible. Les manœuvres de respiration artificielle restant sans résultat, et me rappelant mon heureuse intervention de l'année précédente, je fais une injection intraveineuse de 1 c.c. de Coramine. Puis continuation des soins habituels : tractions rythmées de la langue, mouvements de respiration de Sylvester. Environ un quart d'heure après l'enfant avait repris connaissance.

(1) Médecin lieutenant-colonel COT. — Les Asphyxies accidentelles, Maloine, Edit., 1931.

Nous avions été frappés dans le cas de ces deux submergés par l'action quasi-immédiate de la Coramine, intracardiaque chez le premier, intraveineuse chez le deuxième, qui déclencha presque immédiatement, la reprise des battements du cœur et des mouvements respiratoires, ceux-ci aidés, cela va de soi, par la manœuvre de Sylvester. Mais étant donné l'échec, avant notre intervention, des tentatives de réanimation les mieux conduites, nous considérons que, sans elle, ces deux sujets étaient irrémédiablement perdus.

On sait que le sort d'un noyé bleu reste soumis, même après sa réanimation, à des possibilités pathologiques qui peuvent être graves, du fait du choc alvéolaire résultant du contact de l'eau avec le parenchyme pulmonaire ; ce sont des accidentés qu'il ne faut pas perdre de vue pendant 4 ou 5 jours, au cours desquels il convient de surveiller attentivement les poumons et le cœur. La révulsion locale, l'oxygénothérapie et la Coramine, par voie sous-cutanée ou par voie buccale, interviendront utilement, au cours de cette phase de convalescence, pour ramener le sujet dans son état de santé antérieur.

**Conclusion**

Si, comme nous en avons la conviction, la Coramine, dans les deux cas que nous venons de relater, a été l'agent déterminant du rétablissement de l'activité respiratoire, et si administrée par injection intracardiaque ou intraveineuse, suivies de mouvements de respiration artificielle, exécutés si possible avec l'appareil Panis, elle peut permettre de ranimer de nombreux asphyxiés, il serait très désirable que les boîtes de secours aux noyés que l'on trouve actuellement sur toutes les plages, à Saint-Malo, à Saint-Servan, à Dinard, renferment (en plus du gant de crin et de la pince de Laborde) une provision d'ampoules de 3 c.c. de Coramine, une seringue avec une aiguille de platine de 8 à 10 cm. et aussi, si ce n'est trop exiger, un appareil Panis.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

### MÉDECINE SOCIALE — MÉDECINE PRIVÉE — SYNDICALISME

*Le* Docteur VAUZANGES, *répondant à mon invitation, m'a adressé la lettre suivante :*

G. D.

Mon cher Confrère,

Je ne décline pas votre offre, et m'empresse de saisir, au contraire, l'occasion de vous répondre.

Posons nettement le problème, une fois de plus.

Le Corps médical, en 1928, a défini sa position vis-à-vis des *lois sociales,* puisqu'il s'agissait des Assurances sociales. Cette position s'est traduite par l'énoncé de quelques principes que l'on a résumés d'un mot « la Charte » du Corps médical.

Donc, pas de discussion possible : le Corps médical a fixé son attitude, *attitude toute récente,* vis-à-vis des lois sociales. Il n'y collabore qu'autant que la charte, énumérant les conditions de l'exercice de la profession, en est respectée.

Tirons déjà trois conclusions :

1° La Charte n'est pas une vieille baliverne, et les paroles du Professeur Carozzi ne sauraient s'y appliquer. Je ne suppose pas, en effet, qu'en 1928, nous ayons vécu au temps de « sociétés primitives ou anciennes ».

La Charte est donc la *loi actuelle* du Corps médical, adaptée à des phénomènes actuels.

2° La Charte est d'essence syndicale, puisque c'est le syndicalisme médical « représentant la profession organisée », qui l'a rédigée. La défendre est donc faire œuvre de bon syndicaliste. L'attaquer serait le contraire.

3° Lorsque le syndicalisme médical a adopté à l'unanimité cette « Charte », il usait de tous ses droits légaux « et était conscient des devoirs de la profession qu'il représente envers la Société ». C'est justement pour défendre ses droits et assumer tous ses devoirs que la Confédération a voulu codifier les lois de l'exercice normal de la médecine.

***

Ces trois conclusions établies en réponse à votre article, passons à votre attitude journalistique.

Je ne discute pas votre attitude ancienne. Je proteste contre votre position actuelle et vos écrits actuels.

En poussant le Corps médical — avec l'autorité qui s'attache à votre personne, et à votre Journal — dans la voie des organisations que vous préconisez, j'affirme que vous prenez une attitude d'hostilité contre la Charte du Corps médical.

Votre article sur l'abonnement comme base de rémunération des actes médicaux est, *indiscutablement,* à l'opposé de l'entente directe. C'est ce que le Docteur Pucheu vient de démontrer dans le *Bulletin* de notre Groupement. (*Bulletin du Groupement de l'Aube, Bas-Jura, Côte-d'Or, Haute-Marne, Yonne,* numéro d'octobre 1932.)

Vous êtes revenu à quarante ans en arrière, et avez fait litière des luttes et des succès de vos amis de l'Union contre cet abonnement.

Une preuve : Rinuy, chaque année, dénonce inlassablement les départements qui sont encore à l'abonnement en A. M. G. Et vous, confrère Duchesne, vous incitez tout le Corps médical à faire revivre cette pratique condamnée et quasi-disparue !

***

Vous ayant ainsi prouvé pourquoi votre attitude nous paraît condamnable, pourquoi aussi la Charte du Corps médical n'est pas une vieille « baliverne », mais bien la loi actuelle et édictée tout récemment, *justement pour répondre aux « lois sociales »,* il me reste à vous démontrer que l'entente directe est applicable dans les lois sociales.

Qu'elle soit valable pour les soins au domicile du malade, rien de plus vrai, puisque l'article 4 de la loi des Assurances sociales en règle les conditions d'application. Là-dessus, aucun doute possible.

Qu'elle soit valable en dehors du milieu familial, aucun doute également.

Cette entente directe existe :

dans les cliniques médicales ou chirurgicales privées,

dans les policliniques, nombreuses dans les grandes villes, véritables centres de diagnostic privés, où consultent des médecins n'ayant passé aucun contrat spécial avec les Caisses,

dans les *hôpitaux de France* (plus de la moitié, d'après le rapport Hilaire, à l'Assemblée générale de la Confédération en 1931),

dans certains sanatoria, préventoria, privés également, etc...

Bref, elle existe partout.

Mais, *on n'en veut pas en haut lieu.*

Voilà tout le secret.

Déjà, lors du vote de la loi, la lutte contre l'entente directe triompha dans la rédaction de l'article 6 de la loi, et aussi dans celui ayant trait à l'hospitalisation.

Ce fut une faute lourde, *impardonnable,* de ne pas avoir fait combattre le Corps médical pour obtenir la modification de ces articles, alors que la loi n'était pas encore appliquée.

La Confédération — je me suis expliqué sur ce point dans notre *Bulletin* — *a lâché* l'entente directe hors du milieu familial.

*Ce fut toute la faute et c'est par là que nous périrons.*

*En haut lieu,* on ne veut pas de l'entente directe, qui respecte l'indépendance du médecin. Et pour lutter contre le Corps médical, on dépense des millions pour bâtir des centres de diagnostic, de traitement, des cliniques, etc., etc... On organise des consultations prénatales ou de nourrissons sur le mode du versement forfaitaire annuel, sans libre choix, etc., etc...

La lutte menée par les Syndicats médicaux depuis quarante ans n'aura servi à rien, puisqu'on retombe dans les lamentables ornières d'où les militants du syndicalisme avaient arraché la profession.

On dit : « que le Syndicat prenne en charge... ».

Prenne en charge quoi ? Une organisation mauvaise, au rendement social défectueux, au fonctionnement technique condamné par les Syndicats eux-mêmes ?

Prenne en charge un centre de diagnostic où il n'y aura plus ni libre choix, ni entente directe ? Une clinique chirurgicale où un tiers s'introduit : le représentant de l'Etat, des Caisses ou de la Mutualité ?

Que ceux qui mènent la France veuillent la « socialisation » de la médecine, cela ne fait aucun doute. Il n'y a qu'à lire tout ce qui est d'inspiration étatique : circulaires des ministères du Travail, de la Santé, des sociétés ou œuvres diverses prébendées par ces ministères.

Mais que les dirigeants du syndicalisme, que les journalistes éminents dont vous êtes, confrère Duchesne, emboitent le pas et secondent les vues étatistes, s'ils ne les aggravent pas, voilà qui est pire.

***

Dressez la carte des organisations sanitaires privées existant en France, et vous pourrez l'opposer sans crainte à la carte des organisations étatiques. Vous constaterez alors que, tant par son nombre que par sa qualité, le personnel médical est suffisant. Il y a même pléthore. Vous constaterez également que les ressources en matériel et en locaux sont énormes, peut-être mal réparties, et insuffisamment coordonnées.

Organisez un referendum auprès des médecins, vous dégagerez ainsi le vrai visage du Corps médical français. Jeunes ou vieux vous répondront.

Si la majorité se prononce pour l'évolution vers le forfait ou le fonctionnarisme qui en est l'aboutissement logique, alors, nous nous inclinerons.

Si, comme il est vraisemblable, vous avez — de la part du Corps médical — un sursaut d'indépendance et si vous savez galvaniser les cœurs, vous pourrez faire triompher partout l'entente directe et maintenir la profession dans sa voie traditionnelle.

*Mais cela, le voudrez-vous ?*

Docteur VAUZANGES.

***

Je me proposais de répliquer longuement aux griefs que m'adressent le Docteur Vauzanges dans la lettre qui précède, aussi bien que le Docteur Pucheu, dans un copieux article du *Bulletin mensuel du Groupement des Syndicats médicaux de l'Aube.*

Je n'en ferai rien présentement pour deux raisons : 1) parce que, dans une lettre personnelle, postérieure à celle que je publie aujourd'hui, Vauzanges m'écrit :

*« Où je suis tout à fait d'accord avec vous, c'est lorsque vous m'écrivez : « Je maintiens que le Syndicalisme ne doit pas se désintéresser de la médecine sociale et qu'il est souhaitable qu'il en prenne en mains les rouages techniques.... « Je souscris également à la phrase dans laquelle vous demandez que la médecine privée, pour lutter avantageusement avec la médecine publique, apporte des conditions économiques et techniques comparables à celles de la médecine publique. »*

Nous sommes d'accord sur ces deux principes : cela me suffit pour ne pas attacher autant

d'importance que Vauzanges aux divergences de vues qui ont pu se montrer entre nous sur les moyens. Ce sont des divergences plus apparentes que réelles. Mon exposé du 18 septembre, qui a provoqué cette levée de boucliers, a eu un mérite, c'est de remuer l'opinion et de susciter des contre-propositions : «Ce projet de Duchesne, nous n'en voulons pas ; mais nous sommes d'avis qu'il répond à un objectif qui est le nôtre. »

2) Si je suis désapprouvé dans l'Aube, je suis, par contre, complimenté à Toulouse, par le Docteur Delon, président du Syndicat des médecins de Toulouse, qui m'a adressé la lettre suivante ; il y a compensation...

Mon cher Confrère,

Mes meilleurs compliments pour votre article du 30 octobre ! J'ai lu, dans divers Bulletins syndicaux, des critiques acerbes de vos conceptions ; mais, il vaudrait mieux moins de virulence, et un exposé de conceptions différentes, et ..... meilleures si possible.

Au lieu de cela, on ne lit que phrases creuses, vides de sens, ayant parfois la prétention d'être spirituelles.

Rien n'est parfait ; mais ce n'est pas en s'enfermant dans des formules « tiers-payant », « entente directe » que l'on armera la profession contre le danger qui la menace. Il s'agit de savoir comment, *tout en restant fidèles aux principes généraux qui conservent sa dignité à notre profession*, nous pourrons l'adapter aux exigences de l'heure présente.

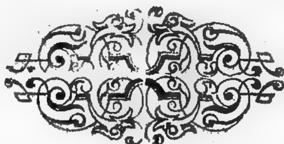
Je ne cesse de le répéter dans ma zone d'influence.

Mais, ce que je tiens à affirmer très fermement à mes contradicteurs, afin de les rassurer sur nos sentiments et nos intentions, c'est que nous n'avons, ni les uns ni les autres, aucun dessein de nous attaquer à une charte que nous avons contribué à édifier. Il serait fastidieux de reprendre la question point par point, et de mettre en évidence que mon projet, si violemment controversé, ne porte aucune véritable atteinte au principe de l'entente directe, pas plus qu'il n'est un retour à l'abonnement pur et simple de jadis, que nous avons si fortement combattu jusqu'à obtenir sa disparition. En bref, il s'agissait tout bonnement, pour l'intéressé, d'acheter, par un versement annuel, le droit de bénéficier d'un tarif préférentiel, ou réduit, s'il est de conditions modestes. Je n'ai jamais pensé un instant que je risquais d'entamer sérieusement la charte en question. Je ne sépare pas mes conceptions de cette condition primordiale, et *sine qua non*, qu'elles ne s'entendent que dans le cadre du Syndicat. Mais inutile d'insister. Cette profession de foi faite, j'ajoute seulement que nous ne vivons pas dans l'« absolu », mais dans le « relatif », que la charte ne doit pas être une armature rigide, mais posséder une certaine souplesse pour s'adapter éventuellement à des circonstances spéciales ; qu'il n'y a pas de règles sans exceptions, de lois sans dérogations et qu'il appartient aux Syndicats, dans la plénitude de leur autonomie, de déterminer de quelle manière ils collaboreront à la médecine sociale. Cette collaboration est possible et même pratiquée, m'affirme Vauzanges, dans le cadre de la charte, dans ces conditions. Fort bien ! Le danger, à mes yeux, serait de se laisser obnubiler par des mystiques, et de perdre de vue les réalités, derrière le bandeau de formules trop littérales. Qu'il se persuade bien que, pas plus que lui, il n'est aucun de nous qui envisage comme souhaitable la fonctionnarisation de la médecine, et moins encore, l'asservissement du médecin à la faveur d'un rôle diminué d'employé à gages.

Tout notre passé proteste contre un pareil soupçon, et notre présent, nos plaidoyers, dont le sens semble ne pas avoir été bien saisi, encore que nous cherchions à nous expliquer avec toute la clarté nécessaire, ne procèdent que d'un souci du renforcement de la prééminence de la profession, représentée par ses groupements corporatifs et leur Confédération syndicale.

Il faudra pourtant reposer le problème sous tous ses aspects : je le ferai prochainement.

G. DUCHESNE.



# PRESCRIPTION DE SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES POUR LES BLESSÉS DU TRAVAIL

Je vous serais obligé de vouloir bien me faire connaître l'opinion du Docteur Boudin sur la prescription des spécialités pharmaceutiques aux accidentés du travail.

1° A-t-on le droit de prescrire ces spécialités aux accidentés du travail ?

2° Sinon en vertu de quelle loi, de quel décret, de quel règlement n'en a-t-on pas le droit ?

3° Une assurance peut-elle refuser de payer à un pharmacien les spécialités pharmaceutiques prescrites par un médecin ?

4° Existe-t-il une limite au droit de prescription des médecins en matière d'accidents du travail ?

La nomenclature des produits portés au *Bulletin* de l'Association générale des pharmaciens peut-elle leur être opposée par les assurances ?

Dr E.

**Réponse.**

Théoriquement, la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail n'a, en aucune façon, restreint le droit de prescription, qu'a le médecin, vis-à-vis d'une victime d'un accident du travail.

Théoriquement, le praticien peut donc utiliser pour la guérison du blessé, toutes les découvertes de la pharmacologie, qu'il s'agisse tant de préparations officinales, ou magistrales que de spécialités, ces dernières s'étant conformées aux prescriptions du décret du 13 juillet 1926.

L'article 4, en son paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898, n'apporte qu'un seul tempérament à cette liberté absolue : c'est dans le cas où la victime a fait choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise n'est tenu que des honoraires et prix inscrits dans un arrêté ministériel.

Or, la liste des médicaments, contenue dans ledit arrêté, est forcément incomplète. Aussi l'article premier de ce dernier indique-t-il que les produits qui n'y figurent pas seront tarifés selon les prix marqués au tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France.

Mais si un produit ne figure pas non plus sur cette dernière nomenclature, devra-t-il rester à la charge de l'ouvrier ? C'est le cas de très nombreuses spécialités pharmaceutiques, qui, bien que de vente légale en France, ne sont pas inscrites, pour des motifs d'ordre divers, sur la nomenclature de l'Association générale des pharmaciens.

Un arrêt de la Cour de cassation, chambre civile, du 16 mai 1911 (*Concours Médical*, 1911. 655 et 1930.489) décide que toutes les dépenses nécessitées par le traitement de l'ouvrier blessé doivent rester à la charge du chef d'entreprise.

C'est encore la même solution que donne le Conseiller d'Etat, directeur du service des assurances privées au ministère du Travail, par lettre du 28 décembre 1927 (*Concours Médical*, 1928. 292) qui déclare que, sous sa propre responsabilité, le médecin traitant d'un blessé du travail reste maître de sa thérapeutique.

Donc, théoriquement, le médecin peut ordonner des spécialités, qui, s'étant conformées au décret du 13 juillet 1926, ont existence légale en France.

Malheureusement, en pratique, le Corps médical s'est peu à peu laissé déposséder, sans protester, de ce droit à la liberté de prescription.

Sous le pretexte que presque toutes les spécialités ne figurent ni au tarif ministériel, ni à celui de l'Association générale des pharmaciens, presque toutes les Compagnies d'assurances se sont refusées à payer les spécialistés pharmaceutiques, régulièrement employées par les médecins, pour les soins à donner aux blessés du travail.

Et sans protester, les médecins se sont inclinés : ils n'ont plus prescrit de spécialités pour les victimes du travail.

Enhardies, certaines Assurances sont allées jusqu'à refuser le payement de vaccins et de sérums, bien que ces préparations aient reçu l'autorisation ministérielle prévue par la loi de 1895.

La Ligue de défense individuelle (Sou Médical) est intervenue plusieurs fois, pour faire payer le pharmacien, ou le médecin pro-pharmacien. Mais le problème reste entier, parce que l'Union des Syndicats médicaux a jadis laissé s'établir un *modus faciendi*, qui donne à sous-entendre que seuls les clients de droit commun et les assurés sociaux ont droit aux spécialités pharmaceutiques, les autres (accidents du travail, réformés de guerre, etc.) doivent se contenter des médicaments inscrits sur le tarif de l'Association générale des pharmaciens, tarif pour la rédaction duquel les médecins n'ont jamais été conviés à participer par les pharmaciens.

Comme conclusion, je dirai que, bien qu'ayant le droit légal de faire bénéficier son malade de toutes les découvertes de la science pharmacologique, le médecin traitant s'est habitué à ne pas ordonner de spécialités aux blessés du travail, pour ne pas soulever de difficultés avec les Assurances.

Il appartient à nos syndicats médicaux et à leur Confédération de discuter s'il y a lieu de revenir à une plus saine conception des droits du médecin. Il appartient aux individualités médicales, ou pharmaceutiques d'envisager s'il y a

lieu de recourir à un procès, pour que les tribunaux puissent dire si, conformément à l'arrêt de Cassation précité de 1911, le médecin est en droit de prescrire à son malade tout ce qui est indispensable au traitement et si, en conséquence, le chef d'entreprise, autrement dit son assureur, doit payer le pharmacien du prix des spécialités utilisées.

Dr Paul Boudin.

## COMMENT UN MÉDECIN PEUT-IL EXPLOITER UNE SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE DE SON INVENTION ?

J'ai l'intention de lancer dans la circulation sous une appellation déterminée une formule dont j'ai toujours été très satisfait dans les affections gynécologiques banales.

Vous seriez fort amiable de bien vouloir me donner quelques renseignements d'ordre juridique.

1º Puis-je personnellement et directement, sans interposition d'un pharmacien, poursuivre l'exploitation d'une spécialité pharmaceutique ?

2º Si comme je le crois, l'association avec un pharmacien est absolument indispensable, puis-je me réservant la totalité des risques de perte, me garantir de majeure part des chances de gains ?

2º Quelles sont les démarches nécessaires pour le dépôt de la marque ?

Suis-je, là encore, tenu d'avoir recours aux bons offices d'un pharmacien, ou bien puis-je agir personnellement.

Dr C.

**Réponse.**

Tout d'abord, je dois spécifier que je laisse de côté les médicaments secrets, c'est-à-dire ceux qui ne se sont pas conformés au décret du 13 juillet 1926.

Ce texte règlementaire spécifie que les médicaments simples ou composés, préparés à l'avance en vue de la vente au public, ne peuvent être considérés comme remèdes secrets lorsqu'ils portent inscrits sur les flacons, boîtes, paquets et emballages, qui contiennent ou enveloppent les produits, le nom et la dose de chacune des substances actives entrant dans leur composition, ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien, qui a préparé le médicament.

Je n'ai pas besoin de rappeler que la vente des médicaments secrets est interdite aux termes de la loi du 21 germinal an XI.

En second lieu, cette législation, qui n'est nullement tombée en désuétude, interdit à quiconque qui n'est pas diplômé pharmacien de préparer et de débiter au poids médicinal des drogues simple ou composées. Les pharmaciens ont ainsi un monopole de vente au public.

Cependant, aux termes de l'article 27 de ladite loi, les médecins dits propharmaciens peuvent vendre des médicaments à leurs seuls clients, lorsqu'il n'y a pas d'officine ouverte dans leur commune.

Dans ces conditions, un médecin propharmacien pourrait préparer une spécialité de son invention et la débiter à ses seuls clients.

Un médecin peut être propriétaire d'une marque, garantissant sa formule. Il fait le dépôt d'une dénomination, concernant un produit pharmaceutique de composition déterminée ; mais pour la préparation du produit et la vente en gros ou au détail, il doit obligatoirement passer par le ministère d'un pharmacien : c'est l'ordre de la loi de germinal ; c'est la conclusion unanime de la jurisprudence.

Toute association entre un médecin et un pharmacien doit être déclarée nulle, comme étant contraire à l'ordre public : la jurisprudence est abondante et constante sur ce point.

Mais le médecin, propriétaire d'une marque déposée, peut vendre cette dernière à un pharmacien, ou bien il peut la lui céder pour un temps déterminé (une année par exemple) moyennant une redevance convenue d'avance et par contrat.

Il peut encore faire fabriquer des étiquettes, ou vignettes que le pharmacien s'obligera à coller sur chaque flacon, ou paquet de vente. Celui-ci les achètera en bloc un prix déterminé, ou il payera une redevance de x par vignette utilisée.

Mais de pareilles conventions comportent de la part du pharmacien une bonne foi absolue, car, aux termes toujours de la loi de germinal, le pharmacien doit avoir une liberté absolue dans son officine, dont il doit être l'absolu et seul propriétaire. Un contrôle de ses livres, de la part d'un tiers, ce dernier serait-il commanditaire créerait une situation illégale, car cela diminuerait la propriété complète de l'officine de la part du diplômé.

Nous devons conclure que la législation bien vieille, mais toujours en vigueur sur la pharmacie, crée des situations juridiques très difficiles, pour l'association entre un médecin et un pharmacien pour l'exploitation d'une spécialité pharmaceutique. Il faut surtout s'inspirer des situations de fait et des conditions particulières, pour établir un *modus faciendi* qui ne soit pas, *a priori*, frappé de nullité légale.

Quant au dépôt d'une marque, concernant un médicament, la chose est possible, alors que le brevet d'une spécialité serait nul.

En vertu du décret du 27 février 1891, il est permis au fabricant d'un médicament de déposer une marque.

Aux termes de l'article premier de la loi 23 23 juin 1857, « sont considérés comme marque de fabrique et de commerce les noms sous une forme distincte, les dénominations, les emblèmes, vignettes, reliefs, lettres, chiffres, enveloppes et tous autres signes servant à distinguer les produits fabriqués et les objets de commerce. » Un arrêt de la chambre des requêtes de la Cour de cassation, du 5 avril 1909 (D. 1913.5.11) décide que cette énumération est purement énonciative.

Le dépôt de la marque doit être fait au greffe du Tribunal de commerce, ou à défaut, du Tribunal civil. Il doit être renouvelé tous les quinze ans.

Le propriétaire de la marque peut poursuivre tout contrefacteur, ou toute imitation frauduleuse de sa marque.

En ce temps de spécialisation pharmaceutique à outrance, nombreux sont les médecins, qui, ayant expérimenté une formule personnelle dans leur clientèle, seraient heureux de tirer bénéfice du fruit de leur expérience.

Malheureusement, la législation bien vieille, mais toujours en vigueur de germinal leur interdit d'empiéter sur le monopole des pharmaciens et la jurisprudence considère comme immorale et contraire à l'ordre public toute association entre médecin et pharmacien, pour l'exploitation d'une spécialité.

Il faut donc, dans chaque cas, trouver une manière de tourner la loi, ce qui est, dans l'immense majorité des cas, très difficile.

Dr Paul BOUDIN.

## LE CENTRE DE DIAGNOSTIC MÉDICAL

La douzième réunion annuelle du Centre de Diagnostic médical de la rue Andrieux a réuni le samedi 12 novembre les médecins du Centre avec les praticiens de la région parisienne et les représentants des grandes associations médicales.

Cette Œuvre se poursuit avec tout le succès que nous avons déjà signalé et qui mérite d'être indiqué aux organisations soucieuses du respect de la charte médicale.

Malgré la crise, elle continue ses services sans intervention du budget de l'Etat, sans subvention officielle ou privée.

La réunion de cette année était particulièrement nombreuse :

Aux médecins, parmi lesquels on reconnaissait le Professeur Nobécourt, les Docteurs Cibrie, Fanton d'Andon, Legros, Dequidt, Boyer, Decourt, président de la Fédération internationale des médecins, Piot, Jolly, Bezançon, Javal, se joignaient des amis personnels du Centre : Mme Pauwels qui représentait le Centre d'Aide mutuelle (dont les services : placement d'infirmières, etc..., sont adjoints à ceux du Centre de diagnostic), Me Bonnin, président de la Chambre des Avoués, M. Edouard Worms, M. Martin, directeur des Assurances sociales, etc.

Au fauteuil présidentiel, maître de Moro Giafferi.

Deux discours seulement : l'un très spirituel et plein de finesse du président Docteur Delort.

Après avoir gaîment rappelé à Me de Moro Giafferi qu'il avait il y a vingt ans, plaidé contre un médecin «une flanelle ayant été oubliée entre une vessie de glace et la peau d'une demoiselle», Maurice Delort le remercia d'avoir défendu le Corps médical en plusieurs circonstances et notamment à propos de la loi sur les loyers.

Puis, élevant le débat, il compara la médecine qui devient de plus en plus technique, au Barreau qui reste sur le plan de l'intellectualité pure.

« Vous êtes... dit-il... les *créateurs* de la vérité..... nous, nous recherchons les preuves et les examens et nous avons parfois l'illusion d'avoir découvert, non pas une vérité, la nôtre, mais la vérité elle-même..... celle qui n'aurait pas besoin d'être plaidée ... ».

Puis, ce fut le rapprochement des deux professions « à cause de la joie de la foi et de l'amour de la lutte. »

L'autre discours magnifique et souvent d'une haute portée littéraire et sociale, de Me de Moro-Giafferi, qui avait été prié de présider ce banquet.

Le remarquable avocat remémora certaines joutes, qu'il eut à soutenir, dans des procès médicaux, notamment en matière de responsabilité, et il nous adjura d'organiser une justice disciplinaire, qui aurait le plus grand poids dans les décisions des magistrats appelés à connaître de procès d'ordre médical.

Montrant les bienfaits de l'Ordre des avocats, pour maintenir la discipline et la moralité du Barreau, notre éminent président nous donna sa pensée entière : voir le Corps médical organiser son conseil de l'Ordre, même en le calquant sur ce qui existe dans la profession-sœur.

Ce n'est pas le moment de démontrer les différences profondes entre les deux Ordres, ni d'insister sur les sanctions professionnelles, qui, sans efficacité contre des médecins, peuvent empêcher

des avocats indignes de pratiquer temporairement, ou même définitivement. Un avocat peut facilement ne plus pouvoir plaider devant un tribunal, alors que le médecin exercera peu ou prou, mais exercera tout de même.

Ce n'est pas le moment non plus de montrer ce que fait la Confédération des Syndicats médicaux pour, profitant de l'expérience actuellement acquise, mettre de l'ordre dans notre juridiction professionnelle.

Disons simplement que les paroles de Me de Moro-Giafferi sont tombées dans des oreilles averties : oui, la justice professionnelle s'impose ; elle s'organise, se coordonne et, dans un avenir rapproché, nous aurons notre procédure, notre code pénal, nos tribunaux disciplinaires, sans qu'il soit besoin de recourir au Parlement, autrement que pour lui demander l'obligation, pour tout praticien, syndiqué ou non syndiqué, de se soumettre à cette justice corporative, s'il veut exercer l'art de guérir.

Le Centre de diagnostic médical existe depuis 1920. Créé par un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris, dans un but de bienfaisance, il a vu son activité croître et se développer.

Il est hors de conteste que, pour établir un diagnostic précis, le médecin doit souvent soumettre son malade à des examens nombreux et très chers parfois. Aussi, le Centre entend-il enlever aux hôpitaux toute une clientèle modeste, qui ne pourrait pas supporter des tarifs élevés, mais peut cependant payer des honoraires modérés.

Des examens divers sont pratiqués sur la demande du médecin traitant de ville, qui reste toujours le maître de son traitement, à moins que, pour un cas de spécialité, il demande au Centre de donner les soins nécessaires.

Ainsi existe la collaboration entre le praticien et ses confrères spécialisés du Centre de diagnostic, pour le plus grand bien du malade et de la tranquillité du médecin, dont la responsabilité est ainsi mise à couvert, en cas d'accusation d'erreur de diagnostic.

Ce Centre constitue une véritable anticipation. Jusqu'ici, seuls les hôpitaux étaient capables de pratiquer des examens spécialisés divers, en série, pour permettre au médecin traitant d'avoir à faire la synthèse à la suite d'une série d'examens analytiques d'un cas pathologique.

Puis, les collectivités privées, telles que les sociétés mutuelles, entreprirent pareille organisation de Centres de diagnostic et de traitement.

Pourquoi le Corps médical se confinerait-il dans une position subalterne d'employé de ces Centres ? Pourquoi n'organiserait-il pas lui-même de semblables établissements, dont il serait le maître ?

A ceux qui reprochent au Corps médical d'être farouchement conservateur et peu ouvert aux évolulions de la sociologie, les dirigeants du Centre de diagnostic médical ont donné une péremptoire réponse et un brillant démenti. Nous ne saurions trop les en féliciter.

Dr Paul BOUDIN.

---

## LE BANQUET DU « CONCOURS MÉDICAL »

### (*16 Novembre 1932*)

### Le Banquet

C'est toujours un double record que bat le dîner du *Concours Médical* : nombre et qualité. Il y a, pour tous et pour tout, des années heureuses, des années prodigues, mais des années aussi de disette. Pour le *Concours*, c'est toujours année d'abondance. Même ce millésime 1932 semble lui avoir exceptionnellement réussi. C'est, dirait-on, année de comète.

Malgré la crise ?

Oui, malgré la crise.

La raison ?

Sans doute parce que le *Sou Médical* est plus stable que notre franc. La devise, toutes les devises du *Concours*, c'est de l'or pur. Et surtout parce que son œuvre, ses œuvres, et la clairvoyance, le dévouement, l'opiniâtreté qu'y dépensent ses directeurs et collaborateurs imposent une particulière estime, une particulière gratitude.

On a cette impression à peine entrés dans les Salons du Continental où la Trinité du *Concours* accueille les six mains tendues : Noir, Duchesne, Boulanger ou une seule et claire intelligence sous trois chefs inégalement poivre ou sel ; mieux encore : en trois poitrines distinctes, un même vaillant et noble cœur.

Quelle foule ! Que de maîtres et visages amis ! Le *Concours* applique le vieux précepte CROISSEZ et MULTIPLIEZ. Et voilà une nouvelle et très juste interprétation de son monogramme C. M. Le *Concours* est une grande famille qui croît et multiplie. Et une famille où l'harmonie règne. Les anges qui entendent, dit-on, nos pensées lorsqu'on fait silence, ne surprendraient ce soir aucune critique, moins encore une dissonance. Symphonie de louanges, en ton majeur, chacun montant au plus haut de son registre.

La salle du banquet est un ruissellement d'or et de feux. Des fresques chantent la douceur de vivre et d'aimer, mais la table invite à de plus palpables et immédiates délices.

Une merveille d'organisation permet à chacun des convives de gagner sa place sans avoir à la chercher. Et le menu sorti des laboratoires culinaires du Continental et dans lequel perdrix dodues sur canapés onctueux font un pont parfumé de cèpes entre les truites saumonées madère, et les divins foies gras de Strasbourg, le tout trempé au flot des meilleurs cachets de la Gironde, de la Côte-d'Or et de la Marne, est de ceux qui ne peuvent laisser indifférents des palais délicats.

La table d'honneur est de dimension et de composition telles qu'on imaginerait presque un concile, tout au moins un Congrès... un *Congrès qui s'amuse.*

Aux côtés de Noir qui préside, le doyen Balthazard, M. Mirman, le doyen Euzière, MM. Roule et Anthony, du Muséum, le médecin général inspecteur Rouvillois de l'Académie de médecine, les Professeurs Hartmann, Jean-Louis Faure, Terrien, Nobécourt, Bezançon, Claude, Lereboullet, Legueu, Laignel-Lavastine, Lenormant, Chavigny, Rohmer...

Le médecin général Odile, le médecin colonel Fribourg-Blanc ; les Professeurs agrégés Lian Lévi-Valensi, Aubertin, Chabrol, les médecins des hôpitaux Weissenbach, Gutmann, Faroy, Trémolières, Rachet, Coste ; les Docteurs Dartigues, président de l'U. M. F. I. A., Cibrie, Bongrand, Piot, Decourt, Paul-Boncour, Dequidt, Fanton-d'Andon, le médecin-colonel Abbatucci, M. Fumouze.

Plus de deux cent cinquante convives se délectent et conversent. L'esprit fuse et la gaîté, l'un stimulant l'autre. On parle crise, chasse, auto, arts. Le seul thème proscrit ou presque est le thème médical.

Mais voici l'instant des toasts. Le rite gastronomique français comporte des discours. Ici ce rite a du bon, car on parle bien et pour dire quelque chose.

*Toast du Docteur Noir.*

Noir rend tout d'abord hommage au Docteur Gassot, hommage qui embrasse l'homme et l'œuvre qui resteront inscrits aux maîtresses pages des Annales du *Concours* et du *Sou Médical.*

Il offre ensuite grâces et remerciements aux personnalités éminentes qui l'entourent, ainsi qu'aux représentants des grandes Associations et à ces collaborateurs précieux, avocats-conseils, assureur-conseil, conseil financiers dont les figures restent dans l'ombre, mais qui sont la lumière et la flamme mêmes des œuvres du *Concours.* Et laissant à Duchesne le soin de préciser et étendre tous ces témoignages et de les fleurir, il sourit aux applaudissements qui saluent en lui le chef respecté et aimé de la famille chaque jour plus unie du *Concours Médical.*

*Toast du Docteur Duchesne.*

Si, affamé, ventre n'a point d'oreille, satisfait, il devient tout autre. Et c'est fort heureux, car le mets toujours délicat et substantiel qu'est un rapport de Duchesne mérite de n'être pas servi à des sourds. Et d'ailleurs, ce n'est pas un rapport, c'est ce qu'on voudra, mais d'un art si sûr, si divers et d'un tel agrément que ceux-là même sur qui il ne choit pas quelque couronne prennent un plaisir infini à l'entendre.

Chaque année, à cette place, nous reprenons l'éloge, sans Dieu merci ! l'exagérer. Il nous faut cette fois mettre la sourdine, Duchesne nous ayant dit d'un ton presque sévère : « En temps de crise, il faut économiser même l'encens. » Nous ne lui en offrons donc qu'un minuscule grain, mais fait d'une admiration très sincère pour sa belle tâche d'observateur, d'écrivain, de combattant et qui est d'une unité, d'une foi, d'une opiniâtreté et d'un dévouement sans seconds.

Son rapport est une succession de médaillons au trait, au pinceau, au ciseau, d'une facture simple, riche, adroite où l'on sent que c'est tantôt la pensée et tantôt le cœur qui conduit la main. Les portraits du Professeur Balthazard, du Professeur Forgue, du Professeur Chavigny, de Dartigues sont parmi les meilleurs de cette série 1932. Et Duchesne termine par un coup d'œil de belle envergure sur l'avenir de la médecine qui, contrainte de se socialiser n'en gardera pas moins la prééminence qu'elle tient du double prestige de la science et de sa mission incomparable.

*Toast du Professeur Balthazard.*

Les applaudissements à peine apaisés reprennent pour saluer le Professeur Balthazard. L'aimable doyen remercie Noir et paraphrasant le vers célèbre et d'ailleurs juste « l'absence ni le temps ne sont rien quand on aime », dit tout son plaisir de se retrouver au milieu de ses amis du *Concours Médical* auquel il est toujours aussi attaché et pour la prospérité duquel il fait toujours les mêmes vœux.

*Toast du Professeur Euzières.*

Un doyen pousse l'autre et c'est celui de Montpellier qui a la parole.

Par le ton d'originalité qu'il donne à ses remerciements, le Professeur Euzières se révèle toujours homme d'esprit. Et c'est un charme plaisant de l'entendre égrener les raisons susceptibles de motiver la guirlande que lui a tressée Duchesne. Parce qu'il est celui qui vient du plus loin, parce qu'il préside aux destinées de la Faculté la plus ancienne, parce qu'on l'imagine disposant du soleil du Midi... Mais non il n'est là, ce soir, ni comme doyen,

ni comme méridional, ni comme humaniste ou même gourmet, mais comme ami du *Concours* et il viendrait de bien plus loin encore, et chargé de plus d'honneur, pour lui témoigner cette amitié.

*Toast de M. Mirman.*

M. Mirman prend la parole.

Si un haut parleur serait utile pour qu'on ne perde rien dans aucun angle de la salle des toasts prononcés, un sismographe ne le serait pas moins pour enregistrer l'unanime mouvement fait de déférence, d'ardente sympathie, de gratitude dont la famille du *Concours* est coutumière envers un homme à qui rien de ce qui est utile et grand n'est étranger. Après avoir salué le *Concours Médical* en vieil ami, évoqué la mémoire de ses fondateurs, dit son admiration pour son directeur, son rédacteur en chef et tous ses collaborateurs, M. Mirman s'écrie dans un élan d'éloquence qui a l'accent d'une proclamation :

« Le *Concours Médical* défend les intérêts matériels et moraux des médecins. Si son rôle se bornait là, je n'aurais pas qualité pour le louer. Mais à mesure que j'ai vécu, je me suis convaincu davantage que les intérêts particuliers de votre corporation importent grandement à la chose publique. Si la profession médicale était amoindrie, la *res publica* le serait également. Que l'Etatisme — où certains observateurs croient voir un progrès — fasse du médecin un fonctionnaire, au risque de substituer en lui au commandement de sa conscience les prescriptions contradictoires provoquées par cette soumission, que gagnerait-on à ce changement ? Ce serait, au point de vue général, tant scientifique que moral, une véritable catastrophe. En défendant ainsi avec vaillance et persévérance l'indépendance du Corps médical, le *Concours* sert la Nation, simple citoyen, je le remercie et je le félicite. Je bois à son succès et au succès de la cause dont il a été, est et sera toujours le vigoureux champion. »

On sent à l'ovation qui lui est faite que M. Mirman une fois de plus, a touché une corde particulièrement sensible, le cœur même du praticien.

*Toast du Docteur Cibrie.*

Le Docteur Cibrie lui succède. Le vaillant secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux se réjouit de l'honneur qui lui revient depuis plusieurs années de représenter la Confédération des Syndicats médicaux aux manifestations du *Concours*, ce qui lui permet d'adresser au Docteur Noir son respectueux hommage et de dire sa fervente amitié à Duchesne souvent objet d'attaques aussi violentes qu'injustifiées, mais qui reçoit les coups sans faiblir ni sans s'arrêter dans sa tâche.

« Les dernières nouvelles que j'apporte au *Concours Médical*, dit le Docteur Cibrie, ce sont les pratiques fiscales en préparation et qui tendent à opprimer davantage les professions libérales.

Il y avait deux systèmes pour équilibrer le budget : la compression des dépenses, la compression des contribuables. La première plus difficile, la seconde plus avantageuse. C'est cette dernière que l'on choisit. C'est aux médecins, aux dentistes, aux chirurgiens qu'on va demander 150 millions de contributions complémentaires avec un contrôle plus accéléré, plus tyrannique. Le médecin, déjà accablé par sa patente, devra verser au fisc un quart de plus de son revenu professionnel. Mais, c'est le rôle de la Confédération des Syndicats médicaux et son destin de se battre ; la bataille continue, elle continuera de se battre. »

Des applaudissements accueillent cette déclaration et témoignent de la confiance unanime envers le Docteur Cibrie et de la reconnaissance pour l'œuvre qu'il a déjà accomplie.

*Toast du Docteur Chapon.*

Puis le Docteur Chapon, après avoir excusé le Docteur Bellencontre, fait mousser en l'honneur du *Concours Médical* une coupe de champagne pétillant de finesse et de bonne humeur.

*Toast du Docteur Mayer.*

Le Docteur Mayer, l'éminent et heureux inventeur des Journées médicales belges, est un fidèle des fêtes du *Concours*. Il se félicite d'être son hôte, son hôte couvert de fleurs, et le remercie de l'aide qu'il apporte à ses Journées médicales si brillantes et dont le succès ne se dément pas.

Il offre aux médecins une trève à leur pénible sacerdoce avec les Croisières médicales franco-belges, organisées par ses soins. Il en précise l'organisation et le fonctionnement et engage ses confrères à profiter de ces liesses de repos, de délassement, de vie au grand air, d'agrément pour l'esprit et pour les yeux. Et il boit à la prospérité grandissante d'une maison qu'il aime pour ses œuvres et ceux qui les accomplissent.

*Toast du Docteur Fumouze.*

Enfin, M. Fumouze, dans une langue élégante et châtiée, rend hommage au *Concours*, au nom des laboratoires de produits pharmaceutiques qui apportent à la thérapeutique une aide si puissante. Pour eux aussi contre l'étatisme qui risque de gêner leur exercice par les complications et la réglementation, le *Concours* est un drapeau merveilleux qui symbolise la défense et provoque le ralliement. Il remercie Noir et Duchesne, âmes et forces

vivantes de ce *Concours Médical* à qui il dédie la reconnaissance du Syndicat qu'il représente.

Cette belle joute oratoire est terminée.

Mais déjà les salons voisins sont envahis d'une admirable jeunesse qui éparpille de la beauté, de la grâce et de la joie.

Et ce fut un des bals les plus réussis du *Concours*, un des plus brillants. Souhaitons qu'il soit aussi un de ceux qui laisseront un souvenir dans le plus grand nombre de jeunes cœurs.

Dr P. JANOT.

## Allocution prononcée par le Dr G. Duchesne

Rédacteur en chef.

Messieurs les Doyens,
Chers Maîtres, Confrères et amis,
Messieurs,

Une antique et louable coutume consacre, l'automne venu, la reprise des travaux judiciaires de nos Cours et Tribunaux par une solennité dont le discours de rentrée, prononcé par un Magistrat du Parquet, constitue l'aliment essentiel.

Si le *Concours Médical* n'a rien d'un Tribunal, c'est cependant une Tribune ; et la distance phonétique est, en vérité, si courte, entre ces deux vocables d'origine commune, que vous excuserez l'audace d'un rapprochement qui me permet d'assimiler ces confraternelles agapes, moins solennelles sans doute, mais plus nourries à d'autres égards, à une séance de rentrée, à la fin de laquelle je prends la parole, au nom du Conseil de direction de notre Journal, moins pour un discours que pour une action de grâce.

Il m'est en effet infiniment agréable de remplir un devoir de reconnaissance, en cette occasion qui m'est offerte, une fois l'an, de saluer et remercier publiquement tous ceux qui, à des titres divers et sous des formes variées, sont ou nous apparaissent comme des collaborateurs.

Sans doute, pour un journal, la collaboration s'entend-elle surtout de l'apport régulier de ce qui constitue sa substance, de toute la matière diverse qui lui donne son caractère et en fait la qualité. Mais il nous plaît d'être plus compréhensifs et d'estimer, à l'instar d'une collaboration, tout élan d'amitié, toute marque de sympathie, tout témoignage d'estime où nous avons le réconfort de voir une approbation tout autant qu'un encouragement. S'adressant tant à nos personnes qu'à nos œuvres, l'expression de tels sentiments nous soutient dans l'accomplissement de notre programme et nous récompense de nos efforts. Elle fait un contre poids avantageux aux critiques malveillantes qui ne nous épargnent pas. Elle rend moins rudes les aspérités de la route, moins insurmontables les obstacles dont elle est semée ; elle facilite notre tâche et concourt moralement à son accomplissement.

Monsieur le Doyen BALTHAZARD, nous nous inclinons devant la grandeur de votre fonction, mais nous n'en méconnaissons pas les lourdes servitudes. Merci donc à vous d'avoir bien voulu distraire, pour nous les consacrer, quelques moments d'un temps si étroitement réparti entre de plus pressantes occupations. Je salue en votre personne, non seulement l'administrateur éminent de la Faculté de médecine de Paris, mais encore le confrère dévoué qui, en des heures troubles, accepta de prendre en main le gouvernail du navire qui portait la fortune de notre corporation, et le guida sain et sauf, à travers d'innombrables récifs, vers le port, où le menacent d'ailleurs de nouvelles tempêtes qui le ballotteront sur les flots agités de notre vie professionnelle.

Vous avez l'habitude de la bataille. Véritable ancien combattant de la grande guerre, nous savons comment vous y avez montré vos qualités de chef. Quand sonna, pour le Corps médical organisé, l'heure de se battre à son tour en défendant les plus nobles de ses prérogatives, son sort ne pouvait être confié à des mains plus expérimentées.

Monsieur le Doyen EUZIÈRE, dont les loisirs ne sont pas plus nombreux que ceux de votre collègue parisien, quels termes suffisamment expressifs saurai-je trouver pour vous dire combien nous vous sommes reconnaissants de votre présence ? Nous la devons à la considération que vous nous témoignez et à l'amitié dont vous nous entourez, et dont vous nous donnâtes maintes preuves. Notre bonheur est grand de voir, à nos côtés, le fin humaniste dont se double le distingué neurologue que vous êtes, le montpelliérain au cœur chaud, dont le rayonnement bienfaisant contribue puissamment à notre vivification : « *Ce n'est pas aux dignités dont un homme fut* « *revêtu qu'il convient de mesurer sa valeur*, avez-« vous dit dans votre discours du centenaire de « Chaptal, *c'est à ses actes* ». Il ne nous appartient pas de vous juger selon vos actes ; mais nous avons le droit de retenir le geste de prix qui vous a conduit jusqu'à nous, des confins du Languedoc, comme l'expression d'un altruisme généreux et choisi, qui nous touche vivement.

M. le Professeur Emile FORGUE, qui devait accompagner le Doyen Euzière, vient de me télégraphier, avec tous ses regrets et ses vœux, qu'un empêchement imprévu le retient loin de nous. S'il avait été des nôtres, je l'aurais respec-

tueusement complimenté pour l'activité, la verdeur et les enthousiasmes avec lesquels il va, en deçà et au-delà des frontières, mettre, à la portée de ses auditeurs, son expérience de chirurgien brillant et émérite, le charme prenant de sa parole et les trésors de sa vaste érudition, en véritable pionnier de la science et de la pensée françaises, et aussi de la paix universelle. De telles manifestations font davantage, en effet, pour la pacification des esprits que les plus subtils entretiens diplomatiques, que les conférences internationales les plus solennelles.

Je relisais ces jours-ci, du Professeur FORGUE, les pages émouvantes qu'il a publiées sous le titre : *Au seuil de la chirurgie,* dans le temps où je recevais la nouvelle édition d'un livre de même inspiration, et profondément impressionnant, dû à la plume autorisée, et si purement classique, d'un de nos bistouris les plus fameux. Je veux dire l'*Ame du Chirurgien* du Professeur Jean-Louis FAURE. Sa forte personnalité déborde les cadres de notre profession ; parmi les bons ouvriers de lettres dont s'enorgueillit le Corps médical, il s'avère comme l'un des meilleurs, et même, il n'hésite pas à descendre dans l'arène tourmentée de la vie publique, pour y combattre les erreurs et les abus d'une fiscalité sous le poids de laquelle s'affaise et succombe le contribuable. Il est aussi Président du Syndicat des Chirurgiens français, et dès lors, l'un des dignitaires de notre profession organisée. Nous vous savons gré, mon cher Maître, de vous être assis à cette table, en cosyndicaliste, en collaborateur..... gastronomique et par-dessus tout, en ami.

Avec MM. les Professeurs ROHMER et CHAVIGNY, pénètrent jusqu'ici les rumeurs laborieuses de la Faculté de Strasbourg, pour laquelle nos cœurs battent plus vite, émus de tant de souvenirs, et de tant d'espérances... M. Rohmer est bien connu de nos lecteurs : professeur de clinique infantile, il a publié, dans les colonnes de notre journal, maints travaux de sa spécialité; sa collaboration nous aide à procéder à une décentralisation scientifique pour leur plus grand profit. Il en est de même de M. le Professeur CHAVIGNY, qui enseigne à Strasbourg la médecine légale, et qui vient d'être investi d'une chaire, nouvellement créée, de médecine sociale. Une chaire de médecine sociale ! Quel monde en si peu de mots ! ! Quel chemin parcouru, depuis qu'en 1893 fut mise en application la loi sur l'Assistance médicale gratuite, qui est en quelque sorte la première aile de ce vaste édifice ! ! ! Les chevronnés d'entre nous en mesurent la longueur, aux horions qu'ils ont reçus toutes les fois que, depuis quarante ans, ils ont essayé de voir clair dans le devenir de la médecine française, et de son comportement dans la société moderne, et publié leurs réflexions, sur un terrain si mouvant et ardu.

Je ne saurais oublier que M. le Professeur Chavigny appartient, de plus, en qualité de médecin général, à notre Service de santé militaire : son chef respecté, M. le Médecin général inspecteur ROUVILLOIS, membre de l'Académie de médecine, dont ses brillantes qualités de professeur au Val-de-Grâce lui ouvrirent les portes, a accepté, avec cette bonne grâce souriante qui lui conquiert tous les suffrages, de prendre part à ce dîner. Je lui en exprime notre vive gratitude. Et je lui demande la permission de distraire une part des remerciements que je lui adresse, pour la reporter sur d'autres camarades de l'armée dont la sympathie nous est chère : M. le Médecin colonel ABBATUCCI, pour qui la médecine coloniale n'a pas de secrets, et M. le Médecin lieutenant-colonel FRIBOURG-BLANC, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, fidèle collaborateur du *Concours Médical,* toujours prompt à reproduire ses brillants travaux neuro-psychiatriques.

M. le Professeur Fernand BEZANÇON vient de présider successivement, il y a quelques jours, deux Congrès : le Congrès de médecine et le Congrès du rhumatisme et de diriger leurs travaux avec autant d'élégance que de maestria.

Il a projeté dans ses discours le reflet de ses découvertes et de son enseignement à la Clinique de Saint-Antoine. Il n'a pas hésité à classer le rhumatisme au rang des maladies que nous appelons des maladies sociales, ouvrant ainsi une nouvelle porte à de bienfaisantes réactions de la part de la Société. Ce sont là, scientifiquement et socialement, des anticipations. Elles sont loin de déplaire à ceux qui, comme nous, passent volontiers pour des anticipateurs, et se le voient même reprocher. Qu'il soit remercié de s'être rendu à notre invitation.

M. le Professeur LENORMANT joue, dans notre milieu corporatif, un rôle éminent, quoique peu connu, comme membre de la Commission ministérielle du Tarif des accidents du travail. Avec la haute autorité qui émane de sa personne et de sa situation, il sait imposer aux assureurs une évaluation équitable des techniques médico-chirurgicales que réclament les traumas accidentels, dont sont victimes les salariés de tout ordre. Travail ingrat, délicat, mais nécessaire, qui ne saurait être confié à plus compétent : je suis heureux de lui en exprimer toute notre gratitude.

M. le Professeur Henri HARTMANN, président de l'A. D. R. M. est un fidèle habitué de nos dîners annuels. Les termes amicaux qui m'ap-

portent son acceptation nous rendent infiniment précieuse la familiarité avec laquelle il veut bien se mêler à nous.

Aux Maîtres parisiens, qui nous confient avec tant de bienveillance la publication de certaines de leurs leçons, vont les hommages de notre sympathique et respectueuse reconnaissance. Porte parole de leur enseignement magistral, le *Concours Médical* est heureux d'en faire bénéficier sa clientèle. Un grand merci, très sincère, à MM. Henri CLAUDE qui vient de découvrir, en psychiatrie, de nouvelles et originales perspectives, LAIGNEL-LAVASTINE, représentant en outre de la *Maison du médecin*, LEGUEU, envers qui nous sommes tributaires d'une dette personnelle, LEREBOULLET, dont le nom suffit à évoquer puissamment le souvenir d'un père qui fut témoin, il y a quelque cinquante ans, de nos premiers pas, affermis par les encouragements dont il se montra prodigue envers nous, M. NOBÉCOURT, qui entend, aux enfants, ne faire nulle peine, même légère, M. TERRIEN qui fait mentir le psalmiste : *Oculos habent*...

MM. les Professeurs ANTHONY et ROULE, du Muséum, sont aussi nos commensaux ; leurs savantes recherches ont eu maints échos dans nos pages, toujours prêtes à les accueillir.

Parmi la brillante cohorte de professeurs agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, où nous comptons tant d'amitiés agissantes, et à qui nous devons une particulière gratitude, je citerai pêle-mêle, et sans ordre, — qu'ils me le pardonnent, — nos distingués confrères AUBERTIN, André JOUSSET, Camille LIAN, LÉVY-VALENSI, E. CHABROL, FAROY, WEISSENBACH, TRÉMOLIERES, GUTMANN, dont je relisais hier « Jalousie », cette étudie si pénétrante et si fouillée, d'une passion redoutable, COSTE, RACHET ; et à côté d'eux, MM. DUPUY DE FRENELLE, BORY, poète à ses heures, LIEGE, TURQUETY, TRUFFERT, JOLTRAIN, THIERS, DE FOURMESTREAUX, DOUBROW, POUMAILLOUX, qui furent ou sont encore internes des hôpitaux de Paris, chefs de clinique, chefs de laboratoire ; pourvus des mêmes titres, MM. Henri MONTLAUR, que sa charmante femme, docteur en médecine, a bien voulu accompagner, Germain BLECHMANN, dont la deuxième série des Feuillets du Pédiatre va incessamment voir le jour. Merci encore à mes chers amis Raphaël MASSART et Gilbert ROBIN, champions avérés de l'orthopédie du corps et de l'esprit ; l'un remet en place les membres tordus, l'autre les cerveaux déséquilibrés ; ce sont, en vérité, des redresseurs de tors...

En la personne de mon cher ami Louis DARTIGUES, je salue le président fondateur de l'UMFIA. Que n'ai-je la voix de bronze qui pourrait faire écho à son Livre d'airain, ce monument qui transmettra aux jeunes générations les biographies, parfois romancées, des Patrons dont le nom et les exemples doivent, en effet, passer à la postérité, et aussi de quelques seigneurs de moindre importance, auxquels son cœur généreux a voulu élever un piédestal qui, pour deux d'entre eux, dépasse leurs mérites. Hélas ! Ce cœur généreux, qui se dilata tant de fois d'aise et frémit de joie, aux heures claires de sa vie, a connu, lui aussi, les heures troubles et cruelles qui meurtrissent les êtres les mieux trempés. Qu'il sache que notre sympathie l'accompagna dans ses épreuves, plus vibrante et plus émue que dans ses succès triomphaux. Pour tempérer de telles amertumes, il n'est rien de tel que le travail. DARTIGUES travaille avec acharnement, non seulement comme chirurgien, mais encore en exaltant toutes les forces spirituelles de la Latinité dont il est le fils prédestiné et l'indéfectible et audacieux porte drapeau. Nos vœux les plus ardents l'accompagnent.

Parmi les collègues et amis en journalisme qui ont répondu avec empressement à notre invitation, j'accorderai une mention particulière au Docteur Léopold MAYER, professeur agrégé de l'Université libre de Bruxelles, qui représente ici *Bruxelles Médical* et la Presse médicale belge. Nous collaborons, en outre, dans l'organisation et la réalisation des Croisières maritimes médicales franco-belges, ces Croisières qui suscitent tant d'émulation, voire de concurrences. Mon cher MAYER, nous aimons fraternellement la Belgique, dont je suis heureux de saluer, en votre personne, l'un des fils les plus distingués.

Tous nos compliments vont aussi à MM. JAYLE, LE SOURD, G. BAILLIÈRE, SÉGARD et SIGURET, GARDETTE, secrétaire général de notre Association de la Presse, DESTOUCHES, CROUZAT, CRINON, MOLINÉRY, DEQUIDT, GROC, BORD, Les échanges que nous pratiquons entre nous constituent une véritable collaboration, dont nous bénéficions largement.

Il est, pour le *Concours Médical*, d'autres collaborateurs, que je m'en voudrais de ne pas congratuler d'une façon toute spéciale : ce sont les directeurs et représentants de nos firmes pharmaceutiques et de nos Etablissements thermaux. Nous savons ce que nous leur devons. S'ils trouvent, en notre Journal, un des messagers qui contribuent à diffuser largement leur nom et leurs produits parmi le Corps médical, ils sont, d'autre part, pour lui des appuis nécessaires, sans lesquels sa vie serait singulièrement difficile. Je les prie collectivement de vouloir bien agréer nos hommages les plus cordiaux, nos remerciements les plus vifs.

La Partie Professionnelle du *Concours Médical* a été alimentée par de distingués collaborateurs parmi lesquels je citerai FOVEAU DE COURMELLES, toujours fécond et dont la plume est inusable ; Albert GARRIGUES, défenseur attitré du journalisme professionnel symbolisé par l'Association dont il est l'âme ; il y consacre un dévouement et une ardeur qui se haussent jusqu'au sacrifice, dans son acception la plus noble. Georges LAVALÉE, dont les idées, parfois audacieuses, trouvent pour s'exprimer une langue élégante, et chatiée, nourrie d'une forte culture classique, quelque chose comme la sauce onctueuse qui fait passer un poisson que certains craignent de mal digérer. Fernand DECOURT, notre grand consultant en matière d'interprétation et d'application des tarifs officiels, chef considéré d'une postérité qui lui fait honneur, comme elle honore la médecine française.

L'HOMME AUX BÉSICLES, retenu à la dernière heure, n'a pu répondre à notre invitation. Ses Pages sans médecine, si substantielles et si picturales, donnent à notre journal une note de fantaisie d'une valeur critique et d'un attrait documentaire très goûtés de nos lecteurs, cependant que, dans le même ordre d'idées, Jean SÉJOURNET, de la Société des auteurs, nous analyse finement et impartialement les spectacles de nos scènes parisiennes. Je les en félicite cordialement, et je les en remercie.

Si nous avons nous-mêmes NOIR, BOUDIN et moi, abordé les sujets les plus divers, il est cependant un thème que nous avons plus complaisamment traité, sur lequel, maintes fois, nous brodâmes de nombreuses variations. Nous ne pouvons pas ne pas être frappés, les uns et les autres, du vaste et tumultueux bouillonnement qui, depuis la guerre surtout, a fait émerger tout cet ensemble d'œuvres que nous désignons d'un mot : la médecine sociale. Sans rechercher ce soir ce qu'il peut y avoir de discutable et de défectueux dans l'organisation de ce que j'appelle les formations sanitaires du temps de paix, nous ne pouvons pas ne pas reconnaître, sous peine d'être injustes, l'immense effort que tout cela représente vers un adoucissement des inégalités sociales et une protection plus efficace de la santé publique. Il en résulte, pour le corps médical, un état compréhensible et justifié de désarroi légitime. Il hésite, il tâtonne, il cherche sa voie, partagé entre ceux dont la sincérité convaincue se proclame irréductiblement attachés à toutes les traditions de la médecine privée, et ceux qui, sans négliger celles-ci, sont partisans d'évoluer sagement, au gré d'évènements dont la direction leur échappe, mais dont ils pensent qu'il serait possible de canaliser les conséquences, pour le bien de notre profession. Eh bien ! nous croyons, en toute sincérité et loyauté, que ceux-ci sont dans la vérité. Et nous ne cessons de prêcher la nécessité d'une adaptation aux exigences de l'heure, dont d'autres collègues, lucides et clairvoyants, viennent de proclamer, officiellement en quelque sorte, à leur tour, les raisons péremptoires.

Comment est-il permis de concevoir cette adaptation ? Deux formules brèves suffisent à synthétiser nos vues à cet égard : 1) le Corps médical organisé ne peut pas se désintéresser de la médecine sociale ; il est souhaitable qu'il en contrôle le fonctionnement technique ; 2) pour que la médecine privée maintienne et améliore ses positions en face de la médecine publique, il est souhaitable qu'elle offre aux malades des avantages économiques et techniques analogues, sans ses inconvénients, mais avec quelque chose de plus, à savoir ces impondérables où le sentiment tient une si large place, et dont elle revendique, sinon le monopole, du moins la pratique habituelle et permanente.

Nous ne nous contentons pas de formuler ainsi nos conceptions, nous osons encore proposer des solutions qui n'ont pas toujours l'heur de plaire. Et les critiques ne nous sont pas ménagées, dont certaines prennent parfois une forme dénuée de toute aménité.

Pour nous justifier, je me contenterai, et ce sera mon mot de la fin, de vous citer cette phrase, que j'emprunte à mon éminent ami, M. le Professeur FORGUE, auprès de qui je ne saurais trouver de meilleur garant :

« *Une classe dirigeante peut se ruiner quand, au lieu de se défendre par les réformes, par l'amélioration personnelle, par les concessions nécessaires, elle ne compte que sur la force transmise de ses privilèges et sur des opinions périmées.* » (Au seuil de la Chirurgie).

Que le Corps médical, dans les groupements corporatifs, songe aux réformes, aux améliorations, aux concessions, qui lui assureront la prééminence dans l'accomplissement de sa mission sociale : c'est le vœu que je forme, en levant mon verre en votre honneur à tous, Messieurs, en l'honneur du journalisme médical, des industrieux laboratoires de spécialités, du thermalisme, et pour tout dire, de la médecine française, une et indivisible, sous l'égide d'une confraternelle concorde, dont cette salle, composée par nos soins, nous représente, en un raccourci numérique, mais combien qualitativement opulente ! la plus parfaite image.

# DÉFENDONS-NOUS CONTRE LE FISC ET SES EXCÈS

(Communiqué extrait du *Bouclier*, n° 24, août 1932.)

## Syndicat « Medicus ante fiscum »

**(Le médecin devant le fisc)**

### PROJETS DE STATUTS

#### I. Le but

Dans la société moderne, le médecin, travailleur intellectuel, est devenu un artisan.

« *Medicus ante fiscum* » n'a d'autre but que de sauvegarder les intérêts professionnels du médecin, en réclamant pour lui le traitement de l'artisan et en se dressant contre une fiscalité de jours en jours plus exigeante.

Nous payons patente et impôts sur les professions non commerciales pour avoir le monopole des soins médicaux en France et dans les Colonies françaises. Tous les jours, une loi nouvelle diminue nos recettes, et une autre augmente nos dépenses, notre contribution sociale.

Le moment est venu de faire le point, et de voir si nous n'avons pas fait un marché de dupes, et s'il n'y a pas lieu de procéder à une révision.

II. « *Medicus ante fiscum* » est composé exclusivement de praticiens exerçant honorablement leur profession en Loire-Inférieure, et désireux de continuer à vivre en bons Français.

III. Le Syndicat est constitué régulièrement conformément à la loi.

IV. « *Medicus ante fiscum* » n'a rien de révolutionnaire, et accepte forcément, ne pouvant faire autrement, la loi actuellement en vigueur.

Néanmoins, il fera de son mieux, et dès sa naissance, pour en adoucir les aspérités, supprimer les vexations inutiles, la suspicion permanente qui préside à leur application, tout au moins en Loire-Inférieure.

Son but immédiat est de substituer à la défense individuelle, inefficace et ridicule aux yeux du fisc, une action collective, raisonnée et puissante, variant sa tactique suivant les événements économiques et les circonstances.

Le désir inébranlable de « *Medicus ante fiscum* » est, quand il en aura la force, de substituer à l'impôt abusif qui sévit sur les professions non commerciales et à la patente toujours inassouvie, un impôt unique, vraiment professionnel et médical ajusté à l'activité professionnelle de chacun et au moment où elle s'exerce ; impôt n'exigeant aucune comptabilité et facile à contrôler.

V. Exclusivement économique et ne s'occupant que de la patente et de l'impôt sur les professions non commerciales, « *Medicus ante fiscum* » se constitue en dehors de toute formation politique religieuse syndicale même.

Cependant, et si telle est la volonté de ses adhérents, il pourra s'assurer tels concours qu'il lui plaira pour faire triompher sa cause. Ces concours seront momentanés, toujours révocables, et ne sauraient avoir d'autre durée que leur opportunité.

VI. « *Medicus ante fiscum* » veut être un syndicat moderne, un syndicat vigoureux comme les syndicats ouvriers et les syndicats de fonctionnaires.

« *Medicus ante fiscum* » voudrait montrer au médecin qui est partout, dans tous les milieux, quelle serait sa force, s'il voulait se discipliner, et accepter comme les ouvriers du livre, la discipline syndicale.

« *Medicus ante fiscum* » exige de ses membres une soumission absolue aux décisions d'une majorité réfléchie, soucieuse de ses devoirs et de ses intérêts.

### TITRE II

#### Constitution du Syndicat

VII. « *Medicus ante fiscum* » groupe exclusivement les médecins exerçant en Loire-Inférieure, et admis conformément aux statuts.

VIII. La direction du syndicat est assurée par un Comité directeur composé de trois membres. Chacun des directeurs assume à tour de rôle la marche du syndicat pendant quatre mois.

IX. Le nombre des directeurs est limité à trois, ceci pour faciliter leur réunion, aucune décision ne pouvant être prise par un directeur seul, pour peu que cette décision ait un intérêt général.

X. Un secrétaire-trésorier, le cas échéant, sera nommé lui aussi, il aura voix délibérative dans les assemblées du bureau. En cas de partage des voix, la voix du Directeur en exercice sera prépondérante.

XI. Nul ne saurait être nommé directeur sans avoir réuni les deux tiers des suffrages des adhérents non excusés. Pour que le bureau ait une autorité réelle, il faut qu'il se sente suivi par la masse des syndiqués.

XII. Le bureau est chargé d'étudier les questions, de les exposer aux syndiqués, de susciter et de vérifier les votes, de veiller à l'exécution des décisions syndicales.

XIII. Aucune décision d'intérêt général ne sera prise sans être soumise à l'examen des adhérents, et à leur vote librement exprimé.

Aucun vote n'entraînera de décision syndicale sans réunir la majorité indiscutable des deux tiers des adhérents.

Toute décision votée à la majorité des deux tiers

entraînera l'obligation pour tous de s'incliner devant la volonté de la majorité.

XIV. Le vote désignant les membres du bureau sera anonyme. Tous les votes d'action syndicale devront être signés. Il sera toujours possible à chacun des membres du syndicat d'exercer son contrôle, et chacun prendra ses responsabilités.

XV. « *Medicus ante fiscum* » pourra s'adjoindre dès le début, et si telle est sa volonté, un conseil fiscal et un conseil juridique. En aucun cas, ces conseils, choisis en dehors du corps médical n'auront voix délibérative dans les réunions du bureau syndical.

## TITRE III

### Admission au Syndicat

XVI. Feront partie du syndicat « *Medicus ante fiscum* » les médecins exerçant en Loire-Inférieure qui en feront la demande au bureau. Cette demande sera acceptée ou refusée par le bureau réuni.

La décision sera communiquée sans commentaires à l'intéressé. Chaque nouvel adhérent doit être une force de plus pour le groupe, et non un fardeau. Les médecins qui, dès la première heure, ont encouragé le promoteur de « *Medicus ante fiscum* » et envoyé leur adhésion écrite sont dispensés de cette formalité, s'ils mettent leur signature au bas de l'adhésion aux statuts.

XVII. Les médecins ayant eu déjà des difficultés avec le fisc pourront faire partie du syndicat.

Ayant déjà souffert, ils réchaufferont notre ardeur syndicale, si elle venait à s'éteindre.

Mais chaque cas particulier nécessitera un examen particulier, et il est bien entendu que « *Medicus ante fiscum* » ne saurait soutenir des différends antérieurs à sa formation.

XVIII. *Cotisations.*

Il ne saurait être question à l'heure actuelle de cotisations. C'est aux membres de « *Medicus ante fiscum* » qu'il appartiendra de voter eux-mêmes leur budget, et de fournir leur *Bouclier.*

## TITRE IV

### Siège social. — Correspondance

XIX. Le siège social de « *Medicus ante fiscum* » est provisoirement, et pour un an fixé...

XX. La correspondance sera adressée au siège social, en mettant sur l'enveloppe les initiales M.A.F. abrégé de « *Medicus ante fiscum* ».

XXI. Une assemblée générale suivie d'un banquet, si possible, aura lieu tous les ans à la date commémorative de la formation du syndicat.

## TITRE V

### Sanctions

XIXI. Tout membre de « *Medicus ante fiscum* » a le droit de démissionner quand il lui plaît et s'il juge que l'action collective et purement économique du syndicat gêne ses intérêts personnels.

XXIII. Il appartient au bureau syndical d'entériner la démission ou de la refuser.

S'il le juge utile, le bureau propose aux participants la radiation ou l'exclusion d'un membre qui aurait compromis la bonne marche du syndicat ou violé la discipline syndicale.

L'exclusion sera prononcée à la majorité des deux tiers des adhérents, après exposé succinct des griefs par le bureau syndical, et explications fournies personnellement par l'intéressé.

XXIV. Tous les votes étant faits par correspondance, il importe que chacun donne son opinion en temps utile.

Le médecin étant toujours insoucieux de ses intérêts les plus immédiats, une amende de cinquante francs sera infligée à tout syndiqué qui n'aura pas fait parvenir son vote en temps voulu, sauf excuse soumise à l'appréciation du bureau. Cette somme sera versée à la caisse d'action syndicale.

## TITRE VI

### Modifications aux statuts

XXV. Les présents statuts n'ont d'autre but que de donner une orientation, marquer notre désir ardent d'un syndicalisme médical étroit, loyal, effectif.

Nous estimons trop nos futurs adhérents pour penser qu'il ne saurait y être apporté aucune modification, aucune adjonction que le temps ou le fonctionnement syndical montrerait opportune.

Tout article nouveau devant être adjoint aux présents statuts ou substitué à l'un d'eux devra être proposé par le bureau syndical tout entier, ou présenté au bureau signé de dix membres syndiqués.

Sans que le bureau puisse s'y opposer, la proposition, sera soumise au vote, et acceptée par les deux tiers des adhérents ; elle aura une valeur statutaire.

# LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Mais si, las du verbiage énorme dont on a hébété les Français, les jeunes gens, dans leur hâte de reprendre le sentiment du réel, rejettent pêle-mêle les livres pleins et les discours vides, peut-être peut-on penser que, dans le moment où nous sommes, il y a là un mal pour un bien, tant il importe, pour notre salut, de prendre en horreur l'éloquence...*

(Abel Bonnard).

DCCCXVIII. — Gérard Gailly. — **L'Unique passion de Flaubert.** Un vol. 13 × 18, illustré de 3 portraits, tiré à 510 ex. *Editions du « Divan »*, Paris, 1932.

L'auteur détruit la légende bien assise de Mme Schlesinger, muse « *juive* » de Flaubert ! Elle avait cours jusqu'en Angleterre. Il discute ensuite fort ingénieusement et de très près l'influence qu'elle eut en réalité sur la vie amoureuse de l'écrivain. Confrontation soigneuse des dates, des sources, des documents épistolaires, tout cela est parfait jusqu'aux déductions qu'il est loisible d'en tirer. Mais dès l'interprétation qui les complète le commentateur semble emporté par ce travers qui est celui, incurable, de tous les spécialistes : plus attachés avec une entière bonne foi à plier les découvertes à leur système qu'à suivre docilement les corrections qu'elles pourraient apporter à l'unité de leurs travaux. Du livre de Gérard-Gailly (et c'est en cela surtout qu'il est extrêmement attachant) se détache un Flaubert différent de celui qu'on a entrepris de nous montrer. Qu'il en ait imposé et qu'il ait berné même M. G.-G. nous en avons l'explication tout au long dans cette curieuse « *Rencontre de Saint-Paul-hors-les-Murs* ». Flaubert avait une sensibilité véritablement explosive, capable d'éclater à propos d'un souvenir, d'une sensation. Il se grisait de cette violence très sincèrement : cette tornade s'apaisait aussitôt comme une soupe au lait loin des charbons. Mais un souffle, un rien et tout cela repartait en écumes sifflantes, en géniales lamentations, en torrentueuses vociférations qui n'auraient pas eu plus de convaincante véhémence si elles avaient dû traduire une grande passion. M. G.-G. ne s'est pas assez méfié de l'extraordinaire *mémoire sentimentale* de Flaubert qui lui permettait de faire du souvenir une seconde réalité. Je n'entends point nier la réelle influence que « *Madame Arnoux* » eut sur le cœur de Flaubert, mais le témoignage de l'intéressé me semble suspect, à cause précisément de cette facilité qu'il a, de donner à ses réminiscences les couleurs de la vie. Une émotion et le voici en feu. Cet état est favorable à l'originalité des créations littéraires : il n'est pas un gage de sincérité amoureuse. Ces quelques réserves que je suis navré de mettre à la marge d'un excellent ouvrage de rétrospective romantique ne doivent pas vous inciter à le mésestimer. Les œuvres qui n'en comportent pas sont susceptibles de vous entraîner au sommeil, fût-ce par la perfection unie de leur ronronnement. Celle-ci sut se garder de ce travers redoutable et l'érudition qui l'inspire est bien au contraire d'une fort ingénieuse et constante alacrité.

DCCCXIX. — Guy Mazeline. — **Les Loups.** Roman. *Editions de la N. R. F.*, 1932, 20 francs.

622 pages en 14 × 19 constituent un morceau de résistance. Ma chronique s'en est brusquement trouvée ralentie. Cette puissante histoire méritait une sage lecture. Elle mériterait aussi le Prix Goncourt. Mais il est peu vraisemblable qu'il lui soit décerné : toute désignation prématurée des lauréats possibles éloigne de leur tête la couronne. Cette situation crée parfois de curieuses conséquences. Ces messieurs du grenier ne veulent à aucun prix avoir l'air d'entériner les pronostics de la critique : ceci par rigoureuse déduction les conduit chaque année à s'efforcer de découvrir un talent neuf. Il n'en pousse pas un par an. Et pour ne pas avoir voulu couronner de parti-pris celui qui s'imposait à leurs suffrages il advient qu'ils tirent de l'ombre un écrivain qui y retombe le lendemain ; cependant leur principe d'indépendance est sauf. On a beaucoup trop parlé de ce roman pour que les Goncourt puissent le couronner ! Il appartient à ce genre rénové du roman massif, où se creusent les inimitiés d'une dynastie familiale : ailleurs nœud de vipères, ici loups pour l'homme. On a dit que Proust était mort sans disciples. Mazeline par la minutie de son observation se rapproche de sa ligne. Sans aller aussi loin dans la dissection des sentiments il s'apparente à lui par cette minutie et ce culte du détail essentiel qui grave le trait, fixe l'attention. Sa description de la bourgeoisie du Havre vers la fin du siècle dernier est vigoureuse, de cette qualité cousu-main que ne connaissent plus les romanciers improvisés.

DCCCXX. — André Thérive. — **Anna.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Bernard Grasset*, Paris, 1932, 15 francs.

La Corrèze est un pays rêvé pour le dévelop-

pement du populisme. Rudes horizons, rudes indigènes, rude climat où une intrigue peut être âpre, sentimentale, niaisement émue sans que le romancier populiste ait à forcer son talent. Le héros de M. Thérive, sous-officier de son état, et qui « *porte la poisse* » est marié à la douce Anna dont le prénom est en effet déjà comme une enseigne d'humble créature. Le roman contient quelques passages, incolores comme la terne existence du bon troupier, mais il en renferme de très justes, tels ceux du retentissement du rêve solitaire de l'héroïne sur sa destinée ou ceux montrant cette germination sourde et fatidique d'un sentiment imaginé, assez puissant pour bouleverser ce ménage congénitalement promis au calme entre les cannes à pêche et le sabre de grande tenue ; les meilleures pages sont celles où sont décrits les décors rustiques et de façon générale les objets inanimés qui n'appartiennent pas en propre au populisme.

DCCCXXI. — Marie-Thérèse GADALA. — **Ombres.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la Revue Mondiale*, Paris, 1932.

Maximes ou courts poèmes en prose, réflexions d'une émouvante sincérité ; méditations claires, juste teintées de ce que peut donner de rancœur ou de regrets notre vieillesse commencée. Tantôt litanies païennes ; tantôt musique de mots ; tantôt souvenirs où s'épanchent les confidences chuchotées de douleurs à nu ou de joies mortes. Tourbillon de pensées nonchalantes qui glissent capricieuseent de ligne en ligne comme fumées légères et bientôt dissoutes vers une nuit dont elles seraient la fuyante pénombre. Quelques lieux-communs ont été insidieusement semés pour mieux rehausser l'ensemble.

DCCCXXII. — Général WEYGAND, de l'Académie Française. — **Le 11 Novembre**. Un vol. in-16 de la Collection « Les Belles Fêtes ». *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 10 francs.

Pages très pures, sans belliqueuse forfanterie : évocation de cette allégresse hypertrophiée de la fin des hostilités, de toute cette joie qui gonfla toutes les poitrines, de ces hymnes à la victoire qui eurent à ces heures de fièvre des allures de délire ; et aussi sobre rappel des heures techniques de l'armistice : au front, à Rethondes, à Paris. En conclusion quelques pages, d'une fermeté calme pour excuser l'incompréhension de ceux qui livrés à eux-mêmes pendant la tourmente nous donnent maintenant une étrange « génération » de jeunesse un peu folle dont il ne faut pas désespérer. Sans morgue non plus, le grand Français rappelle aux aventuriers qui guettent notre patrimoine que la grande ombre du Soldat Inconnu veille toujours sous l'Arc de triomphe ; et il nous conte aussi la génèse de ces grandioses funérailles anonymes dont se prolonge chaque année le souvenir dans cette minute de silence dont il exalte en phrases très simples la signification profonde et le symbole.

DCCCXXIII. — **Mémoires du Maréchal JOFFRE.** (1910-1917). Deux volumes 14 × 22, ensemble 945 pages illustrées de 42 gravures et 21 cartes. *Editions Plon*, Paris, 1932. Le volume : 36 francs.

Joffre le taciturne a été soumis pendant et après-guerre à une sévère critique. Ses mémoires remettent posément au point nombre d'affirmations mal vérifiées et qui avaient pris forme de tenaces légendes. En phrases limpides débarrassées (au profit d'une sincérité que l'on sent) de toute préoccupation littéraire il trace le récit des événements qu'il traversa, investi d'une responsabilité que l'on peut sans exagération qualifier de considérable. Encore un livre qui va gêner les fabricants d'histoire.

DCCCXXIV. — Grosdidier DE MATONS. — **En Lorraine.** De l'Argonne aux Vosges. Un vol. 16 × 21 orné de 194 héliogravures. *Editions Arthaud*, Grenoble, 1932.

Marches de l'Est, patrie de Jeanne d'Arc, colline inspirée de Barrès, terre sacrée de Verdun suffiraient à donner à cette région ses lettres de noblesse. Le texte et les nombreuses gravures du livre nous offrent encore d'autres raisons de nous attarder à la richesse des souvenirs lorrains et nous conduisent jusqu'aux Hautes-Vosges après un périple détaillé en Argonne, Woëvre, Barrois, Xaintois vrai cœur de la Lorraine, le Bassigny, Charmes, Vaudémont.

**Varia** ***

Chez Flammarion un excellent roman de Roger Chauviré : « *Mademoiselle de Boisdauphin* » ; consacré à un drame familial en province, décrit avec une réelle maîtrise.

* Chez Stock un amusant roman traduit de l'anglais : « *Vent de Passion* » ; cantonné dans le monde d'un grand magasin de New-York. La traduction a cette faiblesse intermittente des œuvres chargées de transcrire la psychologie américaine. J'y ai rencontré des « *sensations sirupeuses* » dont le vocable m'a laissé pantois.

* Le « *Crapouillot* » de novembre traite de l'histoire du « *Cinéma* » : cinéma américain (évidemment !), allemand, français et soviétique. Tendances et souvenirs illustrés adroitement d'éloquentes images. Les articles commentant ces documents ont été rédigés par une équipe de spirituels chroniqueurs aussi à l'aise dans les « choses vues » que dans celles où se donne libre cours leur fantaisie.

* Le « *Mercure de France* » du 1er novembre traite des « *Etapes de la Révolution fasciste* » ; du « *Secret de Jeanne d'Arc* » ; rapporte des scènes de « *La vie universitaire en Russie Soviétique* ». Un article sévère sur « *Dix ans de folie russe* ». La suite d'un roman de

René de Week. La chronique de Glozel pourvue d'un « *titulaire* ».

**Tableau d'honneur** ***

Dans les « *Nouvelles Littéraires* » du 10 septembre, page 1, colonne 1 :

« *Mirbeau est perclus de rhumatismes, les artères en tuyaux de pipe, les muscles rongés par l'arthrite* ».

Le très aimable confrère qui m'a envoyé cette « perle » n'a peut-être pas pensé que l'écrivain était en droit de traduire par une image un peu risquée, mais au fond exacte l'atrophie *réflexe* de certaines arthrites infectieuses. Il s'agit en effet d'un excellent écrivain et il serait paradoxal qu'il eût confondu sur ses vieux jours l'arthritisme qui ne ronge rien et l'arthrite qui jusqu'à plus ample informé est une affaire de « jointure ». Je transcris l'envoi sans en prendre la responsabilité.

25 novembre 1932.

L'Homme aux Bésicles.

## AUTOUR DES THÉÂTRES

### Théâtre de la Renaissance

### Douze nuits d'amour

Sous ce titre prometteur : « *Douze nuits d'amour* », le Théâtre de la Renaissance qui a donné déjà des pièces un peu osées au cours de ces dernières années présente, en trente-six tableaux, douze étapes de la vie d'amour d'une femme.

La salle de la Renaissance est une des plus coquettes de Paris et même une des plus confortables quand les portes des couloirs y sont fermées... Le service médical en est extrêmement recherché, et quand le titulaire s'y présente, il y trouve le plus souvent sa place déjà occupée, mais grâce à l'amabilité de l'administrateur tout ne tarde pas à s'arranger et le service médical se trouve doublement représenté.

La scène de la Renaissance est une des plus perfectionnées qui se puisse trouver et permet des changements de décors d'une extrême rapidité, sauf à deux reprises dans la soirée où « *pendant deux fois vingt minutes* », les spectateurs sous prétexte d'entr'acte, en sont réduits à voir défiler le Publi-Ciné pendant que les ouvreuses offrent leurs bonbons divers.

Le spectacle vrai commence à 21 heures et se termine à 23 h. 50 : sans les entr'actes, il serait terminé à 23 h. 10 durant en tout 130 minutes, ce qui pour 36 tableaux représente une vitesse moyenne et presque record de 4 minutes environ par tableau.

Un auteur dramatique, qui est peut-être celui qui a fait jouer le plus de pièces, et de pièces faisant recette, au cours de ces dernières années, me disait la semaine dernière « en propres termes » : Mon cher Docteur, il n'y a pas vraiment de crise des théâtres, il y a une crise du public las de n'en pas avoir pour son argent et d'être traité quand il entre dans un théâtre comme une brebis à tondre. Le public veut d'abord des fauteuils à 25 francs (prix des autres places en rapport), il ne veut qu'un seul entr'acte de dix minutes au milieu de la pièce et désire que le reste du temps il se passe quelque chose sur la scène. Il veut qu'une fois qu'il a payé sa place, on lui offre sans supplément le vestiaire, le programme et un moyen quelconque, mais gratuit, de trouver sa place. Enfin, s'il y a dans les dépendances du théâtre un buffet, le public voudrait pouvoir y consommer à des prix de bar ordinaire de quartier et non à ceux des grands cafés de l'Opéra et de la Madeleine où en plus de sa consommation, on paye sa place pour la soirée. Il voudrait que la recette se fasse par de nombreux consommateurs au lieu de quelques égarés qu'on étrangle ».

.....Il est bien certain que le geste de M. Max Maurey, réduisant de 33 % les fauteuils aux Variétés est une première étape — pas tout à fait suffisante — mais enfin une première étape dans cette voie : la crise n'est pas une crise de besoin de consommation, elle est une crise de disproportion entre le besoin à satisfaire et les prix demandés.

Que les prix baissent et les spectateurs reviendront en nombre et ce n'est que sur le nombre et non sur les élites que se fondent les clientèles solides.

Qu'on s'en prenne à ces deux entr'actes de vingt minutes si j'ai trouvé nécessaires ces préliminaires, je m'en excuse.

L'héroïne des tableaux, Jeannine ou Ginette (Mlle Rachel Berendt) apparaît d'abord en sa première sortie à la campagne... Reproches de son premier amant auquel elle a négligé d'avouer qu'elle était vierge, scène brutale et rupture. Le suivant est un vieux Monsieur décoré qui sera son parrain et lui offre tout doucement deux cents francs par semaine et des robes pour sortir avec lui.

Sur le conseil de sa mère, elle accepte cet homme « bien », son père étant toujours ivre. Puis elle se marie avec un homme qu'elle n'aime pas, ensuite c'est un homme du monde, un peu snob ; il lui donne son billet de wagon-lit pour Biarritz et un chèque, il ne la présente pas à ses amis à cause de son peu d'instruction... elle le quitte parce qu'il est sorti pendant qu'elle

dormait pour aller retrouver une ancienne maîtresse. De sa fenêtre, elle voit leur baiser, il y a là dans la salle un effet d'éclairage des plus réussis. D'ailleurs, tous ces tableaux quoi qu'un peu style télégraphique, sauf les tout derniers, sont fort bien présentés.

Ce dernier amant Jacques, sera la pensée d'amour qui présidera aux autres étapes.

Un lord anglais fait la fortune de notre Janine et l'emmène aux Indes, il la quitte sans phrases, mais avec un beau chèque, le jour où sa femme vient le rejoindre.

Le tableau noir et rouge, « salon à fumer » où elle reçoit Jacques, qui l'a enfin retrouvée après l'avoir cherchée pendant quinze ans est très beau, le décor et la robe rouge sont splendides, le jeu de l'artiste est très puissant lorsqu'elle s'écroule sur son divan après avoir renvoyé Jacques (qu'elle s'est refusée à reconnaître pour « son Jacques ») : « Ils ne m'auront rien laissé, les hommes, pas même mes souvenirs ! »

Au tableau suivant, c'est une amie d'autrefois qui lui offre de se consoler des hommes en se faisant « Prisonnière », elle refuse en disant : « trop tard », parce qu'elle est enceinte et espère se régénérer par la maternité : un fils qui sera à elle seule puisqu'il n'aura pas de père ! Mais elle met au monde un enfant mort et son chagrin est un vrai désastre !...

Riche, elle sombre dans l'amant de cœur en même temps qu'elle devient dame patronnesse d'Œuvres et va recevoir des gens appartenant aux milieux les plus fermés. Mais l'amant de cœur « plaque » avec cynisme la dame devenue vieille qui avait encore, lui dit-il, lorsqu'il l'a connue de beaux restes, pour épouser trois millions de dot et vingt ans. La scène est écœurante. Tentative de suicide de Janine interrompue par la femme de chambre qui lui retire le browning.

Et le rideau tombe sur une partie de cartes à trois avec la présidente des Œuvres et le bon curé : « Madame, vous avez perdu un cœur... et la partie !..... — « C'est à vous, maintenant Monsieur le Curé ».

Mademoiselle Rachel Berendt est tout à fait remarquable dans ce rôle écrasant : on la voit successivement passer de 20 à... 45 ans avec des robes qui progressivement l'étoffent puis l'épaississent et des maquillages successifs qui sont de vrais tours de force. Elle incarne ses rôles divers et on sent qu'elle y met tout son cœur, elle mérite beaucoup d'éloges.

Somme toute, soirée curieuse qu'il ne faut pas conseiller aux jeunes filles et qui, cependant, si elle n'est pas morale n'est pas très immorale, mais l'est tout de même d'autant plus, que l'auteur expose sans conclure. C'est une partie de l'éternelle histoire de la femme, ce n'est peut être pas toujours celle qu'il est le plus joli de montrer ni le plus nécessaire.

Dr G. Polème.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de thérapeutique** (Professeur : M. Maurice Loeper.) — *Cours complémentaire sur quelques actualités thérapeutiques.* (Grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 heures.) — Vendredi 9 décembre, Docteur R. Turpin, médecin des hôpitaux : Traitement et régime de l'alcalose. — Samedi 10 décembre, Professeur M. Villaret : Les eaux minérales à action digestive. — Vendredi 16 décembre, Docteur Grigaut, chef de laboratoire à la Faculté : Les médications décholestérinisantes. — Samedi 17 décembre, Docteur J. Decourt, médecin des hôpitaux : Les fixateurs du calcium.

Vendredi 6 janvier, Docteur M. Debray, médecin des hôpitaux : L'opothérapie gastrique. — Samedi 7 janvier : Docteur Simonnet, chef de laboratoire à la Faculté : L'orientation chimique de la question des vitamines et des produits endocriniens. — Vendredi 13 janvier, Docteur Ferreyrolles, médecin à la Bourboule : Les doses infinitésimales en thérapeutique. — Samedi 14 janvier, Docteur Bory, ancien chef de clinique à la Faculté : Le soufre et la nutrition. —Vendredi 20 janvier, Docteur R. Garcin, médecin des hôpitaux : Le bore dans la thérapeutique interne. — Samedi 21 janvier : Docteur Guy Laroche, agrégé, médecin des hôpitaux : Nutrition et opothérapie. — Vendredi 27 janvier, Docteur Mougeot, médecin à Royat. L'action biologique des eaux minérales. — Samedi 28 janvier, Docteur Saidman, électro-radiologiste des hôpitaux : Les ondes courtes en thérapeutique.

Vendredi 3 février, Docteur Zimmern, agrégé, membre de l'Académie de médecine : Les indications et les résultats de l'ionothérapie. — Samedi 4 février, Docteur Delherm, électro-radiologiste de la Pitié : Adhérences et diathermie. — Vendredi 10 février, Docteur Joly, électro-radiologiste des hôpitaux : Action sédative comparée des radiations. — Samedi 11 février, Docteur Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté : Rayons X et activité cellulaire. — Vendredi 17 février, Docteur Boigey, directeur technique de Vittel : L'exercice dans les maladies de la nutrition. — Samedi 18 février, Professeur Loeper : L'oxalémie, son origine et son traitement.

— **Cours et travaux pratiques de physique médicale.** (Professeur : M. A. Strohl.) — M. le Professeur A. Strohl a commencé son cours le jeudi 3 novembre, à 16 heures, à l'Amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : 1° Optique ; 2° Electrologie ; 3° Actinologie ; 4° Radiologie ; 5° Radioactivité.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction

de M. le chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

— **Puériculture.** — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours, commencera son enseignement le jeudi 8 décembre 1932, à 5 heures, à l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune (XIVe), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, aux heures indiquées ci-dessous.

Programme de l'enseignement. — Le jeudi à 5 heures : I. La puériculture et ses limites ; La protection de l'enfance contre la tuberculose ; méthodes générales et vaccination par le B. C. G. — II. Hygiène collective et sociale ; hygiène scolaire ; médecine préventive et prophylaxie des maladies contagieuses. Le centre d'hygiène de l'enfance ; méthodes de propagande et d'action.

Le jeudi à 4 heures : Conférences complémentaires (Puériculture anténatale. Hérédité et croissance du nourrisson ; Physiologie digestive et alimentation au cours de la première, de la deuxième enfance et dans la période scolaire ; Prophylaxie oto-rhino-laryngologique, ophtalmologique, odontologique, orthopédique ; Démonstrations diététiques), par MM. Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Lacomme, accoucheur des hôpitaux ; Le Mée, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital des Enfants-Malades ; Turpin, médecin des hôpitaux ; Frey, chargé de cours de stomatologie à la Faculté ; Vitry, Trèves, anciens chefs de clinique ; Dorlencourt, chef de laboratoire à l'Ecole de puériculture ; Cavaillon, chef du service antivénérien à l'Office national d'hygiène ; Leclainche, chef de service à l'Office national d'hygiène.

Le mardi à 3 heures : Consultations au dispensaire d'hygiène ; Visite du pavillon d'allaitement ; Examen des enfants et étude des problèmes médico-sociaux.

Le samedi à 3 heures : Consultation de prophylaxie anti-tuberculeuse ; à 5 heures : Consultation de prophylaxie antisyphilitique.

Le mercredi à 10 heures à l'hôpital des Enfants-Malades (salle de la grande crèche) : Consultation de nourrissons.

Visites d'établissements publics ou privés intéressant la protection de l'enfance.

*Nota.* — Le cours complémentaire préparatoire au diplôme de puériculture aura lieu dans le second semestre (avril-juin). Pour les renseignements et les inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. le Professeur Marion fait son cours, les lundis, mercredis et vendredis à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Objet du cours : reins ; uretère ; vessie.

— **Pathologie médicale.** (Professeur : M. Clerc.) — Première série (novembre-décembre) : M. Clerc, professeur : Maladies des artères, séméiologie, pression artérielle, artérites en général, aortites, coronarites. — M. Etienne Chabrol, agrégé : Pathologie du foie, des voies biliaires et du pancréas.

Deuxième série (janvier-février) : M. Guy Laroche, agrégé : Affections des glandes endocrines et du tube digestif. — M. Moreau, agrégé : Maladies du poumon et de la plèvre.

M. Clerc a commencé son cours le vendredi 21 novembre 1932, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Etienne Chabrol a commencé ses leçons le mardi 22 novembre, à 18 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

— **Cours de pharmacologie.** (Professeur : M. M. Tiffeneau.) — M. le Professeur Tiffeneau a commencé son cours le lundi 7 novembre, à 16 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : Médicaments du système nerveux central et périphérique.

— **Hôpital Necker.** — *Clinique urologique* (Clinique Guyon. Professeur : M. Legueu.) — M. B. Fey, agrégé, commencera un cours de séméiologie élémentaire de l'appareil urinaire le lundi 12 décembre 1932, à 11 heures, et le continuera tous les lundis, à la même heure, dans l'amphithéâtre des Cliniques.

— **Institut de criminologie.** (Placé sous la direction scientifique de la Faculté de droit et la Faculté de médecine, conformément à l'article premier du décret du 26 juillet 1922.) — Programme des cours. — *Section de droit criminel* (Les cours ont lieu à la Faculté de droit) : Droit pénal spécial : Les crimes et délits contre les particuliers. (M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit : mardi, à 17 heures.) — Droit pénal spécial : Les crimes et délits contre l'Etat. (M. Donnedieu de Vabres, professeur à la Faculté de droit : mardi, à 18 heures.) — Droit criminel approfondi et comparé : Questions choisies de droit pénal spécial et de procédure criminelle : le faux, l'escroquerie, l'abus de confiance. (M. Hugueney, professeur, amphithéâtre V, mardi et jeudi, à 8 h. 50.) — Procédure criminelle : M. G. Lagarde, avocat général à la Cour d'appel, jeudi, à 18 heures. — Médecine légale : M. le Docteur Dervieux, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine, jeudi, à 17 heures. — Médecine mentale : M. le Docteur Laignel-Lavastine, professeur à la Faculté de médecine, lundi, à 11 h. 15, amphithéâtre III.

*Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle.* (Les cours ont lieu à la Faculté de médecine, à l'asile Sainte-Anne et à l'Institut médico-légal) :

A la Faculté de médecine. — Médecine légale : M. Balthazard, professeur à la Faculté de médecine, et M. le Docteur Piédelièvre, agrégé, de novembre à février, les lundis, mercredis, vendredis, à 18 heures. — Accidents du travail et maladies professionnelles : M. le Docteur Duvoir, agrégé, tous les mardis, à 18 heures. — Pathologie mentale : M. Henri Claude, professeur à la Faculté de médecine, au mois de mars 1933, à 18 heures (consulter l'affiche spéciale). — Législation et jurisprudence médicales : M. le Professeur Hugueney, de novembre à février, le samedi, à 18 heures.

A l'asile Sainte-Anne. — Clinique psychiatrique : M. le Professeur Henri Claude, les mercredis et samedis matin, à 10 heures. — Examen des malades et rédaction des rapports : MM. les chefs de clinique, le jeudi, à 15 h. 1/2.

A l'Institut médico-légal (Travaux pratiques, pendant toute l'année). — Autopsies : M. le Professeur Balthazard, le mercredi, à 14 heures ; M. le Docteur Piédelièvre, agrégé, le lundi, à 14 heures ; M. le Docteur Dervieux, chef des travaux, le vendredi, à 14 heures. — Médecine légale : MM. les Docteurs Dervieux et Piédelièvre, à partir du 1er janvier, le lundi, à 15 heures. — Toxicologie : M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, directeur du laboratoire de toxicologie, le vendredi, à 15 heures.

Pour le détail des cours, consulter l'affiche spéciale.

*Section de police scientifique* (Les cours ont lieu tous les jours, à 16 heures et à 17 heures, à l'Institut médico-légal, place Mazas, au mois d'avril 1933). — Organisation de la police : M. Lafont, docteur en droit, commissaire de police de Paris et du département de la Seine, mardi, jeudi, samedi, à 17 heures. — Médecine légale générale : M. le Professeur Balthazard, professeur à la Faculté de médecine, MM. les Docteurs Duvoir, et Piédelièvre, agrégés, et M. le Docteur Dervieux, chef des travaux, mardi, jeudi, samedi, à 16 heures. —

Médecine légale psychiatrique (anthropologie criminelle) : M. le Professeur Henri CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine, MM. les Docteurs LÉVI-VALENSI, HEUYER et CEILLIER, lundi, mercredi, vendredi, à 17 heures. — Police scientifique : M. SANNIÉ, agrégé à la Faculté de médecine, chef du service d'identification judiciaire à la Préfecture de police, lundi, mercredi, vendredi, à 16 heures.

Pour le détail des cours consulter l'affiche spéciale.

*Section de science pénitentiaire* (Les cours ont lieu à la Faculté de droit). — Science pénitentiaire : M. MOSSÉ, inspecteur général des services administratifs, lundi, à 17 heures. — Régime pénitentiaire, M. MERCIER, juge au tribunal de Dijon, lundi, à 18 heures. — Médecine mentale : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur à la Faculté de médecine, lundi, à 11 h. 15 (amphithéâtre III). — Procédure criminelle : M. LAGARDE, avocat général à la Cour d'appel, jeudi, à 18 heures. — Médecine légale : M. le Docteur DERVIEUX, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine, jeudi, à 17 heures.

Les inscriptions doivent être prises : pour la Section de droit criminel et la Section de science pénitentiaire, à la Faculté de droit ; pour la Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle et la Section de police scientifique, à la Faculté de médecine.

Le droit d'immatriculation est fixé à 100 francs pour l'année scolaire. Les étudiants inscrits, soit à la Faculté de droit, soit à la Faculté de médecine, sont dispensés du droit d'immatriculation.

Sont perçus en outre : Section de droit criminel et Section de science pénitentiaire, deux droits semestriels d'exercices pratiques, à 100 francs, 200 francs ; un droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 50 francs. — Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle, quatre droits trimestriels de laboratoire à 100 francs, 400 francs ; un droit d'examen, 20 francs. — Section de police scientifique, un droit d'études, 60 francs. un droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme) 20 francs.

La première session d'examens aura lieu en juillet 1933.

# HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

## Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** *Conférence du dimanche.* — Le 4 décembre, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. ABRAMI sur le *mécanisme de la crise d'asthme.*

— **Hôpital Ambroise-Paré.** — *Endocrinologie.* — MM. BOUCHER, CHABANIER, DESMAREST, HUBER, MONBRUN, MONIER-VINARD, PÉRON et Charles RICHET fils, médecins et chirurgiens de l'hôpital Ambroise-Paré, ont commencé le 18 novembre une série de conférences sur la pathologie des glandes endocrines.

4e conférence, vendredi 9 décembre 1932, à 11 heures, par M. PÉRON, sur les hyperthyroïdies.

5e conférence, vendredi 16 décembre 1932, à 11 heures, par MM. DESMAREST et Charles RICHET fils, sur : la thérapeutique médico-chirurgicale des affections du corps thyroïde.

6e conférence, vendredi 23 décembre 1932, à 11 heures, par M. HUBER, sur : Les tétanies.

7e conférence, vendredi 13 janvier 1933, à 11 heures, par MM. MONIER-VINARD et CHABANIER, sur : les ostéopathies para-thyroïdiennes.

8e conférence, vendredi 20 janvier 1933, à 11 heures, par M. PÉRON : Les syndromes hypophysaires avec dystrophie.

9e conférence, vendredi 27 janvier 1933, à 11 heures, par MM. MONIER-VINARD et MONBRUN : Les tumeurs de l'hypophyse et leur traitement.

10e conférence, vendredi 3 février 1933, à 11 heures, par M. RICHET fils : Les diabètes neuro-hypophysaires.

11e conférence, vendredi 10 février 1933, à 11 heures, par M. CHABANIER : Le mécanisme régulateur de la glycémie.

12e conférence, vendredi 17 février 1933, à 11 heures, par M. CHABANIER : Le mécanisme régulateur de la glycémie, hyper et hypo-glycémie (*suite*).

13e conférence, vendredi 24 février 1933, à 11 heures, par M. DESMAREST : Les pancréatites aiguës.

14e conférence, vendredi 3 mars 1933, à 11 heures, par M. RICHET fils : Traitement des diabètes.

15e conférence, vendredi 10 mars 1933, à 11 heures, par M. HUBER : Pathologie thymique.

16e conférence, vendredi 17 mars 1933, à 11 heures, par M. MONIER-VINARD : Les mélanodermies.

17e conférence, vendredi 24 mars 1933, à 11 heures, par M. MONIER-VINARD : Les syndromes surrénaux.

18e conférence, vendredi 31 mars 1933, à 11 heures, par M. DESMAREST : Les syndromes ovariens.

19e conférence, vendredi 7 avril 1933, à 11 heures, par M. PÉRON : Les syndromes endocriniens testiculaires.

20e conférence, vendredi 28 avril 1933, à 11 heures, par M. Charles RICHET fils, sur : Les obésités d'origine glandulaire.

21e conférence, vendredi 5 mai 1933, à 11 heures, par M. PÉRON : Troubles psychiques et glandes endocrines.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Georges Tissot, de Paris, directeur des Laboratoires Tissot.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Concours des prix. Année scolaire* 1932-1933. — *Prix Godard de* 2.000 *francs.* — Ce prix est décerné aux docteurs stagiaires, auteurs de mémoires originaux portant sur une branche des sciences médicales désignée chaque année par le Conseil de la Faculté. Un prix sera mis au concours en 1933 pour la section des Sciences physiques et naturelles. Les travaux des candidats seront reçus jusqu'au 31 juillet 1933.

*Prix Godard des thèses.* — Chaque candidat devra remettre au Secrétariat, avant le 31 juillet 1933, six exemplaires de sa thèse et un résumé analytique de son travail.

*Prix Triennal Gintrac.* — Ce prix sera mis au concours en 1933. Il est décerné à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat soutenue pendant les trois dernières années scolaires.

*Prix Biennal Badal.* — Ce prix, de 1.000 francs, sera mis au concours en 1933. Il est décerné à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat portant sur l'ophtalmologie et soutenue pendant les deux dernières années scolaires.

*Prix Triennal Testut.* — Ce prix, d'environ 1.500 francs, sera mis au concours en 1934. Il est décerné à l'élève de la Faculté auteur du meilleur travail d'anatomie humaine et comparée pendant les cinq dernières années scolaires.

*Prix Biennal Costes.* — Ce prix, décerné à un étudiant en médecine non encore reçu docteur et au moins élève de 3e année (ancien régime) ou de 4e année (nouveau régime), sera mis au concours en 1933. Inscriptions reçues du 1er au 4 juin.

*Prix du Dr Henry Bordier* (de Lyon). — Ce prix, de 1.500 francs, sera décerné à la suite d'un concours ouvert entre les étudiants en médecine ayant toutes leurs inscriptions. L'épreuve consistera en une composition écrite portant sur un sujet d'électrothérapie, y compris la diathermie dans ses applications tant médicales que chirurgicales. Ce prix, dans la pensée du donateur, est destiné à couvrir les frais de la thèse de doctorat du lauréat. Inscriptions reçues du 1er au 4 juin.

*Prix de médecine coloniale et d'études exotiques.* — Les travaux présentés avant le 15 juillet 1933 seront seuls examinés pour les prix de cette année. Ceux qui seront déposés après cette date ne pourront être présentés que pour les prix de 1934.

*Prix de la Société d'hygiène publique de Bordeaux.* — Un prix sera mis au concours en 1934. Les travaux présentés par les candidats devront avoir été effectués ou publiés dans les trois années qui précèdent le concours. Les lettres de candidatures devront parvenir à M. le Doyen le 15 juillet 1934 au plus tard.

*Prix de la Faculté.* — Cinq prix : pour les étudiants de 1re, de 2e, de 3e, de 4e et de 5e années. Inscriptions reçues du 1er au 4 juin.

*Prix de la Ville de Bordeaux.* — Un Prix de Médecine. Un Prix de Chirurgie. Inscriptions reçues du 1er au 4 juin.

— **Liberté individuelle et prophylaxie criminelle.** — A propos de prophylaxie des crimes, le Docteur Smester nous adresse la relation suivante d'un fait vécu par lui-même, au cours de sa longue pratique médicale :

« Vers 1880, je suis appelé un soir pour un malade « pressé ». Je me rends dans une de ces petites constructions, qui existaient alors sur ce magnifique quartier de Courcelles. J'entre dans une arrière-boutique de marchand de vin, et me trouve en présence d'un homme vigoureux, étendu sur le plancher, écumant, gesticulant, le faciès congestionné. C'est une belle attaque de délirium tremens.

« Le malade soigné, plus ou moins calmé, reporté dans son lit, avec les recommandations nécessaires, je me rends au Commissariat de police.

— M. le Commissaire, je viens d'être appelé, telle rue, tel no, pour un malade, qui était en pleine crise de délirium. Cet homme est très robuste ; il serait *urgent* de l'hospitaliser, et de le soigner, pour prévenir les graves accidents, qui peuvent survenir dans une de ces crises.

— Nous ne pouvons pas faire d'arrestation préventive.

— Mais il y a danger, danger grave, à ne pas soigner ce malade.

— Impossible d'intervenir. *Pas d'arrestation préventive !*

— Mais s'il commet un meurtre ?

— Alors, on l'arrêtera.

— Il sera temps.

— Aucune intervention jusque-là.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« L'année suivante, on a arrêté le malheureux. Il avait tué sa femme et ses deux enfants ! ! ! ». Dr Smester.

*Le Directeur-Gérant* : Dr J. Noir.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

peut atteindre 36.000 francs par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de 35 ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux, en particulier de tuberculeux osseux et ganglionnaires.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 25 décembre 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le médecin désigné sera, préalablement à sa nomination, soumis aux visites médicales exigées des candidats à un emploi départemental dans les Côtes-du-Nord.

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

### Remboursement des frais de transport des assurés sociaux.

965. — M. Alfred LACOURT demande à M. le ministre du Travail s'il est exact que la Caisse départementale d'Assurances sociales du Nord prétend qu'elle n'est pas tenue à participer dans les frais de transport des assurés envoyés dans un hôpital ou un sanatorium situé en dehors du siège de l'hôpital de rattachement, d'où il s'ensuit que les assurés ou les communes ont à supporter une très grosse dépense, notamment quand le malade est envoyé dans un sanatorium du Midi. (*Question du 16 septembre* 1932.)

*Réponse.* — Les Caisses d'assurances sociales participent aux frais de transport de l'assuré malade lorsqu'il est incapable de se mouvoir par ses propres moyens dans les limites du tarif de responsabilité qu'elles ont établi, compte tenu du tarif limitatif des droits à la réassurance annexé à la circulaire ministérielle du 22 septembre 1930. Ces frais ne sont remboursés par la caisse que pour la distance qui sépare le domicile du malade de l'hôpital le plus voisin. Il convient d'entendre par là l'établissement le plus rapproché parmi ceux où l'assuré est susceptible de recevoir les soins que comporte son état.

(*J. O.*, 15 novembre 1932.)

### Conséquences du retard dans la délivrance et le renvoi des feuilles de maladie.

964. — M. HENRIOT expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'une assurée, malade pendant trois

mois, et ayant subi, à la demande de l'administration des assurances sociales, une visite de contrôle médical, s'est vu régler normalement les prescriptions médicales ; *b*) que le médecin ayant délivré en retard une nouvelle feuille de maladie mentionnant, outre des actes médicaux, une incapacité de travail d'un mois, l'assurée n'a pu faire parvenir cette pièce en temps utile à la caisse primaire ; *c*) que l'incapacité de travail ayant pris fin, le directeur informe alors l'assurée qu'il en refuse le règlement sous prétexte que le feuillet ne lui étant pas parvenu au début, il n'a pu exercer son contrôle ; *d*) que le directeur ayant déjà fait subir un contrôle, aurait pu, dès réception dudit feuillet, aviser l'assurée de son intention, puisque celle-ci avait encore au moins quinze jours pour lui donner satisfaction, et demande : 1° si un retard de quelques jours dans la remise du feuillet maladie entraîne la déchéance pour le règlement des prestations ; 2° si le directeur apprécie souverainement un cas de ce genre ; 3° dans le cas de la négative, devant quelle juridiction doit être porté le différend. (*Question du* 16 *septembre* 1932.):

*Réponse.* — Un retard de quelques jours dans le renvoi de la feuille de maladie ne saurait entraîner la déchéance du droit de l'assuré aux prestations. Ce n'est qu'en cas de refus par l'assuré de se soumettre aux divers contrôles que les prestations en nature et en argent peuvent être suspendues. Une infraction grave et notoire aux règles prescrites aux malades par le règlement de la Caisse ne peut même entraîner que la suppression des prestations en argent et s'il ne s'agit que d'une simple inobservation des formalités préalables à l'attribution des prestations, la caisse peut tout au plus infliger à l'assuré à titre de pénalité, une diminution des prestations en argent dans la limite de 50 p. 100 des dites prestations ; 2° et 3° l'assuré qui conteste la décision prise à son égard par le directeur de la Caisse peut porter le différend devant la commission cantonale du lieu où ladite Caisse a son siège.

(*J. O.*, 16 novembre 1932.)

**Remboursement des hnoraires d'un praticien qui exerce illégalement.**

974. — M. Maurice VINCENT demande à M. le ministre du Travail : 1° dans quelle situation se place une caisse primaire d'assurances sociales qui rembourse les prestations à un praticien exerçant illégalement ; 2° quels sont les droits des syndicats de praticiens, vis-à-vis d'une Caisse primaire d'assurances sociales qui rembourse les prestations à un praticien exerçant illégalement. (*Question du* 16 *septembre* 1932.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 4, paragraphe 4, de la loi sur les Assurances sociales la part contributive garantie par la caisse dans le prix de l'acte

médical est avancée ou remboursée par la Caisse à l'assuré. Une caisse ne saurait, donc, sans enfreindre les prescriptions légales et s'exposer à l'application des dispositions de l'article 27, paragraphe 3, de ladite loi, rembourser directement les prestations à un praticien exerçant ou non légalement, sauf bien entendu si ce praticien exerce dans un des établissements de la Caisse (art. 6 de la loi). En dehors de ce dernier cas, où la caisse engagerait sa responsabilité si elle ne s'assurait pas que le praticien à son service exerce légalement, les organismes d'assurances sociales ne pourraient être rendus responsables du fait qu'ils rembourseraient des prestations à des assurés qui ont eu recours à des praticiens exerçant illégalement ; ils n'ont pas, en effet, les moyens de vérifier si les praticiens signataires des feuilles de maladie se sont conformés aux prescriptions régissant leur profession.

(*J. O.*, 19 *novembre* 1932.)

## Les médecins doivent - ils être d'office exemptés de la taxe de séjour dans les stations thermales, climatiques ou de tourisme ?

Certains confrères de stations thermales se sont montrés mécontents qu'on leur ait fait payer, dans une station climatique la taxe de séjour, alors que celle-ci n'est pas réclamée aux médecins de passage dans leur station.

Saisie de cette réclamation, la municipalité s'est refusée à faire droit aux demandes d'exemption des médecins, sous le prétexte que l'exonération ne peut s'appliquer, aux membres du Corps médical, que pour leur passage dans une ville d'eaux et non dans une station climatique.

La réponse de la municipalité n'est pas juste et fondée.

En effet, aux termes de l'article 2 de la loi du 24 septembre 1919, les municipalités des stations hydrominérales ou climatiques sont tenues de percevoir, pendant tout ou partie de l'année, une taxe spéciale, dite taxe de séjour, dont le produit est affecté à des œuvres et travaux publics, déterminés par l'article premier de ladite loi.

Mais, l'article 3 prévoit que *peuvent* être exemptées de la taxe de séjour « les personnes qui sont exclusivement attachées aux malades, ou celles qui, par leur travail, ou leur profession, participent au fonctionnement et au développement de la station. »

Que le Corps médical soit exempt d'office de la taxe pour les stations thermales, nul conteste ne peut avoir lieu. Mais, pour une station climatique, l'exonération peut être plus discutable, car, *a priori*, le Corps médical a un moins grand rôle à jouer, que pour le développement d'une station hydrominérale.

Cependant, combien facile est, pour le médecin, de déconseiller à sa clientèle le séjour dans telle ou telle ville, station climatique, sous le prétexte que le climat n'est pas favorable à telle ou telle maladie, que le bruit, la vie de plaisir, l'altitude, les vents sont nuisibles.

J'estime donc, pour ma part, que les stations climatiques ont tout à gagner de favoriser le Corps médical, car ce dernier est très bien placé, pour participer au développement de telle ou telle localité climatique.

Mais je crois que la municipalité, qui fait l'objet de cette réponse, a confondu stations climatiques avec stations de tourisme.

Ces dernières font l'objet du Titre II de la loi du 24 septembre 1919. Or, l'article 11 spécifie que les stations de tourisme pourront (et non pas devront) percevoir une taxe de séjour, alors que l'article 12 ne prévoit, comme pouvant être dispensées de la taxe, que les personnes occupant des locaux d'un prix inférieur à un chiffre déterminé.

Par suite, médecins comme tous autres doivent payer la taxe dans les stations de tourisme.

Et c'est justice, car le tourisme est en vogue ; les stations de sports d'hiver, ou autres jouissent d'une faveur méritée, pour les uns, discutable pour d'autres. Mais le médecin n'a pas un grand rôle à jouer, pour assurer la prospérité de pareilles stations, alors que son pouvoir est manifeste en ce qui concerne tant les villes d'eaux que les stations climatiques.

En conséquence, je pense que mieux informée, la municipalité accédera au désir des médecins, en villégiature et qu'elle leur accordera l'exemption demandée, qu'elle est parfaitement en droit d'accorder.

Ce faisant, elle s'assurera toute la bienveillance des praticiens, qui ont des clients à diriger sur telle ou telle partie de notre beau pays de France.

Dr Paul Boudin.

## Action immunisante de la poudre tumorale chez les rats inoculés avec le sarcome de Jensen

Dans un récent travail de l'Institut du cancer de Berlin (1), P. Ionescu a confirmé les résultats que J.-A. Carrère et G. Cuvier ont obtenus, il y a plus de trois ans, dans les néoplasies par l'administration d'extractifs tumoraux.

Tandis que les produits organiques de nature tumorale, introduits sous la peau, provoquaient en général des aggravations désastreuses, Ionescu a utilisé à son tour, la voie buccale préconisée par les auteurs français, en faisant ingérer à des souris puis

(1) *Bulletin* de l'Association française pour l'étude du cancer (juillet 1932).

à des rats inoculés avec le sarcome de Jensen, de la poudre de cette même tumeur. Il a démontré ainsi l'action curative et immunisante de cette poudre, dans une proportion de 47,21 %, tandis que les animaux témoins jouissant d'une immunité naturelle, ne dépassaient pas 10,20 %. Ce pourcentage pourrait être plus élevé, affirme Ionescu, si le dosage des quantités absorbables par l'animal était plus précis, mais cela ne peut pratiquement être obtenu chez ces animaux mis en expérience.

Ces travaux destinés à jeter un jour nouveau sur le problème ardu du cancer, prouvent que la quantité des doses administrées est une question essentielle, chaque organisme paraissant réagir d'une façon propre à l'invasion du mal, suivant ses moyens individuels de défense.

Ceci explique certains insuccès, car il ne suffit pas de donner des extraits tumoraux à un malade, pour obtenir un résultat appréciable, il faut que la dose optima soit trouvée, et cela ne peut être qu'en faisant varier les doses du début, à la condition que celles-ci soient faibles.

Il est intéressant de signaler comment Ionescu explique le déterminisme d'action de ces produits:

« Il est certain que les protéines tumorales subissent une désintégration par les ferments digestifs, comme les autres protéines. Mais on sait d'autre part, qu'il y a des complexes comme les hormones et d'autres principes encore inconnus, qui ne sont pas détruits ou sont incomplètement désintégrés au niveau de la muqueuse gastro-intestinale. Beaucoup de principes inconnus sont résorbés dans l'organisme sans être attaqués par les ferments digestifs. Comment expliquer autrement l'action du foie dans l'anémie pernicieuse, et des vitamines dans les avitaminoses ? ... L'action de la poudre tumorale ne peut être expliquée qu'en admettant qu'elle contient des principes qui n'étant pas détruits par les ferments digestifs, sont résorbés par l'organisme, et exercent une influence défavorable sur le développement du néoplasme greffé ; la poudre tumorale possède, en outre une action immunisante. »

## AU SUJET DU DISCERNEMENT DANS LE CHOIX DES RÉGIMES

*Nous recevons d'un de nos lecteurs de la banlieue parisienne la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de publier :*

Mon Cher Confrère,

J'ai lu avec beaucoup de plaisir la communication à la Société de thérapeutique du Docteur Challamel, reproduite par le *Concours*, sur la « Suppression du petit café au lait du matin ». Ses conclusions m'ont rappelé un cas de grande azotémie à 0 gr. 95, chez un asystolique, père de médecin, maintenu au régime lacté pendant six semaines, et dont l'urée sanguine

tomba à 0 gr. 20 en huit jours de régime synthétique, selon les indications du Docteur Carton. C'est à propos de ce dernier que je prends la plume.

On trouve, dans son œuvre étonnante et abondante, des tas de choses admirables que la science officielle découvre ensuite.

Des guérisons de néphrites par le retour au régime carné (voyez néphroses lipoïdiques).

Des guérisons de tas de petites maladies qui empoisonnent les médecins et les malades (prurigo, strophulus, incontinence d'urine, eczéma, fissures anales) sans parler des maladies banales, entérites, bronchites à répétition, etc., etc., simplement par le régime et des moyens très simples, comme le repos périodique. Les méfaits du café au lait, du lait liquide, au petit déjeuner, des abus du régime lacté ; les bienfaits des fruits, mais on trouve tout ça dans Carton ! On y trouve aussi d'autres choses qui seront découvertes un jour, comme les dangers pour les petits enfants de la mode du jus d'orange. Je ne parle que des choses très simples, dont est plein ce bréviaire du praticien qui s'intitule « thérapeutique naturiste infantile en exemple », car on trouve bien d'autres choses dans l'œuvre de Carton. Et ce que je vous demande, mon cher Confrère, c'est un peu de justice pour ce grand médecin, dont la presse médicale ne parle jamais, et dont l'enseignement ne le cède en rien à celui de la Faculté.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués. Dr P.

# CORRESPONDANCE

## FISCALITÉ

### 5476. — Enregistrement de location verbale

En juin dernier mon propriétaire m'a réclamé 72 francs, chiffre que l'enregistrement l'avait contraint de payer comme location verbale. Or, en juillet j'ai vu dans le *Concours* que les locataires par prorogation légale, et c'est mon cas, ne devaient pas payer les droits d'enregistrement annuels. Les avis étant partagés, pourriez-vous me dire soit directement soit par la voix du *Concours* quel est exactement mon droit ?

Dr S.

**Réponse.**

Si vous êtes locataire en vertu d'une prorogation et que vous payiez actuellement un loyer exactement calculé dans les termes de la loi sur les loyers, vous ne devez pas d'enregistrement. Si au contraire vous payiez une somme légèrement supérieure, vous devez l'enregistrement.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 5913. — Base de la patente

Je n'exerce pas ma profession dans mon appartement ; je l'exerce à ma maison de santé.

Dans ces conditions, dois-je payer patente sur mon loyer d'appartement ou sur celui de ma clinique ?

Puis-je, pour simplifier les choses au point de vue du fisc, faire mettre le loyer de mon nouvel appartement au nom de ma femme (je ne suis ni séparé, ni divorcé), ou bien que faut-il faire pour bien prouver au fisc que je n'exerce pas dans mon appartement ?

Dr B.

**Réponse.**

Vous devez payer patente sur votre loyer d'appartement et sur le loyer de votre clinique. Si vous mettez le loyer de votre nouvel appartement au nom de votre femme, vous serez également imposé.

La loi supprimant la patente sur les locaux d'habitation ne sera applicable que lorsque les budgets des communes et des départements auront été modifiés.

A. M.

### 5946. — Contrôle et redressement des déclarations

J'ai établi en temps et lieu ma déclaration d'impôt sur le revenu ; après avoir fourni sur demande du Contrôleur le détail de mes dépenses professionnelles, j'ai reçu en août mon bordereau d'impôt sur le revenu que j'ai payé, je croyais donc mes impôts acquittés pour cette année 1932.

Or, hier, je reçois une lettre du Contrôleur des directes conçue en ces termes :

« Le bénéfice déclaré de 28.967 francs, à peu près égal à celui des années précédentes n'est pas en rapport avec l'importance de votre clientèle. Je propose de le fixer à 50.000 francs. »

Il me semble que cette contestation soulevée par le Contrôleur aurait dû l'être, s'il y avait lieu, avant l'établissement de mon bordereau d'impôt; qu'en pensez-vous ?

Autre sujet :

Sur quelle base forfaitaire l'Administration se base-t-elle pour évaluer l'importance d'une clientèle médicale payante ou non ?

Je serais aise de savoir ma conduite à tenir en ce cas.

Ma déclaration faite en février est exacte et je ne puis accepter cette proposition qui me paraît forclose.

Dr X.

**Réponse.**

L'Administration a trois ans pour vérifier les déclarations. Votre Contrôleur est donc fondé à agir comme il le fait.

Pour procéder à ces évaluations, l'Administration se base sur l'ensemble des présomptions qui peuvent lui faire penser qu'une déclaration est insuffisante. Si vous n'êtes pas d'accord, demandez à être renvoyé devant la Commission consultative, mais je vous conseille plutôt une visite

au Contrôleur pour essayer d'en terminer amiablement. A. M.

### 5920. — Patente sur un second cabinet

Je suis installé à X... et j'y paye toutes les contributions afférentes à ma profession.

Une fois par semaine je vais donner des soins dentaires dans une commune d'un département voisin, et je descends pour cela chez un débitant qui me loue une chambre, pour 20 francs par mois en moyenne (15 francs de loyer plus savon, chauffage, etc.).

Ce matin, pour la première fois depuis neuf ans que les choses se passent ainsi, je reçois une note du Contrôleur des contributions qui me réclame 79 fr. 80 au titre de « l'article 2 du rôle supplémentaire » comme « droit proportionnel au 1/15e sur une valeur locative de 150 francs. » et *au titre de dentiste*.

Je croyais que mon titre de docteur en médecine et les contributions qu'il entraîne, me donnaient le droit de faire *tout* ce qui peut se faire en fait de soins médicaux.

Voulez-vous me dire ce que je dois répondre au Contrôleur ? Dr X.

**Réponse.**

L'imposition est légitime. Vous pouvez en effet exercer partout où bon vous semble, mais vous êtes imposable au titre de la patente dans tous les lieux où vous consultez.

A. M.

### 5883. — Prescription de divers impôts

Un de mes amis (il ne s'agit pas, et je le regrette, de moi) n'a pas reçu en 1931, ni en 1932, son avertissement concernant la patente et la taxe vicinale. Dans ce cas, aura-t-il la chance d'être oublié ? Peut-il être l'objet d'un rappel ? N'y a-t-il pas prescription du moins pour 1931 ?

Dr B.

**Réponse**

Pour 1931, la patente ne peut plus être perçue. Pour 1932 le délai expirera le 31 décembre 1932.

Pour les autres impôts, la prescription est de trois ans, non compris l'année de l'imposition.

## HONORAIRES

### 6092. — Conditions d'application du privilège du médecin

J'ai soigné, il y a quelques années, un client qui peu de temps après quitte le pays.

J'avais envoyé plusieurs fois ma note d'honoraires, sans succès, quand il vint à décéder subitement deux ans après.

Le notaire qui règle seulement maintenant les affaires après plusieurs années, et à qui j'avais remis ma note lors du décès, me dit que je n'ai droit, la succession étant déficitaire, qu'à une répartition d'environ 10 % comme les autres créanciers.

Est-ce exact ? Dr G.

**Réponse**

Le privilège accordé au médecin par l'art. 12 de la loi du 30 novembre 1892 et l'art. 2101 du Code civil, ne s'applique qu'aux frais de dernière maladie, c'est-à-dire seulement aux honoraires dus pour les soins donnés au débiteur avant son décès, sa déconfiture ou sa déclaration de faillite.

En l'espèce, votre note remonte à des soins donnés deux ans avant la mort de votre malade ; par conséquent il ne peut s'agir des frais de la dernière maladie et c'est à bon droit que le notaire chargé de liquider la succession ne vous admet au passif qu'à titre de créancier chirographaire, c'est-à-dire sans privilège.

## ASSURANCES

### Assurance individuelle contre les accidents

Dans ma police individuelle, il existe un article 3 ainsi conçu : « le quantum de l'infirmité sera déterminé d'après les règles admises en matière d'accidents professionnels ». Cela veut-il dire d'après le barème habituellement employé pour les accidents du travail ?

Dr H.

**Réponse.**

D'ordinaire en matière de police individuelle contre les accidents, police garantissant un capital en cas d'infirmité totale, il existe un tableau fixant forfaitairement le pourcentage d'invalidité entraîné par telle ou telle infirmité. La police qui nous est soumise déroge à cette règle. Dans son article 3 elle déclare qu'en cas d'infirmité partielle il sera alloué une fraction du capital dont le quantum sera déterminé d'après les règles admises en matière d'accidents professionnels. Si cette société (anglaise) avait eu des rédacteurs plus familiarisés avec la langue juridique française, les conditions générales de ses contrats au lieu d'accidents professionnels auraient parlé d'accidents du travail régis par les lois de 1898 et suivantes. Quoi qu'il en soit il est hors de doute que c'est à ces derniers qu'il est fait allusion.

Or, en cas d'accidents du travail, le degré d'incapacité doit être évalué d'après le salaire touché par la victime avant et après l'accident (Douai, 11 février 1925 ; Montpellier, 1er mars 1930 ; Trib. civ. Briey, 15 décembre 1930 ; Cass., 4 juillet 1928, etc.) et d'après la diminution d'aptitude au travail (Montpellier, 31 décembre 1926 ; Caen, 30 janvier 1917 ; Cass., 2 mars 1921 et 29 novembre, etc.).

Que penser de cette clause ? *A priori* et pour certaines branches de l'activité médicale, la formule insérée dans les conditions générales de la Compagnie anglaise semble donner à l'assuré un avantage certain sur le tableau des infirmités

ordinairement inséré dans les contrats individuels.

En effet la perte d'un doigt pour un chirurgien par exemple, peut entraîner une lourde incapacité de travail. D'après les tribunaux, en matière d'accidents du travail, l'évaluation de l'incapacité doit être faite en fonction de la profession du blessé (Paris, 8 février 1926). L'incapacité subie par un chirurgien pour la perte d'un index sera ainsi évaluée à un taux supérieur à celui de 15 % généralement fixé forfaitairement par les contrats ordinaires. Pour bénéficier de ce mode de calcul, il semblerait qu'il suffise que dans son contrat, l'assuré déclare, non seulement sa profession, mais encore la spécialisation qu'il peut avoir dans cette profession : un médecin de médecine générale subira une incapacité de travail moindre en perdant un doigt que si cette incapacité frappe un chirurgien; une diminution de la vision sera plus vivement ressentie par un oculiste que par un accoucheur.

Bien entendu l'expert qui, lors d'un accident, déterminera l'incapacité devra tenir compte de la rééducation possible ou même du changement de profession ou de spécialité.

Prise isolément la clause étudiée paraît donc être très intéressante pour le praticien, mais en lisant le contexte l'on voit que ses avantages ne sont qu'apparents.

En effet l'appréciation de l'infirmité qui, nous l'avons vu, a pour première base en matière d'accidents du travail la réduction de salaire est très difficile dans une profession libérale, où il n'existe pas de patron venant témoigner du salaire effectif, où le montant total des honoraires varie de praticien à praticien suivant la valeur professionnelle de chacun d'eux, la spécialité exercée, la densité des médecins, etc...

L'expert devra donc faire abstraction du salaire et tenir compte uniquement de la réduction de la capacité générale de travail car la police précise dans son art. 4 que « l'infirmité permanente absolue est celle qui empêche l'assuré de se livrer à un travail ou une occupation quelconque. »

De par la rédaction de cette clause, pour être atteint d'incapacité absolue il faut que l'assuré soit alité de façon permanente, mort ou aveugle (et encore il existe des aveugles accordeurs de piano ou fabricants de brosses). Le praticien qui aura été amputé des deux jambes pourra, soutiendra la Compagnie, faire du laboratoire...

S'il n'y a pas incapacité absolue telle qu'indiquée ci-dessus, même s'il y a des incapacités permanentes partielles multiples, il ne pourra, déclare encore la Compagnie, « jamais être dû de sommes supérieures à plus de 75 % de celle qui serait payée en cas d'incapacité totale».

Donc restriction en ce qui touche l'évaluation du préjudice, en ce qui concerne la détermination

de l'incapacité absolue, restriction au sujet de l'état préexistant, l'art. 3 de la police déclarant : « il ne sera pas tenu compte de l'aggravation d'un accident causé par l'état constitutionnel de l'assuré. » Nous constatons par ailleurs que contrairement aux décisions des tribunaux en matière d'accidents du travail, une maladie révélée à l'occasion d'un accident : tumeurs malignes, tuberculose, etc., n'est pas indemnisée par le contrat que nous étudions. Mais ce n'est pas tout.

En matière d'accidents du travail, l'infirmité est évaluée en tenant compte de la profession exercée et le médecin spécialiste tenant à garantir spécialement ses mains se disait : enfin une Compagnie d'assurances va tenir compte dans les indemnités qu'elle pourra me devoir à la suite d'un accident, de la profession que j'exerce ! c'est le plus gros avantage apparent que nous avons étudié précédemment. Là encore, ce n'est pas exact, car nous voyons dans le contrat, soigneusement dissimulée dans un article des conditions générales, loin du chapitre où logiquement elle devrait se trouver, une clause ainsi conçue : « Il ne sera jamais tenu compte de la profession de l'assuré pour la fixation du degré d'infirmité. »

En conclusion on voit que loin de donner des avantages au médecin, avantages qu'il payerait d'ailleurs très cher puisque la prime demandée par la Société assureur est d'environ un tiers plus élevée que celle prévue par la plupart des autres Sociétés, la clause qui nous est soumise le défavorise nettement, tant par la source de conflits qu'elle présente que par le pourcentage accordé : une perte d'index est évaluée nous l'avons vu dans le tableau forfaitaire des polices individuelles 15 % ; elle n'est que de 12 % en matière d'accidents du travail (Barème du Docteur Lucien Mayet).

Le praticien a intérêt à savoir à l'avance le pourcentage d'invalidité que telle infirmité entraînera. Il doit seulement avant de souscrire un contrat complémentaire en étudier soigneusement les clauses..... Le « Sou médical » est à sa disposition pour l'aider dans ce travail.

P. R. BAGLIN,
Conseil technique d'assurance.
Docteur en Droit.

---

## BAUX ET LOCATIONS

### 5999. — Portée de la clause d'habitation bourgeoise

Pour assurer vis-à-vis du propriétaire, la sécurité dans l'exercice de la profession médicale, est-il suffisant que le bail ou l'engagement de location (dans l'espèce il s'agit d'un engagement de location) ne comporte pas la clause « d'habitation bourgeoise », ni aucune autre clause prohibant l'exercice de la pro-

fession ? Ou est-il nécessaire qu'il y ait autorisation formulée ?

Dr R.

**Réponse.**

Si le bail ou l'engagement de location est muet sur la destination des locaux loués, le locataire peut y exercer tout commerce ou profession qui ne soit pas incompatible avec la nature de ces locaux, sans avoir à demander aucune autorisation spéciale au propriétaire.

Si le bail ou l'engagement de location comporte des restrictions à la libre disposition des locaux par le locataire, ces restrictions sont d'interprétation stricte et ne peuvent être étendues à des cas non prévus par la convention. C'est ainsi qu'une interdiction d'exercer un commerce quelconque n'empêcherait pas le locataire d'exercer une profession libérale.

D'autre part, il a été jugé à maintes reprises que la clause d'habitation bourgeoise, non assortie d'une interdiction formelle d'exercer une profession, ne constituait pas un obstacle à l'exercice de la médecine dans les lieux loués.

Pour éviter toute discussion possible, il est préférable que le bail ou engagement de location soit muet sur la destination des locaux ou bien qu'il précise l'autorisation donnée au locataire d'exercer sa profession.

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 6284. — Point de départ de l'indemnité journalière

Une fois de plus j'ai recours à vos lumières. Dans la loi sur les accidents du travail il est dit :

Si l'ouvrier chôme plus de quatre jours, il reçoit son demi-salaire à partir du cinquième ; s'il chôme *plus de dix jours* il le reçoit à partir du premier jour.

Je ne sais pourquoi, j'avais toujours compris ce *plus de dix jours*, avec ce sens que l'ouvrier reprenant le onzième jour touchait son demi-salaire à partir du premier jour. Ai-je tort ? et le chômage doit-il être de plus de dix jours, c'est-à-dire au moins onze jours ?

J'ai fait recommencer un ouvrier, d'ailleurs guéri, le onzième jour et le patron lui a retenu les quatre premiers jours.

Dr T.

**Réponse.**

La loi sur les accidents du travail est absolument formelle : l'indemnité journalière est due à partie du cinquième jour après celui de l'accident. Toutefois, elle est due à partir du premier jour *si l'incapacité de travail a duré plus de dix jours.*

Pour que l'ouvrier ait droit à son demi-salaire depuis le lendemain de l'accident, il est donc nécessaire qu'il subisse une incapacité temporaire d'au moins onze jours.

Cinquante-quatrième année — N° 50 — 11 Décembre 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

### Envoi de Fonds

**Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :**

*Concours médical*, **Paris, 167-95.**
*Sou Médical*, **Paris, 182-31.**
*Mutualité Familiale*, **Paris, 182-32.**

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours Médical*, de M. le Dr J. ARNAUD, de Bagnols, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES ET OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 376. — Vendée, 40 km. Nantes, seul méd., un pharmac., très forte moyenne prouvée pend. les 4 dern. années, grande maison avec 2 garages. Pressé : 25.000 compt.

No 377. — Aisne. Gros bourg, 2 h. 30 Paris-Nord, poste méd. à céder. Très gros chiff. d'affaires, Maison tout confort.

No 378. — Doct. dem. poste méd. 100.000 francs env. chiff. d'aff. Littoral sud Bretagne, Ouest ou Sud-Ouest, ville ou près ville.

No 379. — Dr 31 ans, externe Paris, grosse habit. méd. génér. demande poste à créer ou reprendre à Paris ou banl. imméd.

No 380. — Dr O. R. L. cherche associat. ou success. Très sér. réf.

N° 381. — Anc. ext. hôp. Paris, 40 ans, très au cour. client., reprendr. situat. dans pet. ville ou grosse agglomérat. avec local confort., de préfér. Sud, Sud-Ouest, Sud-Est de Paris, rayon 150 km.

N° 382. — Stomatolog. Faculté Paris, serait reconnaiss. à confr. qui lui indiquer. installat. possible province. Discrét. absolue vis-à-vis confr.

N° 383. — Méd. demande collabor. avec spécialiste vénérologie à Paris, en vue success.

N° 384. — Cond. intér. Talbot 11 CV, 6 cyl. parf. état, 26.000. T. p. r.

N° 385. — Infirmière recomm. par doct. diplôme Etat, 24 ans, bonne famille, cherche situat. clin. chirurg. de préfér. S'ad. Jourdier, les Carriots, à Cronat (S.-et-L.).

N° 386. — Le Dr Guillemin, 16, Av. Georges V, achète les actions de la Sté Lithia, jusqu'à 5 frs.

**Cabinet Breitel & Goret**
**1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46**

1° Touraine, Poste seul médecin pro-pharmacien, rapport intéressant, à céder pour cause santé, faible indemnité.

2° Maison de santé chirurgicale, 12 chambres, prix avec installation moderne et complète 600.000 fr.

## Renseignements

— Dr **Mollin**, à Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes et des vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

La meilleure et la plus rapide des méthodes pour absorber un médicament, c'est **l'absorption perlinguale**. Donnez-donc du manganèse sous forme de TABLETTES DE MANGAINE dans les dyspepsies par auto-intoxication.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles. Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18,50 Cuvée 1929 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. — E. Cauche pharmac. à **AY** (Marne).

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Conf. off. vieux **rancio** doux 1er cru (M. D. D.) prov. exclus. de ses vignes. Haut-Roussillon Conv. goûters, desserts, cadeaux, 12 bout. franco tt domicile : 168 fr.
Dr W. de Froutiguen, 68 av. gare. Perpignan. Pyr.-Oles.

**Pneumatiques** des 1res marques vendus aux membres du Corps médical avec **très fortes remises**. Expédition Paris et province. Ecr. Dr Pradignat, 204, Boulevard Voltaire, Paris XIe.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.**— *Elections.* — M. MAROTEL, de Lyon, est élu correspondant national dans la V^e division (médecine vétérinaire).

MM. HENDRICKX, de Bruxelles, et THEILER, de Lucerne, sont élus correspondants étrangers dans la V^e division (médecine vétérinaire).

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Leçon inaugurale.* — M. Paul MOURE, professeur de clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte (hôpital Cochin), fera la leçon inaugurale de son cours le vendredi 16 décembre 1932, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

—**Hommage au Professeur Sellier.** — Au moment où le Professeur Sellier quitte la chaire d'hydrologie qu'il a fondée à la Faculté de médecine de Bordeaux, la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne a décidé de prendre l'initiative d'un hommage public de reconnaissance à ce maître éminent.

Le Comité d'organisation, placé sous la présidence de M. Ménard, de La Malou, et la vice-présidence de MM. de Gorse, Flurin et Molinéry, a décidé d'offrir, en témoignage de reconnaissance, un souvenir au Professeur Sellier. La remise de ce souvenir aura lieu probablement à la fin de l'année.

— **La médaille du Professeur Paul Delmas.** — A l'occasion du 25^e anniversaire de son entrée dans le corps enseignant de la Faculté de médecine montpelliéraine, une médaille a été offerte au Professeur Paul Delmas, de Montpellier.

Au cours de la cérémonie, des discours ont été prononcés par le Professeur Jeanbrau, le Professeur Margarot, M. Coll de Carrera, M. Battle, M. Carlos Arboleda, au nom de la colonie colombienne, M. Hussein, au nom des étudiants égyptiens, et M. le Médecin général Rouffiandis, qui a rappelé les services du Professeur Delmas, lieutenant-colonel de réserve, pendant la guerre.

L'éminent maître a répondu à son tour en termes émus aux marques d'affectueuse sympathie de ses anciens professeurs, de ses élèves, de ses amis, si nombreux, et auxquelles le *Concours Médical* est heureux de joindre son hommage cordial.

— **A la mémoire du Professeur F. Lejars.** — Une souscription est ouverte en vue d'élever à Unverre (Eure-et-Loir), commune où est né le regretté Professeur Lejars, un monument à sa mémoire. Adresser les envois à Mlle le Docteur Saint-Laurens, à Unverre (Eure-et-Loir). C. chèques postaux, Paris 1303-44.

—**La déclaration obligatoire de la tuberculose.**— Le Conseil supérieur de l'hygiène publique, consulté par M. Justin Godart, a adopté à l'unanimité le principe de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Un débat s'ouvrira incessamment à l'Académie de médecine sur cette question.

M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, désire connaître l'avis des deux hautes assemblées avant de prendre le décret qui rendrait obligatoire la déclaration de la tuberculose.

— **Institut du radium de Paris.** — *Poste de médecin adjoint.* — L'Institut du radium de l'Université de Paris (fondation Curie) demande pour une place de médecin adjoint un jeune docteur en médecine français, ayant une forte instruction médicale, non encore spécialisé, disposé à consacrer tout son temps à des travaux de clinique et de thérapeutique, et à des recherches de laboratoire. Les candidats sont priés de se présenter au laboratoire Pasteur de l'Institut du radium, 26, rue d'Ulm, le matin, de 10 heures à midi, jusqu'au 15 décembre.

— **Une semaine sur la Côte d'Azur.** — Nous avons annoncé le voyage de Noël (Voyage bleu) organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, voyage qui aura lieu du 30 décembre au 5 janvier.

Rappelons que, comme les années précédentes, les femmes et les enfants des médecins, ainsi que les étudiants en médecine, seront admis, dans une certaine proportion. Le droit d'inscription demeure fixé à CENT FRANCS, mais, en raison de la situation économique actuelle, *la cotisation a été réduite à* MILLE FRANCS.

Cette cotisation comprend tous les frais, sans aucune exception. Les adhérents recevront des permis de parcours à demi-tarif sur les réseaux de chemins de fer français, valables un mois.

Les demandes doivent être adressées immédiatement au *secrétariat de la Société médicale*, 24, rue Verdi, à Nice.

— **Hôpital français de Londres.** — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er février 1933.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an. Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture.

Pour tous renseignements, écrire à M. Robert Pierret, 95, avenue Kléber, Paris.

— **Concours de médecins inspecteurs des écoles de la banlieue de Paris.** — *Jury.* — Le jury du concours qui sera ouvert le 12 décembre en vue du recrutement de médecins inspecteurs des écoles de banlieue parisienne a été ainsi constitué par M. le Préfet de la Seine. Membres titulaires : MM. Lesné, président, Tanon, Guibert, Duvoir, Milhit, Dufestel. Membres suppléants : MM. Vitry, Sicard, Le Mière, Perrin, Barbarin, Girault.

— **Ecole française d'orthopédie et de massage** (21, rue Cujas, Paris. Docteur Dolto, directeur. Directrice : Mme Kopp). — Les cours de l'Ecole française d'orthopédie et de massage ont repris le 1er octobre 1932.

PROGRAMME DES COURS : 1° Massage médical, gymnastique médicale ; 2° Infirmerie générale ; 3° Massage facial et soins esthétiques ; 4° Pédicure ; 5° Hydrothérapie ; 6° Electro-radiologie, aéro-thermo-lumino-thérapie ; 7° Bandagistes-orthopédistes ; 8° oculistique-lunetterie.

Pour tous renseignements écrire à Mme Kopp, directrice, 21, rue Cujas, Paris (Ve.)

# A TRAVERS L'OFFICIEL

23 NOVEMBRE

**Protection de la Santé publique aux Colonies.**

*Décret du* 19 *novembre* 1932 *relatif à la vaccination en Indochine.*

Art. 1er. — L'article 7 du décret du 11 décembre 1928 portant règlement sur la protection de la Santé publique en Indochine est modifié ainsi qu'il suit :

*Art.* 7. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la huitième et de la vingt et unième année.

Art. 2. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de l'Indochine et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

## Réponses des ministres aux questions des Parlementaires

**Application de l'assurance-maladie et de l'assurance-maternité.**

962. — M. DAROUX demande à M. le ministre du Travail : 1° si une caisse de répartition peut refuser les prestations à un assuré ne cotisant pas régulièrement, mais qui, tombant malade le 5 juillet, envoie son deuxième feuillet trimestriel à jour des cotisations à cette date ; 2° dans le cas de la négative, comment la caisse peut se défendre contre une fraude incontestable qui fait qu'un assuré avec 18 francs de cotisation, en première catégorie, et des cotisations antérieures inexistantes ou insuffisantes, va pouvoir se faire rembourser une maladie d'une durée de six mois, c'est-à-dire, plusieurs milliers de francs ; 3° comment il se fait que les services départementaux ne fassent pas de poursuites contre les réfractaires, surtout contre les agricoles qui ne se plient pas à la loi ; 4° s'il est vrai qu'il faille une autorisation du ministre intéressé pour faire ces poursuites et que cette autorisation n'est pas donnée pour les agricoles ; 5° que veut dire la loi, quand elle dit 60 jours ou 240 jours, alors que le feuillet du trimestre civil est actuellement exigé pour le paiement des prestations ; 6° si un assuré qui a 240 jours de cotisations pendant les douze mois précédant la maladie, mais qui, par suite de circonstances quelconques, n'a pas cotisé ou insuffisamment cotisé pendant le trimestre

civil précédant la maladie, a droit aux prestations ; 7° si la période de référence du chômage est de 60 jours ou 240 jours. (*Question du* 16 *septembre* 1932.)

*Réponse.* — 1° et 2°. Les caisses primaires de répartition ne sauraient refuser les prestations à un assuré lorsque la date à laquelle il a été immatriculé effectivement est antérieure à la première constatation médicale de l'état de maladie ou au début présumé de la grossesse, et que le minimum légal de cotisations a été acquitté au cours de la période de référence précédant la première constatation médicale de l'état de maladie ou de maternité, ou le début présumé de la grossesse. Il appartient aux caisses, si elles constatent que les versements qui auraient dû être acquittés ne l'ont pas été, d'en aviser le service départemental ; celui-ci invite l'employeur, conformément à l'article 14 du décret du 25 juillet 1930, à acquitter sans délai les versements dus et à payer les intérêts de retard correspondants, en provoquant, s'il y a lieu, les sanctions prévues à l'article 64 de la loi sur les assurances sociales ; 3° et 4° Les employeurs qui ne se conforment pas aux obligations mises à leur charge par la loi du 30 avril 1930, sont l'objet, aussitôt qu'ils sont connus de l'administration, de l'avertissement prévu à l'article 64 de ladite loi. Ils satisfont, la plupart du temps, à la suite de cet avertissement, aux prescriptions légales. Les contrevenants sont poursuivis. C'est, aux termes mêmes de l'article 64 précité, à la requête du ministre du Travail que ces poursuites peuvent être exercées. En ce qui concerne l'application de la loi dans les campagnes, il a paru qu'il convenait, avant d'en arriver à l'exercice des sanctions légales, d'attendre que la propagande entreprise par les organisations mutualistes agricoles ait permis aux employeurs de l'agriculture d'être exactement renseignés sur leurs obligations ; 5° et 6° L'obligation d'avoir versé, pour avoir droit ou ouvrir droit à l'assurance-maladie, 240 cotisations dans les douze mois, ou 60 cotisations dans les trois mois précédant la maladie, était prévue par l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930. Mais cet article a été modifié par la loi du 28 juillet 1931, qui a décidé que pour avoir droit au bénéfice de l'assurance-maladie, l'assuré devrait avoir cotisé 60 jours durant le trimestre civil précédant la maladie. La loi du 28 juillet 1931 est entrée en application le 1er janvier 1932. Toutefois, par mesure transitoire, une circulaire ministérielle du 6 février 1932 a prévu que pour la détermination du droit aux prestations pendant le premier trimestre 1932, il y aurait lieu de tenir compte des versements effectués au cours des trois mois précédant la maladie, et que le nouveau régime institué par la loi du 28 juillet 1931 ne serait intégralement appliqué qu'à compter du 1er avril 1932 ; 7° Pour avoir droit, en application des articles 21 et suivants de la loi du 30 avril 1930, au versement à son compte de la double contribution prévue à l'article 2 de ladite loi, l'assuré social en chômage doit avoir été l'objet du versement de 60

cotisations journalières au cours du trimestre civil précédant le chômage. (*J. O.*, 16 novembre 1932.)

---

**Conditions du droit aux prestations de l'assurance-maternité. Changement de caisse.**

1591. — M. Jean PHILIP, sénateur, demande à M. le ministre du Travail ; 1° si une caisse de répartition a le droit de refuser à une autre caisse le remboursement des prestations en argent de l'assurance-maternité, accordées à une de ses assurées, pour le seul motif, que celle-ci n'a été immatriculée que onze mois environ avant son accouchement ; 2° de quelle manière on doit déterminer le droit d'une assurée ayant changé de caisse, aux prestations-maternité, étant donné que si l'on détermine ce droit à la fin du troisième mois précédant la conception, c'est la caisse A qui doit payer, et que si on le détermine à la fin du troisième mois précédant la constatation médicale de la grossesse, c'est la caisse B qui doit payer. (*Question du* 17 *septembre* 1932.)

*Réponse.* — 1° Pour avoir droit aux prestations en nature et en argent de l'assurance-maternité l'assurée doit avoir été immatriculée avant le début présumé de la grossesse et avoir satisfait aux conditions légales de taux et de durée de versements au cours de la période de référence qui précède soit ce début présumé, soit la première constatation médicale de la grossesse ; 2° l'assurée qui a changé de caisse primaire de répartition et remplit la double condition susénoncée se trouve garantie, conformément à l'article 35 de la loi du 30 avril 1930, par la nouvelle caisse si, au regard de celle-ci, se trouvent remplies les conditions légales de taux et de durée de versements au cours de la période de référence qui précède soit le début présumé, soit la première constatation médicale de la grossesse. Ainsi, dans le cas où le changement d'affiliation de l'assurée a pris effet après le début présumé de la grossesse, mais avant le début ou au début de la période de référence antérieure à la première constatation médicale, les prestations seront à la charge de la nouvelle caisse si l'assurée a satisfait aux conditions de versements au cours de ladite période. (*J. O.*, 18 novembre 1931.)

---

**Remboursement des injections intramusculaires et des injections sous-cutanées.**

1209. — M. Paul PONCET demande à M. le ministre du Travail : 1° si un assuré assujetti obligatoire aux assurances sociales, à qui le docteur prescrit sur une ordonnance des injections intramusculaires, doit recevoir de sa caisse primaire le même taux que pour les injections sous-cutanées et s'il n'y a pas une différence de tarif ; 2° dans le cas de l'affirmative, de combien est ce tarif pour chacune de ces sortes d'injections. (*Question du* 25 *octobre* 1932.)

*Réponse.* — Les injections sous-cutanées et les in-

jections intramusculaires figurent dans la nomenclature de la pratique médicale courante avec le coefficient 1. Ce coefficient donnant le rapport de la valeur de l'intervention à celle de la consultation prise pour unité, la caisse devra rembourser les actes médicaux dont il s'agit au même tarif qu'une consultation de médecin, c'est-à-dire au prix maximum de 15 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants ou de 12 francs dans les autres localités, conformément au tarif limitatif des droits à la réassurance annexé à la circulaire ministérielle du 22 septembre 1930. Ce prix est réduit, dans tous les cas, du montant de la participation personnelle de l'assuré aux frais médicaux (15 ou 20 p. 100) ; il s'y ajoute, le cas échéant, une indemnité pour le déplacement du praticien. (*J. O.*, 25 novembre 1932.)

### Conditions d'exercice de la médecine en France.

1457. — M. Léon Castanet demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° quels sont les titres et diplômes exigés en France pour l'exercice de la médecine vis-à-vis d'un médecin : *a*) de nationalité française ; *b*) de nationalité étrangère ; *c*) de nationalité étrangère naturalisé Français ; 2° si une dispense de thèse accordée à un médecin peut avoir un effet permanent pour exercer légalement la médecine, le diplôme de docteur en médecine ne paraissant conférer ce droit qu'après la soutenance de thèse ; s'il peut y avoir des exceptions pour des médecins étrangers ou naturalisés Français et dans quelles conditions ; 3° si un médecin n'ayant pas encore soutenu la thèse de doctorat peut figurer de droit sur la liste des docteurs dont le tableau est envoyé par la préfecture à toutes les mairies. (*Question du 8 novembre* 1932.)

*Réponse.* — 1° Les conditions d'exercice de la médecine sont réglementées par la loi du 30 novembre 1892, modifiée par les lois des 14 avril 1910 et 6 mai 1922. Aux termes de l'article 1er de ladite loi, nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine. La législation actuelle ne fait aucune différence entre Français et étrangers. Cette règle ne souffre d'autre exception que celle établie par l'article 6 de ladite loi en faveur des étudiants ayant terminé leur scolarité, mais non encore munis de leur diplôme de docteur en médecine qui peuvent être autorisés à exercer en temps d'épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ; 2° l'étudiant en médecine qui n'a pas encore soutenu sa thèse n'est pas docteur en médecine et ne peut, en conséquence, exercer la médecine ; 3° la liste établie par la préfecture et envoyée aux maires ne comporte que les noms des docteurs en médecine qui ont fait enregistrer leur titre ainsi que la loi les y oblige (art. 9.). (*J. O.*, 23 novembre 1932.)

## LA XVII^e CROISIÈRE MÉDICALE FRANCO-BELGE

Sicile — Grèce — Adriatique — Italie

(8 avril-1er mai 1933)

Précisons encore que les installations de 2e classe du *Théophile Gautier*, dont *les prix sont vraiment extraordinaires de bon marché* pour un voyage de vingt-quatre jours (la moyenne journalière par passager ressort à 120 francs français en cabines à deux, à 102 francs français en cabines à trois et à 87 fr. 50 français en cabines à quatre), ne sont pas uniquement réservées aux étudiants, mais qu'elles sont accessibles à *tous les médecins sans exception.*

Les croisières médicales franco-belges ont été, en effet, créées à l'*intention du Corps médical tout entier* ; aussi tenons-nous à ce que le plus grand nombre possible de médecins puissent y participer.

Nous ajouterons, d'autre part, que les passagers de 2e classe prendront part à toutes les fêtes organisées à bord et qu'il n'y aura pas de « cloisons étanches » entre les deux classes.

Rappelons aussi, encore une fois, que la croisière du *Théophile Gautier* est une croisière à caractère vraiment médical et qu'aucune inscription ne peut être prise en dehors de nous.

Pour qu'une croisière remplisse exactement son but, il importe qu'elle ne se borne pas à être uniquement une promenade en mer. Suivant un itinéraire choisi, elle doit permettre à ses participants de visiter, d'une façon suffisante pour en conserver un souvenir vivace et précieux, toutes les curiosités touristiques, archéologiques, historiques, rencontrées en chemin.

La XVIIe croisière franco-belge, dès le quatrième jour de son périple, et cinq journées durant ensuite, réservera à ses membres le régal infiniment délicat d'une prise de contact sérieuse avec la Grèce, et ses beautés : Olympie, Corinthe, Mycènes, Athènes ; puis Ithaque, d'ulysséenne mémoire, Delphes et sa Pythie, Corfou et son climat paradisiaque ...

Plus tard, Scutari, Cattaro, Spalato, Fiume retiendront leur attention, avant d'aborder Venise et ses merveilles... ; puis, Rome, la Ville Eternelle, si somptueusement riche historiquement, archéologiquement, religieusement aussi...

Tout cela demande du temps. Et ce n'est pas en quinze jours qu'il serait possible de le faire et d'en tirer un véritable bénéfice.

C'est pourquoi la XVIIe croisière aura une durée de vingt-qnatre jours, dont chacun sera particulièrement bien employé.

## Ouverture d'un second cabinet de consultations. Formalités à remplir.

Le praticien, qui désire ouvrir un deuxième cabinet de consultations, dans une localité autre que sa propre résidence, doit-il faire une déclaration quelconque ? A qui ? Cela entraînera-t-il des impôts supplémentaires ?

Je laisse de côté la question de déontologie, car certains syndicats voient d'un mauvais œil ces installations multiples.

Cependant, dans certains cas particuliers, une seconde installation peut faciliter beaucoup l'exercice de la profession et aider les populations. C'est donc question de fait.

A l'intérieur d'un même département, dans lequel le diplôme est déposé, aucune nouvelle déclaration n'est à faire. Quant au fisc, il saura bien trouver le praticien, pour lui imposer une patente supplémentaire, calculée sur la valeur locative des nouveaux locaux occupés. Cette patente sera inscrite au rôle de la nouvelle résidence.

Si l'installation doit avoir lieu dans un autre département que celui où l'on a son installation professionnelle principale, il peut être utile de faire une nouvelle déclaration avec production du diplôme, à la préfecture, ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil.

En agissant ainsi, le praticien évitera des difficultés, car la préfecture de son nouveau département pourra requérir un enregistrement de diplôme.

Cependant, *stricto sensu*, aux termes de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, un nouvel enregistrement du diplôme n'est obligatoire que si l'on transporte son domicile dans un autre département. Ici, il ne s'agit que d'une nouvelle résidence, alors que le domicile du praticien reste toujours en son lieu primitif.

Aussi, peut-on se refuser à un nouvel enregistrement du diplôme, en cas de nouvelle et simple résidence ; mais on s'expose à des ennuis, et même à un procès en correctionnelle, qu'on gagnera certainement, mais qui empoisonnera l'existence du praticien pendant quelques mois.

Dr Paul Boudin.

# CORRESPONDANCE

### SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

### 6024. — Choix des jours de visite ou de consultation

La Commission tripartite sous prétexte que je soigne un malade le mardi et un autre le samedi de cha-

*Voir la suite page LXIII*-3641

# PROPOS DU JOUR

## I. — A propos de la déclaration des maladies contagieuses en général et de celle de la tuberculose pulmonaire en particulier

M. le ministre de la Santé publique a constaté que la loi sanitaire du 15 février 1902 n'était pas appliquée, ou très insuffisamment, que surtout elle ne l'était guère en ce qui concerne la déclaration des maladies contagieuses. Nous sommes assez de son avis, mais au lieu de s'en prendre aux médecins et de brandir contre eux les foudres de sanctions inefficaces, il ferait peut-être mieux de se rendre compte de l'imperfection de la loi et de se hâter de la remplacer. Depuis trente ans, tout le monde considère la loi sanitaire comme inutile, même inexistante, et depuis trente ans, aucun gouvernement, ni aucun législateur ne sont parvenus à intéresser le Parlement à sa transformation.

M. le ministre, trouvant les sanctions prévues insuffisantes si le médecin traitant n'en respecte pas les articles 4, 5 et 7 de la loi, nous avertit que l'application de sanctions aussi faibles peut permettre néanmoins d'ouvrir une action en responsabilité civile contre le médecin qui, n'ayant pas fait les déclarations prescrites, pourrait être considéré comme la cause indirecte du développement d'une épidémie et que les familles des victimes auraient le droit de lui demander réparation.

Nous prierons M. le ministre de remarquer que, dans ce cas, ce ne serait pas la responsabilité du médecin qui devrait être la première mise en cause, mais bien celle des pouvoirs publics qui sont incapables de prendre la plus petite mesure efficace contre la propagation des maladies contagieuses ou qui, obligés de se plier à l'application de règlements compliqués ou d'une organisation défectueuse, rendent possible la propagation d'une maladie contagieuse, ou ne permettent pas de prendre à temps les mesures qui pourraient l'empêcher de se communiquer.

Pour montrer l'inefficacité des mesures prises actuellement, nous citerons un exemple choisi à Paris, où cependant la loi sanitaire est certainement mieux appliquée que dans beaucoup de régions en province.

Lorsque, à Paris, la déclaration de la maladie contagieuse d'un enfant, fréquentant une école, est faite à la Préfecture de police, comme l'exige la loi, le Service de l'inspection médicale des Ecoles, qui relève de la Direction de l'Enseignement de la Préfecture de la Seine, en est avisé. Celui-ci, à son tour, prévient le médecin inspecteur de l'école, qui doit faire une enquête et prendre ou faire prendre toutes les mesures réglementaires nécessaires. Ces mesures ne sont pas toutes inefficaces, car elles comportent l'éviction des écoles des frères et des sœurs du malade, s'il y a lieu, et la surveillance des enfants habitant au voisinage ou dans la maison où a été constatée la maladie.

Or, le médecin scolaire ne peut pas toujours prendre en temps opportun ces mesures efficaces, si les parents des malades contagieux font preuve d'indifférence ou de négligence (ce qui est la règle).

Le médecin traitant est parfois obligé d'attendre un jour ou deux avant de poser le diagnostic. Souvent, il n'est même pas appelé le jour où l'enfant tombe malade. La déclaration arrive donc à la Préfecture de police le troisième jour de la maladie, en supposant que le médecin ait fait diligence. La transmission de la déclaration de la Préfecture de police à l'Inspection médicale exige encore au moins un jour, et il faut compter encore une journée avant que le médecin scolaire soit prévenu. Si la note qui avise ce dernier lui arrive le samedi, ou le mercredi soir, ou le dimanche ou jeudi matin, jours de congé, une journée est encore perdue et l'intervention du médecin inspecteur se produit huit à dix jours après le début de la maladie. Vous pouvez juger de l'efficacité de son intervention tardive !

Heureusement, comme nous avons eu l'occasion de le constater tout récemment pour un cas de diphtérie, il existe des parents consciencieux (c'est l'exception, mais ils existent), qui préviennent tout aussitôt l'école et n'y envoient pas les frères et les sœurs du petit malade. Lorsque le médecin scolaire est alors administrativement prévenu, les précautions nécessaires ont été prises depuis plusieurs jours.

Nous citons là le cas où tout a été fait régulièrement et consciencieusement.

◆◆

Si, la famille avait la responsabilité de la déclaration, au lieu du médecin traitant, la loi pourrait lui imposer de prévenir aussitôt et directement le directeur de l'école ou le médecin scolaire, et les mesures nécessaires seraient prises immédiatement.

Il y aurait beaucoup à dire sur la prophylaxie des maladies contagieuses. Quand ce sont les parents qui sont atteints et qu'il y a plusieurs enfants dans la famille, généralement la fille aînée est retenue à la maison pour soigner la mère, ou l'aider si c'est le père qui est malade. Les autres enfants sont envoyés à l'école ou dans les jardins publics où ils jouent avec de petits camarades, pour éviter le bruit qui gêne le malade et débarrasser la maison. A quoi servira alors la désinfection, toujours tardive, et sur l'efficacité de laquelle il serait cruel d'insister ?

* * *

M. le ministre de la Santé publique, qui voit dans la déclaration obligatoire le palladium de la protection contre les maladies transmissibles, a fait voter par le Conseil supérieur d'hygiène, l'obligation de la déclaration de la tuberculose. Nous n'entreprendrons pas d'énumérer les raisons qui nous portent à affirmer l'inutilité de cette mesure.

M. A. Lumière, correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine, les a exposées dans nos colonnes, et le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français, dans un article très documenté du *Médecin de France*, a éloquemment et irréfutablement démontré l'inefficacité absolue de cette mesure.

Il nous semble que M. le ministre de la Santé publique et ses conseillers mettent la charrue devant les bœufs.

Quand un tuberculeux contagieux aura été déclaré, quel secours lui apportera l'Administration sanitaire ? Sera-t-elle en mesure de l'isoler, même de le soigner convenablement, de désinfecter véritablement le logement qu'il habite ?

Nous venons de recevoir la visite d'une malade, reconnue tuberculeuse à l'examen radioscopique, mais qui n'est pas contagieuse. Employée dans une maison d'éducation dépendant de l'Etat, elle a été soumise à l'examen d'un médecin assermenté qui a constaté, comme cela était son devoir, la tuberculose, et elle a été renvoyée.

La voilà seule et sans ressources, jetée par une Administration de l'Etat, sur le pavé de Paris. Nous sommes intervenus en sa faveur pour tâcher de la faire placer dans un sanatorium où, si elle rentre à temps, elle a de sérieuses chances de guérir. « Hélas ! nous répond-on, le cas est intéressant et nous ferons le possible, mais vous savez, aussi bien que nous, l'insuffisance des places dans les sanatoriums et votre malade attendra vraisemblablement fort longtemps avant de pouvoir être admise. »

C'est l'exacte vérité, mais la maladie n'attend pas, surtout quand elle est stimulée par l'angoisse et par la misère. Espérons que la mort ne surviendra pas, comme cela est arrivé à plus d'un de nos malades, la veille de leur admission.

M. le ministre de la Santé publique, hâtez-vous de faire construire ou aménager des sanatoriums, offrez aux tuberculeux les moyens de se guérir, et nous pouvons vous affirmer que la déclaration sera inutile, que les malades accourront en foule et que votre souci se bornera à prendre des mesures pour les sélectionner et éliminer les tuberculeux imaginaires.

J. Noir.

## II. — La reconstruction de la Faculté de médecine

Le plus souvent, le bon sens finit par triompher en France. Nous avons lu avec plaisir dans *Le Temps* du 24 novembre :

« La commission, chargée de rechercher un terrain pour la reconstruction de la Faculté de médecine, vient de se réunir au ministère de l'Intérieur. Elle a définitivement abandonné le projet d'utiliser une partie du terrain du champ de manœuvres d'Issy-les-Moulineaux. Son choix s'est porté sur le terrain de l'hospice Sainte-Anne.

Hier, la commission s'est transportée sur les lieux. Elle était présidée par M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, et comprenait notamment M. Renard, préfet de la Seine, M. Charléty, recteur de l'Université de Paris, M. de Labeyrie, représentant des Domaines, et MM. Balthazard et Roussy, représentants de la Faculté de médecine. Après avoir reconnu tous les avantages de ce nouveau projet, la Commission a décidé d'engager des pourparlers, le plus tôt possible, avec le Conseil général de la Seine. »

Nous devons remercier le ministre de l'Education nationale, M. de Monzie, de son intervention qui n'a certainement pas peu contribué à faire abandonner le projet singulier de la reconstruction de la Faculté à Issy-les-Moulineaux.

Le choix de l'Asile Sainte-Anne nous paraît tout particulièrement heureux. L'emplacement sera assez vaste pour que tous les services, nécessaires à une Faculté de médecine modèle, puissent y être installés.

Sa situation entre la Cité universitaire et le vieux quartier latin, les moyens de communications nombreux qui pourront facilement être établis, rendront l'accès de la nouvelle Faculté facile.

Espérons que le Conseil général de la Seine ne mettra aucun obstacle à ce projet et facilitera la rapidité de sa réalisation. En atermoyant indéfiniment, l'on risquerait de lasser la patience des généreux donateurs qui, avec les 150 millions de la Fondation Rockfeller, comptent voir avant peu s'élever une Faculté de médecine digne de Paris. Il ne conviendrait pas de renouveler pour elle le geste peu élégant de la *Maison de la Chimie* dont la première pierre a été solennellement posée, il y a bien des années, et dont la réalisation, malgré l'afflux d'importantes souscriptions françaises et étrangères, paraît plongée dans un profond sommeil.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### SUR UN CAS DE PELLAGRE

Par P.-E. Micheleau

Professeur à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Saint-André, de Bordeaux.

La Civilisation dont il est également aisé et malaisé, parce qu'également légitime, de dire du mal ou du bien, la Civilisation dont les populations aujourd'hui affamées par le chômage, dû au machinisme perfectionné et intensif, au machinisme libérateur prochain du prolétariat selon la forte et alors applaudie parole, tôt, hélas! démentie par les faits, de feu Jaurès, la Civilisation dont les populations semblent commencer à s'apercevoir que l'on est honnêtement autorisé à en dire ce que le poète disait de la fortune :

« *Elle fait payer cher ce qu'on croit qu'elle donne* » et que le prolétariat qui en meurt travaille cependant chaque jour à perfectionner et à intensifier davantage en poussant de plus en plus aux Ecoles polytechniques les meilleurs et les plus intelligents de ses fils (1), la Civilisation a eu au moins cet avantage médical de faire disparaître certaines maladies. Maladies de misère, maladies d'ignorance, disait-on autrefois, maladies de carence, dit-on plus scientifiquement aujourd'hui, en essayant de découvrir quelque ou quelques nouvelles vitamines pour en expliquer l'origine et de tirer des vitamines de leur anonymat en les baptisant de quelque lettre de l'alphabet. Maladies tout aussi incertaines dans leur étiologie malgré les progrès de la technique et tout aussi indifférentes à notre thérapeutique lorsque les hasards de la pratique en soumettent un cas à notre observation.

La *pellagre*, le *mal del sol* des auteurs italiens, est de ces maladies aujourd'hui disparues. Tellement disparue que les auteurs modernes ne la décrivent plus. Il me souvient d'en avoir vu un cas, peut-être deux, au cours de ma lointaine enfance médicale. Celui que je rapporte aujourd'hui est le seul qui se soit présenté à moi depuis que je marche seul dans la médecine, soit au cours de plus de trente ans de pratique hospitalière. Il est d'une banalité absolue dans sa symptomatologie et dans son évolution, si son étiologie peut prêter à hypothèses. Ce n'est que par sa rareté qu'il m'a paru mériter de retenir l'attention.

(1) Je ne veux pas que l'on me fasse dire une fois de plus ce que je n'ai jamais dit ni pensé. J'ai pour l'Ecole Polytechnique la plus sincère et la plus profonde admiration et ceux qui me connaissent ne me démentiront pas si j'ajoute que je garde le regret très vif de n'avoir point tâché à y entrer alors que j'en avais l'âge. Je veux seulement dire et je dis que le machinisme est un facteur de plus en plus perfectionné et efficace de mort sociale : la machine produit et ne consomme pas. Or, qui fait la machine sinon le Polytechnicien ? Le Polytechnicien de tous pays, s'entend : la Science n'a pas de frontière et le Savant est aussi dangereux au delà qu'en deçà de l'Atlantique ou du Rhin.

Observation. — Louis P..., 42 ans, entre le 10 août 1932 dans mon service de l'hôpital Saint-André, venant d'Arcachon où il exerce le métier de maçon. Il se plaint d'une fatigue extrême, d'une fatigue qui a totalement épuisé ses forces, de troubles progressifs de la vue qui lui font craindre de devenir rapidement aveugle et d'une diarrhée intense et rebelle qui dure depuis plusieurs mois et qui achève de l'épuiser.

Il est Italien, originaire de la Lombardie qu'il a habitée jusqu'après son service militaire. Venu alors en France, il y a exercé tantôt son métier de maçon, tantôt celui de manœuvre. Il gagnait assez bien sa vie. S'il a subi quelques privations, ce n'est que dans ces derniers mois, depuis que la maladie l'a mis hors d'état de travailler.

Il s'exprime correctement en français et paraît très bien le comprendre. Il donne une impression assez nette d'intelligence. Mais sa mémoire lui fait souvent défaut, d'autant plus défaut qu'on l'interroge sur des faits plus éloignés. Il répond lentement, après de visibles efforts manifestement dus à cette défaillance. Sa fatigue la complique encore. Il gît sur son lit, inerte, apathique, indifférent, prostré. Son interrogatoire est long et difficile, un peu incertain aussi.

Il est donc né dans la Lombardie où il a vécu de son métier de maçon, plutôt bien, semble-t-il, jusqu'à son service militaire. Comme la plupart de ses compatriotes et de ses camarades ouvriers, il se nourrissait surtout, souvent même exclusivement, de *polenta*, de bouillie de farine de maïs. Jamais il ne fut malade. Au service, il aurait eu une poussée d'ictère infectieux bénin dont il guérit sans séquelles. Libéré, il vint en France, il y a une dizaine d'années et se fixa à Arcachon où il trouva facilement du travail. Il aurait eu quelques poussées récidivantes d'ictère (où ? quand ?) poussées fébriles tôt et complètement guéries. Jamais aucune autre maladie. Il n'est pas marié. Ses antécédents héréditaires et collatéraux, tout incertains qu'ils soient, semblent n'offrir aucun intérêt.

Sa maladie actuelle aurait débuté il y a deux ou trois ans à Arcachon vers le milieu du printemps. Sans souffrir à proprement parler, il sentit ses forces décroître et décroître très vite, une lassitude progressive l'envahir et s'accentuer au point qu'il fut bientôt incapable du moindre effort et dut interrompre son travail. La fatigue était d'autant plus accusée et l'effort plus pénible qu'il se trouvait au soleil. A l'ombre, il était mieux. Cet état le préoccupait beaucoup et son caractère s'en ressentit presque immédiatement. Il perdit toute gaieté, devint plus triste de jour en jour, pensant de plus en plus chaque jour qu'il était incurablement atteint, qu'il allait mourir bientôt, ne trouvant plus aucun goût à la vie. Il ne songea cependant point à se suicider.

Parallèlement son appétit devint de plus en plus capricieux. Il ne tarda pas à disparaître. Ses fonctions digestives devinrent irrégulières : quelques nausées, pas de vomissements. En revanche diarrhée tenace, rebelle. Il maigrit considérablement.

L'été passé, ces divers troubles s'atténuèrent assez vite. Les forces revinrent, la diarrhée se tarit, il put reprendre son métier et travailler assez régulièrement.

Mais les premières journées ensoleillées de l'année dernière, qui en compta pourtant si peu, ramenèrent les mêmes accidents : fatigue de plus en plus grande interdisant bientôt tout travail, tout travail au soleil, où s'exerce son métier de maçon ; surtout perte de toute énergie, de toute volonté, tristesse de plus en plus profonde, dégoût de la vie de plus en plus prononcé.

La fin de l'été amena la même sédation mais moins marquée. L'hiver à peine terminé, dès les premiers rayons du soleil de mars qui furent cependant bien peu chauds et bien rares, la fatigue reparaît de nouveau avec tout son cortège de tristesse, de dégoût de la vie, de sensation d'impuissance de plus en plus profonde. Les mêmes troubles digestifs se développent, la diarrhée s'installe et ne le lâche plus. Sa vue baisse, ce qui ne s'était point manifesté encore ou si peu qu'il n'en avait point été impressionné. L'acuité visuelle faiblit, la visibilité des objets s'estompe même aux heures les plus lumineuses du jour ; elle s'efface dès la nuit tombée, il devient héméralope, il l'est complètement depuis un mois environ.

Ses ressources sont bientôt épuisées et la misère se joint à la maladie pour l'abattre définitivement et en faire la pauvre loque que l'on envoie à l'hôpital et qui se présente à mon examen le 10 août 1932.

Examen. — Ce qui frappe tout d'abord c'est le profond état d'anémie de cet homme : son teint est très pâle, blanc jaunâtre sale, cachectique, évoquant l'idée première d'un cancer de l'estomac. Il est maigre mais pas squelettique, a gardé un peu d'embonpoint et des masses musculaires encore appréciables. Ses muqueuses ont la même décoloration que la peau, ses sclérotiques, blanc jaunâtre comme dans les anémies intenses, ne sont pas ictériques.

Il gît dans son lit, affalé dans le décubitus dorsal, légèrement relevé par deux coussins, le facies atone, figé, triste, le regard vide, absent, lointain. Il semble écrasé de fatigue et c'est de cela surtout, de cela exclusivement même qu'il se plaint, bien qu'il ait aussi autre chose et d'extrêmement important, qu'il a, volontairement peut-être, car il ne peut guère en ignorer la fatale signification, laissé de côté. Quand on l'interroge, il soupire profondément, hésite, cherche ses mots et répond lentement, d'un air lassé, d'une voix monotone, un peu cassée. Il a bien l'air harassé, à bout de forces, comme il s'en plaint.

Ses mains reposent inertes sur son lit. Nous sommes immédiatement frappé par l'aspect spécial qu'elles présentent. Pas de déformation, pas de paralysie, pas de contracture, pas d'atrophie musculaire, aspect absolument normal, au contraire, lorsqu'on les regarde par leur face palmaire. Mais, sur leur face dorsale, l'occupant dans sa totalité, depuis la tête des métacarpiens qu'elle dépasse un peu jusqu'à quatre à cinq centimètres au dessus du poignet, s'arrê-

tant à un centimètre environ en deçà de chaque bord, une large plaque de peau blanc rosé, avec quelques gerçures très superficielles, sans poils, amincie, un peu craquelée surtout sur les bords où elle se continue insensiblement avec la peau des régions saines au-dessous d'une mince collerette de lamelles épidermiques brunâtres, se détachant en étroits lambeaux, presque furfuracés comme étendue et comme couleur, légers comme une feuille de papier à cigarettes, derniers vestiges de la desquamation qui a *pelé* le dos de la main et du poignet. Saine au delà de la plaque, la peau des bords de la main et du dos de l'avant bras est seulement hâlée, assez fortement hâlée même.

Interrogé sur ces deux plaques symétriques et semblables, le malade dit qu'elles sont apparues dès le début de la maladie, en même temps que les premières manifestations de la fatigue et qu'elles en ont suivi l'évolution. Il ne donne guère de précisions malgré notre insistance. Notons qu'il n'existe aucune plaque analogue en aucun autre point de l'économie non seulement sur les régions normalement à l'abri des rayons du soleil mais même sur celles qui, comme le dos de la main et des avant-bras, y peuvent être exposées et en sont fréquemment aussi le siège dans la pellagre. Car nous pensons immédiatement à la pellagre. Ni le nez ni le menton ne sont atteints.

Seules sont donc altérées les régions professionnellement exposées au soleil. Malgré ses réticences, sa répugnance même à en parler, le malade finit par dire que, s'il n'y prêta guère attention au début, au mois de mars dernier, dès les premiers rayons du soleil, il eut de nouveau *un coup de soleil* sur le dos des mains et des avant-bras. Comme les deux ou trois années précédentes, ce coup de soleil s'atténuait avec les jours sombres, si nombreux cette année, pour se raviver dès que les mains revoyaient le soleil, ne fût-ce que quelques instants. L'érythème s'accompagnait de sensations de cuisson, de brûlure, très supportables. Il y eut quelques ébauches de phlyctènes, plus souvent quelques rhagades et quelques fissures aujourd'hui à peu près cicatrisées.

Le peu d'importance qu'il semble attacher à ces coups de soleil successifs me paraît suspect. Ne serait-ce pas plutôt que ce pauvre homme ne peut en ignorer la redoutable signification ? N'est-il pas d'un pays où la pellagre est aujourd'hui encore endémique et n'en a-t-il pas vu trop au temps de sa jeunesse pour ne pas en être lamentablement impressionné ? La seule chose qui le préoccupe, la seule chose sur quoi il appelle et retient notre attention, c'est sa fatigue qui l'écrase. Ce sont aussi ses troubles oculaires dont l'aggravation si rapide lui fait craindre de devenir bientôt complètement aveugle. C'est enfin, et encore un peu accessoirement, sa diarrhée.

Cette diarrhée est apparue au mois de mai. Elle n'a pas cessé. Elle persiste avec les mêmes caractères. Cinq à six selles par jour, liquides, brunâtres, fétides, peu abondantes, jamais spumeuses, jamais sanglantes, sans coliques, sans ténesme ni épreintes, parfois mais pas toujours survenant après l'ingestion d'aliments, non lientériques cependant, sans corps étranger parasitaire ou autre. Rien de spécial donc, au point de vue objectif. L'examen coprologique n'en a pas été fait.

Pas d'autre incident digestif. Anorexie à peu près complète, non élective, en relations étroites avec la fatigue et l'indifférence de vivre. Digestions lentes, parfois coupées de renvois et de nausées. Pas de vomissements. La langue est humide, étalée, blanchâtre dans son tiers postérieur surtout. Dents mauvaises, pas de stomatite. Abdomen souple, non tendu ni déformé. Intégrité organique de l'estomac et de l'intestin. Foie sensiblement normal de dimensions et de forme, insensible à la palpation. Seule la rate est légèrement augmentée de volume : inaccessible cependant à la palpation, elle mesure à la percussion quinze centimètres sur la ligne axillaire.

Les troubles visuels semblent n'avoir pris d'importance que depuis juin dernier. Un brouillard, un voile de plus en plus épais se sont progressivement étendus devant les objets et d'autant plus que la luminosité était moins grande le soir qu'au milieu du jour. Les objets sont ainsi devenus de plus en plus imprécis, de plus en plus flous, de plus en plus lointains. Dès la nuit tombée, la vision s'éteint, le malade est héméralope. Aussi est-il hanté par la crainte de devenir tout à fait aveugle.

L'examen de l'appareil visuel pratiqué le 13 août dans le service de M. le Professeur Teulières a donné les renseignements suivants :

« Pas de lésions des fonds d'yeux.

« Acuité visuelle : — O. D. doigts 0,25 centimètres.

« Acuité visuelle : — O.G. doigts 0,15 centimètres.

« Réflexes pupillaires normaux.

« Paralysie des deux droits externes.

« Parésie des deux moteurs oculaires communs.

« Mouvements nystagmiformes dans les mouvements de latéralité des globes. »

Nous pensons donc qu'il s'agit exclusivement de troubles de la musculature de l'œil parallèles à la fatigue générale, qui interdit tout travail : tout effort de l'œil aboutit très rapidement, comme tout autre effort, à l'impotence. Le tonus musculaire est brisé.

Diminution très marquée de l'acuité auditive, mais sans aucun trouble subjectif : ni bourdonnements, ni sifflements, ni vertiges. Aucune lésion organique de l'oreille.

La marche est lente, hésitante, titubante, mal assurée. Elle pourrait faire prendre le malade pour un cérébelleux ou pour un ataxique. En réalité, la fatigue est seule en cause et l'examen du système nerveux montre son intégrité absolue. Réflexes normaux, sensibilité intacte à ses divers modes. En dehors du coup de soleil du dos des mains, aucune trace du moindre trouble trophique.

Les viscères sont intacts. Rien aux poumons, aux vaisseaux ni au cœur, sauf une tachycardie assez marquée avec oppression et angoisse sous l'influence du moindre efford, même de l'interrogatoire. Hypoten-

sion manifeste : Mx = 13, Mn = 6, — Io = 1 1/2.

Aucun trouble urinaire. Urines abondantes, 1.200-1.500 c. c., jaune clair, limpides, sans dépôt. L'analyse du 13 août a donné :

| | |
|---|---|
| Densité | 1.022 |
| Urée | 24 gr. (litre). |
| Phosphates | 2,50 |
| Chlorures | 8.50 |
| Albumine | 0,00 |
| Glucose | 1,40 |
| Acétone | 0,00 |
| Urobiline | léger excès |
| Pigments biliaires | néant |

Rien donc à noter qu'une élévation du rapport urée, chlorures, qu'une hypochlorurie relative, hypochlorurie ou hyperazoturie relatives qui, comme je l'ai montré et écrit depuis bien longtemps, correspondent à une formule urinaire d'infection. C'est au cours des maladies infectieuses, au cours des poussées aiguës des infections chroniques qu'on les note toujours et d'autant plus élevées que l'infection est plus aiguë et plus intense. Le rapport inverse s'observe dans le décours de l'infection. Il est le meilleur et le plus sûr en même temps que le plus constant des signes humoraux de la guérison (1).

Il n'existe cependant chez notre malade aucun signe d'aucune infection. La température évolue un peu au-dessous de 37°; le pouls, un peu rapide, bat entre 80 et 90.

Le symptôme dominant chez cet homme est la fatigue. Fatigue extrême allant jusqu'à l'abattement profond où nous pouvons le voir ; fatigue musculaire dont l'amblyopie pogressive et l'héméralopie dépendent, fatigue dont la préoccupation l'a fait tomber dans une noire tristesse, dans une véritable hypochondrie. C'est pour cette fatigue, pour elle seule, disait-il, qu'il avait dû interrompre son travail et finir par échouer à l'hôpital. La diarrhée et l'érythème du dos des mains ne lui semblaient avoir qu'une importance secondaire. Elles en avaient une, cependant, et de premier ordre tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du pronostic.

De quoi, en effet, cet homme était-il atteint ?

D'une maladie générale certainement, d'une maladie *totius substantiæ* puisque, en dehors de l'hypertrophie, modérée d'ailleurs de la rate, il ne présentait aucun signe d'altération organique ou fonctionnelle d'aucun organe. Maladie cachectisante aussi, et dont la cachexie, si rapidement progressive depuis trois mois, indiquait qu'elle approchait certainement de son terme.

(1) P.-E. Micheleau. — Eléments de pathologie générale.

Quelle était cette maladie ?

Assurément pas une maladie professionnelle ni toxique : le métier de maçon ou de manœuvre n'expose à aucune intoxication. La chalicose donne des accidents pulmonaires, on ne pouvait en relever ici la moindre trace.

Cachexie paludéenne ? L'anémie et la splénomégalie pouvaient y faire penser, la nationalité italienne aussi. Mais la Lombardie n'est pas un foyer bien ardent de paludisme et il y a une dizaine d'années que le malade l'avait quittée. Mais la cachexie paludéenne, si elle se développe parfois d'emblée chez l'enfant, ne terrasse l'adulte qu'après que l'hématozoaire l'a maintes fois et sévèrement frappé. Et puis, même chez les cachectiques, il est bien exceptionnel que la flèvre intermittente ne se manifeste pas de temps à autre sinon avec son rythme et ses caractères premiers, du moins sous forme d'accès plus ou moins irréguliers et lointains ou même de fièvre continue de plus ou moins longue durée. Ici, aucun accès antérieur, ni en Italie ni en France, pas la moindre élévation thermique actuelle.

La fatigue musculaire si intense, la fatigabilité au moindre effort pouvaient faire penser à la maladie d'Addison. Mais, si l'anémie était profonde, la coloration jaune sale, un peu bistrée de la peau ne ressemblait en rien à la mélanodermie addisonienne, pas même au niveau du dos des mains. Les dermo-muqueuses étaient fortement décolorées et pâles, mais la muqueuse du gland n'avait pas bruni, la face interne des joues n'était parsemée d'aucune de ces taches noirâtres que les éleveurs montrent avec fierté aux amateurs de chiens de race, de danois et de dogues surtout, comme les témoins les plus sûrs de la pureté de leur origine.

La coloration un peu jaunâtre de la peau s'apparentait plutôt avec celle d'un cancer, la cachexie devait aussi le faire rechercher. Mais où ? l'étude attentive de tous les organes, de toutes les régions montrait leur intégrité absolue. Même lorsqu'il est latent, le cancer de l'estomac finit bien quelque jour par se dévoiler. Diarrhée banale et sans aucun parasite, sans verminose. Anémie pernicieuse progressive ? Certainement non. Leucémie lymphoïde ou myéloïde ? Encore moins : pas de ganglions, pas de splénomégalie, rien à l'examen du sang.

Je ne m'attardai à discuter aucune de ces hypothèses, si je les soulève ici, après coup. J'ai dit plus haut qu'au temps déjà lointain de l'internat, j'avais eu l'occasion de voir un ou deux cas de pellagre. C'est à cette maladie que je pensai tout d'abord, rien qu'à la vue de l'état de prostration de ce pauvre homme et, si je n'avais passé depuis assez longtemps l'âge de la fatuité, j'aurais joui de la stupéfaction des élèves de mon service à m'entendre formuler le

diagnostic de pellagre et demander au malade s'il n'était pas originaire de l'Italie et spécialement de la Lombardie. Ce sera à leur tour d'étonner plus tard leurs élèves s'ils en ont et si, dans quelque trentaine d'années, comme pour moi, le hasard place sous leurs yeux un nouveau cas de pellagre.

Car la pellagre ne s'oublie pas. Pas plus que la lèpre, — j'ai fait le diagnostic de lèpre, il y a quelques mois dans un tramway de Bordeaux, — et je n'ai pas été le seul, m'a-t-on dit, au Conseil d'hygiène où je le signalais. Mais, si les jeunes générations médicales ont bien des chances de ne plus voir de pellagre, elles en ont davantage encore de voir de la lèpre et sans doute avant bien longtemps. La civilisation n'est pas un vain mot et les progrès de la locomotion sous toutes ses formes ont le double avantage de rapprocher aussi bien les races de bacilles que les races humaines et de leur permettre ainsi de mutuels échanges.

La fatigue musculaire, la fatigue accablant le malade au point que, se sentant incapable de soutenir le moindre effort, il en prend un dégoût de plus en plus prononcé de la vie, une tristesse noire, désespérée, une hypochondrie qui le conduit trop souvent au suicide, — les tentatives de suicide sont fréquentes chez les pellagreux, — l'amaurose progressive et l'héméralopie qui ne sont que des suites de cette fatigue, la diarrhée, la cachexie progressive sont les signes cardinaux de la pellagre. Signes cardinaux qui, il faut bien le reconnaître, n'ont rien de spécifique et que l'on peut observer dans d'autres maladies générales, dans d'autres cachexies.

Signes cardinaux auxquels l'adjonction d'un autre, spécifique celui-ci, et l'observation des conditions dans lesquelles il apparaît et se développe, comme les autres, il est vrai, mais peut-être plus nettement qu'eux, vient donner leur véritable valeur et confirmer la nature encore discutable de la maladie.

Ce signe spécifique, c'est l'érythème, c'est la brûlure du dos des mains, c'est le *coup de soleil* du dos des mains, coup de soleil qui fréquemment aussi, se développe sur les autres parties découvertes, le bout du nez et le menton, qui apparaît même sur les parties accidentellement découvertes, à travers la déchirure d'un vêtement. Il est la première manifestation de la pellagre, manifestation isolée pendant plus ou moins longtemps. Il est bien rare que simultanément, très peu après, en tout cas, assez souvent même avant, n'apparaisse la fatigue si caractéristique. Le repos à l'ombre fait bientôt disparaître ces accidents lorsqu'ils sont de date récente. Le retour au soleil les rappelle et l'ombre les amende de moins en moins.

A la fin de l'été, ou en son milieu, alors que les rayons chimiques, les rayons actiniques du soleil seraient moins actifs et moins nombreux, que les rayons caloriques l'emporteraient, dès les premiers jours de l'automne, tout s'apaise. L'hiver, où le soleil brille si peu et si mal, la santé semble revenue. Dès le printemps le jeune soleil récupère son énergie. Son spectre est riche de radiations actiniques, de radiations à courte longueur d'onde et à vibrations ou ondulations de plus en plus rapides suivant que ces ondes sont plus courtes. Les plus actives sont précisément les plus rapides et les plus courtes, celles qui, dans le spectre, voisinent le violet et le dépassent.

Parallèlement, coup de soleil et fatigue reparaissent, s'atténuant après le repos à l'ombre mais de moins en moins à mesure que la maladie vieillit, se compliquant bientôt de troubles digestifs, anorexie, nausées, vomissements parfois, diarrhée toujours, et surtout diarrhée qui, une fois installée ne cède plus, demeure rebelle à tous les traitements, et concourt pour une part importante à l'amaigrissement, à l'anémie, à la cachexie ultime. Troubles mentaux aussi mais d'apparition plus tardive et non plus parallèle et qui marquent à l'ordinaire la fin de la maladie. A moins que, ce qui paraît légitime, l'on ne considère comme un trouble mental, la tristesse profonde qui, dès le début, s'empare des malades et leur donne le dégoût de la vie. Dégoût de vivre compliqué de la désespérance de vivre et qui finit trop souvent par conduire le pellagreux au suicide, au suicide par submersion surtout.

L'observation populaire, qui toujours et partout précède l'observation médicale, ne pouvait manquer de reconnaître et les caractères de la maladie et l'influence sur son évolution des rayons du soleil printanier. D'où son nom de *pellagre*, peau malade, et de *mal del sol*, celui-ci plus familier aux paysans lombards.

Le diagnostic n'en est point difficile : il suffit d'en avoir vu et d'y penser. J'ai dit la surprise des élèves à me l'entendre formuler, à m'entendre aussi demander si le malade n'était pas Italien.

Je portai le pronostic le plus sombre et à très brève échéance : l'état cachectique de ce pauvre homme, son abattement, sa tristesse, son dégoût de la vie, son anorexie à peu près absolue, sa diarrhée y auraient pu suffire, son amaurose et son héméralopie avec paralysies externes de l'œil, sa perte de mémoire, son apparence un peu extatique et figée y ajoutaient la gravité particulière aux troubles nerveux et mentaux.

Quant au traitement, je n'en connais point de spécifique. Une salle d'hôpital n'est pas un lieu particulièrement ensoleillé et le malade ne quittait pas son lit. Je recommandai de l'alimenter le plus et le mieux possible et prescrivis une potion tonique avec spartéine, quinquina,

canelle et punch et de l'huile camphrée en injection.

Les événements ne tardèrent point à se dérouler suivant mes prévisions. Après cinq jours de prostration absolue, d'apathie complète d'où il ne sortait que très rarement et seulement pour exprimer son dégoût de vivre et sa crainte de devenir bientôt complètement aveugle, le malade est pris brusquement, dans la nuit du 15 au 16 août, d'un accès d'excitation maniaque. Il s'agite violemment, se lève pour essayer de fuir en criant « au feu, je brûle, l'essence ». Contre l'infirmier qui essaie de le retenir, il se défend à coups de poings et de pieds, il essaie de mordre. On réussit à le recoucher mais encore agité et vociférant. Il se rendort. La séance a duré à peu près un quart d'heure. Elle se reproduit quatre fois dans le courant de la nuit, un peu moins violente et un peu plus courte à chacune, la crainte du feu par essence enflammée dominant le délire.

Au matin, je trouve cet homme épuisé, inerte, dans une torpeur dont on a les plus grandes peines à le tirer. Encore n'en obtient-on que quelques grognements ou gémissements à peu près inarticulés. Au cours de la visite il prend bientôt une attitude extatique, la tête fortement redressée en arrière, les yeux, sans regard, fixés sur le plafond, les mains tendues paumes en l'air comme pour supplier quelque puissance invisible.

Il demeure dans cet état tout le reste de la journée. Si on tente de l'en tirer, pour l'alimenter, par exemple, l'excitation recommence : il se débat, essaie de frapper, vocifère, crie qu'il voit un nègre, qu'on l'arrose d'essence, qu'il brûle, etc... Eclair fugitif d'où il ne tarde pas à retomber dans sa torpeur. Il essaie de se lever, se lève même à deux ou trois reprises mais se laisse facilement recoucher presque aussitôt.

Les troubles digestifs s'accentuent encore : la diarrhée augmente, des vomissements apparaissent, faciles, sans effort, presque en fusée, pituiteux, bilieux, trois à quatre par jour, qui ne vont plus cesser jusqu'à la mort. C'est à peine si l'on peut faire avaler quelques cuillerées de tisane. Le malade n'y voit plus, ne répond plus, autant, semble-t-il, parce qu'il est devenu tout à fait sourd en même temps qu'aveugle, que parce qu'il ne comprend plus. Il meurt le 20 août à onze heures du soir.

La température, qui était demeurée étale à 1 ou 2/10es au-dessous de 37°, monte à 37°3 le 19 matin, 37°9 le 19 soir, 39° le 20 matin, 40° le 20 soir.

La nécropsie pratiquée dans la matinée du 22 n'a révélé aucune lésion apparente d'aucun viscère non plus que du système nerveux. L'examen bactériologique n'a rien donné.

La *pellagre* est une maladie aujourd'hui disparue de nos régions de France, où les Landes, les Landes du bassin d'Arcachon et du Médoc surtout, en furent le principal, sinon l'unique foyer. Tellement disparue qu'il n'en est plus question dans les traités. Je dois être un des très rares médecins de Bordeaux qui en aient vu.

Elle semble avoir été observée pour la première fois en Europe au XVIIIe siècle, en Espagne, dans la province d'Oviedo. En 1760, elle envahit l'Italie avec les allures d'une véritable épidémie. Ce n'est qu'en 1820 qu'elle se manifesta en France, dans les Landes et la Gironde, surtout dans les Landes girondines du Médoc et du bassin d'Arcachon. Dans son mémoire sur la pellagre dans le département de la Gironde (*Soc. méd. des hôp.*, 1863), Henri Gintrac évalue à 150 environ le nombre des pellagreux du seul canton de Castelnau-de-Médoc. Quelques cas à Paris en 1842 et 1843, un foyer peu important en Champagne en 1863. Il n'en demeure plus qu'en Italie, dans la Lombardie surtout et dans certaines parties de la Toscane, du Piémont, de la Vénétie, du Milanais et dans quelques régions de l'Europe centrale : Roumanie, Yougo-Slavie, et Tchéco-Slovaquie.

Nous en avons suffisamment décrit les symptômes avec leur début au printemps et l'influence si nette du soleil sur leur évolution pour n'avoir pas à y revenir.

L'érythème du dos des mains n'est qu'un coup de soleil, une brûlure du premier ou du second degré avec phlyctènes suivies d'ulcérations toujours très longues à guérir laissant après elles des cicatrices épidermiques plus ou moins dépigmentées, minces et lisses ou épaisses et rugueuses, au contraire. Simple desquamation en minces lamelles épidermiques après l'érythème mais laissant aussi une peau indélébilement marquée, amincie, brune ou dépigmentée et blanc rosâtre, au contraire, comme chez notre malade.

Ce n'est pas le dos des mains seul qui est atteint : le nez, le menton le sont aussi. Et bien davantage chez les Landais que chez les Italiens. Le Landais brave les rayons du soleil coiffé seulement du béret ou d'une casquette. L'Italien a coutume de s'en abriter sous un large chapeau de feutre dont la permanence sur sa tête suffit, dans nos campagnes aujourd'hui désertées par leurs *nés natifs* sous la double influence de l'appel vers le fonctionnarisme et le machinisme triomphants, à faire le diagnostic que la bonne terre française, que la bonne terre gasconne particulièrement, devient de plus en plus colonie italienne. L'ombre du chapeau protège le menton et le nez.

La fatigue est le premier des symptômes généraux. Elle accompagne le coup de soleil ou

le suit de très près, quelquefois même ne le précède point. Nous avons assez insisté sur son intensité, sur l'accablement, la tristesse, le dégoût de la vie qu'elle provoque au point de conduire le pellagreux à la lypémanie, à la mélancolie et au suicide. Suicide par submersion presque exclusivement, au dire des aliénistes italiens dans les asiles desquels les pellagreux sont loin d'être rares.

Peut-on rapprocher la submersion comme mode de suicide, de la peur du feu, de l'essence enflammée dont se plaignait d'être entouré et brûlé notre malade ? Simple hypothèse, mais qui n'a rien d'illogique si on la rapproche du fait que la fatigue s'accompagne bien souvent de douleurs parfois très vives le long du dos, le long des membres, douleurs à type fulgurant quelquefois, et qui concourent avec la faiblesse musculaire à rendre la marche vacillante, hésitante, déséquilibrée. D'où l'apparence ataxique de certains pellagreux. D'autant que les vertiges allant jusqu'à la perte momentanée de connaissance et à la chute ne sont pas rares, non plus que les bourdonnements d'oreilles et les troubles auditifs, les parésies sinon même les paralysies de la musculature externe de l'œil, l'amblyopie, l'héméralopie, l'amaurose, comme chez notre malade.

Nous ne reviendrons pas sur les troubles digestifs, sur la diarrhée si rebelle et si intense, sans caractères spécifiques cependant ; sur l'anémie si profonde, l'amaigrissement, la cachexie non plus.

Les autres symptômes ne comptent pas. S'il en existe, ils sont surajoutés, passagers, sans spécificité aucune, sans importance non plus.

C'est donc avec raison que la pellagre fût rangée dans le cadre des maladies générales, dans le cadre des cachexies, à côté du myxœdème et de la maladie d'Addison. Si les lésions de celle-ci étaient connues, étaient soupçonnées tout au moins, la cause de ces lésions, la cause de ces cachexies, n'était-elle point mystérieuse ? Ne l'est-elle point encore demeurée aujourd'hui malgré les progrès incontestables de nos techniques ?

Si, en effet, l'action du jeune soleil du printemps, plus riche en rayons actiniques que le soleil déjà déclinant qui suit le solstice d'été, sur le développement de la pellagre n'est pas plus discutable que ne l'est l'action des rayons de Rœntgen, rayons actiniques artificiels, sur le développement du cancer des radiologues, nous ignorons totalement si ces rayons sont par eux-mêmes les agents pathogènes déterminants ou seulement secondaires et favorisants de ces deux maladies. S'agit-il d'une sensibilisation à la lumière solaire, d'une lumino-sensibilisation, pour sacrifier au dieu moderne de l'anaphylaxie, dont tous les accidents de la maladie ne seraient que les suites de plus en plus aggravées par des sensibilisations saisonnières renouvelées ? Hypothèse aussi difficile à formuler qu'à soutenir, peut-être même à comprendre.

On a fait pendant longtemps de la pellagre une intoxication par le maïs avarié. Intoxication étiologiquement comparable à l'ergotisme, causée, comme lui, par un parasite, le *verdet ou verdarame* qui, comme l'ergot, sur le seigle, pousse sur le maïs d'autant plus abondamment que le maïs eut davantage à souffrir d'une saison plus humide, de pluies plus persistantes. Le maïs tient encore la plus grande place dans l'alimentation des populations paysannes de la Lombardie comme jadis des Landes.

Mais il est des régions, la Champagne, par exemple, où l'on ne cultive pas le maïs. La pellagre y a cependant été observée et chez des gens qui n'en avaient jamais mangé un grain. Le verdet ne peut donc expliquer tous les cas à moins que ce parasite ne se développe aussi sur d'autres céréales.

La misère et le soleil sont les deux facteurs dont l'observation a depuis toujours et partout démontré l'influence essentielle. C'est sur les populations les plus pauvres des régions les plus misérables, vivant dans les campagnes les plus isolées, les plus éloignées de toute communication avec les grands centres, dans les conditions hygiéniques les plus défectueuses, que la pellagre fut toujours et est encore à peu près exclusivement observée. C'est sous l'action des premiers rayons du soleil printanier qu'en apparaissent les premières manifestations et sous forme d'un accident manifestement dû au soleil, qu'elles reparaissent ensuite, après le retour saisonnier à la santé de l'automne et de l'hiver.

Que l'alimentation par le maïs avarié ou non par le verdet y soit pour quelque chose, ou même pour beaucoup, c'est possible sinon probable. Pas chez les pellagreux, évidemment, qui ne consommaient point ce maïs. Mais ceux-ci vivaient dans des conditions aussi misérables, aussi peu hygiéniques, au point de vue alimentaire surtout, usant fort peu d'aliments azotés, de viande fraîche notamment dont la consommation est d'autant plus forte dans un pays que ce pays est plus riche. C'est à la pauvreté du maïs en éléments azotés que les auteurs du dernier siècle rapportaient la pellagre. Ils en faisaient ainsi, bien que le mot ne fût pas encore inventé, une véritable maladie de carence, de carence des albuminoïdes. La théorie des vitamines, si en faveur aujourd'hui, ne pouvait manquer d'abonder dans ce sens et d'en faire une avitaminose, une avitaminose à vitamine inconnue, aucune lettre de l'alphabet n'ayant encore été attribuée à celle-ci pour la tirer de

son anonymat. L'amblyopie progressive, l'héméralopie de notre malade ne sont pas en contradiction, bien au contraire, avec cette hypothèse et la nature tropho-neurotique possible de la maladie.

Mais carence, si elle existe, — et n'oublions pas que ce sont les céréales, les céréales le plus grossièrement apprêtées surtout, comme dans les pays de misère, qui, avec les légumes, contiennent le plus de vitamines, — misère et coups de soleil qui, eux, sont certains, ne peuvent être retenus, nous semble-t-il, qu'à titre de causes favorisantes, de causes adjuvantes, pas de causes essentielles. La cause réelle, la cause efficiente, sous sommes bien forcés de reconnaître qu'elle nous demeure mystérieuse encore.

L'agent pathogène de la pellagre est-il une bactérie non encore isolée, un virus filtrant indécelable, est-il plutôt un hématozoaire insoupçonné et plus ou moins apparenté à celui du paludisme, comme s'y apparentent, d'un peu loin, sans doute, mais s'y apparentent tout de même les allures de la maladie, un spirochète plus ou moins pâle et subtil ? Nous ne le savons pas.

Nous savons seulement que les maladies par carence guérissent d'habitude lorsque la carence est comblée. Nous savons aussi l'influence des traumatismes, de tous les traumatismes sur les réveils des hématozoaires et des spirochètes endormis.

Or, les premières manifestations de la pellagre apparues, le changement d'alimentation n'agit plus guère sur son évolution ultérieure : c'est le contraire pour les avitaminoses. Si pendant l'hiver, à ses débuts tout au moins, on a pu croire que la maladie était guérie, elle récidive dès le printemps revenu, au premier choc du soleil. De même que les traumatismes réveillent un paludisme endormi depuis longtemps, de même, par le traumatisme dont ils heurtent la peau, les rayons du soleil printanier réveillent la pellagre endormie pendant l'hiver. Ils la réveillent et ils en précipitent la marche comme les traumatismes répétés de la radiologie appellent le cancer et précipitent ensuite sa marche. Le cancer que, cependant, la thérapeutique officielle proclame par ses affiches être surtout, sinon même seulement, vulnérable aux rayons X!.... Qui sait si quelque jour prochain on ne découvrira pas sa nature infectieuse ou parasitaire ? En attendant, l'influence des traumatismes sur ses localisations et sur son évolution n'est pas discutée, des traumatismes à répétition surtout.

Le paludisme a disparu de la région landaise comme en a disparu la pellagre. Je ne sache pas que l'on ait jamais cherché s'il existait un parallélisme entre les deux. Les régions de l'Italie et de l'Europe centrale où elle demeure encore endémique chevauchent les régions à malaria : est-il donc illogique de supposer qu'ils purent avoir des ancêtres communs ?

Il serait malséant, après avoir rendu un platonique hommage au dieu de l'avitaminose de ne point sacrifier aussi, et tout aussi platoniquement, au dieu nouveau venu lui aussi mais tôt œcuménique, de l'anaphylaxie et de l'allergie. Le soleil, que l'on ne peut décemment point accuser d'introduire une albuminoïde anaphylactisante dans l'organisme, n'y détermine-t-il point une modification de ses albumines qui les sensibilise à ses actions ultérieures ? Le fait de sa guérison apparente au cours de l'automne et de l'hiver ne peut-il faire considérer la pellagre comme une maladie allergisante ? Hypothèse légitime comme toutes les hypothèses et discutable, comme toutes les hypothèses aussi, mais d'un intérêt pratique des plus incertains.

Revenons aux parentés possibles de la pellagre avec le paludisme ou une spirochétose ou spirillose inconnue. L'histoire de notre malade ne les contredirait point.

Né dans la Lombardie, pays du paludisme, il y a vécu jusqu'à son service militaire se nourrissant surtout de *polonta* de bouillies à la farine de maïs. Maçon de son état, il travaillait au soleil. Il est probable que, comme tous les Italiens qui sont venus coloniser nos belles régions gasconnes, — et c'est là un caractère pathognomonique, si je puis dire, de leur nationalité, — il portait, en travaillant, un large chapeau de feutre au lieu de la casquette ou du béret de nos ouvriers et de nos paysans, qu'ainsi son nez et son menton furent préservés et que, seul, le dos de ses mains et de ses poignets fut frappé par le coup de soleil.

Venu il y a une dizaine d'années en France, c'est à Arcachon qu'il se fixa, à Arcachon dont les bords du bassin furent jadis un des foyers les plus importants de la pellagre landaise, comme les Landes furent jadis d'intenses et de tenaces foyers de paludisme. Importait-il de Lombardie le germe de sa pellagre, s'en est-il ensemencé à Arcachon ? Impossible de décider puisque, outre que l'existence de ce germe est bien loin d'être démontrée, il resterait à expliquer s'il fut pris en Lombardie, sa latence, sa vie saprophytique pendant de longues et silencieuses années; s'il fut pris à Arcachon, qu'il se soit agi d'un cas unique, d'un cas strictement isolé : la pellagre est trop rare pour risquer de passer inaperçue et de ne pas être signalée s'il y en avait eu d'autres cas.

Il est plus que probable qu'à Arcachon cet homme ne connut pas la misère. « Quand le bâtiment va, tout va » faisait-on dire jadis aux économistes officiels. Or, sur les bords du bassin d'Arcachon, le bâtiment n'a cessé d'aller même encore et malgré la crise et la bâtisse de demander plus de maçons que les maçons de bâ-

tisse. Il est tombé malade il y a trois ou quatre ans, peut-être même plus tôt, donc avant la crise et, s'il n'avait plus de ressources lorsqu'il entra à l'hôpital, il en avait eu suffisamment au début de sa maladie pour pouvoir se reposer et se soigner. A Arcachon, il s'était bien nourri, vivant avec ses compagnons ouvriers et de la même vie, ne se contentant plus des bouillies de maïs de sa jeunesse. Est-il bien logique de parler chez lui de carence, d'avitaminose, de trophoneurose ? N'est-il pas aussi légitime de rapporter plutôt à la cachexie pellagreuse déjà manifeste l'amblyopie et l'héméralopie ? Point n'est besoin davantage, non plus, d'une sensibilisation anaphylactisante aux coups de soleil, pour expliquer les rechutes et l'aggravation progressive et des coups de soleil du dos des mains et des accidents généraux.

Laissons les théories. La meilleure est caduque et les mots ne servent trop souvent qu'à voiler notre ignorance. Retenons simplement, et ce sont là des faits, l'influence incontestable de la misère et des coups de soleil. C'est en diminuant la misère, en assurant, par la rapidité et la sécurité accrues des communications, des apports alimentaires plus abondants et surtout, peut-être, plus variés — l'homme est omnivore — que la civilisation a fait disparaître la pellagre de nos régions landaises en même temps que le pin, remplaçant l'ajonc et la flouve des marais, asséchait le sol et faisait disparaître le paludisme bien avant que ne fût connu le rôle des anophèles dans sa propagation.

Le *diagnostic* de la pellagre est facile : il suffit d'en avoir vu pour ne pas l'oublier, d'y penser, si l'on en a déjà vu, pour en reconnaître les symptômes. Le coup de soleil et la fatigue printanière qui s'atténuent et disparaissent à l'ombre, les troubles digestifs, les troubles mentaux à tendance hypochondriaque et mélancolique forment un ensemble suffisamment caractéristique. On peut dire de la pellagre que le syndrome évolutif qui la caractérise est la dépression progressive de l'énergétique.

Le *pronostic* est des plus sombres. Le diagnostic équivaut à un arrêt de mort. Plus ou moins prochaine, c'est entendu, car ici, comme partout, en médecine, il faut distinguer. La graine, s'il en est une, doit être la même pour tous. Le terrain diffère et, ici comme dans la plupart des maladies, les victimes sont plus ou moins gravement frappées suivant leur situation sociale. Il en est en médecine comme en sociologie:

« L'alguazil dur au pauvre au riche s'attendrit ».
(V. HUGO, *Ruy Blas*).

Dure au pauvre la pellagre s'attendrit au riche. Sans doute elle ne guérit pas plus chez celui-ci que chez celui-là mais ses atteintes lui sont plus légères et sa marche plus lente. La faculté de se reposer à l'ombre et longtemps, l'alimentation plus substantielle et plus variée atténuent le coup de soleil et la fatigue, la connaissance de l'action néfaste du soleil et la possibilité de se dérober à ses rayons en retardent le retour. Aussi la maladie ne dure-t-elle guère plus de trois ou quatre ans chez le pauvre et arrive-t-elle rapidement à son stade de cachexie, à celui de la folie que le suicide, le suicide par immersion surtout, vient trop souvent prématurément terminer.

Car les troubles gastro-intestinaux, la diarrhée et l'aliénation mentale sont les accidents terminaux de la pellagre. Nombreux sont les pellagreux que les asiles de la Haute-Italie comptent parmi leurs pensionnaires. L'une des meilleures descriptions de la pellagre est celle qu'en a écrite jadis Lombroso.

*L'anatomie pathologique* est nulle. Les relations du dernier siècle sont muettes ou à peu près. La nécropsie de notre malade n'a permis de relever au niveau d'aucun organe, du tube digestif comme du système nerveux notamment, aucune altération d'apparence spécifique.

On peut dire du *traitement* qu'il n'existe pas, d'un traitement spécifique tout au moins. La thérapeutique ne peut être que symptomatique et hygiénique.

Elle réside surtout dans l'hygiène rurale et alimentaire qui a donné de si bons résultats dans la lutte contre le paludisme. Assainir le sol et les habitations, assurer aux populations une alimentation abondante et variée, les instruire des dangers des rayons du soleil au printemps, les soustraire à son action dès la première menace d'accidents, dès le premier érythème du dos des mains ou des avant-bras et les hospitaliser au repos et à l'ombre en même temps que les alimenter très substantiellement en constituent les moyens les plus efficaces et les meilleurs tant au point de vue de la prophylaxie que de la thérapeutique.

Les bains tièdes peuvent modifier les altérations de la peau et calmer les accidents nerveux. Les antiseptiques intestinaux, les ferrugineux, les amers, les toniques sont employés pour combattre la faiblesse générale, la diarrhée, la dyspepsie. Médication essentiellement banale et d'une impuissance définitive à peu près constante et absolue.

# LES DÉPOTS CALCAIRES INTRA-OSSEUX (1)

Par le Dr Marcel GALLAND (de Berck)

Tout récemment, chez une jeune malade de 23 ans atteinte d'ostéo-arthrite sacro-iliaque qui fut fistuleuse pendant quelque temps, il nous fut donné de faire pratiquer un examen radiographique des deux poignets. Le poignet droit était un peu douloureux et légèrement gonflé depuis plusieurs mois. Ces symptômes frustes n'avaient pas imposé l'immobilisation. Quelle ne fut pas notre stupéfaction de constater sur les épreuves radiographiques un minimum de lésion sur le poignet malade, mais, en revanche, *dans le grand os du côté sain, une tache noire homogène traduisant une densification calcaire très prononcée* (figure 1). Ce fait nous rappela aussitôt le souvenir d'une tache sombre analogue constatée dans la région sus-cotylienne au cours de l'évolution d'une coxalgie (fig. 2). Cette tache était restée identique à elle-même au cours de toute l'évolution de la coxalgie.

Et maintenant, comparons ces deux cas. Dans le dernier (coxalgie) tache homogène, sans aspect évolutif. Origine ? pathogénie ? Ignorance totale.

Mais un examen plus attentif des radiographies des poignets est autrement instructif. Si du côté sain ou supposé sain, nous trouvons une tache noire (face et profil) de la grosseur d'un gros pois et homogène, nous trouvons sur le côté malade, outre le flou de quelques espaces articulaires, des irrégularités de condensation au niveau du grand os précisément, et celles-ci apparaissent sous l'aspect de traînées noirâtres, inégales ; souvent en forme de grains et dessinant un cercle irrégulier tant sur la face que sur le profil. Il s'agit donc d'un dépôt calcaire à la zone périphérique d'un volume irrégulièrement sphérique, sans doute d'une caverne. Cette condensation est probablement la traduction

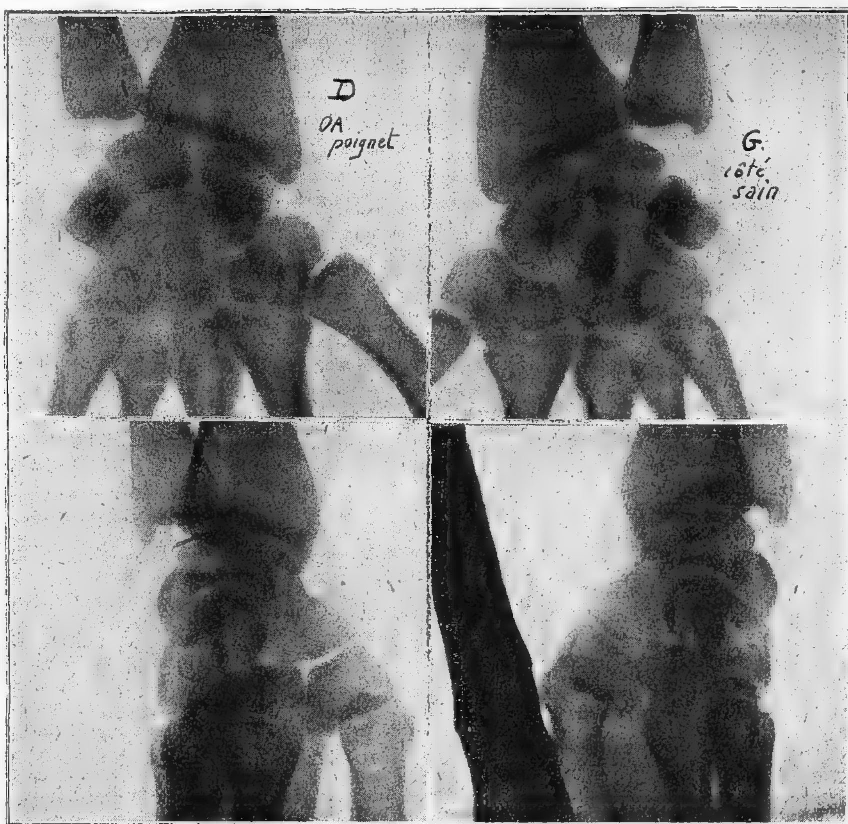



FIGURE 1. — Jeune fille de 20 ans soignée pour O. A. Sacro-iliaque bacillaire. Léger gonflement du poignet d. flou articulaire léger, ombre circulaire au niveau du grand os. Mais du côté g. supposé sain, tache centrale opaque. Il s'agit sans doute d'un foyer guéri. (Calvé-Galland n° 13 du tableau.)

(1) Travail de la Fondation Franco-Américaine de Berck.

d'un processus de guérison au niveau d'une lésion originelle du grand os. Il est dès lors admissible que la tache homogène très dense observée du côté sain soit un processus cicatriciel de lésion probablement tuberculeuse, mais accompagné de recalcification intense. Il est intéressant de noter par ailleurs que les processus de guérison de la lésion sacro-iliaque ne

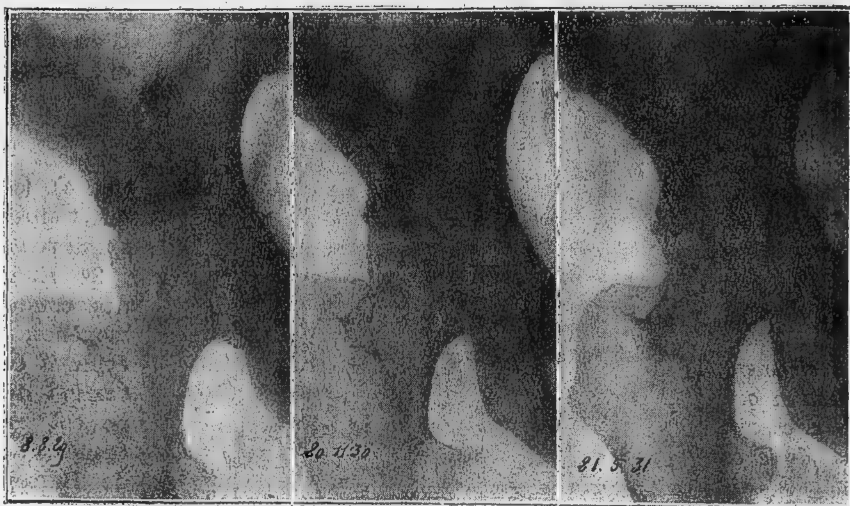



FIGURE 2. — Jeune fille de 15 ans soignée pour coxalgie. Dans la région sus-cotylienne, tache opaque sans aspect évolutif. Pathogénie inconnue (Calvé-Galland n° 12 du tableau).

Figure 3. — Deux taches région trochantérienne et intertrochantérienne. Il s'agit sans doute d'un foyer guéri chez un sujet nettement tuberculeux (reproduit d'après Barsony et Schulhof, cas n° 7 du tableau).

se caractérisent, en revanche, par aucune particularité digne d'être notée.

Nous avons eu la curiosité de feuilleter la littérature. Nous avons retrouvé 11 observations publiées : 5 par Salinger, le premier en date, 1 par Mlle Léopold, 5 par Barsony et Schulhof; en y adjoignant nos deux cas et celui que, très obligeamment, nous communique aujourd'hui même Cayre, de Berck, nous réunissons 14 cas. Toutes les particularités intéressantes sont consignées dans le tableau synoptique ci-contre.

Quelles conclusions d'ensemble sommes-nous en droit de poser ?

Chaque fois que les auteurs font mention des antécédents ou des concomitances, nous notons *la réelle fréquence des lésions tuberculeuses* (8 fois sur 12, dont 2 cas douteux). Il est vrai que les examens radiographiques sont pratiqués avec une fréquence toute particulière chez les sujets tuberculeux pulmonaires ou osseux.

*Ces manifestations sont toujours asymptomatiques* : une fois seulement (cas n° 7) l'attention a été attirée par des douleurs de la région trochantérienne.

*Ces lésions apparaissent essentiellement en tissu spongieux.* Une lésion centro-vertébrale (n° 9), tissu spongieux costal (n°s 10 et 11), grand os (n° 13), tête du péroné (n° 3), métaphyses des os longs humérus (n° 8), métaphyse tibiale (n° 14) et surtout fémur (n°s 1, 2, 4, 5, 6, 7), enfin, région sus-cotylienne (n° 12) Barsony nous écrit que depuis sa publication, il a observé 20 cas de condensation sus-cotylienne, ces 20 cas n'étant pas de nature tuberculeuse.

*Et voici précisément la dernière question qui se pose à notre esprit. N'y a-t-il pas dans ce domaine des dépôts calcaires intra-osseux, deux parts à faire : 1° le groupe des condensations en rapport avec un processus inflammatoire, habituellement tuberculeux ; 2° le groupe des condensations qui ne sont probablement pas d'origine inflammatoire, mais pour lesquelles notre ignorance est absolue.*

FIGURE 4. — Ombre irrégulière, dense au sein d'un os légèrement soufflé, antécédents tuberculeux. Il s'agit sans doute d'un foyer guéri. (Reproduit d'après Barsony et Schulhof, cas n° 8 du tableau.)

FIGURE 5. — Cas de Mlle Léopold (Hongrie) ombre irrégulière circulaire dans la métaphyse fémorale inférieure sur le côté supposé sain. Origine inconnue (cas n° 6 de notre tableau).

1° Nous considérons que les cas dans lesquels l'ombre n'est pas homogène ou est répartie essentiellement à la périphérie (1) sont des processus cicatriciels ; c'est le cas des fig. 3 et 5 et des observations 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9 (centre sombre, pourtour stratifié en feuilles d'oignon). Il en est de même chaque fois que l'on observe une voussure ou un amincissement du tissu compact périphérique (fig. 4), (cas n° 8 et 14) qui rappellent tant le *spina ventosa* ;

2° Enfin, le groupe des condensations homogènes, d'aspect non évolutif (notre cas de coxalgie décrit au début de cet article) les 20 taches sus-cotyliennes de Barsony ont peut-être une origine inflammatoire. Notre ignorance est à peu près totale. Ces condensations peuvent avoir quelque parenté avec les énostoses de Virchow ou les îlots compacts décrits par M. B. Schmidt.

(1) Mais ces processus de condensation irrégulière peuvent, à un stade plus tardif, devenir homogènes.

| dre | Auteurs | Sexe | Age | Antécédents | Concomitances | Description de la tache — Sièges | Dimensions | Aspect | Symptômes | Pathogénie probable |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Salinger | | | | O. A. genou d. sans s. radiographie. | 1/3 inf. fém. d. | | Irrégular. en tissu spongieux. | 0 | ? |
| 2 | d° | | | | Diabète et tuberculose. | *Idem.* | noix | *Idem.* | 0 | ? |
| | | | | | » | Centre tête du péroné. | cerise. | *Idem.* | 0 | ? |
| | d | | | | » | 1/2 inf. fémur. | | | | |
| | – | | | Tuberculose pulmonaire. | » | *Idem.* | | Corticale légèrement voussurée. | 0 | ? |
| 6 | Léopold | | | | Douleurs genou opposé. | Métaphyse fémorale. | | | | |
| | | | | | | | | Plus sombre à la périphérie. | 0 | ? |
| 7 | Barsony et Schulhof | m. | 34 | En vingt ans, pleurite, lymphome, sciatique, abcès sacro-iliaque, tuberculose rénale. | » | 1° Trochanter ; 2° Et région intra-trochantérienne. | 4 c/m. | Cruciforme. Cercle. | Doul. trochantérienne depuis quelque temps | Processus tuberculeux. Guéri. |
| 8 | d° | m. | 61 | Douleurs rhumatismales. Toux, fils tuberculeux. | » | Métaphyse humérale supérieure. | 5 c/m. | Irrég. contour. Irrég. corticale voussurée et amincie. | 0 | Processus tuberc. guéri. Type spina ventosa. |
| 9 | d° | f. | 64 | Abcès, rhumatisme vertébral. | » | Centro-vertébral XII$^{e}$ V. D. | 2 c/m. 1/2 | Centre sombre pourtour stratifié. | 0 | ? |
| 10 | d° | m. | 27 | 0 | » | 5$^{e}$ côte. | haricot | Irrég. à prolongements. | 0 | ? |
| 11 | d° | | | » | Tuberculose pulmonaire. | 3$^{e}$ et 5$^{e}$ côtes. | | | | |
| 12 | Calvé et Galland | f. | 15 | » | Même côté que coxalgie. | 4 c/m. au-dessus cotyle. | 1 c/m. 1/2 | Circul. homogène. | Non évolutive | ? |
| 13 | d° | f. | 23 | » | Arthrite sacro-iliaque. | Centre grand os. | 1 c/m. | *Idem.* | | |
| 14 | Cayre | f. | 17 | » | | Métaphyse tibiale. | 4 c/m. | | Légère voussure et empâtement. Douleurs locales. | Processus inflammat. de nature indéterminée. |

Nous reproduisons ci-contre un îlot compact du cuboïde d'après Barsony.

Avant de terminer, rappelons que Cayre (cas 14) est intervenu (se demandant s'il ne s'agissait pas d'un séquestre) il est tombé sur un îlot densifié et tellement dur que le ciseau n'enleva que des éclats infiniment petits comme si l'on burinait de la pierre, le ciseau se retroussant et étant mis hors d'usage.

Cet examen n'a pu donner la clef du mystère.

Nous venons nous-même de pratiquer une arthrodèse de la hanche sur le sujet de la figure 2. Nous avons pratiqué un volet à charnière supérieure au voisinage de la tache sombre. Nous n'avons pu arriver à plier l'os à ce niveau, et il fallut casser la charnière au ciseau sur les deux tiers de sa longueur.

Nous croyons qu'il n'était pas sans intérêt d'attirer l'attention sur ces faits. Nous avons tous observé des cas analogues, en plus ou moins grand nombre. Il est curieux, malgré le peu d'intérêt thérapeutique de ces manifestations, de les rechercher, de les grouper et de chercher à déterminer leur dignité pathogénique et biologique.

FIGURE 6. — Un îlot compact cuboïdien (reproduit d'après Barsony et Schulhof).

## LE CAVUM EN PSYCHIATRIE ET EN NEUROLOGIE

Par le Docteur Auguste COLIN, de Nice.

Je viens de lire dans la *Presse Médicale* que le Docteur Gibier-Rambaud, ancien directeur de l'Institut Pasteur de New-York, mettant en pratique une thérapeutique basée sur la doctrine des infections focales, doctrine si chère aux Américains, a soigné quatre démences précoces par le nettoyage médico-chirurgical du cavum, de la bouche et des dents et que les résultats obtenus ont été très satisfaisants.

Et il ajoute : « Il serait, bien entendu, tout à fait prématuré de prétendre tirer des conclusions dogmatiques des quatre observations précitées, quoique nous ayons eu des résultats uniformément satisfaisants dans les seuls cas que nous avons pu traiter jusqu'à présent, dont trois d'une façon suivie et systématique. Il nous faut d'abord suivre ces trois derniers cas pendant un temps assez long et voir ce que réserve l'avenir. Cependant, l'intérêt qu'ils présentent nous permet quelque espoir au sujet d'une maladie qui était considérée comme à peu près incurable. Nous pouvons aussi entrer dans quelques considérations générales au sujet des psychoses, dont certaines dégénèrent tôt ou tard en démence précoce.

« Nous savons que les maladies infectieuses aiguës peuvent s'accompagner de troubles mentaux, à un moment donné de leur évolution. Mais *nous avons généralement ignoré les infections focales comme cause possible de psychoses.*

« Nous oublions souvent que les microbes dont nous sommes tous les hôtes peuvent, à un moment donné, trouvant un terrain propice, un foyer leur permettant de se développer là où la défense de l'organisme est faible ou nulle, devenir pathogènes et causer des troubles aussi multiples que variés.... »

Je retiens de cet exposé que, d'après cet auteur, bien des psychoses, bien des états nerveux pourraient provenir d'une infection méconnue, et que cette infection se localise plus particulièrement dans le cavum, dans la bouche, dans les dents. Je suis absolument de cet avis. Cependant mon expérience personnelle me permet d'attribuer à l'infection du cavum *un rôle prépondérant.*

Voici d'ailleurs ce que j'écrivais, il y a trois ans dans mon livre *A la recherche de la santé,* sur la pathogénie des troubles mentaux.

Les états morbides nerveux ou mentaux dépendent à la fois d'un état héréditaire ou acquis des centres cérébro-médullaires ou des nerfs, et d'une cause qui est intervenue pour les troubler.

On comprend très bien que, par suite de l'hérédité, les cerveaux des individus soient à la naissance différents au point de vue du potentiel de leur développement psychique, mais, dans la suite, ce développement psychique, ne se manifestera pleinement que si la nutrition du cerveau est assurée d'une façon normale. Pour que le cerveau jouisse de toutes ses qualités, pour que les manifestations intellectuelles, morales et affectives s'exercent normalement, pour que la motricité et la sensibilité soient de bonne qualité, il faut que les cellules cérébrales reçoivent les substances nécessaires à leur nutrition, les incorporent à leur protoplasma et se déchargent des déchets. Or, ce travail ne se fera que grâce au bon fonctionnement des centres sympathiques qui président à la nutrition du cerveau. Dans ces conditions, tout ce qui retentira sur le sympathique pourra avoir sa répercussion sur la nutrition du cerveau et créer ainsi des désordres plus ou moins accentués qui se traduiront par les phénomènes morbides les plus variés.

Supposez, par exemple, une infection sanguine, même légère (bactéries ou toxines) survenant chez un individu ; les poisons s'attaquent au sympathique, rendent son tonus déficient, et alors le fonctionnement des organes n'est plus normal, ce qui provoque des troubles.

Supposez que le poison microbien et le poison toxi-alimentaire qui en est la conséquence quand l'individu s'alimente, exercent leur action nocive sur les centres sympathiques qui président à la nutrition du cerveau, ou sur quelques-uns d'entre eux seulement, l'individu présentera les troubles psychiques les plus variés, et cela d'autant plus s'il a des centres sympathiques fragilisés par l'hérédité ou par une atteinte antérieure.

Ne dites pas qu'il n'y a pas d'infection, étant donné qu'il n'y a pas de fièvre ! Je vous ai démontré qu'il y a beaucoup plus d'infections sans fièvre que d'infections avec fièvre : et que ces infections dites larvées, sont beaucoup plus redoutables que les autres parce qu'on ne les soigne pas.

Mais alors, supposez une infection rhino-pharyngienne méconnue, constituée par des germes de nature variable, supposez qu'une poussée subaiguë, créée par un refroidissement ou un état grippal, augmente la virulence de ces germes et que les bactéries ou leurs toxines aillent adultérer les centres correspondant à la nutrition du cerveau, soit que cette adultération provienne d'une action élective des germes, (virus neurotrope), soit qu'elle provienne d'un état de sensibilisation héréditaire ou acquis de ces centres ; supposez que cette infection méconnue et non traitée exerce son action nocive pendant des semaines et des mois, et ainsi s'expliquent l'apparition et la persistance des troubles nerveux ou mentaux les plus variés.

Prenons quelques exemples :

Dans la *démence précoce,* il y a une dégénérescence précoce des neurones corticaux, associée ou non à d'autres lésions de l'encéphale. On a attribué cet état morbide à la tuberculose, à la syphilis, ces maladies intervenant sur un terrain prédisposé par l'hérédité. Mais quand cette étiologie n'est pas nette (et c'est le cas le plus fréquent), ne pourrait-on pas penser à une *infection rhino-pharyngienne* qui serait *a primum movens* de la désorganisation graduelle des centres nerveux prédisposés ?...

Et j'expliquais de la même façon, la pathogénie de toutes les psychoses, des névroses, des états épileptiques, des psychasthénies, des encéphalites, et même de la paralysie générale et du tabès quand la syphilis n'est pas en cause.

Ma conclusion était celle-ci : dans presque tous les troubles nerveux dépendant d'une localisation lésionnelle au niveau de l'axe cérébro-médullaire, il y a une source première, microbienne, une *cavumite,* puis, la lésion cérébro-médullaire une fois formée, elle est généralement entretenue par le poison toxi-alimentaire, parce que le malade, ne présentant plus de flèvre, s'alimente avec des aliments albuminoïdes que son foie ne peut pas transformer (Le foie, en effet, subit en général les atteintes de l'infection et reste très longtemps déficient.)

On voit, par cet exposé, que ma doctrine peut se superposer à celle du Docteur Gibier-Rambaud au sujet de la démence précoce. Est-elle si déraisonnable qu'elle ne mérite même pas l'attention de nos maîtres ? Et pourtant, les résultats du Docteur Gibier-Rambaud ont été très satisfaisants par suite d'une méthode thérapeutique basée sur cette doctrine. Le Docteur Cauvière, d'Alger, n'a-t-il pas guéri par cette thérapeutique une chorée chronique qui durait depuis dix-huit mois ? Moi-même n'ai-je pas guéri ainsi un enfant atteint de chorée aiguë très grave (depuis un an l'enfant n'a plus présenté aucun trouble) ? Et j'ai plusieurs cas de psychasthénie guéris par la même méthode.

Toutes ces considérations, toutes ces observations montrent qu'il y a là un élément d'études d'un très grand intérêt. Aussi j'aime à espérer que l'on finira par prendre en considération ces notions de doctrine et de thérapeutique que j'ai exposées dans mon livre ainsi que dans plusieurs articles du *Concours Médical,* et que l'on apportera une solution définitive au problème qui se pose à ce sujet. Je l'espère d'autant mieux que, le fait est notoire, les idées neuves ont beaucoup plus de chance d'attirer l'attention, quand, après avoir fait un voyage, elles

reviennent à leur point d'origine, avec cette auréole dont nous avons l'habitude, chez nous, de parer tout ce qui nous vient de l'étranger.

*La Cavumite, source des troubles psychiques et des troubles nerveux.* Cette notion nous revient de l'étranger ! Allons, tant mieux ! On va enfin étudier cette nouvelle doctrine !

Je le répète, traitez le cavum, traitez le foie dans toutes les maladies, même dans les cas de troubles nerveux ou psychiques.

Dr A. COLIN,
de Nice.

# CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR DE...

## l'importance du tissu lymphatique rhino-pharyngé dans la genèse et le traitement des néphrites infantiles

d'après le Docteur Germaine DREYFUS-SÉE (1)

L'EXAMEN DU CAVUM D'UN JEUNE NÉPHRÉTIQUE S'IMPOSE SYSTÉMATIQUEMENT, QUELLE QUE SOIT L'ÉTIOLOGIE APPARENTE DE L'AFFECTION

L'anneau lymphoïde de Waldeyer, chroniquement infecté chez nombre d'enfants, constitue une porte d'entrée pour les microbes, qui vont ensuite essaimer dans l'organisme ; et, comme le rein est l'organe d'excrétion des substances étrangères, il peut être lésé par elles lors de leur élimination.

La source d'infection rhino-pharyngée doit donc être recherchée soigneusement, d'autant plus que son atteinte peut se faire à bas bruit, et paraître d'importance secondaire, qu'il s'agisse des formes aiguës ou des formes chroniques de l'atteinte rénale.

### I. — Les formes aiguës et subaiguës

**C'est la néphrite hématurique**, *qui constitue la forme la plus fréquente et la plus caractéristique.*

Chez un enfant, jusque là bien portant, une hématurie d'abondance moyenne apparaît : hématurie franche, rénale, d'abondance variable. Les premiers jours la température s'élève ; mais souvent l'accès fébrile est léger et passager ; *parfois l'hématurie seule attire l'attention.* L'enfant est pâle et fatigué, le visage un peu bouffi.

L'examen des urines montre surtout des hématies, quelques cylindres et un peu d'albumine.

Spontanément, tout rentre dans l'ordre en une à deux semaines, encore que se produisent souvent dans la suite, quelques rechutes.

Sans doute, pense-t-on aussitôt à une bacillose rénale, ou même à une lithiase rénale au cas de douleurs lombaires. *Mais,* on ne tarde pas à constater qu'il y a infection du cavum et des ganglions cervicaux *correspondants,* et les poussées catarrhales coïncident avec les rechutes de l'hématurie.

D'autre part, **une néphrite aiguë avec albuminurie et hématurie** peut évoluer comme une affection rénale autonome.

Début brusque, frissons, fièvre, douleurs lombaires, vomissements, diarrhée. Langue saburrale ; urines rares, foncées, albumineuses avec cylindres et hématies abondantes, leucocytes ; azotémie variable.

C'est le tableau habituel de la néphrite *a frigore.*

La sédation s'opère en quelques jours ; mais il advient fréquemment qu'il y a rechute, ou persistance de l'albuminurie, sous forme permanente ou cyclique.

*Or, ici aussi, l'examen du cavum s'impose,* et l'on trouve des amygdales hypertrophiées, cryptiques et infectées, dont les poussées catarrhales précèdent également ou accompagnent les récidives rénales.

**Une néphrite avec anasarque** n'est pas exceptionnelle en pareils cas.

Le plus souvent c'est un certain degré de bouffissure du visage, d'œdème palpébral, qui font découvrir l'albumine urinaire. Rarement, il s'agit de formes graves, avec complications, viscérales redoutables (poumons, glotte, cerveau).

Il faut encore citer des formes exceptionnelles avec anurie et azotémie, convulsions et coma ; avec dilatation du cœur, bruit de galop et gros foie.

**Ces néphrites aiguës et subaiguës rhino-pharyngées demeurent caractérisées par des signes évolutifs communs.**

*a)* Evolution par poussées s'accompagnant habituellement de poussées catarrhales adéno-amygdaliennes ;

(1) Dr Germaine DREYFUS-SÉE. — Les néphrites rhino-pharyngées des enfants. (*Paris Médical,* 15 octobre 1932.)

*b*) Prédominance de la formule hématurique ;

*c*) Persistance à degré variable, ou récidives, ne cédant qu'au traitement curatif du naso-pharynx.

*d*) Apparition plus ou moins tardive de lésions rénales plus graves, ne cédant plus que partiellement à la thérapeutique étiologique.

## II. — Les formes chroniques

**Une albuminurie cyclique ou permanente** avec quelquefois un peu d'œdème, est découverte à l'occasion d'un examen médical scolaire, ou bien par suite de céphalée avec déficience de l'état général, fatigabilité, maigreur, qui justifient la recherche de l'albumine.

L'albuminurie orthostatique, l'albuminurie post-prandiale, comme aussi, **les néphrites chroniques permanentes** (surtout à type hydropigène) avec toutes les formes intermédiaires peuvent également mettre en évidence une infection ou des infections réitérées du cavum.

L'albuminurie témoigne ici d'une lésion rénale effectuée, *mais l'infection focale initiale est au cavum infecté*. Parfois, il s'agit d'un terrain spécial, caractérisé par des manifestations diverses de la diathèse exsudative (eczéma-asthme, etc.), appelée quelquefois « état lymphatique ».

***

### Cependant les phénomènes rhino-pharyngés peuvent être prédominants

L'enfant présente une ANGINE SIMPLE; et c'est encore un *nourrisson adénoïdien*, chez lequel l'examen systématique des urines fait découvrir l'albumine. Il s'agit d'une albuminurie simple, aiguë, transitoire, *mais* celle-ci récidive volontiers lors des angines répétées de ces *petits malades au cavum infecté.*

LES ANGINES DE LA SCARLATINE, DE LA DIPHTÉRIE déterminent des atteintes rénales toxiques bien connues. *Mais*, on ne peut pas s'empêcher de souligner la coïncidence habituelle des divers accidents rénaux avec l'angine du début, ou, *soit* avec les reprises des manifestations pharyngées du syndrome infectieux secondaire (quinzième ou vingtième jour pour la scarlatine), *soit* avec la période des surinfections streptococciques (diphtérie), qui, les unes et les autres, se produisent surtout chez les enfants porteurs de grosses amygdales.

Pour la scarlatine, en particulier, l'étiologie rhino-pharyngée semble englober de plus en plus les manifestations rénales, à mesure que l'attention est plus attirée sur le naso-pharynx. Un fait est certain toutefois, pour la diphtérie comme pour la scarlatine, c'est que *les déterminations rénales semblent d'autant plus fréquentes, plus graves et plus persistantes que les amygdales sont grosses et infectées.*

DANS LES INFECTIONS CHRONIQUES, ET SURTOUT DANS LA SYPHILIS, l'hypertrophie du tissu adénoïdien et tonsillaire mérite la plus grande attention, au cas d'une atteinte des reins. **Nombre d'enfants ont ainsi subi durant des mois un traitement arsénical ou mercuriel, aggravant des lésions rénales qu'une adénoïdectomie ou une amygdalectomie eut rapidement fait régresser.**

On ne saurait enfin négliger l'influence des *glandes endocrines* (thymus et thyroïde) sur le développement du tissu lymphoïde, bref sur un « état lymphatique » favorisant les infections rhino-pharyngées, et devenant une cause prédisposante des accidents rénaux.

***

### Dans tous ces cas, la seule thérapeutique efficace consiste dans la cure radicale du foyer d'infection

Cette importance du traitement local apparaît considérable dans toutes les formes de néphrites rhino-pharyngées, aiguës, subaiguës ou chroniques. Malgré la tendance naturelle à la guérison de la forme hématurique, *le traitement doit être énergique et précoce* afin d'obtenir une évolution finale sans séquelle ; car, abandonnées à elles-mêmes, les lésions rénales persistent souvent, peuvent s'aggraver et laisser derrière elles des lésions parfois définitives.

De même, *si l'on n'a pas pensé au foyer local* pour le découvrir et le traiter, *ces albuminuries résistent désespérément à tous les régimes*, et s'aggravent aussi du fait que l'on soumet les enfants à une diététique restrictive débilitante.

#### Traitement local

*Certes, on ne doit pas négliger le traitement diététique habituel* (régime lacté, déchloruré s'il existe des œdèmes, repos au lit) ; mais on devra réduire au minimum les restrictions, afin de fournir à l'organisme une ration de croissance suffisante ; c'est ainsi que la viande sera permise, sauf dans les formes exceptionnelles s'accom-

pagnent d'azotémie. On devra même prescrire des reconstituants, des toniques, des récalcifiants.

*Mais le traitement local est indispensable* ; il prépare la voie au traitement chirurgical. Désinfection par lavages de la gorge, au bock ou au siphon, avec des solutions faiblement antiseptiques (liqueur de Labarraque, Dakin, etc.), antisepsie nasale à l'aide de solution d'argent colloïdal, de trypaflavine, de sulfarsénol, etc... Tous ces soins seront poursuivis, même au delà de la période fébrile.

### Traitement chirurgical

Tout enfant porteur de grosses amygdales, ou de végétations adénoïdes hypertrophiques, qui a présenté des manifestations d'atteinte rénale, relève du traitement chirurgical. Ce principe devient plus impérieux encore s'il s'agit d'enfants, présentant une affection traînante : albuminurie cyclique, résiduelle, néphrite albumineuse, néphrite chronique hydropigène. Le nettoyage chirurgical du cavum devient alors une nécessité.

Il faut, en général, attendre deux à quatre semaines après que la désinfection des voies respiratoires supérieures aura été réalisée, et que les signes d'infection et de poussée évolutive rénale auront disparu. Cependant, parfois la persistance d'une fébricule légère, la permanence des signes rénaux fait désespérer d'obtenir cette sédation absolue, et on peut être obligé d'intervenir plus précocement, en utilisant si possible une phase d'apyrexie.

*L'intervention sera précoce*, avant constitution des lésions rénales profondes et étendues, incurables.

*Elle sera complète*, amygdalectomie totale, et non discision ou grattage superficiel, ni résection partielle tonsillaire. Il sera bon d'y adjoindre un coup de curette sur les végétations, pour peu que celles-ci soient tant soit peu suspectes.

Toute intervention insuffisante expose le malade à des récidives dans le moignon tonsillaire. Par contre, faite avec soin, l'ablation du tissu lymphoïde peut amener la régression d'albuminuries déjà anciennes, et qui avaient résisté à la thérapeutique banale.

### Cures complémentaires

Des cures à Saint-Honoré ou La Bourboule sont recommandées aux enfants à rhino-pharyngites étendues, quand l'intervention elle-même aura laissé derrière un tissu infecté.

Saint-Nectaire est indiqué quand le rein est déjà très touché, et quand une albuminurie orthostatique, post-prandiale, ou de fatigue subsiste après l'opération.

Ne pas négliger le traitement général reconstituant : grand air, alimentation saine et abondante médication récalcifiantes, toniques, hématopoïétiques, glandulaire.

### Mesures prophylactiques

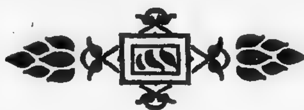
Elles s'imposent, car, malgré le traitement général et local associé, on peut voir persister des lésions rénales anciennes. C'est le nettoyage chirurgical des cavum anormaux. Celui-ci préservera les sujets, non seulement des rhino-pharyngites et de leurs complications rénales, mais aussi de bon nombre de maladies infectieuses aux séquelles redoutables.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il existe une origine infectieuse naso-pharyngée pour bien des manifestations néphrétiques de l'enfance, et qu'il faut rechercher systématiquement cette origine. Ces lésions rénales sont souvent curables grâce un traitement local, à la condition que celui-ci soit précoce énergique et complet.

Enfin, la désinfection systématique du naso-pharynx dans les maladies infecto-contagieuses est susceptible, sinon d'éviter toute détermination sur le rein, du moins de diminuer dans des proportions notables la possibilité des surinfections secondaires.

G. F.



# DEUX JOURS A GENÈVE

## La Conférence de pédiatrie préventive — U. I. S. E. — S. D. N.

Par G. Blechmann

Les 28 et 29 septembre derniers, un certain nombre de pédiatres se réunirent à Genève pour assister à la seconde conférence de l'A. I. P. P. (Association internationale de Pédiatrie préventive).

Les Français étaient venus nombreux à cette réunion qui montra, sans la solennité parfois pesante, la tenue scientifique d'un véritable Congrès.

Nous avons été reçus par nos amis suisses avec une hospitalité si large que je réitérerai à plusieurs reprises des remerciements au cours de ma relation.

### I. — Qu'est-ce que l'A. I. P. P.

*La première conférence de La Haye.*

A Stockholm en 1930, sur l'initiative du Professeur Scheltema, de Groningue, avaient été jetées les bases d'une Association internationale de Pédiatrie préventive destinée à étudier, dans des conférences à *effectif limité*, des questions ayant trait à la médecine préventive de l'enfance, à en assurer une discussion précise et méthodique et à établir une collaboration entre les pédiatres de divers pays en vue de prévenir les maux qui menacent l'enfant. Cette Association devait être une section de l'Union internationale de secours aux enfants, fondée à Genève, en 1920, actuellement présidée par le Professeur Morquio, de Montevideo, et dont le très dévoué secrétaire général, M. Mackensie, pouvait apporter à l'Association, l'appui de ses services administratifs et de la *Revue internationale de l'enfant*. Il fut décidé qu'une première conférence aurait lieu même cette année à La Haye les 7 et 8 septembre. L'activité du Professeur Scheltema s'appliqua à l'organiser et permit de réunir dans la Rolzaal au Binnenhof de La Haye, avec grand succès, les représentants de plus de douze nations (les Français étaient les plus nombreux) qui se félicitèrent d'être cordialement accueillis à La Haye, la ville des congrès pacifiques et pacifistes.

Les deux questions étudiées : la *mortalité précoce des nouveau-nés* et la *contagion tardive de la scarlatine* furent l'objet de rapports fort intéressants.

La conférence avec MM. Couvelaire et Lacomme, Lereboullet, A. Schlossmann (de Dusseldorf), Debré et Joannon insista sur l'utilité de la puériculture anténatale et la nécessité d'une assistance médico-sociale compétente avant la procréation, pendant la gestation, la parturition et les premiers mois de la vie.

La deuxième question concernait la *contagion tardive de la scarlatine et les moyens de l'éviter* avec, comme rapporteurs le Professeur von Groer (Lemberg) et M. A. Lichtenstein (Stockholm) et les conclusions suivantes furent adoptées :

Les méthodes prophylactiques les plus efficaces restent basées à l'hôpital sur l'hygiène corporelle et la désinfection rhino-pharyngée systématique et répétée, et, en ville, sur l'isolement aussi complet que possible. La recherche bactériologique du streptocoque ne permet pas de préciser la durée d'isolement et le raccourcissement de cet isolement ne peut être autorisé pour les scarlatines compliquées.

L'immunisation active ou passive (sérum des convalescents) de l'entourage doit être soumise à de nouvelles recherches.

### II. — A Genève. La salle de l'Alabama

Nous avons juste le temps de sauter du train pour prendre contact avec le quai Wilson, puis de nous précipiter en taxi vers la conférence qui se tient dans le vieux Genève à l'Hôtel de Ville.

Quel plaisir de contempler cette ville si policée dont les larges quais inclinent à la promenade et à la méditation.

En passant, nous jetons un rapide coup d'œil sur l'Ile de Rousseau où la statue du citoyen genevois me rappelle la boutade bien autochtone : Vous nous avez donné Calvin, nous vous avons rendu Rousseau !

Le seuil de l'Hôtel de Ville franchi, nous apercevons à droite le fameux escalier sans marches, pavé de petits galets qui permettait aux éminents fonctionnaires d'il y a deux siècles, de grimper à dos de mule jusqu'à leurs bureaux.

Une cour assez belle. Des congressistes sont rassemblés dans une vaste entrée où l'on distribue aimablement renseignements, plans et brochures. Nous reconnaissons la physionomie avenante du Professeur Taillens (de Lausanne), œil vif, petites moustaches grisonnantes et sa voix fort cordiale nous souhaite la bienvenue. Voici les Français : Lesné, Lereboullet, Armand-Delille, Péhu, Mouriquand, Rohmer, Huber, Clément, Pichon, Lelong, Woringer. Nous saluons le Docteur Oltramare (de Genève), secrétaire de notre conférence, qui s'est mis en quatre pour en assurer le succès, Mackensie, se-

crétaire administratif et trésorier, de Reynier, président de la Société suisse de pédiatrie. Nous saluons les sympathiques Lust (de Bruxelles), Exchaquet (de Lausanne), Scheltema (de Groningue), grand animateur de la conférence de La Haye. Un peu plus tard, nous ferons la connaissance de nos collègues anglais, allemands, autrichiens, polonais, italiens. Cette petite S. D. N. de 45 à 50 pédiatres, s'agrège donc dans la salle de l'Alabama, assez imposante, style très grande préfecture et nous nous calons dans de confortables fauteuils de conseillers généraux pour entendre discours et rapports. M. Paul Lachenal, représentant le ministre de l'Instruction publique adresse ses vœux de bienvenue, et rappelle que la ville de Genève, devenue la grande Cité de droit international, est le centre de tous les espoirs pacifiques. Nous apprenons que depuis plusieurs mois, sur la recommandation de la Société de pédiatrie de sa capitale, l'*Etat de Genève a décrété la vaccination antidiphtérique obligatoire* : à la rentrée des vacances, la population scolaire s'est présentée inoculée dans une proportion formidable. Voilà de la vraie pédiatrie préventive et nous applaudissons à tout rompre.

M. Taillens prononce quelques paroles émouvantes. C'est dans la salle où nous siégeons qu'en 1872, le tribunal d'arbitrage présidé par un Suisse, régla pacifiquement le conflit qui faillit amener la guerre entre Etats-Unis et Royaume-Uni. Pendant la guerre de Sécession, certains Anglais protégeaient clandestinement la guerre de courses des sudistes et de nombreux navires fédéraux furent coulés par le corsaire l'Alabama. L'Angleterre accepta la sentence qui la condamna à verser 15 millions 1 /2 de dollars.

Le 6 juillet 1906, dans cette même salle, fut arrêté et revisé le texte de la Convention de Genève de 1864. Le président nous désigne du geste la Charrue de la Paix dont le métal provient des épées d'officiers américains de la grande guerre civile ; à côté de ce symbole, on nous montre la Clochette de la Liberté, faite des déchets de la cloche fondue avec les canons et les sabres de la guerre de l'Indépendance pour fêter le centenaire de la fondation des Etats-Unis. Cete clochette a sonné l'ouverture de la première séance de la Société des Nations...

***

## III. — Conférence du 28 septembre

Rapport des Docteurs LESNÉ et Mme LINOSSIER-ARDOUIN

Le Président de la séance, le Docteur Valagussa (de Rome) donne la parole au rapporteur qui, d'une voix bien posée, expose *la prophylaxie et le traitement de la syphilis chez les enfants de parents syphilitiques avérés.*

On peut dire, à l'heure actuelle, que les procédés modernes de traitement doivent permettre de préserver la descendance des syphilitiques de façon presque certaine si la cure est conduite correctement, si elle est suffisamment intense et prolongée et si tous les moyens prophylactiques sont mis en œuvre.

Il faut considérer que le traitement préventif de l'enfant commence bien avant la naissance, au cours de sa vie fœtale et qu'une prophylaxie bien conduite doit envisager également le traitement des procréateurs avant et au moment de la conception.

### I. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

La prophylaxie pour être complète doit comporter quatre étapes :

1° Le traitement du procréateur au moment de sa contamination ;

2° Admission au mariage alors que tout danger de contagion semble écarté ;

3° Traitement suffisamment intense et prolongé au cours de la grossesse ;

4° Surveillance de l'enfant pendant plusieurs années et traitement préventif si les conditions ci-dessus n'ont pas été complètement observées.

Ces conditions de prophylaxie ne sont d'ailleurs pas d'égale valeur : il en est une qui prime toutes les autres et qui n'est malheureusement pas toujours la plus strictement appliquée : c'est le traitement de la mère pendant la grossesse. Les statistiques établies à l'hôpital Trousseau, démontrent de façon évidente que les meilleurs résultats sont obtenus par un traitement intensif et prolongé au cours de la gravidité et qu'aucune des autres règles prophylactiques ne dispense de celle-là.

Il faut, en effet, insister tout particulièrement sur ce fait que la syphilis maternelle est infiniment plus grave quant à ses conséquences héréditaires, que la syphilis paternelle. On doit, en pratique, considérer que le père ne joue, dans l'hérédité syphilitique, que le rôle de contaminateur de la mère.

Il faut donc se méfier chez la femme, des syphilis larvées qui ne donnent pas d'accidents cliniques évidents et qui sont indiscutables : le tréponème, logé dans les organes profonds, est réactivé sous l'influence de l'état de gravidité et peut déterminer chez l'enfant des lésions qui se développent *in utero*. Cette notion de recrudescence de l'infection au cours de la grossesse ne doit jamais être perdue de vue lorsqu'on envisage le traitement prophylactique de la syphilis héréditaire.

*L'enseignement des statistiques.* — Les diverses statistiques publiées sur la question nous enseignent :

1° Que les syphilis anciennes sont moins graves que les syphilis récentes ;

2° Que plus le traitement préventif est intense et prolongé chez les procréateurs et plus on augmente les chances d'avoir des enfants sains ;

3° Que les meilleurs résultats sont obtenus lorsque le traitement préventif comporte un traitement arsenical pendant la grossesse.

La statistique du rapporteur démontre, comme celles de COUVELAIRE, de LÉVY-SOLAL, de NÜRNBERGER, de BONS et GAMMELTOFF, la supériorité du traitement pendant la grossesse que tout autre moyen prophylactique. Non seulement les femmes correctement traitées pendant la grossesse ne donnent que 19 % d'enfants tarés, mais de plus, ces enfants sont des dystrophiques à B. W. négatif, par conséquent des êtres normaux au point de vue social. Pour atteindre d'aussi beaux résultat, le traitement pendant la grossesse doit être intense et prolongé, comportant plusieurs séries arsenicales. Si le traitement est incomplet, si l'on se contente de séries mercurielles ou de traitements dissimulés, le pourcentage d'enfants tarés passe de 19 % à 86 %, et les lésions observées augmentent parallèlement de négavité, puisque, outre les dystrophies

avec B. W. négatif, on observe ici des avortements et des accidents nerveux.

Les meilleurs résultats s'observent, dit M. Lesné, de toute évidence chez les femmes correctement traitées avant et pendant la grossesse, mais le point intéressant, sur lequel on ne saurait trop insister, c'est que le traitement bien conduit au cours de la gestation, seul donne des résultats presque équivalents. Cette thérapeutique durant la grossesse se montre en tous points supérieure à tout autre moyen prophylactique puisque, si l'on considère les chiffres, on constate 81 % d'enfants normaux par traitement correct au cours de la grossesse, on obtient 42,8 % de normaux dans la syphilis paternelle traitée et seulement 28,5 % dans les syphilis maternelles traitées exclusivement avant la gestation.

Ceci dit, comment le traitement prophylactique doit-il être réalisé ?

1° Traitement du procréateur contaminé. Le traitement doit être précoce, intense et prolongé ;

2° Conditions d'admission au mariage : ces règles établies jadis par FOURNIER ont fait l'objet d'un rapport de Clément SIMON à la Société de dermatologie et de syphiligraphie en 1920.

3° Traitement pendant la grossesse : il ne suffit pas de faire à la femme enceinte un simulacre de traitement, il faut employer les arsénobenzènes par voie intraveineuse en séries répétées et à dose totale suffisante (0,10 cgr. par kgr. et par série), même si les doses maxima employées à chaque injection sont faibles. Les repos entre les séries ne doivent pas excéder un mois.

Si quelques accidents abortifs ont été signalés au cours de séries intraveineuses de novarsénobenzol, il ne s'agit là que de cas d'exception et, à l'heure actuelle, accoucheurs, pédiatres et syphiligraphes sont d'accord pour faire des arsénobenzènes le traitement de choix au cours (sauf en cas d'arséno-résistance, bismuth et Hg) de la grossesse (RUDAUX et MONTLAUR, COMBY, PEHU, M. PINARD, MILIAN, etc.)

4° Le traitement préventif de l'enfant : lorsque la syphilis a été correctement traitée avant et pendant la grossesse, il est fort probable que l'enfant sera indemne à la naissance et le restera. Cet enfant naissant sain cliniquement et ayant des réactions biologiques normales, doit-il subir un traitement préventif ?

La Conférence de la syphilis héréditaire tenue à Paris, en 1925, a adopté dans ses conclusions la nécessité d'un tel traitement, même si le nouveau-né ne présente aucune tare et ceci en raison de la fréquence des syphilis occultes de l'enfance.

Le rapporteur pense que si les conditions ci-dessus ont été strictement exécutées chez les procréateurs, et surtout si la mère a été activement traitée pendant la grossesse, l'enfant a toutes chances de naître normal et de le rester.

A l'occasion de ce rapport, une enquête a été menée auprès d'un certain nombre de syphiligraphes et de pédiatres qui a montré que la majorité des auteurs partageait cette manière de voir et que la façon dont avait été traitée la maladie était, pour eux, plus importante que la notion d'ancienneté.

PREMIER CAS. *Syphilis ancienne non traitée.*

La presque totalité des réponses a été en faveur d'une thérapeutique préventive de l'enfant et les quelques auteurs qui, dans ce cas, n'instituent pas systématiquement le traitement, gardent du moins l'enfant sous surveillance et le traitent au moindre symptôme alarmant.

DEUXIÈME CAS. *Syphilis ancienne correctement traitée au début, non traitée depuis le mariage, le conjoint ne présentant pas de manifestations syphilitiques et n'ayant jamais reçu aucun traitement.*

Ici encore la majorité des auteurs se déclare pour le traitement préventif, mais le nombre de ceux qui se bornent à l'expectative est plus important que précédemment.

TROISIÈME CAS. *Syphilis insuffisamment traitée au début de l'infection, la mère ayant été traitée pendant la grossesse.*

Ici, les partisans de l'expectative augmentent encore.

QUATRIÈME CAS. *Syphilis correctement traitée avant la fécondation et pendant la grossesse.*

Dans cette dernière hypothèse, la majorité des médecins se borne à l'expectative, prêts à intervenir au moindre signe de suspicion. Cependant, chez les enfants issus de syphilitiques qui semblent indemnes de toute tare, les affections banales sont souvent la cause de réactivations et il y a toujours intérêt, en cas de troubles pathologiques, à associer un traitement antisyphilitique, même léger, au traitement banal de ces troubles (hypotrophies tenaces, anémies, rachitisme avec splénomégalie).

*Mode et durée du traitement préventif.*

Le traitement préventif de l'hérédo-syphilis ne nécessite pas autant de rigueur que le traitement curatif : il doit cependant être suffisamment intense et prolongé pour atteindre son but thérapeutique.

On peut employer des médicaments faiblement tréponémicides tels que le mercure : les frictions à dose quotidienne de 2 gr., le lactate mercurique à 1/1000 aux doses de 10 gouttes par kgr. et par jour jusqu'à 3 ans, 8 gouttes de 3 à 10 ans. Lorsque les conditions prophylactiques ont été suffisamment observées chez les procréateurs, il sera préférable de faire également des séries de sulfarsénol en injections sous-cutanées à dose maxima de 0,01 cgr. par kgr. de poids. On peut faire des frictions mercurielles pendant les six premiers mois puis des séries de sulfarsénol séparées par deux mois, de repos, et terminer le traitement par une ou deux séries d'injections bismuthiques séparées par trois mois de repos. De toutes façons, la durée du traitement ne doit pas être inférieure à deux ans et l'enfant doit rester sous surveillance clinique et sérologique jusqu'à l'âge de 5 ans.

## II. — TRAITEMENT CURATIF

Cette partie du rapport ne veut pas établir des règles de traitement immuables. L'hérédo-syphilis est protéiforme et la médication doit être adaptée à chaque cas particulier et M. LESNÉ donne ici des schémas convenant aux cas cliniques les plus fréquents. Il a récemment employé avec succès les injections de sels de bismuth, liposolubles. Une première série guérit les accidents cutanés, améliore considérablement l'état des viscères, négative totalement ou partiellement le Bordet-Wassermann ; les accidents de choc ne sont pas à redouter et la médication serait parfaitement tolérée. Les sels employés ont été préparés, d'après ce qu'il m'a été dit, en dilution extemporanée par le pharmacien de service.

Une statistique portant sur 100 cas environ, pris au hasard parmi les enfants traités à l'hôpital Trousseau montre qu'à la suite d'un traitement curatif intense d'une durée de un à neuf ans, on observe 52 % de guérisons complètes, 14 % d'améliorations, 27,5 % d'échecs, 5 % de morts.

Les cas mortels appartiennent tous à la syphilis infectieuse massive du nouveau-né avec grosses altérations viscérales ; les échecs du traitement se rencontrent dans les lésions du système nerveux, les arriérations mentales, les lésions dystrophiques et les lésions oculaires. Les améliorations partielles sont observées dans les lésions dystrophiques et les arriérations mentales, les guérisons sont la règle au cours des lésions syphilitiques évolutives, elles s'observent ensuite avec un maximum de fréquence au cours des hypo-

trophies, des convulsions ou crises épileptiformes, les lésions oculaires. Les lésions du système nerveux et les stigmates dystrophiques ne donnent qu'un faible pourcentage de guérison. En ce qui concerne les troubles mentaux, il n'a été observé dans les cas les plus favorables que des améliorations partielles, mais jamais un seul retour à l'état normal.

Si l'on compare les résultats fournis par le traitement curatif de l'enfant et le traitement pratiqué chez la mère avant et pendant la grossesse, on est amené une fois de plus, à proclamer la supériorité du traitement prophylactique.

Les cures les plus intensives, même longtemps prolongées, ne donnent en effet que 52 % de guérisons complètes chez l'enfant traité après la naissance, alors qu'un traitement prophylactique bien conduit donne 86,4 % d'enfants normaux.

## IV. — Rapport de M. David Nabarro et discussion

Je reproduis le texte français des conclusions du second rapporteur :

1° L'idéal, c'est de prévenir la syphilis dans la descendance, en traitant la mère et l'enfant d'une manière appropriée pendant la grossesse ; mais cet idéal n'est pas souvent réalisable ;

2° Si l'enfant d'ascendance syphilitique ne présente pas de symptômes de la maladie et ne donne que des réactions négatives aux analyses répétées, on peut surseoir au traitement ; mais l'enfant doit être néanmoins examiné chaque année jusqu'à la puberté et aussi longtemps que possible ensuite.

3° Si l'enfant ne présente aucun symptôme, mais réagit positivement, il doit être traité pendant deux ou trois ans au moins, et être examiné chaque année jusqu'à la puberté ou plus tard ;

4° Les enfants qui ont été bien soignés pendant leur enfance se sont maintenus en bonne santé jusqu'à 10 et 12 ans — et même plus tard — et sont guéris, suivant toute apparence.

5° Les enfants plus âgés ne se guérissent pas si facilement que ceux en bas âge ; et des rechutes, particulièrement des cas de kératite interstitielle, peuvent se déclarer plusieurs années — huit ans même — après que l'on a obtenu un Wassermann négatif.

6° Dans chaque cas de syphilis congénitale, il faudrait procéder à une ponction lombaire, afin de dépister une neuro-syphilis latente, et de prévenir ainsi une neurosyphilis clinique, maladie difficile, sinon impossible à guérir ;

7° *a*) Un examen médical avant le mariage et *b*) la déclaration de la syphilis congénitale, de la paralysie générale et du tabes dorsalis sont des mesures nécessaires, afin de protéger les enfants par un diagnostic et un traitement précoces de la maladie.

Voici d'autres aperçus de M. Nabarro qui méritent d'être rapportés :

Il rappelle que certains auteurs, tel M. Spitzer, dans un récent numéro de la *Munch. méd. Woch.*, a décrit d'une manière tellement désespérante l'avenir de l'hérédo, qu'il faudrait interdire à tout syphilitique de procréer (mon excellent ami le Prof. agrégé Chevallier partage avec vigueur cette opinion), tandis que Léo, dans un travail paru dans le *Dermat. Wochenschrift* est bien plus réconfortant, à condition que les mères soient traitées durant la grossesse et les enfants précocement. Nabarro épouse cette manière de voir.

Il nous fait savoir qu'à Londres, des femmes enceintes viennent en traitement de plus de 60 kilomètres à la ronde pour ne pas être reconnues malades dans le centre où elles habitent. Il proteste contre le terme de *Venerian clinics*. Il faut qu'elles puissent être traitées à l'*Obstétrical Department*. Enfin, il signale le tort que cause à la prophylaxie les injections mal faites.....

***

Voici maintenant la longue cohorte des « discuteurs » :

Rohmer (de Strasbourg) estime que le traitement des procréateurs est difficile à réaliser, car les femmes arrivent trop tard à la consultation, souvent pendant la seconde moitié de la grossesse.

Ce qu'il faut — et voilà une question fort intéressante, joliment bien accrochée et qui fera son chemin dans la discussion — ce qu'il faut, *c'est un bon service social pour faire de la bonne prophylaxie.*

Péhu (de Lyon), très orateur, montre que la question abordée par le Congrès est immense, difficile à condenser. Lui aussi nous affirme que la véritable armature de la lutte antivénérienne consiste dans les consultations prénatales. Il faut, comme l'a montré Frushinholtz un *crible à organisation tripartite* qui puisse fonctionner pendant la grossesse, au moment de l'accouchement, après la naissance.

Mouriquand (de Lyon) parle avec flamme : On exagère trop le champ de l'hérédo-syphilis. Il vaut mieux se tromper et traiter pour ne pas laisser un très grand nombre de cas sans sanction thérapeutique. Il rappelle que dans quelques observations, le traitement intensif de la mère n'ayant rien donné, c'est uniquement par le *traitement intensif de la syphilis paternelle* que l'on obtient des résultats intéressants.

Il est important que certains hérédos ne soient pas traités brutalement : on doit considérer chez le petit malade et l'infection et la *trophicité*. Il emploie volontiers le suppositoire d'onguent napolitain qui agit peut-être plus directement sur le foie, réceptacle des tréponèmes.

***

A la séance de l'après-midi, sous la présidence du Docteur Scheltema, la discussion reprend :

Le Professeur Lereboullet insiste sur la persistance de la syphilis héréditaire latente chez les parents et les enfants et il nous conte des observations fort instructives à ce sujet. L'orateur insiste sur *le service social*, complément indispensable pour combattre les maladies vénériennes.

Le Professeur Hamburger (de Vienne) redit l'importance du service social. Grâce à la conjonction des divers organismes qui luttent contre la syphilis congénitale, celle-ci est en voie de disparition et à Vienne, on n'observe plus pour ainsi dire de syphilis floride. Pour éviter les injections — il me paraît que quelques pédiatres étrangers les redoutent — Hamburger s'adresse au spirosite qui remplace remarquablement le stovarsol.

M. von Groer (de Lemberg), qui s'est montré excellent trilinguiste pendant son exposé, prononcé en français, en allemand et en anglais, reste fidèle au salvarsan et au calomel. Il est trop tôt d'affirmer des résultats favorables du spirosite et du stovarsol. Reparlons-en, dit-il (et cela me semble assez juste), dans dix ou quinze ans.

M. Rott (de Berlin) affirme que le spirosite par voie buccale est toléré à fortes doses et donne d'excellent résultats dans 80 à 90 % des cas. La loi de 1926 oblige les médecins allemands à déclarer les cas de syphilis.

M. Blechmann rappelle qu'à la Société de Pédiatrie de Paris, on a accusé l'action toxique et même dystro-

phiante des traitements intensifs au cours de la gestation. On ne saurait trop s'élever contre cette manière de voir qui risquerait d'augmenter le nombre des dystrophiques. Avec H. et J. MONTLAUR, il fait observer que l'hérédo-syphilis maternelle dont la fréquence est extrême, tare le produit de la conception autant, sinon davantage que la syphilis acquise. En dehors des milieux hospitaliers, c'est l'hérédo-syphilis occulte latente que l'on observe presque toujours.

En Amérique, on utilise le stovarsol à des doses peu croyables : 21 grammes en 41 jours chez des nourrissons de moins d'un an, d'où, des cas de paralysie flasque. En France, il sera bien difficile de faire accepter la ponction lombaire systématiquement chez les hérédos.

Le Professeur WIELAND (de Bâle) montre des radios bien suggestives qui prouvent la non-résorption du bismuth liposoluble dans les muscles fessiers d'un jeune hérédo atteint de paralysie flasque après une série d'injections.

Le Professeur VALAGUSA nous décrit une organisation d'Etat fasciste et gratuite qui a vulgarisé les examens de sang chez les paysans : il existe des consultations *ambulantes* et gratuites de pédiatres et d'accoucheurs dans les villages italiens de l'Italie méridionale, de Sardaigne, de Sicile, etc., et le médecin de village continue le traitement institué. La syphilis héréditaire floride a diminué en Italie, par contre, il observe une recrudescence des cas de mongolisme, de dystrophies endocriniennes et nerveuses.

M. ARMAND-DELILLE nous parle du service social en ville et à la campagne.

M. LUST (de Bruxelles) nous apprend qu'en Belgique tous les médecins peuvent prescrire tous les médicaments antisyphilitiques aux frais de l'Etat, et peuvent instituer une consultation prénatale. On ne voit plus à Bruxelles de syphilis floride. A la Maternité, il n'a trouvé que 1,7 % de B. W. positifs chez les mères hospitalisées.

M. TAILLENS attache une certaine importance à l'examen du liquide céphalo-rachidien car la syphilis nerveuse est difficilement curable : il faut une thérapeutique complexe qui s'adresse à la voie intraventriculaire, sous-occipitale, intrarachidienne à la malariathérapie. Il insiste sur la fréquence de la syphilis de deuxième génération. L'hémophilie n'est-elle pas une dystrophie de troisième et quatrième générations ?

## V. — Les conclusions

### Il n'y a plus de syphilis héréditaire !

Des conclusions avaient été préparées par les rapporteurs. Elles furent à peu près mises en morceaux pendant la discussion et j'ai pu constater qu'à Genève, sur le champ scientifique de la syphilis héréditaire les thèses les plus opposées s'affrontaient comme s'il s'agissait du désarmement !

*a*) Tout d'abord les Français furent tancés d'importance — pour user de l'expression de *syphilis héréditaire* ; nos amis étrangers insistèrent pour que fut employé celui de *syphilis congénitale* et je constate avec une certaine amertume, qu'en dehors de Mouriquand, personne chez nous ne prit vraiment la défense de ce terme qui est classique ; s'il ne répond peut-être pas absolument à la réalité scientifique des faits — et l'on pourrait discuter là-dessus fort longtemps, — le mot héréditaire se fait fort bien comprendre de tous. Lecteurs du *Concours Médical*, abandonnez-vous héréditaire pour congénitale ?

*b*) Nous ne pûmes nous mettre d'accord sur la modalité du traitement chez les femmes enceintes, de nombreux confrères étrangers ne voulant entendre à aucun prix parler des injections arsenicales intraveineuses, et ils recommandent le Spirosite.

*c*) Il en fut de même pour le traitement du nourrisson et, avec diplomatie — voisinage oblige, — on s'efforça de constituer un texte assez anodin pour donner à tout le monde satisfaction.

Voici donc ces conclusions :

La prophylaxie de la syphilis congénitale comporte :

1) Le traitement des procréateurs et plus spécialement le traitement de la femme en état de gestation, si possible dès le début de la grossesse. Cette règle de conduite s'applique non seulement à la femme syphilitique avérée ou atteinte de syphilis congénitale (hérédo-syphilis) mais aussi à la femme apparemment saine d'un syphilitique avéré. Ce traitement doit être précoce, intensif et prolongé pendant toute la durée de la grossesse.

2) Lorsque l'enfant naît avec des signes de syphilis avérée (cliniques, humoraux ou sérologiques), il doit être traité immédiatement et de façon intensive et prolongée, en tenant compte de sa moindre résistance, notamment dans les cas d'atteintes viscérales multiples et de nutrition défectueuse.

3) Lorsque l'enfant naît apparemment sain, sans signes cliniques, humoraux ou sérologiques de syphilis :

Si les procréateurs ont été insuffisamment traités, il faut appliquer à l'enfant une médication susceptible d'assurer la prévention, moins intensive que le traitement curatif, mais suffisamment prolongée. Nombre de médecins estiment pourtant que dans ce cas, on peut se comporter comme dans le cas suivant ;

Si, au contraire, les procréateurs ont été correctement traités et particulièrement la mère pendant la grossesse, l'enfant doit être placé sous surveillance médicale et, si cette surveillance est rigoureuse et prolongée, on peut surseoir au traitement, quitte à l'appliquer à la moindre suspicion.

4) L'application de cette prophylaxie comporte la collaboration du médecin de famille, l'effort parallèle et coordonné des consultations vénériennes, prénatales et pédiatriques, et celui des infirmières visiteuses et du service social. Pour que ces directives puissent avoir leur maximum d'action, il faut de plus faire l'éducation des familles (par le médecin) et du public, en lui démontrant, à l'aide de conférences, et autres moyens appropriés, les dangers de la syphilis congénitale.

(*A suivre.*)

## *L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE*

# La Presse

**Le traitement des paraplégies pottiques par ponction de l'abcès médiastinal (Méthode de Massart et Ducroquet).**

Il est des formes de paraplégies du mal de Pott dorsal, qui régressent spontanément et se maintiennent guéries, lorsque le malade est convenablement immobilisé ; d'autres sont longues à s'améliorer, des périodes de mobilité succédant à des périodes de paralysie ; d'autres enfin, restent définitivement établies.

Ces paraplégies, même celles qui sont installées définitivement, ne sont pas toujours causées par de la pachyméningite ; beaucoup sont déterminées par la compression qu'exerce un abcès sous tension, dont un prolongement a pénétré jusqu'à la méninge externe. Or, point intéressant, il suffit, par un moyen quelconque, de décomprimer l'abcès pour voir la moelle reprendre sa fonction.

On a essayé de façons diverses d'améliorer chirurgicalement les paraplégies : soit par laminectomie, soit par ponction de l'abcès rachidien en pénétrant par un trou de conjugaison.

Le Docteur Raphaël Massart leur préfère un procédé original, imaginé avec Ducroquet, qu'il a appliqué avec succès, et auquel il reste fidèle : c'est la ponction de l'abcès médiastinal avec résection costo-transversaire.

Les abcès du mal de Pott dorsal sont, de tous, les plus cachés ; ils sont cliniquement inaccessibles, et on a pu nier leur existence. En réalité, il n'y a pas à la région dorsale d'abcès migrateur ; l'abcès reste sous-ligamenteux, aboutit à des décollements vastes, et ne le cède en rien, ni par son volume, ni par son étendue aux abcès observés dans les autres régions. Dans la majorité des cas, il soulève le ligament vertébral et bombe dans le canal médullaire, déterminant une paraplégie.

Ces abcès sont difficiles à déceler cliniquement ; la radiographie, avec ses perfectionnements actuels, nous permet de les voir, de les apprécier dans leur situation, dans leurs rapports, dans leur volume.

L'auteur expose les différences radiographiques des abcès dorsaux, suivant qu'ils sont : supérieur, moyen, inférieur.

Le repérage radiographique est à la base de la technique chirurgicale préconisée ici. Lui seul permet de préciser le siège, où l'abcès est le plus facilement accessible, en se guidant sur une localisation précise, et non pas sur une déviation d'apophyse épineuse, souvent fort distante du point où l'abcès atteint son maximum de développement.

L'abcès intrarachidien ne constitue en somme qu'un diverticule de la poche principale ; il est soumis aux mêmes pressions, et la distinction, entre l'abcès intrarachidien et l'abcès médiastinal, est plus théorique que réelle lorsque la destruction du corps vertébral est importante.

C'est l'abcès médiastinal qu'il suffit, en raison de ces faits, d'atteindre lorsqu'il y a paraplégie. Or, la résection costo-transversaire (par ablation d'une partie de la côte désarticulée, et après de l'apophyse transverse, que l'on sectionne ellemême ensuite) permet d'atteindre facilement la ligne médiane ; puis le doigt va à la recherche de l'abcès. On le ponctionne au trocart sur un point ramolli.

L'évacuation du contenu de l'abcès est le temps le plus délicat ; il faut une grande patience ; mais, peu à peu, le contenu épais pénètre dans la seringue, et le doigt sent la tension diminuer dans l'abcès prévertébral. Les aspirations doivent être nombreuses et se prolonger jusqu'à ce que l'abcès s'affaisse et se plisse. Une évacuation mal faite peut aboutir à un échec. Un point d'iode, et les différents plans sont suturés. La cicatrisation est rapidement obtenue, et dans les huit jours qui suivent, très rapidement, la paraplégie rétrocède.

Cette opération sans gravité permet de supprimer un repos au lit prolongé. (*Paris Chirurgical*, juillet-août 1932.)

**Tumeur géante de l'ovaire** (34 kgr. 500).

Autrefois fréquents, les énormes kystes de l'ovaire ne se rencontrent plus guère que chez des malades venues de contrées reculées. Dans le cas rapporté par le Docteur G. Jeanneney, il s'agissait d'un kyste mucoïde de l'ovaire, avec foyer de dégénérescence à allure de cysto-épithéliome.

L'exérèse put être conduite d'une façon relativement aisée, et la malade supporta remarquablement son intervention.

Il faut chercher à enlever ces tumeurs autant que possible en un temps. L'opération en deux temps, moins choquante, risquerait de créer pour le deuxième temps des adhérences plus difficiles à rompre, avec la paroi et les viscères, ou d'infecter le kyste.

Le danger de ces kystes rétropéritonéaux, qui

refoulent devant eux intestin et vessie, et se développent dans le mésocôlon et le mésentère, fait courir le risque de phénomènes de compression, puis de troubles de décompression opératoire. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1932.)

**Traitement de l'angine de poitrine et de la claudication intermittente par les injections sous-cutanées de gaz thermaux de Royat.**

Dans le traitement de l'angine de poitrine et de la claudication intermittente, MM. C. Lian et A.-R. Barrieu ont mis en œuvre les injections sous-cutanées, soit de gaz carbonique, soit de gaz thermaux de Royat, riches en gaz carbonique.

Les résultats obtenus ont été bons dans l'angine de poitrine comme dans la claudication intermittente, et dans divers syndromes résultant de poussées vaso-constrictives, comme la céphalée des hypertendus, la maladie de Raynaud, etc. L'innocuité de ces injections a poussé les auteurs à introduire jusqu'à un litre de $CO^2$ par injection.

Il semble que leurs résultats soient différents, suivant qu'il s'agisse de $CO^2$ (hôpital Tenon), ou de gaz thermaux (Royat). Les gaz thermaux de Royat, à côté du $CO^2$, renferment, en effet, des gaz rares, et ils sont radioactifs. Ces gaz, transportés à distance, se modifient avec le temps.

L'opération se fait avec la seringue à injection de Lian et Navarre qui permet de connaître exactement la quantité de gaz injectée. Le manomètre à eau qui est adjoint à la seringue, en indiquant la pression du gaz injecté, avertit le médecin dès qu'il pousse le gaz trop vite ; il lui permet de faire l'injection avec assez de lenteur pour qu'elle ne soit pas pénible. On pousse l'injection dans le tissu cellulaire de la face externe de la cuisse; celle-ci s'accompagne d'une sensation immédiate de cuisson, de brûlure même certains jours. Le gaz se résorbe rapidement, en un quart d'heure.

Le premier jour, on injecte 400 cent. cubes, puis 500, 600, 700, 800 c. c., et, si l'amélioration n'est pas suffisante, on monte à 1.000 c. c.

Les bons effets sont constants dans l'angine de poitrine et la claudication intermittente, ils commencent souvent dès les premières injections. Mêmes résultats dans les autres manifestations vaso-constrictives. En même temps, les malades suivent une cure de balnéation ; les injections sous-cutanées de gaz thermaux constituent une importante addition à la cure classique de balnéation carbo-gazeuse. (*Paris Médical*, 22 octobre 1932.)

**Volumineuse tumeur du cou.**

Le Docteur Jeanneney rapporte l'observation d'une énorme tumeur du cou, dont l'évolution s'est poursuivie lentement sans autres troubles fonctionnels que quelques tiraillements dus à la masse même de la lésion, et que quelques douleurs dues à une petite ulcération compressive. Le diagnostic clinique était celui d'un lipome encapsulé et lobulé. Mais la question se posait de savoir si l'on avait affaire à un lipome pur ou à un conjonctivome à prédominance du tissu graisseux.

Les récidives répétées de la tumeur, son adhérence avec la gaine carotidienne, ses zones gélatineuses, sa limite par places indécise plaident en faveur d'un conjonctivome de la gaine des vaisseaux carotidiens.

Au point de vue général, il paraît utile de conseiller, une fois de plus, l'ablation systématique et complète de toute tumeur, même en apparence bénigne, et de faire suivre cette exérèse d'un examen anatomo-pathologique détaillé. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 29 mai 1932.)

**Aplasie et imperforation du gros intestin chez un nouveau-né.**

Le soir de l'accouchement à terme d'un enfant, de sexe mâle, pesant 3 kgr. 100, alors que l'orifice anal paraissait normal, on signalait au Docteur E. Estachy que l'enfant avait uriné, mais qu'il n'avait pas rendu de méconium. Au toucher rectal, l'entrée de l'anus est libre, le ventre n'est pas ballonné ; on pense à un simple retard de l'évacuation. Le lendemain, l'enfant, vomit, gémit ; les couches ne sont pas encore tachées. Le ventre est météorisé ; les symptômes d'occlusion abdominale apparaissent. La famille refuse toute intervention chirurgicale : laparotomie très probablement meurtrière, ou anus artificiel. L'enfant meurt d'occlusion intestinale, le quatrième jour.

A l'autopsie : intestin grêle normal, rempli de méconium ; gros intestin rudimentaire ; c'est un cordon très étroit d'une longueur de 40 cent. environ et de 4 à 5 millimètres de diamètre. Il n'y a pas d'appendice. Cette cordelette se termine par un léger renflement fermé.

Un conseil aux praticiens : ne jamais omettre d'examiner dès la naissance la région anale du nouveau-né ; une malformation tardivement reconnue peut servir de base à un procès en responsabilité civile. (*La Provence médico-chirurgicale*, octobre 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### Vaccination antidiphtérique.

(M. BEZANÇON et Mlle S. DREYFUS. — *Académie de médecine* ; 25-10-1932).

M. Roux présente une note de M. Bezançon et de Mlle Suzanne Dreyfus concernant les résultats obtenus avec la vaccination antidiphtérique dans la population scolaire et pré-scolaire d'une ville de la banlieue parisienne.

A Boulogne sur Seine, de 1928 à 1931, une statistique a été faite des enfants de un à douze ans vaccinés par les soins du Bureau d'hygiène. On a pu comparer la morbidité et la mortalité par diphtérie chez ces enfants, et dans la population infantile en général de cette ville. On a noté, après vaccination, une diminution très importante de la morbidité et de la mortalité par diphtérie.

L'exemple de Boulogne, disent les auteurs, établit d'autre part, que par des moyens simples, avec le concours du Service d'hygiène, des médecins des écoles, du Bureau d'hygiène, d'un service d'inspection médicale dans les écoles et dans les crèches bien organisé, il est possible d'obtenir, dans une agglomération d'enfants, une proportion de 75 p. 100 de sujets vaccinés contre la diphtérie.

### Perforation de l'intestin grêle au cours du taxis.

(M. DE LA MARNIÈRE, de Brest. — *Société de chirurgie* ; 19-10-1932).

M. de la Marnière adresse une observation de hernie étranglée au niveau de laquelle, au cours de manœuvres de réduction pratiquées par le malade luimême, se produisit une rupture intestinale.

Opéré à la huitième heure, par laparotomie médiane, le patient guérit.

Il s'agissait d'un homme de soixante-huit ans, porteur depuis longtemps d'une hernie inguinale gauche. Ayant enlevé un soir le bandage qui la maintenait, le malade se sentit gêné par sa hernie pendant la nuit et voulut la rentrer comme il en avait l'habitude.

N'y parvenant pas, il appuya plus fort que de coutume.

La hernie se réduisit, mais le patient ressentit une vive douleur dans l'abdomen, douleur qui ne fit que s'accroître, s'accompagnant de vomissements. Opéré par M. de la Marnière à 9 heures du matin, on trouva une perforation de l'intestin grêle qui fut fermée par un double surjet. Guérison.

M. ROUX-BERGER ajoute que cette observation illustre une fois de plus: d'une part, le danger de toute manœuvre brutale sur une hernie ; d'autre part, l'importance de l'opération précoce au cas de péritonite de ce genre et l'avantage de la voie médiane.

### Occlusion intestinale post-appendiculaire.

(M. Marcel BARRET, d'Angoulême. — *Société de chirurgie* ; 19-10-1932.)

L'observation relatée par M. Barret concerne un enfant de 9 ans qui, huit jours après une opération d'appendicite aiguë, présenta des accidents d'occlusion intestinale. L'auteur intervint par laparotomie médiane et fit une iléo-transversostomie. Le malade guérit.

Ce cas, dit l'auteur, peut être considéré comme une occlusion post-opératoire tardive. On a tendance à admettre que ces occlusions surviennent par brides ou par coudure de l'intestin. Ici, rien de semblable n'a été rencontré. On a noté des adhérences massives inflammatoires sans qu'il fût possible de constater la présence d'un étranglement mécanique net. M. Barret fit une laparotomie médiane, voie qui, lors d'une discussion à la Société de chirurgie, en 1917, a reçu l'agrément de tous.

— M. André MARTIN remarque que l'occlusion post-appendiculaire est toujours des plus graves. Il félicite M. Barret d'avoir pu sauver son malade par l'opération.

### Fibro-lipome de la boule graisseuse de Bichat.

(MM. HÔ-DAC-DI et MARRIQ, de Hué (Indochine). — *Société de chirurgie* ; 19-10-1932.)

M. Moulonguet présente un rapport sur une observation de MM. Hô-Dac-Di et Marriq (de Hué, Indo-Chine) ayant trait à un fibro-lipome de la boule graisseuse de Bichat.

L'intérêt de ce cas a résidé dans le diagnostic. La tumeur, qui siégeait au niveau de la joue, a été considérée avant l'opération comme une tumeur mixte parotidienne. Le malade (un enfant de 11 ans) présentait à la joue, une grosseur de la taille d'une mandarine comblant toute la région parotidienne gauche, débordant les deux bords de la branche montante du maxillaire inférieur, ayant tout à fait l'aspect, en un mot, d'une tumeur de la parotide. La masse était dure, régulière, mobile, non douloureuse.

L'opération permit de rectifier le diagnostic. La parotide était intacte et facile à séparer de la tumeur. Celle-ci s'insinuait en arrière et en dedans profondément, jusqu'au pharynx. Il s'agissait d'un fibrolipome de la boule graisseuse de Bichat.

Habituellement, les lipomes de la boule de Bichat font une saillie plus grande dans la bouche que vers l'extérieur. Ils constituent d'ailleurs une affection peu fréquente.

**Récidive, après six ans de guérison apparente, de varices traitées par injections sclérosantes.**

(M. Basset. — *Société de chirurgie* ; 19-10-1932.)

M. Basset présente un homme qu'il a traité en 1923. Soumis à cette époque à six injections sclérosantes de salicylate de soude dans ses varices, ce malade a vu tous ses troubles fonctionnels disparaître sans interrompre plus d'un jour ses occupations de vendeur dans un magasin.

Il a été complètement guéri jusqu'en 1929. Aucun trouble fonctionnel, aucune saillie variqueuse. A partir de cette date, réapparition progressive des varices, mais en dehors des zones où les injections ont été faites.

— M. Senèque a rencontré également des récidives de varices après saphénectomies.

**Association de maladie de Parkinson et de maladie de Basedow.**

(MM. Alajouanine, G. Boudin et Maire. — *Société de neurologie* ; octobre 1932.)

Les auteurs présentent une malade ayant eu il y a cinq ans une encéphalite léthargique qui a donné lieu à un syndrome parkinsonien avec torticolis et palilalie et, parallèlement, à des troubles vaso-moteurs. Il existe un tremblement qui est du type basedowien ; le métabolisme basal est très augmenté.

A propos de cette observation et d'autres cas analogues moins caractérisés et dont un exemple est également présenté (syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec développement parallèle d'exophtalmie, tachycardie et exagération du métabolisme) les auteurs discutent la pathogénie des troubles neuro-végétatifs consécutifs à l'encéphalite et la possibilité de dysfonctionnement thyroïdien à la suite de ces perturbations fonctionnelles ; de sorte que l'on pourrait observer par suite des lésions nerveuses de l'encéphalite toute une chaîne d'états pathologiques allant des troubles neuro-végétatifs aux syndromes parabasedowiens et, même, à la maladie de Basedow proprement dite.

P. L.

**Injections sous-cutanées d'oxygène ; résultats thérapeutiques.**

(M. Giraudeau et Mme Karp. — *Soc. de dermatologie et de syphiligraphie* ; 7-7-1932).

Localement, sans parler du rôle antiseptique de l'oxygène contre les suppurations anaérobies, l'injection de ce gaz agit en distendant le tissu cellulaire, ce qui peut influencer mécaniquement les lésions prurigineuses et provoquer un léger degré d'irritation.

L'action générale de l'oxygénation est plus remarquable encore. Toutes les patientes ont vu leurs fonctions ovariennes s'améliorer. L'une d'elles a fait une réaction d'hypertrophie thyroïdienne. L'influence sur les glandes endocrines paraît donc évidente. Un léger degré d'amaigrissement d'ensemble se produit pendant la cure. Il peut être attribué soit à une augmentation directe des combustions internes, soit à la puissante stimulation endocrinienne signalée.

**Stérilisation « in vitro » du sang syphilitique.**

(H. Jaworski. — *Société de biologie de Paris* ; 22-10-1932.)

Au cours des transfusions, et malgré toutes les précautions prises, on redoute toujours la possibilité de contaminer les malades avec le sang du donneur, dont l'infection syphilitique peut parfois passer inaperçue malgré toutes les apparences de sécurité.

Déjà Mutermilch avait réalisé la stérilisation préalable du sang du donneur, en y ajoutant une quantité suffisante de cyanure de mercure pour détruire le virus syphilitique. Cependant, si le sang contenant des tréponèmes était stérilisé, il perdait aussi ses propriétés activantes. Les recherches de l'auteur ont établi que l'on pouvait dissocier l'action destructive de l'action stérilisante ; cette dernière est en effet instantanée, tandis que l'action destructive est beaucoup plus lente. La méthode de Mutermilch était donc utilisable, à condition de la réaliser quelques minutes avant l'injection. Le Dr J., pour sa part, au lieu du sang complet, a cherché à stériliser le plasma citraté, qu'il utilise dans son traitement habituel.

La dose de 5 mgr. de cyanure de mercure, pour 10 c.c. de plasma se montre très active, et si elle est incapable, en expérimentation, de détruire tous les parasites ajoutés en grand nombre au plasma, elle suffirait, peut-être, à stériliser le sang des donneurs syphilitiques qui ne véhicule, en général, que de très rares spirochètes.

La dose de 1 cgr. de cyanure de mercure par 10 c.c. de plasma (dose non toxique pour l'homme) suffit pour détruire des quantités énormes de virus. Cette dose employée au cours des petites transfusions sanguines, met donc le receveur à l'abri de toute infection syphilitique.

**Deux cas d'hydronéphrose à symptomatologie abdominale antérieure.**

(MM. Ch. Flandin, A. Escalier, P. Soulié et F. Joly. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

De très nombreuses hydronéphroses sont susceptibles de prendre un développement tel que la tumeur se sent non seulement dans la fosse lombaire, mais encore, par la palpation antérieure, dans la région sous hépatique ou dans la région splénique. Un examen clinique soigneux permet, dans ces cas, d'éviter l'erreur de diagnostic avec une lésion hépatique ou vésiculaire d'une part, avec une splénomégalie d'autre part. La forme lobulée du rein, les *incisures de son bord, le contact lombaire, le ballot-*

tement transmis par la main postérieure sont les éléments essentiels du diagnostic qui, dans la majorité des cas, peut être posé.

Cependant, dans quelques cas rares, l'évolution de l'hydronéphrose peut se faire uniquement vers l'abdomen. C'est au-dessous du foie, ou au-dessous du rebord costal gauche que viendra faire saillie une masse arrondie, de consistance ferme, soit rénitente comme un kyste ou un abcès, soit dure, donnant l'impression d'un organe solide. La forme du rein a complètement disparu du fait de la distension de la poche d'hydronéphrose, et le diagnostic clinique est pratiquement impossible à faire.

Les deux observations rapportées concernent l'une une hydronéphrose droite prise pour un abcès du foie, l'autre une hydronéphrose gauche ayant simulé une splénomégalie avec subictère. Dans les deux cas, le diagnostic ne put être fait que par la ponction, qui permit de retirer de l'urine, et l'intervention chirurgicale amena la guérison.

**Sur l'intoxication par le tétrachlorure de carbone.**

(MM. Pagniez, Plichet et Koang. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 8-7-1932.)

En ces dernières années, ces cas d'intoxication se sont multipliés en raison de l'usage de plus en plus répandu de ce corps. En effet, ses qualités chimiques l'ont fait employer comme solvant des graisses, du caoutchouc dans l'industrie, comme extincteur d'incendie, et, en médecine, comme antiséborrhéique, anthelminthique et parasiticide.

Cette intoxication est grave, et souvent mortelle. En clinique, on a surtout vu des formes hépato-rénales consécutives à une inhalation massive et prolongée. Dans le cas rapporté ici, un ouvrier plombier avait été exposé aux vapeurs de tétrachlorure de carbone en même temps que deux autres personnes ; l'évolution de la maladie fut différente chez les trois sujets ; l'un présenta de l'anurie avec œdème généralisé ; le deuxième eut de l'anurie avec une infiltration généralisée, et un œdème aigu du poumon ; le troisième ne fit aucun symptôme d'intoxication.

Jadis on ne connaissait que des signes minimes de l'intoxication : céphalée, léger état d'ébriété, quelques nausées ou vomissements. C'est cette innocuité jointe à sa propriété d'être ininflammable, qui avait fait généraliser l'emploi du tétrachlorure de carbone, comme succédané obligatoire de la benzine et comme succédané obligatoire des graisses dans les teintureries parisiennes. Mais, depuis que son usage s'est généralisé comme extincteur de foyers d'incendie, on a pu observer de nombreux cas d'intoxication grave et même mortelle. On trouve presque toujours dans les cas graves des lésions d'hépato-néphrite, ayant donné lieu, cliniquement, au tableau de l'ictère grave. Il semble exister des tolérances individuelles, qui font varier les caractères de l'intoxication.

— MM. Charles Richet fils et R. Coudert rapportent aussi le cas d'un homme intoxiqué par le tétrachlorure de carbone, qui fit une néphrite suraiguë, à début brusque, à évolution rapide, terminée par la guérison, mais s'étant accompagnée d'une azotémie élevée.

**Guérison d'un abcès putride pleuro-pulmonaire par l'association de la sérothérapie antigangréneuse, du novarsénobenzol et de poly-lysat-vaccin de Duchon.**

(MM. Ch. Flandin, Escalier et Joly. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

L'ensemencement des voies aériennes s'était produit lors d'une angine de Ludwig, ayant abouti à une opération, un an auparavant. Depuis cette époque, l'état général du malade était resté mauvais, subfébrile, avec sensation de fatigue, amaigrissement, impossibilité de travailler régulièrement. D'une façon continue, pendant un an, il y avait eu de la toux, de l'expectoration soit banale, soit fétide. Dès le début, il y eut une pleurésie d'abord puriforme aseptique, puis très rapidement infectée par des germes les plus divers : streptocoques et pneumocoques, anaérobies et spirilles.

Le traitement a comporté d'emblée et simultanément le sérum antigangréneux à hautes doses (100 c. c. par jour), le novarsénobenzol à petites doses répétées, et le lysat vaccin polymicrobien de Duchon. Il fallait agir vite sur tous les germes. Le sérum antigangréneux seul eût laissé évoluer les aérobies et exalté leur virulence. Inversement, le lysat-vaccin seul eût favorisé l'action des germes anaérobies ; la présence de spirilles commandait l'emploi des arsénobenzènes.

Ces cas d'infection mixte, aérobie et anaérobie, de la plèvre et du poumon, se terminant par la guérison sont assez rares ; l'action de la thérapeutique paraît indiscutable dans ce cas.

G. F.

# Les Livres

Librairie Louis Arnette
2, rue Casimir Delavigne, Paris.

Jacques Sédillot, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Qu'est-ce que le cancer ? Comment l'éviter ? Comment le guérir.** (Un vol. in-16, 120 pages, 1932).

A dater d'aujourd'hui, où nous comprenons son mécanisme, l'hérédité cancéreuse n'est plus cette fatalité inexorable, dont on n'osait, hier encore, affirmer la réalité. L'hérédité du cancer reste un fait certain ; mais cette terrible échéance commence à nous apparaître comme parfaitement évitable. Pour que cette prédisposition congénitale à faire du cancer devienne opérante, il faut que nous lui fournissions son révélateur : l'état d'intoxication arthritique prolongé, qui est parfaitement évitable, car il est le fait de l'intempérance (ce mot signifiant ici tout autre chose que l'alcoolisme).

Le traitement curatif du cancer n'appartiendra jamais à la médecine ; il restera du domaine de la chirurgie, et de la chirurgie précoce. Mais pour le diagnostic précoce, il semble qu'un examen de laboratoire du sang soit à rechercher, premières proliférations de certaines cellules atypiques, qui constituent l'amorce initiale du cancer.

Quant au traitement médical, le magnésium apparaît comme un des moyens dont il ne faut, ni trop attendre, ni trop médire.

---

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille.

E. Halphen, professeur agrégé à la Faculté de Paris, et G. Worms, professeur au Val-de-Grâce. — **Maladies des fosses nasales et des sinus.** Un volume du *Nouveau Traité de Chirurgie clinique et opératoire,* dirigé par P. Delbet et A. Schwartz. (Troisième édition publiée en fascicules.) Un vol. in-18, 272 pages, 92 fig., 18 pl. Prix : 50 francs.

Pierre Augier, chef de clinique à la Faculté de Paris. — **La polypose recto-colique.** Préface du Docteur Bensaude. Un vol. in-8, 282 pages, 23 fig. Prix : 40 francs.

Les Presses Universitaires de France,
49, boulevard Saint-Germain.

Henri Aloin et Robert Noel. — **Les hémorragies en oto-rhino-laryngologie.** In *Monographies Oto-rhino-laryngologiques Internationales,* publiées par MM. Ledoux, Vernet, Portmann, Aloin et Sourdille (nº 24). Un vol. 228 pages. Prix : 35 francs.

Imprimerie Paul Jacques,
13, avenue de Tresserve, Aix-les-Bains.

Dr Jacques Forestier et Dr F. Gerbay, d'Aix-les-Bains. — **L'Etude de la sédimentation des globules rouges chez les rhumatisants chroniques et son application au contrôle de la cure thermale.** — R. Merklen et P. Robert : **La coxarthrie.** Rapports présentés à la Société médicale d'Aix-les-Bains. Un vol. 144 pages.

Librairie Hachette.

Docteur Henri Bouquet. — **Les ennemis de notre santé.** Un vol. in-16, 220 p. Prix : 12 francs.

Librairie Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

Annales de l'Institut Pasteur. — **La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. dans les familles de médecins ; 1924-1932.** Une broch. 62 pages.

Chez J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille.

J. Lévy-Valensi, professeur agrégé à la Faculté de Paris. — **La médecine et les médecins au XVIIe siècle.** Un vol. 668 pages avec fig. et planches.

# THÉRAPEUTIQUE

## Traitement du diabète gras

Par le Docteur Mora

Le diabète gras ou diabète sans dénutrition azotée est celui dont le coefficient d'assimilation des hydrocarbones est suffisamment élevé pour que, tout en réduisant la quantité de ces aliments, on puisse donner la quantité de protéines et de graisses nécessaires à la ration d'entretien. C'est le plus fréquent et c'est celui qui, dans la pratique, comporte le plus d'imprudences de la part du malade.

**Régime.** — Il doit viser :

1° A faire disparaître le glucose de l'urine ;

2° A fournir au sujet le maximum des hydrates de carbone qu'il peut ingérer (tout en restant aglycosurique) ;

3° Assurer la ration d'entretien.

Il doit permettre, non pas de suralimenter les malades, mais de les hypo-alimenter passagèrement, afin de leur permettre de retrouver leur capacité d'utilisation pour les hydrocarbones (M. Labbé).

Un régime inutilement sévère est dangereux.

*Aliments défendus* : poissons frits dans la pâte ; sucre, féculents (riz, lentilles, haricots, carottes, navets, pois) pain ; pâtes alimentaires, farines, lait ; oseille, asperges, tomates, betteraves, fruits sucrés (raisins, dattes, figues, prunes, etc.) et pâtisseries ; confitures, chocolat ; alcool, bière, cidre ; vins sucrés (madère, champagne, etc.).

Restreindre le sel.

Les légumes doivent être blanchis à grande eau bouillante et bien égouttés pour enlever les éléments sucrés.

**Hygiène générale.** — 1° Autant que possible, *vie au grand air*, éviter la sédentarité. *Climats tempérés* en général et chauds en hiver ;

2° *Exercices physiques variés* : marche, bicyclette, billard, équitation, gymnastique respiratoire sans surmenage ;

3° *Toilette générale et spéciale* soignée, et particulièrement de la bouche, des dents, des parties génitales et de tout le revêtement cutané.

4° *Hydrothérapie quotidienne tiède* (tub, douche) suivie d'une friction générale au gant de crin ou avec une flanelle imbibée d'eau de Cologne ou d'un liniment (alcoolat de Fioraventi).

**Traitement médicamenteux.** — *Insuline.* Elle est le plus souvent inutile et dangereuse ou elle n'est indiquée que dans les cas où, par suite d'un incident ou d'un accident, d'une infection, le diabète évolue rapidement sous la forme de diabète grave avec dénutrition azotée.

*Alcalins,* à petites doses, quoique d'effets inconstants, ils sont bien supportés :

1° Donner une demi-heure avant les repas de midi et du soir, un des cachets suivants (Lutier) :

| | |
|---|---|
| Phosphate de soude ....... | ãã 0 gr. 40 |
| Bicarbonate de soude .... | |
| Pancréatine ............. | |

pour un cachet n° 14.

2° Ou bien faire prendre à jeun un verre d'eau de Vichy (Célestins) et à dix-sept heures un cachet avec :

| | |
|---|---|
| Benzoate de lithine effervescent .................... | 0 gr. 50 |
| Magnésie .................... | 0 gr. 20 |

avec un demi-verre d'eau.

*Santonine.* — C'est à Sejournet que revient le mérite d'avoir démontré les remarquables effets curatifs de la Santonine sur les diabétiques. Sur des cobayes rendus diabétiques par la piqûre du quatrième ventricule, il a trouvé que la Santonine refrène constamment la glycoformation. On prescrit actuellement les pilules du Docteur Sejournet à la dose de deux à quatre pilules, contenant chacune deux centigrammes de santonine chimiquement pure. Cette médication a le triple avantage d'être peu coûteuse, efficace et sans danger.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## TRAVAUX ORIGINAUX

### L'Actualité Professionnelle

**L'enquête de la Confédération des Syndicats sur l'enseignement et ses réformes ; la formation des spécialités et les Ecoles professionnelles de chirurgie de J. Baranger**

Monsieur Mordagne est, nul ne l'ignore, un partisan convaincu d'une formation classique pour le futur médecin. Mais, en outre, dans cette formation, il ne cache pas que ses préférences vont vers les études qui comprennent le grec, dans leur programme. J'ai publié avec empressement le compte rendu d'une séance mémorable qui s'est tenue à la mairie du X[e] arrondissement, et où les lances furent rompues en faveur du grec.

Mordagne, ayant dépouillé toute la documentation de l'enquête ouverte sur ce sujet par la Confédération des Syndicats médicaux, en a interprété les résultats dans un article publié par l'*Information Universitaire* du 22 octobre dernier.

En voici la partie essentielle. On verra que pour lui, c'est le grec qui l'emporte dans l'ensemble des réponses enregistrées par la Confédération :

Ceux qui ont répondu ont été unanimes pour exiger les études secondaires et le baccalauréat qui les sanctionne comme préparation aux études médicales. Sur la nature du baccalauréat il y a deux grands courants d'idées dans les réponses, tous deux en faveur du latin car on sait qu'il y a égalité des préparations scientifiques aux trois sections, et un troisième bien plus faible en faveur du libre choix des sections. Au total trois catégories de partisans qui se répartissent ainsi :

130 pour l'obligation du baccalauréat A.

119 pour le libre choix entre A ou A'.

69 pour le libre choix entre A, A' ou B.

Soit au total 318 professeurs qui n'excluent pas le grec, loin de là.

Il n'y a qu'à parcourir leurs réponses explicites pour voir que toutes leurs préférences vont au baccalauréat ~~latin-grec~~ et que, si certains n'osent pas fermer la porte de la Faculté aux anciens élèves de B, ils regrettent vivement qu'ils aient choisi cette voie d'instruction secondaire incomplète. En tout cas, la plus grosse proportion est intransigeante en faveur du grec et 249 professeurs veulent absolument une culture humaniste.

A Paris, sur 55 professeurs qui ont répondu un seul réclame le B parce que, dit-il, il n'attache aucune importance aux examens !

Dans l'ensemble de la France, parmi les 88 réponses qui n'ont pu être classées parce que d'avis trop incertain, toutes réclament des combinaisons de baccalauréats existants ou à créer, *mais toujours à base d'humanités classiques*. Un de mes excellents camarades de salle de garde reçu second à l'internat des hôpitaux de Paris, depuis peu professeur dans une école de médecine du centre, licencié ès sciences et ancien élève diplômé de l'Institut Pasteur, insiste pour que les candidats à l'agrégation soient titulaires du baccalauréat A et les futurs praticiens titulaires de l'ancien baccalauréat C (en somme l'actuel A') — avis évidemment original, mais qui est une indication très nette dans son esprit en faveur de la supériorité de la culture grecque : c'est toujours du Parnasse que nous vient la lumière ! Plusieurs éminents chirurgiens demandent avec insistance le rétablissement de la culture gréco-latine. Un grand clinicien parisien constate chez tous ses élèves qui n'ont pas de culture classique une « absence de curiosité intellectuelle » qui l'a frappé ; aussi, bien que par esprit de tolérance il opte pour le choix entre A et A', il préfère A qui donne aux élèves « un aperçu sur une civilisation qui fut unique ».

Pour conclure, je dirai avec les Docteurs Cibrie et Hilaire, secrétaire général et secrétaire adjoint de la Confédération nationale des syndicats médicaux, qui ont dépouillé le volumineux dossier du referendum provoqué par eux : « Ce dernier constitue un document très important pour l'opinion médicale et pour l'opinion tout court ; il pourra être utilisé avec fruit par les Conseils de Faculté et le Conseil su-

périeur de l'Instruction publique ; le vote intégral de la loi Armbruster ne doit pas nous être refusé ». N'ajoutons qu'un mot à cette conclusion : vouloir relever le moral d'une profession comme la profession médicale, au moment où les médecins constatent eux-mêmes un début de fléchissement, honore ces derniers. Dans un apostolat aussi fermé que celui que la Médecine, s'ils pensent à eux c'est qu'ils ont le souci constant du malade, autant que celui de leur propre science.

Maurice MORDAGNE,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

***

J'ai moi-même pris la peine de scruter de très près les chiffres publiés par *Le Médecin de France* de septembre dernier. C'est là la seule documentation dont j'ai disposé, et je n'ai pas eu entre les mains les réponses elles-mêmes des intéressés. Et je suis arrivé par mes calculs à des résultats que je vais exposer à mon tour : pratiquement, nos conclusions générales sont les mêmes.

D'après *Le Médecin de France,* et sauf erreur ou omission de ma part, la Confédération a reçu 375 réponses nominales, dont 248 émanent des Facultés, et 127 des Ecoles de médecine.

A ces réponses nominales, il convient d'ajouter les réponses collective de la Société des agrégés de Lyon, d'un effectif de 27 membres.

Il y a donc eu, au total 402 réponses, si l'on ne tient pas compte de quatre réponses parisiennes, que la Confédération n'a pas retenues.

Combien de ces réponses se sont-elles prononcées *exclusivement* en faveur du baccalauréat latin-grec ? 130 — ce qui donne un pourcentage de 32 %.

Il est exact que la grosse majorité des réponses exprime très fermement l'avis que la formation du futur médecin doit être classique. Et c'est mon avis personnel, comme celui de ceux qui m'entourent. Mais il est permis, d'autre part, de remarquer qu'un tiers seulement de l'ensemble se montre intransigeant en faveur du grec.

C'est d'ailleurs la conclusion formulée par *Le Médecin de France* (p. 706) :

*Choix laissé à l'étudiant entre le latin-grec et le latin-langues.*

A vrai dire, le baccalauréat actuel se divise en trois sections désignées respectivement par les lettres A, A' et B.

A, A' et B ont un programme scientifique commun. A comprend une version latine, une version grecque et une composition française ; A', une composition française, une composition de langues vivantes, et une version latine ; B ne comporte ni latin ni grec.

L'enquête de la Confédération aboutit donc à cette constatation que la grande majorité des professeurs consultés laisse à l'étudiant le choix entre A et A', et qu'un tiers de l'ensemble n'accepte que A.

***

Cette enquête avait porté, d'autre part, sur l'aménagement des dernières années d'études médicales, surtout en ce qui concerne les spécialistes, et elle permet de formuler la conclusion suivante, assez peu catégorique :

« *Mise à l'étude d'une ou de plusieurs années d'étude des spécialités pour les spécialistes, avec possibilité de certificats consacrant cet enseignement.* »

Certains professeurs semblent même aller plus loin encore, dans cette voie de la consécration de la formation du spécialiste. Le Professeur Pierre DUVAL, parlant de l'éducation chirurgicale, n'a-t-il pas, dans son discours d'ouverture du Congrès de chirurgie, réclamé le rétablissement du diplôme de *docteur en chirurgie,* aboli notamment par la loi du 30 novembre 1892 ?

J'en sais, je suis de leur nombre, qui n'accepteront pas cette suggestion, exprimée sous cette forme, et s'opposeront de toutes leurs forces à ce dualisme doctoral qui serait gros de complications de toute sorte, et ouvrirait d'ailleurs la voie à d'autres doctorats en des matières où la revendication se comprendrait tout autant que pour la chirurgie. Mais il ne peut qu'y avoir unanimité en faveur de la nécessité d'exiger de qui veut se dire et présenter comme un *chirurgien de carrière,* de justifier de ses connaissances par la justification d'un apprentissage technique suffisant, sanctionné lui-même par une attestation délivrée sous certaines conditions.

Il convient donc d'examiner comment doit être effectué cet apprentissage technique. Un fait est hors de doute : la pépinière la plus riche et la plus qualifiée des chirurgiens de carrière est l'internat des hôpitaux des villes, sièges de Facultés de médecine. Mais l'internat n'est pas toujours suffisant pour assurer une formation complète, et d'autre part, on peut rencontrer, et on rencontre, des sujets qui, sans avoir passé par l'internat, n'en ont pas moins des aptitudes marquées pour la chirurgie.

On cite un chirurgien des hôpitaux de Paris qui, il y a environ quarante ans, était parvenu à obtenir ce titre envié sans avoir passé par l'internat : exception qui, d'ailleurs, confirme la règle.

L'adjuvat et le prosectorat d'anatomie sont d'excellentes écoles pour le futur chirurgien. Il y apprend la science fondamentale de la chirurgie, et en même temps y exerce sa main. A Paris, on peut mettre en fait que les chirurgiens des hôpitaux ont tous passé par l'adjuvat et le prosectorat.

Le clinicat parachève par ailleurs la formation hospitalière.

Mais ces fonctions, qui font partie de l'enseignement, et dépendent des Facultés, sont données au concours, et s'il y a beaucoup d'appelés, le nombre des élus est peu élevé....

Comment, dès lors, concevoir une organisation de l'enseignement et de l'apprentissage de la chirurgie qui soit profitable à l'étudiant chez qui se sont révélées ces aptitudes opératoires ?

Le Docteur BARANGER, du Mans, nous le dit dans un substantiel rapport présenté à l'Assemblée générale du *Syndicat des chirurgiens français*.

Le chirurgien doit avoir eu une formation hospitalière pratique : il est superflu de le proclamer. Et nous ne cessons nous-mêmes de réclamer une organisation des études médicales telle que l'hôpital soit le principal centre d'enseignement.

Mais la pratique hospitalière, fût-on interne, ne suffit pas, nous dit Baranger. Il est nécessaire de la compléter par des études spéciales. Et voici le plan qu'il expose à cet effet.

Toutes les Facultés de médecine, ou certaines d'entre elles seulement, auraient pour annexe une *Ecole professionnelle de chirurgie*. Cette Ecole recruterait ses élèves parmi : 1° les internes des hôpitaux des villes de Faculté, nommés au concours ; 2° d'autres élèves, en nombre fixé par la Faculté, d'accord avec le Syndicat des chirurgiens français, mais dont l'admission serait subordonnée à l'obligation de se soumettre à un concours préalable. Un examen d'aptitudes physiques pourrait être imposé à tous les candidats sans exception : il permettrait d'éliminer les élèves tarés ou manquant de sang-froid.

Le personnel enseignant comprendrait un directeur chirurgien, et des professeurs, nommés par la Faculté, et presque tous chirurgiens, fonctionnant dans un local autonome.

Le programme d'enseignement doit être basé sur cet objectif, que le chirurgien est un *médecin*, un *artisan* et un *ingénieur*. C'est un *médecin spécialisé*. Aux matières qu'il apprend à la Faculté et à l'hôpital, et dont l'anatomie, la médecine opératoire et la pathologie chirurgicale représentent l'essentiel, il conviendrait d'ajouter une connaissance assez approfondie de l'anatomie pathologique, et l'apprentissage de certaines explorations particulières : rectoscopie, cystoscopie, gastroscopie, et la science des indications opératoires qui n'est autre que la thérapeutique chirurgicale.

Des cours de technique développeraient et perfectionneraient l'*artisan* que doit être le chirurgien. La pratique raisonnée de la chirurgie expérimentale perfectionnerait chez lui le *technicien*.

Le chirurgien doit être adroit de ses mains : proposition élementaire. S'il sait manier le burin et la scie, il a appris à ce jeu, à ce passe-temps, à maîtriser ses réflexes, tandis que la motilité de sa main acquérait la souplesse nécessaire. Quelques leçons d'artisan exerceraient l'apprenti chirurgien en ce sens.

Enfin, il devrait posséder de solides notions de biologie, d'anesthésie, de transfusion, d'applications de la mécanique et de l'électricité à la chirurgie. Ainsi se développeraient d'autre part ses qualités d'*ingénieur*, appelé à diriger un service technique, et à utiliser la collaboration de co-équipiers, en sachant contrôler et perfectionner le rendement de chacun d'eux, depuis son anesthésiste, jusqu'à la dernière de ses infirmières.

La durée des études serait de trois ans, dont deux seulement comporteraient autre chose qu'un stage obligatoire à l'hôpital comme interne. Celles-ci terminées, un certificat serait délivré à la suite d'un examen, compte tenu des notes d'assiduité de l'élève.

L'Ecole de chirurgie étant intégrée dans les Facultés et relevant tout naturellement de l'Université, le Syndicat des chirurgiens français n'en aurait pas moins un rôle d'information auprès d'elle, en ce qui concerne le nombre d'élèves à y admettre chaque année. En outre, il aurait un représentant qualifié auprès des directions.

Le Docteur Baranger ayant ainsi exposé son projet, ne méconnaît pas les objections qu'il peut soulever. Il y répond fermement. Au reproche de vouloir monopoliser la chirurgie, il réplique qu'il se borne à demander que le titre de *chirurgien* ne puisse être pris que par qui aura bénéficié d'une formation sérieuse. A l'*A quoi bon* ? des sceptiques et des désabusés, il riposte que la formation doit être réelle, et non fictive, et que l'assiduité à l'hôpital et aux exercices qui fera de ces élèves des médecins d'élite et des artistes, sous la surveillance du personnel enseignant, est évidemment la condition primordiale du but à atteindre.

Au surplus, ce sont des idées qu'il sème, qui serviront de sujet d'études, et fructifieront sans doute dans des esprits plus qualifiés.

Avoir des idées ; les lancer pour ce qu'elles valent, dans la circulation ; susciter des discussions ; des controverses ; heurter à l'occasion d'autres idées précédemment acquises, et considérées par certains comme définitives ; à côté des chemins battus, explorer d'autres terrains jusqu'alors ignorés et y tracer d'autres voies, parallèles aux premières, en certains cas ; les croisant, ou s'en écartant en d'autres, mais tout cela, pour le bien général, c'est tellement notre programme que je n'ai pas hésité à reproduire ici la substance du projet du Docteur Baranger.

Est-elle réalisable ? Rien ne semble s'y opposer, si le financement de l'entreprise est pratiquement possible. Or, il est de règle que tout apprenti paye son apprentissage. Les élèves des Ecoles de chirurgie contribueraient, par leurs versements, à l'assurer.

Représente-t-il une méthode irréprochable de formation du chirurgien de carrière ? Je ne me permettrais pas de formuler un avis là-dessus, n'étant pas compétent.

Normalement, un étudiant qui commence ses études proprement dites à 19 ans, peut être nommé interne des hôpitaux à 23 ou 24 ans. S'il accomplit ses quatre années d'internat, il terminera ses études à 27 ou 28 ans. J'ai cru comprendre que les trois années d'études à l'Ecole de chirurgie se superposeraient, au moins pour deux d'entre elles, au stage hospitalier. Faut-il en déduire que le certificat de chirurgien ne pourrait être obtenu que deux ans plus tard, c'est-à-dire à 30 ans ? ? ?

Il en est qui, proclament que la pratique chirurgicale réclame une certaine maturité de l'esprit, une certaine pondération du jugement, corrélatives de l'âge, et la trentaine leur semble correspondre excellemment à un développement suffisant de qualités qui ne pourront que se perfectionner ensuite.

Je sais bien que l'apprentissage du spécialiste réclame un temps plus long que celui de l'omnipraticien. Les projets étudiés par l'enquête de la Confédération envisagent une seule année de stage d'application pour celui-ci, et deux ou trois pour le futur spécialiste.

Ce ne sont pas des objections que j'énonce contre la conception de Baranger ; mais de simples remarques.

Et je terminerai par cette dernière considération. Les professeurs, chirurgiens des hôpitaux dans les villes de Faculté, forment des élèves, dont l'élite est représentée par leurs internes, leurs chefs de clinique et leurs assistants. Ce sont évidemment des chefs d'école. Ne pourraient-ils délivrer eux-mêmes à ceux de ces élèves qui leur en paraîtraient dignes, cette sorte d'accréditif que doit représenter le certificat qui justifiera aux yeux du public aussi bien que de ses pairs, que tel chirurgien de carrière a bien le droit de se présenter et faire connaître sous ce titre ?

G. DUCHESNE.

## ASSURANCES SOCIALES

### Quelles sont les spécialités pharmaceutiques qui peuvent être remboursées aux assurés sociaux ?

I. — *Toutes les spécialités, dont la vente est légale en France, doivent être remboursées, par les caisses, à 85 %.*

II. — *Les caisses n'ont pas le droit de dresser une liste des spécialités permises, ni de fixer arbitrairement un taux de remboursement, variable pour chaque espèce.*

III. — *Les syndicats médicaux n'ont pas le droit non plus de dresser pareille liste, pour chaque département.*

IV. — *Une société de secours mutuels, qui comprend des assurés sociaux, dans ses rangs, doit à ces derniers, ès qualités, le libre choix du médecin, le payement à l'acte médical et la liberté de prescriptions pharmaceutiques.*

Tant qu'une codification des textes législatifs et réglementaires sur les assurances sociales n'aura pas été établie par les soins du gouvernement, tant que caisses d'assurances, syndicats de praticiens, préfets, ministres même ne connaîtront pas à fond le maniement de la loi, nous verrons surgir constamment de nombreux conflits.

Chacun croit avoir raison ; chacun pense avoir le droit de faire de telle ou telle manière, interprétant de façon différente les textes, ou même les ignorant.

Aussi, nombreuses sont les demandes de consultations juridiques que nous recevons, pour que nous puissions préciser ce qui est permis et ce qui est défendu de faire.

Témoin la grosse question de la spécialité pharmaceutique. Des modalités diverses ont été instituées dans de nombreux départements. Les médecins, les pharmaciens ne s'y reconnaissent plus, cependant qu'ici les caisses, pour faciliter leur besogne, refusent d'une façon absolue le remboursement de toute spécialité, ailleurs, on n'admet que les vaccins ou sérums ; plus loin, ce ne sont que les spécialités dites irremplaçables ; des caisses enfin s'entendent soit avec les médecins, soit avec les pharmaciens du département, pour dresser une liste, qui seule comportera remboursement, soit à 85 %, soit même à 50 % ou au-dessous.

Aussi, pouvons-nous grouper, sous les rubriques suivantes, les différentes questions qui viennent de nous être posées.

**Quels sont les textes, qui concernent les spécialités ?**

En son article 7, paragraphe 4, la loi du 30 avril 1930 décide que : « les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins, « qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments conformes aux lois existantes. Une « commission spéciale sera prévue au règlement « d'administration publique avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments « spécialisés autorisés ».

Le décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique institue cette commission, en son article 19.

Cette dernière n'a pas pu aboutir à un résultat positif : devant l'avalanche des produits spécialisés, il fut impossible de dresser une liste des médicaments, pouvant être ordonnés par les médecins aux assurés sociaux.

Aussi, par circulaire en date du 24 mars 1931, (*Journal officiel*, 29 avril 1931), le ministre du Travail informe les préfets que « jusqu'à nouvel « ordre, les caisses devront rembourser à con- « currence de 85 % toutes les spécialités, dont la « vente est légale en France et pour lesquelles des « décisions individuelles d'exclusion n'auront « pas été notifiées. »

**Quelles sont les spécialités, dont la vente est légale en France ?**

Jusqu'au décret du 13 juillet 1926, la plupart des spécialités pharmaceutiques constituaient juridiquement des médicaments secrets, dont la vente est interdite en France, notamment par l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI.

Avant le décret précité, devait être qualifié remède secret, aux termes de nombreux arrêts de jurisprudence, tout remède qui ne rentre pas dans l'une des trois catégories suivantes : 1° remèdes magistraux, c'est-à-dire préparés sur ordonnance du médecin ; 2° remèdes officinaux, c'est-à-dire figurant au Codex ; 3° remèdes qui, n'étant ni magistraux, ni officinaux, ont été publiés dans le *Bulletin* de l'Académie de médecine, suivant le décret du 3 mars 1850, ou bien qui ont été approuvés et achetés par le gouvernement en exécution du décret du 18 avril 1810.

Le décret du 13 juillet 1926 a modernisé cette législation pharmaceutique, quelque peu archaïque, en décidant que les médicaments simples, ou composés, préparés à l'avance en vue de la délivrance au public, « ne peuvent être « considérés comme médicaments secrets, lors- « qu'ils portent inscrits sur les flacons, boîtes, pa- « quets et emballages, qui contiennent, ou enve- « loppent les produits, le nom et la dose de cha- « cune des substances actives entrant dans leur « composition, ainsi que le nom et l'adresse du « pharmacien qui compose le médicament ».

Il en résulte que la plupart des produits pharmaceutiques spécialisés, principalement ceux qui ne font de publicité qu'auprès du Corps médical, sont de vente légale en France, parce qu'ils se conforment aux prescriptions ci-dessus indiquées du décret du 13 juillet 1926.

**Les Caisses d'assurances sociales ont-elles le droit de dresser elles-mêmes une liste de spécialités, seules admises au remboursement ?**

L'anarchie la plus complète règne en cette matière. Chaque département, chaque caisse même croit avoir le droit d'agir à sa guise, au regard des spécialités pharmaceutiques.

Dans certains endroits, les caisses se refusent au remboursement partiel de toutes les spécialités sans exception. Ailleurs, certains produits spécialisés sont remboursés à 85 %, à 50 %, d'autres enfin, restent entièrement à la charge de l'assuré social.

Se rendant compte de l'arbitraire absolu qui préside à la confection de pareilles listes, quelques caisses ont cru pouvoir s'aboucher avec les Syndicats de praticiens du département, pour ensemble, dresser la liste des spécialités permises.

Il en est résulté une cacophonie d'un autre genre : ici, seuls les vaccins et sérums sont remboursés, à l'exclusion de tout autre produit, alors qu'ailleurs, ce ne sont que les produits dits irremplaçables, qui sont admis (sérums, vaccins, produits opothérapiques, arsénobenzènes, etc.).

Mais alors interviennent les pharmaciens détaillants. Ce n'est mystère pour personne que de dire que ces praticiens sont beaucoup plus hypnotisés par une question commerciale individuelle que par une évolution sociale et scientifique.

Aussi, nous est-il rapporté que, dans quelques départements, les pharmaciens ont exigé que seuls les produits opothérapiques en ampoules, pour injections hypodermiques, figureraient sur la liste, alors que les mêmes produits destinés à être absorbés par la bouche, en cachets par exemple, devraient être formulés de telle sorte que ce serait le pharmacien détaillant qui les préparerait lui-même, en débitant ainsi des cachets non spécialisés.

Ailleurs, le pourcentage alloué par les fabricants spécialisés entre en ligne de compte et les pharmaciens détaillants cherchent à faire éliminer telle ou telle maison au bénéfice de telle autre, qui accorde une remise de vente plus considérable.

Enfin, dans quelques départements, les médecins ont cru pouvoir dresser une liste de produits pharmaceutiques divers, qui, seuls, seront remboursés par les caisses, à l'exclusion de tous autres.

Poussant encore plus loin l'illégalité, certaines caisses ont émis la prétention de limiter le maxi-

mum de chaque prescription de tel ou tel produit figurant dans une ordonnance de médecin, comme de fixer la quantité pouvant, dans un trimestre, être ordonnée à un même malade.

Certaines caisses obligent l'assuré social à venir faire viser l'ordonnance médicale à la caisse, avant de la porter chez le pharmacien. Ce procédé aboutit à des vexations inadmissibles, pour les malades de campagnes, qui doivent se déplacer, pour se rendre au siège de leur caisse, afin d'obtenir le permis d'achat de certains médicaments.

Et nos confrères propharmaciens de protester, car de la sorte, ils n'ont pas le droit de délivrer immédiatement les médicaments spécialisés à leurs clients, assurés sociaux : il faut le visa, l'autorisation des scribes de la caisse !

### Discussion juridique.

Tous ces procédés sont absolument illégaux et, s'ils étaient portés à la connaissance des tribunaux, nul doute qu'ils ne soient déclarés illicites.

Conformément aux textes législatifs et réglementaires, que nous avons cités plus haut, le médecin conserve son absolue indépendance, en ce qui concerne ses prescriptions pharmaceutiques, vis-à-vis des assurés sociaux.

Sous son entière responsabilité professionnelle de droit commun, il prescrit tout ce qu'il croit devoir être propice, pour la guérison de son malade. Il ne lui est simplement interdit que d'ordonner des médicaments secrets, ou de compérage, parce que le pharmacien a le devoir et l'obligation légale d'en refuser la vente et le débit.

Quant à la confection d'une liste quelconque, syndicats de médecins, ou de pharmaciens et caisses d'assurances sociales violent la loi du 30 avril 1930, en se substituant eux-mêmes à la commission prévue par ladite loi et le règlement d'administration publique.

Ainsi que le fait très justement remarquer le ministre du Travail, dans sa circulaire du 24 mars 1931 précitée, jusqu'à nouvel ordre, doivent être remboursées au taux de 85 % toutes les spécialités pharmaceutiques, ayant droit légal de vente en France.

Je sais bien que caisses, médecins et pharmaciens ont eu le désir d'apporter un peu d'ordre dans la réglementation actuelle des Assurances sociales ; mais leur procédé est illégal. Il lèse les intérêts légitimes des malades, bénéficiaires des assurances sociales, qui sont ainsi privés de certains produits pharmaceutiques, dus aux découvertes de la science.

Il lèse les intérêts de certaines firmes pharmaceutiques, qui sont exclues de la liste départementale, alors que des maisons concurrentes sont inscrites.

Il lèse également les intérêts de nos confrères, tant de médecine générale que propharmaciens. Les premiers nous demandent quels sont leurs droits et leurs obligations, car quelques-uns de leurs malades protestent, lorsque la caisse laisse à leur charge certaines dépenses pharmaceutiques, prescrites par le praticien.

Les seconds sont gênés dans la vente de leurs produits médicamenteux, à leurs propres clients, et nous demandent comment ils doivent établir leurs factures à chaque client, pour savoir de quels médicaments ce dernier peut obtenir le remboursement et à quel taux.

### Une société de secours mutuels a-t-elle le droit d'imposer son règlement intérieur de pharmacie aux assurés sociaux ?

Quelques sociétés mutuelles, régies par la loi du premier avril 1898, sur la Mutualité, font fonction de caisses primaires, et admettent dans leur sein des assurés sociaux.

Or, la grande ambition des mutuelles, c'est de réglementer, d'une manière très autoritaire, les modalités médicales et pharmaceutiques : seuls ne seront appelés à donner des soins que certains médecins agréés ; seuls seront payés certains produits pharmaceutiques, pris dans telle pharmacie, à l'exception de telle autre officine (lorsqu'encore, la pharmacie mutualiste n'est pas seule imposée).

Si la loi du premier avril 1898 donne aux dirigeants de chaque mutuelle (qui souvent ne sont pas eux-mêmes usagers de la Mutualité), le droit césarien de réglementer leur service médical et pharmaceutique, il n'en est plus de même, sous l'empire de la législation des Assurances sociales.

Celle-ci institue, au bénéfice des assurés sociaux, le libre choix du médecin et reconnaît à ce praticien son entière indépendance pour le traitement.

Cela ne fait plus du tout l'affaire des dirigeants de la Mutualité et c'est la base du conflit, qui existe actuellement entre le Corps médical et les puissants du jour, qui, pour le moment, orientent les destinées de la Mutualité.

Quoi qu'il en soit, un assuré social, embrigadé dans une Société de secours mutuels, conserve sa qualité d'assuré social, bénéficie de la législation de 1930 et ne peut pas se voir opposer la législation de 1898.

Il a donc droit au libre choix du médecin et conserve la possibilité du remboursement à 85 % pour les dépenses pharmaceutiques.

### Conclusions.

Il ne faut pas que le Corps médical commette la même erreur que jadis lors de l'application de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail et de celle du 31 mars 1919, sur les victimes de la guerre.

Par ignorance des textes de lois, le Corps médical s'est laissé imposer une nomenclature, qui n'en est pas une, mais un simple tarif établi par les seuls pharmaciens.

Il convient donc que le praticien fasse respecter son droit de liberté de prescription pharmaceutique, inscrit dans le paragraphe 4 de l'article 7 de la loi du 30 avril 1930.

Les Syndicats médicaux doivent donc être avertis de l'illégalité de leurs tractations, lorsque, par convention avec les caisses, ils décident que tels produits spécialisés seront seuls remboursés et non tels et tels autres. Leurs malades ont le droit d'être soignés comme l'entend le médecin traitant.

Aux maisons de spécialités pharmaceutiques de faire diligence, pour que, séparément, ou réunies en syndicat, elles fassent connaître aux Syndicats médicaux, comme aux caisses, que cette violation de la loi leur porte préjudice.

Ce n'est pas à l'heure où la Mutualité veut imposer aux Corps médical et pharmaceutique le régime autoritaire de la loi de 1898, se substituant à celle de 1930, qu'il faut permettre ce recul social.

N'étant pas, je le répète, des usagers de la Mutualité, les dirigeants des anciennes Sociétés de secours mutuels pouvaient jadis sacrifier certains intérêts de malades, ou de praticiens, à leur ambition personnelle et à leur désir de gouverner les mutualistes.

Aujourd'hui, le législateur de 1930 a reconnu aux assurés sociaux un certain nombre de droits, pour la manière selon laquelle ils seront soignés : je doute fort, pour ma part qu'ils acceptent de renoncer à leurs droits pour rétrograder vers un système autoritaire, qui a fait son temps et n'est plus de notre époque.

Dr Paul BOUDIN.

## LA FORME « MUTUALISTE » DES CAISSES CHIRURGICALES

La Caisse chirurgicale mutuelle de Lot-et-Garonne dont les principes — ou mieux les statuts — sont actuellement en discussion est, croyons-nous, la seule forme pratique de collaboration médico-mutualiste.

Avant d'exposer les autres formes possibles de cette assurance chirurgicale, nous ne prendrons pour preuve de notre affirmation liminaire qu'une lettre toute récente que nous adresse le Docteur DENOYES, président actuel du Syndicat des Pyrénées-Orientales.

Il explique que, dès 1910, au moment de la création de la Clinique mutualiste de Montpellier, il avait lui-même fondé, en qualité de président du Syndicat des médecins des Arrondissements de Béziers et Saint-Pons, une Caisse chirurgicale mutuelle qui a conservé son autonomie jusqu'à la création d'une Caisse unique. Il ajoute que, s'inspirant de l'organisation créée à Béziers, les chirurgiens et spécialistes de PERPIGNAN avaient également constitué, en 1925, une Caisse chirurgicale mutuelle qui a donné toute satisfaction tant qu'elle n'a pas été absorbée par la « Caisse unique » de la région ; mais qui a disparu un an après cette absorption.

Ceci prouve que, sans nous être concertés, à vingt ans de distance, devant des dangers identiques, nous sommes arrivés à la même solution.

Nous voudrions aujourd'hui expliquer par quelles étapes nous sommes passés, avant de réaliser la Caisse chirurgicale.

Depuis longtemps, la Mutualité *seule* avait entrepris de couvrir le risque chirurgical. Sa seule réalisation a été la *Clinique mutualiste*, progrès indéniable sur l'hôpital, mais système socialement et techniquement insuffisant. (Montpellier, Bordeaux, Marseille, etc.)

Ces cliniques mutualistes ne peuvent vivre qu'avec un effectif considérable recruté sur le territoire de plusieurs départements. Il en résulte des inconvénients évidents pour ceux qui en sont éloignés. Les malades ne peuvent profiter de l'établissement en cas d'urgence ou d'intransportabilité, le déplacement les sépare de leur famille et nécessite des frais, le séjour reste à leur charge. Les chirurgiens éloignés de cette clinique — quand elle admet le libre choix — sont injustement lésés au bénéfice de leurs collègues du centre. Les cliniques privées sont appelées à disparaître une à une.

Pour éviter la main-mise de la Mutualité sur la Chirurgie, on a proposé deux solutions : la *clinique syndicale* et la *clinique municipale* (*ou départementale*).

Le premier type est réalisé à Périgueux par exemple où un certain nombre de confrères ont monté une clinique par actions. Le type parfait, aux yeux de certains, serait la clinique syndicale vraie. Elle nous paraît dangereuse car elle provoquera toujours une certaine méfiance de la part des malades.

La clinique municipale est courante. Le type en est la maison Dubois à Paris, et, en province, des quantités de petites cliniques communales fort utiles.

En général le type communal est celui qui donne au Corps médical le plus de garanties dans les petites agglomérations. La commune tient à son autonomie, évitant les contrôles

d'Etat ; les médecins locaux sont indispensables à sa gestion technique. Encore faut-il signaler l'inconvénient de situations personnelles, qui peuvent systématiquement éloigner un médecin de l'établissement municipal.

Quant à la clinique départementale, un projet vient d'être soumis au Conseil général de l'Indre. Elle aurait les mêmes inconvénients que toute clinique mutualiste. Elle ne serait peut-être pas exempte d'influences politiques.

Quel que soit le propriétaire, nous nous trouvons toujours en face d'un CENTRE DE SOINS imposé au malade et au chirurgien.

Peut-on faire mieux ? Indubitablement ; mais non plus avec UN ORGANE DE SOINS, avec un ORGANISME FINANCIER, une CAISSE.

Notre première pensée avait été d'utiliser une ou plusieurs compagnies d'assurance privées.

Nous aurions pu, d'emblée, profiter d'un réseau d'agents bien organisé dans toute la France. Par cela même, il fallait dès le début obtenir l'approbation de tous les chirurgiens de France ou à peu près.

De là la seconde idée : accoler une Mutuelle à une compagnie d'assurance ordinaire. La Mutuelle aurait été constituée par les chirurgiens, versant chacun une somme de 1.000 ou 2.000 francs. La production et la gestion auraient été confiées à la compagnie d'assurance.

Les bénéfices éventuels auraient été répartis entre les actionnaires, c'est-à-dire les opérateurs.

Une telle organisation, grevée d'impôts et de frais généraux importants, du courtage aux agents, etc., nécessitait une prime qui, toutes choses égales d'ailleurs, atteignait exactement le double de notre cotisation.

On peut encore imaginer l'assurance chirurgicale sous forme Lloyd, type adopté par certaines communes pour le risque mortalité-bétail. Le risque est réparti entre tous les sociétaires au prorata des actions ou du nombre de paires de bêtes possédées. Celui qui perd une tête est indemnisé des deux tiers de la valeur par l'ensemble des co-sociétaires.

Ce sy tème a l'avantage de réduire presque à rien les frais généraux. Il n'est applicable qu'à un groupe restreint (commune ou canton). Aucun calcul préalable de cotisations n'est possible.

Nous arrivons donc à la formule de la Caisse chirurgicale mutuelle. Elle évite les inconvénients précités. Comme société de secours mutuels approuvée, elle est exonérée d'impôts, et même reçoit une subvention de l'Etat. Comme coopérative, elle n'a pas à prévoir de bénéfice. C'est donc, pour les participants, la formule la plus économique. Enfin comme organe régulateur des paiements, elle peut s'adapter avec beaucoup de souplesse aux organisations existantes, publiques ou privées.

Techniquement elle est un progrès, car elle permet, dans tous les cas, de donner les soins chirurgicaux *vite et près*.

Moralement, elle est un progrès, car le mutualiste bénéficie du libre choix réel, de la proximité de sa famille, d'une clinique privée.

Professionnellement, elle sauvegarde notre indépendance et évite l'attribution des postes de chirurgiens de la Mutualité à des privilégiés, au mépris de toute équité.

Enfin elle permet à une Clinique mutualiste déjà existante d'entrer dans le cercle des cliniques privées affiliées à la Caisse.

La Fédération de ces Caisses donnerait aux mutualistes des avantages nouveaux en leur garantissant les soins chirurgicaux dans les mêmes conditions dans tout le pays, par le jeu des mises en subsistance de Caisse à Caisse. On pourrait même prévoir l'extension du système à des pays voisins.

Tous ces avantages sont acquis au prix d'un inconvénient : la *violation de l'entente directe*. Peut-on l'éviter ? Nous ne le croyons pas pour deux raisons. La première, c'est qu'une Caisse de cette espèce doit prévoir une cotisation, c'est-à-dire un budget, donc un *tarif*.

La seconde raison est une raison de *droit mutualiste* : à cotisations égales, prestations égales. La loi de 1898 est formelle sur ce point.

Les mutualistes admettent fort bien un triage des sociétaires à l'entrée ; mais s'ils admettent, dans certains cas, le principe d'un supplément d'honoraires, ils tiennent à ce que ce supplément soit régi par une convention qui ne laisse, à l'entente directe, qu'une marge extrêmement restreinte. Ces idées dominent la législation des mutuelles et des coopératives. Et la Caisse chirurgicale mutuelle est une compagnie d'assurance à capital coopératif au premier chef.

Il faut donc nous adapter — selon l'heureuse formule de CIBRIE — à l'évolution sociale actuelle et ne pas vouloir, envers et contre tout, défendre cette entente directe (en matière de chirurgie tout au moins), car l'organisation de la Caisse chirurgicale mutuelle forme un tout dont chaque partie équilibre les autres.

Tâchons donc de nous mettre d'accord sur les éléments de base des Caisses chirurgicales et tenons compte des conditions sociales incessamment renouvelées, des désirs du public et de certains vœux légitimes de la Mutualité. Nous formons une partie indispensable de la société moderne ; ne nous isolons pas dans des dogmes que nous sommes souvent seuls à connaître.

Une fois cet accord obtenu, nous aurons à étudier des questions de détail nombreuses et souvent délicates. Parmi celles-ci, il faut régler la question des spécialistes, actuellement encore difficile, car nous sommes en période de transition entre la médecine classique et la médecine

sociale. Il faut, en outre, mettre en garde les Caisses nouvellement créées contre l'extension immédiate des garanties offertes, extension qui doit rester extrêmement prudente.

L'expérience de Caisses anciennes comme celle de Perpignan, phagocytée par une Union mutualiste ; l'expérience de Caisses récentes, les réflexions de chacun de nous, l'opinion des mutualistes libéraux ; tout cela doit concourir à une documentation précieuse, centralisée à la Confédération.

Notre cohésion actuelle nous permet de créer ce bureau d'étude et de mettre sur pied une organisation au point qui ne pourra que recevoir l'approbation de tous.

Dr F. DELMAS
(Agen).

## L'ASSURANCE DES TIERS TRANSPORTÉS DANS LA VOITURE DU MÉDECIN

La *Gazette du Palais* a publié, dans son numéro du 27 avril deux arrêts qui peuvent donner à réfléchir au Corps médical ...

Voici les faits :

Un boucher emmène dans sa voiture un agriculteur susceptible de lui indiquer des animaux à vendre, et, en rémunération de ses services, lui promet une commission par tête de bétail achetée.

Un accident survient au cours auquel l'agriculteur, tiers transporté, est blessé.

Quelle devait être la responsabilité du propriétaire de la voiture ? Etait-ce celle de l'article 1382, article auquel se réfèrent les tribunaux : lorsqu'un piéton est victime d'un accident, responsabilité de plein droit l'automobiliste devant pour s'en exonérer apporter la preuve que la victime avait commis une faute ? Etait-ce celle du contrat de transport à titre onéreux qui oblige le transporteur à transporter à destination saine et sauve la personne qui a pris place dans le véhicule, responsabilité encore plus lourde que celle de l'art. 1382 ? Etait-ce au contraire les règles du transport à titre gratuit qui devaient jouer dans ce cas, le transporté étant considéré comme ayant accepté par avance les risques du transport et devant, pour avoir droit à une indemnité, prouver la faute du conducteur ?

La Cour d'appel de Montpellier, dans un arrêt du 11 février, décide que la responsabilité qui devait être retenue était celle du transport à titre onéreux.

Voici l'arrêt :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction de la « cause, que le 26 octobre 1928, H... boucher à Millau pria M... de l'accompagner dans les fermes « des environs pour lui signaler les animaux susceptibles d'être vendus, lui promettant une « commission par tête de bétail achetée ;

« Attendu qu'à cet effet M..., prit place dans « l'automobile de H... conduite par le sieur B... ;

« Attendu que la direction s'étant rompue la « voiture quitta la route et se renversa au bas « d'un talus faisant des blessures à M...

« Attendu que le transport de M., dans l'automobile de H... avait pour but une affaire com« mune caractérisée par l'échange des services « que se promettaient les parties ;

« Attendu qu'en prenant M..., dans sa voiture en « vue de bénéficier des informations sur les res« sources du pays en animaux destinés à la vente « H..., le voiturait dans un but manifestement « lucratif ; qu'ainsi ce transport étant en dernière « analyse l'exécution d'un contrat à titre onéreux, « H..., tenu de tous les risques auxquels était ex« posé M..., et qui ne prouve pas que l'accident « est survenu soit par la faute du voyageur, soit « par un cas fortuit de force majeure, doit être « déclaré responsable des blessures subies par M...

« Par ces motifs

« Démet H..., de son appel ; confirme le juge« ment entrepris et condamne l'appelant aux dépens ».

La Cour de Montpellier a donc décidé que le contrat de transport n'était pas à titre gratuit, parce qu'il était l'annexe du contrat qui avait en vue l'intérêt du transporteur, qu'il avait pour but « une affaire commune ».

Cette notion peut nous entraîner très loin.

Plus que tout autre, le médecin peut se voir appliquer cette jurisprudence.

On vient chercher le praticien et il se fait accompagner dans sa voiture au domicile du malade par le membre de la famille de ce dernier qui est venu le quérir.

Y a-t-il contrat de transport à titre gratuit ou transport à titre onéreux ? Le médecin en raccompagnant cette personne n'a-t-il pas en vue de plaire à sa clientèle? A plus forte raison, le praticien qui, dans sa propre automobile, accompagne à l'hôpital ou à la clinique le malade ? Le praticien qui conduira chez le patient le médecin consultant qu'il a fait appeler ?

Quelle discrimination peut-il y avoir entre l'acte à titre gracieux et celui qui a pour but directement ou indirectement le bénéfice du médecin, le souci de voir accroître sa clientèle ou même de la conserver ?

Au moment où, par *l'indiscrétion* et les campagnes souvent mal informées de journalistes à court de copie, la dichotomie est à l'ordre du jour, le praticien ne risque-t-il pas très souvent de voir considérer par le tribunal comme un transport à titre onéreux le geste qu'il pensait n'être qu'une complaisance ?

Certes, le tribunal civil de Valence a déclaré le 3 juin 1924 (*Gaz. Pal*; 1924-2-191), que le transport qui n'est qu'une conséquence du contrat de louage de service n'est pas un contrat à titre onéreux, mais d'autres tribunaux, entre autres la Cour de Douai 1er mars 1922, de Paris 10 janvier 1927 et 24 juillet 1929, le Tribunal civil du Havre 13 novembre 1930 ont déclarés que le contrat de transport, accessoire d'un autre contrat, était un contrat à titre onéreux.

La Cour de Cassation ne s'est pas encore prononcée sur la question. Souhaitons qu'elle en soit saisie bientôt et que le malheureux automobiliste ne voie pas encore s'accroître le fardeau de ses charges et de ses responsabilités.

« Que m'importe après tout, dira le médecin, ... je suis assuré pour les personnes que je suis susceptible de transporter dans ma voiture ! »

Avant d'émettre cette appréciation que ce médecin relise sa police d'assurance...

La rédaction de celle-ci n'est pas uniforme. Certaines compagnies déclarent : « Sont également compris dans la garantie, lorsque l'assuré « en sera reconnu responsable, les accidents corpo- « rels causés aux personnes transportées à titre « gratuit dans les voitures à l'exclusion des.... « ... etc. ».

D'autres aboutissent à la même conclusion en déclarant que :

« Les accidents causés aux personnes se trou- » vant dans la voiture assurée, y montant ou en « descendant, sont exclus de la présente police, « toutefois, et par dérogation, la compagnie étend « sa garantie aux accidents corporels causés aux « personnes transportées gratuitement. »

Si un tribunal déclare que le transport n'est pas un transport fait à titre gratuit, qu'un intérêt à guidé le transporteur, et c'est le cas dans le procès que nous relatons, il n'y aura pas assurance et la bonne foi de l'assuré, qui la plupart du temps n'a pas lu ou n'a pas compris la portée des termes juridiques employés, ne changera pas le texte.

Ce fut encore le cas dans cette affaire et la Cour de Montpellier, très juridiquement appliquant le contrat dans sa lettre, sinon dans l'esprit du souscripteur, rendit sur ce point l'arrêt suivant :

« Attendu que H... assuré à la Compagnie de « l'E., pour les accidents causés aux tiers par sa « voiture automobile demande à son assureur de « le garantir contre les conséquences de cet acci- « dent à l'occasion duquel sa responsabilité se « trouve recherchée.

« *Attendu que la Compagnie de l'E., refuse* de « couvrir le risque pour le motif que l'accident li- « tigieux est formellement exclu des avantages « de la police en vertu des stipulations claires et « précises du contrat. Attendu qu'en effet, l'Art. « 2 des assurances déclare que les accidents causés « aux personnes se trouvant dans la voiture assu- « rée, y montant ou en descendant se trouvent en « dehors de ses prévisions à son bénéfice ; qu'il « est dit toutefois que par dérogation à ce texte, « la compagnie garantit la responsabilité du fait « des accidents corporels pouvant survenir aux « tiers transportés gratuitement.

« Or, attendu qu'il est constant que H... avait « prié M... de l'accompagner le 23 octobre, jour « où l'accident s'est produit, pour lui signaler « les animaux de boucherie qui, à sa connais- « sance étaient susceptibles d'être vendus dans « les fermes des environs, moyennant une com- « mission par tête de bétail achetée.

« Attendu qu'en prenant place dans l'automo- « bile de H..., M... ne sollicita donc pas de « H... un transport à titre gratuit, mais déférait « au contraire à son invitation en vue d'une affaire « commune caractérisée par l'échange de services « que se promettaient les parties.

« Attendu que H..., en voiturant M... en vue de « bénéficier de ses informations sur les ressources « du pays en animaux destinés à la vente, le trans- « port avait pour le propriétaire de l'automo- « bile un but manifestement lucratif ; qu'ainsi ce « transport étant en dernière analyse l'exécution « d'un contrat à titre onéreux, H... tenu de tous « les risques auxquels était exposé M..., et qui « ne prouve pas que l'accident soit survenu par « un cas fortuit ou de force majeure soit par la « faute du voyageur, ne peut exiger de la Compa- « gnie l'E. la prise en charge de sa responsa- « bilité.

« Par ces motifs déboute H..., de son appel, con- « firme le jugement entrepris et condamne H..., « aux dépens. »

Le contrat d'assurance, qui a été souvent interprété comme étant un contrat de bonne foi, se voit de plus en plus interprété dans sons sens le plus strict. Le médecin peut en être victime. Qu'importe qu'il ait cru s'être bien assuré... Les compagnies souvent plaideront le droit pur. Dans un cas analogue l'assuré soutiendra vainement que la Compagnie devait le garantir puisqu'elle couvrait les tiers transportés... que dans son esprit les tiers transportés à titre onéreux étaient ceux qui payaient leur place... que si la Compagnie avait exclu ce risque une diminution de 10 % de la prime aurait été prévue au contrat. ...

La police porte l'exclusion des tiers transportés à titre onéreux et l'on a pu voir par les arrêts précités que cette notion est très large.

En conclusion il faut que l'assuré, que le praticien particulièrement, demande à son organisme assureur de prévoir dans le contrat une clause qui pourrait être rédigée de la façon suivante :

« Il est spécifié que la Compagnie ne considérera pas comme tiers transportés à titre onéreux les personnes transportées dans la voiture, même si elles sont en relation de clientèle ou d'affaires, directement ou indirectement avec l'assuré. »

Combien y a-t-il de médecins qui aient fait insérer semblable clause dans leur police ?

P. R. BAGLIN,
Conseil technique d'assurance,
Docteur en Droit.

## MUTUALITÉ FAMILIALE

### Conversation en chemin de fer

Dernièrement, cherchant à me caser le moins mal possible dans un wagon passablement encombré, j'entendis tout à coup prononcer ces mots : *Concours Médical* et, me retournant, je me trouvai en présence de deux confrères : l'un jeune m'était inconnu, mais l'autre était une vieille connaissance, ami du *Concours* depuis toujours, et avec lequel j'avais, à maintes reprises, causé de tout ce qui peut intéresser le Corps médical, sans pourtant, je l'avoue, le convaincre toujours.

Ces confrères parlaient d'une question professionnelle, rien d'étonnant donc si le *Concours* avait été mis en cause. Mon arrivée ne changea naturellement pas le thème de la conversation à laquelle je me mêlai aussitôt.

— Croyez-vous que notre confrère n'est pas du *Concours Médical* ?

Mais, mon cher ami, c'est le premier journal auquel un jeune médecin doive s'abonner, d'abord parce que sa valeur scientifique ne le cède à celle d'aucun autre, ensuite parce que seul il s'occupe de questions que les autres organes paraissent dédaigner et qui sont pourtant de la plus haute importance, pour les débutants surtout. Je ne dis pas cela parce que nous avons devant nous son directeur, mais je le dis parce que je le pense réellement. Vous avez dû en recevoir des numéros de temps à autre.

— Oui, mais, vous savez, on reçoit tant de journaux auxquels on n'est pas abonné que la plupart du temps on ne les lit pas. Cependant, je vous avoue que j'en ai parcouru quelques numéros et qu'il m'a paru original.

— Abonnez-vous et, croyez en un de ses vieux lecteurs, vous ne le regretterez pas

Vous voyez que je vous fais de la propagande, j'en fais même pour vos œuvres qui, vous vous en souvenez, m'avaient laissé assez indifférent.

— Vous n'en avez jamais fait partie.

— Je le regrette maintenant, car je suis bien obligé d'en reconnaître l'utilité. Mais, vous le savez, le « Sou Médical » ne me paraissait avoir, pour moi, aucune utilité : je n'ai pas le caractère à avoir d'histoires, je n'en avais jamais eu et pensais bien n'en jamais avoir.

— Reconnaissez pourtant que le contraire aurait pu arriver. C'est comme pour la *Mutualité familiale*, vous n'avez jamais été malade, mais...

— Dites-moi en quoi une indemnité journalière de dix francs aurait pu m'intéresser ?

— Sans doute votre situation vous permettait d'en faire fi, mais les indemnités sont maintenant plus élevées et, pour un jeune médecin, elles peuvent n'être pas négligeables.

— Je le reconnais et vous savez bien que, si je n'ai pas donné mon adhésion, c'est non pas que je les jugeais inutiles, mais parce que personnellement elles ne m'intéressaient pas. Vous me direz que c'est de l'égoïsme, que j'aurais dû prêcher d'exemple ; j'en conviens, je me repends et je n'hésite pas maintenant à dire aux jeunes : ne faites pas ce que j'ai fait, faites ce que je vous conseille..... et je leur conseille d'adhérer au « Sou Médical » qui est une ligue de défense incomparable et à la *Mutualité familiale* qui me paraît être une Mutualité modèle. Vous devez être content.

— Quand le diable devient vieux, il se fait ermite.

— Vous êtes dur, mais vous en avez le droit car, depuis plus de trente ans, vous n'avez cessé de prêcher le bon combat : vous êtes resté sur la brèche et, si les adhésions n'ont pas été aussi nombreuses que vous le désiriez, ce n'a certes pas été votre faute ... et pourtant vous auriez pu, vous aussi, vous désintéresser personnellement car votre santé n'a pas subi plus d'accrocs que la mienne.

— Vous oubliez sept mois d'arrêt.

— Oui, mais à un moment où vous n'aviez plus souci de la clientèle.

— On ne choisit pas l'instant, et je connais nombre de confrères qui n'ont pas choisi.

— Vous avez toujours raison, mais reconnaissez que je mérite le pardon.

— Comment vous le refuser, à vous que, malgré tout, nous avons toujours considéré comme des nôtres et qui maintenant, je le vois, nous soutenez de votre propagande active.

— Je constate, Messieurs, que vous êtes au fond d'accord, mais vous devez l'être aussi pour

excuser les jeunes qui souvent sont indifférents parce qu'ils ne savent pas et que nul ne songe à les éclairer.

— C'est pour cela que je vous répète : abonnez vous au *Concours Médical* et surtout ne négligez pas les articles relatifs aux œuvres de prévoyance et de défense qui, à nos débuts, n'existaient pas et qui maintenant vous sont ouvertes.

— Les temps peuvent s'assombrir et c'est s'assurer une grande tranquillité d'esprit que de prévoir les conséquences de la maladie et de la vieillesse grâce à une indemnité dans le premier cas et une pension de retraite dans le second. Et la chose est tellement évidente que l'Association générale des Médecins de France qui, il y a quarante ans, ne voulait rien entendre et qui prétendait s'en tenir à son rôle de bienfaisance, commence à s'émouvoir et à entrer dans la voie de la prévoyance.

— Il est bien tard pour elle : à l'heure actuelle, au lieu de créer des œuvres nouvelles qui ne peuvent que concurrencer celles qui existent, elle eût mieux fait de se rallier à ces dernières, de les encourager, de les appuyer, de les grouper sous son égide tout en leur laissant leur autonomie.

— Si mon excellent ami, le Président Bellencontre, vous entendait ?

— S'il m'entendait, je lui dirais : le rôle de l'Association générale, depuis sa fondation, était la bienfaisance ; n'ayant pas saisi le moment où sa transformation était possible, elle aurait dû se borner à ce rôle. Elle aurait dû être la Caisse auxiliaire de toutes les autres œuvres créées depuis trente ans : la Maison du Médecin, la Société Lagoguey, la Mutualité familiale, la Société de secours aux femmes et enfants de médecins, l'Association confraternelle des médecins français et toutes autres que je ne puis citer mais qui poursuivent chacune leurs buts spéciaux.

— Arrêtez-vous, confrère, le ciel va vous tomber sur la tête.

— Je ne le crains pas et je continue : il n'est pas souhaitable que des œuvres de caractères différents soient concentrées dans les mêmes mains et dans une organisation unique ; chacune avec ses statuts et son Bureau particuliers, son existence autonome fera plus et mieux. Mais il y aurait avantage à ce que toutes fussent unies dans une sorte de confédération qui leur permettrait de savoir ce qui se passe dans la société voisine, les empêcherait d'empiéter sur son domaine et leur donnerait la possibilité de s'entr'aider moralement au moins ..... et l'Association générale pourrait venir en aide à ceux de ses propres membres qui feraient partie de telle ou telle société et seraient dans la cruelle nécessité de tendre la main.

***

Que pensait à ce moment notre jeune confrère? Je ne le sais, mais, moi, je me demandais si ce n'était pas là le langage du bon sens et de la vraie confraternité. En mon âme et conscience, je rendais d'ailleurs au *Concours Médical* cette justice que jamais il n'avait prêté le flanc à la moindre suspicion de désunion ou de discorde, et qu'il n'avait jamais cherché que l'intérêt supérieur de la profession médicale aussi bien par la plume de ses rédacteurs que par le caractère des œuvres de prévoyance qu'il avait créées.

Et, en manière de conclusion, je ne pouvais que dire aussi au jeune confrère : Abonnez-vous au *Concours Médical* et adhérez à ses œuvres.

A. Gassot.

## VARIÉTÉS

### L'Auvergne. — Les Limagnes

**Après la lecture du livre d'Henri Pourrat (1)**

Nul ne pouvait mieux décrire l'Auvergne et ses Limagnes que l'auteur de *Gaspard des Montagnes* qui a compris et admirablement peint l'âme de ce pays, au charme si puissant et aux aspects si divers. Notre distingué collaborateur « *L'Homme aux Bésicles* » a eu raison de m'inciter à dire tout le bien que je pense du livre d'Henri Pourrat, « décrivant une région qui me tient particulièrement à cœur ».

C'est qu'en effet l'Auvergne est mon pays d'origine et c'est dans ses Limagnes que j'ai passé les vingt premières années de ma vie.

(1) Henri Pourrat. — *L'Auvergne. Les Limagnes.* B. Arthaud, successeur des Editions J. Rey, Grenoble, 1932.

Mes aïeux, tous issus du terroir auvergnat, furent depuis plusieurs siècles, peut-être depuis toujours, des autochtones de cette région ; tous reposent dans la terre sainte de leur pays et je suis, je le confesse, le premier rameau aberrant de cette vieille souche arverne.

Aussi n'ai-je pu, sans émotion, lire le livre d'Henri Pourrat, qui a si bien senti, si bien compris, si bien décrit l'harmonieuse beauté des montagnes et des vallées de notre commune petite patrie.

Cet ouvrage est d'ailleurs merveilleusement illustré. Les sites, les monuments qui y sont gravés, admirablement choisis, augmentent, si pos-

sible, le pittoresque de l'évocation de l'écrivain, j'allais dire du poète.

L'auteur nous conduit tout d'abord à Vichy et nous fait une brillante et véridique description des splendeurs de cette magnifique Porte de la Limagne.

Il nous fait ensuite traverser Randan dont le château fut récemment incendié, le Marais, de nos jours assaini et aux riches cultures, Aigueperse, patrie de Michel de L'Hospital, le bassin fertile de Combronde, Riom qui fut capitale du duché d'Auvergne et de Montpensier, qui reste la capitale judiciaire de la région.

Après nous avoir fait traverser Châtelguyon-les-Bains et le pays brayaud, il nous conduit d'un bond de cinquante kilomètres à Issoire dont la belle église est le seul monument qu'épargnèrent les sacs sans merci des guerres de religion.

Nous pénétrons ensuite dans les pittoresques vallées des Couzes ; chemin faisant, nous nous arrêtons à Vic-le-Comte, l'ancienne capitale du Comté d'Auvergne comme Vodable fut celle du Dauphiné d'Auvergne, à Usson dont le château, complètement ruiné, évoque le séjour de la reine Margot, à Sauxillanges aux curieuses vieilles maisons. Puis, revenant aux petites Limagnes, encastrées dans les montagnes du Livradois, nous visitons Billom, qui, aux temps médiévaux fut le centre intellectuel de l'Auvergne avec ses deux mille écoliers et dont plus tard le collège, fondé par les Jésuites, fut très réputé ; Lezoux, qui aux temps gallo-romains possédait deux cents fours de potiers. Ces derniers exportèrent dans tout l'Occident leurs vases d'argile rouge et fine, dont la décoration en relief est d'un art aussi délicat que celui des plus belles poteries romaines d'Arezzo. Puis, brusquement H. Pourrat nous ramène à la grande Limagne, s'attarde à Clermont, la ville épiscopale, devenue la capitale de la pro ince et à Montferrand, jadis puissamment fortifiée ; enfin il nous y fait faire l'ascension du plateau de Gergovia et nous fait assister à un splendide coucher de soleil.

Mais Henri Pourrat n'atteint pas le fond de la vallée, il se borne à citer Brioude où, sortant des gorges de la Ribeire, l'Allier débouche dans le bassin lacustre qui porte le nom de Limagne.

« L'Allier, écrit-il, arrivait de Jumeaux où exista toute une batellerie, du canton noir de Brassac, d'où l'on tire de la houille, et par delà de cette Haute-Loire qui est encore la Basse-Auvergne.

Car, sur son cours s'ouvrent deux autres limagnes de plus en plus restreintes ; celle de l'amicale Brioude, sœur jumelle d'Issoire, celle du charmant Langeac qui va jusqu'à la borne haut dressée de Chante ges, terme, selon Dom Pastourel, de l'Auvergne habitable. »

Dans la description des Limagnes d'Auvergne, Brioude mérite mieux et sa superbe église, chef-d'œuvre de l'art roman auvergnat, n'aurait pas déparé les nombreuses églises de même style qui émerveillent le lecteur.

L'histoire de Saint-Julien-de-Brioude qui fut un lieu de pèlerinage célèbre et où fut enterré l'empereur romain Avitus, celle de son chapitre très noble dont les chanoines-comtes ne venaient à la basilique que pour toucher les dîmes et les prébendes, la célèbre abbaye de la Chaise-Dieu, le château de Chavagnac, berceau des La Fayette, auraient permis à Henri Pourrat d'écrire encore quelques belles pages et de compléter ainsi la description de la Limagne en la suivant jusqu'à son origine.

Comme Henri Pourrat, j'ai gravi les pentes abruptes de Gergovia, comme lui, assis au pied du monument qui rappelle l'héroïque défense de Vercingétorix et la défaite de César, j'ai admiré cette Limagne que Guy de Maupassant a comparée à l'Océan et que Châteaubriand crut en la contemplant « voir le fond d'une mer dont les flots venaient de se retirer ». Mais j'ai aussi le souvenir très vivant du panorama du bassin de Brioude, vu un soir d'été des hauteurs de Mazerat, dernier contrefort des monts de la Margeride. Jamais plus beau spectacle ne s'est offert à ma vue. La vallée s'étendant à perte de vue entre le Cézallier au couchant et les premières assises des Monts du Forez, était bornée tout à l'horizon par la ligne bleue des Monts-Dores et de la chaîne des volcans dont le majestueux Puy de Dôme terminait la série ; des pitons éruptifs surgissaient çà et là dans la campagne créant un chapelet de bassins lacustres et l'Allier, serpentant entre les défilés, semblait les réunir comme le fil qui rattache les perles d'un collier. La gamme de couleurs, variée à l'infinie, des prés, des champs, des vignes et des forêts, les villages blancs aux toits plats, couverts de tuiles creuses rouges, semés çà et là sur les flancs des collines, évoquaient chez moi par leur harmonie, le souvenir des plus beaux sites des lacs de la Haute Italie et je me souvenais de la Lettre du poète latin Sidoine Apollinaire, le gendre de l'empereur Avitus, qui fut préfet de Rome et mourut évêque de Clermont, lettre où il faisait la description de la Limagne, devenue sa patrie :

« Je ne dis rien, écrivait Sidoine Apollinaire, de l'agrément particulier à notre pays, de cette plaine immense où l'on voit ondoyer de si riches moissons, où le cultivateur craint d'autant moins de faire naufrage qu'il y navigue plus fréquemment, de ce pays plaisant au voyageur, jamais ingrat au laboureur, si agréable au chasseur. Les montagnes lui font une ceinture de pâturages ; la vigne verdoie sur les côteaux ; des fermes sont dispersées dans la campagne ; sur les rochers s'élèvent des châteaux à côté d'épaisses forêts ; dans la plaine des cultures, des ruisseaux dans les val-

**lons, des rivières à travers les précipices : tel, en un mot, qu'une fois les étrangers l'ont connu, ils y perdent le souvenir de leur patrie (1). »**

Et tout ceci reste encore absolument exact aujourd'hui, c'est-à-dire quinze siècles plus tard.

J. NOIR.

***

**Défense de l'Auvergne. — La Bataille du Puy de Dôme (2)**

MM. Jean Ajalbert, de l'Académie Goncourt, Gand'ilhon Gens-d'Armes, Maurice Maeterlinck, Pierre de Nolhac, de l'Académie française, Henri Pourrat, avec une vivacité et un enthousiasme trop peu fréquents à notre époque, prennent la défense de nos sites auvergnats et en particulier du Puy de Dôme.

Je ne croyais pas ces derniers menacés, mais s'ils l'ont été, je remercie leurs chevaliers servants d'avoir aussi vigoureusement livré et gagné la bataille.

Auvergnat de naissance, de race et de sentiment, il y a peu de gens qui aiment autant que moi à se souvenir de leur petite patrie bien qu'en étant volontairement exilé. Pendant mes études à Clermont-Ferrand où j'ai vécu plus de sept ans tant au lycée, qu'à l'Ecole de médecine et au régiment, j'ai fait maintes fois l'ascension du Puy de Dôme, à pic de tous les côtés, par la vieille route à cheval ou en voiture, et, plus tard, par la déplorable crémaillère dont la tranchée a barré d'une cicatrice sinistre le beau front de nos Monts Dômes. A cette époque il n'y avait pas de restaurant au sommet du Puy de Dôme et l'on n'y mangeait pas le *coq au vin*, devenu bien tardivement un plat national auvergnat. J'ai beau fouiller dans ma mémoire je ne me souviens pas avoir jamais goûté durant les vingt premières années de ma vie de plat de ce nom, ni de ce genre. La dernière fois que je suis monté au Puy de Dôme, on y déjeunait dans une ignoble baraque en planches. On parle de la remplacer par un établissement plus confortable en ciment armé, j'y souscris, mais à la condition qu'on n'en fasse ni un casino, ni un palace, ni un gratte-ciel. De même que je consens à la route qui permet l'accès des autos que je préfère à l'horrible chemin de fer. Il faut vivre avec son temps et chaque époque impose des transformations. L'ascension de Napoléon III fut précédée par l'établissement d'une première route permettant à l'Empereur et à sa suite de gravir sans fatigue la montagne à cheval ou même en voiture. Nous ne devons pas être ennemis du progrès et nous n'irons pas jusqu'à proposer la démolition de l'Observatoire qui domine les ruines du Temple de Mercure Dumiate. Il nous semble qu'avec un peu de tact, de mesure, de bon sens et de bon goût, on pourrait faciliter aux touristes l'accès de nos sites, leur permettre même d'en jouir, d'y déjeuner et de s'y rafraîchir sans laisser les déshonorer par d'inconcevables bâtisses, comme cela a été fait sur plus d'un point de la Côte d'Azur.

J'ai vu avec peine que notre excellent confrère, le Docteur Cany, était violemment pris à partie dans la « Bataille du Puy de Dôme ». J'ai suivi avec trop d'intérêt ses efforts pour le développement du tourisme, j'ai trop admiré son dévouement et son activité, pour croire qu'il ait voulu se rendre complice d'une tentative destinée à abîmer nos plus beaux sites d'Auvergne.

Il ne faudrait pas cependant pousser l'amour de notre pays jusqu'à une farouche jalousie qui le rendrait inabordable aux étrangers ni aux touristes ; ce serait le replonger dans un oubli trop longtemps supporté et lui rendre un bien mauvais service.

J'aime passionnément mon Vieux Paris, et ferai l'impossible pour en conserver les reliques, mais, en toute sincérité, j'admire les transformations que les Haussmann, les Alphand et leurs successeurs lui ont fait subir, métamorphosant en une ville superbe et saine des amas de ruelles et de vieilles masures malpropres et dangereuses.

Le progrès n'est pas l'ennemi du beau ni du pittoresque et nous avons toujours entendu dire que la France était à la fois le pays du progrès, de la clarté, du goût et de la mesure, or si Paris est la tête de la France, l'Auvergne en est bien le cœur.

J. N.

(1) Sidoine APOLLINAIRE, *Lettres* (LIV), cité par Louis BRÉHIER, prof. à la Faculté des lettres de Clermont-Ferrand dans les *Anthologies illustrées*.

(2) Les Editions Densël et Steele, Paris, 1932.

# LA PAGE SANS MÉDECINE

*... Et à ce propos, j'ai avalé une telle quantité de jargon, que j'aimerais mieux maintenant écouter les discours d'un sorcier nègre que ceux de la science.*

(D. H. Lawrence).

DCCCXXV. —Marcel Bloch. —**Evasion.** Roman. Préface de Me Henri-Robert, de l'Académie française. Un vol. 14 × 19 sous couverture illustrée tiré à 2.010 ex. numérotés dans la *Collection originale. Editions Mornay*, Paris 1932.

La singularité de ce livre ne tient pas toute en ce fait que son auteur est aveugle et qu'il traite de l'effort réalisé par un de ses frères d'infortune pour accéder au barreau et triompher de tous les obstacles que rencontre en général l'homme privé de la vue, s'il se met en tête de vouloir vivre tout simplement comme tout le monde, hors des barrières que la routine a dressées, mi-pitié, mi-souci de tranquille égoïsme, autour de son infirmité. Peut-être est-ce la gravure de couverture qui m'a déjà inculqué (grâce à l'image de ses barreaux tordus laissant gicler un éclaboussement de jour sur l'ombre massive d'un cachot) ce ressouvenir de *Mes Prisons*, de *Picciola*, de ces livres où la sensibilité est si douce et si simplement nue, où un homme traite, en phrases d'une naïve harmonie, de la solitude où il est muré. Le thème déjà sévère en soi acquiert une sublimation plus pure encore par la privation, dès les premières pages du roman, de tout ce cortège des sensations visuelles qui est partout ailleurs l'accompagnement naturel du style ; si naturel que l'éblouissement de la lumière, ses jeux sur le monde qui font ici défaut confèrent à cette œuvre une apparence de thèse émouvante quand elle vient les affronter réellement par le canal de la typographie, comme par le calvaire d'une douloureuse résurrection. La méditation de ce courageux « évadé », privé de son meilleur moyen de communication avec la réalité, prend ainsi parfois l'apparence d'être incomplète, incertaine comme sa marche sans le soutien du regard, mains tendues en avant et tâtonnant dans les ténèbres. Je dis l'apparence, car la pensée a gardé toute son agilité. Et ce n'est pas ce manque de sensations lumineuses qui donne à cette très méritoire tentative cet aspect inusité de rêverie hors des dimensions normales de nos quotidiennes lectures. Il est difficile de préciser la part de séduction et celle de surprise, ce mélange si spontané d'évocations imaginaires et d'arbitraires suppositions grevant cette singulière observation d'une conquête, où transparaît dominant paradoxalement l'imagination une volonté formelle. La typographie est traitée avec le soin habituel des éditeurs qui ont assuré la mise au point des splendides réussites que j'ai pu vous signaler à maintes reprises. La simplicité de celle-ci s'harmonise parfaitement au fond de l'ouvrage, à la simplicité touchante de sa composition et à la générosité qu'exigeait (par ces temps de pénitence pour l'édition) la publication d'un livre où le talent a de si particulières voies pour venir jusqu'à nous et s'affirmer.

DCCCXXVI. — Maurice Genevoix. — **Gai-l'Amour.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1932, 12 francs.

Tel est le surnom d'un joyeux luron, pris aux rets d'une gouge, et bien pris. Sur les rives de Loire sans lesquelles il n'est pas de bon Genevoix, nous assistons à cet ensorcellement d'un gai compagnon qui reniera famille, amis, pour se vautrer en ville dans sa passion. Sa femme, son enfant, sa situation, ne comptent plus. Happé par son vertige, il se dégrade peu à peu, se laisse aller aux turpides dont il ne pourra plus remonter, même quand il aura appris l'indignité et la duplicité féroce de la femme vieillissante qui ne reculera devant rien pour le garder. Le style du romancier est au diapason de ce réalisme provincial ; mais son talent, de livre en livre plus assuré, crée aisément autour de ce drame une atmosphère paisible et claire, bruissante et colorée, enveloppant étroitement les personnages bien détachés et en parfaite harmonie avec le cadre étroit où va se débattre leur destin. Le personnage du vieux Coyard, berné, bafoué, venant supplier son jeune rival (dans le square désert de la petite ville, mal éclairé et suintant de brume) est établi en traits d'une puissance et d'une vérité singulières.

DCCCXXVII. — D. H. Lawrence. — **Fantaisie de l'Inconscient.** Essais. Un vol. 12 × 19 traduit de l'anglais par Charles Mauron. *Editions Stock*, Paris, 1932, francs.

Les critiques intelligents qui affectent de mépriser Lawrence me surprennent ; les cuistres acharnés à la poursuite de sa mémoire me réjouissent. Ils s'essoufflent à suivre les arabesques capricieuses de sa pensée. Leur honnête sueur, leurs vertueuses indignations n'y changeront rien. La pensée de Lawrence avait une

originalité qui les déroute ; il serait plus surprenant de les voir cloués d'admiration que de les rencontrer au creux des gazettes vomissant leurs imprécations. A chacun sa place et à chaque chose : aux cuistres déchaînés, à Lawrence ; et à la sottise menant sa croisade. Elle va pousser les hauts cris devant les incertitudes de cette inégale « *Fantaisie* » où l'auteur oscille d'une nébuleuse philosophie à la plus déroutante curiosité biologique. Où s'affrontent les rudiments d'une invraisemblable métaphysique de la physiologie et les éléments d'une trouble embryologie de la conscience, de la pensée. Le tout brusquement tempéré par une pirouette d'humour, par un élan de sensibilité pragmatique, ou fondu dans une gravité chuchotante d'extase. Invraisemblable cocktail pour rudes gosiers mêlant le tord-boyau et toutes les essences secrètes de la montagne. Dictée impérieuse d'un onirisme fantasque interrompue par une apostrophe à la réalité qui sans retard lui reglisse des mains. Sibylline divagation où voisinent de splendides échappées et de marmonnantes amertumes. L'explication du rêve et celle de l'éveil de la conscience infantile valent largement celles de Monsieur Freud et la légèreté poétique des hypothèses est d'une reposante diversité.

**Varia *****

J'ai reçu bien tard pour les présenter à temps trois livres susceptibles de constituer trois cadeaux de nouvel an. Pour les enfants la *Légende de Pan Twardowski*, illustrée par Pierre Rousseau, éditée chez Vuibert. Pour les grandes personnes une édition de « *A l'ombre de la Croix* » des frères Tharaud, illustrée ; et illustrée aussi une édition du « *Journal d'une Femme de chambre* » de Mirbeau, dans un genre tout différent. Ces deux derniers livres édités chez Mornay. Je vous présenterai ces trois ouvrages en détail. J'ai tenu à vous en signaler la parution et la *qualité* dès maintenant.

* Le numéro de novembre de *Figaro Illustré* est pavé de bons conseils touchant l'ordonnance de la table. Un réquisitoire contre le cocktail qui « se meurt ». Le récit d'un soir « Aux îles sous le vent ». Les abondantes chroniques coutumières sur le Monde ; les écrivains et les livres ; la musique et les spectacles ; la vie artistique et un concours sur un texte à identifier et sur lequel je ne vous donne pas de plus amples détails, les délais de réponse expirant aujourd'hui !

1er décembre 1932

L'Homme aux Bésicles.

# AUTOUR DES THÉATRES

### Théâtre de la Gaîté-Lyrique

## Le Pays du Sourire

La Chine est le pays du sourire : cette affirmation qui paraît tellement en contradiction avec la réalité a besoin d'une explication que MM. Mauprey et Marietti ont donnée dans le livret de cette opérette dont la musique due à M. Franz Lehar, l'auteur de la Veuve Joyeuse et de Paganini est agréable, élevée, avec de temps en temps les points de repère que cherche le public sous la forme d'airs faciles à retenir et à écouter sinon à répéter soi-même.

J'étais à la Générale où je pus apprécier la fastueuse hospitalité des directeurs MM. Georges Bravard et Maurice Cattriens ainsi que la parfaite et souriante affabilité de M. Le Gal l'aimable secrétaire général.

Nous sommes en pays germanique : dans un agréable décor moderne de Lévitan, le Comte de Lichtenfeld donne une soirée. La Comtesse Lisa sa fille qui vient de remporter le premier prix d'une épreuve sportive est la Reine de la fête, les officiers de marine lui envoient des fleurs que le Comte Gustave de Pottenstein amoureux d'elle est chargé de lui remettre. En même temps, arrive de la part de l'Ambassadeur de Chine un magnifique Bouddha, statue très ancienne qui fut de tout temps dans sa famille.

Très éprise de l'Ambassadeur, Lisa fait à la déclaration d'amour de Pottenstein un accueil plutôt tiède — à la suite duquel ils resteront grands amis — et se ménage un tête-à-tête avec le Prince Son Chong auquel elle déclare qu'elle est prête à le suivre au bout du monde.

Dès son entrée en scène, le Prince Son Chong a fait au public sa déclaration de principe qui caractérise la Chine : « Toujours sourire, le cœur douloureux et sembler rire du sort malheureux ».

Et l'avis arrive au cours de la soirée à l'Ambassadeur Prince Son Chong qu'il est nommé premier ministre et doit repartir dès le lendemain dans son pays où Lisa le suivra. Convention, c'est entendu, mais... opérette !

Nous voici en Chine, décors, ballets et costumes somptueux. Il en faut féliciter Mme Maurice Cattriens qui dirige avec une absolue compétence les ateliers de costumes du théâtre. La Gaîté Lyrique est, depuis de longues années, un théâtre où les costumes sont beaux, originaux et propres parce qu'ils sont établis sur place et où les ballets sont bons parce qu'elle possède une école de danse,

C'est la lune de miel et Lisa n'est pas trop dépaysée tant son mari l'aime. Sa robe, toute parisienne jure un peu dans ce décor tout comme paraîtra pauvre son costume de voyage. Il est invraisemblable qu'une femme suivant en Chine un homme qu'elle adore n'ait pas à un moment quelconque le désir de se parer d'une robe du pays.

Lisa est devenue la grande amie de la Princesse Mi, la sœurette chérie du Prince Son Chong. Lisa, c'est Mlle Georgette Simon, parfaite dans son rôle et dont la jolie voix sans défaillance, même dans les grands efforts, s'harmonise à merveille avec celle de M. Willy Thunis, dont la souplesse est incomparable et qui a eu la coquetterie lors d'un rappel où on lui fit chanter jusqu'à cinq fois de suite, le chant du bonheur, de le chanter à chaque rappel d'une façon encore supérieure et plus nuancée qu'au rappel précédent en finissant sur une double note haute qu'il donne comme en se jouant. (Fugère aimait cette manière.)

Ce qu'il faut admirer dans la qualité de ces trois artistes, en dehors des voix qui sont très pures et très belles, c'est l'intelligence de leur rôle et leur compréhension parfaite qui se traduit par une diction à la fois impeccable et pour chacun d'eux originale. Diction et goût, quels rêves !

Survient le Comte de Pottenstein chargé de mission et qui, à défaut d'amour a gardé pour Lisa l'affection la plus profonde et la plus dévouée. La Princesse Mi s'éprend de lui et leur duo devant une tasse de thé est encore une chose à la fois délicate et charmante où Mlle Cécilia Navarre s'avère une fois de plus chanteuse et danseuse d'un talent très prenant et très personnel.

A ce moment survient la catastrophe : l'oncle Tchang, vénérable gardien des traditions qui a fort grondé Mi parce qu'elle avait mis pour jouer au tennis une robe à l'européenne exige de Son Chong qu'il épouse, comme le veut l'usage, les quatre fiancées qu'ont élevées et formées pour lui quatre familles chinoises ; formalité devant laquelle Son Chong s'incline puisque ce ne sera qu'une formalité ! Mais Lisa ne le prend pas ainsi, elle veut partir et Son Chong sortant un instant de son caractère lui déclare qu'il est le maître et qu'elle doit se considérer comme sa prisonnière. Le lien d'amour est brisé. Mi tente de faciliter l'évasion de Lisa et de Pottenstein, mais toutes les issues sont gardées et lorsqu'elle veut les faire sortir par le temple de Bouddha, Son Chong leur apparaît en grand costume d'apparat. Il s'est ressaisi et rend à Lisa sa liberté. Mi affreusement triste du départ de l'officier auquel elle a donné son cœur se jette dans les bras de son grand frère et tous deux après une étreinte tendre reprennent l'éternel sourire de Chine : « Toujours sourire, le cœur douloureux et sembler rire du sort malheureux » !

M. Franz Lehar dirige lui-même son orchestre avec amour et coquetterie. Sa musique est distinguée et il en surveille toutes les nuances. Les deux airs qui seront fredonnés partout, le Chant du bonheur et la Tasse de thé paraissent être une réminiscence avec transformation harmonique de passages de la Vie de bohême, mais vraiment la réminiscence, s'il y en a une, est bien lointaine.

C'est un très beau spectacle qui doit plaire au public de toutes classes et j'ai passé là une soirée fort agréable, sans restriction, à laquelle s'est joint le plaisir de la brièveté relative des entr'actes.

Le théâtre de la Gaîté Lyrique a, en somme, réalisé une partie des réformes qui doivent lutter contre la crise. Certes, il y a encore de volumineux programmes, des vestiaires payants et des ouvreuses qui tendent la main, mais tout cela est fait avec une certaine discrétion à laquelle on ne nous avait pas habitués et qui marque une étape vers la suppression de ces « « impedimenta ». Les temps sont en marche où une fois franchie la porte du temple, on n'aura plus qu'à jouir du spectacle sans être constamment la main à la poche. A ce moment, non seulement il n'y aura plus de crise, mais il n'y aura plus assez de places dans les théâtres pour contenter tout le monde.

Dr G. Polème.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob. Professeur : M. Emile SERGENT.) — M. Emile SERGENT a commencé ses conférences cliniques, le mercredi 16 novembre 1932, à 11 heures, à l'hôpital de la Charité.

I. PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 9 h. 1/2 : Visite dans les salles. — Lundi, mardi et jeudi, à 11 heures : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique. — Le mardi et le jeudi, à 9 h. 1/2, séance de pneumothorax artificiel, sous la direction des Docteurs René MIGNOT et R. BENDA, anciens chefs de clinique. — Mercredi, à 9 h. 1/2 : Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. le Docteur MARION. — Vendredi, à 9 heures : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins (Exposés cliniques et thérapeutiques à propos des malades du Service et de la policlinique, par le Docteur René MIGNOT, ancien chef de clinique). — Samedi, à 10 heures : Policlinique avec examens radioscopiques pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires. — Lundi, mardi et jeudi, à 9 heures : Leçons de technique et de séméiologie élémentaires, par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique, MM. PIGNOT, BORDET, MIGNOT, DE MASSARY, OURY, GRELLETY-BOSVIEL, TURPIN, KOURILSKY, BENDA, LONJUMEAU, VIBERT, IMBERT, LAUNAY, POUMEAU-DELILLE, THIÉBAUT, MAMOU et les chefs de laboratoire, MM. H. DURAND et COUVREUX. — Mercredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'amphithéâtre, par le professeur. — Vendredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'Amphithéâtre, par les chefs et anciens chefs de clinique ou par une personnalité étrangère au service.

II. ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE DES STAGIAIRES (depuis le 1er novembre). — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé, affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la séméiologie.

III. ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DE PERFECTIONNEMENT. — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, comportera trois sortes de cours, dont les dates et le programme détaillé seront précisés sur des affiches spéciales quelques semaines avant le début de chaque cours :

1° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, de mi-juin à mi-juillet.

2° Un cours de revision et de mise au point des principales questions d'actualité, dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (fin octobre) avec la co-direction du Docteur LIAN, agrégé.

3° Des cours pratiques de radiologie de l'appareil respiratoire, sous la direction du professeur et de M. COUVREUX, chef de laboratoire de radiologie de la clinique (1° cours en avril ; 2° cours en décembre).

Un droit de laboratoire pour chacun de ces cours devra être versé au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale** (Asile clinique, rue Cabanis, n° 1. Professeur : M. Henri CLAUDE). — M. le Professeur Henri CLAUDE a commencé ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique le mercredi 16 novembre 1932, à 10 h. 1/2, et continuera son enseignement les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, à 10 h. 1/2, : Leçon policlinique avec présentation de malades.

— **Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques.** (Professeur : M. Maurice VILLARET.) — M. le Professeur VILLARET a commencé le cours d'hydrologie et climatologie thérapeutiques le mercredi 16 novembre 1932, à 16 heures, dans le Petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera son cours au Petit amphithéâtre, les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété par des leçons cliniques d'hydrologie et de climatologie thérapeutique pratique au lit du malade, au Centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris (hôpital Necker, salle Delpech), le matin à 11 h. 30, à partir du mois de février 1933.

Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de cet enseignement.

— **Hôpital de la Pitié.** — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, avec la collaboration de MM. Paul GEORGE, Pierre KAHN, Jean VINCHON, Robert LARGEAU, FAY, KATCHOURA, LE MELLETIER, LAPLANE, a commencé ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades le mercredi 9 novembre, à 10 heures et les continuera tous les mercredis à la même heure.

OBJET DU COURS : Neurologie.

HORAIRE DU SERVICE : tous les matins à 9 heures, visite. — Lundi à 10 heures, M. LARGEAU : Examens endocrino-sympathologiques. — Lundi à 11 heures, M. Paul GEORGE : Conférence de séméiologie. — Mardi à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Consultation de neurologie. — Mercredi à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Présentation de malades. — Jeudi à 10 heures, M. FAY : Consultation de neuro-psychiatrie infantile. — Vendredi à 10 heures, M. VINCHON : Consultation neuro-psychiatrique. — Vendredi à 11 heures, M. Pierre KAHN : Clinique psychiatrique. — Samedi à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Consultation endocrino-sympathologique.

— **Cours élémentaire de neuro-psychiatrie** (Appliquée à l'enseignement des enfants anormaux.) — Le Professeur Henri CLAUDE, assisté de MM. les Docteurs ROUBINOVITCH, PAUL-BONCOUR, Gilbert ROBIN, LE GUILLANT, LAGACHE et Mlle le Docteur SERIN, a commencé ce cours le jeudi 10 novembre, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle Pasteur et le continuera les mardis à la même heure.

OBJET DU COURS : Notions générales sur les enfants arriérés. — Les types synthétiques de petits anormaux. — Les maladies nerveuses de l'enfant. — Etude du premier développement neuropsychique et sensoriel de l'enfant. — L'enfant à l'âge scolaire, troubles du développement intellectuel. — Troubles du caractère, de

la moralité. — Etiologie des troubles du caractère. — Lutte contre les causes. — Le dépistage des anormaux. — Organisation médico-pédagogique.

— **Thèses.** — Jeudi 3 novembre. — Jury : MM. Achard, Galliard, Gastinel, Verne. — M. MAIGRE : Le paludisme autochtone dans le marais de Beauvoir-sur-Mer (Vendée).

Vendredi 4 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, Fiessinger, Marcel Labbé, Portes. — M. PEREVERSEFF : Contribution à l'étude du son comme traitement de la constipation. — M. DAUBOIS : Emploi de l'insuline huileuse chez les diabétiques.

*Thèses vétérinaires.* — Jeudi 3 novembre. — Jury : MM. Brindeau, Tanon, Lesbouyries, Panisset, Coquot, Dechambre. — M. DORVAL : Gangrène de la vulve post-partum. — M. BUTTIN : Elevage pratique des chiots.

Vendredi 4 novembre. — Jury : MM. Champy, Dechambre, Lesbouyries. — M. SALOMON : Race bovine vosgienne.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

### Enseignement

— **Clinique d'électricité médicale.** M. le Professeur G. RECHOU, avec la collaboration de M. le Professeur agrégé JEANNENEY, de MM. MATHEY-CORNAT et LACHAPELE, assistants, de M. WANGERMEZ, chef de laboratoire, et de M. GUICHARD, chef de clinique.

Lundi, hôpital Saint-André, clinique d'électricité médicale, de 9 à 12 heures : Radiodiagnostic ; électro-diagnostic. — Mardi, hôpital Saint-André, clinique d'électricité médicale, à 8 h. 30 : Cours d'électrologie ; à 9 h. 30 : Cours de radiodiagnostic ; à 10 h. 30 : Exercices pratiques. — Mercredi, hôpital Saint-André, clinique d'électricité médicale, à 9 heures : Consultation (affections non cancéreuses). — Jeudi, Centre anticancéreux, 180, rue Saint-Genès, à 8 h. 30 : Cours de radio-physiologie ; à 9 h. 30 : Cours de radio et curiethérapie ; à 10 h. 30 : Consultation (affections cancéreuses). — Vendredi, hôpital Saint-André, clinique d'électricité médicale, de 9 à 12 heures : Electrodiagnostic ; radio-diagnostic. — Samedi, hôpital Saint-André, clinique d'électricité médicale, à 8 h. 30 : Cours d'électrologie ; à 9 h. 30 : Cours de radiologie ; à 10 h. 30 : Exercices pratiques.

PROGRAMME DU COURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — I. *Electrologie.* — Electrodiagnostic. Méthodes classiques. Méthodes modernes (chronaxie). — Electrolyse et ses applications. Ionisation et ses applications. — Electrothérapie clinique dans les maladies : du système nerveux, du système musculaire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil génito-urinaire chez l'homme et chez la femme, de la peau et de la nutrition. Applications médicales des courants de haute fréquence, diathermie. — Electro-coagulation.

II. *Photothérapie.* — Héliothérapie. — Actinothérapie. — Ultra-violets.

III. *Radiodiagnostic.* — Radiodiagnostic en général. — Technique de la radioscopie et de la radiographie. — Etude radiologique des os, des articulations, de l'appareil circulatoire, de la plèvre et des poumons, de l'appareil digestif, du foie, de la rate et du pancréas, de l'appareil urinaire, de l'appareil génital.

IV. *Radiophysiologie.* — Radio et curiethérapie. — Action des radiations sur la peau, sur le sang et les organes hématopoïétiques, sur les glandes génitales, sur les divers tissus et organes. — Radio et curiethérapie des cancers : de la peau, de la cavité buccale, de pharynx, du larynx, de l'œsophage, du rein, de l'utérus, de la prostate, du rectum, de la vessie, des ganglions. — Radio et curiethérapie des sarcomes. — Radio et curiethérapie des fibromyomes, des dermatoses, des angiomes, verrues, kéloïdes, des affections tuberculeuses, des affections du système nerveux et autres affections non cancéreuses.

V. *Accidents dus aux radiations.* — Radiodermites.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — *Conférences du dimanche.* — Le 11 décembre, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. LESNÉ, médecin des hôpitaux, sur : *Le diabète sucré chez l'enfant.*

— **Hôpital de la Charité.** — *Leçons de clinique médicale.* — M. ABRAMI a repris son enseignement clinique (tous les jours de 11 heures à 12 heures, sauf le mercredi et le vendredi).

Ces deux jours : Leçon théorique de 10 heures à 11 heures, à la salle des concours, par les assistants du service, et de 11 heures à 12 heures, interrogatoire des stagiaires au lit du malade.

— **Hôpital Trousseau.** — *Thérapeutique infantile* — Tous les samedis, à 10 h. 30, M. Lesné fait des conférences de clinique et thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes, Laporte, Marquézy, Turpin, médecins des hôpitaux ; Baruk, médecin des asiles ; Mme Linossier-Ardoin, MM. Blamoutier, Robert Clément, Coffin, Mlle G. Dreyfus-Sée, MM. Héraux, Lambling, Launay, Maurice Lévy, et Lièvre, anciens internes du Service.

— **Concours de l'externat.** — *Jury.* — Sont désignés pour faire partie du jury du prochain concours de l'externat : MM. Ameline, Bariéty, Bloch, Banzet, Chevalley, Escalier, Laporte, Leroux et Ménégaux.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur PIGUET, de Saint-Cloud (Seine-et-Oise) ; du Docteur Paul BERGERON, ophtalmologiste, à Paris ; du Docteur Charles DE LA NIÈCE, de Paris ; du Docteur THIROLOIX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, père du Docteur Thiroloix, chef de clinique de la Faculté de Paris ; du Docteur Etienne SAINT-HILAIRE, de Paris ; du Docteur Georges RICHARD, de Paris ; du Docteur PÉTRIAUX, de Paris ; du Docteur Maurice TACQUET, d'Abbeville ; du Docteur SIFFRE, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris ; du Docteur TEXIER, de Nantes.

— **Pourquoi ne protestez-vous pas ?** — On nous adresse, pour insertion, le communiqué suivant :

Depuis plus d'un siècle, sévit en France un régime, contraire à tout principe de liberté, d'égalité, de justice : « La réglementation de la prostitution ».

Créée dans un désir d'ordre, pour canaliser les scandales de la rue, elle a montré une complète inefficacité au point de vue de l'hygiène, et une notoire incapacité pour endiguer le mal (le nombre des maisons de débauche clandestines est, hélas, considérable).

Pourquoi donc, une société, soucieuse du bien public comme l'est la nôtre, s'obstine-t-elle à patronner de tels lieux ? Ne peut-elle trouver d'autres moyens de protection ?

La réponse est catégoriquement donnée par les villes qui ont aboli ce système, soit en France, soit dans les pays étrangers, et l'ont remplacé par les méthodes prophylactiques, éducatives et thérapeutiques.

La réglementation est funeste en son essence, étant basée sur des principes mensongers, créant une fausse sécurité, et foulant la loi morale.

Créer des maisons de tolérance, n'est-ce pas pactiser avec le mal ? autoriser le plus ignoble métier : celui de proxénète ? tolérer l'esclavage d'un sexe, car la femme est vendue par celui qui l'exploite, comme une denrée, et de façon à produire le plus possible !

Comment admettre pareil scandale ! Comment se faire, par insouciance et inertie, complice d'un organisme de honte et d'infâmie !

Nous le savons pourtant bien : *on ne détruit pas le vice en l'organisant ; c'est lier parti avec lui.*

Faisons bien entendre, au contraire, à ceux qui veulent entrer dans la voie de la débauche, qu'ils le font (qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme) sous leur entière responsabilité, encourant les graves conséquences qui en résultent tant au point de vue moral que physique.

Vos idées, vos suggestions sur ce sujet seront les bienvenues et, si vous le jugez possible, envoyer votre adhésion à la Fédération abolitionniste qui fait œuvre d'assainissement en luttant contre un fléau. — M. PUECH, secrétaire général de la Branche française de la Fédération abolitionniste internationale, 11, rue Léo Delibes, Paris (16e). (*Communiqué.*)

—**Réglementation de la prostitution ou abolitionnisme?** — Nous lisons, dans le *Siècle Médical*, l'information suivante, sous le titre : « Où les maisons de tolérance sont interdites » :

Zurich. (*De notre correspondant particulier*). —On annonce que le nombre des maladies vénériennes ne fait que croître dans toutes les grandes villes de Suisse, aussi bien à Zurich, Bâle, Berne et Lausanne qu'à Genève, villes où, on le sait, les maisons de tolérance sont interdites.

En outre, l'autre semaine, devant la cour correctionnelle de Genève, sur six condamnations, il y en a eu cinq pour outrages aux mœurs et, prochainement, la cour d'assises sera appelée à juger deux pères incestueux.

— **Chemins de fer de l'Etat.** (Hiver 1932-1933.) — *La nuit...* des *lits-toilette* avec draps ou des *couchettes* vous permettent de voyager confortablement aux prix suivants :

| | | De 0 à 250 km. | Au-dessus de 250 km. |
|---|---|---|---|
| Lits-toilette | | 50 francs | 65 francs |
| Couchettes | 1re classe | 25 francs | 34 francs |
| | 2e classe | 18 fr. 25 | 27 fr. 25 |
| | 3e classe | 13 fr. 75 | 22 fr. 75 |

Renseignez-vous dans les gares du réseau de l'Etat.

*Le Directeur-Gérant* : Dr J. NOIR.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

que semaine ne veut pas payer les frais de déplacement de ces malades et veut les obliger à changer leur jour de visite qu'ils n'ont du reste choisi que pour éviter de payer personnellement des frais supplémentaires, n'étant pas le médecin le plus près.

Ils ne veulent pas employer celui-ci n'ayant pas confiance en lui.

J'ai fait appel de ce refus de payer devant la Commission supérieure. Il me semble qu'il y a là une atteinte à la liberté de choix du médecin et à la liberté du malade de choisir son jour.

Je vous serais donc obligé de faire part de mes observations aux docteurs chargés de représenter les médecins à la Commission supérieure.

Dr M.

**Réponse**

1° Vous ne pouvez réclamer les honoraires de déplacement qui seraient à appliquer au médecin le plus proche du malade (Art. 64. alinéa 2).

2° Ce n'est pas au malade à choisir son *jour* de visite, mais au médecin traitant, pour les raisons *techniques* motivant ce choix et qui, en cas de différend (comme dans votre cas d'espèce), doivent être expliquées au médecin contrôleur désigné par la Commission de contrôle.

Dr F. Decourt.

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### Note du Docteur F. Decourt

Voilà plusieurs fois que des différends s'élèvent entre médecin traitant et assurance au sujet de la tarification de telle ou telle intervention. Et presque toujours, c'est parce que le confrère se base sur le Tarif du 26 *octobre* 1931, tandis que la Compagnie se base, avec raison, sur celui du 5 *février* 1932.

Ce dernier est le *seul* en cours depuis le 15 février 1932, date où il remplaçait celui de 1926.

Quant au Tarif d'octobre 1931, il fut « mort-né » et n'est *jamais*, à aucune époque, entré en application. Il ne faut donc pas en tenir compte et le *déchirer* purement et simplement, puisqu'il ne peut être que cause d'*erreurs*.

Je prie donc les confrères qui ne possèdent pas le Tarif légal actuel, *celui du 5 février* 1932, de se le procurer au plus tôt, ce qui leur évitera les dites « erreurs » et la fastidieuse correspondance qui en résulterait.

F. D.

## 6187. — La majoration dominicale porte uniquement sur la visite

Une fois de plus j'ai recours à vos services au sujet d'un différend avec l'X...

Le dimanche 4 septembre 1932, le nommé Z...

se présente à mon cabinet atteint d'une plaie contuse septique.

L'accident était survenu dans la nuit du samedi au dimanche, alors que le blessé chauffeur d'une entreprise de transports réparait sa voiture.

L'Assurance refuse de m'appliquer l'article 3 pour la consultation du dimanche en m'objectant qu'il s'agissait d'une consultation et non d'une visite.

J'ai refusé ce règlement et vous prie de bien vouloir me dire si je dois maintenir ma revendication.

Dr C.

**Réponse.**

La majoration pour les dimanches et jours fériés que j'avais personnellement demandée, ne fut accordée qu'à la condition qu'elle portât *exclusivement sur la visite* et non sur la consultation (qui ne « dérange » guère le médecin), ni sur les interventions (les prix payés étant suffisants pour que le « dérangement » pût entrer en ligne de compte). Tels furent les arguments qui enlevèrent le vote, ci-dessus rappelé, de la Commission.

D'ailleurs, la lecture même de l'art. 3 (*b*) où il n'est parlé que du « prix de la visite » montre bien que la Compagnie est dans son droit.

Dr F. Decourt.

---

**6235. — Fracture de plusieurs métacarpiens. Réduction avec contention, par appareil plâtré**

C'est encore moi qui viens mettre à contribution vos lumières en fait de tarif d'accident du travail.

J'ai donné mes soins du 10 juin au 30 août dernier à un blessé de la Compagnie X... atteint de fracture de trois métacarpiens de la main droite.

Ma note s'élève à 695 francs. La Compagnie me la réduit à 580 francs dans une lettre que je joins àla mienne afin que vous en preniez connaissance.

Dans ma note, il n'y a que des consultations avec bain — ou massage — ou mouvements forcés, comptées à 15 francs ou des contre-visites comptées à 22 fr. 50. Sur cela pas de contestation.

En plus :

Le 10 juin, consultation avec pose d'appareil provisoire de contention....... 35 fr.

Le 11 juin, après radiographie faite, réduction des fractures avec un aide et pose d'appareil plâtré .............. 150 fr.

Le 6 juillet, consultation, ablation de l'appareil plâtré, bain, massage, pansement............................ 30 fr.

Veuillez me dire si j'ai fait erreur d'interprétation du Tarif.

Et dans ce cas me l'indiquer, afin que je puisse liquider cette affaire avec la Compagnie d'assurances.

Dr W.

Réponse.

*a)* Vous ne pouvez compter *deux fois* une *même* « réduction et contention de fractures ».

*b)* L'appareil plâtré est l'acte de « contention » de la dite fracture, donc compris dans les rubriques de l'art. 18.

*c)* Toutefois, cet art. 18 parle de « Réduction et contention d'*une* fracture simple, *sans* appareil plâtré ou silicaté... » (métacarpien au singulier) 35 francs. Cette rubrique est donc insuffisante pour ce que vous avez eu à faire alors qu'il s'agissait de « réduction et contention de *trois* métacarpiens, *avec* appareil plâtré. »

Dans ce cas, il m'apparaît équitable de demander 100 francs, *par analogie* avec : « Réduction et contention de l'extrémité inférieure du radius, plus 50 francs pour l'aide. »

*d)* L'ablation de plâtre n'est pas l'objet d'une tarification supplémentaire.

Dr F. Decourt.

---

**6134. — Les majorations pour urgence**

Un blessé du travail est venu à mon domicile — et j'ai dû *tout quitter* pour m'occuper instantanément de lui.

J'ai rédigé le certificat descriptif suivant :

« Cet homme présentait une coupure profonde de « la pulpe de l'index droit avec section de l'artère, « le sang giclait avec abondance et la cuvette contenait à la fin du pansement plus de 300 grammees de « sang. Mon escalier, mon couloir, ma salle d'attente, mon bureau, mes meubles, mes manchettes « étaient maculés de sang.

« Après les sutures nécessaires, le blessé s'est « trouvé mal, et il a dû être étendu à terre et gardé « étendu plus de trente minutes.

« Puis le pansement a été fait, etc. »

Que dois-je compter ?

Pour les deux certificats descriptifs..... 15 fr.

Pour les trois quarts d'heure de surveillance, art. 6.............................. 15 fr.

Mais pour cette *consultation* d'urgence (art. 3) *avec sutures*, n'ai-je pas droit à une majoration (50 %) des 25 francs prévus à l'article 17. Comment interpréter l'article 3 ?

Quand un pareil blessé entre dans mon cabinet, il vient au plus près et je ne puis refuser de le recevoir, et cela arrive une ou deux fois par an ; je considère que j'en suis de ma poche.

Dr C.

Réponse.

Il n'y a de majoration pour *urgence* que pour : 1° les visites ou consultations de nuit (art. 4) ; 2° les visites (pas les consultations) des dimanches (art. 3 *b*) et enfin 3° les interventions de nuit (art. 8). Il n'apparaît pas dans votre lettre qu'un de ces cas soit celui que vous signalez. Quant à

avoir répandu tant de sang pour une banale coupure de la pulpe du doigt avec les scènes dramatiques que vous signalez, il est certain que le blessé devait être à la fois un hémophile et un névropathe.

Dr F. DECOURT.

### 6206. — Interventions intra-articulaires

Je viens vous remercier des précieux renseignements que vous m'avez dernièrement fournis et je viens de nouveau mettre à contribution votre documentation professionnelle.

J'ai opéré un gros accident du coude avec :

Ouverture de l'articulation du coude (nettoyage, ébarbage, suture et drainage).

Suture de tout le triceps coupé.

Appareil plâtré.

Combien dois-je compter pour ces diverses opérations ?

Dr C.

**Réponse.**

Quand une intervention est d'ordre « complexe », il faut toujours s'efforcer de trouver une *analogie* dans le Tarif général. Vous ne me dites pas, mais je suppose, que pour l'intervention que vous me signalez, il s'agit d'un accident du travail, donc de l'application du tarif concernant ces accidents.

Dans ce cas, votre intervention me paraît (mieux même que par analogie) devoir entrer dans la rubrique que vous trouverez vers la fin de l'art. 20 et où il est dit : « Arthrotomie avec interventions aseptiques intra-articulaires : 750 francs. » Ce prix comprenant *toute* l'intervention ainsi que l'appareil plâtré : ce qui ne vous empêcherait pas de donner sur votre note toutes explications *détaillées* sur ce que vous avez dû faire.

Dr F. DECOURT.

## QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

### 6240. — Situation d'un officier de réserve rayé des cadres

1° Avec la loi actuelle de mobilisation que peut-il advenir, le cas échéant, à un officier du Service de santé rayé des cadres à 50 ans pour suivre le sort de sa classe ? Peut-on le reprendre ? Comment ? Dans quelles conditions ;

2° Si vous estimez qu'il vaudrait mieux garder son grade ;

Peut-on se faire réintégrer ?

Sur quelle demande ? A qui s'adresser ?

Dr T.

**Réponse.**

1° Un officier du Service de santé rayé des cadres pour suivre le sort de sa classe, ne peut plus

être repris par l'autorité militaire en cas de mobilisation. Seule l'autorité civile pourrait le charger de services spéciaux en pareil occurrence.

2° Un officier de réserve rayé des cadres dans les conditions précédentes peut, sur sa demande, être réintégré dans son ancien grade, s'il remplit les conditions d'aptitude nécessaires, et s'il n'a pas atteint la limite d'âge des officiers du même grade de l'armée active, augmentée de cinq ans (art. 9 de la loi du 8 janvier 1925).

Adresser la demande, avec toutes explications sur le curriculum de la vie militaire (ancienne affectation, etc...) au ministre de la Guerre, 7e Direction, Bureau du personnel, rue Saint-Dominique, Paris-7e.

**6166. — Proposition pour la Légion d'honneur après radiation des cadres**

Est-il exact que les médecins de réserve ne peuvent plus être proposés pour la Légion d'honneur, du fait qu'ils ont été rayés des cadres ?

J'ai trente-trois annuités, une citation, et suis parti au front comme médecin de bataillon *volontaire*. J'ai déjà été proposé pour la Légion d'honneur en 1920.... mais rayé des cadres ensuite en 1925.

Puis-je revendiquer la loi du 17 avril 1931 ou celle du 6 avril 1930 ?

Dr D.

Réponse.

Vous pouvez revendiquer le bénéfice de la loi de juillet 1931, jusqu'en l'année 1935, si vous avez de beaux services de guerre, ou si vous avez continué à rendre des services à l'armée, notamment à l'éducation physique et à la préparation militaire.

Il faut prouver que, dès 1920, vous aviez été proposé pour la Légion d'honneur, que vous avez été médecin de bataillon *volontaire*, etc...

**6132. — Fin des obligations militaires**

Je suis médecin capitaine de réserve. Né en 1887, donc classe 1907 de naissance, mais engagé volontaire en 1905, donc classe d'engagement 1904.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire :

1° Si mes obligations militaires prennent bien fin le 15 octobre 1933 ;

2° Si l'instruction 7670-1-11 du 6 septembre 1932 relative à l'application de l'article 12 de la loi du 8 janvier 1925 aux officiers de réserve des services visés aux articles 76, 87, 88 et 89 de la loi du 31 mars 1932 n'amène pas de modifications dans ma situation ;

3° Si j'aurai une démarche à faire auprès du Directeur du Service de santé, et à quelle époque.

Dr L.

**Réponse.**

1° Si vous vous êtes engagé volontairement en 1905, vous marchez avec la classe 1905, et non avec la classe 1904 ; vos obligations militaires ne prendront donc fin que le 15 octobre 1934.

2° Les articles de la loi du 31 mars 1932, cités par vous, ne modifient en rien les dispositions de l'art. 1er de la loi du 8 janvier 1925 en ce qui concerne les *médecins* de réserve. Ces articles ne s'adressent qu'aux *officiers* d'administration.

3° Aucune démarche à faire, sinon à répondre négativement à une lettre que pourrait vous adresser le Directeur du Service de santé afin de vous demander si vous voulez être maintenu dans les cadres, après la libération normale des hommes de votre classe, à *moins que* vous ne désiriez être maintenu, ce qui ferait jusqu'à l'âge de 58 *ans* pour un capitaine.

---

**6306. — Promotion au grade supérieur**

Pourriez-vous m'indiquer si dans ma situation militaire actuelle je ne devrais pas être promu au grade supérieur et ce, depuis longtemps déjà, sans avoir à faire de périodes.

Je suis médecin lieutenant depuis le 7 août 1916. J'ai été mobilisé toute la guerre, sur le front dans un groupe d'artillerie lourde de août 1916 à septembre 1917. Evacué à ce moment, puis congé de convalescence de deux mois, au mois d'avril 1918 je retournais dans la zone des armées dant un train sanitaire jusqu'à l'armistice.

J'ai reçu pendant plusieurs années une fiche à remplir comme proposable au grade supérieur et cela sans conditions.

Depuis plusieurs années plus rien.

Cette année une note me demandant si j'étais volontaire pour une période de réserve et que dans ce cas je serais proposable pour le grade supérieur.

Cela me paraît étrange, étant donné que d'autres camarades n'ont pas eu besoin de faire de périodes pour être promus et sans avoir plus d'années de grade que moi.

Une dernière question : Quand pourrai-je avoir les annuités voulues pour être proposable pour le ruban rouge ?

Dr X.

**Réponse.**

Jusqu'en 1931, il était possible d'être promu au grade supérieur sans avoir à faire de périodes, si l'on avait détenu le grade actuel pendant la guerre, sous certaines conditions d'ancienneté dans le dit grade.

L'époque de la dernière guerre s'éloignant, le ministre tend à s'informer sur les qualités militaires des candidats au moyen de nouvelles périodes de réserve, celles-ci ayant en outre l'avantage de les mettre au courant des changements

apportés peu à peu dans l'exécution du Service de santé aux armées.

D'où l'invitation, et non la convocation, que vous recevez. Quant au ruban rouge, il nous faudrait connaître vos états de service militaire (classe, etc...) afin de vous renseigner exactement.

---

## ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 6449. — L'indemnité journalière est due pendant le service militaire

Un accidenté du travail non guéri est convoqué pour une période militaire. Il part et se fait soigner à l'infirmerie. Il revient non cicatrisé.

A-t-il droit à son demi-salaire pendant sa période? (Il s'agissait d'un ongle arraché.)

**Réponse.**

Suivant Sachet, qui cite à l'appui de son opinion un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 8 décembre 1920, l'indemnité journalière, en matière d'accidents du travail, continue à être due pendant le service militaire de la victime. Par analogie, il y a lieu d'appliquer la même solution lorsque le blessé est appelé à faire une période d'instruction.

---

### 6294. — Responsabilité d'un accident de battage

Un cultivateur, faisant battre son blé par un autre cultivateur possesseur d'une machine à battre, a son domestique blessé par la batteuse, accident assez grave pour motiver une incapacité permanente, La déclaration a été faite à la Compagnie d'assurances du patron ; celle-ci rejette la responsabilité de l'accident sur le propriétaire de la batteuse. Ce dernier, qui n'est pas assuré pour ce cas-là, ne veut rien savoir.

Qui, à votre avis, est responsable ?

J'ai l'intention de donner son certificat de consolidation au blessé avec ma note d'honoraires, et de laisser le Juge de paix fixer les responsabilités.

Dr D.

**Réponse.**

Dès lors que le battage était effectué non pas par l'agriculteur intéressé lui-même, mais par un entrepreneur de battage, c'est ce dernier qui se trouve responsable de l'accident, aux conditions suivantes : 1° que l'accident ait été occasionné par l'emploi de la machine à battre ; 2° que l'accident soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail ; 3° enfin et surtout que la victime ait été occupée à la conduite ou au service du moteur ou de la machine (loi du 30 juin 1899 et § 6 de l'article 16 de la loi du 15 décembre 1922).

Si les conditions ci-dessus énumérées ne sont

pas remplies, si, par exemple, la victime, bien que blessée par la machine, n'était pas occupée à sa conduite ou à son service, seule la loi du 15 décembre 1922 se trouve applicable et c'est son patron qui doit être déclaré responsable de l'accident.

Pour plus de sécurité, puisque son patron et l'entrepreneur de battage se rejettent mutuellement la responsabilité, votre client devra les citer tous les deux devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en payement de son demi-salaire. Vous pourrez ensuite agir en payement de vos honoraires contre celui qui sera reconnu responsable.

### 6343. — Droit de la veuve d'une victime du travail qui se remarie

Une femme d'un employé de garage a perdu son mari tué dans un accident d'auto. Elle a une pension par suite de l'accident, pension servie par une Compagnie d'assurances à laquelle était affilié le patron du garage. Cette femme se remarie. Par le fait du nouveau mariage perd-elle le droit à la pension ?

Dr L.

**Réponse.**

S'il s'agit bien, comme nous le supposons, d'une rente attribuée à la suite d'un accident du travail, la veuve, une fois remariée, cessera d'avoir droit à cette rente et il lui sera alloué le triple de celle-ci à titre d'indemnité totale, conformément à l'article 3 de la loi sur les accidents du travail.

### 6388. — Accident survenu au cours d'une rixe

Deux ouvriers agricoles au *lieu* et à *l'occasion* du travail en viennent aux mains et se blessent l'un l'autre : accidents du travail et application de la loi du 9 avril 1898 ? (la rixe eut lieu dans les écuries).

B) Si la rixe s'était produite au lieu du travail mais non plus à l'*occasion* du travail : droit commun ? Suis-je dans le vrai ?

C) Si les frais de demi-salaire et de médecin et de pharmacien, dans l'hypothèse accident du travail, sont couverts par la Compagnie d'assurances et à *sa charge*, la Compagnie peut-elle en poursuivre le remboursement par l'auteur des blessures devant la justice ?

Dr B.

**Réponse.**

Suivant la jurisprudence de la Chambre civile de la Cour de cassation, dès l'instant où une rixe a eu lieu entre ouvriers, à l'heure et sur le lieu du travail, la garantie légale est due à la victime sans qu'il y ait lieu de rechercher si la rixe a été occasionnée directement ou indirectement par

les nécessités du travail, car le travail a été l'occasion de la rencontre des deux ouvriers et parce que c'était au patron qu'il appartenait de maintenir l'ordre (Sachet, édition 1928, nº 426).

Cette jurisprudence répond à vos deux premières questions ; si la rixe se produit sur le li eu du travail, le patron est responsable des blessures qui peuvent en résulter pour l'un ou l'autre des adversaires, sans distinction entre les cas où la rixe est causée par le travail et ceux où la cause est étrangère au travail.

Enfin, si l'article 7 de la loi sur les accidents du travail réserve à la victime et à son patron leur action de droit commun contre le tiers responsable de l'accident, cette action ne peut être exercée lorsque l'auteur de l'accident est soit le patron, soit un de ses ouvriers ou préposés. Par conséquent, en cas de rixe entre deux ouvriers d'une même entreprise, le patron ou l'assurance ne peuvent agir contre l'auteur des blessures en remboursement des indemnités versées à la victime par application de la loi sur les accidents du travail.

---

**6667.—Evolution d'une tumeur cancéreuse déclenchée par un accident du travail**

Le 12 novembre 1931, j'ai soigné un électricien, âgé de 51 ans, qui, au cours du travail est tombé d'un appentis d'une hauteur de trois à quatre mètres ; il n'a présenté que des symptômes d'une très forte contusion des muscles de la région dorso-lombaire, sans aucun symptôme de lésion rénale.

Une radiographie faite à l'époque n'a montré aucune lésion décelable aux rayons X.

Cette contusion a entraîné une assez longue incapacité de travail et le 28 décembre 1931, mon client put reprendre son travail, à condition d'être exempté pendant quelque temps de travaux nécessitant des efforts physiques violents et soutenus.

Jusqu'au mois d'octobre 1932, mon client a pu assurer son service d'électricien, en prenant toutefois de temps en temps quelques jours de repos par suite de fatigue de cause indéterminée.

Au début d'octobre 1932, mon client, qui avait un peu maigri, fut pris brusquement d'hématurie.

Confié à un spécialiste, celui-ci diagnostiqua un cancer du rein ; le 15 octobre, le rein gauche qui présentait un cancer fut enlevé, mon client décéda deux heures après l'opération.

La famille du décédé peut-elle demander une rente en vertu de la loi d'avril 1898 disant qu'il y a une relation de cause à effet entre l'accident du 12 novembre 1931 et le cancer qui ne s'est manifesté que par l'hématurie et un fléchissement vague de l'état général en 1932.

Dr L.

**Réponse.**

Suivant un arrêt de la Cour de Douai du 10

juin 1931 (Rec. Douai 1931-2-19 et *Gazette du Palais*, 1er janvier 1932-sommaires), l'accident qui n'a pas, à coup sûr, provoqué à lui seul l'éclosion de la tumeur cancéreuse dont la généralisation a entraîné la mort d'un ouvrier, mais qui a, tout au moins, déclenché l'évolution, puis la généralisation de cette tumeur demeurée jusque-là latente, doit être considéré, au point de vue des accidents du travail, comme la cause de la mort de cet ouvrier.

Si, au point de vue médical, il est possible de soutenir que le traumatisme survenu au cours du travail est la cause, sinon de l'éclosion du cancer du rein, mais tout au moins de son évolution et de l'intervention qui a entraîné la mort, la veuve du blessé peut, à notre avis, se fonder sur la jurisprudence résultant de l'arrêt ci-dessus mentionné pour exercer une action en vue d'obtenir la rente prévue en cas de décès par la loi sur les accidents du travail.

La question de droit ne peut guère être discutée ; seule la question de fait peut donner lieu à une controverse. La solution de l'affaire dépendra donc de la rédaction des certificats médicaux qui seront versés aux débats et surtout des résultats de l'expertise à laquelle le Tribunal ne manquera pas d'avoir recours, au cas où la relation de cause à effet entre le traumatisme initial et le décès serait contestée par le patron responsable ou son assurance.

**6570. — Accident survenu à un ouvrier se rendant au travail**

Un de mes clients, employé comme journalier par l'Administration des eaux et forêts, fait une chute de bicyclette, sur la route, en se rendant dans la forêt communale.

L'Administration des eaux et forêts est-elle ou non responsable ?

Estimant qu'elle l'était, j'ai conseillé au blessé de faire la déclaration d'accident à la mairie et aux Forêts.

Ces messieurs de l'Administration forestière prétendent que c'est à tort qu'on leur a adressé la déclaration d'accident, ledit accident s'étant produit hors de la forêt.

Personnellement, cette interprétation ne me gêne nullement, ce blessé étant affilié à une Société de secours mutuels, et ces sociétaires me payant au tarif normal de 20 francs, mais je crois de mon devoir de sauvegarder les intérêts de mes clients.

De plus, étant maire de ma commune et les forêts nous appartenant, d'autres accidents pourront se produire, et je tiendrais à être fixé sur ce point de droit.

J'ajoute que le blessé est venu à mon cabinet, accompagné par un garde des Eaux et Forêts qui l'avait receueilli sur la route.

Dr N.

**Réponse.**

Votre client n'étant pas fonctionnaire, mais se

trouvant lié envers l'Administration par un simple contrat de louage de services, pourrait en principe bénéficier de la législation sur les accidents du travail. Mais, aux termes d'une jurisprudence constante, « la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898 ne court que du moment où l'ouvrier a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son travail ; d'où il résulte qu'un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été victime soit parvenu sur le lieu du travail, ou après qu'il s'en est éloigné » (Cass. civ., 3 mars 1903, D. P. 1903-1-273 et *Sachet*, n° 317 et suivants).

Puisque votre client se rendait à son travail au moment où l'accident s'est produit, et n'était pas encore rendu sur le lieu du travail, c'est à bon droit que l'Administration rejette le sinistre.

---

### 6316.— Accidents survenus à des employés des Ponts et Chaussées

Ayant donné mes soins à des éclusiers blessés au cours de leur service, j'ai adressé ma note d'honoraires à l'Administration des ponts et chaussées qui l'a retournée aux intéressés en leur notifiant que les frais médicaux et pharmaceutiques étaient à leur charge.

Je vous serais très obligé de me renseigner à ce sujet. Le personnel des canaux n'est-il pas couvert par la loi de 1898 et décrets ultérieurs ?

Dr B.

**Réponse**

Le personnel de l'Administration des ponts et chaussées, comme celui de toutes les Administrations publiques en général, est classé, au point de vue des accidents de service, en deux catégories bien distinctes : 1° le personnel commissionné de tous grades et de toutes catégories, affilié au régime des pensions civiles, qui ne peut cumuler les avantages qu'il tient de ce régime avec ceux de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ; 2° les stagiaires et journaliers, non fonctionnaires, liés à l'Administration par un simple contrat de louage de services, qui, eux, ont droit au bénéfice de la législation sur les accidents du travail.

Les blessés fonctionnaires doivent payer eux-mêmes les frais médicaux et pharmaceutiques, sauf à demander ensuite le remboursement de ces frais à leur Administration dans les formes et conditions prévues par les règlements intérieurs.

C'est seulement pour les soins donnés aux blessés non fonctionnaires que le médecin traitant possède une action directe en payement de

ses honoraires, dans les limites du Tarif, contre l'Administration responsable.

Par conséquent, pour apprécier si, en la circonstance, l'Administration des ponts et chaussées agit conformément à la loi, il faudrait connaître quelle est la qualité exacte des blessés que vous avez soignés. Il vous sera sans doute facile de vous renseigner auprès des intéressés et, suivant leur réponse, vous devrez vous faire payer par eux ou bien insister auprès de l'Administration pour obtenir le payement de vos honoraires au Tarif des accidents du travail.

## FISCALITÉ

### 6247. — Proportion entre les recettes et les dépenses professionnelles

Un certain nombre de médecins de la région ont connu les ennuis fiscaux cette année et cela ne fait sans doute que commencer. Je désirerais avoir de vous le renseignement suivant :

Quel est le taux de frais généraux professionnels généralement admis par le fisc en ce qui touche le médecin général (petite ville et campagne) ?

Nous estimons ici qu'il dépasse 40 % des recettes brutes et qu'il n'est pas éloigné de 50 % (une auto, 10 chevaux, un chauffeur ou tout au moins un garçon, etc.). Dr M.

**Réponse.**

Il n'y a pas de pourcentage fixe. Cela dépend en effet des situations particulières de chacun. L'essentiel, c'est que ces dépenses professionnelles soient justifiées et laissent un bénéfice suffisant pour assurer le train de vie du contribuable.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

### 6264. — Pas de réduction de l'impôt pour un enfant qui a atteint 21 ans au 1er janvier

Au sujet de l'exonération pour charges de famille. Un enfant n'entre en déduction que s'il était né avant le 1er janvier de l'année sur laquelle porte la déclaration, par exemple, avant le 1er janvier 1932, pour la déclaration qui sera faite en février 1933.

Un enfant qui atteint 21 ans au cours de l'année 1932, donne-t-il droit à exonération pour la déclaration de bénéfices concernant 1932, qui sera faite en février 1933 ? Dr E.

**Réponse.**

Pour calculer, il fut se placer au 1er janvier de l'année de la déclaration, c'est-à-dire par exemple au 1er janvier 1933 pour la déclaration qui sera souscrite en février 1933.

Donc l'enfant qui atteint 21 ans au cours de 1932 ne donne droit à aucune réduction pour la déclaration qui sera souscrite en février 1933, puisqu'au 1er janvier 1933, il aura plus de 21 ans. A. M.

Cinquante-quatrième année N° 51 18 Décembre 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

## SOMMAIRE

**TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER**

**Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.**

## AVIS

Nous informons les lecteurs du *Concours Médical*, qu'il arrive fréquemment, qu'on substitue au véritable **Goménol Prevet**, une composition huileuse insuffisamment épurée avec essences diverses, qui n'ont rien de commun avec le **Goménol**.

Pour éviter ces substitutions qui occasionnent toujours des mécomptes, nous prions le Corps médical de bien spécifier, dans ses ordonnances : **Oléo-Goménol Prevet** ou **Goménoléo Prevet**, etc.

## AVIS

### I

### Réabonnements pour 1933

**France et Colonies : 50 fr.**

Les frais de recouvrement devenant de plus en plus onéreux, nous prions instamment nos abonnés de nous adresser leur abonnement au moyen du *Service des chèques postaux*, soit par VERSEMENT à notre compte-courant (*Concours Médical*, Paris 167-95), soit par VIREMENT postal (pour les abonnés ayant eux-mêmes un compte de chèques-postaux.)

C'est le moyen le plus économique.

A partir du 5 de chaque mois, nous mettons en recouvrement les quittances des lecteurs dont l'abonnement est échu à la fin du mois précédent, avec une majoration de *trois francs* qui peut être évitée en suivant les conseils ci-dessus.

Nous adresser le renouvellement de manière à ce qu'il nous parvienne avant le 5.

### II

### AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'Edition 1933 vient de paraître et l'expédition qui a lieu par poste recommandée sera terminée dans quelques jours. Nous prions donc les souscripteurs de prendre encore un peu de patience et nous les en remercions à l'avance.

**DON.** — **Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du** ***Concours médical,*** **de M. le Dr GIRAUD, de Lignières, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.**

## DEMANDES ET OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

No 386. — Vendée, 40 km. Nantes, seul méd., un pharmac., très forte moyenne prouvée pend. les 4 dern. années, grande maison avec 2 garages. Pressé : 25.000 compt.

No 387. — Aisne. Gros bourg, 2 h. 30 Paris-Nord. poste méd. à céder. Très gros chiff. d'affaires. Maison tout confort.

No 388. — Doct. dem. poste méd. 100.000 francs env. chiff. d'aff. Littoral sud Bretagne. Ouest ou Sud-Ouest, ville ou près ville.

No 389. — Anc. ext. hôp. Paris, 40 ans, très au courr. client., reprendr. situat. dans pet. ville ou grosse agglomérat. avec local confort., de préf. Sud, Sud-Ouest, Sud-Est de Paris, rayon 150 km.

No 390. — Stomatolog. Faculté Paris, serait reconnaiss. à confr. qui lui indiquer. installat. possible province. Discrét. absolue vis-à-vis confr.

No 391. — Méd. demande collabor. avec spécialiste vénéréologie, à Paris, en vue success.

No 392. — Morbihan. Après décès, bon poste méd. à prendre dans petite ville. Locat. belle habitat. 10 p. garage et jardin. Bail.

No 393. — Sud-Ouest. Dans ch.-lieu cant., bon poste demi-repos à céder 6.000 fr.

No 394. — A céder grand bain de lumière neuf, à lampes bleues, blanches et rouges.

No 395. — Paris Beau quart. bonne client. en progress. A céder 55.000, dont 25.000 compt.

No 396. — Parent de doct. prospecteur médical très bien introd. corps méd. clin. hôpitaux, pharmac. en Alsace et en Lorraine, cherche laboratoire. Pourrait en même temps s'occuper vente aux pharmac. Réf. 1er ordre.

No 397. — Jne doct. gr. pratique méd., achèterait été prochain clientèle méd. génér. à Paris.

No 398. — A louer vide ou meublée, villa 12 p. tout conf., 250 m. alt. grand jardin. A créer pension pour enf. 4 à 10 ans, ou pers. âgées. S'adrs. « La Colline », Nice, Saint-Antoine (A.-M.).

## *DERNIÈRES NOUVELLES*

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer le décès du Docteur LEHNHOFF-WYLD, à qui le Corps médical doit la découverte du *Sulfarsénol*. Ses obsèques ont eu lieu le 15 décembre, à 10 heures, en l'église de Saint-Cloud ; l'inhumation au cimetière de Boulogne.

— **Collège de France.** — M. le Professeur H. VINCENT, membre de l'Institut, a commencé son cours au Collège de France le 7 décembre et le continuera tous les mercredis à 17 heures (amphithéâtre n° 5). Sujet du cours : L'infection et l'immunité.

— **Les assises nationales de l'Assemblée française de médecine générale** auront lieu à Paris, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), le dimanche 8 janvier 1933, sous la présidence de M. le Professeur Pierre MAURIAC.

Question étudiée : Les animaux domestiques. Leur rôle en pathologie humaine.

— **Institut des Hautes-Etudes de Belgique.** — Le Docteur Paul Sollier (de Paris), vice-président de l'Institut des Hautes-Etudes de Belgique, vient d'en être élu président, et le Professeur Charlier, de l'Université de Bruxelles, vice-président.

Nous sommes heureux de féliciter l'éminent sa-

vant français, le Dr Paul Sollier, appelé aujourd'hui à la présidence de l'Institut des Hautes-Etudes de Belgique. Sa nomination est un hommage à ses travaux scientifiques si remarquables et aussi à la science française ; elle constituera un nouveau trait d'union entre la Belgique et la France.

— Nous apprenons avec plaisir la naissance, le 6 décembre, à la Chapelle sous-Rougemont, de Jean Grisez, petit-fils de notre cher ami Georges Fischer. Aux parents et aux grands-parents nos très amicales félicitations.

— **Ecole de perfectionnement des médecins de réserve de la Région de Paris.** — *Programme des exercices pratiques* qui seront faits en 1933 à l'Ecole de perfectionnement des médecins de réserve de la Région de Paris. — Dimanche 15 janvier 1933, à 9 h. 30 : Exercice sur le fonctionnement du Service de santé d'un corps de débarquement sur le territoire français ; cas concret, par le Médecin colonel Schneider, médecin-chef de l'Ecole supérieure de guerre. — Dimanche 19 février 1933, à 9 h. 30 : Exercice sur le déplacement du groupe sanitaire divisionnaire, par le Médecin colonel Schickelé, chef de la section technique du Service de santé. — Dimanche 19 mars 1933, à 9 h. 30 : Installation d'un poste de secours divisionnaire ; cas concret, par le Médecin commandant Martinet, stagiaire à l'Ecole de guerre. — Dimanche 23 avril 1933, à 9 h. 30 : Exercice sur le repliement du poste de secours divisionnaire, par le Médecin colonel Schickelé, chef de la section technique du Service de santé.

Ces cours et exercices auront lieu au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris.

— **Médecins inspecteurs des écoles (banlieue de Paris).** — Sont nommés médecins inspecteurs des écoles des communes suburbaines de la Seine, pour une période de trois années à dater du 1er octobre 1932 : MM. Gougeon, Blum, à Bois-Colombes ; Mme Dermer, à Saint-Denis ; M. Chabruno, Mlle Guérin, Mme Goutard, MM. Philipeau, Vanbockstael, à Vincennes ; M. Hanriot, Mlles Pechenard, Wolf, Mme Gricouroff, MM. Vony, à Courbevoie ; Routier, Martin, à Charenton ; Boyer, Jacquet, Mlle Desbrousses, M. Lecomte, à Levallois-Perret ; Mlles Vogt, Sherrer, MM. Robert, Delattre, Albert Joffroy, Longepierre, Cuel, Morin, Ribaut, Mme Hébert-Jouas, MM. Loireau, à Choisy-le-Roi ; Bianquis, à Montrouge ; Liège, Mlle Vasseur, MM. Vialard, Lauriat, Heim de Balsac, Maurellet, à Bry-sur-Marne ; M. Kervarec.

— **Le dîner des médecins montpelliérains de Paris** aura lieu le 20 décembre, à 20 heures, chez Jarraud, 47, boulevard Montparnasse. Tenue de ville.

— **Grande chancellerie de la Légion d'honneur.** — M. le Docteur Charles Guébel, de la Faculté de

Paris, chevalier de la Légion d'honneur, est nommé médecin stomatologiste de la Grande chancellerie de la Légion d'honneur.

— **Association corporative des étudiants en médecine de Paris.** *Communiqué.* — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, pour éviter toute équivoque, fait savoir : 1° que l'Association corporative ne possède actuellement aucun organe officiel ; 2° qu'elle prépare la publication d'un journal corporatif : « *L'Information Universitaire Médicale* » ; 3° que jusqu'à nouvel ordre ne doivent être considérés comme l'expression de son opinion que les articles et communiqués insérés par la presse médicale et universitaire, et publiés sous sa signature ou celle d'un de ses membres dûment mandaté. *Le Président de l'A. C. E. M.* : R. Lemonnier.

— **Hôpital Saint-Jacques** (37, rue des Volontaires). — Ces jours derniers au cours d'une réunion amicale qui comptait de nombreux médecins, M. Tessier, médecin chef de l'hôpital Saint-Jacques, a remis le service de radio-diagnostic de cet hôpital à M. Marcel Joly, médecin électro-radiologiste des hôpitaux. Ce service fonctionne sur des bases analogues à celles qui régissent les services radiologiques de l'Assistance publique. Il est ouvert aux malades hospitalisés et également aux malades externes qui peuvent y être adressés par tous les médecins.

— **Prix de l'Académie de médecine.** — Le *Manuel de Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires,* récemment publié par Mlle le Docteur Hoffer, directrice de médico-pédagogie au Centre de rééducation du Docteur de Parrel, et Mlle Anglès, inspectrice générale des écoles maternelles, vient de recevoir le prix Henry Lorquet, de l'Académie de médecine. Cette haute récompense s'ajoute à l'approbation officielle du ministère de l'Education nationale qui a honoré cet ouvrage d'une souscription. Ainsi se trouve justement soulignée la valeur de ce Manuel qui met à la portée des éducateurs et des parents les techniques pédagogiques si complexes dont sont justiciables les déficients psychiques éducables. Le Docteur Léopold-Lévi a présenté dans cet ouvrage toute la question des rapports de la pathologie endocrinienne et des déficiences psychiques.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Desjacques.

— **Hôpital d'Argenteuil.** *Internat.* — A la suite du concours qui s'est terminé le 1er décembre ont été nommés internes titulaires : MM. Nicolas (Michel), Charton (Gabriel), Boulègue (René), Vignal (Olivier); internes provisoires : MM. Besnard (Léonce), Ras (Maurice), Beaune.

Les questions sorties de l'urne étaient :

*A l'écrit* : Anatomie. Anatomie du cæcum et de l'appendice sans l'embryologie. — Pathologie. Signes, diagnostic et traitement de l'angine diphtérique.

*A l'oral* : 1° Indications et technique de la trachéotomie ; 2° Signes, diagnostic et traitement des contusions de l'abdomen.

Etaient restées dans l'urne :

*A l'écrit* : Diaphragme, configuration, insertions et orifices. Rapports de la carotide externe sans ses branches. — Tétanos, signes, diagnostic et traitement. — Fièvre typhoïde, signes, diagnostic et traitement.

*A l'oral* : Transfusion de sang (indications et technique). — Hernie curale étranglée. (Signes, diagnostic et traitement). — Pneumothorax (indications et technique). — Hématocèle rétro-utérine (diagnostic et traitement).

**— Chemins de fer de l'Etat** (Hiver 1932-1933.) — *La nuit...* des *lits-toilette* avec draps ou des *couchettes* vous permettent de voyager confortablement aux prix suivants :

| | | De 0 à 250 km. | Au-dessus de 250 km. |
|---|---|---|---|
| Lits-toilette ........... | | 50 francs | 65 francs |
| Couchettes ...... | 1re classe | 25 francs | 34 francs |
| | 2e classe | 18 fr. 25 | 27 fr. 25 |
| | 3e classe | 13 fr. 75 | 22 fr. 75 |

Renseignez-vous dans les gares du réseau de l'Etat.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

**Adoption d'une proposition de loi instituant un ordre des médecins**

(*J. O.* du 10 décembre 1932).

Tout comme pour la proposition de loi Armbruster, sans le moindre débat, sans la moindre discussion, et je serais tenté d'ajouter : *Sans tambour ni trompette*, si l'arrivée au fauteuil du Président n'était saluée rituellement de roulements sonores, la Chambre des députés, vendredi dernier 9 décembre, a adopté la proposition de loi de M. X. Vallat, instituant un *Ordre des Médecins*.

Je publierai, dans le prochain numéro du *Concours Médical*, je ne dirai donc pas les Débats parlementaires, mais le simple extrait du *Journal Officiel* relatif à ce vote, qui n'a présentement que la valeur d'une manifestation, puisque le Sénat devra en être saisi à son tour, et qu'une navette circulera peut-être entre les deux Assemblées à ce sujet, en un temps qu'il est impossible de fixer ...

Attendons donc, nous bornant à enregistrer la composition du futur Conseil de l'Ordre parisien, d'après *Excelsior*, du 10 décembre, où je copie ce qui suit :

« *A côté du professeur Balthazard pourraient se grouper des hommes qui nous ont donné dans leur profession la mesure de leur haute conscience et tels que*

*les docteurs Rist, Léon Bernard, Lemierre, Laubry, Quenu, Jean-Louis Faure, Anselme Schwartz ...* »

Qu'en pensez-vous, amis de la Confédération qui vous êtes déclarés favorables à cette Institution ? ? ?

G. DUCHESNE.

30 NOVEMBRE

**Service de santé militaire.**

Par décret du 27 novembre 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

Les méd. auxil. titul. du brev. de P. M. S. ci-après désignés :

(6 juillet 1932) Pillière de Tanouarn, de la 22e sect. inf. mil. aff. rég. de Paris ; (15 septembre 1932) Audit, de la 18e sect, inf. mil., aff. 18e rég.

(20 septembre 1932) le méd. auxil. non titul. du brev. de P. M. S. Guérin, de la 18e sect. inf. mil. aff. 18e rég.

**Service de santé de la marine militaire.**

*Avis de concours pour le titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale.*

Des concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale auront lieu à Toulon, dans la deuxième quinzaine du mois de septembre 1933, à des dates qui seront fixées ultérieurement en vue de la nomination d'un titulaire pour chacune des catégories suivantes :

*a)* Physiologie. — Médecine.

*b)* Anatomie, chirurgie (section de chirurgie générale).

2 DÉCEMBRE

**Enseignement de la médecine.**

M. le Docteur Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie thérapeutique et de climatologie près la Faculté de Strasbourg est nommé professeur titulaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à cette même Faculté (chaire créée).

**Légion d'honneur.**

Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au titre du ministère du Travail :

Officier : M. le Docteur Benoit, de Paris.

Chevaliers : MM. les Docteurs Brasseur, de Petit-Quevilly ; Kahn, de Paris ; Laurençon, de Givors ; Prigent, de Saint-Brieuc ; Ricoux, directeur de l'Asile départemental d'aliénés de l'Allier ; Solas, de Paris ; Davy, du sanatorium de Praz-Coutant (Haute-Savoie).

3 DÉCEMBRE

**Sanatoriums publics.**

*Avis de concours pour un poste de médecins directeur de sanatorium public.*

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de

médecin directeur du sanatorium public de la Grolle-Saint-Bernard à Touvérac (Dordogne).

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut atteindre 52.000 francs par avancements successifs.

Le médecin directeur bénéficiera, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage, du blanchissage, avec faculté d'utiliser à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Il ne peut faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de quarante ans, et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de quarante ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires, ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Les demandes devront être adressées avant le 25 décembre 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tibsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin directeur et subir les visites médicales prescrites pour les candidats à un emploi départemental dans la Charente.

**Service de santé de la marine militaire.**

*Avis de concours pour des emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale.*

Des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale indiqués ci-après, et pour l'obtention du titre de médecin chirurgien, et spécialiste des hôpitaux maritimes, auront lieu à Brest, dans le courant du mois de juillet 1933, à des dates qui seront fixées ultérieurement.

1° CHARGÉS DE COURS

A. — Ecole d'application des médecins et pharmaciens-chimistes stagiaires à Toulon.

1° Chef de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique.

B. — Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

1° Pathologie externe et accouchements ;

2° Anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 20 et 22 décembre 1930 réglementant l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

2° MÉDECIN, CHIRURGIEN ET SPÉCIALISTE DES HÔPITAUX MARITIMES

Le nombre de nominations ne pourra excéder

celui indiqué en regard de chacune des catégories ci-après :

A. — Concours de médecine.

1° Médecine générale, une ;
2° Bactériologie et anatomo-pathologie, une ;
3° Médecine légale et neuro-psychiatrie une ;
4° Dermato-vénéréologie, une ;
5° Electro-radiologie et physiothérapie, une.

B. — Concours de chirurgie.

1° Chirurgie générale, une ;
2° Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie, une ;
3° Stomatologie, une.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 21 et 23 décembre 1930 portant organisation des services hospitaliers de la marine.

4 DÉCEMBRE

### Santé publique.

*Décret du 2 décembre 1932 portant création d'une Commission permanente des Services de santé militaire de la guerre, de la marine et des colonies.*

Art. 1er. — Il est créé, au ministère de la Santé publique, une commission permanente des Services de santé militaire de la guerre, de la marine et des colonies.

Art. 2. — Cette commission comprendra des officiers du Service de santé militaire de la guerre, de la marine et du cadre colonial.

Sa composition sera fixée par arrêté du ministre de la Santé publique.

Art. 3. — Les ministres de la Santé publique, de la guerre, de la marine et des colonies, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer d'exécution du présent décret.

### Stations hydrominérales et climatiques.

Sont nommés membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques pour une durée de quatre ans :

MM. Chauveau, Rabier sénateurs ; Noguès, Paul Jacquier, Barety, Cardiol, députés ; le Docteur Dequidt inspecteur général des services administratifs; Chatrousse, maire de Chamalières ; Léger, maire de Vichy ; Mollard, sénateur, maire d'Aix-les-Bains ; Bouyonnet, maire d'Odeillo-Via (Font-Romeu) ; Boque, sous-directeur de la compagnie des chemins de fer du Midi ; Dargnies, ingénieur en chef adjoint à la compagnie de Paris à Lyon et à la Méditerranée ; R. de La Preugne, membre de la commission du tourisme de l'Automobile-Club de France ; Ed. Chaix, président du Touring-Club de France ; Gatine, président honoraire du Club alpin français ; le Docteur Flurin, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; le Docteur Macé de Lépinay, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; le Docteur Sérane, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; le Docteur

Baudouin, secrétaire général de l'Association de thalassothérapie ; le Docteur Moncorgé, président de la Fédération thermale d'Auvergne ; le Docteur Piatot, médecin à Bourbon-Lancy ; le Docteur Rathery, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; le Docteur Bordas, professeur à l'Institut d'hydrologie, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; Mirman, conseiller maître à la Cour des comptes ; Piytas, inspecteur général des Services administratifs ; Barrier, président de la Chambre nationale de l'hôtellerie ; Maurice Bernard, président de la Chambre syndicale des eaux minérales ; Fère, président de l'Union des établissements thermaux ; de Marcet, conseiller maître à la Cour des comptes ; le Docteur Meillon, médecin à Cauterets ; le Docteur Durand-Fardel, correspondant national de l'Académie de médecine, président du Syndicat des médecins des stations ; le Docteur Gardette, ancien président de la Société d'hydrologie, directeur de la Presse thermale et climatique ; Audigier, président de l'Union des Fédérations des syndicats d'initiatives ; le Docteur Sellier, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Bordeaux; Antoine Borrel, sénateur ; le Docteur Pfléger, sénateur ; le Docteur Pierret, médecin à la Bourboule, secrétaire général du Comité médical consultatif de Villard-de-Lans, auditeur au Cons il supérieur d'hygiène publique de France ; Gommy, adjoint au maire, président du Conseil d'administration de l'hôtel Royal, à la Baule.

6 DÉCEMBRE

**Fabrication et commerce des stupéfiants.**

*Circulaire du 3 décembre 1932 relative aux autorisations de fabriquer et de faire le commerce des produits stupéfiants.*

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

**Hygiène publique.**

*Avis de concours pour la nomination de deux inspecteurs départementaux d'hygiène adjoints dans l'Aude.*

Rectificatif au *Journal officiel* du 17 novembre 1932 :

Les conditions relatives aux limites d'âge sont modifiées ainsi qu'il suit :

« Les candidats doivent être âgés de vingt-huit ans au moins et quarante-cinq ans au plus.

« Les candidats ont un délai supplémentaire de quinze jours à compter de la présente publication pour adresser au préfet de l'Aude leur demande accompagnée du dossier réglementaire. »

## Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

**Délivrance des appareils de prothèse dentaire aux assurés sociaux.**

1579. — M. Hayaux, sénateur, demande à M. le

*Voir la suite page LV-3709*

# PROPOS DU JOUR

## L'organisation du Service des premiers secours chirurgicaux à Moscou. Quelques travaux récents de médecins russes

Nous avons rappelé à plusieurs reprises que l'organisation de Prompts secours à Paris était toujours à l'état de projet, que l'on ne peut actuellement donner dans notre capitale, à temps, tous les soins chirurgicaux indispensables dans un cas d'extrême urgence. Nous sommes persuadé qu'avec une meilleure organisation, il aurait été possible d'arracher le Président Doumer à la mort. Notre distingué ami, le Docteur Marcel Baudouin, revenant, il y a une quarantaine d'années, de l'Exposition internationale de Chicago, rapporta tout un plan de création de centres chirurgicaux de prompts secours, inspirés de ceux qui fonctionnaient déjà à cette époque dans les grandes villes d'Amérique. Le Conseil municipal de Paris en fut saisi, mais : *Vox clamat in deserto*. On aurait pu croire qu'après la guerre, M. le Docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique, étant, comme ancien sous-secrétaire d'Etat au Service de santé, initié aux soins chirurgicaux d'urgence, un effort pratique serait fait dans ce but. Il n'en a rien été et nous sommes sur ce point aussi attardés qu'il y a cinquante ans, qu'il y a un siècle.

Le Professeur Jean-Louis Faure, à son retour de Russie, il y a quatre ans environ, nous contait qu'il avait visité l'hôpital de prompts secours de Moscou, avait assisté à une opération d'extrême urgence et en avait été émerveillé. Aussi, quand nous reçûmes du Docteur Jayle l'invitation à assister à l'Hôtel Chambon à une conférence du Professeur Serge Judine, sur l'*Organisation du service de premiers secours chirurgicaux à Moscou*, avec l'exposé de *quelques travaux récents de médecins russes*, conférence illustrée par la *projection d'un film sur la gastrectomie*, nous nous sommes empressé de nous y rendre. L'Hôtel Chambon, grâce au merveilleux organisateur qu'est le Docteur Jayle, donne d'ailleurs toujours des conférences qui sont intéressantes et jouissent légitimement d'un grand succès.

L'amphithéâtre de l'Hôtel Chambon était envahi d'un public nombreux, en grande partie féminin et où dominait l'élément étranger. Nous aurions voulu y voir plus de Français et de chirurgiens parisiens. Il est vrai que le Prof. Serge Judine avait déjà fait plusieurs communications à la Société de chirurgie de Paris, car nous ne voulons pas croire que, dans ce cas, une raison politique ou autre ait pu intervenir. La science, l'habileté, le dévouement et le talent s'épanouissent dans tous les milieux et imposent le respect et l'admiration, quelles que soient leurs origines.

M. le Professeur Serge Judine est jeune. On nous a affirmé qu'il a 42 ans ; nous ne les lui aurions pas donnés. Il parle nettement, correctement français, et son débit lent, dû sans doute à l'attention qu'il est obligé de porter à ses expressions en se servant de notre langue, rend ses discours plus nets et plus clairs. En somme, même en s'exprimant en français, il donne l'impression d'un excellent conférencier.

Il est chirurgien-chef du Service de chirurgie d'urgence de l'Institut Skylifassowsky, au centre de Moscou, ainsi nommé du nom d'un grand chirurgien russe. Ce service d'urgence répond aux besoins d'une agglomération urbaine de trois millions et demi d'habitants : c'est dire quelles sont son importance et son activité. Il comprend 700 lits, 400 de chirurgie, 200 de chirurgie d'extrême urgence, et 100 de gynécologie.

Un service téléphonique d'une grande importance fait partie de l'Institut. Dix médecins très au courant sont attachés au téléphone ; leur choix est capital, car ce sont eux qui doivent établir la discrimination entre les cas signalés comme extrêmement urgents, et ceux qui peuvent attendre plus ou moins longtemps. Cette sélection est indispensable quand on songe que le service téléphonique répond annuellement à 200.000 appels, que sur ces 200.000, il y en a 60.000 qui sont immédiatement retenus, et que 10 pour cent peuvent donner lieu à des contestations. Tous les appels d'ailleurs sont contrôlés dans le plus bref délai possible. Des ambulances chirurgicales sont envoyées avec médecins, infirmiers ou infirmières. Le malade est transporté très rapidement à l'Institut. Si son état est par trop grave, et s'il est trop éloigné

◆◆

(le rayon du service est de plus de 15 kilomètres), on peut le transporter à l'hôpital le plus proche. Cent médecins sont attachés au service des ambulances automobiles. Il convient pour les désigner de faire un choix et d'apprécier leur caractère, car le plus souvent, en cas d'accident, l'ambulance est reçue avec hostilité par la foule qui trouve son intervention toujours trop lente, malgré la grande promptitude de sa mobilisation. Il faut donc que le médecin qui dirige l'ambulance sache faire preuve de tact, de sang-froid et d'autorité.

Les malades ou blessés secourus comprennent 25 pour cent de femmes.

Au service de chirurgie d'urgence est annexée une clinique de perfectionnement, où les médecins ruraux viennent faire des stages, et dont M. Serge Judine est professeur. On peut juger combien cette organisation peut être utile aux médecins de campagne et aux élèves. En une semaine, ils voient opérer plus que pendant trois ans dans tout autre service. De plus, les chirurgiens qui ont le souci d'améliorer leur technique peuvent tenter les modifications qu'ils croient nécessaires aussitôt, l'abondance des sujets à opérer étant très grande. Ainsi, en un an, M. Judine a opéré 536 ulcères de l'estomac ou du duodénum perforés ; il est arrivé à la conviction que, le plus souvent, la gastrectomie pouvait être faite séance tenante et il a pu communiquer à la Société de chirurgie 76 cas de gastrectomie. La mortalité, dans cette grave opération, est tombée à 6 pour cent. Il a traité 24 cas de plaies du cœur avec 11 guérisons. Les péritonites de toutes sortes par hernies étranglées, occlusions intestinales, perforations, ruptures de grossesses extra-utérines, où il est intervenu le plus souvent avec succès, ne se comptent pas.

Constatons que la besogne doit être accablante, car il est arrivé au chirurgien de faire quatre gastrectomies dans une seule nuit.

Mais quelles satisfactions, quand le chirurgien peut, sur un champ aussi vaste, appliquer une nouvelle méthode et réaliser avec succès une expérience ! Telle fut celle de la transfusion du sang de cadavre. Se basant sur les expériences de Chamow, de Karkow, sur les chiens, expériences exposées au Congrès des médecins de l'Ukraine, voulant remédier à l'insuffisance des donneurs de sang, M. Serge Judine tenta l'utilisation du sang de cadavre. Un jeune ingénieur avait tenté de se suicider en se coupant les vaisseaux du cou, il fut transporté complètement exsangue au service de chirurgie d'urgence. La transfusion par donneurs de sang étant insuffisante, le chirurgien préleva une quantité appréciable de sang (un demi-litre) dans la veine cave d'un malade qui venait de mourir dans une crise d'angine de poitrine, la transfusa au blessé et eut la satisfaction de le voir revivre. Il renouvela sept fois l'expérience avec succès et fit sur ce sujet une communication au Congrès de chirurgie de Karkow. Il a pu récemment faire une communication à la Société de chirurgie de Paris, portant sur 130 cas.

Actuellement, on prélève le sang six heures, huit heures, dix heures au plus après la mort. On le recueille dans des ballons, après l'avoir citraté et on le conserve dans une glacière. Il peut servir durant six semaines. Avant d'en faire usage, on peut se livrer à toutes les investigations désirables (réaction de Wassermann, hémocultures, etc.). Enfin, l'autopsie du malade dont on a prélevé le sang permet d'obtenir tous les apaisements de conscience désirables.

M. S. Judine a exposé en outre des recherches fort intéressantes de médecins russes. Par exemple, la possibilité de faire vivre une anse d'intestin totalement séparée de son mésentère et greffée à la peau, ce qui permet de s'en servir pour remplacer l'œsophage, quand une brûlure consécutive à un empoisonnement, par exemple, nécessite l'œsophagectomie.

Il signale la greffe de la cornée par Filatow, d'Odessa, et fait l'éloge du grand physiologiste Pawlow qui, à 83 ans, dirige encore les expériences de 125 de ses assistants, reçoit tous les jours leurs rapports, leur donne des directives et se consacre à étudier sur des chiens dans des « tours de silence », construites absolument dans ce but, le mécanisme de la pensée.

La conférence s'est terminée par la projection d'un beau film sur la gastrectomie, film tourné par le fils de M. Serge Judine, qui a permis aux auditeurs de se rendre compte de la grande habileté et de la méthode impeccable du chirurgien en chef du Service de chirurgie d'urgence de l'Institut Skylifassowsky, à Moscou.

J. Noir.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR

Par M. le professeur PATEL (de Lyon)

Les pseudarthroses, consécutives aux fractures de l'extrémité inférieure du fémur, constituent un problème chirurgical difficile à résoudre, en raison du siège de la lésion, du déplacement et de la constitution des fragments osseux.

Le déplacement des fragments est souvent considérable, surtout, et c'est un cas fréquemment observé aujourd'hui, si la fracture est consécutive à un accident d'automobile. Le fragment supérieur a perforé la masse du quadriceps et fait saillie sous la peau de la face antérieure de la cuisse. Le fragment inférieur, attiré par les muscles jumeaux, bascule dans le creux poplité. Il arrive que ces deux portions osseuses sont distantes de plusieurs centimètres.

De plus, des modifications importantes viennent à se produire notamment dans le fragment inférieur ; la radiographie montre une raréfaction osseuse rapide, et de fait, à l'intervention, on se trouve en présence d'un tissu osseux ramolli, friable, maintenu dans des coques condyliennes, elles-mêmes amincies et peu solides.

Il y a lieu de reconnaître deux variétés bien différentes :

1° Le trait de fracture siège à une certaine distance des condyles ; il est horizontal ou plus souvent irrégulier, taillé en biseau ; la fracture est diaphysaire et la portion inférieure restante de la diaphyse présente une certaine résistance, que le chirurgien saura utiliser.

2° Le trait de fracture siège presque au ras des condyles et le fragment inférieur est constitué uniquement par la masse condylienne. Dans ces conditions, le trait est souvent horizontal ; quant aux condyles, ils ont pu être fracturés (fracture en Y ou en V, fracture unicondylienne) ; mais la consolidation est en général intervenue.

Cette distinction doit être conservée au point de vue chirurgical. En dehors d'un traitement radical, qui serait nécessité par l'état général du sujet ou par des sérieuses complications locales, le but du chirurgien doit être de chercher la consolidation osseuse. Celle-ci s'obtient par la réduction des fragments osseux et, après leur avivement, par leur maintien en contact aussi exact et aussi fixe que possible. L'opération est difficile, laborieuse, elle est grandement facilitée par l'usage d'une table orthopédique, permettant d'opérer sur une cuisse que l'on peut manier et immobiliser tout à son aise.

C'est dans la façon de maintenir les os en contact que les procédés varient beaucoup et c'est là, pensons-nous, qu'il faut établir une distinction soigneuse entre les deux grandes variétés anatomiques de pseudarthroses de l'extrémité inférieure du fémur.

#### 1° Pseudarthroses supra-condyliennes

La voie externe suffit en général pour exécuter toutes les manœuvres préliminaires. Lorsque l'on est en présence des deux extrémités osseuses, bien préparées, suffisamment mobilisées, on peut utiliser des plaques de Lane, modelées avec une pince spéciale. La lame de Parham, le cerclage métallique, les agrafes, les vis à écrou ont des indications, surtout dans les cas de fragments taillés en biseau. La mise en place d'un greffon, prélevé sur le fragment supérieur ou d'une esquille de voisinage, peut utilement contribuer à l'ossification. Le principe directeur, croyons-nous, doit être d'utiliser un matériel métallique aussi réduit que possible, en raison de son maintien difficile sur le fragment inférieur et de la raréfaction osseuse qu'il déterminerait sur un os présentant déjà une tendance marquée à la réaliser.

La consolidation, néanmoins, s'obtient dans ces cas, après une immobilisation plâtrée de plus de deux mois. Nous n'avons jamais vu d'échec dans ces conditions.

#### 2° Pseudarthroses juxta-condyliennes

Bien différente est cette variété de pseudarthrose ; elle est beaucoup plus grave à traiter.

La voie d'abord est différente ; l'incision externe suffit rarement et il y a lieu de recourir à la voie transrotulienne, qui seule permet de voir nettement les fragments osseux, de les préparer comme il convient. On se trouve parfois dans l'obligation de désinsérer quelque peu les ju-

meaux pour permettre le relèvement du fragment inférieur.

La fixation des fragments osseux, surtout lorsque le trait de fracture est horizontal, peut être réalisée de façons différentes.

A deux reprises, au cours de cette année, nous nous sommes trouvés en présence de cette disposition anatomique ; ces deux malades étaient âgés, l'une de 55 ans, l'autre de 42 ans.

La mise en place d'une plaque, d'agrafes, de lame de Parham, de fils métalliques, de vis, était absolument impossible ; on ne pouvait songer à es appliquer sur la portion renflée des condyles, et dans un tissu osseux particulièrement friable.

Une greffe était difficile à envisager, en raison de l'âge des sujets. Fallait-il encheviller le fragment supérieur dans le fragment inférieur ? Cette manœuvre laborieuse n'aurait pas été sans danger et se serait montrée sans doute inefficace.

Nous avons pensé utiliser un procédé préconisé par Heitz-Boyer pendant la guerre, délaissé depuis, semble-t-il, consistant à soulever le fragment inférieur au moyen d'un fil métallique, fixé ensuite à l'appareil d'immobilisation, pour s'opposer à sa bascule en arrière.

Le passage de ce fil, qui doit être assez résistant, se fait en traversant l'insertion des jumeaux, pour éviter son glissement ; on réalise ainsi une anse métallique, dont les deux extrémités ressortent par l'incision antérieure. Les différents plans (musculaire, rotule) sont reconstitués ; la peau est entièrement suturée. L'appareil plâtré est confectionné ; les deux fils métalliques qui ont été d'abord noués sur des tampons de gaze, sont ensuite fixés à la surface du plâtre.

Dans ces conditions, les deux fragments osseux restent bien en présence ; l'emploi du lit orthopédique est absolument nécessaire pour assurer leur immobilité. Nous avons obtenu ainsi deux bonnes consolidations, dans des conditions, qui, au premier abord, ne paraissaient pas très favorables.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux fractures récentes, lorsque l'intervention chirurgicale est indiquée. La suspension du fragment inférieur, effectuée à l'aide d'une anse métallique, fixée au rebord de l'appareil de suspension, aide puissamment le redressement de ce fragment ; car la flexion du genou ne corrige pas complètement le déplacement. Dans un cas de fracture récente, avec un trait horizontal juxta-condylien, alors qu'il était impossible d'utiliser un mode quelconque d'approximation osseuse, j'ai pu obtenir une consolidation dans de bonnes conditions et à l'aide d'une intervention assez simple. On peut, au besoin, ajouter une ou deux agrafes, pour perfectionner la juxtaposition osseuse.

Nous pensons que ce procédé présente deux avantages essentiels : le premier, d'être assez simple et rapide, le second, de ne pas incorporer dans un fragment inférieur déjà ramolli, des corps étrangers métalliques, qui accentueraient la raréfaction osseuse et s'opposeraient ainsi à la consolidation. C'est à ce double titre qu'il mérite d'être retenu. (1)

(1) Communication faite au Congrès de chirurgie, 1932.

---

# CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL COCHIN

(Service du Professeur ACHARD)

## Lésions hypophysaires de l'ostéite déformante de Paget et ostéose parathyroïdienne (*)

Par J. THIERS,

Ancien chef de Clinique.
Médecin chef du dispensaire Furtado-Heine.

Je vous présente un malade que je connais à peine et que nous allons examiner ensemble.

Il suffit toutefois de jeter un regard sur lui, et de l'observer un instant, pour reconnaître à son aspect, à son attitude, à sa démarche, qu'il est atteint de cette affection singulière des os, l'*ostéite déformante*, à laquelle le nom de SIR JAMES PAGET, qui, le premier, l'a décrite en 1876, est resté attaché.

Examinez-le, en effet, pendant qu'il se tient debout : ses membres inférieurs sont incurvés et arqués en dehors et en avant, de sorte que même si les chevilles sont en contact, les genoux restent écartés de plusieurs centimètres ; ils limitent ainsi entre eux un espace ovalaire et offrent l'aspect, dit de « parenthèses ».

Pour rapprocher les genoux, le malade est

(*) Leçon du 12 avril 1932.

obligé de croiser les jambes et même alors, il persiste un espace ovalaire entre les cuisses.

Dans certains cas d'incurvation très prononcée, le croisement des jambes constitue l'attitude habituelle et forcée.

C'est ainsi que chez une de nos malades, les jambes étaient croisées de façon permanente ; on ne pouvait les éloigner l'une de l'autre que de quelques centimètres et en provoquant de vives douleurs.

Cette malade ne pouvait ni se tenir debout, ni, à plus forte raison, marcher.

Voyez aussi le crâne ; il est évidemment de volume anormal.

Ce sont surtout les parties latérales de la tête qui sont étalées ; les bosses frontales sont proéminentes et le développement excessif des arcades sourcilières fait que les orbites paraissent excavées.

Enfin, considérez la façon dont se tient le malade ; son dos est courbé, la colonne vertébrale est raide, soudée en cyphose ; il existe de plus un léger degré de scoliose dorsale à convexité droite.

Penché en avant, les jambes arquées, le malade a perdu de sa taille. De ce fait, les membres supérieurs paraissent plus longs que normalement et tombent en avant des cuisses ; on a comparé ce maintien à celui des singes anthropoïdes.

Pour un œil averti, toutes ces déformations sont caractéristiques de la maladie de Paget, elles sont déterminées par le processus d'ostéite hypertrophique qui est l'élément essentiel de la maladie.

Cependant, le médecin qui a vu notre malade dans son pays a posé le diagnostic de tabes, à cause des douleurs dont il se plaignait, et, en raison de l'état des réflexes tendineux.

Lorsque nous explorons les réflexes tendineux de ce malade, nous les trouvons en effet abolis aux membres inférieurs mais les réflexes pupillaires sont conservés et normaux.

L'abolition des réflexes tendineux peut, il faut le savoir, s'observer dans la maladie de Paget. On a constaté dans plusieurs cas, au niveau de la moelle, une sclérose des cornes postérieures et latérales qui explique la disparition des réflexes tendineux (*pseudo-tabes pagétique*).

Au reste, on ne trouve pas ici de signe de Romberg. Le malade se tient correctement debout les yeux clos et les talons joints.

Il est donc bien atteint de la maladie de Paget.

La maladie de Paget est une ostéite déformante progressive. C'est une hypertrophie osseuse non symétrique, quoiqu'on ait dit, répartie au hasard, sans ordre, frappant tantôt le milieu, ou une portion de la diaphyse, tantôt l'épiphyse, intéressant à la fois les membres inférieurs et les membres supérieurs, touchant les petits os, plus rarement, mais aussi bien que les os longs et parmi les petits os, modifiant certains d'entre eux, en laissant indemnes les os voisins.

Dans la règle, cependant, le processus ostéopathique suit une certaine progression ; les os les premiers atteints sont le tibia, le fémur, les os du crâne ; viennent ensuite les clavicules, les os du bassin, les côtes ; enfin les os de l'avant-bras et du bras.

Aux membres inférieurs, il y a, ainsi que nous l'avons vu, de l'incurvation et de la rotation en dehors.

A la palpation, dans les cas typiques, on trouve le volume des os très augmenté. L'épaisseur du tibia est facile à apprécier entre le pouce et l'index, on la trouve notablement plus considérable qu'à l'état normal. Sa crête antérieure est arrondie, elle est devenue face ou facette ; l'ensemble de l'os par suite de toutes ces modifications prend ainsi l'aspect dit de *fourreau de yatagan.*

Le fémur peut être atteint au niveau de son épiphyse tibiale ou au niveau de son grand trochanter, ou encore au niveau de sa tête qui s'élargit, s'aplatit et dont la déformation s'associe généralement à celle de l'os coxal, fait qui permet de croire que ces malades sont atteints de rhumatisme déformant. Le bassin est élargi et épaissi, les crêtes iliaques sont volumineuses.

Le squelette des membres supérieurs est habituellement moins altéré. C'est surtout l'humérus à la partie supérieure de sa diaphyse, le cubitus et l'olécrâne, le radius au tiers inférieur. Les clavicules, les vertèbres, les côtes, les petits os des mains peuvent être également touchés.

Nous avons observé avec M. Achard, une malade atteinte de la maladie de Paget qui présentait à la radiographie, une modification nette et très marquée d'une seule phalange.

On note aussi dans certains cas des modifications des sinus de la face, de l'hypertrophie des maxillaires, qui entraîne un certain degré de prognathisme. Les arcades dentaires sont épaissies, les dents peuvent se déchausser ou même être expulsées, par suite de l'hypertrophie des alvéoles.

Voilà donc ce qu'on constate du point de vue clinique. Tantôt l'hypertrophie des os est facile à percevoir, tantôt la radiographie seule permet de la découvrir.

**Etude radiographique.** — Quoiqu'il en soit, ce sont les modifications osseuses révélées par la radiographie du squelette, véritable *biopsie clinique,* qui suivant les cas confirmeront ou affirmeront le diagnostic.

L'aspect des os est « ouateux » suivant l'expression d'André Léri et de G. Legros.

Cet aspect résulte d'une dislocation totale de la disposition trabéculaire ; on voit le tissu osseux formé par une extrême abondance de travées très fines, réticulées, enroulées comme les fils d'un écheveau, et parfois disposées en tourbillons.

Ces travées délimitent une série de taches claires qui répondent aux points d'ostéite raréfiante et des taches sombres qui répondent aux points d'ostéite condensante.

La répartition de ces deux ordres de lésions est souvent irrégulière.

Ainsi, sur la radiographie que je vous montre, vous remarquerez au tiers supérieur du tibia une espèce de lacune allongée au niveau du bord antérieur, traduisant à ce niveau l'intensité de la destruction osseuse ; ailleurs, ce sont des plaques d'ostéite condensante, que l'on peut noter au milieu des plaques claires.

En général, cependant, l'ostéite raréfiante est plus marquée à la périphérie ; il en résulte que le bord de l'os perd sa netteté sur l'image photographique ; le contour devient flou et parfois ondulé.

Au niveau des os du crâne, l'ostéite est surtout raréfiante près de la table externe ; condensante près de la table interne.

Il peut exister tout un chapelet de taches claires répondant à des vacuoles ; seule, une mince lamelle de tissu osseux les sépare du cuir chevelu ; souvent, elle se rompt sous un choc léger ; ces fractures minimes en s'additionnant font de la voûte du crâne une surface raboteuse.

La base peut être déformée aussi avec rétrécissement des orifices, origine de troubles nerveux divers, et, convexobasie suivant l'expression de Pierre Marie et Léri. Je vous ai déjà signalé l'élargissement des sinus, les modifications des os de la face, la chute des dents, etc...

**Diagnostic radiographique.** — Le diagnostic radiographique doit être fait avec la *syphilis héréditaire* tardive : mais ici, l'hyperostose est concentrique, « en bulbe d'oignon » formant une coque à l'os normal.

« Dans le *rachitisme*, il y a surtout un épaississement et une condensation de la couche compacte au niveau de la concavité des courbures.

« Dans l'*ostéomalacie*, les travées osseuses disparaissent, les espaces médullaires sont agrandis, l'os n'est constitué finalement que par un tube à parois très minces. »

A ces affections dystrophiantes connues depuis longtemps, il faut joindre *l'ostéite fibro-kystique*, ou plus exactement *fibro-vacuolaire* décrite par Recklinghausen en 1891, divulguée en France par l'article d'André Léri dans le nouveau Traité de médecine et dont nous avons publié une des premières observations avec le Professeur Achard en 1925 (1).

Dans l'ostéite fibro-vacuolaire l'élément caractéristique est la cavité kystique. L'os apparaît creusé d'une série de logettes au niveau desquelles tout tissu compact a disparu. Parfois, la vacuole est si vaste qu'elle occupe toute l'épaisseur de l'os, ce dernier se rompt alors sous l'influence d'un choc minime ou même sous l'effet de la contraction musculaire.

Cette ostéite est facile à distinguer de la maladie de Paget dans les cas typiques.

Toutefois, j'y reviendrai plus loin ; sur certaines radiographies (ainsi par exemple sur l'une de celles que je vous ai montrées), l'ostéite raréfiante du Paget prend singulièrement l'allure d'une ostéite vacuolaire.

**Lésions anatomiques.** — Quelles sont les lésions de l'ostéite hypertrophique ?

*Macroscopiquement*, vous le voyez nettement sur ce segment de fémur pagétique que je tiens à la main : l'os est augmenté de volume ; plus gros que normalement ; sa cavité médullaire est élargie. La surface externe est irrégulière, et criblée de petits orifices vasculaires.

Sur la tranche de la section osseuse, la substance de l'os est devenue poreuse avec des vacuoles de dimensions inégales, mais ce processus de raréfaction osseuse ne se montre pas partout.

En d'autres points, l'os présente au contraire des parties plus compactes que normalement ; dures, lisses au toucher, elles témoignent, à l'inverse des parties spongieuses d'un processus d'ostéite condensante ; de plus, de nombreux foyers hémorragiques, des lacs sanguins remplissent les vacuoles, teintant de rouge foncé la surface de l'os.

Trois processus s'associent donc :

a) *Ostéite raréfiante* ;
b) *Ostéite condensante* ;
c) *Processus de vascularisation anormale*.

Ce dernier processus explique l'élévation de la température locale constante au niveau des os hypertrophiés.

*Au microscope*, l'ostéite condensante s'accuse par une surcoloration des travées osseuses qui ne sont plus concentriques comme dans les systèmes de Havers normaux, mais irrégulières, découpées en caps, en péninsules, etc., par le processus raréfiant. Il y a, de plus, un épaississement de la substance fondamentale espaçant les cellules osseuses qui paraissent plus rares.

Entre les travées du tissu compact hyperostosé existent de longs espaces remplis par du

(1) Achard et J. Thiers. — Ostéite fibro-vacuolaire (type Recklinghausen). *Bull. et M. Soc. méd. Hôp. Paris*, 2 juillet 1925, t. X.

tissu fibrillaire au milieu duquel se creusent des vacuoles bordées par une couche unicellulaire de myéloplaxes.

**Etiologie.** — Le début est insidieux ; le plus souvent, c'est pour des douleurs, des élancements, des fourmillements que vient consulter le malade.

Parfois, les malades s'aperçoivent qu'ils rapetissent en remarquant que le bas de leur pantalon retombe sur les chaussures.

Dans d'autres cas, ils ont l'attention attirée par le fait qu'ils se voient dans la nécessité d'augmenter peu à peu la pointure de leur chapeau.

Le plus généralement, les douleurs dans les membres inférieurs sont prises par le malade et par le médecin pour des douleurs rhumatismales ; c'est l'examen radiographique dans nombre de cas qui met sur la voie du diagnostic.

### Pathogénie.

Nombreuses ont été les théories pathogéniques proposées pour interpréter les lésions de l'ostéite déformante. Nous ne retiendrons que les trois principales :

1° Théorie artérielle ; 2° Théorie de l'origine syphilitique ; 3° Théorie endocrinienne.

I. — D'après *la théorie artérielle*, l'ostéopathie de Paget serait essentiellement l'effet d'un trouble de la nutrition osseuse, déterminé par des altérations scléreuses de l'artère nourricière de l'os, et, sans doute, son rétrécissement.

Un certain nombre de faits viennent à l'appui de cette manière de voir soutenue par Béclère et A. Léri ; on a trouvé chez les pagétiques, au voisinage des os malades, des lésions artérielles très accusées, décelables à la radiographie : vous pouvez en constater vous-mêmes sur l'une des radiographies que je vous ai apportées aujourd'hui ; on y voit nettement une artère cubitale calcifiée correspondre à des métacarpiens pagétiques : à l'autre main où les os sont normaux, l'artère n'est pas apparente.

Cependant, dans une proportion importante de cas, le système vasculaire se révèle indemne de toute altération athéromateuse, et nous avons pu vérifier nous-même dans deux cas, à l'autopsie et sur des coupes, que l'aorte et les artères périphériques étaient tout à fait saines.

Il convient aussi de remarquer, que la maladie de Paget est rare, alors que le nombre des artério-scléreux est très élevé, et, si l'on invoque des processus artéritiques localisés, que les pagétiques ne paraissent guère plus exposés que les autres à la gangrène sénile.

D'autre part, les pagétiques sont généralement âgés : il est donc naturel de relever chez eux des lésions d'artério-sclérose.

II. — La *théorie syphilitique* a été émise en 1903 par Lannelongue et Fournier.

D'après ces auteurs la maladie de Paget serait une ostéite hérédo-syphilitique.

Cette théorie fut très en vogue pendant un certain temps. On a trouvé des antécédents syphilitiques, ou hérédo-syphilitiques, chez les sujets atteints de la maladie de Paget, on a vu aussi l'association du tabes et de la maladie de Paget. Le Wassermann a été trouvé dans de nombreux cas positif.

Certains auteurs disent avoir obtenu quelques améliorations par le traitement spécifique, action du traitement se manifestant par l'arrêt des douleurs et du processus hyperostosant ; on peut objecter à cela que les douleurs ne sont pas continues et que l'hypertrophie osseuse évolue le plus souvent par poussées successives séparées suivant les cas par des intervalles plus ou moins longs.

L'examen comparatif des statistiques, dans un but d'enquête a finalement démontré que parmi les pagétiques, la proportion des sujets syphilitiques était moins élevée que celle des sujets non syphilitiques.

III. — *Théorie endocrinienne.* — La théorie endocrinienne a été proposée en premier lieu par Labadie-Lagrave qui l'établissait uniquement sur un rapprochement entre l'ostéite hypertrophique de Paget et l'acromégalie, dont Pierre Marie avait démontré l'origine hypophysaire.

Cette théorie adoptée par Dalché et Galup manquait jusqu'ici de bases anatomiques, la thyroïde et l'hypophyse ayant été trouvées normales dans les rares cas où ces glandes ont été examinées.

Or, dans deux cas que j'ai pu examiner complètement dans le service du Professeur Achard, j'ai découvert des lésions particulières au niveau de l'hypophyse.

### Lésions de l'hypophyse. Dysparathyroïdie

Dans les deux cas, il s'agissait de *sclérose insulaire* très accusée de la glande, avec formation de *cavités kystiques* à contenu colloïde, et, d'altérations *dégénératives* des cellules épithéliales. Ces lésions indiquaient une suractivité fonctionnelle ayant abouti en certains points à un épuisement en quelque sorte du tissu glandulaire.

**Comment envisager le rôle de ces altérations hypophysaires dans le processus pathogénique de la maladie de Paget ? Ont-elles un rôle ; ce rôle est-il direct, est-il indirect ?**

Ces questions qui se posent nécessairement sont liées, selon nous, à celles des relations qui peuvent exister entre la maladie de Paget et l'ostéite fibro-vasculaire, et doivent être étudiées ensemble.

On sait que, dans sa première publication en 1891, Recklinghausen décrivit des cas de maladie de Paget avec tumeurs et kystes, et ne considéra l'ostéite fibreuse que comme une variété de la maladie de Paget. Histologiquement, en effet, les atteintes des deux maladies sont très voisines ; on y retrouve les mêmes lésions élémentaires : remaniement architectural, moelle fibreuse, présence de myéloplaxes, bordures ostéoïdes.

Aussi Sternberg, Looser, Stenholm, Christeller et la plupart des auteurs allemands voient-ils dans les deux types deux formes d'une même entité morbide.

En France, au contraire, l'individualisation nosologique de la maladie de Paget a été presque toujours soutenue : André Léri et son élève Lièvre se sont attaché à formuler les oppositions cliniques et étiologiques entre les deux maladies et Snapper dans une étude récente a insisté pour les différencier sur le fait que l'hypercalcémie et l'hypophosphatémie font défaut dans la maladie de Paget ; d'autre part, l'exploration des parathyroïdes dans la maladie de Paget est négative et leur ablation n'y est également d'aucun effet.

Cependant, il importe de retenir que Willich, Mayo-Borstel ont vu des ostéites fibreuses généralisées se transformer en maladie de Paget, et il y a quelques mois à peine un auteur bordelais, Delmas-Marsalet, signalait deux cas de guérison de la maladie de Paget traitée par l'actinothérapie, la médication calcique et la médication parathyroïdienne. Lièvre admet lui-même dans sa thèse que le remaniement pagétique peut s'observer dans ce qu'il appelle : *l'ostéose parathyroïdienne.*

L'argument le plus décisif, en faveur de la dualité des deux affections, paraît être que la cause de l'ostéite fibreuse maintenant connue : l'adénome parathyroïdien, ne saurait être rendue responsable de deux processus diamétralement opposés : l'un de destruction osseuse ; l'autre, au contraire d'édification excessive ; d'autre part, comme nous l'avons déjà indiqué, dans la maladie de Recklinghausen, la cause supprimée, la lésion de l'ostéite fibreuse disparaît : rien de tel dans la maladie de Paget, quand on procède à l'ablation des parathyroïdes.

On doit se demander, dès lors, si l'entrée en jeu de l'hypophyse n'est pas susceptible de modifier les effets du processus de l'ostéose parathyroïdienne. L'hyperparathyroïdie avec ou sans adénome aurait pour conséquence, entre autres : l'ostéite fibreuse. Celle-ci resterait *pure* ou serait *modifiée,* suivant qu'il y aurait ou non *réaction fonctionnelle de l'hypophyse,* la réaction compensatrice de l'hypophyse se traduisant par l'ostéite condensante, dont l'importance serait variable d'un individu à l'autre et chez le même individu, d'un moment à l'autre de l'évolution.

Le processus de défense ou d'irritation acquiert son maximum d'intensité dans l'acromégalie. Si, en effet, dans cette maladie dont les relations avec l'hypophyse paraissent étroites, la radiographie met en évidence — à côté des déformations classiques de la selle turcique, une hypertrophie des os des extrémités, et en particulier des métacarpiens et des phalanges, l'existence de véritables stalactites osseuses au niveau des épiphyses — elle révèle néanmoins parfois, au niveau des métatarsiens et des métacarpiens, une raréfaction du tissu osseux (Gilbert, Garnier et Poupinel).

Ainsi, à côté des anomalies progressives caractérisées par des hyperostoses, il y a parfois des anomalies régressives avec de véritables atrophies osseuses. Traduisons anomalies progressives par ostéite hypertrophiante et condensante, anomalies régressives par ostéite raréfiante et l'analogie entre le processus osseux acromégalique et le processus osseux pagétique apparaît aussitôt.

**Traitement.**

En conformité des vues que nous venons d'exposer le traitement doit avoir un double objet : 1° Combattre le processus de raréfaction osseuse, par la médication opothérapique, hypophysaire et parathyroïdienne ; 2° Combattre les effets de ce processus par la recalcification de l'organisme.

Nous avons donc fait faire à ce malade des injections d'extrait de glande parathyroïde (Byla) et nous lui avons fait prendre des cachets d'hypophyse et de l'irrastérine à haute dose : cinquante gouttes par jour, quatre jours par semaine, en même temps qu'il était soumis à l'actinothérapie générale.

Il est trop tôt pour juger des résultats définitifs : néanmoins, une nouvelle radiographie faite tout récemment chez ce malade montre une amélioration se traduisant par un aspect moins cotonneux de la substance osseuse et surtout par une orientation plus régulière des travées osseuses.

# THÉRAPEUTIQUE DES ABCÈS (1)

par Dupuy de Frenelle

## II

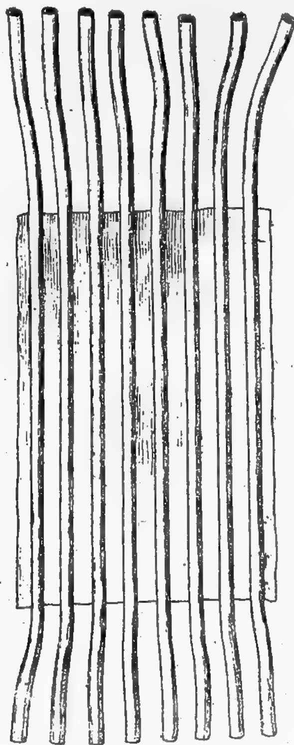
### Traitement actuel des grands abcès

Les grands abcès sont ceux qui ont dépassé le stade où la biothérapie puisse jouer le principal rôle. Ils exigent de grandes ouvertures et un bon drainage comme jadis ; la thérapeutique récente y a ajouté une bonne irrigation utilisée par la biothérapie.

Le drainage doit être combiné avec l'irrigation pour mieux chasser les déchets, et avec l'imprégnation immunisante qui se propose de tarir les sources de l'infection.

Pour réaliser cette combinaisonthérapeutique, j'ai fait construire par Gentile différents modèles de tubes irrigateurs que l'on utilisera suivant la topographie de l'abcès.

*Les lames irrigatrices.* Pierre Delbet a déjà préconisé pour réaliser le drainage des lames gaufrées de caoutchouc dont les ondulations



Lames irrigatrices.

favorisent l'exode du pus vers l'extérieur et dont la souplesse permet de modeler la lame sur les parois de l'abcès.

J'ai fait établir, il y a quelques années par Gentile, des lames de caoutchouc sur lesquelles sont collés, en séries parallèles, des tubes de caoutchouc analogues à ceux qu'utilisait Carrel pendant la guerre pour l'irrigation des plaies.

Les extrémités de ces tubes irrigateurs débordent largement le bord supérieur et le bord inférieur de la lame.

Les extrémités qui dépassent le bord inférieur de la lame sont taillées de la longueur convenable pour venir prendre contact avec les bas-fonds de l'abcès.

Lorsque ces bas-fonds comprennent plusieurs étages, chaque tube est taillé de façon à venir prendre contact exactement avec le fond de l'étage qu'il doit irriguer.

Les extrémités du tube qui dépassent le bord supérieur de la lame restent longues pour permettre leur accès facile dans le pansement.

Chaque lame comporte une dizaine de tubes disposés parallèlement.

On coupe la longueur de la lame qui comprend le nombre de tubes nécessaires pour organiser le drainage irrigateur de la collection à traiter.

On applique cette lame sur les parois de l'abcès de façon à ce que les extrémités profondes des tubes irrigateurs prennent contact avec le fond des culs-de-sac les plus déclives.

Le relief des tubes irrigateurs forme entre les différents tubes des rigoles qui favorisent l'exode du pus vers l'extérieur.

La lame primitivement étalée s'enroule sur elle-même à mesure que la cavité de l'abcès et son ouverture diminuent de largeur.

Les tubes irrigateurs servent à deux fins.

La première fin est d'une chasse d'eau qui chasse le pus de la profondeur vers la superficie, ce qui me paraît la meilleure façon de laver une cavité et de la vider de ses insanités.

La deuxième fin est de permettre de pratiquer efficacement la biothérapie de l'abcès en injectant chaque jour ou chaque fois qu'on le juge à propos — soit le bactériophage électif — soit l'antivirus indiqué — soit le bouillon filtrat que l'on juge devoir être le plus efficace.

*Les drains irrigateurs et le traitement des abcès profonds.* Lorsque l'abcès est profondément situé au bout d'un long couloir et lorsqu'il y a intérêt à ce que l'orifice de sortie du foyer infecté soit maintenu très largement ouvert, j'utilise les drains irrigateurs de différents calibres que M. Gentile a établi sur mes indications.

Ce sont des drains habituels le long desquels sont collés deux, trois ou quatre tubes irrigateurs.

(1) V. *Concours Médical*, n° 42.

Il existe deux modèles principaux de drains.

Dans le premier modèle les extrémités profondes des tubes irrigateurs dépassent le bout profond du drain.

Drain irrigateur.

L'opérateur coupe l'extrémité de chaque tube à la longueur préférable pour que l'irrigation s'effectue.

Dans le deuxième modèle l'extrémité profonde des tubes irrigateurs, taillée en bec de flûte, affleure au pourtour de l'orifice profond du drain.

Ce drain agit comme un drain central par sa qualité, et comme un drain périphérique par les rigoles qui courent entre la saillie des tubes irrigateurs parallèles l'un à l'autre.

D'autre part, l'irrigation est à mon avis le complément indispensable pour animer le drain d'une force de drainage active.

Dépourvu de cette forme le drain n'est qu'un conduit dans lequel stagne le pus.

L'imprégnation biothérapique est le complément rationnel du traitement moderne des abcès. Les tubes irrigateurs collés le long du drainage et guidés par lui me paraissent devoir être les agents vecteurs les plus efficaces de cette biothérapie.

Lorsque le foyer de l'infection siège au bout d'un trajet fistuleux, les tubes irrigateurs peuvent être utilisés pour étudier la topographie des foyers profonds à traiter.

En 1908, Beck, de Chicago, a conseillé de distendre modérément le trajet fistuleux ou la cavité de l'abcès à explorer avec une pâte formée de 55 % de sous nitrate de bismuth et de 66 % de vaseline, puis de radiographier la région ainsi préparée.

Dans ces conditions le bismuth montre souvent des trajets insoupçonnés, des niches, des diverticules dont la connaissance explique les échecs et permet de mieux organiser l'action thérapeutique (1).

(1) Extrait de : *Traitement des abcès.* édité par « L'Expansion scientifique française ». (*Sous presse*).

---

# LA CLINIQUE OTOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

## Un écoulement chronique de l'oreille peut masquer une otite infectieuse

D'après le Docteur Louis LEROUX (*)

L'EXAMEN OTOSCOPIQUE, APRÈS NETTOYAGE MINUTIEUX DU CONDUIT, EST INDISPENSABLE POUR RECONNAITRE L'ORIGINE ET LA CAUSE D'UN ÉCOULEMENT

*Si les lésions sont parfois évidentes au premier coup d'œil, souvent l'interprétation de l'ostocopie est réellement difficile, et devra être aidée du stylet à oreille, du grossissement à la loupe. En tout cas avant que le diagnostic exact ne soit posé, aucun liquide ne sera versé dans l'oreille* ; seule l'huile de vaseline stérilisée pourra sans inconvénient être employée dans tous les cas ; elle est absolument inoffensive, et, de plus, elle offre l'avantage de préparer et de faciliter le nettoyage du conduit.

### I. Oreille externe

**Le bouchon de cérumen**, incident généralement facile à reconnaître, lorsque c'est un bouchon noir qui bloque le conduit, provoque parfois un écoulement épais, brunâtre, d'odeur forte. *Il faut y faire grande attention.* Souvent, il s'agit de cérumen pur, ramolli ; souvent celui-ci peut être

(*) Dr L. LEROUX. — Comment traiter un écoulement chronique de l'oreille. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 août 1932.)

mélangé à une sécrétion d'eczéma ; mais, dans bien des cas, il est mélangé à *du pus venant de la caisse* ; la lésion profonde est alors cachée, et restera inaperçue, si l'on se contente d'un simple lavage d'oreille, sans vérification du tympan.

**L'eczéma du conduit auditif externe**, après des lésions de grattage au cure-oreille, ou après des lavages intempestifs, donne une sécrétion visqueuse ; des lamelles épidermiques incrustées laissent une muqueuse à vif, si on les arrache ; la paroi ainsi creusée aboutit à un conduit élargi. *Mais* souvent une croûtelle, haut située sur le tympan, masque une perforation de Schrapnel ; et parfois l'on se trouve alors en présence d'une ostéite grave de la caisse. *L'association de lésions du conduit et de la caisse est très fréquente* ; dans le cas le plus banal, c'est le pus d'origine ostéitique de la caisse, qui irrite et infecte les téguments de l'oreille externe, et détermine une infection, bruyante et douloureuse, qui va passer au premier plan et faire oublier la lésion plus grave, qui est à l'origine. Cependant, une simple otite eczémateuse peut à elle seule donner aussi un tympan rouge, infiltré, avec otalgie et diminution de l'audition ; mais un examen répété, après traitement calmant, fera éliminer toute atteinte de l'oreille moyenne.

## II. Oreille moyenne

*Le siège d'une perforation tympanique est un élément important de diagnostic.*

En effet, la caisse de tympan se divise en deux parties :

1) L'*une inférieure ou atrium*, communique en avant avec le cavum pharyngien au moyen de la trompe d'Eustache ; elle est fermée en dehors par la *pars tensa* de la membrane du tympan, d'où son examen facile.

2) *L'autre supérieure, ou attique*, qui loge presque toute la chaîne des osselets, présente *un rapport dangereux avec les méninges et l'encéphale*, dont elle n'est séparée que par une mince lamelle osseuse. Elle communique en bas avec l'atrium, par un isthme étroit, situé entre l'oreille interne et la chaîne des osselets ; en arrière elle s'ouvre par l'additus avec l'antre mastoïdien. En dehors cependant, elle est inaccessible à la vue, sauf en son point le plus bas, au niveau de la *pars flaccida* de la membrane de Schapnel ; et plus haut, au-dessus du tympan, c'est une lame osseuse qui la sépare du conduit auditif externe.

Quelles sont donc les données fournies par l'examen direct.

1) A l'otoscopie, on voit une *perforation de la membrane siégeant au quadrant antéro-inférieur* ; le reste du tympan apparaît normal. Ici, bien qu'il s'agisse d'un écoulement interminable de l'oreille, celui-ci n'est pas douloureux ; *il n'y a pas de gravité*. Le liquide est filant, muqueux ; le mouchage l'exagère avec un gargouillement. Cet écoulement est provoqué par le moindre rhume chez un sujet un peu sourd. C'est la perforation d'une otite aiguë, qui ne s'est pas refermée ou dont la cicatrice mince s'est rompue ; il se fait un appel d'air des fosses nasales au conduit par la trompe et la caisse, et *ce sont des mucosités nasales, qui s'écoulent par l'oreille au moindre rhume.* La suppuration est donc indépendante de la caisse ; *il n'y a pas d'otite.*

2) *Le siège de la perforation tympanique est central* ; de quelques millimètres, elle peut aller jusqu'à la destruction totale de la *pars tensa*. La suppuration a succédé à une otite aiguë de l'enfance, grave d'emblée (scarlatine), ou torpide et mal soignée, ayant ainsi détruit progressivement le tympan. *Le pronostic d'une telle affection n'est généralement pas mauvais*, audition exceptée, car si le drainage se fait bien en l'absence de bourgeons charnus oblitérants, la rétention est rare. Quand les lésions sont surtout muqueuses, l'os n'est atteint que superficiellement, et l'on peut arriver à assécher la caisse.

3) *La perforation intéresse le quadrant postéro-supérieur de la membrane, ou tout le segment supérieur*, en regard de l'enclume. Elle n'est pas toujour facile à reconnaître à l'otoscopie ; ainsi on pourra prendre pour la membrane du tympan la paroi interne de la caisse, en cas de destruction subtotale avec perte du manche du marteau. A l'examen visuel déficient, on substituera le toucher au stylet, qui donne la sensation d'os dur et résistant, et permet d'accrocher le cadre tympanal, preuve de la destruction tympanique. D'autres fois, la membrane est adhérente, accolée à la paroi interne, et une perforation postéro-supérieure ne se distinguera que par le stylet, qui s'engage librement. Même utilité du stylet, qui fera reconnaître des bourgeons charnus par leur consistance molle et leur saignement facile.

Enfin, on ne prendra pas pour une perforation une fistule mastoïdienne donnant dans le conduit ; celle-ci s'ouvrira sur une élévation cratériforme, ou sera recouverte d'une croutelle ; le stylet s'y engagera et indiquera un point d'ostéite de la paroi antérieure de la mastoïde.

Le pus est ici grumeleux, fétide ; c'est du pus d'ostéite. Les *fongosités et polypes* sont très fréquents ; ils s'insèrent au bord postérieur du cadre tympanal, plus souvent sur les osselets (marteau, enclume), ou au bord de l'additus, parfois encore sur le promontoire (portion de la paroi interne, qui répond au limaçon). Or, il est indispensable de bien reconnaître leur point d'insertion avant de les enlever, car *l'arrachement brusque d'un polype du promontoire risque d'ouvrir l'oreille interne et de provoquer une infection labyrinthi-*

*que, suivie de méningite mortelle. Le polype de la caisse signifie donc ostéite en activité* ; sa présence risque de provoquer des accidents de rétention indiqués par la céphalée, les vertiges, la fièvre. Si le drainage n'est pas rapidement rétabli, l'infection réchauffée gagnera soit vers le labyrinthe, soit vers les méninges et le cerveau, vers le facial ou le sinus latéral.

*Ici nous sommes donc en présence d'une forme sévère d'otorrhée,* et de plus très difficile à soigner, parce que les lésions importantes échappent à la vue et au contact du stylet.

4) *La perforation est située en haut* (pars flaccida du tympan) ; l'écoulement est minime, l'audition bien conservée. Cependant *le cas est grave,* car le pus de l'attique a perforé le tympan, puisqu'il n'a pu s'écouler vers le bas (atrium). Or, cette perforation est parfois masquée par une croûtelle, ou bien elle est si petite qu'elle peut passer inaperçue au début. Plus tard, la suppuration aura détruit toute la membrane, *mais,* la rétention ayant cessé, le pus aura cependant détruit les osselets, et le malade sera devenu sourd. La gravité tient à la présence constante de cholestéatome, production épidermique, bénigne de nature, qui cependant évolue en rongeant comme une tumeur maligne les parois osseuses, en creusant la caisse et l'antre.

Parmi les symptômes d'alarme, il faut mentionner la céphalée tenace sans fièvre, la paralysie faciale, le vertige ; celui-ci, causé par un bain de liquide froid, par le toucher au stylet, par la compression d'air dans le conduit, indique spécialement que le canal semi-circulaire externe a été mis à nu par l'ostéite.

5) *Des perforations multiples,* l'aspect du tympan percé en écumoir, ou même presque détruit, ainsi que l'écoulement chronique d'un pus abondant, des bourgeons pâles, mollasses peu saignants, signalent l'*otite tuberculeuse* ; celle-ci peut être torpide dès le début, ou après une phase aiguë banale prendre une allure insidieuse. Il se produit des dégâts considérables, et à bas bruits, avec destruction fonctionnelle de l'oreille interne. Seuls, l'examen et l'évolution permettent de poser le diagnostic.

Mêmes difficultés de diagnostic pour l'*otite syphilitique,* où la surdité est disproportionné avec les lésions, où il y a des paralysies vestibulaires. La syphilis atteint très souvent l'oreille interne, et elle peut influencer l'évolution d'otites banales, de mastoïdites opérées qui ne guérissent pas.

***

LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE D'UN ÉCOULEMENT CHRONIQUE DE L'OREILLE, PERMET, EN EFFET, D'ÉVITER TOUTE ERREUR DE THÉRAPEUTIQUE

**Pour le cérumen,** il faut pratiquer un lavage du conduit à l'eau tiède. Lavage prudent, car certain opérateur brutal a pu enfoncer trop loin et trop fort une seringue à embout métallique et défoncer caisse et labyrinthe au point de déterminer une méningite mortelle. L'eau froide arrivant sur le tympan provoquerait un vertige violent.

**L'otite externe eczémateuse,** par contre, n'aime pas l'eau. L'huile de vaseline et la glycérine sont les agents les plus simples et les meilleurs du nettoyage. On fera celui-ci sous le contrôle du miroir, complètement, à fond, pour ne pas laisser une plaque ou une croûtelle masquer une perforation du tympan. Ensuite ce seront : le bain d'oreille, les pâtes molles, avec des éléments qui d'une part absorberont l'eau (glycérine), et d'autre part ne feront pas enduit obstruant, enfin ne seront pas irritants (n'employer la glycérine phéniquée que si elle est convenablement préparée).

Entre les mains du médecin, le nitrate d'argent en badigeonnage fera très bien dans les formes suintantes, et le méchage quotidien avec méchettes imbibées d'une solution à 1 % sera très utile pour dilater un conduit rétréci par la muqueuse trop épaissie, et qui empêche l'examen indispensable du fond du conduit.

**En cas d'otorrhée muqueuse avec perforation au quadrant antéro-inférieur,** tout traitement d'oreille est inutile. C'est une infirmité tenace, car la perte de substance est impossible à refermer, et qu'elle se produit au moindre coryza. C'est au contraire par le nez et le cavum qu'il faut agir en luttant contre les causes d'infection : végétations adénoïdes, déviation de la cloison, hypertrophie des cornets, etc. Une intervention rationnelle suivie d'un traitement médical peut assécher le cavum.

**Dans la perforation tympanique centrale,** LA SUPPURATION SE DRAINE facilement par le conduit, s'il n'existe pas de bourgeons charnus, qui oblitèrent la perte de substance. On évitera tout d'abord les causes, qui entretiennent la suppuration : pas de lavages de la caisse à l'eau, mais des bains désinfectants avec eau oxygénée, Dakin, puis assèchement avec des bains de nitrate d'argent à 1 %, d'alcool à 90°, d'acide picrique au 1/200e, de bleu de méthylène à 1 % ou de sulfate d'alumine au 1/20e. Tâter la susceptibilité du ma.

lade. S'il existe des points d'ostéite, on les cautérisera au nitrate d'argent, acide chromique, chlorure de zinc, mais avec prudence et sous le contrôle de la vue. Cette otorrhée permet ainsi d'obtenir une guérison relative, et souvent l'arrêt de l'écoulement est possible à la suite d'un traitement rationnel.

**L'otite suppurée chronique avec perforation du quadrant postéro-supérieur** réclame un drainage efficace du pus ; or, ce drainage est particulièrement difficile à réaliser, puisqu'il s'agit d'une atteinte de l'attique, qui n'offre pas de débouché naturel vers l'extérieur, en raison de sa situation haute. Ce drainage est de toute nécessité, en raison de la possibilité de graves complications endocraniennes de voisinage.

De plus, les lésions importantes échappent à la vue et au stylet. Ensuite les bains modificateurs ne pénètrent pas jusqu'à l'attique, et il est très rare que le traitement médical puisse arriver à l'assèchement complet. Il persiste souvent une goutte de pus, qui indique que la lésion seulement endormie risque de se réveiller à la moindre imprudence (bain de mer, lavage à l'eau, etc.).

*Le traitement opératoire par l'évidement pétro-mastoïdien* sera d'urgence, dès que les symptômes d'alarme, signalant une *rétention de pus*, se manifesteront.

En dehors de ces cas d'urgence, l'indication de l'évidement dépendra de la valeur du drainage, de la possibilité d'une surveillance médicale, de l'acuité auditive, de l'uni ou de la bilatéralité des lésions. On évitera autant que possible d'intervenir si l'autre oreille est mauvaise, à moins que l'audition soit tellement mauvaise que le malade n'entende plus que la voix très forte au contact du pavillon. Au contraire, si l'autre oreille est bonne, si le malade ne peut rester en surveillance médicale régulière, s'il ne peut s'astreindre à un traitement quotidien, s'il s'agit de cholestéatome, de lésion ayant présenté plusieurs réchauffements, on devra pratiquer l'évidement, qui enlève définitivement la menace de complications mortelles.

Ne pas oublier que l'évidement rend le malade sourd.

Pour les enfants mieux vaut s'abstenir d'opérer jusqu'à 15 ans, en raison des difficultés de cicatrisation et de la suppuration interminable.

L'état général, enfin, doit entrer en ligne de compte : pas d'intervention chez un tuberculeux ou un urémique.

**Lorsque la perforation siège en haut (pars flaccida du tympan)** les mêmes difficultés se présentent ; les mêmes indications opératoires sont valables ; le drainage, en effet, ne peut se faire par le bas. On pratiquera des lavages de l'attique suivis de bains d'alcool, avec un espoir très relatif de guérison. La gravité est due ici à la présence du cholestéatome, et quand le lavage de l'attique avec la canule de Hartmann aura été fait, on évacuera souvent une quantité surprenante de pus, mêlé de cholestéatomes, et on verra l'étendue de lésions insoupçonnées.

G. F.

# DEUX JOURS A GENÈVE

## La conférence de pédiatrie préventive, — U. I. S. E. — S. D. N.

Par G. Blechmann

(*Suite*) (1)

### VI. — A la Société d'hygiène de la S.D.N.

Avec le Docteur Campiche, nous déambulons à travers le vieux Genève. Les antiques maisons du siècle de la Réforme donnent grand caractère à la place du Bourg de Four. Les rues montent et descendent autour de la cathédrale. Voici le passage des Degrés de Poules, la rue de Toutes âmes.

Nous pénétrons dans la cathédrale Saint-Pierre où, le lendemain du prêche du réformateur Farel, pour la dernière fois, le 9 août 1535, les vêpres furent célébrées (il y a quatre siècles). Ce fut l'un des premiers actes de la révolution religieuse. L'intérieur de cette église calviniste est d'une nudité émouvante ; la visite se termine par la Chapelle des Macchabées retapée « en pur gothique » il y a quarante ans.

Les rues de Genève sont très animées, fort rares en taxis, mais riches d'un afflux de bicyclettes, digne des cités hollandaises. Les agents règlent assez bien la circulation, mais ne montrent pas l'allant actif de leurs collègues parisiens.

Les genévoises tiennent à conserver à leur ville un beau renom d'élégance ; elles y parviennent sans austérité.

Comment dépeindre l'affectueuse sollicitude de nos hôtes, la Société médicale de Genève, MM.

(1) V. *Concours Médical*, n° 50.

Taillens, Oltramare, Mackensie qui déployèrent toutes les ressources de l'amitié pour recevoir les membres de la Conférence.

Nous arrivons à la section d'hygiène de la S. D. N. qui se tient près du Quai Wilson, dans un ancien hôtel qui a été affecté, ainsi que ses dépendances, aux services administratifs.

Nous sommes reçus par M. O. E. W. Olsen qui me paraît assez peu préparé à notre visite. Les congressistes s'asseyent autour d'une immense table en fer à cheval. J'ai devant moi un bureau bien garni, orné de l'étiquette Lithuanie ; mon voisin de gauche avait hérité du carton Libéria ; mon voisin de droite, du carton Luxembourg...

On nous distribue des brochures (1).

Voici sous le titre l'*Organisation d'hygiène*, un tirage à part d'un chapitre du livre publié en 1930, sous le titre « Dix ans de coopération internationale ». Nous y trouvons : une sorte de revue générale des mesures d'ordre international prises par la S. D. N. pour prévenir et combattre les maladies ; des renseignements épidémiologiques ; des rapports sur le paludisme, la maladie du sommeil, le B. C. G., le cancer, la lèpre, la rage, le trachome, la standardisation des sérums, des médicaments, des techniques pour le B. W. Voilà qui serait bien intéressant à connaître, vous direz-vous. Mais si je n'avais pas été reçu à Genève au sein de la section d'hygiène de la S. D. N., j'ignorerais encore l'existence de ce fascicule édité il y a un an !

La plupart d'entre nous posent à M. Olsen un certain nombre de questions sur les moyens d'enquête et les moyens d'action de cette organisation d'hygiène. Nous apprenons avec surprise que, récemment, un Comité composé de MM. Gougerot, Jadassohn, Ehlers ont discuté — eux aussi — de la syphilis héréditaire. Leurs conclusions nous intéressent naturellement. On les recherche dans divers bureaux, on les retrouve et nous constatons qu'en ce qui concerne la prophylaxie, elles ne sont pas en contradiction avec les nôtres. Heureusement !

Nous avons unanimement l'impression que la S. D. N. possède là un très bel instrument de travail, qu'elle a poursuivi — tant qu'elle était bien monnayée — des enquêtes du plus vif intérêt avec des moyens d'action particulièrement favorisés et que, malheureusement, ces statistiques, ces brochures, ces suggestions ne sont pas communiquées utilement ni aux Sociétés scientifiques ni à la presse médicale des deux mondes et dorment dans d'obscurs tiroirs ou dans des classeurs de commissions ou de ministères en Europe et en Amérique (1).

Et maintenant que nous sommes arrivés au temps des vaches maigres, que va devenir cette organisation d'hygiène ?

### VII. — A la S. D. N.

M. Amé Leroy, consul général de France à Genève, qui fut pendant de longues années le collaborateur de Briand au Quai d'Orsay, conserve pieusement chez lui d'innombrables souvenirs du grand animateur de la S. D. N. Clichés familiers ou d'amateur, photographies officielles, protocolaires, on retrouve sur chaque meuble, sur tous les murs, l'effigie de l'homme d'Etat...

Son ombre plane sur cette assemblée qui s'est réunie ce matin pour entendre le discours d'Herriot sur le désarmement. Malgré toute ma célérité, j'ai quitté trop tard la Conférence de Pédiatrie préventive et quand je pénètre dans le Bâtiment électoral où siège l'assemblée générale de la Société des Nations, je me heurte à la foule houleuse qui remplit les couloirs : Herriot vient de terminer son discours. La porte de la tribune diplomatique s'entr'ouvre et j'aperçois la silhouette massive du Président se penchant sur celle vraiment plus fluette de Paul-Boncour surmontée de ses boucles blanches. La porte se referme.

Je me dirige vers cette sorte de petite salle des Pas Perdus où les diplomates, les délégués et quelques « précieuses de Genève », que l'on se nomme au passage, font entendre un brouhaha unanimiste. Le discours du traducteur est terminé. Tout le monde rentre pour entendre Lord Cecil of Chelwood, apôtre du désarmement.

La salle est immense et ce quadrilatère est curieusement aménagé avec ses délégués sur trois files de bancs, face au bureau et à l'orateur, ses conseillers en rangées latérales avec leurs cartons : Liberia, Lithuanie, Luxembourg, l'immense tribune diplomatique qui monte jus-

(1) *Les enquêtes entreprises en Amérique du Sud sur la mortalité infantile* (par R. DEBRÉ et O. E. W. OLSEN), 20 pages (1930). — *Memorandum relatif aux enquêtes sur les causes et la prévention de la mortinatalité et de la mortalité pendant la première année de vie* (Allemagne, Autriche, France, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pays-Bas), 101 pages (1930). — *Rapport du Comité rapporteur pour la protection de la mère, l'hygiène de la première enfance et de l'enfance d'âge préscolaire*, 77 pages (1931). *Report of the health organisation for the Period January*, 1931, *to September*, 1932, 66 pages. (On y trouve des rapports sur l'opium, la fumigation des navires, la lèpre, etc.).

D'après la section d'information, il n'y aurait en France qu'un seul dépositaire : Librairie Universitaire, 7, rue Danton (VI[e]).

(1) Le *Siècle Médical* vient de publier (15 novembre 1932) : *a*) Le résumé en plusieurs colonnes d'un document consacré aux activités présentes du secrétariat de la Société des Nations et des organisations spéciales de la Société. *b*) Le résumé de l'exposé de M. M. Bastid, délégué français, sur le trafic de l'opium.

Les réflexions des membres de notre Conférence, émises sans ménagement, commenceraient-elles à porter leurs fruits ?

qu'au fond de la salle en prolongeant les files cenrales — et sur le pourtour des quatre côtés, très haut perchées, plusieurs rangées de gradins pour le public et les journalistes. La plupart de ceux-ci comme quelques-uns des délégués, ont aux oreilles des récepteurs pour percevoir les discours : « Peace... Military et naval forces... machinery..... desarm..... we are going to desarm, to come to an agreement..... ». La voix de Lord Cecil est un peu sourde. Je lorgne les délégués, je distingue le dos d'Herriot et la tête de Paul-Boncour. Voici une femme bien âgée, agrippée à son téléphone. En voici une autre qui paraît fort élégante, tchécoslovaque, m'affirme-t-on. Ce turban appartient sans doute à un fameux maharajah.

Il paraît que cette session passionne assez peu les habitués de la S. D. N.

Vous avouerai-je que n'étant pas blasé, et pour cause, de ce spectacle, ce n'est pas sans tressaillir que j'ausculte le cœur de cette assemblée. Et irrésistiblement un rapprochement s'opère dans mon esprit avec un film, un mauvais film d'Abel Gance qui contenait des parties géniales. Vous souvenez-vous dans la *Fin du Monde*, de cet immense parlement délégué par tous les terriens à la veille de l'anéantissement ? Une comète repérée d'abord par les astronomes est devenue pour eux l'image d'instant en instant plus tangible de la mort inéluctable. Quelques heures avant la catastrophe finale, ces délégués décrètent avec délire la paix universelle... (1).

## VIII. — 2me JOURNÉE (29 SEPTEMBRE)

### Dr Heuyer. — La prophylaxie de la névrose chez l'enfant

A l'ouverture de la conférence, nous avons été extrêmement déçus d'apprendre que notre camarade Heuyer souffrant était dans l'impossibilité de défendre lui-même son rapport qui fut résumé par M. Pichon. De par cette défection si regrettable, la seconde journée de notre conférence parut moins brillante que la première. Quel dommage de n'avoir point compté parmi nous ce jour-là Babonneix, Raymond-Mallet, Gilbert-Robin. D'ailleurs, j'aime assez peu ce mot de névrose qui prête à confusion et qui me parut gêner quelque peu les pédiatres français (2).

Heuyer est bien obligé de dire :

D'abord il est nécessaire de préciser le terme de névrose,

et plus loin :

Actuellement, le terme de névrose a changé de sens Depuis Freud et la psychanalyse, on donne le nom de symptômes névrotiques ou neurotiques à toutes les manifestations nerveuses et à tous les troubles psychiques qui n'ont pas une cause organique et qui sont l'expression symbolique de préoccupations affectives larvées ou à l'ancienne hystérie aux obsessions, aux manifestations de dépression comme la mélancolie, d'excitation, comme la manie ; à des anomalies sexuelles et à des tendances perverses.

En somme, la névrose représente une tendance affective qui prédispose, soit à une maladie mentale dont la cause organique n'est pas actuellement connue, soit à la délinquance ou à la criminalité. La névrose n'est pas autre chose que la tendance psychopathique ; les enfants névrosés sont les « Psychopathische Kinder » de la nomenclature allemande, les « déséquilibrés du caractère », selon la formule française.

C'est au médecin qu'il appartient de fixer les règles de la prophylaxie de la névrose chez l'enfant, comme il lui appartient de fixer les principes de la prévention des maladies infectieuses et épidémiques.

La prophylaxie de la névrose ou des tendances psychopathiques chez l'enfant dépend des conceptions qui sont admises dans l'étiologie de la névrose.

Actuellement, deux théories se partagent les faveurs des psychiatres pour expliquer l'origine des tendances psychopathiques ; la théorie de l'hérédité et la théorie du milieu.

La théorie classique attribuait à l'hérédité le rôle le plus important dans la prédisposition psychopathique.

C'est en application de cette théorie qu'a été créée la science de l'eugénique (Galton) qui est devenue une des parties essentielles de la prophylaxie des tendances psychopathiques chez l'enfant. Les règles qui concernent la santé des parents au moment de la conception, la santé de la mère pendant la gestation, la lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis et leurs conséquences dans la reproduction, sont des chapitres de cette science nouvelle. Elle a abouti en plusieurs pays à l'institution du certificat prénuptial, dans lequel il serait logique de spécifier le danger de l'hérédité de certaines maladies nerveuses et mentales au même titre que la syphilis en évolution.

Du point de vue de l'eugénique, le facteur le plus important reste l'hérédité.

A coup sûr, l'hérédité est indéniable. Mais quelle que soit la légitimité des méthodes radicales de l'eugénique, on peut prévoir que, dans la plupart des pays, l'opinion publique n'acceptera pas facilement les lois de la stérilisation. L'Association centrale de la Grande-Bretagne a rejeté la proposition de castration forcée des aliénés.

La ségrégation dans des établissements fermés pour une durée indéfinie des déments, des grands débiles, des délirants chroniques, des pervers inintimidables et des criminels récidivistes est un projet eugénique qui est plus facilement accepté par l'opinion publique et qui peut être efficace.

Pour des raisons variables, le plus souvent d'ordre économique, le problème de l'eugénique se pose et est résolu différemment dans chaque nation. Les points de vue de l'Angleterre, des Etats-Unis, ne sont pas actuellement celui de la France.

Quelle que soit l'importance de l'hérédité, elle n'est pourtant pas la cause unique de la névrose chez l'enfant. D'abord l'hérédité peut être compliquée ou contrariée par l'action des traumatismes obstétricaux, des maladies infectieuses acquises dans l'enfance.

D'autre part, les glandes à sécrétion interne et le

(1) Peu de jours après avoir écrit ces lignes, j'apprenais les événements sanglants dont Genève venait d'être le théâtre... Pour essayer de comprendre, j'ai consulté Valéry : « Ne dirait-on pas que l'humanité, toute « lucide et raisonnante qu'elle est, incapable de « sacrifier ses impulsions à la connaissance et ses haines « à ses douleurs, se comporte comme un essaim d'absur« des et misérables insectes invinciblement attirés par « la flamme ? »

(2) Le programme en notre langue portait primitivement : La prophylaxie des troubles nerveux chez les enfants.

système sympathique et parasympathique qui leur est étroitement associé, ont un rôle considérable dans l'équilibre des caractères. Leurs troubles conditionnent souvent l'apparition de certaines psychopathies chez l'enfant comme chez l'adulte.

Enfin, l'école de Freud et des psychanalystes réduit le rôle de l'hérédité dans le psychisme infantile au profit de l'éducation et du milieu. L'hérédité n'est pas invincible, l'hygiène mentale lutte efficacement contre les tendances héréditaires. Les prédispositions aux psychopathies sont dues surtout à des causes affectives qui atteignent l'enfant peu après la naissance, ou pendant les premières années et dont les conséquences dans l'évolution ultérieure du psychisme se répercutent d'une façon incalculable.

La prophylaxie de la névrose doit s'exercer par l'éducation chez l'enfant normal dons l'intelligence est bien douée et le caractère bien équilibré, mais chez lequel les chocs émotifs ou de mauvais exemples risquent par l'imitation ou des réactions affectives de susciter des troubles psychopathiques.

Il fait souligner l'importance de méthodes comme celle des centres d'intérêt (Decroly), et de conceptions comme celle de l'Ecole active (Ferrière). Il est nécessaire d'associer le travail à des représentations affectives agréables pour que l'enfant apprenne à l'aimer et non à le détester.

Mais l'importance de l'éducation est plus grande encore dans la formation du caractère, dans le développement des qualités affectives qui sont plus utiles pour le rendement social de l'individu, que la valeur de l'intelligence et la grandeur de l'instruction.

La culture et le développement de l'affectivité doivent être considérés comme le meilleur moyen de prophylaxie des psychopathies.

A ce point de vue, l'atmosphère des milieux familial et scolaire est capitale. L'enfant est en perpétuel état de latence psychique. Sa capacité d'imitation, de mimétisme, d'adaptation est considérable. Mais aussi grandes sont les possibilités d'opposition et d'hostilité. Cette adaptation au milieu familial et scolaire est le but même de la formation du caractère et l'objet de l'éducation.

Les rapports des parents et de l'enfant sont essentiels. L'absence de tendresse et trop de tendresse font courir les mêmes risques au psychisme infantile.

La Conférence internationale de service social (Francfort, 1932) a justement traité des diverses situations de la famille par rapport à l'enfant. Indépendamment de toutes les autres conséquences, toutes conditions d'hérédité étant égales, on peut dire que l'état mental de l'enfant dépend essentiellement de la constitution de la famille, l'enfant naturel, l'enfant illégitime, l'enfant adultérin, l'enfant unique, les enfants trop nombreux, sont dans de mauvaises conditions de développement affectif et sont prédisposés, de ce fait, aux psychopathies.

Dans l'intérieur même de la famille, le caractère des parents pose des problèmes souvent insolubles. Le problème religieux n'est pas négligeable dans la prophylaxie de la névrose. L'absence ou l'excès de religion peut déterminer de fâcheuses habitudes mentales et des réactions hostiles ou dangereusement mystiques.

A l'âge où l'enfant quitte l'école, comment diriger l'orientation professionnelle ?

Enfin, à tous les âges de l'enfance ou de l'adolescence se soulève la question des rapports entre la sexualité et l'équilibre mental. Un des grands mérites de la psychanalyse a été de montrer que la sexualité infantile n'apparaît pas brusquement à l'âge de la puberté, mais se développe lentement et par poussées depuis la naissance.

Si les difficultés rencontrées dans la prophylaxie de la névrose chez l'enfant normal sont multiples, davantage encore le sont-elles pour des enfants dits « anormaux ». Les deux groupes d'anormaux : débiles intellectuels ou déséquilibrés du caractère sont des candidats à la névrose ou sont déjà des psychopathes.

La première question qui se pose pour eux est de les dépister dans la famille et à l'école. C'est chez l'anormal qu'il ne faut jamais perdre de vue l'importance de la grande loi du parallélisme psychomoteur qui domine la neuropsychiatrie infantile (Dupré).

Puis, à l'âge scolaire, la sélection de débiles intellectuels devrait être pratiquée dès l'entrée à l'école par l'usage des tests mentaux (Binet).

Pour les déséquilibrés du caractère : émotifs, cyclothymiques, instables, impulsifs, épileptoïdes, paranoïaques, pervers, la sélection est plus délicate, mais possible dans la famille et à l'école. Toutes les méthodes pédagogiques doivent être employées sans négliger la psychanalyse dont l'efficacité a fait ses preuves dans des cas déterminés.

Dans l'orientation professionnelle des anormaux, à côté des renseignements donnés par la psychotechnique, l'appréciation du caractère présente encore une valeur plus grande que celle des aptitudes motrices et de l'intelligence.

Enfin, les derniers problèmes qui se posent dans la prophylaxie de la névrose chez l'enfant concernent la délinquance et la criminalité infantiles.

Mais Heuyer trouve simplistes les mesures familiales proposées par de Saussure comme prophylaxie du crime par la psychanalyse (*Hygiène mentale*, mai 1931.)

Dans ce rapport Heuyer n'a pas pensé épuiser le sujet immense par le Congrès. Il s'est seulement efforcé de montrer la complexité du problème. Il serait trop simple de considérer la prophylaxie de la névrose chez l'enfant du seul point de vue de l'eugénique et de l'éducation, de la théorie de l'hérédité ou de la théorie du milieu ».

(*A suivre.*)

# L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

# La Presse

**Présentation de la face.**

Sous le nom de présentation de la face, on désigne les cas où le fœtus présente au détroit supérieur la tête défléchie. Le repère de cette présentation est le menton.

Le Docteur Henri Vignes précise que la présentation de la face est exceptionnelle pendant la gestation ; peut-être n'existe-t-elle pas avant le début du travail ; pendant le travail, elle est très rare et on ne la rencontre guère qu'une fois sur deux ou trois cents accouchements. Rien ne permet de faire prévoir à l'avance qu'une femme aura une présentation de la face ; cependant, dans 10 % des cas, chez les multipares qui accouchent de la sorte, il y a déjà eu des « faces », et d'autre part il faut se méfier quand l'obliquité utérine est exagérée.

Mais, la face se reconnaît essentiellement, quand on aura pris l'habitude d'un examen méthodique de toute parturiente, tant par le palper que par le toucher.

Au premier temps de l'examen, explorant la région suspubienne au-dessus du détroit supérieur, on trouve un pôle qui a les caractères d'une tête. Dans le deuxième temps, à la partie supérieure de l'utérus, on trouve un pôle qui a le caractère d'un siège. Dans le troisième temps, recherchant le dos, on trouve que ce plan résistant s'éloigne de plus en plus de la paroi utérine et que, près de l'extrémité céphalique, il faut déprimer lentement et profondément la paroi utérine si l'on veut atteindre la partie thoracique du dos. Le quatrième temps montre que l'union du dos et du pôle supérieur se fait directement sans dépression.

On ausculte alors, et comme la paroi antérieure du thorax est tout près de la paroi abdominale, il est classique de dire que les bruits du cœur sont particulièrement faciles à entendre.

Au toucher, le diagnostic est facile si la dilatation est commencée et si la poche des eaux n'est pas bombée, ou est récemment rompue. Mais, si la dilatation est peu avancée, si la tête est très haute, si la poche des eaux est saillante, le diagnostic devient difficile. Il en est de même, quand les membranes sont rompues depuis longtemps, et que la face s'étant engagée est déformée par l'infiltration séro-sanguine ; les joues fluxionnées peuvent être prises pour des fesses. Le toucher sera extrêmement prudent pour éviter d'érailler les régions, où la peau est fragile.

La dilatation progresse lentement et s'accompagne de douleurs vives. On a décrit un mécanisme schématique de l'accouchement ; en réalité, le temps d'engagement et le temps de descente se confondent plus ou moins.

L'enfant est affreux (il faut en prévenir la mère) ; sa face est gonflée, violacée, car la bosse séro-sanguine s'est développée sur la face, qui est recouverte de phlyctènes et d'excoriations. La tête est en hyperextension, et celle-ci dure huit à dix jours ; elle s'accompagne parfois d'éraillures du cou.

Le pronostic, pour la mère, est le même que celui de la présentation du sommet ; pourtant le travail est plus long. Pour le fœtus, le pronostic est un peu plus grave que celui du sommet, surtout du fait des procidences du cordon ; naturellement, si la tête se bloque en arrière, la compression entre le dos et l'occiput aggrave la situation.

Traitement. Le premier point est de savoir ne rien faire ; il faut avoir soin de ne pas faire pousser trop tôt pour éviter l'enclavement. On a proposé des manœuvres pour transformer la face en sommet avant le franc engagement ; mais celles-ci sont difficiles et habituellement inefficaces ; elles sont inutiles, étant donné le pronostic habituel de la face ; elles sont dangereuses.

On dégage la tête suivant les mêmes principes que dans l'accouchement par le sommet lorsque le sous-menton est fixé au sous-pubis, et lorsque le menton ne remonte plus lors des contractions. Si l'enfant souffre (par exemple, en cas d'écrasement du cordon derrière la nuque), ou si la mère souffre, il y a urgence vraie à intervenir. Si la tête n'est pas engagée, on pourra faire une version. D'autres fois, on ramènera le menton en avant (quelquefois en appuyant sur le dit menton pour augmenter la déflexion). Si la tête est engagée, on fera une application de forceps. Si l'enfant est mort, la perforation ou la basiotripsie s'impose.

En cas d'arrêt prolongé de la progression, il convient d'être patient plus encore qu'au cas d'un sommet.

La technique du forceps est délicate ; le pronostic de ces applications est plus grave que pour le sommet, car, pour peu que la prise soit asymétrique, on comprime la trachée. En mento-pubienne, il faut relever fortement les manches avant d'articuler, de façon à diriger le bec des cuillers vers l'occiput. En antérieure, on corrigera

manuellement en mento-pubienne, et on essaiera de défléchir en appuyant sur la voûte palatine par les doigts introduits dans la bouche. En transverse, on essaiera de corriger en mento-pubienne, ou l'on prendra directement en transverse.

En M. I. D. P. non enclavée, on procédera comme pour une transverse en se méfiant des manœuvres, qui enclavent. Il faut toujours penser à la fâcheuse éventualité d'enclavement M. I. D. P. On prendra en oblique sans tour de spire pour la deuxième branche. Reporter les branches de l'instrument très en arrière. On fera la rotation avant de descendre. Dans quelques cas d'enclavement, le forceps est impossible et on a proposé la symphyséotomie. (*Journal des Praticiens*, 16 juillet 1932.)

**Calcifications sous-cutanées et arthrite sèche.**

MM. R. J. Weissembach, F. Françon et P. Robert rapportent des faits, où les calcifications sous-cutanées sont associées, non à l'une des formes de la sclérodermie, mais à des manifestations d'arthrite sèche ou de périarthrite chronique fibreuse. Dans les trois cas relatés, le siège des concrétions est identique : en avant de la crête du tibia, au-dessous de la tubérosité antérieure de l'os, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et peut-être aussi dans les couches profondes du derme, si l'on s'en rapporte aux images radiographiques. La tuméfaction est isolée, et il n'en existe pas dans les autres points du corps. Elle est unilatérale. Il s'agit uniquement de sujets vieilles filles, et l'on sait la prédilection des concrétions calcaires sous-cutanées pour le sexe féminin. Il faut noter aussi le caractère familial de ces calcifications ; il existe également des signes de dysendocrinie thyro-ovarienne.

Enfin, ces calcifications étaient associées à une même forme de rhumatisme chronique, l'arthrite sèche, qui affecte au niveau des genoux le type de lipo-arthrite.

Cette affection est latente ; elle ne s'accompagne ni de douleurs, ni de syndrome inflammatoire ; aussi son début est-il difficile à préciser. Au niveau de la peau sus-jacente, il existe quelques altérations légères : striations transversales, teinte jaunâtre. La radiographie confirme le diagnostic et différencie nettement ces concrétions des tophus et des nodosités rhumatismales sous-cutanées ; ces deux ordres d'éléments peuvent, en effet, occuper la même localisation, mais ils sont transparents aux rayons X ; cependant, à la longue, les dépôts uratiques peuvent s'infiltrer de sels calcaires et s'opacifier. (*Paris Médical*, 2 juillet 1932.)

**La médication leucocytique.**

Le Docteur Ch. Aubertin distingue l'action que l'on peut exercer sur les globules blancs, en médication leucogène (qui produit les neutrophiles au cours de la lutte contre les infections), et en médication leucolytique (qui constitue la thérapeutique des leucémies et des lymphadénies).

La médication leucolytique produit la destruction — aussi élective que possible — des globules blancs. Cette destruction peut se faire dans le sang lui-même : elle agit alors sur des leucocytes adultes et en pleine activité. Mais elle peut aussi se faire dans les organes qui les produisent : moelle osseuse pour les polynucléaires, follicules de la rate et des ganglions pour les lymphocytes, tissu réticulo-endothélial pour les monocytes.

Par extension, la médication leucolytique produit la destruction (ou l'inhibition) de ces organes hématopoïétiques eux-mêmes, ce qui aboutit à un résultat analogue en empêchant, dans leur tissu matriciel, la naissance même des globules blancs. Cette action est certainement plus utile que l'action sur les leucocytes déjà formés et qui circulent dans les vaisseaux : en les frappant dès leur naissance et en empêchant leur formation, elle produit une baisse leucocytaire beaucoup plus intense et surtout beaucoup plus durable que la première.

Les agents leucolytiques sont :

Physiques : rayons X, radium et, certaines médications radio-actives, dont la plus connue est le thorium X.

Chimiques : arsenic, benzine ou benzol.

Biologiques ; 1° sérum leucolytique obtenu en isolant aussi parfaitement que possible des leucocytes humains (normaux ou leucémiques), en les injectant à des animaux, et en recueillant, au bout d'un certain nombre d'injections, le sérum de ces animaux bactériologiques ; 2° puisque les infections amènent, chez les leucémiques, une diminution marquée des globules blancs et de leurs formes anormales, on inocule 3 cent. cubes de sang d'un malade atteint de fièvre paludéenne bénigne ; après une dizaine de jours d'incubation survient une fièvre rémittente, qui fait baisser le chiffre leucocytaire, et aussi celui des hématies ; on donne de la quinine au bout de quelques accès, alors que le chiffre leucocytaire et la formule sanguine sont presque normaux ; il est difficile d'affirmer que cette amélioration hématologique persiste et que la baisse des globules rouges n'est pas préjudiciable aux leucémiques.

L'auteur développe le mécanisme d'action de la médication leucolytique, sa mise en pratique, ses inconvénients et ses dangers. Ces derniers sont : une leucolyse excessive, une érythrolyse excessive, l'aleucie hémorragique, et des accidents toxiques par destruction trop rapide des tissus leucopoïétiques, enfin des poussées de cellules embryonnaires, et une transformation en leucémie aiguë au cours de la leucémie myéloïde. (*Paris Médical*, 25 juin 1932.)

**Cerclage sous-cutané des fractures obliques de la clavicule.**

En présence d'une fracture très oblique du corps de la clavicule, DUPUY DE FRENELLE pratique un cerclage sous-cutané à l'aide d'une aiguille de courbure appropriée. Cette aiguille traverse la peau une première fois derrière la clavicule, une deuxième fois en avant. Elle ramène un tendon de renne ou un fil métallique. Une pince introduite par l'orifice postérieur de la peau va chercher l'autre extrémité du tendon ou du fil métallique qui est noué ou tordu. Il est préférable, en déplaçant la peau, d'appliquer deux ou trois cercles. (*Revue de technique chirurgicale*, mars-avril 1932.)

# Les Sociétés Savantes

## Paris

**La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. dans les familles de médecins.**

(M. A. CALMETTE. — *Académie de médecine* ; 15-11-1932.)

C'est en 1921 que M. Weill-Hallé pratiqua la première vaccination par le B. C. G. chez un enfant qui venait de naître d'une mère phtisique et qui devait être élevé par une grand'mère également phtisique. Depuis cette époque, la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. s'est progressivement développée, si bien qu'aujourd'hui la proportion des vaccinés est de un enfant sur cinq naissances.

M. Calmette présente aujourd'hui une statistique tout particulièrement étudiée, qui lui a été fournie par les médecins qui ont fait usage du vaccin dans leur propre famille, pour immuniser leurs enfants ou leurs petits enfants contre la tuberculose. Leur nombre s'élève à 282, comprenant des confrères répartis dans toute la France (80 départements différents). 514 nouveau-nés de familles médicales furent ainsi vaccinés, de 1924 à 1932 : à la date du 28 septembre 1932, 7 seulement avaient succombé (1,3 %), dont un seul de maladie supposée tuberculeuse. Sur les 507 autres, tous, sauf 4, étaient dans un état bon, parfait, ou excellent. L'état des quatre derniers était passable.

Cette enquête, dit M. Calmette, faite dans les familles médicales, où l'observation a eu toute la précision désirable, vient en confirmation de nombreux travaux antérieurs dont a été l'objet le vaccin B.C.G. Il y a unanimité, ajoute l'auteur, pour conclure à l'innocuité du vaccin Calmette-Guérin. Cette absence totale de nocivité pour l'enfant à la naissance écarte toute responsabilité pour les médecins vis-à-vis des familles, s'il arrive qu'un nourrisson récemment vacciné vienne à succomber dans les jours ou les semaines qui suivent. On a quelquefois signalé que le jour même ou quelques heures après l'ingestion du vaccin, un enfant est mort sans cause apparente. Mais, des morts rapides semblables s'observent également chez les nourrissons non vaccinés, le décès étant dû alors, soit à des malformations congénitales, soit à la syphilis héréditaire, soit à des causes indéterminées même par l'autopsie : ce sont les morts *par dénutrition progressive* de Couvelaire, ou les *morts inexpliquées* de Léon Bernard et Robert Debré. Il serait parfaitement injuste d'incriminer ici le B. C. G.

M. Calmette estime qu'il faut vacciner avec le B. C. G. tous les nouveau-nés, issus ou non de souche bacillaire, vivant ou non dans un milieu bacillifère, car nul ne sait à quelles contaminations insoupçonnables l'enfant peut se trouver exposé. On arrivera ainsi à empêcher l'éclosion et la multiplication de la tuberculose. L'auteur n'est pas partisan, toutefois, de rendre la vaccination B. C. G. obligatoire. Le B. C. G., dit-il en terminant, doit entrer dans les mœurs avant d'être imposé par la loi. Il en a été ainsi pour la vaccination antivariolique de Jenner.

**Infarctus hémorragique de l'utérus.**

(M. J. MURARD, du Creusot. — *Société de chirurgie* ; 12-10-1932.)

Aux cas d'infarctus hémorragique utérin et tubo-ovarien, rapportés il y a quelques mois par MM. Braine et Mondor, M. Murard ajoute une observation nouvelle de cet état morbide grave et heureusement rare. Elle concerne une femme de trente-cinq ans, enceinte de trois mois, qui fut atteinte brusquement d'un syndrome abdominal aigu, fébrile, avec état général très alarmant. Opérée le troisième jour par M. Murard, on constata un gonflement noirâtre de l'utérus, une infiltration hémorragique des annexes et du tissu sous-péritonéal. La malade succomba le lendemain.

Il s'agissait d'une thrombose de l'utérus étendue aux annexes et au paramètre de tout le bassin. De même que dans les observations analogues rapportées antérieurement, il y avait à retenir la notion de grossesse. La thrombose survient au cours ou à la suite de la gestation.

M. Murard avait noté chez sa malade la présence d'une ecchymose de la paroi abdominale. C'est un signe à retenir de l'infarctus, mais c'est un signe tardif qui n'apparaît guère qu'au moment où l'in-

tervention devient inutile. Il est bon de le connaître cependant, ainsi que l'ascite sanglante, signalée par M. Braine.

L'infarctus hémorragique de l'utérus et des annexes est une affection rare. M. Mondor n'a pu en réunir qu'une dizaine de cas.

**Lésion traumatique du ménisque externe du genou.**

(MM. Henri Redon et J. Vuillième. — *Société de chirurgie* ; 19-10-1932.)

M. Mouchet relate, au nom de MM. Redon et Vuillième, un cas de désinsertion de la corne postérieure du ménisque externe du genou droit. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui depuis deux ans accusait des accidents répétés de blocage du genou droit. A l'occasion d'un saut, d'une torsion anormale du genou, ou même d'un simple changement de position dans le lit, apparaissait une douleur avec blocage en flexion de l'articulation du genou. Le malade put, à trois reprises, réduire lui-même ce blocage.

L'opération montra qu'il y avait désinsertion de la corne postérieure du ménisque externe. Une méniscectomie fut faite et suivie de guérison.

— M. Braine a pratiqué actuellement plus de soixante méniscectomies du genou. La plupart concernaient le ménisque interne, la proportion ayant été de un ménisque externe pour neuf internes. En Angleterre, où les lésions traumatiques méniscales sont fréquentes (leur origine étant souvent sportive) la même proportion a été notée.

On pensera aux lésions méniscales en présence d'un blocage brusque du genou survenant à la suite d'une chute, d'un mouvement. Il peut s'agir, il est vrai, de lésions d'autres parties de l'articulation (rupture des ligaments croisés, corps étranger articulaire, coincement d'une frange adipeuse), lésions qui peuvent être associées. Seule, quelquefois, l'opération fixera le diagnostic.

P. L.

**Méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoque A., avec association du streptocoque ; orchi-épididymite unilatérale d'origine probablement sérique, à la convalescence.**

(MM. Plazy et Germain. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

Parmi les accidents de la sérothérapie, l'orchi-épididymite, signalée depuis une douzaine d'années, est un des plus rares ; son interprétation est délicate, et, lorsqu'elle ne s'accompagne pas de phénomènes sériques bien caractérisés, il est bien difficile de ne pas la rattacher à l'infection générale en cause.

Sans doute, chez ce malade, n'est-elle pas apparue au milieu du cortège classique des accidents du sérum ; mais les arthralgies discrètes, qui l'ont immédiatement précédée, et le prurit qui l'a accompagnée au début, permettent de le supposer. D'ailleurs sa date d'apparition, dix-huit jours après la première injection de sérum, rentre dans les délais habituels des accidents sériques.

**Anémie rhumatismale et formes anémiques de la maladie de Bouillaud.**

(MM. Meersseman, Friess et Lemaistre, présentés par M. Pilod. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

Si cette anémie peut être de second plan, certains faits observés par les auteurs incitent à penser que l'hypoglobulie peut parfois constituer la principale manifestation de la maladie de Bouillaud, et ils posent ainsi la question des formes anémiques de la maladie rhumatismale.

Il peut donc exister des formes anémiques de la maladie de Bouillaud, et, au moins pour certaines anémies fébriles cryptogénétiques, l'étiologie rhumatismale mérite d'être envisagée, et le traitement salicylé entrepris. D'ailleurs, le Professeur Hayem s'est exprimé, à propos de l'anémie rhumatismale, dans les termes suivants : « L'état du sang donne la mesure exacte de l'intensité de la maladie, quel que soit son siège. On ne saurait méconnaître, au point de vue pratique, l'intérêt de cette loi générale, qui permet d'affirmer l'existence de lésions rhumatismales en l'absence de toute lésion articulaire. »

**Septicémie et méningite aiguë à entérocoque à point de départ otitique.**

(MM. Jame et Jude, présentés par M. Pilod. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

Ces septicémies à entérocoque apparaissent le plus souvent comme primitives, car leur point de départ reste habituellement méconnu.

Il s'agit ici d'un malade qui présenta, après un état fébrile de nature indéterminée, une otite moyenne aiguë suppurée, à partir de laquelle se développa une septico-pyohémie rapidement mortelle. Il est rare dans les cas de ce genre de trouver l'entérocoque comme agent infectieux, quoique ce germe, hôte fréquent du rhino-pharynx, puisse théoriquement se rencontrer dans les otites aiguës ; dans le cas présent il est donc rationnel d'admettre l'ensemencement de l'oreille à partir du rhino-pharynx ; la propagation septicémique a dû se faire par voie sanguine, car, au cours de l'évidement pétro-mastoïdien, les méninges furent trouvées saines. Le germe était d'une virulence extrême.

**Méningite cérébro-spinale à méningocoque B ; Surinfection à streptocoque.**

(MM. Jame, Jude et Sohier, présentés par M. Pilod. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

Parmi les germes d'association, qui peuvent se fixer secondairement sur les méninges au cours de la

méningite cérébrospinale, les plus fréquemment rencontrés sont le pneumocoque et le streptocoque ; mais ces faits sont relativement rares, surtout en ce qui concerne le streptocoque.

Dans le cas particulier, au quatrième jour d'une méningite cérébro-spinale à allure suraiguë, alors que la sérothérapie monovalente a sensiblement amendé les symptômes et fait disparaître le méningocoque du liquide céphalo-rachidien, apparaissent des accid nts sériques précoces. Le lendemain, la rachicentèse ramène un liquide puriforme, dans lequel on constate la présence de streptocoques puriformes. Une hémoculture permet également d'isoler ce germe.

Ces faits d'infection méningo-streptococcique, et surtout d'infection méningo-pneumococcique plus fréquemment observée, d'évolution habituellement fatale, expliquent en partie certains échecs de la sérothérapie.

Ici, le streptocoque apparaît comme un germe de sortie d'origine naso-pharyngienne allant se fixer électivement sur les méninges déjà enflammées, peut-être à la faveur des accidents sériques.

G. F.

## *Lyon*

### Séquelles d'une encéphalite post-vaccinale.

(M. Bourrat. — *Soc. nat. de Médecine et des Sc. méd.*)

Le chiffre des observations d'encéphalite post-vaccinale publiées en France, au cours des six dernières années, ne dépasse pas la trentaine, alors que dans les pays nordiques, la Hollande, surtout, les encéphalites post-vaccinales frappent par leur nombre et leur caractère de gravité.

Le début est généralement brutal, du huitième au dixième jour, lors du plein développement des pustules vaccinales. On observe quelques secousses des globes oculaires et les convulsions graves font rarement défaut. Il existe le plus souvent des symptômes méningés frustes, quelquefois une hémiplégie s'installe.

La ponction lombaire révèle dans plus de la moitié des cas des modifications importantes du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose et hyperalbuminose).

S'il est inutile d'insister sur le nombre toujours croissant des encéphalites, signalées comme complications de fièvres éruptives (varicelle, vaccine, rougeole) ou de la coqueluche, il faut convenir que la ponction lombaire présente l'avantage de les authentifier, de faire éliminer la syphilis, si universellement incriminée jadis, sans que le traitement spécifique ait cependant donné de brillants résultats.

L'encéphalite vaccinale, quand elle ne tue point, laisse souvent comme séquelles des paralysies graves, des troubles définitifs, de l'arrêt du développement intellectuel, de l'idiotie avec épilepsie.

Il semble que le germe importe peu, et que le terrain reste le facteur essentiel, soit qu'il s'agisse de races particulièrement vulnérables, soit qu'il s'agisse surtout d'individus prédisposés (tare familiale ou antécédent d'ordre neurologique).

### Vomissements graves de la grossesse ; valeur pronostique du coefficient de Maillard

(MM. Pigeaud, Brochier et Rochet. — *Soc. nat. de médecine et des Sc. médicales.*)

Un coefficient de Maillard élevé coïncide avec un état général sérieusement atteint. Malgré la disparition des vomissements, la persistance d'un coefficient élevé permet d'affirmer que l'affection n'est pas guérie. L'évolution favorable sera confirmée, au con traire par la baisse progressive du coefficient jusqu'au voisinage du chiffre normal.

### Nature tuberculeuse de l'érythème noueux fébrile.

(MM. Dufourt et P.-E. Martin. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

L'érythème noueux fébrile des jeunes sujets semble être purement et simplement une typho-bacillose avec manifestations cutanées du genre tuberculeux. Dans un cas de ce genre, précédé d'un rhumatisme articulaire aigu, les auteurs établirent la présence de bacilles de Koch dans le sang. Tout érythème noueux fébrile, survenant chez l'enfant, doit, *a priori*, être considéré comme de nature tuberculeuse, et lié à la période de primo-infection, qu'il accompagne ou suit à intervalle peu éloigné. L'examen radiologique du thorax s'impose dans tous les cas, mais, si, le plus fréquemment, on trouve déjà à ce moment la signature de la tuberculose, il faut savoir que, dans quelques cas, les lésions ganglio-pulmonaires n'apparaissent que quelques semaines après la période de haute température.

### Troubles trophiques ostéo-arthropathiques du pied chez un syphilitique, sans signes de tabès.

(MM. Paviot, Levrat et Jarricot. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Ces troubles trophiques avaient une allure particulière, différente du pied tabétique classique, décrit par Charcot. Les lésions prédominaient, en effet, au niveau du métatarse et des orteils ; la voûte plantaire avait disparu, surtout au niveau du point d'appui métatarsien. Il n'y avait pas d'épaississement notable du bord interne du pied, pas de modifications de la mortaise tibio-péronière. L'aspect était également différent du pied tabétique trophique pseudo-syringomyélique. L'importance de l'atrophie osseuse obligeait néanmoins à un rapprochement avec le « pied tabétique ». Mais l'aspect des lésions, l'existence d'un mal perforant du côté opposé semblaient imposer le diagnostic de troubles trophiques d'origine médullaire, et, en l'absence de tabès con-

firmé, il faut admettre l'existence de lésions localisées des centres sympathiques médullaires.

**Abcès pulmonaire embolique fétide, amélioré par des drainages bronchoscopiques.**

(MM. Delore, Mounier-Kühn et Boyer. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Il s'agit d'un malade chez lequel s'est constitué un abcès fétide du poumon droit, après un infarctus embolique, consécutif à la section accidentelle de trois doigts de la main droite. Après essai de la thérapeutique médicale (sérum antigangréneux, émétine, stovarsol), un traitement bronchoscopique a été commencé (cinq séances).

Dès les premières bronchoscopies, une amélioration manifeste est apparue dans l'état du malade : la courbe thermique s'abaissait nettement dans les jours qui suivaient chaque bronchoscopie, l'expectoration était diminuée dans des proportions importantes, en même temps qu'elle perdait sa fétidité ; enfin, les radiographies successives mettaient en évidence le nettoyage progressif du champ pulmonaire.

Cependant, il est impossible d'affirmer qu'il s'agit là d'une guérison définitive, et il ne convient pas d'abandonner le malade sans soins, ni surveillance.

**Accidents sériques graves : aphasie avec hémiparésie droite consécutive.**

(M. G. Charleux. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Si les paralysies à type polynévritique sont relativement fréquentes au cours de la maladie du sérum, les accidents atteignant le système nerveux central sont tout à fait rares. Le cas présent est survenu chez une femme jeune, indemne de syphilis, de cardiopathie et de toute intoxication, qui n'avait aucune raison de faire des accidents aphasiques. D'autre part, on ne pût non plus incriminer la diphtérie, car l'histoire clinique de l'angine fut tellement bénigne qu'on ne saurait porter ce diagnostic. Il fallut donc rattacher ces accidents nerveux à la seule maladie du sérum, dont ils furent rigoureusement contemporains.

# Les Livres

Editions de
« l'Office de vulgarisation pharmaceutique »,
107, rue Lafayette, Paris, Xe.

— **Le Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques**, par Louis Vidal (quatorzième édition, 1933.)

Cette nouvelle édition, digne de ses aînées, présente cependant sur elles des perfectionnements sensibles.

L'ouvrage, de 1.564 pages, de format 10 1/2 × 16 1/2, de maniement commode, luxueusement relié, comprend quatre parties :

1° La Table des spécialités, par action médicamenteuse et indications thérapeutiques, a été entièrement refondue et est considérablement plus détaillée. Simple nomenclature, elle permet, sans prétendre donner des conseils déplacés, de retrouver rapidement les spécialités ayant une action précise, ou indiquées dans une affection déterminée.

2° Dans la deuxième partie, ont été groupées de nombreuses documentations nouvelles. Les textes ont été remaniés et complétés, l'indication des prix plus souvent mentionnée. Une sélection rigoureuse a été apportée, permettant la prescription aux assurés sociaux, sans la moindre réaction administrative.

3° La Nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec les adresses des fabricants, a été mise à jour, ainsi que :

4° La Nomenclature des spécialités classées par laboratoire, qui offre l'avantage de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, doyen des ouvrages de documentation spécialisée, restera, pour le médecin, l'ami fidèle, à portée de la main et continuera, comme par le passé, à lui rendre les services journaliers auxquels il est accoutumé.

L'envoi gracieux en est fait au Corps médical, sur demande adressée à l'« Office de vulgarisation pharmaceutique », 107, rue Lafayette, Paris 10e.

Fasquelle, éditeur.

**Les Minutes de Sable Mémorial**, suivies de **César-Antéchrist**, par Alfred Jarry, auteur d' « Ubu-Roi ».

Notre distingué confrère, le Docteur Jean Saltas, qui fut l'ami et le médecin d'Alfred Jarry, l'auteur d' « Ubu-Roi », qu'il assista jusqu'à sa mort, a écrit un court Avant-Propos, sur les deux premières œuvres de Jarry, *Minutes de Sable Mémorial* et *César-Antéchrist*, que viennent de rééditer les éditeurs Fasquelle (1). Le Docteur Saltas qui connaissait bien Jarry, le qualifie de Gérard de Nerval du symbolisme et lui attribue un génie paradoxal, profond et extrêmement divers. Ces œuvres mystiques, réalistes et surtout déconcertantes, échappent à toute analyse. Elles pourraient, si un médecin psychologue voulait bien leur consacrer une étude sérieuse, donner

(1) Fasquelle, édit., Paris 1932. Prix 15 fr.

lieu à d'intéressantes considérations psychiatriques. Jarry, d'ailleurs, les a illustrées de gravures sur bois savantes et naïves, qui rappellent exactement les dessins déjà publiés de véritables psychopathes.

Dans ces deux productions littéraires, on voit apparaître le Père Ubu et la Mère Ubu, dont les caractères d'incohérence égoïste, féroce, lâche, grossière et imbécile s'épanouiront complètement dans *Ubu Roi.*

On peut porter sur Alfred Jarry et ses œuvres les jugements les plus divers, mais n'empêche que le Père Ubu est devenu un type populaire qui est resté et restera, dans le genre de Panurge, de Falstaff et de Joseph Prudhomme.

Combien de politiciens à notre époque nous donnent l'impression de s'inspirer des procédés et de la morale du Père Ubu !

J. N.

EDITIONS MÉDICALES
7, rue de Valois, Paris, 1932.

Dr A. LEPRINCE. — **La vitalité humaine et la médecine de demain.** (Un vol. in-8°, 125 pages).

Ce travail est la suite et la conclusion logique des deux précédentes publications de l'auteur sur les *Réflexes* et les *Radiations humaines.*

La vitalité humaine peut s'énoncer ainsi : la maladie n'est que le reflet et la localisation sur un organe d'un état général défectueux. En déterminant la « puissance vitale » de l'individu, et en la ramenant à la normale, si elle est diminuée, le malade doit recouvrer la santé.

## *Les livres qui viennent de paraître...*

Chez DOIN ET Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon.

J. MAISONNET, Professeur au Val-de-Grâce. — **Pathologie chirurgicale de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme.** Tome VI du *Nouveau traité de pathologie chirurgicale* (Basset, Costantini, Jeanneney, Maisonnet et Miginiac). Un vol. in-4, 1.070 pages avec 433 fig. et 16 planches. Prix : 220 francs.

René SIMON, agrégé à Strasbourg. — **Les fractures des membres.** Clinique et thérapeutique. Un vol. in-8°, 500 pages, 173 fig. Prix : 75 francs.

V. CORDIER, agrégé à Lyon, avec la collaboration de A. DEVIC, agrégé à Lyon. — **Précis de propédeutique et de technique médicale.** Un vol. in-16, 1.712 pages, 468 fig. Prix : 125 francs.

Paul GIRAUD. — **Le kala-azar infantile.** In *La Pratique médicale illustrée.* (Directeurs : E. Sergent, MIGNOT et TURPIN). Un vol. in-8, 80 pages, 12 fig. et 1 pl. Prix : 30 francs.

Jean PIÉRI. — **La fièvre exanthématique du littoral méditerranéen.** *In* collection *La Pratique médicale illustrée.* Un vol. in-8°, 86 pages, 18 fig. Prix : 30 francs.

Chez LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain.

Dr Jacques LACAN. — **De la psychose-paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité.** Un vol. 282 pages.

Dr Jean WEILL. — **Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux.** Un vol. 228 pages.

# THÉRAPEUTIQUE

## L'insomnie et son traitement

Par le Docteur VALORY.

L'insomnie est un symptôme qui apparaît au cours d'un très grand nombre d'affections ; il n'y a pas une insomnie, il y a des insomnies. Cependant on peut schématiquement ramener celles-ci à deux types essentiels : les insomnies d'origine centrale et celles d'origine périphérique. Les insomnies d'origine centrale seraient celles occasionnées par un état d'excitabilité anormale des centres encéphaliques, et notamment de ceux qui présideraient à la production du sommeil naturel.

Les causes de cette excitabilité anormale paraissent fort nombreuses : les unes seraient d'origine mécanique (ramollissement, tumeurs, etc...); d'autres d'origine chimique (ptomaïne, caféïques, tabagiques, etc.) ; d'autres enfin des causes essentielles, d'ordre psychique, complexes et multiples.

Quant aux insomnies d'origine périphérique elles pourraient être provoquées elles aussi, par des causes très diverses : toutes les fortes excitations sensorielles ou sensitives. Parmi ces dernières la douleur est l'une des causes les plus fréquentes : c'est ainsi que l'on voit des malades accablés de sommeil, qui, aiguillonnés par la douleur, ne parviennent pas à s'endormir.

De cette classification, il ressort qu'il n'y aura pas un traitement de l'insomnie, mais des traitements appropriés à chaque espèce d'insomnie. Il faudra, en effet, appliquer chaque fois que possible un traitement causal. Celui-ci pourra se suffire à lui-même dans certains cas. Exemple :

la suppression pure et simple du café, du tabac ou de tout autre agent d'intoxication ramènera le sommeil en cas d'insomnie d'ordre chimique.

Il faudra également s'efforcer de mettre en œuvre un traitement causal pour les insomnies compliquant un état physio-pathologique (psychasthénie, mélancolie, manie, etc...). C'est à quoi tend le freudisme qui obtient d'incontestestables succès. Cette catégorie de malades relève cependant plus du médecin de maison de santé ou des asiles que du médecin praticien.

Lorsqu'un ramollissement ou une tumeur cérébrale sont à l'origine d'une insomnie, il va sans dire que la première chose à faire est d'entreprendre un traitement spécifique ou de confier le malade au chirurgien.

Quand l'absence de sommeil est due à une cause périphérique, la douleur le plus souvent, on ne peut à proprement parler de traitement de l'insomnie. Il s'agit plutôt du traitement de la douleur. Celle-ci réalise l'indication nette de l'allonal, et, au besoin de l'injection de pantopon. L'altération des fonctions essentielles de la vie est au même titre cause d'insomnie. C'est un cardiaque qui souffre de douleurs précordiales, un dyspeptique, un dyspnéïque, un rénal. Tel de ces malades dormira avec de la digitale ou de l'ouabaïne chez qui les somnifères employés seuls ne feraient rien, tel autre grâce à un repas léger le soir et à un eupeptique, etc...

Faisons une place à part aux insomnies de la période d'incubation des maladies aiguës. Il faut y songer.

Nous voyons donc que pour guérir l'insomnie il faut en premier lieu traiter sa cause. Mais la plupart du temps l'action du traitement étiologique est lente et progressive. Or, il faut soulager rapidement le malade. Il faut parer au plus pressé en appliquant concurremment un traitement symptomatique à action immédiate. Pour ce faire, on a le choix entre de nombreux hypnotiques qui, par ordre d'intensité, vont des bromures à la morphine.

Schématiquement on divise ceux-ci, en trois catégories :

1° *Les sédatifs* : cratægus, valériane, sédobrol.
2° *Les hypnotiques vrais* : chloral, somnifène.
3° *Les hypnotiques analgésiques* : allonal, l'opium et ses dérivés : morphine, pantopon.

Ces médicaments ont chacun leurs avantages et leurs indications propres. Mais les sédatifs ont des propriétés hypnotiques insuffisantes la plupart du temps pour les cas que nous envisageons. Le chloral, le somnifène et surtout les hypnoanalgésiques ont par contre une activité qui dépasse souvent le but à atteindre. En outre l'opium et ses dérivés sont toxiques (pour le rein notamment), ils poussent à l'accoutumance et à l'abus surtout lorsque leur emploi doit être prolongé. Néanmoins ils ont pour indications les grandes agitations.

En définitive, entre les bromures insuffisants et les hypnotiques forts, il manquait un médicament non toxique, ne poussant pas à l'accoutumance, et procurant un sommeil calme suivi d'un réveil agréable. C'est cette lacune dans la gamme des hypnotiques qu'est venu combler l'allylisopropylacétylcarbamide, spécialisé sous le nom de « Sédormid ». Ce sel organique de l'urée s'élimine rapidement, il n'y a pas de risque d'accumulation. La dose toxique est chez le chien huit fois supérieure à la dose hypnotique, d'où pratiquement risque nul d'intoxication. On peut le donner quel que soit l'état organique du malade : il est sans effet sur le système vaso-moteur. La dose courante est de 1 à 3 comprimés dosés à 0 gr. 25. Dans notre pratique, nous commençons à faire prendre d'emblée deux comprimés une bonne heure avant le moment où le malade désire obenir le sommeil. A cette dose l'effet cherché est régulièrement obtenu, et le malade prend confiance en son médicament. Ensuite la dose est diminuée par demi-comprimé (ceux-ci portant une rainure qui en permet facilement le partage) pour arriver à la suppression complète du médicament. Le malade n'en reprendra qu'en cas de besoin.

Le Sédormid rend des services très intéressants dans le traitement des diverses catégories d'insomnies que nous avons précédemment passées en revue. Il trouve cependant son indication élective chez les petits malades, qui vaquent à leurs occupations et que l'on voit souvent à l'occasion d'une affection intercurrente. Chez ceux-ci l'anxiété névropathique joue un rôle important dans la création ou l'entretien de nombreux troubles organiques. Pratiquement, on peut considérer qu'un nombre appréciable des malades de clientèle privée, soit de médecine générale, soit de médecine spéciale, rentrent dans cette catégorie. Ce sont des psychopathes, des anxieux qu'il s'agit de rassurer, et dont il faut avant tout traiter l'état moral. Chez ces malades les résultats thérapeutiques seront principalement fonction de l'attitude décidée, de la parole persuasive du médecin et de la confiance qu'il inspire. Le nombre de ces anxieux qui est déjà considérable tend à augmenter du fait des conditions d'existence difficiles, de la fièvre de la vie actuelle.

Pour toute cette catégorie de malades, le Sédormid donne des résultats vraiment heureux. On le prescrit en tant que sédatif à doses fractionnées au cours de la journée. On réserve une dose plus forte (1 à 2 comprimés) pour la soirée. Le malade prendra cette dernière dans une infusion calmante, environ une heure avant le moment où il désire dormir.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

### Coup d'œil d'ensemble sur la position de la médecine française en 1932 et les voies qui s'offrent à elle pour l'accomplissement de sa mission sociale

Les controverses, les discussions, les disputes mêmes, dont nos Syndicats sont le théâtre, et qui s'épanouissent volontiers dans les *Bulletins* syndicaux, et aussi dans les journaux qui s'intéressent aux questions professionnelles, démontrent à l'évidence que le Corps médical ne reste pas indifférent à la rapide évolution à laquelle nous assistons, dans les mœurs, dans l'organisation sociale, dans les rapports des hommes entre eux, dans la place de plus en plus grande que prend l'Economique, dans la vie des peuples, par rapport à la Politique. Evolution si rapide qu'elle affecte parfois les allures d'une révolution. Et je n'en veux pour seule preuve que les restrictions imposées, de plus en plus grandes, à la liberté individuelle. Si l'émancipation de l'individu fut l'une des conséquences du bouleversement qui débuta, en France, en 1789, près d'un siècle et demi plus tard, l'individu n'existe plus, socialement, qu'en fonction de la masse dont il est un élément, et qui l'absorbe, en même temps qu'elle le soumet à de rudes disciplines.

Un exemple ? La réglementation de la fermeture des pharmacies dans le département de la Seine, le dimanche : y a-t-il plus profonde atteinte à la liberté du commerce que celle-ci ?

Cette évolution, cette révolution, si vous le préférez, selon laquelle l'individu ne vaut qu'en fonction de la Société, explique pourquoi tout malade, qui en est un élément, est considéré comme dommageable pour elle ; pourquoi, si la maladie dont il est atteint est une endémie : tuberculose, syphilis, cancer, qui rend indisponibles tous les jours un nombre plus ou moins grand d'individus, en même temps qu'elle s'entretient et même se propage presque indéfiniment, la société estime le dommage qu'elle subit à l'instar d'une calamité publique, d'un fléau social contre lesquels elle entend se protéger. A maladie sociale, médecine sociale. La société est d'autant plus fondée à vouloir se prémunir, qu'elle en possède, en une certaine mesure, les moyens. Depuis que nous sommes fixés sur la notion de spécificité des maladies microbiennes et de leur propagation par contagion; nous avons appris à les prévenir avec une efficacité reconnue. Et nous voyons se développer, — à côté et en regard de la médecine curative, qui intervient quand le mal est déclaré, pour le combattre et le faire cesser, — la médecine préventive, qui s'efforce de l'empêcher d'apparaître. Cette médecine préventive a de puissantes affinités avec l'hygiène. Elle se confond volontiers avec elle.

D'autre part, certaines catégories sociales se trouvent dans des conditions particulières qui ont motivé en leur faveur des mesures de protection spéciales. Ces mesures ont été codifiées, et constituent des lois qui n'ont pas la fixité des lois scientifiques, mais au contraire, sont l'objet de modifications constantes, provoquées par les circonstances auxquelles elles s'appliquent.

Pour les indigents, loi sur l'Assistance médicale gratuite.

Pour les salariés de tout ordre, exposés à des risques dus à leur travail et à ses conditions, loi sur les accidents du travail.

Pour les victimes de la guerre, loi sur les pensions militaires. Et depuis deux ans, loi sur les Assurances sociales, protectrice des salariés jusqu'à un certain maximum de revenu, contre tous les risques vitaux : la maladie, l'invalidité, la maternité, la vieillesse, la mort.

Ces lois nécessitent le concours du médecin. Elles prévoient et organisent même les soins mé-

dicaux pour leurs bénéficiaires. Et c'est précisément à cette occasion que surgissent les conflits qui dressent parfois les uns contre les autres des médecins dont les conceptions diffèrent, touchant la façon dont ils peuvent y jouer leur rôle.

Ce préambule achevé, essayons encore une fois de poser le problème sous tous ses aspects, et de voir clair dans les solutions qu'il appelle.

***

En dehors de l'hôpital, réservé aux indigents qui y étaient réunis et groupés, et formaient une collectivité, recevant des soins en quelque sorte collectifs d'un personnel médical choisi par les administrations hospitalières, la technique professionnelle en usage fut longtemps strictement privée et individuelle. Le malade appelait le médecin ou se rendait chez lui : tête à tête à deux, comparable au tête à tête du confessionnal, entre le ministre du culte et son pénitent, avec ce correctif de l'intervention habituelle de l'entourage du malade, lui apportant ainsi qu'au médecin, son concours, soit pour renseigner celui-ci, soit pour soigner celui-là. La consultation donnée, ou la visite faite, ou la maladie terminée, le malade honorait son médecin selon les usages locaux, compte tenu de sa propre situation sociale, de la situation professionnelle de l'homme de l'art, de la nature des soins donnés... Aucun intermédiaire entre eux ; ils se demandaient et se rendaient des comptes respectifs, sans l'intervention d'aucun étranger.

La législation médico-sociale est venue bouleverser ces coutumes. Pouvait-on éviter ce bouleversement ? Est-il permis de concevoir une technique qui les eut maintenues, dans le cadre de ces législations ? Indiscutablement, et théoriquement *oui*. La loi pouvait exercer son action tutélaire sans se préoccuper elle-même de la question des soins. Elle pouvait attribuer à l'indigent, à l'ouvrier, au pensionné, à l'assuré, une indemnité journalière de maladie, se rapprochant plus ou moins de son salaire normal, et le laisser se soigner par ses propres moyens, se réservant le droit de contrôler la réalité et la durée de sa maladie, et aussi les efforts faits par lui pour son rétablissement. C'était d'autant plus possible que les choses se passent ainsi dans diverses administrations publiques et privées où l'employé titularisé reçoit son traitement durant ses journées d'indisponibilité de maladie, dont le nombre est déterminé par le médecin contrôleur délégué par elles.

Et rien ne nous empêche d'imaginer un vaste et unanime mouvement corporatif, à la faveur duquel tous les médecins, parfaitement décidés et disciplinés, déclareraient qu'ils n'admettent pas d'autre manière de faire ; que, quelle que soit la condition de leur malade, ils ne veulent connaître que lui, et lui seul, sans aucun intermédiaire : Etat, Département, Commune, Compagnies d'assurances, Caisses d'assurances.

C'est théoriquement possible. Mais pratiquement ? ? ?

Je pose la question sans y répondre. J'aurais trop à dire. Chacun de ceux qui me liront y répondra selon ses idées personnelles.

En tout cas, ce serait le triomphe de l'*individualisme* dans sa forme la plus rigoureuse. Or, nous avons vu combien l'individualisme tend à devenir anachronique.

***

A l'opposé de cet individualisme, base d'une technique professionnelle définie, il faut placer la technique en honneur en U. R. S. S. Là, en régime soviétique, le médecin est un employé de la collectivité, un fonctionnaire même, en raison des conditions dans lesquelles il exerce. Chargé d'un district, d'une circonscription, d'un service hospitalier, d'un laboratoire, il reçoit, de la collectivité qui l'emploie des émoluements fixes, des indemnités ; il est de service durant un nombre d'heures déterminé, bénéficie de congés et de vacances, d'une retraite... C'est le triomphe du *Collectivisme.* Une médecine publique, et rien que cela. Pas de médecine privée, juxtaposée. Asservissement total du médecin dans un Etat dictatorial, — dont le seul énoncé nous révolte.

***

Entre ces deux extrêmes, se place la médecine française actuelle ; médecine privée et médecine publique, juxtaposées, et parfois antagonistes.

La législation médico-sociale en vigueur, telle qu'elle fonctionne du point de vue médical, comporte une certaine diversité dans les rapports des intéressés entre eux ; ces intéressés sont au nombre de trois : le malade, le médecin, et celui qui paye pour le malade.

La législation du travail accorde au salarié blessé le libre choix de son médecin ; elle les laisse libres de régler leurs affaires entre eux, le salarié recevant de son employeur les indemnités que la loi met à sa charge. En pratique, et de la volonté même des médecins, ceux-ci réclament toujours, ou presque toujours leurs honoraires non

pas à leur client, non pas même à son employeur, mais de la Compagnie d'assurances qui se substitue à lui.

Dans la législation des assistés, c'est le département qui se charge de régler les mémoires médicaux.

Pour les pensionnés, c'est l'Etat.

Les hôpitaux deviennent de plus en plus des maisons de santé à bon marché, qui acceptent et sollicitent même toutes les clientèles. A Paris, la journée d'hospitalisation, tout compris, coûte environ 40 francs ; les consultations externes sont tarifées six francs.

Une loi vétuste, elle date de 1851, réserve aux commissions administratives le droit de choisir elles-mêmes, selon leur bon plaisir, leur personnel médical.

Le régime des dispensaires dépendant de l'Office d'hygiène sociale, d'institution relativement récente (1916), comporte habituellement le recrutement du personnel médical par voie de concours. Il en est de même des fonctions d'inspecteur départemental et de directeur de Bureau d'hygiène. Dans les consultations de toutes sortes, prénatales, maternelles, de nourrissons, pas de règle.

Une foule d'œuvres privées choisissent leurs médecins selon leur bon plaisir. Les plus actives sont les Mutualités que protège et favorise la loi de 1898.

Cependant, le Syndicalisme médical, né en 1879, mais longtemps balbutiant, a pris un essor considérable depuis une dizaine d'années. Il groupe environ 19.000 médecins sur 25.000 qui exercent en France.

Il a pris peu à peu conscience de sa puissance et s'est efforcé de dégager une politique syndicale qui repose sur ce qu'il appelle sa charte, formée elle-même de trois grands principes :

Libre choix, respect du secret médical, rémunération du médecin par le malade, selon l'entente directe.

Le syndicalisme est en posture défensive et puise des forces dans la résistance que veut opposer la médecine privée à l'emprise de la médecine publique. Mais son rôle serait singulièrement réduit s'il entendait s'en tenir à ce protectionnisme étroit d'intérêts particuliers, parfaitement respectables, sans doute, mais qui ne suffisent plus à satisfaire les aspirations des collectivités, et dans une certaine mesure, des individus. Il le sent tellement que ses efforts vers un accommodement, vers une politique constructive, sont évidents depuis quelque temps.

Sans doute y eut-il une heure où il méprisait la médecine publique et ses œuvres, et prétendait s'en désintéresser. Mais cette attitude négative a vécu. Et nous voyons des syndicats collaborer au fonctionnement technique de certaines collectivités, de certaines œuvres. C'est le 27 novembre dernier qu'à Niort, a été inauguré solennellement un hôpital-sanatorium qui fonctionnera, ainsi que le dispensaire d'hygiène sociale, selon une organisation due au syndicat médical. Dans l'Aisne, un accord entre le Préfecture et les Municipalités, d'une part, le Syndicat médical de l'autre, a permis l'organisation d'un service de vaccination antidiphtéritique.

Des Caisses mutuelles chirurgicales se sont créées, avec le patronage de syndicats médicaux. C'est une réalisation qui a ses partisans et ses adversaires. Les uns et les autres ont recours à des arguments de poids. Et chacun reste sur ses positions.

C'est un vaste mouvement qui se dessine, mais qui demeure encore timide et fragmentaire, et au sujet duquel le Corps médical n'a pas encore pu se mettre d'accord, sur une unité de doctrine.

Il y en a qui sont partisans d'une collaboration étroite avec les organismes de la médecine publique. D'autres, parmi lesquels on compte de fougueux animateurs, prétendent que la médecine privée est capable d'organiser, par ses moyens, c'est-à-dire, les cabinets privés de médecine générale, de spécialités, et de recherches, d'excellents services médico-sociaux, un service de médecine préventive, par exemple. D'autres encore soutiennent qu'une pareille organisation manque d'élasticité, qu'elle conserve un caractère certain de précarité, que le malade se montre friand de tout système qui lui facilite les divers examens dont il peut être l'objet, en même temps qu'il y perd moins de temps. Ils témoignent une certaine considération pour les organismes centralisateurs, dont le principe ne leur paraît pas sérieusement contestable, si leur fonctionnement peut prêter à la critique. Ils souhaiteraient que ces organismes fussent créés et exploités par la profession organisée. A défaut, ils ne voient aucun empêchement à ce que celle-ci en assure la marche technique, tout en exigeant le respect de la charte fondamentale, assouplie et modelée suivant les circonstances.

Il en est enfin qui ne répugnent nullement à l'idée de la création d'un corps de médecins fonctionnaires, exclusivement chargés de toute la médecine publique, un élargissement du cadre, qui existe déjà, des médecins de l'O. P. H. S. et

de sanatoriums. Ceux-ci se consacrent entièrement à leur tâche, et il leur est interdit de se livrer à la pratique privée.

Tous les goûts, on le voit, se manifestent. Et il en résulte un flottement, qui retarde la progression vers un régime d'adaptation raisonnée et raisonnable.

Il y a les faits, qu'on ne peut ignorer ; cette vaste floraison d'œuvres diverses qui répondent à cet objectif social : mettre à la portée du public, et plus particulièrement du prolétariat, des moyens techniques et économiques efficaces pour que le malade puisse se soigner facilement, et cesse d'être une charge sociale ; pour que l'homme sain, ou présumé tel, soit protégé contre les atteintes morbides.

Cet objectif n'est pas propre à la France. Toutes les sociétés modernes sont entrées dans cette voie, et il en est qui, à cet égard, sont plus évoluées que la nôtre. On lit, dans l'« Introduction à la médecine », du Professeur H. SIGERIST, de Leipzig, ce qui suit :

« De plus en plus profondément et dans tous le domaines, l'Etat pénètre avec ses normes dans la sphère individuelle. La santé et la maladie ne sont plus affaire privée. Passionnément, l'Etat a pris parti pour la santé. Le malade est inutile à la société. Il n'est qu'un fardeau pour elle. L'Etat a mis à la portée de chacun les moyens de conserver et recouvrer la santé. En échange, il demande à chacun la santé : dans certains cas même, il l'impose.

« Le médecin se trouve à la croisée des chemins aujourd'hui. S'il se recroqueville sur lui-même, fermant les yeux à l'évolution et se cramponnant à un idéal médical périmé, il sera écarté de la route et ses forces se perdront sans profit. Mais il en sera tout autrement si, en pleine connaissance des exigences sociales d'aujourd'hui, il se met joyeusement au service d'un nouvel idéal médical, dont les contours commencent à se dessiner clairement. »

On nous reproche, à Noir et à moi, véhémentement, de rechercher le rétablissement du tiers payant, de vouloir faire échec à l'entente directe. Quelle puérile et stérile querelle ! Ce n'est plus ce qui nous préoccupe : tout a été dit là-dessus ; le Corps médical a montré qu'il pouvait collaborer à l'assurance-maladie, tout en demeurant fidèle à ses principes. Nous laissons aux Syndicats le soin de faire triompher leur charte autant qu'ils le pourront. S'ils sont puissants, s'ils savent ce qu'ils veulent, ils trouveront, je pense, le moyen de la faire prévaloir, tout en répondant au but visé.

Bref, nous insistons pour mettre devant les yeux de nos confrères les données du problème : 1° la volonté de la société ; 2° les réalisations de cette volonté, celles qui existent présentement et celles qui apparaîtront dans l'avenir. Pas un jour, pour ainsi dire, sans qu'une œuvre ne surgisse, pour augmenter encore le contingent des formations de la médecine sociale ; 3° le Corps médical, représenté par ses syndicats et sa Confédération.

Le Corps médical organisé ne peut ignorer la médecine sociale. Il faut qu'il y ait entre eux une sorte d'interpénétration, à la faveur d'accords, de conventions, où il apportera sa technique dans un cadre défini. Ce qui ne l'empêchera pas de rechercher les mesures qui permettront à la médecine privée de subsister, avec ses avantages propres, surajoutés aux avantages de la médecine publique, et qu'elle saura offrir aux intéressés.

Nous ne sortirons pas de là, parce que nous sommes convaincus de voir juste.

Il y a longtemps d'ailleurs que, pour la première fois, j'ai prononcé le mot d'*adaptation*. Ce mot a fait depuis lors fortune ; ceux qui en sont partisans sont de jour en jour plus nombreux, parce que la chose s'impose comme une nécessité impérieuse.

Entre l'*individualisme intégral* et le *collectivisme d'Etat absolu*, en dehors d'une *fonctionnarisation* dont l'idée nous hérisse, il y a place pour un *modus vivendi* où le Corps médical représenté par ses Syndicats et leur Confédération, et la médecine publique s'entendront pour réaliser les fins de celle-ci, au moyen d'une *collaboration* bien conçue.

Pour échapper à certains jougs que nous considérons comme odieux, sachons prendre les devants et conformer notre conduite aux événements et à leurs exigences.

G. DUCHESNE.

# FONCTIONNEMENT DES JURIDICTIONS DISCIPLINAIRES MÉDICALES

*On nous écrit* :

Je vous adresse ci-joint le projet du nouveau règlement du Conseil de famille que nous nous proposons de soumettre à l'Assemblée générale du Syndicat le 20 novembre prochain, projet déjà adopté par le Conseil d'administration et dans lequel j'ai eu surtout en vue :

1° de diminuer les frais ;

2° de ne pas modifier les statuts, mais seulement le règlement intérieur. Malheureusement, à l'examen il m'a paru que la difficulté était grande, car l'art. 9 des statuts prévoit une Assemblée générale disciplinaire et simplement un *avis* du Conseil de famille. Or, dans le service de la loi des Assurances sociales, le Conseil de famille juge et non pas l'Assemblée générale disciplinaire.

Il fallait donc, ou modifier l'art. 9 des statuts, ou prévoir deux modes de fonctionnement du Conseil de famille.

C'est à cette dernière solution que je me suis arrêté.

J'ai donc prévu un Conseil de famille *donnant son* AVIS pour les cas ordinaires intéressant les syndiqués en dehors de la loi des Assurances sociales, et un Conseil de famille *jugeant* pour les cas relevant de la loi des Assurances sociales, pour les syndiqués ou non-syndiqués.

J'ai cru bon, en effet, de maintenir l'Assemblée générale disciplinaire pour les conflits s'élevant entre confrères afin de respecter la souveraineté de l'Assemblée générale.

Etait-il possible d'aller au delà et de maintenir également l'Assemblée générale disciplinaire pour le service des Assurances sociales, ou de supprimer l'Assemblée générale disciplinaire pour tous les cas, ce qui simplifierait la besogne ? C'est ce que je demandais au Conseil d'administration le 7 octobre.

J'ai cru bon également de laisser le Conseil de famille libre de nommer son président et son vice-président.

J'ai trouvé cette disposition dans tous les Conseils de famille existant jusqu'ici, et pour bien des raisons, j'ai cru devoir demander au Conseil d'administration de la maintenir, car dans bien des cas concernant sa région, le président du Syndicat serait bien heureux de ne pas assumer cette responsabilité, et il n'est pas mauvais non plus de ne pas toujours laisser retomber les fardeaux sur les mêmes épaules.

Je demandais aussi au Conseil d'administration de fixer (à l'art. 6) la somme de l'indemnité de présence et de l'indemnité kilométrique et de dire si elles devaient être incorporées à cet article ou rester secrètes.

Des discussions assez vives ont éclaté au sujet du jeton de présence que certains voulaient ramener à 25 francs tout en maintenant l'indemnité kilométrique à 2 francs ; j'avais proposé le jeton de présence de 50 francs et l'indemnité kilométrique à 1 fr. 75.

En faisant par économie des prix inférieurs à 50 francs et à 1 fr. 75, je crains de donner aux collectivités des armes qui peuvent se retourner contre nous le jour où nous aurons à discuter avec elles les tarifs de présence (Tribunal des pensions, Commissions diverses).

Qu'en pensez-vous ? Y voyez-vous comme moi un danger ?

D'autre part les frais de contrôle technique pour les Assurances sociales seraient ainsi fixés : contrôle par lettres ou correspondance, 20 francs ; contrôle nécessitant des déplacements, 50 francs par demi-journée plus les frais de déplacement à 2 francs du kilomètre parcouru.

Le Conseil d'administration du Syndicat vous serait reconnaissant de lui faire connaître les lacunes ou les erreurs qui auraient pu se glisser dans notre nouvelle rédaction et vous en remercie à l'avance.

D^r R.

**Réponse**

Je tiens à dégager un certain nombre de principes juridiques, qui doivent présider à l'organisation des Conseils de famille syndicaux. Nos confrères, qui sont savants en médecine, ne sont pas suffisamment avertis des règles du Droit : ils risquent donc de compromettre une œuvre excellente en soi (la justice disciplinaire) faute de documentation précise et de directives inattaquables.

I. — Aucune loi, pas même celle des Assurances sociales, n'a édicté quoi que ce soit, au sujet des Conseils de famille des syndicats médicaux.

La loi du 30 avril 1930, en son article 7, et le décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique en ses articles 25 et 26 chargent les Syndicats médicaux du contrôle technique et du soin de réprimer les abus. Mais ces textes législatifs ou réglementaires, par leur laconisme, accordent toute latitude aux groupes corporatifs médicaux, pour organiser comme bon leur semble cette justice disciplinaire, pourvu qu'elle soit efficace.

II. — Nous sommes donc obligés de nous reporter à ce qui existe en droit commun, en comparant ce qui doit être la justice disciplinaire médicale, avec les juridictions dérivant du Code d'instruction criminelle et du Code pénal, aussi bien les juridictions d'exception, créées par un texte de loi, telles que tribunaux de commerce, prud'hommes, tribunaux maritimes, ordre des avocats, etc.

*a*) Avant tout, il faut éviter l'arbitraire : les justiciables doivent avoir la certitude que, le cas échéant, ils comparaîtront devant des juges, qui rendront une justice équitable, et non devant des hommes ayant des passions professionnelles, des rancunes, des parti-pris, des opinions préconçues.

*b*) En second lieu, il faut qu'en toutes circonstances, les droits de la défense soient absolument et complètement respectés. L'accusé doit pouvoir librement être mis à même de présenter ses arguments, soit par lui-même, soit par le canal d'un défenseur. Une décision ne peut intervenir par défaut que si, dûment convoqué par lettre recommandée, ou ministère d'huissier, le délinquant ne s'est pas donné la peine de comparaître, ou de se faire représenter aux débats.

*c*) Il faut définir ce qui est permis et ce qui est défendu.

En droit commun, le Code pénal précise que telle ou telle infraction est qualifiée contravention, délit, ou crime, qu'elle donnera lieu à la comparution devant telle ou telle juridiction et sera punie de peines prévues d'avance.

De la sorte, chaque citoyen sait à quoi s'en tenir : s'il viole délibérément, ou même involontairement telle ou telle disposition du Code pénal, il sait par avance les peines qui pourront être prononcées contre lui.

Notre droit pénal est dominé par ce grand principe : *nulla poena sine lege* : aucune peine ne peut être prononcée si elle n'est pas spécifiée par un texte de loi. C'est ainsi, par exemple, que l'exercice illégal de l'herboristerie, bien que défendu par l'article 37 de la loi du 21 germinal an XI, ne peut être réprimé, car le législateur a omis d'indiquer les pénalités applicables à ce délit.

*d*) Il faut maintenant prévoir les sanctions aux différentes infractions. Il est nécessaire que les statuts précisent la nature et la gradation des pénalités, qui seront appliquées aux délinquants. L'arbitraire est banni des tribunaux répressifs.

III. — Ceci posé, il faut admettre que le Code dit de Déontologie s'applique aux praticiens, qu'ils exercent la médecine de droit commun, ou celle des Assurances sociales. Il ne peut pas y avoir deux juridictions, l'une prévue pour les délits professionnels ordinaires et l'autre pour ceux commis à l'occasion de soins donnés aux assurés sociaux.

D'ailleurs, faisons de suite remarquer que notre justice professionnelle, loin d'être imposée et instituée par un texte de loi, ne dérive que de simples conventions de confrères à confrères.

En droit commun, le praticien, qui veut adhérer au syndicat, déclare, par avance, avoir pris connaissance des statuts et les approuver. Il consent donc, en toute liberté, à se laisser juger, le cas échéant, par le Conseil de famille, devant lequel il doit répondre de ses manquements aux règles de la Déontologie.

En matière d'Assurances sociales, la convention qui intervient entre les caisses d'un département et les syndicats médicaux comporte, comme pièces annexes, les statuts du, ou des syndicats, qui précisent les modalités du contrôle technique, la juridiction compétente et les sanctions.

Syndiqué, ou non syndiqué, le praticien, qui entend donner ses soins aux assurés sociaux, doit adhérer à cette convention : il devient donc, par le fait même, justiciable de la juridiction professionnelle, par sa libre adhésion.

C'est ce qu'en Droit, on appelle un contrat d'accession, ou d'adhésion : la partie, qui adhère, ne peut qu'accepter, ou refuser en bloc : elle ne peut pas discuter tel ou tel terme du contrat qui lui est proposé.

Ainsi en est-il lorsqu'un médecin pose sa candidature aux fonctions de médecin des hôpitaux : avant le concours, il doit déclarer qu'il a pris connaissance du règlement de l'hôpital et qu'il consent à s'y soumettre, s'il est nommé. De même pour les médecins du service de l'A. M. G., de la protection du premier âge, etc., etc.

De tout ceci, nous devons conclure qu'il n'y a pas deux justices professionnelles, l'une pour les syndiqués, en droit commun et l'autre pour tout praticien, qui, syndiqué, ou non, donne ses soins aux assurés sociaux. La juridiction est la même pour tous.

IV. — Qui doit juger ?

Est-ce le Conseil de famille, ou l'Assemblée générale du Syndicat ?

Ici encore la bonne volonté n'a pas été suffisante, pour guider nos confrères, dans l'élaboration et la création de cette justice disciplinaire.

En l'absence totale de textes législatifs, ou réglementaires, certains syndicats ont donné pouvoirs de coercition et de juridiction à un Conseil de famille, nommé par l'Assemblée générale et doté de fonctions judiciaires.

Ailleurs, le Conseil de famille n'a qu'un simple devoir d'instruction, ou de conciliation. L'Assemblée générale a seule qualité pour juger et punir.

Parfois, le Conseil de famille constitue une juridiction du premier degré, l'appel étant porté devant l'Assemblée générale.

C'est donc quelque peu l'anarchie et, pour ma part, j'estime que notre justice professionnelle gagnerait en prestige, tant aux yeux des profanes à la médecine que même à ceux des non-syndiqués, en adoptant des directives de procédure précises et uniques.

Certes, chaque syndicat a son autonomie, mais il ne faut pas que celle-ci aboutisse à la cacophonie. Du moment où l'on a tendance à confier aux syndicats médicaux la charge de la mora-

lisation de la profession et le respect des conventions collectives signées, il convient que les syndicats et leur Confédération établissent un plan d'ensemble élaboré par des techniciens, discuté par l'Assemblée générale de la Confédération et adopté ensuite par chaque Syndicat.

Il en est parmi nous qui réclament un Ordre des médecins et se tournent vers le Parlement, comme vers un dieu sauveur ! Faisons donc nos affaires nous-mêmes, en montrant que nous sommes capables d'organiser notre juridiction corporative sans l'aide d'incompétents en matière disciplinaire médicale : j'ai nommé les membres du Parlement.

Organisons notre justice, définissons les infractions professionnelles et déontologiques, précisons le fonctionnement des tribunaux professionnels, qu'on les appelle Conseils de famille, chambres de discipline, conseils de l'Ordre, pourvu que l'organisation ait son unité en France et non pas puisse varier d'un département à l'autre, selon les mentalites de chaque groupe de syndiqués.

V. — Quels honoraires allouer aux juges ?

Si l'on veut qu'un travail soit consciencieusement exécuté, il faut le bien payer. Fini le temps où l'on s'adressait au dévouement de quelques-uns, qui travaillaient gratuitement pour la collectivité. C'étaient toujours les mêmes qui étaient au travail, alors que les autres se consacraient à leur propre clientèle, mais profitaient des avantages collectifs, obtenus par les pionniers du syndicalisme.

Aujourd'hui, le Syndicat est une fonction dans l'Etat : puisque le législateur lui confie un rôle de contrôle technique et de répression des abus, il faut que les juges médicaux reçoivent des honoraires, comme les juges de métier, en droit commun, reçoivent un traitement alloué par l'Etat.

Honorez bien les juges que vous élisez ; ne lésinez pas sur les indemnités de déplacement, de séjour et de manque à gagner en clientèle. Sinon, vous ne trouverez plus de confrères qui voudront accomplir la tâche ingrate d'accepter d'être les juges de leurs confrères.

La justice médicale a besoin de son statut.

Dr Paul Boudin.

# CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

## Gelures et pied de tranchée

Docteur Deniker

Chirurgien des hôpitaux de Paris

**Deuxième conférence mensuelle de l'École de perfectionnement des Médecins de Réserve**

21 *Novembre* 1932

Le froid provoque des accidents généraux et locaux. Parmi les accidents locaux observés chez les soldats en campagne, se trouve le pied gelé. Un froid intense extérieur en est la cause. Mais des circonstances diverses en favorisent l'action : fatigue, surmenage, insuffisances alimentaires, carence d'aliments chauds...

Le pied de tranchée, que la guerre de stabilisation, durant quatre hivers, a fait apparaître dans la troupe, est différent en une certaine mesure du pied gelé. Il semble avoir pour causes essentielles l'humidité prolongée, et la striction des membres inférieurs par des bandes molletières.

Le pied gelé et le pied de tranchée présentent une symptomatologie superposable, à quelques détails près. Trois périodes : œdème, phlyctènes, escarres. Mais, tandis que la première période du pied gelé est caractérisée par des sensations locales de cuisson, de démangeaisons, de brûlure, succédant au phénomène bien connu de l'onglée, le pied de tranchée est atteint d'anesthésie douloureuse.

Au point de vue anatomo-pathologique, on note, dans le pied gelé, que les phlyctènes ont un contenu habituellement séreux, à peine trouble, tandis que le pied de tranchée offre des phlyctènes dont le contenu est gélatineux. De même, les zones de mortification, à la troisième période, sont dans le pied de tranchée doublées en quelque sorte par un magma putrilagnieux, adhérent aux tissus profonds. On s'est demandé si le pied de tranchée n'était pas occasionné par un germe pathogène, microbe ou parasite ...

Quoiqu'il en soit, ces affections commandent d'abord une prophylaxie active : sécheresse des tranchées et des abris, caillebotis permettant de circuler autant que possible à pied sec. Soins des pieds. Suppression des bandes molletières.

Le mal étant fait, on procédera au réchauffement lent et progressif du pied : frictions d'intensité croissante, puis embaumement dans un pansement aseptique. Les phlyctènes seront évacuées par ponction ponctiforme. Les fusées purulentes seront débridées et pansées. Si la mortification a commencé, on laissera à la nature le soin de tracer le sillon d'élimination, et on régularisera ensuite les amputations, amorcées en quelque sorte spontanément.

G. Duchesne.

# MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

## Assemblée générale ordinaire du 16 novembre 1932

M. le Docteur Maurat, président, entouré des membres du Conseil d'administration, ouvre la séance à 15 heures.

Il présente à l'Assemblée les excuses de M. le Docteur Gassot, trésorier, que la maladie retient à la chambre, et celles de M. Fleury, actuaire, que les obligations de sa charge empêchent cette année d'assister à la séance qui a lieu exceptionnellement un jour en semaine. Il demande à l'Assemblée d'envoyer au Docteur Gassot ses vœux de prompt rétablissement (*applaudissements*) et donne la parole à M. le Docteur Duchesne, remplaçant le Docteur Gassot.

M. le Docteur Duchesne constate que la convocation pour la présente Assemblée générale a été faite dans les numéros 44, 45 et 46 du *Concours Médical*, que les rapports du secrétaire général et du trésorier ont été publiés dans les numéros 39 et 40 du même journal et qu'un tirage à part de ces documents a été envoyé aux sociétaires qui ne sont pas abonnés au *Concours Médical*.

Les formalités statutaires ayant été remplies, le président déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

Il donne la parole au secrétaire général pour la lecture de son rapport.

M. le Docteur Mignon, secrétaire général, donne lecture de ce rapport (1) et continue :

Mes chers confrères,

Je voudrais ajouter quelques mots à ce rapport. Je n'ose pas dire que tous vous l'avez lu, mais ce que je puis affirmer, c'est que ne l'ont pas lu beaucoup ceux qui pourtant auraient dû se faire un devoir d'en prendre connaissance, puisqu'ils sont en ce moment, parmi nos malades recevant une indemnité. Ils ne m'ont pas lu, puisque plus d'une dizaine, depuis qu'a paru ce rapport, m'ont écrit des lettres, adressé des réclamations, reproché des erreurs, discuté les comptes au sujet desquels justement j'avais dans ce rapport attiré toute l'attention de nos sociétaires.

Et ce sont toujours les mêmes négligences qui reviennent :

Oubli de la date d'arrêt du travail !

Oubli de celle de sa reprise ;

Oubli de la défalcation des quatre premiers jours ;

Oubli qu'à partir du soixante-cinquième jour, l'indemnité passe au tarif de chronicité ;

Oubli plus ou moins volontaire d'un diagnostic précis, grâce auquel on pourra faire passer une rechute dans l'année comme une maladie nouvelle.

Et tous ces oublis, jamais un sociétaire ne les passe à son compte ; c'est toujours le secrétaire général et le trésorier qui ont tort ; et quand n'arrive pas le mandat attendu parce que le Conseil, manquant des éléments nécessaires, n'a pu voter l'indemnité, quelle douche, je reçois, moi, qui ne puis que répondre : « *C'est votre faute. Lisez donc les statuts* ! »

Oh ! évidemment ces statuts n'ont rien d'une littérature récréative.

Pourtant, quand on s'affilie à une Société et que celle-ci surtout est une Mutuelle professionnelle et Amicale, on devrait penser que, si on achète des droits par une cotisation, on s'engage à des devoirs lors de l'admission.

Et ces devoirs sont avant tout la bonne et loyale exécution d'un contrat double dont nos statuts sont la loi.

Nous, au Conseil, nous les observons scrupuleusement dans tous les cas. Trouvez donc naturel que nous demandions la réciprocité.

Malheureusement, ceux qui m'écoutent sont d'avance des convertis. Les fautifs ne sont pas ici. Ces mots paraîtront au *Concours* : mais les fautifs les liront-ils ?

C'est pourquoi je ne suis pas convaincu du résultat favorable de mon exposé.

Je vous demande seulement, à vous qui formez l'Assemblée générale d'aujourd'hui, de nous dire par votre vote si nous avons raison de tenir la main à l'observance de nos statuts et au besoin de nous mettre en demeure d'appliquer avec toute la sévérité nécessaire les sanctions prévues contre les négligents systématiques.

Le président demande si quelqu'un a des observations à présenter après les explications du secrétaire général.

Personne ne demandant la parole, il propose à l'Assemblée d'approuver par un vote formel les conclusions du secrétaire général.

Celles-ci sont approuvées à l'unanimité avec applaudissements.

Le président donne la parole au trésorier pour la lecture de son rapport sur l'exercice 1931.

M. le Docteur Duchesne au nom de M. Gassot donne lecture de ce rapport (1).

Il donne quelques détails sur certains chiffres et fait remarquer l'importance de plus en plus

(1) Voir n° 39 du *Concours Médical*.

(1) Voir n° 40 du *Concours médical*.

grande que prend la gestion du portefueille ; il constate que les bonis sur remboursements de valeurs, au cours de l'exercice 1931, ont atteint 182.000 francs !

Le président donne la parole à M. le Docteur Boëlle pour la lecture du rapport des Commissaires aux comptes.

M. Boëlle donne lecture du rapport suivant :

Mes chers confrères,

Chargés par l'Assemblée générale de l'an dernier de vérifier les comptes du trésorier, nous nous sommes réunis, à sa convocation, le 20 octobre dernier.

Après l'examen approfondi des registres et les explications claires qui nous ont été abondamment fournies sur les multiples combinaisons de notre belle œuvre, nous avons constaté avec plaisir la minutieuse tenue des écritures et la parfaite liquidité des comptes.

Je vous propose donc de les adopter et d'adresser à notre incomparable trésorier les remerciements que méritent son labeur acharné et son dévouement sans exemple et de lui exprimer notre affectueuse reconnaissance pour les services innombrables qu'il a rendus, au cours de sa longue et magnifique carrière, à toutes les œuvres du *Concours Médical* dont ont pu bénéficier tous les médecins français.

Personne ne demandant la parole, le président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1931.

Elle est votée à l'unanimité.

Le président appelle l'attention sur le nombre infime des membres présents à la séance. Il dit que le Conseil est certainement sensible à la marque de confiance qu'on lui manifeste ainsi, il serait cependant préférable pour tous qu'un plus grand nombre de sociétaires vint assister aux Assemblées générales et s'intéresser personnellement aux efforts des dirigeants.

Il est vrai que, cette année, le jour qui a été malheureusement imposé dans un milieu de semaine a pu gêner beaucoup de confrères et qu'il convient de les excuser. Mais l'an prochain il faut souhaiter qu'un plus grand nombre d'assistants, surtout parmi les membres de Paris et de la banlieue prennent la peine de venir prendre contact avec le Conseil et voir ainsi ce qu'il fait. (*Applaudissements.*)

L'ordre du jour appelle la nomination de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Boëlle, Perret et Moussaud, sortants et non rééligibles.

Sur la proposition du secrétaire général qui présente une liste de douze noms, l'Assemblée nomme commissaires pour deux ans MM. les Docteurs Arago, Frigaux et Haton avec le ferme espoir qu'ils ne refuseront pas de rendre à la Société ce léger service et les en remercie à l'avance.

L'ordre du jour appelle la nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

L'Assemblée réélit à l'unanimité MM. les Docteurs Arago, Garrigues, Haton et Leulier, membres sortants et rééligibles.

L'ordre du jour étant épuisé la séance est levée.

*Le Secrétaire* P. Boudin — *Le Président,* A. Maurat.

## CHRONIQUE FISCALE

On nous demande constamment quels sont les certificats et quittances, délivrés par les médecins, qui sont exempts de timbre.

Nous en donnons ci-après une nomenclature aussi complète que possible.

Nos lecteurs voudront bien la conserver et s'y reporter toutes les fois qu'ils seront embarrassés.

### Certificats de médecins

Les certificats de maladie délivrés par les médecins sont, en principe, assujettis au timbre de dimension, en vertu de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII qui atteint, d'une manière générale, tous les actes ou écritures susceptibles de faire titre ou d'être produits pour justification.

Toutefois, sont exemptés de cet impôt notamment :

1° Les certificats délivrés aux fonctionnaires par le médecin assermenté de leur administration (loi du 13 brumaire an VII art. 16).

2° Les certificats délivrés par les médecins assermentés ou non, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat (art. 16 de la loi du 29 mars 1897).

3° Les certificats délivrés par les médecins sur la réquisition des agents de l'autorité administrative ou judiciaire ou de la force armée (loi du 13 brumaire an VII, art. 16).

4° Les certificats délivrés sur la demande des particuliers lorsque ces particuliers se munissent au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et des délits ;

5° Les certificats de maladie, de guérison ou d'infirmité et tous certificats faits en vertu et

pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail (art. 29 de cette loi) ;

6° Les certificats ayant pour objet le service de l'assistance aux familles nombreuses (loi du 14 juillet 1913, art. 6 et 10) ;

7° Les certificats relatifs au service de l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893 art. 32) ;

8° Les certificats ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources (loi du 14 juillet 1905, art. 36 et 38) ;

9° Les certificats relatifs au service des enfants assistés, des enfants maltraités ou normalement abandonnés (lois des 24 juillet 1889, art. 17, 21, 25 ; 27 juin 1904, art. 54 et 28 juin 1904, art. 2).

10° Les certificats ou attestations fournis aux Compagnies d'assurances par leurs médecins délégués à titre de simple renseignement d'ordre intérieur et à la condition qu'ils ne puissent pas, en vertu de la police, constituer un titre opposable à l'assuré (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

11° Les certificats relatifs à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868, portant création de deux caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre en cas d'accidents résultant de travaux agricoles ou industriels (art. 19 de cette loi) ;

12° Les certificats relatifs à l'exécution des lois des 18 juin 1850 et 20 juillet 1886 sur la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse (lois des 18 juin 1850, art. II et 20 juillet 1886, art. 24) ;

13° Les certificats relatifs aux procédures visées par les art. 13 et 14, 26 et 27 de la loi du 29 juin 1894, sur les caisses de secours et de retraite aux ouvriers mineurs ;

14° Les certificats concernant l'exécution de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes (loi du 5 avril 1910 et décret du 25 mars 1911) ;

15° Les certificats délivrés par les médecins des hôpitaux aux malades qu'ils ont soignés. (décret du ministre des Finances du 27 octobre 1898) ;

16° Les certificats délivrés à un militaire par un médecin civil pour obtenir une prolongation de congé ou une saison aux eaux thermales (loi du 13 brumaire , an VII, art. 16) ;

17° Les certificats délivrés à des réservistes pour constater leur impossibilité physique de répondre à un ordre d'appel pour une période d'instruction (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

18° Les certificats relatifs à l'exécution des lois des 21 avril 1898 et du 29 décembre 1905 ayant pour objet la création d'une caisse de prévoyance entre les marins français contre les risques et accidents de leur profession (loi des 21 avril 1898 et 29 décembre 1905, art. 26) ;

19° Les permis d'inhumer prescrits par l'art. 77 du Code civil (art. 16 de la loi du 13 brumaire an VII) ;

20° Les certificats ayant exclusivement pour objet la protection des Pupilles de la Nation (loi du 27 juillet 1917, art. 31) ;

21° Les certificats faits pour l'exécution des art. 6 et 26 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée (art. 26 de cette loi) ;

22° Les certificats délivrés aux membres participants des sociétés de secours mutuels régulièrement approuvées ou reconnues d'utilité publique (loi du 1er avril 1898, art. 19 et 33) ;

23° Les certificats délivrés en temps de guerre aux consommateurs privilégiés (malades ou enfants) pour l'exécution des dispositions réglementaires relatives au ravitaillement de la population (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

24° Les certificats pour justifier l'absence des enfants de l'école primaire ou pour obtenir leur réintégration (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

25° Les certificats délivrés aux témoins cités dans une instance criminelle (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

26° Les certificats d'aptitude des nourrices (loi du 23 décembre 1874) ;

27° Les certificats rédigés en exécution de la loi du 12 juin 1893 sur la sécurité des travailleurs (art. 11 de cette loi) ;

28° Les certificats d'aptitude physique pour le travail des enfants dans les établissements industriels (loi du 2 novembre 1892, art. 2) ;

29° Les certificats de vaccination ou de revaccination prescrits par la loi du 15 février 1902 (loi du 13 brumaire an VII, art. 16, n° 1) ;

30° Les certificats de revaccination prescrits par le ministre de l'Instruction publique ;

31° Les certificats de vaccination antidiphtérique remis d'office par les médecins des hôpitaux, en conformité des instructions du département de la Santé publique, aux parents dont les enfants ont reçu les trois injections complémentaires d'anatoxine (décret du ministre des Finances du 13 août 1931) ;

32° Les certificats médicaux délivrés pour l'exécution de la loi du 5 avril 1928, sur les Assurances sociales ;

Tous ces certificats, pour bénéficier de l'exemption, doivent être revêtus d'une mention précisant leur destination.

## Quittances délivrées par les médecins

Les quittances des médecins sont, en principe, passibles du droit de timbre gradué édicté par l'art. 18 de la loi du 23 août 1871 modifié par l'art. 71 de la loi du 13 juillet 1925 ;

Toutefois, elles peuvent en être exemptées lorsqu'elles entrent dans l'une ou l'autre des catégories d'actes suivantes :

1° Actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (art. 13 et 29 de cette loi) ;

2° Actes faits en vertu de la loi du 14 juillet 1913 et ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance aux familles nombreuses (art. 10 de cette loi).

3° Actes faits en vertu de la loi du 15 juillet 1893 et exclusivement relatifs au service de l'Assistance médicale (art. 32 de cette loi).

4° Actes faits en vertu de la loi du 14 juillet 1905 et ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes, et aux incurables (art. 36 et 38 de cette loi).

5° Pièces exclusivement relatives à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868, portant création de deux caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre en cas d'accidents résultant de travaux agricoles et industriels (art. 19 de cette loi).

6° Actes faits en vertu des lois des 24 juillet 1889, du 19 avril 1898 et du 27 juin 1904 et exclusivement relatifs au service des enfants assistés (art. 18 de loi du 24 juillet 1889 et 54 de la loi du 27 juin 1904).

7° Actes ou reçus établis pour l'exécution de la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales.

Pour bénéficier de l'exemption, tous ces reçus doivent être revêtus d'une mention, précisant leur destination et l'objet qui motive l'exemption.

Lorsque les quittances sont soumises au timbre ceux-ci doivent être régulièrement oblitérés par l'inscription à l'encre de la date et de la signature du médecin.

## Projet de budget de 1933

Les professions libérales sont l'objet, dans le projet de budget présenté par le Gouvernement pour 1933, de mesures destinées à assurer la sincérité des déclarations.

Voici en quoi elles consistent :

En cas de désaccord avec le contrôleur, la commission consultative est remplacée par une commission de *taxation* composée d'un inspecteur des contributions directes président, du contrôleur des contributions directes, du receveur de l'enregistrement, du percepteur et de deux contribuables répartiteurs désignés par le directeur des contributions directes.

Cette commission, après avoir entendu le contribuable, fixe la base de l'imposition et les majorations, s'il y a lieu. Cette décision est notifiée au contribuable qui peut contester l'imposition après l'établissement du rôle, à charge par lui d'apporter la preuve de son bénéfice réel.

Il est donc de toute nécessité pour nos lecteurs d'avoir une comptabilité.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable français*.

# VARIÉTÉS

## Un évocateur du Canada : Louis Hémon, l'auteur de Maria Chapdelaine

Dans une introduction qui sert de préface à la nouvelle et belle édition illustrée de *Maria Chapdelaine* (1), M. Edmond PILON nous fait connaître Louis Hémon qui pénétra si bien l'esprit du Canada dans son roman d'une beauté si simple, si pure, si passionnante que, selon l'expression de Charles Le Goffic, il « révéla à elle-même l'âme canadienne ». Ce fut, en effet, à Montréal et à Québec que l'apparition de *Maria Chapdelaine* provoqua une émotion indescriptible, avant que les *Cahiers verts* lui eussent assuré la fortune éclatante qu'elle eut, en France. La fine et délicate sensibilité de M. Edmond Pilon lui permettait de nous faire connaître en quelques pages Louis Hémon, ce breton devenu Canadien, un véritable héros de roman, qui a réellement vécu les scènes du chef-d'œuvre qu'il a écrit.

Louis Hémon naquit à Brest le 12 octobre 1880. Frère d'un enseigne de vaisseau, il eut une enfance sérieuse et rêveuse. Extrêmement précoce, il nourrit dès l'enfance son imagination des lectures des romans de Jules Verne et de Fenimore Cooper.

De 1904 à 1911, il vécut à Londres, où il exerça un peu tous les métiers et connut toutes les misères. Il publia *Battling Malone* et *Colin-Maillard* qui, à l'exemple des romans de Dickens, donnent une peinture exacte de la vie populaire dans la capitale anglaise.

En juin 1911, Louis Hémon traversa l'Océan et vint à Montréal. Il ne s'éternisa pas dans la ville et prit le vapeur pour traverser le lac Saint-Jean et gagner la campagne. Sur le bateau, il fit la connaissance du fermier Samuel Bédard, prototype du père Chapdelaine, qui l'engagea comme domestique de ferme, s'adonnant à la fois aux travaux agricoles et forestiers. Comme bûcheron et comme laboureur, Louis Hémon vécut très réellement la vie rude et pénible du paysan canadien, cultivant les terres et défrichant les forêts, ayant oublié les préjugés européens et

(1) Louis HÉMON : *Maria Chapdelaine* : Contes de France et d'ailleurs. L'Edition d'art H. Piazza, Paris, 1932.

menant une vie sans contrainte sociale, indépendante et libre.

C'est ce qui explique la sincérité, l'émotion qui se dégagent de chaque page du roman bien canadien.

La description des rivages de la rivière Péribonka n'est pas celle d'un paysage irréel, et le tableau de la vie de ces pionniers au visage franc, au cœur pur, n'a rien de convenu. Quel charmant, sobre et gracieux portrait que celui de Maria Chapdelaine, cette belle et saine jeune fille, si plaisante à contempler dont on admire la simplicité honnête de ses yeux et de ses gestes !

On a comparé la Maria Chapdelaine de Louis Hémon à Mireille ou à Sylvie, et encore à Virginie et à Atala.

M. André Bellessort la compare surtout à Atala. Il trouve qu'elle est présentée « avec moins d'art et de génie, peut-être avec plus de sincérité, de naïveté. »

Elle nous a rappelé l'héroïne de la chanson que nous entendîmes, après la belle conférence du Professeur Sergent sur le Canada à l'Union médicale latine ; des étudiants de la Maison canadienne de la Cité Universitaire y chantèrent une romance assez semblable à celles avec lesquelles nous bercèrent nos grands-mères, où l'on célébrait la jolie Canadienne aux beaux yeux doux.

Louis Hémon eut une fin tragique. Avide d'aventures, il quitta les bords de la rivière Péribonka, sac au dos, suivant le rail qui marquait sa route dans les régions désertes des Grands lacs et de l'Ontario : il fut happé et broyé par un train. Il avait l'âge fatidique de trente-trois ans.

J. Noir.

# A PROPOS DE LA SUPPRESSION DES MAISONS DE TOLÉRANCE

## Rapport de la Commission médicale de l'Association dauphinoise d'hygiène morale

Par le Docteur S. Lortsch, secrétaire

L'Association dauphinoise d'hygiène morale a entrepris une lutte sans merci contre la réglementation de la prostitution. Cette lutte lui paraît être en effet un des moyens les plus efficaces de combattre la prostitution elle-même, dont on soutient parfois la nécessité, mais dont personne ne conteste les funestes conséquences.

Faute d'une documentation suffisante, cette conception est parfois durement critiquée et considérée comme l'expression d'un puritanisme exagéré, comme une théorie basée uniquement sur des raisons d'ordre moral, mais incompatible avec les données sociologiques contemporaines et avec les notions acquises d'hygiène et de médecine.

Notre Association ne se cache pas de mettre au premier plan la valeur des facteurs moraux et spirituels, mais elle entend non moins se placer sur le terrain de l'hygiène propement dite et considérer sous toutes ses faces la question de la réglementation.

L'hygiène étant une branche de la médecine, il était naturel de constituer une commission exclusivement médicale pour s'occuper de cette question d'un point de vue purement objectif. Nous pouvons ainsi apprécier en toute indépendance d'esprit, et d'un point de vue scientifique, les résultats des différents régimes des mœurs, contrôler les affirmations souvent gratuites des protagonistes de telle ou telle méthode, fixer indiscutablement les résultats acquis et donner des bases précises à une œuvre qui veut être une œuvre de salubrité publique.

Cette commission composée de treize médecins (1), est, par son existence même, une réponse extrêmement nette à cette thèse foncièrement erronée et dont il faut faire justice que le Corps médical est tout entier hostile à l'abolition de la réglementation. Il est certainement impossible d'établir la proportion des médecins réglementaristes et abolitionnistes, mais il est possible d'affirmer que ces derniers sont en nombre respectable, et dans notre ville en particulier, il n'a pas été difficile d'en réunir immédiatement un bon nombre pour former cette Commission médicale de l'Association dauphinoise d'hygiène morale.

Notre première tâche a été de réunir une documentation proprement médicale au sujet de la morbidité vénérienne à Grenoble.

Le nombre de consultations données au service antivénérien municipal a été de 5.344 en 1928, 7.474 en 1929, 19.812 en 1930 (année de l'ouverture du ser-

(1) Cette Commission est composée de M. le Docteur Hermite, médecin-accoucheur chef honoraire et administrateur des hospices civils de la Tronche, président ; M. le Docteur Butterlin, médecin inspecteur du Service syphiligraphique et Mlle C. Bruyant-Perraud, vice-présidents ; Docteur S. Lortsch, secrétaire ; Docteur Astier ; Docteur Bouyer, médecin chef des asiles Saint-Robert ; Docteur Chapuis ; Docteur Guillermin ; Docteur Colonel Julien, médecin-chef de l'hôpital militaire ; Docteur Mollaret ; Docteur Montcenis, directeur du Service municipal d'hygiène ; Docteur Reuyer, inspecteur départemental d'hygiène ; Docteur Viallet, médecin général.

vice antivénérien de la polyclinique et de l'abolition de la réglementation), 23.666 en 1931.

Il est demandé à chaque malade nouveau l'endroit où il a été contaminé. On n'obtient pas toujours de réponse précise car beaucoup de ces malades sont des étrangers qui ne connaissent pas la ville, quelques-uns ont eu des rapports avec plusieurs femmes. Néanmoins, on a pu, grâce à ce procédé, s'assurer de certains foyers de contamination. Le plus souvent même l'infirmière sociale se rend dans ces endroits et décide les femmes à se faire soigner.

Il y a là des ressources d'information fort utiles et qui permettraient d'améliorer encore l'état sanitaire si les règlements municipaux étaient appliqués avec un peu plus de bonne volonté par la police.

Parallèlement à l'augmentation du nombre des consultations, le nombre des cas nouveaux de syphilis a considérablement diminué au cours de 1931 et pendant le premier trimestre de 1932 cette diminution a été plus sensible encore.

Il serait prématuré de publier des chiffres se rapportant à un si court espace de temps, et plusieurs raisons peuvent expliquer cette diminution de la morbidité vénérienne. Ce n'est pas avant plusieurs années, avant le retour de conditions économiques normales, avant d'avoir pu préciser exactement ce qu'était la morbidité vénérienne avant le 1er octobre 1930 — et de ces recherches aussi s'occupe notre commission — que l'on pourra conclure d'une façon péremptoire.

Une chose cependant est certaine, c'est que l'abolition de la réglementation n'a pas été suivie d'une recrudescence de la morbidité comme certains croyaient pouvoir le prédire à coup sûr.

D'autre part, le médecin-chef de l'hôpital militaire de Grenoble dans l'impossibilité de nous communiquer directement les statistiques officielles de l'armée a bien voulu cependant nous exprimer son opinion en ces termes : « Ce que l'on peut affirmer c'*est que* 1931 *ne s'est pas manifesté par une recrudescence des maladies vénériennes*, il y aurait plutôt *diminution*, mais il est difficile de rattacher cette diminution à une origine plutôt qu'à une autre ».

Notre rôle n'est d'ailleurs pas de conclure, mais d'enregistrer les faits consciencieusement et de les laisser parler. Les conclusions s'imposeront elles-mêmes à leur heure à l'esprit des hommes de bonne foi.

L'expérience de Grenoble est trop récente pour qu'il soit permis d'ores et déjà d'en interpréter les résultats, mais il est possible de comparer ces résultats à ceux des expériences analogues et plus anciennes faites en d'autres pays. Les effets des mesures prises à Grenoble sont en tout point analogues à ceux obtenus dans tous les pays abolitionnistes. Ce n'est pas sortir de notre sujet que d'examiner rapidement la situation de ces pays. C'est même pour le moment la seule façon possible de prolonger les lignes et de savoir au devant de quoi nous nous avançons en poursuivant nos efforts.

L'Angleterre a aboli la réglementation, il y a bientôt cinquante ans et le nombre des maladies vénériennes a diminué dans une proportion supérieure à celle de 10 à 1. Le Corps médical anglais est nettement abolitionniste.

S'il n'existe pas de législation uniforme pour tout l'empire colonial britannique, on constate cependant qu'il existe de vastes zones de territoire comme l'Afrique tropicale où la prostitution commercialisée n'existe pas.

D'autre part, l'opinion fondée sur le fait que la persistance de la prostitution autorisée sous quelque forme que ce soit compromet l'efficacité des mesures médicales gagne constamment du terrain.

Les résultats obtenus à Gibraltar grâce à la fermeture des maisons de prostitution et à Singapour où des mesures analogues sont progressivement appliquées enrichiront utilement l'expérience acquise dans ce domaine.

Dans toutes les parties de l'empire colonial où l'on étudie l'application des mesures contre les maladies vénériennes, on tient à offrir à la population des facilités pour le diagnostic et le traitement gratuit de ces maladies et l'on vise en même temps à éliminer toutes les formes de prostitution organisée et commercialisée qui peuvent encore exister.

Les mêmes mesures, avec les mêmes résultats ont été prises en Esthonie, en Lettonie, en Finlande, au Danemark, aux Pays-Bas, en Pologne, en Tchécoslovaquie et tout récemment en Allemagne ; hors d'Europe aux Etats-Unis et en Australie.

En Suède, en Norvège, dans l'Afrique du Sud et au Canada, la réglementation de la prostitution n'a jamais existé et le besoin ne s'en est jamais fait sentir.

Dans cette énumération ne sont compris que les principaux des trente pays ayant aboli ou n'ayant jamais connu le système de la réglementation.

Une carte du monde représentant avec une couleur distincte les territoires où la réglementation n'existe pas donnerait une vue impressionnante du mouvement abolitionniste, et parmi les raisons qui expliquent un développement de telle envergure, les raisons médicales sont les plus importantes.

Si la même conviction s'est imposée à des pays aux mentalités si diverses, c'est qu'ils se sont rendus à l'évidence des faits scientifiquement établis et contrôlés ; les raisons de sentiments n'ont rien à y voir.

Le tour du monde que nous venons de faire est particulièrement instructif. Il nous permet de baser notre action sur l'expérience renouvelée et irréfutable de son efficacité.

Si les heureux effets du régime abolitionniste — unis à des efforts de prophylaxie, de traitement et d'instruction — doivent nous inciter à poursuivre nos efforts, nous y trouvons un autre aiguillon dans les proportions si grandes qu'atteint la morbidité vénérienne en France.

Alors que cette morbidité diminue notablement à

l'étranger, certains auteurs n'hésitent pas à affirmer son augmentation dans notre pays. C'est en particulier la thèse exposée dans un travail élaboré à la clinique syphiligraphique du Professeur Jeanselme à Paris (1).

Les statistiques de l'hôpital Saint-Louis, celles de Lyon, de Saint-Etienne, de Marseille, de Bordeaux et du Havre sont concordantes et dénoteraient un accroissement de cas nouveaux de syphilis.

Déjà le Docteur Leredde, particulièrement compétent en la matière avait signalé dans son livre : *Un fléau social*, l'augmentation de la syphilis dans les campagnes.

Si nous consultons les rapports de l'*Etude statistique de l'activité antivénérienne* publiée par MM. Cavaillon et Moine, nous voyons le nombre des cas nouveaux augmentant d'année en année jusqu'à atteindre 110.073 pour 2.081.170 consultations en 1928.

La progression de ces chiffres est certainement pour une part très grande la résultante logique de ce que les services, plus nombreux sur tout le territoire, ont exercé un dépistage, plus important au cours de ces dernières années.

Mais cette progression ne peut davantage permettre de conclure à une diminution des cas nouveaux, et de s'estimer satisfait du régime actuel de la police des mœurs.

Les mêmes causes entraînent les mêmes effets.

Les résultats constamment obtenus dans trente pays abolitionnistes ne sauraient manquer d'être obtenus à Grenoble, à condition que les règlements soient appliqués avec vigueur, à condition que les ressources thérapeutiques soient multipliées de façon à permettre à tous de se soigner en toute liberté et discrétion, à condition que soient vulgarisées des notions exactes de physiologie et de médecine, qu'en particulier elle devienne un lien commun, cette loi de physiologie que les organes sexuels sont destinés à la reproduction plus qu'à la jouissance, et que soient reconnus les principes d'hygiène et de morale qui régissent la satisfaction et la discipline des sens.

(1) *Contribution à l'étude comparée de la syphilis en France et à l'Etranger*, Paris 1926, par le Docteur M. PETIT.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*..... Il paraît tout de même impossible de citer ici tous les purs de la tribu à l'exception des autres .....*

(LE MANDARIN).

DCCCXXVIII. — Octave MIRBEAU. — **Le Journal d'une femme de chambre.** Un vol. 15 × 20 illustré par Ch. A. Edelmann, tiré à 900 ex. numérotés (Japon à la forme, Japon, Hollande et Rives) dans la Collection « *Les Beaux Livres* », sur les presses de Couloma. *Editions Mornay*, Paris, 1932.

J.-H. Rosny aîné, qui l'a beaucoup connu disait de Mirbeau et de son œuvre : « *Les livres de M. décèlent en général une vision noire de la vie. L'auteur se complaît dans la peinture de types rapaces, féroces, caricaturaux, un monde de crapules, de canailles, d'imbéciles. De ci de là, une figure touchante, rarement pure ...* ». C'est ici que j'en voulais venir : cette *rareté* de la pureté qui marque si profondément cette extraordinaire littérature, où il est cependant injuste de penser que « *se complut* » l'écrivain. Il voyait noir, et ceci me semble une explication plus rationnelle de cette cohérence persévérante qui l'attacha à tout un monde de monstres. Son « *Journal* », dont les Editions Mornay donnent une belle réédition, en est abondamment pourvu : sinistres pantins enfiévrés tournant comme des chiens autour d'une femelle aux reins complaisants. Je n'ai pas besoin de m'étendre sur le texte. Je vous signale qu'il est imprimé très soigneusement, en italique, sur papier de qualité. Il est surtout vigoureusement illustré ; sans inutile crudité mais avec un réalisme brutal, aiguisé, d'une bien subtile intelligence. Tout est en teintes sourdes, pisseuses (1) suintant tous les reflets suspects de ces papotages d'office, de ces grossièretés ancillaires. Les noirs ont des profondeurs nuancées d'ongles sales, d'ombres complices. Le trait (et l'analogie est pour certaines gravures, frappante !) a cette sécheresse, cette anguleuse cruauté de Forain qui n'avait même pas besoin de ses terribles légendes pour faire parler ses personnages. Ici aussi la ligne nue souligne et grave les tares, leur tristesse, leur prétention ou leur cynisme. Une clarté diffuse de sordide lumière estompe toute cette humaine misère, ces besognes, ces vices hideux, ces passions exaspérées, ces menteries et ces hypocrisies. Papelarde pudeur de l'héroïne aux yeux baissés entre le valet glabre et le patron congestif, dès la couverture où la mode 1900 cristallise son vétuste ridicule. Et surtout frontispice magnifique où un miroir terni, entre deux candélabres, domine et éclaire si chichement le désordre gris d'une toilette, où s'affaire, plus curieuse et scrutante qu'occupée, la femme de chambre penchée sur un ustensile étalé au pré-

(1) Je m'excuse de ce terme trivial pour lequel je n'ai pas su trouver d'équivalent dans le genre, ni dans le barbouillis de la palette.

mier plan. La ligne de ses épaules, du dos, de la tête inclinée, les linges sous un bras, le bonnet de service convergent et concourent à exhausser cette curiosité malsaine de la domestique attentive aux faiblesses physiologiques et presque aux infirmités du maître. Tristesse rampante de l'animale idylle de la page 87 avec son échappée sur la mer. Epouvante d'agonie de la page 135 où le moribond est si véridiquement allongé, abandonné au creux du lit, profil durci par la cachexie et jauni d'une atroce flambée, fièvre et morbide désir raidis par la mort proche. Et ombres encore sur les visages, les mains tendues, les chairs blafardes, les gestes veules, toute l'ordure et la fatigue traitées sans pitié par un artiste dont le dessin fouaille ce long étalage d'une hideuse concupiscence fuyant la clarté, de page en page. Sans âme, ces personnages ont une glaciale apparence de bétail, sournois ou bramant ; de brutes ; de viandes livides ou parcourues par l'embrasement de leur sang. Entremetteuse obèse de la page 277, coiffée de sa capote rehaussée d'autruche noire, vêtue d'aubergine et dont le crucifix en pendeloque atteste la pureté, cette rare pureté qui est un masque grimaçant sur ces faces tourmentées par une unique préoccupation : jusqu'à l'écœurement, et jusqu'à la nausée.

DCCCXXIX. — J. Lucas-Dubreton. — **La grande peur de 1832.** (Le choléra et l'émeute). Collection « *Les Histoires extraordinaires* ». Un vol. 12 × 19. *Editions de « La Nouvelle Revue Française »*. Paris, 1932, 15 francs.

Le récit très vif de cette époque où Paris fut soumis aux affres de la pandémie et à celles de l'émeute prolongée est conduit avec un souci très remarquable du détail historique et un art consommé de l'anecdote. Les passages relatifs aux procédés thérapeutiques mis en œuvre par nos malheureux confrères sont d'un comique gratuit que l'auteur pouvait gazer, puisque la conduite du Corps médical (à *une* exception près, et, compte tenu de l'ignorance collective sur la nature du fléau !) fut très crâne. Il est facile de dauber, le danger éteint, sur la maladresse des bonnes volontés et de négliger pour la joie du lecteur ou de signaler en une ligne le dévouement des pauvres bougres par surcroît suspectés de répandre la maladie. Le choléra fut assimilé à la vieille « *lipyrie* » ou à la « *curieuse épidémie dite trousse-galant* » qui parcourut l'Europe vers 1600 et sur lesquelles je n'ai, hélas, plus ignorant que mes confrères de 1832, aucune lumière à vous faire partager.

DCCCXXX. — André de Richaud. — **La fontaine des Lunatiques.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Bernard Grasset*. Paris, 1932, 15 francs.

De très remarquables qualités dans cet étrange roman qui, précisément, vise trop ouvertement à l'étrange. Un symbolisme d'une très juvénile confusion emporte les héros qui sont au contraire parfaitement humains dans leur vie terre-à-terre. Leur folie est trop près du surréalisme et trop loin du détraquement normal d'une cervelle pensante. Pourquoi diable un écrivain qui a cette aisance descriptive, cette puissance réelle d'évocation la conduit-il dans ce dédale ? ? ? ? O jeunesse .....

DCCCXXXI. — Léon Daudet. — **La Recherche du Beau.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*. Paris, 1932, 12 francs.

Confidences et souvenirs où Monsieur Daudet nous familiarise avec ses notions d'esthétique, les plus familières ; suivant tantôt Montaigne et plus souvent Brantôme et Plutarque d'autres fois. Un foisonnement d'idées plus pressées de jaillir que de s'ordonner et nous jetant de Sicile à Hambourg, de Ronsard à une digue de Hollande. On ne se ressaisit qu'à l'arrivée de cette vertigineuse promenade et poursuite du « *Beau : intellectuel, spirituel et corporel* ». Je m'excuse : entraîné dans la ronde, je vous les cite à l'envers : c'est le corporel qui vient en tête. L'auteur qui était chez Tillaux au moment des premières injections antirabiques signale le décès « *dans des souffrances épouvantables* » des Russes qui avaient été mordus à la face par des loups. Et Jupille ? ? A la même page, j'ai été arrêté par cette phrase qui m'a aussi déconcerté : « *Je pense dès longtemps, qu'il y avait en Pasteur cette force inconnue de persuasion, qui était aussi en Charcot, et que Babinski, le plus grand élève de Charcot, a appelée « Pithiatisme », du grec : peithein.* ». Ceci à la page 221, textuellement. Et à la même page, relevant de cette « *même force* », le pouvoir du laudanum de Sydenham. Toujours page 221, sur le déclin de la page.

DCCCXXXII. — Docteur Eugène Teissier. — **La Révolution de 1789 dans la région d'Aigues-Mortes.** Un vol. 14 × 22. *Imprimerie du Sud-Est*. Nice, 1932.

Les documents d'archives ingénieusement groupés par l'auteur font revivre avec une particulière intensité la tourmente qui fondit sur une ville heureuse et sans histoire. Le livre trop court est extrêmement attachant et apporte à l'histoire locale une érudite et intéressante contribution.

DCCCXXXIII. — Jean Maxence. — **Positions.** Essais. Un vol. 12 × 19. *Editions « A la Revue Française »*. Paris, 1932.

A propos d'événements littéraires contemporains, Jean Maxence passe en revue les problèmes intellectuels qu'ils soulèvent. Quelques-uns des

articles ainsi groupés, et qui avaient été écrits, il y a quelques années à peine, ont perdu de leur exactitude. L'ensemble garde une fraîcheur de jugement, une finesse sans roueries techniques donnant de l'après-guerre « *liquidée* » une vision juste ; et surtout une agréable démonstration, très animée, des rapports secrets d'une époque avec les œuvres littéraires les plus marquantes dont elle a provoqué la maturation.

DCCCXXXIV. — Docteur CABANÈS. — **Les Condé.** Tome I. Un vol. 14 × 18, orné de 67 illustrations. *Editions Albin Michel.* Paris 1932, 20 francs.

Je me borne à vous signaler la sortie de cet ouvrage qui vous sera longuement présenté par notre Directeur et dont les hypothèses de pathologie historique ont le coutumier allant des œuvres précédentes de notre regretté confrère qui avait laissé (nous le voyons un peu tous les jours) une mine de documents très au point.

**Varia*****

En souscription chez M. Pichon, 5, rue Christine à Paris, pour sortir en février prochain une édition italienne de la « *Vita Nuova* » de Dante. Elle sera tirée à 120 exemplaires sur Arches, vergé à la main ; au prix de 350 francs l'exemplaire. Ce livre est le premier d'une collection qui se propose de rééditer dans leur langue originale les œuvres capitales des diverses littératures ; et qui est dirigée par le bibliophile milanais, Alberto Tallone. Pour inaugurer la collection, Alberto Tallone a demandé au meilleur imprimeur français la réalisation de l'immortelle « *Vita Nuova* ». J'ai eu le plaisir de voir l'ébauche de ce chef-d'œuvre d'imprimerie et vous fais part sans commentaires, de mon admiration sans réserves. Il est curieux de noter que l'officine de M. Léon Pichon est toute proche de l'antique *Vico de li Strami*, où Dante habita tandis qu'il séjournait sur les rives de la Seine pour y suivre l'enseignement des docteurs en Sorbonne.

* Le « *Mercure de France* » du 15 novembre contient une étude sur Talleyrand ; une rectification des sources du « *Roi s'amuse* » ; une revision des paniques boursières dont pâtirent à différentes époques nos amis américains ; une présentation de la secte des Yezidis, adorateurs de Satan et qui entre autres avantages dispense ses adeptes de recourir jamais au médecin. Une appréciation d'orfèvre sur le théâtre russe contemporain. Aux Echos toujours copieux et rédigés par de clairvoyants spécialistes j'ai trouvé l'annonce d'un ouvrage trop brièvement commenté sur la « *Cuisine futuriste* ». Où le futurisme va-t-il se percher ? En cuisine (comme en d'autres domaines) la tradition offre plus de reposante sécurité.

5 décembre 1932

L'HOMME AUX BÉSICLES.

## Comptes rendus, documents, pièces officielles...

### Fédération des Syndicats médicaux du Finistère

***Réunion du 3 juillet 1932***

(*suite et fin*) (1)

**Consultations de nourrissons.**

Des incidents se sont produits à leur sujet. Dans certaines localités où résident des médecins, mais où il n'y a pas de consultations, il est arrivé que des infirmières visiteuses ont tenu des séances qui en étaient « l'imitation ».

Ceci a paru un peu fort à ces médecins qui réclament que, si des consultations sont faites, elles leur soient confiées. Il en est de même pour les vaccinations qui, parfois seraient faites par des sages-femmes là ou il y a des médecins qui les feraient volontiers. On décide de réclamer « la Médecine aux Médecins » ?

Ailleurs, ce fut une infirmière qui s'opposa délibérément au médecin. Celui-ci, voulant surveiller certains nourrissons qui n'auraient plus été présentés à la consultation, si l'allocation avait été supprimée, ferma les yeux sur le fait qu'ils recevaient du biberon. Mais l'infirmière le contrecarra et dénonça.

La discussion fit voir que certains médecins ne procèdent pas avec assez de soin à leurs consultations ; là encore nous réclamons qu'on les rappelle individuellement à l'ordre, mais l'assemblée se range à l'avis du confrère desservi, estimant qu'il y a bien là une mauvaise conception et que l'allocation devrait appartenir au nourrisson, et non à la nourrice. *En fait ce sont ceux qui auraient le plus besoin d'une surveillance qui ne sont pas contrôlés* ! Il est bien d'encourager l'allaitement au sein, encore faut-il bien s'y prendre. Notre vœu se trouvant en opposition avec l'état actuel de la loi, est renvoyé à la Confédération qui sera priée de le défendre.

En tout cas, l'assemblée ne saurait admettre qu'une infirmière puisse être mise en opposition avec un médecin dans des conditions pareilles.

**Dispensaires. — Fiches de liaison.**

Les médecins des dispensaires font savoir que des malades ont abusé des fiches de liaison. Disant venir de la part d'un praticien, ils demandaient une fiche, et puis ils s'en servaient personnellement, au centre de réforme ou ailleurs, comme d'un certificat.

Il a donc été décidé que dorénavant les fiches ne

(1) Concours médical, n° 48.

seraient plus délivrées qu'à la demande des praticiens, et leur seraient directement remises.

**Examens sanitaires des conducteurs d'automobiles de transports en commun.**

L'assemblée approuve complètement le principe de ces examens, mais estime que le mode actuel de procéder doit être réformé.

Il est inadmissible de faire payer par le candidat cet examen qui peut le faire refuser — c'est l'administration qui le demande, qui devrait le payer et ainsi l'examinateur conserverait toute liberté d'appréciation. (Renvoyé à la Confédération.)

***

Cette première réunion intersyndicale générale, faite à titre d'essai, eut un succès auquel on ne s'attendait pas ; on décida donc de recommencer l'an prochain au printemps, continuant à prévoir des réunions syndicales séparées pour l'automne parce qu'on a eu la preuve qu'on ne sera jamais en nombre suffisant pour constituer réellement « un Syndicat départemental ». C'est la configuration géographique du pays qui s'y oppose surtout.

Elle se termina par un déjeuner fort bien servi à l'Hôtel d'Angleterre, déjeuner dont l'agrément et l'éclat furent encore augmentés par la présence de vingt-cinq dames. On ne pouvait donc mieux faire que de prier celles-ci de voter le lieu de la réunion de 1933 ; ce fut Morgat qui fut unanimement choisie. Il faudra y être bien plus nombreux encore.

Au dessert, le Docteur Bagot père, doyen des médecins présents et président du Syndicat de Morlaix, fit une causerie très fine et qui fut extrêmement appréciée pour sa verve, et dont il a bien voulu nous confier un résumé.

Après avoir adressé aux dames des souhaits de bienvenue, remercié le Docteur Hutin qui s'est dérangé de Guingamp pour nous apporter le salut des Syndicats des Côtes-du-Nord, il félicite le Docteur Classe d'avoir si bien réussi à préparer cette réunion médicale ; enfin, il rappelle au souvenir des médecins présents les Docteurs Prouff et Marchais, qui ont été des modèles de probité et de conscience professionnelles.

Il compare ensuite la médecine d'il y a cinquante ans avec la médecine d'aujourd'hui.

« C'était l'époque où les médecins étaient peu nombreux les distances longues, où l'on partait souvent à cheval, la nuit ou le jour, pour aller à 20 où 30 kilomètres, plus tard dans un cabriolet, qui n'offrait qu'un abri dérisoire, traîné par un cheval souvent fourbu, à raison de 8 kilomètres à l'heure. (Il rappelle que, n'ayant pas d'autre loisir, il lui fallait travailler dans sa voiture, ce qui faisait dire à certains : « Faut-il qu'il soit peu savant, pour avoir encore besoin de travailler comme cela ! ».)

« Les visites se payaient alors dix sous en ville, vingt sous plus tard. Il n'y avait d'honoraires ni pour les soins aux indigents, ni pour les accidentés du travail. On marchait la nuit au même prix que le jour, de sorte que les paysans, qui n'avaient ni le téléphone, ni la bicyclette, arrivaient chez le médecin, une fois leur travail terminé.

« En 1870, la chirurgie était si meurtrière que l'on n'osait risquer aucune opération sérieuse. A mon arrivée à Brest en 1880, les doctrines de Pasteur étaient appliquées sous forme des méthodes de Lister. On opérait dans un nuage phéniqué, on sentait l'iodoforme à distance de telle sorte que, au restaurant, on nous donnait une salle à part pour éviter de faire fuir les autres clients.

« Les médecins de l'époque portaient généralement redingote et chapeau haut. Quand on entrait, ainsi accoutré, chez un malade, il croyait voir le Messie ou un sorcier, et se considérait déjà comme à moitié guéri. En abandonnant ce costume, nous avons perdu une partie de notre prestige.

« Quand Roux eut fait sa communication sur le sérum du croup, les demandes affluèrent tellement qu'on ne pouvait suffire. Les deux premiers tubes que je pus me procurer le furent grâce à la protection de notre député M. de Mun ; j'eus le bonheur de sauver mon premier malade.

« Voyez comme tout cela est loin. Grâce au téléphone et à la bicyclette, on nous appelle le jour (et, j'y pense, la majoration des prix de nuit y est pour quelque chose). Grâce à l'auto, nous pouvons répondre plus vite à l'appel du client, voyager « tuto et cito », rentrer chez nous de bonne heure, et avoir plus de loisir pour travailler, ou plus de temps à consacrer à notre famille. Le médecin n'est plus pour les siens un simple pourvoyeur, mais il peut être un éducateur.

« Autrefois, chacun vivait comme un escargot dans sa coquille, isolé, connaissant à peine ses voisins ; aujourd'hui, on se groupe, on se réunit (nous en avons la preuve aujourd'hui), et on apprend à se mieux apprécier.

« Bref, si je compare la médecine, telle que je l'ai connue autrefois et celle que nous faisons tous aujourd'hui, je suis tenté de vous rappeler le vers de Virgile :

*O fortunatos nimium sua si bona norint . . .*

« O, heureux, mes chers et jeunes confrères, si vous saviez apprécier votre bonheur !

Dr BAGOT, père. »

Et pour finir cette bonne journée, le Docteur Classe emmena la plus grande partie des médecins présents et leurs femmes à son sanatoruim de la Garenne, où le plus charmant accueil leur fut réservé, et où, loin de penser que c'était là un établissement fait pour des malades, nous appelâmes Ovide à se joindre à Virgile dans notre souvenir.

*Le Secrétaire* Dr E. DAMEY.

*Le Président :* Dr F. CHAUVEL.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance* (clinique Parrot). — M. le Professeur P. Lereboullet a repris ses leçons cliniques le mercredi 16 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires a commencé le jeudi 3 novembre.

Organisation de l'enseignement. — Le lundi, à 11 heures : Conférence d'actualité pédiatrique par les chefs et anciens chefs de clinique et par les assistants du service. — Le mardi, à 10 h. 45 : Policlinique au pavillon Pasteur. — Le mercredi, à 10 h. 45 : Leçon clinique par le professeur. — Le jeudi, à 10 heures : Conférence d'hygiène et de pathologie du premier âge aux stagiaires ; à 11 heures : Consultation de nourrissons et policlinique. — Le vendredi, à 10 h. 45 : Conférence de diététique et de thérapeutique du nourrisson (avec présentation de malades). — Le samedi, à 10 h. 45 : Consultation de nourrissons et policlinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles de médecine et les nourriceries.

En outre, à partir du 10 novembre et pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) : Enseignement pratique de puériculture (Institut de puériculture de la ville de Paris et du département de la Seine). S'inscrire pour cet enseignement spécial au laboratoire.

Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu à Pâques et en juillet 1933.

— **Chaire de clinique de la tuberculose.** (Fondation du Conseil général de la Seine. Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, et Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon Bernard.) — Programme général. — I. *Enseignement élémentaire* : Lundi à 9 h. 30 : Pneumothorax artificiels compliqués (Docteur Triboulet, assistant). Expertises militaires pour la tuberculose (Docteur Lamy, assistant).

Lundi à 14 h. 30, au dispensaire : policlinique par les assistants ; service médico-social de dispensaire, par les Docteurs Baron et Triboulet, assistants.

Mardi, à 10 h. 30, Examen des malades du service par le professeur (salle des conférences de la Clinique).

Mercredi à 9 h. 30 : Pneumothorax artificiels simples (Docteurs Triboulet, Poix et Valtis). — A 10 heures : Examen radioscopique des malades du service, par le Docteur Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec. — A 10 heures, au dispensaire : contre-visite pour le placement familial d'enfants, par le Docteur Vitry, médecin de l'O. P. H. S.

Mercredi à 11 heures : Leçon clinique, par le professeur.

Jeudi, au dispensaire, à 9 h. 30 : Policlinique avec examens radioscopiques par les assistants. Service médico-social du dispensaire par les Docteurs Baron et Triboulet. — A 10 h. 30 : Prophylaxie anténatale de la première enfance, par le professeur.

Vendredi à 10 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique : examens macroscopiques et microscopiques, par Mlle le Docteur Gauthier-Villars, chef du laboratoire. A la crèche Landouzy : clinique et prophylaxie post-natale de la première enfance, par le professeur et le Docteur Lamy.

Samedi à 9 h. 30, au dispensaire : Policlinique avec examens radioscopiques, par le professeur et les assistants. Service médico-social de dispensaire, par les Docteurs Baron et Triboulet. Contre-visite des malades de préventorium et de sanatorium, par le Docteur André Martin, médecin de l'O. P. H. S.

Chaque matin, à 10 heures, visite dans les salles par les Docteurs Thoyer, Even, Mlle Blanchy, chefs de clinique.

II. *Enseignements complémentaires.* — Des séries de leçons sur des sujets relatifs à la tuberculose (anatomie pathologique ou bactériologie ; clinique ou thérapeutique médicale et chirurgicale ; prophylaxie sociale), auront lieu à des dates qui seront ultérieurement déterminées, sous la direction de MM. Léon Bernard, Rist ou Proust et Maurer.

Un cours sur les tuberculoses ostéo-articulaires sera donné à l'hôpital franco-américain de Berck, par le Docteur Jacques Calvé avec la collaboration de MM. les Docteurs Galland, Froyez et Louis Lamy, du 1er au 15 juillet. Le programme en sera affiché ultérieurement.

III. *Enseignement spécial de perfectionnement.* — Deux cours de perfectionnement seront donnés : le premier, dirigé par MM. Léon Bernard et Robert Debré, en vue de la préparation des médecins spécialistes de dispensaires et sanatoriums, sera d'une durée de trois mois, et composé de deux parties : la première, d'une durée de quatre semaines, comprendra 40 leçons accompagnées de travaux pratiques de clinique et de laboratoire ; la seconde, d'une durée de huit semaines, sera affectée à des stages au dispensaire Léon-Bourgeois et dans d'autres dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, ainsi que dans des sanatoriums de cette Administration.

Ce cours aura lieu de janvier à mars inclusivement. Le programme en sera affiché ultérieurement.

Le second, sous la direction de MM. Rist et Ameuille, sera d'une durée de quatre semaines, comportant leçons, examens radiologiques, techniques thérapeutiques, exercices de laboratoire et visites ; il aura lieu en octobre.

Pour les cours spéciaux, des bourses seront attribuées par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Le certificat d'assiduité au cours de trois mois, comprenant obligatoirement les stages, permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

—**Thèses.** — Lundi 7 novembre. — Jury : MM. Baudouin, Couvelaire, Chiray, Portes. — M. Berodi : Les complications nerveuses de la varicelle. — M. Delpech : Etude sur l'avenir immédiat des enfants sortant des maisons maternelles.

Mardi 8 novembre. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Lemaître, Tanon, Halphen. — Mlle Armelin : Les dystrophies osseuses de la neurofibromatose. — Mme Sergent : La lecture sur les lèvres. Ses indications dans les surdités acquises.

Samedi 12 novembre. — Jury : MM. Cunéo, Pierre Duval, Claude, Moulonguet. — M. Vincelet : Etude à propos de deux cas de chloralisme aigu avec syndrome de R. Leroy. — M. Groux : Etude du traitement chirurgical du mal de Pott chez l'adulte par les greffes ostéo-périostiques. — M. Girard-Monberg : A propos de la valeur de la contracture abdominale.

Mercredi 23 novembre. — Jury : MM. Léon Ber-

nard, Clerc, Lemierre, Cathala.— M. AMIGUES : La tuberculose des lobes sur numéraires du poumon. — Mlle JEANNACOPOULO : Dissociation auriculo-ventriculaire et grossesse. — M. JALEF : Le chlorhydrate de choline et ses applications en thérapeutique. — M. VERON Yves : La chrysothérapie dans le rhumatisme tuberculeux.

Jury : MM. Gosset, Legueu, d'Allaines, Quénu. — M. BOURGIN-VIENNOT : Etude du duodénum mobile. — M. Jean ROBERT : Etude des métastases osseuses révélatrices des cancers ignorés de la prostate.

Jeudi 24 novembre. — Jury : MM. Claude, Laignel-Lavastine, Chabrol, Sézary. — M. TOURAINE : Indifférence et apragmatisme sexuels chez les déments précoces. — M. BASLEZ : Les poisons dans l'antiquité égyptienne.

Jury : MM. Lemaître, Lenormant, Rouvière, Halphen — MM. le PAVEC : A propos d'un cas de leucoplasis pharyngée. — M. BOUILLE : Les orchi-épididymitee à staphylocoques. — M. LABOUREAU : Les fascias périrénaux, leur développement, leurs vaisseaux.

Samedi 26 novembre. — Jury : MM. Achard, Binet Rathery, Chailley-Bert. — M. LE VAN HUÉ : La réaction des hémolysines de Weil Kafka pour l'étude de la perméabilité méningée. — M. BRUN : Les hypophysites inflammatoires avec ou sans syndrome infundibulo-tubérien au cours des sinusites postérieures. — M. PAPAZOGLOU : Contribution à l'étude de l'évolution des abcès du poumon.

Jury : MM. Bezançon, Guillain, Alajouanine, Gastinel. — M. COURCHINOUX : La sclérose des varices et des hémorroïdes par la glycérine. — M. Martin : Etude des hépatomégales syphilitiques tertiaires. — M. JOURNE : Etude expérimentale du paludisme dans la malariathérapie. — M. MAIRE : Contribution à l'étiologie nerveuse de certaines rétractions de l'aponévrose palmaire.

Mercredi 30 novembre. — Jury : MM. Marcel-Labbé, Tanon, Chiray, Donzelot. — MM. Albert ZANA : L'hormone parathyroïdienne en thérapeutique gastrique. — M. MILLIAU : Les scarlatines frustes et leur diagnostic. — M. LUTROT : Les maladies sociales aux Antilles françaises. — M. CHAHED-LAROUSSI : Contribution à l'étude de l'ankylostomiase en Tunisie.

Samedi 3 décembre. — Jury : MM. Brindeau, Mouchotte, Mouret, Vaudescal. — M. MOISNARD : Ovariotomie bi-latérale au début de la grossesse.

**—Thèse vétérinaire.** — Jeudi 24 novembre : Jury : MM. Binet, Dechambre, Janisset. — M. BRÉHANT : Isoagglutinations chez les animaux.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers

**— Association d'enseignement des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Le 18 décembre, à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. RAMADIER, sur le *traitement du vertige.*

**— Concours d'assistants d'électro-radiologie.** — Jury : MM. Belot, Petit, Duhem, Abrami, Okynczyc.

**— Concours de l'internat.** — *Liste alphabétique des candidats admissibles à l'oral :*

Mlles Abadi, Abraham, MM. Adle, Adrianopoulos, Aliger, Allilaire, Amante, Arnous, Arviset,

Barbier, Barcat, Beaudouin, Beauchef (René), Beauchef (Jean), Benassy, Benoist, Bequignon, Bernard, Blau, Boisonnat (Pierre), Boissonnet (Jacques), Mlle Bonnefant, MM. Bonnet (Georges), Boquet (Henri), Borgida, Boros, Botton (de), Bouchacourt, Boulard, Bour, Bourré, Boussoulade, Boutron, Bouvrain, Bouwens, Van der Boyen, Boyer (Jean), Brault, Brinon, Broutman, Brumpt, Brunhes, Bussières,

Carrez, Castany, Mlle Cazamian, MM. Cernéa, Chareire, Charousset, Chatain, Cler (René), Combes, Corcos, Mlles Cottin, Courrier, MM. Cuvereaux,

Daum, Daverne, Mlle Debay (Christiane), MM. Debidour, Debray, (Jean), Dechaume-Moncharmont, Delaitre, Delord (Pierre), Delort (Joseph), Delzant, Demartial, Dezoteux, Domart, Dormay, Drain, Dreyfus, Dubois (Pierre), Duflo (Jacques), Duperrat, Dupuy, Duval, Ebstein, Epelbaum,

Faliu, Falk, Faugeron, Faulong, Fauvet, Mlle Herrieu (Henriette), MM. Findjanjian, Flourens, Fonteneau, Foret, Forger (Roger), Mme Forget, née Fauvert, MM. Fournée, François (René), Fulconis,

Gaube, Gautier, Gerbeaux, Ghozland, Giaume, Gillot (Jean), Girard, Giraud (Jean), Gisselbrecht, Gorse, Goutner, Goyer, Graciansky (de), Grenet (Pierre), Gross, Grossiord (André), Gruner, Guillemin, Guny.

Mlle Hahn (Lucie), MM. Hector, Herrenschmidt, Hofman, Horeau, Huchet, Mlle Huguet, MM. Huguier, Israël,

Jaïch, Jannette Valen, Mlle Jomier, MM. Jouanneau, Jouffroy,

Kaplan, Kipfer, Kolpenitski,

Mlle Ladet, MM. Lafon, Lanthier, Le Beau, Lebreton, Le Cœur, Leconte (André), Lefebvre (Jacques), Léger, (Lucien), Legry (Pierre), Lemasson, Lepintre, Le Roy (François), Leroy (Louis), Lesobre, Lévy (Jean), L'Hirondel, Lignières (de), Mlles Liphschuts, Lorain M. Lortat-Jacob, Mlle Lyon,

MM. Malartic, Mallet, Marcy, Marre, Martin (Marcel), Martinot, Martrou, Maruelle, Mathey (Jean), Maury (Jacques), Maury (Pierre), Menanteau, Ménétrier, Meyer (Jean), Meyer (Louis), Mignot, Mlle Morel, MM. Morichan-Beauchant, Morin (Marcel), Mouchotte (Robert), Mouchotte (Maurice), Moulinier,

Nabert, Netter,

Offret, Olivier, Orinstein, Orsoni, Ortholan, Osenat,

Pecher, Perret (Robert), Perrot (Raoul), Mlles Petit (Paule), Pevet, Philippe (Madeleine), MM. Picquart (Albert), Pierra, Piraud, Pointud, Poncet, Porge, Prat.

Rambert, Mme Rambert née Brenot, MM. Raymond (Roger), Renaud (François), Rendu, Robin, Roche, Rogé (Raymond), Rossier, Rouchy, Rouvillois, Roux, Royer (François), Roy (André-Louis), Rozée Belle-Isle, Rymer,

Sacquepée, Mlle Salembiez, MM. Salleron, Salvanet, Sarradin, Sautter, Sauvain, Scemama, Scheid, Seguin, Seringe, Sicard (Pierre), Sifflet, Simon (Gaston), Streusand, Suire,

Taveau, Termerson, Tempier, Terver, Thieffry, Thomeret, Tilitcheef, Tissot (Jacques), Tribalet,

Ullmann,

Varay, Vautier, Velez, Vendryès, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent (Jean), Vincent (Philippe),

Yglésias-Y-Bétancourt.

Zarachovitch.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Société internationale d'hydrologie médicale.** — La S. I. H. M. s'est réunie à Paris. Elle y a tenu le 16 octobre 1932 la séance du Conseil et l'Assemblée générale à l'occasion du Congrès international du rhumatisme, organisé par la Ligue contre le rhumatisme, filiale de la Société internationale d'hydrologie. Celle-ci ne peut que ressentir une légitime fierté en constatant que son petit-fils, le III[e] Congrès international du rhumatisme, a pu assembler avec des rapports de première importance quelques quatre cents participants sous la très éminente présidence du Professeur Fernand Bezançon.

Elle a élu pour premier président le Professeur baron von Koraniy (de Budapest) et pour président effectif le Docteur Ferreyrolles (de la Bourboule). Elle accepte l'invitation d'assister au Congrès international d'hydrologie de Toulouse en octobre 1933 ; elle reprendra son activité scientifique à sa prochaine assemblée qui est fixée à janvier ou février 1934 en Suisse ; les questions mises à l'étude sont : 1° la crise thermale étudiée au point de vue clinique et du laboratoire ; 2° les rapports entre le rhumatisme et l'altitude.

Les membres français du Conseil de la S. I. H. M. (Docteurs Ferreyrolles, Mazeran, Mougeot et Perpère) ne croient pas sortir de leur rôle en insistant auprès des hydrologues français pour que nombreuses, précises et étoffées soient les études qu'on apportera sur ces deux sujets et notamment à propos de la « crise thermale », sujet qui se prête aussi bien à l'analyse clinique qu'aux épreuves de laboratoire.

La réunion de 1934 comprendra très vraisemblablement des séances aux universités de Genève et de Zurich, puis la visite de stations de haute altitude : Davos et l'Engadine.

La S. M. H. I. groupe 2.000 membres répartis entre une trentaine de nationalités.

Elle a compté parmi ses présidents : Lord Dawson of Penn ; Professeur Thayer (de Baltimore) ; Docteur Monod (de Vichy) ; Professeur Belo Moraes (de Lisbonne) ; Professeur Sénateur Gabbi (de Parme) ; sans oublier son président fondateur Docteur Fortuescue Fox (de Londres).

— **Le Congrès de gynécologie 1933.** —Par exception, le Congrès annuel de la Société française de gynécologie ne se tiendra pas à Paris en 1933.

Désirant confirmer l'importance de la cure thermale en thérapeutique gynécologique, la Société française de gynécologie a décidé de réunir son Congrès à Luxeuil pendant les fêtes de la Pentecôte (3, 4 et 5 juin). La présidence d'honneur a été confiée à M. le Professeur agrégé Keiffer, de Bruxelles, et la présidence à M. le Docteur L.-M. Pierra, de Luxeuil, vice-président de la Société française de gynécologie.

Ordre du jour : La douleur en gynécologie. Sept rapports seront présentés par MM. A. Binet (Nancy), Cotte (Lyon), Douay et Xavier Colaneri (Paris), Keiffer (Bruxelles), Félix et Gaëtan Jayle (Paris), Laffont (Alger), Pierra (Luxeuil), Zimmern, Pecker et Louis Netter (Paris.)

Les congressistes seront logés gracieusement dans les hôtels de la station, de magnifiques réceptions et des excursions dans les Vosges sont prévues.

Une réduction de 50 % sera accordée par les chemins de fer français.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris (IX[e]).

— **En auto-car au Maroc.** — La Société de voyages internationaux « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière, Paris, 2[e] (Téléphone : Louvre 08-90) organise des voyages en auto-car au Maroc en passant par l'Espagne, au prix de 2.800 francs tout compris, de Paris à Paris. Les intéressés voudront bien demander le programme détaillé à « Mon Voyage ».

— **Compagnie des chemins de fer P. L. M.** — *Visitez les îles Baléares en partant de Marseille.* — Marseille ouvre les voies du soleil : Côte d'Azur, Afrique, Orient. Chaque jour de grands paquebots en partent ou y arrivent.

C'est aussi par Marseille qu'on se rend aux Baléares, îles privilégiées, dont les baies, les sites de montagne, les monuments sarrasins attirent et captivent.

Chaque vendredi, le paquebot *Djemila*, de la Compagnie de navigation mixte, quitte le grand port méditerranéen à 18 heures pour toucher Palma, dans l'île Majorque, le samedi à 13 heures. Au retour, départ de Palma le mardi à 10 heures pour rentrer à Marseille le mercredi à 7 heures. Ainsi la partie la plus intéressante du trajet s'effectue de jour.

Le voyageur peut prendre soit un billet simple, soit un billet d'aller et retour. Mais pour apprécier toute la beauté des Baléares, le mieux est de faire l'une des croisières de cinq ou douze jours, organisées en hiver au départ de Marseille ; vous n'avez aucun souci pour votre transport et celui de vos bagages, pour vos repas, votre gîte, sur mer comme sur terre, et vous avez, en outre, la certitude de visiter les plus beaux sites de l'île.

*Le Directeur-Gérant* : D[r] J. Noir.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
**Maison spéciale pour périodiques médicaux**

ministre du Travail : 1° si un assuré social dont le coefficient masticatoire est inférieur à 40 p. 100 et qui, de ce fait, a droit à un appareil fonctionnel, mais qui se contente de faire remplacer une partie de ses dents (les incisives) bien que le nombre des molaires en antagonisme lui restant étant inférieur à 4,, toute mastication normale lui devienne impossible, ce dont il peut résulter des troubles physiologiques, cet assuré a droit néanmoins au remboursement par la Caisse d'assurances des dents remplacées ; 2° si ce même assuré, instituteur libre, peut, en invoquant la nécessité professionnelle (hygiène, prononciation), se faire remplacer uniquement les incisives ; 3° si la commission technique prévue au paragraphe 1er de l'article 4 de la loi a le droit de refuser dans ce cas l'autorisation de la délivrance de l'appareil, en motivant son refus par la raison que la loi ayant pour but principal la préservation de la santé, l'assuré ne peut être autorisé à porter un appareil nécessaire à l'exercice de sa profession que si cet appareil remplit par ailleurs les conditions masticatoires exigées par l'état général de la dentition. (*Question du 30 avril* 1932.)

*Réponse.* — Aux termes de l'article 27 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses primaires d'assurances sociales, la délivrance des appareils de prothèse dentaire ne doit être faite par une Caisse que conformément à la décision de la commission technique prévue à l'article 4, paragraphe 1er, de la loi. En conséquence, un assuré ne peut obtenir le remboursement d'un appareil de prothèse autre que celui qui a été reconnu par la commission technique indispensable à l'état de sa denture. La décision de cette commission est définitive. Toutefois, le règlement d'administration publique du 25 juillet 1930 a prévu dans son article 20, paragraphe 3, qu'à défaut d'unanimité au sein de la commission, il serait statué par la Commission départementale visée à l'article 7, paragraphe 5, de la loi du 30 avril 1930.

(*J. O.*, 10 novembre 1932.)

**Délai d'appel devant la Commission cantonale en matière d'assistance aux femmes en couches.**

1540. — M. Maxence Bibié demande à M. le ministre du Travail dans quel délai le préfet doit faire appel devant la commission cantonale en matière d'assistance aux femmes en couches. (*Question du 18 novembre* 1932.)

*Réponse.* — L'admission au bénéfice de l'assistance aux femmes en couches est prononcée dans les conditions fixées au titre III de la loi du 15 juillet 1893 par les articles 12 à 19, 20 et 23, Les demandes en inscription sur la liste d'assistance aux femmes en couches doivent être adressées au maire. La liste d'assistance est établie par le bureau d'as-

sistance et arrêtée par le conseil municipal ; elle est déposée au secrétariat de la mairie. Le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés. Les réclamations en inscription ou radiation peuvent être présentées par l'intéressé lui-même, par tout habitant ou contribuable de la commune et par le préfet ; elles doivent être faites dans un délai de vingt jours à compter du dépôt de la liste d'assistance au secrétariat de la mairie. Pour le préfet, ce délai court du jour de l'arrivée de la liste à la sous-préfecture. Il est statué souverainement sur ces réclamations par la Commission cantonale d'assistance. (*J. O.*, 1er décembre 1932.)

## Un médecin peut-il délivrer gratuitement à ses malades des échantillons pharmaceutiques ?

Un de nos abonnés nous pose la question précise : peut-il être poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie, comme on vient de le lui assurer, parce qu'il a coutume de donner à des clients de condition modeste, les échantillons de spécialités pharmaceutiques, qu'il reçoit de toutes parts ?

Les tribunaux n'ont pas encore été appelés à résoudre ce problème ; aussi devons-nous suivre de près les textes législatifs et réglementaires.

Hormis l'exception des médecins propharmaciens (article 27 de la loi du 21 germinal an XI), le médecin n'a pas le droit de vendre, ni de débiter un médicament quelconque, lorsque existe dans sa commune une officine de pharmacien.

Aux termes de l'article 25 de la loi de Germinal, nul ne peut préparer, vendre et débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu suivant les formes voulues jusqu'à ce jour, ou s'il ne l'est dans une des écoles de pharmacie.

En matière de droit pénal, les mots doivent être pris dans leur acception étroite et littérale. Il est interdit de vendre et de débiter des médicaments par quiconque n'est pas pharmacien.

« Débiter » c'est vendre facilement et promptement. La loi interdit donc de vendre, elle ne défend pas de donner.

D'ailleurs, le décret du 14 septembre 1916, sur la vente des substances vénéneuses, interdit, par son article 27, aux médecins de céder ces médicaments toxiques à leurs clients soit à titre onéreux, soit à titre gratuit.

Il y a donc nettement exprimée la volonté des Pouvoirs publics d'interdire la délivrance par cadeau, ou par vente des produits toxiques, alors que le législateur de Germinal n'a interdit que la vente. Il faut dire qu'à cette époque, la distribution gratuite d'échantillons, dans un

but d'expérimentation ne pouvait pas être envisagée — et pour cause.

Il n'est pas besoin de s'apesantir sur la jurisprudence existante, qui interdit aux médecins de vendre des médicaments à leurs clients hormis les cas d'urgence. Et encore ai-je toujours conseillé à mes confrères, lorsqu'ils ne sont pas propharmaciens, non pas de se faire payer ces fournitures pharmaceutiques, mais de rédiger une ordonnance que le malade ira faire exécuter chez le pharmacien de son choix et dont les produits remplaceront, dans la réserve du médecin, les matières médicamenteuses ou de pansement utilisées.

Je conclus donc, sur ce point, que s'il ne vend pas les échantillons qu'il reçoit, il peut les distribuer gratuitement à titre d'expérimentation.

Il a besoin, en effet, de se faire une opinion sur la valeur et l'efficacité des produits qui lui sont soumis ; il doit en apprécier les effets thérapeutiques, même savoir le goût, la commodité des prises, etc., etc.

A la base de cette distribution gratuite, de la part du médecin, se trouve l'expérimentation.

Par suite, il y aurait abus punissable, si le praticien faisait venir un grand nombre d'échantillons pharmaceutiques et, pour nuire au pharmacien local, avec lequel il serait en mauvais termes, faire à la clientèle une distribution gratuite tellement généreuse qu'elle deviendrait abusive et génératrice de dommages-intérêts au civil. Mais ceci n'est que cas d'espèce.

D'autre part, vendre aux clients des médicaments qu'on reçoit gratuitement, à titre d'échantillons, pour leur être remis gracieusement dans un but d'expérimention constituerait un véritable abus de confiance.

Le pharmacien spécialiste veut bien que le médecin se fasse une opinion sur la valeur thérapeutique de son produit, mais il n'entend pas que ce praticien lui fasse concurrence déloyale en vendant ce qui doit être remis gratuitement.

Ainsi, le Tribunal correctionnel de Marseille par jugement du 2 mai 1907 (Juris. gén. Médec. et Pharm., 1911, p. 312), décide que contreviennent aux dispositions de la loi de Germinal un commissionnaire en spécialités pharmaceutiques non diplômé et un médecin, qui font le commerce de médicaments et principalement revendent les spécialités qu'ils se font envoyer à titre d'échantillons médicaux gratuits.

Je conclus donc que juridiquement, ne tombe pas sous l'application de la loi de Germinal et, par suite ne constitue pas le délit d'exercice illégal de la pharmacie le fait, pour un médecin, de distribuer gratuitement à ses clients les échantillons qu'il reçoit des laboratoires de produits pharmaceutiques spécialisés. La loi de Germinal interdit la vente, ou le débit des drogues par

qui n'est pas diplômé pharmacien ; elle n'interdit pas le don gracieux, surtout à titre d'expérimentation clinique et thérapeutique.

Dr Paul Boudin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

## IXe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

### avec excursions dans les Alpes, l'Estérel et en Corse

Sous la présidence et la direction scientifique de M. le Professeur Forgue, associé national de l'Académie de médecine, membre correspondant de l'Institut, de M. le Professeur Marcel Labbé, membre de l'Académie de médecine et de M. le Professeur Laignel-Lavastine.

(*Cannes, Le Cannet, Golfe-Juan, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Roquebrue-Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, Nice.*)

Cannes — Le Cannet

*Vendredi 30 décembre.* — Arrivée à Cannes suivant l'horaire des trains. — Concentration à l'hôtel Carlton, promenade de la Croisette. — Déjeuner à 12 h. 30. — Départ à 14 h. 30. — A 15 heures, visite du Cannet. — A 16 h. 30, réception inaugurale à l'Hôtel de Ville de Cannes et conférences sur le climat de la Côte-d'Azur. — A 20 heures, dîner de gala offert par la municipalité de Cannes au Casino municipal, restaurant des Ambassadeurs.

Juan-les-Pins — Antibes

*Samedi 31 décembre.* : Départ à 8 h. 30 (avec bagages). — Ascension à Super-Cannes. — A 9 h. 30, visite d'une clinique hélio-marine. — Les bains de mer sur la plage. — A 11 heures, visite de l'Ecole d'éducation physique eurythmique. — A 12 heures, démonstration d'exercices physiques sur la plage de Juan-les-Pins et déjeuner à 12 h. 30 (hôtel Provençal). — Départ à 14 heures. — Le tour du cap d'Antibes et le panorama des Alpes et de la côte. — Antibes. — A 15 h. 30, visite du Jardin zoologique de la Riviera. — Arrivée à Nice à 16 h. 30 par la promenade des Anglais. — Répartition dans les grands hôtels de Cimiez : Régina, Riviera et Winter-Palace. — Dîner dans les hôtels et soirée libre.

Nice — Menton

*Dimanche 1er janvier.* — Départ à 8 heures (avec bagages). — Visite de l'Observatoire à 8 h. 30. — La Voie romaine (Grande Corniche). — Visite du monument d'Auguste à La Turbie. — Conférence historique. — Réception au château de

Roquebrune à 11 heures. — Déjeuner au cottage du Cap-Martin à 12 h. 30. — Départ à 14 heures. — A 15 heures, visite du château de Grimaldi, (laboratoire du Dr Voronoff). — A 16 heures, visite des jardins de La Mortola. — A 19 h. 30, réception et dîner à Menton (hôtel des Anglais). — Soirée au Grand Casino.

MONACO — MONTE-CARLO

*Lundi 2 janvier* : Départ à 9 heures (avec bagages). — Menton. — Le Cap Martin. — A 10 heures, visite du palais des Princes de Monaco. — A 10 h. 30, visite du musée océanographique. — A 11 h. 30, répartition dans les hôtels de Paris, l'Hermitage et Monte-Carlo-Palace. — Déjeuner dans les hôtels. — A 14 h.30 visite de l'usine des eaux, du Monte-Carlo-Beach et du Country-Club. — A 17 heures, visite du Casino. — A 20 heures, réception et dîner offerts par le Gouvernement de la Principauté, à l'hôtel de Paris. — A 22 heures, concert offert par la Société des bains de mer, à la salle Ganne (Casino).

BEAULIEU — NICE

*Mardi 3 janvier* : Départ à 9 heures (avec bagages). — Visite des jardins exotiques à 9 h. 30. — A 10 heures, visite de l'hôpital. — A 10 h. 30, départ pour Beaulieu, par la Moyenne Corniche. — Eze. — Visite des jardins de Beaulieu à 11 h. 30. — Déjeuner à 12 h. 30, à l'hôtel Bel-fort. — Départ à 15 heures. — Villefranche. — Visite d'une maison de santé au Mont-Boron et conférence sur les zones climatiques de la Côte d'Azur. — Arrivée à l'Hôtel royal et à l'hôtel Ruhl vers 18 heures. — Dîner à 19 h. 30. — Soirée dans les théâtres.

NICE

*Mercredi 4 janvier.* — Réunion à 10 heures sur les terrasses du Palais de la Méditerranée et démonstration de la mesure du rayonnement solaire. — A 12 heures, déjeuner au Palais de la Jetée. — A 14 h. 30, visite de l'enceinte climatique de Nice et des usines d'ozonisation. — A 19 h. 30, dîner d'adieux à l'hôtel Ruhl. — Soirée dans les théâtres.

NICE (*Départ*)

*Jeudi 5 janvier* : Départ suivant l'horaire des trains.

**Excursions dans l'Estérel et à Grasse**

*Mercredi 28 décembre* : Arrivée à Cannes suivant l'horaire des trains. — Concentration à l'hôtel Carlton. Promenade de la Croisette. — Le transport de la gare à l'hôtel est à la charge des voyageurs, ainsi que les frais de leur séjour jusqu'au dîner. — Dîner à l'hôtel. — Soirée libre.

*Jeudi 29 décembre* : Départ à 8 h. 30 (sans

bagages. — L'Estérel et l'auberge des Adrets. — Arrivée à Fréjus à 10 heures. — Visite des monuments romains. — Visite d'un préventorium à 11 h. 30. — Déjeuner à 12 h. 30 à Saint-Raphaël. — Départ à 14 heures. — Boulouris. — La Corniche d'Or. — Agay. — Anthéor. — Le Trayas. — Théoule. — Retour à Cannes à 17 heures. — Dîner à l'hôtel. — Soirée libre.

*Vendredi* 30 *décembre.* : Départ à 8 h. 30 (sans bagages). — Arrivée à Grasse à 9 h. 30. — Visite d'une clinique médicale et conférence sur le climat de la zone intérieure. — A 10 h. 30, visite d'une fabrique de parfums. — Déjeuner à 12 heures (hôtel Muraour). — Départ à 14 heures. — Arrivée au Cannet à 15 heures.

### Excursions dans les Alpes

*Jeudi* 5 *janvier* : Départ à 9 heures (avec bagages). — Vallées du Var et de la Mescla. — Touët-de-Beuil. — Les Gorges du Cians. — Arrivée à Beuil, à midi (hôtel du Mont-Mounier). — Déjeuner à 12 h. 30. — Dans l'après-midi, sports d'hiver. — Dîner à 19 heures.

*Vendredi* 6 *janvier* : Matinée libre. — Démonstrations scientifiques et sports d'hiver. — Déjeuner à 11 h. 30 précises. — Départ à 13 heures (avec bagages). — Péone. — Guillaumes. — Les Gorges de Daluis. — Retour à Nice vers 17 heures (Hôtel Royal et hôtel Ruhl). — Dîner individuel. — Soirée dans les théâtres.

Samedi 7 janvier : Départ suivant l'horaire des trains. Le séjour après le petit déjeuner et le transport de l'hôtel à la gare sont à la charge des voyageurs.

### Corse

A l'issue du voyage une excursion pourra être organisée en Corse, si les voyageurs en font la demande.

Pour les renseignements et les inscriptions, s'adresser au secrétariat de la société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

# CORRESPONDANCE

## FISCALITÉ

### 6202. — Forme des certificats

A propos des amendes pour certificat non timbré.

Pourrait-on, pour se mettre à l'abri, écrire (ou imprimer avec timbre caoutchouc) « *Renseignement* » Ne peut servir comme certificat que s'il y a le timbre de l'enregistrement », sinon il est nul.

Et ne pas écrire : je certifie...

Dr C.

#### Réponse

La nature d'un acte est déterminée par son

contenu intrinsèque et non par sa forme littérale. Par conséquent, peu importe que vous commenciez ou non votre certificat par les mots : « je certifie ».

Nous allons publier dans le *Concours Médical*, un travail complet sur le timbre (quittances et certificats délivrés par le médecin).

A. M.

---

### 6193. — La patente ne porte pas sur une propriété d'agrément

Je suis sur le point d'acheter une propriété à la campagne ; je m'y réserve un local pour y aller passer mes vacances. Serais-je imposé au titre de la patente, bien que n'y exerçant pas ?

Dr L.

**Réponse.**

Du moment que votre demeure estivale n'est pas votre domicile, vous n'y serez pas imposé au titre de la patente, à moins que vous n'y exerciez la médecine.

A. M.

---

## ASSURANCES SOCIALES

### 6204. — Accouchement compliqué d'une assurée sociale

Je viens d'accoucher une femme assujettie aux Assurances sociales et chez laquelle l'accouchement s'est compliqué d'une déchirure incomplète du périnée (allant jusqu'à l'anus exclusivement.)

J'ai beau chercher dans tous les *Bulletins médicaux* traitant des Tarifs en Assurances sociales, je ne vois nulle part mention de cette suture immédiate du périnée qui s'impose dès que l'accouchement est terminé.

Je trouve simplement : sutures multiples P. C. n° 4. Cela me paraît un peu faible. Qu'en pensez-vous ?

Dans tous les cas, faut-il indiquer cette intervention complémentaire sur la feuille de maternité ou bien faire une feuille spéciale (feuille de maladie ou feuille de soins spéciaux ?) annexée à la feuille de maternité ?

Vous me rendriez service en me renseignant. Les contrôles se montrent si sévères qu'il y a lieu d'appréhender leurs verdicts !

Dr L.

**Réponse**

La feuille d'assurance-maternité a pour but de déterminer le remboursement que sa Caisse doit faire à une assurée sociale, ce qui est indépendant des honoraires que le médecin, en régime d'entente directe, réclame à sa cliente, selon son propre tarif.

Les Caisses remboursent généralement les frais d'accouchement selon un tarif forfaitaire, de

$x$ francs pour l'accouchement normal, et de $x$ + 20 %, ou $x$ + 50 %, si l'accouchement a été anormal... Tout cela est d'ailleurs assez arbitraire et résultant d'une interprétation ministérielle que nous considérons comme illégale.

Tous les actes obstétricaux de pratique courante n'exigent pas d'autre feuille que la feuille maternité.

Comment était cette déchirure périnéale ? Superficielle, ou profonde et intéressant la musculature ? Avez-vous fait deux, trois ou quatre points de suture superficiels, ou bien avez-vous dû restaurer complètement le périnée par des sutures plan par plan, sous anesthésie générale ?

Dans le premier cas, tous les tarifs syndicaux que je connais ont adopté le coefficient 4, qui multiplie le chiffre-clé.

Dans le second cas, la nomenclature de la Confédération applique le coefficient 20 à la réfection d'urgence du périnée, et c'est alors non pas un acte de pratique courante (P. C.), mais un acte de chirurgie nécessitant la feuille de soins spéciaux.

Si vous n'avez fait que quelques points superficiels de suture, utilisez la feuille maternité sur laquelle vous inscrirez, selon la date :

Acc. K × 40.
P. C. K × 4.

Si vous avez fait une véritable opération, inscrivez sur la feuille maternité ;

Acc. K × 40.

Et sur la feuille soins spéciaux :

CHI. K × 20 (prix global).

Examinez s'il ne serait pas politique de votre part de prévenir, sans attendre une demande d'explications, le médecin contrôleur de la Caisse que vous avez accouché Mme X, assurée sociale, et qu'à la suite de l'accouchement, vous avez dû pratiquer une intervention (de coefficient 4 ou 20, selon le cas).

G. DUCHESNE.

**6814. — Accouchement laborieux d'une assurée sociale**

Je vous serais très obligé de me renseigner sur le cas suivant. J'ai vu ces temps-ci une femme d'assuré social pour son accouchement. Je suis resté une partie de la nuit et une journée auprès d'elle, car cela n'allait pas, présentation du siège. Il a d'ailleurs fallu la nuit suivante partir à la clinique (qui n'a aucun contrat avec les Caisses), où, sous anesthésie générale, on a eu par les voies naturelles un enfant mort, et une rupture complète du périnée que le chirurgien a suturé immédiatement.

Que puis-je compter à ma cliente pour la Caisse ?

Puis-je compter un accouchement comme fait la sage-femme lorsqu'elle fait appeler le médecin ou bien ne dois-je compter que l'anesthésie générale donnée à la clinique ? Sur quelle feuille dois-je marquer ma présence, sur la feuille maternité ou sur une feuille de maladie ? Que dois-je compter ?

Que doit la Caisse à l'assurée ? Je tiens à vous signaler que l'anesthésie générale n'est pas portée sur la Nomenclature et que les Caisses du département remboursent à peine 25 francs aux assurés pour une anesthésie.

Ne serait-il pas possible de régler une fois pour toutes ces questions d'obstétrique pour les Caisses, qui s'obstinent à payer le moins possible ainsi que vous le dites dans votre dernier numéro du *Concours*.

D^r S.

**Réponse**

Puisque la clinique où a été transportée votre cliente n'a aucun contrat avec la Caisse d'assurances, l'accouchée doit être considérée comme ayant reçu à domicile les soins dont elle a eu besoin.

D'autre part, en dehors de son accouchement proprement dit, elle a dû subir une réfection d'urgence de son périnée, acte de grande chirurgie prévu à la Nomenclature sous le coefficient 20.

Vous devez donc, d'accord avec le confrère que vous avez finalement aidé, établir deux feuilles : une feuille maternité et une feuille soins chirurgicaux.

Sur la feuille maternité, vous ferez figurer vos deux noms, et vous indiquerez la prestation fournie, par *accouchement dystocique*, en y ajoutant si vous le voulez le coefficient adopté par votre syndicat pour cet acte obstétrical de pratique courante.

Sur la feuille soins chirurgicaux, votre confrère indiquera la prestation fournie par CHI 20.

Il s'agit là d'une rémunération *globale*, c'est-à-dire dans laquelle tout est compris, anesthésiste, aides et soins consécutifs durant vingt jours.

Votre cliente devra toucher, à raison de l'intervention réparatrice :

20 × 8 = 160, moins la retenue légale de 15 ou 20 % selon la catégorie de son mari.

Pour l'accouchement proprement dit, tout dépend du tarif de responsabilité adopté par la Caisse locale pour les accouchements. Si ce tarif est de 300 francs pour un accouchement normal, elle devra toucher 300 + 150 = 450, moins la retenue légale. Je prévois une majoration de 50 %, conformément à la circulaire ministérielle de 20 mars 1931, parce que deux praticiens sont intervenus.

Il est bien entendu qu'en régime d'entente directe, vous vous êtes fait honorer, ainsi que votre confrère et la clinique, selon vos tarifs habituels.

Sur les bases ci-dessus indiquées, votre cliente devrait recevoir de sa Caisse environ 480 francs.

Je suis entièrement de votre avis en ce qui concerne la nécessité d'une révision de tout ce qui concerne la pratique obstétricale, mais c'est aux assurés à la demander. Il semble difficile que le Corps médical intervienne à ce sujet, sauf en ce qui concerne le jeu des coefficients, puisque ceux-ci sont communs aux Caisses et aux Syndicats.

G. D.

## BAUX ET LOCATIONS

### 6643. — Droit à la prorogation

J'habite un logement dont le bail expire le 31 août 1933. J'ai reçu en août 1932, une lettre recommandée du propriétaire m'informant qu'il ne voulait plus continuer le bail et de lui laisser les locaux vides en août 1933. Le bail était de douze ans et avait commencé en 1921 et j'y suis depuis cette date au prix de 4.500 francs par an.

Dois-je accepter sans murmurer ce congé ou ai-je le droit de rester en acceptant une augmentation ? Ai-je le droit de résister aux prétentions de mon propriétaire ?

Mon propriétaire a un appartement personnel dans l'immeuble où j'habite. Il veut cesser le bail afin de le relouer.

Renseignez-moi je vous prie à ce sujet afin qu'avant le 1er janvier, je puisse signifier mes intentions et mes droits.

Dr C.

**Réponse**

La loi sur les loyers du 29 juin 1929 est applicable dans votre ville, puisque celle-ci compte plus de 4.000 habitants, à moins, ce qui est peu probable, qu'un décret en Conseil d'Etat, rendu après avis du Conseil municipal et du Conseil général, ne l'y ait abrogée.

Si la loi du 29 juin 1929 est bien encore applicable dans votre ville et si, d'autre part, l'immeuble que vous occupez a été construit avant la guerre, vous bénéficierez de plein droit, dès votre bail expiré, de la prorogation légale instituée par cette loi, jusqu'à une date que nous ne pourrons vous fixer que lorsque nous connaîtrons le loyer ou la valeur locative de votre appartement en 1914.

Cette prorogation vous sera acquise sans que vous ayez aucune formalité à remplir, sans que vous ayez à la demander sous une forme quelconque à votre propriétaire et sans que le congé qui vous a été notifié par lettre recommandée au mois d'août dernier puisse nuire à vos droits.

Tant que durera votre prorogation, votre propriétaire ne pourra exiger de vous un loyer supérieur au loyer de 1914 affecté des coefficients de majoration prévus par la loi et ne pourra repren-

dre votre appartement, même pour son usage personnel, car le droit de reprise que la loi reconnaît au propriétaire ne peut jamais porter sur un local affecté en tout ou en partie à l'exercice d'une profession.

Si, pour une raison quelconque (abrogation de la loi, construction de l'immeuble après la guerre), vous ne pouviez bénéficier de la prorogation, vos rapports avec votre propriétaire seraient uniquement régis par les dispositions du Code civil et vous ne pourriez vous maintenir dans les lieux à la fin du bail en cours qu'après avoir conclu avec votre propriétaire un nouveau contrat de location à des conditions fixées par le seul accord des parties, sans qu'aucune taxation légale puisse être invoquée.

Nous restons à votre disposition pour les renseignements complémentaires dont vous pourriez avoir besoin.

---

### 6403. — Conditions du droit à la prorogation

J'habite une maison dont je paye un loyer annuel de 250 francs ; je n'ai pas de bail, ma propriétaire n'ayant jamais voulu m'en consentir un, c'est donc une location verbale. Peut-elle me mettre à la porte après un simple avis par lettre recommandée et combien de mois doit-elle me prévenir avant la fin de l'année de location ? Je suis dans cette situation depuis huit ans, et, sachant que ma propriétaire cherche à vendre je m'attends, d'un jour à l'autre, à être prié d'évacuer les lieux. Je viens de lire dans un journal qu'en vertu de la loi du 29 juin 1929 la mise en congé des titulaires de la carte des combattants — j'ai cette carte, et suis même invalide de guerre à 35 % — ne pourra être ordonnée, sauf au profit d'un propriétaire titulaire lui-même de la carte de combattant. Si on me signifie mon congé, puis-je invoquer le bénéfice de cette loi, c'est-à-dire refuser de déménager, si la propriétaire n'est pas titulaire de la carte du combattant ?

Le pays que j'habite n'a que 3.200 habitants.

D$^{r}$ X.

**Réponse.**

Vous ne pouvez bénéficier des avantages de la loi du 29 juin 1929 que si cette loi est applicable dans votre commune. Or, elle n'est applicable que dans les communes de 4.000 habitants, dans celles qui se trouvent distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et enfin dans celles dont la population municipale s'est accrue d'au moins 5 % entre le recensement de 1921 et celui de 1926. Même dans les communes rentrant dans l'une ou l'autre de ces catégories, la loi du 29 juin 1929 a pu ou pourra être abrogée par un décret en Conseil d'Etat, rendu après avis du Conseil municipal et du Conseil général. Enfin, restent en toute

hypothèse en dehors du domaine de la loi les maisons construites après la guerre.

En admettant que toutes les conditions nécessaires soient remplies dans votre cas, le propriétaire actuel ou le futur acquéreur de l'immeuble ne pourront reprendre votre maison, même pour leur habitation personnelle, tant que durera votre droit à la prorogation légale. Nous ne pourrons vous fixer sur ce point que lorsque nous connaîtrons le loyer ou la valeur locative de l'immeuble en 1914. Vous échapperez au droit de reprise du propriétaire en raison de votre qualité d'occupant de locaux à usage professionnel.

Par contre, si, pour une raison quelconque vous n'êtes pas en état de bénéficier de la loi du 29 juin 1929, c'est le droit commun seul qui régit vos rapports avec votre propriétaire présent ou futur. Dans ce cas, votre propriétaire est en droit de mettre fin à tout moment à votre location verbale, à la seule condition de vous donner congé au préalable dans les délais fixés par les usages locaux, sans que vos qualités d'occupant de locaux à usage professionnel, de titulaire de la carte de combattant et de pensionné de guerre puissent vous conférer aucun privilège particulier.

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 6.506 — Appareil provisoire pour fracture

Appelé un dimanche à 22 heures pour donner des soins à un blessé (loi des accidents du travail) à 4 kilomètres du médecin le plus proche (moi, en l'espèce) j'ai posé des attelles à la jambe brisée et ai signé un billet pour admission du blessé à l'hôpital. Quels honoraires réclamer ?

2° Quels honoraires réclamer lors d'une contre-visite d'un de mes blessés, en mon cabinet, par le médecin de l'Assurance (accident du travail).

Dr W.

**Réponse**

1° D'après l'ancien Tarif, les honoraires pour appareil provisoire de fracture en vue d'une réduction ultérieure par un *autre* médecin étaient de 50 francs. Cette rubrique a été omise dans le nouveau Tarif et vous verrez dans le *Médecin de France* du 15 novembre, paru ces jours-ci, qu'elle fait partie de la série d'*omissions* que je propose de rétablir dans le nouveau Tarif. En attendant, je vous conseille de demander les 50 francs existant dans l'ancien Tarif, en rappelant l'omission ci-dessus.

2° C'est « la visite » dont il est question à l'art 3 *a*). Elle est tarifiée 15 + 7,50 = 22 fr. 50 par majoration de 50 %.

Dr F. DECOURT.

Cinquante-quatrième année | N° 52 | 25 Décembre 1932

# LE CONCOURS MÉDICAL

## GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



## SOMMAIRE

*TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER*
Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

## AVIS

I

### Agenda Memento du Praticien

**L'expédition de l'édition 1933 qui a eu lieu par poste recommandée est actuellement terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.**

**Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 25 fr. à notre compte de chèques postaux :** *Concours Médical* 167-95.

II

### Table des matières de l'année 1932

**Nous informons nos lecteurs que la table des matières de l'année 1932 fera l'objet d'un numéro spécial, hors série, qui paraîtra le 18 janvier** 1933.

**DON.** — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours Médical*, de M. le Dr MASSIA, de Prades, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

## DEMANDES ET OFFRES

**AVIS.** — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
*Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
*Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 399. — Aisne. Gros bourg, 2 h. 30 Paris-Nord, poste méd. à céder. Très gros chiff. d'affaires. Maison tout confort.

N° 400. — Doct. dem. poste méd. 100.000 francs env. chiff. d'aff. Littoral sud Bretagne. Ouest ou Sud-Ouest, ville ou près ville.

N° 401. — A vend. Chevrolet 6 cyl. C. I. freins neufs, très bon état, condit. avantag.

N° 402. — A louer 9e arrond. Paris, hôtel partic. 3 étages, avec grand studio et aménagements pouvant convenir pour clinique, laborat., mais. santé, etc...

N° 403. — Char.-Infér. C4 G, berline grand tourisme, 7.000 km. Impeccable.

N° 404 — A céder, visibles banl. Paris : 1° tente règlement. de campagne, toile forte, double toit et accessoires, plus châssis pliant lit, toile et bois ; 2° épée méd. commandt, fourreau nickelé et fourreau basane, dragonne et ceintur. Très bon état.

N° 405. — A vend. compt 8.500 francs, berline Renault II CV K. Z. 4, excel. état marche et carross., six roues, outil., mot. ent. ref. Install. électr. neuve. S'ad. Clinique Pacy-sur-Eure.

N° 406. — A vend, belle salle à manger ancienne. 18, rue Antoine-Bourdelle, chez M. Roussel (XVe).

N° 407. — Conf. désirer. céder appartem. 4 p., tout confort, 1er ét., sur place XIVe arr. Paris, loyer 6.600 plus 13 % charges.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e) - Tél. : Odéon 36-46

Paris, plein centre. Très import. clinique V. U. ancienne instal. moderne et conf. Prix 500.000 francs.

Paris quart. st. Lazare, anc. cabinet d'électro-radiol. A céd. prix intéres. avec instal. complète.

## Renseignements

Qu'appelait-on **neurasthénie** ? C'est une intoxication gastro-intestinale qui a retenti sur l'axe cérébrospinal. Le manganèse désintoxique le tractus gastro-intestinal. Donner au neurasthénique à 4 à 6 TABLETTES DE MANGAINE, au moment de ses malaises.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes et des vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Pharmacien exerç. centre vign. offre directement à docteurs ses **CHAMPAGNES** (franco port régie à partir 12 bouteilles. Carte bleue : 9,50. Carte blanche : 12,50. Cuvée 1923 : 18,50) Cuvée 1929 : 24 fr. supp. 2 fr. par 2/2 bout. — Réduct. 0,50 par 50 bout. = E. Cauche pharmac. à **AY** (Marne).

Conf. off. vieux **rancio** doux 1er cru (M. D. D.) prov. exclus. de ses vignes. Haut-Roussillon Conv. goûters, desserts, cadeaux. 12 bout. franco tt domicile : 168 fr.
Dr W. de Froutiguen, 68 av. gare. Perpignan. Pyr.-Oles.

**Héliothérapie.** Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

**Pneumatiques** des 1res marques vendus aux membres du Corps médical avec **très fortes remises.** Expédition Paris et province. Ecr. Dr Pradignat, 204, Boulevard Voltaire, Paris XIe.

# DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. le Professeur RATHERY est élu membre titulaire dans la première section (*médecine*).

— **Collège de France.** — Le Professeur Charles NICOLLE, membre de l'Institut, commencera son cours au Collège de France sur le « Destin des maladies infectieuses » le vendredi 13 janvier 1933 et le continuera les mercredi et vendredi à 5 heures, salle 6.

— **Paris.** — Le Docteur Haret, ancien radiologiste de l'hôpital Lariboisière vient de mourir, victime des rayons X et de son dévouement à la science, après une douloureuse agonie. L'allocation annuelle que le Conseil municipal lui avait accordée sur la proposition de M. Lobligeois n'a plus, hélas ! de raison d'être.

— **Union médicale latine.** *Conférences des voies latines.* — La prochaine conférence des Voix latines sera faite le 16 février 1933, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, par le Prof. Legueu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, sur le sujet suivant : *Souvenirs et visions d'Argentine*, où ce grand maître a été en mission l'an dernier, et où il fut reçu comme un des éminents représentants de la science française.

— **Réunions latines d'interéchange scientifique à l'Umfia.** — Sous les auspices de l'Union médicale latine viennent de se créer des réunions scientifiques mensuelles où sont invités tous les médecins de la latinité, de passage à Paris.

Chaque mois, un sujet médical sera annoncé à l'avance par le Docteur Guillaume qui organisera ces réunions. Le sujet sera suivi d'une discussion. Les médecins sont priés de venir nombreux à ces réunions d'interéchange scientifique. Le résumé des questions traitées paraîtra au fur et à mesure dans la *Revue* de l'Umfia.

Le lieu de ces réunions ainsi que les dates et les heures seront indiqués ultérieurement. Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Guillaume, inspirateur et président organisateur de ces réunions d'interéchange, ou au siège de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris.

— **A la mémoire du médecin principal Tanton.** — *Le Souvenir français* vient de prendre l'initiative de poser, à l'hôpital militaire de Châlons-sur-Marne, une plaque en bronze, à la mémoire du Docteur Tanton.

Le médecin principal Tanton, agrégé de chirurgie du Val-de-Grâce, mourut glorieusement pour la France pendant la guerre, à l'ambulance de la IVe armée, établie au sud du camp de Châlons.

— **Union fédérative des médecins de réserve. Ecole annexe de perfectionnement.** *Conférences* 1932-1933. — Ces conférences ont lieu, en principe, le troisième lundi du mois, sauf en août et septembre ; elles peuvent être avancées ou reculées, si le troisième lundi tombe un jour férié ; elles ont lieu dans l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, à 21 heures précises.

Janvier 1933 : Organisation de l'hygiène du cantonnement, par M. le Médecin colonel PILOD, professeur au Val-de-Grâce.

Février 1933 : La syphilis dans les armées en campagne, par M. TOURAINE, médecin des hôpitaux de Paris.

Mars 1933 : Evolution des plaies de guerre, par M. DESPLAS, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Avril 1933 : Hygiène des troupes à bord d'un transport, par M. le Médecin en chef de la marine CAZAMIAN.

Mai 1933 : Pathologie et prophylaxie spéciales des troupes indigènes coloniales en dehors de leur pays d'origine, par M. le Médecin général inspecteur des troupes coloniales LASNET.

Juin 1933 : Les équipes chirurgicales, par M. le Médecin colonel LACAZE, professeur au Val-de-Grâce.

Juillet 1933 : Traitement des blessés de première urgence, par M. MÉTIVET, chirurgien des hôpitaux de Paris.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Concours de clinicat.* — Les concours pour le clinicat se sont terminés par les nominations suivantes :

Chef de clinique chirurgicale (Prof. Tixier), le Docteur J. Marion, ex-interne des hôpitaux ;

Chef de clinique neuro-psychiatrique, le Docteur J.-A. Thévenon, ex-interne des hôpitaux ;

Chef de clinique de chirurgie infantile, le Docteur W.-G. Brunat, ex-interne des hôpitaux ;

Chef de clinique médicale (Prof. Paviot), le Docteur Jarricot, ex-interne des hôpitaux.

— **Hôpitaux de Strasbourg.** *Internat.* — Questions posées : Anatomie : Glande parotide (sans histologie). — Physiologie : Composition et rôle de la salive (sans le mécanisme de la sécrétion). — Pathologie externe : Perforations intestinales (sans le traitement). — Pathologie interne : Dilatation des bronches.

Le concours s'est terminé par la nomination de : MM. Haimovici, Houot, Mlle Wehrung, MM. Labourgade, Laugier, Rodier, Mercenie, Moniatte, Heimendinger, Mlle Rousset.

— **Hôpitaux de Montpellier.** *Externat.* — Le concours d'externat des hôpitaux de Montpellier s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : Mlle Lucile Bougarel, MM. Jean Marcoulidès, Max Puech, Emile Terrel, Jacques Debay, Georges Bédard, René Soulier, René Signoret, Albert Crassous, Mlle Andrée Galtier,

MM. Paul Bétoulières, Georges Manoli, Yves Lapierre, Louis Guillaume, André Vedel, Pierre Egg, Maurice Donat, Paul Radaody-Ralarosi, Ludovic-Nichet, Mlle Stoïka Cholakova.

— **Hôpitaux de Tours.** — Sont nommés, après concours : internes de l'hôpital général, MM. Babeau, Zœpffel, Guérin, Rolland et Viallet.

— **Hôpitaux de Nîmes.** — Un concours s'ouvrira en février 1933 pour la nomination d'un médecin neurologiste des hôpitaux de Nîmes.

— **Sanatorium de Montfaucon (Lot).** — *Concours de médecin adjoint.* — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin adjoint du sanatorium de Montfaucon (Lot), établissement de la Fédération des mutualités postales.

Le traitement de début est de 22.000 francs, avec logement, chauffage, éclairage, blanchissage et facilité d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement.

Les demandes doivent être adressées, avant le 30 janvier 1933, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris-VIe.

Envoyer les titres et références sur copies certifiées conformes.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons, avec un vif regret, la mort de Madame Groc, d'Issoncourt, mère de notre confrère et ami le Docteur R. Groc, à qui nous exprimons nos sentiments de sympathiques condoléances.

# A TRAVERS L'OFFICIEL

8 DÉCEMBRE

### Enseignement de la médecine

M. Grégoire, professeur d'anatomie médico-chirurgicale et de technique opératoire est transféré à compter du 1er décembre dans la chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris (dernier titulaire : M. Lejars).

M. Debré, ancien agrégé des Facultés de médecine, chargé de cours de clinique annexe, est nommé à compter du 1er janvier 1933 professeur de bactériologie à la Faculté de Paris.

### Ministère de la Santé publique.

Le Docteur Bordas, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, est désigné, pour l'année 1933, en qualité de conseiller technique sanitaire non rétribué.

### Service de santé militaire.

Par décret du 1er décembre 1932, sont nommés, dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les officiers de réserve démissionnaires, ci-après désignés, qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

*Au grade de médecin sous-lieutenant.*

(Rang du 10 octobre 1930) Danhier, lieut. de rés. art., centre mob. art. 206, aff. rég. de Paris ; Ducroquet, lieut de rés. art., centre mob. art. 318, aff. rég. de Paris ; Hardy, lieut. rés. art. col., centre mob. art. 31, aff. 11e rég. ; Batmale, lieut. rés. art., centre mob. art. 18, aff. 17e rég.

**Sanatoriums publics.**

*Avis de concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.*

Rectificatif au *Journal Officiel* du 3 décembre 1932 : page 12530, 3e colonne, au lieu de : « Sanatorium public de la Grolle-Saint-Bernard, à Touvérac (Dordogne) », lire : « Sanatorium public de la Grolle-Saint-Bernard à Touvérac (Charente) ».

10 DÉCEMBRE

**Asiles publics d'aliénés.**

M. le Docteur Pierson est nommé médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), en remplacement de M. le Docteur Carriat appelé à un autre poste.

**Service de santé militaire.**

Par décision ministérielle en date du 22 novembre 1932 et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre, sont placés dans la position d'officier honoraire à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de méd. col. : Patay, 22, quai Duguay-Trouin, Rennes ; Nicolas, 19, place Moraud, Lyon.

Avec le grade de méd. lieut.-col. : Guichard, 75, rue de la Paroisse, Versailles ; Mialaret, 32, rue Saint-Michel, Sedan ; Lapeyre, 11, boul. Heurteloup, Tours ; Bourguignon, 11, place Saint-Michel, Limoges ; Buy, 37, cours Sablon, Clermont-Ferrand ; Gauran, 11, boul. Grignan, Toulon ; Jacques, 41, av. Foch, Nancy.

Avec le grade de méd. comm. : Clerc, 52, av. de Wagram, Paris ; Paquet, 82, rue de Clichy, Paris ; Candelier, Leuquey (Pas-de-Calais) ; Huyghe, 16 *bis*, rue de la Vieille-Comédie, Lille ; Marlier, Château-Thierry (Aisne) ; Friedel, 176, boul. Saint-Germain, Paris ; Fossier, 5, rue des Elus, Reims ; Nurdin, Val d'Ajol (Vosges) ; Baderot, Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Berchoud, 8, rue Alphonse-Fochier, Lyon ; Bédos, av. Victor-Hugo, Agde (Hérault) ; Lochon, 5, rue de l'Hôtel-de-Ville, Thonon-les-Bains (Haute-Savoie) ; Pelon, Luchon ; Bibent, 6, rue Velane, Toulouse ; Legros, 17, rue des Trois-Civils, Bordeaux; Franchi, Orléansville (Algérie) ; Quintard, place de Strasbourg, Bône (Constantine).

Avec le grade de méd. capit. : Dausset, 6, passage Noirot, Paris ; Debray, 66, rue Campans, Paris ;

Gilbert, 89, Grande-Rue, Maison-Alfort (Seine) ; Laffitte, 3, rue de l'Université, Paris ; Lafond, 89, boul. Magenta, Paris ; Morhange, 35, boul. de Strasbourg, Paris ; Morisetti, 28, av. de Wagram, Paris ; Petit, 13, rue Victor-Hugo, Montereau ; Philippe, 11, rue des Archives, Paris ; Thomin, 6, rue Erlanger, Paris ; Valentin, 42, rue Hamelin, Paris ; Capelle, Wavrin (Nord) ; Garin, 16, rue de la Poste, Saint-Amand-les-Eaux (Nord).

Colmaire, 262, boul. de Bapaume, Amiens ; Corcket, 91, rue Caponière, Caen ; Dubois, 21, rue Saint-Nicolas, Rouen ; Wagner, Lieurey (Eure) ; Dassonville, Fontaine-la-Guyon (E.-et-L.) ; Lelong, 11, rue du Maréchal-Maunoury, Chartres ; Boutes, 45, rue Vaneau, Paris ; Collet, Nogent-sur-Vernisson (Loiret) ; Ferry, rue des Poulies, Romorantin (Loir-et-Cher) ; Guillaume, Chaingy-Fourneaux (Loiret) ; Etienne, boul. Ney, Pont-à-Mousson (M.-et-M.) ; Bussard, 8, av. du 11-Novembre, Bellevue (S.-et-O.) ; Coittier, Delle (territ. de Belfort) ; Lefort, Arbois (Jura) ; Platey, Moncley (Doubs) ; Sandoz, Meslières (Doubs) ; Collinot, Coulanges-sur-Yonne (Yonne) ; Ducoudray, Villeneuve-l'Archevêque (Yonne) ; Ferrand, Toucy (Yonne) ; Fleurot, Précy-sur-Thil (Côte-d'Or) ; Forestier, Seignelay (Yonne) ; Gauthier, Le Meix (Côte-d'Or) ; Léculier, Champrougier (Jura) ; Malet, 21, av. d'Orléans, Paris ; Gaureau, 115, rue du Château, Paris ; Pothet, 42, boul. Magenta, Paris ; Prepin, Belz (Morbihan).

De Sèze, 76, rue de Seine, Paris ; Le Coniat, 49, rue de Châteaudun, Paris ; Le Marchand, Kérity-Paimpol (Côtes-du-Nord) ; Le Louet, Pont-Aven (Finistère) ; Goigoux, Dun-le-Palleteau (Creuse) ; Hervy, 33, boul. Gambetta, Limoges ; Hubert, 44, rue d'Angoulême, Jarnac ; Sikora, 8, quai Baluze, Tulle (Corrèze) ; Vitaut, Charlieu (Loire) ; Bérard, Dieulefit (Drôme) ; Bonne, Craponne (Rhône) ; Calvet, 8, place de la République, Valence ; Antoniotti, Pietraserena (Corse) ; Bricka, 15, rue de la République, Marseille ; Bridoux, 7, rue Delille, Nice (A.-M.) ; Ponthieu, 104, rue Loubon, Marseille ; Lafon, Marseillon (Hérault) ; Raynaud, Poussan (Hérault) ; Sagols, 29, rue Vauban, Perpignan ; Audigé, 6, rue Agathoise, Toulouse ; Beringuier, Grisolles (T.-et-G.) ; Giraud, Monflanquin (L.-et-G.) ; Arzac, 104, rue Croix-de-Lequey, Bordeaux ; Gaudin, Marennes (Ch.-Inf.) ; Robert, Auch (Gers) ; Vergely, Jahu, Etat de Saint-Paul (Brésil) ; Netter, 131, boul. Saint-Germain, Paris ; Urmès, 4, faub. d'Ambrail, Epinal.

Avec le grade de méd. lieut. : Blin, 3, av. de Madrid, Neuilly-sur-Seine ; Charpentier, 38, rue Saint-Faron, Meaux ; Coulombe, 32, boul. Ménilmontant, Paris ; Delafouchardière, 1, rue Gay-Lussac, Paris ; de Fromont de Bouaille, 8, rue de Passy, Paris ; Hérard, 2, boul. Raspail, Paris ; Laufer, 45, av. Duquesne, Paris ; Lucas, 85 *bis*, rue du Ranelagh, Paris ; Mitzora, 46, boul. Péreire, Paris ; Singer, 3, villa Boissière, Paris ; Balatre, 4, quai Gambetta, Château-Thierry ; Caboche, 31, rue Buzenvale, Beauvais ; David, Epinac-les-Mines (S.-et-L.) ; Doranlo, 190, rue de Paris,

Les Lilas (Seine) ; Labignette, 38, boul. de Strasbourg Boulogne-sur-Seine ; Casella, Valréas (Vaucluse) ; Le Prieur, 136, route du Havre, Maromme (Seine-Inférieure) ; Lavie, 16, faubourg Saint-Denis, Paris ; Sineau, 75, rue Ledru-Rollin, Châteauroux ; Vilmain, Restigné (I.-et-L.) ; Badin, 27, boul. Féard, Dinard ; Le Gentil, 87, av. de la République, Mantes ; Debonnosset, 9 *bis*, rue Pajou, Paris ; Favier, Ambierle (Loire) ; Pinquet, Lezoux (P.-de-D.) ; Marichal, 4, rue Saint-Martin, Belley (Ain) ; Montfort, 24, rue Sénac, Marseille ; Raffali, rue de l'Eglise, Seillans, (Var) ; Cambriel, Pincherio (Aude) ; Coste, Marvejols (Lozère) ; Dauban, impasse Cambon, Rodez ; Nancel, 5, rue Huguerie, Bordeaux.

## Réponses des ministres aux questions des Parlementaires

### Remplacement des membres des Commissions cantonales d'assistance.

1339. — M. Jean Payra demande à M. le ministre de la Santé publique dans quelles conditions peut être effectué le remplacement des membres des commissions cantonales d'assistance, instituées en application de l'article 11 de la loi du 14 juillet 1905, qui n'assistent jamais aux séances, soit pour raison de maladie, soit pour causes de changement de résidence, soit par négligence pure, qui, de ce fait, entravent le fonctionnement de ces commissions et refusent de démissionner. (*Question du 27 octobre 1932.*)

*Réponse.* — S'il s'agit du délégué du préfet, il appartient au préfet d'examiner s'il doit nommer un nouveau délégué. S'il s'agit du délégué des bureaux d'assistance du canton, ou du délégué des sociétés de secours mutuels existant dans le canton, il appartient à ces organismes, à l'expiration du mandat de leurs délégués, de désigner de nouveaux délégués dans les conditions prévues par les décrets des 3 août 1909 et 2 mai 1899.

(*J. O.*, 2 décembre 1932.)

### Le certificat prévu par la loi sur l'assistance aux femmes eu couches est un certificat médical.

1619. — M. Mayxime Fanchon demande à M. le ministre de la Santé publique si l'expression « certificat médical », employée par l'article 4 de la loi du 17 juin 1913 relative au repos des femmes en couches, doit s'entendre, au sens étroit du mot, d'un certificat émanant d'un médecin, ou si, dans la pratique, il n'est pas possible de lui substituer le certificat d'une sage-femme ; ajoute que l'intérêt de la question est considérable pour les sages-femmes, puisque, dans la négative, l'assistance ou l'intervention d'un médecin s'imposera dans tous les cas. (*Question du 17 novembre 1932.*)

*Réponse.* — Le certificat prévu par l'article 4 de

la loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches doit être délivré par un médecin. En l'état actuel de la législation, il n'est pas possible de remplacer ce certificat par un certificat émanant d'une sage-femme.

(*J. O.*, 2 *décembre* 1932.)

**Compatibilité des fonctions de membre de la Commission administrative d'un hôpital avec celles de fonctionnaire communal.**

1320. — M. Bousquet demande à M. le ministre de la Santé publique si l'économe des cours complémentaire (fonctionnaire communal) peut faire partie du Conseil d'administration de l'hôpital-hospice de cette commune et être, en outre, ordonnateur des dépenses de cet établissement. (*Question du 27 octobre* 1932.)

*Réponse.* — Il n'y a pas d'incompatibilité légale, si l'intéressé n'est ni instituteur, ni fournisseur de l'établissement hospitalier.

(*J. O.*, 2 décembre 1932.)

## EXERCICE DE LA PROPHARMACIE

### Délivrance de médicaments à un malade au domicile duquel existe une officine ouverte de pharmacien

Un de nos confrères nous saisit du litige suivant. Propharmacien il a soigné une victime de la guerre dans une localité qui, située à huit kilomètres, possède une pharmacie. La Commission préfectorale refuse de mandater le mémoire de pharmacie et le Syndicat des pharmaciens poursuit notre confrère pour exercice illégal de la pharmacie.

Il a de même soigné deux accouchées, bénéficiaires des Assurances sociales, auxquelles il a fourni des médicaments. Les pharmaciens chargés du contrôle poursuivent correctionnellement.

Est-ce donc un délit, pour un propharmacien, que de délivrer des médicaments à ceux de ses clients qui résident dans une localité où se trouve une officine ouverte ?

Cette question soulève un certain nombre de problèmes, que nous allons envisager tour à tour.

**I. Texte de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI.**

En droit pénal, les termes d'une loi doivent être interprétés *stricto sensu*, dans leur sens étroit.

Il convient donc, tout d'abord, de savoir très exactement ce que la loi sur la pharmacie interdit, pour faire respecter le monopole des pharmaciens et ce que, dans certains cas particuliers, elle permet à titre exceptionnel.

Aux termes de cette législation de germinal, toujours en vigueur, il est fait défense à quiconque n'est pas possesseur du diplôme de pharmacien de préparer, vendre et débiter des préparations médicamenteuses.

Mais l'article 27 fait la restriction suivante : « Les officiers de santé, établis dans les bourgs, villages, ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte ».

Si nous nous en tenons aux termes de cet article et à leur sens étroit, il faut conclure que, d'après la loi, ce qui importe, c'est le domicile du médecin et non pas celui du malade.

Lorsque dans la commune, où réside le praticien, il n'y a pas d'officine ouverte, le docteur a le droit de fournir des médicaments à tous les malades qui le consultent, quelque soit le domicile de ces derniers et alors même que ceux-ci résident dans une commune où se trouve une officine de pharmacien.

II. **Décisions jurisprudentielles.**

Bien entendu, nous laissons de côté les cas où l'urgence fait au praticien un devoir d'humanité de parer au plus pressé, surtout lorsque la vie du malade est en danger : dans un cas grave et pressant, n'importe quel médecin peut délivrer des médicaments à son malade ; mais il reste entendu que ce ne sont là que des cas exceptionnels et qu'il ne faudrait pas invoquer l'urgence, pour se livrer habituellement à une pratique défendue par la loi de germinal : celle de débiter des médicaments à des clients, alors qu'il y a officine ouverte au domicile du médecin.

*Premier cas : le malade consulte le médecin au domicile de ce dernier.*

Ici, aucune discussion n'est possible ; quel que soit le domicile du malade, qu'il y ait ou non officine ouverte dans sa commune, ce client peut recevoir du médecin-propharmacien les médicaments que ce dernier lui prescrit. En ce sens un arrêt de la Cour d'appel de Dijon, du 12 mars 1890. (*D.*, 1891-2-127).

*Deuxième cas : le médecin se rend chez le malade.*

Nous ne nous occupons que de la situation juridique des propharmaciens. En effet, lorsqu'un médecin est installé dans une commune, où se trouve une officine ouverte, il n'a pas le droit

*Voir la suite page LV-3777*

# PROPOS DU JOUR

## Souvenirs évoqués par la mort de deux maîtres : Chauffard et Babinski

La disparition de deux maîtres, le Professeur Chauffard et le Docteur Babinski, évoquent en notre esprit des souvenirs d'ordre divers que nous croyons intéressant de rappeler, car ils ne peuvent que contribuer à honorer leur mémoire.

Nous ne nous permettrons pas d'apprécier leur œuvre scientifique, d'autres l'ont fait et le feront avec infiniment plus d'autorité que nous.

Nous fûmes, il y a quelque vingt ans, collègue du Professeur Chauffard au Conseil général de l'Association générale dès Médecins de France. Un peu hautain et assez distant, M. Chauffard ne nous cachait pas la méfiance et le dédain qu'il professait pour le syndicalisme médical que du reste il ne connaissait guère et contre lequel il partageait les préjugés injustifiés de la plus grande partie du monde médical officiel de Paris à celle époque.

Mais M. le Professeur Chauffard était un homme trop honnête et trop droit pour ne pas revenir sur une première impression quand il s'était aperçu qu'elle était injuste ou fausse.

Au cours de l'année 1921, nous fûmes très agréablement surpris de recevoir une lettre de lui, nous demandant quelques renseignements sur la carrière de notre regretté ami, le Docteur Gairal, ancien président de l'Union des Syndicats médicaux de France, mort en captivité à Celle-Schloss (Hanovre). Le Docteur Gairal avait été victime des mauvais traitements des Allemands dont il n'avait pu accepter les tyranniques injonctions comme maire de Carignan durant l'occupation.

Le Professeur Chauffard avait pris l'initiative de proposer M. Gairal comme titulaire posthume du Prix Huchard, jugeant que l'Académie de médecine ne pouvait mieux faire pour honorer les médecins praticiens français que de choisir l'ancien président de l'Union des Syndicats médicaux de France, mort victime de son patriotisme et de son devoir civique. Nommé rapporteur, M. le Professeur Chauffard obtint de l'Académie l'attribution posthume du Prix Huchard au Docteur Jules Gairal.

Ce beau geste qui nous fut très sensible et que nous soulignâmes dans le *Concours Médical* du 25 décembre 1921, comporte un enseignement : c'est que nos Maîtres et nous, praticiens, avons tout intérêt à nous fréquenter et à mieux nous connaître. Beaucoup de préjugés de part et d'autre seraient ainsi dissipés. C'est ce que depuis nous nous sommes efforcés de réaliser au *Concours Médical.*

Nous rappellerons encore, que le Professeur Chauffard s'était intéressé aux recherches de notre distingué collaborateur, le Docteur Veillard, son voisin de campagne, sur l'altération des farines et les maladies nerveuses qu'elles pouvaient provoquer. Il s'opposa, à la Commission de l'Académie de médecine qu'il présidait, à la déclaration obligatoire de l'encéphalite léthargique dont, tout au moins certaines formes, étaient manifestement provoquées, comme l'avait démontré Veillard, par l'intoxication due aux farines adultérées. Il donna ainsi une preuve d'indépendance scientifique, la plupart des Académiciens admettaient le dogme du virus filtrant dans l'étiologie des encéphalites sans vouloir prendre connaissance, ni contrôler les recherches du Docteur Veillard, simple médecin de campagne, exerçant à Meung-sur-Loire. Et cependant les vétérinaires militaires avaient constaté de nombreuses intoxications avec symptômes encéphalitiques chez les chevaux nourris avec des farines falsifiées.

***

Les souvenirs qu'évoquent le Docteur Babinski sont d'un tout autre ordre.

Nous nous souvenons de lui lorsque (il y a plus de quarante ans) nous suivions à la Salpêtrière les dernières cliniques du Maître Charcot.

A cette époque, la suggestion hypnotique et la grande hystérie avaient pris les allures d'une véritable épidémie.

Des empiriques, tels que Donato, avaient fait de ces troubles un objet d'exhibitions publiques et d'attractions de café-concert. Les attaques de grande hystérie étaient si fréquentes qu'on les constatait souvent sur la voie publique ; on retournait peu à peu au XVIIIe siècle et aux manifestations répugnantes des convulsionnaires de Saint Médard.

Charcot fut le premier à vouloir mettre un frein à ces abus dont on le rendait en partie res-

◆◆

ponsable, d'autant plus qu'une tendance manifeste du public cherchait à atténuer la responsabilité des délinquants et des criminels en l'imputant à de mystérieuses suggestions hypnotiques.

Le Maître chargea son chef de clinique, Babinski, de faire en sa présence quelques conférences pour remettre les choses au point.

Nous nous souvenons d'une expérience intéressante, faite dans le but de démontrer que l'influence de la suggestion hypnotique avait ses limites. Deux jeunes femmes préalablement hypnotisées furent conduites sur l'estrade, nous allions dire la scène, de l'Amphithéâtre de la Salpêtrière où Charcot et Babinski faisaient leurs leçons. On intima l'ordre aux deux hyptonisées de se déshabiller complètement. La première, de mœurs légères, n'hésita pas un seul instant. La seconde, qui était une honnête fille, refusa ; on insista, elle refusa de nouveau et, comme on lui ordonnait avec instance de se dévêtir, elle tomba dans une crise convulsive.

Depuis l'hypnotisme passa peu à peu de mode, les crises convulsives de grande hystérie si fréquentes autrefois, ont complètement disparu. Il y a quarante ans, jeune médecin, nous ne passions pas de semaine sans être appelé à en soigner, aujourd'hui nous restons des années sans en voir. Le Docteur Babinski a joué un grand rôle dans cette sorte d'assainissement mental.

Babinski ne fut pas agrégé. Nous assistâmes à son concours d'agrégation et ses épreuves furent assez brillantes pour permettre au jury de lui ouvrir très larges les portes de la Faculté, mais il avait un vice rédhibitoire, il était l'élève de Charcot.

Le Maître de la Salpêtrière avait été pendant une période tout puissant à la Faculté. Une réaction se produisit et ce fut au tour de Bouchard d'y régner sans conteste. Les élèves de Charcot furent systématiquement évincés et Babinski, trop tard venu, ne fut pas agrégé et ne devint pas professeur. Mais il sut par son seul mérite se créer une grande réputation et obtenir une place prépondérante au premier rang des neurologistes.

Son exemple est une preuve qu'en dépit des titres, qui certes ne sont pas à dédaigner et dont nous ne contestons pas la valeur, un homme laborieux de volonté et de talent peut arriver à occuper la place dont il est digne.

J. NOIR.

# A LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux s'est tenue les 16, 17 et 18 décembre. Toutes les questions à l'ordre du jour ont été successivement traitées avec toute l'ampleur qu'elles exigeaient : Conseil national de famille ; Rapports avec la Mutualité ; Assurances sociales ; Caisses chirurgicales mutuelles ; Patente ; Impôts.

A certains moments, la discussion est devenue orageuse, et nous avons, avec tristesse, entendu de rudes violences de langage, à propos de questions strictement personnelles, qui choquent dans un milieu médical, où l'on aimerait trouver plus de retenue, de modération et de courtoisie...

Le samedi soir, un banquet très brillant réunissait à l'Hôtel Continental, une centaine de délégués, auxquels s'étaient joints des invités de marque. Et d'abord le sénateur Docteur ARMBRUSTER qui présidait, les sénateurs Docteurs DENTU, GADAUD, le député Docteur LECACHEUX, le préfet LÉON, directeur au ministère de la Santé publique, MM. les Docteurs BELLENCONTRE, JAYLE, DEQUIDT, VALENTINO, etc.

Le champagne moussait dans les verres que, déjà, Dibos, en toute simplicité, excusait certains absents de marque, provoquait une manifestation de sympathie en faveur de Cibrie, retenu à la chambre par une forte indisposition, remerciait les invités de la Confédération et buvait à la prospérité du Syndicalisme médical.

Le Docteur Armbruster répondait à son tour, en montrant surtout comment les Parlementaires médecins ne cessent pas, à partir de leur entrée au Parlement, de s'intéresser à tout ce qui ressortit à leur profession, témoin le vote, à la Chambre, de la loi qui porte son nom, de la loi sur l'Ordre des médecins, et le dépôt d'un projet de loi qui exonérerait les jeunes médecins de la patente, durant trois ans... Il fut acclamé lorsqu'il termina en levant son verre en l'honneur du Corps médical organisé.

Et l'on passa, sans plus attendre, dans le salon où le café était servi et où les conversations continuèrent, commentant les événements qui venaient de se passer...

Nous adressons nos compliments les plus confraternels au Docteur Dibos pour la façon magistrale dont il présida, avec une autorité acceptée par tous les assistants, ces laborieuses séances, et nos vœux les plus affectueux à Cibrie, qui paye les efforts soutenus et infiniment fatigants qu'il ne cesse de fournir, pour la sauvegarde des intérêts du Syndicalisme médical.

G. DUCHESNE.

# PARTIE SCIENTIFIQUE

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### CLINIQUE CHIRURGICALE

### Les fractures des côtes

Par M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

Les hasards de la clinique viennent de faire entrer la semaine dernière dans notre service deux malades atteints de fractures de côtes ressortissant à des mécanismes complètement différents. En effet, si le premier sujet, un jeune homme de 19 ans, a été heurté violemment par un timon de charrette qui lui a fracturé directement la cinquième côte gauche, le deuxième blessé, un ouvrier terrassier âgé de 46 ans, pris sous un éboulement, présente, lui, une solution de continuité indirecte des quatrième, cinquième et sixième côtes gauches.

Tous deux nous ont montré, à des degrés différents toutefois, à peu près les mêmes symptômes fonctionnels, à savoir de la douleur thoracique et de la dyspnée : quant aux symptômes physiques, réduits dans le premier cas à une fine crépitation, uniquement perceptible à l'auscultation, ils se sont traduits dans le second par de la déformation et par une légère mobilité anormale. La radiographie ayant confirmé dans les deux cas le diagnostic de fracture costale, nous avons procédé chez nos deux sujets à l'immobilisation du thorax au moyen d'un bandage de corps, ce qui a entraîné très rapidement une diminution considérable des phénomènes douloureux et dyspnéiques.

Comme aucune des différentes complications qui viennent parfois entraver l'évolution normale des fractures de côtes ne s'est manifestée, tout porte donc à penser que la guérison surviendra sans incidents, avec une bonne consolidation osseuse.

Voyons maintenant en quoi consistent ces solutions de continuité que l'on peut voir survenir à la suite soit d'un traumatisme direct ou indirect, soit d'un effort musculaire plus ou moins violent.

Il s'agit là de lésions connues depuis la plus haute antiquité, et dont les premières études d'ensemble ont été faites vers le milieu du XVIII^e siècle, par J.-L. Petit (1725) et par Duverney (1751). Reprises par Vacca Berlinghiéri, par Richerand (1805), par Boyer (1814), par Delpech (1816), et par Dupuytren (1832), l'histoire de ces fractures a fait l'objet de recherches de Malgaigne (1838), de Nélaton (1844), et de Vidal de Cassis (1855). Plus près de nous, l'article de Paulet du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1878) constitue un travail extrêmement important et documenté, que sont venues compléter la thèse de Giboteau (1900), ainsi que les mises au point de Schwartz et de Souligoux dans les traités classiques.

Pendant assez longtemps les fractures de côtes ont été considérées comme relativement rares : c'était en particulier l'opinion de Boyer. Cependant, l'examen des statistiques de Malgaigne, de Peyrot, ainsi que du Guy's Hospital de Londres prouve qu'il en est tout autrement, et que les solutions de continuité costales occupent au contraire le pourcentage élevé de 9 à 10 %, ce qui les met directement à la suite des fractures de l'humérus et de la clavicule et sur le même rang que celles du fémur ; il se pourrait même que cette proportion se trouve au-dessous de la réalité.

Très rares chez l'enfant, par suite de la souplesse et de l'elasticité du squelette, qui lui permettent de fuir devant le traumatisme, elles se voient surtout dans l'âge mûr, de 40 à 60 ans, période correspondant à la vie active, où s'observe l'ossification progressive des cartilages ainsi que la raréfaction du tissu osseux costal.

Beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, moins exposée aux traumatismes, ces lésions sont évidemment favorisées par toutes les maladies qui contribuent à affaiblir la résistance osseuse (tabès, maladie de Lobstein, etc.).

Plusieurs mécanismes se partagent la pathogénie de ces fractures, qui peuvent être déterminées par des violences directes, par des violences indirectes ou encore par l'action musculaire.

*Les fractures par cause directe,* anciennes frac-

tures en dedans de J.-L. Petit, qui semblent être les plus fréquentes, résultent d'un choc plus ou moins violent, coup de poing, coup de pied de cheval, timon de charrette, chute sur une crête saillante, etc... Dans ces conditions, la force extérieure, en frappant le thorax, tend à redresser la courbure de la côte qui se brise par hyperextension, au point même d'application du traumatisme ; mais, bien que par suite la lésion puisse siéger sur toute l'étendue costale, c'est ordinairement dans ses parties moyenne ou antérieure qu'on la rencontre surtout, car ce sont ces régions qui sont le plus souvent atteintes par la violence.

Au cours de la rupture osseuse, c'est la table interne qui cède la première, et les extrémités des fragments se dirigent vers l'intérieur de la cage thoracique : ce fait n'est cependant pas constant, car Malgaigne dans un cas observé chez un homme de 77 ans a relevé une fracture directe où la table externe seule de la cinquième côte était rompue, l'interne ayant plié et faisant un angle saillant à l'intérieur de la poitrine.

Exceptionnellement, la fracture directe peut se faire de *dedans en dehors*, la côte étant alors frappée sur sa face interne par l'agent traumatique, balle, corne de taureau ayant passé à travers le diaphragme (Giboteau), manche de pelle à feu introduit par un aliéné dans son œsophage (Deguise fils). Dans ces cas, quoique la lésion siège bien au point atteint par la force vulnérante, il ne s'agit pas de redressement de la courbure costale et les fragments ne sont pas portés en dedans.

Les *fractures par cause indirecte*, anciennes fractures en dehors de J.-L. Petit, qui siègent en une région plus ou moins éloignée du point d'application du choc, se produisent à la suite d'une violence, tamponnement, éboulement, pression de la foule, etc... Dans tous ces cas, la lésion se produit par exagération de la courbure de l'os : la côte, pressée entre le sol et une roue de voiture, par exemple, s'infléchit et se brise par hyperflexion, la table externe cède la première, et les fragments sont dirigés en dehors vers la peau.

J.-L. Petit pensait que la fracture se produisait toujours au niveau de la partie moyenne de la côte : Malgaigne, à la suite de nombreuses expériences est arrivé à des conclusions tout à fait différentes. D'après cet auteur, lorsque l'agent vulnérant vient exercer sa pression sur la face antérieure du thorax, la lésion siège sur le tiers antérieur de la côte, à 3 ou 4 centimètres de l'articulation chondro-sternale : mais, quand, au contraire, la violence a porté sur la partie postérieure, le blessé étant couché à plat ventre, la fracture se produit au voisinage du rachis.

Si la première conclusion de Malgaigne, vérifiée expérimentalement par Souligoux, est admise sans conteste par tous les auteurs, il n'en est pas de même de la seconde. Ainsi que l'a fait fort justement observer Paulet, lorsque le thorax se trouve pris entre deux plans résistants, l'un appuyant sur le sternum, l'autre sur la région dorso-lombaire, le résultat doit toujours être le même, quel que soit celui des plans qui marche à la rencontre de l'autre, et l'on ne se rend pas bien compte pourquoi la fracture aurait lieu tantôt en avant et tantôt en arrière, puisqu'en somme la direction des forces, et leur point d'application n'ont pas varié dans les deux cas. Aussi, est-il infiniment probable, que, comme le soutient Paulet, les fractures produites au niveau de l'angle postérieur reconnaissent pour cause une pression oblique s'exerçant d'une part sur la colonne vertébrale et d'autre part sur la paroi latérale du thorax, vers l'extrémité antérieure de la côte osseuse.

Quant aux *fractures par action musculaire*, elles sont extrêmement rares, car on n'en connaît qu'une trentaine de cas ; elles se voient à la suite de violents accès de toux, dans un éternuement, dans un brusque mouvement du tronc, ou simplement dans un effort.

Généralement uniques et siégeant sur les côtes inférieures, ces fractures s'observent plus souvent chez la femme et vers la fin de la grossesse. Leur mécanisme est encore fort mal connu : si Malgaigne admettait que dans un violent effort d'expiration le sternum fortement abaissé venait agir sur la partie antérieure des côtes, fixées d'autre part à la colonne vertébrale, ce qui déterminait une solution de continuité à leur partie moyenne, Peyrot en a fait de véritables fractures par arrachement. Peut-être ne s'agit-il là que de véritables fractures spontanées dues à la raréfaction osseuse.

Au point de vue anatomo-pathologique, les fractures peuvent siéger sur une ou plusieurs côtes, comprendre deux ou plusieurs fragments, être complètes ou incomplètes. Dans l'immense majorité des cas, la solution de continuité intéresse une des côtes moyennes, quatre, cinq, six et sept, car ce sont celles qui sont le plus exposées. Par contre, les trois côtes sus-jacentes, plus courtes et protégées par l'omoplate, par la clavicule ainsi que par des masses musculaires, sont très rarement atteintes ; la première côte ne se fracturerait même jamais isolément. Quant aux côtes inférieures, elles ne sont pas non plus lésées bien souvent, car leur mobilité leur permet facilement d'échapper au traumatisme.

Les *fractures incomplètes* ne sont pas très rares : ce sont des fissures plus ou moins régulières suivant la longueur de la côte, des fissures intéressant l'un des bords et se prolongeant obliquement sans intéresser l'autre, des

enfoncements, des fractures en bois vert limitées à l'une des tables de l'os, généralement l'externe, ou encore des fractures sous-périostées chez les jeunes sujets.

Les *fractures complètes* sont de beaucoup les plus communes, elles sont simples ou multiples. La direction du trait est variable : rarement, il est bien net, perpendiculaire à la côte ou légèrement oblique ; plus souvent il est fortement allongé avec des dentelures qui permettent un certain engrènement des fragments et en empêchent le chevauchement. Non moins variable est le nombre des traits de fracture : unique dans les traumatismes de moyenne intensité, ils peuvent être multiples dans les grands traumatismes, comme les éboulements, et limiter ainsi sur une même côte plusieurs fragments.

De même, plusieurs côtes peuvent être intéressées simultanément, soit sur un même côté, soit sur les deux côtés de la poitrine : généralement, dans ces cas de fractures multiples les lésions siègent sur des côtes voisines, mais il existe de nombreuses observations de côtes fracturées separées par des côtes saines. En ce qui concerne les fractures comminutives ou esquilleuses, on ne les rencontre que dans les plaies par armes à feu.

La question du déplacement des fragments a été extrêmement controversée. Dans les fractures uniques, ce déplacement, que J.-L. Petit considérait comme possible, mais toujours très léger, avait été complètement nié par Vacca Berlinghiéri et par Richerand, et cette dernière opinion fut admise jusqu'au jour où Malgaigne montra par ses expériences que si dans quelques cas les deux fragments restaient bien au contact et ne se séparaient pas l'un de l'autre, dans d'autres, au contraire, ils pouvaient parfaitement se déplacer. C'est suivant l'épaisseur, ou dans le sens vertical que ce déplacement peut s'effectuer, et ordinairement, c'est le fragment antérieur qui se porte en dedans ou en dehors, en haut ou en bas : d'une façon générale, le changement de place est très peu prononcé, car les dispositions anatomiques limitent considérablement la mobilité des fragments, les côtes engrénées en effet sur leurs deux faces par un fascia fibreux, sont en effet maintenues par le contenu de l'espace intercostal.

Dans les fractures multiples, ce déplacement existe incontestablement, et peut même devenir assez considérable ; c'est dans ces cas qu'il peut exister un véritable volet plus ou moins déprimé vers le thorax et mobile avec les mouvements respiratoires.

Lorsqu'une côte est atteinte de fractures multiples et complètes, le fragment médian plus ou moins déprimé du côté de la plèvre peut jouir d'une mobilité étendue, comme dans le cas rapporté par Sabatier où le fragment médian d'une fracture double était attiré en dedans et repoussé en dehors suivant les mouvements de la respiration.

La consolidation des fractures de côtes par un cal osseux est la règle : il existe cependant des cas où la réparation ne s'est pas effectuée et où il s'est établi une pseudarthrose. D'après Paul Delbet, ces cas seraient même assez fréquents, ils passent cependant généralement inaperçus parce qu'ils n'occasionnent aucune gêne. Le cal peut aussi, dans certaines conditions, devenir exhubérant, en particulier dans les fractures multiples où des jetées osseuses peuvent venir réunir entre elles les diverses surfaces fracturées.

On a pu voir enfin de véritables complications anatomiques par lésions des gros vaisseaux, des os voisins, sternum et rachis, des organes thoraciques et abdominaux, mais dans tous ces cas la complication devient la lésion principale, et la fracture n'est plus qu'un épiphénomène. On a signalé également des exemples de fragments costaux enfoncés dans les cavités du cœur, mais ce que l'on constate le plus, ce sont des piqûres, des déchirures pulmonaires par la pointe d'un fragment repoussé en dedans.

Maintenant que vous connaissez les causes des fractures de côtes ainsi que les lésions qu'elles déterminent, étudions leur symptomatologie : ces solutions de continuité se caractérisent par des symptômes commémoratifs, des symptômes physiques et des symptômes fonctionnels.

Les symptômes commémoratifs sont au nombre de deux, c'est d'abord la notion du *traumatisme* subi et en second lieu une sensation de *craquement* ressenti au niveau de l'os au moment de sa rupture.

C'est en interrogeant votre malade qu'il vous racontera qu'il a reçu une de ces violences que je viens de vous énumérer ; le plus souvent, il accusera, comme notre premier blessé, un traumatisme direct du thorax, dans d'autres cas, il vous dira qu'il a été pris dans un éboulement, notre deuxième malade en est un exemple, dans un tamponnement, ou qu'il a été renversé par une voiture qui lui a passé sur le thorax ; exceptionnellement, il incriminera un violent accès de toux, ou un brusque mouvement du tronc. Ce sont là des renseignements qui vous seront parfois très utiles.

Au cours de ce traumatisme, votre sujet aura parfois ressenti une sensation de craquement, indice d'une lésion osseuse. Ce signe qui est d'ordinaire très net dans certaines fractures diaphysaires, et qui peut se traduire par un bruit de rupture perceptible par les assistants, est généralement peu accusé dans les fractures costales et passe inaperçu. Nos deux blessés ne nous en ont pas fait mention ; pourtant,

il existe toujours plus ou moins estompé et a été noté dans un certain nombre d'observations.

Les différents symptômes physiques qui peuvent être relevés dans les fractures de côtes sont les suivants : *gonflement, ecchymose, déformations, mobilité anormale* et *crépitation*. Laissons de côté le gonflement et l'ecchymose, qui sont toujours très peu marqués, et n'ont de signification que dans les fractures indirectes, pour nous occuper des autres symptômes.

La déformation, due au déplacement des fragments est très rare dans les fractures uniques ; elle est plus fréquente dans les fractures multiples, bien qu'elle soit d'ordinaire assez peu prononcée sauf dans les cas de très grands traumatisme ; vous avez pu le constater chez nos deux blessés. Pour la reconnaître, il vous faudra promener le doigt suivant toute la longueur de la côte, ce qui vous permettra de sentir alors une ou plusieurs saillies suivies d'une ou plusieurs dépressions.

La mobilité anormale ne se constate bien que très rarement : nulle dans les fractures incomplètes et très difficile à reconnaître dans les fractures dentelées, elle ne peut être bien mise en évidence que dans les fractures multiples à plusieurs fragments ; vous vous en êtes aperçus vous-mêmes en examinant nos deux malades.

La crépitation, toujours assez douloureuse à rechercher, n'est guère plus constante, et manque dans les mêmes cas : ce n'est qu'assez rarement que l'on peut la percevoir par la simple pression ; ordinairement, il faut, pour la reconnaître, poser la main à plat sur la région en recommandant au malade de tousser, ou mieux encore appliquer l'oreille au niveau du foyer pendant cet effort de toux. En procédant ainsi, vous entendrez alors une crépitation profonde à timbre rude, fugace et souvent impossible à obtenir plusieurs fois de suite, que vous vous garderez bien de confondre avec la crépitation de l'emphysème bien caractérisée par sa finesse et sa superficialité.

Les symptômes fonctionnels accusés par le blessé sont au nombre de deux, la *douleur* et la *dyspnée*.

La douleur apparaît au moment même de la production de la solution de continuité et bien que très variable dans son intensité, moins aiguë dans les fractures indirectes que dans les fractures directes et souvent proportionnée au nombre des fractures ainsi qu'à la direction des fragments, elle ne manque jamais chez un sujet sain. Spontanée, brusque et violente, mais bien localisée, elle présente son maximum d'intensité au niveau du foyer de fracture et s'exagère par le moindre mouvement. Aussi, le malade, qui redoute la toux, l'éternuement ou même l'inspiration profonde, immobilise-t-il lui-même le côté correspondant du thorax de manière à éviter la respiration ample et normale, se bornant à des mouvements respiratoires plus rapides et plus superficiels. Si vous explorez la côte par une légère pression, c'est toujours au même point que vous réveillerez la sensibilité, comme ce sera toujours le même endroit que vous désignera le malade, si en pressant sur le sternum, vous lui demandez où il souffre.

La dyspnée, qui ne manque jamais, est toujours en rapport avec la gravité des lésions, comme avec l'étendue de la douleur : presque insignifiante dans les fractures incomplètes, elle présente son plus haut degré dans les fractures multiples intéressant un certain nombre de côtes.

L'évolution clinique de ces solutions de continuité est d'ordinaire fort simple, et la guérison s'obtient au bout de trois à quatre semaines par la formation d'un cal osseux interfragmentaire : toutefois, elle peut être troublée par l'apparition de complications, même dans les cas paraissant dépourvus de toute gravité.

Les complications que l'on peut voir survenir à la suite des fractures de côtes, sont soumises à certaines conditions étiologiques, les unes prédisposantes, les autres déterminantes. Parmi les causes prédisposantes je vous signalerai la vieillesse, l'alcoolisme, les affections chroniques du cœur et du poumon qui affaiblissent l'état général ou diminuent la résistance organique ; quant aux causes déterminantes, elles sont représentées soit par l'agent vulnérant qui, au lieu de s'arrêter au squelette, est allé jusqu'à frapper les organes profonds, soit la côte fracturée dont les fragments sont venus léser ces mêmes organes.

Ces différentes complications, qui peuvent être primitives, c'est-à-dire contemporaines du traumatisme, ou secondaires, ne se manifestant que plus tardivement, et qui forment la gravité incontestable de certaines fractures de côtes, ne se voient guère que dans les cas de lésions multiples causées par un traumatisme violent.

Voyons d'abord les complications immédiates qui peuvent siéger au niveau des plans superficiels, de l'espace intercostal ou des organes profonds.

Les complications par lésions des plans superficiels sont rares et peu intéressantes. Ce sont des contusions banales se traduisant par un épanchement sanguin, un hématome, qui peut gêner la thérapeutique ou qui est encore susceptible de s'infecter, ou des petites plaies des téguments déterminées par l'agent traumatique ayant occasionné la fracture, et qui, par les phénomènes infectieux qu'elles présentent souvent, sont une source de contamination pour la fracture et pour les organes profonds.

Les complications par lésions des parties

constitutives de l'espace intercostal ne sont pas non plus très fréquentes : en dehors des déchirures musculaires, en général de peu d'étendue et dépourvues de toute gravité, ou de névralgies tenant à la contusion ou à la destruction du nerf intercostal, la plus intéressante est la blessure de l'artère intercostale. Possible même avec une fracture simple, cette rupture artérielle peut déterminer la formation d'un anévrysme, ou se traduire par une hémorragie s'il existe une plaie extérieure ; le plus souvent comme il y a également une lésion de la plèvre pariétale, le sang se déverse dans la cavité pleurale produisant ainsi un hémothorax de gravité variable, parfois mortel.

Les complications par lésions des organes profonds sont de beaucoup celles que l'on observe le plus souvent : la plèvre, le poumon, le cœur, le diaphragme, le foie, la rate, le rein peuvent être intéressés au cours des fractures de côtes.

Parmi ces diverses lésions, les *déchirures du poumon* causées par l'extrémité des fragments sont les plus fréquentes : elles sont aussi de gravité très variable, car s'il est des ruptures étendues intéressant des gros vaisseaux rapidement mortelles, infiniment plus nombreux sont les cas où l'attrition pulmonaire ne se manifeste que par quelques crachats sanglants et ne retarde en rien la guérison.

L'*hémoptysie*, généralement peu abondante, est un excellent signe d'atteinte pulmonaire, elle nécessite pour sa production l'ouverture d'une bronche, condition indispensable à la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Le *pneumothorax* ne présente de réelle gravité que lorsque le poumon est fortement atteint : ordinairement la déchirure du parenchyme par la pointe du fragment est minime et se cicatrise vite pendant que l'air se résorbe et que les phénomènes graves perdent rapidement de leur intensité. Toutefois, dans certains cas, soit qu'il s'agisse d'une forme anatomique spéciale (pneumothorax à soupape), dans laquelle la plaie pulmonaire étroite et sinueuse permet l'entrée de l'air dans la plèvre pendant l'inspiration, mais s'oppose à la sortie, soit que le poumon du côté opposé présente des altérations pathologiques antérieures, il peut devenir très sérieux et prendre une gravité tout spéciale.

Cette complication existe d'ailleurs assez rarement seule, et dans la majorité des cas, il se produit en même temps un écoulement de sang au niveau de la plaie pulmonaire, ce qui donne un *hémopneumothorax*. L'épanchement sanguin est la plupart du temps presque insignifiant, mais parfois il est possible qu'il augmente au point de gêner la respiration et de provoquer des phénomènes d'asphyxie.

L'*emphysème sous-cutané*, signalé pour la première fois par Ambroise Paré, se produirait d'après Richet une fois sur vingt. Il se manifeste le plus souvent à la suite des fractures directes et apparaît rapidement au niveau du siège de la fracture : développé en quelques heures ou un jour au plus, sa durée est en rapport avec l'étendue de la plaie pulmonaire, car plus elle est grande, et plus il met de temps à se résorber. Tant qu'il reste circonscrit, il ne présente aucune gravité, mais il n'en est plus de même s'il s'étend à tout le côté blessé, ou s'il se généralise, envahissant la totalité du corps.

Cet emphysème sous-cutané peut se réaliser suivant deux modalités différentes, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue clinique. Lorsque le poumon est libre dans la plèvre, il se rétracte immédiatement et la première lésion qui se manifeste est un pneumothorax : puis si la plaie primitive est petite et sinueuse, l'air passe de la cavité pleurale dans le tissu cellulaire sous-cutané. Au contraire, quand le poumon est immobilisé, soit du fait d'adhérences pathologiques, soit qu'il soit maintenu au contact direct de la paroi par le fragment costal embroché, l'air est déversé directement dans le tissu cellulaire et peut atteindre de telles proportions qu'il entraîne la mort du malade.

La *hernie du poumon*, qui s'observe parfois lorsqu'une fracture multiple de côtes a mobilisé un fragment de la paroi thoracique que peut soulever l'impulsion pulmonaire, n'offre pas en général par elle-même de bien grande gravité. Bien que n'étant jamais atteinte d'étranglement, elle ne présente cependant aucune tendance spontanée à la guérison, et finit par devenir irréductible du fait des adhérences la fixant au sac qui l'enveloppe.

Les *déchirures du péricarde* et des autres organes du médiastin sont beaucoup plus rares et sont toujours d'une certaine gravité ; il en est de même de celles des organes intra-abdominaux. Je n'y insiste pas, car dans tous ces cas, la fracture de côte, ainsi que vous le concevez facilement, ne vient qu'au second plan.

Les complications tardives sont représentées par la pneumonie et par la pleurésie traumatique ainsi que par les accidents de consolidation osseuse.

La *pneumonie traumatique* constitue une complication assez rarement observée : pouvant aboutir à la suppuration ou à la gangrène pulmonaire, elle débute insidieusement deux à quatre jours après le traumatisme. Le point de côté, peu accentué, se confond souvent avec la douleur de la fracture et la fièvre manque dans les deux tiers des cas ; il en est de même du souffle ; quant aux râles ils sont plutôt sous-crépitants. L'expectoration est aussi davantage hémoptoïque que rouillée, mais bien que la température ne dépasse pas 38°5, le blessé se trouve dans un état d'adynamie profonde. Il s'agit là d'une

complication grave surtout chez les vieillards et les alcooliques.

La *pleurésie*, qui accompagne souvent la pneumonie, rarement sèche, habituellement séreuse, devient exceptionnellement purulente. Elle survient elle aussi insidieusement du deuxième au quinzième jour après la fracture et ses signes fonctionnels sont toujours peu marqués ; c'est par l'auscultation, qui en révèlera les symptômes ordinaires, qu'il conviendra de la rechercher. C'est une complication presque toujours bénigne et l'épanchement est en général trop peu abondant pour nécessiter une ponction ; toutefois certaines réserves doivent être faites au point de vue du pronostic éloigné, car les recherches de Chauffard ont montré la nature tuberculeuse de certaines de ces pleurésies.

Il convient en outre de ne pas oublier que les malades atteints de fractures de côtes compliquées et ayant guéri parfaitement de leur traumatisme restent cependant exposés à des complications tardives sur lesquelles König a très justement insisté. Dans les cas d'hémo-pneumothorax, le poumon ne reprend pas toujours sa souplesse, ni sa place au niveau des côtes, comme, dans d'autres cas, des exsudats plastiques peuvent le fixer à la plèvre. Vous voyez ainsi que ces complications pleuro-pulmonaires peuvent laisser à leur suite des altérations du poumon, des adhérences pleurales ; aussi ne devez-vous pas être surpris, si, longtemps après le traumatisme, vous constatez chez ces malades le développement d'une affection chronique qui sera encore une conséquence de la fracture.

Enfin, en ce qui a trait aux complications tenant à l'évolution du foyer de fracture, je vous dirai qu'on a observé dans des cas de fracture multiple quelques cals exhubérants, unissant plusieurs côtes entre elles : ils ne déterminent pas cependant la plupart du temps de troubles fonctionnels, et il est extrêmement rare que l'on ait à noter une gêne dans les mouvements thoraciques ou une compression des vaisseaux ou des nerfs intercostaux. La pseudarthrose, qui semble plus fréquente, ne présente que peu d'importance, car elle ne détermine jamais de trouble quelconque.

Le pronostic des fractures de côtes est habituellement bénin, particulièrement dans les fractures simples : il est plus sévère dans les fractures multiples en raison des complications pleuro-pulmonaires qui peuvent se manifester. Il convient d'ailleurs de tenir grand compte de l'état général, les vieillards et les alcooliques présentant plus facilement des complications graves. Dans les cas où la fracture s'est accompagnée d'un déplacement considérable, il persiste une difformité, le plus souvent à peine apparente, ainsi qu'une douleur sourde qui disparaît ordinairement peu à peu.

Le diagnostic de fracture de côtes ne peut s'affirmer que si l'on trouve les trois symptômes suivants : déformation traumatique du thorax, mobilité anormale et crépitation osseuse. Nombreux sont les cas où vous ne noterez aucun de ces signes, ce qui vous fera forcément hésiter entre une fracture et une simple contusion. Recherchez alors, selon les sages conseils de Tillaux, les éléments de votre diagnostic dans les caractères de la douleur : elle est brusque, subite et mieux localisée dans les cas de lésion osseuse, et vous pourrez encore la déterminer par des pressions exercées à distance du point fracturé. S'il persistait un doute dans votre esprit, la radiographie arrivera à le dissiper.

Le traitement habituel de ces fractures est l'immobilisation du thorax par une large bande de flanelle ou mieux de diachylon, faisant un tour et demi sur le corps et appliquée au point même de la fracture. Malgaigne a réglé la partie essentielle de son application, à savoir le degré de la striction. « La vraie règle, dit-il, qui doit diriger le praticien à cet égard, c'est la persistance de la douleur. Si elle cède à une striction légère, n'allez pas plus loin, si le malade se trouve mieux d'une striction forte, serrez autant qu'il le désire, si elle persiste malgré l'emploi du bandage, et surtout si elle s'aggrave, il est inutile et nuisible. »

Il est des cas en effet où, par le chevauchement qu'il détermine, le bandage peut occasionner des douleurs : vous ferez sagement alors de ne pas insister, car la consolidation osseuse s'effectuera quand même. Le traitement est le même qu'il y ait ou non un déplacement, car il est tout à fait illusoire de songer à vouloir le réduire.

Ce n'est donc que dans certaines circonstances que vous devrez arriver à une thérapeutique plus active. C'est ainsi que vous n'hésiterez pas à réséquer un fragment costal embrochant un organe profond, le menaçant ou bien occasionnant encore des douleurs persistantes, comme vous vous hâterez de lier une artère intercostale rompue.

De même, dans les cas de pneumothorax, d'hémothorax ou d'emphysème sous-cutané menaçant la vie du malade, vous pratiquerez une thoracotomie pour donner à l'air une libre issue au dehors ou pour tarir la source de l'hémorragie.

Enfin, vous n'oublierez pas qu'un sujet atteint de fracture de côtes doit être attentivement examiné, et surveillé surtout si la solution de continuité osseuse est accompagnée de la moindre lésion du côté des organes thoraciques profonds.

# AU CHEVET DES PATIENTS

## Comment traiter la fièvre ganglionnaire de l'enfance

C'EST UNE HYPERTHERMIE BRUSQUE, AVEC TUMÉFACTION CONSIDÉRABLE DES GANGLIONS CERVICAUX, ET MONOCYTOSE SANGUINE

Qu'il s'agisse, ou non, d'une entité morbide, bactériologiquement spécifique, (ce qui reste à démontrer), la *fièvre ganglionnaire*, ou maladie de Pfeiffer, ou mononucléose infectieuse, ou adéno-lymphoïdite aiguë, *se comporte comme une maladie infectieuse, contagieuse, endémique ou épidémique*. Le Docteur E. Feldstein (1) rappelle que plusieurs enfants peuvent être ainsi touchés successivement dans une même famille ou dans une même école, et qu'ils présentent l'un après l'autre le même syndrome avec une intensité variable.

L'incubation est de huit à dix jours, puis *brusquement la température* monte à 39° ou même davantage ; l'enfant est abattu, inquiet, sans appétit.

*En quelques heures, une tuméfaction ganglionnaire apparaît*, souvent considérable. Elle atteint un ou plusieurs des groupes ganglionnaires du cou : angulo-maxillaires, sous-maxillaires, sterno-mastoïdiens, accessoirement ganglions sus-claviculaires ou axillaires ; on note de la péri-adénite.

La peau tendue, sensible, rouge pourrait faire croire à un ramollissement, si le début n'était récent.

Souvent les amygdales apparaissent rouges, gonflées ; on note une traînée de muco-pus dans le cavum ; *mais*, ces constatations peuvent faire défaut.

La rate est fréquemment augmentée de volume, perceptible à la palpation.

L'*examen du sang* révèle des signes utiles au diagnostic, car on ne les retrouve pas dans les autres affections ganglionnaires (adénite aiguë banale, maladie de Hodgkin, lymphadénie tuberculeuse). Ce sont : 1° une augmentation, légère du nombre des leucocytes (12.000 par exemple au lieu de 6.000) ; 2° une inversion de la formule leucocytaire : diminution du chiffre des polynucléaires (40 ou 30 % au lieu de 70), augmentation de celui des mononucléaires (50 % de grands, 20 % de petits).

(1) Docteur E. Feldstein. — Qu'est-ce que la fièvre ganglionnaire ? (*Journal des Praticiens*, 20 août 1932.)

La température se maintient régulière pendant plusieurs jours, ou même pendant une ou deux semaines ; quelquefois, elle prend le type oscillant. L'engorgement ganglionnaire cervical persiste ; des gangions lointains peuvent se prendre à leur tour, ganglions inguinaux, ganglions trachéo-bronchiques surtout. Puis, tout finit par s'arranger : la température tombe, en lysis généralement, l'état général s'améliore, les ganglions fondent rapidement, mais pendant longtemps ils restent perceptibles. Cependant, la formule sanguine met des semaines et des mois à revenir à la normale.

Le pronostic de la fièvre ganglionnaire est d'ordinaire bénin, cependant les rechutes et les récidives ne sont pas rares. Quant aux complications (suppuration, otites suppurées), elles sont exceptionnelles, et proviennent souvent d'une infection secondaire.

Voici, d'après l'auteur, le traitement à recommander :

« 1° Désinfection nasale et pharyngée. Instillations nasales d'huiles antiseptiques ou de sels d'argent (argyrol au 100e), gargarismes ou lavages de gorge avec des préparations alcalines. Il est à remarquer que ce traitement ne semble pas influencer la poussée ganglionnaire.

« 2° Sur les ganglions, onctions légères avec une pommade au collargol (au 20e), suivies d'applications humides chaudes, ou de badigeonnages avec une couche d'antiphlogistine.

« 3° A l'intérieur, potion ou lavements au salicylate de soude.

« 4° Quand les symptômes sont accusés, il ne faut pas hésiter à recourir au propidon ; celui-ci est susceptible de raccourcir la durée de la maladie et de juguler rapidement tous les symptômes. Ce médicament est très bien supporté, même par le nourrisson. C'est le traitement de choix de la fièvre ganglionnaire, quand elle est intense ou menace de durer.

***

## Pour arrêter une hémorragie dentaire post-opératoire

### Complication fréquente, elle peut le plus souvent être arrêtée grâce à un simple traitement local

D'ordinaire, après une avulsion dentaire pratiquée sans examen préalable, sans surveillance post-opératoire, l'hémorragie s'arrête au bout d'une dizaine de minutes par un caillot, qui obture la plaie alvéolaire.

Mais il est des cas, où tout ne se passe pas aussi facilement, soit en raison de *causes locales* (déchirure de la gencive, fracture du rebord alvéolaire, plus rarement lésion artérielle au cas d'inflammation régionale), ou de *causes générales* (hémophilie avec temps de coagulation prolongé jusqu'à une demi-heure et plus, au lieu de huit à dix minutes ; hémogénie avec prolongation du temps de saignement jusqu'à un quart d'heure et plus).

Généralement, l'hémorragie se produit aussitôt après l'extraction ; chez les hémogéniques, elle peut n'apparaître que le lendemain ou le surlendemain à l'occasion d'un effort, d'une secousse de toux, ou de la mastication.

Voici à cette occasion quelques conseils excellents, donnés par le Docteur Thibault (1) au sujet du traitement.

Se mettre d'abord à l'abri de causes d'erreur, exceptionnelles il est vrai : hématémèse, hémoptysie, rupture de varices pharyngées.

Le premier soin du praticien sera ensuite de bien préciser le siège et les conditions de la stomatorragie : lésions locales ou à distance (blessure fortuite de la veine ranine de la langue par dérapage d'instrument).

Mais, dans l'immense majorité des cas, l'hémorragie n'est conditionnée par aucune cause locale ; le sang sourd simplement de l'alvéole. Un seul traitement local est alors indiqué : le tamponnement alvéolaire. La cautérisation est, en effet, inutile et douloureuse ; les applications d'eau oxygénée, de ferropyrine, d'antipyrine ont une action incertaine ou passagère ; celle du perchlorure de fer, escarrifiante, est redoutable.

Le *tamponnement alvéolaire*, par contre, est presque toujours efficace, et d'une application très simple.

Après avoir débarrassé l'alvéole de son contenu en pratiquant un lavage sous pression au sérum physiologique très chaud, on choisit une mèche étroite, que l'on imbibe d'un agent hémostatique (hémostyl par exemple), et que l'on tasse fortement dans la cavité alvéolaire. On laisse cette mèche en place une dizaine de minutes, puis on l'enlève avec précaution.

Si l'hémorragie persiste ou récidive, on renouvelle le tamponnement, et on exerce cette fois une pression plus forte en faisant mordre le malade sur un bouchon, ou mieux sur un fragment de substance plastique servant pour les empreintes, que l'on aura préalablement ramolli à la chaleur, et modelé de façon à recouvrer la mèche dentaire. La compression doit durer vingt-quatre heures, et, comme le patient ne tarde pas à se fatiguer, une fronde sous-maxillaire, en tissu caoutchouté ou en crèpe Velpeau, permettra de maintenir les dents serrées et d'exercer une pression permanente et efficace. Il est tout à fait exceptionnel qu'une simple hémorragie alvéolaire résiste à ce tamponnement.

Le traitement général se bornera à l'administration par la bouche d'un agent hémostatique. Ce n'est qu'en cas d'hémorragie abondante qu'on recourra aux injections sous-cutanées de sérum sanguin frais (20 à 40 cent. cubes), et, s'il y a menace d'anémie aiguë, à une transfusion de 200 à 300 cent. cubes de sang, prélevé suivant le mode habituel.

*Préventivement*, il convient, avant toute intervention buccale, d'interroger le patient, pour savoir s'il est accoutumé à avoir des hémorragies spontanées ou provoquées. Chez la femme, ou l'enfant, on pensera alors à l'hémogénie ou à l'hémophilie ; chez l'adulte à un état de déficience hépatique.

Chez les hépatiques et les hémogéniques, on prescrira avant l'intervention une potion au chlorure de calcium à raison de 4 grammes par jour. Mais, dès que le temps de saignement atteint six minutes, et celui de coagulation vingt minutes, il est préférable d'injecter sous la peau de l'abdomen, vingt-quatre heures avant l'opération, 20 cent. cubes de sérum sanguin (sérum de cheval, genre hémostyl par exemple), ou à défaut, 20 cent. cubes de sang même du malade. Cette sérothérapie se montre plus efficace que l'absorption *per os* de sérum ou de pectine, dont l'action est discutable ; il n'y a d'ailleurs pas d'accidents sériques à craindre chez les hémophiles.

Enfin, chez les grands hémogéniques, et surtout chez les grands hémophiles, lorsque le temps de coagulation dépasse une heure, et que toute intervention revêt un caractère de réelle gravité, une transfusion sanguine de 250 cent. cubes, pratiquée quelques heures auparavant,

(1) Docteur Thibault. — Les hémorragies dentaires post-opératoires. Leur traitement. (*Paris Médical*, 10 septembre 1932.)

est la seule mesure susceptible de donner le maximum de sécurité. L'opéré devra d'ailleurs garder le lit, et rester sous la surveillance médicale pendant quelques jours.

Pratiquer l'avulsion avec ménagement ; pour l'anesthésie, éviter l'adrénaline, en raison de l'effet vaso-dilatateur secondaire de ce médicament ; au besoin curetter ensuite l'alvéole pour enlever les fongosités radiculaires. Faire un lavage à l'eau salée très chaude ; puis, des bains de bouche froids ; au besoin, une vessie de glace sur la joue.

G. F.

# DEUX JOURS A GENÈVE

## La Conférence de pédiatrie préventive. — U. I. S. E. — S. D. N.

Par, G. Blechmann

*(Suite et fin)* (1).

### IX. — Prof. F. Hamburger (de Vienne). — Prophylaxie des neuroses. — Discussion

Voici quelques passages du résumé français de ce second rapport :

Il n'existe pas de neurose purement endogène ou purement exogène. Les prédispositions et les influences extérieures (milieu) jouent un rôle dans chaque cas. Chacun de ces deux facteurs peut jouer un rôle minime ou moyen, ou encore déterminant. Parmi les facteurs endogènes, l'hérédité est très importante, les maladies infectieuses (encéphalites luétiques ou autres) le sont moins. Le milieu et surtout l'éducation sont prépondérants. Nous ne parlons dans ce rapport, que de ces facteurs externes.

Une éducation et un mode de vie naturels, c'est-à-dire justes au point de vue phylogénétique, sont la meilleure prophylaxie des neuroses. Le mode de vie naturel consiste en une alimentation rationnelle, une exposition rationnelle, et surtout en un travail rationnel, c'est-à-dire très étendu de la musculature. L'application d'une bienveillance prévoyante constitue la bonne éducation. Les enfants sont en général de bons observateurs, la tâche de l'éducateur n'est pas difficile, s'il est réellement bienveillant. Car d'après les règles de l'automatisme « thymogène » ce qui est juste se produira automatiquement. L'enfant entre dans un bon état d'esprit et sera bien éduqué d'une manière « automatiquement thymogène ». Un grand nombre de principes éducatifs des 50 dernières années sont faux, et ceci est la cause des neuroses aujourd'hui si fréquentes (y compris la neurasthénie) des enfants de tous les milieux dans l'Occident civilisé. Il faut éviter en premier lieu de tant s'inquiéter de l'alimentation, de la défécation et de la miction, de la propreté soi-disant hygiénique et tellement exagérée. Tout ceci apporte des troubles de la vie naturellement inconsciente et sans souci de l'enfant, le conduit à l'auto-observation, l'hypocondrie, l'égocentrisme et la crainte, et par là à la neurose. Faute de contact avec des camarades, l'enfant unique manque de joie et devient vieux avant l'âge.

Les aptitudes de l'enfant à faire des expériences doivent être utilisées d'une manière appropriée. C'est ainsi qu'il apprend le respect des parents, si important, et l'indispensable obéissance. Généralement l'apprentissage de l'obéissance ne fatigue pas le système nerveux. L'obéissance dans l'abstention de certains actes peut être facilement obtenue au cours des deux premières années avec l'aide d'impressions désagréables. L'éducateur ne peut employer les principes fondamentaux de la fermeté et de la bonté que s'il sait se dominer lui-même.

Un effort trop grand pour apprendre est mauvais pour les enfants, surtout pour les filles. Il leur faut chaque jour une heure d'exercice physique joyeux et discipliné. Les devoirs à la maison ne devraient pas employer plus d'une heure.

La discussion devait souligner les oppositions des pédiatres dans la conception des névroses infantiles.

Professeur Rott (de Berlin). — Il s'agit d'un terrain nouveau au point de vue social. En Allemagne, le chômage a un important retentissement sur la famille et les enfants. Les médecins praticiens n'ont pas les moyens techniques de reconnaître à temps les névroses.

M. Pichon estime que le problème qui se pose est à la fois scolaire et familial. Les constitutions sont théoriques. Ayant observé des enfants tétraplégiques sans troubles mentaux, il nie l'importance de la loi du parallélisme psychomoteur. Actuellement, il n'existe aucun moyen d'agir sur ce qui est dans l'œuf.

M. Blechmann. — L'une des premières anomalies psychopathiques consiste en ces états anorexiques parfois extrêmement précoces et justiciables de l'isolement, même chez le nourrisson.

Le Professeur Lereboullet nous a dit des choses fort goûtées. Il montre avec force que l'exaltation du milieu de famille est capitale pour les Français et il insiste sur ce point que le milieu familial peut corriger les influences héréditaires. Que de mères incapables de donner une éducation et qui croient bien faire !

Il faut apprendre à l'enfant à s'observer sans s'écouter pour éviter de créer des psychasthéniques et des neurasthéniques. Rappelons-nous la tendance de l'enfant à fabuler.

Pour éviter le refoulement, il faut donner à l'enfant son épanouissement complet par *la joie* : il doit être heureux et bruyant.

Prenons attention à la surcharge des program-

(1) V. *Concours Médical*, nos 50 et 51.

mes et aux maîtres nerveux. Il faut surveiller médicalement les groupements d'enfant, les scoutistes, les colonies de vacances.

Lereboullet insiste sur l'importance de l'assistance sociale, du placement familial. Le Comité national pour l'Enfance déficiente, a créé une série de consultations spéciales et cherche avec les médecins scolaires à confier à des écoles spéciales, les enfants de la « queue de la classe ». Ces mesures doivent être complétées par la création de centres d'orientations professionnelles (Paul-Boncour).

Mon ami Exchaquet (de Lausanne) prend ensuite la parole : le nombre d'enfants psychopathes augmente d'année en année. Il en trouve de 10 à 20 % dans la clientèle d'hôpital, venus avec le diagnostic de tuberculose, d'anorexie, la discipline de l'hôpital amène souvent la guérison.

A Lausanne, ville saine, la cause la plus habituelle est due à la mauvaise éducation et les parents en supprimant toute contrainte font plus de mal à leurs enfants que le système d'éducation plus simpliste du grand-père !

M. Flournoy (Genève). — La psychanalyse peut rendre de grands services au point de vue de la prophylaxie des névroses. Mais appliquée aux enfants la technique n'est pas exactement la même que pour les adultes et comporte des indications spéciales étudiées notamment par Anna Freud, Mme Morgenstern, Mme Klein. Les facteurs constitutionnels admis aussi par l'école de Freud, ne doivent pas être considérés comme des obstacles absolus aux efforts thérapeutiques. Quant à la stérilisation des individus manifestement dégénérés, elle soulève des questions très complexes.

M. Claparede (Genève). — Les observations de jumeaux identiques sont très précieuses pour le problème qui nous occupe. Si deux jumeaux sont élevés chacun dans un milieu différent, et que l'un devient nerveux et pas l'autre, cela indique nettement l'influence du milieu, car les *gênes* des deux jumeaux sont rigoureusement les mêmes. Cela ne veut pas dire cependant que le milieu est capable à lui seul d'avoir provoqué la névrose. Peut-être bien y avait-il tout de même une prédisposition héréditaire. Mais, chez celui qui est resté indemne, elle n'avait pas alors trouvé dans le milieu la condition favorable à son éclosion.

La place me manque pour analyser les interventions, pleines de bon sens, de MM. Scheltema Taillens, Armand-Delille, Von Groer, Mouriquand. Tous insistent après Lereboullet sur l'influence du milieu familial, sur l'importance du facteur *Joie* sur le psychisme infantile. La discussion du rapport fut bien plus écourtée que pour la syphilis héréditaire et les *conclusions* furent adoptées cette fois avec une unanimité parfaite. Les voici :

La question de la prophylaxie des névroses doit maintenant être considérée comme faisant partie intégrante de la pédiatrie.

Quel que puisse être le rôle des facteurs héréditaires nous ne pensons pas qu'on puisse facilement agir sur eux. C'est pourquoi le problème de la prophylaxie des névroses est avant tout un problème d'éducation, aussi faut-il pousser les familles dans la voie d'une éducation ferme et douce, simple et conforme aux exigences de la nature.

En principe l'éducation appartient à la famille et celle-ci ne doit en être dépossédée que pour des raisons graves. Encore dans ces cas, le placement familial, employé de préférence au placement collectif, peut-il donner d'excellents résultats. L'enfant a besoin qu'une autorité le guide et une bonne éducation lui fait accepter volontiers l'autorité des parents.

Pour atteindre ce but, il sera nécessaire de faire une place à l'enseignement des sains principes d'éducation dans les études médicales et particulièrement pédiatriques. Il faudra aussi éduquer progressivement les familles et toutes personnes qui, par leur profession, ont à entrer en contact avec les enfants, comme on l'a déjà fait pour la lutte contre la syphilis, la tuberculose, le rachitisme, la mortalité des enfants du premier âge, etc. En particulier, les jeunes filles devraient recevoir toujours une préparation au rôle éducatif de mère.

Dans l'enfance les névroses dont les symptômes commencent à poindre, peuvent être saisis à l'état naissant ; c'est ce qui en rend possible et souvent efficace le traitement par les voies psychiques. Il devra être mené de façon adaptée à chaque cas, sans préjudice des médications jugées utiles à l'état somatique du sujet.

## X. — U.I.S.E. — La déclaration de Genève

Une réception extrêmement cordiale nous était réservée au Siège de l'*Union internationale de secours aux enfants*, 31, quai du Mont-Blanc.

Dès notre arrivée, nous sommes tous frappés par une série d'affiches qui couvrent les murs. C'est la traduction en trente-neuf langues de la :

### DÉCLARATION DE GENÈVE

Par la présente déclaration des Droits de l'Enfant, dite Déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations, reconnaissant que l'humanité doit donner à l'Enfant ce qu'elle a de meilleur, affirment leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité et de croyance :

I. — L'Enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

II. — L'Enfant qui a faim doit être nourri ; l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être

ramené ; l'orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.

III. — L'ENFANT doit être le premier à recevoir des secours en temps de détresse.

IV. — L'ENFANT doit être mis en mesure de gagner sa vie, et doit être protégé contre toute exploitation.

V. — L'ENFANT doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités doivent être mises au service de ses frères.

(Texte original de la Déclaration de Genève adopté par le Conseil général et le Comité exécutif de l'U. I. S. E., ainsi que par la Ve assemblée de la Société des Nations, le 26 septembre 1924.)

L'affiche du Comité turc est signée de la propre main de Kemal Pacha.

L'aimable Docteur R. SAND, conseiller technique de la *Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge*, nous met en quelques mots au courant du fonctionnement de l'U. I. S. E. :

L'Union internationale de Secours aux Enfants a pour but de venir en aide à ces enfants dans les pays où la misère est si grande que les œuvres d'assistance sont incapables de parer à tout, ou bien aux réfugiés qui ne peuvent s'attendre à recevoir de l'aide dans un pays étranger.

I. — Un subside ou un gros paquet de vivres donné chaque mois a déjà transformé l'existence de milliers d'enfants.

Ne pouvant donner un berceau et un trousseau à chaque enfant nécessiteux, elle a créé la *Corbeille circulante* qui servira de berceau à l'enfant et contient son petit trousseau : un petit matelas, un oreiller, un drapeau en caoutchouc, une couverture, douze langes, six molletons, neuf chemises dont trois de flanelle, une robe, une paire de chaussons, et, en outre, du savon, du fil, de la poudre, etc., plus une chemise d'adulte pour la mère.

La corbeille n'est remise qu'en prêt, pour six ou neuf mois. Au bout de ce temps, la mère la rend avec son contenu. Si elle l'a bien entretenue, elle reçoit une prime ; quelques vêtements pour son enfant.

Une fois désinfectée, le linge une fois raccommodé — ou s'il y a lieu remplacé — la corbeille est remise en prêt à une autre mère de famille, puis à une troisième. Bref, elle circule, jusqu'à complète usure. Les 100 francs-or qu'a coûté cette corbeille pouvaient-ils être mieux employés ?

II. — ..... Voulez-vous adopter un enfant ?

Vous remplissez soigneusement un formulaire et vous l'envoyez à l'Union Internationale de Secours aux Enfants. Vous recevez par retour du courrier une « photocarte » sur laquelle vous trouvez la photographie de l'enfant que l'on vous proposera d'adopter pour six mois ou un an. On vous donnera aussi des détails sur son état de santé, son âge, sa famille. Il ne vous restera plus alors qu'à verser régulièrement pour votre enfant la somme minime de 10 francs par mois. Vous recevrez l'adresse de votre enfant, vous pourrez lui écrire, il vous répondra et l'on traduira ses lettres si cela est nécessaire. Vous pourrez ainsi juger vous-même de l'immense utilité de votre don.

Si vous craignez qu'une adoption pour six mois ou un an vous coûte trop cher, vous pouvez demander à l'un ou à l'autre de vos amis de partager cette responsabilité avec vous.

L'U. I. S. E. a beaucoup fait pour les enfants. Que de bien, il lui reste à faire par ce vaste monde !

***

Comme vous le savez, Genève est un grand centre d'activité internationale non seulement politique, mais universitaire et religieux et il existe (1), plus de quatre-vingts institutions ou œuvres internationales ayant, dans cette ville, leur siège ou une représentation.

La Société des Nations et le Bureau international de Travail prennent le pas naturellement, mais il existe le Bureau international pour la Paix, l'Ecole internationale de Genève sur la Société des Nations, l'Institut universitaire des Hautes-Etudes internationales, le Comité international de la Croix-Rouge, la Société internationale pour l'Entente économique, l'International Statistics, l'Association internationale de défense contre les stupéfiants, le Bureau international pour la défense des indigènes, la Ligue internationale de la jeunesse, le Comité international de l'Esperanto, etc., etc., etc.

***

La Société de médecine de Genève invita les membres de la Conférence à banqueter somptueusement au Club international. Ce fut l'occasion de discours émus et l'on se sépara convaincus d'avoir fait de l'utile besogne.

Des questions fort importantes seront mises à l'étude pour la prochaine conférence de Pédiatrie préventive. Rendez-vous est pris à Londres pour 1933, quelques jours avant le Congrès international de Pédiatrie.

(1) D'après la liste éditée par le Centre permanent d'Informations internationales de Genève (3, place de Bergues).

## L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

# La Presse

### Action des rayons X et des rayons du radium sur l'ovaire.

MM. COTTENOT et BUSY exposent que, d'après tous les auteurs, on constate une modification considérable de structure de l'ovaire après irradiation. Ce sont les follicules ovariens, source de production de l'hormone ovarienne, sur lesquels les rayons X semblent agir avec le plus d'intensité : la glande interstitielle paraît plus radiorésistante.

Si l'irradiation a été forte (dix à quinze heures, sur chaque ovaire), elle aboutit à une destruction rapide des follicules : on obtient la castration ou stérilisation röntgénienne, les follicules frappés de mort ne pourront plus se régénérer ; on assiste alors à la disparition du corps jaune et de la glande interstitielle, l'ovaire est détruit au point de vue de sa fonction ; il ne persiste plus qu'un petit noyau scléreux atrophique ; il n'y a plus ni de phénomène de menstruation, ni de possibilité de fécondation ultérieure.

Si l'irradiation a été moins forte, quelques follicules peuvent avoir échappé à l'action des rayons X, et en particulier quelque follicules primaires ; au bout d'un temps plus ou moins long, ceux-ci peuvent sortir de l'état d'inhibition dans lequel les avait plongés l'irradiation, évoluer à nouveau, et donner des ovules prêts à être fécondés ; il y a réapparition des corps jaunes au fur et à mesure de la rupture folliculaire.

On a pu réaliser, quoique avec difficultés, la stérilisation temporaire à l'aide des rayons X ; mais cette méthode reste d'exception, car elle expose à de graves inconvénients pour les grossesses futures et pour les produits de conception ; elle ne peut en aucun cas être employée chez la femme jeune. (*La Médecine*, juin 1932.)

### Les troubles de la régulation neuro-endocrinienne dans la pathogénie du diabète.

Le Docteur Pierre MAURIAC estime que, dans la pathogénie du diabète, on ne fait pas la part assez large aux lésions centrales et aux troubles fonctionnels nerveux.

En dehors des diabètes par troubles fonctionnels du foie, par lésions pancréatiques ou par neutralisation de l'insuline, il en existe qui ont une origine nerveuse, l'insuffisance pancréatique n'étant alors que secondaire à un trouble de la régulation glyco-insulinienne.

Cette régulation est assurée par des facteurs variés : centres commandant la sécrétion d'insuline, l'activant ou la freinant suivant les circonstances ; centres réglant l'élimination hydrique ; sécrétion hypophysaire si complexe dans ses effets, mais qui paraît ne pouvoir agir que par l'intermédiaire des centres tubériens ou thalamiques ; système vague ; système sympathique, etc.

Bref, et sans parler des centres disséminés, sur une surface très limitée de la base du cerveau sont concentrés, en un véritable nœud métabolique, des centres qui fonctionnent synergiquement ; très voisins les uns des autres, ils sont exposés aux mêmes atteintes toxiques, infectieuses ou traumatiques. Et le moindre trouble dans leur fonctionnement peut entraîner des perturbations considérables dans le métabolisme de l'eau et des glucides.

Véritable clef de voûte, d'où partent les commandements organiques, les centres nerveux interviennent fréquemment dans la pathogénie du diabète sucré, qui est moins souvent la conséquence d'une insuffisance pancréatique pure que d'un vice de la régulation neuro-endocrinienne. (*La Presse Médicale*, 2 juillet 1932.)

### De la phagomanie.

Le Prof. Marcel LABBÉ montre que la phagomanie est une affection fréquente, que l'on trouve à l'origine du plus grand nombre des cas d'obésité ; elle se manifeste tantôt avec des caractères excessifs, qui en font un véritable trouble mental, tantôt au contraire avec une bénignité apparente, qui ne la fait pas considérer autrement qu'une variété de gourmandise.

Au premier plan de la phagomanie est l'idée morbide. A voir la suralimentation pathologique devenir l'origine de la plupart des obésités, on pourrait conclure avec une apparence de justesse que l'obésité est le résultat d'une maladie psychique ; assurément, il y a une grande part d'élément nerveux dans le développement de l'obésité comme dans celui du diabète gras, comme dans celui de beaucoup de dyspepsies ; mais il faut bien remarquer que ce n'est point par l'intermédiaire d'un trouble du système nerveux de la vie végétative ou d'un trouble de la nutrition que la phagomanie agit sur l'organisme ; son action résulte de ce que l'idée fixe pathologique impose à l'organisme des actes absurdes et dangereux.

Aussi bien, le traitement de la phagomanie

doit-il être cherché dans la rééducation psychique de l'individu ; cette rééducation est fort difficile à faire, et, comme tous les aliénés grands ou petits, les phagomanes refusent en général de se laisser guérir. Il est aussi difficile d'empêcher un phagomane de manger qu'un potomane de boire, qu'un alcoolique de s'enivrer, qu'un morphinomane de se piquer. Le traitement d'une pareille affection ne relève pas des hôpitaux libres, mais plutôt des asiles dans lesquels le malade, isolé de ses conditions ordinaires d'existence, et placé sous la surveillance constante d'un médecin, voit son psychisme transformé et redressé.

Certains moyens violents, comme l'emploi de la thyroxine, parviennent à triompher de la suralimentation ; mais, s'ils font disparaître l'obésité, ils ne guérissent pas la phagomanie. Aussitôt échappé à la surveillance médicale, le sujet retombe dans son vice moral, et, avec la phagomanie, les bénéfices de l'amaigrissement s'évanouissent. On ne saurait donc être trop sévère dans le traitement de la phagomanie, ni trop précoce dans l'institution d'une bonne éducation alimentaire. Il ne faut pas laisser les habitudes vicieuses s'imposer, car elles sont plus tard trop difficiles à déraciner. (*Paris Médical*, 2 juillet 1932.)

### L'amaigrissement symptôme majeur de l'insuffisance hépatique.

On sait aujourd'hui que les grands syndromes de l'insuffisance hépatique n'offrent rien de caractéristique et peuvent se retrouver dans nombre d'états pathologiques. Cependant, disent MM. Noël Fiessinger et R. Olivier, ils sont d'une importance telle qu'ils dominent nettement les renseignements fournis par le laboratoire, bien que ceux-ci conservent une très grande valeur et ne sauraient être laissés dans l'ombre. L'amaigrissement, si banal en soi, en est bien l'exemple le plus frappant.

Si, dans l'ictère grave primitif (toxique ou infectieux), il est un symptôme de second plan, dans les formes à début plus lent, à évolution moins rapide des ictères dits aggravés, la fonte graisseuse et musculaire est précoce, progressive, et vient s'ajouter au tableau clinique, démontrant ainsi que l'amaigrissement est un des quatre syndromes de la grande insuffisance hépatique. Dans les insuffisances moyennes et prolongées, il est le signe le plus sûr et le plus important. D'une façon générale, on peut dire qu'il n'y a pas d'insuffisance hépatique, si légère soit-elle, qui ne s'accompagne d'amaigrissement, celui-ci étant en raison directe de celle-là. C'est surtout chez les cirrhotiques et les ictériques que la courbe de poids renseigne sur l'apparition, l'intensité et le degré évolutif du processus morbide.

L'amaigrissement objective d'une façon surprenante cette hypersensibilité des ictériques, alors même que l'agression toxique ou infectieuse a épuisé ses propres effets.

Dans l'ictère catarrhal prolongé, l'émaciation est telle qu'elle ajoute aux difficultés du diagnostic, et fait souvent envisager celui de cancer.

L'amaigrissement est lié à l'état fonctionnel du parenchyme à un moment donné, à son coefficient d'activité, puisqu'il lui est proportionnel. Cependant, il n'apporte pas, malgré son importance, un appoint notable au diagnostic des affections du foie ; bien au contraire, il le complique le plus souvent. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juillet 1932.)

### Ostéosynthèse des fractures de la clavicule.

Dans une notable proportion des cas les fractures avec déplacement exposent à des compressions du plexus brachial pouvant amener des troubles graves du côté du membres supérieur : paralysies avec atrophie pouvant aller jusqu'à l'invalidité complète ; anesthésies ou névralgies pénibles, contractures... Outre ces troubles si graves, souvent tardifs et pouvant être irrémédiables, les fractures de la clavicule avec déplacement laissent à leur suite une déformation définitive du squelette avec un cal volumineux et disgracieux ; le raccourcissement de l'os amène par compensation un certain degré de scoliose.

La pseudarthrose, sans être fréquente, n'est pas exceptionnelle et s'accompagne de troubles sérieux (Malaigne).

Ces aboutissants possibles paraissent suffisants à Lambotte pour justifier la reposition opératoire des fragments dans les fractures du corps de la clavicule, d'autant plus que le traitement opératoire est ici fort anodin et la guérison intégrale certaine. Lambotte préconise surtout le vissage, ou mieux, le clouage longitudinal dans les fractures transversales ou peu obliques ; le cerclage dans les fractures obliques. La suture simple est détestable. Elle est insuffisante et ne s'oppose pas à une angulation de l'os. Il faut, dans les fractures de la clavicule, réduire l'acte opératoire à des manœuvres simples et rapides. Le détail de la technique est décrit par Lambotte avec le plus grand soin (*Revue de technique chirurgicale*, mars-avril 1932).

# Les Sociétés Savantes

## Paris

### L'opothérapie thymique chez l'enfant.

(MM. P. Lereboullet et J.-J. Gournay. — *Académie de médecine* ; 22-11-1932.)

On sait que le thymus entre en régression chez le jeune sujet au moment précis où les glandes sexuelles commencent leur développement. Ceci incite à conclure à l'existence d'une influence réciproque de ces glandes et à la possibilité d'une thérapeutique des pubertés irrégulières et difficiles par l'opothérapie thymique. Effectivement, le regretté Jean Camus a vu chez des chiens, qui présentaient un certain degré d'atrophie génitale par lésion expérimentale de la région infundibulo-tubérienne, l'instinct sexuel apparaître après ingestion d'une quantité (assez grande) de ris de veau cru. Une autre considération théorique peut être évoquée. Le thymus, organe en évolution, est pour une large part composé de tissu embryonnaire ; or, l'action stimulatrice des tissus embryonnaires sur la croissance est connue depuis longtemps et a été d'ailleurs mise en évidence par les travaux du Professeur Carnot sur l'opothérapie embryonnaire.

MM. Lereboullet et Gournay ont étudié la question du point de vue clinique et thérapeutique, depuis plusieurs années. Les essais qu'ils ont poursuivis leur ont montré qu'il y avait là une médication utile et active, chez les enfants surtout.

Ils ont utilisé deux ordres de préparations : 1° des cachets de thymus de veau desséchés dans le vide à la dose de un gramme par jour, en deux cachets, correspondant à 6 grammes de thymus frais ; 2° des ampoules d'extrait perthymique correspondant à un gramme d'organe pour 2 c. c. , à raison d'une ampoule injectée quotidiennement ou tous les deux jours, faisant ainsi des cures de douze à seize injections consécutives.

Les auteurs ont eu recours au thymus dans des états pathologiques ou anormaux assez disparates : puberté s'établissant mal, aménorrhée, troubles de la croissance, dystrophies infantiles, achondroplasie, affections cutanées (psoriasis, sclérodermie), etc. Des résultats intéressants ont été obtenus, assez irréguliers, il est vrai. Les effets les plus nets ont été notés dans les troubles pubertaires, dans les évolutions anormales de l'appareil génital mâle ou femelle : cryptorchidie avec petitesse des testicules, obésité, apathie; dysménorrhée, aménorrhée, chez les jeunes filles.

M. Lereboullet a vu l'opothérapie thymique, pratiquée chez des garçons de huit, neuf ans ou plus tard, être suivie de développement et de descente progressive des testicules, d'une transformation de l'état général avec diminution de poids et reprise de l'activité, bref de l'ensemble des modifications dues à l'évolution pubertaire. Il a observé également des cas d'aménorrhée, de dysménorrhée de date ancienne, ayant résisté aux médications habituelles, qui, après une série de piqûres d'extrait de thymus, ont été transformés.

### Diabète rénal et diabète sucré.

(M. F. Rathery. — *Académie de médecine* ; 15-11-32.)

Le diabète rénal est un syndrome clinique caractérisé par une glycosurie quelquefois abondante avec glycémie normale ou subnormale ; c'est le fait de la *glycémie normale* qui le différencie du diabète sucré ordinaire. Il semble que, dans cette condition morbide, le rein devienne plus perméable au glycose et qu'il s'agisse là d'une affection d'ordre exclusivement rénal. Les choses, toutefois, ne sont pas aussi simples.

L'élément rénal intervient certainement, en effet, dans tout diabète. Sinon, on n'expliquerait guère comment, par exemple, avec une même glycémie de 2 grammes, il est des malades qui ont une glycosurie de 20 grammes par litre et d'autres une glycosurie de 40 grammes.

Dans le diabète rénal, d'autre part, le métabolisme est loin d'être toujours normal. On a retrouvé, dans certains cas de diabète rénal, de l'acétonurie — celle-ci, entre parenthèses, non justiciable de l'insuline, en l'absence d'hyperglycémie.

M. Rathery signale une autre particularité rapprochant les deux diabètes : l'alternance possible du diabète sucré et du diabète rénal, le diabète rénal pouvant devenir, dans la suite, un diabète sucré ordinaire. L'auteur distingue en définitive, dans le diabète rénal, trois types :

1° Le diabète rénal pur, dans lequel existe de la glycosurie avec glycémie normale ou hypoglycémie, l'injection de sucre ne provoquant pas une réaction anormale d'hyperglycémie. Ce type, assez rare, peut rester indéfiniment sous cette forme.

2° Le diabète renal se compliquant ultérieurement de diabète sucré, insulaire ou non.

3° Un diabète rénal avec un trouble très particulier du métabolisme des glucides, sensiblement différent de celui observé dans le diabète sucré ordinaire. Ce type peut comporter de l'acétonurie.

M. Rathery conclut que l'existence d'un diabète rénal, même le plus typique, ne doit pas faire porter un diagnostic et un pronostic définitifs. Il faut suivre le malade pendant des années et veiller aux transformations possibles du diabète rénal en diabète sucré véritable.

**Action des aliments gras dans les maladies cachectisantes.**

(M. F. Maignon. — *Académie de médecine* ; 15-11-32.)

M. Maignon a étudié expérimentalement l'action des aliments gras dans les maladies cachectisantes. Les conclusions de ses travaux sont d'accord avec les constatations cliniques relatives aux bons effets des aliments gras dans tous les états cachectiques avec dénutrition azotée et caractérisés, par conséquent, par une exagération du métabolisme protéique.

Les graisses n'ont donc pas seulement pour rôle d'apporter de l'énergie, ce qui eut fait double emploi avec les glucides, mais elles interviennent dans le métabolisme azoté au titre de modificateur *qualitatif* de la nutrition.

Cette notion a d'ailleurs été confirmée récemment par toute une série de travaux américains qui ont établi le rôle des graisses dans la croissance et leur action d'épargne vis-à-vis de la vitamine B.

P. L.

**Syndrome pseudo-appendiculaire au cours d'une néphrite chronique azotémique.**

(MM. Pasteur-Vallery-Radot et Albeaux-Fernet. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

Chez un jeune homme de 24 ans se manifeste une crise abdominale douloureuse, simulant en tous points une crise d'appendicite : douleur abdominale brusque, particulièrement accentuée dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, température à 38°2 ; la douleur est nette à la palpation de la région appendiculaire ; on constate une défense de la paroi et une hyperesthésie cutanée ; c'est donc le tableau d'une appendicite aiguë, à tel point que le malade est hospitalisé dans un service de chirurgie afin d'y être opéré. Cependant, la constatation de selles sanglantes met en éveil ; il s'agissait, en réalité, d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, au cours d'une néphrite chronique azotémique.

Les douleurs abdominales violentes sont connues dans l'azotémie, quoique exceptionnelles. Elles sont dues à des ulcérations intestinales ; elles s'accompagnent ordinairement de selles sanglantes. Malgré l'absence d'autopsie, les hémorragies permettent ici de rattacher les symptômes observés à ces ulcérations. Etant donnée la localisation des douleurs, ces ulcérations siégeaient vraisemblablement sur le cæcum ou la partie terminale de l'iléon.

**Le traitement de la maladie de Basedow par les rayons X.**

(MM. Marcel Labbé et Azerad. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

Il s'agit de trente cas, dont les délais d'observation varient entre un et neuf ans ; seul un tel recul permet de considérer la plupart des résultats comme définitifs.

C'est de la radiothérapie moyennement pénétrante qu'il a été surtout fait usage ; mais, dans la majorité des cas, l'électrothérapie, sous la forme de courant galvanofaradique, lui a été associée. Depuis longtemps, en effet, il est reconnu que les deux méthodes se complètent heureusement et que, si la première a une action plus intense et plus rapide, la seconde a non seulement des effets souvent plus prolongés, mais même peut réussir là où l'autre a échoué. On a noté environ 75 p. 100 de guérisons ou de grandes améliorations, 15 p. 100 de petites améliorations, 10 p. 100 d'échecs.

Il est donc possible d'obtenir la guérison par la seule physiothérapie ; les premiers effets du traitement sont l'arrêt de l'amaigrissement et la reprise de poids. La régression de la tachycardie constitue l'un des meilleurs indices de l'amélioration. Les troubles nerveux s'atténuent assez vite ; toutefois il est rare qu'ils disparaissent entièrement.

L'exophtalmie, comme le goitre, peut n'être en rien modifiée, ou ne s'atténuer qu'à la longue, finir même par disparaître complètement, mais au bout d'un temps très long, alors que la guérison de l'hyperthyroïdie peut être déjà affirmée.

Plus souvent que la guérison parfaite, la radiothérapie n'amène qu'une grande amélioration. L'état général est transformé. Les sensations subjectives (émotivité, surexcitation nerveuse) disparaissent, le tremblement cesse. Mais la tachycardie persiste, plus ou moins atténuée ; le métabolisme reste au-dessus de la normale ; le poids, dans l'ensemble stationnaire, subit de temps à autre de petites chutes passagères. Néanmoins, ces malades peuvent reprendre une vie ordinaire, et, si on ne les prévient du danger d'interrompre, se contentent volontiers de ce résultat ; or, c'est dans des cas de ce genre que les récidives sont à craindre.

Quant aux raisons des insuccès, on manque de moyens pour les prévoir. Cependant, il ne faut pas oublier que l'amélioration peut encore se faire sentir un assez long temps après que toute thérapeutique a été interrompue.

La longueur du traitement, d'autant plus marquée que l'affection est plus grave, est une des principales critiques adressées aux méthodes physiothérapiques, sans compter les brûlures, résultat d'une mauvaise technique.

Une remarque : mieux vaut recourir d'emblée à la chirurgie que de passer par une étape radiothérapique.

Sans doute, la chirurgie (et le choix est difficile à faire entre les deux méthodes) donne-t-elle un nombre plus élevé de guérisons complètes, mais la physiothérapie se révèle d'une innocuité absolue, quand la technique employée est correcte.

**Tuberculose de l'adulte à localisations multiples.**

(MM. Bezançon, Et. Bernard, Célice et Wahl. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-7-1932.)

Si la tuberculose de l'enfant a souvent pour carac-

téristiques ses localisations multiples sur le système nerveux et les synoviales articulaires, il est moins habituel d'observer de tels faits chez l'adulte. Les auteurs présentent deux observations d'adulte, chez qui ont apparu de nombreuses localisations tuberculeuses externes, évoluant en même temps qu'une tuberculose pulmonaire ; il y avait quatorze localisations chez l'un, huit chez l'autre.

Parmi celles-ci, on a noté de nombreuses synovites : synovites articulaires, synovites des gaines tendineuses, synovites des bourses séreuses, et, d'autre part, des gommes hypodermiques et des ulcérations cutanées. Au niveau de ces foyers, on ne décela jamais de germes à l'examen direct, mais, chaque fois que l'inoculation au cobaye de sérosité ou de pus a été pratiquée, l'épreuve fut positive en faveur de la tuberculose.

G. F.

## *Lille*

*Société médicale et anatomo-clinique.*

Séance extraordinaire du 3 juin 1932.
(A l'occasion des Journées médicales de la Faculté libre de Lille).

### Pneumectomie partielle pour grand abcès gangréneux chronique (présentation de malade).

MM. Langeron, d'Hour et Desbonnets. — Un malade de 49 ans est trouvé porteur d'une cavité droite suspectée d'abord d'origine bacillaire, mais rapportée ultérieurement à un abcès du poumon gangréneux. Cet abcès diminue progressivement et la cavité n'est plus visible radiologiquement, après traitement médicamenteux et bronchoscopie. Ultérieurement, rechute *in situ* : formation d'une cavité étendue et profonde. En raison de sa chronicité, celle-ci est justiciable d'une intervention chirurgicale. Après repérage radiologique précis, costectomie partielle, production d'une symphyse pleurale et mise en place d'un repère métallique. Seconde intervention, qui consista en une cunéo-résection parenchymateuse, type Coquelet, et excision des parois externe et latérales de l'abcès. Guérison clinique ultérieure et disparition radiologique de toute image lésionnelle.

### L'argyrie généralisée d'origine thérapeutique. A propos de deux cas (présentation d'un des malades).

M. A. David présente un malade (26 ans) atteint d'une pigmentation argyrique, consécutive à l'absorption de collargol, poursuivie pendant trois ans et demi, dans le but de traiter une T. P. Le sujet a pris 10.600 pilules environ, soit 530 gr. de collargol.

Coloration ardoisée, prédominant au visage qui est comme passé à la mine de plomb. Pas de liséré gingival. Pas de troubles généraux.

La seconde malade (47 ans) n'était pas transportable. Le cas est analogue. Durant trois ans, elle a pris 7.800 pilules contenant chacune 0,05 de collargol, soit au total 390 gr. Teinte ardoisée du visage et des mains. A fait en outre, l'an dernier, un épisode aigu d'entérite, avec diarrhée abondante, qui a duré près de cinq mois.

L'auteur fait un historique rapide et une revue générale de l'argyrie, affection fréquente au siècle dernier, quand on traitait les tabétiques par le nitrate d'argent, aujourd'hui devenue exceptionnelle. La recrudescence que nous observons actuellement dans le Nord tient à la vogue passagère d'une méthode de traitement de la T. P. qui faisait intervenir *sine die* le collargol à hautes doses.

L'auteur précise les éléments du diagnostic différentiel avec la cyanose et la maladie d'Addison. Il souligne le caractère indélébile de cette pigmentation argyrique.

### Tuberculome primitif du cavum (présentation de malade).

M. Lavrand a observé cette lésion chez une jeune fille de 17 ans. La guérison obtenue par l'électro-coagulation se maintient sans récidive depuis huit mois. Cette tumeur proviendrait d'une tuberculisation post-opératoire : la malade a été adénotomisée au moment où sa sœur, auprès de qui elle vivait, mourait de tuberculose pulmonaire ; elle n'a jamais présenté d'autre foyer tuberculeux, et semble actuellement indemne de toute bacillose en évolution.

### Achondroplasique naissant (présentation de radiographies).

MM. Favreau et Klein. — Achondroplase mort-né du sexe masculin. Père et mère d'apparence saine avec B. W. négatif. Mais le coefficient fœto-placentaire est anormal : gros placenta de 630 gr. pour un enfant de 2.750 gr.

L'enfant présente un crâne énorme avec une ensellure nasale et de la micromélie rhizomélique.

### Réflexions sur quatre cas d'achondroplasie.

M. Favreau. — Il s'agit d'une affection qui apparaît brusquement dans une famille et qui peut se transmettre par hérédité.

Il y a des formes pures et d'autres atypiques, qui ont été classées par certains auteurs, sous d'autres dénominations, mais qui, à notre avis, doivent rentrer dans le grand cadre des achondroplasiques.

### Le rôle de la folliculine cristallisée.

M. Nieger. — C'est seulement depuis l'époque récente, où le déterminisme de l'évolution génitale chez la femme a été mieux précisé, qu'il a été possible de tenter une thérapeutique rationnelle des déficiences ovariennes. D'après Courrier, on peut

résumer la physiologie de l'ovaire à quatre propositions :

L'ovaire secrète alternativement deux hormones distinctes (folliculine, progestine) ;

Pour exercer une action efficace, ces deux hormones doivent se suivre dans un ordre rigoureux.

Mises en présence l'une de l'autre, dans un organisme, celles-ci sont antagonistes quand elles y existent en certaines proportions ;

La préhypophyse est le moteur de la fonction ovarienne. La folliculine semble jouer un rôle prépondérant dans l'évolution du tractus génito-mammaire pendant le cycle œstral. La progestine, sécrétion du corps jaune, a un rôle éphémère et préside seulement aux modifications de l'utérus en vue de la gestation.

Les auteurs dosent la folliculine en unités-rat, soit la quantité d'hormone nécessaire et suffisante pour ramener, chez une rate castrée (DOISY) de 120 gr., le flux cataménial ou œstrus.

La recherche de la folliculine dans les excreta permet de déterminer qu'à l'état normal et en dehors de la grossesse, la femme élimine pendant le cycle œstral, 4.000 unités-rat environ. Donc, si l'on veut agir efficacement sur les déficiences ovariennes, ce sont des doses fort élevées de son hormone que l'on doit employer. Encore faut-il se servir d'une préparation présentant les caractères de fixité et de pureté, garantie de son action. Les recherches des biologistes ont abouti à la production d'une substance chimiquement pure, cristallisée, stable et à formule définie. Suivent des observations établissant que pareille folliculine cristallisée agit efficacement à haute dose (500 unités-rat par jour) sur l'aménorrhée, la dysménorrhée, le syndrome adiposo-génital, les vomissements incoercibles de la grossesse, les séquelles de la castration chirurgicale, les troubles de la puberté, etc.

**Glandes parathyroïdes (présentation de dissections).**

MM. BILLET et BATTEUR. — Pièces particulièrement démonstratives, préparées par voie humide.

Les auteurs insistent : 1° sur l'unicité du pédicule artériel des parathyroïdes ; 2° sur la situation de la glande dans la capsule thyroïdienne ; 3° enfin sur l'éloignement du nerf récurrent, qui est distant de plus d'un centimètre, séparé de la glande par les branches de division de l'artère thyroïdienne inférieure

La voie d'accès, anatomiquement la plus directe, est donc la voie latérale ; elle permet, sans section d'aucun muscle, d'arriver droit sur l'organe recherché, avec le minimum de risques pour le récurrent.

**Traitement des eczémas et des prurits par l'extrait aqueux de rate à forte concentration.**

M. DHOMONT. — La splénectomie est toujours suivie d'éosinophilie massive et les injections de rate font baisser très rapidement cette éosinophilie.

Les eczémas et prurits sont souvent accompagnés d'éosinophilie.

Mayr et Moncorps, de Munich, ont les premiers utilisé les extraits de rate pour traiter les dermatoses. Ils ont obtenu des guérisons et des améliorations.

Les observations actuellement publiées en France sont de Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier (18 obs.), de Paul Chevallier et L. Bloch (7 obs.), et du Dr Tourneux, de Toulouse (1 obs.).

A remarquer aussi les heureux résultats dans l'asthme, qui est lui-même accompagné fréquemment d'éosinophilie.

« Le mode d'action est encore inconnu. On peut cependant affirmer qu'il ne s'agit pas de protéinothérapie, car les extraits de rate employés sont complètement désalbuminés.

Suit une série d'observations nouvelles.

**Etude du métabolisme du calcium par la méthode des bilans.**

MM. LANGERON, PAGET et CORDONNIER. — L'étude de la calcémie ou de la calciurie ne peut fournir aucune donnée certaine sur les modifications du métabolisme calcique dans un organisme sain ou malade. Seule, la méthode des bilans peut suppléer à l'insuffisance des déterminations analytiques précédentes.

Les auteurs précisent une technique et donnent les premiers résultats de leurs recherches :

1° L'indépendance absolue de la calcémie et du bilan calcique est incontestable ;

2° L'interprétation des résultats n'est correcte que si la ration calcique du patient se trouve dans les limites des rations dites « d'équilibre » ;

3° Ces rations sont comprises entre 0,70 et 0,90 de calcium ;

4° L'insuline semble avoir une action décalcifiante chez le diabétique, mais ne modifierait pas le métabolisme des non diabétiques.

**Encéphalites de la rougeole.**

M. DEREUX et Mlle SENELLART. — Les auteurs rapportent deux cas, chez des enfants de 5 ans et de 9 ans. L'un d'eux s'est terminé par la guérison, l'autre par la mort.

A propos de ces observations les auteurs décrivent les aspects cliniques de cette complication cérébrale ; ils passent en revue les diverses hypothèses étiologiques et pathogéniques soulevées par l'étude des encéphalites morbilleuses.

**Radiothérapie des régions surrénales. — Gangrènes et prurits diabétiques — Glycosurie et glycémie.**

MM. LANGERON et DESPLATS, dans une série de communications antérieures, ont montré l'action

vaso-motrice de la radiothérapie surrénale dans les artérites. Ils apportent aujourd'hui cinq nouveaux cas de gangrène, dont quatre d'origine diabétique, guéris par la même méthode. En dehors de l'action vaso-motrice, ces observations démontrent une action non douteuse sur la glycosurie et sur la glycémie. Ces actions ne semblent pas sous la dépendance l'une de l'autre, mais dépendraient l'une et l'autre de l'effet équilibrant des rayons X sur le système neuro-végétatif.

**De la cellule photo-électrique et de ses merveilleuses applications.**

M. D'Halluin. — Grâce à la cellule photo-électrique, la lumière produit de l'électricité susceptible d'utilisation. Le courant est faible, mais on peut le renforcer par l'introduction de lampes à trois électrodes.

Les applications les plus connues sont le cinéma sonore, et la bélinographie. On s'efforce de mettre au point la télévision de l'invisible. Bientôt également on pourra projeter sur un écran lumineux les faibles images radioscopiques.

Le dégagement de l'électricité par la lumière est un phénomène tantôt photo-voltaïque, tantôt photo-conducteur, tantôt photo-émissif. L'auteur a utilisé une cellule du dernier type pour l'étude des infra-rouges, du rayonnement visible de l'ultra-violet. Il l'utilise aussi pour l'analyse des couleurs et notamment pour l'étude de la pigmentation ou de l'érythème cutané.

## Toulouse

*Société d'obstétrique et de gynécologie.*

**Opération de Portes.**

M. Baux fait une tentative infructueuse de version sous rachi chez une multipare dont la tête reste mobile à dilatation complète, après échec du sédol pour combattre l'hypertonie. Il se résout alors à pratiquer une césarienne corporéale suivie d'extériorisation de l'utérus sous anesthésie au balsoforme. L'enfant est extrait en parfait état. Pansements de la plaie utérine à l'huile goménolée : la suture a bien tenu sauf une zone de sphacèle bien circonscrite qui se cicatrise rapidement. La réintégration de l'utérus n'a pu avoir lieu que le quarantième jour, en raison d'une phlébite. Guérison complète.

**Césarienne basse pour atrésie consécutive à des applications de Filhos.**

M. Baux. — Une II pare, traitée par un chirurgien réputé au Filhcs, présente vingt-quatre heures après le début du travail une rigidité cervicale telle, que l'auteur doit pratiquer une césarienne qu'il fait suivre d'ailleurs de la section des trompes avec enfouissement des moignons. Baux a le souvenir d'un cas dans lequel l'atrésie a nécessité plusieurs années de dilatation. Il emploie le caustique de Filhos, mais ne dépasse pas deux ou trois applications.

Dans la discussion, M. Audebert insiste sur le danger des cautérisations au Filhos, et proscrit le traitement ambulatoire récemment préconisé.

# Les Livres

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr L. Raynaud, H. Soulié, P. Picard. — **Hygiène et pathologie nord-africaines. Assistance médicale.** (Tome I. Un vol. in-8°, 550 pages. Tome II. Un vol. in-8°, 613 pages. *in* « Collection du Centenaire de l'Algérie », 1830-1930, édition 1932.

Le *Tome* I de cet important ouvrage est consacré à l'hygiène et à la pathologie nord-africaines.

La première partie en est consacré — « avant 1830 » — au milieu, et à l'hygiène en Afrique dans l'antiquité. La deuxième partie étudie l'hygiène de 1830 à nos jours ; la troisième partie, l'hygiène arabe, la quatrième, l'hygiène publique et la médecine préventive (Décisions et arrêtés relatifs à la santé publique. Organisation sanitaire actuelle de l'Algérie. Office algérien de médecine préventive et d'hygiène. Eaux minérales de l'Algérie).

Enfin, la cinquième partie traite de la pathologie nord-africaine. L'assainissement d'une grande partie des plaines marécageuses s'est accompli, en quelque sorte empiriquement, par les colons qui n'avaient en vue que de récupérer des terres. L'administration n'a longtemps songé qu'à venir en aide aux malades, sans se préoccuper de prévenir le mal. La seule organisation prophylactique a été, dès la conquête, l'installation du service sanitaire maritime, pour éviter l'apport des maladies pestilentielles du dehors. Ce n'est qu'en 1908 qu'on édicta en Algérie des règlements sanitaires, et des mesures tendant à combattre les infections du territoire ; mais, il a fallu trente ans de lutte constante pour arriver d'un point de départ bien sommaire, copié sur les règlements de la métropole, à l'organisation actuelle, qui est encore loin d'être parfaite. Et les auteurs esquissent le programme des améliorations, qui paraissent devoir encore être apportées.

Dans le *Tome* II, c'est l'exposé de l'Assistance médicale des Européens en Algérie. Il est dû au Dr Picard, président du Syndicat des médecins du département d'Alger et de la Fédération des Syndicats médicaux d'Algérie. Cette étude envisage successivement : l'hygiène et l'assistance en Algérie avant

la conquête ; un aperçu historique sur l'exercice de la médecine et l'assistance médicale depuis 1830 ; les œuvres et les institutions actuelles (Assistance communale, hospitalière ; conditions de recrutement des médecins et chirurgiens d'Algérie, de l'internat et de l'externat en médecine ; assistance sociale et œuvres privées d'assistance ; assistance médicale des indigènes en Algérie). Ce sont enfin des considérations critiques sur l'organisation et le fonctionnement des services d'assistance et d'hygiène de la colonie.

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr FOUGERAT DE DAVID DE LASTOURS. — **Hygiène, nudité, soleil aux colonies.** Préface du Professeur TANON (in-8° raisin, 52 pages, 16 illustrations, Prix : 5 francs).

Il s'agit de trois communications, faites à la Société de médecine et d'hygiène tropicales.

Le soleil et la chaleur, considérés comme des fléaux par les hygiénistes en chambre, sont-ils nocifs, malfaisants, facteurs de toutes les maladies ? Ou bien, au contraire, l'hygiène par l'insolation directe sous les climats tropicaux est-elle le plus sûr moyen de se protéger de ces maladies ? Telle est l'angoissante question, qui doit être résolue.

L'auteur, à la suite de nombreuses observations recueillies dans treize pays différents, trace en quatre paragraphes le tableau de la marche inexorable de la carence solaire chez l'indigène, avec la dénutrition et la maladie, qui en sont les résultats.

D'autres faits montrent, pour le blanc, la nécessité de l'insolation hygiénique dans les régions tropicales.

En dehors de considérations médicales et scientifiques, l'ouvrage contient un exposé pratique et des conseils d'initiation, qui le rendent très utile.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Noël LOYOT. — **Du bon sens à l'hygiène. L'individu, la famille, la société** (in-8° carré, 154 pages, 15 francs).

Le souci de l'hygiène doit s'étendre non seulement à l'être physique, mais encore à l'être entier, corps et âme, à l'être en groupe, famille ou société. L'auteur souligne d'un trait fort la relation étroite et réciproque de l'hygiène à la morale.

Voici les titres des principaux chapitres :

Hygiène physique : Le corps humain.

Hygiène morale : L'esprit ; le cœur ; l'éducation (Instruction ; fréquentations ; lectures ; sanctions ; éducation sexuelle ; profession, etc.) ; l'hygiène dans l'art.

La famille. La Société : Hygiène sociale (famille ; mariage ; union libre ; gouvernement ; presse ; activité commerciale, etc., etc.).

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Prof. REYNALDO DOS SANTOS (de Lisbonne), A. C. LAMAS et J.-P. CALDAS. — **Artériographie des membres et de l'aorte abdominale.** *Préface du Prof. Leriche.* (Un vol. de 192 pages avec 54 planches originales : 45 francs.)

Il s'agit d'un nouveau mode de séméiologie, basé sur les modalités circulatoires des différentes lésions pathologiques, développé grâce aux travaux des auteurs et à ceux du Prof. Moniz (de Lisbonne). Les chapitres de cet ouvrage et les documents radiographiques, choisis parmi plus de 250 artériographies, laissent entrevoir tout l'intérêt des renseignements anatomo- et physio-pathologiques, ainsi que séméiologiques et cliniques.

Dans la partie consacrée à la pathologie des membres, se trouvent d'abord étudiées les lésions artérielles elles-mêmes au cours des asphyxies, gangrènes, anévrysmes, ligatures, paralysies de Volkmann, puis la structure vasculaire des ostéomyélites et ostéo-arthrites, tuberculose et syphilis osseuses, enfin les tumeurs des os et des parties molles.

La deuxième partie est consacrée à l'aortographie, chapitre absolument nouveau de la pathologie et de la séméiologie abdominales, où sont étudiées non seulement les lésions de l'aorte et des iliaques, mais surtout les aspects circulatoires de la pathologie viscérale du foie, de la rate, des reins, de l'intestin, de l'appareil génital de la femme, ainsi que les tumeurs abdominales en général.

---

## *Les livres qui viennent de paraître....*

Librairie agricole de la « MAISON RUSTIQUE »,
26, rue Jacob, Paris VIe.

F. LESOURD. — **L'asperge.** CULTURE NATURELLE ET ARTIFICIELLE. Un vol. 12 × 19, 160 p., 56 fig. et photos. Prix : 10 francs.

Chez J.-B. BAILLIÈRE et Fils,
19, rue Hautefeuille.

Dr P. MODINOS, médecin en chef de l'hôpital européen d'Alexandrie. — **Le traitement des toxicomanes et la phlycténothérapie.** Un vol. in-8°, 107 pages. Prix : 24 francs.

Chez DOIN et Cie,
8, place de l'Odéon.

L. CORMAN. — **La constitution physique des paralytiques généraux, contenant un essai sur les tempéraments.** Un vol. in-8°, 340 p., 10 fig., 33 lithogr. Prix : 50 francs.

## THÉRAPEUTIQUE

### L'âge critique chez l'homme

Les auteurs désignent sous le nom d' « âge critique » la période pendant laquelle survient l'involution progressive des glandes génitales, avec régression de la sexualité. Pendant cette période, aussi bien chez l'homme que chez la femme, on observe des changements physiologiques, des troubles de nutrition et des modifications fonctionnelles du système nerveux et de l'appareil circulatoire.

Le plus souvent, cet état de crise, de profonde transition, est moins tangible chez l'homme que chez la femme ; il commence chez lui plus tardivement, s'étale sur une période de temps beaucoup plus longue, mais, au fond, les troubles organiques et fonctionnels sont identiques et leur retentissement sur la santé sont les mêmes, à l'intensité près.

C'est ainsi que, comme l'ont soutenu C. Lian et A. Finot dans leur livre sur l' « Hypertension artérielle », on doit considérer l'hypertension comme l'élément fondamental de la pathologie de l'âge critique. Pour eux, il n'y aurait pas simple coïncidence entre la cinquantaine et l'hypertension et les sujets qui ont atteint cet âge présenteraient, sinon tous, du moins en grande majorité, une pression artérielle supérieure à celle des hommes de 30 ans, et cette augmentation serait, en partie, conditionnée par les modifications nerveuses déterminées par la déficience des sécrétions des glandes sexuelles.

Une récente enquête de J. Risemann et Emma Weiss (*Amer. Heart Journ.*, v. 172) tend à confirmer cette relation entre la déficience génitale et l'hypertension. Ils ont remarqué que, dans chaque sexe, la fréquence de l'hypertension et de ses accidents augmente lentement de 30 à 45 ans, puis, brusquement, au moment de l'involution des glandes endocrines mâles et femelles. Chez l'homme, cette involution est retardée d'environ cinq ans par rapport à la femme, plus précoce.

S'il est certain que l'hypothèse de C. Lian et A. Finot n'est pas à retenir dans tous les cas d'hypertension, l'effet de la suppression des sécrétions des glandes génitales se fait cependant toujours sentir plus ou moins, s'accompagnant de modifications somatiques résultant de troubles de nutrition, de circulation, de déséquilibre nerveux avec réaction excessive du système nerveux végétatif.

Chez l'homme, c'est également à cette époque que se produisent souvent des poussées congestives de la prostate qui, répétées, conduisent progressivement à l'hypertrophie de cette glande ; elles constituent chez lui, de même que les hémorroïdes, l'homologue des congestions utéro-ovariennes chez la femme, si fréquentes à cette époque et aboutissant chez elle à des ménorrhagies.

Ces phénomènes congestifs, comme l'a montré Granjean (Traitement médical des prostatites, *Monde Médical*, 25 avril 1913), peuvent et doivent être traités médicalement. En dehors du régime, des bains locaux chauds, on recommande l'emploi des sédatifs antispasmodiques.

Les préparations de gui, et en particulier la Guipsine, donnée à la dose de 6 à 8 pilules par jour, sont particulièrement efficaces dans ces cas ; Chevalier et Busquet ont montré que le gui agissait comme un véritable antispasmodique du système nerveux de la vie végétative, qu'il diminuait la tension sanguine, améliorait le travail du cœur et augmentait la diurèse et les éliminations azotées et chlorurées.

Cette action modificatrice de la nutrition est donc fort utile dans tous les troubles de l'âge critique de l'homme, non seulement pour combattre ces phénomènes, mais également les divers troubles de l'hypertension proprement dite, que l'on néglige trop souvent, au début, parce qu'ils sont légers, fugaces et que l'homme répugne à les signaler, ne voulant pas se sentir diminué.

# PARTIE PROFESSIONNELLE

## Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

## *TRAVAUX ORIGINAUX*

### L'Actualité Professionnelle

### L'ORDRE DES MÉDECINS

**Débats parlementaires**

(Chambre des Députés, 2e séance du 9 décembre 1932). (*J. O.*, du 10 décembre 1932)

**Adoption d'une proposition de loi relative à l'institution d'un Ordre des médecins**

M. le Président. L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi de M. Xavier Vallat et plusieurs de ses collègues relative à l'institution d'un ordre des médecins.

Cette affaire a été inscrite à l'ordre du jour, sous réserve qu'il n'y ait pas débat, en exécution des articles 97 à 99 du règlement.

Je consulte la Chambre sur le passage aux articles.

(La Chambre, consultée, décide de passer aux articles.)

M. le Président. « Art. 1er. — L'article 1er de la loi du 30 novembre 1892 est complété par les dispositions suivantes qui prendront place entre le premier et le second alinéa dudit article.

« Le docteur en médecine doit, en outre, être inscrit à l'un des ordres des médecins institués par l'article 37 ci-après, ou avoir fait sa demande d'inscription.

« Toutefois, aucune modification n'est apportée sous ce rapport à la situation des docteurs en médecine appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer ou de l'air. »

Je mets aux voix l'article 1er.

(L'article 1er, mis aux voix, est adoptée.)

« Art. 2. — Il est ajouté à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 un alinéa 4e ainsi conçu :

« 4° Tout docteur en médecine qui exerce la médecine sans être inscrit au tableau d'un ordre des médecins, ou pendant la durée de la peine de l'interdiction temporaire. » — (Adopté.)

Art. 3. — Il est ajouté à la loi du 30 novembre 1892 un titre VII intitulé : « Ordre des médecins » et comprenant les articles suivants :

« *Art.* 37. — Les docteurs en médecine qui exercent dans un département forment un ordre des médecins ayant son siège au chef-lieu du département ;

« Ils sont inscrits dans les formes indiquées ci-après sur un tableau établi et tenu à jour au sein de l'ordre et qui est déposé à la préfecture ainsi qu'au parquet du procureur général. Ce tableau sera tenu à jour au commencement de chaque année pour être déposé aux archives de la préfecture et publié conformément à l'article 10 ci-dessus.

« Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il n'est muni du diplôme prescrit par l'article 1er et s'il ne doit pas exercer la profession médicale principalement dans le ressort de l'ordre. Un médecin ne peut faire partie que d'un seul ordre.

« *Art.* 38. — Pour la première formation du tableau y seront portés de droit tous les médecins inscrits à la liste départementale actuellement dressée conformément à l'article 10 ci-dessus. Ce tableau sera établi en suivant l'ordre d'ancienneté d'inscription sur les dites listes dans les deux mois de la promulgation de la loi instituant les ordres de médecins par les soins du préfet.

« Tout médecin qui n'aurait pas été inscrit d'office aura le droit d'adresser une demande au préfet qui sera tenu de réparer l'omission.

« *Art.* 39. — Chaque ordre des médecins est administré par un président, assisté d'un conseil qui est composé de 6 membres jusqu'au nombre de 30 médecins inscrits, de 9, si le nombre des inscrits est de 31 à 100, de 15, s'il est supérieur à 100 : de 24 pour l'ordre ayant son siège à Paris.

« Les membres du conseil et le président de l'ordre, en premier lieu et par scrutin séparé, seront élus à la majorité par l'assemblée générale des médecins ins-

crits au tableau depuis trois ans au moins. Cette assemblée se réunira chaque fois qu'il y aura lieu de procéder à une élection à l'époque et dans les conditions fixées par le règlement intérieur de l'ordre.

« L'élection est faite à la majorité absolue des membres présents ou ayant voté par correspondance.

« Sont seuls éligibles : à la présidence de l'ordre, un médecin ayant précédemment fait partie d'un conseil pendant trois ans ; comme membres du conseil, les membres inscrits au tableau depuis trois ans et âgés de trente-cinq ans révolus.

« La première assemblée générale sera réunie par les soins du préfet dans le mois qui suivra l'établissement du tableau.

« Le préfet convoquera au siège de l'ordre tous les médecins inscrits et comptant au moins trois ans d'exercice de la profession à l'effet d'élire le président et les membres du conseil. Pour cette élection, les membres du conseil devront compter au moins trois ans d'exercice de la médecine et trente-cinq ans d'âge, le président six ans d'exercice médical et quarante ans d'âge.

« Le président et les membres du conseil sont élus pour trois ans, le conseil se renouvelant par tiers chaque année. Pour les deux premières années de l'institution de l'ordre, les séries des membres sortants seront désignées par le sort.

« Le président de l'ordre et les membres du conseil sont rééligibles. Les élections peuvent être déférées à la juridiction supérieure instituée par l'article 46 ci-après, par les médecins ayant droit de vote et par le procureur général, dans le délai de quinze jours. Ce délai court du jour de l'élection pour les médecins et, pour le procureur général, de la date à laquelle le procès-verbal de l'élection lui a été notifié par le président de l'ordre.

« *Art.* 40. — Le conseil de l'ordre statue sur les demandes d'inscription au tableau dans les deux mois à compter de la réception de la demande accompagnée du diplôme de docteur en médecine et de l'extrait du casier judiciaire du requérant. Si celui-ci a précédemment appartenu à un autre ordre, le président de cet ordre sera tenu de fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles le candidat aura exercé sa profession. Le délai de deux mois pourra être prolongé quand il y aura lieu de demander des renseignements hors de la France continentale. L'intéressé en sera, en ce cas, avisé.

« Dans la semaine qui suivra le délai imparti ci-dessus, la décision du conseil sera notifiée par lettre recommandée à l'intéressé, lequel pourra, en cas de refus d'inscription, la déférer à la juridiction supérieure, dans le délai de deux mois à dater de la notification.

« *Art.* 41. — Le conseil de l'ordre veille au maintien chez tous les membres de l'ordre des principes de probité et de dévouement ainsi qu'à l'observation des devoirs professionnels.

« Il s'occupe des questions intéressant l'exercice de la profession de médecin, notamment en ce qui concerne la défense de l'honneur, de l'indépendance et des prérogatives de l'ordre.

« Il gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner les œuvres intéressant la profession médicale, ainsi que des caisses de secours pour ses membres.

« Il autorise le président de l'ordre à ester en justice, à accepter tous dons et legs faits à l'ordre, à transiger ou compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts.

« Aucune personne en dehors de ses membres n'assiste aux délibérations du conseil. Ils pourront, toutefois, se faire assister d'un conseil juridique.

« *Art.* 42. — Le président représente l'ordre dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer tout ou partie de ses attributions à un ou plusieurs membres du conseil.

« *Art.* 43. — Le conseil de l'ordre, siégeant comme conseil de discipline, applique, s'il y a lieu, les peines disciplinaires qui sont :

« L'avertissement ; la réprimande ; l'interdiction temporaire laquelle ne peut excéder une année ; la radiation du tableau de l'ordre. L'avertissement, la réprimande et l'interdiction temporaire peuvent comporter, en outre, la privation, ordonnée par la même décision, du droit de faire partie du conseil pendant une durée n'excédant pas dix ans.

« Le médecin radié ne peut se faire inscrire au tableau d'un autre ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des conseils des autres ordres.

« *Art.* 44. — Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin inculpé ait été entendu ou appelé, avec un délai de quinzaine pour comparaître.

« Si le médecin est domicilié en dehors de la circonscription de l'ordre où il exerce principalement sa profession, les délais de comparution et de notification prévus par le présent article et les articles suivants seront fixés conformément aux articles 73 et 1033 du code de procédure civile modifié par la loi du 13 mars 1822.

« Le médecin inculpé peut se faire assister d'un défenseur choisi parmi les médecins et les avocats inscrits à un barreau. Il peut exercer devant le conseil de discipline de même que devant la juridiction d'appel le droit de récusation dans les conditions de l'article 578 du code de procédure civile.

« Les décisions des conseils de discipline doivent être motivées. Elles sont notifiées par le président de l'ordre au médecin qui en a été l'objet dans les dix jours. Elles sont communiquées dans le même délai au procureur général, lorsque le conseil de discipline a été saisi par le parquet. Dans les autres cas, sont seules transmises au procureur général, après qu'elles sont devenues définitives, les décisions prononçant la peine de l'interdiction ou de la radiation. Le par-

quet en informe le préfet qui en fait la mention sur la liste déposée dans ses bureaux.

« *Art.* 45. — Si la décision a été rendue sans que le médecin inculpé ait comparu ou se soit fait représenter, l'intéressé peut former opposition dans le délai de cinq jours à compter de la notification faite à sa personne, par lettre recommandée, ou si la notification n'a pas été faite à personne dans les trente jours à partir de la notification à domicile et par ministère d'huissier. L'opposition est reçue par simple déclaration au secrétariat du conseil qui en donne récépissé.

« *Art.* 46. — le médecin a toujours le droit de former un appel dont l'effet est suspensif. Le même droit appartient au doyen de la faculté de médecine du ressort de la cour d'appel.

« Cet appel est porté devant un conseil régional composé de :

« 1° Deux conseillers à la cour d'appel ayant voix délibérative désignés par le premier président, l'un d'eux faisant fonction de président ;

« 2° Cinq membres médecins élus pour six ans au scrutin majoritaire par tous les médecins électeurs du ressort de la cour. Sont éligibles les médecins ayant fait partie d'un conseil départemental de l'ordre pendant trois ans au moins.

« Les trois fonctions de conseiller régional sont incompatibles avec celles de conseiller départemental.

« L'appel est introduit par une déclaration au greffe de la cour d'appel. Cette déclaration doit être faite par le procureur général dans les trente jours de la décision et par le médecin ou l'intéressé dans les dix jours de la notification qui lui a été donnée ou, en cas de décision par défaut, dans les dix jours qui suivent l'expiration du délai d'opposition.

« Les décisions rendues par la cour d'appel ne sont susceptibles de recours que devant la cour de cassation dans les conditions de droit commun.

« *Art.* 47. — L'exercice de l'action disciplinaire susindiquée ne met pas obstacle aux poursuites que le ministère public ou les particuliers se croient fondés à intenter devant les tribunaux de répression dans les termes du droit commun, ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou quasi-délit.

« *Art.* 48. — Après qu'un intervalle de cinq ans au moins se sera écoulé depuis une condamnation définitive à la radiation du tableau, le médecin frappé de cette peine pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision du conseil de discipline qui a prononcé la condamnation. La demande sera formée par une requête adressée au président de l'ordre.

« Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de cinq années.

« Dans le cas où la radiation du tableau serait la conséquence d'une condamnation prononcée par une juridiction répressive en exécution de l'article 25 de la présente loi, la demande en relèvement ne sera recevable qu'autant que la condamnation pénale aura été effacée par une loi d'amnistie, un arrêt de revision, ou en vertu de la loi du 28 mars 1891, aucune condition de délai ne sera en ce cas exigée pour l'introduction de la première demande en relèvement. Mais, si cette demande est rejetée au fond, les recours subséquents seront subordonnés au délai de cinq ans. »

« *Art.* 49. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application du présent titre, notamment en ce qui concerne l'établissement du règlement intérieur qui devra être arrêté pour chaque ordre, la composition du bureau électoral, les modalités du vote par correspondance, le nombre des membres que devra réunir le conseil pour prendre les décisions ou statuer disciplinairement, le remplacement du président et des membres en cas de décès ou de démission, ainsi que la création ou l'emploi des ressources des ordres des médecins. »

« *Art.* 50. — La présente loi est applicable à l'Algérie. Elle pourra être étendue par voie de règlements d'administration publique, et sous réserve des modifications nécessaires, aux différentes colonies. » — (*Adopté*).

M. LE PRÉSIDENT. — Avant de mettre aux voix l'ensemble, je dois faire connaître à la Chambre que la commission de l'hygiène propose de rédiger comme suit le titre de la proposition de loi :

« Proposition de loi ayant pour but de modifier et de compléter la loi du 30 novembre 1892, en ce qui concerne l'exercice de la médecine. »

Il n'y a pas d'opposition ?...

Le titre demeure ainsi rédigé.

Je mets aux voix l'ensemble de la proposition de loi.

L'ensemble de la proposition de loi, mis aux voix, est adopté.

# L'ORDRE DES MÉDECINS

Docteur JEAN,

Médecin de campagne.

La CHAMBRE nous en a doté, il y a quelques jours (1). Reste à connaître l'avis du SÉNAT ?

Si, — *rara avis*, — cet avis est conforme, j'aurai encore le temps de mourir pendant les délais nécessaires, au CONSEIL D'ÉTAT, pour la confection du Règlement, — inévitable, — d'Administration publique.

Quand je dis *mourir*, j'exagère. Il sera suffisant que le poids des ans m'ait rendu inapte ; une récidive de ma vieille pneumococcie aidant, on peut espérer que cette inaptitude s'affirmera avant l'expiration desdits délais.

D'ailleurs, le fisc ne m'impose-t-il pas, dès aujourd'hui, une prudente retraite (sans pension, bien entendu) ? Je suis, en effet, *patenté* au droit proportionnel ; — *proportionnel* à mes gains ? Point ! proportionnel à mon loyer — et je vois venir l'heure où cette proportion sera disproportionnée à ceux de mes moyens qui me font patentable.

Mais passons ! Et parlons de choses sérieuses : — Pourquoi doit-on *espérer* que je serai mis hors de cause avant que l'ORDRE ne soit réalisé ?

Parce que, à cet *Ordre*, j'apporterais le disconcours de mon désordre individualiste... chronique et incurable.

N'allez pas croire que j'y mets de la mauvaise volonté. Je fais, au contraire, des efforts considérables pour m'adapter aux disciplines actuelles ; à ces disciplines corporatives dont je vois parfaitement la raison d'être, — l'utilité prochaine, — mais que je n'arrive pas à intégrer à mon individu.

Surtout, ne riez pas de mes efforts avant d'en connaître l'importance. *De ces efforts*, voici un exemple, que je donne, ici, seulement pour éclairer ma lanterne.

Parce que j'ai eu la bonne fortune de pouvoir me montrer *bon voisin* pour les confrères qui m'entourent, — et cela depuis de longues années — ils m'ont qualifié MEMBRE DU CONSEIL DE FAMILLE de notre Syndicat.

D'ailleurs — et ils furent fort bien avisés en ceci, — ils ont donné, à ce *Conseil de famille*, un PRÉSIDENT qui est résolument *syndicaliste*.

J'ai pu admirer, — je dis bien *admirer*, — avec quelle persévérance ce président discrimine entre les fautes vénielles, — celles qui offensent seulement la personne (généralement la personne d'un confrère... ou de plusieurs), — et les péchés mortels, — ceux qui sont commis en l'encontre du Syndicat.

C'est ainsi que sont fautes vénielles les propos désobligeants, les insinuations malveillantes, le jugement imprudent de la thérapeutique du voisin *qui a mis un cataplasme*, CHAUD, *sur un ventre qui réclamait de la glace*, FROIDE.

« Fautes vénielles » à une condition, c'est que ces fautes aient été commises dans le particulier, — en mon cabinet ou bien au domicile de mon client.

Mais que je vienne, — au cours d'une bataille électorale (nous nous disputons la mairie), — dans une réunion publique, à faire état contre mon adversaire, — mon concurrent, mais mon confrère, — à faire état du retard qu'il a mis à se rendre auprès d'un blessé gisant dans *son* service hospitalier — et voici que je suis en état de « péché mortel ».

L'esprit syndicaliste, — le respect de l'Ordre imminent, — nous interdisent de porter nos querelles intestines sur le Forum, — ne l'oubliez pas !

De même devient INDIGNE celui qui accepte, en échange d'un traitement fixe, de soigner *tout* le personnel d'une usine.

Çà n'est point parce que, agissant ainsi, il fait à ses voisins une concurrence désastreuse, que ce *salarié* est blâmable... C'est parce qu'il viole le principe du LIBRE CHOIX. C'est aussi, parce qu'il ré-instaure le TIERS PAYANT, mais ceci commande cela, et, réciproquement !

Je vous prie, jeunes confrères qui allez être *ordonnés*, de relire toute la page qui précède... à partir du verbe *admirer* et vous verrez que je n'exagérai point, l'utilisant au laudatif !

***

Notre *Conseil de famille*, ainsi dirigé d'une main sûre, a acquis un bon renom ; un renom assez bon pour que trois de nos confrères, séparés par une querelle qui aurait pu devenir assez vive, aient eu simultanément l'idée de se faire *arbitrer* par un simple membre de ce Conseil : à savoir, moi, votre serviteur, devenu ainsi subrécargue de la sagesse présidentielle.

Voici toute l'affaire :

(1) Le vendredi 9 décembre.

*César*, le plus jeune, a été vexé par la COMMISSION DE CONTRÔLE (des soins donnés aux victimes militaires de la guerre). Cette Commission a écrit à César : « nous n'autorisons pas le paye-« ment de telle *visite* (date et nom de la victime) « parce que le *Bulletin* y afférent n'est pas « *motivé* ».

Quand on est jeune, on lit vite. César saute « Bulletin » et comprend qu'on lui reproche « une visite » — « non motivée » : — une visite de complaisance, sinon de complicité.

César décide que, désormais, il ne remplira plus *leurs sales papiers*. Il soignera les victimes, se fera payer et donnera reçu de ses honoraires, quitte à ces victimes à se faire rembourser par les voies de droit.

Puis, rencontrant *Pompée*, il lui dit sa rancœur.

Pompée s'exclame, verse de l'huile sur le feu — il est jeune, lui aussi, — et ajoute : « C'est de la « faute à Crassus, si on nous injurie ainsi. — « N'a-t-il pas encaissé sans broncher un *coup de pied au c...* tout pareil à celui qui vous blesse ? »

César proteste. *Coup de pied au ...* et *Crassus*, — pour lui, çà ne va pas ensemble, mais Pompée sait ce qu'il dit et met sous les yeux de César un papier publié, et signé en toutes lettres, Crassus, où on peut lire ceci :

Le 3 octobre 1930, j'ai reçu une lettre à deux chefs.

Au premier : Un Directeur de Service signant pour M. le Préfet, et qui connaît de l'article 64, m'informait que, mes Bulletins pour soins aux victimes militaires de la guerre étant insuffisamment motivés, la Commission de contrôle annulait mon mémoire relatif au deuxième trimestre 1930 — ci 89 fr. 88 pour six visites, kilomètres compris.

Au second : La dite Commission, devant se réunir le 17 octobre, il m'était permis d'aller me défendre devant elle.

Je n'y suis pas allé, d'abord parce qu'il m'en aurait coûté 115 francs d'automobile. Ensuite, je me suis cru obligé d'accepter la punition (au sens où l'entendent les Anglais) ; et même de l'accepter avec bonne humeur. Je me savais fautif, ayant inscrit, sur un au moins des Bulletins incriminés, ce motif par trop sommaire : *suite*.

Çà ! pour embêtant, c'est embêtant ! C'est que Crassus est un bon type ; un peu vieux jeu et d'habitude fort attentif à ne pas se laisser marcher sur le pied. On s'en voudrait de l'offenser et de partir en guerre contre lui... « Il n'y a que « le vieux Jean, le médecin de campagne des « ancêtres, qui pourrait... D'ailleurs ce Docteur « Jean n'est-il pas, ès qualité et de par notre « volonté, membre du Conseil... de discipline ? « ... de Famille ?... Crassus et lui ne se res-« semblent-ils pas comme deux frères ?... Allons-y ! »

Et ils y furent ! J'avais — Jean comme devant — convoqué Crassus. — César exposa sa thèse qui est de mépriser *désormais* les sales papiers. — Pompée aggrava les dires en parlant « d'affronts intolérables » ; puis, voyant Crassus rire en sa barbe, s'échauffa jusqu'à risquer, le « coup de pied qu'on a reçu quelque part et dont « on se vante » ; — enfin ce Pompée sortit le malencontreux papier, qu'il brandit vers Crassus ... lequel, tout bon type qu'il est, ne riait plus.

A moi — Jean — l'esprit syndicaliste ; à moi l'extrait de la sagesse présidentielle !

Qu'il était temps, grands dieux ! J'ai vu l'heure où tout allait se gâter.

Mais, au fonds, — au tréfonds si profond qu'ils n'en avaient qu'une sensation confuse ; César et Pompée ne se sentait plus aussi assurés d'eux-mêmes que tout à l'heure.

Parlant *ab irato*, n'étaient-ils pas allés trop loin ?

Et j'ai pu prononcer ma sentence arbitrale, non sans m'être assuré que chacun des arbitrés s'engageait à s'y conformer désormais.

(Faute d'une telle assurance, — mon Président me l'avait dûment expliqué, — il ne saurait être d'arbitrage *utile*.)

1° Crassus a eu grand tort d'indiquer sur son Bulletin ce motif « de sa visite » *suite*, motif qui était incompréhensible pour les contrôleurs.

2° La Commission de contrôle, voulue, acceptée, — expressément *qualifiée* par notre Syndicat, — a pu exagérer en annulant tout un mémoire pour ce fait, — mais elle n'est point sortie de son rôle — et sa décision, peut-être *injuste*, n'est en aucune façon *injurieuse*. — Ça n'est pas la même chose, même (surtout) en français. Ainsi Crassus a eu raison de payer l'amende sans protester.

3° César et Pompée se sont bel et bien mis en révolte contre... le Syndicat en... négligeant *ces sales papiers* que ledit Syndicat s'est engagé à remplir... pour la plus grande COMMODITÉ ... DES VICTIMES... et non point pour la joie des Commissaires. Ils doivent désormais revenir à de meilleurs sentiments... et aux errements convenus.

*Dixi !*

S'il se souvient de mon préambule, le lecteur est maintenant en droit de me demander quel lien j'imagine entre ma petite histoire et la grande... l'Ordre des médecins.

Il me faut d'abord rassurer ce lecteur, électeur éventuel : Crassus, pour cause d'invincible paresse, et Jean, pour cause de sénilité physique, ne sont ni l'un, ni l'autre (deux frères ? hum !) candidat au Conseil de cet Ordre (à venir).

Mais je tremble à l'idée de l'effort que devront faire sur eux-mêmes, et César et Pompée... et *tutti quanti*... avant de devenir des ORDONNÉS supportables.

# LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES, LES SOINS CONSÉCUTIFS ET LE PRIX GLOBAL DANS L'ASSURANCE-MALADIE

*J'ai reçu la lettre suivante :*

G. D.

Nous avons reçu, il y a quelque temps, de la Confédération des Syndicats médicaux français, la Nomenclature générale des actes de chirurgie et de spécialités.

Dans l'utilisation de cette Nomenclature, nous lisons :

« Le tarif à l'acte global concerne les actes qui, par leur nature, comportent des soins consécutifs: par exemple une appendicite...

Le prix global comporte la rémunération des aides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours. La règle à suivre est la même si les soins consécutifs ne sont pas donnés par l'auteur de l'intervention... », etc., etc.,

— Prenons un exemple : ici, nous n'avons pas de chirurgien ; il faut en faire venir un de C.... ou d'A.... ; appendicite ou abcès périappendiculaire, le chirurgien vient, opère, on le paye. Doit-il payer lui-même l'aide et l'anesthésiste ? Et puis, et si la plaie suppure, les pansements et visites *pendant vingt jours faits par le médecin traitant en ville ou à la campagne*, qui les paye ? Ce tarif forfaitaire n'est-il pas contraire au payement à la visite, à l'acte médical ? Et si le chirurgien doit payer tout cela, comment va-t-il établir sa note ?

Ou bien, doit-on entendre qu'on ne doit pas marquer sur les feuilles l'anesthésie et l'aide, ni les visites consécutives pendant vingt jours, mais les faire payer quand même au client, sans les marquer sur sa feuille ? Le client ne manquera pas de manifester un certain étonnement.

Vous serez bien aimable de nous donner votre avis sur ce tarif forfaitaire, et surtout vos conseils sur la conduite que nous devons tenir en pratique dans ces conjonctures.

Supposons qu'on arrive à en faire autant pour les accidents du travail ? ? La loi de 1898, cependant, prévoit et autorise le payement des aides et des soins consécutifs.

Veuillez ne voir dans ces lignes aucune ombre de critique contre qui ou quoi que ce soit, mais seulement le désir que nous avons de recevoir vos conseils éclairés pour notre conduite à tenir qui devient de plus en plus compliquée.

Dr N.

***

Le fonctionnement de l'assurance-maladie est basé sur les conventions qui lient les Caisses aux Syndicats médicaux et qui, conformément à la loi elle-même, prescrivent que l'assuré aura le libre choix de son médecin et le rémunérera directement à son propre tarif, les Caisses n'intervenant que pour rembourser à cet assuré *leur part de responsabilité*, dans le montant des frais médico-pharmaceutiques.

Ce remboursement est effectué sur la présentation d'une feuille sur laquelle le médecin se borne à mentionner, à leur date, les prestations en nature qu'il a fournies, et à attester qu'il a été honoré pour chacune d'elles. Mais il reste étranger au règlement même de ce remboursement, dont la modalité et la quotité n'affectent en rien le droit qu'il conserve de réclamer ses propres honoraires, à son propre tarif, je le répète, qui doit être le tarif syndical.

Lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale, la Caisse effectue son remboursement calculé *globalement*, pour la simplification des comptes, et sans avoir à se préoccuper des aides, s'il en a été besoin, et du partage de la besogne entre l'opérateur et le médecin traitant. C'est pourquoi la Nomenclature, éditée par la Confédération des Syndicats, dans son Introduction, précise que : « La Caisse fait à l'assuré un remboursement *unique*, selon le prix global, et l'assuré règle *séparément*, le spécialiste, auteur de l'intervention et le praticien qui a donné les soins consécutifs ».

En cette occurence, la feuille de soins chirurgicaux se borne à mentionner les noms des deux médecins, spécialiste et médecin traitant, la prestation fournie à la date du ..... et l'attestation que les honoraires ont été versés. S'il s'agit d'une appendicite, par exemple, la prestation est indiquée ainsi : Chi 60.

L'assuré recevra de sa Caisse, en remboursement de la part de responsabilité de celle-ci dans les frais médicaux relatifs à l'intervention elle-même et à tous ses acteurs, et aux soins des vingt jours consécutifs, soixante fois le chiffre-clé, qui est en cette matière de 8 francs, donc 60 × 8 = 480, moins la retenue légale de 15 à 20 %.

Elle effectue ce remboursement, sans se préoccuper, — elle n'a pas à le faire, — de ce que son assuré a versé à *son*, ou *ses* médecins.

Cependant, si les soins consécutifs, au domicile de l'opéré, nécessitent un déplacement kilométrique en raison de son éloignement, je suis d'avis que la Caisse doit rembourser sa part de responsabilité dans ces frais, qui figureraient sur la feuille de soins chirurgicaux par l'indication portée dans la colonne spéciale relative à ces déplacements.

Voilà donc un premier point réglé : en résumé, la Caisse effectue un remboursement unique, dont le montant est obtenu en multipliant le coefficient de l'acte pratiqué, par son chiffre-clé ; c'est un remboursement global, auquel doivent s'ajouter les frais de déplacement des soins consécutifs durant vingt jours, quand ils ont été nécessaires.

Comment, d'autre part, envisager le règlement des honoraires de tous les coopérants à l'acte chirurgical intervenu ?

La Nomenclature de la Confédération a déterminé le coefficient applicable à chaque acte chirurgical ou spécialisé, par lequel sera multiplié le chiffre-clé syndical, c'est-à-dire le prix de l'acte le plus élémentaire, la consultation. A Paris, ce chiffre-clé est de 25 francs.

L'appendicite prise comme exemple devrait donc donner lieu à une perception *globale* d'honoraires calculés selon cette formule, soit $60 \times 25 = 1.500$ francs. Sur ces 1.500 francs, $x$ francs rémunéreront le chirurgien lui-même ; les $1.500 - x$ autres francs rémunéreront les aides, le médecin traitant et les soins consécutifs donnés éventuellement par celui-ci durant vingt jours. Soit, si l'on veut, 1.000 francs pour le chirurgien ; 500 francs pour les aides et le médecin traitant.

Vous m'objecterez peut-être que le chiffre-clé n'est de 25 francs qu'à Paris et dans les grandes villes, et qu'ailleurs, il peut n'être que de 20 francs, 15 francs même, et que les honoraires deviennent alors médiocres ... A quoi je vous répondrai que ce chiffre-clé est un *minimum* et que, si la situation de l'assuré le permet, rien ne vous empêche, en cette circonstance, de réclamer davantage...

Le Tarif des accidents du travail ne peut être pris comme terme de comparaison, car il FIXE irréductiblement la part de responsabilité de l'employeur (remplacé habituellement par sa Compagnie d'assurances) réglée au médecin qui s'en contente généralement ; et il ne vise, d'autre part, qu'une partie limitée de la pathologie, celle des traumas accidentels.

L'appréciation forfaitaire des interventions chirurgicales, à l'égard des petites bourses, entre de plus en plus dans les mœurs. Elle n'a rien de choquant si le forfait est déterminé par le Syndicat, qui en a pesé les divers éléments. Elle peut heurter certaines idées acquises ; ce sont les circonstances qui contraignent à s'y rallier.

Pour éviter des contestations ultérieures avec l'assuré, je suis d'avis que le prix forfaitaire, ou global, de l'intervention qu'il devra subir, lui soit fixé avant l'intervention, en précisant ce qu'il rémunérera : chirurgien, aides opératoires, soins consécutifs ... Si vous ne voulez pas recourir à ce calcul global, prévu pourtant par la Nomenclature de la Confédération, vous pouvez décider que le chirurgien réclamera ses honoraires pour son seul acte opératoire, plus les honoraires de ses aides, et que le médecin traitant réclamera les honoraires qui lui seront dus pour les soins consécutifs, visite par visite, pansement par pansement ...

Mais, s'il lui prend fantaisie de soulever ultérieurement un conflit parce qu'il pensera avoir trop payé, ou s'il refuse de payer, après s'y être engagé... ? C'est pourquoi la première manière, basée sur un calcul facile à faire et ayant, en quelque sorte, un caractère officiel, invocable devant les tribunaux, fait courir moins de risques ...

De tout ce qui précède, retenez ceci : que le remboursement effectué par la Caisse est indépendant numériquement des honoraires versés directement aux coopérateurs à l'occasion d'une intervention. Les conventions établissent cependant un certain parallélisme entre eux, et ce parallélisme joue à la faveur d'un coefficient COMMUN au tarif des Caisses et au Tarif des syndicats.

G. DUCHESNE.

# ACCIDENTS DU TRAVAIL

I

## Détournement de clientèle — Menaces — Certificat initial

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE CHOLET

(6 *juillet* 1932.)

I. — *Les violations de l'article* 30 *de la loi du* 9 *avril* 1898 *peuvent faire l'objet de poursuites de la part de l'ouvrier blessé, du médecin de celui-ci ou du ministère public. Mais, lorsqu'il s'agit de simples menaces, la preuve est fort difficile, sinon impossible à rapporter.*

II. — *Si le médecin traitant s'estime lésé, il doit prouver le dommage, pour en obtenir réparation. Le syndicat médical a également la possibilité de réclamer réparation d'un dommage moral, atteignant la profession tout entière.*

III. — *Pour établir la déclaration d'accident, à lui imposée par l'article* 11 *de la loi de* 1898, *le patron peut obliger son ouvrier à se faire examiner par le médecin de l'entreprise, ou de l'assurance, le blessé restant en droit de faire établir, à ses frais, un autre certificat par son propre médecin traitant.*

Attendu que par exploit de Roy, en date du 6 mai 1932, le Docteur M., médecin à C... a fait assigner B..., entrepreneur de construction et de travaux publics à Cholet, devant le Tribunal correctionnel de C..., en paiement de la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts, sans préjudice des condamnations prononcées par le Tribunal sur les réquisitions du Ministère public, pour violation de l'art. 30 de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que le Docteur M. prétend que B... ayant à son service comme manœuvre un sieur Z..., a refusé à ce dernier, à la suite d'un accident du travail qui lui était survenu le 14 mars 1932 à 15 heures, le libre choix du médecin pour l'ouvrier et a menacé Z... de le congédier de l'entreprise pour le cas où il persisterait dans le choix du médecin ;

Attendu que le Docteur M. a fait citer comme témoin l'ouvrier Z..., que de son côté B... a fait entendre le sieur X... son associé ;

Attendu que Z... déclare qu'après l'accident dont il a été victime il est allé consulter son médecin habituel, le Docteur M. qui lui a prescrit de douze à quinze jours de repos ; que ayant été ensuite présenter le certificat du médecin à son patron B... celui-ci lui critiquant le choix fait par Z..., donna l'ordre à celui-ci d'aller voir le Docteur G., médecin de l'entreprise et comme Z... protestait, ilajouta: « Puisque tu choisis ton médecin, tu choirsira aussi ton patron, tu n'as qu'à aller cherche du travail ailleurs ».

Attendu que ces faits tels qu'ils sont rapportés par Z..., constituent à n'en pas douter l'atteinte à la liberté que l'ouvrier tient de l'art. 30 de la loi de 1898 de choisir librement son médecin dans le cas d'un accident du travail, qu'il importe peu que le congédiement ait eu lieu après le choix fait par l'ouvrier et après la visite médicale dès lors que ce choix a été sanctionné par le congédiement, qu'il est conforme à l'esprit et à la lettre de l'art. 30 que l'ouvrier puisse choisir librement son médecin sans avoir à craindre, soit avant, soit après la visite de représailles de la part du patron ;

Mais attendu que B... et le témoin X... prétendent qu'ils n'ont pas empêché leur ouvrier d'aller voir le Docteur M. puisqu'en fait, il y est allé et a obtenu de lui un certificat de maladie, mais que ayant des doutes sur la gravité de l'accident, ils ont prescrit à Z... d'aller se faire visiter par le médecin de l'entreprise, le Docteur G. que agissant ainsi, ils ne faisaient qu'user de leur droit strict en soumettant leur employé à une contre-visite : que ce n'est que sur le refus de Z... de subir cette contre-visite qu'ils lui ont dit d'aller chercher ailleurs du travail, qu'ils affirment en outre que Z... n'avait été embauché que pour huit jours et que l'expiration du contrat devait survenir pendant le temps de l'indisponibilité ;

Attendu que dans ces conditions et vu les contradictions existant tant entre les affirmations d'un ouvrier congédié d'une part et celles d'un associé corroborant les dires du patron, d'autre part les faits sur lesquels le Docteur M. base son action civile ne sont pas suffisamment précis et par suite le délit de l'art. 30de la loi du 9 avril 1898 n'étant pas suffisamment caractérisé, ce doute doit bénéficier au prévenu ;

Attendu au surplus, qu'il n'est pas justifié qu'il y a eu effectivement accident du travail pouvant donner lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898 ;

PAR CES MOTIFS,

Le Tribunal jugeant en premier ressort,

Acquitte X... et le renvoie sans dépens des fins de la poursuite.

Condamne le Docteur M. aux dépens.

**Commentaires**

I. — L'article 30 de la loi du 9 avril 1898 prévoit une amende de 16 à 300 francs et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, une amende de 500 à 2.000 francs, contre « toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus, ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte, ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin. »

Le patron a simplement le droit de faire surveiller le traitement et, en vertu du paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, de désigner un praticien qui visitera hebdomadairement le blessé, en présence du médecin traitant prévenu par lettre recommandée quarante-huit heures à l'avance. (Cassation, Chambre des Requêtes, 30 décembre 1912, D. P. 1913.5.44 ; — Tribunal correctionnel de Lille, 15 décembre 1905, *Concours Médical*, 1906.70 ; Cour d'appel d'Alger, 4e chambre, 13 juillet 1929, *Rev. gén. Acc. tra.* 1931.206.)

Encourt des pénalités prévues à l'article 30 de la loi du 9 avril 1898, le médecin d'un assureur qui a affirmé au blessé qu'il n'obtiendrait rien s'il ne se laissait pas soigner par lui (Trib. correct. Seine, 23 mars 1908, *Concours Médical*, 1908.246.)

II. — L'action en poursuites appartient au premier chef au blessé : c'est lui la première victime de ces menaces. D'ailleurs, il a de droit l'assistance judiciaire. Aussi lorsqu'un client se plaint d'être l'objet de représailles, ou de menaces de la part de son patron, qui veut le contraindre à se faire soigner par le médecin de l'entreprise, ou de l'assurance, le médecin traitant a-t-il à conseiller à la victime de porter plainte entre les mains du Procureur de la République, pour violation dudit article 30.

Le médecin doit prouver que les agissements et menaces du chef d'entreprise ont décidé le blessé à l'abandonner pour aller se faire soigner ailleurs. Il peut donc former une demande en dommages-intérêts, pour détournement de clientèle, le patron ayant usé des procédés interdits par l'article 30.

S'il fournit cette preuve, lui et même son syndicat, peuvent obtenir des dommages-intérêts, lorsque le syndicat apporte la démonstration que les agissements du patron ont porté un préjudice à l'ensemble de la profession (Tribunal correctionnel de Lille, 15 décembre 1905 précité ; — Tribunal correctionnel, Seine, 23 mars 1908 précité ; — Cour d'appel de Paris, 9e chambre correctionnelle, 12 mars 1910 ; *Concours Médical*, 1910-531 ; Tribunal correctionnel de Reims, 21 février 1912, *Concours Médical*, 1912-343 ; — Cour d'appel d'Alger, 13 juillet 1929 précité).

En effet, certains médecins ont été déboutés de leur action contre le chef d'entreprise, qui avait menacé le blessé de renvoi, s'il continuait à recevoir des soins du praticien de son choix, alors que l'ouvrier a continué à se faire traiter par son docteur et n'a pas porté plainte lui-même au sujet des menaces dont il avait été l'objet (Cour de Paris, précité).

III. — Le jugement du tribunal correctionnel de Cholet laisse entendre que le chef d'entreprise est en droit d'obliger le blessé à se faire examiner par le médecin du patron, pour que ce dernier puisse délivrer le certificat initial. Après quoi, la victime se fera soigner par qui bon lui semblera.

Autrement dit, par qui doit être rédigé le certificat initial ?

Aux termes de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, la déclaration d'accident du travail est obligatoire pour le chef d'entreprise. La victime a la faculté de faire elle-même cette déclaration dans l'année de l'accident.

Un arrêt de la Cour de cassation, Chambre des Requêtes, 2 mars 1914 (*Concours Médical*, 1924. 2044) décide que le coût du certificat initial, joint à la déclaration de l'accident, est à la charge de celui qui fait la déclaration.

Il en résulte que le chef d'entreprise a le droit d'exiger que ce soit son propre médecin, qui fasse les constatations, qui seront annexées à la déclaration d'accident.

Mais, de son côté, la victime a également le droit de demander, de ses propres deniers, une constatation, rédigée par son médecin traitant et qui, déposée par le blessé, ou ses ayants droit, à la mairie, pourra contre-balancer la certification du médecin de l'entreprise, s'il y avait lieu de douter de la véracité, ou de l'exactitude du certificat médical initial.

En effet, deux intérêts sont opposés : le chef d'entreprise peut craindre que le médecin librement choisi par la victime n'ait pas la conscience professionnelle, ou même la compétence voulues pour rédiger impartialement, ou complètement une certification des lésions constatées. Il faut donc lui reconnaître le droit de défendre ses intérêts, en exigeant qu'à sa déclaration d'accident, soit joint le certificat rédigé par le médecin en lequel il place sa confiance.

On ne peut pas d'ailleurs demander au médecin traitant une attestation aussi complète qu'au médecin du patron. Le premier est lié par le secret professionnel envers le blessé qui l'a choisi. Son certificat ne devra contenir que la description détaillée des conséquences de l'accident, en taisant toute autre constatation, soit de diathèse, soit d'état antérieur, susceptibles d'avoir une influence sur la guérison.

Au contraire, le médecin désigné par le patron, à la condition qu'il ne donnera pas de soins à la

victime, agit comme un expert, devant déclarer à son mandant (le chef d'entreprise), tout ce qu'il a constaté chez le blessé examiné, tant du point de vue de l'état actuel que des lésions antérieures.

C'est aussi pour respecter la dualité d'intérêts qu'en accordant le libre choix de son médecin à l'ouvrier blessé, le législateur a entendu que le patron puisse défendre ses propres intérêts, en faisant contrôler l'état de la victime, chaque semaine par le médecin qu'il désigne au juge de paix.

Et c'est pour cela que je m'efforce d'établir cette distinction, pour qu'il n'y ait pas confusion de fonctions chez le même praticien : celui-ci ne peut pas être à la fois médecin traitant, lié à son malade par le secret professionnel et médecin contrôleur, devant tout dévoiler à celui qui l'a commis.

Dr Paul BOUDIN.

## LES AGENTS PHYSIQUES EN ODONTOLOGIE

*J'ai reçu la lettre recommandée suivante :*

G. D.

1er décembre 1932,

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours Médical*,

Dans le dernier numéro (48-27-XI-32), vous avez publié un article du Docteur Pierron et ayant pour titre : Les agents physiques en odontologie.

J'ai l'honneur, conformément à la loi, de vous demander d'insérer ma réponse suivante, en même place et dans les mêmes caractères que l'article ci-dessus désigné et ce, dans votre plus prochain numéro.

Je serais heureux de savoir d'abord pourquoi le Docteur Pierron n'adresse des critiques à cette brochure que maintenant, car elle a été publiée, il y a bien deux ans déjà, à 2.000 exemplaires et elle est actuellement complètement épuisée.

Je reconnais que je suis étranger, mais par esprit de déontologie vis-à-vis de mes confrères français, je me suis abstenu de faire mention de mon titre de docteur en médecine, titre étranger qui ne me donne pas le droit d'exercice en France, pas plus, d'ailleurs, que le titre du Docteur Pierron ne lui donne le droit d'exercice dans mon pays. *Seulement, dans mon pays, il ne se trouverait pas un seul Docteur Pierron pour se conduire vis-à-vis d'un médecin français avec la même incorrection que celle que ce dernier a manifestée à mon égard dans l'article précité.*

Je suis convaincu, pour l'honneur du Corps médical français, que le Docteur Pierron est le seul exemplaire du genre.

En ce qui concerne mon style, j'ai donc des excuses. Le Docteur Pierron, lui, n'en a pas, car il est Français, et docteur en médecine français, et pourtant il a la réputation dans le Corps dentaire français, de parler sa langue maternelle comme selon l'expression consacrée, un vertébré d'au delà des Pyrénées. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire sa prose visqueuse dans les organes qui l'accueillent et, en particulier, les succulentes pages qu'il a consacrées dans la *Semaine dentaire*, à ces mêmes agents physiques qu'il critique aujourd'hui.

Le Docteur Pierron parle de mes compétences : mais que sont donc les siennes ? Lisons ses articles et nous verrons qu'il ne comprend absolument rien à la darsonvalisation monopolaire qu'il nie ; à la diathermie, trop compliquée pour lui, qui le dépasse ; ni à l'actinothérapie qui l'éblouit. N'est-il pas petit professeur suppléant dans une petite école dentaire dont le directeur irradie le radium aux rayons ultra-violets ! ! ! ...

Je ne veux pas importuner davantage les lecteurs du *Concours Médical* par des citations : il leur sera facile de se reporter aux textes cités.

Pour terminer, je demanderai au Docteur Pierron à quoi il consacre — sinon son peu de connaissances — du moins son activité dans son propre pays et quels services il lui rend. Je serais curieux de le savoir, pensant qu'on peut être incorrect et ignorer les lois de l'hospitalité, mais quand même servir son pays au moins aussi bien qu'un étranger comme moi, qui aime la France, son pays d'adoption, plus encore que son pays d'origine. En effet, qu'ai-je fait, moi, médecin étranger, pour le pays du Docteur Pierron : la France, à laquelle j'ai donné un fils ? Peut-il aligner, lui, un état de service semblable à celui-ci ?

J'ai fait une propagande en faveur de la physiothérapie dans la partie dentaire et médicale en France, dans mes écrits, par mes conférences, à l'heure où la majorité des confrères l'ignorait complètement : alors que le Docteur Pierron balbutiait ses premières pages d'anatomie.

Mes écrits, mes conférences, ont toujours été strictement réservés à la profession, car je laissais aux élèves que je formais le soin d'éduquer le public et je dois dire qu'ils avaient autrement mieux compris la physiothérapie que le susnommé Docteur Pierron. C'est ainsi qu'un des premiers parmi tous les médecins du monde, j'ai rendu hommage à M. le Professeur d'Arsonval dont le Docteur Pierron a l'audace inadmissible de contester les travaux ! ! !

Que le Docteur Pierron vienne donc à la IIe Semaine physiothérapique de Paris qui s'ouvre aujourd'hui sous la présidence d'honneur de M. le Professeur d'Arsonval et sous la présidence de M. Barail, l'un des plus brillants élèves du Professeur

d'Arsonval ; étant moi-même le secrétaire général de cette importante manifestation ce sera avec plaisir que je lui souhaiterai la bienvenue. Il verra ce qu'est la physiothérapie et se rendra probablement compte de sa valeur (!) de médecin et de physiothérapeute.

Mais ce n'est pas tout : tandis que lui s'attaque à la science de son pays avec l'idée bien arrêtée de l'anéantir pour se faire valoir, ressemblant en cela au pauvre homme qui aurait la prétention de détruire la Tour Eiffel avec une boulette de papier mâché et qui prétendrait monter sur cette même boulette pour dominer la Tour Eiffel ; tandis que lui se ridiculise aux yeux du monde entier par une ignorance inqualifiable sans heureusement porter atteinte au prestige scientifique français, car il y a quand même des gens de bon sens sur la terre ; moi de mon côté, dans tous mes écrits, dans toutes mes paroles, j'exaltais au paroxysme, dans tous les pays et dans toutes les langues, la valeur et l'abnégation hors de pair des savants français, je contribuais de toute mon activité et de tout mon cœur à l'expansion de leurs découvertes et fortifiais l'admiration que le monde entier professe pour la science française.

Et bien cela, M. le Docteur Pierron, c'est agir comme un bon Français. Et vous êtes bien, bien loin de pouvoir en dire autant !

Pour cela, pour la première et la dernière fois en France, je signe :

Docteur ZAREH,

vous priant d'agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, mes salutations confraternelles.

***

*J'ai soumis, comme il convenait, cette lettre à celui à qui elle s'adresse en réalité,* M. le docteur PIERRON, *qui m'a répondu ce qui suit :*

Mon cher Confrère,

Je vous remercie de m'avoir communiqué la lettre de M. Zareh. Je ne vois pas pourquoi vous ne la publieriez pas telle qu'elle est. Ce n'est pas moi qu'elle discrédite, c'est son auteur.

M. Zareh, qui se prétend aujourd'hui docteur en médecine, répond par des injures à des textes précis. Il n'est pas possible de le suivre sur ce terrain.

Je ne vois pas où M. Zareh a pu prendre, entre autres inexactitudes, que je contestais les travaux de d'Arsonval, et que je voulais anéantir la physiothérapie ?

Bien loin de vouloir discréditer les agents physiques en précisant et en limitant leurs indications, je crois, au contraire, servir la physiothérapie.

Je ne veux pas entamer une polémique personnelle avec M. Zareh, ni établir un parallèle entre lui et moi.

Mais puisqu'il demande où j'ai appris la physiothérapie, je lui réponds : à la Faculté de Paris où j'ai pris le certificat d'électro-radiologie, et dans les hôpitaux de Paris dont j'ai eu l'honneur d'être assistant.

Que répondrait-il à la même question ?

Au surplus, il est inutile de la lui poser. S'il renonce à citer les textes qu'il me reproche, c'est pour cause.

Je fus moins embarrassé pour choisir dans ses œuvres. Et si j'ai publié tardivement ma critique, c'est que son travail m'est venu tardivement sous les yeux.

Si M. Zareh peut se retrancher derrière sa qualité d'étranger pour excuser sa méconnaissance de la langue française, son collaborateur, M. Bader, peut-il invoquer les mêmes raisons ?

Mon maître, le Docteur COTTENOT, m'a autorisé à publier la préface qu'il a consenti à écrire pour un Précis d'électro-radiologie appliquée à l'art dentaire, que j'ai cru devoir présenter pour mettre au point des questions fort intéressantes pour les praticiens, et sur lesquelles les travaux de M. Zareh et de ses collaborateurs ont apporté jusqu'ici plus de fantaisie que d'exactitude scientifique, comme le prouvent les quelques citations de mon analyse.

La publication de cette préface constitue la meilleure réponse que je puisse faire aux injures de M. Zareh, et devra clore cet incident.

Je ne pense pas qu'il ose, cette fois, contester la compétence de M. Cottenot, ancien interne des hôpitaux de Paris, électro-radiologiste des hôpitaux.

Dr PIERRON.

## PRÉFACE

Mon cher Ami,

En écrivant ce livre consacré aux applications de l'électro-radiologie en odonto-stomatologie, vous rendez un grand service aux odontologistes et je suis certain qu'ils vous en sauront gré, mais vous en rendez un également à l'électro-radiologie.

J'ai en effet l'impression que la thérapeutique par les agents physiques subit en ce moment, dans le milieu des odontologistes, une évolution infiniment regrettable et dangereuse, car elle risque fort d'avoir pour terme ultime l'abandon complet de méthodes de traitement qui, si on en connaît bien les indications et la technique, peuvent jouer dans votre spécialité un rôle des plus utiles.

Le danger n'est que trop visible. Les dentistes, en effet, sont sollicités par certains fabricants d'appareils électro-radiologiques, lesquels, n'ayant en vue que la vente de leurs appareils, vantent dans des articles trop intéressés pour être impartiaux, les mérites sans nombre de la diathermie, des rayons ultra-violets ou infra-rouges guérisseurs merveilleux de toutes les affections de la bouche... ou presque. A cet enthousiasme sans frein fait écho une littérature à laquelle manquent peut-être un peu trop les bases de physique et de biologie générale (et en particulier l'électro-biologie) indispensables pour fixer les indications et la techniques d'un traitement.

La déception est fatale pour les praticiens qui, confiants dans un optimisme excessif, demanderont aux traitements physiques des résultats thérapeutiques qu'ils sont absolument incapables de leur donner ; après avoir accumulé un certain nombre de tentatives infructueuses, ils renonceront définitivement à employer des méthodes de traitement responsables d'échecs plus ou moins désagréables. Rien ne peut mieux tuer l'élec-

tro-radiologie en stomatologie que de faire croire qu'elle guérit tout.

Une mise au point était nécessaire, nul n'était mieux placé que vous pour l'écrire, vous qui êtes venu à l'odontologie après avoir consacré des années à l'étude et à la pratique de l'électrologie médicale, vous dont j'ai souvent pu apprécier le goût de recherche et l'esprit critique pendant le temps où j'avais le plaisir de vous avoir comme assistant à l'hôpital Broussais.

Dans ce livre, vous exposez très clairement les indications et la technique des divers modalités de traitement et vous dites aux praticiens quels sont les résultats qu'ils en peuvent espérer, mais vous vous efforcez aussi, ce dont je vous félicite, de restreindre ces indications dans les limites étroites que l'expérimentation et la pratique leur assignent, et c'est ce que l'on avait trop négligé de faire jusqu'ici.

Mais, pour utiliser correctement un agent thérapeutique, il est indispensable de connaître l'instrument dont on se sert, et de savoir quels sont ses effets généraux sur l'organisme ; aussi suis-je particulièrement heureux de vous voir consacrer toute la première partie de votre livre aux notions générales élémentaires de physique et de biologie. C'est là une base indispensable à l'enseignement de la thérapeutique par les agents physiques.

En consacrant enfin un chapitre important au radiodiagnostic en odontologie, vous avez fait de votre traité un ensemble complet dans lequel le praticien trouvera, très clairement exposées, toutes les notions théoriques et pratiques nécessaires pour appliquer l'électro-radiologie à sa spécialité.

Un tel livre n'existait pas ; il était cependant indispensable ; je ne saurai trop vous féliciter de l'avoir conçu et réalisé d'une manière aussi heureuse, et je ne doute pas qu'il rencontre chez les odontostomatologistes le succès auquel il a droit et auquel mon amitié se réjouit d'applaudir.

Paul COTTENOT.

***

Nous pouvions refuser purement et simplement de publier la lettre de M. Zareh. Elle n'est, en effet, qu'un tissu d'injures adressées à notre confrère le Docteur Pierron, et le droit de réponse, sanctionné par la loi, et même reconnu par la simple courtoisie qui, parmi les journalistes, suffit à leur faire accueillir bénévolement les réponses de ceux que leur journal a mis en cause, ne va pas jusqu'à l'insulte. Elle renferme, en outre, des inexactitudes graves sur lesquelles nous allons revenir.

Nous la publions quand même, à la demande de Pierron.

Nous ajouterons donc, que c'est une contre-vérité, de la part de M. Zareh, que d'invoquer le patronnage du Professeur d'Arsonval, qui serait le président d'honneur d'une manifestation organisée par son Ecole et par lui-même.

M. le Professeur d'Arsonval a, en effet, fait publier dans la presse le communiqué suivant :

## LA DEUXIÈME SEMAINE PHYSIOTHÉRAPIQUE DE PARIS

### UNE MISE AU POINT DU PROF. D'ARSONVAL.

Il a été publié que la deuxième semaine physiothérapique de Paris et de lutte anticancéreuse, qui se déroule du 1er au 7 décembre, était organisée sous la présidence d'honneur du Professeur d'Arsonval.

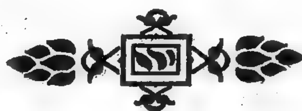
L'illustre savant nous informe qu'il n'a jamais accepté de présider un Congrès quelconque où il est question d'applications thérapeutiques et qu'il ne participera donc pas à cette manifestation. (*Le Matin*, 2 décembre 1932.)

Puisque M. Zareh affirme, la main sur le cœur, que la France est sa patrie d'adoption, qu'il commence donc par ne pas en violer sciemment les lois.

Il sait fort bien qu'il n'a pas le droit, ni son Ecole, qui fait trop bruyamment parler d'elle en ce moment, de délivrer des diplômes de *docteurs en électro-radiologie dentaire* ; qu'il y a là, de sa part, un délit caractérisé, et puni par la loi.

Il doit savoir aussi, et s'il l'ignore, nous le lui apprenons, que le Corps médical ne le tiendra pas quitte à si bon compte, et que nous sommes disposés à mettre tout en œuvre pour le rappeler au respect de la loi, faire interdire son soi-disant syndicat parfaitement illégal, de docteurs en électro-radiologie dentaire, et l'amener à une plus saine conception, plus discrète aussi, de ses Droits, et surtout de ses Devoirs.

G. DUCHESNE.



# LA JOURNÉE MÉDICALE DE LA TUBERCULOSE, ORGANISÉE PAR LE SYNDICAT MÉDICAL DES DEUX-SÈVRES

## LE 27 NOVEMBRE 1932

## L'inauguration de l'Hôpital-sanatorium de Niort

**Ce fut une manifestation éclatante des possibilités de la collaboration du syndicalisme médical à la médecine sociale**

A de hautes personnalités du monde médical : Professeur Léon Bernard, de l'Académie de médecine, Professeur Louis Martin, de l'Institut Pasteur de Paris, Drs Dibos et Cibrie, nombreux représentants des Syndicats médicaux des Deux-Sèvres, de la Vendée, de la Vienne, des Charentes, s'étaient joints les représentants parlementaires des Deux-Sèvres, pour entourer M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, qui avait tenu à présider personnellement cette grande fête médicale.

C'est au Docteur G. Renon, ancien président du Syndicat médical des Deux-Sèvres, que revient tout le mérite d'avoir su organiser et mener à bien une belle œuvre d'Assistance médicale et de Défense sociale, contre la tuberculose en particulier. Des efforts persévérants, une méthode de travail précise et réfléchie, l'esprit clair de ce chirurgien distingué, des vues larges et prévoyantes, lui ont permis de s'imposer à tous, confrères syndiqués et administrateurs, pour grouper tous les éléments de secours de son Département, pour les mettre dans un ordre rationnel, afin d'établir les premières bases solides de la Lutte antituberculeuse avec un programme d'avenir, qui inspire la plus grande confiance et mérite les plus vifs éloges.

Dès 1920, avait été créé l'Office départemental d'hygiène ; en 1921, un appel était lancé à tous les médecins en vue de leur collaboration efficace à la prophylaxie de la tuberculose. Un Dispensaire fonctionnait, mais avec des résultats peu brillants. L'inspecteur départemental d'hygiène semblait en lutte avec la profession médicale.

C'est alors que le Préfet, faisant application d'une circulaire Breton en date du 20 avril 1920, appelle pour la première fois un délégué du Syndicat à siéger à la Commission administrative de l'hôpital. C'est le Docteur G. Renon, président du Syndicat, qui est désigné.

Puis, le poste d'inspecteur d'hygiène est confié au Docteur Merle, membre du Syndicat ; et celui-ci se trouve être tout particulièrement qualifié pour remplir ces fonctions en raison de son adaptation spéciale, notamment de ses stages à l'Ecole de Léon Bernard.

Aussitôt une lutte efficace contre la tuberculose s'organise, d'accord avec le syndicat, par l'établissement en 1924 d'un plan d'ensemble et d'un contrat signé avec le Comité départemental d'hygiène. Ce plan comprend : les soins à assurer aux tuberculeux ; l'organisation d'une œuvre de prophylaxie sanitaire ; le rôle du médecin traitant, qui découvre les malades, puis examine tous les membres de la famille contaminée, et les signale au dispensaire ; la fiche médicale ; les infirmières visiteuses ; la statistique.

La collaboration médicale se révèle aussitôt importante pour étudier le remaniement rationnel de l'hôpital-hospice de Niort, et pour centraliser en un même point les différentes parties des mêmes services, tandis que jusqu'alors celles-ci étaient disséminées au petit bonheur sur l'étendue du domaine de l'hôpital : médecine, chirurgie, maladie des femmes, incurables, aliénés, dispensaires.

Les services généraux eux-mêmes seront regroupés : les multiples fosses septiques, les nombreux appareils de chaufferie, les moyens d'évacuation des eaux usées. On créera un service d'enfants.

Et surtout, à l'une des extrémités de ce domaine hospitalier de 25 hectares, qui loge une moyenne de 1.600 personnes, un emplacement sera réservé à la construction d'un hôpital-sanatorium, avec accès direct à l'extérieur. (Convention de 1929.)

L'exécution des travaux est répartie, suivant l'urgence, en trois tranches. Sauf, pour ce qui est de l'Asile, l'Etat contribuera dans une proportion de 50 % aux frais. Pour le reste, ce seront les contributions du département et des communes, l'Office d'hygiène (à noter qu'au cours d'une année celui-ci a recueilli jusqu'à la somme de deux millions par la vente du timbre antituberculeux).

L'hôpital-sana fait partie de la première tranche des travaux ; le premier coup de pioche est donné en novembre 1930, et c'est aujourd'hui, 27 novembre 1932, qu'on en fait l'inauguration.

L'installation comprend deux pavillons isolés, chacun de 52 lits, l'un pour les hommes, l'au-

tre pour les femmes ; les malades sont isolés, en ce sens, que, réunis par trois dans une même chambre, chacun y est séparé de son voisin par une cloison de deux mètres de hauteur environ avec vitrage au-dessus de 1 m. 50. Chaque box s'ouvre librement à l'une de ses extrémités, sur le couloir commun de la chambre, dans lequel on trouve les armoires et les lavabos individuels. A un même étage toutes les chambres donnent sur un couloir longitudinal, d'où il est possible de surveillerles patients par un vitrage au-dessus de 1 m. 50. Du côté opposé, l'étage est doté d'une galerie ouverte pour la cure d'air.

Chaque couloir d'étage donne accès à son tour sur un escalier et sur un ascenseur de pavillon, qui conduisent aux services généraux, installés aux deux étages d'une construction transversale, réunissant les deux pavillons par leurs rez-de-chaussée et par leurs sous-sols.

Au rez-de-chaussée de cette branche transversale, les services médicaux : salles d'examens, de radiologie, d'opérations, etc.

Au sous-sol : cuisine, désinfection, etc., etc. Tous ces locaux sont dotés des appareils les plus récents et les plus perfectionnés, quelle que soit leur destination spéciale.

Voici pour le côté matériel.

Mais, déjà, l'élément médical de la lutte antituberculeuse fonctionne de manière parfaite dans le département des Deux-Sèvres, d'un plein accord avec le Syndicat.

Les médecins de l'hôpital sont nommés au concours, après examen d'un jury composé d'un professeur d'une Faculté voisine, de deux médecins désignés par le Syndicat, et de deux médecins choisis parla Commission administrative.

Les épreuves sont exclusivement pratiques : pour la médecine, examen complet d'un malade, exposé des indications thérapeutiques ; pour la chirurgie, un examen d'un malade, et une opération sur le vivant.

Un médecin-chef est nommé pour assurer la liaison entre le Syndicat et les dispensaires, et pour que son action soit plus efficace, ce médecin-chef est le même pour les dispensaires et pour l'hôpital-sana. Afin qu'il ne s'immisce pas dans le rôle des médecins traitants, ses fonctions sont limitées : à la direction générale, à la surveillance générale des malades et infirmiers, à la distribution d'une bonne alimentation.

Ainsi se trouve réalisé l'ensemble : *centre de diagnostic* (par les dispensaires) et *centre de cure.*

Le centre de diagnostic reçoit tous les malades et les suspects, qui sont envoyés par les médecins du département, et on doit noter qu'au cours de ces dernières années, il n'est pas de confrère syndiqué qui n'ait adressé de patients, en plus ou moins grand nombre, aux dispensaires. On y surveille aussi les réformés de guerre pour tuberculose à 100 %, en vue de leur attribuer ou leur continuer l'indemnité de soins.

Le centre-hospitalisation traite les curables et les améliorables. Son but est triple : cure d'air, soins médicaux et chirurgicaux ; aliments de bonne cuisine.

Depuis un certain nombre d'années, la formation hospice a fait d'ailleurs une part de plus en plus grande à la formation hôpital-maison de santé. Les indigents sont aujourd'hui en petit nombre par rapport aux malades payants ; aussi devient-il nécessaire d'augmenter toujours le nombre des lits de cure, surtout en raison du développement de la médecine sociale. L'hôpital-hospice de Niort a compris cette tâche nouvelle ; ses prix de journée sont environ de 10 francs pour les vieillards, de 21 francs en médecine et de 22 francs en chirurgie.

Il faut aussi noter que le Syndicat local respecte entièrement le *libre choix* dans son organisation hospitalière. C'est ainsi que nul malade n'est examiné au dispensaire, ou reçu à l'hôpital, s'il n'est présenté par son médecin traitant.

C'est ainsi que pour tout hospitalisé, le médecin traitant reste maître de la thérapeutique en ce qui concerne son malade ; cette disposition est d'ailleurs inscrite dans le règlement de l'hôpital, qui déjà date de trente ans. A l'hôpital-sana, ce rôle du médecin traitant sera d'ailleurs facilité par l'organisation des box ; le médecin chef ne devra nullement s'immiscer dans les traitements particuliers des malades ; si ceux-ci cependant sont confiés à ses soins, le traitement sera réglé d'accord avec le médecin habituel. Ce dernier devra aussi être consulté à propos de toute intervention chirurgicale.

Toute cette organisation a été longuement exposée dans les discours de l'Inauguration, ainsi que dans les communications faites à la Journée de la tuberculose : dans un département, il ne faut plus de « poussières » d'organisations hospitalières, de moyens de diagnostic; tout doit être réuni en un seul centre, afin d'y obtenir, avec les mêmes ressources, les moyens les plus perfectionnés de dépistage et de traitement.

Enfin, la perfection sera obtenue le jour où, vers ces puissants moyens centralisés, pourront être drainés tous les malades du département, grâce à l'organisation d'un vaste système d'évacuations rapides.

M. le ministre de la Santé a reconnu l'excellence du système, et il a terminé son allocution

en proclamant la nécessité de collaborer avec le syndicalisme médical.

***

Les cérémonies d'inauguration de l'hôpital avaient eu lieu au milieu d'une affluence considérable le matin à 10 h. 30.

Un déjeuner réunit ensuite près de 200 convives dans les salons de l'Hôtel des Raisins de Bourgogne. Le menu en avait été dressé par les plus fins gourmets ; il se composait exclusivement de plats choisis parmi les plus réputés de la vieille cuisine poitevine, qui furent particulièrement appréciés par tous les convives.

A 15 heures s'ouvrit dans les salons de l'Hôtel de Ville, la Journée médicale de la tuberculose, sous la présidence du ministre de la Santé publique et du Professeur Léon Bernard.

Après une allocution du Docteur Joubert, président du Syndicat médical des Deux-Sèvres, différentes communications furent faites,dont voici l'énumération :

Organisation de la lutte antituberculeuse dans les Deux-Sèvres par le Syndicat médical : Docteur G. RENON.

Fonctionnement du dispensaire : Docteur PANOU.

Les décès par tuberculose dans les Deux-Sèvres : Docteur MERLE.

Un phtisiologue de la première heure dans les Deux-Sèvres : J. Ricochon, médecin de campagne à Champdeniers (1848-1902). Communication des Docteurs SAINT-PAUL et MÉRIC.

Les indications thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire : Docteur JOUBERT.

Résultats de la chrysothérapie. Communication par le Docteur JULLIEN, de Pau.

L'état actuel du traitement chirurgical de la tuberculose pleuro-pulmonaire : Docteur LAFFITTE.

Allocution du Professeur Léon BERNARD.

Le *Concours Médical,* qui avait été spécialement invité à prendre part à cette journée, s'y était fait représenter par un de ses collaborateurs permanents, qui a rédigé le compte rendu qui précède et se fait un devoir, en terminant, d'exprimer toute sa gratitude en son nom et au nom de son journal au Docteur Renon et au Syndicat des Deux-Sèvres, qui l'ont si confraternellement accueilli.

G. F.

## LA PAGE SANS MÉDECINE

*...... S'il réussit parfois dans une certaine saison à en détacher peu de choses, qu'il s'efforce alors de réduire dans son tourbillon, l'on s'aperçoit à la fin du compte qu'il n'a rien dissipé du tout....*

(Francis PONGE).

DCCCXXXV. — La merveilleuse histoire de **Pan Twardowski,** légende polonaise du XVI^e^ siècle. Texte adapté par Suzanne Strowska. Dessins originaux de Pierre Rousseau. Préface de la Comtesse de Noailles. Un vol. 23 × 28. *Editions Vuibert,* Paris, 1933.

Ce magnifique livre « pour les enfants » a été si clairement illustré par Pierre Rousseau que, même pour vos bambins encore au balbutiement de l'alphabet, il sera possible de suivre le marché de Pan Twardowski, qui vendit son âme au diable et termina son existence dans la lune, où vous pouvez le voir par certaines nuits claires, fumant la pipe pour attendre sans impatience le jugement dernier. Il est curieux de voir les légendes se retrouver, avec des variantes, de peuple à peuple : ici ce mythe d'exil lunaire que notre folklore français réserve à un bûcheron chargé au bout de sa fourche d'un éternel fagot. L'imagination polonaise, très à l'aise dans le fantastique, a enrichi le thème ancestral. Je dois vous avouer que j'ai lui l'histoire de bout en bout. Elle est à double tiroir : conte diabolique et paraphrase préalable de « *Faust* » sur un conte délicieusement enfantin. L'illustrateur n'avait à tenir compte que de ce dernier point de vue. Il s'en est acquitté avec une maîtrise d'excellent artiste, insistant sur les détails susceptibles d'éveiller l'imagination et de stimuler la mémoire de l'enfant ; ravivant les couleurs, des gris nocturnes aux reflets flammés de la houppelande et aux pointes tombantes de la moustache dorée du héros ; accentuant sans exagération la mimique des personnages, leur activité, comme il convient à la turbulence des lecteurs, et les dessinant avec une simplification de leurs attributs et une parfaite évocation de milieu : architecture, costume, mobilier soigneusement recherchés par une documentation dont la minutie reparaît à chacun des quelque 80 dessins égrenés au long de cet album, où format et papier nous reportent au temps où nous recevions de solides étrennes capables de résister aux effusions de robustes enthousiasmes. Dans l'illustration d'un livre il n'arrive pas toujours que l'artiste parvienne à

extérioriser l'esprit de l'œuvre : il s'en tient (brillamment parfois) à la lettre ! Rousseau qui ne se contente pas de promener un pinceau de couleur dans les marges a merveilleusement compris et rendu ce « merveilleux » des récits de l'enfance, cet éblouisement du conte où il a su mettre toute la splendeur et la richesse d'un décor. Je ne veux pas me séparer du livre qui enchantera vos jeunes bibliophiles sans vous signaler que la sollicitude de l'éditeur a cru devoir ajouter une page à l'usage des grandes personnes. On a confié sa rédaction à la Comtesse. Les poètes d'un naturel distrait ne regardent pas de très près (hors le cas de myopie où ils regardent alors sans voir !) et la distinguée préfacière, en style ailé et gonflé d'épithètes nous présente lyriquement ce « *conte de fées* » où ne manquent que les fées. Dans cette « *tempétueuse atmosphère* » où elle a eu l'illusion de se trouver elle a carrément oublié le sujet du livre, l'art du dessin, l'enchantement du récit. En transe, elle vaticine : du soleil, des vitraux, du soufre, d'azur, de rubis et de feu et ne réussit qu'à donner à sa présentation ce charme précieux, mijauré, froid et rond comme la lune. La lune où s'est réfugié Pan Twardowski fuyant sa célèbre préfacière.

DCCCXXXVI. — Jean Richard Bloch. — **Sybilla.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 15 francs.

Quelques digressions oiseuses ne réussissent pas à ôter au roman sa vigueur, sa « tempétueuse » (puisque la Comtesse le dit) vivacité, son étrange apparence ni sa séduction. En gros il va mettre aux prises, dans les tomes qui suivront, une petite bourgeoise française et une danseuse de « classe internationale » qui attache à son char tous ceux qui l'approchent. C'est le vieux thème de « l'Aigle et Ganymède » qui est magistralement rajeuni sous les incohérences de notre civilisation. L'action avance et se retire, se dérobe et s'offre comme l'envol et les repos d'une danse : offrande et reprise glissée sur les sourdines de l'orchestre. La confuse présence de la musique poétise encore la sonorité de ce roman qui est un des meilleurs de l'année. Le mari de l'héroïne qui fut d'ailleurs autrefois lui-même l'amant de la danseuse est d'un sganarellisme parfait, nonobstant (dirait la Comtesse !) ses succès littéraires. Les types sont vivants ; et l'amorce du drame d'amour singulier que dessinent ces données du premier tome a une grave résonance de prélude. Sans être grand clerc on peut espérer de ce début (un second tome serait insuffisant) la probabiilté d'un remarquable exposé des illogismes de la passion où vont s'enfoncer Clotilde, la danseuse et leurs comparses qui ont une docilité de figurants bien dressés.

DCCCXXXVII. — Michel Davet. — **Aube.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon,* Paris, 1932, 12 francs.

Nouvelles, a-t-on dit, des deux récits d'adolescentes candeurs qui constituent ce livre. Le premier a l'étoffe d'un roman et son volume ; sinon par le nombre de pages mais par l'ampleur et la finesse des analyses et par le réel encerclement des existences qu'il délimite. Tout cela est frais, clair, limpide, désenchanté comme une histoire des vingt ans et fort correctement écrit.

**Varia*****

Je vous rappelle (voir n° précédent) la prochaine parution d'une édition typographiquement impeccable de la « *Vita Nuova* », réalisée par Monsieur Pichon ; et la sortie d'une édition que je vous présenterai la semaine prochaine (Editions Mornay) de « *L'Ombre de la Croix* » des frères Tharaud, illustrée par Feder. Pour la semaine prochaine aussi le détail des merveilles annoncées dans le dernier numéro du « *Bibliophile* ». Dans la *Nouvelle Revue Française* de décembre je vous signalerai aussi plus longuement un Essai de Jean Giraudoux sur Choderlos de Laclos.

12 décembre 1932.

L'Homme aux Bésicles.

## AUTOUR DES THÉÂTRES

Considérations sur la critique dramatique — La revue : **Le Progrès s'amuse**, de RIP, aux Capucines.

Je dois m'excuser de donner si tardivement le compte rendu d'un des événements parisiens de la saison théâtrale, mais tout d'abord, la générale passée (et on ne peut assister toujours à toutes les générales), il était assez difficile de solliciter la place de faveur indispensable, permettant quelque temps après de rendre compte de la pièce, de plus, avec une Revue de Rip et de tels interprètes, surtout dans l'exiguë bonbonnière des Capucines, un compte rendu tardif peut être longtemps encore d'actualité. Il est d'ailleurs désolant de penser que d'autres scènes, jouant des productions d'auteurs peu connus, avec une troupe plus ou moins ignorée, sont obligés de changer de programme quelquefois avant même que nous n'ayions eu le temps de rendre compte de leur effort ; souvent ces productions ont une valeur réelle, les auteurs des qualités exceptionnelles, les interprètes plus que de la bonne volonté, mais voilà, pour arriver à la popularité, là, plus peut-être que partout ailleurs, il faut beaucoup d'argent et de relations (ce qui s'identifie bien souvent); si l'on en manque quelque peu, il faut attendre longtemps après avoir remis sur le métier de nombreux ouvrages et posséder en outre des dons moraux indispensables tels que : énergie, ténacité, doigté, souplesse, ruse même, car nous vivons en des temps extrêmement difficiles où de plus en plus le faible est la proie du plus fort.

Une autre explication me semble nécessaire sur la mentalité du critique de théâtre. Certains, paraît-il, auraient l'habitude de trouver tout très bien, d'autres dénigreraient systématiquement ou louangeraient au compte-gouttes ; d'autres enfin observeraient un juste milieu. En mettant hors de cause l'esprit d'impartialité et la scrupueuse honnêteté qui est de règle, et presque toujours de fait, il y a lieu de considérer deux sortes de critiques dramatiques : les critiques professionnels, comme ceux des grands quotidiens, et les critiques occasionnels, comme ceux des revues ou journaux hebdomadaires tels que le *Concours Médical* ou la *Gazette des Pharmaciens.* Tandis que les premiers sont obligés de rendre compte de tous les théâtres sans distinction, les seconds, ceux qui nous occupent, ne parlent en général que des pièces ayant faveur auprès du public, la plupart du temps pièces excellentes par elles-mêmes et par leur interprétation ; ils apparaissent donc souvent comme pouvant être rangés dans la première catégorie des critiques « tant mieux » c'est très rarement qu'ils peuvent laisser filtrer leur virus, puisqu'ils n'ont vraiment pas le temps en vingt ou vingt-cinq articles chaque année de sacrifier les productions de premier ordre à l'avantage de scènes inférieures ou d'auteurs débutants que, pour être logique avec la première partie de mon article, ils devraient souvent même encourager au lieu de rebuter.

La vérité, je l'ai dite déjà l'an dernier en faisant le point de la saison à peu près à cette même date, c'est qu'il y a vraiment très peu de mauvaises pièces, cette année encore moins peut-être que l'an dernier ; de ces dernières, très rares, il est naturel que nous n'en ayons cure ; qu'une pièce, où il peut y avoir critique acerbe à certains points de vue, n'est pas toujours foncièrement mauvaise ; et que, dans tous les cas, on peut rappeler le refrain idiot de Dranem, mais d'une saine philosophie pourtant : « Essayez donc un peu pour voir ; ça paraît bête comme chou ! ». Quant à penser que nous puissions nous abstenir de blâmer pour ne faire à la direction d'un théâtre nulle peine, même légère, c'est autant dire qu'un docteur n'a pas voulu prendre la température d'un malade, sous prétexte que l'introduction du thermomètre lui est désagréable ou qu'il a décidé de ne pas purger le patient afin de lui éviter des grimaces.

Je commencerai la fois prochaine le compte rendu de la Revue de Rip et je m'excuse d'ores et déjà de tout le bien que je vais en dire auprès des possibles et très rares esprits chagrins pour lesquels je n'apparaîtrais pas moi-même dans mes articles ni assez acerbe ni assez exigeant.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

(*A suivre*).

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Enseignement et actes de la Faculté

**— Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Professeur : M. Henri CLAUDE). — *Cours élémentaire de sémiologie psychiatrique.* — M. LÉVY-VALENSI, agrégé, a commencé ce cours le 4 décembre, à 9 heures (Asile-clinique, 1, rue Cabanis), et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

PROGRAMME (1933). — 8 janvier : Hallucinations des délirants. — 15 janvier : Syndromes d'excitation. — 22 janvier : Syndromes de dépression. — 29 janvier : Syndromes confusionnels. — 5 février : Syndromes démentiels.

Ce cours est destiné aux internes et externes des hôpitaux dispensés du stage.

**— Clinique de la tuberculose.** (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, et Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon BERNARD.)—*Cours spécial sur la tuberculose* pour la préparation aux fonctions de médecin de dispensaire et médecin de sanatorium organisé sous les auspices du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. Léon BERNARD et Robert DEBRÉ, avec la collaboration de MM. RIST, médecin de l'hôpital Laënnec ; PARAF, médecin des hôpitaux ; LELONG, médecin des hôpitaux ; MAURER, chirurgien des hôpitaux ; PANISSET, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; MAINGOT, radiologiste de l'hôpital Laënnec ; BIRAUD, de la Section d'hygiène de la S. D. N. ; EVROT, sous-directeur du Comité national de défense contre la tuberlose ; André MARTIN, médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; CALVÉ, médecin de l'hôpital franco-américaine de Berck ; VITRY, assistant de l'Ecole de puériculture de la Faculté; BARON, POIX, SOULAS, VALTIS, assistants de la clinique ; LAMY, Ch. MAYER, J. MARIE, PELLISSIER, TRIBOULET, THOYER, EVEN, chefs et anciens chefs de la clinique ; BONNET, Mlle GAUTHIER-VILLARS, OLIVIER, chefs des laboratoires de la clinique.

Ce cours d'une durée de trois mois, comprendra deux parties :

*Première partie* : à la clinique, du 16 janvier au 20 février 1933. Cette partie est composée de cinquante leçons, d'exercices cliniques comportant la sélection des malades de préventorium et sanatorium, de manipulations de laboratoire, de manipulations radiologiques, de démonstrations de la technique du pneumothorax artificiel et des autres thérapeutiques de la tuberculose.

*Deuxième partie* : Stages dans des dispensaires et des sanatoriums : 1° Du 20 février au 20 mars, au dispensaire Léon-Bourgeois (1er et 2e arrondissements) et dans d'autres dispensaires urbains et de banlieue de l'Office de la Seine. Les élèves seront répartis par petits groupes, qui suivront alternativement les consultations de ces différents dispensaires. Durant cette période, des visites seront faites aux Centres du placement familial des tout-petits, ainsi qu'à des préventoriums, des sanatoriums et d'autres organisations antituberculeuses (Comité national ; Office national ; Office national d'hygiène sociale ; Office départemental de la Seine, etc...).

2° Du 20 mars au 8 avril, dans un ou plusieurs sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1. L'infection tuberculeuse : pathogénie générale. Allergie et immunité tuberculeuses. — 2. Le bacille de Koch. Morphologie et cultures. Résistance aux agents physiques et chimiques. Désinfection. — 3. Formes filtrantes du bacille de Koch. Tuberculose expérimentale. — 4. Les tuberculines. Réactions tuberculiniques. — 5. L'hérédité tuberculeuse. — 6. La contagion tuberculeuse. Sources, voies et modalités de la contagion. — 7. Lésions élémentaires produites par le bacille de Koch. Follicules et lésions non folliculaires. — 8. Tuberculoses animales. — 9. La tuberculose du nourrisson. — 10. La tuberculose de la seconde enfance. — 11. Les débuts de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — 12. Les formes chroniques ulcéro-caséeuses. — 13. Les formes fibreuses. Scléroses pulmonaires tuberculeuses. — 14. Les tuberculoses aiguës. — 15. Valeur respective des symptômes et des signes en matière de tuberculose pulmonaire. — 16. Technique stéthacoustique. — 17. Technique radiologique générale du thorax. — 18. Interprétation des images radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — 19. Les hémoptysies tuberculeues. — 20. La fièvre chez les tuberculeux. — 21. Signes de l'activité et de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — 22. La tuberculose laryngée. — 23. La tuberculose pleurale. — 24. La tuberculose intestinale. — 25. La tuberculose rénale. — 26. Les tuberculoses osseuses et intestinales et les principes généraux de leur traitement. — 27. Tuberculose et maternité. — 28. Règles du diagnostic clinique de la tuberculose. Les faux tuberculeux. — 29. Procédés de diagnostic empruntés au laboratoire. — 30. Suppurations non tuberculeuses du poumon. — 31. La bronchoscopie et ses applications. — 32. Application de la méthode du lipiodol au diagnostic et au traitement. — 33. La fonction hémo-respiratoire chez les tuberculeux. — 34. Traitements dits spécifiques. Antigénothérapie. — 35. Chimiothérapie. Chrysothérapie. — 36. Conditions climatiques de la cure des tuberculeux. — 37. Sanatoriums. Assistance post-sanatoriale. — 38 Pneumothorax artificiel. Technique. Accidents. Complications. — 39. Conduite des pneumothorax artificiels. Indications et résultats. — 40. Pneumothorax double. — 41. Traitements chirurgicaux. Phrénicectomie et thoracoplastie. Indications. — 42. Traitements chirurgicaux. Technique et résultats opératoires. — 43. Oléothorax et lavage de plèvre. — 44. Section de brides. — 45. Epidémiologie générale de la tuberculose. Facteurs sociaux. Morbidité. Mortalité. — 46. La préservation de l'enfance (Le principe de Grancher. — Les préventoriums. La prévention à l'école). — 47. Le dispensaire antituberculeux et le service social. — 48. La déclaration obligatoire. Les assurances sociales. La législation antituberculeuse en France. — 49. La prémunition selon la méthode de Calmette. — 50. L'armement antituberculeux français. L'Office d'hygiène sociale de la Seine.

Le certificat d'assiduité à ce cours spécial, comprenant les stages, permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine. Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats à ces postes un certain nombre de bourses. S'adresser à M. le Directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits d'inscription sont de 600 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les

lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures (guichet n° 4).

— **Laboratoire de bactériologie** (Professeur : M. N...) — Sous la direction de M. A. PHILIBERT, agrégé, chef des travaux, de M. GASTINEL, agrégé, avec le concours de MM. ADIDA, GALLERAND et NÉVOT, assistants, aura lieu pendant l'année scolaire 1932-1933, une série de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elle commencera le jeudi 5 janvier 1933, à 14 heures, au Laboratoire de bactériologie et continuera les samedis, lundis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cet enseignement sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

PROGRAMME DES DÉMONSTRATIONS : *Technique de microbiologie appliquée au diagnostic des maladies infectieuses.* — Techniques générales : Maniement du microscope, ultra-microscope. — Examen microscopique des microbes. — Colorations. — Stérilisation. — Préparation des milieux de culture. — Milieux diagnostics, milieux spéciaux. — Technique de la filtration. — Etuves. — Ensemencements et technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. — Inoculations aux animaux.

Examen cytologique et bactériologique du pus : les microbes pyogènes : staphylocoque, streptocoque, tétragène, bacille pyocyanique, etc. — Préparation d'un auto-vaccin. — Pus tuberculeux et mycosique. — Diagnostic bactériologique des conjonctivites : bacilles de Koch-Weeks et de Morax, etc...

Examen bactériologique du mucus nasal : Recherche du bacille de Hansen : diagnostic de la lèpre. — Bacille morveux : diagnostic de la morve.

Examen bactériologique des angines et des stomatites. — Bacille diphtérique : diagnostic de la diphtérie, recherche des porteurs de germes diphtériques. — Symbiose fuso-spurillaire. — Muguet, etc.

Examen cytologique et bactériologique des crachats. — Bacille de Koch : diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Pneumocoques. — Cocco bacille de Pfeiffer. — Bactérium pneumosintes. — Bacille de Bordet et Gengou : diagnostic de la coqueluche. — Diagnostic des suppurations et des mycoses pulmonaires, etc...

Analyse bactériologique du sang. — Hémoculture. — Inoculation. — Diagnostic des septicémies. — Séro-agglutination. — Bacilles d'Eberth et bacilles paratyphiques : diagnostic des états typhoïdes. — Bactérium melitense, bactérium abortum, diagnostic des brucelloses. — Recherche du bacille de Koch : méthode de Loewenstein. — Diagnostic des fièvres exanthématiques. — Diagnostic de la peste.

Examen direct du sang : paludisme. — Fièvre récurrente, etc...

Examen cytologique et bactériologique des épanchements séro-fibrineux. — Recherche du bacille de Koch.

Examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien. — Diagnostic des méningites. — Méningocoque : diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique, recherche des porteurs de germes. — Recherche du bacille de Koch.

Examen bactériologique et parasitologique des matières fécales. — Flore intestinale normale : colibacille, protéus, microbes anaérobies, etc. — Examen des selles des nourrissons. — Vibrion cholérique : diagnostic du choléra. — Bacilles dysentériques, amibe dysentérique, diagnostic des dysentéries. — Recherches des porteurs d'amibes et de kystes d'amibes. — Recherche des porteurs de germes typhiques. — Recherche du bacille de Koch.

Examen cytologique et bactériologique des urines. — Recherche du colibacille, du bacille de Koch, etc...

Les spirochètes : diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique. — Sodoku, etc.

Examen bactériologique des exsudats des plaies. — Bacille de Nicolaïer : diagnostic du tétanos.

Bactériologie des infections putrides et gangréneuses. — Bactériologie de la gangrène gazeuse. — Bacillus perfringens. — Bacillus histolyticus. — Vibrion septique, etc...

Examen cytologique et bactériologique des écoulements uréthraux et vaginaux : diagnostic des maladies vénériennes. — Gonocoque. — Bacille de Ducrey. — Maladie de Nicolas-Favre. — Tréponème : diagnostic bactériologique de la syphilis.

Sérologie. — Réactions de fixation du complément. — — Réactions de floculation. — Benjoin colloïdal. — Diagnostic sérologique de la syphilis, de la tuberculose, etc...

Dermatoses microbiennes et parasitaires : examen des squames, croûtes, cheveux, poils. — Pustule maligne : diagnostic du charbon.

Les virus invisibles. — Le bactériophage de d'Hérelle.

Analyse bactériologique des eaux potables.

Diagnostic des intoxications et des infections d'origine alimentaire. — Analyse bactériologique des substances alimentaires : bacille du botulisme, protéus, salmonelloses, brucelloses, etc...

Les droits, pour cette série de travaux pratiques, sont de 400 francs.

Le nombre de places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie, les mardis, jeudis et samedis, avant de retirer leur bulletin de versement. Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Chefs de clinique** (1933). — *Cliniques médicales.* — Hôtel-Dieu : MM. Augier, Delaporte, Caroli et Thiroloix, titulaires.

Cochin : MM. Benoist, Horowitz, Cahen et Poumailloux, titulaires.

Saint-Antoine : MM. Oumansky, Delarue, Mlle Pau, titulaires ; Mme Ragu, adjointe.

Pitié : MM. Desoille et Dreyfus-Gilbert, titulaires.

*Cliniques chirurgicales.* — Hôtel-Dieu : MM. Blondin, Cahen et Meillière, titulaires.

Cochin : MM. Patel et Darfeuille, titulaires.

Salpêtrière : MM. Funck, Lecœur et Audouin, titulaires.

Saint-Antoine : M. Husseintein, titulaire.

Vaugirard (thérapeutique chirurgicale) : MM. Merle d'Aubigné et Dulac, titulaires.

*Cliniques spéciales.* — Oto-rhino-laryngologie (Lariboisière) : MM. Lemoyne, Thomas, Camus, Maduro, Rémy-Néris, titulaires.

Urologie (Necker) : MM. Fayot, Lieutaud, titulaires.

Maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. Lacan, Corman, Masquin, Ey, Dublineau, titulaires.

Maladies infectieuses (Claude-Bernard) : MM. Lièvre, Cattan, Layani, titulaires.

Hygiène et clinique de la première enfance (Enfants-Assistés) : MM. Garnier, Vannier, Baize, Bohn, titulaires.

Médicale infantile (Enfants-Malades) : MM. Kaplan, Liège, titulaires ; Gouyen, adjoint.

Neurologique (Salpêtrière) : MM. de Sèze, Lereboullet, Bize, Rouques (Lucien), titulaires.

Ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : MM. Dollfus, Renard, titulaires ; Mlle Braun, M. Dupuy-Dutemps, adjoints.

Maladies cutanées (Saint-Louis) : MM. Decourt, Cohen, Ragu, titulaires.

*Cliniques obstétricales.* — Baudelocque : MM. Merger, titulaire ; François, adjoint ; Sureau, délégué.

Tarnier : MM. Bidoire, Jarrousse, titulaires.

Pitié : Mlle Versini, MM. Dejeune, Weill (Adrien), titulaires.

*Cliniques diverses (Fondations).* — Gynécologique (Broca) : M. Peytavin, Mme Stuhl, M. Saint-Pierre, titulaires.

Propédeutique (Charité) : MM. Poumeau-Delille Mamou, Thiébaut, Launay, titulaires.

Chirurgicale infantile (Enfants-Malades) : MM. Garnier (Ch.), Leydet, titulaires ; Armingeat, adjoint.

Tuberculose (Laënnec) : MM. Even, Thoyer, Mlle Blanchy, titulaires.

Thérapeutique médicale (Pitié) : MM. Derot, Maximin (M.), Rudolf, titulaires.

— **Vacances de Noël et du Jour de l'An.** — La Faculté (bibliothèque, cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du samedi 24 décembre 1932 au 2 janvier 1933 inclus.

Les bureaux du secrétariat seront fermés les : samedi 24 décembre 1932, lundi 26 décembre ; jeudi 29 décembre ; vendredi 30 décembre ; samedi 31 décembre ; lundi 2 janvier 1933.

## HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

### Enseignement, concours, avis divers

— **Mutations et titularisations dans les services à la date du 26 décembre 1932.** — I. Médecins. — 1°) A Broussais (remplacement de M. Dufour, limite d'âge), M. Abrami, de la Charité. — A la Charité, M. Tixier (mutation intérieure). — A la Charité (Service de M. Tixier), M. Ch. Richet, de l'hôpital Ambroise-Paré. — A Ambroise-Paré, M. Lévy-Valensi, de Brévannes. — A Brévannes, M. Bourgeois, médecin des hôpitaux.

2°) A Bichat (remplacement de M. Lemierre, nommé professeur de clinique), M. Faroy, de Beaujon. — A Beaujon, M. Stévenin, de l'Hôtel-Dieu. — A l'Hôtel-Dieu, M. Henri Bénard, de la Charité. — A la Charité, M. de Gennes, de Bicêtre. — A Bicêtre, M. Nicaud, *titularisé*.

3°) A Laënnec (remplacement de M. Jousset, limite d'âge), M. Gautier, de la Maison municipale de Santé. — A la Maison de Santé, M. Jacquet, de Sainte-Périne. — A Sainte-Périne, M. Marquezy, *titularisé*.

II. Chirurgiens. — 1°) A la Pitié (remplacement de M. Lenormant, nommé professeur de clinique), M. Baumgartner, de la Charité. — A la Charité, M. Desplas, *titularisé*.

2°) A Tenon (remplacement de M. Grégoire, nommé professeur de clinique), M. Deniker, d'Ivry. — A Ivry, M. Métivet, *titularisé*.

3°) A la Pitié (remplacement de M. Fredet, limite d'âge), M. Chevrier (mutation intérieure). — A la Pitié (Service 9), M. Kuss, de Bichat. — A Bichat, M. Mondor, de Broussais. — A Broussais, M. Robert Monod, *titularisé*.

4°) A Lariboisière (remplacement de M. Wiart, limite d'âge), (service de M. Cadenat), M. Houdard, *titularisé*.

5°) A Necker (remplacement de M. Robineau, limite d'âge), M. Jean Berger, de Necker-Enfants-Malades (gynécologie). — A Necker-Enfants-Malades (gynécologie), M. Roubier, *titularisé*.

6° Aux Enfants-Assistés (remplacement de M. Veau, limite d'âge), M. Martin, de Saint-Louis (annexe Grancher).

III. Electro-radiologistes des hôpitaux. — 1°) A Lariboisière (remplacement de M. Haret, démissionnaire), M. Guilbert, de l'hôpital Boucicaut. — A Boucicaut, M. Gérard, de l'hospice des Enfants-Assistés. — A l'hospice des Enfants-Assistés, M. Aimé, de la Maison municipale de Santé, M. Ledoux-Lebard, *titularisé*.

2°) A l'hôpital Hérold (remplacement de M. Laquerrière, en disponibilité), M. Thibonneau, *titularisé*.

— **Prix Fillioux.** — Le prix Fillioux, à la suite du concours qui vient de se terminer, est attribué à MM. Guillon, interne des hôpitaux, et Sobel, externe des hôpitaux.

— **Concours d'assistants d'électro-radiologie.** — *Epreuves sur titres.* — Mme Le Picard, 16 ; MM. Venturini, 18 ; Strauzer, 15 ; Pulsord et Buzy, 18 ; Chérigié, 19 ; Mme Fainsilber, 16 ; MM. Marquez, 17 ; Altman, 15 ; Feuteuil, 19.

— **Médaille d'or de l'Internat.** Année 1932-1933. — *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 2 mars 1933, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, du jeudi 5 au samedi 14 janvier 1933 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 janvier 1933.

— **Médaille d'or de l'Internat.** Année 1932-1933. — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 6 mars 1933, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration du jeudi 5 au samedi 14 janvier 1933 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 janvier 1933.

— **Concours de l'internat.** — *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Laignel-Lavastine, Pagniez, Vallery-Radot, Gautier, Marcel Labbé, Kuss, Marion, Georges Labey, Proust, Devraigne.

— **Concours de l'externat.** — Division du jury : *Anatomie.* — MM. Ameline, R. Bloch, Escalier.

*Pathologie médicale.* — MM. Chevalley, Bariéty, Laporte.

*Pathologie chirurgicale.* — MM. Menegaux, Banzet, Leroux.

# REPORTAGE PROFESSIONNEL

## Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Gourdet, de Nantes ; du Docteur Pierre Moinard, accoucheur des hôpitaux de Nantes ; du Docteur Van Oge, de Lille ; du Docteur Emile Quillon, du Blanc.

— **Assemblée française de médecine générale.** — Les troisièmes assises nationales de l'Assemblée française de médecine générale se sont tenues le dimanche 6 novembre, au grand amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. le Docteur Jules Renault, de l'Académie de médecine. Etaient présents : les Professeurs Achard, Marcel Labbé ; le Professeur Castaigne, de Clermont-Ferrand ; le Professeur Mauriac, de Bordeaux ; le Docteur Roubinovitch ; des médecins des hôpitaux de Paris ; M. Riemain, secrétaire de la Ligue antialcoolique ; quatre-vingt-douze médecins de Paris et de province, ceux-ci venus des départements les plus éloignés pour apporter leurs observations personnelles dans l'étude des « *Formes cliniques régionales de l'alcoolisme* ».

Les débats, dirigés par le Docteur Jules Renault, permirent d'entendre les opinions autorisées non seulement des médecins exerçant dans les régions vinicoles, mais aussi celles des praticiens des villes et des campagnes, où l'alcoolisme provient de l'abus des vins importés ou des divers produits de distillation.

Il est ressorti des exposés que c'est principalement l'abus de ces derniers qui réalise les troubles graves de l'alcoolisme. Tandis que l'agriculteur et l'ouvrier agricole des pays vinicoles présentent une tolérance parfois surprenante à l'ingestion du vin rouge, tolérance en partie liée au travail physique intense au grand air et aussi à une alimentation abondante, cette tolérance diminue chez l'ouvrier d'usine, pour une certaine part aussi chez le travailleur des campagnes non vinicoles qui ne peut recourir qu'à des vins de qualité médiocre. Elle diminue également par l'usage du vin blanc, plus riche en alcool, souvent aussi en essences, mais surtout parce que l'ouvrier l'absorbe par goût à jeun ou entre les repas. Elle laisse enfin place à une sensibilisation progressive et grave quand, soit à titre prédominant, soit à titre complémentaire, le travailleur de la terre, à plus forte raison celui de l'usine, font usage des diverses eaux-de-vie et souvent de bien médiocre qualité.

La cirrhose du foie est très rare chez les buveurs de vin rouge ; seulement elle apparaît en proportion notable dans les pays à vin blanc, pour les raisons signalées plus haut ; elle exerce ses ravages chez les buveurs de vins sophistiqués et de produits de la distillation de mauvaise qualité.

Il en est de même des troubles nerveux graves, tels que les troubles visuels et les polynévrites.

La conclusion des débats est un appel au respect de la fermentation naturelle du jus de la vigne, à la modération dans son usage, à la prohibition de la sophistication, et à l'élimination des multiples toxiques présentés par les débitants.

Rappelons le programme des sessions suivantes de « l'Assemblée française de médecine générale » : IV^e Session (décembre-janvier), « les *Animaux domestiques* » et spécialement le bétail (épidémiologie de la fièvre de Malte, de la fièvre aphteuse, de la tuberculose bovine) ; V^e Session (février-mars), « la *Tuberculose conjugale* » ; VI^e Session (avril-mai), la *Sérothérapie préventive antitétanique* » ; VII^e Session (juin-juillet), « l'*Avenir des pleurétiques* » ; VIII^e Session (octobre-novembre 1933), « *Fréquence et physionomie actuelles de la syphilis* ».

Pour adhérer à l'A. F. M. G. prière de s'adresser à MM. les délégués départementaux ou au Secrétaire général, Docteur Godlewski, 14, rue Théodule-Ribet, à Paris.

— **Syndicat général des urologistes français.** — L'Assemblée générale du Syndicat des urologistes français s'est tenue à Paris, le 6 octobre 1932, sous la présidence du Docteur Verrière, de Lyon.

Après une brillante conférence de M^e Payen, avocat à la Cour, conseil juridique du Syndicat, sur diverses questions professionnelles, l'Assemblée a élu son nouveau bureau et son Conseil d'administration pour quatre années, ainsi qu'il suit :

*Bureau* : président, Docteur Georges Barbellion, de Paris ; vice-présidents : Professeur André, de Nancy ; Docteur Guyonneau, de Vittel ; secrétaire général, Docteur Marcel Gallois, de Paris ; trésorier, Docteur Cottard, de Paris.

*Conseil d'administration* : Professeur Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Lille ; Docteurs Bessot, de Besançon ; Charasse, de Cannes ; Uteau, de Biarritz ; Oraison, de Bordeaux.

— **Cours populaire sur les maladies vénériennes.** — (Organisé par la Société française de prophylaxie sanitaire et morale au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.)

Samedi 14 janvier 1933, à 20 h. 45, M. le Docteur Cavaillon et M. Dufaur : Organisation sociale du traitement de la syphilis. Dispensaires et service social. — Samedi 21 janvier, à 20 h. 45, M. le Docteur Joseph Nicolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie de médecine : La prostitution et ses dangers ; les moyens de lutte. — Samedi 28 janvier, à 20 h. 45., M. le Docteur Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Modes de transmission de la syphilis et de la blennorragie. Transmission extravénérienne, vénérienne, par le mariage, par la prostitution.

Samedi 4 février, à 20 h. 45, M. le Docteur Louis Queyrat, médecin honoraire de l'hôpital Cochin, président de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien : La responsabilité dans la transmission des maladies vénériennes : le délit pénal de contamination. — Samedi 11 février, à 20 h. 45, M. le professeur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy : Propagande contre les maladies vénériennes et éducation du public. — Samedi 18 février, à 20 h. 45, Mme la doctoresse G. Montreuil-Strauss, présidente du Comité d'Education féminine de la Société française de Prophylaxie sanitaire et morale : Education prophylactique de la jeunesse contre les maladies vénériennes. — Samedi 25 février, à 20 h. 45, Mme la doctoresse G. Montreuil-Strauss : Rôle des femmes dans la lutte contre les maladies vénériennes. — Samedi 4 mars, à 20 h. 45, M. le Docteur A. Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Le service social dans la lutte contre les maladies vénériennes.

Le cours est accompagné de projections de vues fixes et de films. Ce cours s'adresse aux pères et mères de fa-

mille, à tous les éducateurs et aux jeunes adultes des deux sexes. Il est public et gratuit.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le premier dîner de la saison des « Médecins de Toulouse à Paris » a eu lieu le mercredi 26 octobre dans les salons de la Rôtisserie du Cardinal. De nombreux convives y assistaient, heureux de se retrouver après la longue interruption des vacances et de pouvoir reprendre ainsi entre eux leurs bonnes relations confraternelles. Comme d'habitude, la réunion fût très cordiale et pleinement réussie à tous points de vue : agrément de la salle, bonne chère et entrain affectueusement amical des convives. Etaient présents : les Docteurs Dartigues, Redon, Privat, Groc, Andreu, Constantin, Mont-Refet, Montagne, Lacapère, Perrin, Clavel, Massip, Queriaud, Roule, Bory, Doazan, Colonel Cabos, Bourguet, Fourès, Azéma, Millas, Marcorelles, Terson, Mazet, Digeon Marcel, Gasquet, Labbé. S'étaient excusés, les Docteurs Molinéry, Delherm, Lévy-Lebar, Aubertot, de Parrel, Armengaud, d'Ayrenx, Estrabaut, Caujole, Delater, Reygasse, Esclavissat. A l'heure des toasts, prirent successivement la parole : le Docteur Groc, secrétaire-général, pour la lecture de la correspondance et questions diverses ; le Professeur Roulé, l'un des animateurs de la Société, qui sut trouver les mots choisis et justes pour recréer d'emblée l'atmosphère chaudement sympathique du groupement ; le Docteur Terson qui, avec sa finesse habituelle, raconta la vie aventureuse de Conan Doyle, père de Sherlok Holmes et, en outre, médecin et oculiste distingués ; le Docteur Dartigues, qui relata le tour de France qu'il fit pendant ses vacances et donna quelques précisions sur les conférences organisées par l'UMFIA en l'honneur des nations latines : le rôle fécond de ces conférences est indiscutable au point de vue relations scientifiques internationales et ne peut qu'heureusement contribuer à créer entre les nations de même culture de nouveaux courants de sympathie active ; le Docteur Dartigues termina son discours par des considérations philosophiques hautement pensées qui émurent profondément toute l'assistance. La prochaine réunion de la S. A. M. T. P. aura lieu dans les premiers jours de décembre.

— **Office international d'hygiène publique.** — C'est avec une douloureuse surprise que l'on a appris le décès de M. Otto Velghe, président du Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique, au cours de la dernière session, à Genève, de la Section d'hygiène de la Société des Nations.

M. Velghe, ancien secrétaire général du ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène de Bruxelles, avait joué dans son pays un rôle de tout premier plan, comme à Paris au Comité permanent où il avait occupé le poste éminent de Président de ce Comité depuis 1919 jusqu'à maintenant, ayant toujours été réélu à l'unanimité par ses collègues, devenus tous ses amis et chez lesquels sa mort laisse d'unanimes regrets.

Pour le remplacer, notre confrère, sir George Buchanan, compagnon de l'Ordre du Bain, membre de l'Académie royale de Médecine, Senior Medical Officer du ministère de la Santé publique et délégué de la Grande-Bretagne, a été élu président du Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique. Sir George Buchanan était déjà l'un des plus anciens délégués à ce Comité où il a joué en maintes circonstances un rôle majeur.

L'Office international d'hygiène publique, dont le siège est à Paris, a été créé par la Convention internationale de Rome de 1907 et son Comité permanent est composé des délégués techniques officiels de 51 gouvernements. On y étudie les problèmes techniques et administratifs à résoudre pour l'application et le perfectionnement des nombreux arrangements et conventions, d'ordre international, relatifs à l'hygiène publique.

La principale de ces conventions est la convention sanitaire internationale signée au Quai d'Orsay en 1926 et la plus récente est la Convention sanitaire internationale pour la Navigation aérienne.

Le Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique remplit également un rôle important en tant que Comité consultatif pour la Section d'hygiène de la Société des Nations dont sir George Buchanan, en sa nouvelle qualité de président du Comité permanent, devient vice-président *ex officio*. Robert PIERRET.

— **XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicale.** — C'est à Toulouse, qu'aura lieu, en octobre 1933, le XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicale.

Ces assises scientifiques internationales du thermalisme qui, depuis 1886, se tiennent tous les trois ans, ont eu leurs dernières réunions à Bruxelles, en 1924, à Lyon en 1927, à Lisbonne en 1930, ont toujours été marquées par un vif succès, et ont toujours réuni un nombre important de Congressistes français et étrangers.

Le bureau permanent de ces Congrès internationaux, sous la présidence de M. Ray. Durand Fardel (de Vichy), et le secrétariat de M. Flurin (de Cauterets), assure la liaison avec les diverses nations participantes.

Le bureau du XIVe Congrès international de Toulouse est ainsi constitué : présidents, M. le Professeur Sabatier, doyen de la Faculté des sciences, membre de l'Institut, lauréat du prix Nobel, et M. le Professeur Abelous, doyen de la Faculté de médecine ; secrétaires généraux, MM. les Professeurs Serr et Moog ; secrétaire généraux adjoints, MM. les Docteurs Françon (d'Axles-Bains) et Cazal Gamelsy (de Luchon).

— **Chemins de fer P. L. M.** — *De nouveaux wagons-restaurants pour toutes les bourses.* — Des voitures-buffets ou des wagons-restaurants-bars circulent dans les trains : 23 (Paris-Nice), entre Avignon et Nice ; 24 (Nice-Paris), entre Nice et Avignon ; 101 (Paris-Vintimille, entre Paris et Dijon) : 102 (Vintimille-Paris, entre Dijon et Paris) ; 743-744 (Lyon-Perrache-Strasbourg), sur tout son parcours ; 748-749 (Strasbourg-Lyon-Perrache), sur tout son parcours ; G. B. (Genève-Bordeaux), entre Lyon-Perrache et Saint-Germain-des-Fossés ; M. B. (Milan-Bordeaux) entre Saint-Germain-des-Fossés et Bordeaux ; B. M. (Bordeaux-Milan), entre Bordeaux et Lyon-Perrache.

Dans ces wagons, des consommations et des repas sont servis à un prix modique pendant toute la durée du trajet.

*Le Directeur-Gérant* : Dr J. NOIR.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

de porter des médicaments chez ses malades, qui résident dans des communes où il n'y a pas de pharmacie. La jurisprudence est nettement fixée en ce sens.

N'envisageons donc que le cas où le médecin propharmacien se rend chez un malade, qui habite dans une commune où exerce un pharmacien. Dans ce cas, le propharmacien peut-il délivrer des médicaments à son client ?

Si nous nous référons à l'acception très étroite et stricte des termes de la loi de germinal, en son article 27, nous devrions reconnaître ce droit au propharmacien. La loi, en effet, ne considère que le domicile du praticien et non celui du malade.

Tel est l'avis du Professeur Perreau, dans ses «Eléments de jurisprudence médicale», page 187.

Georges Renard, dans son livre : « Le Droit de la profession pharmaceutique », est d'un avis contraire (page 100) : il admet que si le médecin a le droit de délivrer des médicaments à son propre domicile, lorsqu'il exerce la propharmacie, il ne peut le faire lorsqu'il se rend auprès de malade habitant un lieu où il y a officine ouverte.

Simon Auteroche, dans son « Manuel pratique de Droit médical », page 151, estime que la question est controversée, bien que n'ayant jamais été jugée.

Tel est aussi l'avis de Me Gatineau qui, jusqu'à sa mort, fut le conseiller juridique du Sou médical. Dans une consultation, parue dans le *Concours Médical*, 1909, 701, il estime prudent, pour le propharmacien, de ne pas délivrer de médicaments au domicile de ceux de ses malades, qui habitent une commune pourvu d'une pharmacie.

**Conclusion.**

En l'absence de jurisprudence sur ce point précis, on peut conseiller la prudence aux propharmaciens, en leur recommandant de ne pas faire concurrence aux pharmaciens établis dans les communes où résident leurs malades.

Mais quelques confrères m'ont déjà fait remarquer que les pharmaciens savent invoquer la loi de Germinal, lorsqu'il s'agit de faire respecter leur monopole de vente, alors qu'ils déclarent cette même législation tombée en désuétude, lorsqu'on discute vente de médicaments sans ordonnance de médecin, voire même consultations dans l'arrière-boutique.

Juridiquement, devant un tribunal correctionnel, le propharmacien pourrait faire soutenir son droit, qu'il tient de l'article 27 de la loi de germinal, de débiter des médicaments à tous ses malades sans exception. Le problème est intéressant, surtout à l'heure où la pharmacie devient de plus en plus un débit de médicaments préparés à l'avance (spécialités pharmaceutiques) plutôt que délivrance de préparations officinales et magistrales extemporanées.

Dr Paul Boudin.

## Une conférence d'égyptologie au profit de la Ligue contre le rhumatisme

Sous la présidence du Professeur Paul Carnot, a eu lieu, grâce à l'organisation du Docteur Dausset, chef du service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu, une très intéressante conférence à l'Institut océanographique au profit de la Ligue contre le rhumatisme qui organise un service social pour les rhumatisants pauvres perclus, que nous avons déjà signalée ici il y a quelques mois.

M. l'abbé Drioton, conservateur des antiquités égyptiennes du Musée du Louvre, qui est un conférencier de premier ordre, a initié les nombreux auditeurs aux mystères de l'égyptologie, ou plutôt leur a montré de nombreuses projections des découvertes des fouilles récentes faites ces dernières années, le désensablement du Sphynx, l'exhumation des temples merveilleux de la régon d'Abydos, celle du magnifique temple gréco-égyptien du Prêtre Psitosiris, à Dendérah, datant du règne de Néron, et de la très curieuse et très ancienne église chrétienne élevée au Ve siècle au voisinage de ce temple.

Toutes ces superbes projections ont été prises par M l'abbé Drioton lui-même, qui les interprétait magistralement, et, comme l'avait fait remarquer le Docteur Dausset, on a pu constater qu'il était aussi bon photographe que brillant et savant conférencier. J. N.

## L'INSPECTION DES PHARMACIES

Je prie le *Concours Médical* de me dire, et de dire à ses lecteurs, ce que les inspecteurs des pharmacies devraient être, d'après les textes officiels et les règlements en vigueur.

Ma curiosité serait en outre satisfaite, et ma reconnaissance serait acquise au *Concours Médical*, s'il voulait bien répondre aux questions suivantes :

1º Combien il y a-t-il d'inspecteurs de pharmacies : *a*) par département ; *b*) en France.

2º Qui nomme ces fonctionnaires, et comment les nomme-t-on ?

3º Les choisit-on parmi les pharmaciens ayant officine ouverte ? Parmi les fabricants de spécialités ? Dans ce dernier cas, une fois nommés, peuvent-ils contiuuer à vendre leurs spécialités ?

4º Quels sont leurs traitements et les diverses indemnités qui leur sont allouées et par qui ?

5º Quelles sont leurs attributions ? Sont-ils tenus de veiller à l'application de la loi de Germinal sur l'exercice de la pharmacie ? De faire l'analyse, à l'improviste, de médicaments délivrés aux malades ?

Dr Jules BARANDON.

***

*Nous avons demandé à M. L.-G. Toraude, docteur de la Faculté de pharmacie de Paris, lauréat*

*de l'Institut et de l'Académie de médecine, membre de la Société de pharmacie de Paris, littérateur et poète hautement apprécié de surcroît, de bien vouloir répondre aux questions de notre correspondant, ce qu'il a fait avec une bonne grâce et une précision dont nous lui exprimons toute notre gratitude.*

G. D.

1° Les inspecteurs de pharmacies doivent être pharmaciens diplômés ;

2° Le nombre de ces inspecteurs par département est variable ; quelques-uns en possèdent trois, quatre, cinq ou six, d'autres un ou deux.

En tout cas, les régions d'inspection sont au nombre de vingt-deux et ont été établies principalement d'après des considérations géographiques et selon l'importance des Ecoles ou Facultés dont elles constituent le ressort, par l'arrêté ministériel du 24 août 1908.

Quant au nombre total, il est toujours d'environ 250 à 260 pour toute la France.

3° Ces fonctionnaires sont nommés par les préfets sur proposition des doyens de Faculté ou des directeurs d'école.

4° Ils sont choisis dans les villes universitaires parmi les professeurs, dans les autres villes, parmi les pharmaciens civils ou militaires ayant exercé leur profession pendant une dizaine d'années au moins, ou par des pharmaciens établis dont les titres professionnels ou scientifiques présentent toute garantie de compétence et d'autorité.

Si l'inspection est confiée à des pharmaciens établis, ils ne doivent pas, autant que possible, être chargés de visiter les officines ou dépôts de médicaments dans les villes ou cantons où ils exercent la pharmacie.

5° Leur indemnité à l'heure actuelle est de 19 francs par visite effectuée.

6° Ils veillent à l'application de la loi de Germinal sur l'exercice de la pharmacie, surveillent l'exercice illicite, inspectent les épiceries et doivent contrôler les médicaments. A cet effet, ils pratiquent des prélèvements dont l'analyse est faite par le Laboratoire national de contrôle des médicaments.

Vous trouverez des renseignements plus détaillés dans le Guide de l'inspecteur, par Em. Roux et L. Guignard. (A. Maloine, éditeur 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris).

L.-H. Toraude.

# CORRESPONDANCE

## MÉDECINE LÉGALE

### 6351. — Honoraires de constatation de décès

A la date du 7 novembre écoulé, à la requête du parquet, la gendarmerie est venue me prier d'aller constater le décès d'une femme carbonisée dans l'incendie de sa maison. Arrivé sur les lieux distants de 4 kilomètres, on m'a présenté des débris d'ossements que je n'ai pu reconnaître pour des restes de squelette humain et j'ai dit au gendarme qui m'accompagnait, qu'il y avait lieu d'attendre que l'on trouve autre chose pour établir mon rapport.

Deux jours après, le 9 novembre, nouvel appel, on avait trouvé le corps carbonisé. Je me rends sur les lieux et constate cette fois des débris humains et donne un rapport et un certificat d'inhumation.

Je vous serais obligé de bien vouloir me dire si je dois compter deux déplacements et, en somme, comment établir ma note, et à qui l'adresser.

Dr P.

**Réponse**

Dès lors que vous avez été régulièrement requis par le Parquet, vous devez vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle.

Vous devez, en conséquence, envoyer votre mémoire d'honoraires en double exemplaire, conforme au modèle adopté, dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée excède 50 francs, au Procureur de la République de M. qui, après visa du Procureur général et taxe du Président, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

Conformément au Tarif de médecine légale, s'il s'était agi d'une véritable autopsie, vous auriez à réclamer pour vos honoraires et votre rapport 120 francs ou 220 francs, suivant que l'autopsie aurait été pratiquée avant inhumation ou bien après exhumation, ou sur un cadavre en état de décomposition avancée, plus vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, pour vos deux déplacements.

Peut-être, pourrez-vous, malgré tout, demander ces honoraires. Mais il se pourrait que le Parquet n'accepte de faire passer en taxe que le coût de deux visites judiciaires, à 25 francs l'une, *y compris le rapport*, plus vos frais de déplacement. Dans ce cas, vous n'auriez qu'à vous incliner devant sa décision et à accepter les 50 francs.

## APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### 6396. — Appareil provisoire de prothèse et transport du malade

Voudriez-vous me tarifier la note suivante : 1° Visite de nuit, 7 kilomètres aller, plus pose d'une gouttière provisoire d'immobilisation d'une fracture ouverte de jambe ;

*b*) Transport du malade dans une clinique à 22 kilomètres (aller) dans ma voiture. L'Assurance me doit-elle les frais de transport ?

Dr R.

**Réponse**

1° Visite de nuit 15 × 3 = 45 francs plus 14 kil. à 1 fr. 50 = 21 francs. *Ou mieux* : Contention d'une fracture de jambe, *sans* appareil plâtré ou silicaté = 60 francs (art. 18) plus 14 kilomètres à 1 fr. 50 = 21 francs.

2° Le transport d'un malade n'est plus du ressort du Tarif *médical*. C'est une question de « loueur de voiture ». Toutefois, *à l'amiable* et en expliquant pourquoi, vu l'urgence, vous avez dû transporter le malade, demandez à la Compagnie de vous payer votre déplacement au Tarif médical de déplacement du médecin.

Dr F. Decourt.

### 6465. — Réduction et contention de fracture de la clavicule par appareil plâtré (type corset)

Je suis en litige, depuis le 19 septembre dernier, avec la Compagnie X à propos d'une fracture de la clavicule.

En l'absence de tarification, j'avais réclamé à l'assurance pour « réduction-contention par plâtre et extension continue d'une fracture de la clavicule (cf. humérus) » la somme de 200 francs.

La Compagnie se basant sur votre avis paru dans le *Concours Médical* du 10 juillet 1932, m'offre 60 francs.

Je ne crois pas devoir accepter ce chiffre. Et je vous prie, avant de demander son inscription au tarif Landry, de vouloir bien prêter attention aux considérations suivantes, que je propose à l'Assurance de discuter devant la Commission d'arbitrage. Si j'ouvre le Traité des fractures des membres, de Judet, qui est un livre moyen, et qui sert de guide à bon nombre de médecins pour les fractures courantes, à l'article « fractures de la clavicule », j'y lis : « En résumé, pour traiter les fractures de clavicule à grand déplacement, nous préconisons : chez les enfants, un plâtre thoraco-brachial (voy. fig. 26 *bis*) ; chez les adultes, un corset plâtré (voy. fig. 26) ; chez les femmes.... (page 39 de la deuxième édition.)

Peut-on soutenir qu'un plâtre thoraco-brachial, ou un corset, c'est le même travail que la réduction d'une « fracture de l'avant-bras, sans appareil plâtré

ni silicaté » ? Ni extention continue », ajoute le texte Landry, qui vise manifestement la fracture très simple, sans déplacement, où le médecin se contente d'un enveloppement, avec ou sans une petite attelle en bois ou en carton. Il y a en effet des fractures de la clavicule, où l'on peut aussi se contenter d'un bandage ou d'une écharpe, de modèle variable : va pour 60 francs.

Il en est d'autres où l'on installe une extension continue (type des anneaux de mon ami Hidden) : la formule de votre Tarif exclut l'extension continue, comme l'appareil plâtré ou silicaté ; il faut aller jusqu'au bout de l'analogie !

Si alors on suit le conseil de Judet, homologuer à une fracture de jambe ou de cuisse, paraît un minimum !

Quant à moi, j'ai employé un procédé personnel. Je ne vous demande pas de le tarifer à part ! Mais, j'ai mis un appareil plâtré brachial, prenant très largement le coude fléchi à angle droit ; sur lequel j'ai fait agir une traction continue, fixée d'autre part à une ceinture thoracique en leucoplaste... 1 h. 1/4 de travail.... J'avais comparé à « humérus » soit 200 francs mes prétentions étaient sûrement légitimes.

Au total, le traitement de la fracture de la clavicule devrait être tarifé, suivant les cas : 1° par bandage simple, 60 francs ; 2° par extension continue, 200 francs ; 3° par grand plâtre thoracique, 250 francs.

Je m'excuse de la longueur de cette lettre, mais la fracture de la clavicule est assez fréquente pour que la question ne soit pas dénuée d'importance pratique. Par ailleurs, vous êtes le grand spécialiste des tarifs Accidents du travail.

Dr F.

**Réponse.**

Les 60 francs proposés sont pour les cas de « fracture de la clavicule » *sans* appareil plâtré ni silicaté » (art. 18). Dans le cas où vous avez dû établir un appareil plâtré, on ne pourrait, en tout cas, compter, ce me semble, *moins* que pour « réfection d'appareil plâtré ordinaire = 100 francs (*ibidem*), comme pour, par exemple, la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Si vous avez fait un appareil plâtré thoracique, type corset, on ne pourrait compter, ce me semble, *moins* que pour « réfection plâtre (type coxalgie ou corset) = 150 francs (*Ibidem*).

Dr F. Decourt.

**6508. — Assuré accident du travail individuel. Visites pour plaies de la main.**

Je vous serais très obligé de me donner votre avis, dans les demi-colonnes du *Concours*, sur la lettre que je viens de recevoir de la Compagnie X. J'ai soigné dans le cours du mois d'août un accidenté du travail assuré individuel, pour une plaie étendue et profonde de la main.

J'ai fait les pansements (huit visites) au domicile du malade : quatre kilomètres de ma résidence.

Dans une lettre *fort courtoise* d'ailleurs, le médecin chef de la Compagnie m'avise qu'il supprime l'indemnité de déplacement pour mes visites, car dit-il, aucun empêchement ne s'opposait à ce que mon blessé ne se rendit à mes consultations. Mais je puis, à son avis, réclamer au blessé lui-même l'indemnité de déplacement.

Je n'ai pas l'intention d'engager une polémique avec la Compagnie, mais je vous serais bien obligé de me préciser si le blessé doit obligatoirement se rendre au domicile du médecin pour les pansements.

A la campagne, les moyens de déplacement sont parfois fort difficiles, surtout en hiver, et il me paraît difficile d'obliger le blessé à se déplacer, ce qui infailliblement l'entraînera à ne pas se faire soigner correctement.

**Réponse**

1° Personnellement, lorsqu'il s'agit d'un assuré *individuel*, je ne m'occupe pas du Tarif des accidents du travail qui n'est qu'un tarif de *responsabilité patronale*, et fais payer toujours le blessé lui-même et au tarif syndical, quitte par lui à se faire rembourser par l'assurance au tarif *convenu entre eux*, ce qui n'est plus mon affaire ;

2° Si nous nous plaçons sur le terrain du Tarif des accidents du travail, voici ma réponse à votre question. L'art. 2 porte : « Les visites faites au domicile du blessé qui ne *peut* se présenter à la consultation *sans inconvénient pour sa santé*, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes, etc... ». Il s'ensuit que votre blessé de la main aurait dû (sauf fièvre ou autre « inconvénient... ») venir à votre consultation et que le Tarif accidents du travail ne joue pas en l'espèce, au point de vue de votre déplacement. Ou alors, vous auriez à fournir les raisons *techniques* des dits inconvénients.

Dr F. DECOURT.

### 6269. — 1° Lavage de la vessie. 2° Controverse technique entre médecin d'assurance et médecin traitant

Comment tarifier pour accident du travail les soins suivants : visite, plus pansement de la cuisse, et du périnée, plus lavage de vessie chez un malade ayant eu une perforation de l'urèthre postérieur par plaie pénétrante de la face interne de la cuisse et chez lequel le chirurgien avait pratiqué une cystostomie ?

J'avais l'intention de compter : pansements de la cuisse et périnée, 15 francs ; lavage de vessie 15 francs ; plus indemnité kilométrique.

La Compagnie peut-elle contester ? Elle est coutumière du fait.

La même Compagnie conteste aux Accidents du

travail le patron d'une exploitation agricole ayant une assurance agricole collective.

Cet homme a eu, le 7 mars 1932, une torsion du genou. J'ai fourni un certificat portant : « Impotence fonctionnelle du genou droit ; douleur localisée au ménisque interne». J'ai fait pratiquer à la demande de la Compagnie une radio qui, évidemment, n'a montré que des contours osseux absolument sains. La Compagnie a fait contrôler deux fois le blessé, sans préavis, et les deux médecins ont conclu à rhumatismes. La Compagnie a refusé le règlement après que j'ai eu fourni le certificat de consolidation.

Etant moralement sûr qu'il s'agissait d'un accident, j'ai prié le blessé de voir un chirurgien, le Docteur R. qui a fourni le diagnostic suivant : « Epaississement du cul-de-sac supérieur et externe de la synoviale. Douleur sur le ménisque interne en arrière du ligament latéral droit de l'articulation, et dans le creux poplité. Il existe encore un peu de limitation de la flexion et un peu d'atrophie musculaire. Comme diagnostic, entorse du genou avec retentissement sur la capsule articulaire et méniscite sans détachement du ménisque ».

Que doit faire mon blessé ? Que peut-il espérer ?

Dr G.

**Réponse.**

*a*) S'il n'y a qu'un pansement pour la cuisse et le périnée, il s'agit d'un pansement simple, compris dans le prix de la visite ou consultation. Pour compter deux pansements (donc un en plus du prix de visite), il faut qu'ils ne soient pas sur le *même* membre « les articulations ne constituant pas un segment de membre, mais n'en sont que les extrémités (note de l'art. 14). Et enfin, s'il y a deux pansements distincts, sur le même membre (ce qui semble votre cas, si j'élimine le pansement unique), le tarif en est de 20 francs (art. 16.)

*b*) Le lavage de la vessie n'est pas l'objet d'une tarification spéciale. Vous pourriez demander, au besoin, 20 francs par *analogie* avec « Injection sous-cutanée de sérum physiologique » par exemple. Mais alors *sans cumul* (v. art. 13) avec « la visite ou consultation simple avec ou sans pansement », mais cela ne pourrait se faire qu'à l'amiable, avec la Compagnie.

*c*) Pour la question controversée (torsion du genou ou rhumatisme), je ne vois qu'une demande d'expertise à faire par le blessé devant le Juge de paix, à moins (par *analogie* et à *l'amiable*) de suivre ce qui est dit au deuxième alinéa de l'art. 9 (troisième médecin pour départager).

Dr F. Decourt.

**QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES**

**6361. — Délivrance de la carte de surclassement**

Réformé et rayé des cadres pour infirmités con-

tractées en service (blessure et maladie), ne puis-je avoir droit à la carte de surclassement bien qu'ayant suivi les cours nécessaires ?

Dr C.

**Réponse**

La carte de surclassement est accordée, chaque fois, pour une année, après assiduité aux cours des Ecoles de perfectionnement. Rayé des cadres, vous ne devez pas officiellement suivre ces cours, et par conséquent, vous ne pouvez solliciter la carte de surclassement.

---

### 6376. — Périodes d'instruction obligatoires

Je suis marié, père de deux enfants vivants, classe de recrutement 1915, mobilisé après un ajournement en septembre 1915, libéré comme médecin auxiliaire en octobre 1919, j'ai été nommé d'office sous-lieutenant de réserve en 1921 et lieutenant en 1926. Pour la première fois depuis ma démobilisation, j'ai été convoqué cette année pour une période d'instruction que j'ai accomplie en août 1932. Or, aujourd'hui, moins de trois mois après la fin de cette période, je reçois de la Direction une note m'informant que je serai convoqué pour une nouvelle période obligatoire en 1933, sauf raison de santé, ou demande d'ajournement pour d'un an pour raisons personnelles.

Je voudrais savoir quelles sont exactement mes obligations militaires, si je dois m'attendre à être ainsi convoqué tous les ans après être resté treize ans tranquille, quels avantages peut éventuellement me procurer cette période de 1933 et, s'ils sont nuls ou insuffisants, comment faire pour l'éviter ?

Dr D.

**Réponse**

Lieutenant depuis 1926, vous avez six ans de grade, ce qui représente l'ancienneté minima afin d'être proposé pour le troisième galon, *à condition* que l'on ait effectué *deux* périodes d'instruction. C'est donc pour cette deuxième période, indispensable à votre avancement, que vous allez être convoqué en 1933.

N'oubliez pas, d'autre part, que votre situation d'officier de réserve vous oblige à effectuer *un total* de quatre mois de service en fait d'officier de réserve (art. 49 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement).

Vous pouvez donc, s'il vous agrée, essayer d'obtenir l'ajournement à un an de votre période de 1933, mais votre proposition pour le troisième galon en sera d'autant retardée, et vous ne pouvez, d'autre part, échapper au maximum de quatre mois fixé par la loi.

---

**6350. — Dates des promotions dans la réserve**

A quelle date se font les promotions au grade de médecin capitaine et médecin commandant dans la réserve ? Je sais que ces promotions au choix ont lieu une fois par an.

Dr G.

**Réponse.**

Les promotions dans la réserve se font en principe, comme pour l'active, à chaque période trimestrielle.

---

## ASSURANCES

### Assurance automobile du médecin

Jusqu'à présent, la Compagnie d'assurances qui assurait mes voitures automobiles tenait compte du fait que mes deux voitures ne circulent pas simultanément. Maintenant, elle veut faire porter la prime sur chacun des véhicules. La Compagnie a-t-elle raison lorsqu'elle me dit que toutes les sociétés maintenant agissent de même ?

Dr A.

**Réponse.**

Dans les compagnies sérieuses, et celles qui font partie du Syndicat des compagnies, lorsque l'assuré possède deux voitures automobiles, en déclarant n'en mettre qu'une seule en circulation, la prime est calculée sur le véhicule le plus fort augmenté de 30 % de la prime applicable au véhicule le plus faible.

Ces 30 % sont réduits à 15 % lorsque l'assuré déclare être le seul à conduire les véhicules.

Les Llyods de Londres agissent de même.

La surprime correspond, disent les organismes assureurs, à une plus grande circulation, une voiture sur les deux étant toujours prête à rouler.

P.-R. Baglin,
Conseil technique d'assurances,
Docteur en Droit.

---

## FISCALITÉ

**6393. — Possibilité de modification de la déclaration**

Je vous remercie beaucoup de la réponse que vous m'avez transmise le 31 octobre, de M. Martinot, au sujet de la demande que je vous avais faite en ce qui concerne les cédules fiscales que je dois invoquer dans ma déclaration d'impôt de ma situation au chemin de fer. Pour cette année, je ne vois pas qu'il y ait quelque chose à faire, car ne connaissant pas ces clauses de la loi, j'ai tout déclaré comme profession non commerciale et j'ai été naturellement imposé en conséquence.

Mais au début de l'an prochain, j'ai l'intention, avant de faire ma déclaration, de vous soumettre mon projet avant de l'adresser au Contrôleur.

Dr L.

**Réponse**

Sans vouloir influer sur votre décision, nous estimons néanmoins de notre devoir de vous signaler, en réponse à votre lettre du 13 novembre, que vous pouvez très bien revenir sur les termes de votre déclaration visant l'imposition de cette année, et ce, dans les trois mois qui suivent celui de la mise en recouvrement du rôle.

Vous invoqueriez l'erreur commise dans la déclaration. Cela représenterait, pour vous, une économie des plus appréciables.

A. MARTINOT.

---

### 6428. — Cessation d'exercice. Suppression de la patente

Amené par mon état de santé à renoncer à l'exercice de ma profession, je vous serais obligé de me renseigner :

1° Sur les démarches à faire pour m'exonérer de la patente et de l'impôt cédulaire ;

2° Dois-je en plus supprimer ma plaque de porte et la sonnette qui portent la mention de « Docteur » ;

3° Comme je vais garder mon domicile au milieu de parents, d'amis et de clients de quarante ans, il me sera impossible de ne pas les recevoir parfois pour donner un avis, un conseil ou même une consultation au besoin. Dans quelles limites le pourrai-je à titre gracieux, ou en laissant la question honoraire à leur discrétion ?

4° Pourrais-je, le cas échéant, faire quelques visites de complaisance dans mon ancienne clientèle, bien entendu en ne participant pas à un traitement continu ?

Dr X.

**Réponse.**

Il faut écrire à votre contrôleur pour lui signaler qu'abandonnant, à partir du 1er janvier, l'exercice de votre profession, vous entendez être exonéré de la patente à partir de cette date.

Mieux vaut supprimer les plaques portant votre qualité.

Pour le surplus, il faudra être prudent et ne jamais procéder de façon continue. L'appréciation en cette matière étant une pure question de fait.

A. M.

---

## ASSURANCES SOCIALES

### 6625. — Honoraires d'une adénoïdectomie chez un assuré social notoirement indigent

Comment rédiger la note d'honoraires à la préfecture pour un malade à la fois Assistance médicale gratuite et Assurance sociale. Intervention : Végétations adénoïdes (ce qui n'est pas prévu dans les

Tarifs d'accident de travail et qui oblige à prendre le tarif d'une opération d'importance égale).

Faut-il envoyer simplement le prix demandé ou bien indiquer la nature de l'intervention en toutes lettres, quoique n'étant pas prévue au Tarif ?

Dr M.

**Réponse.**

L'analogie que vous pouvez invoquer dans le cas d'adénoïdectomie chez un assuré social notoirement indigent (art. 59) est la *suture du voile du palais*, ou encore l'*extraction de corps étranger de l'oreille nécessitant une opération sanglante*, l'une et l'autre intervention étant chiffrée à 250 francs, soins consécutifs et d'aides non compris.

Sur le mémoire que vous devrez produire, vous indiquerez : adénoïdectomie, 250 francs par analogie avec l'article 24 du tarif : suture du voile du palais.

Si, au lieu d'une adénoïdectomie, vous aviez pratiqué une trachéotomie, intervention qui figure au Tarif accidents du travail, vous le mentionneriez bien explicitement. Il me semble que vous devez procéder de la même manière, en notant l'analogie invoquée par vous.

---

## 6572. — Situation des enfants assistés assurés sociaux

La loi d'Assurances sociales prévoit le cas des assurés assistés (article 59), mais, pas que je sache, celui des assurés qui sont en même temps sous la tutelle de l'Assistance publique (enfants assistés-assurés).

Quel Tarif prévoir dans ce cas ? Sans doute le Tarif des enfants assistés, que les soins s'adressent à un assuré ou à un non-assuré.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner votre opinion à ce sujet. Dr P.

**Réponse.**

La loi sur les Assurances sociales ne prévoit aucune réglementation spéciale pour les enfants assistés assurés sociaux.

Par suite, si l'enfant assisté assuré social n'est pas inscrit sur la liste prévue pour les assurés sociaux notoirement indigents par l'article 59 de la loi, il est un assuré social ordinaire et les soins qui lui sont donnés doivent être tarifés et remboursés au Tarif applicable aux assurés sociaux ordinaires.

Si, au contraire, l'enfant assisté est inscrit sur la liste des assurés sociaux notoirement indigents, c'est le Tarif des accidents du travail qui est applicable.

# TABLE DES MATIÈRES

## contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

### ANNÉE 1932

*Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle et Jurisprudence médicale. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Bibliographie. — V. Suppléments documentaires.*

## I

## Partie Scientifique

*N. B.* — Les travaux originaux sont indiqués en *italiques.*

### A

## C

D

**E**

F



G

H



I

J



K



L

**O**



**P**

**Phagomanie.** De la —, 3746.


◆◆◆

## R



## S

## T

U



V



Z

# II

# Partie Professionnelle

## A

## F

## G

H



I

O



P

R



S

## T

## U

## V

# III

# NOMS DES AUTEURS

## A



## B

I



J



K



L



M

N



O



P

# IV

# Bibliographie

A

**Agasse-Lafont**. Le laboratoire moderne du praticien, 2753.
**Ambard**. Physiologie normale et pathologie des reins, 1358.
**Année médicale pratique**. (G. Lian), 1490.
**Annuaire médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires de France. Sanatoriums et maisons de santé**, 2311.
**Aubin**. Technique pratique des examens labyrinthiques, 861.
**Audit**. L'opothérapie orchitique chez la femme, 2877, 3469.

B

**Babonneix**. Thérapeutique infantile, 2186.
**Baranger**. L'organisation de la chirurgie dans le présent et l'avenir, 1988.
**Baron**. L'ostéite syphilitique du conduit auditif externe, 863.
**Baron et Merle**. La cure hydrominérale dans les pyélites, 2054.
**Barot**. Action des eaux de Bagnoles-de-l'Orne sur le sympathique et les glandes endocrines, 574.
**Bécart**. La gastrophotographie, 2814.
**Béclère** et **Porcher**. Une bibliothèque de films radiographiques, 1005.
**Bergougnian**. Les perforations utérines de l'avortement criminel, 1844.
**Bertrand**. La chromoptométrie paradoxale et ses applications pratiques, 1844.
**Blanchetière, Dognon, Fabre**, etc. Leçons de physicochimie à l'usage des médecins et des biologistes, 1490.
**Bleitrach**. Etude médico-sociale des législations françaises sur les accidents du travail, 1561.
**Blum** et **Van Caulaert**. Le rôle du sel dans les néphrites. Etude clinique physiopathologique et thérapeutique, 1154.
**Bonnier** (Dsse). Centrothérapie et assuérothérapie, 862.
**Bordier**. Diathermie et diathermothérapie, 646.
**Boulanger**. Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorragie chez l'homme et la femme, 1707.
**Bref**. L'artichaut, 646.
**Bruneval**. Syphilis et endocardites infectieuses, 1221.
**Busquet**. La guerre des Vénètes (de Laënnec), 1767.

C

**Cabanac**. Etude anatomique du sympathique cervico-thoracique suivie d'une systématisation du système viscéral, 2945 ;
**Cabanès**. Dents et dentistes à travers l'histoire, 2186.
**Calvet**. Traitement des états prétuberculeux et tuberculeux pulmonaires par un composé séro-médicamenteux, 239.
**Carnot** et **Lereboullet**. Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. *Maladies du sang*, 1768.
**Cartault**. Traitemet du cancer de la vessie par l'électro-coagulation. Etincelage à vessie ouverte, 797.
**Cathala**. Pathologie du nourrisson, 862.
**Champeau**. Un novateur : Charles Gabriel Pravaz, 574.
**Chaudron**. Les collibacilluries et leurs traitements, 2376.
**Chauvais**. Ce qu'il faut connaître de soi pour bien se porter, 2877.
**Cheval M.** et **Dustin**. Théorie et pratique de la télécuriethérapie, 1005.
**Claude Henri**. Maladies du système nerveux. Tomes I et II, 1706.
**Colomban**. Conseils aux tuberculeux et à leur entourage, 1153.
**Courbaire de Marcillat**. Contribution à l'étude de la néphrose lipoïdique, 2116.
**Cuvier** et **Carrère**. Un extractif des tumeurs dans la pratique médicale, 1923.

D

**David**. Indications et techniques de la cure thermale des fibromes utérins, 1918.
**Desbonnets**. Contribution à l'étude de la hernie crurale prévasculaire, 33.
**Desvaux**. La leucocytoréaction dans la syphilis héréditaire, 863.
**Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques**, 3686.
**Dieulafé**. Texture et vascularisation artérielle des troncs nerveux, 864.
**Dieulafé**. La cavité cotyloïde ; anatomie chirurgicale Développement. Malformation, 1074.
**Doléris**. Le vin et les médecins (le pour et le contre), 3333.
**Ducas**. Traitement du diabète infantile par l'insuline, 3471.

E



F



G



H



I



J



K

R



S



T



V



W

# Suppléments Documentaires

## A



## E



## H



## L

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

# SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

**" L'Officiel Médical "**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**

## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

### Assurances sociales

*Décret du 28 novembre 1931 fixant pour l'année 1931 la quotité de la contribution patronale prévue par l'article 2 de la loi sur les assurances sociales* p. 3844 (1931)

### Ministère des Pensions

*Décret du 26 décembre 1931 fixant la rémunération des médecins des services de Paris du ministère* p. 194

### Rééducation professionnelle

*Loi du 7 janvier 1932 tendant à accorder aux marins français accidentés le bénéfice de la loi du 14 mai 1930 relative à la rééducation professionnelle des victimes du travail* ........................ p. 261

### Service de Santé militaire

*Instruction pour l'application du décret du 31 octobre 1931 portant attribution d'une indemnité spéciale de première mise d'équipement aux officiers de réserve nommés avant ou pendant la guerre et convoqués en 1931* ........................ p. 3920 (1931)

### Soins aux Pensionnés militaires

*Avis du Conseil d'Etat sur la prescription des honoraires pour soins aux pensionnés de guerre.* p. 40

### Soins aux marins du commerce

*Arrêté du 29 décembre 1931 fixant les tarifs des frais d'hospitalisation pour le délaissement forfaitaire des marins de commerce débarqués dans un port de France applicables du 1er janvier au 30 juin 1932.* p. 145

### Stations hydro-minérales et climatiques

*Liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1932* ........ p. 146

### Vaccination antidiphtérique

*Loi du 18 déc. 1931 rendant obligatoire dans les armées de terre et de mer, la vaccination antidiphtérique dans certaines circonstances épidémiologiques* p. 8

# Assurances sociales

## Nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités à l'usage des Caisses d'assurances sociales (1).

### Instruction pour l'utilisation de la Nomenclature

La Confédération des Syndicats médicaux français a établi la nomenclature des actes de pratique chirurgicale et spéciale, prévue par la Commission ministérielle des Conventions.

Cette nomenclature a essentiellement pour but, en matière d'assurance-maladie, de permettre à la caisse de rembourser au malade la part qu'elle supporte dans le prix de l'acte médical, sans qu'elle ait à connaître la nature de cet acte, et par conséquent, sans violation du secret professionnel.

Chaque acte de la nomenclature est défini par un coefficient, qui est le même pour tous les actes dont l'importance est sensiblement identique.

La nomenclature a été établie en tenant compte de la valeur respective des actes mentionnés aux tarifs des divers syndicats de médecins spécialisés. Il a donc fallu harmoniser, en valeur relative, ces divers tarifs, dans toute la mesure du possible.

La Convention-type Caisse-Syndicat pose comme principe que le coefficient de chaque acte spécialisé est le même dans le tarif syndical minimum et dans le tarif de responsabilité de la Caisse : il y a parallélisme absolu entre les deux nomenclatures.

Pour la commodité de son emploi, la nomenclature a été établie sous trois formes :

Par actes de même coefficient ;

Par actes de même spécialité ;

Par ordre alphabétique.

Les actes de pratique médicale courante, qui figurent déjà dans le tableau publié au *J. O.* du 8 août 1930, n'ont pas été reportés dans cette nomenclature. Ils font l'objet d'une annexe de chaque convention départementale.

Les actes des biologistes n'y figurent pas non plus, car ils sont portés aux tarifs des pharmaciens.

### Utilisation de la Nomenclature

*a)* Par les Syndicats médicaux.

Le Syndicat départemental (ou la Fédération) doit communiquer aux Caisses avec lesquelles il passe convention le tarif syndical minimum des spécialistes. Pour transformer la nomenclature en tarif syndical minimum, il suffit de fixer la valeur de K.

Le chiffre-clé K est simplement un nombre, qui ne correspond en francs à la valeur d'aucun acte particulier. Mais ce nombre, multiplié par le coefficient de chaque acte médical, donne, en francs, le prix de cet acte au tarif syndical minimum.

La valeur du chiffre-clé K peut donc varier d'une région à une autre. Cette variation toutefois n'est nullement nécessaire, ni même désirable. Dans l'intérieur du même département, la valeur de K, une fois fixée, est invariable pendant toute la durée de la convention. Elle est la même, en principe, pour toutes les spécialités.

La valeur de K doit être choisie de telle sorte, dans chaque département, que ce chiffre-clé, multiplé par le coefficient dont chaque acte est affecté dans la nomenclature, reproduise, dans chaque cas, à peu près le prix réel de cet acte, tel qu'il est pratiqué au tarif syndical minimum.

*b)* Par les médecins.

Le médecin (chirurgien ou spécialiste en général) ne doit jamais inscrire, sur la feuille de soins spéciaux, la nature de l'acte qu'il a accompli. Il désigne cet acte par le coefficient dont il est affecté dans la nomenclature : par exemple : K × 20, si l'acte est au coefficient 20 (1).

Cette mention doit être précédée de l'abréviation qui, dans la nomenclature, désigne la spécialité : par exemple, CHI : K × 20 ; ORL : K × 10 ; URO : K × 50.

Si un acte ne figure pas à la nomenclature, il est facile de l'assimiler à un acte très voisin, qui s'y trouve.

Il ne faut jamais, sur la feuille de soins spéciaux, désigner l'acte par un autre coefficient que celui qui le caractérise dans la nomenclature : ce serait en effet changer la nature de cet acte.

Il n'y a pas lieu d'indiquer, sur la feuille, la valeur de K ; celle-ci, une fois fixée par le Syndicat départemental, est connue de tous.

Le médecin spécialisé indique sur la feuille de soins spéciaux, s'il s'agit d'un prix à l'acte isolé ou d'un prix global. Pour cela, au-dessous de la mention K × coefficient, et dans la même colonne, il écrit : « acte isolé » ou « acte global » ». Par exemple :

| | | |
|---|---|---|
| CHI × 20 | ORL × 10 | URO × 50 |
| acte global. | acte isolé. | acte global. |

Le prix global comporte la rémunération des aides, et les soins consécutifs pendant une durée maxima de 20 jours. Le médecin spécialisé, après la mention portée sur la feuille le jour de l'intervention, n'a aucune mention à inscrire ni aucune signature à donner, pour les soins qui suivent, jusqu'à l'expiration des vingt jours. A partir du 21e jour, si des soins sont encore nécessaires comme suite directe de l'in-

(1) La nomenclature a été publiée en annexe au *Journal officiel* du 29 novembre 1931.
L'Instruction qui la précède a été rédigée par la « Confédération des Syndicats médicaux Français », qui a édité une petite brochure, à la disposition des intéressés.

(1) Les chiffres de catégorie (1 à 17), qui figuraient dans la nomenclature primitive, ont été supprimés, pour éviter toute confusion avec les chiffres représentant les coefficients.

tervention primitive, mention des visites ou consultations est faite sur la feuille, avec dates et signatures.

La nomenclature n'a pas à distinguer l'acte isolé et l'acte global.

Le tarif à l'acte isolé concerne les actes qui, par leur nature, ne comportent pas de soins consécutifs : par exemple, une radiographie. Le tarif à l'acte global concerne les actes qui, par leur nature, comportent des soins consécutifs : par exemple, une opération d'appendicite.

Les coefficients du tarif à l'acte global ont été calculés de façon à représenter à la fois le remboursement de l'intervention et celui des soins consécutifs.

Le médecin n'a pas le droit de considérer comme acte isolé l'intervention qui comporte des soins consécutifs, et de marquer les visites ou pansements ultérieurs, dans le but de les faire rembourser en supplément à l'assuré. La règle à suivre est la même si les soins consécutifs ne sont pas donnés par l'auteur de l'intervention. La Caisse fait à l'assuré un remboursement unique, selon le prix global, et l'assuré règle séparément le spécialiste, auteur de l'intervention, et le praticien qui a donné les soins consécutifs.

Si le traitement comporte uniquement une série d'actes isolés et répétés, deux solutions sont possibles, selon les cas d'espèce : acte global, comprenant l'ensemble des séances, avec une seule date, une seule signature sur la feuille, et l'indication du coefficient qui convient au traitement forfaitaire ; ou acte isolé, avec autant de dates et de signatures qu'il y a eu de séances, et indication du coefficient qui convient à chaque séance (ces cas sont prévus dans la nomenclature).

*c*) Par les Caisses.

La Caisse fixe la valeur du chiffre-clé K pour le tarif de responsabilité. (Ce chiffre est actuellement égal à 8, dans le tarif national de réassurance).

La Caisse ne peut modifier les coefficients.

La Caisse rembourse à l'assuré une somme égale au produit du chiffre-clé du tarif de responsabilité par le coefficient de l'acte accompli : par exemple, si elle a donné au chiffre-clé la valeur 8, et s'il s'agit d'un acte au coefficient 20, elle rembourse 8 × 20 = 160 francs. Sur ce total, toutefois, elle opère la retenue de 15 ou 20 % selon la catégorie, mise par la loi à la charge de l'assuré.

## Nomenclature établie par spécialité

### CHIRURGIE

| Chirurgie des traumatismes | Coefficient |
|---|---|
| 1° *Fractures fermées.* | |
| Réduction et contention d'une fracture simple par gouttière, bandages, attelles et extension continue : doigts, métacarpiens, orteils, métatarsiens (ensemble ou séparément), clavicule, maxillaire inférieur, côte, sternum, omoplate | K3 |
| Des membres, du rachis, rotule | K12 |
| Réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré ou silicaté : | |
| Avant-bras, bras ou jambe | K 20 |
| Rachis | K40 |
| Répétition d'un appareil plâtré pour segment de membre | K8 |
| Répétition d'un grand plâtre | K16 |
| Corset plâtré | K16 |
| 2° *Fractures ouvertes.* | |
| Débridement, esquillectomie d'une fracture ouverte avec réduction, appareil compris | K40 |
| Réduction d'une fracture ouverte par ostéosynthèse, appareil compris | K80 |
| 3° *Luxations.* | |
| Réduction et contention des luxations récentes, par la méthode non sanglante : | |
| Phalange et orteils | K4 |

| *Luxations* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Epaule, maxillaire inférieur, pouce, coude, genou, cou-de-pied | K10 |
| Hanche, colonne vertébrale | K30 |
| Réduction de luxation ancienne par méthode non sanglante | K40 |
| Réduction de luxation par méthode sanglante : | |
| Pouce | K40 |
| Epaule, poignet, coude, genou, cou-de-pied, temporomaxillaire | K60 |
| Hanche et rachis | K80 |
| 4° *Plaies.* | |
| Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des parties molles, profonde et étendue, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse | K10 |
| Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils avec section des tendons extenseurs de la main ou ouverture des articulations | K10 |
| Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des membres ou des parois thoraco-abdominales pouvant entraîner des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses profondes ou des sutures nerveuses | K20 |
| Traitement des plaies viscérales nécessitant une intervention sur lesdits viscères (voir à la chirurgie des régions et des viscères). | |

| | Coefficient |
|---|---|
| 5° *Corps étrangers.* | |
| Extraction des corps étrangers par les voies naturelles : œsophage, urèthre, vessie (voir les spécialités). | |
| Rectum ........................ | K20 |
| Extraction des corps étrangers profonds des parties molles ................ | K20 |
| Extraction des corps étrangers nécessitant une intervention compliquée (voir intervention sur les régions ou les viscères). | |
| **Chirurgie des tissus** | |
| A. *Chirurgie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.* | |
| Suture secondaire des plaies superficielles après avivement ............... | K20 |
| Les greffes de Thiersch ............. | K20 |
| Les autoplasties à lambeau ........... | K40 |
| Ablation de petites tumeurs cutanées ou sous-aponévrotiques (petits cancroïdes, lipômes) .................. | K20 |
| Ablation de tumeurs étendues ........ | K40 |
| B. *Chirurgie du système lymphatique.* | |
| Traitement des abcès froids et des adénopathies : par extirpation ......... | K40 |
| Extirpation des tumeurs ganglionnaires. | K60 |
| C. *Chirurgie des muscles, tendons et synoviales.* | |
| Débridement des phlegmons diffus ou des phlegmons des gaines .......... | K20 |
| Intervention sur les muscles (ruptures, hernies, tumeurs) ............. | K20 |
| Ténotomies ...................... | K20 |
| Sutures de plusieurs tendons fléchisseurs de la main, ou anastomoses pour greffes tendineuses ............... | K40 |
| Abltion d'hygromas ou des kystes dits synoviaux ...................... | K20 |
| Extirpation des synoviales tendineuses. | K40 |
| D. *Chirurgie des vaisseaux.* | |
| La transfusion massive ............. | K40 |
| Les ligatures faites isolément comme opération spéciale : | |
| Des artères des membres ............ | K10 |
| De carotide, sous-clavière, hypogastrique ......................... | K20 |
| Cure des anévrismes, sauf par ligature simple (voir ci-dessus) ............ | K60 |
| Résections veineuses ............. | K40 |
| Sutures et anastomoses vasculaires .... | K60 |
| E. *Chirurgie des nerfs.* | |
| Sutures nerveuses secondaires, faites isolément ; libération d'un nerf comprimé ; sympathectomie ; ablation des tumeurs nerveuses ............ | K60 |
| F. *Chirurgie des os.* | |
| Ostéotomies ; curetages ; ablation d'exostoses ..................... | K20 |
| Trépanation et évidements .......... | K20 |
| Les ostéosynthèses ................ | K80 |
| Les grandes résections .............. | K80 |
| Les greffes ososeuses ............... | K80 |
| G. *Chirurgie articulaire.* | |
| Ponction du genou au trocart ou au bistouri ......................... | K4 |
| Les arthrotomies de drainage ........ | K20 |
| Les arthrotomies avec intervention aseptique intra-articulaire .............. | K40 |
| Les résections et arthrodèses : | |
| Petites articulations (doigts et orteils).. | K20 |
| Les autres articulations ............. | K80 |
| Les arthroplasties .................. | K100 |
| **Chirurgie des régions** | |
| A. *Membres.* | |
| Affections congénitales : | |
| Syndactylie ...................... | K40 |
| Pieds bots ; ténotomie et plâtre ....... | K20 |
| — réduction avec résection osseuse ......................... | K80 |
| Luxation congénitale de la hanche unilatérale, traitement complet ........ | K60 |
| Luxation double (réduction simultanée). | K80 |
| Affections acquises : | |
| Ouverture d'un panaris superficiel .... | K4 |
| Ouverture des panaris de la gaine digitale ........................... | K10 |
| Traitement de l'ongle incarné ........ | K20 |
| Débridement des phlegmons de la main ou des gaines digito-palmaires ...... | K20 |
| Traitement des arthrites tuberculeuses (voir plâtre et traitement des lésions articulaires). | |
| Ablation des kystes dits synoviaux : | |
| Poignet-creux poplité ............... | K20 |
| Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire ................. | K40 |
| Intervention pour lésion traumatique du carpe ....................... | K60 |
| Astragalectomie ................... | K60 |
| Addendum : les amputations et désarticulations : | |
| Amputations et désarticulation des doigts et orteils ................. | K20 |
| Désarticulation ou résection des métacarpiens ou métatarsiens .......... | K40 |

| *Membres* (Suite) | Coefficien |
|---|---|
| Amputation ou désarticulation du poignet à l'épaule incluse | K60 |
| Amputation ou désarticulation du tarse à la hanche exclue | K60 |
| Désarticulation de la hanche | K80 |
| Désarticulation interscapulo-thoracique | K80 |
| Désarticulation inter-ilio-abdominale | K100 |
| Réfection des moignons | K40 |
| B. *Tête.* | |
| Traitement des affections congénitales : | |
| Méningo-encéphalocèle | K60 |
| Bec-de-lièvre simple | K40 |
| Bec-de-lièvre compliqué | K60 |
| Urano-staphylorraphie | K80 |
| Les trépanations : | |
| Simples ou esquillectomies de fracture | K40 |
| Avec interventions intracraniennes telles qu'ouverture d'abcès, extraction de projectiles | K80 |
| Avec ablation de tumeurs | K100 |
| Traitement des affections acquises : | |
| Abcès rétro-pharyngien, ouverture par voie buccale | K10 |
| Abcès rétro-pharyngien, ouverture par voie cervicale | K40 |
| Traitement chirurgical de phlegmon circonscrit du plancher buccal | K40 |
| Phlegmon diffus du plancher de la bouche | K60 |
| Excision de la grenouillette | K20 |
| Extirpation de calcul salivaire par voie buccale | K8 |
| Extirpation de calcul par voie extrabuccale ou traitement de fistule | K30 |
| Ablation des tumeurs bénignes du voile | K20 |
| Ablation des tumeurs de la parotide : | |
| Bénignes | K20 |
| Malignes | K80 |
| Ablation du cancer des lèvres avec curage ganglionnaire | K60 |
| Ablation du cancer de la langue avec curage ganglionnaire | K80 |
| Ablation du cancer de la langue avec vaste évidement cervical | K120 |
| Traitement de la constriction permanente des mâchoires | K80 |
| Les résections des maxillaires | K80 |
| C. *Cou.* | |
| Traitement du torticolis avec ou sans plâtre | K20 |
| Ablation des kystes du cou | K40 |
| Ablation des fistules congénitales | K60 |
| Traitement des plaies du cou avec intervention sur les gros vaisseaux ou viscères | K60 |

| *Cou* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Traitement des goitres : | |
| Simples | K60 |
| Basedow ou cancer | K80 |
| Trachéotomie | K40 |
| Laryngectomie | K120 |
| Œsophagotomie externe | K60 |
| Pharyngectomie | K100 |
| Traitement des diverticules de l'œsophage | K80 |
| Phrénicectomie | K40 |
| Vaste évidement cervical complet (carotidien et sous-maxillaire) pour cancer de la tête ou de la bouche | K100 |
| D. *Thorax.* | |
| Pleurotomie et péricardotomie | K20 |
| Thoracoplastie | K80 |
| Incision des abcès du sein | K20 |
| Traitement des tumeurs bénignes du sein | K40 |
| Traitement des tumeurs malignes du sein | K60 |
| Traitement des lésions du poumon | K80 |
| Chirurgie du cœur | K120 |
| Traitement des lésions du médiastin, œsophage y compris | K100 |
| E. *Rachis.* | |
| Traitement du spina-bifida | K40 |
| Opérations pour anomalies vertébro-costales | K60 |
| Laminectomie avec greffe osseuse | K80 |
| Laminectomie avec intervention sur la moelle | K100 |
| F. *Parois abdominales.* | |
| Cure radicale des hernies et éventrations étranglées ou non | K40 |
| Hernie double | K60 |
| Avec résection intestinale | K80 |
| Incision des phlegmons et abcès | K20 |
| Ablation des tumeurs (fibromes des parois, tumeurs congénitales de l'ombilic) | K60 |
| **Chirurgie des viscères abdomino-pelviens** | |
| A. *Appareil digestif.* | |
| Les laparotomies seules (exploratrices ou évacuatrices) | K40 |
| Les laparotomies avec intervention simple sur les viscères, telles que : | |
| Ablation d'appendice, fistule cœcale, anus contre nature, gastrostomie, cholécystostomie, débridement d'abcès profonds | K60 |

| *Appareil digestif* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Les laparotomies d'urgence pour péritonites aiguës, hémorragies, occlusions, torsions ou perforations d'organes.... | K80 |
| Les laparotomies avec intervention importante sur les viscères (estomac, intestin, vésicule, foie, rate), mais ne comportant pas de résections ; exemple : gastro-entérostomie.......... | K80 |
| Les laparotomies avec résections (type cancer digestif)..................... | K100 |
| Traitement des lésions de l'anus et du rectum : | |
| Traitement de l'imperforation anale.... | K20 |
| Traitement des fistules à l'anus : | |
| Par débridement.................... | K20 |
| Par excision........................ | K40 |
| Traitement des hémorroïdes : | |
| Par électro-coagulation............... | K30 |
| Par excision......................... | K40 |
| Traitement des prolapsus : | |
| Muqueux........................... | K40 |
| Totaux ............................ | K60 |
| Ablation des tumeurs bénignes........ | K40 |
| L'amputation périnéale .............. | K100 |
| L'amputation abdomino-périnéale du rectum ......................... | K120 |
| B. *Appareil génito-urinaire.* | |
| 1° Appareil urinaire (voir le tarif des urologistes). | |
| 2° Appareil génital de l'homme (voir tarif des urologistes). | |
| 3° Appareil génital de la femme. | |
| Traitement des affections congénitales : | |
| Débridement des atrésies............ | K20 |
| Création d'un néo-vagin.............. | K100 |
| Excision des bartholinites ............ | K20 |
| Ablation des tumeurs bénignes de la région vulvo-vaginale................ | K20 |
| Ablation du cancer du clitoris ou du vagin | K80 |
| Traitement du prolapsus et déchirures du périnée : | |
| Réfection d'urgence du périnée........ | K20 |
| Cure du prolapsus par les différents procédés d'avivement, dédoublement, cloisonnement, avec ou sans amputation du col.......................... | K60 |
| Avec hystérectomie vaginale.......... | K80 |
| Associée à intervention abdominale (pexie)........................... | K80 |
| Traitement des fistules vésico-vaginales : | |
| Par simple avivement et suture......... | K40 |
| Par procédé complexe................ | K80 |
| Colpotomie......................... | K20 |
| Amputation du col................... | K40 |
| Ablation des polypes utérins pédiculés.. | K20 |

| *Appareil génito-urinaire* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Curetage ........................... | K20 |
| Hystérectomie vaginale................ | K80 |
| Les laparotomies pour lésions de l'utérus et des annexes (cancer utérin excepté) | K80 |
| Hystérectomie élargie pour cancer utérin (voie simple ou combinée)........ | K100 |
| **Opérations obstétricales** | |
| Voir les actes de pratique médicale courante. | |
| Césarienne vaginale.................. | K60 |
| Les embryotomies.................... | K60 |
| La césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie ou d'extériorisation.. | K80 |
| Traitement chirurgical des phlébites puerpérales abdomino-pelviennes.... | K100 |

UROLOGIE

**P. C (1)**

Cathétérisme de l'urèthre, en série.
Dilatation simple (bougies ou béniqués).
Lavage vésical.
Lavage urétro-vésical.
Massage de la prostate.
Instillations.

| | |
|---|---|
| Examen général urologique simple (endoscopies exclues)................. | K4 |
| Dilatation électrolytique.............. | K4 |
| Traitement diathermique ou électrolytique des lésions de l'urètre, la séance.. | K3 |
| Enfumage iodé de la vessie........... | K4 |
| Uréthroscopie ...................... | K4 |
| Cystoscopie......................... | K4 |
| Cathétérisme des uretères et séparation des urines......................... | K16 |
| Uréthrotomie interne................ | K60 |
| Castration.......................... | K40 |
| Amputation de la verge avec ganglions.. | K80 |
| Ponction de la vessie ................ | K8 |
| Réduction non sanglante du paraphimosis ............................. | K4 |
| Traitement sanglant du paraphimosis.. | K20 |
| Méatotomie simple.................. | K4 |
| Méatotomie avec autoplastie.......... | K8 |
| Lavage et instillation du bassinet...... | K8 |
| Phimosis avec adhérences............ | K20 |
| Circonscision....................... | K20 |
| Electrolyse linéaire ou circulaire en un temps............................ | K30 |

(1) P. C. signifie nomenclature des actes de petite chirurgie annexée à la convention médicale. Ils sont indiqués seulement ici pour mémoire.

| *Urolcgie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Urétrotomie externe avec taille hypogastrique | K60 |
| Urétrotomie externe, urétrectomie, résection de fistules | K100 |
| Hydrocèle : ponction simple | M4 |
| Hydrocèle : ponction avec injection modificatrice | K6 |
| Hydrocèle : avec cure radicale | K30 |
| Epipidymectomie | K40 |
| Cure radicale de varicocèle | K40 |
| Ouverture d'abcès périnéaux | K16 |
| Ouverture d'abcès urineux | K16 |
| Infiltration d'urine | K60 |
| Abcès de la prostate | K40 |
| Prostatectomie | K120 |
| Cystotomie ou cystostomie | K60 |
| Traitement endo-urétral ou endo-vésical des tumeurs par courants de haute fréquence, la première séance | K60 |
| Les suivantes, chacune | K20 |
| Cautérisation uréthroscopique (petits polypes ou lésions glandulaires) | K10 |
| Extirpation de tumeur vésicale après taille hypogastrique | K120 |
| Lithotritie ou taille pour calculs vésicaux | K60 |
| Phlegmon périnéphrétique | K40 |
| Intervention conservatrice sur le rein | K60 |
| Néphrectomie | K80 |
| Néphrotomie, néphrostomie | K60 |
| Urétérotomie ou urétérostomie unilatérale | K80 |
| Urétérotomie ou urétérostomie bilatérale | K120 |
| Néphrolitothomie | K80 |
| Extraction de corps étrangers urétraux ou vésicaux sous le contrôle des appareils endoscopiques | K40 |
| Extraction d'un corps étranger de l'urèthre par les moyens simples | K10 |
| Pyélotomie | K60 |
| Emasculation totale | K120 |
| Réfection de l'urètre avec taille hypogastrique | K120 |
| Hypospadias | K120 |
| Extrophie vésicale | K120 |
| Fistule vésico-vaginale | K80 |
| Injection pour pyélographie | K16 |

## OPHTALMOLOGIE

### I

### Opérations simples de petite chirurgie

| | |
|---|---|
| Exploration des voies lacrymales par cathétérisme ou irrigation | K2 |
| Injection sous-conjonctivale | K2 |
| Pulvérisation | K2 |
| Ionisation oculaire | K3 |

| *Ophtalmologie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| **II** | |
| **Actes opératoires accomplis au cours d'un traitement** | |
| *Les actes ci-après ne comprennent pas les consultations, pansements et autres actes médicaux qui devront être comptés en sus.* | |
| Abcès paupière ou sourcil | K2 |
| Abcès étendu | K4 |
| Autoplastie conjonctivale | K16 |
| Canthoplastie | K4 |
| Cautérisation granulations | K12 |
| — glande lacrymale | K4 |
| — superficielle du globe | K3 |
| — peau (tumeur, xanthelasma, etc.) | K3 |
| Corps étranger (extraction) | K2 |
| Electroaimant (simple examen) | K6 |
| Electrolyse ciliaire (la séance) | K6 |
| — lacrymale (la séance) | K4 |
| Hernie de l'iris (résection) | K16 |
| Injection d'alcool | K4 |
| Moulage de la cavité orbitaire | K4 |
| Ouverture du sac lacrymal par les voies naturelles | K3 |
| Paracentèse cornée, kératotomie | K6 |
| Péricautérisation | K6 |
| Péritomie | K6 |
| Phlegmon de l'orbite (incision) | K12 |
| Phlegmon du sac (incision) | K3 |
| Ponction de la sclérotique ou sclérotomie | K16 |
| Recouvrement conjonctival | K16 |
| Scarification | K3 |
| Suture de la peau | K2 |
| Suture conjonctivale | K3 |
| Sutures du globe ou de la peau et du globe | K16 |
| **III** | |
| **Opérations** | |
| *Ces prix sont forfaitaires. Ils comprennent les pansements et soins consécutifs ordinaires pendant une durée maxima de 20 jours.* | |
| Blépharosplastie | K40 |
| Cataracte ou extraction du cristallin) | K60 |
| Cataracte secondaire, membranule (capsulectomie, iridocapsulectomie, discision) | K40 |
| Chalazion | K6 |
| Corps étranger chambre antérieure ou iris (avec ou sans iridectomie) | K40 |
| Corps étranger du vitré ou intraorbitaire | K60 |

| *Ophtalmologie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Décollement rétinien (traitement)...... | K40 |
| Ectropion ou entropion (procédé non sanglant) ........................ | K6 |
| Traitement par injection.............. | K30 |
| Procédé sanglant.................. | K40 |
| Enucléation, éviscération, exentération du globe, amputation du segment antérieur, staphylectomie............ | K60 |
| Exentération de l'orbite............... | K80 |
| Glande lacrymale, ablation............ | K30 |
| Granulation, brossage ou expression.... | K30 |
| Greffe oculaire....................... | K60 |
| Iridectomie. Iridotomie................ | K40 |
| Iridectomie antiglaucomateuse........ | K60 |
| Kyste superficiel sourcil, paupière..... | K6 |
| Kyste dermoïde..................... | K40 |
| Orbite (opération dans l'orbite)....... | K80 |
| Ptérygion ........................... | K30 |
| Ptosis ............................. | K60 |
| Résection optico-ciliaire.............. | K40 |
| Sac lacrymal (ablation ou cautérisation) | K40 |
| Dacryocystorhinostomie ............... | K80 |
| Sclérectomie (Lagrange, Elliot) ........ | K80 |
| Strabisme ........................... | K60 |
| Symblépharon ....................... | K60 |
| Tarsorraphie, blépharroraphie......... | K30 |
| Tatouage cornée..................... | K30 |
| Transplantation cornée, greffe cornéenne ............................. | K60 |
| Trichiasis (voir ectropion et entropion). | |
| Tumeur de la conjonctive............ | K30 |

## OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

| | |
|---|---|
| Prélèvement pour biopsie : dans le larynx | K8 |
| — — — : ailleurs..... | K4 |
| *Pharynx.* | |
| Adénoïdectomie ...................... | K16 |
| Amygdalotomie ...................... | K20 |
| Les deux opérations précédentes combinées en une seule séance............ | K24 |
| Discision des amygdales.............. | K6 |
| Ouverture d'abcès amygdalien......... | K4 |
| Tamponnement du cavum............ | K8 |
| Polype choanal kystique (extirpation de) | K20 |
| Fibrome naso-pharyngien ( — ). | K80 |
| Ouverture d'abcès rétro-pharyngien par voie buccale...................... | K10 |
| Ouverture d'abcès latéro-pharyngien par voie cervicale ................ | K40 |
| Ablation de la luette .................. | K4 |
| — de l'amygdale linguale........ | K12 |
| Urano-staphylorraphie ............... | K80 |

| *Oto-rhino-laryngologie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| *Nez et sinus.* | |
| Fracture récente du nez : redressement. | K8 |
| — ancienne du nez : — | K60 |
| Réfection de la pyramide nasale, partiellement ou totalement détruite....... | K120 |
| Epistaxis. Hémostase nasale.......... | K6 |
| Corps étranger des fosses nasales : cas simple................................ | K2 |
| Corps étranger des fosses nasales : cas compliqué ........................ | K10 |
| Cornétomie .......................... | K12 |
| Crête de la cloison (abrasion de)........ | K12 |
| Résection sous-muqueuse de la cloison.. | K40 |
| Réduction des cornets inférieurs par raies galvaniques : la séance......... | K2 |
| Synéchie nasale muqueuse (destruct. de) | K4 |
| — — ostéo-cartilagineuse (destruction de)........................ | K16 |
| Ablation de polypes (en une ou plusieurs séances) ......................... | K12 |
| Evidement de l'ethmoïde............ | K60 |
| Désobstruction nasale totale par plusieurs opérations endonasales............. | K40 |
| Rhinotomie ........................ | K80 |
| Kyste paradentaire à évolution sinusienne (extirpation de)................ | K80 |
| Ponction unique du sinus maxillaire.... | K4 |
| — répétées — — .... | K2 |
| Prothèse nasale à la paraffine.......... | K12 |
| — — par méthode sanglante | K80 |
| Trépanation du sinus maxillaire....... | K80 |
| — — frontal par voie externe.......................... | K80 |
| Trépanation endonasale du sinus frontal | K60 |
| Cure radicale de sinusite fronto-maxillaire ou fronto-ethmoïdale.......... | K100 |
| Trépanation du sinus sphénoïdal...... | K80 |
| Intervention sur l'hypophyse par voie endonasale ...................... | K120 |
| *Oreilles.* | |
| Corps étranger simple................ | K2 |
| — — compliqué, nécessitant une opération sanglante ou l'anesthésie | K20 |
| Ouverture d'un abcès profond du conduit | K4 |
| Paracentèse du tympan............. | K4 |
| Polype de l'oreille (extirpation de)..... | K8 |
| Curetage de la caisse................ | K16 |
| Ablation des osselets par voie naturelle. | K40 |
| Mastoïdectomie simple.............. | K60 |
| — avec ouverture de la cavité cranienne ou intervention sur le sinus latéral ............... | K80 |
| Evidement pétro-mastoïdien......... | K80 |
| Examen de l'audition............... | K3 |
| — labyrinthique ........... | K4 |
| Autoplastie de l'oreille ou de la région.. | K60 |

| *Oto-rhino-laryngologie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| *Larynx, œsophage, trachée et bronches.* | |
| Galvanocautérisation : unique | K4 |
| — séances répétées | K3 |
| Polype du larynx (extraction par les voies naturelles) | K40 |
| Tubage du larynx | K40 |
| Trachéotomie | K40 |
| Laryngotomie. Thyrotomie | K80 |
| Laryngectomie | K120 |
| Sténose laryngée : la séance de dilatation | K3 |
| — de l'œsophage : la séance de dilatation | K3 |
| Œsophagoscopie | K20 |
| Corps étranger : larynx | K40 |
| — bronches | K60 |
| — œsophage (par endoscopie) | K60 |
| | K40 |
| Bronchoscopie supérieure | |
| — inférieure (trachéotomie comprise) | K60 |
| Abcès intra- ou périlaryngé (ouverture de) | K20 |
| Sidération du nerf laryngé : injection unique | K4 |
| Sidération du nerf laryngé : injections répétées | K2 |

## STOMATOLOGIE

### S. D. (1)

Pansement pulpaire ou radiculaire.
Extraction d'une dent sous anesthésie locale.
Obturation simple par ciment ou amalgame d'argent.
Plaque base d'un appareil de prothèse dentaire en vulcanite.
Chaque dent minérale de cet appareil.
Chaque crochet de rétention de cet appareil.
Réparation simple d'un appareil de prothèse dentaire.

| | |
|---|---|
| Anesthésie régionale pour stomatologie | K2 |
| Curetage alvéolaire, granulomectomie | K2 |
| Esquillectomie alvéolaire | K2 |
| Extraction d'une dent fracturée opératoirement | K4 |
| Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire | K4 |
| Extraction d'une dent au cours d'accidents périodontiques aigus | K4 |

(1) S. D. signifie nomenclature des soins dentaires annexée à la convention des chirurgiens-dentistes : ils sont mentionnés seulement pour mémoire.
Toutes ces interventions, purement dentaires, peuvent être inscrites sur la feuille dentaire délivrée par les caisses. Leur indication n'est pas inscrite dans la nomenclature alphabétique.

| *Stomatologie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Extraction chirurgicale d'une dent ectopique ou hétérotopique | K20 |
| Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse | K4 |
| Extraction d'une dent de sagesse inférieure non incluse | K4 |
| Extraction d'une dent de sagesse inférieure au cours d'accidents muqueux | K10 |
| Extraction chirurgicale d'une dent de sagesse incluse, à froid | K20 |
| Extraction chirurgicale d'une dent de sagesse inférieure au cours d'accidents graves | K40. |
| Tamponnement alvéolaire pour hémorragie post-opératoire | K4 |
| Traitement d'une hémorragie alvéolaire incoercible | K10 |
| Apiectomie (Résection apicale) | K8 |
| Curetage périapical par trépanation vestibulaire | K8 |
| Résection d'une crête alvéolaire et suture gingivale | K10 |
| Appareil de prothèse dentaire en vulcanite, reconstituant une arcade complète | K30 |
| Biopsie pour examen histopathologique | K4 |
| Incision d'un abcès sous-muqueux | K2 |
| Extraction d'un calcul salivaire par voie buccale | K8 |
| Ablation d'une tumeur buccale bénigne (papillome, lipôme, épulis) | K10 |
| Glossite aiguë (incision d'un abcès de la base linguale) | K20 |
| Grenouillette | K20 |
| Section d'une bride musculaire et suture | K10 |
| Séquestrectomie pour nécrose mandibulaire (ostéomyélite) | K8 |
| Curetage d'un foyer d'ostéite maxillaire | K10 |
| Fracture parcellaire des maxillaires avec ligatures dentaires de contention | K8 |
| Traitement et appareillage de réduction et de contention d'une fracture pathologique traumatique ou opératoire des maxillaires | K60 |
| Prothèse restauratrice maxillo-faciale | K60 |
| — fonctionnelle vélo-palatine | K60 |
| Correction orthodontique de l'atrésie bimaxillaire | K80 |
| Trépanation et lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire après extraction de la dent causale d'une sinusite maxillaire aiguë | K10 |
| Curetage d'un kyste paradentaire limité à l'infrastructure osseuse des maxillaires | K20 |
| Cure radicale d'un volumineux kyste paradentaire ayant déterminé un vaste délabrement osseux | K80 |

♦♦

| *Stomatologie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Traitement d'un phlegmon péri-mandibulaire | K40 |
| Traitement d'un ostéo-phlegmon mandibulaire | K40 |
| Traitement d'un foyer actinomycosique maxillo-cervico-facial | K40 |
| Traitement d'une ostéite nécrosante du maxillaire inférieur | K40 |
| Traitement d'un adéno-phlegmon cervico-facial d'origine buccale | K40 |
| Traitement d'une cellulite diffuse gangréneuse du plancher buccal (incisions sus-hyoïdiennes) | K40 |

## ÉLECTRO-RADIOLOGIE

### Notes

1° Les chiffres signalés ne comportent pas la fourniture des produits pharmaceutiques nécessaires à l'examen ou au traitement.

2° *Radiographies stéréoscopiques* : Chiffre égal à celui de deux examens de lacatégorie correspondante.

3° *Electrodiagnostic* : Les chiffres indiqués comprennent le rapport sur l'examen électrique seul. Ils comprennent l'examen du membre malade et la comparaison avec le membre sain, ou l'examen des deux membres semblables, ou l'examen des deux côtés de la face.

4° *Electrothérapie* : les chiffres s'entendent pour une séance d'une durée maxima de 30 minutes.

5° *Rœntgenthérapie et curiethérapie* : Dans les chiffres sont compris : la location du radium et de l'appareillage radiologique.

| **A. Radiologie.** | Coefficient |
|---|---|
| *Radiographie* : | |
| Crâne, 1 incidence face ou profil | K8 |
| — 2 incidences face et profil | K12 |
| — 1 incidence spéciale ou oblique ou projection verticale de bas en haut ou de haut en bas | K12 |
| Orbite, localisation d'un corps étranger par radiographies multiples | K12 |
| Dents, méthode intra-buccale, première plaque | K3 |
| Chaque plaque supplémentaire | K2 |
| Maxillaire inférieur | K6 |
| Rachis cervical, 1 incidence | K8 |
| — — 2 incidences | K10 |
| — — Atlas et axis, voie intra-buccale | K8 |

| *Radiographie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Rachis dorsal ou lombaire ou sacré, 1 incidence de face | K8 |
| — dorsal ou lombaire ou sacré, 2 incidences | K16 |
| Bassin (squelette) | K10 |
| Grossesse (voir catégories exceptionnelles) | |
| Radiopelvimétrie ( — — ). | |
| Hémi-thorax (squelette) | K8 |
| Thorax, 1 incidence de face | K10 |
| — 1 incidence de profil ou oblique | K12 |
| Membre supérieur : | |
| Doigt, 1 incidence | K2 |
| — 2 incidences | K3 |
| Main, 1 incidence | K3 |
| — 2 incidences | K5 |
| Poignet, 1 incidence | K3 |
| — 2 incidences | K5 |
| Avant-bras, 1 incidence | K5 |
| — 2 incidences | K6 |
| Coude, 1 incidence | K5 |
| — 2 incidences | K6 |
| Diaphyse humérale, 1 incidence | K5 |
| — — 2 incidences | K6 |
| Epaule ou clavicule, 1 incidence de face | K6 |
| — — de profil (voir catégories exceptionnelles). | |
| Membre inférieur : | |
| Pied, cou-de-pied, 1 incidence | K4 |
| — — 2 incidences | K6 |
| — — projection verticale du calcanéum | K6 |
| Jambe, genou, diaphyse fémorale, 1 incidence | K5 |
| — — — — 2 incidences | K8 |
| Hanche, face | K7 |
| — profil (voir catégories exceptionnelles). | |
| *Examens radioscopiques* au domicile du radiologiste : | |
| *a)* Pour localisationsous écran | K6 |
| *b)* Pour intervention, réduction, extraction, injection de substance opaque ou gazeuse | K10 |
| *Radiodiagnostic des viscères* : | |
| Poumons, cœur, aorte : examen radioscopique | K5 |
| Poumons, cœur, aorte : | |
| Examen radioscopique | K5 |
| avec orthodiagramme | K7 |
| 1 téléradiographie (au delà de 1 m. 50) | K12 |
| 2 téléradiographies (au delà de 1 m. 50) | K16 |

| *Radiodiagnostic des viscères* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Œsophage, estomac, intestin, duodénum : | |
| Etude statique : Examen radioscopique | K5 |
| Examen radioscopique avec calque... | K7 |
| Examen radioscopique avec 1 cliché.. | K10 |
| Etude de l'évacuation, ou insufflation, ou lavement opaque : examen radioscopique | K10 |
| Etude de l'évacuation, ou insufflation, ou lavement opaque : examen radioscopique avec calque | K12 |
| par cliché radiographique supplémentaire | K4 |
| Radiographies en série indépendamment de l'examen du tube digestif.. | K16 |
| Foie, vésicule, rate, pancréas : | |
| Examen radioscopique | K10 |
| par cliché | K4 |
| Rein, uretère, vessie : le premier cliché.. | K12 |
| — — — chaque cliché supplémentaire | K4 |
| 2 reins avec 1 ou plusieurs clichés | K12 |
| Système urinaire : en un seul cliché | K12 |
| — — chaque cliché supplémentaire | K4 |
| Urosélectan (injection non comprise) voir catégories exceptionnelles. | |
| Insufflation périrénale, voir catégories exceptionnelles. | |
| Pneumo-péritoine, voir catégories exceptionnelles. | |
| Hystérographie (par lipiodol), voir catégories exceptionnelles. | |
| *Radiographies stéréoscopiques* (le double d'un cliché ordinaire). | |
| **B. Electrologie.** | |
| *Electro-diagnostic* : | |
| Par les méthodes classiques, 1 nerf ou 1 territ. isolé. | K4 |
| — — 1 membre.. | K6 |
| — — 2 membres. | K8 |
| Chronaxie pour 1 nerf : voir catégories exceptionnelles. | |
| — pour 1 membre : voir catégories exceptionnelles... | |
| — pour 2 membres : voir catégories exceptionnelles. | |
| — pour 3 ou 4 membres ou sujet entier : voir catégories exceptionnelles. | |
| Electro-cardiogramme : voir catégories exceptionnelles. | |

| *Electrothérapie* : (chaque séance). | Coefficient |
|---|---|
| Traitement électrique par les procédés usuels, pour *une seule localisation* : Electrisation (durée maxima 30 minutes). Air chaud, diathermie, infra-rouges, ultra-violets par lampe à vapeur de mercure | K2 |
| Traitement électrique par les rayons ultra-violets par lampe à arc ou lampe genre Finsen ou Kromayer pour *une seule localisation* | K3 |
| Traitement électrique par les procédés usuels, pour *deux localisations* différentes ou applications simultanées de deux traitements différents au cours de la même séance (ne dépassant pas 30 minutes) | K3 |
| Traitement obligeant à soigner séparément dans une même séance deux régions différentes ou encore à appliquer successivement plusieurs appareils différents. Enfin traitement d'une durée de 30 minutes à 1 heure sur une même région | K4 |
| Electrisation ou diathermie gynécologique | K3 |
| Séances nécessitant un appareillage particulier : diathermie à courants multiples (méthode de Bergonié) | K4 |
| Electrisation ou diathermie intra-utérine | K4 |
| Electrolyse et ionisation lacrymale | K4 |
| — — dermatologique | K4 |
| — — épilation électrolytique | K4 |
| — — ciliaire | K6 |
| Electrolyse : dilatation électrolytique ou diathermie de l'urèthre, de l'œsophage, du rectum | K4 |
| — linéaire, de l'œsophage, du rectum, de l'urèthre, sans anesthésie, ni soins consécutifs | K16 |
| — linéaire de l'œsophage, du rectum, de l'urèthre, avec anesthésie et soins consécutifs | K30 |
| Electrolyse, ionisation, diathermo-coagulation, fulguration de : | |
| Tumeur superficielle avec ou sans anesthésie locale | K4 |
| Destruction de tumeur moyenne avec anesthésie | K20 |
| Destruction de tumeur superficielle avec anesthésie | K10 |
| Ablation des hémorroïdes | K30 |
| Destruction de vaste tumeur sous-anesthésie locale ou générale | K40 |
| Destruction de tumeur intravésicale | K60 |

| *Electrothérapie* (Suite) | Coefficient |
| --- | --- |
| Lavement électrique au domicile du malade ou dans une maison de santé..... | K16 |
| **C. Radiothérapie.** | |
| *Rœntgenthérapie* : | |
| Superficielle sans ou avec légère filtration les 500 R, en surface............ | K4 |
| Moyennement pénétrante, les 500 R, en surface (150.000 V.)................ | K5 |
| Pénétrante avec appareil de 200.000 V. et plus, les 500 R, filtration de 0,5 de métal lourd et distance focale de 30 cm................................ | K6 |
| Pénétrante avec appareil de 200.000 V. et plus. Les 500 R, filtration supérieure à 0,5 de métal lourd et distance locale supérieure à 10 cm................. | K8 |
| *Curie-thérapie* : | |
| 10 mmg. de radium et au-dessous...... | K6 |
| 20 mmg. — — ...... | K8 |
| 30 mmg. — — ...... | K10 |
| 40 mmg. — — ...... | K12 |
| 50 mmg. — — ...... | K16 |
| 60 mmg. — — ...... | K20 |
| 70 mmg. — — ...... | K30 |
| 80 mmg. — — ...... | K40 |
| *Traitement radiothérapique des tumeurs* | |
| Petite tumeur cutanée, cancroïdes...... | K20 |
| Tumeur cutanée étendue.............. | K40 |
| Adénopathie bénigne................. | K40 |
| Actinomycose cervico-faciale.......... | K40 |
| Tumeur ganglionnaire................ | K60 |
| — nerveuse .................... | K60 |
| — osseuse (membres, bassin, rachis, paroi cranienne)......... | K80 |
| — cérébrale ou médullaire..... | K100 |
| — maligne de la parotide....... | K80 |
| — des lèvres et des paupières... | K60 |
| — de la langue................ | K80 |
| — — récidivée............ | K120 |
| — du corps thyroïde (Basedow ou cancer) ................... | K80 |
| — du larynx .................. | K120 |
| — maligne du sein............ | K60 |
| — — du poumon........ | K80 |
| — du médiastin ............... | K100 |
| — du tube digestif............ | K100 |
| Tumeur du clitoris et du vagin......... | K80 |
| Fibrome utérin...................... | K80 |
| Tumeur maligne de l'utérus........... | K100 |
| — de la prostate.............. | K120 |
| (Dans ces chiffres sont compris le prix de la location du radium et de l'appareillage radiologique). | |

| **D. Opérations exceptionnelles.** | Coefficient |
| --- | --- |
| *Radiographie* : | |
| Grossesse de face.................... | K20 |
| — de face et profil............ | K30 |
| Radiopelvimétrie .................... | K30 |
| Epaule de profil..................... | K10 |
| Hanche de profil..................... | K10 |
| *Radiodiagnostic des viscères* : | |
| Urosélectan, injection non comprise.... | K20 |
| Insufflation périrénale, 1 ou 2 reins, plusieurs clichés ....................... | K30 |
| Pneumo-péritoine, examen radioscopique et 1 cliché..................... | K30 |
| Pneumo-péritoine, examen radioscopique, plusieurs clichés............... | K40 |
| Hystérographie par lipiodol, 1 cliché.... | K16 |
| — — plus. clichés | K20 |
| *Electro-diagnostic* : | |
| Chronaxie pour 1 nerf isolé.......... | K16 |
| — 1 membre........... | K20 |
| — 2 membres.......... | K30 |
| — 3 ou 4 membres ou sujet entier .......... | K40 |
| Electro-cardiogramme ............... | K6 |

## DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

P. C. (1).

Injection sous-cutanée ou intramusculaire.
— intraveineuse en série, autre que celle d'arsénobenzol.
Cathétérisme ou dilatation en série de l'urèthre.
Lavage uréthro-vésical.
Injection intraveineuse d'arsénobenzol.
Hémothérapie.
Scarifications.
Injection intraveineuse au domicile du malade.

| **Dermatologie** | |
| --- | --- |
| Consultation avec examen ultra-microscopique ou microscopique (recherche du gonocoque ou du bacille de Ducrey)............................ | K4 |
| Curetage d'une lésion dermatologique ou de végétations....................... | K2 |
| Cautérisations....................... | K2 |
| Cryothérapie......................... | K2 |
| Ablation de tumeurs dermatologiques sous anesthésie locale.............. | K10 |

(1) P. C. signifie nomenclature des actes de petite chirurgie annexée à la convention médicale. Ils sont indiqués ici, seulement pour mémoire.

| *Dermatologie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Traitement par radiothérapie superficielle (par séance) | K4 |
| Electrolyse de petites tumeurs dermatologiques | K4 |
| Diathermo-coagulation de petites tumeurs avec anesthésie locale | K4 |
| Diathermo-coagulation ou électro-coagulation de tumeurs sous anesthésie générale ou rachidienne | K20 |
| Diathermo-coagulation ou électro-coagulation des nœvocarcinomes sous anesthésie générale ou rachidienne | K40 |
| Epilation électrolytique (par 1/2 heure) | K4 |
| Rayons ultra-violets | K2 |
| **Syphiligraphie et examens spéciaux** | |
| Examen sérologique (Réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht) | K3 |
| Examen sérologique complet | K4 |
| Examen sérologique complet avec réaction de B. W., de Hecht, réaction de floculation, de Kahn, de Meinicke | K6 |
| Examen complet du liquide céphalo-rachidien pour recherche de la syphilis | K8 |

| *Syphiligraphie* (Suite) | Coefficient |
|---|---|
| Malariathérapie (inoculation de la malaria) | K20 |
| Biopsie pour examen histologique | K4 |
| Examen histologique d'une biopsie | K8 |
| **Urologie** | |
| Uréthroscopie | K4 |
| Traitement du phimosis et circoncision | K20 |
| Traitement sanglant du paraphimosis | K20 |

PHTISIOLOGIE

| | |
|---|---|
| Pneumothorax, la première insufflation (y compris l'examen radioscopique s'il est nécessaire) | K12 |
| Pneumothorax, les suivantes | K4 |
| Oléothorax, la première injection (y compris l'examen radioscopique s'il est nécessaire) | K16 |
| Oléothorax, les suivantes | K8 |

HYDROLOGIE

| | |
|---|---|
| Honoraires pour une cure thermale | K12 |

## Nomenclature alphabétique

| A | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Abcès amygdalien | ORL | K4 |
| — profond du conduit auditif | ORL | K4 |
| — froid (extirpation) | CHI | K40 |
| — intracranien (après trépanation) | CHI | K80 |
| — lingual | STO | K20 |
| — région oculaire, étendu | OPH | K4 |
| — dentaire sous muqueux | STO | K2 |
| — des parois | CHI | K20 |
| — paupière ou sourcil | OPH | K2 |
| — périnéal | URO | K16 |
| — profonds (traitement par laparotomie) | CHI | K60 |
| — de la prostate | URO | K40 |
| — rétropharyngien (voie buccale) | ORL | K10 |
| — idem | CHI | K10 |
| — rétro ou latéro-pharyngien (voie cervicale) | ORL | K40 |
| — intra ou périlaryngé | ORL | K20 |
| — du sein | CHI | K20 |
| — urineux | URO | K16 |
| Ablation amygdale linguale | ORL | K12 |
| Ablation exostose | CHI | K20 |
| — glande lacrymale | OPH | K30 |
| — hygromas ou kystes synoviaux | CHI | K20 |
| — sac lacrymal | OPH | K40 |
| — tumeurs cutanées | CHI | K20 |
| — tumeurs bénignes du voile | CHI | K20 |
| — tumeurs bénignes de la parotide | CHI | K20 |
| — tumeurs étendues | CHI | K40 |
| Actinomycose maxillo-cervico-faciale | STO | K40 |
| Adénoïdectomie | ORL | K16 |
| — et amygdalotomie | ORL | K24 |
| Adénopathie (extirpation) | CHI | K40 |
| Adénophlegmon cervico-facial d'origine bucco-dentaire | STO | K40 |
| Air chaud | ER | K2 |
| Amputation doigts et orteil | CHI | K20 |
| — membre supérieur | CHI | K60 |
| — membre inférieur moins hanche | CHI | K60 |
| — du col utérin | CHI | K40 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Amputation du globe de l'œil. | OPH | K60 |
| — de la verge avec ganglions...... | URO | K80 |
| Amygdales (discision)....... | ORL | K6 |
| Amygdalectomie........... | ORL | K20 |
| Amygdale linguale (ablation). | ORL | K12 |
| Anastomoses tendineuses.... | CHI | K40 |
| Anévrismes (cure, sauf par ligatures)............... | CHI | K60 |
| Anus contre nature......... | CHI | K60 |
| Apiectomie............... | STO | K8 |
| Appareil plâtré (répétition).. | CHI | K8 |
| — — (répétition d'un grand).. | CHI | K16 |
| Appendice iléo-cæcal (chirurgie)................. | CHI | K60 |
| Aponévrose palmaire (rétraction).................. | CHI | K40 |
| Artères des membres (ligature)................... | CHI | K10 |
| Arthroplastie............. | CHI | K100 |
| Arthrodèse doigts et orteils .. | CHI | K20 |
| — autres que les petites.......... | CHI | K80 |
| Arthrotomie de drainage .... | CHI | K20 |
| Arthrotomie et intervention intra-articulaire.......... | CHI | K40 |
| Articulation doigts et orteils (résection)............... | CHI | K20 |
| Astragalectomie........... | CHI | K60 |
| Atrésie bimaxillaire (correction orthodontique)....... | STO | K80 |
| Atrésies génitales vulvaires (débridement) ........... | CHI | K20 |
| Audition (examen) ......... | ORL | K3 |
| Autoplastie à lambeaux..... | CHI | K40 |
| — conjonctivale.... | OPH | K16 |
| — de l'oreille et de sa région .............. | ORL | K50 |
| Avant-bras (fracture)....... | CHI | K20 |
| **B** | | |
| Bartholinites (excision)...... | CHI | K20 |
| Bassinet instillation et lavage | URO | K8 |
| Bec-de-lièvre simple........ | CHI | K40 |
| — — compliqué..... | CHI | K60 |
| Biopsie simple............ | ORL | K4 |
| — — ............ | DS | K4 |
| — pour examen stomatologique........... | STO | K4 |
| — larynx............. | ORL | K8 |
| Blépharoplastie........... | OPH | K40 |
| Blépharroraphie .......... | OPH | K30 |
| Bras (fracture fermée)....... | CHI | K20 |
| Bride musculaire stomatologique et suture.......... | STO | K10 |
| Bronches (corps étrangers)... | ORL | K60 |
| Bronchoscopie supérieure.... | ORL | K40 |
| — inférieure..... | ORL | K60 |
| Brossage granulations....... | OPH | K30 |
| **C** | | |
| Caisse du tympan (curetage) . | ORL | K16 |
| Calcul salivaire (extraction par voie buccale)......... | STO | K8 |
| Calcul salivaire (extraction par voie buccale)......... | CHI | K8 |
| Calcul salivaire (extraction extra-buccale) ........... | CHI | K30 |
| Cancer clitoris............. | CHI | K80 |
| — digestif (laparotomie). | CHI | K100 |
| — de la langue.......... | CHI | K80 |
| — — avec évidement cervical...... | CHI | K120 |
| — des lèvres, avec curage ganglionnaire....... | CHI | K60 |
| — tête ou bouche, avec vaste évidement.... | CHI | K100 |
| — utérin (hystérectomie) | CHI | K100 |
| — du vagin........... | CHI | K80 |
| Cancroïdes ............... | CHI | K20 |
| Canthoplastie............. | OPH | K4 |
| Carotide (ligature)......... | CHI | K20 |
| Carpe (lésions traumatiques). | CHI | K60 |
| Castration................ | URO | K40 |
| Cataracte................. | OPH | K60 |
| — secondaire........ | OPH | K40 |
| Cathétérisme des uretérés.... | URO | K16 |
| — des voies lacrymales pour exploration.... | OPH | K2 |
| Cautérisation dermatologique | DS | K2 |
| — glande lacrymale | OPH | K4 |
| — granulations conjonctivales ........ | OPH | K12 |
| — superficielle région oculaire....... | OPH | K3 |
| — uréthroscopique. | URO | K10 |
| Césarienne abdominale...... | CHI | K80 |
| — vaginale ....... | CHI | K60 |
| Chalazion ............... | OPH | K6 |
| Cholécystostomie........... | CHI | K60 |
| Chronaxie pour un nerf isolé.. | ER | K16 |
| — pour un membre.. | ER | K20 |
| — pour deux membres | ER | K30 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Chronaxie pour plus de deux membres | ER | K40 |
| Circoncision | URO | K20 |
| — | DS | K20 |
| Clavicule (fracture fermée) | CHI | K3 |
| Clitoris (cancer) | CHI | K80 |
| Cœur (chirurgie) | CHI | K120 |
| Colonne vertébrale (luxation récente) | CHI | K30 |
| Colpotomie | CHI | K20 |
| Conduit auditif (abcès) | ORL | K4 |
| Constriction permanente des mâchoires | CHI | K80 |
| Cornets inférieurs : raies galvaniques, la séance | ORL | K2 |
| Cornétomie | ORL | K12 |
| Corps étranger des bronches extract. par bronchoscopie) | ORL | K60 |
| Corps étranger fosses nasales (cas simple) | ORL | K2 |
| Corps étranger fosses nasales (cas compliqué) | ORL | K10 |
| Corps étranger du larynx | ORL | K40 |
| Corps étranger par bronchoscopie supérieure | ORL | K60 |
| Corps étranger de l'œil superficiel | OPH | K2 |
| — — chambre antérieure ou iris | OPH | K40 |
| Corps étranger du vitré ou intraorbitaire | OPH | K60 |
| Corps étranger de l'œsophage, par endoscopie | ORL | K60 |
| Corps étranger oreille, simple. | ORL | K2 |
| — — oreille, opération sanglante | ORL | K20 |
| Corps étranger parties molles. | CHI | K20 |
| — — rectum | CHI | K20 |
| — — urèthre (moyens simples) | URO | K10 |
| Corps étrangers uréthraux ou vésicaux avec endoscopie | URO | K40 |
| Corset plâtré | CHI | K16 |
| Côte (fracture fermée) | CHI | K3 |
| Cou (intervention sur les vaisseaux et plaie) | CHI | K60 |
| Cou-de-pied (luxation) | CHI | K10 |
| — (luxation, méthode sanglante) | CHI | K60 |
| Coude (luxation) | CHI | K10 |
| — (luxation, méthode sanglante) | CHI | K60 |
| Crête alvéolaire (résection) | STO | K10 |
| Crête de la cloison nasale (résection) | ORL | K10 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Cryothérapie | DS | K2 |
| Cure thermale | HYD | K12 |
| Curetage alvéolaire | STO | K2 |
| — périapical dentaire. | STO | K8 |
| — foyer d'ostéite maxillaire | STO | K10 |
| — caisse du tympan | ORL | K16 |
| — lésion dermatologique | DS | K2 |
| Curetage osseux | CHI | K20 |
| — utérin | CHI | K20 |
| Curie-thérapie | | |
| — 10 mmg. journée de radium et au-dessous | ER | K6 |
| Curie-thérapie 20 mmg. journée de radium. | ER | K8 |
| — 30 mmg. journée de radium. | ER | K10 |
| — 40 mmg. journée de radium. | ER | K12 |
| — 50 mmg. journée de radium. | ER | K16 |
| — 60 mmg. journée de radium. | ER | K20 |
| — 70 mmg. journée de radium. | ER | K30 |
| — 80 mmg. journée de radium. | ER | K40 |
| Cystoscopie | URO | K8 |
| Cystostomie | URO | K60 |
| Cystotomie | URO | K60 |

**D**

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Dacryocystorhinostomie | OPH | K80 |
| Décollement rétinien (traitement) | OPH | K40 |
| Dent : extraction au cours d'accidents périodontiques aigus | STO | K4 |
| Dent fracturée (extraction) | STO | K4 |
| Dent : extraction d'une racine par alvéolectomie | STO | K4 |
| Dent ectopique ou hétérotopique (extraction chirurgicale) | STO | K4 |
| Dent de sagesse inférieure, extraction | STO | K4 |
| Dent de sagesse résection du capuchon muqueux | STO | K4 |
| Dent de sagesse inférieure (extract. au cours d'accidents muqueux) | STO | K10 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Dent de sagesse incluse (extraction chirurgicale à froid) | STO | K20 |
| Dent de sagesse inférieure incluse, (extraction au cours accidents graves)......... | STO | K40 |
| Dent : radiographie première plaque.. | ER | K3 |
| — — les autres | ER | K2 |
| Désarticulation doigts et orteils......... | CHI | K20 |
| — métacarpiens et métatarsiens... | CH | K40 |
| — membre supérieur | CHI | K60 |
| — membre inférieur (moins hanche). | CHI | K60 |
| — hanche......... | CHI | K80 |
| — interscapulothoracique ....... | CHI | K80 |
| — interiléoabdominale.......... | CHI | K100 |
| Diathermie : une localisation. | ER | K2 |
| — deux localisations simultanées ...... | ER | K3 |
| Diathermie : deux localisations séparées............ | ER | K4 |
| Diathermie : gynécologique.. | ER | K3 |
| — intra-utérine.... | ER | K4 |
| — méthode Bergonié | ER | K4 |
| Diathermo-coagulation petites tumeurs superficielles.. | ER | K4 |
| Diathermo-coagulation petites tumeurs superficielles.. | DS | K4 |
| Diathermo-coagulation pour destruction tumeur superficielle.................. | ER | K10 |
| Diathermo-coagulation pour destruction tumeur moyenne ..................... | ER | K20 |
| Diathermo-coagulation pour destruction tumeur moyenne ..................... | DS | K20 |
| Diathermo-coagulation pour destruction vaste tumeur | ER | K40 |
| Diathermo-coagulation pour destruction vaste tumeur.. | DS | K40 |
| Dilatation électrolytique de l'urèthre ............... | URO | K4 |
| Dilatation électrolytique de l'urèthre................ | ER | K4 |
| Dilatation électrolytique de l'œsophage ou du rectum. | ER | K4 |
| Discision des amygdales..... | ORL | K6 |
| Doigt et métacarpien (fracture fermée)......... | CHI | K3 |
| — (plaie des).......... | CHI | K10 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Doigt, résection articulaire... | CHI | K20 |
| — amputation.......... | CHI | K20 |

**E**

| | | |
|---|---|---|
| Ectropion (procédé non sanglant)........ | OPH | K6 |
| — (traitement par injection)....... | OPH | K30 |
| — (procédé sanglant) | OPH | K40 |
| Electrisation ordinaire...... | ER | K2 |
| — régions différentes simultanées... | ER | K3 |
| — régions différentes séparément ou plus de 30 minutes. | ER | K4 |
| — gynécologique.... | ER | K3 |
| — intra-utérine..... | ER | K4 |
| Electro-aimant (examen oculaire).................. | OPH | K6 |
| Electro-cardiogramme...... | ER | K6 |
| Electro-coagulation pour destruction de vaste tumeur .. | ER | K40 |
| Electro-coagulation pour destruction de tumeur intra-vésicale................ | ER | K60 |
| Electro-diagnostic classique 1 nerf..... | ER | K4 |
| — — 1 membre. | ER | K6 |
| — — 2 membres | ER | K8 |
| — — sujet entier | ER | K16 |
| Electrolyse ciliaire ......... | ER | K6 |
| — — .......... | OPH | K6 |
| — dermatologique.. | ER | K4 |
| — lacrymale....... | ER | K4 |
| — lacrymale....... | OPH | K4 |
| — œsophage : dilatation.......... | ER | K4 |
| Electrolyse œsophage : dilatation linéaire sans anesthésie.................... | ER | K16 |
| Electrolyse œsophage : dilatation linéaire sous anesthésie et soins................ | ER | K30 |
| Electrolyse rectum : dilatation....... | ER | K4 |
| — — dilatation linéaire sans anesthésie..... | ER | K16 |
| Electrolyse rectum : dilatation linéaire sous anesthésie et soins................. | ER | K30 |
| Electrolyse urèthre : dilatation.................... | ER | K 3 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Electrolyse urèthre : dilatation | URO | K3 |
| Electrolyse urèthre dilatation électrolytique sans anesthésie | ER | K16 |
| Electrolyse urèthre : dilatation électrolytique sous anesthésie et soins | ER | K30 |
| Electrolyse urèthre : dilatation électrolytique sous anesthésie et soins | URO | K30 |
| Electrolyse intra-utérine | ER | K4 |
| Electrothérapie pour 2 localisations différentes ou application simultanée de 2 traitements différents au cours de la même séance | ER | K3 |
| Electrothérapie avec appareillage particulier | ER | K4 |
| Emasculation totale | URO | K120 |
| Embryotomie | CHI | K60 |
| Enfumage iodé de la vessie | URO | K4 |
| Entropion (procédé non sanglant) | OPH | K6 |
| — (procédé par injection) | OPH | K30 |
| — (procédé sanglant) | OPH | K40 |
| Enucléation de l'œil | OPH | K60 |
| Epaule (luxation) | CHI | K10 |
| — (luxation, méthode sanglante) | CHI | K60 |
| — (désarticulation interscapulothoracique | CHI | K80 |
| Epididymectomie | URO | K40 |
| Epilation | DS | K4 |
| — | ER | K4 |
| Epistaxis (traitement par spécialiste) | ORL | K6 |
| Epulis | STO | K10 |
| Esquillectomie alvéolaire | STO | K2 |
| — des fractures | CHI | K40 |
| Estomac chirurgie | CHI | K80 |
| Ethmoïde (évidement) | ORL | K60 |
| Eventration (cure radicale) | CHI | K40 |
| Evidement osseux | CHI | K40 |
| — de l'ethmoïde | ORL | K60 |
| — pétro-mastoïdien | ORL | K80 |
| — cervical total pour néoplasme (opération de Morestin) | CHI | K120 |
| Examen audition | ORL | K3 |
| — labyrinthique | ORL | K4 |
| — urologique simple | URO | K4 |
| — avec recherche du gonocoque ou du bacille de Ducrey | DS | K4 |
| Examen anatomo-pathologique ou histologique | DS | K8 |
| Exentération de l'œil | OPH | K60 |
| — de l'orbite | OPH | K80 |
| Exostose | CHI | K20 |
| Expression de granulations conjonctivales | OPH | K30 |
| Exstrophie vésicale | URO | K120 |

**F**

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Fibrome naso-pharyngien | ORL | K80 |
| — paroi abdominale | CHI | K60 |
| Finsenthérapie | ER | K3 |
| Fistule à l'anus (débridement | CHI | K20 |
| — à l'anus (excision) | CHI | K40 |
| — salivaire | CHI | K30 |
| — du cou (congénitales) | CHI | K60 |
| — uréthrale | CHI | K100 |
| — vésico-vaginale (traitement par avivement) | CHI | K40 |
| — vésico-vaginale (procédé complexe) | CHI | K80 |
| — vésico-vaginale (procédé complexe) | URO | K80 |
| Foie chirurgie | CHI | K80 |
| Fracture fermée doigt et métacarpien | CHI | K3 |
| — — orteil et métatarsien | CHI | K3 |
| — — clavicule | CHI | K3 |
| — — côte | CHI | K3 |
| — — sternum | CHI | K3 |
| — — omoplate | CHI | K3 |
| — — membres | CHI | K12 |
| — — rotule | CHI | K12 |
| — — avant-bras | CHI | K20 |
| — — bras | CHI | K20 |
| — — jambe | CHI | K20 |
| — — rachis (gouttière) | CHI | K12 |
| — — rachis appareil plâtré | CHI | K40 |
| Fracture ouverte | CHI | K40 |
| — maxillaire inférieur (fermée) | CHI | K3 |
| — — inférieur parcellaire et ligature | STO | K8 |
| Fracture maxillaire inférieur et appareillage | STO | K60 |
| Fracture maxillaire supérieur et inférieur | STO | K8 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Fracture ouverte des membres : débridement, réduction et appareil | CHI | K40 |
| Fracture ouverte des membres : ostéosynthèse | CHI | K80 |
| Fracture du nez récente (redressement) | ORL | K8 |
| Fracture du nez ancienne (redressement) | ORL | K60 |
| Fulguration pour destruction tumeur superficielle | ER | K10 |
| Fulguration pour destruction tumeur moyenne | ER | K20 |
| Fulguration pour destruction tumeur intravésicale | ER | K60 |
| **G** | | |
| Gangrène du plancher buccal (cellulite diffuse, incision sus-hyoïdienne) | STO | K40 |
| Gastro-entérostomie | CHI | K80 |
| Gastrostomie | CHI | K60 |
| Genou (ponction) | CHI | K4 |
| — (luxation) | CHI | K10 |
| — (luxation méthode sanglante) | CHI | K60 |
| Glande lacrymale : cautérisation | OPH | K4 |
| — — ablation | OPH | K30 |
| Glossite aiguë (abcès de la base linguale) | STO | K20 |
| Goitre simple | CHI | K60 |
| — Basedow ou cancer | CHI | K80 |
| Granulations conjonctivales : cautérisation | OPH | K12 |
| Granulations conjonctivales : brossage ou expression | OPH | K30 |
| Granulectomie | STO | K2 |
| Greffes osseuses | CHI | K80 |
| — de Thiersch | CHI | K20 |
| Greffe oculaire | OPH | K60 |
| — cornéenne | OPH | K60 |
| — tendineuse | CHI | K40 |
| Grenouillette | CHI | K20 |
| — | STO | K20 |
| **H** | | |
| Hanche luxation récente | CHI | K30 |
| — luxation unilatérale congénitale | CHI | K60 |
| Hanche, luxation (méthode sanglante) | CHI | K80 |
| — luxation double | CHI | K80 |
| — désarticulation | CHI | K80 |
| Hémorragie alvéolaire incoercible | STO | K10 |
| — viscère (laparotomie) | CHI | K80 |
| Hémorroïdes (électrocoagulation | ER | K30 |
| — (excision) | CHI | K40 |
| Hernie unilatérale (cure radicale) | CHI | K40 |
| — double | CHI | K60 |
| — avec résection intestinale | CHI | K80 |
| — de l'iris (résection) | OPH | K16 |
| Hydrocèle (ponction simple) | URO | K4 |
| — (ponction avec injection) | URO | K6 |
| — (cure radicale) | URO | K30 |
| Hygromas | CHI | K20 |
| Hypogastrique (ligature) | CHI | K20 |
| Hypophyse (opération par voie endonasale) | ORL | K120 |
| Hypospadias | URO | K120 |
| Hystérectomie vaginale | CHI | K80 |
| — élargie pour cancer | CHI | K100 |
| **I** | | |
| Imperforation anale | CHI | K20 |
| Infiltration d'urine | URO | K60 |
| Injection d'alcool région oculaire | OPH | K4 |
| — sous-conjonctivale | OPH | K2 |
| Intestin chirurgie | CHI | K80 |
| Ionisation (voir Electrolyse). | | |
| — oculaire | OPH | K4 |
| Iridectomie | OPH | K40 |
| — antiglaucomateuse | OPH | K60 |
| Irrigation lacrymale pour exploration | OPH | K2 |
| **J** | | |
| Jambe : fracture fermée | CHI | K20 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| **K** | | |
| Kystes du cou.............. | CHI | K40 |
| — superficiel région oculaire .............. | OPH | K6 |
| — dermoïde région oculaire.............. | OPH | K40 |
| — paradentaire limité (curetage) ........... | STO | K20 |
| — — avec vaste délabrement ... | STO | K80 |
| — — à évolution sinusienne....... | ORL | K80 |
| — synovial (poignet, creux poplité).... | CHI | K20 |
| **L** | | |
| Labyrinthe (examen)....... | ORL | K4 |
| Laminectomie avec greffe osseuse ........... | CHI | K80 |
| — avec intervention sur la moelle............. | CHI | K100 |
| Laparotomie seule......... | CHI | K40 |
| Laparotomie avec intervention simple.............. | CHI | K60 |
| — d'urgence........ | CHI | K80 |
| — avec intervention viscérale importante...... | CHI | K80 |
| Laparotomie avec résections. | CHI | K100 |
| — pour lésions de l'utérus ou annexes (sauf cancer) ............... | CHI | K80 |
| Larynx (galvanocautérisation) en série, chaque.......... | ORL | K3 |
| Larynx sténose, séance de dilatation................. | ORL | K3 |
| — galvanocautérisation unique.................. | ORL | K4 |
| Laryngectomie ............ | ORL | K120 |
| — ............... | CHI | K120 |
| Laryngotomie ............. | ORL | K80 |
| Lavement électrique........ | ER | K16 |
| Ligatures: artères des membres ................... | CHI | K10 |
| — carotide ........ | CHI | K20 |
| — hypogastrique.... | CHI | K20 |
| — sous-clavière..... | CHI | K20 |
| Lipômes.................. | CHI | K20 |
| Liquide céph. rach. examen complet................ | DS | K8 |
| Lithotritie ou taille ........ | URO | K60 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Luette ablation............ | ORL | K4 |
| Luxation ancienne hanche congénitale unilatérale.... | CHI | K60 |
| Luxation ancienne réduction non sanglante........... | CHI | K40 |
| Luxation récente méthode simple colonne vertébrale.. | CHI | K30 |
| Luxation récente méthode simple coude............. | CHI | K10 |
| Luxation récente méthode simple cou-de-pied......... | CHI | K10 |
| Luxation récente méthode simple épaule............ | CHI | K10 |
| Luxation récente méthode simple genou ............ | CHI | K10 |
| Luxation récente méthode simple hanche ............ | CHI | K30 |
| Luxation récente méthode simple maxillaire inférieur. | CHI | K10 |
| Luxation récente méthode simple orteil.............. | CHI | K4 |
| Luxation récente méthode simple phalange.......... | CHI | K4 |
| Luxation récente méthode simple pouce ............ | CHI | K10 |
| Luxation récente méthode sanglante coude.......... | CHI | K60 |
| Luxation récente méthode sanglante cou-de-pied..... | CHI | K60 |
| Luxation récente méthode sanglante épaule......... | CHI | K60 |
| Luxation récente méthode sanglante genou.......... | CHI | K60 |
| Luxation récente méthode sanglante hanche......... | CHI | K80 |
| Luxation méthode sanglante hanche congénitale double et simultanée............ | CHI | K80 |
| Luxation récente méthode sanglante poignet ........ | CHI | K60 |
| Luxation récente méthode sanglante pouce ........ | CHI | K40 |
| Luxation récente méthode sanglante rachis.......... | CHI | K80 |
| Luxation récente méthode sanglante temporo-maxillaire................... | CHI | K60 |
| **M** | | |
| Malariathérapie............ | DS | K20 |
| Mastoïdectomie simple...... | ORL | K60 |
| — compliquée...... | ORL | K80 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Maxillaire inférieur : fracture fermée | CHI | K3 |
| — — fracture parcellaire avec ligature | STO | K8 |
| Maxillaire inférieur et maxillaire supérieur fracture et appareillage | STO | K60 |
| Maxillaire inférieur luxation | CHI | K10 |
| — — — méthode sanglante | CHI | K60 |
| Maxillaire inférieur ostéite curetage | STO | K10 |
| — — résection du | CHI | K80 |
| Méatotomie simple | URO | K4 |
| — avec autoplastie | URO | K8 |
| Médiastin (traitement des lésions) | CHI | K100 |
| Membres : fractures fermées | CHI | K12 |
| — plaies | CHI | K20 |
| Membre supérieur : amputation ou désarticulation | CHI | K60 |
| Membre inférieur (sauf hanche amputation ou désarticulation) | CHI | K60 |
| Méningoencéphalocèle | CHI | K60 |
| Métacarpien : désarticulation ou résection | CHI | K40 |
| Métatarsien : désarticulation ou résection | CHI | K40 |
| Moignon (réfection) | CHI | K40 |
| Moulage cavité orbitaire | OPH | K4 |
| Muscles (interventions sur les) | CHI | K20 |
| — (sutures, anastomoses, greffes tendineuses) | CHI | K40 |
| **N** | | |
| Néphrectomie | URO | K80 |
| Néphrolitothomie | URO | K80 |
| Néphrostomie | URO | K60 |
| Néphrotomie | URO | K60 |
| Nerfs : chirurgie | CHI | K60 |
| Nerf laryngé : sidération unique | ORL | K4 |
| — — sidération en série | ORL | K2 |
| Nez corps étranger simple | ORL | K2 |
| — — — compliqué | ORL | K10 |
| — polype (ablation) | ORL | K12 |
| — désobstruction nasale totale | ORL | K40 |
| — réfection de la pyramide nasale | ORL | K120 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Nez résection sous-muqueuse de la cloison | ORL | K4 |
| Nez synéchie nasale muqueuse | ORL | K16 |
| — synéchie nasale ostéocartilagineuse | ORL | K40 |
| **O** | | |
| Occlusion intestinale | CHI | K80 |
| Œsophage : corps étranger | ORL | K60 |
| — diverticule | CHI | K80 |
| — sténose, séance de dilatation | ORL | K3 |
| Œsophagoscopie | ORL | K20 |
| Œsophagotomie externe | CHI | K60 |
| Œil : corps étranger superficiel | OPH | K2 |
| — corps étranger intraoculaire | OPH | K40 |
| — cautérisat. superficielle | OPH | K3 |
| — amputation | OPH | K60 |
| — énucléation | OPH | K50 |
| — éviscération | OPH | K60 |
| — exentération | OPH | K60 |
| Oléothorax : première injection | PHT | K16 |
| Oléothorax : injection (sauf la première) | PHT | K8 |
| Ombilic (tumeur congénitale | CHI | K60 |
| Omoplate : fracture fermée | CHI | K3 |
| Ongle incarné | CHI | K20 |
| Orbite : corps étranger intra-orbitaire | OPH | K60 |
| — exentération | OPH | K80 |
| — chirurgie | OPH | K80 |
| Oreille : corps étranger simple | ORL | K2 |
| — opération sanglante | ORL | K20 |
| Orteil : plaie | CHI | K10 |
| — amputation | CHI | K20 |
| — luxation | CHI | K4 |
| — et métacarpien : fracture fermée | CHI | K3 |
| — résection articulaire | CHI | K20 |
| Os : grande résection | CHI | K80 |
| — greffes | CHI | K80 |
| Osselets de l'oreille (extrac.) | ORL | K40 |
| Ostéomyélite nécrosante du maxillaire inférieur | STO | K40 |
| Ostéophlegmon mandibulaire | STO | K40 |
| Ostéosynthèse pour fracture ouverte | CHI | K60 |
| Ostéosynthèse | CHI | K80 |
| Ostéotomies | CHI | K20 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| **P** | | |
| Panaris superficiel......... | CHI | K4 |
| — de la gaine digitale.... | CHI | K10 |
| — profond de la gaine digito-palmaire............ | CHI | K20 |
| Paracentèse cornée........ | OPH | K6 |
| — tympan......... | ORL | K4 |
| Paraphimosis (réduction non sanglante)................ | URO | K4 |
| Paraphimosis traitement sanglant.................. | URO | K20 |
| — — — .... | DS | K20 |
| Parois thoracoabdominales plaies.................... | CHI | K20 |
| Parotide : tumeurs bénignes.. | CHI | K20 |
| — tumeurs malignes .. | CHI | K80 |
| Parties molles : plaies....... | CHI | K10 |
| — — corps étranger .................... | CHI | K20 |
| Péricardotomie ............ | CHI | K20 |
| Péricautérisation cornée..... | OPH | K6 |
| Périnée : réfection d'urgence. | CHI | K20 |
| Péritomie de la cornée...... | OPH | K6 |
| Péritonite aiguë : laparotomie.................... | CHI | K80 |
| Phalange : luxation......... | CHI | K4 |
| Pharyngectomie............ | CHI | K100 |
| Phimosis avec adhérence .... | URO | K20 |
| — — — ..... | DS | K20 |
| Phlébite puerpérale : chirurgie | CHI | K100 |
| Phlegmon diffus ou des gaines | CHI | K20 |
| — de la main....... | CHI | K20 |
| — des parois....... | CHI | K20 |
| — périmandibulaire. | STO | K40 |
| — périnéphrétique.. | URO | K40 |
| — plancher buccal, circonscrit .............. | CHI | K40 |
| — — — diffus... | CHI | K60 |
| — de l'orbite : incision.................... | OPH | K12 |
| — du sac lacrymal : incision................ | OPH | K3 |
| Phrénicectomie............ | CHI | K40 |
| Pied bot : ténotomie et plâtre | CHI | K20 |
| — réduction et résection osseuse............ | CHI | K80 |
| Plaies des partiesmolles...... | CHI | K10 |
| — du cou et intervention sur les vaisseaux........ | CHI | K60 |
| — des doigts et orteils (voir nomenclature chirurgie) .......... | CHI | K10 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Plaie des membres (voir nomenclature chirurgie)............... | CHI | K20 |
| — des parois thoracoabdominales......... | CHI | K20 |
| Plâtre : répétition.......... | CHI | K8 |
| — — de grand.... | CHI | K16 |
| Pleurotomie................ | CHI | K20 |
| Pneumothorax : première insufflation.............. | PHT | K12 |
| — insufflation (sauf la première) ......... | PHT | K 4 |
| Poignet : luxation, méthode sanglante ........... | CHI | K60 |
| Polype choanal kystique..... | ORL | K20 |
| — du larynx (extraction par les voies naturelles) | ORL | K40 |
| Polype du nez.............. | ORL | K12 |
| — de l'oreille........... | ORL | K8 |
| — utérin pédiculé....... | CHI | K20 |
| Ponction genou............ | CHI | K4 |
| — de la vessie.......... | URO | K8 |
| Pouce : luxation............ | CHI | K10 |
| — — réduction sanglante.............. | CHI | K40 |
| Poumon : chirurgie......... | CHI | K80 |
| Prolapsus de l'appareil digestif.................. | CHI | K40 |
| — — — total.... | CHI | K60 |
| — utérin.......... | CHI | K60 |
| — — avec hystérectomie ou intervention abdominale......... | CHI | K80 |
| Prostate : abcès........... | URO | K40 |
| Prostatectomie............ | URO | K120 |
| Prothèse dentaire (arcade complète en vulcanite) | STO | K30 |
| — maxillo-faciale....... | STO | K60 |
| — fonctionnelle vélopalatine ................ | STO | K60 |
| — nasale à la paraffine... | ORL | K12 |
| — — par méthode sanglante........... | ORL | K80 |
| Ptérygion ................. | OPH | K30 |
| Ptosis palpébral........... | OPH | K60 |
| Pulvérisation oculaire ...... | OPH | K2 |
| Pyélographie (injection pour la) .................... | URO | K16 |
| Pyélotomie................ | URO | K60 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| **R** | | |
| Rachis (fracture fermée, contention par extension)..... | CHI | K12 |
| Rachis (fracture fermée, contention par appareil plâtré) | CHI | K40 |
| Rachis (luxation méthode sanglante)........... | CHI | K80 |
| — laminectomie ........ | CHI | K80 |
| — laminectomie avec intervention sur la moelle ................. | CHI | K100 |
| Racine dentaire (extraction par alvéolectomie)........ | STO | K4 |
| *Radiodiagnostic* : | | |
| Aorte : examen radiocopique. | ER | K5 |
| — avec orthodiagramme. | ER | K7 |
| — une téléradiographie.. | ER | K12 |
| — deux téléradiographies | ER | K16 |
| Cœur : examen radioscopique | ER | K5 |
| — avec orthodiagramme. | ER | K7 |
| — avec téléradiographie. | ER | K12 |
| — deux téléradiographies | ER | K16 |
| Duodénum : radiographies en série.................... | ER | K16 |
| Estomac : examen radioscop. | ER | K5 |
| — — — avec calque.................... | ER | K7 |
| Estomac : examen radioscopique avec un cliché ........ | ER | K10 |
| Estomac après préparation : examen radioscopique..... | ER | K10 |
| Estomac après préparation : examen radioscopique avec calque.................. | ER | K12 |
| Estomac : cliché supplémentaire.................... | ER | K4 |
| Foie : examen radioscopique. | ER | K10 |
| — par cliché............ | ER | K4 |
| Hystérographie, un cliché.... | ER | K16 |
| — plusieurs clichés. | ER | K20 |
| Intestin (voir estomac). | | |
| Œsophage (voir estomac) | | |
| Pancréas (voir foie). | | |
| Périrénale (insufflation) plusieurs clichés............ | ER | K30 |
| Pneumopéritoine, un cliché .. | ER | K30 |
| — plusieurs clichés.. | ER | K40 |
| Poumon : examen radioscopique .................... | ER | K5 |
| — avec orthodiagramme.. | ER | K7 |
| — une téléradiographie.. | ER | K12 |
| — deux téléradiographies | ER | K16 |

| *Radiodiagnostic* (Suite) | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Rate (voir foie). | | |
| Rein : un seul, un cliché...... | ER | K12 |
| — par cliché supplémentaire | ER | K4 |
| — deux clichés............ | ER | K12 |
| Système urinaire : un cliché.. | ER | K12 |
| — — par cliché supplémentaire....... | ER | K4 |
| Uretère (voir rein) | | |
| Vésicule (voir foie). | | |
| Vessie : un cliché........... | ER | K12 |
| — par cliché supplémentaire.................. | ER | K4 |
| *Radiographie* : | | |
| Avant-bras, une incidence... | ER | K5 |
| — deux incidences.. | ER | K6 |
| Atlas et Axis (intrabuccale).. | ER | K8 |
| Bassin.................... | ER | K10 |
| Calcanéum , projection verticale .................... | ER | K6 |
| Cheville, une incidence...... | ER | K4 |
| — deux incidences...... | ER | K6 |
| Clavicule, une incidence..... | ER | K6 |
| Cou-de-pied (voir cheville).. | | |
| Coude, une incidence........ | ER | K5 |
| — deux incidences...... | ER | K6 |
| Crâne, une incidence........ | ER | K8 |
| — deux incidences...... | ER | K12 |
| — incidence spéciale .... | ER | K12 |
| Dent, méthode intrabuccale première plaque......... | ER | K3 |
| Dent, chaque cliché supplémentaire............... | ER | K2 |
| Diaphyse humérale, une incidence.................. | ER | K5 |
| — — deux incidences.................... | ER | K6 |
| — fémorale, une incidence...................... | ER | K6 |
| — — deux incidences............. | ER | K8 |
| — — trois incidences............. | ER | K12 |
| Doigt, une incidence ........ | ER | K2 |
| — deux incidences ...... | ER | K3 |
| Epaule, une incidence de face | ER | K6 |
| — une incidence de profil | ER | K10 |
| Genou, une incidence ....... | ER | K5 |
| — deux incidences ...... | ER | K8 |
| Grossesse, une incidence..... | ER | K20 |
| — deux incidences ...... | ER | K30 |
| Hanche, de face............ | ER | K7 |
| — de profil............ | ER | K10 |
| Hystérographie un cliché .... | ER | K16 |
| — plusieurs clichés.. | ER | K20 |

| *Radiographie* (Suite) | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Jambe, une incidence........ | ER | K5 |
| — deux incidences...... | ER | K8 |
| Main, une incidence......... | ER | K3 |
| — deux incidences...... | ER | K5 |
| Maxillaire inférieur.......... | ER | K6 |
| Orbite, localisation de corps étranger ................ | ER | K12 |
| Orteil, une incidence........ | ER | K2 |
| — deux incidences ...... | ER | K3 |
| Pied, une incidence......... | ER | K4 |
| — deux incidences...... | ER | K6 |
| Poignet, une incidence...... | ER | K3 |
| — deux incidences.... | ER | K5 |
| Rachis cervical, une incidence | ER | K8 |
| — — deux incidences | ER | K10 |
| — dorsal, lombaire sacro-coccygien, une incidence... | ER | K8 |
| Rachis dorsal, lombaire, sacro-coccygien, deux incidences.................. | ER | K16 |
| Radiopelvimétrie ........... | ER | K30 |
| Thorax : hémi-thorax (squelette).................... | ER | K8 |
| — une incidence de face.. | ER | K10 |
| — — de profil... | ER | K12 |
| Urosélectan ................ | ER | K20 |
| *Radioscopie*................ | ER | K6 |
| — pour intervention | ER | K10 |
| *Radiothérapie* superficielle... | ER | K4 |
| — — ........ | DS | K4 |
| — moyennement pénétrante ...... | ER | K5 |
| — pénétrante, les 500 R. filtration à 0,5...... | ER | K6 |
| Radiothérapie pénétrante, les 500 R. filtration supérieure à 0.05.................. | ER | K8 |
| *Radiothérapie* : (traitement des tumeurs) : | | |
| Actinomycose cervico-faciale.. | ER | K40 |
| Adénopathie bénigne........ | ER | K40 |
| Cancroïde................. | ER | K20 |
| Cérébrale.................. | ER | K100 |
| Clitoris.................... | ER | K80 |
| Corps thyroïde (Basedow ou cancer)................. | ER | K80 |
| Cutanée petite.............. | ER | K20 |
| — étendue............. | ER | K40 |
| Fibrome utérin............. | ER | K80 |
| Ganglionnaire .............. | ER | K60 |
| Langue..................... | ER | K80 |
| — récidivée............ | ER | K120 |
| Larynx..................... | ER | K120 |
| Lèvres..................... | ER | K60 |

| *Radiothérapie* (Suite) | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Médiastin ................. | ER | K100 |
| Médullaire ................ | ER | K100 |
| Nerveuse.................. | ER | K60 |
| Osseuse (membres, bassin, rachis, paroi cranienne) ..... | ER | K80 |
| Parotide : maligne.......... | ER | K80 |
| Paupières................... | ER | K60 |
| Poumon : maligne.......... | ER | K80 |
| Prostate .................. | ER | K120 |
| Sein : maligne.............. | ER | K60 |
| Tube digestif ............. | ER | K100 |
| Utérus : maligne .......... | ER | K100 |
| Vagin ..................... | ER | K80 |
| *Radiumthérapie* (voir curiethérapie). | | |
| Rate chirurgie ............ | CHI | K80 |
| Rayons infra-rouges......... | ER | K2 |
| — ultra-violets par lampe ordinaire ........... | ER | K2 |
| Rayons ultra-violets par lampe à arc.................. | ER | K3 |
| Rectum, corps étranger...... | CHI | K20 |
| — amputation périnéale. | CHI | K100 |
| — — abdomino-périnéale.............. | CHI | K120 |
| Rein, opération conservatrice | URO | K60 |
| Résection articulaire, doigts et orteils............... | CHI | K20 |
| — métacarpien et métatarsien........ | CHI | K40 |
| — d'articulation...... | CHI | K80 |
| — des maxillaires..... | CHI | K80 |
| — osseuses (grandes).. | CHI | K80 |
| — optico-ciliaire...... | OPH | K40 |
| — sous-muqueuse de la cloison nasale........... | ORL | K40 |
| Rétraction aponévrose palmaire.................. | CHI | K40 |
| Rétropharyngien (abcès).... | CHI | K10 |
| Rhinotomie................ | ORL | K80 |
| Rotule, fracture fermée..... | CHI | K12 |

**S**

| | | |
|---|---|---|
| Sac lacrymal (ouverture).... | OPH | K3 |
| — — (ablation)........ | OPH | K40 |
| Sang réaction Bordet-Wassermann courante et Hecht.... | DS | K3 |
| Sang examen complet........ | DS | K4 |
| — — sérologique complet .................. | DS | K6 |
| Scarification région oculaire.. | OPH | K3 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Sclérectomie | OPH | K80 |
| Sclérotomie | OPH | K16 |
| Séquestrectomie pour nécrose mandibulaire (ostéomyélite) | STO | K8 |
| Sinus frontal : trépanation endonasale | ORL | K60 |
| Sinus frontal : trépanation par voie externe | ORL | K80 |
| Sinus fronto-ethmoïdal ou fronto-maxillaire (opération) | ORL | K100 |
| Sinus maxillaire : trépanation alvéolaire et lavage | STO | K10 |
| Sinus maxillaire : ponction nasale unique | ORL | K4 |
| Sinus maxillaire : ponction nasale répétée, chaque | ORL | K2 |
| Sinus maxillaire trépanation | ORL | K80 |
| — sphénoïdal : trépanation | ORL | K80 |
| Sous-clavière, ligature | CHI | K20 |
| Spina bifida | CHI | K40 |
| Sternum : fracture fermée | CHI | K3 |
| Strabisme | OPH | K60 |
| Sutures après avivement | CHI | K20 |
| — région oculaire | OPH | K2 |
| — conjonctivales de l'œil | OPH | K3 |
| — du globe oculaire | OPH | K16 |
| — tendons fléchisseurs de la main | CHI | K40 |
| Symblépharon conjonctival oculaire | OPH | K60 |
| Sympathectomie | CHI | K60 |
| Syndactylie | CHI | K40 |
| Synéchie nasale muqueuse | ORL | K4 |
| — — ostéo-cartilagineuse | ORL | K16 |
| Synoviales tendineuses : extirpation | CHI | K40 |
| **T** | | |
| Taille de la vessie | URO | K60 |
| Tamponnement alvéolaire pour hémorragie post-opératoire | STO | K4 |
| Tamponnement du cavum | ORL | K8 |
| Tarsorraphie | OPH | K30 |
| Tatouage de la cornée | OPH | K30 |
| Ténotomie | CHI | K20 |
| Thoracoplastie | CHI | K80 |
| Thyrotomie | ORL | K80 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Torticolis | CHI | K20 |
| Trachéotomie | CHI | K40 |
| Trachéotomie | ORL | K40 |
| Transfusion sanguine massive | CHI | K40 |
| Trépanation | CHI | K40 |
| — et intervention intracranienne. | CHI | K80 |
| — — pour tumeur cérébrale | CHI | K100 |
| Tubage du larynx | ORL | K40 |
| Tumeur cutanée ou sous-aponévrotique | CHI | K20 |
| Tumeur superficielle (diathermo-coagulation) | ER | K4 |
| Tumeur superficielle (diathermo-coagulation) | DS | K4 |
| Tumeur superficielle (destruction par fulguration ou bistouri électrique) | ER | K10 |
| Tumeur superficielle (destruction par fulguration ou bistouri électrique) | DS | K10 |
| Tumeur dermatologique ablation | DS | K10 |
| Tumeur moyenne (destruction par diathermie ou électro-coagulation) | DS | K20 |
| Tumeur moyenne (destruction par diathermie ou électro-coagulation) | ER | K20 |
| Tumeur étendue (ablation) | CHI | K40 |
| — — (destruction par diathermie ou électrocoagulation) | ER | K40 |
| Tumeur étendue (destruction par diathermie ou électrocoagulation) | DS | K40 |
| Tumeur de l'appareil digestif. | CHI | K40 |
| — buccale bénigne | STO | K10 |
| Tumeur cérébrale | CHI | K100 |
| — conjonctive oculaire | OPH | K30 |
| — ganglionnaire | CHI | K60 |
| — muscles | CHI | K20 |
| — nerveuse | CHI | K60 |
| — congénitale de l'ombilic | CHI | K60 |
| — parois abdominales | CHI | K60 |
| — parotide bénigne | CHI | K20 |
| — — maligne | CHI | K80 |
| — sein bénigne | CHI | K40 |
| — — maligne | CHI | K60 |
| — voile du palais bénigne | CHI | K20 |
| — urèthre ou vessie : haute fréquence, première séance | URO | K60 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Tumeur urèthre ou vessie : haute fréquence, les autres séances | URO | K20 |
| Tumeur intravésicale : destruction électrocoagulation ou fulguration | ER | K60 |
| Tumeur vésicale avec taille hypogastrique | URO | K120 |
| Tumeur vulvo-vaginale | CHI | K20 |
| **U** | | |
| Ultra-violets : une seule localisation | ER | K2 |
| — — — | DS | K2 |
| — par lampe à arc | ER | K3 |
| Uranostaphylorraphie | CHI | K80 |
| — | ORL | K80 |
| Urétérostomie unilatérale | URO | K80 |
| — bilatérale | URO | K120 |
| Urétérotomie unilatérale | URO | K80 |
| Urétérotomie bilatérale | URO | K120 |
| Urèthre : réfection avec taille. | URO | K120 |
| Urèthrectomie | URO | K100 |

| | Indication de la Spécialité | Coefficient |
|---|---|---|
| Urèthroscopie | URO | K4 |
| — | DS | K4 |
| Urèthrotomie externe simple | URO | K60 |
| — — compliquée | | |
| — interne | URO | K100 |
| Urologique (examen) | URO | K60 |
| | URO | K4 |
| **V** | | |
| Vagin : cancer | CHI | K80 |
| — néo-vagin | CHI | K100 |
| Vaisseaux : suture et anastomose | CHI | K60 |
| Varicocèle : opération | URO | K40 |
| Veines : résection | CHI | K40 |
| Vertébrocostales : traitement des anomalies | CHI | K60 |
| Verge : amputation | URO | K80 |
| Vessie : ponction | URO | K8 |
| Voile du palais : tumeur bénigne | CHI | K20 |
| Voies lacrymales : exploration | OPH | K2 |
| Vulve : tumeur bénigne | CHI | K20 |

## Service de Santé militaire

*Décret du 4 novembre 1931, modifiant le règlement sur le service de santé de l'armée*

Art. 1er. — Le décret du 25 novembre 1889 est modifié ainsi qu'il suit :

*Art.* 21. — Cet article est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les évacuations individuelles (sauf en ce qui concerne les militaires aliénés) sur les établissements d'une autre région sont subordonnées :

« 1° En ce qui concerne les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et Percy, à l'autorisation préalable du directeur de l'école d'application du service de santé et des hôpitaux militaires d'instruction ;

« 2° En ce qui concerne l'envoi des militaires de tous grades sur d'autres hôpitaux du territoire, y compris les indigènes nord-africains à rapatrier sur les hôpitaux de Tunisie, d'Algérie ou du Maroc, ou les militaires indigènes coloniaux destinés à rejoindre l'hôpital de Fréjus-Saint-Raphaël, à la décision du directeur du service de santé des régions et territoires où ces malades sont en traitement, une entente devant intervenir au préalable entre les deux directions intéressées.

« Les évacuations collectives (ainsi que les évacuations individuelles des militaires aliénés) restent subordonnées à l'autorisation du ministre. »

*Art.* 199. — Le deuxième alinéa est remplacé par le texte suivant :

« Leur admission, sur le vu d'un certificat de visite, est approuvée par le directeur du service de santé de la région. »

*Art.* 273. — Cet article est remplacé par les disposition suivantes :

« Les malades, au lieu de recevoir des congés de convalescence, peuvent être envoyés dans un dépôt de convalescents. Les admissions dans ces établissements sont prononcées par le directeur du service de santé de la région sur le territoire de laquelle ils se trouvent. »

*Art.* 318 ter. — Le quatrième paragraphe ainsi conçu :

« En cas d'évacuations individuelles ou collectives, etc », est supprimé.

*Art.* 332. — Au lieu de : « Comité technique de santé », lire « Comité consultatif de santé ».

*Art.* 334. — La dernière phrase est modifiée ainsi qu'il suit :

« On y reçoit, en premier lieu, les militaires et marins en activité, puis les militaires, et marins en non-activité, en solde de réforme, les anciens militaires ti-

tulaires d'une pension d'invalidité et ceux qui se trouvent en position de retraite ; enfin les individus étrangers au département de la guerre. »

*Art.* 335. — Le dernier alinéa est modifié ainsi qu'il suit :

« La deuxième comprend les officiers supérieurs et généraux qui ne sont en principe hospitalisés qu'après les militaires de la 1re catégorie. »

*Art.* 336. — Cet article est modifié ainsi qu'il suit :

« *Officiers non hospitalisés.*

« Dans le cas où, à défaut de place dans l'hôpital, les officiers ne sont pas hospitalisés, ils peuvent, quand il y a lieu, être autorisés à faire usage des eaux comme malades externes, dans la limite des ressources des établissements, à titre gratuit ou à charge de remboursement, suivant les règles en vigueur concernant l'exonération des frais d'hospitalisation ».

*Art.* 337. — Au premier alinéa, supprimer les mots : « autres que les officiers supérieurs ».

Le dernier alinéa est supprimé.

*Art.* 338. — Le dernier alinéa est modifié ainsi qu'il suit :

« Les certificats individuels de visite et de contre-visite dressés au titre de chaque corps de troupe, établissement militaire, hospice civil ou des personnels sans troupe, sont transmis directement au directeur du service de santé régional qui, après les avoir vérifiés et les avoir fait compléter et régulariser, s'il y a lieu, les transmet au général commandant la région. Lesdits certificats sont renfermés dans un bordereau nominatif établi par le chef de corps dans le corps de troupe, le médecin chef dans les hôpitaux, le chef de service pour les personnels sans troupe ».

*Art.* 339. — Cet article est abrogé.

*Art.* 340. — Les certificats individuels de visite et de contre-visite concernant les militaires de tout grade de la gendarmerie sont transmis sous bordereau nominatif, par le chef de la légion, au directeur du service de santé régional, qui les transmet au général commandant la région dans les conditions précisées par l'article 338.

*Art.* 341. — Cet article est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le général commandant la région transmet les bordereaux nominatifs, avec les certificats individuels de visite et de contre-visite, au directeur du service de santé de la région dans laquelle est situé l'hôpital militaire thermal ».

*Art.* 342. — Supprimé.

*Art* 343 — Le premier alinéa est modifié ainsi qu'il suit :

« Les officiers généraux et supérieurs qui ont besoin de prendre les eaux sont proposés d'après les formes indiquées aux articles 337, 338 et 41. Ceux des officiers supérieurs qui n'ont pas demandé l'hospitalisation ou qui, l'ayant demandée, ne l'ont pas obtenue, peuvent bénéficier, sur décision du général commandant la région et après avis conforme du directeur du service de santé de la région dans laquelle se trouve la station thermale, de congés pour faire usage des eaux, avec solde entière s'il y a lieu ».

Les deux derniers alinéas sont supprimés.

*Art.* 344. — Dans le premier alinéa, remplacer l'expression : « généraux commandant les corps d'armée par l'expression : « généraux commandant les régions »

*Art.* 345. — Cet article est modifié ainsi qu'il suit :

« Lorsque les malades désignés se trouvent, pour quelque cause que ce soit, obligés de renoncer à faire usage des eaux, ils sont tenus d'en aviser le directeur du service de santé de la région dans laquelle se trouve l'hôpital thermal, qui dispose de la place devenue vacante en faveur d'un autre malade ».

*Art.* 346. — Cet article est supprimé.

*Art.* 347. — Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ces demandes, ainsi instruites et complétées, sont adressées au général commandant la région, qui prononce le rejet des demandes ayant fait l'objet d'un avis défavorable de la commission de réforme et en informe les intéressés ; il classe les autres demandes dans un état récapitulatif spécial (modèle n° 73), établi en quatre expéditions. Il transmet ensuite les demandes et états récapitulatifs au directeur du service de santé de la région dans laquelle est situé l'hôpital thermal ».

Le sixième alinéa est supprimé.

Après l'article 347, intercaler un article 347 *bis* ainsi conçu :

*Art.* 347 *bis*. — Le directeur du service de santé de la région dans laquelle se trouve l'hôpital thermal procède aux dates fixées par le ministre, à la répartition des places par saison entre les militaires de l'armée active et les anciens militaires. Il renvoie les dossiers de proposition aux généraux commandant les régions, avec sa décision. En outre, pour les anciens militaires, il renvoie avec les dossiers un exemplaire de l'état récapitulatif revêtu de la décision intervenue.

Les généraux commandant les régions notifient, par la voie hiérarchique, ces décisions aux intéressés en adressant leur certificat individuel à ceux qui ont obtenu des places ; ils renvoient en même temps aux généraux commandant les subdivisions l'état récapitulatif qui accompagne le dossier des anciens militaires.

*Art.* 348. — Ajouter à cet article l'alinéa suivant :

« Des extraits de cet état sont adressés aux généraux commandant les régions ».

*Art.* 353. — Cet article est abrogé.

*Art.* 354. — Cet article est abrogé.

(*J. O.* 14 *novembre* 1931.)

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

**" L'Officiel Médical "**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**

## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

**Assurances sociales**

*Circulaire relative au rôle des Caisses d'assurances dans l'organisation de la prévention.* p. 280

**Médecine coloniale**

*Arrêté du 24 septembre 1931 instituant une Commission consultative de la lèpre*..... p. 341

**Pharmacie**

*Décret du 12 janvier 1932 rendant applicable à l'Algérie le décret du 20 mars 1930 sur l'importation, le commerce et l'usage des substances vénéneuses*.......... p. 340

## Accidents du Travail

### Tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail (1)

***Arrêté ministériel du 5 février 1932 modifiant l'arrêté ministériel du 26 octobre 1931, qui n'a jamais été appliqué.***

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET TARIFICATIONS DES ACTES FONDAMENTAUX

Article 1er.

Le prix de la visite ou de la consultation est fixé à 15 fr.

Ce prix comprend les différents procédés d'examens courants : toucher rectal ou vaginal, examen au spéculum, et les petits actes techniques tels que pansements, massage, injections hypodermiques, pointes de feu, ventouses.

Pour les médecins spécialisés en urologie, oculistique, oto-rhino-laryngologie, stomatologie et électroradiologie, ce prix est de 20 fr.

Article 2.

Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue (2), 3 fr. par visite, quelle que soit la distance ;

2° Dans les autres villes et les campagnes, 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

(1) Tarif applicable à partir du 15 Février 1932, au règlement des honoraires pour soins donnés postérieurement à cette date.

(2) Voir Annexe.

*a*) Départements et localités visés à l'annexe (2° *a*) (1) .............................. 1 80

*b*) Départements et localités visés à l'annexe (2° *b*) (2) .............................. 2 25

*c*) Déplacements où par manque de viabilité ou excès d'intempéries (neige) le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied : par kilomètre parcouru à pied ........ 5 »

Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comporteront pas d'indemnité horo-kilométrique ; les fractions supérieures à 500 mètres seront tarifées comme 1 kilomètre.

Cette indemnité s'entendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade.

En principe, elle n'est due qu'autant que le médecin et le blessé habitent deux communes différentes, sauf l'exception ci-après :

Lorsque le blessé et le médecin habitent deux agglomérations ou groupes d'habitations différents situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à un kilomètre, l'indemnité horo-kilométrique est décomptée, par dérogation au paragraphe ci-dessus, d'après la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé, sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à la moitié de l'indemnité horo-kilométrique correspondant à la distance entre le domicile du blessé et le domicile du médecin le plus rapproché.

L'indemnité horo-kilométrique sera applicable au spécialiste appelé en consultation, mais elle ne saurait excéder l'indemnité attribuable au spécialiste de même catégorie le plus rapproché.

### Article 3.

Le prix de la visite est augmenté de 50 p. 100 :

*a*) Lorsqu'elle doit avoir lieu à une heure fixe, dans les cas prévus par le cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905 ;

*b*) Lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent, les dimanches et jours fériés.

Lorsque plusieurs des visites susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 p. 100.

### Article 4.

Le prix de la visite ou de la consultation est triplé lorsque, dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre vingt et une heures et six heures.

### Article 5.

Lorsque, dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif horo-kilométrique sera appliqué en plus, s'il y a lieu.

(1) (2) Voir annexe.

### Article 6.

Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à une visite de plus, dans la limite d'un maximum de cinq visites.

### Article 7.

Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, soit une série d'interventions à tarif spécial, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué ; dans les cas d'urgence, la notification devra être faite aussitôt après la consultation, la visite ou l'intervention du spécialiste, ou après la première des interventions susvisées (1).

### Article 8.

Le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, sera majoré de 25 p. 100, tant pour le chirurgien que pour les aides ou l'anesthésiste.

### Article 9.

Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne pourra être décidée, sauf le cas d'urgence, qu'après avis, par lettre recommandée, du médecin traitant au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

### Article 10.

Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte.

En cas d'interventions chirurgicales comportant plusieurs opérations concomitantes effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule comptée au tarif plein ; les autres sont comptées à demi-tarif.

(1) Cet avis préalable s'impose également à tout spécialiste ayant à pratiquer une série d'interventions à tarif spécial : il n'agit plus alors, en effet, comme médecin consultant ou opérateur, mais devient lui-même un médecin traitant.

Article 11.

Pour les interventions chirurgicales, la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé) est fixée à 80 fr., plus l'indemnité horo-kilométrique de déplacement s'il y a lieu.

Au cas où la présence d'un second aide serait nécessaire, l'opérateur devra produire une justification technique.

Article 12.

L'anesthésie locale est comprise dans tous les prix du présent tarif.

Pour les opérations comportant l'anesthésie générale ou régionale, le médecin anesthésiste reçoit les honoraires fixés à l'article 11 ci-dessus (1).

Article 13.

Les opérations de petite, de grande chirurgie et de spécialités sont tarifées aux articles suivants. Les prix qu'elles comportent ne peuvent se cumuler avec le prix de la visite ou de la consultation.

Article 14.

Dans le cas de blessures ou d'actes médicaux multiples, hors le cas de pansements sur un même membre (2), chaque acte est tarifé à part, sous réserve, en cas d'intervention chirurgicale, de l'application du deuxième paragraphe de l'article 10. Exemple :

Une fracture de bras et une fracture de jambe.

Article 15.

Les interventions qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialités, même si elles sont effectuées par des médecins de pratique générale, seront rémunérées au tarif où elles sont inscrites dans chacune des catégories techniques.

## TITRE II

### PETITE CHIRURGIE ET CHIRURGIE ÉLÉMENTAIRE DES PLAIES ET TRAUMATISMES

Article 16.

*Pansements.*

Pansements multiples sur des membres différents (2) chacun .......................... 15 »
avec maximum de 50 fr.

Pansements multiples sur le même membre (2) .......................... 20 »

Pansements de brûlures (1) :

Petite et moyenne brûlure (un ou deux doigts ou orteils, main, pied, ou surfaces comparables) .......... 15 »

Brûlure comprenant deux segments de membre ou un segment de membre, avec partie adjacente du tronc ou surface équivalente .......... 30 »

Brûlure moyenne de la face (étendue comparable à la paume de la main) .......... 30 »

Grande brûlure :

*a*) Comprenant les trois segments d'un membre ou surface comparable .......... 50 »

*b*) Brûlure de la majeure partie de la face ou du tronc .......... 50 »

*c*) Deux membres .......... 75 »

Vaste brûlure (2) au 1er degré .......... 50 »

Vaste et profonde brûlure au 2e degré et au-dessus .......... 100 »

*Injections sous-cutanées.*

De sérum physiologique .......... 25 »

De sérum antitétanique :

En une seule fois .......... 20 »

En plusieurs fois (Besredka) .......... 25 «

*Injections intraveineuses.*

De sérum ou de médicaments :

Isolées .......... 30 »

En séries .......... 25 »

*Pratiques hématiques.*

Prise de sang pour analyses .......... 20 »

Saignée .......... 40 »

Transfusion du sang :

De moins de 100 centimètres cubes .......... 100 »

Massive .......... 500 »
(non compris l'indemnité au donneur).

(1) Il n'y a anesthésie régionale que dans le cas où l'anesthésie est pratiquée sur les troncs nerveux d'une région ou au niveau du rachis. L'anesthésie pratiquée à la racine d'un doigt (anesthésie en bague) ne saurait être considérée comme régionale. L'anesthésie, quel que soit son mode, ne comporte d'honoraires que si elle est pratiquée par un médecin autre que l'opérateur.

(2) Chaque membre comprend trois segments : bras, avant-bras, main ; cuisse, jambe, pied. Les articulations ne constituent pas un segment de membre, mais n'en sont que les extrémités.

(1) Le pansement de brûlures étant une intervention à tarif spécial, avis préalable doit être donné au patron ou à son assureur substitué de toute série de pansements de brûlure à prévoir, ainsi qu'il est prescrit à l'article 7 ci-dessus.

(2) Au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation, la plaie diminuant d'étendue, il va de soi que les catégories de pansements suivent la même diminution. On doit entendre par vaste brûlure toute brûlure dont la surface ou les surfaces additionnées forment une superficie totale supérieure à celle de deux membres. Toute plaie survenant après la cicatrisation d'une ancienne brûlure ne peut plus être considérée comme une brûlure et son pansement est tarifé comme pansement simple.

*Ponctions.*

| | | |
|---|---|---|
| Ponction exploratrice | 20 | » |
| Ponction lombaire | 60 | » |
| Ponction de la plèvre avec évacuation | 75 | » |
| Ponction du genou (au trocart ou au bistouri) | 60 | » |
| Ponction d'ascite | 50 | » |
| Ponction de la vessie | 80 | » |
| Ponction de la vaginale | 40 | » |
| Ponction de la vaginale avec injection modificatrice | 75 | » |

*Pneumothorax.*

Sous contrôle de la radioscopie et y compris ce contrôle :

| | | |
|---|---|---|
| Le premier | 200 | » |
| Les suivants | 100 | » |

*Petites interventions courantes.*

| | | |
|---|---|---|
| Cathétérisme évacuateur de la vessie | 25 | » |
| Lavage de la vessie : | | |
| Le premier | 30 | » |
| Les suivants | 25 | » |
| Taxis | 30 | » |
| Epistaxis, tamponnement postérieur des fosses nasales | 30 | » |
| Traitement de l'asphyxie (avec traction rythmée de la langue, respiration artificielle, etc., sans cumul avec les dispositions de l'article 6 ci-dessus) | 50 | » |

Article 17.

| | | |
|---|---|---|
| Suture simple de la peau | 25 | » |
| Régularisation, épluchage et suture (1) d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main ou du pied | 40 | » |
| Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse, étendue et profonde, mais n'intéressant ni les tendons ni les troncs nerveux | 100 | » |
| Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils, avec suture des tendons extenseurs ou lésions ostéoarticulaires | 100 | » |
| Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils, avec suture des tendons fléchisseurs | 200 | » |
| Ligature dans la plaie des deux bouts des artères : radiale, cubitale, humérale, faciale, temporale, arcades palmaires et plantaires, tibiale, péronière, poplitée, axillaire, fémorale | 150 | » |
| Extraction de corps étrangers superficiels, visibles ou palpables | 20 | » |
| Extraction de corps étrangers profonds ne nécessitant pas la localisation radiologique | 50 | » |
| Extraction de corps étrangers profonds nécessitant un repérage radiologique | 100 | » |
| Extraction de corps étrangers profonds effectuée sous écran | 300 | » |
| Amputation ou désarticulation d'un doigt ou d'un orteil : | | |
| Partielle | 75 | » |
| Totale | 150 | » |
| (avec ou sans une partie du métacarpien ou du métatarsien). | | |
| Amputation ou désarticulation simultanée de plusieurs doigts ou orteils : | | |
| Partielle | 200 | » |
| Totale | 250 | » |
| (avec ou sans une partie des métacarpiens ou des métatarsiens). | | |
| Incision d'un abcès ou d'un panaris superficiel | 25 | » |
| Incision d'un panaris de la gaine ou d'un abcès sous-aponévrotique | 50 | » |
| Incision d'abcès profonds non viscéraux ou évacuation d'un gros hématome | 100 | » |
| Débridement d'un phlegmon diffus | 150 | » |
| Débridement d'un phlegmon de la main (phlegmon des gaines) | 400 | » |

(1) Par ces expressions, il faut entendre une opération nécessitant habituellement une anesthésie générale ou régionale (art. 12 du tarif) et qui comporte le nettoyage de la plaie, la régularisation au bistouri ou aux ciseaux, l'excision de tous les tissus morts ou voués à la mortification, l'hémostase et la suture. Pareille opération a pour but de transformer une plaie contuse en une plaie bordée de tissus vivants et de chercher, par la suture primitive, une réunion par première intention.

Article 18.

*Fractures fermées.*

Réduction et contention d'une fracture simple sans appareils plâtrés ou silicatés ni extension :

| | | |
|---|---|---|
| Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien, côtes, omoplate, sternum | 35 | » |
| Maxillaire inférieur sans appareillage | 35 | » |
| Rotule | 30 | » |
| Péroné | 30 | » |
| Avant-bras | 60 | » |
| Cuisse, jambe | 60 | » |
| Rachis | 100 | » |

Réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré ou silicaté ou par extension continue :

| | | |
|---|---|---|
| Un seul os de l'avant-bras | 50 | » |
| Extrémité inférieure du radius | 100 | » |
| Deux os de l'avant-bras | 150 | » |
| Humérus | 200 | » |
| Fracture de jambe | 250 | » |
| Fracture de cuisse | 250 | » |

Fracture du rachis ..................... 250 »
Réfection plâtre ordinaire .......... 100 »
Réfection plâtre (type coxalgie ou corset) ........................... 150 »

Article 19.

*Luxations.*

Réduction et contention des luxations récentes par la méthode non sanglante :
Doigt ou orteil ......................... 40 »
Maxillaire inférieur .................. 60 »
Epaule ...................................... 150 »
Pouce ........................................ 75 »
Coude ....................................... 100 »
Genou (y compris luxation de la rotule) 200 »
Hanche ..................................... 300 »
Colonne vertébrale ..................... 300 »

TITRE III

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Article 20.

*Chirurgie des tissus.*

A. — Chirurgie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané :
Suture secondaire de vastes plaies superficielles après avivement ...... 190 »
Régularisation de cicatrices vicieuses importantes ........................... 190 »
Greffes épidermiques ................ 190 »
Autoplasties à lambeaux ............ 375 »

B. — Chirurgie du système lymphatique :
Incision des adéno-phlegmons profonds nécessitant l'anesthésie générale... 190 »

C. — Chirurgie des muscles, tendons et synoviales :.................................
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des membres nécessitant des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses ou nerveuses, ou d'une plaie profonde et étendue des parois thoracoabdominales, avec ou sans lésion osseuse concomitante, et nécessitant les mêmes interventions. 375 »
Débridement des phlegmons des gaines. 375 »
Intervention sur les muscles (rupture sous-cutanée, hernie) ............ 375 »
Intervention sur les tendons (suture après cicatrisation de la plaie, anastomose et greffe) ............... 375 »
Ablation d'hygroma ................. 190 »

D. — Chirurgie des vaisseaux :
Ligatures faites isolément comme opérations spéciales :
Des artères des membres ......... 375 »
De carotide, sous-clavière, hypogastrique ........................... 750 »
Cure des anévrismes (sauf par ligature simple, V. ci-dessus) ............. 750 »
Résection veineuse ...................... 375 »
Suture et anastomose vasculaire ..... 750 »

E. — Chirurgie des nerfs :
Suture nerveuse primitive, y compris le traitement de la plaie .......... 375 »
Suture nerveuse secondaire faite isolément, libération d'un nerf comprimé, sympathectomie ......................... 750 »

F. — Chirurgie des os :
Débridement, esquillectomie d'une fracture ouverte (à l'exclusion des doigts et orteils) avec réduction par gouttière ou appareil à extension, nécessitant l'anesthésie générale ou régionale ............................ 375 »
Avec réduction par appareil plâtré... 500 »
Avec ostéosynthèse (appareil compris) ................................. 750 »
Curetage et évidement (avec anesthésie générale ou régionale) ............ 375 »
Ostéosynthèse (y compris les appareils de contention) ........................ 750 »
Grandes résections (y compris les appareils de contention) ............... 1.125 »
Greffes osseuses (y compris les appareils de contention) ................ 1.125 »

G. — Chirurgie articulaire :
Traitement d'une plaie avec ouverture de l'articulation (régularisation, épluchage, suture) :
Les petites articulations ........ 185 »
Les grandes articulations ........ 375 »
Arthrotomies de drainage des grandes articulations ........................ 375 »
Arthrotomies avec interventions aseptiques intra-articulaires........... 750 »
Résections et arthrodèses :
Petites articulations (doigts et orteils) ............................ 375 »
Les autres articulations ........... 1.125 »
Arthroplasties ......................... 1.200 »

Article 21.

*Chirurgie des régions.*

A. — Membres : amputations et désarticulations :
Traitement des pieds bots acquis :
Par ténotomie et plâtre .............. 375 »
Par résection osseuse ................ 750 »
Résection ou énucléation des os du carpe ................................ 750 »
Astragalectomie ........................ 1.125 »
Désarticulation ou résection de la tota-

lité d'un ou de plusieurs métacarpiens ou métatarsiens avec ou sans leur doigt ... 375 »
Amputations ou désarticulations du poignet à l'épaule incluse ... 750 »
Amputations ou désarticulations du tarse à la hanche incluse ... 750 »
Désarticulation inter-scapulo-thoracique de la hanche ... 1.125 »
Désarticulation inter-illio-abdominale ... 1.200 »
Réfection des moignons :
Doigts et orteils ... 110 »
Autres moignons ... 375 »

B. — Tête :

Régularisation, esquillectomie et suture d'une fracture ouverte de la voûte intéressant la table interne ... 375 »
Avec intervention intra-cranienne, telle qu'ablation de corps étranger ... 750 »
Trépanations exécutées sans plaies préalables (par exemple embarrure) ... 750 »
Avec intervention intra-cranienne ... 1.125 »
Résection des maxillaires ... 1.125 »

C. — Cou :

Traitement opératoire des plaies du cou avec intervention sur les gros vaisseaux ou les viscères ... 750 »
Œsophagotomie externe ... 750 »
Trachéotomie ... 375 »

D. — Thorax :

Traitement opératoire des plaies de poitrine :

Avec fractures ouvertes de côtes ... 375 »
Avec lésions viscérales du poumon ... 1.125 »
Avec plaies du cœur ... 1.200 »
Avec lésions du médiastin, œsophage compris ... 1.200 »
Pleurotomie simple ... 190 »
Pleurotomie avec résection costale, péricardotomie ... 375 »
Thoracoplastie ... 1.125 »
Phrénicectomie ... 375 »

E. — Rachis :

Intervention sanglante pour luxation ou fracture de la colonne vertébrale ... 1.125 »
Laminectomie avec intervention sur la moelle ... 1.200 »

F. — Paroi abdominale, hernies :

Laparotomie seule (exploratrice ou évacuatrice) ... 500 »
Incision des phlegmons de la paroi ... 190 »
Cure radicale des hernies et éventrations étranglées ou non ... 750 »
Avec résection intestinale ... 1.125 »
Hernie double (1/3 en plus).

Article 22.

*Chirurgie des viscères abdomino-pelviens.*

A. — Appareil digestif :

Traitement des plaies et contusions de l'abdomen par laparotomie seule ... 500 »
Avec intervention sur les viscères :
Ne comportant que des sutures ... 750 »
Comportant des résections ... 1.125 »
Traitement des plaies de la région anale :
Avec lésions de l'anus ... 375 »
Avec lésions du rectum ... 750 »

B. — Appareil urinaire. (Voir infra-urologie, art. 23.)

C. — Appareil génital mâle (Voir infra-urologie, art. 23.)

D. — Appareil génital femelle :

Accouchement d'origine traumatique sans complication ... 375 »
Avortement thérapeutique ... 375 »
Fausse couche non compliquée ... 190 »
Traitement de la rétention placentaire (curetage) ... 190 »
Accouchement provoqué ... 750 »
Césarienne abdominale ... 1.125 »
Périnéorraphie immédiate, mais étendue (1) ... 190 »
Périnéorraphie après cicatrisation ... 375 »

## TITRE IV

### Spécialités

Article 23.

*Urologie.*

Cathétérisme de l'urèthre pour traumatisme ... 37 50
Dilatation simple (bougie ou béniqué), par séance ... 30 »
Dilatation électrolytique ... 45 »
Traitement diathermique ou électrolytique des lésions de l'urèthre, la séance ... 75 »
Instillations, par séance ... 75 »
Urétroscopie ... 75 »
Cystoscopie ... 150 »
Cathétérisme des uretères et séparation des urines ... 300 »
Urétrotomie interne ... 375 »
Urétrotomie externe ... 750 »
Castration ... 375 »
Double (un tiers en plus).

(1) Les déchirures superficielles du périnée ne comportant que quelques points de suture sont comprises dans le prix de l'accouchement.

| | | |
|---|---|---|
| Amputation de la verge | 750 | » |
| Méatotomie simple | 75 | » |
| Lavage et instillation du bassinet | 300 | » |
| Circoncision | 190 | » |
| Electrolyse linéaire ou circulaire en un temps | 375 | » |
| Urétrotomie externe avec taille hypogastrique | 1.125 | » |
| Cure radicale des épanchements traumatiques de la vaginale | 375 | » |
| Ouverture d'abcès périnéaux | 185 | » |
| Infiltration d'urine (traitement par débridements) | 750 | » |
| Incision des abcès de la prostate | 375 | » |
| Cystostomie ou cystotomie | 375 | » |
| Débridement du phlegmon périnéphrétique | 375 | » |
| Néphropexie | 750 | » |
| Néphrectomie | 1.125 | » |
| Néphrotomie ou urétérotomie | 750 | » |
| Extraction de corps étrangers urétraux ou vésicaux par les voies naturelles | 375 | » |
| Réfection de l'urèthre avec taille hypogastrique | 1.125 | » |
| Traitement des fistules vésico-vaginales par avivement et suture | 375 | » |
| Par procédé complexe | 1.125 | » |

Article 24.

*Oto-rhino-laryngologie.*

| | | |
|---|---|---|
| Prix de la consultation qui comprend le cathétérisme de la trompe, le badigeonnage rétro-pharyngien, les cautérisations et pointes de feu (sauf sur le larynx), massage, air chaud, instillation intra-pharyngée | 20 | » |
| Naso-pharynx et pharynx : | | |
| Ablation de la luette | 75 | » |
| Suture du voile du palais | 250 | » |
| Réparation d'une lésion traumatique du palais osseux | 500 | » |
| Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste | 100 | » |
| Nez et sinus : | | |
| Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste | 75 | » |
| Corps étrangers des fosses nasales : | | |
| Sans intervention sanglante | 40 | » |
| Avec intervention sanglante | 150 | » |
| Cornétomie | 150 | » |
| Résection d'une crête de la cloison | 150 | » |
| Incision d'un hématome suppuré traumatique de la cloison | 150 | » |
| Résection sous-muqueuse de la cloison | 400 | » |
| Réduction d'une fracture récente du nez | 100 | » |
| Réduction d'une fracture du nez vicieusement coaptée | 750 | » |
| Réfection de la pyramide nasale partiellement détruite | 750 | » |
| Ponction du sinus maxillaire | 40 | » |
| Trépanation du sinus : | | |
| Maxillaire | 750 | » |
| Frontal | 750 | » |
| Sphénoïdal | 1.000 | » |
| Fronto-ethmoïdal | 1.000 | » |
| Oreilles : | | |
| Extraction de corps étranger simple | 40 | » |
| Extraction de corps étranger nécessitant une opération sanglante avec décollement du pavillon | 250 | » |
| Abcès profond du conduit auditif externe | 40 | » |
| Paracentèse du tympan | 75 | » |
| Ablation des osselets par voie naturelle | 300 | » |
| Trépanation de la mastoïde | 750 | » |
| Evidement pétro-mastoïdien | 1.000 | » |
| Examen de l'audition (rapport compris) | 50 | » |
| Examen labyrinthique (rapport compris) | 100 | » |
| Larynx, œsophage, trachée, bronches : | | |
| Galvano-cautérisation du larynx : | | |
| La première séance | 75 | » |
| Les suivantes | 40 | » |
| Tubage du larynx : | | |
| La première séance | 200 | » |
| Les suivantes | 100 | » |
| Trachéotomie | 400 | » |
| Laryngotomie | 750 | » |
| Œsophagoscopie | 150 | » |
| Extraction des corps étrangers de l'œsophage : | | |
| Par œsophagoscopie | 350 | » |
| Par œsophagotomie externe | 750 | » |
| Extraction des corps étrangers du larynx et des bronches : | | |
| Par bronchoscopie supérieure | 350 | » |
| Par bronchoscopie inférieure (trachéotomie comprise) | 750 | » |
| Dilatation des sténoses laryngées ou œsophagiennes : la séance | 50 | » |

Article 25.

*Ophtalmologie.*

| | | |
|---|---|---|
| Prix de la consultation qui comprend la mise en œuvre des instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement, les lavages, les instillations de collyre et l'extraction de corps étrangers superficiels | 20 | » |
| A. — Opérations à 30 fr., telles que : | 30 | » |
| Cathétérisme ou irrigation des voies lacrymales ; | | |
| Injection sous-conjonctivale ; | | |

Extraction sous anesthésie locale d'un corps étranger profond fixé sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale ;
Ouverture d'abcès superficiel de la région palpébrale ;
Pansement de vaste plaie de la région orbito-faciale ;
Saignée de la région périorbitaire (ventouse de Heurteloup) ;
Ouverture du sac lacrymal ;
Scarification conjonctivale.

B. — Opérations à 120 fr., telles que : 120 »
Extraction d'un corps étranger des parties molles (œil ou orbite non compris) ;
Extraction d'un corps étranger profond de la sclérotique ;
Application diagnostique de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire ;
Cautérisation de la cornée pour ulcère infectieux en une ou plusieurs séances ;
Péritomie ;
Péricautérisation en une ou plusieurs séances ;
Paracentèse, kératotomie ;
Ponction du globe ;
Tatouage de la cornée ;
Ectropion ou entropion partiel.

C. — Opérations à 225 fr., telles que : 225 »
Hernie de l'iris ;
Electrolyse lacrymale ou ciliaire en une ou plusieurs séances ;
Suture de plaies étendues ou compliquées (paupière et globe) ;
Recouvrement conjonctival ou occlusion chirurgicale des paupières ;
Opération sur le sac ou la glande lacrymale ;
Phlegmon de l'orbite ;
Brossage, expression ou cautérisation de granulations susceptibles de compliquer un traumatisme atteignant la cornée ou les milieux intra-oculaires, en une ou plusieurs séances.

D. — Opérations à 375 fr., telles que : 375 »
Libération de cicatrices palpébrales, en une ou plusieurs séances ;
Iridectomie.

E. — Opérations à 600 fr., telles que : 600 »
Cataracte ;
Cataracte secondaire, capsulectomie ;
Corps étranger intraoculaire ;
Enucléation, éviscération ;
Exentération du globe ;
Ectropion ou entropion total ;
Ptosis ;
Opération sur les muscles de l'œil ;
Opération plastique des paupières.

F. — Opérations à 800 fr., telles que : 800 »
Opération antiglaucomateuse (Elliott-Lagrange) ;
Résection des nerfs de l'orbite ;
Amputation du segment antérieur ou opération plastique du globe en vue de la prothèse ;
Opération intraorbitaire ;
Réfection complète des paupières ;
Libération et réfection du cul-de-sac conjonctival en une ou plusieurs séances ;
Dacryocystorhinostomie.

Article 26.

*Stomatologie.*

| | |
|---|---|
| Extraction d'une dent sous anesthésie locale ........................ | 25 » |
| Pansement pulpaire ou radiculaire : | |
| Le premier ........................ | 25 » |
| Les suivants ........................ | 20 » |
| Obturation simple (ciment ou amalgame d'argent) ........................ | 30 » |
| Incision d'un abcès sous-muqueux d'origine dentaire ........................ | 20 » |
| Esquillectomie alvéolaire ........................ | 30 » |
| Tamponnement alvéolaire pour hémorragie secondaire postopératoire ...... | 20 » |
| Tamponnement pour hémorragie incoercible, par exemple chez un hémophile (1) | 80 » |
| Extraction d'une racine de dent fracturée traumatiquement ........................ | 50 » |
| Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire .......... | 60 » |
| Extraction d'une dent au cours de complications aiguës nécessitant une anesthésie régionale ........................ | 90 » |
| Trépanation et lavage du sinus maxillaire par la voie alvéolaire, après extraction de la dent causale d'une sinusite maxillaire aiguë ........................ | 200 » |
| Réduction et contention d'une fracture des maxillaires n'intéressant que la région alvéolaire par attelle métallique ligaturée ........................ | 150 » |
| Réduction et contention d'une fracture complète des maxillaires supérieur ou inférieur, par attelles métalliques ligaturées (ficelage, blocage intermaxillaires, etc.) (2) ........................ | 400 » |

(1) Les dispositions de l'article 6 ne jouent pas dans ce cas.

(2) Si la réduction et la contention imposent un appareillage mécanoprothétique (gouttières, coulées, guides, bielles, etc.), les appareils construits feront l'objet d'un devis particulier.

Article 27.

*Radiologie et électroradiologie.*

Consultation écrite d'un électroradiologiste (3) ........ 20 »

1° Radiographie osseuse.

| | | |
|---|---|---|
| Doigt, orteil (face et profil) | 40 | » |
| Main, poignet, pied (face ou profil) | 65 | » |
| Main, poignet, pied (face et profil) | 80 | » |
| Avant-bras (face ou profil) | 65 | » |
| Avant-bras (face et profil) | 100 | » |
| Coude, diaphyse humérale (face ou profil) | 80 | » |
| Coude, diaphyse humérale (face et profil) | 125 | » |
| Epaule (de face) | 125 | » |
| Epaule (de profil) | 200 | » |
| Epaule (de face et de profil) | 290 | » |
| Crâne (de face ou de profil) | 165 | » |
| Crâne (de face et de profil) | 250 | » |
| Crâne (en projection verticale) | 250 | » |
| Orbite (de face et de profil) | 180 | » |
| Dents, méthode intra-buccale, une plaque | 65 | » |
| Dents, chaque plaque supplémentaire | 30 | » |
| Maxillaire inférieur | 135 | » |
| Hémi-thorax (côte ou omoplate) | 170 | » |
| Thorax (de face ou de profil) | 200 | » |
| Pied, cou-de-pied, jambe (face ou profil) | 85 | » |
| Pied, cou-de-pied, jambe (face et profil) | 100 | » |
| Pied (face et profil, avec projection verticale du calcanéum) | 130 | » |
| Genou, diaphyse fémorale (face ou profil) | 100 | » |
| Genou, diaphyse fémorale (face et profil) | 150 | » |
| Hanche (de face) | 150 | » |
| Hanche (de profil) | 200 | » |
| Hanche (de face et de profil) | 320 | » |
| Rachis cervical (de face ou de profil) | 135 | » |
| Rachis cervial (de face et de profil) | 200 | » |
| Rachis dorsal (de face ou de profil) | 165 | « |
| Rachis dorsal (de face et de profil) | 335 | » |
| Rachis lombaire (de face ou de profil) | 165 | » |
| Rachis lombaire (de face et de profil) | 335 | » |
| Rachis en entier (deface ou de profil) | 335 | » |
| Rachis en entier (de face et de profil) | 450 | » |
| Sacrum (de face) | 170 | » |
| Sacrum (de face et de profil) | 320 | » |
| Bassin | 200 | » |

2° Examens radioscopiques.

| | | |
|---|---|---|
| Bras ou jambe | 80 | » |
| Thorax, tête ou abdomen | 100 | » |

3° Radiodiagnostic des viscères.

| | | |
|---|---|---|
| Poumons : | | |
| Examen à l'écran | 100 | » |
| — avec calque | 135 | » |
| — radioscopie et 1 radiographie | 200 | » |
| Poumons : | | |
| 2 clichés avec radioscopie, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, soit de face et de profil, soit de face et en position oblique | 335 | » |
| Cœur, aorte : | | |
| Examen à l'écran | 100 | » |
| — calque orthodiagramme | 150 | » |
| — radioscopie et 1 téléradiographie | 200 | » |
| — radioscopie et 2 téléradiographies | 335 | » |
| Œsophage et estomac : | | |
| Examen à l'écran | 100 | » |
| — avec calque | 135 | » |
| — radioscopie et 1 radiographie | 200 | » |
| Estomac avec étude de l'évacuation, quel que soit le nombre de séances : | | |
| Examen à l'écran | 200 | » |
| — avec un ou plusieurs calques | 250 | » |
| — avec radioscopie et 1 ou 2 radiographies | 335 | » |
| Tube digestif complet, étude du transit en plusieurs journées : | | |
| Examen à l'écran | 335 | » |
| — avec calque | 400 | » |
| — radioscopies et 2 radiographies | 500 | » |
| Foie (après préparation spéciale) : | | |
| Examen à l'écran | 135 | » |
| — avec calque | 170 | » |
| — radioscopie et 2 radiographies | 200 | » |
| Vessie : | | |
| 1 rein ou 1 uretère | 170 | » |
| 2 reins ou 2 uretères | 250 | » |
| 1 rein et 1 uretère | 335 | » |
| Système urinaire complet en plusieurs clichés | 500 | » |
| Système urinaire en un seul cliché | 200 | » |

4° Radiographies stéréoscopiques.

Le double d'un cliché ordinaire.

5° Electro-diagnostic.

Examen électrodiagnostic avec rapport sur cet examen seul ........ 70 »

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de la face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jam-

(3) Le commentaire qui doit accompagner le cliché ou la radioscopie ne donne pas lieu à honoraires supplémentaires.

bes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il faut examiner le sujet tout entier.

6° Electrothérapie.

| | | |
|---|---|---|
| Traitement galvanique et faradique simple : par séance, quel que soit le nombre de séances | 25 | » |
| Ce prix sera augmenté de : | | |
| Si l'on est obligé de soigner deux régions | 10 | » |
| Si l'on est obligé de soigner trois régions | 20 | » |
| Traitement électrique à domicile par un spécialiste avec appareil transportable, les prix ci-dessus augmentés d'une indemnité de transport de l'appareil | 15 | » |
| Traitement comprenant l'électrisation complète (courant de Morton, air chaud, etc.), chaque séance | 25 | » |
| Diathermie | 25 | » |
| Electrolyse de l'œsophage ou du rectum | 250 | » |
| Lavement au domicile du malade | 335 | » |

OBSERVATIONS

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu, quel que soit le nombre de poses, un supplément de ... 30 »

Les prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée :

| | | |
|---|---|---|
| 18/24 | 10 | » |
| 24/30 | 12 | » |
| 30/40 | 15 | » |

Toutes autres radiographies de la même région, prises le même jour, dans une autre position, seront comptées chacune 75 p. 100 du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose.

Sauf les cas d'extrême urgence (1), l'exploration radiologique et l'électrodiagnostic doivent être prescrits par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours, à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Dans les cas d'extrême urgence, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire.

(1) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique ou l'électrodiagnostic.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, les épreuves datées et signées par lui porteront le nom du blessé, seront accompagnées d'un commentaire détaillé en deux exemplaires : un exemplaire des radiographies et un exemplaire du commentaire seront remis au patron ou à l'assureur, l'autre au blessé.

Les radiographies : épaule de profil, crâne position verticale ; thorax ou poumons en deux positions ; pied, en projection verticale, hanche ou sacrum de profil, ne pourront être faites que sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef de l'entreprise ou de son assureur substitué.

La recherche de la chronaxie ne devra être faite que sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Au cas où l'épreuve radiographique serait reconnue insuffisante par le médecin contrôleur, celui-ci pourra, par lettre recommandée, dans les dix jours qui suivront la réception de l'épreuve, demander en communication le film lui-même. Au cas où le médecin contrôleur jugerait notoirement insuffisants l'épreuve et le film, le payement sera obligatoirement soumis à la commission d'arbitrage où le radiologiste pourra donner les raisons de cette insuffisance.

Toute application radiologique au domicile du malade sera tarifée :

1° Le prix ordinaire de ou des examens ;

2° Une indemnité de déplacement de 75 fr. ;

3° Le prix de location des appareils, du jour de l'examen demandé par le constructeur ;

4° Lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité basé sur la distance kilométrique.

Article 28.

*Kinésithérapie.*

| | | |
|---|---|---|
| Séance de massage, de mobilisation ou d'air chaud | 15 | » |
| Mobilisation par appareil de mécanothérapie, la séance, avec ou sans massage | 20 | » |

Article 29.

*Examens biologiques.*

Urines :

| | | |
|---|---|---|
| Analyse simple (dosage d'un élément) | 15 | » |
| Analyse chimique, dite complète | 50 | » |
| Examen cytologique et bactériologique : | | |
| Sans culture, recherche du bacille de Koch | 50 | » |
| Avec culture | 100 | » |

Sang :

| | |
|---|---|
| Dosage de l'urée (selon la méthode)... 40 » à | 50 » |
| Dosage du glucose | 60 » |
| Constante d'Ambard | 80 » |
| Recherche des hématozoaires | 75 » |
| Hémoculture | 125 » |
| Séro T. A. B. | 100 » |
| Réaction de Bordet-Wassermann et Hecht | 100 » |
| Coagulation et temps de saignement.. | 60 » |
| Etude des groupes sanguins | 50 » |

Liquide rachidien.

| | |
|---|---|
| Examen cytologique et bactériologique : | |
| (Sans culture) | 100 » |
| (Avec culture) | 150 » |
| Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal | 150 » |

Pus, liquides de ponction :

| | |
|---|---|
| Cyto-bactériologie : | |
| (Sans culture) | 60 » |
| (Avec culture) | 100 » |
| Suc gastrique. — Analyse complète. | 100 » |

Exsudats :

| | |
|---|---|
| Nasopharyngé (culture sur sérum).... | 50 » |

Uréthral :

| | |
|---|---|
| (Sans culture) | 35 » |
| (Avec culture) | 100 » |
| Sperme. — Examen cytobactériologique. | 100 » |
| Expectoration. — Recherche du bacille de Koch, homogénéisation | 60 » |

Selles :

| | |
|---|---|
| Recherche des parasites, vers amibes | 75 » |
| Examen microscopique sans culture. | 60 » |
| Examen bactériologique avec culture. | 150 » |
| Calculs. — Recherche dans l'urine et les selles | 60 » |
| Autovaccins et bactériophages | 150 » |
| Examens histopathologiques | 150 » |

Prélèvements :

| | |
|---|---|
| Tubage gastrique | 50 » |
| Biopsie pour examen histologique.... | 120 » |

OBSERVATIONS

I. — Il est entendu qu'une réduction de 5 p. 100 s'appliquera aux prix ci-dessus des examens biologiques, à raison de la même réduction imposée aux pharmaciens.

II. — Sauf les cas d'extrême urgence (1), l'examen biologique doit être prescrit par le médecin-traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Dans les cas d'extrême urgence, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

(1) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'examen biologique.

## TITRE V

### Certificats. — Arbitrage. — Exécution de l'arrêté

#### Article 30.

Certificat médical initial constatant de façon précise le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable, y compris la copie : 8 fr.

Donneront droit à une indemnité spéciale de 15 fr. : 1° en cas de blessures graves, le certificat initial descriptif de l'état du blessé ; 2° le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave ; 3° le certificat final descriptif constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave.

L'avis par lequel le médecin indique dans sa dernière consultation la possibilité de reprise du travail, la guérison ou la consolidation du blessé ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifé à 16 fr. Ne sont pas considérées comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri.

Les prix ci-dessus comprennent les frais de correspondance.

#### Article 31.

Les allocations dues en vertu du présent arrêté feront l'objet d'une note d'honoraires par blessé signée du médecin traitant et contenant :

1° Les nom et adresse du médecin traitant ;
2° Les nom et adresse du blessé ;
3° Les nom et adresse du chef d'entreprise ;
4° La date de l'accident ;
5° L'endroit où le blessé a été soigné ;
6° L'indication de la distance, s'il y a lieu, à tarif kilométrique ;
7° L'indication dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que les circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnité dedéplacement, etc.), qui peuvent en modifier le prix ;

8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif et les décisions prises d'accord ;

9° L'indication des fréquences de visites ou de consultations et de tout ce qui, dans le traitement, a pu présenter un caractère anormal ;

10° Le coût des honoraires.

Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

Article 32.

En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à la seule application du présent tarif, les parties intéressées pourront les déférer aux commissions d'arbitrage.

Article 33.

Le présent arrêté prendra effet le 15 février 1932. Il vaudra pour une durée d'un an.

Article 34.

L'arrêté du 26 octobre 1931 est rapporté.

(*J. O.*, 11 février 1932.)

## ANNEXE A L'ARTICLE 2

*Art.* 2. — Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue : 3 fr. par visite, quelle que soit la distance.

La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise :

Arrondissement de Versailles : les cantons de Versailles, Argenteuil, Maisons-Laffitte, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres ;

Arrondissement de Pontoise : les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, Taverny, le Raincy.

La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées en totalité ou pour la partie la plus importante de l'agglomération dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes ;

2° Dans les autres villes et les campagnes : 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

*a*) Le chiffre ci-dessus est porté à 1 fr. 80 par kilomètre parcouru pour les déplacements effectués dans les zones suivantes :

Corrèze, Creuse, Haute-Vienne, Vosges, Pyrénées-Orientales, Alpes-Maritimes : tout le département.

Corse, arrondissements de Bastia, d'Ajaccio, de Sartène : tous les cantons sauf ceux énumérés au paragraphe *b*) ; arrondissement de Corté : cantons de Venaco, Omessa, Moïta (commune d'Aléria), Ghisoni (commune de Ghisonaccia), Corté.

Puy-de-Dôme et Haute-Savoie : cantons et communes autres que ceux énumérés au paragraphe *b*).

*b*) L'indemnité est portée à 2 fr. 25 par kilomètre parcouru pour les déplacements effectués dans les zones suivantes :

Ain

Arrondissement de Gex.

Arrondissement de Nantua.

Arrondissement de Belley, sauf le canton de Lagnieu.

Arrondissement de Bourg : cantons de Ceyzeriat, de Treffort, sauf Saint-Etienne-du-Bois ; canton de Coligny, sauf les communes de Beaupont, Beny, Domsure, Marboz, Pirajoux et Villemotier.

Corse

Arrondissement de Bastia : cantons de la Porta, Campile, Campitello, Olmi-Capella, Calenzana (communes de Galeria et Manso).

Arrondissement d'Ajaccio : cantons d'Evisa, Soccia, Vico, Salice, Zicavo.

Arrondissement de Sartène : cantons de Levie, Serra.

Arrondissement de Corté : tout l'arrondissement, sauf les cantons et communes énumérés au paragraphe *a*).

Hautes-Alpes

*Arrondissement de Briançon.*

Canton d'Aiguilles. — Communes d'Abries, Château-Ville-Vieille, Arvieux, Molines, Ristolas, Saint-Veran.

Canton de l'Argentière. — Communes de Pelvoux, Puy-Saint-Vincent, la Roche-de-Rame, Saint-Martin-de-Queyrières, Vallouise, les Vigneaux.

Canton de Briançon. — Communes de Cerrières, Montgenèvre, Nevache, Puy-Saint-André, Puy-Saint-Pierre, Val-des-Prés, Villard-Saint-Pancrace.

Canton de la Grave. — Commune de Villard-d'Arène.

Canton de Guillestre. — Communes de Ceillac, Champcella, Eygliers, Freissinières, Mont-Dauphin, Réotier, Risoul, Saint-Clément, Saint-Crépin, Vars.

Canton de Monêtier-les-Bains. — Communes de Saint-Chaffrey, la Salle.

*Arrondissement d'Embrun.*

Communes de Baratier, Châteauroux, Crevoux, les Crottes, les Orres, Saint-André-d'Embrun, Saint-Sauveur.

*Vallée du Drac.*

Canton de Saint-Bonnet. — Communes d'Ancelle, Benevent-en-Charbillac, Buissard, Chabottes,

Chabottonnes, les Costes, la Fare, Forest-Saint-Jullien, les Infournas, Laye, Molines-en-Champsaur, la Motte-en-Champsaur, le Noyer, Poligny, Saint-Eusèbe, Saint-Julien-en-Champsaur, Saint-Laurent-du-Cros, Saint-Léger, Saint-Michel-de-Chaillol.

Canton d'Orcières. — Communes de Champoléon, Saint-Jean, Saint-Nicolas.

*Vallée de la Séveraisse.*

Canton de Saint-Firmin. — Communes d'Aspres-les-Corps, Chauffayer, Clémence-d'Ambel, le Glaizil, Guillaume-Peyrouse, Saint-Jacques, Saint-Maurice, Villar-Loubière.

*Vallée du Dévoluy.*

Canton de Saint-Etienne-en-Dévoluy. — Communes d'Agnières, la Cluse, Saint-Disdier.

DOUBS

Cantons d'Amancey, de Besançon Sud, d'Ornans, de Pierrefontaine, de Quingey, de Vercel, d'Hérimoncourt, de Maiche, de Pont-de-Roide, de Russey, de Saint-Hippolyte, de Levier, de Montbenoit, de Morteau, de Mouthe, de Pontarlier.

JURA

Tous les cantons de l'arrondissement de Saint-Claude.

Dans l'arrondissement de Poligny, les cantons de : Champagnole, de Nozeroy, des Planches, de Salins.

PUY-DE-DÔME

*Arrondissement de Clermont-Ferrand.*

Cantons d'Herment, de Bourg-Lastic, de Rochefort-Montagne, de Saint-Amant-Tallende.

*Arrondissement d'Issoire.*

Cantons de Besse, d'Ardes-sur-Couze, de Sauxillanges.

*Arrondissement d'Ambert.*

Cantons de Saint-Germain-l'Herm, d'Arlanc, de Viverols, de Saint-Antheme, d'Ambert, d'Olliergues, de Saint-Amant-Roches-Savine, de Cunlhat.

*Arrondissement de Thiers.*

Cantons de Thiers, de Saint-Remy-sur-Durolle, de Chateldon, de Courpière.

*Arrondissement de Riom.*

Cantons de Saint-Gervais-d'Auvergne, de Manzat, de Pontaumur, de Pontgibaud.

SAVOIE

*Arrondissement de Chambéry.*

Aillon-le-Jeune, Aillon-le-Vieux, Ansigny, Arith, Arvillard, Avressieux, Ayn, Bellecombe-en-Bauges, Billième, Bissy, Bourget-en-Huile, Bridoire (la), Cessens, Chambéry-le-Vieux, Champ-Laurent, Chanaz, Chapelle-Blanche (la), Chapelle-Mont-du-Chat (la), Chatelard (le), Chindrieux, Conjux, Corbel, Croix-de-la-Rochette (la), Curienne, Déserts (les), Doucy-en-Bauges, Drumettaz-Clarafond, Dullin, Entremont-le-Vieux, Epersy, Etable, Gerbaix, Grésin, Hauteville, Jacob-Bellecombette, Lescheraines, Loisieux, Marcieux, Méry, Montagnole, Montcel, Montendry, Motz, Mouxy, Novalaise, Noyer (le), Ontex, Pontet (le), Presle, Pugny-Chatenod, Puygros, Rochefort, Rochette (la), Ruffieux, Serrières-en-Chautagne, Saint-Cassin, Saint-Franc, Saint-François-de-Sales, Saint-Germain, Saint-Genix-sur-Guiers, Saint-Jean-d'Arvey, Sainte-Marie-d'Alvey, Saint-Maurice-de-Rotherens, Saint-Offenge-Dessous, Saint-Offenge-Dessus, Saint-Ours, Saint-Paul-sur-Yenne, Saint-Pierre-d'Alvey, Saint-Pierre-de-Curtille, Saint-Pierre-d'Entremont, Saint-Pierre-de-Soucy, Saint-Sulpice, Table (la), Thoiry, Thuile (la), Traize, Tresserve, Trevignin, Verel-Pragondran, Verel-de-Montbel, Verneil (le), Villard-d'Héry, Villaroux, Vimines, Vions.

*Arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne.*

Albanne, Albiez-le-Jeune, Albiez-le-Vieux, Aussois, Avrieux, Beaune, Bessans, Bonneval-sur-Arc, Bonvillaret, Chatel (le), Fontcouverte, Hermillon, Jarrier, Lanslebourg, Lanslevillard, Modane, Montaimont, Mont-Denis, Montgellafrey, Montgilbert, Montpascal, Montricher, Montrond, Montsapey, Montvernier, Notre-Dame-du-Cruet, Randens, Saint-Alban-des-Villards, Saint-André, Saint-Colomban-des-Villards, Saint-Etienne-de-Cuines, Saint-François-sur-Bugeon, Saint-Jean-d'Arves, Saint-Jean-de-Maurienne, Sainte-Marie-de-Cuines, Saint-Martin-d'Arc, Saint-Martin-sur-la-Chambre, Saint-Michel-de-Maurienne, Saint-Pancrace, Saint-Sorlin-d'Arves, Thyl, Valloire, Valmeinier, Villarambert, Villarodin.

*Arrondissement d'Albertville.*

Aigueblanche, Aime, Albertville, Allondaz, Allues (les), Arèches, Avanchers (les), Beaufort-sur-Doron, Bellecombe (Tarentaise), Bellentre, Bois (le), Bonneval, Bonvillard, Bourg-Saint-Maurice, Bozel, Brides-les-Bains, Celliers, Césarches, Champagny, Chapelles (les), Cléry, Cohennoz, Côte-d'Aime (la), Doucy-Tarentaise, Feissons-sur-Isère, Feissons-sur-Salins, Flumet, Fontaine-le-Puits, Giettaz (la), Grand-Cœur (le), Granier, Hautecour, Hauteluce, Hauteville-Gondon, Héry-sur-Ugine, Landry, Longeloy, Macot, Marthod, Mercury-Gemilly, Montagny, Montgirod, Montvalezan, Moutiers, Naves, Notre-Dame-de-Bellecombe, Notre-Dame-de-Briançon, Notre-Dame-du-Pré, Pallud, Peisey, Perrière (la), Petit-Cœur (le), Planay, Plancherine, Pralognan, Pussy, Queige, Salins, Séez, Saint-Bon, Sainte-Foy, Saint-Jean-de-Belleville, Saint-Laurent-de-la-Côte, Saint-Marcel, Saint-Martin-de-Belleville, Saint-Nicolas-la-Chapelle,

Saint-Oyen, Saint-Paul-sur-Isère, Tessens, Thénésol, Tignes, Ugine, Val-d'Isère, Valezan, Venthon, Verrens-Arvey, Villard-sur-Doron, Villargerel, Villarlurin, Villaroger, Villette.

HAUTE-SAVOIE

*Arrondissement d'Annecy.*

Alby-sur-Chéran, Alex, Archamps, Arcine, Balme-de-Sillingy (la), Balme-de-Thuy, Balmont, Beaumont, Bonneguête, Bouchet-de-Serraval (le), Cercier, Cernex, Chainaz-les-Frasses, Challonges, Chapery, Charvonnex, Chaumont, Chavannaz, Chavanod, Chêne-en-Semine, Chénex, Chessenaz, Chevrier, Chilly, Choisy, Clarafond, Clefs (les), Clermont, Clusaz (la), Collonges-sous-Salève, Crempigny, Cruseilles, Cusy, Cuvat, Desingy, Dingy-en-Vuache, Dingy-Saint-Clair, Droisy, Entrevernes, Epagny, Etercy, Evires, Faverges, Ferrières, Frangy, Grand-Bornand, Groisy, Hery-sur-Alby, Jonzier-Epagny, Lathuille, Lornay, Manigod, Marcellaz-sur-Albanais, Marlens, Massingy, Menthon, Menthonnex-en-Bornes, Minzier, Montmin, Moye, Naves, Ollières (les), Présilly, Saint-André-Val-de-Fier, Saint-Blaise, Saint-Eusèbe, Saint-Eustache, Saint-Félix, Saint-Ferréol, Saint-Germain-sur-Rhône, Saint-Jean-de-Sixt, Saint-Sylvestre, Sallenoves, Sappey (le), Savigny, Serraval, Seysse, Seythenex, Talloires, Thônes, Thorens, Thusy, Usinens, Vallières, Vaulx, Versonnex, Veyrier, Vieugy, Villard-sur-Thones, Villaz, Villy-le-Bouveret, Viuz-la-Chiesaz, Vovray, Vulbens.

*Arrondissement de Bonneville.*

Araches, Arbusigny, Ayse, Brison, Chamonix, Chapelle-Rambaud (la), Châtillon-sur-Cluses, Combloux, Contamine, Cordon, Côte-d'Arbroz (la), Côte-d'Hyot (la), Demi-Quartier, Domancy, Esery, Esserts-Salève, Eteaux, Fillinges, Frasse (la), Gets (les), Houches (les), Magland, Marignier, Megève, Mégevette, Mieussy, Monnetier, Mont-Saxonnex, Morillon, Muraz (la), Nancy-sur-Cluses, Onion, Passy, Pers-Jussy, Petit-Bornand (le), Pontchy, Praz-sur-Arly, Reignier, Reposoir (le), Rivière-en-Verse, Roche (la), Saint-Gervais, Saint-Jean-de-Tholome, Saint-Laurent, Saint-Martin, Saint-Nicolas-de-Veroce, Saint-Roch, Saint-Sigismond, Saint-Sixt, Sallanches, Samoens, Servoz, Sixt, Taninges, Thyez, Vallorcine, Verchaix, Ville-en-Sallaz, Viuz-en-Sallaz.

*Arrondissement de Thonon.*

Abondance, Baume (la), Bellevaux, Bernex, Blot (le), Boëge, Bogève, Bonne-sur-Menoge, Bonnevaux, Brenthonne, Burdignin, Chapelle-d'Abondance (la), Chevenoz, Cranves-Sales, Draillant, Feternes, Forclaz (la), Habère-Lullin, Larringes, Lucinges, Lugrin, Lullin, Lyaud, Montriond, Morzine, Novel, Orcier, Perrignier, Reyvroz, Saint-André-sur-Boëge, Saint-Cergues, Saint-Jean-d'Aulph, Saint-Paul, Vacheresse, Vailly, Vernaz (la), Villard-sur-Boëge, Vinzier.

3° Déplacements où, par manque de viabilité ou excès d'intempéries (neige), le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied, 5 fr. par kilomètre parcouru à pied.

## Assurances sociales

***Six décrets en date du 30 juin 1931 fixant le régime d'assurances de divers salariés en exécution de l'article 49 de la loi sur les assurances sociales (1)***

*(Suite.)*

**5° Régime des assurances du personnel des entreprises concessionnaires de production ou de distribution de gaz et d'électricité.**

Art. 1er. — Le régime d'assurance du personnel des deux sexes bénéficiaire de la loi du 28 juillet 1928, relevant des entreprises concessionnaires de production ou de distribution de gaz et d'électricité, dont la rémunération totale annuelle, telle qu'elle est définie à l'article 1er, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, n'excède pas les chiffres limites prévus à cet article, est fixé, pour l'ensemble des risques couverts par la loi précitée, conformément aux dispositions ci-après.

ASSURANCES MALADIE, MATERNITÉ, SOINS AUX INVALIDES

Art. 2. — Les règlements particuliers applicables au personnel mentionné à l'article 1er du présent décret doivent contenir des clauses assurant aux agents, à leur conjoint non assuré et à leurs enfants à charge âgés de moins de seize ans et non salariés, des avantages équivalents, pour chaque risque dans son ensemble, à ceux que prévoit la loi du 30 avril 1930 pour la couverture du risque maladie, pour la maternité et pour les soins aux invalides ; les prestations de même nature déjà accordées aux intéressés ne pourront, en aucun cas, être réduites ou supprimées.

Ces avantages peuvent être assurés, dans les conditions prévues par les règlements particuliers visés au paragraphe précédent, soit par les entreprises concessionnaires, soit par les caisses de prévoyance instituées par les entreprises concessionnaires et autorisées dans les conditions de l'article 44 de la loi du 30 avril 1930, soit par les sociétés de secours mutuels approuvées, professionnelles ou non, constituées ou à

(1) Voir le Supplément Documentaire de Déc. 1931.

constituer dans un delai de trois mois, conformément à la loi du 1er avril 1898, y compris celles créées par les syndicats professionnels en application de l'article 40 de cette loi.

Lesdits règlements peuvent également prévoir que les intéressés sont placés pour le risque maladie, la maternité, le risque décès et les soins aux invalides sous le régime général des assurances sociales et, en particulier, sous le régime de l'article 44, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930.

Art. 3. — Les dispostions à insérer dans les règlements particuliers, en exécution de l'article précédent, doivent être soumises à l'agrément du ministre du travail, du ministre de l'intérieur ou du ministre des travaux publics et du ministre des finances, accompagnées des observations des représentants des personnels intéressés, et, le cas échéant des statuts ou règlements des institutions assurant les avantages ci-dessus prévus.

Art. 4. — Les entreprises concessionnaires ou institutions susvisées sont responsables des prestations dues en application des articles précédents tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de service des salariés, les délais d'affiliation minima leur permettant d'être garantis pour ces prestations par une caisse d'assurances sociales.

Elles ne sont responsables desdites prestations, pour les salariés venant du régime général des assurances sociales, qu'à partir du moment où ceux-ci cesseraient d'être garantis par l'organisme d'assurances auquel ils appartenaient s'ils avaient adhéré à une autre caisse d'assurances sociales.

### Assurances vieillesse et décès

Art. 5. — Les agents des entreprises concessionnaires de production ou de distribution de gaz et d'électricité restent régis, pour les assurances vieillesse et décès, par les règlements particuliers, dûment autorisés ou maintenus par décret rendu sur la proposition du ministre du travail et de la prévoyance sociale, du ministre de l'intérieur ou des travaux publics et du ministre des finances, qui leur sont respectivement applicables. Ces règlements devront être modifiés, le cas échéant, dans les mêmes formes, en vue de comporter pour les intéressés des avantages équivalents à ceux qu'ils auraient obtenus sous le régime des assurances sociales. Ces modifications seront soumises à l'approbation avant le 1er janvier 1932 ou, au plus tard, dans les trois mois suivant l'approbation desdits règlements par décret.

Art. 6. — Les agents qui cessent d'être soumis au régime particulier de retraites institué par l'entreprise dont ils relèvent sans avoir droit à une pension de retraite immédiate ou différée, mais qui ont été l'objet du versement à la caisse nationale des retraites des retenues opérées sur leur salaire et des contributions patronales correspondantes, et qui deviennent postérieurement tributaires du régime général des assurances sociales, sont considérés, pour la période pendant laquelle ils ont été régis par le règlement particulier postérieurement au 1er juillet 1930 et ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au régime des assurances sociales, comme ayant appartenu à celui-ci pour l'assurance-vieillesse.

En ce qui concerne ces agents, la période ci-dessus visée entre en compte pour la détermination de leur droit au minimum de pension de vieillesse fixé par la loi sur les assurances sociales, les intéressés étant supposés avoir été l'objet des versements minima dus pour la catégorie à laquelle correspondait leur salaire. Les rentes provenant des versements réglementaires effectués au compte du salarié à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse pour ladite période s'ajoutent, jusqu'à concurrence de celles correspondant à 4 p. 100 des salaires, à la rente inscrite à son compte individuel d'assurances sociales, en vue de la détermination du complément de pension de vieillesse auquel il peut avoir droit au titre de la loi du 30 avril 1930. Les rentes correspondant aux versements réglementaires à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse sont décomptées, le cas échéant, pour le montant qu'elles auraient atteint si ces versements avaient été effectués à capital aliéné et en vue d'une entrée en jouissance à l'âge de 60 ans.

Art. 7. — Pour les agents appartenant à une entreprise concessionnaire dont le règlement particulier ne prévoit pas le versement des retenues et des contributions patronales correspondantes à un compte individuel à la caisse nationale des retraites, dans les conditions de la loi du 20 juillet 1886, l'employeur doit verser à cette caisse (section des assurances sociales), dès le départ des intéressés, à un compte ouvert à leur nom la réserve mathématique des rentes qui auraient été portées à leur compte individuel d'assurance-vieillesse au cours de ladite période, pendant le temps où leur salaire leur donnait droit à l'assurance obligatoire.

L'employeur doit également verser à la caisse générale de garantie, pour les intéressés, la réserve mathématique des rentes qui auraient été produites par les versements destinés à cette caisse s'ils avaient été portés au compte individuel d'assurance-vieillesse de ceux-ci.

Lorsque les retenues opérées sur le salaire de l'assuré par l'employeur ont été inscrites sur un livret individuel de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse *(section générale) sans ins-*

cription correspondante des contributions patronales, le montant des réserves mathématiques dont il s'agit est réduit de moitié.

Les réserves mathématiques susvisées sont calculées d'après les tarifs de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (section des assurances sociales) en vigueur au moment où elles sont liquidées, suivant l'âge atteint par l'intéressé à ce moment, et en supposant que les versements qui auraient été inscrits à son compte individuel d'assurances sociales aient été faits à capital aliéné. Ces réserves ne pourront, en aucun cas, être inférieures au montant des versements qui ont servi à les calculer.

La période pendant laquelle l'agent aurait bénéficié des assurances sociales, s'il n'avait pas été soumis à son régime particulier de retraites, entre en compte pour la détermination de son droit au minimum de pension garanti prévu par la loi sur les assurances sociales, dès l'instant qu'ont été versées à son profit, pour ladite période, les réserves mathématiques indiquées au présent article.

Si l'agent a bénéficié de l'inscription sur un livret individuel de la caisse nationale des retraites (section générale) des retenues opérées sur son salaire, les rentes inscrites sur ce livret, pour la période visée au paragraphe précédent, s'ajoutent jusqu'à concurrence de celles correspondant à 2 p. 100 des salaires, à la rente inscrite à son compte individuel d'assurances sociales en vue de la détermination du complément de pension de vieillesse auquel il peut avoir droit au titre de la loi du 30 avril 1930.

Art. 8. — L'agent, réintégré au service de l'entreprise, au profit duquel une réserve mathématique a été précédemment liquidée dans les conditions prévues par l'article 7 du présent décret, est l'objet d'une décision du ministre du travail et de la prévoyance sociale annulant le versement de ladite réserve, laquelle est reversée à l'entreprise dont l'agent est tributaire pour être affectée, s'il y a lieu, à la caisse de retraites de cette administration.

Au cas où ledit agent quitterait à nouveau le service de l'entreprise et aurait droit à la liquidation d'une nouvelle réserve mathématique, celle-ci devrait comprendre le capital nécessaire pour rétablir, tant à son compte individuel d'assurance-vieillesse qu'à la caisse générale de garantie, les sommes reversées en application du paragraphe précédent, augmentées d'un intérêt annuel calculé au taux annuel du tarif de la caisse nationale des retraites (section des assurances sociales).

Assurance-invalidité (pensions)

Art. 9. — Les agents bénéficiaires d'un règlement particulier de retraites visé par le présent décret, qui quittent l'entreprise sans avoir droit à une pension immédiate ou différée, en dehors de celle résultant du versement des retenues et contributions patronales correspondantes à la caisse nationale des retraites, sont considérés, pour la période pendant laquelle ils ont été soumis postérieurement au 1er juillet 1930 aux dispositions dudit règlement et où ils ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au régime général des assurances sociales comme ayant appartenu à ce régime pour l'assurance-invalidité (pensions), ladite période entre en compte pour la détermination de leur droit à la pension d'invalidité prévue par la loi sur les assurances sociales, les intéressés étant supposés avoir été l'objet des versements minima dus pour la catégorie à laquelle correspondait leur salaire.

Les prestations accordées dans les conditions définies au précédent paragraphe sont à la charge de la caisse de retraites de l'entreprise, tant qu'il ne s'est pas écoulé depuis la cessation de service des agents le délai d'affiliation leur permettant d'être garantis, pour ces prestations, par une caisse d'assurances sociales.

La rente viagère due par la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, et éventuellement, la rente viagère d'assurance sociale, entreront en compte à partir du moment où le titulaire y aura droit, dans le chiffre de la pension d'invalidité.

Art. 10. — Les agents qui rempliraient les conditions prévues par la loi des assurances sociales pour obtenir une pension d'invalidité, telle qu'elle est définie aux articles 10, 11 et 12 de ladite loi, sans remplir par ailleurs les conditions fixées par leur règlement particulier pour l'attribution d'une pension d'invalidité, auront droit à une pension d'invalidité égale à celle qu'ils auraient obtenue sous le régime général des assurances sociales.

Toutefois, les agents qui, avant d'être tributaires d'un régime particulier, ont été soumis au régime général des assurances sociales, et qui remplissent les conditions prévues par la loi sur les assurances sociales pour avoir droit à une pension d'invalidité, continuent d'être garantis en cas d'invalidité par la caisse d'assurances sociales à laquelle ils appartenaient précédemment, tant qu'il ne s'est pas écoulé depuis la cessation de leur affiliation à cette caisse, le délai qui leur aurait permis d'être couverts, en cas d'invalidité, par une nouvelle caisse d'assurances sociales.

Les dispositions de l'article 31, paragraphes 2 et 3de la loi du 30 avril 1930, sont éventuellement applicables aux salariés visés aux articles 9 et 10 du présent décret. *(A suivre)*

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

**SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE**

**" L'Officiel Médical "**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**

## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

# Assurances sociales

*Six décrets en date du 30 juin 1931 fixant le régime d'assurances de divers salariés en exécution de l'article 49 de la loi sur les assurances sociales* (1)

**5° Régime des assurances du personnel des entreprises concessionnaires de production ou de distribution de gaz et d'électricité.**

*(Suite.)*

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 11. — Si, en vertu des dispositions de l'article 2, paragraphe 3, du présent décret, les agents sont placés sous le régime des assurances sociales pour les assurances maladie, maternité, décès et les soins aux invalides exclusivement, la contribution à acquitter par l'entreprise intéressée, en application de l'article 2, paragraphe 6, de la loi du 30 avril 1930, pour chaque salarié dont la rémunération annuelle est supérieure au salaire-limite fixé à l'article 1er de ladite loi et inférieure à 25.001 fr., est réduite de moitié.

Art. 12. — Les agents qui ne sont pas admis au bénéfice des règlements particuliers régissant le personnel des entreprises concessionnaires visées par le présent décret sont placés, pour les assurances-maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, sous le régime général des assurances sociales.

Lesdits agents ou leurs ayants cause, ainsi que ceux qui sont placés sous le régime des assurances sociales exclusivement pour les assurances maladie, maternité, décès et les soins aux invalides, ont, en outre, droit, le cas échéant, à la différence entre les prestations qui leur étaient antérieurement attribuées en cas de maladie, maternité, invalidité (soins) ou décès, et les prestations servies au titre des assurances sociales.

Art. 13. — Les prestations des assurances maladie et maternité devront être accordées trois mois après le dépôt de la demande d'agrément des règlements particuliers, prévus à l'article 3 ci-dessus, et au plus tard à compter du 1er janvier 1932.

Les dispositions des règlements particuliers, visées aux articles 3 et 5 ci-dessus, soumises à l'agrément ou à l'approbation en application desdits articles, seront provisoirement applicables jusqu'à ce que les ministres intéressés aient statué sur la demande d'agrément ou d'approbation.

Art. 14. — Les dispositions prévues aux articles 194, paragraphes 2, 196, 197, 198 et 199 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930 sont applicables aux caisses de retraites instituées par les entreprises concessionnaires de production ou de distribution de gaz et d'électricité.

Art. 15. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur, le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le ministre des travaux publics, le ministre des finances et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

**6° Régime d'assurances des ouvriers et employés des mines et assimilés.**

Art. 1er. — Le régime d'assurances-maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès des ouvriers et employés des mines et assimilés est celui prévu par la législation qui régit les sociétés de secours de mines et la caisse autonome de retraites des ouvriers mineurs, complété par les dispositions suivantes en ce qui concerne les assurés dont la rémunération totale annuelle, telle qu'elle est définie à l'article 1er, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, n'excède pas les chiffres limites fixés audit article.

TITRE Ier

ASSURANCES-MALADIE, MATERNITÉ, SOINS AUX INVALIDES

Art. 2. — Les statuts des sociétés constituées par application de la loi du 21 mars 1930, doivent contenir des clauses assurant à leurs affiliés, ainsi qu'aux membres de leur famille, énumérés à l'article 4, paragraphe 1er, de la loi du 30 avril 1930, des avantages équivalents à ceux que prévoit ladite loi en cas de maladie et de maternité et pour les soins aux invalides.

Art. 3. — 1° L'assuré qui cesse d'être affilié à une société de secours de mine et se trouve ensuite placé sous le régime général des assurances sociales est considéré comme ayant appartenu à ce dernier régime, pendant le temps de son affiliation à ladite société, en vue de l'attribution des prestations des assurances sociales en cas de maladie, de maternité et pour les soins aux invalides ;

2° Toutefois, tant qu'il ne s'est pas écoulé depuis la cessation de l'affiliation de l'intéressé à la société de secours le délai d'affiliation minimum ouvrant droit au bénéfice des assurances

(1) Voir les suppléments documentaires de décembre 1931 et février 1932.

sociales : les prestations dues au titre des assurances maladie, maternité et soins aux invalides restent à la charge de la société de secours. Ces prestations sont accordées par ledit organisme dans les conditions prévues par sa réglementation propre ;

3° L'assuré qui cesse d'appartenir au régime général des assurances sociales, pour être affilié à une société de secours régie par la loi du 21 mars 1930, continue d'être garanti, en cas de maladie, de maternité et pour les soins aux invalides, par la caisse primaire d'assurances sociales à laquelle il appartenait précédemment, tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de son affiliation à cette caisse, les délais d'affiliation minima qui lui auraient permis, s'il était resté sous le régime des assurances sociales et avait adhéré à une nouvelle caisse d'assurances sociales, d'être couvert par cette dernière caisse ;

4° Les journées de travail et les journées de maladie indemnisées pendant les périodes d'emploi à la mine entrent en compte comme journées de cotisations des assurances sociales.

Art. 4. — 1° Les prestations des assurances maladie et maternité sont accordées à partir du 1er octobre 1931 ;

2° Les dispositions des statuts des sociétés de secours relatives à ces prestations et aux soins aux invalides devront être soumises à l'approbation du ministre du travail et de la prévoyance sociale avant le 1er octobre 1931. Elles seront provisoirement applicables jusqu'à ce qu'il ait été statué sur la demande d'approbation.

## TITRE II

### Assurance-invalidité

Art. 5. — 1° Tout salarié, âgé de moins de soixante ans, qui a été exclusivement soumis au régime de retraites des ouvriers mineurs ou qui a été soumis alternativement à ce régime et à celui des assurances sociales, peut, à l'expiration du délai de six mois prévu à l'article 4 de la loi du 30 avril 1930, ou, en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail, après consolidation de la blessure, obtenir, s'il reste encore atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins de deux tiers sa capacité de travail, le bénéfice des avantages prévus aux articles 10 et 12 de la loi susvisée, dans les conditions fixées auxdits articles et à l'article 11 de la même loi.

Le bénéfice du paragraphe 5 de l'article 10 de la loi du 30 avril 1930 est accordé aux employés et ouvriers, affiliés à la caisse autonome au 1er juillet 1930 et âgés de plus de trente ans à cette date, ainsi qu'à ceux qui n'ont été placés qu'après l'âge de trente ans sous le régime de l'assurance obligatoire applicable aux ouvriers mineurs ou résultant de la loi du 30 avril 1930.

Les journées de travail et de repos pour blessure ou maladie, postérieures au 30 juin 1930, et inscrites au compte individuel d'assurance de l'intéressé à la caisse autonome, sont considérées comme des journées de cotisations au titre de la loi du 30 avril 1930. Le salaire annuel moyen correspondant à ces journées de travail ou de repos est calculé après reclassement de l'ouvrier ou l'employé dans les catégories de salariés auxquelles il aurait successivement appartenu s'il avait toujours été affilié aux assurances sociales ; les conditions de ce reclassement sont fixées par arrêté du ministre du travail ;

2° L'ouvrier ou l'employé des mines qui, ayant effectué de dix ans à moins de quinze ans de services miniers, remplit les conditions prévues par la législation de retraites des ouvriers mineurs pour avoir droit à une pension d'invalidité, peut opter entre les prestations prévues au présent article et celles prévues par ladite législation ;

3° L'ouvrier ou l'employé ayant effectué quinze ans et plus de services dans les mines, qui remplit les conditions exigées par la législation de retraites des ouvriers mineurs pour bénéficier des prestations d'invalidité, ne peut prétendre qu'aux prestations prévues par cette législation ;

4° La pension est, suivant le cas, à la charge de la caisse autonome de retraites des ouvriers mineurs ou de la caisse primaire d'assurances sociales, selon que le salarié est affilié en dernier lieu à l'un ou l'autre de ces organismes ;

5° Toutefois, tant qu'il ne s'est pas écoulé depuis la cessation de l'affiliation du salarié, soit à la caisse autonome, soit à une caisse primaire d'assurances sociales, le délai d'affiliation minimum prévu par la loi du 30 avril 1930 pour le bénéfice de l'assurance-invalidité, les prestations dues en application du présent article sont à la charge de l'organisme auquel appartenait l'intéressé avant le changement d'affiliation ;

6° Lorsque la pension est à la charge de la caisse autonome, la société de secours de mines à laquelle l'assuré était affilié en dernier lieu supporte pendant les cinq premières années une partie de cette pension : sa part est fixée mensuellement à 70 fr. Ladite société fait, en outre, l'avance de la part restant à la charge de la caisse autonome et en est remboursée par cet organisme dans les conditions prévues par l'article 11 du décret du 9 septembre 1924 ;

7° Les paragraphes 2 et 3 de l'article 51 et le paragraphe 2 de l'article 60 de la loi du 30 avril 1930 sont applicables aux ouvriers et employés visés au présent article.

## TITRE III

### Assurance-vieillesse

*Ouvriers et employés qui ont travaillé exclusivement à la mine.*

Art. 6. — 1° Tout assuré, âgé de plus de trente ans au 1er juillet 1930, qui a travaillé exclusivement à la mine et qui, au moment où il demande la liquidation de sa pension, ne justifie pas de quinze ans de services, pourra s'il a continué à travailler jusqu'à soixante ans et à effectuer ses versements au fonds d'assurance, obtenir à cet âge, pour ses services postérieurs au 30 juin 1930, une pension calculée comme en matière d'assurances sociales, après son reclassement, dans les conditions prévues à l'article 5 ci-dessus, dans les catégories de salariés auquel il aurait appartenu sous le régime des assurances sociales ;

2° Pour avoir droit à cette pension, il devra, en outre, justifier que, depuis le 1er juillet 1930 :

*a*) Il a été inscrit chaque année à son compte individuel d'assurance au minimum 240 journées de travail ou de repos pour blessures ou maladies ;

*b*) Il a effectué dans les conditions de l'alinéa *a* ci-dessus cinq années au moins de versement ;

3° La différence entre la rente constituée au nom de l'intéressé et la pension calculée comme il est dit ci-dessus est à la charge du fonds spécial de la caisse autonome ;

4° Dans le cas visé au paragraphe 1er ci-dessus, la rente de la caisse autonome correspondant aux versements faits antérieurement au 1er juillet 1930 est servie en sus ;

5° L'assuré conserve la faculté de faire liquider sa rente de la caisse autonome avant l'âge de soixante ans, mais il ne peut, dans ce cas, se prévaloir à cet âge des dispositions ci-dessus.

*Ouvriers et employés qui ont été soumis alternativement au régime de retraites des ouvriers mineurs et à celui des assurances sociales.*

Art. 7. — 1° L'assuré, âgé de plus de trente ans au 1er juillet 1930, qui a été soumis alternativement au régime de retraites des ouvriers mineurs et à celui des assurances sociales et qui ne justifie pas de quinze ans de services de mine, a droit à pension, à condition qu'il ait versé chaque année, soit à la caisse autonome, soit à un organisme d'assurances sociales, depuis le 1er juillet 1930 jusqu'à l'âge de soixante ans, le nombre minimum de cotisations journalières prévu à l'article 15, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 ;

2° La pension est calculée comme en matière d'assurances sociales après reclassement de l'intéressé, dans les conditions prévues à l'article 5 ci-dessus, dans les catégories de salariés auxquelles il aurait appartenu sous le régime des assurances sociales ;

3° L'entrée en jouissance de la rente en cours d'acquisition à la caisse autonome est ajournée à soixante ans. Si la somme de cette rente et de la rente constituée par les organismes d'assurances sociales est inférieure au minimum de pension prévu par l'article 15, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, la différence est à la charge du fonds de majoration et de solidarité prévu par l'article 69 de ladite loi ;

4° Dans le cas visé ci-dessus, la rente constituée à la caisse autonome, antérieurement au 1er juillet 1930, est servie en sus ;

5° L'assuré, qui était âgé de moins de trente ans au 1er juillet 1930, et qui, ayant moins de quinze ans d'affiliation au régime des retraites des ouvriers mineurs, compte, soit à la caisse autonome, soit à un organisme d'assurances sociales, trente années au moins de versement postérieurs au 30 juin 1930, correspondant chacune à un minimum de 240 cotisations journalières, a droit, à l'âge de soixante ans, à la pension minimum prévue par le paragraphe 1er de l'article 15 de la loi du 30 avril 1930, après reclassement de l'intéressé, dans les conditions fixées à l'article 5 ci-dessus, dans les catégories de salariés auxquelles il aurait appartenu sous le régime des assurances sociales ;

6° En ce qui concerne l'assuré qui a été affilié à la caisse autonome avant l'âge de trente ans, celle-ci lui doit la rente complémentaire à laquelle il aurait droit si, jusqu'à cet âge, il avait été versé à son compte d'assurance une cotisation supplémentaire de 1,50 p. 100. Cette rente, qui sera servie par le fonds spécial, et la rente constituée par application de la loi du 25 février 1914 modifiée, sont liquidées avec entrée en jouissance à l'âge de soixante ans et sont ajoutées à la rente constituée à l'intéressé par les organismes d'assurances sociales. Si le total de ces rentes est inférieur au minimum fixé par le paragraphe 1er de l'article 15 de la loi du 30 avril 1930, la différence est à la charge du fonds de majoration et de solidarité prévu à l'article 69 de ladite loi ;

7° L'assuré conserve, dans les cas visés au présent article, la faculté de faire liquider sa rente de la caisse autonome avant l'âge de soixante ans, mais il ne peut, dans ce cas, se prévaloir à cet âge, des dispositions ci-dessus ;

8° Lorsqu'un assuré compte quinze ans et plus de services dans les mines, la pension qui lui est due pour les dits services est liquidée suivant la législation de retraites des ouvriers mineurs. Il n'a droit, pour ses années d'affiliation aux assurances sociales, qu'à la rente constituée

à son compte individuel d'assurance par les organismes d'assurances sociales.

## TITRE IV

### Assurance-décès

Art. 8. — 1° Lorsque l'assuré a été exclusivement occupé à la mine, son conjoint survivant, ses descendants ou, à défaut, ses ascendants qui étaient, au jour du décès, à sa charge, peuvent prétendre au bénéfice de l'allocation au décès prévue par l'article 10 *b*, 7°, alinéa 1er, de la loi du 25 février 1914, si le défunt remplissait les conditions fixées par le paragraphe 4 de l'article 19 de la loi du 30 avril 1930.

Les mêmes bénéficiaires ont droit, le cas échéant, au relèvement d'allocation prévu par l'article 2 de la loi du 29 février 1928, si l'assuré remplissait les conditions de durée de services exigées à l'alinéa *a*) dudit article.

Lorsqu'il existe un ou plusieurs orphelins de moins de seize ans, l'allocation à servir à la veuve n'est pas inférieure à celle à laquelle auraient eu droit les orphelins, par application des dispositions des lois des 25 février 1914 et 29 février 1928 susvisées ;

2° Les mêmes ayants droit de l'assuré qui a été soumis alternativement au régime des retraites des ouvriers mineurs et au régime des assurances sociales peuvent prétendre, si le défunt remplissait les conditions ci-dessus visées :

*a*) Au bénéfice de l'allocation au décès prévue au paragraphe 1er du présent article, lorsque l'assuré était affilié en dernier lieu à la caisse autonome ou lorsqu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de son affiliation à cette caisse, le délai minimum d'affiliation prévu par la loi du 30 avril 1930 ;

*b*) Au bénéfice du capital au décès prévu par l'article 19, paragraphe 1er, de la loi du 30 avril 1930, lorsque l'assuré était affilié en dernier lieu à un organisme d'assurances sociales ou lorsqu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de son affiliation à cet organisme, le délai minimum d'affiliation prévu par la loi du 30 avril 1930 ;

3° Pour la réalisation des conditions exigées par le paragraphe 4, de l'article 19 de la loi du 30 avril 1930, les journées de travail ou de repos pour blessures ou maladies inscrites au compte individuel d'assurance de l'intéressé à la caisse autonome, sont considérées comme journées de cotisation au titre de la loi du 30 avril 1930. Lorsqu'il y a lieu à application de l'alinéa *b*) ci-dessus, le salaire moyen est calculé après reclassement de l'intéressé, dans les conditions prévues par l'article 5 ci-dessus, dans les catégories de salariés auxquelles il aurait appartenu sous le régime des assurances sociales ;

4° L'allocation au décès due en application du paragraphe 2, alinéa *a*), ci-dessus est à la charge de la caisse autonome de retraites des ouvriers mineurs ; le capital décès visé au paragraphe 2, alinéa *b*), ci-dessus, est à la charge de de la caisse d'assurances sociales.

Art. 9. — 1° Les veuves des assurés ayant au moins trois enfants vivants légitimes, reconnus ou adoptifs de moins de treize ans, qui étaient à la charge de l'assuré et qui restent à leur charge ainsi que les enfants de moins de treize ans des assurés, orphelins de père et de mère, ont droit à la pension temporaire prévue par le paragraphe 5 de l'article 26 de la loi du 30 avril 1930, que lesdits assurés aient été soumis exclusivement au régime de retraite des ouvriers mineurs ou alternativement à ce régime et à celui des assurances sociales, dès l'instant où ceux-ci remplissaient la condition prévue au dernier alinéa du paragraphe 5 susvisé.

Pour la réalisation de cette condition, les journées de travail ou de repos pour blessures ou maladies inscrites au compte individuel d'assurance des intéressés à la caisse autonome sont considérées comme journées de cotisation au titre des assurances sociales ;

2° Cette pension est, suivant le cas, à la charge de la caisse autonome ou du fonds de majoration et de solidarité prévu à l'article 69 de la loi du 30 avril 1930 selon que l'assuré était soumis en dernier lieu au régime de retraites des ouvriers mineurs ou au régime général des assurances sociales ;

3° Toutefois, tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de l'affiliation de l'assuré soit à la caisse autonome, soit à un organisme d'assurances sociales, le délai d'affiliation minimum prévu par la loi du 30 avril 1930 pour le bénéfice de la pension d'orphelin, ladite pension est à la charge de l'organisme auquel appartenait l'intéressé avant le changement d'affiliation ;

4° Il n'y a lieu à application du présent article qu'autant que les orphelins n'ont pas droit aux allocations mensuelles prévues par la législation de retraites des ouvriers mineurs.

## TITRE V

### Assurés de nationalité étrangère

Art. 10. — 1° Les dispositions de l'article 5, paragraphes 1er, 4, 5, 6 et 7 du présent décret sont applicables aux salariés de nationalité étrangère, originaires de pays avec lesquels il n'a pas été passé de traité de réciprocité en ce qui concerne les ouvriers mineurs qui remplissent les conditions de résidence en France prévues par le paragraphe 4 de l'article 1er de la loi du 30 avril 1930 ;

2° Les dispositions de l'article 8 du présent décret sont applicables aux ayants droit des

salariés étrangers visés au paragraphe ci-dessus ; toutefois ces ayants droit ne pourront prétendre, au bénéfice des dispositions du paragraphe 1er 3e alinéa, de l'article 8 du présent décret, ni des allocations imputables sur le fonds de majoration et de solidarité prévu à l'article 69 de la loi du 30 avril 1930.

## TITRE IV

### Dispositions diverses

Art. 11. — Un compte individuel d'assurance peut être ouvert jusqu'à 60 ans aux ouvriers et employés qui entrent à la mine après 55 ans. Il peut même être ouvert, sans limite d'âge, aux assurés et employés affiliés antérieurement à une caisse d'assurances sociales qui ont demandé l'ajournement au delà de 60 ans de la pension à laquelle ils peuvent prétendre par application de la loi du 30 avril 1930.

Art. 12. — 1° Lorsque dans une exploitation soumise au régime de retraites des ouvriers mineurs il n'a pas été constitué de société de secours dans les conditions de la loi du 21 mars 1930, les ouvriers et employés de cette exploitation sont placés, pour les assurances maladie, maternité, décès et pour les soins aux invalides, sous le régime général des assurances sociales ;

2° Si l'assuré devient invalide, la portion de la pension provisoire d'invalidité, mise à la charge de la société de secours par le paragraphe 6 de l'article 5 du présent décret, est supportée par le fonds spécial de la caisse autonome de retraites des ouvriers mineurs ;

3° Si l'assuré était occupé dans les mines au moment de son décès et s'il était affilié, pour l'assurance-maladie, à une caisse primaire d'assurances sociales, le capital au décès et éventuellement la majoration pour enfants sont dus par la caisse primaire susvisée et le fonds de majoration et de solidarité prévu à l'article 69 de la loi du 30 avril 1930; le cas échéant, l'allocation au décès qui pourrait être également due au titre de la législation de retraites des ouvriers mineurs est comprise dans le montant du capital et de la majoration sus-indiqués ;

4° Si, en application du paragraphe 1er du présent article, les employés et ouvriers sont placés sous le régime général des assurances sociales pour les assurances maladie, maternité, décès et pour les soins aux invalides, la contribution à acquitter par l'exploitant en application de l'article 2, paragraphe 6, de la loi du 30 avril 1930, pour chaque salarié dont la rémunération annuelle est supérieure au salaire limite fixé à l'article 1er de ladite loi et inférieure à 25.001 fr., est réduite de moitié.

Art. 13. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le ministre des travaux publics, le ministre des finances et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 5 juillet 1931.)

**Décret du 20 décembre 1931 *réglant la situation des fonctionnaires et employés de l'Etat titulaires, bénéficiaires de la loi du* 14 *avril* 1924, *qui quittent l'administration sans avoir droit à une pension et qui deviennent tributaires du régime général des assurances sociales.***

Art. 1er. — Les dispositions du présent décret sont applicables aux fonctionnaires et employés de l'Etat titulaires, bénéficiaires de la loi du 14 avril 1924 sur les pensions civiles et militaires, qui quittent l'administration sans avoir droit à une pension ou rente viagère immédiate ou différée, en dehors de celle pouvant résulter du versement des retenues sur leurs salaires et des contributions correspondantes de l'administration, et qui deviennent alors titulaires du régime général des assurances sociales.

Art. 2. — Les fonctionnaires et employés susvisés, dès lors qu'ils ont rempli pour tout ou partie de la période pendant laquelle ils ont été régis par la loi du 14 avril 1924 les conditions qui leur auraient donné droit au bénéfice de l'assurance obligatoire de la loi du 30 avril 1930, peuvent demander que, sur le montant du remboursement auquel ils ont droit, en application de l'article 17 de la loi du 14 avril 1924 précitée, soit imputée la part qui leur incombe sur le versement prévu à l'article 3 ci-après, et destiné à les couvrir au regard de la loi sur les assurances sociales.

Dans ce cas, les intéressés sont considérés comme ayant appartenu au régime des assurances sociales pour les assurances-maladie, maternité, invalidité et décès, pendant la dernière période de leur service correspondant au délai d'affiliation minimum exigé par la loi du 30 avril 1930 pour l'attribution des prestations afférentes à chaque risque, s'ils ont rempli au cours de ladite période les conditions d'affiliation fixées par cette loi pour l'assurance obligatoire. Ils sont rétablis, d'autre part, en ce qui concerne l'assurance-vieillesse, notamment pour le droit au minimum de pension, dans la situation dont ils auraient bénéficié sous le régime des assurances sociales s'il leur avait été applicable pendant la période où ils ont été soumis, postérieurement au 30 juin 1930, au régime de la loi du 14 avril 1924 et ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au bénéfice de l'assurance obligatoire de la loi du 30 avril 1930.

Ils sont supposés avoir été l'objet pendant lesdites périodes des versements minima afférents à la catégorie dans laquelle ils auraient été rangés d'après leur traitement.

Art. 3. — Lorsqu'un fonctionnaire ou employé de l'Etat demande à bénéficier de la faculté prévue à l'article 2 ci-dessus, l'Etat effectue, suivant le cas, soit l'un et l'autre des deux versements ci-après mentionnés, soit le second seulement :

1° Il est versé aux caisses primaires d'assurances sociales auxquelles les fonctionnaires et employés susvisés ont été inscrits respectivement, d'une part pour les assurances-maladie, maternité, décès et les soins aux invalides, d'autre part pour l'assurance-invalidité (pensions), le montant de la double cotisation qui aurait été acquittée à leur sujet sous le régime des assurances sociales :

Pendant les trois derniers mois pour les assurances-maladie et maternité ;

Pendant la dernière année pour l'assurance-décès ;

Pendant les deux dernières années pour l'assurance-invalidité, dans la limite toutefois de la période où les intéressés, durant lesdits délais, se trouvaient soumis à la loi du 14 avril 1924 et où ils remplissaient les conditions requises pour bénéficier de l'assurance obligatoire de la loi du 30 avril 1930, et sans que le nombre des cotisations journalières à verser puisse excéder le nombre minimum ouvrant droit pour chaque risque aux prestations ;

2° Il est versé à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (section des assurances sociales) au profit des fonctionnaires et employés susvisés, à un compte ouvert à leur nom, la réserve mathématique des rentes qui auraient été portées à leur compte individuel d'assurances sociales au cours de la période où ils ont été soumis à la loi du 14 avril 1924 pendant le temps où leur salaire leur aurait donné droit à l'assurance obligatoire de la loi du 30 avril 1930.

Il est versé également à la caisse générale de garantie, pour les intéressés, la réserve mathématique des rentes qui auraient été produites par la fraction des versements de l'assurance-vieillesse destinés à cette caisse, si elle avait été portée au compte individuel d'assurances sociales de ceux-ci.

Les réserves mathématiques susvisées sont calculées d'après les tarifs de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (section des assurances sociales), en vigueur au moment où elles sont liquidées, suivant l'âge atteint par les intéressés à ce moment et en supposant que les versements qui auraient été inscrits à leur compte individuel d'assurances sociales aient été faits à capital aliéné. Ces réserves ne pourront, en aucun cas, être inférieures au montant des versements qui ont servi à les calculer.

Art. 4. — La moitié du versement prévu à l'article 3 ci-dessus est imputable sur le montant du remboursement à verser en application de l'article 17 de la loi du 14 avril 1924 à la caisse nationale d'assurance en cas de décès ; l'autre moitié est à la charge de l'Etat.

Au cas où la fraction du versement à imputer sur le montant du remboursement susvisé est supérieure à ce montant, l'excédent est à la charge de l'Etat.

Art. 5. — Lorsqu'un fonctionnaire a été admis à effectuer, sous le régime de la loi du 14 avril 1924, des versements rétroactifs pour les services antérieurement accomplis et que, pour la période correspondant à ces services, il a acquitté les versements prévus à l'article 2 de la loi du 30 avril 1930, il est l'objet d'une décision du ministre du travail et de la prévoyance sociale annulant les sommes qui ont été portées, pour ladite période, au titre de l'assurance-vieillesse, de la loi du 30 avril 1930, tant à son compte individuel d'assurance-vieillesse qu'à la caisse générale de garantie. Les sommes ainsi annulées sont versées au Trésor. La part correspondant aux contributions personnelles de l'assuré est déduite des versements rétroactifs que l'intéressé a à effectuer.

Au cas où un fonctionnaire, quittant l'administration et ayant droit à la liquidation d'une réserve mathématique par application de l'article 3 ci-dessus, a été l'objet — antérieurement — de la décision d'annulation prévue au paragraphe précédent, la réserve mathématique à liquider à son profit doit comprendre le capital nécessaire pour rétablir, tant à son compte individuel d'assurance-vieillesse, qu'à la caisse générale de garantie, les versements annulés en vertu dudit paragraphe, augmentés d'un intérêt annuel calculé au taux du tarif annuel de la caisse nationale des retraites (section des assurances sociales).

Art. 6. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur, le ministre des finances, le ministre du budget et le ministre du travail et de la prévoyance sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

*Décret du 20 décembre 1931 réglant la situation, au regard de la loi sur les assurances sociales, des salariés de l'Etat, non bénéficiaires du régime de la loi du 14 avril 1924 ou d'un des autres régimes applicables aux fonctionnaires et employés de l'Etat ou aux ouvriers de l'Etat.*

Art. 1er. — Les salariés de l'Etat, non bénéficiaires du régime de la loi du 14 avril 1924 sur les pensions civiles ou militaires ou d'un des autres régimes applicables aux fonctionnaires et employés de l'Etat ou aux ouvriers de l'Etat, sont placés, pour les assurances maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, sous le régime général des assurances sociales. En outre, ils ont droit, en cas de maladie ou de maternité, à la différence entre les prestations servies au titre des assurances sociales et celles qui leur étaient précédemment attribuées par l'Etat.

Art. 2. — En ce qui concerne ceux des salariés visés à l'article 1er du présent décret qui bénéficient en cas de maladie de leur traitement entier pendant les trois premiers mois et de la moitié de leur traitement pendant les trois mois suivants, un arrêté du ministre des finances, du ministre du budget, du ministre du travail et de la prévoyance sociale et du ministre du département intéressé fixera la répartition de la charge de la double contribution, due en application de la loi sur les assurances sociales, entre les intéressés et l'Etat.

Art. 3. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur, le ministre des finances, le ministre du budget et le ministre du travail et de la prévoyance sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

*Circulaire relative à l'assurance-décès.*

*Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, à messieurs les préfets* (service des assurances sociales).

Paris, le 9 janvier 1932.

Les demandes de renseignements parvenues tant à mes services, qu'à ceux de la caisse générale de garantie m'amènent à préciser sur certains points les instructions contenues dans ma circulaire nº 31, du 30 juin 1931, relative à l'assurance-décès.

### Délai pendant lequel les prestations de l'assurance-décès sont dues

Un certain nombre de caisses primaires m'ont demandé si les prestations de l'assurance-décès devaient être attribuées seulement lorsque le décès survenait pendant les six premiers mois suivant le début de la maladie, ou si elles devaient l'être au contraire quel que fût l'intervalle du temps écoulé entre le début de la maladie et le décès.

Si les articles 4, paragraphe 8, et 5, paragraphe 1er, de la loi sur les assurances sociales ne prévoient l'attribution des prestations de l'assurance-maladie que pendant une période de six mois, à compter de la première constatation médicale de la maladie, par contre, l'article 19 de ladite loi ne limite pas la période pendant laquelle les prestations de l'assurance-décès doivent être servies.

Dans ces conditions, il y a lieu d'appliquer, en ce qui concerne l'attribution des prestations de l'assurance-décès, les règles générales.

L'assuré ouvrira droit aux prestations, si au moment de son décès, il remplit les conditions prévues à l'article 19, paragraphe 4, de loi, c'est-à-dire, s'il a été immatriculé depuis un an au moins et s'il satisfait d'autre part aux conditions de versement fixées à l'article 5, paragraphe 2. Vous remarquerez qu'il n'est pas nécessaire que l'assuré ait versé pendant un an ; il suffit que son immatriculation remonte au moins à un an à la date de son décès.

Conformément aux indications qui vous ont été fournies précédemment, il convient, lorsque l'assuré n'est pas mort subitement, de se placer, pour examiner s'il ouvre droit aux prestations, à la fin du mois qui précède la première constatation médicale de la maladie d'où est résulté le décès. Un assuré, qui tombe malade après six mois d'assurance, et qui a eu droit aux prestations de l'assurance-maladie, peut ainsi ouvrir droit aux prestations de l'assurance-décès, si, au moment où il décède, son immatriculation remonte à un an au moins. Il en est de même d'un assuré qui, à son départ sous les drapeaux, remplissait les conditions de versement ci-dessus rappelées, et décède pendant son séjour sous les drapeaux, si, à la date de son décès il a un an d'immatriculation.

Peu importe, d'autre part, que le décès se produise après la période de six mois pendant laquelle les prestations de l'assurance-maladie sont dispensées. Par exemple, un assuré, atteint de tuberculose, qui a été soigné pendant six mois au titre de l'assurance-maladie, peut, *s'il meurt des suites de la même maladie*, ouvrir droit aux prestations de l'assurance-décès, bien que le décès soit postérieur à la fin de ladite période,

Toutefois, ces prestations ne peuvent être accordées qu'autant que le *de cujus* avait encore la qualité d'assuré au moment de son décès. S'il a été radié, comme ne remplissant plus les conditions prévues par la loi, soit qu'il ne puisse plus être considéré comme un salarié du fait de la cessation définitive de tout travail, soit que, au cas où il aurait continué à travailler, son salaire soit devenu supérieur au salaire-limite, il ne saurait ouvrir droit aux prestations en cas de décès.

Si le décès résulte d'une maladie autre que celle pour laquelle l'assuré a bénéficié des prestations de l'assurance-maladie, pendant six mois, il ne pourrait, bien entendu, ouvrir droit aux prestations de l'assurance-décès qu'autant que, pour la maladie dont il est mort, il avait droit au bénéfice de l'assurance-maladie.

Il vous appartiendra, lorsque vous serez avisé qu'un assuré, qui aura été soigné pendant plus de six mois, ne pourra plus reprendre le travail, de procéder à la radiation de l'intéressé.

### Ayants droit

Dans le silence des textes, les allocations au décès sont dues au conjoint survivant dès l'instant que celui-ci a conservé sa qualité de conjoint, aucune autre condition ne pouvant lui être imposée.

Ces prestations doivent donc être accordées à l'époux séparé de biens, séparé de fait, ou même séparé de corps. Elles ne sont dues qu'à l'*époux légitime*.

A défaut du conjoint, le capital-décès est attribué aux descendants et, à leur défaut, aux ascendants qui étaient à la charge de l'assuré, exactement dans l'ordre successoral.

Il n'y a pas lieu de considérer comme étant à charge les ascendants qui tirent de leur salaire, d'un revenu quelconque, des ressources suffisantes pour vivre.

### Calcul du capital-décès

Rien ne s'oppose à ce que la formule :

$$\frac{[(C \times 25) + (C' \times 22{,}50)] \times 12 \times 20}{M \times 100}$$

soit remplacée, lorsque dans le nombre de mois d'assurance (M), il y a, par suite de la date d'immatriculation, une fraction de mois, par la formule suivante, J représentant le nombre total de jours d'assurances :

$$\frac{[(C \times 25) + (C' \times 22{,}50)] \times 360 \times 20}{J \times 100}$$

Pour fixer le montant des cotisations, C ou C', on doit tenir compte de tous les timbres apposés *sur les feuillets trimestriels*, qu'ils soient oblitérés ou non (non compris ceux représentant des intérêts de retard) ; mais, en vertu de l'article 10, paragraphe 4, de la loi du 30 avril 1930, on ne retiendra que les cotisations acquittées, *les journées indemnisées ne devant jamais entrer en compte pour le calcul du montant des cotisations.*

Pour calculer le nombre de mois (M) ou de jours (J) d'assurance, on se placera toujours à la date à laquelle aura été déterminé le droit aux prestations. Toutefois, s'il y a moins de 12 mois écoulés depuis l'immatriculation, on considérera, dans les formules susvisées, M comme égal étant à 12 ou J comme égal à 360.

### Minimum garanti

*a*) Conditions d'obtention.

Il convient de distinguer le droit au capital-décès égal à 20 p. 100 du salaire annuel moyen et le droit au minimum garanti de 1.000 fr. (avec maximum des deux tiers du salaire réel).

Pour l'obtention de ce minimum, l'article 19, paragraphe 2, de la loi, a prévu des conditions particulières de versement. L'assuré doit, non seulement remplir les conditions d'immatriculation et de versement indiquées au paragraphe 4 de l'article 19, mais avoir, depuis son immatriculation, « régulièrement effectué les versements annuels », c'est-à-dire avoir versé *chaque année* au moins 240 cotisations journalières (art. 81 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930) et, pour les fractions d'année, 20 cotisations journalières par mois.

Pour déterminer si cette condition se trouve réalisée, il y a lieu de se placer à la même date que pour la détermination du droit au capital-décès. Mais, il ne doit être fait état que des *versements annuels* régulièrement effectués, aux termes de l'article 19, paragraphe 2, susvisé, à l'exclusion des journées de maladie précédemment indemnisées.

Si la période de versements, depuis l'immatriculation, est inférieure à une année, les cotisations doivent être considérées comme régulièrement versées et donnant droit au minimum garanti, dès l'instant qu'elles représentent, dans l'ensemble, un minimum de 20 cotisations journalières par mois jusqu'à la date à laquelle est déterminé le droit au minimum garanti.

*b*) Détermination du complément d'allocation à la charge de la caisse générale de garantie.

*Lorsque le capital-décès, égal à* 20 *p.* 100 *du salaire annuel moyen de base, n'atteint pas* 1.000 *francs* et que l'assuré décédé ouvre droit, d'autre part, par ses versements annuels, au minimum garanti, il convient de faire état, pour le calcul du complément à la charge de la caisse générale de garantie, des dispositions de l'arti-

cle 3 du décret du 27 août 1930, modifié par le décret du 4 août 1931, si, pour une ou plusieurs années, les versements effectués sont supérieurs au chiffre de la cotisation annuelle fixée à l'article 2 de la loi.

Aux termes desdites dispositions, en effet, les versements annuels, qui dépassent, pour les risques de répartition, 288 cotisations journalières dans les quatre premières catégories, ou 480 fr. dans la cinquième catégorie, ne doivent pas entrer en compte pour le calcul du complément d'allocation à la charge de la caisse de garantie. Ce complément doit être calculé comme si l'intéressé n'avait effectué, au cours de chaque année, que les versements normaux correspondant à 288 cotisations journalières dans les quatre premières catégories, et à 480 fr. dans la cinquième catégorie. Les versements opérés en surplus doivent procurer aux ayants droit de l'assuré un supplément d'avantages égal à 20 p. 100 de l'accroissement *du salaire de base résultant de ces versements.*

Il y aura lieu, en conséquence, d'opérer comme suit, chaque fois que, pour une année d'assurance, le montant annuel, des cotisations dépassera :

72 fr. dans la première catégorie ;
144 fr. dans la deuxième catégorie ;
216 fr. dans la troisième catégorie ;
288 fr. dans la quatrième catégorie ;
480 fr. dans la cinquième catégorie,

ces chiffres étant augmentés, pour chaque mois en sus de 12, d'un douzième.

Le relevé de cotisations prévu par la circulaire n° 31, du 30 juin 1931 (page 5), sera établi dans les conditions fixées par cette circulaire. On inscrira, en conséquence, dans les colonnes 3 et 4 du relevé le montant effectif des cotisations « maladie » même si elles excèdent les chiffres sus indiqués. Mais, lorsqu'elles dépasseront ces chiffres pour une année d'assurance, on indiquera la différence, entre parenthèses, dans la même colonne. Les cotisations excédentaires, ainsi mentionnées, seront additionnées pour l'ensemble des années d'assurance respectivement accomplies dans les quatre premières catégories, d'une part, et dans la cinquième, d'autre part (colonne 3 et colonne 4).

Le total de ces cotisations excédentaires donnera lieu au calcul du capital-décès supplémentaire à attribuer ; on appliquera à cet effet la formule employée pour le calcul du capital correspondant à l'ensemble des cotisations, normales ou excédentaires, le nombre total de mois d'assurance (ou de jours d'assurances) restant le même que dans cette formule. Le capital-décès supplémentaire ainsi obtenu (B) sera déduit du capital-décès correspondant à l'ensemble des cotisations (A). C'est par rapport au chiffre résultant de cette différence (A — B), soit C, que devra être déterminé le complément nécessaire pour porter le capital-décès C au minimum garanti (1.000 fr., sans que ce minimum puisse dépasser les deux tiers du salaire réel) ; ce complément sera à la charge de la caisse générale de garantie.

Bien entendu, la caisse d'assurance devra payer le capital A (et non pas seulement le capital C), de telle sorte que les ayants droit toucheront, en plus du minimum garanti, le capital supplémentaire B.

Les avantages en cas de décès se composeront, en conséquence, dans l'hypothèse dont il s'agit, des éléments suivants :

1° A la charge de la caisse d'assurance, le capital-décès A correspondant à l'ensemble des cotisations ;

2° A la charge de la caisse générale de garantie, un complément égal au minimum garanti M — C, C étant la différence entre le capital-décès A et le capital-décès afférent aux seules cotisations excédentaires (1).

Dans les cas très rares où, la rémunération annuelle de l'assuré décédé étant inférieure à

(1) *Exemple.* — Un assuré de la première catégorie, né en juin et immatriculé depuis le 1er juillet 1930, tombe malade le 10 novembre 1931 et décède des suites de sa maladie le 15 décembre suivant. Les versements représentés sur ses feuillets à la date du 31 octobre sont de 97 fr. 50, dont 75 fr. pour l'année d'assurance 1930-1931.

Le capital-décès, compte non tenu du minimum garanti, est, d'après la formule ci-dessus rappelée, de :

$$\frac{(97,50 \times 25) \times 12 \times 20}{16 \times 100} = 365 \text{ fr. } 60 \text{ (A)}$$

Si les versements effectués (97 fr. 50) représentaient exclusivement des cotisations normales, le complément à la charge de la caisse générale de garantie serait de 1.000 — 365,60 = 634 fr. 40.

Mais l'assuré ayant à son compte pour l'année d'assurance 1930-1931 un excédent de 3 fr. par rapport à la cotisation annuelle normale (72 fr.), il convient d'appliquer à cette cotisation excédentaire de 3 fr. la formule employée pour le calcul du capital-décès. On obtiendra ainsi le capital-décès supplémentaire dû indépendamment du minimum garanti, capital qui est, en l'espèce, de :

$$\frac{(3 \times 25)\ 12 \times 20}{16 \times 100} = 11 \text{ fr. } 25 \text{ (B)}$$

| | |
|---|---|
| La différence entre le capital A ........ | 365,60 |
| et le capital B ........................ | 11,25 |
| étant de ............................... | 354,35 (C) |

le complément à la charge de la caisse de garantie est de : 1.000 — 354,35 = 645,65.

Le capital à verser aux ayants droit sera, en conséquence, de :

| | |
|---|---|
| 1° A la charge de la caisse d'assurance ........ | 354,35 (C) |
| | + 11,25 (B) |
| | 365,60 (A) |
| 2° A la charge de la caisse générale de garantie ........ | 645,65 |
| Total ........ | 1.011,25 |

1.500 fr., le minimum garanti est calculé d'après le salaire réel, ce salaire réel sera déterminé de la façon suivante : la caisse primaire intéressée devra demander aux ayants droit la production d'un certificat du dernier ou des derniers employeurs du salarié décédé, attestant :

1º Le chiffre du salaire gagné au cours de la dernière période de travail écoulée ou, si elle est supérieure à une année, au cours des douze derniers mois ; 2º le début et la fin de ladite période de travail. Si le salaire n'était pas fixé au mois ou à l'année, il suffira de multiplier le salaire journalier moyen par jour ouvrable, correspondant à la période de travail indiquée, par 300 pour obtenir le salaire annuel réel. Si le salaire était fixé au mois ou à l'année, la caisse se basera sur le salaire annuel pour déterminer le minimum garanti (1).

### Salariés soumis au régime du versement des cotisations sur le salaire réel et chômeurs partiels

Si le salarié décédé appartient aux catégories visées par les décrets du 24 mai 1930 et du 4 août 1931 (salariés travaillant pour plusieurs employeurs, salariés intermittents, etc.) ou a bénéficié des dispositions du décret du 30 novembre 1930 sur le chômage partiel, le droit aux prestations doit être déterminé, comme pour l'assurance-maladie, dans les conditions prévues par la circulaire ministérielle nº 113 du 2 décembre 1930.

Il y a lieu de noter, en ce qui concerne les salariés visés par les décrets du 24 mai 1930 et du 4 août 1931, soumis au régime du versement des cotisations sur le salaire réel (salariés travaillant pour plusieurs employeurs, salariés intermittents, etc.), que les conditions légales ouvrant droit au minimum garanti se trouveront remplies chaque fois que le montant des cotisations des intéressés aura atteint le minimum des cotisations prévues pour les assurés de la première catégorie.

Par contre, les assurés bénéficiaires du décret du 30 novembre 1930 sur le chômage partiel, pour lesquels le déclassement de catégorie est provisoire, devront, pour ouvrir droit au minimum garanti, avoir à leur compte, pour chaque année d'assurance, le minimum de cotisations correspondant à la catégorie à laquelle ils auront appartenu.

### Majorations pour charges de famille et pensions d'orphelins

Le droit aux majorations pour charges de famille et aux pensions temporaires d'orphelins est déterminé dans les mêmes conditions que le droit au capital décès.

### Cas particuliers

Les prestations de l'assurance-décès ne sont pas dues en cas de décès survenu à la suite d'un accident du travail indemnisé en vertu de la loi du 9 avril 1898 ou d'une maladie professionnelle indemnisée en vertu de la loi du 25 octobre 1919.

Elles sont dues, par contre, en cas de faute intentionnelle (suicide) et également si l'assuré est décédé des suites d'une maladie ou blessure de guerre pour laquelle il a été soigné au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Ces prestations, étant assimilables aux allocations de même nature servies par les sociétés de secours mutuels, ne sont pas passibles des droits de mutation en cas de décès.

Vous voudrez bien porter, d'urgence, ces instructions complémentaires à la connaissance des caisses primaires de répartition de votre département.

Adolphe LANDRY.

(*J. O.*, 23 janvier 1932.)

(1) Il pourra arriver, rarement d'ailleurs qu'un complément d'allocation soit dû, bien que le capital-décès, égal à 20 p. 100 du salaire de base soit supérieur à 1.000 fr. Cette éventualité sera susceptible de se produire lorsque le chiffre du capital-décès se trouvera compris entre 1.000 et 1.100 fr., si les versements annuels ont dépassé le chiffre de la cotisation annuelle fixée à l'article 2 de la loi. Les caisses feront bien, dans ce cas, de procéder comme si le capital-décès, égal à 20 p. 100 du salaire de base, était inférieur à 1.000 fr. en vue d'attribuer éventuellement aux ayants droit le complément d'allocation qui leur serait dû.

# Lutte Antivénérienne

*Décret du 19 janvier 1932 instituant une Commission de préservation des maladies vénériennes*

Art. 1er. — La commission de préservation des maladies vénériennes délibère sur toutes les questions concernant la prophylaxie des maladies vénériennes sur lesquelles elle est consultée par le Gouvernement.

Art. 2. — La commission de préservation des maladies vénériennes est nécessairement consultée sur toutes les questions relevant de l'arrangement international relatif aux facilités à donner aux marins du commerce pour le traitement des maladies vénériennes et prévues par le décret d'application en date du 24 avril 1931 de la loi du 3 août 1930 portant approbation de cet arrangement.

Art. 3. — La commission de préservation des maladies vénériennes comprend des membres de droit qui sont :

Le rapporteur du budget de la santé publique au Sénat et deux membres de la commission d'hygiène du Sénat désignés par la commission.

Le rapporteur du budget de la santé publique à la Chambre et deux membres de la commission d'hygiène de la Chambre désignés par la commission.

Le président du conseil supérieur d'hygiène.

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la santé publique.

Les conseillers techniques sanitaires du ministère de la santé publique.

Le médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la santé publique.

Le secrétaire général de la commission de propagande de l'office national d'hygiène sociale.

La directrice du bureau central des infirmières au ministère de la santé publique.

Le conseiller juridique du ministère de la santé publique.

Le directeur général des laboratoires de contrôle des médicaments antisyphilitiques de l'académie de médecine.

Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur désigné par le ministre.

Le médecin chef du dispensaire de salubrité de la préfecture de police de Paris.

Le médecin chef du dispensaire de salubrité de la ville de Lyon.

Le médecin chef du service de salubrité de la ville de Marseille.

Le doyen de la faculté de médecine de Paris.

Le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris.

Les professeurs de clinique de dermato-syphiligraphie des facultés de médecine de Paris, Alger, Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Toulouse et Strasbourg.

Les médecins chefs des « centres » antivénériens de Rouen, Saint-Etienne, Nice, Rennes, Nantes et Clermont-Ferrand.

Un représentant du ministère de l'intérieur.

Un représentant du ministère de l'instruction publique.

Un représentant du ministère du travail.

Un représentant du ministère de la marine marchande.

Un représentant du ministère de la guerre.

Un représentant du ministère de la marine.

Un représentant du ministère des colonies.

Un représentant du ministère de la justice.

Un représentant du préfet de police.

Un inspecteur départemental d'hygiène désigné par le ministre.

Un directeur de bureau municipal d'hygiène désigné par le ministre.

Deux membres nommés par le ministre de la santé publique sur une liste triple de présentation dressée par la ligue nationale française contre le péril vénérien.

Deux membres nommés par le ministre de la santé publique sur une liste triple de présentation dressée par l'institut prophylactique.

Un membre nommé par le ministre de la santé publique sur une liste triple de présentation dressée par la société française de prophylaxie sanitaire et morale.

Un membre nommé par le ministre de la santé publique sur une liste triple de présentation dressée par l'institut Pasteur.

Un représentant de la confédération des syndicats médicaux de France nommé par le ministre sur une liste triple présentée par la confédération.

Un représentant du syndicat des dermato-syphiligraphes français nommé par le ministre sur une liste triple présentée par le syndicat.

Un représentant de l'union des syndicats des pharmaciens nommé par le ministre sur une liste triple présentée par l'union.

Seize membres nommés par le ministre.

Art. 4. — La présidence de la commission appartient de droit au ministre de la santé publique qui nomme tous les deux ans pour l'assurer à son défaut un président et deux vice-présidents choisis parmi les membres de la commission. Il désigne également un secrétaire et un secrétaire adjoint.

Art. 5. — La commission désigne les rapporteurs. Elle peut charger des commissions spé-

ciales, dont elle fixe la composition, de présenter devant la commission plénière un rapport sur les affaires qui leur sont renvoyées. Les procès-verbaux sont signés du président et du secrétaire présents à la séance.

Art. 6. — Le président de la commission peut, à l'occasion d'une affaire déterminée, appeler à prendre part avec voix consultative aux séances de la commission plénière ou des commissions spéciales les personnes que leurs connaissances mettent en mesure d'éclairer la discussion.

Art. 7. — Les membres de la commission de préservation des maladies vénériennes, à la nomination du ministre de la santé publique, sont désignés pour une période de trois ans. Les membres sortants peuvent être nommés à nouveau.

Art. 8. — Tout membre ayant manqué à trois séances consécutives sans s'être excusé sera considéré comme démissionnaire.

Art. 9. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel.*

(*J. O.*, 1er mars 1932.)

## Médecine sociale

*Décret du 12 janvier 1932 instituant un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou d'assistante de service social diplômé de l'Etat français.*

Art. 1er. — Il est institué un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou d'assistante de service social diplômé de l'Etat français.

Ce brevet de capacité professionnelle sera délivré par le ministre de la santé publique aux assistants ou assistantes de service social ayant satisfait aux deux conditions suivantes :

1° Justification d'un stage reconnu suffisant dans une école de service social ayant au moins deux ans de fonctionnement et dont le règlement aura été approuvé par arrêté du ministre de la santé publique, après avis du conseil de perfectionnement ci-après créé ;

2° Examen subi avec succès devant un jury constitué à cet effet par arrêté ministériel.

Art. 2. — Les écoles de service social devront, pour être approuvées par le ministre de la santé publique, justifier qu'elles dépendent des services sociaux nécessaires pour l'enseignement général de la profession d'assistante de service social ou bien qu'elles sont en liaison avec un ou plusieurs services donnant toutes garanties pour les études pratiques de leurs élèves.

Le règlement de chaque école précisera les conditions de recrutement des élèves, le choix de professeurs ou chargés de cours, la nature et la durée de la scolarité, la discipline intérieure, l'organisation du placement après la sortie de l'école, le programme d'enseignement théorique et pratique adopté par ces écoles, la composition du comité d'administration.

Art. 3. — Le programme de l'examen d'Etat sera fixé par arrêté ministériel.

Le jury siégera à Paris. Chaque jury comprendra en nombre égal des membres représentant les écoles, des membres représentant les services sociaux auxquels seront adjoints des délégués des ministères représentés au conseil de perfectionnement et une ou plusieurs assistantes de service social en exercice. Sa composition sera déterminée après avis du conseil de perfectionnement.

Art. 4. — Le conseil de perfectionnement des écoles de service social sera composé de 30 membres, dont 21 membres désignés par le ministre de la santé publique et 9 membres de droit.

Parmi les membres désignés par le ministre de la santé publique prendront place un nombre égal de représentants des écoles de service social et de représentants des services sociaux.

Les membres de droit comprendront un délégué de chacun des ministères ci-après désignés :

Ministère de la santé publique.

Ministère du travail et de la prévoyance sociale.

Ministère de l'instruction publique (enseignement technique).

Ministère de l'intérieur.

Ministère de la justice.

Ministère de l'agriculture.

Ministère des postes, télégraphes et téléphones.

Un délégué de la faculté de médecine, un délégué de la faculté de droit.

Les pouvoirs de tous les membres ont une durée de 3 ans et sont renouvelables.

Les mandats sont gratuits.

Le ministre de la santé publique ou, à son défaut, le conseiller d'Etat directeur de l'hygiène et de l'assistance, préside le conseil de perfectionnement. Le ministre nomme les vice-présidents ou les secrétaires.

Art. 5. — Le conseil de perfectionnement sera chargé de donner son avis sur les modifications et les améliorations à apporter au programme

et aux diverses parties de l'enseignement théorique et pratique, sur l'organisation et le fonctionnement des écoles dont les règlements seront soumis à l'approbation ministérielle, sur la composition du jury d'Etat, sur les résultats des examens d'Etat.

En résumé, il sera consulté sur toutes les questions techniques et professionnelles concernant l'enseignement des écoles de service social, les examens d'Etat et la délivrance du brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou d'assistante de service social diplômé de l'Etat français.

Art. 6. — L'approbation donnée aux règlements d'une école de service social, après avis du conseil de perfectionnement, constituera la reconnaissance administrative de cette école. Cette approbation lui donnera le droit de présenter des élèves à l'examen d'Etat.

Cette approbation pourra être retirée sur avis du conseil de perfectionnement, en cas de modifications réglementaires non autorisées ou de fonctionnement défectueux dûment constaté.

Art. 7. — A titre transitoire et sur avis du conseil de perfectionnement des écoles de service social, le brevet d'assistant ou d'assistante professionnel de service social pourra être délivré, en dehors des conditions spécifiées à l'article 1er, aux titulaires d'un diplôme obtenu dans des écoles fondées antérieurement à la date du présent décret et reconnues par l'application de l'article 6 ci-dessus.

Cette dérogation ne sera plus valable passé le délai de 2 ans à partir de la date du présent décret.

Art. 8. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 3 février 1932.)

## Service de Santé militaire

*Règlement d'administration publique du* 5 *octobre* 1931 *sur les conseils d'enquête des officiers de réserve*

Art. 1er. — Le conseil d'enquête qui doit se réunir pour émettre un avis sur la situation d'un officier de réserve ou d'un assimilé spécial, qu'il soit ou non en situation d'activité, est composé et fonctionne comme les conseils d'enquête de l'armée active ; les dispositions du décret du 1er août 1931 portant règlement d'administration publique sur les conseils d'enquête des officiers de l'armée active et les tableaux y annexés lui sont applicables, sauf référence, quand il y a lieu, aux correspondances de grade déterminées, pour chaque service, par l'acte organique qui le concerne et sous réserve des modifications spécifiées dans les articles ci-après :

Pour l'application du présent décret, aucune distinction n'est à faire entre les officiers de réserve et les assimilés spéciaux.

Lorsque l'officier soumis à l'enquête est un assimilé spécial possesseur d'un grade d'officier de réserve, l'avis du conseil d'enquête et la décision à intervenir en suite de cet avis concernent à la fois le grade dans l'assimilation spéciale et le grade d'officier de réserve.

Si l'officier soumis à l'enquête est un attaché de 1re ou de 2e classe du cadre auxiliaire du service de l'intendance, la composition du conseil est la même que pour un lieutenant ou sous-lieutenant, sous cette réserve que le commandant, membre du conseil est remplacé par un intendant militaire adjoint.

Art. 2. — Par application de l'article 15 de la loi du 8 janvier 1925, les conseils d'enquête des officiers de réserve doivent comprendre, en toute circonstance, trois officiers de réserve ou assimilés spéciaux. Ces trois officiers, les moins élevés en grade du conseil, sont pris de préférence dans la catégorie (officiers de réserve ou assimilés spéciaux) à laquelle appartient l'officier soumis à l'enquête, deux de ces officiers étant de la même arme ou du même service que l'officier soumis à l'enquête et plus ancien que lui.

L'autorité qui constitue le conseil les désigne parmi les officiers en situation d'activité ou non présents sous les drapeaux, dans les cadres ou hors cadres en résidence dans la région (ou, en Algérie, la division), le pays de protectorat ou le territoire sous mandat où se forme le conseil, sans être tenue de suivre aucun tour de rôle ou aucun ordre d'ancienneté.

Si, dans la région (ou, en Algérie, la division), le pays de protectorat ou le territoire sous mandat, il ne se trouve pas un nombre suffisant d'officiers de réserve réunissant les conditions exigées, il est fait appel à des officiers de réserve d'un grade supérieur à celui que prévoit le tableau, désignés, s'il y a lieu, dans la même arme ou le même service, sans que leur grade puisse, toutefois, être supérieur à celui du président du conseil d'enquête.

A défaut d'officiers de réserve d'un grade plus élevé, peuvent être appelés à siéger des officiers de réserve d'un grade inférieur à celui que prévoit le tableau, désignés, s'il y a lieu, dans la même arme ou le même service, mais sans qu'aucun membre puisse être moins ancien ou d'un grade moins élevé que l'officier soumis à l'enquête.

Si, malgré les dispositions des paragraphes

précédents, le conseil d'enquête ne peut être constitué, il en est référé au ministre de la guerre, qui constitue ou complète le conseil dans les mêmes conditions que ci-dessus, en y appelant les officiers appartenant à une autre région.

En Algérie, il en est d'abord référé au commandant du 19e corps, qui constitue ou complète le conseil en y appelant des officiers appartenant à une autre division de la région.

Art. 3. — Les officiers de réserve en situation d'activité peuvent être envoyés devant un conseil d'enquête formé, soit dans la région, la division d'Algérie, le pays de protectorat ou le territoire sous mandat où se trouve le corps, le service ou l'établissement auquel appartient l'officier ou auprès duquel il est détaché, soit dans la région, la division d'Algérie, le pays de protectorat ou le territoire sous mandat où se sont produits les faits motivant l'enquête.

Si l'officier n'est pas en situation d'activité, le conseil d'enquête peut être constitué, soit dans l'une des régions mentionnées au paragraphe précédent, soit dans la région, la division d'Algérie, le pays de protectorat ou le territoire sous mandat où l'officier soumis à l'enquête a sa résidence.

Art. 4. — La décision du ministre qui envoie un officier de réserve devant un conseil d'enquête peut être prise, soit d'office, soit, s'il est en situation d'activité, sur le rapport des autorités désignées à l'article 9 du décret sur les conseils d'enquête des officiers de l'armée active et, s'il n'est pas en situation d'activité, sur le rapport de l'officier général exerçant le commandement dans la région, la division d'Algérie, le pays de protectorat ou le territoire sous mandat où l'officier soumis à l'enquête a sa résidence.

Toutefois, la décision ordonnant l'envoi d'un officier de réserve devant un conseil d'enquête appelé à donner son avis sur la question de savoir si ledit officier est dans le cas d'être rayé des cadres comme étant placé, pour raison de santé, depuis trois ans, dans la position de non-disponibilité, peut être prise au nom du ministre et, par délégation spéciale, par les directeurs d'arme ou de services de l'administration centrale.

En outre, lorsqu'il y a lieu d'envoyer devant un conseil d'enquête un officier du grade de sous-lieutenant, de lieutenant ou de capitaine de réserve en résidence au Maroc ou au Levant, l'ordre d'envoi peut être donné par le général commandant supérieur des troupes, agissant par délégation du ministre de la guerre.

Art. 5. — Par modification à l'article 16 du décret du 1er août 1931 sur les conseils d'enquête des officiers de l'armée active, le président, dès l'ouverture de la séance, donne lecture au conseil, en présence de l'officier, de l'article 13, ou de l'article 14 de la loi du 8 janvier 1925, selon le cas.

Si l'officier soumis à l'enquête est un assimilé spécial, pourvu d'un grade d'officier de réserve, il est donné lecture d'abord de l'article 47 de la loi du 8 janvier 1925, puis, selon le cas, de l'article 13 ou de l'article 14 de la même loi.

Art. 6. — Lors de la réunion d'un conseil d'enquête pour un officier de réserve, qu'il soit ou non en situation d'activité, le président du conseil pose, selon les cas, séparément et dans les termes ci-après, les questions suivantes, savoir :

*a*) M... est-il dans le cas d'être révoqué de son grade comme ayant été révoqué d'un emploi civil ou rayé d'un ordre légalement constitué, par mesure disciplinaire ?

*b*) M... est-il dans le cas d'être révoqué pour, après avoir été mis en non-disponibilité pendant un an à la suite d'une infraction aux prescriptions de la loi de recrutement relatives aux déclarations de changement de résidence, n'avoir pas, à l'expiration de cette peine disciplinaire, fait connaître officiellement sa résidence ou avoir commis une nouvelle infraction à cette disposition ?

*c*) M... est-il dans le cas d'être révoqué pour avoir, à l'occasion du service et en dehors de la situation d'activité, adressé à l'un de ses supérieurs militaires, ou publié contre lui un écrit injurieux, ou commis envers l'un d'eux un acte reconnu offensant ?

*d*) M... est-il dans le cas d'être révoqué, pour avoir publié ou divulgué, dans des conditions nuisibles aux intérêts de l'armée, des renseignements parvenus à sa connaissance, en raison de sa situation militaire ?

*e*) M... mis en non-disponibilité par mesure de discipline, pour un an, est-il dans le cas d'être révoqué ?

*f*) M... est-il dans le cas d'être révoqué pour faute contre l'honneur ?

*g*) M... est-il dans le cas d'être révoqué pour inconduite habituelle ?

*h*) M... est-il dans le cas d'être révoqué pour faute grave contre la discipline, soit dans le service, soit en dehors du service ?

*i*) M..., condamné à une peine correctionnelle de..., par jugement du ..., est-il dans le cas d'être révoqué ?

*j*) M... est-il dans le cas d'être rayé des cadres comme étant placé, pour raison de santé, depuis trois ans dans la position de non-disponibilité ?

*k*) M... est-il dans le cas d'être rayé des cadres comme reconnu incapable de remplir les fonctions de son grade ?

Les questions *b*), *e*) et *j*) n'ont pas à être posées quand l'officier soumis à l'enquête appartient au cadre de l'assimilation spéciale sans être possesseur d'un grade d'officier de réserve, un tel officier ne pouvant être placé dans la position de

non-disponibilité, aux termes de l'article 48 de la loi du 8 janvier 1925.

**Art. 7.** — Les dispositions du présent décret sont applicables aux officiers de réserve des troupes coloniales, ainsi qu'aux officiers de réserve des troupes métropolitaines et de l'aéronautique militaire, en service ou en résidence aux colonies, en tenant compte des dispositions spéciales contenues dans les titres III et IV du décret du 1er août 1931 sur les conseils d'enquête des officiers de l'armée active.

**Art. 8.** — Les officiers des cadres de réserve du corps de la justice militaire et du cadre des officiers défenseurs ne peuvent en tout temps être envoyés devant un conseil d'enquête que sur l'ordre du ministre de la guerre.

Les conseils d'enquête sont composés et fonctionnent comme ceux prévus pour les officiers du corps autonome de la justice militaire. Toutefois, trois de leurs membres (les moins élevés en grade) sont pris parmi les officiers de réserve et assimilés spéciaux ; deux de ces derniers doivent appartenir au service de la justice militaire.

Art. 9. — Les dispositions du présent décret sont également applicables aux officiers de réserve de l'aéronautique militaire en tenant compte des dispositions spéciales contenues dans le titre IV du décret relatif aux conseils d'enquête des officiers de l'armée active.

Art. 10. — Sont abrogés, le décret du 20 juin 1925 portant règlement d'administration publique sur les conseils d'enquête des officiers de réserve, modifié par le décret du 22 février 1927, ainsi que toutes les dispositions contraires au présent décret.

Art. 11. — Le ministre de la guerre, le ministre des colonies et le ministre de l'air sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 15 octobre 1931.)

*Décret du 25 janvier 1932 modifiant le décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire.*

Art. 1er. — Est abrogée la dernière phase commençant par ces mots : « Pour le classement de sortie... » du dernier alinéa de l'article 8 du décret du 19 septembre 1919, modifié notamment les 5 octobre 1922, 5 juillet 1925, 3 mai 1931, concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire.

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

*Décret du 25 janvier 1932 modifiant le décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.*

Le Président de la République française,

Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, modifiée par la loi du 1er juillet 1889, ayant pour but de donner une autonomie complète au service de santé ;

Vu la loi du 14 décembre 1888 ayant pour but la réorganisation d'une école du service de santé militaire ;

Vu la loi du 13 juillet 1927 relative à l'organisation générale de l'armée ;

Vu la loi du 28 mars 1928 relative à la constitution des cadres et effectifs de l'armée ;

Vu la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée ;

Vu le décret du 25 novembre 1889 sur le service de santé de l'armée à l'intérieur ;

Vu le décret du 10 février 1920, modifié les 21 octobre 1922, 1er et 4 juin 1923, 12 mai 1925, 12 avril 1926, 2 mai 1930 et 27 août 1931 concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire ;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 21 du décret du 10 février 1920, modifié notamment le 2 mai 1930, concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire, est modifié ainsi qu'il suit :

1° Est abrogé le troisième alinéa dudit article commençant par ces mots : « Les professeurs civils... » ;

2° Est abrogée la dernière partie du quatrième alinéa dudit article à partir des mots : « d'un professeur ou agrégé des écoles supérieures... ».

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 28 janvier 1932.)

*Le Directeur-Gérant* : **Dr A. GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

**“ L'Officiel Médical ”**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**

## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

### Assistance publique

*Décret du 20 février 1932 relatif à la médaille d'honneur de l'Assistance publique...* p. 763

### Assurances sociales

*Circulaire du 16 février 1932 sur l'organisaiion des soins à donner aux aliénés bénéficiaires des assurances sociales.................* p. 761

### Ecoles d'infirmières

*Arrêté du 15 février 1932 modifiant l'article 1er de l'arrêté du 6 octobre 1931 ........* p. 1051

### Enseignement de la médecine

*Décret du 26 février 1932 instituant des épreuves écrites aux deux premiers examens de fin d'année en vue du grade de docteur en médecine.* p. 894

*Arrêté du 14 mars 1932 relatif à l'agrégation des facultés de médecine (1er degré).......* p. 971

*Circulaire relative au délai d'ajournement après quatre échecs successifs à un examen de doctorat en médecine ......................* p. 1047

### Service de santé des Troupes coloniales

*Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux (armée active) .......* p. 897

*Circulaire N° 679-1 /8 relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de « professeur agrégé de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales » et pour des emplois de « professeurs agrégés de chirurgie » et de « professeurs agrégés de médecine » (armée active) ..........................* p. 1048

*Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du Service de santé coloniale (armée active) ..........................* p. 1.049

### Soins aux pensionnés de guerre

*Arrêté du 9 février 1932 relatif aux mémoires pharmaceutiques ...............* p. 1.050

### Tribunaux départementaux des Pensions

*Liste des médecins nommés, pour l'année 1932, membres titulaires ou suppléants des tribunaux de pensions .........................* p. 972

# Hygiène publique

## Organisation des services techniques d'hygiène de Paris.

*Arrêté préfectoral du* 1er *octobre* 1931.

Article premier. — Les services techniques d'hygiène relèvent de la direction de l'hygiène, de la protection de l'enfance et du travail.

Ils comprennent :

1° L'inspection générale des services techniques d'hygiène ;

2° Le contrôle administratif ;

3° Le service des épidémies ;

4° Le laboratoire des recherches techniques ;

5° L'inspection des enfants du premier âge ;

6° La contre-visite médicale des nourrices ;

7° L'inspection des crèches ;

8° L'inspection des maisons de santé, d'accouchement et de sevrage ;

9° Les services de prophylaxie des maladies vénériennes ;

10° L'inspection sanitaire des logements loués en garni ;

11° L'organisation technique des secours publics.

Art. 2. — Le personnel des services techniques d'hygiène comprend :

1° Un inspecteur général ;

2° Un contrôleur administratif ;

3° Dix médecins-inspecteurs des épidémies ;

4° Un chef du laboratoire des recherches techniques, assisté d'un manipulateur et de trois garçons de laboratoire ;

5° Dix-huit médecins-inspecteurs et neuf médecins-inspecteurs suppléants des enfants du premier âge ;

Dix-huit dames visiteuses et huit dames visiteuses suppléantes des enfants du premier âge

6° Un médecin-inspecteur chargé de la contre-visite médicale des nourrices, assisté d'une femme de charge ;

7° Huit dames inspectrices des crèches ;

8° Un médecin-inspecteur et sept dames inspectrices des maisons de santé, d'accouchement et de sevrage ;

9° Un médecin chef du dispensaire de salubrité ;

Un médecin chef adjoint ;

Vingt médecins, dont un chef de laboratoire ;

Six médecins adjoints ;

Deux internes en médecine ;

Une assistante de laboratoire ;

Un commis ;

Cinq agents féminins des services du dispensaire ;

10° Un inspecteur principal de l'hygiène publique et de salubrité des garnis et vingt inspecteurs sanitaires de la salubrité des garnis.

Art. 3. — L'inspecteur général des services techniques d'hygiène est nommé par le Préfet, sur présentation du secrétaire général. Il est choisi parmi les membres de l'Académie de médecine, ou du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ou du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Il dirige tous les services techniques d'hygiène énumérés à l'article premier ; rend compte de leur fonctionnement et adresse toutes propositions qu'il juge utiles à la bonne marche du service, notamment en ce qui concerne la discipline générale (avancement, congé, remplacements, etc.) du personnel placé sous son autorité.

Il examine toutes les questions techniques intéressant l'hygiène générale des personnes et la prophylaxie des maladies transmissibles ; c'est ainsi qu'il est appelé à donner son avis sur l'organisation de tous moyens de défense contre les épidémies et qu'il signale les défectuosités qu'il a pu constater et propose les mesures propres à y remédier.

Il reçoit tous les rapports des agents des services techniques et les transmet avec son avis.

Toutes les communications des bureaux compétents à l'un des services techniques énumérés à l'article premier doivent se faire par son intermédiaire.

Enfin, il réunit au moins une fois par mois les médecins inspecteurs et les dames inspectrices ou visiteuses et s'assure qu'ils s'acquittent régulièrement de leur mission. Il leur donne les instructions qu'il juge utiles pour la conduite des enquêtes ou inspections qui leur sont confiées.

L'inspecteur général des services techniques d'hygiène est personnellement chargé :

1° De l'organisation technique des secours publics ;

2° De l'inspection au point de vue de l'hygiène générale des Maisons départementales de Nanterre et de Villers-Cotterets.

Art. 4. — Le contrôleur administratif est nommé par le Préfet, sur présentation du secrétaire général. Il est choisi parmi les anciens fonctionnaires de la direction de l'hygiène, de la protection de l'enfance et du travail.

Il s'assure de la régularité au point de vue administratif de toutes les opérations de service.

Art. 5. — Les médecins inspecteurs des épidémies sont nommés par le Préfet, sur présentation du secrétaire général.

Les candidats aux fonctions de médecin-inspecteur des épidémies doivent :

1° Etre Français et avoir satisfait à la loi militaire ;

2° Posséder le titre d'interne titulaire des hôpitaux de Paris, d'interne de Saint-Lazare ou de la Maison départementale de Nanterre et avoir accompli en cette qualité le stage réglementaire. Un droit de préférence est accordé à ceux qui peuvent justifier avoir été attachés pendant six mois au moins en qualité d'internes titulaires, soit à un service spécial de malades contagieux, soit à un service d'hôpitaux d'enfants ;

3° Produire un exposé de leurs titres, travaux et publications scientifiques à l'appui de leur candidature ;

4° S'engager à suppléer gratuitement, jusqu'au jour de leur nomination, les médecins des épidémies qui seraient absents ou malades, et à remplir les mêmes fonctions en cas d'épidémies ou de menace d'épidémie nécessitant une augmentation momentanée du nombre des médecins-inspecteurs.

Les titres des candidats sont examinés par une Commission ainsi composée : le secrétaire général, président ; le directeur du personnel ou son délégué ; le directeur de l'hygiène, de la protection de l'enfance et du travail ; l'inspecteur général des services techniques d'hygiène ; deux médecins membres du Conseil d'hygiène élus par le Conseil d'hygiène, et le chef du bureau d'hygiène, secrétaire administratif.

Aucune limite d'âge inférieure ne leur est opposable.

Cette Commission établit une liste des candidats aptes aux fonctions de médecin-inspecteur des épidémies.

La liste est révisée chaque année, tant pour l'inscription des nouveaux candidats que pour la radiation ;

1° De ceux qui ne maintiennent pas leur candidature ;

2° De ceux qui n'auraient pas accompli les suppléances nécessitées par les besoins du service après en avoir été requis.

Art. 6. — Les médecins inspecteurs des épidémies sont chargés :

1° De procéder aux enquêtes sur les cas de maladies transmissibles qui leur sont signalés ou qui viennent à être découverts à Paris et dans le département de la Seine, de rechercher et de suivre l'étiologie desdites maladies, de procéder aux examens et analyses bactériologiques nécessaires, de vérifier si toutes les mesures ont été prises pour empêcher le développement de la contagion et d'indiquer les moyens prophylactiques qu'il paraît utile de prescrire ;

2° De visiter les voyageurs arrivant dans le département de la Seine et venant de pays signalés comme contaminés ;

3° De contrôler au point de vue technique dans les communes du département de la Seine le fonctionnement et les opérations du poste de désinfection de leur secteur.

A cet effet, ils s'assurent par des visites inopinées que les chefs de poste tiennent la main à l'exécution du règlement du 24 décembre 1907 concernant l'organisation et le fonctionnement du service départemental de désinfection. Ils signalent au médecin en chef des services d'hygiène les erreurs et les négligences qu'ils ont pu constater au cours de leurs visites.

Ils se rendent, à l'occasion, au domicile des malades et vérifient si les opérations de désinfection ont été convenablement exécutées.

Chaque mois ils remettent à l'inspecteur général des services techniques d'hygiène un rapport sur le fonctionnement du service dans leur secteur.

Les médecins-inspecteurs sont également chargés du contrôle des opérations du service départemental de vaccination dans les communes du département de la Seine.

Ils sont désignés à tour de rôle pour assurer la révision des sujets vaccinés dans ces communes et signalent tous les incidents qui ont pu survenir au cours de ces opérations.

Art. 7. — Le chef de laboratoire des recherches techniques est nommé par le Préfet, sur présentation du secrétaire général. Il est choisi parmi les médecins-inspecteurs des épidémies, ou parmi les candidats figurant sur la liste établie par la Commission instituée à l'article précédent.

Il a pour mission de rechercher au moyen d'expériences et analyses bactériologiques, les origines des maladies transmissibles et de contrôler les procédés employés pour les combattre.

Il est spécialement chargé :

1° Du contrôle des pulpes vaccinales fournies par les instituts vaccinogènes pour le service de la vaccination départementale ;

2° Du contrôle des opérations et des méthodes de désinfection ;

3° De tous examens et essais microscopiques ou autres ayant pour but la protection contre les maladies transmissibles et la recherche des causes des épidémies et notamment de la prophylaxie des maladies transmissibles par les animaux et en particulier par les rats.

Le laboratoire des recherches techniques est exclusivement réservé au service intérieur. Il ne peut, en aucun cas, soit à titre onéreux, soit à titre gratuit, être utilisé par le public.

Art. 8. — Les médecins-inspecteurs et les dames visiteuses des enfants du premier âge sont respectivement recrutés au choix, sur présentation du secrétaire général, parmi les médecins-inspecteurs suppléants et les dames visiteuses suppléantes.

Il est tenu compte pour la titularisation, d'une part de l'ancienneté dans les suppléances

et d'autre part, des qualités professionnelles et du nombre des remplacements effectués. La titularisation ne peut être obtenue après l'âge de 55 ans.

Les candidats aux fonctions de médecin inspecteur suppléant de la protection des enfants de premier âge doivent :

1° Etre Français ;

2° Etre âgés de moins de 35 ans (toutefois cette limite d'âge peut être reculée d'autant de mois que les candidats en ont passés sous les drapeaux pendant la guerre) ;

3° Posséder le titre d'interne titulaire des hôpitaux de Paris, d'interne de Saint-Lazare ou de la Maison départementale de Nanterre, et avoir accompli en cette qualité le stage réglementaire ou bien avoir fait un séjour d'au moins six mois dans un service hospitalier d'enfants ou une maternité, ou bien produire des titres prouvant leurs connaissances spéciales en puériculture.

Les candidates aux fonctions de dames visiteuses suppléantes de la protection des enfants du premier âge doivent :

1° Etre Françaises ;

2° Etre veuves ayant eu ou ayant un ou plusieurs enfants, ou bien être veuves de guerre, ou bien appartenir à un service d'assistance ;

3° Etre âgées de moins de 40 ans ;

4° Produire des références donnant toutes garanties sur les aptitudes à l'emploi.

Les titres des candidats et des candidates sont examinés et les listes des suppléants et des suppléantes sont révisées chaque année dans les conditions prévues à l'art. 5. Les uns et les autres sont nommés sur la présentation du secrétaire général.

Les médecins-inspecteurs et les dames visiteuses assurent la protection des enfants du premier âge dans le département de la Seine, conformément à l'article 5 de la loi du 23 décembre 1874.

Les médecins-inspecteurs et les dames visiteuses peuvent se faire remplacer pendant un mois par an respectivement par les médecins-inspecteurs suppléants et les dames visiteuses suppléantes.

Les indemnités de remplacement allouées aux suppléants sont, dans ce cas, à la charge de l'Administration. Les remplacements qui excèdent un mois sont à la charge des titulaires qui versent à leurs remplaçants la moitié de leur traitement net.

Les médecins inspecteurs et les dames visiteuses font parvenir à l'inspecteur général des services techniques d'hygiène un duplicata de tous les bulletins réglementaires qu'ils adressent au maire de chaque commune conformément à la loi. Ils établissent chaque année un rapport général sur leur service.

Art. 9. — Le médecin chargé à la Préfecture, par application de l'art. 7 de l'ordonnance de police du 1er février 1878 de la contre-visite médicale des nourrices, est choisi par le Préfet, sur présentation du secrétaire général, parmi les médecins inspecteurs ou les médecins inspecteurs suppléants de la protection des enfants du premier âge.

Deux médecins-inspecteurs de la protection des enfants du premier âge sont désignés annuellement par le Préfet, sur présentation du secrétaire général, pour suppléer, en cas d'absence, le médecin chargé de la contre-visite.

Art. 10. — Les inspectrices des crèches sont choisies par le Préfet, sur présentation du secrétaire général, soit parmi les dames visiteuses des enfants du premier âge, soit parmi les candidates inscrites sur une liste établie dans les conditions prévues à l'art. 5.

Les candidates n'appartenant pas à l'Administration doivent être Françaises, être âgées de moins de 40 ans et produire des références donnant toutes garanties sur les aptitudes à l'emploi.

Les inspectrices des crèches sont chargées de visiter les crèches et pouponnières du département de la Seine. Chacune de leurs visites fait l'objet d'un rapport qui est adressé, hebdomadairement et dès la visite faite, à l'inspecteur général qui le transmet à la direction de l'hygiène, de la protection de l'enfance et du travail.

Art. 11. — Le médecin inspecteur des maisons de santé est choisi par le Préfet sur présentation du secrétaire général, parmi les médecins inspecteurs de la protection des enfants du premier âge, ou, à défaut, parmi les suppléants.

En cas d'absence, l'inspecteur des maisons de santé est remplacé par un médecin inspecteur suppléant de la protection des enfants du premier âge, désigné par l'inspecteur général des services techniques d'hygiène.

Les dames inspectrices sont choisies par le Préfet sur présentation du secrétaire général parmi les dames visiteuses de la protection des enfants du premier âge ou parmi les dames visiteutes suppléantes.

Art. 12 — Le médecin en chef du dispensaire de salubrité, le médecin en chef adjoint sont nommés par le Préfet, sur présentation de l'inspecteur général des services techniques d'hygiène et sur proposition du secrétaire général.

Ils sont choisis parmi les médecins du dispensaire.

Les médecins titulaires sont choisis dans les mêmes conditions et sur présentation du médecin en chef parmi les médecins adjoints.

Les médecins adjoints du dispensaire sont nommés à la suite d'un concours dont le pro-

gramme et les conditions sont fixés par un arrêté particulier.

Les candidats doivent justifier de la qualité de Français, être âgés de moins de 35 ans au 1er janvier de l'année du concours. (Cette limite d'âge est reculée d'autant de temps que les intéressés en ont passé sous les drapeaux pendant la guerre).

La liste des candidats est soumise à l'agrément préalable du Préfet de police.

Les internes en médecine du dispensaire sont nommés dans les mêmes conditions. Toutefois la limite d'âge est de 30 ans.

Les candidats doivent justifier en outre qu'ils sont pourvus d'au moins 12 inscriptions en médecine (ancien régime) ou d'au moins 16 inscriptions (nouveau régime).

Ils ne doivent pas être reçus docteurs en médecine.

Les internes titulaires sont nommés pour un an. Leurs fonctions peuvent être prorogées successivement trois fois pour une nouvelle année, par le Préfet de police, sur avis de l'inspecteur général des services techniques d'hygiène et sur proposition du secrétaire général.

Ils ne doivent remplir les fonctions d'externe, d'interne provisoire ou d'interne titulaire dans aucun hôpital public ou privé pendant la durée de leur internat au dispensaire de salubrité de la Préfecture de police. Tout interne qui serait reçu docteur en médecine au cours de ses fonctions serait « ipso facto » considéré comme démissionnaire.

Un des médecins est désigné par le Préfet, sur la proposition du secrétaire général et sur présentation de l'inspecteur général des services techniques d'hygiène, pour remplir les fonctions de chef du laboratoire de bactériologie et de sérologie rattaché au dispensaire de salubrité. Il reçoit le même traitement que le médecin en chef adjoint.

L'assistante de laboratoire sera nommée au choix du Préfet parmi les candidates de nationalité française âgées de 40 ans au plus, proposées par le secrétaire général sur avis de l'inspecteur général et justifiant par des diplômes ou références de leurs aptitudes spéciales à cet emploi.

Le commis sera recruté dans les mêmes conditions que les commis de l'administration centrale avec lesquels il concourra pour l'avancement dans les conditions prévues par les règlements.

Les cinq agents féminins sont nommés au choix du Préfet, sur présentation du secrétaire général.

Le personnel médical du dispensaire est chargé de l'examen des filles au point de vue des maladies vénériennes et, le cas échéant, de leur appliquer un traitement antisyphilitique de consolidation.

Les médecins du dispensaire sont également chargés de la visite des femmes dans les maisons de tolérance et les maisons de rendez-vous.

Art. 13. — L'inspecteur principal de l'hygiène publique et de la salubrité des garnis est choisi par le Préfet, sur présentation du secrétaire général, parmi les médecins des différents services d'hygiène. Il est adjoint à l'inspecteur général des services techniques d'hygiène et n'est affecté à aucune circonscription.

Les inspecteurs sanitaires sont nommés par le Préfet à la suite d'un concours sur titres dont les conditions font l'objet d'un arrêté spécial.

Peuvent y prendre part des médecins, des architectes ou toutes personnes qualifiées par leurs travaux antérieurs. Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

Etre Français ;

Etre âgés de 21 ans au moins et de 35 ans au plus au 1er janvier de l'année de l'examen (cette limite est reculée d'autant d'années que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre).

Avoir satisfait à la loi militaire ;

Résider à Paris ou dans le ressort de la Préfecture de police.

Les inspecteurs sanitaires sont chargés de visiter les logements loués en garni du département de la Seine qui est divisé à cet effet en secteurs ; de s'assurer de la stricte exécution des règlements administratifs concernant le bon entretien et la salubrité des locaux.

Chacune de leurs visites fait l'objet d'un compte rendu qui est transmis à la direction de l'hygiène, de la protection de l'enfance et du travail, par l'intermédiaire de l'inspecteur principal de l'hygiène publique et de la salubrité des garnis et de l'inspecteur général des services techniques d'hygiène qui y joignent, s'il y a lieu, leurs observations.

L'hygiène prophylactique est assurée par les soins du services des épidémies sur le rapport des inspecteurs sanitaires.

Art. 14. — L'inspection des établissements classés ;

L'inspection vétérinaire sanitaire ;

L'infirmerie spéciale de la Préfecture de police ;

Le dispensaire Toussaint-Barthélemy ;

Le Service médical de nuit,

conservent leur responsabilité propre en ce qui concerne leurs attributions respectives. Toutefois, ils portent à la connaissance de l'inspecteur général des services techniques d'hygiène toutes les affaires qui sont de nature à intéresser l'hygiène générale des personnes ou la prophylaxie des maladies transmissibles.

Art. 15. — Nul ne peut être maintenu en fonctions au delà de 70 ans.

Art. 16. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions contraires au présent arrêté.

Art. 17. — Le secrétaire général, le directeur du personnel, de la comptabilité et du matériel, le directeur de l'hygiène, de la protection de l'enfance et du travail sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Bulletin municipal officiel* et dont les dispositions entreront en vigueur le 1er février 1932.

Jean CHIAPPE.

(*B. M. O. V. P.*, 22 octobre 1931).

## Allocations familiales

*Loi du* 11 *mars* 1932 *modifiant les titres III et V du livre Ier du code du travail et l'article* 2101 *du code civil.*

Art. 1er. — Il est inséré dans le titre III du livre Ier du code du travail un chapitre V (nouveau), intitulé : « Des allocations familiales », les chapitres V et VI devenant respectivement les chapitres VI et VII.

Art. 2. — Les chapitre V nouveau comprend les articles 74 *a*) à 74 *k*) 4 ci-après :

« Art. 74 *a*). — Tout employeur occupant habituellement des ouvriers ou des employés, de quelque âge et de quelque sexe que ce soit, dans une profession industrielle, commerciale, agricole ou libérale, est tenu de s'affilier à une caisse de compensation ou à toute autre institution agréée par le ministre du travail, constituée entre employeurs en vue de répartir entre entre eux les charges résultant des allocations familiales prévues par le présent chapitre, sous les réserves et dans les conditions déterminées ci-après.

« Art. 74 *b*). — Les allocations familiales sont dues pour tout enfant ou descendant légitime, reconnu ou adoptif, et pour tout pupille, résidant en France, à la charge de l'ouvrier ou de l'employé et n'ayant pas dépassé l'âge de l'obligation scolaire. Elles sont dues jusqu'à l'âge de seize ans si l'enfant poursuit ses études ou est placé en apprentissage dans les conditions déterminées par le titre Ier du présent livre ou est, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à aucun travail salarié.

« L'allocation est due au salarié à la charge duquel est l'enfant. Si le père et la mère ou l'ascendant et l'ascendante à la charge desquels il se trouve, sont occupés l'un et l'autre par des employeurs assujettis, l'allocation est due au père ou à l'ascendant.

« Toutefois, les caisses de compensation et autres institutions agréées par le ministre du travail pour le service des allocations familiales peuvent, dans leur règlement, décider que les allocations seront, dans tous les cas ou dans certains cas prévus, versées à la mère ou à la personne effectivement chargée de l'éducation de l'enfant.

« Les charges correspondantes seront réparties par moitié entre les organismes différents d'allocations familiales auxquels sont affiliés les employeurs des deux conjoints, à moins de convention contraire entre les organismes intéressés.

« Art. 74 *c*). — Le taux minimum de l'allocation afférente à chaque enfant est déterminé par arrêté du ministre du travail dans chaque département, soit pour l'ensemble des professions, soit pour chaque catégorie professionnelle.

« Ce taux minimum doit être égal dans chaque département et, s'il y a lieu, pour chaque catégorie professionnelle, au taux pratiqué, au moment de la promulgation de la présente loi par les caisses de compensation déjà agréées.

« Il pourra être revisé lorsque des variations dans le taux des allocations familiales généralement pratiquées auront été constatées dans le département ou la profession.

« Art. 74 *d*). — Le nombre des allocations journalières ne peut être inférieur au nombre des journees de travail effectuées au cours d'une période déterminée. Aucune déduction ne peut être faite pour quelque cause que ce soit, sauf en cas de fraude.

« En cas d'accident du travail, les allocations familiales sont maintenues dans leur intégralité pendant la période d'incapacité temporaire. En cas d'incapacité permanente absolue ou lorsque l'accident est suivi de mort, elles sont également dues tant que les enfants y ont droit en raison de leur âge.

« Les allocations familiales sont incessibles et insaisissables, sauf dans les conditions prévues par l'article 62 du présent titre.

« Art. 74 *e*). — L'employeur est tenu de justifier à tout moment aux agents chargés de l'application de la loi de son affiliation à une caisse de compensation agréée, par des pièces émanant de celle-ci et attestant qu'il est à jour de ses cotisations.

« Art. 74 *f*). — Exceptionnellement, pourra être dispensé de l'affiliation à l'une des institutions visées à l'article 74 *a*) tout employeur qui

aura institué, pour son personnel un service d'allocations familiales agréé par le ministre du travail.

« L'employeur sera considéré comme contrevenant aux dispositions de l'article 74 *a*) s'il n'est pas en mesure de justifier à tout moment aux agents chargés de l'application de la loi du fonctionnement régulier de son service d'allocations familiales.

« Art. 74 *g*). — Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application des dispositions du présent chapitre et notamment :

« 1° Les conditions à remplir par les caisses de compensation ou autres institutions visées à l'article 74 *a*), ainsi que par les services visés à l'article 74 *f*), pour obtenir l'agrément, les justifications à produire ultérieurement par les caisses, institutions ou services agréés, ainsi que les conditions dans lesquelles l'agrément sera donné ou retiré ;

« 2° Les justifications à fournir pour les enfants ayant dépassé l'âge de l'obligation scolaire.

« Art. 74 *h*). — Postérieurement à la publication du règlement d'administration publique prévu à l'article 74 *g*) ci-dessus, des décrets pris après consultation des syndicats patronaux des professions et régions intéressées détermineront les délais dans lesquels les dispositions du présent chapitre entreront en vigueur dans les diverses professions ou catégories professionnelles ou dans une même profession ou catégorie professionnelle, pour certaines régions ou même pour certains employeurs n'occupant qu'un nombre limité d'ouvriers et d'employés.

« Art. 74 *i*). — Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables aux établissements de l'Etat ou autres établissements publics dans lesquels des régimes particuliers d'allocations familiales ont été institués par la loi.

« Art. 74 *j*). — Les dispositions du présent chapitre seront appliquées aux exploitations agricoles dans les conditions qui seront déterminées par un règlement d'administration publique rendu après consultation des chambres d'agriculture, sur la proposition du ministre du travail et du ministre de l'agriculture.

« Postérieurement à la publication dudit règlement, des décrets détermineront les délais dans lesquels les dispositions du présent article entreront en vigueur, suivant les régions, les diverses catégories de la profession et l'importance de l'exploitation.

« Art. 74 *k*). — Il est institué auprès du ministre du travail une commission supérieure des allocations familiales.

« Cette commission donne son avis sur les règlements d'administration publique et les décrets prévus par les articles 74 *b*), 74 *g*), 74 *h*), 74 *j*), ainsi que sur la fixation des taux prévus par l'article 74 *c*) et sur les autorisations exceptionnelles prévues par l'article 74 *f*). »

Art. 3. — L'article 47, paragraphe 2, du livre Ier du code du travail est complété comme suit :

« Peuvent, en outre, faire valoir une action directe ou des privilèges spéciaux : 1° . . . ; 2° . . . ; 3° les ouvriers ou employés dans les conditions prévues par l'articles 2101 du code civil, pour les allocations qui leur sont dues par les caisses de compensation ou autres institutions agréées pour le service des allocations familiales ainsi que par les employeurs dispensés de l'affiliation en vertu de l'article 74 *f*) du présent livre ; 4° les caisses de compensation pour allocations familiales, dans les conditions prévues par l'article 2101 du code civil, à l'égard de leurs adhérents, pour les cotisations que ceux-ci se sont engagés à leur verser en vue du payement des allocations familiales et de la péréquation des charges résultant du versement desdites prestations.

« Les alinéas 3° et 4° dudit article 47, paragraphe 2, constitueront désormais les alinéas 5° et 6° ».

Art. 4. — L'article 62 du livre Ier du code du travail est complété par un paragraphe 4, conçu comme suit :

« Les allocations familiales prévues par les articles 74 *a*) et suivants du présent livre sont insaisissables et incessibles, sauf pour le payement des dettes alimentaires prévues par l'article 203 du code civil. »

Art. 5. — Il est inséré, dans le titre V (pénalités) du livre Ier du code du travail un article 101 *b*) conçu comme suit :

« Art. 101 *b*). — Les chefs d'établissements, directeurs ou gérants qui auront contrevenu aux dispositions des articles 74 *a*), 74 *b*), 74 *c*), 74 *d*), 74 *e*), 74 *f*), sont passibles d'une amende de 5 à 15 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 16 à 100 francs.

« Au cas de contravention aux dispositions de l'article 74 *a*), l'amende sera appliquée autant de fois qu'il y a de personnes employées dans l'établissement.

« Il y a récidive lorsque, dans les douze mois antérieurs au fait poursuivi, le contrevenant a déjà subi une condamnation pour une contravention identique.

« Les pénalités prévues ci-dessus sont indépendantes des dommages-intérêts auxquels le contrevenant pourrait être condamné envers les chefs de famille qu'il a occupés, pour des allocations familiales dont ceux-ci auraient été frustrés. Ces dommages-intérêts ne pourront être inférieurs au montant de ces allocations. »

Art. 6. — L'article 107 du livre Ier du code du travail est modifié comme suit :

« Art. 107. — Les inspecteurs du travail sont chargés, concurremment avec les officiers de po-

lice judiciaire, d'assurer l'exécution de l'article 7a), de l'alinéa 3 de l'article 8, des articles 32 a), 32 d), 33 b), 33 c) et 33 n), des articles 34 à 38 et des décrets pris en exécution de l'article 39, des articles 40 à 42, des articles 75, 76, 77 et, en ce qui concerne le commerce et l'industrie, des articles 43 à 45, 74 a) à 74 f) du présent livre. »

Art. 7. — L'article 2101 du code civil est complété ainsi qu'il suit :

« 1° ... ; 2° ... ; 3° ... ; 4° ... ; 5° ... ; 6° ...

« 7° Les allocations dues aux ouvriers et employés par les caisses de compensation et autres institutions agréées pour le service des allocations familiales ou par les employeurs dispensés de l'affiliation à une telle institution en vertu de l'article 74 f) du livre Ier du code du travail ;

« 8° Les créances des caisses de compensation et autres institutions agréées pour le service des allocations familiales à l'égard de leurs adhérents, pour les cotisations que ceux-ci se sont engagés à leur verser en vue du payement des allocations familiales et de la péréquation des charges résultant du versement desdites prestations. »

Art. 8. — Les dispositions de la présente loi entreront en vigueur trois mois après la publication du règlement d'administration publique prévu à l'article 74 g) et, pour les exploitations agricoles, trois mois après la promulgation du règlement d'administration publique prévu à l'article 74 j).

Art. 9. — La loi du 19 décembre 1922 et les décrets pris pour son application seront abrogés à partir de la mise en application des décrets prévus à l'article 74 h), en ce qui concerne les professions et les régions visées par ces derniers décrets.

Art. 10. — La présente loi est applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

(*J. O.*, 12 mars 1932).

# Assurances sociales

*Circulaire concernant les conventions à intervenir entre les caisses d'assurances sociales et les établissements hospitaliers.*

Paris, le 1er octobre 1931.

Une circulaire du ministre de la santé publique en date du 27 mars 1931 concernant les conventions à intervenir entre les caisses d'assurances sociales et les établissements hospitaliers, vous faisait connaître que des instructions ultérieures vous seraient données d'accord entre les administrations du travail et de la santé publique. Nous avons l'honneur de vous adresser ci-dessous les instructions annoncées.

Les règles suivant lesquelles les assurés sociaux sont admis dans les hôpitaux publics doivent, en principe, être définies par des conventions passées entre les commissions administratives des hôpitaux et les caisses primaires d'assurances sociales. La principale difficulté rencontrée au cours de l'élaboration de ces conventions concerne la fixation et le mode de payement des honoraires dus aux médecins hospitaliers.

La loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, a, en effet, expressément prévu que les caisses d'assurances sociales auraient à payer, en sus de leur contribution aux frais d'hospitalisation, des honoraires à ces médecins. Mais elle n'a pas précisé de quelle façon ces honoraires seraient calculés et payés.

## I. — Mode de détermination des honoraires.

Trois procédés peuvent être employés pour la détermination des honoraires ; l'entente directe, le forfait à la journée d'hospitalisation, le prix à l'acte médical.

*L'entente directe* entre l'assuré et le médecin traitant, sur le montant des honoraires, ne peut être admise d'une manière générale pour les assurés sociaux que dans l'hypothèse exceptionnelle où elle serait prévue pour tous les malades payants, par le règlement intérieur de l'hôpital, dûment approuvé antérieurement à l'application de la loi sur les assurances sociales. En dehors de cette hypothèse, l'entente directe ne doit être envisagée que dans les quartiers ou pavillons séparés, ouverts aux malades payants.

Sous réserve des cas où ils sont fixés par voie d'entente directe, dans les conditions qui viennent d'être définies, les honoraires du corps médical hospitalier sont déterminés dans la convention passée par la commission administrative de l'hôpital et la caisse, le corps médical entendu. Ils sont calculés suivant *un tarif forfaitaire à la journée* pour tous les services des hôpitaux des villes, centres de faculté, et pour les services de médecine générale des hôpitaux des autres villes. Ces honoraires doivent coïncider avec

ceux prévus au tarif de responsabilité de la caisse lequel est établi en considération du tarif limitatif des droits à la réassurance qui fixe à 4 fr. les honoraires par journée d'hospitalisation.

Pour les services de soins médicaux et chirurgicaux des hôpitaux des villes qui ne sont pas centres de faculté, les honoraires peuvent être déterminés, soit d'après un tarif forfaitaire à la journée dans les conditions qui viennent d'être indiquées, soit d'après un tarif à l'acte médical.

Dans ce dernier cas, ce chiffre se détermine en affectant au chiffre-clé, pris pour base, des coefficients prévus par la nomenclature des médecins spécialistes. Le tarif de responsabilité des caisses, établi d'après cette formule, peut adopter un chiffre variant suivant la catégorie de l'intéressé, avec pour maximum le chiffre de 8 fr. et étant entendu, conformément à la circulaire du 26 décembre 1930 du ministère du travail, que la charge supportée par la caisse pour l'ensemble des assurés des cinq catégories ne peut dépasser le montant résultant de l'application générale du chiffre-clé de 3 fr.

Le tarif des honoraires doit coïncider avec le tarif de responsabilité de la caisse primaire pour les assurés des quatre premières catégories. Il peut être supérieur à ce tarif pour certains assurés de la 5e catégorie sans que l'excédent à la charge de l'assuré puisse jamais dépasser la somme basée sur l'application à la nomenclature du chiffre-clé de 4 fr.

Comme la situation d'un assuré de la 5e catégorie peut être précaire, il importe de n'appliquer qu'avec la plus grande modération les honoraires ainsi fixés. Des remises totales ou partielles doivent être consenties aux assurés dignes d'intérêt, en particulier à ceux qui ont des ascendants et des enfants à leur charge, quant à la part leur incombant dans ces honoraires. Ces remises devront être accordées dans chaque hôpital, d'accord entre un représentant de la commission administrative et un représentant du corps médical hospitalier.

II. — Mode de paiement des honoraires

Sauf disposition contraire du règlement intérieur de l'hôpital, les honoraires sont payés tant par la caisse que, le cas échéant, par l'assuré à l'administration hospitalière. Ils sont ensuite répartis suivant les règles fixées d'après les indications du corps médical de l'hôpital.

Nous vous prions de porter la présente circulaire à la connaissance des établissements hospitaliers et des caisses et d'intervenir personnellement pour qu'ils se conforment aux présentes instructions lors de la conclusion des nouvelles conventions.

*Le ministre du travail*
*et de la prévoyance sociale,*
Adolphe Landry.

*Le ministre de la santé publique*
Camille Blaisot.

## Service de Santé de la Marine militaire

*Organisation des concours pour les emplois de professeurs agrégés, chargés de cours et prosecteurs dans les écoles de médecine navale.*

*Arrêté du 3 octobre* 1931.

Art. 1er. — L'arrêté du 22 décembre 1930 est, modifié ainsi qu'il suit :

Article 1er.

Le 2e alinéa est remplacé par le suivant : « Les concours de professeurs agrégés ont lieu en une session annuelle à des dates fixées par le ministre ».

4e alinéa, 1re ligne. — Au lieu de « cinq mois », lire : « au moins neuf mois ».

Article 3.

2e alinéa. — Au lieu de : « articles 3 et 9 », lire : « articles 5 et 11 ».

Article 6.

Ajouter le 3e alinéa suivant : « Les officiers se présentant au concours d'agrégation pourront être mis en congé d'études pendant cette période. »

Article 19.

2e alinéa, § A. — Après : « éliminatoires », ajouter : « elles comportent des épreuves cliniques et pratiques telles qu'elles sont fixées à l'article 20, et une épreuve de titres ».

§ B, 1er alinéa. — Remplacé par le suivant : « supprimer la lettre B. L'épreuve de titres sera constituée de la façon suivante ».

a, 2°. — Au lieu de : « la liste dactylographiée, etc. », lire : « cinq exemplaires de la liste dactylographiée de ses publications et de leur résumé succinct » (le reste sans changement).

Ajouter un 3e alinéa ainsi conçu : « 3° Chaque candidat devra faire un exposé de ses travaux scientifiques (le jury pourra poser des questions) ; dix minutes sont accordées pour cet exposé ».

A la fin de l'article 19 ajouter : « B. — Les épreuves définitives comportent les épreuves professionnelles énumérées à l'article 20 ci-après ».

Article 20.

a) *Agrégation de physiologie, médecine.*

Epreuves d'admissibilité.

1re épreuve, 2e alinéa, 2e ligne. — Au lieu de : « temps de réflexion compris », lire : « suivie de quinze minutes de réflexion ».

2e alinéa, *in fine*, et 1re ligne du 3e alinéa. — Supprimer : « ou du rapport d'expertise ».

2e épreuve. — Au lieu de : « recherches biologiques appliquées à la clinique ou à la médecine légale », lire : « recherches de laboratoire clinique ».

Après la rédaction de la 2e épreuve, ajouter : « 3e épreuve (coefficient 2), épreuve de titres et dossier militaire ».

Epreuves définitives. — Au lieu de : « 3e épreuve », lire : « 4e épreuve ».

2° alinéa. — Au lieu de : « quarante-cinq minutes après trois heures », lire : « soixante minutes après quatre heures ».

Au lieu de : « 4e épreuve », lire : « 5e épreuve ».

2e alinéa. — Au lieu de « quarante-cinq minutes après trois heures », lire : « soixante minutes après quatre heures ».

5e épreuve. — Supprimer les deux lignes concernant cette épreuve.

b) *Agrégation d'anatomie-chirurgie.*

Section de chirurgie générale.

Epreuves d'admissibilité, 1re épreuve, 2e alinéa. — Au lieu de : « temps de réflexion compris », lire : « suivie de quinze minutes de réflexion » ;

Après la rédaction de la 2e épreuve, ajouter : « 3e épreuve (coefficient 2) ».

Epreuves de titres et dossier militaire. Epreuves définitives. — Au lieu de : « 3e épreuve », lire : « 4e épreuve ».

Au lieu de : « 4e épreuve », lire : « 5e épreuve ».

Au lieu de : « quarante-cinq minutes après trois heures », lire : « soixante minutes après quatre heures ».

5e épreuve. — Supprimer les deux lignes concernant cette épreuve.

*Section d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.*

Epreuves d'admissibilité.

Après la rédaction de la 2e épreuve, ajouter : « 3e épreuve (coefficient 2), épreuve de titres et dossier militaire ».

Epreuves définitives.

Les 3e et 4e épreuves sont numérotées 4e et 5e épreuves.

Supprimer les deux lignes concernant la 5e épreuve.

c) *Agrégation de bactériologie-hygiène.*

Epreuves d'admissibilité.

1re épreuve, 2e alinéa. — Au lieu de : « y compris le temps de la réflexion », lire : « suivie de quinze minutes de réflexion ».

Après la rédaction de la 2e épreuve, ajouter « 3e épreuve (coefficient 2) ».

Epreuve de titres et dossier militaire.

Epreuves définitives.

Au lieu de : « 3e épreuve », lire : « 4e épreuve ».

2e alinéa. — Au lieu de : « quarante-cinq minutes après trois heures », lire : « soixante minutes après quatre heures ».

Au lieu de : « 4e épreuve », lire : « 5e épreuve ».

2° alinéa. — Au lieu de : « quarante-cinq minutes après trois heures », lire : « soixante minutes après quatre heures ».

5e épreuve. — Supprimer les deux lignes concernant cette épreuve.

d) *Agrégation de chimie et des sciences physiques et naturelles.*

Epreuves d'admissibilité.

Après la rédaction de la 2e épreuve, ajouter « 3e épreuve (coefficient 2). Epreuve de titres et dossier militaire ».

Epreuves définitives.

Les 3e et 4e épreuves sont numérotées 4e et 5e épreuves.

Supprimer les deux lignes concernant la 5e épreuve. (*J. O.*, 9 octobre 1931.)

## Service de Santé militaire

*Conditions dans lesquelles les officiers du corps de santé de l'armée active peuvent être autorisés à occuper en temps de paix, des fonctions civiles.*

*Décret du* 11 *février* 1932.

Art. 1er. — L'article 3 du décret du 15 avril 1910, modifié par le décret du 11 mai 1920, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les médecins et pharmaciens ayant obtenu les titres spécifiés à l'article 1er seront affectés au service hospitalier ; ils seront, en outre, astreints à toutes les autres obligations militaires

imposées aux officiers de santé de la même garnison.

« Les officiers généraux du service de santé, ainsi que les médecins et pharmaciens colonels, appelés à exercer un emploi ne ressortissant pas au service hospitalier, ne pourront qu'exceptionnellement être autorisés à cumuler un emploi civil et leurs fonctions militaires. Cette autorisation ne pourra être accordée que si les fonctions civiles et militaires sont exercées dans la même garnison, sans nécessiter dans celle-ci la création d'un emploi nouveau ou l'ouverture d'une vacance, et sans qu'il en résulte une gêne pour l'accomplissement intégral des obligations militaires des officiers intéressés.

« Le ministre se réserve de placer dans la position hors cadres ceux des officiers du corps de santé auxquels leurs fonctions civiles ne permettraient plus de remplir la totalité de leurs obligations militaires.

« La mise hors cadres peut également être prononcée sur la demande des intéressés. »

(*J. O.* 18 février 1932).

## *Ecole d'application du Service de santé militaire*

*Décret du 11 février 1932.*

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 9 du décret du 10 février 1920, concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire, modifié notamment le 21 octobre 1922, est remplacé par le suivant :

« Les professeurs sont choisis, en principe, parmi les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ayant terminé leur temps normal d'agrégation, en tenant un juste compte dans l'appréciation de leurs titres, des services rendus à l'école d'application du service de santé militaire, et, éventuellement, à l'école du service de santé militaire, et des résultats obtenus. »

Le troisième alinéa de ce même article est remplacé par le suivant :

« La durée du professorat ne peut excéder huit ans, y compris, le cas échéant, la délégation dans les fonctions de professeur. »

Art. 2. — L'avant-dernier alinéa de l'article 10 du décret du 10 février 1920 est remplacé par le suivant :

« La durée des fonctions de professeur agrégé du Val-de-Grâce (médecine, chirurgie, électroradiologie et physiothérapie, chimie et pharmacie) à l'école d'application du service de santé militaire est de cinq ans. »

Art. 3. — L'article 11 du décret du 10 février 1920 est remplacé par le suivant :

« Les professeurs et professeurs agrégés du Val-de-Grâce qui ne sont plus en fonctions sont chargés, notamment, dans les limites où les circonstances le permettront :

« *a*) Des services cliniques des hôpitaux militaires d'instruction ;

« *b*) D'un enseignement spécial pour les officiers du corps de santé, organisé dans les centres de perfectionnement scientifique.

« Ils seront, en outre, les consultants désignés des régions de corps d'armée.

« Enfin, des professeurs agrégés libres, ayant accompli leur temps normal d'agrégation, seront, dans la limite des besoins, chargés de l'enseignement à l'école du service de santé militaire. »

Art. 4. — Les dispositions antérieures concernant la durée du professorat et de l'agrégation restent applicables aux professeurs et professeurs agrégés du Val-de-Grâce nommés avant la publication du présent décret.

(*J. O.*, 18 février 1932.)

---

*Décret du 11 février 1932.*

Art. 1er. — L'article 17 *bis* du décret du 19 septembre 1919, concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire, modifié notamment le 21 octobre 1922, est remplacé par le suivant :

« Le nombre et la répartition des professeurs agrégés du Val-de-Grâce et des médecins ou pharmaciens adjoints sont fixés par des arrêtés ministériels, selon les besoins, les ressources et les circonstances.

« Les professeurs agrégés du Val-de-Grâce, chargés d'enseignement à l'école du service de santé militaire, sont choisis sur l'ensemble des professeurs agrégés libres, ayant accompli leur temps normal d'agrégation, parmi les plus qualifiés par leurs titres scientifiques et leurs aptitudes reconnues. La durée de leurs fonctions est en principe de quatre ans, mais pourra être prolongée par le ministre, d'année en année, pendant quatre autres années.

« En cas d'insuffisance dans le nombre des professeurs agrégés libres, il pourra être fait appel, à titre exceptionnel, à des médecins, chirurgiens, ou spécialistes des hôpitaux militaires, ainsi qu'à des pharmaciens chimistes du service de santé militaire, choisis parmi les plus qualifiés. »

Art. 2. — Les dispositions antérieures, concernant la durée de l'agrégation, restent applicables aux professeurs agrégés du Val-de-Grâce, en exercice à l'école du service de santé militaire, nommés agrégés avant la publication du présent décret. (*J. O.* 18 février 1932).

# Hygiène Alimentaire

*Règlementation de l'inspection des viandes en Alsace et Lorraine.*

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 23 juin 1931.

Monsieur le Président,

L'inspecteur général, chef des services vétérinaires d'Alsace et Lorraine, a signalé à mon administration la nécessité de réorganiser l'inspection sanitaire et le contrôle de la vente des viandes dans les départements recouvrés. En effet, un nombre de plus en plus élevé d'animaux malades ou étiques sont envoyés sur les centres industriels d'Alsace et Lorraine ; d autre part, on a constaté une augmentation de plus en plus importante du trafic des viandes suspectes, qui, par automobile, sont facilement conduites à de grandes distances, la nuit, ce qui permet aux trafiquants d'échapper à la surveillance.

Dans cette situation, il a paru indispensable de renforcer la réglementation actuelle en ce qui concerne l'inspection des viandes, les abatages d'urgence, le contrôle et le transport des viandes foraines ; il a fallu également envisager l'introduction de prescriptions nouvelles sur l'inspection bactériologique, et préciser quelques textes qui pouvaient être discutés ; enfin, la tuberculose des bovins et des porcs et la typho-anémie du cheval ont été ajoutées aux maladies mentionnées aux articles 8 et 15 de la section A de l'ordonnance du Bundesrat du 30 mai 1902.

Ces dernières mesures furent proposées aux préfets du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle qui firent remarquer que les dispositions du Bundesrat de 1902 ne pouvaient être modifiées par voie d'arrêté.

J'ai, en conséquence, fait préparer le projet de décret ci-joint, modifiant la réglementation de l'inspection et du contrôle des viandes en Alsace et Lorraine.

Si vous partagez cette manière de voir, je vous serais reconnaissant de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

*Le ministre de l'agriculture,*
André TARDIEU.

---

Le Président de la République française,

Vu le décret du 21 mars 1919 relatif à l'administration de l'Alsace et de la Lorraine ;

Vu la loi du 17 octobre 1919, relative au régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine ;

Vu la loi du 24 juillet 1925 relative au régime administratif des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

Vu la loi locale du 3 juin 1900, relative à l'inspection des animaux de boucherie et des viandes ;

Vu l'ordonnance du 30 mai 1902 pour l'exécution de la loi du 3 juin 1900, relative à l'inspection des animaux de boucherie et des viandes ;

Sur la proposition du ministre de l'agriculture,

Décrète :

Art. 1er. — La tuberculose des bovins et des porcs et la typho-anémie du cheval sont ajoutées aux maladies mentionnées aux articles 8 et 15 de la section A de l'ordonnance du 30 mai 1902.

Art. 2. — L'alinéa 1er de l'article 17 de la section A de l'ordonnance du 30 mai 1902 est modifié comme suit :

« (1) L'inspection des viandes devra, autant que possible, être effectuée immédiatement après l'abatage et sera pratiquée, sauf exception pour les abattoirs publics, par l'inspecteur même qui aura examiné l'animal sur pieds. L'inspection devra se faire au lieu d'abatage ; le transport des viandes et des organes dans une autre localité avant l'inspection et l'estampillage est interdit. »

Art. 3. — L'article 30 de la section A de l'ordonnance du 30 mai 1902 est modifié comme suit: «(1) Les inspecteurs non pourvus du diplôme vétérinaire ne pourront juger d'une viande, de leur propre chef, que dans les cas suivants et à condition qu'ils aient examiné l'animal à l'état vivant, qu'il n'y ait pas eu de dépeçage de l'animal abattu, interdit par l'article 17, alinéa 2, qu'aucune partie importante n'ait été soustraite à l'inspection ou soumise à un traitement interdit par l'article 17, alinéa 4 :

« 1° Lorsque l'examen a établi que toutes les parties de l'animal abattu sont saines ou que cet examen a permis de ne constater que l'existence des défauts suivants :

« *a*) Parasites animaux, à l'exception toutefois des cysticerques nuisibles à la santé (chez les bovins le *Cysticercus inermis*, chez le porc, le mouton et la chèvre, le *Cysticercus cellulosæ*) ;

« *b*) Adhérences d'organes sans aucune suppuration et sans exsudations aqueuses malodorantes et foyers purulents complètement enkystés ;

« *c*) Inflammations de la peau sans formation étendue de pus ou de sanie ;

« *d*) Tumeurs bien délimitées ;

« *e*) Actinomycose localisée ;

« *f*) Tuberculose d'un seul organe sans foyers de ramollissement ou lésions des parties pariéta-

les de la plèvre ou du péritoine et tuberculose de deux organes, si les lésions sont limitées aux ganglions de ces organes et si l'animal est en parfait état de viande (première ou deuxième qualité)

« *h*) Lésions de l'exanthème coïtal sur les organes génitaux ;

« *i*) Atrophie d'organes ou de quelques muscles ;

« *j*) Déformations n'entraînant pas de troubles de l'état général ou d'altérations de la viande ;

« *k*) Fractures simples, hémorragies récentes, ayant une cause mécanique, dépôts de pigment et dépôts de calcaire dans quelques organes ou parties du corps ;

« *l*) Présence de contenu de l'estomac ou d'autres souillures dans le poumon ou dans le sang ;

« *m*) Souillures de la viande par des insectes, des moisissures, etc ...

« (2) Dans les cas de saisie complète, dans lesquels la viande doit être déclarée impropre à la consommation humaine, les inspecteurs non vétérinaires pourront prescrire cette saisie sans faire appel à l'inspecteur vétérinaire si le propriétaire ou son représentant déclare être d'accord sur la destruction de la viande désignée par le vérificateur des viandes comme impropre à la consommation ».

Art. 4. — L'article 33 de la section A de l'ordonnance du 30 mai 1902 est modifié comme suit :

« (1) Le corps entier de l'animal (la viande avec les os, la graisse, les organes internes et les parties de la peau consommables par l'homme) ainsi que le sang sera déclaré impropre à la consommation humaine, si un des défauts suivants a été constaté :

« 1° Fièvre charbonneuse à l'exception du charbon localisé du porc ;

« 2° Charbon symptomatique ;

« 3° Septicémie hémorragique des bovins ;

« 4° Rage ;

« 5° Morve ;

« 6° Peste bovine ;

« 7° Pyémie ou septicémie et les cas suspects de pyémie ou de septicémie se présentant à la suite de plaies purulentes ou gangréneuses, d'inflammations de la mamelle, de l'utérus, des articulations, des chaînes tendineuses, des onglons et des sabots, de l'ombilic, du poumon, de la plèvre et du péritoine de l'intestin, à l'exception des cas où l'innocuité de la viande a été démontrée par un examen bactériologique ;

« 8° Tuberculose, si l'animal est fortement amaigri par suite de la maladie ;

« 9° Typho-anémie et hémoglobinurie du cheval, anémie des bovins et des moutons, rouget du porc, avec altération des muscles, du tissu adipeux ou de la moelle des os ;

« 10° Pneumo-antérite du porc et peste porcine accompagnée de fort amaigrissement ou de grands troubles de l'état général ;

« 11° Tétanos s'il est généralisé, si la saignée a été incomplète, s'il existe des altérations manifestes des muscles ou s'il est d'origine puerpérale ou ombilicale ;

« 12° Jaunisse, si toutes les parties du corps ont conservé une coloration prononcée, jaune ou jaune vert, après vingt-quatre heures ou que les animaux sont fortement amaigris ;

« 13° Hydropisie générale ;

« 14° Tumeurs nombreuses des muscles, des os ou des ganglions lymphatiques ;

« 15° Forte odeur d'urine ou de sexe, odeur ou goût répugnant de la viande provenant d'aliments, de médicaments, de désinfectants ou analogues même après l'épreuve de la cuisson et le refroidissement ;

« 15° Amaigrissement extrême de l'animal (étisie) ;

« 17° Putréfaction avancée ou autres altérations analogues ;

« 18° Tous les cas d'affections intestinales du cheval, de l'âne ou du mulet, accompagnés de « coliques » à moins qu'il ne soit prouvé par un examen bactériologique que la viande n'est pas impropre à la consommation.

« (2) Seront considérés comme offrant des défauts équivalant à ceux mentionnés à l'alinéa 1, les animaux qui, dans les cas de mort subite prévue à l'article 2, n'auront pas été vidés immédiatement après la mort, ainsi que les animaux morts naturellement ou abattus alors qu'ils étaient à l'agonie, les animaux mort-nés ainsi que les fœtus ».

Art. 5. — L'article 35 de la section A de l'ordonnance du 30 mai 1902 est modifié comme suit :

« Seules les parties des viandes altérées seront déclarées impropres à la consommation humaine si un des défauts suivants a été constaté :

« 1° Parasites animaux dans les intestins (distômes hépatiques. Ténias. Cysticerques non visibles, échinocoques, cœnures, nématodes, sarcocystes de Miescher, etc.), abstraction faite des cas mentionnés à l'article 34. Si le nombre ou la répartition des parasites ne permet pas leur enlèvement complet, les organes entiers devront être détruits ; dans le cas contraire, les organes seront restitués après que les parasites auront été enlevés ;

« 2° Tumeurs, si elles sont bien délimitées ;

« 3° Péripneumonie, si l'animal n'est pas amaigri ;

« 4° Tuberculose, abstraction faite des cas prévus aux articles 33, 8 et 34, n° 1. Tout organe siège d'une lésion tuberculeuse quelconque, même nettement délimitée, doit être considéré comme tuberculeux, saisi et détruit en totalité ; la tuberculose d'un ganglion entraîne la saisie et la dest uction de l'organe correspondant ;

« 5° Actinomycose et botryomycose ;

« 6° Tétanos, si l'article 33, n° 11, ne trouve pas

son application et s'il est démontré par un examen bactériologique qu'il n'y a pas eu d'infection secondaire ;

« 7° Fièvre aphteuse non accompagnée par une autre maladie. Seules les parties malades devront être détruites, de même que les parties sans valeur (onglons). La tête et la langue pourront être libérées, si elles ont été ébouillantées sous le contrôle de l'administration ;

« 8° Maladies inflammatoires non mentionnées jusqu'à présent, abcès enkystés, si l'état général de l'animal n'était pas troublé avant l'abatage, en particulier s'il n'y a aucun symptôme de pyémie ou de septicémie ;

« 9° Lésions (blessures, contusions, fractures, brûlures, etc) non accompagnées d'un état fébrile général ;

« 10° Urticaire du porc ;

« 11° Rouget du porc, si l'article 33, n° 9, n'est pas applicable ; le sang et les déchets devront toujours être détruits ;

« 12° Pneumo-entérite du porc et peste porcine, si l'article 33, n° 10, n'est pas applicable ;

13° Déformations n'entraînant pas de troubles de l'état général ou d'altérations de l'état de la viande ;

« 14° Atrophie d'organes ou de quelques muscles ;

« 15° Imbibition par du sang ou des sérosités, dépôts de calcaire ou de pigment (coloration en noir, brun ou jaune) dans quelques organes ou parties du corps ;

« 16° Putréfaction superficielle, moisissures ou modifications analogues de certaines parties du corps ;

« 17° Souillures de la viande par du pus, de la sanie et des produits d'inflammation ;

« 18° Présence du contenu de l'estomac ou d'eau d'échaudoir ou autres souillures dans le poumon ou le sang ;

« 19° Présence de poisons ou de matières médicamenteuses en cas d'empoisonnement avec des médicaments des tableaux A,B et C du décret du 14 septembre 1916. Elle entraîne la saisie des organes pouvant contenir le poison (estomac, intestin, foie, reins, mamelles, etc) ;

« 20° Altération de la viande ou d'organes par soufflage ainsi que toutes souillures de la viande dont le nettoyage complet est irréalisable ;

« 21° Charbon localisé et guéri (charbon des ganglions lymphatiques) chez le porc. Le charbon localisé est considéré comme guéri si les organes malades (ganglions lymphatiques) sont entièrement enkystés de tissu conjonctif et si l'examen bactériologique ne révèle pas la présence du bacille de charbon. »

Art. 6. — L'article 37 de la section A de l'ordonnance du 30 mai 1902 est modifié comme suit:

« Seront déclarés utilisables sous conditions :

« 1° La graisse dans les cas prévus par l'article 34 à l'exception toutefois de la graisse des bovins atteints de ladrerie (art. 34, n° 2), qu'un examen approfondi aura reconnu indemne de cysticerques ; cette graisse sera déclarée utilisable sous conditions ;

« 2° Les quartiers de viande qui renferment un ganglion tuberculeux non calcifié, hypertrophié, congestionné, fortement coloré, hémorrhagique ou ramolli. Sera considérée comme quartier la partie du corps qui correspond au rayon du ganglion altéré ;

3° Tout le corps de l'animal (voir art. 33), à l'exception des parties à déclarer inutilisables en vertu de l'article 35, si l'un des défauts suivants a été constaté ; 1° Tuberculose, si elle n'est pas restreinte à un organe, si l'animal n'est pas fortement amaigri et : *a*) si les lésions tuberculeuses sont caséeuses ou en voie de ramollissement, à moins qu'il ne soit prouvé par un examen bactériologique que la viande est impropre à la consommation humaine ; *b*) s'il existe des symptômes d'une infection récente du sang, mais seulement dans les intestins ou dans la mamelle ;

« 2° Rouget du porc, si les prescriptions de l'article 33, n° 10, ne sont pas applicables ;

« 3° Pneumo-entérite et peste porcine, si les dispositions de l'article 33, n° 10, ne sont pas applicables, s'il ne s'agit pas de pneumo-entérite à développement lent, sans trouble de l'état général, de lésions anciennes de pneumo-entérite (adhérences cicatrices, foyers caséeux enkystés, etc) ou de peste porcine (foyers caséeux dans les ganglions mésentriques adhérences intestinales, cicatrices sur la muqueuse intestinale ) ;

« 4° Ladrerie, chez les bovins (*Cysticercus inermis*), chez les porcs, moutons et chèvres (*Cysticercus cellulosæ*), si les prescriptions de l'article 33, n° 2, ne sont pas applicables.

« Si, toutefois, lors de l'examen fait conformément aux prescriptions des articles 24 et 34, n° 2, on n'a pas trouvé de cysticerque ou un seul cysticerque isolé dans la plupart des coupes musculaires et que la viande a été mise en saumure pendant vingt et un jours, uo s'il s'agit de bovins, conservés dans un frigo rifiqueou dans une chambre froide (art. 39, n° 4 et 5), la viande sera déclarée utilisable sans restrictions après excision des places où des cysticerques auront été trouvés. Les places excisées seront déclarées impropres à la consommation humaine.

« Le foie, la rate, les reins, l'estomac et les intestins des animaux atteints de ladrerie et la graisse des bovins atteints de ladrerie seront déclarés utilisables pour la consommation humaine si un examen approfondi les a reconnus indemnes de cysticerques ;

« 5° Trichines du porc, si les dispositions de l'article 36, n° 4, ne sont pas applicables ;

« 6° Charbon localisé (des ganglions lymphatiques) du porc non guéri, en ce sens que les par-

ties atteintes seront toujours déclarées inutilisables pour la consommation humaine. Cette forme du charbon sera considérée comme existante, si l'inflammation est restreinte à un ou quelques ganglions lymphatiques de l'appareil digestif renfermant des bacilles du charbon et à leur voisinage direct et si l'examen bactériologique ne permet pas de trouver des bacilles du charbon dans la rate, les reins, les muscles et au moins deux ganglions intramusculaires. »

Art. 7.— L'article 40 de la section A de l'ordonnance du 30 mai 1902 est modifié comme suit :

« L'inspecteur devra déclarer utilisable pour la consommation humaine la viande qui n'a donné lieu à aucune contestation basée sur les prescriptions des articles 33 à 37. Toutefois, la viande utilisable devra être déclarée de moindre valeur (diminuée considérablement dans sa valeur alimentaire ou de consommation) dans les cas suivants :

« 1° Dans tous les cas d'abatage d'urgence ou d'abatage d'un animal malade, en tant que la viande ne devra pas être déclarée impropre à la consommation humaine par application des articles 33 et 37 ; des dérogations à cette prescription ne pourront être faites qu'avec l'assentiment du directeur régional des services vétérinaires pour les animaux en bon état d'entretien, si l'abatage a eu lieu à la suite d'un accident ou d'une parturition ne datant pas de plus de douze heures ;

« 2° Tuberculose non limitée à un organe, si la maladie a pris une grande extension dans les parties atteintes, mais s'il n'y a ni amaigrissement marqué, ni lésions tuberculeuses mentionnées, art. 37, III, ni symptômes d'une infection récente du sang ;

« 3° Odeur ou goût de poisson ou d'huile de poisson, ainsi que d'autres altérations modérées de l'odeur ou du goût, d'autres altérations semblables de la coloration, de la composition, de l'état de conservation, notamment la putréfaction superficielle, une odeur modérée mais désagréable d'urine, d'odeur de sexe, une odeur provenant d'aliments, de médicaments ou de désinfectants ou de produits analogues, hydropisie modérée, faible coloration jaune à la suite de jaunisse, présence de quelques sarcocystes de Miescher (voir toutefois, art. 34, n° 3, et art. 35, n° 17) ou de quelques dépôts calcaires ; en cas d'altérations de couleur, d'odeur ou de goût, l'inspecteur ne se prononcera pas avant vingt-quatre heures après l'abatage et seulement après avoir procédé à l'épreuve de la cuisson ;

« 4° Développement incomplet ou insuffisant ;

« 5° Saignée incomplète, notamment chez les animaux abattus d'urgence et dans les cas de mort subite, désignée à l'article 2, s'il n'y a pas d'altérations exigeant un traitement conforme aux prescriptions des articles 33 et 34. »

Art. 8. — Le pétrole est ajouté aux ingrédients mentionnés à l'article 45 de la section A de l'ordonnance du 30 mai 1902.

Art. 9.— L'article 7 de la section B de l'ordonnance du 30 mai 1902 est complété comme suit :

« 5° Etablissement du signalement et examen d'un bovin vivant en vue de la délivrance d'un certificat d'origine et de santé ».

Art. 10. — L'article 11 de la section B de l'ordonnance du 30 mai 1902 est modifié comme suit :

« Ne pourront être nommées vérificateurs des viandes les personnes qui, sans posséder le diplôme de vétérinaire, font profession d'exercer la médecine des animaux ou qui exercent la profession de boucher ou d'équarrisseur, ou qui s'occupent de commerce des viandes ou de bestiaux ».

Art. 11. — Le ministre de l'agriculture est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 23 juin 1931. (*J, O.* 2 juillet 1931.)

## Emplois Réservés aux médecins victimes de la guerre

*Proposition de loi tendant à réserver des emplois de leur profession aux médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, pensionnés pour infirmités de guerre, présentée par MM. Paul Strauss, Gallet et Delpierre, sénateur. —(Renvoyée à la commission de l'hygiène, de l'assurance et de la prévoyance sociales.)* (Sénat, séance du 26 mars 1931.)

### PROPOSITION DE LOI

Art. 1er. — Les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou vétérinaires, invalides de guerre, qui ont été mobilisés dans leur profession et sont en possession d'une pension définitive ou temporaire, par suite de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées par le fait ou à l'occasion du service au cours de la guerre 1914-1918, bénéficient d'un droit de préférence pour l'accession aux emplois de leur profession des administrations de l'Etat, des départements, des colonies ou des communes, ainsi que des établissements reconnus d'utilité publique et des entreprises privées qui jouissent d'un monopole ou d'une subvention des susdites collectivités.

Toutefois, en ce qui concerne les entreprises privées, les obligations nées de la présente loi ne prendront effet qu'à la suite de conventions intervenues d'un commun accord entre lesdites entreprises et les collectivités qui ont accordé la subvention ou le monopole, soit à l'occasion de leur renouvellement, soit à l'occasion de modi-

fications ou avenants aux conventions primitives ou au cahier des charges.

L'exercice du droit de préférence reconnu par le présent article est déterminé par les dispositions suivantes.

Art. 2. — Les diverses collectivités ci-dessus visées qui utilisent régulièrement les services de médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou vétérinaires, sont tenues de mettre à la disposition des bénéficiaires du précédent article, dans les conditions précisées ci-dessus, les postes vacants qui dépendent d'elles.

Si aucun candidat bénéficiaire de la présente loi ne réunit les conditions prévues ci-dessous, ou si la proportion du tiers de l'effectif est déjà atteinte par des invalides de guerre remplissant les conditions de la présente loi, les susdites collectivités conservent la libre disposition de la vacance.

Art. 3. — Les bénéficiaires de la présente loi doivent dans tous les cas remplir toutes les conditions exigées pour le recrutement au poste vacant, tant au point de vue professionnel qu'au point de vue de l'aptitude physique.

Art. 4. — Les demandes de postes formulées au titre de la présente loi, accompagnées de toutes pièces justificatives que le candidat croirait devoir y joindre, sont adressées par lui à l'administration ou au service dont dépend le poste sollicité. L'administration ou service instruit la demande dans les trois mois de la réception, notamment en ce qui concerne la vérification des droits du candidat au bénéfice de la présente loi, ainsi que des titres qu'il fait valoir et de la réalisation des conditions visées à l'article précédent.

Art. 5. — Tous les ans, avant le 31 janvier, un état des postes vacants ou susceptibles de devenir vacants entre le 1er avril de l'année en cours et le 31 mars de l'année suivante, sous réserve de tous les emplois auxquels il est pourvu par voie de concours, est adressé par les collectivités assujetties aux obligations de la présente loi, au secrétariat de la commission spéciale de classement instituée par l'article 6.

A la même époque, les mêmes collectivités adressent au secrétariat de la commission spéciale de classement les dossiers des candidatures qu'elles ont instruites dans le courant de l'année p écédente, complétée par l'indication de leur avis favorable ou défavorable à la candidature. Si l'avis est défavorable, il doit être motivé.

Art. 6. — La commission spéciale de classement aux emplois réservés de médecins, pharmaciens, chi urgiens-dentistes ou vétérinaires est nommée par décret rendu sur le rapport du minis re des pensions, et composée de la façon suivante :

Un sénateur désigné par le Sénat ;

Un député désigné par la Chambre des députés ;

Un représentant du ministre des pensions désigné par le ministre des pensions ;

Deux représentants des différentes administrations, tous deux désignés par le président du conseil des ministres ;

Deux représentants de l'association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre, désignés par le ministre des pensions ;

Deux p ofesseurs titulaires ou agrégés de la faculté de médecine de Paris, désign és par le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ;

Un médecin détaché au ministère des pensions, désigné par le ministre des pensions et chargé des fonctions de secrétaire de la commission

Le cas échéant, un représentant des collectivités visées au paragraphe 2 de l'article 1er de la présente loi, désigné par le ministre des travaux publics, sur proposition des grands réseaux de chemins de fer.

Le ministre des pensions désigne, parmi les membres de la commission, autres que le secrétaire, le président et le vice-président de ladite commission.

Art. 7. — La commission spéciale de classement examine les dossiers des candidats, statue sur les avis défavorables formulées par les administrations ou services intéressés, et dresse annuellement une liste d'aptitude pour chaque poste à pourvoir, compte tenu des candidats tant au point de vue des qualités professionnelles, morales et physiques indispensables pour assurer convenablement l'exercice de l'emploi, que du pourcentage d'invalidité, et s'il y a lieu, de la qualité d'ancien combattant. Pour chaque poste, elle inscrit les candidats dans l'ordre de mérite. Cette inscription est valable jusqu'à la publication de la liste annuelle suivante.

Art. 8. — Les listes d'aptitudes sont publiées au *Journal officiel* de la République française avant le 31 mars de chaque année.

Art. 9. — Les collectivités intéressées procèdent à concurrence du nombre de postes réservés à pourvoir et, sauf application des dispositions du 2e alinéa de l'article 2, aux nominations des candidats dans l'ordre de l'inscription de ces derniers sur la liste annuelle d'aptitude.

Art. 10. — En cas d'ouverture d'une vacance réservée imprévue ou non déclarée, l'administration ou le service intéressé aura la faculté d'y pourvoir par une désignation temporaire, sous réserve de mettre le poste à la disposition des bénéficiaires de la présente loi hors de la production du plus prochain état de vacances annuel visé par l'article 5.

*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.— R. C. Clermont 1264.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

**" L'Officiel Médical "**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**

## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

### Budget

*Loi du* 31 *mars* 1932 (*Budget général de l'exercice* 1932). — *Extraits : dispositions susceptibles d'intéresser les médecins*........... p. 1332

### Insaisissabilité des livres et instruments

*Loi du* 13 *avril* 1932 *modifiant les paragraphes* 3 *et* 4 *de l'article* 592 *du Code de procédure civile relatif aux saisies-exécution*........ p. 1388

### Pensions Militaires

*Loi du* 5 *avril* 1932 *prorogeant le délai imparti aux victimes de la guerre par la loi du* 9 *janvier* 1926 *complétée par la loi du* 26 *mars* 1927 *et la loi du* 30 *décembre* 1928................ p. 1260

### Tribunaux (Compétence des)

*Loi du* 6 *avril* 1932 *modifiant les articles* 2, 50, *alinéa* 1er, *et* 59, *alinéa* 1er, *du Code procédure civile, en ce qui concerne la compétence des tribunaux*........................ p. 1261

## Enseignement

### Circulaires, Décrets et arrêté relatifs au baccalauréat de l'enseignement secondaire

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts à MM. les recteurs d'académie,

Paris, le 7 octobre 1931.

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint ampliation de deux décrets (accompagnés des rapports au Président de la République y afférents) et d'un arrêté relatifs au baccalauréat de l'enseignement secondaire, à savoir :

I. — Décret du 2 octobre 1931

Ce décret modifie les articles 11, 13, 14, 17, et 20 du décret du 7 août 1927 portant orga-

nisation des examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

Les articles 11 et 14 du décret du 7 août 1927 prévoyaient que les épreuves de sciences physiques, aux examens de la première partie du baccalauréat, portaient sur les programmes officiels des classes de seconde et de première.

Les membres des phrases de ces deux articles qui avaient établi l'exception à la règle générale ont été supprimés par le nouveau décret. Désormais toutes les épreuves des examens de la première partie portent sans exception sur les programmes officiels des classes de 1re A, A' et B, ainsi qu'il est spécifié dans l'article 11 modifié. Les épreuves de sciences physiques ne porteront donc plus sur les programmes dans les classes de seconde.

Les aricles 13, 15, 17 et 20 du décret du 7 août 1927 ont été modifiés en vue d'opérer une réduction du nombre des épreuves et d'apporter des changements dans les coefficients, ainsi qu'il est indiqué dans le rapport au Président de la République.

L'attention des membres du jury d'examens devra être appelée sur une innovation faite à l'article 17 ; la substitution de la notation de 0 à 10 à la notation de 0 à 20.

Dans les certificats actuels, chaque note est portée directement avec son coefficient ; il en résulte parfois des erreurs.

Pour les éviter, il sera prévu dans les nouveaux modèles l'inscription pour chaque épreuve de la note primitive (de 0 à 10) et dans une autre colonne du produit de cette note multipliée par le coefficient.

De nouveaux modèles de certificats d'aptitude se rapportant aux modifications des articles 13, 15 et 17 vous seront envoyés en temps opportun.

II. — Décret du 13 aout 1931

Dans le rapport qui précède ce décret, il est expliqué que celui-ci remplace le décret du 6 mars 1928 relatif à la constitution des jurys d'examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire et a pour objet de faire œuvre de déconcentration. Désormais, c'est à vous qu'incombera la tâche d'arrêter la liste des membres des jurys qui ne font pas partie du personnel (en activité ou non) de l'enseignement supérieur. Les prescriptions de ma circulaire du 17 mars 1928 demeurent en vigueur, sauf en ce qu'elles ont de contraire aux prescriptions du présent décret. Après la session d'octobre vous aurez à m'adresser avec votre rapport d'ensemble la liste nominative des personnes ayant effectivement figuré dans les jurys avec un résumé numérique les classant par catégories (professeurs de facultés, agrégés des différentes disciplines, professeurs de collèges, etc.).

Arrêté du 6 octobre 1931

Cet arrêté modifie les articles 10 et 12 de l'arrêté du 6 mars 1928 relatif à l'organisation des examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

L'article 10 fixant la durée des épreuves écrites n'appelle aucune observation particulière.

L'article 12 sur la composition des jurys d'examens est modifié dans son principe même. Alors que le texte ancien fixait pour chaque jury un nombre déterminé d'examinateurs, le texte nouveau fixe seulement un minimum qui pourra donc être dépassé dans la mesure où vous le jugerez utile.

Il sera possible alors de constituer des jurys dans lesquels le président n'aura pas à interroger lui-même et se bornera à la direction et à la surveillance effective de l'examen.

Cette mesure permettra lorsque plusieurs jurys fonctionnent simultanément dans un même local, de leur donner un seul et même président, disposition qui a été déjà appliquée, en particulier à Paris, et qui a donné toute satisfaction. Elle présente en effet des avantages marqués : bien que chargé de plusieurs jurys, le président n'étant plus absorbé par les interrogations effectives, pourra mieux exercer ses fonctions de direction, résoudre notamment immédiatement les petites difficultés, suivre les interrogations de ses collègues, assurer dans une certaine mesure la coordination des notations.

Un seul membre de l'enseignement supérieur pouvant ainsi présider simultanément plusieurs jurys, il en résultera pour le personnel des facultés un allègement sensible. A la session d'octobre, une partie seulement de ce personnel sera nécessaire pour assurer le service. Il ne sera donc pas excessif de leur demander, par compensation, de rentrer un peu plus tôt et d'avancer la session d'octobre. Nous répondrons ainsi aux vœux unanimes de l'enseignement secondaire et des familles.

Je rappelle toutefois que si les jurys peuvent ne comprendre qu'un seul membre de l'enseignement supérieur, c'est un minimum qu'il y a intérêt à dépasser chaque fois que ce sera possible. Il importe que les facultés continuent à prendre dans la mesure de leurs disponibilités en personnel la part la plus large aux examens du baccalauréat.

Les deux décrets et l'arrêté ci-joints entreront en vigueur à la session de juin-juillet 1932. Les modifications apportées au décret du 7 août 1927 et à l'arrêté du 6 mars 1928 s'appliqueront obligatoirement à tous les candidats soumis au régime institué par ledit décret.

Par contre, il n'est rien changé aux mesures transitoires prescrites à l'article 24 du décret du

7 août 1927, concernant les candidats qui seront déjà présentés sous un régime antérieur.

Vous voudrez bien assurer l'exécution des règlements ci-inclus et des prescriptions de la présente circulaire et en donner connaissance à MM. les doyens des facultés des sciences et des lettres de votre ressort. Mario ROUSTAN.

## RAPPORT

### AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 2 octobre 1931.

Monsieur le Président,

La multiplicité et la complexité des épreuves du baccalauréat de l'enseignement secondaire, tel qu'il a été organisé par le décret du 7 août 1927, en rendent la charge singulièrement lourde et pour les candidats et pour les jurys. Cet inconvénient se constate surtout à la première partie, où la succession de cinq compositions impose aux jeunes gens une semaine d'efforts très pénibles. D'autre part, à la suite des travaux de la commission de surmenage, les horaires et les programmes de l'enseignement secondaire ayant été réduits, il a été reconnu utile d'alléger et de simplifier par voie de conséquence les examens qui les sanctionnent.

C'est en vue de réaliser cette réforme que j'ai l'honneur de soumettre à votre signature un projet de décret dont les dispositions ont fait l'objet d'un examen approfondi par le conseil supérieur de l'instruction publique et dont le texte, dans ses parties essentielles, a été établi conformément à ses avis. C'est surtout à la première partie que des simplifications s'imposaient. Aux différentes sections, le nombre des épreuves écrites est ramené de 5 à 4 ; celui des épreuves orales de 8 à 5.

Dans les sections A et A', c'est la composition de physique qui disparaît. Les sciences physiques ne figurent plus qu'à l'oral ; par contre, les mathématiques sont maintenues à l'écrit, mais à l'écrit seulement.

Dans la section B, les mathématiques et la physique sont maintenues à la fois à l'écrit et à l'oral. Les deux langues vivantes étrangères figurent l'une seulement à l'écrit, l'autre seulement à l'oral. Rien n'est changé aux dispositions de l'article 16 qui font de l'anglais ou de l'allemand l'une des deux langues à choisir par les candidats.

D'autre part, depuis le régime établi par le décret du 7 août 1927, on s'est plaint souvent que des élèves de la section A, peu doués pour les études scientifiques, se voyaient arrêtés à l'examen par l'importance des épreuves de mathématiques et de physique. En fait, ces épreuves intervenaient dans l'ensemble pour un tiers au total. On ne pouvait songer à diminuer notablement leur rôle pour les trois sections à la fois sans porter un préjudice grave aux candidats ayant des aptitudes opposées.

Pour donner cependant satisfaction aux vœux exprimés, le conseil supérieur a été conduit à proposer de revenir sur l'égalité des sanctions pour l'enseignement scientifique aux différentes sections sans toucher à l'égalité dans les programmes et les horaires, la première ne leur paraissant pas la conséquence obligatoire de la seconde.

Par la nature des épreuves et par le jeu des coefficients, le projet de décret diminue donc très sensiblement l'importance relative de la partie scientifique dans les examens de A ; il la ramène à un niveau qui ne saurait constituer un véritable obstacle pour un élève sérieux. La diminution est plus faible en A'. Par contre, à la série B, l'importance relative des sciences est sensiblement augmentée.

Il a paru enfin nécessaire de maintenir dans les épreuves orales de langues anciennes, à la première partie A, une interrogation de grec à côté de celle de latin, sans toutefois toucher à l'équilibre entre les différentes disciplines tel que l'a réalisé le conseil supérieur par un choix judicieux des coefficients.

Tel qu'il est modifié dans le projet qui vous est soumis, le baccalauréat de l'enseignement secondaire semble bien répondre aux aptitudes diverses des candidats ; il apparaît à la fois simplifié et bien équilibré.

Si vous partagez cette manière de voir, je vous serais obligé, monsieur le Président, de bien vouloir le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'assurance de mon profond respect.

*Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,*
MARIO ROUSTAN,

*Décret du* 2 *octobre* 1931

Art. 1er. — Les articles 11, 13, 14, 15, 17 et 20 du décret du 7 août 1927, relatif aux examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire, modifié par les décrets des 22 février 1929, 10 juillet 1929 et 21 août 1930, sont remplacés par les dispositions suivantes :

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

## TITRE II

### DES ÉPREUVES

*Art.* 11. — Les épreuves du baccalauréat de l'enseignement secondaire sont divisées en deux parties.

Elles portent sur les programmes officiels de la classe de première A, A' et B pour la première partie, et sur les programmes officiels des classes

de philosophie et de mathématiques pour la deuxième partie.

.........................................

*Art.* 13. — Les candidats à la première partie peuvent choisir, au moment de leur inscription, entre trois séries d'épreuves : série A, série A', série B.

*Série A.*

Epreuves écrites.

1° Une composition française ;
2° Une version latine ;
3° Une version grecque ;
4° Une composition de mathématiques.

Epreuves orales.

1° Explication d'un texte français des seizième, dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième siècles ;
2° Explication d'un texte latin et d'un texte grec ;
3° Explication d'un texte de langue vivante étrangère ;
4° Interrogation d'histoire et de géographie ;
5° Interrogation de sciences physiques.

*Série A'.*

Epreuves écrites.

1° Une composition française ;
2° Une version latine ;
3° Une épreuve de langue vivante étrangère ;
4° Une composition de mathématiques.

Epreuves orales.

1° Explication d'un texte français des seizième, dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième siècles ;
2° Explication d'un texte latin ;
3° Explication d'un texte de langue vivante étrangère ;
4° Interrogation d'histoire et de géographie ;
5° Interrogation de sciences physiques.

*Série B.*

Epreuves écrites.

1° Une composition française ;
2° Une épreuve portant sur l'une des deux langues vivantes étrangères étudiées par le candidat ;
3° Une composition de mathématiques ;
4° Une composition de physique.

Epreuves orales.

1° Explication d'un texte français des seizième, dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième siècles ;
2° Explication d'un texte dans celle des deux langues vivantes étrangères étudiées par le candidat n'ayant pas fait l'objet d'une épreuve écrite ;
3° Interrogation d'histoire et de géographie ;
4° Interrogation de mathématiques ;
5° Interrogation de sciences physiques.

*Art.* 14. — L'épreuve écrite de langue étrangère consiste soit en une composition dans cette langue, soit en une version et un thème.

A cette épreuve, l'usage de tout dictionnaire est interdit.

Par mesure transitoire, l'emploi d'un dictionnaire, rédigé exclusivement dans la langue choisie par le candidat, demeure autorisé jusques et y compris la session d'octobre 1932.

Les dispositions des paragraphes 2 et 3 ci-dessus ne sont pas applicables à l'épreuve écrite d'arabe, où l'emploi d'un dictionnaire est autorisé.

Aux épreuves orales des trois séries de la première partie :

1° Chaque explication de texte français donne lieu à une interrogation sur l'histoire de la littérature française ;
2° L'interrogation de géographie comporte obligatoirement une interrogation sur la géographie des colonies françaises.

*Art.* 15. — Les candidats à la deuxième partie peuvent choisir, au moment de leur inscription, entre deux séries d'épreuves : série philosophie, série mathématiques.

*Série philosophie.*

Epreuves écrites.

1° Une dissertation philosophique ;
2° Une composition de sciences physiques et naturelles.

Epreuves orales.

1° Interrogation de philosophie (programme obligatoire et programme à option) ;
2° Interrogation d'histoire et de géographie ;
3° Interrogation de mathématiques et de cosmographie ;
4° Interrogation de sciences physiques ;
5° Interrogation de sciences naturelles ;
6° Interrogation de langue vivante étrangère.

*Série mathématiques.*

Epreuves écrites.

1° Une composition de mathématiques ;
2° Une composition de sciences physiques ;
3° Une dissertation philosophique.

Epreuves orales.

1° Interrogation de mathématiques.
2° Interrogation de sciences physiques ;

3° Interrogation de sciences naturelles ;
4° Interrogation de philosophie ;
5° Interrogation d'histoire et de géographie ;
6° Interrogation de langue vivante étrangère.

Dans cette série, les interrogations de mathématiques, de sciences physiques et de sciences naturelles peuvent donner lieu à des questions sommaires sur l'histoire de ces sciences.

.............................................

*Art.* 17. — La valeur de chaque épreuve est exprimée par une note variant de 0 à 10. Les coefficients suivants sont attribués aux différentes épreuves :

PREMIERE PARTIE

*Série A.*

| | |
|---|---|
| Composition française | 2 |
| Version latine | 2 |
| Version grecque | 2 |
| Epreuve écrite de mathématiques | 2 |
| Explication française et explication grecque | 2 |
| Explication latine | 2 |
| Explication de langue vivante étrangère. | 1 |
| Interrogation d'histoire et de géographie. | 3 |
| Interrogation de sciences physiques | 2 |

*Série A'.*

| | |
|---|---|
| Composition française | 2 |
| Version latine | 2 |
| Epreuve de langue vivante étrangère | 2 |
| Epreuve écrite de mathématiques | 3 |
| Explication française | 2 |
| Explication latine | 2 |
| Explication de langue vivante étrangère. | 2 |
| Interrogation d'histoire et de géographie | 3 |
| Interrogation de sciences physiques | 3 |

*Série B.*

| | |
|---|---|
| Composition française | 2 |
| Epreuve écrite de langue vivante étrangère | 2 |
| Epreuve écrite de mathématiques | 2 |
| Epreuve écrite de physique | 2 |
| Explication française | 2 |
| Explication de langue vivante étrangère. | 2 |
| Interrogation d'histoire et de géographie | 3 |
| Interrogation de mathématiques | 3 |
| Interrogation de sciences physiques | 3 |

SECONDE PARTIE

*Série philosophie.*

| | |
|---|---|
| Dissertation philosophique | 2 |
| Composition de sciences physiques et naturelles | 1 |
| Interrogation de philosophie | 3 |
| Interrogation d'histoire et de géographie | 3 |
| Interrogation de mathématiques et de cosmographie | |
| Interrogation de sciences physiques | 1 |
| Interrogation de sciences naturelles | 1 |
| Interrogation de langue vivante étrangère | 1 |

*Série mathématiques.*

| | |
|---|---|
| Composition de mathématiques | 3 |
| Composition de sciences physiques | 3 |
| Dissertation philosophique | 2 |
| Interrogation de mathématiques | 4 |
| Interrogation de sciences physiques | 3 |
| Interrogation de sciences naturelles | 1 |
| Interrogation de philosophie | 1 |
| Interrogation d'histoire et de géographie | 2 1/2 |
| Interrogation de langue vivante étrangère | 1/2 |

.............................................

*Art.* 20. — Les certificats d'aptitude portent les mentions suivantes :

Passable, quand le candidat a obtenu la moitié du maximum des points.

Assez bien, quand le candidat a obtenu la moyenne de 6 sur 10.

Bien, quand le candidat a obtenu la moyenne de 7 sur 10.

Très bien, quand le candidat a obtenu une moyenne de 8 sur 10.

.............................................

Art. 2. — Le présent décret entrera en vigueur à la session d'examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire de juin-juillet 1932.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

*Décret du* 13 *août* 1931.

Art. 1er. — Les jurys d'examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire sont composés :

1° De professeurs chargés de cours, maîtres de conférences chargés de conférences en activité ou honoraires des facultés des sciences ou des lettres, d'autres membres de ces facultés s'ils sont agrégés ou docteurs ; de membres du personnel enseignant des autres établissements d'enseignement supérieur public ou des grands établissements scientifiques, les uns et les autres désignés par le doyen ;

2° De professeurs ou anciens professeurs de l'enseignement secondaire public, agrégés ou docteurs ;

3° De professeurs ou anciens professeurs de l'enseignement secondaire public, licenciés ou certifiés comptant 15 ans de service d'enseignement et ayant exercé leurs fonctions dans une classe préparatoire au baccalauréat pendant cinq ans au moins ;

4° De professeurs de l'enseignement secondaire du cadre local d'Alsace et de Lorraine.

Les membres visés aux paragraphes 2, 3 et 4 sont désignés par le recteur sur une liste qu'il arrête annuellement.

Art. 2. — Pour les langues étrangères vivantes autres que les langues allemande et anglaise, les examinateurs n'entrant pas dans les catégories précédentes peuvent en cas de nécessité être adjoints au jury. Ils sont nommés par le recteur.

Art. 3. — Les examinateurs de l'enseignement secondaire siégeant dans les jurys ne peuvent pas interroger les élèves de l'établissement auquel ils appartiennent.

Art. 4. — Le jury est présidé par un membre de l'enseignement supérieur. La composition des jurys est déterminée par u n arrêté ministériel.

Art. 5. — Sont abrogées toutes dispositions contraires et notamment celles du décret du 6 mars 1928.

Art. 6. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret qui aura effet à partir de la session d'examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire de juin-juillet 1932.

*Arrêté du* 6 *octobre* 1931.

Art. 1er. — Les articles 10 et 12 de l'arrêté du 6 mars 1928 relatif à l'organisation des examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire sont remplacés par les dispositions suivantes :

.............................................

### TITRE III

#### Forme des examens

.............................................

*Art.* 10. — La durée des épreuves écrites est ainsi fixée :

#### Première partie

Toutes les épreuves écrites ont une durée de trois heures.

#### Deuxième partie

*Série « Philosophie ».*

Dissertion philosophique, quatre heures.

Composition de sciences physiques et naturelles, deux heures et demie (une heure et demie ; une heure).

*Série « Mathématiques ».*

Composition de mathématiques, trois heures.

Composition de sciences physiques, trois heures.

Dissertation philosophique, trois heures.

.............................................

### TITRE IV

#### Jurys d'examens

*Art.* 12. — Chaque jury comprend au minimum cinq examinateurs, dont au moins un membre de l'enseignement supérieur.

.............................................

Art. 2. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent arrêté.

Art. 3. — Les recteurs d'académie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui entrera en vigueur à la session d'examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire de juin-juillet 1932.

(*J. O.*, 8 octobre 1931.)

## Lutte antisyphilitique

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUES. — SERVICE DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

*Facilités données aux médecins praticiens en vue du diagnostic et du traitement de la syphilis chez les malades de leur clientèle.*

Les malades atteints de syphilis contagieuse ou susceptibles de le redevenir, les femmes enceintes atteintes de syphilis et les enfants hérédosyphilitiques sont fréquemment, lorsqu'ils sont indigents ou de situation modeste, dans l'impossibilité de faire face aux frais qu'entraînent le diagnostic et le traitement de leur affection. Pour leur permettre de se faire soigner cependant par un médecin de leur choix, certaines facilités ont été accordées à MM. les médecins, qui peuvent obtenir, en leur faveur, la gratuité des examens sérologiques et des médicaments spécifiques. De plus, dans certains départements, les soins médicaux, au lieu de leur être payés par leurs clients peuvent leur être remboursés par la Préfecture. Il suffit, pour cela, aux médecins, sans aucune formalité et sans risque de violer en quoi que ce soit le secret professionnel, d'adresser une demande directe au chef du laboratoire et au médecin qui, pour chaque département, sont chargés de leur donner satisfaction, conformément au tableau ci-dessous :

| | S'adresser pour obtenir à titre gratuit | | Remboursement des soins médicaux par la Préfecture pour certaines catégories de maladies et dans certaines conditions établies par le règlement du service. |
|---|---|---|---|
| | MÉDICAMENTS | EXAMENS SÉROLOGIQUES | |
| AIN | Prof. Courmont et Dr Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon. | Dr Poncet, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Bourg. | |
| AISNE | Dr Chossut-Perret, Laboratoire départemental de bactériologie, 1, rue des Echos, Laon. | Dr Chapuis, Directeur des Services d'hygiène, Préfecture Laon. | |
| Allier | M. Bassot, Laboratoire départemental, Hôpital, Moulins, et Dr Cléret, Laborat. du Bur. d'hyg. de Montluçon. | M. Basset, pharmacien répartiteur, Préfecture Moulins. | Accordé. |
| BASSES-ALPES | Prof. Vigne et Dr Boyer, Laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille, et Dr Bonnet, Laboratoire central de sérologie, Hôpital Saint-Roch, Nice. | Dr Piétri, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Digne. | |
| HAUTES-ALPES | Prof. Vigne et Dr Boyer, Laboratoire central de sérologie Hôtel-Dieu de Marseille, et Dr Bonnet, Laboratoire central de sérologie, Hôpital Saint-Roch, Nice. | M. l'Inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Gap. | |
| ALPES-MARIT. | Dr Bonnet, Laboratoire central de sérologie de l'Hôpital Saint-Roch, Nice. | Drs Bonnet, Ronchèse et Danmas, Dispensaire central de dermato-syphiligraphie de l'hôpital Saint-Roch, Nice. | |
| ARDECHE | Prof. Courmont et Dr Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon. | M. Campel, Préfecture Privas. | |

| | S'adresser pour obtenir à titre gratuit | | Remboursements des soins médicaux par la Préfecture pour certaines catégorie de maladies et dans certaines conditions établies par le règlement du service. |
|---|---|---|---|
| | MÉDICAMENTS | EXAMENS SÉROLOGIQUES | |
| ARDENNES .... | Dr Techoueyres, Laboratoire municipal de bactériologie, Reims. | Dr Lavigne, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Mézières. | |
| ARIEGE ....... | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | |
| AUBE ......... | Dr Broquin-Lacombe, Laboratoire municipal d'hygiène, Troyes. | Dr Broquin-Lacombe, inspecteur départemental d'hygiène Préfecture. | |
| AUDE ......... | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave Toulouse. | |
| AVEYRON...... | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Dr Carnus, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Rodez. | Accordé. |
| BOUCHES-DU-R. | Prof. Vigne et Dr Boyer, Laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille. | Prof. Gaujoux, Œuvre prophylactique des Bouches-du-Rhône, Esplanade de la Tourette, Marseille. | |
| CALVADOS...... | Dr Lebailly, Laboratoire départemental de bactériologie, 6, place Saint-Sauveur, Caen. | Dr Lebailly, Laboratoire départemental de bactériologie, 6, place Saint-Sauveur, Caen. | |
| CANTAL........ | Dr Marcland, Laboratoire de sérologie du Dispensaire central des Hospices, Limoges. | Dr Lévi, inspecteur départemental d'hygiène,Préfecture Aurillac. | |
| CHARENTE ..... | Prof. Petges et Dr Mougneau, Laboratoire central de sérologie, Hôpital Saint-André, Bordeaux. | Prof. Petges, Dispensaire central de prophylaxie, 92 *bis*, Cours d'Albret, Bordeaux. | |
| CHARENTE-INF.. | Prof. Petges et Dr Mougneau, Laboratoire central de sérologie, Hôpital St-André, Bordeaux ou Dr Musso, Laboratoire municipal de Royan. | Prof. Petges, Dispensaire central de prophylaxie, 92 *bis*, Cours d'Albret, Bordeaux. | |
| CHER ......... | Dr Lochelongue, Laboratoire départemental de bactériologie, Nevers. | Dr Prunet, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Bourges. | |
| CORREZE....... | Dr Marcland, Laboratoire central de sérologie du Dispensaire antivénérien des Hospices de Limoges. | Dr Menantaud, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Tulle. | |
| CORSE......... | Prof. Vigne et Dr Boyer, Laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille, et Dr Bonnet, Laboratoire central de sérologie, Hôpital Saint-Roch, Nice. | Prof. Gaujoux, Œuvre prophylactique antivénérienne des Bouches-du-Rhône, Esplanade de la Tourette, Marseille. | |

| | S'adresser pour obtenir à titre gratuit — Médicaments | S'adresser pour obtenir à titre gratuit — Examens sérologiques | Remboursement des soins médicaux par la Préfecture pour certaines catégories de malades et dans certaines conditions établies par le règlement du service. |
|---|---|---|---|
| Côte-d'Or .... | Dr Charpentier, Institut de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté de Dijon. | Dr Mallard, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Dijon. | Accordé. |
| Côtes-du-Nord | Dr Violette, Laboratoire départemental de bactériologie, 76, rue de Quintin, Saint-Brieuc. | Dr Violette, inspecteur départemental d'hygiène, 76, rue du Quintin, Saint-Brieuc. | |
| Creuse....... | Dr Marcland, Laboratoire de sérologie du Dispensaire central des Hospices, Limoges. | M. le Chef du Service d'hygiène, Préfecture Guéret. | |
| Dordogne .... | Prof. Petges et Dr Mougneau, Laboratoire central de sérologie, Hôpital Saint-André, Bordeaux. | Dr Magimel, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Périgueux. | |
| Doubs ........ | Dr Maréchal, Laboratoire départemental de bactériologie, Besançon. | Dr Maréchal, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Besançon. | Accordé. |
| Drôme........ | Prof. Courmont, et Dr Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon. | Prof. Nicolas, Clinique de l'Antiquaille, 1, Place de l'Antiquaille, Lyon. | Accordé. |
| Eure.......... | Drs Payenneville et Marie, Laboratoire central de sérologie du Dispensaire central de dermatosyphiligraphie de l'Hôpital général de Rouen. | Dr Lièvre-Brizard, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Evreux. | Accordé. |
| Eure-et-Loir . | Dr Aynaud, Laboratoire départemental de bactériologie, 6, rue de Beauvais, Chartres. | Dr Aynaud, inspecteur départemental d'hygiène, 6, rue de Beauvais,. | |
| Finistère..... | Dr Lagriffe, Laboratoire départemental d'hygiène Quimper, et Dr Gouin, Laboratoire, Hôpital de Brest. | Dr Tuset, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Quimper. | Accordé. |
| Gard.......... | Dr Sollier, Laboratoire départemental de bactériologie, Hôpital, Nîmes. | Dr Alcay, Directeur des Services d'hygiène, Préfecture, Nîmes. | Accordé. |
| Haute-Garonne | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | |
| Gers.......... | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | |
| Gironde....... | Prof. Petges et Dr Mougneau, Laboratoire central de sérologie, Hôpital Saint-André, Bordeaux. | Prof. Petges. Dispensaire central de prophylaxie, 92 *bis*, Cours d'Albret, Bordeaux. | |
| Hérault...... | Prof. Lisbonne, Institut Bouisson-Bertrand, Montpellier. | Dr Scherb, Inspecteur départemement d'hygiène, 8, rue de la Coquille, Montpellier. | Accordé. |
| Ille-et-Vilaine. | Prof. Chevrel, Laboratoire central de sérologie de l'Ecole de Médecine. | Dr K...., inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture. | Accordé. |

| | S'adresser pour obtenir à titre gratuit | | Remboursement des soins médicaux par la Préfecture pour certaines catégories de maladies et dans certaines conditions établies par le règlement du service. |
|---|---|---|---|
| | Médicaments | Examens sérologiques | |
| Indre | Dr Vialle, Laboratoire commun des Hospices du département et de l'Ecole de Médecine de Tours. | Dr Triollet, Inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Châteauroux. | |
| Indre-et-Loire | Dr Vialle, Laboratoire commun des Hospices du département et de l'Ecole de Médecine de Tours. | Prochainement. | |
| Isère | Prof. Courmont et Dr Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon, et prochainement un Laboratoire, à Grenoble. | Prof. Nicolas, Clinique de l'Antiquaille, 1, Place de l'Antiquaille, Lyon et prochainement Grenoble. | |
| Jura | Dr Charpentier, Institut de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté de Dijon. | Prochainement. | |
| Landes | Prof. Petges et Dr Mougneau, Laboratoire central de sérologie, Hôpital Saint-André, Bordeaux. | Prof. Petges, Dispensaire central de prophylaxie, 92 *bis*, Cours d'Albret, Bordeaux. | |
| Loir-et-Cher | Dr Vialle, Laboratoire commun des Hospices du département et de l'Ecole de Médecine de Tours. | Dr Grenoilleau, Inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Blois. | |
| Loire | Dr Laurent, Laboratoire central de sérologie, Dispensaire central, pavillon d'urgence, Saint Etienne. | Dr Laurent, Dispensaire central de dermatosyphiligraphie, Pavillon d'urgence, Saint-Etienne. | Accordé. |
| Haute-Loire | Dr Laurent, Laboratoire central de sérologie, Dispensaire central, pavillon d'urgence, Saint Etienne. | Dr Laurent, Dispensaire central de dermatosyphiligraphie, Pavillon d'urgence, Saint-Etienne. | |
| Loire-Infér. | Prof. Ballet, Labor. de l'Ecole de Médecine, Nantes. | M. le Pharmacien répartiteur, Préfecture Nantes. | Accordé. |
| Loiret | M. Cochinal, Laboratoire départemental de bactériologie, hospices d'Orléans. | Dr Cauvet, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Orléans. | Accordé. |
| Lot | Prof. Audry et Dr Chatellier Institut de sérologie. Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | |
| Lot-et-Garon. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | |
| Lozère | Prof. Lisbonne, Institut Bouisson-Bertrand, Montpellier, et Dr Sollier, Laborat. départem. de bactériologie, Nîmes. | Prof. Margarot, Hôpital civil, Montpellier (Hérault). | |
| Maine-et-Loire | Dr Papin, Laboratoire municipal et départemental de l'Ecole de Médecine d'Angers. | Prochainement. | |

| | S'adresser pour obtenir à titre gratuit | | Remboursement des soins médicaux par la Préfecture pour certaines catégorie de malades et dans certaines conditions établies par le règlement du service. |
|---|---|---|---|
| | MÉDICAMENTS | EXAMENS SÉROLOGIQUES | |
| MANCHE | Prof. Chevrel, Laboratoire central de l'Ecole de médecine de Rennes. | Dr Lebailly, Laboratoire de bactériologie, Place Saint-Sauveur, Caen (Calvados). | |
| MARNE | Dr Techoueyres, Labor. municipal de bactériologie, Reims. | M. Pierre, Inspection de l'Assistance publique, Préfecture. | Accordé. |
| MAYENNE | Dr Techoueyres, Laboratoire municipal de bactériologie, Reims. | Dr Grehant, Inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Chaumont. | |
| HAUTE-MARNE | Prof. Chevrel, Laboratoire central de l'Ecole de médecine de Rennes. | Dr Poty, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture. | |
| MEURTHE-ET-M. | Prof. Spillmann et de Lavergne, Hôpital Fournier, Laborat. central de sérologie, Nancy. | Dr Pratbernon, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Nancy. | Accordé. |
| MEUSE | Prof. Spillmann et de Lavergne, Hôpital Fournier, Lab. central de sérologie, Nancy. | M. le Dr Gelly, inspecteur département d'hygiène, Préfecture Bar-le-Duc. | Accordé. |
| MORBIHAN | Prof. Chevrel, Ecole de Médecine de Rennes, ou Prof. Bernard Ballet, Ecole de médecine de Nantes, ou M. le Directeur du Lab. du Morbihan, Hôpital de Lorient, Dr Serval. | M. l'Inspecteur de l'hygiène et de l'assistance, Préfecture Vannes. | |
| MOSELLE | Dr Beckerisch, Inst. bactériol. de la Moselle, Metz. | Prof. Pautrier, Hôpital civil de Strasbourg. | |
| NIÈVRE | Dr Lochelongue, Laboratoire départemental de bactériologie, Nevers. | Dr Lehmann, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Nevers. | Accordé. |
| NORD | Dr Marmier, Institut Pasteur de Lille. | Prof. Bertin, Service central antivénérien, Préfecture Lille. | Accordé. |
| OISE | Mlle Ossart, Laboratoire départemental de bactériologie de l'Oise, Beauvais. | Dr Paquet, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Beauvais. | Accordé. |
| ORNE | Dr K..., Laboratoire de sérologie, Hospices d'Alençon. | M. l'Inspecteur départ. d'hygiène, Préfecture Alençon. | |
| PAS-DE-CALAIS | Dr Vaillant, Laboratoire départem. de bactériologie, Arras. | Dr Vaillant, inspecteur départ. d'hygiène, Préfecture Arras. | |
| PUY-DE-DÔME | Prof. Castaigne et Dr Vaurs, Laboratoire central de sérologie, Ecole de médecine, Hôpital de Clermont-Ferrand. | Prof. Castaigne et Prof. Mornac, Laboratoire central de sérologie, Ecole de médecine, Hôpital de Clermont-Ferrand. | |
| BASSES-PYRÉN. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | |
| HAUTES-PYRÉN. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | |
| PYRÉNÉES-OR. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | |

| | S'adresser pour obtenir à titre gratuit — Médicaments | S'adresser pour obtenir à titre gratuit — Examens sérologiques | Remboursement des soins médicaux par la Préfecture pour certaines catégories de malades et dans certaines conditions établies par le règlement du service. |
|---|---|---|---|
| Bas-Rhin | Prof. Borrel, Institut d'hygiène et Prof. Pautrier, Hôpital civil, Strasbourg. | Prof. Pautrier, Hôpital civil, Strasbourg. | Accordé. |
| Haut-Rhin | Prof. Borrel, Institut d'hygiène. | Prof. Pautrier, Hôp. civ. Strasb. | |
| Rhône | Prof. Courmont, et Dr Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon. | Prof. Nicolas, Clinique de l'Antiquaille, 1, Place de l'Antiquaille, Lyon. | Accordé. |
| Saône-et-Loire | Dr Barelle, Laboratoire départemental de bactériologie, Mâcon, ou Dr Durand, Dispens. centr., Hôpital Chalon. | Dr Barelle, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Mâcon. | Accordé. |
| Haute-Saone | Dr Charpentier, Institut de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté de Dijon, ou Dr Maréchal, Laboratoire départemental de bactériologie, Besançon. Dispensaire central, Hôpital Chalon. | Dr Picard, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Vesoul. | |
| Sarthe | Dr Marchadier, Labor. municipal d'hygiène, Le Mans. | Dr Marchadier, Labor. municipal d'hygiène, Le Mans. | |
| Savoie | Prof. Courmont et Dr Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, ou Dr Despeignes, Laborat. departemental de bactériologie, Chambéry. | M. Fontaine, Secrétaire général de l'Office départemental d'hygiène sociale, Préfecture Chambéry. | |
| Haute-Savoie | Prof. Courmont et Dr Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon. | Prof. Nicolas, Clinique de l'Antiquaille, 1, Place de l'Antiquaille, Lyon. | |
| Seine | Dr Demanche, Laboratoire de Saint-Ouen, 86, boulevard Victor-Hugo, ou Dispensaire Broussais, rue Dareau.<br>Dr Vernes, Instit. prophylact., 36, rue d'Assas, Paris. | Dr Sicard de Plauzoles, Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris. | |
| Seine-Infér. | Drs Payenneville et Marie, Laboratoire central de sérologie, Hôpital général, Rouen. | Dr Payenneville, Laboratoire central de sérologie, Hôpital général, Rouen. | |
| Seine-et-Marn. | Dr Lamy, inspecteur départemental d'hygiène, Laboratoire de bactériologie, Melun. | Dr Lamy, Inspecteur départemental d'hygiéne, services départementaux d'hygiène, avenue Thiers, Melun. | Accordé. |
| Seine-et-Oise | M. Debains, Laboratoire central de sérologie, Hôpital de Versailles. | Dr Sicard de Plauzoles, Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris. | |
| Deux-Sèvres | Dr Merle, Labor. de bactériol., 33, av. Saint-Jean, Niort. | Dr Merle, inspect. départ. d'hyg. 33, av. Saint-Jean, Niort. | |
| Somme | Dr Bax, Laboratoire départemental de bactériologie, 16, rue Ternel, Amiens. | Dr Mans, Inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Amiens. | |

| | S'adresser pour obtenir à titre gratuit | | Remboursement des soins médicaux par la Préfecture pour certaines catégories de malades et dans certaines conditions établies par le règlement du service. |
|---|---|---|---|
| | Médicaments | Examens sérologiques | |
| Tarn......... | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Dr de Grenier, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Albi. | |
| Tarn-et-Garon | Prof. Audry et Dr Chatellier, Institut de sérologie, Hôpital de la Grave, Toulouse. | Dr Guerriero, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Montauban. | Accordé. |
| Var.......... | Prof. Vigne et Dr Boyer, Laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille, et Dr Bonnet, Laboratoire central de sérologie, Hôpital Saint-Roch, Nice. | Dr Sigallas, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Draguignan. | |
| Vaucluse..... | Prof. Vigne et Dr Boyer, Laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille, ou Dr Gaussen, Laboratoire départemental de bactériologie, Avignon. | Dr Igonet, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Avignon. | |
| Vendée....... | Dr Duvic, Laboratoire départemental, La Roche-sur-Yon. | Dr Duvic, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture La Roche-sur-Yon. | Accordé. |
| Vienne........ | Prof. Leblaye, Laboratoire central de sérologie, Hôpital, Poitiers. | Dr Veillon, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Poitiers. | |
| Haute-vienne. | Dr Marcland, Laboratoire central de sérologie, Dispensaire antivénérien, Hôpital, Limoges. | Dr Marcland, Dispensaire central antivénérien, Hôpital Limoges. | |
| Vosges........ | Prof. Spillman et de Lavergne, Laboratoire central de sérologie, Hôpit. Fournier, Nancy. | Dr Moitron, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture Epinal. | |
| Yonne........ | Dr Charpentier, Institut de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté de Dijon. | Dr Escande, inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture, Auxerre. | Accordé. |

## Pensions militaires

*Instruction portant application des articles* 145, 146 *et* 147 *de la loi de finances du* 31 *mars* 1932.

Paris, le 22 avril 1932,

TITRE Ier

Article 145

1° *Objet.*

L'article 145 de la loi de finances du 31 mars 1932 crée, à compter du 1er juillet 1932, une nouvelle allocation aux grands invalides dite allocation n° 4 *bis*, attribuable sous certaines conditions aux titulaires d'une pension d'invalidité de 95 ou de 100 p. 100 pour infirmités multiples qui ne bénéficient ni des dispositions de l'article 10 ni de celles de l'article 12 de la loi du 31 mars 1919.

2° *Conditions à remplir.*

Pour obtenir l'allocation n° 4 *bis*, les intéres-

sés doivent remplir les conditions suivantes :

*a*) Etre titulaires d'une pension d'invalidité de 95 p. 100 ou de 100 p. 100 ;

*b*) Ne pas bénéficier des dispositions de l'article 10 ou de l'article 12 de la loi du 31 mars 1919 ;

*c*) Etre atteints de plusieurs infirmités dont une d'au moins 85 p. 100 ;

*d*) Etre atteints de plusieurs infirmités dont la somme arithmétique des pourcentages d'invalidité (abstraction faite des majorations prévues au dernier alinéa de l'article 11 de la loi du 31 mars 1919) soit au moins égale à 105.

3° *Taux de l'allocation.*

Le taux de l'allocation n° 4 *bis* varie avec la somme arithmétique des pourcentages d'invalidité affectés aux infirmités pour lesquelles l'intéressé est pensionné.

Il est de 500 fr. quand la somme arithmétique des pourcentages d'invalidité est comprise entre 105 p. 100 et 145 p. 100 ;

Il est de 1.000 fr. quand cette somme est comprise entre 150 p. 100 et 195 p. 100 ;

Il est de 2.000 fr. quand cette somme est comprise entre 200 p. 100 et 295 p. 100 ;

Il est de 3.000 fr. quand cette somme est comprise entre 300 p. 100 et 395 p. 100 ;

Il est de 4.000 fr. quand cette somme est égale ou supérieure à 400 p. 100.

4° *Règles de cumul.*

L'allocation n° 4 *bis* se cumule avec les allocations n$^{os}$ 3 et 4. Elle ne se cumule pas avec l'allocation n° 7 dont les amputés d'un membre peuvent bénéficier par ailleurs. Si ces derniers peuvent prétendre à la fois à l'allocation n° 7 et à l'allocation n° 4 *bis*, la plus avantageuse leur est attribuée, sauf option contraire de leur part.

Il en résulte que :

Le minimum des émoluments servis au titre des allocations aux grands invalides aux bénéficiaires de l'allocation n° 4 *bis* est de 1.120 fr. (allocation n° 3) + 500 fr. (allocation n° 4 *bis*) = 1.620 francs.

Le maximum des mêmes émoluments est de 1.400 fr. (allocation n° 4) + 4.000 fr. (allocation n° 4 *bis*) = 5.400 francs.

Le montant total des émoluments servis au titre des allocations aux grands invalides aux bénéficiaires de l'allocation n° 4 *bis* est donc toujours supérieur au montant de l'allocation n° 4 (1.400 fr.) et inférieur au montant de l'allocation n° 5 (5.900 fr.).

L'allocation n° 4 *bis* ne peut être attribuée à un bénéficiaire de l'indemnité de soins. Celui-ci en effet est titulaire soit d'une pension de 100 p. 100 pour tuberculose seule, soit bénéficiaire de l'article 12 s'il est atteint d'une autre infirmité en sus de sa tuberculose. En aucun cas, par suite, un tuberculeux pensionné à 100 p. 100 ou plus ne remplit les conditions imposées par l'article 145 de la loi de finances du 31 mars 1932.

5° *Point de départ.*

Le point de départ de l'allocation n° 4 *bis* sera le 1er juillet 1932 pour tous les pensionnés remplissant à cette date les conditions prévues au paragraphe 2° qui précède et la date à partir de laquelle ces conditions seront remplies, pour les autres.

6° *Conditions d'attribution.*

L'allocation n° 4 *bis* est distincte des allocations n$^{os}$ 3 et 4 avec lesquelles elle se cumule. Un livret spécial d'allocations n° 4 *bis* sera, en conséquence, délivré aux intéressés. Ceux-ci se trouveront être ainsi détenteurs de deux livrets d'allocation spéciale aux grands invalides ; l'un pour l'allocation n° 3 ou n° 4, l'autre pour l'allocation n° 4 *bis*. Les deux livrets d'allocation spéciale porteront à la première page la mention ci-après : « Ce livret est cumulable avec le livret n° ..... ». Il en sera de même pour les avis d'émission de ces livrets.

7° *Procédure.*

L'allocation n° 4 *bis* sera attribuée dans les conditions ci-après à ses ayants droit à la date du 1er juillet 1932 :

A. — Titulaires d'un livret de pension ou d'un certificat d'inscription ancien modèle.

Après avoir perçu la dernière échéance antérieure au 2 juillet 1932 de leur livret d'allocation aux grands invalides n° 3 ou n° 4, selon le cas, les intéressés adresseront à l'intendant des pensions du chef-lieu du département où ils sont domiciliés, une demande d'allocation n° 4 *bis* du modèle ci-annexé en y joignant le livret précité et la lettre de notification de concession de leur pension dont la page 3 donne toutes les indications permettant de vérifier les droits des intéressés.

Conformément aux prescriptions de la note n° 3642 /Ad. du 18 décembre 1923, ces indications sont les suivantes :

1° *Infirmités ayant ouvert droit à la pension.*

| ÉNUMÉRATION DES INFIRMITÉS | TAUX D'INVALIDITÉ DE CHAQUE INFIRMITÉ avec mention de la majoration prévue au dernier alinéa de l'article 11 de la loi du 31 mars 1919. | TAUX GLOBAL |
|---|---|---|
| . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . |
| . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . |
| . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . |
| . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . |

2° *Infirmités n'ouvrant pas droit à la pension avec indication du motif de rejet.*

| ÉNUMÉRATION DES INFIRMITÉS | TAUX D'INVALIDITÉ ACCORDÉ pour chaque infirmité. | INDICATION CONCERNANT L'ORIGINE EN SERVICE des infirmités. |
|---|---|---|
| . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . |
| . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . |
| . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . |
| . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . |

Pour déterminer le taux de l'allocation n° 4 *bis*, les intendants devront :

*a*) Faire état uniquement des infirmités ayant ouvert droit à pension ;

*b*) Tenir compte du taux d'invalidité afférent à chacune des infirmités ayant donné droit à pension, abstraction faite des majorations prévues au dernier alinéa de l'article 11 de la loi du 31 mars 1919 ;

*c*) Faire la somme arithmétique des pourcentages d'invalidité ainsi définis ;

*d*) Déterminer au vu de cette somme le taux de l'allocation n° 4 *bis* à attribuer.

Il est alors procédé aux opérations suivantes :

Etablissement d'un livret d'allocation aux grands invalides n° 4 *bis*, conforme aux droits de l'intéressé et portant référence au livret n° 3 ou n° 4 que le titulaire a joint à sa demande.

Indication sur le livret n° 3 ou n° 4 susvisé de la référence prévue au paragraphe 6° qui précède.

Les deux livrets doivent comporter les mêmes dates d'échéance trimestrielles et la même limite de validité. Si le livret n° 3 ou n° 4 n'a pas été établi, en ce qui concerne la fixation des dates d'échéances, conformément aux prescriptions de l'instruction n° 0443 /Ad du 15 janvier 1931, un nouveau livret n° 3 ou n° 4 sera établi compte tenu de ces prescriptions en même temps que le livret n° 4 *bis*. Dans ce cas, les deux livrets auront naturellement même limite de validité. Dans le cas contraire, le livret n° 4 *bis* sera établi de manière à avoir la même limite de validité que le livret n° 3 ou 4 qui n'est pas renouvelé.

Envoi à l'intéressé par pli recommandé de la lettre de notification de concession de sa pension, de son livret n° 3 ou 4 et de son livret n° 4 *bis* ; envoi au trésorier-payeur général des avis d'émission des nouveaux livrets d'allocation aux grands invalides.

Mention sur le dossier financier de l'intéressé des bases qui ont servi à la détermination de ses droits à l'allocation n° 4 *bis*.

NOTA. — 1° Les livrets d'allocation n° 4 *bis* destinés à des titulaires de pensions temporaires, devront avoir la même durée de validité que le titre de pension et, partant, que le livret d'allocation n° 3 ou n° 4 :

2° Si l'intéressé ne peut produire la lettre de notification de concession de sa pension, l'intendant des pensions demandera au médecin chef du centre spécial de réforme qui détient le dossier médical du pensionné communication de la copie de ladite lettre qui y figure et qui lui a été adressée en exécution des prescriptions de la note n° 2526 /Ad du 1er juin 1921 et de la circulaire n° 4809 /Ad du 29 août 1921 (deux derniers alinéas). Ce n'est que si le médecin chef du centre spécial de réforme ne peut satisfaire à cette demande que l'intendant des pensions réclamera un duplicatum de la lettre de notification à l'administration centrale des pensions (Direction de la liquidation, 4e bureau) ; sa demande sera établie sur papier rouge et satisfaction devra y être donnée dans les huit jours suivant sa réception ;

3° En cas de doute sur l'interpétation à donner aux mentions portées sur la lettre de notification, il en sera référé, sur papier rouge, pour décision à l'administration centrale, direction de la liquidation des pensions (4e bureau, s'il s'agit de titulaires de pension définitive, 1er ou 3e bureau, selon le cas, s'il s'agit de pensionnés temporaires). Dans ce cas, en même temps que cette décision est réclamée à l'administration centrale des pensions, le livret d'allocation n° 3 ou n° 4, selon le cas, est renvoyé à son titulaire, avec toutes explications utiles, par les soins de l'intendant des pensions, afin de lui permettre d'en percevoir les arrérages en attendant la décision du ministre. Au moment où celle-ci parviendra à l'intendant et si elle est favorable, ce fonctionnaire réclamera à nouveau à l'intéressé le livret précité pour accomplissement des formalités plus haut prévues. Si la décision est défavorable, il la notifiera à l'intéressé afin de lui permettre de se pourvoir contre elle, s'il le juge bon, devant le tribunal des pensions.

B. — Titulaires de titres d'allocation provisoire d'attente.

Dans les conditions ci-dessus prévues (§ A) pour les titulaires de pension, les intéressés produiront une demande à laquelle sera joint le livret d'allocation, aux grands invalides n° 3 ou n° 4 qu'ils détiennent. Ils indiqueront dans leur demande la date et le lieu de la commission de réforme à la suite des propositions de laquelle ils ont été mis en possession d'un titre d'allocation provisoire d'attente leur ouvrant droit à l'allocation aux grands invalides n° 3 ou n° 4.

Il appartiendra à l'intendant des pensions, suivant les règles prévues au paragraphe 7°, A, qui précède et au vu soit du dossier financier, soit du procès-verbal de la commission de réforme, de déterminer les droits de l'intéressé à l'allocation n° 4 *bis*.

Les livrets d'allocation n° 4 *bis*, ainsi que les livrets nos 3 ou 4, seront établis, annotés et délivrés dans les conditions indiquées au paragraphe 7°, A, qui précède.

C. — Postulants à pension qui seront présentés devant une commission de réforme après réception de la présente instruction.

Au vu des propositions des commissions de réforme, les intendants détermineront les droits des intéressés au bénéfice de l'allocation n° 4 *bis* et mettront ces derniers en possession d'un livret d'allocation n° 4 *bis*, conformément aux règles prévues au paragraphe A qui précède.

8° *Vérification et régularisation, s'il y a lieu, de la situation des titulaires d'allocation provisoire d'attente à l'arrivée de la décision du ministre au sujet de la pension.*

Au moment où parviendra à l'intendant la décision ministérielle concernant la pension (notification de concession ou décision de rejet), il sera procédé dans les formes prévues au paragraphe 7°, A, qui précède à une régularisation de la situation des titulaires d'allocation provisoire d'attente. Il sera tenu compte, pour cette régularisation, des règles prévues par la circulaire n° 0119 /Ad du 25 mai 1924 (annotation des feuilles de décompte, état décompté, ordre de reversement).

Si les droits de l'intéressé aux allocations nos 3 ou 4 et à l'allocation n° 4 *bis* sont tels qu'ils avaient été fixés au vu des propositions de la commission de réforme ayant donné lieu à délivrance du titre d'allocation provisoire d'attente, aucune difficulté n'est à prévoir. Les livrets délivrés sont échangés, le cas échéant, contre d'autres au même taux dans les conditions prévues par l'instruction n° 0443 /Ad du 15 janvier 1931 (§ 2°).

Si l'intéressé conserve droit à l'allocation n° 3 ou à l'allocation n° 4 et s'il a droit à l'allocation n° 4 *bis* à un taux moindre ou s'il n'a plus droit à cette allocation, les sommes qu'il a perçues à ce dernier titre doivent être récupérées. Si l'intéressé n'a plus droit à aucune des deux allocations 3 et 4, toutes les sommes qu'il a perçues au titre de ces allocations et au titre de l'allocation n° 4 *bis* lui restent acquises.

9° *Statistiques et comptes rendus.*

Les intendants des pensions devront tenir une statistique rigoureusement à jour, par taux d'allocation, des livrets d'allocation n° 4 *bis* délivrés par eux, en tenant compte des modifications qui peuvent être apportées dans les effectifs par suite de décès, de changement de département, etc. Ils devront être à même de fournir à tout moment des renseignements précis à ce sujet à l'administration centrale.

10° *Recommandation importante.*

L'allocation n° 4 *bis* est attribuée à compter du 1er juillet 1932. Elle devra donc être payée dès le 2 juillet 1932, les échéances des livrets d'allocation aux grands invalides n'étant plus uniformes. Les intendants devront, par suite, prendre toutes dispositions utiles pour que les bénéficiaires de la nouvelle allocation puissent percevoir à la date de la première échéance suivant le 1er juillet 1932, les arrérages auxquels ils peuvent prétendre (allocations nos 3 ou 4 et 4 *bis*.)

(*A suivre.*)

*Le Gérant* : Dr A. GASSOT

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

**" L'Officiel Médical "**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**


## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

**Accidents du travail**

*Arrêté du 6 mai 1932 prorogeant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail* ........ p. 1676

**Exercice de la médecine**

*Décret du 25 avril 1932 relatif à l'exercice de la médecine en Indochine* ........ p. 1532

## Tarifs médicaux

*Tarif chirurgical pour la clientèle moyenne du* **Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne.**

I. — Le prix indiqué pour chaque opération est un *prix global* : il fixe l'ensemble des honoraires dus au chirurgien pour :

1° L'acte opératoire (*non compris les honoraires des assistants*) ;

2° Les soins post-opératoires (*pendant vingt jours au maximum*).

II. — Les prix ont été fixés dans les limites suivantes :

minimum : 250 fr. ; maximum : 5.000 fr.

CHAPITRE Ier

### CHIRURGIE DES TRAUMATISMES

PLAIES

*Parties molles* :

Plaie sans lésions importantes : vaisseaux ou nerfs ou tendons (régularisation, épluchage, suture) : *selon importance et étendue*) ........ 500 à 1.000

*Doigts, orteils* :

Plaie avec section de tendons et ouverture des articulations (régularisation, épluchage, suture) :

*avec suture des tendons extenseurs* ........ 1.000

*avec suture des tendons fléchisseurs* ........ 1.500

*Main, pied, membres* :

Plaie avec : ligature de gros vaisseaux, — ou suture nerveuse, — ou suture tendineuse profonde, — ou plaie articulaire (régularisation, épluchage, suture) ........ 2.000 à 3.000

*Paroi thoraco-abdominale* (régularisation, épluchage, suture) 2.000

*Viscères :*

Voir : *Chirurgie des régions et des viscères.*

CORPS ÉTRANGERS

*Main* (aiguille ou autres corps étranger)................ 500 à 800

*Œsophage, urèthre, rectum :*

Extraction de corps étranger par les voies naturelles...... 1.000

*Vessie :*

Extraction de corps étranger par les voies naturelles....... 1.500

*Parties molles :*

Extraction de corps étranger profond.................. 1.000

*Intervention compliquée pour extraction de corps étranger :*

Voir : *Chirurgie des régions et des viscères.*

| | FRACTURES FERMÉES | | | Fractures compliquées |
|---|---|---|---|---|
| | Traitement orthopédique | | Traitement sanglant | Traitement sanglant |
| *Crâne*<br>*Maxillaire supérieur*<br>*Maxillaire inférieur*<br>Voir : *Chirurgie des régions* (Tête). | Réduction. Pose du premier appareil (plâtré ou amovible). | Ensemble du traitement jusqu'à consolidation. | Avec ou sans ostéo-synthèse. Appareillage. Traitement jusqu'à consolidation. | Débridement. Réduction avec ou sans ostéo-synthèse Appareillage. Traitement jusqu'à consolidation. |
| *Membre supérieur :* | | | | |
| Phalanges et métacarpiens........ | 500 | 500 | 1.000 | 1.000 |
| Carpe.......................... | 500 | 1.000 | 1.500 | 1.500 |
| Poignet........................ | 1.000 | 1.500 | 2.000 | 2.500 |
| Poignet avec lésions du carpe...... | 1.200 | 1.800 | 2.000 | 2.500 |
| Un os de l'avant-bras............ | 1.000 | 1.500 | 2.000 | 2.500 |
| Olécrane....................... | 1.000 | 1.500 | 2.000 | 2.500 |
| Deux os de l'avant-bras.......... | 1.000 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| Coude......................... | 1.500 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| Humérus...................... | 1.500 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| *Membre inférieur :* | | | | |
| Orteils, métatarsiens............ | 500 | 500 | 1.000 | 1.000 |
| Tarse, astragale................ | 1.000 | 1.500 | 2.000 | 2.500 |
| Calcanéum.................... | 1.000 | 1.500 | 2.000 | 2.500 |
| Uni-malléolaire................ | 1.000 | 1.500 | 2.000 | 2.500 |
| Bi-malléolaire................. | 1.500 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| Péroné....................... | 500 | 1.000 | 1.500 | 2.500 |
| Tibia (diaphyse)................ | 1.000 | 1.500 | 2.000 | 3.500 |
| Deux os de la jambe............. | 1.500 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| Rotule........................ | 1.000 | 1.500 | 2.500 | 3.000 |
| Extrémité supérieure du tibia..... | 2.000 | 2.500 | 3.000 | 3.500 |
| Extrémité inférieure du fémur..... | 2.000 | 2.500 | 3.000 | 3.500 |
| Fémur (diaphyse).............. | 2.000 | 2.500 | 3.000 | 4.000 |
| Fémur (col).................. | 2.000 | 2.500 | 3.000 | 4.000 |
| *Ceinture scapulaire :* | | | | |
| Omoplate..................... | 1.500 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| Clavicule..................... | 1.500 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| Sternum et côtes............... | 1.000 | 1.500 | 2.500 | 2.500 |
| *Ceinture pelvienne, Rachis :* | | | | |
| Pubis (fracture isolée de la ceinture pelvienne)................. | 1.500 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| Bassin (fracture complexe)....... | 2.000 | 2.500 | 3.000 | 4.000 |
| Rachis....................... | 2.000 | 2.500 | 3.000 | 3.500 |

A l'exception de la première colonne, les prix indiqués comportent le traitement jusqu'à consolidation, *pseudarthrose exceptée.*

LUXATIONS

*Luxation récente* (Réduction et contention) :
Doigts ou orteils. Temporo-maxillaire .................. 500
Hanche .................. 2,000
Autres articulations.......... 1.000
*Luxation ancienne* :
1° *Réduction non sanglante par méthode de force* :
Pouce ou autres doigts........ 1.000
Hanche .................. 2.500
Autres articulations.......... 1.500
2° *Réduction par méthode sanglante* :
Pouce ou autres doigts........ 1.500
Hanche.................. 3.500
Autres articulations.......... 2.500

APPAREILS PLATRÉS

*en dehors des fractures*,
*pour lésions diverses* : tuberculose, syphilis, ostéite, ostéoarthrite, etc.
Doigts. Métacarpe .......... 250
Poignet. Avant-bras.......... 300
Coude. Humérus. Epaule...... 500
Orteils. Métatarse............ 250
Tarse. Tibio-tarsienne. Jambe. Genou .................. 500
Cuisse. Hanche. Ceinture pelvienne................ 800
Rachis (y compris lésions sous-occipitales) .............. 1.000

## CHAPITRE II

## CHIRURGIE DES TISSUS

PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Abcès chaud.
*selon importance et étendue*... 250 à 1.000
Anthrax.
*selon importance et étendue*.. 500 à 1.500
Phlegmon diffus profond.
*selon importance et étendue*.. 1.500 à 2.500
Plaie superficielle (suture secondaire, avivement).
*selon importance et étendue*... 500 à 1.000
Greffes de Reverdin ou de Thiersch.
*selon importance et étendue*... 500 à 1.000
Autoplastie à lambeau.
*selon importance et étendue*.. 1.500 à 3.000
Tumeur cutanée, tumeur sus-aponévrotique (kyste sébacé, cancroïde, lipome, etc...).
*selon importance et étendue*.. 500 à 2.000

MUSCLES, TENDONS, SYNOVIALES, BOURSES SÉREUSES

Rupture musculaire, hernie musculaire, ostéome, tumeurs des muscles ........ 1.500
Plaie des tendons (suture tendineuse).
*selon importance*........... 1.000 à 2.000
Anastomose et greffe tendineuse ...................... 2.000
Ténotomie.................. 1.000
Hygroma, kyste *dit* synovial... 1.000
Synoviales tendineuses (extirpation des)................ 2.000

VAISSEAUX SANGUINS

*Artères* :
Ligature, en temps qu'opération spéciale :
— artère des membres (sauf axillaire et fémorale).. 1.000
— axillaire, fémorale..... 1.500
— carotides, sous-clavière. 2.500
— hypogastrique......... 3.000
Anévrisme (circonscrit, diffus, artério-veineux) :
— fémorale, poplitée, axillaire sous-clavière, carotides.................. 3.000
— autres artères......... 1.500
Anastomose et suture vasculaire.................. 3.000
Angiome :
*selon importance et étendue*... 1.000 à 1.500
*Veines* :
Varices.
*ligature simple*........... 500
*ligatures étagées*.......... 1.000
*résections ; intervention complexe*.............. 2.000
*Transfusion sanguine* :
*Transfusion* (non comprise la rémunération du donneur) 1.000

VAISSEAUX ET GANGLIONS LYMPHATIQUES

Adénopathie suppurée (incision).
*selon importance*........... 250 à 500
Adénopathie multiple (inflammatoire, tuberculeuse, syphilitique, néoplasique) — (incision et excision, extirpation).
*selon importance*......... 1.000 à 2.500

Tumeur des ganglions.
*selon nombre et importance*.. 1.000 à 2.500
Lymphangiome (extirpation).. 1.000

ABCÈS FROIDS

a) Ponction simple ou ponction avec injection modificatrice :
— abcès superficiel....... 250
— abcès profond (mal de Pott, coxalgie, etc.).
*pour la première intervention.* 500
*pour chacune des suivantes*... 250
b) Extirpation
*selon importance*........... 1.000 à 2.000

NERFS

Libération d'un nerf comprimé 2.000
Elongation nerveuse......... 2.000
Sympathectomie ............ 3.000
Tumeur nerveuse (ablation).. 3.000
Suture nerveuse secondaire.... 4.000

OS

Curetage, grattage........... 1.000
Exostose (ablation, résection). 2.000
Ostéotomie.
*selon région et importance*.... 1.500 à 3.000
Trépanation, évidement (os longs).................... 2.500
Greffe osseuse
*selon région et importance*... 2.000 à 4.000

ARTICULATIONS

*Arthrotomie de drainage* :
Coude. Epaule. Genou....... 2.000
Hanche.................... 2.500
Autres articulations......... 1.500
*Résection et arthrodèse* :
Petites articulations (doigts, orteils)................. 1.000
Pied. Poignet.............. 2.000
Genou. Epaule............... 3.000
Hanche.................... 4.000
*Arthroplastie* :
Petites articulations.......... 2.000
Grandes articulations....... 4.000
*Arthrotomie avec intervention aseptique articulaire* :
Petites articulations........ 1.500
Grandes articulations........ 3.000
*Corps étranger articulaire* :
Petites articulations......... 1.500
Grandes articulations (genou). 2.500

CHAPITRE III

## CHIRURGIE DES RÉGIONS

MEMBRES

*Affections congénitales* :
Syndactylie.................. 1.500
Pied bot, *unilatéral* :
Réduction par manœuvres modelantes avec appareillage.................... 1.000
Réduction par manœuvres modelantes et section tendineuse................ 1.500
Réduction avec résection osseuse.................... 2.500
Pied bot, *bilatéral* :
Honoraires ci-dessus, augmentés de 50 %.
Luxation congénitale de la hanche, *unilatérale* :
Réduction et premier plâtre 2.500
Chacun des plâtres suivants 500
Luxation congénitale de la hanche, *bilatérale* :
Réduction et premier plâtre. 3.500
Chacun des plâtres suivants. 800
*Affections acquises* :
Ongle incarné............... 500
Orteil en marteau........... 1.000
Hallux valgus............... 1.500
Malformations du pied (pied plat, pied creux, etc.) :
Réduction par manœuvres non sanglantes et appareil plâtré................. 1.000
Réduction par opération osseuse ou tendineuse...... 2.500
Genu valgum, genu varum, etc.
— Courbures rachitiques des os longs.
Voir : *Chirurgie des tissus* (*os* : Ostéotomie).
Panaris superficiel........... 500
Panaris profond.............. 1.000
Phlegmon interdigital........ 500
Phlegmon superficiel de la paume de la main............ 500
Phlegmon des gaines :
*limité aux doigts*........... 1.000
*avec collection palmaire*...... 2.000
*avec collection antibrachiale*. 2.500
Kyste *dit* synovial :
*poignet et autres régions*..... 1.000
*creux poplité*............... 1.500
Rétraction de l'aponévrose palmaire.................. 2.000
Rétraction ischémique des tendons fléchisseurs de l'avant-bras .................. 3.000

| | |
|---|---|
| *Amputations et désarticulations :* | |
| Doigts et orteils | 500 |
| Métacarpiens et métatarsiens | 1.000 |
| Du poignet jusqu'à l'épaule (*incluse*) | 2.500 |
| Du tarse jusqu'à la hanche (*incluse*) | 3.500 |
| Désarticulation interscapulo-thoracique | 4.000 |
| Désarticulation de la hanche | 4.000 |
| Désarticulation interilio-abdominale | 5.000 |
| *Divers :* | |
| Réfection des moignons : | |
| *doigts et orteils* | 500 |
| *autres segments de membres* | 2.000 |
| Méniscectomie | 2.500 |
| Astragalectomie | 2.500 |
| Luxations, fractures. Voir : *Chirurgie des traumatismes.* | |
| Arthrotomies, résections, arthroplasties, corps étrangers articulaires. Voir : *Chrurgie des tissus* (*articulations*). | |
| Arthrites tuberculeuses. Voir : *Chirurgie des tissus* (*articulations*). *Chirurgie des traumatismes* (*appareils plâtrés*). | |

### Tête

| | |
|---|---|
| *Affections congénitales :* | |
| Bec-de-lièvre simple | 1.500 |
| Bec-de-lièvre compliqué | 3.000 |
| Urano-staphylorraphie | 4.000 |
| Méningo-encéphalocèle | 3.000 |
| *Affections acquises :* | |
| Abcès rétro-pharyngien | 1.000 |
| Abcès de l'amygdale | 800 |
| Phlegmon du plancher de la bouche | 2.500 |
| Grenouillette (excision) | 2.000 |
| Calcul salivaire | 1.000 |
| Fistule salivaire | 2.000 |
| Voile du palais (Tumeur bénigne du) | 1.000 |
| Parotide : | |
| *tumeur bénigne* | 1.500 |
| *tumeur maligne* | 4.000 |
| Parotidite phlegmoneuse | 2.000 |
| Lèvres : | |
| *tumeur bénigne* | 1.000 |
| *cancer :* | |
| ablation simple | 2.000 |
| ablation avec curage ganglionnaire | 3.000 |
| Langue : | |
| *tumeur bénigne* | 2.000 |
| *cancer :* | |
| ablation simple | 3.000 |
| ablation avec curage ganglionnaire | 5.000 |
| Constriction permanente des mâchoires | 4.000 |
| Dent incluse, — ex. : dent de sagesse (intervention pour) | 2.500 |
| Maxillaire supérieur. | |
| *Résection partielle* pour tumeur (kyste, ostéome), etc. | 3.000 |
| Maxillaire inférieur. | |
| *Résection partielle* pour tumeur (kyste, ostéome), etc. | 2.500 |
| Fractures des maxillaires (avec appareillage) : | |
| *maxillaire supérieur* | 2.500 |
| *maxillaire inférieur* | 2.500 |
| Trépanations craniennes : | |
| *trépanation pour fracture, — enfoncement, — plaie pénétrante* | 3.000 |
| *trépanation décompressive* | 3.000 |
| *trépanation pour extraction de corps étranger intra-cérébral* | 4.000 |
| *trépanation pour tumeur cérébrale* | 5.000 |

### Cou

| | |
|---|---|
| Torticolis (Traitement du) : | |
| *sans plâtre* | 1.500 |
| *avec plâtre* | 2.000 |
| Kystes du cou (Ablation des) | 2.000 |
| Fistules congénitales (Ablation des) | 3.000 |
| Sympathique cervical (résection du) | 4.000 |
| Phrénicectomie | 2.000 |
| Plaies du cou (Traitement des) : | |
| *avec intervention sur les gros vaisseaux ou les viscères* | 3.000 |
| Goitres (traitement chirurgical des) : | |
| *goitre simple, nodulaire* | 2.000 |
| *thyroïdectomie pour maladie de Basedow ou cancer thyroïdien* | 3.000 |
| Trachéotomie | 1.500 |
| Laryngectomie | 5.000 |
| Œsophagotomie externe | 3.000 |
| Diverticules de l'œsophage (Traitement chirurgical des) | 3.000 |

### Thorax

| | |
|---|---|
| Sein : | |
| *abcès* (incision, drainage) | 1.000 |
| *tumeur bénigne* (ablation) | 1.500 |

| | |
|---|---|
| *tumeur maligne* : | |
| amputation du sein avec curage ganglionnaire....... | 4.000 |
| Péricarde (Ponction du)...... | 1.000 |
| Péricardotomie.............. | 3.000 |
| Pleurotomie................ | 3.000 |
| Thoracoplastie............... | 4.000 |
| Poumon (traitement chirurgical des lésions du) : | |
| *gangrène, kyste hydatique, etc.* | 5.000 |
| Cœur (Traitement chirurgical des plaies du)............. | 5.000 |
| Médiastin (Traitement chirurgical des lésions du)......... | 5.000 |

RACHIS

| | |
|---|---|
| Abcès, phlegmon (incision)... | 1.000 |
| Spina bifida (Traitement chirurgical du).............. | 3.000 |
| Laminectomie : | |
| *sans ouverture de la dure-mère*.................. | 4.000 |
| *avec ouverture de la dure-mère*.................. | 5.000 |
| Ostéosynthèse vertébrale, avec greffe osseuse ............ | 4.000 |

PAROIS ABDOMINALES ET HERNIES

| | |
|---|---|
| Abcès (incision)............. | 1.000 |
| Tumeur (ablation de) : | |
| *fibrome de la paroi, tumeur congénitale de l'ombilic*... | 2.000 |
| Hernie inguinale unilatérale ou hernie crurale unilatérale (cure radicale)............ | 2.000 |
| Hernie inguinale double ou hernie crurale double (cure radicale).................... | 3.000 |
| Hernie ombilicale (cure radicale) : | |
| *petite*.................... | 1.500 |
| *volumineuse*.............. | 3.000 |
| Volumineuse hernie incoercible ou irréductible (cure radicale)..................... | 3.000 |
| Hernie avec résection intestinale..................... | 4.000 |
| Hernie étranglée : | |
| *inguinale, — crurale — petite hernie ombilicale*......... | 3.000 |
| *grosse hernie ombilicale*..... | 4.000 |

APPAREIL DIGESTIF

| | |
|---|---|
| *Laparotomie exploratrice*..... | 2.000 |
| *Laparotomie d'urgence* pour syndrome péritonéal aigu (perforation de l'estomac ou d'un autre viscère, occlusion intestinale avec ou sans anus iliaque, torsion, coudure, etc.) | 4.500 |
| *Estomac* : | |
| Gastrotomie pour corps étranger..................... | 3.000 |
| Gastrotomie............... | 3.000 |
| Gastro-entérostomie......... | 4.000 |
| Gastrectomie.............. | 5.000 |
| *Foie* : | |
| Plaie ou rupture (tamponnement ou suture).......... | 3.500 |
| Abcès (intervention pour).... | 4.000 |
| Kyste hydatique (intervention pour)................... | 4.000 |
| *Voies biliaires* : | |
| Cholécystostomie............ | 3.000 |
| Cholécystectomie............ | 4.000 |
| Cholédocotomie avec ou sans drainage................. | 4.500 |
| Anastomose ou dérivation biliaire.................... | 4.500 |
| *Pancréas, rate* : | |
| Plaie ou rupture (tamponnement)................. | 3.500 |
| Kyste, tumeur (intervention pour)................... | 4.500 |
| Splénectomie .............. | 4.500 |
| *Mésentère* : | |
| Kyste, tumeur (intervention pour)................... | 4.000 |
| *Intestin grêle* : | |
| Entérotomie pour corps étranger.................... | 3.000 |
| Dérivation, anastomose, résection.................... | 4.500 |
| *Côlons* : | |
| Tumeur : | |
| *résection en un temps*....... | 5.000 |
| *résection en plusieurs temps* : | |
| l'opération principale.... | 4.000 |
| chacune des opérations complémentaires (Voir : *Addenda*, § 1). | |
| Anus cæcal ou iliaque... | 2.500 |
| Fermeture d'un anus contre nature ou de toute autre fistule intestinale...... | 3.000 |
| *Appendice* : | |
| Appendicectomie : | |
| *à froid*................ | 3.000 |
| *à chaud*................ | 3.500 |
| Abcès appendiculaire : | |
| *sans appendicectomie*....... | 2.500 |
| *avec appendicectomie*....... | 3.500 |
| Péritonite appendiculaire généralisée (intervention pour) | 4.000 |
| *Rectum et anus* : | |
| Dilatation simple de l'anus... | 1.000 |

| | |
|---|---|
| Abcès de la marge de l'anus (incision) | 1.000 |
| Fistule anale (Intervention pour) : | |
| *sous-cutanéo-muqueuse* | 1.000 |
| *trans et extra-sphinctérienne* | 2.500 |
| Hémorroïdes : | |
| *résection limitée* | 1.500 |
| *résection circulaire* | 3.000 |
| Prolapsus rectal (Intervention pour) : | |
| *muqueux* | 2.000 |
| *total* | 3.000 |
| Imperforation anale (Traitement de l') : | |
| *incision simple* | 1.000 |
| *intervention complexe* | 3.000 |
| Tumeur ano-rectale : | |
| *tumeur bénigne* : | |
| de l'anus | 1.000 |
| du rectum | 2.000 |
| *tumeur maligne* ou *rétrécissement du rectum* : | |
| amputation périnéale | 5.000 |
| amputation abdomino-périnéale | 5.000 |
| Corps étranger du rectum (intervention complexe pour) | 3.000 |

### Appareil urinaire

| | |
|---|---|
| *Urèthre* : | |
| Malformation uréthrale (intervention pour) | 4.000 |
| *en un temps* | 4.000 |
| *en plusieurs temps* : | |
| l'opération principale | 3.000 |
| chacun des temps ultérieurs (voir : *Addenda*, paragraphe 1). | |
| Rupture de l'urèthre (intervention pour) | 3.000 |
| Uréthrotomie interne | 1.000 |
| Uréthrotomie externe | 3.000 |
| Cure des fistules périnéales | 3.000 |
| Phlegmon périnéal (incision) | 1.000 |
| Infiltration d'urine (Intervention pour) | 3.000 |
| *Prostate* : | |
| Abcès (incision par voie périnéale ou rectale) | 2.500 |
| Prostatectomie hypogastrique ou périnéale : | |
| *en un temps* | 3.000 |
| *en deux temps* | 4.000 |
| *Vessie* : | |
| Cystostomie ou cystotomie avec ou sans extraction de calcul ou de corps étranger | 2.000 |
| Taille avec ablation de *tumeur vésicale* | 4.000 |
| Lithotritie | 2.000 |
| Fistule vésico-cutanée (Cure de) | 1.500 |
| Exstrophie vésicale (Traitement chirurgical de l') | 3.000 |
| *Uretère* : | |
| Urétérotomie : | |
| *unilatérale* | 3.000 |
| *bilatérale* | 4.000 |
| *Rein et bassinet* : | |
| Phlegmon périnéphrétique (incision) | 2.000 |
| Intervention conservatrice : décapsulation, pexie, stomie, tomie | 3.000 |
| Néphrectomie | 4.000 |

### Appareil génital de l'homme

| | |
|---|---|
| *Verge* : | |
| Circoncision | 1.000 |
| Phimosis ou paraphimosis (Intervention pour) | 1.000 |
| Néoplasme (Amputation pour) | 3.000 |
| *Bourses* : | |
| Hydrocèle ou kyste du cordon (Interventions pour) | 1.000 |
| Varicocèle : | |
| *résection cutanée simple* | 1.000 |
| *résection veineuse* | 2.000 |
| *Testicule et épididyme* : | |
| Epididymectomie : | |
| *unilatérale* | 2.000 |
| *bilatérale* | 3.000 |
| Ablation d'un testicule : | |
| *pour bacillose* | 2.000 |
| *pour tumeur maligne* | 3.000 |
| Orchidopexie : | |
| *unilatérale* | 2.500 |
| *bilatérale* | 3.500 |
| *Emasculation totale* | 4.000 |

### Appareil génital de la femme

| | |
|---|---|
| *Vulve et vagin* : | |
| Tumeur bénigne (ablation de) | 1.000 |
| Bartholinite : | |
| *incision* | 500 |
| *extirpation* | 1.500 |
| Néoplasme du clitoris (ablation) | 3.000 |
| Imperforation ou atrésie du vagin (Intervention pour) | 2.000 |
| Création d'un nouveau vagin | 5.000 |
| Colpotomie | 1.500 |
| Fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale (Traitement de) : | |
| *avivement et suture* | 2.500 |
| *procédé complexe* | 4.000 |
| *Périnée* : | |
| Déchirure : | |
| *réfection d'urgence* | 1.500 |

| | |
|---|---|
| Prolapsus (cure des) : | |
| *colpo-périnéorraphie sans amputation du col*.......... | 3.000 |
| *colpo-périnéorraphie avec amputation du col*.......... | 3.500 |
| *colpo-périnéorraphie avec hystérectomie vaginale ou intervention abdominale* (pexie) | 4.000 |
| *Utérus et annexes* : | |
| Curetage.................. | 1.000 |
| Polype pédiculé (ablation).... | 1.500 |
| Amputation du col ou stomatoplastie .................. | 2.000 |
| Hystérectomie vaginale...... | 4.000 |
| Hystérectomie abdominale totale ou subtotale........... | 4.000 |
| Hystérectomie abdominale élargie pour cancer........ | 5.000 |
| Lésions inflammatoires des annexes (Intervention pour) : | |
| *sans hystérectomie*......... | 3.000 |
| *avec hystérectomie*......... | 4.000 |
| Tumeur des annexes (kyste de l'ovaire ou du ligament large, tumeur maligne)........... | 4.000 |
| Grossesse extra-utérine ou hématocèle (intervention pour) | 4.000 |
| Application chirurgicale du radium (*location du métal non comprise*). | |
| *suivant région*.......... de | 1.000 à 3.000 |

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

| | |
|---|---|
| Incision du col au cours du travail..................... | 500 |
| Forceps au détroit inférieur et à la vulve ................. | 1.000 |
| Forceps à la partie haute de l'excavation ............. | 3.000 |
| Version podalique............ | 1.500 |
| Avortement thérapeutique.... | 1.500 |
| Accouchement provoqué...... | 3.000 |
| Embryotomie............... | 3.000 |
| Césarienne vaginale.......... | 3.000 |
| Césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie ou d'extériorisation.......... | 4.000 |

## ADDENDA

1° OPÉRATIONS MULTIPLES PRATIQUÉES DANS LA MÊME SÉANCE OPÉRATOIRE

Si l'on opère un blessé atteint de multiples lésions, l'opération principale est comptée au prix indiqué dans le présent tarif et chacune des autres à la moitié du prix marqué.

2° OPÉRATIONS EN PLUSIEURS TEMPS
(exemples : prostatectomies, colectomies, autoplasties, etc.).

En dehors des cas prévus dans le tarif et pour lesquels le prix du deuxième temps est indiqué, toute opération faite en plusieurs temps donne droit à une augmentation de 50 % du prix qui a été fixé dans le tarif pour cette opération pratiquée en un seul temps.

3° OPÉRATIONS SUCCESSIVES NÉCESSITÉES PAR UNE MÊME MALADIE

La première opération est comptée au prix marqué dans le tarif ; les suivantes à la moitié de ce prix ; — à condition que ces opérations successives soient faites au cours de la même hospitalisation et par le même chirurgien.

4° OPÉRATIONS FAITES SOUS LE CONTRÔLE RADIOLOGIQUE
(exemples : extraction de corps étranger, réduction de fracture).

Les honoraires du radiologiste doivent être comptés à part (voir : tarif des radiologistes).

5° HONORAIRES DES ASSISTANTS

Les honoraires de chacun des assistants sont de 200 francs et sont comptés à part des honoraires du chirurgien.

En principe, toute opération ne comporte que deux assistants à rétribuer (aide direct et anesthésiste) ; — soit, en tout, 400 francs d'honoraires pour les assistants.

# Pensions militaires

*Instruction portant application des articles* 145, 146 *et* 147 *de la loi de finances du* 31 *mars* 1932 (suite)

TITRE II

ARTICLE 146

1° *Objet.*

L'article 146 de la loi de finances du 31 mars 1932 a pour objet de porter à 16.000 fr. à compter du 1er juillet 1932 le taux d'allocation 5 *bis* en faveur des catégories suivantes de grands invalides bénéficiaires de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 :

*a*) Aveugles ;

*b*) Amputés de deux ou de plus de deux membres ;

*c*) Paraplégiques.

2° *Condition à remplir.*

Pour bénéficier du relèvement de taux prévu par l'article 146 de la loi de finances du 31 mars 1932, la seule condition à remplir est d'être bénéficiaire de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 pour une des infirmités suivantes : cécité complète, amputation de deux ou de plus de deux membres, paraplégie.

3° *Taux et règles de cumul.*

Le taux de l'allocation est fixé à 16.000 francs.

Il n'est rien changé par ailleurs aux règles de cumul concernant l'allocation n° 5 *bis.* Quel que soit son taux, cette allocation ne peut se cumuler qu'avec l'allocation n° 6.

4° *Point de départ.*

Le point de départ du relèvement du taux de l'allocation n° 5 *bis* est fixé au 1er juillet 1932 pour tous les pensionnés remplissant à cette date les conditions prévues au paragraphe 2° qui précède et la date à partir de laquelle ces conditions seront remplies, pour les autres.

5° *Modalités d'attribution.*

A. — Titulaires d'un livret de pension ou d'un certificat d'inscription ancien modèle.

Après avoir perçu la dernière échéance antérieure au 2 juillet 1932 sur le livret d'allocation aux grands invalides n° 5 *bis* entre leurs mains, les intéressés adresseront une demande du modèle ci-annexé à l'intendant des pensions du chef-lieu du département où ils sont domiciliés en y joignant leur livret d'allocation n° 5 *bis* et la lettre de notification de concession de leur pension. S'ils bénéficient, en outre, de l'allocation n° 6, ils joindront également à leur envoi le livret d'allocation n° 6.

Si la lettre de notification de concession de la pension n'a pu être jointe à la demande, elle sera réclamée, par les soins de l'intendant, à l'administration centrale des pensions, dans les conditions prévues au titre Ier, paragraphe 7°, A, nota (2), de la présente instruction. Il devra être satisfait à cette réclamation dans les huit jours.

Comme on l'a rappelé plus haut, les lettres de notification de concession des pensions contiennent toutes les indications utiles sur le libellé des infirmités et les taux d'invalidité y afférents. Il sera donc aisé aux intendants, dans la plupart des cas et après consultation, s'il en est besoin, du médecin chef du centre spécial de réforme de déterminer si le pensionné est titulaire d'une pension de 100 p. 100 avec bénéfice de l'article 10 pour « cécité complète », pour « amputation de deux membres » ou de « plus de deux membres » ou pour « paraplégie ». Néanmoins, en raison des difficultés auxquelles pourrait donner lieu l'interprétation de ce dernier diagnostic, le supplément d'allocation ne sera attribué par l'intendant des pensions aux paraplégiques que si le mot « paraplégie » y figure expressément. Si cette condition n'est pas remplie et, d'une manière générale, toutes les fois qu'il y aura doute sur le diagnostic, le supplément ne sera attribué, s'il y a lieu, qu'après décision du ministre des pensions, auquel il sera référé dans les conditions prévues au titre Ier, paragraphe 7°, A, nota 3, de la présente instruction. Dans ce dernier cas, en même temps qu'il en est référé pour décision à l'administration centrale des pensions, le livret d'allocation n° 5 *bis* et, le cas échéant, le livret n° 6 sont renvoyés avec toutes explications utiles à leur titulaire par les soins de l'intendant des pensions, afin de lui permettre d'en percevoir les arrérages en attendant la décision du ministre. Au moment où cette décision parviendra à l'intendant et si elle est favorable, ce fonctionnaire réclamera à nouveau à l'intéressé son livret d'allocation n° 5 *bis* et, le cas échéant, son livret n° 6 pour accomplissement des formalités indiquées plus loin. Si, au contraire, la décision est défavorable, il la notifiera à l'intéressé afin de lui permettre de se pourvoir contre elle, s'il le juge bon, devant le tribunal des pensions.

Si, conformément aux dispositions qui précèdent, l'intéressé peut prétendre au supplément d'allocation, l'intendant établira un nouveau livret d'allocation n° 5 *bis* au taux de 16.000 francs.

Le verso de la première page de la couverture et le recto de la première page du livret porteront, en haut et à l'encre rouge, l'une des mentions suivantes :

« Aveugle. — Loi du 31 mars 1932. »
« Amputé de ..... membres. — Loi du 31 mars 1932. »
« Paraplégiques. — Loi du 31 mars 1932. »

Ces mêmes mentions seront également portées sur l'avis d'émission du livret. Si l'intéressé est titulaire d'un livret d'allocation n° 6 aux grands invalides, deux hypothèses sont à envisager, suivant que les échéances de ce livret coïncident ou non avec celles de la pension.

Dans le premier cas, le nouveau livret d'allocation n° 5 *bis* est établi avec la même limite de validité que le livret d'allocation n° 6, qui n'est pas remplacé. Dans le cas contraire, le livret n° 6 est renouvelé de manière à faire coïncider ces échéances trimestrielles avec celles de la pension et les deux livrets n° 5 *bis* et 6 ont même limite de validité.

Le ou les livrets et la lettre de notification de concession de la pension sont envoyés au pensionné, par pli recommandé et dans le plus bref délai possible.

B. — Titulaires de titres d'allocation provisoire d'attente.

Les intéressés produiront leur demande dans les mêmes conditions que ci-dessus (§ A). Ils y mentionneront la date et le lieu de la commission de réforme, conformément aux propositions de laquelle ils ont été mis en possession d'un titre d'allocation provisoire d'attente comportant le bénéfice de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919, pour l'une des infirmités plus haut définies. A la demande sera joint le livret d'allocation n° 5 *bis* et, s'il y a lieu, le livret d'allocation n° 6 dont l'intéressé est titulaire.

Il appartiendra à l'intendant de vérifier les renseignements donnés par les postulants, soit au vu du dossier financier de l'intéressé, soit au vu du procès-verbal de la commission de réforme.

Un nouveau livret d'allocation n° 5 *bis* sera établi dans les conditions prévues au paragraphe A qui précède. S'il s'agit d'un invalide proposé pour une pension temporaire, la durée de validite du livret sera limitée à celle de la pension.

C. — Postulants à pension qui seront présentés devant une commission de réforme après réception de la présente instruction .

Au vu des propositions des commissions de réforme, les intendants des pensions mettront les postulants à pension proposés pour le bénéfice de l'article 10, à raison d'infirmités donnant droit au taux d'allocation de 16.000 fr. en possession d'un livret d'allocation n° 5 *bis*, établi à ce taux, conformément aux règles prévues au paragraphe A qui précède,

Les commissions de réforme devront préciser nettement quand il s'agira notamment de paraplégiques, que les intéressés sont admis au bénéfice de l'allocation n° 5 *bis* au taux de 16.000 francs.

6° *Vérification et régularisation de la situation des titulaires de titres d'allocation provisoire d'attente à l'arrivée de la décision du ministre touchant la pension.*

Il conviendra d'appliquer les règles prévues au titre Ier, paragraphe 8°, de la présente instruction.

Toutes les fois que le droit à l'allocation de 16.000 fr. ne peut être maintenu, il y a lieu à précompte si l'intéressé conserve droit à une allocation aux grands invalides, et au maintien des sommes perçues dans le cas contraire.

7° *Statistique. — Comptes rendus.*

Les intendants des pensions devront tenir une statistique rigoureusement à jour par catégorie de bénéficiaires (aveugles, amputés d'au moins deux membres et paraplégiques) des livrets d'allocation n° 5 *bis* au taux de 16.000 fr. délivrés par leurs soins en tenant compte des modifications qu'apportent à l'effectif des titulaires les décès, mutations, etc. Il devront être à même de fournir à tout moment des renseignements précis à ce sujet à l'administration centrale.

8° *Recommandation importante.*

Les bénéficiaires des dispositions de l'article 146 de la loi de finances du 31 mars 1932 devront être mis en possession de leur carnet d'allocation aux grands invalides n° 5 *bis* au taux de 6.000 fr. suffisamment à temps pour en percevoir les arrérages dès la première échéance suivant le 1er juillet 1932.

## TITRE III

### Article 147

1° *Objet.*

L'article 147 de la loi de finances du 31 mars 1932 crée, à compter du 1er juillet 1932, une nouvelle allocation aux grands invalides, dite allocation n° 7, attribuable aux amputés d'un membre dont le taux est variable selon l'amplitude de l'amputation.

2° *Condition à remplir.*

Pour bénéficier de l'article 147 de la loi de finances du 31 mars 1932, il faut et il suffit d'être pensionné pour amputation d'un membre au titre de la loi du 31 mars 1919. En raison du caractère même de cette allocation tel qu'il résulte des travaux et des discussions préparatoires à la loi, elle n'est pas attribuable aux amputés de deux

membres ou aux invalides ayant perdu l'usage de deux membres, qui bénéficient déjà de ce fait même de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 et partant de l'allocation n° 5 *bis*. Par contre, elle est attribuable à toute amputation en sus d'infirmités ayant ouvert droit au bénéfice de l'article 10 (aveugle amputé d'un membre, paraplégique amputé d'un bras, amputé de trois membres). En cas d'amputation de trois membres, l'amputation choisie pour déterminer le taux de l'allocation n° 7 est l'amputation la plus grave. Pour des considérations analogues, l'allocation n° 7 n'est pas attribuable aux bénéficiaires de l'allocation n° 6 au taux de 12.500 fr. pour amputations (amputés de quatre membres, aveugles amputés de deux membres).

3° *Taux.*

Ainsi qu'il est indiqué au paragraphe 1er, le taux de l'allocation est variable suivant l'importance de l'amputation et suivant que celle-ci concerne un membre supérieur ou un membre inférieur.

Il est ainsi fixé :

a) *Amputation du membre supérieur.*

| | | |
|---|---|---|
| Poignet | 200 | fr. |
| Avant-bras | 300 | » |
| Coude | 400 | » |
| Bras | 600 | » |
| Sous-tubérositaire | 800 | » |
| Désarticulation de l'épaule | 1.000 | » |

b) *Amputation du membre inférieur.*

| | | |
|---|---|---|
| Tibio-tarsienne | 100 | fr. |
| Jambe | 200 | » |
| Genou | 400 | » |
| Cuisse | 600 | » |
| Sous-trochantérienne | 800 | » |
| Désarticulation de la hanche | 1.000 | » |

Les amputés, qui, bien que non désarticulés, ont été assimilés à ces derniers au titre du décret du 23 avril 1931, ne bénéficieront que de l'allocation au taux prévu pour leur amputation et non au taux prévu pour les désarticulés.

4° *Cumul.*

L'allocation n° 7 est cumulable avec toutes les autres allocations aux grands invalides hormis l'allocation n° 4 *bis*. Les amputés pouvant prétendre simultanément aux allocations n° 4 *bis* et n° 7 peuvent opter pour la plus avantageuse. En fait, l'allocation la plus avantageuse leur sera attribuée d'office, sauf option contraire de leur part.

L'allocation n° 7 est également cumulable avec l'indemnité de soins.

Il convient de remarquer que le taux d'invalidité de certains amputés non bénéficiaires de l'article 65 de la loi du 31 mars 1919 (victimes civiles, amputés par suite d'un événement postérieur au 23 octobre 1919 non survenu au cours d'opérations de guerre), est inférieur à 85 p. 100, taux à compter duquel, aux termes de la loi de finances du 31 décembre 1921 (art. 138), les pensionnés sont considérés comme de grands invalides. En raison du texte de l'article 147 de la loi du 31 mars 1932, ces pensionnés ont néanmoins droit à l'allocation n° 7, au taux prévu pour l'amputation qu'ils ont subie.

5° *Point de départ.*

L'allocation n° 7 est attribuable à compter du 1er juillet 1932 pour les personnes titulaires à cette date d'une pension ou de l'allocation provisoire d'attente. Dans l'avenir, son point de départ sera le même que celui de la pension.

6° *Attribution de l'allocation n° 7.*

A. — Titulaires d'un livret de pension ou d'un certificat d'inscription ancien modèle.

Après perception de la dernière échéance de leur arrérages de pension ou d'allocation spéciale aux grands invalides antérieure au 2 juillet 1932, les intéressés adresseront une demande du modèle ci-annexé à l'intendant des pensions du chef-lieu du département où ils sont domiciliés, en y joignant les livrets d'allocation aux grands invalides qu'ils détiennent et la lettre de notification de concession de leur pension qui donne toutes indications sur l'amputation subie par les intéressés et sur le taux d'invalidité y afférent. Le taux d'invalidité correspondant à l'amputation permet, par référence aux dispositions du décret du 23 avril 1931, de déterminer la nature de l'amputation si celle-ci n'est pas nettement précisée. Un tableau annexé à la présente instruction indique, pour chaque nature d'amputation, le degré d'invalidité et le taux de l'allocation correspondants.

Si la lettre de notification de concession de la pension n'a pu être jointe à la demande elle sera réclamée par les soins de l'intendant des pensions à l'administration centrale des pensions dans les conditions prévues au titre Ier, paragraphe 7°, A, nota 2, de la présente instruction. Il devra être satisfait à cette réclamation dans les huit jours.

Si, après consultation du médecin chef du centre spécial de réforme, l'intendant se trouve dans l'impossibilité de déterminer avec précision les droits du demandeur, l'allocation n° 7 ne sera attribuée qu'après décision du ministre auquel il sera référé dans les conditions prévues au titre Ier, § 7°, A, note 3, de la présente instruction. Dans ce cas, en même temps qu'il en réfère au ministre, l'intendant des pensions renvoie à l'in-

téressé, avec toutes explications utiles les livrets d'allocation spéciale dont il est déjà titulaire afin de lui permettre d'en percevoir les arrérages en attendant la décision du ministre. Si cette décision est favorable, il les lui réclame à nouveau. Si elle est défavorable, il la lui notifie afin de lui permettre de se pourvoir, s'il le juge bon devant le tribunal des pensions.

Si, conformément aux dispositions qui précèdent, les droits de l'intéressé, à l'allocation n° 7 sont reconnus, un livret d'allocation spéciale n° 7 aux grands invalides sera établi en sa faveur. L'intéressé pourra se trouver ainsi détenteur de deux et même de trois livrets d'allocation spéciale aux grands invalides (aveugle amputé d'un membre)

Chacun des livrets détenus par un même pensionné portera la mention suivante de préférence aux autres. « Ce livret est cumulable avec les livrets n° ..... et ..... ». Il en sera de même pour les avis d'émission de ces livrets.

Les différents livrets d'allocation aux grands invalides appartenant à un même pensionné devront avoir la même limite de validité. Si les échéances de celui ou de ceux que détenait le pensionné sont les mêmes que celles de la pension, le livret d'allocation spéciale n° 7 sera établi avec la même limite de validité que le ou les livrets précités. Dans le cas contraire, les anciens livrets d'allocation sont renouvelés de manière à faire coïncider leurs échéances avec celles de la pension et tous les livrets d'allocation spéciale y compris l'allocation n° 7, ont même limite de validité.

Dès leur établissement et leur mise à jour les livrets et la lettre de notification de concession de la pension seront adressés à l'intéressé par envoi recommandé.

B. — Titulaires d'un titre d'allocation provisoire d'attente.

Les intéressés produiront leur demande dans les mêmes conditions que ci-dessus. Ils y mentionneront la date et le lieu de la commission de réforme, conformément aux propositions de laquelle un titre d'allocation provisoire d'attente leur a été délivré. Ils y joindront, le cas échéant, le ou les livrets d'allocation aux grands invalides dont ils sont déjà titulaires.

L'intendant des pensions déterminera les droits des intéressés à l'allocation n° 7, soit au vu de leur dossier financier, soit au vu du procès-verbal de la commission de réforme, après demande de renseignements, le cas échéant, au médecin chef du centre spécial de réforme.

Les livrets d'allocation spéciale n° 7 seront établis dans les conditions prévues au paragraphe A qui précède. S'il s'agit d'invalides proposés pour une pension temporaire, la durée de validité du livret sera limitée à celle de la pension.

C. — Postulants à pension qui seront présentés devant une commission de réforme après réception de la présente instruction.

Les intendants des pensions détermineront les droits des intéressés à l'allocation n° 7 au vu des propositions des commissions de réforme. Les médecins chefs des centres spéciaux de réforme devront veiller à ce que les médecins experts et les commissions de réforme libellent leurs avis ou leurs propositions concernant les amputations suivant les termes de l'article 147 de la loi de finances du 31 mars 1932 concernant la hauteur de l'amputation.

7° *Vérification et régularisation de la situation des titulaires de titres d'allocation provisoire d'attente.*

Les dispositions prévues respectivement aux titres 1er, 8° et II, 6°, sont applicables aux titulaires de titres d'allocation provisoire d'attente ayant bénéficié de l'allocation n° 7.

Toutes les fois que le droit à l'allocation n° 7 ne peut être maintenu, il y a lieu à précompte si l'intéressé conserve droit à une allocation aux grands invalides et au maintien des sommes perçues dans le cas contraire.

8° *Statistiques et comptes rendus.*

Les intendants des pensions devront tenir une statistique rigoureusement à jour par catégories de bénéficiaires (hauteur de l'amputation) des livrets d'allocation n° 7 délivrés par leurs soins, en tenant compte des modifications qu'apportent à l'effectif des titulaires les décès, mutations... Ils devront être à même de fournir à tout moment des renseignements précis à ce sujet à l'administration centrale.

9° *Recommandation importante.*

Les bénéficiaires de l'allocation n° 7 devront être mis en possession de leur livret d'allocation aux grands invalides n° 7 suffisamment à temps pour en percevoir les arrérages dès la première échéance suivant le 1er juillet 1932.

Les préfets et les intendants départementaux des pensions sont priés, chacun en ce qui le concerne, de donner à la présente instruction toute la publicité nécessaire par le moyen d'insertions dans la presse locale et de notes qu'ils adresseront aux associations de mutilés et de victimes civiles de leur département.

*Le ministre des pensions et des régions libérées,*

A. CHAMPETIER DE RIBES.

## Tableau indiquant, pour chaque nature d'amputation, le degré d'invalidité et le taux de l'allocation correspondants

1° *Bénéficiaires de l'article* 65 *de la loi du* 31 *mars* 1919.

Mentions portées sur la lettre de notification de concession de pension : loi du 31 mars 1919 loi du 31 mars 1931 (art. 72).

| Nature de l'amputation | Taux de pension y afférent y compris la majoration de 5 p. 100 pour mutilation non appareillable ou appareillage non toléré. | Taux de l'allocation n° 7. |
|---|---|---|
| A. — *Membres supérieurs.* | | |
| Désarticulation du poignet | 85 p. 100 | 200 fr. |
| Amputation de l'avant-bras | 85 — | 300 » |
| Désarticulation du coude | 90 — | 400 » |
| Amputation du bras (appareillage possible) | 90 — | 600 » |
| Amputation du bras (non appareillable) | 95 — | 600 » |
| Amputation sous-tubérositaire (non appareillable) | 100 — | 800 » |
| Désarticulation de l'épaule (non appareillable) | 100 — | 1.000 » |
| B. — *Membres inférieurs.* | | |
| Désarticulation tibio-tarsienne | 85 p. 100 | 100 fr. |
| Amputation de la jambe | 85 — | 200 » |
| Désarticulation du genou | 90 — | 400 » |
| Amputation de la cuisse (appareillage possible) | 90 — | 600 » |
| Amputation de la cuisse (non appareillable) | 95 — | 600 » |
| Amputation sous-trochantérienne (non appareillable) | 100 — | 800 » |
| Désarticulation de la hanche (non appareillable) | 100 — | 1.000 » |

2° *Non bénéficiaires de l'article* 65 *de la loi du* 31 *mars* 1919.

Mentions portées sur la lettre de notification de concession de pension : loi du 31 mars 1919 « Hors Guerre » ou loi du 24 juin 1919.

| Nature de l'amputation | Taux de pension y afférent y compris la majoration de 5 p. 100 pour mutilation non appareillable ou appareillage non toléré. | Taux de l'allocation n° 7 |
|---|---|---|
| A. — *Membres supérieurs.* | | |
| Désarticulation du poignet gauche | 60 p. 100 | 200 fr. |
| Amputation de l'avant-bras gauche | 60 — | 300 » |
| Désarticulation du poignet droit | 70 — | 200 » |
| Amputation de l'avant-bras droit | 70 — | 300 » |
| Désarticulation du coude gauche | 70 — | 400 » |
| Désarticulation du coude droit | 80 — | 400 » |
| Amputation du bras gauche (appareillage possible) | 75 — | 600 » |
| Amputation du bras gauche (appareillage non possible) | 80 — | 600 » |
| Amputation du bras droit (appareillage possible) | 85 — | 600 » |
| Amputation du bras droit (appareillage non possible) | 90 — | 600 » |
| Amputation sous-tubérositaire gauche (appareillage non possible) | 90 — | 800 » |
| Amputation sous-tubérositaire droite (appar. non possible) | 100 — | 800 » |
| Désarticulation de l'épaule gauche (appar. non possible) | 90 — | 1.000 » |
| Désarticulation de l'épaule droite (appar. non possible) | 100 — | 1.000 » |
| B. — *Membres inférieurs.* | | |
| Désarticulation tibio-tarsienne | 55 — | 100 » |
| Amputation de la jambe | 65 — | 200 » |
| Désarticulation du genou | 70 — | 400 » |
| Amputation de la cuisse (appareillable) | 75 — | 600 » |
| Amputation de la cuisse (non appareillable) | 80 — | 600 » |
| Amputation sous-trochantérienne (non appareillable) | 100 — | 800 » |
| Désarticulation de la hanche (non appareillable) | 100 — | 1.000 » |

**Nota.** — Les gauchers, amputés du bras gauche, ont droit au taux de pension prévu pour les amputations du bras droit (guide-barème de 1919).

(*J. O.*, 26 avril 1932.)

# Substances vénéneuses

*Circulaire aux inspecteurs et inspecteurs adjoints des pharmacies, relative à l'étiquetage des substances vénéneuses.*

Paris, le 25 mars 1932.

L'arrêté du 7 juillet 1931, pris en application de l'article 29 du décret du 14 septembre 1916, fixe les doses de produits toxiques à partir desquelles les préparations qui les renferment échappent à la réglementation des substances vénéneuses. Conformément aux prescriptions du décret précité, ce texte a été inséré au Codex par arrêté du 9 octobre 1931, publié au *Journal officiel* le 14 octobre 1931. Cette dernière date marque le point de départ du délai de trois mois fixé par le décret du 30 mars 1922 (art. 3) pour l'accomplissement des formalités, rendues obligatoires par suite de l'insertion au Codex et du délai de six mois accordé par l'article 47 du décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, pour l'étiquetage des médicaments préparés et divisés à l'avance (spécialités pharmaceutiques).

Afin de donner satisfaction aux prescriptions en la matière, contenues dans divers règlements, notamment dans le décret du 13 juillet 1926 remèdes secrets), et de mettre au point des interprétations différentes des textes sur l'étiquetage des substances vénéneuses, mes services ont établi les tableaux ci-annexés, déterminant les indications à porter sur les étiquettes concernant :

1° Les produits pour l'usage industriel, commercial ou agricole ;

2° Les produits sous formes pharmaceutiques :
*a*) Médicaments officinaux et magistraux ;
*b*) Médicaments préparés et divisés à l'avance.

Bien que les arrêtés des 7 juillet et 9 octobre 1931 ne visent que les préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine et seulement parmi ces dernières, celles renfermant des substances des tableaux A et B, mon administration a porté sur le tableau concernant les médicaments préparés et divisés à l'avance les indications qui devront obligatoirement figurer sur les étiquettes des spécialités renfermant des substances du tableau C et des spécialités vétérinaires, six mois après la publication des arrêtés prévus à l'article 29 relatifs à ces produits.

*Récipient ou enveloppe.* — Par récipient ou enveloppe, il faut entendre le conditionnement constituant l'unité de vente, le flacon, le vase, le pot, etc., en contact direct avec le produit ou la boîte renfermant des paquets ou ampoules. Ce conditionnement ainsi que les enveloppes extérieures non transparentes doivent être revêtus des étiquettes réglementaires. Toutefois, pour les paquets ou ampoules, l'indication du nom du toxique devra être portée sur chacun d'eux par une étiquette de couleur réglementaire. Sur les ampoules, ces indications pourront être imprimées ou gravées sur le verre. Si le paquet ou l'ampoule renferme une préparation magistrale, le numéro d'ordre de la prescription peut remplacer l'indication du nom du toxique et de la dose.

*Produits pour l'usage industriel, commercial ou agricole.* — Les substances vénéneuses (matières premières et préparations nommément inscrites aux tableaux) en dilution dans une matière inerte, liquide ou solide, préparées de façon à en faciliter l'usage et l'emploi industriels et ménagers sont considérées comme substances en nature et sont soumises aux dispositions fixées pour ces dernières.

Les produits autres que les précédents renfermant une ou plusieurs substances vénéneuses sont soumis au décret, ainsi que l'a précisé la circulaire du 11 janvier 1917, si, en raison du mélange desdites substances, soit par leur dose, soit par le mode de composition, ils constituent vraiment une matière toxique.

En ce qui concerne les substances du tableau C, il ne peut y avoir de doute à ce sujet ; les préparations qui tombent sous la réglementation sont désignées sur ce tableau et à l'article 44.

Pour les produits renfermant des substances du tableau A, autres que les mélanges et compositions visés aux articles 8, 12 et 14, il y aura lieu, en cas d'incertitude, de demander l'avis du service de la répression des fraudes, 42 *bis*, rue de Bourgogne, à Paris.

*Produits sous formes pharmaceutiques.* — Lorsque les substances vénéneuses sont vendues sous forme pharmaceutique, il faut entendre par substance en nature les produits, matières premières ou préparations dont les noms sont inscrits sur l'un des tableaux A, B et C, délivrés sans mélange avec des matières non toxiques.

Mais en dehors des préparations galéniques nommément inscrites auxdits tableaux, les pharmaciens peuvent se trouver devant des formules de médicaments destinés à être absorbés par la voie stomacale dans lesquels, en raison de leur concentration, les substances vénéneuses employées ont conservé leur caractère de toxicité élevée.

Ces préparations, si l'on considère la jurisprudence qui tend à s'établir en la matière, devraient être soumises aux obligations spéciales aux substances inscrites aux tableaux.

Dès lors, elles devraient porter une étiquette

rouge orangé et la mention « Toxique, ne pas dépasser la dose prescrite ».

Il en est ainsi pour les granules d'aconitine qu'une décision de jurisprudence a déclaré représenter le poison en nature.

En vue de se conformer à cette tendance, les pharmaciens devront considérer comme soumises à l'étiquette rouge orangé et à la mention rappelée ci-dessus, les préparations visées à l'article 21 du décret du 14 septembre 1916, à savoir celles renfermant « les cyanures de mercure ou de potassium, l'aconitine ou ses sels, la digitaline, la strophantine, la vératrine ou ses sels », ainsi que toutes les substances pour lesquelles les arrêtés des 7 juillet et 9 octobre 1931 n'admettent aucune exonération.

D'autre part, parmi les préparations destinées à la voie stomacale, il y a lieu de distinguer celles dont l'état de dilution permet l'absorption directe et celles dont l'état de concentration oblige à une dilution préalable (gouttes, extraits concentrés pour vins médicamenteux).

Pour les premières l'étiquette blanche prévue par la circulaire du 25 juin 1855 et consacrée par les usages pharmaceutiques doit être employée de préférence.

Pour les secondes qui ne sont pas absorbées directement par la voie stomacale, elles doivent suivre les mêmes règles d'étiquetage que les préparations en nature tant qu'elles ne sont pas exonérées par les arrêtés des 7 juillet et 9 octobre 1931. C'est le cas notamment des gouttes noires anglaises, du laudanum et de la teinture d'opium, préparations qui ne sont pas nommément inscrites au tableau B.

Enfin la circulaire du 25 juin 1855 s'exprimait ainsi :

« Une des causes les plus fréquentes des empoisonnements par imprudence est la confusion que les personnes qui soignent les malades sont exposées à faire entre les médicaments destinés à être pris à l'intérieur et ceux réservés à l'usage externe. »

Elle recommandait « de placer sur les fioles et les paquets contenant les médicaments destinés à l'usage externe une étiquette de couleur tranchante portant l'indication de cet usage ».

La couleur rouge orangé fut choisie et la circulaire de 1855 ajoutait : « Afin que l'étiquette rouge orangé prenne promptement et sûrement dans le public son caractère distinctif, il convient qu'elle soit exclusivement réservée aux médicaments toxiques affectés à l'usage externe ».

Le décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, a étendu l'emploi de cette couleur à l'étiquetage des produits en nature et des solutions injectables, afin d'appeler également l'attention du public sur la toxicité élevée de ces produits.

Dès lors, pour ne pas affaiblir l'effet recherché en réservant la coloration rouge orangé aux produits toxiques, il convient d'adopter pour les produits non toxiques destinés à l'usage externe une étiquette d'une autre couleur pour mentionner cette destination.

Rien ne s'oppose à ce que le choix de cette couleur se porte sur le vert.

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir rappeler aux pharmaciens (praticiens ou fabricants), aux commerçants et industriels soumis à votre inspection l'obligation qu'ils ont de se conformer aux dispositions réglementaires rappelées sur les tableaux ci-annexés.

En outre, je vous serais obligé de signaler aux pharmaciens l'intérêt que présente pour eux et pour le public l'adoption des mesures prescrites par la présente circulaire.

*Le ministre de l'agriculture,*
Dr CHAUVEAU.

(*J. O.*, 12 avril 1932.)

## Assistance

*Avis présenté au nom de la Commission des finances sur : 1° la proposition de loi de M. Paul Strauss sur l'assistance maternelle ; 2° la proposition de loi, adoptée par la Chambre des députés, portant création de maisons maternelles, par M. Armbruster, sénateur* (1).

Messieurs, la Chambre des députés a adopté le 1er avril 1930 une proposition de loi tendant à la création de maisons maternelles dans chaque département. Le vote de cette proposition est la conséquence des initiatives prises dans un même but d'abord par M. Paul Strauss, ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et à la Chambre des députés par MM. Georges Faugère, Clamamus, Paul Bernier.

Les dispositions principales de la proposition de loi impliquent l'obligation d'instituer, dans un délai de cinq ans, des maisons maternelles dans tous les départements, de recevoir dans ces maisons les femmes en état de gestation confirmée, d'assurer exceptionnellement à défaut de maternité les soins de natalité et de garder les mères pendant trois mois au moins à condition qu'elles élèvent leur enfant au sein. L'anonymat

(1) Voir les numéros : Sénat, 52, année 1929 ; 192-427, année 1930 ; 577-805, année 1931 ; Chambre des députés (14e législ.) 365-443-2719-2969, et *in*-8° 464.

doit être strictement respecté pour les mères qui le désirent et au surplus, quand elles se déclarent privées de ressources, les frais de séjour sont supportés moitié par le département, moitié par l'Etat. Les autres mères seront admises soit en payant elles-mêmes les prix de journée, soit en bénéficiant de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Il est prévu également que des subventions de l'Etat pouvant aller jusqu'à 60 p. 100 de la dépense pourront être accordées aux collectivités pour la création, l'aménagement ou la réfection des maisons maternelles.

Les maisons maternelles gérées par les associations d'utilité publique et les sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels pourront bénéficier des dispositions prévues par la loi.

M. Paul Strauss, rapporteur de la proposition votée par la Chambre, conclut à l'adoption des dispositions générales de cette proposition, mais il est d'avis qu'elles ne doivent pas faire l'objet d'une loi spéciale et qu'elles peuvent être incorporées dans la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, de façon à ce que la création des maisons maternelles puisse être harmonisée plus facilement avec la situation hospitalière actuelle des localités, ou avec toutes les initiatives spontanées ayant déjà obtenu des réalisations.

Des dispositions nouvelles introduites à la suite des articles 1er, 3, 4, 35 de la loi du 15 juillet 1893 reproduisent celles qui ont été votées par la Chambre dans un texte spécial.

Dans son rapport, M. Paul Strauss précise cependant que si le texte de loi ainsi modifié ne comporte pas explicitement la participation de l'Etat aux dépenses de premier établissement, ces subventions pourront être accordées dans les limites d'un pourcentage de 60 p. 100 dans les mêmes conditions que celles qui sont attribuées aux œuvres de bienfaisance, en application de la loi du 2 juin 1891.

La commission des finances ne peut méconnaître l'importance et l'utilité de la création des maisons maternelles.

Il est certain que la surveillance à laquelle les mères seront soumises, et les conditions favorables d'hygiène dans lesquelles elles se trouveront, diminueront le nombre et la gravité des accidents survenant pendant et après l'accouchement ; le taux de la mortinatalité sera moins élevé.

Mieux protégés aussitôt après leur naissance, les enfants nés dans les maisons maternelles résisteront plus facilement aux infections et aux maladies du premier âge. Les abandons d'enfants seront moins nombreux ; ainsi le moral des mères délaissées sera relevé.

Mais on se trouve dans l'obligation de reconnaître qu'il est absolument impossible de chiffrer, même approximativement, le nombre des bénéficiaires de la proposition de loi pour lesquels les dépenses seraient exclusivement à la charge de l'assistance publique et susceptibles d'atteindre plusieurs dizaines de millions.

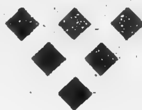
Il est à craindre d'autre part qu'un grand nombre de femmes garderont l'anonymat pour pouvoir déclarer frauduleusement leur impécuniosité et être admises dans les maisons maternelles sur la seule justification de l'état de grossesse.

Il ne semble pas que l'on puisse aussi envisager un contrôle sérieux sur les admissions de la part des autorités municipales, dès l'instant où la proposition exonère les communes de toute participation aux dépenses du service des accouchements secrets.

Pour ces raisons, la commission des finances ne peut donner un avis favorable à la proposition de loi.

En attendant le vote du projet de loi portant réforme des finances départementales et communales, dont les articles 17 à 25 tendent à modifier profondément le régime financier des diverses lois d'assistance, la commission des finances estime qu'il est préférable de laisser encore toute liberté aux départements pour la création de maisons maternelles, à moins que le Gouvernement ne prenne l'initiative de soumettre au Parlement un projet d'ensemble ayant pour but d'assurer d'une façon plus efficace la protection des mères et des enfants du premier âge.

(*Documents parlementaires. Sénat, S. O.* 1932, *Annexe n°* 48.)



*Le Directeur-Gérant :* Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.— R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

# SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

**" L'Officiel Médical "**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**

## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

## Sanatoriums

*Décret du* 30 *mai* 1932 *relatif à l'organisation des sanatoriums.*

Art. 1er. — Les articles 1er, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 37, 38, 39 et 40 du décret du 10 août 1920 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 1er. — Les sanatoriums institués par le premier alinéa de l'article 1er de la loi du 7 septembre 1919 sont les établissements organisés, au point de vue technique, dans les conditions prévues par le présent décret et destinés aux malades reconnus atteints de tuberculose.

*Art.* 3. — Ce projet doit comprendre :

1° Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ;

2° La contenance des terrains qui y sont affectés ;

3° Les plans et les devis de construction ;

4° L'indication du genre de malades qu'il est destiné à recevoir, ainsi que de leur nombre et de leur sexe ;

5° La désignation du ou des dispensaires auquel il sera rattaché ;

6° La justification des ressources destinées à la création et au fonctionnement de l'établissement ;

7° Un questionnaire (dont le modèle sera déterminé par le ministère de la Santé publique) dûment rempli.

Le dossier ainsi composé sera adressé au préfet, qui le transmettra au ministre de la Santé publique, avec :

8° L'avis du maire de la commune où doit être édifié le sanatorium ;

9° Un rapport de l'inspecteur d'hygiène (ou de l'autorité technique en tenant lieu) du département où le sanatorium doit être créé ;

10° L'avis du conseil départemental d'hygiène ;

11° L'avis personnel du préfet ;

Le dossier, parvenu au ministère, sera complété par :

12° Un rapport faisant connaître, avec tous renseignements et conclusions motivées, le résultat d'une enquête sur place confiée à un inspecteur général des services administratifs ou un délégué qualifié, désigné par le ministre ;

13° L'avis de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques et de la chambre d'industrie thermale ou climatique, dans le cas où le sanatorium sera érigé sur le territoire d'une station hydrominérale ou climatique ;

14° L'avis du conseil d'administration de l'office national du tourisme et de la chambre d'industrie touristique, dans le cas où le sanatorium sera sur le territoire d'une station touristique.

Toutes pièces réunies, le dossier du projet est communiqué, pour étude et avis, à un comité technique institué auprès du ministère de la santé publique et qui est composé de 21 membres, savoir :

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la Santé publique ;

Deux inspecteurs généraux et une inspectrice générale des services administratifs ;

Deux conseillers techniques sanitaires du ministère de la Santé publique ;

Onze membres désignés par le ministre de la Santé publique parmi les membres de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, dont huit médecins ;

Le titulaire de la chaire de la tuberculose à la faculté de médecine de Paris ;

Deux architectes et un ingénieur sanitaires, désignés par le ministre de la Santé publique.

*Art.* 7. — Les sanatoriums doivent être situés hors des agglomérations humaines et à distance des routes très fréquentées, de manière que l'air ne soit vicié ni par des fumées, ni par des produits émanés d'une ville ou d'une usine. En ce qui concerne le voisinage des agglomérations humaines, exception est faite pour les sanatoriums à créer ou aménager dans les stations climatiques de cure, spécialement et ouvertement affectés au traitement de la tuberculose.

L'emplacement du sanatorium doit reposer

sur un sous-sol perméable sec, être largement ensoleillé et protégé par des obstacles naturels contre certains vents dominants.

Pour l'usage des services généraux et de la propreté, il faut pouvoir se procurer de l'eau à discrétion et une quantité d'eau potable d'au moins 25 mètres cubes par 100 lits de malades.

Tout sanatorium doit disposer d'un jardin et être entouré d'un parc qui lui soit réservé ou avoir à proximité immédiate des espaces libres ombragés ou des bois, pour les promenades et cures d'entraînement des malades.

La surface totale de ces espaces libres doit être d'au moins 15 hectares pour 100 lits de malades.

*Art.* 8. — Les sanatoriums publics, les établissements assimilés aux sanatoriums publics, ainsi que les sanatoriums privés qui reçoivent les malades assistés, seront réservés à des malades du même sexe.

Lorsqu'on les utilisera comme sanatoriums mixtes, on devra réserver, à chaque sexe, des locaux séparés, sans possibilité de communication, et ayant chacun un lieu de promenade distinct.

*Art.* 9. — Il y aura dans tout sanatorium un nombre de chambres à un lit, dans la proportion d'au moins 10 p. 100 de la population totale des malades.

Les dortoirs devront contenir de 3 à 4 lits, ou plus sans jamais dépasser, cependant, le maximum de 10 lits.

La surface des chambres à un lit sera au moins de 9 mètres carrés et celle des dortoirs d'au moins 6 mètres carrés par lit, avec un maximum de hauteur de 3 mètres.

Les dortoirs et les chambres auront une orientation et une disposition qui permettront de leur assurer, jusque dans les parties les plus profondes, une large aération continue et une durée d'insolation suffisante.

L'air et la lumière devront pénétrer partout, dans les couloirs, les escaliers et toutes les pièces annexes du service des malades.

Dans les lavabos, chaque malade devra avoir sa cuvette individuelle et tous les ustensiles de toilette à son usage particulier, il disposera également d'un placard personnel, à proximité mais en dehors des dortoirs.

Dans les appentis, aménagés dans les parties nord ou aux extrémités des bâtiments, on placera les chambres de garde, les réserves d'urgence en lingerie et matériel, les installations pour toilette intime, les salles de brossage et casiers à chaussures, les vidoirs, les water-closets à chasse d'eau, qui doivent être répartis au nombre de trois ou quatre par groupe de 25 à 30 malades.

Des robinets seront installés dans les couloirs, à raison de trois au moins pour une section de 25 à 30 lits. Ces robinets seront pourvus d'un pas de vis sur lequel pourra s'adapter un tuyau à lance prêt à servir en cas d'incendie.

Des prises d'eau contre l'incendie devront être également prévues à l'extérieur et à proximité des bâtiments.

L'installation des bains comprendra au moins une baignoire pour 20 malades, en plus une cabine de bains-douches pour 30 ou 40 malades.

La salle à manger et la salle de réunion, pour 100 à 120 malades, auront au moins 15 mètres de long sur 9 mètres de large, elles seront orientées de préférence est-ouest, largement aérées et ensoleillées.

A l'entrée de la salle à manger on aménagera un vestibule contenant des lavabos communs (6 à 8 robinets pour 100 malades), des casiers pour les serviettes et les verres.

*Art.* 10. — Les locaux seront disposés de manière à permettre une désinfection efficace par le seul nettoyage humide ; sol imperméable, obturation des fentes des parquets et des murs, surfaces lisses lavables, ripolinées de préférence, mobilier très simple (lits de fer, sommiers métalliques, etc.).

A l'exception de celles qui pourront être aménagées devant les chambres d'isolés à un lit, les galeries de cure seront placées de préférence à l'extrémité de l'aile du bâtiment dans le prolongement de chaque couloir d'étage. Dans tous les cas, elles seront bien orientées, indépendantes des chambres de malades et devront toujours être reliées aux bâtiments par un passage couvert. Les galeries de cure auront 4 mètres de profondeur et seront largement ouvertes en avant. Les chaises longues seront disposées sur une seule rangée et on comptera un mètre au moins, pour chaque place.

Tout sanatorium doit être pourvu d'un service médical comprenant : salle d'attente, salle d'auscultation, installation de rayons X, organisation pour la création et l'entretien du pneumothorax artificiel, outillage pour la désinfection des instruments, une salle d'opération, une salle de pansements et soins spéciaux, service oto-rhino-laryngologique, dentisterie, petite pharmacie ; laboratoire outillé pour la bactériologie, les analyses et les recherches courantes, une chambre noire pour les travaux photographiques et une réserve pour le classement et la conservation des films radiographiques.

*Art.* 11. —En annexe immédiate des cuisines, on trouvera le dispositif pour le lavage et la désinfection, par l'eau bouilllante carbonatée, de la vaisselle et des ustensiles de table.

Dans tout sanatorium dont le nombre de lits atteindra 50, le linge et le matériel lavables

seront obligatoirement lessivés sur place, dans une buanderie pourvue de l'outillage et des annexes nécessaires.

On trouvera, également, une installation pour la désinfection comprenant : le service de stérilisation, par la chaleur, des crachats et des crachoirs ; une chambre à formolisation et autant que possible, un autoclave à vapeur sous pression.

La buanderie et les services de désinfection ne devront, en aucun cas, être installés dans une partie des bâtiments occupés par les malades.

Si le linge est lavé au dehors, il sera transporté à la buanderie dans des sacs imperméables, en grosse toile, et il ne devra être manipulé qu'après immersion dans les bacs d'essangeage et de trempage.

Les eaux usées et les eaux-vannes seront traitées par un procédé d'épuration reconnu efficace par le conseil supérieur d'hygiène publique de France et le dispositif adopté ne pourra être mis en service sans une autorisation préalable du préfet, après avis du conseil départemental d'hygiène.

Les restes alimentaires divers, s'ils ne sont pas utilisés pour la nourriture des animaux, les ordures ménagères, les déchets et détritus organiques seront détruits dans un four crématoire, installé loin des bâtiments.

*Art.* 37. — Les dispositions du chapitre II du présent décret sont applicable aux sanatoria privés, à l'exception de l'article 8, dont est seule retenue la réserve faite au premier paragraphe de cet article, en ce qui concerne les établissements privés qui reçoivent des malades des services et organisations d'assistance.

*Art.* 38. — En adressant au préfet la déclaration prescrite à l'article 8 de la loi du 7 septembre 1919, la collectivité ou la personne qui se propose de créer un sanatorium privé devra y joindre, en outre des pièces et des renseignements exigés sous les numéros 1°, 2°, 4°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13° et 14° de l'article 3 ci-dessus, un plan détaillé des bâtiments affectés au logement et au traitement des malades, ainsi que les plans et aménagements des services généraux.

*Art.* 39. — Pendant un délai de dix mois, au plus, à partir de la date du récépissé de déclaration délivré par le préfet, le ministre de la Santé publique, sur le vu des rapports et avis prescrits sous les numéros 8°, 9°, 10°, 11°, 12° et 14° du susdit article 3 et après avis conforme du comité technique prévu au même article, peut faire opposition à l'ouverture du sanatorium jusqu'à ce que les mesures nécessaires pour rendre l'établissement propre à sa destination aient été réalisées.

Par la suite, aucune modification, aucun agrandissement ni changement portant sur les bâtiments, le nombre des lits, les aménagements et les dispositions générales du sanatorium ne devra être réalisé, sans une nouvelle déclaration faite dans les conditions prescrites par le présent décret.

*Art.* 40. — Le ministre de la Santé publique et le préfet ont le droit de faire surveiller et inspecter les sanatoriums privés par leurs délégués ; ils se font rendre compte de la tenue hygiénique ainsi que du fonctionnement de ces éablissements et s'assurent qu'ils se conforment aux conditions qui leur sont imposées.

L'inexécution des prescriptions du décret pourra entraîner la fermeture du sanatorium, qui sera prononcée dans la forme prévue par l'article 9 de la loi du 7 septembre 1910.

Art. 2. — A titre transitoire, les sanatoriums existant lors de la publication du présent décret et qui ne réuniraient pas toutes les conditions prévues aux articles 7, 8, 9, 10 et 11 ci-dessus modifiés devront, dans un délai de huit mois, apporter à leur installation le maximum des améliorations dont la réalisation sera reconnue possible.

(*J. O.*, 7 juin 1932.)

## Sérums thérapeutiques et produits analogues

1° *Décret du* 22 *juin* 1932 *relatif à la préparation et mise en vente de certains médicaments.*

Art. 1er. — La préparation et la mise en vente des produits visés par la loi du 25 avril 1895 sont autorisés dans les établissements ci-après désignés et dans les conditions déterminées, savoir :

1° MM. Pointet et Girard, 30, rue des Francs-Bourgeois à Paris, sont agréés, en remplacement de MM. Chown et Jewel, comme pharmaciens garants de l'importation de l'insuline hollandaise « Organon », autorisée par le 65e décret en date du 8 juillet 1931 ;

2° M. le Docteur Boucard, laboratoires 63, rue du Château à la Garenne-Colombes (Seine), un bouillon vaccin, culture stérilisée de ferments lactiques, contenant cinquante millions de germes par centimètre cube ; teneur en acide lactique : 5,85 grammes par litre.

Autorisation accordée pour une durée de dix-huit mois et sous les réserves suivantes :

*a*) La dénomination de « lactéol-pansement » sera immédiatement suivie de la mention « culture stérilisée de ferments lactiques » ;

*b*) L'étiquette devra porter mention du nombre des bactéries par centimètre cube et de la teneur en acide lactique par litre ;

*c*) L'étiquette devra mentionner la date de fabrication et la limite d'utilisation du produit ;

3° M. le docteur Debat, 60, rue de Prony, à Paris, laboratoires à Garches (Seine-et-Oise) ;

A. — Un bouillon-filtrat ayant la composition suivante :

20 parties de filtrat de culture de staphylocoques.

10 parties de filtrat de culture de streptocoques.

1 partie de filtrat de culture de bacilles pyocyaniques ;

B. — Un bouillon-filtrat ayant la composition suivante :

10 parties de filtrat de cultures de staphylocoques.

10 parties de filtrat de cultures de micrococcus catarrhalis.

5 parties de filtrat de pneumobacilles de Friedlænder.

5 parties de filtrat de cultures de pneumocoques.

Autorisation accordée sous les réserves suivantes :

*a*) Les étiquettes porteront mention de la composition du produit, avec indication de la proportion du filtrat de chaque espèce microbienne dans le mélange définitif.

*b*) La daté de fabrication et la date limite d'utilisation (six mois à compter de la date de fabrication) devront également figurer sur les étiquettes ;

4° La Société des laboratoires Virultra (contrôle scientifique de M. le docteur Pierre Logeais) à Launay, par Serquigny (Eure).

Six vaccins-pansements ayant la composition suivante :

A. — Filtrat de cultures (par parties égales) de :

Staphylocoques ;
Streptocoques ;
Bacilles pyocyaniques ;
Bacilles tétragènes.

B. — Filtrat de cultures (par parties égales) de :

Staphylocoques ;
Streptocoques ;
Bacilles pyocyaniques ;
Bacterium Coli ;
Bacilles Proteus ;
Bacilles Perfringens.

C. — Fitrat de cultures de :

Staphylocoques, 100 centimètres cubes ;
Streptocoques, 100 centimètres cubes ;
Tétragènes, 50 centimètres cubes ;
Bacilles Proteus, 50 centimètres cubes ;
Bacilles de Wecks, 300 centimètres cubes ;
Pneumocoques, 50 centimètres cubes ;
Bacilles de Morax, 350 centimètres cubes.
Pour 1.000 centimètres cubes de vaccin-pansement.

D. — Filtrat de culture de :

Staphylocoques, 150 centimètres cubes ;
Streptocoques hémolytiques, 450 centimètres cubes ;
Entérocoques hémolytiques, 150 centimètres cubes ;
Bacilles cutis communis, 50 centimètres cubes ;
Bacterium coli, 150 centimètres cubes ;
Bacilles pyocyaniques, 50 centimètres cubes;
Pour 1.000 centimètres cubes de vaccin-pansement.

E. — Filtrat de cultures de :

Staphylocoques, 250 centimètres cubes ;
Streptocoques, 300 centimètres cubes ;
Pneumocoques, 150 centimètres cubes ;
Bacilles pyocyaniques, 125 centimètres cubes ;
Micrococcus catarahalis, 175 centimètres cubes.
Pour 1.000 centimètres cubes de vaccin-pansement.

F. — Filtrat de cultures de :

Staphylocoques, 300 centimètres cubes ;
Streptocoques, 300 centimètres cubes ;
Tétragènes, 100 centimètres cubes ;
Bacilles Proteus, 100 centimètres cubes ;
Pneumocoques, 200 centimètres cubes.
Pour 1.000 centimètres cubes de vaccin-pansement.

Autorisation accordée pour dix-huit mois sous les réserves suivantes :

*a*) Le mot « virultra » sera supprimé dans les dénominations servant à désigner chaque produit ;

*b*) Les étiquettes porteront mention de la composition de chaque produit, avec indication de la proportion du bouilllon filtrat de chaque culture microbienne qui entre dans le mélange ;

*c*) La date de fabrication et la date limite d'utilisation devront figurer sur les étiquettes ;

5° La Société des établissements Creuzé et Cie, 74, rue de Lourmel, Paris (15e) ;

Trois crèmes-vaccins ayant les compositions respectives suivantes pour 100 grammes ;

A. — Filtrat de staphylocoques, 25 grammes.
Filtrat de streptocoques, 25 grammes.
Excipient gras, 50 grammes.

B. — Filtrat de staphylocoques, 20 grammes.
Filtrat de streptocoques, 20 grammes.

Filtrat de pneumocoques, 10 grammes.
Excipient gras, 50 grammes.

C. — Filtrat de staphylocoques, 15 grammes.
Filtrat de streptocoques, 15 grammes.
Filtrat de pneumocoques, 10 grammes.
Filtrat de méningocoques, 5 grammes.
Filtrat de bacilles de Pfeiffer, 5 grammes.
Excipient gras (parfumé à l'essence de géranium au 1/1000e), 50 grammes.

Autorisation accordée sous les réserves suivantes :

*a*) Les étiquettes porteront mention de la composition du produit, avec indication de la proportion du filtrat de chaque espèce microbienne pour 100 grammes de la préparation.

*b*) La date de préparation et la date limite d'utilisation devront figurer sur les étiquettes ;

6° M. Borrien, docteur en pharmacie (laboratoire Carrion et Cie), 54, faubourg Saint-Honoré, Paris ; l'autorisation accordée par le 49e décret en date du 23 février 1927, de fabriquer un vaccin antigonococcique est maintenue, sous les nouvelles réserves particulières suivantes, qui annulent les précédentes :

*a*) Les étiquettes apposées sur les ampoules et sur les boîtes porteront en première ligne la dénomination « vaccin polymicrobien » et au-dessous celle de « Gonagone » ;

*b*) Les étiquettes indiqueront, en outre, la composition exacte du vaccin, qui est la suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 centimètre cube de vaccin correspond à | Diplocoques de Neisser sélectionnés | 1.000 millions. | Emulsion microbienne deux parties. |
| | Staphylocoques | 500 — | |
| | Colibacilles | 500 — | |
| | Entérocoques | 500 — | |
| | Pseudo-diphtériques | 500 — | |
| | Anatoxine gonococcique (antigènes multiples) | | Une partie. |

Art. 2. — Les ampoules ou tubes et les boîtes contenant les produits autorisés devront être revêtus d'une étiquette mentionnant, sans aucune autre indication que celles ci-dessus imposées, la composition exacte, la teneur microbienne et le titrage de la préparation. L'étiquette devra, en outre, porter immédiatement au-dessous du nom du produit, la mention : « décret d'autorisation du ...... »

Art. 3. — Toute mention de l'autorisation sur les étiquettes, prospectus, annonces, en-têtes de lettres, factures, notices etc., etc., sera suivie, à peine de révocation, de la réserve ci-après : « Cette autorisation ne garantit pas l'efficacité du produit ».

Art. 4. — Les produits ci-dessus visés peuvent être débités, à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont ils sont l'objet est temporaire et révocable ; ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Art. 5. — Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent déret.

(*J. O.*, 28 juin 1932.)

---

2° *Décret du* 4 *août* 1932 *relatif à la préparation et à la mise en vente de certains médicaments.*

Art. 1er. — La préparation et la mise en vente de produits visés par la loi du 25 avril 1895 sont autorisés dans les établissements ci-après désignés et dans les conditions déterminées, savoir :

1° M. Métadier, pharmacien, 53, rue Nationale, à Tours :

L'autorisation accordée, par décret des 18 août 1928 et 25 février 1930, de fabriquer et mettre en vente, pour applications locales, sous forme de pommade, un bouillon-vaccin dénommé « méta-vaccin », est renouvelée, sans limitation de durée, sous la réserve de faire figurer sur les étiquettes la date de fabrication, la date limite d'utilisation et la composition exacte du produit qui est la suivante :

Filtrats de cultures (par parties égales) de :

| | |
|---|---|
| Staphylocoques | 40 p. 100 |
| Streptocoques | |
| Entérocoques | |
| Bacilles pyocyaniques | |
| Tétragènes | |
| Proteus | |
| Coli-bacilles | |
| Pseudodiphtériques | |
| Lanoline | 40 p. 100 |
| Huile d'olives neutre | 20 p. 100 |

2° M. Lesquendieu, pharmacien, laboratoires Probios, 1, avenue Pasteur, Paris :

L'autorisation accordée à M. Chomette, pharmacien, par décret du 6 février 1931, transférée à M. le docteur Rosenthal, par décret en date du 8 juillet 1931, est à nouveau transférée à M. Lesquendieu, pharmacien, pour les mêmes labo-

ratoires, les mêmes produits et sous la même réserve ;

3° La société générale d'applications thérapeutiques Theraplix, 157, rue de Sèvres, Paris ; laboratoire 1, rue Gorria, à Montrouge ;

L'autorisation accordée pour un an par les décrets des 6 février, 8 juillet 1931, est renouvelée sans limitation de durée et sous les mêmes réserves ;

4° M. Titoff, docteur ès sciences, au nom du laboratoire La Biothérapie, 131, rue Cambronne, à Paris ;

L'autorisation accordée pour une année, par le décret du 6 février 1931, pour vendre trois bili-vaccins, est renouvelée sans limitation de durée, sous la réserve que les étiquettes de présentation feront connaître, à l'exclusion de toute indication thérapeutique, la composition exacte du produit telle qu'elle figure au décret du 6 février 1931 ;

5° M. Charles Maurin, pharmacien, au nom du Laboratoire de biologie médicale, 7, avenue des Sources, à Nice ;

Les autorisations accordées par décrets du 26 mars 1930, pour quatre bouillons-filtrats mixtes, et du 22 juillet 1930, pour un ovule-vaccin, une poudre-vaccin et deux pommades-vaccins, sont renouvelées, sans limitation de durée. La composition exacte de chacun des produits, qui devra obligatoirement figurer sur les étiquettes, à l'exclusion de toute indication thérapeutique, est la suivante :

A. — Bouillon-filtrat mixte, dénommé « Enterofagos », destiné à être administré par voie buccale, constitué par un mélange à parties égales de filtrats de cultures de staphylocoques, streptocoques, coli-bacilles, bacille typhique, bacille paratyphique B, bacille dysentérique de Shiga, bacille dysentérique de Flexner, entérocoque, et contenant chacune le bactériophage actif de l'espèce microbienne.

B. — Bouillon-filtrat mixte, dénommé « Antipiol », destiné à des applications locales et constitué par un mélange en proportions diverses des filtrats des cultures microbiennes suivantes :

Filtrat de cultures de staphylocoque, 52 parties.

Filtrat de cultures de streptocoque, 32 parties.

Filtrat de cultures de bacille pyocyanique, 16 parties.

C. — Une pommade-vaccin dénommée «pommade antipiol immunisante », obtenue en incorporant à un excipient gras 25 p. 100 du bouillon-filtrat dit « Antipiol », et destinée à des applications locales.

D. — Une poudre-vaccin à l'Antipiol, obtenue par incorporation de 5 p. 100 du bouillon-filtrat dit « Antipiol » à 95 parties de talc lavé et stérilisé et destinée à des applications locales.

E. — Des ovules-vaccins pour applications locales, préparés par incorporation, à la masse ovulaire glycérinée du Codex, de 5 p. 100 de bouillon-filtrat dit « Antipiol » et 10 p. 100 d'une gélose-vaccin, dénommée « Biogon », constituée par un mélange à parties égales de cultures sur gélose et gonocoques et de colibacilles.

F. — Une pommade-vaccin dénommée « Rhino-Antipiol », pour applications locales, obtenue par incorporation à un excipient gras, de 20 p. 100 d'un bouillon filtrat mixte contenant, à parties égales, les filtrats de cultures de staphylocoque, streptocoque, bacille pyocyanique, pneumocoque, pneumobacille, entérocoque, Micr. catarrhalis et un autolysat de coccobacilles de Pfeiffer.

En ce qui concerne les bouillons-filtrats « Enterofagos » et « Antipiol », employés sous la forme liquide, la mention « non injectable » devra figurer sur les étiquettes des ampoules et des boîtes.

Les étiquettes devront également indiquer pour tous les produits la date de fabrication.

6° Les laboratoires Corbière, 27, rue Desrenaudes, à Paris.

I. — L'autorisation accordée pour un an par le décret des 25 février 1930-6 février 1931 de préparer un lysat-vaccin anti strepto-staphylococcique injectable est renouvelée sans limitation de durée, sous réserve que les étiquettes indiqueront la date de fabrication et la composition ci-après du produit : 1 centimètre cube contient un mélange du lysat de 3.500 millions de streptocoques et du lysat de 10 milliards de staphylocoques.

II. — 1° Un vaccin injectable, contenant par centimètre cube un mélange des lysats de 10 milliards de pneumocoques et de 10 milliardsde streptocoques.

II. — Un vaccin injectable, contenant par centimètre cube le lysat de 3 milliards de coccobacilles de Bordet et Gengou ;

3° Un vaccin injectable contenant, par ampoule de 1 centimèrtre cube, le lysat de 3 milliards des bacilles typhiques et paratyphiques A et B, à parties égales ;

4° Un vaccin injectable contenant, par ampoule de 1 centimètre cube, un mélange des lysats de gonocoques, 1.050 millions ; staphylocoques, 3 milliards ; entérocoques, 1 miliard ; streptocoques, 2 milliards ;

5° Un vaccin injectable contenant, par ampoule de 2 centimètres cubes, un mélange des lysats de gonocoques, 1.500 millions ; staphylocoques, 6 milliards ; entérocoques, 1 milliard ; streptocoques, 4 milliards ; colibacilles, 3 milliards ;

6° Un vaccin ingérable contenant, par tube scellé de 3 centimètres cubes, un mélange de lysats d'entérocoques, 2 milliards ; colibacilles, 3 milliards ; staphylocoques, 4 mil iards ; streptocoques, 2 milliards.

Le vaccin ingérable devra, outre les indications prescrites d'autre part, porter sur les étiquettes des ampoules et des boîtes la mention « non-injectable ».

Autorisation accordée sous la réserve que le nom de broncho-vaccin ne figurera pas sur les étiquettes et que la date de fabrication sera donnée pour chacun des produits.

7° M. Borrien, docteur en pharmacie, laboratoires Carrion, 54, rue du Faubourg-Saint-Honoré, à Paris, et 54, rue de Verdun, à Issy-les-Moulineaux (Seine).

A) Vaccins injectables constitués par des émulsions de corps microbiens stérilisés par la chaleur selon la méthode de Wright «

*a*) Vaccins simples monovalents :

1° Vaccin à base de bacilles de Pfeiffer dosé à 100 millions de germes par centimètre cube ;

2° Vaccin à base de bacilles de Pfeiffer dosé à 500 millions de germes par centimètre cube ;

*b*) Vaccins mixtes polyvalents :

3° Vaccin dosé par centimètre cube à 600 millions de germes comprenant : pneumocoques, 100 parties ; streptocoques, 50 parties ; staphylocoques, 350 parties ; bacilles pyocyaniques, 100 parties ;

4° Vaccin dosé par centimètre cube à 600 millions de germes comprenant : pneumocoques, 30 parties ; tétragènes, 40 parties ; M. catarrhalis, 40 parties ; staphylocoques, 400 parties ; bacilles pyocyaniques, 100 parties ;

5° Vaccin dosé par centimètre cube à 100 millions de germes comprenant, à parties égales, bacilles de Bordet et Gengou, pneumocoques, bacilles de Friedlænder, M. catarrhalis, streptocoques ;

6° Vaccin dosé par centimètre cube à 500 millions de germes, comprenant, à parties égales, les mêmes espèces que le vaccin précédent ;

7° Vaccin dosé par centimètre cube à 500 millions de germes, comprenant, à parties égales, M. catarrhalis, bacilles de Pfeiffer, pneumocoques, streptocoques, entérocoques ;

8° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : colibacilles, 250 parties ; entérocoques, 1.000 parties; pneumocoques, 250 parties ; bacilles pyocyaniques, 1.500 parties ; staphylocoques, 1.500 parties ; streptocoques, 500 parties ;

9° Vaccin dosé par centimètre cube à 100 millions de germes comprenant : bacilles typhiques. 50 parties ; bacilles paratyphiques A, 500 parties ; bacilles paratyphiques B, 1.000 parties ;

10° Vaccin dosé à 500 millions de germes comprenant, dans les mêmes proportions, les mêmes germes que le vaccin précédent ;

11° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : staphylocoques, 2.000 parties ; pneumo-bacilles de Friedlænder, 1.000 parties ; streptocoques, bacilles pyocyaniques, pneumocoques, M. catarrhalis, ââ 500 parties ;

12° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : staphylocoques, dorés, 2.000 parties ; staphylocoques blancs, streptocoques, bacilles, pyocyaniques, ââ 1.000 parties ;

13° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : colibacilles 500 parties ; entérocoques, Proteus, staphylocoques, ââ 1.500 parties ;

14° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : staphylocoques, 2.000 parties ; pneumocoques et streptocoques, ââ 500 parties, bacilles de Friedlænder et pyocyaniques, ââ 1.000 parties ;

15° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : staphylocoques, 2.000 parties ; bacilles de Friedlænder, 1.000 parties ; entérocoques, streptocoques, tétragènes, M. catarrhalis, ââ 500 parties ;

16° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : staphylocoques, 2.000 parties ; bacilles de Friedlænder et bacilles pseudo-diphtériques, ââ 1.5000 parties ; streptoc ques et M. catarrhalis, ââ 500 parties ;

17° Vaccin dosé par centimètre cube à 6.000 millions de germes comprenant : colibacilles, 500 parties ; entérocoques, 2.000 parties ; staphylocoques, 2.500 parties ;

18° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : diplocoques de Neisser et staphylocoques, ââ 2.000 parties ; entérocoques, 1.000 parties ;

19° Vaccin dosé par centimètre cube à 5.000 millions de germes comprenant : diplocoques de Neisser, 750 parties ; entérocoques, staphylocoques, corynebacterium, ââ 1.000 parties, streptocoques, 750 parties ; colibacilles, 500 parties.

B. — Bouillons-vaccins pour applications local s, préparés au moyen de cultures microbiennes dont le filtrat sur bougies est réparti en ampoules et stérilisé à 60 degrés :

1° Bouillon-vaccin simple préparé à partir de cultures staphylococciques ;

2° Bouillon-vaccin simple préparé à partir de cultures de streptocoques ;

3° Bouillon-vaccin mixte préparé par mélange à parties égales de filtrats de cultures de staphylocoques, streptocoques, bacilles de

Friedlænder, bacille pseudo-diphtérique, M. catarrhalis.

Pour ces derniers produits, les étiquettes des ampoules devront, en outre des indications prescrites, porter la mention « non-injectable ».

C. — Vaccins injectables, obtenus par mélange d'autolysats décantés et formolés et de lysats sodiques de cultures microbiennes.

a) Vaccin mixte, dénommé « Cardiostreptine », dosé par centimètre cube, à 0 centimètre cube 4 d'un mélange à parties égales d'autolysats de streptocoques et d'entérocoques formolés à 5 p. 1.000 et à 0 centimètre cube 2 de lysat sodique de staphylocoques ;

b) Vaccin mixte, dénommé « Utéro-streptine » dosé par centimètre cube à 0 centimètre cube 2 d'autolysat de streptocoques formolé à 5 p. 1.000, 0 centimètre cube 2 d'un mélange à parties égales d'autolysats de colibacilles et d'entérocoques formolés à 5 p. 1.000 et 0 centimètre cube 2 de lysat sodique de staphylocoques.

D. — Ovules vaccins, pour applications locales, préparés par incorporation à un excipient gélatino-glycériné de cultures microbiennes à l'état d'émulsion et de lyse partielle ;

a) Ovules vaccins dénommés « Ovules au gonagone » contenant, pour 15 grammes d'excipient, diplocoques de Neisser, 2 milliards, streptocoques, staphylocoques, colibacilles, entérocoques, pseudo-diphtériques, ââ 1 milliard, et autolysat de diplocoques de Neisser formolé à 5 p. 1.000, 1 centimètre cube.

Autorisations accordées sous les réserves :

a) Que les indications de compositions à faire figurer sur les étiquettes seront libellées conformément aux formules précédentes et à l'exclusion de toute indication de maladies à traiter ;

b) Que les étiquettes porteront la date de fabrication des produits ;

8° La maison anglaise « Burroughs Wellcome et C° de Londres » :

Un extrait injectable préparé avec le lobe postérieur de l'hypophyse et dénommé « Infundin », fabriqué à Dartford, près de Londres. Pharmacien garant pour la France : M. Douglas Hogg, pharmacie anglaise, 62, avenue des Champs-Elysées, à Paris.

Autorisation accordée sous les réserves :

a) Que sur les étiquettes, rédigées en langue française, la dénomination « Infundin » sera accompagnée de la mention « Extrait post-hypophysaire injectable » avec mention du dosage, exprimé en unités internationales ;

b) Que chaque ampoule et boîte sera munie d'une contre-étiquette indiquant immédiatement au-dessous de l'étiquette principale le nom et l'adresse du pharmacien garant pour la France ;

9° M. Deslandre, pharmacien, 48, rue de Procession, Paris (15e).

Un extrait de rate injectable.

Autorisation accordée sous la réserve que les étiquettes des ampoules devront porter, en plus du nom choisi par le fabricant la mention « extrait de rate injectable correspondant à 15 grammes d'organe frais par centimètre cube ».

10° Le texte du 1er paragraphe de l'article 1er du décret du 22 juillet 1930 est modifié comme il suit :

« M. le docteur Abramov, directeur des laboratoires de la rive gauche, 48, rue Monsieur-le-Prince, à Paris ;

« Un vaccin injectable, constitué par le mélange à parties égales des filtrats stériles de cultures de staphylococcus aurens et bacillus prodigiosus antolysées par vieillissement en vase clos.

« L'autorisation est accordée sous réserve d'indiquer sur les étiquettes des ampoules la composition exacte du produit. »

11° M. le docteur Grimberg, 47, rue Blanche, à Paris.

A. — L'autorisation accordée, pour une année, par le décret du 24 octobre 1926, de fabriquer et vendre trois bouillons filtrats, est renouvelée, sans limitation de durée, sous la réserve que les étiquettes porteront, à l'exclusion de l'indication des maladies à traiter, la date de fabrication du produit, la mention « non injectable », ainsi que l'indication exacte de la composition d'après les données suivantes :

1° Vaccin non injectable pour applications locales, constitué par un filtrat de cultures en bouillon, de staphylocoques ;

2° Vaccin non injectable pour applications locales, constitué par un mélange par parties égales de filtrats de cultures de staphylocoques, bacilles de Pfeiffer, pneumocoques ;

3° Vaccin non injectable pour applications locales, constitué par un mélange par parties égales de filtrats de cultures de gonocoques, staphylocoques, bacilles pseudodiphtériques de Wright, entérocoques ;

B. — Le bouillon-vaccin non injectable, pour applications locales sur plaies infectées, autorisé par le décret du 8 novembre 1927 (art. 1er, § 2, d) aura désormais la composition suivante :

3 parties de filtrat de cultures de staphylocoques ;

3 parties de filtrat de cultures de streptocoques ;

2 parties de filtrat de cultures de bacilles pyocyaniques ;

3 parties de filtrat de cultures de bacterium coli ;

3 parties de filtrat de cultures d'entérocoques ;

C. — Un vaccin injectable sous forme de comprimés ayant la composition suivante :

B. Coli.................. 15 millions.
Entérocoques ..........
B. pyocyaniques........
Streptocoques.......... } ââ 45 millions.
Staphylocoques .........
B. perfringens..........
Lactose, q. s. pour un comprimé.

D. — Un vaccin en pommade, destiné à être appliqué sur la peau et ayant la composition suivante :

Bouillon-vaccin filtré et débarrassé des corps microbiens :

Staphylocoques .......... } ââ 15 : 30
Streptocoques .......... }
Lanoline................ } ââ 35 : 70
Vaseline ................ }
100

Quinosol 0,005.

12° M. le docteur Grémy, pharmacien, 14, rue de Clichy à Paris (laboratoire, 4, rue Gomord, à Courbevoie, Seine) ;

I. — L'autorisation accordée pour un an par le décret du 21 septembre 1929 est renouvelée sans limitation de durée pour les vaccins suivants :

A. — Quatre bouillons-vaccins non injectables monomicrobiens ;

1° à staphylocoques ;
2° à streptocoques ;
3° à pneumocoques ;
4° à colibacilles.

B. — Six bouillons-vaccins polymicrobiens non injectables, ayant la composition suivante :

5° Filtrats par parties égales de cultures de staphylocoques, streptocoques, pyocyaniques ;

6° 2 parties de filtrat de cultures de staphylocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de streptocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de tétragènes ;

7° 4 parties de filtrat de cultures de staphylocoques ;
2 parties de filtrat de cultures de pyocyaniques ;
1 partie de filtrat de cultures de streptocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de colibacilles ;

8° 2 parties de filtrat de cultures de staphylocoques ;
2 parties de filtrat de cultures de streptocoques ;
2 parties de filtrat de cultures d'entérocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de colibacilles ;
3 parties de filtrat de cultures de gonocoques ;

9° 1 partie de filtrat de cultures de staphylocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de pyocyaniques ;
2 parties de filtrat de cultures de streptocoques ;
2 parties de filtrat de cultures de pneumocoques ;

10° Une partie de filtrat de cultures de staphylocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de streptocoques ;
2 parties de filtrat de cultures de pneumocoques ;
2 parties de filtrat de cultures de bacilles de Morax.

C. — Quatre bouillons-vaccins gélosés, pour pansements, suivants : (bouillon-vaccin et gélose vaccinée ââ en poids) ;

11° Bouillon-vaccin à staphylocoques ;

12° Filtrat par parties égales de cultures de staphylocoques, streptocoques, pyocyaniques ;

13° 4 parties de filtrat de cultures de staphylocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de streptocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de colibacilles ;
2 parties de filtrat de cultures de pyocyaniques ;

14° 2 parties de filtrat de cultures de staphylocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de streptocoques ;
1 partie de filtrat de cultures de tétragènes ;

D. — Un bouillon-vaccin coulé en ovules :

15° 2 parties de filtrat de cultures de staphylocoques............
2 parties de filtrat de cultures de streptocoques ............
2 parties de filtrat de cultures d'entérocoques................ } 40 gr.
1 partie de filtrat de cultures de colibacilles ...................
3 parties de filtrat de cultures de gonocoques.....................
Gélatine gélosée à 20 p. 100......... 60 gr.

Autorisation accordée sous réserve que la mention « non injectable » figurera sur les étiquettes ainsi que la date de préparation du vaccin et sa composition exacte, telle qu'elle est indiquée au présent décret, à l'exclusion de toute indication des maladies à traiter.

II. — Une pommade-vaccin ayant la composition suivante :

Bouillon contenant le bactériophage antistaphylococcique .................... 1 gr.
Filtrats de bouillon antivirus staphylococcique, streptococcique, pyocyanique et colibacillaire, à parties égales. Ensemble.... 3 gr. 33
Excipient gras : Q. S. pour un tube de 11 grammes.

Autorisation accordée sous la réserve que les récipients contenant le produit porteront l'indication exacte de sa composition telle qu'elle est indiquée ci-dessus.

13° M. Voisenet, pharmacien, 29, rue Bossuet, à Dijon, une solution injectable ayant la composition suivante :

*Ampoules de 5 c. c. à 0 gr. 50 de principes actifs.*

Composition quantitative pour 1 c. c. :

| | Grammes |
|---|---|
| Peptone de viande de bœuf pepsique (Codex) | 0,020 |
| Peptone de viande de bœuf pancréatique (Codex) | 0,020 |
| Peptone de fibrine pepsique | 0,010 |
| Peptone de caséine pepsique | 0,015 |
| Peptone ovalbumine pepsique | 0,010 |
| Peptone de poisson pepsique | 0,006 |
| Albumose de viande de bœuf | 0,016 |
| Iode | 0,001 |
| Chlorure de calcium cristallisé pur | 0,002 |
| Eau distillée : quantité suffisante pour 1 c. c. | |

*Ampoule de 5 c. c. à 0 gr. 25 de principes actifs*

Composition quantitative pour 1 c. c. :

| | |
|---|---|
| Peptone de viande de bœuf pepsique (Codex) | 0,010 |
| Peptone de viande de bœuf pancréatique (Codex) | 0,010 |
| Peptone de fibrine, pepsique | 0,005 |
| Peptone de caséine, pepsique | 0,0075 |
| Peptone ovalbumine, pepsique | 0,005 |
| Peptone de poisson, pepsique | 0,003 |
| Albuminose de viande de bœuf | 0,008 |
| Iode | 0,0005 |
| Chlorure de calcium cristallisé pur | 0,001 |
| Eau distillée : quantité suffisante pour 1 c. c. | |

Autorisation accordée sous la réserve que la composition exacte du produit figurera sur les étiquettes par mention de la nature et de la quantité de chacun des composants pour 1 centimètre cube de solution.

14° M. Chevrotier, pharmacien, au nom des laboratoires Lumière, 40, rue Villon, à Lyon.

Un vaccin anticolibacillaire polyvalent s'administrant par la voie buccale et ayant la composition suivante : pour une pilule :

5 milliards de B. coli, stérilisés et réunis en une masse pilulaire de 0 gr. 10 enrobée de gluten, kératinisée et vernie.

Autorisation accordée sous la réserve que les étiquettes du produit porteront l'indication exacte de sa composition telle qu'elle figure ci-dessus.

Art. 2. — Les ampoules ou tubes et les boîtes contenant les produits autorisés, devront être revêtus d'une étiquette mentionnant, sans aucune autre indication que celles ci-dessus imposées, la composition exacte, la teneur microbienne et le titrage de la préparation.

L'étiquette devra, en outre, porter, immédiatement au-dessous du nom du produit, la mention : « Décret d'autorisation du ..... »

Art. 3. — Toute mention de l'autorisation sur les étiquettes, prospectus, annonces, en-têtes de lettres, factures, notices, etc.., sera suivie, à peine de révocation, de la réserve ci-après : « Cette autorisation ne garantit pas l'efficacité du produit. »

Art. 4. — Les produits ci-dessus visés peuvent être débités, à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont ils sont l'objet est temporaire et révocable ; ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Art. 5. — Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 17 août 1932.)

## Substances vénéneuses

*Commerce, emploi et détention des substances vénéneuses en Indochine.*

*Décret du* 16 *février* 1932.

Art. 1er. — Les dispositions du titre II du décret du 16 juillet 1919 sont remplacées par les dispositions suivantes :

### TITRE II

### SUBSTANCES CLASSÉES DANS LE TABLEAU B

*Art.* 30. — Les articles qui précèdent sont applicables à l'importation, à l'achat, à la vente, à la détention et à l'emploi des substances classées dans le tableau B, en tant que leurs dispositions ne sont pas contraires à celles du présent titre.

*Art.* 31. — Sont interdites, à moins d'autorisation, la fabrication, la transformation, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la distribution, le courtage, l'achat, la vente, l'importation, l'exportation des substances inscrites au tableau B et, d'une manière générale, toutes opérations industrielles et commerciales relatives à ces substances. L'autorisation est donnée par arrêté du gouverneur général après avis du conseil supérieur d'hygiène.

L'autorisation est personnelle. Elle est retirée par arrêté du gouverneur général après avis du conseil supérieur d'hygiène.

Elle ne peut être accordée ou sera retirée à quiconque aura été condamné en France ou dans la colonie pour trafic illicite de stupéfiants.

En cas de changement du domicile industriel ou commercial, le titulaire en fait la déclaration au gouverneur général avant l'ouverture du nouvel établissement, faute de quoi l'autorisation pourra être retirée. En cas de cessation de fabrication ou de commerce, le titulaire en informe l'autorité qui a délivré l'autorisation et qui doit alors en prononcer le retrait.

En ce qui concerne l'officine ouverte au public, le dépôt pour visa du diplôme de pharmacien du titulaire tient lieu d'autorisation, mais seulement pour la préparation et la délivrance dans cette officine des substances inscrites au tableau B.

L'arrêté d'autorisation indique nommément chacune des substances ou préparations dont l'extraction, la transformation, la fabrication ou le commerce est autorisé.

En ce qui concerne les industriels, l'arrêté indique la quantité de chacune des substances pouvant être traitées annuellement, ainsi que celle des produits obtenus.

Il est interdit à quiconque n'y a pas été autorisé, conformément aux dispositions du présent article, d'acheter ou de se faire délivrer ces substances autrement que sur ordonnances de tout praticien habilité par les règlements en la matière à les prescrire pour des usages thérapeutiques et dans les conditions spéciales fixées au présent décret.

Toutefois, cette interdiction n'est pas applicable aux laboratoires et formations hospitalières qui peuvent acheter ou se faire délivrer et détenir en nature des substances du tableau B suivant les modalités particulières à chaque formation déterminée par les directeurs locaux de la santé après avis du conseil local d'hygiène.

*Art.* 32. — Il est interdit d'importer ou d'exporter, de mettre en entrepôt de douane ou en dépôt en douane, ou de sortir d'entrepôt ou de dépôt des substances classées dans le tableau B sans une autorisation spéciale délivrée pour chaque opération par le chef de l'administration locale après avis du directeur local de la santé.

Les importateurs sont tenus de prendre au bureau de douane par lequel doit avoir lieu l'introduction un acquit-à-caution indiquant la quantité importée de chacune desdites substances, ainsi que les noms et adresses du ou des destinataires.

La délivrance de cet acquit-à-caution est subordonnée à la production de l'autorisation d'importer ou de sortir d'entrepôt ou de dépôt pour la consommation dans la colonie prévue au premier paragraphe du présent article. Cet acquit-à-caution doit être renvoyé au bureau de douane d'émission, dans le délai d'un mois, à dater de sa délivrance, revêtu d'un certificat de décharge de l'autorité municipale du lieu de résidence du ou des destinataires.

Les exportateurs sont tenus, pour toute expédition à l'étranger de prendre au bureau de douane d'exportation un certificat de sortie.

Ce certificat doit indiquer la nature et la quantité de la drogue simple exportée et, dans le cas d'une préparation, la nature de la préparation exportée, ainsi que le nom et la quantité de la ou des drogues simples du tableau B qu'elle renferme.

Les certificats de sortie doivent être conservés pendant trois ans par le vendeur pour être représentés à toute réquisition de l'autorité compétente.

*Art.* 33. — Les substances du tableau B ne peuvent être détenues en vue de la vente, circuler, être importées ou exportées que si les enveloppes ou récipients qui les renferment directement sont revêtus de l'étiquette et de la bande prescrites à l'article 5. Cette étiquette porte, outre le nom de la substance tel qu'il figure dans le tableau B, l'indication de la quantité de la substance contenue, le nom et l'adresse du vendeur, ainsi qu'un numéro de référence pour chaque enveloppe ou récipient.

Lorsqu'il s'agit de médicaments magistraux ou de médicaments préparés et divisés à l'avance en vue de la vente au public, l'étiquette doit indiquer la dose en toutes lettres de la ou des substances contenues dans 100 grammes de la préparation et porter les mentions prévues à l'article 23.

Les enveloppes extérieures des colis d'expédition sont revêtues de la bande et de l'étiquette rouge orangé prescrites à l'article 5. L'étiquette indique la ou les substances contenues, la quantité totale incluse, le numéro d'ordre du régistre prévu à l'article suivant, ainsi que les noms et adresses de l'expéditeur et du destinataire.

Sont dispensés de la bande et de l'étiquette rouge orangé prescrites au paragraphe précédent, les colis ayant fait l'objet d'une déclaration de sortie en douane.

Dans ce cas, les enveloppes extérieures doivent porter les noms et adresses de l'expéditeur et du destinataire, ainsi que le numéro d'ordre du registre.

Sauf en ce qui concerne les feuilles de coca, le détenteur des substances, classées au tableau B doit les conserver dans les armoires ou locaux fermés à clef. Ces armoires ou locaux ne peuvent contenir d'autres substances que celles qui figurent aux tableaux A et B. Toute quantité trouvée en dehors desdites armoires ou locaux sera saisie.

Il est interdit d'insérer dans les plis ou paquets transportés par la poste l'une quelconque des substances ou préparations inscrites au tableau

B. Toutefois, l'interdiction ne s'applique pas aux envois de l'espèce adressés soit à un pharmacien diplômé, soit à un laboratoire ou à un établissement hospitalier pour les pays qui les admettent à cette condition. Dans ce cas, les envois ne peuvent être faits que sous la forme de « boîtes avec valeur déclarée ».

Sauf arrangement contraire entre les pays intéressés, il est interdit d'insérer dans les colis postaux l'une quelconque des substances ou préparations inscrites au tableau B. Toutefois, cette interdiction ne s'applique pas aux envois de cette nature adressés soit à un pharmacien diplômé, soit à un laboratoire ou à un établissement hospitalier à destination des pays qui les admettent à cette condition.

*Art.* 34. — Tout achat, ou toute cession, même à titre gatuit, desdites substances doit être inscrit sur un registre spécial aux substances du tableau B, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, ou le résident chef de province. L'autorité qui vise ce registre spécial doit se faire représenter l'autorisation délivrée à l'intéressé. Elle mentionne, sur la première page dudit registre, la date à laquelle cette autorisation a été donnée.

L'inscription sur le registre de chacune de ces opérations reçoit un numéro qui peut s'appliquer à tous les produits contenus dans une même réception ou livraison. Elle doit être faite sans aucun blanc, rature ni surcharge au moment même de la réception ou de la livraison.

Elle indique les noms, professions et adresse soit de l'acheteur, soit du vendeur, ainsi que la quantité du produit avec le nom sous lequel il est inscrit au tableau B et le numéro de référence prévu à l'article précédent. Pour les préparations, les mêmes indications sont inscrites, ainsi que la quantité de la ou des drogues simples du tableau B qui y sont contenues.

Pour l'achat ou la réception, le numéro de référence donné par le vendeur au produit livré est, en outre, mentionné sur le registre.

Dans le cas de revente d'un produit ou d'une préparation dans un emballage revêtu d'un cachet d'origine, le ou les numéros de référence portés sur l'étiquette d'origine sont mentionnés sur le registre.

Les dispositions du présent article sont imposées à quiconque est autorisé à fabriquer, à transformer, à acheter ou à vendre lesdites substances dans les conditions fixées à l'article 31, notamment aux pharmaciens, médecins et vétérinaires, aux importateurs et aux exportateurs, aux producteurs indigènes pour leurs ventes, ainsi qu'aux commissionnaires en marchandises.

Toutefois, les pharmaciens sont autorisés, pour les ventes sur ordonnances, à n'inscrire que chaque mois, sur le registre spécial, le relevé totalisé des *quantités desdites substances qui figurent* pour ledit mois au registre de vente prévu par l'article 22, et sur lequel ils doivent alors inscrire le nom et l'adresse des personnes auxquelles ils ont délivré ces substances.

En ce qui concerne les industriels, les quantités mises en fabrication sont inscrites au registre au même titre que les livraisons et les quantités des produits obtenus au même titre que les réceptions.

*Art.* 35. — Les industriels qui fabriquent ou transforment des substances du tableau B sont tenus, après avoir indiqué ces opérations sur le registre spécial prévu à l'article 34, d'inscrire à la suite de la quantité et de la nature de la matière première employée, la quantité et la nature du ou des produits obtenus.

Les pharmaciens qui traitent ces substances pour les transformer en produits pharmaceutiques sont tenus aux mêmes obligations lorsque les dits produits ne sont pas destinés à être exclusivement délivrés dans leur officine.

Décharge de la différence est donnée sur ce registre par l'inspecteur institué par l'article 15 du décret du 16 juillet 1919 réglementant l'exercice de la pharmacie en Indochine, si le déficit constaté lui paraît résulter normalement des transformations ou manipulations déclarées.

Les industriels et les pharmaciens visés au présent article sont tenus d'adresser au plus tard, le 1er février, le 1er mai, le 1er août et le 1er novembre, à l'autorité qui a délivré l'autorisation, un état trimestriel des ventes soit des substances stupéfiantes (drogues simples et préparations), soit des produits de transformation effectuées pendant le trimestre précédent. Ces états indiquent le nom de la substance ou du produit de transformation, ainsi que les quantités.

Un état des stocks disponibles au 31 décembre de l'année précédente des substances stupéfiantes (drogues simples et préparations), ainsi que des stocks des produits de transformation disponibles à la même date doit être joint à l'état trimestriel devant être adressé avant le 1er février.

*Art.* 36. — Le registre prévu à l'article 34 doit être conservé pendant dix années pour être représenté à toute réquisition de l'autorité compétente.

Le vendeur n'est exonéré des quantités reçues que dans la mesure soit des ventes par lui effectuées et inscrites audit registre soit de la décharge donnée dans les conditions de l'article précédent.

*Art.* 37. — Exception faite pour la délivrance en vue des usages thérapeutiques et sur ordonnance, il est interdit de vendre ou de délivrer lesdites substances à quiconque ne justifie pas qu'il a satisfait aux conditions de l'article 31 du présent décret.

Lesdites substances ne peuvent être délivrées *que contre une commande écrite, datée et signée*

de l'acheteur ou de son représentant, indiquant son nom, sa profession et son adresse, et énonçant, en toutes lettres, la quantité de la substance demandée.

La commande doit être conservée pendant trois ans par le vendeur, pour être représentée à toute réquisition de l'autorité compétente.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article sont applicables en cas de vente ou de cession desdites substances après saisie par l'autorité publique ou à la requête des créanciers.

*Art.* 38. — Il est interdit aux pharmaciens de renouveler aucune ordonnance prescrivant des substances du tableau B, soit en nature, soit sous forme de solutions destinées à des injections sous-cutanées.

La même interdiction s'applique aux ordonnances prescrivant des poudres composées à base de cocaïne ou de ses sels et renfermant ces substances dans une proportion supérieure à un pour mille, ainsi qu'aux ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et contenant des substances du tableau B à une dose les faisant tomber sous le paragraphe 2 dudit tableau.

Par dérogation à cette dernière disposition, peuvent être renouvelées les ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et ne contenant pas plus de 250 milligrammes d'opium officinal, ni plus de 25 milligrammes de morphine, de benzoylmorphine, d'hydrocodéinone, de dihydroxycodéinone, de cocaïne, ainsi que les ordonnances prescrivant en nature le laudanum à une dose n'excédant pas 5 grammes.

Les pharmaciens peuvent délivrer aux praticiens légalement habilités à les prescrire pour les usages thérapeutiques les substances du tableau B nécessaires à l'exercice de leur profession, dans les conditions et sous les réserves fixées aux articles 27 et 28.

Les pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune ou dans les communes contiguës lorsque celles-ci sont dépourvues d'officine.

Il est interdit aux pharmaciens de délivrer à ces praticiens aucune de ces substances en nature.

Les pharmaciens doivent conserver, pendant trois ans, pour être représentées à toute réquisition de l'autorité compétente, les demandes émanant des médecins, des vétérinaires, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, et en adresser un relevé à la fin de chaque trimestre au maire résident chef de province.

*Art.* 39. — Il est interdit aux médecins de rédiger et aux pharmaciens d'exécuter des ordonnances prescrivant, pour une période supérieure à sept jours, les substances du tableau B, lorsque la composition des préparations prescrites correspond aux conditions d'interdiction édictées par l'article précédent.

*Art.* 40. — Les définitions énoncées à l'article 1er de la convention sur le commerce des stupéfiants, signée à Genève le 19 février 1925, s'appliquent aux substances figurant sous les mêmes dénominations au tableau B.

Les dispositions du présent titre, sauf celles de l'article 33 relatives aux expéditions par la voie postale, ne sont pas applicables aux préparations contenant des substances du tableau B qui, en raison de la nature des substances médicamenteuses avec lesquelles ces stupéfiants sont associés et qui empêchent de les récupérer pratiquement, auront été reconnues par le comité d'hygiène de la Société des nations comme ne pouvant donner lieu à la toxicomanie.

Celui des tableaux A et C sur lequel ces préparations doivent être inscrites sera celui fixé par l'arrêté ministériel pris en application de l'article 40 du décret du 20 mars 1930 en vigueur dans la métropole.

Les dispositions du présent titre ne sont pas applicables à ceux des alcaloïdes de l'opium leurs sels et leurs dérivés qui ne sont pas classés nommément dans le tableau B.

Ces substances sont soumises aux dispositions du titre Ier et seront désormais classées dans le tableau A.

Art. 2. — Le tableau B, annexé au décret du 16 juillet 1919, est remplacé par le tableau suivant :

TABLEAU B

1° Opium brut.
Poudre d'opium.
Extrait d'opium.
Morphine et ses sels.
Diacétylmorphine et ses sels.
Benzoylmorphines et leurs sels.
Hydrocodéinone et ses sels.
Dihydroxycodéinone et ses sels.
Feuille de coca.
Cocaïne brute.
Ecgonine.
Cocaïne et ses sels.
Chanvre indien.
Résine de chanvre indien.
Préparations à base de résine de chanvre indien.
Extrait et teinture du chanvre indien ;

2° Toutes préparations figurant ou non dans une pharmacopée et contenant :

De la diacétylmorphine, quelle que soit la proportion.

De la cocaïne en proportion dépassant un millième.

De la morphine ou une benzoylmorphine ou de la hydrocodéinone ou de la dihydroxycodéinone en proportion dépassant deux millièmes.

Art. 3. — Sont rayées du tableau A comme rentrant dans la catégorie des préparations visées au nº 2 du tableau B ci-dessus les préparations suivantes :

Gouttes noires anglaises.
Laudanum de Rousseau.
Laudanum de Sydenham.
Teinture d'opium.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Art. 4. — Un délai de six mois à dater de la publication du présent décret est accordé aux personnes qui ont accompli les formalités prévues aux articles 2 et 31 du décret du 16 juillet 1919 pour se conformer à celles des dispositions des articles 31, 33 et 34 nouveaux qui n'étaient pas prévues par le décret précité.

Art. 5. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de l'Indochine et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

(*J. O.*, 19 février 1932.)

## Service de Santé Colonial

*Instruction pour l'application du décret du 22 août 1928, modifié par le décret du 3 juin 1932 instituant un concours pour le titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgiens des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du Service de santé colonial.*

(Modificatif à l'Instruction du 3 novembre 1928.)

### TITRE Ier

Art. 2. — Ajouter *in fine* :

« Seuls les médecins présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie et réunissant les conditions de grade, d'ancienneté et de service, visées par l'article 1er du décret du 22 août 1926 modifié par le décret du 3 juin 1932, peuvent être autorisés à concourir.

« A titre de mesure transitoire visant les conditions particulières de séjour aux colonies, les médecins capitaines déjà pourvus du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux ou qui l'obtiendront au cours de l'année 1932 pourront sous la seule condition qu'ils figurent dans la première moitié de la liste d'ancienneté établie au 1er janvier de l'année du concours, être autorisés à concourir. »

### TITRE II

Concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux. Le paragraphe A. — Concours de médecine et le paragraph B. — Concours de chirurgie, sont remplacés par les suivants :

A. — CONCOURS DE MÉDECINE

*Epreuves d'admissibilité.*

1re épreuve (coefficient 2). — Epreuve écrite de thérapeutique clinique. Cette épreuve comprendra l'exposé, à propos d'un cas clinique concret libellé par écrit, de la conduite du traitement.

Les candidats disposeront d'une heure pour la rédaction de leur composition. Après lecture devant le jury, ils la remettront au président qui la tiendra à la disposition des membres du jury.

2e épreuve (coefficient 4). — Examen clinique d'un malade atteint d'une affection médicale aiguë ou chroniqu , suivi d'une consultation écrite (discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement sans conclusions militaires).

Les candidats auront vingt minutes pour l'examen du malade et une heure et quart pour la rédaction de la consultation. Cette épreuve devra leur permettre, tout en restant constamment dans les limites du cas concret soumis à leur examen, de mettre en évidence leurs qualités d'observation, d'expérience clinique, de jugement, ainsi que la valeur de leurs connaissances médicales, qu'on ne devra en aucune manière confondre avec la documentation purement bibliographique, Ils liront leur consultation devant le jury, puis la remettront au président, qui la tiendra à la disposition des membres du jury.

*Epreuves définitives.*

3e épreuve (coefficient 2). — Epreuve courante de laboratoire appliquée à la clinique (bactériologie, cytologie, hématologie, parasitologie élémentaires, examen d'une coupe d'histologie pathologique montée, etc.., à l'exclusion de la chimie).

La durée de cette épreuve sera variable et déterminée suivant la nature de l'examen. Elle sera fixée par le jury.

Pour cette épreuve de laboratoire, plusieurs séries pourront être appelées à travailler simultanément sur des sujets différents et pendant un laps de temps également différent.

4° Epreuve (coefficient 5). — Exposé clinique d'un malade de médecine générale avec conclusions militaires.

Il sera accordé à chaque candidat cinquante minutes : vingt minutes pour l'examen, quinze minutes pour la réflexion et quinze minutes pour l'exposé.

5° Epreuve (coefficient 1). — Epreuve de titres et dossier militaire.

### Concours de chirurgie

*Epreuves d'admissibilité.*

1re épreuve (coefficient 3). — Composition écrite de pathologie chirurgicale générale ou régionale. Cette épreuve ne comportera qu'une question commune à tous les candidats. Ceux-ci disposeront de quatre heures pour la rédaction. Ils liront leur copie devant le jury, puis la remettront au président qui la tiendra à la disposition des membres du jury.

Cette épreuve destinée à mettre en valeur la culture médico-chirurgicale des candidats, devra leur permettre de faire valoir l'étendue de leurs connaissances et de montrer qu'ils se tiennent au courant de la science médico-chirurgicale, sans cependant confondre cette démonstration avec une documentation purement bibliographique.

2° épreuve (coefficient 2). — Examen clinique d'un malade atteint d'une affection aiguë ou chronique ressortissant à la chirurgie générale suivi d'une consultation écrite (discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement, sans conclusions militaires).

Les candidats auront vingt minutes pour l'examen du malade et une heure et quart pour la rédaction de la consultation. Cette épreuve devra leur permettre, tout en restant constamment dans les limites du cas concret soumis à leur examen, de mettre en évidence leurs qualités d'observation, d'expérience clinique, de jugement, ainsi que la valeur de leurs connaissances chirurgicales générales qu'on ne devra en aucune manière confondre avec la documentation purement bibliographique. Ils liront leur consultation devant le jury, puis la remettront au président qui la tiendra à la disposition des membres du jury ;

3e épreuve (coefficient 5). — Pratique d'une opération chirurgicale. Cette épreuve ne doit pas être interprétée sous la forme classique de l'épreuve de médecine opératoire, mais sous la forme d'une véritable épreuve de chirurgie opératoire, ou mieux, d'une épreuve pratique de thérapeutique chirurgicale, permettant au jury de mieux apprécier le sens et l'expérience clinique des candidats, ainsi que leur technique opératoire.

L'opération sera celle que le candidat jugera lui-même nécessaire chez un blessé dont la situation clinique aura été établie par le jury, sous la forme d'une sorte d'observation clinique écrite, courte et très précise. Elle sera pratiquée sur le cadavre dans les mêmes conditions d'installation et de technique que sur le vivant. Le candidat fera au tableau un exposé succinct des données anatomiques relatives à l'opération, il discutera les diverses indications et contre-indications envisagées, les divers procédés opératoires, il indiquera enfin les soins post-opératoires.

La correction et la discipline de la technique opératoire seront l'objet d'un examen particulièrement attentif du jury.

La durée de l'épreuve sera de quarante-cinq minutes pour l'exposé et la pratique de l'opération ; les candidats auront, en plus, vingt minutes de réflexion préalable.

*Epreuves définitives.*

4e épreuve (coefficient 4). — Exposé clinique d'un malade atteint d'une affection ressortissant à la chirurgie générale, avec conclusions militaires. Il sera accordé aux candidats cinquante minutes : vingt minutes pour l'examen, dix minutes pour la réflexion et vingt minutes pour l'exposé.

5e épreuve (coefficient 4). — Pratique d'une opération chirurgicale dans les mêmes conditions de forme, d'exécution et de durée que celles établies pour la deuxième épreuve (thérapeutique chirurgicale), mais caractérisée, en pratique, par une opération viscérale.

6e épreuve (coefficient 1). — Epreuve de titres et dossier militaire.

Paris, le 10 août 1932.

*Le ministre de la guerre,*
Paul-Boncour.

*Le ministre des colonies,*
Albert Sarraut.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

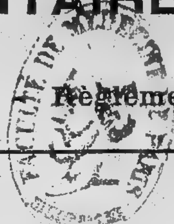
Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 1234.

LE CONCOURS MÉDICAL

# SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

**" L'Officiel Médical "**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**



## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

### Code de la Route

*Décret du* 25 *septembre* 1932 *modifiant l'article* 10 *du code de la route* .......... p. 3050

*Arrêté du* 30 *septembre* 1932 *fixant la nature et le mode d'établissement des signaux et indications annonçant les voies à grande circulation* .......... p. 3051

### Service sanitaire maritime

*Décret du* 30 *août* 1932 *fixant la composition des cadres du service sanitaire maritime* .......... p. 2985

## Hygiène publique

*Loi du* 20 *avril* 1932 *modifiant la loi du* 19 *décembre* 1917 *relative aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes.*

Art. 1er. — Les art. 3, 4, 10, 11, 14, 19, 34, 35 et 36 de la loi du 19 décembre 1917 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 3. — La première classe comprend les établissements qui doivent être éloignés des habitations.

« La deuxième classe comprend ceux dont l'éloignement des habitations n'est pas rigoureusement nécessaire, mais dont l'exploitation ne peut être autorisée qu'à la condition que des mesures soient prises pour prévenir les dangers ou les incommodités visés à l'article 1er

« Dans la troisième classe sont placés les établissements qui ne présentant d'inconvénient grave, ni pour le voisinage, ni pour la santé publique, sont soumis à des prescriptions générales édictées dans l'intérêt du voisinage ou de la santé publique pour tous les établissements similaires.

« Toutefois, dans les zones réservées à l'habitation qui sont prévues dans des projets d'aménagement ou d'extension des villes, établis en

exécution des lois des 4 mars 1919 et 19 juillet 1924, aucun établissement nouveau appartenant à la première ou à la deuxième classe ne peut être autorisé.

« En ce qui concerne les établissements existants visés par le paragraphe précédent, pourront seules être autorisées les modifications apportées dans les conditions de leur exploitation qui n'aggraveraient pas la gêne résultant de leur existence pour le voisinage.

« En outre, un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique déterminera ceux des établissements dangereux, insalubres ou incommodes qui, bien que rangés dans la troisième classe, doivent être assimilés aux établissements de la deuxième classe, en ce qui concerne l'application du paragraphe précédent et dont l'ouverture est en conséquence interdite dans les zones réservées à l'habitation. »

« Art. 4. — Les établissements rangés dans la première ou la deuxième classe ne peuvent être ouverts sans une autorisation délivrée par le préfet sur la demande des intéressés.

« Pour l'examen et l'appréciation des demandes visant l'ouverture de ces établissements, il sera tenu compte, le cas échéant, du fait que l'établissement devra être installé dans une zone réservée aux exploitations industrielles par un projet d'aménagement et d'extension d'une ville, établi en exécution des lois des 14 mars 1919 et 19 juillet 1924.

« Les établissements de la troi ième classe doivent faire l'objet, avant leur ouverture, d'une déclaration écrite adressée au préfet. »

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« Art. 10. — Après la clôture de l'enquête, le commissaire-enquêteur convoque dans la huitaine l'industriel et lui communique sur place les observations écrites et orales consignées dans un procès-verbal, en l'invitant à produire, dans un délai maximum de quinze jours, un mémoire en réponse.

« Le commissaire-enquêteur rédige, dans la huitaine, un avis motivé et envoie le dossier de l'affaire au préfet.

« Le préfet prend l'avis de la commission sanitaire locale, du service de l'inspection des Etablissements classés et de l'inspection du Travail, et, s'il y a lieu, des autres services intéressés, notamment du service chargé de la police des eaux, dans le cas où les eaux résiduaires provenant de l'établissement projeté doivent être évacuées dans un cours d'eau ou écoulées dans des puits absorbants naturels ou artificiels ; enfin, il statue sur un rapport du Conseil départemental d'hygiène dans un délai maximum de trois mois à partir du jour où le dossier de l'enquête lui a été transmis.

« En cas d'impossibilité de statuer dans ce délai, le préfet, par un arrêté motivé, fixera un nouveau délai.

« Si l'établissement projeté comprend plusieurs industries classées, il est procédé à une seule enquête dans les formes indiquées pour la classe la plus élevée. Un seul arrêté préfectoral statue sur l'ensemble.

« Lorsque le Conseil départemental d'hygiène est saisi de questions se rapportant à la réglementation des établissements classés, il lui sera adjoint :

« 1° Un fonctionnaire chargé de la surveillance des établissements classés dans le département ;

« 2° Un représentant du ministère des Travaux publics et un représentant du ministère de l'Agriculture, chargés de la police des eaux dans le département ;

« 3° Un délégué de la Chambre de commerce.

« L'industriel aura la faculté de se faire entendre par le Conseil d'hygiène et de désigner à cet effet un mandataire.

« Les conclusions du Conseil d'hygiène sont portées par le préfet à la connaissance de l'industriel, auquel un délai de huit jours est accordé pour présenter, s'il y a lieu, ses observations au préfet par écrit, soit directement, soit par mandataire.

« Dans le cas où l'enquête et l'instruction administrative auxquelles il a été procédé en conformité de l'article précédant et du présent article n'auront donné lieu à aucune opposition ni à aucun avis défavorable, le fonctionnement de l'établissement antérieurement à l'arrêté préfectoral devant statuer sur la demande d'autorisation ne fera pas obstacle à ce que l'autorisation soit accordée.

« S'il se produit, au contraire, au cours de l'enquête, une opposition de la part du conseil municipal ou du commissaire-enquêteur, ou bien un avis défavorable au cours de l'instruction administrative prévue par le présent article, le fonctionnement anticipé entraînera obligatoirement le rejet de la demande par le préfet. »

« Art. 11. — L'arrêté préfectoral d'autorisation fixe les conditions jugées indispensables pour la protection des intérêts mentionnés à l'art. 1er.

« Des arrêtés complémentaires, pris dans les mêmes formes et soumis aux mêmes conditions de publication que les arrêtés d'autorisation, peuvent imposer ultérieurement toutes les mesures que la sauvegarde des intérêts mentionnés à l'art. 1er rend nécessaires ou atténuer celles des prescriptions primitives dont le maintien n'est plus justifié. L'enquête « de commodo et incommodo » n'aura lieu que dans ce dernier cas.

« Les conditions ainsi fixées, etc. »

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« Art. 14. — Les arrêtés préfectoraux d'auto-

fisation, de refus d'autorisation, de sursis ou d'ajournement à statuer, ceux imposant des conditions nouvelles ou portant atténuation des prescriptions déjà édictées peuvent être déférés au Conseil de préfecture :

« 1° Par les industriels, dans un délai de deux mois qui commence à courir du jour où les arrêtés leur ont été notifiés ;

« 2° Par les tiers ou par les municipalités intéressées, en raison des dangers ou des inconvénients que le fonctionnement de l'établissement présente pour le voisinage, à moins qu'ils ne puissent être présumés avoir renoncé à l'exercice de ce droit.

« Les tiers qui n'ont acquis des immeubles, n'en ont pris à bail ou n'ont élevé des constructions dans le voisinage d'un établissement classé que postérieurement à l'affichage ou à la publication de l'arrêté autorisant l'ouverture de cet établissement ou atténuant les prescriptions primitives imposées, ne sont pas recevables à déférer ledit arrêté au Conseil de préfecture.

« Lors de l'examen par les tribunaux administratifs des recours formés contre des arrêtés portant autorisation ou refus d'autorisation d'établissements rangés dans la première ou la deuxième classe, il sera tenu compte, le cas échéant, du fait que les établissements visés dans ces recours devront être installés dans une zone exclusivement réservée aux exploitations industrielles par un projet d'aménagement ou d'extension d'une ville, établi en exécution des lois des 14 mars 1919 et 19 juillet 1924. »

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« Art. 19. — Si l'industriel qui a fait une déclaration pour un établissement de 3e classe veut obtenir la suppression ou l'atténuation de quelques-unes des prescriptions des arrêtés préfectoraux qui lui ont été notifiés par application des art. 17 et 18 (§§ 1er et 3), il adresse sa demande au préfet, qui statue sur le rapport du Conseil départemental d'hygiène, après avis du service chargé de l'inspection des Etablissements classés et de celui chargé de l'inspection du Travail.

« Si les intérêts du voisinage ne sont pas garantis par l'exécution des prescriptions générales contre les inconvénients inhérents à l'exploitation d'un établissement de 3e classe ou si des plaintes se produisent à la suite de la suppression ou de l'atténuation d'une ou plusieurs de ces prescriptions obtenues par un industriel, le préfet peut, sur le rapport du Conseil départemental d'hygiène, après avis du service chargé de l'inspection des Etablissements classés et de celui chargé de l'inspection du Travail, soit imposer à l'industriel des prescriptions additionnelles, soit rétablir les prescriptions primitives.

« L'industriel ou les tiers intéressés peuvent dans un délai de deux mois à partir de la notification des arrêtés préfectoraux pris en vertu du présent article ou du troisième paragraphe de l'article précédent, exercer le recours prévu à l'art. 14 de la présente loi.

« Les établissements, etc. »

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« Art. 34. — Lorsque l'inspecteur des Etablissements classés a constaté qu'il y a inobservation des conditions et réserves essentielles qui ont été imposées à l'industriel dans l'intérêt du voisinage, de la santé publique ou de l'agriculture, la poursuite a lieu directement devant le tribunal correctionnel, à la requête du préfet. Le tribunal, après avoir reconnu le caractère essentiel des conditions et réserves visées au procès-verbal, applique les pénalités du dernier paragraphe de l'art. 32. »

« Art. 35. — Indépendamment des poursuites correctionnelles prévues à l'art. 34, et comme suite au rapport de l'inspecteur des établissements classés, constatant qu'il y a inobservation des conditions et réserves essentielles imposées à l'industriel, le préfet peut enjoindre à ce dernier d'avoir à satisfaire, dans un délai qui ne pourra excéder un mois, à ces conditions et réserves ou à certains d'entre elles.

« Si, au jour indiqué, l'industriel n'a pas obtempéré à cette injonction, l'arrêté préfectoral de mise en demeure est transmis par le préfet au Conseil de préfecture.

« Dans le mois qui suit le dépôt au greffe dudit arrêté, le Conseil statue obligatoirement sur son bien-fondé après avoir entendu les parties dûment convoquées. Il peut ordonner telles vérifications qu'il croit nécessaires et provoquer l'avis du Conseil départemental d hygiène.

« S il confirme l'injonction et la mise en demeure contenues dans l'arrêté préfectoral, il fixe le délai dans lequel l'industriel devra s'y conformer, ainsi que toutes les mesures de nature à faire cesser un danger grave d'insalubrité ou d'incommodité.

« Notification de l'arrêté est faite à l'industriel par la voie administrative. Le recours contre la décision est porté devant le Conseil d Etat dans le délai de deux mois à dater de la notification.

« Toutefois, le Conseil de préfecture peut, à la demande du préfet, décider que son arrêté sera exécutoire nonobstant appel ou opposition.

« A l'expiration du délai fixé par l'arrêté du Conseil de préfecture, si l'industriel n'a pas exécuté les prescriptions ordonnées, le préfet pourra suspendre provisoirement le fonctionnement de l'établissement et procéder soit à l'apposition des scellés, soit d'office à l'exécution des mesures prescrites aux frais de l'industriel.

« Le préfet peut également faire prononcer dans les mêmes conditions et en se conformant à la même procédure, la fermeture des établissements de 3e classe, en cas d'inobservation per-

sistante des conditions essentielles édictées à l'égard des industries aux quelles ils se rattachent. »

« Art. 36. — Seront punis d'une amende de 100 à 500 francs, sans préjudice de dommages-intérêts qui pourront être alloués aux tiers :

« 1° L'industriel qui, en dehors du cas prévu à l'art. 27, § 2, ci-dessus, exploite, sans autorisation ni déclaration, un établissement compris dans l'une des catégories des établissements classés et qui continue cette exploitation après l'expiration du délai qui lui aura été imparti par un arrêté préfectoral de mise en demeure pour la faire cesser.

« Le tribunal pourra ordonner l'apposition des scellés sur les appareils et machines et sur les portes de l'établissement. En présence de dangers et d'inconvénients graves, soit pour la sécurité ou la commodité du voisinage, soit pour la santé publique, le tribunal, avant de statuer sur la poursuite, pourra, sur la demande du préfet et après avis conforme du Conseil départemental d'hygiène, ordonner l'apposition des scellés visée ci-dessus, ainsi que l'enlèvement et l'évacuation, aux frais de l'exploitant, des matières dangereuses et des animaux qui se trouvent dans l'établissement. Le jugement d'avant faire droit sera exécutoire dans le délai qu'il fixera.

« En statuant sur la poursuite et en appliquant les pénalités, le tribunal confirmera l'apposition des scellés précédemment ordonnée ;

« 2° Celui qui continue l'exploitation d'un établissement dont la fermeture aura été ordonnée en vertu des articles 29 et 35. »

Art. 2. — Un décret modifiant le décret du 24 décembre 1919, portant nomenclature des établissements classés comme dangereux, insalubres ou incommodes, devra être pris dans un délai de trois mois à partir de la promulgation de la présente loi. (*J. O.*, 21 avril 1932.)

## Assistance publique coloniale

*Incorporation à l'Assistance médicale indigène du Service de prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun.*

*Arrêté du* 22 *juillet* 1932.

Art. 1er. — Est abrogé l'arrêté du 7 février 1931 instituant au Cameroun un service de prophylaxie de la maladie du sommeil.

Ce service fera désormais partie intégrante du service général de l'assistance médicale indigène et sera assuré par un personnel commun et interchangeable sous la direction du chef de Service de santé du territoire et la haute autorité du commissaire de la République.

Art. 2. — Les détails du fonctionnement du service seront déterminés par arrêtés du commissaire de la République au Cameroun.

Art. 3. — Le personnel employé à la prophylaxie et au traitement de la maladie du sommeil n'aura droit à ce titre à aucune indemnité spéciale de fonctions ou de risques.

Le personnel appelé à effectuer un service mobile recevra, pendant les journées de déplacement effectif, les indemnités de route du tarif réglementaire en vigueur dans le territoire.

Art. 4. — A titre transitoire, le personnel européen, qui, à la date du présent arrêté, se trouvera en fonctions au service de prophylaxie de la maladie du sommeil créé par l'arrêté du 7 février 1931, conservera le statut et les indemnités spéciales de fonctions prévues par l'article 5 de l'arrêté du 8 juillet 1926, jusqu'à expiration de la période d'acquisition en cours.

(*J. O.*, 24 juillet 1932.)

## Service de santé colonial

*Instruction relative au concours pour le titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé colonial*

(Modificatif à l'Instruction du 3 novembre 1928.)

TITRE IV

Chimie appliquée à la biologie et aux expertises de l'armée.

A. — ÉPREUVES.

*Epreuves définitives.*

4° Epreuve (coefficient 4), après « les dispositions seront les mêmes que pour la troisième épreuve » ajouter : « sauf en ce qui concerne la durée de l'exposé oral précédant l'épreuve, qui sera fixée par le jury ».

Paris, le 10 août 1932.

*Le ministre de la guerre,*
PAUL-BONCOUR.

*Le ministre des colonies,*
ALBERT SARRAUT.

*Instruction pour l'application du décret du 22 août 1928, modifié par le décret du 3 juin 1932, instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.*

(Modificatif à l'Instruction du 3 novembre 1928.)

Art. 1er, premier alinéa, au lieu de : « Les médecins capitaines ayant obtenu au concours le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux..... », mettre : « Les médecins capitaines ayant été désignés après concours pour accomplir le stage d'assistant des hôpitaux coloniaux... »

Art. 4, ajouter le paragraphe suivant :

« Ceux qui n'auront pas accompli la durée totale du stage fixé par décision ministérielle perdront tout droit au titre d'assistant des hôpitaux coloniaux ».

Art. 5, 2e alinéa, ajouter : « La durée de ces stages hospitaliers sera égale, au total, au tiers du temps fixé pour le stage d'assistant ».

Art. 5, 4e alinéa, au lieu de : « Les assistants des hôpitaux coloniaux sont placés », mettre : « Les médecins désignés pour remplir les fonctions d'assistant sont placés. »

Art. 5, après le dernier alinéa, ajouter : « A la fin de chaque année de stage, il est établi par le ou les chefs de service, sous les ordres desquels les assistants ont été placés durant l'année, une feuille de notes techniques qui sera adressée au département, par la voie hiérarchique, sous le timbre de la direction des troupes coloniales (1er bureau). Les feuilles de notes établies au titre de la dernière année de stage devront spécifier si le candidat mérite de recevoir le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux ».

Art. 6, au lieu de : « Les assistants qui cessent leurs fonctions reçoivent », mettre : « Les assistants qui, après leur stage, ont acquis le titre d'assistants des hôpitaux coloniaux reçoivent ».

Chapitre II, pararagraphe : Clôture des opérations, alinéa 1er, première phrase, supprimer les mots « Pour nomination ».

Paris, le 10 août 1932.

*Le ministre de la gucerre,*
PAUL-BONCOUR.

*Le ministre des colonies.*
ALBERT SARRAUT.

---

*Instruction sur l'organisation et le service intérieur de l'Ecole d'application du service de Santé des troupes coloniales.*

(Modificatif à l'annexe à l'Instruction du 3 novembre 1928).

Titre Ier, article 3, Composition et opérations générales du jury, premier alinéa, après : « ou le médecin général des troupes coloniales », supprimer ; « chargé de l'inspection de l'école », et mettre ; « désigné par le ministre ».

Titre II, article 5, A. — Epreuves écrites, alinéas 7, 8, 9 à supprimer et à remplacer par le texte suivant :

« Celui-ci, après avoir numéroté les compositions et les en-têtes, détache les en-têtes imprimés et remet les copies au président de la section médicale ou chirurgicale. Ce dernier divise sa section en deux groupes de trois juges. Il charge chacun de ces groupes de la correction d'un des deux sujets de composition. Chaque copie est luc par chacun des trois juges qui établit, par numéro d'ordre des copies, une liste indiquant le nombre de points attribués à chaque composition en y joignant, sous une forme résumée, son appréciation motivée sur le fond et la forme. Les notes des jurés ne seront pas inscrites sur les compositions, qui ne devront porter, d'autre part, aucune correction.

« Les notes sont totalisées et les moyennes établies dans une séance à laquelle assistent les trois juges. Le détail des notes, ainsi que les moyennes établies, sont insérés au procès-verbal.

« Toutes les copies pour lesquelles un écart de six points ou plus est relevé entre les notes données par les juges sont réservées pour être lues en une séance plénière réunissant tous les juges de la section. Le président fait lire la copie par l'un des juges et chaque juge donne une note nouvelle après explication et discussion sur la valeur de l'épreuve. »

Paris, le 10 août 1932.

*Le ministre de la guerre,*
PAUL-BONCOUR.

*Le ministre des colonies,*
ALBERT SARRAUT.

(*J. O.*, 19 août 1932.)

# Substances vénéneuses

*Décrets du 1er octobre 1932 portant réglementation du commerce, de la détention et de l'usage des substances vénéneuses à la Réunion, à la Guyane et aux îles Saint-Pierre et Miquelon.*

1er *décret.*

Art. 1er. — Les dispositions du titre II du décret du 14 février 1922 sont remplacées par les dispositions suivantes :

TITRE II

SUBSTANCES CLASSÉES DANS LE TABLEAU B

*Art.* 29. — Les articles qui précèdent sont applicables à l'importation, à l'achat, à la vente, à la détention et à l'emploi des substances classées dans le tableau B, en tant que leurs dispositions ne sont pas contraires à celles du présent titre.

*Art.* 30. — Sont interdites, à moins d'autorisation, la fabrication, la transformation, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la distribution, le courtage, l'achat, la vente, l'importation, l'exportation des substances inscrites au tableau B et, d'une manière générale, toutes opérations industrielles et commerciales relatives à ces substances. L'autorisation est donnée par arrêté du gouverneur après avis du conseil d'hygiène.

L'autorisation est personnelle. Elle est retirée par arrêté du gouverneur après avis du conseil d'hygiène.

Elle ne peut être accordée ou sera retirée à quiconque aura été condamné en France ou dans la colonie pour trafic illicite de stupéfiants.

En cas de changement du domicile industriel ou commercial, le titulaire en fait la déclaration au gouverneur avant l'ouverture du nouvel établissement, faute de quoi l'autorisation pourra ête retirée. En cas de cessation de fabrication ou de commerce, le titulaire en informe l'autorité qui a délivré l'autorisation et qui doit alors en prononcer le retrait.

En ce qui concerne l'officine ouverte au public, le dépôt pour visa du diplôme de pharmacien du titulaire tient lieu d'autorisation, mais seulement pour la préparation et la délivrance dans cette officine des substances inscrites au tableau B.

L'arrêté d'autorisation indique nommément chacune des substances ou préparations dont l'extraction, la transformation, la fabrication ou le commerce est autorisé.

En ce qui concerne les industriels, l'arrêté indique la quantité de chacune des substances pouvant être tratées annuellement, ainsi que celle des produits obtenus.

Il est interdit à quiconque n'y a pas été autorisé, conformément aux dispositions du présent article, d'acheter ou de se faire délivrer ces substances autrement que sur ordonnance de tout praticien habilité par les règlements en la matière à les prescrire pour des usages thérapeutiques et dans les conditions spéciales fixées au présent décret.

Toutefois, cette interdiction n'est pas applicable aux laboratoires et formations hospitalières qui peuvent acheter ou se faire délivrer et détenir en nature des substances du tableau B suivant les modalités particulières à chaque formation déterminée par le gouverneur après avis du chef du service de santé.

*Art.* 31. — Il est interdit d'importer ou d'exporter, de mettre en entrepôt de douane ou en dépôt en douane, ou de sortir d'entrepôt ou de dépôt des substances classées dans le tableau B sans une autorisation spéciale délivrée pour chaque opération par le gouverneur après avis du chef du service de santé.

Les importateurs sont tenus de prendre au bureau de douane par lequel doit avoir lieu l'introduction un acquit-à-caution indiquant la quantité importée de chacune desdites substances, ainsi que les nom et adresse du ou des destinataires.

La délivrance de cet acquit-à-caution est subordonnée à la production de l'autorisation d'importer ou de sortir d'entrepôt ou de dépôt pour la consommation dans la colonie prévue au premier paragraphe du présent article. Cet acquit à caution doit être renvoyé au bureau de douane d'émission, dans le délai d'un mois à dater de sa délivrance, revêtu d'un certificat de décharge de l'autorité municipale du lieu de résidence du ou des destinataires.

Les exportateurs sont tenus, pour toute expédition à l'étranger de prendre au bureau de douane d'exportation un certificat de sortie.

Ce certificat doit indiquer la nature et la quantité de la drogue simple exportée et, dans le cas d'une préparation, la nature de la préparation exportée, ainsi que le nom et la quantité de la ou des drogues simples du tableau B qu'elle renferme.

Les certificats de sortie doivent être conservés pendant trois ans par le vendeur pour être représentés à toute réquisition de l'autorité compétente.

*Art.* 32. — Les substances du tableau B ne peuvent être détenues en vue de la vente, circuler, être importées ou exportées que si les enveloppes ou récipients qui les renferment directement sont revêtus de l'étiquette et de la bande

prescrites à l'article 4. Cette étiquette porte, outre le nom de la substance tel qu'il figure dans le tableau B, l'indication de la quantité de la substance contenue, le nom et l'adresse du vendeur, ainsi qu'un numéro de référence pour chaque enveloppe ou récipient.

Lorsqu'il s'agit de médicaments magistraux ou de médicaments préparés et divisés à l'avance en vue de la vente au public, l'étiquette doit indiquer la dose en toutes lettres de la ou des substances contenues dans 100 grammes de la préparation et porter les mentions prévues à l'article 22.

Les enveloppes extérieures des colis d'expédition sont revêtues de la bande et de l'étiquette rouge orangé prescrites à l'article 4. L'étiquette indique la ou les substances contenues, la quantité totale incluse, le numéro d'ordre du registre prévu à l'article suivant, ainsi que les noms et adresses de l'expéditeur et du destinataire.

Sont dispensés de la bande et de l'étiquette rouge orangé prescrites au paragraphe précédent, les colis ayant fait l'objet d'une déclaration de sortie en douane.

Dans ces cas, les enveloppes extérieures doivent porter les noms et adresses de l'expéditeur et du destinataire ainsi que le numéro d'ordre du registre.

Sauf en ce qui concerne les feuilles de coca, le détenteur des substances classées au tableau B doit les conserver dans des armoires ou locaux fermés à clef. Ces armoires ou locaux ne peuvent contenir d'autres substances que celles qui figurent aux tableaux A et B. Toute quantité trouvée en dehors desdites armoires ou locaux sera saisie.

Il est interdit d'insérer dans les plis ou paquets transportés par la poste l'une quelconque des substances ou préparations inscrites au tableau B. Toutefois, l'interdiction ne s'applique pas aux envois de l'espèce adressés soit à un pharmacien diplômé soit à un laboratoire ou à un établissement hospitalier pour les pays qui les admettent à cette condition. Dans ce cas, les envois ne peuvent être faits que sous la forme de « boîtes avec valeur déclarée ».

Sauf arrangement contraire entre les pays intéressés, il est interdit d'insérer dans les colis postaux l'une quelconque des substances ou préparations inscrites au tableau B. Toutefois, cette interdiction ne s'applique pas aux envois de cette nature adressés soit à un pharmacien diplômé soit à un laboratoire ou à un établissement hospitalier à destination des pays qui les admettent à cette condition.

*Art.* 33. — Tout achat ou toute cession, même à titre gratuit, desdites substances, doit être inscrit sur un registre spécial aux substances du tableau B, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police. L'autorité qui vise ce registre spécial doit se faire représenter l'autorisation délivrée à l'intéressé. Elle mentionne, sur la première page dudit registre, la date à laquelle cette autorisation a été donnée.

L'inscription sur le registre de chacune de ces opérations reçoit un numéro qui peut s'appliquer à tous les produits contenus dans une même réception ou livraison. Elle doit être faite sans aucun blanc, rature ni surcharge, au moment même de la réception ou de la livraison.

Elle indique les nom, profession et adresse, soit de l'acheteur, soit du vendeur, ainsi que la quantité du produit avec le nom sous lequel il est inscrit au tableau B et le numéro de référence prévu à l'article précédent. Pour les préparations, les mêmes indications sont inscrites ainsi que la quantité de la ou des drogues simples du tableau B qui y sont contenues.

Pour l'achat ou la réception, le numéro de référence donné par le vendeur au produit livré est en outre mentionné sur le registre.

Dans le cas de revente d'un produit ou d'une préparation dans un emballage revêtu d'un cachet d'origine, le ou les numéros de référence portés sur l'étiquette d'origine sont mentionnés sur le registre.

Les dispositions du présent article sont imposées à quiconque est autorisé à fabriquer, à transformer, à acheter ou à vendre lesdites substances dans les conditions fixées à l'article 30 notamment aux pharmaciens, médecins et vétérinaires, aux importateurs et aux exportateurs, aux producteurs indigènes pour leurs ventes, ainsi qu'aux commissionnaires en marchandises.

Toutefois, les pharmaciens sont autorisés pour les ventes sur ordonnances, à n'inscrire que chaque mois, sur le registre spécial, le relevé totalisé des quantités desdites substances qui figurent pour ledit mois au registre de vente prévu par l'article 21, et sur lequel ils doivent alors inscrire le nom et l'adresse des personnes auxquelles ils ont délivré ces substances.

En ce qui concerne les industriels, les quantités mises en fabrication sont inscrites au registre et au même titre que les livraisons et les quantités des produits obtenus au même titre que les réceptions.

*Art.* 34. — Les industriels qui fabriquent ou transforment des substances du tableau B sont tenus après avoir indiqué ces opérations sur le registre spécial prévu à l'article 33, d'inscrire à la suite de la quantité et de la nature de la matière employée, la quantité et la nature du ou des produits obtenus.

Les pharmaciens qui traitent ces substances pour les transformer en produits pharmaceutiques sont tenus aux mêmes obligations lorsque lesdits produits ne sont pas destinés à être exclusivement délivrés dans leur officine.

Décharge de la différence est donnée sur ce re-

gistre par l'inspecteur des pharmacies, si le déficit constaté lui paraît résulter normalement des transformations ou manipulations déclarées.

Les industriels et les pharmaciens visés au présent article sont tenus d'adresser au plus tard le 1er février, le 1er mai, le 1er août et le 1er novembre, à l'autorité qui a délivré l'autorisation, un état trimestriel des ventes, soit des substances stupéfiantes (drogues simples et préparations), soit des produits de transformation, effectuées pendant le trimestre précédent. Ces états indiquent le nom de la substance ou du produit de transformation ainsi que les quantités.

Un état des stocks disponibles au 31 décembre de l'année précédente des substances stupéfiantes (drogues simples et préparations), ainsi que des stocks des produits de transformation disponibles à la même date doit être joint à l'état trimestriel devant être adressé avant le 1er février.

*Art.* 35. — Le registre prévu à l'article 33 doit être conservé pendant dix années pour être représenté à toute réquisition de l'autorité compétente.

Le vendeur n'est exonéré des quantités reçues que dans la mesure soit des ventes par lui effectuées et inscrites audit registre soit de la décharge donnée dans les conditions de l'article précédent.

*Art.* 36. — Exception faite pour la délivrance en vue des usages thérapeutiques et sur ordonnance, il est interdit de vendre ou de délivrer lesdites substances à quiconque ne justifie pas qu'il a satisfait aux conditions de l'article 30 du présent décret.

Lesdites substances ne peuvent être délivrées que contre une commande écrite, datée et signée de l'acheteur ou de son représentant, indiquant son nom, sa profession et son adresse, et énonçant, en toutes lettres, la quantité de la substance demandée.

La commande doit être conservée pendant trois ans par le vendeur, pour être représentée à toute réquisition de l'autorité compétente.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article sont applicables en cas de vente ou de cession desdites substances après saisie par l'autorité publique ou à la requête des créanciers.

*Art.* 37. — Il est interdit aux pharmaciens de renouveler aucune ordonnance prescrivant des substances du tableau B soit en nature, soit sous forme de solutions destinées à des injections sous-cutanées.

La même interdiction s'applique aux ordonnances prescrivant des poudres composées à base de cocaïne ou de sels et renfermant ces substances dans une proportion supérieure à un pour mille, ainsi qu'aux ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et contenant des substances du tableau B à une dose les faisant tomber sous le paragraphe 2 dudit tableau.

Par dérogation à cette dernière disposition, peuvent être renouvelées les ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et ne contenant pas plus de 250 milligrammes d'opium officinal, ni plus de 25 milligrammes de morphine, de benzoylmorphine, d'hydrocodéinone, de dihydroxycodéinone, de cocaïne, ainsi que les ordonnances prescrivant en nature le laudanum à une dose n'excédant pas 5 grammes.

Les pharmaciens peuvent délivrer aux praticiens légalement habilités à les prescrire pour les usages thérapeutiques, les substances du tableau B nécessaires à l'exercice de leur profession, dans les conditions et sous les réserves fixées aux articles 26 et 27.

Les pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune ou dans les communes contiguës lorsque celles-ci sont dépourvues d'officine.

Il est interdit aux pharmaciens de délivrer à ces praticiens aucune de ces substances en nature.

Les pharmaciens doivent conserver, pendant trois ans, pour être représentées à toute réquisition de l'autorité compétente, les demandes émanant des médecins, des vétérinaires, des chirurgiens dentistes et des sages-femmes, et en adresser un relevé à la fin de chaque trimestre au maire.

*Art.* 38. — Il est interdit aux médecins de rédiger et aux pharmaciens d'exécuter des ordonnances prescrivant, pour une période supérieure à sept jours, les substances du tableau B lorsque la composition des préparations prescrites correspond aux conditions d'interdictions édictées par l'article précédent.

*Art.* 39. — Les définitions énoncées à l'article 1er de la convention sur le commerce des stupéfiants, signée à Genève le 19 février 1925, s'appliquent aux substances figurant sous les mêmes dénominations au tableau B.

Les dispositions du présent titre, sauf celles de l'article 32 relatives aux expéditions par la voie postale, ne sont pas applicables aux préparations contenant des substances du tableau B qui, en raison de la nature des substances médicamenteuses avec lesquelles ces stupéfiants sont associés et qui empêchent de les récupérer pratiquement, auront été reconnues par le comité d'hygiène de la Société des nations comme ne pouvant donner lieu à la toxicomanie.

Celui des tableaux A et C sur lequel ces préparations doivent être inscrites sera celui fixé par l'arrêté ministériel pris en application de l'article 40 du décret du 20 mars 1930 en vigueur dans la métropole.

Les dispositions du présent titre ne sont pas

applicables à ceux des alcaloïdes de l'opium, leurs sels et leurs délivés qui ne sont pas classes nommément dans le tableau B.

Ces substances sont soumises aux dispositions du titre I[er] et seront désormais classées dans le tableau A.

Art. 2. — Le tableau B, annexé au décret du 27 octobre 1923, est remplacé par le tableau suivant :

TABLEAU B

1° Opium brut.
Poudre d'opium.
Extrait d'opium.
Morphine et ses sels.
Diacétylmorphine et ses sels.
Hydrocodéinone et ses sels.
Dihydroxycodéinone et ses sels.
Feuilles de coca.
Cocaïne brute.
Egonine.
Cocaïne et ses sels.
Chanvre indien.
Résine de chanvre indien.
Préparations à base de résine de chanvre indien.
Extrait et teinture du chanvre indien ;

2° Toutes préparations figurant ou non dans une pharmacopée et contenant :

De la diacétylmorphine, quelle que soit la proportion.

De la cocaïne en proportion dépassant un millième.

De la morphine ou une benzoylmorphine ou de la hydrocodéinone ou de la dihydroxycodéinone en proportion dépassant deux millièmes.

Art. 3. — Sont rayées du tableau A comme rentrant dans la catégorie des préparations visées au n° 2 du tableau B ci-dessus, les préparations suivantes :

Gouttes noires anglaises.
Laudanum de Rousseau.
Laudanum de Sydenham.
Teinture d'opium.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 4. — Un délai de six mois, à dater de la publication du présent décret, est accordé aux personnes qui ont accompli les formalités prévues aux articles 2 et 30 du décret du 27 octobre 1923 pour se conformer à celles des dispositions des articles 30, 32 et 33 nouveaux qui n'étaient pas prévus par le décret précité.

Art. 5. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié aux *Journaux officiels* de la République française et de la Réunion et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

2e *décret*

Art. 1er. — Est rendu applicable à la Guyane le décret du 20 mars 1930 modifiant le titre II du décret du 14 septembre 1916 promulgué dans la colonie par arrêté du 2 octobre 1918.

Art. 2. — Les attributions du ministre chargé de la répression des fraudes et du conseil supérieur d'hygiène publique de France sont dévolues respectivement au gouverneur et au comité d'hygiène de la colonie.

Art. 3. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de la colonie de la Guyane.

3e *décret*

Art. 1er. — Sont rendus applicables aux îles Saint-Pierre et Miquelon, les décrets des 14 septembre 1916 et 20 mars 1930 réglementant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne.

Art. 2. — Les attributions des ministres de l'Agriculture, de l'Intérieur et de la Santé publique, du ministre chargé de la répression des fraudes et du conseil supérieur d'hygiène publique de France sont dévolues respectivement à l'administrateur et au comité d'hygiène de la colonie en ce qui concerne les derniers paragraphes des articles 8, 31 du décret du 14 septembre 1916 et le décret du 20 mars 1930.

Art. 3. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de la colonie de Saint-Pierre et Miquelon.

(*J. O.*, 5 octobre 1932.)

## Hygiène et prophylaxie

*Proposition de loi tendant à instituer un « livret sanitaire », présentée par M. Louis Marteau, député. — (Renvoyée à la commission de l'hygiène.)*

### EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, bien souvent le médecin, appelé au chevet d'un malade, s'enquiert des maladies que son client a pu avoir autrefois.

Par là, il peut se rendre compte du tempérament du patient et appliquer, presque à coup sûr, le traitement qui conviendra le mieux.

Malheureusement, en plus des maladies de la prime enfance, qui ne sont souvent connues que

des parents, par défaut de mémoire, par fausse honte aussi parfois, le malade ne peut, ou ne veut pas révéler à son médecin, les maladies ou symptômes qu'il a précédemment ressentis, ni les médications conseillées, pas plus que les vaccinations opérées. Or, celles-ci sont de plus en plus fréquentes et diverses.

Le moyen de remédier à ce fâcheux état de choses peut être recherché dans l'établissement, pour chaque individu, d'un livret sanitaire. Sur ce livret, délivré au moment de la déclaration de la naissance, par les soins des services de l'état civil, seraient portées toutes les constatations auxquelles pourront donner lieu l'état physiologique et l'état pathologique du titulaire dudit livret : en un mot, son *curriculum vitæ* pathologique sous une forme que le corps médical peut réaliser sans attirer l'attention sur certains points délicats.

D'ailleurs, le livret sanitaire, dont nous vous proposons, l'institution existe déjà d'une façon au moins partielle. En effet, l'autorité militaire au moment de l'incorporation des jeunes recrues, établit pour chacun de ces jeunes gens, un livret médical qui, annexé au livret matricule, suit le militaire dans les diverses formations auxquelles il peut être affecté au cours de son stage sous les drapeaux. Mais ce livret médical, après libération de son titulaire, reste dans les archives des corps de troupe et, par suite, ne peut être d'aucun secours lorsque le jeune soldat est rentré dans la vie civile. A ce livret médical militaire est attaché un certain caractère confidentiel et seul le chef de corps est admis à le consulter.

Il suffit donc de faire sortir du domaine militaire le livret médical existant actuellement et de le généraliser en permettant son établissement pour les personnes de l'un et de l'autre sexe, alors qu'il n'est en expérience que, dans quelques rares établissements d'instruction.

Le livret sanitaire que nous vous proposons restera à la disposition de son titulaire ou de ses parents qui seront juges des communications qui pourront en être faites.

Chaque inspection pratiquée par le médecin d'un établissement scolaire donnera lieu à la délivrance d'un feuillet mobile d'examen qui sera incorporé dans le livret aux pages réservées à l'âge correspondant, soit par les parents, soit de préférence par le médecin de famille. Celui-ci pourra toujours se mettre en communication avec le médecin de l'établissement d'instruction. C'est ainsi qu'il délivrera sous pli cacheté, à chaque élève interne au moment de son entrée dans un lycée, collège, etc., un résumé du passé pathologique du jeune écolier ; ces fiches resteront la propriété du médecin de l'établissement et seront restituées par ses soins au départ de chaque élève. Il sera pris grand soin, pendant cette période scolaire, de n'omettre aucune des vaccinations qui peuvent être pratiquées à cet âge.

Le livret sera apporté par chaque recrue à son corps et remis directement par lui au médecin du régiment ; il lui sera rendu, tenu à jour, à sa libération.

Il y a lieu d'assurer au livret sanitaire un certain caractère secret.

Il suffira de décider que les indications qu'il renferme seront protégées par l'article 378 du code pénal, relatif au secret professionnel.

Les indications portées à ce fascicule pourraient d'ailleurs avoir une autre utilité que le simple rôle clinique que nous avons mis en évidence au début de cet exposé. Nous avons déjà signalé l'heureuse influence que le livret sanitair, pourrait avoir sur l'hygiène des écoles et des casernes. Ne serait-il pas, de plus, souhaitable, en notre période d'intense circulation automobile, d'écarter de nos routes les névrosés et tous ceux dont une infirmité cachée peut faire, en certaines circonstances, un danger pour les autres usagers de la route ? Nous croyons pouvoir affirmer que la simple présentation du livret sanitaire sera acceptée plus facilement par le public que la nécessité de passer un examen médical véritable.

Pour assurer la mise en application du livret sanitaire dans des délais aussi brefs que possible et sur la base la plus large, nous vous proposons, à titre de mesure transitoire, de mettre à la disposition des établissements scolaires et de l'autorité militaire des livrets sanitaires destinés à être délivrés aux jeunes élèves et aux jeunes recrues, et ce, jusqu'à l'époque où ceux-ci seront déjà pourvus de leur livret sanitaire.

Nous vous proposons de laisser au Gouvernement le soin de définir le modèle, les caractéristiques, le mode d'établissement du livret sanitaire, les organisations syndicales des médecins français ayant déjà choisi, après plusieurs essais, un modèle de livret qui pourrait être adopté tout au moins provisoirement.

Nous avons, en conséquence, l'honneur de soumettre à votre approbation le texte suivant :

## PROPOSITION DE LOI

Art. 1er. — Dans un délai de six mois, à dater de la promulgation de la présente loi, il sera mis à la disposition des maires des livrets sanitaires qui seront délivrés aux nom et prénoms de l'enfant, lors de toute déclaration de naissance.

Art. 2. — Ce livret sera présenté par son titulaire à toute réquisition du médecin traitant qui devra y consigner toute maladie de caractère contagieux ou chronique, toutes vaccinations effectuées, toute intervention médico-chirurgicale que subira le titulaire dudit livret. Y seront également mentionnées toutes observations cliniques relatives à l'état physiologique du titulaire.

Art. 3. — Toutes divulgations des indications portées au livret sanitaire faites par des tiers, autres que celles faisant l'objet d'un certificat régulièrement délivré par un docteur médecin, seront punies des peines portées à l'article 378 du code pénal.

Art. 4. — Dans le délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, un règlement d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre de la Santé publique, d'accord avec les organisations syndicales des médecins français, déterminera le modèle du livret sanitaire, ainsi que la nomenclature des indications qui pourront y être consignées.

Art. 5. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies.

Dispositions transitoires

Art. 6. — Dans le délai visé à l'article 1er, des livrets sanitaires seront mis à la disposition des établissements d'enseignement et de l'autorité militaire pour être délivrés aux élèves et aux recrues qui n'en seraient pas encore pourvus.

De même, sur la demande des parents, des livrets leur seront délivrés pour leurs enfants qui ne sont pas encore en âge de fréquenter une école.

(*Documents parlementaires.* Ch. des Députés, *S. O.*, 1932. Annexe 6559.)

## Assistance publique

*Rapport fait au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociales chargée d'examiner le projet de loi réglant les rapports de l'assurance sociale avec l'assistance médicale gratuite, par M. Fié, député.*

Messieurs, la situation des assurés inscrits à l'article 59 de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, assurés aidés par l'assistance, tant pour les soins à domicile que pour l'hospitalisation, est apparue, dès l'abord, comme assez confuse.

Les circulaires ministérielles l'ont compliquée et les administrations départementales ont envisagé de multiples façons l'application de cette assurance-assistance.

Qu'a voulu le législateur par cette disposition ?

La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite est une loi de solidarité sociale qui met à la charge des collectivités les soins médicaux, les fournitures pharmaceutiques et l'hospitalisation des « privés de ressources », c'est-à-dire de ceux qui ne peuvent, par déficience physique ou intellectuelle, se livrer à un travail quelconque.

Avant le vote de la loi sur les assurances sociales, les listes d'assistance médicale gratuite, établies par les bureaux de bienfaisance et les municipalités, comportaient un grand nombre de travailleurs à salaire réduit ou de travailleurs chargés de famille et, de ce fait, dans une situation assez précaire.

Depuis le vote de la loi du 30 avril 1930, les listes d'assistance médicale gratuite pure ne peuvent admettre que les bénéficiaires de la loi de 1905, c'est-à-dire les vieillards, les infirmes et les incurables qui vivent des allocations des collectivités.

L'assuré social, même notoirement indigent, que ce soit par salaire minimum, par charge de famille, par maladie ou toute autre cause, n'est plus un assisté.

Cet assuré diffère de l'assisté en ce sens qu'il verse des cotisations et parce que son employeur en verse pour lui : il a un droit moral indiscutable.

Ayant fait les mêmes versements que les autres assurés de sa catégorie, l'assuré assisté a les mêmes droits. Tout d'abord, il a ce droit primordial inscrit au paragraphe 2 de l'article 4 de la loi : le libre choix du médecin. C'est une des raisons que la commission d'assurance et de prévoyance sociales a invoqué contre l'octroi des prestations en nature à ces assurés selon les règlements et tarifs de la loi du 15 juillet 1893, parce que l'assujetti à l'assistance médicale gratuite n'a pas encore obtenu le libre choix du médecin dans quelques départements.

N'ayant pas de ressources suffisantes pour la participation aux dépenses, l'assurance intervient en supportant une part des frais répartie entre les trois collectivités et le médecin en acceptant une réduction des honoraires.

Ensuite, la conception de verser l'assuré assisté dans l'assistance pure serait, dans la plupart des cas, une erreur sociale inacceptable. L'assuré deviendra assuré assisté souventes fois en raison de ses charges de famille. Vous ne sauriez admettre qu'un assuré, du fait qu'il est chargé d'enfants, tombe dans une situation inférieure avec des droits amoindris.

*Choix du tarif.*

Les tarifs de l'assistance médicale gratuite varient selon chaque département. En dehors du libre choix non reconnu dans quatre départements : les Basses-Alpes, les Hautes-Alpes, les

Alpes-Maritimes et la Corse, trois départements ont encore le forfait : les Hautes-Alpes, les Alpes-Maritimes et la Corse, deux départements sont sous le régime de l'abonnement ; l'Ariège et les Pyrénées-Orientales et dans les autres départements les tarifs sont excessivement variables. Les prix appliqués pour 1932 sont :

1° Pour la consultation :

| | | |
|---|---|---|
| 15 fr. dans | 4 | départements. |
| 12 fr. dans | 8 | — |
| 10 fr. 50 dans | 1 | — |
| 10 fr. dans | 32 | — |
| 9 fr. dans | 2 | — |
| 8 fr. dans | 25 | — |
| 7 fr. 50 dans | 2 | — |
| 7 fr. dans | 3 | |
| 6 fr. dans | 5 | — |
| Total | 82 | départements à la visite. |

2° Pour la visite :

| | | |
|---|---|---|
| 15 fr. dans | 4 | départements |
| 12 fr. dans | 21 | — |
| 11 fr. 25 dans | 1 | — |
| 10 fr. 50 dans | 1 | — |
| 10 fr. dans | 33 | — |
| 9 fr. dans | 7 | — |
| 8 fr. dans | 14 | — |
| 7 fr. dans | 1 | — |
| Total | 82 | départements à la visite. |

L'honorable rapporteur du budget de la Santé publique, M. Bonnevay, suggérait l'idée de majorer ces prix de 30 p. 100, mais les vices originels de ce tarif d'assistance médicale gratuite subsisteraient en dépit de cette majoration.

Ni le tarif assistance médicale gratuite, ni le tarif de responsabilité des caisses, ni le trop lourd tarif syndical minimum ne peuvent réaliser l'uniformité et la proportion équitable, seul le tarif des accidents du travail, réduit de 25 p. 100 sur l'intervention des syndicats médicaux en raison de la crise économique, s'adapte parfaitement parce qu'il est librement consenti par les médecins et les pharmaciens représentés à la commission spéciale et parce qu'il n'est pas bien différent du tarif de réassurance.

Il doit donner satisfaction à toutes les parties en présence : assurés, médecins, caisses, assistance.

1° L'assuré assisté, qui paye des cotisations comme un autre assuré, doit recevoir de sa caisse les mêmes prestations. Rien n'autorise à limiter ses droits et à le rejeter dans une caisse inférieure ;

2° Le médecin qui est au régime du tiers-payant pour cette catégorie d'assurés, est en droit de réclamer un tarif que le Corps médical organisé aura été appelé à discuter ;

3° La caisse ne doit pas supporter, pour cette catégorie d'assurés, des frais excessifs, sensiblement plus élevés que ceux que lui occasionnent les autres assurés ;

4° L'assistance, ne couvrant qu'un cinquième de la dépense doit accepter les conditions reconnues acceptables par la caisse.

Votre commission d'assurance et de prévoyance sociales a donc l'honneur de soumettre à vos délibérations, la proposition de loi suivante :

## PROJET DE LOI

Art. 1er. — L'article 6, paragraphe 2, de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, est modifié comme suit :

« Les assurés sociaux seront soignés dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à des tarifs qui ne pourront dépasser le tarif le plus bas des malades payants.

« La part à supporter par les caisses dans les frais d'hospitalisation, abstraction faite des honoraires médicaux, sera contenue dans les limites fixées par leurs tarifs de responsabilité. »

Art. 2. — L'article 59 de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, est modifié comme suit :

« Les assurés sociaux, notoirement indigents, seront inscrits sur les listes prévues par les articles 12 à 19 de la loi du 15 juillet 1893, dans les conditions définies par cette loi. Sur ces listes, les assurés sociaux ainsi que les membres de leur famille, pourront être inscrits individuellement ou collectivement. En ce cas, ils jouiront du bénéfice des prestations en nature sans aucun pourcentage de participation.

« Les assurés sociaux étrangers, quelle que soit leur nationalité, auront la faculté de demander, dans les mêmes conditions, leur inscription sur ces listes. Les organismes assureurs et les syndicats médicaux ayant passé les conventions avec eux pourront prendre connaissance des listes susvisées et présenter, dans les formes et délais prévus par la loi du 15 juillet 1893, des réclamations en inscription ou en radiation.

« Les assurés sociaux, ou les membres de leur famille, inscrits sur les listes prévues à l'alinéa précédent, seront soumis en principe, à l'égard de l'ensemble des risques couverts par les assurances sociales à toutes les dispositions de la présente loi. En ce qui concerne les soins médicaux et les fournitures pharmaceutiques, ils ne supporteront aucune participation dans les frais correspondant aux prestations qui leur seront données conformément aux tarifs établis pour l'application de la loi du 9 avril 1898. Quant à l'hos-

pitalisation, la part à supporter par les caisses dans les dépenses sera uniquement contenue dans les limites fixées par leurs tarifs de responsabilité.

« Les dépenses effectuées conformément à ces tarifs seront avancées par le service chargé de l'application de la loi du 15 juillet 1893. Le montant en sera recouvré sur les organismes assureurs à concurrence de leurs tarifs de responsabilité pour les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, déduction faite de la valeur de participation de l'assuré proportionnellement à la catégorie à laquelle il appartient.

« L'excédent sera supporté par la commune, le département et l'Etat, dans les proportions prévues par les barèmes annexés à la loi du 15 juillet 1893. »

Art. 3. — L'article 17 de la loi du 15 juillet 1893 est complété comme suit :

« ..... Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu dûment appelé, par une commission cantonale, composée: dusous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement, dans l'ordre de nomination, du juge de paix, d'un représentant des caisses d'assurances sociales désigné par l'union départementale des caisses ou à leur défaut par la caisse départementale, d'un représentant du Corps médical désigné par la fédération des syndicats médicaux du département. »

(*Débats parlementaires,* Ch. des Députés, *S. O.,* 1932. Annexe n° 6441).

---

*Proposition de loi tendant à instituer et organiser le protection sociale des aveugles civils, présentée par MM. Louis Louis-Dreyfus et autres.*

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, la présente proposition de loi a pour objet d'organiser la protection sociale des aveugles en France, plus particulièrement d'assurer aux aveugles civils l'aide matérielle et morale indispensable à compenser les charges et les inconvénients inhérents à leur infirmité.

De toutes les infortunes, la cécité est celle qui provoque le mieux et retient le plus la pitié du public.

La France s'enorgueillit à la pensée que le génie de Valentin Haüy et de Louis Braille surgit pour donner aux aveugles du monde entier les moyens de s'éduquer et de vaincre l'adversité.

Pourtant, ayant été le premier à travailler au bien des aveugles, notre pays est, aujourd'hui, chacun le sait, en retard sur nombre d'autres nations ayant tiré des initiatives françaises les enseignements dont nous omettons nous-mêmes de profiter.

Malgré les progrès de la science au point de vue médical, la cécité conserve des origines multiples, souvent peu honorables, et contre lesquelles le dépistage est insuffisamment organisé. Congénitale ou acquise, la cécité est victime de préjugés de la part même des familles de ceux qu'elle atteint et qui, souvent encore, préfèrent dissimuler leurs infirmes que tenter de les soustraire à leur emprisonnement.

Au point de vue scolaire et malgré la promesse contenue à l'article 4 de la loi du 28 mars 1882, sur l'instruction obligatoire et gratuite, l'enseignement des aveugles n'est pas organisé. Nos écoles spéciales échappent au contrôle du ministère compétent. La gratuité de l'instruction n'est pas assurée. Nos écoles publiques sont pratiquement fermées aux enfants aveugles de même qu'aux enfants sourds-muets, alors qu'il y aurait souvent le plus grand intérêt moral et social à ce que ces jeunes infirmes soient mêlés de très bonne heure aux autres enfants.

Le personnel enseignant est insuffisant, sa préparation et sa direction souffrant des mêmes faiblesses et des mêmes lacunes que la préparation des élèves.

Le matériel scolaire est inexistant, les locaux eux-mêmes manquent souvent des installations d'hygiène et de confort les plus indispensables.

A la sortie de l'école, quand il a pu y entrer et bénéficier ainsi d'une formation première, le jeune aveugle est-il au moins certain de trouver les appuis nécessaires à la conquête de sa place dans la vie sociale ?

La vérité oblige à dire qu'à cet égard la situation n'est pas meilleure.

L'installation première, le placement des aveugles sont entièrement abandonnés aux initiatives de la charité et de la bienfaisance.

Rivalisant de zèle, les organisations privées dispersent leurs efforts en une multiplicité d'entreprises où l'esprit de concurrence prime le souci de faire œuvre utile.

L'incohérence et la confusion sont aussi installées à la base de l'organisation française d'assistance spéciale, laquelle ne trouve elle-même auprès des pouvoirs publics qu'un moindre soutien. Faute d'autorité, la commission consultative créée en 1909 au ministère de l'Intérieur pour coordonner l'action typhlophilique n'a jamais pu siéger utilement et sommeille depuis 1918. Pour 35 œuvres d'assistance aux aveugles par le travail, le budget du ministère de la Santé publique dispose seulement d'un crédit annuel de 450.000 francs.

La loi d'assistance améliorée pour les grands

infirmes ayant besoin de la tierce personne n'apporte aucune aide à ceux des aveugles qui tentent courageusement de participer à l'activité économique du pays. Les ressources provenant du travail doivent, en effet, être déduites des secours d'assistance, de telle sorte que la plupart des aveugles travailleurs sont privés des allocations mensuelles de la loi du 14 juillet 1905 et par conséquent des majorations spéciales instituées par la loi du 16 avril 1930.

Par contre, les ressources provenant de la bienfaisance et de la charité n'entrent pas en décompte. Il s'ensuit que les mendiants professionnels trouvent auprès de la loi l'aide pécuniaire qu'elle refuse aux aveugles travailleurs.

Par ailleurs, on remarque qu'aucune disposition légale ne permet de soutenir l'aveugle utile dans son effort quotidien. Entre tous les travailleurs diminués, les aveugles apparaissent cependant doués des meilleures facultés professionnelles, l'absence de la vision se traduisant surtout par une diminution dans le rendement, non par une infériorité dans l'exécution.

Admis à divers concours pour l'obtention de diplômes publics ; enseignement général, enseignement de la musique et du chant dans les écoles, massages, par exemple, admis aussi à concourir pour les adjudications et marchés des grandes administrations de l'État, des départements et des communes, les aveugles travailleurs ne disposent d'aucun droit de priorité, ce qui rend inopérantes les dispositions prises pour la mise en valeur de leurs facultés.

Enfin, et malgré l'évidente nécessité de faire là œuvre de justice, les aveugles ne jouissent, du fait de leur infirmité et pour les charges qu'elle leur impose, d'aucun dégrèvement dans le payement de l'impôt, alors même qu'ils sont contraints d'être assistés dans tous les actes de leur vie professionnelle, notamment, et de produire pour deux. Le guide indispensable constitue, en effet, pour le non-voyant, une charge permanente sans aucune compensation pour lui et comportant même un certain nombre d'inconvénients moraux ou matériels pour sa liberté individuelle.

Ainsi, dans son ensemble, la condition sociale des personnes atteintes de cécité apparaît assez digne d'attention et de sollicitude pour justifier une initiative parlementaire.

Diverses mesures susceptibles de rendre aux aveugles une partie de leur indépendance pourraient être envisagées, de manière à assurer leur protection contre toutes les atteintes à l'intégrité de leur personnalité morale, physique, de leurs capacités civiles aussi.

C'est dans cet esprit et dans l'exacte connaissance des difficultés auxquelles il faut porter remède, que nous avons l'honneur, Messieurs, de déposer devant vous la présente proposition de loi dont le Parlement s'honorera, nous en avons la certitude, en en faisant le statut légal des aveugles français.

Pour le cas où l'opportunité de notre initiative devrait se justifier, il nous suffira sans doute d'indiquer qu'un certain nombre de pays étrangers : l'Amérique, l'Italie, l'Allemagne, la Hollande, chacun dans l'esprit et le cadre de leur législation, ont déjà pris ces dernières années, diverses mesures générales ou particulières ayant pour objet d'améliorer le sort des aveugles et d'organiser la prophylaxie de la cécité.

En Angleterre, notamment, depuis 1924, les aveugles disposent d'une législation spéciale réglant pour tous : enfants, adultes et vieillards, capables, demi-capables, ou incapables, les conditions de leur assistance générale.

Pays de Valentin Haüy et de Louis Braille, la France ne saurait demeurer plus longtemps à l'arrière des nations dont elle a fait elle-même l'éducation typhlophilique.

Etudiée de manière à n'imposer au budget national qu'une moindre dépense, utilisant avant tout les textes législatifs en vigueur et auxquels il devait d'ailleurs, tout naturellement, être fait appel, notre proposition a pour but de combler diverses lacunes, de réparer un certain nombre d'injustices et d'ouvrir à 30.000 citoyens français, particulièrement dignes de sollicitude, une ère nouvelle de progrès et d'espérance.

Nous vous demandons donc de l'adopter et de proclamer le droit des aveugles à l'assistance sociale par application du principe de solidarité nationale ; ce faisant vous permettrez à la troisième République de faire honneur aux engagements pris par la Révolution française.

## PROPOSITION DE LOI

### TITRE Ier

Art. 1er. — A. — La cécité étant considérée comme le plus grand obstacle matériel à l'acquisition de l'indépendance physique et sociale, tout Français atteint de cécité complète a droit à l'assistance organisée par la présente loi.

B. — La cécité congénitale ou acquise est complète lorsque la vision est nulle, quantitative ou inférieure à 1/20 de la vision normale.

Art. 2. — Toute personne atteinte de cécité complète, ou à son défaut le chef de famille chez qui elle vit, le logeur, le chef d'établissement dans lequel elle est recueillie, est tenu d'en faire la déclaration à la mairie de la commune de résidence, dans les trois mois qui suivent la maladie ou l'accident qui a occasionné la cécité. Cette déclaration est consignée sur un registre spécial ; elle est mentionnée sur les actes d'état-civil de l'intéressé.

Art. 3. — Sous réserve des dispositions de droit commun applicables aux mineurs, aux incapables et aux interdits, la capacité civile des personnes atteintes de cécité, leur signature ou leurs témoignages ne peuvent, en aucun cas, être discutés, ni contestés du fait de leur infirmité.

TITRE II

Art. 4. Les associations, institutions et organisations publiques s'occupant des aveugles, sont placées sous l'autorité du ministère de la Santé publique, quels que soient leur but particulier, leur origine et leur direction.

Les associations, institutions et organisations privées sont placées sous le contrôle du ministère de la Santé publique.

Art. 5. — Les associations, institutions ou organisations ayant pour but direct ou indirect l'assistance aux aveugles, créées par des collectivités publiques ou privées ou par des particuliers, ne pourront obtenir les subventions de l'Etat, si elles n'ont été préalablement agréées par le ministre de la Santé publique. La demande est adressée au ministre par le préfet du département où siège l'œuvre intéressée, elle expose le but projeté, les raisons qui justifient la création et les moyens financiers envisagés. Le conseil général donne un avis motivé sur la demande.

Art. 6. — 1° Il est institué auprès du ministère de la Santé publique un établissement d'utilité publique dit : « Office central pour les aveugles », dont le rôle est d'organiser, sous l'autorité du ministre, la protection sociale des aveugles, de coordonner l'action des associations et institutions spéciales, et d'une manière générale, d'étudier et de proposer les mesures pour assurer aux aveugles l'aide morale et matérielle dont ils ont besoin ;

2° Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'office central, pour lequel une subvention, fixée en considération de ses besoins, pourra être inscrite chaque année au budget du ministère de la Santé publique.

Art. 7. — L'enseignement primaire et secondaire, l'éducation et la rééducation professionnelle des aveugles sont donnés sous l'autorité et le contrôle du ministère de l'Instruction publique, en application des lois en usage sur l'enseignement public et privé et, notamment, de la loi du 15 juin 1881, de l'article 4 de la loi du 28 mars 1882 et de la loi du 25 juillet 1919 sur l'enseignement technique.

Art. 8. — Les dépenses générales de l'instruction : personnel, matériel scolaire, sont à la charge du budget du ministère de l'Instruction publique, dans les mêmes conditions que pour les autres branches de l'enseignement public. Les dépenses d'internat, d'économat d'entretien des élèves et des immeubles sont à la charge du budget du ministère de la Santé publique qui y pourvoit en totalité dans les établissements publics et, en partie, par des bourses et des subventions dans les établissements privés agréés.

Art. 9. — Le bénéfice des allocations prévues à l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905 est alloué aux aveugles civils âgés au moins de treize ans qui en font la demande ou dont la demande est présentée par les parents ou le tuteur, lorsque leurs ressources, non compris celles provenant du travail, n'excèdent pas 2.400 francs par an.

Cette quotité est portée à 3.000 francs si l'ayant droit a à sa charge un enfant de moins de treize ans ou un ascendant de plus de soixante ans ; à 3.000 francs s'il a deux personnes à sa charge ; 4.200 francs s'il en a trois, et ainsi de suite en augmentant de 600 francs par personne.

Dès qu'ils auront été admis, au bénéfice de l'article 20 précité, les aveugles bénéficieront de plein droit de la majoration prévue par l'article 173 de la loi du 16 avril 1930.

Lorsque les ressources de l'ayant droit dépassent les chiffres ci-dessus, le secours d'assistance, allocation et majoration comprises, est diminué de l'excédent.

Les ressources provenant de l'épargne ou d'une pension de retraite que s'est acquis l'ayant droit, les rentes des victimes de la guerre et des victimes d'accidents du travail attribuées pour une autre cause que la cécité, les pensions d'ascendants de veuves ou d'orphelins n'entrent pas en compte, si elles n'excèdent pas 2.400 francs. Cette quotité est portée à 3.000 francs si l'ayant droit a à sa charge un enfant de moins de treize ans ou un ascendant de plus de soixante ans, et à 3.000 francs s'il a deux personnes à sa charge et ainsi de suite en augmentant de 600 francs par personne à sa charge.

Les ressources provenant du travail du conjoint ou des enfants de l'ayant droit n'entrent pas en ligne de compte, ni les ressources fixes et permanentes provenant de la bienfaisance privée et attribuée aux mutilés des yeux sans pension.

Art. 10. — Le bénéfice de l'hospitalisation, soit chez les particuliers, soit dans les établissements publics ou privés et, par priorité, dans les institutions d'assistance par le travail est accordé aux aveugles civils assistés qui en font la demande et à qui l'assistance à domicile ne peut pas être donnée utilement.

Art. 11. — Les aveugles bénéficiaires des allocations et majorations de la loi du 14 juillet 1905, quelle que soit la quotité du secours d'assistance attribué, sont exempts de toutes contributions.

Cette disposition s'applique à toutes les taxes locales ou générales perçues sur les instruments de musique et appareils sonores utilisés pour la profession ou la distraction, ainsi qu'aux taxes de séjour.

La même exemption est applicable aux aveugles, célibataires ou mariés sans enfants, artisans, commerçants, industriels et à tous les travailleurs manuels ou intellectuels non bénéficiaires du secours d'assistance et dont les revenus globaux, traitement et salaire compris, n'excèdent pas 20.000 francs.

Cette exonération est de 50 p. 100 du montant des impôts, lorsque les revenus dépassent 20.000 francs sans excéder 40.000 francs ; de 25 p. 100 lorsque le revenu global dépasse 40.000 francs.

Art. 12. — Par les soins de l'office central pour les aveugles, il sera délivré aux aveugles civils qui en feront la demande une carte d'invalidité valable sur l'ensemble des transports en commun : chemins de fer, tramways, autobus, métro, funiculaire, bateaux, et donnant droit :

1° A une réduction de 50 p. 100 sur le prix du transport, lorsque le titulaire voyage seul ;

2° Au transport gratuit de son guide — personne ou chien — quand l'aveugle voyage accompagné. Cette faveur s'appliquera quel que soit le titre de circulation délivré : billet simple, billet d'aller et retour, carte d'abonnement, billet à prix réduit d'un tarif spécial.

La franchise des bagages affectée au titre de circulation du titulaire s'étend au guide de celui-ci, dans les mêmes conditions de parcours et de poids.

La carte d'invalidité délivrée par l'office central pour les aveugles est valable sur l'ensemble du territoire, aux colonies et dans les pays de protectorat. Elle donne droit à l'entrée gratuite dans toutes les salles de spectacle et, en général, dans tous les lieux publics où l'entrée de l'aveugle aura donné lieu à perception.

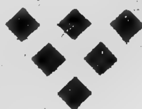
Art. 13. — Le bénéfice de la législation sur les familles nombreuses est alloué à toute famille française dont le chef est atteint de cécité à partir du premier enfant de moins de 13 ans.

Art. 14. — Pour tous les avantages particuliers attribués aux victimes d'accidents de travail et aux victimes de la guerre par la législation sociale en cours ou à venir sur les loyers, les habitations à bon marché, l'accès à la petite propriété, les assurances sociales, les coopératives, les emplois réservés, etc., et sous réserve de repondre aux mêmes conditions, les aveugles civils sont assimilés aux mutilés atteints de cécité complète.

Art. 15. — Par les soins de l'office central pour les aveugles, il sera créé un service d'inspection des aveugles résidant à domicile et dans les établissements, à l'effet de veiller au bon maintien de leurs conditions professionnelles et sociales, à l'hygiène de leur foyer , leur santé et éventuellement, à la défense de leurs intérêts, de leurs biens ou de leur personne.

Art. 16. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'exécution de la présente loi et arrêtera toutes mesures propres à en assurer la complète application.

(*Documents parlementaires.* Chambre des Députés. *S. O.*, 1932. Annexe 6707.)



*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

# LE CONCOURS MÉDICAL

## SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
**" L'Officiel Médical "**

**Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements**
**Pièces officielles - Tarifs, etc.**


## SOMMAIRE



## Documents publiés dans les numéros ordinaires

### Service de Santé militaire

*Décret du 11 octobre 1932 relatif à la prise de rang des officiers de réserve titularisés dans l'armée active* ........ p. 3178

### Téléphone

*Décret du 10 septembre 1932 relatif à l'organisation d'un service de réveil des abonnés au téléphone* ........ p. 3305

## Hygiène publique

*Circulaire relative au contrôle de la conservation et du fonctionnement des ouvrages et installations sanitaires établis par les communes rurales.*

*Le ministre de la Santé publique et le ministre de l'Agriculture à MM. les préfets,*

Paris, le 5 septembre 1932,

Il advient que des ouvrages ou travaux intéressant la santé publique (adduction d'eau potable, égouts, bains-douches, lavoirs et abattoirs, cimetières, etc.) exécutés avec l'aide des subventions de l'Etat et des départements par les communes, les établissements et services d'assistance et de bienfaisance, ne se trouvant plus, après un certain temps de fonctionnement, dans les conditions de leur premier établissement, ne présentent plus la sécurité sanitaire en vue de laquelle ils ont été établis.

Cet état de choses défectueux dû, soit à un accident, soit à un entretien insuffisant, peut avoir les plus graves conséquences que, dans

l'exercice normal de leurs fonctions (1), les services d'inspection départementale d'hygiène sont appelés à constater par des analyses, par les statistiques de morbidité et de mortalité, etc.

Toutefois, les causes mêmes du défaut de conservation et de fonctionnement desdits ouvrages ou travaux et l'influence fâcheuse qu'elles peuvent avoir ne peuvent être, le plus souvent, déterminées que par des ingénieurs qualifiés.

Dans les villes et les agglomérations importantes, les municipalités peuvent se procurer le concours de tels ingénieurs, mais il n'en est pas de même le plus généralement dans les campagnes. Les municipalités rurales ont besoin, particulièrement dans la circonstance, d'un technicien en qui elles puissent avoir toute confiance pour l'examen de la situation des ouvrages ou travaux incriminés ou suspects.

C'est en vue d'assurer cet examen technique avec les garanties indispensables, que nos deux départements ministériels de la santé publique et de l'agriculture, également intéressés au bon entretien des travaux sanitaires dans les campagnes, ont estimé que la mission de contrôle technique des ouvrages dont il s'agit pourrait être confiée, en faveur des communes rurales (2), aux ingénieurs du génie rural.

Ces fonctionnaires, qui ont dans leurs attributions l'étude et le contrôle de la réalisation de travaux intéressant à la fois l'exploitation agricole du sol et l'hygiène publique (adduction d'eau potable, évacuation, épuration, utilisation des eaux usées, électrification des campagnes, etc.), sont en contact étroit tant avec les collectivités agricoles, qu'avec les municipalités rurales dont ils sont les conseils techniques du fait même de leurs fonctions.

Pour ces motifs, ils se trouvent, en cette circonstance, dans les conditions les plus favorables pour vous apporter leur concours, en collaboration avec les inspecteurs départementaux d'hygiène.

Lorsqu'à la suite d'une des visites de surveillance effectuées par le service d'inspection départementale d'hygiène (3), il aura été reconnu, par exemple, par les résultats défavorables d'analyses d'eau potable aux points de consommation, que la santé de la population est menacée, l'ingénieur du génie rural, sur votre invitation et en accord avec l'inspecteur départemental d'hygiène se rendra sur les lieux en vue de la reconnaissance des causes d'ordre technique qui sont à l'origine de la contamination et qui, dans le cas envisagé, peuvent se rapporter, soit à un défaut d'entretien de la zone de protection immédiate des captages, soit à des fuites dans les conduites d'amenée ou de distributions des eaux, soit à des défectuosités des réservoirs (non-étanchéité, pénétration d'eaux extérieures, etc.) ou des ouvrages annexes des conduites (robinets de diverses natures, regards, bornes-fontaines, prises d'eau, etc.), soit à toute autre cause. Un examen par cet ingénieur permettra de se rendre compte de la nature et de l'origine de ces défectuosités et de guider la municipalité dans les recherches nécessaires. Dans ce dernier cas, les recherches pourront être entreprises par tel homme de l'art qualifié, choisi par la municipalité et opérant pour le compte de celle-ci. L'ingénieur du génie rural donnera son avis à la municipalité sur le programme et le devis des dépenses concernant ces recherches.

L'avant-projet des travaux de réparations ou remises en état de fonctionnement approuvé par la municipalité vous sera soumis, comme d'usage, et vous aurez à décider de son approbation ainsi que de l'engagement des dépenses qu'il comporte, sur rapport de l'ingénieur du génie rural.

Celui-ci sera invité par la commune à effectuer la réception des travaux et vous fera connaître, ainsi qu'à la commune, son avis sur cette réception.

Une procédure semblable sera suivie pour les ouvrages ou installations sanitaires publiques, autres que l'adduction d'eau potable, prise ici comme exemple.

Sans attendre la constatation du défaut de fonctionnement des ouvrages par le contrôle normal du service de l'inspection départementale d'hygiène, certaines municipalités, conscientes des conséquences graves qui peuvent en résulter pour la santé des populations qu'elles administrent, ainsi que des responsabilités morales financières, et même pénales, qu'elles peuvent encourir, pourront solliciter des préfets l'examen du bon fonctionnement de leurs installations sanitaires. Dans ce cas encore, la collaboration des services départementaux d'hygiène et des ingénieurs du génie rural serait des plus utiles pour le maintien de la santé publique.

Le contrôle de la conservation et du fonctionnement des ouvrages, et installations sanitaires, effectué dans les conditions ci-dessus exposées, est de nature à apporter une amélioration notable à l'hygiène rurale et à compléter les recom-

(1) Circulaires du ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales du 12 juillet 1924 et du 18 août 1924. La circulaire du 12 juillet 1924 prescrit, notamment dans son titre II (Surveillance des eaux de consommation dans leur état naturel), que les communes de moins de 5.000 habitants seront tenues de faire procéder à des analyses et à des enquêtes lorsque l'indication spéciale leur en sera donnée par arrêté préfectoral, pris sur proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène, ou, à son défaut, d'un membre du conseil départemental d'hygiène désigné à cet effet.

(2) On admet généralement comme communes rurales celles dont la population est inférieure à 5.00 habitants.

(3) Circulaires des 12 juillet et 18 août 1924 du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

mandations de la circulaire du 18 août 1924 relative à l'organisation des inspections départementales d'hygiène.

C'est pou r ce motif qu'il nous est apparu nécessaire d'appeler l'attention des conseils généraux sur l'institution du contrôle technique dont il s'agit, en leur indiquant l'intérêt tout spécial que nos administrations portent à cette question.

Aussi nous vous prions de communiquer, au ministère de la santé publique, les rapports qui seront présentés par vos soins sur cet objet aux assemblées départementales au cours de la prochaine session.

Je vous signale enfin qu'il appartiendra à ces assemblées de fixer la rémunération des ingénieurs du génie rural en qualité de délégués à l'examen technique des ouvrages ou installations sanitaires des communes rurales.

A titre indicatif, en vue de propositions à faire au conseil général, il est rappelé que l'intervention des ingénieurs du génie rural en qualité de délégués préfectoraux au contrôle sur place de l'emploi des subventions sur les fonds du produit des jeux en matière de travaux d'assainissement communaux (circulaires des ministres de l'Intérieur et de l'Agriculture du 13 juin 1931), est rémunérée dans les conditions fixées par la circulaire du ministre de l'Intérieur du 23 janvier 1923, à savoir :

A. — *Frais de transport* (1).

Chemins de fer, bateaux, voitures, tramways. — Dépenses réellement effectuées au tarif de la 1re classe (2).

Ces délégués seront tenus d'employer les moyens de transport les plus économiques. Ils ne devront user de voitures qu'à défaut de chemin de fer et utiliser les billets d'aller et retour toutes les fois que la durée de leur mission n'excédera pas la durée de validité de ces billets.

B. — *Frais de séjour.*

50 francs par jour.

Toute journée commencée est payée intégralement.

C. — *Rémunération pour confection de rapports.*

Allocation fixe de 20 francs par rapport.

Le service du génie rural étant un service régional, dont les circonscriptions comprennent généralement plusieurs départements, le service du contrôle des ouvrages et installations sanitaires des communes rurales sera assuré par l'ingénieur en chef du génie rural de la circonscription territoriale intéressée, avec le concours du personnel d'ingénieurs placés sous son autorité et particulièrement de ceux de ces ingénieurs qui conduisent normalement les affaires du génie rural du département intéressé.

(*J. O.*, 18 septembre 1932.)

---

*Rapport fait au nom de la commission de l'hygiène chargée d'examiner le projet de loi tendant à la création à Paris, sous les auspices de la Société des nations, d'une école internationale de hautes études d'hygiène, par M. Oberkirch, député.*

Messieurs, l'initiative de créer à Paris une école internationale de hautes études d'hygiène est partie du Gouvernement français ; fidèle à sa tâche de multiplier les contacts dans tous les domaines de l'activité internationale, notre Gouvernement avait adressé sa proposition au conseil de la Société des nations, qui lui, à la date du 24 septembre 1930, n'a pas manqué de lui accorder son entière approbation ; il a chargé son comité d'hygiène d'entreprendre une étude technique de ce projet sur la base d'une part des informations détaillées qui seraient fournies par le Gouvernement français, et d'autre part des observations susceptibles d'être présentées par le rapporteur, étude qui aboutira au projet de statut organique, que la section d'hygiène et la section juridique du secrétariat de la Société des nations a dû soumettre au conseil.

C'est ce statut organique, ainsi que la lettre très détaillée que le Gouvernement français avait adressée au conseil de la Société des nations à la date du 23 septembre 1930, qui forment comme la charte de cette nouvelle école : ils contiennent le plan général d'après lequel cette école doit être construite.

L'idée principale qui avait animé le Gouvernement français, ainsi que le comité d'hygiène, consistait à créer un grand courant d'échanges internationaux, et cela dans un domaine encore mal exploré et qui, plus que tout autre, devait ramener les peuples à une collaboration constante en vue de combattre efficacement la maladie et la mortalité, et d'exercer enfin une heureuse influence sur les multiples problèmes, que la complexité croissante de la vie moderne pose journellement devant nous. Au surplus, il est un fait dont il importe de tenir compte : dans l'évolution de l'hygiène publique, les différents pays

(1) Les frais de voitures exposés à l'intérieur des villes ne sont pas dus aux agents chargés de missions lorsqu'il leur est alloué en cette qualité une indemnité journalière (arrêt de la Cour des comptes du 24 décembre 1907, injonction n° 23).

(2) Les titulaires de cartes donnant droit à circulation entièrement gratuite ne toucheront, en conséquence, aucune indemnité de déplacement.

ont atteint un stade fort différent et fort distant l'un de l'autre ; à côté de pays très en retard, nous en trouvons d'autres très avancés : mais tous sentent un égal besoin de développer davantage l'enseignement théorique de l'hygiène et de parfaire leur organisation pratique.

Réunir les grands hygiénistes des différents pays, leur donner l'occasion de décrire leurs observations propres, de traiter, devant un public d'élite, des grands problèmes d'actualité, développer dans son ensemble l'enseignement méthodique et rationnel de cette science encore un peu dispersée qu'est l'hygiène publique, voilà la première tâche qui s'imposera à l'école internationale des hautes études d'hygiène.

Elle ne manquera pas d'obtenir un nombre toujours croissant d'élèves et tout spécialement ceux qui voudront se spécialiser dans la science de l'hygiène. C'est ainsi que cette école sera appelée à former en premier lieu un personnel sanitaire, qui fait tellement défaut à l'heure actuelle presque dans tous les pays, hommes de science et d'action en même temps, qui placés à la tête de l'administration sanitaire de leur pays, sont appelés à inspirer l'enseignement théorique de cette science et à diriger ses nombreuses applications pratiques.

De cette mesure qui lui incombe, découlent la nature et le caractère moral de l'enseignement qui doit y être donné ; il comprendra :

A. — L'hygiène générale comparée, avec la préoccupation constante de confronter les idées, les méthodes et les institutions des différentes nations, enseignement qui porterait sur les différents aspects sous lesquels peuvent se présenter les problèmes d'hygiène.

Hygiène publique dans ses différentes modalités : hygiène sociale, rurale, urbanisme, des ponts, de la navigation, des habitations.

B. — Les acquisitions nouvelles de l'hygiène et des sciences qui se rapportent à l'hgyiène.

En parlant de ces sciences subsidiaires, nous pensons en premier lieu aux sciences chimiques, biologiques, la sociologie, la législation et l'administration en tant qu'elles se rapportent à la législation sanitaire nationale et internationale ; une place importante sera réservée à l'épidémiologie, la bactériologie, la sérologie, aux maladies tropicales ainsi qu'à tous les fléaux aux répercussions si graves et si multiples au point de vue social.

C. — La coopération sanitaire internationale : enseignement donnant un aperçu sur le mouvement d'hygiène dans le monde, faisant ressortir l'œuvre d'hygiène de la Société des nations, de l'appui international d'hygiène publique, avec le souci de développer davantage encore les conventions sanitaires internationales.

Cet enseignement ne devra pas rester seulement théorique ; il doit viser des travaux pratiques, stages et voyages d'études, les travaux, provenant de toutes ces modalités d'enseignement, seraient publiés sous forme de monographies, qui ne manqueraient pas d'avoir une grande valeur scientifique et pratique.

L'école elle-même ne comportera pas de chaires permanentes ; le corps enseignant sera composé, chaque année de médecins français, et des hygiénistes les plus représentatifs d'autres pays, ces derniers étant en mesure de donner leur enseignement en langue française.

Examinons maintenant le fonctionnement administratif et financier de ladite école :

L'école fonctionnera sous les auspices de la Société des nations, sans qu'elle assume aucune responsabilité juridique ou financière. Son contrôle s'exerce par la voie du conseil d'administration, qui est composé des membres en fonctions du comité d'hygiène de la Société des nations ; en d'autres mots, le conseil d'administration de l'école n'est autre en fait que le comité d'hygiène de la Société des nations, et c'est lui qui surveillera la gestion administrative et financière, ainsi que le fonctionnement technique de l'école.

A côté du conseil d'administration se trouve un comité de direction : celui-ci comprendra 7 membres : 6 de ces membres seront désignés par le conseil d'administration et un par le Gouvernement français.

Le Comité de direction sera présidé par un membre français du conseil d'administration ; les fonctions du comité de direction seront déterminées par le conseil d'administration.

Toutefois, le Gouvernement français se réservera le droit d'approuver le choix du directeur de l'école, qui devra être Français, et être saisi annuellement d'un rapport technique, administratif et financier, sur le fonctionnement de l'école, rapport qui devra être communiqué au Parlement, à l'appui de la subvention votée par lui.

Par contre, c'est la France seule qui doit pourvoir à la somme nécessaire à l'entretien et au fonctionnement de cette école ; le crédit demandé se monte à un million de francs, à voter tous les ans ; cette charge ne pourra en aucun cas être accrue par des dépenses imprévues ; l'article 20 du statut organique stipule expressément que le budget de l'école devra être arrêté dans la limite de la subvention française, augmentée de ressources provenant d'une autre origine.

La Société des nations reste entièrement libre de tout engagement financier ; au crédit alloué d'un million s'ajouteront les droits d'inscription auxquels seront astreints les élèves, droits qui pourront être couverts par les bourses, et c'est par l'octroi de nombreuses bourses que la Société des nations pourra très utilement faciliter la gestion financière de l'école ; il y a lieu

d'espérer que ces ressources normales seront augmentées à la longue par des dons et des subventions que les collectivités et les philanthropes voudront lui accorder.

Le crédit d'un million servira à rétribuer un petit nombre de professeurs, du secrétariat, du personnel subalterne, à la constitution progressive d'une bibliothèque et à l'impression des travaux ; enfin, dans l'article 5 de la lettre du Gouvernement français, il est expressément spécifié que l'Etat français n'assume aucune responsabilité civile, financière ou autre, quelle qu'elle soit, du fait du fonctionnement ou de la gestion de l'école.

Le crédit demandé ne pourra être utilisé qu'après le vote du Parlement ; sans doute, le Gouvernement français s'engage, l'approbation parlementaire une première fois obtenue, à payer la subvention annuelle pour une durée de sept ans ; mais nonobstant, le Parlement sera appelé à voter tous les ans ce crédit d'un million.

Par le rapport technique, administratif et financier qui sera soumis chaque année au Gouvernement et au Parlement, il aura en mains tous les éléments d'appréciation, il pourra se rendre un compte exact sur le fonctionnement de l'école ; il s'assure en outre un droit de regard et de contrôle par le paragraphe 6 de la lettre du Gouvernement français et qui dit :

« Le Gouvernement de la République française et, partant, le Parlement, se réserve le droit de proposer à l'acceptation du conseil de la Société des nations et se déclare prêt à examiner, le cas échéant, à la demande dudit conseil, toutes modifications aux présentes conditions dont l'expérience montrerait l'utilité. »

Voilà dans ses grandes lignes, l'école internationale des hautes études d'hygiène, telle qu'elle surgit à notre esprit après étude de la lettre du Gouvernement français adressée au président du conseil de la Société des nations, du statut organique, élaboré par le comité d'hygiène, et le remarquable rapport du professeur L. Besnard, chargé d'examiner la proposition du Gouvernement français, au nom de la sous-commission du comité d'hygiène de la Société des nations.

Votre rapporteur ne peut que très vivement vous engager à donner votre approbation au projet de loi présenté par le Gouvernement ; son vote définitif marquera une étape nouvelle dans cette œuvre de collaboration internationale, si chère à notre pays, et cela dans un domaine très riche en possibilités d'avenir ; il permettra à notre génie national d'exercer son heureuse influence sur les pays les plus éloignés du monde.

## PROJET DE LOI

Art. 1er. — Il est créé à Paris une école internationale de hautes études d'hygiène qui a pour objet de poursuivre, sous les auspices de la Société des nations, les fins suivantes : compléter, par une institution permanente d'enseignement et d'étude, le système des stages, missions et cours organisés par la Société des nations en matière d'hygiène ; prolonger l'enseignement des écoles nationales d'hygiène par un enseignement international théorique et pratique ; fournir des facilités d'études et de perfectionnement aux hygiénistes, administrateurs et fonctionnaires sanitaires, par un enseignement destiné à la préparation des dirigeants des écoles nationales ou des services nationaux d'hygiène des pays qui désireraient l'utiliser.

Sont approuvés les accords intervenus au sujet de cette création entre le Gouvernement français et le conseil de la Société des nations.

Art. 2. — L'école internationale de hautes études d'hygiène est une fondation autonome, investie de la personnalité civile.

Art. 3. — La subvention annuelle de un million de francs, accordée à l'école en vertu du paragraphe 4 de la lettre adressée le 23 octobre 1930 par le Gouvernement français à M. le président du conseil de la Société des nations, sera versée en deux termes semestriels.

Art. 4. — Le budget et les comptes de l'école internationale des hautes études d'hygiène visés par l'article 12 du statut organique annexé à la présente loi seront annexés annuellement à l'exposé des motifs du projet de loi portant fixation du budget général de l'Etat.

Le rapport sur l'activité de l'école visé par l'article 13 du statut organique devra, dès qu'il aura été reçu par le Gouvernement français, être communiqué aux commissions des finances de la Chambre et du Sénat.

(*Documents parlementaires*. Ch. des Députés, *S. O.*, 1931, Annexe 5936.)

---

*Avis présenté, au nom de la commission des affaires étrangères, sur le projet de loi tendant à la création à Paris, sous les auspices de la Société des nations, d'une école internationale de hautes études d'hygiène, par M. Legros, député.*

Messieurs, on peut, de prime abord, s'étonner de la proposition qui nous est faite de la création à Paris d'une école internationale d'hygiène, alors que nous ne possédons pas encore une école nationale d'hygiène.

Mais, à la vérité, bien que cette dernière finira par s'imposer tôt ou tard, les instituts d'hygiène actuellement existants représentent assez bien notre enseignement national de l'hygiène et peuvent être considérés comme en tenant déjà lieu,

sans parler de l'intérêt qu'il y aura de conserver à côté d'elle les écoles d'hygiène de nos provinces avec leurs spécialisations respectives commandées par des coutumes locales, par des traditionnalismes ou des « génies épidémiques » particuliers.

Au contraire, la création à Paris d'une école internationale de hautes études d'hygiène, que le Gouvernement français a proposée au conseil de la Société des nations et que celui-ci a acceptée, a pour but essentiel de compléter et de prolonger l'enseignement des écoles nationales d'hygiène par un enseignement international et comparé, à la fois théorique et pratique.

Cet enseignement consistera en leçons et conférences, en démonstrations techniques où seront exposées toutes les acquisitions nouvelles de l'hygiène et des sciences qui s'y rapportent, les conventions sanitaires internationales et les points de vue particuliers de chaque pays.

Des enquêtes sur place, des voyages d'études, collectifs ou individuels, en France et à l'étranger, que faciliteront des bourses accordées par la Société des nations ou par les gouvernements respectifs, compléteront cet enseignement, auquel viendront participer tous les hygiénistes qualifiés de l'univers.

Ainsi sera créé, en marge de l'Université et du ministère de la Santé publique, auquel nous estimons que les instituts ou, plus tard, l'école nationale d'hygiène, devront être de préférence rattachés, un collège international de l'hygiène ayant, comme notre Collège de France, ses chaires libres qui distribueront l'instruction dans toutes les voies du progrès de l'hygiène.

Non seulement il ne saurait résulter d'une pareille innovation qu'un grand bien pour notre pays et qu'une augmentation de son prestige, mais encore et surtout, grâce à ce foyer où pourront se rencontrer les idées et les personnalités des divers pays, s'établiront ou se fortifieront des relations internationales plus étroites et plus intimes.

Il sera assurément très utile de pouvoir suivre sur place le mouvement de l'hygiène dans le monde, d'apprendre quelles sont, pour chaque nation, ses moyens de lutte contre les divers fléaux sociaux, quelles sont aussi ses méthodes financières, comment elle comprend l'organisation de ses dispensaires, de ses sanatoriums, de ses hôpitaux d'isolement, comment elle se préserve contre les maladies pestilentielles qui ont fait l'objet des règlements sanitaires internationaux.

L'enseignement sera donné en français, ce qui constitue déjà pour nous une garantie primordiale. Il n'y aura pas de chaire permanente, mais seulement des cours temporaires ou des leçons isolées faits par des professeurs français ou étrangers, les premiers venant exposer ce qu'ils auront pu apprendre au dehors de nos frontières, les seconds venant nous révéler leurs conceptions inédites ou originales. Cette institution, comme notre Collège de France, ne devra permettre de conférer aucun diplôme spécial.

L'école, constituée sous les auspices du comité d'hygiène de la Société des nations en fondation autonome, jouissant de la personnalité civile, sera, de ce fait, à la disposition de la Société des nations.

Le directeur, nommé par le conseil d'administration, devra être de nationalité française et notre gouvernement se réserve le droit d'en approuver le choix. Cette clause est également de nature à nous donner, avec celle de l'obligation de l'enseignement en français, tous les apaisements que nous pouvons désirer.

Le comité de direction de la nouvelle école est, en outre, présidé par un membre français du conseil d'administration, et, dans ce comité de direction doivent figurer un représentant de l'institut Pasteur (directeur ou sous-directeur), le président du conseil supérieur d'hygiène publique de France et le directeur de l'hygiène et de l'assistance. Nous demandons qu'il soit ajouté à cette liste un professeur d'hygiène de nos facultés de médecine, directeur d'un institut d'hygiène.

Quant à la composition de ce comité de direction aussi bien que du conseil d'administration, nous n'avons rien à y redire, si confuse qu'à la vérité elle nous paraisse, attendu que le statut de cette organisation est rédigé d'après les dispositions générales des statuts des autres institutions internationales similaires de la Société des nations, telles que par exemple, pour n'en citer qu'une seule, l'Institut international d'agriculture. Mais quelle commune mesure est-il possible de concevoir entre l'organisation d'une école internationale d'hygiène et celle de l'Institut international du cinéma ? Une pareille standardisation déroute notre esprit cartésien passionné de logique et de clarté ! Quoi qu'il en soit, faisons seulement remarquer que les membres de ces organisations ne reçoivent aucun traitement et qu'ils ne touchent qu'un jeton de présence.

Il nous a paru indispensable d'apporter ici ces précisions. Nous ne saurions, en effet, trop insister sur le financement de la nouvelle institution mise par notre Gouvernement à la disposition de la Société des nations, attendu que celle-ci n'encourt, du chef de l'école internationale des hautes études d'hygiène, aucun engagement financier, de même qu'elle décline toute responsabilité juridique. C'est la France seule qui doit en assumer intégralement tous les frais par une subvention forfaitaire annuelle de un million, qui sera reproduite chaque année en annexe du budget.

Le Parlement aura donc, de toutes façons, un droit de regard et ne s'engagera, d'autre part, que pour une période de sept ans, renouvelable,

sauf préavis, dans le délai de deux ans avant l'expiration de chaque période, par tacite reconduction.

Le fonctionnement de l'école est assuré par un personnel rétribué, qui se composera du directeur, d'un archiviste bibliothécaire, de deux secrétaires dactylographes nommées par le comité de direction, et de deux personnes de service nommées par le directeur.

Le conseil d'administration élaborera un statut réglant la situation du personnel.

Les professeurs spécialistes venus de divers pays seront défrayés de leurs frais de voyage. Ils recevront une indemnité de séjour et leurs leçons seront convenablement rémunérées. Les sommes prévues de 300.000 francs au maximum pour l'ensemble des traitements et de 400.000 francs pour les frais d'enseignement ne paraissent nullement exagérés. Il faut compter 100.000 francs pour la location d'un étage assez vaste pour contenir une salle de cours où une trentaine d'auditeurs auront accès, une bibliothèque, des cabinets de travail pour le directeur et le personnel, deux ou trois autres pièces pour donner à l'occasion l'hospitalité à des travailleurs étrangers.

Ces prévisions budgétaires ne laisseraient, toutefois, qu'une marge assez faible aussi bien pour l'installation de l'école que pour son bon fonctionnement, si l'on ne tenait compte de l'octroi de bourses par la Société des nations, qui pourra contribuer, dans une certaine mesure, à ses ressources, ainsi que des droits d'inscription que les élèves auront à payer. Enfin, le rapport qu'a déposé M. le Professeur Léon Bernard au nom de la sous-commission chargée d'examiner la proposition du Gouvernement français, fait espérer que les services que rendra l'école à la Société des nations, sous le contrôle de laquelle elle fonctionnera, lui attireront des dons, des legs et des subventions

Nous estimons qu'il y aurait avantage dans l'avenir, aussi bien au point de vue financier et économique qu'au point de vue d'une saine organisation du travail, à prévoir une certaine « communauté d'installation » non seulement avec l'école nationale d'hygiène, quand celle-ci existera, comme l'indique un des rapports qui nous ont été communiqués, mais encore avec l'office international d'hygiène, tout en respectant l'entière indépendance de ces trois institutions. L'école nationale d'hygiène devra conserver son autonomie dans le cadre du ministère de la Santé publique, comme nous l'avons suggéré plus haut. L'office international d'hygiène devra également tôt ou tard rentrer dans les attributions du ministère de la Santé publique. Au contraire, l'école internationale d'hygène ne dépendra uniquement que de la Société des nations, aucun établissement de l'enseignement de l'hygiène ne serait supérieur au monde à la réalisation d'un pareil centre.

Sous les expresses réserves qu'elle a cru devoir formuler, votre commission des affaires étrangères n'hésite donc pas à donner un avis favorable à la création de cette institution internationale, destinée à compléter le triptyque de notre enseignement de l'hygiène et que doit confirmer le projet de loi présentement soumis à vos délibérations.

(*Documents Parlementaires*, Ch. des Députés. S. O., 1932, Annexe 6697.)

## Réglementation concernant les substances vénéneuses

*Décret du 29 juillet 1932 relatif à la manutention et au transport des matières vénéreuses, caustiques et corrosives et des produits toxiques ou nauséabonds.*

### TITRE Ier

#### Dispositions générales

*Classement.*

Art. 1er. — Les matières auxquelles est applicable le présent règlement sont divisées en trois groupes :

1° Groupe I. — Matières vénéneuses et produits toxiques ;

2° Groupe II. — Matières caustiques et corrosives ;

3° Groupe III. — Produits nauséabonds.

*Nomenclature.*

Art. 2. — Les matières du groupe I comprenant celles dont la nomenclature est donnée ci-après :

1° Substances arsenicales non liquides, notamment l'acide arsénieux (fumée arsenicale), arsenic jaune (sulfure d'arsenic, orpiment, arsenic rouge (réalgar), arsenic natif (cobalt arsenical, écailleux, ou pierre à mouches).

Cyanure de potassium et cyanure de sodium à l'état solide.

Sulfocyanure de mercure.

2° A. — Sublimé, substances arsenicales liquides particulièrement l'acide arsenique.

B. — Solutions de cyanure de potassium et de cyanure de sodium ;

3° Produits métalliques vénéneux, calomel, cinabre (vermillon), couleurs à base de cuivre,

particulièrement le vert de gris, pigments de cuivre verts et bleus.

Autres préparations de plomb, particulièrement litharge massicot minium, céruse et autres couleurs à base de plomb, à l'état sec ou en pâte, produits plombeux pulvérulents.

4° Acétate de plomb, bouillies à base de cuivre et de plomb.

5° Bioxyde de baryum, azoture de sodium.

6° Aniline, nitrobenzine, dinitrotoluène, toluidines, xylidines.

7° Produits vénéneux de la droguerie.

Les matières du groupe II comprennent celles dont la nomenclature est donnée ci-après :

1° Acide sulfurique, acide sulfurique fumant, oléum, huile de vitriol, acide sulfurique de Nordhausen, acide nitrique, acide chlorhydrique, acide chlorosulfonique, chlorhydrine sulfurique, acide chlorosulfurique, acide chlorhysulfureux, acide fluorhydrique, solutions d'acide acétique à plus de 40 p. 100 d'acide. Mélanges sulfonitriques ;

2° Lessive caustique.

Eau de javel, alcalis ;

3° Brôme ;

4° Anhydride sulfurique ;

5° Chlorure d'acétyle, pentachlorure d'antimoine, chlorure de chromyle, chlorure de phosphore, chlorure de sulfuryle, chlorure de thiomyle, chlorure de chaux ;

6° Formol.

Les matières du groupe III comprennent celles dont la nomenclature est donnée ci-après :

1° Tendons frais, retailles de peaux fraîches servant à la fabrication de la colle non chaulées, déchets de ces deux sortes de matières, épluchures de boucherie, onglons ou sabots frais, os frais, ainsi que toutes les matières animales nauséabondes non mentionnées ci-après ;

2° Huiles de mauvaise odeur, levure liquide ou solide ;

3° Peaux fraîches non salées, caillettes de veau fraîches débarrassées de tout reste d'aliment ;

4° Résidus comprimés ou non comprimés provenant de la fabrication de la colle de peau ;

5° Matières fécales ;

6° Gadoues.

*Mode de transport.*

Art. 3. — Sont considérées comme transportées en vrac les matières contenues dans des citernes constituées par un compartimentage de l'engin de transport ou dans des citernes indépendantes et solidement maintenues en place dans ces engins.

Sont considérées comme transportées en colis les matières contenues dans des récipients indépendants des engins de transport.

Les matières ci-après des groupes I et II peuvent être transportées en vrac :

Groupe I, §6. — Aniline, nitro-benzine, le dinitotoluen, les toluidines, les xylédines.

Groupe II, § 1er. — L'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, les solutions d'acide acétique à plus de 40 p. 100, les mélanges sulfo-nitriques.

Groupe II, § 2. — Lessives caustiques, eau de javel, alcalis.

Groupe II, § 5. — Chlorure de chaux.

Groupe II, § 6. — Le formol.

Des arrêtés du ministre des travaux publics pourront autoriser le transport en vrac des matières non indiquées dans la nomenclature cidessus.

Art. 4. — Le transport des matières comprises dans le groupe III, paragraphe 1er, pourra, à défaut de voitures ou bateaux-citernes métalliques, se faire dans des voitures ou bateaux, à condition que leur étanchéité soit suffisante.

Les matières du groupe III, paragraphe 2, devront être transportées dans des voitures ou des bateaux-citernes métalliques hermétiquement clos, soit dans des fûts métalliques hermétiquement clos.

Celles comprises dans le paragraphe 5 devront être chargées dans des voitures étanches.

Celles comprises dans le paragraphe 4 chargées en vrac devront être bâchées.

Celles comprises dans le paragraphe 5 devront être transportées ou dans des voitures citernes métalliques hermétiquement closes ou dans des voitures fermées, pourvu qu'elles soient placées dans des récipients rigoureusement étanches ou dans des bateaux qui, dans tous les cas, seront hermétiquement clos.

Les voitures transportant celles comprises dans le paragraphe 6 devront être fermées d'une façon suffisante pour que leur contenu ne puisse pas se répandre sur la voie publique.

Toutes dispositions devront être prises pendant le transport pour éviter tout dégagement d'odeur et toutes projections de matières. Tout transvasement des matières comprises dans les paragraphes 5 et 6 sera, en outre, interdit en cours de route.

*Emballages.*

Art. 5. — Les prescriptions des règlements concernant le transport par chemin de fer des matières comprises dans les groupes I et II du présent règlement, relatives aux emballages sont applicables aux transports sur routes ou par voie d'eau intérieure et aux manutentions dans les ports maritimes de commerce des matières visées dans le présent règlement transportées en colis.

Dans le cas où les règlements sur les transports par chemin de fer ne s'appliqueront pas à une de

ces matières, l'emballage de cette matière sera soumis aux règles édictées dans ces règlements concernant les matières similaires et présentant pour le public les mêmes inconvénients ou les même dangers.

*Marques.*

Art. 6. — Les emballages visés à l'article 5 devront être en bon état de conditionnement. Ils indiqueront la nature de leur contenu.

Ceux des matières comprises dans les paragraphes 1, 2, 7 du groupe I devront en outre porter la mention « poison ».

Ceux des matières comprises dans le paragraphe 4 du groupe II devront indiquer le côté du dessus avec une mention rappelant la nécessité de les maintenir à plat sur leur fond.

*Interdiction de transport de denrées alimentaires.*

Art. 7. — Il est interdit de charger les colis de matières comprises dans le groupe I dans des voitures ou dans des bateaux de navigation intérieure en même temps que des articles, denrées alimentaires ou autres produits de consommation, à moins que ces derniers soient enfermés dans des emballages étanches.

Les voitures ou les bateaux ayant servi au transport desdites matières ne pourront être utilisés pour le transport des matières alimentaires qu'après vérification et éventuellement un nettoyage efficace.

*Séparation de certains produits.*

Art. 8. — Sur les voitures ou sur les bateaux de navigation intérieure, les colis de matières comprises dans le groupe I, paragraphes 1er, 2 et 5, doivent être séparés des matières du groupe II, paragraphes 1er et 2. Ils ne doivent pas être mis en contact avec des produits chloratés.

Les matières à base de plomb ne devront jamais se trouver dans une voiture ou dans une cale d'un bateau contenant ou ayant contenu de l'acide picrique à moins qu'avant le chargement des mesures aient été prises pour l'enlèvement de toute trace de ladite matière.

Il est également interdit de déposer ces matières sur des emplacements du domaine public fluvial ou maritime où aurait été antérieurement déposé de l'acide picrique, à moins que des mesures aient été prises pour enlever toute trace de cet acide avant le dépôt desdites matières.

*Mise à l'abri de l'humidité de certaines matières.*

Art. 9. — Les matières du groupe I, paragraphe 5, doivent être mises à l'abri de l'humidité et bâchées au moyen d'un prélart imperméable, à moins qu'elles ne soient transportées dans un véhicule fermé ou dans une cale étanche d'un bateau.

*Engerbement.*

Art. 10. — L'engerbement des matières des groupes I et II emballées dans des récipients en verre, en terre ou en grès, sur les voitures ou sur les bateaux de navigation intérieure, ainsi que sur le domaine public maritime ou fluvial, est interdit.

Les colis renfermant ces matières ne devront être ni projetés, ni exposés à la chaleur du feu, ni être au contact des matières très combustibles avec des matières pouvant s'échauffer, ou avec des matières susceptibles d'attaquer les emballages et récipients ou de provoquer des réactions dangereuses avec leur contenu, ni être placés à proximité de matières explosives.

Les colis renfermant des récipients en verre, en terre ou en grès devront, en principe, être manutentionnés à bras ou sur des civières ou en utilisant tous autres systèmes équivalents. Toutefois, les réglements locaux pourront autoriser leur manutention par des procédés mécaniques en limitant le nombre des caisses pouvant être suspendues à une seule élingue ou pouvant être mises dans un filet ou un plateau, si ce mode d'embarquement est adopté.

Ces règlements tiendront compte de la nature des matières à manutentionner.

*Interdiction de transport sur les voitures et bateaux faisant le service de voyageurs.*

Art. 11. — Les matières comprises dans le groupe II, paragraphe 1er, et dans le groupe III, ne pourront être chargées sur des voitures ou sur des bateaux de navigation intérieure faisant un service de voyageurs.

*Citernes.*

Art. 12. — Les citernes transportant en vrac les matières des groupes I, paragraphe 6, II, paragraphes 1er, 2 et 6, III, paragraphes 2 et 5, doivent être en tôle d'acier soudée ou rivée, leurs parois doivent présenter une étanchéité absolue sans aucune interposition de matières étrangères entre les tôles. Les ouvertures des citernes doivent être fermées par des couvercles métalliques étanches maintenus par des boulons à oreilles ou par un système offrant une sécurité équivalente ; ces couvercles doivent avoir des dimensions suffisantes pour permettre la visite et le nettoyage intérieur. Un système de tuyauteries métalliques doit mettre en communication chaque citerne avec les tuyaux servant au chargement et au déchargement. Les robinets ou vannes doivent être facilement accessibles.

Les citernes apparentes doivent porter en caractères bien lisibles l'indication de la nature de leur contenu, sauf les dérogations qui pourront être accordées par les autorités compétentes.

*Règlement pour le chargement et le déchargement des matières du groupe III.*

Art. 13. — Les chargements des matières comprises dans le groupe III seront sousmis, dans les agglomérations et dans les ports, aux règlements pris par l'autorité compétente dans l'intérêt de l'hygiène et de la salubrité.

Les déchargements de ces matières dans les agglomérations sont interdits sauf autorisation spéciale de l'autorité compétente.

## TITRE II

### VOIE DE TERRE

*Manutention sur la voie publique.*

Art. 14. — Les manutentions sur la voie publique des matières visées dans le présent règlement sont également soumises aux dispositions respectivement prises par les autorités chargées d'assurer la police de ces voies.

Ces autorités pourront, notamment, interdire le chargement ou le déchargement de ces matières sur la voie publique.

*Appareils extincteurs d'incendie.*

Art. 15. — Tout véhicule portant des matières visées dans les groupes I et II du présent règlement doit être pourvu au moins d'un appareil extincteur d'incendie.

*Visites des voitures citernes et des citernes.*

Art. 16. — Avant la mise en service de chaque voiture citerne pour le transport en vrac visé dans l'article 12 du présent règlement, les agents désignés par le ministre des travaux publics procèdent à sa visite à l'effet de constater que les citernes satisfont aux prescriptions règlementaires.

Lors de cette visite, les citernes destinées à contenir les liquides transportés des groupes I, paragraphe 6, II, paragraphes 1er, 2 et 6, et III, paragraphes 2 et 5, seront éprouvées sous pression hydraulique, la charge d'épreuve étant mesurée par une colonne d'eau s'élevant à 1 mètre au-dessus du plafond, quand ces citernes ne seront pas soumises à une pression au moment du chargement ou du déchargement. Dans le cas de pression à ce moment, la pression d'épreuve sera supérieure de 50 p. 100 à la pression maximum qu'elles seront appelées à supporter.

## TITRE III

### VOIES NAVIGABLES

### Chapitre Ier

**Dispositions communes.**

*Points d'embarquement et de débarquement.*

Art. 17. — Le chargement et le déchargement des marchandises visées dans le présent règlement ne peuvent avoir lieu que sur les quais, portions de quais ou autres emplacements spéciaux désignés à cet effet par le préfet s'il s'agit de trafic régulier, ou par l'ingénieur du service de la navigation s'il s'agit d'une opération accidentelle.

Les colis seront enlevés des quais le plus rapidement possible.

Leur embarquement n'est autorisé que s'ils sont accompagnés d'un certificat ou d'une déclaration de l'expéditeur indiquant la nature du produit emballé et attestant sous sa responsabilité que l'emballage est conforme aux prescriptions règlementaires.

Tout colis dont l'enveloppe extérieure ne serait pas intacte sera refusé.

*Déclaration.*

Art. 18. — Lorsque les matières visées dans le présent règlement ont été embarquées en France, le patron est tenu de faire connaître le moment du départ à un agent du service de la navigation et de lui remettre une déclaration écrite indiquant la nature et la quantité des marchandises ainsi que l'itinéraire à suivre jusqu'à destination.

Lorsque les marchandises visées dans le présent règlement ont été chargées hors de France, cette déclaration est faite sans délai à l'agent du service de la navigation le plus voisin de la frontière. Celui-ci délivre un récépissé de la déclaration que le porteur au cours du voyage est tenu d'exhiber à toute réquisition des agents de la navigation.

### Chapitre II

**Dispositions spéciales aux transports en vrac.**

PREMIÈRE SECTION. — CONSTRUCTION ET AMÉNAGEMENT DES BATEANX CITERNES.

*Prescriptions générales.*

Art. 19. — Les bateaux doivent être de construction métallique ; l'emploi du bois n'est autorisé que pour la ceinture ou dans les aménagements sauf pour les bateaux devant transporter les matières du groupe III, paragraphes 1er, 3, 5 et 6.

Les échantillons des diverses parties de la coque et ceux des citernes, l'assemblage des tôles et des profilés, le cloisonnement et l'agencement intérieur ainsi que l'armement doivent répondre, ou être équivalents aux prescriptions édictées pour ce type de bateaux par une société française de classification reconnue par le Gouvernement français.

*Défense de la coque.*

Art. 20. — La coque doit être protégée extérieurement par au moins deux ceintures complètes et constamment en place.

Les ceintures peuvent être formées, soit par des lisses continues entourant le bateau, soit par des bandes de tôle suffisamment résistantes sur les flancs complétées par des moustaches à l'avant et à l'arrière.

*Dimensions des citernes.*

Art. 21. — Les dimensions des citernes ou récipients doivent être telles que la stabilité du bateau reste assurée dans tous les cas, quelle que soit la répartition du chargement ; la capacité de chacun d'eux ne doit pas dépasser 100 mètres cubes si l'une des parois est constituée par le bordé du bateau et 200 mètres cubes dans les autres cas.

*Espace à réserver entre les citernes et la coque.*

Art. 22. — Un espace libre de 40 centimètres au moins de largeur doit être réservé entre le bordé et les parois latérales des citernes indépendantes de la coque.

*Pont.*

Art. 23. — Quand les citernes seront composées d'un compartimentage de la coque, ce compartimentage devra être recouvert d'un pontage métallique boulonné ou rivé mais sans discontinuité ; les trous d'homme nécessaires à la visite doivent être pourvus de fermetures étanches à l'eau.

Cette prescription ne s'applique pas aux bâtiments transportant des matières comprises dans le groupe III, paragraphe 6.

*Emménagements.*

Art. 24. — Les logements du personnel peuvent être aménagés à l'avant et à l'arrière.

Ils seront séparés des compartiments affectés au chargement par des cofferdams d'au moins 40 centimètres de largeur dans les bateaux devant transporter des matières énumérées à l'article 3.

*Visites, épreuves et réception.*

Art. 25. — Avant la mise en service de chaque bateau, les ingénieurs de la navigation procèdent à une visite à l'effet de constater que les prescriptions du présent règlement sont remplies.

Cette visite sera renouvelée dans le même but au moins une fois tous les quatre ans.

Lors de chaque visite, les citernes destinées à contenir le chargement liquide seront éprouvées sous pression hydraulique, la charge d'épreuve étant mesurée par une colonne d'eau s'élevant à un mètre au-dessus du plafond, quand ces citernes ne seront pas soumises à une pression au moment du chargement ou du déchargement. Dans le cas de pression à ce moment, la pression d'épreuve sera supérieure de 50 p. 100 à la pression maximum qu'elles seront appelées à supporter.

Un procès-verbal de réception doit être joint au certificat d'immatriculation. Les vérifications et épreuves visées ci-dessus pourront ne pas être exigées si le propriétaire produit un certificat de classification en première cote de sociétés de classification reconnues par le Gouvernement.

PRESCRIPTIONS DIVERSES

*Personnel de bord et traction.*

Art. 26. — Les bateaux portant des marchandises visées dans le présent règlement doivent avoir à bord au moins deux personnes chargées de les diriger.

Les bateaux non automoteurs doivent lorsqu'ils sont isolés utiliser les moyens de traction les plus rapides existant dans chaque section de voie navigable.

*Navigation en convoi. Navigation de nuit.*

Art. 27. — Les bateaux exclusivement affectés aux transports en vrac visés par le présent chapitre ne sont pas astreints, lorsqu'ils naviguent en convoi, à l'obligation de se placer à l'arrière de ce convoi. Ils peuvent naviguer librement la nuit, sauf dans des régions désignées par les règlements particuliers où la circulation présenterait, en raison de conditions locales, des causes particulières de dangers.

*Précautions à prendre en cours de route.*

Art. 28. — Il est interdit, en cours de route, d'ouvrir des citernes contenant les chargements, liquides, de pomper les eaux ou les infiltrations éventuelles de liquides constituant le chargement.

En outre, pour les bateaux transportant des matières du groupe III, paragraphes 2 et 5, il est interdit de pénétrer dans les cales contenant les citernes, de les ventiler, d'ouvrir les tampons de fermetures des trous de visite.

En cas d'accidents ou de force majeure et s'il est reconnu nécessaire pour des motifs graves de déroger aux règles qui précèdent, le patron du bateau doit garer autant que possible ce dernier, en ayant soin de prévenir d'urgence l'agent de la navigation le plus voisin.

*Interdiction de jeter les eaux dans la voie navigable.*

Art. 29. — Il est interdit d'évacuer à la voie navigable les eaux provenant des infiltrations de pluies ou de lavage si ces eaux n'ont pas été préalablement décantées et épurées dans des conditions qui seront fixées dans chaque cas particulier par les ingénieurs de la navigation.

*Transvasement.*

Art. 30. — Les opérations de transvasement ne peuvent se faire qu'entre bateaux citernes spécialement construits en vue du transport en vrac.

Ces opérations ne peuvent s'effectuer en dehors des postes spécialement affectées à cet usage qu'après autorisation des ingénieurs de la navigation. La mise en couple des bateaux en vue du transvasement n'est autorisée que lorsqu'il est reconnu par l'autorité compétente que toutes précautions nécessaires, notamment au point de vue de l'hygiène, sont observées.

*Aération des cales.*

Art. 31. — Les opérations d'aération des cales, leur visite et leur nettoyage, ne peuvent se faire qu'aux emplacements fixés par des règlements particuliers ou, à défaut, aux endroits désignés dans chaque cas d'espèce par les ingénieurs de la navigation.

## TITRE IV

### PORTS MARITIMES

*Points de stationnement.*

Art. 32. — Les règlements particuliers de police des ports indiquent s'il y a lieu, pour les navires chargés de tout ou partie des matières visées dans le présent règlement, les points de stationnement à quai, qui seraient mis à leur disposition, ainsi que les postes où pourront s'effectuer les manutentions de ces différentes matières.

*Gardiennage.*

Art. 33. — Le service du port peut, s'il le juge utile, ordonner le gardiennage des dépôts sur le domaine public pendant la durée des opérations desdits navires ou même, s'il y a lieu, du séjour sur les quais des marchandises visées dans le présent règlement.

*Embarquement.*

Art. 34. — L'embarquement des matières des groupes I et II à bord des navires de commerce n'est autorisé que si les colis sont accompagnés d'un certificat ou d'une déclaration de l'expéditeur indiquant la nature du produit emballé en se référant pour la désignation du produit à la nomenclature du présent règlement et attestant sous sa responsabilité que l'emballage est conforme aux prescriptions réglementaires.

Tout colis dont l'enveloppe extérieure ne serait pas intacte sera refusé.

*Circulation du public.*

Art. 35. — La circulation du public sur les ouvrages et terre-pleins avoisinants, au droit des emplacements affectés au chargement et au déchargement et à la manutention des matières visées dans le présent règlement, peut être interdite ou réglementée par les règlements de police des ports, de même que la circulation des véhicules à proximité.

## TITRE V

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

*Cas d'exonération des prescriptions réglementaires.*

Art. 36. — A l'exception des prescriptions des articles 5, 6, 7, le présent règlement ne s'applique pas aux expéditions de détail des matières des groupes I et II quand le poids net total d'une même expédition ne dépasse pas 50 kilogr.

*Dispenses des emballages réglementaires.*

Art. 37. — Seront dispensées des emballages réglementaires les matières visées dans les groupes I, paragraphe 6, et II transportées d'usine à usine ou de dépôt à dépôt, à la condition que les transports se fassent sans arrêt et dans un rayon maximum de 150 kilomètres, que les chargements et les déchargements n'aient jamais lieu sur la voie publique et que les véhicules servant aux transports aient été agréés par l'administration.

*Mesures transitoires.*

Art. 38. — Des arrêtés du ministre des Travaux publics détermineront dans chaque cas particulier les conditions dans lesquelles continueront à être utilisés les véhicules et les bateaux en service ou en construction en fixant les dérogations spéciales qui seraient jugées nécessaires aux dispositions du présent règlement.

## TITRE VI

### MESURES D'EXÉCUTION

*Règlements particuliers de police.*

Art. 39. — Des arrêtés pris par les préfets sous l'approbation du ministre des Travaux publics détermineront :

1° Les mesures nécessaires pour l'exécution du présent décret.

2° Les facilités particulières qui peuvent être accordées sans compromettre la sécurité et l'hygiène, en raison des circonstances locales, de la nature particulière et de la faible quantité des matières.

Art. 40. — Sont abrogées en tout ce qu'elles ont de contraire au présent décret toutes dispositions règlementaires antérieures.

Art. 41. — Le ministre des Travaux publics, le ministre du Commerce et de l'Industrie, le ministre de la Santé publique et le ministre de l'Intérieur sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.* 3 août 1932.)

# Enseignement

## Equivalences du baccalauréat.

*Arrêté du 7 octobre 1932.*

Art. 1er. — La liste des titres étrangers visés par l'article 1er de chacun des deux arrêtés susvisés du 16 novembre 1915 est établie comme suit :

AFGHANISTAN

Diplôme de fin d'études secondaires délivré par le ministère afghan de l'Instruction publique sur la proposition du directeur français du collège Amanich à Caboul et revêtu de la signature de ce directeur.

ALBANIE

Certificat de fin d'études secondaires du lycée national de Korça.

ALLEMAGNE

1° Certificat de maturité (« Reifezeugnis » ou « Zeugnis der Reife ») délivré soit par une école secondaire, soit par une Aufbauschule à six classes ;

2° Autorisation de suivre les cours universitaires sans certificat de maturité délivrée soit en Prusse (par application des décrets prussiens des 19 septembre 1919 et 11 juin 1924), soit dans les autres états du Reich (décrets similaires bavarois, hessois, saxons, thuringiens, etc.).

AMÉRIQUE (Etats-Unis d')

Iles Hawaï et Porto-Rico.

Diplôme de B. A. » (Bachelor of Arts) ou de « B. Sc. » (Bachelor of Science) délivré par un des établissements d'enseignement désignés dans la première annexe à l'arrêté du 26 octobre 1931.

ARGENTINE (république)

Certificat d'études secondaires complètes délivré par un collège national.

AUTRICHE

Certificat de maturité « Reifezeugnis » ou « Zeugnis der Reife » délivré par un établissement de l'un des quatre types suivants : « gymnasium, realgymnasium, realschule, hauptschule ».

BELGIQUE

Titres belges admis en équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire, en vue exclusivement :

A. — *Des études dans les facultés et écoles de droits, des lettres et de théologie.*

1° Certificat d'études moyennes qualifié de « préparatoire à l'examen de candidat en philosophie et lettres ».

2° Certificat constatant l'admission à l'épreuve préparatoire au grade de candidat en philosophie et lettres, de candidat en sciences naturelles et de candidat notaire.

B. — *Des études dans les facultés et écoles des sciences et du certificat d'études P. C. N. dans les écoles de médecine et de pharmacie.*

1° Certificat d'études moyennes préparatoires à l'examen de candidat en science physiques et mathématiques.

2° Certificat constatant un cours complet d'études professionnelles fait dans un établissement d'enseignement moyen.

3° Certificat constatant l'admission à l'épreuve préparatoire aux grades de candidat en sciences physiques et mathématiques et de candidat ingénieur.

4° Certificat constatant la réception à l'examen d'entrée à l'école polytechnique de Bruxelles.

C. — *Des études de pharmacie, de chirurgie dentaire et après justification du certificat d'études P. C. N. ou de son équivalence, des études de médecine* (diplôme d'Etat pour les Français d'origine : diplôme d'université pour les autres candidats).

Grade de candidat en sciences naturelles.

BOLIVIE

Certificat d'entrée (certificat de ingreso) dans une faculté d'université bolivienne.

BRÉSIL

Certificat de quatre années d'études faites dans un des établissements d'enseignement secondaire désignés dans la deuxième annexe à l'arrêté du 26 octobre 1931.

BRITANNIQUE (empire)

1° Certificat de « matriculation » délivré par une des universités de la Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord, de l'Etat libre d'Irlande, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de l'Afrique du Sud, de Malte, de Hong-Kong.

2° Tout diplôme obtenu dans l'empire britannique, accompagné d'une attestation du « Universities Bureau of the British Empire

88, à Gower street, London, W. C. I.), constatant que ce diplôme confère à son titulaire le droit d'être admis comme étudiant régulier dans une des universités de la Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord, de l'état libre d'Irlande, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de l'Afrique du Sud, de Malte, de Hong-Kong.

3° Tout certificat accompagné d'une attestation du « Universities Bureau of the British Empire » constatant que son titulaire a subi avec succès dans une université de l'Inde, l'« Intermediate examination for the degrees of B. A. (Bachelor of Arts), B. Sc. (Bachelor of Science), L. L. B. (Bachelor of Laws), M. B. (Bachelor of Medicine) B. E. (Bachelor of Engineering), B. Com. (Bachelor in Commerce), B. Ag. (Bachelor in Agriculture), B. O. L. (Bachelor in Oriental Learning), B. C. L. (Bachelor of Civil Law).

4° Certificat de fin d'études (Apolytirion) délivré par un gymnase hellénique de l'île de Chypre, à l'exclusion des écoles de commerce grecques.

BULGARIE

1° Diplôme de fin d'études secondaires des collèges français Saint-Augustin et Saint-Joseph à Philippopoli (Plovdiv) et Saint-Michel à Varna, de l'Institut français Notre-Dame-de-Sion à Roustchouk et de l'école française de commerce des frères à Sofia.

2° Certificat de maturité d'un gymnase national bulgare ou d'une école pédagogique bulgare, ou des séminaires bulgares de Sofia et de Philippopoli.

3° Certificat de maturité du collège russe Kouzmine (ou école des langues vivantes) à Sofia.

CHILI

Diplôme de licence secondaire (licencia secundaria).

CHINE

1° Certificat d'études secondaires délivré par l'université L'Aurore à Changhaï (cours préparatoire).

2° Certificat de fin d'études de l'école russe de Kharbine (Mandchourie).

COLOMBIE

Diplôme de bachelier délivré par les établissements d'enseignement secondaire délégué par le ministère colombien de l'Instruction publique.

COSTA-RICA

Diplôme de bachelier en humanité délivré par un établissement d'enseignement secondaire.

CUBA

Diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences délivré par un établissement d'enseignement secondaire.

DANEMARK

Certificat d'examen d'étudiant (Studenterksamen) d'une des trois séries :
1° Langues classiques.
2° Langues modernes,
3° Mathématiques-sciences naturelles.

DANTZIG (ville libre de)

Certificat de maturité (« Reifezeugnis » ou « Zeugnis der Reife ») délivré par les gymnases, realgymnases et écoles reales supérieures.

DOMINICAINE (république)

Diplôme de bachelier.

EGYPTE

1° Certificat d'études secondaires délivré par le gouvernement égyptien.

2° Diplôme de bachelier ou certificat de fin d'études (Apolytirion) délivré par un gymnase hellénique d'Egypte à l'exclusion des écoles de commerce grecques.

ÉQUATEUR

Diplôme de baccalauréat délivré par les collèges nationaux.

ESPAGNE

Diplôme de bachelier délivré par le recteur d'une université.

ESTHONIE

1° Certificat de maturité des gymnases publics.

2° Certificat de maturité de l'un des gymnases privés ci-après : Dôme, Kubu, Lender, Saint-Charles, Treffner, Westholm à Tallinn (Revel) de la minorité russe, de la société pour l'éducation de la jeunesse à Tartu, de la minorité lettone à Valk, de la société pour la propagation de l'instruction à Viljandi, de garçons et de jeunes filles à Vôru.

3° Certificat de maturité délivré par tout établissement libre, revêtu de l'approbation du ministre esthonien de l'instruction publique.

FINLANDE

Diplôme d'étudiant obtenu à la suite de l'examen de sortie d'un établissement d'enseignement secondaire.

GRÈCE

Certificat de fin d'études (Apolytirion) délivré par un gymnase hellénique, à l'exclusion des écoles de commerce.

GUATEMALA

Diplôme de baccalauréat ès sciences et ès lettres.

HAÏTI

Certificat d'études secondaires du deuxième degré (mention « lettres » ou mention « lettres-sciences »).

HOLLANDE

1° Certificat d'études prévu par l'article 57 de la loi hollandaise du 2 mai 1863 sur l'enseignement secondaire (article modifié par la loi hollandaise du 1er mars 1926).

2° Certificat d'études prévu par l'article 55, second alinéa, de la loi hollandaise du 2 mai 1863 sur l'enseignement secondaire (article modifié par la loi hollandaise du 1er mars 1920).

3° Certificat d'études prévu par l'article 11 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 sur l'enseignement supérieur.

4° Certificat d'études prévu par l'article 12 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 (article modifié par la loi hollandaise du 22 mai 1905).

5° Certificat d'études prévu par l'article 157 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 sur l'enseignement supérieur.

HONDURAS

Diplôme de bachelier de l'université de Tegucigalpa.

HONGRIE

Certificat de maturité ou de baccalauréat délivré par les lycées, gymnases, realgymnases et écoles réales.

ISLANDE

Certificat d'examen d'étudiants (Students prof.) d'une des deux sections : 1° langues ; 2° sciences.

ITALIE

1° Diplôme de maturité classique ou de maturité scientifique.

2° Diplôme du lycée technique arménien Moorat Raphaël à Venise.

JAPON

Diplôme de fin d'études des lycées et écoles secondaires dépendants du ministère de l'instruction publique, de l'Athénée français, à Tokio, de l'école de l'étoile du matin à Tokio, des écoles des langues étrangères de Tokio et Osaka.

LETTONIE

Certificat de maturité (Gatavibas apliecība) délivré par les gymnases lettons et les gymnases des minorités nationales, ou religieuses (allemande, israélite, polonaise, russe, etc.).

LIBAN

1° Diplôme de baccalauréat libanais de l'enseignement secondaire délivré par le président de la république libanaise à Beyrouth.

2° Diplôme de « B. A. » (Bachelor of Arts) de l'université américaine à Beyrouth.

LITHUANIE

1° Certificat de maturité délivré par les gymnases de l'Etat.

2° Certificat de maturité délivré par les gymnases privés jouissant des droits des gymnases de l'Etat et portant la signature du représentant du ministère lithuanien de l'Instruction publique.

LUXEMBOURG

1° Certificat de maturité d'un gymnase ou lycée.

2° Certificat de capacité (section industrielle), d'une école industrielle ou commerciale.

MEXIQUE

Certificat d'études préparatoires à l'enseignement universitaire délivré par une école nationale préparatoire.

NICARAGUA

Diplôme de bachelier ès sciences et lettres délivré par le président de la république.

NORVÈGE

Diplôme de bachelier (« Artium » ou « Studenterksamen »).

PANAMA

1° Diplôme de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences délivré par l'Institut national panaméen.

2° Diplôme de bachelier ès sciences et lettres du collège de la Salle à Panama.

PARAGUAY

Diplôme de bachelier délivré par le conseil secondaire et supérieur.

PÉROU

1° Diplôme de baccalauréat ès sciences ou ès lettres.

2° Certificat de fin d'études délivré après cinq années d'enseignement secondaire.

PERSE

Diplôme de fin d'études secondaires délivré par le ministère persan de l'Instruction publique.

POLOGNE

1° Certificat de maturité (Swiadectwo Dojrzalosci) obtenu dans un gymnase de l'Etat.

2° Certificat de maturité (Swiadectwo Dojrzalosci) obtenu dans un gymnase privé après examen devant un jury désigné par le curateur d'un arrondissement scolaire.

PORTUGAL ET ILES AÇORES

Diplôme de cours complémentaires de lettres ou de sciences des lycées nationaux.

ROUMANIE

Diplôme de baccalauréat (*diplômo de bacalaureat*) délivré par le ministère roumain de l'Instruction.

SALVADOR

Diplôme de bachelier.

SUÈDE

Certificat de baccalauréat délivré par un établissement public d'enseignement secondaire (Latingymnasium ou Realgymnasium).

SUISSE

1° Certificat de maturité fédérale de l'un des types A. B. C. délivré par la commission fédérale de maturité ou par une autorité scolaire cantonale.

2° Diplômé de baccalauréat ou certificat de maturité de l'un des types A. B. C. délivré par une école désignée dans l'annexe au présent arrêté.

SYRIE

Diplôme de baccalauréat de l'enseignement secondaire délivré par le ministère de l'Instruction publique de l'Etat de Syrie à Damas.

TCHÉCOSLOVAQUIE

1° Certificat de maturité d'un gymnase réal ou réformé.

2° Certificat de maturité d'une école réale joint au certificat d'examen complémentaire prévu par l'arrêté autrichien du 29 mars 1909.

TURQUIE

Diplôme du second cycle d'études des lycées turcs.

URUGUAY

Diplôme de bachelier ès sciences et ès lettres de l'université de Montevideo.

VENEZUELA

Diplôme de bachelier en philosophie.

YOUGOSLAVIE

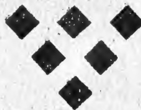
Certificat de baccalauréat ou de maturité délivré par un établissement public de l'enseignement secondaire (gymnase ou école réale).

Art. 2. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent arrêté et notamment les dispositions de l'arrêté du 26 octobre 1931.

Art. 3. — Les recteurs d'académie sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 12 octobre 1932).





*Le Directeur-Gérant* : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.— R. C. Clermont 4264.